

جامعة هـلـود مـعمري تي زي وزيـ  
كلـيـة لـلـعـلـوم الـإنـسـانـيـة و الـجـمـاعـيـة  
قسـم عـلـم الـنـفس



الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و علاقته بجودة الحياة الأسرية  
لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان

(دراسة ميدانية على عينة من آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان)

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس الصحة

تحت إشراف :

د. بوحوي نادية

من إعداد الطالبتين:

. سدشاوش نسيمة

. شعبان زاهية

السنة الجامعية: 2024-2025

## شكوت قدير

الحمد لله الذي تواضع على عظمته كل شيء

الحمد لله لذات تسلسل الحقوت كل شيء

الحمد لله ذلل عن كل شيء

الحمد لله الذي خضع لملكه كل شيء

الحمد لله للعالمين

الحمد لله الذي فوقنا لإتمام هذا العمل و ملقنا باله

نتق دملش كرا لجنري للست اذلة مش فاق دكتورة لبوح و بين ادي ة القبول ال شراف

على هذه لمذكرة وعلى تواضع لالكبير ورحاب ة صدرها وإصرارها على التدقيق في

كالكبيرة وصغرفي لمذكرة.

وعلى لصل اى لسل ديدة والمغ ومات قلمي مقلتي لمبتخ لبه اعلنا.

كفقت دملش كرا لجنري لى اى كل من ساعدن في انجاز هذا العمل سواء من

قريب أو بعيد.

سروش اوش \* شعبان

إهداء

أهدي ثمرة جهدي إلى نبع الحنان و البرو الإحسان إلى وردة الريحان

أمي الحبيبة.....

إلى صاحب البر الجميل و مثلي الأعلى تاج راسي

أبي الغالي.....

إلي من أعتز و أفتخر بهم و فقههم الله لما يحبه و يرضاه

أخي و أخواتي ...

إلى كل من وقف بجانبني و ساعدني سواء من قريب أو بعيد ....

إلى كل من علمني حرفا ....

إلى كل من قرأ هذا البحث.....

أهدي لكم جميعا ثمرة جهدي المتواضع

" نسيمه "

## إهداء

إلى من جعل الله الجنة تحت أقدامها فكانت لي أقدس من حققت فيها الطاعة بعد الله  
ورسوله صلى الله عليه وسلم، نور الدنيا الصافي ورمز الحب الدافئ

أمي الغالية اطال الله في عمرها

إلى من كان منبع الحنان والأمان، إلى من كان مثلي الأعلى في الشجاعة والعزيمة، إلى  
من غرس في الاجتهاد فكان شمعة تضيء درب خطاي

أبي الغالي رحمه الله.

إلى زوجي العزيز الذي شجعني على القيام بهذا العمل رغم الظروف.

إلى قرة عيني أولادي " أريس " " مايليس " و " أكسال "

إلى إخوتي " علي " " أعمار " و " جمال "، إلى أختي الغالية " ماسيسيليا " وزوجها "مليك "

وأولادها " وردية " " ادم " " ثانينة " الى صديقاتي وزميلاتي العزيزات.

إلى كل من ساندني وشجعني من قريب أو من بعيد.

" زاهية "

## ملخص الدراسة:

تناولت الدراسة الحالية علاقة الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و علاقته بجودة الحياة الأسرية لدى أولياء أطفال المصابين بالسرطان، دراسة ميدانية كمية على عينة قدرها (40) فرد من آباء و أمهات أطفال المصابين بالسرطان بمستشفى ندير محمد بولاية تيزي وزو و مركز مكافحة السرطان بذراع بن خدة و بمستشفى أحرير أحمد ببلدية تيقزيرت، تم اختيارهم بطريقة قصدية، و تم الإعتماد على المنهج الوصفي الكمي الإرتباطي، و بالإستعانة بالأدوات التالية: مقياس جودة الحياة الأسرية للأستاذ عبد الله سعيد الصنعاني سنة (2019) و مقياس مستوى الرضا عن الرعاية الصحية لجهاد علاء الدين سنة (2012)، و بالإستعانة بالحزمة الإحصائية SPSS، و بعد معالجة البيانات تم التوصل إلى النتائج التالية:

- وجود علاقة ارتباطية بين رضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى آباءهم و أمهاتهم.
- وجود علاقة ارتباطية بين بعد مراقبة الطفل المصاب و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.
- وجود علاقة ارتباطية بين بعد تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل المصاب و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.
- وجود علاقة ارتباطية بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.
- وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحصول على المعلومات و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.
- وجود علاقة ارتباطية بين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و فريق العلاج الطبي و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.
- وجود علاقة ارتباطية بين بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.

**الكلمات المفتاحية:** أساليب الرعاية الصحية، سرطان الأطفال، جودة الحياة الأسرية

## ملخص الدراسة بالإنجليزية:

The current study addressed the relationship between satisfaction with healthcare approaches and its relation to the quality of family life among parents of children with cancer. It is a field study on a sample of (40) individuals from fathers and mothers of children with cancer at Nadir Mohamed Hospital in Tizi Ouzou Province, and the Cancer Control Center in Draa Ben Khedda, and at Ahriès Ahmed Hospital in the municipality of Tizirt. They were selected intentionally, based on the descriptive correlational method, and using the following tools: the Family Quality of Life Scale by Professor Abdullah Saeed Al-San'ani (2019), and the Satisfaction with Healthcare Scale by Jihad Alaa El-Din (2012), and with the help of the SPSS statistical package. After processing the data, the following results were reached:

- There is a correlational relationship between satisfaction with healthcare approaches provided to children with cancer and the quality of family life from the point of view of their fathers and mothers.
- There is a correlational relationship between the accompaniment of the child with cancer and the quality of family life from the point of view of the father and the mother.
- There is a correlational relationship between facilitating the continuation of growth and development of the child with cancer and the quality of family life from the point of view of the father and the mother
- There is no correlational relationship between maintaining the personal strength of caregivers and the quality of family life from the point of view of fathers and mothers of children with cancer.
- There is a correlational relationship between dealing with family matters and the quality of family life from the point of view of fathers and mothers of children with cancer.
- There is a correlational relationship between obtaining information and the quality of family life from the point of view of fathers and mothers of children with cancer.

- There is a correlational relationship between negotiating with health specialists and the medical treatment team and the quality of family life the point of view of fathers and mothers of children with cancer:
- There is a correlation relationship between activating and mobilizing community resources and the quality of family life from the pont of view of fathers and mothrs of children with cancer:

**Keywords:** Health approache, childhood cancer, quality of family life

## الفهرس

الصفحة	العنوان
-	كلمة شكر
-	إهداء
-	ملخص الدراسة بالعربية
-	ملخص الدراسة بالإنجليزية
-	فهرس المحتويات
-	فهرس الجداول
-	مقدمة
<b>الجانب النظري</b>	
<b>الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة</b>	
6	1. إشكالية الدراسة
11	2. فرضيات الدراسة
12	3. أهمية الدراسة
12	4. أهداف الدراسة
13	5. أسباب اختيار الموضوع
13	6. التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة
<b>الفصل الثاني: الرعاية الصحية</b>	
16	<b>تمهيد</b>
16	1. مفهوم الرعاية الصحية
17	2. الرعاية الصحية (نشأتها وتطورها)
19	3. عناصر تقديم الرعاية الصحية
20	4. مستويات الرعاية الصحية
21	5. الأبحاث و الدراسات حول الرعاية الصحية
22	6. أساليب الرعاية الصحية

23	7.مظاهر الرعاية الصحية
24	8. أسس الرعاية الصحية
26	9. أقسام الرعاية الصحية
26	10. القائمون بالرعاية الصحية
28	11. طبيعة التواصل بين المريض و القائم بالرعاية الصحية
30	12. أهمية التواصل بين الفريق الطبي و أولياء الأطفال المصابين بالسرطان في تقديم الرعاية الصحية
32	خلاصة الفصل
<b>الفصل الثالث : جودة الحياة الأسرية</b>	
34	تمهيد
34	1. جودة الحياة
34	1.1. نشأة مفهوم جودة الحياة
36	2. جودة الحياة الأسرية
36	1.2. نشأة جودة الحياة الأسرية
37	2.2. تعريف جودة الحياة الأسرية
38	3.2. النظريات المفسرة لجودة الحياة الأسرية
39	4.2. أبعاد جودة الحياة الأسرية
43	5.2. مستويات جودة الحياة الأسرية
44	6.2. محددات جودة الحياة الأسرية
45	7.2. العوامل المؤثرة في جودة الحياة الأسرية
51	8.2. إنعكاسات إصابة طفل بالسرطان داخل على جودة الحياة الأسرية
53	خلاصة الفصل
<b>الفصل الرابع: سرطان الطفل</b>	
55	تمهيد
55	1. مفهوم السرطان

56	2. تصنيف السرطان
56	3. الأورام السرطانية
58	4. أعراض السرطان
60	5. العوامل المسببة للسرطان
61	6. أنواع السرطانات الأكثر شيوعاً لدى الطفل
61	7. أشكال السرطان
62	8. خاصية السرطان لدى الطفل
62	9. تصور مرض السرطان لدى الأطفال
63	10. استجابات الطفل اتجاه المرض
64	11. الفحوصات الطبية لتشخيص سرطان الأطفال
67	12. الأساليب العلاجية المتبعة في علاج السرطان
70	خلاصة الفصل
<b>الجانب التطبيقي</b>	
<b>الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية</b>	
73	تمهيد
73	1. الدراسة الاستطلاعية
74	2. منهج الدراسة
75	3. عينة الدراسة الأساسية
78	4. حدود الدراسة
78	5. أدوات الدراسة
86	6. إجراءات الدراسة الأساسية
87	7. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة
87	خلاصة الفصل
<b>الفصل السادس : عرض و مناقشة نتائج الفرضيات</b>	
89	تمهيد

89	1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة
91	2. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
93	3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
95	4. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
96	5. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
98	6. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
101	7. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة
103	8. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة
105	استنتاج عام
-	خاتمة
-	قائمة المراجع
-	قائمة الملاحق

## فهرس الجداول:

جدول	ال عنوان	ص
01	يوضح الفروق بين نشأة الورم الحميد والورم الخبيث	57
02	يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب لجنس الولي	74
03	توزيع أفراد العينة الدراسة الأساسية حسب جنس الولي	75
04	توزيع أفراد العينة وفقا لعدد الأبناء في الأسرة	76
05	يوضح توزيع أفراد العينة حسب عمر الطفل المصاب في الأسرة	77
06	يوضح توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للأسرة	77
07	يوضح قيمة معامل ألفا كرومباخ لمقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية	80
08	يوضح ثبات مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية بطريقة التجزئة النصفية	81
09	يوضح قيم معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية	81
10	يوضح الصدق الذاتي لمقياس أساليب الرعاية الصحية	83
11	يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية و فقراته	84
12	يوضح قيمة معامل ألفا كرومباخ لمقياس جودة الحياة الأسرية	85
13	يوضح ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية بطريقة التجزئة النصفية	85
14	يوضح الصدق الذاتي لمقياس جودة الحياة الأسرية	86
15	يوضح نتائج معامل ارتباط بيرسون بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و جودة الحياة الأسرية	89
16	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد مرافقة المصاب بالسرطان و جودة الحياة الأسرية من وجهة نظر الأب و الأم	91
17	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل المصاب بالسرطان و جودة الحياة الأسرية من وجهة نظر الأب و الأم.	93
18	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية و جودة الحياة الأسرية من وجهة نظر آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان	95
19	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية و	97

	جودة الحياة الأسرية من وجهة نظر آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان	
99	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد الحصول على المعلومات و جودة الحياة الأسرية من وجهة نظر آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.	20
101	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و فريق العلاج الطبي و جودة الحياة الأسرية من وجهة نظر آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان	21
103	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية و جودة الحياة الأسرية من وجهة نظر آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان	22

مقدمة

## مقدمة:

يعد الرضا عن أساليب الرعاية الصحية من المفاهيم الأساسية في علم النفس الصحي والاجتماعي، نظرًا لما يمثله من انعكاس مباشر لفعالية الخدمات الصحية المقدمة، خاصة في الحالات التي تتطلب متابعة دقيقة وتدخلًا مستمرًا، مثل الأمراض المزمنة والخطيرة. ويحتل هذا المفهوم مكانة متقدمة في الدراسات النفسية والاجتماعية المعاصرة، نظرًا لتأثيره المباشر وغير المباشر على الصحة النفسية للمريض وذويه، وعلى مستوى التكيف الأسري مع الضغوط المرتبطة بالمرض.

نظرًا لتزايد تعقيدات الرعاية الصحية وظهور حالات مرضية مستعصية تتطلب تدخلًا مستمرًا ومتكاملًا، خاصة في الحالات الخطيرة كالإصابة بالسرطان لدى الأطفال، فقد أصبح من الضروري الاهتمام بجودة الرعاية الصحية المقدمة، سواء من حيث توفر الإمكانيات المادية والتقنية، أو من حيث الأداء البشري للفريق الطبي، أو من حيث التفاعل الإنساني مع الأسرة. ذلك أن هذه الفئة من المرضى بحاجة إلى رعاية لا تقتصر على الجانب العلاجي بل تشمل الجوانب النفسية والاجتماعية والدعم التربوي كذلك، مما يستوجب اعتماد مقاربات متعددة التخصصات تسعى إلى التخفيف من وطأة المرض وآثاره على المحيط الأسري للطفل.

فقد أصبح من الضروري الاهتمام بجودة الرعاية الصحية المقدمة، ليس فقط من حيث الكفاءة الطبية، بل أيضًا من حيث مدى رضا المستفيدين منها، لما له من تأثير مباشر على الحالة النفسية والاجتماعية للأفراد، خصوصًا أن مرحلة الطفولة تعدّ من أكثر المراحل حساسية وتأثرًا بالبيئة المحيطة.

ويُعتبر رضا أولياء الأطفال المصابين بالسرطان عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة لهم مؤشرًا هامًا يعكس مدى فعالية المنظومة الصحية، كما يساهم في التخفيف من الأعباء النفسية والاجتماعية التي تواجهها الأسر في هذه المرحلة الحرجة. ذلك أن وجود طفل مريض داخل الأسرة يعد تجربة مؤلمة ومقلقة، تؤثر في التوازن النفسي والاجتماعي لأفرادها، مما يجعل من الضروري توفير رعاية صحية شاملة تستجيب لمتطلبات الطفل واحتياجات الأسرة، وتساهم في تحسين نوعية الحياة اليومية للأسرة، من خلال تخفيف التوتر والقلق وتوفير الدعم والمرافقة الملائمة.

كما أن رضا أولياء الأمور عن أساليب الرعاية الصحية لا يُعدّ فقط مؤشراً على جودة الخدمة المقدمة، بل له أيضاً ارتباط وثيق بجودة الحياة الأسرية، خاصة وأن الأسرة هي البيئة الأساسية التي ينمو فيها الطفل، والتي تتأثر بدرجة الرضا أو السخط عن الرعاية المقدمة له. ويظهر ذلك من خلال تحسن أو تدهور التواصل بين أفراد الأسرة، والتغير في الأدوار الأسرية، ومدى شعورهم بالأمان والدعم خلال رحلة علاج الطفل، حيث يصبح الرضا عاملاً مساعداً في تعزيز التكيف، بينما يؤدي عدم الرضا إلى زيادة الشعور بالإحباط والتوتر وربما الانهيار في بعض الأحيان.

وفي هذا الإطار، تزداد أهمية فهم الرضا عن أساليب الرعاية الصحية كعامل مؤثر في استقرار العلاقات الأسرية ودعم التكيف مع الضغوط المرتبطة بالمرض المزمن، خاصة في الحالات التي تطول فيها فترة العلاج وتتعدد فيها التدخلات الطبية. وهنا، تبرز الحاجة إلى مقارنة نفسية اجتماعية تهتم بدديناميكية العلاقة بين الأسرة ومؤسسات الرعاية الصحية، من أجل تحسين جودة الخدمات ودعم الأسر في تجاوز الأزمة.

و انطلاقاً مما سبق حاولنا في هذه الدراسة التعرف على العلاقة بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء أطفال المصابين بالسرطان، و تضم هذه الدراسة جانبين : جانب نظري و جانب تطبيقي، حيث أن الجانب النظري يحتوي على أربعة فصول و هي كالتالي :

**الفصل الأول:** هو عبارة عن بوابة تطلعننا على الدراسة حيث تتمحور على مشكلة الدراسة و التساؤل المطروح بالإضافة الى أهمية و أهداف الدراسة و تطرقنا الى تحديد بعض مفاهيم الدراسة و أضفنا أسباب اختيار موضوع دراستنا مع تحديد فرضيات الدراسة.

**الفصل الثاني:** يشمل هذا الفصل على مفهوم الرعاية الصحية، نشأتها و تطورها مع التطرق الى عناصرها و مستوياتها أيضاً الأبحاث و الدراسات التي تناوت الرعاية الصحية و اضافة الى أساليبها و أسسها، مظاهرها و أقسامها و أخيراً القائم بالرعاية الصحية وطبيعة التواصل بينه و بين المريض.

**الفصل الثالث:** تطرقنا فيه أولاً إلى مفهوم جودة الحياة و نشأة مفهومها ، تمهيدا لعنصر جودة الحياة الأسرية الذي قمنا فيه بتعريفها، و ذكر العوامل المؤثرة فيها و النظريات المفسرة لها، أبعادها، مستوياتها، و محددياتها و أخيراً انعكاسات إصابة الطفل بالسرطان على جودة الحياة الأسرية.

**الفصل الرابع:** تطرقنا في هذا الفصل على مفهوم السرطان، تصنيفه، أعراضه، أنواع السرطانات الأكثر شيوعا لدى الأطفال، أشكال السرطان، خاصية السرطان لدى الطفل، تصور مرض الطفل عند الأطفال، استجابات الطفل المريض اتجاه المرض، طرق الفحص و أخيرا العلاجات.

أما الجانب التطبيقي يحتوي على فصلين:

**الفصل الخامس:** يهدف هذا الفصل إلى التطلع على الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية و الذي يتضمن الدراسة الإستطلاعية، منهج الجراسة و حدودها البشرية، الزمانية و المكانية، و كذلك التطرق على الأدوات المستخدمة فيها بالإضافة إلى اجراءات الدراسة الأساسية و الأساليب الإحصائية المستخدمة في هذه الدراسة.

**الفصل السادس:** الذي يحتوي على عرض و مناقشة مفصلة لما توصلنا اليه خلال نتائج الدراسة الميدانية، مما يساعدنا على التحقق من صحة العلاقة الموجودة بين المتغيرين و مدى ارتباطهما ببعضهما البعض.

و في الأخير ختمنا دراستنا باستنتاج عام، خاتمة، قائمة المراجع و الملاحق.

# الجانب النظري

## الفصل الأول

### الإطار العام لإشكالية الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. أسباب اختيار الموضوع
6. التعريف الإجرائي لمفاهيم الدراسة

## 1. إشكالية الدراسة:

يعد مرض السرطان من أكثر الأمراض التي تثير الخوف والقلق لدى الأفراد والمجتمعات، وذلك لما يحمله من تهديد مباشر للحياة، ولما يرتبط به من معاناة جسدية ونفسية طويلة الأمد. فهو ليس مجرد مرض عضوي، بل تجربة معقدة تحمل في طياتها أبعادًا إنسانية واجتماعية عميقة. عندما يُصاب الإنسان بالسرطان.

فالسرطان مصطلح عام يشمل مجموعة من الأمراض يمكنها ان تصيب جميع أجزاء الجسم، ويشار إليه بالاورام الخبيثه، ومن سماته التوالد السريع للخلايا الشاذة والتي يمكنها النمو خارج حدودها المعروفة واقتحام أجزاء من الجسم ومن ثم انتشار في الأعضاء الأخرى. (وليدة،مرازقة،2008،ص02)

أشارت منظمة الصحة العالمية الى أن مرض السرطان أصبح من أكثر الأمراض المسببة للوفيات حيث تسبب بوفاة 7.9 مليون نسمة اي بنحو 13% من مجموع الوفيات لسنة (2008). كما أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في الدول النامية أكثر من غيرها، مع توقعات بزيادة نسب الإصابة به مستقبلاً، ما يجعله من أكثر المشكلات الصحية تعقيداً. و تعكس الإحصاءات العالمية خطورة هذا المرض، حيث بلغ عدد المصابين بالسرطان حوالي 8 ملايين حالة عام 2010 على المستوى العالمي، ومن المتوقع أن يتم تشخيص أكثر من 13 مليون حالة جديدة في السنوات القادمة. وتشير بيانات منظمة الصحة العالمية إلى أن أكثر من ثلثي هذه الحالات الجديدة، إلى جانب الوفيات الناجمة عن السرطان، ستقع في البلدان النامية، حيث لا تزال المعدلات الإصابة تتزايد بشكل مثير للقلق. (السماعي،2001،ص06)

كما يعد أيضا السرطان من الامراض التي يمكن أن تصيب الإنسان في أي مرحلة من مراحل حياته، غير أن إصابته للأطفال تُعد من أكثر الحالات إبلامًا وتعقيدًا نظرًا لخصوصية هذه المرحلة العمرية. ويختلف سرطان الطفولة عن نظيره لدى البالغين من حيث طبيعته وأسبابه ونمط علاجه، كما أنه، رغم ندرته مقارنةً بالسرطان عند الكبار، يُصنّف ضمن أبرز أسباب الوفاة في صفوف الأطفال في عدد من مناطق العالم. (العقيل،2013)

و قد دعمت الدراسات الإحصائية الحديثة هذه الفكرة، إذ تشير بيانات الولايات المتحدة إلى زيادة نسبة حالات السرطان بين الأطفال والمراهقين مع مرور الوقت، حيث تم التوقع في عام 2024 تشخيص

حوالي 10,000 حالة إصابة بالسرطان بين الأطفال من الولادة وحتى عمر 14 عامًا، بالإضافة إلى حوالي 5,300 حالة بين المراهقين الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و19 عامًا. وعلى الرغم من هذه الزيادة، فقد شهدت معدلات الوفيات انخفاضًا ملحوظًا، حيث تراجعَت بنسبة 70% لدى الأطفال وبنسبة 64% لدى المراهقين خلال الفترة من عام 1970 حتى عام 2020.

و بشكل عام، لا تقتصر آثار سرطان الأطفال على الطفل المصاب فقط، بل تمتد لتشمل الأسرة بأكملها. لما يفرضه المرض من ضغوط نفسية و مادية. فالتشخيص ذاته يمثل صدمة كبيرة لعائلة، ناهيك عن الصعوبات الناتجة عن شدة العلاج وتعقيداته. ويُعدّ الحفاظ على الشعور بالحالة الصحية الطبيعية للطفل أمرًا صعبًا، خاصةً مع الحاجة المتكررة لدخوله المستشفى، وزياراته المتواصلة إلى عيادات الأطباء أو مراكز العلاج الخارجي. (منظمة الأمم المتحدة للطفولة، 2005، ص14)

توصلت دراسة سمير (1994)، إلى أن آباء وأمهات الأطفال المصابين بالسرطان يعانون من صدمة التشخيص، وما يتبعها من قلق وحزن ونوبات من الأسى والغضب، ويجدون صعوبة في تقبل وتحمل التوتر والألم الناجم عن الإحباط، وعن عجزهم عن التعامل، ومواجهة ما يترتب عنه من أوضاع حياتية جديدة بسبب مرض طفلهم. ما يجعل خدمات المساعدة النفسية والاجتماعية حاجة وأولوية أساسية لديهم. كما تؤكد البحوث الخاصة بحاجات الآباء والأمهات أن جميع المرضى لديهم حاجة أساسية لأن يطلعوا بشكل كامل على الجوانب المختلفة المتعلقة بالمرض ومعالجته وأن يتزود بالمعلومات الخاصة برعاية المصابين بالأمراض المزمنة. (جهاد، 2012، ص50)

فوجود طفل مصاب بالسرطان داخل الأسرة تجربة قاسية تتجاوز الأبعاد الصحية لتشمل الجوانب النفسية، الاجتماعية، والعاطفية ككل تؤثر بشكل مباشر على جودة الحياة الأسرية، إذ تجد الأسرة نفسها فجأة أمام تحديات معقدة مثل مواجهة الصدمة الأولية للخبر، والمشاكل الصعبة والمسؤوليات المتزايدة أثناء وبعد أن يمر مريض السرطان بإجراءات المعالجة و إعادة التأهيل، إضافة إلى أعباء اجتماعية، اقتصادية و نفسية على الأسرة بأكملها، ولا سيما الوالدين مثل فقدان الشعور بالأمان وتراجع الثقة بالنفس واليأس والتشاؤم وضعف الإيمان والأمل بالمستقبل. و كما يؤدي الى ضعف في الروابط الزوجية، واستنزاف الأسرة اقتصاديا، حيث يسجلون مستويات عالية من الإجهاد و الصحة الجسدية و العاطفية المتردية بالإضافة إلى الخسائر المالية و تضحيات المهنة. لسبل المواجهة الكفيلة بالموائمة الناجحة،

والتوفيق بين تلبية احتياجات الأسرة ومتابعة حالة الطفل المريض، ما يقود لتصاعد مستويات التوتر والقلق لديهما. (جهاد، 2012، ص48)

و في هذا الإطار، باتت مسألة التكفل والرعاية الصحية للأطفال مشغلاً هاماً لكافة دول العالم، فكل دولة تعمل جاهدة للنهوض بصحة الطفل، وذلك من خلال خلق سياسات صحية تقوم على برامج وحملات تحسيسية وتوعوية موجّهة إلى كل من يحتك بالطفل ويتعامل معه، خاصة ضمن الجانب الأسري، لما له من تأثير مباشر في جودة حياتهم. حيث يفرض هذا المرض تحولات جذرية في نمط الحياة، ويستدعي توفير دعم نفسي واجتماعي وصحي متكامل، حفاظاً على تماسك الأسرة وجودة حياتها.

ومع انتقال الرعاية الصحية جزئياً إلى داخل المنزل، أصبح العديد من مرضى السرطان في مراحل مختلفة من المرض مصحوبين بتعقيدات حاجاتهم يتلقون الرعاية داخل المنزل، وبالتالي أصبح من الضروري تقييم حاجات الآباء و الأمهاتالذين يتولون رعاية الطفل المريض بأسلوب مباشر ونهج مقبول بحيث يتمكن الفريق الطبي ومختصيرعاية الاجتماعية، والنفسية من معرفة حاجاتهم، ومدى تلبية و إشباع تلك الحاجات، و رضاهم عن ذلك من وجهة نظرهم الذي يدركونه ويشعرون به، لتحقيق تكامل عملية الشفاء للمريض، وللوقاية من الصعوبات التي قد يتعرض لها نظام الأسرة وأفرادها. (جهاد، 2012، ص49)

حيث أشارت دراسة مريم عيسى كرسوع(2012) حول مرض السرطان في قطاع غزة مركزة في دراستها على الجغرافيا الطبية من حيث الإنتشار، الاسباب والعلاج في نتائجها إلى ارتفاع نسبةالإصابة بالسرطان مع قلة الخدمات المقدمة للمرضى وقلة الأطباء ما يبرز الحاجة إلى الإعتماد على خطة صحية شاملة و ممنهجة. (شريم، 2011، ص35)

وكما أظهرت دراسة "صافينار محمد أبو زيد (2000)" في المستشفيات العامة بمحافظة القاهرة مختلف التحديات التي تعترض الحصول على خدمات الرعاية الصحية، إضافة إلى تقديم مقترحات لتطويرها. وقد أظهرت النتائج أن من أبرز المعوقات ضعفالعلاقة بين الطبيب المريض، تدني جودة الخدمات التمريضية، صعوبة الحصول على الأدوية من صيدلية المستشفى، ورداءة الخدمة الغذائية. كما كشفت الدراسة أن هناك معوقات تتعلق بالأطباء والممرضين والأخصائيين الاجتماعيين. ومن بين المقترحات التي أوصت بها الدراسة لمواجهة هذه المعوقات: زيادة التمويل، وتوفير الموارد البشرية المؤهلة

في مختلف التخصصات، والاهتمام بالجوانب الإنسانية في تقديم الرعاية، إلى جانب الصيانة المستمرة للأجهزة الطبية الحديثة.

فأساليب الرعاية الصحية، التي قد تتضمن إجراءات طبية مرهقة ومؤلمة، تكون غالبًا أكثر تعقيدًا في حالة الأطفال المصابين بالسرطان مقارنةً بالبالغين، مما يؤدي إلى تعطيل الحياة الأسرية و عدم استقرارها و بالتالي تؤثر مباشرة على جودة حياتها. (شريم، 2011، ص35)

إذ كشفت دراسة أجريت في الأردن بعنوان "الرضا عن الرعاية الصحية وتأثيرها على جودة الحياة الأسرية لدى أسر الأطفال المصابين بالسرطان (Health satisfaction and family impact of parentsofchildrenwith cancer: a descriptive cross-sectional study)، العلاقة بين رضا الوالدين عن الرعاية الصحية المقدمة لأطفالهم المصابين بالسرطان وتأثير ذلك على جودة حياتهم الأسرية. و أظهرت النتائج أن معظم الآباء كانوا راضين عن الرعاية الصحية المقدمة، ولكنهم أشاروا إلى نقص الدعم العاطفي المقدم لهم. كما تبين أن الأمهات يتحملن العبء الأكبر في رعاية الأطفال، مما يؤثر سلبيًا على صحتهم النفسية والجسدية، و تؤكد هذه الدراسة على أهمية تقديم دعم نفسي واجتماعي متكامل لأسر الأطفال المصابين بالسرطان، بالإضافة إلى تحسين أساليب الرعاية الصحية المقدمة، مما يساهم في تعزيز جودة الحياة الأسرية والقدرة على التكيف مع التحديات المرتبطة بالمرض. (جهاد، 2012، ص47-48)

بالمقابل تتفاوت حاجات و تأثيرات تقديم الرعاية و مهام الآباء و الأمهات تبعاً لمسار و مراحل العلاج، ففي مرحلة التشخيص يحتاجون إلى الإلمام بالمعلومات الطبية الجديدة، و تعلم مصطلحات طبية جديدة متعلقة بالمرض، و التكيف مع عملية الدخول و التواجد في مكان جديد للمعالجة، و تدبير و إيجاد الوقت لمرافقة المريض إلى المواعيد الطبية (Glajchen, 2009). في حين تتصف المرحلة العلاجية بارتفاع مستويات الاكتئاب لدى المريض، ومستويات النزاعات العائلية و تدني التماسك العائلي، و انخفاض الحالة النفسية و الجسدية للوالدين و الطفل المريض، وبتراجع مستويات التعبير و التواصل (Siminoff, Zyzanski, Rose, and Zhang, 2008)، ما يطور لدى أولياء الاطفال حاجات عميقة للمساندة و الدعم النفسي المتخصص. (جهاد، 2012، ص50)

في ظل ما توصلنا إليه و ما أشارت إليه الدراسات يظهر أن الرضا عن أساليب الرعاية الصحية قد يلعب دورا هاما في تحديد جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان، مما يستدعي التحقق من طبيعة هذه العلاقة. و بناء عليه، نطرح التساؤلات التالية:

#### التساؤل العام:

-هل توجد علاقة ارتباطية بين رضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى آبائهم و أمهاتهم؟

#### التساؤلات الفرعية:

-هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد مرافقة الطفل المصاب و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل المصاب و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان؟

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحصول على المعلومات و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و فريق العلاج الطبي و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- هل توجد علاقة ارتباطية بين بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

## 2. فرضيات الدراسة :

## 1.2. الفرضية العامة:

- توجد علاقة ارتباطية بين رضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى آبائهم و أمهاتهم.

## 2.2. الفرضيات الجزئية:

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد مرافقة الطفل المصاب و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل المصاب و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد الحصول على المعلومات و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و فريق العلاج الطبي و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

- توجد علاقة ارتباطية بين بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

**3. أهمية الدراسة:**

- تناول فئة مهمة في المجتمع و المتمثلة في أولياء أطفال المصابين بالسرطان، و الذين يعدون عنصرا أساسيا في الرعاية و المتابعة الصحية و النفسية لأبنائهم.
- يمكن الإستفادة من نتائج هذه الدراسة من خلال ابراز العلاقة بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و جودة الحياة الأسرية، مما يساعد المختصين في مجال علم النفس الصحية.
- الإنتشار المتزايد للأمراض المزمنة مثل السرطان لدى الأطفال في الآونة الأخيرة في الجزائر، و الذي لا يؤثر فقط على الطفل، بل يلقي بظلاله على الأسرة بأكملها و الذي يرجعه المختصون الى ضعف التكفل الشامل بالأولياء، ما يبرز الحاجة إلى تحسين جودة الرعاية الصحية و الإهتمام بالبعد الأسري ضمن المنظومة العلاجية.

**4. أهداف الدراسة:**

- تهدف الدراسة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف منها:
- التعرف على مدى رضا الآباء و الأمهات حول أساليب الرعاية الصحية المقدمة لأطفالهم المصابين بالسرطان، و انعكاسات ذلك على جودة حياتهم الأسرية.
- الكشف عن تأثير مرافقة الطفل المصاب بالسرطان على استقرار الأسرة و جودة الحياة فيها من وجهة نظر الآباء و الأمهات.
- فهم العلاقة بين نوعية الرعاية الصحية المقدمة و مدى قدرة الأسرة على دعم النمو و التطور النفسي و الإجتماعي للطفل المصاب بالسرطان.
- ابراز العلاقة بين جودة الحياة الأسرية و المحافظة على التوازن النفسي و القدرة على التكيف لدى الوالدين في ظل مرض الطفل بالسرطان.
- التعرف على كيفية تفاعل الأسر مع القضايا الأسرية أثناء علاج الطفل المصاب، و تأثير ذلك على جودة حياتهم الأسرية.

- تقييم دور الوصول إلى المعلومات الطبية و فهمها في تحسين التفاعل الأسري و جودة حياتهم الأسرية.

- ابراز أهمية التعاون بين الأسر و الطقم الطبي و أثره في تعزيز جودة الحياة الأسرية.

- التعرف على دور الموارد المجتمعية و الدعم الخارجي في تحسين جودة الحياة داخل الأسرة التي تواجه مرض السرطان لدى أحد أطفالها.

## 5. أسباب اختيار الموضوع:

هناك عدة أسباب تكمن وراء اختيار هذا الموضوع و هي كآآتي:

-الإرتباط الوثيق لموضوع الدراسة بمجال تخصصنا علم النفس الصحة.

