



جامعة وهران 2 محمد بن أحمد
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس والأرطفونيا
تخصص علم النفس الأسري

الدعم الأسري وعلاقته بمستوى تقدير الذات
لدى المصابين بأمراض جلدية
(رسالة مقدمة لنيل شهادة الماستر)

إعداد الطالبة:

مدوري وردة

المشرف:

أ. د. الهاشمي أحمد

السنة الجامعية: 2015 - 2016

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

أقف اليوم على عتبات نجاح جديد أدوّنه في سجل حياتي،
وبالتأكيد أهديه بكل صدق إلى والديّ العزيزين أطال الله في
عمرهما ومدّهما بالصحة والعافية، وإلى زوجي الغالي وابني قرّة
عيني، وإلى أخوتي وجميع الأهل والأقارب، وإلى الأصدقاء
والأحبّاء، وأخصّ بالذكر صديقتي الغالية الأستاذة "ملال خديجة"،
وإلى زملاء الدراسة وزملاء العمل، وإلى كل من حمل مشعل العلم
وأثار به المجتمع.
من قلبي أهدي للجميع هذا العمل، داعية الله العليّ القدير أن يعمّ
بمنفعه على الجميع.

مدوري وردة

كلمة شكر

أشكر الله عزّ وجلّ وأحمده على نعمه التي لا تحصى...
بعدها أتقدّم بالشكر إلى الأستاذ الدكتور المشرف: "الهاشمي أحمد"،
وأدعو له بدوام الصحة والعطاء، نظرا لما قدّمه لي من سديد الرأي
وجليل النصح والتوجيه طوال فترة البحث.
كما أتقدّم بالشكر إلى من قدّموا لي يد المساعدة والعون، صديقتي
العزيزة الأستاذة الفاضلة: "ملال خديجة" التي أتمنى لها المزيد من
النجاح والتوفيق، وزوجي الغالي.
دون أن أنسى الدكتورة "محمودي نزيهة" التي لم تبخل عليّ
بتوجيهاتها طيلة فترة إنجاز هذا العمل.

مدوري وردة

ملخص الدراسة:

استهدفت الدراسة موضوع "الدعم الأسري وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى المصابين بأمراض جلدية"، ولإجراء هذه الدراسة تم وضع الفرضيات الآتية:

1. يوجد مستوى دعم أسري مرتفع لدى الأشخاص المصابين بأمراض جلدية.
 2. هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري لدى المرضى تبعاً لاختلاف متغيرات: الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، ونوع الشخص المصاب في العائلة.
 3. يتمتع الأشخاص المصابون بأمراض جلدية بمستوى تقدير ذات مرتفع.
 4. هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات لدى المرضى تبعاً لاختلاف المتغيرات السابقة.
 5. هناك علاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المصابين بأمراض جلدية.
- وتم إجراء دراسة استطلاعية على عينة تتكوّن من 30 مريض، ودراسة أساسية على عينة تتكوّن من 100 مريض، بقسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران. وتم استخدام مقياس الدعم الأسري المصمّم من طرف الطالبة، ومقياس تقدير الذات لروزنبرغ. وتوصّلت إلى النتائج الآتية:

1. يوجد مستوى دعم أسري مرتفع لدى الأشخاص المصابين بأمراض جلدية.
2. هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري تبعاً لمتغيرات: السن، الحالة الاجتماعية، مدة المرض، نوع المرض، في حين لا توجد فروق في مستوى الدعم الأسري بالنسبة لمتغيرات: الجنس، المستوى الدراسي، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة. بينما توجد فروق جزئية في بعد "العلاج" بالنسبة لمتغير تشابه المرض مع مرض شخص آخر في العائلة.
3. يتمتع الأشخاص المصابون بأمراض جلدية بمستوى تقدير ذات مرتفع.
4. هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً للمتغيرات الآتية: المستوى الدراسي للمريض، مدة المرض، في حين لا توجد فروق في مستوى تقدير الذات بالنسبة للمتغيرات الآتية: جنس المريض، سن المريض، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض شخص مصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة.
5. هناك علاقة موجبة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى الأشخاص المصابين بأمراض جلدية، وكانت العلاقة بين تقدير الذات وبعدي تقبّل المرض والعلاج، أي كلما زاد الدعم الأسري زاد تقدير الذات.

قائمة المحتويات:

الصفحة	الموضوعات
أ	البسمة
ب	الإهداء
ج	كلمة شكر
د	الملخص
هـ	قائمة المحتويات
و	قائمة الجداول
1	مقدمة
	الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة
3	1. الإشكالية
4	2. الفرضيات
5	3. أهمية الدراسة
5	4. أهداف الدراسة
6	5. التعاريف الإجرائية
	الفصل الثاني: الأمراض الجلدية
8	تمهيد
8	1. الجلد
9	2. أهمية الجلد
10	3. وظائف الجلد
11	4. اللواحق الجلدية
12	5. الاضطرابات الجلدية

21	6. أسباب الاضطرابات الجلدية
22	7. طرق تشخيص الأمراض الجلدية
22	8. مدى تأثير المرض الجلدي على الحالة النفسية للمريض
24	9. طرق التكفل بالأمراض الجلدية
27	خلاصة
	الفصل الثالث: الدعم الأسري
29	تمهيد
29	1. الدعم الاجتماعي
29	1.1. مفهوم الدعم الاجتماعي
30	1.2. أهمية الدعم الاجتماعي
34	1.3. مصادر الدعم الاجتماعي
35	2. الدعم الأسري
36	2.1. مفهوم الدعم الأسري وأشكاله
37	2.2. شروط الدعم الأسري
38	2.3. دور الدعم الأسري لدى المصاب بمرض جلدي
40	خلاصة
	الفصل الرابع: تقدير الذات
42	تمهيد
42	1. تعريف مفهوم الذات
43	2. تعريف تقدير الذات
45	3. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات
46	4. بعض المفاهيم المتعلقة بتقدير الذات

48	5. العوامل المؤثرة في تقدير الذات
51	6. مستويات تقدير الذات
53	7. النظريات المفسرة لتقدير الذات
59	خلاصة
	الفصل الخامس: الدراسات السابقة
61	تمهيد
61	1. الدراسات التي تناولت تقدير الذات
65	2. الدراسات التي تناولت الدعم الأسري
70	3. الدراسات التي تناولت العلاقة بين الدعم الأسري وتقدير الذات
71	4. خلاصة الدراسات السابقة
	الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة
73	أ. منهج الدراسة
74	ب. الأدوات المستخدمة
77	ج. الدراسة الاستطلاعية
77	1. أهداف الدراسة الاستطلاعية
77	2. حدود الدراسة الاستطلاعية
77	3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية
78	4. مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية
82	5. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة
84	د. الدراسة الأساسية
84	1. أهداف الدراسة الأساسية

84	2. حدود الدراسة الأساسية
84	3. ظروف إجراء الدراسة الأساسية
85	4. مواصفات عينة الدراسة الأساسية
89	5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
	الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها
92	أ. عرض النتائج
92	1. عرض نتائج الفرضية الأولى
92	2. عرض نتائج الفرضية الثانية
106	3. عرض نتائج الفرضية الثالثة
106	4. عرض نتائج الفرضية الرابعة
113	5. عرض نتائج الفرضية الخامسة
114	ب. مناقشة النتائج
114	1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى
114	2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية
119	3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
119	4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
123	5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة
124	الاستنتاج العام
125	الخاتمة
127	توصيات واقتراحات
128	قائمة المراجع
136	الملاحق

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
74	الفقرات الإيجابية والسلبية لمقياس تقدير الذات	01
74	أوزان الإجابة لمقياس تقدير الذات	02
74	مفتاح التصحيح لمقياس تقدير الذات	03
75	توزيع فقرات مقياس الدعم الأسري حسب الأبعاد	04
76	الفقرات الإيجابية والفقرات السلبية لمقياس الدعم الأسري	05
76	أوزان الإجابة لمقياس الدعم الأسري	06
76	مفتاح التصحيح لمقياس الدعم الأسري	07
78	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	08
79	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن	09
79	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي	10
80	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية	11
80	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مدة المرض	12
81	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع المرض	13
81	توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب وجود شخص مصاب في العائلة	14
82	الفروق في مستوى الدعم الأسري بين المجموعتين العليا والدنيا	15
82	معاملات ثبات مقياس الدعم الأسري	16
83	الفروق في مستوى تقدير الذات بين المجموعتين العليا والدنيا	17
83	معاملات ثبات مقياس تقدير الذات	18

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
85	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس	19
85	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب السن	20
86	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الدراسي	21
86	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية	22
87	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مدة المرض	23
87	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب نوع المرض	24
88	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب وجود شخص مصاب في العائلة	25
88	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب نوع مرض أفراد العائلة	26
89	توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الشخص المصاب	27
92	مستوى الدعم الأسري لدى أفراد العينة	28
93	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للجنس	29
94	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للسن	30
95	المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعا للسن	31
96	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للمستوى الدراسي	32
97	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للحالة الاجتماعية	33
98	المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعا للحالة الاجتماعية	34
99	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا لنوع المرض	35
100	المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعا لنوع المرض	36
101	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا لمدة المرض	37

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
102	المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعا لمدة المرض	38
103	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا لوجود شخص مصاب في العائلة	39
104	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا لتشابه المرض	40
105	الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للشخص المصاب في العائلة	41
106	مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة	42
106	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا للجنس	43
107	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا للسن	44
107	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا للمستوى الدراسي	45
108	المقارنة البعدية في مستوى تقدير الذات تبعا للمستوى الدراسي	46
109	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا للحالة الاجتماعية	47
109	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا لنوع المرض	48
110	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا لمدة المرض	49
110	المقارنة البعدية لمستوى تقدير الذات تبعا لمدة المرض	50
111	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا لوجود شخص مصاب في العائلة	51
112	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا لتشابه المرض	52
112	الفروق في مستوى تقدير الذات تبعا للشخص المصاب في العائلة	53
113	الارتباط بين الدعم الأسري وتقدير الذات	54
113	الارتباط بين تقدير الذات وأبعاد الدعم الأسري	55

المقدمة:

تعدّ الصحة النفسية للفرد من المواضيع الهامة التي شغلت الباحثين في علم النفس منذ القدم، وذلك نظرا لأهميتها في جودة حياة الفرد واستقراره في شتى المجالات الأسرية، الدراسية، المهنية والاجتماعية. ويعدّ تقدير الذات من السمات النفسية التي تشير إلى توازن الفرد وتوافقه النفسي، نظرا لما يخلّفه التقدير من انعكاس على الصحة العامة للفرد وتكّيّفه مع المجتمع الذي ينتمي إليه.

ونظرا للعلاقة الوثيقة بين النفس والجسد، فإنّ اختلال الصحة الجسمية مثل الإعاقات والأمراض يؤثر على الصحة النفسية للفرد بما في ذلك تقديره لذاته، وهو ما ينعكس على تعامله مع محيطه. لذا يجب تسليط الضوء على الأسرة بصفاتها من أهم العوامل التي تساهم في تحقيق الصحة النفسية للفرد الذي يعاني من اختلال في الصحة الجسمية.

لهذا استهدفت هذه الدراسة موضوع "الدعم الأسري" كعامل مهم لتحقيق الصحة النفسية، وعلاقته مع مستوى تقدير الذات كأحد أبعاد الصحة النفسية وأهمّها لدى عينة من الأشخاص الذين يعانون من اختلال في صحتهم الجسمية وهم المرضى المصابين بأمراض جلدية.

وتّم على هذا الأساس تقسيم الدراسة إلى مجموعة من الفصول:

الفصل الأول: "مدخل الدراسة"، وفيه تمّ طرح إشكالية الموضوع وتساؤلاته، ثم الفرضيات، أهمية البحث وأهدافه وأخيرا التعاريف الإجرائية لمفاهيم الدراسة.

الفصل الثاني: وتم تخصيصه للأمراض الجلدية.

الفصل الثالث: وتمّ التطرق فيه للدعم الأسري.

الفصل الرابع: وتمّ التطرق فيه لتقدير الذات.

الفصل الخامس: وتمّ تخصيصه للدراسات السابقة، التي تم تقسيمها إلى أقسام وهي: الدراسات السابقة الخاصة بتقدير الذات، الدراسات السابقة التي تناولت مفهوم الدعم الأسري، والدراسات السابقة التي تناولت العلاقة بين الدعم الأسري وتقدير الذات.

الفصل السادس: وهو فصل خاص بالإجراءات المنهجية للدراسة، وفيه تمّ التطرق إلى المنهج المتبع وأدواته، ثم إجراءات الدراسة الاستطلاعية، وأخيرا إجراءات الدراسة الأساسية.

الفصل السابع: وتمّ فيه عرض النتائج ومناقشتها، حيث تمّ في البداية عرض النتائج حسب الفرضيات، ثم مناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والخبرة الميدانية.

وفي الأخير تم إنهاء الدراسة بخاتمة حول الموضوع، واقتراح مجموعة من التوصيات.

الفصل الأول: مدخل إلى الدراسة

1. الإشكالية

2. الفرضيات

3. أهمية الدراسة

4. أهداف الدراسة

5. التعاريف الإجرائية

1. الإشكالية:

تعدّ الأمراض بشكل عام من المشكلات التي تهدّد المجتمعات الإنسانية، ولعل من أكثر الأمراض أهمية تلك الأمراض المهددة للحياة، من بينها الأمراض الجلدية التي يرجع سبب الانتشار الكبير لبعض أنواعها في الجزائر إلى موقعها الجغرافي الذي يجعلها عرضة للحرارة التي تتسبب في إنعاش بعض الفطريات والجراثيم، كما تتسبب في إصابة الفرد ببعض المضاعفات الجلدية، على غرار سرطان الجلد، الأمر الذي أدى إلى تفاقم نسبة الأمراض الجلدية المعدية إلى 50 %.

ومما لا شك فيه أنّ الاضطرابات الجلدية تنتج عنها آلام جسدية ونفسية تنعكس على حالة المريض فتعيق نشاطاته الاعتيادية، مما قد يؤدي إلى الانزعاج والعزلة الاجتماعية، لأنّ الجلد يرتبط مباشرة بالمظهر الخارجي للفرد وصفاته الجمالية، وأي اضطراب سيلحق به يؤثر بشكل كبير في تواصله الاجتماعي وفي تقديره لذاته، حيث توصلت هجيرة سبع (2010) في دراستها عن إرشاد مرضى الصدفية بالعلاج المعرفي السلوكي على عيّنة من 4 حالات، إلى أنّ المرضى يعانون من نظرة سلبية لذواتهم وللآخرين، ودراسة حبيبة ضيف الله (2012) حول صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين، التي توصلت فيها إلى أنّه كلما زادت درجة تشوّه صورة الجسم عند المريض كلما انخفض تقديره لذاته.

ومن أهم العوامل المؤثرة في مستوى تقدير الذات لدى فئة المرضى والتي تشجع على تقبل المرض والعلاج، الدعم الأسري بأنواعه المادية والمعنوية، نظرا لأهميته البالغة عند نفسية المريض، وهذا ما أكدته مجموعة من الدراسات منها دراسة هولمان وموس (1985)، والتي أشارت نتائجها إلى أنّ الأسرة التي تتسم بالدفء والحنان والحب والتماسك وحرية التعبير عن الرأي والمشاعر والدعم والتشجيع أثناء التعرض للضغوط، تجعل الفرد أكثر صلابة وفاعلية وقدرة على المواجهة، كما أكدت دراسات لـ "جرووي Grove (1980)، كواسك Kawask (1984)، تركي (1980)، عبد الفتاح (1984)، وسلامة (1987)، على أهمية التفاعل بين الوالدين والأبناء وانعكاساته على رسم ملامح شخصية الأبناء.

وحسب ويلز Wills ورانكين Rankin (1983)، فإنّ العلاقة الأسرية تؤثر بقوة على مستوى تقدير الذات للفرد، فكلما كانت هذه العلاقة جيدة كان تقدير الذات مرتفعا، فالخصائص والمميزات الأسرية تؤثر في تقدير الذات، لأنّ الفرد الذي ينشأ في أسرة تحيطه بالعناية والدعم والتقبل يرفع قيمته وتقديره لذاته.

(شريف، 2002، ص: 97-98)

ومن هذا المنطلق تم طرح التساؤلات التالية:

1. ما هو مستوى الدعم الأسري لدى المريض المصاب بمرض جلدي؟
2. هل هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية يعود لاختلاف المتغيرات التالية: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة؟
3. ما هو مستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي؟
4. هل هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية يعود لاختلاف المتغيرات التالية: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة؟
5. هل هناك علاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي؟

2. الفرضيات:

انطلاقاً من تساؤلات الدراسة تمت صياغة الفرضيات الآتية:

1. يوجد مستوى دعم أسري مرتفع لدى المريض المصاب بمرض جلدي.
2. هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية تبعاً لاختلاف المتغيرات الآتية: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة.
3. يتمتع المريض المصاب بمرض جلدي بمستوى مرتفع من تقدير الذات.
4. هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية تبعاً لاختلاف المتغيرات الآتية: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة.
5. هناك علاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي.

3. أهمية الدراسة:

يمكن أن نوجز أهمية الدراسة فيما يلي:

1. تتبع أهمية الدراسة من أهمية الفئة المستهدفة التي تتمثل في المرضى المصابين بأمراض جلدية.
2. الدراسة تناولت مفهوم الدعم الأسري، واهتمت بالأسرة باعتبارها حجر الزاوية في بناء أي مجتمع.
3. تسليط الضوء على المرضى المصابين بالأمراض الجلدية التي تنتشر بكثرة باعتبار أنّ معظم أنواعها يفجرها العامل النفسي المتمثل في القلق.
4. دعم التراث الأدبي بموضوع هذه الدراسة، نظرا لقلّة الدراسات السابقة للأمراض الجلدية مقارنة مع باقي الأمراض حسب أطلاعي.
5. تصميم استبيان لقياس الدعم الأسري للمريض المصاب بمرض جلدي.

4. أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. تحديد مستويات تقدير الذات لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض جلدية.
2. تحديد علاقة بعض المتغيرات الفردية للمرضى المصابين بأمراض جلدية (الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة) بمستوى تقدير الذات.
3. تحديد مستويات الدعم الأسري لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض جلدية.
4. تحديد علاقة بعض المتغيرات الفردية للمرضى المصابين بأمراض جلدية (الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة) بمستوى الدعم الأسري.
5. تحديد نوع العلاقة القائمة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية.

5. التعاريف الإجرائية:

تتمثل المفاهيم الأساسية للدراسة فيما يلي:

1. الدعم الأسري للمريض المصاب بمرض جلدي: هو الدرجة التي يتحصّل عليها المريض المصاب بمرض جلدي في استبيان الدعم الأسري المصمّم من طرف الطالبة وفق أبعاده الثلاثة (تقبّل المرض، التكيف مع المجتمع، العلاج).

2. تقدير الذات: هي الدرجة التي يتحصّل عليها المريض المصاب بمرض جلدي في مقياس تقدير الذات لـ روزنبرغ.

3. الأمراض الجلدية: هي تعرّض الجلد إلى مؤثرات داخلية أو خارجية قد تؤدّي إلى ظهور بعض الأمراض الجلدية، وهذه المؤثرات قد تكون: ميكروبات، مواد كيميائية، ظروف جوية، عوامل داخلية مثل الحالة النفسية أو الوراثة للفرد.

4. المريض المصاب بمرض جلدي: هو المريض الذي يعاني من نوع من الأمراض الجلدية والذي يتابع علاجه بقسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران.

الفصل الثاني: الأمراض الجلدية

تمهيد

1. الجلد

2. أهمية الجلد

3. وظائف الجلد

4. اللواحق الجلدية

5. الاضطرابات الجلدية

6. أسباب الاضطرابات الجلدية

7. طرق تشخيص الأمراض الجلدية

8. مدى تأثير المرض الجلدي على الحالة النفسية للمريض

9. طرق التكفل بالأمراض الجلدية

خلاصة

تمهيد:

يغطي الجلد الجسم بأكمله فتبلغ مساحته في الشخص البالغ حوالي 2 متر مربع، والجلد يحمي الإنسان من الجراثيم الضارة والمواد الكيميائية السامة والتقلبات الجوية، كما يمنع الجلد فقدان السوائل، فيساعد بذلك على استقرار التركيب الداخلي للجسم وتنظيم حرارته. وكما يؤثر الجلد في جسم الإنسان فهو يتأثر كذلك، حيث يعتبر المرآة التي تعكس المعاش الداخلي للفرد.

1. الجلد:

الجلد هو عبارة عن عضو رقيق مسطح يصنف ضمن الأغشية، بحيث يشكل حدود الجسم وغطائه الواقي وهو أحد أكبر أعضاء الجسم مساحة وحجما، يزن تقريبا 4 كلغ ومساحته تتراوح بين 1.6 و 2 متر مربع. ويتميز الجلد بقدرة الرأب الذاتي وباحتوائه مستقبلات حسية متنوعة تجعله في الكثير من أجزائه حساسا حتى لأخف لمسة.

ويمكن للجلد أن يكون مغطى في أغلبيته بالشعر، أما القسم الخالي من الشعر فيتضمن راحة الكفين وأخمص القدمين.

ويمكن تقسيم طبقات الجلد وفقا لسمك هذا الأخير إلى:

1.1. البشرة: تتكون البشرة من قسمين رئيسيين: طبقة سطحية كيراتينية سميكة من خلايا مسطحة مصطفة منضغطة عديمة النواة وتكون غير حية وتعرف بالطلقة المتقرنة، وطبقة تحتها مكونة من عدد من الخلايا الحية ذات النواة تسمى طبقة "مالبيجي".

وتقسم طبقة "مالبيجي" نسيجيا إلى ثلاث طبقات هي:

- الطبقة المنشئة: وتتألف من خلايا كيراتينية وميلانينية والنوع الأول هو النوع الغالب، حيث يتميز بنزوحه إلى سطح الجلد لتكوين الطبقة المتقرنة التي تتجدد باستمرار وبحدود 26 يوما. أما الخلايا الميلانينية فهي التي تمنح الجلد لونه المميز لكل فرد وتحمي الجلد من الأشعة فوق البنفسجية، وهاتان الطبقتان تشكلان مانعا للجسم من المحيط الخارجي ضد نفاذ الجراثيم والفيروسات والأجسام الغريبة والمواد الكيميائية والأشعة فوق البنفسجية وتحفظ مكونات الجسم الداخلية مثل الماء والأملاح المعدنية.

- الطبقة الشائكة: تسمى أيضا بطبقة مالبيجي وتتألف من عدة صفوف خلوية وتبدو خلاياها متعددة الأضلاع ولها استطالات فيما بينها تشبه الأشواك ومنها جاء الاسم وتتصل فيما بينها بالجسيمات الرابطة.

- الطبقة الحبيبية: تتألف من صفوف خلوية أعدادها قليلة نسبيا وتأخذ خلاياها بالتسطح وتحتوي على حبيبات بروتينية (كيراتينية).

1. 2. الأدمة: وهي طبقة جلدية متعرّجة الشكل تقع تحت البشرة وتتألف من أنسجة رابطة تحتوي على أوعية دموية ونهايات عصبية وغدد عرقية ودهنية وبصيلات الشعر، وتحتوي هذه الطبقة على امتدادات تدخل إلى البشرة مما يمنع انسلاخ البشرة عن الأدمة.

1. 3. طبقة تحت الجلد: تتألف في معظمها من نسيج شحمي يشكّل المنطقة الأولى لخزن الشحوم مما يحافظ على درجة حرارة الجسم، وتختلف هذه الطبقة بسمكها باختلاف مناطق الجسم. (بوزكرية، 2012، ص: 68-69)

2. أهمية الجلد:

يحتل الجلد مكانة بارزة لدى الإنسان لما له من أهمية باعتباره الغطاء الواقي للجسم، فهو يستجيب إلى أقصى حد لما يدور في ذهن الإنسان. ومن المعروف علميا ان نوبات الخجل تؤدي إلى احمرار الجلد وإلى تصبّب العرق. وأطباء الأمراض الجلدية والأمراض النفسية يعرفون جيدا أنّ الانفعالات تلعب دورا كبيرا في اضطرابات الجلد. ويقول الدكتور هرمان موساف Herman Moussaf الذي يعمل في جامعة أمستردام في هولندا، "إنّ الحكمة قد تنشأ من كبت المشاعر، كما أنها قد تكون بديلا عن القلق وتخفيفا له".

فالجلد هو حسب بعض الباحثين جهاز من أجهزة الجسم يقيه ويحميه من تأثير أشعة الشمس بفضل مادة "الميلانين"، ويدافع عن الجسم من الجراثيم بفضل مادة "الكيراتين"، ويساعد على تخليص الجسم من الفضلات الضارة عن طريق التعرّق، كما أنّ له القدرة على امتصاص بعض المواد مما يجعله مفيدا في بعض العلاجات، وله وظيفة تنفسية من خلال المسامات التي يحتوي عليها، ويعتبر شاشة تعكس حالة الإنسان سواء كان مريضا أو سليما، كما أنه يعدّ وسيلة للتعبير الانفعالي في صورة استجابة جسدية منها تلك الأمراض الجلدية السيكوسوماتية التي تطفو على سطحه، على سبيل المثال الأرتكاريا، تساقط الشعر، الحساسية الجلدية، مرض رينو، الصدفية وغيرها، ولذلك اعتبره العلماء شاشة سينمائية تعكس المشاعر.

تعتبر هذه الأمراض المذكورة أمراضا عضوية ناتجة عن عوامل نفسية تحتاج إلى العلاج النفسي مثلما تحتاج إلى العلاج الدوائي، وفي ذلك قال أحد الباحثين إنه "من الثابت إكلينيكيّا أنّ الطفح الجلدي والبتور

شائعة الظهور على الجلد تعتبر أعراضا سيكوسوماتية، وقد تسنى للأطباء النفسانيين إزالتها من دون استعمال أدوية، بل باستعمال الإيحاء، وأنه في كثير من الحالات لم تتجح الأدوية في إزالتها".
(سبع، 2010، ص: 20-21)

3. وظائف الجلد:

إنّ للجلد وظائف حيوية هامة وذلك للحفاظ على الحالة الفيزيولوجية والحيوية الطبيعية للجسم في شكلها المثالي.

وأهم وظائف الجلد هي:

- تنظيم حرارة الجسم
- منع فقدان سوائل الجسم الهامة
- المحافظة على عدم نفاذ المواد السامة إلى داخل الأنسجة
- حماية الجسم من العوامل والمؤثرات المؤذية كالشمس والإشعاع
- طرد المواد السامة عن طريق التعرق
- دعم ميكانيكي والمحافظة على الأعضاء الداخلية للجسم
- للجلد وظيفة مناعية بواسطة خلايا "لانجرهانس"
- تصنيع فيتامين 9D من طلائعه ومخزونه وذلك تحت تأثير أشعة الشمس والانقلاب الداخلي للستيرويدات

البشرة هي الطبقة الخارجية من الجلد التي تعمل كحاجز لمنع المواد الكيميائية السامة والمواد الأخرى من النفوذ عميقا إلى الجلد، وذلك يخضع للتغيرات في سماكة الجلد استجابة لعوامل مختلفة مثل الرضا والضغط.

إنّ طبقات البشرة تتحوّر وتتطوّر تدريجيا إلى تركيبات بنوية أكثر قساوة وهذه تلعب دورا هاما كحاجز لمنع فقدان الجسم للسوائل بالإضافة إلى منع نفوذ المواد الضارة.

الطبقة القاعدية: تتميز هذه الطبقة بأنّ لها القدرة على تكوين الخلايا المختلفة من البشرة، حيث تنقسم وتندفع للأعلى حتى طبقة البشرة السطحية وهي الطبقة القرنية.

الطبقة الشائكة: تتميز بنمو الألياف الكيراتينية التي توجد أيضا في خلايا الطبقة القاعدية.

عندما تدفع خلايا البشرة للأعلى من الطبقة القاعدية تفقد الرطوبة وتصبح مملوءة بالكيراتين وتصبح أكثر جفافاً وتظهر متصلبة مما يعطي الخلايا منظرًا حبيبيًا.

الكثير من المركبات مثل الشحوم داخل الخلايا - الخلايا المتقرنة - والأملاح الأخرى في العرق، والمفرزات الدهنية، والمواد الناتجة عن تحرّب البروتينات القرنية، كل تلك المواد تشكل حاجزًا هامًا لمنع ضياع الماء والحفاظ على PH الجلد في حالتها المثالية.

الطبقة القرنية تلعب الدور الأهم كحاجز ضد الالتهابات المختلفة.

يلعب الجلد كذلك دورًا هامًا كحاجز ثنائي الاتجاه لمنع عبور الماء للداخل وفقدان الماء إلى الخارج كذلك، إذ أنّ البشرة هي الحاجز الرئيسي فإذا أزيلت فإنّ الأدمة الباقية تكون نافذة بشكل كامل.

هناك طريقتان محتملتان لمرور الأدوية والمواد الأخرى، ويتم ذلك عبر البشرة وعبر الخلايا، وهذه هي الأكثر احتمالًا لمرور المواد المستقطبة إلى داخل الخلايا. (الحجازي، 2001، ص: 10-12)

4. اللواحق الجلدية:

وهي مجموعة من التراكيب المتخصصة التي تشمل:

أ- **الشعر:** هو مادة كيراتينية صلبة تغطي معظم الجلد ما عدا باطن الكفين وأخمص القدمين. وينمو الشعر من بصلة الشعر الموجودة في الجلد المزودة بعدد كبير من الشعريات الدموية التي تمدّه بالتغذية اللازمة لنموه. ويغطي الشعر بصورة خاصة فروة الرأس والحاجبين والحية والشارب والإبطيين والعانة بعد البلوغ، ويغطي سائر أنحاء الجسم بصورة أقل نسبيًا باختلاف الأجناس، ولكل شعرة دورة حياتية تستغرق ما بين 3 و5 سنوات تقضيها في النمو، وثلاثة أشهر تسمى فترة راحة لها ثم تسقط لتبدأ دورة حياتية جديدة. ويبلغ معدل تساقط الشعر 100 شعرة يوميًا. ويختلف شكل الشعر من شخص إلى آخر، حيث يعتمد على عدة عوامل:

- اختلاف المقطع العرضي للشعر.

- الزاوية التي تخرج منها الشعرة من الجلد.

- شكل بصيلة الشعر.

إن كل ما ذكر يجعل من الشعر ناعمًا كما هو الحال عند الآسيويين وخشناً مجدداً عند الزنوج. وهناك عضلات صغيرة ترتبط بجذر الشعر وعندما تتقلص تؤدي غلى استقامة ووقوف الشعر وبروز مكان خروجه مما يعطي الجلد مظهرًا حبيبيًا، وهذا التقلص يزيد من إفراز الغدد الدهنية مما يؤدي إلى حماية الجلد من البرد.

ب- **الأظافر:** وهي تراكيب متخصصة تتألف من خلايا متقرنة تنتج من الأجزاء المولدة للأظافر والموجودة في الجزء الخلفي للسطح العلوي للسلامية الأخيرة لكل إصبع. وتقوم هذه الطبقة بإنتاج صفيحة الأظفر التي تكون محشورة في قاعدتها وتدخل في طيات الجلد الجانبية وتكون حرة من الأمام.

ويقدّر معدل نمو الأظافر بـ 1.3 سنتيمتر لكل أربعة شهور، وتقوم الأظافر بالعديد من المهام مثل حماية الأنسجة الرخوة السلامية الأخيرة، وكذلك القيام بالأعمال الدقيقة مثل التقاط الأجسام الصغيرة، هذا بالإضافة إلى جمالية الإصبع. ويمكن تشخيص بعض الأمراض من خلال لون الأظفر مثل فقر الدم.

ج- **الغدد العرقية:** هناك نوعان رئيسيان من الغدد العرقية، النوع الأول منتشر في جميع أنحاء الجسم، والنوع الثاني موجود في مناطق خاصة من الجسم مثل منطقة تحت الإبطن والتي تعطي الرائحة المميزة لكل شخص. وهناك حوالي 2 إلى 3 مليون غدة عرقية. وتعمل الغدد العرقية على تنظيم حرارة الجسم، كما يحتوي العرق على مواد يفرزها من محيطه الداخلي ومواد مضادة للبكتيريا لمنع الالتهابات الجلدية وتعقيم الجلد.

د- **الغدد الدهنية:** وهي غدد مرتبطة ببصيلة الشعر وتفرز مادة دهنية على الشعرة مما يعطيها لمعانا مميزا، كما يخرج إفرازها مع الشعرة على سطح الجلد مما يعطي الجلد طبقة خفيفة من الدهن الذي يعمل مانعا آخر، بالإضافة إلى الطبقة المتقرنة. وتختلف كمية الإفراز باختلاف الأشخاص، حيث أن إفرازها الزائد يؤدي إلى الإصابة ببعض الأمراض، وكذلك إفرازها القليل يؤدي إلى أمراض أخرى.

(بوزكرية، 2012، ص: 70-72)

5. الاضطرابات الجلدية:

ليس الجلد مجرد غطاء أو قشرة خارجية للجسم، بل هو جهاز من أجهزة الجسم، لا يقل أهمية عنها. ويتكوّن الجلد من طبقتين هما البشرة والأدمة، وللجلد وظائف عديدة فهو غطاء واق للجسم، ويتصل بالعالم الخارجي بما يحويه من نهايات الأعصاب التي تجعل منه عضوا حسيا يستجيب لعوامل الحرارة والبرودة والضغط والاحتكاك، ويحافظ على المعدّل الطبيعي لدرجة حرارة الجسم مهما اختلفت درجة حرارة الجو. والجلد يساعد على طرح الفضلات الزائدة والضارة بالجسم إلى خارجه، وتساعد عملية التعرق على ذلك، كما يساعد الجلد الكليتين في عملية طرح الفضلات خارج الجسم. ويقوم الجلد بحماية الجسم من شدة الأشعة وذلك بفضل ما يحتويه من مادة الميلانين، كما أنه يساعد على تكوين فيتامين (د) بمساعدة الأشعة فوق البنفسجية. وللجلد القدرة على امتصاص بعض المواد بما يفيد في بعض العلاجات، وله

القدرة أيضا على الدفاع ضد الجراثيم وهذا بفضل مادة الكيراتين، هذا علاوة على احتوائه على الغدد التعرقية والدهنية وبصيلات الشعر .

والجلد يعبر عن شخصية صاحبه، فنظرة واحدة إلى الجلد قد توحى بحالة الفرد في كثير من الأحيان، مثل حالته النفسية والصحية والغذائية، كما يعبر عن العمر والجنس وأشياء أخرى. ومن فوائد الجلد المهمة أنّ كثيرا من الأمراض تنعكس على سطحه، خاصة الأمراض الداخلية.

وقد تؤثر وتتأثر الحالة النفسية للمريض إلى حد بعيد بالاضطرابات الجلدية، فالأمراض الجلدية ظاهرة ومرئية من قبل المريض والآخرين من أهله وأصحابه، وهذا قد يؤدي إلى الانزعاج والأرق والعزلة الاجتماعية.

وكثير من الناس يعتقدون أنّ معظم أمراض الجلد تنتج عن العدوى، فهم يهربون من المريض، ولو علموا بأنّ كثيرا من أمراض الجلد لا ينتقل بالعدوى لاستراح المريض نفسيا وسهل العلاج والشفاء، لأنّ الحالة النفسية للمريض تلعب دورا بارزا في كثير من أمراض الجلد، مثل مرض الثعلبة والبهاق والأكزيما والأرتيكاريا والحكة الجلدية وحب الشباب. ولهذا يجد المعالج كثيرا من الصعوبات عند معالجة المصابين بالأمراض الجلدية، فبعد تحسّن حالة المريض قد يحدث ما يقلقه ويغضبه مما يؤدي إلى انتكاس المرض، ومن ناحية أخرى تؤدي اضطرابات الجلد إلى خلل في قدرة الفرد على القيام بواجباته، فمثلا قد يتدخل التهاب جلد اليدين بتنفيذ الأعمال الجراحية الدقيقة وغيرها من الأعمال التي تتطلب مهارة يدوية، وتسبب الحكة -وهي العرض البارز لأمراض الجلد - القلق والانزعاج إلى درجة إضعاف النشاط السوي للفرد، علاوة على ذلك فإنّ التشوه سمة تكاد تكون فريدة للمرض الجلدي، وهذا يؤدي إلى عزلة اجتماعية وتأثيرات نفسية عميقة، نادرا ما يقدرها الطبيب العام حق قدرها. ويدرك مريض الجلد المشوّه أنّ مرضه الجلدي يحرك لدى الآخرين مشاعر الاستياء الخفي والتقرّز، مما ينمّي لديه مشاعر الغضب والقلق والخوف وتضطرب علاقاته مع بيئته الاجتماعية، وأحيانا تحدث تغييرات نفسية مزمنة تستمر مع المريض مدى الحياة. (الزاد، 2000، ص: 294 - 295)

5.1. الأرتيكاريا (Urticaria)

عبارة عن طفح جلدي (Hives) يكون على شكل بثور بارزة تسبب حكاكا شديدا، وتتميز الأرتيكاريا بالنفطات (Wheals) التي تدوم لبضع ساعات، ويرتبط بدء الأرتيكاريا عادة بتناول بعض الأدوية أو بعض الأطعمة التي تثير الحساسية وتؤدي إلى زيادة الهستامين. وهناك حالات الأرتيكاريا المزمنة أو المعادة التي تمثل مشكلة طبية خاصة من الصعب الكشف عن أسبابها، فهي تتطلب بحثا دقيقا عن تواجد أمراض خبيثة. ومن المهم في مثل هذه الحالات استجواب المريض حول تناوله بعض الأدوية

(كالأسبيرين مثلا) وعن مشكلاته النفسية، لأنّ معظم حالات الأرتيكاريا المزمنة تعزى إلى المشكلات الانفعالية، إلا أنه لا يجوز أن يؤخذ السبب النفسي بعين الاعتبار إلا بعد عزل الأسباب العضوية. وفي مقدمة العلماء الذين درسوا علاقة الانفعالات بالأرتيكاريا سول (Saul, L) وبرنشتاين (Bernstein) في كتابهما عن: (The emotional setting of some attacks of Urticaria) Psychomatic Medicine, Vol.3. (1941).

وانتهيا إلى النتائج التالية:

- 1- في معظم الحالات يكون ظهور الشرى أو الطفح الجلدي بسبب التوتر والفشل في الحب والزواج.
- 2- كثيرا ما تظهر أعراض الأرتيكاريا لدى الكثيرين من أفراد الأسرة الواحدة.
- 3- معظم المصابين بالأرتيكاريا حُرّموا من عطف وحنان الأم وارتبطوا بالأب الذي كان ماسوشيا خضوعيا.

