



جامعة غليزان

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه ل. م. د.

في علم النفس العيادي

نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وعلاقتها بالجذ والتدئين لدى عينة من مرضى السرطان  
(دراسة ميدانية بمصلحة طب الأورام - مستشفى افلو -)

مقدمة ومناقشة علنا من طرف

السيد: خيالي بن عليّة

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
زقاوة احمد	استاذ تعليم عالي	جامعة غليزان	رئيسا
ربعي محمد	استاذ محاضر أ	جامعة غليزان	مشرفا ومقررا
المسوس يعقوب	استاذ محاضر أ	جامعة غليزان	مناقشا
بن خليفة فاطيمة	استاذ محاضر أ	جامعة غليزان	مناقشا
بن احمد قويدر	أستاذ تعليم عالي	جامعة مستغانم	مناقشا
بن جعدل سعد الحاج	أستاذ تعليم عالي	جامعة تيارت	مناقشا

السنة الجامعية: 2023/2022

# بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿رَفَعُ دَرَجَاتٍ مِّنْ نَّشَأٍ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ﴾

يوسف 76

﴿قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُو الْأَلْبَابِ﴾

الزمر 9

﴿وَلَا تَعْجَلْ بِالْقُرْآنِ مِنْ قَبْلِ أَنْ يُفْضَىٰ إِلَيْكَ وَحْيُهُ وَقُلْ رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا﴾

طه 114

﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِنْ قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ﴾

﴿22﴾ لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ ﴿23﴾

الحديد الآية. (23،22)

# للإهداء

الى مروح الوالدين الكرمين غفر الله لهما واسكنهما فسيح جنانه .

الى مروح اخي الطيب رحمه الله تعالى .

الى جميع افراد العائلة: اخوة، اخوات، وأنساب

الى من كانوا خير سند لي نروجتي العزيزة وابنائي

آمنة، عبد النور، عبد الجليل، ضياء الدين، غيث الله

الى زملاء الدراسة الطور الثالث

الى الاستاذ الدكتور: مربي محمد

الى كل الاصدقاء والاحباب

اهدي هذا العمل المتواضع

## شكر وتقدير

قال تعالى (وَمَنْ يَشْكُرْ فَإِنَّمَا يَشْكُرُ لِنَفْسِهِ) لقمان الآية 11.

وقال رسوله الكريم صلى الله عليه وسلم (من لم يشكر الناس، لم يشكر الله عز وجل). الحمد لله والشكر له كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه، عدد خلقه ورضا نفسه وزنة عرشه ومداد كلماته على ان منى عليّ بإنجاز هذه الدراسة والصلاة والسلام على أفضل خلق الله نبينا محمد وعلى آله وصحبه ومن ولاة.

أتوجه بالشكر الجزيل لإدارة جامعة غليزان والتمثلة في مديرها الاستاذ الدكتور بحري احمد. والاستاذ الدكتور براهيم بوداود نائب مدير الجامعة للبحث العلمي. والاستاذ الدكتور ربي محمد عميد كلية العلوم الاجتماعية والانسانية واعضاء اللجنة العلمية وكل الكوادر والقائمين عليها، الذين ساهموا في تأطيري واثاحوا لي الفرصة لاستكمال دراستي.

ثم أتوجه بالشكر الخاص إلى المشرف الأستاذ الفاضل الدكتور: ربي محمد الذي له الفضل- بعد الله تعالى- في تمكيننا من انجاز هذه الرسالة. فله مني الشكر كله والتقدير والعرفان.

أتقدم بشكري الجزيل في هذا اليوم إلى أساتذتي الموقرين في لجنة المناقشة رئاسة وأعضاء لتفضلهم عليّ بقبول مناقشة هذه الرسالة، فهم أهل لسد خللها وتقويم مَعْوَجِها وتهذيب نُتُوَاتِها والإبانة عن مواطن القصور فيها، سائلا الله الكريم أن يثيبهم عني خيرا.

وأتوجه بامتناني العميق إلى جميع الأساتذة الفضلاء بقسم العلوم الاجتماعية والانسانية بالمركز الجامعي أفلو على ما اظهروه من احترام وما قدموه من مساعدة لإثراء معارفي النظرية والتطبيقية.

كما أقدم كامل تقديري وشكري لمدير المؤسسة الاستشفائية أفلو ومدير مستخدميها، ومختص الاورام الدكتور بوعلاوي على ما قدموه لي من تسهيلات من اجل إتمام هذه الدراسة وايضا تقديري الخاص للعياديتين (غباني خديجة وعيفة فاطمة) على مساعدتهما القيمة لنا، ولا يفوتني ان أوشيد بمجهود ووقت المرضى، وهم مشكورون على صبرهم وقبولهم المشاركة في هذا البحث.

وأشكر كل من ساعدني وأعانني على إنجاز هذه الدراسة، فلهم في النفس منزلة وإن لم يسعف المقام لذكرهم، فهم أهل للفضل والخير والشكر.

واخيرا ثمرة هذا العمل هي نتاج صبر الزوجة وتشجيع الابناء حفظهم الله ورعاهم.

## "نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وعلاقتها بالجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان" (دراسة ميدانية بمصلحة طب الاورام- مستشفى افلو-)

### الملخص

هدفت الدراسة الميدانية الحالية الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين المتغيرات:(نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، والتدين كسلوك، والجلد كقدرة)، بالإضافة الى حساب الفروق في العلاقات بين كل من المتغيرات السالفة الذكر لدى عينة من مرضى السرطان البالغين.

اشتملت الدراسة على جانبين نظري وآخر تطبيقي، وأُعدت في هذه الدراسة على المنهج الوصفي.

لاختبار صحة الفرضيات قام الباحث بترجمة واعتماد مؤشر المسح الصحي(sf36)، مقياس الجلد (Connor&Davidson)، مقياس التدين (قريشي، 2015)، وكذلك المقابلة النصف موجهة والملاحظة.

بعد التأكد من الخصائص السيكو مترية لأدوات الدراسة على ثلاث عينات استطلاعية (عينتان قصديتان وهم مرضى مزمنين، وعينة ثالثة عشوائية) بلغ عددهم الكلي 145 فردا، تم تطبيقها على عينة الدراسة الاساسية متمثلة في مرضى السرطان المداومين على العلاج الكيميائي بمصلحة طب الاورام بالمؤسسة الاستشفائية افلو، وعددهم 71 مريض ومريضة موزعين بين 57مريضة و24مريض

تم استخدام برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss اصدار رقم 23 لمعالجة البيانات واستخراج المتوسطات والانحرافات المعيارية ومعاملات الارتباط (بيرسون، ألفاكرونباخ، جتمان)، واختبار "ت" وتحليل التباين الاحادي، واختبار بان فروني، وتحليل الانحدار الخطي المتعدد.

وخلصت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة في مجالها النفسي والبدني وبين درجات سلم الجلد ومقياس سلوك التدين، مع وجود علاقة عكسية بين سلوك التدين والمجال البدني لمؤشر المسح الصحي sf36. وايضا وجود علاقة خطية بين الجلد والتدين.

وتوصلت الدراسة ايضا الى وجود فروق في درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة في مجالها البدني والنفسي بين المرضى حسب متغير السن، الجنس، ومدة المرض، وعدم وجود فروق حسب متغير الحالة الاجتماعية، وخلصت الدراسة كذلك الى وجود فروق بين المرضى في عملية الجلد تعزى الى متغيرات السن الجنس ومدة الازمان، وعدم وجود فروق حسب متغير الحالة الاجتماعية.

كما توصلت أيضا الى عدم وجود فروق بين المرضى في درجات سلوك التدين تعزى الى متغير الجنس والحالة الاجتماعية، مع وجود فروق حسب عامل الازمان والسن.

**كلمات مفتاحية:** نوعية الحياة، الصحة، السرطان، الجلد، التدين.

## Résumé de l'étude

---

### **Qualité de vie liée à la santé et sa relation avec la résilience et la religiosité, Cas de patients atteints de cancer (étude de terrain au service d'oncologie) (Aflou Hospital)**

**Résumé :** L'étude de terrain actuelle vise à démontrer la nature de la relation entre les variables : (qualité de vie liée à la santé, la religiosité comme comportement et la résilience comme capacité) d'une part, d'autre part, calculer les différences dans les relations entre chacune des variables susmentionnées. Cas de patients adultes atteints de cancer.

L'étude comporte deux volets : un volet théorique et un volet pratique. Dans cette étude, nous nous sommes appuyés sur l'approche descriptive.

Pour tester la validité des hypothèses, le chercheur a traduit et approuvé l'indice d'enquête sur la santé (sf36), l'échelle de résilience (Connor & Davidson), l'échelle de religiosité (korishi, 2015), ainsi que l'entretien semi-directif et l'observation.

Après vérification des caractéristiques psychométriques des outils d'étude sur trois échantillons exploratoires (deux échantillons intentionnels, qui sont des patients chroniques, et un troisième échantillon Aléatoire), le nombre total était de 145 individus.

Les outils d'études ont été appliqués sur 71 patients (24 hommes et 57 femmes), tous atteints du cancer et suivent des séances de chimiothérapie au service d'oncologie de l'établissement hospitalier Aflou. Le chercheur a utilisé le programme n° 23 du package statistique pour les sciences sociales (SPSS) pour traiter les données et extraire les moyennes, les écarts-types et les coefficients de corrélation (Pearson, Alpha Cronbach, Guttman), le test t, l'analyse de la variance unidirectionnelle, et Test de penFrouni, et régression linéaire multiple.

L'étude a conclu qu'il existe une corrélation positive entre les degrés de qualité de vie liés à la santé dans son domaine psychologique et physique et entre les degrés de l'échelle de la résilience et l'échelle du comportement de religiosité, avec une relation inverse entre le comportement de religiosité et le domaine physique de l'indice d'enquête de santé sf36. Il existe également une relation linéaire entre la résilience et la religiosité.

L'étude a conclu aussi à certaines différences dans les niveaux de qualité de vie liés à la santé dans ses domaines physiques et psychologiques chez les patients selon : l'âge, le sexe et la durée de la maladie, et qu'il n'y avait pas de différences selon : le statut social. L'étude a également conclu qu'il existe des différences entre les patients dans le processus de la résilience due aux variables d'âge, de sexe et de durée de la maladie, et il n'y a pas de différences selon statut social.

Elle a également constaté qu'il n'y avait pas de différences entre les patients dans les degrés de comportement religieux en raison de la variable du sexe et de l'état social, avec des différences selon le facteur chronicité et âge.

**Mots clés:** *Qualité de vie, santé, cancer, résilience, religiosité.*

**Health-related quality of life and its relationship with resilience and religiosity  
Cases of cancer patients (a field study at the Oncology Department -Alou  
Hospital)**

**Abstract:**

Abstract: The current field study aims to demonstrate the nature of the relationship between the variables: (health-related quality of life, religiosity as a behavior and resilience as a capacity), on the one hand, on the other hand, calculate the differences in the relationships between each of the above variables. cases of adult cancer patients.

The study has two parts: a theoretical part and a practical part. In this study, we relied on the descriptive approach .To test the validity of the hypotheses, the researcher translated and approves the health survey index (sf36), the resilience scale (Connor & Davidson), the religiosity scale (korishi, 2015), as well as semi-structured interview and observation.

After verification of the psychometric characteristics of the study tools on three exploratory samples (two intentional samples, which are chronic patients, and a third random sample), the total number was 145 individuals. The study tools were applied to 71 patients (24 men and 57 women), all with cancer and undergoing chemotherapy sessions in the oncology department of the Alou hospital establishment. The researcher used program No. 23 of the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) to process the data and extract the means, standard deviations and correlation coefficients (Pearson, Alpha Cronbach, Guttman), t-test, analysis unidirectional variance, and Pan-Frouni test, and Multiple Linear Regression

The study concluded that there is a positive correlation between the degrees of health-related quality of life in its psychological and physical domain and between the degrees of the resilience scale and the religiosity behavior scale, with an inverse relationship between religiosity behavior and the physical domain of the sf36 health survey index. There is also a linear relationship between resilience and religiosity.

The study also concluded that there were some differences in the levels of health-related quality of life in its physical and psychological domains in patients according to: age, sex and duration of the disease, and that there there were no differences according to: social status. The study also concluded that there are differences between patients in the process of resilience due to variables of age, gender and disease duration, and there are no differences by social status.

she also found that there were no differences between the patients in the degrees of religious behavior due to the variable of sex and social status, with differences according to the factor chronicity and age.

**Key words:** Quality of life, health, cancer, resilience, religiosity.

فهرس المحتويات

أ..... استفتاحح.....

ب..... الاهداء.....

ج..... شكر وتقدير.....

د..... ملخص الدراسة بالعربية.....

هـ..... ملخص الدراسة بالفرنسية.....

و..... ملخص الدراسة بالانجليزية.....

ع.س..... فهرس الجداول.....

ص..... فهرس الاشكال.....

ق..... فهرس الملاحق.....

الجانب النظري للدراسة

1..... المقدمة.....

الفصل الأول: تقديم الدراسة ومتغيراتها

1. طرح الإشكالية وتحديدھا..... 4

1-1. تساؤلات البحث وفرضياته..... 10

2. دوافع الدراسة واهميتها..... 13

3. اهداف البحث..... 14

4. متغيرات الدراسة..... 15

5. الدراسات السابقة..... 17

1-5. الدراسات التي تناولت متغيرين معا من متغيرات الدراسة..... 17

2-5. الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المرضى..... 21

3-5. الدراسات التي تناولت التدین..... 27

4-5. الدراسات التي تناولت الجلد..... 31

6. تعقيب على الدراسات السابقة..... 36

ملخص الفصل..... 40



الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة.

41.....	تمهيد.....
42.....	أولاً: نوعية الحياة كمفهوم شامل.....
42.....	1-نشأة وتطور المفهوم.....
46.....	2- صعوبات تعريف نوعية الحياة.....
47.....	3- تعريف نوعية الحياة.....
47.....	3-1. التعريف اللغوي.....
49.....	3-2. التعريف الاصطلاحي.....
51.....	3-3 بعض التعريفات الاصطلاحية لنوعية الحياة.....
55.....	3-4 بعض المصطلحات ذات العلاقة بمفهوم نوعية الحياة.....
58.....	4 ابعاد نوعية الحياة.....
62.....	5 الاتجاهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة.....
70.....	6 نوعية الحياة وعلم النفس الإيجابي.....
74.....	ثانياً: نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة.....
74.....	1 الصحة.....
74.....	1-1 تطور مفهوم الصحة.....
75.....	1-2 تعريف الصحة.....
76.....	1-3 النماذج المفسرة للصحة والمرض.....
78.....	2 نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.....
78.....	2-1 تعريفها.....
80.....	2-1 الهدف من دراسة نوعية الحياة الصحية.....
81.....	2-3 محددات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.....
84.....	2-4 النظريات المفسرة لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة.....
85.....	2-4-1 نظرية الامتداد التصاعدي.....
86.....	2-4-2 نظرية الانتشار من أعلى الى أسفل.....
86.....	2-4-3 نظرية توازن الحياة.....

87.....	4-4-2 نظرية التحكم المتماثل.....
88.....	خلاصة الفصل.....
<b>الفصل الثالث: التدين في الإسلام</b>	
91.....	تمهيد.....
92.....	1. مفهوم الدين والتدين.....
92.....	1-1 مفهوم الدين.....
93.....	1-2 مفهوم التدين.....
95.....	2. أصل التدين ونشأته.....
97.....	1-2. 1. الاتجاه الوضعي.....
97.....	1-2-1. 1. النظريات الانثروبولوجية.....
98.....	1-2-2. 2. النظرية الطبيعية (الخوف والانبهار).....
99.....	1-2-3. 3. نظرية ديكرت.....
99.....	1-2-4. 4. نظرية دوركايم الاجتماعية.....
100.....	1-2-5. 5. نظرية العاطفة.....
100.....	1-2-6. 6. النظرية النفسية الفلسفية.....
102.....	1-2-7. 7. الانتقادات الموجهة لنظريات التدين.....
104.....	2-2. 2. الاتجاه الغيبي (الديني).....
103.....	3-أنماط التدين.....
106.....	4. مظاهر الصحة في الإسلام واركائها.....
106.....	4-1 مظاهر الصحة في الإسلام.....
108.....	4-2 اركان الصحة في الإسلام.....
110.....	5. الدين الإسلامي والطب الوقائي.....
110.....	5-1 تعاليم الإسلام وقائية أكثر منها علاجية.....
111.....	5-2 لماذا اهتم الإسلام بالوقاية قبل العلاج؟.....
116.....	خلاصة الفصل.....

118.....	تمهيد.....
119.....	<b>1- المقاربات والمفاهيم التي ساهمت في ظهور الجلد.....</b>
120.....	1-1. الجروحية في المقاربة العيادية.....
121.....	1-2. نموذج العصمة من الجروح (الحصانة).....
123.....	1-3. الآليات الدفاعية والحفاظ على الذات.....
124.....	1-4. بولبي ونظرية التعلق.....
125.....	1-5. الدراسات الطولية لرواد الجلد (werner) ، (germozy) ، (ane masten) ، (router).....
129.....	1-6. مقارنة عوامل الخطر.....
130.....	1-7. مقارنة عوامل الحماية.....
134.....	<b>2. ظهور مفهوم الجلد.....</b>
134.....	1-2. تعريف الجلد.....
134.....	1-1-2. الجلد لغة.....
135.....	2-1-2. مصطلحات مرادفة وأخرى مقارنة لمفهوم الجلد.....
136.....	2-1-3. استخدامات مفهوم الجلد ومرادفاته.....
137.....	2-2. الجلد اصطلاحا.....
139.....	<b>3. مقاربات مفسرة لسيرورة الجلد.....</b>
139.....	1-3. المقاربة النفسية التحليلية للجلد.....
141.....	2-3. مقارنة فينيستونال (vinistandal).....
144.....	3-3. عوامل الحماية والجلد كمقاربة.....
146.....	3-4. المقاربة الجينية الحسية العصبية للجلد.....
148.....	3-5. المقاربة الدينية.....
149.....	<b>4. خصائص نظريات الجلد.....</b>
151.....	<b>5. بروفييل الشخصية الجلدة.....</b>
152.....	<b>6. بناؤو الجلد وخصائصهم.....</b>
155.....	<b>7. التطبيقات العيادية لمقاربات الجلد.....</b>
157.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الخامس: السرطان وتداعياته

159.....	تمهيد.....
160.....	1. تعريف السرطان.....
161.....	2. مراحل تطور السرطان.....
164.....	3. أنواع السرطان.....
168.....	4. أسباب السرطان.....
169.....	5. اعراض السرطان.....
169.....	6. تشخيص السرطان وادواته.....
170.....	6-1. التشخيص المبكر وأثره على العملية العلاجية.....
170.....	6-2. أدوات التشخيص.....
173.....	7. طرق علاج السرطان.....
176.....	8. الاستجابات الانفعالية لنبا الإصابة بالسرطان.....
178.....	9. السرطان ونوعية الحياة.....
180.....	خلاصة الفصل.....

الجانب الميداني للدراسة

181.....	الجانب الميداني للدراسة.....
	الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة
182.....	الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة.....
183.....	تمهيد.....
183.....	1. منهج الدراسة.....
183.....	2. حدود الدراسة.....
184.....	2-1. الحدود المكانية.....
184.....	2-2. الحدود الزمنية.....
184.....	2-3. الحدود البشرية.....
184.....	3. عينة الدراسة.....
185.....	3-1. العينات الاستطلاعية.....
185.....	3-1-1. العينة الاستطلاعية الأولى.....

186.....	3-1-2 العينة الاستطلاعية الثانية.
186.....	3-1-3 العينة الاستطلاعية الثالثة.
186.....	3-2. العينة الأساسية.
189.....	4. أدوات الدراسة.
190.....	4-1. المقابلة والملاحظة.
191.....	4-2. مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (المسح الصحي القصير. sf36)
198.....	4-3. مقياس سلوك التدخين.
199.....	4-4. مقياس الجلد (cd-Risc)
203.....	5. إجراءات الدراسة.
203.....	6. الأساليب الإحصائية
<b>الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها</b>	
204.....	اولا: عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة.
205.....	1. عرض نتائج الفرضية العامة ومناقشتها.
210.....	2. عرض نتائج الفرضيات الجزئية ومناقشتها.
210.....	2-1 عرض نتائج الفرضية الاولى ومناقشتها.
212.....	2-2 عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها.
213.....	2-3 عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها.
214.....	2-4 عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها.
216.....	2-5 عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها.
217.....	2-6 عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها.
223.....	2-7 عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها.
227.....	2-8 عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها.
229.....	2-9 عرض نتائج الفرضية التاسعة ومناقشتها.
230.....	2-10 عرض نتائج الفرضية العاشرة ومناقشتها.
231.....	2-11 عرض نتائج الفرضية الحادية عشر ومناقشتها.
233.....	2-12 عرض نتائج الفرضية الثانية عشر ومناقشتها.

## فهرس المحتويات

234.....	13-2 عرض نتائج الفرضية الثالثة عشر ومناقشتها.
236.....	14-2 عرض نتائج الفرضية الرابعة عشر ومناقشتها.
238.....	15-2 عرض نتائج الفرضية الخامسة عشر ومناقشتها.
239.....	16.2 عرض نتائج الفرضية السادسة عشر ومناقشتها.
241.....	ثانيا: خصائص عينة الدراسة بناء على تحليل نتائج المقابلة والملاحظة.
244.....	10. توصيات ومقترحات الدراسة.
246.....	الخاتمة.

## قائمة المراجع

248.....	قائمة المراجع باللغة العربية.
248.....	أولا قائمة المصادر والمراجع باللغة العربية.
251.....	ثانيا قائمة الرسائل والدراسات باللغة العربية.
255.....	قائمة المراجع باللغة الأجنبية.
268.....	الملاحق.

فهرس الجداول

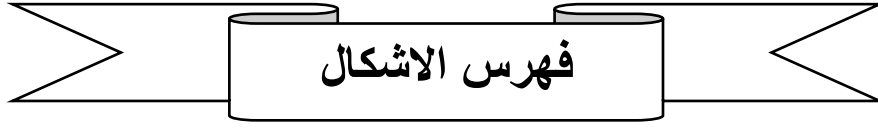
- الجدول (1): الابعاد الذاتية والموضوعية للرفاه النفسي حسب noll.....50
- الجدول (2): مجالات نوعية الحياة حسب كريغ (Craig 2010) ..... 54
- الجدول (3): مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك..... 64
- الجدول (4): عوامل الخطر وعوامل الحماية حسب المجال (فردى، أسري، اجتماعي) ..... 132
- الجدول (5) يبين خصائص العينة الاستطلاعية الأولى..... 184
- الجدول (6) يبين خصائص العينة الاستطلاعية الثانية..... 185
- الجدول (7) يبين خصائص العينة الاستطلاعية الثالثة..... 185
- الجدول (8): يمثل توزيع اهم انواع السرطان حسب الجنس..... 186
- الجدول (9): نسب توزيع السرطان حسب الفئة العمرية والجنس..... 186
- الجدول (10): التوزيع الديموغرافي لأفراد العينة حسب متغير الجنس والسن..... 187
- الجدول (11): عينة الدراسة حسب الجنس والحالة الاجتماعية..... 188
- الجدول (12): عينة الدراسة حسب مدة المرض..... 189
- الجدول (13): توزيع الابعاد الثمانية ومجموع بنودها ومجالا مؤشر المسح الصحي SF-36 ..... 192
- الجدول (14): ترميز وتصحيح القيم الاصلية للبنود وتحويلها الى نسب مئوية..... 193
- الجدول (15): درجة ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس (mos. Sf36) ..... 195
- الجدول (16): يوضح معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي اليه..... 196
- الجدول (17): يوضح معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس (MOS SF36) ..... 197
- الجدول (18): يوضح معامل ارتباط كل مجال بالدرجة الكلية لمقياس (MOS. Sf36) ..... 197
- الجدول (19): يوضح قيم معامل الفا كرو نباخ وتصحيح الطول بمعادلة جثمان sf36..... 198

- الجدول (20): معامل الارتباط المقارنة الطرفية لسلم الجلد.....201
- الجدول (21): معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس الجلد.....201
- الجدول (22): معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لسلم الجلد(CD-RISC).....202
- الجدول (23): نتائج معاملات ارتباط التجزئة النصفية لسلم الجلد(CD-RISC) ..... 202
- الجدول (24): معامل الارتباط بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها (النفسي، البدني) والجلد.....205
- الجدول (25): معامل الارتباط بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (pcs,mcs) والتدين.....207
- الجدول (26): معامل الارتباط بين الجلد والتدين. .... 209
- الجدول (27): مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها (النفسي، البدني) ..... 210
- الجدول (28): مستوى التدين لدى عينة الدراسة.....212
- الجدول (29): مستوى الجلد لدى عينة الدراسة.....213
- الجدول (30) الفروق بين المرضى في الدرجة الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا للجنس.....214
- الجدول (31): الفروق بين المرضى في درجات مجالي (pcs, mcs)sf36 ..... 215
- الجدول (32) الفروق بين المرضى في درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة حسب الحالة الاجتماعية....216
- الجدول (33) الفروق بين المرضى في الدرجة الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة حسب مدة المرض...218
- الجدول (34) الفروق بين المرضى في درجات المجال البدني(pcs) حسب متغير مدة المرض.....218
- الجدول (35): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في المجال البدني(pcs) حسب مدة المرض.....219
- الجدول (36) الفروق بين المرضى في درجات المجال النفسي(mcs) حسب متغير مدة المرض.....219
- الجدول (37): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في المجال النفسي(mcs) حسب مدة المرض....220
- الجدول (38) الفروق بين المرضى في الدرجة الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا السن.....224
- الجدول (39): الفروق بين المرضى في درجات المجال البدني(pcs) حسب متغير السن.....225
- الجدول (40): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات المجال البدني(pcs) تبعا للسن.....225
- الجدول (41): الفروق بين المرضى في درجات المجال النفسي(mcs) تبعا لمتغيرالسن.....236



## فهرس الجداول

- الجدول (42): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات المجال النفسي (mcs) تبعا للسن.....226
- الجدول (43): الفروق بين المرضى في درجات الجلد تبعا لمتغير الجنس.....228
- الجدول (44): الفروق بين المرضى في درجات الجلد تبعا للحالة الاجتماعية.....229
- الجدول (45): الفروق بين المرضى في درجات الجلد تبعا لمتغير مدة المرض.....230
- الجدول (46): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات الجلد تبعا لمتغير مدة المرض.....231
- الجدول (47): الفروق بين المرضى في درجات الجلد تبعا لمتغير متغير السن.....232
- الجدول (48): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات الجلد تبعا لمتغير السن.....232
- الجدول (49): الفروق بين المرضى في درجات التدين تبعا لمتغير الجنس.....233
- الجدول (50): الفروق بين المرضى في درجات التدين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية.....235
- الجدول (51): الفروق بين المرضى في درجات التدين تبعا لمتغيرمدة المرض.....236
- جدول (52): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات التدين تبعا لمتغير مدة المرض.....237
- الجدول (53): الفروق بين المرضى في درجات التدين تبعا لمتغير السن.....238
- الجدول (54): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات التدين تبعا لمتغير السن.....239
- الجدول (55): تحليل الانحدار الخطي لنوعية الحياة كمتغير تابع والجلد والتدين كمتغيرين مستقلين.....244



- الشكل رقم (1) مخطط مقترح من قبل (Nordenfelt, 1994) للمفاهيم نوعية الحياة.....57
- الشكل رقم (2): نموذج نوعية الحياة حسب (felce and Berry) .....59
- الشكل رقم (3): ابعاد نوعية الحياة حسب كارول ريف.....60
- الشكل رقم (4): يوضح متصل درجات الصحة.....74
- الشكل رقم (5): عناصر الدين والتدين.....95
- الشكل رقم (6): دراسات حول الجلد من خلال بحث ميدلاين (medline).....119
- الشكل رقم (7): نموذج casita حسب Vanistandael يوضح عوامل الجلد.....141
- الشكل رقم (8): يوضح العلاقة بين عوامل الحماية وعوامل الخطر.....144
- الشكل رقم (9): تحول خلية طبيعية الى خلية سرطانية.....160
- الشكل رقم (10): مراحل تطور السرطان.....163
- الشكل رقم (11): التوزيع النسبي للمرضى حسب متغير السن.....187
- الشكل رقم (12): يوضح توزيع العينة حسب الجنس.....188
- الشكل رقم (13): عينة الدراسة حسب متغير مدة المرض.....189



فهرس الملاحق

- الملحق رقم (1): دليل المقابلة نصف موجهة.....268.....
- الملحق رقم (2): الترخيص من quality metric لاستخدام sf36.....271.....
- الملحق رقم (3): مقياس المسح الصحي sf36 في لغته الاصلية.....274.....
- الملحق رقم (4): مقياس sf36 المترجم الى العربية جزائري من quality metric.....283.....
- الملحق رقم (5): مقياس sf36 المترجم والمستعمل في الدراسة الحالية.....287.....
- الملحق رقم (6): مقياس التدين.....291.....
- الملحق رقم (7): مقياس الجلد (Connor-Davidson Resilience Scale).....293.....
- الملحق رقم (8): الترخيص لإجراء الدراسة.....294.....

منذ نشأة الخلق، لم يتوقف الصراع بين الإنسان والأمراض المختلفة ولو لحظة واحدة، لكن الصراع مع السرطان كان أكثرها حدة، إذ تسبب المرض في وفاة 9.6 ملايين شخص في عام 2018، وهو ما يمثل سدس أسباب الوفيات في العالم، وفق تقديرات منظمة الصحة العالمية. يصيب "المرض الخبيث" أي جزء من أجزاء الجسم بأنواع مختلفة من السرطانات، مثل سرطانات الرئة، والثدي، والقولون والمستقيم، والمعدة، والكبد، وكأي قاتل محترف، يستخدم السرطان عدة طرق للغزو، لكن طريقته المفضلة هي النمو السريع، وغزو الأجزاء المجاورة، والانتشار إلى الأعضاء الأخرى، ويجمع المختصون في مجال الأورام على المنحى التصاعدي لداء السرطان في الجزائر الذي بات يهدد الجميع بسبب عدة عوامل أهمها النظام المعيشي والغذائي، وبلغ عدد الحالات الجديدة للسرطان، حسب الإحصائيات الرسمية لوزارة الصحة المستندة إلى أرقام السجل الوطني للسرطان 50 ألف حالة جديدة. وتشير توقعات وزارة الصحة إلى بلوغ الإصابات الجديدة 61 ألف حالة مع حلول عام 2025، أي خلال الأربع سنوات المقبلة، وارتكزت التوقعات على نسبة الزيادة السنوية المقدرة بـ 103 إصابة لكل 100 ألف نسمة.

فبالرغم من التقدم العلمي إلا أن التأثير النفسي للسرطان على المريض ربما يكون مدمرا، فلا تزال كلمة السرطان تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والاعتماد على الغير والعجز، وعادة مما تكون ردة الفعل الفورية عند التشخيص هي عدم التصديق والإصابة بالصدمة ثم تأتي مرحلة الضيق الحاد والهيلاج الشديد والاكنتاب والعزلة الذي تتطوي على التفكير العميق بالمرض والموت والقلق وفقدان الشهية والأرق وضعف التذكر والتركيز والعجز عن القيام بالأعمال اليومية.

حقيقة لا مناص منها هي أن السرطان واقع عالمي معاش والسؤال الذي يطرح نفسه هي كيف يمكننا أن نجعل المريض يتعايش معه وبأقل خسائر ممكنة، والاجابة المقنعة تأتي في غالب الأحيان من ملاحظة وتتبع الأشخاص الذين تمكنوا من حل بعض مشاكلهم المرضية والخروج منتصرين من أزمت كادت أن تهللكم. فما هي العوامل التي جعلتهم متميزين دون غيرهم؟ هل هي ذاتية؟ أم علائقية اسرية؟ أم بيولوجية (عصبية بيولوجية)؟ أم اعتقادية (دينية)؟ لا يمكن فهم الإنسان فهما واضحا دقيقا، ولا تكوين مفهوما سليما عن صحته دون أن نفهم جميع العوامل المحددة لجوانب شخصيته، سواء كانت عوامل بيولوجية أو روحية او اجتماعية أو ثقافية، وامام هذه المعاناة، أصبح التكفل النفسي والطبي ضرورة لا بد منها، قصد تحسين النوعي والكمي لحياة هؤلاء الافراد وهذ من خلال الاهتمام أكثر بالعوامل البناء في الشخصية ومحاولة تطويرها بالاعتماد على برامج تدريبية وتأهيلية مشتقة من الدراسات الميدانية.

ومن العوامل البناءة في الشخصية الجلد والايمن والقدرة على إعطاء معنى للأحداث المؤلمة والتي يصادفها البشر في كل وقت وحين. وعلى هذا الأساس جاءت هذه الدراسة للكشف على نوعية العلاقة بين متغيراتها الثلاث (نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، الجلد، التدخين) لدى مرضى السرطان من كلا الجنسين، متغيرات مرتبطة بشكل كبير بجوانب النفس البشرية ان لم نقل مكونات أساسية لشخصية الفرد خصوصاً الدين وأثره على الصحة النفسية والجسمية، حيث تم تناول مجموعة من العناصر قسمت الى قسمين: قسم نظري وآخر ميداني، الجانب النظري اشتمل على خمسة فصول.

ضم الفصل الأول التعريف بموضوع الدراسة، وتحديد المشكلة، والتعريف بمتغيراتها والإشارة الى اهم الدراسات السابقة، وطرح مجموعة من التساؤلات، انتهاء بمجموعة من الفرضيات.

تناول الفصل الثاني، نوعية الحياة كمفهوم شامل، تاريخ نشأته، وابعاده، والنظريات المفسرة له وعلاقته بعلم النفس الإيجابي، متبوعاً بمفهوم نوعية الحياة والصحة، بدءاً بالصحة تعريفها واهم النماذج النظرية المفسرة لها ثم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة كمفهوم أساسي في الدراسة، تعريفها والهدف من دراستها، ثم محدداتها، انتهاء بالنماذج النظرية المفسرة لها، وحوصلة للفصل.

اشتمل الفصل الثالث على مفهوم الدين والتدين في الاسلام، موضحين أصل التدين ونشأته والتيارات المفسرة للدين والتدين، والانتقادات الموجهة لها، وعرض موجز لوجهة نظر الاسلام ونظرتها للدين والتدين ثم تعرضنا لأنماط التدين وخصائص كل نمط وعلاقة التدين بالصحة الجسمية والنفسية، وكيفية امتلاكها من وجهة نظر اسلامية، والطب الوقائي وعلاقته بالتدين (اهتمام الدين الاسلامي بالوقاية قبل العلاج). وانتهى الفصل بالخلاصة.

اشتمل الفصل الرابع على مفهوم الجلد، كسيرورة بين عوامل الحماية وعوامل الخطر، وتوضيح للمفاهيم والمقاربات التي ساهمت في ظهوره ونشأته، وكيف ظهر؟ واهم التعريفات والمقاربات المفسرة له، وذكر اهم خصائصها، مع وضع بروفيل للشخصية الجلدية، وكذلك بناؤو الجلد وخصائصهم، واهم التطبيقات العيادية لنظرية الجلد، وانتهى الفصل بخلاصة.

احتوى الفصل الخامس مدخلا حول مرض السرطان وتداعياته الجسمية والانفعالية مستهلين الفصل بتعريف السرطان ومراحل تطوره، انواعه، أسبابه، اعراضه، وكيفية تشخيصه وأدوات تشخيصه، وطرق علاجه، وتبيين كيفية الاستجابات الانفعالية لنبا الإصابة بمرض السرطان. منتهين بعلاقة مرض السرطان بنوعية الحياة مع خلاصة للفصل.

## الفصل الأول

### تقديم الدراسة ومتغيراتها

- 1 طرح الإشكالية وتحديدها.
- 2 تساؤلات البحث وفرضياته.
- 3 أهمية البحث وأهدافه.
- 4 متغيرات البحث ومفاهيمه.
- 5 الدراسات السابقة.
- 6 التعليق على الدراسات السابقة.

### خلاصة الفصل

### 1. طرح الإشكالية وتحديدها

منغصات الحياة كثيرة خصوصا تلك التي تأتي فجأة ولها قوة تدميرية تحمل خبر بداية النهاية تلك الأمراض الخطيرة والمزمنة أو كما يسمى أمراض العصر والتي أصبح الإنسان عاجزا أمام خطورتها وسرعة انتشارها ومقاومة بعضها للعلاج الطبي وعلى رأسها مرض السرطان نبأ الإصابة به يعتبر صدمة عنيفة تعصف بأركان الشخصية كلها.

رغم الترف المادي والرعاية الصحية الفائقة والتقدم الطبي في النواحي الوقائية والعلاجية إلا أن هذا النوع من الأمراض في تزايد مستمر ومخيف ويحصد الآلاف في الجزائر والملايين عبر العالم سنويا والذي يأتي بعد أمراض القلب ليشكل السبب الثاني الرئيسي للوفيات في الجزائر ومعظم دول العالم حسب المنظمة العالمية للصحة (oms).

السرطان هو عبارة عن مجموعة أمراض التي تزيد عن المائة مرض يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة تنجم عن خلل في المادة الوراثية الجينية (DNA) والذي يزيد من خوف الناس كلمة سرطان (cancer) او (Neoplasms) كلمة مرعبة تشير إلى داء خطير فشل الأطباء حتى الآن في معرفة أسبابه الحقيقية وإيجاد العلاج المناسب له.

حتى وإن صح أن العلم لم يصل إلى العلاج الحاسم فإنه تقدم خطوات في هذا المجال وكانت أول هذه الخطوات هي الوقاية والرقابة الذاتية والابتعاد عن كل ما يُشكّ فيه أنه سبب أساسي أو مساعد لنشوء المرض وتطوره فنشأ ما يسمى بعلم النفس السرطان وعلم السرطان البيئي الذي يهدف إلى الوقاية والابتعاد عن كل أسباب المرض المحتمل انتشارها داخل بيئة الإنسان حيث اتفق العديد من أخصائي السرطان مثل البروفيسور (HENRI BOR) هنري بور و موريس بيرو (M.PEROU) وغيرهما أن نسبة تقدر بـ 80% من أمراض السرطان سببها عوامل الحياة اليومية (الهواء الملوث المشروبات و بعض الأغذية المعلبة و الأشعة ، تسمم الخلايا بالعقاقير والمبيدات الحشرية والغازات والأسمدة الزراعية وبعض الأدوية و المواد الكيميائية مثل مادة الكادنيوم التي تظلى بها المعلبات و الكحوليات و التدخين و عمر الانسان وغيرها كلها عوامل تساعد على حدوث السرطان الذي لا يظهر مباشرة بل يبقى كامنا لفترة تصل إلى الشهور او السنوات. (فيصل الزراد. 2009)

كما أن عامل المناعة العضوية ضد الأمراض وقابلية الأجسام للإصابة بالسرطان تتأثر بالشدة النفسية وبظروف الحياة وممارساتنا اليومية ما أشارت إليه أبحاث ودراسات حسب منظمة الصحة العالمية OMS أن نسب ونوعية الإصابات بالسرطان تختلف بين الأجناس ما يعزز لدى الدارسين أهمية ودور العوامل

البيئية فسرطان المعدة والرحم أكثر انتشارا في الدول النامية وسرطان الأمعاء الغليظة أكثر انتشارا في البلدان الصناعية.

ويبدو أن طريقة العيش والعادات الاجتماعية والمعتقدات والتغيرات المناخية المفاجئة وطرق التربية والثقافة السائدة وشخصية الفرد وحياته النفسية هي التي تعزز هذا الاختلاف بين الأجناس في مجمل الإصابات السرطانية، ويؤكد الباحثون في الطب النفسي وعلم الأورام على دور العامل الفكري والنفسي في نمو السرطان وأيضا الحد من تطوره يذكر الباحث الفرنسي المشهور جان (Jean Bernard) المهتم بسرطان الدم (leucimia) أنه يستخدم في مواجهة السرطان سلاحين هما: الدواء المتطور وسلاح الكلمة التي تساعد على تمشيط التربة المعبأة ببيذور الاستعداد للمرض، كما تساعد على الحد من هجمات المرض (فيصل محمد الزراد، 2000. ص 383).

وللدكتور برنارد رأي واضح هو أثر العوامل النفسية وحالات القلق واليأس والخوف والتوتر والكآبة عوامل قد تكون ناجمة عن أوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الإنسان ومشكلاته مما يترك الأثر واضح في عضوية الإنسان بما فيها من اضطرابات عصبية وهرمونية والتي تعتبر من أكثر العوامل المساعدة على حدوث السرطان وتطوره حيث أنها تنشط التربة السرطانية وتحثها على النمو والانتشار خصوصا إن كانت هذه المكونات النفسية هشة. وعلى هذا الأساس تأتي شعارات منظمة الصحة العالمية (oms) أكثر تركيز على الجنب النفسي والسلوكي عند إحيائها لليوم العالمي لمرضى السرطان مثل شعار (نعم نستطيع التغلب عليه) إشارة منها إلى أن التغلب على هذا الداء لا يكون سوى بالتحلي بالإرادة القوية وأن الجانب النفسي يلعب دورا مهما في مواجهة المرض.

ورغم اعتبار السرطان من الأمراض التي تعد نسبة الشفاء منها ضئيلة، إلا انه وفي الدول المتطورة، تعتبر نسبة الشفاء مرتفعة نسبيا مقارنة بالدول النامية، بسبب التطور العلمي والتكنولوجي، والأبحاث المستمرة والمتواصلة لإيجاد علاج للسرطان، إضافة إلى نوعية الرعاية الصحية المقدمة لهؤلاء الأفراد، والمستوى الاقتصادي المرتفع، وكذلك السياق الثقافي والاجتماعي، رغم ذلك فان هذه الدول المتقدمة تسجل نسب مرتفعة في مرض السرطان مقارنة بباقي الدول ، حيث تسجل مثلا فرنسا 300 حالة لكل 100 ألف نسمة ، أما الولايات المتحدة الأمريكية فتسجل 400 حالة لكل 100 ألف نسمة، و بالرجوع إلى بيئتنا المحمية فتسجل الجزائر 130 حالة لكل 100 ألف نسمة ، إلا أن هذه النسبة مرشحة للارتفاع في كل سنة حيث يتم تسجيل أكثر من 40 ألف حالة جديدة كل سنة وذلك حسب منظمة الصحة العالمية، وهذه الأرقام تبقى احتمالية فقط لان العديد من المرضى في مجتمعنا يكون اكتشاف المرض في مراحل المتقدمة وبهذا تتضاءل حظوظ



المريض في الشفاء. ولتدارك هذا النقص، اعتمدت وزارة الصحة واصلاح المستشفيات بالجزائر على المخطط الوطني الجديد الذي انطلق سنة 2015م للتكفل بالمرض، حيث تشير البيانات التي وضعتها الوزارة في هذا المخطط، إلى نسبة أخرى قد تصل إلى غاية 45 ألف مصاب بالسرطان، كل سنة وبمعدل 24000 وفاة كل سنة ، وهذا الرقم قد يفسر بالنمو الديمغرافي السريع الذي تعرف الجزائر ، ومن خلال هذا الرقم فان السرطان يمثل وبشكل خاص مسؤولية وعبء ثقيل على كاهل الدولة والمجتمع المدني، وذلك لأنه يشكل معاناة درامية كبيرة أكثر من أي مرض آخر سواء على المستوى الشخصي أو العائلي ، وخوفا من أن يخلق هذا العبء الثقيل اختلال في التوازن المالي للنظام الصحي بالجزائر فان الدولة وضعت هذا البرنامج الجديد الذي يسمح بتكفل أحسن بالمرضى. (plan national anticancer, 2015 p 5)

يعتبر ظهور المرض المفاجئ والمهدد لحياة الفرد حادث صادم للمريض و لي عائلته يفقد المصدوم على إثره توازنه النفسي وتتغير نظرتة إلى العالم ويختل نظام الحياة لديه فيصبح في حالة من الذهول والحيرة والخوف والتوتر والقلق والكآبة، وما يزيد من انكساره وتدهور حالته النفسية تبعات العلاج الطبي الكيميائي أو الإشعاعي والذي قد يمتد إلى شهور وسنوات يعاني فيها المريض مضاعفات العلاج الجسدية والنفسية كالشعور بالإجهاد والغثيان وفقدان الشهية والإسهال وسقوط الشعر وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي وتغيرات في الوزن هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية كالقلق والاكتئاب والأرق، إضافة إلى الآثار الاجتماعية الضاغطة مثل فقدان الدخل والانعزال الاجتماعي والوصمة الاجتماعية ما يؤدي إلى استجابات انفعالية تؤدي إلى تدهور نوعية الحياة لديه العضوية والنفسية والاجتماعية.

نبأ إصابة الراشد بالسرطان، صدمة كبرى تعصف بجهازه النفسي بشكل كبير، حيث أن مرحلة الرشد هي مرحلة العمل والعطاء والنشاط الاجتماعي، ومرحلة المشاركة للعواطف مع الشريك ومرحلة إنشاء الأسرة والتكفل بالأبناء، ففي هذه المرحلة يرفض الراشد الاستقالة من الحياة لأي سبب كان، كما أن هذه المرحلة هي التي يقيم فيها الفرد انجازاته وبيحث فيها النجاح، وأي عائق ولو بسيط في هذه المرحلة قد يكون له تأثير كبير، وهناك من المختصين من يفترض وجود أزمة منتصف العمر في هذه المرحلة، والتي يراجع فيها الراشد مسيرة حياته وبيحث عن إخفاقاته ونجاحاته ويعيد ترتيب حياته، فما بالك إن كان هناك مرض خطير يهدد حياته، فقد تتفاقم الحالة النفسية وقد تكون الصدمة ممزقة للجهاز النفسي وقد يعجز الأنا عن مواجهتها، فيختل التوازن ويقع الراشد فريسة للاضطرابات النفسية والجسدية بمختلف أنواعها، ويختل نظام حياته، فالإصابة بالسرطان تصبح بؤرة لصدمات متلاحقة.

المتتبع لمعانة الراشد المصاب بالسرطان يمكنه ملاحظة علامات الصدمة النفسية منذ لحظة الاعلان عن الإصابة و تأكيد التشخيص الطبي مروراً بصدمة عدم القدرة على الحياة بشكل طبيعي الى صدمة العلاج الكيميائي و تبعاته اضافة الى صدمة الفصل عن العمل والاستقالة من اداء الدور الاجتماعي و الاسري، الى صدمة تخلي الشريك في بعض الحالات، حيث لاحظ العديد من الباحثين ، وجود خوف لدى المرأة التي تصاب بالسرطان، من الجرح النرجسي ، خاصة إذا كانت الإصابة تمس الأعضاء التي تمثل الجانب الأنثوي، في جسمها مثل الرحم والثدي، فهي تحاول إخفاء مرضها أو تحاول إنكاره خوفاً من تخلي الزوج عنها مما يزيد من تدهور الحالة، و التي كان من الممكن شفائها لو كان العلاج مبكراً.

إن الصدمة النفسية تجعل الفرد يتوقف في الزمن، فيتوقف الوقت حيث يحدث تمزق أو انكسار في المسار الزمني لحياة الفرد فيكون انتهاء لفترة وبداية لفترة أخرى، هذه المرحلة أو الفترة الزمنية الجديدة من حياة المصاب بالسرطان، هي فترة معاناة بالنسبة له، هذه المعاناة قد تكون بسبب أعراض الصدمة النفسية، حيث يحدث اختلال توازن الجهاز النفسي، فيستخدم الأنا آليات دفاعية متعددة وبشكل يستنزف الطاقة النفسية، ويصف الباحث Ferenczi الصدمة النفسية مثل ضربة غير متوقعة ومفاجئة، مدمرة وصاعقة للنفس، والتي تعدم أو تنفي الإحساس بالذات، والقدرة على المقاومة أو التصرف، أو التفكير والدفاع، ويؤكد بان القلق الصدمي هو نتيجة عن العجز وعدم القدرة على التكيف. (Ciccone & Ferrant, 2009, p26)

يعاني المصاب من تناذر التكرار، وأثار أخرى قد تؤدي إذا طالت مدتها إلى اضطراب آخر هو اضطراب ما بعد الصدمة، ويوضح الدليل التشخيصي الرابع للاضطرابات النفسية أن من بين أسباب اضطراب ما بعد الصدمة هو التشخيص بالإصابة ببعض الأمراض الخطيرة أو المزمنة، على رأسها السرطان.

ورغم كل ما ذكرناه إلا ان النفس الانسانية قادرة على احداث نوع من التوازن الحياتي من خلال قدرتها على امتصاص شدة الازمات والصدمات وخصوصا اذا كان هناك تكفل اجتماعي واهتمام اكثر بالعلاجات النفسية و الاجتماعية والتدريب على المواجهة، وهذا هو الفارق الذي احداثته الدول المتطورة والتي نجحت الى حد ما في التقليل من حجم الوفيات المبكرة، بالاعتماد على التكفل الفعال بالمرضى والتشخيص المبكر ونشر ثقافة تحسين نوعية الحياة الصحية لدى المرضى و القائمين على رعايتهم و المقربين منهم، حيث ألحت منظمة الصحة العالمية والوكالة الدولية لبحوث السرطان على إدخال الرعاية الملطفة، والتي كان لها نتائج مقبولة إلى حد كبير في التقليل من الألم، والتخفيف من تناول المورفين، حيث ساهمت هذه الرعاية الملطفة في التخفيف من المشاكل المادية والنفسية والروحية بنسبة كبيرة لدى هؤلاء المرضى، ويدخل هذا التحول الجديد الذي تتجه انظار كل المنظومات الصحية العالمية نحو تبنيه، وخصوصاً منظمة الصحة

## الفصل الأول: تقديم الدراسة ومتغيراتها

العالمية (oms)، تحت مسمى تحسين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى المزمنين، مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية، هذا الأخير يعد هدف محوري، تسعى الخدمة الاجتماعية لتحقيقه في ممارساتها مع أفراد المجتمع.

بالإضافة إلى ما يحمله السرطان من تهديد لجوانب ونشاطات مهمة في حياة المرضى تلك الآلام القاسية والعنفية التي تصاحب المرض وعلاجه، ما يجعل بعض المرضى يدركون أن السرطان قدر أسوأ من الموت، ويصبح الأمل في البقاء على قيد الحياة ضئيلاً، ولكنه قد تبين لدى العديد من الباحثين بأن هناك بعض الأفراد من الذين واجهوا صدمات شديدة، إلا أنهم لم يبقوا حبيسي التناذر التكراري، بل تخلصوا من أعراض الصدمة وتمكنوا من التخفيف من انعكاساتها على جهازهم النفسي، عكس ما كان متفقاً عليه حول الحتمية الصدمية، فالملاحظات التي تمت حول عديد من الأفراد بينت العكس، فلم تعد هناك عتبات محددة للصدمات، فقد ظهرت العديد من الحالات التي تمكنت من تخطي صدمات تعد في نظر الغالبية بأنها شديدة وممزقة للنا، في حين أن هناك حالات أخرى تبقى تعاني من آثار ما بعد الصدمة نتيجة أحداث قد لا تعد صدمية في نظر الأغلبية، هذا ما لاحظته الباحثين في بدايات اكتشافها لمفهوم جديد الذي سمي " بالجلد" (la Resilience) الذي اكتشف بشكل خاص لدى أطفال تمكنوا من النمو السوي رغم الظروف القاسية (كوارث، فقر، إساءة معاملة، ادمان أحد الوالدين أو إصابتهما بمرض عقلي... الخ) في حين لم يتمكن آخرون.

يعتبر الجلد كمفهوم حديث النشوء قديم الوجود كأحد تلك القدرات الكامنة والخصائص النفسية للإنسان وخاصة المصدوم، تظهر وقت الازمة وتلعب الدور المهم في التخفيف من إثر الصدمة، إضافة إلى المساندة الاجتماعية، والاعتقادات الذاتية المتمثلة في الجانب الإيماني، الروحي أو الديني التي من خلالها يحاول المريض إعطاء معنى للصدمة ولحياته لكي يعيد عملية التوازن والتكيف مع المرض وتقبله ومواصلة العلاج وتحمله والنهوض من جديد.

المختصة النفسية (EMMY.WERNEL) في عام 1957م، هي من وضعت الأسس للمصطلح في علم النفس حيث قامت بدراسة تتبعيه لحوالي 700 طفل في هاواي يعانون من الهجرة والحرمان العاطفي وصحة مندھورة وسوء معاملة، وبعد 30 سنة من تتبع الأطفال وجدت أن 72% منهم تطور بشكل منحرف وكارثي وتفاجأت الباحثة بنسبة 28% منهم تمكنوا من النجاح في حياتهم وتعلموا حرفة وأسسوا عائلات ولم يصابوا بأي اضطراب نفسي ما دفعها إلى البحث عن العوامل التي جعلت هؤلاء الأطفال غير قابلين للتخميم.

(B-cyruLink, 2012. P8).

سيرورة الجلد هي قدرة مكتسبة تعززها فطرة الانسان السليمة والتربية الصحيحة يتم إرساؤها في المراحل الاولى من حياة الطفل ما اكدته دراسات حديثة مثل اعمال فوناجيل وآخرون (fonagyl, p. Et al) المذكورة في بحث لي أنو (نمط التعلق الآم (amant.2003.p6). M. Le style d'attachement sécuriser cité par . حسب (Boris cyrulink .1999) الجلد هو فن الإبحار في السيول الغزيرة -فن الوثب -النابض المتخفي -البلاء المثير للإعجاب- حيث يرى في الجلد إستراتيجية مقاومة ضد المصائب والألم بالارتكاز على الموارد المتنوعة للفرد فيعيد حياكة حياته من جديد يرتكز في كل هذا على مدركاته ومعتقداته الذاتية.

الجلد حسب رأي علما الدين هو بذرة من بذور الإيمان فهو مرادف لمفهوم المقاومة، التحمل، الصبر، الأمل وعدم اليأس، وحسن الظن بالله عز وجل، والإيمان من أسس الدين والدين هو أساس الحياة بحيث لا يمكن أن يستغني عنه الانسان بأي حال من الأحوال، فالدين حاجة فطرية لدي البشر منذ أن خلق الله آدم عليه السلام الى قيام الساعة والعلوم الاجتماعية في الوقت الحاضر غاب أو غُيِبَ عنها الدين من خلال تأثرها بالمجتمعات الغربية التي استبعدت الدين عن كافة مجالات الحياة وجعلته علاقة شخصية بين العبد وخالقه. فالاستجابة السليمة للصددمات والمواقف الضاغطة والامراض المهددة وتخطي الأزمات والمحن واكتساب أكبر للمناعة النفسية تعززها عوامل عدة وقدرات كامنة في الشخصية تختلف نوعيا وكميا حسب كل شخص منها ما هو فطري كالدين، فطرة فطر الله عز وجل الناس عليها كما جاء في قوله تعالى: ﴿فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَةَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقِيمَ وَلَكِن أَكْثَرَ النَّاسَ لَا يَعْلَمُونَ﴾ الروم الآية 30.

عنصر الدين او الاعتقاد والإيمان بوجود قوى خفية تسير الكون ونواميسه، تفسر الحياة والموت وتعطي للوجود والاحداث معنى وقيمة، الامر الذي يجعل المؤمن قادرا على مواجهة الازمات والصددمات ومخلفاتهم والتكيف مع الظروف الغير ملائمة وبذلك يكون التوجه نحو الحياة إيجابيا.

ويرى الكثير من العلماء مثل كارل يونغ صاحب الاتجاه التحليلي، وفيكتور فركل صاحب نظرية العلاج بالمعنى، وماسلو زعيم المدرسة الإنسانية ان تمسك الفرد بتعاليم دينه يزيد من مستوى صحته النفسي (نجاتي، 1993. ص 269).

يعتقد الباحث حسب ما ذهب اليه زعطوط، (2013) أن غياب علاج شاف ونهائي للأمراض المزمنة في أغلب الاحيان يطرح اشكالية نظرة المريض ومعايشته لمراحل العلاج، وظروفه والعبء الذي يتحمله دون أمل في التعافي من المرض، وأثر ذلك كله على نوعية حياته. غير أن الدراسات الطبية وحتى النفسية في البلاد النامية وفي الجزائر تحديدا لم تلامس الحاجات النفسية والاجتماعية والروحية للمرضى المزمنين،

بسبب تركيزها على النموذج الطبي الغربي (modèle médicale)، في مقارنة الصحة والمرض والاهتمام بالعلاج العضوي على حساب الجوانب الأخرى.

ويمكننا استخلاص ذلك من وضعية الاختصاصات الطبية والنفسية والاجتماعية التي تركز على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي مثل الطب السلوكي، وعلم النفس الاجتماعي للصحة، وعلم النفس الصحي، حيث تقتصر أغلب جامعاتنا لهذه الاختصاصات.

أصبح وجود علم النفس الأمراض المزمنة كمكمل لاختصاص طب المسنين أهمية قصوى إذ يخص شريحة من المجتمع تتزايد نسبتها ومشاكلها وترتبط بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة مع تزايد أعباء الشيخوخة مضافة الى آثار الأمراض المزمنة، وهذا ما يؤكد ندرة في الدراسات حول نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى بصفة عامة والمرضى المزمنين المصابين بأمراض مميتة بصفة خاصة.

إن جهلنا بنوعية حياة المرضى المزمنين يؤثر على طريقة التكفل بهم من جهة ويزيد من الشعور بعدم الرضى على أداء المكلفين برعايتهم وكذا منظومة الصحة في بلادنا، وهو في رأينا أحد أسباب المفارقة بين الميزانيات الضخمة التي تصرفها الدولة على الرعاية الصحية، وبين عدم الرضى الذي يعبر عنه المواطن في كثير من مناسبات الاحتجاج الاجتماعي ومن هذه المنطلقات نحاول في دراستنا هذه الإجابة على جملة من التساؤلات المرتبطة بنوعية العلاقة بين متغيراتها ومستوى كل من نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها النفسي (mcs) والبدني (pcs)، والجلد، والتدين، وكذلك مدى الاختلاف بين هذه العلاقات حسب عوامل الجنس والسن والحالة الاجتماعية ومدة المرض وعلى هذا الأساس تتمحور إشكالية الدراسة حول تساؤل العام ومجموعة من التساؤلات الجزئية وهي كالاتي:

### 1.1 تساؤلات الدراسة وفرضياتها

#### ❖ التساؤل العام

هل توجد علاقة ارتباطية بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وكل من الجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو؟

#### ❖ والتساؤلات الجزئية التالية:

- ما مستوى كل من نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا للمتغيرات التالية: (العوامل الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، مدة المرض) لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة

طب الاورام بمستشفى افلو؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى الجلد تبعا للمتغيرات التالية: (الجنس، السن، الحالة الاجتماعي، مدة الإصابة) لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام

بمستشفى افلو؟

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى التدين تبعا للمتغيرات التالية: (الجنس، السن، الحالة الاجتماعي، مدة الإصابة) لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام

بمستشفى افلو؟

- هل يمكن التنبؤ بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة في ضوء كل من الجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو؟

وانطلاقا من التساؤلات السابقة تتحدد فرضيات الدراسة كالاتي:

#### ❖ الفرضية العامة

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وكل من الجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

#### ❖ الفرضيات الجزئية

1- نتوقع مستوى نوعية حياة متعلقة بالصحة متوسطة لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

2- نتوقع مستوى تدين مرتفع لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

3- نتوقع مستوى جلد مرتفع لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير الجنس لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير مدة المرض لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير السن لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

- 8- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعاً لمتغير الجنس لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 9- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 10- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعاً لمتغير مدة المرض لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 11- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعاً لمتغير السن لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 12- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تبعاً لمتغير الجنس لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 13- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 14- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تبعاً لمتغير مدة المرض لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 15- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تبعاً لمتغير السن لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.
- 16- يمكن التنبؤ بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة في ضوء كل من الجلد والتدخين لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.

## 2. دوافع الدراسة وأهميتها

### 1.2 دوافع الدراسة

الامراض المزمنة وخصوصا السرطان واقع معاش لدى العديد من العائلات الجزائرية والسؤال المطروح نحن كأخصائيين في مجال علم النفس ماذا يمكننا ان نقدم لهذه الفئة من مجتمعنا التي تعاني صدمة المرض وحدة الألم ومضاعفات العلاج خصوصا إن كانت تجهل اسباب السرطان وتداعياته وكانت تجهل ايضا أن هناك أمل في الشفاء منه وتتنظر إليه نظرة الاستسلام واليأس وفقدان الامل. ونحن نعلم ان هناك أمل في الشفاء وأن هناك بوادر نجاح في علاجه، ويتوقف ذلك على خصائص الافراد النفسية الايجابية، وبحثنا هو محاولة لاكتشاف بعض من هذه القدرات الكامنة ومكامن القوة مثل التدخين والجلد ومدى أهميتها في مقاومة المرض والاستمرار في العلاج وتحمله ومساعدتهم على حسن استغلالها وتدعيمها عند الأصحاء من عائلات المرضى، وبعثها عند الأطفال.

### 2.2 اهمية الدراسة

تكم اهمية الدراسة في خصوصية العينة وفي تسليط الضوء على شريحة هامة من مجتمعنا الواسع تعاني في صمت صدمة المرض ومخلفاته النفسية، الجسدية والاجتماعية، وتكمن اهميتها في الوزن الإكلينيكي لمتغيراتها سواء للمرضى أنفسهم أو للقائمين عليهم، المتمثلة في التدخين والاعتقاد السليم وعلاقته بالصحة الجسمية والنفسية والجلد النفسي، كقدرة يستعملها الافراد في مواجهة الازمات والصدمات الحياتية، متغيرات حديثة التداول تنتمي إلى اتجاه جديد المتمثل في علم النفس الإيجابي الذي يركز على مكامن القوة والفضائل الإنسانية الإيجابية لتعزيز السعادة الشخصية للإنسان وعلى هذا الاساس دراستنا لها اهميتها من الناحيتين النظرية والتطبيقية.

### 1.2.2 الناحية النظرية

- من خلال اطلعنا على الكثير من الدراسات السابقة وجدنا أن هناك ندرة للأبحاث التي تناولت العلاقة بين هذه المتغيرات خصوصا لدى فئة المرضى وبذلك تصبح دراستنا إطار نظري لدراسات اخرى في هذا المجال وبشكل أعمق.
- تكمن اهمية دراستنا في اهمية الدين في حياتنا اليومية وفي معاملاتنا وفي سلوكنا فهو مؤشر إيجابي هام-وقائي وعلاجي- من مؤشرات الصحة النفسية. وبذلك تعتبر هذه الدراسة إضافة الى دراسات اخرى تناولت متغير الدين وعلاقته بمتغيرات اخرى ومحاولة للتأصيل الإسلامي لعلم النفس وحماية الدين



الاسلامي الحنيف من التيارات الدينية المتطرفة وتقديم صورة حقيقية عن الإسلام وإرساء المفهوم الصحيح له.

- التعرف على آثار وعواقب الامراض المزمنة خصوصا السرطان وعلى نوعية الحياة لدى المرضى وتحديد أكثر المشكلات التي يعاني منها هؤلاء.
- فائدة توجيهية وتحسيسية للقائمين والعاملين في المستشفيات من اطباء وممرضين وكادر إرشادي في كيفية التعامل مع هذه الفئة من المرضى.

### 2.2.2. الناحية التطبيقية

بناءً على النتائج المتوقعة ومدى اتساقها مع المفهوم النظري للتدين وبأن الدين له آثاره الإيجابية على الصحة النفسية بصفة عامة وعلى التوافق النفسي للمريض بصفة خاصة ما يفتح المجال للباحثين في مجال سيكولوجية الدين -خصوصا في الجزائر - من اجل وضع برامج إرشادية وعلاجية موجهة لمختلف الفئات العمرية التي تحتاج الى الرعاية والتكفل النفسي خصوصا المرضى مستوحاة من ديننا الاسلامي بهدف تعزيز الصحة النفسية لهم.

- تأكيد العلاقة الإيجابية بين التدين والجلد ونوعية الحياة المدركة من شأنه ان يساعد ويشجع المختصين على بناء العديد من البرامج الإرشادية والعلاجية والوقائية الغرض منها مساعدة الافراد على تخطي المحن وتجاوز الازمات النفسية والصدمات واكتساب أكبر للمناعة النفسية من خلال بناء وهيكلة سيرورة الجلد من الطفولة وحتى الرشد.
- تحديد الخدمات التي بإمكانها تحسين وضمان حياة كريمة ومتوازنة للمريض.

### 3. أهداف الدراسة

- فهم أكثر للآليات التي تجعل بعض المرضى أكثر مقاومة للصدمات خصوصا صدمة المرض أكثر من غيرهم
- التعرف على مستوى الجلد لدى مرضى السرطان
- التعرف على مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى السرطان، في مجالا الصحة البدنية (pcs) والصحة النفسية (mcs).
- التعرف على مستوى التدين لدى مرضى السرطان.
- الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والجلد.
- الكشف عن العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والتدين.

- الكشف عن العلاقة بين الجلد والتدين.
- الكشف عن الفروق بين المرضى في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، بمجالها الصحة البدنية (PCS) والصحة النفسية (MCS)، وكل من الجلد والتدين لدى عينة الدراسة حسب متغيرات (الجنس، السن، والحالة الاجتماعية، ومدة المرض).
- ترجمة للمقاييس (نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، الجلد) ومحولة تكييفها.

#### 4. متغيرات الدراسة

##### 4-1. نوعية الحياة المتعلقة بالصحة:

مفهوم متعدد الأبعاد وواسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية عرفت منظمة الصحة العالمية OMS نوعية الحياة بأنها: (إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق النطاق والقيم التي يعيش فيها وربطها مع أهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته). تعدد السياقات لمفهوم نوعية الحياة أدى الى تعدد تعريفاته وطبيعته بحثنا تتضمن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة من وجهة نظر المريض المتعلقة بتقييمه العام لنوعية حياته الحالية مقارنة بنوعيتها قبل المرض في جوانبها المتعددة. ونحن في سياق بحثنا نستخدم مصطلح نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لتحديد اثار مرض السرطان على مختلف جوانب حياة المريض الجسمية والنفسية والاجتماعية والمهنية واثار الأدوية والعلاجات كما يدركها هو.

##### -التعريف الإجرائي لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة

هو مجموعة الخطوات والإجراءات لقياس وتحديد اثار وعواقب مرض السرطان على مختلف جوانب الحياة النفسية والجسمية، الاجتماعية والمهنية، وكذلك اثار الادوية والعلاجات على نوعية حياة المريض. ويقاس من خلال الدرجة التي تتحصل عليها عينة الدراسة على مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (sf36).

( ) أصل الكلمة لاتيني (resalire) يعني القفز إلى الأمام والضمير 're' يفيد التكرار أي النهوض من جديد تعني (rebondir) استخدم في علم الفيزياء لوصف قدرة المعادن على تحمل الصدمة والضغط المتواصل ثم عودتها الى حالتها الطبيعية.

5-2. الجلد- الجلد لغة: جَلْدٌ، يَجْلُدُ، جَلَدٌ، جمع أجلاذ. فلان جَلَدٌ أي جَلَدٌ على تحمل المكاره أي كان له صلابه وصبر على تحملها، جَلَدٌ في مواجهة الشدائد وقوي (معجم المعاني الجامع). واول استخدام لمصطلح الجلد في علم النفس كان في الولايات المتحد الأمريكية من طرف (N. garmézy) عام (1984) عرفه على انه "إحدى مظاهر المهارات التي يتم تطويرها عند الاطفال على الرغم من تعرضهم لأحداث مجهدة".

-الجلد: حسب المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم (هو الصبر على مكروه وتحمل الألم).

4-2. -التعريف الإجرائي للجلد: الجلد هو الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة على مقياس الجلد

المستخدم في الدراسة (Connor-Davidson Resilience Scale).

4-3 التدين: التعريف الذي يعتمده الباحث يجب أن يكون نابعا من ثقافة مجتمع الدراسة، كما يجب أن

يراعي التوجه النفسي الإسلامي الذي تنطلق منه الدراسة بالدرجة الأولى، وهو كما يلي:

التدين من وجهة نظر العقيدة الإسلامية هو: التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيحة ﴿الإيمان بالله وملائكته

وكتبه ورسله وباليوم الآخر وبالقدر خيره وشره﴾ ويظهر ذلك في سلوكه لممارسة ما أمر الله به والانتهاز

عن إتيان ما نهى الله عنه. (الصنيع، 2000).

-التعريف الإجرائي للتدين: الدرجة التي يحصل عليها أفراد العينة من خلال إجاباتهم على بنود مقياس

سلوك التدين المستخدم في الدراسة.

## 5. الدراسات السابقة

رغم بحثنا الكثير والمتكرر على المستوى المحلي وحتى على المستوى العربي او الإسلامي لاحظنا ندرة

للدراسات التي تناولت متغير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة كمتغير رئيسي او متغير مرتبط بمتغيرات

أخرى مثل التدين او الجلد وهذا ربما راجع الى حداثة هذا المفهوم مثله مثل مفهوم الجلد والتدين في

الدراسات الاجتماعية والنفسية والطبية، الا انه لا تخلو مكتباتنا من دراسات حول مفهوم نوعية الحياة او

جودة الحياة (كما يسميها البعض الآخر)، لدى فئات مثل المرضى واكثرها لدى فئة الطلاب او العمال.

تناولت أغلب الدراسات العربية حسب (زعطوط رمضان، 2014) نوعية الحياة من زاوية الجودة والسعادة

والمفهوم الايجابي للحياة ومحاولة استكشافها لدى طلاب الجامعة، ولدى النساء، ولدى كبار السن (مهدي

كاظم ونجم البهادلي (2006)، العدلي (2006)، المحرزي وابراهيم (2006)، المحرزي وسعيد حسن

(2006)، نعيسة (2012).

وعلى هذا الأساس وبمراجعة الدراسات السابقة العربية والأجنبية لم يجد الباحث اية دراسة-على حد علمه-

اهتمت بموضوع الدراسة الحالية بالمتغيرات نفسها وانما حصل على بعض الدراسات وثيقة الصلة بالدراسة

خصوصا الأجنبية منها، بالاعتماد على التسلسل الزمني من الاقدم الى الاحدث قسمها الباحث الى:

5-1. الدراسات التي تناولت متغيرين معا من متغيرات الدراسة الحالية:

❖ الدراسات العربية

- ✓ **دراسة الطلاع (2006)** بعنوان: " الذكاء الروحي وعلاقته بالصمود النفسي لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة " التي تهدف إلى التعرف على مستوى الذكاء الروحي والصمود النفسي لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة، كذلك معرفة العلاقة بين الذكاء الروحي والصمود النفسي، والكشف عن الفرق في مستوى الذكاء الروحي والصمود النفسي لديهم تبعاً لمتغيرات الجنس والتخصص، ومعرفة إلى أي مدى يمكن التنبؤ بالصمود النفسي من خلال الذكاء الروحي، باستخدام المنهج الوصفي على عينة، قوامها (466) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة الإسلامية بغزة، اختيروا بطريقة العينة الطبقيّة العشوائية، وتوصلت الدراسة الى ان طلبة الجامعة لديهم درجة مرتفعة من الذكاء الروحي والجلد، كما وجدت علاقة طردية بين الدرجة الكلية للصمود الجلد وأبعاده، وكانت هناك فروق في مستوى الذكاء الروحي والجلد تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور، وهناك فروق في مستوى الذكاء الروحي والجلد تبعاً لمتغير التخصص لصالح التخصص الإنساني.
- ✓ **دراسة: غنية بو فرمال (2009)**، بعنوان: البعد الثقافي(الديني) وعملية الصمود: أي رابط؟ لعينة من ضحايا كارثة طبيعية في جنوب الجزائر (مدينة غرداية) أجريت على مجموعة من 50 ضحية من ضحايا هذه الفيضانات وحاولت توضيح كيف ان الأبعاد الثقافية المزبابة تساهم في إطلاق عملية الصمود، وكذلك الطريقة التي تم بها التعبير عن هذه العملية من خلال القوانين الثقافية المحلية بما في ذلك أكثر مظاهره رمزية. تميل النتائج إلى إظهار أن المكون الثقافي للمجتمع يساهم في ظهور المرونة في مواجهة الكوارث الطبيعية. في سياق العمليات الإنسانية، نهج الصمود، الذي يجعل من الممكن التوفيق بين المساعدة الإنسانية والتنمية، لذلك فإن نتائج هذا البحث تسمح لنا بإلقاء نظرة أخرى على دمج الثقافة في استراتيجيات المواجهة وإجراءات الوقاية من الكوارث الطبيعية.
- ✓ **زعطوط رمضان (2013)**، بعنوان نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، من بين المتغيرات التدين، هدفت الدراسة الى استكشاف نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين ممثلين بمرضى السرطان وعلاقتها ببعض المتغيرات الحيوية النفسية الاجتماعية مقارنة بالأصحاء من الجمهور العام، وأثر المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والامراضية على تلك العلاقة، واختبار نموذج تفسيري لنوعية الحياة. وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية:

## الفصل الأول: تقديم الدراسة ومتغيراتها

- يعاني 12% من مرضى السرطان من نوعية حياة منخفضة مقابل 1% فقط من الأصحاء وباستثناء تلك النتيجة فإن نوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء مرتفعة حيث قاربت النسبة، 91% ولا توجد فروق بينهما
- يعتبر مستوى التدين مرتفعاً لدى المرضى المزمنين والأصحاء على السواء، حيث بلغت النسبة 81% ولم تظهر فروق دالة بينهما، وقد ارتبط التدين بنوعية الحياة في العينتين ارتباطاً دالاً وموجباً.
- يعتبر مستوى الأداء المعرفي ممثلاً بالوظائف التنفيذية مرتفعاً لدى العينتين، حيث أن 84% من المرضى المزمنين و 81% من الأصحاء يتمتعون بوظائف تنفيذية متوسطة، مقابل أداء معرفي جيد لدى 13% من المرضى المزمنين و 18% من الأصحاء، ولم تظهر فروق بين المرضى والأصحاء في الوظائف التنفيذية،
- يعتبر مستوى الكفاءة الذاتية المدركة أخفض لدى المرضى المزمنين حيث وصلت نسبة المرض ذوي الكفاءة الذاتية المدركة المنخفضة الى، 25% مقابل 16% لدى الأصحاء
- يعاني ثلث المرضى المزمنين والأصحاء من انخفاض الدعم الاجتماعي المدرك وكان ارتباطه بنوعية الحياة ضعيفاً.
- يعاني 52% من المرضى المزمنين من مستوى متوسط إلى مرتفع في الكرب النفسي مقارنة بالأصحاء (28%)
- يعاني مرضى السرطان من انخفاض الأداء المناعي (18% من المرضى) ممثلاً في انخفاض مستوى الخلايا البيضاء والليمفاوية، غير أن تعداد هذه الأخيرة لم يرتبط بنوعية الحياة لدى المرضى والأصحاء على السواء
- ✓ دراسة مرزوق (2018) التي تحمل عنوان: "المساندة الاجتماعية والتوجه الديني وعلاقته بنوعية الحياة لدى عينة من النساء المطلقات في قطاع غزة"، بهدف التعرف على علاقة كل من المساندة الاجتماعية، والتوجه الديني بمعنى الحياة لدى عينة من النساء المطلقات في محافظة غزة والتعرف الى أثر تفاعل كل من المساندة الاجتماعية والتوجه الديني ومعنى الحياة، ومتغيرات العمر والمؤهل العلمي والوضع المهني لدى النساء موضع الدراسة، حيث تكونت العينة من (120) امرأة مطلقاً في محافظة غزة، أسفرت الدراسة عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مجالات مقياس كل من التوجه الديني، ومعنى الحياة والدرجة الكلية لمقياس التوجه الديني ومعنى الحياة، كذلك توصلت إلى عدم وجود أثر دال إحصائياً بين المساندة الاجتماعية والتوجه الديني ومعنى الحياة تبعاً لمتغير العمر والمؤهل العلمي والوضع المهني.

## الفصل الأول: تقديم الدراسة ومتغيراتها

✓ دراسة ولاء يوسف (2021)، تحت عنوان "التدين وعلاقته بالصمود النفسي لدى عينة من الاسر الفلسطينية"، هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى التدين ومستوى الصمود النفسي، والعلاقة بينهما لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين، كما هدفت إلى التعرف على الفروق بين متوسطات درجات التدين، ومتوسطات درجات الصمود النفسي لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغيرات (العمر، عدد سنوات الاعتقال، مجال العمل، الحالة الاجتماعية). استخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وقد بلغ حجم العينة 511 أسير فلسطيني توصلت الدراسة إلى ارتفاع في مستويات كل من التدين، والصمود النفسي لدى أفراد العينة، كما بينت النتائج عدم وجود فروق بين متوسطات درجات التدين لدى أفراد العينة تبعاً لمتغيرات (العمر، عدد سنوات الاعتقال، مجال العمل، الحالة الاجتماعية)، تبين أيضاً وجود فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطات الصمود النفسي لدى أفراد العينة تعزى لمتغير العمر لصالح من هم أكبر من 31 سنة، ووجود فروق بين متوسطات درجات الصمود النفسي تبعاً لمتغير عدد سنوات الاعتقال لصالح افراد العينة الذين قضوا في السجن بين 6 إلى 8 سنوات. تبين كذلك وجود فروق دالة احصائياً بين متوسطات درجات الصمود النفسي تبعاً لمتغير مجال العمل لصالح أفراد العينة العاملين في المجال الحكومي. ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات الصمود النفسي تعزى لمتغير الحالة الاجتماعية، كذلك توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التدين والصمود النفسي.

### ❖ الدراسات الأجنبية

✓ دراسة "إيميت وغلوريا جيه" (Emmett, Gloria J, 2000)، حول الطقوس العائلية والمرونة: العلاقة بين مقاييس التدين والانفتاح على التجربة والقلق، الطقوس جزء لا يتجزأ من المجتمع حاولت الباحثة التركيز على الطقوس لتسليط الضوء على التأثير الذي قد تحدثه على المرونة الفردية والقدرة على العمل. فحصت هذه الدراسة العلاقات بين المشاركة في الطقوس العائلية والعديد من الجوانب المفاهيمية المتعلقة بالتجربة الإنسانية، بما في ذلك التدين والانفتاح على التجربة والقلق. وكانت النتائج أن الانخراط في أداء الطقوس والعبادات بشكل منتظم يعزز الروابط الأسرية ويحفز القدرة على الصمود.

✓ في دراسة قام بها كوتون وآخرون، (Cotton et al, 2006) حول دور الجلد في الأمراض المزمنة خاصة في جانب المعتقد الديني للكشف عما يمكن أن يحققه هذا البعد عند المصابين، عنوانها الجانب الروحي والدين لدى المصابين بمرض المناعة المكتسب. اختيرت العينة من 4 عيادات طبية وشملت 450 فرداً (متوسط العمر 43.3 سنة، اناث 14 %، ذكور 86 %) حيث أن 80 % ينتمون لمعتقد معين و 20

## الفصل الأول: تقديم الدراسة ومتغيراتها

% ملحدون. طبقت مقاييس التدين والروحية لمعرفة إن كان هؤلاء المرضى يلجؤون لمعتقدهم. بينت النتائج أن 85% منهم أصبحوا يؤدون شعائرهم الدينية وإن 75% من المرضى قد قوي إيمانهم ولو بدرجة. وأن عودة هؤلاء إلى الجانب الديني الروحي يعود لانتمائهم الثقافي. وخلص إلى أن لجوؤهم للدين يساعدهم على تجاوز محنهم ويعزز القدرة على المواجهة والتكيف، كما ظهر لديهم تفاؤل نحو المستقبل.

✓ **دراسة كيني داي، (Kenny Day. 2008)** بعنوان: نوعية الحياة لدى مرضى الصرع دور وعلاقتها بالمرونة النفسية تم اجراء الدراسة على عينة من المصابين بالصرع عددهم 223 مريض تشير الارتباطات إلى أن مستويات المرونة ونوعية الحياة أظهرت ارتفاعاً كبيراً والارتباط الإيجابي الكبير. أشار تحليل الانحدار المتعدد إلى أن نسبة كبيرة من التباين في نوعية الحياة والمرونة. لم يكن تكرار النوبة في الحسابان قدرا كبيرا من التباين. كما كانت مقاييس القلق والاكتئاب سلبية بشكل ملحوظ يرتبط بالمرونة. تتم مناقشة النتائج من حيث تأثيرها على المستقبل خيارات العلاج لمن يعانون من الصرع المستعصي.

✓ **أجرى (2014) Nikmanesh & Khosravi** دراسة بعنوان: "إعادة توطين الذكاء الروحي مع المرونة والضغط الملحوظ" هدفت إلى التحقيق في العلاقة بين الذكاء الروحي والمرونة والإجهاد المدرك، حيث تكونت عينة الدراسة من 307 طالب من جامعتي، Sistan & Baluchistan وقد اظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة إيجابية وذات مغزى بين الذكاء الروحي والصمود، وكذلك وجود علاقة سلبية وهامة بين الذكاء الروحي والإجهاد للطلاب، وبذلك فإن الروحانية تساعد على الصمود والمرونة لدى الأشخاص الذين يعانون من الإجهاد.

✓ **وقامت دراسة هاريس (2016) Harris.** بعنوان: "آثار الجنس والروحانية على جلد البالغين تجاه الضغوطات اليومية غير المؤلمة" التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الروحانية والمرونة عند البالغين تجاه الضغوط اليومية غير المؤلمة وتقييم ما إذا كان للجنس تأثير معتدل على هذه العلاقة، على عينة قوامها 94 مشاركا عبر الإنترنت تتراوح أعمارهم بين 19 و68 عاماً، لم ترتبط الروحانيات بشكل كبير بالإجهاد اليومي غير المؤلم، ومع ذلك فإن العلاقة بين المرونة والإجهاد اليومي غير الناجم عن الصدمة مرتبط بشكل سلبي، كذلك أثر الجنس بشكل إيجابي على مستويات المرونة ما يدل على أن الإناث والذكور يتعاملون بشكل مختلف مع الضغوطات اليومية غير المؤلمة، كما بينت النتائج أن هناك علاقة سلبية بين المرونة والضغط اليومي غير الصادم أقوى للإناث منها للذكور.

✓ **دراسة صديكا وجاهان (Siddiqa & Jahan, 2018)** بعنوان: "العلاقة بين الروحانية والجلد، بهدف تحديد العلاقة بين جوانب الروحانية وقدرة المرونة بين الطلاب، وما إذا كان التغيير في مستوى الروحانية

له أي تأثير على مستوى المرونة التي يمتلكونها، على عينة قوامها 146 مراهقا تتراوح أعمارهم بين 15 و18 عاماً من مدارس مختلفة في الهند، ونتج عن الدراسة أن الطلاب الذين سجلوا درجات عالية من الروحانية هم أكثر قدرة على التعامل مع الضغوطات في حياتهم، ويكونون أكثر قدرة على التكيف ولديهم نظرة إيجابية تجاه مواقفهم الإشكالية.

✓ أما دراسة كل من **Fra delos, et al. (2018)** بعنوان: "تقييم العلاقة بين التدخين والصحة العقلية والجلد النفسي لدى مرضى سرطان الثدي" هدفت إلى فحص العلاقة بين التدخين والصحة العقلية والجلد النفسي لدى مرضى سرطان الثدي، على عينة قوامها 152 مريضة بسرطان الثدي من مستشفى في شمال اليونان، وقد بينت النتائج عدم وجود علاقة بين التدخين والصحة العقلية، في حين تم إبراز علاقة قوية بين المعتقدات الدينية والمرونة النفسية.

✓ دراسة سومو (**Samos, 2020**)، بعنوان: "تأثير التكيف الديني والجلد على الصحة النفسية بين الطلاب الدوليين في المجر"، التي هدفت إلى فحص العلاقة بين الإجهاد الثقافي والتكيف الديني والجلد والرفاهية النفسية، وكانت عينة الدراسة 176 طالباً دولياً في المجر، ونتج عن الدراسة أن الجلد ساهم في رفع مستوى الرفاهية النفسية والتكيف الديني السلبي المرتبط سلباً بالرفاهية النفسية، برغم ذلك لم يتم العثور على العلاقة بين التأقلم الديني الإيجابي والرفاهية النفسية ذات دلالة إحصائية، كما أظهر التفاعل بين التأقلم الديني الإيجابي والجلد تأثيراً سلبياً مفاجئاً على الرفاهية النفسية

### 5-2 الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المرضى

#### ❖ الدراسات العربية

✓ دراسة فرجاني (1992)، في رعداء على (2012) مفهوم وقياس نوعية الحياة في البلدان العربية في السياق الدولي على أساس ميثاق حقوق الإنسان لأجل بلورة مفهوم عربي لنوعية الحياة، وركزت النتائج على الحقوق الفردية مثل السلامة الشخصية وحرية الرأي والفكر وكذا الحقوق الجامعية مثل تكوين الأسرة والرعاية الاجتماعية والصحية والتعليمية ومستوى المعيشة اللائق.

✓ دراسة فادل حزة علي وسميرة جرجي. (Fadel Hazza Ali, Samira A Gorgies, 2005) حول نوعية الحياة لدى المصابين بالربو في الأردن، وهدفت الدراسة إلى تقييم نوعية حياة المرضى الراشدين والتعرف على المؤشرات والجوانب البيئية والجسمية والنشاطات اليومية والأدوية والعلاجات وعلاقتها ببعض المتغيرات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية. بلغت العينة 100 مريضاً من مراجعي قسم الطوارئ والعيادات الخارجية، وأشارت النتائج إلى تأثير نوعية الحياة لدى المرضى في جوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية.



- ✓ دراسة وفاء العطار (2005) Wafaa M. Al Attar بتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون والمستقيم لدى 50 مريضا في مشافي بغداد، مستعملة استمارة خاصة لتقييم نوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون وأشارت النتائج إلى أن النوعية المتعلقة بالمشي والحركة والشعور بالألم والإرهاق.
- ✓ دراسة "جواد، علي الديوان" (Jawad K. A. Al-Diwan, 2006)، بدراسة نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المراهقين العراقيين المصابين بالسكري، وتكونت العينة من 160 مريضا مصابا بالنوع الأول من السكري المرتبط بالأنسولين، ودلت النتائج على أن نوعية حياة المراهقين الأقل سنا أفضل من غيرهم، كما لعبت الرياضة والنشاط البدني دورا دالا في تحمل أعباء المرض وتحسين نوعية الحياة.
- ✓ دراسة الطيباني (El-Tayebani M. 2007)، (2007)، حيث قام بتقييم نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين في دراسة مقارنة بين مرضى الفصام ومرضى السكري، وشملت الدراسة 50 مصابا بالفصام و100 مريضا بالسكري و100 من الأصحاء، وتم تطبيق مقياس نوعية الحياة. WHOQOL أظهرت النتائج قصورا في نوعية الحياة لدى الفصاميين مقارنة بمرضى السكري أو أفراد العينة الضابطة. حصل حوالي 60% من المرضى والعينة الضابطة على مستوى نوعية حياة متوسطة، ولم يظهر الرضا عن الحياة لدى الفصاميين، بينما أقر مرضى السكري أنهم راضون عن حياتهم خاصة في جانب العلاقات الشخصية، وأستخلص الباحث الأثر السلبي للمرض المزمن على نوعية الحياة.
- ✓ دراسة كل من رامي، وأبو العلا (Ramy H, AbouZeid M, Abou el alla, 2007) لعلاقة بين نوعية الحياة واضطرابات المزاج، في دراسة مقارنة بين المصابين بالاكتئاب أحادي وثنائي القطب وبين الفصاميين، بوجود عينة ضابطة. بينت النتائج فروقا دالة في نوعية الحياة بين المجموعات، حيث كانت أسوأ لدى الفصاميين، يليهم المصابون بالاكتئاب ثنائي القطب، وأخيرا المصابون بالاكتئاب.
- ✓ دراسة اقبال غانم علي معلا والمطيب (Iqbal Ghanim Ali Ma'ala 2012)، (Metiab, بعنوان تقييم نوعية الحياة الجسمية للمراهقين المصابين بابيضاض الدم الحاد في مدينة بغداد، وشملت العينة 50 مريضا، واستعملا استبانة خاصة تحتوي على المعطيات العامة ونوعية الحياة البدنية، وأشارت النتائج إلى نوعية حياة متوسطة من الناحية البدنية ولا فروق تذكر بين افراد العينة.
- ✓ دراسة وفاء عبد العزيز ومحمد يوسف (Wafaa Aziz Mostafa., Mohammad Yousif, 2012) حول نوعية الحياة لدى المصابين بالسكري من النوع الثاني في الموصل، وشملت العينة 300 مريضا، ثم تطبيق مقياس نوعية الحياة المختصر WHOQOL Bref لمنظمة الصحة العالمية، وأظهرت النتائج أن 41% من المرضى يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة، و 46% بدرجات متوسطة و 13% يعانون من انخفاض نوعية حياتهم، وتشير

النتائج إلى أن متوسط نوعية الحياة لدى مرضى السكري مرتفع نسبيا مقارنة مع الأمراض الأخرى، وأن الإناث أكثر تأثرا بالمرض من الذكور.

✓ دراسة (أحمد جاسم و With ford 2013)، حول نوعية الحياة لدى النساء البحرينيات المصابات بسرطان الثدي، بتطبيق النسخة العربية، EORTC QLQ -C30 على عينة من 337 مريضة، وصلت نسبة المريضات اللاتي يتمتعن بنوعية حياة مرتفعة %95 بمتوسط 63.9 درجة على المقياس، وكان الأداء الاجتماعي هو الأعلى بـ 77.5 درجة، بينما كانت الوظيفة الوجدانية هي الأقل بـ 63.4 درجة، وكذا الأداء الجنسي بـ 25.9 درجة، بينما كان فقدان الشعر أكثر الأعراض تسببا في الضيق النفسي وكذلك الشعور بالتعب والإرهاق

✓ دراسة ايت عرب وزناد دليلة (2019)، حول أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي على نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي تمثلت عينة الدراسة في 30 امرأة متزوجة مصابة بسرطان الثدي الغير الانبثائي وشملت الدراسة أزواجهم في المستشفى، الهدف من الدراسة هو البحث في كيفية تأثير هذه الاستراتيجيات على نوعية حياة المريضات المصابات بسرطان الثدي وعلى نوعية حياة أزواجهن باعتبارهم أول من يقدم الرعاية لهن. وخلصت النتائج أن إعادة التقييم المعرفي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، يتنبأ بنوعية حياة نفسية جيدة لديهن ولدى أزواجهن، في حين أن الإستراتيجيات المستعملة من طرف الأزواج ليس لها أي أثر على نوعية حياة زوجاتهم.

✓ دراسة بن علية خيالي وربيعي محمد، (2020م)، بعنوان: أبعاد نوعية الحياة الأكثر هشاشة في ظل تداعيات الجائحة الوبائية كوفيد19 (COVID19) لدى عينة من المصابين والقائمين على رعايتهم وعينة من الأصحاء. هدفت هذه الدراسة الميدانية الوصفية إلى التعرف على مستوى نوعية الحياة و أكثر أبعادها هشاشة في ظل تداعيات الجائحة الوبائية كوفيد19، لدى ثلاثة عينات قصدية ( مرضى كوفيد19 وعددهم 51 مريض و مريضة ،القائمين على رعاية مرضى كوفيد19 وعددهم 45 بين طبيب و ممرض ،الأصحاء وعددهم 60) بمدينة افلو، تمثلت وسائل جمع البيانات في مقياس نوعية الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية (WOQOL-BREF) ، في حين تمت معالجة البيانات عن طريق برنامج الحزمة الاحصائية للعلوم الاجتماعية spss، حيث أظهرت النتائج ان مستوى نوعية الحياة يختلف لدي عينات الدراسة الثلاثة و بدرجات متفاوتة موزعة كالاتي :المرضى ضمن الحدود الدنيا للمتوسط و كل الابعاد هشة ، الاصحاء ضمن الحدود العليا للمتوسط، والبعد الجسمي لديهم هو الاقل هشاشة، القائمين على رعاية المرضى ضمن الحدود المتوسطة والبعد الاجتماعي لديهم هو الاقل هشاشة وتبين أن البعد البيئي هو الأكثر هشاشة وعامل مشترك بين عينات الدراسة الثلاثة، اظهرت النتائج ايضا انه توجد فروق ذات دلالة

إحصائية في مستوى نوعية الحياة بين الاصحاء والمرضى والقائمين على رعايتهم.

### ❖ الدراسات الأجنبية

- ✓ دراسة "تيري وديان" (Teri, Dianne, 2004) بعنوان: منظور الزمن والجلد دراسة قام بها، حول دور الجلد في مواجهة السلوكيات الخطيرة لدى الفتيات المعوزات الأميركيات من أصول افريقية: دور العلاقة بين الأم وابنتها. إلى أن معدلات ظهور السلوكيات المحفوفة بالمخاطر (مثل، العنف الجوهري والمخدرات لدى البنات المعوزات مرتفعة. وأن التشاؤم من المستقبل يخفض من قدرة الجلد لديهن لتجنب السلوكيات الخطيرة. بينما أخريات يقاومن مثل هذه السلوكيات. الارتباط بالكبار يعزز القدرة على الجلد. لكن كيفية حدوث هذه العملية يبقى غير واضح. ولفحص ذلك اجريا دراسة على عينة قوامها (320) تراوحت أعمارهم بين 11-15 سنة. استخدم نموذج المعادلة البنائية للتحقق من النموذج الفرضي. وأوضحت نتائج الدراسة أن منظور الزمن او طريقة النظرة الى المستقبل هو الذي يحدث الفرق.
- ✓ دراسة تايلور وآخرون (Taylor et all, 2006) هدفت الى تقييم العلاقة بين الألم وفعالية الذات ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة والضغط النفسية والعجز لدى أفراد المجتمع في نيوزيلندا، وقد أجريت الدراسة على عينة من (540) فرداً من أفراد المجتمع في نيوزيلندا، وكشفت نتائج الدراسة وجود ارتباط موجب بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة، وعدم وجود ارتباط بين نوعية الحياة وفعالية الذات العامة.
- ✓ دراسة كريت لار وآخرون (Kreitler, S, Peleg, D., & Ehrenfeld, 2007) هدفت الى استكشاف العلاقة بين الضغط النفسي والكفاءة أو الفعالية الذاتية ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان، وذلك باختبار نموذج تقاعلي يعتمد متغيرين وسيطين هما الكرب المدرك والكفاءة الذاتية، وتكونت العينة من 60 مريضاً، وفرق الباحثون بين الكرب الصحي والكرب الاجتماعي، ودلت النتائج على أن مؤشر الكرب الصحي يؤثر في نوعية الحياة عبر الكرب المدرك، وأن الكفاءة المدركة تساعد في خفض الكرب المدرك وبالتالي ترفع من مستوى نوعية الحياة، وكذلك فإن نوعية الحياة تتأثر سلباً بالكرب الاجتماعي.
- ✓ "دراسة لورال". (Laurel, M. 2007)، بعنوان: نوعية الحياة المرتبطة بالصحة والتكيف النفسي والاجتماعي في أمراض الأمعاء المزمنة، هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى التكيف النفسي والاجتماعي لدى عينة من مرضى سرطان الأمعاء من كلا الجنسين، وكانت النتائج هي ان نوعية الحياة المتعلقة بالصحة اقل من المتوسط وأكثر تدهورا عند الاناث. خصوصا في المجال النفسي البدني لدى النساء والجانب النفسي لدى الرجال.

دراسة سوزان، مزانك وآخرون، (Susan R. Mazanec et all. 2010) هدفت الى البحث في العلاقة بين التفاؤل ونوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان، حديثي التشخيص وركزوا على الصحة لدى عينة من 163 مريضا، مرت 6 أشهر على تشخيصهم باستعمال بطارية مكونة من مقاييس نفسية اجتماعية، ودلت النتائج على ارتباط التفاؤل بنوعية الحياة وبالقلق والاكتئاب، ولم يكن التفاؤل عاملا تنبؤيا بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وارتبطت الانفعالات السالبة (القلق والاكتئاب) بانخفاض نوعية الحياة.

✓ قام تافورن وآخرون (Martin j.b. taphoorn ,2010) بمراجعة أدبيات البحث عن نوعية الحياة لدى المصابين بأورام دماغية وذلك باستعمال استبيانات متعددة مثل استبيان نوعية الحياة الخاص بالمصابين دماغيا، وأكد الباحثون على أهمية الاستبيان الذي أنشأته المنظمة الأوروبية لبحوث علاج السرطان وهو، EORTC QLQ -C30 وكذا التقييم الوظيفي لعلاج السرطان، FACT حيث يركز هذا الأخير على المجالات النفسية والاجتماعية أكثر منه على الأعراض الطبية. ولاحظ الباحثون أثر الجراحة والعلاج بالأشعة على نوعية الحياة وعلى الأداء المعرفي للمرضى وكذلك العلاج الكيميائي والعلاج التدايمي.

✓ دراسة "بيتينا يانز" وآخرون (Betina Yanez 2011) حيث قام الفريق بمراجعة الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي لدى المريضات من أصل لاتيني في الولايات المتحدة، وتم اختيار 20 دراسة من بين 375 مقالا تم العثور عليها، بعضها نوعي والأخر كمي وتم التركيز على الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والجنسية لنوعية الحياة، ودلت النتائج على انخفاض نوعية الحياة النفسية لدى المريضات من أصل أوروبي مقارنة مع غيرهن، وغياب التقييم المتعلق بالحياة الجنسية إلا نادرا.

✓ دراسة حيدر نجاد وآخرون (Heydarnejad MS and al, 2011)، فقاموا باستكشاف العوامل المؤثرة في نوعية الحياة لدى المصابين بالسرطان تحت العلاج الكيميائي في إيران، على عينة من 200 مريض باستعمال EORTC QLQ -C30، وأشارت النتائج إلى وجود ارتباط بين نوع السرطان وبين كل من شدة الألم والإرهاق، ولم ترتبط المتغيرات والعوامل الديموغرافية مثل السن ومستوى التعليم والوضع الاجتماعي والدخل بنوعية الحياة، كما أظهر 66% من العينة نوعية حياة مرضية.

✓ دراسة قراي وآخرون (Gray NM, Hall SJ, and al, 2011) . العوامل الثابتة والمتحولة المنبئة بنوعية الحياة لدى المصابين بسرطان القولون والمستقيم على عينة من 496 مريضا، تم تقييم نوعية الحياة والأداء الوظيفي والأداء المعرفي والعوامل الاجتماعية، وظهر انخفاض في نوعية الحياة لدى الإناث، وأهم العوامل المتغيرة هي التعب والقهم والبهز، والاكتئاب وكذا المعتقدات المرتبطة بالمرض، أما المتغيرات الثابتة مثل الجنس والسكن فلم تكن مؤثرة في نوعية الحياة من حيث تفسيرها للتباين.

✓ دراسة سلمان لوسي وآخرون (Lucy E Selman et al. 2011) حول نوعية الحياة لدى المرضى الذين وصلوا الى مراحل متأخرة من مرض السرطان مقارنة مع الإيدز، وهم يتلقون علاجاً تلطيفياً في جنوب إفريقيا وأوغندا، وشملت العينة 285 مريضا متوسط أعمارهم 40 عاما، منهم 197 مريضة، كانت نوعية حياة مرضى الإيدز أسوأ من مثيلتها عند مرض السرطان، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ايجابية بين الشعور بالسلام وخبرة معنى الحياة وبين التحسن الوظيفي، كما ارتبطت الصحة الروحية بنوعية الحياة مما يؤثر إلى أهمية قياس حاجات المرضى النفسية والروحية خصوصا.

✓ دراسة "كوستونزو" وآخرون (Costanzo Erin S, and all. 2011) فقاموا باكتشاف استجابات المصابين بالسرطان للكروب والمنغصات اليومية وأثر ذلك على نوعية حياتهم، وشملت العينة 111 مريضا مقارنة بعينة مماثلة من الأصحاء، وتم قياس الاستجابة للكرب عن طريق تحليل كورتيزول مستخلص من اللعاب في فترات مختلفة من اليوم، وأظهرت النتائج مرونة كبيرة لدى المرضى في مواجهتهم للكروب والضغوطات النفسية اليومية، غير أن الأثر السلبي على المزاج يشير إلى أهمية التكفل النفسي بهؤلاء المرضى للتخفيف من الانفعالات السلبية لديهم.

### 3-5 الدراسات التي تناولت التدين كأحد متغيراتها

✓ يؤكد كوينغ (Koenig, 2012) في مراجعته الحديثة سنة 2012م، التي شملت أغلب الدراسات التي تناولت التدين أو الروحانية والصحة ما بين 1872 إلى غاية 2010م بما يزيد عن 3300 مقال علمي موثق منهجيا. وأكد من خلال تحليله لتلك البحوث على العلاقة الايجابية والارتباط الدال بين مخرجات الصحة وبين التدين، مما يدعو كل الباحثين إلى أخذ هذا المتغير بعين الاعتبار في دراسات نوعية الحياة (زعطوط، 2014). وعلى هذا الاساس سوف تأتي على ذكر بعضا من هذه الدراسات العربية والاجنبية:

### ❖ الدراسات العربية

✓ دراسة (عبد العزيز، 2000)، المعنونة بقلق الموت وعلاقته بكل من التدين ومعنى الحياة لدى عمال مصنع فوسفات الوادي الجديد، واعتمد على عينة قوامها (400) عامل، واستخدم مقياس قلق الموت، ومقياس الوعي الديني، ومقياس معنى الحياة، وتوصل إلى عدم وجود فروق بين التدين الحقيقي والتدين الظاهري في مقياس قلق الموت عند العمالة المؤقتة والدائمة، بينما توجد فروق في مقياس الوعي الديني ومعنى الحياة لدى العمالتين.

✓ دراسة الجميلي، (2001)، حول الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى عينة قدرها (300) طالب وطالبة من جامعة صنعاء، تم اختيارهم بطريقة طبقية عشوائية من بعض الكليات العلمية والإنسانية،

## الفصل الأول: تقديم الدراسة ومتغيراتها

واستخدم مقياس الالتزام الديني، ومقياس الأمن النفسي من منظور إسلامي، وخلص إلى وجود علاقة موجبة وقوية بين الالتزام الديني والأمن النفسي، وإلى عدم وجود فروق بين الالتزام الديني والأمن النفسي تبعا لكل من متغير الجنس ومتغير التخصص الأكاديمي (علمي - نفسي).

✓ أجرى الصنيع، (2002)، دراسة حول العلاقة بين التدين والقلق العام، لدى عينة من طلاب جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، منهم (119) طالبا من طلاب كلية الشريعة، متوسط أعمارهم (21,40) سنة، و (121) طالبا من طلاب كلية العلوم الاجتماعية، متوسط أعمارهم (22.97) سنة، واستخدم مقياس التدين المكون من (60) عبارة من إعداده، ومقياس القلق العام للراشدين المكون من (56) عبارة من إعداد محمد جمل الليل. وخلص إلى وجود علاقة عكسية بين التدين والقلق العام، وأن طلاب كلية الشريعة حصلوا على متوسط درجات أعلى من طلاب كلية العلوم الاجتماعية على مقياس التدين، بينما على مقياس القلق العام حصل طلاب كلية العلوم الاجتماعية على متوسط أعلى من طلاب كلية الشريعة.

✓ أوضحت دراسة (غانم، 2004)، العلاقة بين التدين (الظاهري، الجوهرى) وكل من قلق الموت والأحداث السيارة والنظرة للحياة لدى المسنين والمسنات، واعتمد على عينة بواقع 200 شخص في كل فئة، وتم تطبيق مقياس الوعي الديني، ومقياس قلق الموت، ومقياس النظرة للحياة، وقائمة الأحداث السارة من إعداده، وتوصل إلى وجود علاقة ارتباط موجبة بين التدين الجوهرى وقلق الموت والنظرة الإيجابية، ووجود علاقة ارتباط سالبة بين التدين الجوهرى والأحداث السارة، كما توصل أيضا إلى وجود علاقة ارتباط سالبة بين التدين الظاهري وقلق الموت والأحداث السارة والنظرة الإيجابية للحياة.

✓ وتناول بركات (2006) دراسة عنوانها: "الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة" حيث هدفت إلى التعرف على تأثير الاتجاه نحو الالتزام الديني في التكيف النفسي والاجتماعي، وعلاقته ببعض المتغيرات المرتبطة بالطالب الجامعي من حيث العمر، والجنس، والتخصص، والتحصيل الأكاديمي، وعمل الأب، وعمل الأم على عينة قوامها (200) طالب وطالبة، وتوصلت دراسته إلى وجود تأثير جوهري لاتجاه الطلاب نحو الالتزام الديني في مستوى تكيفهم النفسي والاجتماعي لمصلحة الطلبة ذوي التوجه المرتفع، كما أظهرت وجود تأثير لمتغيرات الدراسة في الجنس والتخصص والعمر في الاتجاه نحو الالتزام الديني، بينما لا يوجد تأثير جوهري لمتغير التحصيل وعمل الأم وعمل الاب.

✓ أجرى القدرة، (2007) دراسة حول العلاقة بين الذكاء الاجتماعي والتدين وبعض المتغيرات الأخرى لدى عينة قوامها (528) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة الإسلامية بغزة، واستخدم مقياس الذكاء الاجتماعي

(الغول، 1993)، ومقياس السلوك الديني من إعداده، وتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين درجات الطلبة على مقياس مستوى الذكاء الاجتماعي ودرجاتهم على مقياس التدين، وإلى عدم وجود فروق بين متوسطي درجات طلبة الكليات العلمية والأدبية في مقياس التدين.