- الميول و الرغبة الشخصية في تناول موضوع يمس فئة حساسة في المجتمع، وهم أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.

- قلة الدراسات التي تناولت العلاقة بين رضا الآباء و الأمهات عن أساليب الرعاية الصحية و جودة حياتهم الأسرية في حدود إطلاعنا.

## 6.التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:

### 1.6. أساليب الرعاية الصحية:

هي كل الممارسات الطبية و النفسية و التواصلية التي يتلقاها أولياء الأطفال المصابين بالسرطان من طرف الطاقم الطبي، و التي من شأنها أن تؤثر على شعورهم بالرضا و انعكاس ذلك على جودة حياتهم الأسرية.

و يعرف اجرائيا على أنه مجموع الدرجات المتحصل عليها من طرف أولياء الأطفال المصابين بالسرطان على مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية لجهاد علاء الدين (2012) المطبق عليهم في هذه الدراسة.

**2.6. جودة الحياة الأسرية:**

يعرفها روبين بأنها الدمج و التكامل بين عدة اتجاهات لدى الفرد من ناحية الصحة الجسمية و النفسية و الحياة الإجتماعية متضمنة كلا من المكونات الإدراكية و الذي يشمل الرضا و المكونات العاطفية و التي تشمل السعادة. (بحرة، 2015، ص13)

و تعرف اجرائيا على أنها مجموع الدرجات التي يتحصل عليها آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، من خلال إجابتهم على مقياس جودة الحياة الأسرية للأستاذ عبد الله سعيد الصنعاني (2019) المطبق عليهم في هذه الدراسة.

**3.6. أولياء الأطفال المصابين بالسرطان:**

هم الآباء و الأمهات الذين لديهم أطفال يعانون من مرض سرطان الأطفال، و يتكفلون برعايتهم و مرافقتهم خلال مراحل العلاج، و يتحملون المسؤولية المباشرة عن تلبية احتياجاتهم الصحية و النفسية و الإجتماعية.

**4.6. سرطان الأطفال:**

نقصد بسرطان الأطفال في هذه الدراسة كل إصابة مرضية تصيب الأطفال الأقل من 15 سنة، و يتميز بنمو غير طبيعي لخلايا جسم الطفل، و يتطلب علاجات مثل الكيماوي و الإشعاعيو الجراحة.

## الفصل الثاني

### الرعاية الصحية

#### تمهيد

1. مفهوم الرعاية الصحية
2. نشأة و تطور الرعاية الصحية
3. عناصر الرعاية الصحية
4. مستويات الرعاية الصحية
5. الأبحاث و الدراسات حول مسيرة الرعاية الصحية
6. أساليب و أسس الرعاية الصحية
7. مظاهر الرعاية الصحية
8. أسس الرعاية الصحية
9. أقسام الرعاية الصحية
10. القائمون بالرعاية الصحية
11. طبيعة التواصل بين المريض و القائم بالرعاية الصحية
12. أهمية التواصل بين الفريق الطبي و أولياء الأطفال المصابين في تقديم الرعاية الصحية

#### خلاصة الفصل

**تمهيد:**

الرعاية الصحية هي تلك الخدمات التي تشمل المعالجة والإسعافات، وتقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة، ورعاية الأمومة والطفولة، والوقاية الصحية وصحة البيئة والتثقيف الصحي، التي تقدمها الدولة للفرد والمجتمع. ورغم المشاكل الصحية والاجتماعية السائدة تسعى الدولة لطرح سبل السيطرة عليها.

**1. مفهوم الرعاية الصحية:****1.1. من الناحية اللغوية:**

جاءت كلمة الرعاية من رعى يرعاه رعاية حفظه، وكل من ولي أمر قوم فهو راعيهم وهم رعية وراعى أمره حفظه وترقبه (مكساح، 2009-2010، ص17)

**2.1. من الناحية الاصطلاحية:**

فالرعاية الصحية" هي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها، لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع المستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها مثل: الاهتمام بصحة البيئة من مسكن ومياه وغذاء، وتصريف الفضلات وكذلك حملات التحصين والتطعيم التي تنظمها ضد الأمراض المعدية والخطيرة كشلل الأطفال والسعال الديكي والكوليرا وغيرها. ( عبد المجيد الشاعر و آخرون، 2000، ص33)

كما تعرف الرعاية الصحية بأنها" برنامج شامل يقدم لكل الأفراد في مظهر خدمات، تتضمن الفحص الطبي و التشخيص والعلاج إضافة إلى صرف الأدوية وبعض المستلزمات الطبية بالمجان.

ونجد أن كلا التعريفين يؤكدان أن الرعاية الصحية تتجسد في شكل خدمات مبرمجة وفق إجراءات معينة، تنبع من المجتمع لتغطي كل أفراد دون استثناء في الريف أو في الحضر بهدف حمايتهم والارتقاء بمستواهم الصحي، وبأن صحة الأفراد مسؤولية تقع على عاتق المجتمع.

وهذا ما أشار له برسونز، فكل نظام يحقق متطلباته وحاجاته للاستمرار والاستقرار لتحقيق الطمأنينة لأفراده. وعليه، فإن كل نسق يحقق متطلباته يصل إلى النتيجة الحتمية التي تتمثل في الرفاهية الاجتماعية والصحية.

وهنا لابد أن نشير أن هناك من يميز بين الرعاية الطبية والرعاية الصحية، فخدمات الرعاية الطبية موجهة للفرد الواحد كتوجهه إلى العيادات الطبية الخاصة، بينما الرعاية الصحية خدماتها تكون إلى مجموع أفراد المجتمع بقصد رفع مستواهم الصحي عموماً أو مقاومة انتشار الأمراض .

### 2.1. الرعاية الصحية: (نشأتها وتطورها)

تعتبر الرعاية الصحية مسؤولية مباشرة تقع على عاتق المجتمع، وللعوامل الاقتصادية والاجتماعية آثار على الصحة والمرض وعلى الإجراءات التي يقوم بها الأفراد للارتقاء بالمستوى الصحي، وعليه فالرعاية الصحية تشير إلى جانب الرعاية الاجتماعية، ومنه فإن الصحة تمثل مظهر نشاط ورفاهية للفرد والمجتمع.

تطور مفهوم الصحة تطوراً ملحوظاً مع تقدم المجتمعات البشرية، فقد اتجه مفهومها عند الإغريق إلى الصحة الشخصية بمعنى اهتمام الفرد بنظافته وتغذيته ومع مرور الزمن تطور المفهوم.

و للصحة مفهوم اجتماعي ويتمثل في أخذ جميع المؤشرات بما في ذلك المؤشر الاجتماعي، حيث عرفت الصحة العالمية الصحة بأنها الحالة الإيجابية من السلامة والكفاية البدنية والعقلية والاجتماعية وليس مجرد الخلو من العجز والمرض. (محمداتي، 2005، ص 36-40)

إن ارتباط الصحة بالجانب الاجتماعي يتمظهر بكون الإنسان يعيش في مجتمعات يؤثر فيها وتؤثر فيه ببعض الأمراض أو اكتساب بعض العادات الصحية.

وتباينت مظاهر الرعاية الصحية عبر العصور، ففي عهد اليونان القدماء تمظهر الاهتمام بالصحة، وذلك عن طريق التخلص من كل من هم بنقص جسمي، في حين اتجهت روما إلى تقرير مصير الأطفال غير مكتملي النمو إلى الموت المحتم.

وفي ظل تلك الظروف القاسية لتلك الفئات الحساسة في المجتمع ظهر و برز اتجاه حاول الربط بين الخير وحسن معاملة المرضى والمعوقين، حيث أثرت فلسفة ذلك الاتجاه إلى التفكير الروماني من خلال نظرية "أبو قراط 400 ق.م"، حيث تضمنت تلك النظرية الحديثة عن الأمراض الأربعة عند الإنسان. (المرجع نفسه، ص41)

إضافة إلى ما سبق نجد التفكير اليوناني الذي ساهم في توضيح صور الرعاية الصحية من خلال إسهامات أفلاطون التي تمظهرت من خلال كتاباته التي تضمنت أحد أفكاره وآرائه المتعلقة بعدم ظهور أي مريض له مرض عقلي في الطريق وعلى الأسرة مسؤولية رعايته، وتقديم له احتياجاته الضرورية، وفي عدم توفير الرعاية للمريض فالأسرة تتعرض إلى دفع غرامة مالية. (المرجع نفسه، ص41)

ومن خلال السيرة التاريخية تظهر لنا سبل الرعاية الصحية الفعالة الخاصة لما أقره "أرسطو" بمنع زواج المرضى والضعفاء خوفاً من إنجاب نسل ضعيف، ومشوه مع ضرورة عناية الأم بحالتها وصحتها أثناء فترة الحمل باعتبارها حالة حساسة تمر بها مع ضرورة الإجهاض في الحالات الاستثنائية.

ومن خلال السرد التاريخي لطبيعة الرعاية الصحية في المجتمعات القديمة نجد عدم الاهتمام من طرف الجانب الحكومي في رعاية الفئات الخاصة في المجتمع التي يمكن أن تسبب الاختلال في توازن المجتمع نتيجة لعدم قيامه في اشباع الحاجات الضرورية لأعضائه.

في حين يبرز لنا دور إيجابي للرعاية الصحية خاصة في اقرار عدم زواج المرضى و الضعفاء. ذلك ما يعكس في الوقت الحاضر دور الاستشارات الأسرية التي تؤثر إيجابياً على الأسرة والمجتمع.

أما في المجتمعات الحديثة، فإن سيرة الرعاية الصحية على مسيرة المراحل التاريخ اختلفت في مظاهرها وصورها عن الرعاية الصحية في المجتمع الحديث، حيث تظهر الرعاية الصحية من خلال اتجاهات البحث في مجال الصحة و الطب ومحاولة إيجاد الحلول لمختلف الأمراض التي تهدد حياة الفرد، حيث تجلى ذلك في اهتمام جماعة من الأطباء بالبحث والتنقيب عن مختلف الميكروبات التي تصيب الفرد ومحاولة الكشف عن سبب الوقاية عن طريق التحصينات ضد مختلف الأمراض.(المرجع نفسه، ص42)

### 3. عناصر تقديم الرعاية الصحية:

#### 1.3. القوى البشرية المتخصصة:

يستوجب وجود أفراد مختصين في جميع الحالات الطبية مثل الأطباء العاملين والأطباء الاختصاصيين والمستثمرين في كافة مجالات الطب والجراحة والعيون والتوليد وغيرها، إضافة إلى القوى البشرية العاملة مثل الطب والصيدلية والمختبرات والأشعة والانعاش وكذلك الرقابة الصحية.

#### 2.3. المرضى والمراجعين والمواطنين:

كالذين يتقدمون من الخدمة الطبية وخدمات الرعاية الصحية ومراجعة الأمور مثل العوامل الديمقراطية (الجنس، العمر، والحالة الاجتماعية) كذلك المؤهلات والدرجة العلمية ومستوى الثقافة وعدد أفراد الأسرة، مستوى التغذية والسكن الصحي.

#### 3.3. المباني والأراضي المستخدمة:

يتمثل ذلك في العيادات، المراكز الطبية، المستشفيات، والصيدلية، والمختبرات كما تضم العديد من المرافق كغرف المرضى والحمامات، وكذلك الممرات ومحطات التمريض وتقديم الخدمات الطبية في ظروف بيئية مناسبة مثل التهوية والإنارة، التدفئة والنظافة.

#### 4.3. الأجهزة والمعدات والآلات:

بحيث تساعد في تشخيص الأمراض وعلاجها وتساعد في زيادة جودة الخدمات الطبية التي تقدم للمرضى، كذلك تسعى الكثير من المؤسسات الصحية والمستشفيات لتوفير أحدث الإمكانيات التكنولوجية، والأجهزة رغبة منها في زيادة قدرتها التنافسية لتقديم خدمة ذات جودة عالية.

#### 5.3. المعلومات والتنظيم:

إن توفر المعلومات الدقيقة في مختلف الجوانب الصحية في المجتمع والعالم أحياناً يزيد في قدرة المؤسسة الصحية، وكذلك مدى تسهيل الإجراءات والخطوات لتلقي المريض العلاج في الوقت والمكان المناسبين.

حيث تتميز خدمات الرعاية الصحية في مجموعة من الخصائص وهي: مشاركة المريض في إجراء الخدمات، وكذا التزامنا والعرض والطلب والتجانس هذا ما يتعلق في مجال الرعاية الصحية. (كنوي، 2020، ص 28-29)

#### 4. مستويات الرعاية الصحية:

تتقسم الخدمات التي تقدمها وزارة الصحة للمواطنين إلى 3 مستويات، هي:

##### 1.4. المستوى الأول: الرعاية الصحية الأولية:

وهي الرعاية التي تقوم في المراكز الصحية الأولية أو الفرعية، وتضم الكادر الطبي الأساسي من طبيب، وممرضة، وكاتب، وصيدلاني، ومراقب صحي، وقابلة قانونية. وطبيعة الرعاية المقدمة في هذا المستوى تهدف إلى عدم حدوث المرض أو الوقاية منه ورفع مستوى الصحة.

##### 2.4. المستوى الثاني: الرعاية الصحية الثانوية:

وهي الخدمات التي تقدم للكشف عن الحالات المرضية في أطوارها المبكرة، ولمنع حدوث المرض السريري وتطورت للوقاية من المضاعفات ومنع انتشارها إذا كان معدياً. لذلك فهذه الخدمات العلاجية التي تقدم بعد حدوث المرض، تقدم في المراكز الصحية الشاملة أو المستشفيات الحكومية وعيادات الاختصاص، وهذه المؤسسات تشمل كادر طبي أكبر من أطباء، وممرضين قانونيين ومساعدتي تمريض، وقابلات قانونيات وطبيبي أسنان وفني الأشعة والمختبر وغيرهم.

##### 3.4. المستوى الثالث: الرعاية الصحية الثالثة:

في حالة تطور المرض إلى مراحل متقدمة، وظهور مضاعفات له تتخذ الإجراءات الوقائية والخدمات العلاجية من الدرجة الثالثة، وهي خدمات تأهيلية متخصصة في مجال الطب والجراحة، ليس في الإمكان تقديمها في المراكز الصحية الأولية أو الشاملة، إنما تقدم في مؤسسات طبية متخصصة كالمستشفيات وتضم كوادري طبية وفنية من ذوي الاختصاصات والخبرة النادرة والمدربة، بالإضافة إلى العاملين في المستوى الثاني. وتركز الرعاية في المستوى الثالث على تقديم الرعاية التأهيلية، وهي عملية يقصد منها مساعدة الأفراد المصابين بإعاقة ما فيزيائياً، وعقلياً واجتماعياً واقتصادياً كي يدركوا طاقاتهم و

يحفظوا أهدافهم المشروعة في الحياة، وذلك من خلال توفير الكوادر الطبية المختصة والأجهزة الضرورية والجهد النفسي والاجتماعي الملائم. (تالاقطيشات، أباطة، ص 23-24)

## 5. الأبحاث والدراسات حول الرعاية الصحية:

عبر مسيرة زمنية طويلة، وجدنا العديد من الأبحاث التي وضحت الاهتمام بنظام الرعاية الصحية، حيث تجسد ذلك من خلال اهتمام مسيري الأنظمة الاجتماعية للطب بتحديد المصاريف الناجمة عن الرعاية، حيث تم التطرق للحديث عنها في الفترة الممتدة بين 1850-1940 في كتاب المرض بين الليبرالية والتضامن، تلك الدراسة مهدت فيما بعد لدراسات مركزة في الفترة الحديثة 1945-1980 تمثل التكفل المتمثلة في التأمين الاجتماعي، الامن الاجتماعي تطور في مجتمع ليبرالي قائم على المنافسة.

من جهة ثانية نجد العديد من الأبحاث التي درست تأثير نظام الدفع على طبيعة العناية الصحية والطبية، أجمعت نتائجها في وجود تباين في نوعية العناية الطبية التي يستقبلونها في الأطباء، حيث تجسد التأثير في سرعة الحصول على العناية، في هذا المجال طرحت إشكالية مجانية العلاج مظاهر عديدة تمثلت وجه الخصوص باقبال الأفراد على العلاج دون الحاجة إلى علاج طبي.

أما في البحث عن تاريخ التنظيم للأنظمة الصحية، نجد عدة محاولات هادفة و ناجحة تهدف إلى محاولة تطوير أساليب وصور الرعاية الصحية متمظهر في اتجاهات من بينها اتجاه وضع بعلاقة مع FERME، تضمنت عرض مشروع لتاريخ وتأسيس علم اجتماع المستشفى الذي قرر في 1999، وفي مجال ترقية الصحة وخاصة التربية الصحية ظهر اتجاه عالج تلك القضية تزعمه Didier Nourrisson وكون فوج جديد في التربية الصحية مع مشاركة أساتذة وباحثين من بينهم Faure Olivier أستاذ التاريخ المعاصر الذي اعتبر رئيس الفوج إضافة إلى جماعة أخرى من ذوي الاختصاص.

وفي مجال الارتقاء بمستوى المجال الصحي خاصة صحة الأم والطفل، فقد تم إنشاء مركز للامتياز لصحة الأمهات والأطفال ظهر في 1996 عن طريق معالجته لمجموعة من المواضيع التي تهتم بصحتهم بالدرجة الأولى عن طريق الفحوصات العامة.

أما في سنة 1998 قرر على مستوى شؤون الصحة ضرورة التحسين من القطاعات الصحية، إذ كان الطب من طرف مركز الامتياز لصحة الأمهات والأطفال إلى الالتقاء وبالهيئة المكلفة بالمتابعة

في مجال الرعاية والعناية، وبعد المناقشة مع مشرفي القطاع الصحي تم اقتراح تكوين للأشخاص في قطاعات الحماية في المنزل سنة 2001. (محمداني، 2005، ص 42-44)

هذه الصور تساهم في ضمان وصول كل أساليب الرعاية الصحية لمستحقيها.

وفي دراسة أخرى بحثت في تأثير العوامل الاجتماعية على الصحة ومن بين نتائج تلك الدراسة نجد 250 امرأة أكدت على التأثير الكبير للعوامل الاجتماعية على الصحة خاصة صحة الأمهات، ذلك ما دفع بالمشرفين على رمز الامتياز لصحة الأمهات والأطفال بوضع خطة عمل تهدف إلى تحسين ورفع مستوى صحة الأمهات وتم وضع خطة في جانفي 2001 تضمنت نصائح استراتيجية هامة وهي:

- تخفيض نسبة انتشار الفقر والبعد بمعالجة الفقر لتأثيره على الصحة، وخاصة صحة الأمهات.

- تحسين شروط تزويد العلاج المأجور والعلاج غير المأجور.

- الرد على احتياجات الصحة الخاصة بالنساء.

- معالجة العنف الممارس على النساء.

واعتبرت تلك النقاط المحاور الرئيسية التي تتضمنها الاستراتيجية الخاصة بصحة الأمهات.

من خلال الدراسات السابقة حول الصور، وأساليب الدراسات، والبحوث التي قام بها فريق من الباحثين لمحاولة التطلع على مسيرة العمل الاجتماعي في المجال الصحي، حيث وجد اعتراف قديم بحقوق الإنسان والذي تجسد من خلال دلالات استهدفت حرية الفرد وحمايته ورفع مستواه المادي والمعنوي والصحي والاجتماعي. (المرجع نفسه، 20 ص)

## 6. أساليب الرعاية الصحية:

لكي تحقق الرعاية الصحية أهدافها تستعين بوسائل وأساليب متنوعة وتوزع جهودها في نواحي متعددة من نواحي الحياة. ومن هذه الوسائل إثارة المواطنين وتعريفهم بالأمراض وأعراضها وخصوصا الطرق لعلاجها، كما ينبغي تعريف المواطنين بالمستشفيات والعيادات التي تقدم لهم الفرص العلاجية. ووسائل المسؤولين في هذا السبيل:

- الدعاية بكافة أنواعها، بالإضافة إلى المنشورات والمحاضرات ويقوم بهذه المهمة قسم الصحة الاجتماعية والتنثيف الصحي.
- توفير المؤسسات الطبية المختلفة، والعدد الكافي من المسؤولين عن الرعاية الصحية، وتدريب الموظفين، والعمل على رفع المهن التمريضية.
- رفع مستوى الطبقات الفقيرة وإرشادها إلى الطرق الصحية للتغذية والعمل على توفير المواد اللازمة للوقاية والنمو.
- تدعيم النظم الصحية الجديدة كفحص الراغبين في الزواج ومؤسسات رعاية الناقلين وتدعيم نظام الزيارات الصحية.
- ربط العمل الصحي بالنواحي الدينية، حيث تعتبر من الدوافع القوية عند الإنسان.
- محاولات للتجاوب مع الحاجات والرغبات النفسية، كأن يكون الاستفادة من البرنامج الصحي دافعاً للحصول على مركز اجتماعي. (بونويقة، 2013، ص 39)

## 7. مظاهر الرعاية الصحية:

- حددت منظمة الصحة العالمية عدة متطلبات للصحة كالتالي:
- **الأمن والسلام:** إن شعور الفرد بالأمان من الأساليب التي لا بد من توفرها ليحيا الشخص حياة صحية تخلو من الضغوطات النفسية والإصابات.
- **المسكن:** يعتبر من ضروريات الحفاظ على صحة أفراد الأسرة الواحدة.
- **التعليم:** يساعد التعليم على زيادة وعي الأفراد بالصحة العامة وطرق المحافظة عليها.
- **الغذاء:** التغذية السليمة التي تتضمن تناول وجبات غذائية متكاملة ومتوازنة تحتوي على كل العناصر الغذائية من أساسيات الحفاظ على الصحة، وتجنب الكثير من الأمراض.
- **الدخل:** حيث أن الفقر من العوامل التي تؤثر سلباً على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية، كما أن توفر الدخل المناسب يساعد على تلبية الاحتياجات الأساسية للأفراد.

- استقرار البيئة: تتضرر الصحة العامة للأفراد إذا ما حدث أي خلل بيئي مثل: تشكل الأمطار الحمضية، اتساع ثقب الأوزون أو الكوارث الطبيعية كالفيضانات.
  - استدامة الموارد: حيث أن توفر الموارد بمختلف أنواعها الطبيعية والبشرية والمالية وعدم انقطاعها يساعد في المحافظة على الصحة.
  - العدالة الاجتماعية والمساواة: لابد من المساواة بين كل الأفراد في كل مجالات الحياة وإعطائهم كافة الحقوق، والصحة من الحقوق التي يجب أن يتمتع بها كل شخص .
- يتضح من متطلبات الصحة التي سبق ذكرها أن مسؤولية توفيرها لا تقع على الطاقم الطبي فقط، بل نحتاج إلى تكاتف كل الجهود للقطاع الصحي والبيئي، والتربوي والاجتماعي وجهود الأسرة (الأبوين).
- (شريم، 2021)

#### 8. أسس الرعاية الصحية:

من حق المواطنين على الدولة أن توفر لهم الرعاية الصحية الكاملة والكافية، وهذه لا تعني تقديم الخدمات الصحية بصفة غير منظمة ومنتقدة فحسب، بل تعني ضرورة تقديم هذه الخدمات الصحية بشكل كاف وبمستوى عال، أي أنه يجب أن تتوفر على الكفاية من الناحية الكمية والنوعية:

#### 1,8 الكفاية الكمية:

وهي تعني توفير الخدمات الصحية بحجم وعدد يتناسب مع عدد السكان وتشتمل على :

- توفير عدد كاف من الطاقم الطبي :أطباء ممرضين وفنيين مختبرات... حيث أن الطبيب لوحده لا يستطيع القيام بجميع أعمال الخدمات الطبية من تمريض وأمور إدارية وتحاليل.
- توفير عدد كاف من الأطباء والمراكز والمؤسسات الطبية التي تقدم الخدمات الصحية (وحدات صحية، مستشفيات، صيدليات...)، ويشترط أن تكون هنالك عدالة ومساواة في توزيعها بين مختلف مناطق البلاد، إذ لا يجوز تخصيص فريق طبي ومراكز صحية في منطقة ما دون أخرى أو على حساب مناطق أخرى.
- توفير الخدمات الصحية في جميع الأوقات، ويعني ضرورة عمل أعضاء الفريق الطبي لمدة 24 ساعة فالمرض لا يعرف وقتاً محدداً يقع فيه.

- توفير وسائل وأساليب التنقيف الصحي بين أفراد المجتمع لتعريفهم بوسائل الرعاية الصحية وتواجدها والخدمات التي تقدمها وأهميتها، وطرق الاستفادة منها مبكرا بمجرد إحساس الفرد بالمرض وعدم الانتظار حتى يتطور المرض ويصبح خطيرا ليعرض نفسه على الطبيب.

يجب وضع النظم المالية والإدارية الكفيلة بتوفير الخدمات التي تكفل للفرد الحصول عليها. (مزاهرة، الصفدي، أبو حسين، ص 79)

### 2,8, الكفاية النوعية:

لم يعد يكفي لتوفير الرعاية الصحية بزيادة عدد أعضاء الفرق الطبية والوحدات الصحية والمستشفيات فحسب بل يجب أيضا توفير ظروف رفيعة المستوى للعمل الطبي ويشمل :

- وضع المعايير وأسس تحدد المستوى المطلوب والواجب توفيره في كل من أعضاء الفريق الطبي والمعدات والأجهزة ووسائل التشخيص والعلاج، ويجب أن تضع هذه المعايير لجنة من ذوي الاختصاص والخبرة والدراية في مجالات الرعاية الصحية المختلفة، ولا يسمح لأي كان طبيبا أو ممرضا أو مؤسسة طبية أن تمارس مهنة تقديم الخدمات الطبية إلا إذا توفرت فيها هذه المعايير.

- العمل على رفع كفاءة وحسن تدريب أعضاء الفريق الطبي سواء كان طبيبا عاما أو اختصاصيا أو ممرضا، ووضع برامج ثقافية علمية لرفع مستواهم العلمي والاطلاع على أحدث الاكتشافات والعلاجات الطبية، كذلك، وضع برامج تنشيطية بصفة دورية لتأهيل وإعادة تنشيط وتجديد معلوماتهم النظرية والعلمية، بحيث تكون هذه الدورات إجبارية مرتبطة باستمرار مزاولة المهنة. (عبد المجيد الشاعر أبو الرب، قطاش، ص 93)

## 9. أقسام الرعاية الصحية:

بإمكان تقسيم خدمات الرعاية الصحية على النحو الآتي:

**1.9. خدمات مباشرة:** حيث تتمثل في الخدمات التي يقوم الطبيب بنفسه بتشخيص المرض

وعلاجه.

**2.9. خدمات غير مباشرة:** تتمثل في الخدمات التي يقوم بها أحد أعضاء الفريق الطبي غير الطبيب

وهي تشمل خدمات التمريض وخدمات التحاليل المخبرية أو الأشعة، خدمات السجلات الطبية والشؤون المالية والإدارية المتعلقة بالخدمات. كما يمكن تقسيمها كما يلي:

**1- خدمات فردية :** حيث يستفيد منها شخص واحد ولا يكون له أي علاقة مع المؤسسة أو النظام

الطبي مثل توجه المريض لإحدى العيادات وتحصله على العلاج.

**2- خدمات اجتماعية أو منظمة :** وهي التي يستفيد منها عدد من افراد ينتمون لنظام أو مؤسسة

واحدة، وفق إجراءات وقواعد محددة كالخدمات التي تقدمها الشركات والمؤسسات لموظفيها، سواء عن طريق تعيين طبيب متفرغ في تلك المؤسسة، أو التعاقد مع أطباء ومستشفيات لمعالجة مستخدمي تلك المؤسسة تطبيقاً لاتفاقية معينة، حيث تقوم الحكومات والهيئات المسؤولة إلى تنظيم الخدمة الطبية لكي تضمن الحصول على خدمة طبية لكل الأفراد دون جهد مالي، أما نظم التأمين تعد نوعاً من تنظيمات الخدمات الطبية الغرض منها رفع الأعباء عن كاهل الأفراد. (بن جدو وآخرون، 2012، ص 34)

## 10. القائمون بالرعاية الصحية Health Care Provider :

رغم أن الطبيب يبقى هو المسؤول الرئيسي عن تقديم الرعاية الصحية، إلا أن أعداد المرضى

الذين يتلقون الرعاية الصحية الأساسية على يد عاملين من غير الأطباء تزداد يوماً بعد يوم ( Hartley,

1999) لذلك فضلنا في الصفحات المقبلة استخدام مصطلح "القائم بالرعاية الصحية" (Provider) بدلاً

من "الطبيب". (شيلي، 2007، ص 441)

### 1.10. المرصون بصفقتهم قائمون بالرعاية الصحية Nurses as Providers :

ومن بين القائمين بالرعاية الصحية فئة المرصين (Nurses) وتحتاج دراسة التمريض ما بين سنتين وأربع سنوات، وتتطلب مهنة التمريض من المرص المختص (Nurse-Practitioner) مستوى متقدماً من الخبرة والعطاء، للتمكن من تقديم الرعاية الأساسية اللازمة للمرضى.

ويشارك المرص الطبيب في تقديم الخدمات في العيادات الخاصة. فيقوم بمقابلة المرضى، وتقديم الرعاية الطبية الروتينية الأولية لهم، ويشرح لهم سبل اتباع العلاج الموصوف وفوائده ومضاره، ويراقب التقدم الذي يحرزه المرضى عن كثب خلال زيارتهم المتكررة، بل و يلعب دوراً مهماً في مساعدتهم على استيعاب مرضهم و مسبباته، وطرق تشخيصه و علاجه، وتقديم الإرشادات الضرورية لهم لمساعدتهم في تقبل المرض، وكيفية التعايش معه مستقبلاً.

وقد تطورت مهنة التمريض لتشمل اختصاصات فرعية مهمة، فهناك ممرضو التخدير في غرف العمليات، والممرضون من القابلين القانونيين في أقسام التوليد، وممرضو الإنعاش لمرضى القلب والجراحة، وكذلك الممرضون المختصون في مجال أمراض معينة، مثل الأمراض الخبيثة والأمراض النفسية وأقسام الخداج وحديثي الولادة. (شيلي، 2007، ص442)

### 2.10. مساعدا الأطباء بصفقتهم قائمين بالرعاية الصحية Physicians' Assistants as

:Providers

ومن بين القائمين بالرعاية الصحية، هناك أيضاً مساعدا الطبيب (Physicians' Assistant) الذين يقومون بالعديد من المهام الصحية الروتينية مثل المعلومات الطبية و نديونها، و شرح برامج العلاج للمرضى. ويتم ذلك بعد أن يكونوا قد تدربوا على واحد أو أكثر من البرامج الخاصة في كليات الطب و مستشفيات التدريب الجامعية التي تتطلب عادة سنتين من الدراسة على الأقل في الكلية أو المعهد وذلك بعد فترة أولية من الخبرة العملية في مجال الرعاية الصحية، إذ يتلقى مساعد الطبيب خلال السنة الدراسية الأولى المواد الدراسية نفسها التي يتلقاها طالب الطب خلال السنة الأولى من الدراسة الجامعية، أما السنة الدراسية الثانية فيقتضيها ميدانيا في المناوبة، و التي يتخلها الإتصال المباشر بالمرضى.

ومع تزايد تعقيدات الممارسة الطبية، أصبحت هناك فئات أخرى من المهنيين، كأخصائيي التغذية وعلم النفس، الذين يلعبون دورًا مهمًا في ميدان الرعاية الصحية، وهذا يبين لنا أن مسألة التواصل، أو سوء التواصل، في إطار العمل الطبي، لم تعد حكرًا على الطبيب وحده، بل اتسعت لتشمل كافة هذه الفئات من المختصين في مجال الرعاية الصحية. (شيلي، 2007، ص442)

## 11. طبيعة التواصل بين المريض والقائم بالرعاية الصحية-Nature of Patient-Provider Communication

### Provider Communication

يهتم المريض كثيرًا بنوعية العلاقة التي تربطه بالطبيب، إلا أن هناك بعض التخفيضات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة؛ حيث تتركز الانتقادات الموجهة للقائمين بالرعاية الصحية عادة حول تدين التغذية الراجعة، واستخدامهم لمصطلحات علمية مختصة ومعقدة، حيث لا يستطيع المرضى فهمها في بعض الأحيان، وكذلك حول عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة. ولكن كيف يمكننا التواصل ما بين الطرفين؟ وهل تتصف علاقة التواصل التي تربطهما على شعور المريض بالرضا أو عدم الرضا من طبيبه؟ إن الإجابة عن التساؤل الأخير هي نعم، فقد تبين أن للاتصال السيء آثاره السلبية العديدة في مقدمتها عدم التزام المرضى بتوصيات الطبيب و نصائحه.

### 1.11. الحكم على نوعية الرعاية : Judging Quality of Care

من الملاحظ أن أحكام الناس حول النظام الصحي وجودته لا ترتكز - في كثير من الأحيان - على مقومات موضوعية وعلمية، حتى لو كان هناك تقصير فعلي في الخدمات المقدمة، أو شيء من عدم الكفاءة من قبل القائمين على تقديم هذه الخدمات (BEN SIRA, 1976; WARE, DAVIS-AVERY, & STEWART, & ADAMS, 1998; YARNOLD MICHELSON) وتأتي تلك الأحكام في الغالب نتيجة عدم دراية المرضى بالأمور الطبية ومعايير الكفاءة، وبالتالي عدم امتلاكهم ما يكفي من المعلومات أو المعايير التي تسمح لهم بالحكم بنزاهة إن كانوا قد تلقوا العلاج الملائم أم لا.

لذا، فإن حكم الناس على مستوى الرعاية الصحية ونوعيتها غالبًا ما يتم بناءً على أسلوب تقديم هذه الرعاية (Ben-Sira, 1976-1980) فعلى سبيل المثال، يتدنى مستوى رضا المرضى عن طبيبهم إذا

لم يشخص الطبيب طبيعة المرض بشكل مؤكد، حتى في الحالات المرضية العسيرة ( C. G. Johnson et al. 1988) كما أنهم يحكمون بالإيجاب على كفاءة الطبيب إذا كان لطيفاً في التعامل معهم، بينما ينفرون و يحذرون من الطبيب الذي يعامل مرضاه بصورة فاترة تخلو من الود (Buller & Buller, 1987)؛ DiMatteo et al., 1985) كل ذلك يتم بالرغم من عدم وجود علاقة مباشرة بين الصفة التقنية للرعاية الصحية و الأسلوب الذي اتبع في تقديمها. (شيلي، 2007، ص442)

## 2.11. حماية المرضى بوصفه مستهلكاً: Patient Consumerism

هناك عامل آخر قد يؤثر بشكل كبير على العلاقة ما بين المريض والقائم بالرعاية الصحية، ألا وهو الرغبة المتزايدة لدى المريض بالمشاركة في القرارات المتعلقة بمرضه و صحته، فبينما كانت سلطة الطبيب في وقت من الأوقات تقبل دون سؤال أو شكوى (Parsons, 1954) نجد المرضى اليوم، ينظرون الى الرعاية الصحية نظرة المستهلك الذي يحتاج إلى حماية (Haug, 1994) ومن المؤكد أن هناك عدة عوامل أدت إلى حدوث مثل هذا التغيير في العلاقة بين الطرفين، وأهمها ضرورة التزام المريض بخطة العلاج، مما يتطلب تعاونه التام ومشاركته في برنامج العلاج. ويمكن تحقيق هذه الغاية من خلال منح المريض دورا في وضع هذه الخطة، مما يدفعه بالتالي إلى الالتزام بها.