4- إنّ أعراض الطفح الجلدي هي منافذ أو مخارج يعبر فيها المريض عن صراعات الطفولة المكتوبة. وحسب تفسير (غراهام) 1959 E. Graham وغيره فإنّ الأرتيكاريا تعبر عن أحاسيس الفرد بالمعاملة السيئة والاضطهاد الذي يتلقاه من الآخرين. وهنا نلاحظ اتساع الأوعية الدموية الشبيه بتلك التي نلاحظها إثر تلقي الفرد صدمة أو ضربة ما. وبعض العلماء يربطون بين الاستجابة الانفعالية والأرتيكاريا، وهذه الاستجابة تكون على شكل ما يسمى بالهذيان المضروب (يعني تخيل الفرد أنه مضروب) بواسطة القدر أو بواسطة الظلم والجور والاضطهاد. وقد لاحظ العلماء أيضا أنّ الأرتيكاريا تنتشر لدى الشخصيات ذات السمات الهستيرية التي تعبر عن صراع داخلي ثلاثي (الأب، الأم، الطفل)، مثلا: الصراع بين رغبة شبقية لإنسان ما، وعدم القدرة على إشباع هذه الرغبة بسبب وجود مناسف، وقد وجد (Mosaph,H) لدى 30 مريضا بالأرتيكاريا المزمنة ميكانيزمات دفاعية نفسية تقترب من تلك الميكانيزمات الموجودة لدى المنغوليين والمكتئبين. وفي معظم هذه الحالات عُثر على تاريخ مرضي سابق مليء بالاستياء والمقاومة والانفجارات. ويرى بعض المحلّلين أنّ الأرتيكاريا تمثّل رمزيا للبكاء المكظوم وعدم القدرة على تفرغ الانفعالات. (الزراد، 2000، ص: 298-299)

5. 2. الحكة (PRURITIS)

إنّ الإفراط في عملية الهرش والحكة يعتبر عرضا لأمراض عديدة، وهذا العرض يسيء لوضع الإنسان وخاصة إذا كان الهرش في مواضع حساسة من الجسم. وإذا استمرت عملية الهرش مدة طويلة قد تسبب خدوشا وتقرحات جلدية كثيرا ما يصيبها التلوث، مما يؤدي إلى حدوث التهابات صديدية ودمامل لا تُحمد عقباها إذا طال إهمالها.

وتؤكد الدراسات الطبية أنّ أهم سبب للحكة هو السبب النفسي، وهو تفاعل تجاه الإجهاد. وكثيرا ما تترافق الحكة بشكاوى حسية كمرارة الفم أو حرقة اللسان، وكثيرا ما يعتقد المصابون بالحكة النفسية أنّ الحكة ناتجة عن بعض الطفيليات الموجودة في الجلد ولا يراها الطبيب، فيحكّون جلدهم لدرجة التسحج (Excoriation)، أو حدوث نزيف حيث ترتاح النفس وتزول الحكة لاعتقادهم أنّ الجرثوم خرج من الجلد مع النزف. وقد يصاب المسنون الذين جف جلدهم بحكة جلدية، وتشتد هذه الحكة عندما يخلع الشيخ ملابسه ليأوي إلى فراشه، وتتوضع في الظهر ثم تنتشر لتشمل الجسم. ولا تسبب الحكة النفسية أرقا للمريض، وقد تساعد بعض الأدوية على تحريض الحكة كالأسبرين ومشتقات الأفيون أو بسبب مواقف نفسية انفعالية، أو التوهّم بوجود داء طفيلي، أو إصابة الكبد ... إلخ، ومعالجة الحكة النفسية بالدواء لا تكون مجدية.

ويفسّر جماعة التحليل النفسي الحكة النفسية بأنّها تعبير عن العدوان المكبوت والتوتر النفسي العميق والصراعات الجنسية المكبوتة، والحكة النفسية هي عقاب للذات واستجابة للشعور بالإثم. ويذكر هرمان موساف (Herman Mosaph) وهو طبيب يعمل في جامعة أمستردام في هولندا، حالة امرأة كانت تعاني من حكة شديدة في رأسها وحلقها وذراعيها، وسرعان ما اتضح أنّ هذه الحكة كانت تظهر كلّما أحست هذه المرأة بالقلق. فالحكة هنا كانت بديلا عن القلق. ووجد موساف أنّ الغضب المكبوت قد يؤدي إلى الحكة، فقد جلس أحد المرضى في قاعة الانتظار لفترة طويلة أدّت إلى غضبه وبمجرد دخول الطبيب أحسّ بحكة شديدة (كاعتراض على تأخر الطبيب وكتعبير عن غضبه).

والدراسات النفسية أثبتت أنّ المواقف التي لا يستطيع فيها الفرد التعبير عن نزواته الغريزية وإشباع هذه النزوات بالشكل العادي فإنها تتحوّل أو تنتقل إلى مجال أو طريق آخر مثل الهرش والحكة، كما أنّ كظم النزوة العدوانية وتثبيطها يؤدي إلى ظهور سلوكيات الحك، أو أي سلوك آخر. وترتبط الحكة التي هي عبارة عن منبّه ذاتي للرغبة في التدليك الذي له علاقة بإحساس الملاطفة. ويمكن للحكة أن تعبّر عن كراهية ضد الذات، أو عن ضغط نفسي عدواني، أو تكون نتيجة لميكانيزم دفاعي لعصاب الذات، أو تعويضا عن الاستمنا، كما أنّ الحكة الإستية ترمز إلى ميول جنسية مثلية صراعية. والحكة القضيبية ترمز إلى ميول جنسية غيرية أو ذاتية كما في الاستمنا، كما أنّها ترمز إلى إشباع العواطف الجنسية بشكل معتدل. وقد تصاحب الحكة أعراض وسواسية قهرية كالغسل أو بعض الحركات السلوكية غير السوية، مما يتطلّب علاجاً نفسياً تحليلياً أو سلوكياً معرفياً. (الزراد، 2000، ص: 300-301)

5.3. حب الشباب (Acne Vulgaris)

عبارة عن التهاب يحدث في الوجه وحول منافذ الشعر في الطبقة السطحية للجلد، ويكون على شكل حبوب ذات رؤوس سوداء، وبعد عملية الحك والضغط تتشكّل حفر على الوجه قد تدوم حتى بعد معالجة حب الشباب، وهذه الحبوب تظهر بعد مرحلة البلوغ. ومن الناحية النفسية يعتبر شكلا من أشكال القلق اللاشعوري، ويعكس حالة عدم النضج الانفعالي، ويميل المراهق بسبب أعراض حب الشباب إلى العزلة والانطواء والقلق. ويرى جماعة التحليل النفسي أنّ الذين يعالجون مشكلاتهم النفسية عن طريق كبتها، خاصة النزعات العدوانية ضد الوالدين والسلطة والتقاليد يعانون من حب الشباب.

ويُنصح دائما بالراحة النفسية وعدم الانفعال وعدم العبث بها بالأصابع لنلا يؤدي ذلك إلى تعميق الالتهاب، ويجب عدم إخراج الرؤوس السوداء باليد، كما يُنصح بغسيل الوجه بالماء الدافئ والصابون حتى تتم إزالة المواد الدهنية المتراكمة على البشرة، مع عدم الإسراف في تناول المواد الحارقة والأطعمة النشوية والدهنية. والعلاج النفسي الذي يتضمن التفريغ الانفعالي والتحرر الذاتي من الصراعات ضروري لتحسّن الحالات، فقد تبين للأطباء أنّ حالات الانفعال والقلق النفسي تؤدي إلى إثارة حب الشباب، خاصة في مناطق معينة من الوجه، كما أنّ الراحة والاسترخاء يؤديان إلى الحد من هذه الحبوب، والتخفيف من التهابها، لذلك ينصح الأطباء بالراحة النفسية وعدم القلق وتوفير الاستقرار النفسي، والعمل على تقبّل صورة الجلد والجسم بشكل عام. (الزرد، 2000، ص: 302)

5.4. الأكنة الوردية والأكزيما (Acne Rosacea and Eczema)

الأكزيما (Eczema) عبارة عن مرض التهابي يصيب الغدد الدهنية، ويظهر غالبا في الوجه والصدر والظهر والساقين، أما بالنسبة إلى الأكنة الوردية فإنها تتركز في الوجه وتؤدي إلى تضخم الشفتين والخياشم، وتكون على شكل مناطق حمراء مختلفة الأشكال والأحجام، وهذه المناطق تدفع المريض إلى الهرش مما يؤدي إلى تقيحات وقروح تفرز بدورها بعض المواد، وقد يصاحب ذلك آلام روماتيزمية وصداع وفقدان الشهية للطعام وإجهاد نفسي. وتتميّز الأكزيما بالحكة والرشح في معظم الحالات، وليس للأكزيما عمر معين فهي تحدث لدى الصغار والكبار، لكنها تكثر وتشتد في المراهقة وسن اليأس والشيخوخة. وقد أشارت الدراسات الطبية إلى أنّ الأكزيما الراشحة خاصة التي تتوضّع في اليدين تشتد في فصل الصيف وتختفي في الشتاء.

وفي حالات الأكزيما التي تتوضع على جلد جاف فعالبا ما تشتد في فصل الشتاء، أما باقي أشكال الأكزيما فهي تشتد في الربيع والخريف (وقد تحدث في أي وقت من السنة)، وتسمى الأكزيما بالتهاب الجلد بسبب إفراط الحساسية، لذلك فهي تتفاعل بشدة مع المنبهات النفسية. ومن الأسباب المهيئة لحدوث الأكزيما

التعرض لبعض المواد الكيميائية في المهنة، وكثرة دهن الجلد بالدهون والشحوم، وكثرة استعمال المطهرات والمواد الكحولية لغسل الجلد، و مواد الزينة والأصباغ والملابس مثل النايلون والبلاستيك مما يسبب التهابا جلديا موضعيا، والاستعداد الأسري يلعب دورا هاما في هذا المجال كما في الأكرما الموروثة التي تظهر في سن مبكرة. وهناك الأكرما العصبية المزمنة التي تصيب (في الغالب) ثنايا الجلد والوجه ومؤخرة الرقبة وظهور اليدين وأمام الكوع وخلف الركبة وأعضاء التناسل الخارجية. وتظهر الأكرما العصبية بعد مرحلة البلوغ. والحالة النفسية للمريض مثل الإرهاق والتعب والقلق وسرعة الاستثارة تعتبر من الأسباب المهيئة للأكرما. ويمكن للأكرما أن تنتكس بسبب العامل النفسي، وقد تشفى بعض الحالات من تلقاء ذاتها (شفاء تلقائي) بسبب الهدوء النفسي والراحة النفسية وتخفيف حدة الصراعات الداخلية.

من حالات الأكرما التي وردت إلى العيادة النفسية حالة فتاة مرّت بتجارب جنسية متعددة وعلاقات غرامية وكان شعورها بالإثم يشد كَلْمًا أشبعت نزعاتها الجنسية بشدة، وعندما شعرت بوضوح أنّ الرجال لم يعودوا يهتمون بها بدأت تشعر بالاكتئاب والعداء نحوهم، وكانت كلما انتهت قصة من قصص غرامها تعاني من نوبة أكرما شديدة. وفشل الأطباء في علاج حالتها إلى أن أحيلت إلى أخصائي نفسي عالجه لمدة ثلاث سنوات، وتبيّن من خلال تحليل حالتها أنّها كانت تشعر بالعداء نحو أبيها لأنّه هجرها وهي طفلة مع أمها، وكانت تبحث عن الرجال لتعوّض شوقها إلى أبيها، وكانت تلجأ إلى الجنس كوسيلة لجذب الرجال وإشباع رغباتهم، فإذا هجرها الرجل حوّلت مشاعر الإثم والعداء نحو نفسها عن طريق إيذاء نفسها وعقابها بالأكرما. وفي النهاية أقامت علاقة طيبة مع رجل تزوجته فاخفت إصابات جلدها بعد زواجها، وكان ذلك بفضل العلاج النفسي وتحليل حالتها. (الزرد، 2000، ص: 303-304)

5.5. تساقط الشعر (الجرد) (Alopecia)

توجد الشعرة داخل جريب خاص في الجلد، وفي كل جريب حوالي 2 - 6 غدد دهنية تعطي الشعر لمعانه وتحميه من الجفاف الشديد والرطوبة الزائدة. كما أنّ هناك شبكة من الشعيرات الدموية تمد كل جريب بما يحتاجه من غذاء لنمو خلاياه، وجذر الشعرة تبقى تحت الجلد، وتتألف الشعرة من 14 معدنا أهمها الكالسيوم، المغنزيوم، البوتاسيوم، الصوديوم، الرصاص، الكاديوم، الكوبالت. ويتراوح عدد شعر الرأس حوالي 50 - 100 ألف شعرة، تنمو بمقدار 1.5 سم في الشهر وسماكة الشعرة حوالي 1500/1 من البوصة، والمعروف أنّ الشعر الأسود هو أسمك أنواع الشعر. ويصل متوسط طول الشعر لدى النساء حوالي 120 سم وقَلْمًا يصل طول الشعر إلى 200 سم (علما بأنّ بعض الهنود وصل طول شعرهم حوالي 7.5 متر). ولكل شعرة عمر معيّن تموت بعده وتسقط، ولا يصل جميع الشعر إلى نفس العمر والطول.

وعادة عند سقوط الشعرة فإنّ شعرة جديدة تبدأ في النمو وتظهر على سطح الجلد. ونمو الشعر يكون سريعاً بين عمر 16 و24 عاماً، ويصبح بطيئاً بعد عمر الخمسين، حيث أنّ جذور الشعرة تضمّر مثل بقية الأنسجة، وينمو الشعر بسرعة في فصل الصيف. والغذاء والصحة العام، والصحة العصبية والنفسية مهمة جداً لنمو الشعر. وحالات الرعب والخوف والقلق والحمل والمرض تؤدّي إلى تساقط الشعر، وأهم عوامل تساقط الشعر ما يلي:

أ- تساقط الشعر الدهني: وهو أكثر الأنواع انتشاراً، وعادة يكون الشخص في عمر العشرين ويشكو من تساقط الشعر مع البشرة الدهنية. ويبدأ سقوط الشعر في جوانب مقدمة الرأس وفي خلف الرأس وقد تصاحب ذلك قشور في الرأس مع زيادة في إفراز المواد الدهنية. والسقوط الدهني تعقبه فترات دون سقوط أو سقوط بسيط حيث يؤدي ذلك إلى راحة الفرد، إلا أنه بعد فترة يعاود السقوط ثانية. وإذا استمر السقوط فإنه يؤدي إلى الصلع خاصة إذا توافر العامل الوراثي في ذلك.

ب- الثعلبية: وهو مرض جلدي، وهي عبارة عن تساقط الشعر في منطقة محددة من الرأس أو من شعر الوجه، وفي بعض الحالات تعم الثعلبية كامل شعر الرأس وتمتد إلى الوجه وشعر الجسم. وعادة يكون المصاب في عمر العشرين، ويشكو من تساقط الشعر بسرعة وفي رقعات محددة في الرأس أو الذقن. ومن أهم مسبباتها اضطراب الغدد الصماء، وأمراض الأسنان، والعفنة، وكذلك الاضطرابات النفسية العصبية، والعامل الوراثي، وسوء التغذية والنظافة.

ج- سقوط الشعر الذي ينجم عن الأمراض المزمنة مثل الأنيميا الحادة، ومرض السكر، والتهاب الجيوب الأنفية، والتهاب اللوز، وأمراض الغدد الصماء، والتهاب الزائدة الدودية، وإصابات الأسنان. وفي مثل هذه الحالات يستمر تساقط الشعر لفترة طويلة وربما لسنوات عديدة حتى يزول السبب.

د- تساقط الشعر بعد إجراء العمليات الجراحية أو بعد حادث أو صدمة.

هـ- تساقط الشعر بعد الولادة، وقد يكون ذلك بعد عملية الإجهاض، أما أثناء الحمل فيكون السقوط ضعيفاً. وقد لوحظ أنه إذا كان المولود يرضع من أمه فإنّ الأم لا يتساقط شعرها بينما إذا أوقفت الأم الرضاعة فإنّ شعرها يتساقط، خاصة في حالات إيقاف الرضاعة فجأة. ولكن ليس من الضروري تساقط الشعر بعد الولادة أو الفطام.

و- تساقط الشعر بعد الإصابة بالحميات الشديدة التي تستمر من 2 - 8 أسابيع، ويكون ذلك بسبب التسمّم، ويحدث بعد الالتهاب الرئوي والأنفلونزا والتيفوئيد والحصبية والحمى القرمزية.

ز- التساقط بسبب مرض الزهري الثانوي (السفلس)، وكذلك فإنّ اعتلال الصحة والإصابة بالسل، والأمراض الخبيثة والأمراض المصحوبة بارتفاع درجة الحرارة ينتج عنه تساقط الشعر. كما أنّ استعمال

بعض العقاقير مثل المهدئات والمسكنات والأدوية المضادة للسرطان مثل الأندوكسان، وكولشييسن المستعمل في علاج الصدفية تؤدي إلى تساقط الشعر، وكذلك زيادة أو نقصان الفيتامين (م)، وأمراض الأكزيما والحكة وما شابه ذلك، كما أنّ بعض أنواع الشامبو التي تحتوي على أنواع تنظيفية مضرّة بالجلد، عوضاً عن مواد صابونية، تسبب تساقط الشعر. (الزرد، 2000، ص: 305-306)

5.6. فرط التعرّق (Hyperhidrosis)

حيث يزداد إفراز عرق الفرد بشدة، خاصة في الكتفين، وبطن القدمين، وبطن الكفين، وتكون الأطراف باردة. وهذا ما يعيق الفرد عن أداء أعماله ونشاطاته. وقد تبين للأطباء بعد الفحوص السريرية لأفراد مصابين بفرط التعرّق أنّ هذا الاضطراب يرجع بمعظمه إلى عوامل انفعالية تتواجد في شخصيات وسواسية قهرية وتعبّر عن حالة قلق مزمن، وصراعات قديمة. وقد لوحظ أنّ مثل هذه الحالات تتأثر بشدة بالعلاج النفسي خاصة العلاج النفسي الجماعي. ونذكر من هذه الحالات حالة شاب أعزب في الثلاثين من عمره، ويعمل محاسباً، عرض على أخصائي في الطب النفسي بسبب إدمانه على الخمر لدرجة تناوله حوالي 12 لتراً في اليوم من جميع أنواع الكحول، وقد صاحب هذا الإدمان الإفراط في التعرّق في بطن اليدين والرجلين، الشيء الذي منعه من قيادة سيارته أو قضاء حاجاته، ولهذا السبب أعفي من الخدمة الوطنية وأخضع لعلاج جلدي. وفي أثناء العلاج الجماعي أخذ بعين الاعتبار حالات القلق والعدوان المسيطرة عليه بسبب الصراع القائم بينه وبين مديره والذي تجلّى بشكل الإسراف في شرب السوائل (Potomania) والخوف من الأماكن المغلقة، بالإضافة إلى الأعراض الوسواسية، وقد ساهم العلاج الطبي بالأدوية المهدئة للقلق إلى جانب العلاج الجماعي في شفاء المريض.

(الزرد، 2000، ص: 311)

5.7. مرض الصدفية (Impetigo)

وهي أحد أعراض الأمراض الجلدية الالتهابية الزمنة، تظهر على سطح الجلد بشكل وردي محمّر تعلوه قشور بيضاء فضية اللون، وتتوضع على الوجه الأمامي للذراعين والساقين وبالرأس والأطراف وأسفل الظهر. والصدفية إمّا أن تتركز بشكل كثيف وتكون محددة الحوافي، أو تتركز بشكل قليل الالتصاق وتكون نخالية الشكل. ويظن أنّ التغيرات الخلوية والنسجية الكيميائية هي سبب المرض، ولكن تبين حالياً أنّ هذه التغيرات هي نتيجة للمرض لا سبباً له. وكل ما يعرف عن أسباب الصدف الأساسية هو أنّ الاستعداد للإصابة به ينتقل وراثياً، فقد تظهر الصدفية لدى عائلات خاصة، ويرى البعض أنّ الصدفية تحدث نتيجة استعداد خاص عند بعض المرضى الذين يظهر لديهم المرض، وقد ثبت أنّ الانفعالات الحادة من العوامل المهيئة لظهور المرض.

وعادة تكون بقع الصدفية محمرة ملتهبة تملأ سطح الجلد قليلا، وتبدأ صغيرة ثم تكبر. والصدفية جافة وليس بها حكة في أحوال كثيرة. وقد يكون للصدفية فصل خاص هو الشتاء، إلا أنّ بعضها يحدث في الصيف أو خلال العام. وتعالج الصدفية بواسطة العلاج العصبي وعلاج الغدد، وإعطاء فيتامين (د) أو فيتامين (ب12)، واستعمال مركبات القطران. وفي عام 1974 أدخلت طريقة المعالجة الكيميائية الضوئية حيث يعطى الميثوكسالين عن طريق الفم وتطبق الأشعة فوق البنفسجية طويلة الأمواج العالية الشدة، ويرى بعض الأطباء النفسانيين أنّ الهدوء النفسي والبعد عن الانفعالات من العوامل المهمة في علاج الصدفية وفي تحسّن حالتها، كما أنّ العوامل النفسية بإمكانها إحداث انتكاس في المرض وجعله مزمنًا، علاوة على ذلك أنّ الإصابة الصدفية يترتب عليها مضاعفات شخصية ونفسية تعيق تكيف الفرد وتحدّ من نشاطاته. (الزباد، 2000، ص: 312)

5.8. مرض رينو (Raynaud's disease)

يتصف مرض رينو بتغيّرات ذات طبيعة وظيفية تتم في جهاز الدوران المحيطي، حيث يلاحظ -على فترات متقطعة- تقلص الشرايين الصغيرة وشرايين أقصى الأطراف (الأصابع) ويؤدي ذلك إلى تغيير لون جلد الأطراف، حيث يلاحظ أنّ هذا التغيّر يتم على ثلاث مراحل، ابيضاض الجلد، ثم ازرقاق اللون ثم احمرار الجلد مرة أخرى، وتصاحب ذلك برودة غير طبيعية بالأطراف وفي الأصابع خاصة، مع الإحساس بالتمميل والوخز وبشيء من الألم.

ويرى (Spattel - B) (1972) أنّه إذا اتضح أنّ هذه الأعراض مصاحبة لمرض ما فإنّ الحديث يكون على ظاهرة رينو، أمّا إذا اتضح عدم تدخل عوامل أخرى فإننا نتكلم عن هذه الظاهرة باسم (مرض رينو)، وعلى أساس أنّ هذا المرض وظيفي سيكوسوماتي يرجع إلى عوامل نفسية. وقد أشارت الدراسات إلى أنّ مرض رينو ينجم عن الاهتمامات المهنية المبالغ فيها، وعن صدمات نفسية متكررة، وقد يصاحب هذا المرض حالة صداع، أو بسبب التسمّم بمادة الأرجوتامين القلوية (Ergotamine)، أو اضطرابات الجهاز العصبي المركزي (الشلل النصفي، ورم خبيث...)، كما أنّ تصلّب الشرايين يؤدي إلى هذا المرض، خاصة حالات سدّ الأوعية الدموية، والجلطة الدموية، ابيضاض الدم، والتهاب المفاصل شبه الروماتزمي. ومن الضروري الاهتمام بالتشخيص للتمييز بين ظاهرة رينو، ومرض رينو. ويؤديّ البرد إلى مرض رينو، كما أنّ هذا المرض يُثار بسهولة (لدى بعض الأفراد) بالعوامل النفسية الانفعالية، ويلاحظ أنّ النوبات هنا يصاحبها هبوط في قوة الإبصار مع إحساس بالذهول والتمميل، وينتشر هذا المرض لدى الإناث بنسبة 60% من الحالات، كما يحدث قبل عمر 30 عامًا، ونسبة 77% قبل عمر الأربعين عامًا، وإلى يومنا

هذا لوحظ أنّ أغلبية الحالات تحدث قبل عمر 55 عاما، كما أنّ نسبة 14 % من مرض رينو يصاحبه صداع، وتبيّن بأنّ العلاج النفسي يساهم بوضوح في علاج هذا الاضطراب. (الزباد، 2000، ص: 313)

6. أسباب الاضطرابات الجلدية:

نتيجة للموقع الخاص للجلد بين العالم الداخلي (الجسم) والعالم الخارجي (المحيط) فإنه يقع عليه عبء كبير في حماية الجسم، وفي الغالب يتفاعل الجلد بطريقة جيدة لحفظ هذا التوازن، لكنه في بعض الأحيان يفشل في حفظ هذا التوازن مسببا الأمراض الجلدية. وهناك عوامل خارجية وداخلية تسبّب الأمراض الجلدية، وفي بعض الأحيان قد يتعاون أكثر من عامل مسببا حدوث المرض الجلدي. ويرجع هنتر أسباب الأمراض الجلدية إلى:

- القوى الميكانيكية المسلطة على الجلد والتي تسبب إصابات جلدية مختلفة تلعا لحجم تلك القوى وتكرارها، فمثلا ارتطام آلة راضة بالجلد لمرة واحدة يؤدي إلى حدوث الكدمات والجروح، في حين أنّ احتكاك الجلد بسطح خشن لفترة من الزمن يؤدي إلى حدوث التقرن والمسمار.
- الميكروبات (البكتيرية، الطفيلية، الفيروسية، الفطرية) والتي تصيب الجلد بالعديد من الالتهابات وتختلف في صورها السريرية تبعا لنوع الجرثومة المسببة وموقع الالتهاب.
- المواد الكيميائية التي تلامس الجلد تلعب دورا في حدوث الأكزما التلامسية، وبعض من هذه المواد محسسة أي تصيب أشخاص معينين لديهم استعداد أو تحسّس من تلك المواد وبعض من هذه المواد مهيجة وتصيب أي شخص يتعرض لها خصوصا عندما تكون تلك المواد ذات تركيز عال.
- الظروف الجوية التي تشمل الحر والبرد وأشعة الشمس، ومثال على ذلك ضربة الشمس وعضة الجليد وغيرها من الأمثلة.
- بعض العوامل الداخلية التي تجعل الشخص أكثر عرضة للأمراض الجلدية مثل بعض الأمراض الداخلية والعوامل الوراثية والحالة النفسية للشخص وبعض الأدوية التي يستخدمها المصاب وكذلك بعض الالتهابات الداخلية، حيث تضعف هذه الحالات القابلية الدفاعية للجلد ضد تأثير العوامل الخارجية المسببة للأمراض الجلدية. (بوزكرية، 2012، ص: 74-75)

7. طرق تشخيص الأمراض الجلدية:

الجلد هو الغطاء المتعرض والمعطف الخارجي لسطح الجسم، إذ أنّ الآفات الجلدية سواء البدائية منها أو الثانوية تبدو عليه واضحة للعيان، والطبيب الحاذق والخبير يمكن أن يشخّص مباشرة بعض آفات الجلد بدقة ومن دون تردد.

إنّ المريض الذي يهدر وقته وماله للحصول على فرصة الوصول إلى الطبيب لمعالجة مشكلته الجلدية يجب أن يحصل على عناية خاصة وملائمة.

من الناحية النفسية قد لا يكون المريض مسرورا عندما يجد أن مشكلته قد حلّت خلال بضع دقائق عندما يكون ذلك بطريقة متسرّعة وغير مقنعة، خاصة إذا تم ذلك خلال دقائق بعد جلوسه أمام طبيبه الذي يقدم له قطعة من الورق تحوي على الأدوية، وربما يعطي انطبعا بأنّ الطبيب قد أنهى مهمته وعليه أن يغادر العيادة ليجلس مكانه مريض آخر.

بعض المرضى قد يكون لديهم شك بأنّ مشكلتهم الجلدية لم تعالج بشكل مناسب، خاصة ذوي الأمراض الجلدية المزمنة، وبالتالي سوف يستشيرون عيادات أخرى مختلفة.

نواجه أحيانا بمرضى يقولون "إنّ هذه اكثر دقائق حياتنا غلاء، لقد دفعنا الكثير من المال من أجل عدة دقائق".

في الحقيقة إن بعض الأمراض الجلدية يمكن تشخيصها بنظرة مع درجة عالية من الثقة، ولكن حتى بعض الحالات فإنّ القصة المفصلة ضرورية جدا من أجل وضع خطة العلاج الفعال.

وعلى الرغم من ذلك كله إلا أن الكثير من الأطباء ذوي الخبرة الطويلة يمكنهم تشخيص معظم الأمراض الجلدية بهذه الطريقة، لكن بعض الأمراض الجلدية تحتاج عناية أكثر واستقصاءات أدق للوصول إلى التشخيص الشامل والكافي. (الحجازي، 2001، ص: 15-16)

8. مدى تأثير المرض الجلدي على الحالة النفسية للمريض:

الجلد من أكثر أعضاء الجسم تأثرا بالحالة النفسية، ويوصف الجلد عادة بأنه مرآة للجسم تعكس التغيرات التي تصيب الأعضاء الداخلية المختلفة، بما فيها الجهاز العصبي والحالة النفسية. ومن الضروري في العديد من الأمراض الجلدية أن يراعي الطبيب العلاقة المباشرة التي تربط المرض بشخصية المريض وسلوكه وحالته النفسية. كما أنّ الأمراض الجلدية من أكثر الأمراض التي تؤثر على الحالة النفسية للمريض، نظرا لما تسببه أحيانا من تشوهات جلدية ولو مؤقتة. وهكذا تتكامل دائرة "القلق - المرض -

القلق". وفي السنوات الأخيرة ظهر هناك فرع جديد في طب الأمراض الجلدية يُعرف باسم "الأمراض الجلدية النفسية" Psychodermatology.

(موقع: <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=5148>)

غالبا ما يكون المرض الجلدي ظاهرا للمريض وللمخالطين له، سواء كانوا أفراد أسرته أو أصدقاءه أو زملاءه في العمل، وقد يتجنب البعض الاحتكاك بالمريض خوفا من العدوى، حتى وإن كان المرض غير معد، وقد يبدأ المريض تدريجيا في الانعزال عن المجتمع ويصبح فريسة للانطواء والاكتئاب، وغالبا ما تؤثر تلك العوامل على سير المرض تأثيرا سلبيا، فيدخل المريض في حلقة مفرغة، فيؤثر المرض نفسيا على المريض، فتؤثر الحالة النفسية على المرض، وهكذا. ومن الأمراض الشائعة التي تؤثر نفسيا على المريض وتتأثر بحالته النفسية مرض الصدفية، والبهاق، وحب الشباب والثعلبة وغيرها. ويمكن أن تؤثر العوامل النفسية على تطور المرض الجلدي بصورة سلبية.

(موقع: <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=5148>)

تختلف الأمراض الجلدية عن غيرها من الأمراض في أنها ظاهرة للعيان، وبسبب ذلك فهي تؤدي إلى لفت الأنظار إلى المريض مما يؤدي إلى إصابته بالإحراج والخجل وقد يؤدي ذلك إلى القلق والإحباط، كما أنّ هناك أمراضا جلدية تظهر على الجسم بصورة مقززة أو تصاحبها إفرازات وروائح مزعجة مما يؤدي إلى نفور الناس من المريض والابتعاد عنه، وقد تكون بعض الأمراض مما يصاحبه اعتقادات خاصة لدى الناس مثل الجذام والبرص، مما يجعل الناس يعتزلون الشخص المصاب فضلا عن عدم السماح له بالتواصل الاجتماعي معهم وذلك خوفا من العدوى.

إنّ ظهور تغيّرات الجلد للعيان قد يصعب عملية العلاج نتيجة للضغط النفسي الذي يصاحبها، فالناس لديهم حساسية خاصة من حصول تغيّر غير طبيعي على بشرتهم ولو لفترة قصيرة، حتى لو كان هذا التغيّر جزءا من العلاج. وفي سبيل نتيجة أفضل ومن خلال التجربة الخاصة لوحظ أنّ كثيرا من المعلمات والطالبات يتجنبن كريمات التقشير أو عملية التقشير أثناء أيام الدراسة، وذلك بسبب الإحراج الذي يحصل لديهن نتيجة لظهور الإحمرار والجفاف الذي يصاحب التقشير، فإذا كان هذا الأثر النفسي يحصل لدينا من إجراء تجميلي يتم باختيارنا، فكيف تكون نفسية المريض الذي أصابه مرض جلدي ليس له خيار فيه.

وإجمالاً فإنّ للمرض الجلدي تأثير نفسي على المريض أياً كان عمره أو جنسه، وتتراوح شدة التأثير ما بين الانزعاج إلى القلق والإحباط وقد يؤدي به إلى اعتزال الناس، لذا يجب على الطبيب المعالج أن يعطي هذا الجانب أهمية كبرى عند معالجة المرض، فيحرص على إزالة العارض بأسرع وقت ممكن مع شرح واف لسير المرض للمريض، كما يحرص على إعطاء المريض إجازة في حالة عدم قدرته على مواجهة الآخرين، كما أنّه في حالة إمكانية تغطية المناطق المصابة والمكشوفة بمستحضرات خاصة فيجب على الطبيب أن يبادر بنصح المريض بذلك كما يحصل مثلاً في حالة البهاق، كما أنّه من الضروري إفهام الآخرين موضوع العدوى وإن كان المرض معدّ أم لا، وهي مسألة تهتم المرافقين للمريض وقد تكون مهمة لجهة العمل.

(موقع أكاديمية علم النفس <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=23326>)

9. طرق التكفّل بالأمراض الجلدية:

إنّ معالجة الأمراض الجلدية هي في الحقيقة فن يزداد بالممارسة والخبرة الطويلة، فليس من الحكمة أن يندفع الطبيب المعالج فور جلوس مريضه لبضعة دقائق في كتابة وصفة طبية مليئة من الوجهين بالأدوية التي قد تفيد أو لا تفيد. إنّ في الواقع يمكن تصنيف الطبيب من وصفته الطبية لمريضه فالطبيب الحاذق هو الذي يساعد مريضه على الشفاء بأقل الأدوية الممكنة التي لا تسبب له مضاعفات وبتكلفة أقل. يمكن تلخيص ذلك بأنه "إذا لم تستطع مساعدة المريض فلا داعي لأن تسبّب له المزيد من الأضرار". يجب كتابة الوصفة الطبية من دون تردّد وبثقة كاملة بطريقة توحى للمريض بأنّ الكاتب يعرف ما يكتبه، وهذه الوصفة هي بالذات لذلك المريض بنظرة تجلب الثقة والاطمئنان. إن هذه الوصفة هي خلاصة تجربة الطبيب وبرهان على مهارته وخبرته أملاً في أن تؤدي إلى الشفاء العاجل. يجب أن يدوّن الطبيب ما كتب في الوصفة من أدوية في ملف المريض حتى يمكن مراجعتها عند متابعته في المرات المقبلة، إذ أن كثيراً ما تنسى تلك الأدوية وقد يصرف نفسها للمريض في المراجعة لاحقاً مما قد يسبب له الكثير من عدم الثقة في طبيبه، خاصة إذا لم يؤد العلاج السابق إلى نتيجة. إنّ هذا قد يضع الطبيب في حرج كان من الممكن تلافيه لو دوّن أدوية مريضه في الملف واطلع عليها قبل كتابة الوصفة الجديدة.

كما أنّ الطبيب بحكم موقعه يجب عليه ألا يستغل أو يسيء استعمال الأمانة، ويجب أن يكون مخلصاً لمريضه بطريقة وفلسفة تقنع المريض بأن يتلقى نفس المعاملة والعناية التي قد يقدمها الطبيب عند معالجة طفله أو أخته أو والديه.

إنّ بعض المرضى قد لا يحتاجون إلى علاج مما يشكون منه، إذ أنه قد يكفي شرح طبيعة الحالة وإدخال الطمأنينة إلى نفس المريض، ولا داعي لكتابة أي دواء إذا لم يكن هناك مبرر لذلك.

إنّ هذا يريح الكثير من المرضى ويزرع الثقة بذلك الطبيب الذي أمامه دفتر الوصفات والأقلام ويمكنه أن يملأ تلك الوصفات بالأدوية وتقديمها لمريضه، التي قد لا تزيده إلا معاناة وخسارة. هذا بالضبط ما يقال أحيانا لبعض المرضى الذين يلحّون على الحصول على المزيد من الأدوية "بأنّ لا داعي لكتابة أي دواء طالما مريضك ليس بحاجة فعلا إليه".

بعض المرضى الذين يعانون من اضطرابات نفسية معينة قد يضطر الطبيب لبعض الأدوية البسيطة وقد يكون ذلك نتيجة لظرف خاص.

أما بعض الحالات فيمكن تقديم التعليمات العامة التي تساعد المريض دون الحاجة إلى أدوية مكلفة، فمثلا: ذوي البشرة الجافة قد يشكون من هرش مستمر بالجلد خاصة في فصل الشتاء، فيمكن نصح المريض باستعمال المرطبات للجلد وتخفيف فترات الاستحمام خاصة ببعض الصابون الذي لا يحتوي على القلويات القوية. إذ هذا قد يخفف من شكوى مثل أولئك المرضى، وباختصار شديد فإنه في جميع الأحوال "لا داعي لصيد الطائر بقذيفة"، وهذا يعني أنّ الأمراض البسيطة يجب معالجتها بأقل الأدوية تركيزا حتى لو استمر العلاج لمدة أطول.

كما أنه من المهم أن يشرح الطبيب لمريضه كيفية استعمال الدواء وخاصة الأدوية الموضعية مثل المراهم وغيرها، وذلك عن كمية الدواء الذي يوضع على الجلد والمدة التي يجب بعدها وقف الدواء. فيقال مثلا على المريض أن يستعمل الدواء لمدة محدودة، وذلك بوضع كمية من المرهم في كل مرة مثلا ما يساوي بطول 0.5 سم من المرهم أو أقل حسب مساحة المنطقة المصابة.

إنّ بعض مناطق الجلد مثل الوجه وثنايا الجلد تحتاج إلى مركبات موضعية أقل تركيزا من تلك التي تستعمل عادة في الأماكن الأخرى من الجلد، وذلك لأنّ جلد الوجه بالذات والثنايا تظهر عليها المضاعفات بسرعة أكبر، مثل احمرار الجلد وظهور الأوردة الدموية تحت سطح الجلد وغيرها من الأعراض غير المرغوبة.

كما أنّ الأدوية التي تؤخذ بالفم خاصة بواسطة الأطفال قد يكون لها تأثير سلبي كذلك إذا لم يتقيّد أهل المريض بالجرعة المحددة من قبل الطبيب المعالج. هذه العلاجات إما على شكل نقط أو شراب.

إنّ المركّبات الموضعية قد لا يستهان بتأثيرها ومضاعفتها خاصة في الأطفال، وذلك لسرعة امتصاص الأدوية الموضعية من على سطح الجلد ولقلة مساحة الجلد بالنسبة لجسم الطفل.

