

## فاعلية برنامج ارشادي نفسي انتقائي لتعزيز الدعم الاجتماعي المدرک وتحسين نوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية.

د/ يزيد بن محمد حسن الشهري

أستاذ الصحة النفسية المشارك

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية والإعلام

جامعة جدة - المملكة العربية السعودية

### المخلص:

هدف هذا البحث إلى التعرف على فاعلية برنامج إرشادي نفسي انتقائي في تعزيز الدعم الاجتماعي المدرک وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من أسر مرضى السكتات الدماغية. تكونت العينة من (٤٠) فردًا من آباء وأمهات أسر مرضى السكتات الدماغية، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٣٠-٤٥) سنة، وتم تقسيمهن إلى مجموعتين هما: (٢٠) فردًا يمثلون المجموعة التجريبية بواقع (١٠ آباء، ١٠ أمهات)، و(٢٠) فردًا يمثلون المجموعة الضابطة بواقع (١٠ آباء، ١٠ أمهات)، وتم إجراء التجانس والتكافؤ بين المجموعتين على متغيري الدعم الاجتماعي المدرک ونوعية الحياة. وقد تم قياس أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي المدرک ومقياس نوعية الحياة قبل البرنامج وبعده، في حين تم القياس التتبعي للمجموعة التجريبية بعد أربعة أسابيع من انتهاء البرنامج وأظهرت نتائج الدراسة وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي. كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستويي دلالة (٠,٠٠١، ٠,٠٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات) لصالح المجموعة التجريبية. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) بين متوسطي رتب درجات

أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات) لصالح المجموعة التجريبية. كما توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات) في القياسين البعدي والتتبعي. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة (الآباء) في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، بينما لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة (الأمهات). وأخيراً توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياسي الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة تبعاً للنوع (الآباء، الأمهات).

#### الكلمات المفتاحية:

البرنامج الإرشادي الانتقائي - الدعم الاجتماعي المدرك - نوعية الحياة - أسر

مرضى السكتات الدماغية

## فاعلية برنامج ارشادي نفسي انتقائي لتعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية.

د/ يزيد بن محمد حسن الشهري

أستاذ الصحة النفسية المشارك

قسم علم النفس - كلية العلوم الاجتماعية والإعلام

جامعة جدة - المملكة العربية السعودية

### المقدمة:

تعد السكتات الدماغية هي السبب الثالث المؤدي للموت في المملكة العربية السعودية بحسب إحصائية وزارة الصحة السعودية. وهي حالة طبية طارئة تتطلب عناية طبية فورية. يمكن أن يكون لها آثار مدمرة على حياة الشخص، ليس فقط على المريض نفسه ولكن أيضاً على عائلته. وتحدث السكتة الدماغية عندما يمنع شيء ما إمداد الدم إلى جزء من الدماغ أو عندما ينفجر أحد الأوعية الدموية في الدماغ. وفي كلتا الحالتين، تتلف أجزاء من الدماغ أو تموت. (وزارة الصحة السعودية، ١٤٤٣)

تؤدي رعاية أسر مرضى السكتات الدماغية دوراً مهماً في مساعدة المرضى على التعافي وتحسين نوعية حياتهم، من خلال توفير الدعم العاطفي والمساعدة العملية والتثقيف والدعم، يمكن لأسر مرضى السكتات الدماغية إحداث فرق حقيقي في حياة أحبائهم. إلا أن الأسر بطبيعتها تتأثر نفسياً واجتماعياً من مرض أحد أفراد الأسرة والذي بلا شك يتطلب مواجهه فاعلة من قبل الأسرة لكي تتمكن من التكيف النفسي الفعال مع ظروف الحياة الجديدة. إن أمراض الأوعية الدموية تنهي حياة العديد من الأفراد في جميع أنحاء العالم، الأغنياء والفقراء على حد سواء، وغالبا ما يحتاج أولئك الذين ينجون من نوبة قلبية أو جلطة دماغية إلى تلقي علاج طبي طويل الأمد، فهذه الأمراض يمكن أن تؤثر بشكل خطير على حياة المريض وأسرته ومجتمعه. (World Health Organization, 2018)

وتُعد السكتات الدماغية السبب الرئيس الثاني للوفاة عالمياً والسبب الرئيس الثالث للعجز، وتعتبر أيضاً سبب رئيس للخرف والاكتئاب، وتحدث السكتة الدماغية غالباً للناس

الذين يعيشون في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط، وتؤثر بشكل رئيس على الأفراد في ذروة حياتهم الإنتاجية. (World Health Organization, 2016)

وقد وصلت السكتات الدماغية بالفعل إلى مستويات وبائية؛ إذ إن واحدًا من كل ستة أشخاص في جميع أنحاء العالم يُصابون بجلطة دماغية في حياتهم، وخمسة عشر مليون شخص في جميع أنحاء العالم يُعانون من السكتة الدماغية في كل عام، و (٥,٨) مليون شخص يموتون منها. وهي السبب الرئيس الثاني للوفاة بين الأشخاص فوق سن الستين، والسبب الرئيس الخامس لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين خمسة عشر عامًا وتسعة وخمسين عامًا. وفي الولايات المتحدة، تعتبر السكتات الدماغية السبب الثالث الأكثر شيوعًا للوفاة؛ حيث لا يتم تجاوزها إلا بالسرطان وأمراض القلب، وتنتهي حياة كل ثلاث دقائق. (World Stroke Organization, 2018)

تشيع نسبة السكتات الدماغية في البلدان المتقدمة؛ حيث يبلغ خطر الإصابة بها حوالي ٢٠% من النساء و ١٥% من الرجال والعديد من الناجين لديهم آثار عصبية أو نفسية أو إدراكية. وبما أن الزيادة في عدد الحالات يستلزم إعادة تأهيل شاملة وعلاج طويل الأمد، فإنَّ السكتة الدماغية هي عبء كبير على كل من المريض ونظام الرعاية الصحية (Graff, & Vestergaard, 2017)

وتعرف السكتة الدماغية بالموت المفاجئ لبعض خلايا الدماغ بسبب نقص الأكسجين، والتي تحدث نتيجة انقطاع إمداد الدم إلى الدماغ، وعادةً بسبب انفجار الأوعية الدموية أو انسدادها بواسطة السكتة، وهذا يقلل من إمدادات الأكسجين والمواد الغذائية، مما يسبب ضررًا بأنسجة المخ، وإن أكثر أعراض السكتة الدماغية شيوعًا هو ضعف مفاجئ أو خدر في الوجه أو الذراع أو الساق، وغالبًا ما يكون ذلك على جانب واحد من الجسم، وتشمل الأعراض الأخرى الارتباك، وصعوبة التحدث أو فهم الكلام، وصعوبة في الرؤية في عين واحدة أو كلتا العينين، وصعوبة في المشي، والدوخة، وفقدان التوازن أو التناقص، وصداع حاد دون سبب معروف، والإغماء أو فقدان الوعي. وتعتمد آثار السكتة الدماغية على أي جزء من الدماغ. مصاب، وكيف يتأثر بشدتها، ويُمكن أن تسبب الموت المفاجئ (WHO, 2018)

والنوعان الرئيسان من السكتات هما السكتات النزفية (Hemorrhagic)، وسببها حدوث نزيف دموي في المخ، والدم الذي ينزف يتراكم خلال المخ؛ مما يضع ضغطًا على

أنسجة المخ المحيطة ويدرهما والسكتات الإقفارية (Ischemic) ، وهي تلك التي تسد الوعاء الدموي وتعرض تدفق الدم. ويمكن الحد من السكتات، حيث عوامل الخطورة التي يمكن الحد منها بواسطة العلاج بالأدوية أو التغيير في أسلوب الحياة الذي يتضمن وجود ضغط دم مرتفع وتدخين السجائر، ومرض السكري، ومستويات كولسترول أعلى في الدم كارلسون (WHO,2018).

تعد الأسرة أولى مصادر الدعم والمساندة بالنسبة للأفراد، فهي وحدة المجتمع الأولى، وحلقة الوصل بين الفرد والمجتمع، والى جانب الحديث أو الإشارة إلى أهمية الأسرة البالغة في تشكيل شخصية الفرد، فإن تأثير الأسرة بمرض افراد الأسرة يمتد إلى أبعد من ذلك حيث الضغوط الاجتماعية والنفسية والمادية والاقتصادية. فقد اهتم الكثير من علماء النفس بمعرفة وفحص العوامل والمتغيرات النفسية والاجتماعية التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسمية رغم تعرضهم للضغوط ومن بين تلك العوامل التي حظيت باهتمام الباحثين وتم دراستها على نحو واسع، عامل الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجهة وكذا نوعية الحياة.

تؤدي البيئة الاجتماعية المحيطة بأسر مرضى السكتات الدماغية دورا مهما في الصحة الاجتماعية لتعافي الأسرة فالدعم الاجتماعي المدرك يرتبط بمدى إدراك الفرد للإمكانيات الفعلية للمصادر المتاحة المادية والمعنوية والمعلوماتية في البيئة الاجتماعية للفرد والتي يمكن استخدامها للمساعدة خاصة شبكة العلاقات الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد وتضم هذه الشبكة في الغالب الأسرة والأصدقاء والزملاء وحسب نموذج الأثر الواقعي من الضغط للزاروس ولوتير ( Lazarus Launier ) الذي يفترض أن أحداث الحياة المثيرة التي يتعرض لها الأفراد ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والجسمية، وإن العلاقات الاجتماعية المساندة تقي الفرد وتحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للضغط ومن تم فإن الدعم الاجتماعي المدرك وفقا لهذا النموذج يرتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يواجهون أحداث مثيرة للضغط. (مريم سكيريفة، منصور زاهي، ٢٠١٥: ٢٣٥)

ويُعد الدعم الاجتماعي المدرك متغيراً مهماً للوقاية وتنمية الصحة النفسية والعضوية والرضا عن الحياة والآخرين ودعم المشاعر والمعاني الايجابية فهو يحسم ويعدل من

استراتيجيات المواجهة وإدارة الضغوط وهو من أهم المتغيرات في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية حيث أثبتت الدراسات العلمية والطبية والوبائية الحديثة الفوائد الصحية والوقائية والإنمائية للدعم الاجتماعي على صحة وسلامة العقل والجسم (يخلف ٢٠٠١: ١٤١).

أكدت دراسة باندي (Pandey, 2018) أن استخدام استراتيجيات المواجهة أعلى في المرضى الذين كانوا أعضاء في جماعات المساندة الاجتماعية مقارنة بمن اعتمدوا فقط على أسرهم وأصدقائهم، وكذلك وجود مشاعر سلبية وتشاؤم لدى العينة غير المنضمين إلى جماعات المساندة، واستخدام التفاوض كاستراتيجية للمواجهة للضغوط أكثر في حالة المرضى الذين ينتمون إلى جماعات المساندة الاجتماعية، جاءت هذه الدراسة لتحسن المتغيرات النفسية والمتمثلة في استراتيجيات المواجهة من حيث النظرة الإيجابية والتفاوض من خلال المتغيرات الاجتماعية المتمثلة في المساندة الاجتماعي وتمثل استراتيجيات المواجهة تلك الجهود المعرفية السلوكية، الموجهة للتحكم وخفض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تفوق مصادر الفرد وهي على نوعين رئيسيين إحداهما يشمل استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل مثل التخطيط والبحث عن المعلومات وتغيير الأنشطة وبناء علاقات جديدة، والآخر يشمل استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال مثل الهروب، وتأنيب، ولوم الذات والتجنب.

إن الضغوط التي تقع على عاتق أسر مرضى السكتات الدماغية تتسبب في خفض مستوى نوعية الحياة لديهم، مما يؤدي إلى التأثير السلبي على الواقع الاجتماعي والمكانة الاجتماعية والتميز ويؤثر على مجالات كثيرة في حياة الأسر، إذ أن مفهوم نوعية الحياة يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية، وتتأثر أسر مرضى السكتات الدماغية بعوامل كثيرة تتحكم بمستوى ارتفاع نوعية الحياة وانخفاضها، مثل القدرة على اتخاذ القرارات، والقدرة على إدارة الظروف الصحية والنفسية والتكيف مع مرضاهم الذين يعانون من السكتات الدماغية.

ولا شك أن الأحداث الضاغطة والتجارب العاطفية ذات تأثير على الصحة الجسدية، وعلى النظام البيولوجي، والذي يؤثر بدوره على أفكارنا وانفعالاتنا وسلوكياتنا - الدماغ - يمكنه

أن يفرض تأثيرا نافذا على النظام البيولوجي الذي يحمي الجسم من عدد كبير من ألوان الأمراض وأشكالها. (مارتن بول ، ٢٠٠١ : ٧٦ )

فالضغوط التي تعاني منها أسر مرضى السكتات الدماغية قد تؤثر على صحتهم الجسدية وبالتالي تؤثر على عطايم داخل الأسرة، مما يؤدي لضعف المساندة الأسرية. فانخفاض الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة تؤثر في عملية التعافي النفسي والجسدي سواء للأسرة أو المريض على حد سواء، وهذا ما يدعو إلى ضرورة تدخل العلاج النفسي للأسر، والذي بدوره سينعكس على تحسن صحة المريض، فالدعم الاجتماعي أحد الوسائل البالغة الأهمية التي يمكن أن تقدم لأفراد الأسرة للمريض أو المحيطين به للتخفيف من حدة ما يعاني منه، فالدعم الاجتماعي بمختلف أنواعه المادية، المعنوية، التوجيهية، لها أثر كبير وإيجابي على صحة المريض، كما لها دور مهم في التخفيف من الأعراض المرضية وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات مثل دراسة موريل ونوريس ١٩٨٤ ، ودراسة كوهن ١٩٨٦ ، ودراسة ترايف ١٩٩٥ ، والتي أكدت على أهمية التأثير الإيجابي للدعم الاجتماعي على فاعلية الجهاز المناعي وزيادة نشاطه، واعتبر أن الدعم الاجتماعي هو بمثابة لقاح للوقاية من الأمراض العضوية لأنه يسمح بتنمية العلاقات الاجتماعية الحميمة بين الأفراد وبالتالي الابتعاد عن مشاعر الوحدة والعزلة، وكذلك تنمية مشاعر التفاؤل والسعادة التي يمكن اعتبارها بمثابة مؤشرات ايجابية على الصحة الجسمية للفرد، ومنه يمكننا اعتبار الفرد وحدة متكاملة لا يمكن فصل جانبها النفسي عن البيولوجي، فصحة الجانب البيولوجي تعني بالضرورة صحة الجانب النفسي، خاصة أمام انتشار مختلف الأمراض الخطيرة والتي تؤثر سلبا على الحالة النفسية والبيولوجية للفرد.

وتري آيات حمودة حكيمة، فاضلي أحمد ومسيلي رشيد ( ٢٠١١ ) أن الدعم الاجتماعي يعمل على المحافظة على النواحي الجسمية والعقلية والنفسية للأفراد، ويكون ذلك من خلال أنماط التفاعل ، وتعزيز إحساس متلقي الدعم بالراحة والاطمئنان النفسي، والمشاركة الفعالة بين الأفراد ، وبالتالي يمكن أن يشبع حاجات الانتماء للبيئة المحيطة بالفرد.

ووجد في الدراسات البحثية التي تناولت الدعم الاجتماعي المدرك أن هذا المتغير ومصادره المختلفة يرتبط بشكل كبير ببعض المتغيرات النفسية كتقدير الذات ( Lian,2008 )، والرفاهية النفسية ( Emadpoor,2016 )، وهذا يؤكد بأن الدعم الاجتماعي المدرك موردا قيما لتحقيق

التوافق النفسي. هذا فضلا عن أن الضغوط التي تقع على عاتق أسر مرضى السكتات الدماغية ستؤثر سلبا في مستوى نوعية الحياة لديهم، إذ أن مفهوم نوعية الحياة يختلف من شخص لآخر من الناحيتين النظرية والتطبيقية، وتتأثر الأسر بعوامل كثيرة تتحكم بمستوى ارتفاع نوعية الحياة وانخفاضها، مثل القدرة على اتخاذ القرارات، والقدرة على إدارة الظروف الصحية والنفسية والتكيف مع مرضاهم الذين يعانون من السكتات الدماغية .

يعد أسلوب ونوعية الحياة من المفاهيم الشاملة والتي تضم كل جوانب الحياة كما يدركها الأفراد بمختلف جوانبها الصحة العامة والجانب الجسدي والنفسي والمحيط والعلاقات الاجتماعية، فهي معتقدات الفرد وتقييمه لموقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ونسقه القيمي الذي يعيش فيه، فالإحساس بنوعية الحياة حالة شعورية تجعل الفرد أشار نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة الفطرية والمكتسبة والاستمتاع بالظروف المحيطة به من خلال الشعور بالرضا وممارسة الأنشطة الاجتماعية والترفيهية وتنفيذه لمهامه الوظيفية وقدرته على التوافق مع واجبات عمله. (رغداء، ٢٠١٢: ١٤٩)

ونظرا لقلّة الأبحاث والدراسات في حدود علم الباحث التي تناولت أمراض السكتات الدماغية على وجه العموم والأبحاث التي تناولت أهمية رعاية أسر مرضى السكتات الدماغية على وجه الخصوص، تبرز أهمية وجود برامج موجهة لدعم أسر مرضى السكتات الدماغية وتمكينهم من تحسين صحتهم النفسية وتعزز من جودة نوعية الحياة لديهم.

### مشكلة البحث:

من خلال ملاحظة الباحث لأسر مرضى السكتات الدماغية وما يعانونه من مشكلات نفسية وعدم وضوح للمأل العلاجي لذويهم من المرضى مما جعلهم في حيرة وقصور ذهني ونفسي أثر على كافة احوالهم الاجتماعية والاقتصادية والأسرية، دون وجود برامج مختصة تعنى بهم وتعزز من صحتهم النفسية وتساعدهم لمواجهة مصاعب الحياة للتأقلم والتكيف الفاعل الذي يوصلهم للحد المقبول من جودة الحياة.

إنّ اختيار الاتجاه الانتقائي في العملية الإرشادية لعينة الدراسة نابع من إيمان الباحث بفعالية هذا النهج في تلبية احتياجات المسترشدين المتنوعة، وتطوير الممارسة الإرشادية، ومواكبة التغيرات المتسارعة في العالم. وأنّ تطبيق المنهج الانتقائي الشامل لجميع اتجاهات

الارشاد النفسي بشكلٍ مرن يُلبي احتياجات جميع المسترشدِين ونخص هنا عينة الدراسة الحالية أسر مرضى السكتات الدماغية.

يرى الباحث أن أهمية استخدام الارشاد الانتقائي النفسي الانتقائي لأسر مرضى السكتات الدماغية تكمن في كونه يُركز على الفرد ككل، وليس فقط على مشكلته. ويُشجع الفرد على المشاركة الاجتماعية بنشاط في عملية الإرشاد. كما يُعد هذا النهج نهجًا مرثًا يمكن تكييفه لتلبية كافة احتياجات الفرد الفردية.

أن وجود برامج موجهه لأسر مرضى السكتات الدماغية تعنى بتعزيز الدعم الاجتماعي وتساهم في زيادة وعي وإدراك الفرد لهذا الدعم لإحداث أثرا إيجابيا للأسر، يسهم في التخفيف من الضغوط النفسية ومختلف العوامل السلبية المؤثرة على صحة الفرد كالإكتئاب واليأس والحزن إن العلاقة بين الجسم والنفس علاقة تأثير متبادل، وهذه العلاقة القوية بين النفس والجسم تجعل من الصعب الفصل بين متطلبات كل من الصحة النفسية والصحة الجسمية (مرسي، ٢٠٠٠: ١٥٥).

لذا فإن بناء برنامج ارشادي نفسي انتقائي لتعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من أسر مرضى السكتات الدماغية، من الممكن أن يساهم في تعزيز الصحة النفسية والاجتماعية لأسر مرضى السكتات الدماغية. وتتلخص مشكلة الدراسة في التساؤلات التالية:

- ١- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج.
- ٢- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس نوعية الحياة بعد تطبيق البرنامج.
- ٣- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي.
- ٤- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة في القياسين القبلي والبعدي.
- ٥- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي.

٦- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على نوعية الحياة في القياسين البعدي والتتبعي.

٧- هل توجد فروق بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ( ذكور \_ إناث ) على مقياس الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة في القياسين القبلي والبعدي.

### أهداف البحث:

- تحسين مستوى الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية.

- الكشف عن نوع الاستراتيجيات التي يمكن أن تستعملها أسر مرضى السكتات الدماغية.  
- التعرف على تأثير الدعم الاجتماعي المدرك واستراتيجيات المواجه لدى أسر مرضى السكتات الدماغية.

- التعريف بهذه الفئة من المجتمع والتعرف على معاناتهم الجسمية الاجتماعية.  
- الاستفادة من هذا البحث وذلك بدراسة متغيرات الدراسة وبمتغيرات أخرى ووضع برامج صحية هدفها الوقاية ومساعدة العائلات على توفير وسائل الوقاية والعلاج إلقاء الضوء على أهمية الدعم الاجتماعي المدرك لدى أسر مرضى السكتات الدماغية.  
- إلقاء الضوء على أهمية الدعم الاجتماعي المدرك لدى أسر مرضى السكتات الدماغية.

### أهمية البحث:

تتمثل أهمية البحث الحالي في عدة نقاط وهي:

- تسليط الضوء على شريحة مهمة من شرائح المجتمع وهي أسر مرضى السكتات الدماغية.  
- لفت نظر الباحثين والعاملين في مجال علم النفس إلى إجراء دراسات أخرى حول هذه الفئة من الأسر وربطها بمتغيرات أخرى وهذا لندرة وجود دراسات وبحوث سابقة على حد علم الباحث.

- التعرف على مختلف المشاكل والأعباء النفسية والاجتماعية التي تتكبدتها أسر مرضى السكتات الدماغية.

- إثراء الجانب البحثي نظرا لندرة البحوث وخاصة البحوث النفسية في ميدان رعاية أسر الامراض المزمنة، وقلة الدراسات والبحوث في هذا الموضوع .

## حدود البحث :

- ١- الحدود الزمنية : أجري البحث في العام ( ١٤٤٣ ) .
- ٢- الحدود المكانية : طبق البحث على عينة من الأسر المراجعين لمستشفى الملك فهد بجده.
- ٣- الحدود البشرية : بلغت عينة البحث ( ٢٠ ) أما وأب من أسر مرضى السكتات الدماغية قسمت إلى مجموعتين متجانستين ( ١٠ ) من الأسر للمجموعة التجريبية و ( ١٠ ) من الأسر للمجموعة الضابطة

## مصطلحات البحث والتعريفات الإجرائية :

تحدد مصطلحات البحث الحالية على النحو التالي :-

١. البرنامج الإرشادي: هو عملية مخططة ومنظمة في ضوء أسس علمية لتقديم الخدمات الإرشادية المباشرة، وغير المباشرة ( فردياً، وجماعياً) لجميع من تضمهم المؤسسة بهدف مساعدتهم على النمو السليم ( زهران ، ٢٠٠٢ )
- ويعرف البرنامج الإرشادي إجرائياً: مجموعة الأساليب والإجراءات القائمة على استخدام الفنيات المعرفية والسلوكية بهدف خفض الضغوط النفسية.
٢. البرنامج الإرشادي الانتقائي:  
هو برنامج قائم على استراتيجيات الارشاد الانتقائي، وهو عبارة عن مجموعة من الإجراءات التي بنيت في ضوء أسس العملية الإرشادية التربوية والنفسية وفق نظرية " ثورن " ( Anthony&Krirsonis ,2017 )
- ويعرف البرنامج الإرشادي إجرائياً بمجموعة الأساليب والإجراءات الارشادية القائمة على أساس استخدام فنيات الارشاد الانتقائي بهدف تعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من أسر مرضى السكتات الدماغية.
٣. الدعم الاجتماعي المدرك : يعرف بأنه مورد نفسي يحدد إدراكات الفرد تجاه نوعية العلاقات الاجتماعية (Schweitzer,1994)

وفي الدراسة الحالية يعرف الدعم الاجتماعي المدرك إجرائيا أنه ما تحتاجه أسر مرضى السكتات الدماغية من شعور وإدراك للدعم الاجتماعي والشعور بكونهم محاطين بالرعاية.

٤. نوعية الحياة: عرفها رينيه وآخرون (Reine al et, ٢٠٠٣) بأنها إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور، وأن الارتباط بين تقييم نوعية الحياة الموضوعية والذاتية يتأثر باستبصار الفرد.

وتعرف نوعية الحياة إجرائيا بإحساس وشعور أسر مرضى السكتات الدماغية بالرضا والرفاهية في ظل ظروفهم الحالية، وهي الدرجة التي حصل عليها الأسر على مقياس نوعية الحياة .

٥. أسر مرضى السكتات الدماغية: وهي تمثل عينة البحث والتي تضم أبناء وأمهات مرضى السكتات الدماغية، ويقصد بهم في هذا البحث الأشخاص المسؤولين بالدرجة الأولى عن رعاية مريض السكتة الدماغية.

٦. السكتة الدماغية: عجز عصبي مفاجئ ويحده إصابة الأوعية الدماغية وتلفها، إذ إن تلف الأوعية الدموية يؤدي إلى عرقلة تدفق الدم، ويحد من إمداد الأكسجين للخلايا المجاورة، مما يقود إلى موت خلايا الدماغ أو إلحاق الضرر فيها.