كما أصبح ينظر الى أساليب الحياة و بصورة متزايدة، على أنها سبب رئيسي من أسباب الإعاقة و المرض . ومن هذا المنطلق، فإن تعديل هذه العوامل – من خلال اتباع نظام غذائي صحي، أو الإقلاع عن التدخين أو الامتناع عن تناول المشروبات الكحولية – لن يتم بنجاح دون التعاون التام من قبل المريض، واتخاذ المبادرة بنفسه. وقد أثبتت الدراسات أن المرضى لا يلتزمون بجدية و دقة بتغيير نمط حياتهم إن شعروا بأن ذلك يخضع لسيطرة القائمين بالرعاية الصحية و اراداتهم، و ليس لسيطرة المرضى انفسهم. (شيلي، 2007، ص443)

و أخيرا عندما يتخذ المريض قرارا بتغيير أسلوب حياته، يكون له مفهومه وأسبابه، وإذا شعر بأن البرامج العلاجية لا تحترم هذا المفهوم أو تستغل دراية المريض للتمسك به، فإن إنجاح برنامج العلاج يكون أكثر صعوبة، ذلك من خلال إبعاد شعوره بالقلق وثقافته بأنه يتحمل المسؤولية، وهو ما يساعده

على السيطرة على مرضه، فمثلاً مرضى السكري يعانون من مضاعفات التي قد تسبب بها المرض، مما يجعل المريض قادراً على السيطرة على مستوى السكر في الدم وتنظيم العلاج بشكل ناجح.

وهناك مثال آخر يخص الأطفال المصابين بالربو. فقد وجد الباحثون أن التعديلات التي يقوم بها الآباء على البرنامج العلاجي لأطفالهم، والتي تأخذ بعين الاعتبار شدة المرض، وتقديراتهم الموسمية، وأعراضه، وآثاره الجانبية... كلها تؤدي إلى نتائج أفضل على صحة الأطفال، وتؤدي إلى السيطرة بشكل إيجابي على المرض مقارنة بالبرنامج العلاجي التقليدي الذي يضعه الطبيب المعالج، حتى لو كان دقيقاً وصارماً. (المرجع نفسه، ص 443)

ومن الواضح أن العلاقة ما بين المريض والقائم بالرعاية الصحية قابلة للتغيير، كما أنها تتأثر بعوامل مختلفة، تجعل التواصل بينهما أفضل أو أسوأ. وهناك عدة أمور تؤدي إلى فشل عملية التواصل بين الطرفين، ومن بينها: شخصية الطبيب، وموقع عيادته، وكذلك التقلبات التي قد تطرأ على نظام الرعاية الصحية نفسه، دون أن ننسى دور السلوك الشخصي للمريض، وقبوله بالمشاركة في تقديم الرعاية الصحية.

## 12. أهمية التواصل بين الفريق الطبي و أولياء الأطفال المصابين في تقديم الرعاية الصحية:

يعتبر التواصل الفعال بين الفريق الطبي وأولياء الأمور أحد الأعمدة الجوهرية في الرعاية الصحية المتمحورة حول الأسرة، خاصة في سياق الأمراض المزمنة والخطيرة كمرض السرطان لدى الأطفال. فوجود قناة تواصل إنسانية ومهنية بين الفريق الطبي والأسرة لا يُسهم فقط في تسهيل الفهم والتفاعل مع الخطة العلاجية، بل يؤثر أيضاً على الصحة النفسية للوالدين، ويعزز من قدرتهم على التكيف مع الضغوط المرتبطة بالمرض. وتُظهر الدراسات الحديثة أن هذا النوع من التواصل يُعد عاملاً حاسماً في تحسين نتائج العلاج، والرفع من جودة الحياة الأسرية لدى المرضى. (شيلي، 2007، ص 443) في دراسة نوعية أجراها (Clayman et al. 2012, p. 747) على آباء أطفال مصابين بالسرطان، عبّر المشاركون على أهمية أن يتم التعامل معهم بشفافية وبلغة بسيطة خالية من المصطلحات الطبية المعقدة، كما أكدوا أن توفير الوقت للاستماع لمخاوفهم ساعدهم في تقبل وضع طفلهم بشكل

أفضل، وقّال من مستويات القلق لديهم. وبين الباحثون أن ضعف التواصل أو قصره على المعلومات التقنية فقط، يؤدي غالبًا إلى مشاعر التهميش والعجز، ويُفقد الأسرة الثقة في الفريق المعالج.

من جهة أخرى، أظهرت دراسة (Kersun et al. 2009, p. 623) أن 68% من الأطباء المقيمين في طب الأورام للأطفال أفادوا بأنهم لم يتلقوا تدريبًا كافيًا في كيفية إيصال الأخبار السيئة للأهالي أو كيفية التعامل مع ردود أفعالهم العاطفية. هذه النتيجة تُبرز الحاجة الملحة لتكوين الكوادر الصحية ليس فقط من الناحية التقنية، بل أيضًا في الجوانب الإنسانية للتواصل.

وقد قدّمت (Baile et al 2000, p. 303) نموذجًا تواصليًا يُعرف بـ"SPIKES"، يتكون من ست خطوات تهدف إلى مساعدة الأطباء في إيصال الأخبار السيئة بطريقة تحفظ كرامة المريض والأسرة، وتراعي الجوانب النفسية عند الحديث عن التشخيص أو التقدم العلاجي. ووجدت الدراسة أن اعتماد هذا النموذج يقلل من التوتر لدى أولياء الأمور، ويزيد من شعورهم بالدعم والتفهم من قبل الفريق الطبي.

كما توصلت دراسة (Parry & Mahoney 2005, p. 210) إلى أن الأسر التي تتلقى تواصلًا منتظمًا وواضحًا من الفريق الطبي، تُظهر درجة التزام أعلى بالعلاج، وتتمتع بمستوى أقل من الاكتئاب والقلق. وبين الباحثان أن التواصل لا يجب أن يقتصر على الطبيب، بل يجب أن يشمل كل أعضاء الفريق العلاجي، بمن فيهم الممرضون، الأخصائيون النفسيون والاجتماعيون.

أما في دراسة حديثة أُجريت في كندا (Levin et al., 2010, p. 437)، فقد تبين أن 73% من أولياء الأمور الذين شعروا أن الفريق الطبي استمع لهم باهتمام وتعاطف، أظهروا مستوى رضا أعلى عن الرعاية المقدمة، حتى في الحالات التي كانت فيها مآلات المرض سلبية.

وفي هذا السياق، شدّد Back et al. (2009, p. 62) على أن التواصل في الرعاية الصحية لا يُقاس فقط بمقدار المعلومات المنقولة، بل أيضًا بالأسلوب الذي تُقدّم به، وبالقدرة على احتواء الانفعالات والمشاعر التي تُرافق المرض، خاصة لدى الوالدين الذين يعيشون صدمة مرض طفلهم.

من خلال ما سبق، يتّضح أن تعزيز مهارات التواصل بين الفريق الطبي وأولياء الأمور يُسهم في تقليص الفجوة بين الرعاية الطبية والرعاية الإنسانية، ويُساعد في بناء بيئة علاجية داعمة ومتكاملة،

تُراعي الجوانب النفسية والاجتماعية للأسرة، وتُخفف من الضغط الواقع عليها، مما يُسهم في تحسين جودة حياتها رغم التحديات التي تفرضها طبيعة المرض.

### خلاصة الفصل :

من خلال هذا الفصل، يتضح أن الرعاية الصحية تسعى إلى توفير رعاية شاملة و جيدة للطفل المريض، خاصة في الجانب الصحي، لكونه من أكثر الجوانب التي تشكل تحدياً في مختلف الدول. و تزداد أهمية هذه الرعاية عندما يتعلق الأمر بالأطفال المصابين بأمراض مزمنة كمرض السرطان، لما لها من تأثير مباشر على مستوى رضا الأولياء، و الذي ينعكس بدوره على جودة الحياة الأسرية.

## الفصل الثالث

### جودة الحياة الأسرية

#### تمهيد

#### 1. جودة الحياة

##### 2.1. نشأة مفهوم جودة الحياة

##### 2. جودة الحياة الأسرية

##### 1.2. نشأة جودة الحياة الأسرية

##### 2.2. تعريف جودة الحياة الأسرية

##### 3.2. النظريات المفسرة لجودة الحياة الأسرية

##### 4.2. أبعاد جودة الحياة الأسرية

##### 5.2. مستويات جودة الحياة الأسرية

##### 6.2. محددات جودة الحياة الأسرية

##### 7.2. العوامل المؤثرة في جودة الحياة الأسرية

##### 8.2. انعكاسات إصابة طفل بالسرطان على جودة الحياة الأسرية

#### خلاصة الفصل

**تمهيد:**

تعد الأسرة النواة الأساسية في بناء المجتمع، و مصدرا هاما في للدعم النفسي و الإجتماعي لأفرادها، مما يجعل جودة الحياة الأسرية موضوعا ذا أهمية بالغة في ميدان علم النفس. فالعلاقات داخل الأسرة، و التفاعلات اليومية، و المناخ العاطفي السائد، جميعها تساهم في تشكيل تجربة الفرد الاسرية، و تتعكس على صحته النفسية و قدرته على التكيف مع متغيرات الحياة.

و نظرا لما يحمله هذا المفهوم من أبعاد انسانية و نفسية عميقة، نتطرق في هذا الفصل الى مجموعة من المحاور التي تتيح فهما أوسع و أشمل لجودة الحياة داخل المحيط الأسري، و ذلك في سياق يعكس طبيعة العلاقات الأسرية ودينامياتها في ظل مختلف الظروف.

**1. جودة الحياة :****1.1. نشأة مفهوم جودة الحياة : (نوعية الحياة)**

ترجع نشأة مفهوم جودة الحياة في بعض الأدبيات إلى القرن الثامن عشر، حيث أصبح الاهتمام بالحياة ذاتها وتحقيق الذات والسعادة من القيم الأساسية، فالمجتمع من هذا المنطق هو أداة لإمداد المواطنين بالاحتياجات المطلوبة للحياة الجيدة .

وكما أشار **فينوهوفان** ،تم ترسيخ هذا المفهوم في القرن التاسع عشر من خلال فكرة او عقيدة "إن أفضل مجتمع هو الذي يوفر لأكبر عدد من أفراده أكثر سعادة ممكنة". ومع بداية القرن العشرين كانت هناك محاولات للإصلاح الاجتماعي والتأثير في تطوير حال الرفاه، حيث تم تعزيز الجهود التي تؤدي إلى 0خلق مجتمع أفضل في مكافحة مثل الرعب وهو الجهل والفقر والمرض .

كما يرجع البعض نشأة مفهوم جودة الحياة إلى اكتئاب كارل ماركس ،حيث اهتم في كتاباته بالفروق في أسلوب الحياة لدى الطبقات الاجتماعية المختلفة .كما يعزي البعض الأخر ظهور مفهوم جودة الحياة إلى حقبة الستينات من القرن الماضي ،حيث ارتبط بنمط معين تميز بالترف ،وهو ذلك النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى تلك المجتمعات التي حققت نمو اقتصاديا لسنوات واستطاعت أن تحل

جميع المشاكل المعيشية لغالبية سكانها. أي إن مفهوم جودة الحياة في تلك الفترة يمثل إضافة الجانب الكيفي، بمعنى أن في مضمونه يعني الأفضل والتميز والمنفرد في الأشياء والسلع وبالتالي نمط الحياة الأفضل.

ومع التوسع في مفهوم دولة الرفاه في معظم دول الغرب خلال عقد الستينات وبلورت الفكرة الجديدة القائمة على ظهور محددات النمو الاقتصادي في الأجندة السياسة جاءت القيم لتنتقل إلى ما وراء إشباع الماديات. ومن ثم ظهر مفهوم أوسع للحياة الجيدة السياسية، ومع تطور استخدام هذا المفهوم كان هناك جدل حول حقيقة وجود ما هو أكثر من الرفاه المادي للبشر. أثمر مثل هذا الفكر عن التفكير فيمرحلة ما بعد الصناعة واستخدام الوفرة الاقتصادية في إشباع الطموحات الرفيعة التي أوجدها التقدم السريع في التنمية الاقتصادية والى استخدام ناتج النمو الاقتصادي.

ولتأثير كل ذلك على نوعية حياة البشر كان هذا المفهوم في ذلك الوقت متناغما مع النظام السياسي الاقتصادي السائد في دول الغرب الصناعية الذي كان هدفه هو إنتاج السلع التي من شأنها تحقيق نوعية الحياة الفاضلة . ( عبد العزيز، البقلي، 2014، ص2-4)

أما في عقد السبعينات فقد اتخذ مفهوم نوعية الحياة اتجاها آخر ليعبر عن عدم الرضا عن وضع قائم وطرح فكرة نوعية أو كيفية الحياة كفكرة معارضة وليس كفكرة مكملة للكفم والتي طرحها النظام الاقتصادي آنذاك. فمع بداية السبعينات اتخذ مفهوم نوعية الحياة اتجاها يعبر عن عدم الرضا عن الوضع القائم وهو رفضه للمجتمع الاستهلاكي، ومن ثم طرحت فكرة نوعية أو كيفية الحياة كمعارضة لفكرة الكم Quantity، فهو مفهوم يؤكد على أهمية التغيير الكيفي لجوانب نوعية الحياة مادام تغييرها لا يمثل تعديلا جوهريا في الدعائم السياسية والاقتصادية والاجتماعية للنظام. وفي هذا الوقت طرح مصطلح جودة الحياة من جانب المهتمين بالأبعاد البيئية والإيديولوجية لنوعية الحياة والتي تهتم بتأثير النظام الاقتصادي والاجتماعي على البعد البيئي لجودة الحياة. وفي هذا السياق وبعد نهاية الحرب العالمية الثانية حدث تطور متسارع للدول الغربية المتقدمة، وتضاعفت الثروات التراكمية لتلك الدول بصورة متسارعة. وبالتالي تحسن مستوى المعيشة غير أن مشكلة الخبرات الذهنية الحياتية للأفراد قد ازدادت في ذات الوقت. لذا تم وضع إطار نظري لمفهوم نوعية الحياة من قبل الاقتصاديين بالدول الغربية. وتم استخدام الدخل كمؤشر لقياس التطور الاجتماعي ومستوى المعيشة القومي في الاقتصاد في ذلك الوقت .

اعتمد مفهوم جودة الحياة في البدايات على المفاهيم المالية والاقتصادية. حيث كان مفهوم جودة الحياة يرتبط بشكل أساسي بالدخل القومي وحسابات الناتج والتي كانت الأكثر شيوعاً في قياس تقدم المجتمعات ونوعية حياة الناس، وذلك بافتراض إن الأبعاد المالية أو الاقتصادية تتضمن الكثير من العوامل الأخرى.

ثم تغير مفهوم جودة الحياة ليشتمل على بعض الجوانب الاجتماعية والبيئية والنفسية والتي تؤثر على رفاهية الإنسان بحلول القرن الحادي والعشرين. حيث ارتفعت أسهم العوامل الأخرى غير المالية أو الاقتصادية في تحديد مفهوم جودة الحياة، الأمر الذي وصل إلى اعتراف دولي (من خلال إعلان اسطنبول في 30 يونيو 2007) بالحاجة إلى إجراء قياس التقدم الاجتماعي في كل بلد بأساليب تتجاوز المقاييس الاقتصادية التقليدية .

وفي عام 2009 تم التأكيد على أن البعد الاقتصادي لا يكفي لتحديد مفهوم جودة الحياة، حيث صدر تقرير لجنة قياس الأداء الاقتصادي والتقدم الاجتماعي والتي نشأت من قبل رئيس الجمهورية الفرنسية .

تعتبر مكانة الداعمين الاقتصاديين الذين أنتجوا التقرير ومضمون التقرير ذاته وأهمية المنظمات التي أيدت إعلان اسطنبول أكبر دلالة على إن استخدام البعد الاقتصادي كمحدد لمفهوم التقدم أو مفهوم جودة الحياة يعد كافياً. (عبد العزيز، البقلي، 2014، ص ص 2-4)

## 2. جودة الحياة الأسرية:

### 1.2. نشأتها:

ظهر مفهوم جودة الحياة الأسرية (Family Quality Of Life - FQOL) لأول مرة في السبعينات من القرن الماضي على أيدي كل من كمرمان وكهان (Kamerman & Kahn 1976) وروجر (Rodgers 1975) وذلك في مناقشة أهداف سياسات الأسرة في الولايات المتحدة الأمريكية وأوروبا، وعليه ظهر التطبيق العلمي لهذا المفهوم في علم الاجتماع الأسري، ثم بعد ذلك بدأ استخدام هذا المصطلح في مجال التربية

الخاصة، ومجال الرعاية الصحية. واستخدم علماء الاجتماع هذا المصطلح للإشارة إلى الرضا عن الحياة العامة للأسرة. (المصري، 2016، ص26)

## 2.2. تعريف جودة الحياة الأسرية:

يعرفها براون (Brown) على أنها الدرجة التي يحتاج فيها أفراد الأسرة إلى الالتقاء، والمدى الذي يستمتعون فيه بوقتهم معاً، والمدى الذي يكونون فيه قادرين على فعل أشياء هامة مع بعضهم. (هبري بوشلاغم، 2018، ص125)

كما يعرفها بارك وآخرون (Park & al, 2003) بأن جودة الحياة الأسرية تعد الدرجة التي عندها تُشبع حاجة أفراد الأسرة إلى الالتقاء أو التجمع واستمتاع أفراد الأسرة بحياتهم معاً، وتوفر الفرص لتحقيق أهدافهم التي تعتبر مهمة بالنسبة لهم. (الشهب ، 2017 ، ص366)

وفكرة سميث (Smith, 2005) الذي اعتبرها بالدرجة الأولى الحاجة إلى ترابط القوى لأفراد الأسرة. ومعنى ذلك أن الأسر التي تعاني من التفكك والإهمال ومختلف أشكال الإيذاء هي بدون شك تفتقر لمقومات السعادة التي تحميها من الانحراف والشعور بالعجز والفشل. (بن قويدر و كركوش ، ص88)

ويعرفها إيزاكس وآخرون (isaacs et al, 2008) الأداء الجيد للوالدين في أسرة أو السعادة الأسرية، ويعتبر الرضا والفرص المتاحة لزيادة دخل الأسرة أو فرص الاشتراك في أنشطة وقت الفراغ تعتبر من أهم مؤشرات جودة الحياة الأسرية. (عبد الوهاب وشند ، 2010، ص500)

وتعد جودة الحياة الأسرية، حسب روبرتس وآخرون (Roberts & al, 1999) ، من العوامل الميسرة للكفاءة الاجتماعية للطفل وشعوره بالسعادة؛ ومعنى ذلك أن الأسرة تقوم بدور كبير في تحقيق سعادة الطفل من خلال ما تقدمه من خدمات إنسانية ومادية تعزز تقديرهم لذواتهم ، فتحقق بذلك فاعلية تربوية والتي تعد بوابة لكل دينامية و ايجابية في الحياة ومواجهة صعابها.

ومن خلال التعريفات السابقة، تبين لنا أن جودة الحياة الأسرية تتمثل في العلاقات الإيجابية بين الوالدين والأبناء، وكذلك المعاملة الجيدة للأبناء، وشعور الفرد بالسعادة والرضا داخل أسرته وإشباع حاجته النفسية وكذلك المادية.

### 3.2. النظريات المفسرة لجودة الحياة الأسرية:

#### 1.3.2. نظرية التواصل والإرشاد الأسري:

تهدف نظرية التواصل والإرشاد الأسري إلى إحداث تغيير نابع من ذات الأفراد من خلال تعزيز الوعي والفهم لأنماط التواصل بين الزوجين، وتوسيع اكتشافات الذات والمسؤولية الذاتية، وتعزيز الانسجام والاستفادة من الموارد الداخلية من أجل النجاح الخارجي. (غيث، 2015، ص 267)

كما تؤكد النظرية على أهمية التواصل والخبرة الانفعالية، والطلاقة في التعبير، وتقوية العلاقات، ومناقشة الخلافات بموضوعية، مما يساهم في تحسين العلاقات بين أفراد الأسرة وتكوين أسرة ذات تفاعل إيجابي يضيف على أعضائها منافعاً محفزاً للاندماج والتكيف. (الرفاعي، 2018، ص 675)

وتشدد على ضرورة بناء أساليب التواصل الأسرية الإيجابية، بما في ذلك التواصل العيني، مما يعزز من الترابط الأسري والانسجام بين أفرادها.

كذلك تؤكد على احترام الذات والتنشئة الأسرية السليمة، واستخدام الاتصال الواضح لحل المشكلات، ما يعزز من جودة التفاعل الأسري

وتشير أيضاً إلى أن تحرير أفراد الأسرة من العيش في الماضي، وتعزيز الثقة والانتماء، ينعكس بشكل إيجابي على الصحة النفسية وجودة حياة أفراد الأسرة. (أبو أسعد، 2012، ص 176)

#### 2.3.2. نظرية الإرشاد الأسري البنائي (النظرية البنائية)

تنظر النظرية البنائية إلى الأسرة على أنها منظومة حية متكاملة، تسعى إلى تحقيق التوازن والتوافق بين أفرادها، مما ينعكس إيجاباً على جودة الحياة الأسرية. (حجازي، 2011، ص 39)

وترى أن الأعراض النفسية ما هي إلا انعكاس لخلل في التفاعل داخل الأسرة، ما يعني أن تحسين هذا التفاعل يساهم في تحسين جودة الحياة داخل الأسرة.

ومن مبادئها أن كل أفراد الأسرة يتفاعلون بأنماط يمكن ملاحظتها والتنبؤ بها، وأن التحولات في الأدوار والقواعد الأسرية تحدث تغييراً في العلاقات، ما يساهم في تعزيز التكيف الأسري وتحقيق التوازن الداخلي.

وتهدف إلى تمكين الأسرة من تطوير قواعدها وأدوارها بما يتلاءم مع التغيرات المحيطة، لضمان التوافق الأسري وتحقيق الانسجام.

كما تسعى إلى تحقيق التكيف الأسري من خلال تعزيز الوعي بالقواعد الأسرية الداخلية والقدرة على التغيير لاستيعاب النظم الفرعية داخل الأسرة. (أبو عيطة، 2019، ص 59)

ويقوم التدخل العلاجي في هذه النظرية على إعادة تشكيل العلاقات الأسرية، وإنشاء حدود صحية داخل الأسرة، مما يؤدي إلى أداء وظيفي أفضل داخل الأسرة ويحسن من جودة حياتها.

وتؤكد أيضًا على أهمية مراعاة العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية عند تقديم الإرشاد، لتحقيق التكيف الأسري وتحسين جودة حياة الأسرة بشكل عام. (الجدوانة، 2017، ص 46)

## 4.2. أبعاد جودة الحياة الأسرية:

هناك اختلاف كبير بين الباحثين فيما يتعلق بأبعاد جودة الحياة الأسرية، إلا أن جميع الكتاب والباحثين يتفقون على أن جودة الحياة الأسرية لا تقتصر على بعد أو جانب دون الآخر وإنما هي مجموعة أبعاد متكاملة ومتناسقة، ويمكن حصرها كالآتي:

**1.4.2. التفاعل الأسري:** إن التفاعل الأسري هو ميل الأسرة إلى تنمية أو تعزيز تحمل كل فرد لمسؤولياته داخل الأسرة، ودعم و الاحترام والانفتاح بين أفراد الأسرة، وتشجيع أفراد الأسرة على التعبير عن مشاعرهم نحو بعضهم البعض، وكذلك تنمية وتعزيز الدفء داخل الأسرة، والقدرة على التعامل مع مختلف المشاكل التي تظهر ومواجهتها. (رضوان، 2017، ص 07)

ويلعب التفاعل الأسري سواءً اللفظي منه أو غير اللفظي دورًا أساسيًا في توطيد العلاقات الأسرية والرفع من مستوى السلامة الأسرية، ويُعتبر أساسًا لمشاركة الأفكار، وتكوين الروابط وإحداث المرونة في القواعد الموضوعية للحياة في المنظومة الأسرية، وتحقيق السعادة والتعبير ومشاركة المواقف والقيم والمعتقدات، وتتضمن محددات التفاعل الأسري المحتوى (لفظي أو غير لفظي) ومدى التوتر، والتكرار، وطبيعة التفاعلات. (wang et al, 2015 ,p 02)

وتتمثل أهميتها في الجو الأسري لتعلم الطفل ما يلي:

- يشعر الطفل أن الأسرة بيئة مقبولة اجتماعياً ومحبوب من قبل والديه ومرغوب فيه.
- الأسرة هي المحيط الاجتماعي الأول الذي يتعامل معه الطفل وينمي فيه قدراته الفكرية والنفسية ويتعلم فيه الخبرات الاجتماعية وكيفية إقامة العلاقات الاجتماعية مع الآخرين.
- الأسرة هي المحيط الذي يتعلم فيه الطفل كيف لا يكون أنانياً ومحباً لذاته.
- الأسرة هي المحيط الذي يبني فيه الطفل اتجاهاته الاجتماعية نحو مختلف المواضيع الخارجية، فعن طريق السلطة السائدة في الأسرة وحقوق الإخوة يتكون للطفل اتجاه نحو الحقوق والواجبات التي أقرها المجتمع. (بدوي، 2017، ص 203)

الأسرة هي الموقع الذي يتعلم فيه الطفل مجموع العادات الحسنة كعادات التعامل مع الآخر. وتؤدي الأسرة دوراً بارزاً ومهماً في عملية التنشئة الاجتماعية، فهي الحضانة الأولى للطفل في حياته، ويتلقى الطفل تعليماته الأولى من الأسرة، وهي تترك آثاراً مهمة في شخصيته، وتكوين سماته النفسية وتطوير كفاياته الاجتماعية، والانفعالي كما تزود الأسرة الطفل بالاتجاهات و القيم والمعاني الأخلاقية والأدوار الاجتماعية الملائمة له وينتج عن ذلك نشوء أبعاد الرعاية الوالدية، وهي درجة الدفء والتقبل الذي يبديه الوالدان تجاه الطفل، وذلك إلى جانب كمية الضبط الذي يمارسه الوالدان لسلوك أبنائهما. (بدرانة، 2011، ص 09)

وتتضمن التفاعلات الشخصية في الجو الأسري كلاً من العلاقات الثنائية بين الأب والأم من جهة، وبين كل منهما والأبناء الذين ينشؤون في رعايتهما من جهة أخرى، كما أنها تتضمن أيضاً العلاقات الثنائية المتبادلة بين الإخوة والأخوات، فالأسرة المنيرة هي التي تعرف طريقها السليم في التربية وتمهيد السبيل للتخفيف من سيطرة الأسرة على المراهق، وتدريبه على التعاون مع الوالدين والإخوة ومشاركتهم بعض المسؤوليات والأعباء الأسرية. (بدير، 2012، ص 146)

لذلك تؤثر أشكال التفاعل الأسري المتبعة في الأسرة على شخصية الفرد وقبوله كعضوٍ فيها، وكذلك مراقبته للأدوار الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو في محيط المجتمع، مما يساعد على تخطي المشكلات النفسية والاجتماعية وغيرها من الصعوبات التي قد يواجهها وتعيق تفاعله مع أفراد المجتمع وتمنعه من تحقيق أهدافه. (خطاطبة، 2017، ص 68)

ومن هنا تظهر أهمية وضرورة إيجابية التفاعل الأسري والاتصال الاجتماعي في الأسرة كأفضل العوامل وأقربها في خلق وصنع التجاذب بين الأطراف، فهذا وحده يكسر الحواجز بين الآباء والأبناء، وبهذا يمكن حدوث التفاهم بناء على تقريب وجهات النظر على الأقل مع الرغبة في الاختلاف الطبيعي الموجود بين الجيلين ويمكن بالتالي فهم و غرض النظر من كلا الطرفين عن كثير من المشاكل وصور القصور التي يبديها أحدهما خاصة فيما يتعلق بالقصور الوظيفي عند الأبناء الشباب.

#### 2.4.2. الحياة الوالدية اليومية:

تلعب الأسرة دورًا كبيرًا في تكوين شخصية الفرد وتوجيه سلوكه، فهي العامل المسؤول عن تربية الأبناء، وهي المحرك الرئيسي الذي ينمي القيم والمبادئ داخلهم، وتقوم الأسرة بهذا الدور في ظل جو من الحب والرعاية، وهو جو يُكفل النمو النفسي السليم.

وتقوم الرعاية الوالدية للأبناء، ومعاملتهم في مراحلهم العمرية الأساسية على مجموعة من الأصول والقواعد التربوية وأهمها تهذيب نفوسهم وتربية وجدانهم، وتمكين كل فرد منهم أن يعمل بمقدار طاقته عملاً يمكن المجتمع أن يستفيد منه مستقبلاً، وغرس روح الجماعة في نفس كل فرد منهم ليقوم بإعداد وإنجاز الأنشطة الاجتماعية، وتعويدهم على تحمل المسؤولية، وشحن إرادتهم للتحكم في رغباتهم، وذلك حتى يصبحوا على المستوى المأمول في بناء مجتمعه وتتميته وحمايته. (زهوي، 2014، ص 74)

يتأثر الأبناء بالجو النفسي السائد في أسرهم وطبيعة العلاقات الأسرية القائمة بين أفرادها بحيث يكتسبون اتجاهاتهم من مواقف الكبار، وهو ما ينعكس بدوره على بناء شخصياتهم المستقبلية، فالشخصية السوية هي التي نشأت في جو تشجيع فيه الثقة المتبادلة، والوفاء، والتآلف، والأسرة التي تحترم فردية الشخص وتدرجه على إنجاز نفسه وتساعد على أن يحافظ على كرامته بين الناس. (عجيلات، 2015، ص 157)

ولعل أفضل أساليب الحياة الوالدية هو ذلك الأسلوب القائم على الجمع بين التعبير القوي عن الحب والدعم والمدى الملائم من الحزم والنظام، وذلك من شأنه توفير البيئة المثالية لنمو الطفل، كما أن هذا النوع من أساليب الحياة الوالدية يعزز مهارات التعلم لدى الطفل، حيث إن الجمع بين الحب والدعم

ووضع الحدود الواضحة للسلوكيات يمثل محفزاً قوياً لمهارات و قدرات التعلم لدى الطفل (jeynes. 2011. P12)

### 3.4.2. جودة الحياة الاجتماعية:

تعرف جودة الحياة على أنها تمتع الإنسان بمستوى جيد من الصحة الجسمية والنفسية وقدرته على إقامة علاقات اجتماعية وأسرية جيدة، وهو الأمر الذي يؤدي في النهاية لمحور الفرد بمعنى لحياته. (طنطاوي، 2016، ص.120)

وعلى هذا فإن جودة الحياة لدى الفرد لا ترتبط بمحدداته الشخصية فقط ولا بالمجالات والموضوعات الحياتية المختلفة وإنما أيضاً بالمتغيرات المرتبطة بالأفراد الذين يكونون في مجال إدراكه الشخصي من أفراد الأسرة، والأصدقاء، والأقارب، والرفاق، وغيرهم، وذلك من حيث مهاراتهم في مواجهة مشكلات الحياة والتواصل والدعم الذي يوفره له. (أبو رقيقة، 2017، ص.21)

و تؤثر العلاقات الاجتماعية الجيدة بشكل إيجابي على جودة حياة الفرد فالإنسان لا يمكنه العيش لوحده فهو كائن اجتماعي بطبعه، فاعل ومنفعل في آن واحد، يؤثر في الآخر ويتأثر به. (العدساني، 2018، ص.399)

وتعمل العلاقات الاجتماعية الجيدة على تعميق وتكوين وزيادة الكفاءة الاجتماعية لدى الفرد، وتشجعه على الاختلاط بالآخرين وإقامة العلاقات الاجتماعية المتبادلة، وتحقيق التكيف الاجتماعي داخل الجماعات التي ينتمي إليها الفرد، كما أن العلاقات الاجتماعية تساعد على رؤية الذات من منظور واقعي واكتساب الأمن وتحقيق الانسجام والتألف مع الآخرين، وزيادة القدرة على تحمل المسؤولية، ومواجهة المشكلات وأعباء الحياة، وزيادة القدرة على حل المشكلات والتفاعل إيجابياً مع البيئة المحيطة. (حميدة، 2017، ص.151-152)

### 5.2. مستويات جودة الحياة الأسرية:

قسم سيو وشيك (Seo&Shek, 2005) مستويات جودة الحياة الأسرية إلى مستويين على الأقل، يمكن من خلالهما فهم وتقييم جودة الحياة الأسرية:

1- الأداء المنظم للأسرة: مثل الجو العام داخل الأسرة والتواصل العام بين أفراد الأسرة

2- العلاقات الثنائية داخل الأسرة: بما يخص العلاقات الثنائية داخل الأسرة، فإن هناك جانبين

رئيسيين جديران بالاهتمام:

أ- الجانب الأول: جودة التربية:

تم تعريف جودة التربية من حيث الاستجابة والإلحاح. وأيضًا يمكن فهم جودة التربية من خلال التحكم السلوكي للأبوين، حيث يقول شيه (2005) أنه يمكن تقييم التحكم السلوكي للأبوين (محاولة الأبوين للتحكم وتوجيه سلوك الطفل) من خلال خمسة جوانب:

- المعرفة لدى الأبوين (مدى معرفة الأبوين بوضع الطفل).

- توقعات الأبوين (قواعد التربية وتوقعات الأبوين).

- مراقبة الأبوين (المراقبة والتتبع)، وما إذا كان الأبوين يباران في فهم الطفل).

- التأديب (الثواب والعقاب للطفل بما يخص توقعات الأبوين).

- إلحاح الأبوين، كما ورد في بعض النماذج العالمية للتربية.

