



جامعة البليدة 2 - لونيبي علي-

كلية: العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم: علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا

شعبة علم النفس



معنى الحياة المدرك وعلاقته بكل من مستويي التدين وجودة
الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة
-دراسة مقارنة بين مرضي السرطان والقلب-

تخصص: علم النفس الصحي

إشراف:

أ. د الزروق فاطمة الزهراء

إعداد الطالب:

خزماطي امحمد

السنة الجامعية: 2024/2023

الإهداء

إلى كلّ ذرة في هذا الكون الفسيح أو أقلّ من ذلك... إلى كلّ لحظة مرّت عبر الزمان أو لم تمرّ بعد كذلك...

إلى كلّ ما خلق الله العليّ العظيم... إلى كلّ متفكّر، ومسبّح، وذاكر وساجد...

إلى كلّ من بحث عن المعنى، وسار في درب البحث، سواء وصل أم لم يصل.

إليك أبي العزيز: يا من رسم حروفي وأصواتها ...

إليك أمي الحبيبة: يا جماع الحروف، ومعنى الكلمات، وروح الكلام ونغمه، يا نبع الحنان.. وبهجة العيان..
وروح الجنان.

إليكما والدي العزيزان... أبقاكما الله.

إلى روح جدتي لون مداد حياتي، وقرطاس ذكرياتي... رحمها الله.

إليك زوجتي الصابرة: شجرة بستانتي، وسند ظهري وسكن روحي... حفظك الله.

إليكم أبنائي قرّة عيني: ثمار الشجرة... هشام وكوثر... صفوان وزهرة... بارككم الله.

إلى إخواني وأخواتي وجميع فروع عائلتي... إلى كلّ زملائي وأصدقائي وأحبّائي...

أهدي هذا العمل، سائلا من المولى القبول، آملا إلى معرفته الوصول، ونيل رضوانه يوم المثول.

محبكم: امحمد عمر خزماطي

الشكر والتقدير

أستاذتي الفاضلة الدكتورة : الزروق فاطمة الزهراء

بكل اللغات والمعاني... بكل التراكيب والمباني... بكل العبارات والعبرات... بكل الألفاظ والكلمات.

بكل جميل ولطيف... وبكل رقيق وعفيف... بكل ما قد يقال وما لا يقال... بكل صدق وجمال وكمال...

أرفع إلى مقامك الرفيع:

أسمى عبارات الشكر والثناء والتقدير لكل ما قدّمته... وفي الوقت ذاته لما بدر مني من تقصير وتأخير،
أتقدم بشديد الاعتذار فأرجو أن تقبله... فشكرا لك سيّدي عن كل كلام منك سمعته... عن كل وقت في
مجلسك قضيته... عن كل علم من معينك ارتويته... عن كل توجيه في حياتي تبنيته، وعن... وعن... وعن
كل ما أثر في حياتي وكان لك الفضل فيه بعد الله وما استطعت أن أحصيه.

إليك أستاذتي الكريمة، ومن خالك إلى كل أستاذ ومعلم... ومرب ومرشد وموجه... إليكم جميعا يا من
رفع راية العلم، وحملت أمانة الرسل والأنبياء، وجعلتم لحياتنا معنى، ولعيشنا مغزى، أقدم أسمى عبارات
الشكر والثناء، سائلا الله العليّ القدير، أن يرفع قدركم، ويعزّ شأنكم، ويجعل الفردوس الأعلى مستقرّكم
ومثواكم.

كما أقدم شكري الكبير ودعائي الخالص لكل من ساندني، ومن شجعني ومن مدّ لي يد العون لإتمام هذا
العمل، من أساتذة وزملاء وأصدقاء، فجزاهم الله عني أفضل الجزاء، وأسبغ عليهم نعمه وآلاءه
ورضوانه.

كما أتقدم بالشكر الجزيل للأساتذة الأفاضل الذين وافقوا على مناقشة هذه الأطروحة، وجميع أساتذة
القسم الذين قدموا لنا عصارة علمهم وفكرهم وتجاربهم طيلة مشوار دراستنا، فجزاهم الله عنا خير
الجزاء.

محبيكم: امحمد عمر خزماطي

المخلص:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة المدرك وكل من مستويي التدين وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، بالمقارنة بين مرضى السرطان والقلب، وقد تمّ ذلك على عينة عرضية من الجنسين متكونة من (347) مريضا منهم (137) ذكرا و(210) أنثى، تراوحت أعمارهم بين (25 و 84) سنة، كما اشتملت العينة على (164) مريضا بالسرطان و(183) مصابا بأحد أمراض القلب، وقد تمت الدراسة على مستوى مركز مكافحة السرطان ومصلحة أمراض القلب والأوعية الدموية بمستشفى فرانتز فانون بالبليدة، وأيضا على مستوى عيادة أمراض القلب وكذا مستشفى شريفي محمد بالقرارة ولاية غرداية، وحاول الباحث من خلال هذه الدراسة الإجابة على التساؤلات التالية: ما مستوى معنى الحياة المدرك، ومستوى التدين، ومستوى جودة الحياة لدى المصابين من العينتين (السرطان والقلب)؟ وهل هناك علاقة ارتباطية بين كل من مستوى معنى الحياة المدرك ومستوى التدين، ومستوى معنى الحياة المدرك ومستوى جودة الحياة، ومستوى التدين ومستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة المصابين بالسرطان وأفراد عينة المصابين بأمراض القلب؟ كما حاول الباحث من خلال الدراسة أيضا معرفة دلالة الفروق في معنى الحياة المدرك، والتدين، وجودة الحياة بين عینتي مرضى السرطان والقلب، وأيضا عن معرفة دلالة الفروق في معنى الحياة وفقا لمتغيرات: مستوى التعليم، والحالة الاجتماعية والجنس لدى عينة الدراسة الكلية.

وقد تمت صياغة الفرضيات وفقا لهذه التساؤلات. واتبع الباحث المنهج الوصفي المقارن لتناسبه مع طبيعة الدراسة الحالية، كما تكونت أدوات الدراسة من مقياس معنى الحياة الذي أعده هارون توفيق الرشيدى وقننه على البيئة الجزائرية بشير معمرية، كما استعمل الباحث مقياس السلوك الديني الذي أعده بشير معمرية، ومقياس جودة الحياة المختصر الذي أعدته منظمة الصحة العالمية وترجمه وعدّله وقننه عبد المجيد المضحى، ولمعالجة البيانات إحصائيا فقد استخدم الباحث برنامج (SPSS) نسخة (22)، وقد تم الاعتماد على المؤشرات الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، التكرارات، النسب المئوية، معامل الارتباط بيرسون، إختبار ت "Ttest" لدلالة الفروق لعينة واحدة ولعينتين، معامل تحليل التباين الأحادي "ANOVA"، معامل بيرسون (r_{pr})، معامل ألفا كرومباخ، إختبار كاف مربع لحسن المطابقة (Chi-Square Test)، وكشفت النتائج على ما يلي:

- لدى المصابين بأمراض السرطان وكذا أمراض القلب من أفراد العينة مستوى مرتفعا في معنى الحياة المدرك، ومستوى متوسطا في كل من التدين وجودة الحياة.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين كل من مستوى معنى الحياة المدرك ومستوى التدين. وكذا مستوى معنى الحياة المدرك ومستوى جودة الحياة، وأيضا بين مستوى التدين ومستوى جودة الحياة لدى عینتي مرضى السرطان والقلب.
- عدم وجود فروق في مستوى معنى الحياة المدرك، وفي مستوى التدين وكذا مستوى جودة الحياة بين مرضى السرطان ومرضی القلب من أفراد العينة.

- عدم وجود فروق في مستوى معنى الحياة تعزى لمستوى التعليم والجنس لدى أفراد العينة الكلية، بينما وجدت فروق في مستوى معنى الحياة تعزى للحالة الاجتماعية لدى مرضى القلب وعدم وجودها لدى أفراد عينة مرضى السرطان.
- الكلمات المفتاحية:** معنى الحياة، التدخين، جودة الحياة، النموذج التفسيري، الخريطة الإدراكية.

Abstract :

The study aims at revealing the relationship between the perceived meaning of life and both levels of religiosity and quality of life among people with chronic diseases, compared to cancer and heart disease. This was done on a cross-sectional sample of both sexes consisting of (347) patients, including (137) males and (210) females aged between (25 and 84) years old, and the sample included (164) cancer patients and (183) people with a heart disease. The study was conducted at the Cancer Control Center and the Cardiovascular Diseases Department at Frantz Fanon Hospital of Blida, as well as at the level of the cardiology clinic and Cherifi Mohamed Hospital in Guerrara city, Ghardaia Province. Through this study, the researcher tried to answer the following questions: What is the level of perceived meaning of life, the level of religiosity, and the level of quality of life among those affected by the two samples (cancer and heart)? Is there a correlation between the level of perceived meaning of life and the level of religiosity, the level of perceived meaning of life and the level of quality of life, the level of religiosity and the level of quality of life among the sample of patients suffering from cancer and the sample of patients suffering from heart disease? Through the study, the researcher also tried to find out the significance of the differences in the perceived meaning of life, religiosity, and quality of life between the two samples of cancer and heart patients, and also to find out the significance of the differences in the meaning of life according to variables such as: education level, marital status, and gender among the total study sample. Hypotheses were formulated according to these questions. The researcher followed the comparative descriptive approach to suit the nature of the current study. The study tools also consisted of the meaning of life scale prepared by Haroun Toufik Rachidi and was standardized according to the Algerian environment by Bachir Maamria. The researcher also used the religious behavior scale prepared by Bachir Maamria, and the brief quality of life scale prepared by the World Health Organization and translated, modified, and legalized by Abdul Majeed Al-Mudhahi. In order to process the data statistically, the researcher used the SPSS program, version (22), and the following statistical indicators were relied upon: The arithmetic mean, standard deviation, Pearson correlation coefficient, "T-test" for the significance of differences, and the one-way analysis of variance (ANOVA). The results revealed the following:

- The sample members who suffer from cancer and heart disease have a high level of perceived meaning of life, and a moderate level of both religiosity and quality of life.
- There is a statistically significant correlation between the level of perceived meaning of life and the level of religiosity. As well as the level of perceived meaning of life and quality of life, and also between the level of religiosity and quality of life among the two samples of cancer and heart patients.
- There are no differences in the perceived meaning of life, religiosity, and quality of life between cancer patients and heart patients among the sample members.

- There are no differences in the meaning of life due to the level of education and gender among members of the total sample, while there were differences in the meaning of life due to marital status among heart patients and their lack of presence among the members of the sample of cancer patients.

key words: Meaning of life, religiosity, quality of life, interpretive model, dramatic map

فهرس المحتويات

المخلص.....	Error! Bookmark not defined.
:Abstract.....	Error! Bookmark not defined.
المقدمة.....	19
مقدمة 20	
1 الإشكالية.....	31
2 الفرضيات.....	40
3 أهمية الدراسة.....	41
1.3 أهمية نظرية.....	41
2.3 أهمية تطبيقية.....	42
4 أهداف الدراسة.....	43
5 تحديد مصطلحات الدراسة.....	44
1.5 معنى الحياة المدرك.....	44
2.5 التدنين.....	44
3.5 جودة الحياة.....	45
4.5 المرض المزمن.....	45
5.5 مرض السرطان.....	45
6.5 مرض القلب 46	
6 الدراسات السابقة.....	46
1.6 الدراسات التي تناولت معنى الحياة.....	46
2.6 الدراسات التي تناولت التدنين.....	58
3.6 الدراسات التي تناولت مفهوم جودة الحياة.....	68
7 التعقيب على الدراسات السابقة.....	79
1 نشأة مفهوم معنى الحياة.....	84
2 تشكيل معنى الحياة.....	86
3 المهام الرئيسية المشكلة للمعنى.....	87
1.3 الظرف الاضطرابي الأول 87	
2.3 الظرف الاضطرابي الثاني 87	
3.3 أما الظرف الاضطرابي الثالث 87	
4 الخلفية النظرية لمعنى الحياة.....	88
5 تحقيق معنى الحياة.....	89
1.5 تحقيق المعنى لدى فرانكل (Frankl.V).....	89
2.5 تحقيق المعنى لدى ماسلو (A. Maslow).....	91
3.5 تحقيق معنى الحياة لدى يالوم (I. Yalom).....	92
4.5 تحقيق معنى الحياة لدى فان دورزان سميث (Van Deurzen-Smith).....	93

6	مكونات معنى الحياة.....	95
7	أبعاد معنى الحياة.....	95
8	قياس معنى الحياة.....	98
1.8	مقياس المعنى في الحياة لـ: كرومبو وماهولك (1964) 99	
2.8	مقياس معنى الحياة لحافظ (2006) 99	
3.8	مقياس معنى الحياة لمرحلي المراهقة والرشد المبكر.....	99
4.8	مقياس معنى الحياة للأبيض (2010).....	100
9	مفهوم معنى الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.....	100
10	العلاج النفسي بالمعنى.....	102
1.10	أبعاد الشخص في العلاج بالمعنى.....	103
2.10	الالتزام بالمسؤولية في العلاج بالمعنى (Responsibleness).....	104
11	فنيات العلاج بالمعنى.....	104
1.11	فنية الجذب.....	104
2.11	الحوار السقراطي.....	105
3.11	فنية التحليل بالمعنى.....	105
4.11	فنية المقصد المتناقض ظاهرياً.....	107
5.11	فنية إيقاف الإعان الفكري 108	
12	مقاربة بين نظرية المعنى والاسلام.....	108
13	تشكل المعنى لدى الانسان في ظل الاسلام.....	113
	خلاصة الفصل.....	117
	تمهيد 119	
1	مفهوم الدين.....	119
1.1	الدين لغة:.....	122
2.1	الدين اصطلاحاً.....	123
3.1	الدين لغة.....	124
4.1	الدين اصطلاحاً.....	124
2	التناولات العلمية والنظرية المختلفة لموضوع الدين والدين.....	125
1.2	تناول علم النفس.....	126
2.2	تناول علم الاجتماع.....	128
3.2	تناول علم التاريخ.....	129
4.2	تناول علم الفلسفة.....	129
3	الدين في القرآن الكريم.....	129
1.3	المعنى العام (الدين العام).....	130
2.3	المعنى الخاص (الشريعة المحمدية).....	130
4	الدين الإسلامي.....	131
5	الفطرة الدينية.....	132

133	6	خصائص الدين الاسلامي.....
133	1.6	الربانية.....
133	2.6	الكمال.....
133	3.6	الشمول.....
	4.6	التوازن والاعتدال134
134	5.6	القيومية.....
134	6.6	الحفظ والثبات والاستمرارية.....
135	7.6	الاعجاز التشريعي.....
135	8.6	الواقعية والايجابية.....
136	9.6	التيسير والرفق.....
136	10.6	الحرية.....
137	11.6	العالمية.....
137	7	خصائص التدين.....
138	8	الفرق بين الدين والتدين.....
139	9	أبعاد التدين.....
140	1.9	البعد الجسمي.....
140	2.9	البعد النفسي.....
140	3.9	البعد الاجتماعي.....
140	4.9	البعد الروحي.....
141	10	أنواع التدين.....
141	1.10	تصنيف ألبورت وروس (Allport and Ross).....
141	2.10	تصنيف شلتوت (1980).....
142	3.10	تصنيف حضري (2011).....
143	4.10	أهم خصائص التدين الجوهري أو الصادق من خلال آيات القرآن الكريم.....
144	11	العوامل المؤثرة في التدين.....
145	1.11	العوامل الذاتية.....
146	2.11	العوامل الخارجية.....
149	12	أمراض التدين.....
149	1.12	الوصاية والابتئاس.....
149	2.12	التفرق في الدين.....
149	3.12	التنبؤية الكاذبة.....
150	4.12	الوثوقية والتعصب.....
150	5.12	اختزال الدين وتضخيم التدين.....
150	6.12	تقزيم روح التدين.....
150	7.12	ضعف الإيمان.....
151	8.12	المتاجرة بالدين.....

151	9.12 إضفاء الصّفة الدينيّة على الفلسفة والآراء
151	10.12 التحريف والتبديل
151	11.12 الجهل بالدين
151	12.12 اتباع الشهوات والغرائز
152	13.12 تمزيق الدين
152	14.12 الإلحاد والعلمانية
152	13 مقومات التدين
153	1.13 أخذ الدين جملة
153	2.13 تعظيم الله تعالى واستشعار مراقبته
154	3.13 الورع والتقوى
155	4.13 التخلي بمكارم الأخلاق وترسيخ القيم
155	5.13 طلب العلم والمعرفة
156	6.13 المعاملات والعلاقات
157	7.13 الإيجابية والنفعية
158	14 مستويات التدين
158	1.14 مستوى الشعور
158	2.14 مستوى الاعتقاد
158	3.14 مستوى الممارسة
158	15 قياس التدين
159	1.15 مقياس التدين للصنيع (2007)
160	2.15 مقياس الوعي الديني
160	3.15 استبيان التدين لسعيدة محمد أبو سوسو (1989)
160	4.15 استبيان التدين لنادية سراج جان (2008)
161	5.15 استبيان السلوك الديني
161	16 أثر التدين على الأمراض المزمنة
165	خلاصة الفصل

تمهيد. Error! Bookmark not defined.

167	1 نشأة المفهوم
169	2 مشكلة الترجمة
171	3 الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة
171	1.3 الاتجاه الفلسفي
171	2.3 الاتجاه الاجتماعي
172	3.3 الاتجاه الطبي
173	4.3 الاتجاه النفسي
176	5.3 علم النفس الاجتماعي
177	4 جودة الحياة النفسية

5	المفاهيم المتصلة بجودة الحياة.....	177
1.5	السعادة.....	178
2.5	الرضا عن الحياة.....	178
3.5	الصحة النفسية.....	179
4.5	التوافق الشخصي والاجتماعي.....	180
5.5	الاتزان الانفعالي.....	180
6.5	المرونة النفسية.....	180
7.5	الارتياح النفسي الشخصي.....	181
6	نماذج نظرية مفسرة لجودة الحياة.....	181
1.6	نموذج بوبولز والمتعاونين معها.....	181
2.6	نموذج أبي وأندروز (AbbeyandAndrews1985).....	182
3.6	النموذج التكاملي لأندرسون (Anderson).....	183
4.6	نموذج كارييج وجاكسون (Jackson & Craig, 2010).....	184
5.6	نموذج أبو سريع وزملانه.....	185
6.6	نموذج ستال وأونس (Steel & Ones, 2002).....	186
7.6	نموذج فيلسي وبيري (Felce & Perry).....	187
8.6	نموذج فينتيجودت وآخرون (2003).....	187
7	أبعاد جودة الحياة.....	188
1.7	حسب موسوعة علم النفس.....	188
2.7	حسب الزروق (2015).....	189
3.7	حسب شالوك.....	190
8	مؤشرات جودة الحياة.....	191
9	مفهوم الحياة وجودتها في الرؤية الإسلامية.....	192
1.9	البعد الموضوعي لجودة الحياة وعلاقته ببعد الربانية.....	195
2.9	البعد الذاتي وعلاقته ببعد الربانية.....	197
10	قياس جودة الحياة.....	200
1.10	مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL).....	202
2.10	مقياس منسي وكاظم (2010).....	203
3.10	ملح الصحة لنوتينغهام (NHP) (NottinghamHealthProfile).....	203
	خلاصة الفصل.....	204

تمهيد. Error! Bookmark not defined.

1	تعريف المرض المزمن.....	206
2	خصائص الأمراض المزمنة.....	207
3	انتشار الأمراض المزمنة في الجزائر.....	208
4	المشكلات النفسية والاجتماعية الناجمة عن الامراض المزمنة.....	210
1.4	المشكلات النفسية للمريض المزمن.....	210

214	2.4	المشكلات الاجتماعية للمريض المزمن
216	5	أنواع الأمراض المزمنة
217		أولا أمراض القلب
217	1	الجهاز القلبي الوعائي
217	2	اضطرابات الجهاز القلبي الوعائي
219	3	أهم الأمراض القلبية
219	1.3	أمراض القلب التاجية
220	2.3	اعتلالات عضلة القلب
220	3.3	اضطراب نظم القلب
222	4.3	ارتفاع ضغط الدم
224	4	عوامل الخطر المسببة لأمراض القلب
	1.4	العامل الوراثي 224
	2.4	العامل البيئي 225
	3.4	عامل البدانة 225
	4.4	العوامل الشخصية (العمر والجنس) 225
227	5	الوقاية
228	6	الأعراض الشائعة للأمراض القلبية الوعائية
229	7	أمراض الأوعية الدموية الدورية والقلب ذات المنشأ النفسي
230	8	علاج أمراض القلب
230	1.8	العلاج الدوائي
230	2.8	العلاج الجراحي
231	3.8	العلاج النفسي
234		ثانيا السرطان
234	1	ماهية السرطان
235	2	نبذة تاريخية عن المرض
236	3	كيف يتكون السرطان
237	4	السمات المميزة للخلية السرطانية
239	5	مراحل تطور السرطان (نموذج سرطان المعدة)
241	6	حجم مشكلة السرطان
242	7	أهم أنواع السرطان
243	1.7	سرطان الثدي
	2.7	سرطان الرئة 244
244	3.7	سرطان الدم
	4.7	سرطان الكبد 245
247	5.7	سرطان القولون والمستقيم
248	6.7	سرطان البروستاتا

8	عوامل الخطر	249
9	علاج السرطان	250
1.9	العلاج الجراحي (Surgery)	251
2.9	العلاج بالأشعة	251
3.9	العلاج الكيماوي	251
4.9	العلاج بتنشيط جهاز المناعة	252
5.9	العلاج الهرموني	252
6.9	العلاج الموجّه	252
7.9	العلاج النفسي	252
10	الوقاية	253
1.10	سلوكيات الإدمان والتخلي	253
2.10	سلوكيات الإقبال والتخلي	253
11	الاستراتيجية الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في الجزائر	254
	خلاصة الفصل	256
	تمهيد	258
	أولا الدراسة الاستطلاعية	258
1	أهداف وإجراءات ونتائج الدراسة الاستطلاعية	258
2	عينة الدراسة الاستطلاعية	259
3	الخصائص السيكومترية للمقاييس	260
1.3	مقياس معنى الحياة	260
2.3	مقياس التدخين	262
3.3	مقياس جودة الحياة	271
	ثانيا الدراسة الأساسية	276
4	منهج الدراسة	276
5	مجتمع الدراسة	276
6	المعانة	276
7	العينة وشروط اختيارها	277
1.7	خصائص العينة	277
8	أدوات الدراسة	281
1.8	مقياس معنى الحياة	281
2.8	مقياس التدخين	282
3.8	مقياس جودة الحياة	284
9	الأساليب الإحصائية المستخدمة:	286
	Error! Bookmark not defined. تمهيد	
10	عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها	288
11	عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها	289

12	عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها	291
13	عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها	293
14	عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها	295
15	عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها	297
16	عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها	299
17	عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها	301
18	عرض نتائج الفرضية التاسعة ومناقشتها	302
19	عرض نتائج الفرضية العاشرة ومناقشتها	304
20	عرض نتائج الفرضية الحادية عشر ومناقشتها	305
21	عرض نتائج الفرضية الثانية عشر ومناقشتها	307
22	عرض نتائج الفرضية الثالثة عشر ومناقشتها	308
23	عرض نتائج الفرضية الرابعة عشر ومناقشتها	310
24	عرض نتائج الفرضية الخامسة عشر ومناقشتها	311
25	عرض نتائج الفرضية السادسة عشر ومناقشتها	313
26	عرض نتائج الفرضية السابعة عشر ومناقشتها	315
27	عرض نتائج الفرضية الثامنة عشر ومناقشتها	318
319	الاستنتاج العام	
	الخاتمة	Error! Bookmark not defined.
	قائمة المراجع	Error! Bookmark not defined.
	الملاحق	Error! Bookmark not defined.

فهرس الجداول

جدول 1 المستويات الأربع للخبرة حسب تصوّر فان دورزان سميث	94
جدول 2 الفرق بين الدين والتدين	139
جدول 3 جدول كارييج و جاكسون لمكونات جودة الحياة	184
جدول 4 فئات ضغط الدم وكيفية القراءة	223
جدول 5 بعض العادات السلوكية وارتباطها ببعض أنواع السرطان	250
جدول 6 المؤشرات الإحصائية للمقارنة الطرفية للتحقق من صدق مقياس معنى الحياة	262
جدول 7 مؤشر معامل ألفا كرومباخ للتحقق من ثبات مقياس معنى الحياة	262
جدول 8 قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور	264
جدول 9 قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث	265
جدول 10 معاملات الارتباط بين مقياس السلوك الديني في الإسلام وكل من السعادة الحقيقية، والرضا عن الحياة، والتوجه نحو الحياة، والتفاؤل، والشعور بالسعادة	266
جدول 11 معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والدرجات على الأبعاد الستة للسلوك الديني في الإسلام	266
جدول 12 معاملات الارتباط بين مقياس أبعاد السلوك الديني في الإسلام ومتغيري التشاؤم واليأس	267
جدول 13 معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا كرومباخ لعينة الذكور ..	268
جدول 14 معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا كرومباخ لعينة الإناث ..	268
جدول 15 قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الدراسة	269
جدول 16 معاملات الثبات بطريقة حساب معامل ألفا كرومباخ لعينة الدراسة الحالية	270
جدول 17 توزيع عبارات مقياس جودة الحياة على الأبعاد	271
جدول 18 الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة باستخدام معامل ارتباط كل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه حيث (ن=70)	272
جدول 19 ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس	273
جدول 20 ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة باستخدام معامل ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية	273
جدول 21 الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة باستخدام معامل ارتباط كل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه (ن=148)	274
جدول 22 ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس	275
جدول 23 ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة باستخدام معامل ألفا كرومباخ	275
جدول 24 توزيع أفراد العينة ونسبهم حسب السن	277

جدول 25	نسب أفراد العينة حسب المستوى الدراسي.....	278
جدول 26	توزيع نسب الأفراد حسب الحالة الاجتماعية.....	279
جدول 27	توزيع أفراد العينة ونسبهم وفق الجنس.....	280
جدول 28	مستويات القياس للذكور والاناث في مقياس معنى الحياة.....	282
جدول 29	توزيع عبارات مقياس التدخين بأبعادها الستة وطريقة التصحيح والدرجات.....	283
جدول 30	بدائل ودرجات مقياس جودة الحياة المختصر.....	285
جدول 31	مستويات جودة الحياة حسب الدرجات المتحصل عليها.....	286
جدول 32	نتائج اختبار كاف مربع في معنى الحياة المدرك لدى عينة مرضى السرطان.....	288
جدول 33	مستويات قياس معنى الحياة المدرك والتكرارات لدى عينة مرضى السرطان.....	288
جدول 34	نتائج اختبار كاف مربع في معنى الحياة المدرك لدى عينة مرضى القلب.....	290
جدول 35	مستويات قياس معنى الحياة المدرك والتكرارات لدى عينة أمراض القلب.....	290
جدول 36	نتائج اختبار كاف مربع في التدخين لدى عينة مرضى السرطان.....	291
جدول 37	مستويات قياس التدخين والتكرارات لدى عينة مرضى السرطان.....	292
جدول 38	نتائج اختبار كاف مربع في التدخين لدى عينة مرضى القلب.....	293
جدول 39	مستويات قياس التدخين والتكرارات لدى عينة مرضى القلب.....	294
جدول 40	نتائج اختبار كاف مربع في جودة الحياة لدى عينة مرضى السرطان.....	295
جدول 41	مستويات قياس جودة الحياة والتكرارات لدى عينة مرضى السرطان.....	295
جدول 42	نتائج اختبار كاف مربع في جودة الحياة لدى عينة مرضى القلب.....	297
جدول 43	مستويات قياس جودة الحياة والتكرارات لدى عينة مرضى القلب.....	297
جدول 44	معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك والتدين لدى عينة مرضى السرطان.....	299
جدول 45	معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك والتدين لدى عينة مرضى القلب.....	301
جدول 46	معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك وجودة الحياة لدى عينة مرضى السرطان.....	302
جدول 47	معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك وجودة الحياة لدى عينة مرضى القلب.....	304
جدول 48	معامل الارتباط الخطي بيرسون بين التدخين وجودة الحياة لدى عينة مرضى السرطان.....	306
جدول 49	معامل الارتباط الخطي بيرسون بين التدخين وجودة الحياة لدى عينة مرضى القلب.....	307
جدول 50	نتائج اختبار ت ستودنت لعينتين مستقلتين (السرطان والقلب) على مقياس معنى الحياة.....	308
جدول 51	نتائج اختبار ت ستودنت لعينتين مستقلتين (السرطان والقلب) على مقياس التدخين.....	310
جدول 52	نتائج اختبار ت ستودنت لعينتين مستقلتين (السرطان والقلب) على مقياس جودة الحياة.....	312
جدول 53	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود لمستوى التعليم لدى عينة السرطان في مقياس معنى الحياة.....	313

- جدول 54 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود لمستوى التعليم لدى عينة مرضى القلب في مقياس معنى الحياة.....314
- جدول 55 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود للحالة الاجتماعية لدى عينة مرضى السرطان في مقياس معنى الحياة.....316
- جدول 56 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود للحالة الاجتماعية لم يمدى عينة مرضى القلب في مقياس معنى الحياة.....316
- جدول 57 الفروق في معنى الحياة وفق متغير الجنس لدى عينة السرطان 318
- جدول 58 الفروق في معنى الحياة وفق متغير الجنس لدى عينة مرضى القلب 318

الأشكال

- شكل رقم 1سيرورة فكرة اتجاه سلوك لموضوع الدين والتدين.....
- شكل رقم 2 العلاقة التلازمية بين الحياة والتدين والصحة.....
- شكل رقم 3 نموذج أبو سريع وزملاؤه لتفسير وتقدير جودة الحياة.....
- شكل رقم 4نموذج ستال وأونس لعوامل جودة الحياة الذاتية.....
- شكل رقم 5مكونات نظرية فينتجوت وزملاؤه التكاملية لجودة الحياة.....
- شكل رقم 6متصل حياة الانسان الوجودية.....
- شكل رقم 7 نموذج بوساحة وفرطاس المعدل لجودة الحياة.....
- شكل رقم 8مرتكزات جودة الحياة وفق المنظور الاسلامي.....
- شكل رقم 9نموذج مارك كاييس لاستراتيجية تقبل المرض.....
- شكل رقم 10لتضيق الشرايين بسبب تراكم الدهون 219
- شكل رقم 11 تمدد عضلة القلب.....
- شكل رقم 12لنموذج هانها و اينبريج للسماة المميزة للسرطان.....237
- شكل رقم 13للمراحل تطوّر السرطان (سرطان المعدة نموذا).....239
- شكل رقم 14نسب الوفيات الناجمة عن السرطان في كل قارة.....
- شكل رقم 15 نسب الوفيات الناجمة عن السرطانات المختلفة في العالم.....243
- شكل رقم 16 الدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة حسب السن.....278
- شكل رقم 17الدائرة النسبية لتوزيع الأفراد حسب المستوى الدراسي.....279
- شكل رقم 18الدائرة النسبية لتوزيع نسب الأفراد حسب الحالة الاجتماعية.....280
- شكل رقم 19الدائرة النسبية لتوزيع نسب الأفراد حسب الجنس.....281
- شكل رقم 20 العلاقة بين الدين والتدين و معنى الحياة العام والخاص المدركين وجودة الحياة 322

الفصل التمهيدي
إشكالية الدراسة
ومتطلباتها

1 الإشكالية

تعدّ الأمراض المزمنة مشكلة حقيقية تؤرق الأطباء والقائمين على الشأن الصحي في كل بلدان العالم، إذ لم تلبث التقارير التي ترفع عنها أن تؤثر لخطرها وتفاقمها، فبعد أن ظن العالم أنه تحكّم في الأمراض الوبائية التي عُرفت قديماً، وجد الأمراض المزمنة متربصة به، إذ لم تسلم منها أي منطقة من هذا العالم.

تتسبب الأمراض المزمنة في مقتل ما يربو عن (41) مليون شخص كل عام، أي ما يعادل (74%) من جميع الوفيات على مستوى العالم. كما يموت زهاء (17) مليون شخص بسببها قبل أن يبلغوا (70) سنة، وتحدث هذه الوفيات المبكرة بنسبة (86%) في الدول منخفضة أو متوسطة الدخل، كما تتسبب الأمراض المزمنة في (77%) من جميع الوفيات في تلك الدول أيضاً¹.

وفي دراسة وُصفت بأنها الأكثر شمولاً من نوعها عنوانها: العبء العالمي للأمراض، والتي نُشرت في دورية لانسييت الطبية، وعلى إثر تحليل (286) سبباً للوفاة و(369) من الأمراض والإصابات و(87) عامل خطورة في (204) بلد ومنطقة، لتقديم صورة للوضع الصحي الأساسي لسكان العالم، خلصت الدراسة إلى أن أهم أسباب اعتلال الأشخاص في سن الخمسين وما فوقه على مستوى العالم، هو مرض القلب الإقفاري والسكتات الدماغية والسكري... وأن الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم وزيادة نسبة السكر في الدم والسمنة وارتفاع معدلات الكوليسترول - وهي أعراض يعاني منها الملايين في أنحاء العالم - لعبت دوراً مهماً في وفاة الكثيرين حتى الآن. وأقرت الدراسة كاستنتاج أن زيادة الأمراض المزمنة المقترنة بإخفاقات الصحة العامة في مواجهة عوامل الخطورة التي يمكن تجنبها جعلت سكان العالم يبدون أكثر ضعفاً في مواجهة الطوارئ الصحية².

ولقد أضحت أمراض القلب والسرطان والسكري وإصابات الجهاز التنفسي المزمنة، السبب الأول للوفيات في العالم، منها (80 %) في الدول المتوسطة والضعيفة الدخل ومن بينها الجزائر، مسجلة نسبة (63 %) حسب منظمة الصحة العالمية³.

هذا وقد أفاد تقرير في موقع الأمم المتحدة أنه وفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية، فإن أشكال العجز آخذة بالازدياد، وإلى حد كبير، فالأمراض والحالات الصحية التي تسبب معظم الوفيات هي المسؤولة عن خسارة أكبر عدد من سنوات الحياة الصحية. ويُعزى إلى أمراض القلب والسكري والسكتة الدماغية وسرطان الرئة ومرض الانسداد الرئوي المزمن مجتمعة خسارة ما يقرب من (100) مليون سنة إضافية من سنوات الحياة الصحية في عام (2019) مقارنة بعام (2000). كما أضاف ذات التقرير أن أمراض القلب تحتل الصدارة حيث أنها السبب الرئيس للوفاة على الصعيد العالمي، وتشكّل (16%) من مجموع الوفيات الناجمة عن جميع الأسباب، وعدد الأشخاص الذين تفتك بهم اليوم يفوق أي وقت مضى،

¹ - الأمراض غير السارية، منظمة الصحة العالمية، 2022. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>

² - البحيري، م. كورونا يقود هجوم الأمراض المزمنة على العالم.. تحذير من دراسة عالمية | المصري اليوم 16 أكتوبر المصري 2020. <https://www.almasryalyoum.com/news/details/2064147>

³ رمضان، منصور، ب.، رشيد، و بكاي. الثقافة الصحية و أثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر، 2020، ص102

مع ارتفاع عدد الوفيات الناجمة عن أمراض القلب بأكثر من مليوني حالة منذ عام (2000)، ليصل إلى ما يقرب من تسعة ملايين حالة وفاة عام (2019).

منظمة الصحة العالمية تصدر قائمة بالأسباب العشرة الأولى للوفاة في العالم على رأسها أمراض القلب | أخبار الأمم المتحدة، 2020.

أما بالجزائر فقد كشفت رئيسة مصلحة الأسباب الطبية للوفيات بالمعهد الوطني للصحة العمومية، ان الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة (57 %) من الوفيات المسجلة بالجزائر، حيث نسبة (66%) من بينهم من الفئة العمرية (30-69) سنة تتوفى مبكرا. وأوضحت ذات المسؤولية في مداخلة لها استنادا الى معطيات السجلات الوطنية للمعهد الوطني للصحة العمومية أنه من بين أهم الأمراض المتسببة في الوفيات بالجزائر، (22 %) تتسبب فيها أمراض القلب و(13%) الأورام السرطانية وقرابة (6 %) الأمراض التنفسية و (4.5%) أمراض الغدد (الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة ازيد من 50 بالمائة من الوفيات المسجلة بالجزائر، 2021).

فكما توضحه الأرقام من خلال التقارير التي تم عرضها دوليًا ومحليًا، فإن أمراض القلب تحتل الصدارة من حيث عدد الإصابات والوفيات. هذا الرقم الهائل من الإصابات، يخلف بالتبع أثارا كبيرة ومرعبة.

وباعتبار أن المرض المزمن عموما "يمثل شرخا في سيرورة العافية، وتهديدا لكيقونة الانسان واقترابه من المحكّات الوجودية الكبرى مثل المعاناة والألم والكبد، ومعنى الحياة والموت، والتيقّد تؤثر على شعوره بالسعادة والرضا عن نوعية الحياة".¹ فإنّ أمراض القلب تأتي في مقدّمة هذه الأمراض لتتسبب في آثار نفسية كبيرة على المصابين. فالمصاب يحتاج " إلى تدخلات علاجية معقدة وإلى تغيير نمط الحياة حيث أنه يعاني من مشاكل متعددة ناتجة عن مضاعفات المرض، أو العلاجات المقدّمة"²، فقد تتسبب الإصابات القلبية الوعائية بظهور مخاطر نفسية تهدد صحة المريض كالإنكار والقلق والاكتئاب وانخفاض في مستوى نوعية الحياة، هذا الذي يستدعي تدخلا من طرف المختصين النفسيين، إلا أن التدخلات العلاجية النفسية في هذا النوع من الأمراض تختلف عن غيرها من العلاجات النفسية التقليدية نظرا لخصوصية هذه الأمراض العضوية المزمنة فالمريض في هذه الحالة إضافة إلى ما لديه من مشكلات نفسية هناك جسم يعاني لابد من أخذه بعين الاعتبار وخطر الموت الذي يواجهه.³

¹- بركات، ح.، فنيش، ح.. نوعية الحياة وعلاقتها بكل من التدخين والاكتئاب النفسي لدى المصابين بالأمراض الانتنانية (دراسة ميدانية على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "C" بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة). مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2019، ص 21-22

²- حدادي، س. برنامج تربية علاجية لمريض قصور الشريان التاجي. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2021، ص 47-58.

³ بلخير، و، التدخلات العلاجية النفسية في مجال الأمراض القلبية الوعائية. مجلة علم

(<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/180493>)، 2011، ص 34

ولقد أكدت دراسات كثيرة مدى معاناة مرضى القلب بكل الأنواع، من تلكم الآثار والصعوبات النفسية والبدنية والحياتية، مما يؤثر سلباً على جودة حياة المرضى وكذا مفهومهم لمعنى حياتهم.

وفي هذا السياق، وفي بحث حاسوبي أجراه فان كارلار وزملاؤه (an Korlaar et al, 2003^V) للمقالات التي تناولت موضوع جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض الوريدية، تم تحديد (25) ورقة بحثية، أشارت (12) دراسة منها إلى معاناة المرضى من ردود أفعال عاطفية سلبية وعزلة اجتماعية. وفي دراسة مقارنة بين أربع أمراض: القلب، السرطان، السكري من النوع الأول، السكري من النوع الثاني ومجموعة من الأسوياء كمجموعة ضابطة، تكونت كل مجموعة من (100) فرد، أظهرت النتائج وجود فروق دالة بين المجموعات الأربع والمجموعة الضابطة في القلق والاكتئاب والشكاوي الجسدية¹، كما أظهرت دراسة ظاهرية تأويلية أجريت على شكل مقابلات حوارية مع (20) مريضاً خارجياً يعانون من قصور القلب المزمن، نقشي مشاعر عدم الراحة نتيجة للشعور بالخوف من احتمال الموت، وأيضاً رغبة بعضهم في الموت للتخفيف من المعاناة، وظهور بعض الأفكار الانتحارية (Olano-Lizarraga et al, 2022).

وفي دراسة مماثلة على عينة مكونة من (18) مريض يعانون من قصور القلب المزمن (CHF)، فقد أبلغ المشاركون عن تجربتهم الحية من خلال موضوعين وهما موضوع وجع القلب حيث وصفوا الأوجاع التي يعانون منها، والاستجابة العاطفية الناجمة عن تجربتهم مع المرض، بما في ذلك الصدمة والخوف وعدم اليقين والعار والشعور بالذنب، وموضوع التعايش مع الفشل حيث وُصف التعايش مع الفشل الطريقة التي غيرت بها آلام القلب حياتهم اليومية وصنع القرار وضعف التواصل مما يجعل تجربتهم أكثر صعوبة وإحباطاً، وأضعف مشاركة مع المتخصصين في الرعاية الصحية².

هذا الضيق والإحباط الذي يلزم مريض القلب ويدخله في دوامات اكتئابه بل ويجرّه حتى لأفكار انتحارية، تؤكد دراسات كثيرة أجريت في شتى أنحاء العالم، من بينها دراسة مسحية وطنية في السويد لجميع الأشخاص البالغ عددهم (154,572) شخصاً تم تشخيص إصابتهم بقصور القلب (HF) تراوحت أعمارهم بين (18-75) عاماً خلال الفترة الممتدة بين (2002-2017) ولـ: (1,545,720) شخصاً من الأشخاص الضابطين المتطابقين مع العمر والجنس الذين تمت متابعتهم فيما يخص متغيري الاكتئاب الشديد والانتحار اللذين تم التحقق منهما من سجلات المرضى الداخليين والخارجيين والوفيات على مستوى البلاد حتى عام (2018)، أشارت الدراسة في هذه المجموعة الوطنية الكبيرة، إلى ارتباط قصور القلب (HF) بزيادة مخاطر الاكتئاب الشديد والوفاة عن طريق الانتحار لدى كل من الرجال والنساء، مع

¹- شلبي، م. أ، القشيشي، ه. إ. الدلالات الإكلينيكية لإستخبار وصف الشخصية (PAI) على عينات من مرضى السكر والقلب والسرطان والمتلازمات النفسية المصاحبة لها. مجلة بحوث كلية الآداب، جامعة المنوفية، 2020، 25(99)، <https://doi.org/10.21608/sjam.2020.168087>، ص231-285.

²- Palmer, K., Bowles, K.-A., & Morphet, J. The heartache of living with failure: The experience of people with chronic heart failure. Collegian. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.09.010>, 2022.

أعلى المخاطر في الأشهر الثلاثة الأولى بعد التشخيص¹، وتطابقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة أخرى أجراها ليسمان ليغت وزملاؤه (Lesman-Leegte et al, 2009) بنيويورك لمعرفة الفروق في جودة الحياة والاكتئاب لدى كبار السن وذلك بالمقارنة بين عينة ممن شُخص لديهم مرض القصور القلبي تعدادها (781) مريضا وأخرى لم يُشخص لديها المرض بنفس تعداد وخصائص العينة الأخرى، لتكشف الدراسة عن ارتفاع معدلات الاكتئاب لدى عينة مرضى القصور القلبي مقارنة بالعينة الأخرى. وتطابقت نتائج هذه الدراسات مع دراسة أخرى يابانية والتي أجريت على (80) مريض بالقصور القلبي وأظهرت نتائجها أن أعراض الاكتئاب كانت شائعة ومنبئة بدخول المستشفى والوفاة جراء ذلك لدى مرضى القصور القلبي مهما كانت درجة الإصابة².

وتبين جليا مما أظهرته الدراسات العديدة مدى ارتباط اعتلالات القلب بمختلف المشاكل النفسية كالقلق والاكتئاب، والعجز، والانعزال، وغيرها. ولا غرو فالقلب في المخيال الانساني ووجدانه، مركز الحياة والانفعالات، فقلب ينبض يعني حياة قائمة، وقلب سليم يعني حياة مستمرة، وأمل قائم، وبالتالي اعتلال القلب هو تهديد مباشر للحياة، وتعكير، واضح لصفوها، وجودتها.

وعلى الطرف المقابل، تأتي السرطانات بنفس نسب الخطورة والانتشار تقريبا من حيث عدد الإصابات والوفيات، والآثار الناجمة عنها، وعلى كافة الأصعدة. إذ يعتبر السرطان واحدا من أكثر الأمراض فتكا بالبشرية، فقد حصد من الأرواح الكثير، ومن الجنسين ومن مختلف الفئات العمرية في مختلف المجتمعات، وتعددت أنواعه وتعقدت، وصار الإنسان عرضة للإصابة بنوع من أنواعه في كل حين، وفي أي موضع من بدنه، وبذلك أصبحت الأورام السرطانية اليوم من المشكلات الصحية الخطيرة التي تواجه الإنسان، حتى إنها تصدرت اهتمامات كثير من المؤسسات الطبية والنفسية، الأكاديمية والتطبيقية³، بل تصدرت اهتمامات الإنسانية على مستويات مختلفة وأصعدة متعددة، إذ باتت الأرقام المتعلقة بها مرعبة جدا، وباتت الإحصائيات والمؤشرات التي تسجلها الدول والمنظمات المختلفة وبخاصة الصحية منها، مخيفة ومحبطة في كثير من الأحيان. وفي هذا الصدد كشف تقرير منظمة الصحة العالمية لعام (2020) عن تسجيل أزيد من (19) مليون حالة جديدة في مختلف أنواع السرطان، و وفاة أكثر من (10) مليون شخص بسبب السرطان، ولقد احتل سرطان الثدي الصدارة من حيث عدد الإصابات بنسبة (11.7%)، يليه سرطان الرئة (11.4%)، ثم سرطان القولون والمستقيم بـ (10%)، فسرطان البروستات بـ (7.3%)، أما من حيث عدد الوفيات فإن الصدارة تعود لسرطان الرئة بـ (18%)، يليه سرطان القولون والمستقيم بـ (9.4%)، ثم سرطان الكبد بـ (8.3%)، ويليه سرطان المعدة بـ (7.7%)

¹- Crump, C., Sundquist, J., Kendler, K. S., Sieh, W., Edwards, A. C., & Sundquist, K. Risks of Depression and Suicide After Diagnosis With Heart Failure. JACC: Heart Failure, 2022, 819–827. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.07.007>, 2022.

²Kato, N., Kinugawa, K., Yao, A., Hatano, M., Shiga, T., & Kazuma, K. Relationship of Depressive Symptoms With Hospitalization and Death in Japanese Patients With Heart Failure. Journal of Cardiac Failure, 912–919. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.06.442>-, 2009.

³- شويخي، آ، سعدي، ز. الرضا عن التخصص وعلاقته بالارتياح النفسي- دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة تلمسان. مجلة التكامل، 142-123، 2019، ص 13.

والباقى من النسبة المئوية تتقاسمه باقى أنواع السرطانات. ويضيف التقرير أنه من المرتقب أن يعاني خمس أفراد العالم من السرطان، كما يرتقب أن (8/1) من الرجال و(11/1) من النساء سيتوفون من جراء ذلك. كما يشير التقرير إلى أنه باستخدام المستويات الأربعة لمؤشر التنمية البشرية (HDI) كمؤشر لدرجة التحول الاجتماعي والاقتصادي الوطني، ستشهد البلدان المصنفة على أنها ذات مؤشر تنمية بشرية منخفض أو متوسط، أكبر زيادات نسبية في حالات الإصابة بالسرطان بحلول عام (2040) وذلك بـ (95%) في عدد الإصابات و (64%) في عدد الوفيات مقارنة بعام (2020)¹.

وفي الجزائر، كشف كمال بوزيد، رئيس مصلحة الأورام السرطانية بمستشفى مصطفى باشا، بالجزائر العاصمة، عن أرقام مرعبة لانتشار السرطان في الجزائر، مؤكدا تسجيل (50) ألف إصابة جديدة و(20) ألف حالة وفاة سنة (2019)، والأرقام مرشحة للارتفاع أكثر مع انتشار غير مسبوق لمختلف أمراض السرطان في الجزائر في مقدمتها سرطان الثدي بـ (12) ألف حالة جديدة وبعدها سرطان القولون، بالإضافة إلى تسجيل (1500) حالة إصابة جديدة للسرطان وسط الأطفال. وتتنبأ ذات المتحدث بتسجيل نحو (60) ألف حالة جديدة سنويا آفاق (2025) ونحو (70) ألف حالة آفاق (2030). وفي ذات السياق أوضحت المكلفة بالسجل الوطني للسرطان بالمعهد الوطني للصحة العمومية بالجزائر دوجة حمودة - فيما يتعلق بتطور هذا الداء بالجزائر - أن "معدل الإصابة بالسرطان انتقل من (112) حالة لكل (100) ألف ساكن خلال سنة (2017) إلى (96.3) لكل (100) ألف ساكن خلال سنة (2018)، ثم إلى (126) حالة لكل (100) ألف ساكن خلال سنة (2019). وتتصدر خمس أنواع من السرطانات مجموع الأصناف المنتشرة بالجزائر، وهي نفس الأنواع المنتشرة بالعديد من دول العالم، من بينها سرطان الثدي والقولون والمستقيم والرئة والبروستات والغدة الدرقية².

كما أن التشخيص غالبا ما يحدث في حالات متأخرة بالنسبة لـ (80 %) من الحالات هذا من جهة، ومن جهة أخرى يعد العلاج المرتبط بهذا المرض معضلة حقيقية، فإلى جانب الصعوبة الاكلينيكية من حيث كون المرض شديد الخطورة وصعب التناول الطبي، يبقى الطب عاجزا في كثير من الأحيان عن مجابهته، وخاصة في الحالات المتقدمة، بالإضافة إلى الكلفة الباهظة للعلاج التي أثقلت كاهل منظمات الرعاية الصحية في كافة أنحاء العالم، ناهيك عما يسببه العلاج المتوفر من مضاعفات وآثار جانبية غير مرغوبة، فالشائع عند الناس أنهم يخشون منتشخيصالمرض، إذ يعتبرهالمصابونبه (وكثيرا ما يكون هذا الافتراض صائبا) حكما بالإعدام، ويعدّ هذا المرض في حدّ ذاته وكذا علاجه من الأسباب الكبرى للألم والاكنتاب³. وهكذا تنقلب حياة الفرد من لحظة الاعلان عن الاصابة بالمرض رأسا على عقب، ويتحول بذلك من شخص يرنو إلى القوة والكمال إلى شخص ينخره الضعف والسقم، ومن إنسان يتطلع إلى الحياة يغرف من معينها ويتحسّس جودتها من كل جوانبها إلى إنسان ينتظر الموت، وفي هذا الشأن يشير معمرية نقلا عن محمود السيد أبو النيل (1997) بأن العديد من الدراسات أشارت إلى أن المصابين بالسرطان يتسمون بالقلق وبخاصة قلق الموت وأيضا بالاكنتاب والعجز وانخفاض الدافعية كما يتسمون

¹Cancer : plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020 | ONU Info, 2020

² سرطان: تسجل أزيد من 47 ألف حالة جديدة خلال سنة 2022، 2019.

³ جيمس، ن. السرطان مقدمة قصيرة جدا (م 01). مؤسسة هنداوي. 2013، ص 09.

أيضا بالاستسلام للانهازم وضعف الشخصية واضطراب العلاقات العائلية¹، ويشير ذات المصدر نقلا عن جبر محمد جبر (2004) إلى أن (60 %) من المكتئبين في مستشفيات الأمراض العقلية يموتون بالسرطان حسب بعض البحوث التي أجريت. هذا الارتباط تؤكدته عديد الدراسات منها دراسة براهيمية وبوشللق (2016) والتي هدفت لمعرفة مستوى الألم النفسي عند مرضى السرطان على مجتمع مكون من (230) مريض بالسرطان وأفضت النتائج إلى أن المرضى بحوالي (68.69 %) منهم يعانون من الاكتئاب و(63.04 %) يعانون من القلق، و(47.82 %) كان لديهم ضغط، كما تبين أن هناك فروقا دالة في مستوى الاكتئاب والقلق والضغط وفقا للسن وذلك بارتفاعها لدى الإناث مقارنة بالذكور².

وقد أبانت دراسة زعطوط وعوالي (2018) التي اهتمت بدراسة إدراك المرض عند مرضى السرطان وارتباطه باستجابتي القلق والاكتئاب لدى عينة مكونة من (85) مريضا بالسرطان بولاية ورقلة باستخدام المقابلات نصف الموجهة وكذا أداتين لقياس القلق والاكتئاب على شكل بطارية، وأبانت الدراسة بوجود القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان، وارتفاعهما لصالح الإناث مقارنة بالذكور³.

وكشفت دراسة علاء زهير الرواشدة (2014) في دراسة مقارنة بين مرضى السرطان والأسوياء بالأردن على فروق دالة احصائية في مؤشرات قلق الموت والشعور بالاكتئاب لصالح المرضى⁴.

كما أبانت دراسة زعطوط على وجود الكرب النفسي لدى مرضى السرطان، وارتفاعهما لصالح الإناث مقارنة بالذكور، في دراسة ميدانية مقارنة بين عينة من مرضى السرطان وعينة من الأسوياء قوام كل عينة (100) شخص⁵.

ولقد أشارت دراسة طولية تتبعية لمدة (10) سنوات قام بها إجر وزملاؤه⁶ عنوانها: الآثار النفسية طويلة المدى ونوعية الحياة للمراقبة النشطة والانتظار اليقظ بعد تشخيص سرطان البروستاتا الموضوعي

1- معمريّة، ب. العوامل النفسية في مرض السرطان. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، 2007، ص 130-135

2- براهيمية وبوشللق، براهيمية. الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الاجتماعية، 2016، ص 309-317.

3- زعطوط وعوالي، زعطوط ر. إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة ، 2018، ص 80-102.

4- الرواشدة، الرواشدة. دراسة مقارنة بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بالاكتئاب وقلق الموت-دراسة في ضوء نظريتي التعلم الاجتماعي، والنظرية المعرفية. مجلة الحقيقة، 2014، ص 147-210، 2014، ص 147

5- زعطوط، زعطوط ر، مرجع سبق ذكره، ص 80-120

6- Egger, S. J., Calopedos, R. J., O'Connell, D. L., Chambers, S. K., Woo, H. H., & Smith, D. P. Long-term Psychological and Quality-of-life Effects of Active Surveillance and Watchful Waiting After Diagnosis of Low-risk Localised Prostate Cancer. European Urology, 73(6), 2018. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.08.013>.

منخفض الخطورة، إلى مستويات مرتفعة من الضيق والتوتر والرغبة في العزلة والانزواء والتجنب لدى عينة من المرضى الذين يعانون من سرطان البروستات.¹

فكما هو الحال بالنسبة لمريض السرطان فإن الأمر نفسه بالنسبة لمريض القلب كما سبق، ويبدو أن ظاهر التأثير متشابه، ومعاش المريض النفسي والحياتي متطابق، والألم والمعاناة في شدتهما مشترك.

ويظهر وكأن الإنسان من لحظة ثبوت التشخيص ولحظة الإعلان الطبي بالإصابة ومعرفة الشخص بإصابته، متجه إلى التحول إلى إنسان يلبسه اليأس ويملؤه الاكتئاب. وقد يصل به الأمر إلى الشعور بأن حياته قد فقدت ألقها وبريقها وبهاءها ومعناها، فتسود الحياة أمامه، ويُسلب منها كل لذة وكل أمل، ممّا قد ينعكس عليه سلباً من كلّ النواحي بدنياً ونفسياً واجتماعياً وحتى اقتصادياً وكذلك الأمر على من حوله. هذا التحول الكبير الذي قد يطرأ على نظرة الفرد للحياة حتى وإن توفرت لديه الامكانيات المادية والاجتماعية والاقتصادية المختلفة بشكل يحقق له رغد العيش وهنئها وترفع من معايير جودة حياته مادياً إلى سقف أعلى، إلا أنه بالمقابل قد لا تعني له الحياة أيّ قيمة البتة وقدنلقي به بين براتين اليأس والقنوط والاكتئاب ليفقد حتى الرغبة في مواصلة العيش.

ومن جهة أخرى يرى باترسون أن الهدف من الحياة والرغبة في العيش قد ينبثقان من زاوية أخرى حيث يقول "إن الحياة يمكن أن تحقق أقصى درجة من المعنى، ليس فقط من خلال التضحية بها، ولكن أيضاً من خلال عملية مواجهة الموت. فالمشاكل والآلام تحفظ الشخص من الفتور والملل وتبعث على النشاط، وتؤدي إلى النمو والنضج. وهناك مواقف يستطيع الإنسان أن يحقق فيها معنى لحياته بالمعاناة الحقيقية، وليس بأية طريقة أخرى".²

ويشير معمرية إلى نحو ذلك في معرض حديثه عن مدرسة العلاج بالمعنى التي أسسها فكتور فرانكل والتي تعطي لمعنى الحياة دوراً أساسياً في تفسير السلوك البشري مبيناً أن معنى الحياة لدى الإنسان، هو الذي يمكن أن يجعل من السعي الدؤوب، وتحمل المعاناة، شيئاً يرفع من قيمة الحياة ويجعلها تستحق أن تعاش.³

ويظهر من خلال هذا الطرح أن الإنسان وكأنه في حمأة العيش الطبيعي لا يدرك المعنى العميق للحياة حتى إذا اعترضه عارض يهددها (أي الحياة)، تنكشف أمامه الصورة الحقيقية لها ويدرك فعلياً جوهرها وكنهها. وقد يكون ارتباط السرطان وأمراض القلب بالموت كفيلاً بهذا التهديد. إذ هنا يمكن للإنسان المصاب أن يدرك الأبعاد الوجودية، كما قد تظهر له المعاني الروحية بجلاء ويبرز دور الدين والتدين مشكلاً قاعدة ارتكاز لتصور وإدراك آخر للحياة.

فإذا "كان الدين لازمة من لوازم الجماعات الإنسانية"⁴، وبالتالي فإن الحاجة الدينية مغروسة في الشروط الأساسية لوجود النوع الإنساني¹ الذي هو بحاجة إلى إطار للتوجه، بحاجة إلى موضوع يكرس من أجله حياته لكي يستطيع مواصلة الحياة.

¹ - Egger et al, 2018.

² - باترسون، س. ه. نظريات الارشاد والعلاج النفسي. دار القلم، 1986، ص 475.

³ - معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 86.

⁴ - العقاد، ع. م. الفلسفة القرآنية، ط3، دار الكتاب اللبناني، 1986، ص 11.

كما يبدو واضحا بأن الفرد يمكن أن يصاب بلارتباك والعجز عن الفعل الهادف المتسق إذا افتقد خريطة للعالم الطبيعي والاجتماعي الذي يعيش فيه، إذا افتقد صورة للكون ولمكان الشخص فيه، صورة ذات تكوين وذات نظام وتماسك داخلي، لأنه إذا افتقدها بات لا يرى طريق التوجه ذاته، لا يرى نقطة ارتكاز ثابتة تمكنه من تنسيق أفكاره كافة الانطباعات التي تمسه.

وفي سياق ذي صلة يذكرنا فروم (1989) بفكرة أنّ الكون الذي نعيش فيه لا معنى له في أذهاننا، ولا ثقة لنا في أفكارنا عنه إلا من خلال الاتفاق العام بين الناس الذين نعيش بينهم². هذا الاتفاق العام بين الناس يتأتى من خلال تبنينهم لأيديولوجية ينضون تحت لوائها ويصطبغون بصبغتها ويرضون بحدودها لتشبع حاجاتهم وتحقق توازنهم، ولا أقوى من الدين في هذا التشكيل الذي يعطي الإدراك الجديد للحياة ومعناها لدى المصاب بمرض ثقل كالسرطان أو مرض القلب، انطلاقا من نموذج التفسير الذي يشكّله الدين أساسا حيث يرى كيركباتريك (Kirkpatrick) حسبما أورده محمود (2004) أن الدين بوصفه سلوك، يتكوّن من معتقدات وخبرات وتصرفات، له دور مهم في زيادة توافق الفرد، وزيادة قدرته على حلّ مشكلاته الحياتية³، ويؤكد قريشي (2011) نقلا عن اليسن (Illison) هذا المعنى حيث يقول أن "الناس الذين يمتلكون عقيدة دينية قوية، يقرّون بوجود درجة أكبر من الرضا في حياتهم، ودرجة أكبر من السعادة الشخصية، وتأثيرات سلبية أقل لما تخلفه الأحداث الصادمة، مقارنة بأولئك الذين ليس لهم ارتباط ديني رسمي"⁴. وعليه فإن الدين قد يمنح للمصاب بمرض مزمن كالسرطان أو مرض القلب الحافز للعيش ويشكّل له تصورا عاما للحياة على ضوءها مما يوسّع آفاقه لرؤية أخرى لما توفّره الحياة من فرص وإمكانات وحوافز وأسباب عيش، هذه العوامل المختلفة قد تعطي تشكيلا جديدا لمحددات جودة الحياة لدى المصاب مما يساهم في استغلالها وترقيتها.

مما سبق يتضح أن وجود المعنى في حياة الإنسان يعدّ دافعا له لتحمل المسؤولية من أجل هذه الحياة، والتصدّي لكل ما قد يعكّر صفوها وهدوءها. كما أنّ تشكّل المعنى كما تمّ التعرض له يحتاج إلى نقطة ارتكاز قوية كالدين لتعطي مفهوما آخر للحياة ومحددات أخرى لجودتها، وهذا كلّه لمجابهة الواقع الذي فرضه مرض مزمن كالسرطان أو مرض القلب. ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتسلط الضوء وتبحث عن العلاقة بين متغير معنى الحياة المدرك وكذا متغيري الدين وجودة الحياة لدى المصابين بمرض مزمن مقارنة بين أمراض السرطان وأمراض القلب، في محاولة للإجابة على التساؤلات التالية:

1. ما مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالسرطان؟
2. ما مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بأمراض القلب؟
3. ما مستوى الدين لدى المصابين بالسرطان؟

¹- فروم، إ. الإنسان بين المظهر والجوهر، عالم المعرفة، 1989، ص 128.

²- المرجع نفسه، ص 129.

³- محمود، أ. الدين في العلاقات الزوجية والتوافق الزوجي، مجلة دراسات نفسية، 575-594، 2004، ص 575.

⁴- قريشي، ف. الدين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية، جامعة الحاج لخضر، 2011، ص 05.

4. ما مستوى التدخين لدى المصابين بأمراض القلب؟
5. ما مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالسرطان؟
6. ما مستوى جودة الحياة لدى المصابين بأمراض القلب؟
7. هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالسرطان ومستوى التدخين لديهم؟
8. هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى التدخين لديهم؟
9. هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالسرطان ومستوى جودة الحياة لديهم؟
10. هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى جودة الحياة لديهم؟
11. هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى التدخين لدى المصابين بالسرطان ومستوى جودة الحياة لديهم؟
12. هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى التدخين لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى جودة الحياة لديهم؟
13. هل توجد فروق في مستوى معنى الحياة المدرك بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة؟
14. هل توجد فروق في مستوى التدخين بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة؟
15. هل توجد فروق في مستوى جودة الحياة بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة؟
16. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى مستوى التعليم لدى أفراد العينة؟
17. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى الحالة الاجتماعية لدى أفراد العينة؟
18. هل توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى متغير الجنس لدى أفراد العينة؟

2 الفرضيات

1. يظهر المصابون بالسرطان مستوى متدن في معنى الحياة المدرك.
2. يظهر المصابون بأمراض القلب مستوى متدن في معنى الحياة المدرك.
3. لدى المصابين بالسرطان مستوى مرتفع من التدخين.
4. لدى المصابين بأمراض القلب مستوى مرتفع من التدخين.
5. لدى المصابين بالسرطان مستوى منخفض من جودة الحياة.
6. لدى المصابين بأمراض القلب مستوى منخفض من جودة الحياة.
7. هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالسرطان ومستوى التدخين لديهم.
8. هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى التدخين لديهم.
9. هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالسرطان ومستوى جودة الحياة لديهم.
10. هناك علاقة ارتباطية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى جودة الحياة لديهم.
11. هناك علاقة ارتباطية بين مستوى التدخين لدى المصابين بالسرطان ومستوى جودة الحياة لديهم.
12. هناك علاقة ارتباطية بين مستوى التدخين لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى جودة الحياة لديهم.
13. توجد فروق في مستوى معنى الحياة المدرك بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة.
14. توجد فروق في مستوى التدخين بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة.
15. توجد فروق في مستوى جودة الحياة بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة.
16. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى مستوى التعليم لدى أفراد العينة.

17. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى الحالة الاجتماعية لدى أفراد العينة.

18. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى متغير الجنس لدى أفراد العينة.

3 أهمية الدراسة

لكل دراسة أهميتها النظرية والتطبيقية وتبعاً لذلك يمكن تقسيم أهمية هذه الدراسة إلى

1.3 أهمية نظرية

تؤثر الحالة النفسية والانفعالية والوجدانية على الإنسان تأثيراً كبيراً ومباشراً على سيرورة حياته وعلى محيطه ككل، ويعتبر المريض وبخاصة المصاب بمرض مزمن أو خطير أكثر تأثراً بذلك. وعلى هذا الأساس أضحت بناء اتجاه إيجابي نحو الحياة، وترجمة ذلك الاتجاه إلى سلوكيات صحية، واستثمار ما تقدمه الحياة من فرص وبالتالي حسن استغلالها لتسيير أمثل، يؤثر إيجاباً على **جودة حياة المريض** وبالتالي على من هم في دائرته. وحيث أن المرض حادث عارض للإنسان في كل آن وليس له - أي للإنسان - تجاهه غير خيارين:

1. إما الاستسلام له - أي المرض - وترك الحبل على الغارب وانتظار ما ستسفر عنه الأيام بكل ما يحمله هذا الخيار من صعوبات ومخاطر وتداعيات وتأثيرات جسمية، ونفسية، واجتماعية واقتصادية.

2. وإما أخذ زمام المبادرة والوقوف في وجه هذا المرض بكل صنوفه وعدم الجزع واليأس منه، بما يمكن التعبير عنه بالاتجاه الإيجابي نحو الصحة، والذي قد يكون على مستوى حسن التعامل مع المرض، واستعادة التوازن والتوافق النفسي، ويظهر ذلك من خلال الامتثال بالخطط العلاجية والحرص على الانضباط فيها والتطلع للتأقلم مع الواقع الذي يفرضه المرض، وأيضاً بعدم اليأس والقنوط وبالتالي القدرة على تجاوز النوبات الاكتئابية التي قد ترافق المرض، واستغلال الفرص التي تمنحها الحياة عموماً.

وبما أن المرض والصحة مفهومان يرتبطان بالبنود والمؤثرات الثقافية، وبالتالي يتحددان وفق **المعنى** الذي تطرحه البيئة وتشكله التنشئة وتحدده التصورات والمعتقدات، انطلاقاً مما يعبر عنه بالدين باعتبار الدين جوهرها وأسسها، مما ينعكس سلوكيات عامة للإنسان في حياته، ما يعطي تشكيلاً لتدينه ومستواه. وبما أن مفهوم الصحة مرتبط بمفهوم الحياة، ومستوى تدين الفرد ينسحب على تشكيل ذلك المفهوم، فإن ارتباط مفهوم الحياة ومعناها لدى الفرد قد ينبئ بمدى إمكانية تسييره لحياته وكذا رفع مستوى رفايتها وجودتها. فأهمية هذه الدراسة هي **الكشف عن ارتباط مفهوم معنى الحياة بمستوى التدين من جهة وبمستوى جودة تلك الحياة من جهة أخرى وبخاصة لمن يعاني من مرض مزمن وثقيل كمرض السرطان أو مرض القلب، لتفتح الآفاق أمام دراسات تالية - في حال ثبوت العلاقات - للكشف عن**

درجة التأثير ومستواه. وكذا تبني برامج توعوية وتنشيطية وتربوية لتشكيل اتجاهات إيجابية نحو الحياة عموماً. وتبرز أهمية هذه الدراسة أيضاً في سعيها لمعرفة مستويات معنى الحياة والتدين وجودة الحياة لدى المصابين بأمراض القلب والسرطان.

كما تتجلى أهمية هذه الدراسة من خلال جملة من الأسباب التي كانت وراء القيام بإجرائها والتي يمكن سردها في نقاط على النحو التالي:

- احتياج مرضى الأمراض المزمنة بوجه عام، للرعاية النفسية المتخصصة إلى جانب التدخل الطبي.
- قلة ما كتب عن هذا الموضوع في بيئتنا العربية عموماً وفي الجزائر خصوصاً في حدود علم الباحث، كما أن أغلب الدراسات عرضت لمتغير جودة الحياة بربطه بمتغيرات نفسية أخرى غير المتناولة في هذه الدراسة.
- اهتمام الباحث بالمواضيع التي تعنى بالعلاجات الوجودية عموماً، والمواضيع التي تعنى بمعنى الحياة خصوصاً.
- فضول الباحث لمعرفة مدى مستوى معنى الحياة في الوسط الجزائري عموماً وبخاصة لدى فئة مرضى السرطان ومرضى القلب والأوعية الدموية.
- التزايد المقلق لنسب المصابين بمرض السرطان عموماً وكذا المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية.
- قلة اهتمام القائمين على الصحة عموماً بالجانب النفسي ناهيك عن الجانب الفلسفي الوجودي، والديني.

وبالرغم من أن الدراسات السابقة التي تم الاطلاع عليها قد تناولت بالدراسة هذه المتغيرات (معنى الحياة والتدين وجودة الحياة) مع متغيرات مختلفة إلا أنها لم تعرض بالدراسة لهذه المتغيرات معاً، مما يعطي الجدة والسبق في الطرح.

2.3 أهمية تطبيقية

وتتمثل في:

- استثمار النتائج المترتبة عن دراسة العلاقة بين متغيرات الدراسة يوجّه الباحثين والمهتمين بهذا المجال إلى العمل على رفع مستوى معنى الحياة المدرك لدى الأفراد، وبالتالي رفع مستوى الجودة وكذا بناء اتجاهات إيجابية نحو الحياة عموماً ونحو الصحة خصوصاً، مما ينعكس إيجاباً على معاش المصاب وعلى من حوله.

- توجيه اهتمام القائمين على الرعاية الصحية إلى استعمال أساليب وتقنيات العلاج بالمعنى وبشكل خاص في الأمراض المزمنة.
- قد تساهم الدراسة في الإثراء النفسي للأطباء والعاملين في المجال الصحي وكذا المختصين والباحثين والمهتمين بمجال الأبحاث النفسية عموماً، لإدراك أعمق لبعض الأبعاد النفسية والاجتماعية وكذا الطبية، من خلال دراسة بعض المتغيرات المهمة في المجال النفسي والحياتي لمرضى السرطان والقلب.
- استثمار نتائج الدراسة في بناء برامج إرشادية وتوعوية للناس عموماً وبخاصة لمن هم عرضة للإصابة بهذه الأمراض، وكذا تصميم برامج إرشادية وعلاجية لفائدة المصابين بهذه الأمراض لتحسين مستويات تعايشهم وتوافقهم مع المرض، وكذا حسن تسيير معاشهم اليومي من خلال مرتكزيّ التدين الإسلامي ونظرية المعنى.

4 أهداف الدراسة

1. الكشف عن العلاقة بين كل من معنى الحياة المدرك والتدين وجودة الحياة.
2. التحقق من نظرية فرانكل في شقها المرتبط بالقيم الاتجاهية وهي واحدة من المجموعات الثلاث التي يرتبط بها معنى الحياة لدى الإنسان حيث أنها – أي القيم الاتجاهية – تعني "الموقف الذي يتخذه في محنته في حالة ما إذا كان يجب عليه أن يواجه قدراً لا يمكن تغييره"¹، وبالتالي معرفة إن كان هذا الطرح ينسحب على المصاب بمرض مزمن.
3. معرفة مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالأمراض المزمنة.
4. الكشف عن مستوى التدين لدى المصابين بالأمراض المزمنة.
5. الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.
6. الكشف عن الفروق في المتغيرات الثلاث بين مرضى القلب ومرض السرطان.
7. إبراز دور التدين في تشكل معنى الحياة لدى الأفراد عموماً ولدى المرضى بصفة أخص.
8. تعتبر الدراسة الراهنة واحدة من الدراسات التي تدعم اتجاه التقويم والقياس للمتغيرات النفسية (معنى الحياة المدرك، التدين، جودة الحياة) في مجال الأمراض المزمنة، لذا يدور محورها الرئيس حول الكشف عن هذه المتغيرات لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة من خلال تسليط الضوء على المصابين بمرض السرطان وأمراض القلب.

¹- فرانكل، الإنسان يبحث عن المعنى مقدمة في العلاج بالمعنى والتسامي بالنفس. مكتبة الأنجلوسكسونية ، 1982، ص88.

5 تحديد مصطلحات الدراسة

تناولت الدراسة مفاهيمًا ثلاث هي: معنى الحياة المدرك، والتدئين وجودة الحياة، ويتمّ تحديدها على النحو التالي:

1.5 معنى الحياة المدرك

1.1.5 التعريف الاصطلاحي

يعرفه فرانكل بأنه "حالة يسعى الإنسان للوصول إليها لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش لأجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى".¹

يعرفه ديبيتس (Debates) بأنه "شعور عميق بمغزى الحياة مع قدرة فائقة على التماسك والإدراك للهدف من وجود الإنسان في الحياة وما يؤدي إليه من دوافع إلى تحقيق الأهداف ذات القيمة في الحياة مع الشعور بالحيوية والسعادة".²

يعرفه الأبيّض: مجموع استجابات الفرد التي تعكس اتجاهاته الإيجابية أو السلبية نحو الحياة بأبعادها المختلفة والأهداف والالتزامات التي يلتزم بها الفرد في حياته من دراسة أو عمل ومدى إحساسه بأهميتها وقيمتها ودافعيته للتحرك بإيجابية نحو تحقيقها وقدرته على تحمل المسؤولية والتسامي بذاته نحو الآخرين وتقبله لذاته ورضاه عن حياته بشكل عام.³

2.1.5 التعريف الإجرائي

هو مجموع الاستجابات التي يعطيها المصاب بمرض السرطان أو أحد أمراض القلب من خلال إجابته على بنود المقياس، وهو الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس معنى الحياة المعد من طرف هارون توفيق الرشيد (2006) والمكيف في البيئة الجزائرية من طرف بشير معمريّة (2010).

2.5 التدئين

1.2.5 التعريف الاصطلاحي

يعرف عبد المجيد النجار التدئين قائلًا:

التدئين انفعال الواقع الإنساني بالتعاليم الإسلامية انفعالا مقصودا، تحدثه إرادة الإنسان على سبيل التكليف الملزم، فعناصره المتفاعلة إذا هي واقع الحياة الإنسانية المتمثلة في تصوراتها الذهنية. وفي

¹- زقاوة، أ. معنى الحياة كمؤشر على الصحة النفسية لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 585-598، 2020، ص 587.

²- راضي، ف. م. معنى الحياة لدى عينة من خريجي الجامعة العاطلين عن العمل وعلاقته بالقيم والعائدات، المجلة المصرية للدراسات النفسية، 429-464. <https://doi.org/10.21608/ejci.2007.102530> ، 2007، ص 438.

³- الأبيّض، م. ح. مقياس معنى الحياة لدى الشباب. مجلة كلية التربية، 799-820، 2021، ص 804

سلوكه ونظم حياته وسعيه في تدبير معاشه، ومنظومة متكاملة من التعاليم الموجهة للتصور والسلوك معاً، وإرادة إنسانية تكيف التصور والسلوك بحسب تلك التعاليم.¹

2.2.5 التعريف الإجرائي

هو انفعال بالدين محصلته إيمان قلبي وتصديق عقلي وسلوك عملي، ناتج عن استجابة لتعاليم الشرع تحت مظلة الدين الذي ارتضاه (معتنقه) شرعة ومنهاجا، ويعبر عن مستواه بالدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس السلوك الديني الذي أعدّه وقتنه بشير معمريّة (2009).

3.5 جودة الحياة

1.3.5 التعريف الاصطلاحي

تعرف منظمة الصحة العالمية جودة الحياة على أنها: "إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه وتوقعاته وقيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية ومستوى استقلالته وعلاقاته الاجتماعية واعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة"². وتعرف منظمة اليونسكو جودة الحياة بأنها "مفهوم شامل يضم كل جوانب الحياة كما يدركها الفرد، ليشمل الإشباع المادي للحاجات الأساسية، والإشباع المعنوي الذي يحقق التوافق النفسي عبر تحقيق ذاته"³.

2.3.5 التعريف الإجرائي

هي إدراك الفرد لوضعية حياته تحت مظلة قيمه وثقافته ومدى استجابته الموضوعية والذاتية إزاء مختلف المواقف لإشباع حاجاته الأساسية. ويعبر عن مستواها بالدرجة التي يتحصل عليها الفرد على مختصر مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية والذي ترجمه المضحى (1436هـ).

4.5 المرض المزمن

1.4.5 التعريف الاصطلاحي

يعرف بأنه حالة طويلة الأمد (6 أشهر أو أكثر)، والتي تتطور بشكل عام ببطء ولا يوجد لها أمل في العلاج، وهي مسؤولة عن (63%) من الوفيات.

5.5 مرض السرطان

¹- سرات، ا. الدين والتدين في العالم المعاصر، دار الكلمة، 2015، ص 18.

²- مشري، س. جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي - دراسة تحليلية، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 2014، 237-215، ص 227.

³- المضحى، ع. ا. ص. جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين بمدينة الرياض. شبكة الوكة، 1438، ص 11.

1.5.5 التعريف الاصطلاحي

ورم ناتج عن تحول أو تغيير يصيب الخلايا البشرية، والورم عبارة عن كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث وغير طبيعي، ويندرج تحت مسمى مرض السرطان العديد من الأنواع أهمها سرطان: الثدي، الرئة، البروستاتا، الدم، الكبد، الرحم، المبيض، القولون، المستقيم، المعدة.

2.5.5 التعريف الإجرائي

يعتبر المريض مصابا بأحد أنواع أمراض السرطان إذا تمّ تشخيصه من قبل طبيب مختص في الأورام بعد فحوصات طبية وتحاليل متخصصة.

6.5 مرض القلب

1.6.5 التعريف الاصطلاحي

أمراض القلب مصطلح واسع يُستخدم لوصف مجموعة من الأمراض التي تؤثر في القلب، وتشمل الأمراض المختلفة التي تتدرج تحت مظلة أمراض القلب أهمها:

- أمراض القلب الوعائية.
- عدم انتظام ضربات القلب.
- أمراض العيوب الخلقية للقلب.
- اعتلال عضلة القلب.
- أمراض القلب الناجمة عن التهابات أغشية القلب.
- أمراض صمامات القلب

2.6.5 التعريف الإجرائي

ويعتبر المريض مصابا بأحد أنواع أمراض القلب إذا تمّ تشخيصه من قبل طبيب مختص في أمراض القلب والأوعية الدموية بعد فحوصات طبية وتحاليل متخصصة.

6 الدراسات السابقة

سيتم عرض أهم الدراسات السابقة المتوفرة لدينا حول متغيرات الدراسة تباعا فيما يلي:

1.6 الدراسات التي تناولت معنى الحياة

1.1.6 دراسة زيك وتشمبرلين (Zika et Chamberlain, 1987)

بحثت هذه الدراسة المتغيرات النفسية التي تنبئ بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة، حيث وجدت أن من بين متغيرات الشخصية والتي هي مصدر الضبط والتوكيدية ومعنى الحياة، كان معنى الحياة الأفضل بين المتغيرات الثلاث من حيث التنبؤ بالصحة النفسية، وفي السياق ذاته قام الباحثان بدراسة

أخرى أكدا فيها ارتباط معنى الحياة إيجابا بالصحة النفسية في كلّ مرحلة من حياة الإنسان من المراهقة حتى سن الرشد المتأخرة.¹

2.1.6 دراسة أوكونور وآخرون (1990)

هدفت الدراسة إلى فحص العمليات التي يتضمنها البحث الشخصي لمعنى الحياة، وقد شملت العينة التي تناولتها الدراسة (30) مريضا بسرطان الثدي والرئة، وقد استعمل الباحثون أسلوب المقابلات الشخصية مع المرضى لفهم كل من وردود أفعال المرضى الشخصية بعد التشخيص بالمرض ونظرتهم على إثرها للحياة، وكذا التغير الذي طرأ على رؤية الذات والآخرين، وكيفية تعايش هؤلاء المرضى مع المرض. وتوصلت الدراسة إلى أن هناك عاملان جوهريان يؤثران في معنى الحياة لدى عينة المرضى وهما: الإيمان والمساندة الاجتماعية.²

3.1.6 دراسة بريتبارت (Breitbart 2002)

هدفت هذه الدراسة لمعرفة فعالية بعض فنيّات العلاج بالمعنى لفرانكل (الحوار السقراطي، المقصد المتناقض) في التعامل مع عيّنة من مرضى السرطان تعاني فقدان المعنى والهدف في الحياة وبعض المشكلات النفسية والجسمية، وأشارت النتائج إلى فعالية العلاج بالمعنى في مساعدة هؤلاء المرضى على زيادة الإحساس بالمعنى والهدف في الحياة.³

4.1.6 دراسة سيمون (Simon, 2003)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن المعنى، التوافق، والرضا عن الحياة لدى الأفراد المصابين بمرض الورم الليفي العصبي من النوع الأول (NF1)، وإلى بحث التأثير الذي يحدثه وجود معنى للحياة على خلق الإحساس بالرضا عن الحياة والتوافق مع أعراض مرض الورم الليفي العصبي التي تظهر في الجلد والبصر والجهاز الحركي، والتي قد تؤثر في صحة الفرد المصاب وفي تقديره لذاته، حيث أن حدة أعراض المرض قد تؤثر في رضا الإنسان عن حياته، وقد استخدمت الدراسة مقياسا للمعنى الشخصي، ومقياسا لأساليب التوافق، ومقياسا للرضا عن الحياة، كما طلب الباحث أيضا من عينة البحث والبالغ عددها (46) فردا من المصابين بالمرض تراوحت أعمارهم ما بين (18-65) عاما، حيث بلغ عدد الإناث (33)، وعدد الذكور (13)، أن يحددوا ويصنفوا درجة شدة أعراض المرض باستخدام المقياس الرباعي لريكاردي (Riccardi -4 grade)، وقد أظهرت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين درجة شدة أعراض المرض وبين الرضا عن الحياة، كما وجدت الدراسة أيضا أن معنى الحياة عامل هام

¹-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 99.

²- O'Connor, A. P., Wicker, C. A., & Germino, B. B. Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nursing, 13(3). 1990. https://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/1990/06000/Understanding_the_cancer_patient_s_search_for.6.aspx

³- أبو غزالة، س. ع. فعالية الارشاد بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحسين المعنى الايجابي للحياة لدى طلاب الجامعة. المؤتمر السنوي الرابع عشر (الارشاد النفسي من أجل التنمية في ظل الجودة الشاملة)، 202-157، 2007، ص 162.

لحدوث الرضا عن الحياة لدى الأفراد المصابين بمرض (NF1)، وأن أكثر مجالات الحياة معنى بالنسبة لهم كان مجال العلاقات وأقلها معنى كانت المعاملة العادلة، كما أظهرت الدراسة وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مقياس المعنى الشخصي وبين مقياس أساليب التوافق، كما أكدت الدراسة على أن الإنجاز والدين كانا من أهم أبعاد مقياس معنى الحياة ارتباطاً بالرضا عن الحياة.¹

5.1.6 دراسة إرنشاو (Earnshaw, 2003)

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة والتوجه الديني، واشتملت عينة الدراسة على (42) طالباً وطالبة بجامعة ميثوديست، منهم (7 ذكور و35 أنثى)، ممن تراوحت أعمارهم ما بين (17 و24 سنة) واستخدم في الدراسة بروفيل الاتجاه نحو الحياة، من إعداد ريكور وبيكوك، ومقياس التوجه الديني من إعداد ألبرت وروس. وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين معنى الحياة، والتوجه الديني الجوهري، وتعكس هذه النتيجة ارتباط معنى الحياة بقوة المعتقدات الدينية، وأن الأفراد المتدينين يعتبرون التدين الجوهري جزءاً أساسياً في حياتهم، وأن الإيمان هدف في حد ذاته يكسب الفرد معنى وقيمة في حياته.²

6.1.6 دراسة نيكولس وستيوارت (Neckels & Stewart, 2004)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة، والالتزام القيمي، وما إذا كانت القيم منبئة بمعنى الحياة، وقد اشتملت عينة الدراسة على (130) طالباً من جامعة منينيسوتا، وقد استخدم الباحثان في الدراسة قائمة النظرة للحياة التي أعدها باتيستنا وألموند، ومقياس القيم الذي أعده سكاى وآخرون. وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين معنى الحياة والالتزام القيمي، وأنه يمكن التنبؤ بمعنى الحياة من القيم، وأن القيم الدينية تأتي على رأس النسق القيمي سواء من الجانب النظري أو السلوكي في التنبؤ بمعنى الحياة.³

7.1.6 دراسة لهاريس (Harries, 2004)

هدفت إلى بحث العلاقة بين معنى الحياة والرضا عن العلاقات والرضا عن الحياة، طبقت مقياس معنى الحياة ومقياس للتوجه نحو العلاقات المتبادلة ومقياس للحب ومقياس للرضا عن العلاقات وكانت عينة الدراسة عبارة عن عينة من الأزواج والزوجات، وأظهرت نتائج الدراسة تأكيداً لما قاله فرانكل من أن الصحة النفسية تتحقق عندما يحقق الإنسان الغرض والهدف من وجوده في الحياة، وأن ذلك التحقيق يعمل على زيادة قدرة الإنسان على الاحتفاظ بعلاقات حميمة قوية مع الآخرين وخاصة الأزواج، كما أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الرضا عن العلاقات ومعنى الحياة، وبين

¹- القحطاني، مضاي. معنى الحياة وعلاقته بمستوى التدين لدى السجينات وغير السجينات بمدينة الرياض. مجلة البحث العلمي في التربية 20 (الجزء الرابع)، 399-463، 2019، ص 430.

²- أبو غزالة، س. ع. مرجع سبق ذكره، ص 281.

³- المرجع نفسه، ص 281.

الحبّ ومعنى الحياة، وبين الحبّ والرضا عن العلاقات، كما أظهرت الدراسة أيضا أن الحب ومعنى الحياة كانا عاملين منبئين عن الرضا عن العلاقات.¹

8.1.6 دراسة ستيجر وفرازي (Steger & Frazier, 2005)

تمتديد المعنى في الحياة كوسيط محتمل للصلة بين التدين والصحة النفسية، واختبر الباحثون هذه الفرضية في دراستين، وذلك باستخدام طرق ومقاييس متعددة للتدين والرفاهية، حيث عنيت الدراسة الأولى بدراسة المعنى في الحياة وسيطا للعلاقة بين التدين والرضا عن الحياة (الدراسة 1 أ)، وكذلك احترام الذات والتفاؤل (الدراسة 1 ب). وباستخدام طريقة أخذ عينات الخبرة، وجد الباحثون أن المعنى في الحياة يتوسط أيضا العلاقة بين السلوكيات الدينية اليومية والرفاهية (الدراسة 2) وخلصت الدراسة بإقرار معنى الحياة وسيطا مؤثرا بين التدين والرضا وبين التدين واحترام الذات والتفاؤل. وبالتالي بين التدين والصحة النفسية.²

9.1.6 دراسة كليرك وآخرون (DEKLERKetal, 2006)

في هذه الدراسة، قام الباحثون بفحص العلاقات بين إحساس الشخص بالمعنى في الحياة، مع متغيرات التوجه نحو الحياة، ومتغيرات السيرة الذاتية، والالتزام بالعمل، وتحفيز العمل. من خلال اختبار ست فرضيات، وأشارت نتائج الدراسة لوجود ارتباطات مهمة بين الإحساس بالمعنى في الحياة، وتوجهات العمل الإيجابية، والالتزام الوظيفي وتحفيز العمل. كما تشير النتائج التي توصلت إليها إلى مصدر روحي لتحفيز العمل والالتزام، وهو مصدر أساسي أكثر مما تغطيه نظريات التحفيز الحالية وإلى أنه يمكن أن يكون الالتزام والدافع أيضا تعبيرات عن الشعور بالمعنى في حياة المرء. هذه الدراسة تحسن الفهم من روحانية مكان العمل في الممارسة.³

10.1.6 دراسة ماجدة السيد علي ناصف (2006)

استهدفت الدراسة الكشف عن تأثير بعض المتغيرات النفسية والاجتماعية والتفاعل بينها في معنى الحياة لدى عينة من مرضى السرطان والأصحاء من طلاب الجامعة وشملت عينة الدراسة مجموعتين، مجموعة مرضى السرطان والتي تتكون من مجموعة قوامها (30) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة مصابين بمرض السرطان يتراوح العمر الزمني لهم ما بين (18-22) سنة، لديهم إصابات مختلفة من السرطان، ومجموعة الأصحاء التي تتكون من مجموعة قوامها (30) طالبا وطالبة من طلاب الجامعة غير المصابين بالسرطان وبمتوسط عمر (18-22) سنة. واستخدمت الدراسة الأدوات التالية (مقياس معنى الحياة، مقياس الضغوط النفسية، مقياس الاكتئاب، مقياس قلق الموت، مقياس التفاؤل والتشاؤم، استبيان المساندة الاجتماعية، مقياس المستوى الاجتماعي الاقتصادي للأسرة، استمارة دراسة حالة. وأكدت نتائج الدراسة وجود تأثير دال إحصائيا لكل من: نوع المجموعة (مجموعة مرضى السرطان -

¹- القحطاني ومضاوي، مرجع سبق ذكره، ص 430.

²- Steger, M. F., & Frazier, P. Meaning in Life: One Link in the Chain From Religiousness to Well-Being. Journal of Counseling Psychology, 52(4) 2005. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.574>

³- DE KLERK, J. J., BOSHOF, A. B., & VAN WYK, R. Spirituality in Practice: Relationships Between Meaning in Life, Commitment and Motivation. Journal of Management, Spirituality & Religion, 2006. <https://doi.org/10.1080/14766080609518637>.

مجموعة الأصحاء). ومستوى كل من: الضغوط النفسية، الاكتئاب، قلق الموت، التفاؤل، التشاؤم، المساندة الاجتماعية (مرتفع - منخفض) في معنى الحياة، بينما لم يظهر تأثير دال بالنسبة للتفاعل بين نوع المجموعة ومستوى المتغيرات النفسية والاجتماعية في معنى الحياة.¹

11.1.6 دراسة هونغ (Hong, 2006)

اختبرت هذه الدراسة الأثر التوسطي لمعنى الحياة، في العلاقة بين الضغوط التي يعاني منها طلبة الجامعة وبين إحساسهم بالسعادة. وقد أجريت الدراسة على عينة بلغت (788) طالب وطالبة، من ثلاث جامعات صينية وباستخدام ثلاثة مقاييس لقياس الضغوط في الكلية ومعنى الحياة والإحساس بالسعادة، وباستخدام التحليل المتعدد، أُيدت نتائج الدراسة الأثر التوسطي لمعنى الحياة في العلاقة بين الضغوط التي يعاني منها الطلبة في الكلية وبين السعادة لديهم، وقد ارتبط معنى الحياة ارتباطاً إيجابياً بالسعادة.²

12.1.6 دراسة بارك وآخرون (2007)

فحصت الدراسة الحالية ما إذا كانت استراتيجيات المواجهة المحددة المستخدمة للتعامل مع قصور القلب الاحتقاني (CHF) مرتبطة بالمعنى في الحياة عبر الزمن، كما فحصت ما إذا كان المعنى في الحياة يتوسط تأثير التأقلم على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة. حيث تلقت عينة من (155) مريض من قصور القلب الاحتقاني (CHF) حزم استئبان في نقطتين زمنيتين، يفصل بينهما ستة أشهر. وشملت مقاييس النتائج الرئيسية المعنى في الحياة ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة العقلية والبدنية (HRQOL). وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- لم يكن التأقلم (خاصة القبول / إعادة التفسير الإيجابي والتأقلم الديني) مرتبطاً فقط بالمعنى في الحياة، ولكن أيضاً بزيادة المعنى بمرور الوقت.
- كان المعنى في الحياة مرتبطاً بالمكونات العقلية والجسدية لنوعية الحياة (HRQOL).
- كان التأقلم مرتبطاً بالحد الأدنى من (HRQOL) ولم يتم التوسط في آثاره من خلال المعنى في الحياة.

وبالتالي تصيف هذه النتائج إلى تراكم الأدلة على أن معنى الحياة مهم في سياق العيش مع مرض مزمن يهدد الحياة. علاوة على ذلك يرتبط التأقلم - وخاصة القبول والتأقلم الديني - بزيادة معنى الحياة بمرور الوقت في سياق المرض الذي يحد من الحياة (Park et al, 2008).

¹- شريف وآخرون، شريف، ل كحيلة ر، خاسكة س. معنى الحياة لدى عينة من الإناث المصابات بسرطان الثدي وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية في محافظة اللاذقية. Tishreen University Journal-Arts and Humanities Sciences Series, 38 (2)، 2016، ص 164.

²- مطشر، س، معنى الحياة وعلاقته بالسعادة لدى منتسبي جامعة بغداد من التدريسيين والموظفين. مجلة البحوث التربوية والنفسية، 2009. <https://jperc.uobaghdad.edu.iq/index.php/jperc/article/view/746>، ص 75

13.1.6 دراسة جارسما وآخرون (2007)

هدفت الدراسة إلى معرفة مفهوم معنى الحياة وقياسه لدى المرضى الهولنديين وبعد التحقيق من الخصائص السيكمترية للترجمة الهولندية لملف تعريف المعنى الشخصي في مجموعة غير متجانسة من مرضى السرطان. أسفرت الدراسة عن مقياس قصير نسبيا يتكون من (39) من أصل (57) عنصرا أصليا، مقسمة إلى (5) عوامل، هي: العلاقة مع الله، التفاني في الحياة، عدالة الحياة، التوجه نحو الهدف والعلاقات مع الآخرين؛ والتي يمكن تلخيصها في النتيجة الإجمالية لتجربة المعنى في الحياة. وكان الاتساق الداخلي للجدول الكلي فضلا عن أبعاده الفرعية مرتفعا. كانت تجربة المعنى في الحياة مرتبطة بشكل إيجابي بمشاعر الرفاهية النفسية وسلبا بمشاعر الضيق. علاوة على ذلك، كانت تجربة المعنى في الحياة مرتبطة أيضا بالخصائص الشبيهة بالسما مثل الشخصية. وطرحت الدراسة استنتاجا عاما مفاده أنه يمكن للأبحاث المستقبلية التحقيق في مدى ملاءمتها لمجموعات سكانية أخرى غير مرضى السرطان، وما إذا كانت تجربة المعنى في الحياة تتغير في النهاية نتيجة للتهديدات الوجودية (Jaarma et al, 2007).

14.1.6 دراسة جاب الله (2007)

أجريت هذه الدراسة بهدف الكشف عن طبيعة العلاقة بين معنى الحياة والاحترق النفسي لدى المرأة العاملة العانس إضافة إلى تسليط الضوء على جوانب نفسية أخرى وهي الرضا عن الحياة والشعور بالوحدة النفسية لدى المرأة العاملة العانس، كما هدفت كذلك إلى معرفة الفروق في مستوى هذه الجوانب بحسب كل من متغيري السن والأقدمية المهنية. وقد طبقت الباحثة أربعة مقاييس نفسية على عينة قدرها (34) امرأة عاملة عانس وهذه المقاييس هي: مقياس الاحتراق النفسي من إعداد زينب محمود شقير المعدل في هذه الدراسة، ومقياس معنى الحياة لهارون توفيق الرشيد ومقياس الرضا عن الحياة والشعور بالوحدة النفسية لمجدي محمد الدسوقي. وقد بينت النتائج أن معنى الحياة لدى المرأة العاملة العانس مرتفع، ولا يتأثر بمتغيري السن والأقدمية المهنية. كما أن تقدير المرأة العاملة العانس للاحتراق النفسي منخفض، ولا يتأثر كذلك بمتغيري السن والأقدمية المهنية، وقد اتضح أيضا من خلال نفس النتائج وجود علاقة ارتباطية عكسية بين معنى الحياة والاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة العانس، كما أن شعور المرأة العاملة العانس بالوحدة النفسية كان مرتفعا، ولا يتأثر هو كذلك بمتغيري السن والأقدمية المهنية، إلا أن النتائج نفسها كشفت عن ارتفاع مستوى الرضا عن الحياة لدى المرأة العاملة العانس وعدم تأثره بمتغيري السن والأقدمية المهنية.¹

15.1.6 دراسة هنري وآخرون (Henry et al., 2010)

في دراسة تجريبية عشوائية مضبوطة كان الهدف منها تقديم أدلة داعمة لمقبولية وفائدة تدخل صنع المعنى (MMi) في المرضى الذين تم تشخيصهم حديثا بسرطان المبيض في المرحلة الثالثة أو الرابعة، وتقديم تقديرات للمعلومات اللازمة لتصميم دراسة واسعة النطاق. أجرى هنري وزملاؤه تجربة معشاة ذات شواهد مع (24) مريضا (12 تجريبيا و12 مجموعة تحكم). تم قياس الرفاهية الوجودية (النتيجة الأولية)، ونوعية الحياة الشاملة، والضيق، والقلق، والاكتئاب، والكفاءة الذاتية. وخلصت نتائجها إلى أنه بالمقارنة مع المجموعة الضابطة، كان لدى المرضى في المجموعة التجريبية إحساس أفضل بالمعنى في الحياة بعد

¹ - جاب الله، ي. معنى الحياة وعلاقته بالاحتراق النفسي لدى المرأة العاملة العانس- دراسة ميدانية بولاية سطيف، 2007.

شهر وثلاثة أشهر من التدخل، وبالتالي يبدو أن صنع المعنى (MMi) هو تدخل واعد لمرضى السرطان المتقدمين.¹

16.1.6 دراسة أبو الهدى (2011)

هدفت هذه الدراسة إلى كشف العلاقة بين قلق المستقبل وكلا من معنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من طلاب الجامعة المعاقين بصريا والمبصرين، كما هدفت إلى معرفة الفروق بين الطلاب المعاقين بصريا والمبصرين في متغيرات الدراسة، وهدفت الدراسة أيضا إلى معرفة الدلالات التشخيصية والتفسيرية الإكلينيكية لمتغيرات الدراسة لدى بعض الحالات الطرفية المختارة من المجموعتين (معاقين بصريا – مبصرين). وتكونت عينة الدراسة الأساسية من (313) طالبا وطالبة تراوحت أعمارهم ما بين (18 – 24) سنة من بينهم (210) من الطلاب المبصرين، و(103) طالب وطالبة من المعاقين بصريا، وتكونت عينة الدراسة الإكلينيكية من حالتين (طالب من كل مجموعة) ممن حصلوا على أعلى درجة على مقياس قلق المستقبل لكل مجموعة. واستخدم الباحث ثلاثة مقاييس سيكومترية: مقياس قلق المستقبل، ومقياس وجهة الضبط، ومقياس معنى الحياة، وثلاثة مقاييس إكلينيكية كاختبار تكلمة الجمل، ودراسة الحالة (المقابلة التشخيصية)، والمقابلة الإكلينيكية المقننة وقد كانت جميع الأدوات من اعداد الباحث. وأسفرت نتائج الدراسة السيكومترية عن عدم وجود فروق دالة بين الطلاب المعاقين بصريا والمبصرين في قلق المستقبل، وعن عدم وجود فروق دالة بين الطلاب المعاقين بصريا والمبصرين في وجهة الضبط، بينما وجدت فروق دالة بين المجموعتين في معنى الحياة لصالح الطلاب المبصرين. كما كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين معنى الحياة وقلق المستقبل، ووجود علاقة ارتباطية بين وجهة الضبط وقلق المستقبل، ووجود تأثير دال لمعنى الحياة ووجهة الضبط على قلق المستقبل بالنسبة لمجموعة الطلاب المبصرين، بينما لم يكن التأثير دالا لدى مجموعة المعاقين بصريا.²

17.1.6 دراسة بالداشينو (Baldacchino, 2011)

انطلاقا من فكرة أن إيجاد معنى في المرض يمنح الأفراد هدفا في الحياة، مما قد يحفزهم على الحفاظ على نمط حياة صحي. وعلى غرار ما ركزت عليه الأبحاث حيث استخدمت بشكل أساسي تصميمات مقطعية في المرحلة الحادة من التعافي. جاءت هذه الدراسة الاستكشافية الطولية إذ استكشفت بحث المرضى عن معنى في الحياة خلال أول 5 سنوات بعد احتشاء عضلة القلب (MI). حيث أجريت المقابلات بين عامي (2000 و 2007) على المرضى الذين يعانون من (MI). وأسفرت النتائج بعد خضوعها للتحليل المواضيعي مسترشدة بإطار التحليل لبرنارد (1991)، على أن:

¹- Henry, M., Cohen, S. R., Lee, V., Sauthier, P., Provencher, D., Drouin, P., Gauthier, P., Gotlieb, W., Lau, S., Drummond, N., Gilbert, L., Stanimir, G., Sturgeon, J., Chasen, M., Mitchell, J., Huang, L. N., Ferland, M.-K., & Mayo, The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized controlled pilot study. *Psycho-Oncology*, 19(12),2010. <https://doi.org/10.1002/pon.1764>

²- أبو الهدى، إ. م. دراسة سيكومترية إكلينيكية لقلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من المعاقين بصريا والمبصرين [دكتوراه]. جامعة عين شمس - كلية التربية، 2011.

- إيجاد المعنى يزيد من وعي المرضى بحالتهم الشمولية الحالية للحياة، ويوفر زخماً لإجراء تغييرات في نمط الحياة، في أعقاب (MI) مباشرة، حيث أعاد المرضى هيكلة وإعادة تقييم مواقفهم تجاه الذات، والحياة والمعتقدات الدينية وغيرها.
- من السنة الثالثة فصاعداً، مع مرور الوقت، انقضى المرضى في سلوكهم، ومالوا إلى أن يصبحوا غير ممثلين للعلاج وأقل وعياً أو قلقاً بشأن خطر الإصابة بنوبة قلبية أخرى.
- قد يؤدي التعليم الإضافي حول البعد الروحي في الرعاية إلى توجيه الممرضات والمهنيين الصحيين من أجل تعزيز عملية إعادة تأهيل المرضى والمثابرة في نمط حياة صحي طويل الأجل.¹

18.1.6 دراسة خوخ (2011)

هدفت إلى التعرف على العلاقة بين معنى الحياة ومستوى الرضا عنها لدى طالبات الجامعة بالسعودية، وتكونت عينة الدراسة من (247) طالبة من طالبات كلية التربية بجامعة حائل والتي بلغ متوسط أعمارهن (19.6) عاماً. وقد تم تطبيق مقياس الرضا عن الحياة عليهن بالإضافة إلى مقياس معنى الحياة، وبعد المعالجات الإحصائية أظهرت النتائج وجود علاقة دالة وموجبة بين أبعاد مقياس معنى الحياة ومقياس الرضا عن الحياة لدى طالبات الجامعة.²

19.1.6 دراسة ستيجر وآخرون (2011) (Steger et al, 2011)

تم ربط المعنى في الحياة والروحانية والتدين تجريبياً في الأبحاث السابقة. هدفت هذه الدراسة إلى تعزيز المعرفة بالعلاقات المتبادلة بين هذه المتغيرات من خلال فحص مصادر تأثيراتها القابلة للتوريث وغير القابلة للتوريث، وكذلك المساهمات الجينية والبيئية في علاقاتها المتبادلة. أكملت عينة من (343) توماً في منتصف العمر مأخوذة من سجل مينيسوتا للتوائم مقاييس المعنى في الحياة والروحانية. كان هناك دليل على أن التدين والروحانية والمعنى في الحياة تشترك في تأثيرات وراثية وبيئية مشتركة، مما يشير إلى أن مواقف هؤلاء الأشخاص فيما يتعلق بهذه المتغيرات قد تنشأ من عوامل مشتركة. تقدم هذه النتائج دليلاً جديداً على وجود ركيزة وراثية مشتركة للمعنى في الحياة والتدين والروحانية، وتدعم إمكانية أن تكون مواقف الناس الأساسية حول معنى الوجود متجذرة بشكل عام في العوامل البيولوجية المتطورة وتتأثر بشكل مشترك من خلال تجارب الناس مع الحياة.³

20.1.6 دراسة شريف وآخرون (2016)

¹- Baldacchino, D. Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time. British Journal of Nursing, 20(2). <https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.2.107.2011>

²- القحطاني ومضاوي، مرجع سبق ذكره، ص 431.

³- Steger, M. F., Hicks, B. M., Krueger, R. F., & Bouchard, T. J. Genetic and environmental influences and covariance among meaning in life, religiousness, and spirituality. The Journal of Positive Psychology, 6(3), 2011. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.569172>

هدفت الدراسة إلى التعرف على معنى الحياة لدى عينة من الإناث المصابات بسرطان الثدي في محافظة اللاذقية بسوريا، ومعرفة الفروق بين أفراد العينة تبعاً لمتغيرات البحث: الإقامة (ريف، مدينة)، الحالة الاجتماعية (عازبة، متزوجة)، العمل (عاملة، غير عاملة)، العمر (أقل من 45، 45 فأكثر)، وقد اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي التحليلي، واتخذت من الاستبانة التي اعتدتها الباحثة لمعنى الحياة أداة للقياس، وتم تطبيقها على عينة مكونة من (70) امرأة. وأسفرت النتائج التالية:

- يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية على مقياس معنى الحياة وفق متغير العمر.
- عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية على مقياس معنى الحياة وفق متغير الحالة الاجتماعية.
- عدم وجود فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية على مقياس معنى الحياة وفق متغير العمل.
- يوجد فرق دال إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) لدى أفراد عينة البحث من مريضات سرطان الثدي في محافظة اللاذقية على مقياس معنى الحياة وفق متغير مكان الإقامة.¹

21.1.6 دراسة القحطاني ومضاوي (2019)

هدفت الدراسة لمعرفة العلاقة بين معنى الحياة ومستوى التدين لدى السجينات وغير السجينات بمدينة الرياض ومعرفة الفروق بين السجينات وغير السجينات في المتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية – المستوى التعليمي – المستوى الاقتصادي) واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي، حيث تكون مجتمع البحث من جميع السجينات السعوديات في سجن الملز بالرياض، والبالغ عددهن (60) سجينة، بحسب إحصائيات إدارة السجون لعام (1436 هـ). ومجتمع البحث الآخر وهن السعوديات غير السجينات، وباستخدام الطريقة العشوائية والعمدية لاختيار عينات الدراسة، تمكن الوصول إلى (40) سجينة سعودية متجاوبة، بينما بقي (20) سجينة سعودية رفضن التجاوب، أيضاً تمكن الوصول إلى (119) سعودية من غير السجينات. ولجمع المعلومات من عينة الدراسة تم تصميم أداة للبحث، وبعد القيام بالإجراءات المنهجية اللازمة والتطبيق، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- يوجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين معنى الحياة ومستوى التدين لدى السجينات.
- يوجد علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين معنى الحياة ومستوى التدين لدى غير السجينات.
- لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين السجينات وغير السجينات على مقياس معنى الحياة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين السجينات وغير السجينات على مستوى التدين لصالح السجينات.

¹- شريف وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص .

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين السجنيات وغير السجنيات في معنى الحياة تبعا للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية- المستوى التعليمي- المستوى الاقتصادي).
- لا توجد فروق دالة إحصائية بين السجنيات وغير السجنيات في التدخين تبعا للمتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية- المستوى التعليمي – المستوى الاقتصادي)¹.

22.1.6 دراسة زقاوة (2020)

هدفت الدراسة الى الكشف عن مستوى إدراك الشباب لمعنى الحياة كمؤشر على الصحة النفسية، استخدم الباحث المنهج الوصفي التحليل، وتم تطبيق مقياس معنى الحياة لمحمد حسن الأبيض (2010) المكون من (51) فقرة بعد حساب خصائصه السيكمترية، وطبق على عينة من الشباب الجامعي قدرت بـ (140) طالب وطالبة من المركز الجامعي غليزان (الجزائر). وأظهرت النتائج أن الوزن النسبي لمعنى الحياة لدى الطلاب كان عند مستوى (24.84%) وهو مستوى مرتفع، وقد جاء ترتيب المجالات كالتالي: الهدف من الحياة بوزن نسبي (4.87%) التسامي بالذات بوزن نسبي (18.82%)، تحمل المسؤولية بوزن نسبي (42.78%) وأخيرا الرضا والقبول بوزن نسبي (66.72%) كما أظهرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائية على مقياس معنى الحياة تعزى الى الجنس والمستوى الدراسي، ولم تكن هناك فروقا دالة تبعا للتخصص ماعدا مجال الرضا والقبول كان لصالح التخصصات العلمية. ونوقشت نتائج الدراسة في ضوء إطارها النظري والدراسات السابقة وتم تقديم بعض التوصيات والتطبيقات التربوية.²

23.1.6 دراسة برساوي وآخرون (Barsaei et al, 2020)

كان الغرض من هذه الدراسة هو تحديد معنى حياة المرضى المتعلقة بأمراض القلب وعلاقتها بنوعية الحياة بعد تكرار رأب الأوعية التاجية حيث جندت الدراسة الوصفية الحالية 144 مريضا يعانون من مرض الشريان التاجي تم إدخالهم إلى مستشفيات في كرج ، إيران. وقد تم جمع البيانات باستخدام استبيان ديموغرافي ، وأداة المعنى في أمراض القلب (MHD) ، والنسخة الإيرانية من المسح الصحي القصير (SF-12) ، وتم تحليلها باستخدام الإحصاءات الوصفية وارتباط بيرسون. وأفادت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين معنى الحياة المرتبط بأمراض القلب (خلق الأوهام ، وتغيير الأهداف ، وإعادة الإسناد ، وتطابق المعنى) ودرجات جودة الحياة، وبالتالي يمكن للتدخلات التمريضية القائمة على معنى حياة المريض الفردي أن تعزز الصحة ونوعية الحياة.³

24.1.6 دراسة جرافيه وآخرون (2020)

هدفت الدراسة هاته لدراسة الاختلافات في معنى الحياة عبر (5) دول محددة العوامل المرتبطة بالمعنى في الحياة. وذلك باستعمال أساليب تحليل ثانوي مخطط له مسبقا لدراسة رصدية طويلة متعددة المراكز مستقبلية للمرضى المصابين بسرطان متقدم. وتم تقييم المعنى في الحياة باستخدام مقياس تم

¹-القحطاني ومضاوي، المرجع سبق ذكره، ص

²-زقاوة، مرجع سبق ذكره، ص

³- Barsaei, M., Feizollahzadeh, H., Jabbarzadeh, F., Hasankhani, H., & Shabanloei, R. The Meaning of Life Related to Heart Disease and Its Relationship to Quality of Life after Repeat Coronary Artery Angioplasty. Creative Nursing, 26(1). <https://doi.org/10.1891/1078-4535.26.1.48.2020>

التحقق من صحته والذي فحص أربعة مجالات للمعنى: القيم والغرض والأهداف والتفكير. تراوحت النتيجة الإجمالية من (8 إلى 32)، مع درجة أعلى تشير إلى معنى أكبر في الحياة. وكانت النتائج المتحصل من بين (782) مريضاً:

- لم يكن هناك فرق كبير في المعنى الكلي في درجة الحياة بين (5) دول، على الرغم من وجود اختلافات في الدرجات الفرعية للمجال.
- كان للمرضى الذين يعانون من كثافة أعلى من الأعراض الجسدية حسب درجة (ESAS) (الألم، التعب، النعاس، ضيق التنفس، الأرق) أو أعراض: الاكتئاب، القلق، الألم الروحي، والضيق المالي: معنى أقل بكثير في الحياة.
- المرضى الذين لديهم مستويات أعلى من التعليم، والذين كانوا متزوجين، والذين لديهم تفأول أعلى كان لديهم معنى أعلى بكثير في الحياة.
- في التحليل متعدد المتغيرات، ارتبط المعنى الكلي الأعلى في درجات الحياة بشكل كبير بزيادة التفأول (التقدير متعدد المتغيرات = 0.33، $p < 0.001$)، وانخفاض الاكتئاب (-0.26، $p < 0.001$)، والألم الروحي (-0.19، $p < 0.001$)، والضائقة المالية (-0.16، $p < 0.001$)¹.

25.1.6 دراسة هاشم (2020)

هدف البحث إلى تعرف العلاقة بين معنى الحياة والاكتئاب النفسي لدى عينة من طلبة الجامعة، والتعرف على دلالة الفروق في إجابات أفراد عينة البحث على مقاييس معنى الحياة والاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس (ذكور، إناث) ووفقاً لمتغير مكان السكن (مقيم مع أهله، مهجر)، ولتحقيق أغراض الدراسة تم تطبيق مقياس معنى الحياة ترجمة الأعرجي (2007)، وقائمة بيك لأعراض الاكتئاب ترجمة سامر رضوان، على عينة مؤلفة من (131) ذكراً و (190) إناثاً من طلبة السنة الرابعة من كليات جامعة دمشق، وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية:

- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية وسلبية بين معنى الحياة والاكتئاب النفسي.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على مقياس معنى الحياة وفقاً لمتغير الجنس لصالح الإناث.

1. Gravier, A. L., Shamieh, O., Paiva, C. E., Perez-Cruz, P. E., Muckaden, M. A., Park, M., Bruera, E., & Hui, D. Meaning in life in patients with advanced cancer: a multinational study. Supportive Care in Cancer, 28(8), 2020. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05239-5>.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة على قائمة بيك لأعراض الاكتئاب وفقاً لمتغير الجنس.¹

26.1.6 دراسة أبو الهدى (2020)

هدفت الدراسة إلى دراسة ظاهرة قلق المستقبل كمتغير رئيسي لدى الطلاب المقيمين بداخل مصر وخارجها من أبناء الجاليات المصرية التي تعمل بالخارج وعلاقته بمعنى الحياة لديهم، ودراسة العلاقة بين قلق المستقبل ومعنى الحياة لدى المقيمين داخل مصر والمقيمين خارجها، تم تصميم مقياس قلق المستقبل ومعنى الحياة، وتكونت عينة الدراسة من (200) طالب وطالبة تراوحت أعمارهم ما بين (15-18) سنة بمتوسط (16) سنة و(6) أشهر، وتوصلت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المقيمين بمصر ومتوسطات درجات الطلاب المقيمين بالخارج في مقياس قلق المستقبل لصالح الطلاب المقيمين بداخل مصر، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المقيمين بمصر ومتوسطات درجات الطلاب المقيمين بالخارج في مقياس معنى الحياة لصالح الطلاب المقيمين بداخل مصر، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب المقيمين بداخل مصر والخارج في مقياس قلق المستقبل لصالح الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب الذكور والإناث من أبناء الجالية المصرية المقيمين بالخارج في مقياس قلق المستقبل لصالح الإناث، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات الطلاب الذكور والإناث من أبناء الجالية المصرية المقيمين بالخارج في مقياس معنى الحياة لصالح الذكور، وأخيراً وجود علاقة ارتباطية عكسية بين قلق المستقبل ومعنى الحياة.²

27.1.6 دراسة البشر والحميدي (2022)

هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين معنى الحياة وأبعاده وبين الرضا عن الحياة وبعض أبعاد التفكير الإيجابي (التوقعات الإيجابية، والتفتح المعرفي، والتقبل الإيجابي، والسماحة) لدى طلبة وطالبات الجامعة بدولة الكويت. تكونت العينة من (115) طالبا وطالبة، واستخدمت الدراسة كل من مقياس معنى الحياة إعداد الباحثين، ومقياس الرضا عن الحياة، ومقاييس التوقعات الإيجابية، والتفتح المعرفي، والتقبل الإيجابي، والسماحة من قائمة التفكير الإيجابي. وقد أشارت النتائج إلى: وجود ارتباط موجب ودال إحصائياً بين درجات معنى الحياة وأبعاده وكل من درجات الرضا عن الحياة، ودرجات التوقعات الإيجابية والتفتح المعرفي والتقبل الإيجابي والسماحة، وتبين عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في الدرجة الكلية لمعنى الحياة، وأبعادها المختلفة، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طلبة الجامعة الذكور والإناث في الدرجة الكلية للرضا عن الحياة، ودرجة السماحة لصالح الطلاب الذكور. كما دلت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور

¹-هاشم، هاشم، ز. معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 1، 303-330، 2020، ص

²-أبو الهدى، مرجع سبق ذكره، ص

والإناث في درجات التوقعات الإيجابية، والتفتح المعرفي، والتقبل الإيجابي، كما أسهمت درجات الرضا عن الحياة فقط بالتنبؤ بصورة دالة إحصائية بدرجات معنى الحياة.¹

28.1.6 دراسة حسين وعبد الوهاب ووهيب (2022)

هدفت الدراسة إلى معرفة إمكانية تنبؤ متغيري الصمود النفسي ومعنى الحياة بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين، كما هدفت أيضًا إلى معرفة الفروق بين عينات الدراسة (مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقوا العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج) في الصمود النفسي ومعنى الحياة وجودة الحياة. وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (75) مريضاً بسرطان الدم الحاد من مستشفى سرطان الأطفال (43 ذكور - 32 إناث)، يتراوح المدى العمري لهم ما بين (14-20) عامًا، بمتوسط مقداره 17,28، وانحراف معياري ومقداره 1,87. وتم تقسيمهم إلى ثلاثة مجموعات: مجموعة المرضى الذين مازالوا يتلقوا العلاج مكونة من (25) مريض، ومجموعة الناجين من السرطان مكونة من (25) مريض، ومجموعة المرضى غير المستجيبين للعلاج ومكونة من (25) مريض. وقد طُبّق على العينة مقياس الصمود النفسي لدى مرضى السرطان إعداد تامر نصر (2017)، ومقياس معنى الحياة لدى مرضى السرطان إعداد الباحثة، ومقياس جودة الحياة التابع لمنظمة الصحة العالمية ترجمة هناء كارم (2016).

النتائج: وجود معاملات ارتباط جوهرية بين جودة الحياة ومعنى الحياة لدى عينات الدراسة الثلاث، في حين لم تظهر أي معاملات ارتباط جوهرية بين جودة الحياة والصمود النفسي. كما اتضح عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين عينات الدراسة الثلاث في كلٍّ من جودة الحياة والصمود النفسي ومعنى الحياة. وتبين كذلك قدرة معنى الحياة على التنبؤ بالتغير الحادث في جودة الحياة بينما اتضح عدم قدرة الصمود النفسي على التنبؤ بجودة الحياة.²

2.6 الدراسات التي تناولت التدخين

1.2.6 دراسة جورج ومك نامارا (George et Mc namara, 1984)

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين كل من التدخين و العرق والسعادة النفسية وذلك على عينة أخذت من الإحصائيات العامة للأعوام بين (1972 و 1982) باستثناء عامي (1979 و 1981) من المجتمع الأمريكي وقد شملت العينة ما يربو على (1500) فرد من الجنسين سودا وبيضاً في كل سنة بمدى عمري تراوح بين (25 و 54) سنة، وقد استخدمت كأداة قياس استبانة تضمنت (15) عبارة منها (8) عبارات لقياس السعادة النفسية في عدة أبعاد منها: السعادة العامة، الصحة الذاتية، الحياة الأسرية وغيرها،

¹-البشر ، الحميدي ح. معنى الحياة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة وبعض أبعاد التفكير الإيجابي لدى طلبة الجامعة بدولة الكويت، مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 1، <https://doi.org/10.36394/jhss/16/2b/14>، 2022.

²- حسين، ك، عبد الوهاب، ط. م، ووهيب، ن. ن.. الصمود النفسي ومعنى الحياة كمنبئات بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين. مجلة المسألة العلمية والسرطانية، <https://doi.org/10.21608/psyb.2022.140013.1004>، 2021.

وعبارتين لقياس التدين و(5) عبارات أخرى لقياس متغيرات مستقلة كالدخل والمستوى التعليمي. وخلصت الدراسة إلى نتائج أهمها: الارتباط الطردي الايجابي بين التدين وأبعاد السعادة النفسية بصورة عامة.¹

2.2.6 دراسة روس (Ross1990)

سعت الدراسة لكشف العلاقة بين الدين والاضطراب النفسي لدى عينة مكونة من 401 فردا من مدينة شيكاغو الأمريكية وما جاورها وقد اختبروا عن طريق دليل الهاتف، تراوحت أعمارهم بين (18 و83) سنة، أما الادوات المستعملة لقياس المتغيرات فكانت:

- قياس الاضطراب النفسي عن طريق قياس أعراض الاكتئاب والقلق النفسي وذلك باستعمال مقياس لانجز ذي الثماني عبارات متدرجة من أعلى مستويات الصحة النفسية إلى أعلى مستويات الاضطراب النفسي.
- قياس الدين والذي تم عن طريق ثلاث مجالات: الانتساب الديني، قوة الاعتقاد الديني، محتوى الاعتقاد.
- متغيرات أخرى: منها العمر، مستوى التعليم، الحالة الاجتماعية...

وقد أسفرت الدراسة عن عديد النتائج منها: انخفاض واضح لمستويات الاضطراب النفسي لدى الأفراد ذوي الاعتقاد الديني القوي قياسا بنظرائهم من ذوي الاعتقاد الديني المنخفض. وأبانت الدراسة أيضا عن ارتفاع مستوى الاضطراب النفسي لدى الأفراد الذين لا ديانة لهم.²

3.2.6 دراسة فراي (Fry, 2000)

فحصت هذه الدراسة المساهمة الفريدة والمشاركة لأبعاد محددة من التدين والروحانية والمعنى الشخصي في الحياة كمنبئات بالرفاهية في عينات من كبار السن المقيمين في المجتمع والمؤسسات. باستخدام تحليلات الانحدار الهرمي، أظهرت النتائج أن المعنى الشخصي، والمشاركة في الدين الرسمي، والمشاركة في الممارسات الروحية، وأهمية الدين، ودرجة الراحة المستمدة من الدين، والشعور بالسلام الداخلي مع الذات، وإمكانية الوصول إلى الموارد الدينية كانت تنبؤات مهمة للرفاهية للعينة مجتمعة. ومع ذلك، كان نمط الارتباط بين الرفاهية والأبعاد النفسية والاجتماعية السابقة أقوى بالنسبة لكبار السن المؤسسين. أكدت النتائج أن المقاييس الوجودية للمعنى الشخصي والتدين والروحانية ساهمت بشكل كبير في التباين في الرفاهية مقارنة بالمتغيرات الديموغرافية أو المقاييس التقليدية الأخرى مثل الموارد

¹- George, A t., & McNamara, P. H. Religion, Race and Psychological Well-Being. Journal for the Scientific Study of Religion, 1984. <https://doi.org/10.2307/1385724>.

²- Ross, C. E . Religion and Psychological Distress. Journal for the Scientific Study of Religion. 1990. <https://doi.org/10.2307/1387431>

الاجتماعية أو الصحة البدنية أو أحداث الحياة السلبية. تتم مناقشة أهمية البنى الوجودية للتدين والروحانية والمعنى الشخصي في مساعدة كبار السن على تجاوز ضغوط الشيخوخة والحفاظ على الرفاهية.¹

4.2.6 دراسة لومبيي وآخرون (2004)

اهتمت الدراسة بالتعرف على أثر التدين في نوعية حياة مرضى السرطان، وذلك على عينة من (95) مريضاً تم تشخيص إصابتهم بأنواع مختلفة من السرطان، وباستعمال استبيانات لتقييم الروحانية و(PLT) ونوعية الحياة والضيق. وعلى عكس التنبؤات النظرية، ارتبطت الروحانية بضيق أقل ونوعية حياة أفضل، كما أن المكون الوجودي شكّل جزءاً كبيراً من التباين في النتائج، وعموماً فإن النتائج المتحصل عليها تشير إلى أن خبرة التدين والتعلق بالله تؤدي إلى تسهيل نشوء معنى للمرض مما يمكن الفرد من مواجهته. كما أنّ التكيف الروحي يخفف من مستويات القلق لدى المرضى، وهو ما أثبتته وأكدته لومبيي وزملاؤه من أن الإيمان عامل تكيف مع الكرب المرتبط بالصحة.²

5.2.6 دراسة أردال وكوينج (Ardelt & Koenig, 2006)

مع اقتراب كبار السن من نهاية الحياة، فإنهم غالباً ما يعانون من قلق الموت وانخفاض في الرفاهية الذاتية التي لا يتم تخفيفها دائماً من خلال زيادة المشاركة الدينية. أحد التفسيرات المحتملة هو التأثيرات التفاضلية للتدين الداخلي والخارجي. فحصت الدراسة الحالية آثار التوجه الديني والأنشطة الروحية على الرفاه الشخصي ومواقف الوفاة بين (103) من كبار السن الأصحاء نسبياً و(19) مريضاً في دور العجزة (تتراوح أعمارهم بين 61 وما فوق). أظهرت نتائج تحليلات المسار أن الشعور بالهدف في الحياة بدلاً من التدين كان له تأثير إيجابي مباشر على الرفاهية الذاتية وتأثير سلبي مباشر على الخوف من الموت بعد التحكم في الصحة البدنية والخصائص الديموغرافية. كان للتدين الجوهري تأثير إيجابي غير مباشر على الرفاهية الذاتية وتأثير إيجابي مباشر قوي على نهج قبول الموت. ومع ذلك، كان التدين الخارجي مرتبطاً بشكل إيجابي بقلق الموت، وبالنسبة لمرضى المسنين، كان مرتبطاً سلباً بنهج قبول الموت.³

6.2.6 دراسة السليم (2007)

هدفت إلى الكشف عن علاقة مستوى التدين والمساندة الاجتماعية بالانتكاسة لدى المعتمدين المنتكسين من المنومين بمستشفى الأمل بالرياض وتكونت عينة الدراسة من (200) معتمد منتكس من المنومين بقسم علاج الاعتماد بمجمع الأمل بالرياض، طبقت عليهم استمارة البيانات العامة، ومقياس مستوى التدين، ومقياس المساندة الاجتماعية، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدين والانتكاسة لدى العينة، ووجود أيضاً علاقة ارتباطية سلبية ذات دلالة

¹- Ferry, A. V., Anand, A., Strachan, F. E., Mooney, L., Stewart, S. D., Marshall, L., Chapman, A. R., Lee, K. K., Jones, S., Orme, K., Shah, A. S. V., & Mills, N. L.. Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria. Journal of the American Heart Association, 8(17)2019. <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012307>

²- Laubmeier, K. K., Zakowski, S. G., & Bair, J. P. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. International Journal of Behavioral Medicine, 11(1),2004.

³- Ardel, M., & Koenig, C. S. The Role of Religion for Hospice Patients and Relatively Healthy Older Adults. Research on Aging, 28(2), 184–215. <https://doi.org/10.1177/0164027505284165.2006>

إحصائية بين درجة المساندة الاجتماعية والانتكاسة، ووجود علاقة ارتباطية إيجابية ذات دلالة إحصائية بين مستوى التدخين ودرجة المساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة، ونتائج هذه الدراسة تشير إلى أن التدخين عامل مؤثر في سلوك الإنسان، فقد يقوم سلوكه وبيعه عن الانتكاسة والإدمان مرة أخرى.¹

7.2.6 دراسة عبد الخالق (2007)

هدفت إلى بحث العلاقة بين التدخين وكل من المتغيرات التالية: السعادة، الصحة النفسية، الصحة الجسمية، القلق الاكتئاب. وقد شارك في هذه الدراسة عينة تكونت من (6339) من الطلاب المراهقين تراوحت أعمارهم بين (15-18) عاماً، وقد حصل الطلاب الذكور على مستويات أعلى من الإناث في كل من السعادة والصحة النفسية والصحة الجسمية، بينما حصلت الإناث على متوسطات أعلى في كل من التدخين والقلق والاكتئاب.