مركبات المراهم الجلدية: تستعمل في حالات الجلد المتماस्क الجاف في حالات الأمراض الجلدية المزمنة.

الكريمات: للحالات التي يكون فيها الجلد متسلخا بعض الشيء مع القليل من الإفرازات.

المركبات السائلة: مثل الكمادات وغيرها فتستعمل عادة لتجفيف المنطقة المصابة الرطبة التي تخرج منها السوائل مثل الالتهابات الحادة.

كما أنّ المنطقة المصابة تحدّد نوع المركب الموضعي الذي يجب استعماله، فمثلا: في المناطق التي بها شعر مثر فروة الرأس يجب استعمال المركبات السائلة، حيث يمكن استعمالها بطريقة أسهل ويمكن تنظيفها كذلك دون عناء. وتكرارا لما ذكر سابقا فإنّ جلد الوجه والثنايا مثل منطقة الحفائظ تحتاج إلى مركبات خفيفة التركيز.

إنّ بعض المركبات مثل السالسيلا - السيلينيم سلفياد ومركبات الفينول التي تستعمل أحيانا لتخزين الملابس الشتوية قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة، وقد سجلت بعض الوفيات في الأطفال نتيجة التسمم من مثل تلك المركبات.

إنّ الكثير من الأطباء يصادفون بعض المرضى الذين يستعملون مركبات الكورتيزون المركزة على الوجه مثلا ورغم المضاعفات التي تحدثها تلك المركبات مثل الاحمرار الشديد وظهور الأوردة تحت سطح الجلد وبعض البثور على المناطق المصابة، إلا أنّ المريض يستمر في استعمال ذلك المركب لأنّ جلده قد أدمن عليه ولديه الاعتقاد الراسخ بأنّ هذا الدواء فقط الوحيد الذي يفيدته حتى ولو طلب منه أن يوقفه وأن يعطى البديل، إلا أنّ المريض لا يلتزم بذلك ويعود إلى استعماله.

إنّ هذه ظاهرة خطيرة ويجب التعامل معها بحذر وحكمة بإقناع المريض بمضار ذلك الدواء وعليه الصبر والتعاون مع الطبيب حتى يتخلّص من تأثيره وأن يستعمل الدواء الذي يوصف له.

عندما يساورني الشك بتشخيص دقيق لأي حالة جلدية خاصة في الأطفال في مناطق الوجه والحفائظ فإنني أصف له دواء بسيط مثل (بيفوكساماك): "Droxaryl cream or Flogocid" (وهذا المركب خالي من الكورتيزون ويؤدي عادة إلى نتيجة طيبة دون الخوف من المضاعفات حتى لو استعمل لمدة أطول.

إن هذه الطريقة أفضل بكثير من الاندفاع في كتابة الأدوية التي قد تشوه الحالة المرضية حيث لا يمكن تشخيصها بعد ذلك بالإضافة إلى المضاعفات والخسارة المادية والنفسية خاصة إذا لم تتحسن حالة المصاب.

كما أنه من المهم تعريف المريض بنوع المرض المصاب به: وما هي العوامل التي يجب عليه أن يتجنبها، ومدة استعمال العلاج والفترة المتوقعة التي يتم فيها الشفاء.

إن توفر معلومات مطبوعة على ورقة لدى الطبيب لتزويد المريض بها تحتوي على المؤثرات الداخلية والخارجية التي تؤثر على ظهور أو مضاعفات الحالة تساعد الكثير من المرضى ولها دور هام ورئيسي في تحسين حالته المرضية، إذا أن استعمال الأدوية لوحدها دون تجنب المسببات والمؤثرات لن تكون لها الأثر المرجو من العلاج. فمثلاً: حساسية الحفاض عند الأطفال لا يكفي أن نصف للمريض المراهم والعلاجات الأخرى فقط بل يجب أن نجد المانع الذي يفصل بين جلد الطفل وتلك الحفاض التي لها دور هام في ظهور الحساسية الجلدية، ويمكن ببساطة تحقيق ذلك بوضع شاش نظيف أو معقم على الجلد بعد وضع المراهم حتى يكون هناك عازل بين المؤثر وسطح الجلد.

وبعد الانتهاء من كل ما سبق ذكره وكتابة الوصفة للمريض، يطلب منه المراجعة لمتابعة الحالة ولا يكفي أن تقول للمريض يمكنك الاتصال تلفونياً بهذا المكتب إذا لم تتحسن حالتك خلال خمسة أيام مثلاً. إن المريض الذي لا يتابع جيداً لن يكون شاكراً لطبيبه وسيشكو دوماً بأن طبيبه لم يقدم له ما يساعده على الشفاء. (الحجازي، 2001، ص: 41-46)

خلاصة:

إنّ الأمراض الجلدية متعدّدة ومختلفة، وتكون درجة خطورتها حسب الأعراض العيادية التي تشكّلها، وأيضاً مدى التعقيدات الصحية التي تلحقها بالمريض، وتهدّد هذه الأمراض صحة الفرد وتفقدته توازنه الجسمي ونشاطه الحيوي، إضافة إلى ظهور انعكاسات نفسية سلبية مثل القلق والاكتئاب واضطراب تقدير الذات، مما يؤدي إلى اضطراب تكيفه النفسي والاجتماعي، وكل هذا يتسبّب في تقاوم الحالة الصحية للمريض، الأمر الذي يتطلّب التدخّل العلاجي المناسب من أجل مساعدته على استعادة توازنه واستقراره وصحته النفسية.

الفصل الثالث: الدعم الأسري

تمهيد

1. الدعم الاجتماعي

1.1. مفهوم الدعم الاجتماعي

1.2. أهمية الدعم الاجتماعي

1.3. مصادر الدعم الاجتماعي

2. الدعم الأسري

2.1. مفهوم الدعم الأسري وأشكاله

2.2. شروط الدعم الأسري

2.3. دور الدعم الأسري لدى المريض المصاب بمرض جلدي

خلاصة

تمهيد:

يعدّ الدعم الأسري مصدرا فعالاً من مصادر الدعم الاجتماعي، ومطلبا أساسيا ومهما يسعى كل فرد إلى تحقيقه في ظل ما يعصف به من أمور حياتية تؤثر على مسلكه في الحياة، فحجم الدعم المقدم له يؤثر على مدى تفاعله وتعامله مع كل ما يواجهه من مشكلات حياتية ضاغطة، لذلك فإنّ المرضى المصابين بالمرض الجلدي كغيرهم من الذين يحتاجون إلى مثل هذا المصدر وهو الأسرة سواء كانت الأبوين والإخوة أو الزوج والأبناء، فهذا يلعب دورا فعالا في تخفيف معاناتهم وآلامهم، والآثار النفسية والاجتماعية السلبية المترتبة عن إصابتهم بالمرض، كما أنه يساعدهم على تقبّل المرض ومحاولة التكيف معه، إضافة إلى تقبّل العلاج والالتزام به.

وبما أنّ الدعم الأسري هو جزء لا يتجزأ من الدعم الاجتماعي، ارتأيت أنه من الضروري الإشارة إلى هذا المفهوم أوّلا والذي سوف نتناول الدعم الأسري من خلاله، لأنه لا يكاد ينفصل عنه في معظم الدراسات.

1. الدعم الاجتماعي:

يكمن الدعم الاجتماعي في مدى توفر علاقات اجتماعية لدى الفرد، حيث تقدّم له هذه العلاقات مختلف المساعدات والعون الذي يحتاجه، وللدعم الاجتماعي أهمية كبيرة في حياة الفرد نظرا لارتباطه الإيجابي بالصحة النفسية والجسمية، فهو من جهة يعدّ وسيلة للتخفيف من شدة الضغوط التي يعاني منها الفرد، مما يجعله يكتسب طابعا نفسيا إيجابيا يتجه نحو تحقيق الصحة النفسية، ومن جهة أخرى يمكن اعتباره من أهم الأساليب المساعدة على مواجهة الاضطرابات العضوية التي تصيب الفرد، والتخفيف من حدة الآثار السلبية التي قد تحدثها هذه الاضطرابات على الأفراد. (فنون، 2013، ص: 76)

1.1. مفهوم الدعم الاجتماعي:

الدعم لغة: بمعنى القوة والمال الكثير، ودعّمه: دعما: أسنده بشيء يمنعه من السقوط، ويقال دعم فلانا: أعانه وقوّاه، ودعّمه: قوّاه وثبّته.

وهي مشتقة من الفعل (دعم) دعم الشيء يدعمه دعما: مال فأقامه، والدعامة ما دعمه به، والدعام والدعامة: كالدعامة والدعم: أن يميل الشيء فتدعمه بدعام كما تدعم عروض الكرم ونحوه.

(ابن منظور، 1993، ص: 407)

الدعم الاجتماعي: تعريف الدعم (المساندة) في اللغة: من ساند: ما ارتفع من الأرض في قبل الجبل أو الوادي، والجمع إسناد، وكل شيء أسندت إليه شيئاً فهو سند، وما يسند إليه يسمى مسندا أو سندا وجمعه المساند، وتساندت إليه: استندت، وساندت الرجل مساندة إذ عاضدته وكانفته.

(الهنداوي، 2011، ص: 12)

الدعم الاجتماعي اصطلاحاً:

عرفه ساراسون وآخرون 1986 بأنه الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم والذين يتركون لديه انطبعا على أنهم يحبونه ويقدرونه ويمكن الاعتماد عليهم عند الحاجة إليهم. ويرى كوب 1976 أنه الانتماء المدرك لشبكة الاتصالات والعلاقات الاجتماعية، بينما ينظر كوهن وآخرون 1979 للدعم أو المساندة الاجتماعية على أنها المعلومات المقدمة من الآخرين المحيطين بالفرد والذين يبادلونه المحبة والمودة والتقدير، ويهتمون برعايته. ويعدّ الفرد جزءاً من شبكة العلاقات والاتصالات الاجتماعية.

كما عرّفه (موس 1976) بأنه الشعور الذاتي بالانتماء والإحساس بالقبول والحب وإبداء المساندة الوجدانية والعاطفية في الموقف الصعبة.

وتعرّف (كاترون 1996) المساندة الاجتماعية على أنها إشباع الحاجات الأساسية للفرد من حب واحترام وتقدير وتفهم وتواصل وتعاطف ومشاركة الاهتمامات وتقديم النصيحة وتقديم المعلومات، وذلك من الأشخاص ذوي الأهمية في حياة الفرد، خاصة وقت حدوث الأزمات أو الضغوط.

ويرى (كابلان) أنّ المساندة الاجتماعية هي التوجيه والإرشاد الذي يوجهه المقربون للفرد حتى يصل إلى القدرة على ضبط انفعالاته عند تعرّضه لأحداث الحياة الضاغطة. (زموري، 2012، ص: 55)

1. 2. أهمية الدعم الاجتماعي:

مما لا شك فيه أنّ الدعم الاجتماعي يكون على طريقة تفكير وأفعال ومشاعر الآخرين، من خلال تفاعل الأفراد مع بعضهم البعض، وبناء على ما أكدته نظرية Maguire فالمساندة الاجتماعية تستطيع أن تمد الفرد بخمسة أمور مهمة وهي:

أ- إمداد الفرد بإحساسه الذاتي من قبل الأسرة أو الآخرين.

ب- إمداد الفرد بالتشجيع والتغذية المرتدة FEEDBACK الإيجابية.

ج- حماية الفرد من كثير من الضغوط الحياتية اليومية الضاغطة.

د- الإسهام العالي من المعرفة والمهارات.

هـ- إمداد الفرد بالفرص الاجتماعية.

والمساندة الاجتماعية دور هام وفعال في حياة الأشخاص، ولها أهمية كبيرة في التخفيف من عوامل الضغط وتقديم المساعدة ومؤازرة الآخرين في المواقف الحياتية التي يتعرّضون لها، فهي تعدّ السند العاطفي الذي يستمدّه الشخص من أسرته أو من المدرسين أو الأصدقاء أو من المقربين، وهذا السند يساعده على التفاعل الإيجابي مع أحداث الحياة في البيئة المحيطة به".

وتلعب المساندة الاجتماعية دورا هاما أيضا في الصحة النفسية والجسمية بل وفي المرض الجسمي والنفسي أيضا، وفي كل مراحل الحياة من الطفولة إلى المراهقة، ومن الرشد إلى الشيخوخة، كما أنّ جزءا كبيرا من هوية الفرد سواء كان ذكرا أو أنثى، تتشكّل من خلال علاقاته مع الآخرين.

ويرى كثير من الباحثين أنّ المساندة الاجتماعية لها دوران أساسيان في حياة الفرد:

1- دور إنمائي: يكوّن للأفراد علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم ويدركون أنّ هذه العلاقات يوثق بها، أفضل من ناحية الصحة النفسية عن غيرهم ممن يفتقدون هذه العلاقات.

2- دور وقائي: إنّ المساندة الاجتماعية لها أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يمرّون بأحداث مؤلمة تتفاوت استجاباتهم لتلك الأحداث تبعا لتوافر مثل هذه العلاقات الودودة والمساندة، حيث يزداد احتمال التعرض لاضطرابات نفسية كلما نقص مقدار المساندة الاجتماعية كما ونوعا.

(الدامر، 2014، ص: 48-49)

وفي هذا الصدد يرى (بريهام 2000) أنّ أهمية المساندة الاجتماعية تكمن في أنّها تعمّق تقدير الفرد واحترامه لذاته، وتشجعه على مقاومة أحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها في الحياة اليومية. كما يشير (برهام 1993) إلى أنّ المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته، وزيادة الإحساس بفاعليته، بل إنّ احتمالات إصابة الفرد باضطرابات نفسية وعقلية تقل عندما يدرك الشخص أنه يتلقى المساندة الاجتماعية من خلال شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به.

ويضيف ساراسون وآخرون أنّها تلعب دورا هاما في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية وتساهم في التوافق الإيجابي للفرد، أي أنّها تلعب دورا علاجيا ودورا تأهليا للمحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقته بالآخرين.

ويلخص كل من كوترونا وروسيل 1995 أهمية المساندة الاجتماعية في أنّها تخفف من تأثير الضغوط النفسية، وتعمّق تقدير الذات لدى الفرد وتخفف من أعراض القلق والاكتئاب وتؤثر على مستوى الصحة النفسية والجسمية، وتزيد شعور الفرد بالرضا عن ذاته وحياته، وتعزز الجوانب الإيجابية، مما يحسّن الصحة النفسية ويساهم في التوافق الاجتماعي والنمو الشخصي ويساعد على حل المشكلات، وأخيرا يزيد

الارتباط بمصادر شبكة المساندة الاجتماعية الخاصة بها، والتي تتمثل في الزوجة والزوج والأبناء والأقارب والحيران والأصدقاء.

ويرى بارك وآخرون 1997 أنّ المساندة الاجتماعية تعدّ عاملاً أساسياً يساهم في عملية تكيف الأفراد مع إجهادات الحياة القاسية. (مقداد، 2015، ص: 44-45)

وللدعم الاجتماعي دور في الصحة، حيث يرى كابلان وآخرون وجود ثلاثة تفسيرات لدور العلاقات الاجتماعية في التأثير على الصحة تتمحور في الآتي:

المحور الأول: يشير إلى العلاقة السببية بين نقص المساندة الاجتماعية والمرض، حيث تلعب المساندة المرتفعة دوراً وقائياً من التعرّض للمرض.

المحور الثاني: الأفراد الذين يمرضون يبتعدون عن نسق المساندة الخاص بهم، حيث تؤدي الإصابة المبكرة بالمرض إلى تغييرات في المساندة الاجتماعية.

المحور الثالث: يشير إلى متغير ثالث يلعب دوراً مهماً في ضعف المساندة الاجتماعية والنواتج المرضية، مثل الطبقة الاجتماعية أو سمات الشخصية.

وفي السياق ذاته، يتفق كل من كاسيل (Cassel) وكوب (Cobb) على أنّ للمساندة الاجتماعية دورين بارزين في حياة الفرد وفي علاقته مع الآخرين، هما:

الدور الأول: يتمثل في ثقة الأفراد في علاقتهم المتبادلة مع الآخرين، واتجاههم نحو السواء، فهم يتمتعون بصحة نفسية أكثر من الأفراد الفاقدين لهذه العلاقة.

الدور الثاني: يتمثل في أنّ المساندة الاجتماعية تعمل على خفض الآثار السلبية التي تسببها أحداث الحياة الضاغطة، ويطلق عليه أيضاً الأثر الملطّف للمساندة أو فرض التخفيض.

ومن خلال استعراض ما سبق يمكن القول إنّ أهمية المساندة الاجتماعية تتضح في:

- أنها تساهم بشكل مباشر في مساعدة الفرد على التعامل بالشكل المطلوب مع الصعوبات والمشكلات التي تواجهه والتغلب عليها.

- أنها تساعد في تعميق ذات الفرد وتعزيزها، فتزيده شعوراً بتقبل ذاته.

- أنها تساهم في تحقيق التوافق الإيجابي والنمو الشخصي السليم للفرد.

- أنها تساهم في تشجيع الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة التي تعترضه في حياته من خلال التعامل السليم معها ومع الأعراض المؤثرة الناتجة عنها (مثل القلق والاكتئاب).

- أنها تساهم في تخفيف الاضطرابات النفسية والشفاء منها، وتحمي الفرد من الآثار السلبية لأحداث الضاغطة. (مقداد، 2015، ص: 45-46)

وللدعم الاجتماعي وظائف تنقسم إلى قسمين أساسيين هما: وظائف الدعم للحفاظ على الصحة الجسمية والنفسية والعقلية، ووظائف للتخفيف أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة.

1- وظائف الدعم للحفاظ على الصحة الجسمية، والنفسية والعقلية:

تشير هذه الوظائف إلى الحفاظ على الوحدة الكلية النفسية والعقلية وصولاً إلى تعزيز وتقوية سعادة المتلقي لهذا الدعم وإحساسه بالراحة النفسية والاطمئنان في حياته. وتنقسم هذه الوظائف إلى:

أ- إشباع حاجات الانتماء: إذ أنّ المساندة الاجتماعية يمكن أن تشبع حاجات الأفراد للاتصال بالآخرين والاندماج معهم، مما يخفف التأثير الضار للعزلة والوحدة، ومن خلالها يستطيع الأفراد الحصول على مشاعر الانتماء التي تشبع حاجات الانتماء لديهم، والموارد المرتبطة بهذه الوظيفة يمكن أن تشمل: متغيرات الرعاية، الحب، الفهم، الاهتمام والمودة.

ب- المحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها: فالذات تتكوّن من مجموعة هويات متباينة، ومن خلال التفاعل الاجتماعي مع الآخرين تنمو شخصية الفرد مكتسباً بذلك وعيه بذاته الاجتماعية، كما أنّ الأفراد يقومون ويوضحون نظم معتقداتهم بمقارنة آرائهم واتجاهاتهم ومعتقداتهم بالآخرين، ويكون ذلك عن طريق التغذية الرجعية المرتبطة بمظاهر الذات، نماذج السلوك الملائم في المواقف المختلفة للوصول إلى اتفاق في الآراء ووجهات النظر مع الآخرين.

ج- تقوية تقدير الذات: حيث يمكن للمساندة الاجتماعية أن تقوي شعور الفرد بقيمته وإحساسه بكفاءته الشخصية وذلك عن طريق تأكيد وتثبيت القيمة والاستحسان وتغييرات الاحترام للمتلقي.

2- وظائف التخفيف والوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة:

تقوم هذه الوظائف على تخفيف الضغط أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة، من تعليم الفرد الحلول المثلى لمواجهة الضغوط والمشكلات بأساليب إيجابية، وتنقسم هذه الوظائف إلى:

أ- **التقييم المعرفي**: وينقسم إلى تقييم أولي وتقييم ثانوي، فالتقييم الأولي يوضح تفسير الفرد لعوامل الضغط المحتملة، ويقدم له الدعم في هذه المرحلة توسيعاً للتفسير الفردي للحدث وتحسين لفهمه بوضوح أكبر، ويشمل الدعم هنا معلومات لفظية عن الحدث الضاغط والاستجابة النموذجية له، وبالتالي إذا فسّر الفرد الحدث على أنه تهديد له يظهر التقييم الثانوي الذي يشير إلى تقييم الفرد لمصادر المواجهة المتاحة، ويستطيع الدعم في هذه المرحلة أن يوسع عدد الاختيارات الموجهة وتوفير إستراتيجيات مواجهة نموذجية

انفعالية وسلوكية وتوفير المعلومات اللازمة للمواجهة وأساليب حل المشكلات. وهو ما يحدث مع المصاب بالمرض الجدي، حيث أنّ أول ما يجب أن يحصل عليه هي المعلومة اللازمة والكافية حول المرض وآثاره وانعكاساته وطرق علاجه، فإذا تقبل الأمر وتجاوب معه فهذا أمر إيجابي، أمّا إذا رفض ذلك وكانت استجابة سلبية فعندها يجب أن يتحوّل نظام الدعم إلى تقديم طرق للمواجهة والإستراتيجيات البناءة انفعاليا أو سلوكيا لضمان التكيف المناسب.

ب- **النموذج النوعي للمساندة:** يقوم الدعم الاجتماعي في هذا النموذج بوظيفة مباشرة تعمل على إمداد متلقّي الدعم بالمصادر المطلوبة لمواجهة الحاجات في المواقف النوعية التي تميّز الضغوط.

ج- **التكيف المعرفي:** يميّز الأفراد بثلاث عمليات لمواجهة الأحداث التي تهدّدهم بطريقة معرفية (البحث عن معنى الحدث الضاغط، محاولة استعادة السيطرة على حياتهم ومواجهة الحدث، تقوية تقدير الذات). والدعم هنا يمكن أن يؤدي دورا مهما في كل عملية من عمليات هذا الحدث وأساليب مواجهته وطرق السيطرة عليه، بالإضافة إلى مسانده بالمحافظة على تقوية تقديره لذاته. وهو بالضبط ما يحتاجه المصاب بالمرض الجدي في سبيل تأقلمه وتكيّفه مع هذا الحدث الضاغط الذي أصابه، وبالتالي مواجهته والسيطرة عليه، وحفاظه على الصورة الإيجابية لذاته وكذا تقييمه الشخصي لحالته بعد هذه الإصابة. (باوية، 2013، ص: 37-40)

1. 3. مصادر الدعم الاجتماعي:

أولاً: الأسرة: تعدّ الأسرة المحضن الأساسي الذي يحفظ الفرد من الأزمات النفسية، وتقدّم له الدعم في كل المجالات الحياتية خاصة الدعم النفسي، وتساعد على التكيف مع ما يعترضه، وتخفف عليه وطأة الاضطرابات ونتائجها.

ثانياً: الزوجة: تعدّ سندا مهما للمريض، فهي التي تشعره بكينونته وتخفف عنه وتحفظ بيته وتقدّم له العون وتسهر على راحته وتوفّر له مطالبه وتعزّز شخصيته وتقديره لذاته.

ثالثاً: الطبيب المعالج: في حالة المريض المصاب بمرض جلدي، وخاصة الأمراض المزمنة، يكون ارتباط المريض بالطبيب نوعا ما ارتباطا أبديا، حيث يتولّد عند المريض شعور بأنّ هذا الطبيب هو الوحيد الذي يقدر حالته ويعرف معاناته، فهو المنجي والمنقذ والحافظ لحياته.

رابعاً: الصحبة (الأصدقاء): أيضا تعدّ هذه من مصادر القوة للدعم الاجتماعي، فالتفاف الأصدقاء حول المريض وزيارته يعززان ذاته ويرفعان معنوياته.

وفي السياق ذاته يرى ليفي (1983 Leavy) أنّ مصادر المساندة الاجتماعية تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يمرّ بها الفرد، إذ أنّه في مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة (الأب، الأم، الإخوة)، وفي مرحلة المراهقة تتمثل في الأسرة وجماعة الرفاق، أما في مرحلة الرشد فتتمثل في الزوج أو الزوجة والأبناء وعلاقات العمل. بينما يرى تايلور (2011) أنّ مصادر الدعم الاجتماعي متنوعة تتمثل في الأسرة والأصدقاء والعلاقات الاجتماعية وزملاء العمل.... إلخ. (مقداد، 2015، ص: 51-52) ويتضح مما سبق أنّ الأسرة تعدّ عاملاً مشتركاً وأساسياً في كل مراحل العمر، وتعدّ الأكثر أهمية في حياة الفرد، وباعتبار الدعم الأسري هو موضوع دراستنا فسوف نتطرق إليه بشيء من التفصيل.

2. الدعم الأسري:

الأسرة هي وحدة اجتماعية تتكوّن من شخص واحد أو من مجموعة أشخاص بينهم تكافل اقتصادي منزلي، سواء كان فيه أطفال ونساء أو اقتصر فقط على الرجال. ويعرّفها "ميردوك" بأنها عبارة عن "جماعة اجتماعية تتميز بمكان إقامة مشترك وتعاون اقتصادي، ووظيفة تكاثرية، ويوجد بين اثنين من أعضائها على الأقل علاقة جنسية شرعية يعترف بها المجتمع. وتتكوّن الأسرة على الأقل من ذكر بالغ وأنثى بالغة وطفل".

وتعدّ الأسرة من أهم الجماعات الإنسانية وأعظمها تأثيراً في الفرد، ويمكن أن تصنّف الأسرة على عدة أشكال منها الأسرة النووية وهي التي تتألف من الزوج والزوجة والأولاد المباشرين، ومنها الأسرة الممتدة وهي التي تضم عدة أسر زواجية في أسرة واحدة وتربط بينها قرابة وتعيش في سكن واحد ويكون بينها تعاون اقتصادي.

ومن حيث الانتساب الشخصي هناك نوعان من الأسر:

- أسرة التوجيه: وهي التي يولد بها الإنسان وتكسبه القيم والعادات والتقاليد والمعايير الاجتماعية.

- أسرة التناسل: وهي التي تتكوّن عن طريق الزواج والإنجاب.

والأسرة هي التي تقدّم الدعم للطفل منذ ولادته، لذا فقد اهتم علماء النفس بهذا المجال، وتعدّ هي الوحدة الأساسية التي من خلالها تنشأ التجمعات الاجتماعية، وهي من يساهم في تنظيم سلوك الفرد، وقد لحقت بها تغييرات في نظامها البنائي والوظيفي، فالأسرة في جميع النظم والأنساق التي يتكوّن منها البناء الاجتماعي تتساند فيما بينها تسانداً وظيفياً. (الشيخ، 2009، ص: 27-28)

وتعدّ الأسرة المحضن الأساسي الذي يحفظ الفرد من الأزمات النفسية، وتقدّم له الدعم في كل المجالات الحياتية خاصة المجال النفسي، وتساعد على التكيف مع ما يعترضه، وتخفف عليه وطأة الاضطرابات

ونتاؤها. ومما لا شك فيه أن الأسرة المفككة المتصدعة الخالية من التواصل الإنساني تؤدي إلى اختلال في شخصية أطفالها وإلى انخفاض في اعتبار الذات وشعور باليأس وبنظرة متشائمة إلى الحياة وإلى المستقبل. (مقداد، 2015، ص: 51)

2. 1. مفهوم الدعم الأسري وأشكاله:

يعرف جوزال كمال (1997) الدعم الأسري أو المساندة الأسرية بأنه ما توفره الأسرة للفرد من أدوات وخامات وأساليب ووسائل لها علاقة بتربية الطفل. (عماد أشتيه وآخرون، 2015).

وتعرّف سميرة محمد شند (2001) المساندة الأسرية بأنها إدراك الفرد بوجود أشخاص ذوي أهمية في حياته يمكنه الاعتماد عليهم والثقة بهم واللجوء إليهم عند الأزمات. (حسنين، 2004، ص: 10)

وتعرّف الطالبة المساندة الأسرية أو الدعم الأسري للمريض الجلدي على أنه وقوف الأسرة بكل إمكاناتها بجانب الفرد المصاب بالمرض الجلدي، وأن توفر له كل ما يحتاجه ماديا من غذاء وكساء ودواء، ومعنويا من حب ورعاية ودفء وحنان وأمان حتى يتمكن المريض من تقبل مرضه والرضا عن ذاته، والذي يساعده على تقبل العلاج ومحاولة التكيف مع المجتمع.

ويرى كل من كوهين وويلز من خلال المراجعة الشاملة لنتائج الدراسات والبحوث السابقة التي أجريت على بعد الأثر الواقي أو المخفف للدعم الأسري على أحداث الحياة الضاغطة التي يمر بها الفرد في حياته اليومية، أن هناك أربعة أشكال للدعم الأسري هي:

1- دعم التقدير: ويتمثل هذا النوع من الدعم في تقديم أشكال مختلفة من المعلومات لمساعدة الفرد على تعميق إحساسه بأنه مقبول من الآخرين، ولديه مقومات التقدير الذاتي من المحيطين به، وهذا يعطي الإحساس بالقيمة الشخصية واحترام الذات، وهذا النوع من الدعم الاجتماعي يطلق عليه العديد من المسميات الأخرى مثل المساندة النفسية، المساندة التعبيرية، مساندة احترام الذات ومساندة التنفيس، والمساندة الوثيقة.

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

3- الصحبة الاجتماعية: ويرى أكسفورد (1994) أن مصطلح الصحبة الاجتماعية أدخل تحت مفهوم الدعم الاجتماعي بفضل كل من كوهين وويلز (1985)، ويعني قضاء وقت الفراغ مع الآخرين المحيطين بالفرد في ممارسة بعض الأنشطة الترفيهية والترفيهية والترويحية 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 إلى مصطلح الصحبة الاجتماعية بأنه يمثل الوظيفة الوقائية للدعم الاجتماعي.

4- المساندة الإجرائية: ويشتمل هذا النوع على تقديم المساعدات المادية وقت حاجة المتلقي لها لحل مشكلاته اليومية، أو تقديم الخدمات العينية لتخفيف أعباء الحياة عليه. وتطلق على هذا النوع بضع مسميات مثل مساعدة العون، أو المساعدات المادية، أو المساندة الملموسة. (زموري، 2012، ص: 58)

2. 2. شروط الدعم الأسري:

تقول "بو شدوب" إن "تايلور" (Taylor, 1995) يشير إلى أنّ شكل الدعم الأسري الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف مرحلة التوتر والاضطراب التي يمرّ بها، فالفرد يحتاج إلى الدعم والطمأنينة من الأسرة، ويؤكد الباحثون أنه من الضروري جدا اختيار التوقيت ونوع الدعم في وقت المشقة والأزمات، حتى تكون للدعم الآثار الإيجابية المتوقعة.

ويحدّد كل من "واد" و"تافريس" (Wade & Tavris) شروطا يجب أن تتوفر في عملية الدعم وتتمثّل في التالي:

- كمية الدعم: يجب أن يكون معدل الدعم الأسري معتدلا عند تقديمه للمتلقّي، حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وبالتالي يخفض تقديره لذاته.

- اختيار التوقيت المناسب لتقديم الدعم: وهذا يحتاج إلى مهارة للوصول إلى نتائج جيدة لدى المتلقّي.

- مصدر الدعم: يجب أن تتوفّر لدى مقدّم الدعم بعض الخصائص مثل المرونة والنضج والفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمرّ بها المتلقّي، حتى يكون له دور فعّال في تقديم الدعم.

- كثافة الدعم: إذا تعدّدت مصادر الدعم الأسري لدى المتلقّي تؤدي به سريعا إلى حل المشكلات وتساعد على تخطّي الأزمات التي يمرّ بها في حياته.

- نوع الدعم: ويتمثل هذا الشرط في القدرة والمهارة والفهم لدى مقدّم الدعم في اختيارهم الدقيق لنوع الدعم الذي يتناسب مع ما يدركه وما يريده المتلقي.

وفي السياق ذاته تضيف ثيوتس (Thiots, 1980) شرطا آخر للشروط السابقة وهو:

- التشابه والفهم المتعاطف: يمكن تقبّل الدعم الأسري في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقّي، ويكون فعّالا لدى المتلقّي إذا كانت الظروف التي يمرّ بها المانح والمتلقي متشابهة.

(مقداد، 2015، ص: 50-51)

2. 3. دور الدعم الأسري لدى المصاب بمرض جلدي:

تشير الطالبة حسب اطلاعها وخلفتها المهنية إلى أنّ احتياج المصاب بالمرض الجلدي للدعم الأسري يرجع إلى عدة أسباب تلخصها في الآتي:

- معظم الأمراض الجلدية غير قابلة للشفاء، وسواء كان المرض الجلدي شائعا أو نادرا، فإنه يترك أثرا عميقا في حياة المريض، فهو يمسّ صورته الجسمية بالدرجة الأولى ممّا يسبّب له الإحراج والقلق اللذين يسببان له فقدان الثقة بالنفس والاكتئاب.

- عادة ما يكون المرض الجلدي ذا طبيعة مزمنة وطويل الأمد وله تبعات مؤلمة، وينبغي عدم تجاهل المشاكل الناجمة عن العيش مع المرض الجلدي، والتي تتعكس على جميع جوانب حياة المريض وتؤدي إلى صعوبة تقبله للمرض.

- الآثار السلبية للمرض المؤثرة على السلامة الصحية والنفسية للمريض.

- القلق من المرض وما تقول إليه حياة ومصير المريض.

- انعكاسات المرض على الوضع الاقتصادي والاجتماعي للمريض.

- البرنامج العلاجي المفروض على المريض وأعراضه الجانبية وصعوبة التكيف معه وتقبله.

ومن خلال رؤية الطالبة واطلاعها على الأدبيات المتعلقة بشخصية المرضى، فإنّ المرضى المصابين بأمراض جلدية يعانون صعوبات في تقبل المرض والتكيف مع المجتمع، بسبب نظرة الآخرين إليهم كأشخاص منبوذين أو كمصدر للعدوى، وهذا الشعور نابع عن الجهل في المجتمع، وهذا ما يجب محاولة التغلب عليه عن طريق العلم ونشر التوعية الصحية بين المرضى وعائلاتهم وفي المدارس وغيرها من المجتمعات الكبيرة، الأمر الذي يجعل المريض في حاجة ماسة للدعم الأسري بالدرجة الأولى باعتبار الأسرة هي البناء المهم والمقرب للمريض، وذلك من أجل مساعدته على ثلاثة مستويات، والتي تراها الطالبة مهمة بالنسبة للمريض وهي:

2. 3. 1. الدعم الأسري لتقبل المرض:

جاءت دراسة لوجوتون (Lugton 1997) لتؤكد أنّ المساندة المتاحة للمريضات بأورام الثدي تساعدهن على تقبل الآثار السلبية للمرض، كما وجدت أنّ المساندة غير الرسمية من قبل الأزواج والأهل لها دور فعال في تحقيق المواجهة لدى المريضات، مقارنة بالمساندة من قبل الأطباء والمرضات.

ويؤكد جيمس دريفر J. Drever أنّ المساندة النفسية والاجتماعية للمريض تعتبر ضرورة علاجية لأنها تنظر إلى المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية، وأنّ من حقه أن يعيش في حالة من التوافق النفسي، وأنّ مسانדתه نفسياً واجتماعياً تؤدي إلى تقبّل مرضه والرضا عن ذاته وتدعم أمله في الحياة. (زموري، 2012، ص: 63)

وأكدت دراسة داكوف (Dakof 1987) أنّ شريك الحياة سواء كان زوجاً أو زوجة يعدّ من أهم مصادر المساندة لدى مرضى الأورام السرطانية.

وأُسفرت دراسة ماني وآخرين 2000 التي أجريت على عينة قوامها 191 من مرضى الأورام السرطانية متزوجين وخاضعين للعلاج، عن أنّ المساندة من الأهل والأزواج خاصة تساعد على المواجهة مع المرض. (زموري، 2012، ص: 59)

نستخلص مما سبق الدور الفعال للدعم الأسري في تقبّل المرض، وهذا كان باتفاق مجموعة من الباحثين حسب ما توصلوا إليه في دراساتهم، ولعل العامل المشترك في ذلك هو أنّ هناك من الأمراض الجلدية أمراض سرطانية باعتبار أنّ الدراسات المذكورة تكلمت عن مرضى السرطان فقط، ولكن هذا لا يمنع أن تشترك جميع الأمراض فيما يتسبّب للمريض من انعكاسات نفسية وصعوبة في تقبّل المرض مهما كان نوعه.

2. 3. 2. الدعم الأسري للتكيّف مع المجتمع:

يرى كوهين ووزيلز (Cohen & Wills 1985) وكل من ويستجتون وكيسلر (Westhington & Kessler 1986) أنّ المساندة الاجتماعية بما فيها الدعم الأسري تلعب دوراً هاماً في حياة الفرد، حيث تؤكد كيان الفرد من خلال إحساسه بالمساندة والدعم من المحيطين به، وبالتقدير والاحترام من الجماعة التي ينتمي إليها، وبالانتماء والتوافق مع المعايير الاجتماعية داخل مجتمعه، وهي التي تساعد على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة (كالمرض) ومواجهتها بأساليب إيجابية فعالة، وتدعم احتفاظ الفرد بالصحة النفسية والعقلية. (زموري، 2012، ص: 62)

ويظهر جلياً من خلال ما جاء به الباحثون الدور الهام للدعم الأسري في التوافق الاجتماعي للمريض، فما نلاحظه عند المصاب بمرض جلدي هو تأثر نفسيته بسبب المرض وتبعاته المؤلمة مما يجعله غير قادر على القيام بأدواره في المجتمع على أكمل وجه، إضافة إلى نظرة الآخرين له على أنه إنسان عاجز، وهذا ما ينتج لديه حالة من عدم التوافق النفسي والاجتماعي، والتي بدورها تنعكس عليه بنتائج سلبية في

سلوكاته وتفاعلاته مع الآخرين، فيصعب عليه التكيف، وهنا تكون ردود أفعال الأسرة بالدعم والمساندة التي تخفف هذه المظاهر السلبية حتى قبل وقوعها وتساعد على التكيف مع الآخرين.

2. 3. 3. الدعم الأسري لتقبل العلاج:

هناك دراسات عديدة أثبتت أن المساندة التي يتلقاها الفرد من أسرته خاصة وكذلك أصدقائه ومحيطه تساعده على تقبل العلاج.

فدراسة DeBlic 2007 حول "تقبل العلاج عند الطفل المصاب بالربو" جاء فيها أن وجود الأولياء وتكفلهم بطفلم المصاب بالربو، ونصائح الطبيب وإرشاداته ونوعية فحوصاته وعلاقته الجيدة بالطفل المصاب بالربو، كلها عوامل تعزز تقبل العلاج لدى الطفل المصاب.