✓ قام (بارون، 2008) بدراسة عن التدين وعلاقته بالصحة النفسية والقلق لدى (2023) مراهقا كويتياً، من بينهم (889) ذكراً، و (134) أنثى، بمتوسط عمري قدره (16.2) سنة، وانحراف معياري قدره (1.2) سنة، واستخدم مقياس الدافعية الداخلية للتدين، ومقياس القلق، وستة بنود تقييم ذاتي، وأظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً بين الجنسين لصالح الذكور على كل المقاييس، ما عدا مقياس القلق فكان لصالح الإناث، كما أظهرت النتائج ارتباطات إيجابية دالة إحصائياً بين كل المتغيرات فيما عدا مقياس القلق الذي كان سلبياً.

✓ درس (إبراهيمي، 2009)، علاقة التوجه نحو التدين ومستوى تقدير الذات لدى عينة قوامها (220) طالبا وطالبة، تراوحت أعمارهم بين (22-29) سنة، تم اختيارهم بطريقة طبقية عشوائية، واستخدم فيها مقياس التوجه نحو التدين الحجار، ورضوان، (2006)، ومقياس تقدير الذات (روز نبيرغ، 1965)، واستمارة معلومات من إعداده، وتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التوجه نحو التدين وتقدير الذات، وإلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في التوجه نحو التدين، وفي تقدير الذات.

✓ دراسة عقيلان (2011)، وهدفت إلى التعرف على العلاقة بين الاتجاه نحو الالتزام الديني ومستوى التوافق النفسي لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة وأجريت الدراسة على عينة من 300 طالبا وطالبة وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين الالتزام الديني والتوافق النفسي كما أوضحت وجود فروق دالة في الالتزام الديني بين الذكور والإناث لصالح الإناث وعدم وجود فروق دالة في الالتزام الديني تبعاً لنوع الكلية.

✓ أما الأنصاري (2012) فقد أجرى دراسة عنوانها: "التدين وعلاقته بفاعلية الذات والقلق لدى ثلاث عينات كويتية" هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى العلاقة بين التدين العام (الجانب العقائدي والجانب السلوكي)، وفاعلية الذات والقلق، وتنتمي هذه الدراسة في تصميمها للمنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حيث استخدمت عينة قوامها (741) كويتياً في ثلاث مراحل عمرية، وهي المراهقة المتأخرة والرشد المبكر، والرشد المتوسط، وأظهرت نتائج الدراسة فروق جوهرية في فعالية الذات في المرحلتين السابقتين لصالح الذكور، وقد ارتبط التدين بفاعلية الذات ارتباطاً دالاً إيجابياً، كما ارتبط التدين وفاعلية الذات بالقلق ارتباطاً دالاً سلبياً في جميع عينات.

✓ دراسة فيصل قريشي (2015)، حول التدين وعلاقته بالتفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، هدفت الدراسة الى الكشف على طبيعة العلاقة بين سلوك التدين وكل من التفكير وفاعلية الذات، وكذلك الفروق بين المرضى في المتغيرات السابقة، تبعا للجنس والمستوى التعليمي. شملت الدراسة عينة تعدادها 204 مريض ومريضة، وتوصلت الدراسة الى ان هناك علاقة طردية بين سلوك التدين والتفكير وفاعلية الذات، وان التدين ينتشر بين المرضى بمستوى فوق المتوسط، وتوجد فروق بين المرضى في مستوى سلوك التدين بين مرتفعي ومنخفضي التفكير ولصالح مرتفعي التفكير. وكذلك فروق ذات دلالة في سلوك التدين بين المرضى بين متوسطات منخفضة ومرتفعي فاعلية الذات ولصالح مرتفعي فاعلية الذات. بالإضافة الى عدم وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والاناث في كل من سلوك التدين والتفكير وفاعلية الذات. قام الجميلي، (2001) بدراسة الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى عينة قدرها (300) طالب وطالبة من جامعة صنعاء، تم اختيارهم بطريقة طبقية عشوائية من بعض الكليات العلمية والإنسانية، واستخدم مقياس الالتزام الديني، ومقياس الأمن النفسي من منظور إسلامي، وخلص إلى وجود علاقة موجبة وقوية بين الالتزام الديني والأمن النفسي، وإلى عدم وجود فروق بين الالتزام الديني والأمن النفسي تبعا لكل من متغير الجنس ومتغير التخصص الأكاديمي (علمي - نفسي).

✓ دراسة بوعود، طالب (2016) بعنوان: "التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية عند عينة من طلبة الجامعة" هدفت الدراسة للتعرف على العلاقة بين التدين وبعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، كالتوافق الاجتماعي وتقدير الذات باعتبارها عوامل اساسية في الصحة النفسية، شملت عينة الدراسة (204) طلاب وطالبات من طلاب الجامعة، حيث اخذت عينة من طلبة العلوم الإسلامية لتمثل طلاباً طبيعة تعليمهم ديني، وفي مقابلهم عينة ثانية من طلبة العلوم الأخرى (علم النفس، العلوم الطبية، اللغة العربية وآدابها. ...) لتمثل طلاباً طبيعة تعليمهم غير ديني. وأظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التدين وكل من التوافق الاجتماعي وتقدير الذات، وتبين جود فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التدين حسب نوع التخصص الدراسي (ديني، غير ديني) لصالح طلبة التخصص الديني. لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين الذكور والاناث في متغيرات (التدين والتوافق الاجتماعي وتقدير الذات).

✓ أجرى شبلي وسمير (2020) دراسة: بعنوان "التوجه نحو التدين (الظاهري والجوهري)، وعلاقته بتقدير الذات كأهم مظهر من مظاهر الصحة النفسية"، هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين التوجه نحو التدين وتقدير الذات كأهم مظهر من مظاهر الصحة النفسية ومدى الارتباط بين التدين بمظهره الجوهري والظاهري



ومستواهما، شملت العينة (220) طالبا من طلاب وطالبات الجامعة الجزائرية، خرجت الدراسة بنتيجة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التوجه نحو التدخين وتقدير الذات لدى طلبة الجامعة، أي أنه كلما ارتفع التوجه نحو التدخين ارتفع تبعاً لذلك مستوى تقدير الذات.

#### ❖ الدراسات الأجنبية

✓ دراسة لاري وآخرون. (LARRY & all ,1993) التي جاءت للبحث عن العلاقة بين التدخين والصحة النفسية بتطبيق استبيان على 3855 طالبا جامعيًا، بحيث قسمت فئات التدخين إلى كاثوليك وبروتستانت، فكانت مستويات التدخين عالية، متوسطة ومنخفضة، بحيث طبق أيضا مقياس الصحة النفسية الذي تضمن تقدير الذات، والنضج الانفعالي، والاكنتاب. وهنا أشارت النتائج إلى أن هناك علاقة موجبة بين التدخين المرتفع ومقياس الصحة النفسية بمعايره الثلاثة، وكان الرجال أكثر إيجابية على المقاييس الثلاثة أيضا.

✓ دراسة الباحثان: "كوش و" فيرارو" (KOCH & FERRARO, 1994) بعنوان: "الدين والصحة لدى البالغين من السود والبيض: فحص الدعم الاجتماعي والاستشارة"، جاءت على عينة من إحصاء قومي أمريكي عن تغيير حياة الأمريكيين أجري عام (1986م) وكان عدد العينة 2560 فردا منهم 889 من السود و(1671) من البيض أعمارهم فوق 25 سنة. تمّ قياس خمسة أبعاد وأهم النتائج كانت: الأفراد ذوو الاعتقاد الديني القوي كانت مستويات الاضطراب النفسي لديهم منخفضة بوضوح قياسا بالأفراد ذوي الاعتقاد الديني المنخفض الذين ارتفع مستوى الاضطراب النفسي لديهم. الأفراد الذين لا ديانة لهم ارتفع مستوى الاضطراب النفسي لديهم (الصنيع، 2000. ص112).

✓ بينت دراسة كل من فرانكل وهوايت (Frankel & Hewitt, 1994) العلاقة بين التدخين والسعادة النفسية لدى طلاب جامعة كندية، بلغ عددهم (172) طالبا منتمين إلى مؤسسات دينية، متوسط أعمارهم (23.13) سنة، و (127) طالبا غير منتمين إلى مؤسسات دينية، متوسط أعمارهم (22.06) سنة. وقد استخدمنا فيها استبانة احتوت على أسئلة في تسع مجالات المعلومات العامة والشخصية، الممارسة الدينية، تقدير الذات، الضغوط، الاعتقادات والقيم، الصحة النفسية والجسمية، الإلتقان، التردد على الخدمات الصحية، نماذج الصحة)، وتوصلا إلى أن الطلاب المنتسبين للمؤسسات الدينية أكثر صحة، وأقل ترددا على الخدمات الصحية من الطلاب غير المنتسبين للمؤسسات الدينية.

✓ كشفت دراسة كل من لوي وهندال (Low & Handal, 1995, pp. 406-412) العلاقة بين التدخين والتوافق لدى عينة مكونة من (500) طالب تراوحت أعمارهم بين (16-17) سنة من ثلاث جامعات مختلفة، وقد استخدمنا بطارية التدخين الشخصي، واستبيان التكيف لطلاب الجامعة، وخلصا إلى وجود علاقة

موجبة بين التدخين والتوافق، وإلى وجود فروق بين الجنسين في الدرجات ذات دلالة إحصائية على مقياس التدخين الشخصي.

✓ **قد أجري روس (Ross, 2006)**، دراسة حول التدخين والاضطراب النفسي على عينة قوامها 401 وبينت النتائج ان الافراد ذوي الاعتقاد الديني القوي كانت مستويات الاضطراب النفسي لديهم منخفضة قياسا مع من هم ذوي اعتقاد ديني منخفض، والذين ارتفع لديهم مستوى الاضطراب النفسي.

### 4-5 الدراسات التي تناولت الجلد كأحد متغيراتها

#### ❖ الدراسات العربية

✓ **في دراسة غيناستد، (Gunnestad, 2006) حول الجلد**، من منظور ثقافي، مدى ظهور الجلد في مختلف الثقافات وعوامله الثقافية، أجراها، على عينة من ثلاث مجموعات من الشباب ومن أعراق مختلفة (لاتينية، أفريقية، أمريكية من أصول هندية). واعتمد الباحث على الدراسة الأنثروبولوجية والملاحظة المعمقة لمعرفة العوامل الثقافية التي من شأنه مساعدة الفرد على تجاوز الصدمة. وتوصل إلى أن العوامل المساعدة على تجاوز الصدمة عند المجموعات الثلاث تتمثل في الاستقامة والأمانة في العلاقات الأسرية، توفر التكاتف الاجتماعي. مع اختلاف في درجة وشدة هذه العوامل من مجموعة إلى أخرى.

✓ **دراسة طالب حنان سنة (2009) بعنوان مقارنة سيكودينامية للجلد**، وتمثلت في دراسة عيادية للجلد من خلال مقارنة توأم حقيقي وهما فتاتين مسعفتين تعرضتا لصددمات متراكمة ولكنهما لم تستجيبا بنفس الطريقة، إذ أن إحداها تغلبت على المحن التي واجهتها فهي جلدة والأخرى وجدت صعوبات في ذلك. تتعلق الفرضية العامة الفارقة للدراسة بالتوظيف الجيد لنظام ما قبل الشعور عند التوأم الجلدة وإخفاق غير الجلدة في هذا التوظيف. لقد تحققت هذه الفرضية من خلال تحقق الفرضية الإجرائية المتعلقة بنوعية العقلنة والفرضيات الجزئية المتعلقة بالحياة الخيالية، الارصان العقلي والقدرة على ربط وجداني القلق والاكنتاب بتمثيلات العقلنة. وتبين من هذه الدراسة أن الجلد يتحدد بسيرورات نفسية فردية وعلائقية ولا يرجع لعوامل وراثية جينية.

✓ **أما الانصاري (2012) فقد أجرى دراسة عنوانها:** "التدين وعلاقته بفاعلية الذات والقلق لدى ثلاث عينات كويتية" هدفت الدراسة إلى التعرف على مدى العلاقة بين التدخين العام (الجانب العقائدي والجانب السلوكي)، وفاعلية الذات والقلق، وتنتمي هذه الدراسة في تصميمها للمنهج الوصفي الارتباطي المقارن، حيث استخدمت عينة قوامها (741) كويتياً في ثلاث مراحل عمرية، وهي المراهقة المتأخرة والرشد المبكر، والرشد المتوسط،

وأظهرت نتائج الدراسة فروق جوهرية في فعالية الذات في المرحلتين السابقتين لصالح الذكور، وقد ارتبط التدين بفاعلية الذات ارتباطاً دالاً إيجابياً، كما ارتبط التدين وفاعلية الذات بالقلق ارتباطاً دالاً سلبياً في جميع عينات الدراسة.

✓ **دراسة جارا الله سليمان (2013)**، المعنونة بـ. منظور الزمن وعلاقته بالجلد في مواجهة الاحداث الصادمة، هدفت الدراسة الى التعرف على دور منظور الزمن كعامل في ارضان المعلومات لحدوث الجلد في مواجهة الاحداث الصادمة لدى عينة من المتعرضين للأحداث صدمية لدى البالغين في المجتمع الجزائري. بلغ افراد العينة 86 فردا من الذين تعرضوا لأحداث صادمة، اثبتت الدراسة وجود علاقة قوية بين ابعاد منظور الزمن وكل من الجلد واجهاد الصدمة، وأنها تساعد الافراد الذين تعرضوا لصدمات نفسية من مواجهة اثارها. كما اتضح أن الجلد والعودة الى الحالة العادية يتم بفضل توظيف عوامل الحماية والتقليل من توظيف المصادر المعرفية التي تدل على الخطر.

✓ **دراسة طالب حنان (2014)**، تحت عنوان: الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من إجهاد الشفقة والجلد لدى الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين، جاءت هذه الدراسة لتكشف عن العلاقة بين الذكاء الوجداني وكل من إجهاد الشفقة والجلد عند الأخصائيين النفسيين العياديين الممارسين، وتوصلت الى مجموعة من النتائج منها: وجود علاقة طردية بين درجات بعاد الذكاء الوجداني وأبعاد الجلد. عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجات الجلد تعزى للجنس، السن ومكان العمل

✓ **دراسة فضيلة لحمس (2017)** حول التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان دراسة عيادية من خلال اختباري الرورشاخ وتفهم الموضوع TAT. نسلط الضوء هذه الدراسة على الجانب الايجابي في شخصية مرضى السرطان، حيث تهدف إلى تحديد مجموعة من المؤشرات التي توجي بوجود عمليات بناء للجلد، ثم الكشف عن التوظيف النفسي لهذه المؤشرات لدى حالات الدراسة، خلصت الدراسة الى ان اغلب حالات الدراسة يعانون من ضغوط نفسية وتوتر تقبل الاصابة بالمرض بمدة. تمكن اغلب حالات الدراسة من بناء صيرورة مناسبة وتطوير مؤشرات عديدة للجلد بمساهمة سند معين، تمثل لدى بعض الحالات في الشريك، ولدى كل الحالات في الأبناء. أظهرت حالات الدراسة أعراضا نفسية مرضية مختلفة حسب كل حالة، فظهرت الأعراض الاكتئاب أكثر لدى بعض الحالات، في حين ظهرت أعراض القلق لدى اغلب الحالات، والتي تركزت أساسا في الخوف من انتشار المرض، والوساوس حوله،

أما اضطرابات صورة الذات فميزت كل حالات الدراسة، خاصة الجرح النرجسي، وعدم الرضا عن شكل الجسم. كما تميز التوظيف النفسي للجلد لدى اغلب الحالات بالتنوع، وكانت النسبة مختلفة حسب كل حالة، وسجل توظيفاً مميزاً للجانب الروحاني، لدى كل الحالات، وكذلك توظيفاً مناسباً للغيرية والمشاركة الاجتماعية، وروح الدعابة، والعقلنة، أما بالنسبة لتوظيف الإعلاء فكان محدود لدى بعض الحالات، بسبب المحيط والبيئة غير المشجعة، التي تنتمي إليها الحالات. هناك العديد من الدراسات العربية التي تحدثت عن قوة الأنا من جوانب مختلفة أكثر مما تناولت الجلد، وتدل على مدى صلابة الفرد وتغلبه على الصعاب وعدم التأثر بها، ومن أبرزها.

✓ **دراسة (حمدان فضة، 2000)** لقوة الأنا لدى الذكور والإناث من طلاب الجامعة من قاطني القرى والمدن، وعلاقتها بالمستوى الاجتماعي والثقافي والاقتصادي لديهم. وتكونت عينة الدراسة من (320) من طلاب وطالبات كلية التربية ببها والزقازيق، من أبناء القرى والمدن. وأسفرت نتائج هذه الدراسة عن عدم وجود فروق دالة في قوة الأنا تعزى إلى كل من متغير الجنس، والبيئة، و منطقة السكن في القرية و المدينة. كما أسفرت النتائج عن وجود معامل ارتباط موجب ودال بين درجات أفراد العينة في قوة الأنا ودرجاتهم في المستوى الاجتماعي الثقافي. وكشفت النتائج عن عدم وجود معاملات ارتباط دالة بين درجات قوة الأنا والمستوى الاجتماعي الاقتصادي. وتميزت دراسة (حمدان فضة، 2000) بدراسة العلاقة بين قوة الأنا وكل من المستوى الاجتماعي الثقافي والاقتصادي، حيث تبين أنه يوجد علاقة دالة موجبة بين قوة الأنا والمستوى الثقافي للأسرة. وخلصت الدراسة إلى أن ارتفاع المستوى الثقافي للأسرة يعكس وجود مقومات التربية الجيدة للأبناء، مما يساعدهم على تنشئة نفسية سوية تساهم بدورها في نشأة شخصية سوية تتمتع بقوة الأنا التي تمثل هي شكل من اشكال الجلد.

✓ **تناولت دراسة (إبراهيم عيد، 2001)** الخصائص الإيجابية للشخصية. أظهرت النتائج أن قوة الأنا متغير أساسي في الشخصية الإيجابية وأن قوة الأنا لها دور كبير في الحياة النفسية. أما فيما يخص الفروق بين الجنسين في قوة الأنا فهناك اختلاف واضح فيما توصلت إليه نتائج الدراسات، حيث كشفت نتائج دراسة حمدان فضة (2000) عن عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في قوة الأنا، أما دراسة (إبراهيم عيد، 2001) فقد أسفرت نتائجها عن أن الذكور أشد قوة في الأنا من الإناث.

❖ الدراسات الأجنبية

✓ دراسة كلارك، (Clark, Pat 1995). بعنوان: المخاطرة والمرونة لدى المراهقين الوضع الحالي للبحث في الفروق بين الجنسين، هدفت هذه الدراسة إلى معرفة ما إذا كان فهم الشباب الجلدين لوجودهم في ظروف الخطر وكذلك معرفتهم بخصائص سلوكياتهم وسلوكيات معلمهم يمكن ان يخلق بيئات تعليمية ايجابية وتواصل مدرسي فعال وتوصلت الدراسة حول العوامل الفردية والسلوكية والبيئية يمكن أن تحدد مسار نموهم والتمثلة في مصادر الحماية المجتمعية في حين أن ظروف المخاطرة يمكن أن تحدد بعلاقة هؤلاء الشباب بأسرهم ورفاقهم ومجتمعهم وأوصت الدراسة بأن ما له علاقة بالمخاطرة الناشئة عن العلاقة بالمدارس تتحدد بعوامل المرونة التي تشمل تقييم المشاكل الحقيقية والتأكيد على الأنشطة اللامنهجية وتعزيز الإنتاج الأكاديمي وتوقعات الطلاب بتحسين أدائهم من خلال خدمات البرامج التعليمية والرعاية النفسية والاجتماعية وزيادة تفعيل وتطوير مشاركات المجتمع المدني

✓ دراسة يونغ. (Young, 2010) بعنوان "العلاقة بين المشاعر الايجابية والصمود النفسي لدى الاشخاص الذين يعانون من أزمة رضخية(PTSD): نهج كمي" هدفت هذه الدراسة الى التعرف على طبيعة العلاقة بين المشاعر الإيجابية والجلد النفسي، باستخدام المنهج الكمي الارتباطي على عينة قوامها (159) اختيرت بطريقة العينة العشوائية البسيطة من مجموعة سكانية (500) فرداً عاشوا خبرات صادمة، أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إيجابية حيث إن الأشخاص الذين يمتلكون اتجاهات إيجابية وعقلاً مرناً يتمتعون بجلد نفسي مرتفع.

✓ وتناول fayombo (2010) في دراسته بعنوان: "العلاقة بين سمات الشخصية والصمود النفسي بين المراهقين" والتي هدفت الدراسة إلى وجود علاقة بين العوامل الشخصية الكبرى: (يقظة الضمير، المسايرة، الانفتاح على الخبرة، العصابية والانبساطية) والصمود النفسي، حيث بلغت عينة الدراسة (397) مراهقاً من طلبة المرحلة الثانوية، وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة احصائية دالة وايجابية بين أربعة من العوامل الكبرى للشخصية وبين الصمود النفسي. بينما ارتبطت العصابية بعلاقة سلبية مع الصمود النفسي، وأشارت هذه الدراسة إلى أن السمات الشخصية هي عامل هام في تحديد مستوى الصمود النفسي لدى المراهقين، حيث أشارت إلى أن السمات الصحية السوية يمكنها أن تسهم في تحقيق السعادة لهم، بينما السمات غير الصحية وغير السوية كالعصابية يمكن أن لا تحققها، كما أشارت

إلى أن أكثر سمات الشخصية تنبؤ بالصمود النفسي هو يقظة الضمير يليه المسaire ومن ثم العصابية والانفتاح على الخبرة فالانبساطية.

✓ دراسة غزيان دونغ وجيا (xiaadong wang & Jun tian, 2011) بالصين، هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الجلد النفسي ونوعية الحياة وبين الجلد والعوامل المؤثرة في نوعية الحياة (الإعياء، الضغط، الآثار الجانبية للعلاج) على عينة من 970 مصاب بالسرطان بمختلف أنواعه، منهم 271 إناث، وباستخدام عدة مقاييس للضغط، والإعياء، والآثار الجانبية للعلاج، ومقياس للجلد مكون من 14 بند معدل لمبيئة الصينية RS14 وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة بين مستويات الجلد، والعمر والجنس ومرحلة العلاج، والى وجود فروق ذات دلالة في درجات الإعياء، والضغط والآثار الجانبية لعلاج، بين مستويات الجنس والعمر والمرحلة العلاجية، والى وجود تأثير للجلد بنسبة % 33.2 على مستوى الضغط، وتأثير على مستوى الإعياء بنسبة % 16.1 ومنه توصل أن الجلد يؤثر بشكل غير مباشر على تحسين نوعية حياة المصاب بالسرطان، من خلال التقليل من مستويات الضغط والإعياء واعراض الجانبية للعلاج.

✓ دراسة لوفري (laufry disragmarsdotter, 2012) بأيسلندا، بعنوان الجلد عند الرجل المصاب بسرطان البروستاتة (العلاقة بين الجلد والسند الاجتماعي والإجهاد) على عينة من 44 حالة باستخدام مقاييس الاكتئاب والقلق وأحداث الحياة، السند الاجتماعي، ومقياس Connor - Davidson للجلد النسخة الأيسلندية مكون من 10 بنود، وكانت النتائج تشير إلى وجود علاقة ذات دلالة بين مستويات الجلد المرتفعة والمستويات المنخفضة لكل من، الاكتئاب، الفلق، الإجهاد وذلك على ضوء مدة العلاج، والى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين ارتفاع مستويات الجلد، والمدة الزمنية للعلاج، أما بالنسبة للسند الاجتماعي فأشارت النتائج إلى وجود علاقة غير دالة بينه وبين مستويات المنخفضة للاكتئاب والقلق والإجهاد وذلك بعد مدة تتراوح بين 3 إلى 6 أشهر التشخيص بالإصابة (disragmarsdotter, 2012).

✓ دراسة بيرنار واخرون (Bernhard Strauss, 2012) ب ألمانيا، والتي أجريت على عينة مكونة من 208 مريض بالسرطان قبل وبعد العلاج الإشعاعي، وذلك بهدف البحث عن تأثير الجلد على كل من الإعياء الناجم عن العلاج الإشعاعي، وعلى تحسين نوعية الحياة من خلال استخدام سلم كنور دافيد سون RS ومقياس نوعية الحياة SF-12 وسلم الأبعاد المتعددة للإعياء، MFI حيث توصل

الباحثون إلى أنو، وخلال مراحل العلاج الإشعاعي يكون للجلد دور مهم في خفض درجات هذا الإعياء وان الجلد هو عامل نفسي مهم في تحسين نوعية الحياة لدى هذه العينة خلال مراحل العلاج (الإشعاعي).

✓ دراسة كاترين ديباي (Catherine dubey, 2012) بعنوان الجلد لدى الراشدين المصابين حديثا بالسرطان (أولي أو متكرر)، وذلك بكلية الطب والبيولوجية بجامعة Lausanne بسويسرا. أجريت الدراسة على عينة أعمارهم تتجاوز 18 سنة، مستخدمة الأدوات (سلم كونورد أفيدسون لقياس الجلد نسخة فرنسية وألمانية)، اشارت النتائج إلى وجود درجة جلد متوسطة تقدر ب 74.35 لدى العينة، حيث بلغ متوسط درجات الجلد لدى النساء (77.77) في حين بلغ متوسط الرجال قيمة (71.7). بينما سجل الراشدين الأقل من 55 سنة، مستوى يقدر ب 77,94 كما سجل المصابين غير المتزوجين متوسط درجات قدره 65.75، في حين سجل الآباء العازبون ما مقداره 76.33 أما الآباء المتزوجين والذين يحظون بأبناء كانت متوسطات درجاتهم تقدر ب 78.06 أما المتزوجين دون أبناء فسجلوا متوسط درجات 74.43 وتم تسجيل متوسطات المصابين الموظفين والتي قدرت ب 76.62 في حين سجل غير الموظفين 71.66 وقد سجلت اعلي درجة حسب نوع السرطان والتي قدرت ب 81.20 في سرطان الثدي، أما في ما يخص أولية السرطان أو معاودته فلم تتوصل الباحثة إلى إيجاد فروق ذات دلالة إحصائية، ونفس الشيء فيما يخص الخضوع للعلاج الكيميائي أو الإشعاعي. إلا أن الفروق ذات الدلالة الاحصائية، سجلت بين متوسطات درجات الجلد بين فئتين الراشدين المصابين بالسرطان وغير المصابين، حيث كانت منخفضة لدى المصابين مقارنة بالأصحاء (Dubey,2012).

#### 6-تعقيب على الدراسات السابقة

ما لفت انتباهنا كثيرا اثناء تفحصنا للكثير من الدراسات العربية السابقة حول مفهوم الجلد انها تناولته بمسميات مختلفة مثل: المرونة، الصمود، الإرجاعية، الجلد، قوة الانا، كل هذه المفاهيم كترجمة للكلمة اللاتينية (résilience).

نلاحظ ايضا من خلال الدراسات السابقة انها تناولت متغيرات الدراسة من جوانب مختلفة سواء من منظور اجتماعي او ثقافي او نفسي عيادي الا انها أجمعت في اغلبها على وجود علاقة إيجابية بين الجلد والتدين ونوعية الحياة في الدراسات التي تناولت متغيرين معا مثل دراسة (زعطوط رمضان، الطلاع، ولاء يوسف، كوتون واخرون، صديكا وجيهان .... الخ) وأشارت هذه الدراسات وأخرى الى انه كلما ارتفعت درجات عوامل مثل التدين والروحانية والجلد رافق ذلك ارتفاع في مؤشرات الصحة النفسية والعقلية والجسمية والعوامل

الإيجابية في الشخصية. وأكدت على إمكانية التنبؤ بالجلد من خلال العامل الروحي مثل دراسة الطلاع. في الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى المرضى كدراسة تقييمية لها، أجمعت في أغلبها على ان نوعية الحياة لدى المرضى الزمنيين تتراوح بين المتوسط الى دون المتوسط وكانت ادناها هي نوعية حية مرضى السرطان خصوصا من الناحية البدنية.

في الدراسات التي تناولت العلاقة بين العوامل الإيجابية في الشخصية مثل (التفكر، فاعلية الذات، تقدير الذات، التفاؤل، روح الدعابة، الصحة النفسية الجيدة، النضج الانفعالي، الامن النفسي، التوافق النفسي، التوافق الاجتماعي، معنى الحياة، السعادة النفسية، الذكاء الروحي، الخ)، ومتغيرات الدراسة الحالية (الجلد، التدخين، نوعية الحياة) كانت في أغلبها في اتجاه واحد أي انها كل ما زادت درجات تلك العوامل زادت معها متغيرات الدراسة وكل ما نقصت درجات تلك العوامل نقصت معها متغيرات الدراسة، مع وجود فروق بين افراد العينات تبعا لمتغيرات ديموغرافية او اجتماعية، اقتصادية او ثقافية او عرقية او صحية (نوع المرض أو مقارنة بالأصحاء)، ودور العلاقات، وجود المساندين ونوعيتها. وأشارت كل الدراسات التي تناولت الجلد او التدخين الى علاقة عكسية بين العوامل السلبية مثل (القلق، الخوف، العدوانية، الاكتئاب، العزلة...) أي كلما ارتفعت درجات العوامل السلبية قلت معها مستويات الجلد والتدخين.

يمكن الاشارة الى ان نتائج مثل هذه الدراسات الغربية، تعد ذات أهمية بالغة، إلا أن نتائجها قد تختلف لو أجريت في بيئتنا المحلية، أين يكون للعامل الثقافي والاجتماعي دور كبير، كما أنها لا تمدنا بحقائق معمقة عن الأفراد، ولا يمكن تعميم نتائجها على بيئتنا الثقافية.

اما الجديد في دراستنا مقارنة بالدراسات السابقة هو: انها تناولت مفهوم حديث التناول في مجال الرعاية الصحية ونوعية الحياة لدى المرضى، حاليا يحتل تقييم نوعية الحياة الصحية مكانا أساسيا في بعد الصحة وهو موضوع بحثي كبير، بالاعتماد على أداة مرجعية لمسوح نوعية الحياة التي أجريت

في البحوث السريرية والصحة العامة، المتمثل في نموذج المسح الصحي القصير (MEDICAL OUTCOME STUDY SHORT FORM-36 -MOS SF-36) ولكن لم يتم التحقق من صحة هذا الاستبيان

وموثوقيته على حد علمنا على عامة سكان الجزائر. رغم انها أداة مرجعية لاستطلاعات نوعية الحياة لدى المرضى خصوصا المزمينين، التي يتم إجراؤها في البحوث العيادية والصحية والسريرية عامة، وتستخدم على نطاق واسع في جميع انحاء العالم.

من خلال هذا التناول يحاول الباحث التمحيص في نوعية الحياة الصحية وأكثر مجالاتها تأثرا والدور الذي يلعبه عامل الدين والجلد في مسار المرض والحالة الصحية للمريض. بناء على معطيات



نموذج المسح الصحي القصير (MOS SF-36) بمجاليه:

\* المجال النفسي (MCS). (mental composant score).

\*المجال البدني (PCS). (physical composant score).

ونلاحظ على الدراسات السابقة على مرضى السرطان ما يلي:

كما أشار اليه العديد من الباحثين مثل (زعطوط):

- غياب وجهة نظر عربية أو إسلامية عن نوعية الحياة رغم تراثنا الزاخر، وهو عمل يتجاوز الجهد الفردي إلى الجماعي
- غياب أدوات قياس لنوعية الحياة مرتبطة بثقافتنا.
- ظهور متغير التدخين أو الروحانية كعامل إيجابي في بعض الدراسات التي تناولت نوعية الحياة لدى فئات متنوعة من المجتمع وغياب هذا المتغير في الدراسات التي شملت المرضى، وهو ما يشير إلى إشكالية تجنب التدخين والروحانية لدى الأطباء والنفسانيين.
- ظهور "مفارقة العجز" حيث لم ترتبط نوعية الحياة في كثير من الأحيان بالمتغيرات أو العوامل الموضوعية، وارتفاع نسبة الرضا عن الحياة في الأمراض المزمنة الخطيرة مثل السرطان.
- عدم وضوح الفرق بين المفاهيم الأساسية المرتبطة بنوعية الحياة مثل نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (الصحة المدركة)، والرفاهية الذاتية، والوضع الصحي خاصة في البحوث الطبية، وكذا عدم وضوح الفرق بين الأبعاد الموضوعية وبين الأبعاد الذاتية، حيث لا تقسر الأبعاد والعوامل الموضوعية سوى 15% من مجموع نوعية الحياة.
- الخلط بين المحددات مثل ظروف الحياة، والمؤشرات وبين المكونات السلبية والايجابية.
- يستخلص من أغلب الدراسات أن العامل الحاسم في نوعية الحياة هو الرضا المدرك ونلاحظ أن مفهوم منظمة الصحة العالمية الخاص بنوعية الحياة ينبني أساسا على هذا المفهوم لذلك رأينا استخدامه في دراستنا، مع تحفظنا كما اشار الى ذلك زعطوط (2013) واخرون، على الدلالات التي يحملها منذ نشأته بسبب عدم مشاركة المسلمين والعرب في المشروع المرتبط بنوعية الحياة وهو ما حاولنا تداركه في هذه الدراسة بتسليط الضوء على متغير التدخين كمؤشر أساسي في نوعية الحياة الصحية، وارتباطه بعامل الجلد وكلاهما يمثلان اهم المفاهيم التي أسس عليها علم النفس الإيجابي قواعده.

### خلاصة الفصل.

تحتل مسألة الصحة و المرض أهمية متزايدة، لدى جميع الهيئات والثقافات ليس فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فقط وإنما بالجوانب النفسية والروحية أيضا، ويحاول علما الطب وعلماء الاجتماع والنفوس وعلماء الدين ايجاد الآليات و الدعائم، لتعزيز عوامل الصحة لدى البشر من اجل خلق حياة متوازنة وذات معنى، ولا يتأتى ذلك الا من خلال اغناء الجانب الروحي للإنسان وتفعيل المعتقد الذاتي، النابع من ثقافتنا الاسلامية الغنية، والسيرة المحمدية: بان البشر يعيشون حياة ابدية حتى بعد الممات، وهذه حقيقة امة الاسلام امة محمد عليه افضل الصلاة والسلام.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

### تمهيد

أولاً: نوعية الحياة كمفهوم شامل

- تطور المفهوم، تعريفه وابعاده
- الاتجاهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة
- نوعية الحياة وعلم النفس الإيجابي

ثانياً: نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة

### 1 الصحة تطورها مفهوماً

- النماذج المفسرة للصحة والمرض

### 2 نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

- تعريفها والهدف من دراستها
- محددات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة
- النظريات المفسرة لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة
  - نظرية الامتداد التصاعدي
  - نظرية الانتشار من أعلى الى أسفل
  - نظرية توازن الحياة
  - نظرية التحكم المتماثل

خلاصة الفصل

### تمهيد .

يعتبر مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم الإيجابية الذي أصبح في السنوات الأخيرة موضع اهتمام العديد من البحوث والدراسات. واصبحت القضايا المرتبطة بالصحة سواء الجسمية او النفسية تعالج ضمن نطاقه لان هذه الاخيرة تعتبر من اهم مجالاته. وتختلف وجهات النظر حول مفهوم نوعية الحياة وفقا لذات الشخص، أي ما يدركه الشخص ووفقا للمتغيرات البيئية التي تحيط به، والإمكانيات المادية والمعنوية، ولذلك يمكن أن نعتبره مفهوم نسبي يختلف من إنسان إلى آخر ويتغير مستواه في الانسان حسب الزمان والمكان والظروف المحيطة.

إن تناول نوعية الحياة كمفهوم شامل امر معقد نسبيا بسبب تشابك الابعاد والعناصر المكونة له وتعدد المجالات التي يغطيها، ما يجعلنا امام إشكالية كبرى لضبطه وتعريفه وتحديد ابعاده واستخداماته، ذلك لان أصل نشأة هذا الأخير وامتداداته التاريخية تعود الى الستينات في مجال السياسة والاقتصاد، ليذرج فيما بعد في مجالات العلوم الاجتماعية والطبية والصحية بصفة خاصة باستخدامات متعددة ومتغيرة، كشاهد على التغيرات والتطورات التي شهدها الميدان الطبي في طرق التعامل مع المرض و المريض من جهة و طرق التشخيص و العلاج من جهة أخرى. وأصبح متغير نوعية الحياة مطلبا رئيسيا وهاما في مجال البحث العلمي والطبي، وأحد اهم موضوعات علم النفس الإيجابي وأكثر المتغيرات تناولاً في الفترة الأخيرة ما يجعلنا نجزم بان هذا الميدان يعيش فترة مراهقة فكرية. فقد أشار ( pukeliene;2011 ) ان مفهوم نوعية الحياة من اهم المتغيرات النفسية التي ظهرت منتصف القرن العشرين، بدءا بالدراسات الاقتصادية و السياسية ثم الاجتماعية و النفسية و البيئية و أخيرا الطبية و الصحية و بناءا عليه يمكن القول بأن علم النفس بمختلف تخصصاته النظرية و التطبيقية يعد من العلوم التي اهتمت بنوعية الحياة من خلال دراسة السلوك الإنساني و تنميته و تحسينه ، و يرى الأشول (2005) انه نادرا ما يحظى مفهوم بالتنبي الواسع على مستوى الاستخدام العلمي و العملي في حياتنا اليومية و بهذه السرعة مثلما حدث لمفهوم نوعية الحياة. فتحسين نوعية الحياة التي يحيياها الانسان تمثل التحدي الاكبر للتنمية البشرية خصوصا في المجتمعات الفقيرة، " وان أفضل نوعية للحياة هي التي تتطلب دخولا عالية ولكنها في نفس الوقت تتضمن أكثر من ذلك تعليما جيدا، ومستويات عالية من التغذية والصحة العامة، و فقر اقل وبيئة نظيفة وعدالة في الفرص وحرية أكثر للأفراد و حياة ثقافية غنية" هذا بعض ما جاء في تقرير التنمية الذي أعده البنك الدولي ( World Bank Development Report,1991 ).

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

في الجزء الأول والثاني من الفصل الثاني نحاول تحديد وتعريف المفهوم ورصد تاريخ تطوره ومجالاته وبعض المفاهيم المرتبطة به والمقاربات التي تناولته وطرق قياسه وعلاقته بالصحة او ما يطلق عليه نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وكذلك علاقته بعلم النفس الإيجابي.

### اولا نوعية الحياة كمفهوم شامل

#### 1النشأة والتطور:

يمكن اعتبار محاولات تحديد وقياس نوعية حياة الأفراد حديث النشأة نسبياً خصوصاً في مجال الرعاية الصحية. ومع ذلك، هناك أدلة على أن الموضوع كان محل اهتمام العلماء منذ عدة قرون حيث كرس الفلاسفة اليونانيون القدماء الكثير من الطاقة لابتكار مبادئ توجيهية للعيش تساعد الأفراد على تحقيق المستوى الأمثل من الأداء والرفاهية عندما سألوا أنفسهم وطلابهم أسئلة مثل: ما معنى الحياة؟ ما هي أفضل طريقة للعيش؟ كيف الوصول الى حالة اليودايمونيا "eudemonia" التي عادةً ما تُترجم إلى "السعادة أو الراحة الدائمة".

يعد كتاب الأخلاق لأرسطو(384-322 ق م) أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف نوعية الحياة حيث قال: إن كلا من العامة والدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف إذ يقول بعض الناس شيئاً ما في حين يقول آخرون غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيراً يرى السعادة في الغنى، ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة Well-being تعنى حالة شعورية، ونوعاً من النشاط وما هو بالتعبير إلا عن نوعية الحياة (مسعودي، 2015).

نوعية الحياة يعني بالنسبة لأرسطو فهم أفضل لطريقة التي يعيش بها المرء، وصرح على أن كل عمل، او اختيار نقوم به يجب أن يكون الهدف من وراءه تحقيق السعادة، كانت السعادة بالنسبة لأرسطو نتاجاً لأنشطة موجهة نحو أهداف محددة بوضوح وطويلة المدى.

وعند "الرواقية" السعادة تكون بتقبل الحاضر، وكبح النفس من الانقياد للذة أو الخوف من الألم، عُرفَ الرُّواقِيُّونَ بتبنيهم لتعاليمٍ مثل «الفضيلة هي الخير الوحيد»، وأنَّ بقيةَ الأشياءِ الخارجيةِ كالصحةِ، الثراءِ، واللذة ليست شراً أو خيراً في حدِّ ذاتها، لكنَّها تحملُ قيمةً بصفقتها "مادة يسع للفضيلة أن تستعملها".

اقتُرحت الرواقية أنه يمكننا الاستمتاع بحياة جيدة إذا قبلنا مصيرنا بلا مبالاة، حتى عندما ينطوي على معاناة، والتوافق مع "الخطة الإلهية" والقيام بواجباتنا (Sharpe, Matthew, 2013).

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

في عام 322 قبل الميلاد، بعد وفاة أرسطو، غزا الرومان الأراضي اليونانية وظهرت وجهات نظر مختلفة جذرياً حول ما يشكل حياة جيدة وكيف يمكن تحقيقها. أصدر الرومان فلسفات دنيوية تهدف إلى معالجة مشاكل الحياة اليومية. بمرور الوقت، احتلت المجموعات الفلسفية المختلفة مركز الصدارة (المشككون، المتشائمون، الأبيقوريون، الرواقيون، مسيحيون)، زعمت فلسفات الشك والسخرية هذه أن البشر يمكنهم تجنب الإحباط والشعور بالذنب من خلال عدم الإيمان بأي شيء.

في عصر النهضة، بدأت الأساليب الفلسفية الموضحة أعلاه في استكمالها أو استبدالها بأساليب فكرية أخرى مثل تلك التي استخدمها العلماء والعلماء الكبار في ذلك العصر: **جاليليو (1564-1642) ونيوتن (1642-1727) وهارفي (1578-1657)** تولى هؤلاء القياس الكمي الدقيق للظواهر الطبيعية من خلال تطبيق الرياضيات. كانوا يهدفون إلى وضع تنبؤات تستند إلى الأدلة التجريبية وأصبحت "طريقتهم" أساس الفكر العلمي الغربي، ثم اعتمدها علماء النفس والأطباء النفسيون لاحقاً من أجل تأسيس علم للعقل. في القرن التاسع عشر، أنشأ سان سيمون مدرسة الوضعية التي طورها كونت إلى حركة فلسفية مؤثرة أثرت على التفكير الغربي كثيراً في القرن العشرين. تدعي الوضعية أن العلم هو الشكل الوحيد الصحيح للبحث عن الحقائق الممكنة للمعرفة البشرية من خلال القياس والتجريب. لا تقبل الوضعية وجود أي قوى لا تتوافق مع الحقائق والقوانين العلمية والتحقق التجريبي (Man Cheung Chung, 2016).

كان هذا التيار يعتبر الدين وهم لا يمكن إثباته، ويعتقد بأنه كلما تطورت المعرفة العلمية قلت حاجة الإنسان للعقائد الدينية، ما أحدث ثورة فكرية لدى الفلاسفة وعلماء الدين، حيث أنتقد هذا التوجه بشدة من خلال العديد من الأبحاث والدراسات وعلى رأسها الدراسات الرائدة لوليام جيمس حول مجموعة متنوعة من الخبرات الدينية في كتابه "تنوع التجربة الدينية" كان أحد الأسئلة التي طرحها وليم جيمس يتعلق بالصلة بين الدين والرفاهية، بالنسبة له، لم يكن هناك شك في أن إحدى وظائف الدين الرئيسية هي إحلال السلام والصفاء في مواجهة محن الحياة .

بشكل عام، يبدو أن الاستطلاعات الإحصائية تؤكد أن الدين يعزز الرفاهية وفسر العلماء هذا الارتباط بين الرفاه والدين على أساس ثلاثة أنواع من العوامل. العامل الأول الدعم الاجتماعي أي ان الالتزام الديني ليس مجرد ظاهرة للمعتقد الفردي، بل يعني أيضاً الاندماج في مجموعات من المؤمنين والممارسين الذين يقدمون الدعم النفسي والاجتماعي، والعامل الثاني معنى لحياة المرء، حيث تزداد السعادة والرفاهية عندما يكون لحياتنا معنى، وهدف، وسبب للوجود. كثير من الناس يجدون هذا في الدين. والعامل الثالث الخبرات الدينية، يقدم الدين أيضاً تجارب عاطفية (على سبيل المثال، الشعور بالتواصل مع الله) التي تجلب للفرد شعوراً قوياً بالمتعة والقيمة الشخصية. (Jean-François Dortier, 2003)

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

واكب هذا التطور في عصر النهضة محاولات للإصلاح الاجتماعي والتأثير في تطوير حال الرفاه، حيث تم تعزيز الجهود التي تؤدي إلى خلق مجتمع أفضل في مكافحة مثلث الرعب وهو الجهل والفقر والمرض. نتيجة لذلك فإن التقدم المحرز كان يقاس بالتعليم والتحكم في الأمراض البوائية والتخلص من الجوع، إذ يُرجع البعض نشأة مفهوم نوعية الحياة إلى كتابات كارل ماركس حول أسلوب الحياة لدى الطبقات الاجتماعية المختلفة (الغدور، 1999).

كما يعزي البعض الآخر ظهور مفهوم نوعية الحياة إلى حقبة الستينيات من القرن الماضي، حيث تناوله رئيس الولايات المتحدة الأمريكية (Lyndon B Johnson, 1964) حين صرح أن "النمو والأهداف الاجتماعية لا تقاس بميزان بنوكنا وأن المجتمع العظيم لا يهتم بكمية السلع بل بجودة حياة أفرادها"، وهو ذلك النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى تلك المجتمعات التي حققت نمو اقتصادي واستطاعت أن تحل جميع المشاكل المعيشية لغالبية سكانها (صالح، ناهد، 1990).

مع تطور استخدام هذا المفهوم بالمحددات الاقتصادية في الاجندة السياسية وتناغمه في ذلك الوقت مع النظام السياسي الاقتصادي السائد في دول الصناعة والذي كان هدفه هو إنتاج السلع التي من شأنها تحقيق نوعية حياة أفضل، مما أدى إلى ظهور جدل حول حقيقة وجود ما هو أكثر من مجرد الرفاه المادي للبشر حيث جاءت القيم لتنتقل إلى ما وراء إشباع الماديات، ففي عقد السبعينيات، اتخذ مفهوم نوعية الحياة اتجاه آخر ليعبر عن عدم الرضا عن وضع قائم وطرح فكرة نوعية أو كيفية الحياة كفكرة معارضة وليس كفكرة مكملة للكف والتى طرحها النظام الاقتصادي آنذاك، حيث عبّر عن رفضه للمجتمع الاستهلاكي، ومن ثم طرحت فكرة نوعية (Quality) كمعارضة لفكرة الكم (Quantity) فهو مفهوم يؤكد على أهمية التغيير الكيفي لجوانب نوعية الحياة ما دام تغييرها لا يمثل تعديلاً جوهرياً في الدعائم السياسية والاقتصادية والاجتماعية للنظام، في الوقت ذاته طرح المهتمون بالأبعاد البيئية والأيدولوجية مشكلة تأثير النظام الاقتصادي والاجتماعي على البعد البيئي والصحي لنوعية الحياة (الغدور، 1999).

في سنة 1948 حدثت منظمة الصحة العالمية ثورة في مفهوم الصحة بتعريفها الجديد الذي يرى أنها "حالة من المعافاة الجسدية والنفسية الاجتماعية وليست غياب المرض أو العجز فقط" (WHO, 1948) ثم أصبح مفهوم العافية أو حسن الحال Wellness شائعاً في الخمسينيات على يد الطبيب Halbert dum .

في نهاية الستينيات كانت حركة المؤشرات الاجتماعية Social Indicators Movement الأكثر اعتماداً وأصبحت ذات تأثير نافذ في البحوث والسياسات، وظهر التباين بين المؤشرات الموضوعية للرفاهية والمؤشرات الذاتية أو الرفاهية المدركة ما أدى إلى إعادة التفكير في محددات نوعية حياة الأفراد والجماعات

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

(noll , 2002). لان العوامل المؤثرة على الحياة و نوعيتها ترتبط من الناحية الموضوعية بالبيئة الاقتصادية و الاجتماعية و السياسية و الطبيعة المحيطة بالفرد مثل الإمكانيات المادية المتاحة، والدخل، ونظافة البيئة، والحالة الصحية، والحالة السكنية والوظيفية، ومستوى التعليم، وغير ذلك من العوامل التي تؤثر في الفرد ونوعية حياته و من الناحية الذاتية بتقييم و تصور الفرد لحياته ونوعيتها مثل المفهوم الايجابي للذات، والرضا عن الحياة وعن العمل، والحالة الاجتماعية، والسعادة التي يشعر بها الفرد ما أدى إلى انقسام الباحثين إلى اتجاهين:

**الاتجاه الأول:** يرى أن نوعية الحياة مفهوم ذاتي يقترن وجوده بتاريخ الفرد وينتهي بخبرة الفرد كما يحياها. **الاتجاه الثاني:** يرى المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة ذات أهمية كبيرة حيث لا يمكن الاعتماد على تقييم الفرد الذاتي لأنه مدعاة للخطأ وهذا لسبب إسقاطات الفرد اللاشعورية وآلياته الدفاعية ومحدودية تفكيره. ما أدى فيما بعد الى ظهور التيار التكاملي.

اما **شيلي واسبينوال (1999)** أشارا الى ان نوعية الحياة لم ينظر إليها على أنها مسألة ذات أهمية سيكولوجية إلا في وقت متأخر نسبيا ولسنين عديدة، ظلت نوعية الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة وبوجود المرض دون أي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج. (**شيلي تايلور، 2008**).

وبمجيء حركة علم النفس الايجابي وبحوث السعادة تعززت الدراسات التي تناولت نوعية الحياة كمفهوم مركزي، وانتقل المفهوم سريعا من علم الاقتصاد والسياسة ثم الاجتماع إلى الصحة الاجتماعية ثم إلى الطب وعلم النفس، ففي دراسة استكشافية باتباع المنهج التاريخي لكل من (بيشوب وشيبين وميلر) **Bishop&Chapin&Miller** سنة 2008 اعتمدوا فيها على الاطلاع على الأبحاث المنشورة في موضوع نوعية الحياة في الفترة الممتدة بين سنة 1980 الى غاية 2005، توصلوا إلى أن هناك:

- عشرون بحثا في الفترة الممتدة من 1880 الى 1990
- 158 بحثا في الفترة الممتدة من 1990 الى 1995
- 360 بحثا في الفترة الممتدة من سنة 1995 الى 2000 وهي الفترة التي تضاعفت فيها الأعمال .
- 627 بحثا خلال خمس سنوات بعد ذلك، أي في الفترة بين 2000-2005. (الهنداوي، 2011)

ومع ازدياد نجاحات البحوث الطبية والصيدلانية في علاج الامراض المزمنة ما أدى الى تراجع الأوبئة، والأمراض المعدية، وزاد العمر المأمول، وزاد معه عدد الافراد الذين يحتاجون إلى الرعاية الصحية الدائمة، وبدأت تساؤلات كثيرة تدور حول نجاعة الإجراءات الطبية وكفاءة الأدوية في علاج هذه الأمراض، وأصبح من ضروري تقييم الآثار النفسية والاجتماعية بل والجسدية أيضا لتلك الامراض والتدخلات العلاجية.



## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

قد ادى تطور التكنولوجيا والوسائل الطبية من الناحية التشخيصية وحتى العلاجية الى تعقيد حياة المرضى، وبتكاليف باهظة، وأصبح التساؤل مشروعاً عن الجدوى من تلك التدخلات وأثرها على حياة المرضى، وكذلك تدخل وكالة الضمان الصحي والاجتماعي في مراقبة المنظومات الصحية بسبب تمويلها لتلك المؤسسات (LepLége,1999).

بدأت البحوث في علم النفس الصحي، وعلم المناعة النفسي العصبي، والدراسات النفسية الجسدية تشير إلى ضرورة إدراج العوامل الفردية المعرفية، والنفسية، والاجتماعية في تقييم حالة المريض وعلاجه، خاصة لدى المرضى المزمنين أو المسنين، وبذلك أصبحت نوعية حياة المريض عاملاً مهماً في الرعاية الصحية كما اضافت بعداً جديداً في علم النفس الوقائي وتحسين القرارات المرتبطة بصحة الأفراد والجماعات والتحكم في الكلفة الاقتصادية للرعاية، مما أدى إلى ظهور مفهوم نوعية الحياة المرتبطة بالصحة **Health Related Quality of Life** اختصاراً (HRQOL). (زعطوط، 2013). ومن التحليلات أعلاه، نأمل أن نكون قد أظهرنا أن مفهوم نوعية الحياة كان متواجداً بين الباحثين والعلماء لكن بمسميات مختلفة يغطي كل مجالات الحياة الانسانية والبيئية. وان للفلسفة والدين دور في فهم بعض القضايا في أبحاث الرعاية الصحية.

### 2. صعوبات تعريف نوعية الحياة

لقد لقي مفهوم نوعية الحياة اهتماماً كبيراً وتبينته العديد من التخصصات في العلوم الطبيعية والإنسانية مثل: (علم البيئة، والصحة، والطب النفسي، والاقتصاد، والسياسة، والجغرافيا، وعلم النفس، وعلم الاجتماع، والتربية، والإدارة، وغيرها) ما أدى إلى تباين واختلاف في إيجاد تعريف موحد له لاختلاف الأطر النظرية المفسرة له وتشير الأدبيات النفسية إلى أنه من الصعوبة صياغة تعريف محدد لنوعية الحياة (titman's et al,1997)، ويرى Cummins أن نوعية الحياة من المفاهيم المركبة والمعقدة، لذلك ليس مفاجئاً أن لا يكون هناك اجماع على تعريفه أو على شكل معياري لقياسه (Cummin, 1996). ويرجع أحد أسباب التي تجعل من الصعب تحديد المصطلح إلى شيوع استعماله، لذلك اشتكى Boyle (2002) وزملاؤه مما سموه "زئبقية المصطلح"، بسبب استعماله المتعددة من طرف الأخصائيين والعامّة على السواء، فهو يشير إلى التقييم الذاتي والموضوعي لحياة الفرد، وبهذا يقترن بمعاني الحرية والرفاهية **well being** والسعادة والعيش الطيب أو الهناء وتحقيق الذات والصحة النفسية والجسدية والحياة الجيدة **good life** بما فيها من المتع والأهواء والطيبات. وحدد الاشول (2005) بعض الصعوبات التي تحول دون صياغة تعريف محدد لنوعية الحياة وهي كالاتي:

- حداثة المفهوم على مستوى التناول العلمي.
- استخدم هذا المفهوم في العديد من العلوم، حيث يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم
- تعدد مجالات هذا المفهوم فهو موزع بين الباحثين والعلماء على اختلاف تخصصاتهم، واصحاب كل تخصص يرون أنهم الأحق باستخدامه سواء كان اختصاصهم علم الاجتماع أو الطب بفروعه المختلفة، أو العلوم البيئية والاقتصادية.
- أن مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمان وبتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها، فالسعادة تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، فالمريض يرى السعادة في الصحة، والفقير يرى السعادة المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد (Cummins & McCabe, 1994)
- مفهوم جودة الحياة تحدده بعض المتغيرات الثقافية، مما يجعل هناك فروق في تعريفه بين الثقافات المتعددة، حيث يشير leitman (1999) ان المجتمعات المختلفة تعرف نوعية الحياة بطرق مختلفة ولا يوجد تعريف نموذجي وموحد لكل الثقافات.
- أن مفهوم نوعية الحياة لا يقتصر على نفي المرض أو الخلو من المرض فقط ولكنه يمتد إلى الجوانب الإيجابية، فقد اعتبرت بعض الدراسات نوعية الحياة نتاجا للصحة النفسية.

### 3. تعريف نوعية الحياة

**3-1. التعريف اللغوي:** يتضح من الدراسات التي تناولت مفهوم نوعية الحياة انها لم تتفق في تحديد المصطلح الذي يدل على المفهوم فقد تم استخدام مصطلح نوعية الحياة في بعض دراسات وتم استخدام مصطلح جودة الحياة في دراسات أخرى للتعبير عن نوعية الحياة، ويلاحظ كثرة استعمال مصطلح "جودة الحياة" في البحوث العربية (البهادلي، 2009)، سعيد حسن وسيف المحرزي، (2006) أبو حلاوة، (2010) وعكاشة (2007) ... الخ)، كترجمة للمصطلح المركب، **quality of life**.

على افتراض أنه لا خلاف على مصطلح الحياة كترجمة لـ **life** مع أن المورد يعطينا ترجمات أخرى لها مثل: المعيشة والرزق والعمر، إلا أن الخلاف يكمن في ترجمة **Quality** و الذي له أثر في نظرنا على المفهوم ذاته وعلى الفلسفة الكامنة وراءه كما رأينا في التمهيد و المقاربة التاريخية السابقة، حيث ان لفظة **quality** في الانجليزية تشير إلى مستوى شيء ما مقارنة بمقياس مماثل له ، غير أن أغلب مدلولاتها تشير

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

إلى التمييز و الجودة خاصة في المنتجات السلعية، والمتفق عليه ان أصل كلمة "qualité" يعود إلى الفرنسية القديمة والتي تعود بجذورها إلى اللاتينية **qualitas** من **qualitis** بمعنى النوعية، ان الخلط والارتباك في تحديد مفهوم نوعية الحياة الذي اشرنا اليه في المحور التمهيدي والتاريخي يشمل أيضا الترجمة التي تؤثر على بناء المصطلح بذاته وابعاده حيث يخلط بعض الباحثين بين جودة الحياة و الرزق و يصبح المصطلح الإنجليزي لهذا الخير والرزق live Hood مرادفا لنوعية الحياة وبعدا من ابعاد جودة الحياة إضافة الى معنى الحياة و الرضا عن الحياة (الضامن وحسن)، في زعطوط رمضان، 24، 2013)، ويُفضل أيضا استعمال مصطلح نوعية الحياة للأسباب التالية:

أولا لأن الجودة تحمل حكما مسبقا بالتميز والرفعة والتفوق وهو أحد معاني لفظ "qualité" المتأخر فقد ذكر **عبد الخالق (2008)** أن ترجمة المصطلح إلى نوعية الحياة هو الأقرب إلى الصواب لأنه يحتمل أن يكون مستوى نوعية الحياة جيد أو سيئ أما ترجمته إلى جودة الحياة فإنه إقرار بأن مستوى الحياة جيد وممتاز على الرغم من كونه سيئ وليس جيدا وعلى هذا الأساس فالمعنى الأصيل لكلمة **qualité** هو:

• السمات أو الخصائص الطبيعية الجيدة أو السيئة لشخص أو شيء.

• النوعية مقابل الكمية في الفلسفة وعلم النفس خصوصا.

• مظهر أو طريقة الكينونة أو مجموع الشروط التي يقدم على أساسها شيء ما.

وعموما فإن مفهوم نوعية الحياة هو مفهوم سيكولوجي وبيئتي قليلا عن المفاهيم السلعية والسوقية التي بدأت تغزوا مجالات النفس والروح، كما يبدو محايدا لا يحمل حكما بالجودة والتميز. اما فيما يخص التعريف اللغوي لمفهوم نوعية الحياة لم يجد الباحث في معاجم اللغة العربية تعريفا صريحا له، الا انها تعرف ككلمتين منفصلتين فتُعرف كلمة نوعية في معجم اللغة المعاصرة (2008) بأنها اسم مؤنث منسوب الى نوع .... وإنها صفة النوع وخاصيته التي تعين طبيعته جودته ومقدارها.

اما الحياة و الجمع حيوات (لغير المصدر) فتعرف على النحو التالي: حياة مصدر حي أي استمرار بقاء الكائنات بروحها، عيشة، عكس الموت..... الحياة في الدنيا: الحياة في عالمنا هذا، عكسها الآخرة...، الحياة العصرية: مواكبة الموضة ومتطلبات العصر....، تجارب الحياة : الخبرة التي يكتسبها الانسان من المواقف و الاحداث و العلاقات مع الأشخاص...،حياة اجتماعية: كل ما يتصل بالوضع العلائقي للفرد و محيطه الاجتماعي عامة... حياة عائلية: تتعلق ببناء الاسرة و العلاقات داخلها....مستوى الحياة ، مستوى المعيشة ، طريقة الحياة ،مظاهر الحياة و يقصد بها السلوكيات التي يعبر بها الكائن الحي عن حيويته، مقومات الحياة: اساسياتها أي ما يجعل الحياة مرغوب فيها.

3-2. نوعية الحياة اصطلاحاً: لقد تعددت وتباينت تعاريف العلماء والباحثين لمفهوم نوعية الحياة، وهذا راجع لأسباب ذكرناها من قبل.

على الرغم من التداخل بين مفهوم "جودة / نوعية الحياة" والمفاهيم ذات الصلة حيث يختلط بمفاهيم السعادة، والرغبة، واللذة، والرفاهية، وقد بحثه كل من أرسطو وأفلاطون وسقراط وأبيقور وشوبنهاور وسبينوزا وباسكال وغيرهم (fisher2002)، ما أدى إلى زخم من الأدبيات التي أهتمت بوضع تعريف لجودة / نوعية الحياة، منها من يحاول تعريف مفهوم نوعية الحياة من خلال إبراز ما تتضمنه نوعية الحياة الجيدة من مؤشرات (مثل السعادة، الرضا، الثروة، القيم، الإدراك)، وأدبيات أخرى تعرف نوعية الحياة من منظور اجتماعي يتعلق بالمؤشرات الاجتماعية (الصحة، التعليم، السكن، إلخ)، وثالثة تعرف نوعية الحياة بشكل غير مباشر من خلال تحديد العوامل التي تؤثر على نوعية حياة الأفراد، ونجد أن الباحثين والعلماء في تعريفهم لهذا المفهوم اعتمدوا على بعدين أساسيين هما البعد الموضوعي والبعد الذاتي.

ويشير (الدليمي، 2012)، أن غالبية الباحثين يركزون على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لنوعية الحياة، نظراً لكونه يتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة والقياس المباشر، مثل أوضاع العمل ومستوى الدخل والمكانة الاجتماعية الاقتصادية، وحجم المساندة المتاحة من شبكة العلاقات، والتعليم، ومع ذلك أظهرت نتائج البحوث أن التركيز على المؤشرات الموضوعية لنوعية الحياة لا يسهم إلا في جزء صغير من التباين الكلي لها، فالبعد الموضوعي لنوعية الحياة لا يعني بالضرورة تحسناً لنوعية الحياة، ولا يدل على أن المجتمع انتقل إلى حالة أفضل، أو أن الأفراد قد أصبحوا أكثر سعادة ورضاً عن حياتهم (صالح، 1990).

ويرى أنور وعبد الصادق (2010) أن نوعية الحياة هو مقدار ما يحمله الفرد من تفاؤل بالمستقبل وتسامح مع النفس والآخرين مما يجعل الفرد يشعر بالسعادة والرضا في حياته، فهو مفهوم يضم جوانب عدة أهمها: مستوى الصحة، والرضا الذي يشعر به الفرد لكونه حياً والقدرة على القيام بالوظائف البدنية والعقلية والاجتماعية على مستوى مرتفع، إضافة إلى استمتاع الفرد بحياته وزيادة إنتاجيته بصرف النظر عن سنه وكذلك القدرة على ممارسة مهارة اتخاذ القرارات الصائبة والعادات الصحية التي تساهم في تحسين نوعية الحياة ليس الآن فقط بل في المستقبل. (merki&merki,1994)

ويرى غيلمان وزملاءه (Gilman, Easterbrooks, & Frey (2004) من خلال تحليلهم لنتائج الدراسات السابقة في مجال نوعية الحياة يفضي إلى التأكيد على أن نوعية الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

لميكانيزمات داخلية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لنوعية الحياة بما تتضمنه من التقرير الذاتي عن الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، تصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتفاعل فيه، ونوعية ومستوى طموحاته. وسرعان ما انتشر هذا التوجه في مجال أدبيات الإرشاد والتأهيل النفسي (أبو حلاوة، 2010).

ويؤكد هذا المعنى كل من (Vreeke, Janssen, Resnick, (1997)، Taylor & Bogdan (1996) يقول تيلور وبوجدان أن " نوعية الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى إلا من خلال إدراكات الفرد ومشاعره وتقييماته لخبراته الحياتية. بينما يشير ( Vreeke, Janssen, Resnick, (1997 إلى أن "وجود المعايير والقيم الخارجية لا يكون لها معنى إلا في سياق ما تمثله من أهمية وقيمة بالنسبة للفرد نفسه، بمعنى آخر أن المؤشرات الخارجية لنوعية الحياة لا قيمة لها إلا من خلال إدراك الفرد وتقييمه لها (Vreeke, Janssen and all,1997,280-301). وهذا لا ينفي وجود اتفاق بين أغلب الباحثين على أن لنوعية الحياة مؤشرات موضوعية وأخرى ذاتية منفصلة وقد لا تكون مرتبطة، فالارتباط بين مؤشرات الصحة الموضوعية

وبين مؤشرات الصحة الذاتية بدأ ضعيفا. وأشار noll (2002) الى أن الجمع بين ظروف المعاش الموضوعية وبين إدراك الرفاه الذاتي يمكن أن نتصوره كمصفوفة على الشكل التالي:

الجدول (1): الابعاد الذاتية والموضوعية للرفاه النفسي حسب noll

الرفاه الذاتي		الظروف الموضوعية للمعاش
سيئ	حسن	
تتأفر	رفاه	حسنة
حرمان	تكيف	سيئة

ويشير مصطلح التأفر الى عدم الرضا، فالحياة الجيدة قد ينعم بها إنسان في كوخ بسيط ويعيش يسير، ويحرم منها ذو جاه ومال وفير، أما التكيف فيشير إلى مفارقة الرضا أو مفارقة العجز، حيث أن ظروف الحياة السيئة لا تشكل مانعا من التمتع بالحياة لدى المعاقين أو الذين يعانون من احد أسباب العجز أو القصور، بل و لدى المرضى المزمنين أنفسهم والمصابين منهم بأمراض خطيرة مثل السرطان، حيث لا تختلف مستويات الرضا عن الحياة لديهم عن الأسوياء إلا في بعض البيئات وبغياب بعض المتغيرات الممتصة للكروب مثل التدخين (koch 2001).

### 3-3. بعض التعريفات الاصطلاحية لنوعية الحياة

وانطلاقاً من هذه التفسيرات للنوعية الحياة سوف نقدم بعض من التعريفات الموضوعية والذاتية لمفهوم نوعية الحياة، مأخوذة من مصادر عامة، مثل موسوعة ويكيبيديا **Wikipédia** حيث تعرف مصطلح نوعية الحياة على أنه "مصطلح يستخدم لتقييم الرفاهية العامة للأفراد والمجتمعات"، حيث تتضمن مفهوم نوعية الحياة، وفق الوارد بالموسوعة، ليس فقط الثروة والحصول على عمل، بل أيضاً البيئة المحيطة، الصحة الجسمية والنفسية، التعليم، وسائل المرح وأوقات الفراغ، والانتماء الاجتماعي.

كما يعرف القاموس الحر نوعية الحياة "بالرضا الشخصي (أو عدم الرضا) عن الظروف الثقافية أو الفكرية التي يعيشها الإنسان (تميزاً لها عن الراحة المادية). مما ذكر نلاحظ الاختلاف بين التعريفين، حيث يمكن تحليل تعريف نوعية الحياة المذكور في موسوعة ويكيبيديا على أنه يرتبط بالظروف المادية للشخص بالإضافة إلى العوامل المادية وغير المادية المحيطة به، في حين أن تعريف القاموس الحر يركز في الأساس على الإدراك الشخصي من خلال الرضا أو عدم الرضا عن الظروف غير المادية التي يعيش فيها. ومن الواضح أن تعريف موسوعة ويكيبيديا هو تعريف يتسم بالشمولية مقارنة بتعريف القاموس الحر.

نبدأ هنا باستعراض بعض التعريفات الخاصة ببعض الباحثين والعلماء وفق المتاح من المصادر من الأقدم إلى الأحدث.

تعريف نسب إلى **Jean Guttmann (1966)** حيث يعرف نوعية الحياة بأنها "عبارة عن المكونات الفيزيائية والثقافية التي تتصل بالحياة الجيدة أو الرديئة والبيئات الجذابة المحيطة". وتعنى أنه يجب أن تكون نوعية الحياة ذات جاذبية خاصة للأفراد، تشبع فيهم معنى الحياة الحسنة المحققة للراحة والبهجة (**Greenfield, Stanley M, 1973**)

أما في عقد السبعينيات ظهر عدد من التعريفات، ففي عام (1972) عرّف "دلكي" ورورك نوعية الحياة بأنها هي "الإحساس الذي يشعر به الفرد عن جودة حياته والمعيشة، ويترتب على إحساسه بالرضا أو عدم الرضا عن الحياة إحساسه بالسعادة أو بالشقاء"، أي أن السعادة والشقاء عند دلكي ورورك سببهما رضا الفرد عن حياته والمعيشة التي يحيها أو عدم الرضا فالسعادة تأتي بعد الرضا.

وفي عام (1977) عرف ليو **Liu** مفهوم نوعية الحياة بأنه "مسمى ذاتي يشير إلى الرفاهية الاجتماعية والبيئية التي يعيش فيها الانسان". كما أوضح أن نوعية الحياة تعنى بالنسبة لأي فرد مجموعة المطالب أو الحاجات التي يعد الفرد بعد إشباعها أو توفيرها سعيداً أو ارضياً. ولكن نادراً ما تصل حالة الإشباع لهذه الحاجات إلى حالة الإشباع الكلي. فهذا لا يتحقق إلا في نطاق فترة زمنية قصيرة، فعندما يشبع الفرد حاجة

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

ما تلح حاجة أخرى للإشباع، وبالتالي فإن نوعية الحياة تختلف من فرد إلى آخر ومن مجتمع لآخر ومن وقت لآخر (صالح، ناهد. 1990).

وفي الثمانينات في عام (1987) عرف قلاّتزر ومور (Glatzer and More) نوعية الحياة على أنها "الرفاهية ليس في الجوانب الاقتصادية، بل في جوانب الحياة الأخرى مثل الإسكان والصحة والعلاقات الاجتماعية". بما يعني أن نوعية الحياة قد انتقلت من الرفاهية الاقتصادية إلى الرفاهية والسعادة والرضا لبعض جوانب الحياة مثل تمتع الفرد بصحة جيدة.

حظي عقد التسعينيات من القرن الماضي، وخاصة بداياته، بأكبر عدد من تعريفات نوعية الحياة، نذكر بعضها منها ففي عام (1990) عرف Taylor & Bogdan نوعية الحياة بأنها "رضا الفرد بنصيبه وقدره في الحياة والشعور الداخلي بالراحة" وفي عام 1991 عرف مالكوم وشوكنر Malcolm & Shookner، نوعية الحياة بأنها "مجموع عمليات التفاعل بين الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والصحية التي تؤثر على النمو الإنساني والاجتماعي".

وترى هبه جمال الدين (1991) أن المهتمين بتعريف مفهوم نوعية الحياة يربطون بينه وبين مشاعر السعادة كشعور عام نابع من تلك الأشياء التي نقدرها، لأنها تجلب لنا مستوى معين من المعيشة فهي تستحق ذلك التقدير إذا أمكنها أن تحقق لنا السعادة، وهي هنا ليست بمعنى الاستمتاع اللحظي وإنما تعنى الإحساس بجودة المعيشة على المدى الطويل. ويتضح من هذا التعريف أن مشاعر السعادة التي تحسن لنا نوعية حياتنا ليست مرتبطة بإشباع حاجة من الحاجات الوقتية التي تؤدي إلى الاستمتاع اللحظي، ولكن ما يقصد به هو السعادة في نوعية حياتنا على فترة طويلة أو حتى مستمرة.

أما في نهاية عقد التسعينيات (1999)، عرف كل من Rosenblatt ، Zima، Atkinson، Andalman، نوعية الحياة "بالسعادة والرضا عن الذات والحياة الجيدة".

كما عرف الغندور (1999)، مفهوم نوعية الحياة من الناحية النفسية بأنه "عبارة عن جماع لعدد كبير من المفاهيم الفرعية كالإدراك والحاجات النفسية إضافة إلى القيم والطموح وتقدير الذات وغير ذلك من المفاهيم والمتغيرات الأخرى"، فيرى الغندور أن نوعية الحياة هي "إدراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والأنساق القيمية التي يعيش فيها، والتي ترتبط بأهدافه وتوقعاته واهتماماته ومعاييرها".

ومع بداية الالفية الثالثة ظهرت العديد من التعريفات والتصورات آخذة بعين الاعتبار الأبعاد الذاتية والموضوعية لنوعية الحياة، بعضها ينتمي أفراد وبعضها الآخر ينتمي لمنظمات محلية أو دولية، نستعرض بعضها فيما يلي.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

في عام (2003) قامت الهيئة الأوروبية للبيئة بدمج العوامل الذاتية والعوامل الموضوعية في محاولة لقياس نوعية الحياة في 25 دولة من الاتحاد الأوروبي. تلك العوامل هي الوضع الاقتصادي، السكن، العمل، الصحة، العوامل الذاتية للتنعم، والإدراك الذاتي لنوعية الحياة (الغدور، العارف بالله، 1999).

وفي عام (2004) عرف **John Alexandre** نوعية الحياة بأنها "التجاوز عن حدود توفير ضرورات الحياة إلى توفير أساليب الراحة والأشياء". فهي، أي نوعية الحياة عند ألكسندر، "تطور نفوس الأفراد بما هو إنساني وفريد". أي يجب أن ترتقي نوعية الحياة بما يتجاوز الاحتياجات الأساسية إلى ما يحقق للإنسان البهجة والسعادة والرضا في الحياة، فجودة الحياة بالمعنى الكلي تنظم وفقا لميكانيزمات داخلية، وبالتالي يتعين على الباحثين التركيز على المكونات الذاتية لجودة بما يتضمن من التقدير الذاتي عن الاتجاه نحو الحياة بصفة عامة، وتصورات وإدراكات الفرد لعالم الخبرة الذي يتعامل فيه، ونوعية طموحاته ومستواها (Gilman et al, 2004).

وأما أبو سريع وآخرون (2006)، فيرى أن نوعية الحياة الجيدة هي المشاعر الذاتية بالسعادة الشخصية والرضا عن النفس وعن الجوانب ذات الأهمية في حياة الشخص.

في عام (2009) تناول **Stiglitz** وآخرون مفهوم نوعية الحياة بالاعتماد على مفهوم العوامل الذاتية للتنعم **Subjective well-being** وعلى المفاهيم الاقتصادية المشتقة من اقتصاديات الرفاه، ويتضمن هذا المفهوم عوامل مثل العمل اللائق، وسائل التمتع المادية، إشباع احتياجات العائلة والمستوى الصحي السليم حيث أن نوعية الحياة من وجهة نظرهم ترتبط بالفرص المتاحة للسكان، كما ترتبط بالمعنى والغرض من الحياة لديهم، وإلى مدى تمتعهم بتلك الفرص.

في حين يرى **حسان (2009)** أن جودة الحياة هي درجة رضا أو عدم الرضا التي يشعر بها الفرد اتجاه المظاهر المختلفة في الحياة ومدى سعادته بالوجود الإنساني، وتشمل الاهتمام بالخبرات الشخصية لمواقف الحياة، كما أنها تشمل على عوامل داخلية ترتبط بأفكار الفرد حول حياته وعوامل خارجية كذلك التي تقيس سلوكيات الاتصال الاجتماعي، النشاطات، ومدى إنجازات الفرد وقدرته على مجابهة المواقف المختلفة.

كما يرى **الكرخي (2011)** أن شعور الفرد بالرضا والسعادة وبالقدرة على إشباع الحاجات في الأبعاد الحياة الذاتية والموضوعية والتي تشمل (النمو الشخصي، والسعادة البدنية والمادية، والاندماج الاجتماعي، والحقوق البشرية. ومن التعريفات المذكورة أعلاه نستخلص ان نوعية الحياة لا تختلف عن وصف كريك جاكسون (2010) **Jackson, Craig A** و المسمات " الثلاثة B" (the3B) وهي على النحو التالي:

أ) الكينونة **Being**، ب) الانتماء **Belonging**، ت) الصيرورة **Becoming**



## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

ويوضح الجدول رقم (2) المكونات الفرعية لهذه المجالات.

وكتحليل لمجموع التعاريف نلاحظ ان نوعية الحياة تتحقق من خلال معايير ومؤشرات كثيرة، وأنها ذات بعدين أساسيين وهما البعد الموضوعي والبعد الذاتي وأنها تمثل وعي الفرد بقدرته على تحقيق التوازن بين مختلف الجوانب النفسية والجسدية والاجتماعية والروحية ليتحقق في الأخير الرضا عن الحياة والاستمتاع بها والمعنى الوجودي الإيجابي فهي تعبير عن التوافق النفسي وإحساس بالسعادة والرضا عن الحياة.

الجدول (2): مجالات نوعية الحياة حسب كريبغ (Craig 2010)

المجالات	ابعاد كل المجال	امثلة عن كل بعد
الكيونة Being	الوجود البدني Physical Being	1- القدرة بدنيا على التحرك والقيام بمختلف النشاطات اليومية 2- التنوع في طرق التغذية والتغذية متاحة.
	الوجود النفسي Psychological Being	1- مدى التحرر من الضغط والقلق. 2- الحالة الانفعالية (مستوى الارتياح النفسي).
	الوجود الروحي Spiritual Being	1- وجود امل ومعنى للحياة (التفاؤل). 2- المعتقدات الذاتية للفرد عن الصواب والخطأ.
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني (البدني) Physical Belonging	1- مكان العيش (منزل، شقة، كوخ). 2- الجيرة التي تحتوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي. Social Belonging	1- القرب من الاسرة (علاقة اسرية متينة). 2- وجود اشخاص مقربين وأصدقاء (علاقات اجتماعية قوية)
	الانتماء المجتمعي Community Belongin	1- توافر فرص الحصول على خدمات مهنية متخصصة (صحية، اجتماعية، تعليمية، ترفيهية، امنية...) 2- الامن المالي والاقتصادي
الصيرورة Becoming	الصيرورة العملية Practical Becoming	1- القدرة على القيام بأشياء خارج المنزل. 2- القيام بوظيفة (العمل)، والذهاب للتعلم (مدرسة، جامعة. الخ)
	الصيرورة الترفيهية Leisure Becoming	1- الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه. الاحتفال) 2- الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الإعلام والترفيه).
	الصيرورة التطورية Groth Becoming	1- القدرة على النمو والارتقاء (وجود كفاءة بدنية ونفسية) 2- القدرة على التوافق مع تغيرات الحياة وتحدياتها

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

كما نلاحظ ان مقارنة **Craig** اختزلت الدين والخبرة الوجودية متأثرة برواسب الثقافة الغربية العلمانية. ويمكننا استنتاج الملاحظات التالية عن مجموع تلك التعاريف:

✓ التشابه الكبير بينها مع استعمال نفس المصطلحات رغم اختلاف المقاربات.

✓ تجنبها إدراج المحكات الوجودية الكبرى المتعلقة بطبيعة الإنسان، وكنتيجة لذلك طبيعة الحياة مثل المصير والغاية والوظيفة من الوجود البشري، وهذا نتيجة تحاشيها للبعد الديني والروحي، ورغم أن بعضها يضيف هذا البعد ويركز عليه إلا أن الدين والروحانية لا تشكل قطبا أساسيا في "فلسفة نوعية الحياة" الغربية. ✓ تركيزها على الجانب النفعي المادي، حتى في صورته النفسية بالاعتماد على مرجعية الفرد واهمال إدراك المجتمع ككل لنوعية حياته.

وعلى الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، الا انه عادة ما يشار في ادبيات المجال الى تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS, 1995) بوصفه أقرب التعريفات الى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم، الذي يعتبر من التعاريف التكاملية اذ ينظر الى نوعية الحياة بوصفها "ادراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة و انساق القيم التي يعيش فيها و مدى تطابق او عدم تطابق ذلك مع : أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتها، علاقته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، وعلاقته بالبيئة بصفة عامة، وبالتالي فإن نوعية الحياة بهذا المعنى تشير الى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته" (WHOQOL Group, 1995) ، و هذا ما لاحظناه من خلال اطلاعنا على الدراسات السابقة المتعلقة بنوعية الحياة ان اغلبها يتبنى تعريف منظمة الصحة العالمية OMS. رغم ان التعريف لا يلقي القبول من اغلب الباحثين الا ان هناك اتفاق أساسي حول تواجد عناصر لنوعية الحياة تتمثل في:

- تعدد العناصر: الحالة الجسمية، الحالة النفسية، الراحة والحالة الاجتماعية والظروف الاقتصادية.
- التغير وعدم الثبات: تقدير نوعية الحياة يخص فترة زمنية معينة او مرحلة ما غير مستقر وغير وثابته.
- اللامعيارية: لا توجد معايير او محكات مرجعية، الفرد هو نفسه المعيار.
- الذاتية: هي إدراك وتقدير ذاتي يقوم به الفرد نفسه.

### 3-4. بعض المصطلحات ذات العلاقة بنوعية الحياة:

3-4-1. الرضا عن الحياة: حسب تعريف منظمة الصحة العالمية الرضا عن الحياة هو معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه (جابر، 2006). وحسب هذا التعريف الرضا هو توافق الشخص مع ذاته ومعتقداته وأسرته وسعادته

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

في العمل وتقبله لأصدقائه وزملائه والرضا عن الإنجازات الماضية والتفائل بالمستقبل والقدرة الجسدية على تحقيق الأهداف. حسب عبد الخالق (2008) "الرضا عن الحياة هو التقدير الذي يضعه الفرد لنوعية حياته بوجه عام اعتمادا على حكمه الشخصي. اما دينر (Diener,2002) ، فيرى ان الرضا عن الحياة هو التقييم الكلي لنوعية حياة الفرد حسب المعايير والقيم.

و يرى هيرلوك "Hirlok" الرضا عن الحياة هو تقييم الأفراد لحياتهم من وجهة نظرهم الخاصة، وهذا التقييم فيه جانبين الأول: معرفي ويتمثل في إدراك الأفراد وتقييمهم للحياة بشكل عام أو تقييم جوانب محددة من الحياة مثل الرضا عن الحياة، والرضا الزوجي، أو الرضا عن العمل، والثاني: تقييم الأفراد لحياتهم بناء على تكرار الأحداث السارة أو غير السارة، التي تسبب إما السعادة والفرح أو التوتر والقلق والاكتئاب، وبالتالي الشعور بالرضا أو عدم الرضا بدرجات مختلفة(العادل،2003) من خلال التعاريف اعلاه يمكن استخلاص أن الرضا عن الحياة يتمحور حول مجموعة من النقاط يمكن تلخيصها فيما يلي:

- تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها.
- تقبل الفرد لذاته ولأسلوب حياته.
- الإقبال على الحياة والرغبة الحقيقية في عيشها.
- تقدير شخصي للحياة.
- تقييم معرفي لنوعية الحياة.
- تقييم لنوعية الحياة من خلال تكرار الأحداث السارة أو غير السارة.
- قدرة الشخص على التكيف مع المشكلات النفسية التي تواجهه.
- إدراك الشخص لحاجاته الأساسية.
- الشعور بالسعادة.
- إحداث توافق بين الأهداف والانجازات الشخصية.

وكخلاصة لذلك يمكن القول إن الرضا عن الحياة هو التقييم والتقدير الشخصي للفرد لنوعية حياته، وقدرته على تحقيق التوافق بين ما يمتلكه من قدرات وما هو موجود على أرض الواقع وما يستطيع تحقيقه وبالتالي الإحساس بالسعادة والارتياح (قنون ،2013). ونستنتج من ذلك ان الرضا عن الحياة هو المكون الذاتي او النفسي لمفهوم أكبر هو نوعية الحياة.

3-4-2. الوجود الجيد (الراحة): مفهوم مركب متعدد الابعاد يضم بدوره مكونا معرفيا (الرضا عن الحياة) وآخر انفعاليا (عاطفة إيجابية او سلبية)، يعرفه رولوند (Rolland,2002) عبر معايير أساسية ثلاثة:

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

- ذاتي لأنه تقدير ذاتي لا علاقة بالظروف الحياتية والموضوعية (الراحة المادية)
- مرتبط بتقدير إيجابي شمولي لحياة الفرد (الرضا عن الحياة)
- لا ينحصر في غياب الانفعالات السلبية التي تقاس بسلام الحصر، الاكتئاب، او العدوانية وهذا لارتباطه بالوجدانيات السعيدة (عاطفة إيجابية).

ربط دينر (dinner,1999) بين الوجود الجيد والخبرة الشمولية مثل استجابات الفرد الإيجابية اتجاه الحياة، ويدمج بين الخاصية الدنيا مثل الرضا او الاشباع في الحياة ودرجة المتعة او الاستمتاع والتلذذ. نموذج dinner تم اعتماده ميدانيا والتحقق من صدقه بنجاح فهو يكتسي أهمية من خلال دمج المكونات المعرفية (التقدير، الاحكام، المقارنات) والسيرورات الانفعالية وذلك بالاهتمام بالانفعالات السلبية والإيجابية لان الإحساس بالراحة والوجود الجيد لا يرتبط فقط بغياب الاعراض النفسية ولكن أيضا بوجود انفعالات وحالات المتعة (لذة، فرح، اشباع، سعادة، فضول، اهتمام، ...) مضاف إليهم الرضا عن الحياة كتقدير كلي لنوعية الحياة.

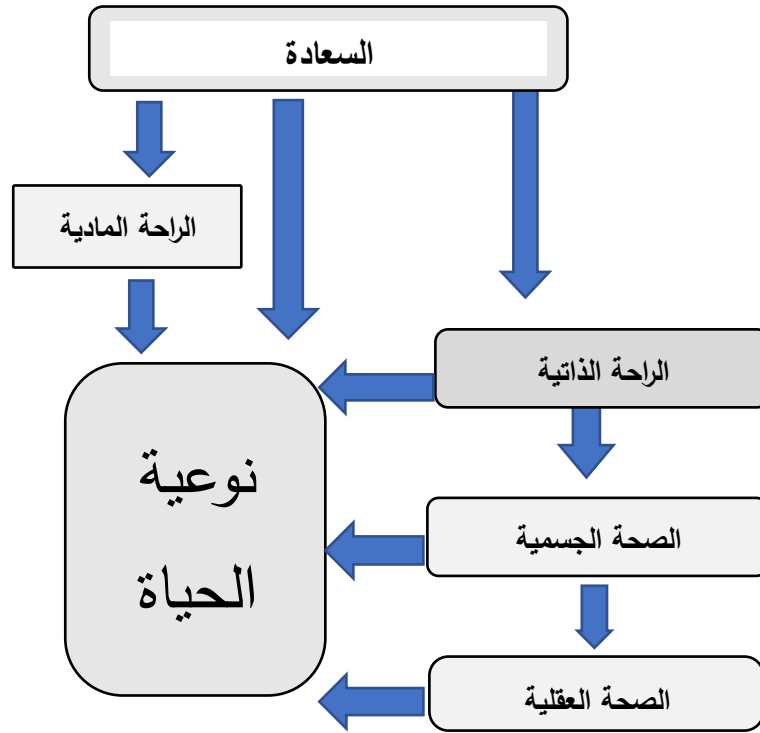
**3-4-3 السعادة:** مفهوم ترعرع ونشأ في ميدان الفلسفة وظل حتى أواخر سنوات الستينات يصف حالة شخص يتميز بالوجدانيات الإيجابية، تطور تدريجيا ليستبدل بمكونات الراحة الذاتية او الوجود الجيد وغياب المشاعر السلبية والوصول الى الاشباع (الرضى الشمولي)، وتوصف السعادة على أنها انعكاس لدرجة الرضا عن الحياة، أو أنها انعكاس لمعدلات تكرار الانفعالات السارة وشدة هذه الانفعالات. ويفترض الكثير من علماء النفس أن السعادة تشتمل على ثلاث مكونات مرتبطة معا، وهي الوجدان الايجابي، غياب الوجدان السلبي والرضا عن الحياة (عبد الخالق، الشطي، 2003).

بينما يفرق الكثير من الباحثين بين السعادة بوصفها حالة انفعالية حساسة للتغيرات المفاجئة في المزاج، وبين الرضا إذ هو حالة معرفية معتمدة على الحكم (Meng.Tan,2001). ولقد أشارت الدراسات إلى ارتباط السعادة بالرضا عن الحياة وارتباط الشقاء بالسخط والتذمر من الحياة، ففي إحدى الدراسات على الشباب في أمريكا كانت معاملات الارتباط بين الشعور بالسعادة والرضا بالحياة بشكل عام حوالي  $r=0.75$  وهو معامل ارتباط عال يدل على علاقة وثيقة بين السعادة والرضا، جعلت كثيرا من علماء النفس يقربون السعادة بالرضا والشقاء بالسخط ويدعون في الإرشاد والعلاج النفسي إلى تنمية مشاعر الرضا وتخفيف أو تقليل مشاعر السخط من أجل سعادة الناس وتنمية صحتهم النفسية، ومن أجل وقايتهم من الانحراف وعلاج انحرافاتهم النفسية (مرسي، 2000) في قنون خميسة (2013).

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

حسب نورداقل (Nordenfelt,1994) نوعية الحياة مفهوم يرتبط بمفاهيم عديدة مثل جودة الحياة المتعلقة بالصحة (Health relates quality of life)، الحالة الصحية (Health status) الراحة الذاتية او الوجود الجيد (well being)، بالنسبة للباحثين المعاصرين نوعية الحياة ترتبط بمدى توظيف وإدراك الافراد للمؤشرات المختلفة في حياتهم فهو مفهوم أكثر عمومية وأكثر استخداما في هذا العصر. من خلال ما سبق، نوعية الحياة مفهوم تكون تدريجيا باندماج مختلف المؤشرات عبر الزمن، السعادة ذات الأصل الفلسفي، الراحة المادية والوجود الذاتي ذوي الأصل الاجتماعي والنفسي، الصحة الجسمية ذات الأصل الطبي والصحة العقلية سلسة الطب العقلي والمخطط المقترح من طرف Nordenfelt يوضح ذلك.

الشكل (1) مخطط مقترح من قبل (Nordenfelt,1994) التناول التجميعي للمفاهيم نوعية الحياة



### 4- ابعاد نوعية الحياة:

يشير الراسبي إلى أن الباحثين والدارسين قد أكدوا بأن مفهوم نوعية حياة الفرد هو مفهوم متعدد الأبعاد ومتعدد الجوانب، فكل منا ينظر إلى نوعية حياته من زاوية أو مجال أو عدة مجالات، وهو مفهوم نسبي لدى الشخص ذاته وفقا للمراحل العمرية والمواقف التي يعيشها الفرد ويتعايش معها، ويضيف أيضا بأنه حينما يرتبط هذا المفهوم بحاجات الفرد النفسية والاجتماعية والروحية والدينية والعقلية، ومن ثم تلبية اشباع هذه الحاجات، حينها تمثل هذه الحاجات واشباعها مقومات نوعية حياة الفرد. (الراسبي،2006).

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

يرى كلا من (كومنز وماك كيب، 1994) أيضا أن مفهوم نوعية الحياة من المفاهيم متعددة الأبعاد، وأن جميع المقاييس التي أعدت في هذا المجال تأخذ بهذا الاتجاه، ويضيف أن أي مقياس لنوعية الحياة يجب أن يتضمن المؤشرات الموضوعية (objective indicators) والمؤشرات الذاتية (subjective indicators) ويرى الباحثان على الرغم من أن كلا من المؤشرات الموضوعية والذاتية ترتبط ارتباطا قويا بنوعية الحياة، إلا أنه ملفت للنظر أن الارتباط بين البعدين يعتبر ضعيفا، ربما يعود ذلك إلى أن الاتجاهين يستعرضان مجموعتين مختلفتين من البيانات (محمد حامد الهنداوي، 2010).

ويقدم كلا من فيلس وبيري (Felce Berry,1995) نموذجا لنوعية الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة، وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية هي: الصلاحية الجسمية، والرفاهية المادية، والرفاهية الاجتماعية، والصلابة الانفعالية، والنمو والنشاط (مرجع سابق)، والشكل (2) يوضح ذلك:

ويمكننا من خلال مراجعة التقارير العالمية التي تصدر عن مؤسسات وهيئات دولية وعالمية تحديد أبرز جوانب أو أبعاد نوعية الحياة، ويظهر أمامنا على الأقل ثلاثة تقارير عالمية تستهدف ترتيب دول العالم المختلفة بالاعتماد على مؤشرات ومعايير ومقاييس تقوم بنائها الجهة التي تصدرها وتأتي أهمية هذه التقارير فضلا عن كونها تمثل اهتماما من قبل الباحثين ومراكز البحث والدراسات، تسهم في تكوين الصورة الذهنية عن البلدان التي تشملها، وهذه التقارير هي:

- تقرير التنمية البشرية الذي يصدر عن برنامج الأمم المتحدة الإنمائي، الذي يقوم على ثلاث أعمدة رئيسية وهي الدخل، الصحة، التعليم.

- تقرير التنافسية العالمي والذي يقوم على مكونات المتطلبات الأساسية (مؤسسات وبنى تحتية واستقرار اقتصادي والصحة والتعليم الأساسي)، والكفاءة (التعليم العالي والتدريب والكفاءة والأسواق وتوافر السلع وسوق العمل وعوامل الابتكار).

- تقرير نوعية الحياة ويصدر في بداية كل سنة عن إنترناشيونال ليفنج الأمريكية ويقوم بترتيب الدول وفقا لأفضلية العيش، حيث لا يختلف عن الاتجاه العام للتقارير الأخرى مرتكزا أكثر على عامل الصحة وجودة الخدمات الصحية والعامة ونظافة البيئة والمحيط (نسبة التلوث).

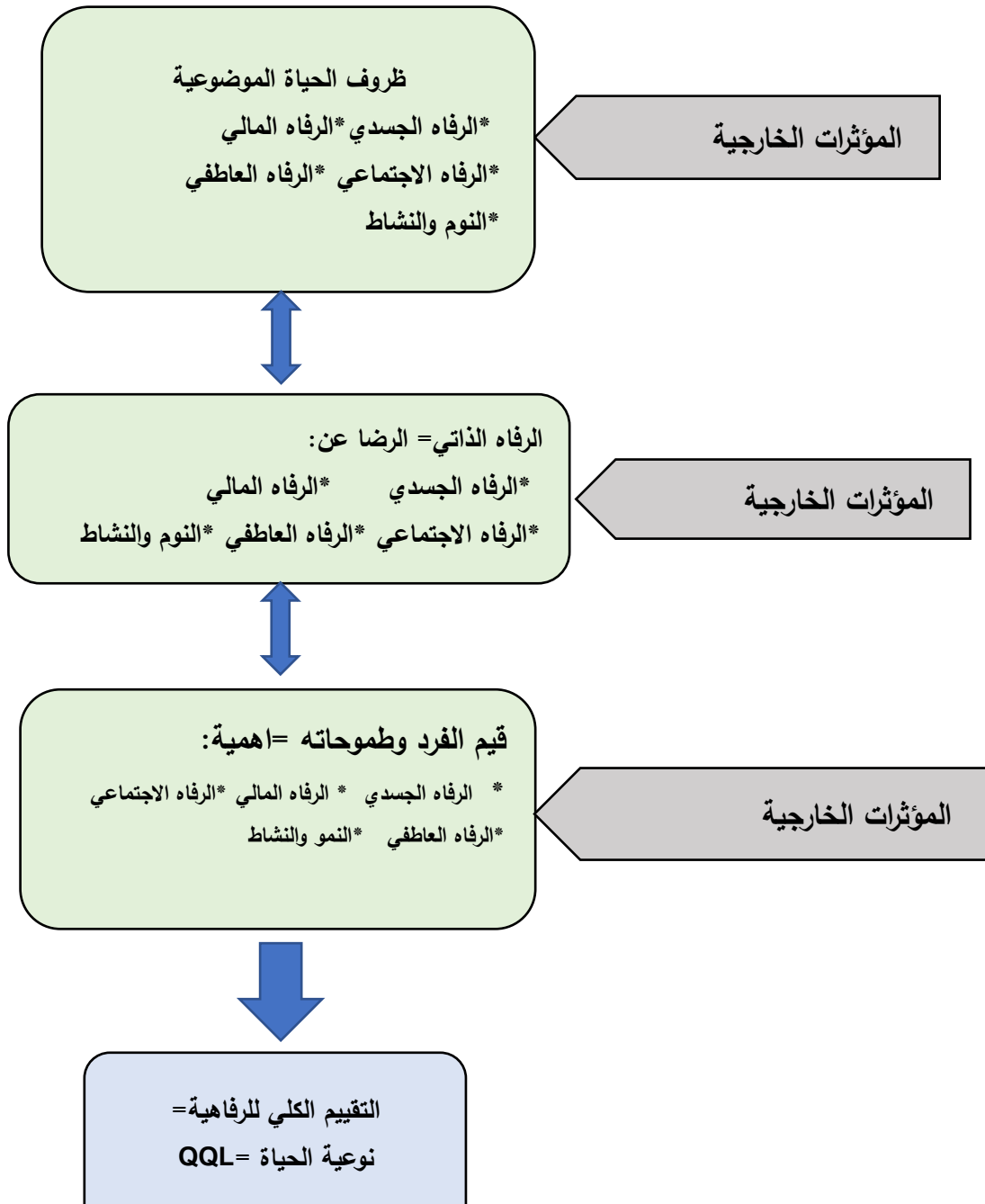
ذكر، (Widaral,2003) أن هناك اجتماعا على وجود أربعة أبعاد رئيسية لجودة الحياة هي:

-البعد الجسمي: وهو خاص بالأمراض المتصلة بالأعراض.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

- البعد الوظيفي: وهو خاص بالرعاية الطبية، ومستوى النشاط الجسمي.
- البعد الاجتماعي: وهو خاص بالاتصال والتفاعل الاجتماعي مع المحيطين.
- البعد النفسي: وهو خاص بالوظائف المعرفية والحالة الانفعالية، والادراك العام للصحة، والصحة النفسية، والرضا عن الحياة والسعادة (الهنداوي).

شكل (2): نموذج نوعية الحياة حسب (felce and Berry)



## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

يضيف العديد من العلماء البعد الروحي الذي غفل عنه بعض علماء الغرب، فالتدين بمعنى الاعتقاد في وحدانية الخالق الأعظم والتقرب اليه، تترجع على قمة كل حاجات الانسان المادية والبدنية والنفسية والاجتماعية في منظومة السلوك الإنساني والتفاعل مع واقع الحياة وأن الإنسان بفطرته منذ بواكير الحياة على الأرض، شعر من أول وهلة في حياته إن هناك قوى عظمى فوق قوى كل البشر تدبر الكون وتنظمه تهب الحياة وتبعث الوجود في كل الكائنات بصور وأشكال متعددة، هذه القوة الأعظم تقدر الحياة والموت والفناء. وتجميعا لما ذكر ترى منظمة الصحة العالمية (WHO) أن مفهوم نوعية الحياة العالمي يتكون من عدة أبعاد مثل: الحالة النفسية والحالة الانفعالية أو الرضا عن العمل والرضا عن الحياة، والمعتقدات الدينية، والتفاعل الأسري، والتعليم، والدخل المادي، هذا وتتكون نوعية الحياة من خلال الادراك الذاتي للفرد عن حالته العقلية، وصحته الجسمية وقدراته الوظيفية، ومدى فهمه للأمراض التي تعتريه (جبريل، 2007).

وتشير كرول رايف حسب نظريتها العوامل الستة **Theory of the factors by Carroll** الى أن نوعية الحياة الذاتية من المفاهيم ذات الطابع الجدلي، تسهم فيه مجموعة من المكونات وهو مفهوم ديناميكي متعدد الأوجه يشمل على أبعاد ذاتية واجتماعية ونفسية فضلا عن السلوك المرتبط بالصحة والموازين لتحديد الجوانب الرفاه المتعددة وقياسها لدى الأفراد، والأبعاد هي كالاتي حسب الشكل (3) (Ryff,C:1989)

شكل رقم (3): ابعاد نوعية الحياة حسب كارول ريف (Ryff,C:1989)



نستنتج من خلال وجهات النظر اعلاه وبناء على التقارير العالمية في تحديدها لاهم مؤشرات الرفاه والسعادة انها تتضمن عامل ومؤشر مشترك بينها والذي يتمثل في الصحة بشكل عام كمحدد هام لنوعية الحياة وهذا ما يؤكد على مدى أهمية الصحة وأنها بعد محوري ومن اهم مرتكزات ومؤشرات نوعية الحياة. ونلاحظ ان علماء النفس والاجتماع يؤكدون منذ البداية على ان السعادة والرفاه المعبر عنها ذاتيا هي وحدها القابلة للبحث العلمي لان جل الدراسات توصلت الى ملخص مفاده عدم وجود علاقة بين الظروف الموضوعية



## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

الملاحظة والمعاش الذي عبر عنه الافراد. ومن هذا المنطلق ظهر مفهوم جديد وهو نوعية الحياة (المدركة) الذاتية، من جهة أخرى لا وجود لارتباط بين تقدير الملاحظ الخارجي وتقييم الافراد أنفسهم. هذا ما دفع المختصين الى الاهتمام بتقدير الشخص ذاته لأنه الاقدر على ذلك >> إذا كنت تريد ان تعرف كم انا سعيد فاطلب مني ذلك <<.

### 5-الاتجاهات النظرية المفسرة لنوعية الحياة

ليس من السهل تحديد مفهوم نوعية الحياة وإيجاد تعريف واضح ودقيق له يحظى بموافقة جميع الدوائر العلمية. ومع ذلك، حاول بعض الباحثين صياغة نظريات حول مكوناته وتحديد العوامل المسؤولة عنها لان نوعية الحياة مفهوم يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم أحيانا أخرى للتعبير عن إدراك الافراد لمدى قدرة هذه الخدمات على اشباع او تلبية حاجاتهم المتنوعة، وثمة العديد من أطر تحليلية المقترحة لتفسير نوعية الحياة نذكر البعض منها الآتي.

#### 5-1 الاتجاه الفلسفي

مفهوم نوعية الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من اجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البراغماتية المتمثلة في ان الفكرة لا يمكن ان تتحول الى اعتقاد الا إذا اثبتت نجاحها على المستوى العملي او القيمة الفورية، وليست المرجأة او النفعية، والمستوى العملي أقرب الى السعادة او الرفاهية الشخصية. وينظر إلى نوعية الحياة من منظور فلسفي آخر على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذ حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء المثالية التي تدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق وترك العنان للحظات من خيال ابداعى ثري، وبالتالي فنوعية الحياة من هذا المنظور هي: "مفارقة الواقع تلمسا للسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام لمصاعب الحياة والذويان في صفاء روحي مخالف لكل القيم المادية". وعلى الرغم من وجهة مضامين الاتجاه الفلسفي في توصيفه لمفهوم نوعية الحياة، الا ان أي قراءة منصفة لواقع الانسان في عالمنا المعاصر يستنتج بان اندفاع الانسان في مسار الحصول على السعادة وفقا لهذا المنظور ببعديه المشار اليهما لا يستطيع ان يحقق له سوى تباشير امل واه في رحم اليوطيبيا الحاملة. وبالتالي ظل الانسان ينشد السعادة لكن في المقابل لن يحصل سوى على البؤس والشقاء.

### 5-2 الاتجاه النفسي

يؤكد الاتجاه النفسي على عملية الإدراك كمحدد أساسي لنوعية الحياة وعلاقتها بالمفاهيم النفسية الأخرى، وأهمها القيم والإدراك الذاتي للحاجات النفسية وإشباعها، الرضا، التوافق، الصحة النفسية، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد لأن الحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها حتى أن تقييمه للمؤشرات الموضوعية في حياته كالدخل، المسكن، العمل، والتعليم يمثل انعكاس مباشر لإدراك الفرد لنوعية حياته وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة ويظهر ذلك في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، وبالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، هذه العلاقة التي تتخللها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعها بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد.

يرى البعض أن جوهر نوعية الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي، وذلك وفق لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية "ابراهيم ماسلو" (Abraham Maslow) الذي وضحاها ورتبها في هرم "ماسلو" للحاجات الإنسانية حيث جاء هذا الترتيب بالتسلسل وحسب ما تقتضيه الضرورة الخاصة بالإنسان وهذا من منظور ماسلو إذ أن أول ما يحتاجه الفرد هو الحاجات الفسيولوجية والتي تتمثل بالتنفس والطعام والنوم والراحة والإخراج وغيرها، بعد إشباع الحاجات الفسيولوجية تظهر الحاجة إلى الأمان والمتمثل في الأمان الأسري والصحي والممتلكات والسلامة الجسمية والنفسية وغيرها، وتليها الحاجة الاجتماعية والتي تتمثل في الحب والانتماء يظهر من خلال العلاقات الأسرية والصداقة والعلاقات مع الجنس الآخر، وبعدها الحاجة للتقدير والتي تبدأ بتقدير الذات وتقدير الآخرين له والثقة المتبادلة والمكانة المرموقة، لتصل إلى تحقيق الذات وذلك باستغلال المكتسبات السابقة والمهارات الأساسية في مواجهة المواقف المختلفة وحل المشاكل بأقل الخسائر مع القدرة على الابتكار، وبهذا يحقق طموحاته وذاته. رغم كل هذه الحاجات التي حددها ابراهيم ماسلو أهمل الحاجات الروحية بالرغم من أنها أساسية في حياة الفرد، وهذا الترتيب للحاجات ممكن أنه يتغير بتغير السن والأفراد (تواتي، 2018).

كما ينظر إلى مفهوم نوعية الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية كمؤشرات ذاتية. وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة هذه المتطلبات في الجديدة فيظهر الرضا في حالة الإشباع أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع".

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

5-3 الاتجاه المعرفي: يعتمد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى: أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد شعوره بمدى جودة حياته.