كما بينت الدراسة وجود علاقة دالة إحصائية وموجبة لدى الجنسين بين كل التدخين والسعادة والصحة النفسية والصحة الجسمية، بينما كانت الارتباطات دالة إحصائية وسالبة بين القلق والاكتئاب وكل من التدخين والسعادة والصحة النفسية والصحة الجسمية، وقد استخرج عاملاً واحداً ثنائياً القطب من التحليل العاملي لمعاملات الارتباط المتبادلة بين كل مقاييس الدراسة لدى العينات مجتمعة، وتشبع بهذا العامل المقاييس المستخدمة جميعها، وسمى هذا العامل التدخين والحياة الطبية مقابل الاضطراب النفسي، وتبين من خلال تحليل الانحدار أن أكثر المتغيرات المنبئة بالتدخين لدى الجنسين هو متغير السعادة.²

8.2.6 دراسة لجان (2008)

هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين الشعور بالسعادة ومستوى التدخين، ومستوى الدعم الاجتماعي والتوافق الزوجي، والمستوى الاقتصادي والحالة الصحية وإلى دراسة الفروق في السعادة تبعاً لمتغيرات (العمر، الحالة الاجتماعية، طبيعة العمل، المستوى التعليمي)، وإلى التعرف على المتغيرات المنبئة بالسعادة، واستخدمت الباحثة الأدوات التالية: قائمة أكسفورد للسعادة، مقياس المساندة الاجتماعية، مقياس التوافق الزوجي، مقياس مستوى التدخين استثمار المستوى الاقتصادي استثمار الحالة الصحية، وتم تطبيق الدراسة على عينة من طالبات وموظفات إداريات وعضوات هيئة تدريس سعوديات من جامعة الرياض للبنات، بلغ عددها (764)، تراوحت أعمارهن ما بين (18-75) عاماً، وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين السعادة وكل مستوى التدخين والدعم الاجتماعي، والتوافق الزوجي، والمستوى الاقتصادي، والحالة وإلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في الشعور بالسعادة تبعاً لمتغير العمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي وطبيعة العمل، كما وجدت الدراسة أن التدخين هو العامل الأكبر المنبئ بالسعادة، يليه الدعم الاجتماعي، فالتوافق الزوجي، ثم المستوى الاقتصادي.³

¹- القحطاني ومضاوي، مرجع سبق ذكره، ص 434.

²- المرجع نفسه، ص 433.

³- القحطاني ومضاوي، مرجع سبق ذكره، ص 434.

9.2.6 دراسة الكون وزملاؤه (2010)

هدفت الدراسة إلى التعرف على درجة التدين عند مرضى السرطان والأصحاء، وخلصت إلى نتائج منها أن (78 %) من الذين خضعوا للدراسة يعتقدون أن اللياقة الروحية تلعب دورا هاما في خبرة أو معايشة السرطان.¹

10.2.6 دراسة هومان وبوياتزي (Homan & Boyatzis, 2010)

كان الغرض من هذه الدراسة هو استكشاف العلاقة بين تدين كبار السن، والشعور بالمعنى في الحياة، والسلوك الصحي. تم تقييم ثلاثة أبعاد للتدين: التوجه الديني (الداخلي والخارجي)، وتقديس الجسد، والعلاقة مع الله. تم قياس خمس سلوكيات صحية: التدخين، وممارسة الرياضة، وتحمل المسؤولية عن صحة الفرد، والأكل المغذي، وإدارة الإجهاد. بشكل عام، وأسفرت نتائج الدراسة على ارتباط التدين الأقوى والشعور بالمعنى بسلوكيات صحية. ومع ذلك، ارتبط التوجه الديني الخارجي بانخفاض معدلات السلوك الصحي، كما كان الإحساس بالمعنى في الحياة هو البناء الأكثر ارتباطا بالسلوك الصحي. وبالتالي تدعم النتائج نموذجا يؤثر فيه الدين والشعور بالمعنى على الصحة من خلال تحفيز سلوكيات معينة ترتبط بعد ذلك مباشرة بالصحة البدنية العامة.²

11.2.6 دراسة هولت وزملاؤه (2011)

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر التدين على التوافق النفسي والأداء الوظيفي لدى المصابين بالسرطان، وقد وجد هولت وزملاءه أن التدين يلعب دورا هاما كوسيط للتوافق النفسي وتحسين الأداء الوظيفي النفسي والجسدي للأمريكيين المصابين بالسرطان، وأن كثيرا منهم يستعملون الدين كأسلوب مواجهة للكرب والصدمة الناتجة عن المرض، كما يزداد إقبال المرضى على السلوكيات الدينية والطقوس وزيارة المعابد.³

12.2.6 دراسة إفتزن وزملاؤه (Ivtzan et al., 2013)

حاولت هذه الدراسة اثبات العلاقة بين الدين والروحانية وبين الرفاهية النفسية، وقام الباحثون بتصنيف المشاركين إلى مجموعات مختلفة بناء على مستويات محسوبة من المشاركة الدينية والروحانية، ثم تم تسجيل المجموعات مقابل مقاييس محددة للرفاهية، وذلك على عينة ضمت (205) مشاركا من طائفة واسعة من الانتماءات الدينية والجماعات الدينية من مختلف المؤسسات الدينية والاجتماعات الروحية، ليتم تعيينهم في واحدة من أربع مجموعات ذات الخصائص التالية:

¹- بركات، ح، فنيش ح، نوعية الحياة وعلاقتها بكل من التدين والاكتئاب النفسي لدى المصابين بالأمراض الانتانية (دراسة ميدانية على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "c" بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة). مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2019، ص 14

²- Homan, K. J., & Boyatzis, C. J. Religiosity, Sense of Meaning, and Health Behavior in Older Adults. International Journal for the Psychology of Religion, 20(3), 2010. <https://doi.org/10.1080/10508619.2010.481225>

³ بركات وفنيش، مرجع سبق ذكره، ص 15

- (1) مستوى عال من المشاركة الدينية والروحانية.
- (2) مستوى منخفض من المشاركة الدينية مع مستوى عال من الروحانية.
- (3) مستوى عال من المشاركة الدينية مع مستوى منخفض من الروحانية.
- (4) مستوى منخفض من المشاركة الدينية والروحانية.

أجريت مقارنات متعددة بين المجموعات على ثلاثة مقاييس للرفاهية النفسية: مستويات تحقيق الذات، والمعنى في الحياة، ومبادرة النمو الشخصي. وخلصت النتائج إلى اكتشاف أنه بصرف النظر عن بعض الاستثناءات القليلة، حصلت المجموعتان (1) و (2) على درجات أعلى في جميع المقاييس الثلاثة. تؤكد هذه النتائج أهمية الروحانية على الرفاهية النفسية، بغض النظر عما إذا كانت من خلال المشاركة الدينية.¹

13.2.6 دراسة سيليك وكاثكار (Sillick & Cathcart, 2014)

بحثت الدراسة الحالية هذه فيما إذا كان الهدف في الحياة يتوسط العلاقة بين التوجه الديني والسعادة، وقد شارك في الدراسة (342) طالبا جامعيًا (الذكور = 117 والإناث = 225) من أستراليا. تشير النتائج إلى أنه بالنسبة للإناث، يتوسط الهدف في الحياة العلاقة بين التوجه الديني الجوهري والسعادة.

أما بالنسبة للذكور فيتوسط الهدف في الحياة العلاقة بين التوجه الديني الاجتماعي الخارجي والسعادة. كانت النتائج غير متوقعة لأن التوجه الديني الجوهري تنبأ سلبًا بالسعادة، في حين أن التوجه الديني الاجتماعي الخارجي تنبأ بالسعادة بشكل إيجابي. تشير هذه النتائج إلى أن هناك حاجة إلى مزيد من الدراسات لتعزيز فهم هذه العلاقات المعقدة.²

14.2.6 دراسة شياه وآخرون (Shiah et al, 2015)

جاءت الدراسة ضمن الدراسات التي تعنى بدراسة العلاقة بين الدين والصحة وهدفت للكشف عن العلاقة بين القلق والتدين ومعنى الحياة والصحة العقلية في عينة غير سريرية من مجتمع صيني، تكونت من (451) شخص من البالغين التايوانيين (150 من الذكور و300 من الإناث) تتراوح أعمارهم بين (17 و73) عاما بمعدل عمري قدر بـ: (28.9) سنة، طبقت عليهم المقاييس التالية: مقياس بيك للقلق، والمسح الصحي لدراسة النتائج الطبية، ومقياس الإجهاد المتصور، ومقياس الدعم الاجتماعي، ومقياس التدين الشخصي (قياس التدين ومعنى الحياة). أسفرت النتائج على:

- معنى الحياة له علاقة سلبية كبيرة مع القلق وعلاقة إيجابية كبيرة مع الصحة العقلية والتدين.

¹- Ivtzan, I., Chan, C. P. L., Gardner, H. E., & Prashar, K. .Linking Religion and Spirituality with Psychological Well-being: Examining Self-actualisation, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative. Journal of Religion and Health 2013. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9540-2>

²- Sillick, W. J., & Cathcart, S. .The relationship between religious orientation and happiness: the mediating role of purpose in life. Mental Health, Religion & Culture, 2014. <https://doi.org/10.1080/13674676.2013.852165>

- لا يرتبط التدخين بشكل كبير مع القلق والصحة العقلية بعد التحكم في التدابير الديموغرافية والدعم الاجتماعي والصحة البدنية.
- يفسر القلق التباين الفريد في الصحة العقلية فوق معنى الحياة.
- تم العثور على معنى الحياة للتوسط جزئيا في العلاقة بين القلق والصحة العقلية.
- تشير هذه النتائج إلى أن فوائد معنى الحياة للصحة العقلية يمكن تفسيرها جزئيا على الأقل من خلال آثار القلق الأساسي.¹

15.2.6 دراسة عمامرة وطعيلي (2017)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن علاقة التدخين وقلق الموت لدى المرضى المزمنين، اعتمدت على المنهج الوصفي الارتباطي، وطبقت الدراسة على عينة قوامها (342) مريضا مصابا بمرض مزمن تم اختيارهم بطريقة عشوائية، حيث اشتملت على (133) ذكرا و (209) انثى، ماكنين بالمؤسسة الاستشفائية العمومية الجيلاني بن عمر بولاية الوادي. وقد استخدمت الدراسة مقياسين: مقياس التدخين لفصل القرشي (2015) ومقياس قلق الموت من اعداد الباحثة وللتحقق من فرضيات الدراسة تم استخدام الأساليب الإحصائية بتطبيق نظام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

وخلصت الدراسة إلى أن مستوى التدخين كان مرتفعا بينما قلق الموت كان منخفضا لدى أفراد العينة، كما أسفرت الدراسة عن وجود علاقة عكسية بين مستوى التدخين وقلق الموت لدى أفراد العينة.²

16.2.6 دراسة جورج وبارك (2017)

يعتبر توفير الإحساس بالمعنى في الحياة، خاصة خلال ظروف الحياة المعاكسة، على نطاق واسع وظيفة مركزية للروحانية. ومع ذلك توجد أدلة تجريبية محدودة لهذه الفكرة. استخدمت الدراسة الحالية تحليلات متقاطعة، في عينات من (140) مريضا بقصور القلب الاحتقاني و(161) من الناجين من السرطان، لفحص ما إذا كانت الروحانية يمكن أن توفر معنى في سياق المرض الخطير.

تم جمع بيانات المسح عند خط الأساس وستة (مرضى قصور القلب) أو (12) شهرا (الناجين من السرطان) في وقت لاحق. في كلتا الدراستين، أظهرت المسارات المتقاطعة أن الروحانية الأساسية الأعلى تنبأت بتغيير أكثر إيجابية في المعنى بمرور الوقت. تدعم هذه النتائج الفكرة السائدة على نطاق واسع بأن الروحانية يمكن أن توفر معنى متزايدا في الحياة بين الأفراد الذين يتعاملون مع محنة كبيرة.³

17.2.6 دراسة السجاري وآخرون (2017)

¹ . استرجع في Maladie de l'artère coronaire : symptômes, causes, diagnostics et traitements. (د.ت). Sethi, kabir.

² -عمامرة وطعيلي، مرجع سبق ذكره، ص 2017.

³ -L. S. George & Park, 2017.

تهدف الدراسة إلى فحص العلاقة بين التدخين والدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان في المجتمع الكويتي. تم استخدام استبيان في هذه الدراسة. وهي تتألف من متغيرات ديموغرافية واجتماعية. تم توزيع مقياس جودة الحياة (WHOQOL-Bref) ومقياس الرضا عن الحياة ومقياس التدخين على 124 مريضاً بالسرطان من مركز ماكي جمعة للسرطان.

أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية معنوية بين الحالة الاجتماعية ونوعية الحياة، وبين التدخين والرضا عن الحياة ونوعية الحياة بين الرجال الكويتيين المصابين بالسرطان. علاوة على ذلك، كانت هناك علاقة سلبية كبيرة بين مرحلة المرض ورضا الرجال عن الحياة ونوعية الحياة.¹

18.2.6 دراسة أبو وآخرون (Abu et al, 2018)

قامت هذه الدراسة بمراجعة منهجية وتقييم نقدي للأدبيات المتاحة التي فحصت العلاقة بين التدخين و/ أو الروحانية (R / S) ونوعية الحياة (QOL) لدى مرضى القلب والأوعية الدموية (CVD)، مستخدمة العديد من قواعد البيانات الإلكترونية عبر الإنترنت (PubMed و SCOPUS و PsycINFO و CINAHL) وتمت مراجعة المقالات المضمنة من قبل النظراء، ونشرت باللغة الإنجليزية، وفحصت كمياً العلاقة بين (R / S و QOL)، كما قامت بتقييم الجودة المنهجية لكل دراسة مشمولة.

وأفضت نتائجها إلى تحليل (15) مقالة منشورة بين عام (2002 و 2017) والتي أجريت معظمها في الولايات المتحدة حيث سجلت المرضى الذين يعانون من قصور القلب، وقد تم تقييم ستة عشر بعداً من أبعاد التدخين والروحانية باستخدام مجموعة متنوعة من الأدوات. أبلغت عشر دراسات عن وجود ارتباط إيجابي كبير بين التدخين ونوعية الحياة، مع ارتفاع الرفاهية الروحية، والتدين الجوهري، وتواتر حضور الكنيسة المرتبط بشكل إيجابي بالرفاهية العقلية والعاطفية.

وكاستنتاج عام للدراسة فإن المستويات الأعلى من التدخين والروحانية قد تكون مرتبطة بتحسين جودة الحياة بين المرضى الذين يعانون من الأمراض القلبية الوعائية (Abu et al, 2018).

19.2.6 دراسة عرفشة (2018)

هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين التوجهات الدينية ومعنى الحياة من جانب، وبين التوجهات الدينية والتفكير اللاعقلاني من جانب آخر، وعن طبيعة العلاقة بين معنى الحياة والتفكير اللاعقلاني. كانت عينة الدراسة من طلاب الجامعة وطبقت عليها مقياس التوجه الديني ومقياس معنى الحياة ومقياس الأفكار والمعتقدات. توصلت الدراسة إلى وجود علاقة طردية بين معنى الحياة وبين كل من التدخين المعرفي والفكري، والتدين العاطفي الحماسي، والتدين الأصيل، في حين وجدت علاقة عكسية بين معنى الحياة والتدين الطقوسي والنفعي، وظهرت علاقة عكسية بين معنى الحياة وتصلب الرؤية.²

¹- السجاري، م. م، الخرينج، أ. ف، القعود، إ. ر. التدخين والدعم الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان من الرجال في الكويت. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، 2017.

²-زقاوة، مرجع سبق ذكره، ص 588.

20.2.6 دراسة زرقاني وآخرون (Zargani et al, 2018)

هدفت هذه الدراسة إلى تقييم العلاقة بين التدين ونوعية الحياة، لدى مريضات مسلمات مصابات بسرطان الثدي بإيران. في دراسة وصفية ترابطية على عينة قوامها (84) مريضة مسلمة مصابة بسرطان الثدي تم إدخالهن إلى مستشفى الأهواز شفا بإيران خلال عام (2015). تم قياس جودة الحياة والتدين باستخدام استبيان (Short Form-36) واستبيان تدين المسلمين بناء على نموذج (Stark وGlock) على التوالي؛ تم تحليل البيانات باستخدام برنامج للإحصاء الوصفي، واختبار مربع كاي، وارتباط بيرسون، وعينة مستقلة من اختبار t . وكانت النتائج كما يلي:

- كان لدى معظم المرضى درجات عالية في التدين بنسبة (69 %)، ودرجات معتدلة في جودة الحياة بنسبة (46.5 %).
- كانت الدرجات الإجمالية وجميع درجات المقاييس الفرعية لجودة الحياة أعلى بشكل ملحوظ في المرضى ذوي التدين العالي من المرضى ذوي التدين المعتدل ($P > 0.0001$).
- علاوة على ذلك، تم العثور على علاقة مباشرة بين التدين (الإجمالي وجميع المقاييس الفرعية) وجودة الحياة (QOL) ($P > 0.0001$).

وخلصت الدراسة إلى استنتاج عام بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التدين وجودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي.¹

21.2.6 دراسة جريو (2018)

تناولت الدراسة موضوع التدين وتقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، واستخدمت المنهج الاكينيكي، وكذا مجموعة من الأدوات: تمثلت في الملاحظة المباشرة في كل من المقابلة والاختبار الاسقاطي، المقابلة العيادية النصف موجهة، وكذا اختبار تفهم الموضوع (TAT) كأدوات رئيسية، استبيان مستوى التدين و استبيان تقبل المرض من تصميم الباحث، وكذا استمارة تنقيط المستوى الاجتماعي، الاقتصادي والثقافي للعائلة كأدوات مساعدة، وتوصلت إلى النتائج التالية:

- لدى الراشد المصاب بداء السكري مؤشرات مُعَيَّنة، تدل على استكمال عملية تقبل المرض تتمثل في: نوعية الحياة التي يحياها، نظرته لذاته ومدى تقبلها، مدى التزامه بالأمور العلاجية.
- لدى الراشد المصاب بداء السكري عوامل مُعَيَّنة، تساعد على استكمال عملية تقبل المرض، تمثلت في: السند الاجتماعي المدرك، الوعي الصحي لديه، المستوى الاقتصادي، والعامل الأكبر وهو عامل مستوى التدين.¹

¹ Zargani, A., Nasiri, M., Hekmat, K., Abbaspour, Z., & Vahabi, S. A Survey on the Relationship between Religiosity and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Study in Iranian Muslims. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 2018 . https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_65_17

22.2.6 دراسة شفيق (Shafiq, 2019)

هدفت الدراسة إلى التحقيق في علاقة التدين الجوهري بالمعنى في الحياة والتوتر والقلق والمعتقدات الخارقة. باستخدام تصميم دراسة ارتباطية، تم تجنيد 120 مشاركاً (113 أنثى و7 ذكور) تتراوح أعمارهم بين (18 و51) عاماً. تم جمع البيانات من خلال الإصدارات الورقية وعبر الإنترنت من الاستبيانات، ثم تم تقييمها من خلال ارتباطات بيرسون وتحليل الانحدار المتعدد. أشارت النتائج إلى أن المعنى في الحياة والاعتقاد الخارق هما منبئان معتدلان بشكل كبير بالتدين الداخلي. كما وجد أن التدين الجوهري مهم في التنبؤ بالمعتقدات الخارقة.²

23.2.6 دراسة ريكليكيان (2020)

تناولت الدراسة البعد الروحي لرعاية مرضى السرطان غير الميؤوس من شفائهم من خلال قياس احتياجاتهم الروحية بالاقتران مع مؤشرات جودة الحياة (أي السعادة والرضا عن الحياة وشدة الألم والقدرة الوظيفية) والخصائص الشخصية والمرضية، حيث شمل مسحا وصفا مستعرضا (227) مريضا مصابا بالسرطان. تمت مقابلة جميع المرضى الذين خضعوا للعلاج في وحدة التمريض والعلاج الداعم وجها لوجه بين (يناير ونوفمبر 2018)، وتم استخدام نماذج الانحدار للتحكم في الجنس والتعليم والتدين وشدة الألم والقدرة الوظيفية والرضا عن الحياة والسعادة. لتقدم الدراسة دليلاً تجريبياً لمدى احتياج مرضى السرطان للرعاية الروحية.³

24.2.6 دراسة عبد الخالق (2022)

هدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين التدين والحياة الطيبة، على ثلاثة مستويات: الارتباطات، والمكونات الأساسية، ونموذج العلاقة المثلى. وقيس مفهوم الحياة الطيبة بستة مقاييس هي: الصحة النفسية، والهناء النفسي، والرضا عن الحياة، والتفاؤل، وحب الحياة، والفاعلية الذاتية، أجاب عنها عينة من طلبة الجامعة وطالباتها (ن=290). وأسفرت النتائج عن عدم ظهور فروق دالة إحصائية بين الجنسين في متوسطات هذه المقاييس، وكانت جميع معاملات "بيرسون" للارتباط بين المقاييس دالة إحصائية وموجبة، واستخرج من تحليل المكونات الأساسية مكون واحد سمي: "الحياة الطيبة والتدين". وفي تحليل المسار كان المتغير المستقل هو التدين، وكانت كل من الصحة النفسية، والتفاؤل، والهناء النفسي، وحب الحياة؛ متغيرات وسيطة، وأن الفاعلية الذاتية، والرضا عن الحياة؛ متغيران تابعان. وكانت أقوى التأثيرات للمتغير المستقل (التدين) في المتغير الوسيط (الصحة النفسية)، في حين أن أضعف هذه التأثيرات كان هو تأثير المتغير المستقل (حب الحياة) في المتغير التابع (الرضا عن الحياة).⁴

¹- جريو، س. مستوى التدين و تقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، 2018.

²- Shafiq, I. A quantitative study investigating the relationship of intrinsic religiosity with meaning in life, stress, anxiety and paranormal beliefs. 2019

³-Riklikienéet al, 2020.

⁴- عبد الخالق، أ. م. نموذج بنائي للعلاقات المثلى بين التدين والحياة الطيبة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 2022 . <https://doi.org/10.21608/eicj.2022.211961>

25.2.6 دراسة دامن وآخرون (2022)

كانت الدراسة بهدف معرفة الرفاه الروحي والعوامل المرتبطة به في المرضى الهولنديين المصابين بالسرطان المتقدم، وقد شملت العينة (1103) مريضاً هولندياً يعانون من سرطان متقدم لتخلص الدراسة إلى أن المرضى الهولنديون المصابون بسرطان متقدم من عينة الدراسة يعانون من مستويات متوسطة إلى منخفضة من المعنى والسلام والإيمان (Damen et al, 2022).

3.6 الدراسات التي تناولت مفهوم جودة الحياة

1.3.6 دراسة فانتهجود وآخرون (Ventegodt et al, 2003)

تتحدث الدراسة عن استطلاع جودة الحياة الدنماركي، تم فيه سؤال (10000) شخص عن نوعية حياتهم من خلال استبيان (SEQOL) والذي تم التحقق من صحته مع أكثر من (300) سؤال حول نوعية حياتهم. كيف شعروا؟ ما مدى رضاهم عن حياتهم؟ ما مدى سعادتهم؟ هل شعروا أن احتياجاتهم قد تم تلبيتها؟ والعديد من الأسئلة. ولقد طرح فانتهجود وزملاؤه الأسئلة التي اعتقدوا أنها مهمة لنوعية حياتهم (QOL). فكانت النتائج مفاجئة للغاية وأجبرتهم على إعادة التفكير في أسئلة فلسفية عديدة منها: ما هي نوعية الحياة والسعادة والمعنى في الحياة؟ ما هو الإنسان؟ هل نحن بحاجة إلى بيولوجيا جديدة؟ هل الدماغ هو مقر الوعي؟ كيف نغتني معنى الحياة وبذلك، هل سنصبح بصحة جيدة مرة أخرى؟ ما هي المفاهيم الأساسية لجودة الحياة؟ معنى الحياة هو الترابط والتنمية؟ ماذا تجد عندما تجد نفسك في أعماقك؟ وغيرها من الأسئلة. ولاختبار ما إذا كانت هذه الأسئلة الفلسفية ذات صلة بالفعل بالطب، بحثوا في العواقب على المرضى الذين يتم تعليمهم فلسفة جودة الحياة، خلصوا إلى نتيجة عبّر عنها فانتهجود قائلاً: فمن المثير للدهشة أننا تعلمنا من دراستنا التجريبية مع "جودة الحياة كدواء" أنه بمجرد استيعاب المفاهيم الأساسية لفلسفة جودة الحياة المقدمة في هذه السلسلة من الأوراق، شعر المرضى بتحسّن ورأوا حياتهم أكثر معنى. يبدو أن تحسين فلسفة المريض الشخصية في الحياة هو جوهر الطب الشمولي، مما يساعد المريض على تحمل المزيد من المسؤولية عن وجوده.¹

2.3.6 دراسة فان كارلار وآخرون (Van Korlaar et al, 2003)

استهدفت هذه الدراسة وصف الأدوات التي تقيّم نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من مرض وريدي مزمن، ومراجعة الأدبيات حول هذا الموضوع، وتم ذلك من خلال بحث حاسوبي في قاعدة بيانات ميدلاين لتحديد الأوراق؛ كما تمت مراجعة بيليوغرافيات المقالات ذات الصلة للحصول على أوراق إضافية، حيث يتم تضمين الأوراق إذا وصفت تطوير أو استخدام أداة نوعية الحياة للمرضى الذين يعانون من مرض وريدي مزمن. ليتمّ تحديد ما مجموعه (25) ورقة بحثية تتناسب مع معايير الإدراج. كما استخدمت الدراسات الموصوفة في الأوراق ستة أدوات عامة مختلفة وعشرة أدوات خاصة

¹- Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. Quality of Life Philosophy I. Quality of Life, Happiness, and Meaning in Life. The Scientific World JOURNAL, 3, 2003. <https://doi.org/10.1100/tsw.2003.102>

بالأمراض. وعلى الرغم من التنوع الكبير في التدابير المستخدمة، تشير النتائج إلى أن نوعية حياة المرضى الذين يعانون من مرض وريدي مزمن تتأثر في المجال البدني في الغالب فيما يتعلق بالألم والأداء البدني والتنقل؛ وأنهم يعانون من ردود فعل عاطفية سلبية وعزلة اجتماعية.¹

3.3.6 دراسة إمري وزملاؤه (Emery et al, 2004)

هدفت الدراسة لفحص الاختلافات بين الجنسين في نوعية الحياة بين مرضى القلب، على عينة مكونة من (536) مريضا (35% من النساء) خلال فترة دامت (14) شهرا من خدمة أمراض القلب للمرضى الداخليين في أحد المستشفيات الجامعية. إذ يخضع المرضى للتقييم كل ثلاث أشهر على مدار أربعة عشر شهرا، ليصبح المجموع خمس تقييمات، باستعمال مقاييس جودة الحياة والدعم الاجتماعي. وأسفرت النتائج على: أن مؤشرات نوعية الحياة لدى النساء أقل بكثير مما هي عند الرجال كما ارتبط الدعم الاجتماعي وخاصة الشعور بالانتماء أو الرفقة، بشكل كبير بنوعية الحياة العاطفية (MCS) بين النساء.²

4.3.6 دراسة يان وسيليك (2004)

قامت الدراسة بالتحقيق في نوعية حياة المرضى الصينيين الذين تم تشخيصهم حديثا بسرطان الجهاز الهضمي (GIT)، وتحديد العوامل التي تتنبأ بنوعية الحياة، وفحص نمط الاستقرار والتغير في الأعراض والتدابير النفسية والاجتماعية ونوعية الحياة على مدى فترة ستة أشهر، حيث أكملت عينة ملائمة من (146) مريضا بسرطان الجهاز الهضمي تم تشخيصهم حديثا وتم تجنيدهم من ثلاثة مستشفيات رئيسية في شنغهاي، أشارت النتائج إلى أن المرضى الصينيين الذين تم تشخيصهم حديثا بسرطان الجهاز الهضمي يعانون من مجموعة من الأعراض المرتبطة بالسرطان وعلاجه مما أدى إلى درجات متفاوتة من أعراض الضيق والقلق والاكتئاب وانخفاض نوعية الحياة.³

5.3.6 دراسة ليزمان ليجت وآخرون (Lesman-Leegte et al, 2009)

هدفت هذه الدراسة المقارنة التي أجريت في نيويورك لمعرفة الفروق في نوعية الحياة وأعراض الاكتئاب بين عينتين متطابقتين من حيث العمر والجنس حيث متوسط العمر (72) سنة، ونسبة الإناث (36%) في كلا العينتين، من كبار السن كل واحدة منها مكونة من (781) شخصا، إحداهما تم تشخيص

¹- Van Korlaar, I., Vossen, C., Rosendaal, F., Cameron, L., Bovill, E., & Kaptein, A.. Quality of life in venous disease. *Thrombosis and Haemostasis*, 90(07),2003. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1613595>

²- Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A., Fish, A., Ferketich, A. K., Reynolds, N. R., Dujardin, J.-P. L., Homan, J. E., & Stern, S. L

³- Yan, H., & Sellick, K. Quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer: a longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 2004. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.004>

قصور القلب لديها، والأخرى ممن لم يشخص المرض لديهم، وأفضت الدراسة إلى نتائج واستنتاجات منها:

- بالنسبة لكل من الرجال والنساء المصابين بالقصور القلبي، تم تسجيل انخفاض في جودة الحياة وارتفاع أعراض الاكتئاب عند مقارنتها بنظرائهم المسنين ($39: 16 \geq \text{CES-D} \%$ مقابل 21% ، $P < .001$).
- كان لدى مرضى HF حالات مزمنة أكثر - وتحديدًا مرض السكري والربو / مرض الانسداد الرئوي المزمن.
- كان ضعف جودة الحياة وأعراض الاكتئاب أكثر انتشارًا بين مرضى HF الذين يعانون من أمراض مصاحبة.
- كان الانتشار أعلى أيضًا في مرضى القصور القلبي في غياب هذه الحالات.

واستنتجت الدراسة أن لمرض القصور القلبي تأثير كبير على جودة الحياة وأعراض الاكتئاب، وخاصة لدى النساء المصابات به ولا تزال الاختلافات قائمة، حتى في غياب الأمراض المصاحبة الشائعة، كما تظهر النتائج الحاجة إلى دراسات لمرضى القصور القلبي التمثيليين مع مقارنات مباشرة مع الضوابط المتطابقة مع العمر والجنس.¹

6.3.6 دراسة كاسترو وآخرون (Castro et al., 2012)

هدفت الدراسة الطولية هاته لفحص نوعية الحياة والكفاءة الذاتية والرفاهية النفسية لدى البالغين البرازيليين المصابين بالسرطان، على عينة مكونة من (50) مريض، باستخدام أدوات القياس التالية: استبيان جودة الحياة (WHOQOL-bref)، مقياس الكفاءة الذاتية العام ومقياس الرفاهية النفسية (GHQ-12)، وذلك على فترتين ($T1 =$ الجدول الزمني؛ $T2 =$ متابعة 1 سنة في وقت لاحق). وبالرغم من أنه لم يحدد اختبار t المزدوج اختلافات كبيرة في الكفاءة الذاتية لجودة الحياة والرفاهية النفسية بين ($T1$ و $T2$)، إلا أن الدراسة أسفرت عن نتائج منها:

- كان لدى الرجال جودة حياة أفضل بشكل عام وفي الأبعاد الجسدية والاجتماعية، ورفاهية نفسية منطقية في ($T1$) مقارنة بالنساء.
- في ($T2$) كانت هناك اختلافات كبيرة بين الرجال والنساء فقط في الأبعاد الاجتماعية والنفسية لجودة الحياة.

¹- Lesman-Leegte, I., Jaarsma, T., Coyne, J. C., Hillege, H. L., Van Veldhuisen, D. J., & Sanderma, R. .. Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly: A Comparison Between Patients With Heart Failure and Age- and Gender-Matched Community Controls. Journal of Cardiac Failure,. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.09.006>

- كانت الكفاءة الذاتية في (T2) هي المتغير التنبؤي الوحيد لجودة الحياة في (T2)، مما يفسر 71.9% من تباينها.
- لوحظ أنه في غضون عام واحد، كانت جودة الحياة والرفاه النفسي والكفاءة الذاتية مستقرة، ولكن تم تحديد الاختلافات بين الجنسين.
- كانت المتغيرات المقاسة في (T1) غير قادرة على التنبؤ بجودة الحياة في (T2).
- يمكن استخدام الاختلافات بين الجنسين الموجودة في جودة الحياة والرفاه النفسي لتوجيه تدخلات مستقبلية محددة مع هؤلاء المرضى.¹

7.3.6 دراسة كارفالو وزملاؤه (Carvalho et al, 2013)

هدفت الدراسة إلى تقييم نوعية حياة مرضى ارتفاع ضغط الدم بالمقارنة مع عامة السكان، حيث تم تقييم ما مجموعه (333) فرداً من كلا الجنسين والذي تجاوزت أعمارهم (18) عاماً؛ تم تقسيمهم إلى مجموعة الدراسة التي تكونت من (246) مريضاً بارتفاع ضغط الدم يخضعون للعلاج في خدمة متعددة التخصصات ومجموعة شاهدة مكونة من (87) فرداً عادياً من المجتمع. تم إعطاء استبيان اجتماعي ديموغرافي لتقييم جودة الحياة لكلا المجموعتين.

تم استخدام اختبارات (Chi-square و Kolmogorov-Smirnov و Mann Whitney U-test و Kruskal-Wallis والتحليل متعدد المتغيرات للتحليل الإحصائي) تم تحليل البيانات باستخدام (SPSS)، أوضحت النتائج أن الأفراد العاديين أظهروا نوعية حياة أفضل متعلقة بالصحة مقارنة بمرضى ارتفاع ضغط الدم. وكاستنتاج عام يمكن القول أن مرض ضغط الدم رغم أنه يعتبر دائماً مرضاً صامتاً سريرياً، إلا أنه يضعف نوعية حياة المرضى الذين يعانون منه.²

8.3.6 دراسة الجهني (2013)

هدفت الدراسة إلى المقارنة بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات في جودة الحياة والتوافق النفسي، وكانت أداة الدراسة عبارة عن مقياس جودة الحياة ومقياس التوافق النفسي. وشملت عينة الدراسة (54) من المصابات بسرطان الثدي (54) من غير المصابات بأية أمراض جسمية أو نفسية. أوضحت نتائج الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بسرطان الثدي وغير المصابات في جودة الحياة والتوافق النفسي، ووجود علاقة دالة بين جودة الحياة والتوافق النفسي لدى المصابات

¹ - Castro, E. K. de, Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., Chem, C., Castro, E. K. de, Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilia

² - Carvalho, M. V. de, Siqueira, L. B., Sousa, A. L. L., & Jardim, P. C. B. V. The Influence of Hypertension on Quality of Life. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 100(2), 2013:164-174.

بالسرطان ولم يتبين وجود فروق بين المصابات الصغيرات والكبيرات في السن في جودة الحياة والتوافق النفسي.¹

9.3.6 دراسة يوسارو وآخرون (2014)

جاءت الدراسة بهدف تقييم الاختلافات في نوعية الحياة واستكشاف أهمية التأقلم الديني في الشفاء إذ تم مسح سبعة وخمسين مريضة بسرطان الثدي، وأظهرت النتائج انتشارا مهما للتكيف الديني بين مريضات سرطان الثدي وانخفاضا في نوعية الحياة بين اللواتي خضعن لجراحة محافظة، كما أوصت الدراسة بضرورة إيلاء المزيد من الاهتمام لتأثير أنواع مختلفة من العلاجات الجراحية على نوعية حياة المرضى.²

10.3.6 دراسة بيرنارد وآخرون (Bernard et al., 2015)

هدفت الدراسة لتقييم الدراية الإعلامية والمعلوماتية في عينة تمثيلية من السكان السويسريين وفقا للمناطق اللغوية الثلاث وتقييم ما إذا كانت التربية الإعلامية والمعلوماتية تشكل محددًا مهما لجودة الحياة المتصورة، بحيث تم إجراء مسح هاتفي للسكان السويسريين، أجرته شركة مسح مهنية، بين نوفمبر وديسمبر (2013). وتضمنت الأدوات المستعملة: الجدول الزمني لتقييم معنى الحياة (SMILE)، ومقاييس جودة الحياة (QOL) المدركة ومؤشر الحالة الصحية، والمتغيرات الاجتماعية الديموغرافية المختلفة. فمن بين (6671) جهة اتصال هاتفية تم تحقيقها، أكمل المسح (1015) مشاركا أي بنسبة (15%)، حيث كان (405) مشاركا منالفرنسيين و(400) من الألمان و(210) من الإيطاليين. كما أن الأسرة بنسبة (80.2%) والمهنة / العمل بنسبة (51%) والعلاقات الاجتماعية بنسبة (43.3%) هي الفئات الأكثر ذكرا ذات الصلة بالمعنى في الحياة (MIL) لدى أفراد العينة. كما أثر العمر والجنس والتعليم والتوظيف والحالة الاجتماعية بشكل كبير على درجات المعنى في الحياة، وخلصت الدراسة إلى أن الدراية الإعلامية والمعلوماتية لها تأثير كبير على جودة الحياة المدركة في عينة تمثيلية من السكان العامين متعددي اللغات والثقافات. وأن البعد الوجودي ليس فقط محددًا لجودة الحياة في بعض أحداث الحياة الحرجة، كما هو موضح على سبيل المثال في علم الأورام النفسي والرعاية التلطيفية، ولكن أيضا كما هو في الحياة اليومية.³

11.3.6 دراسة مرازقة (2015)

جاءت هذه الدراسة للكشف عن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان، وقد أجريت على عينة قصدية من ولايتي باتنة والمسيلة قوامها (100) فرد من الجنسين، مصابين بالسرطان تراوحت أعمارهم بين (20 و 61) سنة وقد تمت اعتمادا على المنهج الوصفي واستنادا إلى مقياس جودة الحياة المتعلق بالصحة (FAG-G)، لتشير نتائجها: إلى تمتع أفراد العينة بمستوى جيد في جودة الحياة

¹ شريف وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 164

²-Ursaru et al, 2014.

³- Bernard, M., Braunschweig, G., Fegg, M. J., & Borasio, G. D. Meaning in life and perceived quality of life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions. Health and Quality of Life Outcomes, 13(1). 2015 <https://doi.org/10.1186/s12955-015-0353-y>

المتعلقة بالصحة ، وقد أوعزت الباحثة السبب لتأثرها -أي النتائج - بفترة القياس حيث تكون الجودة متدنية في بداية العلاج لتحسن تدريجيا مع مرور الزمن، ضف إلى ذلك المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض، وإلى إدراك المريض بأن المرض ابتلاء من الله مما يؤدي إلى التقبل والصبر والاقبال على مواجهة الصعوبات، وتحدي الألم.¹

12.3.6 دراسة زعطوط (2016)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن نوعية الحياة وعلاقتها بكل من الكرب النفسي والتدين لدى مرضى السرطان. وقد قام الباحث في المرحلة الاولى من البحث بقياس العلاقات والفروق في ثلاث متغيرات رئيسة للنموذج تبعا لمتغيرات تصنيفية، ثم قام بتطبيق كل من مقياس نوعية الحياة (WhoQolBref) من اعداد منظمة الصحة العالمية بعد تكييفه، وكذا مقياس التدين الذي أعده لغرض الدراسة وكذا مقياس الكرب النفسي (GHQ)، على عينة من (100) مريض بالسرطان مقارنة بعينة من (100) فرد من الاصحاء. وخلصت الدراسة إلى ان اغلب المرضى (88%) لديهم نوعية حياة متوسطة الى مرتفعة، وأن (12%) لديهم نوعية حياة منخفضة، كما ارتفعت نسبة التدين (80%) لدى المصابين بالسرطان مما يشير الى دور التدين كمتغير وسيطي في مواجهة المعاناة وأعباء المرض. وأشارت الدراسة أيضاً إلى أن ما يقارب (50%) من المصابين بالسرطان يعانون من كرب نفسي، كما ارتبطت نوعية الحياة إيجابا مع التدين وسلبا مع الكرب النفسي لدى المرضى والاصحاء مما يشير الى ثبات مسار تأثير تلك المتغيرات الوسيطة في نوعية الحياة. وأشارت النتائج أيضا الى وجود فروق في علاقة المتغيرات ببعضها تبعا للجنس والسن والمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والمستوى الاجتماعي.²

13.3.6 دراسة سوبونارو وآخرون (Soponaru et al, 2016)

تهدف الدراسة إلى التأكيد على الروابط بين المعنى في الحياة، ومصادر ملامح المعنى، والاكتئاب ونوعية الحياة لدى المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى (HD)، بالإضافة إلى التسلسل الهرمي لمصادر المعنى في حياة مرضى هنتنغتون. وتم إجراء البحث على (70) مريضا بداء هنتنغتون متوسط عمرهم (54.55) سنة، وتم ذلك باستخدام المعنى في الحياة، ومصادر المعنى المنقحة، ونموذج قصير لاستبيان المسح الصحي وقائمة بيك للاكتئاب. وأسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- تم تحديد ارتباطات سلبية بين الاكتئاب ومتغيرات: نوعية الحياة، والصحة البدنية والصحة العقلية والجماعية.
- تم تحديد علاقة إيجابية بين الفردية والصحة البدنية.
- إن تلبية احتياجات المرء اليومية، والانخراط في العلاقات الشخصية وعلاقة المرء بالطبيعة هي المصادر الأكثر تمثيلا للمعنى في حياة مرضى هنتنغتون.
- تؤكد النتائج أن مرضى هنتنغتون الذين يعانون من مستوى عال من الاكتئاب لديهم نوعية حياة أقل بكثير مقارنة بالمرضى الذين يعانون من قيم منخفضة ومعتدلة من الاكتئاب.

¹مراقة، مرجع سبق ذكره،

²زعطوط، مرجع سبق ذكره،ص

- الخلاصة: تسلط نتائج هذا البحث الضوء على حقيقة أن الدرجات المنخفضة من الاكتئاب تزيد من جودة الحياة لدى مرضى هنتنغتون، في حين أن المعنى في الحياة والجنس والبيئة ليست مؤثرة. على الرغم من أنها خاصة بالموضوعات التي كانت جزءا من مجموعة البحث، إلا أن النتائج التي تم الحصول عليها يمكن أن تثري الأدبيات العلمية وتتبع اتجاهات البحث المستقبلية.¹

14.3.6 دراسة أجيلوبولو وزملاؤه (Aggelopoulou et al, 2017)

هدفت الدراسة القائمة على الملاحظة لتقييم مستوى القلق والاكتئاب ونوعية الحياة بين المرضى الذين يعانون من قصور القلب. وذلك على عينة مكونة من (231) مريضا، متوسط عمرهم $66.1 \pm$ (10.1) سنة، يعانون من قصور القلب الذين تم نقلهم إلى المستشفى في أقسام أمراض القلب في مستشفيات عامين في أثينا (اليونان)، وباستخدام "استبيان مينيسوتا للعيش مع قصور القلب - MLHFQ" لتقييم نوعية حياة المرضى و "جرد قلق سمات الحالة - STAI" و "استبيان ماستريخت - MQ" لتقييم مستوى التوتر والاكتئاب، وأسفرت النتائج على أن المرضى الذين يعانون من قصور القلب يعانون من أعراض حادة من القلق والاكتئاب وسوء نوعية الحياة، وكانت العوامل المرتبطة بسوء نوعية الحياة وارتفاع مستويات القلق والاكتئاب هي الشيخوخة، وانخفاض مستوى التعليم، والبطالة، والوضع الاقتصادي السيئ، والاستشفاء المتعدد (أكثر من 4 مرات) وفشل القلب في المرحلتين الثالثة والرابعة.²

15.3.6 دراسة عوالي (2017)

ترمي الدراسة الحالية إلى محاولة الكشف عن العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث (الالتزام، التحكم والتحدى) وإدراك الضغط النفسي، كما ترمي إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث (الالتزام، التحكم، والتحدى) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بإحتشاء عضلة القلب، ولقد تألفت عينة البحث الحالي تعدادا من (60) مريض مصاب بإحتشاء عضلة القلب، ولقد خلصت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة ارتباط سلبية بين الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث (الالتزام، التحكم والتحدى) وإدراك الضغط النفسي، كما كشفت على وجود علاقة ارتباط موجبة بين الصلابة النفسية بأبعادها الثلاث (الالتزام، التحكم والتحدى) ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بإحتشاء عضلة القلب.³

16.3.6 دراسة طايبي (2018)

أجريت هذه الدراسة بهدف الكشف عن مستويات نوعية الحياة والفعالية الذاتية، والعلاقة بينهما لدى مرضى الصدفية، على عينة من (61) مريض، يتراوح سنهم بين (17 و 58) سنة. وللتأكد من فرضيات

¹- Soponar et al, 2016.

²- Aggelopoulou, Z., Fotos, N. v., Chatziefstratiou, A. A., Giakoumidakis, K., Elefsiniotis, I., & Brokalaki, H. .)The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. Applied Nursing Research, 52-56. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.01.003>

³- عوالي، ع. دور الصلابة النفسية كمركب ثلاثي (الالتزام، التحكم والتحدى) في تخفيض إدراك الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بإحتشاء عضلة القلب. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2017.

الدراسة تمّ استخدام مقياس نوعية الحياة الخاص بالأمراض الجلدية (DLQI) والمقياس العام للفعالية الذاتية. أشارت نتائج هذه الدراسة إلى انخفاض مستويات نوعية الحياة والفعالية الذاتية لدى المرضى الصدفية. كما تبين وجود علاقة دالة بين المتغيرين.

وأكدت الدراسة على وجوب العمل رفع مستوى نوعية حياة المرضى من أجل الحفاظ على الفعالية الذاتية والتعايش المناسب مع مرضهم بالتالي التقليل من أعراض الصدفية، نظرا لكون الصدفية مرضا مزمنًا فهو لا يقل أهمية عن الأمراض المزمنة الأخرى.¹

17.3.6 دراسة جبر (2018)

هدف هذا البحث إلى التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بمواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى أمراض القلب في مستشفى الشعب التعليمي بالخرطوم. واحتوى الاستبيان على المتغيرات الديموغرافية التالية: النوع، العمر، فترة الإصابة، نوع التشخيص. وتكونت عينة البحث من (200) شخص، (100) ذكر و(100) أنثى. تم اختيارهم من خلال عينة هادفة. تتكون أدوات جمع البيانات من نوعية الحياة وتقنيات التعامل مع مقياس الضغوط النفسية الذي أعده الباحث البيانات التي تم تحليلها بواسطة الحاسوب تطبيق الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) باستخدام الاختبارات التالية: (T) اختبار لعينة واحدة، (T) اختبار لعينتين مستقلتين، معامل ارتباط بيرسون، ألفا كورونباكه، واختبار ANOVA. كما استخدم الباحث منهج الارتباط الوصفي، ليخلص إلى نتائج أهمها:

- أنّ السمة العامة لجودة الحياة لدى مرضى القلب في مستشفى الشباب التعليمي في محلية الخرطوم عالية.
- السمة العامة لتقنيات التعامل مع الضغوط النفسية بين أمراض القلب في مستشفى الشعب التعليمي عالية.
- يوجد معامل ارتباط إيجابي معنوي بين جودة الحياة والتعامل مع الضغوط النفسية لدى مرضى القلب بمستشفى الشعب التعليمي.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة ومتغير الجنس. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوعية الحياة ومتغير العمر لدى مرضى أمراض القلب بمستشفى الشعب التعليمي بمحلية الخرطوم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة ومدة المرض بين مرضى القلب في مستشفى الشعب التعليمي بمحلية الخرطوم.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في جودة الحياة ونوع التشخيص لدى مرضى القلب في مستشفى الشعب التعليمي بمحلية الخرطوم.

¹- طايبي، ل. نوعية الحياة وعلاقتها بفعالية الذات لدى مرضى الصدفية "Psoriasis"، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 6(1)، 2018، <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/71192>

وأوصت الدراسة بتنني برامج الإرشاد والتوجيه لدى مرضى القلب نظرا لفاعليتها لرفع وعيهم تجاه أمراض القلب والتعامل معها للحد من الإصابة بالأمراض النفسية. كما اقترح الباحث دراسة جودة الحياة وعلاقتها بالضغط النفسي لدى مرضى القلب مع متغيرات أخرى مثل الحالة الاجتماعية والاقتصادية والعوامل الوراثية، وكذلك دراسة الصلابة النفسية وعلاقتها بالضغط النفسي لدى مرضى القلب.¹

18.3.6 دراسة سام (2018)

هدفت الدراسة إلى قياس مستوى شدة الألم عند مرضى السرطان، وتقييم انعكاسه على الحالة الانفعالية "القلق والاكتئاب" وعلى جودة الحياة بأبعادها المختلفة. وقد تم استخدام مقياس (EVA) لقياس شدة الألم، ومقياس (QCD) الذي يهتم بانعكاس الألم على جودة الحياة. أما عينة الدراسة فقد تكونت من (42) مريضا يعانون من سرطان الدم، تراوحت أعمارهم بين (40 و 65) سنة، وأظهرت النتائج أن شدة الألم عند المرضى من كلا الجنسين تقدر بأنها متوسطة، وأنه لا يوجد أي انعكاس للألم على جودة الحياة بمرگباتها كلها عند المرضى من الجنسين، باستثناء بعد الرغبة في الحياة لصالح الاناث.²

19.3.6 دراسة عدودة وبراجل (2018)

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، كما هدفت إلى معرفة طبيعة الفروق بين المرضى في مستوى جودة الحياة المتعلقة بالصحة وفقا للمتغيرات التالية: (العمر، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)، وتمت الدراسة على عينة من (129) فرد، تراوحت أعمارهم بين (16 و 80) سنة، واستخدمت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي لمناسبتة لموضوع الدراسة، مع الاعتماد على مقياس جودة الحياة المتعلقة بالصحة SF36، الذي تمت ترجمته إلى اللغة العربية، وتكييفه على البيئة المحلية، وقد تم أيضا التأكد من الكفاءة القياسية لأدوات الدراسة على العينة المحلية، وباستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لطبيعة التساؤلات والفرضيات، أسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- يتمتع مرضى قصور الشريان التاجي بمستوى مرتفع من جودة الحياة المتعلقة بالصحة.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي وفقا للمتغيرات التالية: (السن، الجنس، المستوى التعليمي، مدة المرض)، ويستثنى من هذه النتيجة المحور الخاص بالقيود المرتبطة بالصحة البدنية، حيث كان الفرق لصالح الذكور.³

20.3.6 دراسة الأحمرى (2018)

¹-جبر، جبر، ص. م. س. ا. س. أ. نوعية الحياة وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى القلب بمستشفى الشعب التعليمي بمحلية الخرطوم: دراسة ميدانية بمستشفى الشعب التعليمي، 2018.

²-فالق، عدوان، فالح، ب. أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 7(1)، 2022 <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/195713>

³-عدودة وبراجل، عدودة، براجل، إ. جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2008.

هدفت الدراسة إلى معرفة علاقة الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين الصحة النفسية العامة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان وكانت من بين تساؤلات الدراسة ما مستوى جودة الحياة لدى المصابين بالسرطان؟، مستعملة المنهج الوصفي التحليلي الارتباطي واستبيان جودة الحياة كقياس، وتطبيقه على عينة من (69) مريض مصاب بالسرطان بمدينة الرياض. وأسفرت النتائج على ارتفاع شكاوى الصحة النفسية العامة في أبعادها (الشكاوى النفس جسدية، والقلق والأرق، والتأخر الوظيفي والاجتماعي، والاكتئاب الحاد) والدرجة الكلية لدى مرضى السرطان، كما أشارت الدراسة إلى أن مؤشرات جودة الحياة في الدرجة الكلية لدى مرضى السرطان منخفضة. كما أن متغير (الصحة العامة) يفسر نسبة (51%) من التباين الكلي في جودة الحياة لدى مرضى السرطان.¹

21.3.6 دراسة فينك وآخرون (2018)

هدفت الدراسة إلى فحص جودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي واستكشاف العلاقة بين جودة الحياة والتفاؤل المعتاد والدعم الاجتماعي، وذلك على عينة تمثيلية من (95) مريضة بسرطان الثدي في كولومبيا، وقد تم استعمال أداة لقياس جودة الحياة وأخرى لقياس التوجه نحو الحياة، كما طلب من المريضات الإشارة إلى من يخترن لتقديم الدعم الاجتماعي (أطباء، ممرضات، أصدقاء...)، وبعد التحليل أبانت الدراسة على نتائج منها انخفاض جودة الحياة لدى المريضات.²

22.3.6 دراسة زنادة وعوالي (2019)

جاءت الدراسة كمحاولة للكشف عن العلاقة بين المساندة الاجتماعية المدركة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بإحتشاء عضلة القلب، حيث تألفت عينة الدراسة من عينة مكونة من (60) مريض مصاب بإحتشاء عضلة القلب، وأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباط دالة احصائيا بين المساندة الاجتماعية المدركة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بإحتشاء عضلة القلب.³

23.3.6 دراسة شان وآخرون (2019)

هدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين الرفاه الروحي ونوعية الحياة والقلق والاكتئاب في دراسة مقطعية أجريت بالصين، شملت (705) مريضة بالسرطان من مختلف أنواع السرطانات التي تصيب النساء. وتم خلالها استخدام أدوات جودة الحياة التابعة للمنظمة الأوروبية لأبحاث وعلاج السرطان (EORTC QLQ-C30 و EORTC QLQ-SWB32) ومقياس القلق والاكتئاب في المستشفى لقياس الرفاهية الروحية ونوعية الحياة والقلق والاكتئاب. تم إجراء تحليلات الانحدار الخطي أحادي المتغير والمتعدد لفحص الارتباطات بين الرفاهية الروحية ونوعية الحياة والقلق والاكتئاب. وأسفرت الدراسة عن النتائج عديدة منها: ارتباط المقاييس الوظيفية والحالة الصحية العالمية ارتباطا إيجابيا بالرفاه الروحي،

¹- فالق وعدوان، مرجع سبق ذكره، ص

²- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A . Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>.

³- زنادة وعوالي، زنادة، د عوالي، ع. المساندة الاجتماعية المدركة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى إحتشاء عضلة، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2019.

وكذا ارتباط الرفاه الروحي الجيد بانخفاض القلق والاكتئاب، وتحسين نوعية الحياة. كم أوصت مقدمي الخدمات الصحية بوجوب توفير المزيد من الرعاية الروحية للمرضى غير المتدينين والجمع بين الرعاية الروحية والمشورة النفسية لمساعدة المرضى المصابين بسرطان أمراض النساء، وخاصة أولئك الذين يعانون من تدني نوعية الحياة أو أعراض حادة، أو يعانون من القلق أو الاكتئاب.¹

24.3.6 دراسة فالق وعدوان (2020)

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. تكونت عينة الدراسة من (38) مريض سرطان (23) أنثى و (15) ذكراً. ولقد تم الاستعانة بأداتين للقياس هما: مقياس درجة الألم والنشاط، وكذا مقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة (Sf36)، وبالأستعانة بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss24)، وباستخدام أساليب الإحصاء المتمثلة في: تحليل الانحدار الخطي المتعدد للتنبؤ باختبار شدة الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة. أسفرت النتائج على تأكيد وجود تأثير للألم على أبعاد جودة الحياة المرتبطة بالصحة.²

25.3.6 دراسة سرغيني (2020)

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن علاقة إدراك المرض بنوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية، ومعرفة الفروق في هذين المتغيرين لدى أفراد العينة تبعاً للجنس و السن، ولتحقيق أهداف الدراسة، تم جمع البيانات من 30 مريض حامل للصمامة القلبية الاصطناعية، كما تم استخدام مقياس إدراك المرض المختصر و مقياس نوعية الحياة لدى مرضى القلب، وبعد تحليل البيانات كشفت النتائج عن وجود علاقة ارتباطية عكسية بين إدراك المرض ونوعية الحياة لدى أفراد العينة، وأيضاً إلى عدم وجود فروق في نوعية الحياة وأبعادها تبعاً للجنس والسن باستثناء الفروق الموجودة في نوعية الحياة الجسمية تبعاً للسن، كما أسفرت النتائج عن عدم وجود فروق في إدراك المرض وأبعاده تعزى للجنس، ووجود فروق بين أفراد العينة تعزى للسن في إدراك المرض وكل من أبعاد الهوية، المدة، العواقب، التحكم الشخصي، التحكم في العلاج و فهم المرض، في حين لا توجد فروق في بعدي القلق والانفعالات بين أفراد العينة حسب السن.³

26.3.6 دراسة تركي وفاضلي (2021)

هدفت الدراسة إلى الكشف على مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري والفروق في نوعية الحياة التي تعزى لنوع السكري والجنس والسن. تكونت عينة الدراسة من 100 مريض ومريضة من المصابين بداء السكري (33) تكور و (67) إناث. ولتحقيق أهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي المقارن، ومقياس نوعية الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية أظهرت نتائج الدراسة أن مستوى نوعية

¹- Chen, J., You, H., Liu, Y., Kong, Q., Lei, A., & Guo, X.. Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. Medicine, 100(1). https://journals.lww.com/mdjournal/Fulltext/2021/01080/Association_between_spiritual_well_being_quality.11.aspx.2021

²-فالق وعدوان، مرجع سبق ذكره، 2022.

³-سرغيني، سرغيني، ي، وبوشدوب، ش. سمة الأمل وعلاقتها بنوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية. مجلة المقدمة للدراسات الانسانية و الاجتماعية، 2021 .

الحياة مرتفع لدى مرضى السكري بينما لم يكن هناك فروق دالة إحصائية في نوعية الحياة تبعا لمتغير نوع السكري، والجنس والسن.¹

27.3.6 دراسة سايل وقلاتي (2021)

كان غرض الدراسة التعرف على مستويات نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض قلبية، وقد أجريت على (32) مريض بمصلحة أمراض القلب يتراوح سنهم بين (21- 74) سنة، وقد تم تطبيق مقياس (MacNew) الخاص بمرض القلب ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وبينت النتائج أنّ متوسطات $\pm$ الانحراف المعياري لنوعية الحياة كانت: $(0,85 \pm 4,51)$ للدرجة الكلية، $(0,9 \pm 4,81)$ في البعد الانفعالي، $(1,55 \pm 4,45)$ في البعد الجسدي، و $(1,55 \pm 4,11)$ في البعد الاجتماعي، لتشير النتائج الى أنّ نوعية الحياة لدى مرضى القلب كانت متوسطة بشكل عام وأيضا في بعدها الاجتماعي والانفعالي، بينما تبدو اقل من المتوسط في بعدها الجسدي، كما بيّنت النتائج انه لا توجد فروق دالة تعود للجنس في نوعية الحياة لدى عينة الدراسة.²

28.3.6 دراسة سرغيني وبوشدوب (2021)

هدف البحث إلى دراسة العلاقة بين سمة الأمل ونوعية الحياة لدى المرضى الحاملين للصمامة القلبية الاصطناعية، كذلك الكشف عن الفروق في نوعية الحياة تبعا للجنس، العمر، المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي للمريض، مستعملا المنهج الوصفي مع استخدام الأساليب الإحصائية اللامعلمية لتحليل البيانات التي جمعت، وذلك على عينة متكوّنة من (30) مريض حامل للصمامة القلبية الاصطناعية بنوعها الميكانيكي والبيولوجي، وقد استخدم لغرض الدراسة مقياس الأمل لسنايدر ومقياس نوعية الحياة لدى مرضى القلب (MACNEW). ولقد خلصت النتائج إلى وجود علاقة إيجابية وقوية بين سمة الأمل ونوعية الحياة لدى المرضى الحاملين للصمامة القلبية الاصطناعية، وعدم وجود فروق في نوعية الحياة بين أفراد العينة حسب الجنس والعمر، في حين وجود فروق في نوعية الحياة بين أفراد العينة تبعا للمستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي.³

7 التعقيب على الدراسات السابقة

الذي يظهر من خلال ما تم عرضه من الدراسات السابقة، والتي تمكن الباحث من الاطلاع عليها أن متغير معنى الحياة قد تم تناوله مع متغيرات نفسية مختلفة، وبخاصة في المجتمعات الغربية من خلال الدراسات الأجنبية الكثيرة. والملاحظ عموما أنّ البيئة العربية لم تتناول هذا المتغير بالدراسة بشكل

¹- تركي، أ، فاضلي، أ. (2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس - السن) (Quality of life among diabetic patients its relationship to gender - age and diabetes type and some sociodemographic variables). مجلة العلوم النفسية والتربوية،

(2)، <https://www.asip.cerist.dz/en/article/149733>

²-سايل وقلاتي، مرجع سبق ذكره، ص

³-سرغيني وبوشدوب، مرجع سبق ذكره، ص

مستفيض، وبدأت الدراسات قليلة جدا مقارنة بالدراسات الغربية، وهي -أي الدراسات - أقل بكثير في الجزائر. كما يلاحظ عموما أن هذه الدراسات وحتى الأجنبية منها قد ركزت على الطلبة، ومثال ذلك دراسة زيك وتشمبرلين (1987) والتي بحثت عن أي المتغيرات النفسية التي تنبئ بالصحة النفسية لدى طلاب الجامعة، أو دراسة نيكولس وستيوارت (2004) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة، والالتزام القيمي لدى طلاب الجامعة، وأيضا دراسة هاشم (2016) والتي درست العلاقة بين معنى الحياة والاكتمال النفسي لدى عينة من طلبة الجامعة، وغيرها من الدراسات كثير. كما مست عديد الدراسات فئات أخرى مثل فئة كبار السن، كدراسة هومان وبوياتزي (2010) والتي هدفت لاستكشاف العلاقة بين تدين كبار السن، والشعور بالمعنى في الحياة، والسلوك الصحي، ودراسة جاب الله (2007) والتي سعت للكشف عن طبيعة العلاقة بين معنى الحياة والاحترق النفسي لدى المرأة العاملة العانس، ودراسة ستيجر وزملاؤه (2011) والتي بحثت فيما إذا كان التدين والروحانية والمعنى في الحياة لديهم تأثيرات وراثية وبيئية مشتركة وذلك على عينة من التوائم وغيرها.

ويلاحظ أيضا من خلال الدراسات المطلع عليها أن متغير معنى الحياة قد تم تناوله في بعض الدراسات كمتغير وسيط بين متغيرات الدراسة كما هو الحال في دراسة ستيجر وفرازي (2005)، والذي تناولته - أي المعنى في الحياة - كوسيط محتمل للصلة بين التدين والصحة النفسية. وأيضا في دراسة هونغ (2006) وذلك باختبار معنى الحياة وسيطا بين الضغوط التي يعاني منها الطلبة وإحساسهم بالسعادة.

كما تبين من خلال الدراسات السابقة المعروضة أن معنى الحياة ارتبط إيجابا مع متغيرات نفسية كثيرة يمكن إدراجها تحت مسمى المتغيرات الإيجابية فلقد ارتبط إيجابا مع الصحة النفسية كما في دراسة زيك وتشمبرلين (1987)، ومع الهدف في الحياة كما في دراسة بريتبارت (2002)، والرضا عن الحياة كما في دراسة خوخ (2011) ودراسة ستيجر وزملاؤه (2011)، وكذا التفاضل كما في دراسة جرافيه وزملاؤه (2019). في حين ارتبط - معنى الحياة عكسيا وسلبيا مع متغيرات نفسية عديدة منها: قلق المستقبل كما في دراسة أبو الهدى (2011)، والاحترق النفسي نحو دراسة جاب الله (2007) ومشاعر الضيق كدراسة جارسما وزملاؤه (2007)، والاكتمال كدراسة هشام (2016).

وتجدر الإشارة إلى أن كثرة الدراسات الأجنبية التي تناولت المعنى بالدراسة خلال العقود الأخيرة يتوافق طردا مع انتشار علم النفس الإيجابي من جهة وكذا بالتوافق مع بروز التناولات الوجودية والدعوات الفكرية لإدراج تلك الجوانب في الدراسات وتسليط الضوء عليها، وقد يعود ذلك لعجز النماذج البيوطبية والمادية على تفسير الظواهر تفسيريا شاملا وتخفيف الآثار الناجمة عن الأمراض بصورة كاملة، مما دفع فانتجود (2003) عقب دراسته التجريبية للقول أن تحسين فلسفة المريض الشخصية في الحياة هو جوهر الطب الشمولي، مما يساعد المريض على تحمل المزيد من المسؤولية عن وجوده.

وفيما يخص متغير التدين، فقد حظي - أي موضوع التدين - باهتمام عديد الدراسات وبخاصة الأجنبية منها مع الأخذ بعين الاعتبار اختلاف الأديان والمعتقدات وكذا الثقافات والأفكار، كما تجدر الإشارة أن التناولات لهذا المتغير جاءت بمصطلحات مختلفة نحو (التدين، الدين، الالتزام الديني، التوجه الديني، الايمان، الروحانية، الرفاه الديني..). وهذا الاختلاف قد يعزى إلى الترجمة، وقد يكون أيضا بسبب منهجي ذلك أن هناك من يعتبر التدين والدين معنى واحدا كما أن هناك من يعتبر أن التدين لبوس للدين واتصاف به. كما أن هناك من تعرض للتدين بالدراسة من جوانبه الجوهرية الداخلية أو الايمانية، وهناك تناولات عرضت للجوانب الطقوسية الخارجية وقارنت بين الجانبين، كما في دراسة عرفشة (2018)

والتي هدفت الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين التوجهات الدينية ومعنى الحياة من جانب، وبين التوجهات الدينية والتفكير اللاعقلاني من جانب آخر، وخلصت لوجود تناسب طردي بين التدين المعرفي الفكري، العاطفي الحماسي، الأصيل وبين معنى الحياة، كما تناسب المعنى عكسيا مع التدين الطقوسي والنفعي. ومثال ذلك أيضا دراسة شفيق (2019) والتيهدفت إلى التحقيق في علاقة التدين الجوهري بالمعنى في الحياة والتوتر والقلق والمعتقدات الخارقة.