وفي دراسة لـ Oumar et all (2005-2006) وفريقه في مشفى باماكو حول "العوامل المساعدة على تقبل العلاج عند المريض المصاب بالسيدا"، وجد أن أهم عوامل تقبل العلاج لدى المرضى المصابين بالسيدا هي مساندة أهلهم لهم لأجل تناول الدواء، ومساعدتهم على التنقل للمستشفى لإجراء الفحوصات الدورية والمعالجة. (قارة، 2009، ص: 36)

ونستخلص مما جاء به الباحثون أن الدعم الأسري للمريض يعدّ من أهم العوامل المساعدة على تقبل العلاج، وهذا يظهر جليا عند المرضى المصابين بالأمراض الجلدية، حيث أن البرنامج العلاجي المفروض عليهم يتقل كاهلهم خاصة لدى المرضى المستعصية حالاتهم، مما يتطلب الاهتمام والاعتناء من طرف الأسرة للقيام بهذه الخطوة التي تكون من الدعائم الرئيسية لمؤازرة المريض ومد يد العون له، فتجعله يتأكد من أنه ليس وحيدا بل لديه عائلة تحبه وتهتم لأمره، وأنه يجب عليه أن يحارب المرض من أجلهم لكي يتعافى ويدخل السعادة إلى قلوبهم من جديد.

خلاصة:

تبين من خلال هذا الفصل أن الدعم الأسري يلعب دورا مهما في تحسن صحة المريض، فالمحيط الأسري لا يقتصر على اعتبار المريض فردا في الأسرة فقط، بل يوفر له كذلك منابع مختلفة مادية ومعنوية لتحسين صحته النفسية والجسدية. ويظهر الدعم الأسري كمتغير حقيقي لتلك الروابط الأسرية التي توفر للمريض مجموعة من العوامل التي لها علاقة بالصحة النفسية لهذا المريض.

الفصل الرابع: تقدير الذات

تمهيد

1. تعريف مفهوم الذات
 2. تعريف تقدير الذات
 3. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات
 4. بعض المفاهيم المتعلقة بتقدير الذات
 5. العوامل المؤثرة في تقدير الذات
 6. مستويات تقدير الذات
 7. النظريات المفسرة لتقدير الذات
- خلاصة

تمهيد:

نظرا لخصوبة مفهوم تقدير الذات وتعدد جوانبه فقد تعددت الدراسات التي دارت حوله، وشاع استخدامه في كتب علم النفس والاجتماع، ومازال حتى الآن يمثل محورا لعدد كبير من الدراسات النفسية. ويحتل مفهوم تقدير الذات مركزا هاما في نظريات الشخصية، كما أنه يعدّ من العوامل الهامة التي تؤثر تأثيرا كبيرا في السلوك، فلا يمكن أن نحقق فهما واضحا للشخصية أو السلوك الإنساني بوجه عام دون أن نشمل مفهوم تقدير الذات ضمن متغيراتها. وسوف أتطرق خلال هذا الفصل إلى التعريف بمفهوم الذات وتقدير الذات، ثم الفرق بين المفهومين، ثم عرض بعض المفاهيم المتعلقة بتقدير الذات، كما سأحاول التعمق في تقدير الذات وذلك من خلال التطرق للعوامل المؤثرة فيه ومستوياته والنظريات المفسرة له.

1. تعريف مفهوم الذات:

إنّ كثرة استعمال مفهوم الذات تجعله غامضا في بعض الأحيان، لكن في علم النفس مفهوم الذات Soi يوازي معنى وعي Conscience وشخص Personne (حيمود، 2011، ص: 100). وتبعاً لذلك فإنّ "ميد" (Mead Margaret) ترى أنّ الذات تتكوّن تدريجيا إذا لم تكن عند الولادة، لكنها تظهر في التجربة والنشاط الاجتماعي، فهي تتطوّر عند الفرد نتيجة لعلاقاته المدعمة بالسياقات المعرفية العامة. (عزوني، 2011، ص: 26) في حين نجد كلا من "ليندزي" (Lindzey) و"هول" (Hall) يعطيان للذات معنيين، المعنى الأول ينظر إلى الذات على أنها عملية (Process)، والمعنى الثاني ينظر للذات على أنها موضوع (Objet). وتعني النظرة الأولى للذات أنّها مجموعة من العمليات النفسية التي تحكم السلوك والتوافق، أمّا النظرة الثانية فهي تعني اتجاه الشخص ومدركاته وتقييمه لنفسه كموضوع. وكل منهما يأخذ مفهومه في علاقته بالبيئة الخارجية المحيطة بالفرد. (فؤاد، 1998، ص: 16) وبالنسبة لـ "ريني" (Reuiny) فهو يرى الذات على أنها نظام إدراكي متعلّم يؤدي وظيفته على أساس إدراك الفرد لذاته كموضوع، ويوضح ذلك كل من المدرك Percept والمفهوم Concept اللذين يعدّان وجهين لعملة واحدة، وهي إدراك الذات. (المنسي، 1986، ص: 78) ويرى "روجرز" مفهوم الذات على أنّه عبارة عن هيئة منظمة من الإدراكات المقبولة من طرف الوعي، وهي مكونة عناصر أهمّها إدراكات الفرد الذاتية لخصائصه وقدراته، والمفاهيم المرتبطة بالذات مع

علاقتها بالآخرين والمحيط الخارجي، والمزايا المدركة بالتجارب، والمثل المدركة سواء كان لها مكافئ سلبي أو إيجابي. (حيمود، 2010، ص: 94)

وهي أيضا حسب "روجرز" الجزء من المجال الظاهري الذي يتكوّن من تشكيلة الإدراكات والقيم المتعلقة بالذات أو الأنا. (دسوقي، 1979، ص: 279)

ويعرّفه عادل عز الدين الأشول (1984) بأنه تكوين معرفي منظم وموجّه ومتعلّم للمدركات الشعورية، التصورات والتعليمات الخاصة بالذات يبلوره الفرد. (فؤاد، 1998، ص: 10)

ويوضّح مصطفى فهمي أنّ فكرة الشخص عن نفسه هي النواة الرئيسية التي تقوم عليها شخصيته، كما أنّها تعدّ عاملا أساسيا في تفكيره الشخصي والاجتماعي، فالذات تتكوّن من مجموعة إدراكات الفرد وتعميمه الشخصي لها، فهي تتكوّن إذن من خبرات إدراكية وانفعالية. (فهمي، 1977، ص: 100)

ومنه نستطيع القول إنّ الذات هي جوهر الشخصية ونواتها التي توفّر معنى لإدراك الفرد لنفسه من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية، وهي الطريقة التي ينظر بها الفرد إلى نفسه وإلى الأشياء التي يعتبرها ملكا له، والتي يمكن أن يعبر عنها. وتتمثّل عناصرها في الكفاءة العقلية، الاعتماد، الثقة بالنفس، الكفاءة الجسمية.

2. تعريف تقدير الذات:

2. 1. التعريف اللغوي:

قدّر بمعنى اعتبر، ثمّن، أعطى القيمة (المتقن، 2004)

2. 2. التعريف العلمي:

تقدير الذات مفهوم حديث نسبيا، وهو أحد جوانب مفهوم الذات، وقد أصبح مصطلح تقدير الذات أكثر جوانب مفهوم الذات انتشارا بين الكتاب والباحثين. والتقدير الذي يضعه الفرد لذاته يؤثّر بوضوح في تحديده لأهدافه واتجاهاته واستجابته نحو الآخرين ونحو نفسه. وقد دفع ذلك العديد من المنظرين في مجال علم النفس إلى تأكيد أهمية تقدير الذات في حياة الأفراد. (النيال، 1995، ص: 47)

وتعدّدت وتنوّعت تعاريف تقدير الذات من جانب الباحثين، وفيما يلي عرض لبعض هذه التعاريف:

يعرّف "كاتل" (Cattle) تقدير الذات بأنه حكم شخصي لقيمة الذات، حيث يقع بين نهايتين إحداهما موجبة والأخرى سالبة. (صالح، 1995، ص: 215)

وعرّفه "روزنبرغ" (Rosenberg) (1978) بأنه "اتجاهات الفرد الشاملة سالبة أو موجبة نحو نفسه، وهذا يعني أنّ تقدير الذات المرتفع يتمثل في أنّ الفرد يعتبر نفسه ذا قيمة وأهمية، بينما يعني تقدير الذات المنخفض عدم رضا الفرد عن ذاته أو رفض الذات أو احتقارها، أي أنّ تقدير الفرد لذاته يعني الفكرة التي يدركها الفرد عن كيفية رؤية وتقييم الآخرين له. (سليمان، 1998، ص: 192)

ويشير "كوبر سميث" (Cooper Smith) إلى تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه وبنفسه ويعمل على المحافظة عليه، ويتضمّن تقدير الذات اتجاهات الفرد الإيجابية أو السلبية نحو ذاته، كما أنّه يوضّح مدى اعتقاد الفرد بأنّه قادر وهام وناجح وكفء، أي أنّ تقدير الذات هو حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية، كما يعبّر عن اتجاهات الفرد نحو نفسه ومعتقداته عنها. وهكذا يكون تقدير الذات عبارة عن خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باستخدام الأساليب التعبيرية المختلفة. (شعبان، 2019، ص: 36)

بينما يرى عبد الرحيم بخيت في تعريفه لتقدير الذات الذي لا يختلف كثيرا عن تعريف "سميث"، أنّه "مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، ومن ثم فإنّ تقدير الذات يعطي تجهيزا عقليا للفرد للاستجابة طبقا للتوقعات الناجحة والقبول والقوة الشخصية، أي أنّ تقدير الذات هو حكم الشخص تجاه نفسه، وقد يكون الحكم والتقدير بالموافقة والرفض".

(عبد العال، 2007، ص: 124)

كما يقدّم "روجرز" (Rogers) تعريفا لتقدير الذات بأنه اتجاهات الذات التي تنطوي على مكونات انفعالية وسلوكية. (سمارة، سمارة، سلامات، 2011، ص: 664)

وقد عرّف فتحي عبد الرحمن جروان تقدير الذات بأنه تقييم الفرد لذاته ودرجة ثقته بقدرته وتميّزه ونجاحه وقيّمته، ويعكس اتجاها نحو الذات إمّا أن يكون إيجابيا (تقبّل الذات) أو سلبيا (عدم تقبّل الذات).

(دودين، جروان، 2012، ص: 147)

ويذهب أشرف عبد القادر إلى أنّ مفهوم تقدير الذات يعبّر عن اعتزاز الأفراد بأنفسهم وثقتهم بها ويرتبط بقدراتهم واستعداداتهم وإنجازاتهم العملية. (عبد العال، 207، ص: 125)

وترى "ميلاني كلاين" (Melané Klein) أنّ تقدير الذات يركز على السياقات والتقسيمات الداخلية أكثر منه على الخارجية.

ويصف "بريجر" تقدير الذات بأنه "مجموعة مشاعر الفرد التي يكوّنها عن ذاته، بما في ذلك الشعور باحترام الذات وجدارتها، وهو ما يعني الاقتناع بأنّ الذات جديرة بالأهمية، أي أن تكون لدى الأفراد كفاية لتدبير أنفسهم وبيئتهم وأنّ لديهم شيئا يقدّمونه للآخرين". (العتيبي، 2010، ص: 13)

أما في الموسوعة النفسية فإنّ تقدير الذات هو: سمة شخصية تتعلّق بالقيمة التي يعطيها الفرد لشخصيته، فهو يتحدّد كوظيفة للعلاقة بين الحاجات المشبعة ومجمل الحاجات التي نشعر بها.

(دورون فرونسواز، 1997، ص: 431)

ومما سبق يمكن القول إنّ تقدير الذات هو عبارة عن تقييم يضعه الفرد لذاته، محدّداً من خلاله الجوانب الحسنة والسيئة في الذات. وهذا التقييم يكون تقييماً وجدانياً يساعد الفرد على تكوين مفهوم إيجابي أو سلبي اتجاه هذه الذات، والتقدير يعكس شعوره بالجدارة والثقة والكفاءة والاستقلال.

إنّ تقدير الذات يعدّ فكرة الفرد عن نفسه وتقييمه لها أو هو الدرجة التي يضع الفرد نفسه فيها.

وكل التعريفات تؤكد الدور الاجتماعي، أي دور الآخرين والتفاعل معهم في تقدير الفرد لذاته.

3. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

هناك ارتباط وثيق بين مفهوم الذات ومفهوم تقدير الذات، إذ أنّ أبحاثاً ودراسات كثيرة اعتبرت هذين المفهومين كلّاً متكاملًا، لذلك فإنّه قبل الخوض أكثر في مفهوم الذات يجب تفسير مفهوم تقدير الذات. وقد أوضح "كوبر سميث" أنّ مفهوم الذات يشمل مفهوم الشخص وآرائه عن نفسه، بينما يتضمّن تقدير الذات التقييم الذي يضعه وما يتمسّك به من عادات مألوفة لديه، مع اعتباره لذاته، أي أنه يعبر عن اتجاه القبول أو الرفض ويشير إلى معتقدات الفرد اتجاه ذاته. (بلقوميدي، 2012، ص: 220)

ويميّز "هاماشيك" (Hamacheck) بين ثلاثة مصطلحات في هذا المجال:

أولاً: الذات، وتمثّل الجزء الواعي من النفس على المستوى الشعوري.

ثانياً: مفهوم الذات، ويشير إلى تلك المجموعة الخاصة من الأفكار والاتجاهات التي تكون لديه في أية لحظة من الزمن، أي أنّها ذلك البناء المعرفي المنظم الذي ينشأ من خبراتنا بأنفسنا والوعي بها.

ثالثاً: تقدير الذات، ويمثّل الجزء الانفعالي منها. (الضيدان، 2003، ص: 21)

إنّ فإنّ مفهوم الذات يعدّ عبارة عن معلومات عن صفات الذات، بينما تقدير الذات يمثّل تقييماً لهذه الصفات، فمفهوم الذات يتضمّن فهماً موضوعياً أو معرفياً للذات، بينما يكون تقدير الذات فهماً انفعالياً للذات. (عبد الحافظ، 1982، ص: 6)

وقد ميّز "فوكس" (Fox) (1990) في أبحاثه بين الاصطلاح الوصفي "مفهوم الذات"، والاصطلاح الوجداني العاطفي "تقدير الذات"، فيقول: "إنّ مفهوم الذات يشير إلى وصف الذات من خلال استخدام سلسلة من الجمل الإخبارية مثل أنا طالب، أنا إنسان، أنا رجل، وذلك لتكوين وصياغة صورة شخصية متعددة الجوانب، أمّا تقدير الذات فيهتم بالعنصر التقييمي لمفهوم الذات، حيث أنّ الأفراد يقومون بصياغة وإصدار الأحكام الخاصة بقيمتهم الشخصية كما يرونها". (الدوسري، 2000، ص: 87)

وتكمن أهمية مفهوم الذات في أنه عامل فعّال في نمو الفرد وتطويره، باعتبار أنّ مفهوم الذات هو النواة التي تقوم عليها الشخصية والتي توفّر معنى لإدراك الفرد لنفسه من النواحي الجسمية والعقلية والاجتماعية. (طرح، 2013، ص: 15)

أمّا مفهوم تقدير الذات فهو مدى ثقة الفرد في نفسه واحترام الذات والاعتماد عليها، وهذه الثقة هي إيمان الفرد بأهدافه وقدراته وإمكاناته بحجمها الحقيقي، فتقدير الذات هو عبارة عن مجموعة من القيم والأفكار والمشاعر التي يملكها حول نفسه. (قطناني، 2011، ص: 207)

ويتّضح أنّ مفهوم الذات هو عبارة عن معلومات عن صفات الذات، ويتضمّن فهما موضوعيا أو معرفيا للذات، بينما تقدير الذات هو تقييم لهذه الصفات ويتضمّن فهما انفعاليا للذات.

4. بعض المفاهيم المتعلقة بتقدير الذات:

عند الحديث عن تقدير الذات تعترضنا مجموعة من المصطلحات المتعلقة بالذات، من أبرزها:

4. 1. **تأكيد الذات:** هو حافز للسيطرة أو التفوق أو للبروز، وهو ذلك الدافع الذي يجعل الإنسان في حاجة إلى التقدير، الاعتراف، الاستقلال والاعتماد على النفس. وهو كذلك تلك الرغبة في السيطرة على الأشياء والرغبة في التزعم والسعي الدائم لإيجاد المكانة والقيمة الاجتماعية. ويعمل حافز تأكيد الذات على إشباع تلك الرغبة. (أمزيان، 2007، ص: 25)

4. 2. **الثقة بالذات:** وتدلّ على الشعور الذاتي بإمكاناته وقدرته على مواجهة الأمور المختلفة في الحياة. وتتمو هذه الثقة من خلال تحقيق الأهداف الشخصية التي تبدأ كأفكار في ذهن الفرد، وتجد طريقها إلى أرض الواقع بالتخطيط والاستفادة من مخزون الخبرات. (عسكر، 2005، ص: 197)

4. 3. **تقبّل الذات:** هو رضا المرء عن نفسه وعن صفاته وقدراته وإدراكه لحدوده وخواصه الشخصية. وهو اتجاه يكونه المرء الراضي عن نفسه وعن استعداداته، والمدرّك لحدوده ومعارفه، وهو أيضا اتجاه الفرد نحو نفسه ونحو خصائصه الشخصية. (حنفي، 1976، ص: 774)

4. 4. **الوعي والشعور بالذات:** إنّ الوعي بالذات حسب "سبيتز" (Spitz) هو الابتسامة التي تظهر حوالي الشهر الثالث كردّ للقبول، وهو قلق الشهر الثامن الذي يدلّ على التعرّف على الموضوع، واستعمال عبارة "لا" أي الرفض في حوالي الشهر الخامس عشر الذي يترجم الإقامة الحقيقية للذات. (أمزيان، 2007، ص: 24)

ويتضمّن الشعور بالذات نوعين من المشاعر:

- الشعور الإيجابي نحو الذات: ويتكوّن في النفس نتيجة للتقدير والمدح والتفوق الاجتماعي والنجاح.

- الشعور السلبي نحو الذات: ويتكوّن داخل النفس نتيجة للشعور بالرفض الاجتماعي ونقص الكفاءة الاجتماعية. (لعويذة، 2002، ص: 49)

4. 5. فعالية الذات: هي قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقّق النتائج المرغوبة في موقف ما، والقدرة على التحكّم في الأحداث التي تؤثر على حياته وإصدار التوقّعات الذاتية نحو كيفية أدائه للمهام والأنشطة التي يقوم بها، والتنبؤ بمدى الجهد والكفاح والمثابرة لتحقيق ذلك النشاط.

(عبد الله، العقاد، 2009، ص: 7)

وهو تكوين نظري اقترحه "باندورا" كميكانيزم معرفي يشكّل أساسا لتغيير السلوك.

(عبد الرحمن، 1998، ص: 273)

ويرى "باندورا" أنّ فعالية الذات تتأثّر بنمطين من التوقّعات هما:

1- توقّعات الفعالية: وتعني معتقدات الفرد الذاتية عن قدرته على إنجاز المهام بكفاءة أو عمّا يستطيع إنجازه.

2- توقّعات النتائج: وهي عبارة عن تقييمات خاصة يعطيها الفرد لنفسه عن النتائج التي يحقّقها أو يسعى إليها. (قارة، 2015، ص: 40)

4. 6. تحقيق الذات: يشير "ماسلو" (Maslow) إلى أنّ تحقيق الذات هو أن يكون الفرد اتجاها واقعيا، وأن يتقبّل نفسه والآخرين والعالم الخارجي كما هو، وأن يتمركز حول المشاكل بدل التمرکز حول نفسه، وأن يتّسم بالاستقلال الذاتي عن الآخرين. (إبراهيم، 1987، ص: 84)

4. 7. صورة الذات: هي الذات كما يتصوّرها أو يتخيّلها صاحبها، وقد تختلف صورة الذات كثيرا عن الذات الحقيقية. (حنفي، 1976، ص: 778)

ولصورة الذات أهمية كبيرة في تكوين شخصية الفرد، إذ على أساسها يشكّل كل واحد منا فكرته عن نفسه ويبدى سلوكا متميّزا يتماشى مع تلك الصورة. غير أنّ هذه الصورة المأخوذة ليست ثابتة، بل تكون متجدّدة ودائمة التغيير أو بالأحرى ديناميكية. (حنفي، 1976، ص: 39)

وقد قسّم "طومى" (Tomi) صورة الذات إلى:

1- صورة خاصة: وتتضمّن الشعور بالذات وإدراكها عن طريق التعبير عن الميول والتقدير الذاتي.

2- صورة اجتماعية: ويقصد بها ما يمثّله دور الآخرين في تحديد إدراك الفرد لذاته.

(دسوقي، 173، ص: 286)

4. 8. تحقير الذات: يُقصد بتحقير الذات إذلالها وما يصاحبه من شعور بالنقص وإحساس بالدونية أي حط المرء من شأن نفسه وإحساسه السلبي نحو ذاته، فعدم إشباع الحاجات وخاصة الحاجة إلى التقدير، من شأنه أن ينمي الشعور بالنقص والدونية، كما يساهم أفراد المجتمع في تشكيل هذا الشعور وتدعيمه. (الحجري، 2012، ص: 15)

5. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

هناك مجموعة من العوامل التي تحدّد موقف الفرد من نفسه وتقييمه لذاته، وأي تأثير بالعوامل الجسمية والنفسية والاجتماعية يؤدّي بالفرد إلى حالة عدم التوافق. وهناك نوعان من العوامل المؤدّية إلى تكوين تقدير ذات مرتفع أو منخفض:

5. 1. عوامل تتعلق بالفرد نفسه (ذاتية): فقد ثبت أنّ درجة تقدير الذات لدى الفرد تتحدّد بقدر خلوه من القلق أو عدم الاستقرار النفسي، بمعنى أنّه إذا كان الفرد متمتّعاً بصحة نفسية جيدة يكون تقديره لذاته مرتفعاً، أمّا إذا كان الفرد من النوع القلق غير المستقر فإنّ فكرته عن ذاته تكون منخفضة، وبالتالي ينخفض تقديره لذاته. ويرتبط ذلك ببعض العوامل المتعلّقة بالفرد، نذكر منها:

صورة الجسم: تتمثل في التطوّر الفيزيولوجي مثل الحجم، سرعة الحركة، حركة التنافس العضلي. ويختلف هذا حسب نوع الجنس والصورة المرغوب فيها. (دويدار، 1992، ص: 256)

وتعدّ الناحية الجسمية من المصادر الحيوية في تشكيل مفهوم الذات، فطول الجسم وتناسقه ومظهره وملامحه الجميلة لها تأثير إيجابي في رؤية الفرد لنفسه، لأنّ ذلك يدعو غالباً إلى استجابات القبول والرضا والتقدير والحب والاستحسان. كذلك يعدّ النضج الجسمي للذات الجسمية عنصراً مهماً في مفهوم الذات، لذلك فإنّ البلوغ المبكر للبنات له تأثير إيجابي في مفهوم الذات بدرجة أكبر من البلوغ المتأخّر.

(الظاهر، 2004، ص: 79)

التحصيل الأكاديمي: إنّ العلاقة بين مفهوم الذات والتحصيل قوية ووثيقة، إذ يمكن القول إنّ كلما زاد أحدهما أثر في الثاني بشكل إيجابي، حيث أنّ الأفراد ذوي التحصيل المنخفض غالباً ما يميلون إلى أن يكونوا مشاعر سلبية اتجاه أنفسهم، في حين يميل الأفراد ذوي التحصيل العالي إلى تكوين مفاهيم ومشاعر إيجابية. (الظاهر، 2004، ص: 77)

القدرة العقلية: ينمو موقف الفرد من نفسه وتقييمه لذاته إذا كانت قدراته العقلية تمكّنه من أن يقيّم خبراته، فإنّ الإنسان السوي ينمو لديه بصورة أفضل، أمّا الإنسان غير السوي فلا يستطيع أن يقيّم خبراته.

مستوى الذكاء: الشخص الذكي تكون له درجة كبيرة من الوعي والبداهة وفهم الأمور، لذلك فهو ينظر لنفسه بشكل أفضل من الشخص قليل الذكاء. بالإضافة إلى الأحداث العائلية، حيث يعمل الذكاء على إعطاء نظرة خاصة للفرد حول ذاته، وهذه النظرة التي يساهم فيها المجتمع بصفة إيجابية أو سلبية حسب معاملة المحيطين به. (زهران، 2003، ص: 293)

الجنس: إن متغير الجنس يعدّ من المتغيرات المهمة التي تؤثر في تقدير الذات، فهو يحدّد إلى حدّ ما أساليب المعاملة الوالدية، حيث قد نرى الفرق واضحا في تعامل الوالدين مع أبنائهما، من خلال إعطاء الرعاية والعناية والاهتمام للولد أكثر من البنت في المجتمعات العربية خاصة، وقد يكون العكس لدى مجتمعات أخرى. (زهران، 1971، ص: 401)

السن: إن مفهوم الذات يتطوّر مع التقدّم في السن، لكنه يتطوّر بدرجات متفاوتة تبعا لعوامل متعدّدة مثل الجنس والحالة الاجتماعية والتعلّم والقدرات العقلية وغيرها. فعملية التقدّم في السن مسألة حتمية ومفهوم الذات يتبع ذلك مادامت هناك زيادة في المعارف والخبرات التي يمرّ بها الفرد أثناء محاولته للتكيّف مع البيئة التي يعيش فيها، حيث أنّ تقييم الذات يزداد تمايزا مع تقدّم النمو، وتكون هناك تقييمات مختلفة باختلاف مجالات التفاعل، ويتطوّر ذلك التقييم وفقا لملاحظات المرء عن ذاته وإدراكه لكيفية رؤية الآخرين له. (ممدوحة، 1991، ص: 680)

السلوك الإنساني: إنّ السلوك الإنساني هو نتاج لعوامل داخلية وخارجية تتعلّق بالجانبين البيولوجي والاجتماعي، حيث يقول السلوكيون إنّ السلوك متعلّم سواء كان سويا أو غير سوي، وأنّ البيئة الأولى التي يعيش فيها الفرد تشكّل سلوكه بشكل أساسي وفق متغيّراتها الكثيرة، وهناك ارتباط وثيق بين السلوك ومفهوم الذات، فالذين يتّسمون بسلوك مقبول لديهم مفهوم ذات إيجابي، في حين أنّ الذين يتّسم سلوكهم بالسلبية لديهم مفهوم ذات سلبي. (الظاهر، 2004، ص: 168)

البراعة في المهام والإنجازات: يتأثّر تقدير الذات ببراعة المرء في أداء المهام والإنجازات السابقة، وكما يقول "ليون تيك": "من دون الشعور بالإنجاز، ومن دون الشعور بأنّه بمقدورنا أن نكون فعّالين في سلوكياتنا، تصبح الثقة الحقيقية بالنفس وتقدير الذات من الأمور المستحيلة". والبراعة في أداء المهام تعزّز شعور المرء بقيمة ذاته، فهي تجعل المرء يشعر بأنّه مهمّ وهذا يقوّي تقديره ذاته.

(مالبي، دلبليو، 2005، ص: 20)

5.2. عوامل تتعلّق بالبيئة الخارجية (العوامل الاجتماعية): العوامل الخارجية تلعب دورا حاسما في تشكيل تقدير الذات لدى المرء أثناء الطفولة، خصوصا أثناء السنوات الثلاث أو الأربع الأولى.

أما بالنسبة للبالغين فالعوامل الذاتية (الداخلية) هي الحاسمة، إذ يمكننا أن نعيد تربية أنفسنا ونتحرر من العقبات الداخلية والأفكار السلبية التي تحول بيننا وبين تقوية تقديرنا لذاتنا.

(مالبي، دابليو، 2005، ص: 15)

وتعدّ العوامل الاجتماعية تلك العوامل المتصلة بظروف التنشئة الاجتماعية والظروف التي تربي ونشأ فيها الفرد، وكذا نوع التربية وآراء الآخرين، ونذكر منها:

أ. **المعايير الاجتماعية:** لها تأثير واضح في تقدير الفرد لذاته وفي صورة الجسم والقدرات العقلية، فنمو التقدير للذات والرضا عنها يختلف عند الجنسين.

ومع التقدّم في السن وبمرور العمر ينتقل التركيز من القدرة العقلية إلى القدرة الطائفية مثل القدرة اللغوية الميكانيكية أو الفنية ... إلخ.

إنّ الرضا عن الذات في هذه الحالة يعتمد على كيفية قياسه للمظاهر التي يكشفها والتوافق مع هذه المظاهر. (الزغدي، 2014، ص: 37)

ب. **الدور الاجتماعي:** يساهم الدور الذي يؤديه الفرد داخل مجتمعه وما يقوم به في إطار البناء الاجتماعي، في قدرته على قياس العالم الخارجي الذي يحيط به وإدراكه إدراكا ماديا، باعتبار أنّه تمكّن من التكيف الذي يضمن له التوازن بين شخصيته وشخصية أي دور كان. (زهران، 2003، ص: 293)

ج. **عوامل ناشئة عن المواقف الجارية والمجتمع:** ويتمثل ذلك في المكانة الاجتماعية وحالة النجاح والفشل والشعور بالاختلاف عن الغير، والترفع أو الرفض من قبل الآخرين، وصرامة المثل والشعور بالذنب. (عبد العزيز، 2012، ص: 42)

إنّ تقدير الذات يتأثر بالظروف المحيطة بالفرد، فإذا كانت مثيرات البيئة إيجابية تحترم الذات الإنسانية وتكشف عن قدرتها وطاقاتها، يصبح تقدير الذات إيجابيا، أمّا إذا كانت البيئة محبطة فإنّ الفرد يشعر بالدونية. (مدوحة، 1991، ص: 679)

د. **التفاعل الاجتماعي:** إنّ التفاعل الاجتماعي السليم والعلاقات الاجتماعية الناجحة تدعم الفكرة السليمة الجيدة عن الذات، ويظهر من خلال النتائج التي توصل إليها "كومبس"، حيث أنّ الفكرة الموجبة عن الذات تعزّز نجاح التفاعل الاجتماعي وتزيد العلاقات الاجتماعية نجاحا. (زهران، 2003، ص: 293)

و. **الرعاية الأسرية:** تعدّ الأسرة البيئة الأساسية لنشأة ونمو تقدير الذات لدى الفرد، فالدعم الوالدي ومنح الاستقلال والحرية للأبناء مرتبط بطريقة إيجابية بالتقدير المرتفع للذات لدى الأبناء، فعندما يثق الأب والأم بالابن ويعتبرانه شخصا مسؤولا، فإنّ هذا يزيد تقديره لذاته. (فراحي، 2011، ص: 63)

ويعتقد "جون سوليفان" أنّ البيئة التي تُشعر الفرد بفقدان السند والحرمان والإحباط تولّد القلق وتؤدّي بشكل خطير إلى تهديد مفهومه لذاته وثقته بها واحترامه لها. (هول، 1978، ص: 79)

ويقول "جين إيلسلي كلارك": "تقدير الذات هو شأن أسري ذلك لأنّ الأسرة هي المكان الأول الذي نقرّر فيه ذاته ونلاحظ ونتدرّب على الكيفية التي يمكن بها أن نكون على النحو الذي قرّرناه لأنفسنا، ويقدر ما نقرّر مدى أهليتنا لأن نحظى بحب الآخرين ويقدر ما نقرّر مدى اقتدارنا بنبي تقديرا إيجابيا للذات".

(مالبي، دابليو، 2005، ص: 16)

6. مستويات تقدير الذات:

يسلم عدد كبير من الباحثين بأنّ تقدير الشخص الجيد لنفسه يسمح له بأن يكون أحسن تكيّفا، إذ يرى (Braden) أنّ تقدير الذات العالي للفرد يعطيه شعورا بالأمن ويجعله أكثر قدرة على معرفة الأحداث وحلّ المشكلات. (السايج، 2008، ص: 64)

لذلك فإنّ تقدير الذات يخضع إلى عدة مستويات ولكل مستوى خصائص ومميّزات حسب شخصية كل فرد وهي:

6. 1. المستوى العالي لتقدير الذات:

يمكن تعريفه بأنّه: قدرة الشخص على وضع فكرة عن قدراته وإمكاناته بأنّه إنسان كفؤ للنجاح ومرغوب فيه" (فهمي، 1977، ص: 111)

وحسب السيد خير الله فإنّ التقدير المرتفع للذات هو تلك الصورة الإيجابية التي يكوّنها الفرد عن نفسه، فيشعر بأنّه إنسان ناجح وجدير بالتقدير، إذ تنمو لديه الثقة بقدرته وإيجاد الحلول لمشكلته ولا يخاف من المواقف التي يجدها حوله، بل يواجهها بكل إرادة وبافتراض أنه سينجح فيها.

(خير الله، 1981، ص: 180)

ويرى "كوبر سميث" أنّ الأشخاص ذوي التقدير العالي يعتبرون أنفسهم أشخاصا مهمّين ولديهم فكرة محدّدة وكافية لما يظنّونه صوابا، كما أنّهم يملكون فهما طيّبا لنوع شخصياتهم ويستمتعون بالتحدي ولا يضطربون عند الشدائد، وهم أكثر ميلا إلى الثقة بأحكامهم وأقلّ تعرّضا للقلق، ولديهم استعداد منخفض للاقتناع والتأثر بآراء الآخرين، وهم أكثر ميلا لتولّي الأدوار في المناقشات الجماعية وأقلّ حساسية للنقد.

(أمزيان، 2007، ص: 36)

كما أكد الدكتور محمد عماد الدين إسماعيل أنّ الشعور بالارتياح هو الجانب الانفعالي الغائب إذا كان مفهوم الذات مفهومًا إيجابيًا، إذ أنّه في هذه الحالة يكون المفهوم مشتقًا من خبرات مشبعة، ويمكن أن نتصوّر ذلك بعبارات أنا محبوب وأنا قادر. (عماد الدين، 1982، ص: 194)

وبهذا يعدّ تقدير الذات المرتفع أكثر الأدوات التي يمكن أن يستخدمها الفرد للحصول على حالة التوافق، فيستطيع أن يفتح المواقف الجديدة والصعبة دون أن يفقد شجاعته، كما يمكنه مواجهة الفشل في العمل أو في الحب دون أن يشعر بالحزن أو الانهيار لمدة طويلة. (السايج، 2008، ص: 65)

ومنه فإنّ تقدير الذات واحترامها يعتمدان جزئيًا على ما يعتبره ويقرّه الآخرون عن النجاح الذي أحرزه الفرد، وحتى يصير على درجة كافية من القوة بينه وبين نفسه. (فهيم، 1977، ص: 114)

6.2. المستوى المنخفض لتقدير الذات:

حسب ما جاء في ذخيرة علم النفس فإنّ الحط من قدر الذات Self-abaissement هو الدافع المندرج في شعور سلبي بالذات Negative Self Feeling، وهو الإنقاص من قدر ذات المرء والخضوع والاستسلام لشخص آخر. ويكون ذلك مصحوبًا بمشاعر قوية بالنقص والدونية.

(الدسوقي، 1990، ص: 133)

وللتوضيح أكثر فإنّ الشخص الذي لديه تقدير منخفض لذاته يتسلّط عليه الشعور باليأس وعدم الثقة في قدراته وفي إيجاد الحلول لمشاكله، ويتنبأ دائمًا بالفشل قبل القيام بالفعل، إذ يرى أنّ مستوى أدائه منخفض جدًا لأنّه يعتقد أنّه ليس باستطاعته أن يجيد إلا القليل من الأعمال، أضف إلى ذلك أنّه يشعر بالإذلال من خلال ما يُظهره سلوكه، ويتخوّف من المواقف المختلفة التي يجد نفسه فيها بافتراضه مسبقًا أنّه جدير بالاعتبار والتقدير. (خير الله، 1981، ص: 168)

ويرى "روزنبرغ" أنّ تقدير الذات المنخفض يعني اتجاهات الفرد الشاملة السالبة نحو نفسه، فهي الفكرة التي يدركها عن نفسه وتكون بعدم الرضا والتقبّل والاحتقار. (سليمان، 1998، ص: 6)

ومن الناحية الاجتماعية فإنّ الأفراد ذوي التقدير المنخفض للذات يمتازون بصفة التهرّب من النشاطات الجماعية والخضوع إلى الآخرين، كما يتّصفون أيضًا بالحساسية المفرطة والخجل وقلة الثقة بالنفس والميل إلى العزلة والوحدة، ويمتثلون لكل المثيرات الآتية من المجتمع والاستجابة الكاملة.

(السايج، 2008، ص: 66)

ويضيف "روزنبرغ" أنّ التقدير المنخفض للذات غالبًا ما يكون مرتبطًا بوضعية خاصة، مثل إحساس بالاكتئاب والإحباط مع وجود أعراض القلق، واعتبارًا لهذا فإنّه إذا كانت الخبرات السابقة للفرد مؤلمة في

أغلبها، كان مفهوم تقدير الذات في الغالب سلبيًا، ويمكن أن تُظهره عبارات أنا فاشل، أنا مكروه، وأنا ضعيف. ويعاني هذا الفرد باستمرار بالشعور بعدم الارتياح. (عماد الدين، 1982، ص: 148) يمكن القول إنّ الأشخاص ذوي التقدير المنخفض للذات يمتازون عامة بعدم الكفاءة وعدم الثقة بالنفس وعدم القدرة على تحقيق النجاح. (المغربي، 1982، ص: 158)

6. 3. المستوى المتوسط لتقدير الذات:

يقع هذا المستوى بين المستويين السابقين، حيث أنّ الأفراد في هذا المستوى يتّصفون بصفات بينية، أي تقع موقعا وسطا بين طرفين لتقدير الذات. وهكذا أوضح "سميث" أنّ إشباع الحاجة إلى تقدير الذات يؤدّي إلى ثقة الفرد بذاته، وشعوره بقيمة نفسه وتلازمه الشخصي، وعلى العكس من ذلك فإنّ عجزه عن إشباعها قد يؤدّي إلى الإحساس بالدونية والضعف، مما ينعكس بدوره في شعوره بالإحباط. (عبد العال، 2007، ص: 138)

7. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

من أهم النظريات المعروفة التي فسّرت تقدير الذات نجد:

7. 1. النظرية التحليلية:

لم تحض الذات في تيار التحليل النفسي باهتمام يُذكر، فقد عبّر "فرويد" (Freud) في نظريته للشخصية عن أهم القوى النفسية التي تسيّر الشخص وذاته النفسية، وأوضحها في الأنا والهو والأنا الأعلى، إذ أنّه لا يمكن لمنطقة العمل لوحدها دون وجود المناطق الأخرى. (عبد العال، 2007، ص: 130) وينشأ مفهوم الذات عن طريق التفاعل بين الدوافع البيولوجية والغريزية للهو والأنا، وللتصنيفات الوالدية والثقافية التي تشكّل الأنا الأعلى. كما أوضحها "فرويد" في قوله: "الذات هي تلك المنطقة اللاشعورية للأنا"، أو كما بيّنها "لكوييار" (L'Ecuyer) في كتبه: "بأنّ الأنا يحتوي بعدا إدراكيا باحتوائه للمعنى الإدراكي للذات". (السايح، 2008، ص: 52)

وهنا بمقدورنا أن نوضّح الأمور إذا عرّفنا النرجسية كتوظيف "ليبيدي" للذات وليس للأنا. وقد اعتبر تقدير الذات نتيجة لارتفاع درجة نرجسية الفرد. والنرجسية هي مؤشر مهمّ للثقة بالنفس والاعتداء بالذات، لكن بحدود معينة. وإذا زادت النرجسية عن حدّها عند الشخص فهو مؤشر لاضطرابات الشخصية.