الثانية: في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بنوعية الحياة ووفق هذا المنظور تبرز لدينا نظريتان حديثتان في تفسير جودة الحياة

### 5-3-1 نظرية لا وتن (1996)، (Lawton théorie)

طرح لا وتن (Lawton) مفهوم طبيعة البيئة، (press environnemental) ليوضح فكرته عن نوعية الحياة والتي تدور حول فكرة أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان هما:

-الظرف المكاني: إذ أن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لمدى جودة الحياة، ولطبيعة البيئة في ظرف المكاني تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والآخر تأثير غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

-الظرف الزمني: إن إدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر إيجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر إيجابية على شعوره بنوعية الحياة (بشرى عناد مبارك، 2010)

### 5-3-2 نظرية شالوك (2002)، (Sherlock théorie)

أعطى شارلوك (Sherlock) تحليلا مفصلا لمفهوم نوعية الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها

المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة الشعور بالفرد بمدى جودة حياته، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد للنوعية حياته وعلى هذا الأساس يرى Sherlock انه ليس هناك حاجة إلى تصنيف متغيرات جودة الحياة إلى بعدين (موضوعي وذاتي) بل اعتبره تصنيفا ينقصه بعض المرونة، حيث توجد متغيرات أخرى تخرج عن هذا التصنيف الثنائي، وبذلك يضيف (شالوك) بأن هناك ثمانية أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن

أن تختلف في درجة أهميتها، وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة، والأبعاد الثمانية كالتالي:

- جودة المعيشة الانفعالية: وتشمل الشعور بالأمان، والجوانب الروحية والسعادة، والتعرض للمشقة، ومفهوم الذات، والرضا أو القناعة.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

- العلاقات بين الأشخاص: وتشمل الصداقة الحميمة، والجوانب الوجدانية، والعلاقات الأسرية، والتفاعل، والمساندة الاجتماعية.
- جودة المعيشة المادية: وتشمل الوضع المادي، وعوامل الأمان الاجتماعي، وظروف العمل، والممتلكات، والمكانة الاجتماعية والاقتصادية.
- الارتقاء الشخصي: وتشمل مستوى التعليم، والمهارات الشخصية ومستوى الانجاز.
- جودة المعيشة الجسمية: وتشمل الحالة الصحية، والتغذية والاستحمام، والنشاط الحركي ومستوى الرعاية الصحية، والتأمين الصحي، ووقت الفراغ، ونشاطات الحياة اليومية.
- محددات الذات: وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي، وتوجيه الذات والأهداف، والقيم.
- التضمين الاجتماعي: وتشمل القبول الاجتماعي والمكانة وخصائص بيئة العمل، والتكامل والمشاركة الاجتماعية، والدور الاجتماعي، والنشاط التطوعي، والبيئة المسكن.
- الحقوق: وتشمل الخصوصية، والحق في الانتخاب والتصويت، وأداء الواجبات، والحق في الملكية (إبراهيم، 2005).

ويوضح الجدول (3) تفصيلات نظرية (شالوك) لهذه المجالات الثمانية ومؤشرات كل مجال من هذه المجالات.

الجدول (3) مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك

المجالات								المؤشرات
الحقوق البشرية والقانونية	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين شخصية	السعادة الوجدانية	
* حقوق فردية	* التكامل	* الاستقلالية	* الصحة	* التعليم	* الحالة	* التفاعلات	* الرضا	
* حقوق الجماعة	* الترابط	* الأهداف	* الأنشطة	* الكفاءة	* المادية	* العلاقات	* مفهوم الذات	
* قانون وعمليات الواجب	* الاجتماعي	* الاختيارات	* وقت الفراغ	* الاداء	* العمل	* الاسناد	* انخفاض الضغط	
	* الأدوار المجتمعية			* السكن				

5-4 الاتجاه الانساني:

يشير المنظور الانساني أن فكرة نوعية الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما.

1- وجود كائن حي ملائم.

2- وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، ولقد أكد هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على مفهوم الذات وعملية الإدراك لقيمة التفاعل البيئي. فحسب هذا التوجه هناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبق للمعايير السائدة في المجتمع، فجودة البيئة الاجتماعية تُحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها، كما أن هناك البيئة الثقافية، التي تقيس جودة وقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا او معنويا (رضوان، 2006). والاتجاه الإنساني يقوم على مجموعة من المسلمات الأساسية، هي ان الانسان خير بطبعه وحر في اختياره يسعى نحو الأفضل ويملك مجموعة من الخبرات والمدرجات الفردية والفرد مطالب بالاستبصار بحاله وتحسين وضعها. ومن بين الرواد المعاصرين لهذا الاتجاه "رايف" (Ryff) والمعروف بنظريته نظرية رايف (1999). *Ryff théorie* تدور نظرية "رايف" حول مفهوم السعادة النفسية إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها رايف بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية.

البعد الأول: الاستقلالية تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات، يكون مستقل بذاته. قادرا على مقاومة الضغوط الاجتماعية ويتصرف بطرائق مناسبة، منظم في سلوكه، يقيم ذاته بما يتناسب وقدرته الشخصية.

البعد الثاني: التمكّن البيئي ومن صفاته الكفاية الذاتية للفرد وقدرته على التحكم وإدارة نشاطه وبيئته وكذلك قدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه وعلى اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية وأيضا قدرته على اختيار قيمة الشخصية والتصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه

البعد الثالث: النمو الشخصي ومن صفاته شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر، إدراكه لتطور وتوسيع انفتاحه للتجارب الجديدة وكذلك إحساسه الواقعي بالحياة وشعوره بتحسن ذاته وتطور سلوكه يوما بعد الآخر ويتغير بطرائق تزيد من معرفته وفاعليته الذاتية

البعد الرابع: العلاقات الإيجابية مع الآخرين من صفاته رضا الفرد عن علاقته الاجتماعية وثقته بالآخرين من حوله وقناعته برفاهيتهم وقدرته على التعاطف والتودد معهم وكذلك اهتمامه بالتبادل الاجتماعي واطهاره للسلوك الاجتماعي.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

البعد الخامس: تقبل الذات ومن صفاته إظهار الفرد توجهها ايجابيا نحو ذاته وتقبله للسمات أو الخصائص المكونة لها (السلبية والايجابية) والشعور الايجابي لحياته الماضية تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية وإدراكه لخصائصه الذاتية المميزة واطهاره النقد الايجابي لذاته

البعد السادس: الهدف من الحياة من صفاته أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية والحاضرة وأن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها ويسعى لتحقيق غاياته في الحياة ويكون له القدرة على توجيه أهداف حياته مع الإدراك الواضح لها وأن صحته النفسية تكمن في احساسه بمعنى الحياة (Ryff,1989).

ولقد بين "رايف" أن نوعية 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 بجودة الحياة.

### 5-5 الاتجاه الاجتماعي

يشير إلى عدد من الجوانب ويركز على الأسرة والمجتمع، وعلاقات الأفراد والمتطلبات الحضارية والسكان والدخل والعمل، وضغوط الوظيفة والمتغيرات الاجتماعية لأخرى. حيث يرى أ حد العلماء انه يجب الاهتمام أكثر بنوعية العلاقات الاجتماعية أكثر من الاهتمام بالكمية من العلاقات ويضاف الى الاتجاه الاجتماعي المنظور البيئي لنوعية الحياة حيث يشير المختصون المقربون من البرامج السياسية الى ان نوعية الحياة ومدى جودتها تقاس بمواضيع التلوث، الازعاج، الاجرام، التشرذم، الجنوح، المدخول، الرخاء، الرفاه، والمؤشرات الاجتماعية وهذا المنظور موضوعي أكثر منه ذاتي.

وعن تواتي (2018، ص155) بأن جودة الحياة تكتسب حسب الاتجاه الاجتماعي من الخبرات السابقة التي يمر بها الفرد، والاحساس بالانتماء داخل الجماعات بالإضافة الى ضرورة التكامل بين كل ما أشار اليه "جريفين وفلانا جون وبوجدان" وهذا بضرورة الاهتمام بنوعية العلاقات الاجتماعية (مثلا العلاقات مع الزملاء) وفي نفس الوقت بكمية العلاقات (أي إلى الحجم والدرجة التي تصل إليها هذه العلاقات)، وكل هذا يساعدنا في الارتقاء بجودة الحياة.

ونختم القول بقول خاتم الأنبياء محمد صلي الله عليه وسلم " لا خير فيمن لا يَألف ولا يُؤلف"

### 4-6 الاتجاه الطبي

النموذج الطبي الذي سيطر على تفكير المهتمين لأكثر من (300) سنة خلت، يرى ان جميع الامراض يمكن تفسيرها على أساس العمليات الجسمية الظاهرة مثل، حالات عدم التوازن البيوكيميائي او الشذوذ في العمليات العصبية الفيزيولوجية. ان الاتجاه الطبي يفترض العمليات النفسية والاجتماعية مستقلة تماما عن

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

العمليات التي تؤدي الى تطور المرض فالأطباء يركزون في تقديراتهم على معايير بسيطة (إصابة، موت، طول عمر) تحت تأثير النموذج الطبي المسيطر لمدة طويلة، فإن ثغرات وانقلابات كثيرة غيرت مجالات البحث من اجل تحليل أكثر دقة وموضوعية (A. Leplège, 1993, PP 3-12).

الا انه لا يمكن انكار بأن الفضل يعود للأطباء و الباحثين في الصحة العمومية والمختصين في علم الأوبئة والطب العقلي، في ضمان نجاح و انتشار مفهوم نوعية الحياة و هذا من خلال تبنيه مفاهيم مجاورة مثل(الصحة، الراحة، السعادة، الرضا)الى حد اتساع الانتشار والتعقيد، لان التطورات الطبية في مجال علاج الامراض الانتانية خصوصا السرطان ، والمتمثلة في السعي لإطالة عمر المصابين وتخفيض نسبة انتشار بعض هذه الامراض المزمنة و التي لها عواقب متعددة و التي تعيق وتهدد حياة المرضى.

عوامل أجبرت المختصين على الاهتمام أكثر بنوعية حياة المرضى والحفاظ عليها وتقديرها، وتكوين وسائل تسمح بتقدير الأثر الجسمي والنفسي والاجتماعي الذاتي لهذه الامراض وتداوياتها وكذلك أثر العلاجات والادوية المتعلقة بها. ومن هذا المنطلق طرح تساؤل حول اثار أنماط الادوية للأمراض المزمنة من منظور كفي (راحة المرضى) وأيضاً من منظور كمي (عدد السنوات المضافة الى الحياة) خصوصا في مجال الامراض الخطيرة كالسرطان وعلاجاته المعقدة والصعبة (علاج الإشعاعي، الكيميائي، الجراحي) فأصبح التقدير الطبي ناقصا بدون التقدير الذاتي للمريض وأصبح

يهدف هذا الاتجاه الى تحسين نوعية الحياة الأفراد الذين يعانون من امراض جسدية او نفسية او عقلية مختلفة عن طريق البرامج الارشادية والعلاجية التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة من خلال قياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

### 4-7 الاتجاه الديني

إن الأسئلة المتعلقة بمعنى الحياة هي أسئلة بدون شك يطرحها كل البشر وفي مختلف المراحل العمرية، ولكنها تكون بشكل أكثر عندما يكون الوقت المتبقي للعيش قصير و في عد تنازلي، لأننا عندما نبدأ في مواجهة النهاية تصبح هذه النهاية أكثر تفردا وخصوصية وهذا ما يجعل الدين أحد المتغيرات الأساسية في بناء شخصية الإنسان بناء قيميا و إيمانيا، إذ يحيطهم بسياج من الرعاية النفسية والاجتماعية عند التعرض للآزمات، والاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية، حيث يوفر كل أسباب التكيف، والتوافق، والتفاعل الإيجابي مع المجتمع، لينطلق نحو العمل والإنتاج والبناء وتحقيق النفع له ولمجتمعه وقد فسر كل من هونغ وجياناكوبولس (Hong & Giannakopoulos, 1994) تأثير الدين و التدين على رضا الفرد عن الحياة في الآتي:

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

✓ تمثل العقيدة إطاراً مرجعياً يجعل حياة الفرد ذات معنى، وتعبّر عن نظرة تفاعلية، مما يزيد رضا الفرد عن حياته.

✓ يساعد التدين على التخفيف من أثر الضغوط النفسية، وأحداث الحياة السالبة، مما يزيد ورضا الفرد عن حياته

✓ يساعد التدين على التكامل الاجتماعي، مما يحقق الإحساس بالانتماء، ورضا الفرد عن حياته مما سبق يتضح أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يختلف من فرد لآخر وفقاً لأسلوب إدراكه لجوانب الحياة، ويتضمن أبعاداً دينية ونفسية وطبية واجتماعية.

ذكر أبو عبد الله في (الجامع، 2002) أن القرآن الكريم منهجاً واضحاً في تحديد علامات الفوز في الدنيا والآخرة وتحقيق الصحة النفسية والجسمية للإنسان وبه يقول تعالى: ﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحاً مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أُنْثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ النحل: 97

يقول ابن كثير " هذا وعد من الله تعالى لمن عمل صالحاً، وهو العمل المتبع لكتاب الله تعالى وسنة نبيه من ذكر أو أنثى من بني آدم، وقلبه مؤمن بالله ورسوله، وأن هذا العمل المأمور به مشروع من عند الله بأن يحيه حياة طيبة في الدنيا وأن يجزيه بأحسن ما عمل في الدار الآخرة والحياة الطيبة تشمل وجود الراحة من أي جهة كانت ويقول القرطبي: " من عمل عملاً صالحاً وهو مؤمن في فاقة أو ميسرة فحياته طيبة، ومن أعرض عن ذكر الله فلم يؤمن ولم يعمل صالحاً عيشته ضنكة لا خير فيها، وقال آخرون: الحياة الطيبة السعادة.

ورود في (أبو عبد الله القرطبي، 2002) أن علامات الصحة النفسية من وجهة نظر: محمد عودة محمود وكمال مرسي المقتبسة من القرآن الكريم تتمثل في الآتي:

الجانب الروحي: الايمان بالله وأداء العبادات، والقبول بقضاء الله وقدره، الإحساس بالقرب من الله، إشباع الحاجات الحلال، المداومة على ذكر الله.

✓ الجانب النفسي: الصدق مع النفس، سلامة الصدر من الحقد والحسد والكراهة، وقبول الذات، القدرة على تحمل الإحباط والقلق والتمسك بالمبادئ المشروعة، الاتزان الانفعالي، الإقبال على الحياة، السيطرة وضبط النفس، البساطة، الاعتماد على النفس.

✓ الجانب الاجتماعي: حب الوالدين، حب شريك الحياة، حب الأولاد، مساعدة المحتاجين، الجرأة في قول الحق، الصدق مع الآخرين، تحمل المسؤولية الاجتماعية والابتعاد عن كل ما يؤذي الانسان.



## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

✓ الجانب البيولوجي: سلامة الجسم من الأمراض، سلامته من العيوب الخلقية، تكوين مفهوم موجب للجسم، العناية الصحية بالجسم وعدم تكليفه إلا في حدود طاقته.

وبهذا يعد التدين من أهم الحاجات المشبعة لدى الإنسان التي تبعث على الشعور بالرضا والإحساس بالسعادة، حيث يعتبره ألبورت "Albort" حاجة نفسية إنسانية موروثية، فمعظم الناس عبر تاريخ البشرية يمارسون شكلا من أشكال التدين، ويمثل لهم محددًا لهويتهم وسببا من أجله يعيشون أو في سبيله يموتون (العيدان، 2004).

وبما ان الصحة هي البعد المحوري لمفهوم نوعية الحياة حيث انه ورد عن (محمد بن الحسن الشيباني، 275هـ) في عذبة صلاح (2015) أن السنة النبوية قد سبقت علماء النفس العرب الذين أشاروا في أواخر القرن العشرين إلى مؤشرات ضرورية هامة يجب أن تتواجد لتوفر الصحة النفسية للإنسان ، ومن هذه المؤشرات أن يتسم الإنسان ببعض السمات والخصائص التي تؤهله للتوافق النفسي أولاً ثم التوافق الاجتماعي ثانياً أي توافقه مع الآخرين، والتوافق النفسي والاجتماعي من أهم مؤشرات الصحة النفسية ومن متطلبات ذلك ضرورة أن يتسم الإنسان ببعض السمات الخلقية والعقلية والاجتماعية الناتجة عن إدراك وتفكير عقلي سلم مثل: (الاعتماد على النفس، الثقة بالذات، الشعور بالمسؤولية، الاستقلال في الرأي وتأكيد الذات والأخلاق الحميدة والعادات الحسنة في ممارستهم المختلفة في حياتهم اليومية، كحب الناس، التعاون، مد يد العون والمساعدة إلى الغير، الرضا بما قدره الله لهم)، وكلها عبارة عن مؤشرات لنوعية الحياة (الحياة الجيدة، السعادة، الرفاهية الذاتية).

### 6- نوعية الحياة وعلم النفس الإيجابي

يرى عبد الخالق ان العقود الأخيرة من القرن العشرين وحتى الآن يمكن ان نطلق عليها "عصر علم النفس الإيجابي" اذ دخل هذا المفهوم الجديد القديم قدم البشرية الحقل الأكاديمي سنة 1998 عندما ترأس (مارتن سيلجمان) martin Seligman الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، وتناوله في خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية حيث أشار أن الدراسات في علم النفس قد بالغت كثيرا بالتركيز على الجوانب السلبية

في الشخصية الإنسانية وعلى الأمراض والاضطرابات النفسية وتشخيصها وعلاجها، وبأن الاقتصاد على هذه الجوانب رغم أهميتها، وخاصة بعد أن تكون قد تأصلت أو ترسخت يجعل من محاولة التصدي لها وعلاجها أمرا عسيرا للغاية، وعلماء النفس نسو او تناسوا كل ما هو إيجابي في الشخصية الإنسانية وكل جوانب الاقتدار فيها وركزوا اهتمامهم على ترميم كل ما هو سلبي، ويرى "سيلجمان" بان التشديد على دراسة المظاهر الإيجابية للشخصية قد يسفر عن الكثير من نقاط القوة التي يمكن توظيفها مباشرة في تخطي

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

الصعوبات ومواجهة نقاط الضعف أو غيرها من المظاهر والأعراض السلبية أو المرضية التي قد يعاني منها الفرد، فالسعادة لا تعتمد دائماً على وضعنا الاجتماعي، ديننا أو جمالنا الجسدي. السعادة هي في الواقع مزيج فريد مما أسماه "نقاط القوة المميزة"، مثل الإحساس بالإنسانية والاعتدال والمثابرة والقدرة على عيش حياة ذات معنى وله قولته المشهورة:

"الحياة لها انتكاساتها ومآسيها للمتفائل والمتشائم على السواء لكن المتفائل يقاومها بشكل أفضل" (مارتن سليجمان، 2000).

ومن هذا المنطلق، يرى بعض الباحثين، مثل أبو حلاوة، معمرية، وعبد العال، أن علم النفس الإيجابي ليس تخصصاً جديداً، بل هو اتجاه وحركة جديدة لدراسة السلوك، كون ملامحه العامة لم تتبلور بعد، بشكل يسمح بمقارنته ببقية فروع علم النفس المستقرة كعلم النفس الاجتماعي، المعرفي، الإكلينيكي، وغيرها. تقع دراسة نوعية الحياة، في قلب علم النفس الإيجابي، الذي يرى بعض علماء النفس أنه توجه حديث، في حين يرى "ألن كار" (Carr, 2004) أن علم النفس الإيجابي هو فرع جديد من فروع علم النفس يختص في المقام الأول بالدراسة العلمية لجوانب القوة في الإنسان، والسعادة، والتعرف إلى العوامل التي تطور الحياة الطيبة وتدعمها. كما يهتم علم النفس الإيجابي بدراسة المشاعر الإيجابية، والشخصية الإيجابية، المرنة، والأنظمة والمؤسسات التي تتسم بمناخ العمل الإيجابي، ويقف هذا العلم بين نوعين من فروع العلم والمعرفة، هي علم البيولوجيا الإيجابية، الذي يمثل الأساس البيولوجي، الذي يقوم عليه علم النفس الإيجابي، والمعرفة الأخرى هي الفلسفة الإيجابية، أو علوم الدين الإيجابية، التي يطمح علم النفس الإيجابي، إلى تحقيق قيمها ومبادئها (سليجمان، 2005)

ويعد "مارتن سليجمان" من أهم رواد هذا العلم وأعلامه، وهو يذكر أن علم النفس الإيجابي، يمكن أن يضطلع بأدوار مهمة، في كل من البحوث والتطبيقات، كالوقاية، والعلاج، ويقع في مجال البحوث موضوعات كثيرة، من مثل: السعادة، والرضا عن الحياة، والتفاؤل، والأمل، ومواجهة الضغوط، ونوعية الحياة، ويندرج في مجال العلاج، جوانب على درجة كبيرة من الأهمية، يتعين على المعالج تحقيقها، مثل: الشجاعة، والمهارات الاجتماعية، والعقلانية، والاستبصار، والتفاؤل، والأمانة، والمثابرة، والواقعية، والقدرة على الاستمتاع، والتوجه نحو المستقبل، والبحث عن هدف، والفضيلة، والإبداع (Seligman, 2002).

ويعرف كل من "سليجمان وسيكزنتميهالي" (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) مجال علم النفس الإيجابي:

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

- **على المستوى الذاتي أو الشخصي** هو علم يهتم بدراسة وتحليل الخبرات الشخصية الذاتية ذات القيمة مثل: الرفاهية الشخصية أو الوجود الذاتي الشخصي، القناعة، والرضا (عدم الحصرة عما مضى)؛ الأمل والتفاؤل (في المستقبل)، التدفق والسعادة (في الحاضر).

- **وعلى المستوى الفردي**، يتعلق علم النفس الايجابي بتحليل السمات الإيجابية للفرد مثل: (القدرة على الحب والعمل، البسالة والجرأة، مهارات العلاقات الاجتماعية مع الآخرين، والتذوق الجمالي، المثابرة، التسامح، الأصالة، الانفتاح العقلي والتفاؤل، الشغف الروحي، الموهبة العالية، والحكمة، وكلها عوامل تدخل في بناء الجُلد، أحد اهم مفاهيم علم النفس الايجابي والذي سوف نتحدث عنه في الفصل الثالث.

- **وعلى مستوى الجماعة**، يدور علم النفس الإيجابي حول الفضائل والمؤسسات المدنية التي تحرك الأفراد تجاه المواطنة الصالحة، المسؤولية، التواد مع الآخرين والاهتمام بهم، الإيثار، الأدب والاخلاق، الاعتدال، والتحمل، وخلق العمل" (Seligman&Csikszentmihalyi,2000, p.5) وبصورة عامة، يصف المهتمون بمجال علم النفس الإيجابي بانه "دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر و دراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في براثن الاضطرابات النفسية والسلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية ، الاجتماعية، والمجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعاش" ( Crystal L .Park, 2003, P.3 )

ومن هنا يمكننا استنتاج بأن هذا التيار الجديد في حقل علم النفس يهتم بالخبرة الذاتية والسمات الشخصية الإيجابية في إطار ما يطلق عليه نوعية الحياة، من خلال دراسة الخبرات الذاتية الإيجابية وسمات الشخصية الإيجابية، لأنها تؤدي إلى تحسين نوعية الحياة، وتجعل لها قيمة وتحول دون الأعراض المرضية التي تنشأ عندما لا يكون للحياة معنى، فيؤرة تركيز هذا العلم هو نوعية الحياة من خلال مجالات بحثي أساسية والتي تتمثل في الآتي:

✓ **بحوث في مجال:** "الحياة المبهجة أو الممتعة أو السارة".(Pleasant Life) وتهتم هذه البحوث بدراسة كيف يتعامل البشر مع الانفعالات والمشاعر الإنسانية، وكيف يصلون إلى الاستمتاع إلى المشاعر والانفعالات الإيجابية وتفعيلها وتوظيفها في الحياة الانسانية اليومية (مثل، العلاقات الاجتماعية، الهوايات، الاهتمامات، الترفيه أو الاستمتاع والترويح عن الذات).

✓ **بحوث في مجال:** "الحياة الطيبة أو الحسنة أو الخيرة أو حياة الاندماج" (Good Life): وتهتم مثل هذه النوعية من البحوث بالاهتمام بدراسة التأثيرات المفيدة للاندماج، ولما يعرف بالتدفق أو الاستغراق، التي يشعر بها الفرد عندما يندمج بصورة مثالية في العمل والأنشطة المفضلة لديه، يخبرها عندما يجد نوعاً من التناوب أو الاتساق بين قدراته وامكانياته والمهمة التي يؤديها، وبالتالي، يشعر بالثقة في قدرته على إنجاز أو تحقيق أو انهاء المهام التي يواجهها بنجاح وفعالية وبمستوى راق من الاقتدار والتمكن.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

✓ **بحوث في مجال:** الحياة الهادفة ذات المعنى والانتماء الى الاخرين (Meaningful Life) ويحاول هذا المجال الإجابة عن السؤال التالي: كيف يتوصل الأفراد إلى الإحساس الإيجابي بجودة الحياة، وبالانتماء؟ مما يجعل الفرد يشعر يتجاوز اهتماماته الذاتية الضيقة إلى أهداف ذات قيمة، تدفعه إلى الانضمام والإسهام في نشاطات وخبرات أوسع وأسمى وأكثر دواماً من الذات؟ (مثل: الطبيعة، الجماعات الاجتماعية، المؤسسات، الحركات، الاعتقادات والتقاليد). (Gable&Haidt,2005, pp.103-110) ويعبر Mihaly Csikszentmihalyi من أئمة تيار علم النفس الإيجابي ومن المؤصلين لخبرة التدفق بوصفها خبرة إنسانية مثلى باعتبارها: "إحساس أو (إحساسات) كلية يشعر بها الناس عندما يتصرفون باندماج تام مع العمل أو المهمة التي يقومون بها". حسب Mihaly هي حالة يجد فيها المرء نفسه مندمجا بصورة تامة في النشاط أو العمل الذي يقوم به مع تجاهل تام لأي أنشطة أو مهام أخرى؛ مع حالة من الاستمتاع الشخصي يخبره المرء لمجرد القيام بذلك النشاط أو الاداء لذاته والاستعداد للتضحية وبذل كل جهد وتكريس الوقت لإنجاز هذه المهمة" وللتدفق كحالة نفسية تسعة أبعاد تتمثل في:

- التوازن بين التحدي والمهارة.
- اندماج بين الفعل والوعي (الحالة النفسية).
- أهداف مدركة واضحة.
- تغذية راجعة غير غامضة.
- تركيز تام في المهمة أو العمل.
- إحساس بالضبط أو السيطرة.
- غياب الوعي أو الشعور بالذات.
- الإحساس إما بسرعة مرور الزمن أو ببطء مروره.
- الاستمتاع الذاتي Autotelic expériences والذي يشير إلى خبرات الاثابة الداخلية.
- القيام بالعمل أو أداء النشاط كإنجاز المهمة هو الهدف في حد ذاته دون انتظار لإثابة من الخارج (Csikszentmihalyi, M. 1996).

## ثانياً: نوعية الحياة وعلاقتها بالصحة

### 1-1- الصحة

1-1. تطور مفهوم الصحة: في وقت مضى عندما كنا نُسأل ((كيف حالك؟))، كانت الإجابة ((حسناً، أنا لست مريضاً، الحمد لله))، لأنه حينها كان التهاب الزائدة الدودية البسيط يؤدي في كثير من الأحيان إلى الموت، اليوم، نفس السؤال يقود بالأحرى إلى إجابة من النوع: ((أنا بخير، لكن لدي مخاوف مهنية.)) وبالتالي فإن وجود المرض العضوي لم يعد وحده إجابة مقنعة عن السؤال حول مفهوم الصحة.

يُعرّف الإصدار الأول من قاموس الأكاديمية الفرنسية، عام 1694، الصحة على أنها " حالة من يتمتع بصحة جيدة، ويمارس أداءً جيداً " (Stéphane, B, 2005) وعلى هذا الأساس كان يعتقد البعض أنّ الصّحة تعني أنّ يَتَمَنَّعَ الإنسان بالعافية فقط، وأن يُشْفَى من جميع الأمراض والأسقام.

في القرن الثامن عشر، أدى اكتشاف الميكروبات كمسببات للمرض، إلى تعديل الاتجاهات والسلوكيات نحو مخاطر الحياة وتعزيز النظافة الشخصية والإجراءات الاحترازية الاجتماعية ضد انتشار الميكروبات جعلت من الممكن التمتع بحياة خالية من الأمراض الجسدية.

في عام 1885 اكتشف "باستور" أول لقاح اصطناعي ضد داء الكلب للبشر، وقد أثار هذا الاكتشاف قدرًا كبيرًا من الأبحاث التي أجراها الباستوريون منذ نهاية القرن التاسع عشر ما أدى إلى اكتشاف لقاحات لأمراض أخرى، انتشر التطعيم الوقائي ضد الأمراض المعدية (الكوليرا، الدفتيريا، الكزاز، إلخ) وتم تسجيل مكافحة الأمراض الفيروسية (الجدري، السعال الديكي، الحصبة، شلل الأطفال)، لأول مرة في تاريخ البشرية، نجاحات كبيرة في القضاء على أمراض مستعصية بفضل التطعيمات الإجبارية، وبالمثل، أدى اكتشاف المضادات الحيوية (في القرن العشرين) إلى ثورة حقيقية في مجال الطب، فقد ساهمت بشكل كبير في مكافحة الأمراض المعدية وبالتالي إنقاذ عدد كبير جدًا من الأرواح.

ولكن مفهوم الصّحة يَصِلُ إلى أبعد من ذلك بكثير، فوصول الإنسان إلى الصّحة السّليمة الخالية من جميع الأمراض يتطلّب الموازنة بين الجوانب النّفسيّة والعقليّة والرّوحيّة والجسمانيّة وبيئيّة اجتماعية وحتى يَصِلُ الشّخص إلى الصّحة المثاليّة عليه أن يدمج هذه الجوانب مع بعضها البعض، الصحة هي مورد فردي وجماعي، يتم تعريفه أولاً بشكل سلبي فيما يتعلق بمفاهيم المرض والوجود السيئ والألم والعجز، إذا تم إدخال بعد اجتماعي ونفسي، فإن الصحة أيضاً تعارض العجز والحرمان والإعاقة.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

**1-2 تعريف الصحة:** لا يوجد هناك اتفاق حول تعريف موحد للصحة، فقد يعتبرها البعض أنها خلو الإنسان من الأمراض وتمتعه بالصحة الجيدة، بين يرى آخرون أنها توافق الإنسان مع البيئة المحيطة، أو أنها حالة من التكامل بين الوظائف الجسمية والنفسية للفرد، كما يُنظر إليها في المبادئ النظرية الحديثة إلى أنها حالة فردية من الإحساس بالعافية، يكون فيها الفرد قادراً على تحقيق التوازن بطريقة مناسبة بين المتطلبات الجسدية الداخلية والمتطلبات الخارجية للبيئة، يدل هذا على أن الصحة هي نتيجة التأثير المتبادل لعدد كبير من العوامل الاجتماعية والنفسية والمحيطية.

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية (oms,1948)، فإن الصحة هي " حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة"، تتجاوز " غياب المرض أو العجز". يتضمن هذا التعريف الشامل عوامل تتجاوز قدرات الطب: السياق التعليمي، وأنظمة الحماية الاجتماعية، والوضع الجغرافي والسياسي ان هذا الفهم للصحة يعني أن الشخص هو الذي يقول إنه يتمتع بصحة جيدة أم لا، لأن "رفاهه" الشخصي هو الذي يحدد الصحة. يمكن أن تؤدي هذه الذاتية في بعض الأحيان إلى تناقضات واضحة (يمكن أن يشعر المرء بالرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة ويعاني من السرطان المبكر)، لكن هذا التعريف يظل مع ذلك تعريفاً مرجعياً.

واعتبر المكتب الإقليمي لمنظمة الصحة العالمية في الاسكندرية الصحة: (حالة من المعافاة الكاملة بدنيا ونفسيا واجتماعيا، لا مجرد انتقاء المرض والعجز)، وبضيف أنه يمكن النظر إلى الصحة كحالة مثلى من اللياقة الشخصية، تؤهل لعيش غني ومثمر خلاق، وكمورد فياض للحياة اليومية. (منظمة الصحة العالمية، المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط، 1988.ص1).

ويعرفها هوريلمان (Hurrelmann, 1995) أنها: "عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما. وتكون هذه الحالة موجودة عندما تكون مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للشخص متوافقة مع إمكاناته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة. واستناداً إلى هذا التعريف تكون الصحة متضررة عندما تواجه الفرد في مجال او أكثر، متطلبات لا يتمكن من تدليلها وانجازها ضمن الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه وضمن المرحلة الحياتية التي يمر بها، ويمكن لهذا التضرر أن يتجلى على شكل أعراض من الشذوذ النفسي والاجتماعي والجسدي.

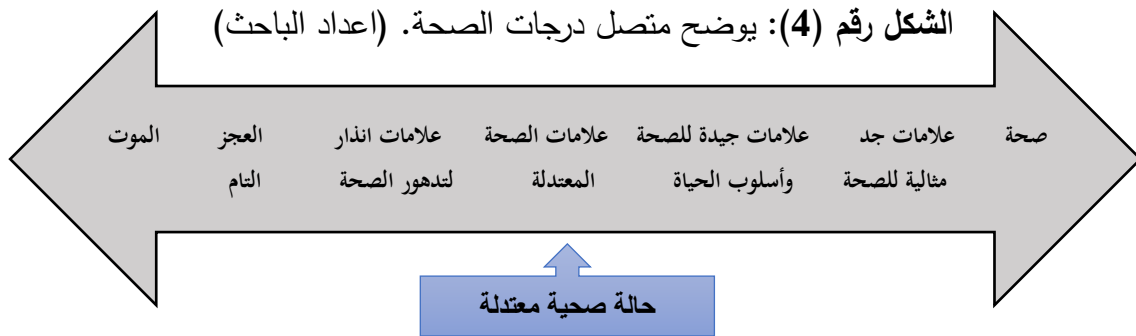
وتكون الصحة موجودة عندما يتمكن الإنسان من بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال، ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه، ويستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط، وعندما يتمكن بالإضافة إلى ذلك من تقرير مصيره الفردي وتحقيق التوازن بين إمكاناته البيولوجية الوراثية والنفسية والجسدية (سامر رضوان.2002).

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

نستنتج من التعريفات السابقة أن الصحة تتضمن:

- الخلو من الأمراض والعاهات الجسمية
- المعافاة في الحالة النفسية والذهنية والروحية والاجتماعية
- الانسجام والتوافق مع الآخرين والمجتمع
- القدرة التامة على ممارسة الحياة اليومية بدون إعاقة بدنية أو جسمية فضلا عن ذلك فقد جاء تعريف الصحة في قاموس لاروس الطبي Larousse médicale على أنها: "حالة العمل الجيد للعضوية" (Larousse médical , 2000 p917).

وأشار فارلياك Verliac أن كل من الصحة والمرض مفهومان غير منفصلان، يتواجدان لدى الفرد بدرجات، بمعنى درجات للصحة ودرجات للمرض، حيث أن الصحة تتوزع على طول متصلٍ نهايته الأولى الصحة المثالية، والتي يليها انحدار في درجاتها ومعاييرها متجهة نحو المرض، الإعاقة والعجز منتهيا بالموت (Verliac، sans date، p 4). هذا ما يوضحه الشكل التالي (4):



### 3-1-3 النماذج المفسرة للصحة والمرض

هناك العديد من النظريات التي اهتمت بتفسير الصحة والمرض والعلاقة الكامنة بينهما ولكل منظور مدخل مختلف إلا أنها تشترك في قضية واحدة هي أن مواقف الحياة المختلفة (ضغوطات الحياة، البيئة، العوامل النفسية) تلعب دور هاماً في حدوث المرض أو إبقاء الفرد بصحة جيّدة

**1-3-1 النموذج الطبي:** أو كما أصبح يعرف (النموذج الطبي الحيوي)، هو منهج يستند إلى التفسيرات البيوكيميائية لاعتلال الصحة كأساس لتلقي العلاج والتدخل، بدلا من التركيز على أشكال أخرى للطب مثل الطب البديل أو الطب التكميلي وينظر هذا النموذج للمرض على أنه نتيجة لمسببات خارجية (الصددمات والفيروسات) واختلالات البيوكيميائية الداخلية. ويركز هذا النموذج على العمليات الفيزيائية، مثل علم الأمراض، الكيمياء الحيوية، الفيزيولوجيا المرضية والأشعة ولا يأخذ في الاعتبار دور العوامل الاجتماعية

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

او الذاتية الفردية مما يحد من إمكانية توفر الرعاية الوقائية والحد من تكرار الأمراض وعلى الرغم من الإنجازات التي لا جدال فيها في مجال التدخلات الطبية الحيوية من أجل التحكم بأشكال معينة من المرض والنتائج الفعلية للآليات البيولوجية في المرض، لا تزال ممارسة الطب الحيوي متجذرة في قاعدة المعرفة التجريبية على اعتقاد التام والكامل بها ورفض الايمان بتأثير أي عامل من العوامل المحيطة بالفرد على صحته (Yuill, Crimson and Duncan , 2010).

عموما، كان النموذج الطبي الحيوي منذ حوالي منتصف القرن التاسع عشر النموذج السائد في تشخيص وفهم وعلاج الأمراض، بحيث أنه يقوم أساسا بالتكفل بالمرض بصفة عامة وليس بالمريض كحالة خاصة، وقد سمحت وجهة النظر هذه بالعمل على التشخيص والعلاج بشكل أسرع، هذا النموذج أظهر تقدما وإنجازات لا يستهان بها، خاصة وعندما يتطلب التعامل مع المرض والمريض وأيضا معرفة درجة تأثير المرض على نوعية حياة المريض وتداعيات علاجه من خلال نتائج إحصائية وموضوعية دقيقة لأجل التكفل الفعال بالمصاب.

**1-3-2. الدراسات الوبائية:** والوبائيات حقل من حقول الطب يدرس مختلف العوامل التي تؤثر في ظهور الأمراض، وتواترها، وطريقة انتشارها وتوزعها، وتطور مسارها، سواء أكان أساسها الفرد أم الوسط الذي يعيش فيه؛ كما يدرس الوسائل الضرورية للوقاية من هذه الأمراض. وغالبا ما يشار لعلم الأوبئة على أنه العلم الخاص بالصحة العمومية، فصميم عمله شرح صحة الأفراد: الحياة والموت، البيولوجيا والمجتمع، علم البيئة والاقتصاد، حيث يهتم بمعرفة كيف تؤثر أوجه الحياة المختلفة (العمل، التلوث، الكرامة، الحب، النزاعات، التمييز، العنف، الظلم ...) وتُستدخَل في أجسامنا مترجمة على شكل تظاهرات صحية فردية أو جماعية. (Krieger, 2011 p 38)

وعليه علم الأوبئة هو العلم الذي يدرس انماط وأسباب، وآثار الظروف الصحة والمرض على مجموعة سكانية محددة، فهو بذلك حجر الزاوية في الصحة العامة، كما أنه يُزود بالقرارات المتعلقة بالسياسات والممارسات المبنية على الأدلة من خلال تحديد عوامل الخطر لمرض والأهداف للرعاية الصحية الوقائية، وقد ساعد علم الأوبئة في تطوير المنهجية المستخدمة في البحوث السريرية والدراسات الخاصة بالصحة العامة، على الأقل في البحوث الأساسية للعلوم البيولوجية.

**1-3-3. النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي:** ان الافتراضات التي ينطلق منها النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي ترى ان الصحة والمرض امران ينجمان عن تفاعل عوامل حيوية ونفسية واجتماعية ولعل أفضل طريق لفهم هذا النموذج هو مقارنته بالنموذج الحيوي الطبي الذي يرى ان جميع الامراض يمكن تفسيرها



## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

على أساس العمليات الجسمية الظاهرة مثل حالات عدم التوازن البيوكيميائي أو الشذوذ العصبي النموذج الطبي يفترض ان العمليات النفسية والاجتماعية مستقلة تماما عن العمليات التي تؤدي الى تطور المرض وهذا يعني انه يجعل تفسير الامراض مقتصرًا على الحالات التي تنشأ عن قصور أو اضطرابات في الخلية، أو فقدان التوازن الكيميائي فهو نموذج يقدم تفسيرات أحادية البعد للأمراض فيفسر المرض من منطلق اضطراب الوظيفة الحيوية دون الاهتمام بتعدد العوامل المسؤولة عن تطوير الافراد لأمراض معينة، ويرى ان الجسم والعقل شيان منفصلان ويركز النموذج الطبي الحيوي على المرض وليس على الصحة، فهو يركز على الظروف التي تسبب المرض وليس على الظروف التي تساعد على الارتقاء بالوضع الصحي (شيلي تايلور، 2008).

على العكس من ذلك النموذج الحيوي النفسي اجتماعي يؤكد على ان الصحة والمرض ينتجان عن عدد من العوامل، وينتج عنهما اثار متعددة، بالإضافة الى ذلك يؤكد هذا النموذج على عدم إمكانية الفصل بين العقل والجسم لان كليهما يؤثران بشكل واضح على حالة الفرد الصحية. يقول "فرنسيس بيكون" الجسم السليم هو حجرة ضيف للروح: الجسد المريض هو السجن. " وانطلاقًا من وجهة النظر هذه تصبح الصحة امر يمكن تحقيقه من خلال الانتباه الى الحاجات الحيوية والنفسية والاجتماعية.

ولكن كيف تتفاعل العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية لإحداث الصحة او المرض؟

لإيضاح هذا قام الباحثون بتبني اتجاه نظرية الأنساق، اذ تؤكد هذه النظرية على ان جميع مستويات النظام تتربط مع بعضها على شكل هرمي وأي تغيير في أي مستوى يحدث تغييرًا في جميع المستويات الأخرى وهذا يعني ان العمليات التي تحدث على المستوى الشخصي الضيق (الحيوي) مثل التغيرات الخلوية تتشابه مع العمليات التي تتم على المستوى الاجتماعي الواسع مثل القيم الاجتماعية واي تغيير يحدث على المستوى الضيق يحدث تغيير في المستوى الواسع والعكس بالعكس (مصدر سابق).

وبالتالي الصحة والمرض والرعاية الصحية كلها عمليات مترابطة ومتفاعلة، تتطلب من الباحثين التفكير بأسلوب أكثر عمقا وتطورًا من اجل تبني اتجاه العوامل المتعددة (نفسية، حيوية، اجتماعية)، النموذج الذي نتبناه في تفسير الصحة والمرض وكذا تأثير المرض على نوعية حياة المصاب.

### 2- نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (HRQoL)

1-2. تعريفها: نوعية الحياة، من وجهة النظر الفردية، هي ما نتمناه لبعضنا البعض في العام الجديد، ليس مجرد البقاء على قيد الحياة، ولكن ما يجعل الحياة جيدة مثل الصحة، والحب، والنجاح، والراحة، والمتعة باختصار (السعادة). لم ينظر الى نوعية الحياة على انها مسألة ذات أهمية سيكولوجية الا في وقت

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

متأخر ولسنتين عديدة ضلت تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة وبوجود المرض دون أي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج، قياس نوعية الحياة هو "قياس مركب للرفاهية الجسدية والنفسية والاجتماعية كما يراها كل فرد أو مجموعة من الأفراد.

ويجمع هذا المفهوم بين المفاهيم المتعلقة بالسعادة والرضا والإشباع فيما يتعلق بالصحة والزواج والأسرة، والعمل، والوضع المالي، والتعليم، واحترام الذات، والشعور بالانتماء إلى مجموعة اجتماعية أو حتى الثقة في الآخرين". (Fagot-Largeault,1991).

تعتمد نوعية الحياة في المقام الأول على تعريف منظمة الصحة العالمية لـ "الصحة": "الصحة هي حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد غياب المرض. أو العجز" (oms,2007). وهكذا تُعرف منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة على أنها "تصور الفرد لمكانه في الوجود، في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه، فيما يتعلق بأهدافه، توقعاته ومعاييره واهتماماته. إنه مجال مفاهيمي واسع يشمل بطريقة معقدة الصحة الجسدية للشخص، وحالته النفسية، ومستوى استقلالته، وعلاقاته الاجتماعية، ومعتقداته الشخصية، وعلاقته بخصوصيات بيئته. بمعنى آخر، تعتبر نوعية الحياة المتعلقة بالصحة مفهوماً متعدد الأبعاد يفسر كيف يؤثر المرض على جميع جوانب حياة الشخص وهي:

- الحالة البدنية والقدرات الوظيفية.
  - الحالة النفسية والرفاهية.
  - التفاعلات الاجتماعية.
  - الحالة والعوامل الاقتصادية و / أو المهنية كذلك الحالة الدينية و / أو الروحية. (Spilker B ;1996)
- لأن هذا التصور لنوعية الحياة واسع ومتعدد الأبعاد، باحثو الرعاية الصحية يقتصرون عموماً على الأبعاد الثلاثة الأولى لتحديد مفهوم "نوعية الحياة المتعلقة بالصحة" (HRQoL) لأنها ظاهرة ديناميكية تتضمن تقديرًا للجوانب الاجتماعية والنفسية والجسدية واليومية للرفاهية والأداء. في النهاية (HRQoL) هو مفهوم شخصي يمكن تفسيره على أنه فجوة بين توقعاتنا الصحية وتجربتنا الحالية في الواقع ، إنه يعتمد على التصورات الفردية المتعلقة بأبعاد مثل الصحة الجسدية (القوة ، الطاقة) ، الحالة النفسية (المشاعر الجيدة أو السيئة) ، مستوى الاستقلالية (التنقل) ، العلاقات الاجتماعية (الشبكة الاجتماعية، المساعدة، المطالب) ، البيئة المعيشية (الحصول على الرعاية) أو المعتقدات الشخصية (معنى الحياة) وهكذا في حالة تساوي في المرض أو العجز ، يمكن لمريضين أن يدركوا نوعية حياة صحية مختلفة تمامًا، وبالمثل ، يمكن للأشخاص الذين لديهم مستويات مختلفة من الأداء والصحة أن يبلغوا عن نوعية حياة متكافئة. (Marik PE,2006)

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

يعرّف "روبول ولونوا" (Reboul-Marty & Launois,2010) نوعية الحياة المتعلقة بالصحة على أنها "التداعيات الجسدية والنفسية والاجتماعية لعلم الأمراض على حياة المريض. مع ملاحظة أنه "يعتمد على عوامل متعددة"، أحياناً "لا علاقة لها بالصحة" وبالتالي فهم يقدمون مصطلح النوعية المرتبط بالصحة، والذي يأخذ في الاعتبار فقط العوامل "التي تتعلق بالحالة الصحية للمريض وتطوره تحت العلاج". يعتمد هذا التعريف على حقيقة أن العلاج من المفترض أن يقضي على مرض ما والوفيات الناجمة عنه بطريقة تجعل نوعية حياة المريض غير متأثرة.

في مجال الطب السريري والخدمات الصحية، يُفضل مصطلح نوعية الحياة المتعلقة بالصحة على المصطلح العام جداً نوعية الحياة، والذي يحدد إطاراً لهذه الطريقة الجديدة في التعامل مع تصور الموضوع، على الرغم من أنه يخضع الى تأثيرات خارج مجال الصحة.

ويلخص غوثاي واخرون (Gotay and all,1992) تعريف نوعية الحياة المتعلقة بالصحة على النحو التالي: "هي حالة من الاحساس بالرفاهية التي تتكون من عنصرين: القدرة على أداء الأنشطة اليومية التي تعكس الرفاه الجسدي والنفسي والاجتماعي. ورضا المريض عن مستويات الأداء والسيطرة على المرض".

### 2-2. الهدف من دراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

حسب (شيلي تيلور،2008)، هناك عدد من الأسباب تدفع الباحثين في مجال الرعاية الصحية والاجتماعية الى الاهتمام بدراسة تأثير الحالة الصحية للفرد على نوعية حياته ومنها:

2-2-1 تحديد تأثير المرض على النشاط المهني والاجتماعي والشخصي للمريض وعلى حياته اليومية من شأنه ان يزودنا بأساس مهم للعلاجات التي تصمم بغرض تحسن نوعية الحياة.

2-2-2 تساعدنا مقاييس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة على اكتشاف بعض الصعوبات لدى المرضى مثل الصعوبات الجنسية المرتبطة بأنواع معينة من السرطان، مثل ان الاكتئاب يرتبط بأنواع من السرطان، مما لا شك فيه معلومات كهذه تساعد على بلورة الاجراءات المطلوبة.

2-2-3 تتناول مقاييس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تأثير العلاجات على اختلاف أنواعها على نوعية الحياة ففي العناية بمرضى السرطان مثلاً، قد نحتاج الى تقييم فيما إذا كانت المعالجة مؤذية أكثر من المرض نفسه ام لا، او فيما إذا كانت تزيد في معدلات بقاء المريض ام لا، او فيما إذا كانت لها اثار سلبية ام لا. وفي هذا السياق استطاعت مقاييس نوعية الحياة قياس إثر بعض العلاجات الغير سارة، والتعرف على بعض المتغيرات التي تضعف من التزام المريض بذلك العلاج.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

2-2-4 التعرف على نوعية حياة المرضى يمكننا من المقارنة بين العلاجات، فمثلاً، إذا كانت معدلات الحياة الناجمة عن اتباع اسلوبين من العلاج متساوية وكان هذان الاسلوبان في العلاج متساويين ويختلفان في تأثيرهما على نوعية الحياة، فيمكننا عندها اختيار الأسلوب الذي يكون له أدنى تأثير على نوعية الحياة. وأخيراً يمكن للمعلومات المتعلقة بنوعية الحياة ان تساعد أصحاب القرار على اختيار العلاجات التي تزيد من فرص البقاء وتتيح للمريض في الوقت نفسه أفضل نوعية حياة ممكنة، كما يمكن لها ان تزويدهم بإمكانية الموازنة بين كلفة العلاج وفائدته من جهة ونوعية الحياة من جهة أخرى.

### 2-3. محددات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

ويقصد بها كل العوامل التي قد تؤثر على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، يمكن أن تكون هذه المحددات من أصل ثقافي أو سلوكي أو نفسي أو بيئي أو اجتماعي أو تعليمي أو اقتصادي.

التعرف على هذه العوامل يساعد على زيادة المعرفة والمعلومات حول هذه الأخيرة، ويجب ان تؤخذ هذه العوامل بعين الاعتبار من اجل تكوين قيم مرجعية، ولكن أيضاً لأنها في بعض الأحيان قد تكون عوامل خطيرة للأمراض وبالتالي يمكن أن تؤدي إلى تحيز مريب. يجب أن تؤخذ المحددات في الاعتبار لدراسة العلاقة بين جودة الحياة المرتبطة بالصحة والمتغيرات الأخرى ذات الأهمية.

فما المحددات المعروف أنها تؤثر على جودة الحياة المتعلقة بالصحة؟ من خلال بعض الأمثلة من الأدبيات، سنحاول رسم صورة لهذه المحددات "الرئيسية". ونشير هنا الى ان العوامل التي سوف نذكرها هي عوامل مضافة الى المرض كمحدد رئيسي لنوعية الحياة.

### 2-3-1 محددات اجتماعية ديموغرافية

2-3-1-1 العمر والجنس: أظهرت العديد من الدراسات، أن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى النساء أسوأ من نوعية حياة الرجال (Foster and all,2000). وقد لوحظ هذا الاختلاف منذ الطفولة. بشكل عام، على مقياس يتراوح من 0 إلى 100، تفصل 5 إلى 10 نقاط من نوعية الحياة المتعلقة بالصحة الرجال عن النساء. قد يبدو هذا متناقضاً، لأنه من المسلم به في مكان آخر أن النساء يعشن أطول، حتى لو أبلغن عن صحة أقل من الرجال. يتم تفسير هذه الاختلافات من خلال المتغيرات المرتبطة بالجنس: السلوكيات التي تتعلق بالصحة، وعوامل الخطر، وكذلك المتغيرات النفسية والاجتماعية والاقتصادية. (Bird CE,1999) وبالمثل، بالنسبة للعمر، نجد تأثيراً شبه مماثل او ربما يكون أقل من تأثير الجنس على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة. تشير القيم التي لوحظت بين السكان فرنسا أثناء التحقق من صحة استبيان لبلاج (SF-36). (leplege,2001)، إلى أن اختلاف في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بين الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

بين 18 و 24 عامًا والذين تزيد أعمارهم عن 74 عامًا بأكثر من 30 نقطة لأبعاد "النشاط البدني" و "القيود بسبب الحالة البدنية"، حوالي 20 نقطة للأبعاد "البدنية" الألم و "الصحة المتصورة" و "القيود الناجمة عن الحالة العقلية"، ونحو عشر نقاط لأبعاد "الحيوية" و"الحياة والعلاقات مع الآخرين". في غضون ذلك، لم يكن هناك اختلاف في الصحة العقلية (انخفاض 3 نقاط). تُظهر القيم التي لوحظت في الولايات المتحدة أثناء التحقق من صحة SF-36 نتائج قابلة للمقارنة، والأبعاد المادية في الغالب وأبعاد "الصحة المتصورة" هي الأكثر تدهورًا عندما يزداد العمر، ويفقد بُعد "الصحة النفسية" من 0 إلى 7 نقاط تبعًا للزيادة في العمر ابتداءً من 55 سنة (Ware JE and all, 1993).

### 2-1-3-2. المحددات الاجتماعية المهنية والمستوى الثقافي

بالتأكيد الإحساس بالقيمة والدور الاجتماعي لا يأتي من فراغ هو نتيجة تظافر عوامل عدة كالقدرة على الفهم، التحليل والتفسير والتركييب، القدرة على الأداء الاجتماعي والقدرة على العمل والإنجاز والمشاركة في النجاحات الجماعية، وكلها أمور تتطلب طاقة وجهد لكي تتحقق. فنتائج الكثير من الدراسات تؤكد بأن مقارنة الدرجات التي تم الحصول عليها للأشخاص العاملين، مع تلك التي تم الحصول عليها للعاطلين عن العمل، أو للمتقاعدين، أو الأشخاص الذين لم يعملوا مطلقًا، تبدو غير متطابقة، فهذه المواقف مرتبطة ارتباطًا وثيقًا بخصائص أخرى، مثل العمر أو الجنس. لذلك، فإن الدرجات التي يتم ملاحظتها للأشخاص الذين يعملون ستكون بالضرورة أعلى من تلك الخاصة بالمتقاعدين أو ربات البيوت! وعليه فإننا نفضل عمومًا مستوى التعليم من حيث الدبلوم الذي تم الحصول عليه أو عدد سنوات الدراسة، والتي يمكن أن تكون انعكاسًا جيدًا للوضع المهني. تشير القيم المذكورة فيما يتعلق بمستوى التعليم إلى أنه كلما ارتفع مستوى التعليم، كانت نوعية الحياة المرتبطة بالصحة أفضل بين الأشخاص الحاصلين على شهادة البكالوريا وأولئك الذين لديهم مستوى ابتدائي، تتباين الاختلافات بين 4 و 8 نقاط في الأبعاد بمكوّن النفسي أكثر، وأكثر من 10 نقاط في الأبعاد بمكوّن مادي (Lepleg A and all. 2001).

أظهرت دراسات أخرى والتي تدرس العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ومستوى التعليم أو حتى مع نوعية العمل، وجود علاقة ارتباطية دالة (WareJE, show K, and all.1993.)

### 2-1-3-3. الحالة الاجتماعية: الوحدة والعزوبية والترمل كلها محددات وعوامل خطورة على نوعية الحياة

المتعلقة الصحة اذ يفقد الشخص الكثير من مصادر المساندة سواء المادية والمعنوية أظهر Spranger وآخرون أن العيش بدون شريك أو فقدان الشريك أو الهجر والطلاق يقلل من جودة الحياة المتعلقة بالصحة (Spranger MA, and all,2000).

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

واكدت دراسات لدى مرضى السرطان، بأن الزواج يرتبط بنوعية حياة أفضل في بعدها النفسي خصوصا في المناطق الريفية، (Parker PA, Baile WF.2001)

### 2-3-2 المحددات السلوكية

**2-3-2-1 استهلاك الكحول والتبغ:** إن تأثير استهلاك الكحول على الصحة والأخلاق معروف جيدا، ومنحنى "U" الشهير حسب (San Jose B. 1999)، والذي يظهر أن الأشخاص الذين يشربون الخمر بشكل مفرط سواء من الرجال او النساء لديهم مخاطر أكبر، سواء من حيث الوفيات أو المرض (خاصة في مجال امراض الأوعية الدموية الوريدية). وقد أظهر هذا العديد من الباحثين في المجال الطبي والاجتماعي مثل سان خوسيه وآخرون، الذين درسوا العلاقة بين استهلاك الكحول والوفيات، بالإضافة إلى مقاييس أخرى للصحة، مثل درجات (Nottingham Heath profile). ونفس النتائج بالنسبة للتدخين حيث أظهرت النتائج أن نوعية حياة المتعلقة بالصحة لدى المدخنين أقل من غير المدخنين. (San Jose B, vande MH, and al.1999).

**2-2-3-2 السمنة كعامل محدد:** السمنة هي أيضاً أحد العوامل المحددة لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة، يعاني الأشخاص الذين يعانون من السمنة من سوء نوعية الحياة في معظم المناطق التي تمت دراستها، وخاصة بين الشباب والنساء، أظهر لارسون وزملاؤه أن مستوى السمنة ليس فقط هو الذي يؤثر على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، بل هناك أيضاً اختلافات حسب متغيرا العمر والجنس نتائج يؤكدها المختصون في المجال الصحي والطبي. (LarsanU, karlsson J, Sullivan M.2002)

بالإضافة الى عامل آخر المتمثل النشاط البدني هو أحد العوامل السلوكية القابلة للتعديل تم إثبات فوائد النشاط البدني (ممارسة الرياضة) على الصحة، على سبيل المثال للحد من مشاكل القلب والأوعية الدموية، هناك توصيات علمية ودينية لممارسة النشاط البدني بانتظام (30 دقيقة على الأقل يوميا وإذا أمكن كل يوم من أيام الأسبوع).

يجب اعتبار وجود الأمراض المصاحبة كمحدد محوري لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة، حيث يؤدي وجودها إلى انخفاض جودة الحياة المرتبطة بالصحة، والتي يتم قياسها باستخدام استبيان عام ومحدد، في الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، بالإضافة إلى ذلك، كلما زاد عدد الأمراض المصاحبة، كانت نوعية الحياة أسوأ، أظهر باحثون آخرون أن وجود مرضه واحدة على الأقل يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (Spranger MA, de Regt EB and al, 2000).

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

من خلال هذه الفقرات التوضيحية القليلة (قد تكون القائمة أطول بكثير)، يمكننا أن ندرك مدى تعقيد دراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة: هناك العديد من المحددات، ويمكنها التفاعل مع بعضها البعض، قد لا تؤثر بالضرورة على جميع أبعاد الأداة المستخدمة، ربما بصرف النظر عن العمر والجنس، والتي في الواقع، يتم أخذها في الاعتبار بشكل منهجي تقريباً في استراتيجيات التحليل.

### 2-4. النظريات المفسرة لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة

#### 2-4-1. نظرية الامتداد التصاعدي: (Bottom-up Spillover Theory)

تشير النظريات التصاعدية إلى أن السعادة مشتقة من تخزين اللحظات والتجارب العاطفية الممتعة أو الغير السارة في قمة التسلسل الهرمي، ببساطة هو إدراك ساخن يعكس كيف يشعر الفرد حيال حياته أو حياتها بشكل عام، أي أن الناس يصدرون أحكاماً حول شعورهم في بعض مجالات الحياة مثل الحياة الصحية، الحياة الأسرية والحياة الاجتماعية وحياة العمل والحياة المادية والحياة المجتمعية الى غي ذلك.

الفرد السعيد يكون سعيداً على وجه التحديد لأنه يمر بالعديد من اللحظات السعيدة، على سبيل المثال، يفترض هذا المنظور أن الرضا عن الحياة هو مزيج من الرضا في عدد من المجالات المعينة على سبيل المثال (الحياة الأسرية، الصحة، العمل، الزواج، والوضع المالي، والإسكان) (Campbell, A. and al, 1976).

وهذا يعني أن الحياة هي عبارة عن مجموعة من المجالات ضمن تسلسل هرمي عام لتجارب الحياة (التي يتم التقاطها ذاتياً على أنها الإدراك) تتسرب عمودياً من الأسفل (الإدراك الملموس) إلى الأعلى (معظم الإدراك التجريدي) تحدث الأشياء للناس، سواء كانت إيجابية أو سلبية، يمرضون، يطلقون، يتعرضون للموت في الأسرة، يجدون أنفسهم في ديون مالية، إلخ... هذه أمثلة لأحداث الحياة السلبية، فيما يتعلق بأحداث الحياة الايجابية، يتزوجون، يحصلون على ترقية في العمل ويحصلون على علاوة، ينجح اطفالهم الكبار او يتزوجون الى غير ذلك.

أحداث الحياة الايجابية، بالطبع، تنتج تأثيراً ايجابياً، وعلى العكس من ذلك، تنتج أحداث الحياة السلبية تأثيراً سلبياً. التأثير الإيجابي والسلبى المرتبط بأحداث الحياة هذه يؤثر على نوعية الحياة المدركة. هناك بعض الأدلة التي تشير إلى أن بعض الأحداث قد تسبب آثاراً سلبية دائمة مثل الطلاق (Lucas, R.E. 2005). والبطالة (Lucas, R. E. Clark, A. and all, 2003)، وظهور الإعاقة طويلة الأمد والمرض المميت (Lucas, R. E. 2007) كلها مرتبطة بالتغيرات في نوعية الحياة المتصورة.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

بناءً على مراجعة بعض الأدبيات، خلص دينر (Diener, E. 2009) إلى أن الدراسات أظهرت أن أحداث الحياة تؤثر على الرفاهية الذاتية ونوعية الحياة المدركة.

هناك أيضاً دليل على أن قدرة الفرد على التحكم في أحداث الحياة قد تضخم أو تزيد من تأثير هذه الأحداث على الرفاهية الذاتية. بمعنى آخر، إذا شعر الناس بالمسؤولية عن الأحداث الجيدة التي تحدث لهم، فقد يواجهون مستويات أعلى من الرفاهية الذاتية مما لو شعروا أن لديهم القليل من السيطرة على هذه الأحداث. في سياق صحي، تؤكد نظرية الامتداد من أسفل إلى أعلى أن التجارب العاطفية مقسمة في مجالات نفسية مختلفة تختلف في مستوى تجربها، أكثر المجالات تجرباً هي نوعية الحياة. يحتوي هذا المجال الأكثر تجرباً على مشاعر الشخص تجاه حياته بشكل عام. المستوى الثاني في التسلسل الهرمي هو مجالات الحياة، أو الأبعاد المكونة لنوعية الحياة. حدد "كامبل" 12 مجالاً يمثل فيها الرضا عن هذه المجالات غالبية التباين بين عامة السكان وهي الزواج، والحياة الأسرية، والصداقات، والمستوى العام للمعيشة، والعمل، والحي، والمدينة / بلدة الإقامة، والإسكان، والصحة، والنفس، والتعليم، والاهتمامات الجماعية (Campbell, A., 1981).

من المحتمل أن يؤثر مجال الحياة (مثل الحياة الصحية) على الرضا العام عن الحياة إذا كان هذا المجال يُنظر إليه على أنه مهم، وكلما زادت أهمية مجال الحياة، زاد انتشار تأثيره على الحياة بشكل عام. وبالمثل الخلل في أي مجال من مجالات الحياة الصحية قد يؤثر على نوعية الحياة الصحية والذي بدوره يؤثر على الإحساس العام بالرفاهية في هذا المجال.

### 2-4-2. نظرية الانتشار من أعلى إلى أسفل (Top-down Spill over theory)

تستند النظريات التصاعدية للرضا عن الحياة (الرفاهية الذاتية، SWB) على فكرة أن الرضا العام عن الحياة هو مجموع أجزائها. تفترض نظرية الانتشار من أعلى إلى أسفل (النظريات التنازلية) أن التقييم العام المتصور عن الحياة ككل يؤثر بشكل عام على مجالات الحياة المختلفة. لذلك فإن التأثير يتدفق من المجال الأعلى (الحياة بشكل عام) إلى المجالات الثانوية (على سبيل المثال الحياة الأسرية، والحياة العملية، والحياة الأسرية، والحياة المجتمعية، والحياة الاجتماعية، إلخ). على وجه التحديد، ينتشر تأثير المجال الأكثر أهمية على أغلبية المجالات الفرعية المختلفة ذات الأهمية الأقل، والتي بدورها تؤثر على الرضا في المجال الأكثر أهمية (سيرجي، 2021) والذي بموجبه يتحدد مستوى الرضا العام عن الحياة والذي يعتمد في حد ذاته بشكل أساسي على سمات الشخصية والآثار الجينية الثابتة الأخرى.



## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

تشمل العوامل المحددة التي تؤثر على عملية الانتشار من أعلى إلى أسفل وفقاً لسيرجي نوع الشخصية والمستويات الشديدة من الرفاهية الذاتية (مثل السعادة الشديدة أو الاكتئاب)، قام داينر (1984) بالتمييز بين نظريات الرضا عن الحياة من أسفل إلى أعلى ومن أعلى إلى أسفل. وأشار إلى أنه في وقت كتابة هذا التقرير، كان معظم الباحثين يميلون إلى افتراض أن الرضا عن الحياة هو متوسط مرجح للرضا عن مجالات الحياة المختلفة (الحياة العملية، والحياة الأسرية، وما إلى ذلك). ومع ذلك، فإن الرأي المعاكس يمكن الدفاع عنه أيضاً. وهذا يعني أن الرضا عن مجالات الحياة المختلفة قد يكون نتيجة لعوامل ثابتة (وراثية) أو غير متغيرة نسبياً (سمات الشخصية) أو ما يسمى بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية. من المناقشة أعلاه، يمكن ملاحظة أن نظرية الانتشار من أعلى إلى أسفل هي نظرة أكثر تعقيداً لنوعية الحياة المرتبطة بالصحة، مع العديد من العوامل المؤثرة النفسية الجسدية، لذلك سيكون من الصعب تحديد الارتباط الصحة من خلال المسح تجريبي.

**2-4-3 نظرية توازن الحياة (life balance theory) حاول سيرجي (2002) تناول مفهوم الحياة المتوازنة في كتابه الصادر عام 2002 بعنوان "علم نفس نوعية الحياة" في الفصل 14 من الكتاب، بعنوان "التوازن"، اقترح سيرجي أن الناس يقومون بمحاولات لخلق توازن في حياتهم لتحسين الرضا العام عن الحياة، أي تحقيق مستوى مقبول من الرضا عن الحياة والحفاظ عليه.**

نقصد بالمجالات، مكونات نوعية الحياة (العلاقات الشخصية، والصحة، والأسرة، وأنشطة أوقات الفراغ / أوقات الفراغ، والمنزل، والأصدقاء والشركاء، والحي، والعمل، والتعليم، والخدمات / المرافق، والمجتمع، والوضع الاقتصادي، وروح المسؤولية، وروح الوطنية).

لقد ميز بين مفهومين للتوازن: التوازن داخل المجال والتوازن بين المجال، يتحقق التوازن داخل نطاق الحياة من خلال السعي للتخفيف من تأثير الحدث السلبي باستحضار حدث إيجابي اهم، يعكس التأثير الإيجابي ووظيفة المكافأة، أي تحقيق الأهداف والحصول على الموارد، في المقابل فإن التأثير السلبي يخدم وظيفة تحفيزية أي أن هذه الأحداث تقود الشخص إلى التعرف على المشاكل حلها أو تجنبها واستغلال الفرص لتحقيق المزيد من الإنجاز والنمو، راجع: (Kitayam & Markus, 2000).

يمكن تحقيق التوازن بين مجالات الحياة من خلال التعويض أي أن زيادة بروز مجالات الحياة الإيجابية تعوض مجالات الحياة السلبية، وعلى العكس من ذلك، يساعد تقليل بروز مجالات الحياة السلبية على تقليل تأثير المجال السلبي، يتوافق هذا مع القول المأثور "ينغ ويانغ" المشهور في ثقافات شرق آسيا، مع نظرية التوازن. يفترض مفهوم **Ying and Yang** أنه يمكن تحقيق الرفاهية الذاتية من خلال الحفاظ على

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

توازن جيد بين المشاعر الإيجابية والسلبية. ومعنى هذا القول هو أن تظل هادئاً، غير منزعج، وغير مبالٍ. وهكذا، فإن ينغ ويانغ متوازنان بين تلبية الاحتياجات الجسدية والروحية، وهذا المثل يتوفق مع المثل العربي "رب ضارة نافعة"، والمثل الصيني "الازمات فرص" توفر الأحداث السلبية فرصة للتعلم والنمو الشخصي. وبالتالي، يمكن للمرء أن يجادل في أن فكرة ينغ ويانغ تعزز التوازن داخل مجالات الحياة. يتم تشجيع الناس على السعي لتحقيق التوازن في حياتهم باستخدام قابل السيئة بالحسنة أو ببساطة قبول الخير مع الشر، والإيجابي مع السلبي، والنجاح مع الفشل وهكذا. وضع "سيرجي" مفهوم الحياة المتوازنة في مقابل المفاهيم الشائعة الأخرى للرفاهية الذاتية، أي "الحياة الممتعة" و "الحياة التشاركية" و "الحياة ذات المعنى" على النحو الذي اقترحه "مارتن سيلجمان" في كتابه (السعادة الحقيقية. 2002).

### 4-4- نظرية التحكم المتماثل: (Homeostatic Control Theory)

يخصص مارك رابلي (2003)، في كتابه عن جودة الحياة البحثية: "مقدمة نقدية"، فصلاً كاملاً تقريباً لهذه النظرية وتطبيقها في أبحاث جودة الحياة المتعلقة بالصحة. تُنسب نظرية التحكم المتماثل إلى روبرت كامينز (2000، 2010)، أستاذ علم النفس في جامعة ديكن في ملبورن، أستراليا. تؤكد Cummins أن هناك عدداً كبيراً من الملفات كدليل يشير إلى أن الرضا عن الحياة يكون على درجة ملحوظة من الاستقرار بمرور الوقت، لأن معظم الناس يميلون للإبلاغ عن أنفسهم بأنهم سعداء إلى حد ما، حتى وإن كان حقيقة الأمر غير ذلك. وبالتالي، يتم الحفاظ على نوع من الرضا عن الحياة بشكل متجانس ضمن نطاق صغير من الاعتدالية حفاظاً على مستوى معين من السعادة هو الأمل لبقاء الجنس البشري.

تتكون الرفاهية الذاتية من مكونات عاطفية ومعرفية. يمكن استخدام السعادة لوصف المكون العاطفي والرضا عن الحياة المكون المعرفي. المكون المعرفي (أي الرضا عن الحياة) مدفوع بفرق مدرك بين

ما لديه مقابل (1) ما يريده.

ما لديه مقابل (2) ماذا لدى الآخرين؟

ما لديه مقابل (3) أفضل ما حصل عليه في الماضي.

ما لديه مقابل (4) ما كان يتوقعه المرء في الماضي.

ما لديه مقابل (5) ما يتوقعه المرء في المستقبل.

ما لديه مقابل (6) ما يستحقه.

ما لديه مقابل (7) ما يحتاجه المرء.

## الفصل الثاني: نوعية الحياة والصحة

ينطبق هذا الحساب المعرفي أيضاً على وصف أحكام الرضا في مجالات الحياة المختلفة مثل الرضا عن الصحة الشخصية. هكذا، يمكن صياغة أحكام الرضا عبر مجالات الحياة المختلفة باستخدام صياغة الفروق لحساب معدلات الرضا الإجمالية لجميع مجالات الحياة.

تلعب أحداث الحياة دوراً مهماً في الاختلافات في الرفاهية الذاتية، يمكن لحدث في الحياة أن يخفض الرفاهية الذاتية للشخص إلى ما دون مستوى التكيف، ستحاول آلية التحكم استرجاع إعادة التوازن إلى مستوى التكيف. على العكس من ذلك، يمكن لأحداث الحياة أن تعزز الرفاهية الذاتية مؤقتاً، ولكن في التحليل النهائي، يتم استعادة التوازن إلى مستوى التكيف الأصلي.

مستوى التكيف هذا أو "نقطة البداية" للرفاهية الذاتية يتأثر بشدة بسمات شخصية: الانبساط والعصابية، يحدد الانبساط العاطفة الايجابية، بينما تحدد العصابية العاطفة السلبية. ومع ذلك، تجدر الإشارة إلى أن الفرد يختبر "الفرح" إذا كان حدث الحياة إيجابياً لتجاوز مستوى تكيفه أو تكيفها. في المقابل، فإن الشخص يعاني من "الاكتئاب" عندما يكون حدث الحياة سلبياً وينخفض عن مستوى تكيفه. في كلتا الحالتين، يكون الفرح والاكتئاب مصدرين للتحفيز على العمل الذي يؤدي إلى أحداث جديدة في الحياة من المرجح أن تتناسب مع مستوى تكيف الافراد، وبالتالي استعادة التوازن.

يعتبر تقدير الذات والتحكم المدرك والتفاؤل بمثابة معززات للرفاهية الذاتية. تعمل هذه السمات النفسية على ضمان بقاء الرفاهية الذاتية مرتفعة إلى حد ما. على سبيل المثال، قد يتم تفسير حدث سلبي في الحياة على أنه حظ سيئ، من أجل إضعاف السلبية المرتبطة به (أي منعه من خفض المستوى العام للرفاهية الشخصية والرضا عن الحياة بشكل كبير). سيرجي (2002)

### خلاصة الفصل

تم تعريف "نوعية الحياة المتعلقة بالصحة" من حيث كيفية استجابة الأفراد للأمراض الجسدية والنفسية ومدى جودة أدائهم في المجالات النفسية والاجتماعية والمهنية والبدنية، فهو مفهوم يستخدم لقياس تأثير المرض على الحالة الجسدية والنفسية والاجتماعية، يمكن استخدام مقاييس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بالإضافة إلى التدابير الاستشفائية التقليدية، من علاجات ومتابعة طبية، لتقييم تأثير المرض على نمط الحياة.

تساعد الاستبيانات المتعلقة بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة المتخصصين في الرعاية الصحية على فهم الأماكن التي تحتاج إلى المساعدة والمجالات الأكثر تضرراً عند المرضى، حتى يتمكنوا من تقييم الأعراض التي تسبب أكبر قدر من الألم وفيما إذا كانت العلاجات الجديدة فعالة بما يكفي لتحسين حياة المريض، وكذلك صياغة البرامج التي يمكن أن تعزز الرفاهية الذاتية في المجال الصحي بالاعتماد على الجانب النظري ونتائج الدراسات التطبيقية لعلم النفس الإيجابي التي تركز على الاستراتيجيات السلوكية للتوازن الحياة فيما يتعلق بالرضا العام عن الحياة

يفسر مفهوم نوعية الحياة من خلال مؤشرات بدنية ونفسية واجتماعية وفكرية واقتصادية وثقافية وصحية، وليس بالضرورة أن تتحقق كل هذه المؤشرات للحديث عن نوعية الحياة. لأنه في العمق تعتبر جودة الحياة صورة مثالية يسعى كل فرد إلى تحقيقها، وليس بالضرورة أن يحوز الفرد كل مكونات نوعية الحياة، ولكن كل واحد يتوق إلى تحقيق درجة أو درجات من جودة ورفاهية الحياة. ذلك فضلا عن أن هذا المفهوم لا يرتبط في عمومياته بوضع اجتماعي (فقر أو غنى) أو حالة معرفية (جهل أو علم) أو بمكانة مجتمعية (سلطة أو جاه)، حيث إن نوعية الحياة قد ينعم بها إنسان في كوخ بسيط وبعيش يسير، ويُحرم منه ذو جاه ومال وفير، إذن فالإنسان في مسار حياته يبحث عن هوية لذاته تتكامل فيها عناصر متداخلة يطلق عليها نوعية الحياة.

بسبب تعقيدها وطبيعتها المتعددة العوامل، فإن نوعية الحياة لا تخلو من مشاكل عندما يتعلق الأمر بتعريفها أو بتقييمها، مفهوم موضوعي وذاتي للغاية ومتعدد الأبعاد ويعتمد على القيم الاجتماعية والثقافية للأفراد. كل شخص، صحيح أو مريض، لديه فكرة فردية وفريدة عن نوعية حياته وبرغبته ورضاه والهدف الذي يريد تحقيقه.

الفصل الثالث: التدين في الإسلام

تمهيد

- مفهوم الدين والتدين
- أصل التدين ونشأته.
- الاتجاهات المفسرة للدين والتدين
- الانتقادات الموجهة لنظريات التدين
- أنماط التدين
- مظاهر الصحة في الإسلام وركانها
- الدين الإسلامي والطب الوقائي
- تعاليم الإسلام وقائية أكثر منها علاجية
- لماذا اهتم الإسلام بالوقاية قبل العلاج؟

خلاصة الفصل

تمهيد

مفهوم الدين من أبرز المفاهيم التي شكّلت جدلاً كبيراً بين الفلاسفة، والعلماء، والمؤرخين، وعلماء الاجتماع، والتربويين وكافة أصحاب العقول المبدعة، حيث يتواجد هذا المفهوم في الأذهان بشكل مستمر سواءً كانت متحيّزة له أو ضده، الدين عبارة عن مصطلح يُطلق على مجموعة من الاعتقادات والتصورات والأفكار الإيمانية عن الكون والحياة والوجود والله، بفضل الدين يحصل البشر على الأخلاق والقيم والأفكار التي تمكنهم من العيش في الدنيا، وتختلف تعاليم الدين وأوامره وصفاته وأفكاره باختلاف نوع الديانة.

الالتزام بالدين أو التدين أمر فطري لدى الإنسان حيث أنه لا يوجد مجتمع من المجتمعات إلا و يؤمن بوجود قوى خفية تسيطر عليه و تسير الكون من حوله، فالتدين هو فطرة الله و عصب الحياة و دعامة السلوك الإنساني ما جعل علماء النفس يركزون على تحليل الخبرات الوجدانية و العقلية و النفسية لسمة التدين من أجل الكشف عن تأثيراته على الصحة النفسية و الجسدية لأنه ظاهرة إنسانية و جهد بشري إيرادي يتأسس على فناعة شخصية بمجموعة من التصورات تترجم إلى سلوكيات وأفعال و بقدر ما تكون هذه التصورات صحيحة وسليمة بقدر ما يكون السلوك المنبثق عنها سليماً.

فالإنسان بلا دين صحيح هو إنسان بلا قيمة، لأنه يعيش حياته دون هدف، لا يعرف لماذا هو موجود؟ لا يعرف ما لذي سيأتيه بعد الموت؟ لا يعرف كيف خلق ولماذا؟ (الحياة بهذا الشكل للعاقل المتفكر مملة وتافهة وبلا معنى). والاجابة على كل هذا موجودة في رحم الدين الإسلامي ميزته تحديداً أنه شامل وواسع للغاية، فهو يقدم أهم الأجوبة لمعظم الأسئلة التي قد تطرأ على بال النفس البشرية كالخلق، الحياة، الوجود، الموت. الخ. فالقرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة تضمن للعامل بها السلامة النفسية والبدنية بالإيمان بالله وبالقضاء والقدر خيره وشره من الامور التي تثبت في النفوس الطمأنينة والسكينة وتقي المسلم المرض والانكسار، والآيات القرآنية الدالة على ذلك متعددة، منها:

في قوله تعالى: ﴿الذين آمنوا وتطمئن قلوبهم بذكر الله ألا بذكر الله تطمئن القلوب﴾ الرعد:28

وفي قوله تعالى: ﴿ولا تيأسوا من روح الله إنه لا ييأس من روح الله إلا القوم الكافرين﴾ يوسف:87

وفي قوله تعالى ﴿قل يا عبادي الذين أسرفوا على أنفسهم لا تقنطوا من رحمة الله﴾ الزمر:59

وفي قوله تعالى ﴿لا يكلف الله نفساً إلا ما أتاها سيجعل الله بعد عسر يسراً﴾ الطلاق:07

وفي قوله سبحانه: ﴿وعسى أن تكرهوا شيئاً وهو خير لكم وعسى أن تحبوا شيئاً وهو شر لكم والله يعلم وأنتم

لا تعلمون﴾ البقرة: 216

الالتزام بالدين الإسلامي هو الأساس الذي يبني عليه الفرد المسلم فلسفته الخاصة في الحياة ويخلصه من مشاعر الذنب وينمي لديه الشعور بالإيمان والصبر ويطرد مشاعر الأسى والقنوط كما يساعده على إقامة

## الفصل الثالث: التدين في الاسلام

علاقات اجتماعية ذات معنى، فالدين الصحيح والتدين به ضالة المؤمن إن وجدها وجد السكينة والطمأنينة فلا تهزمه النكبات ولا الصدمات ولا الصعاب وإن تاه أو تاهت منه فقد الراحة والهدوء وساعت حاله وهزيمته الأحداث، فهو حصن النفوس التائهة في ظل الكوارث والأزمات حين تعجز الوسيلة وتقل الحيلة فلا ملجأ! إلا الى تلك القوة الخفية التي تسيّر الكون ومخلوقاته الى الله سبحانه وتعالى، ولا إتكال إلا عليه، قال تعالى: ﴿الَّذِينَ يَتَّبِعُونَ الرَّسُولَ النَّبِيَّ الْأُمِّيَّ الَّذِي يَجِدُونَهُ مَكْنُوبًا عِنْدَهُمْ فِي النَّوْرَةِ وَالْإِنْجِيلِ يَأْمُرُهُمْ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَاهُمْ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُحِلُّ لَهُمُ الطَّيِّبَاتِ وَيُحَرِّمُ عَلَيْهِمُ الْخَبَائِثَ وَيَضَعُ عَنْهُمْ إِصْرَهُمْ وَالْأَغْلَالَ الَّتِي كَانَتْ عَلَيْهِمْ ۗ فَالَّذِينَ آمَنُوا بِهِ وَعَزَّرُوهُ وَنَصَرُوهُ وَاتَّبَعُوا النُّورَ الَّذِي أُنزِلَ مَعَهُ ۙ أُولَٰئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾ الأعراف: الآية 157.

والتدين السليم ينتج عنه التوازن بين الروح والجسد، بين الدين والدنيا، وتحقيق التوازن بين الجانبين الروح والمادي في التصور الاسلامي يكسب الانسان الشخصية السوية التي هي اساس الصحة النفسية، وهي النفس التي سماها القرآن الكريم (النفس المطمئنة)، وهو بهذا المعنى يمكننا ان نطلق عليه اسم الآلية الدفاعية الروحية الناضجة.

### 1. مفهوم الدين والتدين

#### 1-1 مفهوم الدين

✓ **الدين لغة:** نجد التعريف اللغوي للدين كما يتجلى في القواميس التراثية والتي هي تعبير عن اللغة كونها خزان التجارب المتنوعة ومنها الدين إذ " أن كلمة الدين عند العرب تشير إلى العلاقة بين طرفين يعظم أحدهما الآخر ويخضع له فإذا وصف بها الطرف الأول كانت خضوعاً وانقياداً، وإذا وصف بها الطرف الثاني كانت أمراً وسلطاناً، وحكماً وإلزاماً. وإذا نظر بها إلى الرابط الجامع بين الطرفين كانت هي الدستور المنظم لتلك العلاقة والمظهر الذي يعبر عنها. " فالدين بهذا التعريف تعبير عن فهم أنثروبولوجي عربي يقوم على خضوع وانقياد طرف ضعيف إلى طرف قوي. جاءت لفظة الدين في اللغة العربية على عدة معاني، منها:

- المجازة كما في قولهم (كَمَا تَدِينُ تُدَانُ) معناها كَمَا تُجَازِي تُجَازَى، أَي تُجَازَى بِعَمَلِكَ وَبِحَسَبِ مَا عَمَلْتَ، ويوم الدين هو يوم الجزاء، ومنه الدين بمعنى الإسلام (ابن منظور).
- الطاعة: إذ يأتي الدين بمعنى الطاعة والإتقياد، والدليل، والدين يأتي بمعنى العادة (ابن فارس، 1979).
- التوحيد: إذ يأتي الدين بمعنى التوحيد، فقد قال الله عز وجل: ﴿إِنَّ الدِّينَ عِنْدَ اللَّهِ الْإِسْلَامُ﴾. سورة آل عمران، آية: 19.
- الحساب: كما في قوله تعالى: ﴿الَّذِينَ يُكْذِبُونَ بَيَّوْمِ الدِّينِ﴾، سورة المطففين، آية: 11

• ويأتي بمعنى الحُكْمُ: فقد قال الله سبحانه وتعالى: ﴿كَذَلِكَ كِدْنَا لِيُوسُفَ مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ الْمَلِكِ﴾، سورة يوسف، آية 76

• وبمعنى المِلَّة، قال تعالى: ﴿هُوَ الَّذِي أَرْسَلَ رَسُولَهُ بِالْهُدَى وَدِينِ الْحَقِّ﴾. سورة التوبة، آية: 33

✓ الدين اصطلاحاً: يشير كونغ وآخرون (2004)، بأن مصطلح الدين مفهوم مركب يصعب وصفه لاختلاف التعريفات ثقافياً (المهدي، 2002). ما انتهى إليه "جيمس فريزر" في حديثه حيث يقول "إنه من العسير وضع تعريف عام للدين طالما أن الأديان المختلفة تؤكد على سلوك متباين وقيم متنوعة، ولهذا يمكن تعريفه إجرائياً في حدود درجة مشاركة الفرد في الطقوس الدينية" (الرفاعي، 2015).

كل ما يدين به الناس ويتعبدون به يسمى ديناً وإن كان باطلاً، كالبودية والوثنية واليهودية والهندوسية والنصرانية وغيرها من الأديان الباطلة. قال الله سبحانه ﴿لَكُمْ دِينُكُمْ وَلِيَ دِينِ﴾ سورة الكافرون الآية 6. فسمى ما عليه عباد الأوثان ديناً (ابن باز).

لذلك لجأ الباحثون إلى دراسة التدين كأحد مظاهر الدين ويفرق الباحثون بينهما حيث يمثل الأول الاسس والقواعد والتعاليم المكتوبة أو الشفهية التي تشمل العقيدة والشريعة أما التدين فهو تطبيق الانسان او التزامه بتلك التعاليم في حياته اليومية.

1-2. مفهوم التدين: مفهوم التدين في الغرب يختلف عن مفهوم التدين في الإسلام التدين من وجهة نظر الغرب حسب ما جاء في قاموس هرينج الأمريكي (1982) يعرف التدين (religiosity) على أنه حال كون الفرد مرتبط بدين (Dictionary the American 93heritage 1982.p1044)

✓ التدين لغة: يقال دانَ بكذا ديانةً وتدينَ به، فهو دينٌ ومُتدينٌ، ودَيَّنْتُ الرجلَ تدينياً، إذا وكلتُهُ إلى دينه، أي يدين ديناً وديانةً، وتدين بكذا أي تعبد به فهو متدين، إذا فالتدين مأخوذ من الدين، والدين هو التسليم والطاعة والتذلل والخضوع (الجوهري، 1990). أما ما ورد في لسان العرب لابن منظور فهو أن المرء حينما يتدين يتخذ الدين أو الإسلام ديانة له ، فالتدين هو أن تتخذ هذا الشيء ديناً لك ، وكظاهرة اجتماعية قد يعرف التدين بأنه الالتزام بعقيدة دينية أو نحلة معينة وأداء فرائضها ومناسكها وطقوسها وشعائرها وكل ما يتصل بها من العبادات نحو المعبود المعترف به من هذا الدين أو النحلة، وما يترتب على هذا الالتزام الديني من تطبيقات تتصل بالشروط الدينية لكافة العلاقات والمعاملات في المجتمع (مهدي قصاص، 2014، ص 48).

إن الدين واحد، والتدين متعدد من حيث المستوى والنمط، أي إن التدين يختلف، حسب الدرجة فنجد التدين الشديد، والتدين المعتدل، وكذلك نمط التدين، بمعنى تأدية المتدين جانباً من جوانب الدين أكثر من الجوانب الأخرى ولا يوجد تدين دون دين، فهما إذن متلازمان. (اكوايفا وآخرون، 2011)



## ✓ التدين اصطلاحاً

يعرف التدين على أنه:

- " التمسك بعقيدة معينة، يلتزمها الإنسان في سلوكه فلا يؤمن إلا بها، ولا يخضع إلا لها ولا يأخذ إلا بتعاليمها، ولا يحيد عن سننها وهديتها" (موسى صبحي، 2007. ص31).

- "الالتزام بعقيدة دينية - أو نحلة - معينة، وأداء فرائضها ومناسكها وطقوسها وشعائرها، وكل ما يتصل بها من العبادات نحو المعبود المعترف به من هذا الدين أو النحلة، وما يترتب على هذا الالتزام الديني من تطبيقات تتصل بالشروط الدينية لكافة العلاقات والمعاملات في المجتمع. وهذه التعاريف لم تحدد نوع الديانة والتدين ولكنه اشارت اليهما كمفهومين عامين ولتوضيح تعريفات التدين أكثر سوف نعرض مجموعة من التعريفات من وجهة نظر غربية ثم نقدم التعريف الاسلامي للتدين.

وفي قاموس علم النفس (reber, 1985) يعرف التدين بأنه «الانغماس أو الاهتمام أو المشاركة في الدين» نقلاً عن: (حسن بركات حمزة، 1993. ص20)

عرف (قاموس هيرتج الامريكى) التدين (religiousity) على انه «حالة كون الفرد مرتبط بدين» (the American heritage dictionary, 1982).

ووضع روبروخ وجيسر تعريفاً للتدين على انه (صفة للشخصية تعود الى توجهات عقلية (معرفية) عن الحقيقة الواقعة وراء نطاق الخبرة والمعرفة، وعن علاقة الفرد بهذه الحقيقة. والتوجهات موجّهة ضمناً لكي تؤثر على الحياة الدنيوية اليومية للفرد، وذلك بمشاركته في تطبيق الشعائر الدينية) (Rohrbaugh & Jessore, 1975, p. 138).

وحسب مايرس جانب مهم من الدين الذي كثيراً ما ينظر إليه على أنه كثافة المعتقدات والمشاركات الدينية، وهذه المعتقدات الدينية بشكل خاص هي التصديق بالجنة والنار واليوم الآخر، وأما المشاركات الدينية فتشمل السلوكيات مثل: الذهاب إلى الكنيسة والمشاركة في طقوسها، كالنظر والاستماع للمواعظ، كقراءة الكتب الدينية المقدسة. (Myers, 1996, p. 860).

ويعد عالم النفس البورت (Allport) في هوود وآخرون (Hood, R and al, 2009) أول من أشار إلى هذا المفهوم وأهميته، و رأى ان هناك علاقةً مشتركةً بين الدين وبين الأداء النفسي والاجتماعي، ونوعية الحياة، وتلك التركيبات النفسية التي تمت دراستها في علم النفس الإيجابي، فمنذ نهاية القرن التاسع عشر، وحتى منتصف القرن العشرين اعتبر الدين بمثابة المسؤول الاول عن الأعراض النفسية والعصبية للمرضى النفسيين، إذ عده متغيراً مهماً في الشخصية، ومفيداً لفهم وظائف ودوار الدين في حياة الافراد، وعرفه بأنه الطريقة التي يمارس بها الشخص معتقداته وقيمه الدينية، وقد اقترح نوعين للتوجه الديني: •التوجه الديني الجوهري: أي أن الفرد يعيش الإيمان الديني؛ لأجل الايمان فقط، فيلتزمون بعمق بالمعتقدات والقيم الدينية.

• **التوجه الديني الظاهري:** فهو يشير إلى الاستغلال النفعي للدين؛ لتوفير الراحة أو المساندة المطلوبة لمواجهة الفرد مع الحياة، فيستخدم الدين كأداة لتحقيق غايات غير دينية (غرب، 2009).

ويتضح من التعاريف السابقة اهتمامها بالنواحي الخارجية الظاهرية للتدين والمشاركة في الشعائر الدينية مثل حضور الكنيسة يوم الأحد، وهذا يعكس مفهوم الغربيين للدين كونه معزول عن جوانب أخرى للحياة. وفي الإسلام النظرة تختلف فالدين هو جوهر الحياة وعصبها، حيث ورد في تعريف التدين على لسان العرب لابن منظور قال: (تدّين به فهو دين ومتمدين. وديننت الرجل تديننا اذ وكلته الى دينه. والدين بمعنى الإسلام، وقد دنت به. وفي حديث على عليه السلام: " محبة العلماء دين يدان به". والدين العادة والشأن" (ابن منظور).

ويتضح من التعريف اللغوي ان التدين هو ملازم عند المسلمين للدين الإسلامي في كل شيء يصدر من المسلم ظاهرا او باطنا. فقد عرفه (أحمد، 1999) على أنه " تلك الانشطة والسلوكيات المتصلة بقراءة القرآن الكريم والمحافظة على ذكر الله والعبادات، كالصلاة والمداومة عليها، والاكثار من النوافل والاستغفار، والتوبة من الذنب، والسعي والرجاء في التماس العون والقوة والطمأنينة من الله". (محمد بن إبراهيم السليم، 2005م).

وعرفه ابن تيمية التزام الفرد المسلم بعبادة الله الجامعة لكل ما يُحبه الله وَيَرْضَاهُ من الأقوال والأعمال الباطنة والظاهرة، فالصلاة كالزكاة والصيام والحج وصدق الحديث وأداء الأمانة وبر الوالدين وصلة الأرحام والوفاء بالعهود والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر وجهاد الكفار والمُنافقين والاحسان للجار واليتيم والمسكين وابن السبيل والمملوك من الاميين والبهائم والفقراء، والدعاء والذكر، وحب الله ورسوله والانابة اليه واخلاص الدين له والصبر لحكمه والشكر لنعمه والرضا بقضائه والتوكل عليه والرجاء لرحمته والخوف من عذابه وامثال ذلك من عبادة الله، (ابن تيمية، ج.10، ص8:91).

### 2. أصل التدين ونشأته

الدين ظاهرة ونشاط انساني تتنوع مظاهره عبر الثقافات المختلفة، وقد مرت الظاهرة الدينية بتطورات مصاحبة لتاريخ النوع البشري، فالدين ظاهرة وجدت مع بداية البشرية القديمة، حيث كانت هناك مشاعر دينية أولية في مظاهر الدفن والطقوس المصاحبة له. فالحافز الديني هو استجابة لسر وجود الإنسان الذي يبحث عن معنى لهذا الوجود، ويتوق إلى معرفة المصير والخلص.

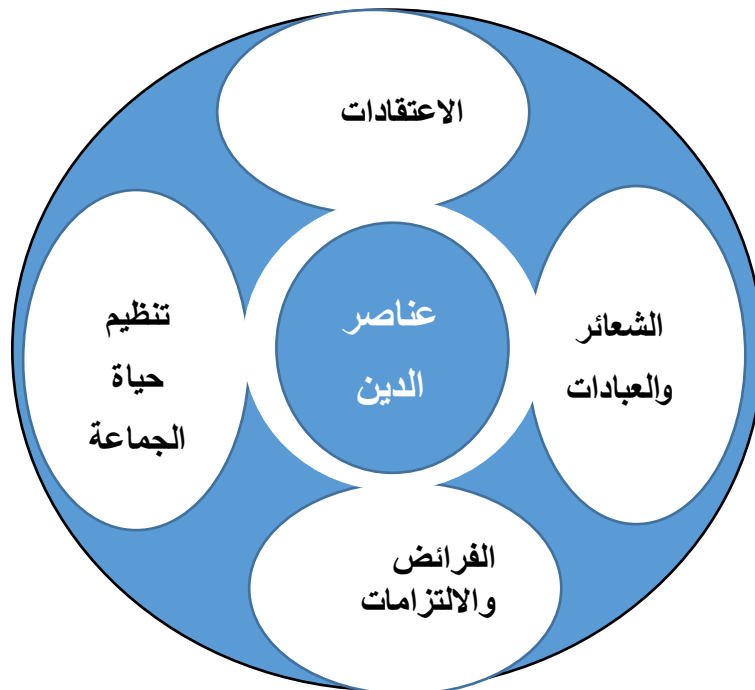
يذهب علماء الأديان إلى أنه ثمة مستويان اثنان يتصلان بدراسة الدين، المستوى الأول يتجه إلى دراسة دين بعينه، من خلال نصوصه الرئيسية، وآثاره الاجتماعية والثقافية والسياسية، أو من خلال سياقه الحضاري، كأن ندرس اليهودية، أو المسيحية، أو النصرانية مثلاً.

## الفصل الثالث: التدين في الاسلام

أما المستوى الثاني فينتجه إلى دراسة الدين من حيث كونه ظاهرة عامة حاضرة في التاريخ الإنساني كله، بعيداً عن تناول دين بعينه، فإذا تحدثنا عن الظاهرة الدينية من حيث هي أنماط يمكن تتبعها وتصنيفها من خلال نصوصها فنحن نتحدث عن الدين، وإن تحدثنا عنها من حيث هي تجارب تظهر في سلوك المتدينين وأحوالهم النفسية والعقلية، فنحن نتحدث عن التدين.

التعريف كثيرة لبيان معنى الدين، منها ما ذكرناه لغويا واصطلاحاً، غالبها متأثر بتفسير الظاهرة الدينية ذاتها، ولكن الذي تتفق عليه هذه التعاريف غالباً أنه لا وجود لدين دون وجود خالق متعالٍ يتوجه إليها المتدين. وقد يمكن تعريف الدين بأنه "الاعتقاد بوجود ذات غيبية علوية، لها شعور واختيار، ولها تصرف وتدبير للشؤون التي تعني الإنسان، اعتقاد من شأنه أن يبعث على مناجاة تلك الذات السامية في رغبة ورهبة، وفي خضوع، وتمجيد"، أو بأنه "إقرار الإنسان الواعي بأن حياته ومصيره متعلقان بكائن متعالٍ عنه وعن العالم، والتعبير عن هذا الإقرار الواعي في نطاق حياة الفرد والمجتمع". (علي سامي النشار، 2009) إذن أساس الدين هو الإيمان بوجود كائن متعالٍ، سواء اعتُبر هذا الكائن شخصاً أم مجرد قوة لا شخصية، والإيمان بأن هناك ارتباطاً بين هذا الكائن والعالم والبشر. فالدين هو الاعتراف بهذه العلاقة، لا اعترافاً عقلياً على مستوى الفكر وحسب، بل اعترافاً يشمل الوجود كله. ولذلك فلا يمكن أن يبقى الموقف الباطن والاعتراف بأمر ما دون تعبير خارجي محسوس، من خلال الطقوس والشعائر وإلا تعرض الموقف الباطني للتلاشي دون التمكن من اختباره (مرجع سابق). فيمكننا من خلال التعريفين السابقين للدين أن نحدد أربعة عناصر للدين، وهي الاعتقادات، الشعائر والعبادات، الفرائض والالتزامات التي يفرضها الدين أو يقتضيها، وتنظيم حياة الجماعة. والشكل (5) يوضح ذلك.

الشكل رقم (5): عناصر الدين والتدين. المصدر: الباحث



ولكن الأسئلة التي يطرحها العلماء في مختلف التخصصات والثقافات عن أصل التدين ونشأته ظفرت بإجابات مستفيضة لا يسعنا استعراضها كلها، لذا نكتفي بتصنيف تلك الآراء الى اتجاهين رئيسيين:

**2-1. الاتجاه الوضعي:** يعرف الاتجاه الوضعي "Positivism" على أنه أبستمولوجيا العلوم التي تعتمد على البرهنة التجريبية، ولا تأخذ بأي فكرة لا يمكن إثباتها من خلال التجربة، فكل ما يدخل ضمن إطار الاعتقاد أو الميتافيزيقا لا يمكن برهنه، إذن ليس علمياً بالنسبة للتيار الوضعي (الهام شاهين)، وقد أكد المفكرون الوضعيون ضرورة توافر شرطين لفهم الظواهر وفقاً للمذهب الوضعي، وهما أن الظواهر لا تسير وفقاً للمصادفات، وضرورة معرفة الناس لقوانين الظاهرة، وهذا الأمر تطلب التأسيس لعلم الاجتماع. طرح الاتجاه الوضعي عدداً من النظريات كل واحدة جاءت لتنتقد سابقتها نذكر بعضها منها:

### 2-1-1. النظريات الأنثروبولوجية

تعتمد الأبحاث الأنثروبولوجيا على الدراسات المقدمة للمجتمعات البدائية، فطُرحت النظرية الإرواحية كاتجاه عقائلي في تفسير نشأة الدين، وقد وضع الفيلسوف الاجتماعي هربرت سبنسر أول خطواتها، فقد افترض أنه قد مرت مراحل أولية على المجتمعات البشرية لم تعرف خلالها الدين، ثم بدأ الدين بالتكون "عندما أخذت الجماعات البشرية بتقدیس أرواح زعمائها الراحلين، وتحولت أرواح هؤلاء الأسلاف المبجلين تدريجياً إلى آلهة، تركز الدين حولها وابتدأ بها" (Spencer, 1906).

ولم يتوقف تايلور عند تصور سبنسر، فلقد شرع في تطوير نظريته، فكوّن مفهوم عن الأرواح قد أتى من تأمل الإنسان لأحلامه ولزيارة موتاه له فيها، وانتقل تايلور إلى الربط بين فكرة الروح ومفهوم الآلهة ونشوء الدين، فالإنسان البدائي لم يكن يفصل بشكل أصيل بين أشكال الجماد ومظاهر الحياة، لذا يفسر تايلور أن البدائي وسّع منظوره للروح من الكائنات الحية إلى مظاهر الطبيعة، فاعتقد بأنها مسكونة بالأرواح، فالدين هنا قد نشأ نتيجة الفكر والتأمل في الأحلام والروح وربطها بالطبيعة وما أفضى إلى عبادة الأسلاف ومظاهر الطبيعة (Tylor, 1891, p. 357).

وقد قام العالم روبرت ماريت (MARRET.R, 1980) بتطوير النظرية الإرواحية، وأضاف إليها فكرة، أو قوة المانا، «فقد حار الإنسان القديم في أمر بعض الأشياء الطبيعية غير الاعتيادية، أو من أمر السلوك غير الاعتيادي، الذي تحدثه بعض الموجودات الطبيعية، كالزلازل، والبراكين، والأنهار، إذ اعتقد أن لهذه الموجودات قوة طبيعية خارقة شبيهة بقوة مانا (Mana) التي اعتقدت بها الشعوب البدائية، التي تسكن جزر المحيطات، المانا -حسب معتقدات أبناء هذه الشعوب- لها قوة سحرية تختلف عن القوة الطبيعية التي عرفها الإنسان، وهذه القوة السحرية هي مصدر الخير، أو الشر، لذا فمن المستحسن السيطرة عليها وتسخيرها لصالح الإنسان» (ميشيل، 1980. ص24).

في كتابه (الغصن الذهبي، 1979م) يطرح العالم الانثروبولوجي جيمس فريزر نظريته حول أصل الدين

والسحر حيث يستدل من خلال البحث النظري العميق أن السحر هو المرحلة التاريخية الأولى للبشرية والتي مهدت فيما بعد لظهور الدين منطلقا في بحثه من دراسة تحليلية تطورية لأسطورة ايطالية قديمة و بسيطة هي (اسطورة الالهة ديانا) ، ويحدد فريزر المراحل التي مر بها العالم من حيث علاقة الانسان بالكون كما يلي (1- مرحلة السحر 2- مرحلة الدين 3- مرحلة العلم) ، ويحاول فريزر أن يضع نظريته ليوفق ما بين العلم والسحر لكونهما يقومان على مبادئ منطقية واحدة تعتمد على تداعي المعاني او ترابط الافكار، ويستفيض فريزر في شرح مبادئ السحر عند الرجل البدائي وفي المجتمعات البدائية وما هي الوظيفة المطلوبة من ذلك السحر والذي كان مخصصا للخير العام في مجمله فالساحر البدائي العمومي يقوم بوظائف هامة موجهة نحو قبيلته ومجتمعه فهو يمارس شعائره ويتلو تعاويذه ورقاه لينزل المطر ويشفي المريض ولينتج الخصب النباتي والحيواني والبشري وليتحكم في الرياح والشمس وكافة الظواهر الطبيعية فيما يتخذ بعضهم السحر الخاص لخدمة شخص معين من اجل ايداء شخص آخر معين او هزيمة عدو.

السحر هو موقف الرجل البدائي من العالم ونظرته التي تقوم على الملاحظة والتجربة والخبرة الطويلة بظواهر الحياة وأحداثها وأسرارها فيحاول البدائي أن يضع منطقا معيناً لتلك الأحداث والظواهر ليؤثر فيها بطريقة الخاصة لكن تلك التجربة الانسانية البدائية لا تخضع للمنطق العلمي الذي يتأسس على قوانين الطبيعة الموضوعية، فالساحر في المجتمع البدائي يضع الفروض ويحاول وضع نظام عقلي لفهم الكون فالسحر بالنسبة للبدائي هو العلم الذي بواسطته يستطيع تسخير قوى الطبيعة والتحكم بها من خلال شعائر معينة يتصل بها الساحر بكائنات معينة.

لذلك يبدو لنا ان فريزر في نظريته يحاول التقريب بين العلم والسحر اللذين يقفان موقفا معارضا من الدين ذلك انها يتشابهان في ان كليهما يحاول أن يضع قواعد منطقية لفهم العالم وقوانينه وظواهره من خلال تداع معين للأفكار، غير ان تداعي الافكار في السحر خاطئ ويناقض قوانين العلم ومنطقه فهو صورة سيئة لتطبيق تداعي الافكار ذلك ان العقلية البدائية سابقة على المنطق في تلك المرحلة الموهلة في القدم. فالسحر اذن نسق كاذب للقانون الطبيعي مضلل للسلوك وهو تداع للأفكار بطريقة خاطئة بينما العلم تداع للأفكار بطريقة صحيحة. ولذلك يطرح فريزر اسئلته محاولا فهم اسباب عدم اكتشاف زيف السحر من قبل البشر منذ القدم فيجيب: ان الزيف لم يكن من السهل اكتشافه وان الخطأ لم يكن واضحا تماما لأن الامر يحتاج الى عقل يتمتع بدرجة غير عادية من الفطنة في تلك المجتمعات البدائية.