كما لوحظ أن التدين ارتبط إيجابيا مع العديد من المتغيرات النفسية الإيجابية، كالرفاهية الذاتية، من مثل دراسة إفتزان وزملاؤه (2013)، ودراسة فراي (2000)، وارتبط أيضا بالشعور بالسعادة كدراسة جورج ونمارا (2013)، ودراسة تشمبرلين وزيك (1992)، وارتبط بالتوافق النفسي كدراسة بركات وفنيش (2019)، وبالسلوكات الصحية كدراسة هومان وزملاؤه (2010) وغير ذلك من الدراسات.

ومن ناحية أخرى لوحظ ارتباط التدين سلبيا مع متغيرات أخرى من بينها، قلق الموت كدراسة آردال وكونغ (2006)، ودراسة عامرة وطعيلي (2016)، وأيضا الاضطراب النفسي كدراسة روس (2006)، والقلق من مثل دراسة شاي وزملاؤه (2015).

أما متغير **جودة الحياة** أو نوعية الحياة فقد تم تناوله بشكل مستفيض مع مختلف المتغيرات النفسية وتزامن ذلك بشكل كثيف مع بروز اتجاه علم النفس الإيجابي، ورغم ذلك فإن تناوله مع فئة المرضى المزمنين وعلى الأخص المصابين بالسرطان وأمراض القلب فقد كان أقل كثافة من حيث التناول، حيث نالت عينة الطلاب حصة الأسد تناولا كما في المتغيرين السابقين، ويمكن تسجيل الملاحظات التالية:

قد ارتبط متغير جودة الحياة إيجابيا مع المتغيرات النفسية الإيجابية كالانتماء والدعم الاجتماعي ومثال ذلك دراسة إمري وزملاؤه (2004) أو دراسة زناد (2019)، أو مشاعر الأمل كدراسة سرغيني وبوشدوب (2021)، وأيضا التوافق النفسي كدراسة الجهني (2013)، وأيضا الكفاءة الذاتية والرفاهية النفسية كدراسة كاسترو وزملاؤه (2012) وغير ذلك من المتغيرات الإيجابية.

ومن ناحية أخرى ارتبط متغير جودة الحياة سلبا مع كثير من المتغيرات التي يمكن وصفها بالسلبية منها: الألم والعزلة كدراسة فان كارلار وزملاؤه (2003) ودراسة فالح (2020)، وأيضا بالقلق والاكتئاب مثل دراسة ليزمان وآخرون (2009) ودراسة سوبونارو وآخرون (2016)، وبالكرب النفسي كدراسة زعطوط (2016).

ويلاحظ عموما في جل الدراسات السابقة التي أمكن الاطلاع عليها أن المتغيرات الثلاث (معنى الحياة والتدين وجودة الحياة) ترتبط إيجابيا فيما بينها كلما تم تناولها معا بالدراسة، فقد إرتبط معنى الحياة إيجابيا بالتدين خاصة التدين الجوهري كما في دراسة هومان وبوياتزي (2010)، ودراسة شاي وزملاؤه (2015)، ودراسة شفيق (2019). وارتبط المعنى إيجابيا مع جودة الحياة كما في دراسة سوبورانو (2016). ومن ناحية أخرى ارتبط التدين إيجابيا مع جودة الحياة كما في دراسة السجاري (2017).

وتعتبر دراسة لومبيي وزملاؤه (2016) من أقرب الدراسات إلى الدراسة الحالية إذ يلاحظ أن الدراسة هاته قد مست جوانب من المتغيرات الثلاث حيث قامت بقياس الرفاهية العاطفية من خلال قياس نوعية الحياة كما عرضت الى التدين والمعنى من خلال المكون الوجودي والذي كان الأكثر تنبؤية من غيره من المكونات في العلاقة بين الروحانية و الرفاهية العاطفية كما أن الدراسة قد كانت على عينة من مرضى السرطان، وأيضا دراسة جورج وبارك (2017) حيث أجريا مقارنة بين مرضى السرطان

ومرضى قصور القلب فيما إذا كانت الروحانية يمكن أن توفر معنى في سياق مرض خطير كهذين، وهي من الدراسات الأقرب غير أنها ركزت على الروحانية عموماً، وبالتالي الاسقاط على التدين الإسلامي ومشاهدة انعكاس الأثر على الجودة باعتباره النتاج، يعطي التفرد للدراسة الحالية. بالرغم من أن موضوع التدين صعب التداول وبخاصة بالنسبة للتدين الإسلامي لصعوبة قياسه إذ الاسلام يتدخل ويؤثر في كل الجوانب الحياتية والاجتماعية للمسلم، فهو دين شامل لكل جوانب الحياة، بل حتى وفي أدق تفصيلاتها. وحتى الظاهر الذي يبدو أنه بالإمكان رصده وملاحظته، فإنه يصعب قياسه لارتباطه بالدافع أو ما يصطلح عليه بالنية إذ الاعمال بالنيات. كما أن موضوع المعنى في الحياة ذا بعد فلسفي عميق، مرتبط بالفكر والوجدان، ومرتبطة أياً ارتباطاً بالوجود وماهية الأشياء والمسّميات، ويلاحظ من خلال الدراسات مدى التداخل والترابط الوثيق بين هذين المتغيرين.

من هنا تبرز أهمية هذه الدراسة بتناولها لموضوع معنى الحياة، والذي يعتبر من المواضيع الجوهرية التي تفرض نفسها في الوقت الراهن، مع تفاقم الأمراض المزمنة وانتشارها وتداعياتها على كافة الأصعدة، ومع كثرة الضغوط المختلفة وتأثيراتها، ومع ما تعانيه الإنسانية من مشاكل الفراغ الوجودي. وبالتالي صار بناء تصوّرات إيجابية للحياة لمواجهة كل تلك الصعوبات ضرورة ملحة لمواصلة العيش واستمرار الحياة، وأصبح بذلك موضوع **معنى الحياة** في غاية الأهمية، والأهم من ذلك هو تشكّله في حدّ ذاته أي المعنى. ومن هنا بالذات يبرز دور التدين لكونه الرافد الرئيس لهذا التشكّل، لتكون المحصلة المرجوة والمأمولة من كل هذا: توافقاً مع الحياة، وتكيفاً مع متطلباتها، واستشعار **الجودتها**، وهو ما تصبو الدراسة إلى الاسهام فيه.

الجانب النظري

الفصل الأول

معنى الحياة المدرك

تمهيد

الإنسان في هذه الحياة عرضة لمخاطر متعددة، ومواقف مهددة ومنغصة، لا يمكنه الحؤول دونها في عديد الأحيان، غير أن الرمزية والدلالة التي يعطيها للأشياء والنموذج التفسيري الذي يصبغه على السيرورات الحياتية المختلفة، هي التي تشكّل مدى تفاعله معها، وانفعاله على اثر التعرض لها، وهذا ما يعطي لحياته معنى ومغزى، حيث يعتبر مفهوم معنى الحياة مفهوماً شائعاً ومتعدد الاستجابات، يصف خبرات حياة لها مغزى وقيمة وهدف، فبالمعنى يشعر الإنسان بقيمته وبإنسانيته وبوجوده، ويقبل على الحياة يتفاعل معها ويتجاوب معها، ويحقق التميز والتفرد والسعي نحو تحقيق أهدافه، حتى بوجود الظروف المحيطة وأشكال المعاناة المختلفة.

وبغياب المعنى وفقدانه، تصير الحياة بلا لون ولا طعم في نظر الانسان، إذ لا غاية يربوها، ولا هدفا يركز عليه، ولا سببا يعيش من أجله أو أملا يعيش به، ليدخل على إثرها في دؤامات اليأس والمشقة ودوائر الاضطرابات والمشكلات المختلفة، وبخاصة إذا أصيب بمرض مزمن وخطير كاعتلال القلب أو مرض السرطان.

يعرض الفصل الحالي إلى موضوع معنى الحياة، لفهم آلية تشكّله، ومختلف جوانبه بداية من المفهوم ونشأته، وعروجا على المهام الرئيسية المشكّلة له، وعرض آلية تحقّقه لدى مجموعة من العلماء، وأيضا بإبراز أهم مكوّناته وأبعاده، وكذا إبراز المفهوم لدى المصابين بالأمراض المزمنة، وصولا إلى عرض أهم الفنيات العلاجية التي تستعمله، وأخيرا عرض مقارنة بين نظرية المعنى والقرآن الكريم، وآلية تشكّل المعنى في ظل الإسلام.

8 نشأة مفهوم معنى الحياة

أرقت التساؤلات الوجودية من قبيل (من أنا؟ من أين أتيت؟ لماذا أنا هنا؟ كيف حدث هذا؟ ولماذا؟ ...) وغيرها كثير، الانسان مذ وجد على سطح هذه الأرض، فهذا القلق الذي يعترىه — أو الجوع الخفي كما أسماه شوبرا " الذي يقض مضاجع البشر لا علاقة له بالأشياء الخارجية، مثل المال والجاه والأمان. إنها الذات الداخلية التي تتوق إلى المعنى في الحياة، وإلى نهاية للمعاناة، وإلى أجوبة تخص ألغازا مثل الحب، والموت، والله، والروح، والخير، والشر... إن الحياة التي نعيشها على السطح لن تجيب على هذه الأسئلة، أو ترضي حاجتنا التي تقودنا إلى طرح تلك الأسئلة"¹، وكما نرى فإنّ "الاحتياج إلى التفسير كالاحتياج إلى الاعتقاد يلزم الإنسان من المهد إلى اللحد".

وهذه الحاجة كانت وراء السعي الحثيث للفلاسفة والمفكرين منذ القديم لفهم الظواهر والسلوكيات والمشاعر والانفعالات، ومظاهر الحياة ككل وبخاصة ما علق منها بالإنسان جسدا ونفسا وروحا ومحيطا، فهذا سقراط على سبيل المثال يقول: "الإنسان روح وعقل يسيطر على الحس ويدبره، والقوانين العادلة صادرة عن الفعل ومطابقة بالطبيعة الحقّة وهي صورة من قوانين غير مكتوبة رسمتها الآلهة في قلوب البشر"،² فإذا كان المعنى في الحياة من أهم المفاهيم النفسية التي يدرسها أصحاب الاتجاه الإنساني

¹-شوبرا، شوبرا د. كتاب الأسرار، ط1، دار الفرقد، 2015 ص 10

²-كّيال، ب. أصل الانسان وسرّ الوجود، م 3، مكتبة الهلال، 1983، ص 28.

في علم النفس متأثرين بالأفكار الوجودية التي راجت في بداية ومنتصف القرن المنصرم والتي كانت متماشية مع ما شاع حينها من ظهور لحالات اللّاجدوى والعدمية بين الناس،¹ فإن محاولات التفسير والفهم للظواهر الإنسانية كانت هدف علم النفس منذ نشأته، ففي أواخر القرن التاسع عشر تحدث سيجموند فرويد عن الدوافع الكامنة وراء سلوك الإنسان وقد أكد على أن ما نراه على السطح ما هو في حقيقته إلا معالجة نفسية (ميكانيزمات دفاعية)، تضيف مظهرا حضارياً على دوافع هي في حقيقتها ليست حضارية مطلقاً، وإنما هي غرائز حيوانية. وتواصلت فيما بعد وجهات النظر التي حاولت فهم الدافع وراء السلوك لتظهر وجهة نظر المدرسة الفينيسية (نسبة إلى فيينا) الثانية بزعامة ألفريد أدلر، والتي أرجعت الدافع وراء السلوك البشري إلى إرادة القوة، بالسعي للوصول إلى المكانة المهنية للحصول على النفوذ وتلك القوة، وغير ذلك من وجهات النظر التي تبرز هذا الدافع أو ذاك.

وعموماً كان الاتجاه العام لنظريات الدافعية هو تأكيد لنظرية الاتزان الحيوي (Homeostasis) حيث يدفع التوتر الناتج عن الاستثارة الإنسان في اتجاه استعادة الاتزان،² غير أن ظهور المدرسة الإنسانية والتي ترتبط أساساً بالتناول الفلسفي لطبيعة الإنسان، سمح بطرح مترقٍ وراق للسلوك الإنساني فالإنسان حسب تصوّر هذه المدرسة لا يسعى فقط إلى إشباع غرائزه، أو لتهيئة أفضل ظروف اجتماعية ممكن عيشها، فهذا وحده لا يسعد الإنسان ولا يرضيه، بل هو يهتم أساساً بأن يكون هناك معنى ومغزى لحياته، وهدف وقيمة يتوجّه إليهما، ووفقاً لهذا المعنى يجد الحياة بكل ما تحمله من مشقة وما تحمله من معاناة تستحق أن تعاش فعلاً،³ ولعل نموذج مدرسة العلاج بالمعنى (logotherapy)، التي أسسها الطبيب النفسي النمساوي فيكتور فرانكل رائد المدرسة الفينيسية الثالثة يعد أبرز تلك الاتجاهات، حيث ترى هذه المدرسة أن للمعنى دوراً مؤثراً في الحياة الإنسانية، وخاصة في البعد الروحي لحياة الإنسان، كما تؤكد هذه المدرسة على افتراض أساسي للدافعية يطلق عليه إرادة المعنى.⁴

وتجدر الإشارة إلى أن منحى العلاج بالمعنى رغم تميّزه كما سبقنا الإشارة إلى ذلك سلفاً، إلا أنه تأثر بفكر التحليل النفسي شأنه شأن معظم أشكال العلاج الوجودي، فقد نشأ فرانكل في فيينا وتواصل مع فرويد ثم أدلر مستعيراً منهما الافتراض القائل بوجود قوة محفزة وراء كلّ الأفكار والمشاعر والسلوكيات الإنسانية.⁵

إن هذا الطرح الذي قدّمه فيكتور فرانكل كان له وقع كبير على الناس، فقد وصل العلاج بالمعنى إلى الضمير العام أكثر من أي شكل من أشكال العلاج الوجودي إذ بيع من الكتاب الرئيس الذي ألفه فيكتور فرانكل: **الإنسان يبحث عن المعنى مقدمة في العلاج بالتسامي**، أزيد من مليوني نسخة وترجم

¹-الوائلي، الوائلي، ج. المعنى في الحياة وعلاقته بنمط الشخصية (A-B) لدى طلبة جامعة بغداد. مجلة الأستاذ، 2012، ص 615.

²-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 86.

³-الرشيدي، 1996، الرشيدي ه. مقياس معنى الحياة. المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، 1996 ص 1029.

⁴-راضى، راضى، ف. م. معنى الحياة لدي عينة من خريجي الجامعة العاطلين عن العمل وعلاقته بالقيم والعدائية، المجلة، 2007، ص 437.

⁵-م. كوبر، 2015، كوبر م.، العلاجات النفسية الوجودية. مكتبة الأنجلوسكسونية، 2015 ص 102.

كذلك إلى تسعة عشر لغة مختلفة¹. ومما تجدر الإشارة إليه أن فرانكل رغم طرحه الجديد لم ينكر مفاهيم سابقه فقد بنى عليها إذ أقرّ بأن مبدأ اللذة في نظرية فرويد هو المبدأ الموجّه للطفل الصغير، ومبدأ القوة في نظرية آدلر موجّه للمراهق، في حين أن إرادة المعنى هي المبدأ الموجّه للشخص الراشد الناضج².

9 تشكيل معنى الحياة

يكن جوهر هذه الفلسفة في أن الإنسان يحتاج إلى المعنى في الحياة، وأن لديه الإرادة فيالبحثن هذا المعنى، وأيضا الحرية في فعل ذلك، وبدون معنى الحياة تصبح الحياة فارغة وتقع في الفراغ الوجودي. ويشير مصطلح وجودي هنا إلى ثلاثة جوانب:

- الوجود ذاته: أي أسلوب الوجود المميز للإنسان.
- معنى الوجود.
- السعي للتوصل إلى معنى محسوس وملموس في الوجود الشخصي أي إرادة المعنى.ولذا فإن على الإنسان أن يسعى ويجتهد في سبيل هدف يستحق أن يعيش من أجله؛ لأن هذا يساعده على البقاء بفاعلية حتى في أسوأ الظروف.

وقد حدّد فرانكل ثلاثة احتمالات يمكن من خلالها إيجاد المعنى وهي:الإبداع، والخبرات، وتغيير المواقف³.ويمكن تعريفها تباعا على النحو الآتي:

1. **القيم الابتكارية:** والتي تنشأ من خلال مختلف الأنشطة الابتكارية التي يقوم بها الفرد، ويعتبر العمل الجدير باهتمام الفرد،والعائد عليه بالفائدة المصدر الأعظم للتعبير الابتكاري لديه، وبالتالي فإن الوسيلة الوحيدة لتحمل الحياة، هي وجود مهمّة يمكن تنفيذها وإتمامها.
2. **القيم التجريبية أو الخبراتية:** وتشير إلى جملة القيم التي تمّ إحرازها واكتسابها عن طريق خبرة العمل الابتكاري للآخرين، إضافة إلى اتصال الفرد بالبيئة، وجميع الأنشطة الممثلة للخبرة الإنسانية الباعثة للمتعة والاحساس بالأهمية والقيمة في الحياة.
3. **القيم الاتجاهية:** وهي المواقف الباقية إثر تعرض الانسان لمواقف محبطة أو باعثة على اليأس والضعف، ولا تستطيع القيم الابتكارية ولا الخبراتية تغييره، وتتضمن هذه القيم الحرية الإنسانية في اختيار كيفية مواجهة ومقابلة القدر المحتوم، وغير القابل للتغييركالأمراض المزمنة، كما

¹-م.كوبر، مرجع سبق ذكره، ص 101

²- فرانكل، مرجع سبق ذكره ، ص 186.

³-فرانكل، 1982، فرانكل، ف، الانسان يبحث عن المعنى مقدمة في العلاج بالمعنى والتسامي بالنفس. مكتبة الأنجلوسكسونية، 1982 ص ص 138-139.

تتضمن هذه القيم الاتجاه الذي يختاره الفرد نحو هذه الظروف لجعله قادراً على المواجهة ومواصلة العيش.¹

ولفهم أكثر لآلية التشكل وجب الوقوف على المهام الأساسية المشكلة للمعنى والتي تعرف بالظروف الاضطرارية، وبعدها الخلفية النظرية التي يركز عليها مفهوم معنى الحياة.

10 المهام الرئيسية المشكلة للمعنى

يتعرض البشر في حياتهم لظروف لا يمكنهم تجنبها، إنهم مجبرون طوعاً أو كرهاً لمجابهتها، هذه الظروف التي أسماها أدلر بالظروف الاضطرارية هي التي تشكل ماهية الحياة ومكوناتها، وهي التي تدفع الإنسان للتعامل معها، والإجابة على التساؤلات التي تطرحها، فتكون بذلك الإجابة عليها تشكيلاً لمفهوم المعنى وهذه الظروف هي:

1.10 الظرف الاضطراري الأول

ويتمثل في أننا أعضاء في الجنس البشري الذي يسكن الأرض حيث نعيش حياتنا في ضوء ما يوفره لنا كوكبنا الصغير هذا من موارد طبيعية محدودة، يتوجب علينا تطويرها وحسن استغلالها في حدود معارفنا، وهذا يتطلب تطوير أجسامنا وعقولنا وكذا العمل بانتظام مستخدمين كل الوسائل المنطقية لإيجاد الحلول للمشكلات التي تعترضنا حتى تستمر حياتنا على الأرض.

2.10 الظرف الاضطراري الثاني

يتمثل في منحة الزمالة وهي أن الإنسان لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن أخيه الإنسان، أي أن كل واحد منا عضو في جماعة لا يمكنه أن يعيش بمعزل عنها، أو يحقق أهدافه بدونها، فنحن كأفراد مرتبطون ببعضنا ارتباطاً وثيقاً، لأننا في حاجة لوجود الآخرين من حولنا لإشباع حاجتنا المعنوية اللازمة لاستمرار وجودنا، وبالتالي استمرار الحياة عموماً.

3.10 أما الظرف الاضطراري الثالث

يتمثل في أن الجنس البشري يتكون من رجل وامرأة، ولا يمكن للحياة أن تستقيم بأحدهما دون الآخر، وعليه فبقاء الجنس البشري واستمراره يعتمد على كل منهما. والإجابة على التساؤلات والاشكالات التي تواجهها هي استمرار لهذه الحياة.²

¹- عبد العظيم وعبد التواب، عبد العظيم محمد، س وعبد التواب معوض، م، العلاج بالمعنى النظرية - العلاج - الفنيات - العلاج (1 ط). دار الفكر العربي، 2012 2012، ص 17.

²- أدلر، أ، معنى الحياة (1 ط). المجلس الأعلى للثقافة، 2005 ص ص 21-23.

هذه القيم التي تم عرضها وكذا الظروف الاضطرارية التي سبق الإشارة إليها، تعتبر ركيزة لتبلور نظرية معنالحياة، وفيما يلي عرض نظري تفصيلي لتلك الخلفية النظرية وأهم اسهامات العلماء في بلورتها.

11 الخلفية النظرية لمعنى الحياة

يعتبر فيكتور فرانكل مؤسس مدرسة العلاج بالمعنى ومطوّرها، والتي يمكن اعتبارها – أي مدرسة العلاج بالمعنى – محصّلة لعدة رؤى وطروحات، فهي تتفق مع وجهة نظر مدرسة التحليل النفسي بقطبيها (فرويد وأدلر)، بوجود قوة محفزة وراء السلوك (رغم أن هناك اختلافا في طبيعة هذه القوة حيث أرجعها فرويد للذة وأدلر للإرادة والقوة، وفرانكل لإرادة المعنى)، كما أنها تتقاطع في اهتماماتها بالاهتمامات الرئيسة للفلسفة الوجودية، وبخاصة لأعمال الفيلسوف الوجودي ماكس شيلر، وفي هذا يقول فرانكل " إن العلاج بالمعنى هو محصّلة لتطبيق مفاهيم ماكس شيلر في العلاج النفسي"¹، ويتجلى ذلك في جانبين كما بيّن ذلك ميك كوبر حيث إن الجانب الأول هو فكرة أن القيم عبارة عن خصائص الأشياء التي نخبّرها بالحدس، بحيث يمكن للنّاس أن يكتشفوا المعاني الحقيقية للموقف. أما الجانب الثاني فإنّه يتمثل في فكرة أنّه يمكن تصنيف الواقع الإنساني إلى الجسد والعقل والروح، وأنّ الروح يمكنها أن تقف منفصلة عن المستويات الجسدية والنفسية، بل وتعارضهما،² بناء على هذا فإن فرانكل قد ركّز على الروح بعد أن ركّز سابقوه على الجسد والنفْس. وجاء طرحه مكملا ومتمما لما قد بدأه سابقوه، وفي هذا الصدد يقول جوردون أولبورت وهو أستاذ علم النفس بجامعة هارفارد أن " ما يميّز نظرية فرانكل أنها نظرية متسامحة فهي لا تنبذ فرويد، ولكنها تبني فوق اسهاماته، كما أنّ فرانكل لا يدخل في عراك مع الأشكال الأخرى من العلاج الوجودي، وإنّما يرحب بالتفاعل معها"³. وبالتالي فإنّ القوة الدافعة التي تقف خلف السلوك والتي يردّها فرويد إلى اللذة والتي يردّها أدلر إلى القوة والإرادة، يمكن فهمها في سياق الجسد والنفْس، غير أنه يصعب تصوّرها في فلك الروح، ويرجع فرانكل هذه القوة إلى إرادة المعنى غير أنّه لا يعتبرها قوى دافعة بل هي قوى جاذبة، فإذا كانت نقطة ارتكاز اللذة والإرادة والقوة داخلية، فإن نقطة ارتكاز الروح خارجية، ويُستشف هذا الطرح من كلام فرانكل عن القيم باعتبارها غذاء للروح حين يقول " إن القيم لا تحفّز الانسان، إنها لا تدفعه، وإنما بالأحرى تشدّه وتجذبه...والانسان لا يفعل ذلك لكي يشبع حافزا أخلاقيا معنويًا أو لكي يكون له ضمير سليم ولكنه يسلك هكذا من أجل سبب يوطّن نفسه عليه، أو من أجل إلهه الذي يعبده أو من أجل شخص يحبّه".⁴

فإذا كان تأثير المدرسة التحليلية واضحا في بلورة نظرية فرانكل كما هو واضح تأثير الفلسفة الوجودية، فإن هناك تأثيرات أخرى ساهمت في تشكّل هذه النظرية، ومنها الخلفية الدينية لفرانكل – رغم عدم افصاح فرانكل بذلك – حيث يتضح ذلك من خلال توكيده على أن كلّ انسان يتمتّع بجوهر روحي، وهذا بحد ذاته يتضمن دلالات دينية واضحة⁵، كما أن التاريخ الشخصي المعروف لفرانكل إبان الحرب العالمية الثانية واعتقاله في معسكرات الإبادة وما شهده وشاهده وعاناه خلالها، كان له الأثر الكبير في بلورة النظرية واختبارها.

¹-م. كوبر، مرجع سبق ذكره ص 102.

²-المرجع نفسه، ص 102.

³-فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 134.

⁴ المرجع نفسه، ص 134.

⁵-م. كوبر، مرجع سبق ذكره، ص 103.

وقد عرّف فرانكل معنى الحياة بأنه: حالة يسعى الإنسان للوصول إليها لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش من أجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى.¹

وركّز يالوم (I yalom) على الهدف والمقصد حيث يرى بأن معنى الحياة هو الشعور بأن لحياة الفرد هدفاً أو غرضاً أو وظيفة يجب أن تتحقق. ومن جهتهما ريكرو وونج (Reker et Wong) قد عرّفا معنى الحياة بأنه إدراك الأمر، التماسك، إدراك الأهداف من وجود الإنسان، ومتابعة وتحقيق الأهداف ذات القيمة، ومصاحبة ذلك بمشاعر الامتلاء والحيوية، كما أن ديباتس (Debates) قد عرّف معنى الحياة على أنّه شعور عميق بمغزى الحياة، مع قدرة فائقة على التماسك والادراك للهدف من وجود الإنسان في الحياة وما يؤدي إليه من دوافع إلى تحقيق الأهداف ذات القيمة في الحياة مع الشعور بالحيوية والسعادة²، وأعطت من جهتها سميرة أبو غزالة تعريفها لمعنى الحياة على أنّه تفسير لأحداث الحياة التي تتعلق بشيء ما، أو حدث ما، أو خبرة ما أي إنه يشير إلى كل ذي دلالة وأهمية، كما أنه تفسير لحياة الفرد ودوافعه وأهدافه³. أما الأبيض فقد وصف معنى الحياة على أنّه مجموع استجابات الفرد التي تعكس اتجاهاته الإيجابية أو السلبية نحو الحياة بأبعادها المختلفة، والأهداف والالتزامات التي يلتزم بها الفرد في حياته من دراسة، أو عمل ... ومدى إحساسه بأهميتها وقيمتها ودافعيته للتحرك بإيجابية نحو تحقيقها، وقدرته على تحمل المسؤولية، والتسامي بذاته نحو الآخرين، وتقبله لذاته ورضاه عن حياته بشكل عام.⁴

ومن هنا يمكن استخلاص معنى عام لمفهوم معنى الحياة على أنّه: تلك الحالة الشعورية من الرضا والتقبل التي تعترى الإنسان وهو يسمو بذاته فوق الظروف على صعوبتها، ضابطاً بوصلته نحو غايات سامية يعيش لأجلها، ومبادئ أصيلة يصطبغ بها، وأهداف قيمة يرنو لبلوغها، مقدراً كلّ خطوة يخطوها، وكلّ جهد يبذله من أجل ذلك.

بعد عرض لأهم التعاريف لمعنى الحياة، والتي أشارت للدور الأساسي الذي يجب على الفرد أن يلعبه من أجل اكتشافه وإدراكه، يتضح مدى أهمية معرفة كيفية تحقق ذلك وهو ما سنعرض إليه فيما يلي.

12 تحقيق معنى الحياة

معنى الحياة مرمى يسعى الإنسان لبلوغه وليس ثوباً يلبسه، أو تصوراً جاهزاً يستعمله، وقد تعددت وجهات نظر المختصين حول كيفية تحقيقه، وفيما يلي عرض لأهم وجهات النظر تلك:

1.12 تحقيق المعنى لدى فرانكل (Frankl.V)

يرى فرانكل أن معنى الحياة لا يأتي من تلقاء نفسه في الواقع، ولكنّه يكتشف من خلال بحث دؤوب. فإذا كانت الغرائز تنتقل عبر الجينات، والقيم تنتقل عبر التقاليد، فإن المعاني المتميزة والمتفردة لا محالة هي اكتشاف شخصي على الفرد السعي لاكتشافها، ويؤكد فرانكل على أن المعنى لا يمكن

¹-فرانكل، مرجع سبق ذكره ، ص 131.

²-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 88.

³-أبو غزالة، مرجع سبق ذكره ص 161.

⁴-الأبيض، مرجع سبق ذكره، ص 810.

تقديمه وعلى المعالج اجتناب فرض معنًى بعينه على المريض، بل يتوجب عليه توجيه المريض لاكتشاف المعنى بهذه الخاص، و هذا ما يجعل المعنى مختلفا من شخص إلى آخر، كما يختلف عند نفس الشخص من يوم إلى آخر، بل قد يختلف من ساعة إلى أخرى، ومن ثم تعتبر مَهْمَة أي شخص في الحياة مَهْمَة مَهْمَة وفريدة، وفرصة تحقيقها خاصة وفريدة كذلك،¹ فعلى الانسان أن يدرك ذلك ويتحمل مسؤوليته تجاه هذه المهمة و ينجز كل واجباتها ليحصل على المعنى الذي ينشده.

ويعتقد فرانكل أن الانسان يكتسب معنى حياته من ثلاث مصادر رئيسة:

✓ أفعاله: بواسطة الاتيان بفعل أو عمل (العمل، النشاط الاجتماعي).

✓ قيمه: بواسطة أن نخبر قيمة من القيم (الجمال، الحب).

✓ اتجاهاته: بواسطة عيش حالة من المعاناة.²

وبالتالي يحصل الانسان على المعنى منها - أي هذه المصادر - ومن خلالها، فبالنسبة للمصدر الأول والذي يعني الإنجاز والتحقيق يمكن التعبير عنه بـ:

1.1.5 معنى العمل (The meaning of work)

تفترض المسؤولية تجاه الحياة، الاستجابة لمواقف تلك الحياة. وينبغي ألا تكون الاستجابة لفظية فقط، بل يجب أن ترقى لتكون عملية أو فعلية. ويتجلى وعي الفرد بمسؤوليته كنتيجة للوعي بهدفه الشخصي الوحيد العياني، أو رسالته الشخصية التي يتبناها.

وتحقيقا لقيم الإبداعية لديه يتزامن أو يتوافق في المجال الذي يمكن أن يرى الفرد فيه تفرده وتميزه. هذا العمل أو الفعل الذي يمكن اعتباره إضافة للمجتمع، هو مصدر المعنى والقيمة لتفرد الشخص فالمصدر ليس الوظيفة التي يعتمد عليها الإنجاز، إذ الوظيفة التي يشغلها الشخص لا توضع في الحساب، ولكن المعول كله يكون على الأسلوب الذي ينجز به هذا العمل. وهذا ما نحى بماسلو بالاعتقاد بأن العمل عندما لا يكون ذا قيمة يجعل من الحياة أيضا بلا قيمة. فالإنسان الذي لا يعرف للحياة معنى، يقضيها - أي الحياة - بسرعة مدركا خلوها من أي قيمة، بل تراه يحاول الهرب من نفسه حتى، ويتفاهم لديه هذا الشعور المحبط بصفة خاصة في أيام العطل كعطلة نهاية الأسبوع.³

أما المصدر الثاني فيمكن التعبير عنه بـ:

2.1.5 معنى الحب (The meaning of love)

الحب هو الطريقة الوحيدة التي يدرك بها الإنسان كائنا إنسانيا آخر في أعماق أغوار شخصيته. إذ لا يستطيع إنسان أن يعي كل الوعي بالجواهر العميق لشخص آخر من غير أن يحبّه.

هذا الفعل الروحي للحب، يمكن الإنسان من رؤية السمات والمعالم الأساسية في محبوبه، بل الإنسان يرى أكثر من ذلك، فهو يرى ما هو كائن في الآخر، وما ينبغي أن يتحقق مما لم يتحقق فيه بعد.

¹-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 89.

²-فرانكل، مرجع سبق ذكره ، ص 148.

³-معمرية، مرجع سبق ذكره ، ص 90.

وعلاوة على ذلك، فإن الشخص المحبّ بحبّه ذاك، يَمَكُن المحبوب من تحقيق إمكاناته. فبواسطة تبصيره - أي الشخص المحبوب - ليكون على وعي بما يمكن أن يكون عليه، وبما ينبغي أن يصير عليه، إنّما يجعل مما كان كامنا من هذه الإمكانيات حقيقة واقعة.

ووفقا للعلاج بالمعنى، لا نفسر الحبّ على أنه مجرد ظاهرة ثانوية مصاحبة للحوافز والغرائز الجنسية وفق ما يعرف بالتسامي (الإعلاء)، بل الحبّ ظاهرة أولية أساسية شأنها شأن الجنس. حيث يعتبر الجنس من الناحية السويّة أسلوبا للتعبير عن الحبّ. فالجنس تعبير بريء من الإثم، بل إنه تعبير مقدّس، طالما أنه أداة للحبّ. لذا لا يفهم الحبّ على أنه مجرد أثر جانبي للجنس، ولكن يفهم على أنّه طريقة للتعبير عن الخبرة بتلك " المعية القصوى " التي تسمى الحب.¹

أما المصدر الثالث فيمكن التعبير عنه بـ:

3.1.5 معنى المعاناة (The meaning of suffering)

وفي هذا الشأن يقول فرانكل: "حينما يجد شخص نفسه في موقف لا مفرّ منه، وحينما يكون على شخص أن يواجه شيئا مقدّرا لا يمكن تغييره، كأن يكون مرضا عضالا، عندئذ فقط يكون أمام الشخص فرصة أخيرة لتحقيق القيمة العليا، لتحقيق المعنى الأعمق، وهو معنى المعاناة. والمهمّ فوق كل ذلك، هو الاتجاه الذي نأخذه نحو المعاناة والاتجاه الذي نجعل به معاناتنا فوق أنفسنا".² حيث أنّه من المبادئ الأساسية للعلاج بالمعنى أن يرى الانسان معنى ولو في معاناته كما يبين ذلك فرانكل شخصيا حين قال " من المبادئ الأساسية للعلاج بالمعنى أن الاهتمام الرئيسي عند الانسان لا يكون هو الحصول على اللذة أو تجنّب الألم، وإنما يكون بأن يرى معنى في حياته. وهذا هو السبب في أن الانسان مستعد للمعاناة، شريطة أن يكون لمعاناته معنى".³

2.12 تحقيق المعنى لدى ماسلو (A. Maslow)

يعتبر أبراهام ماسلو من ضمن العلماء الذين أقروا بعلم نفس سام يرتكز على فرضية أنّ التسامي بالذات، يتجلّى في حضور الفرد مع نفسه ومع واقعه وأمانيه ومراميه، وكذا في حضوره مع الآخرين ومع العمل والنشاط حضورا خلاقا إبداعيا.

وقد تبين لماسلو وجود خاصية عامّة مشتركة لدى الأشخاص الذين درسهم تمثّلت في خاصيّة الإبداع، وهي خاصيّة مميزة للإنسان يُعطّاها لحظة ميلاده، إلا أنّ هذه الخاصية تُفقد بفعل المؤثرات الثقافية، لكن بعض الأفراد يظلّون يحتفظون بهذه الوجهة الصّافية أو يستعيدونها فيما بعد إذا كانوا قد فقدوها.

¹-فرانكل، مرجع سبق ذكره ، ص ص 148-149.

² - المرجع نفسه، ص 149

³-المرجع نفسه، ص 150-151.

ويعتبر ماسلو ممن اعتنقوا نظرية تحقيق الذات، كهدف نهائي للإنسان، مقابل مفهوم الاتزان عند أصحاب الواجهة التحليلية، باعتبار أن استعادة الاتزان تكون في حالة المرض فحسب. أما تحقيق الذات، فهو تلك العملية النمائية التي تصير فيها إمكانات الفرد حقيقة واقعية.¹

ويؤكد ماسلو، إتفاقه الكلي مع فرانكل، بأن الاهتمام الأول للإنسان أو كما يسميه شخصيًا الاهتمام الأسمى (Highest Concern) هو إرادة المعنى عنده أي الانسان. وهذا المفهوم حسب ماسلو لا يختلف عن المفاهيم التي قدمها مفكرون آخرون من أمثال شارلوت بوهلر حين قدمت مفهوم اشباع الحاجات أو روجرز الذي استعمل مفهوم القيم أو الأغراض أو فلسفة الحياة إلخ، وعلى هذا النحو، يستعمل أصحاب النظريات المختلفة هذه العبارات أو تلك بطريقة متداخلة، أو على أنها مفاهيم مترادفة.

وفي هذا الصدد يقول ماسلو: "إني أعتقد أن مفهوم إرادة المعنى عند فرانكل، وكذلك مفهوم الأهداف أو النزعات الأساسية الأربعة عند بوهلر، كلاهما يتفق مع ما سبق أن قدمته من وصف امبريقي شخصاني لأولئك الذين يحققون ذواتهم،² ويؤكد ماسلو طرحه هذا قائلا " إن أولئك الذين يحققون ذواتهم لديهم دائما وبشكل عملي رسالة في الحياة، وعندهم مهمة يحبونها ويتوحدون معها وتصبح بالتالي خاصية مميزة للذات. وفي كل الأحوال يعتبر هذا العمل أمرا هاما جديرا بالاستحقاق وذا قيمة بالغة، هذه الحقيقة الوصفية يمكن تسميتها بتحقيق الذات، والتحقيق هنا هو تحقيق: المعنى، التسامي بالذات، اكتشاف الشخص لذاته، الحياة المتكاملة، أو غير ذلك من المصطلحات.³

3.12 تحقيق معنى الحياة لدى يالوم (I.Yalom)

يتفق يالوم مع فرانكل، في فكرة أن المعنى لا يُقدّم، حيث لا يمكن أن يُهدي إنسان لإنسان آخر معنى لحياته، ففي هذا إهدار لخصوصية هذا المعنى. ولكن يالوم، يختلف، مع فرانكل، فيما يتعلق باكتشاف المعنى، من حيث أن الإنسان، من وجهة نظر فرانكل، لا يستطيع أن يخلق معنى لحياته، وإنما فقط عليه أن يكتشفه. ويقوم نقد يالوم، على أن آراء فرانكل، تستند إلى موقفه الديني. وأن الاقتصار على مهمة اكتشاف المعنى يحد من حرية الإنسان ويعفيه من مسؤولية صنع المعنى. إن يالوم هنا، يؤكد على الحرية المطلقة للإنسان في تشكيل معنى لحياته، وهو في ذلك يترسم موقفا لفلسفة الوجودية، خاصة موقف سارتر وكامو، التي تنص على أن الإنسان ليس هو ذلك المخلوق في ذاته (Etre en soi)، الذي تتحدد ماهيته منذ بداية خلقه، أو حتى من قبل أن يوجد. ولكن الإنسان هو ذلك الموجود (Etre pour soi)، الذي يصنع ماهيته من أجل ذاته من خلال أفعاله وقراراته التي يتخذها بملء إرادته.

وبذلك يصبح من الضروري أن يبدع الإنسان المعنى الخاص به، لا أن يكتشف المعنى المهيأ له سلفا. عندئذ عليه أن يلتزم به ويكرّس حياته من أجل تحقيق هذا المبدأ أو المعنى، حتى لو لم يصاحبه اليقين الإيماني الذي يستند إليه فرانكل.⁴

فكما نرى فإنّ يالوم قد استخدم تمييزا فلسفيا بين المعنى السماوي الذي يختص بالمعنى المطلق للحياة والنظام العام للكون الذي يصطبغ بالروحانيات والأفكار التي يؤمن بها أصحاب الاتجاهات الدينية

1-الرشيدى، مرجع سبق ذكره، ص 1028.

2-فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 203.

3-المرجع نفسه، ص 204.

4-سليمان وفوزي، مرجع سبق ذكره، ص 1040.

والمعنى الدنيوي الذي يتضمن تصوّر الفرد للهدف الذي يجب أن يسعى لتحقيقه في حياته أو الرسالة التي يحملها أو القضية التي يتبناها.¹

لقد تناولت نظرية يالوم معنى الحياة باعتباره ظاهرة وجودية، فهي نقطة أساسية في تحدي الإنسان ومواجهته لقضايا وعناصر وجودية كالحرية والاعترا ب وخواء المعنى. ويعتبر العلاج النفسي معنى الحياة بمثابة وسيلة دفاعية ضد العجز وخواء المعنى ويعد استجابة إبداعية في مواجهة الضغوط، فهو اختيار إنساني حر². ويؤكد يالوم على أن الكينونة الإنسانية في حاجة إلى معنى تعيش من أجله فكل إنسان له أهداف ومعاني يعيش من أجل تحقيقها لكن المشكلة الحقيقية هي كيف يمكن أن يجد الإنسان لحياته معنى وهو وسط آخرين لا يجدون لحياتهم أي معنى.³

4.12 تحقيق معنى الحياة لدى فان دورزان سميث (Van Deurzen-Smith)

أما نموذج معنى الحياة الذي تقدمه إيمي فان دورزان سميث فيكتشف الطبيعة الظاهرية التناقض (Paradoxical) للوجود الإنساني، حيث يكون على الإنسان أن يكتشف معنى وجوده على أربع مستويات للخبرة:

- الأولي تعلق بالخبرة الحسية في العالم الطبيعي.
- والثاني يتعلق بالخبرة ذات الطابع الاجتماعي أو ما تسميه العالم العام.
- والثالث يرتبط بالخبرة الشخصية الذي تسميه العالم الخاص.

أما الرابع فيختص بالعالم المثالي.

والإنسان في سعيه الدؤوب لتحقيق المعنى على هذه المستويات الأربعة، قد يجد نفسه مضطرا إلى الاصطدام بعوائق ومهددات تهدد المعنى لديه، فعلى مقدار نجاحه على مواجهة تلك المهددات، وتخطيها يتوقف معنى الحياة لديه.

وتقسم فان دورزان سميث أنواع المعنى في الحياة وفقا للمستويات الأربع للخبرة إلى أغراض أساسية تتحقق من خلال أهداف وسيطة، ثم تعرض لما تسميه "بالاهتمام النهائي" الذي يشكل تهديدا لتحقيق المعنى على كل مستوى للخبرة. فعلى كل مستوى نجد أن الغرض الأساسي يتناقض مع الاهتمام النهائي.

فالأول يمثل القيمة المثالية التي تسعى إليها الإنسان عن وعي أو عن غير وعي. أما الثاني فيحتل الجانب الخفي والمنطقي الذي لا يمكن تفاديه في صورة تهديد لتحقيق الإنسان المثالي.

¹-راضى، مرجع سبق ذكره، ص 438.

²-قاسم، 2007، قاسم، ع. ا، معنى الحياة لدي المتصوفة وعلاقته بالصحة النفسية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 2007 ص 239.

³-عبد الحليم، مرجع سبق ذكره ، ص 6.

وبذلك يصبح تحقيق المعنى هو النجاح في التحدي والتغلب على مهددات المعنى المتمثلة في الاهتمامات النهائية.¹

والجدول رقم 1 التالي يبرز تصور فان دورزان سميث لتحقيق معنى الحياة (المستويات الأربع للخبرة حسب تصوّر فان دورزان سميث):

جدول 1 المستويات الأربع للخبرة حسب تصوّر فان دورزان سميث

أبعاد الخبرة	الغرض الأساسي	الأهداف الوسيطة	الاهتمام النهائي
العالم الطبيعي	اللذة، الحيوية، القوة	الصحة، الراحة، الثروة، الحظ	المرض، الضعف، البؤس، الموت
العالم العام	النجاح، النفوذ، المجد	التقدير، الشهرة، التأثير، الاحترام	الفشل، الهزيمة، العجز، العزلة
العالم الخاص	التمامية، الذاتية، الأصالة	التفردية، الحرية، الخصوصية، القرابة أو التماثل	التفسخ، الخلط، تحلل الذات
العالم المثالي	الحق، الحقيقة المطلقة، الحكمة	المعنى، الفهم، المعرفة، الايمان	اللامعقولة، الخواء، اللاتبريرية

(معمرية، 2012، ص 92).

من هذا النموذج يتبين أنه على المستوى الحسي في العالم الطبيعي يكون الغرض الأساسي هو اللذة الحيوية والقوة، وهو ما يمكن تحقيقه من خلال الصحة والراحة والثروة والحظ، غير أنه لا بد لتحقيق المعنى على هذا المستوى من مواجهة مهددات هذا المعنى وهي المرض والضعف والبؤس والموت. وهكذا يكون الأمر على باقي مستويات الخبرة الإنسانية ومن هنا يمكن القول أنّ النجاح في تحدي مهددات المعنى، والاحتفاظ في مقابلها بحسّ المعنى لدى الإنسان، يكسب الإنسان طاقة هائلة ودافعية للحياة على مستوى إنساني فعّال. وخلاصة الأمر، أنّ الحياة تحتفظ دائماً بالمعنى، سواء آمن الإنسان بوجوده على نحو مسبق، ووجه جهوده لاكتشاف المعنى الخاص به، أو اعتبر أن معنى الحياة هو إنتاج لجهوده، وكّرّس حياته لصناعة هذا المعنى.

وفي النهاية، فإن قيمة الحياة ترتفع كلّما تمسك الإنسان بهذا المعنى الخاص الذي أصبح يهيء له أقوى الدوافع للحياة على مستوى إنساني إيجابي فعّال.²

ولتحقق المعنى صار من الضروري معرفة مكوناته وجزئياته وأبعاده، فما هي هذه المكونات؟ وماهي أهم أبعاد معنى الحياة؟

¹-سليمان وفوزي، مرجع سبق ذكر، ص 1040.

²-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 92.

13 مكونات معنى الحياة

يتضمن معنى الحياة ثلاث مكونات رئيسية هي:

- **المكون المعرفي:** ويرتبط بإدراك الفرد لمعنى حياته، والخبرات التي تثري المعنى.
- **المكون السلوكي:** والذي يرتبط بما يقوم به الفرد من سلوك يترجم هدف حياته المدرك بشكل واقعي في حياته.
- **المكون الوجداني:** والذي يرتبط بإحساس الفرد بأن حياته لها قيمة، ورضاه عنها من خلال ما حققه من أهداف.¹

فكما نرى فإنّ المكونات الأساسية لمعنى الحياة تتمركز حول الذات، وبالتالي فإن المعنى هو محصلة ما يدركه الفرد وما يشعر به وأي السلوك يسلكه، ممّا يعطيه -أي المعنى - ميّزة التفرد والخصوصية، فالمعنى معنى خاص، ولكلّ شخص معنى خاصا به، غير أنّ هذا المعنى الخاص والمتفرد تصبغه البيئة والأيدولوجيا والخلفية الثقافية التي ينشأ في كنفها الفرد. وينتج عن ذلك مفهومين لمعنى الحياة وهما:

- **المعنى العام:** يرتبط هذا المفهوم بمعنى الحياة في عمومها؛ أي حياة البشر وعلاقتها بسائر الموجودات في العالم، من نظام الكون، وانتظام علاقات البشر ببعضهم البعض وبالعالم المادي من حولهم. وهو الذي يتضمن الإجابة على سؤال: ما معنى الحياة؟
- **المعنى الخاص:** ويعني المعنى الشخصي والفردى الذي يعطيه الفرد للحياة، من خلال الإجابة على مجموعة من الأسئلة التي قد يطرحها الانسان بينه وبين نفسه من قبيل: لماذا أعيش؟ ومن أجل ماذا؟ ولمن؟²

ومن خلال معرفة مكونات معنى الحياة وقيل ذلك معرفة الظروف الاضطرارية وكذا مرتكزات تحقق المعنى لدى العلماء الذين نظروا لمفهوم معنى الحياة، حاول كثير من الباحثين تحديد الأبعاد المشكلة لمعنى الحياة، كما سيتم تناوله بالتّبع.

14 أبعاد معنى الحياة

لمعنى الحياة أبعاد مختلفة ومتعددة، تتقارب أحيانا وتتوافق وتختلف أحيانا أخرى وتتباعده، من حيث الصياغة أو من حيث الدلالة، وقد يعزى ذلك لخلفية الباحث أو لغرض البحث، وقد يكون بسبب تفرد المعنى وتميّزه كما سبق الإشارة إلى ذلك آنفا. فمن الباحثين من صنفها إلى أربعة كما ذهبت إلى ذلك أبو غزالة (2007)، حيث ترى أن لمعنى الحياة الأبعاد التالية:

¹-القحطاني ومضاوي، مرجع سبق ذكره، ص 408.

²-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 141.

1. أهداف الحياة: ويقصد به إدراك الفرد للهدف من حياته، ورسالته التي يعيش من أجلها، ويضحي في سبيل تحقيقها، وإحساسه بأهميته وقيمه من خلال تحقيقه لمعنى حياته.
2. الدافعية في الحياة: وتعني مدى سعي الفرد في الحياة بإيجابية، وكفاحه لتحقيق أهداف ومعاني حياته، ورغبته في التمسك بالحياة والاستمرار فيها، والاستمتاع بها مما يؤدي إلى تفاؤله في الحياة.
3. تحمل المسؤولية: ويقصد بها مدى تحمل الفرد للمسئولية تجاه نفسه، واهتمامه بالجماعة التي ينتمي إليها، والتسامي بذاته نحو الآخرين، كي يكون له دور مؤثر في الحياة الاجتماعية.
4. الرضا عن الحياة: ويقصد بها مدى رضا الفرد عن وجوده في الحياة، وتقبله لذاته، واقتناعه بقدراته، وتفاؤله تجاه المستقبل، وتوافقه مع أسرته ومجتمعه، وشعوره بأنه فرد له قيمة تجاه الآخرين، والرضا عن علاقاته الاجتماعية بشكل عام.¹

ومنهم من صنفها إلى خمسة أبعاد كما في دراسة شريف وزملائها:

1. الدافعية للحياة (Motivation to Life).
 2. حرية الإرادة (Freedom of Will).
 3. القيم الخبراتية (Expérimental Values).
 4. القيم الابتكارية (Creative Values).
 5. القيم الاتجاهية (Attitudinal Values).²
- ومن الباحثين من حدّد ستة أبعاد للمعنى كما ذهب إلى ذلك القحطاني (2019):

1. الإنجاز.
2. العلاقات العامة.
3. الإيثار.
4. تقبّل الذات.
5. المعاملة العادلة.
6. العلاقات الأسرية.³

وأيضاً مقياس الرشيدى (1996) والذي تكون من ستة أبعاد على النحو التالي:

¹-البشر والحميدي، مرجع سبق ذكره، ص 355-356.
²-شريف وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 160.
³-القحطاني ومضاوي، مرجع سبق ذكره، ص 440.

1. أهداف الحياة (Purpose - in - Life).
2. التعلق الإيجابي بالحياة (Positive Regard of Life).
3. التحقق الوجودي (Actualization of Existence).
4. الثراء الوجودي (Existential Richness).
5. نوعية الحياة (Quality of Life).
6. الرضا الوجودي (Existential Satisfaction)¹

ومن الباحثين من صنف ابعاد معنى الحياة إلى سبعة أبعاد كمقياس لعوامل (2018) وهي:

1. **أهداف الحياة (Les but de lavie):** وهي قدرة الفرد على إدراك أهدافه وتحديد أهدافه والسعي إلى تحقيقها دون الاستسلام للصعوبات والعوائق التي يمكن أن تعترضه والشعور بالحيوية عند القيام بالعمل وبقيمة إنجازها.
2. **تجاوز الذات (Latranscendancedesoir):** وهي القدرة على البحث عن أهداف وغايات تتجاوز الاهتمامات والمصالح الشخصية، والتي تتمثل في قدرة الفرد على القيام بمهام وأعمال تسمو عن إرضاء الحاجات الذاتية، حيث تكون منصبة في تحقيق ما يخدم الغير أو المجتمع باعتباره السياق الذي يوجد فيه الشخص.
3. **العلاقات الاجتماعية (Les relations sociales):** يتمثل هذا البعد في قدرة الفرد على بناء علاقات اجتماعية وكيفية الحفاظ عليها، فمن حاجات الفرد هو الشعور بالانتماء للغير بدءاً من المحيط الأسري الذي يعيش فيه، فهو في تفاعل وتواصل مستمر مع الأفراد، وما يميز هذه العلاقات بداية هو الاحترام والتقدير المتبادل إلى اكتساب الثقة الاهتمام ومشاركة الآخرين انشغالاتهم وأفراحهم.
4. **التدين (La religiosite):** يتمثل هذا البعد في الجانب الروحي العقائدي للفرد، والذي يتجسد بداية في الاعتقاد بما جاء به ديننا الإسلامي وفي ممارسة العبادات (الفرائض) والحرص على أدائها وكذلك الالتزام بالقيم والأخلاق الحسنة في معاملة الآخرين، وفي حالة الإعاقة الحركية يظهر سلوك التدين في عدة مظاهر منها اعتبار هذه الإصابة قضاء وقدر.
5. **التقبل (L'acceptation):** يتمثل هذا البعد من ناحية في تقبل الإعاقة الحركية وكيفية التأقلم مع هذا الوضع الذي فرضه الواقع الجديد (الإعاقة الحركية)، ومحاولة إعادة النظر فيه باعتباره خبرة تحمل في طياتها معاني ومثيرات التي بإمكانها أن تحرّض وتنشط القدرات الكامنة للفرد، حيث يمكن أن يحقق هذا الفرد المعاق ما لم يحققه قبل الإصابة بهذه الإعاقة الحركية، ومن ناحية

¹-الخضر، مرجع سبق ذكره، ص 336.

أخرى تقبل كل ما لا يمكن تغييره أي كل ما يفوق إمكانياته وقدراته أمام ما تحمله هذه الحياة من عوائق وصعوبات.

6. الحرية (La liberté): يتمثل هذا البعد في شعور الفرد بالحرية في اتخاذ قراراته واختياراته فهو شخص مستقل له أفكاره وآراؤه تختلف عن شخص آخر، وكذلك عدم الشعور بالتبعية للغير خاصة في ظل الوضع الجديد ألا وهو الإعاقة الحركية، التي قلصت دائرة نشاطاته واهتماماته، إذ من الممكن أن تجعله مقيدا وعاجزا في تلبية حاجاته اليومية أو ممارسة هويته كما في السابق وهذا انطلاقا من تغيير التصور السلبي لهذه الإعاقة إلى تصور إيجابي.

7. المسؤولية (La responsabilité): وتتمثل في شعور الفرد بالمسؤولية اتجاه الأعمال التي يقوم بها أو المكلف بإنجازها، وذلك من خلال القيام بها على الوجه الأمثل وفي الوقت المحدد بعد معرفة معطياتها وتحليلها، وكذلك تحمل نتائج وعواقب هذه الأعمال المنجزة والقرارات المتخذة سواء تعلقت بالفرد نفسه أو بغيره، وكذا تحمل عبء شؤونه الخاصة.¹

وقد يحدد باحثون آخرون أبعادا أخرى حسب ما تقتضيه ظروف البحث، ويظهر هذا من خلال مختلف التصميمات لأدوات قياس معنى الحياة التي صممت منذ أن أطلق فرانكل نظريته، وتعتبر عملية القياس خطوة هامة جدا في علم النفس، مما يستوجب الحديث عنها.

15 قياس معنى الحياة

توالى الأبحاث التجريبية وتنوعت منذ أن طرح فرانكل نظريته حول العلاج بالمعنى، وبخاصة بعد النجاحات التي حققتها النظرية ميدانيا، مما أثبت أهميتها وجدواها، وأيضا بارتباط النظرية بقياس الهدف من الحياة لـ: كرومباخ وماهوليك (Crumbaugh & Maholich) والذي - أي المقياس - يعد أساس الدراسات الإمبريقية حول مفهوم معنى الحياة. وتنقسم المقاييس التي تقيس معنى الحياة إلى ثلاثة أنواع رئيسية هي:

1. مقاييس عالمية لقياس معنى الحياة (Global Measures): وقد اختص هذا النوع من المقاييس بتقييم المكونات الأساسية للمعنى الوجودي (Existential Meaning) وكيف ينعكس ذلك المعنى الوجودي على حياة الفرد.

2. مقاييس خاصة بقياس معنى الحياة داخل مجالات محددة في الحياة (Domain - Specific Measures): ويختص هذا النوع من المقاييس بقياس المعنى داخل مجالات محددة من الحياة وكذلك قياس المصادر المختلفة التي تتسبب في خلق المعنى لدى الإنسان ومنحه هدفا ومعنى للحياة.

¹ -لعوامن، 2018، ص ص 54-56.

3. مقاييس خاصة بقياس المعنى داخل سياقات محددة (Specific Contexts): وقد اختص ذلك

النوع من المقاييس بقياس السياقات التي تتسبب في خلق المعنى.¹

وبالتّبع قام الباحثون بتصميم عدّة مقاييس والتي اختلفت وتتنوع باختلاف غرض البحث، وأيضا لعدة اعتبارات أخرى منها، المستند النظري الذي انطلق منه الباحث، الخلفية الاجتماعية والأيدولوجية، ولخصوصية العينة. وتبعاً لذلك تباينت الأبعاد المشكلة لهذه المقاييس أو تعددت كمّاً ونوعاً كما تم التعرض لذلك فيما سبق، وسنعرض فيما يلي بالتعريف لبعض النماذج من تلك المقاييس والاستبيانات.

1.15 مقياس المعنى في الحياة لـ: كرومبو وماهولك (1964)

يعد من المقاييس العالمية المتحررة من أثر الثقافات كونه استخدم بشكل واسع في دراسات كثيرة، ويتكون من (19) فقرة معدة بأسلوب التقرير اللفظي، وعند الإجابة يطلب من المفحوص أن يختار أحد البدائل لكي يكتمل المعنى ويطلب منه أن يحدد قوة الاختيار للعبارات التي تكمل معنى الجملة من خلال تدرج سباعي يبدأ بالدرجة (1) وينتهي بالدرجة (7) ، وقد قام الأعرجي (2007) بترجمته وتطبيقه في البيئة العراقية، ويتم تصحيح المقياس من خلال جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص، وتعتبر الدرجة (133) عن أعلى حالات المعنى في الحياة، و (19) عن أقل معنى للحياة.²

2.15 مقياس معنى الحياة لحافظ (2006)

وقد تم بناء المقياس اعتماداً على نسخة انجليزية من مقياس الصفحة النفسية للمعنى الشخصي المعدل الذي أعده كلمان وفونغ (Kalman & wong) سنة (2003) وهو يتسق مع نظرية المعنى الشخصي لفونغ (Wong)، وقد ذكر الباحث ان فقرات المقياس البالغة (54) فقرة تغطي (10) مجالات هي: العلاقة الحميمة بالآخرين والعلاقات العامة والعلاقة بالطبيعة وقرار معنى الحياة والغرض منها والايثار والاخلاق والدين وقبول الذات والانجاز والمعاملة العادلة.³

3.15 مقياس معنى الحياة لمرحلي المراهقة والرشد المبكر

أعدتها أبو غزالة (2007) ويتكون المقياس من (47) عبارة موزعة على أبعاد المقياس الأربعة التي تم عرضها فيما سبق وهي: أهداف الحياة، والدافعية في الحياة، وتحمل المسؤولية، والرضا عن الحياة. ويشتمل المقياس على (30) عبارة موجبة و(17) عبارة سالبة، يجاب عنها في ورقة إجابة منفصلة تشتمل على بعض بيانات الفرد، وأرقام العبارات، وأمام كل عبارة الاستجابات التالية: تنطبق بدرجة كبيرة، تنطبق بدرجة فوق متوسطة، تنطبق بدرجة متوسطة، تنطبق بدرجة قليلة، لا تنطبق. حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى الإحساس المرتفع بمعنى الحياة في حين تشير الدرجة المنخفضة بالإحساس المنخفض بمعنى الحياة.⁴

1- الأبيص، مرجع سبق ذكره، ص 822.

2- هاشم، مرجع سبق ذكره ص 318.

3- مطشّر، مرجع سبق ذكره، ص 76.

4- أبو غزالة، مرجع سبق ذكره، ص 172.

4.15 مقياس معنى الحياة للأبيض (2010)

وهو مقياس مكون من (51) عبارة تشكل بنوده، ومقسمة على أربعة أبعاد هي: القبول والرضا، والهدف من الحياة، والمسؤولية، وأخيرا التسامي بالذات يجاب عنها بثلاث بدائل (نعم، أحيانا، لا) حيث تعبر الدرجة المرتفعة في المقياس عن مستوى مرتفع في معنى الحياة، وتعبّر الدرجة المنخفضة في المقياس عن مستوى منخفض في معنى الحياة.¹

صممت مقاييس معنى الحياة لقياسه معرفة مستواه لدى المبحوثين موضوع البحث، ونظرا لاهتمام هذه الدراسة بموضوع المعنى باعتباره المتغير المحوري لها لدى عينة من المصابين بالأمراض المزمنة، صار من الأهمية القصوى معرفة مفهوم معنى الحياة لدى المصابين لدى هذه الفئة (المصابون بالأمراض المزمنة) وهو ما سنعرض له فيما يلي.

16 مفهوم معنى الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة

تُسبب إصابة الإنسان بمرض خطير بمستوى مرض السرطان أو أحد أمراض القلب انقلابا جذريا لرؤية الإنسان لحياته، وإدراكا مختلفا لمعناها، على مستويات مختلفة وقد أسفرت عديد الدراسات على نتائج لافتة في هذا المجال فقد أورد جيم أن معنى الحياة لدى المصاب بالسرطان يتركز حول:

- التغيرات الانفعالية.
- الخوف من عودة المرض.
- التغير في صورة الجسم.
- الاهتمام بالخصوبة.
- الاهتمام بالتغيرات الجسمية والمتمثلة في الشعور بالتعب.
- صعوبات النوم.
- الألم.
- عدم القدرة على مواصلة النشاطات البسيطة.²

وفي دراسة قام بها جانز وزملاؤه³ فقد تبين أن المصابات بسرطان الثدي قد تركز معنى الحياة لديهن حول الصعوبات التي أصبحن يواجهنها من جرّاء مرضهن على:

- عدم قدرتهن على مواصلة النشاطات البسيطة.
- انخفاض الطاقة.

¹-زقاوة، مرجع سبق ذكره، ص 591.

²- Jim, H. S. L. Meaning in life mediates the relationships between physical and social functioning and distress in cancer survivors. The Ohio State University.2005, p5.

³-Ganz et al, 1996.

➤ صعوبة الاندماج في العلاقات الاجتماعية.

وبالرغم من أن بعض المرضى يتقبلون الوضع ويعدونه خيرا وعدلا، حيث يمنحهم المرض دافعا للتماسك وتقدير الذات وتجنب الضغوط، إلا أن الإصابة بمرض مزمن وخطير تعدّ في حد ذاتها صدمة مفاجئة للمريض، قد ينتج عنها مشاعر وانفعالات مختلفة نحو:

• الشعور بالخوف.

• القلق.

• الأسى عدم القدرة على التصديق.

• الإنكار.