ويرى "أتو فينخل" (1969) أن: "الطفل الصغير يفقد تقدير الذات حين يفقد الحب ويستعيده حين يستعيد الحب، فالوعد بالإمدادات النرجسية الضرورية من الحب تحت شرط الطاعة والتهديد بسحب هذه الإمدادات إذا لم تحقق هذه الطاعة، هما سلاح أي سلطة". (عبد العال، 2007، ص: 130)

كما اعتبر "أدلر" (Adler) الذات تنظيماً يحدّد للفرد شخصيته وفرديته التي تظهر معها طبيعة ومعنى خبراته التي تحدّد له أسلوبه المتميّز في الحياة. (هول، 1978، ص: 169)

ويرى "يونغ" (Young) أن الذات مرادفة للصحة النفسية والشخصية بوجه عام، معتبراً أنها مركز الشخصية الذي تتجمّع حوله باقي التنظيمات الفرعية الأخرى. كما يرى أن الذات لا تبرز قبل تحقيق كل مكونات الشخصية وقبل أن تنمو نموّاً كاملاً. (هول، 1978، ص: 345)

ويشير "إيبستان" (Epstin) إلى أن مفهوم الفرد عن نفسه يتكوّن عن غير قصد منه أثناء تفاعله مع البيئة.

إذن يعتبر التحليليون أن تقدير الذات مرتبط بالأنا الأعلى، فالأنا يمثّل ذلك القسم من العقل الذي يشمل الشعور والحركة الإدراكية، ويقوم بمهمة حفظ الذات، ويخضع لمبدأ الواقع، ويحقّق التوافق مع المحيط، ويحل الصراع بين الفرد ومحيطه. أمّا الأنا الأعلى فيقوم بوظيفة تقويم السلوك والتحكّم في طريقة إشباع حاجاته. ويتشكّل الأنا الأعلى من أساليب الكبت التي يمرّ بها الفرد أثناء تطويره في الطفولة الأولى.

(شريفى، 2002، ص: 92)

ويعمل الذات حسب هذا الاتجاه على أساس التفكير العقلاني، فإذا نشأ صراع بين الأنا والأنا الأعلى فإنّ ذلك سيؤدّي إلى اضطرابات نفسية وسلوكية عند الفرد، وهذا ما يكسبه نظرة سلبية عن ذاته، أمّا إذا اتّسمت العلاقة بينهما فإنّ الفرد سوف يتمتّع بالتوازن الذي سيظهر واضحاً في التقدير المرتفع للذات ومنه السلوكيات التكيفية.

2.7. النظرية السلوكية:

إنّ مشكل الذات دفع السلوكيين للبحث في هذا المجال نظراً للأهمية الكلينيكية التي يحظى بها، فمفهوم الذات لم يتدخّل بل اعتمد على عنصر مثير - استجابة، وهو ما جعل حيّز الذات ضيقاً. وترتكز في طريقة تأدية الأشخاص لوظائفهم، حيث أوضح "هوباكور" (Haupakwer) (1973) أنّ الغرض الأساسي للنشاط البشري هو تدعيم الذات أو تعزيزها أو تقديرها. كما ذكر "بيكر" (Bekier) (1981) أنّ الدافع السائد لدى الإنسان هو الحاجة إلى تقدير الذات. (الأشول، 1998، ص: 85)

ويشير إلى أنّ التوافق النفسي المطلوب لذات سليمة يعدّ عملية مكتسبة عن طريق التعلّم والخبرات التي يمرّ بها الفرد. والتعزيز والتدعيم لهما دور مهمّ في تنمية التقدير الإيجابي لذات الفرد، والتوافق النفسي الفعّال يعبر عن تقدير الذات المرتفع والعكس صحيح.

واعتبرت هذه النظرية مفهوم الذات معطى غير قابل للقياس والتجريب، وحسب (Higard) فإنّ وجود الذات لا يمكن التعرّف عليه من خلال المعاش التجريبي.

ويذهب السلوكيون إلى أنّ فكرة الذات هامة، وتتركّز في طريقة تأدية الأشخاص لوظائفهم، ويؤكّدون على السلوك باعتباره مجال اهتماماتهم الأصلية، وأنه طبقا لهذا الاتجاه فإنّ الناس يكونون مدفوعين للأداء عند مستويات معيّنة عندما تتحدّد المرامي والأهداف ومستويات الأداء المرغوب فيها، وبالتالي فإنّ إدراك سلوكنا على نحو مباشر والتفكير فيه والحكم عليه يزوّدنا ببواعث ذاتية عن المثابرة في تحقيق مستويات أعلى من هذا الأداء بهدف تحقيق الذات.

وقد اعتبر "سكينر" (Skinner) تحقيق الذات مفهوماً ميتافيزيقياً نظراً لعدم إمكانية خضوعه للاختبار التجريبي، وسلّم "سكينر" كغيره من السلوكيين بأنّ جميع الأنماط السلوكية محدّدة وحتمية، وأنّ قدراً كبيراً من سلوك الإنسان اليومي يتعدّى قدراته على التنبؤ. (عبد العال، 2007، ص: 132)

أمّا نظرية "باندورا" (Bandura) (1974) حول فعالية الذات فهي تمثّل واحدة من الاتجاهات الأكثر تقديراً في الاتجاه السلوكي. (عزوني، 2011، ص: 33)

ففعالية الذات تُعرف كإقتناع الشخص بالقيام بسلوك ما وفي وضعية ما، ويمكن تقدير الذات هذه بأن نطلب من الشخص توضيح درجة حظه من تحقيق ذلك العمل، فحسب "باندورا" فإنّ العلاج السلوكي يعمل على رفع فعالية الشخص، الأمر الذي يجعله يؤمن بمواجهة الوضعيات الصعبة التي كانت تهدّده من قبل والتحكّم فيها، وبالنسبة إليه فإنّ أحسن الطرق هي تلك التي تسمح للشخص بالقيام بتجربة مباشرة ومقنعة لمقدرته على المراقبة إلى غاية أن يصبح إيمانه الشخصي في التحكّم بالأحداث مدعماً.

(حيمود، 2009، ص: 105)

هكذا أصبح العديد من السلوكيين مهتمّين أكثر بمفهوم الذات نظراً لأهميته التي يحتويها ومنه التمكن أكثر من التحكم ومراقبة الأحداث.

7.3. النظرية المعرفية:

الباحثون في هذا التيار لا ينتمون إلى تيار فكري محدّد، لكن ما يشتركون فيه أنّهم يعتبرون الذات عاملاً ديناميكياً للسياقات المعرفية للشخص، وليست مقتصرة فقط على أنها متغيّر للشخصية يسمح بالضبط الداخلي لسلوكات الفرد.

ويقترح (Kelly 1955) أنّ الاحتياجات المركزية للفرد الإنساني تكمن في التنبؤ ومراقبة أحداث محيطة، إذ هو الذي طوّر نظرية بناء الشخصية. وأحد هذه البناءات التي يشترك فيها الأشخاص هي ذلك البعد ذات ولا ذات، والذي يعمل على تحقيق عاطفة المراقبة على الأفعال الذاتية. وحسب (Kelly) فإنّ هذا البناء الذاتي هو جزء من النظام المعرفي الذي يعود على مجموعة الأحداث من بين الأخرى.

(عزوني، 2011، ص: 33)

واهتم روزنبرغ بصفة خاصة بدراسة تقييم المراهق لذواتهم، واهتم بالدور الذي تقوم به الأسرة في تقدير الفرد لذاته، فاعتبر تقدير الذات مفهوماً يعكس اتجاه الفرد نحو نفسه، وطرح فكرة أنّ الفرد يكوّن اتجاهها نحو كل الموضوعات التي يتعامل معها، وما الذات إلا أحد هذه الموضوعات.

(طرح، 2013، ص: 30)

واهتم روزنبرغ بتطوير صورة الذات الإيجابية في مرحلة المراهقة، واهتم بشرح وتفسير الفروق التي توجد بين الجماعات في تقدير الذات، وكذا التغيّرات التي تحدث في تقدير الذات في مختلف مراحل العمر، والمنهج الذي استخدمه هو الاعتماد على مفهوم الاتجاه باعتباره أداة محورية تربط بين السابق واللاحق من الأحداث والسلوك. (ديب، 2010، ص: 81)

وإذا كان تقدير الذات عند روزنبرغ ظاهرة أحادية البعد بمعنى أنها اتجاه نحو موضوع نوعي، فإنّ "كوبر سميث" يرى أنّ تقدير الذات مفهوم متعدّد الجوانب، فهو ظاهرة أكثر تعقيداً لأنها تتضمن كلا من عمليات تقييم الذات وردود الفعل أو الاستجابة الدفاعية.

ويقسّم "سميث" تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى قسمين:

1- التعبير الذاتي: هو إدراك الفرد لذاته ووصفه لها.

2- التعبير السلوكي: الذي يمثّل الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته وهي قابلة للملاحظة. (طرح، 2013، ص: 20)

كما يميّز نوعين من تقدير الذات:

تقدير الذات الحقيقي: ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون بالفعل أنهم ذوي قيمة

تقدير الذات الدفاعي: الذي يعبر عنه الأفراد ذوي الشعور بالقيمة المنحطة

وقد افترض أربع مجموعات من المتغيّرات تعمل كمحددات لتقدير الذات وهي: النجاحات، القيم،

الطموحات، الدفاعات (ديب، 2010، ص: 82)

لقد ركّز أتباع التيار المعرفي على العمليات الفكرية (المعرفية) وركّزوا كذلك على الأبعاد المعرفية.

7.4. النظرية الإنسانية:

تؤكد وجهة النظر الإنسانية على الجوانب الموجبة في الطبيعة الإنسانية، الأمر الذي أدى بذوي التوجّه الإنساني إلى التركيز على حرية الاختيار والكفاح.

وقد قدّم "ماسلو" (Maslow) نظرية في الدافعية (هرمية الدوافع)، حيث اعتقد أنّ الإنسان يمتلك عددا من الحاجات الفطرية، وافترض أنّ هذه الحاجات مرتبطة ترتيبا هرميا على أساس قوتها، وهو نموذج لتنظيم الحاجات الإنسانية. وتناول "ماسلو" حاجات التقدير في كتابه "الدافعية الشخصية"، وأورد تقريرا عن الطرق التي تربط تقدير الذات بعملية صيرورة الشخص محققا لذاته. (عبد العال، 2007، ص: 134)

وحاجات التقدير وفقا لـ "ماسلو" تعكس أنّ جميع الناس لديهم شعور ثابت يقوم على أساس متين بالاهتمام بالمصلحة الشخصية أو احترام الذات. وقسم حاجات التقدير إلى مجموعتين:

المجموعة الأولى: تتضمن الرغبة في القوة والإنجاز وفي السيادة وفي الكفاءة والرغبة في الثقة بالنفس والحرية التي تنتج عنها حاجته إلى تقدير الذات.

المجموعة الثانية: تتضمن الرغبة في الهوية والمكانة والاهتمام والكرامة والاعتزاز، وهذا يؤكد أنّ تقدير الذات نابع من خلال عملية التفاعل بين الذات ونظرة الآخرين لهذه الذات باعتبارها تعيش في مجتمع تؤثر فيه وتتأثر به. (الحجري، 2011، ص: 12)

وحسب النموذج الهرمي يرى "ماسلو" أنّه بالقدر الذي ينجح فيه الأفراد في إشباع حاجات الانتماء والحب وتحقيقها، فإنّهم ينطلقون لتحقيق حاجات التقدير التي تتضمن من وجهة نظره مشاعر احترام الذات والثقة والكفاءة ومعرفة أنّ الآخرين يقدرّونهم بشكل كبير. (الأشول، 2015، ص: 84)

إنّ فإنّ تفسيره للسلوك الإنساني بالرجوع إلى الارتباط القائم بين تقدير الذات والإحساس والأمن، فالشخص الذي يميّز بتقدير عال لذاته وإحساس عال بالأمن يميّز سلوكه بالقدرة على عقد صلات اجتماعية وعلاقات ودية مع الآخرين.

كما أكد "روجرز" على الذات باعتبارها التنظيم الدينامي لقيم الفرد ومفاهيمه وأهدافه ومثالياته التي تحدّد الطرق التي يجب عليه أن يتصرّف بها. ومفهوم الذات لديه يعكس صورة الشخص عن ذاته والتقييم الذاتي لهذه الصورة، وكلّما كانت الصورة متسقة مع ذات الفرد كلّما مثّلت بشكل أفضل ما يطلق عليه الأنا.

ومفهوم الذات خاصة مكتسبة وهو مفهوم متدرج يبدأ من الميلاد إلى مرحلتي الطفولة والمراهقة.

(عبد العال، 2007، ص: 135)

وذهب "روجرز" إلى أنّ تقدير الذات تتحقّق أهميته في تحقيق الصحة النفسية للأفراد.

(الشريبي، 2012، ص: 70)

وحسبه فإنّ مفهوم الذات لدى الفرد يقوم بوظائف مختلفة:

وظيفة دفاعية: وهي التي تحفز الفرد على السلوك لتحقيق الأهداف.

وظيفة تكاملية: تؤدّي إلى تكامل السلوك الفردي بما يحقق صورة الفرد عن نفسه.

(الظاهر، 2004، ص: 206)

ومن خلال ما سبق نلاحظ اهتمام العلماء على اختلاف اتجاهاتهم، فالتحليليون اعتبروا تقدير الذات نتيجة لارتفاع درجة نرجسية الفرد، ويعتبر المحللون أمثال "فرويد"، "يونغ" و"أدلر" أنّ تقدير الذات مرتبط بالأنا الأعلى الذي يقوم بوظيفة تقويم السلوك والتحكّم في طريقة إشباع حاجاته، فهو يمثلّ العقل، فإذا نشب صراع بين الأنا والأنا الأعلى يؤدّي إلى اضطرابات نفسية وسلوكية، وهذا يُكسب الفرد نظرة سلبية عن ذاته.

أمّا النظرة السلوكية فقد أكدت بصفة عامة على أنّ الفرد متلقّي ومستجيب لمثيرات البيئة، فتقدير الذات لدى الفرد هو نتاج لتفاعل خبراته مع البيئة ومتطلباتها.

أمّا النظرية المعرفية فقد ركّزت على العمليات الفكرية والأبعاد المعرفية، فقد رأى "روزنبرغ" أنّ تقدير الذات أحادي البعد وهو اتجاه نحو موضوع معين، عكس "سميث" الذي يرى أنّه ظاهرة أكثر تعقيدا لأنها تتضمنّ كلّاً من عمليات تقييم الذات وردود الفعل التي تتمّ بقدر من العاطفة.

أمّا "روجرز" فيرى أنّ الذات هي جوهر الشخصية أي أنّها تمثّل جانبا أساسيا في نظرية الشخصية، وقد اعتبرها تنظيما عقليا معرفيا منظما ومرنا، لكنه متماسك من المدركات والمفاهيم التي تتعلّق بالسمات والعلاقة الخاصة بالفرد.

أمّا "ماسلو" فاعتبر تقدير الذات من أساسيات دافعية الفرد، وأنّه كلّما ارتقى في التنظيم الهرمي للحاجات وأشبع حاجاته الدنيا، كلّما استطاع الوصول إلى مستوى أعلى مرورا بتقدير الذات وصولا إلى تحقيق الذات.

من هنا نرى أنّ اهتمام العلماء كان على حسب اختلاف اتجاهاتهم لمفهوم الذات وتقديرها، لكنهم رغم ذلك اتفقوا على بعض العوامل التي لها دور في تطوير الذات مثل التغيّرات الجسدية، النفسية والاجتماعية.

خلاصة:

في ضوء ما تمّ عرضه يبدو أنّ تقدير الذات هو التقييم العام الذي يضعه الفرد عن نفسه، ويتضمّن خصائصه الجسدية والعقلية والانفعالية والأخلاقية والاجتماعية، إذن هو يعبر عن الحكم على صلاحية الفرد من خلال اتجاه تقويمي نحو الذات في المجالات الاجتماعية والشخصية والأكاديمية، وتؤثر فيه عدة عوامل منها ما هو مرتبط بالفرد نفسه، ومنها ما يعود للبيئة الخارجية. وعليه فكّما كان تقدير الذات في صورته الإيجابية فإنّ الفرد يكون لديه تقدير ذات مرتفع، والعكس كلّما كان تقدير الذات سلبيا يكون هناك نقص في الثقة بالنفس، ولتفسير هذا ظهرت عدة مدارس كل واحدة فسّرت تقدير الذات بطريقتها الخاصة.

الفصل الخامس: الدراسات السابقة

تمهيد

1. الدراسات التي تناولت تقدير الذات
2. الدراسات التي تناولت الدعم الأسري
3. الدراسات التي تناولت العلاقة بين الدعم الأسري وتقدير الذات
4. خلاصة الدراسات السابقة

تمهيد:

تعدّ الدراسات النفسية السابقة للأمراض الجلدية قليلة جدا مقارنة مع باقي الأمراض حسب اطلاعي، بالرغم من أنها لا تقل أهمية عن الأمراض الأخرى، بل وفي كثير من الأحيان نجد تأثيرها على الجانب النفسي يكون بشكل سلبي وأشبه بكثير من تأثير الأمراض الأخرى مثل السرطان وأمراض القلب. وفيما يلي سيتم التطرق إلى الدراسات السابقة التي تناولت الأمراض الجلدية، والدراسات المتعلقة بتقدير الذات، والدراسات المتعلقة بالمساندة الأسرية.

1. الدراسات التي تناولت تقدير الذات:

. دراسة هجيرة سبع (2010): بعنوان "إرشاد مرضى الصدفية بالعلاج المعرفي السلوكي"، على عينة قوامها أربع حالات، باستخدام المنهج العيادي، وتمثلت أدوات الدراسة في الملاحظة العيادية، المقابلة العيادية، اختبار القلق لتاييلور، استمارة التقويم القبلي والبعدي المعرفية السلوكية، دراسة الحالة، المقاربة المعرفية السلوكية، اختبار فحص الهيئة العقلية، الاسترخاء. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- الخدمات الإرشادية المعرفية السلوكية لها دور كبير في مساعدة مريض الصدف على تغيير أفكاره ومعارفه من نظرتة السلبية لذاته وللآخرين وحتى للمستقبل، كما تمكن من تعديل سلوكهم نحو تأكيد ذواتهم، وهذا كله يسهم في تحقيق الراحة النفسية وبالاعتماد على الاسترخاء والإيحاء مكن ذلك الحالات الثلاث الأولى من التخلص من أعراض الصدفية، إضافة إلى العلاج الدوائي.
- الحالات المصابة بالصداف لأول مرة في حياتها أو أصيبت به لفترة زمنية قصيرة الأمد تستجيب للخدمات الإرشادية النفسية، أمّا الحالات التي لها إصابة طويلة المدى فهي تحتاج للعلاج النفسي أكثر منه إلى الإرشاد. (سبع، 2010، ص: 216)

. دراسة بوعافية نبيلة (2002): بعنوان "الضغط المهني عند المديرين وعلاقته بإستراتيجيات المقاومة وبتقدير الذات"، وشملت العينة 80 مديرا، باستخدام المنهج الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس مصادر الضغط في مكان العمل، مقياس المقاومة، مقياس تقدير الذات، بالإضافة إلى استمارة المعلومات العامة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- المديرون يعرفون ضغطا مهنيا مرتفعا يفوق المتوسط، وهذا في مصادره المختلفة.
- المديرون يميلون إلى استعمال إستراتيجيات حل المشاكل.

- أغلب المدراء يملكون تقديرا عاليا للذات.
 - لم ترتبط مصادر الضغط المهني بإستراتيجيات المقاومة رغم ارتفاع تقدير الذات لدى المديرين.
 - لا توجد علاقة ارتباطية بين مصادر الضغط المهني ومستوى تقدير الذات عند المديرين.
 - توجد علاقة ارتباطية دالة بين جميع إستراتيجيات المقاومة ومستوى تقدير الذات لدى المديرين.
- (بوعافية، 2002، ص: 140)

. دراسة هناء شريقي (2002): بعنوان "إستراتيجيات المقاومة وتقدير الذات وعلاقتها بالعدوانية لدى المراهق الجزائري"، وتكونت العينة من 567 مراهقا تراوحت أعمارهم بين 16 و20 سنة، باستخدام المنهج الوصفي السببي المقارن، وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان جمع البيانات الخاصة، مقياس العدوانية لعبد الله سليمان إبراهيم ومحمد نبيل عبد الحميد (1994)، مقياس قائمة طرق المقاومة لـ فيتاليان (Vitalian) وآخرين، مقياس تقدير الذات لـ روزنبرغ. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- كلما تميّز المراهق بدرجة متوسطة أو مرتفعة من العدوانية كان أكثر لجوءا إلى استعمال إستراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال من المراهق ذي العدوانية المنخفضة، وكلما تميّز بدرجة عدوانية منخفضة أو متوسطة، كان أكثر لجوءا إلى استعمال إستراتيجيات المقاومة المركزة على المشكل أثناء مواجهة مختلف المواقف الضاغطة، من تلك التي يلجأ إليها المراهق ذي العدوانية المرتفعة.
- عدم وجود فروق بين المجموعات الثلاث (المراهقون ذوو العدوانية المرتفعة، المتوسطة والمنخفضة) في الدعم الاجتماعي، وبهذه النتيجة يمكن اعتبار المساندة الاجتماعية مصدرا هاما من مصادر الأمن التي يحتاجها المراهق.
- وجود اختلاف بين المراهقين ذوي العدوانية المرتفعة، المتوسطة والمنخفضة في تقدير الذات، وذلك لصالح المراهقين ذوي العدوانية المنخفضة، مع وجود فروق بين الذكور والإناث في تقدير الذات.
- وجود فروق بين الجنسين في استعمال إستراتيجيات المقاومة، لصالح الإناث وذلك بالنسبة للمقاومة المركزة على الانفعال والمقاومة المركزة على المشكل.
- وجود علاقة ارتباطية ودالة إحصائيا بين إستراتيجيات المقاومة وتقدير الذات لدى عينة البحث، وهذا يعني أنه بانخفاض تقدير الذات يستعمل المراهق بدرجة أكبر إستراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال، والعكس صحيح. (شريقي، 2002، ص: 196)

. دراسة بوعمامة ياسمينية (2011): بعنوان "دور المساندة الاجتماعية في الرفع من تقدير الذات وتبني إستراتيجيات المقاومة الفعالة عند الطلبة الراسبين في امتحان البكالوريا"، وتكونت العينة من 187 طالبا مقبلا على اجتياز البكالوريا للمرة الثانية، باستخدام المنهج المسحي الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس إستراتيجية المقاومة لـ فيتالينو المعدل (Vitalino 1985)، مقياس المساندة الاجتماعية لـ بروسيدانو وهيلر 1983، مقياس تقدير الذات لـ روزنبرغ 1962. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- للمساندة الاجتماعية دور في الرفع من تقدير الذات وتبني إستراتيجيات مقاومة فعالة.
- اختلاف بين الطلبة المعيدين للبكالوريا في تبني إستراتيجيات المقاومة، حيث أنّ التلاميذ ذوي المساندة المرتفعة أكثر تبنياً لإستراتيجيات المقاومة المركزة على حل المشكل.
- الطلبة ذوات المساندة المرتفعة أكثر مقاومة لضغط الرسوب في البكالوريا وأكثر رغبة في مواصلة المشوار والنجاح.
- الطلبة ذوات المساندة المرتفعة أكثر إيجابية في تقديرهم لذاتهم وأحسن الطلبة في النتائج دون اختلاف بين الإناث والذكور. (بوعمامة، 2011، ص: 134)

. دراسة يونسى تونسية (2012): بعنوان "تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين"، وتكونت العينة من 260 تلميذا تتراوح أعمارهم بين 13 و 18 سنة، بمعدل 130 مبصرين وما تبقى مكفوفين، وتمت الدراسة باستخدام المنهج الوصفي المقارن، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس تقدير الذات لبروس آر هير (Bruss R Hair 1985)، السجل المدرسي لعلامات التلاميذ. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات الرفاعي والتحصيل الدراسي.
- توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والتحصيل الدراسي لدى المراهقين المكفوفين، وذلك رغم عدم وجود علاقة ارتباطية بين تقدير الذات الرفاعي والعائلي بالتحصيل الدراسي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين في تقدير الذات الرفاعي، ووجود تلك الفروق في تقدير الذات العائلي والمدرسي، وكذلك في التحصيل الدراسي. (يونسى، 2012، ص: 273)

. دراسة آيت مولود يسمينة (2012): بعنوان "تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني عند النساء المتأخرات في سن الزواج"، وتكونت العينة من 75 امرأة متزوجة و75 امرأة تأخر سن زواجها، وتمت الدراسة باستخدام المنهج الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس تقدير الذات لروزنبرغ (1979) ومقياس العدوانية لعبد الله سليمان ومحمد نبيل عبد الحميد (1994)، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- هناك علاقة بين تأخر سن زواج المرأة وتقدير الذات والسلوك العدواني، حيث كلما تأخر سن زواج المرأة انخفض تقديرها لذاتها وبالتالي يظهر السلوك العدواني.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات ودرجات سلوك العدوانية بين النساء المتأخرات في سن الزواج مقارنة بالنساء المتزوجات. (آيت مولود، 2012، ص: 231)

. دراسة حبيبة ضيف الله (2012): بعنوان "صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين والمصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة"، واعتمدت الباحثة فيها على المنهج الوصفي الارتباطي، واشتملت العينة على 110 من المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة والتابعين لولاية المسيلة وبرج بوعرييج، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس صورة الجسم لوفاء القاضي، ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث (Cooper Smith)، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- توجد علاقة عكسية سالبة ذات دلالة إحصائية بين صورة الجسم وتقدير الذات بمعامل ارتباط قدره 0.895

- توجد فروق دالة إحصائية في درجة صورة الجسم لدى عينة المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة تعزى إلى متغير الجنس، نوع الإعاقة، النشاط الرياضي، السن.

- توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقدير الذات لدى عينة المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة تعزى إلى متغير الجنس، نوع الإعاقة، النشاط الرياضي، السن.

(ضيف الله، 2012، ص: 153)

. دراسة مسيل صالح الدين وبايود فارس (2015): بعنوان "تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن الخاضعين لعملية تصفية الدم"، على عينة قوامها 5 حالات تتراوح أعمارها بين 30 و60 سنة، باستخدام المنهج العيادي للمنظور السلوكي المعرفي، وتمثلت أدوات الدراسة في المقابلة العيادية، مقياس كوبر سميث لتقدير الذات، وكانت النتائج المتوصل إليها كالآتي:

- 3 حالات تميّزت بارتفاع في تقدير الذات وهاذ ناتج عن وجود دعم من المحيط والدافعية للعمل، بينما حالتين تميزتا بتقدير ذات منخفض نتيجة غياب كل من الدعم والدافعية وبعض العوامل المتعلقة بعلاقتهم بالزوجين وتأثر الجسم. (مسيل، بايود، 2015، ص: 163)

. **دراسة سميرة طرج (2013):** بعنوان "تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري"، وتكوّنت العينة من ثلاث حالات من المراهقين المصابين بداء السكري النمط الأول تتراوح أعمارهم بين 16 و18 سنة ومن الجنسين (1 ذكر و2 إناث) متمرسين في الطور 2 والطور 1 المتوسط، وتمت الدراسة باستخدام المنهج الإكلينيكي، وتمثلت أدوات الدراسة في دليل المقابلة، اختبار تقدير الذات لكوبر سميث، واختبار فاعلية الأنا المقتبس من نظرية إيريكسون، وأسفرت الدراسة عن النتائج الآتية:

- يوجد تقدير ذات متوسط عند المراهق المصاب بداء السكري.

- توجد فاعلية الأنا مرتفعة عند المراهق المصاب بداء السكري. (طرج، 2013، ص: 83)

. **دراسة عفاف سويلم راضي (2008):** بعنوان "دراسة وتحليل فروق القلق وتقدير الذات عند الأطفال (دراسة مقارنة بين أطفال أصحاء وأطفال سيكوسوماتيين)"، وتكوّنت العينة من أطفال تتراوح أعمارهم بين 9 و12 سنة وهي الطفولة المتأخرة، وحددت الأمراض: الربو، السكري، الإيكزيما، ومن خلال تطبيق أدوات منهجية ذات مصداقية وثبات علمي توصلت الدراسة إلى إيجاد قلق ونقص تقدير الذات عند هؤلاء الأطفال المرضى بالمقارنة مع أقرانهم الأطفال الأصحاء.

(موقع www.ccdz.cerist.dz/admin/notice.php?id=126420)

2. الدراسات التي تناولت الدعم الأسري:

. **دراسة سليمان بن محمد بن ناصر (2009):** بعنوان "العلاقة بين المساندة الأسرية ومفهوم الذات والدافع للإنجاز والتحصيل الدراسي لدى طلبة الصف الحادي عشر من المرحلة الثانوية سلطنة عمان"، وتكوّنت العينة من 360 طالبا وطالبة (181 طالبا و179 طالبة)، وتمت الدراسة باتباع المنهج الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس المساندة الأسرية من إعداد الباحث، مقياس مفهوم الذات من إعداد إبراهيم عيسى، ومقياس الدفاعية من إعداد فاروق موسى، وأسفرت الدراسة عن النتائج الآتية:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الأسرية ومفهوم الذات.

- وجود علاقة ارتباطية موجبة بين المساندة الأسرية والدافع للإنجاز.

- وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الأسرية ومقاييسها الفرعية والتحصيل الدراسي.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مفهوم الذات والدافع للإنجاز.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مفهوم الذات والتحصيل الدراسي.
 - وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدافعية للإنجاز والتحصيل الدراسي.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المساندة الأسرية.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في الدافعية للإنجاز لصالح الإناث.
 - عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مفهوم الذات.
 - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في التحصيل الدراسي لصالح الإناث.
- (موقع كوكب المعرفة 14-01-2016 الشبكة العمانية للأطروحات الجامعية: رسالة ماجستير سليمان بن محمد بن ناصر، علم النفس الإرشادي)

. دراسة رغداء نعيصة وسهاد بدره (2014): بعنوان "المساندة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللادقية"، حيث تكوّنت العينة من 70 مسناً ومسنّة (30 مسنة و40 مسناً)، وتمت الدراسة باتباع المنهج الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في مقياس المساندة الاجتماعية المدركة، الفرع الخاص بالأسرة، من إعداد عبد الله الزيتاوي، وصورة معربة لمقياس بيك للاكتئاب، وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- مستوى المساندة الأسرية المقدم للمسنين متدنّي.
- ينتمي المسنون إلى فئة الاكتئاب الخفيف.
- وجود علاقة سلبية دالة بين مستوى المساندة الأسرية ومستوى الاكتئاب لدى المسنين.
- وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في مستوى المساندة الأسرية وذلك لصالح الذكور.
- وجود فروق ذات دلالة بين الذكور والإناث في مستوى الاكتئاب وذلك لصالح الذكور.
- وجود فروق ذات دلالة في مستوى المساندة الأسرية تعزى لمتغيّر وجود الأولاد.
- وجود فروق ذات دلالة في مستوى الاكتئاب تعزى لمتغيّر وجود الأولاد.
- وجود فروق ذات دلالة في مستوى المساندة الاجتماعية المدركة من الأسرة تعزى لمتغيّر مدة الإقامة في الدار.
- وجود فروق ذات دلالة في مستوى الاكتئاب.
- وجود الإقامة في الدار. (نعيصة، بدره، 2014، ص: 135)

. دراسة عماد أشتيه وآخرين (2014): بعنوان "المساندة الأسرية والتدفق النفسي لدى عينة من طلبة الصف الثامن الأساسي من مستخدمي الأجهزة الذكية"، وتكوّنت العينة من 400 طالب وطالبة من طلبة الصف الثامن الأساسي، واستخدم الباحثون مقياس المساندة الأسرية من إعداد فيفيان خميس (2000)، ومقياس التدفق النفسي من إعداد جاكسون ومارشا (1996)، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية بين المساندة الأسرية والتدفق النفسي.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الأسرية تبعا لمتغير الجنس لصالح الذكور.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في التدفق النفسي تبعا لمتغير الجنس لصالح الإناث.
- لم تشر النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الأسرية والتدفق النفسي تبعا لمتغير عدد ساعات الاستخدام. (عماد أشتيه وآخرون، 2014، ص: 2)

. دراسة عائدة عبد الهادي حسنين (2004): بعنوان "الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل"، وتكوّنت العينة من 450 طفلا وطفلى من تلاميذ الصف السادس الأساسي تتراوح أعمارهم بين 10 و12 سنة، وتم اتباع المنهج الوصفي التحليلي في الدراسة، كما تمثلت أدوات الدراسة في مقياس الخبرات الصادمة، ومقياس اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD)، ومقياس المساندة الأسرية من تصميم الباحثة. فيفيان خميس، واختبار العصاب، واختبار روتر للوالدين، وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة بالنسبة لمستوى العصاب عند الأطفال.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة قليلة والأطفال الذين تعرضوا لخبرات صادمة كثيرة بالنسبة للاضطرابات النفسية الناتجة عن الصدمة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال الذين تلقوا مساندة ودعمًا أسريًا قليلًا والأطفال الذين تلقوا مساندة ودعمًا أسريًا كبيرًا بالنسبة لمستوى الصحة النفسية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث الذين تعرضوا لخبرات صادمة بالنسبة لمستوى الصحة النفسية لصالح الإناث. (حسين، 2004، ص: 131)

. دراسة سنوسي زموري (2012): بعنوان "الذكاء العاطفي والمساندة الاجتماعية من طرف الزوج في تحقيق التوافق الزوجي لدى المرأة مستأصلة الثدي نتيجة السرطان"، وتكوّنت العينة من 12 حالة من النساء مستأصلات الثدي نتيجة السرطان، وتمت الدراسة باستخدام المنهج الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في دليل المقابلة نصف الموجهة، مقياس التوافق الزوجي، مقياس الذكاء العاطفي، ومقياس الدعم الاجتماعي العاطفي من طرف الزوج. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- الذكاء العاطفي يساهم في تحقيق التوافق الزوجي لدى المرأة مستأصلة الثدي نتيجة السرطان.
- استئصال الثدي لدى المرأة نتيجة السرطان لا يؤدي إلى توافقها الزوجي.
- إسهام المساندة الاجتماعية الأسرية من طرف الزوج في تحقيق التوافق الزوجي، وتميز المرأة مستأصلة الثدي نتيجة السرطان بدرجة مرتفعة من الدعم الأسري من طرف الزوج. (زموري، 2012، ص: 167)

. دراسة نبيلة باوية (2013): بعنوان: "الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحترق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي"، وتكوّنت العينة من 230 امرأة مصابة بسرطان الثدي، وتمت الدراسة باستخدام المنهج الوصفي، وتمثلت أدوات الدراسة في استبيان الدعم الاجتماعي واستبيان الاحتراق النفسي المصممين من طرف الطالبة. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- وجود مستوى مرتفع للدعم الاجتماعي الأسري لدى عينة الدراسة.
- وجود مستوى مرتفع للاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين الدعم الاجتماعي والاحتراق النفسي لدى عينة الدراسة.
- عدم وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي بين أفراد العينة المتزوجات ومرتفعات ومنخفضات الدعم الاجتماعي.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي بين النساء المصابات حديثا بسرطان الثدي مرتفعات ومنخفضات الدعم الاجتماعي.

- عدم وجود فروق دالة إحصائية في الاحتراق النفسي بين النساء المصابات قديما بسرطان الثدي مرتفعات ومنخفضات الدعم الاجتماعي.

- لا توجد فروق في الاحتراق النفسي تبعا لاختلاف المستوى التعليمي بين منخفضات ومرتفعات الدعم.

(باوية، 2013، ص: 242)

. دراسة غالب رضوان ذياب مقدار (2015): بعنوان "قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، وتكونت العينة من 144 مريضاً، وتمت الدراسة باستخدام المنهج الوصفي التحليلي، وتمثلت أدوات الدراسة في اختبار قلق المستقبل، اختبار المساندة الاجتماعية، اختبار الصبر، اختبار التذكر، وكانت من تصميم الباحث. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- مستوى الشعور بالقلق لدى المصابين بالفشل الكلوي مرتفع.
- مستوى المساندة الاجتماعية الأسرية لدى المصابين بالفشل الكلوي مرتفع.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين قلق المستقبل وبين الدعم الاجتماعي.
- عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات المساندة الأسرية لدى المصابين بالفشل الكلوي يعزى للجنس، الحاة الاجتماعية، الحالة الوظيفية، العمر، مدة المرض.
- عدم وجود فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية في درجات قلق المستقبل لدى المصابين بالفشل الكلوي تعزى للمتغيرات السابقة.
- وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجة الشعور بقلق المستقبل لدى المصابين بالفشل الكلوي، يعزى لعدد مرات الغسيل لصالح الذين يغسلون 3 مرات أسبوعياً. (مقداد، 2015، ص: 161)

. دراسة نورة بنت عبد العزيز الدامر (2014): بعنوان "الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض"، وتكونت العينة من 60 مريضة مصابة بالسرطان (30 مستأصلة الثدي، و30 معالجة)، وتمت الدراسة باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي، كما استخدمت في الدراسة الأدوات الآتية: استبانة البيانات الشخصية (من تصميم الطالبة)، استبيان الصلابة النفسية (إعداد عماد مخيمر 2003)، مقياس المساندة الاجتماعية (إعداد عفاف عبد الفادي دانيال 2008).

- وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:
- توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لدى المتعالات من سرطان الثدي ومستأصلات الثدي.
 - عدم وجود فروق دالة إحصائية في المساندة الأسرية تبعا لمتغير المستوى التعليمي.
 - وجود فروق دالة إحصائية في بعد المساندة الأسرية تبعا لمتغير السن. (الدامر، 2014، ص: 138)

. دراسة فنون خميسة (2013): بعنوان "الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان"، وتكوّنت العينة من 60 مصابا بالسرطان، وتمثلت أدوات الدراسة في اختبار الدعم الاجتماعي المدرك لـ Zimet، واختبار الرضا عن الحياة للدسوقي، إضافة إلى اختبار الغلوبولينات IgA, IgG, IgM. وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين معدل كل من الغلوبولين المناعي IgA والغلوبولين IgM ودرجة كل من الدعم الاجتماعي (بأبعاده) المدرك والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين معدل الغلوبولين المناعي IgG ودرجة كل من الدعم الاجتماعي المدرك بأبعاده والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان.