## الإطار النظري

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

### أولاً: الإرشاد الانتقائي

يعتمد برنامج الإرشاد الانتقائي على النظرية الانتقائية في علم النفس لثورن وكان لديه اهتمام بالإرشاد والشخصية وهو في عمر الخامسة عشرة نتيجة إصابته بالتأتأة، وبالتالي اختار الدراسة الجامعية في قسم علم النفس بجامعة كولومبيا عام ١٩٢٦م، ولكن نتيجة تفضيله في المعالجة الإكلينيكية ، فقد دخل كلية الطب وأعجب بالعلوم الطبية وتكاملها ونظامها الانتقائي القائم على الممارسة العلمية مقارنة مع الفوضى الفكرية للعلوم الانسانية. لذا صمم على أن يعمل على جمع وتوحيد مناهج الإرشاد والعلاج النفسي بأسلوب انتقائي. وهذا الاتجاه بعد نوعاً من الإرشاد القائم على الانتقاء من مختلف النظريات يتضمن التعامل مع الشخص كله جسمه وعقله وانفعالاته وروحه ومحيطه. وقد بدأ في عام ١٩٥٠م على يد فريدريك ثورن ثم محاولات دولارد و ميلر. وفي عام ١٩٦٥م قدم لازاروس محاولة انتقائية لعلاج الإدمان. وهكذا بحلول علم ١٩٧٥م أصبح حوالي ٥٠٪ من العلماء انتقائيين (Arick,T,2002,125)

بنى ثورن فلسفته في الاتجاه الانتقائي على اعتبار أن الاتجاه الانتقائي يجب أن يكون مزيج من الحقائق غير المترابطة، وأن الاتجاه الانتقائي نموذج فكري مرن ويجب ان يعتمد على النهج العلمي المستند على أسس البحث العلمي (Destefano, T,et al 2001: 116)

يهتم الاتجاه الانتقائي بجموعه من المفاهيم الأساسية تشمل ما يلي:

- مفهوم التحديد : (ويعنى تحديد العناصر الصالحة من كل نظرية ودمجها بتناسق)
- مفهوم كل النظريات ( إن كل النظريات لها دور في جمع المعلومات بما فيها القياس والتقييم).
- مفهوم الأخذ والتجريب ( أي نأخذ ونجرب وندرس).
- مفهوم مراعاة شعور المسترشد واحاسييه .
- عدم الاهتمام بنظرية واحدة بل على المرشد ذو الشخصية المتميزة الاعتماد على أكثر من نظرية (Kim J.، 2008 ،5)

الشخصية من وجهة نظر انتقائية

أشار ثورن أن الشخصية تتكون من مجموعة الحالات المتغيرة (التغيرات السلوكية) للفرد ككل في محاولات للتغلب على مشكلات تفاعله مع البيئة بطريقة فريدة تميزها عن غيرها من الآخرين كما أن السلوك عند ثورن هو في تدفق مستمر دائم التغير وإن السلوك يتجه لمنزلة انسانية (بيئة متغيرة ومتداخلة شخصيا) (Larkin,1999,147-161)

أشار ثورن أن الشعور هو الحقيقة لعلم النفس والخبرات الشعورية، وهذه حقائق السلوك الأولية التي يُعد وجودها حقيقياً، ولا يمكن إنكارها، وهي التي تحدد الحالة العقلية بسبب سوء تنظيم الشعور (الاضطراب في السلوك). وهكذا تصبح الذات قادرة على تنظيم كل الكائن العضوي، وأن تدفعه ليعمل أشياء قد تكون ضد غرائزه واهتماماته مثل أن يقتل الشخص نفسه . لذا أشار ثورن أن تطور الشخصية يرتبط بعدة عوامل هي:

- المحددات البيولوجية لبنية الجسم.

-العوامل الثقافية

-تحقيق الذات وهو من أكبر الدوافع أثرا ، ويتضمن ( عدم الرضا عن الذات - العمل على تحسين الذات - بلوغ الكمال ) ( 20 : monson et al .,2012 )

النظر إلى طبيعة الاضطراب النفسي :

- أشار ثورن أن أولى حاجات الفرد في المحافظة على أعلى المستويات الممكنة من التكامل عبر الزمن وهذه الحاجات هي الأصل في تحقيق الفرد لذاته.

- والبحث في الاضطرابات النسبية هو البحث في العوامل التي تؤدي الى الانخفاض في درجات التكامل.

- حيث أشار أن الاضطراب هو حالة عابرة من سوء القيام بالوظيفة حيث يؤدي إلى صنف في التكامل.

- أشار أن العصاب اضطراب وظيفي سببه إصابة في التكامل في جوانب من الوظائف.

- كما أشار ان الذهان ضعفا شاملا في التكامل حيث يكون فيه قلة تحكم وضبط بمستوى القيام بالوظائف

- وأوضح أن اضطرابات الشخصية بأنها استجابات لا اجتماعية ( . Beale & A Scott, 2001:378 )

- وأشار ثورن أن تنظيم الشخصية يتضمن عدداً من الدوافع هي:
- دافع إلى تنظيم أعلى للإنسان ويتضمن حاجته لتعظيم نفسه أي أن يصل بنفسه إلى الحد الأقصى لإنسانيته.
  - الدافع إلى تحقيق النبات في التنظيم. وهذا الدافع يتضمن حفظ الذات والالتزان الفيزيائي البدني والعادات وضبط السلوك وأهداف الحياة وأغراضها والأدوار والمراكز الاجتماعية وأسلوب الحياة .
  - الدافع إلى تكامل الوظائف المتعارضة في نظام يمكن الفرد من إعادة التوازن ولكن من الضروري تجنب التوترات ( 7: 2014 . Pack، & condren )
- علم النفس التكاملي عند ثورن :
- إن النظرة التكاملية للإنسان ضمن بيئته بكل اهتماماته الوصفية والوجودية تتمثل في دراسة العوامل التي تنظم نمط أي تكامل، والوجود الكلي والمعنى الكامل للشخص يمكن أن يفهم إذا استطعنا أن ندرس النمط الحياتي لحالته النفسية.
- وقدم ثورن نظامه في علم النفس التكاملي في مسلمات بلغت ٥٧ مسلمة ومن هذه المسلمات:
- التكامل هو السمة المركزية للحياة في كل أشكالها وخاصة مظاهر السلوك .
  - المرض النفسي يتحدد بدرجة كبيرة من العوامل التي تمنع التكامل السوي ومن العوامل التي تسبب الانحلال ومن التكامل الذي يتم نتيجة العوامل غير التكيفية
  - الاستبطائية هي المنهج الرئيس لإدراك الحالة العقلية والشعور
  - ان محور الشخصية هو مفهوم الذات ويمكن أن يعكس كلا من الخبرات الشخصية والاجتماعية ومفهوم الذات عامل تكاملي هام.
  - الدافعية الديناميكية التي تدير الحياة هي الذات.
  - أعلى مستويات التكامل تشتق من عوامل الذكاء والإبداع وإمكانية التفكير العقلاني المنطقي
- ( Albert J&Joyiner, B,2010:214 )

#### أساليب العلاج :

- علاج الأعراض: وهو من خلال تخفيف معاناة المسترشد من الأعراض حتى يتم التعامل مع المشكلة الرئيسية. فمثلاً: اللحظات العابرة من عدم الاستقرار بسبب الضغوط التي يمر بها الإنسان وهنا يتم التدخل لتخفيف الأعراض الناتجة حتى يزول العرض.

- **العلاج الداعم**: هو عبارة عن تكتيكيات غير محددة تستخدم لإثارة النفسية، ومنها مناهج فيزيائية مثل العلاج الطبي، الراحة، التغذية الجيدة، العلاج بالماء. العلاج الكيميائي الأيمن الجسمي وهو الأهم بمعنى أن نشعر المسترشد انه إنسان طبيعي وسبب الأعراض مزعج، ولكنه ليس خطيراً. أيضاً ثقة المرشد بنفسه تمنح المسترشد الأمان.

- **العلاج المشروط**: هنا يدرس المرشد جميع العوامل المنطقة بالمسترشد ويتم التعامل معه وإعادة تعليمه وبدون استشارته فالتعليم وتحليل إدارة الحياة : بمعنى تشخيص المرض ولماذا يعمل المسترشد ذلك . فمثلاً: دراسة سلوك أثناء فترة المراقبة يتم من خلال النظر للإطار العالم ومحددات المراقبة ( Gladding,S.T., 1992:110 )

#### العلاقة الإرشادية :

لا تعطي النظرية الأهمية الكبرى في تكوين علاقة طيبة فقط، ولكنها ترى أن يكون المرشد محترماً مع المسترشد وتكون بينهما الثقة كافية ومن أهم مراحل العملية الإرشادية في الاتجاه الانتقائي :

- **المرحلة الأولى**: الاستكشاف : تعد هذه المرحلة أولى مراحل العمل الإرشادي عند ثورن بحيث يقوم بها المرشد النفسي من خلال (( الإصغاء )) لاهتمامات المسترشد واكتشافها على مستوى أعمق من خلال تطوير ثقة متبادلة والسماح للمسترشد بالتنفيس وهنا على المرشد أن يكون متعاطفاً متقبلاً للمسترشد.

- **المرحلة الثانية** : تحديد المشكلة: تعد هذه المرحلة من أهداف العملية الإرشادية عند ثورن والتي تؤدي إلى الوصول للمشكلة الحقيقية ومنها يتوصل الطرفان إلى تعريف المشكلة وأسبابها وتحديدها .

- **المرحلة الثالثة**: تحديد البدائل : يكون دور المرشد هو التعرف على البدائل المتوفرة بجمع الخيارات المعقولة وعليه التأكد من تلك البدائل بشكل جيد.

- **المرحلة الرابعة**: التخطيط مساعدة المسترشد في تحديد كم من البدائل الملائمة له من خلال خبراته السابقة والحالية ويأخذ المرشد دور المدرس في تحديد العوامل اللازمة للتخطيط.

- **المرحلة الخامسة** : التنفيذ : يقوم المرشد بإعطاء خطوات عملية للمسترشد من أجل تنفيذها ويقرر المسترشد أياً من هذه الخطوات سيقوم بها مراعيًا في ذلك الزمن والواقعية وقدراته الانفعالية .

- المرحلة السادسة التقييم والتغذية الراجعة : في هذه المرحلة يقوم المرشد بتلخيص التقدم الذي حصل وتلخيص الخطة والالتزام بها من قبل المسترشد قبل إنهاء المقابلة بحيث تتم مراجعة وتقييم الخطة العلاجية من قبل الطرفين مع الالتزام بالمقابلة القادمة (Capuzzi, D.,2000:210).

#### خصائص المرشد في النظرية الانتقائية :

- الاهتمام بسلوك المسترشد الراهن والحالي.
  - أن يجعل من عملية الإرشاد رحلة ممتعة للمسترشد اكتشاف ذاته ومساعدته على تنمية ذاته وخبراته.
  - أن لا يتبنى المرشد أدواراً سلطوية للتأثير على المسترشد.
  - تأسيس علاقة ايجابية مفتوحة تتضمن الحضور والتقبل والعناية وتنمية الثقة بنفس المسترشد وأنه مفهوم وله قيمته.
  - لا يكون التدخل من قبل المرشد في شؤون حياة المسترشد إلا بالحد الأدنى لحماية صحته ورفاهيته.
  - أن يكون مؤهلاً تأهيلاً كاملاً في المجال الإرشادي وأن يكون عارفاً بطرق العلاج المختلفة بشكل جيد .
  - يستخدم المنهج العلمي في القياس وتحليل المعلومات (Asadollahi H. 2010:120)
- الأهداف الإرشادية في الاتجاه الانتقائي :
- تحسين وتقوية نوعية العملية التكاملية بهدف الوصول إلى مستويات أعلى من تحقق الذات .
  - تحديد المشكلة وتعريفها ومعرفة أسبابها.
  - إعادة التوازن الشخصية (Jacobs, E., :2006:34).
- الاستراتيجيات المتبعة لمساعدة المسترشد :
- يهتم المرشد أساساً بإقامة علاقة إيجابية مع المسترشد من خلال ما يلي:
  - الجو الإرشادي: يجب أن تكون الظروف المناخية الإرشادية فعالة من حيث الراحة الجسدية والعاطفية والانفعالية وكذلك جو (غرفة) الإرشاد يجب أن يكون مريحاً.

- مهارات العلاقة الإرشادية: إن المرشد في الاتجاه الانتقائي يستخدم مجالاً كاملاً من مهارات العلاقة وأساليب تأسيس علاقة إيجابية مفتوحة والتي تتضمن الحضور - الإصغاء - الاحترام - النقل - الفهم . ومن وجهة نظر العميل تتمثل في الثقة في النفس وبالأخرين والشعور بأنه مفهوم وله قيمته .

- الاتصال ( اللفظي - غير اللفظي): يُعد الاتصال كمهارة تتطلب أن يكون المرشد واعياً ومهماً وملتقناً لهذه المهارة من حيث الإصغاء الذي يتطلب حضوراً كاملاً والانتباه للرسائل اللفظية وغير اللفظية مع تفسيرها جيداً (Lee,v & Cohen, S.,2010:307) .

#### التطبيق الإرشادي والعلاجي الانتقائي :

استخدام ثورن مصطلح تناول الحالة بدلاً من علاج الحالة أو العلاج النفسي لسببين هما:  
- أن فعالية أساليب العلاج النفسي لم تقرر بعد.  
- أن فعالية المصطلح واسعة لدرجة تكفي لاستيعاب كل العمليات التي يمارسها الأشخاص المؤهلون والمدربون لمساعدة المسترشد للمضي قدماً نحو تحقيق حياة أفضل .

#### عناصر تناول الحالة:

(دراسة تشخيصية دقيقة - معالجة الأسباب الرئيسة بدلاً من الأعراض - عمل خطة فردية للحالة - معرفة واسعة تفصيلية بطرق المعالجة ومحدداتها - اختيار الأساليب على أساس الدلالات النوعية للأمراض - تقييم النتائج - استخدام المنهج العلمي في تحليل المعلومات - أن المنهج الانتقائي هو الفكرة الأساسية للعلم الحديث).

#### أهداف تناول الحالة:

(منع تدهور الوضع نحو الأسوأ - تصحيح العوامل المرضية - التسكين والدعم - تسهيل عملية النمو - إعادة التعلم - حل الصراع وعدم الاتزان - تقديم حوافز النمو - قبول ما لا يمكن تغييره - إعادة تنظيم الاتجاهات).

#### مجالات تناول الحالة في الإرشاد الانتقائي :

يشمل تناول الحالة مجالات متعددة وكثيرة منها : (إرشاد الشخصية - الإرشاد الزوجي - العلاج النفسي - الإرشاد الديني - توجيه الأطفال والتربية الخاصة - التوجيه التربوي والمهني - الخدمة الاجتماعية الطبية - العلاج الجمعي - العلاج بالتنويم) ( Morgan,B

(&Leung, p., 1980:271

### التشخيص في الإرشاد الانتقائي:

أشار ثورن أن هناك عدة أنماط مختلفة من التشخيص:

- التشخيص التبايني الفارقي : وهو دراسة الأسباب المحتملة لحالة نفسية وفي الغالب فإن أبسط منهج لاكتشاف ما ينظم الحالة النفسية هو أن نسأل الشخص ( ماذا يفعل؟ ولماذا؟) وفي حالة الفشل في الحصول على إجابات مباشرة تبحث عن أدلة غير مباشرة تمكننا من الوصول إلى الإجابة.
  - التشخيص الإكلينيكي : وهو يشير إلى التشخيص من لحظة إلى لحظة وهو يتم خلال عملية تناول الحالة وعلى أساس هذا التشخيص يتم اتخاذ الأحكام الإكلينيكية المتعلقة بالأعراض، ويُعد ثورن أن هذا النمط هو محور الاتجاه الانتقائي .
  - تشخيص المركز الوجودي : يهتم بالديناميات التكاملية للذات أثناء قيامها بوظائفها مع الانتباه إلى مفهوم الذات والاتصالات الواقعية ووضع النجاح والفشل. وتتم هذه الدراسة ضمن الإطار المرجعي الظاهري والوجودي للشخص.
  - تشخيص تدبير أو إدارة الحياة: يعني به ثورن تقييم السلوك في ضوء متطلبات الوضع الاجتماعي وذلك بقصد تحديد درجة التكيف أو الملاءمة في المجالات التربوية أو المهنية أو الزوجية أو المالية.
  - التشخيص التنبؤي: إن سجل حياة المرء هو أكثر المتنبئات صلاحية لأدائه المستقبلي وعلى المرشد أو المعالج أن يأخذ في اعتباره العوامل الخارجية عندما يضع تنبؤاته منتبها الى استمرارية وجود عوامل الشدة والقهر . ( Theodorakis,Y.&stamou, E,2007:236) .
- ثانيا: الدعم الاجتماعي المدرك :**

يعد الدعم الاجتماعي من المتغيرات التي اختلف الباحثون في تعريفه، وذلك وفقا لتوجهاتهم النظرية إذ ترجع جذور الدعم الاجتماعي إلى علماء الاجتماع، أين تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية عندما قدموا مفهوم العلاقات الاجتماعية والذي يُعد البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم الاجتماعي ( فايد ٢٠٠١ : ٣٣٧ )

كما اقترح كل من ( Cassel et Cobb، ١٩٧٦ ) تصورات لأنواع العلاقات الاجتماعية والأنشطة المختلفة التي تتضمنها عملية الدعم الاجتماعي في تخفيف الآثار السلبية الضارة

التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة على الجوانب الجسمية والنفسية للفرد (الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٤: ٣). وعموما فإن الدعم الاجتماعي يشتمل على مكونين رئيسيين هما:

- المكون الأول: إدراك الفرد بوجود عدد كافي من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.
- المكون الثاني: وجود درجة من الرضا لدى الفرد عن هذا الدعم المتاح له والاعتقاد في كفاية الدعم.

كما أشار بعض الباحثين أن الدعم الاجتماعي يشير إلى وجود علاقات مرضية تتسم بالحب والود والثقة والتقدير وتمثل هذه العلاقات حواجز ضد الضغوط. (Cutrona & Russel, 1990)

وعرف (Cohen. ١٩٨٦) الدعم الاجتماعي بأنه عبارة عن متطلبات الفرد التي يطلبها من البيئة المحيطة سواء كانوا أفرادا أم جماعات والتي تساعد الفرد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

أما (Sarson & al. ١٩٨٣) فاعتبروا الدعم الاجتماعي بأنه إحساس الفرد بوجود بعض المقربين منه والذين يثق بهم في الوقوف بجانبه عند الحاجة (مفتاح، ٢٠١٠: ٨٢)

ومن جهته قدم كل من (Chronister. ٢٠٠٨) تعريفا للدعم الاجتماعي على أنه عملية شاملة تمثل قوى ايجابية تعمل بطريقة كلية لتقديم المساعدة لكل شخص محتاج وأن مفهوم الدعم الاجتماعي يعد مفهوما شاملا ومعقد التركيب، ويختلف وفقا لمن يقدم هذا الدعم من العائلة أو صديق أو أفراد آخرين وكيف يقدمه أشياء ملموسة ذات تقنية، أو أدواته، أو عاطفية، أو معلوماتية.

كما يضيف كرونستر وآخرون بأن مفهوم الدعم الاجتماعي عبارة عن مفهوم يفتقر إلى الموافقة الجماعية من قبل الباحثين السابقين فيشير إليه البعض من حيث التركيب وآخرون قد يعرفوه من حيث الملامح الوظيفية، والبعض الآخر يشير إليه من حيث التقييم الشخصي الذاتي . وترى (Barrera, ١٩٨١) ( أن هناك ثلاثة معاني أو مفاهيم للدعم الاجتماعي هي:

- الدعم الاجتماعي: حيث يشير مفهوم الدعم الاجتماعي هنا إلى العلاقات أو الروابط الاجتماعية التي يقيها الأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم.

• **المساندة الاجتماعية المدركة:** ينظر إلى المساندة الاجتماعية كونها تقويماً معرفياً للعلاقات الثابتة مع الآخرين

• **المساندة الفعلية:** ويشير هذا المفهوم إلى المساندة الاجتماعية باعتبارها تلك الأفعال التي يؤديها الآخرين بهدف مساعدة شخص معين (عبد السلام، ٢٠٠٥: ١٠).

أما (حنفي، ٢٠٠٧) فأشار أن الدعم الاجتماعي عبارة عن أساليب المساعدة المختلفة التي يتلقاها الفرد من أسرته وأصدقائه والتي تتمثل في تقديم الرعاية والاهتمام والتوجيه والنصح والتشجيع في كافة مواقف الحياة والتي تشبع حاجاته المادية والروحية للقبول والحب والشعور بالأمان فتجعله يثق بنفسه ويدركها، مما يزيد من كفاءته الاجتماعية.

ومن جهته عرفه (يخلف، ٢٠٠١) بأنه الدعم العاطفي الذي يستمده الفرد من شبكة العلاقات الاجتماعية والذي يساعده على التفاعل الفعال مع الأحداث الضاغطة.

بينما عرفة كلا من (Taylor & Kim et al, ٢٠٠٨) بأنه الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب والاحترام والتقدير، ويشكلون جزءاً من دائرة علاقاته الاجتماعية ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل الوالدين وشريك الحياة والأصدقاء.

فمن خلال ما تم عرضه من مفاهيم وتعريف للدعم الاجتماعي يمكن القول أن تعدد واختلاف التعاريف راجع لاختلاف وجهات نظر الباحثين وتناولهم النظرية، ومهما كان الإطار النظري الذي ينطلق منه مصطلح الدعم الاجتماعي إلا أنه يلعب دوراً هاماً في حياة الفرد، إذ يستطيع من خلاله التغيير من واقع حياته إلى واقع أفضل يتصف بالإيجابية ويقوده إلى الرضا عن الحياة والثقة بالنفس، كل ذلك يتم من خلال ما يقدمه المجتمع لأفراده بدءاً من الأسرة والأصدقاء والجيران والزملاء، وهي عملية دائمة ومستمرة ولا تقف عند حد معين، ويعرف الدعم الاجتماعي المدرك على أنه مدى إدراك الفرد لوجود سند مادي أو معنوي، معلوماتي أو توجيهي من خلال علاقاته الاجتماعية في مختلف الأوساط.

#### أنواع الدعم الاجتماعي:

أشار كل من كوهين وويلز (Cohen & Wills.2010) من خلال المراجعة الشاملة لنتائج الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت على بعد الأثر الواقعي، أو المخفف للدعم الاجتماعي

على أحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الفرد في حياته اليومية، أنه يوجد عدة أشكال للدعم الاجتماعي كما يلي:

أ- دعم التقدير Esteem Support :

يتمثل هذا النوع من الدعم في تقديم أشكال مختلفة من المعلومات لمساعدة الفرد على تعيق إحساسه بأنه مقبول من الآخرين ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطي الإحساس بالقيمة الشخصية واحترام الذات يطلق على هذا النوع من الدعم الاجتماعي العديد من المسميات الأخرى مثل المساندة النفسية Psychological Support والمساندة التعبيرية Expression Support ومساندة احترام الذات Support self - Esteem ، والمساندة

الوثيقة Document Support (عبد السلام، ٢٠٠٥: ٣٨)

ب- الدعم بالمعلومات Information Support :

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

ت- الصحة الاجتماعية Social Companionships :

أشار (oxford، ١٩٩٤) أن مصطلح الصحة الاجتماعية أدخلت مفهوم الدعم الاجتماعي بفضل كل من كوهين وويلز ١٩٨٥ وهو يعني قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترفيهية والمشاركة الاجتماعية في المناسبات المختلفة لإشباع الحاجة إلى الانتماء والتواصل مع الآخرين ومساعدة الفرد على التخلص من قلقه وهمومه والتخفيف عنه في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، ولقد أشار بعض الباحثين لمصطلح الصحة الاجتماعية بأنه يمثل الوظيفة الوقائية للدعم الاجتماعي.

ث- الدعم الوجداني Emotional support

ويقصد بها مشاعر المودة والصداقة والرعاية، ومشاعر الاهتمام، الحب والثقة في الآخرين وكذا الإحساس بالراحة والانتماء، فالفرد يعاني في أوقات المشقة من انفعالات معينة أو يمر بفترة اكتئاب وحزن أو قلق وفقدان تقدير الذات، ومن خلال هذه المساندة الوجدانية المقدمة له

من قبل الآخرين يعمل على إعادة تقدير الذات أو التقليل من مشاعر عدم الكفاءة الشخصية عن طريق شعور الفرد بأن له قيمة وأنه محبوب (شويخ، ٢٠٠٧ : ٨٨)

#### ج- المساندة الإجرائية Instrumental Support:

ويشتمل هذا النوع على تقديم المساعدات المادية وقت حاجة المتلقي لها في حل مشكلاته اليومية أو تقديم الخدمات لتخفيف أعباء الحياة عليه ويطلق على هذا النوع بضع مسميات مثل مساعدة العون أو المساعدات المادية أو المساندة الملموسة (عبد السلام، ٢٠٠٥: ٣٩)

#### النظريات المفسرة للدعم الاجتماعي:

##### أ- النظرية الوظيفية :

أشار (Kaplan et al، ١٩٩٣) أن علماء النظرية أكدوا على وظائف العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، تركز على تعزيز أنماط السلوك المتداخل في شبكة هذه العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد (عبد السلام، ٢٠٠٥: ٥٤) يركز الاتجاه الوظيفي على وظيفة المساندة العاطفية والمعرفية أو المادية وذلك لأنه يُعد عناصر المساندة الاجتماعية فعالة ووظيفية (إسماعيل، ٢٠١٩ : ٣٤).