• الرفض.¹

هذه الانفعالات المختلفة والأحاسيس التي تلازم الأمراض المزمنة عموما والأمراض الخطيرة خصوصا كأمراض القلب والسرطان تؤكد دراسات عديدة، كما ترتبط هذه الانفعالات بنظرة وإدراك المرضى لحياتهم على إثرها، ففي دراسة قام بها جرافيه وزملاؤه (2019) لمعرفة الاختلافات في معنى الحياة بين المرضى المصابين بالسرطان في عينة قوامها (782) مريضا من خمس دول، أبانت الدراسة على نتائج عديدة منها أن المرضى الذين يعانون من كثافة أعلى من الأعراض الجسدية حسب درجة (ESAS) (الألم، التعب، النعاس، ضيق التنفس، الأرق) أو أعراض: الاكتئاب، القلق، الألم الروحي، والضيق المالي يظهرون مستويات متدنية جدا في معنى الحياة². وتؤكد دراسة ناصف (2006) هذه النتائج، حيث تناولت الباحثة بالدراسة تأثير بعض المتغيرات النفسية على معنى الحياة على عينة من المصابين بالسرطان بين أوساط الطلبة وشملت الدراسة بعضا من المتغيرات الأنف ذكرها كالاكتئاب والقلق، والضغوط النفسية والتشاؤم.³

وترتبط الأمراض المزمنة بمتغيرات كثيرة منها قلق الموت وانتشار الأفكار اللاعقلانية، إذ في دراسة لعوض (2019) عنوانها الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب، خلصت إلى أن الأفكار اللاعقلانية تراود مرضى القلب، كما أنه يوجد ارتفاع لمؤشرات قلق الموت لدى هذه الفئة، وخلصت الدراسة إلى استنتاجات مهمة أهمها: أن المريض كلما كانت الصورة داخل ذهنهم مشوشة، ومبنية على أوهام، وكلما كان أكثر جمودا فيما يعتقد كلما:

• إزداد ابتعادا عن محيطه.

• إزداد انعزالا عن مجتمعه.

• أصبح فريسة للمخاوف التي أحاط بها نفسه.

• أصبح أكثر قلقا عن مصيره.

¹-عبد الخالق والنيال، مرجع سبق ذكره، ص 5.

²-Gravier et al, 2020

³-شريف وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 164.

كما تلعب منطقة الإصابة دورا هاما في تشكل معنى الحياة لدى المصاب، فقد يتركز مريض سرطان العظام معنى حياته في العودة للعمل، في حين يتركز معنى الحياة في إيجاد هدف يعيشون لأجله لدى الأشخاص الذين أصيبوا بالسرطان في مناطق تعوقهم عن ممارسة النشاطات اليومية.¹

ويتضح مما مضى أن إصابة الفرد بمرض كالسرطان أو أحد أمراض القلب من شأنها أن تؤثر على نظرته للحياة عموما وعلى تغير معناها بصفة قد تكون جذرية. إذ إن الفرد المصاب يعتبر نفسه واقفا أمام الموت مباشرة وجها لوجه، تلزمه إعادة تقييم حياته كلها. وقد تتعدى الصورة الموت لتشمل معاني أخرى متعلقة بالمرض ومعاشه مثل الألم، البتر الناتج عن العملية الجراحية، صعوبة العلاج الكيميائي، نقص أو اختفاء الوظائف الحيوية، الجنسيّة والعملية، ضياع الاستقلالية والخوف من العزلة، وهذه المعاني وغيرها مرتبطة بالخوف من السرطان— أو مرض القلب -، تظهر بصفة ظاهرة أو باطنة تلقائيا عند التحدث عن المرض.² فمريض السرطان مثلا يعلمون علم اليقين أنهم على مشارف تدهور صحي على المدى القصير أو البعيد، وأنهم يترقبون الموت في أي لحظة، إلى جانب انحصار حياتهم في حدود معينة لا تتعدى الفحوص الدورية، وزيارة الطبيب المعالج، وتلقى العلاجات التالية فإن معنى الحياة لديهم يتعرض للخلل، إذ يطرح المريض غالبا تساؤلات وجودية عن قيمة هذه الحياة وأهميتها، مرددا عبارة "لا معنى لحياتي".³

وتجدر الإشارة أيضا أن نوع المرض المزمن وشدة الخطورة ومكان الإصابة وغير ذلك من العوامل تلعب دورا مهما في مفهوم معنى الحياة لدى المريض.

هنا يبرز دور العلاج بالمعنى من أجل إعادة توازن المريض ومحاولة دفعه للتوافق مع محيطه والتكيف مع معطيات صحته في ظل المرض المزمن الذي أصابه والتعايش معه وفق ذلك.

17 العلاج النفسي بالمعنى

يهتم العلاج بالمعنى بعلاج مشكلة الفراغ الوجودي، ومعظم المشكلات النفسية المرتبطة بها، من خلال إيجاد المعنى في حياة العميل وهو ما يتعارض مع كافة العلاجات التقليدية، على غرار مدرسة التحليل النفسي التي ترى أن المعنى الحقيقي للحياة، يمكن الحصول عليه من خلال العلاج، وكلما تفعله هو أن تعمل على أن يستقر مركبك الأوديب، وأنت تتخلص من مخاوف الخفاء، وسوف تكون سعيدا وتحقق ذاتك وكافة إمكاناتك، وسوف تصبح كلما أنت أهل له. وبعبارة أخرى، سوف يأتي إليك المعنى من تلقاء نفسه.

أما العلاج بالمعنى فأساسه أن يجد الإنسان لحياته معنى وهدفا، مما يعطي لوجوده أهمية ومغزى فيشعر بأن حياته تستحق أن تعاش، بل تستحق أن يسعى صاحبها لاستمرارها والاستمتاع بها.

إن حالة الإحباط الوجودي تحول دون الفهم الحقيقي لبواطن الأمور، مما يؤدي إلى الفشل في التوصل إلى معنى واضح لوجود الفرد الشخصي -أي إرادة المعنى-، والتدخل العلاجي الأنجع هنا هو

¹- عبد الخالق والنبال، مرجع سبق ذكره، ص 296.

²- مشري، مرجع سبق ذكره، ص 280.

³- عبد الخالق والنبال، مرجع سبق ذكره، ص 309.

العلاج بالمعنى فهذا الأسلوب، يساعد الفرد على أن يتعرف على المعنى الذي ينبغي أن يسعى من أجله طيلة حياته كلها.¹

1.17 أبعاد الشخص في العلاج بالمعنى

يعتبر الإنسان وحدة مكونة من ثلاثة أبعاد أو مظاهر كبرى: البدن، والنفس، والروح، فإن كان المظهران الأولان (البدن والنفس) يشتملان على عوامل خلقية متصلة بالوراثة على غرار الدوافع الفطرية، فإن المظهر الأخير – الروح - شيء آخر مختلف تماما، فهو البعد المُمَيِّز للإنسان، وإن كان التحليليون وعلى رأسهم فرويد وأدلر ويونغ قد ساعدوا في فهم البعدين الأولين (البدن والنفس)، فإن البعد الروحي كان نقطة تركيز مدرسة العلاج بالمعنى، حيث إن طبيعة الشخص من وجهة نظر هذه المدرسة تقوم على ثلاثة خصائص هي:

1.1.10 الخاصية الأولى: الروحية

وهي التي تميز الإنسان عن الحيوان، فالروحية تنبعث في الظاهر من خلال الوعي الذاتي الحالي، غير أنها مشتقة في الأصل من اللاشعور (الروحية اللاشعورية هي الأصل)، وبعبارة أخرى: نحن نعرف ونعترف ليس فقط باللاشعور الغريزي، ولكن أيضا باللاشعور الروحي، وفيه نرى الخلفية المدعمة لكل روحية واعية.

2.1.10 الخاصية الثانية: الحرية

فالإنسان هو الجوهر الذي يقرر دائما ما سوف يكون عليه في اللحظة التالية، والحرية تعني الحرية في مواجهة ثلاثة أشياء:

1. الغرائز.

2. الميل إلى النزعة الموروثة.

3. البيئة.

ومع أن الإنسان متأثر بهذه الثلاثة، إلا أنه يملك الحرية في أن يقبل أو يرفض، أو أن يتخذ موقفا تجاه هذا الظرف أو ذاك، وبالتالي فهو - أي الإنسان - لا يوجد مجرد وجود، ولكنه يقرر ما سيكون عليه هذا الوجود. حيث أنه يستطيع أن يرتفع فوق الظروف البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي ينبني عليها التنبؤ، بالرغم من كونها - أي الظروف - غير قابلة للتنبؤ على المستوى الفردي.

3.1.10 الخاصية الثالثة: المسؤولية

حرية الفرد ليست دائما التحرر من شيء ما، ولكنها الحرية إلى شيء ما، أو نحو شيء ما، والتي ينعنها فرانكل بالمسؤوليات الفردية. فالفرد مسؤول أمام نفسه وأمام ضميره وأمام الله.

¹-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 96.

والعلاج بالمعنى، يحاول أن يجعل المريض واعيا بمسؤولياته، ويساعده على أن يفهم نسقه كمسؤول على أن يترك له حرية ومسؤولية الاختيار.¹

2.17 الالتزام بالمسؤولية في العلاج بالمعنى (Responsibleness)

يؤكد منحى العلاج بالمعنى على التزام المسؤولية واعتبارها الجوهر الأساس للمشكل للوجود الإنساني، وفي هذا الصدد يقول فرانكل:

إن ما هو متوقع من الحياة ليس في واقع الأمر هو موضع الأهمية، بل إنما يعيننا هو ما الذي نتوقعه الحياة منا. كان علينا أن نتوقف عن السؤال عن معنى الحياة، وأن نفكر بدلا من ذلك في أنفسنا كما لو أنها في موضع تساؤل من قبل الحياة في كل يوم وفي كل ساعة. وإنجابتنا تقوم لا على الكلام أو التأمل، ولكن على العمل الحق والمسلك الحق. فالحياة تعني في النهاية الاضطلاع بالمسؤولية لكي يجد الانسان الإجابة الصحيحة لمشكلاته ويحقق المهام التي تفرضها على كل شخص بصفة مستمرة.²

وبالتالي فإن فلسفة العلاج بالمعنى تركز على جعل الانسان واعيا كل الوعي بمسؤوليته، وملتزمًا أيما التزام بذلك، فهي تفسح المجال أمامه لاتخاذ قراره الحر والمتفرد، ومن هنا تتحدد مسؤوليته، مما جعل المعالج بالمعنى بعيدا أيما بعد عن إصدار أي حكم، بل يدفع المتعالج لاتخاذ قراره بنفسه، لان مصيره مرهون بذلك.

وفي هذا الصدد يقول الفيلسوف روجيه بول دروا عن المسؤولية إنها " التصرف بطريقة تكون فيها نتائج أفعالك منسجمة مع استمرارية حياة إنسانية على الأرض بشكل شرعي.³

18 فنيات العلاج بالمعنى

لقد طوّرت مدرسة العلاج بالمعنى عدة فنيات من بينها:

1.18 فنية الجذب

تأخذ هذه الفنية طابعا إيحائيا، وقد تستعمل بصفة خاصة عند الطفل صغير السن أو عند المسنّ أو الشخص المريض، وذلك بهدف إيجاد مسافة بين أعراض المرض وبين الشخص.

يرى فرانكل أن كل إنسان لديه معرفة لا شعورية بالمعاني الكامنة في مواقفه، وأن هدف المعالج بالمعنى هو أن يقوم بدور القابلة التي تعمل على تيسير ميلاد المعلومة العميقة التي يحملها الفرد، وذلك باستخدام عدد من الفنيات المثيرة من أجل تحقيق هذا المراد حيث يصل المعالج بالفرد لأن ينظر إلى العالم بطريقة خاصة علما أن هذه الفنية قد لا تكون مفضلة لدى المعالجين لقصر أثرها غير أنها قد تكون ضرورية كإسعاف أخير بيد المعالج تجاه حالة شخص يعاني من عصاب الوسواس مثلا وقد بلغ به اليأس مداه لدرجة أنه كان على حافة الانتحار.⁴

¹-معمرية، 2021، ص ص 170-171.

²-فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 108.

³-دروا، 2014، ص 419.

⁴-م. كوبر، مرجع سبق ذكره، ص 108.

2.18 الحوار السقراطي

وهي من الفنيات الأكثر استعمالاً وبخاصة في العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي، حيث يدخل المعالج في حوار ونقاش مع العميل. ويكمن فحوى النقاش وهدفه في أن يعي العميل قراراته اللاشعورية وآماله المكبوتة، ويتعرف على ذاته.¹

وقد يستخدم المعالجون بالمعنى فنيات مبتكرة ارتجالية كجزء من هذا الاستفسار السقراطي كفنية الجدل المباشر وتخليق تفسيرات جديدة حيث تُوظف هذه الفنية عندما ينشأ لدى المريض رغبة في إثبات سلوك غير مرغوب، وفيه ضرر كبير له، هنا يقوم المعالج بمواجهة هذا الشعور الياثس. وعموماً فإن تأكيد المعلومات بأكثر قدر من التعاون المتبادل بين المعالج والمريض أفضل من استخدام مبادئ منطقية مجردة أو فلسفية، ويمرّ المعالج بالمريض - بعد مرحلة الجدل - إلى مرحلة الاكتشاف ثم انتاج تفسيرات بديلة غير مقلقة.²

أو كفنية الانطلاق بسرعة نحو الأمام التي اقترحها بول وونج (PaulWong) وهو من طور الارشاد المتمركز حول المعنى، حيث يشجع بول من خلال هذه الفنية العميل على تخيل سيناريو محتمل لموقف ما، ويطرح عليه أسئلة من قبيل: أين سينتهي بك هذا الاختيار؟ هل أنت متأكد أن هذا ما تريده فعلاً؟ بحيث يعمل المعالج على مساعدة العميل على اكتشاف أهدافه.³

3.18 فنية التحليل بالمعنى

يشير هورتون (Horton) إلى أنّ فنية التحليل بالمعنى تستند إلى نظرية العلاج بالمعنى حيث ينظر إلى الانسان على أنه كائن متفرد وجدير بالاحترام وذو قيمة، وقادر بمساعدة المرشد على اكتشاف وإيجاد المعنى والهدف في حياته، وتحليل مواطن القوة والضعف لديه والاشتراك في الأنشطة التي تحقق المعنى بالنسبة له،⁴ واستناداً إلى ما تمّ ذكره، يعمل المعالج على قيادة عميله ومساعدته من أجل تحقيق هدفين أساسيين وهما:

❖ تمكين العميل من رؤية صور جديدة لماضيهِ ومستقبلهِ، وابتكار حلول لمشكلاتهِ بفتح

مجالات جديدة للمعنى بين مشاعر اليأس والضعف.

❖ مساعدة وإرشاد العميل لتقييم ذاته بصورة واقعية، وتحديد آمالهِ وطموحاتهِ ومسؤولياته

ونقاط ضعفهِ.⁵

¹-م. كوبر، مرجع سبق ذكره ص 108.

²-نوفل، مرجع سبق ذكره، ص 89.

³-م. كوبر، مرجع سبق ذكره، ص 110.

⁴-عبد العظيم محمد، 2006، ص 125.

⁵Crumbaugh, J. C. (1979). Logotherapy as a bridge between religion and psychotherapy. Journal of religion and health, 18(3).1979, p154.

ويمكن تلخيص خطوات التحليل بالمعنى كما يلي:

• **الخطوة الأولى: تقييم الذات (Self-Evaluation)**

وتشمل تقديم الفرد وصفا تفصيليا لذاته، وإمكاناته، ومسؤولياته، وقدراته، وأهدافه، وطموحاته، وإحباطاته، وهذا بهدف أن يصبح الفرد واعيا بموقفه الحالي وكذا ليتمكن من معرفة طاقاته الكامنة غير المستغلة، ونجاحاته التي لم يشعر بها، ومحاولة توظيفها، وتحقيق هذه الخطوة بالتدريب.

• **الخطوة الثانية: أفعل كما لو (Acts as if)**

يعد هذا التدريب الثاني من تدريبات التحليل بالمعنى، وقد صُمم ليبدأ الفرد طريق الإحساس بمعنى وهدف جديد في الحياة، حيث إن البداية مع قوّة الفعل الإيجابي **افعل كما لو** كنت شخصا تتمنى أن تكون مثله، وبذلك يصبح الفرد – ولو لم يكن مقتنعا بداية – معتقدا أوتوماتيكيا بذلك بعد وقت قصير.

• **الخطوة الثالثة: إيجاد الهدف من خلال لقاء أو مواجهة (Finding purpose by establishing an encounter)**

تستخدم هذه الخطوة لتحقيق المعنى في الحياة من خلال علاقة الفرد الحميمة والأليفة مع شخص آخر، علاقة انفعالية وجدانية تُسهم في تغيير مشاعر الفرد ومعارفه، إذ أن مشكلات الفرد الانفعالية غالبا ما تنشأ من تحطّم العلاقات السويّة مع الآخرين، كما أن النقص في التقرب مع الآخرين ينشأ عنه مشاعر الوحدة والاعتراّب والاكْتئاب، ويكون ذلك بطرائق عدة كأن يسأل الفرد نفسه عن العوائق الحائلة دون التقرب من الأشخاص، أو عن طريق كتابة خواطر وأفكار تجاه الأشخاص المهمّين في حياته والتأمل فيها إلخ.

• **الخطوة الرابعة: البحث عن القيم ذات المعنى (Searching for meaningful values)**

وتتحقق هذه الخطوة من خلال أداء مجموعة محددة من التدريبات، حيث أن هناك ثلاثة أنواع من القيم:

1. **القيم الابتكارية:** وتنشأ من خلال العمل الذي يقوم به الفرد ويتميز بأنه جدير بالاهتمام وأن له فائدة.
2. **القيم الخبراتية:** وتنشأ من خلال الخبرات والتجارب المتعاقبة للفرد وكذا أنشطته الإنسانية والاجتماعية التي يستمتع بها.
3. **القيم الاتجاهية:** وهي القيم المتبقية على إثر موقف محبط وباعث لليأس والضعف يمرّ به الفرد، ويتضمن اختيار كيفية مواجهة قدره المحتوم الذي لا يستطيع تغييره.

• الخطوة الخامسة: إعادة تقييم الذات والالتزام (Self-reevaluation and commitment)

وتنقسم هذه الخطوة إلى جزأين حيث يعنى الجزء الأول بمراجعة واستعراض ما تم في التدريبات والتأكيد على النجاح فيها، أما الجزء الثاني فهو يتضمن تحليل الأهداف التي ظهرت لدى الفرد، وتكوين صور ذات معنى بالنسبة له ثم القدرة على التخطيط العملي لتحقيق تلك المعاني بالتزام برنامج مستقبلي واضح ودقيق.¹

4.18 فنية المقصد المتناقض ظاهرياً

لقد طور العلاج بالمعنى هذه الفنية لعلاج مدى أوسع من الاضطرابات النفسية، إلى جانب الفنيات النوعية للتعامل مع القلق والعصاب الوجودي. وهي فنية قائمة على افتراض مفاده أن الأفراد يختارون الوضع أو الموقف الذي يتخذونه تجاه مشكلاتهم النفسية، وأنه كلما ازداد خوفهم أو حزنهم من الأعراض النفسية، كلما ازداد احتمال تفاقم هذه الأعراض.

ولذلك تتضمن فنية المقصد المتناقض ظاهرياً تشجيع العميل كي يتوقف عن مقاومة مشاعره، وعوض ذلك يستثير في ذاته نية ورغبة قوية في الإفصاح عما يسبب له ازعاجاً وحرجاً أو عما يتحرج أن يقوم بفعله.²

وقد حددت مانياساك³ خمس مراحل لممارسة فنية المقصد المتناقض، وهي كمايلي:

• الخطوة الأولى: الاتصال (Contacting)

وفيها يتم توفير جو من الثقة بين المعالج والمريض من خلال العطف والمشاركة، واستعمال مهارات التدريس المؤثرة، وتوضيح ما يتم عمله في المراحل التالية.

• الخطوة الثانية: تقدير الموقف (Assessing the situation)

وفيها يتم التعرف على نوع القلق والمخاوف، وكذا الميكانيزمات الدفاعية المستعملة، والظروف أو الأسباب التي ساعدت على ظهور هذا القلق، والتاريخ العائلي للمريض، والأمراض الجسمية التي أصيب بها، كل ذلك للوقوف على بداية ظهور القلق، ونوعه، حتى يمكن تقدير حالة المريض.

• الخطوة الثالثة: التدخل (Intervention)

وفيها يدقق المعالج النظر في: الخوف، وكيف يمكن مواجهته، وذلك من خلال بعض التدريبات التي يطبقها المعالج مع المريض، وهي محاولة عمل أو هي الرغبة في عمل الشيء الذي يخاف منه

¹- عبد العظيم وعبد التواب، 2012، ص 111-204.

²-م. كوبر، مرجع سبق ذكره، ص 111.

³-Maniacek , 1982.

المريض عن قصد، وبطريقة مقصودة كلما أمكنه ذلك، حتى يستطيع المريض التحرر من مخاوفه، ويتم ذلك من خلال تدريبات يجريها المريض في البيت طوال فترة العلاج.

• الخطوة الرابعة: إعادة البناء (Reconstruction)

وفيها يفسر المعالج ما يحدث، وكيف يمكن تخفيف القلق من خلال مساعدة المريض على إيجاد طرق بناءة، يستطيع بها ملء الفراغ وكسر الدائرة المفرغة التي أدخل المريض فيها نفسه، من خلال التحرر من العصاب الذي يؤدي إلى الخوف والقلق.

• الخطوة الخامسة: إعادة التقييم والانتهاة (Reevaluation & Termination)

وفيها يحدد المعالج التناقضات التي يواجهها المريض في وقته الحاضر، وكذا تطلّعاته للخطط المستقبلية، وإمداد المريض بالمجال المناسب الذي يسمح فيه بالارتداد إلى أعماق الخبرة الماضية لكي يكمل الحاضر والمستقبل.¹

5.18 فنية إيقاف الإمعان الفكري

ترتكز هذه الفنية على فرض وجودي للعلاج بالمعنى، والذي ينصّ على أن البشر في حالتهم الطبيعية التلقائية منخرطون في جوهرهم مع العالم، وبذلك يتحقق الاشباع لديهم، وهذا ما يفسّر أن الفرد في الحالة المرضية (كالذهاني) قد يصبح منشغلا بذاته وبعملياته الداخلية، أي حالة من " إفراط الإمعان الفكري" لدرجة يتغاضى عندها عن التوجه الأساسي للخارج، بمعنى البقاء مركزا على ما يعتريه وغارقا فيه، دون أدنى محاولة للفعل أو التركيز خارج ذاته، ويقترح فرانكل في مثل هذه المواقف إيقاف الإمعان الفكري، وأساس ذلك تشجيع العميل لتجاهل الأعراض بالتوقّف عن التفكير في نفسه، وتوجيه انتباهه بدلا من ذلك إلى العالم المحيط به، كتشجيع الذي يصاب بنوبات الغثيان وهو يواجه الجمهور، على التركيز في الجمهور والقاعة والخشبة بدل التركيز على مشاعر الغثيان والدوار التي تصيبه.²

19 مقارنة بين نظرية المعنى والاسلام

تتفق نظرية المعنى مع الرؤية الإسلامية في وجود معنى للحياة على الإنسان السعي لتحقيقه، وتتقاطع الرؤية الإسلامية مع هذه النظرية في كثير من المواضع، ولا غرو فخلقية فرونكل الدينية جليّة في طروحاته، ولو لم يصرح بها مباشرة، فهو ينحدر من أبوين يهوديين كما هو معلوم، وبالتالي فإن تمجيده لجوهر الوجود وإعلانه من قيمة الإنسان، يشكل أسّ هذا التقاطع. وكى ندلف إلى هذه المقاربة وجب التنويه لكون طرح كهذا يحتاج بحثا عميقا، واستدرازا حصيفا للمعاني، وعملا دؤوبا متواصلا، غير أنه يمكن الوقوف على بعض تلكم التقاطعات، انطلاقا من القرآن الكريم باعتباره المرجع الأساس للدين الإسلامي من ناحية، وكذا كتاب فيكتور فرانكل "الإنسان يبحث عن المعنى" باعتباره المرجع الأوّل لنظرية العلاج بالمعنى.

¹-معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 98.

²-م. كوبر، مرجع سبق ذكره، ص 113.

وللغوص في أغوار نظرية المعنى لفرانكل لابد من العروج على جملة من المفاهيم التي تعتبر مرتكزات هذه النظرية من بينها: الحرية، المسؤولية، المعاناة، الجمال، الحب، الوجود، تقبل الذات والسمو بها، العدالة، العلاقات.

من ناحية أخرى فإن القرآن الكريم قد عرض لهذه المعاني وغيرها ذكرًا وتفصيلاً في كثير من المواضع، والتي تحتاج إلى قراءة عميقة وتدبر مترو، لفهم المقاصد وعمق الآيات. وقد تكون طروحات فرانكل في نظريته نقطة ارتكاز لسبر أغوار هذه الآيات والتعمق في فهمها، فقد تحدث فرانكل عن القيم كونها قوة جاذبة وبالتالي فإن نقطة الجذب هذه خارجية وهي أصل الوجود، وهي التي تعطي للإنسان المعنى والمقصد فإن لم يعبر فرانكل عنها بكونها القوة الإلهية صراحة فإن القرآن الكريم كان واضحاً حيث يقول الحق تعالى:

﴿أَفَحَسِبْتُمْ أَنَّمَا خَلَقْنَاكُمْ عَبَثًا وَأَنَّكُمْ إِلَيْنَا لَا تُرْجَعُونَ﴾ (سورة المؤمنون الآية 115)، فحري بالإنسان في حياته أن يضبط بوصلته تجاه الغاية العظمى من وجوده، فيُبيّن وجهه تجاهها، ويسلم نفسه لها لتجذبه وترفعه وتسمو به فوق ذاته، ليجد المعنى والمغزى حتى في المعاناة والآلام.

لقد أكد فرانكل هذا الأمر من خلال ما اختبره بنفسه في معسكرات الاعتقال، وتحت الأسر، إذ أدرك معنى لحياته في حمأة المعاناة، وفي هذا الصدد يقول: "إن معنى الحياة هو معنى مطلق غير مشروط لأنه يتضمن كذلك المعنى الكامن للمعاناة"¹، والقرآن الكريم يسبق إلى هذا الإقرار فيقول: ﴿يَا أَيُّهَا الْإِنْسَانُ إِنَّكَ كَادِحٌ إِلَى رَبِّكَ كَدْحًا فَمَلَأْ بِهِ﴾ (سورة الانشقاق الآية 6) كما يقول في آية أخرى: ﴿لَقَدْ خَلَقْنَا الْإِنْسَانَ فِي كَبَدٍ﴾ (سورة البلد الآية 4).

غير أن الإنسان قد يقع على إثر معاناته الشديدة من جراء ظروف ما كالأزمات والأمراض والأزمات وغيرها، في شراك اليأس والقنوط والملل فيفقد المعنى من حياته، ويشعر بالإحباط والفراغ الوجودي يقول فرانكل في هذا السياق "ويكشف هذا الفراغ الوجودي عن نفسه أساساً في حالة الملل... وقد سبب الملل في واقع الأمر مشكلات تحتاج إلى حل أكثر مما تحتاجه مشكلات الضيق"²، لنجد القرآن الكريم يبين للإنسان معالم للطريق في هذه الظروف فيقول: ﴿إِنَّهُ لَا يَأْتِيَنَّكَ مِنَ رَوْحِ اللَّهِ إِلَّا الْفَوْزُ الْفَوْزُ الْفَوْزُ﴾ (سورة يوسف الآية 87)، ويقول أيضاً ﴿قَالَ وَمَنْ يَقْنَطُ مِنْ رَحْمَةِ رَبِّهِ إِلَّا الضَّالُّونَ﴾ (سورة الحجر الآية 56).

فمن خلال هذه الآية يجد الإنسان السلوان من لدن مُوجد الوجود، لتتجلى فيها معاني حب الله لعباده ورحمته بهم. هذا الحب يحتاج لإدراك حتى يُستشعر، وتوجه حتى يُستقطب، وهي دعوة نبي الله لعباد الله من خلال قول الحق تعالى: ﴿قُلْ إِنْ كُنْتُمْ تُحِبُّونَ اللَّهَ فَاتَّبِعُونِي يُحْبِبْكُمُ اللَّهُ وَيَغْفِرْ لَكُمْ ذُنُوبَكُمْ وَاللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ (سورة آل عمران الآية 31). ويصل فرانكل إلى هذا المعنى حين يقول "...فبواسطة الفعل الروحي للحب يتمكن الإنسان من رؤية السمات والمعالم الأساسية في الشخص المحبوب، بل إن الإنسان يرى أبعد من ذلك"³.

¹-فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 152.

²-المرجع نفسه، ص 143.

³-المرجع نفسه، ص 148.

وفي سياق آخر عندما نقرأ قوله تعالى: ﴿وَإِنْ يَمْسَسْكَ اللَّهُ بِضُرٍّ فَلَا كَاشِفَ لَهُ إِلَّا هُوَ وَإِنْ يُرِدْكَ بِخَيْرٍ فَلَا رَادَّ لِفَضْلِهِ يُصِيبُ بِهِ مَنْ يَشَاءُ مِنْ عِبَادِهِ وَهُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ﴾ (سورة يونس، الآية 107)، وهي آية تتحدث عن القدر الذي يصيب الانسان.

وفي معرض الحديث عن القدر يقول محمد الغزالي "إن أصابع القدر وحدها هي التي تتحرك ظاهرة وباطنة، لتوجه الحياة كما يريد صاحب الحياة...والايمان بهذا الضرب من القدر واجب والأدلة عليه متظاهرة من العقل والنقل. وعلى المؤمن أن يوقن - من أعماق قلبه - أن هذه أمور مفروغ منها، مفرقة على ذوبها، من قديم جفت الأقلام بها فلا راد لها. وإذا علم الواحد منهم أن أجله مكتوب لا ينقصه الاقدام ولا يزيده الاحجام، أدّى واجبه على وجهه الأكمل".¹

وبالمقابل، يتحدث فرانكل عن القدر قائلا: "الآلام والمعاناة جزء من الحياة ويتعذر الخلاص منهما، شأنهما في ذلك بل في مقدمتهما القدر والموت. وبدون المعاناة وبدون الموت لا تكتمل حياة الانسان. إن الطريقة التي يتقبل بها الانسان قدره ويتقبل بها كلّ ما يحمله من معاناة، والطريقة التي يواجه بها محنه، كل هذا يهئ له فرصة عظيمة حتى في أحلك الظروف لكي يضيف لحياته معنى أعمق".²

والمأمل لقول هذين العلمين (الغزالي وفرانكل) يدرك مدى التقارب في الفهم رغم أنهما من بيئتين وعقيدتين مختلفتين، تطابق فهمهما تقريبا لمعنى القدر الذي يتحدث عنه النصّ القرآني.

وتعتبر الحرية من أهم المرتكزات التي ارتكزت عليها نظرية المعنى حيث يطرح فرانكل جملة من التساؤلات في سياق الحديث عن الحرية والاختيار منها: " ماذا عن الحرية الإنسانية؟ ألا توجد حرية روحية فيما يتعلق بالسلوك ورد الفعل إزاء الأشخاص المحيطين بالفرد؟ هل صحيحة تلك النظرية التي تجعلنا نعتقد أن الإنسان لا يعدو أن يكون نتاج عوامل بيئية وظروف كثيرة وهي ذات طبيعة بيولوجية ونفسية واجتماعية؟ وهل الإنسان هو النتاج الرضي لهذه العوامل ولا شيء غير هذا؟ أليس لدى الإنسان أي اختيار لأفعاله في مواجهة تلك الظروف؟"

ويجيب فرانكل على هذه التساؤلات مستندا على ما اختبره شخصيا وشاهده في معسكرات الاعتقال مؤكدا أن الإنسان يستطيع أن يكون له اختياراته لأفعاله حتى في أحلك الحالات وأصعب المواقف حيث يقول إن " الإنسان في مقدوره أن يحتفظ ببقية من الحرية الروحية، ومن استقلال العقل، حتى في تلك الظروف المروعة من الضغط النفسي والمادي" فكما هو واضح فإن القرار بيد الانسان في هذا الجانب وهو سيده وهو حرّ في ذلك الاختيار ويؤكد فرانكل هذا الطرح مدعيا " أن كل شيء يمكن أن يؤخذ من الإنسان عدا شيئا واحدا ، وهذا الشيء الواحد هو آخر شيء من الحريات الإنسانية وهو أن يختار المرء اتجاهه في ظروف معينة، أي أن يختار المرء طريقه".³

ويتطابق رأي فرانكل في هذه النقطة بالذات - أي حرية إختيار الاتجاه - مع القرآن الكريم تطابقا تاما، علما أن كلمة الحرية لم ترد في القرآن الكريم بهذه المفردة غير أنها وردت مشتقات من لفظة حرّ وجاءت في خمسة مواضع، وذلك في:

1-الغزالي، مرجع سبق ذكره، ص ص 97-98.

2-فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 96.

3-المرجع نفسه، ص 76.

1. قوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُتِبَ عَلَيْكُمُ الْقِصَاصُ فِي الْقَتْلِ الْحَرِّ بِالْحَرِّ﴾ (البقرة 178).
2. وفي قوله تعالى: ﴿وَمَا كَانَ لِمُؤْمِنٍ أَنْ يَقْتُلَ مُؤْمِنًا إِلَّا خَطَاؤَمَنْ قَتَلَ مُؤْمِنًا خَطَاً فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ مُؤْمِنَةٍ﴾ (النساء 92).
3. وفي قوله تعالى: ﴿إِذْ قَالَتْ امْرَأَتُ عِمْرَانَ رَبِّ إِنِّي نَذَرْتُ لَكَ مَا فِي بَطْنِي مُحَرَّرًا﴾ (آل عمران 35).
4. وفي قوله تعالى: ﴿لَا يُؤَاخِذُكُمُ اللَّهُ بِاللَّغْوِ فِي أَيْمَانِكُمْ وَلَكِنْ يُؤَاخِذُكُمْ بِمَا عَقَّدْتُمُ الْإِيمَانَ فَكَفَّارَتُهُ إِطْعَامُ عَشْرَةِ مَسَاكِينَ مِنْ أَوْسَطِ مَا تُطْعَمُونَ أَوْ هَلِيكُمُ أَوْ كِسْوَتُهُمْ أَوْ تَحْرِيرُ رَقَبَةٍ﴾ (المائدة 89).
5. وفي قوله تعالى: ﴿وَالَّذِينَ يُظَاهِرُونَ مِنْ نِسَائِهِمْ ثُمَّ يَعُودُونَ لِمَا قَالُوا فَتَحْرِيرُ رَقَبَةٍ﴾ (المجادلة 3).

ولقد أشار القرآن الكريم في كثير من المواضع إلى الحرية والتحرر في سياقات ومواقف متعددة، أعلاها دلالة ووضوحا حرية المعتقد وما يقابلها عند فرانكل حرية اختيار الاتجاه إذ يقول الحق تعالى: ﴿لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ فَمَنْ يَكْفُرْ بِالطَّاغُوتِ وَيُؤْمِنْ بِاللَّهِ فَقَدْ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَى لَا انْفِصَامَ لَهَا وَاللَّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ﴾ (سورة البقرة 256). يقول قطب معقبا على هذه الآية: "ففي هذا المبدأ يتجلى تكريم الله للإنسان، واحترام إرادته وفكره ومشاعره، وترك أمره لنفسه فيما يختص بالهدى والضلال في الاعتقاد، وتحميلة تبعه عمله وحساب نفسه... وهذه هي أخص خصائص التحرر الإنساني" وبذلك تصبح حرية الاعتقاد ركنا أصيلا أساسا في الإسلام، فحرية الاعتقاد "هي أول حقوق الإنسان التي يثبت له بها وصف إنسان. فالذي يسلب إنسانا حرية الاعتقاد، إنما يسلبه إنسانيته ابتداء".¹

هذا الاعتقاد الذي محله القلب لا يملك زمامه إلا صاحبه الذي يملك مفاتحه ولا لأحد أن يسلبه إياه ولو في أحلك الظروف وأشدّها وبذا تتجسد إنسانيته.

وحرية الاختيار يلزمها تحمّل المسؤولية والتي بدورها تعتبر من أسس نظرية المعنى لفرانكل وأهم دعائمها، ويؤكد فرانكل على وجوب إعلام أنفسنا كما مع الأشخاص الذين استبد بهم اليأس وبأن موضع الأهمية هو ما نتوقعه الحياة منّا لا ما نتوقعه من الحياة، وبالتالي علينا التوقف عن السؤال عن معنى الحياة وبدل ذلك التفكير في ذواتنا وأنفسنا ووضعها موضع تساؤل من قبل الحياة في كلّ لحظة، والتركيز على العمل والمسلك الحق بدل الاكتفاء بالتفكير والتأمل، فالحياة في النهاية هي اضطلاع بالمسؤولية وتحملها، وبذلك يتمكن الإنسان من إيجاد الإجابات الصحيحة لمشكلاته وتحقيق المهام التي توكل إليه باستمرار.²

وكما نرى فقد ربط فرانكل الحياة ورؤيتنا لها أي المعنى والقيمة الذين نعطيها لها بتحمل المسؤولية والاضطلاع بها، والأهمية كلّ الأهمية حسب رأيه هي إدراك انتظارات وتوقعات الحياة منّا وليس العكس. وهذا بمثابة إعلان صريح لمسؤولية الفرد الاجتماعية نحو الحياة عموما غير أنها تركز على مسؤوليته الفردية تجاه نفسه وحياته، ويتبنّى فرانكل هذا المنحى حيث يقول:

¹-قطب، مرجع سبق ذكره، ص 291.

²-فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 108.

هذا التفرد، الذي يميّز كلّ فرد عن غيره والذي يعطي الفرد معنى لوجوده، ينطوي على عمل إبداعي، بقدر ما ينطوي على الحبّ الإنساني. وحينما يتحقّق الشخص من استحالة أن يجد أحداً في مكانه، فإنّ هذا يسمح بظهور المسؤولية بكلّ ضخامتها وأبعادها ممّا يحمله الشخص لأجل وجوده واستمراره وبكلّ ما يحمله من عظمة. إنّ الإنسان الذي يصبح واعياً بالمسؤولية التي يحملها إزاء إنسان آخر ينتظره بشوق وحنان، أو إزاء عمل لم يكتمل، سوف لا يكون قادراً أبداً على التفريط في حياته. فهو يعرف سبب وجوده ويشعر بالغاية من وجوده، ومن ثمّ يكون قادراً على تحمّله بأيّ شكل من الأشكال.¹

ومما سبق تتضح بجلاء أهمية المسؤولية عند فرانكل بشقيها الفردي والجماعي أو الاجتماعي ولزومها لوجود الإنسان واصطباغ الحياة بها وارتباطها بمعناها. ومن جهته يعرض القرآن إلى المسؤولية بتفصيل أوسع وقيمة أكبر؛ فيكون ما نحى نحوه فرانكل مُتَضَمِّناً فيما بيّنه القرآن الكريم، وبالرغم من أن لفظة المسؤولية لم ترد في القرآن هكذا غير أن الاشتقاقات كثيرة الورد نحو قوله تعالى: ﴿وَقِفُّهُمْ إِنَّهُمْ مَسْئُولُونَ﴾ (سورة الصافات 24)، وكذلك بالمعنى نحو قوله تعالى: ﴿أَيَحْسَبُ الْإِنْسَانُ أَنْ يُتْرَكَ سُدًى﴾ (سورة القيامة 36).

وإجمالاً فإنّ معنى المسؤولية في القرآن " يلتقي مع معنى الخلافة والتكليف والأمانة. ويبدو جلياً أن بين هذه القضايا قاسماً مشتركاً، طرفاه الطلب والحساب: طلب أوامر الله تعالى والمحاسبة عليها، فمن قام بها أثيب ومن تركها عوقب " ².

فعن الخلافة ورد قوله تعالى : ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ ﴾ (سورة البقرة 30)، ليصبح الإنسان بهذه المنزلة العظيمة - منزلة خلافة الله - أهلاً لاستلام المسؤولية. يقول قطب في تفسير هذه الآيات: " إذن فهي المشيئة العليا تريد أن تسلم لهذا الكائن الجديد في الوجود، زمام هذه الأرض، وتطلق فيها يده، وتكل إليه إبراز مشيئة الخالق في الإبداع والتكوين، والتحليل والتركيب، والتحويل والتبديل؛ وكشف ما في هذه الأرض من قوى وطاقات، وكنوز وخامات، وتسخير هذا كله - بإذن الله - في المهمة الضخمة التي وكلها الله إليه".³

أما عن التكليف فقد قال الحق سبحانه وتعالى: ﴿لَا يَكْلِفُ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا وُسْعَهَا لَهَا مَا كَسَبَتْ وَعَلَيْهَا مَا اكْتَسَبَتْ رَبَّنَا لَا تُؤَاخِذْنَا إِنْ نَسِينَا أَوْ أَخْطَأْنَا رَبَّنَا وَلَا تَحْمِلْ عَلَيْنَا إصْرًا كَمَا حَمَلْتَهُ عَلَى الَّذِينَ مِنْ قَبْلِنَا رَبَّنَا وَلَا تُحَمِّلْنَا مَا لَا طَاقَةَ لَنَا بِهِ وَاعْفُ عَنَّا وَارْحَمْنَا أَنْتَ مَوْلَانَا فَانصُرْنَا عَلَى الْقَوْمِ الْكَافِرِينَ﴾ (سورة البقرة 286). فالآية تنصّ كما هو واضح على " تكليف العباد بالأوامر والأعمال التي في وسع المكلف، وفي مقتضى إدراكه، فلنفس ما كسبت من خير، وعليها ما اكتسبت من شر "⁴. وهنا تتجلى بوضوح المسؤولية الفردية للإنسان.

أما عن الأمانة فقد قال الحق تعالى: ﴿إِنَّا عَرَضْنَا الْأَمَانَةَ عَلَى السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالْجِبَالِ فَأَبَيْنَ أَنْ يَحْمِلْنَهَا وَأَشْفَقْنَ مِنْهَا وَحَمَلَهَا الْإِنْسَانُ إِنَّهُ كَانَ ظَلُومًا جَهُولًا﴾ (سورة الأحزاب 72). يقول النابلسي تعقيباً على هذه الآية:

1-فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 111.

2-سجاد، مرجع سبق ذكره، ص 15.

3-قطب، مرجع سبق ذكره، ص 56.

4-سجاد، مرجع سبق ذكره، ص 14.

أيا كان معنى الأمانة فهي شيء عظيم، وخطير، ومصيري؛ بدليل أن السموات والأرض، والجبال، أشفقن منها وأبين أن يحملنها. والإنسان من خلال موقفه منها، إما أن يرقى إلى أعلى عليين، أو أن يهوي إلى أسفل سافلين، فيتحدّد ما إذا كان مؤمناً أو مشركاً أو منافقاً... وإنّ للأمانة مفهومات واسعة، وعميقة، ومتعدّدة؛ فهي أحد الفروع الخلقية لحبّ الحقّ وإيثاره، وهي ضدّ الخيانة، وهي عَقّة عن المحارم، وعَقّة عن المطامع، من دون أن يكون المرء مداناً أمام الناس؛ هذا من جانب الإنسان. أمّا من جانب الواحد الديان: فهي سؤال وحساب، وإدانة وجزاء، لكلّ ما أوكل أمره للإنسان، وقد أعطي الإمكانيات، والقدرات الكافية، ليصحّ التكليف، وأعطي الإرادة الحرّة لتحقيقه.¹

فكما نرى فإنّ هذه الأمانة التي حُمِّلها الإنسان، أو بالأحرى التي حملها الإنسان باختياره الحرّ كما بيّنت الآية، مرتبطة ارتباطاً مباشراً بالتكليف وفي هذا يقول العقاد " ولقد وضح معنى الأمانة في هذا الحكم العام وضوحاً لا يقبل اللبس أو الانحراف بالفهم عن جوهره المقصود، وهو التكليف.²

من خلال ما سبق يتبين مدى الترابط الشديد بين المفاهيم الأنف ذكرها، ومدى تلازمها، بل وحتى تتابعها، مُشكَّلةً متتاليةً مفاهيمية، إذ إنّ حمل الأمانة مرهون حتماً بالتكليف، والتكليف إنما هو أساساً من دواعي الاستخلاف، فما كُلف الإنسان إلا لكونه خليفة الله في الأرض، هذا الاستخلاف يستوجب بالتّبع تحملاً للمسؤولية، والتي هي رفعة للإنسان بين الخلائق وتكريم له حتماً، مصداقاً لقوله تعالى: ﴿وَلَقَدْ كَرَّمْنَا بَنِي آدَمَ وَحَمَلْنَاهُمْ فِي الْبَرِّ وَالْبَحْرِ وَرَزَقْنَاهُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَفَضَّلْنَاهُمْ عَلَى كَثِيرٍ مِمَّنْ خَلَقْنَا تَفْضِيلًا﴾ (سورة الإسراء 70).

وهكذا كلّما غُصنا في مفهوم من المفاهيم الأساسية التي طرحتها نظرية المعنى لفرانكل إلاّ ونجد أن القرآن قد أشار إليها وزاد، وأعطى للمفهوم أبعاداً أوسع ومضامين أعمق.

20 تشكّل المعنى لدى الإنسان في ظل الإسلام

يعتبر البحث عن المعنى فطرياً لدى الإنسان، حيث " يشير مصطلح البحث عن المعنى بشكل عام إلى إعطاء معنى لخبرات الفرد. ولهذا فهو يتضمّن قِيَمَه، وأهدافه وأسئلته التي تدفعه من مثل: من أنا؟ ولماذا أنا هنا؟ حيث يوجّه البحث عن المعنى للمحافظة على استمرار البقاء، وهو أساسي للدماغ (العقل البشري)"³

ومن جهة أخرى فإن مبدأ السببية الذي يتبناه العقل، وسعيه الحثيث للربط بين السبب والمُسبّب، وكذا من خلال ملاحظات الإنسان ومعايشته لمحيطه، وتفاعله مع بيئته، تنشأ تلكم الروابط، وتظهر تلكم الخطوط نتاج التوصيلات التي يوصلها الفرد بين النقاط، لتتشكّل المفاهيم والمعارف لديه. وعلى هذا ارتكزت أعمال بياجيه مؤسس علم الابستيمولوجيا (علم تكوين المعرفة)، فالمعرفة حسب بياجيه تتكون

¹-النايلسي، مرجع سبق ذكره، ص ص 142-143.

²-السلطي، مرجع سبق ذكره، ص 112.

³-المرجع نفسه ، ص 112.

لدى الطفل انطلاقاً من معطيات أصلية ونتيجة لعوامل نشاطه في البيئة، ولذلك فإن النشاط يعتبر العمود الفقري لنظريته.¹

هذا وقد كشفت أبحاث الدماغ أن الجسد والدماغ شيء واحد، إذ تؤكد هانافورد (Hannaford) "أن كلاً من التعلم والتفكير والإبداع والذكاء، هي عمليات لا تقتصر على الدماغ وحده ولكنها تشمل الجسد كله، حيث تعتمد الحواس والحركات والانفعالات ووظائف الدماغ المتكاملة على الجسد، فالصفات الإنسانية التي ترتبط بالعقل لا يمكن أن تنفصل عن الجسد مطلقاً".²

فالحواس بعد أن تستقبل المعلومات (من مشاهدات أو مسموعات وغيرها) عن ظاهرة أو حدث ما، فإنها ترسلها إلى الدماغ لينظر في شأنها، اعتماداً مما لديه من مفاهيم ومبادئ وانطباعات سابقة، من أجل إصدار الحكم اللازم أو تحديد الموقف الملائم، أو القيام برد فعل تجاه ذلك، ليصبح لدى الإنسان جملة من الآراء والأفكار والقناعات وحتى المسلمات حول الكثير من القضايا المترابطة، ليشكل ذلك ما يمكن تسميته بالخريطة الإدراكية (للشخص).³

فالخريطة الإدراكية كما يبين بكار، يتخذ منها صاحبها مرجعاً وإطاراً لفهم ما تلتقطه الحواس، ومرتكزاً لتفسير الأحداث الجارية وتشكيل مفاهيم ومعاني عما يشهده.

ويتعمق المسيري في شرح هذا المفهوم من خلال النموذج التفسيري الذي طرحه مستنداً إلى الخريطة الإدراكية التي يستند إليها سلوك الإنسان في واقعه، حيث يقول مؤكداً أن سلوك الإنسان ليس مجرد أفعال وردود أفعال مشروطة، تتحكم فيها قوانين الميكانيكا أو البيولوجيا. فعقله ليس مجرد مخّ مادي: صفحة بيضاء تتراكم عليها المعطيات المادية، وإنما هو عقل له مقدرة توليدية، كما أنه مستقرّ كثير من الخبرات والمنظومات الأخلاقية والرمزية، ومستودع كثير من الذكريات والصور المخزونة في الوعي واللاوعي. لكل هذا حينما يسلك الإنسان فإنه لا يسلك كردّ فعل للواقع المادي بشكل مباشر (مثير مادي تعقبه مباشرة استجابة)، وإنما كردّ فعل للواقع كما يدركه هو بكل تركيبته، ومن خلال ما يسقطه على الواقع من أفراح وأتراح، وأشواق ومعان، أو رموز وذكريات، وأطماع وأحقاد، ونوايا خيرة وشريرة، ومن خلال مجموعة من المنظومات الأخلاقية والرمزية والأيدولوجية،⁴

فإذا كان البحث عن المعنى فطرياً لدى الإنسان، كما أن مبدأ السببية والربط بين العناصر من مبادئ العقل، وأيضاً تدخل عديد الجوانب الجسدية والبيئية والاجتماعية والأيدولوجية وغيرها في تكوين المعرفة ضمن الخارطة الإدراكية للفرد والتي تعطيه نموذج التفسيري للظواهر والأشياء وإلباسها معانيها من جهة، فإن حاجة الإنسان إلى التدين قديمة بل فطرية فيه، يضاف إلى ذلك دخول التدين عموماً والتدين الإسلامي خصوصاً في كلّ تفصيل من تفاصيل الحياة وجزئياتها بما يحيط بحياة الفرد من كلّ الجوانب، وبما يؤثر في بناء اتجاهاته نحو الحياة وفهمه لها، وإعطاء تفسيرات لما يحيط به في واقعه بل وحتى للتساؤلات الوجودية والغيبية مما يشكل قاعدة ارتكاز لمفاهيمه، وارتساماً لخريطة إدراكه وحجة لنفسيره. وبالتالي يمكن القول بأن للتدين أثراً كبيراً في تشكّل معنى الحياة للمنتسب إليه، وللإسلام أثر أعمق وأكبر لمعتنقيه باعتبار شمولية الإسلام وعالميته.

¹-سليم، مرجع سبق ذكره، ص 26.

²-السلطي، مرجع سبق ذكره، ص 59.

³-بكار، مرجع سبق ذكره، ص 113.

⁴-المسيري، مرجع سبق ذكره، ص ص 349-350.

يقول بيجوفيتش " إنَّ الإسلام ليس مجرد دين رُوحى أو طريقة حياة فقط، بل هو منهج لتنظيم الكون أكثر منه حلاً جاهزاً، إنَّه المركب الذي يُولَّف بين المبادئ المتعارضة. إنَّ الإسلام ليس ديناً ودولة كما يقول البعض (الذين وقعوا صرعى التعريفات العلمانية الغربية، والتي تعطي مركزية هائلة للدولة)، بل هو دين ودنيا يتوجَّه للجانبين الروحي والمادي".¹

فالإسلام دين حياة، ودين تفاعل، ودين تناغم بين كل الجوانب التي تحيط بالإنسان. وخصوصية الإسلام وميزته أنَّه دين حي لم يترك أي مجال من مجالات الحياة وأي تفصيل من تفصيلاتها، إلّا وتدخَّل فيها بتأطيرها ووضع القواعد الكلية لها، فالمسلم يتعبَّد بالإسلام في شربة ماء، ولقمة عيش يضعها في فيه، ويبلغ أقصى درجات الايمان ناوياً بهذا الفعل حفظ نفسه ضمن مقصد حفظ النفس، بل ويتعبَّد بالإسلام حتى حين يخلد للنوم، مبتغياً بهذا الفعل إراحة بدنه كي يقوى على العبادة حين يقوم الليل أو يقوم نشطاً لصلاة الفجر، وهلمَّ جرا في كالمظهر من مظاهر الحياة، فقط على أن يعقد العزم، ويحسن النية، ويتوكَّل على الله، وفي هذا السياق يقول الحق تبارك وتعالى: ﴿وَمَنْ يَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ فَهُوَ حَسْبُهُ إِنَّ اللَّهَ بِالْعَامُرِ قَدْ جَعَلَ اللَّهُ لِكُلِّ شَيْءٍ قَدْرًا﴾ (سورة الطلاق 3)، ويقول عزَّ من قائل ﴿فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ﴾ (سورة العمران 159)، كما يقول النبي عليه السلام في حديث جامع (إنَّما الأعمال بالنيات، ولكل امرئ ما نوى)،² فمقاصد الشريعة الإسلامية الكبرى (حفظ الدِّين والنفس والعقل والنسل والمال) إنما كانت لتكريم الانسان وحفظه وصونه، وبالتالي تنظيم حياته بكل جزئياتها، لتصل به إلى الغاية العظمى وهي نيل رضوان الله تعالى والفوز بالجنة، وفي هذا يقول الحق تعالى ﴿قُلْ أُوْصِيكُمْ بِالْخَيْرِ مِنْ ذَلِكَ لِّلَّذِينَ اتَّقَوْا عِنْدَ رَبِّهِمْ جَنَّاتٌ تَجْرِي مِنْ تَحْتِهَا الْأَنْهَارُ خَالِدِينَ فِيهَا وَأَزْوَاجٌ مُّطَهَّرَةٌ وَرِضْوَانٌ مِنَ اللَّهِ وَاللَّهُ بَصِيرٌ بِالْعِبَادِ﴾ (سورة العمران 15).

وهكذا تصير كل أعمال الفرد في ظل الإسلام وكل حركاته وأفعاله محتواة في هذا الإطار، شريطة أن لا يكون فيها تعدٍ لحدود الله التي بينها الشرع، أو تعدٍ على حقوق الغير وأن تكون خالصة لوجه الله تعالى، وفي هذا وردت آيات كثيرة في مواضع كثيرة من القرآن الكريم وفي سياقات مختلفة نحو قوله تعالى:

- ﴿إِنَّ يَوْجَهْتُ وَجْهِي لِلَّذِي فَطَرَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ حَنِيفًا وَمَا أَنَا مِنَ الْمُشْرِكِينَ﴾ (سورة الأنعام 79).
- ﴿قُلْ إِنْ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ (162) لِأَشْرِيكَ لَهُوَ بِذَلِكَ أَمْرٌ أَنَا أَوَّلُ الْمُسْلِمِينَ﴾ (سورة الأنعام 162 - 163).
- ﴿قُلْ إِنَّمَا أَنَا بَشَرٌ مِثْلُكُمْ يُوحَى إِلَيَّ أَنَّمَا إِلَهُكُمْ إِلَهٌ وَاحِدٌ فَمَنْ كَانَ يَرْجُوا لِقَاءَ رَبِّهِ فَلْيَعْمَلْ عَمَلًا صَالِحًا وَلَا يُشْرِكْ بِعِبَادَةِ رَبِّهِ أَحَدًا﴾ (سورة الكهف 110).
- ﴿وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا وَأَحْسِنْ كَمَا أَحْسَنَّا لِلَّهِ لِيْ كَوَلَاتِنَا لِفَسَادٍ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُفْسِدِينَ﴾ (سورة القصص 77).

¹-بيجوفيتش، مرجع سبق ذكره، ص 26.

²-الحكيم، مرجع سبق ذكره، ص 438.

- ﴿مُحَمَّدٌ رَسُولُ اللَّهِ وَالَّذِينَ مَعَهُ أَشِدَّاءُ عَلَى الْكُفَّارِ رُحَمَاءُ بَيْنَهُمْ تَرَاهُمْ رُكَّعًا سُجَّدًا يَبْتَغُونَ فَضْلًا مِنَ اللَّهِ وَرِضْوَانًا سِيمَاهُمْ فِي وُجُوهِهِمْ مِنْ أَثَرِ السُّجُودِ ذَلِكَ مَثَلُ هُمْ فِي الثَّوَرَةِ وَمَثَلُ هُمْ فِي الْإِنْجِيلِ كَزَرْعٍ أَخْرَجَ شَطْأَهُ فَآزَرَهُ رَهَقَ اسْتَعْظَمَ فَأَسْتَوى عَلَى سَوْقِهِ يُعْجِبُ الزَّرَّاعَ لِيُغَيِّظِيَهُمُ الْكُفَّارَ وَعَدَّ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ ائْتِمْنَهُمْ مَغْفِرَةً وَأَجْرًا عَظِيمًا﴾ (سورة الفتح 29).

فهذه الإحاطة من كل الجوانب للإنسان المسلم تجعله يبني اتجاهات واضحة، وتدفعه لتبنى قيم ثابتة واستشعار أحاسيس التوجه نحو الله والقرب منه والطمأنينة من خلالها، ليسهم كل ذلك بقوة في تشكل خارطة الفرد المسلم الذهنية وتصبح بذلك مرتكز نموذج التفسير للآشياء، ليصنع عليها المعاني المرجوة، ويتبلور معنى الحياة لديه، وحتى أثناء لحظات المشقة والمعاناة.

ومادامت الدراسة تعنى بالأمراض المزمنة، أصبح من الضروري التنويه إلى أن الإسلام قد أولى أهمية بالغة بالمرض، باعتباره جانبا مهما من حياة الإنسان، وأية سلوك قد يجدها المريض أعظم من سلوكي الله سبحانه وتعالى له والقرآن يتحدث مبينا ذلك الرباط الوثيق، والاحساس العميق بين العبد وربّه بتعبير عاطفي بديع حيث يقول الله سبحانه وتعالى: ﴿الَّذِي خَلَقَنِي فَهُوَ يَهْدِينِ (78) وَالَّذِي هُوَ يُطْعِمُنِي وَيَسْقِينِ (79) وَإِذَا مَرِضْتُ فَهُوَ يَشْفِينِ (80) وَالَّذِي يُمِيتُنِي ثُمَّ يُحْيِينِ (81) وَالَّذِي أَطْمَعُ أَنْ يَغْفِرَ لِي خَطِيئَتِي يَوْمَ الدِّينِ (82) رَبِّهِ لِيْلِيحْكُمَاوَالْحَقْنِي بِالصَّالِحِينَ (83) وَاجْعَلْ لِي لِسَانَ صِدْقٍ فِي الْآخِرِينَ (84) وَاجْعَلْ لِي مِنْ وَرَثَةٍ جَنَّةِ النَّعِيمِ﴾ (سورة الشعراء 78 - 85)، وأية سلوك أعظم أيضا من معية الله سبحانه وتعالى للمريض ففي حديث رواه مسلم عن أبي هريرة أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: " إن الله عز وجل يقول يوم القيامة: يا ابن آدم مرضت فلم تعدني. قال يا رب كيف أعودك وأنت رب العالمين؟ قال: أما علمت أن عبيدي فلان مرض فلم تعده، أما علمت أنك لو عدته لوجدتني عنده "1، ثم إن الإسلام قد أولى عناية خاصة بزيارة المريض ومواساته، بل وأجزل العطاء والثواب الكبير من جراء هذا الفعل (عيادة المريض)، وهي مساندة اجتماعية لها آثارها النفسية الكبيرة على المريض. كما اهتم الإسلام عموما بجوانب كثيرة من حياة الإنسان من قبل ولادته إلى وفاته.

1-سابق، مرجع سبق ذكره، ص 346.

خلاصة الفصل

تنبأت نظرية معنى الحياة منزلة هامة ورائدة بين النظريات النفسية منذ أن أطلقها مؤسسها فيكتور فرانكل معلنا بذلك ميلاد مدرسة ثالثة لعلم النفس بعد مدرستي فرويد وأدلر، وقد ساهم في إبراز هذه النظرية عوامل عديدة أهمها: بروز التيار الإنساني كمنحى في علم النفس، وأيضا تنامي التيار الوجودي الفلسفي، بالإضافة إلى اختبار النظرية الميداني إذ كانت وليدة خبرة ومعاناة فرانكل في معتقلات التعذيب، كما أنها – أي النظرية - تمكنت من الإجابة على كثير من التساؤلات وبخاصة فيما يتعلق بالمسائل الوجودية.

ويتميز هذا الاتجاه النفسي بميزة التسامح مع باقي النظريات حيث تكاملت نظرية المعنى مع باقي النظريات واستكملت الناقص منها، ولعل أهم اسهاماتها أن الدافع وراء السلوك الذي أوعزه فرويد للرجبة وأدلر للقوة هو **تحقيق المعنى** إذ الانسان حسب هذه النظرية، قد يدفعه لتبني سلوكيات ما، أولتقديم التضحيات الكبيرة، وجود شيء له قيمة في حياة ذلك الشخص.

كما تتميز النظرية في طرحها بالايجابية في الفعل، إذ المعنى الذي يجذب الانسان لتبني سلوك ما، له طابع التفرد فهو خاص بكل انسان ولا يتأتى إلا **بالسعي الحثيث لاكتشافه**. ولقد تعرض الفصل لبيان أهم الجوانب المحيطة بالنظرية من خلال ظهورها ونشأة مفهوم معنى الحياة، وآلية تشكل المعنى لدى الانسان وتحققه، كما تناول الفصل مكونات معنى الحياة وأبعاده، وعرض تعريف لبعض مقاييسه وكذا أهم الفنيات المستعملة في العلاج وفق هذه النظرية، وأيضا تناول الفصل مفهوم معنى الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة باعتبار أن الدراسة تعنى بهذه الفئة، وتناول الفصل أيضا مقارنة بين نظرية المعنى والإسلام ليتضح مدى التقارب والتقاطع بينهما وبخاصة وأن التدين والمسائل الروحية عموما، تشكل ركيزة مهمة من ركائز نظرية المعنى، حيث أن الدافع للسلوك حسب هذه النظرية خارجيا وهو قوة جاذبة متسامية، كما أن التدين يعتبر العنصر الأكثر تأثيرا في تشكل الخارطة الذهنية والنموذج التفسيري للإنسان إجمالا ولل فرد المسلم خصوصا باعتبار شمولية الإسلام، وقد حاول الباحث من خلال هذا الفصل بيان هذا التأثير وهذا التداخل.

وبذلك يعتبر العلاج بالمعنى رغم قلة استخداماته نسبيا، واحدا من أكثر أنواع العلاجات فعالية وبخاصة في هذا الزمن، حيث كثرت المهددات والضواغط والمنغصات، ولم تُجد الأدوية والعقاقير والوصفات، في إيجاد حلول ملموسة على أرض الواقع لما تعانيه البشرية من إشكالات، مما نأى بالإنسان في الوقوع في برائتين الخواء والفراغ الوجودي، وفقدان المعنى والغاية. وبذلك يكون إدراك الفرد لقيمة الحياة ومعناها، وبكل ألوانها وأذواقها، هو الدافع الحقيقي بل الجاذب الفعلي، والسبب الرئيس للعيش والكد وتحمل الصعاب وركوب الأهوال ومواصلة المسير واستمرار الحياة، وإنه قد آن الأوان لإعطاء هذا النوع من العلاج مكانته المنوطة به بين أنواع العلاجات الأخرى، ليكون في طليعتها وبخاصة وأنه متفتح على عدة ثقافات وأيديولوجيات أخرى.