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين درجة الدعم الاجتماعي المدرك ودرجة الرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان.

- لا توجد فروق دالة إحصائيا حسب متغيري الجنس والحالة الاجتماعية في معدّل الاستجابة المناعية ودرجة كل من الدعم الاجتماعي (البعد الأسري) والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان.

(فنون، 2013، ص: 193)

3. الدراسات التي تناولت العلاقة بين الدعم الأسري وتقدير الذات:

. دراسة الشناوي وعبد الرحمن (1994): بعنوان "العلاقة بين المساندة الاجتماعية الأسرية وأبعاد الشخصية وتقدير الذات والتوافق لدى عينة طلاب الجامعة الذكور بمدينة الرياض بالسعودية"، وتكوّنت العينة من 115 طالبا، وانتهى الباحثان إلى أنّ هناك علاقة إيجابية بين المساندة (الدعم) وتقدير الذات، سواء من حيث مقدار المساندة أو درجة الرضا عنها، أو الدرجة الكلية للدعم (المقدار والرضا).

(بوعمامة، 2011، ص: 22)

. قام باتسون وزملاؤه Batson et all (1976، 1997) ببرنامج مكثف فضلا عن جهود بعض الباحثين الآخرين الذين يعملون بصورة مستقلة، وتوصل إلى نتائج إيجابية تدعم فرض التعاطف والإيثار، ففي ظل ظروف الاهتمام والتعاطف نجد أنّ الأشخاص يساعدون هذا الشخص بشكل يبدو معه أنها محاولة مدفوعة بالإيثار لتحسين ظروف أو زيادة رفاهية أكثر من كونها محاولة مدفوعة بالأنانية لتحسين حالتهم وظروفهم. (بوعمامة، 2011، ص: 23)

. الباحثة Prot توصلت من خلال احتكاكها بالتلاميذ إلى أنّ تلبية احتياجاتهم من دعم أسري في البيت وكذا الدعم في المدرسة تساعدهم على التركيز والانتباه وتطوير الثقة بالنفس بارتفاع مستوى تقدير الذات، وإيجاد طرق حل المشكل. (بوعمامة، 2011، ص: 24)

4. خلاصة الدراسات السابقة:

من خلال الدراسات السابقة تمّ التوصل إلى:

- عدم وجود فروق ذات دلالة في درجة الضغط النفسي لدى الأفراد المصابين بمرض جلدي وفقاً للمتغيرات التالية: نوع المرض، الجنس، الفئة العمرية، الحالة الاجتماعية، مستوى الدخل، ومكان الإقامة.
- أهمية الخدمات الإرشادية في تغيير معارف المصاب بمرض جلدي السلبية في نظرتهم لذاته وللآخرين وتعديل سلوكهم نحو تأكيد ذواتهم.
- أثبتت معظم الدراسات وجود علاقة بين تقدير الذات وعدة متغيرات، أهمها إستراتيجيات المقاومة والدعم الاجتماعي والتحصيل الدراسي.
- تأثير المستويات المرتفعة من الدعم الأسري في الصحة النفسية.
- أهمية متغير الدعم الأسري من خلال تأثيره في مفهوم الذات والدافعية للإنجاز والتحصيل الدراسي، حيث وجدت من خلال الدراسات علاقة ارتباطية موجبة بين الدعم الأسري وهذه المتغيرات.
- دور الدعم الاجتماعي (الأسرة، الأصدقاء) في الرفع من تقدير الذات وتبني إستراتيجيات المقاومة الفعالة، فبارتفاع تقدير الذات تكون المقاومة للضغط أكبر، وبارتفاع الدعم والمساندة يكون الأفراد أكثر إيجابية في تقديرهم لذواتهم.

الفصل السادس: الإجراءات المنهجية للدراسة

I. منهج الدراسة

II. الأدوات المستخدمة

III. الدراسة الاستطلاعية

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية

2. حدود الدراسة الاستطلاعية

3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية

4. مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية

5. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة

IV. الدراسة الأساسية

1. أهداف الدراسة الأساسية

2. حدود الدراسة الأساسية

3. ظروف إجراء الدراسة الأساسية

4. مواصفات عينة الدراسة الأساسية

5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

1. منهج الدراسة:

إنّ أساس البحوث والدراسات العلمية الدقيقة هو اختيار المنهج الملائم الذي يساعد على التحقق من الفرضيات، وبالتالي الوصول إلى نتائج أكثر دقة وموضوعية، ونظراً لأنّ الدراسة الحالية تهدف إلى الكشف عن العلاقة الكامنة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية، وكذا الكشف عن الفروق في كلا المتغيرين نتيجة اختلاف الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، إلخ، تمّ استخدام المنهج الوصفي باعتباره الأنسب في الكشف عن كل من العلاقات والفروق بين متغيرات أفراد العينة والتعبير عنها بشكل كمي، إذ يعرف المنهج الوصفي على أنه "طريقة لوصف الظاهرة المدروسة وتصورها كمياً عن طريق جمع المعلومات المقننة عن المشكلة وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة". (كشرود، 2007، ص: 228) وفي هذه الدراسة نستهدف ما يلي:

1. تحديد مستويات تقدير الذات لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض جلدية.
2. تحديد علاقة بعض المتغيرات الفردية للمرضى المصابين بأمراض جلدية (الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة) بمستوى تقدير الذات.
3. تحديد مستويات الدعم الأسري لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض جلدية.
4. تحديد علاقة بعض المتغيرات الفردية للمرضى المصابين بأمراض جلدية (الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة) بمستوى الدعم الأسري.
5. تحديد نوع العلاقة القائمة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية.

١١. الأدوات المستخدمة:

تم الاعتماد في هذه الدراسة على أداتين أساسيتين هما:

2. 1. مقياس تقدير الذات لـ روزنبرغ:

هو مقياس وضعه الدكتور موريس روزنبرغ المحامي الكندي ويختصر بـ (RSES) أي (Rosenberg Self Esteem Scale). ويتطلب الحصول على نتيجة هذا المقياس الإجابة على عشر عبارات تدور حول تقدير الذات واحترامها. ويعدّ هذا المقياس شائعاً ومشهوراً في اختبارات العلوم الاجتماعية، وتتضمن العبارات في هذا المقياس خمس عبارات سلبية وخمس عبارات إيجابية وذلك حسب الجدول التالي:

جدول (01): الفقرات الإيجابية والسلبية لمقياس تقدير الذات

أرقام الفقرات	نوع الفقرات
10 / 7 / 4 / 3 / 1	الإيجابية
9 / 8 / 6 / 5 / 2	السلبية

ويتم توزيع الأوزان حسب بدائل الإجابة كما يلي:

جدول (02) أوزان الإجابة لمقياس تقدير الذات

أوافق تماماً	أوافق	أرفض	أرفض تماماً	البدائل نوع الفقرة
3	2	1	0	الفقرات الإيجابية
0	1	2	3	الفقرات السلبية

وانطلاقاً من عدد الفقرات وتوزيع الأوزان تم وضع مفتاح التصحيح التالي:

جدول (03): مفتاح التصحيح لمقياس تقدير الذات

مرتفع	متوسط	منخفض	المستوى المتغيرات
[30 - 20]	[20 - 10]	[10 - 0]	تقدير الذات

2. 2. مقياس الدعم الأسري:

2. 2. 1. مراحل بناء مقياس الدعم الأسري:

بعد الاطلاع على أدبيات البحث حول موضوع الدعم الأسري لدى المصابين بالأمراض الجلدية، لم يتم العثور على أداة تقيس الدعم الأسري، خاصة لدى المرضى الجلديين، لذلك تم بناء هذه الأداة اعتماداً على الخطوات الآتية:

1. بالإطلاع على التراث النظري والاعتماد على الخلفية المهنية، ومن خلال التعامل المستمر مع المرضى المصابين بأمراض جلدية، تمت صياغة العبارات وتم إعداد الاستبيان في صورته الأولية بـ 30 بنداً موزعاً على ثلاثة أبعاد (تقبل المرض، التكيف مع المجتمع، العلاج)، وتم إرفاقه بالتعريف الإجرائية للدعم الأسري وأبعاده.

2. تم توزيع المقياس على 7 أساتذة في علم النفس، وذلك بهدف تحكيم الاستبيان من خلال تحديد إلى أي مدى يمكن ان تقيس هذه البنود ما أعدت لقياسه، بالإضافة إلى وضوح الصياغة اللغوية لل فقرات.

3. بعد استرجاع النسخ من المحكمين تم الأخذ بملاحظاتهم، حيث تم إدخال بعض التعديلات على الاستبيان، باستبعاد بعض الفقرات وتعديل الصياغة اللغوية لفقرات أخرى، كما تمت تجزئة بعض الفقرات المركبة، ليصبح المقياس يتكون من 28 فقرة موزعة على 3 أبعاد.

4. تطبيق أدوات الدراسة على عينة مكونة من 30 مريضاً مصاباً بأمراض جلدية في قسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهان بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية.

2. 2. 2. طريقة تصحيح مقياس الدعم الأسري:

يتكون المقياس من 28 فقرة تتوزع على 3 أبعاد أساسية حسب الجدول التالي:

جدول (04) توزيع فقرات مقياس الدعم الأسري حسب الأبعاد

البعد	الفقرات
تقبل المرض	10 / 9 / 8 / 7 / 6 / 5 / 4 / 3 / 2 / 1
التكيف مع المجتمع	18 / 17 / 16 / 15 / 14 / 13 / 12 / 11
العلاج	28 / 27 / 26 / 25 / 24 / 23 / 22 / 21 / 20 / 19

ويتضمن المقياس فقرات إيجابية وفقرات سلبية حسب الجدول التالي:
جدول (05) الفقرات الإيجابية والفقرات السلبية لمقياس الدعم الأسري

أرقام الفقرات	نوع الفقرات
/ 21 / 20 / 19 / 16 / 15 / 14 / 12 / 11 / 10 / 9 / 7 / 5 / 2 / 1 28 / 27 / 26 / 25 / 24 / 23 / 22	الإيجابية
18 / 17 / 13 / 8 / 6 / 4 / 3	السلبية

ويتم توزيع الأوزان حسب بدائل الإجابة كما يلي:

جدول (06) أوزان الإجابة لمقياس الدعم الأسري

دائما	أحيانا	أبدا	البدائل نوع الفقرة
2	1	0	الفقرات الإيجابية
0	1	2	الفقرات السلبية

وانطلاقا من عدد الفقرات وتوزيع الأوزان تم وضع مفتاح التصحيح التالي:

جدول (07): مفتاح التصحيح لمقياس الدعم الأسري

مرتفع	متوسط	منخفض	المستوى المتغيرات
20 - 14	13 - 7	6 - 0	تقبل المرض
16 - 12	11 - 6	5 - 0	التكيف مع المجتمع
20 - 14	13 - 7	6 - 0	العلاج
56 - 38	37 - 19	18 - 0	الدعم الأسري

III. الدراسة الاستطلاعية:

1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

تتمثل أهداف الدراسة الاستطلاعية في:

- القيام بمسح التراث ومسح أهل الخبرة للإلمام بالمعلومات النظرية والدراسات السابقة حول موضوع الدراسة من أجل تحديد أدوات الدراسة.
- القيام بمسح أفراد المجتمع ونقصد به مجتمع الدراسة، واستطلاع المكان الذي ستجري فيه الدراسة وتحديد العينة، والتعرف على الصعوبات المتوقعة أثناء تطبيق أدوات الدراسة، لمحاولة تجنبها في الدراسة الأساسية.
- بناء استبيان الدعم الأسري للمرضى المصابين بأمراض جلدية، وعرضه على ذوي الاختصاص من أساتذة علم النفس للتحكيم.
- التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (الصدق، الثبات)

2. حدود الدراسة الاستطلاعية:

- 2.1. الحدود المكانية: تم انتقاء العينة الاستطلاعية من قسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران.
 - 2.2. الحدود الزمانية: تم القيام بدرستين استطلاعتين، الدراسة الاستطلاعية الأولى وامتدت من بداية أكتوبر 2015 إلى بداية ديسمبر 2015، واستهدفت جمع المعطيات اللازمة من الميدان لبناء أداة الدراسة المتمثلة في مقياس الدعم الأسري للمريض الجلدي.
- الدراسة الاستطلاعية الثانية امتدت من بداية جانفي 2016 إلى بداية شهر فيفري 2016، واستهدفت التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة (مقياس تقدير الذات، مقياس الدعم الأسري).

3. ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في ظروف عادية دون أي صعوبات، بحكم أنّ الطالبة هي أخصائية نفسية بقسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران.

وقد تم التركيز في البداية على ضبط أدوات الدراسة، لذا تم الاعتماد في الدراسة الاستطلاعية الأولية على المقابلات مع المرضى وذويهم ومع الأطباء، من أجل ضبط مظاهر الدعم الأسري التي سيتم التركيز عليها وبناء المقياس على أساسها.

في حين تم التركيز في الدراسة الاستطلاعية الثانية على التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة وهي مقياس روزنبرغ لتقدير الذات، ومقياس الدعم الأسري المصمم من خلال الدراسة الاستطلاعية الأولى، وذلك بعد عرضه على المحكّمين.

4. مواصفات عينة الدراسة الاستطلاعية:

تعرف العينة على أنها "مجموعة جزئية من مجتمع البحث، وممثلة لعناصر المجتمع أفضل تمثيل، بحيث يمكن تعميم نتائج تلك العينة على المجتمع بأكمله، وعمل استدلالات حول معالم المجتمع". (عباس وآخرون، 2007، ص 218)

وقد تمّ اختيار العينة الاستطلاعية بطريقة عشوائية من قسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران. وتكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 30 مريضا مصابا بأمراض جلدية، وشملت كل المرضى المصابين بأمراض جلدية دون تمييز سواء كان مريضا نزيلا في قسم الأمراض الجلدية (Malade Hospitalisé) أو مريضا خارجيا يأتي فقط لمتابعة علاجه (Malade Externe). وتمثلت مواصفات العينة فيما يلي:

4. 1. الجنس:

جدول (08): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس

الجنس	التكرارات	%
ذكور	16	53,3
إناث	14	46,7
المجموع	30	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ نسبة الذكور تفوق نسبة الإناث، بحيث كانت نسبة الذكور 53,3 % أمّا نسبة الإناث 46,7 %.

4. 2. السن:

جدول (09): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب السن

السن	التكرارات	%
أقل من 20	3	10
20 - 40	7	23,3
أكبر من 40	20	66,7
المجموع	30	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ أغلب أفراد العينة كانت أعمارهم أكبر من 40 سنة بنسبة 66,7 %، بينما قدرت نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و40 سنة بـ 23,3 %، وتلتها فئة أقل من 20 سنة بأقل نسبة وقدرت بـ 10 % من العينة.

4. 3. المستوى الدراسي:

جدول (10): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب المستوى الدراسي

المستوى الدراسي	التكرارات	%
من دون مستوى	10	33,3
ابتدائي	6	20
متوسط	7	23,3
ثانوي	5	16,7
جامعي	2	6,7
المجموع	30	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ المستوى التعليمي قد تميز بين أفراد العينة، حيث بلغت نسبة الأميين 33,33 % وهي أكبر نسبة، تليها نسبة التعليم المتوسط بـ 23,3 % والابتدائي 20 % فالثانوي 16,7 %، بينما المستوى الجامعي فمثل نسبة ضئيلة جدا تقدر بـ 6,7 %.

4.4 الحالة الاجتماعية:

جدول (11): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرارات	%
أعزب	8	26,7
متزوج	20	66,7
مطلق	2	6,7
المجموع	30	100

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع نسبة المتزوجين حيث بلغت 66,7 %، في حين أنّ نسبة العزاب بلغت 26,7 %، أمّا نسبة المطلقين فكانت 6,7 %.

4.5 مدة المرض:

جدول (12): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب مدة المرض

مدة المرض	التكرارات	%
أقل من سنة	10	33,3
1 إلى 5 سنوات	12	40
أكثر من 5 سنوات	8	26,7
المجموع	30	100

من خلال الجدول نلاحظ ارتفاع نسبة مدة المرض 1 إلى 5 سنوات حيث بلغت 40 %، وتلتها نسبة 33,3 % لفئة أقل من سنة، بينما مثّلت فئة المصابين لأكثر من 5 سنوات نسبة 26,7 %.

4. 6. نوع المرض:

جدول (13): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب نوع المرض

نوع المرض	التكرارات	%
حاد ظاهر	2	6,6
حاد غير ظاهر	4	13,3
مزمن ظاهر	23	76,6
مزمن غير ظاهر	1	3,3
المجموع	30	100

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع نسبة الأمراض المزمنة الظاهرة، وتأتي في المرتبة الثانية الأمراض الحادة غير الظاهرة، وتليها الأمراض الحادة الظاهرة والمزمنة غير الظاهرة بنسبة ضئيلة جدا.

4. 7. وجود شخص مصاب في العائلة:

جدول (14): توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب وجود شخص مصاب في العائلة

وجود شخص مصاب	التكرارات	%
نعم	0	0
لا	30	100
المجموع	30	100

نلاحظ من خلال الجدول أنه لا يوجد أي فرد من أفراد عائلات أفراد العينة مصاب بمرض جلدي.

5. الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة:

5.1. مقياس الدعم الأسري:

5.1.1. الصدق:

تم التأكد من صدق المقياس من خلال طريقة المقارنة الطرفية، وذلك بأخذ 27 % من أفراد العينة ذوي الدرجات المرتفعة و 27 % من أفراد العينة ذوي الدرجات المنخفضة (أي 8 أفراد) وإجراء المقارنة بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (15): الفروق في مستوى الدعم الأسري بين المجموعتين العليا والدنيا

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة
الدعم الأسري	53	1,13	14	3,53	دالة 0,01
مجموعة دنيا	36	13,56			

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري بين أفراد المجموعة العليا (ذوي الدرجات المرتفعة) وأفراد المجموعة الدنيا (ذوي الدرجات المنخفضة)، وهو ما تعكسه المتوسطات الحسابية لكل مجموعة. وعليه يمكن القول إن مقياس الدعم الأسري يتمتع بالصدق اللازم.

5.1.2. الثبات:

تم التأكد من ثبات مقياس الدعم الأسري من خلال الطرق التالية: ألفا كرومباخ، التجزئة النصفية وجوتمان، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (16): معاملات ثبات مقياس الدعم الأسري

المتغيرات	الطريقة	التجزئة النصفية	ألفا كرومباخ	جوتمان
الدعم الأسري		0,86	0,92	0,91

نلاحظ من خلال الجدول أن مقياس الدعم الأسري يتمتع بمعاملات ثبات جيدة، حيث تراوحت من 0,86 إلى 0,92، وعليه فإن مقياس الدعم الأسري يتمتع بالثبات اللازم.

5. 2. مقياس تقدير الذات:

5. 2. 1. الصدق:

تم التأكد من صدق المقياس من خلال طريقة المقارنة الطرفية، وذلك بأخذ 27 % من أفراد العينة ذوي الدرجات المرتفعة و27 % من أفراد العينة ذوي الدرجات المنخفضة (أي 8 أفراد)، وإجراء المقارنة بينهما، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (17): الفروق في مستوى تقدير الذات بين المجموعتين العليا والدنيا

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة
تقدير الذات	24	2,44	14	10,13	دالة 0,01
مجموعة عليا	13	1,85			

نلاحظ من خلال الجدول فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات بين أفراد المجموعة العليا (ذوي الدرجات المرتفعة) وأفراد المجموعة الدنيا (ذوي الدرجات المنخفضة)، وهو ما تعكسه المتوسطات الحسابية لكل مجموعة. وعليه يمكن القول إنَّ مقياس تقدير الذات يتمتع بالصدق اللازم.

5. 2. 2. الثبات:

تم التأكد من ثبات مقياس تقدير الذات من خلال الطرق التالية: ألفا كرومباخ، التجزئة النصفية وجوتمان، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (18): معاملات ثبات مقياس تقدير الذات

المتغيرات	الطريقة	التجزئة النصفية	ألفا كرومباخ	جوتمان
تقدير الذات		0,73	0,65	0,79

نلاحظ من خلال الجدول أنَّ مقياس تقدير الذات يتمتع بمعاملات ثبات جيدة، حيث تراوحت معاملات الثبات من 0,65 إلى 0,79، وعليه فإنَّ مقياس تقدير الذات يتمتع بالثبات اللازم.

IV. الدراسة الأساسية:

1. أهداف الدراسة الأساسية:

1. تحديد مستويات تقدير الذات لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض جلدية.
2. تحديد علاقة بعض المتغيرات الفردية للمرضى المصابين بأمراض جلدية (الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة) بمستوى تقدير الذات.
3. تحديد مستويات الدعم الأسري لدى عينة من المرضى المصابين بأمراض جلدية.
4. تحديد علاقة بعض المتغيرات الفردية للمرضى المصابين بأمراض جلدية (الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة) بمستوى الدعم الأسري.
5. تحديد نوع العلاقة القائمة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية.

2. حدود الدراسة الأساسية:

2. 1. الحدود المكانية: تم انتقاء العينة الاستطلاعية من قسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران.
2. 2. الحدود الزمانية: الدراسة الأساسية امتدت من بداية شهر فبراير 2016 إلى بداية شهر مارس 2016.

3. ظروف إجراء الدراسة الأساسية:

بعد التأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة في الدراسة الاستطلاعية، تم توزيع نسخ من مقياس تقدير الذات لـ روزنبرغ واستبيان الدعم الأسري للمريض المصاب بمرض جلدي على عينة من المرضى المصابين بأمراض جلدية مختلفة والذين يتابعون علاجهم في قسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران، وتمثلت عينة الدراسة في 100 مريض، بهدف التحقق من الفروض الفارقية والارتباطية.

4. مواصفات عينة الدراسة الأساسية:

تتمثل مواصفات العينة الأساسية فيما يلي:

4.1. الجنس:

جدول (19): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الجنس

الجنس	التكرارات	%
ذكور	44	44
إناث	56	56
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ نسبة الإناث تفوق نسبة الذكور، حيث قدرت نسبة الإناث بـ 56 % بينما نسبة الذكور كانت 44 %.

4.2. السن:

جدول (20): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب السن

السن	التكرارات	%
أقل من 20	16	16
20 - 40	44	44
أكبر من 40	40	40
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع نسبة الأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 20 - 40 سنة، وتلتها فئة الأكبر من 40 سنة بنسبة 40 %، بينما مثلت فئة أقل من 20 سنة نسبة 16 %.

4. 3. المستوى الدراسي:

جدول (21): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب المستوى الدراسي

المستوى الدراسي	التكرارات	%
من دون مستوى	9	9
ابتدائي	11	11
متوسط	40	40
ثانوي	24	24
جامعي	16	16
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ نسبة 40 % من أفراد العينة كانت ذات تعليم متوسط، وتلتها نسبة 24 % للتعليم الثانوي، بينما مثل المستوى الجامعي 16 %، والابتدائي 11 % وأخيرا نسبة متدنية جدا للأمين قدرت بـ 9 % من أفراد العينة.

4. 4. الحالة الاجتماعية:

جدول (22): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	التكرارات	%
أعزب	43	43
متزوج	54	54
مطلق	3	3
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع نسبة المتزوجين بنسبة 54 %، وتلتها نسبة العزاب بـ 43 %، أما المطلقون فكانت نسبتهم متدنية و قدرت بـ 3 % من أفراد العينة.

4. 5. مدة المرض:

جدول (23): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب مدة المرض

مدة المرض	التكرارات	%
أقل من سنة	28	28
1 إلى 5 سنوات	42	42
أكثر من 5 سنوات	30	30
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ نسبة 42 % من أفراد العينة يعانون من المرض الجلدي لمدة 1 - 5 سنوات، بينما نسبة 30 % يعانون من المرض الجلدي لمدة تفوق 5 سنوات، و28 % منهم يعانون من المرض الجلدي لمدة أقل من سنة.

4. 6. نوع المرض:

جدول (24): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب نوع المرض

نوع المرض	التكرارات	%
حاد ظاهر	9	9
حاد غير ظاهر	28	28
مزمن ظاهر	59	59
مزمن غير ظاهر	4	4
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ أكثر من نصف العينة بنسبة 59 % مصابون بأمراض مزمنة ظاهرة، وتليها الأمراض الحادة غير الظاهرة التي تمثّلت في 28 % من العينة، بينما الأمراض الحادة الظاهرة فبلغت نسبة 9 % والأمراض المزمنة غير الظاهرة بنسبة 4 %.

4.7. وجود شخص مصاب في العائلة:

جدول (25): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب وجود شخص مصاب في العائلة

وجود شخص مصاب	التكرارات	%
نعم	20	20
لا	80	80
المجموع	100	100

نلاحظ من خلال الجدول أنّ 80 % من أفراد العينة ليس لديهم شخص آخر مصاب بمرض جلدي في العائلة، بينما نسبة 20 % لديهم شخص آخر في العائلة مصاب بمرض جلدي.

4.8. تشابه المرض في العائلة:

جدول (26): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب نوع مرض أفراد العائلة

نوع المرض	التكرارات	%
نفس المرض	16	16
مرض آخر	4	4
لا يوجد مرض	80	80
المجموع	100	100

من خلال الجدول نلاحظ أنّ نسبة 16 % من أفراد العينة لديهم شخص مصاب في العائلة يحمل نفس المرض الجلدي، بينما 4 % يحملون مرضا جلديا آخر.

4. 9. الشخص المصاب:

جدول (27): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب الشخص المصاب

الشخص المصاب	التكرارات	%
الأب	2	2
الأم	4	4
الأخ	4	4
الأخت	7	7
أقارب الأب	1	1
أقارب الأم	1	1
الأبناء	1	1
لا يوجد مرض	80	80
المجموع	100	100

5. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

استهدفت هذه الدراسة موضوع "الدعم الأسري وعلاقته بتقدير الذات لدى المرضى الجلديين" ولاختبار الفرضيات الخاصة بهذا الموضوع تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

أولاً: الإحصاء الوصفي: وتم استخدام ما يلي:

- التكرارات

- النسب المئوية

- المتوسط الحسابي

- المتوسط النظري

- الانحراف المعياري

ثانياً: الإحصاء الاستدلالي: وتم استخدام ما يلي:

- بيرسون

- ألفا كرومباخ

- معامل جوتمان
 - معامل سبيرمان براون
 - اختبار " T " للفروق بين مجموعتين مستقلتين
 - اختبار " F " للفروق بين أكثر من مجموعتين
 - اختبار المقارنة البعدية LSD
 - اختبار المقارنة البعدية Scheffé
- وتمت المعالجة الإحصائية للبيانات من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية "SPSS 22"

الفصل السابع: عرض النتائج ومناقشتها

.1 عرض النتائج

1. عرض نتائج الفرضية الأولى
2. عرض نتائج الفرضية الثانية
3. عرض نتائج الفرضية الثالثة
4. عرض نتائج الفرضية الرابعة
5. عرض نتائج الفرضية الخامسة

.II مناقشة النتائج

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى
2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية
3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة
4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة
5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

1. عرض النتائج:

1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على "يوجد مستوى دعم أسري مرتفع لدى المرضى الجلديين" ولاختبار هذه الفرضية تم استعمال المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (28) مستوى الدعم الأسري لدى أفراد العينة

الانحراف المعياري	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	المتغيرات
2,52	10	15,57	تقبل المرض
2,42	8	13,62	التكيف مع المجتمع
3,30	10	16,87	العلاج
6,87	28	46,10	الدعم الأسري

نلاحظ من خلال الجدول أنّ المتوسط الحسابي للدعم الأسري يفوق بكثير المتوسط النظري، بحيث كان المتوسط الحسابي يساوي 46,10 أما المتوسط النظري فكان يساوي 28. وبالنسبة لأبعاد الدعم الأسري (تقبل المرض، التكيف مع المجتمع، العلاج) فكانت متوسطاتها الحسابية على التوالي: 15,57 - 13,62 - 16,87، وهي متوسطات تفوق المتوسطات النظرية التي كانت على التوالي 10، 8، 10. وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الأولى.

2. عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على: "يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لاختلاف المتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، مدة المرض، نوع المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض في العائلة، الشخص المصاب". ولاختبار هذه الفرضية تم تقسيمها إلى 9 فرضيات جزئية.

2.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2.1):

تنص هذه الفرضية على: "يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لاختلاف جنس المريض الجلدي".

ولاختبار هذه الفرضية تم استعمال اختبار " T " للفروق بين مجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (29) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للجنس

مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات	
غير دالة (0,80)	- 0,24	98	2,17	15,50	ذكور	تقبل المرض
			2,79	15,62	إناث	
غير دالة (0,89)	- 0,12	97	2,39	13,59	ذكور	التكيف مع المجتمع
			2,46	13,65	إناث	
غير دالة (0,53)	- 0,62	98	2,72	16,63	ذكور	العلاج
			3,70	17,05	إناث	
غير دالة (0,63)	- 0,48	97	5,97	45,72	ذكور	الدعم الأسري
			7,55	46,40	إناث	

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الدعم الأسري وأبعاده تبعا للجنس، وهو ما يتضح من خلال المتوسطات الحسابية المتقاربة. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (1. 2)

2. 2. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2. 2):

تنص هذه الفرضية على: "يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لاختلاف سن المريض الجلدي". ولاختبار هذه الفرضية تم استعمال اختبار "F" للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (30) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للسن

المتغيرات	مصدر التباين	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
تقبل المرض	بين المجموعات	40,74	2	20,37	3,34	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	591,76	97	6,10		
التكيف مع المجتمع	بين المجموعات	33,77	2	16,88	2,99	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	541,40	96	5,64		
العلاج	بين المجموعات	60,97	2	30,48	2,89	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	1020,33	97	10,51		
الدعم الأسري	بين المجموعات	357,34	2	178,67	4,01	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	4269,65	96	44,47		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري وأبعاده تبعا لاختلاف سن المريض الجلدي ولمعرفة اتجاه الفروق قمنا باختبار (LSD)، وكانت النتائج كما يلي:
وعليه يمكن القول بتحقيق الفرضية الجزئية (2. 2)

جدول (31) المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعاً للسن

مجموعات المقارنة			مجموعات المقارنة	المتغيرات
أقل من 20	40 - 20	أكبر من 40		
—	*1,71	0,75	أقل من 20	تقبّل المرض
—	—	0,96 -	40 - 20	
—	—	—	أكبر من 40	
—	0,36	0,89 -	أقل من 20	التكيف
—	—	*1,26 -	40 - 20	
—	—	—	أكبر من 40	
—	1,81	0,36	أقل من 20	العلاج
—	—	*1,45 -	40 - 20	
—	—	—	أكبر من 40	
—	*3,89	0,10	أقل من 20	الدعم الأسري
—	—	*3,79 -	40 - 20	
—	—	—	أكبر من 40	

(* : مستوى الدلالة 0,05)

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري بين فئة المرضى الأقل من 20 سنة وفئة المرضى من 20 - 40 سنة لصالح المجموعة الأولى (أقل من 20 سنة).
ووجود فروق دالة إحصائية بين فئة من 20 - 40 سنة وفئة أكبر من 40 سنة لصالح المجموعة الثانية (أكبر من 40 سنة).

أما بالنسبة للأبعاد فنلاحظ وجود فروق دالة إحصائية في بعد تقبّل المرض بين فئة (أقل من 20 سنة) وفئة (20 - 40 سنة) لصالح المجموعة الأولى (أقل من 20 سنة).

كما نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية في بعد التكيف مع المجتمع بين فئة (من 20 - 40 سنة) وفئة (الأكبر من 40 سنة) لصالح المجموعة الثانية (الأكبر من 40 سنة).

بينما نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية في بعد العلاج بين فئة (20 - 40 سنة) وفئة (الأكبر من 40 سنة) لصالح المجموعة الثانية (الأكبر من 40 سنة).

2. 3. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2. 3):

تنص هذه الفرضية على: وجود اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لاختلاف المستوى الدراسي للمصاب بمرض جلدي.

ولاختبار هذه الفرضية تم استعمال اختبار "F" للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (32) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للمستوى الدراسي

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقبل المرض	بين المجموعات	23,05	4	5,76	0,89	غير دالة (0,46)
	داخل المجموعات	609,45	95	6,41		
التكيف مع المجتمع	بين المجموعات	11,67	4	2,91	0,48	غير دالة (0,74)
	داخل المجموعات	563,49	94	5,99		
العلاج	بين المجموعات	37,73	4	9,43	0,85	غير دالة (0,49)
	داخل المجموعات	1043,57	95	10,68		
الدعم الأسري	بين المجموعات	152,31	4	38,08	0,80	غير دالة (0,52)
	داخل المجموعات	4474,67	94	47,60		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري تبعا لاختلاف المستوى الدراسي.

وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (2. 3).

2. 4. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2. 4):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لاختلاف الحالة الاجتماعية للمصاب بمرض جلدي.

ولاختبار هذه الفرضية تم استعمال اختبار "F" للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (33) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للحالة الاجتماعية

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقبّل المرض	بين المجموعات	19,44	2	9,72	1,53	غير دالة
	داخل المجموعات	613,07	97	6,32		
التكيف مع المجتمع	بين المجموعات	24,35	2	12,17	2,12	غير دالة
	داخل المجموعات	550,17	96	5,73		
العلاج	بين المجموعات	63,66	2	31,83	3,03	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	1017,64	97	10,49		
الدعم الأسري	بين المجموعات	281,68	2	140,84	3,11	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	4345,30	96	45,26		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري تبعا لاختلاف الحالة الاجتماعية.

أما بالنسبة للأبعاد فنلاحظ وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى بعد "العلاج"، في حين توجد فروق غير دالة إحصائياً في بعدي "تقبّل المرض" و"التكيف مع المجتمع".

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار "LSD"، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (34): المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعا للحالة الاجتماعية

المتغيرات	مجموعات المقارنة		
	مطلق	متزوج	أعزب
العلاج	*4,66	0,018 -	—
	*4,68	—	—
	—	—	—
الدعم الأسري	*8,81	1,03 -	—
	*9,84	—	—
	—	—	—

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري بين مجموعة المرضى ذوي الحالة الاجتماعية "أعزب" ومجموعة المرضى "مطلق" لصالح المجموعة الأولى "أعزب".
 وفروق بين مجموعة المرضى "المتزوج" ومجموعة "المطلق" لصالح المجموعة الأولى "المتزوج".
 والأمر ذاته بالنسبة لبعد "العلاج".
 وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الجزئية (2. 4).

2. 5. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2. 5):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية يعود لاختلاف نوع المرض.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (35) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا لنوع المرض

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقبل المرض	بين المجموعات	27,19	3	9,06	1,43	غير دالة (0,23)
	داخل المجموعات	605,31	96	6,30		
التكيف مع المجتمع	بين المجموعات	22,87	3	7,62	1,31	غير دالة (0,27)
	داخل المجموعات	552,3	96	5,81		
العلاج	بين المجموعات	100,37	3	33,45	3,27	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	980,93	96	10,21		
الدعم الأسري	بين المجموعات	396,4	3	132,13	2,96	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	4230,58	95	44,53		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري تبعا لاختلاف نوع المرض لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية.

أما بالنسبة للأبعاد فنلاحظ وجود فروق دالة إحصائية في بعد "العلاج"، في حين توجد فروق غير دالة إحصائية في بعدي "تقبل المرض" و"التكيف مع المجتمع".

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار LSD وكانت النتائج كما يلي:

جدول (36) المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعا لنوع المرض

أمراض مزمنة غير ظاهرة	أمراض مزمنة ظاهرة	أمراض حادة غير ظاهرة	أمراض حادة ظاهرة	مجموعات المقارنة المتغيرات	
				أمراض حادة ظاهرة	أمراض مزمنة غير ظاهرة
1,41	1,99 -	0,29	—	أمراض حادة ظاهرة	العلاج
1,71	* 1,69 -	—		أمراض حادة غير ظاهرة	
* 3,41	—			أمراض مزمنة ظاهرة	
—				أمراض مزمنة غير ظاهرة	
1,61	4,59 -	1,28 -	—	أمراض حادة ظاهرة	الدعم الأسري
2,89	* 3,31 -	—		أمراض حادة غير ظاهرة	
6,29	—			أمراض مزمنة ظاهرة	
—				أمراض مزمنة غير ظاهرة	

(* مستوى دلالة 0,05)

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري بين مجموعة الأمراض الحادة غير الظاهرة ومجموعة الأمراض المزمنة الظاهرة لصالح المجموعة الثانية. وفروق بين المجموعة الأمراض المزمنة الظاهرة ومجموعة الأمراض المزمنة غير الظاهرة لصالح المجموعة الأولى.

وفروق في بعد "العلاج" بين مجموعة الأمراض الحادة غير الظاهرة ومجموعة الأمراض المزمنة الظاهرة لصالح المجموعة الثانية.

وعليه يمكن القول بتحقيق جزئي للفرضية (2. 5).

2. 6. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2. 6):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لاختلاف مدة المرض الجلدي. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (37) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعاً لمدة المرض

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقبّل المرض	بين المجموعات	0,49	2	0,24	0,03	غير دالة (0,96)
	داخل المجموعات	632,01	97	6,51		
التكيف مع المجتمع	بين المجموعات	51,45	2	25,72	4,71	دالة (0,01)
	داخل المجموعات	523,72	96	5,45		
العلاج	بين المجموعات	77,18	2	38,59	3,72	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	1004,12	97	10,35		
الدعم الأسري	بين المجموعات	266,39	2	133,19	2,93	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	4360,59	96	45,42		

نلاحظ وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري تبعاً لاختلاف مدة المرض لدى المصاب بمرض جلدي، بالإضافة إلى وجود فروق دالة إحصائية في مستوى بعدي "التكيف مع المجتمع" و"العلاج"، في حين توجد فروق غير دالة إحصائية بالنسبة لبعد "تقبّل المرض".