ب- الجانب الثاني: في العلاقات الثنائية في نطاق جودة الحياة الأسرية:

هو جودة العلاقة بين الطفل والأبوين، فيمكن من خلالها تقييم جودة العلاقات بين الطفل والأبوين بشكل عام، مما يخص الرضا عن علاقة الطفل بالوالدين أو النزاعات بين المراهق والوالدين. هناك أربعة جوانب أخرى لعلاقة الطفل بالأبوين، والتي تستدعي اهتمامًا وهذه الجوانب تشمل:

- ثقة الأبوين بالطفل.

- ثقة الطفل بالأبوين.

- استعداد الطفل للتواصل مع الأبوين.

- رضا الطفل عن تحكم الأبوين. (المصري، ص 28.29)

ومن خلال ما عرضناه، نرى أن من بين المستويات التي يمكن من خلالها تقييم وفهم جودة الحياة الأسرية، إضافة إلى المستويين السابقين، نجد الحالة المادية الجيدة للأسرة. فكلما كانت الحالة المادية جيدة، كلما كان بمقدور الأبوين تلبية جميع احتياجات أفرادها، وهذا يجعلهم يشعرون بالسعادة والرضا عن حياتهم الأسرية.

## 6.2. محددات جودة الحياة الأسرية :

يرى بوسكي (Poskey, S. 1989) أن أهم المحددات التي تؤثر على جودة الحياة الأسرية تتمثل في:

### 1.6.2. قدرة الأسرة على تلبية احتياجات الأطفال والمراهقين:

إذا شعر الأطفال بالأمان والرعاية البدنية والوجدانية داخل الأسرة، فسيشعرون بسعادة أكثر داخل المنزل، وستزداد اتجاهاتهم الإيجابية للحياة داخل المنزل.

**2.6.2. الصراع (Conflict):** بين الوالدين بسبب الارتباك لدى الطفل، فعندما يختلف الوالدان باستمرار، يؤدي ذلك إلى توتر الطفل فيصبح مشاكساً، في حين أن الانسجام بين الوالدين يعود بالنفع على الطفل، لأنه عندما لا يخشى الطفل فقدان حب احدهما، فإنه يصبح أكثر سعادة وأمناً داخل المنزل.

**3.6.2. النظام (Discipline):** داخل المنزل له تأثير على جودة الحياة الأسرية، فكلما كان النظام قاسياً صارماً يضغط على الطفل و يحسس أنه غير محبوب و يصبح عدواني، ويتذكر فقط الغضب والحاجة إلى الانتقام. في حين أن الميل إلى السخرية والإذلال (Humiliating, Ridiculing and Impotent) يؤدي ذلك إلى شعور الطفل بالعجز، والغضب، والنفور. (المصري، ص34)

**4.6.2. الظروف المعيشية:** المتعلقة في نوع السكن. فإذا كان المنزل صغيراً لا يتسع لكامل أفراد الأسرة، سيكون الطفل تحت ضغط كبير ولا يشعر براحة كافية، بينما إذا كان المنزل كبيراً، فذلك يجعل الطفل يشعر بالراحة في منزله، مما يؤدي إلى تحقيق جودة الحياة الأسرية.

## 7.2. العوامل المؤثرة في جودة الحياة الأسرية:

تكتسب الأسرة بأنماطها المختلفة (الممتدة والكبيرة والصغيرة) أهميتها من كونها مؤسسة اجتماعية ضرورية لا بديل عنها، كما تحتل مركزاً أساسياً في النظام الاجتماعي العربي، وعلى الرغم مما طرأ عليها من تغييرات في حجمها ووظائفها وأدوار أفرادها و علاقتهم ببعضهم البعض، إلا أنها ما زالت تقوم بوظائف اجتماعية واقتصادية ونفسية ودينية وثقافية هامة تؤثر في جودة الحياة الأسرية.

وتقوم العلاقات الأسرية الناجحة على التفاعل الدائم بين أفراد الأسرة، والتي تهيء للأبناء الحياة الاجتماعية، والثقافية، والدينية اللازمة لإشباع احتياجاتهم في مراحل النمو المختلفة. وتتسم هذه العلاقة بإمداد المحبة، والعاطفة، والحنان بين أفراد الأسرة، في إدارة شؤونهم الأسرية، مما يدعم العلاقات الإنسانية بينهم، ويحقق الأمن النفسي داخل الأسرة. (صحاف، 2015، ص 7).

وخلال السنوات الأخيرة، أصبحت الاسر تواجه العديد من التحديات بسبب التغيرات والتحولت الاجتماعية، والديمغرافية، و تعتبر هذه التغيرات عوامل مؤثرة في استقرار و توازن الأداء الأسري، والتنظيم الأسري، ومن ثم جودة الحياة الأسرية. وهناك عوامل أخرى تؤثر على جودة الأداء الأسري، مثل الدين، وحجم الأسرة، والمستوى التعليمي للوالدين، والعلاقة الزوجية بين الوالدين، والحالة الاقتصادية للأسرة. (Abu Rahim et al., 2013: 78).

• و تتمثل أهم هذه العوامل في :

### 1.7.2. الدين:

يعتبر الدين أحد الركائز الأساسية لجودة الحياة الأسرية، ويتضح ذلك من خلال المعايير الخاصة بالاختيار الزوجي، كما أن الدين من مصادر تكوين الشخصية المتوازنة التي تعكس سلوكها الجاد خيراً ونمَاءً على محيطها الأسري. كما أن أهم الوسائل التي تؤدي إلى زيادة التكامل والوحدة بين أفراد الأسرة ممارسة الشعائر الدينية بطريقة جماعية، كالصلاة، فمثل هذه الممارسات الدينية تهذب الأسرة فكرياً وروحياً، وتمنع الأسباب المؤدية للانحراف.

ويساهم وجود الدين في تربية وتشكيل شخصية الأبناء، وتنشئتهم اجتماعياً، وذلك بغرس التعاليم الدينية، و المعايير السماوية الدينية التي تمد الأبناء باطار سلوكي أخلاقي، وتوحيد السلوك الاجتماعي، وتنمية الضمير عند الفرد والجماعة . (عبد الرحيم، 2019، ص 190)

وتتسم الأسر المحافظة والمتدينة بميلها نحو ترسيخ القيم الدينية، والالتزام الأخلاقي في نفوس الأبناء، والحرص على الزام أطفالهم بالمساجد، ودور العبادة و تثقيفهم الثقافة الدينية، ومعاينة كل فرد يخرج عن نطاق العادات والتقاليد الإسلامية، كما أن الأسر تميل إلى تقليد كل سلوك وافد جديد تنشئ أطفالها على نفسية التحرر من كل سلوك نابع من الدين والتقاليد. (مقحوت، 2014، ص 57)

ويُمثل الدين بالنسبة للعديد من الأسر عاملاً هاماً لضمان جودة حياتها الأسرية، حيث يمثل الدين والقيم الروحانية أحد وسائل تمكين الإنسان من التكيف مع الضغوط المحيطة، وتعزيز لديه السلامة الذاتية. ويُسهم الدين في تعزيز الدافع لدى الوالدين نحو مجاهدة الذات في تبني عدد من الأفكار و المبادئ مثل الكرم، وإحترام فكرة المساواة، والشعور بالحب غير المشروط، تجاه الطفل والتسامح معه بالرغم من أي ضغوطات. كما أن الدين يُساعد الوالدين على تنمية مهارات التكيف والمرونة النفسية لديهم، وأيضاً تعزيز الوعي بعلاقات الطفل بالآخرين. (pandya.2017.65)

لذلك، فمن الجوانب الهامة لتأثير الدين على جودة الحياة الأسرية كيفية تأثيره على نظرة الآباء والأمهات إلى المشكلات والاضطرابات السلوكية، والانفعالية، والإعاقات التي توجد لدى أبنائهم، وتختلف تلك النظرة من أسر لأخرى، فهناك من أولياء الأمور من يتقبل ما لدى أبنائهم من إعاقات، وينظرون إليها على أنها نعم من الله عز وجل، في حين أن هناك من يرى بأن تلك الإعاقات قد تكون عقاباً أنزله الله عليهم (gardiner ,larocci,2012 ,p21.28).

### 2.7.2. حجم الأسرة:

يمثل حجم الأسرة أحد العوامل المؤثرة في جودة الحياة الأسرية، فالطفل الوحيد على سبيل المثال غالباً ما يحاط برعاية تزيد عن الحاجة. و لهذا تصبح علاقات هذا الطفل بغيره على اساس اهمية مصالحه. وذلك بخلاف الطفل الذي ينشأ في أسرة كثيرة الاطفال، و هذا غالباً ما يميل إلى النموذج السوي، باعتبار أنه يتعامل مع خليط من عدد الأطفال، كذلك فوجود كلا الأبوين او الاب بمفرده او الام

بمفردها من العوامل المهمة في التنشئة الأسرية، وهناك أيضاً نسبة الذكور إلى الإناث، وترتيب الطفل بينهم. (محمدي و بوعيشة، ، 2013، ص 2)

ويؤثر حجم الأسرة على مدى قدرتها على التعامل مع احتياجات الأبناء، فهو يؤثر سلباً على مستوى السلامة والرفاهية لدى الأسرة، ويرجع السبب في ذلك إلى التأثيرات السلبية على الإتفاق على التعليم و التغذية، كما أن حجم الأسرة يؤثر سلباً على قدرة الأسرة على تلبية احتياجات الأبناء ممن يعانون من مشكلات مزمنة مثل الأمراض الوراثية، وتلك الاحتياجات وتعقيدها تزيد من حجم الضغوط الواقعة على كاهل الوالدين في رعاية الأبناء، و بطبيعة الحال، يكون لحجم الأسرة وقعٌ أكثر شدة على الأسرة إذا كانت من الفئات الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة (Mediani et al., 2019, 180). ( . )

وقد أصبح حجم الأسرة الصغير هو النمط السائد في هذا العصر، وخاصة بين الطبقة الوسطى في كثير من المجتمعات، وقد أدى ذلك إلى زيادة التفاعل والتواصل بين أفراد الأسرة، وتعزيز المشاركة في اتخاذ القرارات الأسرية، وحل المشكلات التي تواجه الأسرة. وتعطي الأسرة الصغيرة الحجم فرصاً أكبر لاكتشاف قدرات الأبناء، ومهاراتهم، ومتابعة أدائهم المدرسي، كما تتيح هذه الأسرة فرصاً أكبر لمشاركة الأبناء في أنشطتهم الثقافية والاجتماعية، و رعاية اهتماماتهم و مواهبهم والعمل على صقلها. (أبو كيف، 2016، ص 341)

### 3.7.2. المستوى التعليمي (الثقافي) للوالدين:

يعد المستوى التعليمي للوالدين من العوامل المهمة والمؤثرة في جودة الحياة الأسرية، في اتجاهات الوالدين وأساليبهم في تربية أبنائهم، ومعاملتهم. وعادة ما يرتبط المستوى التعليمي للوالدين بالمستوى الوظيفي الذي يشغلونه و بالمكانة الإجتماعية التي يحصلون عليها، فمعارف الفرد تزداد كلما ارتقى مستوى تعليمه و تتسع آفاقه نتيجة لما يتعلمه من خبرات الآخرين وتجاربهم.

كما أن المستوى التعليمي للوالدين مرتبط ارتباطاً إيجابياً بالتحسين في مستويات جوانب متعددة من جودة الحياة الأسرية، فكما أشارت دراسة الحازمي وآخرين (Alhazmi et al., 2018)، يرتبط المستوى التعليمي للوالدين إيجابياً بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، والذي يرتبط بدوره بالرفع من مستوى جودة الحياة الأسرية في الجوانب المادية والبيئية، بالإضافة إلى ذلك، تشير دراسة غنباري وآخرين

(Ghanbari et al., 2017)، ص 807) إلى أن ارتفاع المستوى التعليمي للوالدين مرتبط إيجابياً بجودة العلاقة بين الوالدين والأبناء، وذلك سواء كان الأبناء من الأطفال أو المراهقين.

ويؤثر مستوى تعليم الوالدين تأثيراً واضحاً في نمو الطفل، وذلك لأن المستوى التعليمي للوالدين يساعد في توظيف معلوماتهما و معارفهما في تعليم الأطفال، وذلك من خلال التفاعلات اليومية والتنشئة الاسرية، و يفسر ذلك بأن ارتفاع مستوى تعليم الوالدين يجعلهما أكثر ادراكاً و مراعاة للظروف البيئية التربوية المناسبة للأطفال و هناك أثر آخر متمثل في تقليد الأطفال لنموذج الأب و الأم، كما أن لإنخفاض المستوى التعليمي للوالدين أثر في فهم الوالدين لحاجات أبنائهم خاصة المراهق، ومحاولة تلبيةها . (الحربي، 2017، ص 69)

ويعتبر المستوى التعليمي للوالدين ذا أثر كبير على عملية التطبيع الاجتماعي للطفل؛ فالطفل الذي ينشأ في أسرة متصلة ذات اطلاع على ثقافات مختلفة في بيت علم يتعامل مع الكتب والمجلات والجرائد يختلف عن الطفل الذي ينشأ في أسرة لا تهتم بهذه الأمور. (عشاوي، 2017، ص 216)

#### 4.7.2. العلاقة الزوجية بين الوالدين:

تعتبر العلاقة الزوجية بين الوالدين أهم عنصر حي وواقعي يؤثر على جودة الحياة الأسرية، فالعلاقة التي تتصف بالمشاحنة و الخلاف بين الزوجين تزيد من حالة القلق وعدم الرضا والتوتر بينهما، وهذا ينعكس على طريقة تفاعلهم مع أطفالهم، فيكونون أكثر ميلاً لاستخدام اتجاهات والدية تتصف بالقسوة و الإهمال والحرمان.

وتتأثر جودة العلاقة الزوجية بشكل كبير بما إذا كان في الأسرة أبناء، يعانون من مشكلات انفعالية وسلوكية مزمنة، من المشكلات المصاحبة للإعاقات، فقد يؤدي وجود مثل هذه المشكلات إلى سوء العلاقة بين الوالدين، مما قد يتسبب في نهاية المطاف في الانفصال والطلاق، ومع ذلك، فهذا ليس بالضرورة قاعدة عامة، حيث أن تأثير المشكلات الانفعالية أو السلوكية على جودة العلاقة بين الوالدين يختلف اختلافاً كبيراً بحسب نوع المشكلة و الحالة الصحية العامة للطفل. (Hsiao, 2013, 4)

وعلى الرغم من أن المشكلات الانفعالية والسلوكية تؤثر سلباً على جودة العلاقة بين الوالدين ومستوى الرضا عن العلاقة الزوجية لدى كل من الوالدين، إلا أن الأب يكون أكثر تأثراً مقارنة بالأم؛ كما

أنه كلما ازدادت شدة الأعراض التي يعاني منها الطفل، ازدادت شدة وقعها السلبي على الأب، مقارنة بالأم، وفي سياق آخر، فجودة العلاقة بين الوالدين تؤثر على جودة العلاقة بين الأبناء، مما يعني أن طبيعة العلاقة بين الوالدين، سواء كانت إيجابية أو سلبية، تترك تأثيراً بعيد المدى على جودة العلاقات بين الأبناء. (karst , van hecke, 2012, 253)

وتؤدي السعادة الزوجية إلى تماسك الأسرة، مما يخلق جواً يساعد على نمو الطفل وتحوله إلى شخصية متكاملة متزنة، في حين يؤدي التوتر داخل الأسرة والخلافات التي تسود بين أفرادها، خاصة الوالدين، إلى توتر نفسي مقرون بالأمن والطمأنينة والانتماء، وقد يصاحب ذلك أنماط غير سوية من السلوك بين الأطفال كاللجوء إلى الانحراف والعدوانية مع مظاهر سلبية كالغيرة والأنانية والخوف . (إبراهيم، 2018، ص 542)

وإذا كانت العلاقة العاطفية التي تجمع بين الأب والأم إيجابية ومبنية على الحب والمودة والتفاهم، أدى ذلك إلى شعور الطفل بأن حياته الأسرية مريحة وآمنة ومستقرة، في حين أن العلاقة السيئة والضعيفة بين الوالدين والتي تكثر فيها الخلافات والمشاحنات ولا يوجد فيها تبادل للاحترام والعاطفة تتعكس بشكل سلبي على الطفل، ومن ثم سيرى حياته الأسرية مثل الجحيم مفككة غير آمنة، وبالتالي يلجا خارج إطار الأسرة ليجد العاطفة المفقودة في المنزل. (المصري، 2016، ص 34)

يعني ذلك، إذا لم يكن الوالدان على درجة ملحوظة من النضج، ويفتقدان القدرة على تحقيق قدر من التفاهم والتوافق الزوجي، و كان لديهما استعداد للشقاق والمشاحنات الزوجية، فإن أي مشكلة ستكون سبباً كافياً لإندلاع المزيد من الخلافات والشقاق بينهما، حيث يحمل كل منهما الآخر مسؤولية المشكلة، كما يحاول كل منهما التصل من المسؤوليات الكبيرة والثقيلة مما يؤثر على جودة الحياة الأسرية.

### 5.7.2. الحالة الاقتصادية (المادية) للأسرة:

إن المستوى الاقتصادي للأسرة هو جملة الأنشطة والممارسات الاقتصادية التي يقوم بها كل من الوالدين والتي لها أثر على نمو الأبناء داخل وخارج الأسرة، وذلك وفقاً لمجموعة من المعايير وهي مهنة كل من الوالدين، ومتوسط دخل الفرد الشهري في الأسرة، ومستوى تعليم كل منهما، والدخل الذي يتلائم مع احتياجات الأسرة. (رمزي، 2018، ص 184)

ويرتبط المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة بنوع الاتجاهات الوالدية التي يستخدمها الآباء، فالأسر التي تنتمي إلى طبقات اقتصادية واجتماعية منخفضة تميل لاستخدام أساليب والدية تتصف بالقسوة والإهمال مما يعكس على جودة الحياة الأسرية، في حين أن الأسر التي تنتمي إلى فئات اقتصادية واجتماعية متوسطة أو مرتفعة تميل إلى استخدام أساليب والدية تتصف بالديمقراطية والتعاون والحزم.

لذلك يعد الوضع الاقتصادي عاملاً بالغ الأهمية في التأثير على جودة الحياة الأسرية، وذلك نظرًا لما يرتبط به وما يصاحبه و ما يترتب عليه من أنماط سلوكية تحدد بدورها طريقة تفكير الفرد وتفاعله وتوافقه مع ما يتعرض له من أحداث وتطورات خلال حياته اليومية، كما أنه كلما ارتفع المستوى الاقتصادي للأسرة تيسرت لأفرادها وسائل النمو السليم، وتحققت لهم السلامة النفسية والاجتماعية.

كما يؤثر المستوى الاقتصادي للأسرة على النمو النفسي والاجتماعي والمعرفي لدى الأبناء، فهو يؤثر على مقدار الإمكانيات المادية والترفيهية المتوفرة لديهم؛ فالأسرة التي توفر ما يكفي لأبنائها من احتياجات مادية وتحقق التكيف الاقتصادي لهم، تخلق نظرة متفائلة وطموحة عن الحياة والمستقبل لأبنائها، ولكن عندما لا يمكن للأسرة أن توفر الاحتياجات الكافية لأبنائها، تنشأ مشاعر النقص والحرمان لدى أبنائها، مما يؤثر على مستوى جودة الحياة لديهم . (المحسن، 2017، ص 16)

## 8.2. انعكاسات إصابة الطفل بالسرطان على جودة الحياة الأسرية :

يعتبر تشخيص إصابة طفل بالسرطان من أكثر التجارب التي تُحدث زلزالاً عاطفياً ونفسياً داخل الأسرة، إذ تضع الوالدين أمام واقع جديد ومعقد، يتطلب منهما إعادة تنظيم حياتهما اليومية، وتحمل أعباء طبية، نفسية، ومادية كبيرة. وفي كثير من الحالات، يواجه الأبوان مشاعر متضاربة من الحزن، الخوف، الذنب، والغضب، خاصة خلال فترة التشخيص الأولي، مما ينعكس سلباً على توازن الأسرة الداخلي. (Compas et al., 2015, p. 455)

وقد أكدت دراسات عديدة أن إصابة الطفل بالسرطان تُؤثر بشكل كبير على جودة الحياة الأسرية، حيث تتغير ديناميكيات الأدوار داخل الأسرة، وتتنخفض قدرة الأفراد على التواصل الفعال، كما تتزايد الضغوط النفسية بشكل يومي. (Pai et al., 2007, p. 409) ففي ظل تركيز الأسرة على الطفل المريض، غالباً ما يُهمل الإخوة الآخرون، مما يؤدي إلى شعورهم بالتهميش، الغيرة، أو الذنب، وقد يُعانون من صعوبات نفسية وسلوكية على المدى الطويل. (Alderfer et al., 2010, p. 790)

أمّا على مستوى العلاقة الزوجية، فقد أظهرت الأبحاث أن الوالدين قد يواجهان تحديات في الحفاظ على التماسك العاطفي نتيجة الإرهاق الجسدي والنفسي الناتج عن رعاية الطفل، خاصة إذا غاب الدعم الخارجي، أو في حال وجود صعوبات اقتصادية مرافقة. (Rosenberg et al., 2013, p. 648) وفي هذا الإطار، يشير (Kazak et al. (2005, p. 384 إلى أن الضغط النفسي المزمن يمكن أن يُضعف قدرة العائلة على التكيف، ويقلل من فعاليتها في اتخاذ القرارات، مما يؤدي إلى تراجع جودة الحياة بشكل ملحوظ.

كما تُبيّن نماذج التكيف الأسري، مثل نموذج "المرونة الأسرية (Resiliency Model)"، أن قدرة الأسرة على تجاوز هذه المحنة ترتبط بعدة عوامل منها: توفر الدعم الاجتماعي، وجود معلومات واضحة ومطمئنة حول حالة الطفل، واستراتيجيات المواجهة الإيجابية

(McCubbin&McCubbin, 1993, p. 385). وعليه، فإن عدم توفر هذه العوامل يُعرض الأسرة إلى اضطرابات نفسية مزمنة، قد تشمل القلق العام، الاكتئاب، ضعف العلاقات، وانخفاض الشعور بالرضا الأسري.

وفي ظل هذه التحديات، يصبح من الضروري أن تحظى الأسرة، إلى جانب الطفل، برعاية نفسية واجتماعية موازية للرعاية الطبية، بهدف تعزيز استقرارها الداخلي، وتحسين جودة الحياة الأسرية في سياق التجربة المرضية.

### خلاصة الفصل :

وفي نهاية هذا الفصل، توصلنا الى أن جودة الحياة الأسرية تعد عاملا أساسيا في تحقيق التوازن النفسي و الاجتماعي لأفراد الأسرة، و تتمثل في قدرة الأسرة على التكيف مع الضغوطات و المواقف الصعبة، مع الحفاظ على روابطها العاطفية و التواصل الفعال بين أفرادها. كما يظهر أثر جودة الحياة الأسرية في توفير بيئة مستقرة و داعمة، تسهم في تنمية الثقة بالنفس و تعزيز الشعور بالأمان و الانتماء، خاصة في حالات الأزمات كإصابة أحد الأبناء بمرض مزمن مثل السرطان، و لا يمكن اغفال أن جودة الحياة الأسرية ترتبط ارتباطا وثيقا بالصحة النفسية، إذ إن الأسرة المتماسكة و الداعمة تعتبر أحد أهم مصادر الدعم النفسي للفرد.

## الفصل الرابع

### سرطان الطفل

#### تمهيد

1. مفهوم السرطان
2. تصنيف السرطان
3. الأورام السرطانية
4. أعراض السرطان
5. أنواع السرطان
6. أشكال السرطان
7. خاصية السرطان لدى الطفل
8. تصور مرض السرطان لدى الطفل
9. استجابات الطفل اتجاه المرض
10. الفحوصات الطبية لتشخيص سرطان الطفل
11. الأساليب العلاجية المتبعة في علاج سرطان الطفل

#### خلاصة الفصل

**تمهيد:**

يعد سرطان الأطفال من التحديات الصحية الخطيرة التي تؤثر بشكل عميق على الطفل المصاب وعائلته ليس فقط من الناحية الجسدية بل من الجوانب النفسية والاجتماعية ايضا.

وعلى الرغم من انه مرض نادر مقارنة بأنواع السرطان التي تصيب البالغين إلا ان تأثيره كبير نظرا لحساسية مرحلة الطفولة وأهمية توفير بيئة داعمة تساعد الطفل على مقاومة المرض تختلف انواع السرطان التي تصيب الاطفال مثل سرطان الدم ( اللوكيميا )، أورام الدماغ وسرطان الغدد اللمفاوية وتختلف معها طرق العلاج والرعاية المطلوبة. وهذا ما سوف نتطرق اليه في هذا الفصل.

**1. مفهوم السرطان:****1.1. تعريف الطب الحديث للسرطان:**

السرطان ينتج عن خلل في الحامض النووي للخلية الحية، يؤدي إلى إشارات تشجع نمو الخلية أو يؤدي إلى وقف إشارات عدم النمو.

تتم ترجمة رموز هذا الخلل عبر بروتينات تكون موجودة على سطح الخلايا أو داخلها أو قد تكون ناقلة في الدم ولها علاقة في إشارات نمو الخلية وخضوعها للمراقبة السليمة من قبل الجسم وجهاز المناعة والخلية المتحولة تنمو وتتكاثر بشكل غير منتظم وعشوائي وتكون كتلة ورم تغزو محيطها وتستطيع الانتقال في الدم وغيره إلى أماكن متعددة في الجسم، وقد تستقر في بعضها وتسبب ما نسميه انتشارا. (الصغير، 2005، ص 14 )

**2.1. تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) السرطان أنه :**

مجموعة الأمراض التي تقوم على ميكانيزم الانقسام العشوائي والتكاثر الفوضوي للخلايا والتوسع الباثولوجي على حساب الأنسجة والأجهزة السليمة. (قابلي، 2011، ص 14)

**وطبقا للبرامج الطبية:** فالسرطان لا يعد مرضا واحدا، بل هو مجموعة من الأمراض تحدث خلال تغير في الخلايا الجسمية ، وتسبب نمو غير منتظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أو كومة

، وبالتالي يعرف مرض الأورام السرطانية بأنه : ورم ناتج عن تحول أو تغير يصيب الخلايا البشرية ، والورم هو كتلة الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث وغير طبيعي (شويخ، 2007، ص 31 ص 32).

### 3.1. ويعرف وفقا للقاموس: Malonie de l'infirmier السرطان:

ورم خبيث ينتشر بسرعة ويميل إلى أن يصبح عاما، له عدة أنواع سرطان الكبد، سرطان القولون، سرطان الشعب الهوائية، الأورام الغدية، سرطان الجلد، ويشمل علاجهم العلاج الإشعاعي، العلاج الكيماوي، الجراحة.

### 2. تصنيف السرطان:

قبل وضع تصنيف للسرطان لابد من التطرق أولا إلى التسميات التي تطلق عادة على أي نمو غير طبيعي والتي تنقسم إلى:

- الورم (tumeur): وهو نمو غير طبيعي لبعض أنسجة الجسم وهذا النمو لا يخدم وظيفة فسيولوجية كباقي الأنسجة الطبيعية ، حيث يتألف الورم من خلايا خرجت عن التوازن الطبيعي للجسم لتتكاثر بصورة منفصلة ، يصعب السيطرة عليها لأنها ناتجة عن خلايا غير طبيعية خرجت عن نظام التوازن في جسم المصاب بها وأصبحت لا تؤدي وظيفتها الأساسية. (الدليمي، 2009، ص 597 )

- التنشؤ (néoplazme): كلمة انجليزية تعتبر أكثر دقة من كلمة ورم، وتعني تكاثر الخلايا ذات الطفرات الجينية، أي نمو أو تضخم غير طبيعي ، ظهور كتلة غريبة في الجسم. ( وليدة مرارقة 2008 ص 84).

### 3. الأورام السرطانية:

1.3. الورم الحميد (La tumeur bénigne): تتألف الأورام الحميدة من خلايا تظل معزولة عن مجموعة الخلايا المحيطة بها، تنمو ضمن كبسولة، يكون هذا النوع من التورم غير مؤذي باحتلاله لفسحة من الجسم قد يسبب متاعب جانبية عن طريق الضغط على مجموعات الأنسجة المحيطة به ، ومن الممكن أن يقوم بإفراز هرمونات . (خلف، 2009، ص 598).

وبعبارة أخرى فهو عبارة عن أورام صغيرة الحجم في الغالب ،حيث توجد أعضاء غير جوفاء (صماء)تأخذ شكلا بيضاويا أو كرويا ، محددة المعالم، محاطة بنسيج ليفي طبيعي وكأنها محفوظة في كبسولة ، تنمو ببطء تتمركز في مكان في العضو ولا تنتشر ولا تدمر الخلايا المجاورة لها ، ليس لها أي آثار وإذا استؤصلت لذلك مآلها جيد.

كما يتصف بأن نموه وتكاثره محدود، غير غازي، لا ينتشر، ويمكن استئصاله دون العودة للنمو ثانيةنادرا ما يهدد الحياة. ( وليدة مرازقة 2008 ص 84 )

كما يتميز ببطء نموه، وبأنه محاط من الخارج بغلاف يحده تحديدا واضحا عن الأنسجة المحيطة به. (شويخ، 2007 ص 32)

### 2.3. الورم الخبيث: la tumeur maligne

يعتبر أخطر أنواع السرطان حيث يتألف من خلايا تنمو بكثرة وعلى نطاق واسع، يغزو مجموعات الأنسجة المحيطة به، ويكون انتشاره عن طريق الدم.( الدليمي، 2009، ص 599 )

وهو أشد خطورة من الأورام الحميدة ، يتكون من خلايا سريعة الانقسام والتكاثر، وقد تصبح ذات حجم كبير في وقت قصير، غير مغلف من الخارج بأي غلاف، ولذلك فان نموها يكون غير محدد وتستطيع هذه الخلايا المكونة للورم بالانتشار والانتقال إلى أجزاء أخرى في جسم الإنسان لتكون أوراما ثانوية تسمى عملية الانتشاروعندما ينتشر المرض من مكان لآخر يسمى بالجزء الذي بدأ منه، فإذا بدأ المرض في الثدي ثم انتشر إلى الرئة فيسمى بسرطان الثدي. (هناك أحمد شويخ،2007، ص32 )

#### الجدول رقم (01): يوضح الفروق بين نشأة الورم الحميد والورم الخبيث

الأورام الخبيثة	الأورام الحميدة	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- غزو النسيج الطبيعي المحاط به</li> <li>- يكون محاطا بمحفظة</li> <li>- يكون حدوده مختلطة مع النسيج الطبيعي</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- يندفع بالنسج الطبيعي جانبا</li> <li>- يكون محاطا بمحفظة</li> <li>- يكون واضحا بالحدود</li> </ul>	توضع الورم
<ul style="list-style-type: none"> <li>- يؤدي إلى حدوث التوضعات في</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- تقتصر على الكتلة الورمية</li> </ul>	مدى انتشاره

العقد اللمفاوية القريبة والبعيدة كما يصيب الورم أعضاء أخرى	ونموها	
- تكون بطيئة أو سريعة	- بطيئة	سرعة نموه
- تكون مميتة إن لم يعالج الورم - لا تكون الجراحة وحدها شافية وتحتاج إلى علاج كيميائي أو إشعاعي دائم	- مادة حميدة - الجراحة تكون شافية	النتيجة

من خلال الجدول نستنتج أن الورم الحميد يمكن أن يشفى كما يمكن أن يتحول إلى ورم خبيث إذا ترك دون علاج.

#### 4. أعراض السرطان:

لخص مروان الرفاعي أعراض السرطان في العناصر التالية:

- قرحة أو تشقق الجلد لا يندمل بالمعالجة العادية خلال أسبوعين.
- شامة تغير شكلها أو حجمها أو تغير لونها إلى السواد أو ابتدأت بالحك أو التقرح أو النزف أو الالتهاب.
- بحة أو تبدل في الصوت لا يزول خلال فترة قصيرة.
- سعال مستمر لا يزول رغم العلاج وقد يصاحب بإفرازات من الصدر بشكل بلغم(قشع) قد يكون مصحوبا بالدم.
- عقد أو ورم في الثدي غالبا ما يكون غير مؤلم، أو ظهور تغير في شكل أو حجم احد الثديين أو تغير في جلد الثدي بشكل انخفاض في الحلمة أو ظهور نزيف دموي منها.
- ظهور ورم في أي مكان من الجسم أو ظهور عقد لمفاوية في الرقبة أو الإبط غير مؤلمة.
- صعوبة بلع الطعام أو قيء مستمر أو الشكاية سوء الهضم المستمر مع فقدان الشهية أو الشكاية من أعراض فقر الدم مع الشحوب والوهان أو ظهور تضخم في البطن أو وجود كتلة أو ألم مستمر فيه.

- ظهور إمساك متناوبة مع إسهال ووجود دم مع الغائط.
- ظهور الدم مع البول في نهاية البول أو مختلطا معه أو شكاية من صعوبة التبول.
- نزيف غير طبيعي من الرحم في غير وقت العادة الشهرية أو بعد انقطاعها أو ظهور إفراز غير طبيعي من الرحم.
- أي نزيف غير طبيعي في أي مكان من الجسد.
- إذا استمرت الأعراض أكثر من أسبوعين على المصاب مراجعة الطبيب لتحري سببها
- ومعالجتها مع العلم انه لا يعني ظهور هذه الأعراض بالضرورة إصابة الشخص بالسرطان.(مزوار، 2006، ص39).

كما أن هناك أعراض أخرى وهي:

#### 1.4. أعراض ناتجة عن النمو السريع والغير الطبيعي للخلايا:

تؤدي وتيرة النمو السريع والغير الطبيعي للخلايا السرطانية الى استهلاك طاقة الجسم بشكل كبير واستنزاف موارده لتغذية هذه الوتائر المشاعة للنمو على حساب احتياجات بقية أعضاء الجسم ووظائفها الحيوية وهذا قد يسبب:

فقدان الدم، الإنهاك و التعب، النحافة وفقدان الوزن، فقدان الشهية، عسر الهضم، إمساك أو إسهال، ارتفاع الحرارة غير عادي مع ضعف الحالة العامة للجسم.(زياد، 2006، ص76)

#### 2.4. أعراض ناتجة عن فقدان وظيفة العضو المصاب و تتمثل في:

- زيادة غير طبيعية في معدلات العمل، مثال ذلك: الإفراز الزائد لبعض الغدد كالغدة الدرقية والبنكرياس.
- نقص في الأداء أو توقفه بشكل كامل.
- القيء و السعال.