الفصل الثاني

التدوين

تمهيد

يعتبر موضوع الدِّين والتدين واحداً من الموضوعات التي لازمت الإنسان في كل مراحل وجوده، ولقد عرف الإنسان الدين منذ بداية عهده وإن كان بصور أو إدراكات مختلفة قد يقال عنها مشوهة حتى، فالإنسان كما يقول المؤرخون والانتروبولوجيون قد تدين منذ عهده الأولى، ممّا يدل على قدم موضوع الدين من حيث تواجده والتعامل معه، غير أن تعهده بالدراسة العلمية كظاهرة من الظواهر، قد تأخر كثيراً نظراً لهالة القداسة التي أحاطته، وبذلك أمكن دراسة الدين بأدوات علمية ومناهج بحثية، بعد نجاح العلماء بتحويله لظاهرة اجتماعية سلوكية، ليظهر مفهوم لصيق بموضوع الدين وهو موضوع التدين، والذي طرح اشكالا منهجيا من حيث التناول إذ كلما ذكرنا التدين أو خضنا في دراسته، إلا وطفى على السطح مصطلح الدِّين وبذلك يتجلى مدى ارتباط المفهومين وتلازمهما، ممّا يستوجب الوقوف على كلّ من المصطلحين وبيان مدى ارتباطهما، من خلال سرد مجموعة من التناولات العلمية والأطر النظرية، التي تناولت المفهومين بالدراسة، للوقوف على موضوع التدين من حيث أبعاده، فما هو الدِّين؟ وما هو التدين؟ وما الذي يربط بينهما؟ وما هي خصائصهما؟

21 مفهوم التدين

أقر المؤرخون والعلماء قدم موضوع التدين، وارتباطه بالوجود الإنساني، فلقد رجّح مولر " أن الإنسان قد تدين منذ أوائل عهده لأنه أحسّ بروعة المجهول وجلال الأبد الذي ليس له انتهاء، وأنه مثّل لهذه الروعة بأعظم ما يراه في الكون وهو الشمس التي تملأ الفضاء بالضياء، فهو محور الأساطير والعقائد كما ثبت له من المقابلة بين اللغات و اللّهجات"¹، وبالتالي إن "كان هناك موضوع يمكن أن يطلق عليه - القديم الحديث - فهو موضوع الدِّين، فعلى الرغم من قدمه حيث واكب نشأة الإنسان الأولى، إلا أنه ظلّ مصاحباً له من خلال جميع مراحل تطوره وظلّ تأثيره قويّاً حتى هذه اللحظة، ليس هذا فقط، بل كلّ المؤشرات توحى بأن هذا التأثير سيظلّ مصاحباً للإنسان في جميع مراحل التالىة"². فالدين بذلك "نعمة على الفرد والمجتمع، وهو راحة للنفس يساير طبيعتها، وهو نعمة على المجتمع الإنساني لأنه يوثق روابطه، ويحيي عواطفه ويوجهه للخير، فالدين ضروري للفرد والمجتمع. ولقد ظلّ "الدين" بكل جوانبه مبحثاً يثير انشغال الباحثين والمفكرين منذ القديم، حيث عكفوا على محاولة تفسيره وفهم عناصره، وكشف بداياته ونشأته، ورصد أبعاده وحدوده. وبالرغم من أن المجتمعات الحديثة قد وقفت من الدين مواقف شتى، إلا أن بقاءه ودوامه على هرم القضايا الهامة والمسائل البارزة المطروحة في كلّ المجالات السياسية منها والعلمية والاقتصادية... وغيرها، يُثبت مكانة الدين وأهميته في ماضي البشرية وحاضرها، هذه المكانة التي يتبوّؤها الدين على المستوى الفردي والجماعي، أحاطته بهالة من القداسة والرّهبة والسموّ، حالت دون دراسته دراسة علمية وفق مقتضيات الدراسات العلمية بونا من الزّمن، غير أن موضوع العلم بقي مثار الجدل العلمي، وظهر إلى جانبه مفهوم التدين والذي " جاء كمحاولة فكرية سوسيولوجية لإنزال الدين على أرض الواقع للتمكن من فهمه وتحديدّه، فأصبح

¹-العقاد، مرجع سبق ذكره، ص 20.

²-المهدي، مرجع سبق ذكره، ص 05.

المفهومين لصيقين ببعضهما¹، وبذلك يمكن القول بأن العلماء نجحوا بتحويل الدين لظاهرة اجتماعية سلوكية، ولذلك أمكن بحثه بأدوات بحثية معرفية، وآليات منهجية واقعية" (حجيرات، 2017، ص 19).

وقبل الغوص في بيان مفهوم التدين وجب التنويه إلى أنّ هناك ارتباطاً وثيقاً بين مصطلحي الدين والتدين، هذا الارتباط سبّب اختلافاً منهجياً من حيث تناول، إذ اعتبره الكثيرون مفهوماً واحداً وبخاصة القدامى من العلماء والمفكرين، والملاحظ من خلال عديد الدراسات المطّلع عليها، أن هناك خلطاً بين المصطلحين ففي معرض الحديث عن مفهوم التدين يورد الباحث تعاريف تحوي مصطلح الدين، والعكس صحيح، ثم إن لزوم أحدهما بالآخر، وشدة ارتباطهما ينبئ بإشكال منهجي في الطرح وفي هذا يقول ياسين:

يمكن نظرياً أن نستمد تعريف التدين من الدين، ولكن لا شيء أصعب من ذلك، لأن الدين الذي سنستمد منه التعريف هو بعينه يحتاج إلى تعريف وأي محاولة في هذا الاتجاه سوف تسفر عن رؤية لاهوتية موجهة سلفاً، أي سوف تسفر عن تعريف للدين مصدره التدين وليس الدين. لذلك، وبسبب الطبيعة الذاتية للمعرفة، فإن وجود ديانات توحيدية ثلاث، لا يفرز ثلاث تعريفات فقط بل عدداً من التعريفات يزيد على عدد المذاهب والفرق والجماعات وبمعنى ما الكيانات الفردية التي تنتسب إلى هذه الديانات – ناهيك عن كلّ الديانات- وتبدو الصعوبة أقل عند محاولة تعريف الدين من خارجه، حيث يتم التعامل معه كظاهرة واقعية قابلة للتوصيف. ولكن هذه المحاولة، كما تقدمها دراسات الاجتماع والأنثروبولوجيا المعاصرة تنصب على مظاهر البنية الخارجية التي يمكن وصفها، وتمتّع (أيضاً تعجز) بسبب منهجها، عن الدخول إلى قلب الظاهرة حيث يكمن موضوعها الغيبي العصي على التوصيف، مما يعني أنها بدورها ستقدّم تعريفاً للتدين أكثر منه تعريفاً للدين.²

هذا التداخل بين المصطلحين (الدين والتدين)، إضافة إلى هالة القداسة والغموض، التي رافقت موضوع الدين بونا من الزمن، سببت صعوبات إبستمولوجية كانت وراء تأخر دراسته - أي الدين - دراسة عقلانية.

ورغم تمكّن العلماء من تحويل النظرة إلى الدين، واعتباره ظاهرة سلوكية تتمحور حول علاقات الفرد البسيط بالمحيط الذي يعيش فيه ومدى تأثره بهذا المحيط وتأثيره عليه من خلال التمييز ما بين المعتقدات والتصورات وبين الطقوس والسلوكيات، إلا أنّ اللبس والتداخل في فهم الموضوع لا يزال قائماً، وكان ذلك نتيجة التعريفات الكثيرة والتناولات والشروح والتفسيرات المختلفة³، ولقد أورد ياسين (2014) ثلاث نقاط تميّز هذا الاشكال من خلال ما أسماه مصادرات أولية ثلاث:

- **الأولى:** من حيث إنّ الدين يقوم على مبدأ الوحي الإلهي، يرجع إلى مصدر مفارق للإنسان، أي إنّ له وجوداً ذاتياً سابقاً على حضوره في الاجتماع، ومن ثم فهو فكرة كلّية مطلقة ومتعالية. غير قابلة للتغير بفعل الاجتماع.

¹-حضري، مرجع سبق ذكره، ص178.

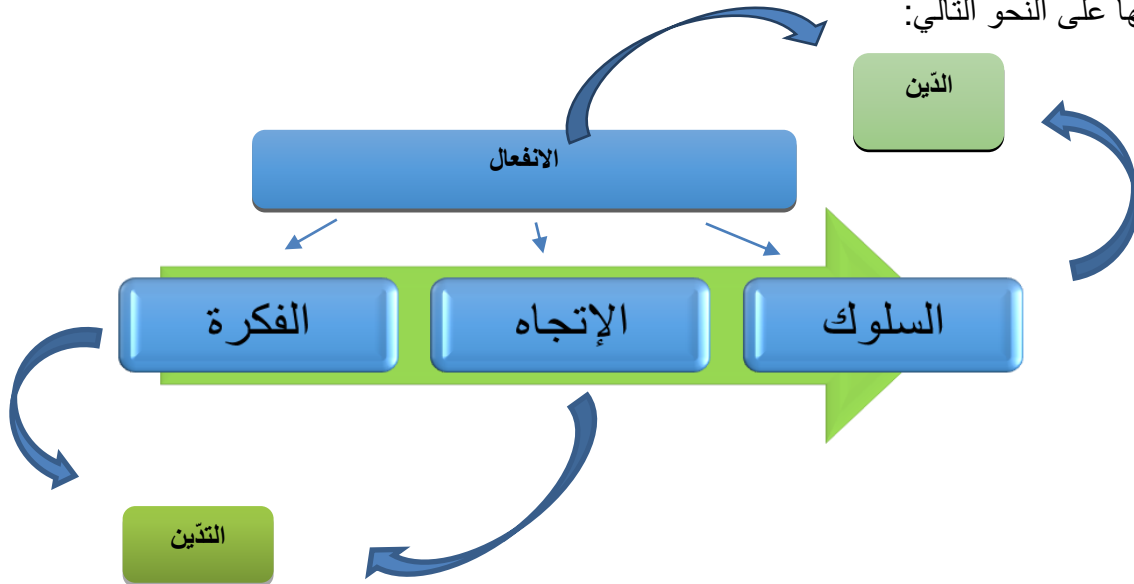
²-ياسين، مرجع سبق ذكره، ص5.

³-حجيرات، م. الدين والتدين، ط1، كنوز المعرفة، 2017 ص ص 13-14.

- **الثانية:** إن الإنسان - مع ذلك - هو موضوع الدين ومجاله، ولذلك فإن الدين لا يظهر إلا من خلال التجلي في الواقع الاجتماعي، وهو ما يعني حضور الاجتماع في البنية الدينية ضروري ليس فقط بحكم طبيعة الاجتماع، بل كذلك بحكم موضوع الدين.
- **الثالثة:** إن الإنسان - في الوقت نفسه - هو الذات التي تتلقى الدين وتمارسه، أي الذات التي تتدين ومن هنا لا سبيل إلى إدراك الدين والتعبير عنه إلا عبر وسائل الاجتماع البشرية وفي مقدمتها اللغة، ويترتب على ذلك حضور الخصائص والمثيرات المتباينة للذوات الفردية والهيكل الاجتماعية إلى منطوق البنية الدينية.¹

وطبيعة الدراسة الحالية، وخلفيتها التي تنتمي إلى حقل العلوم الاجتماعية عموماً وإلى قسم الدراسات النفسية خصوصاً، تفرض على الباحث أن يتناول الموضوع من حيث السلوك الظاهر الذي يمكن رصده ودراسته، ثم إن التخصص (علم النفس الصحي) يصبغ على الدراسة تناولاً عاماً لا يهمل فيه الجوانب الثقافية وتأثيرات البيئة لموضوع الدراسة انطلاقاً من سيرورة (فكرة- اتجاه - سلوك) والتي يغذيها الانفعال، وعليه فإن تناول الموضوع من حيث الفكرة والاتجاه قد يكون أقرب إلى موضوع الدين، بينما تناول الموضوع من حيث السلوك والانفعال فهو أقرب إلى موضوع التدين، والدراسة إذ تحاول التطرق إلى بعض التفاصيل عن الموضوعين إلا أنها تركز على التدين لما سبق من أسباب، تاركة الإبحار في موضوع الدين للمتخصصين في الشريعة والفلسفة والأنثروبولوجيا وغيرها من التناولات الأخرى. وبناء على ما سبق فإن مصطلح الدين المتناول في الدراسة إنما هو في سياق الفكرة والاتجاه اللّازمين لموضوع التدين.

يبين الشكل رقم 1 هذا الطرح وهذه العلاقة بين العناصر التي تم ذكرها والسيرورة التي يركز عليها على النحو التالي:



شكل رقم 1 سيرورة فكرة اتجاه سلوك لموضوع الدين والتدين

¹- ياسين، ع. ا، الدين والتدين التشريع والنص والاجتماع (2 ط). المركز الثقافي العربي، 2014 ص ص 5-6.

1.21 الدين لغة:

يعرّف الدين لغويا من الفعل دان، ودان ديناً أي خضع وذل وأطاع ويقال دان بكذا أي اتخذ ديناً وتعبد به¹، قال احمد بن فارس (ت 395هـ) : " الدّال و الياء و النّون أصل واحد إليه يرجع فروعه كلها، وهو جنس من الانقياد، والذل"². فالدين: الطاعة، يقال دان له يدين ديناً، إذا أصحب وانقاد وطاع. وقوم دين، أي مطيعون منقادون.³

ولقد أورد محمد عبد الله دراز في كتابه (الدين.. بحوث ممهدة لدراسة تاريخ الأديان) تعريفاً لغويا شاملاً بقوله: " كلمة الدّين عند العرب تشير إلى علاقة بين طرفين يعظم أحدهما الآخر ويخضع له، فإذا وصف بها الطرف الأول كانت خضوعاً وانقياداً، وإذا وصف بها الطرف الثاني كانت أمراً وسلطاناً، وحكما وإلزاماً، وإذا نظر إلى الرباط الجامع بين الطرفين كانت الدستور المنظّم لتلك العلاقة أو المظهر الذي يعبر عنها "⁴وبالتالي يمكن تمييز أربع مفاهيم:

1. المنقاد، المطيع: وهو العبد (المُلتزم).
2. المنقاد له، المُطاع: وهو الرّب عز وجل (المُلمّ).
3. المنقاد عليه، المطاع عليه: أي دستور الطاعة والانقياد (المبدأ)
4. جزاء الانقياد: أي جزاء الطاعة.⁵

وينحو الزحيلي هذا المنحى إذ يبين أن معاني الدّين في اللغة العربية محصورة في إيجاد العلاقة بين طرفين أحدهما يمثل الطرف الأقوى وله صفات عليا كالسلطة والقوة والحكم والمحاسبة، بينما يمثل الطرف الآخر الجانب الأضعف وله صفات أدنى كالخضوع والذلّ والاستكانة والعبادة، وبالتالي فإن الدّين انطلاقاً من هذه العلاقة له أربع معان هي:

1. دانه ديناً: وتعني القهر والسلطة والحكم والأمر والإكراه على الطاعة واستخدام القوة القاهرة فوقه.
2. دان له: الإطاعة والخدمة والعبودية والتسخر لأحد والائتمار بأمره، وقبول الذلة والخضوع تحت غلبته وقهره.
3. دان به: أي اتخذ ديناً ومذهباً أي اعتقده واعتاده، فدان بالإسلام ديناً يعني تعبد به وتدين.

¹-فتح الباب، مرجع سبق ذكره ، ص 113.

²-حشمت، 2017، حشمت، م، نظرية الدّين والتدين. مفكرون، 2017 ص 25.

³-الشامي، الشامي، ع. ا. ص، فقه الدّين والتدين. دار الكتب العلمية، 2009 ص 09.

⁴-سرات، 2015، سرات، ا، الدّين والتدين في العالم المعاصر. دار الكلمة، 2015. ص 13.

⁵-حشمت، مرجع سبق ذكره ، ص 27.

4. الدين بمعنى الجزاء والمكافئة والحساب، ومنه الدَّيْن أي الحكم والقاضي.¹

وبالرجوع إلى المعاجم والقواميس فقد وردت تعريفات عديدة للدَّيْن والتَّدِين، فقد ورد في لسان العرب لابن منظور "أن الدَّيْن هو الملك، وهو الخدمة، وهو القهر، وهو الدَّل، وهو الاكراه، وهو الإحسان، وهو العادة والعبادة، وهو السُّلطان، وهو الخضوع، وهو الإسلام، والتوحيد، وهو اسم لكل ما يعتد، أو لكل ما يتعبد".²

أما في قاموس أوكسفورد فإنَّ "الدَّيْن هو اعتراف الانسان بقوة عليا غير منظورة، تتحكم في مصيره، ولها عليه حق التبجيل، والطاعة، والعبادة". ويرى حضري (2011) أنَّ لفظ الدَّيْن في اللغة العربية والذي يقابله باللغة الفرنسية لفظ (Dette) هو الأقرب دلالة للتعبير عن موضوع الدَّيْن، فالدَّيْن علاقة بين طرفين أحدهما "الدائن" وهو صاحب العطاء والمالك للحاجة والآخر هو "المدين" وهو السائل والطالب للحاجة. ولما كانت حاجة المدين في يد الدائن كان وجوب الخضوع والانقياد بدءا ووجوب الالتزام والوفاء انتهاء من طرف المدين. كما أنَّ هذه المداينة تقوم بإنشاء رابطة بين هذين الطرفين.

أما الدَّيْن كما أشارت إليه الاشتقاقات اللغوية السابقة فهو العلاقة التي تربط الناس أفرادا أو جماعات بقوة أخرى. ومنها قوله تعالى في القرآن الكريم (مالك يوم الدَّيْن) (الفاحة 4)، أي يوم المحاسبة وهو بذلك الدَّيْن. ومن هنا كان عمق ملامح التشابه بين لفظة الدَّيْن ولفظة الدَّيْن المجاوزة لملامح التشابه الحرفي.⁴

2.21 الدَّيْن اصطلاحا

يمثل الدَّيْن نمط عيش يومي وأزلي لكل فرد في كل المجتمعات الإنسانية لا يستطيع العيش بدونه لأنه يمنحه الطمأنينة النفسية والتأويل الروحي لكل مجهول في حياته الاجتماعية والطبيعية والأخوية (ما بعد الموت)، فضلا عن كونه أحد الضوابط العرفية غير المكتوبة القوية التي يشعر بالقلق والاضطراب عند خروجه عنها. وهذا يعني أنه يمثل دستور الحياة للإنسان وعقيدته التي تربطه بالآخرين من البشر وبخالق في معرفة أسرار الكون،⁵ وهو ذلك الموضوع الذي "يؤثر في كل شيء من حياتنا اليومية (تقريبا) بدءا بطراز بناء البنايات مرورا بنوع الطعام الذي نأكله والذي محرم علينا وفلسفة الكتب التي نقرأها وصولا إلى قدسية الزواج ومراسيم الموت وحتى بأصول المحاكمات وقوانين الدولة. بمعنى أنه يحدد ويهذب معتقداتنا وآدابنا ورموزنا وهويتنا الوطنية".⁶

وقد عرّفه جيرتز (Clifford Geertz) على أنه: "نسق من الرموز، يعمل على ترسيخ أشكال وتحفيزات قويّة، عارمة ومستديمة داخل الانسان، من خلال بناء تصوّرات للنظام العام للوجود، وربط

¹-م. الزحيلي، مرجع سبق ذكره، ص

²-ابن منظور، مرجع سبق ذكره، ص 1044.

³-حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص 22.

⁴-حضري، مرجع سبق ذكره، ص 179.

⁵(العمر، 2015، ص 21)

⁶-العمر، ، العمر م. خ. علم الاجتماع الديني، ط1 دار الشروق، 2015 ص 22.

هذه التصورات بحالة من التعاطف، تجعل هذه الأشكال والتحفيزات واقعية بشكل استثنائي¹. وهو الاعتقاد الأول وما ينبني عليه من لوازمه²، وهو "خطاب الله تعالى لعباده المتمثل بالوحي (القرآن والسنة النبوية) المتضمن لبيان المنهج الذي يهتدي به الإنسان، لتحقيق مهمته التي وجد من أجلها في هذه الحياة، وينال بسيره عليه السعادة في الدنيا، والرضا والنعيم المقيم في الآخرة³.

والدين عند المودودي هو: نظام للحياة يذعن فيه المرء لسلطة عليا لكائن ما، ثم يقبل طاعته وإتباعه، ويتقيد في حياته بحدوده وقواعده، وقوانينه، ويرجو في طاعته العزة والترقي في الدرجات، وحسن الجزاء، ويخشى في عصيانه الذل، والخزي، وسوء العقاب⁴.

3.21 التدين لغة

مصدر لفظة تدين هو الفعل دان كما تمت الإشارة إلى ذلك آنفا في معرض الحديث عن لفظة دين فقد ورد في معجم اللغة العربية المعاصر أن التدين من تدين يتدين تديناً، فهو مُتدين، وتدين الشخص أي اتخذ ديناً وكذا تدين بالإسلام، وتشدد في أمر دينه وعقيدته فيقال: عالم مُتدين. كما ورد في معجم المصطلحات الفقهية أن التدين هو التمسك بالدين في القول والعمل⁵.

وقياساً لما ذهب إليه حضري (2011) من قرب تطابق معنى الدين بموضوع الدين - كما تم التطرق إليه آنفا - فإن لفظ تدين بمعنى اقترض فصار مديناً بكذا "أي دان بالشيء، ومعناه أنه اتخذ ديناً ومذهباً؛ أي: اعتقده أو اعتاده أو تخلق به، فالدين على هذا هو المذهب والطريقة التي يسير عليها المرء نظرياً أو عملياً، فالمذهب العملي لكل امرئ هو عادته وسيرته"⁶، ويقصد بذلك تدينه.

4.21 التدين اصطلاحاً

يمكن تعريف التدين كما عرفه حجيرات على أنه:

التنفيذ العملي لتعاليم الدين، والذي يجعل المتدين يتميز بمميزات في الشكل، ومميزات في السلوك. وهذه المميزات قد تكون حقيقية نابعة من إيمان بالمعتقد واستدخاله. وقد تكون ظاهرية للظهور بها أمام الآخرين ولعدة أسباب كاكتمال ود الناس وثقتهم لأغراض في نفس المتدين، وقد تكون إعجاباً بالمعتقد والديانة أو محاولة المباهاة بها أمام أصحاب معتقدات وديانات أخرى، وغير ذلك⁷.

وبالتالي فإنه منتهى التسليم لله سبحانه وتعالى وبرهان ذلك التذلل والخضوع التامين له، بالامتثال لما أمر والانتهاز عما نهى، "وجماع ذلك كله العبودية لله سبحانه ولذلك سمي الإسلام بهذا الاسم من هذا

1- غماري، غماري، ط، التدين والصحة النفسية في الجزائر: تبريرا للعلاقة الايجابية بين الاسلام وعلم النفس. مجلة التشريع الاسلامي والأخلاق، 2014. ص 75.

2- حشمت، مرجع سبق ذكره، ص 17.

3- الشامي، مرجع سبق ذكره، ص 09.

4- حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص 36.

5- حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص 72.

6- دراز، مرجع سبق ذكره، ص 31.

7- حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص 70.

المعنى، فالإسلام معناه التسليم، وهو الاستسلام لله عز وجل بالعبودية والطاعة، الاستسلام المطلق. والاستسلام أي استسلام التدين - لابد أن يشمل استسلام القلب واستسلام الجوارح، وخضوع القلب وخضوع الجوارح".¹

كما أنّ التدين هو ذلك التفاعل الذي يميّز "الإنسان مع الوحي، بالتصور النظري المعرفي المتجه إلى الاستكشاف والاستجلاء لمراد الشارع، ومعرفة منهجه، ونظامه، وأحكامه في سائر تصرفات الإنسان، ثم الانتقال إلى التجسيد الواقعي المتمثل بالسلوك الفردي والاجتماعي، والاجتهاد التنزيلي".²

وكمحصلة لما سبق يمكن القول بأن الدين هو هدي إلهي، يتصف بالمثالية والكمال، فهو تعاليم يتمثل فيها الحق المطلق بناء على الكمال الإلهي في العلم الشامل بأحوال الوجود، والمحيط بمصلحة الإنسان في مختلف منقلبات حياته، ليس فيها تخصيص عيني ولا طريقي إلا مستثنيات نادرة منصوص على التخصيص فيها. وهو الإيمان بذات إلهية جديرة بالطاعة والعبادة من خلال النصوص التي تحدد صفات تلك الذات، وتبين القواعد العملية التي ترسم طريق عبادتها. أما التدين فإنه بما هو كسب إنساني في تكييف الحياة بتعاليم الدين يتصف بالمحدودية والنسبية، ذلك لأن الإنسان في كسبه الديني يغالب عوائق الواقع المادية، متمثلة في شهوات النفس من جهة، وفي عناد البيئة الكونية في الاستجابة لمطالبه من جهة أخرى، فإذا هو يحقق في التدين قدراً من مطلوبات الدين، يتناسب مع ما يضيفه من الجهاد لترقية الذات وتركبة المجتمع، واستثمار الكون اقترباً في ذلك من الله تعالى بما يبلغ من رضاه. فالتدين إذن هو جهاد لإنجاز الدين فيه معاناة يكابدها الإنسان عبر واقعه الذاتي والموضوعي، وفي ذلك الجهاد يصوغ من تصرفاته الفردية والاجتماعية والكونية في مكابדתه لواقع النفس والمجتمع والكون أفعالاً جزئية غير منحصرة يحقق بها كليات الدين، ويقترّب بها قدماً من المثال الكامل على قدر ما يصيب في اجتهداه.

22 التناولات العلمية والنظرية المختلفة لموضوع الدين والتدين

هذا الارتباط الوثيق بين الدين وحياة انسان من جهة وقدم الارتباط من جهة أخرى، أسهما في ظهور تعريفات كثيرة وتناولات مختلفة لموضوع الدين، وبالرغم من أن دراسة الدين دراسة علمية منهجية قد جاء متأخراً نظراً لهالة القداسة التي أحاطت بموضوع الدين بونا طويلاً من الزمن، إلا أنّ العلماء تمكنوا من تحويل موضوع الدين لظاهرة ممكنة للدراسة، وبذلك تعددت التعريفات واختلفت، من حيث التناولات كعلم النفس والاجتماع والتاريخ والفلسفة وغيرها، أو من حيث التصورات في إطار نفس التناول بين علمائه ومفكره وفيما يلي بعضاً منها - التناولات - مع التركيز أكثر على علمي النفس والاجتماع لطبيعة الدراسة.

¹-المختار وآخرون، المختار، أ. أ.، العاني، آ. م. ع.، & العاني، أ. خ. ر. مفهوم التدين. مجلة الدراسات الإسلامية والفكر للبحوث التخصصية، 208-236. https://www.misd.tech/wp-content/files_mf/jistsr/030408.pdf

2017، 2017، [content/files_mf/jistsr/030408.pdf](https://www.misd.tech/wp-content/files_mf/jistsr/030408.pdf)، ص 42.

²-الشامي، مرجع سبق ذكره، ص 45.

1.22 تناول علم النفس

يتناول علم النفس الظاهرة الدينية من وجهها الذاتي، وذلك بالتحليل والتعليل والاختبار بصفة فردية، بالشكل الذي يعيشه الفرد، وفق البنية الذهنية، والدوافع والأنماط السلوكية، والمواقف والتصورات التي يحدثها المعتقد، والانتماء لجماعة دينية ما. ومن مناهجه: المنهج الاختباري ومنهج التحليل النفسي.¹

1.1.2 تصوّر ولیم جیمس

اعتبر جيمس الدين تجربة فردية، جوهرها العاطفة الدينية لا الطقوس، وأن الشعور الديني شعور باطني بالمشاركة في موجود أعظم، وهو شعور بالانسجام والسلام، وأن التجربة الدينية أكثر واقعية من التجربة العلمية لأنها تبدأ بالمجسم أي العاطفة، والاحساس، والفكر، والتجربة العلمية تبدأ بالمجرد، والعلم تجربة، ولكن الدين واقعة حيّة نعيشها.²

2.1.2 تصور سيجموند فرويد

بالرغم من أن فرويد يعترف بأن للدين بعض الاسهام في حماية الإنسان من العصاب الفردي إلا أن آثار الدين على الإنسانية كانت فادحة حسب رأيه. وهو أن مصدر الدين يكمن في عجز الإنسان عن مواجهة قوى الطبيعة الخارجية أو مواجهة القوى الغريزية بداخله، وبالتالي فتدين الفرد وعلاقته بالدين ما هي إلا عملية نكوص وتكرار لتجربة الطفل عند احتمائه بأبيه طلباً للأمان من خطر محقق، فذلك التدين ما هو إلا توظيف لقوى الانسان العقلية في السيطرة على القوى الخارجية والداخلية المهددة، فبدلاً من أن يتعامل مع هذه القوى بعقله تعامل معها بوسائل عاطفية أو وجدانية أخرى من أجل كبت هذه القوى والسيطرة عليها، فالدين حسب رأي فرويد ما هو إلا وهم، بل هو خطر لأنه يتحالف مع مؤسسات إنسانية قمعية مما يضفي عليها -أي هذه المؤسسات- مسحة من القداسة، إضافة إلى ما يقوم به الدين من ترسيخ للوهم وتحريم للتفكير النقدي ما يجعله -أي الدين- مسئولاً عما أصاب العقل البشري من تدهور وانحطاط، إذ تقوم تعاليمه على الحط من قيمة الحياة وتشويه صورة العالم الواقعي بطريقة مضللة.³

3.1.2 تصور جولدن ألبورت

عرض ألبورت لموضوع الدين في سياق الحديث عن الشخصية، حيث أشار إلى أنه ممارسة للمعتقد والقيم الدينية، كما تحدث عن مراحل تطوّر التدين لدى الانسان، وميّز في ذلك بين التدين الفجّ والتدين الناضج، حيث إنّ التدين الفجّ - كما وصفه - يشير حسب رأيه إلى التفكير السحري لخلق الراحة والتبرير الذاتي، وهو الذي يهدف لتلبية الحاجات الشخصية، كما وصفه بأنه تدين يجنح إلى الأصولية وإيمان معتنقه بالحساب الدقيق على أعماله وهذا النمط يؤخذ بالتلقين والإملاء من مصادره الدينية. أمّا التدين الناضج فهو المتميّز بوضوحه الذي يؤخذ بشكل واقعي، بعيد عن الميول والرغبات أو المخاوف، كما يتميّز بالشمول والوسع، وبتميّزه بين البعد الخارجي والداخلي للتدين حاول ألبورت بناء مقياس خاص لقياس التدين⁴ مميّزاً بين التدين الظاهري وهو الذي يلبي في المقام الأول الرغبات والحاجات

¹-الخوري، 2017، الخوري، ب. في الدين مقارنة فلسفية واثنولوجية. دار الفارابي، 2017 ص 11.

²-حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص 49.

³-حماد، مرجع سبق ذكره، ص 9.

⁴-حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص ص 50-51.

الذاتية كالعلاقات الاجتماعية والراحة والمنفعة الشخصية وغيرها، ولا يخدم المعتقدات الدينية، وبذلك فهو يتميز بالسطحية، أما التدين الجوهري – وهو النوع الثاني الذي ميّزه ألبورت – فهو أن يلتزم الفرد بما نصّت به تعاليم دينه ويعيش بها ويطبّقها في حياته لتظهر على تصرّفاته وسلوكاته، وسيرورة حياته عموماً، ويمتاز هذا النوع بالعمق.¹

وصنفه لنوعين: الحقيقي والظاهري. وقد تحدث أيضاً عن تطوّر التدين لدى الإنسان، وكذا المشاعر الدينية وأبعاد التدين وصولاً لمحاولة قياسه.

4.1.2 تصور أريك فروم

الدين عند فروم عبارة عن نظام للفكر والعمل مشترك لدى جماعة معينة تمنح لأفرادها إطاراً للتوجيه، حيث إن الحاجة إلى نظام للتوجيه والعبادة جزءاً أساسياً من بنية الوجود الإنساني، ممّا يفسّر مدى قوة وأهمية هذه الحاجة بالنسبة للإنسان. ويعدّ الدين أقوى المصادر الداخلية التي تلبي لدى الإنسان تلك الحاجة، ويرى فروم أن الإنسان لا يملك حرية الاختيار في أن تكون له قيمٌ عليا من عدمها، بينما له الحرية في أن يختار نوعاً من المثل، وبالتالي فالمسألة بالنسبة لفروم ليست ديناً أو تديناً، بل مسألة نوع الدين، إن كان من النوع الذي يدعم تطور الإنسان ويسهم في الكشف عن قواه الإنسانية الخاصة، أم أنه من النوع التي يثبط تلك القوى ويشلّها وبهذا يفرق فروم بين نوعين من الديانات:

- **الدين التسلطي:** وفي هذا النوع يستسلم الإنسان لقوة أعلى منه لتصبح الطاعة هي الفضيلة الأساسية في هذا الشكل ويصبح العصيان هو الخطيئة الكبرى. وبالتالي فإن المعبود كامل وشامل القدرة والإرادة، في حين أن الإنسان (العابد) يمثل حالة العجز والتفاهة، ولا يشعر بالقوة إلا بمعونة وفضل المعبود ومن خلال الإذعان المطلق له، وبهذا يفقد الإنسان استقلاله وتكامله بوصفه فرداً. ولكنه في مقابل ذلك يكتسب الشعور بحماية قوّة عليا.
- **الدين الإنساني:** هذا النوع هو على طرف نقيض من الدين التسلطي حيث يهدف الإنسان من خلاله إلى تحقيق أكبر قدر من القوة عوضاً عن أكبر قدر من العجز، ويعبّر عن الفضيلة في هذا النوع بمدى تحقيق الذات وليس الطاعة والإذعان، وبالتالي فإن الإيمان هو اليقين الناتج عن الاقتناع القائم على خبرة الفرد في مجال الفكر والمشاعر وليس الذي ينتج عن التسليم بافتراضات تعتمد على الثقة فيمن يقدمها. فإذا كانت مشاعر الذنب هي المعبرة عن المزاج في الديانات التسلطية، فإن مشاعر الفرح هي ما يميّز الديانات الإنسانية.²

¹ -حمدي وآخرون، حمدي، م.، محمد عبد الوهاب حمزة، ط.، & الوكيل، س. أ. م. التوجه الديني وعلاقته بالاغتراب الثقافي لدى الشباب. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 17(3)، 2023 <https://doi.org/10.21608/ifust.2023.293830>، ص 177.

² -حماد، حماد، ح. الله في التحليل النفسي جدلية المقدس والإنساني عند إريك فروم. متون، 1(3)، 2008. 2008، ص 15-16.

5.1.2 تصور هنري لانك

الدين هو الايمان بوجود قوة ما كمصدر للحياة، هذه القوة هي قوة الله، مدبر الكون، وخالق السماوات، وهو الاقتناع بالدستور الخلقي الإلهي الذي سنّه الله في كتبه المتعاقبة، واعتبار التعاليم الإلهية أثن كنز تُتعرّف منه الحقائق الدينية، وهي أسمى في مرماها من العلوم كلّها مجتمعة.¹

2.22 تناول علم الاجتماع

على خلاف علم النفس فقد تناول علم الاجتماع الظاهرة الدينية من وجهها الموضوعي، تحليلًا وتعليلًا للتصورات المشتركة والأنماط السلوكية الجماعية ونظام الفرائض والنظم المميزة لحياة جماعة ما في كنف معتقدها. ومن مناهجه: المنهج الاستثنائي والاحصائي.²

1.2.2 تصور أميل دوركايم

اعتبر أنّ المبدأ المقدّس لا يخرج عن كونه اجتماعيا في تجليه وتشخيصه، لذا يمكن اعتبار الدين نسقا مؤّحدا للمعتقدات والممارسات القريبة من الأشياء المقدسة التي تعتبرها الجماعة بأنها أشياء محرمة (معتقدات وممارسات تقوم بها) تقوم بتوحيد أفرادها والتصاقهم بها. وبذلك فهو – أي الدين – يلعب دورا في ترقية تضامن الجماعة، بحيث لا يمكن استبعاده أو تعويضه إذ بغيابه يكون الأفراد في تشويش وفوضى واضطراب، وعزز ذلك في دراساته وردّ فقّد الانسان للسعادة والهناء رغم تحضره وتقدمه في مدنيّته إلى غياب وفقدان الدين.³

2.2.2 تصور ماكس وبير

الدين عند وبير فاعل اقتصادي رغم كونه بنية فوقية، وبالتالي فهو قادر على التحكم بالبنية التحتية وقادر على أن يصوغ للجماعة تمثلاتها وللمجتمع أيضا، كما أنه قادر على القيام بأدوار قيادية بارزة في التغير الاجتماعي، والتجديد الحضاري. وليس فقط في صياغة النظام الاجتماعي القائم. وتزداد أهمية دور الدين في التغير الاجتماعي أكثر عند تصنيف الفاعلين الاجتماعيين، ولقد وضع وبير النبي على رأس هؤلاء الفاعلين جميعهم، مقرّا بأن رجل الدين قادر على أحداث تغيرات مهمة داخل المجتمع.⁴

3.2.2 تصور كارل ماركس

يرى ماركس أن الدين لا يسهم في تعزيز التماسك، بل يعمل على ايقاد فتيل الصراع بين الطبقات الاقتصادية (بين الطبقة الغنية والفقيرة) كما يعتبر أن الدين عبارة عن مسكن لمعاناة الطبقة الفقيرة، وسيلة لإبعاد الفقراء عن الاحتجاج والانتفاض ضد الظلم والاستغلال والاستعباد، فهو يحافظ على بقاء الوضع والنظام الاجتماعي على حاله، والاستسلام له، ولا يحث الناس على التغيير، واعداء إياهم بأن الحياة الأفضل فيما بعد، حتى أنه أطلق على الدين مسمى أفيون الشعوب.⁵

¹-لانك، مرجع سبق ذكره ص 28.

²-الخوري، مرجع سبق ذكره، ص 11.

³-العمر، مرجع سبق ذكره، ص 88.

⁴-حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص ص 44-45.

⁵-العمر، مرجع سبق ذكره، ص 94.

3.22 تناول علم التاريخ

لقد تناول هذا العلم الظاهرة الدينية من حيث نشأة الدين، ومحطات نمائه وارتقائه وكذا انحطاطه، كما تناول بالدراسة أشكال تحوّل الدين وأسباب وتداعيات بقائه وفنائه، وذلك في إطار الحياة الجماعية، وفي إطار مقارنة الأديان، ومن مناهج علم التاريخ: سرد تسلسل الحوادث وتعليلها وربطها بالظروف التاريخية، والمقارنة بين الأديان، والتأثير المتبادل لبعضها في بعض.

4.22 تناول علم الفلسفة

تبحث الفلسفة عن الحقيقة والواقع فيما يتضمنه الدين: وذلك بمسألة اختبار الايمان هل هو اختبار حقيقي قائم بذاته أم وهم أو حالة مرضية، وبالسؤال عن حقيقة الله الذي بدونه لا وجود لما يسمى ديناً، هل هو كائن أم مجرد تصوّر. فالحقيقة الفلسفية أنطولوجية الطابع. تختلف مناهجها باختلاف النظريات الفلسفية، فمنها العقائدية، والنقدية، والجدلية المادية، والمثالية، والذاتية.¹

23 الدين في القرآن الكريم

ورد في القرآن الكريم لفظة الدين في أكثر من تسعين موضعاً، بوجوه مختلفة من المعاني تفهم حسب سياقها في نصوص الآيات، فقد وردت:

1. بمعنى الجزاء والحساب والثواب والعقاب نحو قوله تعالى: ﴿يَوْمَئِذٍ يُؤَقِّبُهمُ اللهَ دِينَهُمُ الْحَقَّ وَيَعْلَمُونَ أَنَّ اللهَ هُوَ الْحَقُّ الْمُبِينُ﴾ (النور 25).
2. بمعنى العبادة والطاعة: نحو قوله تعالى: ﴿قُلْ أَتَحَاجُّونَنَا فِي اللهِ وَهُوَ رَبُّنَا وَرَبُّكُمْ وَلَنَا أَعْمَالُنَا وَلَكُمْ أَعْمَالُكُمْ وَنَحْنُ لَهُ مُخْلِصُونَ﴾ (البقرة 139).
3. بمعنى الإسلام: نحو قوله تعالى: ﴿هُوَ الَّذِي أَرْسَلَ رَسُولَهُ بِالْهُدَى وَدِينِ الْحَقِّ لِيُظْهِرَهُ عَلَى الدِّينِ كُلِّهِ وَلَوْ كَرِهَ الْمُشْرِكُونَ﴾ (التوبة 33).
4. بمعنى التوحيد: مثل قول الله تعالى: ﴿يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ آمَنُوا إِنَّ أَرْضِي وَاسِعَةً فَإِيَّايَ فَاعْبُدُونِ﴾ (العنكبوت 56).
5. بمعنى الشريعة: نحو قوله تعالى: ﴿لَا تَجْعَلْ لِكُلِّ دِينٍ مِّنَ الدِّينِ مَا وَصَّى بِهِ نُوْحًا وَالَّذِي أَوْحَيْنَا إِلَيْكَ وَمَا وَصَّيْنَا بِهِ إِبْرَاهِيمَ وَمُوسَى وَعِيسَى أَنْ أَقِيمُوا الدِّينَ وَلَا تَتَفَرَّقُوا فِيهِ كَبُرَ عَلَى الْمُشْرِكِينَ مَا تَدْعُوهُمْ إِلَيْهِ اللهُ يَجْتَبِي إِلَيْهِ مَن يَشَاءُ وَيَهْدِي إِلَيْهِ مَن يُنِيبُ﴾ (الشورى 13).
6. بمعنى يوم القيامة: نحو قوله تعالى: ﴿وَإِنَّ عَلَيْكَ اللَّعْنَةَ إِلَى يَوْمِ الدِّينِ﴾ (الحجر 35).
7. بمعنى الحكم والقضاء: كقوله تعالى: ﴿فَبَدَأَ بِأَوْعِيَّتِهِمْ قَبْلَ وِعَاءِ أَخِيهِ ثُمَّ اسْتَخَرَهَا مِنْ وِعَاءِ أَخِيهِ كَذَلِكَ كَدْنَا لِيُوسُفَ مَا كَانَ لِيَأْخُذَ أَخَاهُ فِي دِينِ الْمَلِكِ إِلَّا أَنْ يَشَاءَ اللهُ نَرْفَعُ دَرَجَاتٍ مَّنْ نَّشَاءُ وَفَوْقَ كُلِّ ذِي عِلْمٍ عَلِيمٌ﴾ (يوسف 76).

كما أن كلمة الإسلام سواء بهذا اللفظ أو الاشتقاق الأخرى التي تدور في فلك الدين نحو: (أسلم، يسلم، مسلمون) وردت أكثر من ستين مرة، فقد جاءت مقترنة بلفظ الدين أحياناً كقوله تعالى: (وَوَصَّيْنَا إِبْرَاهِيمَ بِبَنِي هُوَ يَعْقُوبُ يَا بَنِيَّ إِنَّ اللهَ اصْطَفَى لَكُمُ الدِّينَ فَلَا تَمُوتُنَا إِلَّا وَأَنْتُمْ مُسْلِمُونَ) البقرة (132).

¹- الخوري، مرجع سبق ذكره ، ص 12.

ووردت منفردة في آيات كثيرة نحو قوله تعالى (قُلْ غَيْرَ اللَّهِ أَنَّخِذُوا لِيَا فَاطِرِ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَهُوَ يُطْعِمُ وَلَا يَطْعَمُ قُلْ إِنِّي أَمْرٌ تُأْتَاكَ وَتَأْوَلَمَنْ أَسْلَمُوا لَا تَكُونَنَّ مِنَ الْمُشْرِكِينَ) الأنعام (14). أو قوله تعالى: (يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ حَقَّ تَقَاتِهِ وَلَا تَمُوتُنَّ إِلَّا وَأَنْتُمْ مُسْلِمُونَ) آل عمران (102).

ويمكن للمتدبر في آيات الذكر الحكيم أن يستبين مدلول كلمة الدين في معنيين:

• **المعنى العام:** وهو الدين العام.

• **المعنى الخاص:** وهو الشريعة المحمدية

1.23 المعنى العام (الدين العام)

وهو ما دعت إليه جميع الديانات من لدن آدم إلى خاتم الأنبياء محمد عليهم السلام أجمعين وفي هذا الصدد يقول ابن تيمية " الدين العام الذي بعث به جميع الرسل، كالإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسله واليوم الآخر"¹، والنصوص في القرآن الكريم التي تفرد هذا المعنى كثيرة منها:

- ﴿وَوَصَّيْنَا إِبْرَاهِيمَ بِبَنِيهِ وَيَعْقُوبَ يَا بَنِيَّ إِنَّ اللَّهَ اصْطَفَى لَكُمُ الدِّينَ فَلَا تَمُوتُنَّ إِلَّا وَأَنْتُمْ مُسْلِمُونَ﴾ البقرة 132
- ﴿مَا تَعْبُدُونَ مِنْ دُونِهِ إِلَّا أَسْمَاءَ سَمَّيْتُمُوهَا أَنْتُمْ وَآبَاؤُكُمْ مَا أَنْزَلَ اللَّهُ بِهَا مِنْ سُلْطَانٍ إِنْ الْحُكْمُ إِلَّا لِلَّهِ أَمَرَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ ذَلِكَ الدِّينُ الْقَيِّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ﴾ يوسف (40)
- ﴿وَجَاهِدُوا فِي اللَّهِ حَقَّ جِهَادِهِ هُوَ اجْتَبَاكُمْ وَمَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ مِلَّةَ أَبِيكُمْ إِبْرَاهِيمَ هُوَ سَمَّاكُمُ الْمُسْلِمِينَ مِنْ قَبْلُ وَفِي هَذَا لِيَكُونَ الرَّسُولُ شَهِيدًا عَلَيْكُمْ وَتَكُونُوا شُهَدَاءَ عَلَى النَّاسِ فَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ وَاعْتَصِمُوا بِاللَّهِ هُوَ مَوْلَاكُمْ فَنِعْمَ الْمَوْلَى وَنِعْمَ النَّصِيرُ﴾ الحج 78
- ﴿يَسِّرْ لَكُمْ مِنَ الدِّينِ مَا وَصَّيْنَا بِهَذَا الْكِتَابِ الْوَحْيَ الَّذِي أَوْحَيْنَا إِلَيْكَ وَمَا وَصَّيْنَا بِهِ إِبْرَاهِيمَ وَمُوسَى وَعِيسَى أَنْ أَقِيمُوا الدِّينَ وَلَا تَتَفَرَّقُوا فِيهِ كَبُرَ عَلَى الْمُشْرِكِينَ مَا تَدْعُوهُمْ إِلَيْهَا اللَّهُ يَجْتَبِي إِلَيْهِمْ مَنْ يَشَاءُ وَيَهْدِي إِلَيْهِمْ نُبِيًّا﴾ الشورى 13.

2.23 المعنى الخاص (الشريعة المحمدية)

هو الدين الخاتم المهيمن الذي ارتضاه الله لعباده ويقصد به الإسلام الذي جاء به آخر رسل الله محمد عليه السلام كما أشار إلى ذلك ابن تيمية حيث قال أنه " الإسلام الذي بعث الله به محمدا عليه السلام، المتضمن لشريعة القرآن"²، فلقد قال الله تعالى في هذا الخصوص:

- ﴿هُوَ الَّذِي أَرْسَلَ رَسُولَهُ بِالْهُدَى وَدِينِ الْحَقِّ لِيُظْهِرَهُ عَلَى الدِّينِ كُلِّهِ وَلَوْ كَرِهَ الْمُشْرِكُونَ﴾ التوبة (33).
- ﴿إِنَّا أَنْزَلْنَا إِلَيْكَ الْكِتَابَ بِالْحَقِّ فَاعْبُدِ اللَّهَ مُخْلِصًا لَهُ الدِّينَ﴾ الزمر (2)
- ﴿حَرَّمْتُ عَلَيْكُمُ الْمَيْتَةَ وَالدَّمَ وَلَحْمَ الْخَنزِيرِ وَمَا أُهِلَّ لِغَيْرِ اللَّهِ بِهِ وَالْمُنْخَفَقَةُ وَالْمَوْفُودَةُ وَالْمُتَرَدِّيَةُ وَالنَّطِيحَةُ وَمَا أَكَلَ السَّبُعُ إِلَّا مَا ذَكَّيْتُمْ وَمَا ذُبِحَ عَلَى النُّصُبِ وَأَنْتُمْ تُفْسِدُونَ وَمَا أَنْزَلَ مِنْ ذَلِكَ مِثْلِكَ مُفْسِقًا لِي﴾

¹-حشمت، مرجع سبق ذكره ، ص 27.

²-المرجع نفسه ، ص ص 29-30.

وَمَيْسَ الَّذِينَ كَفَرُوا مِنْ دِينِكُمْ فَلَا تَحْشَوْهُمْ وَاخْشَوْنَ الْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتِمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِي وَرَضِيْتُ لَكُمُ الْإِسْلَامَ دِينًا فَمَنِ اضْطُرَّ فِي مَخْمَصَةٍ غَيْرَ مُتَجَانِفٍ لِإِثْمٍ فَإِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَحِيمٌ (سورة المائدة 3)

24 الدين الإسلامي

الإسلام هو نظام عام شامل يُعنى بحياة الفرد من كل جوانبها ويشملها، وقد عرفه حوى بأنه:

نظام شامل يتناول مظاهر الحياة جميعاً، فهو دولة ووطن أو حكومة وأمة، هو خلق وقوة أو حق وعدالة، وهو ثقافة وقانون أو علم وقضاء، وهو مادة وثروة أو كسب وغنى، وهو جهاد ودعوة أو جيش وفكرة، كما هو عقيدة صادقة وعبادة صحيحة سواء بسواء... فالإسلام معنى كامل، ينظم شؤون الحياة جميعاً، ويفتي في كل شأن، ويضع له نظاماً محكماً دقيقاً، ولا يقف مكتوفاً أمام المشكلات الحيوية والنظم التي لابد منها لإصلاح الناس.¹

ولقد شرع الله الإسلام جاعلاً منه نظاماً يكفل له السعادة وللجماعة الإنسانية دنيا وأخرى، إذ لم يترك عنصراً من عناصر الخير والصلاح، أو عنصراً من عناصر الحياة الطيبة والسعادة الخالدة، إلا أمر به ودعا إليه وحث عليه؛ كما أن الإسلام لم يترك عنصراً من عناصر الشر والفساد، أو عنصراً من عناصر الحياة الذليلة والشقاء المقيم، إلا نهى عنه وحذر ونفّر منه؛ ذلك أن الإسلام بنى تنظيمًا للعالم استناداً على واقع مرتكزه أن الإنسان جسم وروح، وأن للجسم حظاً وامتعة، كما أن للروح حظاً وامتعة أيضاً، وأن للإنسان شخصية مستقلة عن بني جنسه، وبهذه الشخصية يكون لبنة في المجتمع إن على مستوى الوطن أو على مستوى الإنسانية قاطبة، وبالتالي فإنّ له بكلّ من هاتين الشخصيتين (الوطنية والإنسانية) حقوقاً وعليه واجبات. ولا يمكن أن تتحقق سعادة الإنسان إلا باستكمالهما حظي الجسم والروح، وتنظيم تلك الحقوق والواجبات في نفسه أولاً وفي مجتمعه ثانياً دون إفراط ولا تفريط. ومحصلة القول أنّ كلّ ما جاء به الإسلام من عقائد وعبادات وأداب وتشريعات، لا يعدو أن يخرج من دائرة رعاية حظ الجسم وحظ الروح للإنسان في شخصه ومجتمعه.²

فكما نرى فإن شمولية الإسلام تنبئ بمدى قيمة الإنسان وأهميته لتحيط بدقائق حياته وجزئياتها، وتفصيلها، وتصون حقوقها، وتحفظ بقاءها من خلال الشريعة والفقه وفي ذلك يقول الغزالي (1987):

الفقه الإسلامي محيط بالحياة الإنسانية من ألفها إلى يائها، فمنذ يستهل المرء صارخاً، يتعرض الفقه لولادته، وحضانتها، ونفقته، وطهر والدته، وحقوقه على أبيه، وعلى المجتمع... وعندما ينقضي أجله ويتجه إلى الدار الآخرة، يتعرض الفقه لموته، وغسله وكفنه، وميراثه، وسائر شؤونه الأخرى؛ وبين حياته ووفاته يتصل الخطاب الإلهي بما يدع وبما يصنع، مفصلاً أنواع الحلال والحرام، ومختلف الحقوق والواجبات.. فلا تكاد ناحية من سلوكه الخاص والعام تبتعد عن عناية الشريعة وهداياتها. إنّ الفقه الإسلامي يشمل أحكاماً فوق الحصر، وقوانينه الضابطة للأعمال - كما تناولت الفرد في خاصّة نفسه - تناولت الدولة في أعم أمورها، حتى يكون إشراف الدين على

¹ -حوى، 2007، حوى، س.. تربيتنا الروحية (9 ط). دار السلام، 2007 ص 23.

² -شلتوت، 1980، شلتوت، م.. من توجيهات الإسلام. دار الشروق، 1980 ص 65-66.

الانسان، محكما لا ثغرة فيه. والينبوع الدافق بهذه الأحكام العتيدة والمتجددة، ينبجس من كتاب الله وسنة رسوله.¹

وكون الإسلام آخر رسائل السماء، فهو يخاطب القلب والعقل معا، عالم الانسان الداخلي وعالمه الخارجي سويا بمنطق متكامل، وبمنهج متجانس متناغم، فالإسلام يحمل في بُنية القرآن الكريم، وصحيح السنة النبوية وصريحها رؤيته للكون، ومنهجه لتهديب النفس وتزكيتها، ويكتنز الإسلام في ذاته بنور بناء اجتماعي متكامل، وفي طياته شفرة خطة سياسية محكمة متكاملة، وكلمة السر لتسخير الكون، ولتدقيق منهجية للبحث العلمي والتجريبي في أرجاء الكون وتخوم الطبيعة.² مما يعطيه - أي الإسلام - تلك المكانة الرفيعة، بين الأديان، ويكون فيه وبجدارة صالح الإنسانية وسعادة الإنسان دنيا وأخرى.

25 الفطرة الدينية

يمكن تعريفها بأنها تلك الخاصية الذاتية التي تصحب الانسان طيلة مدة وجوده، أي منذ لحظة ولادته إلى لحظة مغادرته لهذه الحياة، شأنها كشأن شكله، وصفاته، وغرائزه، وغيرها.

وتبين الإحصائيات أن نسبة (78 %) من سكان العالم يدينون بدين ما مهما كان نوع اعتقادهم، بينما النسبة الباقية والممثلة لـ: (13 %) من سكان العالم يدعون عدم تدينهم وفي الواقع هم يدينون بشكل أو بآخر بديانة مستترة كما هو الحال مع المذاهب الاجتماعية كالماركسية والعلمانية والتي تعتبر في جوهرها شكلا من أشكال التدين المستتر. واستنادا إلى القوانين الإحصائية يمكن اعتبار الفطرة الدينية قضية مقطوعا بصحتها. كما يمكن تمييز ثلاثة أنواع من الفطرات:

- **الفطرة الأولى:** والتي تعرف بالوعي الفطري بوجود الله وتتمثل في إدراك الانسان لوجود إله موجد خالق له.
- **الفطرة الثانية:** وهي فطرة خاصة بالتدين إذ هي فطرة دافعة للإنسان نحو ممارسة عبادة وطقوس تعبدية.
- **الفطرة الثالثة:** وهي فطرة تتمحور حول قضايا الخلود أو الموت وكذا البعث والجزاء وغيرها.

ويمكن جمع هذه الفطرات الثلاث تحت مسمى الفطرة الدينية لدى الانسان³ فالانسان هو الانسان، وُجد إنسانا وعاش إنسانا وسيبقى كذلك إلى فناء هذه الدنيا، له كينونة ثابتة لم تتغير ولن تتغير. فطبيعته هي طبيعته وجبلة كذلك، وينابيع الدين ومصادره، لا تزال موجودة في القديم وفي الحاضر، وستبقى كما هي في المستقبل، وإن تغيرت أشكالها وصورها وأنواعها؛ ويؤكد فيلسوف اليونان سقراط هذا المعنى حيث يقول " فكما يشعر الانسان بحاجته الماسة إلى الهواء والماء والطعام، تشعر روحه أيضا بحاجة مبرمة إلى غذاء معنوي إلهي، وهذا الشعور في عرفنا هو الدين الذي اهتدى إليه أول إنسان".⁴

¹-الغزالي، مرجع سبق ذكره، ص 73.

²-كوزي، مرجع سبق ذكره، ص 42.

³-الحسيني، الحسيني، ا. م.. الانسان والدين. مكتبة وهبة، 2004 2004، ص ص 18-19.

⁴-م. الزحيلي، مرجع سبق ذكره، ص ص 31-33.

26 خصائص الدين الاسلامي

يُتَّسَمُ الدِّينُ الإسلامي بخصائص عديدة تميّزه عن باقي الأديان، وحتى وإن تقاسم مع بعض الأديان وبخاصة السماوية منها، بعض الخصائص في الظاهر، غير أنه يختلف عنها في الجوهر؛ ومن أهم هذه الخصائص يمكن عرض ما يلي:

1.26 الربانية

ويعني ذلك أن مصدر الدِّين أساسا هو الله سبحانه وتعالى مما يعطي القداسة لهذا الدين، ليحظى بالتقدير والاحترام والتسليم والقبول ثم الطاعة والانقياد لدى المؤمنين، وذلك إما بخطاب الله المباشر عن طريق الوحي والمتمثل في القرآن الكريم، نحو قوله تعالى: ﴿الْم (1) ذَلِكَ الْكِتَابُ لَا رَيْبَ فِيهِ هُدًى لِّلْمُتَّقِينَ (2) الَّذِينَ يُؤْمِنُونَ بِالْغَيْبِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَمِمَّا رَزَقْنَاهُمْ يُنْفِقُونَ (3) وَالَّذِينَ يُؤْمِنُونَ بِمَا أُنزِلَ إِلَيْكَ وَمَا أُنزِلَ مِنْ قَبْلِكَ وَبِالْآخِرَةِ هُمْ يُوقِنُونَ (4) أُولَئِكَ عَلَى هُدًى مِنْ رَبِّهِمْ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ (5)﴾ (سورة البقرة 1 - 5)، أو بخطاب الله غير المباشر وذلك عن طريق السنة النبوية المطهرة، نحو قول رسول الله صلى الله عليه وسلم:

وبذلك تكون الربانية أولى سمات وخصائص المنهج القرآني، وبالتالي هي أساس باقي الخصائص، وخاصية الربانية يراد بها أمران هما: ربّانية المصدر والمنبع، وربّانية الوجهة والمقصد.¹

2.26 الكمال

يكتسب الدِّين صفة الكمال من جهة كمال من أنزله وشرعه وهو الحق جلّ في علاه الكامل في صفاته وأسمائه وأفعاله، وبالضرورة أن يكون دينه غاية في الكمال والإحكام والاعتقان فلا يشوبه نقص ولا عيب، ولا معقّب لحكمه، قال تعالى: ﴿الْيَوْمَ أَكْمَلْتُ لَكُمْ دِينَكُمْ وَأَتْمَمْتُ عَلَيْكُمْ نِعْمَتِي وَرَضِيتُ لَكُمُ الْإِسْلَامَ دِينًا﴾ (سورة المائدة 3) ولذا كانت النصوص غاية في الاحكام والاعتقان سالمة من التناقض، والاضطراب، معصومة من الخطأ والنقص والقصور.²

3.26 الشمول

هو نظام عام وشامل شرعها الله سبحانه وتعالى ليكفل سعادة الناس أفرادا وجماعات دنيوا وأخرى، إذ لم يترك عنصرا من عناصر الخير والصلاح، عناصر الحياة الطيبة والسعادة الخالدة، إلا أمر بهو دعا إليه وحثّ عليه؛ ولم يترك عنصرا من عناصر الشرّ والفساد، عناصر الحياة الذليلة والشقاء المقيم، إلا نهى عن هوجدر ونقر منه؛ ذلك أنّا لإسلام بنى تنظيم هل لعا لمعل بالواقع، وهو أنّ الإنسان جسم وروح، وأنّ للجسم حظا ومتعة، وأنّ للإنسان شخصية مستقلة عن بني جنسه، وشخصية به ا يكون لبنة في المجتمع الوطني والإنساني، وإنّلهب كل من هاتين الشخصيتين حقوق أو عليه واجبات. ولا تتحقق للإنسان سعادته إلا حين استكمال حظي الجسم والروح، وتنظيمه حق وقهو واجباته في نفسه وفي مجتمعه بشكل متوازن دون

¹-بورقية، 2009، بورقية، منهج القرآن في التربية. المطبعة العربية، 2009 ص ص 152-153.

²-الشامي، مرجع سبق ذكره ، ص ص 10-11.

إفراط ولا تفريط.¹ وهو بتلك الشمولية "يحقّق للإنسان حريته وكرامته بتعلّقه الكلّي بخالقه وحده، ويحفظ طاقاته العقلية والفكرية والنسليّة ويوجّهها وجهة البناء والعطاء والإنتاج والمصلحة العامة".²

4.26 التوازن والاعتدال

يعتبر التوازن من أهم خصائص منهج الإسلام، حيث يظهر التوازن من نواح عدة، فثمة توازن بين الثوابت والمتغيرات إذ يقصد بالثوابت ما يعلّق بالأُمور العقديّة والإيمانيّة، ويقصد بالمتغيرات ما يعلّق بكلّ ما يخضع لإعمال العقل والتفكير والاجتهاد والتفسير وغير ذلك. كما أنّ هناك توازن بين مطلقة المشيئة الإلهية وثبات السنن الكونية حيث تعمل السنن بوثيرة ثابتة وفق الإرادة والمشيئة الإلهية المطلقة. وثمة أيضا توازن بين عبودية الإنسان المطلقة لله وخضوعه التام له، وبين أن يكون- أي هذا الإنسان - في الوقت ذاته خليفته في هذه الأرض، مسخر له ما فيها، وذا سلطة عليها وهكذا. هذا التوازن معطوف بالاعتدال، إذ الدين الإسلامي بعيد كلّ البعد عن الغلو أو التطرّف. والدين الإسلاميّ ينظر إلى الإنسان نظرة كاملة وشاملة وهو بذلك يهتم بكلّ جانب من جوانب حياته، فهو كما يحرم على الإنسان الانسياق وراء شهواته ونزواته فإنّه أيضا يحرم عليه الرهينة وإماتة مطالبه المادية الطبيعيّة وذلك كله في كنف ما فرضه الله عليه.³

5.26 القيومية

هذه الصفة ملازمة لله سبحانه وتعالى إذ تعني قيامه على كل موجود، وأيضا قيام كل موجود به، فلا قيام لشيء أبدا دون ارتكانه وارتكازه إلى وجوده سبحانه وتديره، فهو يصرف أمر الإنسان وأمر كلّ شيء من حوله، في أرقى درجات الحكمة والتدبير،⁴ فبذلك كان قول الحق مهيمنا ومسيطرا بصفة مطلقة عما سواه ليكون مصدر الحقيقة المطلقة، فكان بالتّبع للدين الإسلامي تلكم الصّفة إذ هي منه تعالى أولا وآخرا.

6.26 الحفظ والثبات والاستمرارية

إن الميّزة الكبيرة التي امتاز بها الدين الإسلامي عن غير هم من الأديان ميّزة الحفظ إذ تكفل المولى عزّوجلّ بحفظ هذا الدين بصفة دقيقة جدا، من خلال تكفّله بمسؤولية حفظ المصدر الأساس للتشريع وهو القرآن الكريم مصداق القول هتعالى: ﴿إِنَّا نَحْنُ نَزَّلْنَا الذِّكْرَ وَإِنَّا لَهُ لَحَافِظُونَ﴾ (سورة الحجر 9)، وقوله: ﴿لَا يَأْتِيهِ الْبَاطِلُ مِنْ بَيْنِ يَدَيْهِ وَلَا مِنْ خَلْفِهِ تَنْزِيلٌ مِنْ حَكِيمٍ حَمِيدٍ﴾ (سورة فصلت 42). عناية الله وحفظه لكتابه ودينه أضحت صمّام أمان لكل محاولة للتغيير أو التشويه أو التحريف ليبقى هذا الدين ثابتا مهما تغيّر الزمن وتغيّرت ظروفه، ومهما تطوّر الإنسان أو تغيّرت ظروفه، فخاصية الثبات كانت نتاجا حتميا للخاصية الأساسية لهذا الدين - خاصية الربانية - إذ صدور الدّين من لدن الحكيم العليم المهيمن القاهر، يعطي لهذا الدّين حدوده وقواعده وأصوله وقيمه التي لا تتبدل ولا تتغير، والتي تصلح بالتّبع لكل زمان ومكان وظرف، والإنسان يصبح فيه أساسا - أي في كنف الدّين - متلقيا مستجيبا متكيّفا مطبقا. ومن ناحية أخرى فإن الإنسان ينزع إلى الحركة فهو يعيش في كون طبيعته الحركة والمادة المتحركة، ثم إنه

¹-شلتوت، مرجع سبق ذكره ، ص ص 83-84.

²-سرات مرجع سبق ذكره ،، ص 176.

³-بورقيّة، مرجع سبق ذكره، ص ص 164-169.

⁴-قطب، قطب، س، في ظلال القرآن (م 01). دار الشروق، 2009 2009، ص 287.