ولاختبار اتجاه الفروق تم استخدام اختبار "LSD" للمقارنة البعدية، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (38): المقارنة البعدية لمستوى الدعم الأسري تبعا لمدة المرض

أكثر من 5 سنوات	من 1 إلى 5 سنوات	أقل من سنة	مجموعات المقارنة	
			المتغيرات	
1,05	*1,75	—	أقل من سنة	التكثيف مع المجتمع
0,69 -	—		من 1 إلى 5 سنوات	
—			أكثر من 5 سنوات	
0,66	*2,04	—	أقل من سنة	العلاج
1,38 -	—		من 1 إلى 5 سنوات	
—			أكثر من 5 سنوات	
1,76	*3,92	—	أقل من سنة	الدعم الأسري
1,76 -	—		من 1 إلى 5 سنوات	
—			أكثر من 5 سنوات	

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق في مستوى الدعم الأسري وبعديه (التكثيف مع المجتمع والعلاج) حسب مدة المرض لدى المصاب بمرض جلدي، وذلك بين فئات المرضى الأقل من 1 سنة وفئات المرضى من 1 إلى 5 سنوات لصالح المجموعة الأولى (الأقل من سنة).
وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الجزئية (2. 6).

2.7. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2.7):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري تبعاً لوجود شخص آخر مصاب في عائلة المريض المصاب بمرض جلدي.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) للفروق بين مجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (39) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعاً لوجود شخص مصاب في العائلة

مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات	
غير دالة (0,40)	0,83 -	98	2,60	15,15	نعم	تقبل المرض
			2,51	15,67	لا	
غير دالة (0,88)	0,15	97	2,25	13,70	نعم	التكيف مع المجتمع
			2,47	13,60	لا	
غير دالة (0,73)	0,34	98	2,84	17,10	نعم	العلاج
			3,42	16,81	لا	
غير دالة (0,91)	0,10 -	97	5,76	45,95	نعم	الدعم الأسري
			7,15	46,13	لا	

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري وأبعاده تبعاً لوجود شخص مصاب في العائلة، وهو ما تعكسه المتوسطات الحسابية المتقاربة بين مجموعة المرضى الذين لديهم شخص مصاب بمرض جلدي في العائلة ومجموعة المرضى الذين لا يوجد لديهم شخص مصاب بمرض جلدي في العائلة.

وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (2.7).

2. 8. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2. 8):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لمتغير تشابه المرض بين أفراد العائلة لدى المصاب بمرض جلدي.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) للفروق بين مجموعتين مستقلتين، واقتصرت العينة هنا على 20 مريض (ة) الذين يتواجد في عائلاتهم شخص مصاب بمرض جلدي، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (40) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا لتشابه المرض

مستوى الدلالة	قيمة T	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات	
غير دالة (0,16)	1,46	18	2,73	15,56	نفس المرض	تقبل المرض
			1,00	13,50	مرض آخر	
غير دالة (0,84)	0,19	18	2,35	13,75	نفس المرض	التكيف مع المجتمع
			2,08	13,50	مرض آخر	
دالة (0,05)	2,25	18	2,14	17,75	نفس المرض	العلاج
			4,12	14,50	مرض آخر	
غير دالة (0,08)	1,83	18	5,50	47,06	نفس المرض	الدعم الأسري
			5,06	41,50	مرض آخر	

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري ومستوى بعدي "تقبل المرض" و"التكيف مع المجتمع" تبعا لتشابه المرض مع مرض فرد آخر من العائلة، إلا أنه يلاحظ وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى بعد "العلاج" تبعا لتشابه المرض مع مرض شخص آخر في العائلة. وعليه يمكن القول بتحقق جزئي للفرضية الجزئية (2. 8).

2. 9. عرض نتائج الفرضية الجزئية (2. 9):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى الدعم الأسري يعود لاختلاف الشخص المصاب في عائلة المصاب بمرض جلدي.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (41) الفروق في مستوى الدعم الأسري تبعا للشخص المصاب في العائلة

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقبل المرض	بين المجموعات	20,19	6	3,36	0,40	غير دالة (0,86)
	داخل المجموعات	108,35	13	8,33		
التكيف مع المجتمع	بين المجموعات	48,09	6	8,01	2,16	غير دالة (0,11)
	داخل المجموعات	48,10	13	3,70		
العلاج	بين المجموعات	48,05	6	8,00	0,98	غير دالة (0,47)
	داخل المجموعات	105,75	13	8,13		
الدعم الأسري	بين المجموعات	162,95	6	27,15	0,75	غير دالة (0,61)
	داخل المجموعات	468,00	13	36,00		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائيا في مستوى الدعم الأسري وأبعاده الثلاثة تبعا لاختلاف الشخص المصاب في العائلة. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (2. 9). ومن خلال عرض نتائج الفرضيات الجزئية (2. 1)، (2. 2)، (2. 3)، (2. 4)، (2. 5)، (2. 6)، (2. 7)، (2. 8)، (2. 9) يمكن القول بتحقق جزئي للفرضية الثانية.

3. عرض نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على "يتمتع المرضى المصابون بأمراض جلدية بمستوى تقدير ذات مرتفع". ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (42): مستوى تقدير الذات لدى أفراد العينة

الانحراف المعياري	المتوسط النظري	المتوسط الحسابي	المتغيرات
4,71	15	19,83	تقدير الذات

نلاحظ من خلال الجدول أنّ المتوسط الحسابي لتقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية يفوق المتوسط النظري، حيث كان المتوسط الحسابي يساوي 19,83، مقابل المتوسط النظري 15. وعليه يمكن القول بتحقيق الفرضية الثالثة.

4. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على "هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية تبعاً لاختلاف المتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، تشابه المرض، الشخص المصاب في العائلة". ولاختبار هذه الفرضية تم تقسيمها إلى 09 فرضيات جزئية.

4. 1. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 1):

تنص هذه الفرضية على: "هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف جنس المريض المصاب بمرض جلدي. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) للفروق بين مجموعتين مستقلتين. وكانت النتائج كما يلي:

جدول (43): الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً للجنس

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة
تقدير الذات	20,72	4,77	98	1,70	غير دالة (0,92)
	19,12	4,59			

نلاحظ فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف جنس المصاب بمرض جلدي، وهو ما يعكسه التقارب بين المتوسطات الحسابية. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (4. 1).

4. 2. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 2):

تنص هذه الفرضية على: "يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف سن المريض المصاب بمرض جلدي. واختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (44): الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً للسن

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	105,16	2	52,58	2,43	غير دالة (0,09)
	داخل المجموعات	2098,94	97	21,63		

نلاحظ وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف سن المصاب بمرض جلدي. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (4. 2).

4. 3. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 3):

تنص هذه الفرضية على: "يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات يعود لاختلاف المستوى الدراسي للمصابين بأمراض جلدية. واختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (45): الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً للمستوى الدراسي

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	588,29	4	147,07	8,64	دالة (0,01)
	داخل المجموعات	1615,82	95	17,009		

نلاحظ وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف المستوى الدراسي للمرضى المصابين بأمراض جلدية. ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار Scheffé للمقارنات البعدية، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (46): المقارنة البعدية في مستوى تقدير الذات تبعا للمستوى الدراسي

جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	دون مستوى	مجموعات المقارنة	
					المتغيرات	تقدير الذات
* 6,29 -	4,29 -	1,61 -	1,69	—	دون مستوى	
* 7,98 -	* 5,98 -	3,31 -	—		ابتدائي	
* 4,67 -	2,67 -	—			متوسط	
02 -	—				ثانوي	
—					جامعي	

(* مستوى الدلالة 0,05)

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعا لاختلاف المستوى الدراسي بين المجموعات التالية:

- مجموعة المستوى (دون مستوى) ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الثانية.
 - مجموعة المستوى الابتدائي ومجموعة المستوى الثانوي لصالح المجموعة الثانية.
 - مجموعة المستوى الابتدائي ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الثانية.
 - مجموعة المستوى المتوسط ومجموعة المستوى الجامعي لصالح المجموعة الثانية.
- في حين توجد فروق غير دالة إحصائية بين المجموعات الأخرى.
وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الجزئية (4. 3).

4. 4. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 4):

تنص هذه الفرضية على: "هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية للمصابين بأمراض جلدية.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (47): الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً للحالة الاجتماعية

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	40,46	2	20,23	0,90	غير دالة (0,40)
	داخل المجموعات	2163,64	97	22,30		

نلاحظ وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية للمرضى المصابين بالأمراض الجلدية. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (4. 4).

4. 5. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 5):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات يعود لاختلاف نوع مرض المريض المصاب بمرض جلدي". ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق وكانت النتائج كما يلي:

جدول (48): الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً لنوع المرض

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة (F)	مستوى الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	5,50	3	1,83	0,08	غير دالة (0,97)
	داخل المجموعات	2198,6	96	22,90		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف نوع مرض المريض المصاب بمرض جلدي. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (4. 5).

4. 6. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 6):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات يعود لاختلاف مدة المرض لدى المصاب بمرض جلدي. ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (49): الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً لمدة المرض

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	163,01	2	81,50	3,87	دالة (0,05)
	داخل المجموعات	2041,09	97	21,04		

نلاحظ وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف مدة مرض المصاب بمرض جلدي.

ولمعرفة اتجاه الفروق تم استخدام اختبار المقارنة البعدية LSD، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (50): المقارنة البعدية لمستوى تقدير الذات تبعاً لمدة المرض

المتغيرات	مجموعات المقارنة		
	أقل من سنة	من 1 إلى 5 سنوات	أكثر من 5 سنوات
تقدير الذات	أقل من سنة	*2,70	0,23
	من 1 إلى 5 سنوات	—	*2,46 -
	أكثر من 5 سنوات	—	—

(* مستوى الدلالة 0,05)

نلاحظ وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف مدة مرض المصاب بمرض جلدي، وذلك بين المجموعات التالية:

- مجموعة المرضى الأقل من سنة ومجموعة المرضى من 1 إلى 5 سنوات لصالح المجموعة الأولى.

- مجموعة المرضى من 1 إلى 5 سنوات ومجموعة المرضى الأكثر من 5 سنوات لصالح المجموعة الثانية.

في حين لا توجد فروق دالة إحصائية بين مجموعة المرضى الأقل من سنة ومجموعة المرضى الأكثر من 5 سنوات.

وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الجزئية (4. 6).

4. 7. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 7):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً لوجود شخص آخر مصاب بمرض جلدي في العائلة.

ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام اختبار (T) للفروق بين مجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (51) الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً لوجود شخص مصاب في العائلة

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة
تقدير الذات	19,30	5,32	98	- 0,56	غير دالة (0,57)
	19,96	4,98			

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعاً لوجود شخص مصاب بمرض جلدي في عائلة المصاب بمرض جلدي، وهو ما تعكسه المتوسطات الحسابية. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (4. 7).

4. 8. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 8):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً لتشابه المرض مع شخص آخر في العائلة. وتم الاقتصار هنا على عينة 20 مريض (ة) الذين يتواجد في عائلاتهم شخص مصاب بمرض جلدي.

وتم اختبار هذه الفرضية باستخدام اختبار (T) للفروق بين مجموعتين مستقلتين، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (52) الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً لتشابه المرض

المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة T	مستوى الدلالة
تقدير الذات	19,31	5,47	18	0,02	غير دالة (0,98)
	19,25	5,43			

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لتشابه المرض مع مرض فرد آخر من العائلة، وهو ما تعكسه المتوسطات الحسابية لمجموعة المرضى ذوي أفراد لديهم نفس المرض، ومجموعة المرضى ذوي أفراد لديهم مرض جلدي آخر. وعليه يمكن القول بعد تحقق الفرضية الجزئية (4. 8).

4. 9. عرض نتائج الفرضية الجزئية (4. 9):

تنص هذه الفرضية على: يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف الشخص المصاب بمرض جلدي في العائلة. وتمت المقارنة هنا على عينة 20 مريض (ة) الذين لديهم شخص مصاب بمرض جلدي في العائلة، وتمت المقارنة باختبار (F) للفروق، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (53) الفروق في مستوى تقدير الذات تبعاً للشخص المصاب في العائلة

المتغيرات	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة F	مستوى الدلالة
تقدير الذات	بين المجموعات	197,59	6	32,93	1,25	غير دالة (0,34)
	داخل المجموعات	340,60	13	26,20		

نلاحظ من خلال الجدول وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً للشخص المصاب بمرض جلدي في عائلة المصاب بمرض جلدي. وعليه يمكن القول بعدم تحقق الفرضية الجزئية (4. 9). ومن خلال عرض نتائج الفرضيات الجزئية (4. 1)، (4. 2)، (4. 3)، (4. 4)، (4. 5)، (4. 6)، (4. 7)، (4. 8)، (4. 9) يمكن القول بتحقق جزئي للفرضية الرابعة.

5. عرض نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على "هناك علاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المصاب بمرض جلدي". ولاختبار هذه الفرضية تم استخدام معامل الارتباط بيرسون، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (54): الارتباط بين الدعم الأسري وتقدير الذات

المتغيرات	الدعم الأسري	تقدير الذات
الدعم الأسري	_____	**0,27
تقدير الذات	_____	_____

(** مستوى دلالة 0,01)

نلاحظ وجود معامل ارتباط موجب بين مستوى الدعم الأسري وتقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية، أي كلما زاد الدعم الأسري زاد تقدير الذات لدى المصاب بمرض جلدي.

ولمعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرين، تم حساب معامل بيرسون بين متغير تقدير الذات وأبعاد الدعم الأسري، وكانت النتائج كما يلي:

جدول (55): الارتباط بين تقدير الذات وأبعاد الدعم الأسري

المتغيرات	تقبل المرض	التكيف مع المجتمع	العلاج
تقدير الذات	**0,28	0,18	*0,21

(** مستوى الدلالة 0,01 / * مستوى الدلالة 0,05)

نلاحظ من خلال الجدول وجود علاقة موجبة دالة إحصائياً بين تقدير الذات وبعدي تقبل المرض والعلاج لدى المصاب بمرض جلدي، في حين توجد علاقة غير دالة إحصائياً بين تقدير الذات وبعدي التكيف مع المجتمع. وعليه يمكن القول بتحقق الفرضية الخامسة.

II. مناقشة النتائج:

1. مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تنص هذه الفرضية على أنه: "يوجد مستوى دعم أسري مرتفع لدى المريض المصاب بمرض جلدي". وقد تحققت هذه الفرضية أي أنّ المرضى المصابون بأمراض جلدية لديهم مستوى دعم أسري مرتفع. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة نبيلة باوية (2013) حول الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحترق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والتي توصلت فيها إلى وجود مستوى دعم عاطفي لدى النساء المصابات بالسرطان، تتمثل في دعم الأسرة بالدرجة الأولى. وفي هذا الصدد أشارت نيفرت زكي وآخرون (2010) في دراستها حول سرطان الثدي إلى أهمية الدعم الأسري للمريضات، وقد أثبتت النتائج ارتفاع معدل الإصابة بالاضطرابات النفسية لدى المريضات ذوات الدعم الأسري المنخفض. وتتفق الدراسة الحالية أيضاً مع ما جاء في دراسة غالب رضوان نياي مقداد (2015) حول قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، حيث توصل إلى ارتفاع مستوى المساندة لدى مرضى الفشل الكلوي باحتلال بعد المساندة الأسرية المرتبة الأولى بنسبة 90,4%.

وهذه النتيجة تثبت ما جاء في تحليل المفاهيم النظرية، وعلى هذا الأساس فإنّ للدعم الأسري أهمية كبيرة في حياة الأفراد بشكل عام، ولدى المرضى بشكل خاص، باختلاف مصادره وتعدّد أشكاله وأبعاده ما بين الدعم لتقبل المرض، والتكيف مع المجتمع، ومتابعة العلاج لدور كل منهم في مساعدة المريض على تقبل حالته والتكيف معها بشكل مقبول ومناسب قدر المستطاع.

2. مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص هذه الفرضية على أنه: "هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري لدى المريض المصاب بمرض جلدي تبعاً لاختلاف المتغيرات الآتية: الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، نشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة. وقد تحققت هذه الفرضية جزئياً.

- بالنسبة لمتغير الجنس:

تنص هذه الفرضية على وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري وأبعاده تبعاً للجنس، وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية (2. 1)، وهذا ما أشارت إليه دراسة سليمان بن محمد بن ناصر (2009) حول العلاقة بين المساندة الأسرية ومفهوم الذات والدافع للإنجاز والتحصيل الدراسي لدى طلبة الصف الحادي عشر من المرحلة الثانوية بسلطنة عمان، والتي توصل فيها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المساندة الأسرية.

(موقع كوكب المعرفة 2016-01-14 الشبكة العمانية للأطروحات الجامعية: رسالة ماجستير سليمان

بن محمد بن ناصر، علم النفس الإرشادي)

بينما تختلف هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة رغداء نعيصة وسهاد بدره (2014) حول المساندة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللاذقية، والتي توصلت فيها إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في مستوى المساندة الأسرية لصالح الذكور. (نعيصة، بدره، 2014، ص: 135)

كما اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة عماد أشتيه وآخرين (2014) حول المساندة الأسرية والتدفق النفسي لدى عينة من طلبة الصف الثامن الأساسي من مستخدمي الأجهزة الذكية، والتي توصلت فيها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الأسرية تبعاً لمتغير الجنس لصالح الذكور.

(أشتيه وآخرون، 2014، ص: 2)

ومن خلال ما جاء في تحليل المفاهيم النظرية فإنّ الباحثين الذين تكلموا عن الدعم الأسري لم يذكروا فرقا في متغير الجنس بالنسبة لطرق تقديم الدعم وأشكاله، وإنّما ركزوا عليه نظراً لما له من أهمية بالنسبة للأفراد عامة أصحاء كانوا أم مرضى دون تمييز في الجنس، كما أنّ مستوى الدعم الأسري وأبعاده المقدّمة للذكر والأنثى لا تختلف باختلاف الجنس، لأنّ مجتمعنا إسلامي مترابط يهتم بالفرد دون تفريق بين الذكر والأنثى، فكل ما يحتاجه الفرد من دعم أسري بأشكاله، فهو مكفول من قبل الأسرة، ويحترم المريض والمريضة دون تفريق.

- بالنسبة لمتغير السن:

تنص هذه الفرضية على وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري وأبعاده تبعاً لاختلاف سن المريض المصاب بمرض جلدي، وعليه فقد تحققت الفرضية الجزئية (2.2)، حيث كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري بين فئات المرضى لصالح فئة أقل من 20 سنة وفئة الأكبر من 40 سنة، أمّا فيما يخص أبعاد الدعم الأسري ففي بعد "تقبّل المرض" وجدت فروقا دالة إحصائياً لصالح فئة أقل من 20 سنة، وفي بعدي "التكيّف مع المجتمع" و"العلاج" وجدت فروقا ذات دلالة إحصائية لصالح فئة الأكبر من 40 سنة.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة نورة بنت عبد العزيز الدامر (2014) حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض، التي توصلت فيها بالنسبة لبعده المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة لوجود فروق ذات دلالة إحصائية لهذا البعد تبعاً لمتغير العمر، وذلك لصالح الفئة العمرية من 45 إلى أقل من 55 سنة. (الدامر، 2014، ص: 138)

ويتضح من خلال الدراسة الميدانية أنّ ما يفسر ارتفاع مستوى الدعم الأسري لدى فئة أقل من 20 سنة اعتبار هذه الفئة من المراهقة التي تعتبر فترة حرجة يحتاج فيها الفرد إلى الدعم الأسري حتى وإن لم يكن مريضاً لمساعدته على التقبّل ومحاولة التكيّف والعلاج باعتبار المرض الجلدي لا يقل أهمية وخطورة

على حياة الفرد وخاصة النفسية منها، وخصوصاً لمساسه بالصورة الجسمية التي تعتبر الواجهة التي يتعامل بها الفرد اجتماعياً، وخاصة في مرحلة المراهقة التي يعطي فيها الأفراد أهمية بالغة لهذا الجانب. أمّا فيما يخص فئة الأكبر من 40 سنة فالأغلبية يكونون قد كوّنوا أسراً ويحضون بدعم أسري أكبر من الأزواج والأبناء.

بينما تختلف هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة غالب رضوان ذياب مقدار (2015) حول قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، حيث لم توجد فروق جوهرية ذات دلالة إحصائية لمتغير الدعم الاجتماعي في بعد الدعم الأسري لدى مرضى الفشل الكلوي تعزى للفئات العمرية، وفسر الباحث ذلك بأنّ المرض في حد ذاته لا يقتصر على فئة عمرية محددة بل يصيب أي فرد في أي عمر بنفس المدة وبنفس التطورات الصحية وبالتالي التأثيرات النفسية السلبية لهذا المرض تكون بنفس الشدة، لأن كل فئة لها ما يميّزها وما يخصّها. (مقداد، 2015، ص: 161)

- بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي:

تنص هذه الفرضية على وجود فروق غير دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري تبعاً لاختلاف المستوى الدراسي للمريض المصاب بمرض جلدي، وعليه لم تتحقق الفرضية الجزئية (2. 3). وتتفق هذه النتيجة مع دراسة نبيلة باوية (2013) حول الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، والتي توصلت فيها إلى عدم وجود فروق في الاحتراق النفسي بين النساء المصابات بسرطان الثدي ذوات المستوى التعليمي المرتفع والمتوسط لمرتفعات ومنخفضات الدعم الاجتماعي (بأبعاده من بينهم البعد الأسري)، وفسرت ذلك على أنه إذا كان المستوى التعليمي مرتفعاً، متوسطاً أو حتى منخفضاً فإنه لا يساعد المرأة المصابة بسرطان الثدي ولم يمنعها من الوقوع في الاحتراق النفسي في مستوى من مستوياته، ورغم تلقيها الدعم والمساندة من المحيطين بها أو عدم تلقيها المساعدة. (باوية، 2013، ص: 242)

كما انققت الدراسة الحالية مع دراسة نورة بنت عبد العزيز الدامر (2014) حول الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض، والتي توصلت فيها إلى عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات المساندة الاجتماعية داخل إطار الأسرة (الدعم الأسري) لدى عينة الدراسة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (متوسط أو ابتدائي - جامعي فأعلى).

(الدامر، 2014، ص: 138)

- بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

تنص هذه الفرضية على وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى الدعم الأسري تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية لدى المريض المصاب بمرض جلدي، وقد تحققت هذه الفرضية حيث كانت الفروق في مستوى الدعم الأسري لصالح مجموعة "أعزب" و"متزوج"، وكذلك بالنسبة لبعد "العلاج".

وتتفق هذه النتيجة مع ما أثبتته بعض الدراسات كدراسة "واكلر موريسون" وآخرين، والتي توصلت إلى أنّ النساء المصابات بسرطان الثدي المتزوجات استطعن مواجهة هذا المرض وإظهار ارتفاع في معدل الحياة مقارنة مع النساء المصابات بالسرطان العازبات، كما توصلت دراسة "كيكولت غلاز" إلى أنّ الطلاق بين الزوجين يؤثر على الجهاز المناعي ويؤدي إلى انخفاض نشاطه لدى الطرفين.

(قنون، 2013، ص: 189)

وهناك من الدراسات ما أظهر تأثير الدعم الاجتماعي وخاصة البعد الأسري على جهاز المناعة عند المتزوجين، حيث وجدت علاقة بين الزواج وطول العمر، والوقاية من الأمراض وسرعة الشفاء منها، ففي دراسة على معدل الوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية في الأعمار بين 25 و45 سنة، تبين أنها بين المتزوجين على غير المتزوجين في الصحة النفسية والجسمية بأنّ الدعم الأسري بين المتزوجين ينشط جهاز المناعة، وهو ما يجعل المتزوجين أقل عرضة للأمراض وأكثر قدرة على مقاومتها والشفاء منها، أمّا غير المتزوجين فيُحرمون من هذا الدعم ويواجهون ضغوط الحياة وحدهم، وهو ما يجعلهم عرضة للأمراض والانحرافات السلوكية. ومن نتائج إحدى الدراسات في أمريكا وجد أنّ الرجال أكثر سعادة من النساء في الزواج، والنساء أقل تعاسة من الرجال بعدم الزواج، وهو ما يعني أنّ الرجال يستفيدون أكثر من النساء في الزواج، فالرجل المتزوج يحصل على الدعم الأسري من الزوجة أكثر مما تحصل عليه المرأة المتزوجة من زوجها. (قنون، 2013، ص: 189)

وقد أظهرت دراسة على 100 مريض أجريت لهم عملية زرع نخاع العظام، مدى قوة العزلة كعامل ينذر بخطر الموت، وقوة العلاقات الوثيقة كعامل للشفاء، وكانت نتيجة الدراسة أنّ 45 % من هؤلاء المرضى الذين شعروا بتعاطف شديد من زوجاتهم وأسرهم بالدرجة الأولى ثم أصدقائهم، عاشوا عامين بعد نجاح العملية، مقابل 20 % من المرضى الذين افتقدوا مثل هذا العون العاطفي. (قنون، 2013، ص: 190) بينما تختلف هذه النتيجة الحالية مع دراسة قنون خميسة (2013) حول الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، حيث توصلت فيها إلى أنه لا توجد فروق في درجة الدعم الاجتماعي (البعد الأسري) المدرك حسب متغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج). (قنون، 2013، ص: 193)

كما تختلف أيضا مع دراسة غالب رضوان ذياب مقداد (2015) حول قلق المستقبل لدى المرضى المصابين بالفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، والتي توصل فيها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الدعم الاجتماعي (البعد الأسري) يعزى للحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج). (مقداد، 2015، ص: 161)

- بالنسبة لمتغير نوع المرض:

تنص هذه الفرضية على أن: "هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري بوجود اختلاف في نوع المرض عند المريض المصاب بمرض جلدي".

وتحققت الفرضية الجزئية (2. 5) جزئياً، حيث وجدت فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية تبعا لنوع المرض، وذلك لصالح الأمراض المزمنة الظاهرة، كما وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بالنسبة لبعد العلاج لصالح الأمراض المزمنة الظاهرة.

ويعود تفسير هذه النتيجة حسب الدراسة الميدانية والخلفية المهنية للطالبة، إلى اختلاف طبيعة الأمراض الجلدية، حيث تم تقسيم الأمراض الجلدية في الدراسة الحالية حسب تأثيرها النفسي والذي يتعلق بتأثيرها على الصورة الجسمية للمريض بالدرجة الأولى، وكان التقسيم تحت إشراف الدكتورة محمودي الأستاذة المساعدة في قسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي، وتم تقسيم هذه الأمراض إلى أربعة أقسام هي: حادة ظاهرة، حادة غير ظاهرة، مزمنة ظاهرة، مزمنة غير ظاهرة.

وأظهرت النتائج فروقا سواء في الدعم الأسري كليا أو في بعد "العلاج" تبعا لمتغير نوع المرض لصالح المجموعة المصابة بالأمراض المزمنة الظاهرة أي الأمراض المزمنة الظاهرة، وهي الأمراض التي ليس لديها علاج وطويلة الأمد والتي تمس الصورة الجسمية للمريض بشكل واضح، ومنها ما يستلزم في أغلب الأحيان الاستشفاء، وهنا يصبح دور الأسرة ضروريا، حيث يحتاج المريض إلى عناية خاصة على جميع الأصعدة، لأنّ هذه الأمراض تتسبب أحيانا في صعوبة في الحركة وتشوّه في المظهر وهو ما يصعب على المريض القيام بحاجاته، وغالبا ما تكون الأسرة هي المساعد والمعين للمريض خاصة من أجل الالتزام بالعلاج، وهذا ما فسرتة الفروق في متغير "بعد العلاج" والذي يمثل الهدف الرئيسي للأسرة في دعمها للمريض المصاب بمرض جلدي.

وبالرجوع إلى التراث النظري للدراسة الحالية نستدل لـ جيمس دريفر J. Drever الذي أكد على أنّ المساندة النفسية والاجتماعية بأبعادها (بما في ذلك الأسرة) للمريض تعتبر ضرورة علاجية، لأنها تنظر إلى المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية ومن حقه العيش في حالة توافق نفسي، وأنّ مساندة نفسيا تؤدي إلى تقبل مرضه والرضا عن ذاته، وتدعم أمله في الحياة.

(زموري، 2012، ص: 63)

- بالنسبة لمتغير مدة المرض:

تنص هذه الفرضية على: "وجود اختلاف في مستوى الدعم الأسري بوجود اختلاف في مدة المرض للمريض الجلدي".

وقد تحققت هذه الفرضية حيث كانت هناك فروق دالة إحصائية في مستوى الدعم الأسري تبعا لاختلاف مدة المرض لدى المريض الجلدي، ووجدت فروق دالة إحصائية في بعدي "التكيف مع المجتمع"

و"العلاج" لصالح الفئة المصابة بالمرض الجلدي لأقل من سنة، بينما لم توجد فروق في بعد "تقبل المرض".

وتفسّر الطالبة ذلك بأن إصابة المريض للوهلة الأولى بمرض جلدي، وخاصة إذا تم تشخيص المرض على أنه مرض مزمن ومس الصورة الجسمية بشكل واضح، فعلى إثر ذلك يتكيف الدعم الأسري على اعتباره أمراً أساسياً في منظومة الأسرة، وتبدأ الإرشادات الدينية والروحانية فور الإصابة بالمرض، وذلك على اعتبار أنّ الثقافة الإسلامية هي السائدة.

واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة غالب رضوان ذياب مقداد (2015) حول قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، والتي توصل فيها إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية (البعد الأسري) لدى مرضى الفشل الكلوي المزمن يعزى لمدة المرض، وهذا يعني أنّ مدة المرض ليست متغيراً مؤثراً على المساندة الاجتماعية (البعد الأسري) لدى المرضى. (مقداد، 2015، ص: 161)

3. مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على أنه: "يتمتع المرضى المصابون بأمراض جلدية بمساوى تقدير ذات مرتفع". ولقد تحققت هذه الفرضية، أي أنّ المصابون بأمراض جلدية لديهم مستوى تقدير ذات مرتفع. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مسيل صالح الدين وبايود فارس (2015) حول تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي المزمن والخاضعين لعملية تصفية الدم، وتوصلا فيها إلى أنّ أغلبية حالات عينة الدراسة (3 حالات من 5) تميّزت بتقدير ذات مرتفع، وأعزى الباحثان ذلك إلى وجود الدعم والدافعية للعمل والإنجاز. (مسيل، بايود، 2015، ص: 163)

بينما تختلف هذه النتيجة مع دراسة سميرة طرح (2013) حول تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري، والتي توصلت فيها إلى أنه يوجد تقدير ذات متوسط عند المراهق المصاب بداء السكري. (طرح، 2013، ص: 83)

4. مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص هذه الفرضية على أنه: "هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية تبعاً لاختلاف المتغيرات التالية: الجنس، السن، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، ونوع الشخص المصاب في العائلة". وقد تحققت هذه الفرضية جزئياً.

- بالنسبة لمتغير الجنس:

تنص هذه الفرضية على أنه: "هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية باختلاف الجنس"، حيث ام توجد فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعا لاختلاف الجنس لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة هناء شريفي (2002) حول إستراتيجيات المقاومة وتقدير الذات وعلاقتها بالعدوانية لدى المراهق الجزائري، والتي توصلت فيها إلى أنّ تأثير متغير الجنس على تقدير الذات غير دال إحصائياً لعدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في تقدير الذات. كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة ماكوبي "Maccoby" (1975) التي تناولت الفروق بين الجنسين في تقدير الذات، إذ وجدت أنّ تقدير الذات يتساوى بين البنين والبنات حتى مرحلة الطفولة المتأخرة (9-13 سنة)، وفي مرحلة المراهقة تبقى الفروق غير دالة، ثم تختلف الدراسات في دلالة تقدير الذات لصالح البنين والبنات في مرحلة الرشد. (شريفي، 2013، ص: 96).

كما وجد زوكرمان "Zukerman" (1980) أنّ الذكور والإناث يتشابهون في الإحساس بتقبل الذات، وتبين ذلك عن طريق قياس تقدير الذات، فهذا الإحساس ليست له علاقة بالأدوار الخاصة بالجنسين. كما توصل جالاجاس "Jalajas" (1994) في دراسة في هذا الموضوع، إلى أنّ الجنس ليس له تأثير على تقدير الذات والرفاهية النفسية، وأنّ سيرورة الضغط تجري بصفة مشابهة عند الجنسين. (شريفي، 2013، ص: 96).

بينما تختلف هذه النتيجة مع دراسة أنجل "Engel" (1959) عن ثبات تقدير الذات في مرحلة المراهقة وعلاقته بالجنس على عينة من 104 مراهقين و168 مراهقة تتراوح أعمارهم بين 13 و15 سنة للبنين و15 و17 سنة للبنات، إذ توصل الباحث إلى وجود فروق بين الجنسين لصالح الذكور.

أمّا نتائج أبحاث ستلسون "Stilson" (1984) فتوصلت إلى وجود اختلافات في تقدير الذات لصالح مجموعة الإناث، حيث كانت نتائج الطالبات في اختبار تقدير الذات أعلى من درجات الذكور. ووجد مياموتو "Miyamoto" وآخرون (2000) في دراستهم حول اختلاف تقدير الذات في أوساط المراهقين، بتطبيق اختبار رونزبرغ "Rosenberg"، أنّ المراهقين الذكور أبدوا تقدير ذات أعلى وأشمل من الإناث. (شريفي، 2002، ص: 97)

- بالنسبة لمتغير السن:

تنص هذه الفرضية على أنه: "يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعا لاختلاف سن المرضى المصابين بأمراض جلدية"، ولم تتحقق هذه الفرضية الجزئية، حيث وجدت فروق غير دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعا لاختلاف أعمار المرضى المصابين بأمراض جلدية.

ولم تجد الطالبة في التراث الأدبي أية دراسة تتفق نتائجها مع النتيجة الحالية. بينما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة حبيبة ضيف الله (2012) حول صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة، وتوصلت فيها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متغير السن لدرجة تقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بالإعاقة الحركية المكتسبة لصالح فئة من 30 - 40 سنة. ويعتقد "إريكسون" الذي حدد المراهقة على أنها فترة التغيرات الكبرى في الذات باعتبارها الفترة الحرجة طوال الحياة، لأنها الفترة التي تتكون فيها هوية الشخص. ويتفق هذا مع نتائج دراسة كارول وفلورنس Carole & Florence (2001) التي أظهرت نتائجها وجود تشوّه وانخفاض في تقدير الذات نتيجة الإصابة بالإعاقة الحركية لدى المراهق المصاب في سنة 12 إلى 18 سنة. (ضيف الله، 2012، ص: 148)

وهذا ما دعمه ما جاء في تحليل المفاهيم النظرية، فمفهوم الذات يتطور مع التقدم في السن، وهو إحدى سمات مفهوم الذات، لكنه يتطور بدرجات متفاوتة لعوامل متعددة كالجنس والصف الاجتماعي والتعلم والقدرات العقلية وغيرها. فعملية التقدم في السن مسألة حتمية ومفهوم الذات يتبع ذلك مادامت هناك زيادة في المعارف والخبرات التي يمر بها الفرد أثناء محاولته للتكيف مع البيئة التي يعيش فيها، حيث أنّ التقييم للذات يزداد تمايزاً مع تقدّم النمو، حيث تكون هناك تقييمات مختلفة باختلاف مجالات التفاعل، ويتطور ذلك التقييم وفقاً لملاحظات المرء عن ذاته وإدراكه كيفية رؤية الآخرين له.

- بالنسبة لمتغير المستوى الدراسي:

نصت هذه الفرضية على أنه: "يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات يعود لاختلاف المستوى الدراسي لدى المرضى المصابين بالأمراض الجلدية"، وتحققت هذه الفرضية حيث وجدت فروق دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف المستوى الدراسي للمرضى المصابين بأمراض جلدية لصالح المستويين الثانوي والجامعي.

وتتفق هذه النتيجة مع ما جاء في تحليل المفاهيم النظرية، حيث يفسر ذلك بوجود علاقة قوية ووثيقة بين مفهوم الذات والتحصيل، إذ يمكن القول إنه كلما زاد أحدهما أثر في الثاني بشكل إيجابي، إذ أنّ الأفراد ذوي التحصيل المنخفض غالباً ما يميلون إلى أنّ يكونوا مشاعر سلبية اتجاه أنفسهم، في حين يميل الأفراد ذوو التحصيل العالي إلى تكوين مفاهيم ومشاعر إيجابية، حيث أنّ التحصيل الجيد يؤدي إلى التقدّم وارتفاع المستوى الدراسي، وهذا الأخير يرتبط بالمكانة الاجتماعية للفرد وتفاعله الاجتماعي السليم والعلاقات الاجتماعية الناجحة التي تدعم الفكرة السليمة الجيدة عن الذات، ويظهر ذلك من خلال النتائج التي توصل إليها كومبتس، حيث وجد أنّ الفكرة الموجبة عن الذات تعزّز نجاح التفاعل الاجتماعي ويزيد العلاقات الاجتماعية نجاحاً.

كما تتفق هذه النتيجة مع دراسة يونسى تونسية (2012) حول تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين، والتي توصلت فيها إلى وجود علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والتحصيل الدراسي، وهذه النتيجة لها علاقة بما توصلت إليه الدراسة الحالية باعتبار كلما كان التحصيل الدراسي مرتفعاً كلما تقدّم الفرد في مستواه الدراسي. (يونسى، 2012، ص: 273)

- بالنسبة لمتغير الحالة الاجتماعية:

تنص هذه الفرضية على أنه: "هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية للمرضى المصابين بأمراض جلدية".

ولم تتحقق هذه الفرضية الجزئية، حيث وجدت فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية للمرضى المصابين بأمراض جلدية.

وتفسّر الطالبة هذه النتيجة باعتبار تقدير الذات مفهوم يخصّ الفرد ذاته، ورغم تأثره بعوامل مختلفة إلا أنه يبقى التقييم الذي يضعه الفرد لذاته من خلال تحديد الجوانب الحسنة والسيئة في الذات، وهذا التقييم يكون تقييماً وجدانياً يساعد الفرد على تكوين مفهوم إيجابي أو سلبي. إذن تقدير الذات يتمثل في فكرة الفرد عن نفسه وتقييمه لها.

ولكن هناك بعض التعريفات التي ركزت على الدور الاجتماعي أي دور الآخرين والتفاعل معهم في تقدير الفرد لذاته، وهذا ما يجعل الحالة الاجتماعية للفرد تلعب دوراً في درجة تقديره لذاته، وهذا الاتجاه يتعارض مع ما جاءت له الدراسة الحالية، كما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة آيت مولود يسمينة (2012) حول تقدير الذات وعلاقته بظهور السلوك العدواني عند النساء المتأخرات في سن الزواج، والتي توصلت فيها إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات بين النساء المتأخرات في سن الزواج مقارنة بالنساء المتزوجات. (آيت مولود، 2012، ص: 231)

- بالنسبة لمتغير نوع المرض:

تنص هذه الفرضية على أنه: "يوجد اختلاف في مستوى تقدير الذات يعود لاختلاف نوع المرض لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية".

