

مشاعر التماسك لدى الطفل المصاب بمرض مزمن في ضوء بعض المتغيرات
ط.د. نزياد بن يحيى أ.د. لحسن بوعبد الله

مشاعر التماسك لدى الطفل المصاب بمرض مزمن في ضوء بعض المتغيرات

Sense of coherence in child with chronic disease in light of some variables

ط.د. بن يحيى نزياد*¹ أ.د. بوعبد الله لحسن²

1- وحدة بحث تنمية الموارد البشرية – جامعة سطيف 2. na.benyahia@univ-setif2.dz

2- وحدة بحث تنمية الموارد البشرية – سطيف 2. doylletres@yahoo.fr

تاريخ الاستلام: 2024/02/10 تاريخ القبول: 2024/09/30

الملخص:

تعد مشاعر التماسك البناء المركزي لنموذج المنشأ الصحي، كمورد نمائي للتعامل الناجح مع ضغوطات المرض المزمن من خلال الاستخدام الملائم لموارد المقاومة المعقدة. لذلك، هدفت الدراسة الحالية الى الكشف عن مستوى مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة، والتعرف على إمكانية وجود فروق في مشاعر التماسك لديهم تعزى لمتغيرات الجنس، السن، المستوى الدراسي، ومدة المرض. وأجريت الدراسة على عينة من 68 طفلا من التلاميذ المصابين بأمراض مزمنة تم اختيارهم بالطريقة القصصية، وجمعت البيانات باستخدام مقياس مشاعر التماسك لانتونفسكي (1987) المكون من (13) بنداً، باعتماد المنهج الوصفي المقارن، وبينت النتائج المتحصل عليها مستوى متوسط لمشاعر التماسك لدى افراد العينة، وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغيرات الجنس، السن، المستوى، الدراسي، ومدة المرض. الكلمات المفتاحية: المنشأ الصحي؛ مشاعر التماسك؛ المرض المزمن؛ موارد المقاومة المعقدة؛ الضغوطات.

* المؤلف المرسل: ط.د/ بن يحيى نزياد

Abstract:

Sense of coherence, a central concept in the salutogenesis model, functions as a developmental resource that supports effective coping with chronic disease stressors by leveraging generalized resistance resources. This study aimed to assess the sense of coherence levels among children with chronic diseases and explore variations based on gender, age, educational level, and treatment duration. The study involved 68 children with chronic diseases, selected through convenience sampling. Data were gathered using Antonovsky's (1987) 13-item Sense of Coherence Scale, employing a comparative descriptive approach. The findings revealed an average level of sense of coherence among the participants, with no statistically significant differences related to gender, age, educational level, and treatment duration.

Key words: Salutogenesis; sense of coherence; chronic disease; generalized resistance resources; stressors.

مقدمة:

تعد التجارب الأولى من الحياة ذات أهمية بالغة في نمو وتطور الطفل الانفعالي، السلوكي، والمعرفي؛ فهي التي يفسر بناء علمها المواقف المختلفة، كما قد تحدّد أساليب المواجهة لديه. إذ يوضح علم نمو الطفولة المبكرة (science of early childhood development)، أن أسس الصحة العقلية السليمة يتم بناؤها في وقت مبكر من الحياة. كما تشير الأبحاث الحديثة، إلى أن التدخل المبكر يمكن أن يكون له تأثيرا إيجابيا على مسار المشكلات الانفعالية أو السلوكية الشائعة، بالإضافة إلى النتائج الصحية للأطفال الذين يعانون الشدائد والاضطرابات، (Idan et.al, 2017, p. 107,108)؛ بمعنى آخر، يمكن القول، بأن مهارات الكفاءة النفسية والاجتماعية لدى الطفل هي التي تحدد التنوع في أساليب مواجهته للتحديات والصعوبات، وطرق تعامله مع المواقف المختلفة خاصة الضاغطة منها.

ومن هذا المنطلق، يشير al Braun- Lewensohn et (2017)، إلى أنه مع تقدم الأطفال في السن، تتوسع ذخيرة المواجهة الخاصة بهم. لذلك، وتماشيا مع التطور الإيجابي لصغار السن، هناك اهتمام متزايد بالأطفال الذين يتوقون لاستكشاف العالم، واكتساب الكفاءة ومواجهة التحديات والصعوبات، وتركز هذه المقاربة على الأنشطة الإنتاجية بدلا من محاولة العلاج والتكفل بالممول سوء التكيفية، حيث تتمثل الأجندة في هذا الصدد في تعزيز إمكانات الطفل، ومن خلال ذلك تقليل احتمالية السلوكيات الخطرة والمدمرة والمضادة للمجتمع (Braun- Lewensohn et al., 2017, p. 123).

يركز المنشأ الصحي (Salutogenic Paradigm) على هذا المنظور، وبالتالي، التركيز على تعزيز النمو والتوافق مع المواقف الضاغطة ومواجهة التحديات لدى الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة (Idan et.al, 2017, p. 109)؛ فعلى النقيض من النموذج المرضي (Pathogenic Paradigm) الذي يركز على أصول المرض والاعتلال (disease/ill-being)، ظهر مفهوم مشاعر التماسك من نموذج المنشأ الصحي (Salutogenesis Model) الذي يركز على أصول الصحة (Luyckx, 2012, p 123)، وهو النموذج الذي طوره عالم الاجتماع الطبي آرون أنتونوفسكي (Aaron Antonovsky, 1923-1994)، والموجهة نحو أسباب الصحة وليس أسباب المرض (Mattila et al., 2011, p. 1590).

يتفق هذا مع توجه علم النفس الإيجابي، كما نوه "صفحي" (2020)، والذي يركز على تحديد المتغيرات النفسية وسمات الشخصية الإيجابية وليس فقط الاختصار على الاضطرابات النفسية والأمراض المزمنة، والتي من شأنها دعم قدرة الفرد على المواجهة الفعالة للمشكلات والتغلب عليها (صفحي، 2020، ص 1405).

من هذا المنطلق، تخلى أنتونفسكي على النموذج المرضي السائد الذي ركز على أصول المرض والسوء، وقدم نموذجه ذا المنشأ الصحي الذي ركز على أصول الصحة والرفاه (Apers et al., 2013, p. 777)، فعلى النقيض من المنشأ المرضي، فإن المنشأ الصحي يركز على مقاربات تعزيز الصحة ويشجع على تعزيز الموارد لدى الأفراد للحفاظ على صحتهم، أو تأخير تقدم المرض. بشكل أكثر تحديدا، يركز إطار المنشأ الصحي على الصحة، الضغط ومواجهة الأشخاص. لاسيما، كيف يتعامل بعض الأشخاص بشكل أفضل في ظل الظروف العصيبة، وكيف تؤثر مواجهتهم الإيجابية على صحتهم بشكل إيجابي (Shorey & Ng, 2021, p. 8).