### 2-1-2. النظرية الطبيعية (الخوف والانبهار)

يعد ماكس مولر (Max Muller) أهم أركان المدرسة الطبيعية ونظريتها في نشوء الأديان، والذي اتجه إلى موقف عقلاني آخر بخلاف علماء الأنثروبولوجيا، حيث يؤكد أن الاعتقاد الديني لا بد وأن يأتي من الإدراك

الحسي، ويرى أن هناك مرحلتين مهدت لنشأة الدين: الأولى تكمن في التأمل، والتعجب، والدهشة، التي دفعت الإنسان إلى التفكير في أنه محاط بقوى مستقلة عن إرادته، والمرحلة الثانية هي التعبير عن هذا التفكير عن طريق اللغة.

فالصاعقة هي الشيء الذي يمزق التربة أو ينشر النار، والنهر هو الذي يفيض، وبذلك قد تحول هذا التصور عن الفعل إلى شخصية تفعل كما يفعل الإنسان، ولذا يرى أن اللغة لها دور هام في خلق الدين في أشكال مجازية لغوية تضاف في العالم الطبيعي، كما يتجلى للحواس عالماً متخيلاً من الكائنات الروحية، بينما يرى العالم جيوفنس أن التأمل والنظر في الظواهر الطبيعية العادية لا يكفي لإثارة الفكرة الدينية، إنما الذي يثيرها هي الطبيعة الشاذة العنيفة، فالحوادث تبعث الخوف، فالذي يحتاج لمعرفة مصدرها ينسبها إلى قوة خفية مسؤولة عن الشرور والألم (فيكرياخ، 1991ص.41).

### 2-1-3. نظرية ديكارت رني: Descartes René

لقد وجد هذا الفيلسوف ان عقيدة وجود الله تعتمد على تجربة نفسية أقل تعقيدا من التجارب كلها، يكتشفها الذي يقطع علاقته بالكون والناس ثم ينطوي على نفسه يتأمل ويتحسس مشاعره وأفكاره وتصوراته يجد مفتاح هذه الفكرة الدينية حاضرة بين طيات نفسه كلما شعر بالفرق بين الشك واليقين او بين الجهل والعلم، يبحث في ذلك عن الكمال في ذاته، لكن يجد دائما ان هناك نقص وعلل.

إن فكرة الكمال حقيقة أولية فطرية، بل هي أسبق في العقل من فكرة النقص، فإن من لا يعرف الشيء لا يتفقد، ولا يحس بحرمانه حين يفقده، إذ كيف اعرف أي ناقص لو لم تكن لدي فكرة عن كائن أكمل مني، اجعله مقياسا اعرف به موضع نقصي؟

فالرغبة في تحقيق الكمال والعجز عن بلوغه اتصورها في نفسي او في غيري، دائما فوقهما درجة اعلى منهما. يقول ديكارت "وأخيرا، ليست هذه الفكرة اختراعا وفرضا افترضه خيالي، بل هي ضرورة تفرض نفسها على عقلي وعلى كل العقول، فلم يبقى إلا أن تكون صورة منعكسة على مرآة النفس من حقيقة إيجابية، وذات خارجية، هي مادة الكمالات المطلق ومصدره، وهي المثل الأعلى، كما وضع هذه الصورة على لوحة نفسي إلا كوضع سمة الصانع على صنعته، أو توقيع الكاتب في رأس رسالته (Descartes, 1837, pp. 141-17).

### 2-1-4. النظرية دوركايم الاجتماعية

ويربط اميل دوركايم ظهور الدين مع ظهور المجتمع، "فلقد قدمت الطقوس وإجراءات التحريم (التابو) مهادًا اجتماعيًا لنشوء الأديان، فكانت الحياة الاجتماعية مادة أولية أساسية لنشوء الأديان"، منتقدا النظريات الأخرى، خصوصا الارواحية والطبيعية، ويرى بأن الدين حقيقة اجتماعية، حيث أسهب دوركايم في دراسة الطوطمية الأسترالية) وكان الدين، بالنسبة إليه، «تعبيراً مجازيا عن المجتمع نفسه. وإذا أردنا دقة أكثر،

نقول إنه تعبير مجازي عن ظروف الحياة، التي لا مفر منها في المجتمع» (مير، 1983. ص 249). ويستبعد دوركايم السحر من نشأة الدين، ويرى أنه لا اجتماعي، ويجريه أشخاص أو أفراد، لمنفعة، أو أذى غيرهم. أما الدين، فهو قوة اجتماعية يحافظ المشاركون فيها على أداء طقوسه اجتماعيا ويرى دوركايم أن الإنسان، عندما كان يشترك مع مجموعة من الناس في عبادة كائن معين، فهو إنمّا يعني بذلك عبادة ذلك المجتمع الذي ينتمي إليه، ويلخص لويس مير نظرية دوركايم بعبارة: (الله هو المجتمع في نظر دوركايم). لقد قدمت الطقوس وإجراءات التحريم (التابو) مهاداً اجتماعياً لنشوء الأديان، فقد قدمت الحياة الاجتماعية مادة أولية أساسية لنشوء الأديان، ودليله على ذلك أنه ليس هناك أديان فردية، ولذلك ظهرت الأديان مع ظهور المجتمعات.

**2-1-5. النظرية العاطفية:** تتعارض هذه النظرية مع سابقتها، ولا تعزو نشأة الدين إلى الأرواح، أو الطبيعة، أو المجتمع، بل إلى العاطفة. ويرى مالمينوفسكي أن هناك عاطفتين أساسيتين وراء نشوء الدين، هما الخوف، والطمع، «وبما أن أقصى مخاوف الإنسان خوفه من الموت، وأقصى طمعه هو الاستمرار والخلود بعد الممات، فإن هاتين العاطفتين تتعاونان على صياغة معتقد يقسم الإنسان إلى كيانين: واحد مادي، وآخر روحاني. فإذا كان الموت مدركاً ككيان مادي، كما تعلمنا الخبرة اليومية، فإن الكيان الروحاني سوف يجتاز واقعة الموت، ويترك سكنه المؤقت، الذي آل إلى التلف، إلى مستوى آخر للوجود يتمتع بالحياة الأبدية» (السواح، 1994. ص 318)

لقد وضعت النظرية العاطفية تفسيراً خاصاً بالدين جعلت منه نتاجاً ثانوياً لعاطفة الخوف من الموت، وعاطفة الطمع في الخلود... ورأت أن ظهور الآلهة كان نوعاً من أنواع الخلاص الذي ابتكره الإنسان.

### 2-1-6. النظرية النفسية الفلسفية

هناك العديد من التصورات الفلسفية المتنوعة حول موضوع الدين عامةً، وتعتبر نظرية هيغل عن نشوء الدين التي تتبع من فكرته الجدلية -الديالكتيك- أكثرهم بريقاً، فهو يرى أن الدين يقع ضمن جدل الروح المطلق الذي ينتج عن جدلية الروح الذاتي والروح الموضوعي، ويرى هيغل تلك الروح اللامتناهية في مراحل: الفن والدين والفلسفة، حيث تمثل صعوداً في إدراك الروح الأزلية، فالفلسفة صورتها الأعلى، ويرى هيغل أن الدين نشأ عندما كان العقل وحده أمام الطبيعة، ولم يكن هذا العقل يفصل بين ما هو كلي وما هو جزئي، أي بين الله والإنسان، ويُقسم هيغل مراحل تطور الدين على ثلاث محطات:

- مرحلة الديانة الطبيعية: حيث تدل على فكرة الجوهر، بدايةً من تصورات السحر إلى تصور إله، وتشكل مذهب وحدة الوجود، مثل التاوية والهندوسية والبوذية، وتنتقل فكرة الجوهر إلى مفهوم الروح مثل الزرادشتية والديانات الآشورية والمصرية القديمة.
- مرحلة الديانة الفردية الروحية: التي تتمثل في ديانات كاليهودية وديانات الإغريق والرومان.

• ما المرحلة الأخيرة فالديانة المطلقة، التي هي عند هيغل في المسيحية، حيث يكشف الإله عن نفسه تمامًا (ميخائيل أنود، دون تاريخ).

أما ما يعتبر أنه الإسهام التأسيسي لفلسفة الدين، كانت على يد الفيلسوف الألماني لودفيغ فيورباخ، الذي تأمل الدين من خلال دراسة الإنسان وكل ما هو إنساني، فالدين عند فيورباخ هو معرفة وتصور الإنسان لذاته وجوهره، أي الوسيلة التي يتخذها البشري في البحث عن نفسه، أي أنه سلوك الإنسان تجاه ذاته، فهو يُعلي الجوهر الإنساني عن الوجود المادي، ويقدهس ويبجله، بذلك تكون الصفات الإلهية هي صفات بشرية في أقصى درجات كمالها، بذلك يكون جوهر الدين عند فيورباخ هو الرغبة والتوق في التحرر والخلود والكمال، فهو يرى أن الإنسان خلق إلهاً على صورته، فنشوء الدين هنا يرجع لحاجة إنسانية من ضعف وفقر الإنسان.

يقول فيورباخ "الدين ما هو إلا محاولة بدائية بائسة لإضفاء صفة المطلقة على السلوك البشري"، وهذا ما يشق الطريق للنظرية النفسية التي تُرجع الدين لعوامل نفسية، فيقرر سيغموند فرويد أن الدين ما هو إلا عوارض عصابية، فالدين ظاهرة عصابية على المستوى العام تعادل الظاهرة العصابية على المستوى الخاص، لذا يرى فرويد أن الدين ليس إلا وهم وتمنيات، (فردريك هيغل، 2004)

ويُرجع فرويد ظهور الدين إلى بدايات ظهور التشريع ونشأة الطوطمية ومظاهر التحريم التاب، فيعتمد فرويد على أبحاث فريزر عن المجتمعات البدائية والطوطمية حيث يرجع نشأة عقائد القبيلة وشرائع التابو في التحريمات إلى تصور أن جماعات العشائر الأولية ساد بها مركزية ذكورية أبوية، حيث يستحوذ الأب على جميع نساء عشيرته حارماً الأبناء، والذي أدى لتولّد مشاعر الغيرة، فيتم قتل الأولاد لأبائهم، لكن بعد ذلك أصابهم الشعور بالندم، ومن ذلك نشأ التشريع والاتفاق على تجنب نساء العشيرة، واتخاذ الزواج الخارجي عن داخل العشيرة، وبذلك ظهر تابو المحارم، ومن ثم صاروا يحيون ذكرى مقتل الأب، ونشأت طوطمية كل قبيلة بل وتمجيده إلى مستوى الإله إرضاءً لروحه، ويرى فرويد أن نشأة الدين والأخلاق جاءت من سن تلك التشريعات والتحريمات التي هي نواة الدين في كتابه " الطوطم والمحرمات" الصادر عام 1913، طور قصة تأملية حول كيفية نشوء جميع الديانات التوحيدية (Bales, Daniel L. 1996).

أكد في الكتاب أن الديانات التوحيدية نشأت من قتل أبنائه في عشيرة الأب. تم تذكر هذه الحادثة دون وعي في المجتمعات البشرية.

في موسى والتوحيد، اقترح فرويد أن موسى كان كاهناً لأخناتون هرب من مصر بعد وفاة الفرعون وأدام التوحيد من خلال ديانة مختلفة. كانت وجهة نظر فرويد حول الدين جزءاً لا يتجزأ من نظريته الأكبر في التحليل النفسي، والتي تم انتقادها باعتبارها غير علمية (Bales, Daniel L. 1996). على الرغم من عدم قبول محاولة فرويد لشرح الأصول التاريخية للأديان، إلا أن وجهة نظره العامة القائلة بأن جميع الأديان



تتبع من احتياجات نفسية غير مستوفاة لا يزال يُنظر إليها على أنها تقدم تفسيراً موثقاً في بعض الحالات.

## 2-1-7. الانتقادات الموجهة لنظريات نشأة لدين

في كتابه (نشأة الدين، 2009) علي سامي النشار يوجه جملة من الانتقادات لنظريات نشأة الدين نلخصها فيما يلي:

1- جميع النظريات السابقة مفترضة أو مقترحة لتفسير نشأة الدين، وهي متعارضة بل متناقضة، ولذلك فإنه لا يمكن الركون إلى واحدة منها والاطمئنان إلى أنها كفيلة بإرساء صيغة معقولة تفسر نشأة الدين، ولعل هذا التناقض هو الذي دفع العالم السويدي ناثان سود بريليوم إلى اقتراح إنشاء نظرية تركيبية تجمع هذه النظريات معاً، وهذا يؤكد تعارضها ولا يفيها.

2- من الملاحظات المنهجية التي توجه إلى هذه النظريات أن بعضها يعتمد في بنائه على المعلومات التي كان يدونها الرحالة والسائحون حول ما يشاهدونه، وهؤلاء ليسوا على درجة من المعرفة في علوم النفس والمنطق والدين والأخلاق، كما أنهم غالباً ليسوا مزودين بمنهج معين يتبعونه في رصد هذه الملاحظات. وبعض هذه النظريات يعتمد على ما يسجله الباحث المتخصص من أفواه أقوام محرومين من العلوم أو الفنون المدونة، فليس لهم تراث مكتوب، ولم يحصلوا على المعرفة التي تتيح لهم تحليل مشاعرهم أو إحساساتهم الباطنة إزاء الأسئلة التي توجه إليهم، فقد يسارعون بالإجابة دون وعي بحقيقة ما هم عليه. كما أن اللغات البدائية التي يعبر بها البدائي عن المعاني العميقة لم تصل من النضج أو العمق إلى الحد الذي قد يعينه على تأدية المعاني الدقيقة المتصلة بتصوره عن نفسه وعما يحيط به وعن علاقته معه. ولعل مما يدل على وجاهة هذه الملاحظات المنهجية تناقض المعلومات التي جمعها الباحثون عن المجتمعات البدائية.

3- مصطلح "البدائي" نفسه هو محل اعتراض عدد من كبار الباحثين في علم الإنسان، فافتراض تخلف الإنسان البدائي هو فرض غير مثبت علمياً، ولعل أبرز من يمثل هؤلاء البولندي بروني سلاف مالينوفسكي في كتابه "السحر والعلم والدين عند الشعوب البدائية"، الذي يؤكد أن جميع المجتمعات كان لديها سحر أو دين مهما كانت بدائية، بينما لا توجد مجتمعات بدائية دون علم أو نزعة علمية.

4- النظريات المقترحة لتفسير نشأة "الظاهرة الدينية" نظريات اختزالية بالمجمل، فهي تحاول أن تستخلص من الظواهر الدينية محددات عامة تفسر بها الدين على نحو عام، دون أن تلتفت إلى خصوصية دين بعينه؛ سواء في ذاته أو في ظروفه التاريخية والاجتماعية.

5- يغلب على هذه النظريات -وعلى البحث في الدين لدى الغربيين عموماً- الطابع الوضعي، فهي تُنحي جانباً ما تراه الأديان ذاتها في ظروف نشأتها، وما يراه كبار رجال الدين كذلك.

فالمؤمن بالوحي يعلم أن الدين ليس إلا تجلياً لفضل الله على خلقه بالهداية، وأن الإنسان لم يسر إليه وإنما هو من سار إليه، ولم يصعد إليه وإنما هو من نزل إليه. وقد تؤدي تأملاته وظروفه إلى اشتياقه للسماء،

ولكن لا يمكنه أن يصطنع ديناً، فالوحي هو الذي عرفه بالكون وخالفه وبصره بمسؤوليته وغاية وجوده وإلى أين سيصير في نهاية مطافه. إن هذه المعرفة التي أنزلت إلى الإنسان هي تراثه الخالد، الذي قد ينساه فيتوارد الانبياء والرسول على إحيائه وتجديد العهد والذكرى به. وهي الحقيقة التي تشتمل عليها كتب الأديان المقدسة الكبرى. ومع اختلاف هذه النظريات في تفسير الظاهرة، إلا أنها مجمعة كل الإجماع على وجودها منذ فجر الإنسانية البعيد وإلى ما قبل قدرتنا على التأريخ والسبر.

**ثانياً الاتجاه الغيبي (الديني):** ومنطلق هذه النظرية هو ان هذا الكون وراءه خالق واحد هو الله تعالى يقود الى ذلك فطرة الانسان، لان الدين امر فطري وجد مع الانسان منذ نشأته ولا زال معه ولم يخلو زمان ولا امة ولا أي جيل منه ابداء، قال تعالى: ﴿فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْمُونَ﴾ سورة الروم الآية 30. فماهي الفطرة كي تقود الناس الى الايمان بالله والدين؟ حسب، اركان حسين (د.ت) يصدر على الانسان نوعان من الأفعال:

**1- أفعال فطرية غريزية ثابتة لا تخضع للتغير او التبديل كالدفاع عن النفس في مواجهة الخطر او الميل نحو الجنس الاخر والتعاون بين الناس.**

**2- يقابل ذلك أفعال عادية تخضع للتغير والتبديل باستمرار كطريقة الدفاع عن النفس وعادات وتقاليد الزواج والتعاون. الخ.** فالأمر الفطري يتميز بجذوره الغريزية الباطنية ويكونه يتحقق دون تعلم ولا يتأثر بالعوامل الخارجية، الجغرافية والسياسية والاقتصادية... الخ، وبهذا يمكن التفريق بين الأفعال الفطرية وبين الأفعال الصادرة عن الانسان بحكم العادات والتقاليد والأعراف.

والتدين في المفهوم الإسلامي هو فطره في الإنسان يقول تعالى: (فطرة الله التي فطر الناس عليها ولا تبديل لخلق الله) (الروم 30)، ويقول الرسول صلى الله

عليه وسلم (كل مولود يولد على الفطرة)، والمقصود بكونه فطره انه امكانيه لا بد لها من ضوابط لتتنقل من اللامكانية إلى إمكانية التحقق بدون انحراف، يقول ابن تيمية (ومعلوم أن كل مولود يولد على الفطرة ليس المراد به أنه يوم ولدته أمه يكون عارفاً بالله موحداً بحيث يعقل فان ذلك الله يقول (والله أخرجكم من بطون أمهاتكم لا تعلمون شيئاً) (ابن تيمية مجموع الفتاوى، ج4، ص 447).

وفي ضوء هذا يمكن ان نحدد ماذا كان التدين نزوعاً فطرياً نابعا من أعماق النفس ام هو من الظواهر العادية او المادية في حياة الانسان كما يقول الوضعيون.

فقد تبين من خلال الدراسات التاريخية التتابعية لعلاقة الانسان بالأديان، ان الانسان لم يتخل عن الدين ولم يحذفه من منهاج حياته في أي وقت من الأوقات وان الايمان بالله وما وراء الطبيعة قد صاحب الاجناس البشرية حتى أشدها همجية وقد غير الانسان وألغى باستمرار أساليب ونظم حياته التي أحبها ودافع عنها ولكن هناك امر واحد بقي ثابتاً لا يتغير في حياته وهو الدين كان وما يزال متحفظاً بسلطانه على النفوس.

المبادئ الأساسية للتدين في الإسلام: ان عملية التدين لا تقوم دون مرجعية دينية جامعة مانعة تؤدي وظيفتها على أكمل وجه يقوم التدين على أساسها، ولا يتحقق التدين الا بجملة من المبادئ الأساسية الثلاثة وهي حسب ما جاء في (فيصل قريشي، 2015)

1 العلم بالدين بشكل كاف واف ومفصل، حتى لا تلتبس الأمور على الافراد المتدينين، في وجوب العمل بالدين وردت اية كثيرة، قال الله تعالى ﴿وَمَا كَانَ الْمُؤْمِنُونَ لِيَنفِرُوا كَافَةً فَلَوْلَا نَفَرَ مِن كُلِّ فِرْقَةٍ مِّنْهُمْ طَائِفَةٌ لِّيَتَفَقَّهُوا فِي الدِّينِ وَلِيُنذِرُوا قَوْمَهُمْ إِذَا رَجَعُوا إِلَيْهِمْ لَعَلَّهُمْ يَحْذَرُونَ﴾ التوبة الآية 122

2 الايمان والقبول والتسليم لكل ما جاء به العلم الصحيح، فلا يؤخذ بعضه ويترك بعضه الآخر، قال تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ ءَامَنُوا ادْخُلُوا فِي السِّلْمِ كَافَّةً وَلَا تَتَّبِعُوا خُطُوَاتِ الشَّيْطَانِ إِنَّهُ لَكُمْ عَدُوٌّ مُّبِينٌ﴾ البقرة الآية 206 وقال أيضا ﴿إِنَّ الَّذِينَ يَكْفُرُونَ بِاللَّهِ وَرُسُلِهِ وَيُرِيدُونَ أَنْ يُفَرِّقُوا بَيْنَ اللَّهِ وَرُسُلِهِ وَيَقُولُونَ نُؤْمِنُ بِبَعْضٍ وَنَكْفُرُ بِبَعْضٍ وَيُرِيدُونَ أَنْ يَتَّخِذُوا بَيْنَ ذَلِكَ سَبِيلًا (149) أولئك هم الكفرةون حقا وَأَعْتَدْنَا لِلْكَافِرِينَ عَذَابًا مُّهِينًا (150) وَالَّذِينَ ءَامَنُوا بِاللَّهِ وَرُسُلِهِ وَلَمْ يُفَرِّقُوا بَيْنَ أَحَدٍ مِنْهُمْ أُولَئِكَ سَوْفَ نُوْتِيهِمْ أَجْرَهُمْ وَكَانَ اللَّهُ غَفُورًا رَّحِيمًا﴾ الآيات (149،150،150) من صورة النساء. ما طغى في على عامة من الافراد والجماعات والدول هو التدين الطقوسي اما العملي فالقليل منه او أما كسلا او تكاسلا او جهلا واعذار هذا العصر كثيرة ولهذه الأسباب وأسباب أخرى يحدث التناقض وتحدث الفتنة ما ينتج عنها الخوف والحزن والحيرة والقلق.

3. التعبد بأحكام الدين الصحيح والاستقامة على احكامه وتطبيقاته شرعا ومنهاجا، قولاً وفعلاً، قال تعالى ﴿قَالَ يَوْمَ أَتَيْتُمُوهُ إِذْ كُنْتُمْ عَلَىٰ بَيْتِنَا مِّن رَّبِّي وَرَزَقْنِي مِنْهُ رِزْقًا حَسَنًا وَمَا أُرِيدُ أَنْ أُخَالِفَكُمْ إِلَيَّ مَا أَنهَيْتُمْ عَنْهُ إِن أُرِيدُ إِلَّا الْإِصْلَاحَ مَا اسْتَنْطَعْتُ وَمَا تَوْفِيقِي إِلَّا بِاللَّهِ عَلَيْهِ تَوَكَّلْتُ وَإِلَيْهِ أَنِيبُ﴾ الآية (88) صورة هود.

وقال أيضا ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا لِمَ تَقُولُونَ مَا لَا تَعْمَلُونَ كَبُرَ مَقْتًا عِنْدَ اللَّهِ أَنْ تَقُولُوا مَا لَا تَعْمَلُونَ﴾ الصف الآية (32)

3- أنماط التدين: يختلف الافراد والجماعات في توجهاتهم الدينية وكذلك في طريقة تطبيقهم لتلك الديانة او المعتقد، ويرجع هذا الاختلاف إلى أن الدين رغم وحدته إلا أنه يتفرع إلى عناصر متعددة (العقيدة، الشريعة، المنهاج، المعاملات، والأخلاق)، وكل شخص يأخذ من هذه الجوانب بقدر يختلف عن الشخص الآخر، وإلى أن الإنسان عند تطبيقه يسلك طرائق عدة يراها صوابا، وتتميز التدين الإسلامي بتعدد مستوياته (الإسلام، الإيمان، الإحسان)، والتي يرقى فيها الإنسان، من مستوى إلى آخر في خط تصاعدي كلما استقام على هذا الدين (المهدي، 2002، ص. 35).

من خلال تلك العوامل استنبط المهدي. (2002). (ص ص. 36-40) نماذج الخبرة الدينية (التدين) التي يراها الانسان في حياته اليومية وقسمها الى الأنماط التالية:

**3-1. التدين المعرفي:** يعرف تعاليم دين معين على أكمل ولا يطبقها، نجد الشخص يعرف الكثير من أحكام الدين ومفاهيمه، ولكن هذه المعرفة تتوقف عند الجانب العقلاني الفكري ولا تتعداه، فهي مجرد معرفة عقلية، وبعض هؤلاء الأشخاص ربما يكونون بارعين في الحديث عن الدين أو الكتابة فيه، وهم مع هذا لا يستقيمون على تعاليمه في حياتهم اليومية.

**3-2. التدين العاطفي:** التدين الحماسي (يعرف الدين بشكل سطحي ويطبقه بحماسة)، نرى الشخص يبدي عاطفة جارفة وحماسا كبيرا نحو الدين، ولكن هذا لا يواكبه معرفة جيدة بأحكام الدين ولا سلوكا مستقيما، وهذا النوع ينتشر عند الشباب خاصة حديثي التدين، وهي مرحلة يجب إكمالها بالجانب المعرفي والجانب السلوكي حتى لا تطيش أو تتطرف أو تنمحي.

**3-3 التدين الطقوسي:** هنا نجد الشخص يقوم بأداء العبادات الدينية كعادة اجتماعية تعود عليها، وهذا النوع يمكن أن يكتمل ويرشد بإضافة الجانب المعرفي وإيقاظ الجانب الروحي.

**3-4 التدين النفعي:** يلتزم الفرد بالكثير من مظاهر الدين الخارجية للوصول إلى مكانة اجتماعية خاصة أو تحقيق أهداف دنيوية شخصية، وهؤلاء الناس يستغلون احترام الناس للدين ورموزه، فيحاولون كسب ثقتهم ومودتهم بالتظاهر بالتدين، وتجده دائما حيث توجد المكاسب والمصالح الدنيوية الشخصية، وتفقدته في المحن والشدائد.

**3-5. التدين التفاعلي:** نجد هذا النوع من التدين في الأشخاص الذين قضوا حياتهم بعيدا عن الدين يلهون ويمرحون، ويأخذون من متع الدنيا وملذاتها، بصرف النظر عن الحلال والحرام، وفجأة نتيجة تعرض شخص من هؤلاء لموقف معين أو حادث معين، نجده قد تغير من النقيض إلى النقيض، فيبدأ في الاستقامة، ويتسم تدينه بالعاطفة القوية والحماس الزائد، ولكن مع هذا يبقى تدينه سطحيًا تنقصه الجوانب المعرفية والروحية العميقة - وفي بعض الأحيان يتطرف هذا الشخص في التمسك بمظاهر الدين حفاظا على توازنه النفسي والاجتماعي، وتخفيفا للشعور بالذنب الذي يلهب ظهره - وهذا النوع لا بأس به إذا وجد المجتمع المتقبل والمرشد لهذا الشخص التائب المتحمس ليكمل طريقه ويصعد مدارج السالكين برفق وروية.

**3-6. التدين الدفاعي (العصابي):** قد يكون الدين دفاعا ضد الخوف أو القلق، أو الشعور بالذنب أو تأنيب الضمير، أو دفاعا ضد القهر والإحباط، وفي هذه الحالة يلجأ الفرد إلى التدين ليخفف من هذه المشاعر ويتخلص منها، وكلما زادت هذه المشاعر قوة كلما كان اتجاهه للدين أقوى، ولا بأس في ذلك، إلا أن هذا التدين تنقصه الجوانب الروحية وجوانب المعاملات والنواحي الأخلاقية في الدين. ويحدث هذا النوع أيضا عند بعض الأشخاص الذين يشعرون بالعجز في مواجهة المتطلبات احتفاء به في التصدي للصعوبات التي عجزوا عن مواجهتها، وإيثارا للراحة في سبيل بعض المفاهيم شبه الدينية، فنجد الشخص

من هؤلاء قد أهمل دراسته أو عمله أو مسؤولياته وتفرغ الممارسة بعض الشعائر الدينية التي لا تتطلب جهداً، أو مشقة، وهدفه (غير المعلن) من ذلك هو تغطية قصوره وعجزه، والهرب من المواجهة الحقيقية للواقع.

**3-7. التدين الذهاني:** نرى هذا النوع من التدين أثناء عملنا في العيادات والمستشفيات النفسية عند بعض المرضى العقليين، حيث يلجأ المريض إلى التدين في محاولة منه لتخفيف حدة التدهور والتناثر المرضي، ولكن الوقت يكون قد فات فتظهر أعراض المرض العقلي على شكل بعض المفاهيم والطقوس الشبه الدينية الخاطئة، فيعتقد المريض ويعلن أنه ولي من أولياء الله، أو أنه نبي بعث لهداية الناس، أو أنه المهدي المنتظر، ويتصرف على هذا الأساس، وعلى الرغم من فشل هذه المحاولة لمرضية إلا أنها دليل على دور الدين في المحافظة على الشخصية في مواجهة التدهور والتناثر، و بمعنى آخر نقول: إن التدين دفاع نفسي صحي، ولكن بشرط أن يكون في الوقت المناسب، وبطريقة منهجية مناسبة.

**3-8. التدين المتطرف:** يعني الغلو في جانب أكثر من جوانب الدين بما يخرج الشخص عن الحدود المقبولة التي يقرها الشرع، ويجمع عليها علماء الدين، إفراطاً أو تقريظاً، ويمكن تقسيم هذا النوع حسب التالي:

أ. التدين على شكل تطرف فكري: حيث يصعب النقاش مع هذا الشخص حول ما توصل إليه من أفكار، وينغلق على فكرة فلا يقبل فكرياً أو رأياً آخر.

ب. التدين على شكل تطرف عاطفي: قد يكون التطرف في مجال العاطفة حيث تصبح عواطف الشخص كلها متركزة على الجوانب الدينية، ويصبح شديد الحساسية من هذه الناحية، شديد المبالغة في الانفعال بها.

ج. التدين على شكل تطرف سلوكي: هنا نجد الشخص يبالغ مبالغة شديدة في أداء الشعائر الدينية الظاهرية بما يخرجها عن الحدود المقبولة شرعاً، وقد يقوم بالزمام الآخرين بذلك.

**3-9. التدين التصوفي:** هو تجربة ذاتية شديدة الخصوصية يمر بها قليل من الناس لهم تركيب اجتماعي وروحي خاص، ولذلك فليس من السهل التعبير عنها بالألفاظ المعتادة، لأنها تحدث خارج حدود الألفاظ، ولكننا نستطيع أن نقول على وجه التقريب: إنه في هذه المرحلة التصوفية (الروحانية) يمر الشخص بفترة معاناة شديدة بين كثير من المتناقضات، ثم فجأة يحس أن هناك شيئاً هائلاً قد حدث وكأنه ولد من جديد، فأصبح يرى نفسه، ويرى الكون بشكل مختلف تماماً، ويحس أن كثيراً من صراعاته قد هدأت، وأن كثيراً من الأقنعة قد كشفت، وأنه قد توحد مع الكون، وعلى الرغم من عمق هذه التجربة وسحرها إلا أنها تبقى خبرة شخصية غير صالحة للتعميم، وهي فوق ذلك خبرة خطيرة غير مأمونة، حيث تختلط فيها الإلهامات

بالوساوس، فيرى بعضهم أشياء يعتقدونها الهامات، وفي حقيقة الأمر هي تلبيسات شيطانية، إذن فهي منطقة تيه وخطر.

**3-10. التدين الاصيل:** التدين السليم، هنا نجد الشخص يملك معرفة دينية كافية وعميقة، وعاطفة دينية تجعله يحب دينه، ويخلص له مع سلوك يوافق كل هذا، وهنا يكون الدين هو الفكرة المركزية المحركة والموجهة لكل نشاطات هذا الشخص، ونجد قوله متفقاً مع عمله، وظاهره متفقاً مع باطنه في انسجام تام، وهذا الشخص المتدين تديننا نجده يسخر نفسه لخدمة دينه، وليس العكس، وإذا وصل الإنسان إلى هذا المستوى من التدين الحق شعر بالأمن والطمأنينة والسكينة، ووصل إلى درجة من التوازن النفسي تجعله يقابل المحن والشدائد بصبر ورضا، وإذا قابلت هذا الشخص وجدته هادئاً سمحاً، راضياً متزناً في أقواله وأفعاله، ووجدت نفسك تتواصل معه في سهولة ويسر وأمان.

### 4 مظاهر الصحة في الاسلام واركائها

اختلفت مظاهر الصحة من دراسة إلى أخرى ومن عالم إلى آخر، وذلك باختلاف نظرتهم إلى الإنسان وطبيعته، وإلى اختلاف الثقافة التي يعايشها كل منهم، فبعضهم اهتم بالجانب النفسي، والبعض الآخر اهتم بالجانب الانفعالي، وأهم الجانب الروحي عن قصد أو عن غير قصد، ومما سبق يتضح ضرورة وضع مظاهر للصحة تتناول جميع مكونات النفس الإنسانية في شمول وتكامل مستمدة من آيات القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، ومن أهمها ما يلي:

### 4-1 مظاهر الصحة في الاسلام

- **التكوين الروحي:** ويقصد بالتكوين الروحي صلة العبد بربه، والتي يحفظ بها سموه وكماله واستقامته، وتتضمن: أركان الإيمان، وأداء العبادات مع الإحساس الدائم بالقرب من الله. **قال تعالى:** ﴿وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا﴾ الإسراء الآية.85.
- **التكوين الجسمي:** إن تحقيق الغاية من وجوب طاعة الله وعبادته والدعوة إليه تحتاج إلى جهد وطاقة جسدية، لذا يحث الإسلام على الاعتناء بالبدن وصحته وقوته.
- **التكوين العقلي:** يوجهنا القرآن الكريم إلى إعلاء قيمة العقل، ويدعو الإنسان إلى أن ينمي إحساسه وسائر وظائفه العقلية (الذكاء العام، القدرات الخاصة، والعمليات العقلية) بالعلم والتأمل والتفكير، **قال تعالى:** ﴿سُنُرِهِمْ آيَاتٍ فِي الْأَفَاقِ وَفِي أَنْفُسِهِمْ حَتَّىٰ يَبَيِّنَ لَهُمْ أَنَّهُ الْحَقُّ أَوَلَمْ يَكْفِ بِرَبِّكَ أَنَّهُ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ شَهِيدٌ﴾ فصلت. الآية.53.
- **التكوين الانفعالي:** ويتضمن أساليب النشاط المتعلقة بالانفعالات المختلفة، مثل: الحب والكره والخوف

## الفصل الثالث: التدين في الاسلام

والغضب، والبهجة والسرور ... إلخ. وجاء في القرآن الكريم وصف دقيق لكثير من الانفعالات التي يشعر بها الإنسان، قال تعالى: ﴿إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ الَّذِينَ إِذَا ذُكِرَ اللَّهُ وَجِلَتْ قُلُوبُهُمْ وَإِذَا تُلِيَتْ عَلَيْهِمْ آيَاتُهُ زَادَتْهُمْ إِيمَانًا وَعَلَىٰ رَبِّهِمْ يَتَوَكَّلُونَ﴾ الأنفال الآية3.

ونادي الإسلام بضبط هذه الانفعالات وتعديلها، فيكون حبه وفرحه وحزنه وغضبه في حدود حتى يشعر الإنسان بالأمن والاطمئنان، قال تعالى: ﴿لِكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ الْحَدِيد، الآية23﴾. وقال النبي: "ليس الشديد بالصرعة إنما الشديد الذي يملك نفسه عند الغضب" (البخاري، 2004، ر. 6114؛ النيسابوري، 1972، ر. 2609). فالانفعالات المعتدلة لها تأثير كبير على التمتع بالصحة السوية؛ لأنه يصاحبها عادة حالة وجدانية سارة، فيطمئن قلبه ويتحرر من الضغوط والمخاوف، ويتصل قلبه دائماً بذكر الله في السراء والضراء.

• **التكوين الاجتماعي:** يتمثل هذا الجانب في التنشئة الاجتماعية للشخص (الأسرة، المدرسة، والمجتمع، والمعايير الاجتماعية، والاتجاهات، والقيادة والتبعية، والعلاقات الاجتماعية مع الآخرين، قال تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَىٰ وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ الحجرات. الآية13).

4-2 **اركان الصحة في الاسلام:** التدين الإسلامي يحقق أركان الصحة في بناء شخصية المسلم بتنمية الصفات الأساسية التالية:

• **التوحيد الخالص لله تعالى:** ويتم بتنفيذ ما جاء في وصية الرسول العبد الله بن عباس رضي الله عنهما حيث قال له: يا غلام إني أعلمك كلمات: احفظ الله يحفظك، احفظ الله تجده تجاهك، إذا سألت فاسأل الله، وإذا استعنت فاستعن بالله، واعلم أن الأمة لو اجتمعت على أن ينفعوك بشيء لم ينفعوك إلا بشيء قد كتبه الله لك، وإن اجتمعوا على أن يضروك بشيء لم يضروك إلا بشيء قد كتبه الله عليك، رفعت الأقلام وجفت الصحف". (الترمذي، 2002، ر. 2524). وفي رواية غير الترمذي زيادة: "احفظ الله تجده أمامك، تعرف إلى الله في الرخاء يعرفك في الشدة، واعلم أن ما أخطأك لم يكن ليصيبك، وما أصابك لم يكن ليخطئك واعلم أن النصر مع الصبر، وأن الفرج مع الكرب، وأن مع العسر يسرا". (ابن حنبل، 1983، م. 1، ص. 293).

• **الثبات والتوازن الانفعالي:** يحدث الثبات في جميع جوانب النفس عند الأفراد مرتفعي التدين، وبذلك تترن نفسياتهم، ويحدث لهم تكيفا شاملا، ينتج عنه تمتعهم بجودة الحياة، قال تعالى: ﴿بُنِيَ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا بِالْقَوْلِ الثَّابِتِ فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا وَفِي الْآخِرَةِ وَيُضِلُّ اللَّهُ الظَّالِمِينَ وَيَفْعَلُ اللَّهُ مَا يَشَاءُ﴾. إبراهيم الآية 27.

**الصبر عند الشدائد:** الصبر هو خلق فاضل من أخلاق النفس يمنح صاحبه من فعل ما لا يحسن ولا يجمل، وهو قوة من قوى النفس التي بها صلاح شأنها وقوام أمرها. (ابن قيم الجوزية، 1998، ص. 18).  
**قال تعالى:** ﴿وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالضَّرَّاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ﴾ البقرة الآية 177. **وقال الرسول:** "عجبا لأمر المؤمن، إن أمره كله خير، وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن، إن أصابته سراء شكر فكان خيرا له، وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرا له". (النيسابوري، 1972، ر. 2999).

• **الرضا والتسليم لأمر الله:** من علامة الرضا عن الله والتسليم له، الرضا بقضاء الله، وهو سكون القلب إلى أحكام الله والتفويض إلى الله. (المحاسبى، 1984، ص. 151). **قال تعالى:** ﴿كُتِبَ عَلَيْكُمُ الْقِتَالُ وَهُوَ كُرْهٌ لَّكُمْ وَعَسَى أَنْ تَكْرَهُوا شَيْئًا وَهُوَ خَيْرٌ لَّكُمْ وَعَسَى أَنْ تُحِبُّوا شَيْئًا وَهُوَ شَرٌّ لَّكُمْ وَاللَّهُ يَعْلَمُ وَأَنْتُمْ لَا تَعْلَمُونَ﴾ (216) والبقرة. **وقال النبي صلى الله عليه وسلم:** "المؤمن بخير على كل حال، تنزع نفسه من بين جنبيه، وهو يحمد الله". (الألباني، 1995، ج 4، ر. 1632؛ النسائي، 1991، ر. 1842).

• **التفاؤل وعدم القنوط:** الفأل محمود الأثر مؤنس الخبرة، مرغوب الفعل لأن فيه تنفيذ الآراء وتقوية العزائم، ومعونة على الظفر، والبعث على الجد، **قال تعالى:** ﴿يَا بَنِي إِدْرِيْسَ إِذْهَبُوا فَتَحَسَّسُوا مِنْ يُوسُفَ وَأَخِيهِ وَلَا تَيَّأَسُوا مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِنَّهُ لَا يَيْئَسُ مِنْ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ﴾ يوسف الآية 86  
 • **توافق الفرد مع نفسه:** يعود توافق الفرد مع نفسه بالأثر الإيجابي على صحته النفسية والجسدية، لذلك حرصت السنة النبوية على التوافق، فعن عائشة رضي الله عنها: أن النبي بعث إلى عثمان بن مظعون فجاءه، فقال: "يا عثمان أرغبت عن سنتي؟" قال: لا، والله يا رسول الله، ولكن سنتك أطلب، قال: "فإني أنام وأصلي، وأصوم وأفطر، وأنكح النساء، فاتق الله يا عثمان فإن لأهلك عليك حقا، وإن لضيفك عليك حقا، وإن لنفسك عليك حقا، فصم وأفطر، وصل ونم". (أبو داود، 2001، ر. 1369).

• **توافق الفرد مع غيره:** الفرد يعيش في مجتمع تجمعه مع بني جلدته قيم، ومعايير وعادات وتقاليد، لذلك يجب عليه التفاعل، ومحاولة التكيف معهم، وقد أشار القرآن الكريم، والسنة النبوية الشريفة إلى الأساليب المساهمة في إحداث التكيف، **قال تعالى:** ﴿لَا تَسْتَوِي الْحَسَنَةُ وَلَا السَّيِّئَةُ ادْفَعْ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ فَإِذَا الَّذِي بَيْنَكَ وَبَيْنَهُ عَدَاوَةٌ كَأَنَّهُ وَلِيٌّ حَمِيمٌ وَمَا يُلْقَاهَا إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَمَا يُلْقَاهَا إِلَّا دُوًّا حَظًّا عَظِيمًا﴾ فصلت الآية 34. 35. **وقال النبي صلى الله عليه وسلم:** "المؤمن الذي يخالط الناس ويصبر على أذاهم، أفضل من المؤمن الذي لا يخالط الناس ولا يصبر على أذاهم". (ابن حنبل، 1983، م. 2، ص. 43؛ ابن ماجه، 1954، ر. 4032؛ الترمذي، 2002، ر. 2515). والحديث سنده صحيح.



- **الاستقامة على دين الله تعالى:** الاستقامة كلمة جامعة آخذة بمجامع الدين، وهي القيام بين يدي الله على حقيقة الصدق، والوفاء بالعهد، والاستقامة تتعلق بالأقوال والأفعال والأحوال والنيات، فالاستقامة فيها: وقوعها لله، وبالله، وعلى أمر الله. (ابن قيم الجوزية، 1973، م. 2، ص. 105).
- قال تعالى ﴿إِنَّ الَّذِينَ قَالُوا رَبُّنَا اللَّهُ ثُمَّ اسْتَقَامُوا فَلَا خَوْفٌ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ﴾.** الاحقاف. الآية 13. وعن سفيان بن عبد الله الثقفي قال: قلت: يا رسول الله قل لي في الإسلام قولاً لا أسأل عنه أحداً غيرك ... قال: "قل آمنت بالله ثم استقم" (ابن حنبل، 1983، م. 3، ص. 413؛ النيسابوري، 1972، ر. 38).

### 5 الدين الإسلامي والطب الوقائي

يمكن أن نعتبر الدين والمرض ظاهرتين اجتماعيتين متلازمتين تاريخياً، فالمرض بوصفه خللاً لا يصيب الجسد وحده بل يتعداه ليصيب الجوانب الاجتماعية والثقافية لحياة الإنسان، يلتقي حتماً بالمعنى الديني في أحد جوانبه. والدين باعتباره مؤطراً للحياة الإنسانية في جل جوانبها لا بد وأن يترك أثره، تفسيراً وتأييلاً فيما يصيب الإنسان من علة أو مرض. فقد دلّت الدراسات الاثنوجرافية على هذه العلاقة الوثيقة بين الدين والمرض منذ عصر الإغريق وحتى وقتنا الراهن.

وقد تجسدت نظرة الإغريق الدينية إلى مسألة الصحة والمرض من خلال عباداتهم، والتي لا تزال زياراتهم للأضرحة شاهدة عليها حتى يومنا هذا، نذكر على سبيل المثال زيارة أضرحة ديلفي (Delphi) وديلوس (Delos) وأولمبيا (Olympia) التي تؤكد على وجود فكرة "الإنسان الكامل" روحياً واجتماعياً وفيزيقياً (المكاوي، 1994).

رغم التقدم المذهل في مجالات الطب العلاجي بالأدوية الحديثة والأجهزة المبتكرة فما زال المبدأ الرئيسي في الطب هو: (الوقاية خير من العلاج)، ولهذا لا بد من اتباع الأسلوب العقائدي، أي ربط تعاليم الصحة والنظافة بعقيدة الأمة وجعلها جزءاً لا يتجزأ من حياتها اليومية السياسية والمدنية وهذا ما فعله الإسلام قبل أكثر من 14 قرناً من الزمان ونجح في تحقيقه أعظم نجاح. والطب الوقائي هو علم المحافظة على الفرد والمجتمع في أحسن حالاته الصحية، وذلك عن طريقين:

- وقايتهم من الأمراض قبل وقوعها، ومنع انتشار العدوى إذا وقعت
- صيانة صحته بتحسين ظروف معيشته ومنع الحوادث وأسباب التوتر العصبي.

### 5-1 تعاليم الإسلام الصحية وقائية أكثر منها العلاجي

الإسلام لم يأتِ لعلاج الأمراض الجسمية، والقرآن الكريم ليس كتاب طب أو صيدلة، ولكن الإسلام قد جاء للدين والدنيا معاً، وجاء لبناء مجتمع مثالي على ظهر الأرض، حيث يكون هذا المجتمع متكاملًا في جميع النواحي الأخلاقية والسياسية والاقتصادية والاجتماعية والعسكرية وأيضاً الصحية؛ ولذلك، فقد حرص الإسلام على إعطائنا الأوامر والتعاليم الطبية الوقائية التي تؤدي إلى ما نسميه (بالمجتمع الصحي).

## الفصل الثالث: التدين في الاسلام

وقد تناولت تعاليم الإسلام الصحية جميع أبواب الطب الوقائي وفروعها ومنها حسب سعيد بن صالح

الحمدان على موقعه <http://www.saaid.net/tabeeb/72.htm>

**أولاً:** أوامر صحة البيئة الإسلامية ونظافتها (Sanitation AND Personal Hygenc)، ومن ذلك نظافة البدن والأيدي والأسنان والأظافر والشعر، ونظافة الملابس ونظافة الطعام والشراب، ونظافة الشوارع والبيوت والمدن، ونظافة المياه كالأنهار والآبار.

**ثانياً:** أوامر لمنع الأمراض المعدية (Epidemiology) وتشمل الحجر الصحي، عزل المريض، عدم الدخول على الوباء، عدم الفرار منه، تعقيم الأيدي قبل الدخول على المريض وبعد الخروج منه، الاستعانة بالطب والدواء، والتطعيم في الوقاية والعلاج.

**ثالثاً:** أوامر في التغذية (Nutrition) فقد منع الأغذية الضارة بالصحة كالميتة والدم ولحم الخنزير والمخدرات، ومن الأشربة منع الخمر، وشجع أكل اللحوم سواء لحم البر والبحر وكل مشتقات اللحوم، وشجع على أكل ما له قيمة غذائية، إلى جانب الاهتمام بنوعية الغذاء، واهتم الإسلام أيضاً بنظام الغذاء كمنع الإسراف في الأكل، والأكل دون جوع، والأكل حتى التخمة.

**رابعاً:** الصحة الجنسية (Sex Hygiene) كتحريم الزنا واللواط والعادة السرية وتحريم الرهينة واعتزال النساء، ومنع إتيان النساء في الحيض، وأمر بالغسل بعد الحيض وبعد الجماع..

**خامساً:** الصحة النفسية والعقلية (Mental AND Psychic hygiene) وهي تعاليم لمنع أسباب التوتر العصبي، وذلك بالأمر بالإيمان بالله وقدره، الصبر على الشدة والمحنة والمصيبة والمرض، تحريم اليأس والانتحار، الأمر بتعاون الناس وتراحمهم لتخفيف أعباء الحياة، ثم منع كل بؤر التوتر في المجتمع كالمقامرة والريا، والمضاربة واللهو غير البريء، والضجة.

**سادساً:** تشجيع اللياقة البدنية (Body Built) بالحث على الجهاد، العمل اليدوي والحركة، تشجيع الألعاب الرياضية، المصارعة، ركوب الخيل، السباحة الرمي، المبارزة، السباق بأنواعه، كراهية السمنة والكرش والخمول ومن هذا التقييم نرى أن الإسلام قد غطى جميع أوجه الطب الوقائي ومحاولاته، فقدّم لنا ما يشبه الدستور الصحي الذي يتناول التعاليم الرئيسية ذات الصفة الدائمة لخلق مجتمع صحي مثالي.

### 5-2 لماذا اهتم الإسلام بالوقاية قبل العلاج!؟

ذهب رسول الله صلى الله عليه وسلم ليعود أحد أصحابه المرضى، وبعد أن رأى المريض ودعا له بالشفاء قال لأهله: (ادعوا له الطبيب) فقالوا متعجبين: (وأنت تقول ذلك يا رسول الله) فقال: (نعم.. تداووا عباد الله فإن الله لم يُنزل داءً إلا أنزل له دواء.. إلا داءً واحداً) قالوا ما هو: (قال: الهرم) أي كِبَر السن. وكان رسول

## الفصل الثالث: التدين في الإسلام

الله صلى الله عليه وسلم إذا مرض لا يداوي نفسه، بل يستدعي الأطباء لعلاجها، وفي هذا تقول السيدة عائشة رضي الله عنها: إن رسول الله صلى الله عليه وسلم كان يُسقم في آخر عمره، فكان يفد عليه أطباء العرب فينعتون له الانعاع ليعالجوه بها.

من هذا نجد أن الإسلام رغم اهتمامه الشديد بتعاليم الطب الوقائي، ترك الطب العلاجي لاجتهاد الناس، وليس هذا عن قصور في الدين، ولكن لحكمة عظيمة مقصودة لذاتها، فالطب الوقائي يتناول صحة المجتمع والجماهير العريضة، فهو يدخل في رسالة الأديان باعتبار أن صحة الأديان من صحة الأبدان، وأن في وقاية المجتمع حماية للدين، أما الطب العلاجي أي تشخيص المرض وعلاجه بالوصفات الطبية أو العمليات الجراحية فليس من عمل الدين ولا رسالته، وإلى جانب هذا فإن قواعد الطب الوقائي من الحقائق العامة والثابتة التي تصلح لكل زمان ومكان، أما الطب العلاجي فيتغير باكتشاف الأدوية الحديثة والأجهزة العلمية.. وما كان الله ورسوله ليقيد أمة الإسلام بعلاج معين يلتزمون به في كل العصور، فلا يتطورون ولا يجتهدون في الدراسة والبحث ولا يستفيدون من الاختراعات الحديثة. (سعيد بن صالح الحمداًن.

<http://www.saaaid.net/tabeeb/72.htm>

سعيد بن صالح، في (مرجع سابق) يضرب لنا بعض الأمثلة في مجال الطب الوقائي من تعاليم الإسلام في مجالاته المختلفة وبخاصة مجال الصحة، أي مجال صحة البيئة وعلم مقاومة الأوبئة وهي كالاتي:

### 5-2-1. صحة البيئة في الإسلام

المقصود بعلم صحة البيئة هو خلق بيئة صحية لا تنفذ إليها الأمراض بفضل النظافة، واهتمام الإسلام بالنظافة أمر لا يدانيه فيه أي دين سماوي، أو حتى مذهب أرضي قديم أو حديث.. وإذا كانت أول سورة نزلت في القرآن الكريم تحدثت عن العلم في قوله تعالى: (اقرأ)، فإن ثاني سورة نزلت بعدها مباشرة أمرت بالنظافة في قوله تعالى: (فثيابك فطهر).

والإسلام هو الدين الوحيد الذي يجعل النظافة جزءاً من العبادات، بل في أصول الدين نفسه، فأول خطوة للدخول في دين الإسلام هي الغسل، أي الاستحمام، حتى قبل شهادة ألا إله إلا الله وأن محمداً رسول الله، ولا صلاة إلا بعد وضوء، أي غسل الأيدي والوجه والأقدام، وللإسلام اصطلاحات خاصة في مسائل النظافة، فهو يكتفي عن الميكروبات أو الطفيليات الضارة باسم الشيطان أو الخبث أو الخطايا، ويُعبر عن النظافة بكلمة الطهارة، وعن القذارة بكلمة النجاسة.

ومن أمثلة ذلك قول الرسول صلى الله عليه وسلم: (قلم أظافرك فإن الشيطان يقعد على ما طال منها)، وقوله: (إذا توضأ العبد فمضمض خرجت الخطايا من فيه، فإذا استنثر خرجت الخطايا من أنفه)، ولهذه التعبيرات حكمة عظيمة.

لقد جاء الإسلام منذ أكثر من (14) قرناً من الزمان، في وقت كان الإنسان لا يعرف فيه شيئاً عن أهمية النظافة في محاربة الأمراض، ولا يعرف ما هو الميكروب أو الطفيليات، ولذلك كان الإسلام بهذه التعبيرات لكي يُبسط الأمور للناس ويُخاطبهم على قدر عقولهم وفهمهم وعلمهم، وفي الوقت نفسه كان الإسلام بهذه التعبيرات يربط النظافة بالعقيدة، ويجعلها جزءاً لا يتجزأ من تعاليم العبادة والصلاة. بل جعلها جزءاً من الإيمان بالله، لقول الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم-: (النظافة شطر الإيمان) أي نصفه، وفي رواية: (النظافة من الإيمان)، وبهذا كله يجعل الإسلام مسألة النظافة عقيدة وسلوكاً ملزماً للمسلم في كل شؤون حياته وليست لمجرد الخوف من المرض وحده، وما أعظم أن تكون النظافة غاية لذاتها قبل أن تكون وسيلة لمنع الأمراض.

وزيادة في الحرص والدقة فأكثر من مادة إذا أصابت إحداها أي شيء مثل ثوب الإنسان أو جسمه أو طعامه أو شرابه أو إناء الطعام، بل أرض الغرفة، أرض الشارع، أو إذا أصابت الماء الدائم المستعمل للشرب أو الوضوء. ولو كان الماء بئراً أو نهراً، فإنها تُتجس هذا الشيء ولا يتطهر إلا بإزالة هذه النجاسة بشرط إزالة لونها أو رائحتها، ومن هذه المواد النجسة الدم، البول والبراز، المنى، القيء، الخمر، لعاب الكلب، لحم الخنزير وكل شيء عفن كبقايا الحيوان الميت.. وهذه أمثلة من أقوال الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم- في النظافة:

- 1- في نظافة البدن يقول- صلى الله عليه وسلم: (حق على كل مسلم أن يغتسل كل سبعة أيام، يوماً يغسل فيه رأسه وجسمه أو قال جسده).
- 2- ويأمر الإسلام بإزالة البؤر التي تتجمع تحتها القذارة في الجسم فيقول صلى الله عليه وسلم: (خمس من الفطرة الاستحداد والاستحداد هو (حلق شعر العانة، الختان، قص الشارب، نتف الإبط، تقليم الأظافر).
- 3- الأيدي من أهم العوامل في نقل الميكروب وذلك بعد السلام على المريض، أو لمس طعام ملوث، أو زبالة، أو بعد ذهاب إلى الغائط. وبعض الديدان تنتقل من نفس الشخص المصاب عند التبرز إلى يديه ويختبئ بعضها تحت أظافره، من هنا تنتقل إلى الشخص السليم، ومن هذه ديدان الاسكوريوس ودودة التنتا Taenpa، ومن الميكروبات التي تنقلها اليد أيضاً التيفويد، الدوسنتاريا، النزلات المعوية، التهاب الكبد المعدي، وهذا يُوضح لنا حكمة قول الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم: (إذا توضأ العبد فغسل يديه خرجت الخطايا من يديه حتى تخرج من تحت أظافر يديه)، ولا يكتفي الإسلام بغسل الأيدي عند الوضوء، بل يأمر بالغسل قبل الطعام وبعده وقبل النوم وبعده، وقبل الدخول إلى المريض وبعد الخروج من زيارته، وهذه أمثلة من أوامره بقوله- صلى الله عليه وسلم: (إن الشيطان حساس فاحذروه على أنفسكم من بات،

## الفصل الثالث: التدين في الاسلام

وفي يده غمر فأصابه شيء فلا يلومن إلا نفسه). ومن المأثورات: (اغسل يديك قبل الأكل وبعده) والغمر هو بقايا الطعام في اليد.

• 4- يعتني الإسلام بنظافة الأسنان، فيأمر بالمضمضة والسواك وتخليل الأسنان لإزالة بقايا الطعام وعدم بلعها بل رميها، وفي السواك يقول الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم-: (السواك مطهرة للفم، ومرضاة للرب)..

• 5- يعتني الإسلام أيضاً بنظافة الأنف والعينين والشعر والقدمين والملابس، ولكن لا يتسع المجال لذكر تعاليمه في كل واحدة منها..

• 6- يُشدد الإسلام في نظافة الطعام والشراب، فيأمر بنظافة إناء الطعام وغسله عدة مرات، وكان العرب لا يعرفون الصابون فيأمرهم الإسلام باستعمال التراب في دك الإناء لإزالة بقايا المواد الدهنية منه، ثم يأمر الإسلام بعدم ترك الطعام والشراب مكشوفاً حتى لا يتعرض للغبار أو الذباب أو الحشرات، ويأمر بعدم الأكل من الطعام إذا لمست أحد إحدى المواد النجسة التي سبق تحديدها، وهذه أمثلة من تعاليم الرسول- صلى الله عليه وسلم- في نظافة الآنية وتغطيتها فيقول- صلى الله عليه وسلم-: (أوقوا قريكم واذكروا اسم الله، وغطوا آنيتكم واذكروا اسم الله).. ويقول- صلى الله عليه وسلم- (غطوا الإناء وأوكوا السقاء، فإن في السنة ليلة ينزل فيها وباء لا يمر بإناء ليس عليه غطاء أو سقاء ليس عليه وكاء إلا نزل فيه من ذلك الوباء). وكمن نتمنى أن يلتزم الباعة المتجولون ومحالات البقالات والطعام واتباع هذه الأحاديث بوضع الطعام في عارضات زجاجية مغلقة أو آنيات محكمة وتعلق عليها هذه الأحاديث حتى تكون جزءاً من أوامر الدين. وينهى الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم- ان يتناول الجماعة الشرب من إناء واحد، أو أن يضعوا أفواههم في مكان بعض لأن ذلك ينتن الشراب، وينقل العدوى لكثير من الأمراض مثل التهاب الحلق والفم والانفلونزا، ولذلك تقول السيدة عائشة- رضي الله عنها-: (نهى رسول الله- صلى الله عليه وسلم- أن يشرب في السقاء لأن ذلك يئنته).

• 7- نظافة مصادر المياه كمياه الانهار والآبار، فقد شدد الإسلام على تجنب تلويثها بإلقاء الزباله أو النجاسة فيها، وينهى عن التبرز أو التبول في الماء أو على شواطئه، فالماء الملوث ينقل الكوليرا والتيفويد وشلل الأطفال والتهاب الكبد المعدي، وينقل ديدان البلهارسيا عند التبول فيه، وينقل الانكلستوما عن طريق التبرز في الطين قرب الشاطئ..

• 8- ولهذه الأسباب يُعتبر فقهاء الإسلام الماء الذي يصيبه البول أو البراز نجساً، ولا يجوز الوضوء منه أو الاستحمام فيه أو الشرب منه، ومن أقوال الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم- في ذلك: (اتقوا الملاعب الثلاث، التبول في الموارد، وفي الظل، وفي طريق الناس)، وقوله- عليه الصلاة والسلام-: (لا

## الفصل الثالث: التدين في الاسلام

يبولن أحدكم في الماء الدائم، ثم يتوضأ فيه، فإن عامة الوسواس منه).

• **9-** يأمر الإسلام بنظافة المساكن والشوارع وكل أرجاء المدينة، فيمنع إلقاء الزبالة وتجميعها في البيوت أو تركها في الشوارع، ويأمر المسلم إذا وجد أي شيء ملقى في الطريق أن يزيحه، ويحرم التبول أو التغوط في الطريق أو حتى البصق فيه، وفي هذا يقول الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم- (إن الله طيب يحب الطيب، نظيف يحب النظافة، فنظفوا أفنيتكم ودوركم ولا تشبهوا باليهود التي تجمع الأكباد في دورها). ويقول عليه الصلاة والسلام- في منع التبول بالطريق: (من غسل سخيمته في طريق من طرق المسلمين وجبت عليه لعنة الله والملائكة والناس أجمعين). ويقول صلى الله عليه وسلم:

(من سمى الله ورفع حجرا أو شجرا أو عظما من طريق الناس، مشى وقد زحزح نفسه عن النار).

• **10** وفي منع البصق يقول- عليه الصلاة والسلام: (البصق على الأرض خطيئة وكفارتها ردمها).

ومعروف أن البصق على الأرض قد ينقل الكثير من الأمراض وأخطرها وهو مرض السل.

• **11** الإسلام ومكافحة الأوبئة: لقد جاء الإسلام في هذا المجال بتعاليم سبق بها الطب الحديث فمن ذلك: الأمر بعزل المريض المعدي عن غيره من الأصحاء، إذ يقول رسول الله- صلى الله عليه وسلم:- (لا يورد ممرض على مصح)، وكلمة الممرض هنا معناها المريض الذي قد يمرض غيره أي ينقل العدوى إليه وهو تعبير آية في البلاغة..

يأمر الإسلام الأصحاء بعدم مخالطة المريض المعدي (الممرض) إلى أن تزول فترة العدوى، ويصبح غير ناقل للمرض، وفي هذا يقول الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم:- (إن من القرء التلف)، والقرء هو مقارفة المريض أي ملامسته، والتلف هو الهلاك أو العدوى..

وقد سن الرسول الكريم- صلى الله عليه وسلم- مبدأ الحجر الصحي، أي عزل المريض الذي لا يُرجى شفاؤه كالمجنوم، وفي هذا يقول- صلى الله عليه وسلم:- (اجعل بينك وبين المجنوم قدر رمح أو رمحين). في التعامل مع الوباء يضع الإسلام قاعدة خطيرة تُطابق أحدث ما هو في عصرنا، إذ يقول- صلى الله عليه وسلم: (إذا سمعتم بالوباء بأرض فلا تقدموا إليه، فإذا وقع بأرض وأنتم فيها فلا تخرجوا فراراً منه).

ينهى الإسلام عن العطس في وجوه الناس، إذ إن ذلك ينتشر بينهم كالإنفلونزا والتهاب الحلق، وكان رسول الله- صلى الله عليه وسلم- إذا عطس غطى وجهه بكفيه أو طرف ثوبه..

هذه نبذة ضئيلة من تعاليم الإسلام التي اتسع المجال لذكرها في باب صحة البيئة ومكافحة الأوبئة، فانظر في أثر هذه التعاليم في وقاية الشعوب عندما كانوا يطبقون هذا الدين عقيدة وسلوكا.

(سعيد بن صالح، <http://www.saaaid.net/tabeeb/72.htm>)

### خلاصة الفصل

ما حاولنا الإشارة اليه في هذا الفصل أشار إليه الكثير من علماء الغرب مثل، بريل، توماس ستا، دافيد لارسون، مبارغ، كارل يونغ - وغيرهم كثير، إلى أهمية الدين والإيمان وأثرهما على الصحة النفسية والجسمية، والدين والعقيدة التي يشير اليها هؤلاء العلماء هي النصرانية الباطلة والمشوبة بكثير من التحريف، فكيف لو اطلع هؤلاء العلماء على أسرار الإسلام وأثاره الطيبة فما عساهم يقولون! فاذا قال شوما خير بأن الدين و يقصد بذلك الدين النصراني هو عملية إنقاذ للمؤمن به ، فنحن نقول أن الدين الإسلامي هو عملية إنقاذ مكتملة الأركان و منهاج حياة قويم يتصف بالشمولية و الوسطية والاعتدال صالح لكل زمان و مكان ، و لكن الدين و الصحة معادلة توازنها حساس و دقيق للغاية فمن المؤكد من الدراسات و الأبحاث أن الممارسة الدينية و الروحانية- خاصة الجماعية منها - قد تترك أثر إيجابي على الصحة و لكن الطرف الآخر من المعادلة هو الغلو الديني الذي قد يؤدي إلى نتائج كارثية على الصحة العامة و إن ترجيح كفة الرفاه الصحي من هذه المعادلة في مجتمعنا الجزائري لن يتحقق إلا بالتنسيق و التعاون بين المؤسسات الدينية و الصحية جنبا إلى جنب مع المؤسسات التعليمية و الإعلامية من اجل بناء فرد سليم في اسرة سليمة ننشد بها مجتمعا ناجحا مزدهرا.

الفصل الرابع:

سيرورة الجلد

تمهيد

- ❖ المقاربات والمفاهيم التي ساهمت في ظهور الجلد.
- ظهور مفهوم الجلد..
- ❖ مقاربات مفسرة لسيرورة الجلد.
- المقاربة النفسية التحليلية للجلد.
- مقاربة فينيستوندا (vinistandal)
- عوامل الحماية والجلد كمقاربة
- المقاربة الجينية الحسية العصبية للجلد.
- المقاربة الدينية.
- ❖ خصائص نظريات الجلد
- ❖ بروفييل الشخصية الجلدة.
- ❖ بناؤو الجلد وخصائصهم.
- ❖ التطبيقات العيادية لمقاربات الجلد.
- خلاصة الفصل.



## تمهيد

التغيّر والتغيير خاصة إنسانية محضة، وتطور الانسان وتفوقه مستمر على جميع الأصعدة وكل يوم هناك جديد، والمعرفة تراكمية بطبيعتها، على أساسها يكتشف الباحث أموراً لم ينتبه لها من سبقه، وهذا ما حدث في الممارسة العيادية حيث سيطر لعقود متتالية نموذج علم النفس المرضي والهشاشة *vulnérabilité*، وميل الإحصائيين الى الاعتقاد بأن المأساة الشخصية تؤدي في كثير من الأحيان إلى الاعتلال النفسي، كان الاهتمام منصبا على دراسة الظروف الصعبة التي يمر بها الأفراد عند تعرضهم للصدمات النفسية، ورصد الاستجابات المرضية مع ما يُصاحبها من أعراض وسلوكيات غير تكيفية.

كانت النظرة، سواء في مجال البحث أو العلاج والتكفل، متجهة ولعقود من الزمن إلى الأعراض والنتائج السلبية، ثم تفتن الباحثون من رواد علم النفس الإيجابي مثل سيلجمان (M, Seligman) وإيمي ورنر (E, Werner) وبوريس سريلانك (Cyrulnik.B) أن هناك أفراد أمام نفس الحدث الصدمي، وبالرغم من تأثر الكثيرين به، تتفجر قوتهم وتتضاعف طاقتهم وتزداد، ويقاومون البعض التهديدات والاختلالات النفسية ويُطوّرون تكيفاً علائقياً واجتماعياً ملفتاً للانتباه، على الرغم من شدة الصدمة من خلال سيرورة جلدية. سيرورة الجلد نموذج مقترح لفهم الموضوع في كليته البيولوجية والنفسية، والاجتماعية مع عوامل الضعف الخاصة به ولكن أيضاً مع إمكاناته الصحية.

ظهور نموذج الجلد (الرجوعية) (*la resilience*) قاد المختصين إلى تغيير نظرتهم حول الخطر المرتبط بالظروف الضاغطة، فازدادت الأبحاث المتعلقة به بشكل كبير خلال العقدين الماضيين وتلقى الآن أيضاً اهتماماً متزايداً من المعنيين بالسياسات والممارسات فيما يتعلق بتأثيرها المحتمل على الصحة والرفاهية ونوعية الحياة، اهتمام يرجع الى الابتعاد عن نماذج "العجز" للمرض وعلم النفس المرضي، وفهم التطور الصحي على الرغم من المخاطر، وعلى نقاط القوة بدلاً من نقاط الضعف، والجلد، بهذا المعنى، مفهوم حديث الظهور في العلوم النفسية، حيث قاد إلى تغيير الرؤى مفترضا رؤية أخرى لتوظيف استراتيجيات مواجهة ملائمة لإدارة الضغوط النفسية والصدمات بالتركيز على المصادر أكثر من الأعراض ونتائجها السلبية. هو مفهوم تم تطبيقه على البحث والممارسة في كل مجال ممكن من مجالات الحياة والأوساط الأكاديمية تقريبا، مثل علم الاجتماع وعلم النفس والتمريض والطب إلى الأعمال والمؤسسات والبيئة.

في علم النفس، الجلد يعتبر مقارنة حديثة مكملة لمقاربات الآليات الدفاعية، مقارنة التعلق ونموذج الجروحية او (الهشاشة) وعوامل الخطر والحماية إذ أنه يجمع بين العديد من العوامل المرتبطة بالفرد من جهة والمرتبطة بمحيطه من جهة أخرى.

وانطلاقاً من هذا المدخل سوف يتم تناول هذا المفهوم من خلال عرض جذوره والمفاهيم المرتبطة به والتعرف على سيرورته ورواده، والكشف عن عوامل بنائه، وخصائص الشخصية الجلدة وطرق تقييمها.

## 1- المقاربات والمفاهيم التي ساهمت في نشأة الجلد

من الناحية التاريخية، ركز علماء النفس اهتمامهم الإكلينيكي والعلمي على الأطفال الذين عانوا من الصدمات في محاولة لفهم كيف أن بعض الأطفال لم يظهروا الآثار السلبية المتوقعة من الصدمة بينما اظهر ذلك الأطفال الآخرون، فالجلد كمفهوم فرضي يدل على سلوك او خاصية بشرية يتميز بها الافراد والجماعات والتنظيمات او المؤسسات من اجل الحفاظ على الذات والمقومات والاستمرار في النمو الإيجابي، وحقبة الامر ان الجلد كسلوك تكيفي متواجد لدى الانسان منذ بدئ الخليقة وبمسميات مختلفة. (Masten,2006)

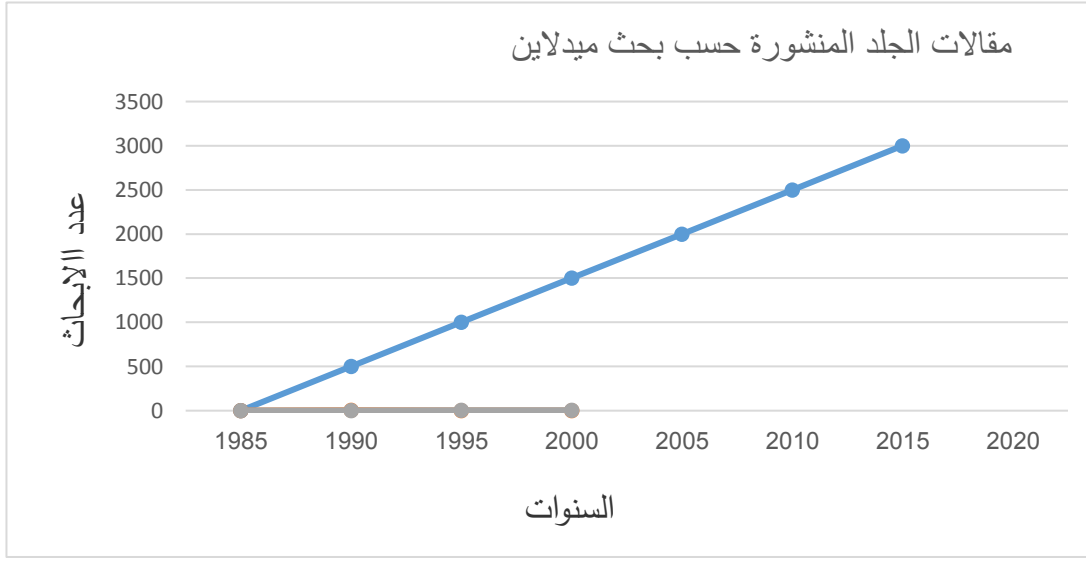
وقد ساهم الممارسون (غالبا الأطباء النفسيون أو الأطباء النفسيون للأطفال) في جعل هذا المفهوم معروفا وتطوير معالمه النظرية بالإضافة إلى مجال تطبيقاته العملية، حيث بدأ اهتمامهم به ودراسته دراسة علمية وافية أواخر سبعينيات القرن الماضي، في البلدان الأنجلوسكسونية، ولاسيما في الولايات المتحدة الأمريكية وكندا وبريطانيا العظمى على يد باحثين مثل: (Garmezy, Masten, Haggerty, Sherrod, Lemay, Werner, Rutter) يركزون على ما يسمى بآليات المواجهة (coping) حيث يعرفون الجلد بأنه القدرة على مواجهة الاحداث الضاغطة.

وبالمقابل انطلقت أبحاث الجلد بداية التسعينيات القرن الماضي على يد مؤلفين وباحثين أوروبيين الناطقين بالفرنسية (Ionescu, Cyrulnik, Manciaux Vanistendael) كتيار يتميز بالمقاربة السيكدونامية يربطون الجلد في غالب الأوقات بالصدمة النفسية أو الأحداث الصدمية، ويربطون الجلد بقدرات داخلية تُمكن الذات من تجاوز الصدمة.

لكل توجه جديد جذور وخلفيات تاريخية أدت الى ظهوره فالأبحاث حول الجلد عرفت تطورا متزايدا منذ أواخر القرن الماضي، وذلك بشهادة 4641 وثيقة بحث حول المصطلح، إضافة إلى ما يزيد عن 1023 مذكرة دكتوراه تضمنت الجلد وبمعاني مختلفة، كمتغير أساسي، في الوقت ذاته مازالت كلمة الجلد (la resilience) محل نقاش بين العديد من الباحثين. (ionescu,s.2010,p403)

في الوقت الحاضر، يساهم العديد من المؤلفين والباحثين والممارسين في وضع هذا المفهوم موضع التنفيذ والتشكيك في مساهماته وحدوده (Anant, 2003). ما نتج عنه العديد من البحوث التطبيقية و النظرية وهذا ما نلاحظه من خلال عدد الأوراق المنشورة حول الجلد (المرونة) فيما يتعلق بالتغلب على الشدائد بين عامي 1985 و 2017 في مختلف التخصصات والمجالات حسب موقع مدليان MEDLINE (قاعدة بيانات بليوغرافية في علوم الحياة والعلوم الحيوية الطبية بجامعة مونتيريال). (Martin, CM. 2018) ونستثني من ذلك البحوث العربية المنشورة والتي تعد قليلة الى حد ما، حسب رأينا نظرا لأهمية المفهوم، والشكل رقم (6) يوضح ذلك.

الشكل (6) دراسات حول الجلد من خلال بحث ميدلاين (medline)



فالجلد مصدر غموض بين الباحثين متعدد التوظيفات وقد شبهه **M. Rutter** باختبار رورشاخ جديد، والذي يسمح لمختلف الباحثين بإسقاط كل ما يشغل بالهم عليه، وذلك لوجود العديد من المصطلحات المتشابهة وفي سياقات ثقافية مختلفة، بالإضافة الى ربطه بنتائج العديد من الأبحاث التي رسخته في حقل العلوم الإنسانية والاجتماعية (Ionescu, s.2012, p19).

ومن اهم المفاهيم والمقاربات السائدة والتي أدت الى بروز مفهوم الجلد، هي تلك التي ركزت في البداية على الجروحية (**Vulnerability**) او ما يسمى بالضعف او الهشاشة وعوامل الخطر والضغوط والاليات الدفاعية، ثم اللاجروحية (**invulnerable**)، او العصمة من الجروح (الحصانة)، وبعد ذلك ظهر ما يسمى بعوامل الحماية الفردية العائلية والجماعية فالجلد أخيرا. وعلى هذا الاساس سوف نأتي على ذكر اهم المقاربات والرواد الذين ساهموا في ظهور مفهوم الجلد:

### 1-1 الجروحية في المقاربة الاكلينيكية

الجروحية او ما يسمى بالهشاشة والتي تعني أدنى مقاومة ممكنة للضغط والاجهاد وكذلك الاضرار والاعتداءات بمعنى (القابلية للمرضة)، وهي تختلف بين الافراد والجماعات، تجد هذه المقاربة مكانتها في دراسة نمو الأطفال وتطورهم واكتشاف محددات المرضة (أسباب الهشاشة) او ما يسمى عوامل الخطر. وتستعمل الجروحية لتعيين الافراد او الجماعات أعتبرو قابلين للجرح (المرض، الضرر الاختلال، مخرج سلبي).

الجروحية مفهوم عيادي لوصف المرضة وأصل الاضطرابات النفسية وتطورها خلال المراحل النمائية المختلفة، خصوصا مرحلة الطفولة وعوامل الخطر المرتبطة بها وكذلك حياة الراشدين والمسنين، وعليه المقاربة العيادية تهتم بتحليل محددات اضطراب الافراد وتقترب الاهتمام بالسيرورات النفسية الداخلية،

وتوضيح عوامل الهشاشة الداخلية والخارجية.

افترض "ماغنون" طبيب نفسي فرنسي (Magnan.v.1886) ان المريض النفسي شخص شاذ ومنحل بيولوجيا (dégénéré) منذ ولادته يحمل وراثيا اسباب مرضه ومن نتائج هذه النظرية وضع حاجز بين الانسان السوي والغير سوي ومن نتائجها أيضا البحث عن إشارات مرضية فيزيولوجية تبتعد عن المعيارية وتمسح لهم بتشخيص المرض (Hochmann, J. 2009).

وعلى هذا الأساس يمكن اعتبار ان الافراد المعرضين لنفس الخطر لا يستجيبون بنفس الطريقة، ولتوضيح تباين الجروحية بين الافراد اقترح "انتوني" (Anthony, 1982) في (Anaut, 2007, p13) استعارة الدمى الثلاثة:

الأولى مادة صنعها الزجاج، والثانية من البلاستيك، والثالثة من الصلب تتلقى كلها ضربة بمطرقة وبنفس الشدة، ثلاثهن يتعرضن لنفس الخطر، الدمية الأولى مكسورة تماما، والثانية تحتفظ الى الابد بآثار الضربة المتلقات (الصدمة)، والاخيرة تقاوم وعمليا لا يوجد أثر للضربة بالتالي فإن هذه الأخيرة يبدو انها مثل الطفل المنيع القادر على المقاومة، هذه الاستعارة ظهر من خلالها مفهوم الحصانة او العصمة من الجروح. وترتبط مستويات الجروحية بمجموعتين من العوامل المسببة لها ما يسمى "عوامل الخطر"

• عوامل المتمركزة حول الفرد.

\* الاستعدادات الجينية

\* الموارد الشخصية

\* الموارد المعرفية

• عوامل مرتبطة بالعجز البيئي:

\* البنية الأسرية الغير ملائمة

\* الفقر

\* العزلة الاجتماعية

1-2. نموذج العصمة من الجروح (الحصانة)

غالبًا ما وصفت الدراسات الطولية المبكرة للأطفال الذين أظهروا تكيفًا مرتبًا بأنهم غير معرضين للخطر أو انهم لا يقهرون (اشخاص غير عاديين) او الاطفال المنيعين، إذ تمكنوا من التغلب على الظروف القاسية، ما يسمى بالعصمة من الجرح أو (الحصانة)، ظهر مفهوم العصمة من الجروح بمدة قصيرة بعد الدراسات الأولى حول الخطر والجروحية، منذ سنة 1974 استعمل انثوني Anthony هذا المصطلح عكس مصطلح القابلة الشديدة للجرح.

حسب بيغراس وفورتين (Fortin et Bigras, 2000) تعود العصمة من الجروح إلى خصائص بعض الأطفال المميزة بما يعزز مقاومتهم للأحداث الضاغطة، هم افراد لديهم عوامل الحماية هي الغالبة سواء كانت (ذاتية، اسرية، اجتماعية). كما قام Anthony (1980) بتصنيف الأفراد ضمن المجال [الجروحية، العصمة من الجروح] في أربع مجموعات:

- ذو القابلية الشديدة للجرح: (Les hypervulnérables) يستسلمون بمجرد التعرض لضغط مألوف في الحياة.
- شبه المعصومين من الجروح (Les pseudo invulnerable) عاشوا في بيئة هشة ويضعفون عند أدنى خلل يصيب هذه البيئة.
- المعصومون من الجروح (Les invulnerable) الذين يخرجون بسرعة من كل ضغط ويتجاوزون الازمة بكل سهولة عند التعرض لمجموعة من الأحداث الصادمة.
- غير القابلين للجرح (Les non vulnérable) الذين ولدوا أقوياء وتمكنوا من متابعة نموهم بانسجام رغم كل الظروف

ومع ذلك هذه المفاهيم واستعاراتها المفترضة لها عيوبها وهي: أولاً انها مرتبطة بجماد، وتركز على الأثر الذي تخلفه الصدمة والمرتبطة بشكل أساسي بقدرات الموضوع.

ثانياً تؤكد على أهمية تكوين الذات ودرجة ضعفها الجوهري في مواجهة المواقف الضاغطة، ولكنها تهمل في نفس الوقت ان عملية المقاومة هذه خاصية إنسانية حسية ديناميكية (سيكولوجية) لها عواملها التي يمكن ان تساهم في تضخيم الصدمة او تخفيفها (عوامل الحماية والخطر الداخلية والخارجية). وفي علم النفس دائماً ترتبط الجروحية بعوامل الخطر أي ان القابلية للكسر لا تحدث دون سبب وجيه ولكن هناك دائماً عوامل مفجرة لها ومعيقة لآلية عمل الجهاز النفسي (اليات المواجهة) في وجه الصدمات والأزمات، والضغوط.

نستنتج من كل هذا أن نماذج الجروحية والعصمة من الجروح لا تبدو ملائمة لأنها لا تأخذ في الاعتبار أصل الفروق الفردية ودور البيئة، كما أنها لا تسمح بفهم سببية عدم استسلام بعض الأطفال ذوو الخطر المرتفع للمرض. ومن هنا بدأ تساؤل الباحثين عن العوامل التي تسمح لفرد ما بالتحكم في وضعية ضاغطة وبالتالي التغلب على المخلفات الضارة.

فأدخل Brazelton (1989) مصطلح القدرات الخاصة التي يتميز بها هؤلاء الأفراد من قدرات واستراتيجيات المقاومة المتبعة في هذه السيرورة التكيفية، كما اقترح كل من Lebovici, Diatkine et Soulé (1995) في آخر إصداراتهم مصطلح "موارد" (فردية، بيئية، علائقية واجتماعية) (Lemay, 2001, p. 138) والتي يطلق حالياً "عوامل الحماية" تم اعتماده في البحث التنموي الذي يركز على القوة عندما بدأ الباحثون في

استكشاف المتغيرات الإيجابية التي ساهمت في نتائج جيدة عند الأطفال المعرضين للخطر. كانت هذه نقلة نوعية لشرح ماهية وكيفية عمل هذه العوامل في التغلب على الآثار السلبية، عند الأطفال المعرضين للمخاطر. (Fraser MW, and al. 2005)

### 1-3 الآليات الدفاعية والحفاض على الذات

الجلد يرتبط مع عدة مفاهيم تحدث عنها "Freud" وخصوصا الصدمة، اللا شعور، وميكانيزمات الدفاع، وعمل الحداد وغيرها من مفاهيم المدرسة التحليلية، حيث يرى بأن الجلد شكل من أشكال المقاومة النفسية للضغوط والصدمات لكنها أكثر من هذا، ليس فقط كون الصدمة التي عانى منها الموضوع أدمجت وتم تجاوزها، ولكن أحدثت آثار إيجابية لم تكن موجودة قبلا. (ميروج، 2010. ص126)

حسب "فرويد" الحيل الدفاعية أو الوسائل الدفاعية أو الدفاعات النفسية هي استراتيجيات نفسية يستخدمها العقل الباطن (اللا شعور) لحماية الفرد من التوتر الناتج عن الأفكار أو المشاعر المرفوضة، وتُمثل هذه الاستراتيجيات الطرق البسيطة للعقل الباطن في مسابرة التوتر، يسعى الفرد من خلالها الي إيجاد حلول وسط للمشكلات الشخصية تكون أكثر قبولا من وجهة نظر ذاتية أو اجتماعية، لأجل حماية الذات من التهديد. ويُعد سيغموند فرويد أول من وضع حجر الأساس لهذا المصطلح.

ينتج عن الآليات الدفاعية عواقب صحية أو مرضية، ويتوقف ذلك على الظروف المحيطة، ونوع الأسلوب المستخدم ودرجة تكراره. ففي نظرية التحليل النفسي تُعتبر الآليات الدفاعية استراتيجيات نفسية تقوم بدورها عن طريق العقل اللاواعي بإنكار الحقيقة أو تغييرها أو التلاعب بها، أو إعادة تشكيلها من أجل حماية الشخص من الشعور بالقلق أو التوتر نتيجة الأفكار غير المقبولة، وحمايته من التهديد، ومن أجل الحفاظ على صورته الذاتية.

الأشخاص الطبيعيون عادة ما يستخدمون أساليب دفاعية مختلفة خلال مراحل حياتهم، هذه الآليات الدفاعية يمكنها أن تصبح مرضية عندما يؤدي الاستخدام المتكرر لها إلى صعوبات في التكيف، والذي يتسبب بدوره في حالة نفسية أو جسدية سيئة، إذ أن الغرض من الدفاعات النفسية هو حماية الشخص لنفسه من التوتر أو التهديد أو النظرة المجتمعية السيئة، بالإضافة إلى إيجاد مأوى أو ملجأ معنوي يحميه من الموقف الذي لا يستطيع مسابرتة في الوقت الراهن.

في الممارسة السريرية، فإنها تشكل علامات على الأداء النفسي للمريض، وهي أدلة مهمة يجب تحديدها من قبل مقدم الرعاية من أجل فهم أفضل لما يعانيه المريض عند مواجهة مرض أو مشكلة صحية مثل السرطان، حيث يرى دوتيشاي (detychey, 2001) ان هناك العديد من الآليات اللا شعورية والتي يستعملها مريض السرطان منها ما هو سلبي مثل (الانكار، الانعزال، الاستسلام، التهيج والاسقاط العدوانى الى غير

ذلك). ومنها ما هو إيجابي والذي يميز الشخصية الجلدة مثل: (الالتزام والاتقان، المساومة، التسامي، التفاؤل، الدعابة..).

يعتبر علماء ينتمون التيار التحليلي ان فرويد وضع القواعد الابستمولوجية لمقاربة الجلد، لكن استخدم مصطلحا مختلف والمتمثل في "التسامي"(الاعلاء)، الذي يعد من الاليات الأساسية المساهمة في ارساء سيرورة الجلد.

**التسامي** هو آلية وقائية للنفس مسؤولة عن تخفيف التوتر الداخلي، باستخدام إعادة توجيه الطاقة لتحقيق نتائج وأهداف مقبولة اجتماعيًا، على سبيل المثال، في الإبداع، في الرياضة، أو الدين... يمكننا اعتبار بدايات الإشارة الى مفهوم الجلد النفسي من خلال أعمال فرويد (1926) **Freud** حين كان يتساءل عن اختلاف الاستجابة بين الافراد إزاء الأحداث الصادمة خاصة وانهم لا يطورون عصاب كلهم. وكأنه كان يعلن بدايات العمل عن مفهوم الجلد حين كتب: "الاضطراب مشتركة بين جميع البشر، هي متشابهة لدى جميع الافراد، ما نحتاجه وما لا نملكه، هو عامل يوضح لنا لماذا هؤلاء الافراد قادرون على تحمل معاناة الضغوط بالرغم من تأثيرها الخاص على التوظيف النفسي العادي، أو نتعرف على الذي يفشل إزاء هذه المهمة". (Marie, A. 2005)

#### 1-4 بولبي (Bowlby) ونظرية التعلق

اهتم علماء النفس بالحياة النفسية للطفل وبشكل خاص مساهمة العلاقات الاولى في تنمية المهارات الاجتماعية والعاطفية للطفل، التي يكونها عادة مع أمه أو بديلها، وكان الباحث التحليلي الإنجليزي (Fairbairn) أول من اقترح التخلي عن فكرة النزوات التي جاء بها فرويد والتي رفضها (Bowlby) مع الانجليزي (Balint) الذي تكلم عن الحب الأولي (Amour primaire)

ومن جهتها وصفت (Freud, Anna) الاثار السلبية للانفصال الطويل الذي يعيشه الأطفال في سن مبكرة من العمر، وبالتالي اوصت بضرورة ارساء التعلق الأولي المبكر للطفل مع مقدم الرعاية خصوصا الام وضرورة احترامه. (Guedeney, N & Goldeneye A 2006, p. 06)

اشتغل بولبي مع روبرت سون Robertson سنة 1948 في المصحات التي تعنتي بالأطفال، وقام بدراسة معمقة على تأثير الانفصال عن الأم أو بديلها في فترة الطفولة المبكرة، واستنتجوا أن الأطفال يعيشون أزمة نفسية شديدة عند فقدان الام، ووصف روبرت تسون المراحل التطورية التي يعيشها الطفل بعد الانفصال عن الأم وهي: مرحلة الاحتجاج ثم مرحلة اليأس (فقدان الأمل) ثم مرحلة الانفصال(غياب). (مصدر سابق)

تهتم نظرية التعلق بدراسة طريقة تكوين العلاقات الأولى، إذ تعتبر المرحلة النمائية الاولى قاعدة هامة للإحساس بالأمان ينتج عنها تطور وظيفي لنمو المعرفي. حيث يشير كل من "Bowlby" و "Spits" من خلال دراستهما للحرمان الامومي البدائي " بأن الروابط الأولى التي يكتسبها الطفل الصغير تكون أساس الروابط العاطفية اللاحقة. كما أن اعمال الباحثين تأخذ في الحسبان نماذج التعلم الأولى وانعكاساتها على

النمو اللاحق للأشخاص وإرساء سيرورة الجلد لديهم، حيث أن العلاقة المتينة (أم- طفل) ضرورية لبناء الجلد خصوصا في السنوات الأولى التي تنتج نوعا محددًا من التعلق يؤثر على إمكانات التطور اللاحقة. حسب "Cupa" في (Anaut M,2007,p50) لا ينحصر التعلق على الأم والأب بل يتعدى إلى أشخاص آخرين كالإخوة وأفراد العائلة وخارج العائلة كالمربية، كما يضيف Gilligan أن الروابط العلائقية لا تكون ثابتة دائما في الأشهر الأولى من الحياة، إلا أنها قد تعرف تغيرات لاحقا، لا تكون فقط مرتبطة بعلاقات عاطفية عائلية متطورة، ولكن روابط خارج العائلة، كالتى تمثلها البنية الاجتماعية.

### 1-5 الدراسات الطولية لرواد الجلد (ويرنر، جارمزي، ماستن، روتر)

النهج المعاصر للجلد هو نتيجة للحركة التي بدأت قبل عدة عقود والتي ولدت نموذجا نظريًا معقدا. في الواقع، هذا النموذج غني بأقدمية تزيد عن 40 عاما، وقد خضع لتحويلات عززت نضجه المفاهيمي. بتوسيع محيط تدخلاته. وبالتالي، إذا كانت الأعمال الأولى تركز بشكل أساسي على الأطفال والمراهقين الذين يُعتبرون مرنين، فإن مجال البحث حول الجلد امتد بسرعة ليشمل البالغين وكبار السن (Lejeune A.2004) بما في ذلك المتقدمين في السن في بعض الأحيان. (Amyot JJ, 2015) علاوة على ذلك، خارج نطاق الأفراد، تُعتبر الأسرة (Pourtois & Desmet,2000) أو المجموعات السكانية أيضا من المحتمل أن تطور عمليات الجلد، كان معظم رواد دراسات الجلد من الأطباء والباحثين الأنجلوساكسونيين، وعلماء النفس أو الأطباء النفسيين، الذين حاولوا فهم مشاكل الصحة النفسية والوقاية منها، مثل: إيبي ويرنر، ونورمان جار ميوزي، ومايكل روتر

### 1-5-1 مساهمات إيبي ويرنر (Emmy Werner)

تم الاعتراف بعالمية النفس الأمريكية إيبي ويرنر Werner على أنها لعبت دورا رئيسيا في ظهور مقاربة الجلد (resilience)، من خلال البحث الطولي (Werner E,1989) الذي أجرته مع الأطفال في كاواي إحدى جزر أرخبيل هاواي، من عام 1955. وركز هذا العمل على مجموعة متعددة الأعراق من 545 طفلاً من أصل 698 طفلاً ولدوا في عام 1955 تمت متابعتهم على مدى عدة عقود، بأعمار 1 و 2 و 10 و 18 و 32 و 40 عاما. اختيرت هذه الأعمار لأنها تمثل مراحل في دورة الحياة التي تعتبر بالغة الأهمية لتنمية الثقة والاستقلالية. يتكون مجتمع الدراسة هذا من أفراد "معرضين للخطر" تمت متابعة وملاحظة نموهم البدني والنفسي والاجتماعي منذ الولادة وحتى سن الرشد. من بين الخصائص التي تم اعتبارها كعوامل خطر هي: الفقر، والعنف، والإدمان، والخلاف الزوجي، والمرض النفسي لأحد الوالدين أو كلاهما، أمهات ذات مستوى ثقافي متدني... الخ. لاحظت إيبي ويرنر وفريقها أن عددا معينا من هؤلاء الأطفال نسبة 30% منهم، حوالي 210 من أفراد العينة يتكيفون مع البيئة الفاشلة من خلال إظهار تكيف اجتماعي ملحوظ في بعض الأحيان. لقد تم وصفهم بالجلدين.



وفقا لإيمي ويرنر (Werner E,1989)، فإن غالبية الشباب "المعرضين لخطر كبير" الذين عانوا من مشاكل التكيف في مرحلة المراهقة استعادوا التطور الكافي فيما بعد، يوصفون بأنهم تطورو ليصبحوا بالغين "مهتمين واكفاء وواقين"، على الرغم من تاريخ طفولتهم المضطرب. بحلول سن الأربعين، لم يكن أي من هؤلاء الأفراد عاطلاً عن العمل، ولم يكن أي منهم في مشكلة مع القانون، ولم يضطر أحد إلى الاعتماد على الخدمات الاجتماعية.

كانت معدلات الطلاق ومعدلات الوفيات ومعدلات المشاكل الصحية المزمنا أقل بكثير في منتصف العمر من نظرائهم من نفس الجنس. كان إنجازهم التعليمي والمهني مساوياً أو حتى يتجاوز إنجازات الأطفال الذين نشأوا في بيئات منزلية أكثر أماناً واستقراراً من الناحية الاقتصادية. إن وجودهم ذاته يتحدى الأسطورة القائلة بأن الطفل الذي ينتمي إلى ما يسمى مجموعة "عالية الخطورة" مصيره أن يصبح أحد الخاسرين في الحياة. على الرغم من عدم تركيز إيمي ويرنر في البداية على مفهوم الجلد، إلا أن بحثها الطولي قد ساهم بشكل كبير في العمل على سيرورة الجلد وألهم العديد من الباحثين الآخرين. أولاً، جعل من الممكن التأكيد على الحقيقة السريرية للجلد وإدراجها في عملية النمو والتطور. ساهمت ملاحظات هذه الدراسة أيضاً التي أجريت على المدى الطويل في وضع الأسس لتحليل أداء الجلد، على وجه الخصوص.

### 1-5-2 دراسة نورمان جار ميزي وأن ماستن (Garmezy & Ann Masten)

يعتبر نورمان جارمزي أول باحث ينشر نتائج دراسة تتعلق بشكل غير مباشر بالجلد، في عام 1973 يتعلق هذا البحث الطولي بمهارات تكيف لدى الأطفال المعرضين للخطر (Garmezy N,1973)، في أسر مرضى الفصام منذ سبعينيات القرن الماضي، بالتعاون مع فريق ستضم إليه على وجه الخصوص آن ماستن. ركزت الدراسات على مستقبل الأطفال الأمريكيين، الذين يعيشون في ظروف عائلية وبيئية محفوفة بالمخاطر، غير مواتية لنموهم النفسي والاجتماعي. سلطت الملاحظات الضوء على وجود مهارات اجتماعية محددة لدى الأطفال الذين سيتم تأهيلهم ليكونوا قادرين على الصمود. من بين معايير المهارات التي يستخدمها الباحثون نجد: النجاح الأكاديمي، والسلوك المناسب في الفصل، ومهارات التعامل مع الآخرين (التواصل الاجتماعي، والجاذبية، والتعاطف، أو الدعابة) تم اعتبار هذه المهارات الاجتماعية كمؤشرات على الجلد، وكشف عن أنماط التكيف ومقاومة الإجهاد. هذه الأساليب المبكرة للمرونة أشارت بالفعل على مقاومة الأفراد للإجهاد، وخاصة عند الأطفال.

وتجدر الإشارة إلى أنه وفقاً لنورمان جار ميزي (Garmezy N.1991) فإن الإجهاد ينبع من "وجود قيود حياتية دائمة ومكثفة". في هذا السياق، يعني الجلد الحفاظ على الإتيقان وحشد المهارات رغم التعرض لضغط شديد. لم تكن هذه ضغوط الحياة العادية، بل كانت ظروفًا معيشية تميزت بمصاعب كبيرة ودائمة أدى عمل الفريق بقيادة نورمان جارمزي (Garmezy and all,1984) إلى وصف ثلاثة نماذج نظرية لقواعد المرونة:

• النموذج التعويضي على سبيل المثال، قد يواجه الطفل بيئة منزلية شديدة الصراع وفي نفس الوقت علاقة دافئة ووثيقة مع جده. إذا كان الطفل جلدًا فقد يكون ذلك بسبب أن علاقة الأجداد تعوض البيئة المنزلية.

• نموذج الحماية مقابل الضعف: (المناعة مقابل الضعف) هذه علاقة تفاعلية بين عوامل الضغط والسمات الشخصية، حيث يختلف ارتباط الإجهاد بالنتيجة اعتمادًا على مستوى السمة قيد الدراسة. على سبيل المثال، قد يكون لدى الطفل الذي يعاني من فقر مدقع بيئة منزلية متماسكة تتفاعل مع الفقر لتقليل المخاطر

• ونموذج التحدي: حيث تعمل عوامل الضغط على تحسين التكيف ولكن ليس عند مستويات منخفضة جدًا أو عالية جدًا. التحدي سلوك إيجابي يتخذه الأفراد الجلدين لمواجهة الضغوط، التوتر مفيد للشباب حيث يمكنهم أن يطوروا مهارات التأقلم ويشجعهم لتعبئة الموارد الداخلية والخارجية، بهذا المعنى، قد يشعر بعض الأفراد الجلدين بأن المواجهة مع الشدائد تعززهم.

وضعت آن ماستن (Masten A, 2012) في الاعتبار نتائج البحث الطولي مع الأطفال من الأسر المحرومة التي بدأها نورمان جارمزي والتي شاركت فيها بشكل كبير. على وجه الخصوص، أشارت إلى أن الاختلافات في ردود الفعل على الإجهاد يمكن تفسيرها جزئيًا بمزاج الموضوع المزاج" هنا يشير إلى (الجوانب البيولوجية) وسمات الشخصية. "

فإن الإشارة إلى هذين البعدين من خصائص الفرد تقدم فكرة الجلد المتصورة كعملية تبني نفسها، وبالتالي فهي جزء من منظور تنموي وتطوري فيما يتعلق بالتبادلات مع البيئة، مما سيأخذ في الاعتبار الجوانب الديناميكية والتطورية، ويصبح الجلد عبارة عن عملية ديناميكية.

ومن هذا المنظور تعرف (آن ماستن، 2001) الجلد على أنه: "عملية أو قدرة أو نتائج التكيف الناجح على الرغم من الظروف الصعبة أو المهددة".

أظهر عمل "نورمان جارمزي" و "آن ماستن" أيضًا اختلافات ملحوظة في المسار والدخول في عملية الجلد اعتمادًا على الفرد. وهكذا، كان لدى بعض الشباب طريق الجلد منذ الطفولة المبكرة، بينما ظهر الجلد في حالات أخرى، على أنها بداية متأخرة (Masten A, 2001) خاصة خلال الفترة الانتقالية إلى مرحلة البلوغ. هذا الازدهار المتأخر في الجلد يوحي أن الظروف الداخلية (الخصائص الخاصة بالموضوع) وكذلك الخارجية (البيئة العاطفية والاجتماعية) قد تغيرت بشكل كافٍ بمرور الوقت للسماح بظهوره المتأخر. في سياق عملها الأخير، أوضحت آن ماستن نقطة للتأكيد على أن عملية الجلد ليست استثنائية، وأنها يمكن أن تهم العديد من الموضوعات وأن تكون مدعومة بالموارد أو الخصائص "العادية"، والتي تشكل هذا الذي عينته على أنه السحر العادي للجلد (Masten A, 2014).

1-5-3 بحث مايكل راتر (Michael Rutter): خلص راتر (Rutter) إلى أن ظهور الاضطرابات النفسية يختلف ليس فقط وفقاً لتراكم عوامل الخطر ولكن قبل كل شيء لتفاعلها، مما يضخم العواقب السلبية بشكل كبير (Rutter M, 1993). ومع ذلك، يمكن التخفيف من ضررها من خلال تأثير العوامل الوقائية. علاوة على ذلك، أشار مايكل راتر إلى أن الخلاف بين الوالدين والحجج المنكرة تمثل عامل خطر مهم بشكل خاص لمستقبل الشباب، في الواقع، أظهرت الدراسة ارتفاع وتيرة السلوك المعادي للمجتمع بين الأطفال من أسر يتجادل فيها الآباء باستمرار ويتقاتلون.

من بين الأبحاث التي أجراها مايكل راتر وفريقه، يمكننا أيضاً الاستشهاد بالدراسة التي ركزت على مجموعة من الأطفال الرومانيين الذين تم تبنيهم في سن مبكرة في المملكة المتحدة (Rutter M, 1998)، كانوا 111 طفلاً رومانياً، وصلوا إلى المملكة المتحدة قبل سن الثانية، بعد سقوط نظام تشاوشيسكو في عام 1989. وقد عانى هؤلاء الأطفال من أوجه قصور مبكرة، حيث عاشوا في دور الأيتام الرومانية في ظروف من الحرمان الحسي. في وقت التبنى، كان لدى معظم الأطفال تأخر كبير في النمو الجسدي والمعرفي (الطول، الوزن، محيط الرأس، حاصل النمو المعرفي). ومع ذلك، في سن الرابعة، أظهر العديد من الأطفال تداركاً جسدياً ومعرفياً ملحوظاً. فقد أتاح تغير البيئة والظروف العاطفية والنفسية، إمكانية تعويض معظم التأخر الأولي. على وجه التحديد، تمكن الأطفال الذين تم تبنيهم قبل سن ستة أشهر من التعافي تماماً من تأخرهم في سن الرابعة. في حين أن الأطفال الآخرين، الذين تم تبنيهم في سن أكبر، استردوا تأخرهم جزئياً فقط. يشهد هذا البحث على أهمية العوامل البيئية العاطفية والاجتماعية في إدخال مسار الجلد، وعلى أهمية المراحل النمائية الأولى في ذلك.

كان مايكل راتر من أوائل الذين أشاروا إلى أن الجلد يتم اكتسابه إلى حد كبير، وهو ناتج عن مجموعة من العوامل الداخلية والخارجية. ومع ذلك، من هذا المنظور، فهو ليس مطلقاً أي لا يتعلق بالضرورة بجميع مجالات حياة الفرد، وبالتالي يمكن أن يكون له حدود.

يلخص تعريف الجلد الذي اقترحه مايكل راتر (Rutter M. 1990) تعقيد هذه الظاهرة جيداً: "يتميز الجلد بمجموعة من العمليات الاجتماعية والداخلية التي تجعل من الممكن التمتع بحياة صحية في بيئة غير صحية. يتم تحقيقه ذلك بمرور الوقت، وفقاً لتفاعلات بين سمات الطفل والأسرة، والسياق الاجتماعي والثقافي. لذلك، يشير الجلد إلى عملية تنتج عن التفاعل بين موارد الفرد وموارده بينته.

كذلك قام مايكل راتر مع زميله الأمريكي نورمان جار ميزي (Garmezy N, Rutter M. 1983). بدراسة ركزت بشكل خاص على تأثير عوامل الحماية المعروفة في تاريخ الأشخاص والذين تمكنوا من حماية أنفسهم من الآثار السلبية للمخاطر. وخلصوا إلى أن عوامل الخطر تعوق عملية الجلد بينما عوامل الحماية تعززها. النموذج الذي لا يزال يهيمن حتى اليوم في الدراسات الدولية حول الجلد يتعلق بتحديد وتحليل العوامل الوقائية التي تعدل ردود الفعل على الأخطار الموجودة في البيئة المادية والعاطفية والاجتماعية

والتي تميل إلى التخفيف من الآثار السلبية للسياقات المسببة للصدمة، ما سوف نركز عليه في الصفحات اللاحقة تحت عنوان: عوامل الحماية والخطر وعملية الجلد.

### 1-6. مقارنة عوامل الخطر

لقد اهتم علماء النفس والاطباء بالبحث حول مسببات الامراض، حيث كانوا يربطون بين الأخطار المواجهة من طرف الأفراد وظهور الأمراض وقد سمحت الاكتشافات في هذا الميدان بالتدخل قبل حدوث المرض والوقاية. وتعرف عوامل الخطر بانها مجموعة من العوامل البيئية أو الخبرات أو السمات الفردية التي تزيد من احتمالية حدوث نتيجة سلبية (الإصابة بمرض أو التعرض لصدمة). (Masten and al,2012).

غالبًا ما ركز باحثو علم النفس على تحديد عوامل الخطر ونقاط الضعف التي يمكن أن تسهم في نتائج سيئة عند الأطفال.