#### 3.4. أعراض ناتجة عن الانتشار و التأثير على الأعضاء الأخرى:

- الغزو المباشر أي أن تنمو الخلايا مختربة الأنسجة إلى أنسجة أخرى مجاورة.
- حدوث تمزقات في الأوعية الدموية ومن ثم نزيف.

- ضغط على المناطق العصبية وحدوث ألام شديدة.
- نفث دم متكرر، نزيف رحمي، نزيف شرجي.
- تقرحات جلدية وتقرحات مخاطية.

### 5. العوامل المسببة للسرطان:

**1.5. العوامل البيئية:** كان الاعتقاد السائد في الماضي أن السرطان هو نتيجة خطأ وراثي أما الآن فتشير التقديرات إلى أن (80%) على الأقل من جميع حالات السرطان يلعب فيها دورا ما، إذ يحدث هذا العامل التغيرات التي تسبب تحول الخلايا الطبيعية إلى سرطانية، وهذا الفهم للتأثير الهائل للعوامل البيئية هو تطور مشجع لأنه يشير إلى أن الاهتمام يجب أن يتركز على تحديد العوامل التي تعرض للإصابة بمرض السرطان كي يتم تجنبها.

**2.5. العوامل الطبيعية:** الإشعاعات النووية المتأتية من المستشفيات، التفجيرات النووية التي تسبب أنواعا عديدة من السرطان.

**3.5. العوامل الكيميائية:** التدخين، أول أكسيد الكربون الناتج عن الاحتراق غير الكامل للوقود تسبب سرطان الرئة، أما المشروبات الكحولية فمن الأصعب تحديد التأثير الدقيق لها لأسباب عديدة أو لها أن الأشخاص الذين يتناولونها غالبا ما يكونون من مدخني السجائر، وهكذا فإنه عندما يظهر السرطان لا يعود باستطاعتها الجزم فيما إذا كان سببه الكحول أو السجائر، وتدخين السجائر مسؤول عن (90%) على الأقل من حالات الإصابة بسرطان الرئة الذي يسبب عددا كبيرا من الوفيات بين الرجال.

**4.5. العوامل البيولوجية:** هناك احتمال كبير في امكانية حدوث السرطان نتيجة فيروس ما أو مجموعة فيروسات، فالفيروس الحليمي البشري (HPV) يمكن أن ينتقل من خلال العلاقات الجنسية وتسبب سرطان عنق الرحم، كما نجد فيروس التهاب الكبد (C) الذي يسبب سرطان الكبد أما فيروس (EBV) فهو يسبب سرطان الجهاز اللمفاوي، أو ما يعرف بداء برولين. إذ هناك بعض الفيروسات تسبب سرطان الكبد والثدي والدم، بعض الطفيليات كالبلهاريسا البولية تسبب (80%) من سرطان المثانة. (دلال، 2008، ص57)

**5.5. العوامل النفسية:** أكدت البحوث دورها في الإصابة بالسرطان، حيث يموت بالسرطان 60% من المكتئبين بالمستشفيات العقلية، وارتفعت نسبة الإصابة .

## 6. أنواع السرطانات الأكثر شيوعاً لدى الأطفال:

تتنوع أنواع السرطان التي تصيب الأطفال، ومن أبرزها سرطان الدم (اللوكيميا) والذي يُعد من أكثر الأنواع شيوعاً، ويشمل عدة أشكال مثل: ابيضاض الدم اللمفاوي، وبيضاض الدم النقوي الحاد، ويتميز كلا النوعين بتأثيرهما المباشر على إنتاج كريات الدم في نخاع العظم. كما يُعد الورم اللمفاوي من السرطانات الشائعة لدى الأطفال، وهو يصيب النسيج اللمفاوي، ويأخذ أشكالاً متعددة منها: لمفوفة هودجكين، لمفوفة لاهودجكين، ولمفوفة بيركت. (نيولاس، 2013، ص 51)

أما سرطان العظام، فيشمل عدة أنواع، من بينها الماكرومايدونيوجوالماكرومة الغضروفية، وهي أورام تصيب أنسجة العظم وتؤثر على نموه ووظائفه. وفيما يخص سرطان الكبد، فيندرج تحته العديد من الأنواع مثل الورم الأرومي الكبدي، وساركوما الأنسجة الرغوية، بالإضافة إلى الساركومة العضلية المخططة، وكلها تؤثر على وظائف الكبد الحيوية وتُعد من الأورام النادرة نسبياً لدى الأطفال.

كذلك نجد أن سرطان المخ يُعتبر من أكثر أنواع السرطان شيوعاً لدى الأطفال، ومن أبرز أنواعه ورم "ديفيا" الذي يصيب الخلايا العصبية في الدماغ. كما يُضاف إلى ذلك ورم الخلية العصبية الحرة، والذي يشمل سرطانات مثل سرطان الغدة الكظرية، وسرطان المناطق المحيطة بها كحول العمور الكظري. حيث تم تصنيفها ضمن أبرز السرطانات التي تستدعي تدخلاً طبياً ونفسياً عاجلاً نظراً لخطورتها وتأثيرها العميق على الطفل وأسرته. (العقيل، خاص، 2014، ص 48-51)

## 7. أشكال السرطان :

1.7. الشكل الأول : و سمي كرسيمونة و ينشأ في طبقات الخلايا المغطية للجلد و في ذلك الطبقة المبطنة للأعضاء المجوفة كالمعدة.

2.7. الشكل الثاني : و سمي السرکومي و ينشأ في العظام و الأنسجة الرابطة في الجسم.

3.7. الشكل الثالث : و سمي اللوكيميا و ينشأ في الخلايا المكونة للدم في نخاع العظام أو اللمفاوي و تنشأ في الجهاز اللمفاوي (شهير، 2002، ص 126).

مما سبق نستنتج أن السرطانات الثلاثة (3) أشكال منها ما تصيب الخلايا و هناك التي تصيب العظام و الأنسجةو الشكل الثالث يستهدف الجهاز اللمفاوي.

### 8. خاصية السرطان لدى الطفل :

تنشأ سرطانات الأطفال في نفس الموقع من الجسد التي تنشأ فيها أورام البالغين غير أن بعض الأنواع تشيع أكثر، كما اختلف أورام الأطفال عن أورام الراشدين كونها تتميز ب :

- سرعة نموها : بضعة أسابيع و بعضها في خلال بضعة أيام.
- الحفاظ على حالة عادية لطفل ما عدا في حالة الإصابات (orelle osseuse)
- أساسية أورام الطفل لعلاج الكيماوي : ينشأ سرطان الطفل من خلايا بدائية طلائعية و هي خلايا إنشائية تملك القدرة للنمو و التمايز و النضج.

نستنتج مما سبق أن أورام الأطفال تمتاز بسرعة النمو و حساسيتها للعلاج الكيماوي على خلاف الأورام السرطانية لدى البالغين.

### 9. تصور مرض السرطان عند الأطفال:

يلاحظ نوع من الخلط و العقاب و المرض، و ذلك يحمي الطفل نفسه من القلق من بعض الهوامات، حيث يقول (G.Baimbault) أن الطفل يقدم تفسيرات لمرضه يعطي بها معنى لذلك الكم العدائي و المدمر، الذي يرده غالبا لخطأ ارتكبه فهو عقاب له، أو تأنيب للضمير. (Mazet.ph et Mouzel.D.1994.P 406)

أما كل من (TH Bergnann) و (A.Frend 1976) فيريان أن في فكر العديد من الأطفال عقيدة صلبة على أساسها يظنون أنهم مسئولون عن مرضهم في عقوبة استحقوها. تعود للعديد من الأسباب كعدم احترام النظم.

## 10. إستجابات الطفل اتجاه المرض :

ردود أفعال الطفل اتجاه إصابته السرطانية تكون حسب تاريخه و بنية شخصيته، كما أنها تتعلق و لحدكبير بقدرة الوالدين على مواجهة مرض ابنهما و على مساندة الطفل من دون نفي المرض أو القيام بحداد مسبق و على الأفراد المحيطين بالطفل أن يساعده على التحكم في معاشه الإنفعالي و الهوامي (Des champs.D, 1998) و تختلف استجابات الأطفال للمرض كذلك حسب عاملي السن و الفهم، فقبل سن (3-4) سنوات لا يدرك الطفل تمام الإدراك أصابتهالمرضيةالخطيرة، حيث يعيش كل حدث على حدى و يتميز حينها بحساسية للفراق، للاستشفاء و الاعتداءات (التدخلات الطبية، الحقن، نزع الدم ...). أما ما بين السن (4.10) سنوات فيمثل المرض مناسبة للنكوص (Marcelle, D 1999) كما يتصرف الطفل بطرق عدة اتجاه المرض و تكون هذه التصرفات عادة نتيجة التعبير عن استجاباته الوجدانية، غضب، حزن، قلق من جهة و نتيجةميكانيزماته الدفاعية من جهة أخرى و المتمثلة في الكبت و النكوص، الإسقاط، التكوينات العكسية، التقمص خاصة التقمص المعتدي (Identification à l'agresseur النفي، Dénégation فلاحظ إما :

. تصرفات نكوصية : تقوم اللانفعالية (passivité) المطالبة بالعناية و الاهتمام بشكل ملح و غير معتاد.

. تصرفات العزلة (Attitude de retrait) : أين ينسحب الطفل من النشاطات التي تبدو مركزة على جسده و يظهر إحساسه بالملل و الضجر.

. تصرفات رافضة : للمرض و حتى نفي المعاناة الراجعة لمخلفات للاستشفاء، الاختيارات أو العلاجات المؤلمة.

. تصرفات عدوانية: اتجاه أحد الراشدين كالطبيب، الأم، الممرضة الذين يعتبرهم مصدر الألم المسببة، إذ زادت شدة القلق، فإن التأثيرات النفسية تأخذ شكل مخاوف فوبية، تأنيب مستمر للضمير ستعزز بذلك العدوانية الموجهة نحو الذات أو نحو الآخرين أو تحدث نكوصا كلياً أو جزئياً (Honzel.D et .MAZET.ph).

مما سبق نستنتج أن الطفل يطور أربعة استجابات اتجاه السرطان و هي كالاتي : استجابات نكوصية، العزلة التصرفات الراضية، تصرفات عدوانية و هذا راجع إلى عاملي السن و النضج و الميكانيزماتالدفاعية لديه.

**11. الفحوصات الطبية لتشخيص سرطان الطفل:**

الخطوة الأولى في تشخيص السرطان تبدأ من الفحص السريري للطفل من قبل الطبيب الذي تمت استشارته فإذا لاحظ هذا الأخير أعراضاً اشتبه بها أن تكون تلك التي تنذر عن وجود المرض، قرر عندئذ القيام بفحوصات دقيقة للتأكد من سبب الأعراض الملاحظة .

وتتمثل أهم طرق تشخيص السرطان في:

**1.11. الفحوصات البيولوجية :**

إن الفحوصات البيولوجية (Analyses biologiques) التي تقوم على اختبار الدم أو البول تمكن من قياس أي علامات ورم قد تكون موجودة ( مواد تطلقها الخلايا السرطانية). يشير تركيز هذه العلامات في الدم أو في البول إلى عدد الخلايا السرطانية، لكن لا بد من إتباع هذا الفحص بفحوصات إضافية التي ستحدد الأصل السرطاني بدقة.

**2.11. التصوير الطبي:**

التصوير الطبي (l'imagerie médicale) هو مجموعة من التقنيات للحصول على صور للأجزاء الداخلية من الجسم تسمح للأطباء بالتحقق من وجود الورم، موقعه الدقيق، حجمه ومدى انتشاره، هذه المعلومات مفيدة لتحديد العلاجات التي سيتم تنفيذها. وتشمل تقنيات التصوير الطبي:

**1.2.11. التصوير بالأشعة:**

إن اكتشاف الألماني رونجن سنة 1896 للأشعة السينية (أشعة X) زود الطب بوسيلة ممتازة للتشخيص والعلاج. وتستخدم الأشعة السينية لأخذ صور لعدد من الأعضاء وأجهزة الجسم وهذا ما يسمى بالتصوير بالأشعة (Radiographie)، في الواقع هي ليست صوراً حقيقية وإنما هي ظلال تلقيها هذه الأجزاء على فيلم الأشعة الحساس. تبعاً لذلك يميز النسيج الطبيعي عن النسيج الخبيث بكل سهولة في بعض الأحيان يتم استعمال مادة ملونة لإعطاء صورة أكثر وضوحاً.

**2.2.11. الفحص الطبي عن طريق الموجات الصوتية:**

الفحص الطبي عن طريق الموجات الصوتية (Examens médical au moyen d'ultrasons) أو ما يسمى (Echographie)، هو تصوير طبي يعتمد على الموجات فوق الصوتية ذات تردد عال لإعطاء صور عن مختلف أعضاء الجسم، ذلك بانعكاس الموجات فوق الصوتية من خلال الأعضاء الصلبة في الجسم ( الصورة تظهر على شاشة جهاز الفحص).

**3.2.11. التصوير الطبقي المحوري:**

الأشعة المقطعية أو التصوير الطبقي المحوري (tomodensitométrie (TDM)ou Scanographie) فحص شعاعي خاص يعتمد على الأشعة السينية X ، يستخدم فيه الحاسوب في تكوين صورة ثلاثية الأبعاد لأعضاء الجسم الداخلية. غالبا ما يستخدم الماسح الصوتي لدراسة خلل تم اكتشافه في البداية بواسطة التصوير الشعاعي او الموجات فوق الصوتية. كما انه يسهل دراسة بعض الأعضاء التي يصعب توصيفها بالأشعة (Radiographie) كالبنكرياس، الكبد، الطحال، الكلى وغيرها.

**4.2.11. التصوير بالرنين المغناطيسي:**

التصوير بالرنين المغناطيسي ( Imagerie par résonance magnétique ) او ما يطلق عليه اختصارا ب (IRM) يسمح بإعطاء صورة واضحة لأنسجة وأعضاء الجسم تستخدم موجات مغناطيسية قوية لإصدار إشارات على شكل صور ملحوظة على شاشة الكمبيوتر. تفاعل الأنسجة مع التيار المغناطيسي يختلف من نسيج لآخر ومنه الحصول على صور مختلفة أعضاء الجسم قد تستعمل مادة معينة (تحقن في الجسم) للحصول على صور أكثر وضوحا. وعليه يفيد التصوير بالرنين المغناطيسي بالكشف عن السرطان (تموضعه، درجة انتشاره، ومنه يمكن من تخطيط العلاج).

**5.2.11. التصوير في الطب النووي:**

التصوير في الطب النووي (Imagerie en médecine nucléaire) يتم استعمال مواد مشعة لفحص أنسجة وأعضاء الجسم ورصد الخلايا السرطانية بها، هذه المواد عبارة عن ملونات خاصة تصدر إشعاع ضعيف تحقن أو تؤخذ عن طريق الفم، فينتشر المحلول في أنسجة الجسم التي تضم الخلايا السرطانية. يتم النقاط الإشعاعات الصادرة من الجسم بواسطة آلة خاصة (كاميرا أشعة غاما) وتترجمها على شكل

صور على شاشة الكمبيوتر. أكثر أنواع هذا الفحص شيوعا التصوير الومضاني للعظام ( Scintigraphie osseuse).

### 3.11. التنظير الداخلي:

المناظرة داخل أعضاء الجسم ( Endoscopie ) من الوسائل الهامة لتشخيص السرطان الذي ينشا في أعضاء عميقة داخل الجسم لا يمكن رؤيتها أو اخذ عينة منها وقياس امتدادها على السطح وربما للأعضاء المجاورة.

### 4.11. البزل والخزعة:

البزل (La ponction) هو عملية اخذ عينة من السوائل من مكان ما من الجسم إما الخزعة (La biopsie) فهي اخذ عينة من خلايا أو أنسجة ما في الجسم. في كلا العمليتين يتم فحص العينة مجهريا من قبل أخصائي علم الأمراض طبيب مختص في فحص أنسجة وسوائل الجسم بواسطة الطرق المعملية (Oncologue) للتعرف على الخلايا الخبيثة ( تحديد نوعها) وتحديد مقدار وشدة نموها. قد يتطلب الأمر إجراء جراحة واستئصال عينة وفحصها على الفور، إذا ثبت وجود سرطان يقرر تنفيذ الجراحة اللازمة على الفور.

### 5.11. تقييم امتداد الورم :

عندما يتم تشخيص السرطان، من الضروري معرفة مدى تقدمه وما إذا كان قد انتشر إلى أعضاء أخرى. يتم إثباته من نتائج الفحوصات التشخيصية التي تم استكمالها أحيانا بفحص أو فحصين إضافيين. يسمح هذا التقييم للفريق الطبي بتقييم مرحلة المرض وفقا لنظام (T.N.M) لتحديد انسب إستراتيجية علاجية وتقييم نسب الشفاء.

للإشارة فان (T.N.M) هو عبارة عن نظام يتم في الاعتبار التطور المحلي للورم حسب شدته (T) وامتداده للعقد اللمفاوية المجاورة (N) وانتشاره المحتمل في شكل السرطانات الثانوية (M) (بن عامر،

2021، ص 39)

## 12. الأساليب العلاجية المتبعة في علاج السرطان:

الأطباء يقومون بدراسة الحالة من مختلف الجوانب بما في ذلك الدراسة الشاملة للظروف الصحية للطفل و نوع العلاجات و توضح حسب المعطيات الخاصة بكل مرض، و بالتالي تختلفن حالة لأخرى حتى عند الحالات بنفس التشخيص.

اعتمادا على طريقة استجابة جسم المريض للمعالجات و التطورات (الصحية يتم تحديد الخطوات العلاجية التالية : الجراحة، العلاج الكيماوي، العلاج الإشعاعي).

### 1.12. الجراحة :

تعد الجراحة جزءا أساسيا في الخطط العلاجية عند أغلب الأورام (الصلبة لدى الأطفال، و يستهدف العمل الجراحي و الوصول إلى موضع الورم في أقصر الطريق و أقلها تأثيرا على أنسجة الجسم السليمة و من ثم التحقق من ورمالسرطان عبر استخلاصجزعة من أنسجة و تحليلها تمهيدا لاستئصال أكثركم ممكن من نسيج الورم بأقل أضرار ممكنة، إضافة إلى إزالة مساحة من الأنسجة المحيطة بالورم تحسبا لانتشار غيرها و من ثم تقضي على مدى انتقاله إلى الأنسجة و الأعضاء القريبة من البديهي أن يخص كل نوع من الأورام بأسلوب جراحي مختلف و تقنيات مرتبطة بموضعه و مدى تركزه و رقعة انتشاره و حسب الحال قد يتم استخدام العلاجين الكيماوي أو الإشعاعي أو كلاهما قبل الجراحات بغية حصر و تقليص حجم الورم، مما يسهل الاستئصال إضافة إلى استخدامها عقبه الجراحات بغية القضاء على الخلايا السرطانية غير المميزة التي قد تكون متبقية أو تمهيد للعلاجات التالية

### 2.12. العلاج الكيماوي :

العلاج الكيماوي هو علاج باستخدام أدوية خاصة تعرف بالعقاقير المضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية و تدميرها و ذلك بعرقلة نسق العمليات الحيوية بداخلها و تأتي الميزة الرئيسية لهذا العلاج من قدرته على معالجة الأورام المتنقلة بينما ينحصر العلاج الإشعاعي أو العمل الجراحي على معالجة الأورام المنحصرة بمواضع محددة و تعود فعاليته إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية هي أكثر حساسية و أشد تأثيرا بالكيماويات من الخلايا الطبيعيه و قد تم استخدامه كعلاج وحيد في بعض الحالات أو جزء من برنامج علاجي متكامل يتضمن عدة علاجات مشتركة يتم اتخاذ القرار باستخدامه بالموازنة ما بين فعاليته و تأثيراته الجانبية و مضاعفاته المستقبلية و بين خطورته.

يكون تناول العلاج الكيماوي بطرق و قنوات مختلفة فمنها ما يؤخذ عن طريق الفم عن هيئة أقراص أو كبسولات أو سوائل و أغلبها تحقن بالجسم بطرق الحقن المختلفة، الحقن في الوريد، الحقن في العظم، الحقن في شريان رئيسي أو الحقن موضعيا مباشرة تحت الجلد و إن كان الحقن الوريدي هو أكثر الطرق استخداما.

تتكون البرامج العلاجية عادة من عدة دورات متكررة تفصل بينهما فترات نقاهة و قد يتلقى المريض خلال كل دورة علاج يشمل من عدة أدوية كيماوية أو يتم الاقتصار على عقار واحد حسب نوع الورم و المخطط العلاجي المقرر.:(شيمي، 2014، ص64)

بصفة عامة يتم استخدام العلاج الكيماوي خلال فترات زمنية متطاولة لتخفيض كل الخلايا السرطانية بالتدريج إلى الحد الذي يتمكن فيه نظام مناعة الجسم من السيطرة على أي نمو ورمي إضافة لكون الفسحة الزمنية ما بين الجرعات توضح بعض تحقيق أكبر تأثير على الخلايا السرطانية و بنفس الوقت إعطاء فترة كافية للسماح للخلايا و الأنسجة العادية كي تستفيد من مفعول العقاقير الكيماوي.

### 3.12. العلاج الإشعاعي :

هو علاج باستخدام التطبيقات المختلفة للإشعاع المؤين (IrridiationIomizing)بغية تدمير الخلايا السرطانية و تقليص الأورام سواء باستخدام دفق إشعاعي موجج على الطاقة مثل أشعة جاما أو دفق النيوترونات أو البروتونات و تتركز فاعلية الإشعاع في مقدرته على تقنيب الحمض النووي للخلايا الورمية و هو المادة الحيوية الأساسية لمختلف الوظائف الخلوية مما يؤدي إلى القضاء عليها.

يعد العلاج الإشعاعي علاجاً موضعياً و هو ينقسم إلى نوعين : داخلي حيث تزرع العناصر المشعة داخل أنسجة الورم أو قريباً منها، سواء بشكل مؤقت أو بصفة دائمة و قد يتم كلا النوعين لدى بعض الحالات تلاقياً لأثار الإشعاع يتم استخدام تدابير وقائية أثناء معالجة الإشعاعية لحماية الأنسجة و الأعضاء الطبيعية السليمة .

و قد يتم استخدام العلاج الإشعاعي منفرداً أو بصفة مشتركة مع علاج الأورام الأخرى و قد يستخدم بديلاً عن الجراحة كعلاج آلي عند بعض الأورام الصلبة، كما يستخدم قبل المباشرة بالعملية الجراحية فيما يعرف بالعلاج المبدئي المساعد، بغية تقليص حجم الورم لتسهيل استئصاله أو يتم

استخدامه عقب انتهاء علاجات الاستئصال كعلاج مضاف بغية القضاء على أية خلايا ورمية غير مميزة قد تكون متبقية.

إن العلاج الكيماوي و الإشعاعي مضاعفات و آثار جانبية، تساقط الشعر، الإمساك، الإسهال، الإعياء، الغثيان، التقيؤ، فقدان الشهية، تحسس الجلد، التهابات و جفاف الفم و غيرها، و يتم اتخاذ بعض التدابير الوقائية المساندة و تناول أدوية مساعدة لتجنب مثل هذه الآثار و التخفيف منها (العقيل، 2010).

#### 4.12. العلاج بواسطة زراعة نخاع العظمي:

يستهدف هذا العلاج استبدال خلايا المنشأ بالنخاع المصاب بالسرطان أو المحيط بالعلاجات، بخلايا سليمة ومعافاة قادرة على النمو والتكاثر وإنتاج خلايا الدم.

#### 5.12. العلاج الهرموني:

تهتم هذه العلاجات بعلاج السرطانات المتعلقة بالهرمونات كسرطان البروستات، سرطان الثدي، سرطان الغدة الدرقية، كما سمح هذا العلاج بتوقيف تطور أورام أولية وأخرى ثانوية.

#### 6.12. العلاج المناعي:

هدفه إثارة دفاعات الجسم مثل: مادة الانترولوكينات التي تعمل على نمو الخلايا للمفاوية، وقد أبدى هذا العلاج نتائج مباشرة في علاج سرطان الكلى والغدد للمفاوية (شراين، 2009، ص50).

**خلاصة الفصل :**

خلال هذا الفصل، تم التوصل إلى أن سرطان الطفل لا يعد مجرد حالة صحية، بل تجربة معقدة تمس الجوانب الجسدية و النفسية و الإجتماعية للطفل. حيث يؤثر المرض على توازن الطفل الإنفعالي و تفاعله مع محيطه، و يضع الأسرة أمام تحديات كبيرة. كما أن فهم الطفل لمرضه ينعكس بشكل مباشر على مدى تقبله للعلاج.

# الجانب التطبيقي

## الفصل الخامس

### الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

#### تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية
2. منهج الدراسة
3. عينة الدراسة الأساسية
4. حدود الدراسة
5. أدوات الدراسة
6. إجراءات الدراسة الأساسية
7. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

#### خلاصة الفصل

**تمهيد :**

إننا لا نكتفي في دراسة علمية بالجانب النظري فقط بل نحتاج أكثر الى الجانب الميداني، و الذي بدوره يكمل و يجسد في الميدان الجانب النظري، و كما لهذا الأخير خطوات اتبعناها في انجازه فإن للجانب الميداني أيضا يتطلب ذلك، و لجعل الدراسة أكثر تناسقا و تنظيميا، و ذلك بالإعتماد على أهم خطوات البحث العلمي. و سنعرض في هذا الفصل الإطار المنهجي للجانب الميداني ليتسنى فهم المراحل التي اتبعناها خلال هذه الدراسة.

**1. الدراسة الإستطلاعية :**

تعتبر الدراسة الإستطلاعية من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث أثناء دراسته لموضوع البحث، حيث يساعده في جمع كافة المعلومات والحقائق المتعلقة بموضوع الدراسة وتحديد الطريقة العلمية التي يستخدمها فيها، و تساعد الدراسة الاستطلاعية في الكشف عن المتغيرات التي قد تكون ذات صلة بأحد المتغيرات المدروسة، و تساعد في عملية تأكيد صحة توافق المنهج المختار للدراسة و كذلك الأدوات. و بناء على ذلك و قبل البدء في اجراءات الدراسة الأساسية قمنا بدراسة استطلاعية بهدف:

- جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات بالمؤسسة حول حالات الدراسة، والحصول على معطيات أكثر دقة.
- التأكد من أن الظروف المحيطة بالمؤسسة تسمح بتطبيق أدوات جمع البيانات.
- التأكد من توفر حالات الدراسة.
- التعرف على الصعوبات التي قد تواجهنا في الدراسة.
- التعرف على الجانب الميداني للدراسة و التقرب من عينة الدراسة.
- التأكد من صلاحية أدوات الدراسة و امكانية تطبيقها.
- التأكد من مدى كفاءة المقياس و سهولة لغته و تطبيقه.

و من أجل تحقيق هذه الأهداف قمنا بزيارة مستشفى ندير محمد بتيزي وزو و مركز مكافحة الأورام السرطانية بزارع بن خدة ولاية تيزي وزو كان ذلك في شهر أفريل، حيث توجهنا الى إدارة

المستشفى بعدما أخذنا الموافقة من ادارة الجامعة من أجل القيام بالدراسة، و ثم منحنا الموافقة من ادارة المشفى. و بعدها قمنا بإجراء ملاحظات المتمثلة في ملاحظة أولياء أطفال المصابين بالسرطان داخل المصلحة الخاصة بطب الأورام السرطانية للأطفال، كما قمنا بالبحث عن العينة المناسبة و انتقائها حسب خصائص الدراسة. كما استغلينا هذه الدراسة في الإلمام بكل جوانب هذا البحث و تسهيل انجازه، بالإضافة الى أنها أتاحت لنا فرصة مراجعة فرضيات البحث و مدى امكانية تجربتها في الميدان، كما تم في هذه الدراسة تصنيف المقاييس و التأكد من خصائصها السيكمترية و التي سنعرضها لاحقا عند عرض أدوات الدراسة . و كان توزيع عينة الدراسة الإستطلاعية حسب جنس الولي كالتالي:

### الجدول رقم(02): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الإستطلاعية حسب جنس الولي

النسبة المئوية	التكرار	جنس الولي
50 %	15	أم
50 %	15	أب
100 %	30	المجموع

## 2. منهج الدراسة :

المنهج هو الطريقة المنظمة في التعامل مع الحقائق و المفاهيم أو التصورات أو المعاني، و هو البرنامج الذي يحدد السبيل للوصول الى الحقيقة .كما يعرفه "عبد المؤمن" : أنه أسلوب منظم أو خطة أو استراتيجية تستند على مجموعة من الأسس و القواعد و الخطوات تفيد في تحقيق أهداف البحث علميا، يتميز بجمع المعلومات و الوقائع عن طريق الملاحظة العلمية الموضوعية و الأنظمة.( عبد المؤمن، 2008، ص13-14)

و نظرا لما تطرقنا اليه في موضوع دراستنا الذي يتمحور حول الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و علاقته بجودة الحياة الأسرية لأولياء أطفال المصابين بالسرطان و دراسة العلاقة بين متغيراته و توضيح العلاقة بينهما، فقد استخدمنا المنهج الوصفي الكمي الارتباطي لملاءمته مع أغراض الدراسة.

و يقوم هذا المنهج على تحديد الظروف و العلاقات التي توجد بين الوقائع و كذلك يهدف الى جمع البيانات و المعلومات عن حقائق الأشياء و الظواهر الموجودة و اخضاعها للدراسة العلمية. (البيهي، 2021، ص49)

### 3. عينة الدراسة الأساسية:

تلعب العينة دورا كبيرا في نجاح دراستنا و تعرف على أنها النموذج الذي بدوره يمهد للعمل عليه بطريقة صحيحة، و هي جزء مأخوذ من المجتمع الأصلي قصد تمثيحه أحسن تمثيل. و كما تكونت عينة الدراسة الأساسية من 40 مشاركا من أب و أم لطفل مصاب بالسرطان.

#### 1.3.1. وصف عينة الدراسة الأساسية :

كان توزيع العينة كما يلي :

##### 1.1.3. توزيع أفراد العينة حسب جنس الولي :

الجدول رقم(03): توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب جنس الولي

النسبة المئوية %	التكرار	جنس الولي
50 %	20	أب
50 %	20	أم
100 %	40	المجموع

يمثل الجدول أعلاه توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس لولي الطفل المصاب بالسرطان حيث عدد أفراد الذكور أي الآباء 20 فرد ما يقابله 50 %، و بالنسبة للإناث أي الأمهات ما يقابله 50% أيضاً، الذي يشكل مجموع عدد الأفراد 40 فردا ما يقابله 100 % .

### 2.1.3. توزيع أفراد العينة حسب عدد الأبناء :

الجدول رقم (04): توزيع أفراد العينة وفقا لعدد الأبناء في الأسرة

عدد الأبناء	التكرار	النسبة المئوية %
طفل واحد	2	5 %
طفلين	14	35 %
3 أطفال	12	30 %
أكثر من 3 أطفال	12	30 %
المجموع	40	100 %

يتضح من الجدول أعلاه أن غالبية الأسر المشاركة في الدراسة لديها طفلان أو أكثر، حيث شكلت الأسر التي لديها طفلان نسبة 35% من العينة، تليها الأسر التي لديها ثلاثة أطفال بنسبة 30% و هي النسبة نفسها التي تمثلها الأسر التي لديها أكثر من 3 أطفال، أما الأسر التي لديها طفل واحد فقد كانت الأقل ضمن العينة بنسبة 5% فقط.

### 3.1.3. توزيع العينة حسب عمر الطفل المصاب :

جدول رقم (05) : يوضح توزيع العينة حسب عمر الطفل المصاب في الأسرة

النسبة المئوية %	التكرار	الفئة العمرية
35%	14	من سنتين إلى 5 سنوات
42.5%	17	من 6 إلى 10 سنوات
22.5%	9	من 11 إلى 15 سنة
100%	40	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أن النسبة الأكبر من الأطفال تتراوح أعمارهم بين 6 و 10 سنوات بنسبة 42.5 %، تليها الفئة العمرية أقل من 6 سنوات ( من 2 إلى 5 سنوات) بنسبة 35 %، ثم فئة الأطفال من 11 إلى 15 سنة بنسبة 22.5%. يعكس هذا التوزيع أن أغلب الأطفال المشمولين في الدراسة هم في المرحلة الدراسية أو قبلها.

#### 4.1.3. توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي للأولياء :

جدول رقم (06) : يوضح توزيع العينة حسب المستوى الاقتصادي للأولياء

النسبة المئوية %	التكرار	المستوى الإقتصادي
7.5%	3	ضعيف
67.5%	27	متوسط
25%	10	جيد
100%	40	المجموع

يتبين من الجدول أن الغالبية العظمى من الأسر المشمولة في الدراسة تصنف ضمن المستوى الاقتصادي المتوسط بنسبة بلغت 67.5%، تليها الأسر ذات المستوى الجيد بنسبة 25%، في حين تمثل الأسر ذات المستوى الاقتصادي الضعيف نسبة 7.5% فقط من العينة. ويشير هذا التوزيع إلى أن أغلب المشاركين ينتمون إلى فئة قادرة نسبياً على توفير احتياجاتهم الأساسية.

#### 4. حدود الدراسة :

تمثلت حدود الدراسة في :

1.4. الحدود البشرية : تم تطبيق إجراءات الدراسة على 40 فرد الذين يمثلون أولياء أطفال

المصابين بالسرطان .

2.4. الحدود المكانية :قمنا بإجراء الدراسة بمستشفى نذير محمد بولاية تيزيوزو و مستشفى

أحرز محمد بلدية تيقزيرت و بمركز مكافحة الأورام السرطانية بنزار بن خدة .

3.4.الحدود الزمانية:طبقت هذه الدراسة خلال شهر أفريل 2025.

#### 5. أدوات الدراسة :

1.5. مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية :

1.1.5. وصف مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية:

تم الإعتماد على مقياس "درجة الأهمية و الرضا عن حاجات مقدمي الرعاية لأطفال مرضى السرطان" الذي أعده جهاد علاء الدين سنة 2012، الذي يهدف إلى قياس درجة الأهمية و رضا الأولياء عن الرعاية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان.

و في ضوء الدراسة الحالية، تم الإعتماد على الجزء الخاص بالرضا فقط، لكونه الأنسب لتحليل العلاقة بين الرعاية الصحية و جودة الحياة الأسرية.

و يتألف المقياس من (60) بنود موزعة على سبعة مجالات كالتالي :

**الأول :** بعد مرافقة الطفل المريض، و يتألف من (11) بنود تتعلق بتوفير الرعاية الجسدية و استعادة العافية و جعل الطفل يلتزم بالمعالجة و المراقبة و السيطرة على الأعراض و التقليلو التخفيف من المعاناة.