وفي حين أن النموذج المرضي يطبق تصنيفا ثنائي التفرع للأشخاص إلى إما أصحاء أو مرضى (Dichotomous classification)، فإن نموذج المنشأ الصحي يمثل سلسلة متصلة تتراوح من الصحة الكلية (النهاية المثلى للسلسلة المتصلة أو "Health-ease") إلى اعتلال الصحة الكلي (Total ill) (الطرف المقابل من المتصل أو "Dis-ease") (Apers et al., 2013, p. 777).

تحدد الحركة على المتصل من خلال طريقة الشخص في التعامل مع الضغوطات – كما تؤكد يوسفي (2017) - مدى جودة استغلال الإنسان لموارده في التعامل مع الضغوطات من أجل الحفاظ على الصحة ، ستتعلق بمدى وجود متغيرات وعوامل يطلق عليها موارد الحفاظ على الصحة ، ولفهم الآلية التي من خلالها يظل بعض الأشخاص أصحاء في عالم مليء بالضغوط، وضمن سلسلة أبحاثه اكتشف انتونفسكي سنة (1979) ما أطلق عليه "مشاعر التماسك" وهو سمة مشتركة بين الناس الذين حافظوا على صحتهم في ظل وجود الظروف العصيبة،

وحسبه فإن هذه الخاصية تعتبر موردا داخليا للتمتع بالصحة ومصدرا لنشئها
(يوسفي، 2017، ص ص 58، 59).

يمكن القول اذن، بأن مشاعر التماسك من بين هذه العوامل التي تحدد
الحركة على المتصل الصحة - المرض. إذ يؤكد Matilla (2017)، في هذا السياق،
على أن الشعور القوي بالتماسك، يساعد الفرد على حشد الموارد للتعامل مع
الضغوطات وإدارة التوتر بنجاح؛ من خلال هذه الآلية، تساعد مشاعر التماسك
الفرد على الحركة على المتصل الصحة - المرض (Matilla et al., 2017, p 07).

وتفسيرا لذلك؛ يشير كل من "ليندسترون Lindström" و "اريكسون Eriksson"
(2007)، إلى أن مشاعر التماسك هو مفهوم مهم فيما يتعلق بالصحة والرفاه،
والذي يعمل كمسهل ومحرك للنتائج الصحية المثلى في الظروف والتحديات
الصعبة، كونها توجه تركيز الفرد على موارده وقدراته للحفاظ على صحته، وتحقيق
التأثير الصحي للضغوطات الاجتماعية (Elissa et al., 2020, p. 154).

لذلك، يمكن القول، بأن قدرة الفرد على الحفاظ على صحته أو استقرار حالته
الصحية دون انتكاسه - الحفاظ على تموضع جيد على المتصل - راجع إلى قدرته
على التعامل الفعال أو الناجح مع الضغوطات، وأن هذا النجاح في التعامل مع
الضغوطات يعتمد بشكل أساسي - وفقا لنموذج المنشأ الصحي - على شعور الفرد
بالتماسك.

كان التعريف الذي قدمه انتونفسكي لمفهومه الجديد مشاعر التماسك، في
كتابه: " كشف سر الصحة Unraveling the Mystery of Health " لعام 1987، هو
الآتي:

"مشاعر التماسك عبارة توجه عام يعبر عن المدى الذي يتمتع به الفرد بشعور ملح، دائم ودينامي بالثقة بأن (1) المحفزات المستمدة من البيئات الداخلية والخارجية للفرد في مجرى حياته منظمة ويمكن التنبؤ بها، وقابلة للتفسير؛ (2) الموارد متاحة للفرد لتلبية المتطلبات التي تطرحها هذه المحفزات؛ (3) هذه المتطلبات عبارة عن تحديات جديدة بالاستثمار والالتزام بها".

هذه المكونات الثلاثة تسمى القابلية للفهم، القدرة على الإدارة، والمعنى، ومعا تمكن الأفراد من استخدام استراتيجيات المواجهة التكيفية (Adaptive Coping Strategies) عند مواجهة التحديات الكبيرة، ومن ثم تمثل مشاعر التماسك عاملا وقائيا في الحياة اليومية (Luyckx et al., 2012, p. 123). وهي ما يعرف بالمكونات الثلاث لمشاعر التماسك.

وفقا لنظرية أنتونفسكي للمنشأ الصحي، تتطور مشاعر التماسك خلال الطفولة والمراهقة، ويبدو أنها ثابتة في سن 15 عاما (Mattila et al., 2011, p. 1590)، حيث يؤكد أنتونفسكي (1987)، أن مشاعر التماسك تتطور بشكل رئيسي خلال الطفولة والمراهقة (M-L Mattila, 2011, p. 1590 ; Apers, 2013, p. 777). فهي تتطور خلال هذه المراحل المبكرة من الحياة، عندما يكون لدى الأطفال والمراهقين تجارب حياتية تشمل الاتساق، توازن العبء، واتخاذ القرارات ذات القيمة الاجتماعية. الاتساق consistency ويعني انه أثناء النمو، يكون هناك نظام واضح وهيكلية بدلا من بيئة فوضوية؛ توازن العبء load balance ويعني التوازن بين المتطلبات وموارد الفرد؛ اما اتخاذ القرارات ذات القيمة الاجتماعية، وبمعنى آخر، المشاركة في تشكيل النتائج participation in shaping outcomes (PSO) فتعني درجة الاستقلالية لتقرير المصير (Shorey & Ng, 2021, p. 2). وهي ظروف تنشأ عند

وجود ما اسماه انتونفسكي "موارد المقاومة المعمة"، بحيث عندما تكون هذه الأخيرة كافية تزود الفرد بمجموعات من تجارب الحياة ذات المعنى والتماسكة. فموارد المقاومة المعمة هي بذلك ضرورية لتطوير مشاعر التماسك (Super et al., 2016, p. 872).

بالنظر إلى أهمية دور مشاعر التماسك في تحديد الصحة والتعامل مع الضغوط والتحديات فقد حددت العديد من الدراسات التي أجريت على الأطفال والمراهقين مشاعر التماسك كعامل وقائي نمائي يميز الأطفال ذوي النمو الطبيعي والأطفال ذوي المخاطر العالية. ومن هذا المنطلق، أظهرت الدراسات السابقة أن ضعف مشاعر التماسك هو مؤشر في التنبؤ بالعديد من الاضطرابات النفسية والجسدية لدى صغار السن (Mattila et al., 2011, p. 1591).