##### ب- النظرية الكلية :

أشار (Silver ١٩٩٥) إلى أن هذه النظرية تؤكد على حاجة الفرد إلى الدعم الاجتماعي خاصة في المواقف الصعبة التي يمكن أن يمر بها الفرد، وتركز أيضا على الخصائص الشخصية التي يمكن أن تؤثر في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد والخاضعة للمواقف الاجتماعية التي يواجهها الفرد في حياته اليومية.

##### ح-نظرية التبادل الاجتماعي:

أشار ايلينور (١٩٩٠) أن هذه النظرية تتسم باتجاهها النظري الذي يبنى بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية والنفسية والأدائية متداخل في العلاقات التبادلية بين الأفراد، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة، خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة. (عبد السلام، ٢٠٠٥ : ٥٧).

### خ-نظرية المقارنة الاجتماعية

أشار كل من (Bunk & al,1990) أن الأفراد يفضلون أحيانا الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلوهم حيث يقدم لهم هذا النمط من الاندماج تفاعلات سارة ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم (عبد السلام، ٢٠٠٥: ٥٧). بالرغم من اختلاف وجهات نظر التوجهات النظرية لمفهوم الدعم الاجتماعي ومكوناته، إلا أن جميعها تؤكد دور شبكة العلاقات الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والتخفيف من الآثار السلبية التي يمكن أن تحدثها، وبذلك تكامل كل هذه النظريات تساعد الفرد في الوقاية من الوقوع في المرض أو تقادي تفاقم المرض في حالة الإصابة به ومساعدته على مواجهة الأحداث الضاغطة.

### النماذج المفسرة للدعم الاجتماعي

للدعم الاجتماعي نموذجين رئيسيين يفسران الدور الذي يقوم به في مواجهة الضغوط الصحية وهما مفسران حسب كوهن وويلز (١٩٨٥) على النحو التالي :

#### أ- نموذج الأثر المباشر:

أشار رواد هذا النموذج ومن بينهم كوهن وويلز أن الدعم الاجتماعي له أثر مباشر وإيجابي في الصحة وهذا بأوجه مختلفة، فالشبكة الاجتماعية تسمح بتقديم خبرات ايجابية منظمة وجملة من العلاقات الاجتماعية المستقرة و المعززة، وهذا النوع من المساندة يسمح بالحصول على عواطف ايجابية، واستقرار وأمان بحيث يوفر الشعور العام بالصحة الجسدية النفسية كما يسمح بالاعتراف بالقيمة الشخصية، إن هذه الحالات النفسية الايجابية تكون ذات فائدة على صحة الفرد، ومن بين وظائفه أيضا تسهيل ميكانيزمات تعديل الجهاز الغدي مما يؤثر كذلك في تبني السلوكيات السوية والرغبة في العناية بالذات بالمدائمة على ممارسة الرياضة وتناول الأدوية بشكل منتظم واتباع نصائح الطبيب (شويخ ٢٠٠٧: ٩٤).

#### ب- النموذج الواقعي أو المخفف للضغط

يفترض هذا النموذج أن الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الأفراد في حياتهم اليومية ذات تأثير سلبي على صحتهم النفسية والبدنية، وأن العلاقات الاجتماعية تقي الفرد و تحول دون حدوث هذه التأثيرات السلبية للضغط عليه، ومنه فإن المساندة الاجتماعية وفقا لهذا النموذج ترتبط بالصحة لدى الأفراد الذين يختبرون أحداث ضاغطة(شويخ ٢٠٠٧: ٩٤).

١. شروط الدعم الاجتماعي:

أشار ( تايلور، ١٩٩٥ ) أن نمط الدعم الاجتماعي الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف مرحلة الضغط أو المشقة التي يمر بها، فالفرد الذي يحتاج الطمأنينة من الأهل والأقارب، إذا تلقى من طرفهم النصح والإرشاد في المرحلة فمن المحتمل أن يصيبه هذا النوع من خيبة الأمل بالرغم من تلقيه نمط الدعم، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت و نمط الدعم اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للدعم آثاره الايجابية المتوقعة، لذلك هناك بعض الشروط التي يجب أن تتوافر في عملية الدعم النفسي والاجتماعي عند تقديمه كما حددها كل من ( Wade ١٩٨٧ & Taris ) وتتمثل فيما يلي:

- أ- كمية الدعم: لا بد أن يكون معدل الدعم الاجتماعي معتدل عند تقديمها للمتلقى حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وينخفض تقديره لذاته.
- ب- اختيار التوقيت المناسب لتقديم الدعم هذا الشرط يحتاج الكثير من المهارة لدى مانحي الدعم حتى تؤدي إلى نتائج جيدة لدى المتلقي.
- ت- مصدر الدعم لا بد أن تتوافر بعض الخصائص لدى مانح الدعم، والتي تتمثل في المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهم بقدر فعال في تقديم الدعم (عبد السلام، ٢٠٠٥: ٣١)
- ث- كثافة الدعم: إن تعدد مصادر الدعم الاجتماعي لدى المتلقي تؤدي سريعا الى حل المشكلات التي يمر بها المتلقي وتساعد على تخطي الأزمات التي يمر بها في حياته.
- ج- نوع الدعم: ويتمثل هذا الشرط في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي الدعم في اختياره المحكم لنوع الدعم الذي يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي.
- ح- التشابه والفهم المتعاطف: أضافت هذا الشرط ( Thoits,1986 ) والذي يتمثل في أن الدعم الاجتماعي يمكن تقبله في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، ويكون فعال لدى المتلقي إذا كانت الظروف التي يمر بها المانح والمتلقي متشابهة (عبدالسلام، ٢٠٠٥: ٣٢)

٢. أبعاد الدعم الاجتماعي:

أوضحت ( Cutrona ١٩٩٠ ) أن الدعم الاجتماعي هو مركب متغير ومتعدد الأبعاد، وتشير نتائج الدراسات والبحوث إلى وجود اختلاف في تحديد أبعاد ومكونات الدعم الاجتماعي

لاختلاف الأساليب المنهجية واختلاف التعريفات الإجرائية لمفهوم الدعم الاجتماعي، إلا أن بعد الدعم العاطفي وجد اتفاقاً في آراء الكثير من علماء النفس الذين اعتبروا هذا البعد مهماً وأساسياً للدعم الاجتماعي ( عبد السلام، ٢٠٠٥ : ٣٥)

ولقد أشار (Ireland & Norbeck, 1985) إلى أن الدعم الاجتماعي بناءً متعدد الأبعاد قائم على مكونين رئيسيين هما: الدعم العاطفي والدعم المادي الملموس، أما الدعم النوعي الموقفي فلقد ظهر لسد حاجات خاصة للفرد، وهذا ما يظهر من خلال إشباع الفرد لحاجاته الخاصة من خلال الدعم الاجتماعي عندما يعاني من حدث ضاغط أو موقف تحدي يوجهه في بيئته. ٣. مصادر الدعم الاجتماعي:

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

أ- الأسرة والأقارب تحتل الأسرة المكانة الأولى بالنسبة للمفرد والتي يكون لها دوراً فعالاً ورئيسياً كمصدر من مصادر الدعم في التغيير والتخفيف من آلام وهموم أبنائهم، وصولاً بهم إلى الرضا عن الحياة وشعورهم بالحب والتقدير وتعزيز الثقة بالنفس وعدم الخوف من المستقبل (رمضان ٢٠٠٢ : ٢٥).

ب- الأصدقاء: تعتبر جماعة الأصدقاء من أهم مصادر الدعم حيث يلعب دوراً مهماً في حياة الفرد، فهم بالنسبة له المرجعية التي يلجأ إليها غالباً في حال تعرضه للعديد من المشكلات والعقبات، كما أنه يمكن أن يتأثر بهم ويؤثر فيهم كذلك. وأشار أيضاً (Rubin et al ١٩٩٤) بأن الإنسان كائن اجتماعي بطبعه لا يستطيع العيش بمفرده، فالفرد بحاجة إلى تكوين علاقات وأصدقاء في المجتمع تكون هذه العلاقات قائمة على الحب والاحترام والتقدير وتقبل الآخر.

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

دعم المؤسسات أيضا في تقديم كل ما يحتاجونه وكذلك تقديم العديد من أشكال الدعم الأخرى، الاقتصادي والعاطفي وغيره (Rubin et al, 1994. p ٣١)

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

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

- المصدر الثاني: الدعم الاجتماعي خارج العمل ويمثله أفراد الأسرة، الأقارب والأصدقاء والجيران بالإضافة إلى شبكة العلاقات الاجتماعية التي يتفاعل معها الفرد في حياته اليومية (LaRocco, et al, 1980)

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

ويتفق كل من (House, Cohen, Mackay, ١٩٨٤) بأن الدعم الاجتماعي مصدر التوافق النفسي، يمكن أن نطلق عليه المساعدة التي تقوم بتخفيف الآثار النفسية والسلبية التي تحدثها أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها الفرد، وأن الأفراد الذين يريدون الوصول إلى مصادر الأمان والاستقرار في حياتهم، لابد وأن يبحثوا عن الأساليب الايجابية الفعالة التي تساعدهم على مواجهة الأحداث، وأن يتسمدوا مصادر الدعم الاجتماعي من المحيطين والمقربين لهم في شبكة العلاقات الاجتماعية لوقاية أنفسهم من الآثار النفسية السلبية ، من أجل إحداث التوازن النفسي والشعور بالقيمة الشخصية (McCann et al, ١٩٩٧).

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

٤ . وظائف الدعم الاجتماعي:

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

أ- **حماية الذات** يشير (Frisque, et al ١٩٨٤) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بمهمة حماية الفرد لذاته وزيادة الإحساس بفعاليته، بل إن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى الدعم الاجتماعي من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به ولا شك أن هذا الدعم يؤدي دورا مهما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الفرد.

ويذكر (ارجايل، ١٩٩٣) أن الدعم الاجتماعي تأثيرا فوريا على نظام الذات، حيث يؤدي إلى زيادة تقدير الذات والثقة بها والشعور بالسيطرة على المواقف، كذلك يولد درجة من المشاعر الايجابية والتي تجعل الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل مشقة.

وأشار (Turner & Marino، ١٩٩٤) أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعاً وكذلك بالنسبة للصحة النفسية إذا كانت مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط يخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط .

ولقد أوجز كل من (Brisette et al Russel, ١٩٩٠) أهمية الدعم الاجتماعي في أنه يساعد في:

- التخفيف من وقع الضغوط النفسية.
- تقوية تقدير الذات لدى الفرد.
- التخفيف من أعراض الاكتئاب والقلق.
- التأثير على الصحة النفسية والجسمية ويزيد من الشعور بالرضا عن ذات هو عن حياته.
- زيادة الجوانب الايجابية مما يساهم في تحسين صحتهم النفسية.
- المساهمة في التوافق الايجابي والنمو الشخصي، ويساعد على حل المشكلات.
- زيادة الارتباط بمصادر شبكة الدعم الاجتماعي الخاصة بهم، والتي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والجيران والأصدقاء (Cutrona & Russel ,١٩٩٠ ,p١٦).

ب- الوقاية من الأمراض والاضطرابات

يرى ساراسون وآخرون (١٩٨٣) بأن الدعم الاجتماعي يؤدي دوراً وقائياً حيث أشار الباحثون إلى أن الدعم الاجتماعي يمكن أن يلعب دوراً هاماً في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تساهم في التوافق الايجابي والنمو الشخصي للفرد، بل تجعل الشخص أقل تأثراً عند تلقيه أي ضغوط أو أزمات.

وللدعم الاجتماعي أثر هام على الصحة البدنية والنفسية للفرد حيث أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن أن تزوده بخبرات ايجابية منتظمة، ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع يمكن أن يرتبط مع السعادة (الشناوي وعبد الرحمن، ١٩٩٤: ٣٧)

ت- مواجهة ضغوط الحياة

للدعم الاجتماعي أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يعانون من القلق والاكتئاب والتوتر يحتاجون إلى العلاقات الودية والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار الدعم الاجتماعي كما ونوعاً، ومن هنا نجد أن وقوف الإنسان بمفرده أمام ضغوط الحياة دون أن يكون له من يسانده ويهتم به ويرعاه سيزيد من شدة تلك الضغوط، مما قد يترك أثراً في نشأة واستمرار أعراض الاكتئاب واليأس لديه، فإدراك الفرد بأن هناك من يدعمه عند الحاجة له تأثير ملطف لضغوط أحداث الحياة، كما أن الدعم الاجتماعي يحسم ويعدل من أساليب مواجهة الضغوط النفسية والتعامل معها (السيد، ٢٠٠٠: ٣٢٠).

ث- مصدر للتوافق والتكيف الانفعالي

أشار كل من الشناوي وعبد الرحمن (١٩٩٤) أن الدعم الاجتماعي يعمل على توفير حالة ايجابية من الوجدان والإحساس بالاستقرار في مواقف الحياة والاعتراف بأهمية الذات. وأضاف كل من (Schumaker & Brownell, ١٩٨٤) بأن وظيفة الدعم الاجتماعي تظهر في تعزيز الثقة بالنفس وتعميق روابط المشاركة مع الآخرين، وتنمية الإحساس بالتوافق النفسي والاجتماعي والشعور بالتطابق مع معايير الجماعة وكذا تنمية قدرة الفرد على مواجهة مطالبه الحياتية، وتعزيز الإحساس بتقدير الذات وزيادة شعوره بالانتماء وتعميق إحساسه بالأمن النفسي والاجتماعي.

ج- إشباع الحاجة إلى الأمن النفسي

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

حيث يذكر (عبد الله، ٢٠٠١) أنه في بعض الظروف التي يشعر فيها الفرد بالخوف والشك وفقدان الثقة، الإحساس بتهديد بالذات كنتيجة لذلك، فإنه يمر بخبرة الحاجة الشديدة للإيضاح ما يحدث، وبالتالي فإنه بحاجة للحصول على دعم الآخرين كي يصل إلى الاطمئنان (عبد الله، ٢٠٠١: ١٢٥).

وأشار كل من (Brownell & Schomaker, ١٩٨٤) إلى أن الدعم الاجتماعي يقوم بعدة وظائف من بينها الحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية وتشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية للصحة الجسمية والنفسية والعقلية للوصول إلى تعزيز ودعم إحساس المتلقي بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته والشعور بالسعادة، وتقسم هذه الوظائف إلى:

- إشباع حاجات الانتماء:

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

المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها:

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

- تقوية مفهوم احترام الذات

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

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

الوظيفة العلاجية: إن المساندة الاجتماعية بما تتيحه من علاقات اجتماعية تتسم بالدفع والثقة تعمل كحواجز ضد التأثيرات السلبية لضغوط الحياة، ومثل هذه العلاقة بالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة بما توفره من إشباع لحاجات الفرد، فإنها تزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته وتعمل على شحن معنوياته وترفع من مستوى مواجهته للضغوط واعتقاده في فاعليته وكفاءته وتعزز ثقته بالنفس وهي كلها عوامل تساعد على الوقاية من هذه الضغوط حيث تساهم كذلك في الشفاء مما يترتب عنها من آثار سلبية على الصحة والنفس. (Schomaker & brownell، ١٩٨٤:٩).

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

منها والنفسية، فالدعم الاجتماعي كما أشار الباحث يتم من خلاله المساهمة في التوافق الايجابي للفرد بجميع أبعاده النفسية الاجتماعية الأسرية والجسدية.  
٥. إدراك الدعم الاجتماعي:

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

حيث يُعد الإدراك عملية تمييز بين المنبهات التي تتأثر بها الحواس الاعتيادية المعروفة وتفسير معاني تلك المنبهات، ولإدراك هذا تتدخل عمليات الحواس فيظهر أثره في السلوك، وليس الإدراك مجرد استنساخ ما في البيئة من منبهات عن طريق الحواس فقط إنما عملية معقدة يؤديها الدماغ تتضمن الغرلة والتصنيف والتعليل والتفسير لطبيعة تلك المنبهات، أي أن الإدراك عملية عقلية تتضمن التعرف على المثيرات أو المنبهات الموجودة في بيئة الفرد عن طريق الحواس، ثم القيام بتأويلها ليصبح لها معنى يساعد فيما بعد على التعلم و اكتساب المعارف ما تجدر الإشارة إليه كذلك، إن الإدراك يعتمد على سابق التعلم و ماضي الخبرة أي أنه عملية تكامل مستمرة في حياة الفرد، ويتأثر الإدراك عنده بما لديه من اتجاهات سبق له أن تعلمها، فتؤثر في طبيعة إدراكه للمؤثرات البيئية.

يتضح مما تقدم ما للإدراك من أهمية في كل مجالات حياة الفرد فيُعد عاملاً أساسياً في مساعدة الفرد على ربط علاقاته الاجتماعية التي تصله بمحيطه، فهو يستطيع أن يدرك حاجاته النفسية و الفسيولوجية، كما أن كمية الحاجة ومقدارها ليست هي التي تحدد طبيعة علاقة الفرد بسائر الأفراد الآخرين حوله في المجتمع، وإنما الطريقة والأسلوب اللذان ينتهجهما لإدراك تلك الحاجة إدراكاً حسياً اجتماعياً هما اللذان يحددان منهج سلوكه في الحياة الاجتماعية، وعلى ضوء تصرفه هذا والقائم على حاجته ضمن المجتمع يتعين ما يسعى إليه من أهداف سليمة، فالإدراك عملية عقلية في توضيح معنى الأشياء الموجودة ضمن البيئة بوصفها مثيرات ومنبهات تستقبلها حواس الفرد كما تسهم في تقييم و تقدير حاجاته انطلاقاً من علاقاته بمن يحيطون به ضمن مجاله الاجتماعي و دور ذلك في مساعدة هذا الفرد على التصرف بالطريقة الصحيحة التي تضمن له تحقيق أهدافه بشكل مناسب، فمن الواجب على الأخصائيين في ميدان علم النفس النظر إلى الدعم الاجتماعي على أنه مصدر من المصادر

المطلوبة للوقاية الأولية، فمعرفة الطرق التي تزيد من فاعلية الدعم الاجتماعي وتعمل على توفيره من أهل المريض و أصدقائه، يجب اعتبارها من الأولويات حيث يجب العمل على تشجيع الأفراد للتعرف على الإمكانيات الممكنة للدعم التي توفرها البيئة المحيطة بهم، ووجوب تعليمهم كيفية الاستفادة من مصادر الدعم المتاحة بفاعلية أكبر، كالانضمام إلى المجموعات التي تشاركهم الاهتمام مثلا، أو المجموعات الاجتماعية غير الرسمية التي تلتقي بشكل منتظم

**الدعم الاجتماعي والصحة**

عرف مفهوم الدعم الاجتماعي تطورا هاما، حيث اقتحم مجال الصحة الفسيولوجية والجسمية، وأصبح بذلك يكتسي أهمية خاصة في الدراسات الوبائية و الإكلينيكية التي تحاول تشخيص مسببات أمراض العصر المزمدة، ويرجع الفضل في ذلك إلى كل من (Cassel,1976) و (Cobb , ١٩٧٠) حيث نبها إلى دور الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية في الحفاظ على الصحة و الوقاية من المرض ويعتقد العالم أن التأثير الإيجابي للعلاقات الاجتماعية على الصحة يرجع لعدة أسباب، لعل أهمها تلك التي تتعلق بالدور الأساسي والمهم للروابط الأسرية و الاجتماعية في مواجهة ضغوط الحياة الصعبة والتخفيف من المشكلات الصحية الناجمة عنها . (عثمان يخلف، ٢٠٠١، ١٤٤٢)

إن الدعم الاجتماعي من أهم المتغيرات في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية حيث أثبتت الدراسات العلمية والطبية والوبائية الحديثة الفوائد الصحية والوقائية والإنمائية للدعم الاجتماعي على صحة وسلامة العقل والجسم (يخلف ٢٠٠١ : ١٤١).

يمكن للدعم الاجتماعي أن يقلل من إمكانية حدوث المرض ويسرع في حدوث الشفاء لدى التعرض للمرض كما أنه يقلل من معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض الخطيرة وقد بينت الدراسات التي اهتمت بضبط الحالة الصحية ، بأن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية كمية أكثر منها نوعية، تكون معدلات الوفيات بينهم متدنية (تايلور، ٢٠٠٨: ٤٤٨)

وتشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن أن الأشخاص الذي لا يقيمون علاقات اجتماعية طيبة مع الآخرين ولا يتلقون دعم اجتماعي هم عرضة أكثر من غيرهم للإصابة باضطرابات فسيولوجية ومشكلات صحية مزمنة، وأن خطورة العزلة الاجتماعية على الصحة تتساوى في أضرارها مع التدخين وارتفاع ضغط الدم والكوليسترول والسمنة والخمول البدني (يخلف ٢٠٠١ : ١٤٣).

١١. علاقة الدعم الاجتماعي بالأمراض المزمنة :

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

- **التفسير الأول:** إن الدعم الاجتماعي يعمل على حماية الفرد من الإصابة بالأمراض الجسمية أو العقلية، وهذا ما أكدته الدراسات التي أوضحت دور الدعم الاجتماعي في تقليل الاستهداف للإصابة بمرض الذبحة الصدرية، وتوصلت إلى أن انخفاض العلاقات الاجتماعية يرتبط بشكل ملحوظ مع الإصابة بأمراض القلب (شويخ، ٢٠٠٧)

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

- **التفسير الثالث:** إن هناك بعض المتغيرات الوسيطة كالمستوى الاقتصادي والاجتماعي وعوامل الشخصية، التي تؤثر على كل من المساندة الاجتماعية والإصابة بالأمراض حيث توصلت الدراسات إلى أن انخفاض مستوى المعيشة يؤدي إلى اضطراب الدعم الاجتماعي من ناحية ويصيب الفرد من ناحية أخرى بأمراض القلب، كما أوضحت الدراسات أن الأفراد ذوي نمط (أ) في الشخصية يعانون من انخفاض الدهم، كما أنهم يكونون أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب (شويخ، ٢٠٠٧: ٩٢).

### ثالثاً: نوعية الحياة

يُعد مفهوم نوعية الحياة من بين المفاهيم الحديثة التي لاقَت اهتماماً كبيراً من طرف العديد من الباحثين في عدة ميادين، من بينها علم النفس الصحة وذلك في سياق الأمراض المزمنة والتي تهدف إلى معرفة مدى إدراك الفرد وتقييمه لحالته في مختلف الأبعاد التي لها علاقة بالصحة ومدى تأثيرها على حياته بهدف الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية.

١. التطور التاريخي لمفهوم نوعية الحياة:

بعد مفهوم نوعية الحياة مفهوم قديم ظهر مع الفلاسفة الإغريق كأرسطو، سقراط. إذ حاولوا من خلال أعمالهم توضيح الأسباب والعوامل المؤدية إلى الحياة الجيدة والسعيدة، ثم

برز هذا المصطلح أكثر مع مطلع الخمسينات عندما برزت العلاجات في حقل الأمراض المزمنة، وانتق في مجمله على أنه مفهوم ذاتي فردي متعدد الجوانب، إلا أنه وبعد فترة زمنية ظهرت اختلافات عديدة بين العلماء على إعطاء مفهوم محدد لهذا المصطلح، فنجد في الطلب مثلا أن مفهوم نوعية الحياة يقاس بالفترة التي يبقى بها الفرد على قيد الحياة بوجود المرض، مع عدم أخذ بعين الاعتبار مسألة المشاكل النفسية والاجتماعية التي يخلفها المرض والعلاج كالعلاج الكيماوي، الإشعاعي. (شيلي تايلور، ٢٠٠٨: ٦٢٠)

إلا أنه وبعد دراسات مختلفة، أصبحت المعايير الطبية ضعيفة الارتباط بتقييم حالة المريض والعلاج، وأصبح يفترض أن لنوعية الحياة أبعاد مختلفة والتي تشمل على: البعد الجسدي الوظيفي كالاستقلالية الجسدية الراحة النوم التغذية الألم... البعد النفسي السيكولوجي (درجة الحصر والاكتئاب إبراك الصحة، الرضا العام حول الحياة المعاشة) البعد البيئي الاجتماعي كظروف الحياة والمحيط العائلي، النشاطات المرتبطة بالأدوار الاجتماعية (...).

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

كما زاد الاهتمام بمفهوم نوعية الحياة، مع تطور مجالات علم النفس، حيث ارتبط هذا المصطلح بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء كاستجابة لأهمية النظرة الإيجابية للحياة كبديل للتركيز على النواحي السلبية للحياة وما تحمله من عقبات ومشاكل وغيرها من الأمور السيئة. أما في الوقت الحاضر فأصبحت نوعية الحياة من الأهداف الصحية للعديد من المنظمات والحكومات، حيث وضعت الولايات المتحدة الأمريكية شعار بعنوان "أفراد أصحاء" لسنة ٢٠١٠ لتحسين نوعية الحياة وزيادة التوقعات الايجابية لدى الشعوب (أنور، ٢٠١٠: ٤٣٩)

٢. مفهوم نوعية الحياة:

لقد اختلف الباحثون على اختلاف تخصصاتهم ومجال بحثهم في تعريفهم لنوعية الحياة، وهذا ما أدى إلى تعدد وجهات نظرهم حول المفهوم كما أنهم اختلفوا في ترجمة مفهوم

نوعية الحياة لتداخله مع المصطلحات القريبة منه مثل الارتياح والسعادة والرضا عن الحياة والحياة ذات المعنى وهناء العيش (Rapley، ٢٠٠٣)

كما يشيع استعمال مصطلح جودة الحياة في البحوث العربية كترجمة المصطلح Quality of life غير أن لفظة Quality في الانجليزية تشير إلى مستوى شيء ما بالقياس إلى معيار مماثل له وفي البحث الحالي فضلنا استعمال مصطلح نوعية الحياة. وحسب منظمة الصحة العالمية (١٩٩٤) فإن نوعية الحياة تمثل معتقدات الفرد عن موقعه في الحياة وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها واهتماماته في ضوء السياق الثقافي ومنظومة القيم في المجتمع الذي يعيش فيه.