ولم تتحقق هذه الفرضية، حيث وجدت فروق غير دالة إحصائياً في مستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف نوع المرض الجلدي.

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أنّ تقسيم الأمراض الجلدية في الدراسة الحالية كان على أساس الصورة الجسمية، إذ كان هناك قسمان من الأمراض حادة ومزمنة لا تمس الصورة الجسمية للمريض، وقسمان من الأمراض حادة ومزمنة تمسّ الصورة الجسمية للمريض، وهذا التقسيم المتوازن هو ما حال دون تأثير متغير نوع المرض الجلدي على مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية، مع أنّ

هناك العديد من العوامل التي تؤثر على تقدير الذات من أهمها صورة الجسم، وهذا ما جاءت به بعض الدراسات مختلفة مع الدراسة الحالية من حيث النتيجة مثل دراسة حبيبة ضيف الله (2012) حول صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة، والتي توصلت فيها إلى وجود علاقة عكسية سالبة بين درجة تشوّه صورة الجسم وتقدير الذات، إذ أنّه كلما زاد تشوّه الجسم عند المشلولين والمبتورين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة كلما زاد انخفاض في تقدير الذات لديهم. وبالرجوع إلى التراث النظري للدراسة الحالية نجدتها تتفق مع ما جاءت به الدراسة الأخيرة من حيث المبدأ. (ضيف الله، 2012، ص: 153)

5. مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنص هذه الفرضية على أنه: "هناك علاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي".

وقد تحققت هذه الفرضية، حيث وجد معامل ارتباط موجب بين مستوى الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي، أي أنه كلما زاد الدعم الأسري زاد مستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي.

كما وجدت علاقة موجبة دالة إحصائياً بين تقدير الذات وبعدي تقبّل المرض والعلاج، بينما توجد علاقة غير دالة إحصائياً بين تقدير الذات وبعد التكيف مع المجتمع.

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة مسيل صالح الدين وبايود فارس (2015) حول تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي، والتي توصلت فيها إلى أنّ أغلب حالات العينة (3 من 5) تميّزوا بارتفاع في تقدير الذات، وكان ذلك ناتجاً عن وجود دعم من المحيط، ومع دراسة سليمان بن محمد بن ناصر (2009) حول العلاقة بين المساندة الأسرية ومفهوم تقدير الذات والدافع للإنجاز والتحصيل الدراسي لدى طلبة الثانوية بسلطنة عمان، والتي توصلت فيها إلى وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الأسرية ومفهوم الذات. (مسيل، بايود، 2015، ص: 163)

كما اتفقت النتيجة الحالية مع دراسة الشناوي وعبد الرحمن (1994) حول العلاقة بين المساندة الاجتماعية الأسرية وأبعاد الشخصية وتقدير الذات والتوافق لدى عينة من طلاب الجامعة "الذكور" بمدينة الرياض بالسعودية، والتي توصلت فيها إلى وجود علاقة إيجابية بين المساندة وتقدير الذات.

كما توصلت أبحاث كل من باستون وزملائه (1976، 1997) والباحثة Prot إلى نتائج مشابهة مفادها العلاقة الإيجابية بين الدعم الأسري وتقدير الذات لدى الأفراد.

كما اتفقت النتيجة مع دراسة "ونغ وآخرون" Wong et all (2008) التي توصلت فيها إلى أنّ تأثير المساندة والدعم بأشكاله المختلفة على الفرد يختلف باختلاف نوع الدعم المقدم، كما أنّ الدعم العاطفي

يزيد مشاعر الأمن والارتباط والولاء والسعادة الوجدانية وتقدير الذات المرتفع والثقة بالنفس، والدعم الأسري يمنع الفرد من الإحساس بالعزلة الاجتماعية والوحدة وتدعم الهوية الاجتماعية لدى الفرد.
(باوية، 2013، ص: 200)

الاستنتاج العام:

استهدفت هذه الدراسة موضوع " العلاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المصابين بأمراض جلدية"، وذلك من خلال البحث لمعرفة مستوى كل من الدعم الأسري وتقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية، مع تحديد مدى وجود اختلاف في مستوى الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات تبعاً لاختلاف المتغيرات التالية: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة. بالإضافة إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي.

وقد تم التوصل في هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

1. يوجد مستوى دعم أسري مرتفع لدى الأشخاص المصابين بأمراض جلدية.
2. هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري تبعاً للمتغيرات الآتية: سن المريض، الحالة الاجتماعية، مدة المرض، نوع المرض، في حين لا توجد فروق في مستوى الدعم الأسري بالنسبة للمتغيرات الآتية: جنس المريض، المستوى الدراسي، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، ونوع الشخص المصاب في العائلة. بينما توجد فروق جزئية في بعد "العلاج" بالنسبة لمتغير تشابه المرض مع مرض شخص آخر في العائلة.
3. يتمتع الأشخاص المصابون بأمراض جلدية بمستوى تقدير ذات مرتفع.
4. هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً للمتغيرات الآتية: المستوى الدراسي للمريض، مدة المرض، في حين لا توجد فروق في مستوى تقدير الذات بالنسبة للمتغيرات الآتية: جنس المريض، سن المريض، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض شخص مصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة.
5. هناك علاقة موجبة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى الأشخاص المصابين بأمراض جلدية، وكانت العلاقة بين تقدير الذات وبعدي تقبل المرض والعلاج.

الخاتمة

نظرا لاتفاق العديد من العلماء على أنّ أعضاء الجسم والمظهر الجسماني للفرد تمثّل أحد المكوّنات المهمة للشخصية، فإنّ أي اختلاف في هذا المظهر جزاء إصابة أو تشوّه على أي مستوى من المستويات يؤدّي حتما على اختلال الصحة النفسية للفرد.

ولعلّ أهمّ ما يتصف به المصابون بأمراض جلدية هو شعورهم بالعجز والدونية، مما يؤثّر على تقدير الذات لديهم، لذا يجد البعض منهم صعوبة في تقبّل المرض والتكيّف مع المجتمع، وهو ما يجعلهم أكثر احتياجا للدعم والمساندة ممن حوله وخاصة الأسرة بالدرجة الأولى.

لذا استهدفت هذه الدراسة تحديد مستويات كل من الدعم الأسري وتقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية، وإضافة إلى تحديد علاقة كل منهما ببعض المتغيرات الفردية، مع البحث عن العلاقة القائمة بين كل من الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى هؤلاء المرضى، وذلك انطلاقا من التساؤلات التالية:

1. ما هو مستوى الدعم الأسري لدى المريض المصاب بمرض جلدي؟
 2. هل هناك اختلاف في مستوى الدعم الأسري لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية يعود لاختلاف المتغيّرات التالية: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة؟
 3. ما هو مستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي؟
 4. هل هناك اختلاف في مستوى تقدير الذات لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية يعود لاختلاف المتغيّرات التالية: السن، الجنس، المستوى الدراسي، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، مدة المرض، وجود شخص مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض الشخص المصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة؟
 5. هل هناك علاقة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي؟
- ولاختبار الفرضيات المقترحة تم إجراء دراسة استطلاعية وأخرى أساسية بقسم الأمراض الجلدية والزهرية بالمركز الاستشفائي الجامعي بوهران. وتمّ إجراء الدراسة الاستطلاعية على عيّنة تتكوّن من 30 مريضا

مصابين بأمراض جلدية، بينما تم إجراء الدراسة الأساسية على عينة تتكوّن من 100 مريض مصابين بأمراض جلدية.

وتمّ اتباع المنهج الوصفي باستخدام الأدوات التالية: مقياس الدعم الأسري للمريض المصاب بمرض جلدي المصمّم من طف الطالبة، ومقياس تقدير الذات لـ روزنبرغ.

وتمّ التوصل إلى النتائج التالية:

يوجد مستوى دعم أسري مرتفع لدى الأشخاص المصابين بأمراض جلدية، كما تبين وجود اختلاف في مستوى الدعم الأسري تبعاً للمتغيرات الآتية: سن المريض، الحالة الاجتماعية، مدة المرض، نوع المرض، في حين لم توجد فروق في مستوى الدعم الأسري بالنسبة للمتغيرات الآتية: جنس المريض، المستوى الدراسي، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، ونوع الشخص المصاب في العائلة، بينما توجد فروق جزئية في بعد "العلاج" بالنسبة لمتغير تشابه المرض مع مرض شخص آخر في العائلة، كما يوجد مستوى تقدير ذات مرتفع لدى المرضى المصابين بأمراض جلدية، وتبين وجود اختلاف في مستوى تقدير الذات تبعاً للمتغيرات الآتية: المستوى الدراسي للمريض، مدة المرض، في حين لا توجد فروق في مستوى تقدير الذات بالنسبة للمتغيرات الآتية: جنس المريض، سن المريض، الحالة الاجتماعية، نوع المرض، وجود شخص آخر مصاب في العائلة، تشابه المرض مع مرض شخص مصاب في العائلة، نوع الشخص المصاب في العائلة، إضافة إلى وجود علاقة موجبة بين الدعم الأسري ومستوى تقدير الذات لدى المريض المصاب بمرض جلدي، وكانت العلاقة بين تقدير الذات وبعدي "تقبل المرض" و"العلاج".

وفي ضوء ما تمّ التوصل إليه فإنّ هذه الدراسة تفتح آفاقاً لدراسة أبعاد مختلفة من هذا الموضوع، حيث أنّ موضوع الأمراض الجلدية وكذا موضوع الدعم الأسري لم يحظيا بالاهتمام العلمي الكافي من طرف الباحثين والمختصين في علم النفس خاصة علم النفس الأسري، حيث نجد أنّ الدراسات السابقة اهتمت بالدعم الأسري كجزء من الدعم الاجتماعي دون التفصيل فيه، وكانت هذه الدراسات على أمراض مختلفة مثل السرطان والفشل الكلوي ... إلخ، في حين تمّ إهمال دور الدعم الأسري والاجتماعي بالنسبة للأمراض الجلدية التي لا تقلّ خطورتها عن الأمراض الأخرى.

توصيات واقتراحات:

- تفعيل دور الأخصائي النفسي في أقسام الأمراض الجلدية بالمستشفيات.
- إعداد برامج تدريبية وندوات لتوعية عائلات المرضى بطبيعة الحالة النفسية للمرضى وكيفية التعامل معهم.
- تدريب الطاقم الطبي المعالج على آلية التعامل مع الجوانب النفسية لهؤلاء المرضى والاهتمام بها.
- إعداد برنامج تنفيس انفعالي للمرضى.
- القيام بحملات تحسيسية لتوعية أفراد المجتمع حول طبيعة الأمراض الجلدية وآثارها النفسية على المريض، إضافة إلى التنويه بالخصائص الشخصية لهذا المريض وكيفية التعامل معه.

المراجع

قائمة المراجع:

الكتب بالعربية:

1. محمود الحجازي (2001)، الأمراض الجلدية للأطفال، دار عالم الثقافة للنشر والتوزيع، الرياض، المملكة العربية السعودية.
2. فيصل محمد خير الزراد (2000)، الأمراض النفسية الجسدية، ط1، دار النفائس للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان.
3. كشرود عمار الطيب (2007)، البحث العلمي ومناهجه في العلوم الاجتماعية والسلوكية، ط1، دار المناهج، عمان، الأردن.
4. عباس محمد خليل وآخرون (2007)، مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس، ط1، دار المسيرة، عمان، الأردن.
5. المنسي محمود عبد الحليم حامد (1986)، قياس مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة، مركز النشر العلمي، القاهرة.
6. كمال الدسوقي (1979)، النمو النفسي للطفل والمراهق، ط1، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
7. مصطفى فهمي (1977)، التكيف النفسي، دار مصر للطباعة الحديثة، القاهرة.
8. عفيفي النبال (1995)، النمو المعرفي عند المراهق، دار الهدى، بيروت.
9. فيوليت فؤاد إبراهيم، سليمان سيد عبد الرحمن (1998)، دراسات في سيكولوجية النمو: الطفولة والمراهقة، مكتبة الشرق، مصر.
10. ليلي عبد الحميد عبد الحافظ (1982)، مقياس تقدير الذات للكبار والصغار، دار النهضة، القاهرة.
11. علي عسكر (2005)، الأسس النفسية والاجتماعية للسلوك في مجال العمل، ط1، دار الكتاب الحديث للنشر والتوزيع، الكويت.
12. عبد المنعم حنفي (1976)، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، دار العلم للملايين، الجزء الأول، القاهرة.
13. عمر لعويذة (2002)، التدين والتكيف النفسي، دار الهدى، الجزائر.
14. محمد عبد الرحمن (1998)، إسهامات الزواج في تحقيق التوافق النفسي لكل من الرجل والمرأة - دراسات في الصحة النفسية، ط1، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

15. أحمد أبو زيد إبراهيم (1987)، سيكولوجية الذات والتوافق، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، مصر.
16. عبد الفتاح دويدار (1992)، سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات والاتجاهات، دار النهضة العربية، لبنان.
17. حامد عبد السلام زهران (1971)، علم نفس النمو، عالم الكتاب للطباعة والنشر، القاهرة.
18. حامد عبد السلام زهران (2003)، دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي، عالم الكتاب للطباعة والنشر، القاهرة.
19. قحطان أحمد الظاهر (2004)، مفهوم الذات بين النظرية والتطبيق، ط1، دار وائل للنشر، الأردن.
20. مالي رانجيت، دابليو روبرت ريزنر (2005)، تعزيز تقدير الذات، ط1، مكتبة جرير، القاهرة.
21. ليندزي هول (1978)، نظريات الشخصية، (تر: أحمد فرج)، ط1، دار السير للنشر، القاهرة.
22. عماد الدين إسماعيل محمد (1982)، النمو في مرحلة المراهقة، دار المعارف، مصر.
23. سيد خير الله (1981)، مفهوم الذات أسسه النظرية والتطبيقية، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت.
24. عادل عز الدين الأشول (1998)، علم نفس النمو من الجنين إلى الشيخوخة، مكتبة الاتحاد المصرية، القاهرة.
25. عائدة عبد الله محمد ديب (2010)، الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة، ط1، دار الفكر، عمان.

المذكرات:

1. هجيرة سبع (2010)، إرشاد مرضى الصدفية بالعلاج المعرفي السلوكي، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الإرشاد والتوجيه، قسم علم النفس، جامعة وهران 2.
2. بوزكرية توهامي (2012)، أثر الممارسة الرياضية في ظهور الإصابات والأمراض الجلدية لدى طلبة معهد التربية البدنية والرياضية بسيدي عبد الله، أطروحة دكتوراه غير منشورة، معهد التربية البدنية والرياضية بسيدي عبد الله، جامعة الجزائر.

3. محمد حامد إبراهيم الهنداوي (2011)، الدعم الاجتماعي وعلاقته بمستوى الرضا عن جودة الحياة لدى المعاقين حركيا بمحافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس، قسم علم النفس، جامعة الأزهر، غزة.
4. سنوسي زموري (2012)، دور الذكاء العاطفي والمساندة الاجتماعية من طرف الزوج في تحقيق التوافق الزوجي لدى المرأة المستأصلة للثدي نتيجة السرطان، رسالة ماجستير غير منشورة في الإرشاد والصحة النفسية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الجزائر 2.
5. نورة بنت عبد العزيز الدامر (2014)، الصلابة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المصابات بسرطان الثدي في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة في الرعاية والصحة النفسية، قسم علم النفس، جامعة نايف العربية للعلوم الأمنية، المملكة العربية السعودية.
6. غالب رضوان ذياب مقداد (2015)، قلق المستقبل لدى مرضى الفشل الكلوي وعلاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة في الصحة النفسية المجتمعية، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
7. نبيلة باوية (2013)، الدعم الاجتماعي وعلاقته بالاحترق النفسي لدى النساء المصابات بسرطان الثدي، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الاجتماعي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح، ورقلة.
8. فواز بن محمد صالح الشيخ (2009)، التوافق المهني والمساندة الاجتماعية لدى عينة من العمال السعوديين العاملين في بعض المصانع بمحافظة جدة، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس توجيه تربوي ومهني، قسم علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
9. عائدة عبد الهادي حسنين (2004)، الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.
10. سعيد قارة (2009)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، رسالة ماجستير غير منشورة في علم نفس الصحة، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
11. هناء شريف (2002)، إستراتيجيات المقاومة وتقدير الذات وعلاقتها بالعدوانية لدى المراهق الجزائري، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة الجزائر.

12. حبيبة ضيف الله (2012)، صورة الجسم وعلاقتها بتقدير الذات لدى المشلولين والمبتورين المصابين بإعاقة حركية مكتسبة، رسالة ماجستير غير منشورة في التربية الخاصة، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الجزائر 2.
13. مسيل صلاح الدين، بايود فارس (2015)، تقدير الذات لدى الراشدين المصابين بالقصور الكلوي، مذكرة ماستر غير منشورة في علم النفس العيادي، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة آكلي محند أولحاج، البويرة.
14. بوعمامة ياسمين (2011)، دور المساندة الاجتماعية في الرفع من تقدير الذات وتبني إستراتيجيات المقاومة الفعالة عند الطلبة الراسبين في امتحان البكالوريا، رسالة ماجستير غير منشورة في علوم التربية، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الجزائر 2.
15. يونس تونسية (2012)، تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين والمراهقين المكفوفين، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس المدرسي، قسم علم النفس، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
16. آيت مولود ياسمين (2012)، تقدير الذات وعلاقته بظهور السلوك العدواني عند النساء المتأخرات في سن الزواج، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة مولود معمري، تيزي وزو.
17. سميرة طرح (2013)، تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري، مذكرة ماستر غير منشورة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
18. سليمان بن محمد بن ناصر (2009)، العلاقة بين المساندة الأسرية ومفهوم الذات والدافع للإنجاز والتحصيل الدراسي لدى طلبة الصف الحادي عشر من المرحلة الثانوية، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الإرشادي، معهد البحوث والدراسات العربية، جامعة الدول العربية، مصر.
19. فنون خميسة (2013)، الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
20. حيمود أحمد (2011)، المكانة الاجتماعية لتلميذ مرحلة التعليم الثانوي وعلاقتها بمفهوم الذات والاتجاهات نحو النشاط البدني الرياضي، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم التربية البدنية والرياضة، جامعة منتوري، قسنطينة.

21. عزوني سليمان (2011)، أطفال مركز الصم بين ممارسة النشاطات البدنية والرياضية وتقديرهم لذواتهم، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التربية البدنية، جامعة الجزائر 3.
22. عبد ربه علي شعبان (2010)، الخجل وعلاقته بتقدير الذات ومستوى الطموح لدى المعاقين بصريا، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس، كلية التربية، الجامعة الإسلامية، غزة.
23. مريم حميد اللحياتي، سميرة محارب العتيبي (2010)، تقدير الذات لدى الموهوبين والمتفوقين متدني التحصيل الدراسي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب والعلوم الإدارية، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
24. الحمدي محمد الضيدان (2003)، تقدير الذات وعلاقته بالسلوك العدواني لدى طلبة المرحلة المتوسطة بمدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة الرياض.
25. سارة ناصر آل جرير الدوسري (2000)، إدراك القبول والتحكم الوالدي لدى طالبات الجامعة وعلاقته بتقدير الذات والفعالية الذاتية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الملك سعود، الرياض.
26. أمزيان زبيدة (2007)، علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته وحاجاته الإرشادية، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس، جامعة باتنة.
27. قارة سعيد (2015)، مركز الضبط الصحي وعلاقته بكل من فعالية الذات وتقبل العلاج لدى المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
28. سامية بنت راشد بن سالم الحجري (2012)، فاعلية برنامج إرشادي جماعي في تنمية تقدير الذات لدى المعاقين بصريا في سلطنة عمان، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم التربية والدراسات الإنسانية، جامعة نزوى، سلطنة عمان.
29. إدريس الزغيدي (2014)، تقدير الذات لدى الراشد المصاب بالعقم، مذكرة ماستر غير منشورة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس، جامعة محمد خيضر، بسكرة.
30. حنان عبد العزيز (2012)، نمط التفكير وعلاقته بتقدير الذات، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم العلوم الاجتماعية، جامعة أبو بكر بلقايد، تلمسان.
31. فراحي فيصل (2011)، تقدير الذات وعلاقته بمشروع التكوين لدى طلبة التكوين المهني، رسالة دكتوراه غير منشورة، قسم علم النفس وعلوم التربية، جامعة وهران.

32. سايح درمان (2008)، الكفاءة النفسية لمرضى السكري باستعمال العلاج المعرفي، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطفونيا، جامعة الجزائر.

المقالات:

1. عماد أشتيه وآخرون (2015)، المساندة الأسرية والتدفق النفسي لدى عينة من طلبة الصف الثامن الأساسي من مستخدمي الأجهزة الذكية - مقدمة للمشاركة في المؤتمر العلمي الموسوم ب: تأثير الأجهزة الذكية على نشأة الطفل، جامعة القدس المفتوحة.
2. عبد العال أحمد محمد (2007)، تقدير الذات وقضية الإنجاز الفائق قراءة جديدة في سيكولوجية المبدع، المؤتمر العلمي الأول، قسم الصحة النفسية، كلية التربية، جامعة بنها، مصر، ص 122-171.
3. موقع <http://www.wafainfo.ps/atemplate.aspx?id=5148>
4. موقع أكاديمية علم النفس <http://www.acofps.com/vb/showthread.php?t=23326>
5. موقع www.ccdz.cerist.dz/admin/notice.php?id=126420

المجلات:

1. رغداء نعيسة، سهاد بدر (2014)، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المساندة الاجتماعية الأسرية وعلاقتها بمستوى الاكتئاب لدى المسنين في دور الرعاية بمحافظة اللاذقية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 36، العدد 2، النشر 2014/04/07، اللاذقية، سوريا.
2. فؤاد محمد علي هدية (1998)، مجلة علم النفس، الفروق بين أبناء المتوافقين زواجيا وغير المتوافقين في كل من درجة العدوانية ومفهوم الذات، الهيئة المعرفية العامة للكتاب، الكويت، العدد 47.
3. صالح أحمد محمد حسن (1995)، مجلة التقويم والقياس النفسي التربوي، قياس تقدير الذات لدى طلاب الجامعة، جامعة الإسكندرية، العدد 6.
4. محمد خير السلامة، هتوف سمارة، علي سمارة (2011)، مجلة جامعة النجاح للأبحاث والعلوم الإنسانية، درجة تقدير معلمي المرحلة الأساسية الدنيا في المدارس التابعة لمديرية تربية لواء الرصيفة لذواتهم وعلاقتها بدافعية الإنجاز لديهم، جامعة الطائف، الأردن، المجلد 26، العدد 3، ص 664-686.

5. ثريا يونس دودين، فتحي عبد الرحمن جروان (2012)، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث والدراسات، أثر تطبيق برامج التسريع والإثراء على الدافعية للتعلم والتحصيل وتقدير الذات لدى الطلبة الموهوبين في الأردن، الأردن، العدد 26، ص 105 - 147.
6. بلقوميدي عباس (2012)، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، أساليب التفكير وعلاقتها بتقدير الذات في ضوء متغير الجنس والتخصص - دراسة مقارنة على تلاميذ المرحلة الثانوية، جامعة وهران، الجزء 1، العدد 9.
7. هشام إبراهيم عبد الله، عصام عبد اللطيف عبد الهادي العقاد (2009)، مجلة علم النفس والعلوم الإنسانية، الذكاء الوجداني وعلاقته بفاعلية الذات لدى عينة من طلاب الجامعة، كلية الآداب، جامعة المنيا، مصر، ص 01 - 65.
8. سلامة ممدوحة (1991)، مجلة الدراسات النفسية، المعاناة الاقتصادية في تقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة، القاهرة، المجلد 1، العدد 4.

الملاحق

ملحق (01): مقياس الدعم الأسري للمصاب بمرض جلدي (قبل التحكيم)

تخصّص: علم النفس الأسري

المستوى: ماستر 2

أستاذي المحترم، أستاذتي المحترمة، في إطار إنجاز مذكرة الماستر بعنوان "الدعم الأسري وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى المصاب بالمرض الجلدي"، تمّ بناء استبيان من أجل قياس "الدعم الأسري لدى المصابين بهذا النوع من المرض"، والذي سيتم تقديمه للمريض. وأرجو من حضرتكم تبيان مدى انتماء كل فقرة إلى البعد المعني، ومدى مناسبة العبارات في قياس المتغير، وأقترح بدائل الإجابة الآتية التي أراها تناسب الموضوع وهي: أبداً، أحياناً، دائماً.

الطالبة: مدوري وردة

الأستاذ المشرف: أ. د. الهاشمي أحمد

* التعريف الإجرائي للدعم الأسري:

هو الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بالمرض الجلدي في استبيان "الدعم الأسري" وفق أبعاده الثلاثة: تقبُّل المرض، التكيف مع المجتمع، العلاج.

* أبعاد الاستبيان:

- 1- **تقبُّل المرض:** "هو مساعدة الأسرة للمصاب بالمرض الجلدي على تقبُّل مرضه، من خلال الاهتمام به وتقديم الحب والتقدير له كفرد طبيعي في العائلة".
- 2- **التكيف مع المجتمع:** "هو مساعدة الأسرة للمصاب بالمرض الجلدي على أن يكون عضواً فعالاً في المجتمع، من خلال تشجيعه على الاندماج مع الآخرين وتكوين علاقات سوية معهم تقوم على الاحترام والثقة".
- 3- **العلاج:** "هو مساعدة الأسرة للمصاب بالمرض الجلدي مادياً ومعنوياً من أجل العلاج، من خلال الاستمرار فيه والالتزام به".

1- البعد الأول: الدعم الأسري لتقبُّل المرض

يعرف إجرائيا على أنه: "مساعدة الأسرة للمصاب بالمرض الجدي على تقبُّل مرضه، من خلال الاهتمام به وتقديم الحب والتقدير له كفرد طبيعي في العائلة".

الرقم	الفقرات	مدى انتماء الفقرة للبعد					مناسبة	التعديل المقترح
		%0	%25	%50	%75	%100		
1	أشعر وسط أسرتي بأني شخص عادي (طبيعي)							
2	أستخدم نفس الأواني في البيت مع أسرتي							
3	تشفق عليّ أسرتي بسبب مرضي							
4	أرى نظرات الاشمئزاز من طرف أسرتي							
5	تفنعني أسرتي بأن مرضي قضاء من الله وعليّ القبول به							
6	تعزلني أسرتي بعيدا عنها خوفا من العدوى							
7	ترى أسرتي أن مرضي لن يقف عائقا أمام تحقيق طموحاتي							
8	يتجنب أفراد أسرتي ملامستي اشمزازا مني							
9	تساعدني أسرتي على حل مشكلاتي							
10	تستمع أسرتي بقضاء الوقت معي							

2- البعد الثاني: الدعم الأسري للتكيف مع المجتمع

يعرف إجرائيا على أنه: "مساعدة الأسرة للمصاب بالمرض الجدي على أن يكون عضوا فعالا في المجتمع، من خلال تشجيعه على الاندماج مع الآخرين وتكوين علاقات سوية معهم تقوم على الاحترام والثقة".

الرقم	الفقرات	مدى انتماء الفقرة للبعد					مناسبة	التعديل المقترح
		%0	%25	%50	%75	%100		
1	تدافع عني أسرتي إذا حاول شخص ما السخرية من مرضي							
2	تشجعني أسرتي على الاختلاط بالناس							
3	تخجل بي أسرتي أمام الآخرين							
4	تدفعني أسرتي للاستمرار في الحياة بشكل طبيعي (دراسة، عمل، زواج إلخ)							
5	تشعرتني أسرتي بأنني فرد مهم في المجتمع							
6	تشجعني أسرتي على حضور المناسبات الاجتماعية							
7	تمنعتني أسرتي من إقامة علاقات اجتماعية							
8	تدفع أسرتي الآخرين (أقارب، جيران، أصدقاء) إلى معاملتي جيدا							
9	تدفعني أسرتي إلى عدم الثقة في الآخرين							
10	تصرفات أسرتي تدفع الآخرين (أقارب، جيران، أصدقاء) إلى نبذي وعدم احترامي							

1- البعد الثالث: الدعم الأسري من أجل العلاج

يعرف إجرائيا على أنه: "مساعدة الأسرة للمصاب بالمرض الجدي ماديا ومعنويا من أجل العلاج، من خلال الاستمرار فيه والالتزام به".

الرقم	الفقرات	مدى انتماء الفقرة للبعد					مناسبة	التعديل المقترح
		%0	%25	%50	%75	%100		
1	تدفعني أسرتي للقيام بالتحاليل الطبية اللازمة باستمرار							
2	تشجعني أسرتي على الاستمرار في العلاج							
3	تساعدني أسرتي على التكفل بمصاريف العلاج							
4	تدعمني أسرتي من أجل اقتناء الأدوية اللازمة							
5	تمنحني أسرتي الأمل بالشفاء							
6	تدفعني أسرتي للالتزام بنصائح الطبيب							
7	تتابع أسرتي تطورات علاجي							
8	تطلع أسرتي على أحدث المعلومات الطبية المتعلقة بمرضي							
9	توفر لي أسرتي التغذية الصحية السليمة التي تناسب علاجي							
10	تشجعني أسرتي على الالتزام بمواعيد العلاج (RDV) والدواء							

ملحق (02): مقياس تقدير الذات

البيانات الشخصية:

الجنس:

السن:

المستوى الدراسي:

الحالة الاجتماعية:

نوع المرض الجلدي:

تاريخ ظهور المرض الجلدي:

هل يوجد فرد آخر في العائلة مصاب بمرض جلدي: نعم

في حالة الإجابة بنعم، من هو وما نوع مرضه:

فيما يلي مجموعة من العبارات حول نفسك، ضع إشارة (X) أمام المكان الذي يناسبك حيث تبين مدى موافقتك على العبارة التي تصفك كما ترى نفسك.

أجب عن كل عبارة بصدق، ليست هناك أجوبة صحيحة أو خاطئة، صف نفسك كما تراها أنت وليس كما يرغب الآخرون في أن تكون، يجب أن تفكر في كل عبارة على حدى، وأن تجيب بدقة على مدى موافقتك على العبارة.

الرقم	العبارة	أرفض تماما	أرفض	أوافق	أوافق تماما
1	على العموم أنا راض عن نفسي				
2	في بعض الأحيان أفكر بأنني لست كفؤا على الإطلاق				
3	أشعر أنّ لديّ عددا من الخصائص الجيدة				
4	أنا قادر على القيام بالأشياء مثلما يستطيع ذلك معظم الناس				
5	أنا متأكد أحيانا من إحساسي بأنني شخص عديم الفائدة				
6	أشعر بأنني لا أملك ما أعتر به				
7	أشعر أنني شخص له قيمة، على الأقل مقارنة بالآخرين				
8	أتمنى لو استطعت احترام نفسي أكثر				
9	أميل إلى الشعور بأنني شخص فاشل				
10	لدي اتجاه إيجابي نحو نفسي				

ملحق (03): مقياس الدعم الأسري للمصاب بمرض جلدي (بعد التحكيم)

في إطار إنجاز مذكرة الماستر بعنوان "الدعم الأسري وعلاقته بمستوى تقدير الذات لدى المصاب بمرض جلدي"، نطلب منك المساهمة في إثراء هذه الدراسة من خلال المشاركة في الإجابة على أسئلة هذا الاستبيان، كما نرجو منك الإجابة على كل العبارات، وذلك بوضع علامة (X) أمام الخانة المناسبة. وتؤكد بأن المعلومات التي ستدلي بها ستستخدم لأغراض علمية بحثية وستحظى بقدر عال من السرية والائتمان.

الرقم	العبارة	أبدا	أحيانا	دائما
1	أشعر وسط أسرتي بأني فرد عادي (طبيعي)			
2	أستخدم نفس الأواني في البيت مع أفراد أسرتي			
3	تشفق عليّ أسرتي بسبب مرضي			
4	أرى نظرات الاشمئزاز في أعين أفراد أسرتي			
5	يحاول أفراد أسرتي إقناعي بأنّ مرضي قضاء من الله			
6	تعزلني أسرتي بعيدا عنها خوفا من العدوى			
7	ترى أسرتي أن مرضي لن يقف عائقا أمام تحقيق طموحاتي			
8	يتجنب أفراد أسرتي ملامستي اشمئززا مني			
9	تساندني أسرتي في حل مشكلاتي			
10	لا يتضايق أفراد أسرتي من قضاء الوقت معي			
11	تدافع عني أسرتي إذا حاول شخص ما السخرية مني بسبب مرضي			
12	تشجعني أسرتي على الاختلاط بالناس بكل ثقة في النفس			
13	تخجل بي أسرتي أمام الآخرين			
14	تشجعني أسرتي على الاستمرار في الحياة بشكل طبيعي (دراسة، عمل، زواج ... إلخ)			
15	تشعرنني أسرتي بأنني فرد مهم في المجتمع			
16	تشجعني أسرتي على حضور المناسبات الاجتماعية			
17	تمنعني أسرتي من إقامة علاقات اجتماعية			
18	تصرفات أسرتي معي تدفع الآخرين (أقارب، جيران، أصدقاء) إلى عدم احترامي			

			19	تحرص أسرتي على قيامي بالتحاليل الطبية اللازمة باستمرار
			20	تشجعني أسرتي على الاستمرار في العلاج
			21	تتكفل أسرتي بمصاريف علاجي
			22	تدعمني أسرتي من أجل اقتناء الأدوية اللازمة
			23	تمنحني أسرتي الأمل بالشفاء
			24	تحرص أسرتي على التزامي بنصائح الطبيب
			25	تتابع أسرتي تطورات علاجي
			26	تطلع أسرتي على أحدث المعلومات الطبية المتعلقة بمرضي
			27	توفر لي أسرتي التغذية الصحية السليمة التي تناسب علاجي
			28	تشجعني أسرتي على الالتزام بمواعيد العلاج (RDV) والدواء

ملحق (04): النسب المئوية لأبعاد استبيان الدعم الأسري لدى المصابين بأمراض جلدية حسب صدق المحكمين

البعد الأول: تقبل المرض

الرقم	المحكمين	م 1	م 2	م 3	م 4	م 5	م 6	النسبة المئوية
1	أشعر وسط أسرتي بأني شخص عادي (طبيعي)	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	% 91.66
2	أستخدم نفس الأواني في البيت مع أسرتي	% 75	% 75	% 100	% 100	% 100	% 50	% 83.33
3	تشفق عليّ أسرتي بسبب مرضي	% 75	% 75	% 0	% 100	% 100	% 75	% 70.83
4	أرى نظرات الاشمزاز من طرف أسرتي	% 50	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	% 87.5
5	تقنعني أسرتي بأن مرضي قضاء من الله وعليّ القبول به	% 50	% 75	% 100	% 100	% 75	% 75	% 79.16
6	تعزلني أسرتي بعيدا عنها خوفا من العدوى	% 75	% 100	% 100	% 75	% 100	% 75	% 87.5
7	ترى أسرتي أن مرضي لن يقف عائقا أمام تحقيق طموحاتي	% 50	% 100	% 100	% 100	% 100	% 0	% 75
8	يتجنب أفراد أسرتي ملامستي اشمزازا مني	% 75	% 75	% 100	% 75	% 100	% 0	% 70.83
9	تساعدني أسرتي على حل مشكلاتي	% 75	% 50	% 100	% 100	% 100	% 0	% 70.83
10	تستمتع أسرتي بقضاء الوقت معي	% 75	% 75	% 0	% 100	% 100	% 75	% 70.83

البعد الثاني: التكيف مع المجتمع

النسبة المئوية	م 6	م 5	م 4	م 3	م 2	م 1	المحكّمين العبارات	الرقم
% 70.83	% 0	% 100	% 50	% 100	% 100	% 75	تدافع عني أسرتي إذا حاول شخص ما السخرية من مرضي	1
% 87.5	% 75	% 100	% 100	% 100	% 75	% 75	تشجعني أسرتي على الاختلاط بالناس	2
% 87.5	% 50	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	تخجل بي أسرتي أمام الآخرين	3
% 87.5	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 50	تدفعني أسرتي للاستمرار في الحياة بشكل طبيعي (دراسة، عمل، زواج إلخ)	4
% 70.83	% 75	% 100	% 100	% 0	% 75	% 75	تشعرني أسرتي بأنني فرد مهم في المجتمع	5
% 87.5	% 75	% 100	% 100	% 100	% 75	% 75	تشجعني أسرتي على حضور المناسبات الاجتماعية	6
% 62.5	% 0	% 100	% 100	% 0	% 100	% 75	تمنعي أسرتي من إقامة علاقات اجتماعية	7
% 29.16	% 0	% 0	% 50	% 0	% 75	% 50	تدفع أسرتي الآخرين (أقارب، جيران، أصدقاء) إلى معاملتي جيدا	8
% 41.66	% 0	% 100	% 50	% 0	% 50	% 75	تدفعني أسرتي إلى عدم الثقة في الآخرين	9
% 54.16	% 50	% 0	% 100	% 0	% 100	% 75	تصرفات أسرتي تدفع الآخرين (أقارب، جيران، أصدقاء) إلى نبذي وعدم احترامي	10

البعد الثالث: من أجل العلاج

النسبة المئوية	م 6	م 5	م 4	م 3	م 2	م 1	المحكّمين العبارات	الرقم
% 91.66	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	تدفعني أسرتي للقيام بالتحاليل الطبية اللازمة باستمرار	1
% 79.16	% 75	% 100	% 50	% 100	% 75	% 75	تشجعني أسرتي على الاستمرار في العلاج	2
% 70.83	% 75	% 100	% 100	% 0	% 75	% 75	تساعدني أسرتي على التكفل بمصاريف العلاج	3
% 91.66	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	تدعمني أسرتي من أجل اقتناء الأدوية اللازمة	4
% 79.16	% 0	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	تمنحني أسرتي الأمل بالشفاء	5
% 91.66	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	تدفعني أسرتي للالتزام بنصائح الطبيب	6
% 91.66	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	تتابع أسرتي تطورات علاجي	7
% 75	% 75	% 100	% 100	% 0	% 100	% 75	تطلع أسرتي على أحدث المعلومات الطبية المتعلقة بمرضي	8
% 91.66	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	توفر لي أسرتي التغذية الصحية السليمة التي تناسب علاجي	9
% 91.66	% 75	% 100	% 100	% 100	% 100	% 75	تشجعني أسرتي على الالتزام بمواعيد العلاج (RDV) والدواء	10

قائمة المحكمين:

1. الأستاذة قويدري مليكة
2. الأستاذة بلقوميدي حورية
3. الأستاذ بلقوميدي عباس
4. الأستاذة صالح نعيمة
5. الأستاذ منصوري مصطفى
6. الأستاذة طالب سوسن