كما أظهر مسح للدراسات قام به Braun- Lewensohn وآخرون (2017)، أجري على أطفال ومراهقين تراوحت أعمارهم بين 12 و19 عاما ومن بلدان وثقافات مختلفة، أن مشاعر التماسك يمكن اعتبارها عاملا وقائيا للمراهقين، وخلال فترة المراهقة قد تساهم مشاعر التماسك في تعديل وتوسط التجارب الضاغطة وقد تلعب أيضا دورا وقائيا مشابهها لدور مشاعر التماسك لدى البالغ الناضج (Braun- Lewensohn et al., 2017, p. 134). ولا مناص من القول، أنه قد يرى الأطفال في مختلف الأعمار، الذين يتمتعون بمشاعر عالية بالتماسك بتجاربهم اليومية على أنها مفهومة ويمكن التحكم فيها ولها معنى، وذلك في مراحل مختلفة من الطفولة (Idan et al., 2017, p. 109).

لا مناص من القول، أن النمو مع مرض مزمن يمثل تحديا إضافيا كبيرا، والذي يؤثر على تطور مشاعر التماسك؛ وهذا يعني أن أسس صحة البالغين للأفراد

المصابين باضطرابات مزمنة قد وضعت بالفعل في الأعمار الصغيرة، فقد أكدت مراجعة الأدبيات العلاقة بين مشاعر التماسك والصحة، ارتباط مشاعر التماسك المرتفعة بمؤثرات مختلفة للصحة النفسية والجسدية على مدى العمر Life Span (Apers et al., 2013, p. 777).

من هذا المنطلق يشير Shorey (2021)، إلى أنه وعلى الرغم من انخفاض معدلات وفيات الأطفال والمراهقين المصابين بأمراض مزمنة، حيث نرى ارتفاعاً في متوسط العمر المتوقع (Life expectancies) راجعة إلى التحسينات في التغذية، النظافة، الطب، والتقدم التكنولوجي. فإن إدارة الأمراض المزمنة خلال فترة الطفولة والمراهقة تشكل تحديات للأفراد لأنها فترات منقلبة من النمو السريع وعدم الاستقرار الانفعالي والتغيرات الفسيولوجية المصحوبة بعمليات اجتماعية مهمة (Shorey & Ng , 2021, p. 8). الأمر الذي يقتضي إلى التأكيد على أهمية العوامل النفس-اجتماعية في إدارة الأمراض المزمنة لدى الطفل والمراهق، وبالمقارنة مع الأطفال الأصحاء، فإن الأطفال المصابين بأمراض مزمنة هم أكثر عرضة للإصابة بمشكلات نفسية، معرفية، واجتماعية، فبالإضافة إلى ضغط الأقران، والعلاقات العاطفية، والقضايا المتعلقة بالمدرسة التي يواجهها الأطفال والمراهقون عادة، لابد وأن يواجه الأطفال والمراهقون المصابون بأمراض مزمنة ضغوطات أخرى تتعلق بالصحة العامة والمرض (مرجع سابق، ص 15).

من بين العوامل النفس-اجتماعية المؤثرة على النتائج الصحية (Health Autcomes) بناء مشاعر التماسك بحيث يعمل كعامل وقائي في حالات المرض المزمن، فمن المحددات المهمة المحتملة لكل من الصحة المدركة وجودة الحياة هو مشاعر التماسك (Spers, 2013, p 777)، بحيث يساعد منع الهفوات الحادة للمرض

على الحفاظ على الاعتقاد بأن المواقف التي يواجهها المصاب يمكن التنبؤ بها إلى حد ما ويمكن تفسيرها، وأن لديه الموارد الكافية للتعامل معها، لأن الأمر يستحق مجهودا (Jankowicz et al., 2021, p. 115)، وهي المكونات الثلاثة لمشاعر التماسك. فمن المعروف جيدا أن مستويات مشاعر التماسك العالية تؤثر إيجابا على جودة الحياة بين الأطفال والمراهقين المصابين بأمراض مزمنة من حيث الجوانب الجسدية والانفعالية، الاجتماعية، والمدرسية، وبما أن مشاعر التماسك هي القدرة على تعبئة الموارد المتاحة للتغلب عن الضغوطات، فإن الأطفال والمراهقين الذين يتمتعون بمستويات أعلى من مشاعر التماسك سيكونون أفضل في التكيف مع المرض من خلال استخدام الموارد المتاحة واعتماد استراتيجيات أكثر فعالية للمواجهة (Shorey & Ng, 2021, p. 16).

فقد اكد Apers (2015)، أن الأطفال والمراهقون ذوي الشعور القوي والمستقر قد أظهروا تكيفات مرضية أفضل من أولئك الذين لديهم مستويات مشاعر التماسك أقل أو متناقصة، كما يؤكد Winson (2002)، في نفس الصدد، أن مستوى تماسك الطفل مرتبط إيجابا أيضا بمهارات المواجهة الإيجابية (مؤهلا ومتفائلا) ويرتبط سلبا بمهارات المواجهة السلبية (صعبا ومنسحبا) (مرجع سابق، ص: 8، 11). ويؤكد Shorey وآخرون (2021) أيضا، أنه من خلال اعتماد مقارنة ذات منشأ صحي Salutogenic Approach واستهداف مشاعر التماسك لدى الأطفال والمراهقين المرضى، سيؤدي إلى زيادة مشاركة المريض، استقلاليتته، ومسؤوليته في الحفاظ على صحته (Shorey & Ng , 2021, p. 17). وأكدوا بذلك، على ضرورة تطوير مقامي الرعاية الصحية للأطفال والمراهقين المصابين بأمراض مزمنة، لطرق تزيد من شعورهم بالتماسك، مهارات المواجهة والمرونة أثناء كفاحهم أمام

الضاغطات التخريبية. ومن هذا المنطلق، لابد من التأكيد على دراسة العوامل المعززة لمشاعر التماسك أو ذات التأثير المتبادل، حيث تظهر نتائج الدراسات تعدد هذه العوامل. فقد اخذت عوامل ديمغرافية وسيرية مختلفة اهتمام الباحثين حول تأثيرها على مشاعر التماسك لدى الطفل والمراهق.