كما تعرف نوعية الحياة طباع الفرد اتجاه حياته، وضمن والمعايير الثقافية في مجتمعه ومستوى العلاقة بين تحقيق أهدافه وتوقعاته، وفق مفاهيم معيارية محدد له، ومن وجهة نظر أخرى هي عملية الدمج والتكامل بين جوانب صحة الفرد الفسيولوجية والنفسية ومستوى عدم الاعتمادية والعلاقات الاجتماعية وعلاقة ذلك بما : المستقبل من أحداث في البيئة (الهمس ٢٠١٠: ٤٢)

وفي تعريف آخر لنوعية الحياة بأنها ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجيات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية القيس القيم المنطقة وبمؤشرات ذاتية نقيس قدر الإشباع (الجوهري، ١٩٩٤: ٩٣)

كما أشار (شراقوي، ٢٠٢١) أن نوعية الحياة هي كل ما يفيد الفرد في تنمية طاقته النفسية والعقلية ذاتيا والتدريب على كيفية حل المشكلات واستخدام أساليب مواجهة المواقف الضاغطة والمبادرة لمساعدة الآخرين، وينظر إلى جودة الحياة من خلال قدرة الفرد على إشباع حاجات الصحة النفسية مثل الحاجات البيولوجية والعلاقات الاجتماعية الإيجابية والرضا عن العمل والاستقرار الاقتصادي والقدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية والاقتصادية ويؤكد أن شعور الفرد بالصحة النفسية من المؤثرات الفردية الدالة على نوعية الحياة.

بينما عرف (Letzelter، ٢٠٠٠) نوعية الحياة بأنها مجموعة من الخصائص التي لها علاقة بانخفاض الحالة الصحية والرفاهية التي تتداخل وتأثر على الدور الاجتماعي أو تساهم في تغيير الحالة النفسية المزاجية لدى الفرد .

أما (Kahn & Juster، ٢٠٠٢) فيعرف نوعية الحياة بأنها مفهوم يستخدم للتعبير عن الرضا عن الحياة والصحة والدور الايجابي في الحياة (Galloway et, al ، ٢٠٠٥ ، p118)

وتمثل نوعية الحياة حسب ( زعطوط،٢٠٠٥) تقييما متعدد الأبعاد لظروف الحياة الحالبة للفرد في سياق ثقافته التي يحيا فيها والقيم التي يتبناها، وهي في المقام الأول شعوره الذاتي بالرفاهية وحسن الحال متضمنة أبعاد جسدية ونفسية واجتماعية وروحية وفي بعض الظروف يمكن أن تسهم المؤشرات الموضوعية في هذا الإدراك والتقييم لتقريب المعنى. وقد لخص (كاظم والبادي،٢٠٠٥) محتوى التعاريف التي تناولت نوعية الحياة في النقاط التالية:

- القدرة على تبني أسلوب حياة يشبع رغبات واحتياجات الفرد.
  - السعادة والرضا عن الذات والحياة الجديدة. الاستمتاع بالظروف المادية والبيئية الخارجية والإحساس بحسن الحال.
  - إشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية.
  - حالة شعورية تجعل الفرد أشار نفسه قادرا على إشباع حاجاته المختلفة الفطرية والمكتسبة والاستمتاع بالظروف المحيطة به.
٣. أهم مؤشرات ومظاهر نوعية الحياة:
- ويمكن تحديد المميزات الأساسية لنوعية الحياة على أنها ديناميكية ذات مفهوم فردي كما أنها ذاتية

وهذا يعني أن نوعية الحياة هي كيفية إدراك الفرد وطريقة تقييمه لحياته ومظاهر الحياة المتعددة والمتفاعلة تتمثل في المظاهر الجسمية كالإحساس بالاستقلالية مثلا ومظاهر نفسية التي تشمل الانفعالات أما المظاهر الاجتماعية فتشمل مختلف العلاقات والتفاعلات، أما باقي المظاهر فتشمل الجانب الروحي . (Verdot ، 2008: 5)

أ- المؤشرات الموضوعية:

هي تلك المؤشرات القابلة للقياس الكمي والتي تتعلق بالمتغيرات الأساسية لنوعية الحياة، فالمؤشرات الموضوعية تقوم على التقييم الموضوعي للأحوال والظروف السائدة في

المجتمع أي أن هذه المؤشرات تعكس ظروف حياة الأفراد في وحدة ثقافية وجغرافية معينة من خلال قياسها الكمي المحض والحقائق المتعلقة بجوانب البناء الاجتماعي ( الجوهري ، ١٩٩٤ )  
ب- المؤشرات الذاتية:

تشير تلك المؤشرات إلى حجم استفادة الأفراد من الخدمات التي تقدمها الدولة، وما هو قدر الإشباع الذي تحقق للأفراد من خلال هذه الخدمات والمتغيرات كما تمثل درجة رضا الأفراد عن ذلك وبعبارة أخرى هو مدى الإشباع الذي يتحقق للأفراد من حياتهم في ظل واقع اجتماعي معين ويكون ذلك من خلال تقييمهم وإدراكهم لهذا الواقع، كما ينعكس في مستويات رضاهم أو سعادتهم بجوانب هذا الواقع الاجتماعي باعتباره يشكل مكونات نوعية حياتهم. ويؤكد العلماء أن جوهر دراستهم يتراوح ما بين الاهتمام بقياس الآثار المركبة الجوانب الحياة الواقعية من ناحية وبين تصور هذه الوقائع عند الفرد وحكمه عليها من ناحية أخرى وعلاقة ذلك بالرضا الإنساني، هذا هو التفاعل بين الجانب الموضوعي والجانب الذاتي (الجوهري، ١٩٩٤، ٤٨) والنوعية الحياة في بعدها الموضوعي والذاتي عدد من المظاهر تتمثل في:

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

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

والمظهر الآخر هو معنى الحياة فكما شعر الفرد بإنجازاته ومواهبه وقيمه وأهميته للمجتمع وللآخرين وأن غيابه يسبب نقصاً أو افتقاده لدى الآخرين كلما أحن الفرد بجودة الحياة

التي يحيها، وآخر هذه المظاهر هو السعادة فهو شعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس، وتحقيق الذات والشعور بالبهجة والاستمتاع واللذة والشعور بالنشوة حينما يدرك الفرد قيمة ومتضمنات حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية ويمكن أن تؤدي كل هذه الأمور إلى نوعية الحياة (الهمس، ٢٠١٠: ٤٥).

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

- المؤشرات النفسية : تتمثل في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا والتي تحتوي على عدة مؤشرات: المؤشرات الاجتماعية تتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية. - المؤشرات المهنية: تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبها، القدرة على تنفيذ مهامه ووظيفته وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.

- المؤشرات الجسمية والبدنية : تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول الغذاء والقدرة الجنسية (رغداء، ٢٠١٢: ١٤٩) وقد اقترح (عبد المعطي، ٢٠١٩) خمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة ترتبط فيها الجوانب الموضوعية والذاتية وهي كالتالي:

- العوامل المادية والتعبير عن حسن الحال:

والتي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع لأفراده، إلى جانب الفرد وحالته الاجتماعية والصحية والتعليمية، حيث تعد هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن نوعية الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع وتعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة. أما حسن الحال فيُعد كذلك مظهرا سطحيا للتعبير عن نوعية الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة، ولكنهم يخترنون معنى حياتهم. (الهنداوي، ٢٠١٠: ٤١)

- إشباع الحاجات والرضا عن الحياة:

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

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

**- إدراك الفرد القوى والمتضمنات الحياتية وإحساسه بمعنى الحياة:**

قد أشار البعض أن إدراك القوى والمتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لنوعية الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من استخدام القدرات والطاقات والأنشطة الابتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الاجتماعية وأن ينشغلوا بالمشروعات الهادفة، ويجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط واستغلال الوقت وما إلى ذلك. ومعنى الحياة يرتبط بنوعية الحياة، فكلما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع وللآخرين وشعر بإنجازاته ومواهبه وأن شعره قد يسبب نقصاً أو افتقاراً للآخرين له، فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بنوعية الحياة.

**- الصحة والبناء البيولوجي وإحساس الفرد بالسعادة:**

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

كما أن إحساس الفرد بالسعادة يؤدي إلى الشعور بالرضا والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات والبهجة والاستمتاع واللذة وحب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لها وهذا عند إدراكه لقيمة حياته مع استمتاعه بالصحة الجسمية. وقد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص وبيئته (الهنداوي، ٢٠١٠).

**- نوعية الحياة الوجودية:**

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

تتعدد مظاهر نوعية الحياة لتشمل العوامل العادية وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد الإيجابي لمعنى الحياة و مدى إحساس الفرد بالسعادة والصحة النفسية

والجسمية و جودة الحياة الوجودية وهي الأعمق تأثيراً، والذي يتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية الإحساس بحسن الحال وإشباع الحاجات الرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته و شعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية وإحساسه بمعنى السعادة وصولاً إلى عيش حياة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في المجتمع ( الهنداوي، ٢٠١٠ : ٤١).

#### ٤ . النماذج المفسرة لنوعية الحياة:

يشير (الشربيني، ٢٠٠٧) إلى أن هناك عدة نماذج مفسرة للنوعية الحياة أهمها:  
أ- نموذج ايفانس (Evans, ١٩٩٤) الذي بني على الأوجه التكاملية للأطر النظرية التي تتضمن ما يلي :

-سمات الشخصية مثل تقدير الذات والتأؤل والعصابية والانبساطية وهي سمات نابغة من الداخل وتشمل على الأبعاد المعرفية والانفعالية.  
-الهناء الشخصي ويتضمن كل من الانفعال الايجابي والسلبي ويكون داخلي المصدر ومكون انفعالي، الرضا العام عن الحياة ويكون داخلي المصدر ومكون معرفي.  
-محصلة نوعية الحياة وتتضمن نوعية الحياة السلوكية، ونوعية الحياة المتصلة بالصحة.  
(السيد، ٢٠٠٩ : ٥٧)

ب- نموذج فينوهوفن (Veenhoven, 2000) وهو مكون من أربعة مفاهيم مرتبة:

- فرص الحياة وتنقسم إلى بعدين  
• النوعية في البيئة الخارجية وغالبا ما يستخدم مصطلحي جودة الحياة والهناء بهذا المعنى.  
• النوعية المنبثقة من الداخل وهي تشير إلى البيئة الداخلية للفرد من إمكانيات وقدرات تعده لمجابهة المشكلات الحياتية بطريقة أفضل.  
-نتائج الحياة وتنقسم إلى:

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

• تقويم أو تقدير الحياة أي النوعية المنبثقة من الداخل ويشير إلى نوعية الحياة كما يراها الفرد من حيث التقرير الذاتي لها مثل الهناء الشخصي، والرضا عن الحياة والسعادة.(السيد، ٢٠٠٩)

ح- نظرية فنتجودت وآخرون: وقد وضعت نظرية تفسير نوعية الحياة في ضوء عدة أبعاد:

- الحياة الذاتية: والمتمثلة في الهناء والرضا عن الحياة والسعادة ومعنى الحياة.

- الحياة الموضوعية أو الخارجية: والتي تظهر في التنظيم البيولوجي وإدراك الإمكانيات الحياتية وانجاز الحاجات والمعايير الثقافية (الشربيني، ٢٠٠٧: ١٣).

خ- نموذج الإدراك الذاتي لنوعية الحياة لأوليسون (Oilson, ١٩٩٧):

هذا النموذج يفترض أن نوعية الحياة هي خبرة معرفية تتضح من خلال كل من الرضا عن أبعاد الحياة المهنية للفرد وهذه الخبرة لها عدة أبعاد حيث يذل هذا النموذج على أن النتائج الإيجابية لنوعية الحياة تعتمد على إدراك الفرد المستويات الرضا والسعادة الناتجة عن أبعاد نوعية الحياة المتمثلة في بعد الصحة وبعد المستوى الاجتماعي والاقتصادي والبعد النفسي وبعد الأسرة، بالإضافة إلى اهتمام النموذج بكيفية تأثير هذه النتائج الإيجابية في إدراك الفرد لنوعية الحياة التي يشعر بها، حيث أن هذا التأثير يمتد في الاتجاهين معا بين النتائج الإيجابية وأبعاد نوعية الحياة (شويخ، ٢٠٠٧: ١٢٠).

كما أكنت التوجهات النظرية الحديثة في تفسيرها لمفهوم نوعية الحياة على دور المحددات النصية، كما يلي:

✓ التوجه المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لنوعية الحياة على فكرتين أساسيتين حيث تشير الفكرة الأولى إلى أن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بنوعية حياته. أما الفكرة الثانية فتؤكد على الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فالعوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة (Argyle, 1999, p ٣٥٣).

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

• نظرية لاوتن (Lawton Theory ١٩٩٦):

طرح لاوتن مفهوم طبعة البيئة ليوضح فكرته عن نوعية الحياة والتي تدور حول إدراك الفرد لنوعية حياته والذي يتأثر بكل من الظرف المكاني، فالبيئة المحيطة بالفرد لها تأثير على

إدراكه لنوعية حياته وطبيعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران أحدهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، والآخر تأثيره غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

أما الظرف الزمني، فإدراك الفرد لتأثير طبيعة البيئة على نوعية حياته يكون أكثر ايجابيا كلما تقدم في العمر فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، وبالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بنوعية الحياة. (Argyle,1999.373)

• نظرية شالوك (Schalok Theory ٢٠٠٢)

قدم شالوك 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 شعور الفرد بجودة الحياة، علما أنه هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لنوعية حياته (إبراهيم، ٢٠٠٥: ٧١-٧٠).

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

جدول رقم (٠١) مجالات نوعية الحياة ومؤشراتها حسب نظرية شالوك

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

من خلال الجدول السابق يمكن استخلاص مؤشرات نوعية الحياة كالآتي:

- الناحية الذاتية: التقييم الوظيفي كمقياس المدى مستوى الوظيفة وملاحظة المشاركة واستبيانات الظروف والأحداث البيئية والتفاعل في الأنشطة اليومية وتقرير المصير والتحكم الشخصي وأوضاع الدور من التعليم والمهنة والسكن.
- ✓ الظروف الخارجية والتي تتمثل المنبهات الاجتماعية كمستوى المعيشة ومستوى العمل (إبراهيم، ٢٠٠٥: ٧١-٧٠).

#### التوجه الإنساني:

يرتكز هذا التوجه على أن فكرة نوعية الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما و هما وجود كائن حي ملائم و وجود بيئة جديدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المتبادل بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية والتي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد وهناك البيئة الاجتماعية وهي التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات طبقا للمعايير السائدة في المجتمع، ف جودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير وعدم خروجهم عنها. كما أن هناك البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا (رضوان، ٢٠٠٦: ٩٦)

لقد أكد هذا المنظور في تفسيره النوعية الحياة على مفهوم الذات (Self-concept) وقد بين أن حقيقة الحياة الإنسانية تتطوي على إمكانات هائلة لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة (Rebecca, 2000, p39).

ومن أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المنظور :

#### - نظرية رايف (Ryft Theory ١٩٩٩)

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

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

• **التمكن البيئي:** ومن صفاته الكفاءة الذاتية للفرد وقدرته على التحكم وإدارة نشاطاته وبيئته والاستفادة من الفرص المتاحة لديه واتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية والاجتماعية وقدرته على اختبار قيمته الشخصية والتصرف بما يتناسب ومعايير مجتمعه (Chraif, & Dumitru, 2015)

• **النمو الشخصي:** صفاته تتمثل في شعور الفرد بالنمو والارتقاء المستمر وانفتاحه للتجارب الجديدة وإدراكه لتطور وتوسع ذاته، وكذا إحساسه الواقعي بالحياة وشعوره بتحسين ذاته وتطور سلوكه يوما بعد آخر وتغييره بطرائق تزيد من معرفته وفاعليته الذاتية.

• **العلاقات الإيجابية مع الآخرين:** من صفاته رضا الفرد عن علاقاته الاجتماعية، ثقته بالآخرين من حوله وقناعته برفاهية الآخرين وقدرته على التعاطف والتودد للآخرين واهتمامه بالتبادل الاجتماعي كما أنه يظهر السلوك التواصلي مع الآخرين.

• **تقبل الذات:** من صفاته إظهار الفرد توجهها ايجابيا نحو ذاته قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته السلبية والايجابية وشعوره الايجابي لحياته الماضية وتفكيره الايجابي لذاته المستقبلية ويظهر النقد الايجابي لذاته وخصائصها المميزة .

#### • **الحياة الهادفة**

ومن صفاته امتلاك المعتقدات التي تعطي معنى الحياة الماضية والحاضرة ووضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها والقدرة على توجيهها في الحياة كما أن الفرد يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته وأن صحته النفسية تكمن في إحساسه بالحياة.

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

✓ **التوجه التكاملية :**

- نظرية اندرسون (Anderson Theory ٢٠٠٣)

طرح (Anderson, ٢٠٠٣) شرحا تكامليا لمفهوم الحياة، متخذا من مفاهيم السعادة (Happiness) ومعنى الحياة (Meaning of life) ونظام المعلومات البيولوجي (The biological Information system) والحياة الواقعية (Realizing life) وتحقيق الحاجات

(Fulfilment of needs) فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطار نظريا تكامليا لتفسير نوعية الحياة. (Ventegodt et al 2003. p141)

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

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

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

١. إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بنوعية حياته والذي يتحقق بوضع أهداف واقعية يكون قادرا على تحقيقها وأن يسعى إلى تغيير محيطه كي يتلاءم مع أهدافه.

٢. إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وإلى شعوره بنوعية الحياة، فهو أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

٣. إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة وأهداف ذات معنى وبعائلة تبت فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بنوعية الحياة. (Anderson,2003,P28)

#### رابعاً: السكتة الدماغية

لا تزال السكتة الدماغية تعد من المشكلات الصحية المنتشرة ، التي تحدث بنسبة مرتفعة بالرغم من تطور التكنولوجيا الطبية، وهي أكثر المشكلات الصحية التي تصيب الإنسان في الدول المختلفة وتعد ثالثة الأسباب المؤدية إلى الموت بعد السكتة القلبية و السرطان و ان ٢٩% من الذين يصابون بالسكتة الدماغية يتوفون سنويا، أما الناجون فيصابون بمظاهر العجز والقصور في القدرات المعرفية و الإدراكية ، إضافة إلى الإعاقة الجسدية، إذ إنه من بين الناجين من السكتات الدماغية ما نسبته ٤٨ لديهم شلل نصفي، ٢٢% لا يمكنهم المشي ٢٤% إلى ٥٣% يظهرون استقلالاً جزئياً أو كاملاً يتعلق بالنشاطات المتعلقة بنشاطات الحياة اليومية بينما ١٢% إلى ١٨% يعدون مصابين بالحيسة الكلامية و ٣٢% لديهم اكتئاب وقد نشرت منظمة القلب الأمريكية إحصائيات عن السكتة الدماغية التي توضح حدة هذه المشكلة،

حيث يقدر أن مواطن أمريكي. يصاب بالسكتة الدماغية كل ٥٣ ثانية كمتوسط وكل 3٣, دقيقة يموت شخص من السكتة الدماغية وكل سنة يعاني 600,000 شخص من جلطة دماغية جديدة أو متكررة، وإن ٢٨% من الأشخاص الذين يصابون بالسكتة الدماغية تكون اعمارهم اقل من ٦٥ سنة، وتصيب السكتات الدماغية بنسبة ٧٢% الأشخاص الكبار في السن ، الذين تبلغ اعمارهم ٦٥ سنة فأكثر، وتصل حالات الإصابة بالسكتة الدماغية ١٩ بالنسبة للذكور وهي أعلى من نسبة إصابة الإناث. (Gillen, et at, 2001)

وبشكل عام فان مظاهر السكتة الدماغية تشمل تنديا في القدرات المعرفية والإدراكية، وعجزا في القدرات الحركية، وخللا في الإحساس، وخللا في التوازن، وضعفاً في الإبصار، وضعفا في النطق، وضعفا في الأطراف العلوية والأطراف السفلية والوجه، وضعف القدرة على الحركة وفقدان التركيز والانتباه، وضعفا عاما في الوظائف الحسية والحركية للجسم (٢٠٠١ Gillen ,et al,

#### اسباب السكتة الدماغية

تحدث السكتة الدماغية إما نتيجة انسداد في أحد شرايين الدماغ بسبب تصلبها مما يمنع تدفق الدم عبرها ويتم هذا الانسداد بواسطة عملية تدريجية، أو نتيجة انتقال خثرة أو تجلط إما من شرايين القلب عبر مجرى الدم إلى الدماغ مما يؤدي إلى تضيق أو انسداد في الأوعية الدموية الدماغية أو عبر الشرايين الدماغية كالشريان السباتي Carotid Artery والشريان القاعدي Basilar Artery.

وتسمى بالسكتات الدماغية الاحتباسية Ischemic Strokes ، وقد تحدث السكتة الدماغية أيضا نتيجة انفجار في أحد شرايين الدماغ بسبب الضغط الزائد على جدران الأوعية الدموية مما يحدث نزيفا شديدا، حيث يطلق الدم من الأوعية الدموية إلى الأنسجة الدماغية العصبية مما يؤدي إلى الضغط على هذه الأنسجة وإصابتها وتسمى بالسكتات الدماغية النزفية ( Kelly-Hayes, et al, 1998)

وهناك عوامل عديدة تزيد من احتمالية حدوث السكتة الدماغية كالعمر، والجنس، والعرق والوراثة، ومن جهة أخرى تهتم برامج الوقاية من السكتات الدماغية بعوامل الخطر التي يمكن السيطرة عليها وتشمل ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، ومرض السكري، والتدخين، والعوامل الطبيعية مثل الوزن الزائد، وقلة النشاط الجسدي والتوتر العاطفي (Gillen, ٢٠٠١).

### الدراسات والبحوث السابقة:

أجرى كل من كوهن وآخرين سنة ٢٠٠٧ حول قوة تأثير الدعم الاجتماعي في تعزيز الاستجابة المناعية تضمنت عينة تكونت من ٢٧٦ فرد وفقا Rhinovirus تراوحت أعمارهم بين ١٨ و ٥٥ سنة تعرضوا لفيروس البرد لإجراءات تجريبية وإكلينيكية دقيقة، وجد الباحث أن ٤٠ % من الذين تعرضوا للفيروس أصيبوا بنزلة برد وكان أغلبهم من الأفراد الذين ليس لديهم علاقات اجتماعية وثيقة وكان أقوى دليل على أهمية الدعم الاجتماعي في تحسن فعالية المناعة هو ما كشفت عنه تحاليل إحصائية إضافية، حيث وجد أن الأفراد الذين يعتمدون على شبكة من العلاقات الحميمة مع أفراد الأسرة والأصدقاء المقربين لهم، ويتلقون دعم اجتماعي وعاطفي جيد كانوا أقل عرضة للإصابة بالعدوى أكثر بكثير من غيرهم الذين يفتقرون إلى روابط اجتماعية وثيقة ولا يتلقون دعم اجتماعي جيد. (خميسة، قنون، ٢٠٠٧)

بينما تناولت دراسة هويدا عبد العال (2008) العوامل المساهمة في حدوث اكتئاب ما بعد الجلطة الدماغية وشدة الاكتئاب وتأثير الاكتئاب على جودة وكفاءة الحياة وكذلك العلاقة بين الاكتئاب والقائم على الرعاية. وأظهرت نتائج الدراسة ارتباطا واضحا بين الإصابات الأمامية وحدث الاكتئاب كما وجد أن الإصابة بالنصف الأيسر من المخ تزيد من شدة الاكتئاب.

وتناولت دراسة كردي (٢٠٠٨) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإرادة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي، وتكونت عينة الدراسة من (٤٠) مريضا ومريضة من مرض الفشل الكلوي الخاضعين لغسيل الكلي في مستشفى الملك عبد العزيز التخصصي بمدينة الطائف، واشتملت أيضا الدراسة على عينة مكونة من (٤٠) فرد من الأصحاء من كلا الجنسين، واستخدمت الباحثة مقياس من إعدادها ومقياس إرادة الحياة. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية وإرادة الحياة، كما أسفرت النتائج عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات مرض الفشل الكلوي والأصحاء في كل من المساندة الاجتماعية وإرادة الحياة كانت لصالح الأصحاء.