**الثاني :** بعد تسهيل استمرار النمو و التطور للطفل المريض، و يتألف من (4) بنود تشير الى مراقبة الضبط الوالدي للسلوك و المحافظة على تقدير الطفل لذاته و متابعة شؤون دراسة الطفل.

**الثالث :** بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية، و يتألف من (9) بنود تتعلق بالإحتفاظ بالقوى الجسدية و التحكم في المشاعر القوية و إيجاد معنى في الحياة و الرضا عنها جراء تقديم الرعاية و و الحصول على دعم اجتماعي.

**الرابع :** بعد التعامل مع القضايا الأسرية و يتألف من (9) بنود تشير الى التحكم في التخريب و التشوش الذي حدث للحياة الأسرية، و ادراك و تمييز الأدوار و التواصل و العلاقات الأسرية.

**الخامس :** بعد الحصول على المعلومات و يشتمل على (10) بنود تتعلق بالمعلومات الخاصة بمرض السرطان و معالجتهو العلاج الخاص بالطفل و ردود فعل الطفل نحو المرض و المعالجةو مهارات العناية بالطفل.

**السادس :** بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و فريق العلاج الطبي، و يشتمل على (5) بنود تشير الى الحصول على الإطمئنان و الطمأنة و الإيمان و الثقة بأخصائيي العناية الصحية و التواصل معهم.

**السابع :** بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية، و يتألف من (12) بنود تتضمن الخدمات الاسرية و المعيشية و تلبية المصاريف الاضافية و تسهيلات المستشفى .

## 2.1.5. تصحيح المقياس:

للوصول على درجة الرضا يطلب من الفحوص الاجابة على العبارة "ما مدى رضاك عن تلبية هذه الحاجة ؟" بواسطة الاشارة الى درجة الرضا عن الحاجات المرتبطة بمجالات تقديم الرعاية السبعة. كما يقيمها المفحوص وذلك على سلم تقدير ليكرت مؤلف من اربع درجات تتراوح من: 1 (غير راض)، 2(راض قليلا)، 3 (راض)، 4(راض جدا). وتحسب الدرجة الكلية لتعكس درجة الرضا الكلية .

## 3.1.5. الخصائص السيكومترية للمقياس:

أ. الثبات: تم حساب ثبات المقياس بطريقتين :

➤ طريقة ألفا كرونباخ :

الجدول رقم (07) : يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية

العينة	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
30	60	0.96

نلاحظ من خلال الجدول أن ألفا كرومباخ يقدر ب : 0.96 و هو معامل مقبول و يعبر عن ثبات المقياس .

➤ طريقة التجزئة النصفية :

الجدول رقم (08) : يوضح ثبات مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية بطريقة التجزئة

النصفية

معامل	معامل الارتباط	عدد البنود	العينة
جتمان	بيرسون		
0.76	0.79	60	30

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الارتباط يقدر ب: (0.79)، و معامل جتمان (0.76)، و

هي قيمة تعد مرتفعة و تدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات

ب. الصدق: من أجل حساب صدق مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية استخدمنا طريقتين:

❖ صدق الإتساق الداخلي: و ذلك من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية

للمقياس، و الجدول التالي يبين ذلك:

جدول رقم (09) : يوضح قيمة معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية لمقياس الرضا عن

أساليب الرعاية الصحية

معامل	العبرة	معامل	العبرة	معامل	العبرة	معامل إرتباط	العبرة
ارتباط بيرسون		ارتباط بيرسون		ارتباط بيرسون		بيرسون	
0.654**	A-46	0.719**	A-31	0.106	A-16	0.181	A-01
0.661**	A-47	0.653**	A-32	0.373*	A-17	0.293	A-02
0.712**	A-48	0.449**	A-33	0.345	A-18	0.463**	A-03
0.710**	A-49	0.726**	A-34	0.368*	A-19	0.259	A-04

0.665**	A .50	0.740**	A-35	0.176	A-20	0.563**	A-05
0.596**	A-51	0.717**	A-36	0.465**	A-21	0.571**	A-06
0.821**	A-52	0.717**	A-37	0.330	A-22	0.802**	A-07
0.739**	A-53	0.772**	A-38	0.693**	A-23	0.625**	A-08
0.710**	A-54	0.735**	A-39	0.457**	A-24	0.611**	A-09
0.851**	A-55	0.675**	A-40	0.499**	A-25	0.580**	A-10
0.691**	A-56	0.439*	A-41	0.037	A-26	0.677**	A-11
0.856**	A-57	0.707**	A-42	0.392*	A-27	0.561**	A-12
0.743**	A-58	0.722**	A-43	0.659**	A-28	0.079	A-13
0.787**	A-59	0.626**	A-44	0.659**	A-29	0.600**	A-14
0.800**	A-60	0.532**	A-45	0.609**	A-30	0.246	A-15

نلاحظ من خلال الجدول :

- عدد الإرتباطات: 60
- عدد الإرتباطات الدالة: 50 بنسبة 83.33 %
- عدد الإرتباطات الغير دالة: 10 بنسبة 16.67 %
- عدد الإرتباطات الدالة عند مستوى 0.01: 46 ارتباط بنسبة 92 %
- عدد الإرتباطات الدالة عند مستوى 0.05: 4 ارتباط بنسبة 8 %

بالنسبة للإرتباطات الغير الدالة الخاصة بالبنود: (1.2.4.13.15.16.18.20.22.26) تم

حذفها، و بالتالي أصبح عدد البنود 50 بند بدلا من 60.

❖ **الصدق الذاتي:** و ذلك بالإعتماد على حساب الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ الذي قدرت

قيمه ب 0.96 و قت تم تلخيص النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم(10): يوضح الصدق الذاتي لمقياس أساليب الرعاية الصحية

العينه	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ	صدق الذاتي (va)
30	36	0.96	$\sqrt{0.96}=0.98$

من خلال الجدول يتضح أن قيمة الصدق الذاتي تقدر ب 0.98 و هي قيمة تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق، مما يسمح بالإعتماد عليه.

## 2.5. مقياس جودة الحياة الأسرية :

### 1.2.5. وصف مقياس جودة الحياة الأسرية:

تم الاعتماد على مقياس جودة الحياة الأسرية للأستاذ عبد الله سعيد الصنعاني لسنة 2019 في مقال تحت عنوان "الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و علاقته بجودة الحياة الأسرية" و يتكون المقياس من (36) بند، و تتراوح درجات هذا المقياس من 56 درجة و حتى 168 درجة، و تقع الإجابة على هذا المقياس على ثلاثة مستويات (دائماً، أحياناً، أبداً) و تتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ( ثلاثة درجات، و درجة واحدة )، بمعنى إذا كانت الإجابة (دائماً:3، أحياناً:2، أبداً: 1 ) حيث يشير ارتفاع الدرجة الى ادراك المستجيب حول ارتفاع جودة الحياة الأسرية، و تشمل فقرات كل بعد من خلال الجدول التالي :

جدول رقم(11): يوضح أبعاد مقياس جودة الحياة الأسرية و فقراته

الرقم	المشكلة	رقم العبارة	عدد الفقرات

09	A_01/A_05/A_09/A_13/A_17/A_21/A_25/A_29/A_33	التفاعل الأسري	1
09	A_02/A_06/A_10/A_14/A_18/A_22/A_26/A_30/A_34	الوالدية	2
09	A_03/A_07/A_11/A_15/A_19/A_23/A_27/A_31/A_35	السعادة الإنفعالية/العاطفية	3
06	A_04/A_08/A_12/A_16/A_20/A_24/A_28/A_32/A_36	القدرة المادية /السلامة الصحية	4

### 2.2.5. الخصائص السيكومترية للمقياس :

أ. الثبات: تم حساب ثبات المقياس بطريقتين :

➤ طريقة ألفا كرونباخ :

الجدول رقم (12) : يوضح قيمة معامل ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة الأسرية

العينة	عدد البنود	معامل ألفا كرونباخ
30	36	0.87

نلاحظ من خلال الجدول أن قيمة ألفا كرونباخ يقدر ب : 0.87 و هو معامل مقبول و يعبر عن ثبات المقياس .

### ➤ طريقة التجزئة النصفية :

الجدول رقم(13) : يوضح ثبات مقياس جودة الحياة الأسرية بطريقة التجزئة النصفية

العينة	عدد البنود	معامل الإرتباط بيرسون	معامل جتمان
30	36	0.73	0.84

نلاحظ من خلال الجدول أن معامل الإرتباط يقدر ب: (0.73)، و محامل جتمان (0.84)، و هي قيمة تعد مرتفعة و تدل على تمتع المقياس بدرجة جيدة من الثبات.

### ب. الصدق:

تم التحقق من صدق مقياس جودة الحياة الأسرية باستخدام أسلوب الصدق الذاتي، و الذي يعتمد على حساب الجذر التربيعي لمعامل ألفا كرونباخ . و قت تم تلخيص النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (14): يوضح الصدق الذاتي لمقياس جودة الحياة الأسرية

الصدق الذاتي (va)	معامل ألفا كرونباخ	عدد البنود	العينة
v 0.87=0.93	0.87	36	30

من خلال الجدول يتضح أن قيمة الصدق الذاتي تقدر ب 0.93 و هي قيمة تشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة مقبولة من الصدق، مما يسمح بالإعتماد عليه.

## 6. إجراءات الدراسة الأساسية :

بعد التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس المستخدمة في دراستنا هذه قمنا بعدها بتحديد المستشفيات التي سنقوم فيها بتطبيق المقاييس.و تم البدء بهذه الدراسة في 23 من شهر أفريل 2025 في مستشفى ندير محمد بولاية تيزي وزو و مركز مكافحة السرطان بذراع بن خدة و كما توجهنا أيضا الى مستشفى أحرير محمد ببلدية تيقزيرت، وذلك بعد قبول طلبنا من طرف رئيس مصلحة طب الأطفال للسرطان. و حيث قمنا بتطبيق المقاييس في الفترة الصباحية و كان ذلك بإعطاء لمحة مختصرة عن دواعي وجودنا و شرح طريقة الإجابة على المقاييس. حيث قمنا بتوزيعها على عينة تكونت من 40 فرد منهم آباء و أمهات تم اختيارهم بطريقة قصدية. استغرقت عملية التطبيق من 23 الى غاية 28.

فلجاناً اليهم لتقديم المقاييس و طلبنا منهم أن يسجلوا إجاباتهم بكل إهتمام و دقة. لأن ذلك سيفيدنا و يساعدنا للوصول الى صدق و موضوعية دراستنا. و كان عدد أولياء أطفال المصابين بالسرطان يتراوح ما بين 8 الى 12 فرد في اليوم.

## 7. الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة :

تتميز كل البحوث العلمية باستخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية و التي تتناسب مع موضوع الدراسة و ذلك من أجل التوصيل إلى معطيات كمية تساعدنا على اجراء قياس الخصائص السيكومترية كالصدق و الثبات و لأداء الدراسة و إختبار الفرضيات المطروحة و لعرض و تحليل و تفسير و معالجة نتائج الدراسة الأساسية تم الإعتماد على برنامج SPSS لسهولة الوصول إلى نتائج هذه الدراسة التي قمنا بها، و قد تتمثل في:

- معامل ألفا كرونباخ.
- طريقة التجزئة النصفية.
- معامل الارتباط بيرسون.

## خلاصة الفصل :

كان هذا الفصل بمثابة همزة وصل بين الجانب النظري و الجانب التطبيقي في هذه الدراسة، حيث تناولنا فيه جميع الخطوات المنهجية، و العمل على الإجراءات الميدانية، ابتداء من الدراسة الإستطلاعية، و عينة الدراسة، و الأدوات التي اعتمدنا عليها لجمع المعلومات و كيفية تصحيحها، و الخصائص السيكومترية التي تعتمد على الصدق و الثبات في البيئة الجزائرية، و حدود الدراسة، و هذا من أجل ترجمة النتائج الرقمية التي توصلنا إليها خلال الدراسة الميدانية و التي تثبت مدى صحة و صدق فرضيات دراستنا هذه.



## الفصل السادس

### عرض و مناقشة النتائج

#### تمهيد

1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة
2. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
4. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
5. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
6. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
7. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة
8. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة

## تمهيد:

يشكل هذا الفصل عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة الميدانية التي أفرزتها المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصلة عليها لغرض تفسير نتائج و اختبار الفرضيات حيث اعتمدنا على حساب معامل الارتباط بيرسون في حساب العلاقة بين كل متغيرين.

## 1. عرض و مناقشة نتائج الفرضية العامة:

التي مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى آبائهم و أمهاتهم.

الجدول رقم(15): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية و جودة الحياة الأسرية

متغيرات الفرضية	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدالة المحسوبة	الدالة المعتمدة
الرضا عن أساليب الرعاية الصحية	40	0.594**	0.00	0.01
جودة الحياة الأسرية				

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.594 و هو دال عند 0.00 و هي قيمة أصغر من قيمة مستوى الدلالة 0.01، و بالتالي فالفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة

الأسرية لدى آبائهم و أمهاتهم تحققت بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين. و هذا ما يعني أن كلما ارتفع مستوى الرضا عن أساليب الرعاية الصحية تحسنت جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.

و بالتالي فالرضا عن أساليب الرعاية الصحية يعد من العوامل النفسية والاجتماعية المهمة التي تؤثر بشكل مباشر وإيجابي في تحسين جودة الحياة الأسرية لهؤلاء الآباء و الأمهات. فالطفل المصاب بالسرطان لا يعاني وحده من آثار المرض، بل تمتد هذه المعاناة إلى الأسرة بأكملها، مما يجعل من نوعية الرعاية المقدّمة عاملاً حاسماً في تعزيز التكيف الأسري وتقليل الضغوط النفسية والاجتماعية.

فالرعاية الصحية التي تتسم بالكفاءة، والتواصل الفعال، والدعم النفسي، والإشراك الفعال لأولياء في القرارات الطبية، تسهم بشكل كبير في إشعار الأسرة بالأمان والثقة في المنظومة العلاجية، مما يخفف من القلق والإجهاد المزمّن الناتج عن المرض، ويعزز الإحساس بالسيطرة والقدرة على التكيف مع الوضع الصحي للطفل. فارتفاع مستوى الرضا عن الرعاية الصحية يخلق بيئة أسرية أكثر استقراراً، تُسهم في تحسين العلاقات الأسرية، وتدعيم الأدوار داخل الأسرة، والتخفيف من حدة التوترات والنزاعات، مما يؤدي في النهاية إلى تحسين جودة الحياة الأسرية ككل. و هذا الرضا لا يعتمد فقط على النتائج الطبية، بل يشمل كذلك الجوانب الإنسانية في التعامل، مثل الاستماع، التفهم، الاحترام، وتوفير المعلومات الكافية والدعم العاطفي. فكلما كانت الخدمات الصحية شاملة ومتكاملة ومتجاوبة مع احتياجات الأولياء، زاد رضاهم وتحسنت نوعية حياتهم اليومية.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة علاء الدين، (2012) و التي أشارت إلى أن رضا العائلات عن الرعاية الصحية كان مرتبطاً بتحسّن نوعية الحياة لديهم، خاصة من حيث انخفاض القلق والاكتئاب وتحسّن التكيف النفسي، مشيرة إلى أهمية العامل الإنساني في تقديم الرعاية الصحية، وليس فقط التقنية الطبية. كما تؤكد هذه النتائج أهمية إدماج البعد النفسي والاجتماعي في استراتيجيات تحسين خدمات الرعاية الصحية الموجهة للأطفال المصابين بالسرطان، مع التركيز على دعم الأسرة باعتبارها وحدة متكاملة تتأثر مباشرة بمسار المرض. ويبدو أن العمل على تعزيز رضا الأولياء يمكن أن يُعتبر

هدفاً علاجياً بحد ذاته، كونه يُحدث آثاراً إيجابية تتجاوز الجوانب الطبية لتشمل تعزيز الصحة النفسية والاستقرار الأسري.

فإن نتائج هذه الدراسة تؤكد على ضرورة تطوير برامج الرعاية الصحية التي تركز على الأولياء بقدر تركيزها على المرضى، من خلال تقديم الدعم النفسي، الاستشارات الأسرية، وتحسين التواصل بين الفريق الطبي والأسرة، لما لذلك من انعكاسات مباشرة على تحسين جودة الحياة الأسرية وتعزيز قدرة العائلات على التكيف مع الوضع الصحي الصعب الذي يفرضه مرض السرطان.

## 2. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

و التي مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين بعد مرافقة الطفل المصاب بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.

الجدول رقم(16): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد مرافقة الطفل المصاب بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان

متغيرات الفرضية	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدالة المحسوبة	الدالة المعتمدة
جودة الحياة الأسرية	40	0.671**	0.00	0.01
بعد مرافقة الطفل المريض				

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.671 و هو دال عند 0.00 و هي قيمة أصغر من مستوى الدلالة 0.01، و بالتالي نقول أن الفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين بعد مرافقة الطفل المصاب بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء المصابين

بالسرطان. تحققت بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين، و هذا يعني أن كلما ارتفع مستوى بعد مرافقة الطفل المريض تحسنت جودة الحياة الأسرية. و هذا ما يعكس أن مشاركة الآباء و الأمهات في العناية اليومية والمباشرة بالطفل المصاب بالسرطان تُعد من العوامل الأساسية التي تساهم في تعزيز الاستقرار الأسري. فمرافقة الطفل في هذا السياق تشمل رعاية الجوانب الجسدية الأساسية، مثل إطعامه، تنظيفه، وتلبيسه، بالإضافة إلى تعلم كيفية تقديم العلاجات المنزلية، ومتابعة الحالة الصحية، مثل مراقبة الأدوية والأنابيب أو الجروح، ما يخلق نوعًا من الارتباط العميق بين الوالدين والطفل.

كما يتجلى دور الآباء و الأمهات في التخطيط للأنشطة التأهيلية التي تخدم حالة الطفل الصحية والنفسية، كالعلاج الطبيعي، أو اللعب المنظم، إلى جانب تقديم الدعم العاطفي المستمر من خلال الراحة والمواساة والتشجيع، وتوفير جو يبعث على الأمان والأمل. كذلك يضطلع أحد الوالدين غالبًا بمسؤولية مراقبة تحسن حالة الطفل أو تراجعها، والحرص على التزام الطفل بالإجراءات الطبية المقررة.

فكل هذه الجهود لا تؤثر فقط على حالة الطفل الصحية والنفسية، بل تنعكس أيضًا على الأسرة ككل، إذ تخلق ديناميكية قائمة على التعاون والتعاطف، وتُخفف من حدة التوتر والصراعات الأسرية. إن انخراط أحد الأبوين في هذه المهام اليومية، وإن بدت مرهقة، يمنحها شعورًا بالمسؤولية والسيطرة على الوضع، ما يساهم في تقليل القلق والضغط النفسي، ويعزز من جودة التفاعل داخل الأسرة.

كما تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة معصراني، (2024)، و التي أظهرت أن مشاركة الوالدين في الرعاية المباشرة للطفل المصاب بالسرطان تساهم في رفع مستوى الرضا الأسري، وتحسين جودة الحياة، بفضل ما تولده من مشاعر القرب والدعم المتبادل. وقد أكدت الدراسة أن هذه المرافقة تُمثل نوعًا من التحالف الأسري في مواجهة الأزمة، مما يعزز التماسك والتفاهم بين أفراد الأسرة.

في ضوء ذلك، يتبين أن بعد "مرافقة الطفل المريض" لا يُعد مجرد مسؤولية مؤقتة، بل هو مساهمة فعالة تعيد تنظيم العلاقات الأسرية على أساس من التعاطف، والارتباط العاطفي، والتعاون، مما يُعزز من جودة الحياة داخل الأسرة في أصعب الظروف.

## 3. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

و التي مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين بعد تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل المريض بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان.

الجدول رقم(17): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد تسهيل مواصلة النمو و

التطور للطفل المصاب بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان

الدالة المعتمدة	الدالة المحسوبة	معامل ارتباط بيرسون	العينة	متغيرات الفرضية
0.01	0.003	**0.451	40	جودة الحياة الأسرية
				بعد تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل المريض

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.451 و هو دال عند 0.003 و هي قيمة أصغر من مستوى الدلالة 0.01، و بالتالي نقول أن الفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين بعد تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل المصاب بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان. تحققت بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين، و هذا يعني أن كلما ارتفع مستوى تسهيل مواصلة النمو و التطور للطفل كلما تحسنت جودة الحياة الأسرية. مما يدل على أن الجهود التي تبذلها الأسرة، ولا سيما الآباء و الأمهات، في دعم الجانب النفسي والتربوي للطفل أثناء مرضه تساهم بشكل مباشر في تعزيز توازن الحياة الأسرية ورفع مستوى الرضا العام داخل الأسرة. فرغم أن المرض يشكل تحديًا كبيرًا، إلا أن استمرارية النمو النفسي والاجتماعي والمعرفي للطفل تُعد من

أولويات الأسرة الواعية، التي لا تكتفي بالرعاية الصحية، بل تمتد إلى تأمين بيئة تحفّز الطفل على التطور.

ويبرز ذلك في حرص الوالدين على ضبط سلوكيات الطفل وانفعالاته، ومساعدته على التعامل مع مشاعره المرتبطة بالمرض بطريقة صحية، مما يخلق مناخًا أكثر استقرارًا داخل الأسرة. كما أن تفسير الحالة الصحية للطفل بطريقة مبسطة وتدرجية باستخدام كلمات سهلة على الطفل، والتحدث معه بصراحة واحتواء، يساعده على التكيف مع حالته بشكل أفضل ويمنع الانعزال أو الشعور بالخوف، ويزيد من ثقته بنفسه.

تلعب الأسرة أيضًا دورًا مهمًا في المحافظة على تقدير الذات لدى الطفل، من خلال إشراكه في أنشطة مناسبة لوضعه الصحي، وتجنب إشعاره بالعجز أو النقص، وهو أمر له انعكاسات إيجابية على المناخ الأسري ككل. كذلك، فإن الاهتمام بمواصلة تعليمه وترتيب أمور دراسته رغم التحديات، يعكس حرص الأسرة على الحفاظ على نمط حياة طبيعي ومتوازن للطفل، مما يدعم شعور جميع أفراد الأسرة بالاستقرار والأمل، ويقلل من آثار التوتر الناتجة عن المرض.

كل هذه الجهود تُشكّل مصدر قوة للأسرة، وتُعزز التواصل والتعاون بين أفرادها، لأنها تمنح الوالدين شعورًا بالقدرة على احتواء الأزمة، بدلاً من الاستسلام لها. كما أن الطفل، حين يشعر بالدعم الكامل من عائلته، ينعكس ذلك على سلوكه، ويقلل من الأعباء النفسية داخل البيت، مما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة الأسرية بوجه عام.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة **Tong, Et AL (2010)** على أهمية دعم تطور الطفل المريض خلال فترة العلاج، مشيرة إلى أن الأسر التي تحرص على تعزيز مهارات الطفل، وحمایته نفسيًا من آثار المرض، تُظهر استقرارًا نفسيًا واجتماعيًا أكبر، كما تسجل معدلات أعلى من الرضا الأسري والشعور بالتكافل.

وعليه، فإن بعد تسهيل مواصلة النمو والتطور للطفل ليس فقط مؤشراً على جودة الرعاية الأسرية، بل يُعد أداة فعّالة لتحسين نوعية الحياة داخل الأسرة، من خلال دمج الدعم النفسي والتربوي في مواجهة التحديات الصحية.

#### 4. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

جدول رقم(18): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

متغيرات الفرضية	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة المحسوبة	الدلالة المعتمدة
جودة الحياة الأسرية	40	0.184	0.255	غير دالة
بعد المحافظة على القوى الخاصة للأسرة				

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.184 و هو دال عند 0.255 وهي قيمة أكبر من قيمة مستوى الدلالة 0.01 أو 0.05، و بالتالي نقول لم تتحقق الفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وهو ما يُعد نتيجة مهمة تستحق التحليل، خاصة وأن هذا البعد يعكس الجوانب المرتبطة براحة الأهل الجسدية والنفسية، مثل النوم الكافي، السيطرة على المشاعر، الدعم الاجتماعي، الشعور بالأمل، والقدرة على الانخراط في الحياة الاجتماعية.

كما يفسر عدم ارتباط هذا البعد بجودة الحياة الأسرية من عدة زوايا. أولاً، في كثير من الحالات، يعيش الآباء و الأمهات - خصوصاً الأمهات - تجربة مرض الطفل كأولوية مطلقة، ما يدفعهم إلى تجاهل حاجاتهم الخاصة، أو تأجيلها إلى أجل غير معلوم. من هذا المنظور، لا يُنظر إلى الراحة الجسدية أو التعبير عن المشاعر بوصفها جوانب تؤثر على جودة الحياة الأسرية بقدر ما يُنظر إليها كواجبات مؤقتة لا بد من تحملها. بالتالي، فإن هذا الإلغاء الذاتي للمشاعر والاحتياجات قد يؤدي إلى انفصال هذا البعد عن التقييم الذاتي للأسرة لجودة حياتها. ثانياً، في السياقات الثقافية التي تعلي من شأن التضحية والصبر في سبيل الأبناء، يُنظر إلى التعب والسهر والحزن والضغط النفسي كـ"ضريبة طبيعية" يجب تحملها، لا كعناصر تُهدد جودة الحياة الأسرية. وهذا ما قد يجعل الأسر تقيم جودة حياتها انطلاقاً من تماسكها ووحدة أفرادها لا من الراحة الشخصية للآباء و الأمهات، وبالتالي تنخفض حساسية الأسرة لقياس أثر الإرهاق الشخصي على جودة الحياة. و أخيراً، قد يكون هناك عدم وعي كافٍ بأهمية الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية للأهل كجزء من التوازن الأسري، أو غياب موارد الدعم الكافية التي تمكن الوالدين من تحقيق هذا الجانب، كالدعم النفسي أو المالي أو المجتمعي. فحتى لو أدرك الأهل أهمية هذا البعد، قد لا يجدون الوسائل الفعلية لتحقيقه، مما يُضعف أثره في تحسين شعورهم بجودة الحياة الأسرية.

و بالتالي لا تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (2018)، Pinguart التي أظهرت نتائج مختلفة، حيث أكدت أن الرعاية الذاتية للآباء و الأمهات، وقدرتهم على إدارة ضغوطهم النفسية والجسدية، تُسهم بشكل مباشر في تعزيز جودة الحياة داخل الأسرة، من خلال تحسين التفاعل مع الطفل، وتخفيف حدة التوتر، وخلق بيئة أسرية أكثر استقراراً. مما يفتح الباب للتفكير في تأثير السياق الاجتماعي والثقافي، والموارد المتاحة، وطرق إدراك الأسرة لمعنى جودة الحياة.

## 5. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

التي مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

جدول رقم (19): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

متغيرات الفرضية	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة المحسوبة	الدلالة المعتمدة
جودة الحياة الأسرية	40	**0.504	0.001	0.01
بعد التعامل مع القضايا الأسرية				

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.504 و هو دال عند 0.001 و هي قيمة أصغر من قيمة مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، و بالتالي نقول أن الفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تحققت بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين ويتضح من ذلك أن قدرة الأسرة، خاصة الآباء و الأمهات، على إدارة القضايا اليومية داخل المنزل في ظل ظروف مرض طفلهم بالسرطان تساهم في الحفاظ على نوع من التوازن الأسري وتعزيز الشعور بالاستقرار والدعم المتبادل بين أفراد الأسرة. ويشمل هذا جوانب عدة، مثل حرص الوالدين على توفير الرعاية الأساسية للأطفال الآخرين داخل الأسرة، وهو ما يمنع شعورهم بالتهميش أو الإهمال ويعزز شعورهم بالانتماء والاحتواء. كما أن التكيف مع الأسلوب الجديد للحياة الذي تفرضه حالة المرض، من حيث تغيير الروتين اليومي والتأقلم مع الأعباء الجديدة، يُعد مؤشراً على مرونة الأسرة وقدرتها على تجاوز الضغوط. في الوقت ذاته، يظهر تأثير هذا البعد في ضبط مشاعر وسلوك الأطفال الآخرين الذين قد يعبرون عن غيرتهم أو قلقهم بطرق سلوكية مختلفة، مما يستدعي من الوالدين درجة عالية من الحضور والاحتواء العاطفي. كذلك، متابعة الواجبات المدرسية للأطفال الآخرين رغم انشغال الأسرة بابنها المريض يعكس التوازن في توزيع الاهتمام داخل الأسرة. كما أن السيطرة على التعارض بين متطلبات العمل ومسؤوليات رعاية الطفل والمشاركة في مهام

الأسرة اليومية يمثل عاملاً حاسماً في منع تفكك الروابط الأسرية. إضافة إلى ذلك، فإن حصول أحد الوالدين على الدعم من الزوج أو الزوجة، والمحافظة على نوع العلاقة الحميمة والعاطفية، يساعد في تخفيف الضغط النفسي والشعور بالوحدة، ويزيد من الإحساس بالتضامن الأسري. ولا يقل أهمية عن ذلك التواصل داخل الأسرة، كشرح حالة الطفل لبقية الأفراد وتهيئتهم للتعامل مع الوضع، مما يساهم في خلق بيئة يسودها الوضوح والتفاهم. انطلاقاً من كل هذا، يتضح كيف يساهم التعامل الفعال مع القضايا الأسرية في تحسين جودة الحياة داخل الأسرة، ويؤكد أن الأسر القادرة على التنظيم، التفاهم، ومواجهة التحديات بشكل جماعي، تكون أكثر قدرة على تجاوز أزمة مرض الطفل دون أن تنهار بنيتها النفسية والاجتماعية.

و تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائجدراسة (Leeman, et al (2016) المعنونة بـ Family functioning and the well-being of childrenwithchronic condition والتي أشارت إلى نتائج مماثلة، حيث أظهرت أن الأسر التي تتسم بدرجة عالية من المرونة والتنظيم قادرة على التكيف بشكل أفضل مع الضغوط الناتجة عن مرض الطفل، مما ينعكس إيجاباً على الصحة النفسية والعلاقات الأسرية. وبيّنت الدراسة أن مهارات التواصل، وإشراك جميع أفراد الأسرة في التكيف، والاحتواء العاطفي، تلعب دوراً محورياً في تحسين جودة الحياة داخل الأسرة، وتقلل من مظاهر التوتر والانعزال التي قد ترافق تجربة المرض.

## 6. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

التي مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحصول على المعلومات و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

جدول رقم(20): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد الحصول على المعلومات و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

متغيرات الفرضية	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة المحسوبة	الدلالة المعتمدة
جودة الحياة الأسرية	40	**0.479	0.002	0.01
الحصول على المعلومات				

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.479 و هو دال عند 0.002 و هي قيمة أصغر من قيمة مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، و بالتالي فالفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين بعد الحصول على المعلومات و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تحققت بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين. وهو ما يعكس أهمية هذا الجانب في التخفيف من أثر الأزمة التي تمر بها الأسرة نتيجة إصابة أحد أطفالها بالسرطان. فحينئذ يمكن الأسرة من الوصول إلى معلومات دقيقة وكافية حول حالة الطفل، والعلاجات المتوفرة له، والآثار الجانبية عن العلاج، والنتائج المتوقعة على المدى القريب والبعيد، فإنها تبدأ تدريجيًا في استيعاب واقع المرض بدلًا من أن تظل حبيسة القلق والغموض. هذا الفهم لا يقتصر على الشرح الطبي لحالة الطفل، بل يتعداه ليشمل إدراك ما يمكن أن تؤول إليه حالته، والقدرة على التفاعل مع التغيرات الصحية والنفسية التي قد تطرأ عليه، ما يقلل من عنصر المفاجأة والضغط النفسي.

تتعرض هذه المعرفة على سلوك الآباء و الأمهات من خلال طريقة تعاملهم مع الحياة اليومية، إذ تصبح قراراتهم أكثر وعيًا وتنظيمًا. فالأسرة التي تفهم ما يجري لطفلها لا تسقط كل تركيزها العاطفي والانفعالي على المجهول، بل تنخرط في نمط حياة جديد بشكل أكثر عقلانية. هنا تبدأ ملامح التكيف

الإيجابي في الظهور، حيث يصبح أفراد الأسرة، خاصة الوالدين، قادرين على إدارة الوقت بين المتطلبات الطبية، والمهنية، والأسرية، بما في ذلك تقديم الدعم لأطفالهم الآخرين.

كما أن الوضوح في المعلومة يمكن الأسرة من التعامل بمرونة أكبر مع التغييرات المحتملة في الحالة الصحية للطفل، سواء نحو التحسن أو التدهور، ما يقلل من الهشاشة النفسية التي قد تؤدي إلى انهيار التوازن الأسري. هذه القدرة على التوقع تساعد في تخفيض الإحساس بالعجز، وترفع من ثقة الأهل بأنفسهم، مما ينعكس إيجاباً على الجو الأسري ككل، فيقل التوتر وتزداد مشاعر التضامن والتعاون.

إضافة إلى ذلك، فإن التواصل المستمر مع الطاقم الطبي وتلقي المعلومات بشكل واضح وبسيط، يساهم في بناء علاقة من الثقة بين الأسرة والمؤسسة العلاجية، وهي ثقة ضرورية لضمان الالتزام بالخطة العلاجية والتفاعل معها بفعالية. وهذا ما ينعكس بدوره على تحسين المناخ الأسري، لأن كلما شعر الأهل بأنهم غير مهمشين ومشاركين في القرار الطبي، كلما ارتفعت لديهم مشاعر الكفاءة والتمكين، وتراجع الإحساس بالضغط والتوتر.

من هنا يمكن القول إن الحصول على المعلومات يمثل مورداً نفسياً ومعرفياً يمنح العائلة القدرة على التماسك في مواجهة المرض، ويقلل من الفوضى الداخلية التي قد تنشأ في غياب المعرفة. فالأسرة الواعية تصبح أكثر استعداداً للتخطيط، أكثر قدرة على تقاسم الأدوار، وأقل عرضة للانهيار تحت ضغط الظروف. وهذا كله ما يؤدي في النهاية إلى تحسين جودة الحياة الأسرية رغم قسوة الموقف.