يسمي الباحثون "عوامل الخطر" العناصر التي يمكن أن تكون عقبات تحول دون التغلب على المحن. هذه العوامل قد تكون فردية، عائلية أو اجتماعية بطبيعتها. قد يُصاب بعض الأشخاص باضطرابات نفسية مع وجود عدد قليل من عوامل الخطر، بينما يُظهر البعض الآخر نوعا من المقاومة بتراكم العديد من عوامل الخطر. تختلف دورات حياة والفروق بين الأشخاص اختلافاً كبيراً حسب الزمان والمكان، لذلك قد يكون من الصعب التنبؤ بما قد يتسبب في حدوث اضطراب لشخص ما، دون آخر، حسب جارميري (1996, Garmezy) في (Anaut, 2007, p.24) يمكن أن يكون عامل الخطر " حادث أو ظرف عضوي أو بيئي يزيد من احتمال ظهور المشاكل الانفعالية أو السلوكية، قد تتضمن عوامل الخطر بعد واحد او عدة أبعاد: بيولوجية، علائقية واجتماعية ويمكن أن تخص الطفل نفسه أو عائلته وانتماءه الاجتماعي، الاقتصادي والثقافي، يقدم راتر (1985) Rutter مذكور في (Jourdan-Ionescu et al.1998) التوليفات المحتملة لعوامل الخطر والمتمثلة في طبيعة وعدد الظروف المعاكسة وهي كالآتي:

#### الخصائص الشخصية:

- الجنس، السن، نوعية المزاج
- نوعية العلاقات الاجتماعية والقدرات المعرفية
- الدعم الأسري والاجتماعي
- الأبعاد الإيجابية للحياة
- تجارب السابقة.
- عوامل الخطر لتطوير الفشل المدرسي

#### خصائص الطفل:

- العجز عقلي أو السمعي أو عدم القدرة على الانتباه

- اضطراب اللغة (الوعي الصوتي) عوامل وراثية
- المشاكل السلوكية

#### خصائص بيئته الاجتماعية والثقافية:

- بيئة مختلفة عن بيئة المدرسة
- المناطق المحرومة

ملاحظة: عند الطفل يمكن أن تكون عوامل الخطر فطرية (استعداد وراثي) او مكتسبة.

### 1-7 مقارنة عوامل الحماية

عوامل الحماية هي سمات، مثل المهارات أو نقاط القوة أو الموارد، التي تساعد الأطفال والشباب من التطور والنمو في ظروف صحية معاكسة، ومنعهم من التدهور، وتحسين القدرة على التكيف. على سبيل المثال، يعد الحصول على قسط كافٍ من النوم جزءًا مهمًا من حماية الشخص من أعراض اضطرابات المزاج مثل القلق والاكتئاب.

يمكن أن ترتبط عملية الجلد بمجموعة من الموارد الخاصة (داخل الفرد) أو العامة (افراد أو جماعات أو التجمعات السكانية). تم تحديد عدد معين من الخصائص المرتبطة بعملية الجلد وشكلت ما يسمى "العوامل" (فردية، أسرية، اجتماعية) ويمكننا تلخيصها فيما يلي حسب ماستن وجارموزي (Anne Masten et al, 1991)

العوامل الفردية للجلد: من خلال دراسة الأفراد الذين يُعتبرون جليدين، يمكننا الاحتفاظ بعدد معين من الخصائص التي تساهم في تسهيل الجلد، على سبيل المثال:

- الجنس، السن، المزاج، الذكاء
- مهارات حل المشكلات
- الاستقلالية
- القدرة على إبعاد الذات عن البيئة المضطربة
- توافر مجموعة من المهارات الاجتماعية
- القدرة على التعاطف وروح الدعابة
- الإيثار
- المؤانسة والشعبية (التقدير والحب من الغير)
- الإحساس بوجود علاقة إيجابية مع شخص بالغ.

✓ عوامل الأسرية للجلد

من بين خصائص البنيوية للأسرة:

- عمر الوالدين
- عدد الأطفال (>5)
- المسافة بين الولادات
- مساحة مادية كافية
- وجود معتقد (دين) وأيديولوجيا
- الانضباط التربوي

ومن خصائص الديناميكية للأسرة:

- جودة الاتصال
- العلاقات الدافئة والإيجابية
- الدعم والمودة

✓ العوامل الاجتماعية: من بين موارد الجلد الاجتماعي يمكننا الاستشهاد بما يلي:

- نوعية الأقران
- افراد المجتمع: المدرسة، الحي، إلخ.
- التوجه الديني أو الأيديولوجي للمجتمع
- ثقافة المجتمع

من بين أشكال الجلد الاجتماعي يمكننا الاحتفاظ بما يلي:

- التضامن
- التوقعات العالية
- المشاركة في الأنشطة والطقوس الاجتماعية
- قيم المساعدة المتبادلة والتسامح الاجتماعي
- تنوع موارد الدعم الاجتماعي

تقترح الأدبيات تجاوز مستوى الابحاث الذي تركز على حدث واحد في الحياة، والانتقال لدراسة مجموعة احداث متعددة العوامل التي تشارك في نمو الطفل، لفهم المواقف شديدة الخطورة والعمليات التي تؤدي إلى الاضطرابات السلوكية، من الضروري أولاً تقييم عدة أدلة من الطفل وأسرته وبيئته في نفس الوقت، ثم تحليل مجموعات العوامل التي تحمي أو تؤثر على الطفل. يجب ان لا ننسى أن مقاومة الأطفال لعوامل الخطر نسبية وليست مطلقة، لذلك يمكن أن تختلف بمرور الوقت ووفقاً للسياق.

على الرغم من أن عاملاً واحداً وقائياً أو خطراً قد لا يؤثر على عملية الجلد لدى الفرد، إلا أن مجموعة من عوامل الخطر يمكن أن تغطي على الفرد وتجعل من الصعب إرساء عملية التوافق لديه بسهولة. من ناحية أخرى، يمكن للعديد من عوامل الحماية أن تعزز قدرة الشخص على التعامل مع الظروف الصعبة، عوامل الخطر تدفعنا إلى الأسفل، إنها تتحدى قدرتنا على التأقلم والتعافي، وتزيد من فرصة النتائج السلبية. عوامل الحماية (الأشياء التي تسهل علينا التأقلم) ترفعنا وتجعل من المرجح أن نحصل على نتيجة إيجابية. ما يوجه التوازن لتحقيق نتائج جيدة هو عندما تفوق عوامل الحماية عوامل الخطر.

لتوضيح عملية الجلد، نفضل الاستعارة (المستوحاة من أنطوني) التي اقترحها ميشيل ما نسيو (2001) والتي تقول من حيث الجوهر. إذا تم إسقاط دمية، فسوف تنكسر بسهولة إلى حد ما، اعتماداً على معايير مختلفة: قوة الرمية (إهمال أو عدوان ...) وتعني الأسرة، (طبيعة الأرض) مثل الخرسانة، الرمل، السجاد، إلخ) وتعني البيئة، والمواد التي صنعت منها: (الزجاج، الخزف، القماش، إلخ) وتعني الخصائص الشخصية للفرد.

من هنا نقول بأن الجلد هو سيرورة متعددة العوامل تتداخل فيها عوامل الحماية مقابل عوامل الخطر، اللذان لا يعتبران قطبين لنفس الظاهرة حسب العديد من المنظرين والمثال الآتي يوضح ذلك: رحيل الأب الكحولي من العائلة يمكن أن يظهر كعامل حماية لكن انخفاض المدخول والحرمان العاطفي الذي سيحدث جراء هذا الفقدان ممكن كذلك أن يظهر كعامل خطر، ونستخلص من هذا الجلد هو نتاج عملية توازن بين عوامل الخطر وعوامل الحماية.

يشير راتر إلى أن العوامل يمكن أن تكون خطرة أو وقائية حسب السياق والمخاطر السابقة والظروف الحالية. كمثال، يقترح أن التبنّي ينظر إليه على أنه خطر، ولكن إذا كان الطفل في بيئة منزلية مسيئة ولديه الفرصة للذهاب إلى منزل محب ومستقر، فقد يكون التبنّي عاملاً وقائياً (Rutter, 2013).

الا ان " ماستن" (Masten, 2011) ترى عكس ذلك بأن المخاطر والمتغيرات الوقائية على أنها ثنائية القطب لقد أوضحت أنه إذا كان الطفل مرتفعاً في تدرج المخاطر، فمن المحتمل أن يكون منخفضاً في تدرج عوامل الحماية. على سبيل المثال، إذا كان لدى الطفل عامل خطر يتمثل في منزل فوضوي، فمن المحتمل أنه يفتقد العامل الوقائي لبيئة المنزل المتماسكة. في حين أن هذه نقطة صحيحة، فقد لا تنطبق على جميع عوامل الخطر والحماية، يقدم روتر (Rutter 1985) مذكور في Jourdan-Ionescu (et al.1998) التوليفات المحتملة لعوامل الحماية وطبيعة وعدد الظروف

## الفصل الثالث: سيرورة الجلد

المعاكسة أي عوامل الخطورة ونلخص هذه العوامل في الجدول رقم (4)  
الجدول رقم (4): عوامل الخطر وعوامل الحماية حسب المجال (فردى، أسرى، اجتماعى)

عوامل الخطر	المجال	عوامل الحماية
<ul style="list-style-type: none"> <li>- الاضطرابات النفسية والجسدية</li> <li>- الإدمان</li> <li>- تدنى احترام الذات وتدنى</li> <li>- سوء ادارة العواطف</li> <li>- عدم تلبية الاحتياجات الأساسية (سوء التغذية والإهمال)</li> </ul>	<p><b>الفردى</b></p> <p>↔</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-المهارات المعرفية (الذكاء والابداع وحل المشكلات)</li> <li>-المهارات الاجتماعية الإيجابية</li> <li>-الذكاء الوجدانى</li> <li>-الايثار والقدرة على مساعدة الآخرين</li> <li>-التفاؤل والامل وتقبل المساعدة من الآخرين</li> <li>-امتلاك قيم ومثل عليا (الصدق روح التضامن)</li> <li>-الاعتقاد الدينى والروحانية</li> <li>-روح الفكاهة وتقدير الذات</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-الأقارب المصابون بالمرض أو الإدمان</li> <li>-ضعف التواصل بين أفراد الأسرة</li> <li>-نقص شبكة الدعم</li> <li>-العنف المنزلى والبطالة</li> </ul>	<p><b>الاسرى</b></p> <p>↔</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-التواصل الإيجابى بين افراد الاسرة</li> <li>-الدعم من طرف الاسرة والتفهم</li> <li>-الاحتفال وأداء الطقوس والعبادات</li> <li>-تلبية مختلف الحاجات الأساسية</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>-غياب شبكة الدعم</li> <li>-شبكات اجتماعية مُعرضة للخطر</li> <li>-التمييز</li> <li>-العزلة</li> <li>-الاجتماعية</li> <li>- العنف وسوء المعاملة والتسلط</li> <li>-الثقافة الابوية المحدودة</li> <li>-عمالة الاطفال</li> </ul>	<p><b>الاجتماعى</b></p> <p>↔</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-تواصل وتكاتف اجتماعى</li> <li>-شبكات اجتماعية صحية وسليمة (الأصدقاء والاقربان والجيران)</li> <li>-مدرسون ميسرون لعملية الجلد</li> <li>-مساحات ترفيهية آمنة</li> <li>-سهولة الوصول الى التعليم</li> </ul>



## 2- ظهور مفهوم الجلد

### 2-1. تعريف الجلد

2-1-1. **الجلد لغة:** جَدَّ الشخص: بمعنى قوي واشتد بأسه. نقول شاب جَدُّ: جَدَّ الفلسطينيون في مقاومة العدو. الجلد بمعنى الصبر على مكروه " جَدَّ على الشدائد".

ونقول تَجَدَّ الشخص: أي صار جَدًّا، تَصَبَّر وتَحلى بالثبات ورضي بالقدر ولم يجزع "المؤمن دائما يتجَدَّ عند المصائب". تكلف الجلد او اظهره " تجلد فلان عندما وجد سيارته مهشمة " جالد بالسيف أي حارب به. (احمد مختار، 2008)

في اللغة الإنجليزية كلمة (**Resilience**) مرادفة لكلمة " ارتداد " "إعادة القبض أو الأخذ" أو "إعادة التقويم والاعتدال"، "القفز إلى الخلف"، والذي يمكن تطبيقه في العديد من السياقات، والتوجهات، ونحن نتبنى في هذه الدراسة مفهوم الجلد كترجمة لمصطلح (**resilience**) للاعتبارات التالية:

أولا وكما أشرنا الى مفهوم الجلد لغة هو بمعنى القدرة على الصبر والتحمل والتي هي سمة إنسانية خاطب بها الله سبحانه وتعالى عباده المؤمنين ا (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اصْبِرُوا وَصَابِرُوا وَرَابِطُوا وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ) سورة آل عمران، آية:200. وكذلك الجَد بمعنى صبر على المكروه وتحمل الألم (المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، ص.255) لما في ذلك من دينامية وخاصة إنسانية وهو بهذا المعنى مفهوم سيكولوجي.

أصل مصطلح " **Resilience** " يأتي من الفعل اللاتيني **Re-salire** والذي أُستعمل بشكل منتظم في العلوم الفيزيائية حيث يمثل قدرة المواد على مقاومة الصدمات واستعادة الشكل اللائق او حالتها الاصلية بعد تعرضها لصدمة ما، ويتم تعريفها في قاموس أكسفورد للغة الإنجليزية على أنها "القدرة على الصمود أو التعافي بسرعة في ظل الظروف الصعبة. (Soanes & tevenson, 2006, p.1498)

### 2-1-2. مصطلحات مرادفة واخرى مقارنة لمفهوم الجلد

من خلال تصفحنا للعديد من البحوث والدراسات (مقالات ورسائل اكااديمية) حول **الجلد**، كان مضمون توجهاتها النظرية نفسه، لكن باستعمال مفاهيم مختلفة مترجمة من أصل المصطلح اللاتيني "**résilience**"، وتدل على نفس المعنى أي انها مرادفة لمفهوم الجلد، فهناك من ترجم مصطلح "**résilience**" إلى **المرونة** مثل (محمد عصام.2015) وهناك من ترجمها إلى **الصمود** مثل (ولاء يوسف، 2021)، وهناك من ترجمها إلى **الرجوعية** او **الارتداد** (حافري زهية. 2019)، والبعض الآخر الى **الجلد** مثل (طالب حنان، 2009) و(فضيلة لحر. 2017) الى غير ذلك من الدراسات المختلفة تؤدي الى نفس المعنى والاتجاه، لكن بمفاهيم تختلف من بحث الى آخر، بالإضافة الى هذه المصطلحات المرادفة للجلد هناك بعض المفاهيم المقاربة او المتداخلة معه مثل: (الصلابة، الحصانة، المقاومة، قوة الانا، التكيف والتأقلم، ... الخ) نذكر أهمها:

✓ **الصلابة (L'endurance):** كوبازا (**kopasa**) هي اول من وضعت الاساس لمصطلح الصلابة النفسية، حيث تعرفها بأنها مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة إدراكا غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو إيجابي، وتتضمن ثلاثة أبعاد هي: الالتزام، التحكم والتحدي (21 راضي، 2008 ص 21).

فالصلابة النفسية هي مجموعة من سمات الشخصية التي تعمل كمصدر للمقاومة في مواجهة الأحداث الضاغطة، وهي القدرة على البقاء بقوة أمام الوضعيات الصعبة، وحسب kobasa اعتقاد لدى الفرد في قدرته على استخدام كل الموارد النفسية والبيئية المتاحة بشكل يسمح له ان يواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة. فالصلابة هي القدرة على المقاومة والبقاء اما الجلد فهو القدرة على الانطلاق من جديد وبمنحى أكثر إيجابية.

✓ **قوة الانا (Le pouvoir de l'ego):** هي كفاية الأنا بالنسبة لما تؤديه من وظائف في الشخصية، متضمنة ايضا كفاية للوظائف الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية، والخلقية، وكفاية الاستجابة للمثيرات الداخلية. (آنا فرويد، 1972. ص 62)، وقوة الانا بهذا المعنى هي التوافق مع الذات ومع المجتمع والرضا بالقدر خيره وشره والخلو من الامراض النفسية.

✓ **المقاومة (la résistance):** استخدم كثيرا من طرف "banano" الى غاية 2003م، وهو ما يميز الاشخاص الذين يستطيعون مواجهة حالة الضغط من خلال توظيف قدراتهم توظيفا طبيعيا دون تكليف سواء أثناء او قبل او بعد حالة الضغط (التحكم في الانفعال)

✓ **الحصانة (L'invulnérabilité):** اللانجراحية، استعمله انتوني (Antony) سنة 1974م، لوصف الاطفال الغير قابلين للجرح النفسي وهو يختلف عن سيرورة الجلد.

✓ **التكيف (Adaptation):** عملية دينامية مستمرة، يهدف بها الفرد إلى أن يغير سلوكه، ليحدث علاقة أكثر توافقا وتوازنا مع البيئة وكل ما يعترض له من مصاعب، كما تدل على مفهوم بيولوجي استخدم في نظرية التطور والبقاء، فالكائن الحي القادر على التكيف مع البيئة، ومفاجأتها يستطيع الاستمرار في البقاء، أما الذي يخفق في التكيف فمصيره إلى الزوال، (الموسوعة العربية).

**2-1-3. استخدامات مفهوم الجلد ومرادفاته** الجلد مفهوم متعدد التخصصات بامتياز. تبنته العديد من التخصصات، مثل علم النفس وعلم الجريمة والعمل الاجتماعي والبيئة، قاموا بتحليله وشرحه بشكل مفصل وموثق، على مدى العقود الماضية (Bourbeau,2016, p.285).

ترجع الطبيعة المعقدة وعدم وجود توافق في الآراء في تعريف الجلد، الى تعدد استعمالته وتعدد مجالاته، وبمرادفات متعددة فهو مفهوم يوصف به الفرد والاسرة والجماعة وتوصف به التنظيمات والمؤسسات والاقتصاد والطبيعة واجهزه الاعلام والفيزياء ونذكر هنا بعضا من استخداماته:

✓ **في الفيزياء (علم المعادن):** هو قدرة المواد على استعادة حالتها الأولية بعد الصدمة، أي القدرة على امتصاص الطاقة الحركية الناتجة عن الصدمة من دون حدوث عيب ظاهر والرجوع إلى حالتها الأصلية.

✓ **في البيولوجيا:** هو قدرة الأجهزة العضوية والحيوية على الاستمرار في العمل في وسط غير ملائم مليء بالتهديدات والتغيرات الطارئة، ووقت الجلد هنا هو الوقت اللازم لهذا النظام العضوي والحيوي للرجوع إلى حالته الأصلية والاستمرار بعد التعرض لمجموعة من الاضطرابات والحوادث التي تهدد وجوده.

✓ **في علم البيئة الإيكولوجيا:** هو القدرة على الاسترجاع أو بعث أو إنماء منظومة بيئية أو منظومة سكانية بعد التعرض لحادث مدمر أو كارثة مثل إعادة تشكل وانبعث الغابة بعد الحريق.

✓ **في علم الاقتصاد الاجتماعي:** يتمثل في القدرة الجوهرية للشركات والمنظمات الاقتصادية للوصول إلى حالة التوازن والرجوع إليها، تمكنهم من الاستمرارية بعد كارثة انهيار اقتصادي.

✓ **في الإعلام الآلي:** جودة الشبكة المعلوماتية او النظام التي تسمح له من مواصلة العمل بشكل صحيح بالرغم من وجود عيب أو أكثر في أحد العناصر المكونة له.

✓ **في الأنثروبولوجيا:** وجود إمكانية جوهرية لدى بعض الشعوب والمجموعات العرقية في المحافظة على الدين والأعراف والقيم والتقاليد والثقافة واللغة الأصلية (الموروث الأيديولوجي) بالرغم من ضغوطات الحركات الاستعمارية والمجموعات العلمية، والغزو الفكري والإعلامي.

✓ **في الطب:** القدرة على المقاومة الفيزيائية الذاتية لبعض الأمراض التي تشفى بطريقة عفوية، وهي عملية شفاء ذاتي ومقاومة للمرض سواء كان المرض جسدي أو عقلي دون تدخل من اي طرف خارجي.

( N, 2008, p1-2،Haddam)

✓ **في علم النفس المرضي:** الجلد هو قدرة كائن حي على الوقوف من جديد بعد التعرض للضغوط او النكبات او العثرات والاستمرار في النمو والتطور وعرفه " جارمزي " Germézy على أنه القدرة على إعادة بناء الشخصية والقدرة على التشافي من محنة.

## 2-2 الجلد اصطلاحا

مصطلح الجلد هو مفهوم متعدد المعاني يشير إلى المهارات التي أنشأها الأفراد للتعامل مع المواقف الصارمة: أحداث الحياة المؤلمة، والحوادث، والأمراض، والإعاقات، والنقص العاطفي الخطير، والخطر الشديد، وما إلى ذلك، يمكن أن نلاحظ أن هذا المفهوم ينطبق على نوعين مختلفين من المواقف. من ناحية، للأفراد الذين يعيشون في ظروف معيشية اجتماعية وعلائقية غير مواتية أو ممرضة والذين يتمكنون من التطور دون ضرر نفسي والتكيف الاجتماعي، وافراد يواجهون في مرحلة ما من مراحل حياتهم صدمة عنيفة وغير متوقعة كإشارة تناذر لبداية سيرورة الجلد. غالبا ما ينظر إلى الجلد الفردي على أنه (قدرة الفرد على الانحناء، ولكن ليس الانكسار)، وأيضا (الارتداد من الشدائد).

وفقا لجمعية علم النفس الأمريكية، يُعرّف الجلد على أنه "عملية التكيف الجيد في مواجهة الشدائد أو الصدمات أو المآسي أو التهديدات أو حتى مصادر الإجهاد المهمة" (APA, 2013).

تشمل التعريفات الأخرى عملية تسخير الموارد للحفاظ على الرفاهية، هناك إجماع عام على أن الجلد هي ظاهرة معقدة، قد يكون لكل فرد معنى محدد يختلف حسب المرحلة ومجال الحياة. ما أدى الى تعدد الاتجاهات وبالتالي تعدد العريفات، ما يشير اليه بيكر وسيشتي ولوتر (2000) (Luthar, 2000) Becker, Cicchetti بأنه إذا كانت هناك طرق عديدة لتعريف الجلد، فربما يرجع ذلك إلى أن جميع وجهات النظر المختلفة هذه تمثل فقط الجوانب المختلفة لمفهوم الجلد، ونظراً لطبيعته المعقدة وعدم وجود توافق في الآراء في تعريفها، إلى تطوير مجموعة واسعة من المقاييس كل منها يتناول مجموعة من الأبعاد والأبعاد الفرعية، التي يعكس من خلالها الباحث وجهة نظره وفيما يلي نذكر مجموعة من التعاريف لبعض رواد الجلد:

يعرفه انغر (2008) على أنها مجموعة من الخصائص التي تساعد الفرد على الحماية من الآثار السلبية للتوتر والتعافي منها (Ungar (2008) أي قدرة الفرد على التكيف مع المحن الكبيرة التي من شأنها أن تتحدى الصحة الجسدية والنفسية، يتأثر الجلد بعوامل داخل الطفل (مثل الحالة المزاجية والنظرة الإيجابية)، والعوامل في الأسرة والعلاقات الوثيقة الأخرى (مثل المناخ الأسري، والارتباطات الإيجابية) والعوامل في المجتمع (مثل السلامة العامة، ودعم الثقافة. التقاليد)، من المفترض أنها تعيق أو تعزز القدرة على الصمود. يفترض المؤلفين مثل "وارنر وسميث" (Werner and Smith, 1982) المتجذرين في الأبحاث المبكرة حول الجلد، أن هناك قدرة فطرية على الجلد، بينما يجادل آخرون بأن هذه القدرة يمكن تعلمها واكتسابها نجد "بوريس سريلانك" يشرح الجلد في بداية التسعينيات يعرفه بأنه القدرة على الخروج منتصرا وبمجموعة قوى متجددة من تجربة كان من الممكن أن تكون صادمة.

يعرفه كذلك في كتابه "un merveilleux Malheur" القدرة على النمو على الرغم من الأوساط الخطرة التي كان من الممكن ان يكون لها تأثيرا هدام" (Cyrulnik, 1999. P8) ، ويعرفه أيضا في كتابه "

"enfants qui tiennent le coup" نبقى على ذواتنا عندما يتعبنا المحيط ويعاكسنا ونواصل رحلتنا البشرية بالرغم من الخبرات السيئة" (Cyrulnik, 1998. p13) و يعطي له عدة استعارات مثل: "فن الوثب"، "النابض المتخفي"، و تعني فن الإبحار في السيول الغزيرة، أي فن التكيف في وضعيات المحن بتطويع الموارد الداخلية والخارجية. كما أعطى للمفهوم عدة استعارات أخرى من خلال كتاباته:

"البلاء المثير للإعجاب" (Un merveilleux Malheur)

"همس الاشباح" (2003)، (Le murmure des fantomes). ويرى فيه استراتيجية المقاومة ضد المصائب والألم بالارتكاز على الموارد المتنوعة للفرد فيعيد حياة حياته من جديد.

كما جاء في كتابه (Interaction Précoces Et Niche Sensorielles)، أن يتصف الانسان بالجلد لا يعني أنه في منأى عن عوامل الخطر ومنغصات العيش ولكن، عند حلول الخطر يصبح لديه ما يواجهه به بمثابة جهاز مناعة ومقاومة يستخدمه عند اللزوم" (Cyrulnik, 2014. p145).

يقدم (Vanistendael, 1996. P9) في (Sadlier, K. 2013) تعريفاً أكثر كلاسيكية ويرى الجلد على أنه القدرة على النجاح والعيش والتطور بشكل إيجابي ، بطريقة مقبولة اجتماعياً، على الرغم من الإجهاد أو الشدائد التي تنطوي عادةً على مخاطر جسيمة من نتيجة سلبية.

بالنسبة لـ وارنر (Werner ,1995)، في (Jourdan-Ionesco, 2001.p167) "الجلد هو مفهوم يصف التكيف الناجح بعد التعرض لعوامل الخطر البيولوجية أو أحداث الحياة المجهدة والتي تنطوي على توقع قابلية منخفضة للتأثر بالضغط المستقبلية.

ويرى ويندال (2011) من وجهة النظر البيولوجية النفسية، الاجتماعية ينظر الى الجلد على انه عملية ديناميكية تحدث فيها تفاعلات معقدة بين الخصائص الداخلية والظروف الخارجية من هذه الزاوية، سيتطور الجلد بمرور الوقت وسيكون قابلاً للتغيير (Wendel, 2011).

بالنسبة لجونسون (Johnson, J. 1999)، يعتمد الجلد على فرصة عدم التوازن التي تسمح بها عملية النمو وعوامل الحماية. بالنسبة لهذا المؤلف، يعد الجلد جزءاً من رحلة كل فرد ونوعية العلاقة التي تربطه ببيئته هي التي تسمح بترسيخ عملية الجلد، حيث تمكن من ملاحظة ذلك من خلال ظاهرة رفض التسلط من قبل جيل من الآباء الذين اعتقدوا انهم إذا فرضوا قيوداً أقل على الأطفال، ولبو كل طلباتهم، فسوف يتطورون بشكل أفضل. الفكرة هي أنه إذا تم إعطاء فرص للأطفال ومجال من الحرية لتقوية ثقتهم بأنفسهم، وعدم المبالغة في حمايتهم فهذا يؤدي الى خلق أشخاص، في سن المراهقة، غالباً ما يجبرون على اختبار أنفسهم من خلال السلوك المحفوف بالمخاطر، والعمل من أجل البحث عن هويتهم وما يستحقونه حقاً.

انطلاقاً من التعاريف السابقة ومن الكتابات حول موضوع الجلد. نستنتج أن هذا الأخير لا يمكن أن يعتبر كخاصية فردية، ولا كتفليح ضد المعاناة ولا كمكسب دائم، ولكن الجلد مفهوم دينامي، وسيرورة موازنة مركبة

بين مواطن قوة ومواطن جرح تتحرك سويا عند حدوث اعتداء وبعده تاركة علامة مؤلمة في بعض الأحيان مخبأة ولا شعورية ولكن قابلة للاستيقاظ بحدث ذو معنى خاص عند فرد معين على كل حال مهما كان الجلد فرديا أو جماعيا فإنه يتطور حسب محورين:

✓ **محور نفسي داخلي:** ونجد هنا:

- إمكانية وضع حيز التمثيل تكوين خيال قادر على تسيير الأحاسيس، الانفعالات، الحالات الجسدية الناتجة عن الصدمة.

- القدرة المعرفية على معالجة المعلومة وعلى التخطيط وتحديد أهداف بفضل تحكم كاف في الانفعالات في نفس الوقت.

- إمكانية تفعيل سيرورة فكرية كالإختراع، الإبداع، اللعب...بفضل الإيمان الكافي بقدراته.

✓ **محور علائقي تفاعلي:** إذا كنا من جهة نوضح الخصائص الفردية والعوامل الشخصية فمن جهة أخرى لا يمكننا الحديث عن الجلد دون وجود علاقات سائدة، وهنا يؤكد سريلانك (2002) أن قدرات العالم الداخلي الخاص بالفرد الجلد لا يمكن أن تتطور إلا بفضل نسج روابط فرد/بيئة، وعندما نتحدث عن البيئة فمن الأولى أن تكون المكانة المركزية للأسرة كمفعل للموارد والقدرات في مواجهة المآسي والمحن.

### 3. مقاربات أخرى مفسرة لسيرورة الجلد

بالإضافة الى المقاربات المذكورة سابقا والتي ساهمت في إرساء وظهور مفهوم الجلد هناك بعض نماذج النظرية التي اضافت موارد اخرى جينية (البيولوجية) وهرمونية عصبية وتأثير البيئة ونوع الثقافة كتفسيرات لآلية حدوث سيرورة الجلد نذكر منها ما يلي:

**3-1. المقاربة النفسية التحليلية للجلد:** في المقاربات التحليلية المعاصرة للجلد خصوصا الفرנקوفونية، لا سيما في إطار التحليل النفسي المرجعي، يُنظر إلى الجلد على أنه عملية السيكو دينامية. تركز هذه المقاربة بشكل أساسي على الموضوع وتحليل أدائه النفسي الداخلي. حتى الوقت الراهن المقاربات التحليلية النفسية، تعطي أهمية قليلة، لتأثير البيئة (العلائقية أو السياقية) في تطوير العملية الجلد. في هذا المنظور الجلد مقيد بشكل متعمد حيث يُنظر اليه على أنه عملية ديناميكية داخلية تتضمن تجميع الذات بعد الصدمة والبناء أو التطور بشكل طبيعي على الرغم من مخاطر الفوضى النفسية. لذلك يمكن تعريف المرونة على أنها تشمل حسب آنو (Anaut, M. 2005):

- التعافي الذاتي بعد الصدمة
- إعادة البناء أو التطور العادي على الرغم من المخاطر

- انتعاش نفسي بقوة يمكن حشدها في ظروف أخرى.

يمكننا أن نتناول عملية الجلد بطريقة سيكو دينامية وفقا لمحورين رئيسيين. من ناحية وجهة نظر الصدمة واستجابة الموضوع، ومن ناحية أخرى من وجهة نظر آليات الدفاع الناضجة التي يعبئها الشخص الذي يعتبر جلداً.

**3-2-1. أولاً من وجهة نظر الجلد والصدمة:** في المنظور النفسي الديناميكي، لا وجود لسيرورة جلدية دون مواجهة الصدمة. وبالتالي، فإن عملية الجلد تفترض مسبقاً حدوث صدمة (فردية أو متعددة العوامل) وبناءاً على استجابة الموضوع التي ستعتمد على قدرته في التغلب على الصدمة. سيحدث الجلد من تجربة الصدمة التي تنطوي على الأبعاد التالية:

- خطر حيوي (جسدي أو نفسي)

- تجربة معاناة نفسية...

- طرق استجابة الموضوع للدفاع عن نفسه

في التحليل النفسي، نميز بين الصدمة النفسية (الداخلية) التي تشير إلى الأثر الداخلي الناتج عن تعرض الموضوع لحادث ما. والصدمة الخارجية التي تشير إلى العامل الخارجي الذي يصيب الموضوع، لا يكون بالضرورة تطابق بين هذين المفهومين، معنى ذلك أن الصدمة النفسية الداخلية أنها صدمة فقط وأن الصدمة النفسية الخارجية الموضوعية قد لا تكون صدمة نفسية ففي علم النفس نميز الصدمة بالأثر الذي تخلفه، والصدمة الخارجية التي تكون فوق العادة، قد لا تحدث شيئاً على المستوى الداخلي. باختصار، تشير الصدمة الخارجية إلى التعرض لأحداث مكروهة (عنف خارجي وخلل عضوي). بينما تشير الصدمة الداخلية إلى الخلل النفسي الناتج عن مواجهة الصدمة، عندما تتجاوز الطاقة المحشودة للتكيف مع الصدمة القدرات التطورية للشخص، بمعنى عدم قدرة الجهاز النفسي على تصريف ومعالجة أثر الصدمة بسبب عامل الفجائية والمباغته ما يجعل الموضوع في حالة من السلبية والعجز التام، يقال إن هناك اضطراب نفسي.

يمكن أن تكون الصدمة ناتجة عن حدث واحد ضخم يزعزع القدرات الدفاعية للشخص (على سبيل المثال: مرض خطير، كارثة، حادث، فقدان أحد الأحباء). ولكن بالمثل، فإن تراكم الأحداث المكروهة أو أوجه القصور الخطيرة المتكررة يمكن أن تتخذ طابعاً مؤلماً (على سبيل المثال: إهمال الأسرة، والاعتداء الجنسي، وسوء المعاملة، وما إلى ذلك).

يمكن التأكيد على اختلافات في الانعكاسات انفعالية للصدمة بين الأفراد. وكذلك الشدة العاطفية للسياق الصادم تعتمد على إدراك الشخص وقدراته الدفاعية. لذلك فإن "الذاتية" وليست الجوانب الموضوعية هي التي يمكن أن تفسر الطبيعة المؤلمة لحادثة معينة. في الواقع، يتم تصفية الجوانب المؤلمة بطريقة ما من خلال الأساليب الدفاعية للموضوعات التي توضح الموارد الداخلية للمواضيع وموارد بيئتهم الاجتماعية والعاطفية. لذلك يمكن تطبيق مصطلح "مسببات الصدمة" على سياق أو ظروف مؤلمة محتملة يمكن أن

تكون الصدمة ناتجة عنها مثل حادث واحد ضخم قد يزعزع القدرات الدفاعية للشخص، على سبيل المثال: كارثة، حادث، مرض خطير... الخ

### 3-2-2 ثانيا من وجهة نظر الجلد وآليات الدفاع

لمعالجة آليات الدفاع سوف نعتمد على التعريف الذي قدمه: (Alain Braconnier, 1998) "يشمل مفهوم آلية الدفاع جميع الوسائل التي يستخدمها الذات للتحكم والسيطرة وتوجيه الأخطار الداخلية والخارجية". ما يميز آليات الدفاع هو قبل كل شيء دورها الاستتبابي. والغرض منه حماية الموضوع، ومنعه من الوصول الى مرحلة القلق والاكتئاب، وتعتمد القدرة على حل الصراع من خلال الآليات الدفاعية على عمر الموضوع أو سياق حياته.

وفقاً لفيلاننت (Vaillant 1993 /2000) فإن استخدام آليات الدفاع يُحدث تغيير بشكل لا اردي في إدراك الشخص الذي يعاني مشكلا او صدمة نفسية، حول كل الحقائق المتعلقة بالمشكل سواء كانت على المستوى الداخلي او الخارجي. والغرض من هذا التشويه هو تقليل الحصر والقلق والاكتئاب، وبالتالي تقليل مظاهر المعاناة والضرر الجسدي والنفسي". في عملية الجلد يمكننا التمييز بين الدفاعات "الناضجة" يتميز بها الأشخاص الجلدين على سبيل المثال (التسامي، الدعابة، الإيثار، التوقع، العقلنة)، والدفاعات "غير الناضجة" (على سبيل المثال، الإسقاط، التمثيل، السلوك العدواني السلبي). يستخدم هذا الأخير بشكل رئيسي من قبل الشباب، في حين أن الأول يرتبط بحالة جيدة من الصحة النفسية في الموضوعات الأكبر سنا. وهكذا أثناء التطور، يميل الناس إلى التخلي عن الدفاعات غير الناضجة لصالح دفاعات أكثر نضجاً ولكن قد يكون هناك تداخل بين الدفاعات لدى نفس الفرد.

### 3-2. مقارنة فينستونداال (Vanistandal). للجلد

أكثر كائن فضولا وتفاعلا مع محيطه الطبيعي هو الانسان، لا شك في ذلك فهو يسخر كل موارد بيئته اما للمواجهة او الاختباء او لتلبية حاجاته البيولوجية وبهذا المعنى البيئة الطبيعية والاجتماعية وتقلباتها لها تأثيراتها المعاكسة على الانسان ورفاهيته، إيجابيا او سلبيا.

وفي هذا الإطار اقترح فينستونداال "Vanistandael,2000 et Lecompte ,1996" نموذج الكسيتا

"la casita"، الذي يعني باللغة الاسبانية "البيت الصغير"، كناية ممتازة لأنه يمثل مكان العائلة، مكان فيه الإحساس بالحب والدعم والأمان، فكل مكون في المنزل الا وله دور مهم في عملية الحماية فإذا كانت أرضية البيت هشة او الأسس غير متينة والحديقة متسخة، والغرف غير مهيأة وفارغة والجدران بالية. والسقف به ثقوب بالإضافة الى كثرة الخصام والنزاعات، فكيف يكون هناك احساس بالأمان وكيف يكون هناك دفء ودعم، بيت كهذا يمكن ان نطلق عليه البيت المهجور او بيت الاحزان، وهذا النموذج يشبه الى حد كبير هرم ماسلو Maslow للحاجات الأساسية. وهكذا شبه "فينستونداال" عوامل الجلد بمكونات المنزل الصغير والمقصود به عملية الجلد، كما هو موضح في الشكل رقم (7).

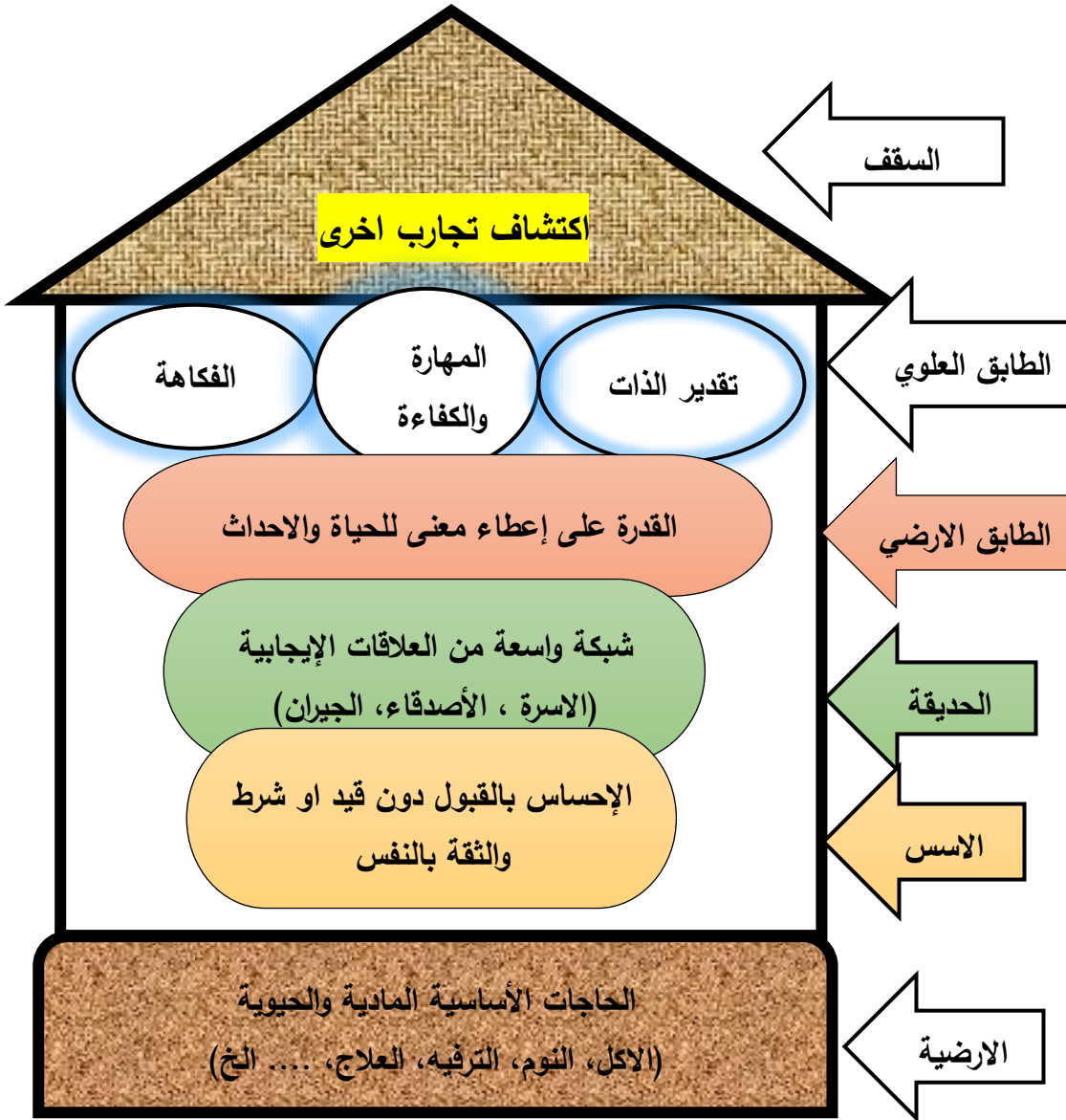


## الفصل الثالث: سيرورة الجلد

✓ الحاجات المادية والحيوية: تمثله الأرضية والتي لا يمكن بناء الجلد بدونها وهي:

- التنفس.
- الأكل، الشرب.
- النوم.
- المأوى عن البرد والحر.
- الملابس.
- العلاجات القاعدية

الشكل (7): نموذج casita حسب Vanistandael يوضح عوامل الجلد



✓ **الإحساس بالقبول:** التقبل الغير مشروط سواء للطفل او الكبير يعتبر حجر الزاوية لإرساء عملية الجلد والمقصود بالغير مشروط اننا نقبل الشخص لذاته وليس لشكله او لمادياته وسلوكياته ولكن كإنسان فقط. (الإحساس بالاحترام والتقدير يعزز الثقة بالنفس)

✓ **شبكة واسعة من العلاقات الإيجابية:** عامل آخر مهم حسب نموذج Casita وهو الحديقة فضاء يحس الانسان فيه بالهدوء والسكينة والأمان ويقضي جزءا من وقته يتمتع ويستمتع. ويمثل الشبكة العلائقية للفرد سواء كانت الاسرة، الأصدقاء، الجيران، الاقربان، المدرسة، التنظيمات... الخ، التواصل الفعال الممزوج بالتفهم والتعاطف مع المصدوم او الذي يعاني مشكلة او مرضا خطيرا، وسيلة ممتازة لإظهار أنه ليس وحده في محنته. هذا الدعم هو فرصة لاستعادة الثقة بالآخر، وكذلك الثقة بالنفس، في نفس الوقت هناك اذن صاغية للتعبير عن المعاناة، فالدعم طاقة إضافية لإعادة بناء الذات المنهارة. يجب أن نتذكر أن حجر الزاوية الأساسي لعمل هذه الآلية هو ان يكون الشخص المصاب متقبلا من قبل حاشيته بالمعنى الواسع.

#### ✓ **اكتشاف وإعطاء معنى للحياة:**

في الطابق العلوي من casita هناك عامل مهم آخر في تعزيز الجلد وهو قدرة الشخص الذي يمر بأزمة على اكتشاف المعنى في حياته، ووضع أسباب منطقية لوجوده كشخص وللمشكلة التي يعاني منها. هذا شرط أساسي للجلد. كان معنى الحياة بالفعل بالنسبة لفيكتور فرانكل، مؤلف العلاج المنطقي الذي عانى من رعب الاعتقال، والذي يرى فيه عنصر أساسي للبقاء في أوقات المحن. وبالتالي، فإن الشخص الذي يضع لنفسه هدفاً للتنمية الشخصية، أو العمل الذي يتعين القيام به أو الانتهاء منه، سواء كان ذلك متابعة دراساته، أو تنفيذ عمل إنساني أو فني، أو حتى إقامة علاقة جديدة ذات مغزى. يضع نفسه على طريق المقاومة وحتى على طريق الشفاء. ان تصور آفاق جديدة، وتأكيد رغبة المرء في الإنجاز، يعطي الزخم اللازم لتحقيق الذات ويجعل من الممكن " تحويل مأساة شخصية إلى انتصار، والمعاناة إلى إنجاز بشري" (فرانكل).

#### ✓ **تقدير الذات**

في الطابق العلوي من المنزل الجميل casita توجد خصائص الشخصية واهمها تقير الذات الى جانب المهارات والقدرات وروح الدعابة، غالباً ما يشعر المصدوم بالضعف بسبب فشله كضحية أو يعتقد أنه ملوث او موصوم، فينخفض بذلك تقديره لذاته ويحاول الانعزال، الا أن مهاراته المتنوعة وقدراته على التواصل وطلب المساعدة بسهولة، وكذلك قبول الآخرين وتقديرهم واحترامهم ودعمهم هي وسائل تساعد على استعادة الثقة بالنفس واستعادة الشعور بقيمته. لان الصدمة قد تتفاقم وتتطور من خلال تعليقات الآخرين واحكامهم السلبية.

✓ اكتشاف تجارب أخرى

ويمثل السقف في نموذج **casita** الانفتاح على تجارب أخرى التي لا يزال يتعين على المصدوم اكتشافها. على الرغم من لحظات معينة عندما يعود الشخص إلى الماضي أو سيواجه لحظات من الهشاشة، فإن شخصيته المنفتحة والمتفائلة ستدفعه إلى عيش التجارب الجديدة، يمكننا اعتبار هذا أنه طريق لإعادة البناء. من خلال التغلب على المشاعر المرتبطة بالمحنة، واستئناف المسار وبأهداف جديدة أو حتى التفكير في مبادرات جديدة.

3-3 عوامل الحماية والجلد كمقاربة

على مر السنين، عمل العديد من الباحثين على دراسة عوامل الحماية الداخلية والخارجية التي يمكن أن تعزز الجلد لدى الأفراد. الفرضية المعتمدة هي أن التنفيذ الفعال لعوامل الحماية يجعل من الممكن تخفيف التأثير السلبي لعوامل الخطر. وبأخذ هذا بعين الاعتبار، تم تحديد معايير مختلفة لحماية الأفراد. هناك اتفاق بين المتخصصين في الجلد، على تحديد ثلاثة أقطاب للحماية: تلك الخاصة بالموضوع (خصائصه)، وتلك المتعلقة بمساهمات الأسرة والبيئة الحميمة (التضامن والعلاقات العاطفية)، تلك التي تنطوي على علاقات اجتماعية أو خارج الأسرة (الأقران، الجماعات، المجتمع).

أدرجت إيمي ويرنر (Werner, E. 1993) ضمن موارد الحماية الداخلية: القدرة على حل المشكلات، المعرفة الذاتية، والاستقلالية، وتقدير الذات، والثقة بالنفس، والإيثار، والتواصل الاجتماعي وأخيراً القدرة على إيجاد الدعم (الدعم) في الأسرة أو البيئة خارج الأسرة. بينما من بين الموارد الحماية الخارجية والتي تأتي من البيئة نجد: العلاقات الأسرية الدافئة، والدعم الأسري القوي، والتواصل الجيد بين الوالدين والطفل، بالإضافة إلى الدعم الإضافي، على سبيل المثال من الأصدقاء أو المعلمين أو أفراد المجتمع.

من جانبه، أشار نورمان جارميري في (Werner, E. 2005) بناءً على ملاحظات الأسر المحرومة، إلى أن الجلد يعتمد على عوامل الحماية من المجالات الثلاثة (الفردية والأسرية والاجتماعية). تشمل عوامل الحماية الفردية على وجه الخصوص: المزاج والتفكير والقدرات المعرفية. تشمل العوامل الأسرية: الدفء والتماسك والاهتمام من الوالدين أو مقدم الرعاية الأساسي. أخيراً يمكن أن تتعلق عوامل الدعم الاجتماعي بالتبادل مع: المعلم المهمم أو الأخصائي الاجتماعي أو منظمة الخدمات الاجتماعية.

أشار مايكل راتر (Rutter M, 1990) إلى أن أقطاب الحماية الثلاثة هذه تعزز المرونة على وجه الخصوص لأنها تساهم في تحسين احترام الذات والشعور بالكفاءة الذاتية وبالتالي تفتح إمكانات جديدة للفرد. كما أوضح أن أهمية أقطاب الحماية الثلاثة يمكن أن تختلف حسب الظروف والأفراد، وكذلك حسب فترة الحياة. وهكذا، على سبيل المثال، لدى المراهقين، يمكن للتأثير الوقائي للأقران أو البيئة الاجتماعية الداعمة في بعض الحالات أن يعوض عن إخفاقات القطب الأسري.

## الفصل الثالث: سيرورة الجلد

تظهر هذه التحقيقات أن الحماية تنتج من المتغيرات الجينية والعلائقية، ومن السلوكيات والخصائص الشخصية للأفراد، ولكن أيضًا من دعم الأسرة والبيئة الخارجية المتمثلة في إمكانية الحصول على الدعم الاجتماعي.

يمكننا أيضًا ملاحظة أنه إذا تم تقديم أقطاب الحماية الثلاثة (الفردية، والعائلية، والاجتماعية) على أنها مشاركة أو تسهل الجلد، فإن دراسة الآثار المترتبة عليها تظل خاضعة لطريقة التفكير والشكل (8) يوضح العلاقة بين عوامل الخطر وعوامل الحماية.

الشكل رقم (8) يوضح العلاقة بين عوامل الحماية وعوامل الخطر: مصدر (اعداد الباحث)



في البحث الذي أجراه متخصصو الجلد، غالبًا ما يتم تقديم طرق الحماية التي تتضمن الخصائص أو المهارات الفردية على أنها ضرورية، في هذا السياق، على سبيل المثال، تظهر القدرة على تكوين روابط عاطفية واجتماعية كمصدر للحماية، ودعم مهم لخلق سيرورة الجلد. وبالمثل، تقودنا عيادة الصدمات إلى ملاحظة أن التعلق العاطفي هو أحد العناصر الأساسية لعملية إعادة البناء لدى المصابين.

ويمكن الإشارة إلى أن أساليب الحماية تكون أكثر فعالية عندما يمكنها الاعتماد على الأداء والمواقف الاستباقية وعلى إبداع الأشخاص (Anaut M, 2014).

تشير دراسة المسارات المرنة إلى وجود فترات من الحياة تكون خلالها الظروف الداخلية والخارجية مواتية لحل المشكلات السابقة. كشفت كل من الأبحاث المطولة والملاحظات السريرية عن وجود فترات نمو تقضي إلى تغييرات إيجابية في حياة الأشخاص. اقترحت آن ماستن (Masten, A 2001) مفهوم نقاط التحول الحرجة لتأهيل هذه الفترات الانتقالية. من منظور تنموي، فإن مراحل الانعكاس هذه، عندما تكون مواتية، ستجعل من الممكن حل صعوبات التكيف السابقة.

فمثلا خلال فترات الأزمة التنموية (بالمعنى الإريكسوني)، سيجد بعض الأفراد إجابات لمشاكل محددة يمكن أن تشكل طبيعة ومسار تكيفهم المستقبلي. هذا هو الحال بشكل خاص عند دخول المدرسة أو أثناء الانتقال إلى مرحلة المراهقة أو عند دخول مرحلة الكبار. او عندما يترك المراهق مسارًا منحرفًا أثناء المرور إلى مرحلة البالغين ويتمكن من الاندماج بشكل مناسب في المجتمع المحيط. دعونا نلاحظ أنه، من وجهة نظر تحليلية، هذه الفترات من الحياة تساعد على إعادة التنظيم النفسي (Anaut M.2012).

### 3-4 المقاربة الجينية الحسية العصبية للجلد

#### 3-4-1 المقاربة الجينية

يتعزز فهم دور الجينات في السلوك بشكل كبير من خلال فهم كيفية تأثيرها على وظيفة الخلايا العصبية التي تكمن وراء السلوك. يسمح علم الاعصاب الحديث وعلم الجينات بفروعه المتعددة والمعتمدة في التعرف على مجال من الجلد وهو جلد العضوية ومدى مقاومتها للإجهاد أي ان المجالات البيولوجية لا تعمل بشكل متسق، في ظل الظروف المتغيرة باستمرار سواء الداخلية او الخارجية، وكذلك سلسلة العمليات الارتقائية. بالنسبة للتوظيف المساهم في تطوير وهيكله الجلد وفي أعمالهم، المختصون في علم الجينات لا يتحدثون عن برنامج جيني ثابت ومتخصص لأن ضغوط البيئة تغير في شريط ADN. حيث أن اغلب المختصين في علم الجينات اليوم أصبحوا يعملون من خلال التطورات اللاجينية (épigénétique) التي تؤدي الى تغيير في التعبير الوراثي لي مرض ما، من خلال التأثير على الوسط. كمثال فمرضى متلازمة داون (Trisomique) كانوا منذ 20 سنة يموتون في سن مبكرة، ولكن الآن بعد الاهتمام الذي أصبحوا يحظون به والظروف المناسبة لحالاتهم أصبحوا يَتمدرسون ويمكنهم العيش سبعون سنة، أيضا هناك العديد من المصابين بأمراض وراثية والذين تم التكفل بهم، وجد أنهم يطورون تعلق أمن ومعاش ثقافي أعلى من الغالبية نظرا لما يتلقونه من دعم ورعاية لخصوصيتهم المرضية. نفس الظاهرة لوحظت بالنسبة للأمراض العصبية التطورية الخطيرة حيث أن منظمة الصحة العالمية (OMS) ترصد 1% من الفصامين مهما تكن الثقافة السائدة، هذا الرقم لصالح العامل الوراثي ولكن لا يلغي التركيبة الثقافية، فعند المجتمعات المهاجرة مثلا نلاحظ 5% من الفصامين ترجع عوامله الى تأثير الثقافة المستقبلية. فاذا كان المرض يرجع الى العامل الوراثي هذا لا يلغي تدخل الظروف التربوية والثقافية للتخفيف من تعبيراته وأعراضه الذهانية. (Anaut,2014,p 8).

3-4-2. المقاربة العصبية الحسية

الباحث "بوستاني بيار" (Bustany Pierre) عالم النوروبولوجيا (neurobiologie) يؤكد لنا على المعطيات الكلاسيكية للمرونة الدماغية، فالحرمان الحسي يغير وضائف المنطقة الدماغية التي في الغالب تقوم بدراسة وتحليل المعطيات الحسية، أي ان العضو الخاص بالتحفيز الفسيولوجي يعد عاملا للجروحية إذا لم يتعلم استقبال هذا النوع من المعلومات الحسية . و كذلك كلما تغير المحيط الحسي للطفل الرضيع، ما يسمى (الهالة الحسية)، (niche sensorielle) يحدث تغيرا على مستو الدماغ ، حيث أن عامل الإنذار يصبح هو ما يميز البصمات الدماغية الناتجة عن الفقر الحسي المحيط بالطفل، فعندما نتلقى الصدمات يصبح الألم جزء من الوجود خاصة إذا اكتسب بفعل الإنجراح، الذي يعطي لحدث صغير القوة ليكون جارحا، أما الاستئناف و العودة من جديد فانه يكوف أيضا غير متكافئ حيث أن العامل الجيني يبين لنا بان الناقلات السيروتونينية تُكف عند وجود مرض أو عندما يكون الموضوع غير آمن لكن عندما يكون الموضوع مصدوما يكون التمزق أكثر (Cyrulnik,2012p 10).

حيث يحتاج الطفل الى هالة أو مشكاة حسية (niche sensorielle) تغلفه وتساعد في النمو، فاذا كانت البيئة المحيطة بالطفل فقير او مصابة فإن هذا يؤثر على نمو الدماغ وبالتالي يؤدي الى النمو معرفي غير متجانس.

إن الحرمان العاطفي الذي يميز الاطفال المسعفين أو الاطفال الذين تم التحلي عنهم كان دائما يشكل لغزا، يوضح لنا رسام المخ الالكتروني تقدم في النمو يتعارض مع الاطفال غير المحميين، هذا التقدم في النمو والذي يمس المراحل السابقة البطيئة يثبط إفراز هرمون النمو والهرمون الجنسي، حيث لوحظ انه منذ اللحظة الاولى التي يتواجد فيها الطفل المسعف بين ايادي أمينة، تتغير سلوكياته ويصبح برنامج النوم لديه طبيعي ويتلاءم مع مرحلة نموه، والافراز الهرموني يعاود عمله من جديد وبشكل منتظم.

الملاحظ ان استجابة الاطفال ليست هي نفسها دائما لان الاصابات لا تكون بنفس الطريقة مع كل الاطفال، ولكن على العموم ان المحيط الذي يوفر هالة حسية آمنة للطفل يعمل بشكل كبير على إطلاق وتشغيل عدد كبير من سيرورات الجلد (Cyrulnik,2014, p7-21)

حسب بوستاني (Bustany) هناك العديد من انظمة الاستجابة العصبية في الدماغ للضغوط، بواسطة الناقلات العصبية مثل النوروبيببتيدات او الهرمونات، هي مرتبة لتراقب قابليتتنا للانجراح امام الضغوط وكذلك عمليات بناء الجلد وتخطيط له حسب الآليات التالية:

✓ آلية التحفيز والمكافأة العصبية كالتى تتحكم في القدرة على الاستمتاع والقدرة على المقاومة والقدرة على التفاؤل.

✓ النظام الوراثي والمكتسب الخاص بردة اتجاه الخطر، والذي يتحكم في الخوف، الانذار عند الإحساس بالخطر الشديد.

✓ النظام السلوكي الاجتماعي الذي يتحكم في الغيرية أو التوجه للآخر، والذي يتحكم في نوعية العلاقات والتعلق.

كل الاختلالات التي يصنعها المحيط الخارجي ترتبط بمناطق انذار معينة متواجدة في الدماغ، وكلما كانت هذه الضغوطات قوية و شديدة تقوم هذه المناطق بإطلاق موجات من النشاط بقدر اكبر و اكثر انتشارا و تعميما من الانذار، فمثلا عندما يكون الصراع نفسي او اضطرابات علائقية او اجتماعية او والدية تستثار هذه المناطق بسرعة ولكن ايضا مناطق اخرى اكثر تخصصا مثل الأميغدال، والقشرة الجبهية التي تتحكم في اتخاذ القرار اضافة الى القشرة الجبهية الوسطى فهذه المناطق لا تعمل بشكل انفرادي وانما بشكل متكامل (Bustany P, 2012, p 45-46).

### 3-5 المقاربة الدينية

اكتسبت مكانة الثقافة والدين في دراسات الصدمات النفسية أهمية متزايدة خلال السنوات القليلة الماضية، ولاسيما العلاقة بين هذين الكيانين فحسب. "نتان" (Nathan) يدفع الحدث الصادم الضحية للتواصل مع عالم آخر غير مرئي، العالم الثقافي المفضل، مثل هذا الواقع، قد يساعد في التغلب على أعراض ما بعد الصدمة، لأن الموضوع يعطي بعدا ثقافيا لصدمة. بُعد يكون منطقيا في بيئة تمنحه شعورا بالقبول والأمن والحماية (Nathan, T. 2006). من المؤكد أن المكون النفسي للفرد يعتمد على الخصائص الثقافية التي يستمدّها الموضوع من بيئته ومن الانتماء الى مرجعية معينة، ومن الاتصالات التي أقيمت مع الآخرين، لكن تأثيرها يظهر على المستوى النفسي والعاطفي والسلوكي وأكثر من ذلك. على ما تقدمه جماعته. من هذا المنظور، الثقافة ليست مجرد عامل وقائي، بل هي بمثابة دعم للعديد من المعايير التي تنطوي على أبعاد فردية واجتماعية تتسج كوكبة من التفاعلات من الرموز الثقافية المحلية يركز عدد من الدراسات على وصف عوامل الحماية التي تروج لها الثقافة للفرد (Jacques. P, 2001).

من بين العوامل الثقافية المرتبطة بالجلد، احتفظ مارتن وآخرون بأربعة عناصر قد تكون موجودة، بدرجات متفاوتة، في الأداء المرن هي: الدين والقيم المشتركة والأسرة والطقوس الاجتماعية والدعم الاجتماعي والتقاليد (Martine, and al. 2005). قد استخدم الأفراد بناءات مثل الدين والروحانية، في أوقات الأمراض المزمنة والعجز بهدف التعامل مع المرض والتكيف معه، ويمكن فهم الروحانية على أنها سعي شخصي لفهم القضايا المتعلقة بمعنى حياة ونهايتها، وكذلك العلاقات مع المقدس أو المتعالي وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود ارتباط أكبر بين الروحانية والصحة النفسية، بما في ذلك انخفاض انتشار القلق ومعدلات الانتحار، وانخفاض انتشار الاكتئاب وأقصر وقت للاكتئاب بعد العلاج، علاوة على ذلك، هناك نتائج تؤيد وجود ارتباط قوي في مجال الحماية بين المشاركة الدينية وصحة الاشخاص (Peres, J. and al, 2007)، كما يتضمن مفهوم المواجهة الدينية/الروحية عدة جوانب معرفية. تشمل الأمثلة على المواجهة

الدينية الإيجابية إعادة التقييم واعطاء معنى للحدث (السعي للحصول على عون من الله في هذا الحدث)، طلب الدعم الروحي (البحث عن الراحة والطمأنينة من خلال محبة الله ورعايته)، الاستسلام الديني الفعال (فعل ما في وسع المرء ثم ترك الباقي لله)، البحث عن اتصال روحي (التفكير في كيف أن الحياة ذات صلة بقوة روحية أكبر)، والبحث عن التوجيه الديني (الصلاة لإيجاد سبب جديد للعيش). وقد يساهم نظام المعتقد الديني الروحي، من خلال المساعدة في تفسير أحداث الحياة ومنحها المعنى والتماسك، في التكامل النفسي للتجارب الصادمة (ÉM Carneiro, 2019).

#### 4- خصائص نظريات الجلد

على عكس معظم النظريات الأخرى، فإن نظرية الجلد ليست مجموعة من الفرضيات أو المبادئ المحددة. بدلاً من ذلك، إنه إطار عمل يستمر في التطور على مر السنين حيث يتعلم الباحثون المزيد من خلال الدراسات والتحليلات. في الواقع، كانت هناك أربع موجات من أبحاث المرونة التي عملت باستمرار على صقل وإعادة تعريف نظريات الجلد، من بين العديد من النماذج المختلفة لنظرية الجلد، ظهرت العديد من الخصائص المشتركة واتفق عليها معظم منظري الجلد. (Wright MO, Masten A, Narayan AJ, 2012)

**4-1 الجلد كعملية دينامية تكيفية:** في الأيام الأولى لبحوث الجلد، ركز علماء النفس على تحديد سمات الشخصية المسؤولة عن النتائج الإيجابية في تلك المجموعة الفرعية من الأطفال. كان الافتراض هو أن الجلد نشأ عن طريق صفة داخلية ثابتة للفرد. بمرور الوقت، أدرك الباحثون أن الجلد هو أكثر من مجرد سمات شخصية. بدلاً من ذلك، الجلد هو قدرة وعملية دينامية تتكيف بنجاح مع الاضطرابات التي تهدد وظيفة الطفل ونموه (Masten A, 2013)

**4-2 الجلد مورد موجود لدي الجميع:** وجد الباحثون لاحقاً أن الجلد كان شائع جداً في الواقع في كل مراحل النمو، عندما تكون أنظمة التكيف الأساسية محمية وفي حالة جيدة، لكن إذا كانت هذه الأنظمة معطلة أثناء نمو الطفل، فإن خطر حدوث مشاكل أثناء النمو يصبح أعلى من ذلك بكثير، غالباً ما وصف باحثو الجلد المبكر الأطفال الذين أظهروا تكيفاً مرناً بأنهم غير معرضين للخطر (Bonanno, 2004).

**4-3 الجلد بين التغير والثبات:** مفهوم جديد آخر عن الجلد هو أنه يمكن أن يتغير بمرور الوقت وعبر المجالات المختلفة. التكيف ليس نظاماً ثابتاً، بل هو تطور تنموي مع نقاط قوة ونقاط ضعف جديدة تأتي من أحداث الحياة المختلفة بمرور الوقت، الجلد أيضاً ليس ظاهرة شاملة. يمكن للطفل التكيف بشكل جيد في مجال ما ولكنه يعاني في مجال آخر، قد يكون الشخص جلدًا لبعض الظروف المعاكسة، في بعض المجالات، ولكن ليس في مجالات أخرى.

الجلد ليس غير قابل للتغيير، فهو يُبنى على النحو الذي يختبره الشخص ولا يتم اكتسابه بشكل نهائي. قد لا يكون الطفل الجلد بالغاً جلدًا، وتعني فكرة المدة (النظام الزمني) أنه من الممكن فقط تأهيل الشخص ليكون جلدًا في مرحلة البلوغ (وحتى في منتصف العمر).



نظرًا لأن الجلد عملية ديناميكية وتأتي معظم عوامل الحماية من خارج الفرد، فإن العديد من الباحثين يشيرون إليها الآن على أنها تكيف مرن، بدلاً من شخصية جلدة لأن هذه الأخيرة تشير إلى سمة فردية.

**4-4 الجلد توازن بين عوامل الخطر والحماية:** تتولد عملية الجلد من توازن الذي تحدثه عوامل الحماية مقابل عوامل الخطر، حيث ان توظيف القدرات يستند الى مجموعة من المهارات التي تعلمها الانسان من خلال تجارب السابقة في كيفية التعرف على المواقف الخطيرة، ومقارنتها بالأحداث السابقة التي مر بها الآخرون، عوامل الخطر تدفعنا إلى أسفل، إنها تتحدى قدرتنا على التأقلم والتعافي من هذا التحدي، وتزيد من فرصة النتائج السيئة. عوامل الحماية (الأشياء التي تسهل علينا التأقلم) ترفعنا وتجعل من المرجح أن نحصل على نتيجة إيجابية. ما يوجه التوازن لتحقيق نتائج جيدة هو عندما تفوق عوامل الحماية عوامل الخطر. عندما يكون لدينا الكثير من الأشياء الجيدة التي تحدث لنا بحيث تسهل لنا التغلب على الأوقات الصعبة، بعضها على المستوى الشخصي وكيف نتفاعل بها مع العالم، وبعضها موجود داخل شبكة الأسرة والأصدقاء المقربين والمجتمع.

**4-5 الجلد والشخصية الإيجابية:** لقد ثبت أن نقاط القوة مثل الامتتان واللف والاشجاعة تعمل كعوامل وقائية ضد محن الحياة، وتساعدنا على التكيف بشكل إيجابي والتعامل مع الصعوبات مثل الأمراض الجسدية والنفسية (Fletcher & Sarkar, 2013).

"مارتناز" و "روش" في دراستهما لعام 2017، وجد أن الأمل والشجاعة والحماس لها علاقة واسعة النطاق بالتكيف الإيجابي في مواجهة التحدي. قاد هذا الباحثين إلى استنتاج بأن عمليات مثل التصميم والترابط الاجتماعي والتنظيم العاطفي وغيرها كان لها دور فعال في ذلك، فهو مثال على الترابط بين علم النفس الإيجابي لسيلجمان، يمكن أن تكون بعض نقاط القوة في الشخصية أيضاً تنبأً مهمًا للجلد، مع وجود ارتباطات خاصة بين الجلد ونقاط القوة العاطفية والفكرية والمتعلقة بضبط النفس (Martínez-Martí & Ruch, 2017).

فكر معظم الناس في السعادة عندما يذكر علم النفس الإيجابي، فهل السعادة والجلد مرتبطان؟ اقترح كوهن وفريدريك سون وبراون وميكلز وكنواي (2009) أن الامر قد يكون كذلك. على وجه التحديد، السعادة هي عاطفة إيجابية. وفقاً لنظرية التوسيع والبناء للعواطف الإيجابية، فإن السعادة هي أحد المشاعر التي تساعدنا على أن نصبح أكثر حبا للاستكشاف وأكثر قابلية للتكيف سلوكيا وفكريا، من خلال خلق موارد دائمة تساعدنا على العيش الجيد (Cohn, MA, and al 2009).

وجد "كوهن" وآخرون (2009) أن المشاركين الذين عايشوا كثيراً من المشاعر الإيجابية مثل السعادة أصبحوا أكثر رضى عن حياتهم من خلال خلق الموارد، مثل جلد الأنا، التي ساعدتهم على مواجهة مجموعة متنوعة من التحديات. تتوافق هذه النتائج مع أدلة أخرى على أن المشاعر الإيجابية يمكن أن تسهل نمو القدرات والنتائج التي تربط الجلد بالصحة الجسدية والرفاهية النفسية والتأثير الإيجابي للجلد.

## 5. بروفييل الشخصية الجلدة

من خلال استعراضنا للعديد من المقاربات، والدراسات، وملاحظات أهم رواد الجلد، حول الشخصية الجلدة، نجد ان اغلبية الباحثين تطرقوا الى العديد من الخصائص النفسية والعلائقية التي يتميز بها هؤلاء، والتي تساهم الى حد كبير في عملية بناء الجلد لديهم، ونذكر أهمها:

✓ أدرجت ايمي ويرنر (Emmy Werner,1993)، ضمن موارد الحماية الداخلية والتي تتميز الأشخاص الجلدين هي: القدرة على حل المشكلات، المعرفة الذاتية، والاستقلالية، وتقدير الذات، والثقة بالنفس، والإيثار، والتواصل الاجتماعي وأخيراً القدرة على إيجاد الدعم في الأسرة أو البيئة خارج الأسرة.

✓ أما Copasa 1979. فقد أضافت

- مركز الضبط الداخلي
- الإحساس القوي بالالتزام الذاتي
- الإحساس القوي بمعنى الحياة، والترفع عن الأحداث الروتينية
- الاعتقاد بان الضغوط هي تحديات جديرة بالموالجة
- ✓ أما بالنسبة 1985م Rutter، من خلال دراسته الطولية فيحدد اهم الخصائص:
  - الاندماج التلقائي مع المحيطين به، والانخراط المباشر في مساندة الآخرين.
  - التعلق الإيجابي بالآخرين.
  - فعالية الذات.
  - القدرة على إدراك الضغوط والاثار التي تُخلفها.
  - القدرة على الاستفادة من التجارب السابقة، والناجحة لمكافحة الضغوط.
- ✓ أما Cyrulnik في (Anaut M 2007,p 51) فقد ذكر بعض من هذه الخصائص:

- القدرات العقلية الجيدة.
- القدرة على الفعالية والاستقلالية في المحيط البيئي الاجتماعي.
- القدرة على الإحساس بالقيمة.
- امتلاك الكفاءة لبناء شبكة علاقات جيدة
- القدرة على التخطيط وبناء الاستراتيجيات لتحقيق الأهداف.
- التمتع بروح الفكاهة والمتعة.
- ✓ اما "تول" (tull, 2007) في (أبو حلاوة، 2013، ص30) تمكن من وضع بعض الخصائص للشخصية الجلدة من بينها:

- القدرة على مواجهة الضغوط بكفاءة والتوافق الايجابي.
- اكتساب مهارات حل المشكلات.
- البحث عن مصادر المساعدة.
- القدرة على إدارة الانفعالات والمشاعر.
- القدرة على الاتصال من اجل الحصول على المساندة الاجتماعية.
- الاهتمام بالمحيطين مثل أعضاء الأسرة والأصدقاء.
- القدرة الافصاح عن الصدمة مع الأشخاص المقربين.
- التمسك بالقيم والمبادئ الروحية.
- التخلص من سلوك ممارسة دور الضحية.
- التطوع ومساعدة الآخرين.
- البحث عن معنى ايجابي للحدث الصدمي.

ملاحظة: ليس بالضرورة ان تتوفر كل السمات المذكورة أعلاه في شخص ما، حت نقول عنه شخصية جلدة، في الكثير من الدراسات والأبحاث التي أجريت حول العديد من الافراد وتبين بأن لديهم عملية جلد برزت لديهم بعض السمات فقط وهذا ما يؤكد على فكرة ان الافراد قد يكونون جلدتين في مجال ما وغير جلدتين في آخر، بالإضافة الى ان وجودها لا يعني بالضرورة ان الشخص هو شخص جلد، حتى تكون هناك صدمة لاختبار ذلك.

### 6. بنائي الجلد وخصائصهم

#### 6-1 بنائي الجلد، (Tuteurs)

لا تتم عملية الجلد فقط من خلال العمليات الداخلية، ولكن أيضا من خلال التفاعل مع البيئة، يؤكد الأفراد الذين تم تحديدهم على أنهم جلدون على أهمية الروابط العلائقية أو العاطفية التي شكلوها مع أشخاص ساندوهم خلال الأوقات الصعبة. حسب "سريلانك" (Cyrułnik)، في "لوکومت" (LeCompte j,2004,p) (23) " لا نكون أفراد جلدتين لوحدهنا"، فالدرس الذي يعلمنا إياه الأفراد الذين واجهوا الصدمات والذين تمكنوا من التغلب عليها، (الأفراد الجلديين) ليسوا ابطالا خارقين، عصاميين، هم جديرين بالتقدير لأنهم تمكنوا من إعلاء الصعوبات التي واجهتهم، ولكنهم أطفال، ورجال ونساء عاديين، لكنهم امسكوا وتمسكوا بالأيدي التي مدت إليهم، وقدمت لهم الدعم والمساندة"، ما يطلق عليه باللغة الفرنسية مصطلح (Tuteurs)، والذي استخدمه Cyrułnik في العديد من كتاباته، ليصف به الأشخاص الذين يلعبون دورا مهما في عمليات تطوير الجلد لدى الأفراد الذين يعانون الصدمات والمآسي.

إن التكفل النفسي او المادي، الفردي أو الجماعي الذي يقوم به داعمو الجلد أو مساندو الجلد، الذين يحيطون بالأفراد المصدومين سواء كانوا من العائلة أو الاقارب والأصدقاء أو المعلمين " قد يكونون أفرادا محددين ومعروفين مثل المختصين النفسيين أو الأطباء أو المساعدين الاجتماعيين، وهم من يشكلون الدعم والمساندة للمصدوم".

يتميز **Cyrułnik** بين مساندي النمو ومساندي الجلد، حيث أن مساندي النمو ، هم ضروريين لكل طفل حتى يتمكن من النمو بشكل سوي ، وبدون مساندي النمو الطفل ليس له الحظ في النمو واكبر دليل هم الأطفال المسعفين، يتكون مساندي النمو من الماضي أو التاريخ الأبوي ، المحيط الحسي، طريقة العناية والرعاية وملامسة الأم لطفلها، وكلامها معه، " بمعنى العاطفة والإحساسات" إلا أن الجلد هو عملية ديناميكية تبدأ منذ الطفولة وتستمر إلى غاية الأربعينات من العمر ، وطوال حياة الفرد فانه يقوم بعمليات نسج للجلد (Cyrułnik, 2003 ;p55,56).

وقد ذكر الكاتب (Jacques Lecomte m, 2004) في كتابه (Guérir de son enfance)، بعض الأفراد والمساندين لبناء الجلد ونذكر من بينهم:

#### ▪ أولا الروابط الانسانية

❖ **الأقارب:** أفراد العائلة هم الأشخاص الأكثر نجاعة في المساندة العاطفية للطفل المصدوم، خصوصا إذا كان المصدوم طفلا، الوالدين يلعبان دورا مهما في ذلك، فقد لاحظت انا فرويد أن الأطفال خلال الحرب العالمية الثانية والذين يعيشون مع آباءهم في لندن لديهم نمو نفسي أفضل بكثير من الأطفال المنفصلين عن آباءهم.

❖ **الشريك:** في مرحلة الرشد الشريك يلعب دورا مهما وكبيراً، في عمليات بناء الجلد، الدراسات الاكثر تعمقا والتي اهتمت بدور الشريك في بناء الجلد لدي الراشد المصدوم هي دراسات Rutter وشركائه ، حيث قاموا بتتبع 81 امرأة في ملجأ للرعاية، بسبب عدم تمكن آباءهم من رعايتهم، و مقارنة بحالات أخرى لنساء لم يختبروا أبدا تجربة العيش في دور الرعاية، حيث وجد أن النساء اللاتي عشن فترة من طفولتهم في ديار الرعاية يعانين أكثر من مشاكل نفسية اضطرابات في الشخصية ، إجرام، طلاق، وانفصال، كما تبين الدراسة أن النساء اللاتي يعشن مع شريك منحرف هن أكثر انحرافا من النساء اللاتي حظين بفرصة العيش مع شريك متزن من بين العينة المتبعة ، (Rutter,;1987 ;p316-331).  
**الأبناء:** يلعب الأبناء دورا مهما أيضا في بناء الجلد لدى ابائهم، فالعلاقة الجيدة بين الآباء وأبناءهم، تسهل أحيانا العمل على تطوير الذات، باتجاه بناء الجلد، هناك من يعتقد بأنه من الخطير أن يلعب الأبناء دور المعالج النفسي لأبائهم وان ذلك يتعارض مع كل الأساسيات في العلاج النفسي، لكن هناك حالات اظهرت تطورا جلديا بوجود سند للجلد متمثل في الأبناء (leconte, 2004 ,p 23-39).

❖ **الأصدقاء:** حسب دراسة لي لوكي & ويليامس (Lackey & Williams) لمجموعة من الافراد 287 رجل تعرضوا للعنف داخل اسرهم الاصلية، قد تمكنوا بمساعدة الأصدقاء أو الالتقاء بشريك محب، من أخذ منعطفات جلدية آمنة، تعد الصداقة الحقيقية منبع جيدا للجلد، فالصديق وقت الضيق.

▪ **ثانيا روابط اخرى**

❖ **روابط مع الحيوانات، وأخرى معرفية ومع الطبيعية**

حسب لوكونت (leconte, 2004, p 23-39). في "فضيلة لحمر" انه من العادي ان نجد روابط مع الافراد الا ان الإرادة في الحياة تعطي القدرة على التواصل حتى مع عالم غير مرئي وغير عاقل من اجل الحصول على الدافع المعنوي للبقاء والنهوض من جديد. وهذا السلوك نلاحظه كثيرا لدى الأطفال، إذ يستطيع الطفل من خلق هذه الروابط مع كائنات أخرى حية، وفي الأغلب مع الحيوانات، حيث يجد لدى الحيوانات الأليفة، الحنان، الذي يفقده ويتمكن من وضع ثقته فيه من خلال البوح له بإسراره، دون أن يشك بأنه سوف يخونه، هناك حالات تمكنت من مواجهة الصعوبات التي تواجهها داخل العائلة بالاعتماد على حيوان أليف مثل الكلاب، أو الخرفان في الحظيرة. الخ، وهناك من الحالات، وفي حالة غياب الحيوانات الحقيقية تلجا إلى الدببة المصنوعة من الفرو والدمى، وهناك من يخلق صديق وهمي وذلك مثل حالة الطفلة Anne Frank، كما توجد أيضا حالات اتخذت من الأشجار كسند حيث يحكي لها الطفل المصدوم معاناته واسراره.

❖ **روابط روحية(دينية):** هناك العديد من الباحثين المسلمين وغير المسلمين من افترض بان الوازع الديني له دور في بناء الجلد فمن خلال مراجعة الأدبيات التي تناولت العلاقة بين التدين واضطرابات التالية للصدمة او التدين والصحة النفسية بصفة عامة وجد أن حوالي 50 % من الدراسات التي أجريت في هذا المجال كشفت عن وجود علاقة ارتباطيه ايجابية ودالة بين التدين والجلد (أبو حلاوة، 2013، ص.30).

ويشير leconte أيضا إلى السند المتمثل في العامل الروحي والديني، ففي الدراسة التي جرت في هايتي (Emmy Werner)، تبين فيها أن العامل الديني والروحاني هو أحد الخصائص الكبرى لدى الأطفال الذين أظهروا عمليات بناء للجلد، عندما أصبحوا راشدين، وفي حالة Jacky Van Thuyne والذي عانى من العنف بكل أنواعه من طرف الأب، ولم يعرف أبدا حياة عائلية طبيعية، وبعد دخوله السجن وبتوجيه ومساعدة دينية من طرف أحد علماء الدين من الكنيسة تغير حاله واكتسب مزيدا من الثقة في النفس، وبعد خروجه من السجن تمكن من انشاء اسرة، وانخرط في علاقات اجتماعية ثرية، رغم انه كان في السابق لا يفكر أبدا في أن يصبح أبا بسبب ما تعرض له من طرف والده (leconte, 2004, p 23-39).

## 2-6. خصائص، ومميزات بنائي الجلد

لخص لوكونت (leconte.2005) بعض الخصائص التي يجب ان يتميز بها مساندي الجلد والتي تسمح بالقيام بهذا الدور على أكمل وجه وهي كالآتي:

- امتلاك قدرة فطرية على تفهم الآخرين وحسن الظن بهم والتعاطف معهم
- الاهتمام بإيجابيات الآخرين واعطاء الاولوية للجانب المضيء من شخصيتهم وعدم التركيز على السلبية منها.
- يتفهمون عملية الجلد لدى الاخرين ويحترمون مسارها ولا يتدخلون فيه
- تسهيل عملية تقدير الذات لدى للمصدوم، من خلال تحسيسه بقيمته لدى الاخرين ومساعدته في اثبات ذلك لنفسه.
- تفادي العبارة المنمقة ولو بنية الإحساس بالآخر خاصة وان لم تمر بنفس التجربة، مثل: " لا أتمنى ان أكون في مكانك" أو "كل هذا من الماضي يجب عليك نسيانه" لان هذه الأزمة لا يمكن لآخر عيشها غير المعني. هذه الخصائص لابد أن تكون تلقائية في شخصيات المساندين وحتى وان تم التدرب عليها، فان الصدق والتحكم في هذه القدرات يعد أمرا ضروريا، فالفرد المصدوم هو من يختار في اغلب الأحيان مساندي الجلد المناسبين له وقد لا يتم ذلك إلا بعد مراحل جد صعبة وحساسة وبعد أن يطمئن إليه بشكل جيد، وفي أغلب الأحيان فان المختصين النفسيين يلعبون هذا الدور بشكل جيد.

## 7. التطبيقات العيادية لنظريات الجلد

ما نأمله من وراء اهتمامنا بنظريات الجلد ليس دراسة عمليات الجلد فحسب، بل أيضا محاولة إيضاح طرق تنشيط تلك السيرورات لدى الأفراد، وهذا يقوم على فرضية أن الجلد قوة متحركة لدى كل الافراد، وأكبر ما يهمننا كعياديين عند دراستنا لنظريات الجلد هو كيف يمكن أن نستفيد من هذا التنظير في الميدان العيادي؟ وكيف يمكن أن نطور هذه النظريات من خلال الملاحظات والبحوث الميدانية؟ مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص البيئية والاسرية وكذلك المقومات الذاتية للأفراد، يمكننا أن نتكلم عن التطبيقات العيادية لنظرية الرجوعية ضمن نقطتين مهمتين:

✓ التكفل بفرد أو جماعة يعيشون معاناة.

✓ استعمال نموذج الجلد في ميدان الوقاية، من خلا التوجه نحو تخفيف الآثار السلبية التي يُتوقع أن تظهر على الفرد.

تعتمد بعض الأبحاث بشكل أساسي على قدرات الفرد وخصائصه النفسية والعلائقية على إيجاد موارد مساعدة له ضمن سياقه الاجتماعي، أين تهتم التطبيقات العيادية لهذه المقاربة النظرية خاصة بإيضاح أو إثارة السيرورات التي تمكن الفرد من التكيف وزيادة قدراته، فيما ينتج بعض الباحثين إلى الاهتمام بإيجابيات

## الفصل الثالث: سيرورة الجلد

آليات الحماية الداخلية، وهذا يقوم على الموارد النفسية للفرد وخاصة إمكاناته السلوكية، حيث يتجه التكفل التربوي الاجتماعي أو العلاجي النفسي إلى إيقاظ استراتيجيات الحماية الداخلية من أجل الحفاظ على الكمال النفسية من التلف ولو بصورة بسيطة.

يقترح نموذج الجلد نظرة جديدة في التكفل بالأفراد أو الأسر الذين عاشوا معاناة نفسية، ويتم هذا من خلال تشجيع تدخلات النفسانيين والقائمين بالخدمات الاجتماعية وأيضا المعالجين والمربين والمعلمين آخذين بعين الاعتبار تحريك قدرات الأفراد أو الأسر من خلال فسخ المجال لاستعمال تقنيات إمبريقية Empirique تهدف إلى تنمية القدرة الرجوعية، وأيضا استخدام المقابلات العلاجية بهدف مساعدة الأفراد على إيجاد موارد نفسية لديهم أو إثارة عملية الجلد لمواجهة الوضعيات الصعبة في حياتهم. (Anaut, 2013 p.110)

تدور تدخلات أخرى حول الوقاية من مؤثرات البيئة الخطرة، حيث توجد برامج مرافقة تربوية

**Accompagnement educative** موجهة للأفراد الموجودين في حالة خطر، كما توجد هنالك توجهات علاجية تقدم للأفراد أو المجموعات المعرضين للشدائد مثل الحداد، الحوادث، الحروب، الكوارث... وتتجه نماذج المرافقة من خلال نظريات الجلد نحو التركيز على ثلاث نواحي:

- ✓ الخصائص الفرد وتركيبته النفسية الداخلية **Intrapsychique**
- ✓ السلوكيات التكيفية.
- ✓ البيئة العلائقية.

وتتجه برامج المرافقة وفق عمليات الرجوعية بشكل أساسي نحو:

- ✓ العمل على السيرورات الفردية ونوع الآليات الدفاعية وتقدير الذات
- ✓ تشجيع النجاح في الميادين المهمة للفرد يمكن أن تكون أكاديمية، اجتماعية، دراسية أو مهنية
- ✓ الاستطلاع الأسري لأجل العمل على المقومات الأسرية لمساعدة الفرد ليكون له قدرة الجلد

## خلاصة الفصل

حتى اليوم، من الصعب تحديد مفهوم الجلد نظراً لتنوع الأبحاث ووجهات النظر حوله، يراه البعض على أنه سمة شخصية مكتسبة ومستقرة، بينما يرى البعض الآخر أنه عملية. لكن الجلد لا يُكتسب أبداً مرة واحدة وإلى الأبد. يتصور أنصار علم النفس الإكلينيكي التحليلي الجلد كعملية ويسعون إلى تحديد العوامل أو الآليات ذات الصلة التي تُمكن الأفراد من التغلب على الصدمات، ويركزون على محورين:

المحور الأول نفسي (داخلي)، يتعلق بالقدرات الخاصة بكل فرد

المحور الثاني علائقي، يتعلق بالروابط التي يؤسسها الموضوع ببيئته و هكذا، مثلما توجد عوامل قابلية للتأثر بالصدمات لدى أفراد معينين (الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، والاضطرابات النفسية الموجودة مسبقاً، والسمات الشخصية، وتاريخ العائلة، وتجارب الطفولة، وما إلى ذلك)، بينما يتصور أنصار التيار الأنجلوسكسونية على أنه عملية تفاعلية بين الموارد الداخلية للفرد و البيئة والمحيط به، ينتج الجلد من شبكة معقدة بين القدرات والخصائص الفردية (النفسية والمعرفية والسلوكية) والمهارات ذات التأثير النفسي الأسري، ويمكن استكمال هذه الأخيرة بموارد من البيئة الاجتماعية تنشأ روابط عاطفية أولية منذ الولادة مع الشخص (الأشخاص) الذين يقدمون له الرعاية ويتقنونهم ويحمونه وروابط عاطفية ثانوية أو لاحقة يمكن إقامتها مع أشخاص مختلفين في البيئة الاجتماعية طوال الحياة.

وفقاً لبولبي، فإن تكوين علاقة عاطفية مستقرة ودائمة بين الطفل والبالغ الذي يعتني به هو عنصر أساسي في نموه الارتباط يتوافق مع تلبية حاجة اجتماعية أساسية، تضمن بقاء الطفل جسدياً ونفسياً، وللتعلق وظيفة تكيفية مزدوجة تتمثل في الحماية والانفتاح على العالم، اعتدنا أن نعتقد أن كل شيء يعتمد على رابط التعلق بين الأم والطفل، ونحن نعلم الآن أن النماذج الداخلية التي تم بناؤها أثناء الطفولة يمكن تعزيزها أو إعادة بنائها طوال الحياة في نظرية بولبي، يسمح الارتباط الآمن الأساسي للطفل بتشكيل روابط اجتماعية -عاطفية أخرى من شأنها أن تسهل عملية الجلد.



## الفصل الخامس: السرطان وتداعياته

تمهيد.

- تعريف السرطان
- مراحل تطور السرطان
- أنواع السرطان
- أسباب السرطان
- اعراض السرطان
- تشخيص السرطان وادواته
- طرق علاج السرطان
- الاستجابات الانفعالية لنبا الاصابة بالسرطان
- السرطان ونوعية الحياة
- خلاصة الفصل

## الفصل الخامس: السرطان وتداعياته

### تمهيد

تشير كلمة سرطان cancer، الكثير من مشاعر الخوف و التوتر و الإحساس بالعجز، حتى عند الخوض في موضوعات تتعلق به، او حتى مجرد ذكر اسمه، فهو احد اخطر المشكلات الصحية التي تتحدى العلماء و الباحثين في العصر الحديث والتي هي في تزايد مستمر وبأرقام مقلقة على المستوى العالمي والمستوى الوطني، حيث اصبح السرطان السبب الرئيسي للوفاة في جميع أنحاء العالم، وقد أزهد أرواح 10 ملايين شخص في عام 2020، حسب تقرير لمنظمة الصحة العالمية، (Ferlay and al,2021)، و أكثر أنواعه شيوعاً حسب ذات المصدر، في عام 2020 من حيث حالات السرطان الجديدة:

- سرطان الثدي (2.26 مليون حالة)
- سرطان الرئة (2.21 مليون حالة)
- سرطان القولون والمستقيم (1.93 مليون حالة)
- سرطان البروستات (1.41 مليون حالة)
- سرطان الجلد (غير الميلانوما) (1.20 مليون حالة)
- سرطان المعدة (1.09 مليون حالة).

في الجزائر، مرض القرن يتحول إلى وباء. تم تسجيل 50 ألف حالة إصابة جديدة بالسرطان وما لا يقل عن 20 ألف حالة وفاة في عام 2019. الأرقام التي كشف عنها رئيس قسم الأورام بمستشفى مصطفى باشا، الأستاذ كامل بوزيد، هي تدق انذار الخطر من الدرجة الاولى. وبالفعل تم تسجيل 50 ألف إصابة جديدة و 20 ألف حالة وفاة خلال عام 2019. من المرجح أن تزداد حالات الإصابة بالمرض في السنوات القادمة، الذي يشير إلى أن سرطان الثدي في الصدارة مع 12000 حالة جديدة في الجزائر، يليه القولون الذي شهد ارتفاعاً ملحوظاً في السنوات الأخيرة. وأشار الأستاذ أيضاً إلى أنه بحلول عام 2025، سيتم تسجيل 60.000 حالة جديدة كل عام في الجزائر، ويقدر أن الرقم في منحنى تصاعدي بحلول عام 2030، وربما يصل إلى 70.000 حالة / سنوياً. وأكثرها انتشاراً يأتي سرطان الرئة والبروستات والقولون والمستقيم والمعدة وسرطان الكبد هي أكثر أنواع السرطانات شيوعاً بين الرجال، بينما سرطان الثدي، ثم سرطان القولون والمستقيم والرئة وعنق الرحم وسرطان الغدة الدرقية الأكثر شيوعاً بين النساء. وتجدر الإشارة الى ان ليس كل مريض بالسرطان محكوم عليه، ففي العقدين الأخيرين، ازداد عدد المتعافين من السرطان وخاصة في البلدان المتقدمة صناعياً. فعلى سبيل المثال، في الولايات المتحدة الأمريكية تجاوز في العام 2010م عدد المتعافين من السرطان (12مليون شخصاً)،(Ries L AG and all,2008).

تعود الزيادة في أعداد المتعافين من المرض إلى التقدم في تقنيات الكشف المبكر والوقاية والعلاج، ومع ذلك فالبقاء والنجاة من مرض السرطان يترك العديد من الآثار السلبية على الناجي، كالأثار الجانبية الناتجة عن العلاج الكيماوي والإشعاعي والعلاج الهرموني والجراحة، بالإضافة إلى الضعف العام في أجهزة الجسم الأخرى وحدوث التشوهات وبعض الإعاقات عند بعض المرضى (Aziz& Rouland, 2003).

وعلى هذا الأساس سنحاول في الفقرات التالية التعرف أكثر على مرض السرطان انواعه واعراضه واسبابه وآلية حدوثه وكيف يتطور وتشخيصه وانواع العلاجات وكذلك بروفييل نفسي لمرضى السرطان ونوعية حياتهم.

### 1-تعريف السرطان

**1-1 لغة:** أشار "دومار وبورني (Domart & Bourneuf, 1981) ان اللفظ الإنجليزي (cancer) السرطان اشتق من الكلمة اليونانية كارسنوما carcinoma وكاركنوس carcinos والتي استخدمها أبو قراط منذ أكثر من 2500 عام لوصف مرضاه المصابين بهذا المرض وتعني السلطعون البحري "crab" والتي ترمز لمختلف مميزات هذا الحيوان، ومرض السرطان لم يستطع الاطباء وضع تعريف محدد له حتى القرن العشرين.

**1-2 واصطلاحا:** السرطان عبارة عن "نمو غير طبيعي لخلايا الجسم" والخلية هي: وحدة تكوين الأجسام الحية والجسم البشري، ولها وظيفتان: التكاثر ووظيفة أخرى تخصصية تختلف باختلاف نوع الخلية قد تكون هذه الوظيفة التخصصية "حركة" كما في العضلات أو "إنزيمات"،\*، أو "إفراز" عصارة، أو غير ذلك من الوظائف الحيوية، وفي الجسم البشري المكتمل النمو تكون الوظيفة التخصصية هي الأساس بينما يقتصر التكاثر على عدد قليل من الخلايا. (pinell ;1992, p8)

وتعرف الموسوعة العربية الميسرة (1986) السرطان بأنه ورم خبيث ناتج عن تحول أو تغير خبيث يصيب الخلايا البشرية، ولا يعرف على وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها، والذي يحدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو الأنسجة المجاورة لها أو المحيطة بها ثم تنتشر عن طريق الأوعية الليمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد الليمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم.

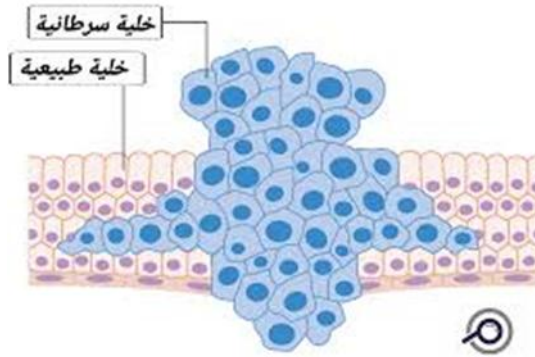
حسب شيلي تايلور (2008)، السرطان عبارة عن مجموعة من الامراض التي تزيد عن المائة مرض يجمع بينها عدد من العوامل المشتركة، وينجم السرطان عن خلل في المادة الجينية الوراثية (الحمض النووي الريبي منزوع الأوكسجين) (DNA)، الموجودة على مستوى نواة الخلية المسؤولة عن نمو الخلايا وتكاثرها، ما يجعل الخلايا المصابة تخرج عن رقابة الجسم وتتكاثر بطريقة فوضوية، دون ان تأخذ بعين الاعتبار حاجات العضو.

يمكن أن يبدأ السرطان في أي مكان في الجسم، عندما تنمو الخلايا بصورة خارجة عن السيطرة وتزاحم الخلايا الطبيعية مما يؤدي الى تسارع في نموها وانتشارها، ويجعل من الصعب على الجسم العمل كما

يجب، فالخلايا السرطانية لا تفيد الجسم بل تستنزف طاقاته وامكاناته. وتختلف الأعراض باختلاف العضو المصاب، فالسرطان يمكن أن يصيب أي جزء من جسم الإنسان إذ يمكن أن يحدث في الثدي أو المسالك البولية أو الرئتين وغيرها وظهور الورم في أي عضو يؤدي إلى ظهور أعراض معينة، فإذا حدث في الثدي مثلاً ظهر على هيئة ورم محسوس، وقد تصاحبه إفرازات وفي المثانة يؤدي إلى كثرة التبول والحرقان وتغيير لون البول ووجود إفرازات، كما يؤدي إلى نزيف بولي، وفي الرئتين قد يؤدي إلى السعال والإفرازات التي قد تكون مصحوبة بدم وهكذا تختلف الأعراض باختلاف العضو المصاب، (محمود شريف، 1997).

وتذكر زلوف (2014) أنه عندما تتحول الخلية العادية إلى خلية سرطانية، يتغير مظهرها، ويكبر حجمها كما يكبر حجم نواتها ويصبح مظهر الصبغيات في نواتها غير عادي، ويتضاعف عدد الصبغيات وتختلف أحجامها ويتخذ أكثرها شكل  $V, L$  وتنقسم الخلية إلى قسمين غير متشابهين حجماً ومظهراً، وبينما تحتاج الخلية العادية إلى الأكسجين، تعتمد الخلية السرطانية على التخمر الذي لا يحتاج إلى وجود الأكسجين وتنمو الخلايا السرطانية بسرعة وتلتهم المواد الزلالية وذلك على حساب ما حولها من الخلايا العادية. (زلوف منيرة، 2014).

الشكل (9): تحول خلية طبيعية إلى خلية سرطانية، المصدر (موقع نازا بالعربي)



## 2-مراحل تطور السرطان

حتى نفهم كيفية نشوء السرطان، من الضروري أن يتضمن حديثنا بعض المعلومات عن البيولوجيا الأساسية للخلية. إن الخلية لبنة البناء الأساسية التي تتكون منها جميع الكائنات الحية. ويتكون جسم الإنسان من بلايين خلايا، وهذا أمر مشترك بينه وبين سائر الكائنات الحية من أصغرها كالخميرة حتى أكبرها كالحوت الأزرق. لجميع الخلايا داخل أي كائن دورة حياة خاصة بها محكومة بعناية. ويحدث السرطان عندما يقع خطأ ما في عملية التحكم في هذه الدورة، يؤدي إلى نمو غير منتظم لمجموعة من الخلايا يمكنها بعد ذلك الانتشار وإتلاف أعضاء أخرى بالجسم عبر مجموعة من المراحل، ولخص "هانا هان وواينبيرغ" العمليات التي تتحول بها الخلية من عضو عادي ملتزم بالقانون الداخلي إلى عضو خارج عن القانون وهذه التغيرات تتسم بالخصائص التالية:

- عدم الخضوع لعملية الموت الخلوي الذي يهدف الى التخلص من الخلايا المعيبة
- تجنب التدمير الذي يقوم به جهاز المناعة
- عدم الاستجابة للإشارات المثبطة
- القدرة على النمو داخل أنسجة مجاورة وغزوها وتدميرها
- القدرة على المحافظة على النمو بتوليد اوعية دموية جديدة (نيكولاس جيمس، 2012).

يختلف تصنيف مراحل مرض السرطان (Cancer staging) باختلاف نوعه، وبشكل عام فإنه يتم تقسيم مراحل مرض السرطان إلى أربعة مراحل؛ يندرج تحتها تقسيم أكثر تفصيلاً يتضمن معلومات محددة حول طبيعة الورم وكيفية تأثيره في باقي أجزاء الجسم، وهناك العديد من السرطانات التي تسلك منحى مختلفاً عند تطورها وعليه فإن لها تصنيفات خاصة بها، كما هو الحال في سرطانات الدم وسرطان الغدد الليمفاوية، وعلى الرغم من اختلاف هذه التصنيفات إلا أن جميعها يشير إلى مدى تقدم المرض وتطوره (Stages of Cancer, 2020).

التحول الخبيث هو العملية المعقدة التي تتطور من خلالها الخلايا السليمة إلى خلايا سرطانية. تشمل هذه العملية على عدّة خطوات حسب روبرت غال (Robert Peter Gale, 2018 من موقع MSD).

## 1-2 مرحلة بداية الورم (النشوء)

نشأة المرض هو أول مرحلة من مراحل تطور مرض السرطان وفيها تتغير المادة الجينية (طفرة) الأولية للخلايا لتصبح خلايا سرطانية. قد يحدث التغير في المواد الوراثية للخلايا تلقائياً أو بواسطة عامل مسبب للسرطان (المسرطنات). وتشمل المسرطنات العديد من المواد الكيميائية والتبغ والفيروسات والاشعاعات وأشعة الشمس. ولكن، تتفاوت حساسية الخلايا للمسرطنات. قد يؤدي الخلل الجيني الموروث أو المكتسب في الخلايا إلى جعلها أكثر عرضة للإصابة. كما ان الانهاك الجسدي المزمن قد يجعل الخلايا أكثر حساسية للمسرطنات. في هذه المرحلة يكون الورم في موقع نموه الأصلي دون أن ينتقل إلى الأنسجة المحيطة به. ويكون قابلاً للشفاء بنسبة عالية. تتم إزالة الورم بأكمله جراحياً، وفي هذه المرحلة يكون الورم في بدايته غير سرطاني، لكنه قد يتطور في المستقبل إلى ورم سرطاني.

## 2-2 مرحلة التطور

في هذه المرحلة يكون الورم صغيراً وفي مكانه الأصلي ولم يصل إلى الأنسجة المحيطة، كما لم ينتشر إلى العقد الليمفاوية أو أي أجزاء أخرى، كما تسمى عادة بمرحلة السرطان المبكرة. لذا تؤكد على ضرورة إجراء فحوصات الكشف المبكر لاكتشاف السرطان في هذه المرحلة وبالتالي ضمان فرص شفاء أعلى. يُعد التعزيز في هذه المرحلة عامل مؤثر على تطور مرض السرطان. يمكن للعوامل المعززة "promoters" أن تكون مواد موجودة في الوسط المحيط، أو أن تكون أدوية محددة مثل الهرمونات الجنسية (مثل هرمون التستوستيرون الذي يُوصف لتحسين الرغبة والقدرة الجنسية عند كبار السن من الرجال).

## الفصل الخامس: السرطان وتداعياته

بخلاف المُسرطنات، فإن المعززات لا تسبب مرض السرطان بمفردها، ولكنها تسمح للخلايا التي بدأت بالنشوء بأن تصبح سرطانية. لا تؤثر المعززات على الخلايا التي لم تنتشأ بعد. وبالتالي، هناك عدة عوامل ضرورية لإحداث السرطان، وغالبًا ما تكون اجتماع الخلايا المهيأة للإصابة بالسرطان مع العوامل المعززة (المُسرطنات).

### 2-3 مرحلة بداية الانتشار

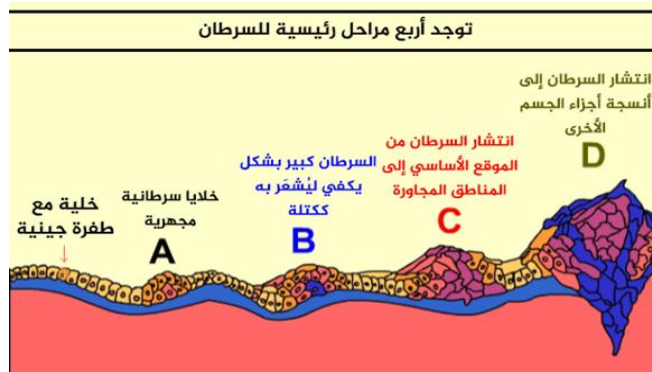
في هذه المرحلة يكون الورم قد تطوّر وازداد حجمه ونما بدرجات متفاوتة في الأنسجة المحيطة به، ومن الممكن أن يكون قد وصل إلى العقد الليمفاوية المجاورة أيضا، إلا أنه لم ينتشر إلى أيّ من أجزاء الجسم الأخرى. أي يمكن للسرطان أن ينمو مباشرة داخل الأنسجة المحيطة أو أن ينتشر إلى الأنسجة والأعضاء القريبة. يمكن للسرطان أن ينتشر من خلال الجهاز اللمفي على سبيل المثال، عادة ما ينتشر سرطان الثدي أولاً إلى العقد اللمفية القريبة من الإبط. وبعدها ينتقل إلى مواقع أبعد. منتشرا كذلك عبر المجرى الدموي.

**2-4 مرحلة الغزو والانتشار:** هي المرحلة المتقدمة، وتعني أنّ السرطان قد انتشر ووصل إلى أجزاء مختلفة عن مكان نموّه الأصلي، يُطلق على هذه المرحلة أيضا اسم السرطان المنتشر، في هذه المرحلة ينتقل السرطان من مكان نشوئه إلى عضو واحد على الأقل من الأعضاء الأخرى في الجسم، حيث تُعرف هذا الانتقال بالنقيلة أو الانبثاث أو هجرة الخلايا السرطانية (Metastasis).

تكمّن أهمية تحديد مراحل مرض السرطان فيما يأتي:

- تحديد العلاج المناسب: يتطلب علاج السرطان المتمركز في مكان نشأته غير المنتقل أو المنتشر إلى مكان آخر علاجًا موضعياً يتم من خلاله التركيز على منطقة الإصابة فقط، كالجوء للجراحة أو العلاج بالأشعة (Radiotherapy)، أمّا في حال وصول السرطان إلى مرحلة انتشاره فيتطلب الأمر استخدام علاجات شاملة تشمل جميع أجزاء الجسم وأعضائه ومن هذه العلاجات الشاملة؛ العلاج الكيماوي (Chemotherapy)، العلاج الهرموني، واستخدام الخيارات الدوائية التي تستهدف الخلايا السرطانية. - إعطاء صورة عن مسار المرض أو فرصة الشفاء، إضافة إلى مدى تأثير العلاج ونجاحه.