مرّ ويمرّ بأطوار مختلفة وظروف متغيرة ومضطربة أيضاً، وحياة متقلبة، وتحديات متعدّدة، تدفعه ليغيّر واقعه ويطوّره، هذه الحركية والنزعة الإنسانية تجاهها، هي جوهر كونه خليفة لله في الأرض ومقتضى الخلافة الحركة والتطوير والتعمير وهو بذلك يعيش ضمن خاصية: الحركة ضمن إطار ثابت حول محور ثابت،¹ وبذلك أمكن لهذا الدين أن يثبت ويستمر، فقد تبين مع مرور الزمن أنّ الدين كما يقول سرّات:

قوة غالبة لا تزيدها المقاومة والإقصاء إلا حضوراً وظهوراً وعنفاً واشتعالاً، وأنها في النهاية تقهر أنصارها وأعداءها على السواء... فالدين هو الذي يحقق للإنسان حرّيته وكرامته بتعلّقه الكلّي بخالقه وحده، ويحفظ طاقاته العقلية والفكرية والنسلية ويوجهها وجهة البناء والعطاء والإنتاج والمصلحة العامة، وهو الذي لا يكتفي بالحفاظ على شرفه وعرضه، بل يزكّيه وينميّه، ويحفظ ثروته المالية من الإفراط والتفريط والضرر والضرار، ويجنب المجتمع من السقوط في هيمنة الأقلية الكانزة على الأغلبية الفقيرة.²

7.26 الاعجاز التشريعي

لقد أبدى الدين الإسلامي من خلال الوحي أعلى المستويات في النظم القانونية والتشريعية، ليعطي بذلك منظومة متكاملة وشاملة وواقعية ومنسجمة بعيدة عن التناقض، والاضطراب، والتحيز والظلم.

ويظهر الاعجاز التشريعي بالبناء المنهجي للأحكام والتشريعات من حيث مراعاتها لطبيعة الإنسان وطبيعة الحياة الدنيا ومسخراتها، التي تتسم بالثبات من جهة، وبالمرونة من جهة أخرى، فجاءت الأحكام على نمطين:

النمط الأول: الأحكام الثابتة التي تتضمن المصالح الخالدة والعامة، وتمثل الأرضية والأساس الذي يعتبر صمّام أمان للفرد والمجتمع والأمة.

النمط الثاني: الأحكام المرنة التي جاءت بصيغ كلّية وبمبادئ عامّة، أو مرتبطة بمصالح متبادلة حسب الظروف والأعراف والعوائد المختلفة.³

8.26 الواقعية والايجابية

ينظر القرآن ومن خلاله الاسلام إلى الانسان بواقعية من حيث حقيقة وجوده، بما في ذلك عقله ونفسه ونوازعه وأشواقه وآماله وقدراته واستعداداته وغيرها، ويتعامل الاسلام تعاملًا يحترم فيه إنسانية الانسان كما خلقه الله عزّ وجلّ، بدوافعه وحاجاته وعواطفه ورغباته، وهو إذ يعترف بضعف الانسان تجاه المغريات عموماً إلا أنه بالمقابل لا يتركه لفطرته الضعيفة تلك دون سند وتقويم وتوجيه وترشيد، فالله تعالى الذي جعل الضعف من طبع الانسان وجعل حبّ الارتقاء والسموّ من طبيعته أيضاً، وبالتالي فإن الإسلام بواقعيته تلك يصل بالإنسان إلى مراتب الاتزان والسواء، ليغدو المؤمن الحق من خلال هذا المنهج قوياً دون تزمت، متفتحاً دون تفسّخ، وحازماً دون قسوة.⁴ لتكون تلكم الواقعية منصّة انطلاق لهذا

¹-قطب، مرجع سبق ذكره، ص 75.

²-سرّات، مرجع سبق ذكره، ص ص 165-167.

³-الشامي، مرجع سبق ذكره، ص 13.

⁴-بوريقية، مرجع سبق ذكره، ص ص 176-177.

الانسان لعمارة الأرض ونشر الصلاح فهو يدرك أنه الخليفة وأنه المؤتمن على الأرض وأنه الضعيف المحتاج إلى عون الله وتوفيقه فيتزود من نبع الله بما يعينه على الرقي والسمو ومجابهة الصعاب حتى يلق الله وهو عنه راض، ليحقق بإيجابية الواقعية تلك المقاصد التي من أجلها وجد وهي: العبادة والعمارة والاستخلاف.

9.26 التيسير والرفق

تظهر واقعية هذا الدين وإيجابيته بجلاء في سهولة تطبيقه، ومرونة تعاليمه وبساطتها وتماشيها مع متطلبات فطرة الانسان، حيث بني - أي هذا الدين - على التيسير، ويظهر ذلك في آيات كثيرة نحو قول الحق تعالى: ﴿يُرِيدُ اللَّهُ بِكُمُ الْيُسْرَ وَلَا يُرِيدُ بِكُمُ الْعُسْرَ﴾ (سورة البقرة 185) وقوله تعالى: ﴿لَا تُكَلِّفُ نَفْسٌ إِلَّا وُسْعَهَا﴾ (سورة البقرة 233). كما يرتبط الرفق بالتيسير ارتباطاً وثيقاً إذ يدعو الإسلام المسلمين إلى حسن المعاملة ويمجد الرفق واللين والرحمة ويمتدح تلك الصفات معتبراً إياها من أجل الصفات وأرفعها، ولا أدل على ذلك من مدح الله لنبيه الذي يتصف بهذه الصفات ويجسدها سلوكاً وواقعاً وفي هذا يقول الحق تبارك وتعالى: ﴿فَبِمَا رَحْمَةٍ مِنَ اللَّهِ لِنْتَ لَهُمْ وَلَوْ كُنْتَ فَظًا غَلِيظَ الْقَلْبِ لَانْفَضُّوا مِنْ حَوْلِكَ فَاعْفُ عَنْهُمْ وَاسْتَغْفِرْ لَهُمْ وَشَاوِرْهُمْ فِي الْأَمْرِ فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ﴾ (سورة آل عمران 159)، كما يقول في موضع آخر من القرآن الكريم: ﴿لَقَدْ جَاءَكُمْ رَسُولٌ مِنْ أَنْفُسِكُمْ عَزِيزٌ عَلَيْهِ مَا عَنِتُّمْ حَرِيصٌ عَلَيْكُمْ بِالْمُؤْمِنِينَ رَءُوفٌ رَحِيمٌ﴾ (سورة التوبة 128) ولقد حث رسول الله صلى الله عليه وسلم بين أمرين إلا أخذ أيسرهما ما لم يكن إثماً [مسلم، رقم 1546] كما أنه عليه السلام قال: من يُحَرِّمِ الرَّفْقَ يُحَرِّمِ الْخَيْرَ [مسلم، رقم 1783].

10.26 الحرية

تعتبر الحرية ركيزة هامة وركنا ركينا للإسلام الذي جاء كما أقره الأولون لتحرير الانسان من ظلم الانسان للإنسان، وإخراج الناس من جور الأديان إلى سماحة الإسلام، وإذ يعلي الإسلام من مكانة الانسان وينافح على حريته، فهو يرفض بكل قوة أي شكل من أشكال الاستبداد والاستعباد، فإن كان عدم الاكراه على اعتناق الدين مطلباً رئيساً للإسلام لقوله تعالى: ﴿لَا إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَدْ تَبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ﴾ (سورة البقرة 256)، فالأمر فيما عدا ذلك أولى. هذه الدعوة الصريحة للحرية الانسانية دفعت عمر الفاروق ليطلق شعاره الخالد (متى استعبدتم الناس وقد ولدتهم أمهاتهم أحراراً). والحرية كما يقول الغزالي هي:

الجو الوحيد لميلاد الدين ونمائه وازدهاره. وهي لا شك سبب لبقائه واستمراره. بذلك هي قاعدة ارتكاز لكل بناء حضاري وعمّار مدني، ورفي انساني " فالبيئات التي تستمتع بمقادير كبيرة من الحرية هي التي تنضج فيها الملكات، وتنمو فيها المواهب العظيمة، وهي السند الإنساني الممتد لكل رسالة جليلة وحضارة نافعة.¹

¹-الغزالي، مرجع سبق ذكره ، ص 248.

وتتفق الفطرة السليمة والفهم المتعمق والرؤية الواضحة مع هذا الطرح، لتقرّ بكلّ موضوعية هذه التركيبية المتينة بين الدّين والحرية. وفي هذا السياق يقول هنري لانك " الدين وسيلة الحياة الباسلة التي تنهض بالإنسان ليصير سيّد بيئته المسيطر عليها، لا فريستها وعبدها الخانع"(لانك، 2010، ص 31).

11.26 العالمية

الإسلام دين عالمي، وشريعته عامّة لكل البشر، وتأسيسا على هذا، فإنّ نظمه التي شرعها الله أو شرع أصولها تتسم كذلك بهذه السمة، وتختص بهذه الخاصية، فهي نظم عامّة لكلّ البشر، وجميع بني الانسان، وليست لشعب دون شعب، أو خاصّة بعقل دون عقل، أو مجتمع دون آخر، بل لكلّ الشعوب والمجتمعات. ثم إنّ التاريخ يشهد بأنّ النظم الإسلامية المؤسسة على شريعة الإسلام الغراء، والمنطلقة من مبادئه السمحاء، قد أقامت حضارة عظيمة راقية، كانت ملء سمع الزمان وبصره، امتدت رقعتها قرونا طويلة، وبسطت ظلالها على شعوب مختلفة، وأجناس عديدة، فما قصرت يوما عن الوفاء بحاجات من آوى إليها، ونعم بظلالها من بني البشر، وما عجزت يوما عن استيعاب مشكلات الإنسانية وإيجاد الحلول الصائبة والملائمة لها، فكانت أمان كلّ خائف، ودواء كلّ سقيم وشفاء كلّ عليل، وعاش الناس – مسلمهم وغير مسلمهم – في ظلها الحياة الرشيدة الطيبة.¹

وينحو الغزالي هذا المنحى مؤكدا عالمية الدين الإسلامي إذ يقول:

إن الإسلام مبادئ عامة لا تفرق بين جنس وجنس ولون ولون، ووطن ووطن، هو هداية من الله، ربّ الناس ملك الناس إله الناس، إلى الخلق أجمعين، هو نظام يقوم على أن الله وحده صاحب الجلالة والكرامة في مملكة لا فرق فيها بين عربي وعجمي، يُحكم فيها بأمره، وينفذ فيها شرعه، ويتساوى فيها عباده، وتخلو أركانها من الطواغيت والجبابرة، ومن فلسفة القوّة ومنطق التكبر وقسوة العدوان والادعاء... يجب أن نعلم أن الإسلام قرابة قبل قرابة الدم، ورابطة قبل رابطة الوطن، وفكرة موجّهة وعقيدة دافعة وعاطفة مهيمنة قبل أية فكرة أو عقيدة أو عاطفة يهتز بها ضمير إنسان، وأنّ القرآن إذا جاء بحكم فلا رادّ له، وأنّ السنّة إذا أوحى بعمل فلا كلام بعدها، وأنّه تجت راية القرآن والسنّة يصطفت البشر كافة من زنوج وسكسون ومن هنود ولاتين ومن عرب وعجم وأفريقيين وأمريكيين، لا يفضل أحدهم أخاه بشيء إلا أن يكون يتقوى الله.²

27 خصائص التدين

باعتبار أنّ التدين "هو تفاعل الإنسان مع الوحي، بالتصوّر النظري المعرفي المتّجه إلى الاستكشاف والاستجلاء لمراد الشارع، ومعرفة منهجه، ونظامه، وأحكامه في سائر تصرّفات الإنسان، ثمّ الانتقال إلى التجسيد الواقعي المتمثّل بالسلوك الفردي والاجتماعي، والاجتهاد التنزيلي"³ فيمكن استنباط أبرز خصائص التدين كما يلي:

1. **جهد بشري:** هو جهد الانسان لتحري المراد الإلهي من أجل تحقيق مهمة الاستخلاف عن طريق التفاعل مع النصوص، والأدلة المرشدة للمطلوب

¹-إ. ع. محمد، مرجع سبق ذكره، ص ص 39-40.

²-الغزالي، مرجع سبق ذكره، ص ص 59-60.

³-الشامي، مرجع سبق ذكره، ص 45.

2. **النقص والقصور:** باعتباره - أي التدين - بشريا من حيث الإدراك ومن حيث التطبيق فإنه يتسم بالمحدودية والنسبية، وبالتالي بالنقص والقصور عن الإحاطة بكل مقتضيات الدين ولوازمه
3. **التفاوت في الإدراك:** اختلاف الناس في مداركهم، ومستويات ثقافتهم وقدراتهم العقلية وفهمهم، وغيرها يفضي إلى مستويات وصنوف ومظاهر مختلفة من التدين
4. **قابلية التأثر والتغير:** تؤثر أساليب التفقه، والتعلم، والتثقيف. وبالتالي البيانات الحاضرة لتلك الأساليب على مدارك الفرد وملكة الاجتهاد لديه، وكذا تشكل المفاهيم حول كيفية تدينه ومتطلباته.
5. **الذاتية:** يكون التدين صنعة بشرية فإن حظ النفس منها وافر، كما أن الفهم والتفسير ذاتيين، فإنه من الصعب بمكان أن يتصف التدين بالموضوعية المطلقة.

وعموما فإن مِيزة التدين وخصيسته البارزة هي القصور والنقص وقد أوضح الشامي (2018) هذا النقص والقصور وبخاصة حينما يتعلق الأمر بالتدين التطبيقي وذلك من خلال ناحيتين:

- **الأولى:** من ناحية تفاوت الإيمان وقوته وضعفه، فمهما بلغ المسلم من الكمال في التدين ، فإنه سيبقى لديه قصور في تنفيذ بعض الأحكام إيجابا أو تركا، ومنه يتفاوت المؤمنون في المقامات فمنهم الظالم لنفسه، ومنهم المقتصد، ومنهم السابق بالخيرات وغير ذلك، وكل طبقة فيها تفاوت كبير ، قال تعالى: ﴿ ثُمَّ أَوْرَثْنَا الْكِتَابَ الَّذِينَ اصْطَفَيْنَا مِنْ عِبَادِنَا فَمِنْهُمْ ظَالِمٌ لِنَفْسِهِ، وَمِنْهُمْ مُّقْتَصِدٌ وَمِنْهُمْ سَابِقٌ بِالْخَيْرَاتِ إِذْنِ اللَّهِ ذَلِكَ هُوَ الْفَضْلُ الْكَبِيرُ ﴾ (فاطر: 32).
- **الثانية:** من ناحية سوء التطبيق، وذلك عندما يسعى المسلم لتنفيذ حكم شرعي معلوم لديه، ولكنه يجهل فقه التنزيل وأدواته، فينزله بصورة سلبية لا تراعي صلاحية المحل للتنزيل؛ فيفسد أكثر مما يصلح، كمن ينهى عن منكر بما يفضي إلى منكر أكبر منه.¹

28 الفرق بين الدين والتدين

بعد تناول كلا المفهومين لغة واصطلاحا، وبعد التطرق إلى أهم خصائص كل منهما، أصبح الفرق بين المفهومين أكثر وضوحا، ورغم ذلك فإنه من الصعوبة بمكان الفصل بينهما من حيث تناول البحثي والتطبيقي لشدة التلازم والارتباط، وبالرغم من أن التعامل مع الموضوع من حيث الدراسة - الدراسة الحالية ومثيلاتها - يُعنى بالتعامل مع التدين للأسباب المنهجية التي ذكرت آنفا، إلا أن مفهوم الدين لا يمكن تجاوزه بأي حال من الأحوال، ومعرفة الحدّ الفاصل بين الدين والتدين مهم جدا وضروري قبل الخوض في سبر أغوار متغير الدراسة هاته (التدين). فحسب العمر (2015) فإنّ المصطلح الأول - أي الدين- يتجلى في النص الإلهي لحظة نزوله، وإثباته، والثاني - أي التدين - ينتج من تفاعل الناس مع النصّ عبر تأويله والوقوف على معانيه ومرامييه سواء أدى هذا التفاعل إلى الطاعة والاتباع، أم قاد إلى المعصية والابتداع أو اجتهد في تحويل الابتداع إلى إبداع وتفاعل خلاق مع النصّ بإنتاج أطر نظرية وممارسات تواكب حركة الحياة التي لا تتوقف عبر إيجاد ما يلزم من فقه الواقع. وفيما يكون الدين مقدساً فإن أشكال التدين وألوانه وعلوم الدين وأصنافها هي منتج بشري لا قداسة له.²

¹-الشامي، مرجع سبق ذكره ، ص ص 45-46.

²-العمر، مرجع سبق ذكره، ص 118.

فموضوع الدّين يشتمل على ثلاث عناصر أساسية مجمعة فيما قاله دراز (1970) بأنّ كلمة الدّين عند العرب تشير إلى علاقة بين طرفين يعظم أحدهما الآخر ويخضع له، وينجم عن ذلك ثلاث حالات لهذه العلاقة:

- إذا وصف بها الطرف الأول كانت خضوعاً وانقياداً.
- وإذا وصف بها الطرف الثاني كانت أمراً وسلطاناً، وحكماً وإلزاماً.
- وإذا نظر إلى الرباط الجامع بين الطرفين كانت هي الدستور المنظم لتلك العلاقة أو المظهر الذي يعبر عنها.

ليخلص دراز بالقول إلى أن المعنى يدور حول لزوم الانقياد وإلزام الانقياد في الاستعمال الأول، وحول التزام الانقياد في الاستعمال الثاني، ومعنى المبدأ الذي يلزم الانقياد به في الاستعمال الثالث.¹ واستنباطاً مما قد تم عرضه يمكن تلخيص أهم ما يميّز الدّين عن التدين في الجدول التالي:

جدول 2/ الفرق بين الدين والتدين

الدّين	التدين
إلهي	إنجاز بشري
كمال مطلق	محدود ونسبي
لا يقبل النقد والمراجعة	يقبل النقد والمراجعة
ثابت	يقبل التغيير
معصوم	غير معصوم
واحد	متعدد

المصدر: الشامي، ع. ا. ص، فقه الدّين والتدين. دار الكتب العلمية، 2009، ص 50

29 أبعاد التدين

تجدر الإشارة إلى أن اختلاف مستويات التدين وتظاهراته على مستوى الأشخاص يرجع أساساً إلى مستويات إيمانهم بالخالق جل وعلى، ويمكن بذلك تمييز أربعة أبعاد من خلالها تتجلى شخصية المتدين وهي:

¹-سرات، مرجع سبق ذكره ، ص 13.

1.29 البعد الجسمي

ويشمل رعاية حقوق الجسم والمحافظة عليه وتنميته ووقايته من كل ما يؤذيه، وإشباع حاجاته باعتدال، ويشمل كذلك المحافظة على الحواس وتنميته واستخدامها فيما خلقت له. ويدخل في هذا النظافة وحسن المظهر باللباس الحسن والزينة المباحة.

2.29 البعد النفسي

ويشمل رعاية حقوق النفس من تزكيتها وتنميته، وحمايتها من كل ما يندسها أو يفسدها، كذلك حبها وقبولها والرضا عنها وعن قدراتها، ومعرفة حاجاتها وميولاتها، وإشباعها باعتدال، كذلك نهيتها عن كل ما يغضب ربها، وحثها على العمل بما يرضيه. فتحصل لها السعادة وتقبل على الحياة بتفاؤل ورضا. ويحرص الفرد على علاج الانحرافات التي تقع فيها النفس بالتوبة والاستغفار، ويحلّيها بالأخلاق الحسنة ويجنبها الأخلاق السيئة.

3.29 البعد الاجتماعي

ويشمل رعاية حقوق الناس ويدخل فيه محبتهم ورحمتهم، وإرادة الخير لهم، وحماية حقوقهم، وأموالهم، وأعراضهم وأسرارهم، ولين القول لهم وأمرهم بالمعروف بالحنى ونهيتهم عن المنكر بالتلي هي أحسن. وبذل وجوه البر لهم وكف الأذى عنهم.

4.29 البعد الروحي

ويشمل رعاية حقوق الله، وذلك بمعرفته وحبّه وإفراده بالعبادة بجميع أشكالها، وبحب لقاء الله وكلامه ورسوله، والملائكة والأنبياء وسائر المؤمنين من الأنس والجن. فيكون من نتائج ذلك تمكين الإيمان في قلب العبد ويشع النور في عقله وبصيرته ويجلي يصره ويسدد حواسه فيتبع ما يرضاه الله ويتجنب ما يسخط ربه، فيترقى في المنازل حتى يصبح الله هو يده التي يبطش بها، ونظره الذي يبصر به، وسمعه الذي يسمع به، ورجله التي يمشي بها، وإن استعاده يستجيب له ويعيده، وإن استنصر بالله على أعدائه لينصره ويجيب دعوته، ثم إذا أحبّ الله العبد أمر جبريل بمحبته ثم طلب جبريل من الملائكة أن تحب هذا العبد، ثم يوضع له القبول في الأرض فيحبه أهل الأرض.¹

وباعتبار أن التدين ممارسة سلوكيّة مجسّدة للدين باعتباره نسقا من الرموز للعلاقة مع الله والناس فقد حدد جلوك وستارك خمسة أبعاد هي:

1. البعد الأيديولوجي: وتشمل ما يعتقدّه المؤمن ويتبناه وكذا تجاربه تجاه ما يعتقدّه.
2. البعد الطقوسي: وتشمل الممارسات التعبدية، أو الممارسات الدينية التي نتجت عن التجربة العقدية.
3. البعد التجريبي: وتشمل جملة المشاعر والأحاسيس والادراكات المصاحبة للقناعات العقدية والممارسات الطقوسية.
4. البعد الفكري: ويشمل المعرفة الدينية التي يمتلكها الفرد عن دينه والمرتبطة أساسا بالنصّ الديني وأسلوب التعامل معه.

¹-قريشي، مرجع سبق ذكره، ص ص 50-51.

5. **بعد التبعات:** ويشمل أثر الاعتقاد والممارسة والتجربة وأيضا المعرفة على المعاش اليومي للمؤمن وحياته عموما والنتائج المتحصل عليها بالتبعية.¹

30 أنواع التدين

لقد وردت تصنيفات كثيرة ومتعددة للتدين، اختلفت وتنوعت حسب الخلفيات الفكرية والتناولات العلمية والأيدولوجية المختلفة، ومن تصنيفات بعض الباحثين:

1.30 تصنيف ألبورت وروس (Allport and Ross)

اقترح ألبورت وروس تصنيفين للتدين: تدين جوهري وتدين ظاهري.

✓ **التدين الجوهري (الحقيقي):** يميز التدين الجوهري حياة الشخص المتعمق في عقيدته الدينية دون أي تحفظ، و الشخص الذي له هذه الطبيعة يعمل على خدمة الدين بدلا من أن يسخر الدين لخدمته.

✓ **التدين الظاهري:** أما التدين الظاهري فهو تلك النظرة للدين باعتباره نمطا أو شكلا لخدمة الذات و حمايتها، و المنفعة الشخصية، اذ يزود المؤمن بالراحة و الخلاص الروحي².

2.30 تصنيف شلتوت (1980)

صنف شلتوت التدين إلى أنواع عدة على النحو التالي:

1. **التدين الصادق:** المقصود به ما يجب أن يحرص عليه المؤمن ممّا " يتصل بالحقائق النافعة واللب الخالص: عقيدة صحيحة، وخلق فاضل، وعمل صالح مثمر مفيد. وهذه الثلاثة هي جماع الخير، وأصول البر والتقوى، وآية الصدق في التدين عند الله"³، وهي العناصر التي ترشدنا إليها الآية الكريمة: **﴿لَيْسَ الْبِرُّ أَنْ تُولُوا وُجُوهَكُمْ مَقْبَلُ الْمَشْرِقِ وَالْمَغْرِبِ وَلَكِنَّ الْبِرَّ مَنْ آمَنَ بِاللَّهِ وَالْيَوْمِ الْآخِرِ وَالْمَلَائِكَةِ وَالْكِتَابِ وَالنَّبِيِّينَ وَآتَى الْمَالَ عَلَى حُبِّهِ ذَوِي الْقُرْبَى وَالْيَتَامَى وَالْمَسَاكِينَ وَابْنَ السَّبِيلِ وَالسَّائِلِينَ وَفِي الرِّقَابِ وَأَقَامَ الصَّلَاةَ وَآتَى الزَّكَاةَ وَالْمُوفُونَ بِعَهْدِهِمْ إِذَا عَاهَدُوا وَالصَّابِرِينَ فِي الْبَأْسَاءِ وَالضَّرَاءِ وَحِينَ الْبَأْسِ أُولَئِكَ الَّذِينَ صَدَقُوا وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُتَّقُونَ﴾** (سورة البقرة: 177).
3. **التدين الكاذب:** هو الذي لا أثر له إذا ما وضع في ميزان الصدق، فهو على الطرف النقيض تماما من التدين الصادق أي هو الذي يخلو أو يكاد من عقيدة صحيحة، أو خلق فاضل، أو عمل صالح.⁴
4. **التدين الرمزي:** هو ذلك النوع الذي يكون فيه الفرد متدينا بمجرد أنه ينتسب إلى هذا الدين بأداء لرمزه الأول، وهو النطق بالشهادتين، فتراه بعد هذا بعيدا عن الفضائل، والأعمال الصالحة، والقضايا العلمية الصادقة التي أخبر بها أمناء الله على وحيه، وكان الايمان بها عنصرا من عناصر التدين عند الله، فتراه يطلق العنان لنفسه وعقله وجوارحه بلا حدود في كل شيء، لا يردعه نصح ولا إرشاد فالحق

1- غماري، مرجع سبق ذكره، ص ص 76-77.

2- البحيري والدمرداش، مرجع سبق ذكره، ص 1.

3- شلتوت، مرجع سبق ذكره، ص 44.

4- المرجع نفسه، ص 37.

عنده ما يراه حقا، والفضيلة هي الأخرى عنده ما يراها فضيلة، إمامه الهوى والشهوة، بهما يفكر، وعلى حكمها ينزل.¹

5. **التدين السوري:** هو ذاك النوع من التدين الذي يراه من يتصفون به منحسرا في: حركات صلاة، وتماوت صيام، وهممة تسبيح، وخفوت صوت، وانحناء رقبة، وإعلان تحسر وتباك على الدين والأخلاق وكثرة تردد على البيت الحرام...، وبمثل هذه الصور، التي لا تغني من الحق شيئا، يحدّد هؤلاء تدينهم العملي. وأما تدينهم العلمي فيتحدد بما يقرؤون من آراء الآباء والأجداد.²

3.30 تصنيف حضري (2011)

يمكن تصنيف التدين إلى خمسة مستويات حسب حضري على الشكل التالي:

1. التدين المعرفي (اللفظي)

وهو أول مستويات التدين لدى الفرد. ويُعبر الجانب القولياو الكلامي على مستوى المعرفة لنصوص الدين والفهم لقيمه وأحكامه، دون أن يكون هناك التزام سلوكي أو ممارساتي لدى هؤلاء الأفراد، وهو ما يُعبر عنه أفراد المجتمع بقولهم يعرف ويخالف أي أن هذا الفرد يعرف تعاليم الدين وأحكامه ولا يلتزم بها، إن هذا التدين الذي يبقى على مستوى الخطاب، هو التدين الذي يُوصف أصحابه بالمتدينين غير الممارسين، وسواء كان هؤلاء الأفراد صادقين فيما يعبرون عنه أو غير، صادقين فإن ما يظهر لنا منهم في المجتمع أنهم يعرفون ويقررون بحسن العمل ويتجنبون أكثره، ويقرون بسيء العمل ويأتون أكثره.

2. التدين الموسمي

يعد التدين الموسمي من أبرز وأكثر أشكال التدين انتشارا خصوصا لدى الشباب، وهذا النمط يدل على حالة المد التديني المرافق لأوقات وأزمنة معينة أصبح المجتمع يدركها ويتوقع حدوثها مثل الأعياد وشهر رمضان ومواسم القحط والشدة وغيرها من المناسبات، ولا يدل هذا بالضرورة على حالات التلاعب أو التزييف لدى الأفراد والجماعات المتدينين. فامتلاء المساجد في شهر رمضان مثلا لا يخلو من الإشارة إلى ارتفاع وزيادة حالة الالتزام الديني وكذلك استقامة الناس والتزامهم في حالات الشدة والخوف لا تدل هي الأخرى بالضرورة على تصنع أو تكلف أو نفاق. ونفس الشيء نلاحظه مع بداية موسم الامتحانات حيث ترتفع بورصة التدين لدى طلبة المدارس والجامعات. ولا يبدو الأمر مستغربا في تعبد الكثير منهم بالأدعية وتلاوة الأحاديث وقراءة القرآن، بالإضافة إلى تأدية الصلوات في المساجد. ومما يجدر الإشارة إليه أيضا هنا هو أن التدين الموسمي هو تدين يجمع على خلاف غيره وفي كثير من الأحيان جوانب متعددة من الالتزام مثل: جانب اللباس والمظهر، وجانب السلوكات والمعاملات بالإضافة إلى جانب الممارسات... الطقوسية... وغيرها من المشاهد والمظاهر التي يُعبر بها الكثيرون عن علاقتهم بالدين.

¹-المرجع نفسه، ص 38.

²-شلتوت، مرجع سبق ذكره، ص 39.

3. التدين الطقوسي (شعائري)

تتحدد مظاهر التدين في هذا النمط ضمن دائرة السلوك والمظهر، حيث نجد أن الشخص يقوم بأداء العبادات والطقوس الدينية والمحافظة على المظهر المناسب، ولكن بدون معرفة كافية بحكمها وأحكامها وبدون عاطفة دينية تُعطي لهذه العبادات معناها الروحي، ولكن فقط يؤدي هذه العبادات كعادة اجتماعية تعودها. وبالتالي تكون مجموعة هذه المظاهر الخارجية هي المشكلة للدين والمتشكلة به قد يكون تحقيق الشعور بالانتماء هو الدافع لدى هؤلاء في الالتزام بالممارسات الطقوسية خصوصاً الجماعية منها، ومنه يعبر الكثيرون عن ذلك بقولهم نفعل "كما يفعل الناس" فلا هم يرتقون بممارساتهم الشعائرية إلى الأهداف والغايات المرجوة منها، ولا هم يدركون أحكامها ويعرفون شروطها.

4. التدين الانتقائي

كثيراً ما نلاحظ في الأوساط الاجتماعية ذلك الاستهلاك الديني الاختياري أو الجزئي الذي يمس جزءاً من النظام الديني ككل، حيث يُقبل بعض الأفراد على أداء بعض الشعائر والواجبات الدينية والامتناع عن أداء البعض الآخر. وبالرغم من خلفية كل واحد من هؤلاء في الالتزام ببعض المسائل الدينية والانقطاع عن بعضها الآخر، إلا أن ما يهمناهو رصد هذا المشهد الانتقائي للممارسة الدينية الذي يؤديه الكثير من الأفراد، كما يختلف التدين الانتقائي عن التدين الموسمي في كون عناصره المنتقاة مستمرة ودائمة في كل فصل أو موسم أو حالة أي أن التدين الانتقائي لا يحتوي على فراغات زمنية دينية بحجم الفراغات التي يحتويها التدين الموسمي.

5. التدين المتكامل

يُعد هذا النوع من أنواع التدين المُعبّرة عن تغلغل الدين في دائرة المعرفة ودائرة العاطفة ودائرة السلوك. فنجد الشخص يملك معرفة دينية معينة وعاطفة دينية مماثلة، تجعله يستجيب لتعاليم دينه ويخلص له مع سلوك يوافق كل هذا. وهنا يكون الدين بكل مستوياته هو الفكرة المركزية المُحرّكة والموجهة لكل نشاطات هذا الشخص (الخارجية والداخلية)، ونجد قوله متفقاً مع عمله، وظاهره متفقاً مع باطنه في انسجام تام. وإذا وصل الإنسان لهذا المستوى من التدين المُترنّ شعراً بالأمن والطمأنينة والسكينة ووصل إلى درجة من التوازن النفسي.

4.30 أهم خصائص التدين الجوهري أو الصادق من خلال آيات القرآن الكريم

ومن أهم مدلولاته وخصائصه يمكن ذكر:

- الاستقامة وتحقيق العبودية لله، قال تعالى: ﴿فَاسْتَقِمْ كَمَا أُمِرْتَ وَمِنَابِعَكَ لَا تَطْغَوْا إِنَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ بَصِيرٌ﴾ (سورة هود 112).
- الإخلاص، قالتعالى: ﴿وَمَا أُمِرُوا إِلَّا لِيَعْبُدُوا اللَّهَ مُخْلِصِينَ لَهَا لِلدِّينِ حُنَفَاءَ وَيُقِيمُوا الصَّلَاةَ وَيُؤْتُوا الزَّكَاةَ وَذَلِكَ دِينُ الْقِيَمَةِ﴾ (سورة البينة 5).
- التقوى قدر الاستطاعة، لقوله تعالى: ﴿فَاتَّقُوا اللَّهَ مَا اسْتَطَعْتُمْ وَأَسْمِعُوا وَأَطِيعُوا وَأَنْفِقُوا خَيْرَ الْأَنْفُسِكُمْ وَمَنْ يُوقِ شُحَّ نَفْسِهِ فَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾ (سورة التغابن 16).

- الورع، قال تعالى: ﴿وَذَرُوا ظَهْرَ الْإِثْمِ وَبَاطِنَهُ إِنَّ الَّذِينَ يَكْسِبُونَ الْإِثْمَ سَيُجْزَوْنَ بِمَا كَانُوا يَقْتَرِفُونَ﴾ (الأنعام 120)، ﴿فَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ خَيْرًا يَرَهُ وَمَنْ يَعْمَلْ مِثْقَالَ ذَرَّةٍ شَرًّا يَرَهُ﴾ (الزلزلة 7، 8).
- التذلل والتواضع لله قال تعالى: ﴿وَاللَّهُ يَسْجُدُ مَا فِي السَّمَاوَاتِ وَمَا فِي الْأَرْضِ مِنْ دَابَّةٍ وَالْمَلَائِكَةُ وَهُمْ لَا يَسْتَكْبِرُونَ﴾ (النحل 49)، ﴿مُحَمَّدٌ رَسُولُ اللَّهِ وَالَّذِينَ مَعَهُ أَشِدَّاءُ عَلَى الْكُفَّارِ رُحَمَاءُ بَيْنَهُمْ تَرَاهُمْ رُكَّعًا سُجَّدًا يَبْتَغُونَ فَضْلًا مِنَ اللَّهِ وَرِضْوَانًا نِسِيْمَاهُمْ فِي وُجُوهِهِمْ مِنْ أَثَرِ السُّجُودِ ذَٰلِكُمْ تِلْكَهُمْ نِعْمَتُ اللَّهِ وَمَتْلَهُمْ فِي الْإِنْجِيلِ كَزَرْعٍ أَخْرَجَ شَطْطَهُ فَآزَرَهُ فَاسْتَغْلَظَ فَاسْتَوَى عَلَى سُوقِهِ يُعْجِبُ الزُّرَّاعَ لِيُغَيِّظَ بِهِمُ الْكُفَّارَ وَعَدَ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ مِنْهُمْ مَغْفِرَةً وَأَجْرًا عَظِيمًا﴾ (الفتح 29).
- حفظ الدين في الذات والمجتمع والإنسانية، قال تعالى: ﴿وَاعْبُدْ رَبَّكَ حَتَّى يَأْتِيَكَ الْيَقِينُ﴾ (الحجر 99)، ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا مَنْ يَرْتَدَّ مِنْكُمْ عَنْ دِينِهِ فَسَوْفَ يَأْتِي اللَّهُ بِقَوْمٍ يُحِبُّهُمْ وَيُحِبُّونَهُ أَذِلَّةٌ عَلَى الْمُؤْمِنِينَ أَعِزَّةٌ عَلَى الْكَافِرِينَ يُجَاهِدُونَ فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا يَخَافُونَ لَوْمَةَ لَائِمٍ ذَٰلِكُمْ فَكُفُّوا لَعْنَتِ اللَّهِ عَلَيْهِمْ مِنْ شِسَاءٍ وَاللَّهُ وَاسِعٌ عَلِيمٌ﴾ (المائدة 54)، ﴿وَوَصَّى بِهَا إِبْرَاهِيمُ ابْنَهُ يَعْقُوبُ يُبْنِي إِنْ اللَّهُ اصْطَفَى لَكُمْ الَّذِينَ فَلَا تَمُوتُنَّ إِلَّا وَأَنْتُمْ مُسْلِمُونَ﴾ (البقرة 132)، ﴿إِنَّ الَّذِينَ عِنْدَ اللَّهِ لَاسْلَمَ وَمَا اخْتَلَفَ الَّذِينَ أُوتُوا الْكِتَابَ إِلَّا مِنْ بَعْدِ مَا جَاءَهُمُ الْعِلْمُ بَغْيًا بَيْنَهُمْ وَمَنْ يَكْفُرْ بِآيَاتِ اللَّهِ فَإِنَّ اللَّهَ سَرِيعُ الْحِسَابِ﴾ (آل عمران 19).
- التوازن بين متطلبات الدنيا والآخرة، قال تعالى: ﴿وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا وَأَحْسِنْ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ وَلَا تَبْغِ الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُفْسِدِينَ﴾ (سورة القصص 77).
- العلم بحقيقة الدين ومتطلباته وأسسها، قال تعالى: ﴿فَاعْلَمْ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَاسْتَغْفِرْ لِذَنْبِكَ وَلِلْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مُتَقَلَّبَكُمْ وَمَثْوَاكُمْ﴾ (سورة محمد 19)، ﴿وَجَاهِدُوا فِي اللَّهِ حَقَّ جِهَادِهِ هُوَ اجْتَبَاكُمْ وَمَا جَعَلَ عَلَيْكُمْ فِي الدِّينِ مِنْ حَرَجٍ مِلَّةَ أَبِيكُمْ إِبْرَاهِيمَ هُوَ سَمَّاكُمُ الْمُسْلِمِينَ مِنْ قَبْلُ وَفِي هَذَا لِيَكُونَ الرَّسُولُ شَهِيدًا عَلَيْكُمْ وَتَكُونُوا شُهَدَاءَ عَلَى النَّاسِ فَأَقِيمُوا الصَّلَاةَ وَآتُوا الزَّكَاةَ وَاعْتَصِمُوا بِاللَّهِ هُوَ مَوْلَاكُمْ فَنِعْمَ الْمَوْلَى وَنِعْمَ النَّصِيرُ﴾ (سورة الحج 78).
- حسن المعاملة وتحكيم الله في كل صغيرة وكبيرة: ويندرج تحت لوائها العدل والأمانة والرحمة والبر والإحسان والكرم وحب الخير للناس وغيرها من محمود الصفات، ولقد ورد في القرآن الكثير من الآيات الدالة ﴿وَأَقِيمُوا الزُّنْنَ بِالْقِسْطِ وَلَا تُخْسِرُوا الْمِيزَانَ﴾ (سورة الرحمن 9)، ﴿وَاعْدِلُوا هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَى وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ﴾ (سورة المائدة 8)، ﴿إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُكُمْ أَنْ تُؤَدُّوا الْأَمَانَاتِ إِلَى أَهْلِهَا وَإِذَا حَكَمْتُمْ بَيْنَ النَّاسِ أَنْ تَحْكُمُوا بِالْعَدْلِ إِنَّ اللَّهَ نِعِمَّا يَعِظُكُمْ بِهِ إِنَّ اللَّهَ كَانَ سَمِيعًا بَصِيرًا﴾ (سورة النساء 58).

31 العوامل المؤثرة في التدين

من حيث كون التدين موضوعا يخضع لمعايير إدراكية واجتماعية فإنه يتأثر بعدد العوامل، والتي قد تكون ذات تأثير أساسي أو ثانوي، ذاتي أو خارجي، وغير ذلك. وبذلك قد تختلف تلك العوامل من حيث التأثير ودرجته، بين الأفراد وبين الجماعات وبين الأماكن والأزمنة، ويمكن إجمال أهمها في قسمين هما: العوامل الذاتية والعوامل الخارجية.

1.31 العوامل الذاتية

هذه العوامل موجودة في الانسان، وهي في معظمها لدى كل البشر، والتفاوت فيها يأتي من حيث هداية الله لنفس الانسان لارتياح طريق الرشاد والبعد بها عن طريق الغواية والفساد. ويمكن القول أن أهم هذه العوامل الذاتية ثلاثة وهي الفطرة والنفس والأخلاق.

1. الفطرة

وهي عامل حاسم بلا شك في هداية الانسان إلى الطريق المستقيم وهي بطبيعتها - أن تركت بدون تدخل من عوامل خارجية - تهتدي إلى بارئها كما قال تعالى: ﴿فَأَقْمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفًا فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا. لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ. ذَلِكَ الدِّينُ الْقِيمَ وَلَكِنْ أَكْثَرُ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ﴾ (الروم (30))، وقوله تعالى: ﴿وَإِذْ أَخَذَ رَبُّكَ مِنْ بَنِي آدَمَ مِنْ ظُهُورِهِمْ ذُرِّيَّتَهُمْ وَأَشْهَدَهُمْ عَلَى أَنْفُسِهِمْ أَلَسْتُ بِرَبِّكُمْ قَالُوا بَلَى شَهِدْنَا أَنْ تَقُولُوا يَوْمَ الْقِيَمَةِ إِنَّا كُنَّا عَنْ هَذَا غَافِلِينَ﴾ (الأعراف (172))، والفطرة على هذا إن استقامت على الهدى فهي الركيزة المستقيمة لتدين الانسان وتنفيذه لتعاليم دينه كما جاءت من الله عز وجل.¹

2. النفس

موجودة لدى الناس جميعاً ولا تختلف في وجودها لدى انسان عن أي انسان آخر، والاختلاف يأتي في صفات هذه النفس حيث تلعب الصفات دوراً كبيراً في تدين الانسان وتميزه عن غيره من الأفراد الآخرين، والمعروف أن هناك ثلاث مسميات للنفس بناء على اختلاف الصفات لكل منها وهي: النفس المطمئنة والنفس اللوامة، والنفس الأمارة بالسوء.

● **النفس المطمئنة:** وهي أعلى مراتب النفس، حيث يعدّ صاحبها في أعلى المراتب وهي النفس الراضية المرضية المخاطبة في قوله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّفْسُ الْمَطْمَئِنَّةُ ارْجِعِي إِلَىٰ رَبِّكِ رَاضِيَةً مَرْضِيَّةً﴾ (الفجر (27 - 28))، وقد ورد عن ابن القيم أن مدار الطمأنينة أصلاً: طمأنينة العلم والايمان وطمأنينة الإرادة والعمل، وقد سميت مطمئنة باعتبار طمأنينتها إلى ربها وذلك بحسن عبادته وإخلاص محبته ودوام الانابة إليه ولزوم التوكل عليه وإيقان الرضا به والسكون إليه، وإن الطمأنينة إلى الله سبحانه وتعالى حقيقة ترد منه، وفضل ينال منه لتحلّ على قلب المؤمن فتجمع شتاته، وتسري في نفسه فتجذبها إلى الله، وبذلك يلين جلده وقلبه ومفاصله إلى خدمة الله والتقرب إليه، والطمأنينة الحقيقية لا تحصل إلا بالله وبذكره مصداقاً لقوله تعالى ﴿الَّذِينَ ءَامَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (الرعد (28)).²

● **النفس اللوامة:** وهي التي أقسم الله بها على إثر قسمه بيوم القيامة في قوله تعالى: ﴿لَا أَقْسِمُ بِيَوْمِ الْقِيَمَةِ وَلَا أَقْسِمُ بِالنَّفْسِ اللَّوَّامَةِ﴾ (القيامة (1-2))، وما أقسم الله بها وهو العظيم إلا لعظم شأنها فهي النفس الحية المتيقظة التي تلوم صاحبها إذا هم إلى خطأ أو مال إلى شرّ، فهي إذا " النفس اللوامة المتيقظة الخائفة المتوجسة التي تحاسب نفسها، وتتلفت حولها، وتبين حقيقة هواها، وتحذر خداع ذاتها هي النفس

¹-المهدي، المهدي، م. ع. ا، سيكولوجية الدين والتدين. البيطاش سنتر، 2002. 2002، ص 56.

²-المرجع نفسه، ، ص 57.

الكرامة على الله¹، وبالتالي فإن " كل نفس متوسطة ليست بالمطمئنة ولا بالأمارة بالسوء، فإنها لؤامة، مرة تلوم على ترك الطاعة، ومرة تلوم على فوت ما تشتهي، فإذا اطمأنت خلصت وصفت".²

• **النفس الأمارة بالسوء:** وهي النفس الفاجرة المذمومة، المستعاذ منها، "وهي التي تميل إلى الطبيعة البدنية وتأمر بالذات والشهوات الحسية، وتجذب القلب إلى الجهة السفلية، فهي مأوى الشرور، ومنبع الأخلاق الذميمة".³ وهي التي أمر الإنسان بمخالفتها واتهام نصحتها ومخالفة أمرها إذ لا تأمر إلا بسوء ولا تدفع إلا لشر ولا تحدث إلا بمعصية وقد وردت في القرآن الكريم في مقام الذم، وذلك في قوله تعالى على لسان امرأة العزيز: ﴿وَمَا أَبْرَأُ نَفْسِي إِنَّ النَّفْسَ لَأَمَّارَةٌ بِالسُّوءِ إِلَّا مَا رَجَمَ رَبِّي إِنَّ رَبِّي غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ (يوسف 53).

3. الأخلاق

الأخلاق هي أساس الدين وجوهره وقد بُعث النبيون لتعظيمها والحث عليها وفي هذا السياق يقول الرسول عليه السلام في حديث رواه الزرقاني (إِنَّمَا بُعِثْتُ لِأَتَمِّمَ مَكَارِمَ الْأَخْلَاقِ)، ولقد أمر الله المسلمين باتباع الرسول الذي تجسدت فيه مكارم الأخلاق، فيستحق بذلك مدح الله سبحانه وتعالى له في قوله ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَى خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾ (القلم 4)، ومن أجل هذا أمر الله سبحانه وتعالى باتباع الرسل الذين دعوا إلى المكرامات والفضائل وعملوا بها بقوله ﴿أُولَئِكَ الَّذِينَ هَدَى اللَّهُ فَبِهِدَّتْهُمْ أَفْتَدَهُ قُلْ لَا أَسْأَلُكُمْ عَلَيْهِ أَجْرًا إِنْ هُوَ إِلَّا ذِكْرٌ لِلْعَالَمِينَ﴾ (الأنعام 90)، وبالرغم من أن الدين والأخلاق ليسا شيئا واحدا كما يقول بيجوفيتش إلا أنه لا يمكن بناء الأخلاق إلا على الدين، فوجود الأخلاق كمبدأ لا يمكن بغير دين، إذ ترتبط الأخلاق بالدين في العالم الأسمى، فالأخلاق إنما هي دين تحول إلى قواعد للسلوك، أي أن الدين تحول إلى مواقف إنسانية تجاه الآخرين وفقا لحقيقة الوجود الإلهي.⁴

2.31 العوامل الخارجية

وهي العوامل التي تحيط بالإنسان في بيئته التي يعيش فيها، من خلال ما يسمى بمؤسسات التنشئة الاجتماعية، وهي – أي التنشئة الاجتماعية – عملية تربية الفرد وتنميته في ظل ثقافة مجتمعية يصطبغ بها لتكون قاعدة ارتكاز لتوجهاته الحياتية لتكفل له الاندماج والتناغم في مجتمعه والتوافق مع متطلباته وقيمه وطبيعته، "وتعتبر عملية التنشئة الاجتماعية من أهم العمليات الاجتماعية التي تحدث في المجتمع. وتعني التنشئة الاجتماعية تنشئة الفرد تنشئة تكفل له الاندماج مع عادات وقيم مجتمعه وطبيعته، وتضمن له التكيف مع ظروفه وتهيئته ليكون عاملاً من عوامل تقدّم هذا المجتمع وتطوره نحو الأفضل".⁵

1. الأسرة

تعتبر الأسرة " المبرج بلغة الحاسوب، فهي الأرضية التي تكوّن الوليد البشري فتجعله إنسانا وهي تكسبه السلوك والاتجاهات".⁶ ولقد إهتم الإسلام بالأسرة أيما اهتمام وأولاها عناية فائقة، وتعهدوا

¹-قطب، مرجع سبق ذكره ، ص 3768.

²-و. الزحيلي، مرجع سبق ذكره ، ص 2779.

³-بن بوخلط وزعتر، مرجع سبق ذكره، ص 74.

⁴-بيجوفيتش، مرجع سبق ذكره ص 191.

⁵-بورقيبة، مرجع سبق ذكره ، ص 41.

⁶هاشمي، أ، الأسرة والطفولة. دار قرطبة، 2004، ص 12.

برعاية خاصة تكفل لها السلامة والاستقرار والبقاء والاستمرار، ضمن منهاج خاص شامل ودقيق، ولقد ألقى القرآن الكريم والسنة النبوية المطهرة من شأن الأسرة في مواضع عديدة، فالأسرة في الإسلام هي النواة الأولى في التكوين الاجتماعي، وقوة المجتمع وتماسكه إنما هو من قوة وتماسك الأسرة.

وتمتاز الأسرة بجملة من الخصائص يمكن إدراجها على النحو التالي:

- الأسرة من أهم مقومات الاستقرار في الحياة.
- أنها ليست عملاً فردياً، بل تقوم على أوضاع ومصطلحات يقرّها ويدعمها المجتمع في نشأتها، وتطورها وأوضاعها ونظامها.
- أنها تحدد الإطار العام لتصرفات أفرادها وتشكل حياتهم، كما أنها مصدر عقيدتهم وعاداتهم وتقاليدهم وقواعد سلوكهم.
- أنها تؤثر في النظم الاجتماعية وتتأثر بها.
- أنها وحدة اقتصادية عند الرجوع إلى تاريخ الأسرة، وهي النظام الذي يؤمن وسائل المعيشة لأفراده.
- أنها المكان الطبيعي لنشأة العقائد الدينية واستمرارها.
- أنها الوسيط لحفظ النوع البشري الذي يعتمد عليه المجتمع في تحقيق غرائز الإنسان ودوافعه الطبيعية والاجتماعية لتحقيق الغاية من الاجتماع الإنساني.¹

2. الرفاق أو جماعة الأقران

وهم مجموعة أفراد متقاربون في السن والاتجاهات، تربطهم رابطة الجماعة التي ينتمون إليها، وتؤثر فيهم تأثيراً كبيراً، وتملك الجماعة هاته سلطة قوية على أفرادها وقدرة كبيرة على توجيه وضبط سلوكياتهم، وبوسائل مختلفة تهيوها لهم، كالتطابق والتماثل والقبول والثواب والعقاب والاستقلالية وتحمل المسؤولية وغيرها، مما يتعذر توفيره من جماعات أخرى في نسيج المجتمع.²

3. المؤسسات التعليمية

وهي أماكن التعليم والتدريب كالمدارس والمعاهد والجامعات، وهذه المؤسسات تقوم بوظائف عدة منها نقل الثقافة والمحافظة على التراث الثقافي للمجتمع بما يطرأ عليه من تغييرات ونمو، وكذلك توفير الظروف المناسبة لنمو الفرد من النواحي الجسمية والعقلية، والانفعالية والاجتماعية. والمؤسسات التعليمية بما فيها من مدرسين ومسؤولين وطلاب ومناهج تؤثر بدرجة كبيرة على سلوك الفرد سلباً كان أم إيجاباً وفقاً للبيئة التي توفرها.³ ولقد أوكل المجتمع إلى هذه المؤسسات مسؤولية الإنابة عنه " في تعليم وتنقيف وتربية الناشئة وفقاً لطبيعة هذا المجتمع ونوعيته، فهي تعدّ رجال المستقبل، ولذلك كان وما يزال لها الدور الفعّال في تحديد هوية ومسار المجتمعات".⁴

¹الوايلي، ج. ع. 1، الأمن الفكري مسؤولية أسرية ومهام تربوية. مكتبة الملك فهد الوطنية، 2014، ص ص 105-106.

²المهدي، م. ع. 1، سيكولوجية الدين والتدين، البيطاش سنتر، 2002، ص 56.

³المرجع نفسه، ص 59.

⁴شحيبي، م. أ، دور علم النفس في الحياة المدرسية، دار الفكر اللبناني، 1994، ص 28.

4. دور العبادة

وهي الأماكن التي تؤدي فيها العبادات من معابد ودير وكنائس ومساجد وغيرها، وفي الإسلام يحتل المسجد مكانة خاصة وقيّمة، كما يقوم بأدوار عديدة ومهمّة في حياة المسلمين عموماً، إذ يعتبر من أهم مؤسسات التنشئة الاجتماعية، ومن أكثرها تأثيراً على الحياة العامة والخاصة بالنسبة للمسلمين، ولأهمية ومكانة المسجد فقد ورد ذكر لفظ المسجد في (28) موضعاً من القرآن تنم عن مقامه ومكانته نحو قوله تعالى: ﴿يَبْنِيْ عَادَمَ خُذُوْا زِينَتَكُمْ عِنْدَ كُلِّ مَسْجِدٍ وَكُلُوْا وَاشْرَبُوْا وَلَا تُسْرِفُوْا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِيْنَ﴾ (الأعراف 31).

ويساهم المسجد في عملية التنشئة الاجتماعية للفرد من حيث:

- تعليم الفرد والجماعة التعاليم الدينية والمعايير السماوية التي تحكم السلوك بما يضمن سعادة الفرد والمجتمع.
 - إمداد الفرد بإطار سلوكي نابع من تعاليم دينه.
 - تنمية الضمير والوازع الديني عند الفرد والجماعة.
 - الدعوة إلى ترجمة التعاليم السماوية إلى سلوك عملي.¹
5. المؤسسات الدينية والجمعيات الخيرية

وهي مؤسسات وجمعيات تقوم بأنشطة عديدة داخل المجتمعات المختلفة بعضها له صفة رسمية وبعضها له صفة شبه رسمية وبعضها يعمل بشكل تلقائي ولم يكتسب صفة العمل الرسمي، ومع هذا فان هذه المؤسسات والجمعيات تقوم بدور كبير في التأثير على تدين الأفراد.

6. الكتب والدوريات

للكتب والدوريات أثر كبير في تدين الإنسان فاذا توفرت له كتب تحثه على التزام دينه، وتبين له محاسنه، وتناقش له أمور حياته على أسس من تعاليم دينه، ازداد إيمانه وقويت عقيدته وزاد تدينه. أما إذا كان المتوفر له من الكتب، يدعو للرذيلة والقصص الماجنة والأفكار المنحرفة، كان أثرها عظيماً في صرف الفرد عن دينه وإضعاف تدينه وإيمانه.²

7. أجهزة الاعلام المرئية والمسموعة

سميت هذه الوسائل بهذه التسمية لاعتمادها على حاستي السمع والبصر في وقت واحد، وهذه الوسائل هي الأكثر تأثيراً، والأبلغ وضوحاً في الإعلام، فقد ثبت علمياً بأن اشتراك أكثر من حاسة في الاطلاع على الشيء، يكون معرفة وعلماً به، أكثر من سواه؛ فالمعروف أنّ لحواس الإنسان قدرات متكاملة، وكلّ حاسة لديها قدرة ذاتية متخصصة، فإذا اجتمعت أكثر من حاسة، فإنّ ذلك يعني اجتماع أكثر من قدرة متخصصة يتم التنسيق بينها لتعطي مفعولاً أكبر من الانفراد بمهمة واحدة، ذات قدرة

¹ بورقيبة، د، مدخل إلى علوم التربية، المطبعة العربية، 2005، ص 76.

² المهدي، مرجع سبق ذكره، ص 60.

منفردة. لذلك كان أثر وسائل الإعلام البصرية أكبر من غيرها، كوسائط يعتمد عليها الاعلام في نقل مفهومه إلى جمهوره من المشاهدين والمستمعين في آن واحد.¹

وتشمل هذه الوسائل الكلاسيكية كلا من المسرح والسينما والتلفزيون والأفلام المسجلة، وصولاً إلى الهواتف الذكية وما تنتجه التكنولوجيات الحديثة.

32 أمراض التدين

يصاب الناس بأمراض كبرى، وتصير حياتهم ضنكاً، نتيجة الإعراض عن الذكر والذكرى، أما المتدينون فإنهم معرضون لأمراض ناتجة عن سوء الفهم وسوء التدين، أو تزييف الدين والكتاب والتلاعب في آياته، أو اختلاق كتاب وآيات ما أنزل الله بها من سلطان. كما ينحرف التدين وتستشري أمراضه نتيجة الوصاية على الناس المؤدية إلى تدافع شديد قد يصل إلى الرغبة في التصفية الجسدية وشن حروب دينية تطول أو تقصر.²

ولقد ذكر سرّات جملة من هذه الأمراض نوردها مع بعض التعريف فيما يلي:

1.32 الوصاية والابتئاس

وتعني أن الله سبحانه هو الوكيل فلا يجوز اتخاذ قرارات، وإصدار أحكام بدلاً عنه وبالتالي ممارسة الوصاية والرقابة على الناس وإظهار مشاعر الابتئاس نحو الرافضين لدينه ناهيك عن الانتقام، وقد ورد في هذا السياق قوله تعالى: ﴿وَأَوْحِي إِلَىٰ نُوحٍ أَنَّهُ لَنْ يُؤْمِنَ قَوْمُكَ إِلَّا مَنْ قَدْ آمَنَ فَلَا تَبْتَئِسْ بِمَا كَانُوا يَفْعَلُونَ﴾ (36) وَاصْنَعِ الْفُلَ بِأَعْيُنِنَا وَوَحْيُنَا وَلَا تَخَاطِبْنِي فِي الَّذِينَ ظَلَمُوا إِنَّهُمْ مُّعْرِضُونَ (37) (سورة هود 36 - 37).

2.32 التفرق في الدين

هو ذلك التفتت والتشردم في الدين والتحزب المقيت الذي حذر منه القرآن معتبراً إياه من أفتك الأمراض فقد تحدث القرآن في نصوص كثيرة حول هذه الظاهرة منها قوله تعالى: ﴿إِنَّ الَّذِينَ فَرَّقُوا دِينَهُمْ وَكَانُوا شِيعًا أَسْتَ مِنْهُمْ فِي شَيْءٍ إِنَّمَا أَمْرُهُمْ إِلَى اللَّهِ ثُمَّ يُنَبِّئُهُمْ بِمَا كَانُوا يَفْعَلُونَ﴾ (سورة الأنعام 159).

3.32 التنبيه الكاذبة

وبالتعبير القرآني "الرجم بالغيب" مثل ادعاء معرفة المستقبل القريب أو البعيد إذ لا يعلم الغيب غير الله سبحانه وتعالى فقد قال عزّ من قائل: ﴿قُلْ لَا يَعْلَمُ مَنْ فِي السَّمَوَاتِ وَالْأَرْضِ الْغَيْبَ إِلَّا اللَّهُ وَمَا يَشْعُرُونَ أَيَّانَ يُبْعَثُونَ﴾ (سورة النمل الآية 65). ويدخل في هذا دعاوى العرافين والمنجمين وغيرهم من مختلف الملل والنحل.

¹بورقيبة، مدخل إلى علوم التربية، مرجع ساب، ص 78.

²سرات، الدين والتدين في العالم المعاصر، دار الكلمة، 2015، ص 135.

4.32 الوثوقية والتعصب

وهي من أشد الأمراض وأخطرها على الإطلاق إذ يقصد بها الاعتقاد الجازم الحاسم لدى بعض الفئات ممن ينعنون بالمتدينين بأن فهمهم للدين واجتهادهم فيه هو الأول والآخر والصحيح، ولا شيء غيره ولا لغيره، وبالتالي لا مجال لفهم آخر ولا لاجتهاد آخر، ويترتب عليه عدم قبول لأراء الآخرين وأفكارهم، سواء كانوا متدينين أو غير متدينين أو حتى رافضين للتدين. ولقد شنع القرآن هذه الصفة وصورها وذمها وبشعها على لسان فرعون حيث قال تعالى: ﴿يَا قَوْمِ لَكُمْ الْمُلْكُ الْيَوْمَ ظَاهِرِينَ فِي الْأَرْضِ فَمَنْ يَنْصُرُنَا مِنْ بَأْسِ اللَّهِ إِنْ جَاءَنَا قَالَ فِرْعَوْنُ مَا أُرِيكُمْ إِلَّا مَا أَرَى وَمَا أَهْدِيكُمْ إِلَّا سَبِيلَ الرَّشَادِ﴾ (سورة غافر 29)¹.

5.32 اختزال الدين وتضخيم التدين

ويعني اختزال الدين في ذاته، وتجريده من مميزاته، فيكون الدين هو تلك النصوص التوحيدية التي تعرض لأصل الدين قبل أن تنغمس في أيّ إلزامات ذات مضمون تشريعي أو طقوسي، والتي توفر مادة مناسبة لقراءة الدين في مادته الخام الأولية، وهذا منطوق الغلاة في الاتجاه الحداثي، والذي يؤول في النهاية إلى دين إنسانيّ عام كبقية الأديان الوضعية أو حتى تلك السماوية التي وقع فيها التحريف.²

6.32 تقزيم روح التدين

وذلك بجعل التدين أمرا ثانويا أو هامشيا يمكن التغاضي عن كل خلاف فيه، ويمكننا التخلص من أي قضية مثارة حول الدين بإلقائها في قاطرتة، وهذا خطره عظيم إذ قد يجعل من السهل على المرء أن يهمل ويستهتر بأمر من المهمات والواجبات تحت دعوى أنه من التدين الذي يخفّ الخطب فيه، ويكثر الخلاف حوله... وبالتالي يجب الاحتراز من تقزيم تلك الروح التي هي في حقيقتها الانفعال بالدين تصديقا عقلياً وسلوكاً عمليا من خلال تحمل الدين واتخاذة سرعة ومنهجا استجابة لتعاليم الشرع الإلهي.³

هذا وقد ذكر الزحيلي مجموعة أخرى من مظاهر الأمراض التي تصيب التدين هي:

7.32 ضعف الإيمان

تعرض الدين الحنيف للوهن والضعف في النفوس، وتحرك النزعة المادية في الإنسان، وطغيان الشيطان على أتباعه من الإنس والجن للتهرب من أحكام الدين، والتفقت من زمامه، والتحايل عليه، والتلاعب على بعض جوانبه، وكانت النتيجة سوء الأحوال الخاصة والعامة تحت ستار الدين، وانتشار الفساد والضلال في الفرد والمجتمع، وبالتالي فقدان المقاصد الأساسية للدين، وضياع المصالح.

¹سرات، مرجع سابق، ص ص 135-157.

²حشمت، م، نظرية الدين والتدين، مفكرون، ص ص 74-75.

³المرجع نفسه، ص ص 76-77.

8.32 المتاجرة بالدين

قيام بعض من حملة الدين باستغلاله والتستر وراءه لتحقيق أغراضهم الشخصية، ومطامعهم الذاتية، وميولهم الدنيئة، وشهواتهم الحيوانية، واتخذوا الدين سلعة للمتاجرة والمساومة لسلب خبرات الناس وابتزاز أموالهم، والوصول باسم الدين إلى المناصب والمراكز والتمتع بشهوة السلطة، وفرض النفوذ على الآخرين فكانوا أسوأ مثال لرجال الدين.

9.32 إضفاء الصفة الدينية على الفلسفة والآراء

ظهر عدد من الفلاسفة والمفكرين في مناطق متعددة من أرجاء المعمورة، وفي أحقاب زمنية مختلفة، ونشروا مفلسفتهم وأفكارهم بين الناس، مستغلين مكانة الدين في النفوس، وأضفوا على فلسفتهم وأفكارهم الصفة الدينية وألبسوها رداء الدين، ليضمنوا الاقتناع بها بسرعة في النفوس، ويحققوا انتشارها، وصارت هذه الفلسفات أدياناً في التاريخ والمجتمع، وخاصة الديانات الصينية والهندية القديمة، ومن هنا ظهرت الأديان الوضعية التي اخترعها الناس افتراءً وكذباً وزوراً على رب العالمين، وكانت النتيجة أن تعددت الأديان، وظهرت الأديان السماوية بجانب الأديان الأرضية، والأديان المنزلة إزاء الأديان الوضعية، والأديان الصحيحة معاصرة للأديان الفاسدة المزورة.

10.32 التحريف والتبديل

تعرض الأديان السماوية الصحيحة المنزلة للتحريف والتبديل والتغيير على يد فريق من الناس الذين دخلوا الدين بدون إيمان ولا اقتناع واعتنقوا الدين نفاقاً وتقية، وأعملوا معاول الهدم والتخريب في الأديان، فأحلّوا الحرام، وحرّموا الحلال، وافترّوا على الله الكذب والزور والبهتان في الأحكام

11.32 الجهل بالدين

ظهر جماعات كثيرة تجهل الدين السليم، لكنها لم تتخلّ عن التمسك به، فوجدت حظها بالتقاليد المتوارثة والعادات السيئة والأعراف الباطلة التي صارت في نظر الناس ديناً ينقلونه من الأباء عن الأجداد، ثم يتوارثونه إلى الأبناء والأحفاد. حتى انقلبت حياتهم الدينية إلى وثنية سوداء، وشرك وضعيع، وقد ضل سعيهم في الحياة الدنيا، وهم يحسبون أنهم يحسنون صنعا، أولئك هم الأخسرون أعمالاً.