فيما قامت دراسة قنون خميسه (٢٠١٣) بتناول الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان تكونت عينة الدراسة من (٦٠) مريضا بالسرطان منهم (٢٥) ذكور ، و (٣٥) إناث، تراوحت أعمارهم بين ٢١ ، ٧٦ سنة

- بتوسط عمر ٣٧,٤ سنة، ذو مستويات ثقافية واجتماعية مختلفة، وقد أجريت هذه الدراسة بالمستشفى الجامعي، مركز مكافحة السرطان لولاية باتنة. وكشفت نتائج الدراسة عن الآتي:
- تتوزع قيم كل من الاستجابة المناعية والدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة توزيعاً اعتدالياً لدى مرضى السرطان.
- توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين درجة الاستجابة المناعية ودرجة الدعم الاجتماعي ودرجة الدعم الاجتماعي المدرك لدى مرضى السرطان.
- توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين درجة الاستجابة المناعية ودرجة الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
- توجد علاقة ارتباطية إيجابية دالة إحصائياً بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في معدل الاستجابة المناعية ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب الحالة الاجتماعية (أعزب - متزوج) في معدل الاستجابة المناعية ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

وفي نفس السياق قام بروكس وآخرون (Brooks,2014) بدراسة المساندة الاجتماعية (متغير أساسي لتعزيز الصحة وإدارة الأمراض المزمنة في المرضى ذوي الأصول الإسبانية) حيث إن الأمراض المزمنة يمكن أن تسبب أعباء جسدية ونفسية واجتماعية عديدة للمرضى وقد يكون المساندة الاجتماعية دوراً في تخفيف تلك الأعباء، وتم تطبيق الدراسة على عينة تكونت من ٤٦ مريض. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن حوالي ٨٧% من عينة الدراسة يرون إلى ضعف المساندة الاجتماعية في حياتهم، وكان أكثر أنواع المساندة هي العاطفية والمادية وأن وجود المساندة الاجتماعية يقوي إرادة المريض وتتأثر الاستجابة المناعية للأمراض المزمنة بما يقدم للمريض من مساندة اجتماعية ونفسية . (أبو العزم، وآخرون ، ٢٠٢٢)

وجاءت دراسة ( شحاته، ٢٠١٥ ) بعنوان تحديد مستوى المساندة الاجتماعية التي تقدم لمرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض، وقد طبقت الدراسة على عينة قوامها (١٧٦) مفردة من المرضى المصابين بأمراض مزمنة، منهم (١٢٥) من مرضى

السرطان، و (٨٠) من مرضى و (٤٨) ممن لديهم قتل كلوي (٤٢) من مرضى السكر. وكشفت نتائج الدراسة عن وجود مستوى مرتفع من الأزمة لدى المرضى، إثر إصابتهم بالمرض المزمن، كما بينت مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض قد جاء بدرجة منخفضة، وأن هناك علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة.

فيما تناولت تساؤل دراسة باندي (Pandey, 2018) فحواه هل العضوية في جماعات المساندة الاجتماعية تساعد في التعامل مع الأمراض المزمنة وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن التفاؤل واستخدام استراتيجيات المواجهة أعلى في المرضى الذين كانوا أعضاء في جماعات المساندة الاجتماعية مقارنة بمن اعتمدوا فقط على أسرهم وأصدقائهم، وكذلك وجود مشاعر سلبية وتشاؤم لدى العينة غير المنضمين إلى جماعات المساندة، واستخدام التفاؤل كاستراتيجية للواجهة للضغط أكثر في حالة المرضى الذين ينتمون إلى جماعات المساندة الاجتماعية، جاءت هذه الدراسة لتحسن المتغيرات النفسية والمتمثلة في استراتيجيات المواجهة من حيث النظرة الإيجابية والتفاؤل من خلال المتغيرات الاجتماعية المتمثلة في المساندة الاجتماعية. (أبو العزم، وآخرون، ٢٠٢٢)

وكانت دراسة هيتراشي وايزانا (Hettiarachchi and Abeysena, 2018) حول العلاقة بين ضعف المساندة الاجتماعية والمالية والضغط النفسية لمرضى الكلى المزمن. وتوصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة عكسية بين زيادة المساندة الاجتماعية والمالية واستخدام استراتيجيات المواجهة وبين الضغوط النفسية المرتبطة بالمرض.

وجاءت دراسة إبراهيم (٢٠١٩) للتناول تأثير المساندة الاجتماعية على الآلام لدى عينة من مرضى سرطان الثدي. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين المساندة الاجتماعية والألم بمعنى كلما ارتفعت المساندة الاجتماعية كلما انخفض مستوى الشعور بالألم. وعدم وجود فروق للحاجة إلى المساندة الاجتماعية ولا الشعور بالألم لدى كلا من الذكور والإناث.

وفي مجال الدراسات التي تناولت استخدام الارشاد الانتقائي جاءت دراسة العتيبي (٢٠٢١) للتناول فاعلية برنامج إرشادي انتقائي لتنمية التوافق النفسي والاجتماعي لدى الايتام ذوي الظروف الخاصة في المرحلة الثانوية. وشملت عينة من (٢٠) يتيماً من دار

الرعاية الاجتماعية بجده وتمثل أدوات الدراسة مقياس التوافق النفسي والاجتماعي من اعداد سهير إبراهيم (٢٠٠٤) والبرنامج الانتقائي لتنمية التوافق النفسي والاجتماعي من اعداد الباحث والذي تكون من ٩ جلسات ارشادية، وقد أظهرت النتائج فعالية البرنامج الارشادي الانتقائي في تنمية التوافق النفسي والاجتماعي، حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي لصالح المجموعة التجريبية.

العتيبي، أحمد علي حسن (٢٠٢١): فاعلية برنامج إرشادي انتقائي لتنمية التوافق النفسي والاجتماعي لدى الايتام ذوي الظروف الخاصة في المرحلة الثانوية. المجلة العربية للعلوم التربوية المجلد الخامس. العدد (١٩).

التعقيب على الدراسات السابقة:

يتضح من خلال العرض السابق للدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع الدعم

الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية ما يلي :

-أكدت معظم الدراسات السابقة العربية والأجنبية على حد سواء على أهمية التعرف

على معرفة أثر الدعم الاجتماعي لدى أسر مرضى السكتات الدماغية كدراسة Brooks, (2014)

والتي هدفت إلى المساندة الاجتماعية ( متغير أساسي لتعزيز الصحة وإدارة الأمراض

المزمنة في المرضى ذوي الأصول الأسبانية ) ، بينما نجد دراسة باندي (2018)

Pandey والتي هدفت إلى سؤال مؤداه هل العضوية في جماعات المساندة الاجتماعية تساعد

في التعامل مع الأمراض المزمنة ؟ . بينما هدفت دراسة ( شحاته، ٢٠١٥ ) لتحديد مستوى

المساندة الاجتماعية التي تقدم لمرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض ، ونجد

دراسة إبراهيم (٢٠١٩) التي هدفت إلى تأثير المساندة الاجتماعية على الآلام لدى عينة من

مرضى سرطان الثدي، بينما نجد دراسة هيتراشي و ابيزانا Hettiarachchi and Abeysena

2018، والتي كان هدفها العلاقة بين ضعف المساندة الاجتماعية والمالية والضغوط النفسية

لمرضى الكلى المزمن. بينما دراسة قنون خميسه (٢٠١٣) هدفت إلى الاستجابة المناعية

وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان ، وكان هدف

دراسة كردي (٢٠٠٨) المساندة الاجتماعية وعلاقتها بإعادة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي، بينما نجد دراسة هويدا شكري عبد العال (2008) هدفت إلى معرفة العوامل المساهمة في حدوث اكتئاب ما بعد الجلطة الدماغية وشدة الاكتئاب وتأثير الاكتئاب على جودة وكفاءة الحياة وكذلك العلاقة بين الاكتئاب والقائم على الرعاية ، وهدفت دراسة شلدون كوهين وآخرون سنة ٢٠٠٧ حول قوة تأثير الدعم الاجتماعي في تعزيز الاستجابة المناعية ، بينما هدفت قامت غازيبارا وآخرون ( Gazibara et al., 2018 )دراسة في كوسوفو هدفت إلى التعرف على مستوى انتشار الإدمان على المخدرات والكشف عن مستوى نوعية الحياة لدى المدمنين ، وأجرى أنتونيازي وزاناتا وأردينغي وفيلدنس Antoniazzi, Zanatta, Ardenghi & Feldens, 2018 ) دراسة في البرازيل هدفت إلى التعرف على أثر إدمان الكراك والهروين على نوعية الحياة لدى المدمنين وأسرههم ، وهدفت دراسة نافابي، وأسادي ونكاوي ( Navabi, Asadi & Nakhaee, 2017 )في إيران إلى التعرف على نوعية الحياة لدى المدمنين وأسرههم .

بينما اتضح ندرة الدراسات حول البرامج الإرشادية الانتقائية والتي استندت على نظرية ثورن، ونجد دراسة العتيبي، (٢٠٢١) تناول موضوع الارشاد الانتقائي الا ان العينة كانت على المستفيدين من خدمات التأهيل من الأيتام.

وتميزت الدراسة الحالية في أنها سلطت الضوء على الارشاد الانتقائي المستند على نظرية ثورن حيث تناولت الدراسة الحالية العديد من الفنيات والجلسات الإرشادية بلغت عدد تبين من خلال هذه الدراسات أن معظمها توصلت إلى نتائج أهمها أن :

- تعزيز الدعم الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة له دور كبير في الوقاية من الآثار السلبية للأمراض .
- تعزيز الدعم الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة يساعد علي تحسين فعالية المناعة الجسمية للأمراض .
- تعزيز الدعم الاجتماعي وتحسين نوعية الحياة دور مهم في الشفاء من الامراض العضوية.

### موقع البحث الحالي من الدراسات السابقة :

- تتجلى أوجه الاتفاق والاختلاف بين البحث الحالي والدراسات السابقة فيما يلي :
- اتفق البحث الحالي مع الدراسات السابقة على أهمية تعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية.
- يتفق البحث الحالي مع بعض الدراسات التجريبية في التركيز علي تعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية .
- تشابه البحث الحالي مع الدراسات السابقة في استخدام المنهج التجريبي لمناسبته لطبيعة الدراسة ، بالإضافة إلى استخدام البرنامج التدريبي والمقاييس التي يمكن من خلالها تعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية .
- تميز البحث الحالي عن الدراسات السابقة في استخدام برنامج ارشادي نفسي انتقائي في تعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من أسر مرضى السكتات الدماغية، وهذا لم يجده الباحث في الدراسات السابقة .

### فرضيات البحث:

- ١- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج.
- ٢- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية ومتوسطات رتب درجات المجموعة الضابطة على مقياس نوعية الحياة بعد تطبيق البرنامج.
- ٣- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي.
- ٤- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة في القياسين القبلي والبعدي.

- ٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي.
- ٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية على نوعية الحياة في القياسين البعدي والتتبعي.
- ٧- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات المجموعة التجريبية (ذكور \_ إناث) على مقياس الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة في القياسين القبلي والبعدي.

### الإجراءات المنهجية:

#### أولاً: منهج البحث

تم الاستعانة بالمنهج شبه التجريبي

. ولتحقيق غرض البحث اعتمد المنهج شبه التجريبي ( Quasi -

Experimental Designs)، باستخدام التصميم للمجموعات التجريبية والضابطة غير المتكافئة (The Nonequivalent Control Group) ويمكن تمثيله رمزياً كالآتي

G1	O	X	O
G2	O	-	O

حيث : G = المجموعة تجريبية أو ضابطة

O = الاختبار القبلي أ البعدي

X = المعالجة أو البرنامج

وبذلك، فقد استخدم الباحث هذا التصميم في بحثه ضمن الإجراءات الآتية:

- ١- المقارنة بين المجموعة التجريبية التي خضعت للبرنامج والمجموعة الضابطة التي لم تخضع لهذا البرنامج وذلك في القياس البعدي بعد أن تم التأكد من التجانس بين المجموعتين قبلياً، أي قبل إدخال المتغير المستقل وهو البرنامج القائم على أساس الارشاد الانتقائي لمعرفة تأثيره في المتغير التابع وهو الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة .
- ٢- القياس القبلي والبعدي والتتبعي على نفس مجموعة الدراسة المتمثلة في المقارنة بين المجموعة التجريبية قبل تطبيق البرنامج وذات المجموعة بعد تطبيق البرنامج .
- ٣- القياس القبلي والبعدي على المجموعة الضابطة، ولكن دون تطبيق البرنامج التدريبي عليه بهدف مقارنة النتائج مع المجموعة التجريبية فقط لفحص فعالية البرنامج .

٤- - بذلك يمكن توصيف شكل التصميم شبه التجريبي للبحث الحالي كما هو في الجدول الآتي:

جدول تصميم البحث

المجموعة المعالمة	القياس القبلي	القياس اللاحق	القياس القبلي	القياس اللاحق
التجريبية	X	X	X	X
الضابطة	X		X	

#### ثانياً: مجتمع الدراسة:

تكون مجتمع الدراسة الأصلي من أسر مرضى السكتات الدماغية والبالغ عددهم ١٠ أسر لمرضى السكتات الدماغية .

#### ثالثاً: عينة الدراسة:

العينة الأساسية للدراسة: تألفت هذه العينة في صورتها النهائية من (٤٠) فرداً من آباء وأمهات أسر مرضى السكتات الدماغية، وقد تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (٣٠-٤٥) سنة، وتم تقسيمهم إلى مجموعتين هما: (٢٠) فرداً يمثلون المجموعة التجريبية بواقع (١٠) آباء، (١٠ أمهات)، و(٢٠) فرداً يمثلون المجموعة الضابطة بواقع (١٠) آباء، (١٠ أمهات)، وتم إجراء التجانس والتكافؤ بين المجموعتين على متغيري الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة، وفيما يلي النتائج التي تم التوصل إليها:

#### ١. التكافؤ من حيث الدعم الاجتماعي المدرك

قام الباحث باستخدام اختبار مان-وتني لعينتي مستقلتين Mann-Whitney للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي المدرك قبل تطبيق البرنامج، ويوضح جدول (١) نتائج تجانس المجموعتين على المقياس.

جدول (١)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك.

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدعم الاجتماعي (الآباء)	المجموعة التجريبية	١٠	١٠,٣٠	١٠٣,٠٠	- ٠,١٥١	غير دالة (٠,٨٨٠)
	المجموعة الضابطة	١٠	١٠,٧٠	١٠٧,٠٠		
الدعم الاجتماعي (الأمهات)	المجموعة التجريبية	١٠	٩,٥٠	٩٥,٠٠	- ٠,٧٥٧	غير دالة (٠,٤٤٩)
	المجموعة الضابطة	١٠	١١,٥٠	١١٥,٠٠		

يتضح من الجدول السابق أن قيمتا Z بلغت (-٠,١٥١، -٠,٧٥٧) لمقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك (الآباء، الأمهات)، وهي قيم غير دالة إحصائياً، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك (الآباء، الأمهات)، وهذا يشير أيضاً إلى تجانس مجموعتي الدراسة في الدعم الاجتماعي المُدرَك قبل تطبيق البرنامج.

٢. التكافؤ من حيث نوعية الحياة

قام الباحث باستخدام اختبار مان-وتني لعينتين مستقلتين Mann-Whitney للتحقق من دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس نوعية الحياة قبل تطبيق البرنامج، ويوضح جدول (٢) نتائج تجانس المجموعتين على المقياس.

جدول (٢)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس القبلي لمقياس نوعية الحياة.

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
نوعية الحياة (الآباء)	المجموعة التجريبية	١٠	١١,٦٠	١١٦,٠٠	- ٠,٨٣٣	٠,٤٠٥ غير دالة
	المجموعة الضابطة	١٠	٩,٤٠	٩٤,٠٠		
نوعية الحياة (الأمهات)	المجموعة التجريبية	١٠	١١,٢٠	١١٢,٠٠	- ٠,٥٣٥	٠,٥٩٣ غير دالة
	المجموعة الضابطة	١٠	٩,٨٠	٩٨,٠٠		

يتضح من الجدول السابق أن قيمتا Z بلغت (-٠,٨٣٣، -٠,٥٣٥) لمقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات)، وهي قيم غير دالة إحصائياً، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الأفراد بالمجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات)، وهذا يشير أيضاً إلى تجانس مجموعتي الدراسة في نوعية الحياة قبل تطبيق البرنامج.

٣. التكافؤ على متغيري (الدعم الاجتماعي المدرك، نوعية الحياة) تبعاً للنوع (الآباء، الأمهات)

قام الباحث باستخدام اختبار مان-وتني لعينتي مستقلتين Mann-Whitney للتحقق من دلالة الفروق بين الآباء والأمهات بالمجموعة التجريبية على مقياسي الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة قبل تطبيق البرنامج، ويوضح جدول (٢) نتائج تجانس بين الآباء والأمهات بالمجموعة التجريبية على المقياسين.

جدول (٣)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين الآباء والأمهات بالمجموعة التجريبية في القياس القبلي لمقاييس الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة.

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدعم الاجتماعي المُدرك	المجموعة التجريبية	١٠	١٢,٠٥	١٢٠,٥٠	-	(٠,٢٤٠)
	المجموعة الضابطة	١٠	٨,٩٥	٨٩,٥٠	١,١٧٤	غير دالة
نوعية الحياة	المجموعة التجريبية	١٠	١١,١٥	١١١,٥٠	-	(٠,٦٢٢)
	المجموعة الضابطة	١٠	٩,٨٥	٩٨,٥٠	٠,٤٩٢	غير دالة

يتضح من الجدول السابق أن قيمتا Z بلغت (-١,١٧٤، -٠,٤٩٢) لمقاييس الدعم الاجتماعي المُدرك ونوعية الحياة، وهي قيم غير دالة إحصائياً، مما يدل على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي رتب درجات الآباء والأمهات بالمجموعة التجريبية على مقاييس الدعم الاجتماعي المُدرك ونوعية الحياة، وهذا يشير أيضاً إلى تجانس المجموعة التجريبية من حيث النوع (الآباء، الأمهات) في الدعم الاجتماعي المُدرك ونوعية الحياة قبل تطبيق البرنامج.

رابعاً: أدوات الدراسة:

البرنامج الإرشادي النفسي الانتقائي (إعداد الباحث)

أن وجود شخص ذوي سكتة دماغية داخل الأسرة يمثل صدمة شديدة للوالدين، ومن ثم تبدو ضرورة تطوير برامج علاجية وخدمات مبكرة لكيفية التعامل معه. إن برامج التدخل المبكر من شأنها زيادة فعاليتها في إزالة أثر الضغوط النفسية الناتجة من السكتة الدماغية على أسرهم، وتحقيق أعلى مستوى من الجودة لأفراد الأسرة وبناء رؤية سليمة وإيجابية لهم بشأن التعامل مع الأفراد المصابين بالسكتة الدماغية.

إن المشاركة الفاعلة في برامج التدخل المبكر من شأنه تحسين جودة الحياة لديهم، الأمر الذي ينعكس بالإيجاب على الأفراد المصابين بالسكتة الدماغية، وعلى وعيهم الذاتي وتقديرهم الإيجابي لأنفسهم فيصبحوا في الغالب أكثر ثقة وأسعد حالاً وأقدر على مواجهة مشكلاتهم، وشعورهم بالتوافق مع أنفسهم ومع الآخرين؛ وبالتالي الرضا عن الحياة والاندماج في المجتمع.

#### -مصادر إعداد البرنامج :

اعتمد الباحث في بناء محتوى البرنامج على مصادر عديدة هي:

- أ -الدراسات والبحوث السابقة التي تناولت برامج لتدريب للتدخل المبكر لتحسين جودة الحياة لأسر مرضى السكتات الدماغية وأثرها على الوعي الذاتي لمرضاهم .
- ب -الإطار النظري للبحث، والذي يلقي الضوء على كل من جودة الحياة لأسر مرضى السكتات الدماغية والوعي الذاتي لمرضاهم .

#### - أهمية البرنامج :

تكمن الأهمية الحقيقية لهذا البرنامج في اهتمامه بتحسين جودة الحياة الأسرية لأباء وأمهات مرضى السكتات الدماغية مما ينعكس على الوعي الذاتي لأبنائهم، وأهمية الخدمات المساندة لهذه الأسر والوقاية خير من العلاج.

#### -مدة البرنامج :

يتكون البرنامج من خمسة عشرة جلسة ( ١٥ ) ، تم تدريب آباء وأمهات مرضى السكتات الدماغية من خلالها على تحسين نوعية الحياة وأثره على الوعي الذاتي لأبنائهم وتعزيز الدعم الاجتماعي المدرك ، مدة كل جلسة ( ٤٥ ) دقيقة بواقع جلستين اسبوعيا .

#### الهدف العام من البرنامج :

تعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من أسر مرضى السكتات الدماغية.

#### الفنيات المستخدمة في البرنامج :

المحاضرة - إعادة التشكيل - تقبل المشاعر - التداعي الحر - الحوار السقراطي - إعادة البناء المعرفي - التقييم الذاتي - النمذجة - التغذية الراجعة - الضبط الذاتي - التحصين التدريجي - حل المشكلات - القصة الرمزية .

الفنيات الإرشادية المستخدمة في البرنامج الإرشادي

م	اسم الفنية	إجراءات التطبيق
١	تقبل المشاعر	١- التعرف على مضمون الرسالة القادمة من الأسرة ٢- عدم إبداء استحسان أو مدح مبالغ للمشاعر الموجبة. ٣- عدم إصدار أحكام قطعية في عملية الإرشاد
٢	عكس المشاعر	١- مراقبة السلوك اللفظي للأسر المصاحب للرسالة اللفظية ٢- الانتباه للتعبيرات والإشارات الموجهة نحو المشاعر والانفعالات ٣- عكس المشاعر بصورة لفظية عبر استخدام كلمات أخري مرادفة دون ترديد لما قالته الأسرة ٤- ملاحظة الأثر الذي يعقب وصول الرسالة إلى الأسرة على تعبيراتها اللفظية وغير اللفظية .
٣	التداعي الحر	١- العمل على طمأنينة الأسر وتأكيد ثقتهم بأنفسهم وتكوين علاقة إرشادية قوية تعتمد على التقبل . ٢- تهيئة المناخ الآمن حتى تقل مقاومة الطالب لعملية استدعاء المكبوتات . ٣- حث الأسر على أن تطلق العنان لأفكارها وتذكر كل ما يجول في خاطرها. ٤- الانصات الجيد من قبل المرشد لملاحظة التناقضات والفجوات وقلبات اللسان. ٥- محاولة الوقوف على المشاعر الانفعالية التي يظهرها الأسر للكشف عن صراعاتهم الأساسية المكبوتة الدفينة ٦- محاولة فهم وتفسير ما تم الكشف عنه حتى يتم الاستبصار بالموضوعات المكبوتة .
٤	الحوار السقراطي	١- طرح مجموعه من الاسئلة متعلقة بالجوانب ألا منطقية لمعتقدات الطالب . ٢- تقويم معني المواقف والأفكار من خلال الحوار . ٣- توجيه الأسر الى تفحص جوانب وضعوها (هم) خارج نطاق الفحص. ٤- مساعدة الأسر في اكتشاف خيارات وحلول لم يأخذوها بعين الاعتبار من قبل . ٥- مساعدة الأسر على تقييم ما إذا كانت معتقداتهم متناسقة مع الواقع التجريبي. ٦- تعويد الأسر على التروي والتفكير وطرح الأسئلة (على أنفسهم) في مقابل الاندفاع التلقائي وتمكينه من البدء في تقويم اعتقاداته وأفكاره المختلفة بموضوعية.
٥	إعادة البناء المعرفي	١- توعية الأسر بأسباب المشكلة والتعرف على الأفكار السلبية لديهم ومقارنتها مع الأفكار الإيجابية البديلة لها. ٢- تحديد أفكار الأسر المرتبطة بالمواقف (قبل وأثناء وبعد) الموقف من خلال المراقبة الذاتية .