الشكل (10): مراحل تطور السرطان، (الصورة من موقع نازا بالعربي)



### 3 - أنواع السرطان

السرطان هو اسم يطلق على مجموعة من الأمراض التي تزيد عن المائة مرض والتسمية تتبع العضو والنسيج او المنطقة التشريحية المصابة، لا يسعنا المجال لذكرها كلها لكننا سنعرض اكثرها انتشارا في البيئة المحلية، وهناك تصنيفين للسرطان تصنيف عام على أساس عامل الخطورة كأن يصنف السرطان الحميد وآخر خبيث، ويصنف السرطان تبعا للعضو الذي بدأ منه السرطان (مثل سرطان الثدي).

#### 3-1-1 التصنيف على أساس عامل الخطورة

**3-1-1-1 الأورام الحميدة (الغير سرطانية) (Tumeurs Bénignes)** : تتكون من خلايا غير سرطانية عادة ما تكون مغلفة بغشاء وغير قابلة للانتشار، ونادرا ما يكون لها تأثير خطير على حياة المصاب بعضها قد يسبب مشاكل للعضو المصاب خصوصا إذا كانت كبيرة الحجم وتأثيرها يكون بالضغط على العضو المصاب أو الأعضاء القريبة منها، مما يمنعها من العمل بشكل طبيعي. هذه الأورام من الممكن إزالتها بالجراحة أو علاجها بالعقاقير أو الأشعة لتصغير حجمها وذلك كاف للشفاء منها وغالبا لا تعود مرة ثانية. (يوسف الشرفاء، 2008، ص18)

**3-1-1-2 الأورام الخبيثة (السرطانية) (Tumeurs Malignes)**: هي عبارة عن مجموعة من الخلايا السرطانية، تتكاثر بالانقسام وتدمر الخلايا والأنسجة المجاورة إذا لم تعالج. وتنتقل مع مرور الوقت إلى أنحاء متفرقة من الجسم بواسطة الدورة الدموية أو النظام الليمفاوي. الأورام السرطانية الصغيرة تُكتشف بواسطة الكشف اليدوي الجيد أو بواسطة أشعة أكس أو الأشعة الصوتية. وسبب تسمية السرطان بالمرض الخبيث لانقسام وتكاثر الخلايا بشكل غير طبيعي، وغزوها للجسم، هذا الانقسام والتكاثر الذاتي والسريع يحتاج إلى طاقة مما يؤدي إلى استنفاد طاقة الجسم التي يحتاجها لإتمام عمله الطبيعي. (Lacave, 2005, p81). والسرطان ليس نوعا واحدا، لذلك يعتقد ان لكل نوع من انواعه جينات سرطانية خاصة به وهذا ما أكدته بعض النتائج الجديدة التي اثبتت ان جينات سرطان الثدي مختلفة عن جينات سرطان المثانة او عن سرطان الرئة، ولكن ليس المعنى ان كل نوع من أنواع السرطان يحدثه (جين) واحد فقط، وان هذا لا يمنع ان يكون هناك جين واحد مشترك بينهما (انشاصي هناء، 2010). ونحدد فيما يلي:

#### 3-2 أبرز أنواع السرطانات تبعا لأنسجة والأعضاء التي تصيبها

3-2-1 سرطانات الجهاز التنفسي وانواعه هي: (سرطان الرئة، سرطان الحنجرة) .

3-2-2 سرطانات الجهاز الهضمي وأنواعه هي: (سرطان المستقيم، سرطان القولون، سرطان الكبد، سرطان المعدة، سرطان البنكرياس، سرطان الفم، سرطان المريء).

3-2-3 سرطانات الجهاز العظمي والعضلي انواعه هي: (سرطانات العظام، سرطانات العضلات)

3-2-4 سرطانات الجهاز البولي وأنواعه هي (سرطان المثانة، سرطان الكلية).

3-2-5 سرطانات الجهاز العصبي والغدي وأنواعه هي: (سرطان الدماغ وسرطان نخاع الشوكي، سرطانات الغدد بأنواعها).

3-2-6 سرطانات الجهاز التناسلي الذكري وأنواعه هي: (سرطان البروستات، سرطان الخصية).

3-2-7 سرطانات الجهاز التناسلي الانثوي وأنواعها هي: (سرطان الرحم، سرطان الثدي).

3-2-8 سرطانات الجهاز الدوري وأنواعه هي: (سرطانات الدم بأنواعه (بادويلان، 2005، ص5).

#### 4 أسباب السرطان: وتسمى العوامل المسرطنة او عوامل الخطر، ليس هناك سبب واحد للإصابة

بالسرطان، فقد يحدث بفعل عوامل مختلفة، وما زالت أسباب الإصابة بالسرطان مجهولة إلى حد كبير، والمتفق عليه ان السرطان ينشأ نتيجة لتغيرات أو طفرات تحدث في الحمض الريبي النووي الموجود في نواة الخلية. يتجمع الحمض النووي الموجود في نواة الخلية في عدد كبير من الجينات الفردية، ويحتوي كل منها على مجموعة من التعليمات التي تحفز الخلية للقيام بوظائفها المحددة، بالإضافة إلى كيفية نموها وانقسامها. ويمكن أن تؤدي الأخطاء في هذه التعليمات إلى توقف الخلية عن أداء وظيفتها الطبيعية وتصبح خلية سرطانية. وهذه التغيرات ناجمة عن التفاعل بين عوامل الفرد الجينية ومجموعة من العوامل الخارجية، وتسمى بالعوامل المسرطنة (المسرطن مادة تسبب او تعزز السرطان على غرار المواد الكيميائية وبعض اشكال الإشعاعات والفيروسات) ويظهر السرطان لدى اشخاص تعرضوا لمادة او أكثر من المسرطنات، وتنقسم عوامل الخطر حسب منظمة الصحة العالمية، (2020) بشكل عام إلى مجموعتين: العوامل التي لا يمكن تجنبها والعوامل التي يمكن تجنبها. الأولى ترتبط بالعمر والجنس وما نحملة من مورثات.

والثانية هي العناصر المتعلقة بسلوكنا أو أسلوب حياتنا: التبغ، والنظام الغذائي الغير المتوازن، والشمس، والاشعاعات، والعدوى بفيروسات معينة أو بكتيريا معينة ... الكثير من العوامل التي يمكن حماية أنفسنا ضدها. وهذه العوامل حسب موقع منظمة الصحة العالمية (mho,2020) هي كالاتي:

#### 4-1 العوامل التي لا يمكن تجنبها

4-1-1 العوامل الجينية (وراثية): فقد لوحظ أن بعض انواع السرطانات توجد في نفس العائلة مثل (سرطان الثدي وسرطان البروستات واللوكميا)، وهي انتقال جين يحمل طفرة من أحد الابوين الى الابن، وقد اعتقد العلماء أن هناك عاملا وراثيا يهيئ الشخص للإصابة بالسرطان بها. معظم السرطانات المعروفة لا تنتقل عن طريق الوراثة وانما تكون حالات فردية لا علاقة للوراثة ولكن الأبحاث أثبتت دور الوراثة في بعض الأورام، مثلا سرطان الدم يعود لخلل في الجينات (بستاني 1994، ص1040).



**4-1-2 العوامل الهرمونية:** تعتبر الهرمونات المفرزة داخليا وبشكل غير طبيعي من ضمن العوامل المنشطة والمسرعة لعملية انقسام الخلايا السرطانية وبالذات هرمون الاستروجين الذي يعتبر عامل رئيسي في تكوين سرطان جدار الرحم.

**4-1-3 عامل السن Age:** ان تفشي وانتشار السرطان يزداد مع التقدم في السن فيكون الانسان أكثر عرضة للإصابة او سريع التأثر بها بعد الخمسين سنة ولم يتم التأكد بعد فيما كان ذلك بسبب التقدم في العمر ام لطول فترة حضانة المرض او التعرض الطويل للمواد المسرطنة ويفسر البعض الآخر اقتران تراكم مخاطر الإصابة بالسرطان عند كبار السن، بميل فعالية آليات اصلاح الخلايا الى الاضمحلال كلما تقدم الشخص في السن.

**4-1-4 عامل الجنس والعرق:** هناك تباين بين الذكور والاناث في نمط الإصابة بالسرطان حيث انه يكثر سرطان الرئة والقولون بين الرجال ويكثر سرطان الثدي والرحم عند النساء. وكذلك هناك اختلافات في نمط الإصابة بين الاعراق فالأفراد ذوي البشرة الفاتحة يتعرضون للإصابة بسرطان الجلد بشكل خاص الوجه والرقبة أكثر مما يتعرض له الافراد الملونين

#### 4-2 عوامل يمكن تجنبها

#### 4-2-1 العوامل الفيزيائية:

إن التعرض المفرط لضوء الشمس هو أحد مسببات الإصابة بالسرطان خصوصا لدى الافراد ذوي البشرة الفاتحة، كما ان التعرض للإشعاعات الايونية مثل اشعة غاما واشعة الفا والاشعة السينية وغيرها من الانواع المختلفة يزيد من خطر الإصابة بالسرطان والدليل على ذلك اللوكيميا او ما يسمى بسرطان خلايا الدم البيضاء، ازداد بشكل مقلق بين الناجين من القنبلة الذرية باليابان (هيروشيما وناغازاكي)، حيث انه ظهر في الفترة من ثلاث الى خمس سنوات التي تبعت الانفجار. ولوحظ في السنوات الاولى من تطوير اشعة "كس" ان الفيزيائيون الذين يعملون في مجالها ونتيجة لعدم معرفتهم بمخاطر هذا النوع من الاشعة، تعرض اغلبهم لمرض اللوكيميا. (Beers, p1033. 2008).

**4-2-2 العوامل الكيميائية المسرطنة:** يتفق العديد من اخصائي السرطان مثل البروفسور هنري بور (Henri Bohr) وموريس بيرو (M. Pérou) وغيرهما ان نسبة تقدر ب 80% من امراض السرطان تتأثر وتنمو بسبب عوامل الحياة البيئية مثل الهواء الملوث الذي يستنشقه الانسان، والمشروبات وبعض الأغذية والعقاقير والغازات والمبيدات والأسمدة وبعض الادوية مثل السكرين (saccharine) وبعض المواد الحافظة مثل مادة الكاد ينوم التي تطلّى علب المعلبات، والتدخين والكحول... الخ. كلها عوامل يمكنها ان تساعد على نشوء السرطان الذي لا يظهر مباشرة بل يكمن لمدة تصل الى ثلاثون سنة (الزاد، 2009)

**4-2-2-1 التدخين والسرطان:** يرتبط تدخين التبغ بالعديد من أشكال السرطان، ويسبب 80% من حالات سرطان الرئة. أظهرت العديد من الأبحاث العلاقة بين تعاطي التبغ والسرطان الرئة والحنجرة والرأس والمعدة

والمثانة والكلى والمريء والبنكرياس، حيث يحتوي دخان التبغ على أكثر من خمسين مادة مسرطنة معروفة، بما في ذلك النتر وزامين والهيدروكربونات العطرية متعددة الحلقات. يعد التبغ مسؤولاً عن واحد من كل ثلاث حالات وفاة بالسرطان في العالم المتقدم، وحوالي واحدة من كل خمس وفيات في جميع أنحاء العالم، لا يزال عدد المدخنين في جميع أنحاء العالم في ارتفاع، مما أدى إلى ما وصفته بعض المنظمات بأنه "وباء التبغ". (Update in Lung cancer 2007)

**4-2-2-2 الكحول والسرطان:** الكحول هو مثال على مادة مسرطنة كيميائية. صنفت منظمة الصحة العالمية الكحول كمسرطن من المجموعة الأولى. في أوروبا الغربية 10% من السرطانات لدى الذكور و3% من السرطانات لدى الإناث تُنسب إلى الكحول. في جميع أنحاء العالم، 3.6% من جميع حالات السرطان و3.5% من وفيات السرطان تعزى إلى الكحول. على وجه الخصوص، تبين أن تعاطي الكحول يزيد من خطر الإصابة بسرطانات الفم والمريء والبلعوم والحنجرة والمعدة والكبد والمبيض والقولون. تتضمن الآلية الرئيسية لتطور السرطان زيادة التعرض للأسيتالديهيد، وهو مادة مسرطنة وناتج من الإيثانول. وقد اقترحت آليات أخرى، بما في ذلك أوجه القصور الغذائية المرتبطة بالكحول، والتغيرات في الحمض النووي، وتحريض الإجهاد التأكسدي في الأنسجة. موقع منظمة الصحة العالمية (oms)

**4-2-2-3 الغذاء والسرطان:** تم ربط بعض الأطعمة المحددة بسرطانات معينة.

أظهرت الدراسات أن الأفراد الذين يتناولون اللحوم الحمراء أو المعالجة لديهم خطر أعلى للإصابة بسرطان الثدي وسرطان البروستاتا وسرطان البنكرياس (Stewart B, 2014)، يمكن تفسير ذلك جزئياً بوجود المواد المسرطنة في الطعام المطبوخ في درجات حرارة عالية.

تناول كميات كبيرة من الدهون والكحول واللحوم الحمراء والمعالجة والسمنة وعدم ممارسة الرياضة البدنية يعد من عوامل الخطر المتعددة لتطور سرطان القولون المستقيم.

يرتبط النظام الغذائي الذي يحتوي على نسبة عالية من الملح بسرطان المعدة.

يرتبط **Aflatoxin B1**، وهو تلوث غذائي متكرر، بسرطان الكبد، وتبين أن مضغ التبغ يسبب سرطانات الفم (Sohee Park and all, 2008).

أظهرت دراسة باركان، (1996)، العلاقة بين النظام الغذائي وتطور أنواع معينة من السرطانات قد تفسر جزئياً الاختلافات في معدل الإصابة بالسرطان في مختلف البلدان. على سبيل المثال، يعد سرطان المعدة أكثر شيوعاً في اليابان بسبب تواتر الوجبات الغذائية عالية الملح، وسرطان القولون أكثر شيوعاً في الولايات المتحدة بسبب زيادة تناول اللحوم المصنعة والحمراء. تميل مجتمعات المهاجرين إلى تطوير نفس خطر الإصابة بالسرطان الخاص ببلدهم الجديد، غالباً في غضون جيل واحد إلى جيلين، مما يشير إلى وجود علاقة بين النظام الغذائي والسرطان. (Parkin D.M, 1996)

3-4 عوامل فيروسية: هناك إمكانية كبيرة لحدوث السرطان نتيجة العدوى الفيروسية فالفيروس الحليمي البشري (HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية ويسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد "C" الذي يسبب سرطان الكبد، أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي أو ما يعرف بمرض "بورلين" (Beers, 2008, P1035) .

4-4 العوامل النفسية والاجتماعية: يمكن للعوامل النفسية الاجتماعية ان تؤثر على تطور المرض حتى بعد بدايته، فلاستجابة العاطفية للفرد، او مدى استعداده لمكافحة المرض على سبيل المثال، تعتبر من المؤشرات التي تتنبأ بتقدم السرطان وتطوره. يذكر العالم الفرنسي المشهور "جان برنارد" **jean Bernard** المهتم بسرطان الدم لوكيميا (**leucemia**) انه يستخدم في مواجهة سرطان الدم سلاحين هما: الدواء المتطور وسلاح الكلمة التي تساعد على تمشيط التربة المعبأة ببذور الاستعداد للمرض، كما تساعد على الحد من هجمات المرض، وفي هذا إشارة الى العامل الفكري والنفسي ويضيف الدكتور برنارد ان هناك العديد من العوامل مثل التي ذكرناها سابقا تساهم في نمو السرطان ولكن العوامل النفسية والاجتماعية والتربوية السائدة تلعب الدور المهم أيضا. وان هناك سرطانات يصعب ارجاعها الى أسباب واضحة كالبيئة والمناخ ولا بد ان يكون لها تشخيصها الخاص، وبرنارد يؤكد على إثر العوامل النفسية وحالات القلق، والخوف، والتوتر، هذه العوامل التي قد تكون نتاجا لأوضاع اجتماعية واقتصادية تزيد من أعباء الانسان ومشكلاته، التي تؤثر بدورها على العضوية فتحدث اضطرابات عصبية الهرمونية التي تعتبر من أكبر العوامل المساعدة على نمو السرطان وتطوره. وما ظهور فرع الطب السيكوسوماتي الذي يتناول تأثير الضغوط او الانفعالات على الاختلال الوظيفي او المرضي الا دليل على ذلك. يعتبر العالم سيمونز" (1956) **Simons** في كتابه الشهر (المظاهر السيكوسوماتية للسرطان) وهو من أبرز العلماء والأطباء الذين درسوا الجذور النفسية الكامنة وراء السرطان قد توصل إلى الاستنتاجات التالية:

- يكون هناك نوع من الصدمات النفسية؛ ما يُسرّع بظهور السرطان دون أن تكون تلك الصدمات هي السبب الأول للمرض.
- إن الاضطرابات في الوظائف الغذائية تثيرها وتطلقها الانفعالات الشديدة وخاصة تلك المتعلقة بمشكلات الطفولة أو القلق العنيف.
- إن العلاج يجب أن يجمع بين الجراحة والأشعة وعلاج الغدد؛ بالإضافة إلى العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية على مستوى الفرد والجماعة والعائلة.
- عدم الفصل بين العلاج النفسي والعلاج الطبي، فهما صنفان متلاحمان.

5-اعراض السرطان:

ان السرطانات لا يمكن اكتشافها قبل ظهور بعض الاعراض، التي تظهر كتغيرات سريرية غامضة قد تساعد على التشخيص الدقيق لنوع معين من السرطان، ويمكن أن توجه الاطباء في التقييم السريري واختيار الفحوصات التكميلية اللازمة لنفي التشخيص أو تأكيده. في المجتمع الطبي يُنصح بالانتباه الى مجموعة من علامات الإنذار المبكر لظهور السرطان وهذه الاعراض لا تؤكد بالضرورة وجود السرطان بالجسم، ولكن لسوء الحظ، فإن هذه الاعراض لا تكتشف الا بعد تقدم المرض والاعراض حسب المعهد الوطني الاسباني للسرطان (NCI) على الموقع <https://www.cancer.gov> هي:

- فقدان الوزن الغير مبرر وفقدان الشهية
- التعب والإرهاق والتعرق الليلي
- ألم جديد وطويل الأمد
- غثيان وقيئ متكرر، عسر في الهضم
- دم في البول او في البراز (مرثي او يمكن اكتشافه من خلال الاختبارات المعملية)
- اضطرابات في عمليات الإخراج (امساك او اسهال)
- سعال مزمن او صعوبة في البلع
- ارتفاع درجة حرارة الجسم دون سبب معروف.
- ظهور علامة على الجسم او تغير واضح في حجم او لون النتوء او الشامه بالجلد.
- تضخم الغدد الليمفاوية او بالثدي وبأي مكان آخر
- تقرحات جلدية لا تلتئم
- اليرقان (اصفرار في الجلد او بياض في العينين).

وتجدر الإشارة هنا الى ان الاعراض السابقة الذكر قد يكون البعض منها مؤشر خاص باحتمالية الإصابة بنوع معين من السرطان، لان كل نوع من امراض السرطان له اعراضه الخاصة، ولا يعني ظهور هذه الاعراض بالضرورة إصابة الشخص بالسرطان، بل بالعكس فإن معظم هذه الحالات نتاج عن حالات سليمة، فمثلا نزف من الشرج قد يكون سببه البواسير او تشقق الشرج. وكل ما تعنيه هذه الاعراض هو وجود سبب غير طبيعي يجب التحري عن مصدره ومعرفته ومعالجته. وأحد هذه الأسباب قد يكون بداية مرض خبيث، واكتشافه في مرحلة مبكرة له أهميته العلاجية.

6-التشخيص: التشخيص حسب معجم المعاني الجامع العربي هو من مصدر شَخَّصَ جمع تشخيصات، واصطلاحا: تَمَكَّنَ الطَّبِيبُ مِنْ تَشْخِصِ الْمَرَضِ = مِنْ مَعْرِفَتِهِ وَتَعْيِينِ عَوَارِضِهِ

6-1 التشخيص المبكر وأثره على العملية العلاجية:

يمكن علاج السرطان بسهولة إذا تم اكتشافه مبكراً، لذلك من الضروري تشخيصه مبكراً. قد تمثل بعض الاعراض علامات تحذيرية للسرطان، ما يدفع المريض إلى التماس العناية الطبية. بما ان إمكانية شفاء المرضى بالسرطان وإنقاص نسبة الوفيات لديهم متعلقة بالمرحلة التي يبدأ فيها العلاج وهي ان يعالج الورم في وقت مبكر. وعليه عندما يوجد شك في وجود المرض بناء على نتائج الفحص او ظهور اعراض، فإنه يمكن تحقيق الهدف بالفحص الكامل للمريض واستعمال وسائل التشخيص المتنوعة كالوسائل الاشعاعية والتنظير والفحص الخلوي والنسجي وتحري الواسمات السرطانية، وتحديد المورثات الطافرة.

كما ذكرنا تشخيص المرض في مراحله المبكرة يوفر أفضل الفرص للشفاء فاذا كان المريض يشعر بأعراض مثيرة للشكوك، فعليه التشاور مع طبيبه حول أي من الفحوصات والتحليل هي الأنسب للكشف المبكر عن السرطان. لقد أظهرت الأبحاث أن إجراء تحاليل خاصة للكشف المبكر عن السرطان قد ينقذ الحياة فعلاً. فالتحاليل الخاصة او ما يسمى (برامج الفرز) الغرض منها هو الكشف عن حالات شاذة توحى بوجود أنواع معينة من السرطان أو حالات سابقة للسرطان لدى الافراد الذين لا يبدون اية اعراض للإصابة به، واحالتهم بسرعة الى المرافق المعنية بتشخيص حالاتهم وعلاجها ويمكن أن تكون برامج الفرز فعالة فيما يتعلق بأنواع محددة من السرطان، وعموماً فإن برامج الفرز هي من تدخلات الصحة العمومية.

يتم إجراء تحاليل الكشف المبكر عن السرطان إلا للأشخاص الأكثر عرضة للإصابة بمرض السرطان الجمعية الأمريكية لمكافحة السرطان حسب موقع (webteb)، توصي بإجراء تحليل الكشف المبكر عن مرض السرطان للأشخاص ذوي عوامل خطر بدرجة متوسطة للإصابة بأنواع السرطان التالية:

- سرطان الثدي: للنساء من سن 40 عاما وما فوق.
  - سرطان عنق الرحم: للنساء من سن 21 عاما وما فوق، أو بعد ثلاث سنوات من الجماع الأول.
  - سرطان القولون (الأمعاء الغليظة): للرجال والنساء من سن 50 عاما وما فوق.
  - سرطان غدة البروستات: للرجال ابتداء من سن 50 وما فوق.
- وفيما يلي امثلة على اساليب الفرز:

- الفحص البصري باستخدام حمض الاسيتيك لفرز سرطان عنق الرحم.
- اختبار فيروس الورم الحليمي البشري لفرز سرطان عنق الرحم.
- اختبار لطاخة بابا نيكولا لفرز سرطان عنق الرحم لدى الاشخاص متوسطي ومرتفعي الدخل.
- تصوير الثدي بالأشعة لفرز سرطان الثدي.

## 6-2 أدوات التشخيص

يتطلب تشخيص السرطان إجراء العديد من الفحوصات السريرية والبيولوجية والتصويرية. كل هذه الفحوصات تجعل من الممكن تقديم الاستراتيجية العلاجية التي تناسب حالة المريض. الغرض من الفحوصات التشخيصية للسرطان هو تأكيد وجود المرض لدى المريض الذي تظهر عليه أعراض موحية أو نتيجة ايجابية في اختبار الفحص، في حالة ثبوت الإصابة بالسرطان، فإن هذا التقييم يجعل من الممكن توصيف درجة تطور المرض وشدته، هذه البيانات ضرورية لتحديد أفضل علاج يمكن تقديمه للمريض. يمكن إجراء أنواع مختلفة من الفحوصات حسب اصدار موقع مؤسسة أرك (2021).

(Fondation-arc, collection comprendre et agir) وهي كالآتي :

**6-2-1 الفحص السريري (L'examen clinique):** هو خطوة أساسية حيث يقوم الطبيب بفحص المريض: يقيس نبضه، توتره، يستمع إلى تنفسه ... كما يتم إجراء فحص محدد للمنطقة المصابة: فحص الثدي، فحص أمراض النساء، فحص الفم أو الحلق ... الخ. يجب أن يكون الفحص السريري كاملاً. والغرض منه ليس فقط تشخيص وجود الورم، ولكن أيضاً لتحديد احتمالية وجود التورمات. كما أنه يجعل من الممكن تقييم حالة المريض من أجل تحديد الإمكانيات العلاجية على وجه الخصوص.

**6-2-2 الفحوصات البيولوجية (Les examens biologiques):** اختبار الدم / أو البول هذا كتحقيق الأول، يجعل من الممكن قياس المعلمات المتعلقة بالحالة الصحية العامة للمريض، وفحص أي علامات ورم قد تكون مفيدة لتشخيص أو مراقبة بعض أنواع السرطان. هذه الواسمات بشكل عام عبارة عن جزيئات تتشكل بكميات قليلة بواسطة الخلايا الطبيعية ولكن الخلايا السرطانية تنتجها بكميات زائدة. بمجرد دخولها إلى مجرى الدم أو البول، يمكن قياسها ومعرفة تركيزها الذي هو من تركيز الخلايا السرطانية. ومن بين هذه الواسمات

- (زيادة بروتين ألفا فيتو بروتين AFP و beta-HCG و lactate dehydrogenase LDH) من علامات سرطان الخصية مفيد في تشخيص المرضى ومتابعتهم
- يعتبر PSA مفيداً في مراقبة مرضى سرطان البروستاتا (ولكن ليس للفحص).
- يعتبر CEA مفيداً في مراقبة سرطان القولون.
- يعتبر CA125 مفيداً في مراقبة سرطان المبيض.

## 6-2-3 التصوير الطبي (L'imagerie médicale)

هو مجموعة من التقنيات المستخدمة للحصول على صور لأجزاء الجسم الداخلية. تسمح للأطباء بالتحقق من وجود الورم وحجمه وشكله ونشاطه الأيضي وموقعه الدقيق. هذه المعلومات مفيدة لتحديد العلاجات التي سيتم تنفيذها ولتقييم ما إذا كان يمكن اقتراح الجراحة.

#### 6-2-4 التصوير الإشعاعي (La radiographie)

يجعل من الممكن الحصول على صورة باستخدام الأشعة السينية، حيث تظهر الأعضاء سوداء أو بيضاء حسب قدرة الإشعاع على المرور من خلالها. من أجل مراقبة أعضاء معينة بشكل أفضل، من الضروري حقن ما يسمى بمنتج "التباين": فهو يجعل من الممكن تعظيمها على الصورة. تستخدم الأشعة السينية بشكل خاص في علم الأورام لفحص الصدر أو البطن أو الثدي.

#### 6-2-5 الموجات فوق الصوتية (L'échographie)

إنها طريقة تعتمد على استخدام الموجات فوق الصوتية، أي الموجات الصوتية غير المحسوسة للأذن. يتم إرسال الموجات عبر الجلد نحو العضو. تنعكس الموجات فوق الصوتية، التي لها سرعة ثابتة، عن طريق الأنسجة التي تواجهها وتعود إلى المسبار الباعث. تترجم معالجة الكمبيوتر الوقت المستغرق لقطع هذه المسافة إلى صور، مما يجعل من الممكن الحصول على تمثيل غير مباشر للمنطقة. لمراقبة أعضاء معينة، من الضروري إدخال المسبار في عضو مجوف، مثل المهبل أو المستقيم أو المريء.

6-2-6 الماسح (Le scanner): تستخدم الأشعة السينية، حيث يتحرك مصدر الأشعة حول المريض لإنتاج سلسلة من عدة صور تمثل المنطقة الممسوحة ضوئياً في المقطع العرضي، وبسمكات مختلفة. تجعل حساسية الجهاز أيضاً من الممكن إنشاء صور أكثر دقة من الأشعة السينية التقليدية. لذلك غالباً ما يستخدم الماسح لدراسة حالة شاذة تم اكتشافها في البداية بواسطة التصوير الشعاعي أو الموجات فوق الصوتية. كما أنه يسهل دراسة بعض الأعضاء التي يصعب توصيفها بالأشعة (البنكرياس، الكبد، الرئة، الطحال، المثانة، الكلى).

#### 6-2-7 التصوير بالرنين المغناطيسي (L'IRM (imagerie par résonance magnétique)

إنها طريقة استكشاف تعتمد على الكشف عن ردود فعل أجزاء مختلفة من الجسم تتعرض لمجال مغناطيسي. من خلال الطاقة التي يجلبها، يوجه المجال المغناطيسي جميع ذرات الهيدروجين التي تشكل الأنسجة في نفس الاتجاه. عندما يتوقف المجال، تعود هذه الذرات إلى حالتها الأولية عن طريق استعادة هذه الطاقة. لا تحتوي جميع أنسجة الجسم على نفس نسب الهيدروجين. أيضاً، ستختلف مستويات الطاقة المعادة من عضو إلى آخر. يتم تسجيلها بواسطة جهاز كمبيوتر يقوم بترجمة هذه الاختلافات إلى صورة بدرجات من الأسود والأبيض والتي تمثل بشكل غير مباشر الأعضاء المكتشفة.

6-2-8 التصوير بالمشع (scintigraphie): يستخدم كثيراً للكشف عن سرطان الثدي حيث يسمح بتصوير عمل العضو، يحدث على مرحلتين: يتم حقن المريض بمنتج مشع ضعيف يسمى "التتبع" «traceur»، يتم اختياره على وجه التحديد لقدرته على ربط نفسه بالعضو الذي يرغب المختص في مراقبته، بعد ذلك، تسجل كاميرا مقترنة بجهاز كمبيوتر الإشعاع المنبعث من المادة المشعة «traceur». يتم الحصول على خريطة دقيقة للغاية للعضو المراد استكشافه ويمكن استنتاجها على فترات زمنية متعددة.

## 6-2-9 التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني "PET" ( tomographie par émission de positrons)

يتيح فحص التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني أيضاً تصور عمل الأعضاء. يتكون أولاً من حقن جلوكوز ملحوظ، أي سكر إشعاعي ضعيف، ثم تحليل الصورة التي تم الحصول عليها بواسطة الماسح الضوئي. يمكن التعرف على الخلايا السرطانية لأنها أكثر نشاطاً من الخلايا السليمة وبالتالي فهي بحاجة إلى المزيد من الجلوكوز لتعمل. ومع ذلك، فإن بعض الأورام لا تفرط في استهلاك السكر وبالتالي لا يمكن ملاحظتها بهذه الطريقة. طرق أخرى لا تستخدم السكر كمتتبع قيد التطوير.

6-2-10 الخزعات (Les biopsies): الخزعة هي فحص أساسي عند تشخيص السرطان. يمكنها وحدها تأكيد التشخيص وتحديد طبيعة الآفة السرطانية. في الممارسة العملية، تتكون الخزعة من أخذ عينة من الأنسجة المشبوهة لفحصها بالمجهر. يتم إجراء تحليل الأنسجة من قبل أخصائي علم الأمراض. يتم تكميله أحياناً عن طريق التوصيف الجزيئي الذي يهدف إلى العثور على خصائص الخلايا (بما في ذلك علامات الورم)، وهذا قصد توجيه العملية العلاجية. اعتماداً على تحديد مكان الورم، يتم أخذ العينة عن طريق أحداث ثقب باستخدام إبرة دقيقة، أو بالتنظير، باستخدام مسبار مزود بنظام بصري ويتم إدخاله في عضو مجوف (الأمعاء، القصبات الهوائية، المثانة). في حالات أخرى، يتم إجراء التحليل التشريحي المرضي *anatomo-pathologique* مباشرة على الورم الذي تمت إزالته أثناء الجراحة.

## 7- علاج السرطان

توجد عدة طرق لعلاج السرطان والحد من انتشاره يعتمد اختيار المناسب منها على بعض العوامل مثل الصحة العامة للشخص المصاب، ونوع السرطان الذي يعاني منه، ومرحلة تطور المرض، ويتم اختيار العلاج المناسب بعد مناقشة فوائد ومخاطر العلاجات المختلفة بين الطبيب المعالج والشخص المصاب. وفي بعض الحالات قد يقتصر علاج السرطان على طريقة واحدة، إلا أنه يتم في معظم الحالات دمج عدة طرق، مثل الدمج بين الاستئصال الجراحي والعلاج الإشعاعي (*Radiation thérapie*) أو العلاج الكيميائي (*Chemotherapy*)، ونبين فيما يأتي حسب عبد الرحيم الباشا، (2021) على موقع "موضوع"، طرق علاج السرطان بشيء من التفصيل:

7-1. العلاج الجراحي: يُعدّ العلاج الجراحي من أقدم طرق علاج السرطان، إلا أنه لا يزال فعالاً في علاج بعض أنواع السرطان إلى الآن، ويتمّ خلال العلاج الجراحي استئصال الورم والأنسجة المحيطة به في العادة، وقد يتمّ خلال العملية الخضوع للتخدير العام أو التخدير الموضعي حسب نوع العملية، وترتبط إمكانية اللجوء إلى العلاج الجراحي على عدد من العوامل نذكر منها ما يأتي:

- الصحة العامة للشخص المصاب.
- نوع السرطان.



- حجم الورم السرطاني ومرحلة المرض.
- انتشار السرطان إلى مناطق أخرى من الجسم.
- موقع الورم السرطاني في الجسم.

والهدف من الاستئصال الجراحي للسرطان حتى لا ينتشر إلى مناطق أخرى من الجسم حيث يقتصر الاستئصال على منطقة محدّدة من الجسم، لذلك فإنّ هذا الخيار العلاجيّ يُلجأ إليه في الحالات التي يكون فيها السرطان محصوراً في منطقة محدّدة، والذي غالباً ما يكون في المراحل الأولى من السرطان، وهو ما يُشير إلى أهميّة الكشف المبكر عن السرطان، ليسهل استئصال المرض والتخلّص منه في المراحل المبكرة.

**7-2. العلاج الكيميائي:** يُعدّ العلاج الكيميائيّ من الطرق الشائعة المستخدمة في علاج السرطان حيث تعمل بعض المركبات الكيميائية (الأدوية) على قتل الخلايا التي هي في طور التكاثر والتي تتميز بسرعة الانقسام والنمو مقارنةً بخلايا الجسم الأخرى وهو ما يساهم في القضاء عليها عند استخدام الأدوية الكيميائية، وتتوفّر عدّة خيارات دوائية في العلاج الكيميائيّ إذ يمكن استخدامها بشكلٍ منفرد أو بدمج نوعين أو أكثر من هذه الأدوية، ويختلف عدد جلسات العلاج، والفترات التي تفصل فيما بينها حسب كل نوع من السرطان، ونوع الدواء المُستخدم، واستجابة الجسم للعلاج وقدرته على التعافي بعد الجلسات العلاجية. قد يتمّ تقسيم العلاج الكيميائيّ إلى فترات من العلاج وفترات من الراحة مثل أسبوع علاج وثلاثة أسابيع الراحة لترك المجال للجسم لإنتاج خلايا سليمة جديدة، مع الإشارة إلى ضرورة الالتزام بالخطة العلاجية وعدم تأجيل موعد الجلسة العلاجية إلا في حال تمّ التنسيق مع الطبيب المعالج نتيجة ظهور بعض الآثار الجانبية الشديدة، وقد يقوم الطبيب في هذه الحالة بوضع خطة علاجية أخرى مناسبة لحالة الشخص المصاب، وفيما يأتي بعض الأمثلة على طرق إيصال أدوية العلاج الكيميائيّ للجسم:

- الحقن الوريدي (Intravenous).
- الحقن داخل الشريان (Intra-arterial).
- العلاج الموضعيّ مثل استخدام الكريمات التي تحتوي على الدواء على المنطقة المصابة من الجلد.
- عن طريق الفم بتناول حبة الدواء أو شرب الدواء السائل.

**7-3. العلاج الإشعاعي:** يعتمد العلاج الإشعاعيّ على استخدام إشعاع عالي الطاقة بهدف تدمير المادة الوراثية للخلايا السرطانية وإفقادها القدرة على النمو والانقسام، وقد يتمّ زرع بعض العناصر المشعّة بشكلٍ مؤقت أو دائم في جسد الشخص المصاب للقضاء على الورم السرطانيّ، أو قد يتمّ استخدام جهاز خاص لإنتاج الطاقة الإشعاعية للقضاء على الورم. يهدف هذا النوع من العلاج إلى القضاء على الورم، أو التخفيف من الأعراض المصاحبة له مثل الألم، وقد يتمّ الاستعانة بطرق التصوير الطبيّة المختلفة لتحديد موقع، وحجم، وحدود الورم بدقة لتحديد الجرعة المناسبة من العلاج والحدّ من الضرر الحاصل على خلايا

الجسم السليمة قدر الإمكان، وقبل إجراء الجلسة العلاجية يقوم الطبيب بتقديم مجموعة من الإرشادات للشخص المصاب حسب نوع العلاج المتبع.

**4-7. العلاج المناعي (Immunothérapie):** ويعرف أيضا بالعلاج الحيوي أو العلاج المعدل للاستجابة الحيوية، خصوصا الآليات المتعلقة بتمييز الخلايا الداخلية واثارة ردود الفعل المناعي، وآليات رفع معدل إنتاج الخلايا المناعية وتعزيزها، يعتمد مبدأ عمل العلاج المناعي على تحفيز الجهاز المناعي أو تعديل طريقة عمله لتسهيل الكشف عن الخلايا السرطانية والقضاء عليها، وفيما يأتي بيان بعض العلاجات المناعية المستخدمة في علاج السرطان:

**مثبطات نقاط التفتيش (Checkpoint inhibitors):** إذ تعمل على تعطيل أو تشويش نظام التخاطر المتبع بين الخلايا السرطانية مما يسهل الكشف عنها ومهاجمتها عن طريق الجهاز المناعي.

**السيتوكينات (Cytokines):** وهي بروتينات متخصصة تعمل على توجيه الجهاز المناعي وتنظيم عمله. وفيما يأتي بيان بعض أنواع السيتوكينات المستخدمة في علاج السرطان:

\***إنترلوكين 2 (Interleukin 2)** واختصاراً (IL-2)؛ ويتم إنتاجه بشكل طبيعي في الجسم للوقاية من أمراض المناعة الذاتية ومحاربة العدوى، وفي هذه الحالة يتم تصميم أنواع قادرة على استهداف خلايا الجهاز المناعي التكيفية (Adaptive immune cells) مثل الخلايا التائية (T-cells) والخلايا البائية (B-cells) لتعزيز استجابتها المناعية للأورام السرطانية.

\***إنترفيرون ألفا (Interferon alpha)** واختصاراً (IFN-alpha)؛ وهي بروتينات مناعية تساهم في القضاء على الفيروسات والبكتيريا، ويتم استخدامها في هذه الحالة لتحفيز إنتاج خلايا المناعة الفطرية أو الطبيعية (Innate immune cells) مثل الخلايا البلعمية (Macrophages)، والخلايا التغصنية أو الخلايا ذات الزوائد (Dendritic cells) للقضاء على الخلايا غير الطبيعية في الجسم.

**5-7. العلاج الهرموني (Hormonal thérapies):** يهدف العلاج الهرموني الى استهداف بعض الهرمونات أو طريقة عملها، ويعتمد نوع العلاج الهرموني المستخدم على نوع السرطان إذ تتوفر العديد من أنواع العلاج الهرموني، علماً أن العلاج الهرموني يُعد من الطرق الشائعة لعلاج سرطان الثدي وسرطان البروستات، ويمكن إيصال هذا النوع من العلاج عبر عدة طرق مختلفة، ومنها ما يأتي:

الأدوية الفموية. الحقن تحت الجلد. العمل الجراحي لاستئصال بعض مصادر إنتاج الهرمونات مثل المبايض، والخصيتين.

زراعة الخلايا الجذعية تهدف زراعة الخلايا الجذعية (Stem cell transplantation) أو ما يُعرف بزراعة نخاع العظام (Bone marrow transplant) إلى استبدال الخلايا الجذعية المتضررة من الجسم بأخرى سليمة، وفي سياق الحديث نبين أن خلايا الدم الجذعية يتم إنتاجها في نخاع العظام والتي تنقسم يومياً

بلايين المرات لإنتاج أنواع مختلفة من خلايا الدم، وقد يؤدي اضطراب أو تضرر هذه الخلايا إلى العديد من المشاكل الصحيّة مثل النزيف، وفقر الدم، والعدوى، وقد تؤدي بعض أنواع السرطان أو طرق علاج السرطان المتّبعة إلى تدمير هذه الخلايا ممّا يضطرّ الطبيب إلى اللجوء إلى زراعة خلايا جذعية سليمة للشخص المصاب لاستعادة وظائفها الطبيعيّة في الجسم.

6-7. الآثار الجانبية لعلاج السرطان: بطبيعة الحال أكثر ما يعانيه المريض بعد صدمة نبأ الإصابة بمرض السرطان هي تلك الآثار الجانبية للعلاج المنهكة لقدراته الجسدية والنفسية خصوصا تبعات العلاج الكيميائي والإشعاعي، بعض هذه الآثار دائم والبعض الآخر مؤقت، ومن الآثار الجانبية للعلاج حسب سانديا بروثي وآخرون، (2020) من موقع مايو كلينيك (Mayo Clinic) ما يلي:

- انتفاخ وتورم في المنطقة التي عولجت بالإشعاع بالإضافة الى حروق في الجلد تشبه ضربة الشمس تختفي بعد ستة الى اثني عشر شهرا
- إحساس بالتعب والإرهاق بسبب نقص في الكريات الحمراء (فقر الدم)
- ضعف عام وفقدان الشهية
- غثيان وقيئ وتقرحات بالفم
- تساقط الشعر
- اضطرابات في الدورة الشهرية
- ضعف في المناعة وسهولة التعرض للالتهابات وغيرها (نقص الكريات البيضاء)
- إمكانية الإصابة بالنزيف الشرجي او تحت الجلد نتيجة إصابات بسيطة (نقص الصفائح)
- قلق واختلال في صورة الجسم بالإضافة الى مشاكل في النوم وضعف في القدرة الجنسية.

### 8- الاستجابات الانفعالية لنبأ الإصابة بالسرطان

يعد نبأ الإصابة بمرض السرطان تهديد داخلي صادم للمريض وعائلته، وتشير الصدمة الى اصابة نفسية شديدة او عنيفة مؤذية ومهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الإصابة الى مجهود كبير للتغلب عليها، فتعرف الصدمة على انها أي حادث يهاجم الإنسان، ويخترق الجهاز الدفاعي له، وقد ينتج عن هذا الحادث تغييرات في شخصية الفرد وخلل عضوي، إذا لم يتم التحكم فيه، والتعامل، معه بسرعة وفعالية، تؤدي الصدمة إلى نشأة العجز. (Ciccone ;Ferrant,2009.P26)

بعد تشخيصهم بمرض السرطان، كثيرا ما يواجه المرضى ازمة نفسية حادة تتخللها حالة من عدم اليقين وعدم التوازن الجسمي والنفسي والاجتماعي حيث يكتشفون ان اساليبهم الاعتيادية في التكيف مع المشكلات والازمات ليست فعالة. وان اساليب المواجهة السوية قد فشلت في خفض التوتر والضغط، لان كلمة سرطان لا زالت تستحضر مخاوف الموت والعذاب والتشوه والاعتماد على الغير والعجز، وعادة ما تكون ردة الفعل

الفورية عند التشخيص به عدم التصديق ثم تأتي مرحلة الضيق الحاد والهيّاج الشديد والاكتئاب والغوص في التفكير بالمرض والموت والقلق وفقدان الشهية والارق وضعف التذكر والعجز عن القيام بالأعمال الروتينية. (زياد بركات، 2006، ص213).

وهناك مجموعة من الاستجابات الانفعالية مرحلية يقوم بها المريض من اجل التكيف مع الوضع الجديد هي كالاتي:

**8-1 الإنكار (Denial):** يشكل التشخيص بمرض السرطان في اغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للمصاب، حيث يتغير كل شيء في حياته بدءا بالبسيط الى المعقد فنياً التشخيص قد يريك الشخص لدرجة تجعله عاجزا عن الادراك الفوري لما يحصل له واستعاب حجم التغيير الذي سيحدث في حياته. قد يتساءل حول من سيقوم بدلا عنه ببعض المهام اليومية، او ما الفائدة من الذهاب الى التدريس او الدراسة، او إنجاب طفل او القيام برحلة.

قد يحتاج المريض الى أيام، او ربما أسابيع، للإجابة عن كثير من هذه التساؤلات التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية، وكيف يضعها في أولويات، كما ان كثرة المسائل التي يجد المريض ان عليه النظر فيها قد تجعله عاجزا على فهم المدى والحدود التي تتطلبها. ومن اهم الانفعالات التي تصاحب حالة الارتباك والاحساس بالضيق، هي الإنكار والقلق الذي قد يتطور الى اكتئاب.

يعتبر الإنكار وسيلة دفاعية، يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض وابعاده. يتصرف وكأن ليس به شيء، وفي الحالات الأكثر تطرفا قد ينكر المريض ان لديه مرضا بالرغم من ان التشخيص يثبت ذلك، فالإنكار هو حالة من المنع اللاشعوري لإدراك المرض وابعاده.

لطالما اعتبر علماء النفس الإنكار، وسيلة دفاعية بدائية غير ناجحة وقناعا يحجب الألم مؤقتا الا انهم اليوم يدركون إيجابياته الى جانب ادراكهم لسلبياته.

يكون الإنكار إيجابيا بعد التشخيص مباشرة حيث انه يمثل جدار حماية للفرد اثناء المرحلة الحادة من المرض فهو يخفف التوتر، أي يبعد عن الادراك حجم المشكلات الناجمة عن المرض، في وقت لا يكون فيه المريض قادرا على المواجهة.

ومن سلبياته ان طالمت مدته وكانت درجات الإنكار عالية، يؤدي الى عرقلة مسار المريض في السعي الى العلاج المناسب والالتزام به، ومتابعة حالته بصورة مسؤولة، خاصة بالنسبة لمرضى السرطان. (شيلي تايلور، 2008)

**8-2 الغضب (Anger):** في البداية قد ينكر المريض انه مصاب بهذا المرض ولكنه بعد ذلك يدرك بأنه أمر واقعي، وهناك مرضى آخرون يتقبلون وضعهم ويعتبرون أن حالتهم جيدة بالرغم من إصابتهم بالمرض، وإذا لم يتمكن المريض من المحافظة على الإنكار او لم يستطع تقبل فكرة أنه مصاب بالسرطان فتظهر عليه علامات الغضب والغیظ والحسد والاستياء، وتعتبر هذه المرحلة أسوأ وأصعب من مرحلة الإنكار،

ويجد الأهل والاطباء صعوبة في التعامل مع المريض حيث يقوم المريض بتحويل غضبه إلى من حوله من اهل وقائمين على رعايته. (Ghobari, 2003)

**3-8 المساومة (bargaining):** وفي هذه المرحلة يعمل المريض على مساومة الخالق حيث يقوم المريض بطلب الشفاء من خالقه وأن يبعد عنه المرض أو الموت مقابل وعوداً يعطيها المريض لخالقه بالابتعاد عن كل ما يغضبه وعن كل نواهيته، وكذلك يقدم المريض الوعود بأن يعمل كل الأوامر التي يطلبها منه حيث سيقوم بعبادته وطاعته. وهذه الوعود والمساومات يقطعها المريض مع الله بشكل سري، وتعتبر ذات فائدة للمريض حيث تساعده في تقليل الشعور بالذنب.

**4-8 القلق (Anxiété):** هو من الاستجابات الانفعالية الشائعة تظهر مباشرة بعد التشخيص، ما يؤدي الى حالة من الانهك الجسدي والفكري، واحساس بالعجز امام ما حدث وما سيحدث وان الحياة على المحك والموت وشيك، وامام كل غزاة الم في الصدر يخاف المريض من نوبة قلبية. ويصبح حساسا ويقضا باستمرار لأي تغيرات جسدية، وكل الم مهما كان بسيطاً. ويُنظر الى القلق على انه مشكلة إضافة الى الضيق والتوتر الذي يسببه فهو يؤثر في قدرة المريض على أداء وظائفه وتكون قدرته على التكيف للعلاج اقل من المطلوب. (شيلي تايلور، 2008)

**5-8 الاكتئاب (Dépression):** يعتبر الاكتئاب رد فعل شائع لدى المرضى المزمنين وخصوصاً مرضى السرطان، فحوالي ثلث المرضى يعانون من اعراض الاكتئاب والربع الآخر يعاني اكتئاب شديد. والاكتئاب هو رد فعل متأخر للمرض المزمن. وذلك لان المريض كثيراً ما يحتاج الى بعض الوقت ليستوعب ابعاد الحالة التي يعاني منها، واثار الاكتئاب متعددة فهي قد تحول دون تأهيل المريض او شفائه.

وتشير دراسات حسب شيلي تايلور ان هناك ارتباط بين الاكتئاب الناجم عن المرض والعلاج والانتحار بين المرضى (السرطان، الايدز، مرضى الكلى) ونستخلص من هذا ان الاكتئاب عامل خطورة قوي لدى مرضى السرطان. (مرجع سابق)، رغم ما ذكرناه أعلاه ان هناك الكثير من الآليات الدفاعية تأتي بعد الانتكار يتميز بها المرضى قد تستخدم في وضعيات مماثلة قصد الخروج من المشكل بأقل الاضرار ومحاولة التكيف مع الوضع الجديد، منها ما هو ايجابي مثل (العقلنة، التسامي، روح الدعابة، التفاؤل، مساعدة الغير) وكلها عوامل تساهم في بناء سيرورة الجلد، ما يسمى بالشخصية الجلدة، والتي سوف نتعرض لها بالتفصيل في الفصل الثالث. ومنها ما هو سلبي مثل (التجنب، الاسقاط، النكوص، العزل، الانشطار، الخ).

**6-8 الاستسلام والقبول (to give in):** وفي هذه المرحلة يقبل المصاب بالسرطان بالأمر الواقع، وإن ما أصابه هو أمر حقيقي وقد تزول عنه أعراض الاكتئاب والغضب ويرضى بما قدره الله له، ويستطيع التحدث عن مشاعره وعن إيمانه وقدرته على الشفاء من هذا المرض، وهذه المرحلة تجعل المريض يعيش في رضا وأمل بأن يحصل على الدواء والعلاج الشافي (Natsheh, 2000).

بالنسبة للشخصية الجلدة، لابد ان تمر مرحلة الازمة، ويبدأ المريض شيئاً فشيئاً يدرك كيف سيغير مرض

السرطان مجرى حياته او حياتها، وفي هذا الوقت قد تظهر صعوبات اما قصيرة او طويلة المدى، لابد للمريض من ايجاد طريقة سوية لمواجهتها.

### 9- السرطان ونوعية الحياة

ويعد السرطان من الأمراض التي تشكل خطورة على حياة الإنسان، إذ أصبح يطرح مشكلة الصحة العامة. والإصابة بالسرطان حدث صادم يعمل على تغيير عالم المصاب، بما ينتجه عنه من تغيرات سلبية تؤثر في حياته وحياة الأسرة على جميع المستويات، خاصة المستوى النفسي والاجتماعي، إذ يهدد السرطان حياة المريض، حيث يسبب له حالة من الفوضى والخوف والانكسار والقلق والحزن والاكتئاب ورفض الذات وتدهور الحالة النفسية ومن ثم عدم الرضا عن الحياة، وبهذا يصعب رؤية مريض السرطان مستقر نفسياً، بل يبقى في حالة اضطراب نفسي مستمر جراء التفكير الدائم بالمرض والنتائج المتوقعة.

حسب (Delawell and al,1995) فان مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة يستخدم لتحديد الآثار الجسمية والاجتماعية لمرض ما على حياة الفرد، بمعنى تحديد آثار وعواقب الأمراض المزمنة والمستعصية على مختلف جوانب الحياة: الجسمية والنفسية والاجتماعية والمهنية، وكذلك آثار الأدوية والعلاجات على حياة المريض، كما أنه مفهوم يشمل صورة الصحة المدركة من قبل المريض ذاته، لتقدير وتقييم وضعه المرتبط بالصحة. كما هي أيضا تحديد الخدمات التي بإمكانها تحسين ظروف حياة المريض وضمان حياة متوازنة، وعلى هذا الأساس ظهر على الساحة السيكولوجية والطبية مفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة الذي يهتم بالمشكلات ذات الصلة بالمرض المزمن والمهلك مثل مرض السرطان، فأصبح ينظر الى نوعية حياة المريض بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة آخذين بعين الاعتبار العواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج. (شيلي تايلور، 2008، ص621)

ونتيجة للعديد من الدراسات مثل (Ditto, druley, moore, Danks& Smukher) في شيلي تايلور (2008)، أصبح يفترض اليوم ان لنوعية الحياة عناصرها التي تشمل: الوظائف الجسمية، الوضع النفسي، والوظائف الاجتماعية، والاعراض ذات الصلة بالمرض والعلاج.

في العقد المنصرم بدأ الباحثون يعتبرون الأداء النفسي الاجتماعي على انه من الجوانب المهمة في تقرير نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين والمقعدين، ولتقييم هذه الجوانب طورت عدد من المقاييس التي تتمتع بالثبات والصدق وتستخدم بشكل واسع فهناك مثلا بروفيل أثر المرض (Sickness Impact profile-sip) الذي يقيس الأداء في ثلاثة جوانب: الجانب الجسمي، والجانب النفسي، والجانب الاجتماعي وجانب آخر (النوم والطعام والترفيه)، وهناك أيضا قائمة النشاطات للحياة اليومية (الاستحمام، ارتداء الملابس، واستخدام الحمام، والحركة والانتقال، وضبط النفس، والاكل) بالإضافة الى مقاييس أخرى متخصصة وأخرى عامة مثل استبيان المسح الصحي (SF-36) (SF-36v2 HEALTH SURVEY) الذي سنعتمده في هذه الدراسة، للإجابة عن التساؤل الذي يحذونا حول هل الأثر الذي تخلفه الإصابة بمرض السرطان هو نفسه بالنسبة لجميع المرضى ام ان هناك اختلافات بينهم؟

## خلاصة الفصل

قال كامو "Albert Camus": "إن سوء تسمية الأشياء هو إضافة المآسي الى العالم"

بالتأكيد الخاص والعام يعرف بان السرطان مرض خطير لكثرة ما يثيره من قلق وخوف وتوتر، وحساسية سلبية اتجاهه، ترى الكثير منهم يتحاشون التلفظ حتى باسمه ويستبدلون كلمة سرطان بمصطلحات اخرى في بعض الاحيان حتى على وسائل الاعلام. فمثلا في نشرة الاخبار نسمع بوفاة نجم او نجمة سينمائية او خبر وفاة شخصية إعلامية او أدبية او رياضية فيقال توفي فلان بعد صراع طويل مع مرض خطير، او توفيت فلانة وهي تكافح المرض لعدة سنوات أو إثر مرض طويل. وانتقلت عدوى التسمية هذه حتى بين الأطباء فهناك عدة تسميات له (mots de passe)، الكل يتفق مع الرأي القائل بأن "السرطان، كلما قلّ ما نسمع عنه، كلما كنا أفضل حالا". ووسائل الإعلام، حساسة لهذا التوقع العام، في تمثيلتنا وفي أكثر الصيغ تكريسا حتى اليوم يعتبر السرطان دائما وقبل كل شيء مرضا طويل الأمد" ذو نهاية محتومة.

السرطان حقيقة مرض مخيف ولكن لا يمكن أن يكون مرضا مخجل، ويمكننا أن نفسر إنكار تسمية هذا المرض على أنه طريقة للحفاظ على الذات من عقوبة الموت الجسدي وكذلك الموت الاجتماعي والإقصاء الذي يكمن وراءه.

لكن لماذا نستمر في الربط بين السرطان والموت فالسرطان لا يقتل كل من يصاب به، فالكثير من المرضى اليوم يعيشون مع السرطان لفترة طويلة، ودائما ومن هذه الزاوية الزمنية يتوجب علينا فهم تجربة المرضى ونوع الرعاية التي يخضعون لها، من أجل تحسين نوعية حياتهم.

هذا وقبل كل شيء يجب الإشارة إلى تقدم الطب الحديث الذي جعل من الممكن، للمرضى أن يعيشوا أطول مع مرضهم، وفي كثير من الحالات حتى شفاؤهم منه بشكل كامل ونهائي. الطب اليوم يسمح للمصابين بتجربة السرطان كمرض طويل الأمد أو بالأحرى مرضا مزمنًا، بدءا من حالات الهدوء إلى التكرار، ومن المرجح أن يرافقهم طوال حياتهم.

لذلك، سيكون من الضروري إعطاء هذه الحياة الجودة التي تستحقها، فهناك عدد لا بأس به من الابحاث المعاصرة الجادة في دراسة نوعية الحياة وعلم الأورام من جانبها السيكلولوجي والتي تسمى "نوعية الحياة المتعلقة بالصحة" بناء عليه يجب أن نشيد بكل أولئك الذين هم في المختبرات ومن هم إلى جانب المرضى في المؤسسات الاستشفائية ومراكز اعادة التأهيل، يسعون إلى فهم هذا المرض، وتتبع الخلايا، والجينات، والبحث عن الأحياء، والتصميم علاجات جديدة، وبالنظر إلى أن الاستخدام يعطي للكلمة معناها، فلماذا نسمي بلا هوادة هذا المرض بغير اسمه او "المرض الطويل" بدلاً من السرطان الذي من المفترض أن نسميه، دون تسميته.

الجانِب المِيداني  
للدراسة



الفصل السادس

الطريقة وإجراءات الدراسة.

تمهيد

1. منهج الدراسة
2. حدود الدراسة
- 1-2. الحدود المكانية
- 2-2. الحدود الزمنية
- 3-2. الحدود البشرية
3. عينة الدراسة
- 1-3. العينات الاستطلاعية
- 1-1-3. العينة الاستطلاعية الأولى
- 2-1-3. العينة الاستطلاعية الثانية
- 3-1-3. العينة الاستطلاعية الثالثة
- 2-3. العينة الأساسية
4. أدوات الدراسة
- 1-4. المقابلة نصف موجهة والملاحظة
- 2-4. مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة
- 3-4. مقياس سلوك التدخين
- 4-4. مقياس الجلد
5. إجراءات الدراسة.
6. الأساليب الإحصائية

## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

### تمهيد

لقد كان تركيز الفصول السابقة من هذه الدراسة على تحديد الاشكالية، والتأسيس النظري لأهم محاورها و التي دارت في مجملها حول توضيح المفاهيم الأساسية للدراسة والتفسيرات النظرية لها انطلاقاً من نوعية الحياة كمفهوم شامل ثم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة كمتغير تابع، الجلد و التدخين كمتغيرين مستقلين، لدى عينة من مرضى ومريضات، السرطان وما يسبق ذلك من تناول المنهجي لإشكالية الدراسة حتى تتضح أهمية البحث في هذا الموضوع، أما في هذا الفصل فسيتم دراسة التفاعل بين هذه المتغيرات انطلاقاً من اختيار المنهج المناسب والمعاينة الصحيحة التي تفيد موضوع البحث فانقاء أفضل الأدوات التي تساعد على القياس الجيد لمتغيرات البحث وأخيراً طريقة تطبيقها ومعالجتها احصائياً وتحليل النتائج.

### 1. منهج الدراسة

ان العلم بمختلف فروع واقسامه وعلم النفس بصفة خاصة مبني على قاعدة اساسية وهي الدراسة العلمية للسلوك، بإتباع منهج يتلاءم وطبيعة الموضوع المراد دراسته وبما ان موضوع الدراسة الحالية هو: نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وعلاقتها بالجلد والتدين، لدى عينة من مرضى السرطان يعيشون وضعية خاصة في ظل ظروف خاصة، إذا نحن بصدد دراسة ظاهرة موجودة فعلاً ولذلك سوف نعتمد المنهج الوصفي لكونه أكثر موائمة لتحقيق أهداف الدراسة والتحقق من فروضها. ميزة المنهج الوصفي هو دراسة الحالة الراهنة للمتغيرات دون التدخل في مجرياتها، كما يتكفل هذا المنهج بوصف الظاهرة محل الدراسة وصفا دقيقاً من خلال التعبير النوعي، واستنتاج العلاقات الموجودة بينها، والتعبير عنها بشكل كمي.

**2. حدود الدراسة:** ويقصد بها الحدود الزمانية (تاريخ البحث وامتداده)، الحدود المكانية (مكان اجراء البحث)، الحدود البشرية (عينة البحث وخصائصها الديموغرافية والاجتماعية والثقافية)

**1-2. الحدود المكانية:** اجريت الدراسة الاستطلاعية والدراسة الاساسية بالمؤسسة الاستشفائية بأفلو بمصلحة طب الاورام اين تتم عملية العلاج الكيميائي والمراقبة الطبية والفحوصات المخبرية والإشعاعية. مع تسهيلات ادارية من طرف القائمين على المرضى من اطباء ومختصين ومرضى ومسيرين، بحكم اننا من العاملين بالمؤسسة.

**2-2. الحدود الزمانية:** لقد امتدت الدراسة الميدانية الاستطلاعية والاساسية رسمياً من بداية اكتوبر 2021م الى غاية نهاية افريل 2022م، حيث تم ضبط موضوع البحث من خلال الملاحظة الميدانية، وتحديد الفرضيات، بناءاً على خصائص العينة من ناحية الجنس والسن ومدة المرض او الازمان والحالة الاجتماعية.. واخذ الموافقة، قصد تحديد العينة وضبطها.

## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

**2-3. الحدود البشرية:** تم اختيار أربع عينات، ثلاثة عينات استطلاعية تم اختيارهم بالطريقة العرضية مكونة من 145 فردا من مرضى مزمنين وغيرهم، والرابعة أساسية قصدية، من مرضى السرطان تحت العلاج الكيميائي بمصلحة طب الاورام بالمؤسسة الاستشفائية افلو، وقوامها 250 مريض ومريضة من المداومين على عملية العلاج الكيميائي وكنا نتمنى ان تشمل الدراسة كل افراد العينة الا ان ظروف المرضى الخاصة، ومستوى الثقافي الضئيل، وما فرضته الجائحة كوفيد19 من قيود على اداء المريض و حركته بالإضافة الى قسوة المرض وتبعات العلاج، ادت الى تناقص في عدد العينة، رغم ان الباحث، وبعض الاخصائيات العياديات قاموا بإجراء مقابلات مع كل المرضى وتوزيع وشرح طريقة الاجابة وتم توزيع اكثر من 250 استبيان على المرضى والمقربين منهم الا انه تم في الاخير استرجاع حوالي 120 استبانة و بعد تصفيتها حصلنا على 71 استبانة.

**3. عينة الدراسة:** تعتبر المعاينة من أهم الخطوات البحثية، ولاشك في أن المعاينة العشوائية أفضل وسيلة للتحكم في التباين الشديد في مجتمع البحث وضبط المتغيرات الدخيلة، غير أنه تعذر علينا اللجوء لهذه الطريقة بسبب استحالة حصر مجتمع البحث بالنسبة للمصابين بالسرطان لعدم وجود سجلات بأسمائهم وعناوينهم، لذلك لجانا إلى ضم كل مرضى السرطان تحت العلاج الكيميائي بمصلحة طب الاورام بالمؤسسة الاستشفائية افلو، وقوامها 250 مريض ومريضة من المداومين على عملية العلاج الكيميائي، اعتمدت الدراسة على اربع عينات، ثلاثة عينات استطلاعية لحساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة الثلاث المستخدمة في هذه الدراسة (الصدق والثبات)، وتمثلت في القائمين وغير القائمين على رعاية مرضى وبعض المرضى المزمنين، مجموعهم 145 فردا بين ذكر وانثى، وعلى عينة الدراسة الاساسية مرضى ومريضات السرطان، وصل تعدادهم الى 71 مريض و مريضة اكثرهم اناث.

**3-1 العينة الاستطلاعية الاولى:** تكونت العينة الاستطلاعية للبحث من 35 فرد لدراسة الخصائص السيكومترية لنموذج المسح الصحي القصير (MOS SF - 36) من فئات مختلفة، من المرضى المزمنين (الربو، السكري، ارتفاع الضغط الدموي، الالام الروماتيزمية)، من كلا الجنسين، تراوحت اعمارهم بين 25 و 60 سنة والجدول (5) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية والاساسية.

الجدول رقم (5) يبين خصائص العينة الاستطلاعية الأولى					
الجنس	العدد	%	المدى العمري بالسنين	المتوسط الحسابي بالسنوات	الانحراف المعياري
ذكر	17	49%	35-70	45-58	5.28
انثى	18	51%	30-55	40-50	6.1

في العينة الاستطلاعية الاولى تراوحت اعمار افرادها من 30 سنة الى 70 سنة عموما (بمتوسط حسابي بالسنوات 45-58 وانحراف معياري 5.28، وبلغت نسبة للذكور 49%) و (بمتوسط حسابي بالسنين 30-55 سنة وانحراف معياري 6.1 بالنسبة للإناث، وبلغت نسبة الاناث 51%).

## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

**3-3 العينة الاستطلاعية الثانية:** شملت العينة الاستطلاعية الثانية للبحث 60 فرد لدراسة الخصائص السيكومترية لمقياس سلوك التدخين، وتكونت العينة من فئات مختلفة، من عمال وعاملات، وممرضين وممرضات واطباء ومرضى بالمؤسسة الاستشفائية 250 سرير بأفلو، من كلا الجنسين، تراوحت اعمارهم بين 25 و 60 سنة والجدول (6) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية الثانية.

الجنس	العدد	%	المدى بالسنين	العمرى	المتوسط بالسنوات	الحسابي	الانحراف المعياري
ذكر	28	46.67%	25-60		38-56		7.70
انثى	32	53.33%	25-59		28-50		12.3

العينة الاستطلاعية الثانية تراوحت اعمار افرادها بين 25 سنة الى 60 سنة (بمتوسط حسابي بالسنوات 38-56 وانحراف معياري 7.7، وبلغت نسبة للذكور 46.67%) و (بمتوسط حسابي بالسنين 28-50 سنة وانحراف معياري 12.3 بالنسبة للإناث، وبلغت نسبة الاناث 53.33%).

**2- العينة الاستطلاعية الثالثة:** تكونت العينة الاستطلاعية للبحث من 50 فرد لدراسة الخصائص السيكومترية لسلم الجلد كونور دافيد سون، وتكونت العينة من فئات مختلفة، من افراد يعانون درجات من الضغط بسبب مرض حاد او مزمن تم رصدتهم ببعض الاقسام الاستشفائية بالمؤسسة الاستشفائية افلو، قسمي الجراحة والطب العام، تراوحت اعمارهم بين 25 و 60 سنة والجدول (7) يوضح خصائص العينة الاستطلاعية الثانية.

الجنس	العدد	%	المدى بالسنين	العمرى	المتوسط الحسابي بالسنوات	الانحراف المعياري
ذكر	28	56%	25-70		38-56	8.70
انثى	22	44%	25-75		28-50	18.3

في العينة الاستطلاعية الثالثة تراوحت اعمار افرادها من 25 سنة الى 70 سنة (بمتوسط حسابي بالسنوات 38-56 وانحراف معياري 8.70 بالنسبة للذكور بنسبة 56%) و (بمتوسط حسابي بالسنين 28-50 سنة وانحراف معياري 18.3 بالنسبة للإناث، وبلغت نسبة الاناث 44%).

3-4 عينة الدراسة (الاساسية):

تكونت عينة الدراسة الاساسية في البداية من 220 مريضة ومريض السرطان بأنواعه موزعة بين الذكور والاناث بنسب متفاوتة، تم اختيارهم بالطريقة القصدية أي كل المرضى المداومين على عملية العلاج الكيميائي بمصلحة طب الاورام بالمؤسسة الاستشفائية بأقلو يتراوح المدى العمري للعينة بين (25-83) سنة، من كلا الجنسين ومن فئات عمرية مختلفة تم احصاؤهم بناء على قيم مأخوذة من مصلحة التسجيلات بمصلحة طب الاورام تبعا للجنس والسن ونوعية السرطان. والملاحظ من خلال البيانات ان السرطان أكثر انتشارا بين النساء خصوصا سرطان الثدي يأتي بعده سرطان الرئة أكثر انتشارا لدى الرجال، ثم بعد ذلك تأتي انواع اخر من الاورام الخبيثة، والجدول رقم (8) و(9) يوضحان خصائص العينة الاصلية، ونسبة الانتشار حسب الفئة العمرية ذلك:

الجنس	مجموع الجنسين	سرطان الثدي	سرطان الرئة	سرطان القولون والمعدة	سرطانات اخرى
ذكر	67	00	32	20	15
انثى	153	121	03	08	21

الجنس	الفئات العمرية		
	اقل من 40 سنة	بين 41 و60 سنة	أكثر من 61 سنة
الذكور	(12) نسبة 17%	(35) نسبة 52%	(20) نسبة 30%
الاناث	(49) نسبة 32%	(72) نسبة 47%	(32) نسبة 21%

ملاحظة:

نظرا للظروف المشار اليها سابقا وخصوصية العينة وتدهور الحالة الصحية للمريض والوفاة احيانا لم يتم استرجاع الا 120 استبيان من أصل 220 استبانة، هذه الاخيرة بعد فرزها وتنظيمها تم رفض 49 منها وقبول 71 استبيان مستوفي الشروط وعلى هذا الاساس تقلصت عينة الدراسة لظروف منظور الزمن واصبحت عينة دراستنا (71) مريض ومريضة تحت العلاج الكيميائي، مقسمة بشكل يتلاءم ومتغيرات الدراسة، موزعة بين (57 مريضة، و24 مريض). ويمكن توضيح خصائص عينة الدراسة حسب الاشكال والجدول التالية:

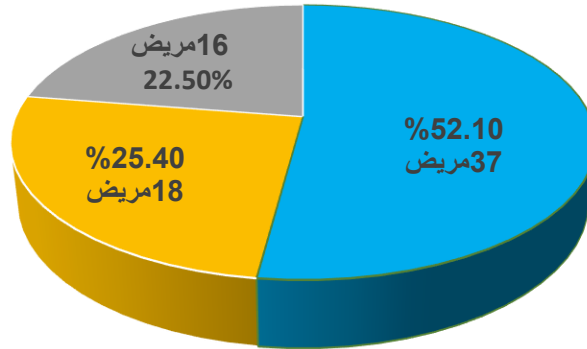
## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

### ✓ خصائص العينة حسب الجنس والسن

نلاحظ من خلال الجدول (10) أن عدد الذكور قدر بـ 24 فردا بنسبة 33.8% أقل من نصف عدد الإناث المقدر بـ 47 فردا، والذي قدرت نسبته بـ 66.2% إلا أن الفارق المقدر بـ 23 فردا، أي حوالي 32% نتوقع انها قد تؤثر على نتائج متغير الحالة الاجتماعية. ويوضح الجدول أيضا عدد الافراد ونسبهم وتوزيعهم حسب ثلاث فئات عمرية، فئة اقل من 40 سنة، عدد افرادها 16 مريضا بنسبة 22.5%، وفئة بين 41 و 60 سنة، عدد افرادها 37 مريضا بنسبة 52.1% وفئة ثالثة فوق 61 سنة عدد افرادها 18 مريض بنسبة 25% وفيما يلي الشكل رقم (11) والجدول (10) يوضح نسب توزيع كلا من الذكور والإناث والسن.

السن	الجنس		المجموع	نسبة 100%
	أنثى	ذكر		
أقل من 40 سنة	6	10	16	22.5%
من 41 إلى 60 سنة	12	35	37	52.1%
أكثر من 61 سنة	6	12	18	25.4%
المجموع	24	47	71	100%
نسبة %	33.8%	66.2%	100%	

الشكل (11) التوزيع النسبي للمرضى حسب متغير السن



■ أقل من 40 سنة ■ أكبر من 60 سنة ■ بين 41 و 60 سنة

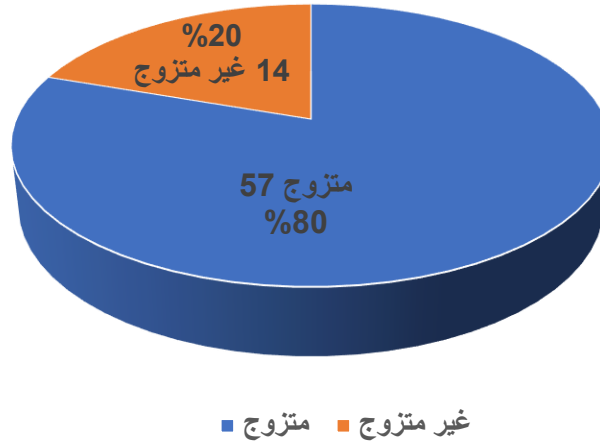
### خصائص العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

الجدول (11) والشكل (12) المرافق له يوضحان توزيع العينة حسب الحالة الاجتماعية واللذان سنستخدمهما في الكشف عن الفروق في مستوى التدين والجلد ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة في مجال الصحة البدنية (pcs) والصحة النفسية (mcs)، ونلاحظ من خلال الشكل والجدول نلاحظ ان عدد افراد العينة اغلبيهم

مرتبطتين وعددهم 57 فردا بنسبة 80% وعدد الافراد الغير متزوجين يقدر ب 14 أي بنسبة 20% وهذه النسبة قد تؤثر على نتائج الدراسة فيما يخص متغير الحالة الاجتماعية

المجموع	غير متزوج	متزوج
24	6	18
47	8	39
71	14	57

الشكل(12) يوضح توزيع المرضى حسب الحالة الاجتماعية

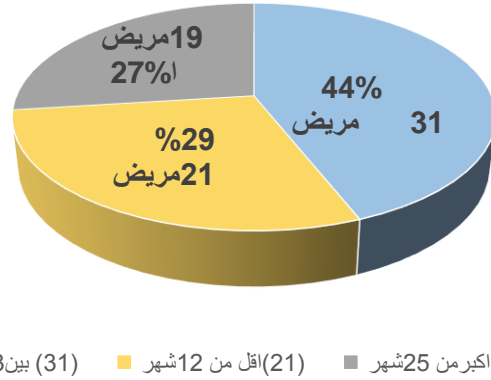


#### ✓ خصائص العينة حسب عامل الازمان (مدة الإصابة بالمرض)

الجدول رقم(12) والشكل(13) المرافق له يبينان لنا توزيع افراد العينة حسب اقدمية الإصابة بمرض السرطان والتي سنعتمدها في دراسة الفروق بينهم في مستوى التدخين و الجلد وكذلك نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها الصحة البدنية (pcs) ومجال الصحة النفسية (mcs)، نلاحظ من خلا الجدول (12) والشكل(13) ادناه ان مدى الازمان او بالأحرى الفترة التي تم فيها تأكيد الإصابة بالمرض قد قسمت الى ثلاث فئات، الفئة الأول اقل من 12شهرًا وعدد افرادها 21 مريض بنسبة32%، والفئة الثانية بين 13 و24شهرًا عدد افرادها 31 مريض بنسبة 47%، والفئة الثالثة والأخيرة اكثر من 25شهرًا وعدد افرادها 19مريض بنسبة21%.

الجدول (12) عينة الدراسة حسب مدة المرض		
أقل من 12 شهر	بين 13 و 24 شهر	أكثر من 25 شهر
21	31	19

الشكل (13) يوضح عينة الدراسة حسب مدة المرض



#### 4. أدوات الدراسة

الأداة الأساسية في أي دراسة عيادية هي المقابلة والملاحظة العلمية لسلوك الافراد والجماعات والشهادة الشخصية. بالإضافة الى أدوات أساسية أخرى مختارة بعناية، بناء على معايير سيكو مترية، من موثوقية وصدق بأنواعه وهذه الأدوات هي:

4-1. **المقابلة العيادية والملاحظة:** المقابلة كانت نصف موجهة مع المرضى والمرافقين لهم لغرض جمع البيانات الاولية والكشف عن الخبرة النفسية للمريض مع المرض وتبعات العلاج، واستجاباته الانفعالية، وسلوكياته الصحية الاجتماعية والعلائقية وكانت أكثر فائدة لنا مع المرضى الذين لا يحسنون القراءة. تشير Chiland (1983) الى ما تسميه مقابلات النصف موجهة ذات أسئلة حرة، والتي يقوم فيها الاخصائي بطرح أسئلة دقيقة، محضرة مسبقا وتطرح الأسئلة ضمن تسلسل معين، للمبحوث الحرية الإجابة لكن ضمن الأسئلة المطروحة.

ونشير هنا الى نوعين من المقابلات، مقابلات مع المرضى أنفسهم وفي بعض الأحيان مع المرافقين لهم للتدقيق في بعض المعلومات مع الزوج او الزوجة او الأبناء حين يصعب اجراءها مع المريض سواء لظروف صحية او وجود صعوبة في الاتصال بالمريض نتيجة الانفعال الشديد او الغضب، او عند المرضى الانطوائيين، او للخصوصية الثقافية حيث انه يصعب في كثير من الأحيان على الاخصائي العيادي اجراء مقابلات ذات طابع سيكولوجي على افراد مع نساء عازبات او متزوجات دون حضور طرف ثالث، ما يفقد



المقابلة العيادية قيمتها وخصوصيتها، وفي هذه الحالة كنا مجبرين بالاستعانة بأخصائيتين عياديتين بمصلحة طب الأورام للحضور كطرف ثالث لحضور المقابلة وإجرائها مع بعض الحالات وهم مشكورتان على المساعدة في اجراء هذه المقابلات معنا، ومساعدتنا أيضا على استكمال هذه الدراسة.

عدد المقابلات مع المرضى والمقربين منهم تراوح من مقابلة الى أربع مقابلات، بمدة زمنية تراوحت من 30 دقيقة الى 45 دقيقة كأقصى حد، كانت المقابلات الأولى في اغلبها تمهيدية الغرض منها طلب الموافقة وشرح الهدف من الدراسة وجمع البيانات الأولية للحالة وخلق جو من الالفة وكسب ود وثقة المريض وعائلته، وكذلك رسم صورة ذهنية حول ملامح شخصية كل مريض، لإيجاد الطريقة الملائمة للتواصل معه. ولإجراء المقابلات بنجاح تم انشاء دليل مقابلة نصف موجه تشمل مجموعة من المحاور تغطي اغلب مجالات حياة المريض ومحيطه، والملحق رقم (1) يوضح ذلك.

دليل المقابلة يركز أكثر على الأسئلة العامة دون التابعة لها او التوضيحية، مثال: بعد التحية والسلام. سؤال عام: كيف حالك اليوم؟ بناء على اجابة المريض يمكن طرح سؤال آخر محدد الغرض منه الحصول على اجابة معينة لتقييم حالة نفسية او جسمية. فمثلا إذا كانت اجابة المريض انا لست بخير اليوم.... فاذا أردنا ان نعرف هل المريض ينام بشكل جيد ام لا؟ يمكن طرح سؤال: لماذا؟ ربما لم تتم بشكل جيد ليلة البارحة! وإذا كانت الإجابة نعم، يمكن طرح سؤال آخر أكثر تحديدا: هل يمكن ان تخبرنا عن سبب ذلك بالتحديد... وهكذا في بقية الأسئلة.

للإشارة فقط اننا استكملنا بعض المقابلات في منزل المريض، بعد الاستئذان من المريض وعائلته، وطلب الزيارة كان في نهاية المقابلات التمهيدية على الشكل التالي: (إذا سمحتم لنا وكانت ظروفكم الصحية تسمح بذلك سوف نأتي لزيارتكم في المنزل للاطمئنان عليكم أولا ثم لنستكمل حديثنا حول تجربتك الحياتية وتجربتك مع المرض والعلاج) إذا كان ممكنا سوف نعلمكم مسبقا بذلك، شفاكم الله وعفاكم.... السلام عليكم ... للإشارة فقط طلب الزيارة موجه الى مرضى معينين تتوفر لديهم بعض الخصائص النفسية والعلائقية، وهم الأقرب الى بروفيل الشخصية الجلدة، سبق ذكرها في الجانب النظري في فصل الجلد كسيرورة، ونحرص بان يكون موعد الزيارة يتقاطع مع موعد صلاة الظهر او العصر، حتى يمكن ملاحظة سلوك التدين، وكذلك يمكن التطرق الى الأسئلة ذات الطابع الديني بكل سهولة، حيث ان عدد المرضى الذين رحبو بالزيارة لم يتعدى خمسة عشر مريضا.

**ملاحظة:** مقابلة المريض في بيئته المنزلية أكثر ثراء، يكون فيها أكثر تلقائية في سلوكياته وتفاعله مع المحيطين به وتظهر روح المسؤولية إذا كانت موجودة، ويظهر حجم العلاقات الاجتماعية لديه ونوعها، وهل هو اعتمادي ام شخص يعتمد عليه، ويكون أيضا أكثر حرية في التعبير عن مشاعره،

ثاني إجراء هو **الملاحظة**، فلا تخلو مقابلة من الملاحظة وهي أنواع، ونذكر منها الملاحظة العلمية - للسلوكيات والمحادثات في وسط طبيعي، الملاحظة التشاركية التي فيها يلعب الباحث دورا نشطا يتجاوز فيه دوره كملاحظ. هذه الملاحظات تتمايز بدلالة درجة الاندماج في الوضعية أو الظاهرة موضوع الدراسة. في الحقيقة يمكن أن يكون الباحث مشاركا ملاحظا حيث يكون نشطا مع جماعة المشاركين وفي نفس الوقت - يلاحظ الأحداث. ويمكن أن يكون ملاحظا مشاركا حيث يكون في هذه الحالة - ملاحظا أكثر من كونه مشاركا.

تم اعداد شبكة ملاحظة تشمل ما يلي: المظهر العام للمريض ومدى اهتمامه به، ملامح الوجه وتعبيراته، الحالة الجسمية درجة الحيوية والنشاط، طريقة الاتصال والتعامل مع المحيطين به من مرافقين، الجهاز الطبي وممرضين والاختصاصيين النفسانيين، وعاملين بالمصلحة كيفية الاستجابات الانفعالية لتحتيتهم وتعليماتهم.

#### 4-2 نموذج المسح الصحي القصير

##### (MEDICAL OUTCOME STUDY SHORT FORM-36 (MOS SF-36)

أدت الزيادة في متوسط العمر المتوقع وتحسين أساليب الرعاية، وتغير مواقف الناس اتجاه الصحة الى ظهور موقف نموذجي جديد في مجال الرعاية الصحية ونوعية الحياة، حاليا يحتل تقييم نوعية الحياة الصحية مكانا أساسيا في بعد الصحة وهو موضوع بحثي كبير، لا تكفي اختلالات الصحة البدنية في تفسير الاختلافات في مستوى نوعية الحياة، لذلك كان من الضروري مراعاة الصحة العقلية والنفسية، وهذا من خلال أدوات تقييم عالي الجودة الخاصة والعامة مثل نموذج المسح الصحي القصير (MOS SF-36).

(MOS SF-36): هو أداة مرجعية لمسوح نوعية الحياة التي أجريت في البحوث السريرية والصحة العامة، ولكن لم يتم التحقق من صحة هذا الاستبيان وموثوقيته على حد علمنا على عامة سكان الجزائر. رغم انها أداة مرجعية لاستطلاعات نوعية الحياة التي يتم إجراؤها في البحوث العيادية والصحية والسريرية عامة، وتستخدم على نطاق واسع في جميع انحاء العالم، سلم (MOS SF-36) هو مقياس عام متعدد الابعاد أي انه يقيم الحالة الصحية بشكل مستقل عن علم الامراض السببي يستخدم لكل الفئات العمرية الأكبر من 14 سنة ولكلا الجنسين ومختلف الامراض والعلاجات، ويمكن إدارة هذا المقياس على انه استبيان ذاتي او موجه للغير، ويتطلب فقط من 5 الى 10 دقائق للإجابة عليه.

## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

(MOS) استبيان قوي وموثوق يهدف إلى الحصول على تقييم عام لحالة الصحة الإدراكية. يحتوي -36 SF على 36 سؤالاً لتقييم نوعية الحياة العامة المتعلقة بالصحة. الأسئلة الـ 36 مقسمة إلى ثمانية أبعاد، كل منها يتوافق مع جانب مختلف من جوانب الصحة. هذه الأبعاد هي الأداء البدني (PF)، وقيود الدور بسبب الحالة الجسدية (RP)، وقيود الدور الناتج عن المشاكل انفعالية (RE)، والحيوية (الطاقة / التعب) (VT)، وإدراك الصحة بشكل عام (GH)، والوظيفة الاجتماعية (SF)، والألم الجسدي (BP)، وإدراك الصحة النفسية (MH)، بالإضافة إلى بعد معين ألا وهو تقييم الصحة المتصورة مقارنة بالعام الماضي، والثمانية أبعاد المذكورة أعلاه بدورها نستخلص منها مجالين، مجال الصحة البدنية (PCS)، ومجال الصحة النفسية (MCS) والجدول أدناه رقم (13)، يوضح كل بعد والبنود التي تمثله، وكل مجال والابعاد التي تمثله.

الجدول (13): توزيع الأبعاد الثمانية ومجموع بنودها ومجال مؤشر المسح الصحي (MOS) SF-36			
عدد البنود	ارقام البنود	اسم البعد	المجال
10	3-4-5-6-7-8-12-11-10-9	النشاط البدني (PF)	المجال البدني (PCS) ..... (MOS) SF-36
04	16-15-14-13	قيود الدور بسبب الحالة الجسدية (RP)	
03	22-21	الألم الجسدي (BP)	
05	1-33-34-35-36	الصحة العامة (GH)	
04	23-27-29-31	الحيوية والنشاط (VT)	المجال النفسي (MCS) ..... (MOS) SF-36
05	24-25-26-28-30	الصحة النفسية (MH)	
02	20-32	الدور الاجتماعي (SF)	
02	17-18-19	قيود الدور بسبب المشاكل الانفعالية (RE)	

• مكونات المجال النفسي (MCS) - (mental composant score) = (VT, SF, RE, MH)

• ومكونات المجال البدني (PCS) - (physical composant score) = (GH, BP, RP, PF)

التقدير وطريقة تصحيح المقياس مبني على سلم ليكيرت يتم التقدير بوضع درجة أولى حسب التسلسل من 1 إلى 2، أو من 1 إلى 3، أو من 1 إلى 5، أو من 1 إلى 6، تصاعدياً أو تنازلياً حسب كل بعد باستخدام دليل المستخدم ودليل تفسير الدرجات، وهذا بعد تحويل الدرجات إلى نسب مئوية تتراوح بين 0 إلى 100 وسوف نشير إلى أن خطوات تصحيح وإعادة الترميز وتحويل الدرجات إلى نسب مئوية تتم من خلال خوارزمية معينة وهذا باللجوء إلى دليل الاستخدام (Ware, J.E, 1993)، مع الإشارة إلى أن متوسط النسبة هو 50% و معناه نوعية حياة صحية متوسطة، وكل ما زادت هذه النسبة هي مؤشر على نوعية حياة صحية أحسن، وخطوات التصحيح مبينة في الجدول (14).

الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

الجدول (14) ترميز وتصحيح القيم الاصلية للبنود وتحويلها الى نسب مئوية		
رقم البند	الاستجابة الاصلية المؤشر عليها	اتجاه الترميز النسبي حسب الدليل
-22-20-2-1 36-34	.....1	100
	.....2	75
	.....3	50
	.....4	25
	.....5	0
-8-7-6-5-4-3 12-11-10-9	.....1	0
	.....2	50
	.....3	100
-16-15-14-13 19-18-17	.....1	0
	.....2	100
-26-23-21 30-27	.....1	100
	.....2	80
	.....3	60
	.....4	40
	.....5	20
	.....6	0
-28-25-24 31-29	.....1	0
	.....2	20
	.....3	40
	.....4	60
	.....5	80
	.....6	100
35-33-32	.....1	0
	.....2	25
	.....3	50
	.....4	75
	.....5	100

- عكس او إعادة ترميز كل عنصر وفقا للشبكة المحددة.
- حساب متوسط بنود كل بعد.
- تحويل النتيجة الى نسبتها.

ملاحظة: النسبة المئوية لكل بعد هو حاصل قسمة مجموع الدرجة الكلية لمجموع بنود كل بعد على عدد البنود

حصلنا على النسخة الاصلية بعد مراسلتنا لموقع Quality Metric وامضاء اتفاقية الترخيص غير التجاري من مكتب المنح والبحوث العلمية (OGSR) لشركة Quality Metric Incorporated، LLC (الاتفاقية ضمن ملاحق الدراسة)، تم تزويدنا من مكتب (OGSR) بنسختين واحدة باللغة الفرنسية بطلب منا وأخرى باللغة العربية قام بترجمتها فريق متخصص من وحدة قياس النوعية "كليتي ميترك" Quality Metric بالإضافة الى النسخة الاصلية باللغة الإنجليزية، قام الباحث بإعادة ترجمتها بمساعدة متخصصين في اللغة الإنجليزية، ومقارنتها بالنسخة المترجمة الى اللغة العربية من طرف Quality Metric. وكذلك مقارنتها بالنسخة المترجمة الى العربية من طرف فريق بحثي تونسي، (تكييف والتحقق من صحة SF-36 المسح الصحي للاستخدام في تونس) (علوش وآخرون، 2012)، وأيضا النسخة المترجمة والمكيفة في البيئة اللبنانية من طرف "ندا الاوستا"، وآخرون (Nada El Osta,1 Fatme Kanso, and all. 2019).

وسوف نتعرض بشيء من التفصيل الى خطوات الترجمة في الخطوة التالية.

#### 4-1-1. خطوات ترجمة مؤشر المسح الصحي القصير (MOS SF-36)

تمت اعادة ترجمة الاداة الى اللغة العربية بإتباع الخطوات التالية:

اولا الترجمة من الانجليزية الى العربية من طرف استاذ متخصص في اللغة الانجليزية.

- قام الباحث بتطبيق النسخة المترجمة على عينة من طلبة الجامعة، مجموعة طلبة من كلية اللغات ومجموعة اخرى من الطلبة من كلية العلوم الاجتماعية والانسانية، لتقييم مدى وضوح العبارات وصلاحيه التعليمات.

- عرض الاختبار على مجموعة من الباحثين بالمركز الجامعي افلو وآخريين من جامعة الاغواط لإبداء آرائهم في مدى ملاءمة العبارات لقياس الخاصية التي تقيسها، وكذلك مقارنتها بالنسخة المعربة من Quality Metric، والنسخة اللبنانية المكيفة، والنسخة التونسية المترجمة والمكيفة على البيئة التونسية، حيث اقر الفريق البحثي التونسي بإمكانية وصلاحيه تطبيق النسخة المترجمة على سكان الشمال الافريقي، ما يعاب على هذه النسخة هو انها مترجمة الى اللهجة التونسية، وتطبيقها على البيئة الجزائرية المتعددة الاطباع الثقافية يستلزم اعادة الصياغة، وبهذا فهي تخص الفرد التونسي فقط.

- اجراء بعض التعديلات على العبارات مثل (3-7-8) بما يتلاءم والخصائص الثقافية للبيئة شمال الصحراء الجزائرية.

- عرض النسخة الحالية على استاذين متخصصين في اللغة الانجليزية لترجمتها عكسيا من اللغة العربية الى اللغة الاصلية للمقياس (الانجليزية)، ثم طلب منهما اجراء مقارنتها بالنسخة الاصلية، حافضا على الامانة العلمية (استاذ في التعليم الثانوي وآخر في التعليم الجامعي). تطبيق الصورة النهائية للمقياس على عينة من المرضى المزمين وعددهم 35 مريض.

4-1-2 الخصائص السيكومترية لمقياس المسح الصحي sf36

• حساب الصدق: قام الباحث بحساب صدق المقياس بطريقتين:

1- صدق المحتوى: من خلال حساب صدق الاتساق الداخلي لمؤشر المسح الصحي القصير (Sf-36) عن طريق حساب ارتباط درجة كل بعد بالدرجة الكلية للمقياس، والجدول رقم (15)، (16) يوضح النتائج

جدول (15). درجة ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس ( Sf36.mos )

رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	رقم البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.51**	0.00	19	0.66**	0.002
2	0.32*	0.04	20	0.51**	0.003
3	0.33*	0.032	21	0.53**	0.0021
4	0.42**	0.001	22	0.47**	0.02
5	0.5**	0.00	23	0.055**	0.007
6	0.44**	0.0021	24	0.26	0.053
7	0.36**	0.011	25	0.54**	0.008
8	0.28*	0.041	26	0.54**	0.0032
9	0.34*	0.047	27	0.38*	0.031
10	0.49**	0.012	28	0.23	0.07
11	0.26*	0.038	29	0.56**	0.01
12	0.24	0.052	30	0.6**	0.009
13	0.47**	0.003	31	0.42**	0.025
14	0.25	0.053	32	0.22	0.062
15	0.56**	0.00	33	0.29*	0.043
16	0.48**	0.001	34	0.57**	0.0081
17	0.3*	0.031	35	0.55**	0.0091
18	0.33*	0.031	36	0.49**	0.036

\*\* دال عند 0.00، \* دال عند 0.05

نلاحظ من الجدول (15) ان أربع عبارات غير دالة، اما بقية العبارات فهي دالة عند مستوى دلالة 0.00 او 0.05، اما بقية العبارات فهي كلها دالة عند مستوى دلالة تروح بين (0.28-0.66) ونستنتج في الاخير ان معاملات الاتساق الداخلي دالة وصادقة فيما وضعت لقياسه.

الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

الجدول (16): يوضح معامل ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه.							
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	رقم البند	البعد	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	رقم البند	البعد
0.000	0.67**	24	مشاعر الرضا الصحة النفسية (MH)	0.043	0.32*	3	النشاط البدني (PF)
				0.036	0.45**	4	
0.0036	0.59**	25		0.021	0.55**	5	
				0.041	0.38*	6	
0.001	0.7**	26		0.02	0.5**	7	
				0.012	0.57**	8	
0.035	0.42*	28		0.06	0.28*	9	
				0.042	0.3*	10	
0.041	0.33*	30		0.036	0.461**	11	
				0.07	0.23	12	
0.006	0.66**	23	الحيوي والتعب (VT)	0.04	0.31*	13	قيود الدور البدنية (LP)
0.021	0.39*	27		0.035	0.49**	14	
0.02	0.48**	29		0.062	0.28*	15	
0.08	0.26	31		0.039	0.35*	16	
0.043	0.322*	20	الدور الاجتماعي (SF)	0.001	0.65**	21	الالم الجسمي (BP)
0.044	0.281*	32		0.0028	0.59**	22	
0.029	0.36*	17	قيود الدور النفسية (RE)	0.00	0.64**	1	الصحة العامة (GH)
				0.037	0.38*	33	
0.0291	0.33*	18		0.011	0.53**	34	
				0.002	0.61**	35	
0.033	0.51**	19		0.025	0.40*	36	

نلاحظ من الجدول (16) ان عبارتين غير دالة، اما بقية العبارات فهي دالة عند مستوى دلالة 0.00 او 0.05، وتراوحت معاملات ارتباط بنود النشاط البدني بالدرجة الكلية للبعد بين (0.28-0.58)، ومعاملات بعد قيود الدور بسبب الحالة البدنية بين (0.28-0.49)، اما بعد الالم الجسمي كان معامل الارتباط بين (0.56-0.65)، اما بعد مشاعر الرضا وصل معامل الارتباط بين (0.33-0.7) ومعامل ارتباط الحيوية بين (0.39-0.66)، اما معامل ارتباط بنود بعد الدور الاجتماعي هو (0.3-0.28)، ومعامل ارتباط بنود بعد قيود الدور بسبب الحالة النفسية فكان بين (0.4-0.7)، ونستنتج في الاخير ان معاملات الاتساق الداخلي دالة وصادقة فيما وضعت لقياسه.

الجدول (17): يوضح معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس (MOS SF36)					
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البعد	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	البعد
0.037	0.42*	مشاعر الرضا والسعادة (MH)	0.00	0.73**	النشاط البدني (PF)
0.009	0.74**	الحيوية والنشاط (VT)	0.002	0.68**	قيود الدور البدنية (LP)
0.043	0.48*	الدور الاجتماعي (SF)	0.001	0.63**	الالم الجسمي (BP)
0.009	0.55**	قيود الدور النفسية (RE)	0.023	0.43*	الصحة العامة (GH)

يتضح من الجدول (17) ان جميع الابعاد دالة وتراوحت معاملات الارتباط بين كل بعد والدرجة الكلية للمقياس بين (0.42 الى 0.74)، وهذا له دلالة على ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي.

الجدول (18) يوضح معامل ارتباط كل مجال بالدرجة الكلية لمقياس (MOS. Sf36)		
المجالات sf36	معامل الارتباط	الدلالة
مجال الصحة البدنية	0.78**	0.00
مجال الصحة النفسية	0.81**	0.00

من خلال الجدول (18) نلاحظ ان معامل الارتباط مجالي الصحة البدنية والصحة النفسية بالدرجة الكلية للمقاس، قد بلغ قيمة 0.78 بالنسبة لمجال الصحة البدنية و(0.81) بالنسبة لمجال الصحة النفسية عند مستوى دلالة 0.00.

**2.الصدق التمييزي:** بالاعتماد على المقارنة الطرفية(27%) ، تم حساب الفروق بين متوسطات درجات

الارباعي الأعلى ومتوسطات درجات الارباعي الأدنى، وقد بلغت قيمة اختبار ت للفرق بين الفئتين 8.95 والفرق دال عند مستوى دلالة  $p < 0.000$  مما يدل على ان سلم الجلد يتمتع بقدرة تمييزية جيدة.

**حساب الثبات:** تم حساب معامل ثبات مقياس نموذج المسح الصحي القصير (MOS SF-36) وابعاده

بطريقتي الفا كرو نباخ وطريقة التجزئة النصفية والجدول (19) يوضح ذلك.



الجدول (19) يوضح قيم معامل الفا كرو نباخ وتصحيح الطول بمعادلة جثمان لsf36							
العينة	ابعاد مقياس	معامل الفا كرو نباخ	معامل جوتمان	العينة	ابعاد مقياس	معامل الفا كرو نباخ	معامل جوتمان
35	النشاط البدني (PF)	0.45	0.31	35	مشاعر الرضا والسعادة (MH)	0.62	0.68
	قيود الدور البدنية (LP)	0.7	0.75		الحيوية والنشاط (VT)	0.77	0.63
	الالام الجسمي (BP)	0.72	0.78		الدور الاجتماعي (SF)	0.29	0.5-
	الصحة العامة (GH)	0.80	0.75		قيود الدور النفسية (RE)	0.63	0.72
	الدرجة الكلية	0.86					0.80

يتضح من الجدول (19) ان قيمة معامل الفا كرو نباخ لدرجات ابعاد مقياس sf36 تراوحت بين (0.29-0.80)، واما الدرجة الكلية فبلغت (0.86) وبعد تصحيح الطول بمعادلة جثمان تراوحت درجات ابعاد المقياس بين (-0.5-0.78) وهي قيم مرتفعة تدل على درجة ثبات المقياس.

#### 3-4. مقياس سلوك التدين

اعتمد الباحث مقياس التدين من اعداد "فيصل قريشي". (2015) "خماسي التدرجات حسب سلم لكيرت، مكون من 36 بندا تشمل أربعة أبعاد:

- بعد أركان الإيمان: يتكون من (8) بنود تشمل: (1، 2، 3، 4، 5، 6، 7، 8)
  - بعد أركان الإسلام: يتكون من (10) بنود تشمل: (9، 10، 11، 12، 13، 14، 15، 16، 17، 18)
  - بعد من شعب الإيمان المنهيات: يتكون من (10) بنود تشمل: (27، 28، 29، 30، 31، 32، 33، 34، 35، 36)
  - بعد (من شعب الإيمان الواجبات)، يتكون من (8) بنود تشمل: (19، 20، 21، 22، 23، 24، 25، 26)
- استعملنا برنامج spss, v21 لمعالجة البيانات، مستخدمين الاساليب الإحصائية المتمثلة في المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار "ت" واختبار "ف" لمعرفة الفروق بين الفئات المختلفة واختبار بن

فروني لتحديد أي من هذه الفئات كانت الفروق لصالحها ومعامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين المتغيرات

#### طريقة التصحيح:

تتم الاجابة عن بنود المقياس ضمن خمس اختيارات تتدرج كما يلي: ابداء، نادرا، احيانا، كثيرا، دائما. وتصحح الاستجابات بتدرج تصاعدي آخذة قيم من (5-1) درجات بالنسبة للبنود (5، 6، 7، 8، 14، 15، 17، 18، 23، 24، 25، 32، 26، 33، 34، 35، 36). ويتدرج تنازلي قيمه من (5-1) درجة بالنسبة للبنود (1، 2، 3، 4، 9، 10، 11، 12، 13، 19، 20، 20، 21، 22، 27، 28، 29، 30، 31). لتقليل قيمة الاجابة العشوائية، يكون التدين عاليا ما بين (158-180) درجة. وفوق المتوسط ما بين (133-157). ومتوسط ما بين (108-132). ودون المتوسط ما بين (71-107). وتدين منخفض ما دون 70 درجة.

#### - الخصائص السيكومترية للمقياس سلوك التدين

لقياس الخصائص السيكومترية لسلوك التدين اعتمد الباحث نفس خطوات الباحث (قريشي فيصل 2015) والقصد منه مقارنة النتائج والتي كانت جد متقاربة وهذا ما يؤكد على خصية صدق وثبات الأداة.

أ) الصدق (صدق البناء): تم حسابه بنفس طريقة حساب المقياس السابق عن طريق إيجاد معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية له باستعمال معامل بيرسون على العينة الاستطلاعية الثانية مكونة من 35 فرد وكانت قيمته على الأبعاد التالية (أركان الايمان، أركان الإسلام، الواجبات من شعب الإيمان، المنهيات من شعب الإيمان) على التوالي (0.89، 0.80، 0.76، 0.71) وكلها دالة عند مستوى 0.03 وبالتالي فالمقياس بأبعاده الاربعة يتميز بالصدق.

ب) الثبات: فحسب بطريقة التباين، باعتماد معادلة الفا كرو نباخ، فقدرت قيمة معامل الثبات على الأبعاد الأربعة كالتالي: (0.35، 0.7، 0.55، 0.69) وكلها تعكس ثبات المقياس.

#### 4-4. مقياس الجلد النفسي (CD-RISC). (Connor-Davidson Resilience Scale).

اعتمد الباحث في دراسته على النسخة المترجمة والمكيفة بما يتلاءم والبيئة الجزائرية حسب بعض المختصين من طرف الباحثين الاستاذ. شرفي محمد الصغير والاستاذ جار الله سليمان من جامعة سطيف2 (جارالله.2013).

أنجز هذا السلم كل من (كونور كاترين، دافيدسون جونتان، 2003) هذا بهدف تقييم الجلد، الذي يعتبر من أهم الاختبارات التي حازت تطبيقات واسعة في الطب النفسي وعلم النفس ويتميز بمستويات عالية من الصدق والثبات، ويظم 25 بندا موزعة على خمسة أبعاد.

## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

التحكم في الانفعالات وبعد الكفاءة الذاتية بعد المشاعر الإيجابية، المساندة الاجتماعية والعامل الديني، يكون تقييم كل بند من صفر إلى أربع درجات حسب سلم ليكرت (من =0 لا أوافق تماما إلى =4أوافق تماما). وكلما ارتفع وانخفض مجموع الدرجات المتحصل عليها في كل الاختبار دل على ارتفاع أو انخفاض درجة قدرة الجلد لدى الفرد

يغطي سلم الجلد خمسة ابعاد: بعد الكفاءة الذاتية، بنوده هي: (3، 4، 15، 17، 18، 19، 20، 21).

البعد الثاني، التحكم في الانفعالات، بنوده هي: (7، 9، 10، 14، 16، 24، 25).

البعد الثالث يتمثل في المشاعر الإيجابية وبنوده هي: (1، 2، 12، 13، 22).

البعد الرابع هو الدعم الاجتماعي وبنوده هي: (5، 6، 23).

البعد الخامس هو العامل الديني وبنوده هي: (8، 11). قد تختلف الدرجات وفقا للبيئة الثقافية، وللسن بالنسبة للبيئة، تكون الدرجات أقل بشكل عام لدى أولئك الذين يعانون من مشاكل نفسية والذين يواجهون صعوبة في التعامل مع الإجهاد، مثل المصدومين او المصابين بأمراض خطيرة، وكذلك لدى البالغين الأصغر سنا، مثل الطلاب.

يتميز سلم الجلد كونور دافيد سون (CD-RISC)، في نسخته الاصلية بخصائص سيكو مترية جيدة، حيث وصل معامل الف كرو نباخ لكل الاختبار الى (0.89)، اما الثبات بين القياسين فبلغ معامل الارتباط (0.87)، ومعاملات الاتساق الداخلي لبنوده فتراوحت بين (0.30-0.7). الصدق التقاربي بين سلم الصلابة النفسية لكوباز وسلم الجلد (CD-RISC)، بلغ معامل ارتباطه (0.83) عند مستوى دلالة 0.00 والصدق التباعدي بين (CD-RISC) وسلم الاحساس بالضغط (pss-10) فقد بينت النتائج على وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة احصائيا (-0.76) عند مستوى دلالة 0.001.

### 4-3-1 الخصائص السيكومترية لمقياس الجلد (CD-RISC).

تمت عملية القياس بالاعتماد على بيانات العينة الاستطلاعية الثالثة والمكونة من 50 فردا كما هو موضح في جدول الخصائص الديموغرافية للعينة الاستطلاعية الثالثة، تعيش تحت نوع من الضغط. باتباع نفس خطوات المتبعة في قياس الخصائص السيكومترية لمقياس المسح الصحي sf36.