تساعد دراسة هذه العوامل المعززة لمشاعر التماسك، في التضمينات المناسبة لهذا البناء باعتباره موردا حاسما يوضح أهمية المنشأ الصحي، وذلك، من خلال الاسترشاد بهذا البناء في تطوير برامج تمكين مستقبلية Futur Empowerment Prog تكون أكثر نوعية وتخصصا، مما يؤدي إلى تطوير الوقاية/ التحصين Prevention لتخطيط مواجهة الضغوط وكذلك برامج تعزز السلوكيات النفس-اجتماعية الإيجابية والسلوكيات الصحية (Braun- Lewensohn et al., 2017, p. 134).

استنادا إلى ما سبق، وفي ضوء ما تم التوصل إليه من نتائج في الدراسات السابقة تؤكد دور مشاعر التماسك في مساعدة الأشخاص سواء الأصحاء أو المرضى المزمنين بما فيهم الأطفال والمراهقين على تعبئة أساليب التوافق والمواجهة أمام ضغوطات الحياة عموما والمرض خصوصا، وأهمية ذلك في الحفاظ على السلوكيات الصحية والصحة.

وفي ظل ندرة الدراسات العربية – على حد علم الباحثين – التي تناولت دراسة مفهوم مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة، بالإضافة إلى إغفال العوامل والخصائص التي تزيد من تعزيز شعورهم بالتماسك، جاءت الدراسة الحالية كمحاولة بحثية للتعرف على أهم الخصائص الشخصية والطبية المعززة لمشاعر التماسك لدى الطفل المصاب بمرض مزمن، والمتمثلة حسب هذه الدراسة في السن، الجنس، المستوى التعليمي، ومدة المرض.

1- سؤال الدراسة:

تحددت مشكلة الدراسة الحالية في التساؤل العام الاتي:
ما مستوى مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة في ضوء
متغيرات الجنس، السن، المستوى التعليمي، ومدة المرض؟

2- فرضيات الدراسة:

للإجابة على تساؤل الدراسة تم طرح الفرضيات التالية:

-الفرضية العامة:

يظهر الأطفال المصابون بأمراض مزمنة مستوى مرتفع من مشاعر التماسك مع
اختلاف في مستواه وفقا للجنس، السن، المستوى التعليمي، ومدة المرض.

- الفرضيات الجزئية:

- يظهر الأطفال المصابون بأمراض مزمنة مستوى مرتفع من مشاعر التماسك.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين
بأمراض مزمنة تعزى لمتغيرات (الجنس، السن، المستوى التعليمي، ومدة المرض).

3- أهمية الدراسة:

جاءت الدراسة الحالية للتأكيد على أهمية دراسة مفهوم مشاعر التماسك لدى
الأطفال المصابين بأمراض مزمنة ، لأنها تحدد مواجهم اللاحقة، ذلك أن إصابتهم
تلازمهم مدى الحياة ، و أهمية قياس ، وتقييم هذا المفهوم في التدخلات النفسية
مع الحالات التي تستدعي تكفل ورعاية نفسية والتي تستهدف تحسين التوافق مع
حالتهم الصحية ومواجهتهم للضاغطات من خلال تعزيز هذا المكون الهام ، وبالتالي
الحفاظ على حالة صحية جيدة او تنميتها ؛ الامر الذي يلفت الانتباه الى أهمية

تضمنين أساليب مناسبة لتعزيز مشاعر التماسك عند بناء برامج التكفل والرعاية
الملائمة للأطفال والمراهقين المصابين بأمراض مزمنة.

4- أهداف الدراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى التعرف على مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين
بأمراض مزمنة، وإمكانية وجود فروق بينهم وفقا للجنس، السن، المستوى التعليمي،
ومدة المرض،

5- مصطلحات الدراسة:

1-5- مشاعر التماسك: عرف أنتونوفسكي مشاعر التماسك في إصداره: الصحة،
الضغط والمواجهة (Health, stress and coping) الصادر سنة 1979، على أنها:
"عبارة عن اتجاه حياتي يعبر عن المقدار الذي يمتلك فيه إنسان ما الشعور الملح
والدائم في الوقت نفسه بالثقة بالتنبؤ بعالم خبراته الداخلية والخارجية وهناك
احتمال مرتفع بأن تتطور الفرص بالشكل المنطقي الذي يمكن أن يتوقعه الإنسان"
(رضوان، 2020، ص 7). لما يسمح بالتعامل الصحي مع الضغوطات.

2-5- المرض المزمن: أحد المشكلات الصحية المزمنة الشائعة لدى الطفل خلال
مرحلة التمدرس التي تؤكد تشخيصها طبيا منذ أكثر من 12 شهرا عن طريق الملف
الصحي المدرسي، والغير قابلة للشفاء التام، وتستلزم العلاج المستمر، وتمثلت في:
السكري، الربو، أمراض القلب، فقر الدم، الصرع، الحساسيات، تأخر النمو، التهاب
المفاصل.

6- منهجية الدراسة وإجراءاتها الميدانية:

1-6- المنهج: اعتمدت الدراسة الحالية المنهج الوصفي المقارن في إجراءاتها
لدراسة الفروق في متوسطات درجات مشاعر التماسك بحسب: الجنس، السن،

مشاعر التماسك لدى الطفل المصاب بمرض مزمن في ضوء بعض المتغيرات
ط.د. نزياد بن يحيى أ.د. لحسن بوعبد الله

المستوى الدراسي، نوع المرض، وعدد الجرعات الدوائية اليومية لدى الأطفال
المصابين بأمراض مزمنة.

2-6-العينة: تكونت عينة الدراسة الحالية من 68 فردا، تم اختيارهم
بالطريقة القصدية بين التلاميذ المصابين بأمراض مزمنة من كلا الجنسين في
المراحل التعليمية الثلاث: الابتدائي، المتوسط، الثانوي، والمتمدرسين في المؤسسات
التربوية التابعة لوحدة الكشف والمتابعة الصحية – بوزوران باتنة – الفصل
الدراسي الثاني للعام الدراسي 2021/2022.

والذين تراوحت أعمارهم الزمنية ما بين (8 - 16) سنة، بمتوسط عمر زمني
قدره (13.29) سنة، وانحراف معياري (2.172)، ويوضح الجدول (1) توزيع عدد
أفراد العينة تبعا للمتغيرات الشخصية (السن، الجنس، المستوى الدراسي)، والطبية
(نوع المرض ومدة المرض).