فاعلية برنامج ارشادي نفسي انتقائي لتعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة

		<p>٣- الانتقال من التركيز على الأفكار السيئة إلى الإيجابية ونمذجة بعض المواقف أمام الأسر .</p> <p>٤- تعزيز الذات على التقدم الذي أحرزوه .</p> <p>٥- إعطاء الواجب المنزلي ومتابعته وذلك من خلال السجل اليومي الذي وضع من أجل التنفيذ والمتابعة.</p>
٦	المحاضرة والمناقشة	<p>١- توظيف هذه الفنية على نطاق واسع في أغلب الجلسات نظرا لأنها تشكل أساسا لتقديم المحتوى العلمي للبرنامج</p> <p>٢- عرض محتوى المحاضرة والذي يختلف من جلسة لأخرى وفقا لما يهدف إليه محتوى الجلسة .</p> <p>٣- التأكيد على الانصات الجيد والفهم .</p> <p>٤- البدء بالنقاش الجماعي بعد الانتهاء من المحاضرة بين المرشد والأسر .</p> <p>٥- مشاركة الجميع بإيجابية وإبداء آرائهم، وتبادل خبراتهم وأفكارهم .</p> <p>٦- إعطاء الأسر فرصة لإبداء آراءهم وطرح أفكارهم.</p>
٧	الواجبات	<p>١- إعطاء واجبات بسيطة ومركزة ومتصلة بمشاكل الأسر</p> <p>٢- تفسير وتوضيح الأساس المنطقي لكل واجب منزلي.</p> <p>٣- توضيح كيفية إجرائها، والتأكد من استيعاب الأسر لهذه الإجراءات.</p> <p>٤- مراجعتها في بداية كل جلسة .</p> <p>٥- تحديد زمن محدد في نهاية كل جلسة لتقرير تلك الواجبات المنزلية .</p> <p>٦- فحص الأسباب الكامنة وراء عدم إتمام الواجبات المنزلية عند بعض الأسر.</p>
٨	النمذجة	<p>١- إعادة نماذج للسلوك السوي.</p> <p>٢- تهيئة الظروف المناسبة للأسر على أداء الأنشطة.</p> <p>٣- اختيار نماذج تعمل على إثارة السلوك المراد تعزيزه.</p> <p>٤- عرض المرشد النموذج للمسترشدين (الأسر) مع التأكيد على الانتباه والتركيز ومحاولة محاكاة النموذج.</p>
٩	التعاقد السلوكي	<p>١- تحديد المهام المرغوب تنفيذها من الأسر بدقة وموضوعية يمكن قياسها .</p> <p>٢- تحديد نوع المكافأة وكميتها وموعدها وتقديمها.</p> <p>٣- تقديم معززات إيجابية للخطوات الإيجابية نحو الهدف.</p> <p>٤- يكتب العقد ( خطيا ) ويلتزم الأسر بما فيه.</p>
١٠	التقييم الذاتي	<p>١- تطبيق اختبارات خلال البرنامج لقياس مدى كفاءة الأسر لتحقيق مهارة معينة.</p> <p>٢- توزيع استبانة تقييم ذاتي في نهاية بعض الجلسات.</p> <p>٣- التقييم الذاتي من خلال ملاحظة أنفسهم بالنماذج الناجحة.</p> <p>٤- حصول الأسر على التغذية الراجعة الضرورية .</p>
١١	الضبط الذاتي	<p>تمر بثلاثة مراحل، وهي :</p>

<p>١- مراقبة الذات: وهي مرحلة الانتباه الواعي والدقيق للسلوك الشخصي وجمع معلومات حول أسباب المؤدية لهذا السلوك المراد تعديله.</p> <p>٢- تقويم الذات: وهي مرحلة المقارنة بين سلوكه السابق الذي تم مراقبته وما كان ينبغي أن يكون عليه في ظل المعايير والأهداف التي وضعها لسلوكه وهذه المرحلة تكسب الأسر تغذية راجعة، تزيد من كفاءته في تقويم سلوكه.</p> <p>٣- تعزيز الذات: وهي مرحلة يقوم بها الأسر بدعم ذاته بذاته مع كل تقدم يصل إليه أو عقاب ذاته في حال عدم تحقيق الأهداف والمعايير التي وضعها.</p>	
<p>١- تدعيم وتثبيت الأفكار السلوكية المرغوبة وتقديم تفسير على صحتها .</p> <p>٢- مناقشة الأفكار والسلوكيات غير المرغوبة وتقديم تفسير على عدم صحتها .</p> <p>٣- إعطاء بدائل مرغوبة وواقعية للأفكار والسلوكيات غير المرغوبة .</p> <p>٤- تزويد الأسر بمعلومات عن مقدار ما حققه من نجاح.</p>	١٢
<p>١- حصر المواقف النابعة للقلق من الأسر بشأن السكتات الدماغية .</p> <p>٢- التدريب على أسلوب الاسترخاء .</p> <p>٣- تحديد المنبه الرئيس للقلق .</p> <p>٤- إعداد مدرج القلق .</p> <p>٥- إجراء التحصين التدريجي .</p> <p>٦- تجويد الأسر إلى استحضار هذه المواقف - وهم في حالة من الاسترخاء التام - تدريجياً وبشكل منظم وهادف .</p> <p>٧- الوصول إلى تحقيق الهدوء والسكينة والطمأنينة والتوازن عند مواجهة الأسر للمواقف الضاغطة .</p>	١٣
<p>١- مساعدة الأسر على تحديد المشكلة وصياغتها بدقة .</p> <p>٢- تفتيت المشكلة الى مشاكل أصغر منها .</p> <p>٣- التفكير في عدة حلول ممكنة</p> <p>٤- اختيار أحد الحلول التي يمكن أن تكون أكثر ملائمة وقدرة على حل المشكلة وتطبيقها .</p> <p>٥- عرض وتقييم النتائج ومعرفة ما إذا كان الحل المختار هو الحل الأنسب للمشكلة .</p>	١٤
<p>١- يروي المرشد ( الباحث ) قصة توضح معنى معين بشكل مباشر .</p> <p>٢- تصل الأسر للمعنى المقصود .</p>	١٥

## ٢- اختبار الدعم الاجتماعي المدرك

أعدده Forley, Dahlen Zimet سنة ١٩٨٨ و يتكون من ١٢ عبارة تقيس الدعم الاجتماعي المدرك المتمثل في (العائلة، الأصدقاء، أشخاص مميزين في حياة الفرد)

ولا يوجد لهذا المقياس محاور بل هو مكون من ١٢ عبارة تقيس مدى الدعم الذي يتلقاه الفرد من الأسرة والأصدقاء والأشخاص المميزون بالنسبة للمستجيب. تكون الإجابة على البنود والعبارات حسب ٧ بدائل هي : معارض تماما ، معارض بشدة ، معارض ، محايد ، موافق ، موافق بشدة ، وموافق تماما. تتراوح الدرجات على هذه البدائل من ١ الى ٧ درجات ، حيث بلغت أدنى درجة في هذا المقياس ١٢ وأقصاها ٨٤ .

تمثل عبارات وأبعاد هذا المقياس مصادر وأنواع للدعم الاجتماعي المدرك كما يلي:

-أشخاص مميزين بالنسبة للفرد يمثلون بالبنود :١٠،٥،٢،١

-الاسرة مثلت بالعبارات رقم:١١،٨،٤،٣

-الصدقاء مثلوا بالعبارات رقم:١٢،٩،٦،٧

قام الباحث باعتماد ترجمة هذا المقياس من لغته الأصلية الإنجليزية الى العربية بحسب دراسة، كما قام أيضا بالترجمة العكسية للمقياس، أي من اللغة العربية الى اللغة الانجليزية بمساعدة متخصصين في اللغتين وذلك للتأكد من مطابقة وصحة العبارات بعد الترجمة .

الخصائص السيكومترية للمقياس :

تم تطبيق النسخة العربية على عينة مكونه من ٤٠ فردا. وتم التأكد من الخصائص السيكومترية وفقا لما يلي:

-أولا الصدق: تم حساب صدق هذا المقياس عن طريق صدق المقارنة الطرفية حيث قمنا بعد تطبيق الاختبار بترتيب النتائج تصاعديا، ثم قسمنا أفراد العينة إلى مجموعتين أو فئتين عليا ودنيا بنسبة ٢٧% لكل فئة والجدول التالي يوضح نتائج اختبار "ت" لحساب الصدق التمييزي لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك.

## د / يزيد بن محمد حسن الشهري

الجدول رقم (١) يوضح نتائج اختبارات "ت" لحساب صدق المقارنة الطرفية لمقياس الدعم الاجتماعي المدرك لزميت

الفئة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ت	مستوى الدلالة
العليا	٤٦,٧	١١,١٦	١٣,٨٨	٠,٠١
الدنيا	٨	٧,٤٦	١٣,٨٨	٠,٠٥

من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك فروقا جوهرية بين قيم المتوسط وقيم الانحراف لدى الفئتين، حيث قدرت قيمة المتوسط ب ٤٦,١٦ لدى أفراد الفئة العليا و ٨ لدى أفراد الفئة الدنيا، كما قدرت قيمة الانحراف المعياري ب ١١,١٦ و ٧,٤٦ لدى أفراد الفئتين العليا والدنيا على الترتيب، وأما قيمة اختبار "ت" فكانت ١٣,٨٨ وهي دالة عند المستويين ٠,٠١ و ٠,٠٥ مما يدل على الصدق التمييزي للاختبار.

### ثانيا الثبات:

تم استخدام طريقة الثبات بالتجزئة النصفية حيث تم حساب معامل الارتباط لبيرسون، ثم صحح الطول عن طريق معادلة سيبرمان براون. وأظهرت النتيجة النهائية لقيمة معامل الارتباط ٠,٧٢ وهذا يدل على ثبات الاختبار والجدول التالي يوضح نتائج معامل الارتباط لحساب الثبات.

قيمة "ر" قبل تصحيح الطول	قيمة "ر" بعد تصحيح الطول بمعادلة سيبرمان براون
٠,٦٥	٠,٧٢

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن قيمة "ر" قبل تصحيح الطول قدرت ب ٠,٦٥ و قدرت ب ٠,٧٢ بعد تصحيح الطول بمعادلة سيبرمان براون وهي قيمة دالة على ثبات اختبار الدعم الاجتماعي المدرك.

وضع هذا المقياس منظمة الصحة العالمية (١٩٩٦) ليقدم بروفييل مختصر عن مستوي الجودة السائد في حياة الفرد . وهو يتكون من ٢٦ بند ، يتضمن بندين (٢) لجودة الحياة العامة و للصحة العامة ، و بند واحد فقط من الـ ٢٤ بعد الذي تتكون منها الصورة الأصلية لمقياس جودة الحياة والذي أعدته أيضاً منظمة الصحة العالمية (١٩٩٥) ، والمكون من ١٠٠ عبارة) ، لتصبح الصورة المختصرة شاملة و متكاملة .

تم عرض المقياس على أساتذة علم النفس لتحكيم الصورة التي أعدت للغة العربية من حيث الصياغة اللغوية وبدائل الاجابة ومدى انتماء العبارة للبعد .

تكونت الصورة النهائية للمقياس من ٢٦ عبارة ، منها عبارتين عن جودة الحياة عامة والصحة العامة ، و ٢٤ بند موزعة علي أربعة أبعاد فرعية للمقياس ، كما يلي :

#### ١- الصحة الجسمية : Physical Health

يتكون من ٧ أجزاء ( الأنشطة الحياتية اليومية - الاعتماد علي العقاقير و المساعدة الطبية - القوة و الاجهاد - قابلية الحركة والتنقل - الألم والعناء - النوم والراحة - و القدرة علي العمل ) وبذلك يتكون هذا البعد من ٧ بنود لقياس جودة الصحة الجسمية هي البنود التي أرقامها ٣ ، ٤ ، ١٠ ، ١٥ ، ١٦ ، ١٧ ، ١٨ .

#### ٢- الصحة النفسية : Psychological Health

تتكون من ٦ مجالات هي ( صورة الجسم و المظهر العام - المشاعر السلبية - المشاعر الايجابية - تقدير الذات - معتقدات الفرد الدينية و الروحية - والتفكير / التعليم / التنكر / التركيز ) وبذلك يتكون هذا البعد من ٦ بنود هي التي أرقامها ٥ ، ٦ ، ٧ ، ١١ ، ١٩ ، ٢٦ .

#### ٣- العلاقات الاجتماعية : Social Relationship

ويتضمن هذا البعد ثلاثة مجالات هي ( العلاقات الشخصية - المساندة الاجتماعية - والنشاط الجنسي ) وبذلك يتكون هذا البعد من ٣ بنود أرقام ٢٠ ، ٢١ ، ٢٢ .

#### ٤- البيئة : Environment

ويتكون من ٨ مجالات هي ( الموارد المادية - الحرية - الأمن و الأمان المادي - الرعاية الصحية والاجتماعية : التوافر والجودة ، البيئة الأسرية - الفرص المتاحة لاكتساب المعارف وتعلم المهارات - الاشتراك في و إتاحة الفرصة للأبداع / النشاطات الترفيهية ، البيئة الطبيعية ( التلوث - الضوضاء - المرور - المناخ ) ووسائل النقل. وبذلك يتكون هذا البعد من ٨ بنود هي التي أرقامها ٨ ، ٩ ، ١٢ ، ١٣ ، ١٤ ، ٢٣ ، ٢٤ ، ٢٥ .

يتم الاجابة عن بنود المقياس وفقاً لمقياس مدرج تتراوح الدرجات عليه ما بين خمس درجات إلي درجة واحدة وذلك في حالة الاجابة الايجابية حيث تشير الدرجة المرتفعة إلي ارتفاع في جودة الحياة ، وتعكس هذه الدرجات في حالة الاجابات السلبية .

ويتم حساب درجة كل بعد من الأبعاد الأربعة ، بمتوسط مجموع درجات الفرد علي البنود المكونة لكل بعد ، ثم بعد ذلك تجمع متوسط درجات الفرد علي الأبعاد الأربعة للحصول علي الدرجة الكلية ولكن بعد تحويل هذه الدرجة الكلية ، كما في المعادلة التالية :

$$\text{الدرجة المحولة} = (\text{الدرجة} - ٤) \times (١٦/١٠٠)$$

استخدم في تقنين الصورة الأساسية المختصرة لمقياس جودة الحياة علي عينة من الراشدين (ن=١١٨٣٠) من ٢٣ دولة ، من بين أفراد المجتمع العام وكذلك من بين نزلاء المستشفيات ودور الرعاية الصحية ، وقد وجدت معاملات ارتباط مرتفعة دالة احصائياً (من ٠,٨٩ فأكثر) بين أبعاد الصورة المختصرة لمقياس جودة الحياة وأبعاد الصورة الكلية لنفس المقياس . كذلك تم التحقق من القدرة التمييزية لعبارات المقياس ، وتمتعه بالصدق التمييزي وصدق المحتوي وبالانساق الداخلي وبثبات إعادة الاختبار . هذا فضلاً علي أنه تم إعداد صور متعددة لهذا المقياس في العديد من بلدان العالم ، والتحقق من ثباته وصدقه فقد تم إعداده للبيئة الكورية والماليزية والتاوانية والإيرانية والهندية والبرازيلية والايطالية والنرويجية والأمريكية ، كما استخدم في عدد هائل من الدراسات والبحوث علي مستوي العالم، وللاطلاع علي هذه الدراسات يمكن البحث في A service

of U.S.National Library Of Medicine And The National Institutes Of Health

#### ١- عينة الثبات و الصدق على عينة الدراسة:

استخدم في التحقق من كفاءة هذا المقياس من حيث ثباته و صدقه فيما يقبسه أو فيما وضع لقياسه على عينة مكونة من ٥٠ فرد الإناث، ممن تراوحت أعمارهم بين ٢٠-٤٠ عام ، بمتوسط عمري قدره ٢٧,٣ عام ، و انحراف معياري قدره ٥,١٩ .

#### ٢- الثبات :

استخدم في التحقق من ثبات المقياس طريقة إعادة الاختبار في صورته النهائية بعد ٣ أسابيع على عينة التقنين ( ن=٥٠ ) ، وكان معامل الارتباط بين التطبيقين ٠,٨٩ بمستوى دلالة ٠,٠١ ، و كذلك باستخدام طريقة " ألفا كرونباخ " على نفس عينة التقنين ، والجدول التالي يوضح معاملات ثبات " ألفا " لأبعاد المقياس.

جدول ( ١ ) يوضح معامل " ثبات ألفا " لأبعاد مقياس جودة الحياة " الصورة المختصرة "

الأبعاد	معامل ثبات " ألفا "
١- الصحة الجسمية	٠,٨٧
٢- الصحة النفسية	٠,٩١
٣- العلاقات الاجتماعية	٠,٧٩
٤- البيئة	٠,٨٩
الدرجة الكلية	٠,٩٣

وتشير النتائج الموضحة بالجدول السابق رقم ( ١ ) إلى مستوى ثبات مرتفع بالنسبة للنسخة العربية للمقياس .

كذلك تم التحقق من ثبات المقياس بطريقة الاتساق الداخلي لعبارات المقياس وذلك بحساب معامل الارتباط بين درجة كل عبارة و الدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه وكذلك حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد من الأبعاد الفرعية و الدرجة الكلية للمقياس . وبالنسبة لمعاملات ارتباط درجة كل عبارة و مجموع درجات البعد الذي تنتمي ، فقد تراوحت هذه المعاملات الارتباطية للبعد الأول بين ( ٠,٦٦ ، ٠,٨٥ ) ، و البعد الثاني تراوحت بين ( ٠,٦١ ، ٠,٧٣ ) ، و البعد الثالث تراوحت معاملات ارتباطه بين ( ٠,٧٠ ، ٠,٨١ ) ، و البعد الرابع تراوحت معاملاته بين ( ٠,٦٦ ، ٠,٨٥ ) . وهذا يتضح من الجدول التالي رقم (٢) .

## د / يزيد بن محمد حسن الشهري

جدول ( ٢ ) يبين معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة ودرجة البعد الذي تنتمي اليه

معاملات الارتباط	رقم العبارة	الأبعاد
٠,٧٨	٣	البعد الاول
٠,٨٥	٤	
٠,٦٩	١٠	
٠,٨٠	١٥	
٠,٧٤	١٦	
٠,٦٦	١٧	
٠,٨٠	١٨	
٠,٧٠	٥	البعد الثاني
٠,٧٣	٦	
٠,٦٩	٧	
٠,٧٢	١١	
٠,٦١	١٩	
٠,٦٦	٢٦	
٠,٧٣	٢٠	البعد الثالث
٠,٧٠	٢١	
٠,٨١	٢٢	
٠,٨٢	٨	البعد الرابع
٠,٦٩	٩	
٠,٧٩	١٢	
٠,٦٦	١٣	
٠,٧٣	١٤	
٠,٨٠	٢٣	
٠,٨٥	٢٤	
٠,٧١	٢٥	

كذلك تم حساب معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس و الدرجة الكلية للمقياس ، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين ( ٠,٦٦ ، ٠,٧٣ ) ، مما يشير إلى ارتفاع معامل الاتساق الداخلي ، ويتضح ذلك من الجدول التالي .

جدول ( ٣ ) يوضح معاملات الارتباط بين الأبعاد الفرعية و الدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	ارتباط البعد بالدرجة الكلية للمقياس
البعد الاول	٠,٦٩
البعد الثاني	٠,٧٣
البعد الثالث	٠,٧٠
البعد الرابع	٠,٦٦

يتضح من الجدول السابق رقم ( ٣ ) وجود ارتباط موجب دالاً إحصائياً بين درجات أبعاد المقياس والدرجة الكلية وجميعها دال عند مستوى ٠,٠١ .

#### ثالثاً : الصدق :

أستخدم في التحقق من صدق البناء العملي لمقياس جودة الحياة ( الصورة المختصرة ) باستخدام التحليل العملي باختبار نموذج العامل الكامن العام الذي حاز على مطابقة تامة ، حيث بلغت قيمة كا<sup>٢</sup> = صفر وكان مستوى دلالتها ٠,٠٠١ ، وقد نتج عن التحليل العملي للمقياس استخلاص أربعة عوامل كامنة تنتظم حولها الأبعاد الفرعية التي يتكون منها المقياس، هذه العوامل قد استقطبت ( ٧٦,٥٧ % ) من التباين الارتباطي للمصفوفة الارتباطية ، بلغ الجذر الكامن الأول ٤,٣١ واستحوذ على ( ٣١,٢٨ % ) من التباين الارتباطي الكلي للمصفوفة الارتباطية و يمكن تسمية هذا العامل بعامل " الصحة الجسمية ، أما العامل الثاني فقد بلغ جذره الكامن ( ٣,٠٤ ) و استحوذ على ٢١,٠٣ % من التباين الارتباطي الكلي من المصفوفة الارتباطية ويمكن تسمية هذا العامل بعامل " الصحة النفسية، أما العامل الثالث فقد بلغ جذره الكامن ( ١,٤٢ ) واستحوذ على ( ١٣,٤٨ % ) من التباين الارتباطي الكلي من المصفوفة الارتباطية ويمكن تسمية هذا العامل بعامل " العلاقات الاجتماعية " ، أما العامل الرابع فبلغ جذره الكامن ( ١,١٣ ) واستحوذ على ( ١٠,٨٧ % ) من التباين الارتباطي الكلي من المصفوفة الارتباطية و يمكن تسميته بعامل " البيئة " ، وقد أخذت الدلالة الإحصائية للتشعب على العامل وفقاً لمحك جيلفورد وهو ( ٠,٣ ) بحيث يعد التشعب الذي يبلغ هذه القيمة دالاً، وذلك سعياً نحو مزيد من النقاء و الوضوح في المعنى السيكولوجي للعوامل ولجعل هذه العوامل أكثر نقاءاً .

## د/ يزيد بن محمد حسن الشهري

جدول ( ٤ ) يبين عبارات مقياس جودة الحياة و تشعباتها العاملية بعد التدوير

العبارات	العامل الاول	العامل الثاني	العامل الثالث	العامل الرابع
١	-	-	-	-
٢	-	-	-	-
٣	٠,٧٩	-	-	-
٤	٠,٨٢	-	-	-
٥	-	٠,٧٤	-	-
٦	-	٠,٧٦	-	-
٧	-	٠,٨١	-	-
٨	-	-	-	٠,٦٧
٩	-	-	-	٠,٨٩
١٠	٠,٨٩	-	-	-
١١	-	٠,٩٢	-	-
١٢	-	-	-	٠,٨٠
١٣	-	-	-	٠,٧٧
١٤	-	-	-	٠,٧٩
١٥	٠,٥٦	-	-	-
١٦	٠,٦٦	-	-	-
١٧	٠,٩٠	-	-	-
١٨	٠,٦٩	-	-	-
١٩	-	٠,٤٩	-	-
٢٠	-	-	٠,٧٣	-
٢١	-	-	٠,٦٧	-
٢٢	-	-	٠,٨٩	-
٢٣	-	-	-	٠,٨٨
٢٤	-	-	-	٠,٦٩
٢٥	-	-	-	٠,٤٩
٢٦	-	٠,٩٠	-	-
الجذر الكامن	٤,٣١	٣,٠٤	١,٤٢	١,١٣
نسبة التباين الارتباطي	%٣١,٢٨	% ٢١,٠٣	% ١٣,٤٨	%١٠,٨٧

يتضح من الجدول السابق تشعب كل العبارات على أحد العوامل الأربعة التي يتكون منها المقياس ، مما يشير إلى الصدق العاملي للمقياس .

## ” نتائج الدراسة ومناقشتها ”

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أثر برنامج إرشادي نفسي انتقائي في تعزيز الدعم الاجتماعي المدرك وتحسين نوعية الحياة لدى عينة من أسر مرضى السكتات الدماغية، ويحتوي هذا الفصل على عرض نتائج الدراسة الحالية والتحقق من صحة فروضها التي اتضحت من واقع المعالجة الإحصائية للبيانات، ومن ثم مناقشة هذه النتائج في ضوء ما تم عرضه في الإطار النظري والدراسات والبحوث السابقة، وفي ختام هذا الفصل يقدم الباحث في ضوء النتائج التي توصلت إليها مجموعة من التوصيات والمقترحات التربوية والبحثية لإفادة الباحثين في ذات المجال أو غيره من المجالات التربوية والاجتماعية والنفسية، وفيما يلي عرض تفصيلي للنتائج التي توصل إليها الباحث خلال هذه الدراسة.

### أولاً: نتائج فروض الدراسة

#### ١. نتائج الفرض الأول ومناقشتها

ينص الفرض الأول على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي"، ولاختبار صحة هذا الفرض، ولتحديد وجهة دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية في الدعم الاجتماعي، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللابارامتري Wilcoxon Signed-Rank Test؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

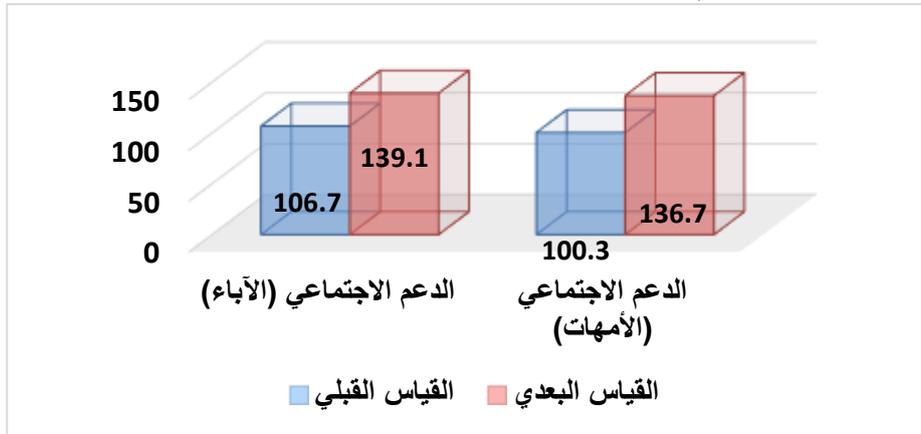
#### جدول (١)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة

التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس الدعم الاجتماعي (ن=١٠).

المتغيرات	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة	حجم الأثر
الدعم الاجتماعي (الآباء)	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨٠٥-	دال (٠,٠٠٥) عند ٠,٠١	تأثير قوي (٠,٦٢٧)
	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠			
	الرتب المتساوية	٠					
الدعم الاجتماعي (الأمهات)	الرتب السالبة	٠	٠,٠٠	٠,٠٠	٢,٨٠٩-	دال (٠,٠٠٥) عند ٠,٠١	تأثير قوي (٠,٦٢٨)
	الرتب الموجبة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠			
	الرتب المتساوية	٠					

ويظهر من الجدول (١) أن قيمتا (Z) بلغت (-٢,٨٠٥، -٢,٨٠٩)، وهي قيم دالة إحصائيًا عند مستوى (٠,٠١)، مما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائيًا عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على مقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات)، مما يعني ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من آباء وأمّهات مرضى السكتات الدماغية نتيجة لتعرضهم للبرنامج الإرشادي المُستخدم في الدراسة الحالية، كما يدل ذلك على تحقق الفرض الأول، ويتضح من خلال الجدول (١) أن حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج الإرشادي في تعزيز الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات) كبير حيث بلغت قيمته (٠,٦٢٧، ٠,٦٢٨)، وهي قيمة ذات تأثير قوي وفقًا لمحك كوهين (Cohen, 1988) لقيم حجم التأثير (ر) = ٠,١ تأثير ضعيف، و(ر) = ٠,٣٠ تأثير متوسط، و(ر) = ٠,٥٠ تأثير قوي (In: Pallant, 2011, 230-232)، ويوضح الشكل البياني (١) الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك:



شكل بياني (١) الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي للدعم الاجتماعي المُدرَك.