كما تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة (Kazak, 2006)، التي طوّرت نموذجاً يُعرف باسم "النموذج الوقائي للدعم النفسي الاجتماعي للأطفال المرضى (Pediatric Psychosocial Preventative Health Model - PPPHM)، والذي يركّز على أهمية تزويد أسر الأطفال المصابين بأمراض مزمنة، كمرض السرطان، بالمعلومات الطبية الدقيقة والمنظمة. ويفترض هذا النموذج أن المعرفة المسبقة والواضحة حول طبيعة المرض، مساره، طرق العلاج، وآثاره الجانبية المحتملة، تسهم في خفض مستويات القلق والتوتر لدى الأسرة، وتُعزز من قدرتها على التكيف النفسي والاجتماعي. كما تشير Kazak إلى أن الدعم المعرفي ليس فقط أداة لطمأنة الوالدين، بل يُعد عنصراً محورياً في تعزيز شعورهم بالسيطرة على الوضع، وتمكينهم من اتخاذ قرارات علاجية فعالة، مما ينعكس إيجاباً على

التماسك الأسري وجودة الحياة داخل الأسرة. وتؤكد نتائج هذا النموذج أن الأسر التي تُمنح لها فرصة لفهم وضع طفلها من منظور علمي وإنساني متكامل تكون أكثر قدرة على الحفاظ على الاستقرار النفسي، وتُظهر مستويات أعلى من التفاهم والدعم المتبادل بين أفرادها.

### 7. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

التي مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و فريق العلاج الطبي و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

جدول رقم(21): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسونيين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و

فريق العلاج الطبي و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

المدالة المعمدة	المدالة المحسوبة	معامل ارتباط بيرسون	العينة	متغيرات الفرضية
0.05	0.019	*0.369	40	جودة الحياة الأسرية
				التفاوض مع أخصائيي الصحة و الفريق الطبي

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.369 و هو دال عند 0.019 وهي قيمة أصغر من قيمة مستوى المدالة المعتمدة 0.05، و بالتالي فالفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة و فريق العلاج الطبي و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان. تحققت بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين. وهو ما يكشف الأهمية البالغة للتواصل العلاجي القائم على التفاعل الفعال بين الأسرة والفريق الطبي في سياق مواجهة مرض الطفل. إن هذا النوع من التفاوض لا يُفهم على أنه مجرد تبادل معلومات، بل هو

عملية ديناميكية تشمل الثقة، والوضوح، والاحترام، والشعور بالاعتراف بمكانة الأسرة كشريك فعلي في رحلة العلاج. ففي المواقف الصحية المعقدة مثل السرطان، يمر الآباء و الأمهات بحالة من التوتر النفسي والتشتت الذهني نتيجة المخاوف على حياة الطفل، والحيرة أمام الخيارات الطبية المتعددة، والانشغال المستمر بمراقبة تطور الحالة. في هذا السياق، يصبح التفاوض مع الفريق العلاجي وسيلة لتقليل الشعور بالعجز والغموض، مما ينعكس مباشرة على الاستقرار النفسي للأسرة، وعلى قدرتها على التكيف مع الوضع الجديد. فشعور الأسرة بأن الفريق الطبي يُجيب على تساؤلاتها بصدق، ويوضح الحالة الصحية بلغة مفهومة، ويُظهر تعاطفًا واهتمامًا حقيقيًا بالطفل، يُنتج نوعًا من "الاحتواء الوجداني والمعرفي" الذي يعيد للأسرة توازنها الداخلي، ويقوّي تماسكها. ليس ذلك فحسب، بل إن بناء علاقة تفاعلية قائمة على الثقة المتبادلة مع الطاقم الطبي يُعزز شعور الأسرة بالأمان، ويُوفر بيئة تسمح لها بالتعبير عن مخاوفها واحتياجاتها، دون أن تشعر بالإقصاء أو التهميش. هذه العلاقة الإيجابية تُساهم في تحسين عملية اتخاذ القرار داخل الأسرة، وتُقلل من التوترات بين أفرادها، مما يُحسن في نهاية المطاف من جودة الحياة الأسرية. كما أن الوالدين، حينما يشعرون أن حالة طفلهم مفهومة وأن هناك من يُشاركهما في الاهتمام والمسؤولية، يكونان أكثر قدرة على ضبط مشاعرهما، وتحقيق توازن في الأدوار والاهتمامات داخل البيت، بما لا يُهمل باقي أفراد الأسرة.

وتتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة Fearnely (2016) التي بيّنت أن التواصل الإيجابي بين أولياء الأمور والفريق العلاجي في مستشفيات الأطفال المصابين بأمراض خطيرة يساهم في تعزيز التماسك الأسري ويقلل من الأعراض النفسية السلبية لدى الوالدين. و وجود علاقة ثقة وتقاهم بين الأهل والفريق الطبي يُعد من المؤشرات الحاسمة في تحسين نوعية الحياة العائلية، خصوصًا في الحالات التي تتطلب علاجًا طويل المدى، مثل السرطان، حيث أظهرت أن الأسر التي شعرت بأنها محاطة برعاية منفتحة ومُنسّقة، أبدت قدرة أكبر على التكيف العاطفي وتنظيم العلاقات داخل الأسرة.

وبذلك، يمكن القول إن التفاوض الجيد مع الطاقم الطبي ليس فقط أداة علاجية موجهة للطفل، بل هو أيضًا مورد نفسي واجتماعي يُدعم بنية الأسرة، ويُسهم بفعالية في الارتقاء بجودة حياتها خلال الأزمة المرضية.

## 8. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

التي مفادها: وجود علاقة ارتباطية بين بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

جدول رقم(22): يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان

متغيرات الفرضية	العينة	معامل ارتباط بيرسون	الدلالة المحسوبة	الدلالة المعتمدة
جودة الحياة الأسرية	40	**0.492	0.001	0.01
بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية				

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط بيرسون بلغت قيمته 0.492 و هو دال عند 0.001 و هي قيمة أصغر من قيمة مستوى الدلالة المعتمدة 0.01، و بالتالي الفرضية التي مفادها وجود علاقة ارتباطية بين بعد تفعيل و حشد الموارد المجتمعية و جودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان تحققت بوجود علاقة موجبة بين المتغيرين. ما يدل على أن العائلات التي تمتلك إمكانية الوصول إلى الموارد المجتمعية المختلفة، ومعرفة كيفية الاستفادة منها، تتمتع بمستوى أعلى من الاستقرار الأسري والنفسي والاجتماعي. ويعود ذلك إلى الأثر المباشر الذي تُحدثه هذه الموارد في تخفيف الأعباء اليومية المرتبطة برعاية الطفل المصاب بالسرطان.

إن تفعيل وحشد الموارد المجتمعية لا يقتصر فقط على تلقي مساعدات مادية أو معلومات سطحية، بل يشمل قدرة الأسرة على تعبئة منظومة دعم متكاملة تضمن الاستمرارية في أداء الأدوار الحياتية، دون

أن تنهار تحت ضغط المسؤوليات. فحين تكون لدى الأسرة معلومات كافية حول كيفية الحصول على مساعدات مالية، خدمات النقل، الرعاية المؤقتة للأطفال الآخرين، أو حتى دعم نفسي واجتماعي من خلال جماعات الدعم، فإن ذلك يمنح الوالدين شعورًا أكبر بالكفاءة والتحكم في مجريات الحياة اليومية، ويقلل من مشاعر العجز واليأس.

هذا النوع من الدعم يُخفف من الضغط النفسي ويمنح الأهل فرصة لالتقاط أنفاسهم، سواء عبر وجود أماكن مخصصة للراحة داخل المستشفى أو بفضل إمكانية مشاركة المهام المنزلية مع أشخاص داعمين. كما يساعد في الحفاظ على أداء الأسرة لوظائفها الطبيعية، مثل توفير العناية بالأبناء الآخرين، أو الاستمرار في العمل، مما يُساهم في تعزيز الشعور بالتوازن والتناغم داخل المحيط الأسري، وهو أحد الأسس الجوهرية في جودة الحياة الأسرية.

كذلك، فإن حشد الموارد يُسهّل من عملية التأقلم مع واقع المرض، إذ لا يشعر الأهل بأنهم وحيدون في هذه التجربة، بل تحيطهم شبكة دعم مرئية وملموسة، وهو ما ينعكس إيجابًا على مشاعر الطمأنينة والانتماء. من جهة أخرى، فإن امتلاك هذه الإمكانيات يُقلل من فرص تفكك الأسرة تحت وطأة الضغوط النفسية والاقتصادية، حيث أن توافر بدائل وخيارات يُجنّب الأسرة الوقوع في مأزق الاستنزاف أو الانهيار.

و تتفق نتائج هذه الفرضية مع نتائج دراسة سامية تومي (2017)، حيث وجدت أن الأسر التي استفادت من خدمات دعم مجتمعي متنوعة أظهرت مستويات أعلى من التكيف الأسري، وكانت أكثر قدرة على تنظيم وقتها، وتلبية حاجات أفرادها المتعددة، في ظل وجود طفل مريض بالسرطان، و أن الدعم الإجتماعي الجيد يحقق جودة الحياة و السعادة ويقضي على مشاعر الخوف و اليأس و الضيق.

بناءً على ذلك، يمكن القول إن تفعيل وحشد الموارد المجتمعية لا يُعد فقط بُعدًا من أبعاد الرعاية الصحية، بل يُمثل بُعدًا تكامليًا في بناء الدعم الشامل للأسرة، وهو ما يجعل العلاقة بينه وبين جودة الحياة الأسرية علاقة جوهرية، تعكس قدرة الأسرة على الصمود والتماسك وسط ظروف صحية ضاغطة ومعقدة.

## استنتاج عام:

جاء هذا البحث بهدف الكشف عن العلاقة بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى آبائهم و أمهاتهم، و للكشف عن علاقة كل بعد من أبعاد أساليب الرعاية الصحية بجودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان.

و من أجل التحقق من الأهداف السابقة قمنا بالإستعانة بكل من مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية من إعداد جهاد علاء الدين سنة (2012)، و مقياس جودة الحياة الأسرية من إعداد عبد الله سعيد الصنعاني سنة (2019)، و تم تطبيقها على عينة قوامها (40 فرد) من أب و أم لطفل مصاب بالسرطان بمستشفى ندير محمد بولاية تيزي وزو و مركز مكافحة السرطان بذراع بن خدة، و نظرا لعدم الحصول على القدر الكافي من العينة اتجهنا أيضا إلى مستشفى أحرير أحمد ببلدية تيقزيرت. و بالإعتماد على الحزمة الإحصائية SPSS و ذلك للمعالجة الإحصائية. و قد أسفرت نتائج البحث على:

- وجود علاقة ارتباطية بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى آبائهم و أمهاتهم، حيث كلما ارتفع مستوى الرضا عن أساليب الرعاية الصحية تحسنت جودة الحياة الأسرية.

- أظهرت النتائج أيضا وجود علاقات ارتباطية بين معظم أبعاد أساليب الرعاية الصحية وجودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان. فقد تبين أن هناك علاقة ارتباطية بين بعد مرافقة الطفل المصاب بالسرطان وجودة الحياة الأسرية لدى الآباء و الأمهات، مما يدل على أهمية التواجد النفسي والجسدي للوالدين في التخفيف من وطأة المرض وتعزيز تماسك الأسرة. كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين بعد تسهيل مواصلة النمو والتطور للطفل المصاب بالسرطان وجودة الحياة الأسرية لدى الآباء و الأمهات، وهو ما يؤكد أهمية الدعم الطبي والتربوي المستمر في تخفيف العبء النفسي عن الأسرة. إضافة إلى ذلك، تم رصد علاقة ارتباطية إيجابية بين بعد التعامل مع القضايا الأسرية وجودة الحياة الأسرية لدى الآباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، مما يُبرز الدور الكبير الذي تلعبه البيئة العائلية المتفاهمة في مواجهة التحديات المرتبطة بالمرض. كذلك، وجدت علاقة ارتباطية بين بعد الحصول على المعلومات الصحية وجودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، مما يشير إلى أن توفير المعلومات الدقيقة والواضحة يساهم في تقليل القلق وزيادة الشعور بالأطمئنان لدى الأولياء. كما برزت علاقة دالة بين بعد التفاوض مع أخصائيي الصحة وفريق العلاج الطبي وجودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، ما يُبرز أهمية إشراك

الأسرة في القرارات العلاجية لضمان رضاها وتعاونها. وأظهرت الدراسة أيضًا علاقة ارتباطية بين بعد تفعيل وحشد الموارد المجتمعية وجودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، مما يؤكد ضرورة إشراك مختلف الفاعلين في تقديم الدعم المتعدد الأبعاد للأسرة. في المقابل، لم تُظهر النتائج علاقة دالة بين بعد المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية وجودة الحياة الأسرية لدى آباء و أمهات الأطفال المصابين بالسرطان، وهو ما قد يُعزى إلى ضعف الاهتمام بصحة ومساندة الوالدين أنفسهم خلال رحلة العلاج، ما يتطلب تدخلاً وتطويراً في هذا الجانب.

## خاتمة:

لقد تناول هذا البحث أحد المواضيع النفسية والاجتماعية بالغة الأهمية، وهو موضوع الرضا عن أساليب الرعاية الصحية وعلاقته بجودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان. فهذه الفئة من المجتمع تواجه ضغوطاً كبيرة، سواء على المستوى النفسي أو الاجتماعي أو الاقتصادي، ما يجعل فهم العوامل المؤثرة على جودة حياتهم ضرورة علمية وإنسانية. وقد هدفت دراستنا إلى تسليط الضوء على الكيفية التي يمكن من خلالها تحسين جودة حياة الأسرة عبر تعزيز رضاها عن الخدمات الصحية المقدمة.

وقد أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية بين الرضا عن أساليب الرعاية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالسرطان و جودة الحياة الأسرية لدى آبائهم و أمهاتهم. و أيضا وجود علاقة ارتباطية بين معظم أبعاد أساليب الرعاية الصحية وجودة الحياة الأسرية لدى أوليا الأطفال المصابين بالسرطان. حيث تبين أن كلاً من مرافقة الطفل المصاب، وتسهيل مواصلة نموه وتطوره، والتعامل الإيجابي مع القضايا الأسرية، والحصول على المعلومات الطبية، والتفاوض الفعّال مع أخصائيي الصحة وفريق العلاج، إلى جانب تفعيل وحشد الموارد المجتمعية، كلها عناصر تُسهم بشكل كبير في تحسين جودة حياة الأسرة ومساعدتها على التكيف مع الأزمة المرضية.

في المقابل، أظهرت النتائج عدم وجود علاقة دالة بين بعد "المحافظة على القوى الخاصة بمقدمي الرعاية وجودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان، وهو ما يُشير إلى احتمال غياب الدعم الكافي للوالدين على المستوى النفسي والجسدي، مما يستدعي مزيداً من الاهتمام بهذا الجانب من طرف الجهات الصحية والاجتماعية.

وتؤكد هذه النتائج أن توفير رعاية صحية شاملة لا يقتصر فقط على علاج الطفل المريض، بل يتعدى ذلك ليشمل دعم الأسرة ومرافقتها، بما يُعزز تماسكها ويقلل من الآثار النفسية والاجتماعية التي قد ترافق تجربة المرض. فكلما شعر الأولياء بالرضا والثقة في الخدمات الصحية المقدمة، زادت قدرتهم على التكيف، وأصبحوا أكثر استعداداً لتقديم الدعم لأبنائهم المرضى في بيئة أسرية مستقرة وآمنة.

وفي النهاية، يمكن القول إن الرضا عن أساليب الرعاية الصحية يُعد أداة فعالة لتحسين جودة الحياة الأسرية، خاصة إذا ما توفرت الموارد والدعم النفسي والاجتماعي اللازم. فكل تحسين في أساليب الرعاية الصحية المقدمة لأطفال مرضى السرطان ينعكس بشكل مباشر وإيجابي على حياة أسرهم، ويمنحهم القوة والمرونة لمواجهة التحديات المصاحبة للمرض.

# قائمة المراجع

## قائمة المراجع:

1. عبد العزيز، أحمد، البقلي(2014)، مفهوم نوعية الحياة، النشأة و التطور، ورقة بحثية مقدمة إلى معهد التخطيط القومي المركز الديمغرافي، المؤتمر السنوي الثالث و الأربعين قضايا السكان و التنمية الواقع و تحديات المستقبل ما بعد 2015، القاهرة، ص2-4.
2. لشهب، أسماء (2017). جودة الحياة الأسرية و علاقتها بسلوك المواطنة لدى الأبناء، مجلة البحوث و الدراسات، صص 123-144.
3. بن قويدر، أمينة، كركوش. فتيحة (2019) جودة الحياة الأسرية من منظور علم النفس الإيجابي، مجلة الدراسات النفسية و التربوية، صص 3-12
4. أماني، عبد الوهاب، محمد و سميرة، شند، (2010)، جودة الحياة الأسرية و علاقتها بفاعلية الذات لدى عينة من الأبناء المراهقين. المؤتمر السنوي الخامس عشر، مركز الإرشاد النفسي، جامعة عين الشمس
5. أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف، (2012) علم النفس الإرشادي، ط2، دار المسيرة للنشر، عمان.
6. أبو عطية، سهام درويش، (2019). فاعلية برنامج إرشاد جمعي أسري وفق النظرية البنوية لمينشين في المهارات الوالدية و التكيف الأسري الوالدي لدى الأسر البديلة، مجلة الدراسات التربوية و النفسية، صص592-614.
7. أبو رقيقة، مها محمد (2017)، ظاهرة الهروب من المدرسة: الأسباب-العوامل المساعدة على حدوثها - الأساليب الإرشادية المقترحة لمعالجة هذه الظاهرة ضمن الواقع التعليمي الحديث، مجلة التربوي، صص64-92.
8. أبو كيف، سعدي عبد الرحمن(2016) أساليب معاملة الوالدية و علاقته بجودة الحياة لدى الموهوبين بولاية الخرطوم، مجلة الدراسات العليا، صص331-380
9. ابراهيم، أسماء عبد العليم (2018) الأسرة و دورها في عملية التنشئة الإجتماعية للطفل و انعكاسات ذلك على التفاعل الإجتماعي، مجلة البحث العلمي في الآداب، صص542
10. بونويقة نصيرة(2013): الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة في الوسط الأسري، دراسة ميدانية بحي 100 مسكن بمدينة المسيلة، مجلة عالم التربية، العدد 41.
11. بنجدوناصرالدين، بوبكرعماد، ضربانيشريف(2012): واقع الرعاية الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية الجزائرية ونوعية الخدمة الاجتماعية المقدمة بها، مذكرة تخرج لنيل شهادة ليسانس، تخصص خدمة اجتماعية كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة 1 ماي 0711 قالمة.

12. بدوي، أم الخير (2017). التفاعل الاجتماعي الأسري و التوافق النفسي الاجتماعي للأفراد، التحديات و الآثار، مجلة التغير الاجتماعي، ص201-220.
13. بدرانة، خليل موسى (2011). أنماط التفاعل الأسري السائدة و علاقتها بتقدير الذات لدى الأبناء، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم التربوية و النفسية، جامعة عمان العربية، الأردن.
14. بدير، إيناس الحسيني (2012). أدراك الأبناء لديناميات التفاعل الأسري و أثره على تنمية شعورهم بالمسؤولية الاجتماعية، مجلة بحوث التربية النوعية، ص142-174
15. تالاقطيشات، ابراهيم أباطةو آخرون: مبادئ الصحة و السلامة العامة، (د. ط)، (د.م)، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، (د.س)
16. جهاد، علاء الدين (2012) درجة الأهمية و الرضا عن الحاجات لدى مقدمي الرعاية للأطفال المصابين بالسرطان في الأسر الأردنية، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد8، عدد1، ص ص47-80.
17. الجوانة، دعاء خالد (2017). فاعلية برنامج إرشادي جمعي مستند إلى النظرية البنائية في تحسين التربية الوالدية و خفض مشاعر فقدان لدى الأرمال اللاجئات السوريات و أطفالهن، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الهاشمية، الأردن.
18. جيمس، نيكولاس، (2013) السرطان مقدمة قصيرة جدا، ترجمة حسن أسامة فاروق، ط1، مؤسسة هنداوي للتعليم و الثقافة، القاهرة، مصر.
19. حميدة، محمد سيد (2017). العلاقات السببية بين المهارات الاجتماعية و التحديد الذاتي و جودة الحياة لدى تلاميذ الحلقة الثانية من التعليم الأساسي ذوي صعوبات التعليم، مجلة كلية التربية في العلوم النفسية 215-122.
20. حجازي، مصطفى(2011). واقع الإرشاد الأسري و متطلباتها في دول مجلس التعاون، ط1، المكتب التنفيذي لمجلس وزراء الشؤون الاجتماعية بدول مجلس التعاون لدول الخليج العربي، البحرين.
21. الحربي، نايف بن محمد (2017) دراسة لبعض المشكلات السلوكية لدى ابناء دور التربية الاجتماعية من وجهة نظر الأخصائيين و المشرفين العاملين فيها، العلوم التربوية، ص36.
22. خطاطبة، يحي مبارك (2017). أشكال التفاعل الأسري و علاقتها بالمهارات الاجتماعية لدى طالبة جامعة اليرموك، مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، ص63-141

23. خلف، حسين الدليمي(2009) الخوف من سرطان الدم و علاقته بالصدمة النفسية، مجلة دراسات و أبحاث، نشر نساسي.

24. دلال، موسى، (2008)، الخوف من السرطان و علاقته بالصدمة النفسية، دراسة ميدانية لنيل شهادة الإجازة في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق، ص57.

25. رحمة كنوي هاشمية يحيياوي(2021): واقع الصحة في المدارس الابتدائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر، تخصص علم اجتماع تربوية، كلية العلوم الانسانية والإجتماعية و العلوم الإسلامية، جامعة أحمد دراية، أدرار ، ص34.

26. الرفاعي، صباح سعيد (2018) فعالية برنامج ارشادي زواجي للتخفيف من العلاقة المقلقة و العمى الإنفعالي لدى الزوجات ضحايا الخيانة الزوجية، المجلة التربوية، ص 666-717.

27. رمزي، مراد خرموش (2018) فعالية برنامج ارشادي زواجي للتخفيف للتخفيف من العلاقة المقلقة و العمى الأنفعالي لدى الزوجات ضحايا الخيانة الزوجية، المجلة التربوية، ص666-717

28. رضوان، شعبان جاب الله (2017). العلاقة بين أنماط التفاعل الأسري و تنظيم الذات لدى عينة من المراهقين المعتمدين و الغير المعتمدين على الموارد النفسية، مجلة دراسات عربية، ص47.

29. زهوي، مر (2014). الأدوار الأسرية في مراحل الطفل العمرية، الوعي الإسلامي، ص74-75

30. زياد، بركات، (2006) سمات الشخصية المستهدفة بالسرطان، دراسة بين الأفراد المصابين و الغير المصابين بالمرض، مجلد جامعة النجاح بأبحاث، ص76.

31. شيلي، تايلور(2007)، علم النفس الصحي(ترجمة: وسام درويش بربك، فوزي شاكر طحيطة)، عمان، دار الحامد للنشر و التوزيع.

32. شويخ، أحمد محمد(2014) علم النفس الصحي، مكتبة الأنجلو مصرية، ط1.

33. شيمي، رشيدة، (2014) واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بالسرطان الثدي، رسالة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر، ص65.

34. صفاء شريم : مظاهر الرعاية الصحية، متاح على الخط، على العنوان:

http://.www.mawdoo3.com ، تاريخ الزيارة: 23 أفريل 2025، على الساعة 14:04

35. صحاف، خلود يوسف(2015). التوافق الزواجي و علاقته بالاستقرار الاسري لدى عينة من

المتزوجين بمدينة مكة المكرمة، رسالة الماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة أم القرى،

المملكة العربية السعودية

36. طنطاوي، نسرین عادل ( 2016)، علاقة جودة الحياة بكل من المساندة الإجتماعية و المتغيرات الديمغرافية لأمهات الأطفال المصابين بأنيميا البحر المتوسط، دراسات عربية في التربية و علم النفس.ص140-113.
37. العقيل، محمد بن عبد الرحمن(2013)، كل ما تريد أن تعرفه عن السرطان، الجمعية السعودية الخيرية لمكافحة السرطان، ط1.
38. عبد المجيد الشاعر و يوسف أبو الرب و رشدي قطاش(2000): علم اجتماع الطبي، عمان، دار اليازوري العلمية للطباعة و النشر، ص33.
39. عجيلات، عبد الياقي (2015) البيئة الأسرية و الطفل الموهوب، مجلة دراسات و أبحاث، ص152-160.
40. عيشاوي، وهيبه (2017) جودة الحياة الأسرية و علاقتها بالتحصيل الدراسي، مجلة التراث. ص206.
41. العدساني، لمياء عبد الله (2018). جودة الحياة الأسرية و علاقتها بالضغط النفسية لدى عينة من الطالبات المتزوجات و غير المتزوجات بجامعة الملك فيصل، دراسة مقارنة، دراسات عربية في التربية و علم النفس، ص429-389
42. غيث، سعاد محمود (2015). أثر برنامج إرشاد جمعي مستند إلى نظرية ساتير في تحسين نوعية الحياة الزوجية لدى عينة من الزوجات، اللواتي يعانين من انخفاض الرضا الزوجي، المجلة الأردنية للعلوم الإجتماعية، ص 261-282.
43. معصراني، لاريسا (2024) كيف يمكن للعائلة تقديم الدعم النفسي للطفل المصاب بالسرطان، مجلة الجزيرة.
44. مرازقة، وليدة (2013): الإلتزام الصحي لدى مريضات سرطان الثدي، دراسة ميدانية لدى عينة من المريضات بمركز مكافحة السرطان، مجلة الزوائر، بباتنة.
45. منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف(2006)، وضع الأطفال العالم المقصون و المحجوبون، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، ص14.
46. مكساح، لويذة (2010): الرعاية الاجتماعية للطفولة بين اليونيسيف والشريعة الإسلامية دراسة مقارنة، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاجتماعية و الإسلامية، قسم علم اجتماع، جامعة حاج لخضر باتنة، الجزائر، إشراف أحمد زردومي، (بحث منشور)، ص 17 .

47. محمداتني، شهرزاد(2005): الرعاية الإجتماعية في مجال الصحة: دراسة ميدانية مقارنة لدور رعاية الأمومة و الطفل بولاية قالمة، رسالة ماجستير، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، قسم علم الإجتماع و الديموغرافيا، جامعة باتنة، ص36.
48. المصري، أسيل جمال عبد القادر، (2016) التنبؤ بالإستقواء في ضوء جودة الحياة الأسرية و أحداث الحياة الضاغطة لدى المراهقين في محافظة غزة، رسالة ماجستير، كلية العلوم و الآداب، جامعة نزوى.
49. منال، هبيري و يحي، بوشلاغم (2018). جودة الحياة الأسرية لدى الطالب الجامعي في ضوء بعض المتغيرات. المجلة الدولية التربوية المتخصصة، ص ص123-133.
50. محمدي فوزية، بوعيشة، أمال (2013) معوقات جودة الحياة الأسرية، الملتقى الوطني الثاني حول الإتصال و جودة الحياة في الأسرة ص 1-12
51. المحسن، رنا عبد الحميد (2017). نوعية الحياة لدى المراهقين في ضوء التركيبة الأسرية في محافظة اربد، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية ، جامعة اليرموك، الأردن.
52. مقحوت، فتيحة(2014) أساليب المعاملة الوالدية للمراهقين المتفوقين في شهادة التعليم المتوسط، دراسة ميدانية بثنوليت القبة الجديدة للرياضيات الجزائر العاصمة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية العلوم الإنسانية و الإجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
53. مزوار، نسيمة، (2006)، استراتيجيات المقاومة لدى الأفراد المصابين بالسرطان، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم تانفس العيادي، الجزائر، ص39.

## المراجع الأجنبية:

1. Abu Rahim MohdAmiruirafik : Ishak. Ismahalil. ;Shafie, sitiaishahmohdeshafia, Raudhatulmahdfuzah (2013). Factors influencing family life satisfaction among parents in malaysia, the structural equation modeling approach (SEM), ISORS journal of humanities And Social Science, P78-85
2. Fearnley, R, Boland, J, (2016) Communication and support from health-care professionals to families, with dependent children, following the diagnosis of parental life-limiting illness; A systematic review
3. JEYNES, w.H. (2011) Parental involvement Research ; Moving to the Next Level. The Schoolcommunity journal, P9-18

4. Hsiao, Y, J, (2013) Parental Stress, Family–Professional partnerships, and Family Quality Of life ; Families of children with autism Spectrum Disorder (Unpublished Doctoral dissertation ) Arizona state university, Usa.
5. Gardiner ,Larocci, G. (2015). Family quality of life and ASD ; The role of child adaptive functioning and behavior problems. *AutismResearch*, P199–213.
6. Kasrt, J, S, Van Hecke, A,V (2012), Parent and family impact o autism spectrum disorders ; A review and proposed model for intervention evaluation, *Clinical child and family psychology review* 247–277
7. Mediani ,H .S .,Tiara ,A ,&Mardhiyah ,A .(2019).Factors Related ToThe Needs Of Parents having school age thalassemic children, *journal keperawatan*, P 137–187
8. Mozot, ph et Mouzel, (1994) *Psychiatrie de l'enfant et l'adolescent*, Ed, Masson, Paris, France.
9. Leeman, J, Crandell, J, L, Lee, A, Bai, J, Sandelowski, M, Knafl, K, (2016) Family functioning and the well–being of children with chronic conditions; A meta–analysis, *Research in nursing and health*, 229–243.
10. Pandya, S, P, (2017) Spirituality and parents of children with disability : views of practioners, *Journal of disability and Religion* P64–83
11. Pinquart, M, (2018) Parenting stress in caregivers of children with chronic physical condition; A meta–analysis *stress and health* 197–207.
12. Tong, A, Lowe, A, Sainsbury, P, et Craig, J, C, (2010) Parental perspectives on caring for a child with a chronic illness; A qualitative study, *plose one* 15–122
13. Wang, M,P, Chu, J, T, Viswanath, K, Wan, A, Lam, T,H, et Chan, S, S, (2015), Using information and communication technologies for family communication and its association with family well–being in hongkong : FAMILY, Y, project, *journal of medical internet research*, 1–10.

# قائمة الملاحق

## ملحق رقم 01

مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية

لجهاد علاء الدين 2012

### التعليمة:

في إطار إعداد مذكرة تخرج ماستر في علم النفس العيادي تحت عنوان: الرضا عن أساليب الرعاية الصحية وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان، فإننا نضع بين أيديكم مجموعة من الأسئلة ونرجو منكم اختيار الإجابة التي توافقتكم.

نعدكم بالسرية التامة أن هذه المعلومات لن تستخدم إلا لغرض علمي.

الرجاء التأكد من الإجابة على كل الأسئلة وشكرا.

شكرا على تعاونكم.

### البيانات الشخصية:

- الأب  الأم

- عدد الأبناء

- عمر الطفل المصاب

- المستوى الاقتصادي

❖ مقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية:

الرقم	العبارة	1. غير راض	2. راض قليلا	3. راض	4. راض جدا
1	توفير الراحة و العونو الموساة للطفل.				
2	تعلم كيفية القيام بمهام معينة لرعاية الطفل مثل: (إعطاء الدواء ،مراقبة الأنايبب الموجودة في جسم الطفل ،تغيير الجروح)....				
3	مراقبة و الإبلاغ عن تقدم/تراجع حالة الطفل.				
4	التخطيط و التنسيق ما بين الأنشطة التأهيلية للطفل (مثال:العالج الطبيعي ،التدليك و اللعب المنظم.).				
5	توفير الدعم و التشجيع				
6	توفير شخص لكي يلعب مع الطفل.				
7	منح شعور و احساس بالأمل.				
8	منح الشعور و احساس بالأمان.				
9	ضبط مشاعر و سلوكات الطفل.				
10	المحافظة على تقدير الذات لدى الطفل.				
11	المحافظة على القوة الجسدية.				
12	الشعور بوجود أمل.				
13	وجود شخص بجانبك يراعى أمورك و يواسيك ويخفف عنك				
14	التحدث مع أهالي الآخرين الذين لديهم طفل مصاب بالسرطان				
15	الحصول على دعم من الأسرة.				
16	التكيف مع الأسلوب الجديد لحياة الأسرة.				
17	ضبط مشاعر و سلوكات الأطفال الآخرين في الأسرة (مثل : الغضب و الحزن و الغيرة و القتال ..)أو التحكم في النزاعات التي تدور في الأسرة				
18	شرح حالة الطفل لزوج /زوجة مقدم الرعاية.				
19	الحصول على الدعم من الزوج /الزوجة.				

				20	المحافظة على العلاقة الحميمة مع الزوج /الزوجة لمقدم الرعاية.
				21	شرح حالة الطفلأفراد الأسرة /الأطفال /الأقارب.
				22	السيطرة على التعارض ما بين المسؤوليات الخاصة برعاية الطفل و مسؤوليات واجبات
				23	متابعة الواجبات المدرسية لأطفال الآخرين في الأسرة.
					الأسرة /العمل.
				24	الحصول على المعلومات المتعلقة بمرض السرطان و معالجته
				25	معرفة و توضيح العلاجات البديلة المتوفرة لمرض السرطان (العلاج بزراعة الخلايا الجذعية ،العلاج بالتغذية ..)
				26	معرفة الآثار الناجمة عن العلاج الذي تلقاه الطفل.
				27	معرفة الآثار الجانبية الناجمة عن العلاج الذي تلقاه الطفل
				28	معرفة الآثار طويلة الأمد الناجمة عن العلاج الذي تلقاه الطفلمثال: النمو الجسدي الطول، القدرات العقلية ،القدرة على الإنجاب..)
				29	معرفة جميع الإجراءات الشخصية و العلاجية التي أجريت للطفل و اسبابها.
				30	معرفة مدى تقدم حالة الطفل.
				31	معرفة الوضع الصحي الحالي للطفل بانتظام.
				32	معرفة العرائض المتوقعة عندما تتغير الحالة الصحية للطفل نحو الأحسن او نحو الأسوأ.
				33	معرفة مع من ومتي وكيف يمكن طلب المساعدة الطبية لدى حاجة الطفل لها
				34	الوثوق و الاطمئنان بواسطة مصدر موثوق في المستشفى بأن افضل ما يمكن عمله لعلاج الطفل قد تم حصول الطفل عليه
				35	الشعور بأن فريق الجهاز الطبي يهتمون بالطفل

				36	أن يكون لديك إيمان و ثقة بكفاءة فريق الجهاز الطبي
				37	الحصول على إجابات صادقة وواضحة عن حالة الطفل
				38	الحصول على تفسيرات تفصيلية و مفهومة عن حالة الطفل
				39	توفر شخص للبقاء مع الطفل لكي تتمكن القضاء بعض الأمور الأخرى المهمة /أو لكي ترتاح قليلا
				40	معرفة من أين تحصل على المساعدة عند الحاجة إليها
				41	وجود مكان داخل المستشفى يمكنك أن تحصل فيه عن بعض الراحة و الطعام بدون الحاجة للإنتظار لحين العودة الى المنزل
				42	الحصول على معلومات بشأن الموارد المجتمعية المتوفرة كالمساعدات المالية.
				43	الحصول على معلومات بشأن الموارد المجتمعية المتوفرة كخدمات المواصلات للتوصيل من المستشفى و الى المنزل.
				44	الحصول على معلومات بشأن الموارد المجتمعية المتوفرة لرعاية اطفال في غيابك.
				45	الحصول على معلومات بشأن الموارد المجتمعية المتوفرة كخدمات جماعات الدعم و الإرشادالنفسي.
				46	توفر من يساعدك في تأدية الأعمال المنزلية.
				47	توفر من يساعدك في شراء الحاجيات المنزلية الضرورية.
				48	الإستفادة من الخدمات المساعدة المالية لتغطية النفقات الإضافية كرسوم العلاجات الطبية، الطعام، المواصلات، المترتبة على مرض الطفل.
				49	الحصول على مساعدة مالية لتأمين النفقات الإضافية كالتعام ,و المواصلات لإحضار الطفل الى المستشفى و العودة الى المنزل و ما الى ذلك.....
				50	وجود مرافق عامة و مكان جلوس مخصص أو لإقامة المؤقتة لأهالي الأطفال بجانب المستشفى

## ملحق رقم 02

### مقياس جودة الحياة الأسرية

لعبد الله سعيد الصنعاني 2019

#### التعليمة:

في إطار إعداد مذكرة تخرج ماستر في علم النفس العيادي تحت عنوان: الرضا عن أساليب

الرعاية الصحية وعلاقتها بجودة الحياة الأسرية لدى أولياء الأطفال المصابين بالسرطان، فإننا نضع بين

أيديكم مجموعة من الأسئلة ونرجو منكم اختيار الإجابة التي توافقتكم.