**الصدق التمييزي:** تم اجراء عملية مقارنة متوسطات الدرجات او ما يسمى المقارنة الطرفية للتأكد من القدرة التمييزية لبنود سلم الجلد CD-RISC بين الفئة العليا (27%) الذين لديهم درجات مرتفعة على مقياس كونور دافيد سون وبلغ عددهم 14 مريض، والفئة الدنيا (27%) الذين لديهم درجات منخفضة على نفس المقياس وكان عددهم 14مريض، يبين الجدول (20).

## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

الجدول (20) يوضح معامل الارتباط المقارنة الطرفية لسلم الجلد				
مستوى الدلالة	قيمة "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط لحساب	
0.00	19.02	5.73	75.652	الفئة العليا
		12.3	42.331	الفئة الدنيا

يتضح من الجدول (20) ان بنود سلم الجلد لها قدر تمييزية جد عالية حيث بلغت قيمة "ت" = 19.02 عند مستوى دلالة 0.00 مما يعني ان السلم الجلد يتمتع بصدق عالي.

- **الاتساق الداخلي:** تم حساب الاتساق الداخلي او ما يسمى بصدق المحتوى، وهذا بحساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه وكذلك الدرجة الكلية للمقياس، وحساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد والدرجة الكلية للمقياس، والجدول (21) و(22) يوضح ذلك.

الجدول (21) يوضح معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لمقياس الجلد			
رقم البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس	رقم البند	معامل ارتباط البند بالدرجة الكلية للمقياس
1	0.505**	14	0.71**
2	0.489**	15	0.62**
3	0.342*	16	0.25*
4	0.403**	17	0.561**
5	0.691**	18	0.532**
6	0.6**	19	0.631**
7	0.487**	20	0.662**
8	0.34*	21	0.491**
9	0.37**	22	0.61**
10	0.29*	23	0.73**
11	0.51**	24	0.544**
12	0.55**	25	0.481**
13	0.605**		

\*دالة عند  $p \leq 0.05$  \*\*دالة عند  $p \leq 0.01$

## الفصل السادس: الطريقة وإجراءات الدراسة

توضح النتائج اعلاه ان كل معاملات الارتباط بين البنود والدرجة الكلية لسلم الجلد دالة احصائيا حيث ان 22 من مجموع بنود المقياس كانت دالة عند مستوى دلالة اقل من 0.01، بينما ثلاثة بنود كانت معاملات ارتباطها بالدرجة الكلية للمقياس عند مستوى دلالة بين 0.01 و 0.05.

الجدول (22) يوضح معامل ارتباط كل بعد بالدرجة الكلية لسلم الجلد (CD-RISC)		
الدالة	معامل الارتباط	ابعاد سلم (CD-RISC) .
0.00	0.76**	الكفاءة الذاتية
0.00	0.83**	التحكم في الانفعالات
0.03	0.46*	المشاعر الايجابية
0.012	0.69**	الدعم الاجتماعي
0.00	0.83**	العامل الديني

ونلاحظ من الجدول (22) ان معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لأبعاد سلم الجلد (CD-RISC) بالدرجة الكلية له هي ذات دلالة عالية عند مستوى 0.00 في اغلبها، مما يؤكد ان السلم يتمتع بدرجة عالية من الاتساق الداخلي.

• **الثبات:** تم حساب معامل ألف كرو نباخ، وبلغت قيمته في كل الاختبار 0.89.

- **التجزئة النصفية:** تم حساب معامل الارتباط بين متوسطات درجات النصف الاول والنصف الثاني للعينة الاستطلاعية الثالثة وكذلك حساب معامل سبيرمان براون ومعامل التجزئة النصفية جوثمان والجدول (23) يوضح ذلك.

جدول (23) نتائج معاملات ارتباط التجزئة النصفية	
قيمة المعامل	المعاملات
0.76	معامل الارتباط بين النصفين
0.88	معامل سبيرمان براون
0.85	معامل التجزئة النصفية جوثمان

تبين نتائج الجدول (23) ان معامل الارتباط بين النصفين (0.76) ومعامل سبيرمان براون (0.88) ومعامل التجزئة النصفية جوثمان (0.85). وهي قيم جد مرتفعة ممل يثبت بان المقياس يتمتع بثبات عال.

## 5. إجراءات الدراسة

تم اجراء الدراسة وفق مجموعة من الخطوات وهي كالآتي:

- تقديم بعض الاطر النظرية بناء على الدراسات السابقة والجانب النظري المستعملة لتوصيف متغيرات الدراسة.
- المعاينة من خلال اختيار العينات الاستطلاعية والاساسية والاستعانة ببعض العياديين وممارسي الصحة العمومية.
- اختيار المقاييس والادوات المناسبة لجمع بيانات الدراسة واعدادها او تكييفها بما يتناسب وخصائص المجتمع، وطلب الترخيص للأدوات الغير مرخص لها.
- دراسة الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة، بالاعتماد على العينات الاستطلاعية المكونة من 145 فردا.
- تطبيق ادوات الدراسة بعد التأكد من صدقها وثباتها، والمتمثلة في

✓ مقياس الجلد (CD-RISC). (Connor-Davidson Resilience Scale).

✓ نموذج المسح الصحي (MEDICAL OUTCOME STUDY SHORT FORM-36 (MOS SF-36).

✓ مقياس سلوك التدخين لقرشي فيصل (2015).

## 6. الاساليب الاحصائية المستعملة في الدراسة

للتحقق من فروض الدراسة تم استخدام برنامج الحزمة الاحصائية spss رقم 23 وتم اعتماد عدد من الأساليب الإحصائية.

- معامل بيرسون لفحص العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، التدخين، والجلد.
- اختبار "ت" t. Test لمعرفة الفروق بين متوسطات درجات المرضى في المتغيرات سألقة الذكر.
- المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية.
- معامل الفا كرو نباخ وجثمان لحساب الاتساق الداخلي.
- تحليل التباين الأحادي one wae anova لحساب الفروق بين درجات افراد العينة على مقاييس الجلد التدخين ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة، تبعا لمتغير السن ومدة المرض،
- اختبار بن فروني الذي يستعمل في العينات الغير متجانسة، لتحديد اتجاه الفروق ان وجدت.
- تحليل الانحدار الخطي المتعدد، Multiple Linear Regression الغرض منه التنبؤ، بمعنى معرفة أي من المتغيرين (الجلد-التدخين) يؤثر على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

اولا: عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

1. عرض نتائج الفرضية العامة ومناقشتها

2. عرض نتائج الفرضيات الجزئية ومناقشتها

2-1 عرض نتائج الفرضية الاولى ومناقشتها

2-2 عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها

2-3 عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها

2-4 عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها

2-5 عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها

2-6 عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها

2-7 عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها

2-8 عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها

2-9 عرض نتائج الفرضية التاسعة ومناقشتها

2-10 عرض نتائج الفرضية العاشرة ومناقشتها

2-11 عرض نتائج الفرضية الحادية عشر ومناقشتها

2-12 عرض نتائج الفرضية الثانية عشر ومناقشتها

2-13 عرض نتائج الفرضية الثالثة عشر ومناقشتها

2-14 عرض نتائج الفرضية الرابعة عشر ومناقشتها

2-15 عرض نتائج الفرضية الخامسة عشر ومناقشتها

2.16 عرض نتائج الفرضية السادسة عشر ومناقشتها

ثانيا: خصائص عينة الدراسة بناء على تحليل نتائج المقابلة والملاحظة

10. توصيات ومقترحات الدراسة

الخاتمة

اولا: عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة

1. عرض نتائج الفرضية العامة ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وكل من الجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون لفحص العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها النفسي والبدني وكل من الجلد والتدين لدى عينة الدراسة.

1.1. العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها البدني (pcs) والنفسي (mcs)، والجلد لدى عينة من مرض السرطان.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون لتحديد العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها البدني (pcs) والنفسي (mcs)، والجلد لدى عينة الدراسة والنتائج موضحة في الجداول رقم (24)

الجدول رقم (24): معامل الارتباط بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها البدني والنفسي والجلد					
المتغيرات	معامل الارتباط	حجم العينة	مستوى الخطأ	مستوى دلالة	القرار
الجلد ونوعية الحياة الصحية sf36	0.4**	71	0.05	0.01	دال (توجد علاقة طردية بين المتغيرين)
الجلد والمجال النفسي (mcs)	0.76**	71	0.05	000	دال (توجد علاقة طردية قوية بين المتغيرين)
الجلد والمجال البدني (pcs)	0.39**	71	0.05	0.01	دال (توجد علاقة طردية بين المتغيرين)

نلاحظ من خلال الجدول (24)، أن معامل الارتباط بين درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والجلد تقدر ب (0.4) عند مستوى دلالة (0.01) وبإشارة موجبة ما يعني تحقق الفرضية الاولى وجود علاقة ايجابية بين المتغيرين. أي كلما ارتفع مستوى الجلد ارتفع معه مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والعكس صحيح، وينطبق الامر كذلك على مجالاً نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وهما:

-المجال النفسي من خلال نفس الجدول نلاحظ ان معامل الارتباط بين درجاته وبين درجات الجلد قدر ب (0.76)، عند مستوى دلالة (000) وبإشارة قوية، ما يعني تحقق الفرضية الاولى وجود علاقة ايجابية بين المتغيرين، أي كلما ارتفع مستوى الجلد ارتفع معه مستوى الصحة النفسية والعكس صحيح، ونفس الامر



## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

بالنسبة للمكون الثاني وهو المجال البدني، حيث بلغ معامل الارتباط بين درجات الجلد ودرجات المجال البدني (0.38)، عند مستوى دلالة (0.01) وبإشارة موجبة ما يعني تحقق الفرضية الأولى وجود علاقة ايجابية بين المتغيرين. أي كلما ارتفع مستوى الجلد ارتفع معه مستوى المجال البدني والعكس صحيح.

وعليه يمكن القول بان الفرضية الرابعة محققة أي توجد علاقة ايجابية بين نوعية المتعلقة بالصحة بمجالها البدني والنفسي، والجلد لدى عينة من مرض السرطان.

**التفسير:** نلاحظ من خلال النتائج اعلاه ان هناك علاقة ارتباطية موجبة بين درجات سلم الجلد ودرجات نموذج المسح الصحي القصير وهذا يدل على وجود علاقة بين سيرورة الجلد ونوعية الحياة الصحية لعينة الدراسة، حتى وان كان اغلب افراد العينة دراجاتهم دون المتوسط ولكنها بنسب متفاوتة. وتدل الارقام على ان كل ما ارتفعت درجات سلم المسح الصحي sf36 رافق ذلك ارتفاع في درجات سلم الجلد، وهذه النتائج توصلت اليها العديد من الدراسات مثل دراسة كيني داي (2008) المعنونة نوعية الحياة والجلد حيث أظهرت النتائج ارتباط إيجابي كبير بينهما، وان هناك ارتباط سلبي بين الجلد ومقاييس الاكتئاب والقلق.

قد يكون هذا الارتباط الإيجابي راجع الى طريقة استجابة بعض المصابين بالسرطان للكروب والمنغصات اليومية وأثر ذلك على نوعية حياتهم وهذا ما اشارت اليه دراسة كوستونزو وآخرون (2011)، حيث أظهرت النتائج مرونة كبيرة لدى المرضى في مواجهة الكرب والضغوطات النفسية اليومية.

وبناء على ملاحظتنا من خلال المقابلات العيادية والملاحظة اليومية للمرضى والخصائص التي يتمتع بها بعضهم والتي تتفق مع ما ذهبت اليه ايمي ورنر في دراستها التتبعية (Werner, E. 1993) بان هناك عوامل يتصف بعض الأشخاص هي التي تؤهلهم بان يكونوا قادرين على مواجهة الظروف المحيطة والخروج منها بأقل الاضرار، مثل موارد الحماية الداخلية: القدرة على حل المشكلات، المعرفة الذاتية، والاستقلالية، وتقدير الذات، والثقة بالنفس، والإيثار، والتواصل الاجتماعي وأخيراً القدرة على إيجاد الدعم في الأسرة أو البيئة خارج الأسرة. بينما من بين الموارد الحماية الخارجية والتي تأتي من البيئة نجد: العلاقات الأسرية الدافئة، والدعم الأسري القوي، والتواصل الجيد بين الوالدين والطفل، بالإضافة إلى الدعم الإضافي، على سبيل المثال من الأصدقاء أو المعلمين أو افراد المجتمع.

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

2.1. العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها البدني (pcs) والنفسي (mcs)، والتدين لدى عينة من مرضى السرطان.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون لتحديد العلاقة نوعية المتعلقة بالصحة بمجالها البدني والنفسي، ودرجة التدين لدى عينة مرضى السرطان والنتائج موضحة في الجداول رقم (25).

الجدول رقم (25): معامل ارتباط نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها البدني والنفسي والتدين					
المتغيرات	معامل الارتباط	حجم العين	مستوى الخطأ	مستوى دلالة	القرار
التدين ونوعية الحياة الصحية sf36	0.27*	71	0.05	0.023	دال (توجد علاقة طردية بين المتغيرين)
التدين د والمجال النفسي (mcs)	0.74**	71	0.05	000	دال (توجد علاقة طردية قوية بين المتغيرين)
التدين والمجال البدني (pcs)	-0.5**	71	0.05	0.00	دال (توجد علاقة سلبية بين المتغيرين)

نلاحظ من خلال الجدول (25)، أن معامل الارتباط بين درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والتدين تقدر ب (0.27) عند مستوى دلالة (0.023) وبإشارة موجبة ما يعني تحقق الفرضية الاولى وجود علاقة ايجابية بين المتغيرين. أي كلما ارتفع مستوى التدين ارتفع معه مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والعكس صحيح، وينطبق الامر كذلك على مجالاً نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وهما:

-المجال النفسي (mcs) من خلال نفس الجدول نلاحظ ان معامل الارتباط بين درجاته وبين درجات التدين قدر ب (0.74)، عند مستوى دلالة (000) وبإشارة موجب، وهي علاقة جد ايجابية ما يعني تحقق الفرضية الاولى وجود علاقة ايجابية بين المتغيرين. أي كلما ارتفع مستوى التدين ارتفع معه مستوى الصحة النفسية والعكس صحيح، ولكن على العكس من ذلك بالنسبة للمكون الثاني وهو المجال البدني (pcs)، حيث بلغ معامل الارتباط بين درجات التدين ودرجات المجال البدني (-0.5)، عند مستوى دلالة (000) وبإشارة سالبة ما يعني وجود علاقة سلبية بين المتغيرين. أي كلما زاد الاداء السلوكي للعبادة أي القيام بالعبادات قل مستوى الصحة البدنية، وعليه يمكن القول بان الفرضية الرابعة نصف محقق أي توجد علاقة لكنها سلبية بين نوعية المتعلقة بالصحة بمجالها البدني وسلوك التدين، وعلاقة ايجابية بين سلوك التدين والمجال النفسي لسلم المسح الصحي sf36.

**التفسير:** نلاحظ من خلال النتائج السابقة ان هناك علاقة جد ايجابية بين الدرجات الكلية لمؤشر المسح الصحي مجاله النفسي ومقياس سلوك التدين مع وجود علاقة عكسية بين سلوك التدين والمجال البدني لمؤشر المسح الصحي.

النتائج التي توصلنا اليها مشابهة الى حد كبير، النتائج التي توصل اليها باحثون آخرون، فيما يخص العامل الديني وعلاقته بالصحة النفسية ونوعية الحياة بشكل عام، لدى عينات تحت الضغط، خصوصا لدى فئة المرضى ومن هذه الدراسات: دراسة مرزاق (2018) المساندة الاجتماعية والتوجه الديني وعلاقته بنوعية الحياة لدى عينة من النساء المطلقات وكانت العلاقة ايجابية بين المتغيرين.

دراسة فرادلوس (2018) **fradilos et al** التي توصلت الى نتائج مختلفة عدم وجود علاقة بين التدين والصحة النفسية لدى مرضى سرطان الثدي وبينت النتائج وجود علاقة بين الجلد والمعتقدات الدينية اذ يعد التدين من أهم الحاجات المشبعة لدى الإنسان التي تبعث على الشعور بالرضا والإحساس بالسعادة، حيث يعتبره ألبورت "Albort" " حاجة نفسية إنسانية موروثة، فمعظم الناس عبر تاريخ البشرية يمارسون شكلا من أشكال التدين، ويمثل لهم محددًا لهويتهم وسببا من أجله يعيشون أو في سبيله يموتون. ما اكدته دراسة الجميلي، (2001) حول الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى عينة قدرها (300) فرد، وخلص إلى وجود علاقة موجبة وقوية بين الالتزام الديني والأمن النفسي، يؤكد على ذلك كوينغ (2012) **Koenig** من خلال تحليله للدراسات التي تناولت التدين أو الروحانية والصحة على العلاقة الايجابية والارتباط الدال بين مخرجات الصحة وبين التدين، مما يدعو كل الباحثين إلى أخذ هذا المتغير بعين الاعتبار في دراسات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة.

وتفسيرنا فيما يخص العلاقة السلبية بين التدين كسلوك جسدي وانفعالي و المجال البدني لسلم المسح الصحي هي نتيجة منطقية الى حد كبير، لان التدين الإسلامي هو اعتقاد ذاتي والتعبير عنه هو أداء العبادة على اكمل وجه في جانبها الطقوسي كالصيام والصلاة المفروضة والنافلة خصوصا من طرف المرضى، تقربا الى الله وطمعا في الشفاء، وهي كلها جهود انفعالية وجسدية تستنزف طاقة المريض وتحد من قدراته الجسدية، أي كل ما زادت الطقوس والعبادات زاد معها الإرهاق الجسدي، والتعبد يواكبه إحساس بالرضى النفسي الداخلي رغم التعب الجسدي وهذا ما يفسر العلاقة الايجابية بين المجال النفسي و التدين.

3.1 العلاقة بين الجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون لتحديد العلاقة بين درجات الجلد، ودرجة التدين لدى عينة مرضى السرطان والنتائج موضحة في الجداول رقم (26).

الجدول رقم (26): معامل الارتباط بين درجات الجلد ودرجات التدين لدى المرضى					
المتغير	عامل الارتباط	حجم العينة	مستوى الخطأ	مستوى دلالة	القرار
الجلد والتدين	0.91**	71	0.05	.000	دال (توجد علاقة قوية جدا بين المتغيرين)

نلاحظ من خلال الجدول (26) أن معامل الارتباط بين درجات الجلد ودرجات التدين تقدر بـ (0.91) عند مستوى دلالة (0.00) وبإشارة موجبة، وهي علامة جد مرتفعة، ما يعني تحقق الفرضية الأولى توجد علاقة خطية بين المتغيرين أي كلما ارتفع مستو التدين ارتفع معه مستوى الجلد.

**التفسير:** النتائج أعلاه تبين لنا ان الجلد أو كما يسميه البعض الصمود النفسي او المرونة في دراسات اخرى هو أحد اهم مظاهر الصحة النفسية وهذه النتائج متفقة مع أغلبية الدراسات التي ذكرت في هذا البحث والتي لم تذكر أو تم الإشارة إليها. وهذا ما يؤكد على أن إيجاد معنى وبعد معرفي للصدمة والبلاء والمرض وإدماجها نفسيا يتم التوصل إليه من خلال الإيمان والمعتقد الديني الذي يقوي استراتيجيات المواجهة لدى المصدوم ليتجاوز محنته مساهما أي البعد الديني في بناء سيرورة الجلد من أجل الاستمرار في الحياة. تتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة الطلاع (2006) بعنوان الذكاء الروحي وعلاقته بالجلد النفسي لدى عينة من الطلبة تحت الاجهاد، حيث كانت درجات الجلد والتدين مرتفعة ويرتبطان بعلاقة طردية، أي كل ما ارتفعت درجات الجلد واكبتها ارتفاع في درجات الالتزام الديني.

وكذلك اتفقت مع نتائج دراسة بوفرمال (2009) حول البعد الثقافي للصدمة لدى عينة من ضحايا الكارثة الطبيعية بالجنوب الجزائري فيضانات غرداية 2008 حيث أظهرت النتائج ان المكون الثقافي للمجتمع المتمثل في الدين والعادات والتقاليد التي لها خصوصيتها في هذه المنطقة، ساهمت الى حد كبير في إرساء سيرورة الجلد.

نفس النتائج اشارت اليها دراسة ولاء يوسف (2021) التدين والصمود لدى بعض الاسر الفلسطينية المرابطة، اشارت النتائج الى علاقة ارتباطية دالة موجبة بين التدين والصمود النفسي. وكذلك دراسة (nikmanich & khosrani, 2014) بان الروحانية تساعد عملية الصمود لدى الأشخاص الذين يعانون من الاجهاد، وكذلك دراسة فراديلوس (2018) fradilos في تقييمه للعلاقة بين التدين والصحة النفسية حيث أظهرت

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

النتائج التفاعل بين التأقلم الديني الإيجابي والجلد النفسي. واتفقت مع دراسة (Haris, 2016) حول أثر الروحانية على الجلد في ادارة الضغوط اليومية حيث كانت العلاقة طردية بين المعتقد والجلد بتأثير إيجابي في ادرة ضغوط الحياة، وهناك العديد من الدراسات الإسلامية والغربية الحديثة والقديمة التي اشارت الى هذا الارتباط بين المتغيرين.

### 2. عرض نتائج الفرضيات الجزئية ومناقشتها

#### 1.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى ومناقشتها.

والتي تنص على ما يلي:

نتوقع مستوى نوعية حياة متعلقة بالصحة متوسطة لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب قيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري للدرجة الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة وكذلك الدرجة الكلية لكل مجال من مجالا مقياس (sf36) وهما المجال النفسي (mcs)، والمجال البدني (pcs) والنتائج موضحة في الجداول رقم (27)

الجدول رقم (27): يوضح درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها النفسي والبدني					
المقاييس	المتوسط الحسابي	درجة الحرية	الانحراف المعياري	مستوى دلالة	القرار
الدرجات الكلية sf36	41.85	70	4.39	000	دال (حالة صحية دون المتوسط)
درجات المجال البدني (pcs)	33.63	70	12.90	000	دال (صحة بدنية متدنية)
درجات المجال النفسي (mcs)	44.62	70	13.01	001	دال (صحة نفسية دون المتوسط)

من خلال الجدول (27) أعلاه نلاحظ ان قيمة المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة تقدر بـ (41.85) بانحراف معياري قدره (4.40) وهو اقل من المتوسط الحسابي المفترض المقدر بـ (50) وهذا يعني انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المرضى لصالح الفئة الأقل من المتوسط، عند درجة حرية 70 ومستوى دلالة (0.000). إذا الدرجات التي حققها المرضى على سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة كانت دون المتوسط.

وكذلك بالنسبة لمجالي نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، من خلال نفس الجدول (24) نلاحظ ان قيمة المتوسط الحسابي لدرجات المجال البدني (pcs) هي (33.6) بانحراف معياري قدره (12.9) وهو اقل بكثير من المتوسط الحسابي الفرضي المقدر بـ (50)، وهذا يعني انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

متوسطات درجات الصحة البدنية لصالح الفئة الأقل من المتوسط، عند درجة حرية 70 ومستوى خطأ (0.000). إذا درجات الصحة البدنية على سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة ليست حسنة.

وكذلك فيما يخص المجال النفسي (mcs) نلاحظ من خلال الجدول (24) ان قيمة المتوسط الحسابي لدرجات المجال النفسي (mcs) هي (44.80) بانحراف معياري قدره (13) وهو اقل من المتوسط الحسابي الفرضي المقدر بـ (50)، واعلى من متوسط المجال البدني وهذا يعني انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات الصحة النفسية لصالح الفئة الأقل من المتوسط، 70 ومستوى خطأ (0.001)، وعليه درجات مجال الصحة النفسية على سلم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تعتبر سيئة الى حد ما، وعليه يمكن القول بان الفرضية الأولى غير محققة.

**التفسير:** تدل النتائج المتحصل عليها على ان اغلب افراد العينة يعانون من نوعية حياة صحية دون المتوسط هذا راجع حسب رأينا، بالإضافة الى خطورة المرض من جهة وتبعات ومضاعفات العلاج القاسية من جهة اخرى ظهر عامل آخر محبط ساهم في عزل المريض عن محيطه العلاجي وهو اجتياح فيروس كوفيد19 للعالم وبيئة المريض الصحية، فزاد من معاناة المريض وتفاقم حالته الصحية واصبح تركيز المنظومة الصحية موجه بشكل خاص نحو هذه الجائحة ما اثر سلبا على طريقة رعاية مرضى السرطان النفسية و العلاجية، وكذلك قد يكون هناك سبب كامن في شخصية المريض، وتركيبته النفسية او خلل في محيطه كالاهمال العائلي مثلا. والنتائج هذه اشارت اليها بعض الدراسات مثل دراسة (فادل حزة واخرون، 2005) ودراسة الطيباني (2007)، أشاروا الى الأثر السلبي للمرض المزمن على نوعية حياة المريض، وكذلك على جوانبها الجسدية والنفسية والاجتماعية.

وهذا لا يمنع ان هناك فئة اخر من المرضى لا يمكننا اهمالها، نوعية حياتها الصحية متوسطة الى فوق المتوسط في بعض الحالات، حتى ولو كانت فئة قليلة مقارنة بالفئة التي تعاني نوعية حياة دون المتوسط ما يجعلنا نتساءل ما الذي يميز هذه الفئة عن الآخرين، وبالرجوع الى الخلفية النظرية و كذلك ملاحظتنا الميدانية طيلة مسارنا المهني وطول متابعة ومراقبة عينة الدراسة جعلنا نربط هذه السلوكيات الإيجابية الملاحظة وما لدينا من معارف وما توصلت اليه بعض الدراسات بان هناك خصائص يتمتع بها هؤلاء الافراد وخصائص أخرى تتمتع بها البيئة المحيطة بالمريض هي التي وفرت نوعا من الإحساس بالرفاهية الصحية عند هؤلاء ، كنا نرى عينة من المرضى مواظبين على العملية العلاجية مهتمين اكثر بما يدور حولهم بشوشين ومتفائلين محيطهم العائلي ثري، مهتمين اكثر بالمرضى الآخرين وداعمين لهم، بالإضافة الى وجود اشخاص مرافقين و داعمين مميزين من العائلة والأصدقاء، هذا الوصف يرجع بنا الى العديد من

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

الخلفيات النظرية التي ذكرناها في الجانب النظري للدراسة وكذلك العديد من الدراسات، مثل خصائص الشخصية الجلدة، عوامل الحماية، بناؤو الجلد...الخ.

وأشارت النتائج أيضا الى ان نوعية الحياة لدى المرضى كانت دون المتوسط بجانبها النفسي (mcs) وأكثر تدهورا في الجانب البدني (pcs) وهذا راجع الى طبيعة المرض وطبيعة العلاج الكيميائي التي يستتزم الكثير من طاقة المريض وجهده بالإضافة لفقدان الشهية للطعام والغثيان والتقيؤ، كلها أمور محبطة لبعض المرضى. ما توصلت اليه دراسة تافورن وآخرون (2010, taphoorn) من خلال مراجعتهم لأدبيات البحث في نوعية الحياة لدى المصابين بأورام دماغية وذلك باستعمال استبيانات متعددة مثل استبيان نوعية الحياة الخاص بالمصابين دماغيا، حيث يركز هذا الأخير على المجالات النفسية والاجتماعية أكثر منه على الأعراض الطبية. ولاحظ الباحثون أثر الجراحة والعلاج بالأشعة على نوعية الحياة وعلى الأداء المعرفي للمرضى وكذلك العلاج الكيميائي والعلاج التدعيمي.

### 2.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية ومناقشتها.

والتي تنص على ما يلي:

نتوقع مستوى تدين مرتفع لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو. وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب قيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري للدرجة الكلية لمقياس التدين والنتائج موضحة في الجداول رقم (28).

الجدول رقم (28): يوضح درجات التدين لعينة مرضى السرطان / عدد العينة = 71				
المتوسط الحسابي	درجة الحرية	الانحراف المعياري	مستوى الدلالة	القرار
118.5	70	22.3	000	دال (مستوى تدين عالي)

من خلال الجدول (28) أعلاه نلاحظ ان قيمة المتوسط الحسابي للدرجات الكلية للتدين تقدر بـ (118.5) بانحراف معياري قدره (22.3) وهو اعلى من المتوسط الحسابي المفترض المقدر بـ (100) وهذا يعني انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المرضى لصالح الفئة الاكبر من المتوسط، عند درجة حرية 70 ومستوى خطأ (0.000). إذا الدرجات التي حققها المرضى على مقياس التدين هي درجات مرتفعة، وعليه يمكن القول بأن لفرضية الثانية محققة.

**التفسير:** نلاحظ من النتائج أعلاه ان مستوى التدين جد مرتفع لدى عينة المرضى، عندما تقل الحيلة وتفقد العزيمة فلا ملجأ الا اليه سبحانه وتعالى، لأجل تحقيق نوع من التوازن الانفعالي وامتصاص الشدة النفسية. وهذا ما توصلت اليه دراسة كوتون واخرون (2006) حيث بينت نتائج هذه الدراسة بان 85% من المرضى

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

المزمين اصبحوا مهتمين اكثر بالشعائر الدينية، وقوي ايمانهم وخلص كوتون الى ان توجه هؤلاء الى الدين يساعدهم على تجاوز محنهم ويعزز قدرتهم على المواجهة والتكيف، كما ظهر لديهم تفاؤل نحو المستقبل، وهذا ما يؤكد على العلاقة الإيجابية بين التدين والصحة النفسية، وهذا ما توصلت اليه الكثير من الدراسات مثل دراسة سومو (2020) (Somos) حول تأثير التكيف الديني والجلد والرفاهية النفسية على الصحة النفسية، وتوصل الى ان الجلد ساهم في رفع مستوى الرفاهية النفسية وكذلك التكيف الروحي.

### 3.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة ومناقشتها.

والتي تنص على ما يلي:

نتوقع مستوى جلد مرتفع لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو. وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب قيم المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري للدرجة الكلية لمقياس الجلد والنتائج موضحة في الجداول رقم (29).

الجدول رقم (29): يوضح مستوى درجات الجلد لعينة مرضى السرطان / عدد العينة = 71				
المتوسط الحسابي	درجة الحرية	الانحراف المعياري	مستوى دلالة	القرار
44.77	70	14.36	0.000	دال (جلد دون المتوسط)

من خلال الجدول (26) أعلاه نلاحظ ان قيمة المتوسط الحسابي للدرجات الكلية للجلد تقدر بـ (44.77) بانحراف معياري قدره (14.36) وهو اقل من المتوسط الحسابي المفترض المقدر بـ (50) وهذا يعني انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات المرضى لصالح الفئة دون المتوسط، عند درجة حرية 70 ومستوى خطأ (0.000) إذا الدرجات التي حققها المرضى على مقياس الجلد هي درجات دون المتوسط، وعليه يمكن القول بن الفرضية الثالثة غير محققة.

**التفسير:** من الجدول أعلاه يمكن القول بأن اغلب المرضى لديهم مستوى جلد دون المتوسط، وهذه نفس النتائج التي توصل اليها الكثير من الباحثين خصوصا لدى غالبية المرضى المزمين خصوصا مرضى السرطان، مثل دراسة غزidonغ، (2011) بالصين، للكشف عن العلاقة بين الجلد النفسي ونوعية الحياة وبين الجلد وبعض العوامل المؤثرة على نوعية الحياة، مثل الضغط الإعياء، الاثار الجانبية للعلاج، كلها عوامل تحد من قدرة الجلد لدى مجموعة كبيرة من مرضى السرطان. وكذلك ان تراكم الضغوط واجهاد الصدمة عوامل تحد من القدرة على الجلد مثلما أشار الى ذلك جارالله (2015) من خلال دراسته منظور الزمن وعلاقته بالجلد واجهاد الصدمة، وتوصل الى مجموعة من النتائج أهمها، ان الاجهاد واثار الصدمة



## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

ينتاقص أثرهما عبر الزمن ويتم ذلك بفضل توظيف عوامل الحماية والتقليل من توظيف المصادر المعرفية التي تدل على الخطر.

وأشارت كذلك الى هذه النتائج دراسة تيري وديان (2004) بعنوان منظور الزمن والجلد واوضحت الدراسة الى ان الطريقة التي ينظر بها المرضى الى المستقبل وهم تحت وطأة المرض، نظرة تفاؤل ام نظرة يأس هي التي تحدث الفرق.

وتجدر الإشارة الى ان عينة الدراسة الحالية اغلب افرادها من الاناث أكثر من 6% واغلبهم يعانون من سرطان الثدي وقد تغطي خصائص الافراد النفسية والجسمية واضطراب النرجسية وصورة الذات على إرساء قدرة الجلد. خصوصا لدى الاناث، حيث اشارت اغلب الدراسات المعيارية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة الى ان نوعية الحياة الصحية لدى الاناث هي الأدنى مقارنة بالذكور، مثل ما توصلت اليه دراسة لورال (2007) بأن نوعية الحياة المتعلقة بالصحة كانت اقل من المتوسط وأكثر تدهورا عند الاناث.

### 4.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة ومناقشتها.

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير الجنس لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو. وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب اختيار "ت" لعينتين مترابطتين بيناتهما كمية للمقارنة بين متوسطي العينتين والجدول رقم (30) يوضح ذلك.

الجدول رقم (30): الفروق بين المرضى في درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير الجنس							
المتغيرات		ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الجنس	ذكر	24	45.8	3.58	7	.000	دال
	أنثى	47	39.83	3.26			

نلاحظ من خلال الجدول رقم (30) ان قيمة المتوسط الحسابي لمستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى الذكور تقدر ب (45.8) بانحراف معياري قدره (3.58) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمرضى الإناث المقدر ب (39.83) بانحراف معياري قدره (3.26) وهذا ما يفسر بأنه توجد فروق في مستوى نوعية الحياة الصحية بين الفئتين وما يؤكد ذلك هي قيمة "المحسوبة والمقدرة ب (7) وهي دالة عند درجة حرية 69 ومستوى خطأ (0.05) وبمستوى دلالة قدره (0.000). عليه توجد فروق بين المرضى في نوعية

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

الحياة الصحية تعزى الى متغير الجنس، ما يعني تحقق الفرضية الجزئية السابعة وبشكل جزئي، حسب متغير الجنس، ونقصد بشكل جزئي ان العامل الفاعل والذي أحدث الفرق بين الدرجات هو المجال البدني لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة، بالرجوع الى الجدول (31) نلاحظ ان مجال الصحة البدنية قد بلغ متوسط حسابه (41.54) لدى الذكور بانحراف معياري قدره (15.19) بمستوى دلالة (0.00) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للإناث الذي بلغ (29.6) بانحراف معياري قدره (9.41).

الجدول (31): الفروق بين المرضى في درجات المجال البدني والمجال النفسي (mcs.pcs)						
المقياس	الجنس	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة	القرار
المجال البدني (pcs)	ذكر	41.54	15.19	4.09	0.00	دال (توجد فروق)
	انثى	29.6	9.41			
المجال النفسي (mcs)	ذكر	45.3	13	0.22	0.1	غير دال (لا توجد فروق)
	انثى	44.57	13.2			

بينما المجال النفسي لنوعية الحياة لم تكن هناك فروق تذكر بين الاناث والذكور حيث بلغ متوسط الدرجات عند الذكور (45.3) بانحراف معياري قدره (13) وهو قريب جدا من المتوسط الحسابي للإناث الذي بلغ (44.58) بانحراف معياري قدره (13.17)، عند مستوى دلالة (0.1) وهو غير دال.

**التفسير:** من خلال النتائج المجدولة اعلاه نلاحظ ان هناك فروق في درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بين المرضى حسب متغير الجنس، وهذا ما اكدته العديد من الدراسات السابقة، فيما يخص نوعية الحياة لدى المرضى بشكل عام، الا انها لم تحدد المجال الذي ادى الى بروز هذه الفروق، في الدراسة الحالية وباستعمال مؤشر المسح الصحي sf36 تبين ان المجال البدني لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة هو الذي أحدث التباين بين الجنسين كما بينته النتائج التي ذكرناها.

نفس النتائج توصلت اليها دراسة اريس Haris (2016)، بأن الاناث والذكور يتعاملون بشكل مختلف مع الضغوطات اليومية، نفس النتائج اشارت اليها دراسة وفاء عبد العزيز حول نوعية الحياة لدى مرضى السكري بأن الاناث أكثر تأثر من الذكور بالمرض.

واظهرت دراسة "خيالي والربعي" (2020) ان أكثر الابعاد هشاشة لدى المرضى هو البعد الجسمي وخصوصا لدى الاناث. ظهرت نفس النتائج في دراسة "لورال" (2007) بأن درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة هي دون المتوسط وأكثر تدهورا لدى الاناث خصوصا الجانب البدني.

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

اختلفت الدراسة مع دراسة "اقراري" وآخرين حول العوامل الثابتة والمتحركة لدى عينة من مرضى سرطان المستقيم والقولون، أظهرت انخفاض في نوعية الحياة الصحية لدى الاناث وعدم وجود فروق بين المرضى فيما يخص العوامل الثابتة مثل الجنس، وهذا حسب رأي الباحث راجع الى الخصائص البيئية والثقافية من دين وعادات واعراف اجتماعية لمجتمع الدراسة.

ونستخلص في الأخير بان الخصائص الجسمانية او البنية المورفولوجية لكلا الجنسين هي التي أحدثت الفارق وكذلك الخصائص النفسية، فالذكور أكثر تفوقا في كلا الحالتين، فهم أكثر تحملا للأعباء البدنية من النساء.

### 5.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة ومناقشتها.

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب اختيار "ت" لعينتين مترابطين بيناتهما كمية للمقارنة بين متوسطي العينتين، والجدول رقم (32) يوضح ذلك.

الجدول رقم (32) الفروق بين المرضى في مستوى نوعية الحياة الصحية حسب الحالة الاجتماعية						
المتغيرات	المؤشرات	ن	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
الحالة الاجتماعية	متزوج	57	41.7	4.3	0.4	0.66
	غير متزوج	14	42.3	4.95		
القرار						غير دال

نلاحظ من خلال الجدول رقم (32) ان قيمة المتوسط الحسابي للدرجات الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى المتزوجين تقدر بي (41.7) بانحراف معياري قدره (4.3) وهو قريب من المتوسط الحسابي للمرضى الغير متزوجين المقدر ب (42.3) بانحراف معياري قدره (4.95) وهذا ما يفسر بأنه لا توجد فروق في مستوى نوعية الحياة الصحية بين الفئتين وما يؤكد ذلك هي قيمة "ت" المحسوبة والمقدرة ب (0.4) وهي غير دالة عند درجة حرية 69 ومستوى خطأ (0.05) وبمستوى دلالة قدره (0.66). عليه لا توجد فروق بين المرضى في نوعية الحياة الصحية بمجالها البدني والنفسي تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية، ما يعني عدم تحقق الفرضية الجزئية الخامسة والتي نصت على وجود فروق في درجات نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعا لمتغير الحالة الاجتماعي.

**التفسير:** دلت النتائج اعلاه على عدم وجود فروق في درجات المرضى على مقياس المسح الصحي، وتجدر الإشارة الى ان جل الدراسات التي ذكرناها لم يعتمد فيها على متغير الحالة الاجتماعية خصوصا لدى المرضى.

حسب راي الباحث حتى وان كانت هناك فروقا بين المرضى المتزوجين والغير متزوجين في الدراسة الحالية الا انها لا يمكن ان تظهر وهذا راجع الى عدم التجانس بين عينة المتزوجين والغير متزوجين حيث ان هناك فارق عددي كبير بينهما حيث بلغ عدد المرتبطين 57 فردا بينما عدد الغير متزوجين بلغ 14 فردا، حتى وان كانت هناك فروقا، لا تظهر في الاحصاء الاستدلالي، فحسب العديد من الباحثين ان الوحدة و العزوبية و الترميل كلها محددات و عوامل خطيرة على نوعية الحياة المتعلقة الصحة اذ يفقد الشخص الكثير من مصادر المساندة سواء المادية و المعنوية، أظهر Sprangers وآخرون أن العيش بدون شريك او فقدان الشريك او الهجر والطلاق يقلل من جودة الحياة المتعلقة بالصحة (Sprangers MA, and all,2000) . واكدت دراسات لدى مرضى السرطان، بأن الزواج يرتبط بنوعية حياة أفضل في بعدها النفسي خصوصا في المناطق الريفية، (parker PA, Baile WF.2001).

## 6.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمجالها النفسي والبدني تبعا لمتغير مدة المرض لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو. وللتأكد من صحة الفرضية نقوم باختبار تحليل التباين (anova a un facteur) الذي يستعمل في دراسة الفروق في متغير مكون ثلاث مجموعات فأكثر، متبوعا باختبار (benferroni) الذي يبين اتجاه الفروق ان وجدت وهو الأنسب في حالة عدم تساوي العينات، والجدول رقم: (33)، و(34) (35)، (36)، (37) توضح ذلك.

**1.6.2 الفروق بين الدرجات الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة (sf36) حسب متغير مدة المرض**  
رغم ان فئات مدة المرض الموزعة بالشهور في هذه الدراسة، تظهر لنا وكأنها قصيرة نوعا ما خصوصا الفئة الأولى الا ان اللحظات الأولى لإعلان المرض والتحضير لها، صعبة جدا على المُعلن (الطبيب، الاخصائي، الوصي)، وصادمة وقاسية بالنسبة للمُعلن له (مريض السرطان)، المصاب بالمرض في تلك اللحظة يتوقف الزمن بالنسبة له، وفترة الاسترجاع والتعايش مع هذا الخبر تستغرق وقتا قد يطول او يقصر، تبعا لخصائص الحالة والظروف المحيطة بها، ويستنزف جهدا وطاقة قد لا يتحمل اعباءها المعني. وكان تقسيمها بهذا الشكل ضرورة لأنه فترة المعاناة الحقيقية للمرضى حسب ما لحضناه لدى اغلبية المرضى

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

ودخول في مرحلة الاعتمادية على الغير لدى اغلبيتهم يأتي بعد فترة ثلاثة سنوات، وتبقى دائما نوعية حياة مرضى السرطان الصحية من المتوسط الى دون المتوسط.

يبين الجدول رقم (33) قيمة "ف" الدرجات نوعية الحياة الصحية لدى المرضى حسب متغير مدة المرض التي تقدر بي (0.32) وهي غير دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.73) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، تعزى الى عامل مدة المرض المقدر بالشهور، وعليه فإن الفرضية الجزئية السادسة غير محققة جزئيا فيما يخص وجود فروق بين المرضى في الدرجة الكلية لنوعية الحياة الصحية حسب مؤشر المسح الصحي (sf36) يعزى الى متغير مدة المرض.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
غير دال	0.73	2	6.32	2	12.64	بين المجموعات
لا توجد فروق			19.72	68	1340.73	داخل المجموعات
				70	1353.4	المجموع

ولكن رغم هذا كله ظهرت فروق ذات دلالة بين المرضى في درجات نوعية الحياة الصحية على مستوى المجال النفسي (mcs) والمجال البدني (pcs) والجدول (34)، (35)، (36)، (37) توضح القيم الدالة على ذلك.

2.6.2 الفروق بين درجات المجال البدني (pcs) لمؤشر المسح الصحي (sf36) حسب متغير مدة المرض. يبين الجدول رقم (34) قيمة "ف" الدرجات المجال البدني (pcs) لمؤشر المسح الصحي sf36 لدى المرضى حسب متغير مدة المرض التي تقدر بي (7.59) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين

القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال	0.001	7.59	1064.6	2	2129.13	بين المجموعات
توجد فروق			140.23	68	9535.35	داخل المجموعات
				70	11664.48	المجموع

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.001)، وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في المجال البدني تعزى الى متغير الازمان، وعليه فإن الفرضية الجزئية السادسة محققة جزئياً فيما يخص وجود فروق بين المرضى في مستوى نوعية الحياة الصحية في مجالها البدني (pcs) يعزى الى متغير مدة المرض، ولمعرفة مصدر او اتجاه هذه الفروق، بالاعتماد على اختبار بان فروني، نعرض الجدول التالي رقم (35).

عمر المريض	اقل من 12 شهرا	بين 13 و24 شهر	أكبر من 25 شهر
اقل من 12 شهرا		10.50*	13.59*
بين 13 و24 شهر	-10.50*		3.09
أكبر من 25 شهر	-13.59*	-3.09	

يتضح من خلال الجدول رقم (35) انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في درجات المجال البدني (pcs) لمؤشر المسح الصحي sf36 حسب متغير مدة المرض بين الفئة الدنيا الاقل من 12 شهرا والفئات الأكثر ازمانا ولصالح هذه الأخيرة، بمعنى الحالة البدنية لهؤلاء أفضل من بقية الفئات. ونلاحظ أيضا وجود فروق بين الفئة المتوسطة (بين 13 و24 شهر) والأكثر منها ازمانا ولصالح هذه الاخير، أي بدنيا أفضل من الفئة التي تأتي بعدها أي ان كل ما طالت مدة المرض زادت معها معاناة المرضى بدنيا.

3.6.2 الفروق بين درجات المجال النفسي (mcs) لمؤشر المسح الصحي (sf36) حسب متغير مدة المرض.

للتذكير نقوم كما سبق باختبار تحليل التباين الاحادي (anova a un facteur)، متبوعا باختبار (benferroni) الذي يبين اتجاه الفروق ان وجدت وهو الأنسب في حالة عدم تساوي العينات.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال توجد فروق	0.004	6.03	892.99	2	1785.96	بين المجموعات
			148	68	10064.66	داخل المجموعات
				70	11850.62	المجموع

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

يبين الجدول رقم (36) اعلاه قيمة "ف"الدرجات المجال النفسي (mcs) لمؤشر المسح الصحي sf36 لدى المرضى حسب متغير مدة المرض التي تقدر بي (6.03) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.004) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في مستوى نوعية الحياة الصحية في مجالها النفسي تعزى الى متغير مدة المرض. وعليه فإن الفرضية الجزئية السادسة محققة جزئياً فيما يخص وجود فروق بين المرضى في مستوى نوعية الحياة الصحية في مجالها النفسي (mcs) يعزى الى متغير مدة المرض، ولمعرفة مصدر او اتجاه هذه الفروق، بالاعتماد على اختبار بان فروني، نعرض الجدول التالي رقم (37).

جدول(37): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات المجال النفسي (mcs) حسب مدة المرض			
عمر المريض	اقل من 12 شهرا	بين 13 و 24 شهر	أكبر من 25 شهر
اقل من 12 شهرا		-7.965	-13.19*
بين 13 و 24 شهر	7.965		-5.23
أكبر من 25 شهر	13.59*	5.23	

يتضح من خلال الجدول رقم (37) انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في درجات المجال النفسي (mcs) لمؤشر المسح الصحي sf36 حسب متغير مدة المرض بين فئتين فقط الفئة الدنيا الاقل من 12 شهرا والفئة الأكثر ازمانا أكبر من 25 شهرا ولصالح هذه الأخيرة، بمعنى الحالة النفسية للفئة الأكثر ازمانا أفضل من حديثي المرض. أي كل ما طالت مدة المرض زاد معها التكيف النفسي للمريض.

التفسير. أشارت النتائج في الجدول (37) الى عدم وجود فروق بين المرضى في الدرجات الكلية لمقياس المسح الصحي sf36 تعزى الى متغير طول مدة المرض فهي لا تختلف بين المرضى سواء كانت مدة المرض قصيرة أي تم الإعلان عنها حديثاً او طويلة.

كان الغرض من هذا الافتراض هو معرفة حجم التغيرات التي قد تطرأ على حياة المرضى وأثر الزمن على نوعية حياة المريض وكيف تتطور. هل من السيئ الى الأسوأ ام من السيئ الى الحسن؟

رغم ان حجم الدراسات السابقة التي ذكرناها في هذا البحث اواشرنا اليها، فيما يخص نوعية الحياة بشكل عام ولدى المرضى بشكل خاص لم تتطرق كثيرا الى عامل الازمان ومدى تأثيره على نوعية الحياة لدى المرضى، الا انه وحسب راي الباحث ان تقييم مفهوم واسع كمفهوم نوعية الحياة المتعلقة بالصحة من وجهة المريض نفسه او من وجهة القائم على رعايته خصوصا اثناء فترة العلاج تتطلب وقتا أوسع لان فترة معايشة صدمة وحتى ازمة ما بعد إستعاب الصدمة (ptsd)، لدى بعض المرضى تتراوح من سنة الى سنتين وعلى

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

هذا الأساس لا يمكن ربط نوعية الحياة الصحية بفترة معايشة صدمة المرض لان التقييم الحقيقي يأتي بعد الاستقرار النفسي، تؤكد **Cummins** حسب نظرية التحكم المتماثل بأن هناك عددا كبيرا من الوقائع كدليل يشير إلى أن الرضا عن الحياة يكون على درجة ملحوظة من الاستقرار بمرور الوقت، لأن معظم الناس يميلون للإبلاغ عن أنفسهم بأنهم سعداء إلى حد ما، حتى وان كان حقيقة الامر غير ذلك. وبالتالي، يتم الحفاظ على نوع من الرضا عن الحياة بشكل متجانس ضمن نطاق صغير من الاعتدالية حفاضا على مستوى معين من السعادة.

نلاحظ كذلك من خلال الجداول: (34)، (35)، (36)، (37)، هناك فروق بين المرضى في درجات مجالي مؤشر المسح الصحي القصير (sf36) وهما: مجال الصحة البدنية (PCS)، ومجال الصحة النفسية (MCS).

بالنسب لمجال الصحة البدنية (PCS) و القدرة على الحركة و النشاط تختلف بين فترة بداية المرض والفترات اللاحقة أي كل ما تقادم المرض زادت معه المعاناة الجسمية وقلت معه الأداء البدني المعتاد وهذا راجع الى طبيعة المرض في حد ذاته، كما اشرنا اليه بكثير من التحليل في الجانب النظري، أي انه يضعف الجهاز المناعي للمريض ما يؤدي الى اضعاف أجهزة الجسم البعيدة و القريبة من الورم، واكثر ما يضعف القدرة البدنية، هي نوعية العلاجات الكيميائية والاشعاعية، ومخلفاتها والاعراض الجانبية التي تحدثها، مثل فقدان الشهية، النزيف، النقيؤ، نقصان في الوزن، سقوط الشعر، وأيضا تأثير العلاج الكيميائي والاشعاعي على تركيبة الدم، خصوصا الصفائح والكريات الحمراء والبيضاء المناعية، هذه كلها أمور تأتي عبر ترتيب زمني من بداية الإعلان عن المرض حتى الفترات اللاحقة المرهقة بدنيا للمريض، وتختلف بين الجنسين لطبيعة بنية الجسم، والقدرة على تحمل ومواصلة العلاج وتبعاته، و تختلف ايضا بين المرضى حسب الخصائص النفسية والجسمية.

فيما يخص مجال الصحة النفسية (MCS) اي القدرة على احتواء الصدمة والتعايش معها نفسيا يسير عكس اتجاه المجال البدني، بمعنى انه كل ما زادت مدة الازمان قل معها الضغط النفسي والتوتر والخوف وتقبل المريض الوضع الجديد، وهذا ما أشرنا اليه بشيء من التفصيل في الجانب النظري في عنوان: **الاستجابات الانفعالية لنبا الإصابة بالسرطان** فهناك مجموعة من الاستجابات الانفعالية مرحلية يقوم بها المريض من اجل التكيف مع الوضع الجديد لاحظناها لدى العديد من المرضى وهي كالاتي:

**الإنكار (Denial):** يشكل التشخيص بمرض السرطان في اغلب الأحيان صدمة كبرى بالنسبة للمصاب، تجعله عاجزا عن الادراك الفوري لما يحصل له، وإدراك حجم التغيير الذي سيحدث في حياته. قد يتساءل حول من سيقوم بدلا عنه ببعض المهام اليومية؟! او ما الفائدة من الذهاب الى التدريس او الدراسة؟! او إنجاب طفل او القيام برحلة؟! قد يحتاج المريض الى أيام، او ربما أسابيع، للإجابة عن كثير من هذه



## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

التساؤلات التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية، لطالما اعتبر علماء النفس الإنكار، وسيلة دفاعية بدائية غير ناجحة وقناعاً يحجب الألم مؤقتاً إلا أنهم اليوم يدركون إيجابياته إلى جانب إدراكهم لسلبياته. يكون الإنكار إيجابياً بعد التشخيص مباشرة حيث أنه يمثل جدار حماية للفرد أثناء المرحلة الحادة من المرض فهو يخفف التوتر، أي يبعد عن الإدراك حجم المشكلات الناجمة عن المرض، في وقت لا يكون فيه المريض قادراً على المواجهة.

ومن سلبياته أن طالت مدته وكانت درجات الإنكار عالية، يؤدي إلى عرقلة مسار المريض في السعي إلى العلاج المناسب والالتزام به، ومتابعة حالته بصورة مسؤولة، خاصة بالنسبة لمرضى السرطان. (شيلي تايلور، 2008)

**الغضب (Anger):** في البداية قد ينكر المريض أنه مصاب بهذا المرض ولكنه بعد ذلك يدرك بأنه أمر واقعي، وهناك مرضى آخرون يتقبلون وضعهم ويعتبرون أن حالتهم جيدة بالرغم من إصابتهم بالمرض، وإذا لم يتمكن المريض من المحافظة على الإنكار أو لم يستطع تقبل فكرة أنه مصاب بالسرطان فتظهر عليه علامات الغضب والغضب والحسد والاستياء، وتعتبر هذه المرحلة أسوأ وأصعب من مرحلة الإنكار، ويجد الأهل والأطباء صعوبة في التعامل مع المريض حيث يقوم المريض بتحويل غضبه إلى من حوله من أهل وقائمين على رعايته. (Ghobari, 2003)

**المساومة (bargaining):** وفي هذه المرحلة يعمل المريض على مساومة الخالق حيث يقوم المريض بطلب الشفاء من خالقه وأن يبعد عنه المرض أو الموت مقابل وعوداً يعطيها المريض لخالقه بالابتعاد عن كل ما يغضبه وعن كل نواهيته، وكذلك يقدم المريض الوعود بأن يعمل كل الأوامر التي يطلبها منه حيث سيقوم بعبادته وطاعته. وهذه الوعود والمساومات يقطعها المريض مع الله بشكل سري، وتعتبر ذات فائدة للمريض حيث تساعده في تقليل الشعور بالذنب.

**القلق (Anxiety):** هو من الاستجابات الانفعالية الشائعة تظهر مباشرة بعد التشخيص، ما يؤدي إلى حالة من الانهك الجسدي والفكري، واحساس بالعجز أمام ما حدث وما سيحدث وإن الحياة على المحك والموت وشيك، وأمام كل غزاة الم في الصدر يخاف المريض من نوبة قلبية. ويصبح حساساً ويقضا باستمرار لأي تغيرات جسدية، وكل الم مهما كان بسيطاً. ويُنظر إلى القلق على أنه مشكلة إضافة إلى الضيق والتوتر الذي يسببه فهو يؤثر في قدرة المريض على أداء وظائفه وتكون قدرته على التكيف للعلاج أقل من المطلوب. (شيلي تايلور، 2008).

**الاكتئاب (Dépression):** يعتبر الاكتئاب رد فعل شائع لدى المرضى المزمنين وخصوصاً مرضى السرطان، فحوالي ثلث المرضى يعانون من أعراض الاكتئاب والربع الآخر يعاني اكتئاب شديد. والاكتئاب هو رد فعل متأخر للمرض المزمن. وذلك لأن المريض كثيراً ما يحتاج إلى بعض الوقت ليستوعب أبعاد الحالة التي يعاني منها، وأثار الاكتئاب متعددة فهي قد تحول دون تأهيل المريض أو شفائه. وتشير دراسات حسب شيلي تايلور أن هناك ارتباط بين الاكتئاب الناجم عن المرض والعلاج والانتحار بين المرضى (السرطان، الإيدز، مرضى الكلى) ونستخلص من هذا أن الاكتئاب عامل خطورة قوي لدى مرضى السرطان. **الاستسلام والقبول (to give in):** وفي هذه المرحلة يقبل المصاب بالسرطان بالأمر الواقع، وإن ما أصابه هو أمر حقيقي وقد تزول عنه أعراض الاكتئاب والغضب ويرضى بما قدره الله له، ويستطيع التحدث عن مشاعره وعن إيمانه وقدرته على الشفاء من هذا المرض، وهذه المرحلة تجعل المريض يعيش في رضا وأمل بأن يحصل على الدواء والعلاج الشافي. (Natsheh, 2000)

رغم ما ذكرناه أعلاه إلا أن هناك الكثير من الآليات الدفاعية تأتي بعد الإنكار يتميز بها المرضى قد تستخدم في وضعيات مماثلة قصد الخروج من المشكل بأقل الأضرار ومحاولة التكيف مع الوضع الجديد، منها ما هو إيجابي مثل (العقلنة، التسامي، روح الدعابة، التفاوض، مساعدة الغير) ومنها ما هو سلبي مثل (التجنب، الإسقاط، النكوص، العزل، الانشطار... الخ)

بالنسبة للشخصية الجلدة، لا بد أن تمر مرحلة الازمة، ويبدأ المريض شيئاً فشيئاً يدرك كيف سيغير مرض السرطان مجرى حياته أو حياتها. مما لا شك فيه أن مرض السرطان يترك آثاراً بالغة في مختلف نواحي حياة المريض الجسمية والمهنية والاجتماعية. وفي هذا الوقت قد تظهر صعوبات إما قصيرة أو طويلة المدى، لا بد للمريض من إجاد طريقة سوية لمواجهة، وهذا بتوفر مساندة حقيقية من العائلة والمحيط الاجتماعي والمختصين من أجل خلق نوع من التوازن الحيوي.

نستنتج في الأخير أن مجالي نوعية الحياة المتعلقة بالصحة: المجال البدني والمجال النفسي لدى أغلبية مرضى السرطان يسيران حسب الزمن في اتجاهين متعاكسين، القدرات الجسمية تتناقص مع الزمن، أما مؤشرات الصحة النفسية تتزايد عبر الزمن.

## 7.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تبعاً لمتغير السن لدى

عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

وللتأكد من صحة الفرضية نقوم باختبار تحليل التباين الاحادي (anova a un facteur) الذي يستعمل في دراسة الفروق في متغير مكون ثلاث مجموعات فأكثر، وتمثلت مجموعات الدراسة من ثلاث فئات، فئة الاقل من 40 سنة والفئة الثانية بين 41 و60 سنة والفئة الثالثة أكبر من 61 سنة.

ولمعرفة اتجاه الفروق ان وجدت استعمل الباحث اختبار (benferroni) فهو الأنسب في حالة عدم تساوي العينات، والجدول رقم: (38)، و (39)، (40)، (41) توضح ذلك.

**1.7.2 الفروق بين الدرجات الكلية لنوعية الحياة الصحية على مقياس مؤشر المسح الصحي القصي (MOS; sf36) حسب متغير السن.**

يبين الجدول رقم (38) قيمة "ف" للدرجات الكلية لنوعية الحياة الصحية حسب مؤشر المسح الصحي sf36 لدى المرضى حسب متغير السن التي تقدر بي (1.49) وهي غير دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.232) وهذا يدل على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى تعزى الى عامل السن، وعليه فإن الفرضية الجزئية السابعة غير محققة جزئياً فيما يخص وجود فروق بين المرضى في مستوى نوعية الحياة الصحية يعزى الى متغير السن.

الجدول (38): الفروق بين المرضى في الدرجة الكلية لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة حسب متغير السن						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع المربعات	
غير دال لا توجد فروق	0.232	1.494	6.32	2	56.96	بين المجموعات
			19.7	68	1296.4	داخل المجموعات
				70	1353.37	المجموع

**2.7.2 الفروق بين الدرجات المجال البدني (PCS) لمؤشر المسح الصحي (sf36) حسب متغير السن.**

يتضح من الجدول رقم (39) ان قيمة "ف" للدرجات المجال البدني (PCS) لمؤشر المسح الصحي sf36 لدى المرضى حسب متغير السن التي تقدر بي (64.87) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.00) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في المجال البدني تعزى الى متغير السن.

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

الجدول (39): الفروق بين المرضى في درجات المجال البدني (PCS) حسب متغير السن						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال توجد فروق	0.001	64.87	2856.55	2	7653.1	بين المجموعات
			58.99	68	4011.384	داخل المجموعات
				70	11664.48	المجموع

وعليه فإن الفرضية الجزئية السابعة محققة جزئياً فيما يخص وجود فروق بين المرضى في مستوى نوعية الحياة الصحية في مجالها البدني (PCS) يعزى الى متغير السن، ولمعرفة مصدر او اتجاه هذه الفروق، بالاعتماد على اختبار بان فروني، نعرض الجدول التالي رقم (40).

جدول (40): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات المجال البدني (PCS) حسب متغير السن			
عمر المريض	اقل من 40 سنة	بين 41 و 60 سنة	أكبر من 61 سنة
اقل من 40 سنة		21.58*	28.57*
بين 41 و 60 سنة	-21.58*		6.98*
أكبر 61 سنة	-13.59*	-6.98*	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (40) انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في درجات المجال البدني (PCS) لمؤشر المسح الصحي sf36 حسب متغير السن بين الفئة الدنيا الاقل من 40 سنة والفئات الأكثر سنا ولصالح هذه الأخيرة، بمعنى الحالة البدنية لهؤلاء أفضل من بقية الفئات. ونلاحظ أيضاً وجود فروق بين الفئة المتوسطة (بين 41 و 60 سنة) والأكثر منها سنا ولصالح هذه الاخير، أي بدنيا أفضل من الفئة العمرية التي تأتي بعدها أي ان كل ما زاد المريض في العمر قل اداءه البدني.

**3.7.2 الفروق بين درجات المجال النفسي (MCS) لمؤشر المسح الصحي (sf36) حسب متغير السن**  
يتضح من الجدول رقم (41) ان قيمة "ف" لدرجات المجال النفسي (MCS) لمؤشر المسح الصحي sf36 لدى المرضى حسب متغير السن تقدر بي (59.89) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.00) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في المجال النفسي تعزى الى متغير السن وعليه فإن الفرضية الجزئية السابعة محققة جزئياً فيما

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

الجدول (41): الفروق بين المرضى في درجات المجال النفسي (mcs) حسب متغير السن						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال توجد فروق	0.00	59.89	3779.67	2	7559.33	بين المجموعات
			63.11	68	4291.29	داخل المجموعات
				70	11850.62	المجموع

يخص وجود فروق بين المرضى في مستوى نوعية حياة الصحية في مجالها النفسي (MCS) يعزى الى متغير السن، ولمعرفة مصدر او اتجاه هذه الفروق، بالاعتماد على اختبار بان فروني، نعرض الجدول رقم (42).

جدول (42): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات المجال النفسي (mcs) حسب متغير السن			
عمر المريض	اقل من 40 سنة	بين 41 و 60 سنة	أكبر من 61 سنة
اقل من 40 سنة		-17.81*	-29.72*
بين 41 و 60 سنة	17.81*		-11.91*
أكبر 61 سنة	29.72*	11.91*	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (42) انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في درجات المجال النفسي (mcs) لمؤشر المسح الصحي sf36 حسب متغير السن بين الفئة الدنيا الاقل من 40 سنة والفئات الأكثر سنا ولصالح الفئة الاولى، بمعنى الحالة النفسية لهؤلاء أفضل من الفئة التي تسبقها. ونلاحظ أيضا وجود فروق بين الفئة المتوسطة (بين 41 و 60 سنة) والأكثر منها سنا ولصالح الأكبر سنا، أي نفسيا أفضل من الفئة العمرية الأقل سنا أي ان كل ما زاد المريض في العمر زاد أداءه النفسي او ظهر عليه نوع من التحسن نفسيا.

التفسير: من الجداول أعلاه (38)، (39)، (40)، (41)، (42)، نلاحظ انه لا توجد فروق بين الدرجات الكلية لنوعية الحياة الصحية على مقياس مؤشر المسح الصحي القصير (MOS, SF36) ولكن عند تمحيصنا لمجالي مؤشر المسح الصحي: المجال البدني (PCS)، والمجال النفسي (MCS)، لاحظنا وجود فروق وهي:

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

فيما يخص المجال النفسي (mcs) نلاحظ بان هناك تشابه او تداخل بين متغير مدة المرض ومتغير السن أي انه كل ما تقدم المرض في الزمن أي زيادة في عمر الانسان يواكب هذه الزيادة وتحسن في الحالة النفسية نتيجة منطقية الى حد بعيد، نستطيع تفسير هذا كما سبق وان فسرنا نتائج عامل المدة أي التحسن النفسي يخضع لمراحل الاستجابات الانفعالية للمريض أي مرحلة الصدمة من انكار وقلق ومساومة وصولا الى الاستسلام والقبول ومحاولة إيجاد الحلول للتعايش مع المرض.

ويمكننا تفسير ذلك من زاوية أخرى ومن وجهة نظر الباحث بانه يتدخل عامل آخر وهو عامل النضج والخبرة، تبعا لعمر المريض فالأكبر سنا هم أكثر خبرة وأكثر تجارب في الحياة، والأكثر اعتقاد او تدينا والاعتقاد حسب راي الكثير من الباحثين، يلعب دورا مهما في تحقيق الصحة النفسية مثل دراسة لاري واخرون (1993)، دراسة الباحثان كوش وفيرارو (1994)، دراسة لاو وهاندال (1995) وغيرها من الدراسات التي ذكرناها في الدراسات السابقة.

فيما يخص المجال البدني (PCS) لنوعية الحياة الصحية نلاحظ أيضا انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى في درجات المجال البدني (PCS) لمؤشر المسح الصحي sf36 حسب متغير السن بين الفئة الدنيا الاقل من 40 سنة والفئات الأكثر سنا ولصالح هذه الأخيرة، بمعنى الحالة البدنية لهؤلاء أفضل من بقية الفئات. ونلاحظ أيضا وجود فروق بين الفئة المتوسطة (بين 41 و 60 سنة) والأكثر منها سنا ولصالح هذه الاخير، أي بنينا أفضل من الفئة العمرية التي تأتي بعدها، بمعنى ان كل ما زاد المريض في العمر قل ادائه البدني وهذا ما لاحظناه أيضا في متغير مدة المرض، أي كل ما طالت مدة المرض زادت معها المعاناة البدنية وزاد التعب الجسدي وقل النشاط، كما ذكرنا في التفسير السابق قد يرجع هذا الى طبيعة المرض وتبعات العلاجات الكيميائية والاشعاعية المستعملة للقضاء على المرض. وحسب راي الباحث ومن وجهة نظر علمية ان الانسان كل ما تقدم في العمر تقدم الى الضعف والعجز بغض النظر عن المرض، تزداد أجهزة الجسم واعضائه هرما ونقصانا في الأداء انها أعباء الشيخوخة زد على ذلك المرض وتبعاته. نستنتج في الأخير بان عامل الزمن سلاح ذو حدين يعمل إيجابا لصالح الترميم النفسي واستعادة الامل من خلال المعاشة النفسية للمرض، ويعمل سلبيا لصالح عملية الهدم البدني والمعاناة الجسمية وكلاهما يتناقص بتأثير أحدهما على الآخر، الا إذا تدخلت عوامل أخرى تجعل من المستحيل ممكنا مثل العوامل التي نتناولها الدراسة، التدين او بالأحرى الايمان الذي نفترضه كعامل منبئ بالجلد في دراسة لنا مستقبلا.

### 8.2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثامنة ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعا لمتغير الجنس لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب اختيار "ت" لعينتين مترابطتين بيناتهما كمية للمقارنة بين متوسطي العينتين والجدول رقم (43) يوضح ذلك.

الجدول (43): الفروق بين المرضى في درجات الجلد حسب متغير الجنس							
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المؤشرات المتغيرات	
						الجنس	المؤشرات
دال	0.001	3.53	11.49	52.58	24	ذكر	
			14.13	40.79	47	أنثى	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (43) ان قيمة المتوسط الحسابي لدرجات الجلد لدى عينة المرضى الذكور تقدر بي (52.58) بانحراف معياري قدره (11.49) وهو أكبر من المتوسط الحسابي للمرضى الإناث المقدر ب (40.79) بانحراف معياري قدره (14.13) وهذا ما يفسر بأنه توجد فروق بين المرضى في درجات الجلد، وما يؤكد ذلك هي قيمة "ت" المحسوبة والمقدرة ب (3.53) وهي دالة عند درجة حرية 69 ومستوى خطأ (0.05) وبمستوى دلالة قدره (0.001). عليه توجد فروق بين المرضى في عملية الجلد تعزى الى متغير الجنس، ما يعني تحقق الفرضية الجزئية الثامنة حسب متغير الجنس.

**التفسير:** تؤكد النتائج اعلاه على وجود فروق بين المرضى تعزى الى متغير الجنس، اتفقت نتائج الدراسة مع دراسة اريس (2016) Haris التي اشارت الى ان الذكور والاناث يتعاملون بقدرات جلدية مختلفة في مواجهتهم للضغوط اليومية، واتفقت أيضا مع دراسة إبراهيم عيد (2001) حول الخصائص الإيجابية للشخصية وظهرت الدراسة بان الانا هو متغير أساسي في الشخصية الإيجابية والجلوذة، ولها دور كبير في الحياة النفسية اما فيما يخص الاختلاف بين الجنسين توصلت الدراسة الى ان الذكور اشد قوة في الانا من الاناث.

اتفقت أيضا مع دراسة "غيناستيند" (2006) حول المشاعر الإيجابية والصمود النفسي، لدى الافراد الذين يعانون من ازمة رضخية (ptsd) وأشارت النتائج الى وجود علاقة إيجابية بين قدرة الجلد والاتجاهات الإيجابية مع وجود تباين بين الجنسين.

نفس النتائج توصلت اليها دراسة غزايان دونغ (2011) بالصين حول الجلد ونوعية الحياة وتوصلت النتائج الى وجود علاقة ذات دلالة بين مستويات الجلد حسب العمر والجنس ومرحلة العلاج.

## 9-2. عرض نتائج الفرضية الجزئية التاسعة ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الأورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب اختيار "ت" لعينتين مترابطتين بيناتهما كمية للمقارنة بين متوسطي العينتين والجدول رقم (44) يوضح ذلك.

الجدول (44): مستوى الفروق في الجلد لدى المرضى حسب الحالة الاجتماعية						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المؤشرات
						المتغيرات
غير دال	0.32	0.99	13.96	45.61	57	متزوج
			15.98	41.36	14	غير متزوج

نلاحظ من خلال الجدول رقم (44) ان قيمة المتوسط الحسابي لدرجات الجلد لدى المرضى المتزوجين تقدر بي (45.61) بانحراف معياري قدره (13.96) وهو قريب من المتوسط الحسابي للمرضى الغير متزوجين المقدر ب (41.36) بانحراف معياري قدره (15.98) وهذا ما يفسر بأنه لا توجد فروق بين المرضى المتزوجين والغير متزوجين في درجات الجلد، وما يؤكد ذلك هي قيمة "ت" المحسوبة والمقدرة ب (0.99) وهي غير دالة عند درجة حرية 69 ومستوى خطأ (0.05) وبمستوى دلالة قدره (0.32) عليه لا توجد فروق بين المرضى في عملية الجلد تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية، ما يعني عدم تحقق الفرضية الجزئية التاسعة، حسب متغير الحالة الاجتماعية.

**التفسير:** اشارت النتائج اعلاه الى عدم وجود اختلاف بين المتزوجين وغير المتزوجين سواء كانوا ذكور ام اناث نفس النتائج اشارت اليها دراسة كاترين ديباي (2012) catherine dubey حيث كانت متوسطات درجات المتزوجين والغير متزوجين على سلم كونور دافيدسون متقاربة. كما اشارت دراسة جارالله (2013) الى عدم وجود تباين في درجات الجلد تبعاً لبعض المتغيرات من بينها الحالة الاجتماعية. اتفقت كذلك النتائج مع نتائج دراسة ولاء يوسف (2021) حول التدين وعلاقته بالصمود النفسي، توصلت الدراسة الى عدم وجود فروق بين المرضى في درجات الجلد تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية. وحسب رأي الباحث، ان افتقاد الشريك او الشريكة في الظروف المهلكة واثناء المعناة هو افتقاد الى السند وعامل حماية مهم، يلعب دوراً محورياً في تأسيس سيرورة الجلد كما ذكرنا في الجانب النظري، اسرة المريض وزوجته وابناؤه او حتى احفاده يساهمون في بناء سيرورة الجلد للمريض، ما يسمى بالجلد الجماعي من خلال



## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

الدعم والمساندة والتكاتف العائلي، فالإحساس بالأهمية والقيمة عامل نفسي مهم لإرساء قواعد المقاومة والنهوض من جديد.

### 2.10. عرض نتائج الفرضية العاشرة ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعاً لمتغير مدة المرض لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية نقوم باختبار تحليل التباين (**anova a un facteur**) الذي يستعمل في دراسة الفروق في متغير مكون ثلاث مجموعات فأكثر، وتكونت المجموعات من (اقل من 12 شهراً، ومن 13 إلى 24 شهراً، وأكبر من 25 شهراً)، متبوعاً باختبار (**benferroni**) الذي يبين اتجاه الفروق ان وجدت وهو الأنسب في حالة عدم تساوي العينات، والجدول رقم (45)، و (46) يوضحان لنا ذلك.

الجدول (45): الفروق بين المرضى في درجات الجلد حسب متغير مدة المرض						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال توجد فروق	0.001	8.2	1402.3	2	2804.6	بين المجموعات
			170.94	68	11623.8	داخل المجموعات
				70	14428.4	المجموع

يبين الجدول رقم (45) قيمة "ف" لدرجات الجلد لدى المرضى حسب متغير مدة المرض التي تقدر بي (8.2) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و (68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.01) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى تعزى الى عامل مدة المرض المقدر بالشهور، وعليه فإن الفرضية العاشرة محققة جزئياً فيما يخص وجود فروق بين المرضى في عملية الجلد تعزى الى متغير مدة المرض، ولمعرفة مصدر او اتجاه هذه الفروق، نعرض الجدول التالي رقم (46).

جدول (46): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في الجلد حسب متغير مدة المرض			
عمر المريض	اقل من 12 شهراً	بين 13 و 24 شهر	أكبر من 25 شهر
اقل من 12 شهراً		-4.76	-16.3*
بين 13 و 24 شهر	4.76		-11.53*
بين 13 و 24 شه	16.3*	11.53*	

يتضح من خلال الجدول رقم (46) انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرض في مستوى الجلد حسب مدة المرض بين الفئة العمرية الدنيا الاقل من 12 شهرا والفئات الأكثر ازمانا (أكبر من 25 شهرا) ولصالح هذه الأخيرة أي درجات الجلد لديها مرتفعة مقارنة بحديثي الإصابة. وبين الفئة المتوسطة والأكثر منها ازمانا ولصالح الأكثر مدة مرض، أي ان كل ما طالت مدة المرض زادت معها قدرة الجلد والتكيف مع المرض.

**التفسير:** اتفقت النتائج هذه مع نتائج دراسة غزيانديونغ (2011) xiaadong اشارت الدراسة الى ان قدرة الجلد تتطور عبر مراحل العلاج ، لمحت الى امر مخالف دراسة لوفري (2012) laufry حول العلاقة بين الجلد والاكنتاب والقلق واحداث الحياة اشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة بين مستويات الجلد المرتفعة والمستويات المنخفضة لكل من، الاكنتاب، القلق، الإجهاد وذلك على ضوء مدة العلاج، والى عدم وجود علاقة ذات دلالة بين ارتفاع مستويات الجلد، والمدة الزمنية للعلاج ، أما بالنسبة للسند الاجتماعي فأشارت النتائج إلى وجود علاقة غير دالة بينه وبين مستويات المنخفضة للاكنتاب والقلق والإجهاد وذلك بعد مدة تتراوح بين 3 إلى 6 أشهر من التشخيص بالإصابة. فتوافق الدراسة او عدم توافقها مع دراسات مماثلة تتحكم فيه عدة عوامل من بينها إجراءات الدراسة، وأدوات الدراسة وخصائصها السيكومترية. وأيضا خصائص العينة وثقافتها، وعاداتها، وتقاليدها، فالمكون الثقافي يلعب دورا مهما في إرساء سيرورة الجلد.

تدل القيم المسجلة على سلم كونور دافيدسون بان الجلد حسب فترة الازمان هو في منحى تصاعدي كل ما طالت فترة المرض واكبه بروز لقدرة الجلد، فالجلد كما ذكرنا في الجانب النظري مقترن بالصدمة فلا جلد دون صدمة نفسية او ضغوط حياتية فالاستتباب يأتي بعد فترة زمنية محددة قد تطول او تقصر حسب الظروف المحيطة بالمريض، المادية والمعنوية، فالجلد لا يأتي وحده دون عوامل محفزة له مثل القدرات الذاتية للموضوع وخصائصه الشخصية والانفعالية وخصائص خاصة بمحيطة القريب والمتمثل في العائلة والمساندين ومحيطة البعيد المجتمع الكبير وما يوفره من إمكانيات بشرية ومادية لحسن التكفل بالمريض.

## 2.11. عرض نتائج الفرضية الجزئية الحادية عشر ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الجلد تبعا لمتغير السن لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية نقوم باختبار تحليل التباين (anova a un facteur) الذي يستعمل في دراسة الفروق في متغير مكون ثلاث مجموعات فأكثر، المجموعات هي: (اقل من 40 سنة بين 41 و 60 سنة وأكثر

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

من 61 سنة)، متبوعا باختبار (benferroni) الذي يبين اتجاه الفروق ان وجدت وهو الأنسب في حالة عدم تساوي العينات، والجدولين رقم (47)، (48)، يوضحان لنا نتائج العملية الحسابية.

الجدول (47): الفروق بين المرضى في درجات الجلد حسب متغير السن						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال توجد فروق	.000	56.77	4512	2	9024.16	بين المجموعات
			79.48	68	5404.23	داخل المجموعات
				70	14428.39	المجموع

يبين الجدول رقم (47) قيمة "ف" الدرجات الجلد لدى المرضى حسب متغير السن التي تقدر بي (56.77) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.000). وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى تعزى الى عامل السن، وعليه فإن الفرضية الجزئية الحادية عشر محققة جزئيا فيما يخص وجود فروق بين المرضى في مستوى الجلد تعزى الى متغير السن، ولمعرفة اتجاه الفروق نعرض الجدول رقم (48).

جدول (48): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في الجلد حسب متغير السن			
عمر المريض	أقل من 40 سنة	من 41 و 60 سنة	أكثر من 61 سنة
أقل من 40 سنة		-16.2*	-32.6*
من 41 و 60 سنة	16.2*		-16.4*
أكثر من 61 سنة	32.6*	16.4*	

من خلال الجدول (48) يتضح أن مستويات الجلد النفسي في ارتفاع تناسبي مع التقدم في السن ولصالح الفئة العمرية الأكبر سنا أي كلما زاد التقدم في السن زاد معه ارتفاع في درجات الجلد النفسي وهي تتناسب طرذا إي في اتجاه واحد مع درجة التدخين لديهم كما بينت نتائج الفرضية السادسة

**التفسير:** بالرجوع الى الدراسات السابقة مثل دراسة جار الله من خلال منظور الزمن والجلد، (2013) دراسة xiaandong (2011) بان عامل الزمن يساعد في عملية التجبير والبناء وعامل يساهم في اعادة البناء وخلق التوازن بين ما هو موجود وسلبي وبين ما هو موجود ايضا وايجابي، (راجع نظرية التحكم المتماثل، نظرية توازن الحياة، نظرية الانتشار، في الجانب النظري) حسب رأي الباحث وبناء على الدراسات السابقة والجانب النظري، إرساء سيرورة الجلد تتحكم فيه عدة عوامل

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

من بينها عامل الخبرة والجانب الروحي الذي يبرز ويكتمل في مرحلة الرشد فالتقدم في السن تقدم في التجربة الحياتية ومجابهة للعديد من الصدمات والازمات، والنجاح في تخطيها هو بمثابة حافز يدفع الى المضي قدما اضافة إلى الجانب الروحي هذا ما لاحظناه لديهم "بأن المرض لا يقتل لكن الأجل هو الذي يقتل واننا انجزنا ما نستطيع إنجازه وإن كان في العمر بقية سنكمل الباقي و مرض السرطان لا يكون أبدا سببا في هلاكنا و إنما هلاكنا هو أجلنا المكتوب لنا منذ إن خلقنا الله سبحانه وتعالى".

### 2.12. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية عشر ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تبعا لمتغير الجنس لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب اختبار "ت" لعينتين مترابطتين بيناتهما كمية للمقارنة بين متوسطي العينتين والجدول رقم (49) يوضح ذلك.

الجدول (49): الفروق بين المرضى في درجات التدخين حسب متغير الجنس							
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المؤشرات المتغيرات	
						الجنس	المؤشرات
غير دال	0.544	2.57	20.35	127.63	24	ذكر	
			22.03	113.79	47	أنثى	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (49) ان قيمة المتوسط الحسابي لدرجات التدخين لدى عينة المرضى الذكور تقدر بي (127.63) بانحراف معياري قدره (20.35) وهو قريب الى حد ما من المتوسط الحسابي للمرضى الإناث المقدر ب (113.79) بانحراف معياري قدره (22.03) وكلا المتوسطين اعلى من المتوسط الفرضي و هذا ما يفسر بأنه لا توجد فروق بين المرضى في درجات التدخين، و ما يؤكد ذلك هي قيمة "ت" المحسوبة و المقدر ب (2.57) و هي غير دالة عند درجة حرية 69 و مستوى خطأ (0.05) وبمستوى دلالة قدره (0.544). عليه لا توجد فروق بين المرضى في عملية التدخين تعزى الى متغير الجنس، ما يعني عدم تحقق الفرضية الجزئية الثانية عشر وعليه لا توجد فروق بين الاناث و الذكور في سلوك التدخين.

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

**التفسير:** اشارت النتائج اعلاه الى عدم وجود تباين في درجات سلوك التدين بين الجنسين النتائج اتفقت مع العديد من الدراسات الاسلامية والغربية، مثل دراسة الجميلي (2001) اشارت الى علاقة قوية وموجبة بين الالتزام الديني والامن النفسي وعدم وجود فروق بين الجنسين في درجات الامن النفسي وسلوك التدين. اتفقت الدراسة الحالية ايضا مع نتائج دراسة (إبراهيمي، 2009) حول علاقة التوجه نحو التدين ومستوى تقدير الذات، وتوصل إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التوجه نحو التدين وتقدير الذات، وإلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في التوجه نحو التدين، وفي تقدير الذات.

اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسة فيصل قريشي (2015) حول العلاقة بين سلوك التدين والتفكر وفاعلية الذات اشارت الى عدم وجود فروق بين الذكور والاناث في درجات المتغيرات السابقة. لم تتفق مع نتائج دراسة بركات (2006) حول الاتجاهات نحو الالتزام الديني لطلبة الجامعة وعلاقته بالتكيف النفسي، وتوصلت الى فروق بين الطلبة في الاتجاه نحو الدين يعزى الى متغير الجنس بالإضافة الى وجود تأثير جوهري للاتجاه نحو الدين على التوافق النفسي.

مع ان الدراسة الحالية اتفقت في نتائجها مع العديد من الدراسات السابقة، الا ان النتائج التي تحصلنا عليها في دراستنا قد تتأثر بعدم التجانس بين عينة الذكور والاناث حيث ان هناك فارق عددي مهم بينهما حيث بلغ عدد الاناث 47 حالة بينما عدد الذكور بلغ 24 حالة، حتى وان كانت هناك فروقا، لا تظهر في الاحصاء الاستدلالي.

نستنتج من هذا ان التدين او الاعتقاد مسألة ذاتية وشخصية تتحكم فيها طريقة التنشئة الاسرية والاجتماعية، حتى وان اعتبره علماء الدين وعلماء النفس نزعة فطرية وجيلة الا ان تعزيزها وتطويرها وسقلها تبقى عن طريق الاكتساب من الاسرة والبيئة الاجتماعية والثقافية، لان التنشئة الدينية هي نفسها بالنسب لكلا الجنسين، فالأسرة المحافظة والملتزمة دينيا، تخرس في ابنائها وبناتها تلك الالتزامات والسلوكيات وتتطور فيما بعد الى اتجاهات.

### 13-2. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة عشر ومناقشتها

والتي تنص على مايلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدين تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو. وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب اختيار "ت" لعينتين مترابطتين بيناتهما كمية للمقارنة بين متوسطي العينتين والجدول رقم (50) يوضح ذلك.

الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

الجدول (50): الفروق بين المرضى في درجات التدخين حسب الحالة الاجتماعية							
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	ن	المؤشرات المتغيرات	
						الحالة الاجتماعية	متزوج
غير دال	0.95	0.66	22.02	119.33	57	متزوج	الحالة الاجتماعية
			24.07	114.93	14	غير متزوج	

نلاحظ من خلال الجدول رقم (50) ان قيمة المتوسط الحسابي لدرجات سلوك التدخين لدى عينة المرضى المتزوجين تقدر بي (119.33) بانحراف معياري قدره (20.02) وهو قريب الى من المتوسط الحسابي للمرضى الغير مرتبطين المقدر ب (114.93) بانحراف معياري قدره (24.07) وكلا المتوسطين اعلى من المتوسط الفرضي ما يعني مستوى مرتفع و هذا ما يفسر بأنه لا توجد فروق بين المرضى حسب متغير الحالة الاجتماعية في درجات الالتزام الديني، و ما يؤكد ذلك هي قيمة "ت" المحسوبة و المقدرة ب(0.66) و هي غير دالة عند درجة حرية 69 ومستوى خطأ (0.05) وبمستوى دلالة قدره (0.95) وعليه لا توجد فروق بين المرضى في درجات سلوك التدخين تعزى الى متغير الحالة الاجتماعية، ما يعني عدم تحقق الفرضية الجزئية الثالثة عشر وعليه لا توجد فروق بين المتزوجين وغير المتزوجين في درجات سلوك التدخين.

**التفسير:** رغم اننا لم نجد في الدراسات السابقة الاجنبية او العربية، تناولاً لمتغير الحالة الاجتماعية في الابحاث الدينية، الا اننا سوف نشير بشكل عام الى دراسة كوينغ (2012) koening في مراجعته الحديثة سنة 2012م، التي شملت أغلب الدراسات التي تناولت التدخين أو الروحانية والصحة ما بين 1872 إلى غاية 2010م بما يزيد عن 3300 مقال علمي موثق منهجياً. وأكد من خلال تحليله لتلك البحوث على العلاقة الايجابية والارتباط الدال بين مخرجات الصحة وبين التدخين، وبطبيعة الحال هذا النوع من الدراسات الشاملة يحمل في طياته كل المتغيرات.

فيما يخص النتائج التي حصلنا عليه في دراستنا كما أشرنا سابقاً قد تتأثر بعدم التجانس بين عينة المتزوجين والغير متزوجين حيث ان هناك فارق عددي كبير بين العينتين حيث بلغ عدد المتزوجين 57 حالة بينما عدد الغير متزوجين بلغ 14 حالة، حتى وان كانت هناك فروقا، قد لا تظهر في الاحصاء الاستدلالي.

الا انه يمكن ان يقدم الباحث تفسيراً بناء على الجانب النظري، حيث ان مسالة التدخين والدين والمعتقد هي مسالة ذاتية تتجسد من خلال فناعة شخصية، تتأثر قبل كل شيء بثقافة المجتمع وطريقة التنشئة،

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

والظروف المحيطة بالموضوع ونوعها، هي التي توظف تلك الفطرة الانسانية، حين يضيق الامر وتقل الحيلة وتنقص العزيمة، فلا ملجأ الا اليه سبحانه وتعالى، فالمساومة والمناجاة مع الله في اغلب الاحيان هي مسألة داخلية وسرية، غير معلنة بين المعتل وخالقه.

### 2.14. عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة عشر ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تبعاً لمتغير مدة المرض لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية نقوم باختبار تحليل التباين (anova a un facteur) الذي يستعمل في دراسة الفروق في متغير مكون ثلاث مجموعات فأكثر، وتكونت المجموعات من (اقل من 12 شهراً، ومن 13 الى 24 شهراً، وأكبر من 25 شهراً)، متبوعاً باختبار (benferroni) الذي يبين اتجاه الفروق ان وجدت وهو الأنسب في حالة عدم تساوي العينات، والجدول رقم (51)، و(52) يوضحان لنا ذلك.

الجدول (51): الفروق بين المرضى في درجات التدخين حسب متغير مدة المرض						
مجموع مربعات	درجة حرية	متوسط مربعات	قيمة ف	مستوى الدلالة	القرار	
8954.64	2	4477.32	11.74	0.00	دال توجد فروق	بين المجموعات
25941	68	381.49				داخل المجموعات
34895.66	70					المجموع

يبين الجدول رقم (51) قيمة "ف" لدرجات سلوك التدخين لدى المرضى حسب متغير مدة المرض التي تقدر بي (11.74) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.00) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى تعزى الى عامل مدة المرض المقدر بالشهور، وعليه فإن الفرضية الجزئية الثامنة محققة جزئياً فيما يخص وجود فروق بين المرضى في سلوك التدخين يعزى الى متغير مدة المرض، ولمعرفة مصدر او اتجاه هذه الفروق، نعرض الجدول التالي رقم (52).

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

جدول (52): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات سلوك التدين حسب متغير مدة المرض			
عمر المريض	اقل من 12 شهرا	بين 13 و 24 شهر	أكبر من 25 شهر
اقل من 12 شهرا		-12.63	-29.89*
بين 13 و 24 شهر	12.63		-17.26*
بين 13 و 24 شه	29.89*	17.26*	

يتضح من خلال الجدول رقم (52) انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرض في درجات سلوك التدين حسب متغير مدة المرض بين الفئة العمرية الدنيا الاقل من 12 شهرا والفئات الأكثر ازمنا (أكبر من 25 شهرا) ولصالح هذه الأخيرة أي درجات سلوك التدين لديها مرتفعة مقارنة بحديثي الإصابة. وبين الفئة المتوسطة والأكثر منها ازمنا ولصالح الأكثر مدة مرض، أي ان كل ما طالت مدة المرض ارتفع معها مستوى التدين والالتزام الديني.

**التفسير:** من خلال النتائج المحصل عليها نلاحظ انه كل ما طالت مدة المرض زاد مستوى التدين لدى المرضى، من خلال مراجعتنا للدراسات السابقة التي تناولت الالتزام الديني وعلاقته بمتغيرات أخرى، لم نصادف دراسة تناولت مدة الازمان تعزى اليها الفروق، ولكن يجب الإشارة الى ان كل الدراسات التي ذكرناها سابقا وتناولت متغير التدين كمتغير أساسي او ثانوي لدى فئة المرضى او من يعانون من اختلالات معينة، اشارت دائما الى ارتفاع مستوى التدين عند هؤلاء مقارنة بغيرهم. وعلى هذا الأساس وبالرجوع الى الجانب النظري، يمكن للباحث ان يقدم تفسيراً من وجهة نظره، وهو ان الصدمة وطريقة الاستجابة لها لا بد وان تمر بمراحل أولها الانكار والاستهجان وعدم التصديق والغضب والقلق، وهي أصعب المراحل، ولكن بعد استنفاد كل هذه الحلول الطارئة، او كما نسميها في علم النفس، الاليات الغير ناضجة والتي اشترنا اليها في الجانب النظري بكثير من التفصيل، تأتي بعد ذلك مرحلة الهدوء والاقرار بالواقع والاستسلام ومحاولة ايجاد معنى لكل ما حدث وسيحدث، من خلال استعمال اليات اكثر نضجا قصد الخروج من المشكل بأقل الاضرار ومحاولة التكيف مع الوضع الجديد، باستعمال اليات ناضجة وإيجابية مثل (العقلنة، التسامي، روح الدعابة، التفاؤل، مساعدة الغير)، واهمها اللجوء الى الله عز وجل والركون الى الدعاء والعبادة، والدخول في مساومة داخلية روحية مع القادر على كل شيء، الله سبحانه وتعالى.



## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشتها

نستنتج في الأخير ان المريض او المصدوم خصوصا مريض السرطان هو في مواجهة حقيقية مع الموت ينتظره في أي لحظة، يحاول تدارك ما فاته ويأمل في حياة سعيدة بعد الممات واتجاهه يكون حول العقيدة املا في الشفاء وتكفيرا عن الذنوب في محاولة لإعطاء معنى لحياته.

### 2.15. عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة عشر ومناقشتها

والتي تنص على ما يلي:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التدخين تبعا لمتغير السن لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

وللتأكد من صحة الفرضية نقوم باختبار تحليل التباين الاحادي (One Way Anova) الذي يستعمل في دراسة الفروق في متغير مكون ثلاث مجموعات فأكثر، المجموعات هي: (اقل من 40 سنة بين 41 و 60 سنة وأكثر من 61 سنة)، متبوعا باختبار (benferroni) الذي يبين اتجاه الفروق ان وجدت وهو الأنسب في حالة عدم تساوي العينات، والجدولين رقم (53)، (54)، يوضحان لنا نتائج العملية الحسابية.

الجدول رقم (53): يوضح الفروق بين المرضى في درجات سلوك التدخين حسب متغير السن						
القرار	مستوى الدلالة	قيمة ف	متوسط مربعات	درجة حرية	مجموع مربعات	
دال توجد فروق	.000	106.2	13217.09	2	26434.17	بين المجموعات
			124.43	68	8461.49	داخل المجموعات
				70	34895.66	المجموع

يبين الجدول رقم (53) قيمة "ف" الدرجات التدخين لدى المرضى حسب متغير السن التي تقدر بي (106.2) وهي دالة عند درجة حرية (02) بين المجموعات و(68) داخل المجموعات بمستوى دلالة (0.000) وهذا يدل على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المرضى تعزى الى عامل السن، وعليه فإن الفرضية الجزئية الثامنة محققة جزئيا فيما يخص وجود فروق بين المرضى في درجات سلوك التدخين تعزى الى متغير السن، ولمعرفة اتجاه الفروق نعرض الجدول رقم (54).

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

جدول (54): اختبار بان فروني لتوضيح اتجاه الفروق في درجات سلوك التدخين حسب متغير السن			
عمر المريض	أقل من 40 سنة	من 41 و 60 سنة	أكثر من 61 سنة
أقل من 40 سنة		-27.14*	-55.76*
من 41 و 60 سنة	27.13*		-28.62*
أكثر من 61 سنة	55.76*	28.62*	

يتضح من الجدول (54) وجود فروق بين الفئة العمرية الصغرى (أقل من 40 سنة) والفئة العمرية الأكبر منها (بين 41 و 60 سنة) والفئة التي تليها أي أن مستويات سلوك التدخين في ارتفاع تناسبي مع التقدم في السن ولصالح الفئة العمرية الأكبر سنا أي كلما زاد التقدم في السن زاد معه ارتفاع في مستويات سلوك التدخين وهي تتناسب طرذا إي في اتجاه واحد مع درجة التدخين لديهم، كما بينت نتائج الفرضية السادسة، وعليه الفرضية الجزئية التاسعة محققة.

**التفسير:** نلاح من خلال النتائج ان التدخين لدي افراد العينة يختلف من مرحلة الى مرحلة والاكبر سنا هم الأكثر تدينا، أي كلما تقدم الانسان في العمر زاد تمسكه بالدين وبالطقوس الدينية خصوصا المرضى، انفقت هذه النتائج مع نتائج كل الدراسات السابقة التي تناولت نوعية الحياة لدى المرضى والجانب الروحي مثل دراسة (زعطوط 2013، مرزاق 2018، كوتون 2006، فرادلوس 2018، سومو 2020) التي اشارت الى ارتفاع مستوى التدخين لدى المرضى خصوصا.

نستنتج من هذا أنه كل ما تقدم أفراد العينة في السن ارتفع مستوى التدخين والإيمان لديهم، فالعقلنة وإعطاء معنى للظواهر والاحداث يأتيان مع التقدم في السن ومع النضج ومن خلال تجارب الحياة ويأتيان أيضا مع إحساس الإنسان بانتهاء دورة الحياة لديه وهذا ما أكدته دراسات واعمال الرائد وأخصائي الشيخوخة "موبارغ moberg حيث أنه قاد العديد من البحوث التي توجت بالعديد من الكتب والمقالات التي سعت إلى إثبات أن قوة التدخين تتوفر وتتضح أكثر في سن الشيخوخة، وتساهم في تقوية الصحة النفسية.

### عرض ومناقشة الفرضية السادسة عشر

والتي تنص على ما يلي:

يمكن التنبؤ بنوعية الحياة المتعلقة بالصحة في ضوء كل من الجلد والتدخين لدى عينة من مرضى السرطان بمصلحة طب الاورام بمستشفى افلو.

## الفصل السابع: عرض نتائج الدراسة ومناقشته

من اجل معرفة العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والمتغيرات المفسرة (الجلد والتدين) تم استخدام نموذج الانحدار الخطي المتعدد كما في الجدول (55)، والذي اعتبر فيه متغيرا الجلد والتدين كمتغيرين مستقلين ومتغير نوعية الحياة المتعلقة بالصحة كمتغير تابع.

الجدول (55): تحليل الانحدار الخطي المتعدد لنوعية الحياة كمتغير تابع والجلد والتدين كمتغيرين مستقلين									
المتغير التابع	المتغيرات المستقلة	معامل الارتباط R	معامل التحديد R <sup>2</sup>	قيمة ف	دلالة ف	بيتا $\beta$ المعيارية	قيمة ت	دلالة ت	معامل تضخم التباين
نوعية الحياة المتعلقة بالصحة	الجلد	0.46	0.21	8.93	0.001	0.27	3.41	0.001	5.21
	التدين					0.11	2.06	0.004	5.21

أظهرت النتائج ان نموذج الانحدار دال وذلك من خلال قيمة (ف) البالغة (8.93) بدلالة (0.000) اقل من مستوى دلالة (0.001) وتبين النتائج أيضا ان المتغيرات المستقلة تقيس نسبة 21% من التباين الحاصل في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وذلك بالنظر الى معامل التحديد (R<sup>2</sup>) المقدر (0.456).

كما جاءت قيمة بيتا  $\beta$  التي توضح العلاقة بين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والجلد بقيمة (0.27) ذات دلالة إحصائية حيث يمكن استنتاج ذلك من قيمة (ت) المقدرة بي (3.41) وهي دالة عند مستوى دلالة (0.001) ويعني ذلك انه كلما زاد مستوى الجلد بمقدار وحدة تحسنت نوعية الحياة بمقدار (0.27) وحدة وكذلك جاءت قيمة بيتا  $\beta$  لمتغير التدين بمقدار (0.11) دال احصائيا فكلما زاد مستوى التدين بمقدار وحدة تحسنت نوعية الحياة المتعلقة بالصحة بمقدار (0.11) وحدة.

كما يوضح الجدول نتائج اختبار التعددية الخطية حيث كشفت النتائج ان معامل تضخم التباين للنموذج كان (5.21) أصغر من (10) هذا يشير الى عدم مشكلة تعددية خطية بين متغيرات النموذج. كما نستطيع كتابة معادلة الانحدار (معادلة التنبؤ) التالية:

$$\text{نوعية الحياة المتعلقة بالصحة} = \text{خطأ التنبؤ} + 0.27 \times \text{الجلد} + 0.11 \times \text{التدين}$$

ونجد ان معادلة التنبؤ ذات دلالة إحصائية حيث يوجد تأثير من المتغيرات المستقلة (الجلد والتدين) على المتغير التابع نوعية الحياة المتعلقة بالصحة، ونستطيع التنبؤ بالمتغير التابع من خلال المتغيرين المستقلين

### ثانياً: خصائص عينة الدراسة بناء على تحليل نتائج المقابلة والملاحظة

من خلال تحليلنا للمقابلات التي أجريناها مع عدد من المرضى وبعضاً من ذويهم، وبناءً على ملاحظتنا الميدانية تبين لنا ما يلي:

• هناك فئة أولى من المرضى مغلقين على أنفسهم لا يُفعلون، أو يتفاعلون مع المحيطين ولا يلقون بالا لتحتياتهم. نجد في بعض الاحيان صعوبة في الاتصال بهم، غير مبالين تماماً لما يحدث من حولهم، حركاتهم متناقلة، اجسامهم يظهر عليها الضعف والتعب، ينتظرون الحصة العلاجية، ويقول بعضهم: (عقوبة الشهر!). بناء على مقابلات المقربين منهم أصبَحوا يتجاهلون المناسبات ولا يحبون كثيراً الزيارات مع انسحاب تدريجي من الدور الاجتماعي والاسري.

تظهر على وجوههم علامات الارهاق النفسي والاستسلام، فهم كالمترجمين لما يحدث لهم، ولا يستوعبون مجريات الامور. انه يأس يترجم إلى تشاؤم كبير وحزن واستنكار للذات. إنها أو/إنه يتساءل ما فائدة الجهود المبذولة في مواجهة مرض أخذ في الازدياد.

لان إحدى النتائج الخبيثة للمرض هي تنشيط عملية نفسية فيزيولوجية من الخمول البدني تسمى الحلقة المفرغة من عدم التكيف، يفقد المريض الثقة في قدرته على الحركة، وأداء أعمال الحياة اليومية يعزلون أنفسهم، ويرفضون أحياناً الرعاية بشدة، يتوقعون الأسوأ.

على الرغم من كل هذا الجانب الايماني حازر فترى لديهم كثرة الرجاء والاستغفار، حتى استحضار فكرة الموت موجودة لديهم. وحوارنا معهم كان ممزوجاً في اقله بالعاطفة الروحانية، مثل قولهم: خلاصنا في يد الله عز وجل البعض منهم يرغب في تكرار الاختبارات وتفسير النتائج مع ممرسين آخرين.

**ملاحظة:** غالبية هذه الفئة هم ينتمون الى الفئات العمرية الدنيا ثم المتوسطة من كلا الجنسين، مدة الازمان لدى اكثرهم تفوق السنتين

• **فئة ثانية من المرضى،** الوقت لديهم أكثر اهمية، يراحم من معه ويأتي مبكراً اما لرؤية الطبيب من اجل اعادة التحليلات والتفسيرات فهو لا زال ينكر المرض، او من اجل العلاج الكيميائي (اريد ان أشفى بسرعة)، سريع الغضب والانفعال مع من يعارضه سواء مع المرافق او الطاقم الطبي او من يقوم على نقله. وجدنا بعض السهولة في اجراء المقابلات معه بعد التقديم السيكولوجي للمقابلة والغرض منها، وكأنه حريص على معرفة كل ما يتعلق بالمرض وكل ما من شأنه ان يساعد على العلاج أو تنفيذ التشخيص.

على الصعيد الجسمي يتميزون بالحيوية والنشاط يُبدون في بعض الاحيان المرح محاولين تعزيز ثقتهم بأنفسهم، عندما تسألهم عن النوم يقول اغلبهم بأنهم لم ينامو بشكل جيد. الجانب الايماني ثري، كثرة

الدعاء بالشفاء (كل ما جاء من عند ربي مليح)، (ربي ينزعنا شوبيا ذنوب)، (انشاء الله ربي يشفيني ونحفظ 60 حزب)، (املنا في الشفاء كبير، والمرض ما يهزمنيش).

الجانب العلائقي والدور الاسري لا يزال حاضر: (مايدروش حاجة بلا ما يخابروني وبأخذو رأيي)، وهو نوع من تأكيد الذات، (ما هوش المرض الي رايح فشلنا لازم نقضو صوالحنا والموت كاينة). في هذه المرحلة يدرك المريض أنه يجب أن يتعامل مع مرضه وقيوده بشكل فعال، محاولاً الحد من تبعات المرض على حياته اليومية التي لا تطاق عند الإعلان عن التشخيص، ولكن ستيبين الايام اللاحقة من سيستمر من هذه الفئة في مواجهته الايجابية للمرض وماهي العوامل التي قد تساعده في ذلك.

**ملاحظة:** اغلب مرضى الفئة الثانية هم حديثي التشخيص الطبي (اقل من ستة شهور) اغلبهم من الفئات العمرية اقل من 40 سنة.

• **الفئة الثالثة من المرضى** يبادرون بالتحية كل من يصادفهم، الابتسامة لا تخلو من محياهم، رغم التعب البدني وثقل الحركات والهزال، يواسون من حولهم ويشجعونهم، رغم المعاناة الجسمية الا ان روحهم المعنوية مرتفعة، تشعر بأنهم يعيشون لحظتهم.

وجدنا سهولة في الاتصال معهم دون وسيط وقمنا بزيارتهم حتى في منازلهم.

فالمريض في هذه المرحلة لم يعد يتسامح مع عجزه وإعاقته، يتحدى الموت لم يعد لديه أي مشروع سوى أن يعيش اللحظة الحالية بشكل مفرط ولا يريد التخلي عن العيش ضمناً أو صريحاً. الجانب العلائقي غني يسألون عن احوال كل من يعرفونه، المريض وغير المريض (كيف حال فلان هل زرتوه البارحة) (متى يتزوج فلان) (واش زاد عند فلان) (عضمتو الاجر لفلان)، (عاونتو فلان) .....الخ عندما تسأله عن صحته يجيب (الحمد لله مرضنا ياسر وبرينا وكل شيء يأتي من عند ربي فيه الخير ..... والموت كاينة بالمرض ولا بلا مرض).