جدول (1): يبين توزيع افراد العينة وفقا للمتغيرات الشخصية والطبية للدراسة

المتغير	الفئة	التكرار	النسبة المئوية	المجموع الكلي
السن	من 8 إلى 10 سنوات	7	10,3	68
	من 11 إلى 13 سنة	32	47,1	
	من 14 إلى 16 سنة	29	42,6	
الجنس	ذكر	33	48,5	
	انثى	35	51,5	
المستوى الدراسي	ابتدائي	7	10,3	
	متوسط	46	67,6	
	ثانوي	15	22,1	
مدة المرض	اقل من 4 سنوات	22	32,4	
	من 5 إلى 8 سنوات	14	20,6	
	من 9 إلى 12 سنة	21	30,9	
	من 13 إلى 16 سنة	11	16,2	

3-3-الأداة: اعتمد في الدراسة الحالية على مقياس مشاعر التماسك (Sense Of

Coherence) لانتونفسكي (1987) ترجمة يوسفى حدة (2018) النسخة المكونة من

13 فقرة 13-Scale Sense Of Coherence، والذي يرمز له اختصارا SOC-13، يقيس المكونات الثلاثة لمشاعر التماسك: قابلية الفهم، القدرة على الإدارة، والمعنى. وتعتبر أداة موثوقة وصادقة وقابلة للتطبيق عبر الثقافات (Elissa et al. , 2020, p. 155). كما طبقت الأداة على الأطفال والمراهقين في العديد من الدراسات، إذ يؤكد كل من Jankowicz (2021) و Mattila (2011) استخدامها بنجاح بين الأطفال والمراهقين. البدائل المقترحة للإجابة بالنسبة لل فقرات: 1، 2، 3، 5، 6، 8، 9، 10، 12 و 13، تتراوح بين: 1 دائما (Often) و 7 لا أبدا (Very Seldom/ Never) كالآتي:

1: دائما؛ 2: غالبا؛ 3: أحيانا؛ 4: محايد؛ 5: نادرا؛ 6: نادرا جدا؛ 7: لا أبدا.

أما بالنسبة للبنود 4، 7، 11 يتم تقديم إجابات نوعية للاختبار:

- الفقرة 4: من 1 ليست واضحة، إلى 7 واضحة جدا.

- الفقرة 7: من 1 الاستياء والملل، إلى 7 السرور والرضا.

- الفقرة 11: من 1 المبالغة أو التقليل من أهميته، إلى 7 تقييم أهميته

بالطريقة الصحيحة.

تقاس الدرجة الكلية لمشاعر التماسك بجمع الدرجات الموزونة للإجابات على جميع الفقرات، بحيث تمثل 1 أدنى درجة لمشاعر التماسك، و 7 أعلى درجة (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p 308).

بهذا تتفاوت الدرجات من 13 كحد أدنى، إلى 91 كحد أقصى، أما المتوسط

الفرضي للدرجات فهو 52 (يوسفي، 2018، ص 190).

تقاس درجة الوضوح (الفهم) بجمع الدرجات الموزونة لل فقرات: 2، 6، 8، 9 و 11؛ تقاس درجة الإدارة بجمع الدرجات الموزونة لل فقرات: 3، 5، 10، و 13؛ تقاس درجة المعنى بجمع الدرجات الموزونة لل فقرات: 1، 4، 7 و 12 (Bruchon-Schweitzer)

(Boujut, 2014, p 308). وللتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس، تم

الاعتماد على:

1- الاتساق الداخلي للمقياس: تم التحقق من الاتساق الداخلي للمقياس

من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل بند، والدرجة الكلية للبعد الذي

ينتهي إليه. ويوضح الجدول (2) النتائج.

جدول (2): معاملات الارتباط بين درجات كل بند والدرجة الكلية للبعد المنتمي إليه

الأبعاد	البندود	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
البعد الأول: قابلية الفهم	2	,704**	0,01
	6	,740**	
	8	,789**	
	9	,729**	
	11	,552**	
البعد الثاني: القدرة على الإدارة	3	,403**	
	5	,497**	
	10	,609**	
	13	,836**	
البعد الثالث: المعنى	1	,525**	
	4	,622**	
	7	,686**	
	12	,552**	

تشير النتائج الواردة في الجدول (2) الى ان معاملات الارتباط بين درجة كل من

البندود (2،6،8،9،11) والدرجة الكلية للبعد الأول (القابلية للفهم) تراوحت ما

بين (0،55-0،79)، وتراوحت معاملات الارتباط بين درجة كل من البندود (3،5،10،13)

والدرجة الكلية للبعد الثاني (القدرة على الإدارة) ما بين (0،40-0،83)، وتراوحت

معاملات الارتباط بين درجة كل من البندود (1،4،7،12) والدرجة الكلية للبعد الثالث

(المعنى) ما بين (0،52-0،68)، وجميعها دالة عند مستوى (0،01)، وتعني هذه النتائج

ارتفاع الاتساق الداخلي بين البندود وابعادها.

مشاعر التماسك لدى الطفل المصاب بمرض مزمن في ضوء بعض المتغيرات
ط.د. نزياد بن يحيى أ.د. لحسن بوعبد الله

كما تم حساب الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية على المقياس، وقد تم التوصل الى النتائج المبينة في الجدول (3).

جدول (3): معاملات ارتباط درجات كل بعد والدرجة الكلية على المقياس

الأبعاد	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
قابلية الفهم	.883**	0.01
القدرة على الإدارة	.863**	
المعنى	.570**	

تشير النتائج الواردة في جدول (3) الى ان معاملات الارتباط بين درجة كل بعد والدرجة الكلية لمشاعر التماسك تراوحت ما بين (0.57-0.88)، وكلها دالة عند مستوى (0.01)؛ مما يعني ارتفاع الاتساق الداخلي بين الأبعاد ومقياس مشاعر التماسك.

2-الصدق التمييزي: تم تطبيق الصدق التمييزي للمقياس باستخدام المقارنة الطرفية، ونتائج قيمة "ت" لدلالة الفروق بين المجموعتين الدنيا والعليا كما يوضحها الجدول (4).

جدول (4): يبين الصدق التمييزي لمقياس مشاعر التماسك ** الفرق دال عند 0.01

العينه	العينه الدنيا ن = 16		العينه العليا ن = 16		قيمة "ت"
	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	
مشاعر التماسك	2.75	0.49	6.05	0.93	12.60**

يتبين من الجدول (4) ان قيمة "ت" تساوي: 12.60 وهي دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 مما يعني ان المقياس يميز بين مرتفعي ومنخفضي مشاعر التماسك؛ إذن فالمقياس يتمتع بالصدق.

3-التجزئة النصفية ومعامل الفا كرونباخ: لحساب ثبات مقياس مشاعر التماسك تم استخراج معامل الفا كرونباخ، واستخدام طريقة التجزئة النصفية،

مشاعر التماسك لدى الطفل المصاب بمرض مزمن في ضوء بعض المتغيرات
ط.د. نزياد بن يحيى أ.د. لحسن بوعبد الله

بحيث تم تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون ومعادلة جتمان. ويوضح الجدول
(5) النتائج المتحصل عليها.