فالدعم الاجتماعي المُدرَك له الدور الوقائي من تأثير الضغط على الصحة الجسمية والنفسية فمدى إدراك الأسر للدعم الاجتماعي بكل أنواعه من الأصدقاء ومختلف الشبكات الاجتماعية، فهذا يخلق لديهم أثر إيجابي على الجانب البيولوجي والنفسي فهو ينمي المشاعر الإيجابية ويؤدي إلى تحسين نوعية الحياة لديهم .

فحسب (Milota et al. ٢٠١١) فإن الدعم الاجتماعي مهم للغاية لعائلات مرضى السكتات الدماغية وذلك من أجل التخفيف من آثار المرض ومساعدتهم على فهم أفضل للحالة وتوفير بيئة وتحديد التدابير العملية والاستراتيجيات التي يجب اتخاذها من قبل المرضى وأسرهم وذلك من خلال تبادل المعارف والخبرات للعيش والتكيف مع المرض.

وفي نفس الصدد أشار كل من Turner et Marino أن الدعم الاجتماعي يؤثر بطريقة مباشرة على سعادة الفرد، وذلك عن طريق الدور المهم الذي يلعبه حينما يكون مستوى الضغوط مرتفعا، أو بالنسبة للصحة النفسية حينما تكون مستقلة عن مستوى الضغوط أو كمتغير وسيط يخفف من الآثار السلبية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغط (Turner et Marino, 1994)

ومنه فإن للدعم الاجتماعي المدرك تأثير وأهمية كبيرة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية فهو يُعد من أهم العوامل النفسية الاجتماعية التي لها التأثير الإيجابي على الجانب النفسي والبيولوجي خاصة هذه الفئة التي تحتاج كل الرعاية والاهتمام من قبل المجتمع بكل مؤسساته وهيئاته وأفراده، حيث يلعب دورا وقائيا يقي الفرد ويحميه من التغيير السلبي لحياته وتدهور حالته كالانطواء والعزلة والاكنتاب والسيطرة على المواقف وتجاوز أي أزمة قد تواجهه خاصة إذا تعلق الأمر بهذا المرض، كل ذلك يتم من خلال إدراك الآباء والأمهات بأن هناك من يقدم لهم هذا الدعم والذي لا يتم إلا من خلال شبكة من العلاقات الاجتماعية المحيطة بكل هياكلها، ومنه يتضح تأثير الدعم الاجتماعي المدرك في تحديد وتبني استراتيجيات المواجهة ونوعية حياة الوالدين فهو يعمل على مساعدتهم على مواجهة المواقف الضاغطة والقدرة على التحكم في الوضعية بانتهاج أساليب تساعد على التحدي والتكيف وتقبل ظروف الحياة بالتأقلم والتوافق مع الذات والمجتمع والرضا عن مرض أبنائهم ووفقا لما سبق فالدعم الاجتماعي المدرك يلعب الدور الأساسي في تحسين نوعية الحياة فهو متغيرا هاما في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها الجسمية والنفسية .

## ٢ . نتائج الفرض الثاني ومناقشتها

ينص الفرض الثاني على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي"، ولاختبار صحة هذا الفرض، ولتحديد وجهة دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي

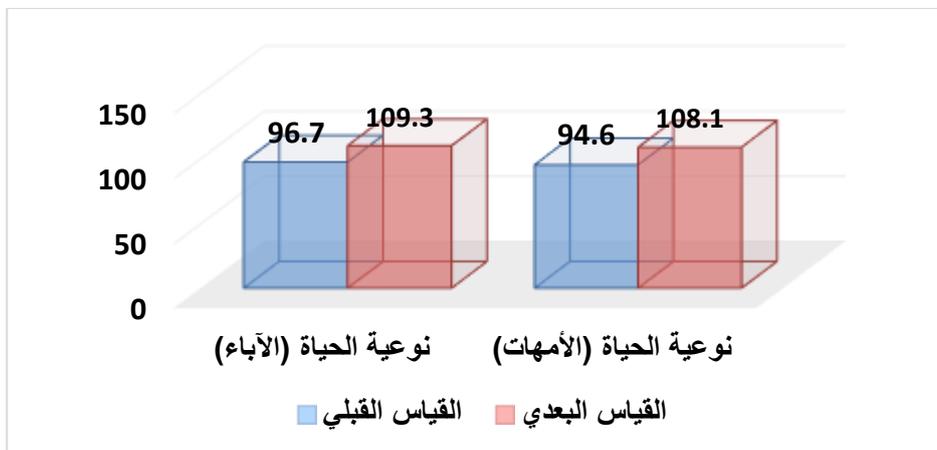
للمجموعة التجريبية في نوعية الحياة، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللاباراميتري Wilcoxon Signed-Rank Test؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (٢)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي لمقياس نوعية الحياة (ن=١٠).

حجم الأثر	الدلالة	قيمة (Z)	مجموع الرتب	متوسط الرتب	العدد	القياس	المتغير	
(٠,٦٢٩) تأثير قوي	(٠,٠٠٥) دال عند ٠,٠١	٢,٨١٢-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب السالبة	قبلي/ بعدي	نوعية الحياة (الآباء)
			٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب الموجبة		
					٠	الرتب المتساوية		
(٠,٦٢٨) تأثير قوي	(٠,٠٠٥) دال عند ٠,٠١	٢,٨٠٩-	٠,٠٠	٠,٠٠	٠	الرتب السالبة	قبلي/ بعدي	نوعية الحياة (الأمهات)
			٥٥,٠٠	٥,٥٠	١٠	الرتب الموجبة		
					٠	الرتب المتساوية		

ويظهر من الجدول (٢) أن قيمتا (Z) بلغت (٢,٨١٢-، ٢,٨٠٩-)، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)، مما يعني أنه توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١ بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج الإرشادي على مقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات)، مما يعني ارتفاع مستوى نوعية الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية نتيجة لتعرضهم للبرنامج الإرشادي المستخدم في الدراسة الحالية، كما يدل ذلك على تحقق الفرض الثاني، ويتضح من خلال الجدول (٢) أن حجم التأثير الذي أحدثه البرنامج الإرشادي في تحسين نوعية الحياة كبير، حيث بلغت قيمتا حجم تأثير البرنامج في نوعية الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية (٠,٦٢٩، ٠,٦٢٨)، ويوضح الشكل البياني (٢) الفروق بين القياسين القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات):



شكل بياني (٢) الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس نوعية الحياة.

يمكن تفسير نتائج البحث الحالي بأن ارتفاع مستوى نوعية الحياة لدى الوالدين عامل ساهم في انخفاض الضغط النفسي وهذا راجع إلى أن نوعية الحياة ترتبط بدرجة الرضا الشخصي في إطار مناخ حياته الخاصة والرضا البيئي والاجتماعي .

### ٣. نتائج الفرض الثالث ومناقشتها

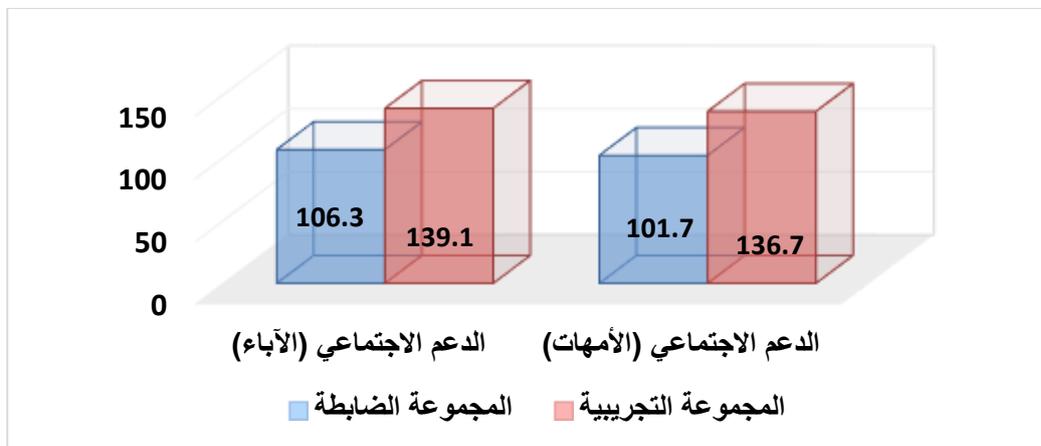
ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الدعم الاجتماعي في اتجاه المجموعة التجريبية"، وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتي Mann-Whitney اللابارامتري Nonparametric لتحديد دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي، وجدول (٣) يوضح ذلك.

جدول (٣)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الدعم الاجتماعي (ن<sub>١</sub>=٢٠، ن<sub>٢</sub>=١٠).

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر
الدعم الاجتماعي (الآباء)	المجموعة التجريبية	١٠	١٥,١٠	١٥١,٠٠	٤,٠٠٠	٣,٤٧٩-	٠,٠٠١) دال عند ٠,٠١	٠,٧٧٨) تأثير قوي
	المجموعة الضابطة	١٠	٥,٩٠	٥٩,٠٠				
الدعم الاجتماعي (الأمهات)	المجموعة التجريبية	١٠	١٥,٥٠	١٥٥,٠٠	٠,٠٠٠	٣,٧٨٢-	٠,٠٠٠) دال عند ٠,٠٠١	٠,٨٤٦) تأثير قوي
	المجموعة الضابطة	١٠	٥,٥٠	٥٥,٠٠				

يتضح من جدول (٣) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوي دلالة (٠,٠٠١، ٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات)، وذلك في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ مما يعني ارتفاع درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين شاركوا في جلسات البرنامج مقارنة بـ درجات أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لجلسات البرنامج، وهذا يحقق الفرض الثالث للدراسة، ويوضح الشكل البياني (٣) الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الدعم الاجتماعي المُدرَك:



شكل بياني (٣) الفروق في أداء أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس الدعم الاجتماعي بعد تطبيق البرنامج.

ويرجع الباحث تلك الفروق الى طبيعة البرنامج التي تنوعت وتشكلت ما بين التعرف على الانفعالات وذلك من أجل تحقيق التوافق الشخصي والانفعالي، إلى جانب التدريب على الوعي بالأفكار الذاتية ودورها في التعرف على الأفكار التي تقف خلف سلوكهم وزيادة الوعي بالجسد وصورته .

وهنا يمكن للباحث القول انه نتيجة التدريب على هذه الجوانب الهامة فإن ذلك انعكس بشكل إيجابي على الضبط الذاتي للانفعالات والأفكار، وبالتالي رد فعل المحيطين بالفرد وتقدم مزيد من الدعم الاجتماعي المناسب له على حسب طبيعة الموقف .

وهنا يرى الباحث أن الدعم الاجتماعي المدرك يساعد على تحسين أداء الفرد لأعماله المختلفة، ويساهم في زيادة الرفاهية والسعادة لديه فهو يرتبط ايجابيا بنوعية الحياة بمختلف أبعادها الصحة الجسمية والنفسية وإقامة علاقات ايجابية مع الآخرين.

#### ٤ . نتائج الفرض الرابع ومناقشتها

ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس نوعية الحياة في اتجاه المجموعة التجريبية"، وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتي Mann-Whitney اللابارامتري Nonparametric لتحديد دلالة الفروق بين

## د / يزيد بن محمد حسن الشهري

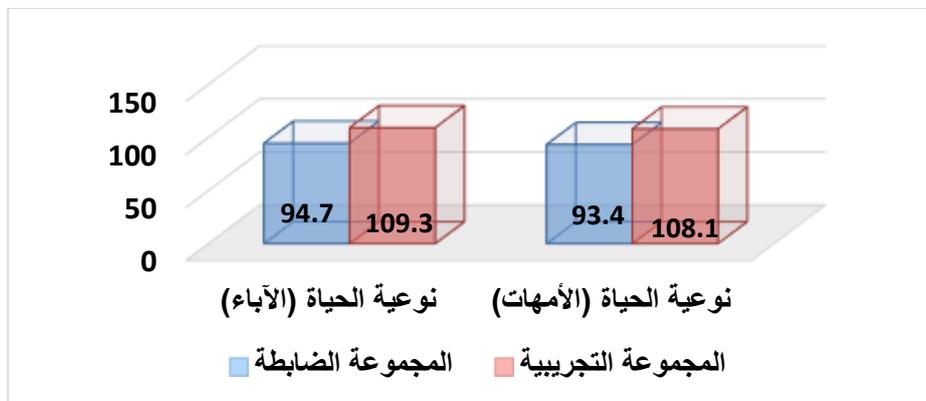
متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة، وجدول (٤) يوضح ذلك.

### جدول (٤)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس نوعية الحياة (ن=١٠، ن=١٠).

المتغير	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة	حجم الأثر
نوعية الحياة (الآباء)	المجموعة التجريبية	١٠	١٤,١٥	١٤١,٥٠	١٣,٥٠٠	٢,٧٧١-	(٠,٠٠٦) دال عند ٠,٠١	(٠,٦٢٠) تأثير قوي
	المجموعة الضابطة	١٠	٦,٨٥	٦٨,٥٠				
نوعية الحياة (الأمهات)	المجموعة التجريبية	١٠	١٤,٠٠	١٤٠,٠٠	١٥,٠٠٠	٢,٦٥٣-	(٠,٠٠٨) دال عند ٠,٠١	(٠,٥٩٣) تأثير قوي
	المجموعة الضابطة	١٠	٧,٠٠	٧٠,٠٠				

يتضح من جدول (٤) وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج على مقياس نوعية الحياة (الآباء - الأمهات)، وذلك في اتجاه أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج؛ مما يعني ارتفاع درجات أفراد المجموعة التجريبية الذين شاركوا في جلسات البرنامج مقارنة بدرجة أفراد المجموعة الضابطة التي لم تتعرض لجلسات البرنامج، وهذا يحقق الفرض الرابع للدراسة، ويوضح الشكل البياني (٤) الفروق بين المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الدعم الاجتماعي المُدرَك:



شكل بياني (٤) الفروق في أداء المجموعتين التجريبية والضابطة على مقياس نوعية الحياة بعد تطبيق البرنامج.

##### ٥. نتائج الفرض الخامس ومناقشتها

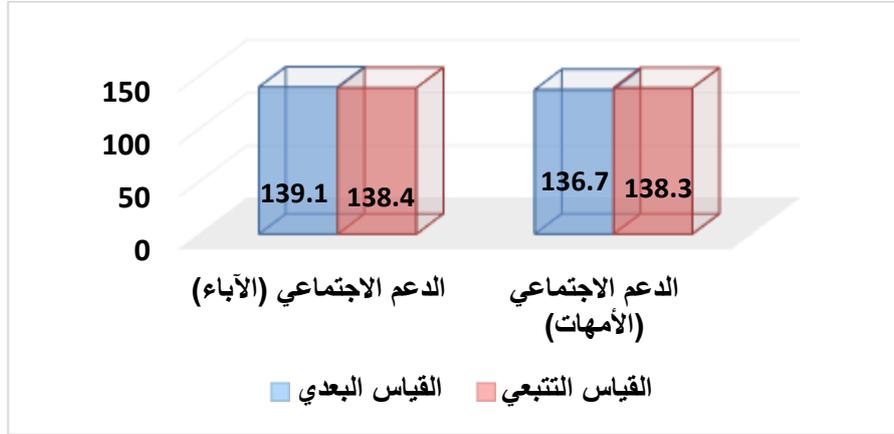
ينص الفرض الخامس على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي في القياسين البعدي والتتبعي"، واختبار صحة هذا الفرض، ولتحديد وجهة دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في الدعم الاجتماعي، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللابارامتري Wilcoxon Signed-Rank Test؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

##### جدول (٥)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الدعم الاجتماعي (ن = ١٠).

المتغيرات	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة
الدعم الاجتماعي (الأباء)	الرتب السالبة	٦	٥,٩٢	٣٥,٥٠	-٠,٨٢٧	غير دال إحصائياً (٠,٤٠٨)
	الرتب الموجبة	٤	٤,٨٨	١٩,٥٠		
	الرتب المتساوية	٠				
الدعم الاجتماعي (الأمهات)	الرتب السالبة	٤	٥,٥٠	٢٢,٠٠	-٠,٥٦٣	غير دال إحصائياً (٠,٥٧٤)
	الرتب الموجبة	٦	٥,٥٠	٣٣,٠٠		
	الرتب المتساوية	٠				

ويتضح من الجدول (٥) عدم تحقق الفرض الخامس، حيث بلغت قيمتا (Z) بلغت -) وهي قيم غير دالة إحصائيًا، مما يعني أنه لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لمقياس الدعم الاجتماعي (الآباء-الأمهات)، وهذا يدل على استمرار وثبات فعالية البرنامج المُستخدم في الدراسة الحالية في تعزيز الدعم الاجتماعي لدى أفراد المجموعة التجريبية من آباء وأمهات مرضى السكتات الدماغية، ويوضح الشكل البياني (٥) الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي:



شكل بياني (٥) الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك.

#### ٦. نتائج الفرض السادس ومناقشتها

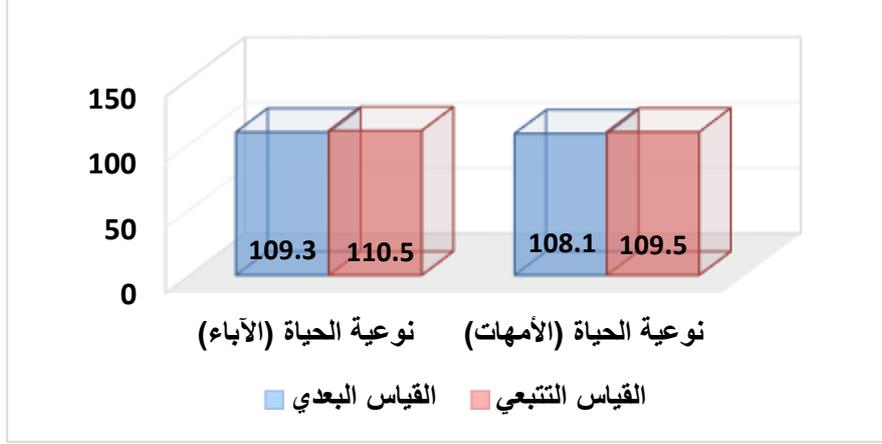
ينص الفرض السادس على أنه " لا توجد فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة في القياسين البعدي والتتبعي"، ولاختبار صحة هذا الفرض، ولتحديد وجهة دلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية في نوعية الحياة، قام الباحث باستخدام اختبار ويلكوكسون اللاباراميتري Wilcoxon Signed-Rank Test؛ لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مرتبطتين، كما يتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

جدول (٦)

نتائج اختبار ويلكوكسون لدلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي لاختبار نوعية الحياة (ن = ١٠).

المتغيرات	القياس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	الدلالة
نوعية الحياة (الآباء)	الرتب السالبة	١	٢,٠٠	٢,٠٠	٢,٢٨٠-	٠,٠٢٣ (٠,٠٢٣) دال عند ٠,٠٥
	الرتب الموجبة	٧	٤,٨٦	٣٤,٠٠		
	الرتب المتساوية	٢				
نوعية الحياة (الأمهات)	الرتب السالبة	٣	٣,٠٠	٩,٠٠	١,٦٣٠-	غير دالة (٠,١٠٣) إحصائياً
	الرتب الموجبة	٦	٦,٠٠	٣٦,٠٠		
	الرتب المتساوية	١				

ويتضح من الجدول (٦) عدم تحقق الفرض السادس، أن قيمة (Z) بلغت (٢,٢٨٠-)، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بالنسبة لنوعية الحياة (الآباء)، بينما قيمة (Z) بلغت (١,٦٣٠-) وهي قيمة غير دالة إحصائياً؛ مما يعني أنه يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس نوعية الحياة (الآباء) لصالح القياس التتبعي، بينما لا يوجد فرق دال إحصائياً بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس نوعية الحياة (الأمهات)؛ وهذا يدل على استمرار فعالية البرنامج المُستخدم في الدراسة الحالية في تحسين نوعية الحياة لدى أفراد المجموعة التجريبية، ويوضح الشكل البياني (٦) الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي للمجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة:



شكل بياني (٦) الفروق في أداء المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس نوعية الحياة.

#### ٧. نتائج الفرض السابع ومناقشتها

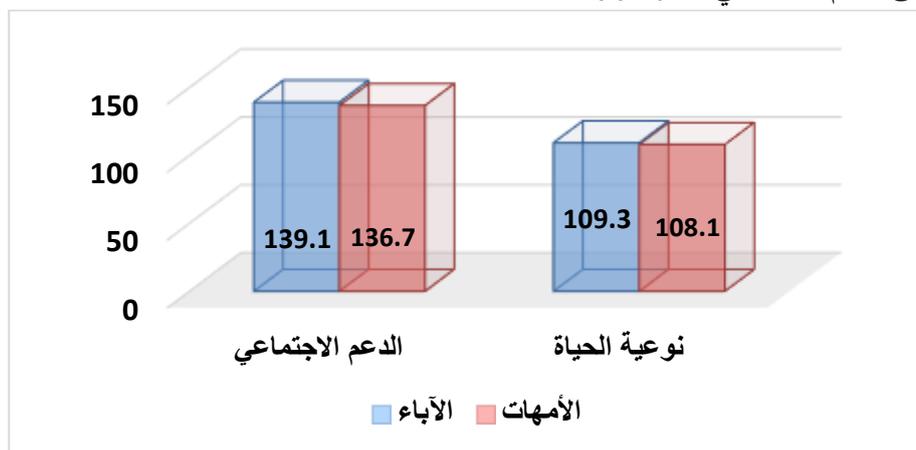
ينص هذا الفرض على أنه " توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات الآباء والأمهات بالمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياسي الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة"، وللتحقق من صحة هذا الفرض قام الباحث باستخدام اختبار مان ويتي Mann-Whitney اللابارامتري Nonparametric لتحديد دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياس البعدي تبعاً للنوع (آباء، أمهات)، وذلك على الدرجة الكلية لمقياسي الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة، وجدول (٧) يوضح ذلك.

جدول (٧)

نتائج اختبار "مان-ويتني" للكشف عن دلالة الفروق بين متوسطي رتب درجات الآباء والأمهات بعد تطبيق البرنامج على مقياسي الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة (ن=١٠، ن=١٠).

المتغيرات	الإحصاءات المجموعة	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الدعم الاجتماعي	الآباء	١٠	١٠٠,٩٠	١٠٩,٠٠	٤٦,٠٠٠	-٠,٣٠٣	(٠,٧٦٢) غير دال إحصائيًا
	الأمهات	١٠	١٠٠,١٠	١٠١,٠٠			
نوعية الحياة	الآباء	١٠	١٠٠,٨٠	١٠٨,٠٠	٤٧,٠٠٠	-٠,٢٢٧	(٠,٨٢) غير دال إحصائيًا
	الأمهات	١٠	١٠٠,٢٠	١٠٢,٠٠			

يتضح من جدول (٧) أن قيمتا (Z) قد بلغت (-٠,٣٠٣، -٠,٢٢٧)، وهي قيم غير دالة إحصائيًا؛ وهذا يشير إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيًا بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياسي الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة تبعًا للنوع (الآباء، الأمهات)؛ وهذا يدل على عدم تحقق الفرض السابع للدراسة، ويوضح الشكل البياني (٧) الفروق بين الآباء والأمهات بالمجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الإرشادي على الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة:



شكل بياني (٣) الفروق في أداء الآباء والأمهات بالمجموعة التجريبية على مقياسي الدعم الاجتماعي المدرك ونوعية الحياة بعد تطبيق البرنامج.

### ثانياً: خلاصة نتائج الدراسة

يلخص الباحث نتائج الدراسة الحالية فيما يلي:

١. **نتائج الفرض الأول:** توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
٢. **نتائج الفرض الثاني:** توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات) في القياسين القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي.
٣. **نتائج الفرض الثالث:** توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١، ٠,٠٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات) لصالح المجموعة التجريبية.
٤. **نتائج الفرض الرابع:** توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعتين التجريبية والضابطة بعد تطبيق البرنامج في الدرجة الكلية لمقياس نوعية الحياة (الآباء، الأمهات) لصالح المجموعة التجريبية.
٥. **نتائج الفرض الخامس:** توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس الدعم الاجتماعي (الآباء، الأمهات) في القياسين البعدي والتتبعي.
٦. **نتائج الفرض السادس:** توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فرق دال إحصائية عند مستوى دلالة (٠,٠٥) بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة (الآباء) في القياسين البعدي والتتبعي لصالح القياس التتبعي، بينما لا يوجد فرق دال إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية على مقياس نوعية الحياة (الأمهات).
٧. **نتائج الفرض السابع:** توصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين متوسطي رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج على مقياسي الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة تبعاً للنوع (الآباء، الأمهات).