نعدكم بالسرية التامة أن هذه المعلومات لن تستخدم إلا لغرض علمي.

الرجاء التأكد من الإجابة على كل الأسئلة وشكرا.

شكرا على تعاونكم.

#### البيانات الشخصية:

- الأب  الأم

- عدد الأبناء

- عمر الطفل المصاب

- المستوى الاقتصادي

❖ مقياس جودة الحياة الأسرية:

الرقم	العبارة	دائما	أحيانا	أبدا
1	يستمتع أفراد أسرتي بقضاء الوقت معا.			
2	يساعد أفراد أسرتي الأطفال على تعلم الاستقلالية.			
3	يتساند أفراد أسرتي فيما بينهم للتخفيف من الضغوط.			
4	يحصل أفراد أسرتي على الرعاية الصحية عندما يحتاجونها.			
5	يتحدث أفراد أسرتي معا بحرية.			
6	يساعد أفراد أسرتي الأطفال على أداء الواجبات المدرسية والأنشطة.			
7	لأسرتي أصدقاء يمكنهم تقديم المساندة لأفرادها.			
8	يحصل أفراد أسرتي على الدعم المادي عندما يحتاجونه.			
9	يقوم أفراد أسرتي بحل مشاكلهم معا.			
10	يعلم أفراد أسرتي الأطفال كيفية التعرف على الآخرين.			
11	لأفراد أسرتي بعض الوقت للاهتمام بمصالحهم الشخصية.			
12	أسرتي لديها وسيلة نقل خاصة-سيارة- لتمكنهم من الذهاب للأماكن التي يريدون الذهاب إليها.			
13	يساند أفراد أسرتي بعضهم البعض لتحقيق أهدافهم.			
14	يعلم أفراد أسرتي الأطفال القدرة على اتخاذ القرارات.			
15	أسرتي تجد المساعدة التي تحتاجها لإشباع احتياجات كل أسرة.			
16	يشعر أفراد الأسرة بالأمان في المنزل، العمل، المدرسة، وبين الجيران في الحي.			
17	يظهر أفراد أسرتي الحب والرعاية لبعضهم البعض.			

			18	يعلم أفراد أسرتي الأطفال كيفية التعرف على الآخرين مثل المعلمين، الأصدقاء.....
			19	أفراد أسرتي يحترمون بعضهم البعض.
			20	توفر أسرتي الغذاء المناسب لأفرادها.
			21	يشعر أفراد أسرتي بالغيرة من بعضهم .
			22	يخصص أفراد أسرتي الوقت لإشباع الحاجات الشخصية لكل طفل.
			23	أفراد أسرتي يشاركون بعضهم اهتمامهم وأنشطتهم.
			24	سكن عائلتي مناسب ومريح.
			25	يساند أفراد أسرتي بعضهم بعض في الأفراح والأحزان.
			26	يشارك أفراد أسرتي الأطفال في أرائهم.
			27	يشعر أفراد أسرتي بالأمان داخلها.
			28	دخل أسرتي مناسب ويحقق احتياجاتها.
			29	يساند أفراد أسرتي بعضهم بعض في المواقف الصعبة.
			30	يساعد أفراد أسرتي الأطفال في كيفية شغل أوقات فراغهم.
			31	يشعر أفراد أسرتي بأنهم قريبون من بعضهم.
			32	الحالة الصحية لأفراد أسرتي بصفة عامة جيدة.
			33	يتناول أفراد أسرتي الغذاء مع بعضهم بعض.
			34	لا يهتم الكبار بالصغار في أسرتي.
			35	لا يشعر أفراد أسرتي بالرضا عن حياتهم العائلية.
			36	لا يهتم أفراد أسرتي بصحة بعضهم.

ملحق رقم (03)  
قيمة ألفا كرونباخ لمقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Q71 Q72 Q73 Q74 Q75 Q76 Q77 Q78 Q79 Q80 Q81 Q82 Q83 Q84 Q85 Q86 Q87 Q88 Q89 Q90 Q91 Q92 Q93 Q94 Q95 Q96 Q97 Q98 Q99 Q100 Q101 Q102 Q103 Q104 Q105 Q106  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclu <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,875	36

ملحق رقم ( 04 )  
التجزئة التصفية لمقياس الرضا عن أساليب الرعاية الصحية

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18  
Q19 Q20 Q21 Q22 Q23 Q24  
Q25 Q26 Q27 Q28 Q29 Q30 Q31 Q32 Q33 Q34 Q35 Q36 Q37 Q38 Q39 Q40 Q41 Q42  
Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q49  
Q50 Q51 Q52 Q53 Q54 Q55 Q56 Q57 Q58 Q59 Q60  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=SPLIT.
```

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclu <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

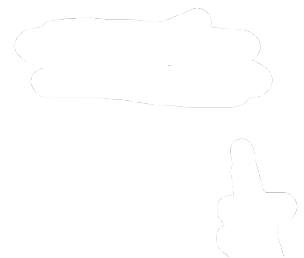
a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,873
		Nombre d'éléments	30 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	,969
		Nombre d'éléments	30 <sup>b</sup>
		Nombre total d'éléments	60
Corrélation entre les sous-échelles			,797
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,887
	Longueur inégale		,887
Coefficient de Guttman			,766

a. Les éléments sont : البند 1, البند 2, البند 3, البند 4, البند 5, البند 6, البند 7, البند 8, البند 9, البند 10, البند 11, البند 12, البند 13, البند 14, البند 15, البند 16, البند 17, البند 18, البند 19, البند 20, البند 21, البند 22, البند 23, البند 24, البند 25, البند 26, البند 27, البند 28, البند 29, البند 30.

b. Les éléments sont : البند 31, البند 32, البند 33, البند 34, البند 35, البند 36, البند 37, البند 38, البند 39, البند 40, البند 41, البند 42, البند 43, البند 44, البند 45, البند 46, البند 47, البند 48, البند 49, البند 50, البند 51, البند 52, البند 53, البند 54, البند 55, البند 56, البند 57, البند 58, البند 59, البند 60.



## CORRELATIONS

/VARIABLES=الرعاية Q1 Q2 Q3 Q4 Q5 Q6 Q7 Q8 Q9 Q10 Q11 Q12 Q13 Q14 Q15 Q16 Q17 Q18  
Q30 Q31 Q32 Q33 Q34 Q35 Q36 Q37 Q38 Q39 Q40 Q41 Q42 Q43 Q44 Q45 Q46 Q47 Q48 Q49  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.

## Corrélations

[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\tristar\Documents\الرعاية عن الرضا عن الرعاية.sav

## Corrélations

		الرضا عن الرعاية	البند 1	البند 2	البند 3	البند 4
الرضا عن الرعاية	Corrélacion de Pearson	1	,181	,293	,463**	,259
	Sig. (bilatérale)		,321	,104	,008	,153
	N	32	32	32	32	32
البند 1	Corrélacion de Pearson	,181	1	,412*	,774**	,468**
	Sig. (bilatérale)	,321		,019	,000	,007
	N	32	32	32	32	32
البند 2	Corrélacion de Pearson	,293	,412*	1	,624**	,624**
	Sig. (bilatérale)	,104	,019		,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 3	Corrélacion de Pearson	,463**	,774**	,624**	1	,709**
	Sig. (bilatérale)	,008	,000	,000		,000
	N	32	32	32	32	32
البند 4	Corrélacion de Pearson	,259	,468**	,624**	,709**	1
	Sig. (bilatérale)	,153	,007	,000	,000	
	N	32	32	32	32	32
البند 5	Corrélacion de Pearson	,563**	,252	,179	,413*	,308
	Sig. (bilatérale)	,001	,165	,327	,019	,086
	N	32	32	32	32	32
البند 6	Corrélacion de Pearson	,571**	,537**	,517**	,588**	,588**
	Sig. (bilatérale)	,001	,002	,002	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 7	Corrélacion de Pearson	,802**	,343	,567**	,496**	,347
	Sig. (bilatérale)	,000	,054	,001	,004	,051
	N	32	32	32	32	32
البند 8	Corrélacion de Pearson	,625**	,498**	,386*	,764**	,438*
	Sig. (bilatérale)	,000	,004	,029	,000	,012
	N	32	32	32	32	32
البند 9	Corrélacion de Pearson	,611**	,171	,095	,396*	,180
	Sig. (bilatérale)	,000	,351	,604	,025	,324
	N	32	32	32	32	32
البند 10	Corrélacion de Pearson	,580**	,450**	,206	,545**	,234
	Sig. (bilatérale)	,001	,010	,259	,001	,198
	N	32	32	32	32	32

**Corrélations**

		البند 5	البند 6	البند 7	البند 8	البند 9
الرضا عن الرعاية	Corrélacion de Pearson	,563**	,571**	,802**	,625**	,611**
	Sig. (bilatérale)	,001	,001	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 1	Corrélacion de Pearson	,252	,537**	,343	,498**	,171
	Sig. (bilatérale)	,165	,002	,054	,004	,351
	N	32	32	32	32	32
البند 2	Corrélacion de Pearson	,179	,517**	,567**	,386*	,095
	Sig. (bilatérale)	,327	,002	,001	,029	,604
	N	32	32	32	32	32
البند 3	Corrélacion de Pearson	,413*	,588**	,496**	,764**	,396*
	Sig. (bilatérale)	,019	,000	,004	,000	,025
	N	32	32	32	32	32
البند 4	Corrélacion de Pearson	,308	,588**	,347	,438*	,180
	Sig. (bilatérale)	,086	,000	,051	,012	,324
	N	32	32	32	32	32
البند 5	Corrélacion de Pearson	1	,257	,647**	,305	,611**
	Sig. (bilatérale)		,156	,000	,090	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 6	Corrélacion de Pearson	,257	1	,591**	,607**	,123
	Sig. (bilatérale)	,156		,000	,000	,504
	N	32	32	32	32	32
البند 7	Corrélacion de Pearson	,647**	,591**	1	,496**	,579**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,004	,001
	N	32	32	32	32	32
البند 8	Corrélacion de Pearson	,305	,607**	,496**	1	,465**
	Sig. (bilatérale)	,090	,000	,004		,007
	N	32	32	32	32	32
البند 9	Corrélacion de Pearson	,611**	,123	,579**	,465**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,504	,001	,007	
	N	32	32	32	32	32
البند 10	Corrélacion de Pearson	,590**	,530**	,575**	,567**	,540**
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,001	,001	,001
	N	32	32	32	32	32

### Corrélations

		البند10	البند11	البند12	البند13	البند14
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,580**	,677**	,561**	,079	,600**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,001	,666	,000
	N	32	32	32	32	32
البند1	Corrélation de Pearson	,450**	,488**	,120	-,205	-,004
	Sig. (bilatérale)	,010	,005	,515	,259	,984
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	,206	,074	-,032	,199	,349
	Sig. (bilatérale)	,259	,686	,864	,275	,050
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	,545**	,534**	,347	-,103	,174
	Sig. (bilatérale)	,001	,002	,052	,576	,341
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	,234	,309	,251	-,267	,174
	Sig. (bilatérale)	,198	,085	,165	,139	,341
	N	32	32	32	32	32
البند5	Corrélation de Pearson	,590**	,558**	,263	-,037	,605**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001	,146	,840	,000
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	,530**	,622**	,265	-,035	,201
	Sig. (bilatérale)	,002	,000	,143	,849	,269
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,575**	,595**	,296	,162	,662**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,100	,374	,000
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,567**	,552**	,543**	-,012	,144
	Sig. (bilatérale)	,001	,001	,001	,950	,430
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,540**	,502**	,403*	-,122	,400*
	Sig. (bilatérale)	,001	,003	,022	,505	,023
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	1	,843**	,256	,000	,209
	Sig. (bilatérale)		,000	,157	1,000	,252
	N	32	32	32	32	32

**Corrélations**

		البند15	البند16	البند17	البند18	البند19
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,246	,106	,373*	,345	,368*
	Sig. (bilatérale)	,174	,564	,036	,053	,038
	N	32	32	32	32	32
البند1	Corrélation de Pearson	-,279	-,284	-,133	-,337	-,134
	Sig. (bilatérale)	,122	,115	,468	,059	,465
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	-,067	-,057	-,074	-,219	,045
	Sig. (bilatérale)	,717	,757	,686	,228	,807
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	-,076	-,065	,141	-,080	,051
	Sig. (bilatérale)	,680	,725	,443	,665	,782
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	,046	,108	,028	,090	,051
	Sig. (bilatérale)	,805	,556	,879	,624	,782
	N	32	32	32	32	32
البند5	Corrélation de Pearson	,191	,008	,010	,384*	-,055
	Sig. (bilatérale)	,294	,966	,956	,030	,764
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	-,026	-,110	,048	-,135	,260
	Sig. (bilatérale)	,888	,548	,795	,460	,150
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,120	,028	,150	,234	,013
	Sig. (bilatérale)	,514	,881	,411	,198	,944
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,128	,061	,331	-,009	,257
	Sig. (bilatérale)	,487	,742	,064	,961	,155
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,511**	,300	,502**	,389*	,000
	Sig. (bilatérale)	,003	,096	,003	,028	1,000
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	,325	,092	,241	,068	,218
	Sig. (bilatérale)	,070	,615	,184	,711	,230
	N	32	32	32	32	32

### Corrélations

		البند 20	البند 21	البند 22	البند 23	البند 24
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,176	,465**	,330	,693**	,457**
	Sig. (bilatérale)	,336	,007	,065	,000	,008
	N	32	32	32	32	32
البند 1	Corrélation de Pearson	-,070	-,006	-,113	-,062	-,054
	Sig. (bilatérale)	,702	,975	,536	,736	,771
	N	32	32	32	32	32
البند 2	Corrélation de Pearson	-,017	-,222	-,153	-,094	,000
	Sig. (bilatérale)	,927	,222	,402	,609	1,000
	N	32	32	32	32	32
البند 3	Corrélation de Pearson	,185	,099	,049	,073	,000
	Sig. (bilatérale)	,311	,591	,791	,691	1,000
	N	32	32	32	32	32
البند 4	Corrélation de Pearson	,185	-,077	,049	,163	,204
	Sig. (bilatérale)	,311	,676	,791	,373	,263
	N	32	32	32	32	32
البند 5	Corrélation de Pearson	,011	-,059	-,123	,659**	,037
	Sig. (bilatérale)	,950	,747	,502	,000	,842
	N	32	32	32	32	32
البند 6	Corrélation de Pearson	,141	,317	,178	,354*	,434*
	Sig. (bilatérale)	,441	,077	,331	,047	,013
	N	32	32	32	32	32
البند 7	Corrélation de Pearson	-,011	,148	,076	,586**	,286
	Sig. (bilatérale)	,951	,418	,678	,000	,113
	N	32	32	32	32	32
البند 8	Corrélation de Pearson	,375*	,326	,355*	,230	,171
	Sig. (bilatérale)	,034	,069	,046	,205	,348
	N	32	32	32	32	32
البند 9	Corrélation de Pearson	,013	,239	,262	,457**	,202
	Sig. (bilatérale)	,945	,187	,147	,009	,267
	N	32	32	32	32	32
البند 10	Corrélation de Pearson	,082	,141	,030	,361*	,327
	Sig. (bilatérale)	,656	,442	,871	,042	,067
	N	32	32	32	32	32

### Corrélations

		البند25	البند26	البند27	البند28	البند29
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,499**	,037	,392*	,659**	,659**
	Sig. (bilatérale)	,004	,843	,026	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 1	Corrélation de Pearson	-,313	-,393*	-,044	,067	,067
	Sig. (bilatérale)	,081	,026	,810	,716	,716
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	-,158	,106	-,025	,272	,272
	Sig. (bilatérale)	,387	,562	,893	,132	,132
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	-,180	-,107	,197	,309	,309
	Sig. (bilatérale)	,325	,561	,280	,085	,085
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	-,180	,121	-,028	,164	,164
	Sig. (bilatérale)	,325	,510	,879	,371	,371
	N	32	32	32	32	32
البند 5	Corrélation de Pearson	,215	-,100	,030	,479**	,479**
	Sig. (bilatérale)	,238	,586	,869	,006	,006
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	,071	-,182	,144	,278	,278
	Sig. (bilatérale)	,701	,320	,433	,123	,123
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,250	-,063	,222	,579**	,579**
	Sig. (bilatérale)	,167	,730	,222	,001	,001
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,054	-,076	,363*	,459**	,459**
	Sig. (bilatérale)	,768	,680	,041	,008	,008
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,356*	,127	,334	,252	,252
	Sig. (bilatérale)	,045	,489	,061	,164	,164
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	,178	-,274	,120	,234	,234
	Sig. (bilatérale)	,331	,129	,512	,198	,198
	N	32	32	32	32	32

**Corrélations**

		البند30	البند31	البند32	البند33	البند34
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,609**	,719**	,653**	,449**	,726**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,010	,000
	N	32	32	32	32	32
البند1	Corrélation de Pearson	-,093	,049	-,065	-,214	,136
	Sig. (bilatérale)	,612	,788	,723	,239	,459
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	,097	-,009	-,050	-,250	,013
	Sig. (bilatérale)	,599	,960	,787	,167	,944
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	,110	,157	,124	-,087	,170
	Sig. (bilatérale)	,550	,392	,499	,638	,351
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	,110	-,010	,124	-,087	-,063
	Sig. (bilatérale)	,550	,955	,499	,638	,731
	N	32	32	32	32	32
البند5	Corrélation de Pearson	,308	,568**	,500**	,076	,553**
	Sig. (bilatérale)	,087	,001	,004	,680	,001
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	,187	,266	,211	,273	,356*
	Sig. (bilatérale)	,306	,141	,246	,130	,045
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,467**	,604**	,480**	,167	,644**
	Sig. (bilatérale)	,007	,000	,005	,361	,000
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,346	,392*	,348	,367*	,237
	Sig. (bilatérale)	,053	,027	,051	,039	,191
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,351*	,558**	,559**	,269	,338
	Sig. (bilatérale)	,049	,001	,001	,136	,059
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	,253	,491**	,338	,159	,354*
	Sig. (bilatérale)	,162	,004	,059	,385	,047
	N	32	32	32	32	32

### Corrélations

		البند35	البند36	البند37	البند38	البند39
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,740**	,717**	,717**	,772**	,735**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 1	Corrélation de Pearson	-,062	,262	,262	,164	,286
	Sig. (bilatérale)	,736	,148	,148	,369	,112
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	,144	,180	,180	,268	,069
	Sig. (bilatérale)	,433	,323	,323	,138	,709
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	,163	,361*	,361*	,305	,389*
	Sig. (bilatérale)	,373	,042	,042	,090	,028
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	,073	-,029	-,029	-,020	,000
	Sig. (bilatérale)	,691	,874	,874	,912	1,000
	N	32	32	32	32	32
البند 5	Corrélation de Pearson	,594**	,158	,158	,098	,197
	Sig. (bilatérale)	,000	,387	,387	,593	,281
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	,201	,415*	,415*	,463**	,530**
	Sig. (bilatérale)	,270	,018	,018	,008	,002
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,678**	,520**	,520**	,545**	,417*
	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,002	,001	,018
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,331	,531**	,531**	,508**	,567**
	Sig. (bilatérale)	,064	,002	,002	,003	,001
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,502**	,251	,251	,249	,154
	Sig. (bilatérale)	,003	,165	,165	,169	,399
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	,265	,292	,292	,296	,417*
	Sig. (bilatérale)	,143	,104	,104	,101	,018
	N	32	32	32	32	32

**Corrélations**

		البند40	البند41	البند42	البند43	البند44
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,675**	,439*	,707**	,722**	,626**
	Sig. (bilatérale)	,000	,012	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند1	Corrélation de Pearson	,384*	,059	,457**	,302	,211
	Sig. (bilatérale)	,030	,749	,009	,093	,247
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	,284	,577**	,273	,367*	,524**
	Sig. (bilatérale)	,115	,001	,131	,039	,002
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	,514**	,400*	,636**	,417*	,374*
	Sig. (bilatérale)	,003	,023	,000	,018	,035
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	,227	,528**	,147	,237	,263
	Sig. (bilatérale)	,211	,002	,421	,192	,146
	N	32	32	32	32	32
البند5	Corrélation de Pearson	,220	,144	,244	,248	,175
	Sig. (bilatérale)	,226	,431	,179	,171	,339
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	,631**	,463**	,459**	,710**	,636**
	Sig. (bilatérale)	,000	,008	,008	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,436*	,314	,489**	,555**	,504**
	Sig. (bilatérale)	,013	,080	,005	,001	,003
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,530**	,404*	,664**	,512**	,365*
	Sig. (bilatérale)	,002	,022	,000	,003	,040
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,024	-,095	,292	,112	,082
	Sig. (bilatérale)	,897	,604	,104	,543	,654
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	,359*	,069	,414*	,435*	,415*
	Sig. (bilatérale)	,044	,709	,019	,013	,018
	N	32	32	32	32	32

**Corrélations**

		البند 45	البند 46	البند 47	البند 48	البند 49
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,532**	,654**	,661**	,712**	,710**
	Sig. (bilatérale)	,002	,000	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 1	Corrélation de Pearson	,133	,133	,106	,220	-,038
	Sig. (bilatérale)	,468	,468	,562	,227	,835
	N	32	32	32	32	32
البند 2	Corrélation de Pearson	,084	,207	,415*	,267	,276
	Sig. (bilatérale)	,646	,255	,018	,140	,126
	N	32	32	32	32	32
البند 3	Corrélation de Pearson	,375*	,515**	,472**	,434*	,176
	Sig. (bilatérale)	,034	,003	,006	,013	,334
	N	32	32	32	32	32
البند 4	Corrélation de Pearson	,096	,235	,337	,172	,039
	Sig. (bilatérale)	,601	,194	,059	,347	,833
	N	32	32	32	32	32
البند 5	Corrélation de Pearson	,261	,362*	,316	,275	,448*
	Sig. (bilatérale)	,149	,042	,078	,128	,010
	N	32	32	32	32	32
البند 6	Corrélation de Pearson	,401*	,401*	,459**	,516**	,300
	Sig. (bilatérale)	,023	,023	,008	,003	,095
	N	32	32	32	32	32
البند 7	Corrélation de Pearson	,211	,353*	,498**	,570**	,742**
	Sig. (bilatérale)	,246	,047	,004	,001	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 8	Corrélation de Pearson	,543**	,699**	,491**	,445*	,359*
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,004	,011	,043
	N	32	32	32	32	32
البند 9	Corrélation de Pearson	,259	,467**	,334	,341	,486**
	Sig. (bilatérale)	,152	,007	,062	,056	,005
	N	32	32	32	32	32
البند 10	Corrélation de Pearson	,635**	,635**	,433*	,386*	,276
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,013	,029	,126
	N	32	32	32	32	32

### Corrélations

		البند50	البند51	البند52	البند53	البند54
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,656**	,596**	,821**	,739**	,710**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند 1	Corrélation de Pearson	,063	,043	,202	,033	,057
	Sig. (bilatérale)	,734	,816	,268	,858	,755
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	,077	-,028	,188	,182	,338
	Sig. (bilatérale)	,674	,881	,304	,318	,058
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	,254	,169	,384*	,207	,233
	Sig. (bilatérale)	,161	,355	,030	,255	,200
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	,088	-,132	,128	,207	,157
	Sig. (bilatérale)	,632	,473	,485	,255	,392
	N	32	32	32	32	32
البند 5	Corrélation de Pearson	,644**	,368*	,415*	,506**	,426*
	Sig. (bilatérale)	,000	,038	,018	,003	,015
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	,150	,032	,435*	,418*	,331
	Sig. (bilatérale)	,414	,862	,013	,017	,064
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,629**	,433*	,598**	,608**	,654**
	Sig. (bilatérale)	,000	,013	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,316	,221	,454**	,257	,205
	Sig. (bilatérale)	,078	,223	,009	,156	,261
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,626**	,484**	,549**	,487**	,423*
	Sig. (bilatérale)	,000	,005	,001	,005	,016
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	,510**	,349	,548**	,433*	,305
	Sig. (bilatérale)	,003	,050	,001	,013	,090
	N	32	32	32	32	32

### Corrélations

		البند55	البند56	البند57	البند58	البند59
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,851**	,691**	,856**	,743**	,787**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند1	Corrélation de Pearson	,195	,104	,148	,054	,155
	Sig. (bilatérale)	,285	,572	,419	,771	,398
	N	32	32	32	32	32
البند2	Corrélation de Pearson	,386*	,218	,256	,283	,189
	Sig. (bilatérale)	,029	,230	,157	,116	,300
	N	32	32	32	32	32
البند3	Corrélation de Pearson	,439*	,248	,291	,192	,215
	Sig. (bilatérale)	,012	,172	,106	,294	,238
	N	32	32	32	32	32
البند4	Corrélation de Pearson	,207	,248	,215	,257	,215
	Sig. (bilatérale)	,255	,172	,238	,156	,238
	N	32	32	32	32	32
البند5	Corrélation de Pearson	,617**	,250	,532**	,410*	,445*
	Sig. (bilatérale)	,000	,168	,002	,020	,011
	N	32	32	32	32	32
البند6	Corrélation de Pearson	,418*	,490**	,495**	,437*	,474**
	Sig. (bilatérale)	,017	,004	,004	,012	,006
	N	32	32	32	32	32
البند7	Corrélation de Pearson	,804**	,429*	,711**	,618**	,663**
	Sig. (bilatérale)	,000	,014	,000	,000	,000
	N	32	32	32	32	32
البند8	Corrélation de Pearson	,430*	,264	,409*	,299	,317
	Sig. (bilatérale)	,014	,145	,020	,096	,077
	N	32	32	32	32	32
البند9	Corrélation de Pearson	,602**	,170	,501**	,347	,394*
	Sig. (bilatérale)	,000	,351	,003	,051	,026
	N	32	32	32	32	32
البند10	Corrélation de Pearson	,516**	,238	,551**	,297	,307
	Sig. (bilatérale)	,003	,189	,001	,099	,088
	N	32	32	32	32	32

### Corrélations

		البند60
الرضا عن الرعاية	Corrélation de Pearson	,800**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	32
البند 1	Corrélation de Pearson	,303
	Sig. (bilatérale)	,092
	N	32
البند2	Corrélation de Pearson	,260
	Sig. (bilatérale)	,150
	N	32
البند3	Corrélation de Pearson	,420*
	Sig. (bilatérale)	,017
	N	32
البند4	Corrélation de Pearson	,109
	Sig. (bilatérale)	,553
	N	32
البند 5	Corrélation de Pearson	,511**
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	32
البند6	Corrélation de Pearson	,397*
	Sig. (bilatérale)	,024
	N	32
البند7	Corrélation de Pearson	,694**
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	32
البند8	Corrélation de Pearson	,410*
	Sig. (bilatérale)	,020
	N	32
البند9	Corrélation de Pearson	,555**
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	32
البند10	Corrélation de Pearson	,533**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	32

ملحق رقم (06)  
قيمة ألفا كرونباخ لمقياس جودة الحياة الأسرية

RELIABILITY

```
/VARIABLES=Q71 Q72 Q73 Q74 Q75 Q76 Q77 Q78 Q79 Q80 Q81 Q82 Q83 Q84 Q85 Q86 Q87 Q88 Q89 Q90 Q91 Q92 Q93 Q94 Q95 Q96 Q97 Q98 Q99 Q100 Q101 Q102 Q103 Q104 Q105 Q106  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=ALPHA.
```

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

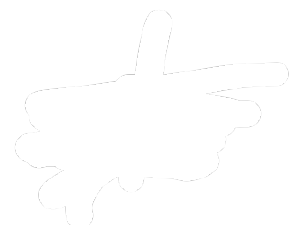
#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclu <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,875	36



RELIABILITY

```
/VARIABLES=Q71 Q72 Q73 Q74 Q75 Q76 Q77 Q78 Q79 Q80 Q81 Q82 Q83 Q84 Q85 Q86 Q87 Q88 Q89 Q90 Q91  
Q92 Q93 Q94 Q95 Q96 Q97 Q98 Q99 Q100 Q101 Q102 Q103 Q104 Q105 Q106  
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL  
/MODEL=SPLIT.
```

## Fiabilité

### Echelle : ALL VARIABLES

#### Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	30	100,0
	Exclu <sup>a</sup>	0	,0
	Total	30	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

#### Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,772
		Nombre d'éléments	18 <sup>a</sup>
	Partie 2	Valeur	,795
		Nombre d'éléments	18 <sup>b</sup>
		Nombre total d'éléments	36
Corrélation entre les sous-échelles			,738
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,849
	Longueur inégale		,849
Coefficient de Guttman			,849

a. Les éléments sont : البند1, البند2, البند3, البند4, البند5, البند6, البند7, البند8, البند9, البند10, البند11, البند12, البند13, البند14, البند15, البند16, البند17, البند18.

b. Les éléments sont : البند19, البند20, البند21, البند22, البند23, البند24, البند25, البند26, البند27, البند28, البند29, البند30, البند31, البند32, البند33, البند34, البند35, البند36.



CORRELATIONS

/VARIABLES=الرعاية جودة  
/PRINT=TWOTAIL NOSIG  
/MISSING=PAIRWISE.

## Corrélations

### Corrélations

		الرعاية الصحية	جودة الحياة الأسرية
الرعاية الصحية	Corrélacion de Pearson	1	,594**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	40	40
جودة الحياة الأسرية	Corrélacion de Pearson	,594**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	40	40

\*\* . La corrélacion est significative au niveau 0,01 (bilatéral).



ملحق رقم (09)  
نتائج spss للفرضيات الجزئية

Corrélations

		جودة الحياة الأسرية	مرافقة الطفل المريض	تسهيل مواصلة النمو	المحافظة على القوى الخاصة للاسرة
جودة الحياة الأسرية	Corrélation de Pearson	1	,671 **	,451 **	,184
	Sig. (bilatérale)		,000	,003	,255
	N	40	40	40	40
مرافقة الطفل المريض	Corrélation de Pearson	,671 **	1	,509 **	,307
	Sig. (bilatérale)	,000		,001	,054
	N	40	40	40	40
تسهيل مواصلة النمو	Corrélation de Pearson	,451 **	,509 **	1	,402 *
	Sig. (bilatérale)	,003	,001		,010
	N	40	40	40	40
المحافظة على القوى الخاصة للاسرة	Corrélation de Pearson	,184	,307	,402 *	1
	Sig. (bilatérale)	,255	,054	,010	
	N	40	40	40	40
التعامل مع القضايا الاسرية	Corrélation de Pearson	,504 **	,504 **	,606 **	,565 **
	Sig. (bilatérale)	,001	,001	,000	,000
	N	40	40	40	40
الحصول على المعلومات	Corrélation de Pearson	,479 **	,520 **	,379 *	,320 *
	Sig. (bilatérale)	,002	,001	,016	,044
	N	40	40	40	40
التفاوض مع اخصائيي الصحة و فريق الطبي	Corrélation de Pearson	,369 *	,561 **	,431 **	,442 **
	Sig. (bilatérale)	,019	,000	,005	,004
	N	40	40	40	40
تفعيل و حشد الموارد المجتمعية	Corrélation de Pearson	,492 **	,674 **	,474 **	,495 **
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,002	,001
	N	40	40	40	40

### Corrélations

		التعامل مع القضايا الاسرية	الحصول على المعلومات	التفاوض مع اخصائيي الصحة و فريق الطبي	تفعيل و حشد الموارد المجتمعية
جودة الحياة الأسرية	Corrélation de Pearson	,504**	,479**	,369*	,492**
	Sig. (bilatérale)	,001	,002	,019	,001
	N	40	40	40	40
مرافقة الطفل المريض	Corrélation de Pearson	,504**	,520**	,561**	,674**
	Sig. (bilatérale)	,001	,001	,000	,000
	N	40	40	40	40
تسهيل مواصلة النمو	Corrélation de Pearson	,606**	,379*	,431**	,474**
	Sig. (bilatérale)	,000	,016	,005	,002
	N	40	40	40	40
المحافظة على القوى الخاصة للأسرة	Corrélation de Pearson	,565**	,320*	,442**	,495**
	Sig. (bilatérale)	,000	,044	,004	,001
	N	40	40	40	40
التعامل مع القضايا الاسرية	Corrélation de Pearson	1	,547**	,505**	,612**
	Sig. (bilatérale)		,000	,001	,000
	N	40	40	40	40
الحصول على المعلومات	Corrélation de Pearson	,547**	1	,662**	,717**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	40	40	40	40
التفاوض مع اخصائيي الصحة و فريق الطبي	Corrélation de Pearson	,505**	,662**	1	,547**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000		,000
	N	40	40	40	40
تفعيل و حشد الموارد المجتمعية	Corrélation de Pearson	,612**	,717**	,547**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	40	40	40	40

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0,05 (bilatéral).