جدول (5): يبين الثبات بطريقة التجزئة النصفية ومعامل الفا كرونباخ

طريقة التجزئة النصفية			معامل ثبات الفا كرونباخ	عدد البنود
معامل غوتمان Guttman	معامل سبيرمان براون Spearman-Brown	معامل الارتباط		
0.79	0.82	0.69	0.74	13

نلاحظ من خلال الجدول (5) إن قيمة الفا كرونباخ بلغت 0.74. كما ان
معامل الثبات بعد تصحيح الطول هو 0.82، وهي قيم مرتفعة؛ مما يشير الى أن
مقياس مشاعر التماسك يتمتع بالثبات.

4-6 الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة: لتحقيق أهداف

الدراسة، وللإجابة عن تساؤلاتها واختبار فروضها، تم استخدام مجموعة من
الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات، تمثلت في النسب المئوية، المتوسط الحسابي،
الانحراف المعياري، اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، اختبار "ت" لعينة واحدة، اختبار
تحليل التباين الأحادي.

7-عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة:

1-7-الفرضية (1): تنص الفرضية الأولى على الآتي: "يظهر الأطفال المصابون
بأمراض مزمنة مستوى مرتفع من مشاعر التماسك". ولاختبار صحة هذه الفرضية،
تم حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للدرجة الكلية لأفراد العينة على
مقياس مشاعر التماسك، كما تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة للتحقق من
دلالة الفروق بين المتوسط الفرضي للمقياس والمتوسط الحسابي في مشاعر
التماسك، ويوضح الجدول (6) نتائج ذلك.

جدول (6): نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة للفرق بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي

لمشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة

T	مستوى المعنوية	مستوى الدلالة	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية
1.933	0.058	0.05	52	55.94	16.82	67

يتضح من النتائج الواردة في الجدول (6) عدم وجود فروق دالة احصائية بين المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لدرجات افراد عينة الدراسة في الدرجة الكلية لمشاعر التماسك، حيث قدرت قيمة "ت" بين المتوسطين المحسوب والفرضي (1.933) بانحراف معياري قدره 16.82 عند درجة الحرية 67 وهي قيمة غير دالة احصائية عند مستوى الدلالة 0.05؛ وتعني هذه النتيجة ان مستوى مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة جاء متوسطا.

من المعروف انه على الأطفال والمراهقين الذين يعانون من حالة مزمنة التعامل مع تحد إضافي: التحدي النفسي لدمج هوية الفرد كشخص مريض مع ابعاد أخرى لهوية الفرد، من اجل تجربة الحياة والمرض كتحديات تستحق العيش. ففي الواقع قد تنشأ المخاطر وتتحول إلى صعوبات في الإدارة الذاتية عندما تغطي هوية المراهق كشخص مريض على الهويات الأخرى (Aujoulat et al , 2017,p 337). وبذلك، قد يكون اشتراك أفراد العينة الحالية في الهوية المرضية كهوية مركزية، طغت على الأبعاد الأخرى لشخصية الطفل وبالتالي على الخصائص النفس-فسيولوجية لهذه المراحل العمرية وما يترتب عنها من تغييرات معرفية، انفعالية، وسلوكية عبر المراحل العمرية وبين الجنسين.

تشير مركزية المرض إلى المدى الذي تلعب فيه تجربة المرض دورا مركزيا او هامشا في الهوية الذاتية للفرد. وهناك بعض الأدلة على ان مركزية المرض ضارة

بالصحة -والدليل في دراستنا مشاعر متوسطة بالتماسك – والتوافق النفسي- الاجتماعي مع المرض، وتنمية قدرات الرعاية الذاتية. لذا يجب الاعتراف بهذا الاندماج الناجح للهويات المختلفة في الشعور الثابت بالذات كمهمة نمائية يجب على مقدمي الرعاية الصحية دعمها في المرض المزمن للأطفال والمراهقين (مرجع سابق، ص 338).

2-7-الفرضية (2): تنص الفرضية الثانية على انه توجد فروق ذات دلالة احصائية في مشاعر التماسك بين الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تعزى للمتغيرات الجنس، السن، المستوى الدراسي، نوع المرض ومدة المرض.
-اختبار الفروق في مشاعر التماسك تبعا للجنس: للتحقق من هذه الفرضية تم اجراء اختبار "ت" لعينين مستقلتين للفروق في مشاعر التماسك بين الجنسين من افراد العينة، وبعد التأكد من فرضيات الاختبار وشروطه كانت النتائج كالتالي:

جدول (7): نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق في مشاعر التماسك تبعا للجنس

درجات مشاعر التماسك	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	مستوى المعنوية Sig	مستوى الدلالة	درجة الحرية	اتخاذ القرار
الذكور	4.27	1.03	0.26	0.80	0.05	66	غير دال إحصائيا
الإناث	4.35	1.51					

يتضح من بيانات الجدول السابق ان نتيجة اختبار "ت" (0.26) جاءت بقيمة احتمالية (0.80) أكبر من مستوى الدلالة (0.05): وعليه، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك تعزى لمتغير الجنس.

تناقضت نتائج الدراسات فيما يخص الاختلافات بين الجنسين من حيث مستويات مشاعر التماسك، بحيث اظهر الذكور بشكل أساسي درجات اعلى بكثير

من حيث مشاعر التماسك مقارنة بالإناث، مثل دراسة Nio (2010) ودراسة Apers (2013)، كما سجلت الإناث كذلك في دراسة Luyckx (2017) درجات أقل في مشاعر التماسك مقارنة بالذكور، في المقابل، في دراسة Neuner (2011)، ارتبطت الإناث بمستويات أعلى من مشاعر التماسك.

إلا أن نتائج دراسة Schmid & al (2007) نقلا عن محمود ومصطفى (2019) لم تتوصل إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مشاعر التماسك. في دراسة Apers (2015) كذلك، تم التوصل إلى أن أغلبية الذكور ينتمون إلى المجموعات الفرعية المرتفعة المستقرة والمتوسطة المستقرة من مشاعر التماسك، في حين إن أغلبية الإناث ينتمون إلى المجموعات الفرعية المتوسطة والمنخفضة المستقرة. وقد طبقت هذه الدراسة على عينة من المراهقين المصابين بأمراض القلب الخلقية والذين تراوحت أعمارهم بين 14 و18 سنة، وهي فئة عمرية أكبر من الفئة العمرية الغالبة في الدراسة الحالية، وقد يكون لهذا دور في وجود الفروق بين الجنسين، لأنها مرحلة عمرية تشدد فيها التعقيدات النفس-فسيولوجية والنفس-اجتماعية للمراهقة والتي تحدث بدورها الفروق بين الذكور والإناث معرفيا، انفعاليا، سلوكيا مما قد يؤثر على الجوانب الثلاث لمشاعر التماسك؛ مرجع الفروق من حيث الاستراتيجيات.