### ثالثاً: توصيات الدراسة

- في ضوء ما انتهى إليه البحث فإنه يمكن الخروج ببعض التوصيات العلمية من خلال التأكيد على النقاط التالية :
- إجراء المزيد من الدراسات حول أهمية الدعم النفسي الاجتماعي ودوره الكبير في علاج مرضى ( الأمراض المزمنة ) والانتفات إلى النظرة التكاملية في العلاج ليس الاعتماد على الجانب الطبي فقط، بل الأفضل الاتجاه في العلاج الطبي والنفسي معا .
  - تطبيق الدعم النفسي الاجتماعي على نطاق واسع في كل مناهج الحياة للوقاية من التأثير السلبي للضغوط النفسية على الصحة الجسمية التي تكون سبب في الاصابة بالأمراض المزمنة والخطيرة .
  - الاهتمام بالجانب النفسي في المستشفيات وتدريب الاخصائيين النفسيين على العلاج النفسي جنباً الى جنب العلاج الطبي .
  - الاهتمام بالنموذج الحديث في العلاج بالنظرة للعلاج النفسي بجانب العلاج الطبي .
  - تدريب المعالجين الفيزيقيين (الحركي) على التعامل مع مرضى السكتات الدماغية .
  - الارشاد النفسي والعلاج السلوكي والمعرفي لمرضى الجلطة الدماغية خاصة والمرضى عامة .
  - تدريب الأسرة على كيفية التعامل مع مرضى السكتة الدماغية في توفير مناخ نفسي واجتماعي ايجابي من خلال تعلم سلوكيات كيفية التعامل مع هؤلاء المرضى .
  - عمل برنامج يومي لمرضى السكتات الدماغية تشغل وقتهم ومنها قراءة بعض الكتب، زيارة بعض الأقارب والأصحاب، مشاهدة التلفاز، التدريب الحركي، الحديث في بعض المواضيع الايجابية وتذكرته بكل ما هو ايجابي له.
  - تحديد الدور الايجابي الذي يقوم به المعالج النفسي لدعم مرضى السكتة الدماغية وأسراهم.
  - اكتساب الأساليب المعرفية لمواجهة هذه الضغوط والحد من أثرها .
  - تقديم مقترح لبرنامج توعية لمريض السكتة الدماغية وأسرتها .

رابعاً: بحوث مقترحة

أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن ارتفاع الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى أسر مرضى السكتات الدماغية، وفي ضوء هذه النتائج يقترح الباحث مجموعة من الدراسات التربوية والنفسية التجريبية والوصفية كما يلي:

- إجراء دراسة استكشافية عن زملة أعراض السكتات الدماغية .
- دراسة العلاقة بين نوعية الحياة المهنية وزملة أعراض السكتات الدماغية .
- دراسة استكشافية عن الاضطرابات المعرفية لدى مرضى السكتات الدماغية .
- دراسة المساندة الاجتماعية كمتغير معدل للعلاقة بين نوعية الحياة ومرض السكتة الدماغية .
- دراسة العلاقة بين المتغيرات الديموجرافية وزملة أعراض السكتات الدماغية .

## المراجع العربية

١. إبراهيم، سلوى سلامة(٢٠٠٥) الحياة المميزة للمبدعين في الأدب، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الأدب، جامعة عين شمس.
٢. أبو العزم، وآخرون (٢٠٢٢): أثر العلاقة بين الدعم النفسي الاجتماعي وتحسن حالات الجلطة الدماغية مجلة العوم البيئية جامعة عين شمس.
٣. أنور، عيبر محمد (٢٠١٠): دور التسامح والتفاهل في التنبؤ بنوعية الحياة، دراسات عربية في علم النفس، ٣(٩).
٤. آيات حمودة حكيمة، فاضلي أحمد & مسيلي رشيد. أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطال.
٥. بشري اسماعيل (٢٠١٩). فاعلية برنامج الموجز ( Brief Program ) بناء على علاج القبول والالتزام لزيادة الرفاهية النفسية في عينة من مرضى الفشل الكلوي .مجلة العلوم التربوية و النفسية. 158-141, 3(5) ,
٦. الجوهري، هناء (١٩٩٤). المتغيرات الاجتماعية الثقافية المؤثرة في نوعية الحياة في المجتمع المصري في السبعينات. كلية الآداب: جامعة القاهرة مصر .
٧. حسين عبد المعطى محمد، أ.، أحمد & رفعت محمد محفوظ. (٢٠١٩). جامعات الجيل الثالث مدخل لتحسين جودة الحياة لدى الكبار من المسنين: رؤية مستقبلية. مجلة كلية التربية (أسيوط) 35(3.2), 256-306 ,
٨. حنفي، هويدة(٢٠٠٧)، المساندة الاجتماعية كما يدركها المكفوفون والمبصرون من طلاب جامعة الإسكندرية وتأثيرها على الوعي بالذات لديهم، المجلة المصرية للدراسات النفسية، (١٧)، ١٤٥-١٢٣.
٩. خميسة، قنون (٢٠٠٧) الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكنتاب لدى المصابين بأمراض الانتانية. رسالة ماجستير غير منشورة جامعة محمد خيضر بسكرة. الجمهورية الجزائرية.
١٠. رضوان، فوقية حسن عبد المجيد (٢٠٠٦):علم النفس التطبيقي وجودة الحياة، وقائع ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، (١٧-١٩) ديسمبر.

١١. رمضان زعطوط (٢٠٠٥): نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات، رسالة دكتوراه، جامعة قاصدي مرياح، ورقلة.
١٢. زهران ، حامد عبد السلام ( ٢٠٠٢ ) : التوجيه والإرشاد النفسي . ط ٤ ، القاهرة : عالم الكتب.
١٣. نفين، الحريري، سعيد محمود (٢٠٢٢). فاعلية برنامج قائم على مهام نظرية العقل لتحسين الكفاءة اللغوية وأثره في جودة الحياة لدى أطفال الروضة ذوي اضطراب طيف التوحد. *بحوث ودراسات الطفولة* 100-21، (8)4 ،
١٤. سميره ، كردي(٢٠٠٨): المساندة الاجتماعية وإرادة الحياة لدى عينة من مرضى الفشل الكلوي وفاعلية البرنامج الإرشاد الأسري. *دراسات عربية في علم النفس*، ٧ (٣) ، ٤٣٥.
١٥. السيد الشربيني منصور (٢٠٠٩). العفو وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية والغضب، *مجلة دراسات عربية في التربية وعلم النفس*، ٢ (٣)، ٢٩-١٠١.
١٦. السيد رمضان (٢٠٠٢) : إسهامات الخدمة الاجتماعية في مجال الأسرة والسكان. دار المعرفة الجامعية : الإسكندرية
١٧. السيد عبد الرحمن محمد (٢٠٠٠) : موسوعة الصحة النفسية علم الأمراض النفسية، العقلية، الأسباب، والأعراض، والتشخيص، والعلاج. دار قباء: القاهرة.
١٨. السيد كامل الشربيني (٢٠٠٧): جودة الحياة وعلاقتها بالنكاه الانفعالي وسمة ما وراء المزاج والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية والقلق. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٢٧ (١٧).
١٩. شحاته، فوزي محمد (٢٠١٥): المساندة الاجتماعية في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمّن، المؤتمر العلمي الرابع عشر، التنمية البشرية وتحديث مصر. كلية الخدمة الاجتماعية، جامعة القاهرة فرع الفيوم.
٢٠. شرقاوي، مصطفى عماد ثروت . (٢٠٢١). تصور مقترح لتحسين نوعية الحياة للأطفال المعاقين سمعياً من منظور الممارسة العامة في الخدمة الاجتماعية. *مجلة كلية الآداب. جامعة بني سويف*. 117-160، (60)5 .

٢١. الشناوي محمد محروس، ومحمد السيد عبد الرحمن (١٩٩٤) : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. القاهرة: الأنجلو المصرية.
٢٢. شويخ، هناء أحمد (٢٠٠٧): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات على حالات أورام المثانة السرطانية، ايترك للنشر والتوزيع. القاهرة. مصر.
٢٣. شيلي، تايلور. (٢٠٠٨). علم النفس الصحي (وسام درويش بريك وفوزي شاكرا طعمية داود، مترجم). الأردن: دار الحامد عمان.
٢٤. عبد الله، معتز سيد (٢٠٠١): الإيثار والثقة والمساندة الاجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للجماعة، مجلة علم النفس الهيئة المصرية، ٢٧ (١٢٩).
٢٥. عثمان يخلف (٢٠٠١). علم نفس الصحة- الأسس النفسية والسلوكية للصحة. الدوحة: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
٢٦. علي، عبد السلام علي (٢٠٠٥): المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية في حياتنا اليومية، مكتب النهضة، القاهرة.
٢٧. فايد، حسن علي (٢٠٠١): دراسات في الصحة النفسية، ط١، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، مصر العربية.
٢٨. مارتن بول ( ٢٠٠١ ) : العقل المريض . ترجمة عبد العالي الجسماني ،. الدار العربية للعلوم.
٢٩. مرسي، إبراهيم كمال ( ٢٠٠٠ ) : السعادة وتنمية الصحة النفسية ، مصر : دار النشر للجامعات .
٣٠. مريم سكيرفية، منصور زاهي (٢٠١٥). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني-دراسة ميدانية على عينة من المرضى بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، (١٨)، ٢٥٤-٢٣١.
٣١. مفتاح، محمد عبد العزيز (٢٠١٠): مقدمة في علم النفس الصحة، مفاهيم -نظريات- نماذج -دراسات، دار وائل للنشر، الأردن.
٣٢. نعيمة، رغداء علي (٢٠١٢): جودة الحياة لدى طلبة جامعة دمشق ، مجلة دمشق، (٤٨)١.

٣٣. الهمس، صالح اسماعيل عبد الله (٢٠١٠): قلق الوالدة لدى الأمهات في المحافظات الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته بجودة الحياة ، الإسلامية ، غزة. "
٣٤. الهنداوي، محمد حامد ابراهيم (٢٠١٠): الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، جامعة الأزهر .
٣٥. هويدا شكري عبد العال (٢٠٠٨): العوامل المساهمة في حدوث اكتئاب ما بعد الجلطة الدماغية، مركز النظم للدراسات وخدمات البحث العلمي.
٣٦. وزارة الصحة (١٤٤٣) تقرير السكتات الدماغية. الموقع الرسمي لوزارة الصحة المملكة العربية السعودية.
٣٧. يخلف، عثمان (٢٠٠١): علم النفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة، دار الثقافة للطباعة والنشر، الدوحة، قطر .

#### المراجع الأجنبية

1. - World Health Organization. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva, World Health Organization, 2016, [available at: [http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/publications/atlas\\_cvd/en/](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/), accessed February 2016].
2. - World Health Organization. Stroke, cerebrovascular accident. Geneva, World Health Organization, 2018, [available at: [http://www.who.int/topics/cerebrovascular\\_accident/en/](http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en/), accessed February 2018].
3. Aalbaek, F. S., Graff, S., & Vestergaard, M. (2017). Risk of stroke after bereavement—a systematic literature review. *ACTA Neurologica Scandinavica*, 136(4), 293-297.
4. Albert ,J&Joyiner,B.(2010).Hop ,optimism and self-care among better breather supporting group member with chronic obstructive pulmonary diseases ,Applies nursing's research ,21(14),212-217.
5. Anderson, S. (2003) : Quality of life theory. The IQol Theory, quality of life research centre, Copenhagen, Denmark.
6. Anthony, D & Kritsonis, V. (2017). A mixed methods assessment of the effectiveness of strategy. *National Journal of Publishing*, 4(1), 33-48. [www.nationalform.com](http://www.nationalform.com).

7. Antoniazzi, R. P., Zanatta, F. B., Ardenghi, T. M., & Feldens, C. A. (2018). The use of crack and other illicit drugs impacts oral health-related quality of life in Brazilians. *Oral diseases*, 24(3), 482-488.
8. Argyle .m.(1999) : Causes and correlates of happiness nD.kahneman E.diener et N.schwarz (eds),well-being.the foundations of hedonic psychology.
9. Argyle .m.(1999) : Causes and correlates of happiness nD.kahneman E.diener et N.schwarz (eds),well-being.the foundations of hedonic psychology.
10. Arick ,T.(2002). Self-esteem and vocational self-esteem enhancement: A group counselling program for university students. a paper presented to the international school psychology association 25th annual colloquium,Denmark.
11. Asadollahi ,H., (2010). Investigation of cognitive therapy effects based on Ellis logical emotional approach and Seligman positive attitude on decreasing disappointment and depression of female high school students of tehran .M.A thesis .Shahid Chamran Ahvaz university ,1-100.
12. Baron, R. S., Cutrona, C. E., Hicklin, D., Russell, D. W., & Lubaroff, D. M. (1990). Social support and immune function among spouses of cancer patients. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(2), 344.
13. Beale,A& Scott,P(2001).using drama to empower students to make a stand against bullying behavior .*Professional School counseling* ,4(4) ,300-305.
14. Becker, N., Thomsen, A. B., Olsen, A. K., Sjøgren, P., Bech, P., & Eriksen, J. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73(3), 393-400.
15. Benjamin, E. J., Virani, S. S., Callaway, C. W., Chamberlain, A. M., Chang, A. R., Cheng, S., ... & Muntner, P. (2018). Heart disease and stroke statistics—2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*, 137(12), e67-e492.
16. Besterman, H. S., Christofides, N. D., Welsby, P. D., Adrian, T. E., Sarson, D. L., & Bloom, S. R. (1983). Gut hormones in acute diarrhoea. *Gut*, 24(7), 665-671

17. Brissette, J. L., Russel, M., Weiner, L., & Model, P. (1990). Phage shock protein, a stress protein of Escherichia coli. Proceedings of the National Academy of Sciences, 87(3), 862-866
18. Bunk, D., Eggers, C., & Klupal, M. (1999). Symptom dimensions during childhood-onset schizophrenia. European child & adolescent psychiatry, 8, S29-S35.
19. Capuzzi, D. (2000). Counseling and Psychotherapy and Integrative Perspective. Professional School counseling ,6(4) ,200-215.
20. Chraif, M., & Dumitru, D. (2015). Gender differences on wellbeing and quality of life at young students at psychology. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 180, 1579-1583.
21. Chronister, J., Chou, C. C., Frain, M., & da Silva Cardoso, E. (2008). The relationship between social support and rehabilitation related outcomes: a meta-analysis. Journal of Rehabilitation, 74(2).
22. Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. Psychosomatic medicine, 38(5), 300-314.
23. Cohen, S. (1986). Contrasting the Hassles Scale and the Perceived Stress Scale: Who's really measuring appraised stress?
24. Cutrona, C. & Russell (1990): Type of social support and specific stress : Towards a theory of optimal matching, in : B.R.Sarason, et al (eds) social support : An interact ional view, New York, wiley.
25. Destefano, T.; Mellott , R. & Peterson, J. (2001). A preliminary assessment of the impact of counseling on student . Journal of college counseling ,4, 113-121.
26. Emadpoor, L., Lavasani, M. G., & Shahcheraghi, S. M. (2016). Relationship between perceived social support and psychological well-being among students based on mediating role of academic motivation. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 14, 284-290.
27. Evans, D. R. (1994). Enhancing quality of life in the population at large. Social indicators research, 33, 47-88.
28. Frisque, R. J., Bream, G. L., & Cannella, M. T. (1984). Human polyomavirus JC virus genome. Journal of virology, 51(2), 458-469.
29. Galloway et al (2005) : Galloway, S., Bell, D., Hamilton, C., & Scullion, A. (2005). Well-being and quality of life: measuring the benefits of culture and sport. Edinburgh: Scottish Government.
- Gillen, R., Tennen, H., McKee, T. E., Gernert-Dott, P., & Affleck, G. (2001).

- Depressive symptoms and history of depression predict rehabilitation efficiency in stroke patients. Archives of physical medicine and rehabilitation, 82(12), 1645-1649.
30. Gazibara, T., Pekmezović, T., Popović, A., Paunić, M., & Kisić-Tepavčević, D. (2018). Chronic diseases among university students: prevalence, patterns and impact on health-related quality of life. Vojnosanitetski pregled, 75(12), 1178-1184.
31. Gibson, K. D., Gillen, D. L., Caps, M. T., Kohler, T. R., Sherrard, D. J., & Stehman-Breen, C. O. (2001). Vascular access survival and incidence of revisions: a comparison of prosthetic grafts, simple autogenous fistulas, and venous transposition fistulas from the United States Renal Data System Dialysis Morbidity and Mortality Study. Journal of vascular surgery, 34(4), 694-700.
32. Gladding, S. T. (1992). Counseling: A comprehensive profession second edition, New York, Macmillan publishing company, Behavioral interventions, 17, 100-120.
33. Hettiarachchi, R., & Abeysena, C. (2018). Association of poor social support and financial insecurity with psychological distress of chronic kidney disease patients attending national nephrology unit in Sri Lanka. International journal of nephrology, 2018.
34. Ireland, R. E., & Norbeck, D. W. (1985). Application of the Swern oxidation to the manipulation of highly reactive carbonyl compounds. The Journal of Organic Chemistry, 50(12), 2198-2200.
35. Jacobs, E. (2006). Group – counseling: strategies and skills. ny:thomson books.
36. Kahn, R. L., & Juster, F. T. (2002). Well-Being: concepts and measures. Journal of social Issues, 58(4), 627-644.
37. Kaplan, G. A., & Keil, J. E. (1993). Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature. Circulation, 88(4), 1973-1998.
38. Kelly-Hayes, P. M., Robertson, J. T., Broderick, J. P., Duncan, P. W., Hershey, L. A., Roth, E. J., ... & Trombly, C. A. (1998). The American heart association stroke outcome classification. Stroke, 29(6), 1274-1280.
39. Kim, H. S., Sherman, D. K., & Taylor, S. E. (2008). Culture and social support. American psychologist, 63(6), 518.

40. Kim,J.(2008).The effect of a R/T group – counseling program on the internet addiction level and self- steem of internet addiction students. *International journal of reality therapy* ,15,4-12.
41. Larkin,R& Thyer,B.(1999) .Evaluating cognaitive behavioral group – counseling to improve elementary school student’s self- steem , self- control and class room behavior .*Behavioral interventions*, 14,147-161.
42. LaRocco, J. M., House, J. S., & French Jr, J. R. (1980): Social support occupational stress and health. *Journal of health and social behavior*, vol. (48).
43. Lawton, M. P. (1996). Quality of life and affect in later life. In *Handbook of emotion, adult development, and aging* (pp. 327-348). Academic Press.
44. Lee,V & Cohen,S.,(2010). Meaning –Making intervention during breast cancer treatment improve self-steems, optimisms and self-efficacy. *societal science &medicine* ,62(12),300-314.
45. Letzelter, M. (2000). Sprint Strength as the Main Training Aim in Short Distance Runs.(J Jarver, Ed.) *Sprints and Relays: Contemporary Theory, Technique and Training* (5inci baskı). Mountain View. Tafnew Press, 2, 12.
46. Lian, T. C. (2008). Family functioning perceived social support, academic performance and self-esteem. *Pertanika Journal Social, Science & Humaniora*, 16(2), 285-299.
47. MacKay, C. H. (1984). Hawthorne, Sophia, and Hilda as Copyists: Duplication and Transformation in The Marble Faun. *Victorian Literature and Culture*, 12, 93-120.
48. McCann, M. C., Chen, L., Roberts, K., Kemsley, E. K., Sene, C., Carpita, N. C., ... & Wilson, R. H. (1997). Infrared micro spectroscopy: sampling heterogeneity in plant cell wall composition and architecture. *Physiologia Plantarum*, 100(3), 729-738.
49. Monson ,C.; Ferrier ,A &Mocciola ,K.(2012).Changes in social personality with cognaitive processing therapy: Effects of treatment and association with PTSD symptom change. *Journal of traumatic stress*, 25,519-526.
50. Morgan, B & Leung, P., (1980). Effects of assertion training on acceptance of disability by physically disabled students, *Journal of counselling psychology*,40,270-272.

51. Navabi, N., Asadi, A., & Nakhaee, N. (2017). Impact of drug abuse on family quality of life. *Addiction and Health*, 9(2), 118-119.
52. Oxford, R., & Shearin, J. (1994). Language learning motivation: Expanding the theoretical framework. *The modern language journal*, 78(1), 12-28.
53. Pack, S. & Condren, E. (2014). An evaluation of group – counseling behavior therapy for low self- steem in primary care. *The cognitive behavior therapist*, 7, 1-10.
54. Rapley. M (2003): *Qualité of life research: A critical introduction*. London. Sage publications.
55. Rebecca, R (2000): *Quality of life research unit*, [http// : www. U Toronto. Ca \(910\) unit htm](http://www.UToronto.Ca(910)unit.htm). repair. In: WolffK,
56. Rubin et al (1994): *Peer Relationship and influences in childhood*. In ramachan- dran,v. *encyclopedia of horman behavior*, san diego : Academic press Ins. Vol .3.
57. Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
58. Santander, H., Luyo, G., Barrera, S. C., Véliz, M., & de Castillo, O. S. (1981). Catálogo de zooplankton en el mar pereion. Primera parte: área Pisco-San Juan. *Boletín Instituto del Mar del Perú*, 6(1), 1-75.
59. Schalock, R. L., Brown, I., Brown, R., Cummins, R. A., Felce, D., Matikka, L., ... & Parmenter, T. (2002). Conceptualization, measurement, and application of quality of life for persons with intellectual disabilities: Report of an international panel of experts. *Mental retardation*, 40(6), 457-470.
60. Schumaker, S.A. & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36
61. Silver, T. M., & Nudds, T. D. (1995). Influence of low-level cadmium and reduced calcium intake on tissue Cd concentrations and behaviour of American black ducks. *Environmental Pollution*, 90(2), 153-161.
62. Theodorakis ,Y&Stamou ,E.,(2007).The effect of self-take on the penalty execution in goalball. *Britich journal of visual impairment* ,25,233-247.
63. Thoits, P. A. (1986). Social support as coping assistance. *Journal of consulting and clinical psychology*, 54(4), 416.

64. Turner, R. J., & Marino, F. (1994). Social support and social structure: A descriptive epidemiology. *Journal of health and social behavior*, 193-212.
65. Veenhoven, R. (2000). The four qualities of life. *Journal of happiness studies*, 1, 1-39.
66. Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. (2003). Measurement of quality of life II. From the philosophy of life to science. *The Scientific World Journal*, 3, 962-971.
67. Verdot, C. (2008). Influence de la pratique physique sur la qualité de vie en prison: de l'utilisation des activités physiques et sportives comme stratégie d'ajustement spécifique (Doctoral dissertation, Université Claude Bernard-Lyon I).
68. WHO (2018). Ashma, available at: World Health Organization (2018), available at: <https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/asthma>

The effectiveness of a selective psychological counseling program to enhance perceived social support and improve the quality of life among families of stroke patients.

**Prepared by**

Dr. Yazid bin Mohammed Hassan Al-Shehri

Associate Professor of Mental Health

University of Jeddah – Department of Psychology – College of Social Sciences and Media – Kingdom of Saudi Arabia

**Summary:** This research aimed to identify the effectiveness of a selective and integrative psychological counseling program in enhancing perceived social support and improving the quality of life among a sample of families of stroke patients. The sample consisted of (40) members of the parents of stroke patients' families, whose chronological age ranged between (30-45) years, and they were divided into two groups: (20) individuals representing the experimental group by (10 fathers, 10 mothers), and (20) individuals representing the control group by (10 fathers, 10 mothers), and homogeneity and parity were conducted between the two groups on the variables of perceived social support and quality of life. The performance of the members of the experimental and control groups was measured on the measure of perceived social support and the measure of quality of life before and after the program, while the tracking measurement of the experimental group was four weeks after the end of the program and the results of the study showed that there were statistically significant differences at the level of significance (0.01) between the average ranks of the scores of the experimental group members on the total score of the social support scale (fathers, mothers) in the two measurements. Pre- and post-measurement in favor of post-measurement. The existence of statistically significant differences at the level of significance (0.01) between the average ranks of the scores of the experimental group members on the total score of the quality-of-life scale (fathers, mothers) in the pre- and post-measurements in favor of the post-measurement. The results of the study also found statistically significant differences at two levels of significance (0.01, 0.001). Between the average grades of the members of the experimental and control groups after the application of the program in the total score of the social support scale

(fathers, mothers) for the benefit of the experimental group. The results of the study found statistically significant differences at the level of significance (0.001) between the average grades of the members of the experimental and control groups after the application of the program. In the overall score of the quality of life scale (fathers, mothers) in favor of the experimental group. The results of the study also found that there were no statistically significant differences between the average ranks of the scores of the experimental group members on the social support scale (fathers, mothers) in the dimensional and tracking measurements. The results of the study found a statistically significant difference at the level of significance (0.05) between the average ranks of the scores of the experimental group members on the quality-of-life scale (fathers) in the dimensional and tracer measurements in favor of the tracer measurement, while there is no statistically significant difference between the average ranks of the experimental group members on the quality-of-life scale (mothers). Finally, the results found that there were no statistically significant differences between the average grades of the experimental group members after applying the program on the scales of social support and quality of life according to gender (fathers, mothers).

**Keywords:** Selective Mentorship Program - Perceived Social Support - Quality of Life - Families of Stroke Patients