عندما تسال اغلبهم عن العبادات والطاعات لا يتوقف حديثهم عن الصلاة والصيام والحج والصدقات، ويؤكد من يرافقهم على ذلك (أتعبه الصيام والذهاب للصلاة في المسجد. مرات ندوه في الكروسة) في هذه المرحلة يرفض المريض الشعور بالأسف على نفسه. يتعلم كيف يتعايش مع مرضه، يسعى لتقوية قدراته، هذه العملية تغير علاقته بالآخرين، في كثير من الأحيان يزيد الاهتمام بالأحباب وبمرور الوقت يدخل المريض في مخطط ضمان الرعاية العلاجية ويتقبله ويحاول الحفاظ على السلوكيات المواتية للصحة، فيخلق المريض الظروف لبناء علاقة ثقة مع الفريق العلاجي، فيصبح قادر على تحمل مسؤوليته في التحكم في حالته الصحية.

**ملاحظة:** اغلب افراد هذه الفئة ينتمون الى المرحلة العمرية أكبر من 60 سنة ومدة الازمان لدي اغلبهم أكثر من سنتين.

\*اما فيما يخص سؤالنا عن مدى رضا المرضى على الخدمات الصحية المقدمة وطريقة تعامل الطاقم الطبي معهم، فأشادوا كلهم بالدور الفعال والإنساني للطبيب والممرض والاداري والعامل المهني والقائم على النقل. على حسن المعاملة والخلق قال بعضهم:(الطبيب حارس على الدواء انتاعنا ويقولنا ماتمنكوش ورواحو في الوقت وديرو تحليل في وقتها وكولو مليح)، (صابرين على زعافنا)، (يرفدونا ويحطونا ويضحكو معنا) (يجمعو معنا يواكلونا وياكلو معنا) ...الخ.

ولكن تضرهم كان حول المشاكل التي واجهوها قبل التشخيص الطبي واثاءه، والتكاليف الباهظة التي تكبدها، والوقت والجهد الذي ضاع منهم، وتأخر بدأ التشخيص والاحالة واختيار العلاج المناسب (كيميائي، جراحي، اشعاعي)،

والمشاكل التي ذكروها موجودة فعلا خصوصا في الجنوب الجزائري الواسع زد على ذلك نقص في الهياكل المخصصة للتشخيص وكذلك المختصين ونقص المتابعة، وبعد المسافة وطوابير الانتظار خصوصا فيما يخص العلاج الاشعاعي، بالإضافة الى غلاء الفحوصات والاختبارات وكذلك النقص في الدخل وقرر بعض الحالات.

اكتشفنا كذلك من خلال المقابلات وزلات اللسان ميل بعض الحالات الى العلاج التقليدي وترددهم على الرقاة والعرافين ايماننا منهم بان هذا المرض هو نتيجة سحر مأكول او مشروب او عين وحسد. هذا الموضوع في حد ذاته يتطلب مشروع بحث كاملا لوحده.

ولأن موضوع بحثنا هو حول نوعية الحياة المتعلقة بالصحة والعوامل الإيجابية في الشخصية التي تساعد المريض على التكيف مع المرض وتحسن من نوعية حياته. وعلى هذا الأساس يمكن القول بأن الثقافة الصحية الواعية للمريض واسرته تلعب الدور الأهم في تحسين نوعية حياته الصحية، فتتردد المريض على الرقاة والعرافين واستعمال العلاج التقليدي، والتردد والخوف و حتى الانكار، بالإضافة الى المشاكل الإدارية الصحية تجعل فترة الانتظار تطول، وبالتالي تأخر في التشخيص، ما يعزز انتشار المرض الى أجزاء أخرى من الجسم وتصبح بعد ذلك عملية العلاج، وتصبح معها عملية التكفل النفسي خصوصا في المراحل المتقدمة من المرض، لان استغلال القدرات والخصائص الإيجابية في الشخصية تكون ذات فعالية في المراحل التي تكون فيها المؤشرات العلاجية الطبية في الشفاء عالية.

## 10. توصيات ومقترحات الدراسة

يشكل المرض المزمن عبئا على الفرد واسرته والمجتمع ككل ويتسبب في خسائر نفسية واجتماعية واقتصادية مما يعيق عملية النمو الفردي والجماعي، لقد اصبحت دراسة نوعية الحياة المتعلقة بالصحة أحد المداخل المهمة من اجل التكفل الامثل بالمريض المزمن، لذلك يرى الباحث اعتمادا على نتائج الدراسة الحالية في تأكيدها على علاقة العوامل الايجابية في الشخصية واهمها التدخين والجلد بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة وعلى اساس ذلك يمكننا طرح جملة من التوصيات اهمها ما يلي:

-نتائج هذه الدراسة دفعتنا للتفكير في مشروع بحثي يتمثل في طرح اشكالية حول هل يمكن للتدين أو الايمان بأن يكون عاملا مُنبأً بقدرة الجلد؟ والنتائج المتوقعة ستدفعنا الى التفكير في اعداد برامج تدريبية موجهة خصوصا الى الافراد في المراحل النمائية الاولى قصد الاعتماد على الذات في مواجهة المشكلات والأزمات مستوحاة من تراثنا الاسلامي وثقافتنا الاجتماعية الغنية.

- تبني مشروع بحثي وطني جاد للبحث في اسباب الانتشار التصاعدي المقلق لمرض السرطان او ما يسمى بالدراسات الوبائية

- ضرورة تبني مشروع برنامج وطني لتحسين نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين، وخاصة مرضى السرطان الذي أصبح هاجسا دوليا نظر للعدد المقلق والذي هو في تزايد مستمر كل يوم.

- اعادة النظر في طريقة التكفل بالمريض من جميع النواحي الصحية والهيكلية، والمرافقة النفسية والتأهيلية.

- انشاء هياكل جهوية للعلاج خصوصا الاشعاعي الجراحي، من اجل تفادي طوابير الانتظار قصد التكفل الامثل والسريع بالمريض، ما يتوجب انشاءها بالقرب من المريض، ربحا لوقت المريض وجهده.

- برمجة وإعداد مناهج هادفة للتربية الدينية الصحيحة والسليمة في مؤسساتنا التربوية خصوصا في المراحل الأولى من التعليم وكذلك برامج للتربية الصحية والسلوك الصحي والغذائي السليمين.

- التوجه نحو الإرشاد الديني في إرشاد الشباب وضرورة العمل على نشر الثقافة الدينية بين الأطفال والمراهقين بالاستعانة بتعاليم الدين في مختلف مجالات الحياة

- تبني نموذج وطني يساهم فيه الباحثين الأكاديميين والعيادين والتربويين في الممارسات السريرية والتربوية هدفه هيكلية وبناء سيرورة الجلد من خلال إعداد برامج تتضمن تكييف العشر طرق التي حددتها الرابطة الامريكية لعلم النفس بما يتلاءم وهويتنا والتي تتضمن مجموعة من المحددات تؤدي إلى بناء وهيكلية الجلد النفسي خصوصا في المراحل العمرية الاولى، إضافة إلى مجموعة مصادر أخرى تساعد على بلورة الجلد وتقويته وهي الاسرة والمجتمع والمدرسة المعنقد الديني والقدرات الذاتية.

- تكييف الطرق العشر التي حددتها الرابطة الامريكية لعلم النفس (APA) لبناء الجلد وهي:

1. اجراء اتصالات ايجابية وجيدة مع أفراد الأسرة المقربين أو الأصدقاء أو غيرهم مهمة، وقبول المساعدة والدعم من أولئك الذين يهتمون لأمر المريض يقوي الجلد.
  2. تجنب النظر إلى الأزمات على أنها مشاكل مستعصية.
  3. تقبل أن التغيير جزء من الحياة.
  4. وضع بعض الأهداف الواقعية، والعمل على تحقيقها بانتظام - حتى لو بدت صغيرة.
  5. اتخاذ القرارات الحاسمة والتصرف بحكمة في المواقف المعاكسة بقدر المستطاع.
  6. البحث عن فرص لاكتشاف الذات، في خضم المعاناة.
  7. تعزيز النظرة الإيجابية عن الذات.
  8. تجنب تضخيم الحدث بشكل مبالغ فيه وابقاء الامور في نصابها، مع الاحتفاظ بنظرة ثابتة حتى عند مواجهة أحداث مؤلمة للغاية.
  9. النظر بتفاؤل وتوقع حدوث أشياء جيدة في المستقبل.
  10. الانتباه للاحتياجات النفسية والجسمية والاعتناء بها والانخراط في أنشطة استمتاعية وممارسة الرياضة بانتظام.
- قد تكون بعض الطرق الإضافية لتعزيز الجلد مفيدة. على سبيل المثال، يكتب بعض الأشخاص عن أعمق أفكارهم ومشاعرهم المتعلقة بالصدمة أو الأحداث المجهدة الأخرى في حياتهم. يساعد التأمل والممارسات الروحية بعض الناس على بناء الروابط واستعادة الأمل.



## خاتمة

مآسي الحياة وصدوماتها كثيرة ومتعددة خصوصا تلك التي تأتي فجأة ومهددة للحياة، مثل الأمراض الخطيرة والمزمنة أو كما تسمى أمراض العصر والتي أصبح الإنسان عاجزا أمام خطورتها وسرعة انتشارها ومقاومة بعضها للعلاج الطبي وعلى رأسها مرض السرطان، نبأ الإصابة به حادث صادم للمريض وللعائلة يفقد المصدوم على إثره توازنه النفسي فيصبح في حالة من الذهول والحيرة والخوف والتوتر والقلق والكآبة، وما يزيد من انكساره وتدهور حالته النفسية تبعات العلاج الطبي الكيميائي أو الإشعاعي والذي قد يمتد إلى شهور وسنوات، ما يؤدي إلى تدهور نوعية الحياة لديه، العضوية والنفسية والاجتماعية.

ورغم كل ما ذكرناه إلا ان النفس الانسانية قادرة على احداث نوع من التوازن الحياتي من خلال قدرتها على امتصاص شدة الازمات والصددمات وخصوصا اذا كان هناك رعاية جادة ومنظمة، وتكفل نفسي اجتماعي واهتمام اكثر بالعلاجات النفسية والطبية والتدريب على المواجهة، وهذا هو الفارق الذي احدثته الدول المتطورة والتي نجحت الى حد ما في التقليل من حجم الوفيات المبكرة، بالاعتماد التكفل الفعال بالمرضى والتشخيص المبكر ونشر ثقافة تحسين نوعية الحياة الصحية لدى المرضى و القائمين على رعايتهم و المقربين منهم، بالاعتماد على برامج الرعاية الملطفة، هذا ما ألحت عليه الوكالة الدولية لبحوث السرطان ومنظمة الصحة العالمية (OMS)، تحت مسمى تحسين نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لدى المرضى المزمنين.

جاءت هذه الدراسة لتظهر دور بعضا من هذه العوامل والاليات التي يرتكز عليها مريض السرطان من اجل الحفاظ على الذات من جهة، والتكيف مع الوضع الجديد الذي فرضه المرض وتبعات العلاج من جهة اخرى، حيث انه تبين لدى العديد من الباحثين بان هناك بعض الأفراد من الذين واجهوا صدمات شديدة، إلا أنهم تخلصوا من أعراض الصدمة وتمكنوا من التخفيف من انعكاساتها على جهازهم النفسي، في حين أن هناك حالات أخرى تبقى تعاني من آثار ما بعد الصدمة نتيجة أحداث قد لا تعد صدمية في نظر الأغلبية، هذا ما لاحظته الباحثين في بدايات اكتشافهم لمفهوم جديد الذي سمي "بالجلد" (la Resilience) الذي اكتشف بشكل خاص لدى أطفال تمكنوا من النمو السوي رغم الظروف القاسية.

يعتبر الجلد كمفهوم حديث النشوء قديم الوجود كأحد تلك القدرات الكامنة والخصائص النفسية للإنسان وخاصة المصدوم، تظهر وقت الازمة وتلعب الدور المهم في التخفيف من أثر الصدمة، إضافة إلى المساندة الاجتماعية، والاعتقادات الذاتية المتمثلة في الجانب الإيماني أو الديني التي من خلالها يحاول المريض إعطاء معنى للصدمة ولحياته لكي يعيد عملية التوازن والتكيف مع المرض وتقبله ومواصلة العلاج وتحمله والنهوض من جديد.

النتائج المتوصل اليها من خلال هذه الدراسة والتي تنص على وجود علاقة خطية ايجابية بين الجلد والتدين من جهة، والعلاقة الإيجابية بين كل من التدين والجلد ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة من جهة أخرى، وان هناك فروق بين المرضى في هذه العلاقات، تؤكد وتؤيد هذا المنظور.

الجلد حسب رأي علما الدين هو بذرة من بذور الإيمان فهو مرادف لمفهوم الصبر، التحمل، الأمل وعدم اليأس، وحسن الظن بالله عز وجل. والإيمان من أسس الدين والدين هو أساس الحياة بحيث لا يمكن أن يستغني عنه الانسان بأي حال من الأحوال، لأنه حاجة فطرية لدي البشر منذ أن خلق الله آدم عليه السلام إلى قيام الساعة، والعلوم الاجتماعية في الوقت الحاضر غاب أو غُيِبَ عنها الدين من خلال تأثرها بالمجتمعات الغربية التي استبعدت الدين عن كافة مجالات الحياة وجعلته علاقة شخصية بين العبد وخالقه.

ما حاولنا الإشارة اليه من خلال هذه الدراسة، أشار إليه الكثير من علماء الغرب مثل، برييل، توماس ستا، دافيد لارسون، مبارغ، كارل يونغ - وغيرهم كثير، إلى أهمية الدين والإيمان وأثرهما على الصحة النفسية والجسمية، والدين والعقيدة التي يشير اليها هؤلاء العلماء هي النصرانية الباطلة والمشوبة بكثير من التحريف، فكيف لو اطلع هؤلاء العلماء على أسرار الإسلام وأثاره الطيبة فما عساهم يقولون! فاذا قال شوماخير بأن الدين و يقصد بذلك الدين النصراني هو عملية إنقاذ للمؤمن به ، فنحن نقول أن الدين الإسلامي هو عملية إنقاذ مكتملة الأركان و منهاج حياة قويم يتصف بالشمولية و الوسطية والاعتدال صالح لكل زمان و مكان، و لكن الدين والصحة معادلة توازنها حساس و دقيق للغاية فمن المؤكد من الدراسات والأبحاث أن الممارسة الدينية والروحانية- خاصة الجماعية منها - قد تترك أثر إيجابي على الصحة ولكن الطرف الآخر من المعادلة هو الغلو في الدين الذي قد يؤدي إلى نتائج كارثية على الصحة العامة وإن ترجيح كفة الرفاه الصحي من هذه المعادلة في مجتمعنا الجزائري لن يتحقق إلا بالتنسيق و التعاون بين المؤسسات الدينية و الصحية جنباً إلى جنب مع المؤسسات التعليمية و الإعلامية من اجل بناء فرد سليم في اسرة سليمة ننشد بها مجتمعنا ناجحاً مزدهراً.

❖ قائمة المراجع

1 مراجع باللغة العربية

القرآن الكريم

❖ كتب ومصادر

- 1 ابن باز، عبد العزيز بن عبد الله. (2002). الدعوة الى الله(ط4). المملكة العربية السعودية:
- 2 ابن تيمية، أحمد بن عبد الحلیم. (1997). مجموعة الفتاوي (ط.1). بيروت: دار ابن حزم
- 3 ابن حنبل احمد. (1983). المسند (ط4). بيروت: المكتب الاسلامي.
- 4 ابن فارس. (1979م). مقاييس اللغة الجزء الثاني. دمشق - سوريا: دار الفكر. ص 319 بتصريف.
- 5 ابن قيم الجوزية، محمد بن ابي بكر. (1973). مدارج السالكين بين منازل اياك نعبد واياك نستعين (ط2). بيروت: دار الكتاب العربي.
- 6 ابن قيم الجوزية، محمد بن ابي بكر. (1998). عدة الصابرين وذخيرة الشاكرين (ط1). دمشق: مكتبة دار البيان.
- 7 ابن ماجه، محمد بن يزيد. (1954). سنن ابن ماجه (ط1). بيروت: دار الفكر.
- 8 ابن منظور. (1993م). لسان العرب (ط3). بيروت - لبنان: دار صادر، ص169، جزء 13. بتصريف.
- 9 ابن منظور، لسان العرب(د.ت). بيروت: دار صادر. المجلد الثالث عشر.
- 10 ابو داود، سليمان بن الاشعب (2001). سنن ابو داود. (ط1). بيروت: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 11 ابو عبد الله محمد بن أحمد الأنصاري القرطبي. (2002م). الجامع لأحكام القرآن. دار الحديث، ج، 521، 5م
- 12 احمد الخشاب. (1964م). علم الاجتماع الديني: مفاهيمه النظرية وتطبيقاته العملية(ط2). مكتبة القاهرة الحديثة
- 13 اكوافيفا، سابينو ويانشي، انزو. (2011). علم الاجتماع الديني: الإشكالات والسياقات. (عزالدين عناية). ابو ظبي: هيئة أبو ظبي للثقافة والتراث " كلمة". الإمارات العربية المتحدة.
- 14 الالباني، محمد ناصر الدين. (1995). سلسلة للأحاديث الصحيحة وشيء من فقهها (ط4). الرياض: مكتبة المعارف.
- 15 البخاري، محمد بن إسماعيل. (2004). صحيح البخاري (ط1). القاهرة: دار ابن الهيثم.

- 16 الترمذي، محمد بن عيسى. (2002). سنن الترمذي (ط1). بيروت: دار الفكر للطباعة والنشر.
- 17 الجوهري، إسماعيل بن حماد (1990). الصحاح تاج اللغة وصحاح العربية ط4. بيروت لبنان: دار العلم للملايين.
- 18 الخفار، سعيد محمد. (1990). البيئـة والأورام: علم السرطان البيئي الوقائي. بيروت: دار الفكر المعاصر. لبنان.
- 19 الرفاعي، عبد الجبار. (2015). الايمان والتجربة الدينية (ج 2). موسوعة فلسفة الدين. بغداد: مكتبة الفكر الجديد. رئاسة ادارة البحوث العلمية للإفتاء.
- 20 الصنيع، صالح بن إبراهيم بن عبد اللطيف. (1988م). التدخين وعلاج الجريمة ط 2. الرياض: مكتبة الرشد. المملكة العربية السعودية.
- 21 الصنيع، صالح. (2000). التدخين والصحة النفسية (ط1). المملكة العربية السعودية: الملك فهد الوطني.
- 22 الغندور، العارف بالله. (1999). أسلوب حل المشكلات ونوعية الحياة، سلسلة علم النفس التطبيقي (ط3) القاهرة: جمهورية مصر العربية.
- 23 المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. (1989). المعجم العربي الأساسي. جامعة الدول العربية.
- 24 المهدي، محمد عبد الفتاح. (2002). سيكولوجية الدين والتدين (ط1). الاسكندرية: البيطاش للنشر والتوزيع.
- 25 الموسوعة العربية الميسرة. (1986). المجلد الأول. دار نهضة لبنان للطباعة والنشر ص938
- 26 النسائي احمد بن شعيب (1991). سنن النسائي. (ط1) بيروت دار المعرفة.
- 27 النيسبورى، مسلم بن الحجاج (1972). صحيح مسلم. (ط2). بيروت: دار احياء التراث العربي.
- 28 انافرويد. (1972). ترجمة (صلاح مخيمر، ميخائيل رزق): الأنا وميكانيزمات الدفاع. مكتبة الأنجلو المصرية.
- 29 انشاصي، هناء. (2010م). السرطان ويبقى الأمل (د. ط). عمان: دار الفكر.
- 30 بادويلان، احمد. (2005م). السرطان مازال الامل باقيا. لبنان: دار طويق للنشر والتوزيع
- 31 بستاني رثيف. (1994). الموسوعة الطيبة. الشركة الشرقية للمطبوعات
- 32 بطرس حافظ بطرس. (2008). التكيف والصحة النفسية للطفل ط1. دار المسيرة للنشر والتوزيع. عمان.

- 33 جيمس فريزر. (1971). دراسة في السحر والدين في: الغصن الذهبي (أحمد أبو زيد). الهيئة المصرية العامة للتأليف والترجمة والنشر، د.ت.
- 34 سامر جميل رضوان. (2002). الصحة النفسية. دار المسيرة للنشر. عمان: الأردن.
- 35 شيلي تايلور. (2008). علم النفس الصحي ط1 (وسام درويش بريك، فوزي شاکر طعمية داود) عمان. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع. (نشر العمل الاصلی سنة 1986م).
- 36 عبد الباقي زيدان، علم الاجتماع الديني، ص. 54 .
- 37 عبد الله بن عبد العزيز العيدان. (د.ت). الايمان والصحة النفسية ط1. الرياض: دار الورقات العلمية للنشر والتوزيع. المملكة العربية السعودية.
- 38 علي سامي النشار. (2009). نشأة الدين: النظريات التطورية والمؤهلة. دار السلام للطباعة والنشر.
- 39 فردريك هيغل. (2004). محاضرات فلسفة الدين. الحلقة الثامنة (أدلة وجود الله)، الترجمة العربية، مجاهد عبد المنعم مجاهد، مكتبة دار الكلمة في القاهرة.
- 40 فيصل محمد خير الزراد، (2009) الامراض النفسية الجسدية (ط2) دار النقاش. بيروت. لبنان
- 41 فيكرباخ، لودفيغ. (1991). أصل الدين (احمد عبد الحلیم عطية) (ط1). بيروت. المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- 42 مجموعة من المؤلفين. (من 1983 – 2006م). الموسوعة الفقهية الكويتية (الطبعة الثانية). الكويت: دار السلاسل، صفحة 265، جزء 4. بتصرف.
- 43 -مهدي محمد القصاص. (2014). علم الاجتماع الديني ط1. العراق: دار نيوز للطباعة والنشر والتوزيع.
- 44 ميخائيل أنود، (د.ت) معجم مصطلحات هيغل (إمام عبد الفتاح إمام). المشروع القومي للترجمة. نشره المجلس الأعلى للثقافة في القاهرة، من دون تاريخ، ص 329.
- 45 مير، لويس، (1983) مقدمة في الأنثروبولوجيا الاجتماعية، ترجمة وشرح: د. شاکر مصطفى سليم، بغداد: دائرة الشؤون الثقافية العامة.
- 46 ميشيل، دينكن. (1980) معجم علم الاجتماع (احسان محمد الحسن). بغداد: دار الرشيد للنشر
- 47 نيكولاس جيمس. (2013). السرطان مقدمة قصيرة جدا ط1. ترجمة أسامة فاروق حسن، مؤسسة الهنداوي.

48 هناء أحمد شويخ (2007)، أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية (ط1) مصر: ايتراك للنشر والتوزيع. هنداوي للنشر، مصر.

دراسات ورسائل جامعية

49 ابراهيم، سلوى سلامة. (2005). الحياة المميزة للمبدعين في الأدب. رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الأدب، جامعة عين شمس.

50 ابراهيمي، شبلي. (2009). التوجه نحو التدين وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى طلبة الجامعة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر.

51 أبو حلاوة، محمد السعيد عبد الجواد. (2006). علم النفس الإيجابي. الوقاية الإيجابية والعلاج النفسي الإيجابي مصدر ([www.gulfkids.com/pdf/elm-nafs.a.pdf](http://www.gulfkids.com/pdf/elm-nafs.a.pdf)).

52 ابو سريع أسامة، عيبر محمد أنور، صفاء اسماعيل مرسي. (2006). أثر برنامج تنمية المهارات الحياتية في تجويد جودة الحياة لدى تلاميذ المدارس التعليم العام بالقاهرة. وقائع ندوة علم النفس جودة الحياة. جامعة السلطان قابوس. عمان: 19، 17 ديسمبر.

53 الاشول، عادل عز الدين. (2005). نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي والنفسي والطبي. وقائع المؤتمر العلمي الثالث: الاتحاد النفسي والتربوي للنساء العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق، مصر 15-16 مارس.

54 إلهام فتحي شاهين. (2007). الفلسفة الوضعية عند أوغست كونت وأسباب ظهورها، مجلة كلية الدراسات الاسلامية، العدد36. صفحة 654-658.

55 الانصاري، هيفاء عبد الحسين. (2012). التدين وعلاقته بفاعلية الذات والقلق لدى ثلاث عينات كويتية. دراسات نفسية، 22(1)، ص: 149-180، مصر

56 ايت اعراب صابرينة، زناد دليلة. (2019). أثر استراتيجيات التنظيم الانفعالي على نوعية الحياة لدى المصابات بسرطان الثدي وأزواجهن أثناء فترة العلاج الكيميائي. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، المجلد (5). العدد (1) 2021. ص: 506-529.

57 بارون، خضر عباس. (2008). التدين وعلاقته بالصحة النفسية والقلق لدى المراهقين الكويتيين. المجلة التربوية، الكويت، 22(88)، ص: 13-47

- 58 بركات، زياد. (2006). الاتجاه نحو الالتزام الديني وعلاقته بالتكيف النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة القدس المفتوحة. رسالة ماجستير. طولكرم: جامعة القدس المفتوحة. فلسطين.
- 59 بوعود أسماء، طالب حنان. (2016)، التدين وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية الاجتماعية (التوافق الاجتماعي، تقدير الذات) عند عينة من طلبة الجامعة. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد 27 ص 143-157. الجزائر.
- 60 تركي مصطفى، (2017). الدين والتدين، الموقع الالكتروني السبيل <http://al-sabeel.net>
- 61 تغريد سليمان الشطي، سماح احمد الديب. (2003). معدلات السعادة لدى عينات عمرية متلفة من المجتمع الكويتي، مجلة دراسات نفسية، مج 13. ع4. الكويت.
- 62 تواتي حياة. (2018). مستوى المهارات الحياتية وعلاقته بجودة الحياة عند الطالب الجامعي في الجامعة الجزائرية. شهادة ماجستير في علم النفس، جامعة أبو بكر بالقائد- تلمسان
- 63 جارالله سليمان (2014)، منظور الزمن وعلاقته بالجلد في مواجهة الاحداث الصادمة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه تخصص علم النفس العيادي، كلية العلوم الاجتماعية-جامعة سطيف2-الجزائر
- 64 جبريل، عماد محمد (2007)، جودة الحياة وبعض المتغيرات الشخصية لدى فئتين من الألم المزمن مقارنة بأصحاء، رسالة ماجستير مقدمة لقسم علم النفس، جامعة المنوفية.
- 65 جسام، سناء أحمد (2009)، فاعلية برنامج ارشادي عقلائي انفعالي لتحسين جودة الحياة وبعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين، أطروحة الدكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- 66 جمال الدين، هبه (1991)، مؤشرات نوعية الحياة: بين البعد الموضوعي والبعد الذاتي. المجلة الاجتماعية القومية. القاهرة: المركز القومي للبحوث الاجتماعية والجنائية. المجلد (28) (3). ص67-87.
- 67 الجميح أحمد، كمال العنزي، صالح بن صالح، حجيلي فايز، السيارى عبدالله. (2011).
- 68 الجميلي، حكمت عبد الله. (2001). الالتزام الديني وعلاقته بالأمن النفسي لدى طلبة جامعة صنعاء. رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة صنعاء، اليمن
- 69 حافري زهية. (2019)، الإرجاعية مقارنة سيكودينامية، دراسة عيادية مقارنة، مجلة نفسانيات وأنام، المجلد 2، رقم 03 جامعة الجزائر2.

- 70 دراسة حول نوعية الحياة ومحدداتها لدى مرضى الديال الدموي في أحد مراكز الديال بالمملكة العربية السعودية. المجلة العربية لطب وزرع الكلى. المجلد الرابع. العدد الثالث، سبتمبر 2011م
- 71 دراسة طالب حنان (2014)، الذكاء الوجداني وعلاقته بكل من إجهاد الشفقة والجلد لدى الأخصائيين النفسانيين العياديين الممارسين، اطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في تخصص علم النفس العيادي. جامعة سطيف2- الجزائر -
- 72 الدليمي، ناهد عبد زيد وحسن، إيمان مخيل. (2012). تقدير الذات وعلاقته بجودة الحياة لطالبات جامعة بابل. مجلة جامعة بابل للعلوم الإنسانية. 20(4). 1126-1142
- 73 الراسبي، خميس سالم. (2006). تجربة وزارة التربية والتعليم في تعزيز جودة الحياة المتعلمين بمدارس السلطنة. ندوة علم النفس وجودة الحياة. جامعة السلطان قابوس، 17، 19 ديسمبر، عمان.
- 74 زعطوط رمضان (2013)، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه علوم، تخصص علم النفس الاجتماعي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح - ورقلة - الجزائر
- 75 زعطوط رمضان. (2013)، الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرضى ضغط الدم المرتفع (ورقلة)، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية - العدد 17 جامعة ورقلة الجزائر.
- 76 زياد بركات. (2006)، سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان -دراسة مقارنة بين الأفراد المصابين وغير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح بأبحاث.
- 77 زينب نوفل احمد راضي. (2008). الصلابة النفسية لدى امهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير منشورة، غزة - فلسطين.
- 78 السواح، فراس، دين الإنسان، منشورات علاء الدين، دمشق 1994م، 2002م
- 79 شبلي، براهيم، بلكل (2020)، التوجه نحو التدين (الظاهري والجوهري) وعلاقته بتقدير الذات.
- 80 صالح بن إبراهيم الصنيع، (2002): دراسات في علم النفس من منظور إسلامي، دار العلم للكتب، السعودية 82-30.
- 81 صالح، ناهد (1990) مؤشرات نوعية الحياة: نظرة عامة على المفهوم والمدخل، المجلة الاجتماعية القومية، المجلد (27)، العدد الثاني.



- 82 الصنيع، صالح إبراهيم. (2002). العلاقة بين مستوى التدين والقلق العام لدى عينة من طلاب جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض. مجلة جامعة الملك سعود، العلوم التربوية والدراسات الإسلامية . 14(1)، ص: 207-234
- 83 طالب حنان (2009)، مقارنة سيكود ينامية للجلد، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة فرحات عباس سطيف. الجزائر
- 84 الطلاع، محمد (2016)، الذكاء الروحي وعلاقته بالصمود النفسي لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة.
- 85 الطلاع، محمد. (2016). الذكاء الروحي وعلاقته بالصمود النفسي لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة. رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة، فلسطين.
- 86 عادل محمود محمد سليمان. (2003)، الرضا عن الحياة وعلاقته بتقدير الذات لدى مديري المدارس الحكومية ومديراتها في مديريات محافظات فلسطين الشمالية، اشراف غسان حسين الحلو، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين. 2003
- 87 عبد الخالق، أحمد محمد (2008). الرضا عن الحياة في المجتمع الكويتي. دراسات نفسية. 18(121-135).
- 88 عبد الخالق، احمد محمد. (2008). الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة الصادر عن منظمة الصحة العالمية، مجلة دراسات نفسية مج 18 (2). ص 247-157
- 89 عبد العال، تحية محمد أحمد ومظلوم، مصطفى علي رمضان (2013). الاستمتاع بالحياة في علاقته ببعض متغيرات الشخصية الإيجابية "دراسة في علم النفس الإيجابي". مجلة كلية التربية ببها. 2(93). 78-163
- 90 عبد العزيز محمود ابراهيم. (2001) قلق الموت وعلاقته بالتدين ومعنى الحياة لدى عمال مصنع فوسفات. الواد الجديد؛ ورقة مقدمة إلى المؤتمر الدولي السابع (بناء الإنسان لمجتمع أفضل). جامعة عين شمس. ص 417-445.
- 91 عذبة صلاح خضر خلف الله، (2015). جودة الحياة لدى اسر الأطفال ذوي الإعاقة الذهنية بمراكز التربية الخاصة محلية الخرطوم. رسالة ماجستير في الارشاد النفسي والتربوي، جامعة السودان للعلوم والتكنولوجيا، كلية التربية.
- 92 عصام أسامة، 2019. الدين الماهية التكوين، النشأة. الموقع الالكتروني المحطة

- 93 غرب، مازن، (2009) التوجه الديني للمرأة العراقية وانعكاسه على مظهرها الخارجي (محببة، غير محببة)، (مجلة البحوث التربوية والنفسية، جامعة بغداد، 23، (231-211)، العراق
- 94 فضيلة لحرمر. (2017)، التوظيف النفسي للجلد لدى الراشد المصاب بالسرطان دراسة عيادية من خلال اختباري الرورشاخ وتفهم الموضوع TAT، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكر-الجزائر.
- 95 فيصل القرشي، (2015). التدّين وعلاقته بكل من التفكير وفاعلية الذات لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة باتنة، الجزائر
- 96 القدرة، موسى صبحي موسى. (2007). الذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقته بالتدين وبعض المتغيرات، رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية غزة، فلسطين.
- 97 قنون خميسة. (2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى عينة من مرضى السرطان. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر-باتنة-الجزائر.
- 98 الكرخي، خنساء نوري. (2011). جودة الحياة لدى المرشدين التربويين وعلاقتها بالذكاء الانفعالي. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية الأساسية. جامعة ديالي
- 99 محمد أبو هاشم (2010)، النموذج البنائي للعلاقات بين السعادة النفسية والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وتقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية، العدد 81، يناير، جامعة الزقازيق مصر
- 100 محمد حامد الهنداوي، (2010) الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن الجودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظات غزة، دراسة ميدانية على عينة بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، جامعة الأزهر، غزة مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير. جامعة الخليل. فلسطين
- 101 محمود شريف. (1997م). مدير مستشفى معهد السرطان عام "مرض السرطان حقيقته" مجلة طببيك الخاص، دار الهلال للنشر، القاهرة، 1975م ص15.
- 102 مرزوق إيمان. (2018). المساندة الاجتماعية والتوجه الديني وعلاقته بمعنى الحياة لدى عينة من النساء المصابات في قطاع غزة. رسالة ماجستير، جامعة الأقصى. غزة.
- 103 مسعودي امحمد. (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، العدد 20، ص 203-220.

- 104 معمريه، بشير (د.ت). علم النفس الإيجابي، اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية. دراسات نفسية. 67-158
- 105 منظمة الصحة العالمية: المكتب الإقليمي لشرق البحر الأبيض المتوسط (1988). وذج المنهج الصحي المدرسي (مرشد المعلم). الإسكندرية: مصر
- 106 موسى صبحي القدرة. (2007). الذكاء الاجتماعي لدى طلبة الجامعة الإسلامية بغزة وعلاقته بالتدين وبعض المتغيرات، رسالة ماجستير، كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين. ص 31.
- 107 ميروح كريمة. (2010)، الرجوعية لدى المسنين في دار الشيخوخة، جامعة قسنطينة، قسم علم النفس، 2010 ص 126.
- 108 نعيمة، رغداء علي. (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق وتشيرين. مجلة جامعة دمشق، المجلد، 28 العدد الأول.
- 109 ولاء يوسف اطبيش (2021)، التدين وعلاقته بالصمود النفسي لدى عينة من الأسرى الفلسطينيين رسال ماجستير غير منشورة، في الارشاد النفسي والتربوي، بكلية الدراسات العليا، جامعة الخليل فلسطين.

## 2-المراجع الأجنبية

- 110 Alexander, John M., (2004) "Capabilities, Human Rights and Moral Pluralism.
- 111 American Psychological Association. 2013. The road to resilience: what is resilience?
- 112 American Psychological Association, Washington, D.C., USA. [online] URL: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
- 113 Amyot JJ, (2015) editor. UNIORPA, Société, individu, vieillissement : s'adapter ou changer de modèle. Paris : L'Harmattan ; 2015. 141p. (La gérontologie en actes).
- 114 Anaut M. (2012). Résilience affective. In Cyrulnik B. Jorland G. editors. La résilience :connaissances de base. Paris: Odile Jacob; 2012.p. 65-83
- 115 Anaut M. (2014). Humour et créativité avec l'avancée en âge. In Ploton L. 161-Cyrułnik B. (editors). Résilience et personnes âgées. Paris: Odile Jacob; 2014. p. 18-38.
- 116 Anaut M.(2008). La résilience: surmonter les traumatismes. Paris: Armand Colin; 2008. 128p. (128-psychologie).
- 117 Anaut Marie, 2007, La Resilience Surmonter Les Traumatismes Lyon-Anaut, M. (2003). La résilience, surmonter les traumatismes, Paris : Nathan Université.
- 118 Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. Recherche en soins infirmiers, 82, 4-11. <https://doi.org/10.3917/rsi.082.0004>.

- 119** Anaut, M. (2015). La résilience : évolution des conceptions théoriques et des applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 121, 28-39. <https://doi.org/10.3917/rsi.121.0028>.
- 120** Aziz, M. & Rouland, j. (2003). trends and advances in cancer survivorship research: challengeand opportunity. *Seminars in radiation oncology* 13(3)248-266.[online] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12903014>
- 121** Bales, Daniel L. (1996). *Seven religious theories*. Oxford. New York: Oxford University Press. ISBN 0-19-508725-9. Lay summary - Austin Klein, full product review.
- 122** Beers.M.H, 2008, *Encyclopedia Medical*, Edition topographia Varese
- 123** Bernhard Strauss et al, 2012; The Influence Of Resilience On Fatigue In Cancer Patients Undergoing Radiation Therapy (Rt) ; *J Cancer Res Clin Oncol*; 133:511–518
- 124** Betina Yanez, Elizabeth H. Thompson, Annette L. Stanton. (2011).Quality of life amongLatina breast cancer patients: a systematic review of the literature, *J Cancer Surviv* 5:191–207.
- 125** Bird CE, reiker pp. *Gender matters (1999) : an integreted model for understanding mens and Womens health*. *Social science&medecine*1999; 48(6): 745-755
- 126** Bonanno GA. Loss, (2004) Trauma, and Human Resilience: Have We Underestimated the Human Capacity to Thrive After Extremely Aversive Events? *American Psychologist*. Published online 2004:20-28. Doi:10. 1037/0003-066x.59.1.20
- 127** Bourbeau, Ph. (2016). La résilience en relations internationales : le côté clair et le côté obscur. Dans S. Ionescu (dir.), *Résiliences. Ressemblances dans la diversité* (p.283-297). Paris, France :Odile Jacob.
- 128** Braconnier, A. (1998). *Psychologie dynamique et psychanalyse*. Paris: Masson
- 129** Brown DW, Balluz LS, Giles WH, Strine TW, Moriaty DG, Croft JB, Mokdad AH. Association between short-and long-term unemployment and fréquent mental distress among a national sample of men and women. *journal of occupational and environmental médecine* 2003; 45(11): 1159-1166.
- 130** C. Allouch, M. Yahia, et al, (2012). Translation in Arabic, adaptation and validation of the SF-36 Health Survey for use in TunisiaTraduction en arabe, adaptation et validation de l'indice de qualité de vie SF-36 pour l'utilisation en Tunisie. *Nnals of Physical and Rehabilitation Medicine*. Volume 55, Issue 6, September 2012, Pages 388-403.
- 131** Campbell, A. (1981). *The sense of well-being in America: Recent patterns and trends*. New York: McGraw-Hill.
- 132** Campbell, A., Converse, P. E., & Rodgers, W. L. (1976). *The quality of American life: Perceptions,evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation .
- 133** Carneiro, É. M., Navinchandra, S. A., Vento, L., Timóteo, R. P., & Borges, M. de F. (2019). Religiousness/Spirituality, Resilience and Burnout in Employees of a Public Hospital in Brazil. *Journal of Religion and Health*, 58(3), 677–685. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0691-2>.
- 134** Ciccone Albert, Alain Ferrant,2009 *Honte, Culpabilité, et traumatisme .*
- 135** Clark, Pat. ,1995," *Risk and Resiliency in Adolescence: The Current*.

- 136 Claude De tychey. (2001) surmonter l'adversité: les fondement dynamique de la résilience. Cahier de psychologie clinique
- 137 Cohen, M., Baziliansky, S., & Beny, A. (2014). The association of resilience and age in individuals with colorectal cancer: An exploratory cross-sectional study. *Journal of Geriatric Oncology*, 5(1), 33–39. <https://doi.org/10.1016/>
- 138 Cohn, MA, Fredrickson, BL, Brown, SL, Mikels, JA et Conway, AM (2009). Bonheur débâllé : les émotions positives augmentent la satisfaction de vivre en renforçant la résilience. *Émotion*, 9 (3), 361–368.
- 139 Collection comprendre et agir, édition : septembre 2021 <https://www.fondationarc.org/cancer/cancer-le-diagnostic>
- 140 Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76–82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- 141 Costanzo Erin S. Sood Anil K.and Lutgendorf Susan K. (2011). Biobehavioral Influences on Cancer Progression. *Immunol Allergy Clin North Am*. February; 31(1): 109–132.
- 142 Cotton.S et al.,(2006). Spirituality and Religion in Patients with HIV/AIDS. *J Gen InternMed*. 21: S5–13
- 143 Crystal I. park (2003). the psychology of religion and positive psychology. psychology of religion. newsletter, volume 2 8, n o. 4, pp. 1-20. american psychological association division 36.
- 144 Csikszentmihalyi, M. (1996). *Creativity: Flow and the psychology of discovery and invention*. New York: HarperCollins
- 145 Cummins, R. A. (1996). The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Social Indicators Research*, 38 (1), 303-332.
- 146 Cyrulnik Boris, 2014, Interaction Précoces Et Niche Sensorielles, dans 1er congrès mondial sur la résilience ,Odile Jacob paris France.
- 147 Cyrulnik Boris, 2014, Interaction Précoces Et Niche Sensorielles, dans, 1er congrès mondial sur la résilience, Odile Jacob paris France
- 148 Cyrulnik, B. (2002). Art d'aider et résilience. *Revue de psychologie de la motivation* (34),
- 149 Cyrulnik, B. (2004). *Parler d'amour au bord du gouffre*. Paris : Odile Jacob.
- 150 Descartes, R. (1837). *Discourse on Method & Metaphysical Meditations*. London and Feling-on- Tyne. New York: 3 East 14th Street
- 151 Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 75, 542–575.
- 152 Diener, E. (2009). Subjective well-being. In E. Diener (Ed.), *the science of well-being: The collected works of Ed Diener* (pp. 11–58). Dordrecht, the Netherlands: Springer
- 153 Diener. Ed, Eunkook.M, Richard.E, Lucas, Heidil, Smith (1999): Subjective Well-Being- Three descades of progress, *Psychological Bulletin*, American psychological association, V1, N2,1999.

- 154** Diener.Ed,Richard.E, Lucas, and Andrew.E, Clark (2002):Unemployment alters the set-point for life satisfaction, departement psychology university of Illinois, USA. Dunod, Paris et al., Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology, N-Y: Cambridge University Press; 1990. p. 181-214.
- 155** Dubey Cathrine ; in JA, Yoon S, Lee CU, & al 2013 ; Résilience Face Au Cancer : Quel Prédicateurs ? reiso, revue d'information social ;21 novembre
- 156** El-Tayebani M. (2007). Quality of Life in Chronically Ill Patients: A Comparative Study between Schizophrenia and Diabetes Mellitus. Current Psychiatry. Vol. 14 No.3 November
- 157** El-Tayebani M. (2007).Quality of Life in Chronically Ill Patients: A Comparative Study between Schizophrenia and Diabetes Mellitus. Current Psychiatry. Vol. 14 No.3 November
- 158** Emmett, Gloria J., Family Rituals and Resilience: Relationship Among Measures- of Religiosity, Openness to Experience, and Trait Anxiety Doctor of Philosophy (Clinical Psychology), August 2000, 122 pp., 27 tables, 3 figures, references, 113 titles.
- 159** Eqbal Ghanim Ali Ma'ala ,Rafea Qadri Meteab, (2012).Assessment of Physical Quality of Life Domain of Adolescents with Acute Lymphocytic Leukemia at Teaching Hospitals in Baghdad City, kufa Journal for Nursing sciences , Volume: 2 Issue: 3 Pages: 129-137.
- 160** Fadel Hazzan' Ali al-Mohamed, Samira A. Gorgias ;( 2005). Assessment of Asthmatic Patients' Quality of Life in Jordan, Sci. J. Nursing/ Baghdad, Vol: 18, No.2.
- 161** Fayombo, G. (2010), The Relationship between Personality Traits and Psychological Resilience among the Caribbean Adolescents. International Journal of Psychological studies,
- 162** Felce, D., & Perry, J. (1995). Quality of life: Its definition and measurement. Research in Developmental Disabilities, 16, 51–74 For thcoming", The International Journal of Human.
- 163** Ferlay J, Clifford GM. Global burden of cancer attributable to infections in 2018: a worldwide incidence analysis. Lancet Glob Health. 2020;8(2):e180-e190 .
- 164** Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 (<https://gco.iarc.fr/today>, accessed February 2021).
- 165** Foster JH, pétersTj, marshallEj. Quality of life measures and outcome in alcohol-dependent men and women.alcohol2000 ; 22(1) :45-52
- 166** Fradelos, E. Latsou, D. Mits, D. and Tsaras, K. (2018), Assessment of the Relation between religiosity, mental health and psychological resilience on breast cancer patients. Contemp Oncol (Pozn), 22(3): 172-177 .
- 167** Fradelos, E. Latsou, D. Mits, D. and Tsaras, K. (2018), Assessment of the Relation between religiosity, mental health and psychological resilience on breast cancer patients. Contemp Oncol (Pozn), 22(3): 172-177.
- 168** Frankel, B. G., & Hewitt, W. E. (1994). Religion and Well-Being Among Canadian University Students: The Role of Faith Group on Campus. Journal for The Scientific Study of Religion, 33(1), 62-73

- 169** Fraser MW, Galinsky MJ, Richman JM. (1999). Risk, protection, and resilience: Toward a conceptual framework for social work practice. *Social Work Research*. Published online September 1, 1999:131-143. doi:[10.1093/swr/23.3.131](https://doi.org/10.1093/swr/23.3.131)
- 170** Freud, S. (1964). Moses and Monotheism. Standard Edition The Complete Psychological Works of Sigmund Freud. XXIII (1937-1939). London: Hogarth Press.
- 171** Gable, S.L., & Haidt, J. (2005). What (and Why) Is Positive Psychology? Review of General Psychology, Vol. 9, No. 2, 103–110.
- 172** Garmezy N, Masten A, Tellegen A (1984). The Study of Strength and Competence in Children: A Building Block for Developmental Psychopathology. *Child Dev.* 1984 Feb;55(1):97-111.
- 173** Garmezy N, Rutter M. (1983) (eds). Stress, Coping and Development in Children. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1983.382p.
- 174** Garmezy N. Competence and adaptation in adult schizophrenic patients and children at risk. In Dean S R, editor. Schizophrenia: The first ten Dean Award Lectures. NY: MSS Information Corp. 1973. p.163-204
- 175** Garmezy N. 1991 Resilience in children's adaptation to negative- life events and stressed environments. *Pediatr Ann.* 1991 Sep;20(9):459-60
- 176** Ghania Boufermel/Azieze. (2009); Dimension culturelle et processus de résilience: quel lien? Exemple de cas victime d'une catastrophe naturelle au sud algérien (ville de Ghardaïa) Université, sétif2 – Algérie
- 177** Ghobari, Mohamed (2003). roles of the social worker in the medical field, Alexandria: the modern university office.
- 178** Gilman, R., Easterbrooks, S, & Frey, M. (2004). A preliminary study of multidimensional life satisfaction among deaf/hard of hearing youth across environmental settings. *Social Indicators' Research*, 66, 143-166
- 179** Glatzer, Wolfgang, and Mohr, Hansm Michael, (1987), German Social Report in Social indicators research, Vol. (19), p, 1-171. P.16.
- 180** Gotay CC, Korn EL, McCabe MS et al. Quality-of-life assessment in cancer treatment protocols: research issues in protocol development. *J Natl Cancer Inst* 1992; 84:575-579 –
- 181** Gray NM, Hall SJ, Browne S, Macleod U, Mitchell E, Lee AJ, Johnston M, Wyke S, L Samuel, D Wellerand, Campbell NC. (2011). Modifiable and fixed factors predicting quality of life in people with colorectal cancer. *British Journal of Cancer* .104, 1697 – 1703
- 182** Greenfield, Stanley M., (1973), the Quality of Life Concept: A Potential New Tool for Decision-Makers· the Environmental Protection Agency, Office of Research and Monitoring, Environmental Studies Devision. On the websit: [books.google.com.kw](http://books.google.com.kw).
- 183** Guedeney N, A (2006 b) Separation? Attachment? Quelque éclairage par la théorie de l'attachement, Paris.
- 184** Harris, L. (2016), Effects of Gender and Spirituality on Adults' Resilience to Daily Non-traumatic Stressors. Walden University, PH.D.

- 185** Harris, L. (2016). Effects of Gender and Spirituality on Adults' Resilience to Daily Non-traumatic Stressors. Walden University, PH.D.
- 186** Heydarnejad MS, Dehkordi A Hassanpour, and Dehkordi K. (2011). Solati Factors affecting quality of life in cancer patients undergoing chemotherapy Afr Health Sci. June; 11(2): 266–270.
- 187** Hochmann, J. (2009). Chapitre IV. La dégénérescence revue et corrigée. Dans : , J. Hochmann, Histoire de l'autisme (pp. 121-134). Odile Jacob.
- 188** Hong, S. M., & Giannakopoulos, E. (1994). The relationship of satisfaction with life to personality characteristics. *The Journal of Psychology*, 128(5), 547-558.
- 189** Hood, R. W., Jr., Hill, P. C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion: An empirical approach* (4th ed.). New York : Guilford.
- 190** Ionescu s, et jourdan Ionescu, (2010), Entre enthousiasme et rejet : L'ambivalence Suscitée Par Le Concept De Résilience, bulletin de psychologie, vol.63 n°6, p401-403
- 191** Ionescu serban, (2012), Origine Et Evolution De Concept De Résilience, Dans résilience connaissance de basse, Odile Jacob, paris France j.jgo.2013.07.009
- 192** Jacques.P. (2001), Trauma et culture, de la mémoire collective à la reconstruction psychique
- 193** Jawad K. A. Al-Diwan, (2006). Health - Related Quality of Life of diabetic Adolescents in Iraq: A preliminary Report, Iraqi J. Comm. Med. JAN. 19 (1).
- 194** Jean-François Dortier, (2006) La psychologie de la religion, Pour quoi croit-on en Dieu ? Mensuel N° 172 - Juin 2006.
- 195** Johnson, J. L. (1999). Commentary Resilience as Transactional Equilibrium. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and Development. Positive Life Adaptation* (pp. 225-228). New York, Boston, Dordrecht, London, Moscow: Kluwer Academic/PlenumPublishers.
- 196** Jourdan-Ionescu, C., E. Palacio-Quintin, R. Desaulniers et G. Couture. (1998). Étude de l'interaction des facteurs de risque et de protection chez des jeunes enfants fréquentant un service d'intervention précoce. Rapport de recherche déposé au Conseil Québécois de la Recherche Sociale [CQRS], 145 p. Québec
- 197** Kenny Day. (2008) *Quality of Life in Epilepsy: The Role of Psychological Resilience* Submitted in Part-Fulfilment of the Doctorate in Clinical Psychology the University of Edinburgh 2008.
- 198** Khosravi, M. and Nikmanesh, Z. (2014), Relationship of Spiritual Intelligence With Resilience and Perceived Stress. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, Vol 8, Nu4(17), pp52-56
- 199** Kitayama, S., & Markus, H. R. (2000). The pursuit of happiness and the realization of sympathy: Cultural patterns of self, social relations, and well-being. In E. Diener & E. M. Suh (Eds.), *Culture and subjective well-being* (pp. 113–161). Cambridge, MA: MIT Press
- 200** Koenig HG. (2012). Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. *ISRN Psychiatry*. 2012 Dec 16;2012:278730. doi: 10.5402/2012/278730. PMID: 23762764; PMCID: PMC3671693.



- 201 Kreitler, S., Peleg, D., & Ehrenfeld, M. (2007). Stress, self-efficacy and quality of life in cancer patients. *Psycho-oncology*, 16, 329-341.
- 202 Lacave L, (2005), Les différents types du cancer, Edition Cuire, Paris, p.81
- 203 IarsanU, karlsson J, Sullivan M, (2002). impact of overweight and obesity on health-related quality of life –a Swedish population study. *International journal of obesity and related metabolic disorders* 2002 ;26(3) :21-31
- 204 Laufry dis ragnarsdottir; (2012) ; resilience in man with prostate cancer: relationship between resilience; social support; and distress; Reykjavik university; island
- 205 Lecomte Jacques, (2005) ; Les Caractéristiques Des Tuteurs De Résilience, Recherche en soins infirmiers N° 82 – septembre, ; p22-25.
- 206 Lecomte Jacques, 2004, Guérir De Son Enfance, Odile Jacob Paris France –
- 207 Lejeune A.2004 editor. Vieillesse et résilience. Marseille : Solal editeurs ; 2004. 230p
- 208 Lemay, M. (2001) a. « La résilience devant la violence ». *Revue québécoise de psychologie*, vol 22, no 1 (Ouin). Université du Québec à Montréal.
- 209 Leplege A (1993), Les mesures de la qualité de vie, Que sais-je ? Paris.
- 210 Leplege A, Ecosse E, Pouchot TJ, Coste J, (2001). *Le questionnaire MOS SF-36 manuel de l'utilisateur et guide d'interprétation des scores*. ESTEM Segalen.
- 211 Lourel, M. (2007). La qualité de vie liée à la santé et l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin. *Recherche en soins infirmiers*, 88, 4-17. <https://doi.org/10.3917/rsi.088.0004>.
- 212 Low, C. A., & Handal, P. j. (1995). The Relationship Between Religion and Adjustment to College. *Journal of College Student Development*, 36(5), 406-412.
- 213 Lucas, R. E. (2005). Time does not heal all wounds: A longitudinal study of reaction and adaptation to divorce. *Psychological Science*, 16, 945–950.
- 214 Lucas, R. E. (2007). Long-term disability has lasting effects of subjective well-being: Evidence from two nationally representative panel studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92, 717–730.
- 215 Lucas, R. E., Clark, A. E., Georgellis, Y., & Diener, E. (2003). Reexamining adaptation and the set-point model of happiness: Reactions to changes in marital status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 527–539.
- 216 Lucy E Selman et al. (2011). Quality of life among patients receiving palliative care in South Africa and Uganda: a multi-centred study, *Health and Quality of Life Outcomes*, 9:21.
- 217 Luthar, S. S., Cicchetti, D. et B. Becker (2000), « The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work », dans *Child Development*, vol. 71 no 3, p. 543-562
- 218 M. Joseph Sirgy (2021), *The Psychology of Quality of Life, Wellbeing and Positive Mental Health Third Edition*, Social Indicators Research Series (83).
- 219 Malcolm-Shookner (1991), *The quality of life in Ontario*, Ontario Social development, Social planning network of Ontario, Spring (1991).

- 220** Man Cheung Chung, (1997),"A critique of the concept of quality of life", International Journal of Health Care Quality Assurance, Vol. 10 Iss 2 pp. 80 - 84  
Permanent link to this document
- 221** Manciaux, M. et al. (2001). La résilience : résister et se construire. Genève: Cahiers Médicaux Sociaux
- 222** Marik PE. (2006). Management of the critically ill geriatric patient. Crit Care Med 2006; 34: S176–82.
- 223** Mark Rapley, (2003)."Quality of life Research ", SAGE Publications, London
- 224** Martin j.b. taphoorn, eefje m. sizoo, andrew bottomley,(2010). Review on Quality of Life Issues in Patients with Primary Brain Tumors, The Oncologist:618–626.
- 225** Martin, CM. (2018). Resilience and health (care): A dynamic adaptive perspective. J Eval Clin Pract. 2018 ; 24 : 1319– 1322. <https://doi.org/10.1111/jep.13043>
- 226** Martine.E, Steyart.M, Deccache.A. (2005), Favoriser la résilience de l'enfant migrant primo-arrivant et de sa famille...Rapport de recherche Projet UNISOL-UCL
- 227** Martínez-Martí, ML, & Ruch, W. (2017). Les forces de caractère prédisent la résilience au-delà de l'affect positif, de l'auto-efficacité, de l'optimisme, du soutien social, de l'estime de soi et de la satisfaction de vivre. *Le Journal de la psychologie positive*, 12 (2), 110–119.
- 228** Masten A, Tellegen A, (2012) Resilience in developmental psychopathology: Contribution of the Project Competence Longitudinal Study. Dev Psychopathol. 2012 May;24(2):345-61.
- 229** Masten A. Ordinary magic (2014) : Resilience in development. New-York: Guilford Press; 2014. 370p.
- 230** Masten A. Ordinary magic, (2001): Resilience processes in development. Am Psychol. 2001 Mar;56(3):227-38.
- 231** Masten AS, Tellegen A. (2012). Resilience in developmental psychopathology: Contributions of the Project Competence Longitudinal Study. Dev Psychopathol. Published online April 17, 2012:345-361. doi:10.1017/s095457941200003x
- 232** Masten AS. (2013). Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. Child Dev. Published online December 16, 2013:6-20. doi:10.1111/cdev.12205-
- 233** Masten, A. S. 2011. Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. Development and Psychopathology, 23, 493-
- 234** Merki, M., & Merki, D. (1994). Health: A guide to wellness. New York: Glencoe, Macmillan/McGraw-Hill.
- 235** Parkin, D. M.; Khlat, M. (May 1996). "Studies of cancer in migrants: rationale and methodology". European Journal of Cancer (Oxford, England: 1990). 32A (5): 761–771. doi:10.1016/0959-8049(96)00062-7. ISSN 0959-8049. PMID 9081351.
- 236** Ploton L, Cyrulnik B. (editors). Résilience et personnes âgées. Paris : Odile Jacob ; 2014. 296p.

- 237 Pourtois JP. Et Desmet H. (2000) Relation familiale et résilience. Paris : L'Harmattan ; 2000. 276p. (savoirs et société). © Association de Recherche en Soins Infirmiers | Téléchargé le 04/07/2021 sur www.cairn.info par benalia khiali.
- 238 Pukleina violeta; starkauskiene victorija. (2011). Quality of life: factors determining its measurement complexity. *Inzinerine Ekonomika-engineering Economics* ,22(2), 147-156.
- 239 Ramy H, AbouZeid M, Abou El Ella I, Mohamed A. (2007). Quality of Life and Mood Disorders: A Comparative Study between Unipolar Disorder, Bipolar Disorder and Schizophrenia *Current Psychiatry*. Vol. 14 No.3 November.
- 240 Ries L AG, Melbert D, Krapcho M et al. SEER cancer statistics review, 1975–2005. Bethesda, MD: 2008.
- 241 Riff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081
- 242 Robert Peter Gale <https://www.msmanuals.com/ar/home/> (ادلة) MSD موقع
- 243 Rohrbaugh, J., & Jessor, R. (1975). Religiosity in Youth: A personal Control Against Deviant Behavior. *Journal of Personality*, 43(1), 136–155.
- 244 Roos, c. (2006), religion and psychological distress, *journal for the scientific study of religion*, vol (29). No (2), 236-245
- 245 Rutter M, (1998): English and Romanian Adoptees (ERA) Study Team. Developmental catch-up, and deficit, following adoption after severe global early privation. *J Child Psychol Psychiat*. 1998 May;39(4):465-76.
- 246 Rutter M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms, in Rolf J.
- 247 Rutter M. (1990). Psychosocial resilience and protective mechanisms, in Rolf J. et al., *Risk and Protective Factors in the Development of Psychopathology*, N-Y: Cambridge University Press; 1990. p. 181-214
- 248 Rutter M. Resilience (1993): Some Conceptual Considerations. *J Adolescent Health*. 1993 Dec;14(8);626-31.
- 249 Rutter, M. 2013. Annual research review: Resilience - clinical implications. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54, 474-487.
- 250 Rutter, Michael; (1987); Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol 57(3), Jul, 316-331. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
- 251 Sadlier, K. (2013). 35. Résilience. Dans : Marianne Kédia éd., *L'Aide-mémoire de psychotraumatologie : En 49 notions* (pp. 249-253). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.segui.2013.01.0249>
- 252 San Jose B, Vande MH, Van Overs JA, Mackenbach JP, Garresten HF. The U-Shaped curve: various health measures and alcohol drinking patterns. *Journal of studies on alcohol* 1999; 60(6)725-731
- 253 Sandhya Pruthi, mayo clinic <https://www.mayoclinic.org/ar/biographies/pruthi-sandhya-m-d/bio-20053925> . Accessed 24/02/2022a16h.00.
- 254 Seligman, M. E. P. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: The Free Press –

- 255 Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5–14.
- 256 Sharpe, Matthew 2013, Stoic virtue ethics, in *Handbook of virtue ethics*, ACUMEN Publishing, Durham, England, pp.28-41.
- 257 Siddiq, A. and Jahan, A. (2018), The relationship between Spirituality and Resilience. *International Research Journal*, Vol. 5, pp39-45.
- 258 Sirgy MJ, Samli AC, Meadow HL. (1982) The Interface between Quality of Life and Marketing: A Theoretical Framework. *Journal of Marketing & Public Policy*. 1982;1(1):69-84. doi:10.1177/074391568200100106
- 259 Sirgy, M. J. (2002). *The psychology of quality of life*. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- 260 Soanes, C., & Stevenson, A. (2006). *Oxford dictionary of English* (2nd Ed). Oxford, UK 23 Oxford University Press
- 261 Sohee Park , Jisuk Bae, Byung-Ho Nam, Keun-Young Yoo.(2008)"Aetiology of cancer in Asia". *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, pp 80-371, PMID 18990005.
- 262 Somos, A. (2020), The impact religious and resilience psychological wellbeing among international students Hungary.
- 263 Spilker B. (1996). *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Second ed. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1996
- 264 Springers MA, de Regt EB, Andries F, van Agt HM, Bijl RV, deBoer M, Hoeymans N, Jacobs AE, Kempen GL, Miedema HS, TjHuis MA, de Hea HC. Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of clinical épidémiologie* 2000 ; 53(9) : 895-403.
- 265 Stewart B (2014). *World Cancer Report 2014*. World Health Organization, pp 33-124. [ISBN 9789283204299](https://doi.org/10.1182/9789283204299).
- 266 Taylor, S.J. & Bogdan R. 1996. Quality of life and the individual's perspective. In *Quality of Life: Conceptualization and measurement*. Ed. R. Schalock. American Association on Mental Retardation. Washington D.C
- 267 Taylor, W.; Dean, S. & Siegert, R. (2006). Differential association of general and Health self-efficacy with disability health related quality of life and psychological distress from musculoskeletal pain in a cross-sectional general adult population survey. *Pain*, 125 (3), 225-232.
- 268 the american heritage dictionary, (1982) second college edition, Boston: Houghton Mifflin company.
- 269 Ungar, M. (2008), « Resilience across cultures », dans *British Journal of Social Work*, vol. 38 no 2, p. 218-235 University Press (4ème édition, 2000)
- 270 Update in lung cancer 2007". *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*. 177 (9): 941–6. May 2008. doi:10.1164/rccm.200801-107UP.
- 271 Vaillant G.E. (1993-2000). *The Wisdom of the Ego*. USA Cambridge, Harward
- 272 Vanistendael, S. & LECOMTE, J., *Le bonheur est toujours possible : construire la résilience*, Paris, Bayard, 2000.

- 273 Viktor Frankl Institute. (2010). Life and work chronology [Data file]. Retrieved from <http://www.viktorfrankl.org/e/chronology.html>
- 274 Virginia Polytechnic Institute and State University Blacksburg, VA, USA <https://doi.org/10.1007/978-3-030-71888-6>
- 275 Vreeke, G.J., Janssen, S., Resnick, S., & Stolk J. (1997). The quality of life of people with mental retardation: in search of an adequate approach. *International Journal of Rehabilitation Research*. Vol 20. 280-301
- 276 Wafaa Abdul Aziz Mostafa, Mohammad Yousif Almkhtar, (2012). Quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus in Mosul, *Ann. Coll. Med. Mosul*; 38 (1): 20-26).
- 277 Wafaa M. Al Attar, (2005). Quality of Life Assessment for Patients with Colorectal Cancer, *Sci. J. Nursing/ Baghdad*, Vol. 18, No.2
- 278 Ware, E, Snow K, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 health survey manual and interpretation guide*. Boston MA: the health institute, new england medical center, 1993.
- 279 Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M., & Gandek, B. (1993), *SF-36® Health Survey Manual and Interpretation Guide*. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute.
- 280 Werner E. (2005) What can we learn about resilience from large scale longitudinal studies? In Goldstein S, Brooks RB. editors. *Handbook of Resilience in Children*. New York: Springer US; 2005. p. 91-105.
- 281 Werner E. Children of the Garden Island. *Scientific American*. 1989 Apr;(4):107-111 longitudinal study. *Dev psychopath*; 1993; fall:5(4). p.503-15
- 282 WHOQOL Group (1995). The World Health Organisation Quality of Life Assessment
- 283 Windle, G., Bennett, K. M. et J. Noyes (2011), « A methodological review of resilience measurement scales », dans *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 9 no 8, p. 1-18.
- 284 World Health Organization. (2007). *Basic documents*. 46th ed. Geneva: World Health Organization; 2007.
- 285 World Health Organization; 2020, <https://www.who.int/ar/news-room/factsheets/detail/cancer>.
- 286 Xiaodong Wang, Jun Tian; 2011; A Path Analysis Method for Measuring the Resilience of Cancer Patients; 2School of Public Health, Fujian Medical University, Fuzhou, China.
- 287 Young, O. (2010), The relationship between positive emotions & psychological resilience in persons experiencing traumatic crisis. Unpublished Ph. D. Capella University, United States
- 288 Yuill.C, Crinson.L and Duncan.E (2010). Key concepts in health studies. <http://www.knowledge.sagepub.com> (consulted le 25/03/2014)

### 3 المواقع الإلكترونية

[https://nasainarabic.net/main/articles/view/cancer-species-stage-diagnosis-and-treatment\\*\\*](https://nasainarabic.net/main/articles/view/cancer-species-stage-diagnosis-and-treatment**)

<https://www.webteb.com/cancer/diseases/2022/10/20> تاريخ الولوج الى الموقع

// تاريخ الولوج الى الموقع 2022/02/20 الساعة 23. <https://www.cancer.gov>

Le site Internet du National Cancer Institute (<https://www.cancer.gov>)

موقع الموسوعة العربية (2015) . . . . . <http://www.arab-ency.com/ar> -  
: <https://mawdoo3.com> - عبد الرحيم باشا على الموقع الالكتروني.

القاموس الحر على شبكة المعلومات الدولية  
العربية، لاروس

<http://www.thefreedictionary.com/quality+of+life>

. <http://www.arabpsynet.com>

([http://en.wikipedia.org/wiki/Quality\\_of\\_life](http://en.wikipedia.org/wiki/Quality_of_life)) - موقع ويكيبيديا على الشبكة الدولية للمعلومات

<http://www.saaaid.net/tabeeb/72.htm> - سعيد بن صالح بن حسين الحمدان

[http/ - elmahatta.com/religion-essence-composition-origin](http://elmahatta.com/religion-essence-composition-origin) .

## الملحق (1) دليل المقابلة نصف موجهة

التقديم في المقابلة التمهيدية
<p>سيدي سيدتي: السلام عليكم اسمي.....تخصصي.....</p> <p>نحن بصدد اجراء دراسة ميدانية حول نوعية حياة المتعلقة بصحتك تحت العلاج الكيميائي وايضا التعرف مدى قدرتك على مقاومة هذا الداء والصبر والثبات ومد تحملك للعلاج وتبعاته، وكيف هي حياتك الروحية والايمانية، ومدى تأثير المرض على حياتك الاسرية والمهنية والاجتماعية، حالتكم المادية والنفسية، ومدى رضاكم عن الخدمات الصحية المقدمة لكم وماهي متطلبات العلاج والرعاية الصحية حسب رأيكم.</p> <p>والهدف الاساسي لهذه المقابلة هو نقل تجربتكم الذاتية مع المرض الى مرضى آخرين يستفيدون منها وكيف هي نظرتكم الى المستقبل،</p> <p>الغرض من هذا البحث العلمي ايضا هو الاستفادة من تجربتكم ومطالبكم في اثناء البرامج الوطنية المهمة بتحسين نوعية حياتكم الصحية وحياة مرضى آخرين، وتطوير العلاجات للحد من انتشار هذا المرض ولما لا القضاء عليه نهائيا، لان هناك تطورات واكتشافات علاجية جديدة تحت التجريب، ونحن كمسلمين نؤمن بذلك</p> <p>..... نشكرك على تفهمك وتعاونك الايجابي.....</p>

محاوِر المقابلة	السؤال العام	الأسئلة المكتملة (امثلة)	الأسئلة التوضيحية(امثلة)
المحور البدني	كيف حالك(ي) اليوم؟	هل نمت بشكل جيد البارحة؟	هل كان ذلك بسبب الألم؟ ام هو خوف من الحصة العلاجية؟ ام كانت هناك مشكلة اخرى؟
	هل هناك أنشطة انت(ي) معتاد على القيام بها داخل او خارج المنزل؟	هل تسمح لك(ي) صحتك البدنية بإنجاز هذه النشاطات كلها؟	هل يمكنك ان التوضيح أكثر؟
	هل تستطيع(ي) الصلاة والصيام؟	هل يمكنك المشي في كل وقت لأداء الصلاة والنهوض مبكرا؟	هل تستطيع السجود والركوع؟
	كيف كان شعورك(ي) اثناء التشخيص وبعده؟	هل شعرت بالحزن والأسى؟ هل شعرت بالإحباط؟ هل شعرت بالاكئاب؟	هل يراودك هذا الشعور حتى اليوم؟

			المحور السيكولوجي
هل تشعر (ي) بالحيوية والنشاط؟	هل تشعر بالتعب والانهك؟	ما هو السبب في ذلك حسب رأيك؟	
هل انت عصبي؟	هل انت سريع الغضب؟	منذ متى وانت كذلك قبل او بعد المرض؟	
هل تؤمن بالله؟	هل تذهب للعرافين والعلاج الشعبي؟	هل تؤمن بان الله قادر على شفائك؟	
هل تخاف الله؟	هل تخشى الله سرا وعلانية؟	هل تعتقد في القضاء والقدر؟	المحور الروحي
الى من تتوجه عندما تضيق بك الدنيا؟	هل تدعو الله كثيرا؟	هل تعتقد بان دعائك سيستجاب له في يوم ما؟	
هل تؤدي كل العبادات؟	هل تحث اهلك على العبادات؟	هل تصلي الصلاة في وقتها؟	
هل لديك أصدقاء؟	كم عددهم؟ وهل يزورك؟	هل تتلقى الدعم اللازم منهم؟	
هل تعتمد اسرتك على ارائك في حل مشاكلهم؟	هل تهتم بكل ما يدور في اسرتك؟	هل انت مهاب وقراراتك حازمة؟	
هل انت (ي) دائما من المدعوين للحفلات والمناسبات؟	هل تحضر هذه الحفلات؟	هل يمكنك التوضيح أكثر؟	المحور العلائقي والدور الاسري
هل تتلقى (ي) الدعم اللازم من اسرتك؟	هل تشعر بحزنهم اتجاهك؟	هل يمكنك توضيح ذلك أكثر؟	
كيف هي علاقتك (ي) الزوجية؟	هل هناك ود وتعاطف بينكما؟	هل كان اول شخص اخبرته بمرضك؟	
هل تتواصل (ين) مع جمعيات خيرية	هل تحب مساعدة الغير	هل يمكن ان نفهم لماذا؟	
هل تحس (ين) بالأمان خصوصا في ظل ازمة كوفيد19؟	هل تعتقد بانك مهدد للإصابة بمرض آخر؟	ايهما أخطر على حياتك في رأيك؟	
كيف هي ظروف السكن لديك (كي)؟	هل هو واسع ودافئ؟	هل يمكنك التوضيح؟	المحور البيئي المادي
هل لديك (كي) صعوبة في التنقل للكشف والعلاج؟	هل تمتلك وسيلة نقل؟	من يتكفل بنقلك؟	
هل لديك صعوبات مهنية ومادية؟	هل راتبك الشهري يكفي مصاريف العلاج والعائلة؟	هل هناك مساعدات مادية من الأصدقاء المقربين والعائلة؟	



هل يمكنك التوضيح؟	هل تتوقع بان تسوء حالتك الصحية؟	كيف هي صحتك بشكل عام؟	محور الصحة العامة
هل يمكنك التوضيح أكثر؟	هل حدث ذلك بسبب العلاج، ام لأسباب أخرى؟	كيف ترى صحتك (ي) مقارنة بالعام الماضي؟	
هل تعتقد بانك شخص قوي؟	هل تحب مواجهة التحديات؟	هل تشعر (ي) بانك مسيطر على أمور حياتك؟	محور المواجهة وقوة الصبر
كيف تنظر الى المستقبل؟	هل تعتقد بانك ستشفى من هذا المرض؟	هل تفقد (ي) الامل عندما تواجه أمور صعبة؟	
هل يمكنك التوضيح أكثر؟	هل تشعر بان المرض هزمك؟	هل انت (ي) من الأشخاص الذين يستسلمون بسهولة؟	
هل يمكنك التوضيح أكثر؟	كيف يتعامل الطاقم الصحي معك؟	هل انت (ي) راض (ية) عن الرعاية الصحية المقدمة لك؟	رضا المريض عن الرعاية الصحية
لماذا حسب رأيك؟	هل موعد العلاج يسير بشكل منتظم؟	هل الدواء متوفر؟	
هل انت راض عن ذلك؟	من يتكفل بذلك؟	هل النقل الصحي متوفر؟	
ماذا تقترح؟	هل يمكنك ان تحدد لنا اهم ما ينقصك؟	هل انت راض بشكل على ما يوفره قطاع الصحة من خدمات للمرضى؟	

نشكركم (ي) على تعاونكم، نلتقي انشاء الله في الموعد القادم، للاطمئنان عليك ولاستكمال حديثنا.

عفاك الله وشفاك.

## (2) الملحق

## الترخيص لاستخدام مقياس المسح الصحي sf36



**NON-COMMERCIAL LICENSE AGREEMENT**  
**Office of Grants and Scholarly Research (OGSR)**

**License Number:** QM058015

**Licensee Name:** Khiali Benalia c/o Université de Ahmed ZABANA Relizane

**Licensee Address:** BP 48000, Cité Bourmadia, W. Relizane DZ

**Approved Purpose:**

**Purpose:** Health-related quality of life and its relationship to psychological resilience in a sample of cancer patients

**Study Type:** Non-commercial academic research and/or thesis – Unfunded Student

**Data Collection Method:** Paper

**Therapeutic Area:** Cancers

**Indication:** Cancer--Coping with Cancer

**Royalty Fee:** None, because this License is granted in support of the non-commercial Approved Purpose

**Study Term:** 01/01/22 and ending on 12/31/22

**A. Effective Date:** This Non-Commercial License Agreement (the "Agreement") from the Office of Grants and Scholarly Research (OGSR) is made by and between QualityMetric Incorporated, LLC, a Delaware limited liability company, with offices at 1301 Atwood Avenue, Suite 216E, Johnston, RI 02919 dba QualityMetric ("QualityMetric") and Licensee. This Agreement is entered into as of the date of last signature below and is effective for the Study Term set forth on page one of this agreement.

**B. Appendices:** Capitalized terms used in this Agreement shall have the meanings assigned to them in Appendix A, Appendix B and Appendix D. Licensee agrees the study information completed on Appendix D – Project details form (Questionnaire) is for non-commercial use. The appendices attached hereto are incorporated into and made a part of this Agreement for all purposes.

**C. Grant of License:** Subject to the terms of this Agreement, QualityMetric Incorporated, LLC grants to Licensee a non-exclusive, non-transferable, non-sublicensable worldwide license to use, solely for the Approved Purpose and during the Study Term. The Licensed Surveys, Software, SMS Scoring Solution, and all intellectual property rights related thereto ("Survey Materials"), in the authorized Data Collection Method, Modes of Administration, and Approved Languages indicated on Appendix B; and to administer the Licensed Surveys only up to the total number of Administrations (and to make up to such number of exact reproductions of the Licensed Surveys necessary to support such Administrations) in any combination of the specific Licensed Surveys and Approved Languages, Data Collection Method, and Modes of Administration.

**D. Electronic Signature:** The parties agree that execution of this Agreement by e-Signatures (as defined below) shall have the same legal force and effect as the exchange of original signatures.


Pursuant to this Agreement, e-Signatures shall mean a signature that consists of one or more letters, characters, numbers or other symbols in digital form incorporated in, attached to or associated with the electronic document, that (a) is unique to the person making the signature; (b) the technology or process used to make the signature is under the sole control of the person making the signature; (c) the technology or process can be used to identify the person using the technology or process; and (d) the electronic signature can be linked with an electronic document in such a way that it can be used to determine whether the electronic document has been changed since the electronic signature was incorporated in, attached to or associated with the electronic document.



EXECUTED by the duly authorized representatives as set forth below.

**QualityMetric Incorporated, LLC**

**Khiali Benalia c/o Université de Ahmed ZABANA Relizane**

Signature:   
Name: Gus Gardner  
Title: CEO  
Date: 16-Feb-2022

Digitally signed by Gus Gardner  
DN: cn=Gus Gardner, o=QualityMetric, ou=QualityMetric, email=gus.gardner@qualitymetric.com

Signature:   
Name: khiali benalia  
Title: PhD student  
Date: 13/02/2022



This is to certify that the IQOLA Project has prepared a true translation from English (for the United States) into Arabic (for Algeria) of the SF-36v2<sup>®</sup> Health Survey. The translation was developed using the standard IQOLA translation methodology, which involves multiple independent forward translations by in-country native speakers; reconciliation of the translations into one form; backward translation of this translation into English to check for conceptual equivalence; and qualitative debriefing tests with a small number of native Arabic speakers in Algeria. Further details of the IQOLA translation process can be found in the following peer-reviewed article:

Bullinger M, Alonso J, Apolone G, Lepège A, Sullivan M, Wood-Dauphinee S, et al.  
Translating health status questionnaires and evaluating their quality: The International Quality of Life Assessment Project approach. J Clin Epidemiol 1998; 51:913-923.

Sincerely,

Barbara Gandek, M.S.  
Director, IQOLA Project

SF-36<sup>®</sup> and SF-36v2<sup>®</sup> are trademarks of the Medical Outcomes Trust.

الملحق رقم (3)

مقياس المسح الصحي الاصيلي

SF-36v2® HEALTH SURVEY (ONE-WEEK RECALL)

SCRIPT FOR INTERVIEW ADMINISTRATION

**These first questions are about your health now.**

**Please try to answer as accurately as you can.**

1. **In general, would you say your health is . . .** *[READ RESPONSE CHOICES]*  
*(Circle one number)*  
 Excellent..... 1  
 Very good..... 2  
 Good ..... 3  
 Fair ..... 4  
 or Poor ..... 5
  
2. **Compared to one week ago, how would you rate your health in general now?**  
**Would you say it is.** *[READ RESPONSE CHOICES]*  
*(Circle one number)*  
 Much better now than one week ago..... 1  
 Somewhat better now than one week ago ..... 2  
 About the same as one week ago..... 3  
 Somewhat worse now than one week ago ..... 4  
 or Much worse now than one week ago..... 5

**Now I'm going to read a list of activities that you might do during a typical day.**

**As I read each item, please tell me if your health now limits you a lot, limits you a little, or does not limit you at all in these activities.**

- 3a. **First, vigorous activities, such as running, lifting heavy objects, participating in strenuous sports. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** *[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*  
*[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: Is that because of your health?]*  
*(Circle one number)*  
 Yes, limited a lot ..... 1  
 Yes, limited a little..... 2

3b. No, not limited at all.....3  
 . . . **moderate activities, such as moving a table, pushing a vacuum cleaner, bowling, or playing golf. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: Is that because of your health?]

(Circle one number)

Yes, limited a lot .....1  
 Yes, limited a little.....2  
 No, not limited at all.....3

3c. . . . **lifting or carrying groceries. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: Is that because of your health?]

(Circle one number)

Yes, limited a lot .....1  
 Yes, limited a little.....2  
 No, not limited at all.....3

3d. . . . **climbing several flights of stairs. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: Is that because of your health?]

(Circle one number)

Yes, limited a lot .....1  
 Yes, limited a little.....2  
 No, not limited at all.....3

3e. . . . **climbing one flight of stairs. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: Is that because of your health?]

(Circle one number)

Yes, limited a lot .....1  
 Yes, limited a little.....2  
 No, not limited at all.....3

3f. . . . **bending, kneeling, or stooping. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: *Is that because of your health?*]

(Circle one number)

- Yes, limited a lot ..... 1
- Yes, limited a little..... 2
- No, not limited at all..... 3

3g. . . . **walking more than a mile. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: *Is that because of your health?*]

(Circle one number)

- Yes, limited a lot ..... 1
- Yes, limited a little..... 2
- No, not limited at all..... 3

3h. . . . **walking several hundred yards. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: *Is that because of your health?*]

(Circle one number)

- Yes, limited a lot ..... 1
- Yes, limited a little..... 2
- No, not limited at all..... 3

3i. . . . **walking one hundred yards. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: *Is that because of your health?*]

(Circle one number)

- Yes, limited a lot ..... 1
- Yes, limited a little..... 2
- No, not limited at all..... 3

3j. . . . **bathing or dressing yourself. Does your health now limit you a lot, limit you a little, or not limit you at all?** [READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]

[IF RESPONDENT SAYS S/HE DOES NOT DO ACTIVITY, PROBE: *Is that because of your health?*]

(Circle one number)

- Yes, limited a lot ..... 1
- Yes, limited a little..... 2
- No, not limited at all..... 3

The following four questions ask you about your physical health and your daily activities.

4a. **During the past week, how much of the time have you had to cut down on the amount of time you spent on work or other daily activities as a result of your physical health?** [READ RESPONSE CHOICES]

(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

4b. **During the past week, how much of the time have you accomplished less than you would like as a result of your physical health?** [READ RESPONSE CHOICES]

(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

4c. **During the past week, how much of the time were you limited in the kind of work or other regular daily activities you do as a result of your physical health?** [READ RESPONSE CHOICES]

(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

4d. **During the past week, how much of the time have you had difficulty performing work or other regular daily activities as a result of your physical health, for example, it took extra effort?** [READ RESPONSE CHOICES]



(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

**The following three questions ask about your emotions and your daily activities.**

5a. **During the past week, how much of the time have you had to cut down the amount of time you spent on work or regular daily activities as a result of any emotional problems, such as feeling depressed or anxious? [READ RESPONSE CHOICES]**

(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

5b. **During the past week, how much of the time have you accomplished less than you would like as a result of any emotional problems, such as feeling depressed or anxious? [READ RESPONSE CHOICES]**

(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

5c. **During the past week, how much of the time did you do work or other regular daily activities less carefully than usual as a result of any emotional problems, such as feeling depressed or anxious? [READ RESPONSE CHOICES]**

(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time ..... 5

6. **During the past week, to what extent has your physical health or emotional problems interfered with your normal social activities with family, friends, neighbors, or groups? Has it interfered . . .** [READ RESPONSE CHOICES]

(Circle one number)

- Not at all ..... 1
- Slightly ..... 2
- Moderately ..... 3
- Quite a bit ..... 4
- or Extremely ..... 5

7. **During the past week, how much did pain interfere with your normal work, including both work outside the home and housework? Did it interfere . . .** [READ RESPONSE CHOICES]

(Circle one number)

- Not at all ..... 1
- A little bit..... 2
- Moderately ..... 3
- Quite a bit ..... 4
- or Extremely ..... 5

8. **How much bodily pain have you had during the past week? Have you had . . .** [READ RESPONSE CHOICES]

(Circle one number)

- None ..... 1
- Very mild..... 2
- Mild..... 3
- Moderate..... 4
- Severe..... 5
- or Very severe ..... 6

**The next questions are about how you feel and how things have been with you during the past week.**

**As I read each statement, please give me the one answer that comes closest to the way you have been feeling; is it all of the time, most of the time, some of the time, a little of the time, or none of the time?**

- 9a. **How much of the time during the past week . . . did you feel full of life?**  
*[READ RESPONSE CHOICES]*
- (Circle one number)*
- All of the time ..... 1  
 Most of the time..... 2  
 Some of the time ..... 3  
 A little of the time ..... 4  
 or None of the time..... 5
- 9b. **How much of the time during the past week . . . have you been very nervous?**  
*[READ RESPONSE CHOICES]*
- (Circle one number)*
- All of the time ..... 1  
 Most of the time..... 2  
 Some of the time ..... 3  
 A little of the time ..... 4  
 or None of the time..... 5
- 9c. **How much of the time during the past week . . . have you felt so down in the dumps that nothing could cheer you up?** *[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*
- (Circle one number)*
- All of the time ..... 1  
 Most of the time..... 2  
 Some of the time ..... 3  
 A little of the time ..... 4  
 or None of the time..... 5
- 9d. **How much of the time during the past week . . . have you felt calm and peaceful?**  
*[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*
- (Circle one number)*
- All of the time ..... 1  
 Most of the time..... 2  
 Some of the time ..... 3  
 A little of the time ..... 4  
 or None of the time..... 5
- 9e. **How much of the time during the past week . . . did you have a lot of energy?**  
*[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*
- (Circle one number)*
- All of the time ..... 1  
 Most of the time..... 2  
 Some of the time ..... 3  
 A little of the time ..... 4  
 or None of the time..... 5

9f. **How much of the time during the past week . . . have you felt downhearted and depressed?** *[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*

*(Circle one number)*

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

9g. **How much of the time during the past week . . . did you feel worn out?** *[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*

*(Circle one number)*

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

9h. **How much of the time during the past week . . . have you been happy?** *[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*

*(Circle one number)*

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

9i. **How much of the time during the past week . . . did you feel tired?** *[READ RESPONSE CHOICES ONLY IF NECESSARY]*

*(Circle one number)*

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

10. **During the past week, how much of the time has your physical health or emotional problems interfered with your social activities like visiting with friends or relatives? Has it interfered . . .** *[READ RESPONSE CHOICES]*

(Circle one number)

- All of the time ..... 1
- Most of the time..... 2
- Some of the time ..... 3
- A little of the time ..... 4
- or None of the time..... 5

**These next questions are about your health and health-related matters.**

**Now, I'm going to read a list of statements. After each one, please tell me if it is definitely true, mostly true, mostly false, or definitely false. If you don't know, just tell me.**

11a. **I seem to get sick a little easier than other people. Would you say that's . . .**  
*[READ RESPONSE CHOICES]*

(Circle one number)

- Definitely true ..... 1
- Mostly true ..... 2
- Don't know ..... 3
- Mostly false ..... 4
- or Definitely false ..... 5

11b. **I am as healthy as anybody I know. Would you say that's . . .**  
*[READ RESPONSE CHOICES]*

(Circle one number)

- Definitely true ..... 1
- Mostly true ..... 2
- Don't know ..... 3
- Mostly false ..... 4
- or Definitely false ..... 5

11c. **I expect my health to get worse. Would you say that's . . .** *[READ RESPONSE CHOICES]*

(Circle one number)

- Definitely true ..... 1
- Mostly true ..... 2
- Don't know ..... 3
- Mostly false ..... 4
- or Definitely false ..... 5

11d. **My health is excellent. Would you say that's . . .** *[READ RESPONSE CHOICES]*

(Circle one number)

- Definitely true ..... 1

Mostly true .....	2
Don't know .....	3
Mostly false .....	4
or Definitely false .....	5

#### الملحق رقم (4)

**Sf36 المترجم الى اللغة العربية (جزائري) من طرف فريق**

**Quality metric**

**صحتك ورفاهيتك**

يطرح هذا الإستبيان أسئلة تتعلق بأرائك حول صحتك. سوف يمكن هذا الإستبيان من التعرف على شعورك وإحساسك وعلى مدى قدرتك على القيام بأنشطتك العادية. شكرا لإستكمال هذا الإستبيان!

لكل من الأسئلة التالية الرجاء وضع هذه العلامة ☒ في المربع الأكثر ملاءمة لجوابك.

بصفة عامة، هل تعتبر أن صحتك:

سيئة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا	ممتازة
▼	▼	▼	▼	▼
5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

2. مقارنة بما كانت عليه منذ أسبوع، ما هو تقييمك لصحتك بصفة عامة في الوقت الحاضر؟

أسوأ بكثير الآن مما كانت عليه منذ أسبوع	أسوأ إلى حد ما الآن مما كانت عليه منذ أسبوع	تقريبا مثلما كانت عليه منذ أسبوع	أحسن إلى حد ما الآن مما كانت عليه منذ أسبوع	أحسن بكثير الآن مما كانت عليه منذ أسبوع
▼	▼	▼	▼	▼
5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>

**3. تتعلق الأسئلة التالية بالنشاطات التي يمكنك إنجازها خلال يوم عادي. هل صحتك تعيقك حاليا في القيام بالنشاطات التالية؟ إن كان كذلك، فإلى أي مدى؟**

لا، لا تعيقني بالمرّة	نعم، تعيقني قليلا	نعم، تعيقني كثيرا
▼	▼	▼

- ا. الأنشطة المرهقة، مثل العدو ورفع الأشياء الثقيلة  
ممارسة الرياضات المرهقة ..... 1  ..... 2  ..... 3
- ب. الأنشطة المتوسطة القوة كتنقل طاولة أو دفع مكنسة  
كهربائية أو ركوب الدراجة أو السباحة ..... 1  ..... 2  ..... 3
- ج. رفع أو حمل مواد غذائية ..... 1  ..... 2  ..... 3
- د. صعود أدراج عدة طوابق ..... 1  ..... 2  ..... 3
- هـ. صعود أدراج طابق واحد ..... 1  ..... 2  ..... 3
- و. الإنحناء، الركوع أو الإنحناء مع ثني الركبتين ..... 1  ..... 2  ..... 3
- ز. المشي أكثر من كيلومتر واحد ..... 1  ..... 2  ..... 3
- ح. المشي مئات الأمتار ..... 1  ..... 2  ..... 3
- ط. المشي مائة متر ..... 1  ..... 2  ..... 3
- ي. الاستحمام أو ارتداء الثياب ..... 1  ..... 2  ..... 3

**4. خلال الأسبوع الماضي، كم مرة واجهت أيًا من الصعوبات التالية أثناء قيامك بعملك أو بأنشطتك العادية اليومية الأخرى بسبب صحتك الجسدية؟**

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
▼	▼	▼	▼	▼

- ا. خفضت من حجم الوقت الذي تقضيه  
في العمل أو في أنشطة أخرى ..... 1  ..... 2  ..... 3  ..... 4  ..... 5
- ب. أنجزت أقل مما تريد ..... 1  ..... 2  ..... 3  ..... 4  ..... 5
- ج. كنت محدودا في نوع العمل أو  
أنشطة أخرى ..... 1  ..... 2  ..... 3  ..... 4  ..... 5
- د. واجهت صعوبة في إنجاز العمل أو  
أنشطة أخرى (مثلا، تطلب ذلك  
جهدا إضافيا) ..... 1  ..... 2  ..... 3  ..... 4  ..... 5

5. خلال الأسبوع الماضي، كم مرة واجهت أيا من الصعوبات التالية أثناء قيامك بعملك أو بأنشطتك العادية اليومية الأخرى بسبب مشاكلك العاطفية (مثل الإحساس بالإكتئاب أو القلق)؟

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
▼	▼	▼	▼	▼

ا. خفضت من حجم الوقت الذي تقضيه في العمل أو في أنشطة أخرى.....1 □.....2 □.....3 □.....4 □.....5 □

ب. أنجزت أقل مما تريد.....1 □.....2 □.....3 □.....4 □.....5 □

ج. أنجزت عملا أو أنشطة أخرى بانتباه أقل من المعتاد.....1 □.....2 □.....3 □.....4 □.....5 □

6. خلال الأسبوع الماضي، إلى أي مدى أعاقك صحتك الجسدية أو مشاكلك العاطفية أنشطتك الإجتماعية العادية مع العائلة والأصدقاء والجيران أو الجماعات؟

لا شيء	قليلا	بنسبة معتدلة	كثيرا	بنسبة عالية جدا
▼	▼	▼	▼	▼
1 □	2 □	3 □	4 □	5 □

7. ما هي درجة الألم الجسدي الذي أحسست به خلال الأسبوع الماضي؟

منعدم	خفيف جدا	خفيف	معتدل	حاد	حاد جدا
▼	▼	▼	▼	▼	▼
1 □	2 □	3 □	4 □	5 □	6 □

8. خلال الأسبوع الماضي إلى أي مدى أعاق الألم عملك العادي (بما في ذلك عملك خارج البيت وداخله)؟

لا شيء	قليلا	بنسبة معتدلة	كثيرا	بنسبة عالية جدا
▼	▼	▼	▼	▼
1 □	2 □	3 □	4 □	5 □



9. تتعلق الأسئلة التالية بشعورك وبتدبيرك الأمور خلال الأسبوع الماضي. بالنسبة لكل سؤال، الرجاء إعطاء الجواب الأقرب من شعورك. خلال الأسبوع الماضي، كم مرة...

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
▼	▼	▼	▼	▼
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
ا. شعرت بأنك مليء بالحيوية؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
ب. كنت شديد العصبيّة؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
ج. كنت شديد الكآبة إلى درجة أنه لم يعد يفرحك أي شيء؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
د. شعرت بالهدوء والطمأنينة؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
هـ. شعرت أن لديك الكثير من الطاقة؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
و. شعرت بالحزن والإكتئاب؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
ز. شعرت بالإرهاق؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
ح. كنت سعيدا؟				
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □
ط. شعرت بالتعب؟				

10. خلال الأسبوع الماضي، كم مرة أعاقك صحتك الجسدية أو مشاكلك العاطفية أنشطتك الإجتماعية (مثل زيارة الأصدقاء والأقارب،... الخ)؟

أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
▼	▼	▼	▼	▼
5 □	4 □	3 □	2 □	1 □

11 ما هو مدى صحة أو خطأ كل من التصريحات التالية بالنسبة لك؟

صحيح بالتأكيد	صحيح إجمالاً	لا أعرف	خاطئ إجمالاً	خاطئ بالتأكيد
------------------	-----------------	---------	-----------------	------------------

- ا. يبدو أنني أمرض بسهولة أكثر بقليل  
من الآخرين.....1  .....2  .....3  .....4  .....5
- ب. صحتي جيدة كصحة جميع الذين أعرفهم.....1  .....2  .....3  .....4  .....5
- ج. أتوقع أن صحتي سوف تسوء.....1  .....2  .....3  .....4  .....5
- د. صحتي ممتازة.....1  .....2  .....3  .....4  .....5

### الملحق (5) sf36

مقياس نوعية الحياة المتعلقة بالصحة المترجم والمستعمل في الدراسة

سيدي، سيدتي السلام عليكم

سيدي، (سيدتي). السلام عليكم قبل أن تبدأ، نود أن نطلب منك الإجابة عن بعض الأسئلة العامة عن نفسك:  
من خلال وضع دائرة حول الإجابة التي تتاسبك أو ملء الفراغ.  
السن..... / الجنس..... / الحال العائلية: متزوج - عازب  
المهنة..... / المستوى الدراسي..... / منذ متى وانت مريض.....  
نوع المرض..... / نوع العلاج.....  
عدد الأولاد.....

الهدف من الاستبيان التعرف على شعورك وتقييمك لنوعية حياتك وصحتك ومجالات اخرى من حياتك.  
نرجو منك الإجابة على جميع الاسئلة بوضع علامة (X) في الخانة التي تتاسبك وإذا لم تكن متأكدا من الإجابة  
فيرجى اختيار الرد الأكثر ملاءمة. مع العلم أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة

1- بشكل عالم كيف ترى حالتك الصحية؟ ضع علامة X امام الاجابة المناسبة

-  ممتازة. -  جيدة جدا. -  جيدة. -  لا باس بها. -  سيئة.

2- بشكل عام كيف تقيم حالتك الصحية مقارنة بالعام الماضي.؟

-  أفضل بكثير من العام الماضي. -  أفضل نوعا ما من العام الماضي. -  تقريبا نفس الشيء.  أسوأ نوعا من العام الماضي. -  اسوأ بكثير مما كانت عليه في العام الماضي



الصحة الجسمية والنفسية

6- خلال الاربعة اسابيع الماضية الى أي مدى تعارضت صحتك الجسمية والنفسية مع تأديتك لنشاطك الاجتماعية المعتادة مع العائلة والاصدقاء او الجيران او اي مناسبات اجتماعية اخرى؟ اختر اجابة واحدة وضع علامة X امام الاجابة المناسبة.

لم يكن هناك اي تعارض اطلاقاً.  كان هناك تعارض قليل.  كان هناك تعارض متوسط.

كان هناك تعارض كبير.  كان هناك تعارض كبير جداً.

7- شدة الالم

ما شدة الالم الجسمي الذي عانيت منه خلال الاسبوع الرابع الماض

لم يكن هناك اي الم.  كان هناك الم خفيف جداً.  كان هناك الم خفيف.

كان هناك الم متوسط.  كان هناك الم شديد.  كان هناك الم شديد جداً.

8- خلال الاربع الاسبوع الماضية الى اي مدى ادى الالم الجسمي الى تقييدك عن اداء اعمالك المعتادة سواء داخل المنزل او خارجه؟ اختر اجابة واحدة وضع علامة X امام الاجابة المناسبة

لم يكن هناك اي تقييد.  كان هناك تقييد قليل جداً.  كان هناك تقييد قليل.

كان هناك تقييد كبير.  كان هناك تقييد كبير جداً.

9- الاسئلة الموالية تتعلق بكيفية شعورك وسير الامور معك خلال الاربع اسابيع الماضية، الرجاء اعطاء اجابة واحدة لكل سؤال بحيث تكون الاجابة أقرب الى الحالة التي كنت تشعر بها، اختر اجابة واحدة وضع علامة X امامها

خلال الاربع اسابيع الماضية كم من الوقت.	في كل وقت	في معظم الاوقات	في كثير من الاوقات	في بعض الاوقات	في قليل من الاوقات	لم اشعر في اي وقت من الاوقات
ا-شعرت بانك مليء بالحيوية والنشاط؟						
ب-كنت شخصاً عصيباً جداً؟						

						ج-شعرت بحالة من الاكتئاب لدرجة ان لا أحد يمكنه ادخال السرور اليك؟
						د- شعرت بالهدوء والطمأنينة؟
						هـ-كانت لديك طاقة كبيرة؟
						و- شعرت بالإحباط واليأس؟
						ز-شعرت بأنك منهك (استنفذت قواك)؟
						ح- شعرت بانك شخص سعيد؟
						ط-شعرت بانك تعبان؟

10 خلال الاربع اسابيع الماضية كم من الوقت الذي تعارضت فيه صحتك الجسمية او مشاكلك النفسية مع نشاطاتك الاجتماعية (مثل زيارة الاصدقاء والاقارب وغير ذلك)؟ ضع علامة X امام الإجابة المناسبة

كان التعارض في كل وقت.  كان التعارض في معظم الاوقات.  كان التعارض في بعض الاوقات

كان التعارض في قليل من الاوقات.  لم يكن هناك تعارض في اي وقت من الاوقات.

صحيحة بلا شك	صحيحة بلا شك	لا اعلم	غالبا خطأ	بلا شك خطأ	11- ما مدى صحة او خطأ كل من العبارات التالية (ا، ب، ج، د) بالنسبة لحالتك الصحية؟ ضع X امام الاجابة المناسبة
					أ- يبدو انني اصاب بالمرض أسهل من الاخرين؟
					ب- حالتي الصحية مساوية لأي شخص اعرفه؟
					ج- اتوقع ان تسوء حالتي الصحية؟
					د- حالتي الصحية ممتازة؟

.....شكرا لتعاونك .....

## الملحق (6)

## مقياس الالتزام الديني (التدين)

اخفي (تي) فيما يلي مجموعة من العبارات تمثل بعض السلوكيات قد تقوم بها، المطلوب منك قراءة كل عبارة بإمعان واختيار اجابة واحدة بكل صراحة تتناسب وسلوكك، بوضع علامة X داخل الخانة المناسبة. وتأكد بأن اجابتك ستوظف لأغراض علمية وتبقى موضع سرية.

الرقم	العبارات	ابدا	نادرا	أحيانا	كثيرا	دائما
1	أذهب الى العرافين عندما يضيق بي الامر					
2	أَحْسَنَ (أَزَيْنَ) صلاتي اذا شعرت ان الناس ينظرون إلي.					
3	أَسُبُّ خالقي (الله سبحانه وتعالى) أثناء الغضب الشديد.					
4	أصاب بالقلق عندما أتذكر بأن كل شيء مُقَدَّر.					
5	أُخصص وقتا للتدبُّر في مخلوقات الله سبحانه وتعالى.					
6	اقتدي ببعض أعمال الرسل صلوات الله عليهم.					
7	أكثر من العبادات عندما اتذكر الملائكة وكيف يعبدون الله.					
8	أعتقد ان القرآن الكريم صالح لكل زمان ومكان.					
9	أفتقد مراقبة الله في كل اعمالي.					
10	أتهاون عن أداء الصلوات المفروضة في أوقاتها.					
11	أصوم شهر رمضان فقط.					
12	أتكاسل عن صلاة قيام الليل (التهجد).					
13	أتباطأ في إخراج الصدقات.					
14	أقتدي بالنبي صلى الله عليه وسلم في جميع الامور.					
15	أؤدي الصلوات المفروضة بخشوع.					
16	اشعر بالسعادة عندما أنفق أموالي في سبيل الله.					
17	أفكر في أداء فريضة الحج في اول فرصة ممكنة.					
18	أحرص على أداء صلاة النافلة.					
19	أخلف الوعد حتى ولو كنت أستطيع الوفاء به.					
20	أتكاسل عن قراءة ما تيسر من القرآن كل يوم.					
21	امتنع عن مساعدة الفقراء والمساكين.					
22	أقطع (لا أزور) ارحامي(أقاربي) بسبب ما يصدر عنهم.					
23	أشعر بالحسرة والندامة إذا لم أستطع تغيير المنكر.					
24	أصبر على ما اصابني من مكروه.					
25	أغتنم ساعات إجابة الدعاء لأدعو الله فيها.					
26	أصاب بالغضب الشديد عندما تُنتهك حرمان الله سبحانه وتعالى.					

					27	أُتَقِنُ عملي عندما أكون مع الناس.
					28	أحصل على أموالني بطرق مُحَرَمَة
					29	أشارك أصدقائي في التحدث عن شخص غائب (الغيبَة)
					30	أتمنى زوال النعمة عن الآخرين.
					31	أتعاطى الخمر أو المخدرات لأنسى همومي.
					32	امتنع عن سماع الموسيقى والأغاني.
					33	أتعهد جيرانني في السراء والضراء.
					34	ابتعد عن النميمة (الإيقاع بين الناس)
					35	أمتنع عن التجسس عن الآخرين
					36	امتنع عن الكذب في كل الاحوال.

.....شكرا لتعاونك.....

.....

## الملحق (7)

### مقياس الجلد (CD-RISC). (Connor-Davidson Resilience Scale)

مقياس .. (الجلد النفسي)

سيدي..... سيديتي.....

يهدف هذا المقياس إلى التعرف على مستوى الصمود و التحمل لديك وعلى هذا الاساس نرجو منك (ي)إفادتنا بالإجابة التي تعبر بصدق وموضوعية عن ما تشعر به أو تشعرين به وهذا بوضع علامة (x) أمام الاختيار الذي يعبر عن رأيك (ي). تأكد من إجابتك(ي) على كل العبارات . كما نعلمك (ي) بأن إجابتك ستحاط بالسرية التامة . وتأكد(ي) أنك(ي) بهذا ستساهم في إنجاح العمل المذكور وخدمة اهداف البحث العلمي.

ندعو لك ولكي العلي القدير أن يشفيك ونشكرك على تعاونك

صحيح تماما	صحيح	حيادي	غير صحيح	غير صحيح تماما	العبارات
					1 أستطيع التكيف مع الاحداث المتقلبة
					2 لدي علاقات وثيقة وأطمئن لها
					3 أشعر بالفخر لإنجازاتي
					4 أعمل من أجل تحقيق أ هدافي
					5 أحس بأنني مسيطر على مسار حياتي
					6 أشعر بأن أهدافي واضحة المعالم
					7 أنظر إلى الجانب المضحك من الأشياء
					8 أعتقد أن الأمور تحدث لأسباب غيبية
					9 أعمل وفق حدسي نحو الأشياء
					10 أستطيع التعامل مع مشاعري الغير سارة
					11 أومن بالقضاء والقدر وأن الله سيساعدني
					12 أستطيع التعامل مع المشكلات والمواقف الجديدة
					13 النجاحات السابقة تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة
					14 التعامل مع ضغوط الحياة يعزز قوتي
					15 أحب مواجهة التحديات
					16 أتخذ قرارات صعبة وغير مقبولة اجتماعيا
					17 أعتقد في نفسي أنني شخص قوي
					18 عند ما تبدو الأمور ميؤوس منها لا أفقد الأمل
					19 أبذل قصارى جهدي مهما كانت الظروف
					20 أستطيع تحقيق أهدافي
					21 لا استسلم بسهولة للفشل
					22 أميل إلى استعادة توازني بعد المشقة والمرض
					23 خلال أوقات الشدة أعرف الى اين أتجه للحصول على المساعدة
					24 تحت الضغط أستطيع التركيز والتفكير بوضوح
					25 أفضّل أن أخذ زمام المبادرة لحل المشاكل

.....شكرا لتعاونك.....



الملحق رقم (8)

ترخيص بإجراء الدراسة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية  
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

المؤسسة العمومية الاستشفائية بأفلو  
الرقم/..... 580.

تعليمة مصالحة

بناء على الطلب الوارد الينا من طرف السيد خيالي بن عليّة: طالب دكتوراه بجامعة احمد زبانة غيليزان، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية (بناء على شهادات التسجيل الجامعية)، المتضمن السماح له بإجراء دراسة ميدانية، بمصلحة طب الأورام. المعنونة ب: نوعية الحياة المتعلقة بالصحة وعلاقتها بالجلد والتدين لدى عينة من مرضى السرطان.

واستنادا اليه

يسمح للمعني بإجراء الدراسة المذكورة أعلاه ابتداء من اول أكتوبر 2021م الى غاية نهاية المهمة.

ملاحظة: على المعني بالأمر احترام النظام الداخلي للمؤسسة.

أفلو في: 01.10.2021

  
(مضام: طهارى - س)