قد يتلقى افراد عينة الدراسة ذكورا او اناثا موارد مقاومة معمرة بشكل متكافئ؛ فالدعم الاجتماعي كمورد أساسي في نظرية المنشأ الصحي يتلقاه مرضى السرطان، على سبيل المثال، بغض النظر عن جنس المريض او مستواه الدراسي، ذلك، لما تنسم به البيئات الاجتماعية المحلية بتقديم الدعم المعنوي والمادي وتحديد

أدوار الاسرة ومسؤولياتها تجاه المرضى في كل مراحل المرض (زوبية وخرباش، 2023، ص 567-568).

- اختبار الفروق في مشاعر التماسك تبعا للسن: لفحص هذا التساؤل تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA، لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة بالعينة محل الدراسة تبعا لمتغير السن. ويوضح الجدول (9) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

الجدول (9): نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير السن

القيمة الاحتمالية	قيمة "ف"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	مشاعر التماسك لدى أفراد العينة
غير دال احصائيا	0.776	0.255	0.92	من 8 إلى 10 سنوات
		1.24	4.43	من 11 إلى 13 سنة
		1.44	4.20	من 14 إلى 16 سنة

يوضح الجدول (9) نتائج تحليل التباين احادي الاتجاه، حيث جاءت قيمة "ف" 0.255 بقيمة احتمالية 0.776 أكبر من 0.05 غير دالة إحصائية، ومنه نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تبعا لمتغير السن.

أشار انتونفسكي إلى وجود علاقة مباشرة بين مستوى مشاعر التماسك وقدرة الشخص على توظيف الاستراتيجيات المعرفية، العاطفية، والبنائية، والذي يتماشى مع نتائج مراجعة Shorey وزملاؤه حول الارتباط الإيجابي بين الأداء المعرفي ومستويات مشاعر التماسك. إلا أنه كما يشير المؤلفون أن الأداء المعرفي يرتبط عكسيا بالعمر، فقد توصلت المراجعة إلى تمتع الطلاب صغار السن بمستويات مشاعر التماسك الأعلى من طلاب المدارس الثانوية. وقد تم التوصل إلى نتائج مماثلة في دراسة Moksnes & al (2016)، حيث كان لدى الاطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 13 و14 عاما درجة اعلى من مشاعر التماسك من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم

بين 15 و16 عاما، الا انه تجدر الإشارة كما يؤكد Shorey أن النتائج حول تأثير السن على مشاعر التماسك لا تزال متناقضة، وهناك حاجة إلى مزيد من البحث.

- اختبار الفروق في مشاعر التماسك تبعا للمستوى الدراسي: لفحص هذا التساؤل تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA، لاكتشاف الفروق ذات الدلالة الإحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة بالعينة محل الدراسة تبعا لمتغير المستوى الدراسي. ويوضح الجدول (10) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

الجدول (10): نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا للمستوى الدراسي

مشاعر التماسك لدى أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
ابتدائي	4.21	0.92	0.953	0.391	غير دال إحصائيا
متوسط	4.43	1.19			
ثانوي	4.20	1.44			

تبين من الجدول السابق ان قيمة الدلالة الاحتمالية 0.391 أكبر من قيمة 0.05، مما يدل على ان قيمة "ف" 0.953 غير دالة إحصائيا، وبالتالي عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات درجات مشاعر التماسك بين الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تبعا لمتغير المستوى الدراسي.

اختلف الأطفال المرضى في دراسة Apers (2013) فيما يتعلق بالصحة المدركة ومشاعر التماسك حسب مستواهم التعليمي، وتم التوصل إلى أن الأداء المدرسي الأفضل والمشكلات المعرفية الأقل تنبؤات بزيادات نسبية في مشاعر التماسك. كما تم التوصل الى فروق ذات دلالة إحصائية بين الأطفال المرضى الذين لديهم مستوى تعليمي مختلف فيما يتعلق بمشاعر التماسك. لذلك، قد يكون للخبرات في هذه المجالات تأثيرا كبيرا على مشاعر التماسك لدى الطفل.

يمكن تفسير عدم وجود فروق في السن والمستوى التعليمي في الدراسة الحالية، الى ان انتماء الطفل الى المرحلة الدراسية (الابتدائية، المتوسطة، والثانوية) ربما ليست هي التي تحدث الفارق في مستوى مشاعر التماسك بين الأطفال المتدربين، بل مستوى التحصيل الدراسي والأداء المعرفي الأكاديمي الأفضل. كما ويمكن ان يكون لدى افراد العينة تكييفا مع المشكلات الأكاديمية.

- اختبار الفروق في مشاعر التماسك تبعا لمتغير مدة المرض: لفحص هذا التساؤل تم إجراء اختبار التباين الأحادي ANOVA، لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة بالعينة محل الدراسة تبعا لمتغير مدة المرض. ويوضح الجدول (12) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

الجدول (12): نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمدة المرض

مشاعر التماسك لدى أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ف"	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
أقل من 4 سنوات	4.03	1.31	0.618	0.606	غير دال احصائيا
من 5 إلى 8 سنوات	4.26	0.97			
من 9 إلى 12 سنة	4.52	1.19			
أكثر من 13 سنة	4.51	1.78			

يوضح الجدول (12) نتائج تحليل التباين احادي الاتجاه، حيث جاءت قيمة "ف" 0.618 بقيمة احتمالية 0.606 أكبر من 0.05 غير دالة إحصائية، ومنه نستنتج انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تبعا لمتغير مدة المرض.

وجدت نتائج دراسة Jankowicz (2021)، إن مشاعر التماسك بشكل عام لم يختلف في المجموعات المدروسة السريرية والضابطة. وحسب تفسير المؤلف، فان مشاعر التماسك هو متغير حسب نوع المرض وانعكاساته. وفقا لـ Rynkiew

(2014)، اذا كان المرض لا يهدد حياة الإنسان وصحته بشكل مباشر ، يلاحظ انخفاض طفيف وغير ملحوظ في مشاعر التماسك . فمن خلال الرعاية الذاتية المناسبة والتحكم الممنهج يصبح المرض المزمن مرضا يمكن التحكم فيه. يقول المؤلف: "الحقيقة انه في دراستنا، ظل مؤشر مشاعر التماسك في المجموعة السريرية ضمن حدود المعايير التي حددها انتونوفسكي. ويرجع هذا لسببين، أولا: استخدام آليات الدفاع، خاصة في المراحل الأولى من المرض. الثانية: من التكيف الناجح مع المرض، من الممكن أن يكون هؤلاء المراهقون قد تكيفوا بالفعل مع المرض بنجاح" (Jankowicz, 2021, p 115).

لذلك، يمكن تفسير عدم وجود الفروق في الدراسة الحالية بين الأطفال المصابين بأمراض مزمنة وفقا لكل من الجنس والسن والمستوى التعليمي وحتى مدة المرض بكون الامراض المزمنة المصابين بها لا تشكل تهديدا مباشرا على حياتهم، كما أن معظم الأطفال في العينة الحالية لهم تاريخ طويل مع المرض المزمن بمتوسط مدة علاج قدرت بحوالي سبع سنوات؛ مما قد ساعدهم على التكيف. يؤكد Jankowicz (2021)، انه كلما طالت مدة المرض، ارتفع مستوى التقبل والتكيف للتعايش معه، مما يمكن أن يخفف من حدوث أعراض الاكتئاب والتغيرات الانفعالية والسلوكية المحتملة.

خاتمة:

جاءت الدراسة للكشف عن مشاعر التماسك لدى الطفل المصاب بمرض مزمن. وفي ضوء ندرة النتائج المنشورة حول مشاعر التماسك لدى الأطفال والمراهقين سواء في مجموعات الاصحاء او المرضى، فان هذه الدراسة توسع المعرفة الحالية. وقد كشفت نتائجها عن الاتي:

- يظهر الأطفال المصابين بأمراض مزمنة مستوى متوسط من مشاعر التماسك.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تعزى لمتغير الجنس.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تعزى لمتغير السن.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تعزى لمتغير المستوى التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مشاعر التماسك لدى الأطفال المصابين بأمراض مزمنة تعزى لمتغير مدة المرض.

المراجع:

1. حدة يوسفى (2017)، "الشعور بالتماسك كمورد صحي للوقاية من الضغوط النفسية"، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 5 (1)، 71-53.
2. حدة يوسفى (2018)، "مشاعر التماسك النفسي كمفهوم وجداني جديد: قياس المفهوم"، مجلة تنمية الموارد البشرية، 13 (2)، 193-173.
3. رضوان سامر جميل، "كيف يظل الإنسان سليماً"، (2020).
<http://www.geocities.ws/psychoarab/046.html>
4. سارة زوبية وهدي خرباش (2023)، "دراسة المساندة الاجتماعية وإدارة الألم لدى عينة من مرضى سرطان الدم"، مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية، 18 (01)، 570-552.
5. محمد بن يحيى صفحي (2020)، "الإسهام النفسي للمساندة الاجتماعية المدركة في التنبؤ بالشعور بالتماسك في المواقف الضاغطة لدى المراقين المكفوفين"، مجلة العلوم التربوية والنفسية، 13(4)، 1431-1403.
6. Apers, S., Luyckx, K., Rassart, J., Goossens, E., Budts, W., & Moons, P. (2013). Sense of coherence is a predictor of perceived health in adolescents with congenital heart disease: A cross-lagged prospective study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(6), 776-785.

7. Apers, S., Kovacs, A. H., Luyckx, K., Alday, L., Berghammer, M., Budts, W., ... & Moons, P. (2015). Assessment of patterns of patient-reported outcomes in adults with congenital heart disease—international study (APPROACH-IS): rationale, design, and methods. *International journal of cardiology*, 179, 334-342.
8. Aujoulat, I., Mustin, L., Martin, F., Pélécand, J., & Robinson, J. (2017). The application of Salutogenesis to health development in youth with chronic conditions. *The handbook of salutogenesis*, 337-344.
9. Braun-Lewensohn, O., Idan, O., Lindström, B., & Margalit, M. (2017). Salutogenesis: Sense of coherence in adolescence. *The handbook of salutogenesis*, 123-136.
10. Elissa, K., Bratt, E. L., Axelsson, Å. B., Khatib, S., & Sparud-Lundin, C. (2020). Self-perceived health status and sense of coherence in children with type 1 diabetes in the West Bank, Palestine. *Journal of Transcultural Nursing*, 31(2), 153-161.
11. Idan, O., Eriksson, M., & Al-Yagon, M. (2017). The salutogenic model: the role of generalized resistance resources. *The handbook of salutogenesis*, 57-69.
12. Jankowicz, S., Puchalska-Wasył, M., & Lysiak, M. (2021). Sense of Coherence, Locus of Control and Depression Symptoms in Adolescents with Type 1 Diabetes. *Annals of Psychology*, 24(2), 105-122.
13. Luyckx, K., Missotten, L., Goossens, E., Moons, P., & i-Detach Investigators. (2012). Individual and contextual determinants of quality of life in adolescents with congenital heart disease. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 122-128.
14. Mattila, M. L., Rautava, P., Honkinen, P. L., Ojanlatva, A., Jaakkola, S., Aromaa, M., ... & Sillanpää, M. (2011). Sense of coherence and health behaviour in adolescence. *Acta paediatrica*, 100(12), 1590-1595.
15. Mittelmark, M. B., & Bauer, G. F. (2017). The meanings of salutogenesis. *The handbook of salutogenesis*, 7-13.
16. Moksnes, U. K., Lohre, A., Lillefjell, M., Byrne, D. G., & Haugan, G. (2016). The association between school stress, life satisfaction and depressive symptoms in adolescents: Life satisfaction as a potential mediator. *Social Indicators Research*, 125(1), 339-357.
17. Nio, K. (2010). Sense of coherence in adolescents with congenital cardiac disease. *Cardiology in the Young*, 20(5), 538-546.

18. Shorey, S., & Ng, E. D. (2021). Use of salutogenic approach among children and adolescents with chronic illnesses: a scoping review. *Journal of Pediatric Nursing*, 56, e7-e18.
19. Super, S., Wagemakers, M. A. E., Picavet, H. S. J., Verkooijen, K. T., & Koelen, M. A. (2016). Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. *Health promotion international*, 31(4), 869-878.
20. Wang, Q., Hay, M., Clarke, D., & Menahem, S. (2014). Associations between knowledge of disease, depression and anxiety, social support, sense of coherence and optimism with health-related quality of life in an ambulatory sample of adolescents with heart disease. *Cardiology in the Young*, 24(1), 126-133.