12.32 اتباع الشهوات والغرائز

الإذعان لسلطان الشهوات والسعي لإشباع الغرائز، وعدم الاستماع لصوت العقل والضمير، فإنّ قسّر العقل، وتخلّف وتجاوزت حظوظ النفس المقدسات الدينية، وترجح جانب المادة وتحركت الشهوات والغرائز وانطلقت بدون حد ولا قيد وسارت في طريق الغواية والشيطان، فإن هذا يؤدي إلى تجاوز حدود الشرع والعقل، وارتكاب المعاصي، والانغماس في المحرمات والغفلة عن الأحكام رغم الاعتراف الضمني بالإيمان وصحة العقيدة والتقصير في أحكام الدين.

13.32 تمزيق الدين

ظهر جماعات كثيرة تؤمن بالدين، ولكنها تأخذ بعضه، وتهمل بعضه الآخر، فتطبق بعض أحكامه، وتتخلى عن بعضها الآخر، تسلخ من الدين ما تشاء من الفروع بما يتفق مع الأهواء والميول فتلتزم، به وتدير ظهرها لما تشاء منه، فتمزق الدين شراً ممزقاً ثم تلجأ إلى أديان أخرى، أو فلسفات فكرية، أو قوانين وضعية لتستورد منها ما تشاء، وترقع بها التمزيق والشغرات بدون تنسيق ولا انسجام يصدق على هذه الظاهرة قول الله تعالى: ﴿أفتؤمنون ببعض الكتاب وتكفرون ببعض، فما جزاء من يفعل ذلك منكم إلا خزي في الحياة الدنيا، ويوم القيامة يردون إلى أشد العذاب، وما الله بغافل عما تعملون﴾ البقرة (85).

14.32 الإلحاد والعلمانية

ظهرت في العصور الحديثة دعوات إلحادية كثيرة، ونجحت بعض هذه الأفكار الإلحادية في استلام السلطة، وإقامة الدول على أساس الإلحاد والعلمانية، وأخذت على نفسها محاربة الأديان بدون تمييز بين دين ودين وكونت عن الأديان فكرة قائمة سوداء، وأصدرت عنها شبهات داكنة في مبادئها وأحكامها واستغلت التاريخ الأسود عن بعض حقب التاريخ للأديان، وأظهرته للناس، كما نشرت الجانب المظلم للأديان الفاسدة الباطلة الوضعية، وحملت وزره إلى الدين بشكل عام، ورسمت للدين صورة مصطنعة اصطناعاً، تعلوها الرتوش الشيطانية والهندسة الخيالية، وتحمل شارة الاستيراد من الخارج، مع كونها صورة بتراء لبعض الأفكار الدينية المحرفة، أو العصور المظلمة، وقرنت بهذه الصورة صورة الماعة براقة، تتجلى في التقدّم العلمي ومعطيات الحضارة، والإنتاج الصناعي الحديث، والتقنية الفنية والمكتشفات العظيمة، والاختراعات المتلاحقة والوسائل المتعددة التي يسخرها الإنسان في حياته ومواصلاته، وتزيل عنه متاعب الماضي في مختلف اتجاهات الحياة، مما يخلب الأنظار، ويشغل الفكر، ويحجب كثيراً من البسطاء عن كشف الحقيقة، والتعمق في النظرة والبحث عن المتاعب والمشاكل والأمراض النفسية والعقلية والجسمية التي ترافق هذه الصورة، لكنه قفز إلى نفوس كثير من الناس، وخاصة الشباب والمتقنين أنّ الدين موضة قديمة، وقد ولّى زمانها، ولم يبق لها فائدة، وليس للإنسان حاجة إليها، ويمكنه بسهولة ويسر الاستغناء عن الدين وأعلنت دعوات الإلحاد وجوب الاستغناء عن الدين وفصله عن الدولة، وإبعاده عن مجال الحياة، وتابعوا الشطط فقالوا: إن الدين والتدين ظاهرة سيئة، وعلامة على التخلف، وهو سبب البلاء والتأخر والجمود في كثير من البلدان واستدلوا على ذلك بأنهم أصبحوا في عصر المدنية والحضارة، وأن العلم أساس كل شيء، ويحقق للإنسانية كل شيء، ويحل محل الدين.¹

33 مقومات التدين

هي مجموعة العناصر الأساسية التي تسهم في تشكّل وبروز التدين الصادق، ويمكن وضعها تحت مسمى مظاهر التدين الحقيقي، وهي التي بتبنيها والعمل بها ترفع من مستوى تدين الفرد، وبما أنّ مناط

¹ الزحيلي، م، وظيفة الدين في الحياة. الجمعية العالمية للدعوة الإسلامية، 1991، ص ص 127-134.

الحديث عن دين الإسلام فهي مستمدة منه ومعبرة عنه، ولشمولية الإسلام وعموميته، فلا يمكن الإحاطة بجميعها، لذا سيكتفى بذكر أهمها:

1.33 أخذ الدين جملة

يعتبر السلام وحدة تامة متكاملة لا يغني بعضه عن بعض، فهو باعتداله وتوازنه وشموليته "عبارة عن منظومة مفاهيمية وقيمية متكاملة لا يمكن أن تتناقض مع بعضها، فهي منظومة متكاملة ومتوازنة، وجاءت من أجل خدمة الإنسان وصيانة حقوقه ومكاسبه. وكل تشريعاته وأنظمتها، منسجمة ومتناغمة وهذه الحقيقة" (محمود، 2016)، ويترب على ذلك إلزامية أخذ الدين جملة دونما إهدار أو انتقاص، ودونما انتقاء أو اختيار لأي من أركانه. فلا بد من أخذ الدين "بعقائده وتصوّراته بشعائره وعباداته بأفكاره ومشاعره بأخلاقه وفضائله بأدابه وتقاليده بنظمه وتشريعاته لأن النصوص الدينية - نفسها تحتّم ذلك وتوجبه؛ ولأن طبيعة المنهج الإسلامي تجعله منظومة متكاملة ووحدة لا تقبل التجزئة والانقسام"¹.

2.33 تعظيم الله تعالى واستشعار مراقبته

تعظيم الله تعالى أصل العبادة وحقيقتها، ومبتغى الغاية وأسسها، وما كانت الخلائق في الوجود إلا لعبادته ﴿وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ﴾ (الذاريات 56)، وليست العبادة إلا تعظيماً وتقديساً ﴿فَسَبِّحْ بِاسْمِ رَبِّكَ الْعَظِيمِ﴾ (الواقعة 96). ولقد دعت آيات القرآن الكثيرة المسلم للتفكير والتدبر في خلقه تعالى ليعظم الله في قلبه ويخشع، وتسكن روحه وتهلأ، ثم تذعن جوارحه فتعبد وتسبح، فمن تلك الآيات الكريمات قوله تعالى:

- ﴿أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ خَلَقَ السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضَ بِالْحَقِّ إِنَّ يَئُودُ يُدْهِبُكُمْ وَيَأْتِ بِخَلْقٍ جَدِيدٍ﴾ (إبراهيم 19).
- ﴿أَلَمْ تَرَ كَيْفَ ضَرَبَ اللَّهُ مَثَلًا كَلِمَةً طَيِّبَةً كَشَجَرَةٍ طَيِّبَةٍ أَصْلُهَا ثَابِتٌ وَفَرْعُهَا فِي السَّمَاءِ﴾ (24 إبراهيم).
- ﴿أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ أَنْزَلَ مِنَ السَّمَاءِ مَاءً فَتُصْبِحُ الْأَرْضُ مُخْضَرَّةً إِنَّ اللَّهَ لَطِيفٌ خَبِيرٌ﴾ (الحج 63).
- ﴿أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ يُسَبِّحُ لَهُ مَنْ فِي السَّمَاوَاتِ وَالْأَرْضِ وَالطَّيْرِ صَافَّاتٍ كُلُّ قَدْ عَلِمَ صَلَاتَهُ وَتَسْبِيحَهُ وَاللَّهُ عَلِيمٌ بِمَا يَفْعَلُونَ﴾ (النور 41).
- ﴿أَلَمْ تَرَ أَنَّ اللَّهَ يُوَلِّجُ اللَّيْلَ فِي النَّهَارِ وَيُوَلِّجُ النَّهَارَ فِي اللَّيْلِ وَسَخَّرَ الشَّمْسَ وَالْقَمَرَ كُلٌّ يَجْرِي إِلَى أَجَلٍ مُسَمًّى وَأَنَّ اللَّهَ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ﴾ (فاطر 29).

وتعظيم الله وتوحيده وإخلاص العبودية له، يفضي إلى استشعار معيته ومراقبته في كل أن ومكان، وتعتبر المراقبة هذه جزءاً من الدين ومظهراً من مظاهر التدين والمراقبة بمفهومها البسيط تعني

¹ حجيرات، م، الدين والتدين (01 ط)، كنوز المعرفة، 2017، ص 119.

أن يتيقن العبد أنّ الله يراقبه، وإن حصل ذلك فيسلك كل طريق ترضي الله وتسير وأوامره وتجتنب نواهيه فيحرص العبد إذن على مراقبة جوارحه وحواسه خشية الله الذي يؤمن به ولا يراه فيغض بصره وسمعه عن الحرام، ويقبض يده فلا تمتدّ له الحرام، ويحفظ رجله فلا تمشي لحرام، ويحفظ لسانه وفرجه ويستشعر حضور الذات الإلهية في كل حياته، ويستشعر معية الله في كل حركاته وسكناته.¹

ويندرج تحت مقوم التقوى العديد من المقومات الأخرى كالتمسك بالكتاب والسنة الصحيحة واتباع التعاليم المنصوص عليها، والحرص على أداء الواجبات الدينية، مصداقا لقوله تعالى: ﴿قَدْ أَفْلَحَ الْمُؤْمِنُونَ (1) الَّذِينَ هُمْ فِي صَلَاتِهِمْ خَاشِعُونَ (2) وَالَّذِينَ هُمْ عَنِ اللَّغْوِ مُعْرِضُونَ (3) وَالَّذِينَ هُمْ لِلزَّكَاةِ فَاعِلُونَ (4) وَالَّذِينَ هُمْ لِفُرُوجِهِمْ حَافِظُونَ (5) إِلَّا عَلَىٰ أَزْوَاجِهِمْ أَوْ مَا مَلَكَتْ أَيْمَانُهُمْ فَإِنَّهُمْ غَيْرُ مَلُومِينَ (6) فَمَنْ ابْتَغَىٰ وَرَاءَ ذَلِكَ فَأُولَٰئِكَ هُمُ الْعَادُونَ (7) وَالَّذِينَ هُمْ لِأَمَانَاتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ (8) وَالَّذِينَ هُمْ عَلَىٰ صَلَوَاتِهِمْ يُحَافِظُونَ (9) أُولَٰئِكَ هُمُ الْوَارِثُونَ (10) الَّذِينَ يَرِثُونَ الْفِرْدَوْسَ هُمْ فِيهَا خَالِدُونَ (11)﴾ (المؤمنون 1-11)؛ وكذا الاهتمام بكافة الطقوس والشعائر الإسلامية لقوله تعالى ﴿ذَلِكَ وَمَنْ يُعِظْ شَعَائِرَ اللَّهِ فَإِنَّهَا مِنْ تَقْوَى الْقُلُوبِ﴾ (الحج 32).

3.33 الورع والتقوى

التقوى تلازم الإيمان وتصاحبه ومقتضاها أن يبنى الإنسان بنفسه بعيدا عن ما يستوجب غضب الله ومقتته، بملازمة منهج الله واتباع تعاليمه، وتجنب الأهواء والشهوات والمعاصي، وإجمالا فعل ما أمر الله به وترك ما نهى عنه والوقوف فيما اشتبه، لقوله تعالى ﴿وَمَا آتَاكُمُ الرَّسُولُ فَخُذُوهُ وَمَا نَهَاكُمْ عَنْهُ فَانْتَهُوا﴾ (الحشر 7)، ويتضمن مفهوم التقوى أيضا أن يتوخى الإنسان دائما في أفعاله الحق والعدل والأمانة والصدق، وأن يعامل الناس بالحسنى، ويتجنب العدوان والظلم. ويتضمن مفهوم التقوى كذلك أن يؤدي الإنسان كل ما يوكل إليه من أعمال ابتغاء مرضاته وثوابه. وهذا يدفع الإنسان دائما إلى تحسين ذاته، وتنمية قدراته ومعلوماته ليؤدي عمله دائما على أحسن وجه²؛ فالتقوى إذا "هي مرحلة النضج الكامل المتفاعل مع الإسلام والإيمان والإحسان فهي علم وعمل، وهي ملكة قلبية وسلوك، وهي حالة ينسجم فيها القلب مع الجوارح، وهي في النهاية هبة الله لمن أسلم وعمل وأحسن".³

إن التقوى بهذا المعنى تصبح طاقة موجهة للإنسان نحو السلوك الأفضل والأحسن، ونحو نمو الذات ورفقيها، وتجنب السلوك السيئ والمنحرف والشاذ. وهذا يتطلب من الإنسان مجاهدة نفسه والتحكم في أهوائه وشهواته فيصبح هو المسيطر عليها والموجه لها. فالتقوى، إذن من العوامل الرئيسة التي تؤدي إلى نضوج الشخصية وتكاملها واتزانها، وتدفع بالإنسان إلى الارتقاء بذاته متطلعا إلى بلوغ الكمال الإنساني.⁴ ولأهميتها فقد أشار الله إليها في مواضع كثيرة من القرآن الكريم منها:

• ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ حَقَّ تَقَاتِهِ وَلَا تَمُوتُنَّ إِلَّا وَأَنْتُمْ مُسْلِمُونَ﴾ (آل عمران 102)

¹ المرجع نفسه ، ص 120.

²نجاتي، م. ع، القرآن وعلم النفس (11 ط) دار الشروق، 2014، ص 244.

³حوى، س، تربيتنا الروحية (9 ط)، دار السلام، 2007، ص 27.

⁴نجاتي، مرجع سابق، ص ص 254-255.

- ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَابْتَغُوا إِلَيْهِ الْوَسِيلَةَ وَجَاهِدُوا فِي سَبِيلِهِ لَعَلَّكُمْ تُفْلِحُونَ﴾ (المائدة 35)
- ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اتَّقُوا اللَّهَ وَآمِنُوا بِرَسُولِهِ يُؤْتِكُمْ كِفْلَيْنِ مِنْ رَحْمَتِهِ وَيَجْعَلْ لَكُمْ نُورًا تَمْشُونَ بِهِ وَيَعْرِفْ لَكُمْ وَاللَّهُ غَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ (الحديد 28).

4.33 التحلي بمكارم الأخلاق وترسيخ القيم

من الناحية التاريخية يعتبر الفكر الأخلاقي من أقدم الأفكار الإنسانية، ولا يسبقه سوى الفكر الديني الذي هو قديم قدم الإنسان نفسه.. وقد إلتحم الفكران معا خلال التاريخ. ففي تاريخ علم الأخلاق، لم يوجد عملياً مفكر جاد لم يكن له موقف من الدين إما عن طريق استعارة الضرورة الدينية كمبادئ للأخلاق، أو عن طريق محاولة إثبات العكس. ولذلك، يمكن القول بأن تاريخ علم الأخلاق بأكمله قصة متصلة لتشابك الفكر الديني.¹

ولقد دعا القرآن إلى مكارم الأخلاق، وحث عليها نحو قوله تعالى على لسان نبيه لقمان عليه السلام وهو يعظ ابنه: ﴿يَبْنِيَّ أَقِمِ الصَّلَاةَ وَآمُرْ بِالْمَعْرُوفِ وَانْهَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأَصْبِرْ عَلَى مَا أَصَابَكَ إِنَّ دُخَانَكُم مِمَّا أَلْمُومُورُ (١٧) وَلَا تُصَعِّرْ خَدَّكَ لِلنَّاسِ وَلَا تَمْشِ فِي الْأَرْضِ مَرَحًا إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ (١٨) وَأَقْصِدْ فِي مَشْيِكَ وَأَغْضُضْ مِنْ صَوْتِكَ إِنَّ أَنْكَرَ الْأَصْوَاتِ لَصَوْتُ الْحَمِيرِ (١٩)﴾ لقمان (17-19)، فالإنسان كما قال الغزالي:

لا يصل إلى عالي المقامات البشرية، إلى مقامات القرب الإلهي القريب، بالعبادة وحدها، بل لا بد له من تهذيب نفسه بالأخلاق الإسلامية. والخلق السيئ المطبوع في نفس الإنسان يحجب عن وجه قلبه عوالم العرفان والنور، والخلق الحسن وحده هو الحجر الأساس، وهو الخطوة الأولى على طريق السلامة والقرب.²

ومكارم الأخلاق قيم ومثل عليا كالتعاون، والتضحية، والمحبة، والصدق والإخلاص في الصداقة، والعمل والعبادة، والأمانة والوفاء وسلامة الصدر من الأحقاد ومساعدة الآخرين خاصة الضعفاء وكبار السن، وغض البصر والسمع عن المحرمات، والمحافظة على الجو العام والممتلكات العامة والخاصة.³ وقد دعا إليها الإسلام وأبرز أهميتها وحببها للمسلمين ودعاهم إلى التجمل بها، وقد امتدح الله نبيه الكريم لدمائة خلقه فقال سبحانه وتعالى ﴿وَإِنَّكَ لَعَلَى خُلُقٍ عَظِيمٍ﴾ (القلم 4)، وقد شهد الحق العظيم بشيء عظيم لإنسان عظيم.

5.33 طلب العلم والمعرفة

والعلم هو حاجة إنسانية ملحة، فالإنسان - أي إنسان لا يستطيع صبراً على عدم معرفته بأمر من الأمور. والعلم بالله هو من أشد هذه الحاجات إلحاحاً، إنه أشبه بالفطرة الإنسانية، ما إن يولد المولود ويفتح وعيه على الدنيا والناس حوله حتى يبدأ تساؤله عن مبدأ البشرية ومصيرها عن الخالق (عز وجل) وصفاته وأفعاله.. والإسلام هذا الدين السماوي العظيم الذي جاءت شرائعه وتعاليمه متعاطفة مع

¹بيجوفيتش، ع. ع، الإسلام بين الشرق والغرب (6 ط)، دار الشروق، 2015، ص 194.
²الحكيم، س، إحياء علوم الدين في القرن الواحد والعشرين (3 ط)، دار الشروق، 2010، ص 181.

³حجيرات، مرجع سبق ذكره، ص 129.

الإنسان بفطرته وغرائزه البشرية، وفي الوقت نفسه متسامية به فوق بدائية الغرائز ورافعة إياه إلى مصاف الإنسانية الراقية، يُشبع هذه الحاجة الإنسانية الملحة لمعرفة الله (عز وجل)، ويقدم للبشرية مستوى معرفياً بالله ينقل الممارسة الإنسانية من مستوى حياتي إلى مستوى أرقمن هذا المنطلق تظهر قيمة العلم في الإسلام، هذا العلم الذي به ننتقل من حال إلى حال.. من الجهل إلى المعرفة، من ظلمة الشرك إلى نور التوحيد. فالعلم ليس فقط عبادة في طلبه وتعلمه وتعليمه بل هو الأساس الذي تُبنى عليه كل عبادة.¹

- ﴿وَمَا كَانَ الْمُؤْمِنُونَ لِيَنفِرُوا كَافَّةً فَلَوْلَا نَفَرَ مِن كُلِّ فِرْقَةٍ مِّنْهُمْ طَائِفَةٌ لِّيَتَفَقَّهُوا فِي الدِّينِ وَلِيُنذِرُوا قَوْمَهُمْ إِذَا رَجَعُوا إِلَيْهِمْ لَعَلَّهُمْ يَحْذَرُونَ﴾ (التوبة 122).
- ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قِيلَ لَكُمْ تَفَسَّحُوا فِي الْمَجَالِسِ فَافْسَحُوا يَفْسَحِ اللَّهُ لَكُمْ وَإِذَا قِيلَ انشُرُوا فَانْشُرُوا يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ﴾ (المجادلة 11).
- ﴿اقْرَأْ بِاسْمِ رَبِّكَ الَّذِي خَلَقَ (1) خَلَقَ الْإِنْسَانَ مِنْ عَلَقٍ (2) اقْرَأْ وَرَبُّكَ الْأَكْرَمُ (3) الَّذِي عَلَّمَ بِالْقَلَمِ (4) عَلَّمَ الْإِنْسَانَ مَا لَمْ يَعْلَمْ (5)﴾ (العلق 1- 5).

6.33 المعاملات والعلاقات

من مقومات التدين الظاهرة، حسن المعاملة والمعشر والجوار، وحسن المعاملة هاته تكون بالنسبة للإنسان مع "نفسه وأبنائه وزوجته، وأقربائه، وعشيرته وأهل بلده وأبناء أمته الآخرين، أبناء الأمم والشعوب الأخرى، بل مع من خلق الله من مخلوقات بحيواناتها ونباتاتها وجماداتها،² من أجل تحقيق تنمية اجتماعية متكاملة، وحياة طيبة للفرد والجماعة، في ظل الاحترام المتبادل، وصون حقوق الجميع على قدر من العدل والمساواة، حيث أن "من المهام الأساسية للتنمية الاجتماعية دعم العلاقات الاجتماعية علاقات الأخوة والقربة والجوار والزمالة والضيافة، وتنمية مفاهيم التقدير والتسامح والفهم المتبادل . . فكل التعاليم والآداب الإسلامية تهدف إلى تقريب الناس بعضهم من بعض"،³ وتحثهم على التعايش و القبول "بوجود الآخر والعيش معه جنباً إلى جنب من دون سعي لإلغائه، أو الإضرار به، سواء كان ذلك الآخر فرداً، أو حزباً سياسياً، أو طائفة دينية، أو دولة مجاورة، أو غير ذلك".⁴

¹الحكيم، مرجع سابق، ص 55.

²حيرات، مرجع سابق، ص 126.

³بكار، ع. أ، (2011)، مدخل إلى التنمية المتكاملة رؤية اسلامية ، دار القلم، 2011، ص246.

⁴قنديل، م. ع. أ، التعايش السلمي في سياسة النبي بالمدينة المنورة، مجلة كلية الآداب، 2021، يوليو، 2293-2347، ص 2299.

7.33 الإيجابية والنفعية

الإيجابية هي "الدافع الذي يدفع المؤمن نحو المبادرة إلى نفع نفسه ومجتمعه ابتغاء مرضاة الله"¹ فالمؤمن مطالب أن يكون إيجابياً مبادراً إلى النفع، سالكا دروب الخير، ساعياً لعمارة الأرض، بما أوتي من إمكانيات، وبما حُبي من مواهب، وقد نال شرف الخلافة والتمكين في الأرض لقوله تعالى: ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي جَاعِلٌ فِي الْأَرْضِ خَلِيفَةً قَالُوا أَتَجْعَلُ فِيهَا مَنْ يُفْسِدُ فِيهَا وَيَسْفِكُ الدِّمَاءَ وَنَحْنُ نُسَبِّحُ بِحَمْدِكَ وَنُقَدِّسُ لَكَ قَالَ إِنِّي أَعْلَمُ مَا لَا تَعْلَمُونَ﴾ (البقرة 30)، فمن مقتضيات الخلافة العدل بدل الجور، والهداية بدل الضلال، والعمارة بدل الفساد وهلم جرا قال تعالى: ﴿يَا دَاوُدُ إِنَّا جَعَلْنَاكَ خَلِيفَةً فِي الْأَرْضِ فَاحْكُم بَيْنَ النَّاسِ بِالْحَقِّ وَلَا تَتَّبِعِ الْهَوَى فَيُضِلَّكَ عَنْ سَبِيلِ اللَّهِ إِنَّ الَّذِينَ يَضِلُّونَ عَنْ سَبِيلِ اللَّهِ لَهُمْ عَذَابٌ شَدِيدٌ بِمَا نَسُوا يَوْمَ الْحِسَابِ﴾ (ص 26). والانسان لم يخلق " في هذه الحياة ليعبث أو ليلهو، ولم يخلق ليطغى بقوته وجبروته، ويستبدّ قُوَّه بضعيفه، وإنَّما خُلِقَ ورُكِّبَ فيه ما رُكِّبَ من قوى العلم والإدراك وآلات العمل والإنتاج، وسُخِّرَ له الكون في أرضه وسمائه، ومانه وهوائه لحكمة سامية تعبّر عن جلال الله وجماله، هي أن يكون خليفة في الأرض، يعمرها ويعمل على إصلاحها، واتّساع عمرانها، وإظهار أسرار الله فيها، وإقرار الخير والسعادة في نواحيها. وبذلك تكون مظهراً لرحمة الله بعباده وآية من آيات قدرته وحكمته (شلتوت، 1980، ص ص 144-145).² وإن لشرائع الاسلام مقاصد سامية هدفها أن يتعامل الناس بالشورى والعدالة وأن توزع الثروات المملوكة أصلاً للجماعة بين الأفراد توزيعاً عادلاً وفق عملهم وكسبهم واجتهادهم وحسب حاجاتهم وضرورتهم، فالثروة لا يجوز أن يكتسبها الأفراد ظلماً وعدواناً وتسلطاً وينفقونها في مزالق الهوى والضلال والاستغلال، بل ينفقونها في اشباع ضرورتهم وحاجياتهم امرين بالمعروف وناهين عن المنكر ومسارعين الى الخيرات"³، قال الحق سبحانه وتعالى: ﴿وَلِكُلِّ وُجْهَةٌ هُوَ مُوَلِّيُّهَا فَاسْتَثْنُوا الْخَيْرَاتِ أَيْنَمَا تَكُونُوا يَأْتِ بِكُمْ اللَّهُ جَمِيعًا إِنَّ اللَّهَ عَلَى كُلِّ شَيْءٍ قَدِيرٌ﴾ (البقرة 148). وضروب الخير في الإسلام كثيرة منها: التكافل الاجتماعي والإحسان والتعاون ودفع الأذى والعفو وحسن الظن والتفاؤل، وحفظ الأمانة وتحمل المسؤولية وغيرها. والانسان إذا أدرك مكانته ومسؤوليته، وفهم معنى وجوده ومعنى رسالته في الحياة، ارتفع عن مواطن الذل والهوان وسعى دأباً في سبيل الخير واكتساب المعالي؛ وهو إذا قوى إيمانه بالله، ورسخ في أعماقه أنه الخالق الرّازق، القويّ القادر، الضار النافع، إطمأنت نفسه وشعر بالعزة والحرية والكرامة، وانطلق يعمل مفتّح القلب شهياً الفؤاد، عظيم الامل، هازناً بكل الصعوبات، التي قد تعترض سبيله.⁴

¹ العمودي، ع. ب. ح. ب. م، مظاهر الإيجابية من منظور قرآني، أبحاث، 197، <https://doi.org/10.52840/1965-000-023-0062021>، ص 204.

² شلتوت، م، من توجهات الإسلام، دار الشروق، 1980، ص ص 144-145.

³ الغزالي، م، الإسلام والطاقات المعطلة. الزيتونة، (1987 a)، ص 201.

⁴ الصديقي، م، انفي ظل الإسلام، دار البعث، 1981، ص 38.

34 مستويات التدين

للتدين - من خلال ما هو كائن - مستويات في حياة الأفراد والمجتمعات، وأن ميزة الاختلاف الكائن بين المحاولات المتعددة في تعريف الدين يرجع في تصوري إلى عدم حصر هذه المستويات التي لم ولن يخرج الدين عن إطارها، فهي قد عرفت البشرية أفرادا وجماعات إما كاملة أو ناقصة ولكنها لم تكن منعدمة تماما. وهذه المستويات هي:

1.34 مستوى الشعور

إن الشعور بالارتباط الديني هو أول مراتب الدين لدى الأفراد والجماعات الشعور الفردي والشعور الجمعي. وهو مستوى قائم في نطاق الأحاسيس والعواطف والوجدان ليُقر بتهيؤ الإنسان لاستقبال الطبع الديني ومن ثمة فمستوى الشعور هو المستوى القاعدي الذي لا يمكن للإنسان أن يكتمه أو يداريه أو ينفيه لأنه يتصف بالجبرية والحتمية التي لا تقاوم.

2.34 مستوى الاعتقاد

يُعد الاعتقاد المستوى الثاني لمستويات الدين لدى الأفراد. وهو المستوى المتعلق بالقناعات الفكرية الواضحة والمباشرة. وهما قد يُعبّر عنه الإنسان ويُصرح به في أقواله وهو أيضا ما يمكن أن يحجبه أو يعكسه حسب رغبته أو حالته. إلا أنه يُعد أول أشكال التعبير عن البعد الديني لدى الفرد كما يدلّ هذا المستوى على الموقف الشخصي المبني إما عن التقليد والمحاكاة وإما عن الفهم والتفكير والاعتقاد والاعتقاد مستوى نسبي متغير وغير ثابت بالضرورة، فالفرد قد يصبح في شيء ويمسي في غيره.

3.34 مستوى الممارسة

وهو المستوى العملي والفعل (التطبيقي) للأفكار المعتقد بها والأحاسيس الشاعرها. غير أن هذا المستوى أكثر من سابقه (الاعتقاد) نسبية وتغيرا. لأن هناك العديد من الناس من يقف عند حدود المستويين السابقين، ولذلك تطلق غالبا في الكثير من المجتمعات عبارة "المتدينين" الممارسين، والمتدينين غير الممارسين.¹

35 قياس التدين

يطرح موضوع قياس التدين صعوبات منهجية كبيرة، إلى جانب حساسية الموضوع بما يحيط به من قداسة، وفيما يلي أهم تلك الصعوبات:

- حساسية دراسة الظاهرة التي ترجع للحساسية الخاصة التي تكتنف الموضوع وما يحوطه من محاذير وصراعات.

¹ حضري، ف، مستويات الدين وأشكال التدين - محاولة تصنيفية، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، 2011، 178-190، ص ص 180-182.

- صعوبة أن يكون الباحث موضوعياً بدرجة عالية في هذا المجال المشبع بالمعتقدات والوجدانيات.
 - صعوبة الإلمام اللازم من قبل الباحث بالعلوم النفسية والعلوم الدينية في آن واحد.
 - انخفاض مستوى الوعي الديني لدى كثير من العاملين في مجالات الصحة النفسية مما يؤدي للعزوف عن دراسة الظاهرة الدينية والسلوك التديني في مجال الصحة النفسية.
 - صعوبات منهجية في طريق القياس.
 - الخبرة الدينية شديدة الخصوصية ولها أبعاد داخلية عديدة، ونظراً للمكانة الخاصة للدين على المستويين الفردي والاجتماعي فإن الشخص ربما لا يستطيع ان يعبر عن اتجاهاته نحو الدين والتدين.
 - الاختلافات الهائلة بين مختلف الأديان وحتى بين مختلف الطوائف في أصحاب الدين الواحد من ناحية المفاهيم والمعتقدات والممارسات.
 - صعوبة تصميم مقياس عالمي موحد للتدين وصعوبة أن تغطي عدة مقاييس مساحة واسعة من العالم.
 - صعوبة قياس العامل الأهم في كل الديانات وهو الإيمان وهو اعتقاد قلبي كما أن له جوانب وجدانية متشعبة.
 - تعدد أبعاد الخبرة الدينية مما يتطلب مقياساً أو مقاييس تغطي كل أبعاده مع إعطاء كل بعد الأهمية المناسبة له.
 - التداخل بين الممارسات الدينية والبيئية عند التعامل مع الظاهرة الدينية والسلوك التديني المترتب عليها.¹
- ورغم تلك الصعوبات إلا أن الباحثين، تمكنوا من بناء عدة نماذج لقياس التدين، تختلف باختلاف تناول الثقافة والرؤية وغيرها، ومن هذه النماذج:

1.35 مقياس التدين للصنيع (2007)

هو مقياس أعدّه صالح الصنيع ويتكون من ستين عبارة لكل عبارة ثلاثة خيارات، وقائمة موضوعات المقياس تشمل ما يلي:

¹السكافي، ف. أ، قياس التدين في العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلة جيلالعلوم الانسانية والاجتماعية، 2019 أكتوبر، 79-92، ص 82.

- أركان الإيمان (6) عبارات.
- أركان الإسلام (9) عبارات.
- الواجبات (18) عبارة.
- المنهيات (27) عبارة.

وقد تم بناء المقياس بعد مراجعة شاملة للمقاييس الموجودة في الساحة العلمية. وحسب صدق المقياس بطريقتين هما: صدق المحكمين وصدق الاتساق الداخلي وحصل على معدلات صدق مقبولة. كما تم حساب الثبات بطريقتين هما: طريقة إعادة التطبيق وكان معامل الارتباط 0,89، وطريقة التجزئة النصفية وكان معامل الارتباط 0,94 وهي معاملات ثبات عالية كما تم استخراج الثبات على العينة الحالية بطريقة معامل ارتباط ألفا وكانت قيمته 0.91

2.35 مقياس الوعي الديني

قام كل منعبد الرقيب البحيري وعادل الدمرداش (1988) ببناء مقياس الوعي الديني للبيئة العربية. وصمّم لقياس الوعي الديني الجوهري، والوعي الديني الظاهري، وقد كان للمقياس صورتان: الصورة (أ) للمسلمين والصورة (ب) للمسيحيين.

3.35 استبيان التدين لسعيدة محمد أبو سوسو (1989)

يتكوّن الاستبيان من (75) بنداً موزعة على ثلاثة أبعاد هي:

1. الإيمان الديني.

2. التأثير بالدين.

3. التدين العملي

4.35 استبيان التدين لنادية سراج جان (2008)

يتكون المقياس من (39) بنداً موزعة على ستة أبعاد هي:

1. أداء العبادات المفروضة.

2. القيام بالعبادات التطوعية.

3. التقوى والخوف من الله.

4. حسن الخلق.

5. المشاعر الإيمانية.

6. الاهتمامات الدينية.¹

5.35 استبيان السلوك الديني

وهو مقياس قام ببنائه بشير معمريّة، بعد اطلاعه على مجموعة من المقاييس حول الدين والتدين وبخاصة مقياسي: الطائي (1992)، والصنيع (1998). وتضمن مقياس معمريّة (60) عبارة، موزعة على ستة أبعاد لكل بعد عشر بنود وهذه الأبعاد هي:

1. العقائد.

2. العبادات.

3. المعاملات.

4. الأخلاق.

5. المنجيات.

6. المهلكات.

بحيث يجاب على كل بند ضمن ثلاث خيارات تتدرج في قياس مستوى التدين من الأكبر إلى الأقل أو العكس.²

36 أثر التدين على الأمراض المزمنة

تم إنجاز الكثير من البحوث عن سيكولوجية الدين والتدين في كل المجتمعات. وبينت نتائج هذه البحوث وجود ارتباطات موجبة بين التدين والمشاعر الإيجابية، وكذا ارتباطات سالبة بين التدين والمشاعر السلبية لدى الفرد إن على حياته أو شخصيته وغيرها، فالتدين من أهم الحاجات المشبعة لدى الإنسان التي تبعث على الشعور بالرضا والسعادة؛ حيث يوفر الدين الشعور بالانتماء والدعم الاجتماعي، والشعور بمعنى الحياة اليومية وحتى أثناء الأزمات. إذ إن اعتقاد الفرد بأن له علاقة قوية مع الله، يقلل من المشاعر السلبية كالقلق والخوف والاكتئاب، ويقوي الشعور بالرضا والطمأنينة³ (معمريّة، 2021، ص 47)، ومن المعلوم أنّ تلك المشاعر السلبية وغيرها، تعتبر من أهم مميزات الأمراض وبخاصة المزمنة والخطيرة منها إضافة إلى الألم والضيق الذي ينجّر عن تلك الأمراض، ولقد ارتبطت الأمراض المزمنة كالسرطان وأمراض القلب وغيرها، بمشاعر الضيق والقلق، وموجات الاكتئاب المصاحبة والتي قد تنتهي بأفكار انتحارية؛ كما قد مرّ في عرض الدراسات السابقة؛ فالمرض بوصفه خللاً، لا يصيب الجسد وحده بل يتعداه ليصيب الجوانب الاجتماعية والثقافية لحياة الإنسان، وهو يلتقي حتماً بالمعنى الديني في أحد جوانبه، والدين باعتباره مؤطراً للحياة الإنسانية في جل جوانبها، لا بد أن يترك أثره، تفسيراً وتأويلاً فيما يصيب الإنسان من علّة أو مرض.

¹ معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص 54

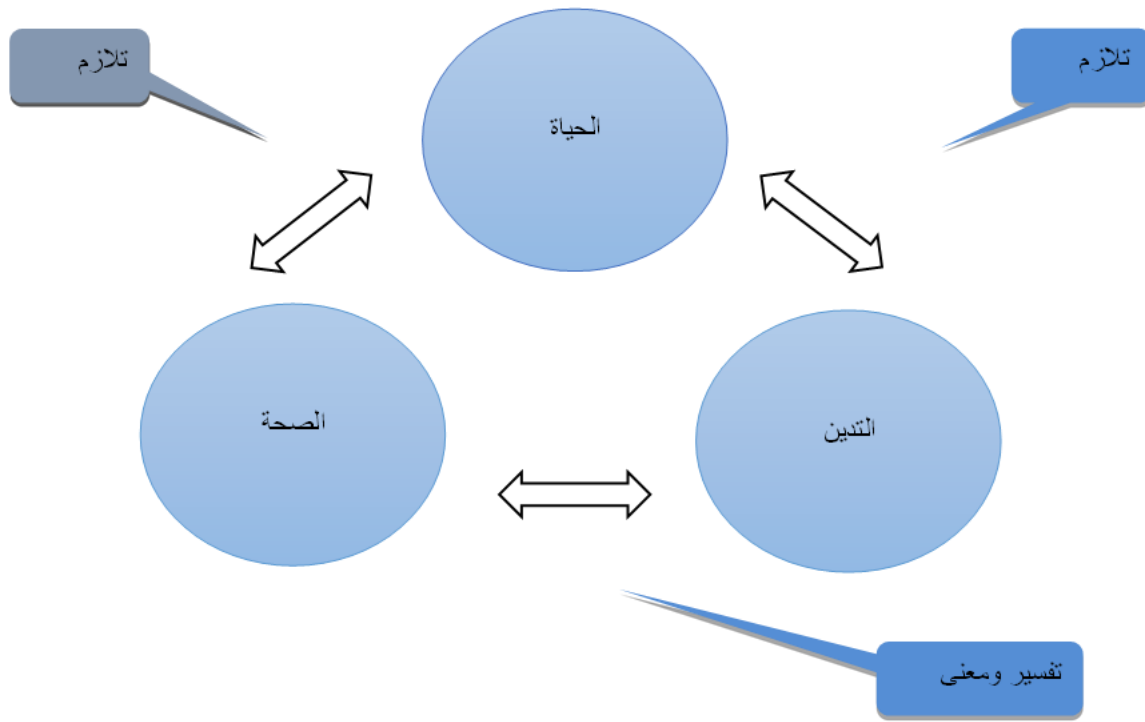
² معمريّة ب، مرجع سبق ذكره، ص 65.

³ المرجع نفسه، ص 47.

ولقد دلت الدراسات الانثوجرافية على هذه العلاقة الوثيقة بين الدين والمرض منذ عصر الإغريق وحتى وقتنا الراهن. وقد تجسدت نظرة الإغريق الدينية إلى مسألة الصحة والمرض من خلال عباداتهم، والتي لا تزال زيارتهم للأضرحة شاهدة عليها حتى يومنا هذا، نذكر على سبيل المثال زيارة أضرحة ديلفي (Delphi) وديلوس (Delos) وأولمبيا (Olympia) التي تؤكد على وجود فكرة الإنسان الكامل¹

تلازم الحياة من حيث عيشها، والصحة من حيث حالتها (التأرجح المستمر بين الاتزان والاعتلال) من جهة، والتلازم الوجودي بين التدين أو الدين والحياة من جهة أخرى، يؤدي إلى التلازم المنطقي بين التدين والصحة، حيث يعطي التدين أو الدين للصحة وللمرض معنى وتفسيراً كما يبينه شكل رقم 2 " لكن التدين أو التجربة الروحية لفرد ما تتأثر كذلك بالأحداث السارة والأليمة التي تمر بحياته. ففقدان قريب أو حبيب، أو النجاح في تجربة تعليمية أو مهنية يمكن أن يكون له الأثر البالغ في التجربة الروحية، وبهذا المعنى يمكن للمرض بوصفه تجربة أليمة يمرّ بها الإنسان أن يكون لها يد في تحويل مسار التجربة الروحية خصوصاً إذا كان المرض مزمنًا وإمكانية الموت واردة"².

ويبرز الشكل 2 أدناه هذه التلازمة بين الحياة والصحة من حيث تأرجحها بين الاعتلال والاتزان وكذا التدين، وعلاقة ذلك بالمعنى المتشكل حول الحياة كما تم شرحه آنفاً كما يلي:



شكل رقم 2 العلاقة التلازمية بين الحياة والتدين والصحة

¹مجدول، ب، التدين والمرض : دراسة في تأثير المرجعية الدينية في تمثيلات المرضى والمصابين بالإيدز وتجربتهم، Insaniyat / إنسانيات، 40-17. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.19344>، 2018، سبتمبر 30، ص 17.

²مجدول، مرجع سابق، ص 30.

ولقد ساد النموذج البيوطبي في تفسير موضوع الصحة والمرض بونا من الزمن ولا زال، لدى المشتغلين في الحقل الطبي حيث يُعتقد بأنه "إذا كانت الصحة من وجهة نظر طبية، تمثل قيمة تحيل إلى الجسم المعافى من كل علة، فالمرض يعبر عن انحراف عن هذه القيمة. وقد يتم تحديد الحالة الصحية من الحالة المرضية بالاعتماد على إحساس الشخص بجسده وعلى المعرفة العلمية التي يكتسبها الطبيب في تحديد الحالة "العادية" من الحالة "المنحرفة". وبما أن التقنية الطبية العصرية تقنية معيارية وموضوعية فهي أثناء تفسيرها للمرض تبحث دائما عن علة عضوية ولا تأخذ بالاعتبار الأبعاد الثقافية والنفسية والدينية للمرض والمرضى إلا نادرا، وبالتالي لا تنتفي هذه الحالة المنحرفة للجسد إلا بتدخل الطب اعتمادا على المعرفة والمهارات بغرض نجاحه في محو آثار الانحراف وإعادة التوازن المفقود،¹ هذه المقاربة البيوطبية ثنائية القطب إن صح وصفها والتي تتدرج ضمن نظرية الخصوصية التي اعتبرت أن سببا يؤدي إلى مرض أو ألم ما يكون مساويا لجرح من خلال جهاز عصبي خاص... وسيكون لكل ألم تبعا لذلك سبب خصوصي وطريقة علاجية ممكنة. وبما أن العديد من التصورات الطبية لا تأخذ بالحسبان الشخص، بل تحيله إلى سلاسل جسمانية معزولة، فإن نظرية الخصوصية هذه كانت تصطدم بالعديد من العناصر غير العادية التي يعتبرها الطب زواندا تنتظر التوضيح مستقبلا. من جهة أخرى، بالنظر إلى الطابع غير الشخصي للإحساس العصبي، فإن حدة الألم تُقاس بعمق الجرح، وهو ما تكذبه التجربة، من غير أن تقدم تفسيراً لهذا العنصر غير العادي.²

فالألم مقارنة بغيره من الأحاسيس يتميز:

بكونه بالإضافة إلى تفاعله مع الجسد يجتاح المشاعر والعواطف ويؤثر في العلاقات والمحيط. قد يكون الألم أكثر الأشياء إنتاجا للمعنى، وكل متألم يضفي معنى خاص لألمه مرتكزا في ذلك علما للثقافة والدين والحالة النفسية ونوع الشخصية... والمعنى المنتج يؤثر بشكل كبير في كيفية التعامل مع الألم وفي القدرة على السيطرة عليه.³

وهذا بالضبط ما طرحته نظرية الباب التي طرحها ميلزاك (Melzack) ووال (Wall)، حيث نددت بأن يكون مفهوم الألم حسيا محضا ويتم تمريره في خط مستقيم إلى الدماغ، فتجربة الألم تخضع مختلف الأبعاد، بحيث تندمج في المعطيات العصبية معطيات معرفية وعاطفية تتشابه مع التجربة الماضية لمريض،⁴ في حين يعتبر التدين من أهم المصادر للمعطيات المعرفية والعاطفية للفرد مقترنا بوجوده، فهو -أي الدين- لازم الإنسان على مرّ العصور ورافقه في كلّ أحواله وحالاته منه أستمّد معرفته وأمنه وأمنه والدراسات التي بينت ذلك شاهدة على هذا التلازم والاقتران؛ ومثال ذلك ما ذكره عراب (2022) نقلا عن كوينج أن (500) دراسة من أصل (700) دراسة قبل عام (2000) أثبتت العلاقة الإيجابية بين التدين والصحة النفسية وأهم ما جاء في هذه الدراسة التحليلية التبعية هاته ما يلي:

- أثبتت (60) تجربة من أصل (93) أن الذين يتحلون بمستوى عال من التدين هم أقل تعرضا

للاكتئاب، والذين يتعرضون له يشفون في مدة أقل.

¹ مجدول، مرجع سبق ذكره، ص 25.

² لوبروطون، د، تجربة الألم بين التحطيم والانبعاث، درا طوبقال، 2017، ص 13.

³ العيادي والزواوي، مرجع سبق ذكره، ص 14.

⁴ لوبروطون، مرجع سبق ذكره، ص 13.

- أثبتت (57) تجربة من أصل (68) أنّ الذين يتحلون بمستوى عال من التدين، أقل محاولة للانتحار من غيرهم
- أظهرت (35) دراسة من أصل (69) أن نسبة القلق لدى الذين يتحلون بمستوى عال من التدين أقل من غيرهم.
- وأظهرت (98) دراسة من أصل (120) أنّ الذين يتحلون بمستوى عال من التدين، يتعاطون المخدرات أقل من غيرهم.
- وأظهرت (94) دراسة من أصل (114) أنّ الذين يتحلون بمستوى عال من التدين كانوا في وضع أفضل من الناحية النفسية والشعور بالأمل والتفاعل من غيرهم.
- وأظهرت (15) دراسة من أصل (16) أنّ الذين يتحلون بمستوى عال من التدين يرون في حياتهم ما يضيف عليها المعنى ويحقق أهدافهم وطموحاتهم أكثر¹.

¹ عراب، مرجع سبق ذكره، ص 05

خلاصة الفصل

الإنسان – التدين، ثنائية صاغها الوجود، فمنذ اللحظة الأولى لوجود الإنسان (آدم وزوجه)، على وجه الأرض وُجد الدين، وعلم التدين وإن كان الدين في عالم الأمر أسبق، قال تعالى ﴿ قُلْنَا اهْبِطُوا مِنْهَا جَمِيعًا فَإِمَّا يَأْتِيَنَّكُمْ مِنِّي هُدًى فَمَنْ تَبَعَ هَذَايَ فَلَا خَوْفَ عَلَيْهِمْ وَلَا هُمْ يَحْزَنُونَ ﴾ (البقرة 38)، ومنذ ذلك الحين والإنسان بين إكراهات الحياة، ومتطلبات العيش، وبين غرائزه وشهواته وحاجياته، يصارع ويكابد، ويكرّ ويفرّ من أجل البقاء والاستمرار، وأثناء رحلته تلك، تعترضه عوارض وتنزل به نوازل، فيخاف ويمرض، ويضيق ويضجر، وتعتربه أحاسيس ومشاعر مختلفة، تنأى به إلى زوايا الاكتئاب أحياناً، وإلى ظلمات الضغوط أحياناً أخرى، ليبحت عن المونس والمنقذ، ولا شيء كالدين يشفي الغليل، ويداوي العليل، قال تعالى: ﴿ أَمْ حَسِبْتُمْ أَنْ تُدْخَلُوا الْجَنَّةَ وَلَمَّا يَأْتِكُمْ مَثَلُ الَّذِينَ خَلَوْا مِنْ قَبْلِكُمْ مَسَّتْهُمُ الْبُاسَاءُ وَالضَّرَاءُ وَزُلْزِلُوا حَتَّى يَقُولَ الرَّسُولُ وَالَّذِينَ آمَنُوا مَعَهُ مَتَى نَصْرُ اللَّهِ أَلَا إِنَّ نَصْرَ اللَّهِ قَرِيبٌ ﴾ (البقرة 214)، وقال عزّ من قائل: ﴿ وَعَلَى الثَّلَاثَةِ الَّذِينَ خَلَفُوا حَتَّى إِذَا ضَاقَتْ عَلَيْهِمُ الْأَرْضُ بِمَا رَحُبَتْ وَضَاقَتْ عَلَيْهِمْ أَنْفُسُهُمْ وَظَنُّوا أَنْ لَا مَلْجَأَ مِنَ اللَّهِ إِلَّا إِلَيْهِ ثُمَّ تَابَ عَلَيْهِمْ لِيَتُوبُوا إِنَّ اللَّهَ هُوَ التَّوَّابُ الرَّحِيمُ ﴾ (التوبة 38)، وقال أيضاً: ﴿ قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنْفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِنْ رَحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعًا إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ ﴾ (الزمر 53). فللتدين أشكال ومستويات تستمد أشكاله بمقدار الفهم والإدراك ومقدار صحة الاعتقاد وثبوته، ومقدار إمتلاء الوجدان وترجمان الجوارح (التطبيق)، فكلما زاد الإنسان فهماً واعتقاداً ومشاعر وتطبيقاً فيما يخص أمور الدين كلما انعكس ذلك إيجاباً على صحته النفسية وزاده صلابة وقدرة على تجاوز إكراهات الجسد التي قد تخلفها الأمراض، فانعكس كلّ ذلك إيجاباً على صحته وعلى حياته، وأحس بقيمة وجوده ومعنى حياته وتحسّس جودتها بالتبع.

الفصل الثالث
جودة الحياة

تمهيد:

إهتم الإنسان منذ نشأته الأولى بالسعي وراء حياة طيبة، حياة تشعره بالراحة، وتُغمره بالسعادة، هذا المطلب الذي لازم الإنسان طيلة وجوده، كان ولا يزال ديدنه ومبتغاه، فقد سعى لإشباع حاجاته، وبحث عن مصادر هنائه، وجاهد لدحض معكرات صفوه، وعمل على إزالة كل ما قد يشعره بالخطر والضيق والكدر والهلاك، وجماع الأمر كله هو البحث عن السعادة، مبتغى الإنسان منذ وجد. ومن أهم مواضيع السعادة موضوع جودة الحياة ذلك الموضوع القديم من حيث الطلب والاحتياج، الجديد من حيث التناول والبحث. ومع ذلك فبمجرد ظهوره سرعان ما احتل الصدارة بين البحوث والموضوعات في شتى المجالات، ومختلف التناولات.

ويعتبر موضوع جودة الحياة من المواضيع التي اهتم بها علم النفس عموماً، وتبنته مختلف تخصصاته وتفرعاته وبخاصة مع ظهور علم النفس الإيجابي، كما أن هذا الموضوع كان محور اهتمام علم النفس الصحي لما لجودة الحياة من أهمية وتأثير على مختلف جوانب حياة الأفراد، ولما له من تأثيره على سيرورة حياتهم بشكل عام.

فما المراد بجودة الحياة، وكيف نشأ هذا المفهوم؟ وماهي مختلف النظريات المفسرة لجودة الحياة؟ وماهي أبعادها ومؤثراتها؟ وما تأثيراتها على المصابين بالأمراض المزمنة.

37 نشأة المفهوم

اتفق العديد من الباحثين الذين تناولوا موضوع جودة الحياة بالدراسة على توجيه الاتهام لعلم النفس في تقصيره، وذلك من خلال تناوله المتأخر للجوانب النفسية الإيجابية، وغرقه في الاهتمام بالجوانب السلبية النفسية (الاضطرابات والأمراض والصراعات..). لعقود طويلة، ولا زال كذلك حتى ظهرت دراسات وأبحاث تنبته للجوانب الإيجابية في شخصية الفرد، وحاولت كسر التركيز الطويل الذي كان على الاضطرابات والأمراض التي طبعت مجال علم النفس، كما كان لبعض تفرعاته -أي علم النفس- الفضل في إبراز تلك الجوانب كعلم النفس الإيجابي، ومن بين تلك المفاهيم والموضوعات احتل موضوع جودة الحياة صدارة اهتمام الباحثين، ومع ذلك فإن:

البحث في مجال جودة الحياة النفسية له تاريخ قديم، تمتد جذوره إلى الأفكار حول لمتعة السعادة والرضا عن الشهوات الإنسانية، ويمكننا بسهولة تتبع تاريخ هذه البحوث بالعودة إلى اليونان القديمة، أين حاول فلاسفة مثل سقراط، أفلاطون وأرسطو تعريف العناصر الأساسية للخبرة الإنسانية الإيجابية التي تساهم في تعزيز المتعة والسعادة. حيث يشير الفيلسوف اليوناني أرسطو في كتابه الموسوم بـ: كتاب الأخلاق وهو أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف جودة الحياة قائلاً: إن كلاً من العامة أو الدماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف إذ يقول بعض الناس شيئاً ما في حين يقول آخرون غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيراً يرى السعادة في الغنى، ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة (Well-being) تعني حالة شعورية، ونوعاً من النشاط، وما ذلك بالتعبير الحديث سوى جودة الحياة... هذا المنظور تم إتباعه من قبل العديد من الفلاسفة

الآخرين من بعد كأمثال هوبز (Hobbes) حيث يقول: أن السعادة تكمن في النجاح في السعي وراء إشباع الشهوات الإنسانية.¹

وظهر مفهوم جودة الحياة (Quality of Life) لأول مرة في مجموعة من النصوص والكتابات في نهاية الخمسينيات ثم بشكل رسمي وصريح في منشورات (Annales de Medecine interne) في (1966) ليتم بعدها الاهتمام به وبشكل مكثف من خلال تخصيص مجلات خاصة بالبحث فيه وباسمه، كما انجر عن هذا الاهتمام ظهور عدد كبير من المقالات التي تناولت المفهوم (جودة الحياة) بالدراسة.²

ورغم قلة ما كتب عن جودة الحياة من المنظور النفسي، إلا أن المدقق في مباحث علم النفس ونظرياته، إضافة إلى ما كتبه الباحثون في العلوم الإنسانية والاجتماعية عامة، سوف يجد أن علم النفس له السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على جودة حياة الإنسان، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى، لكون جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لنوعية الحياة (Perceived Quality of Life)، فالحياة بالنسبة للإنسان، هي ما يدركه منها. حتى أن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته، كالدخل والمسكن والعمل والتعليم ... الخ، يمثل في أحد مستوياته انعكاس مباشر لإدراك هذا الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات على هذا المستوى والذي يتوقف بدرجة على مدى أهمية كل متغير من هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، والذي يؤثر بدوره على تعاملات هذا الإنسان مع كافة المتغيرات الأخرى التي تدخل في نطاق تفاعلاته ما في ذلك أسلوبه في حل المشكلات ومواجهة المواقف الضاغطة.³ هذا من حيث المفهوم عموماً أما من حيث اللغة والاصطلاح فإن:

الجودة لغة: مصطلح الجودة (Quality) من الفعل الثلاثي جَوَدَ، والجيد عكس الرديء، وجاد بالشيء وجوده أي صار جيداً.

الجودة اصطلاحاً: تفيد التميز (Exellence) والاتساق (Consistency) إضافة إلى عدّة معان منها أن الجودة خاصية دائمة ومرافقة للشيء سواء تعلق الأمر بمنتوج مادي أو عمل رمزي يحظى بقيمة. ومن ثم صرنا نقول جودة التعليم وجودة التكوين أو جودة الخدمات.⁴

وتتضمن الجودة جملة من معاني الجمال والكمال إذ هي:

¹ مسعودي، مرجع سابق، ص 129.

² الزروق، مرجع سابق، ص 41.

³ الغندور، ا. ب، أسلوب حلّ المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية. المؤتمر السنوي السادس جودة الحياة، 1999، ص ص 28-29.

⁴ وهيب، و صغير ف، مصطلح جودة الحياة: المفهوم والتطور. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 247-2571، (ISSN online/ 2769-1934)، 2011 ص 248.

الأداء الجيد والعطاء الواسع المستمر الذي يتصف بالروعة والجمال والجودة إجمالاً تعني إجادة العمل والدرجة العالية في الجودة تسمى الإتقان، الذي يتضمن حذق الشيء والمهارة في أدائه وإحكامه والاتقان يرادفه الإحسان وهو الأصل الذي ينبثق عنه فعل الصواب وجودة العمل وإتقانه، فالإحسان قيمة روحية إيمانية دافعة ومحفزة لكل عمل يحبه الله عز وجل ويرضاه"¹

38 مشكلة الترجمة

مما لا خلاف فيه بين الباحثين، أن أصل مصطلح جودة الحياة هو ترجمة لمصطلح (Quality of Life) بالانجليزية، غير أن ترجمة هذا المصطلح، جاءت بصيغ مختلفة بالإضافة إلى جودة الحياة منها: نوعية الحياة وطريقة الحياة وأسلوب الحياة. ولقد اختلف الباحثون في المصطلح الأصح فاتخذ كل منهم سبباً للاختيار، وارتكزوا على مبررات وفق الخلفية العلمية للباحث والمراد من البحث؛ كما وحاول بعض الباحثين بيان الفرق في ترجمة المصطلح وخاصة بين جودة الحياة ونوعية الحياة من أمثال معمريّة حيث قال: أنترجمة المصطلح (Quality of Life) إلى نوعية الحياة، وهو مصطلح عام يمكن أن يشير إلى قطبي النوعية؛ واحدة جيدة وأخرى رديئة. في حين أن ترجمته بـ: جودة الحياة يحمل معنا تقييمياً (Evaluative) يفترض أنها جيدة، مع أنها يمكن أن تكون رديئة. ويشير مصطلح نوعية إلى خصال أو خصائص معينة أو كمية أو كيفية في موضوع ما (وهو الحياة في هذه الحالة)، والحياة (Life) فئة واسعة تشمل كل الكائنات الحية، لكن ترجمة (Quality) إلى جودة، يكون وفق هدف الباحث، إذا كان يبحث عن تقييم لحياة الفرد أو الأفراد، في جانبها الإيجابي، أي فيما إذا كان المبحوثون يقيمون حياتهم على أنها جيدة وبالتالي فإن وسيلة القياس التي تستعمل لجمع المعلومات، ينبغي أن تصمم في اتجاه تقييم مدى جودة حياة المبحوثين، وتقسّم الجودة إلى مستويات، ثم توضيح أكثرها سيادة حسب إدراك المبحوثين²، وفي حين اعتبر بولنج النوعية متضمنة في الجودة حيث قال "في تعبير عام يمكن تعريف النوعية على أنها درجة من الجودة"³ فإن السكافي (2021) فضلت استعمال مصطلح نوعية الحياة معللة ذلك بقولها: "يفضل استعمال مصطلح نوعية بدل جودة، لأن الجودة تحمل حكماً مسبقاً بالتميز والرفعة والتفوق وهو أحد معاني لفظ (Qualité) المتأخر أما المعنى الأصلي فهو:

- السمات، أو الخصائص الطبيعية الجيدة، أو السيئة لشخص، أو شيء.
- النوعية مقابل الكمية في الفلسفة وعلم النفس خصوصاً.
- مظهر أو طريقة الكينونة أو مجموع الشروط التي يُقدم على أساسها شيء ما.

وبالتالي فإن مصطلح النوعية يبتعد قليلاً عن المفاهيم السلعية والسوقية التي بدأت تغزو مجالات النفس والروح، كما أنه - أي المصطلح - يبدو محايداً لا يحمل حكماً بالجودة والتميز⁴؛ ومن جهتها تبنت الزروق (2015) مصطلح طريقة الحياة كترجمة لـ (Quality of Life) ولقد أشارت إلى ذلك في

¹ بوساحة، ب و فرطاس، إ، جودة الحياة بين الرؤية الإسلامية والرؤية الغربية. مجلة الاعلام والمجتمع، 2022، ص 7.

² - معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص 199-200

³ بولينج، آ. ، قياس الصحة ، مجموعة النّيل العربية، 2007، ص 37.

⁴ السكافي، ف، قياس نوعية الحياة، افاق للعلوم ، 2021، يناير 2، 10-26، ص 13.

معرض حديثها عن نشأة المفهوم قائلة: "بني مفهوم **طريقة الحياة** وبمرور الوقت انطلاقاً من مفاهيم أخرى قريبة منه في المعنى وفي المجال كالسعادة، الوضع المعيشي الجيد، جودة الحياة، الشعور بالرضا الذاتي، الصحة الجسدية والنفسية، وغيرها من المصطلحات والمفاهيم التي عمل الباحثون على إدماجها ببعضها البعض فيما بعد لتكوّن كلها مفهوم **طريقة الحياة**¹؛ في حين اختارت مشري (2014) استعمال مصطلح **جودة الحياة** كترجمة لمصطلح (Quality of Life)، في دراستها التحليلية الموسومة بـ: **جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي**، ومثال ذلك ما ورد في خاتمة بحثها حيث قالت بأنه "يتضح أن **جودة الحياة** واحدة من أهم القضايا في حياة الأفراد والمجتمعات، نظراً لكونها قاعدة أساسية لتفادي الكثير من المشكلات التي يمكن أن تعترض الفرد والمجتمع معاً. وإن كان مفهوم **جودة الحياة** من المفاهيم التي يتم تناولها في علوم مختلفة وسياقات عديدة، فإن تناوله من المنظور النفسي وخاصة من منطلق علم النفس الإيجابي الذي أحد مفاهيمه الأساسية يعتبر ضرورة ملحة من جانبين:

- الجانب الأول: كون **جودة الحياة** هي في الأساس انعكاس للتقدير الذاتي للفرد بحد ذاته لحياته.
 - الجانب الثاني: كون علم النفس الإيجابي يقدم الاستراتيجيات الملائمة لتحقيق **جودة الحياة**، وتحديد الآليات الملائمة لذلك من خلال برامج تدريبية أو علاجية أو تأهيلية يمكن اعتمادها من مختلف المؤسسات المجتمعية التي تتكفل بتوفير هذه الخدمات لكل شرائح وفئات المجتمع.
- ولقد اختار الباحث في دراسته هاته مصطلح **جودة الحياة** من بين المصطلحات الأخرى المترجمة وذلك لأنه يرى بأن هذه الترجمة هي الأنسب من حيث إنها:
- الأكثر شيوعاً من حيث الاستعمال في حقل علم النفس في حدود اطلاع الباحث.
 - الأكثر تعبيراً عن التقييم الشخصي، والدراسة تتطلب ذلك لأنها تتحدث عن إدراك المريض لجودة حياته وتقييمه لها.
 - مصطلح الجودة يحمل مستعمله على الإيجابية والحركية، وفيه إشراك للشخص في الفعل، بينما مصطلح النوعية فيه نوع من الحدية.
 - يتضمن مفهوم الجودة عوامل ذاتية وعوامل موضوعية، ولا يمكن إغفال جانب منهما، ومصطلح الجودة أكثر تعبيراً عن هذه الثنائية.
 - يرى الباحث بأن مصطلح **جودة الحياة** يصلح كلما كانت الجوانب الذاتية أكثر نصيباً في التقييم من الجوانب الموضوعية، في حين يصلح مصطلح **نوعية الحياة** كلما كان الجانب الموضوعي أكثر حضوراً، وبالتالي يرجح استعمال مصطلح **جودة الحياة** في البحوث النفسية، للأسباب المذكورة آنفاً، بينما يصلح مصطلح **نوعية الحياة** في غير ذلك من التناولات كعلم الاقتصاد والاجتماع مثلاً.

¹الزروق، مرجع سابق، ص 42.

وإلى جانب مشكلة الترجمة وما خلفته من تباين في وجهات النظر، ظهرت إتجاهات نظرية كثيرة تبنت مفهوم جودة الحياة وحاولت إعطاء تفسيرها لهذا المفهوم سنعرض أهمها فيما يلي:

39 الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة

بالرغم من تأخر ظهور مصطلح جودة الحياة، مقارنة بالعديد من المفاهيم إلا أن استعماله شهد حركية كبيرة من حيث كثرة تناوله واتساع مجالات استعماله في البحوث، فكثر على إثر ذلك التعاريف واختلفت، وتعددت التفسيرات وتنوعت، فتعذر إيجاد تعريف متفق عليه بين الباحثين، وبالتالي تعذر الاتفاق على أبعاد ومؤشرات واحدة، وساهم في ذلك نسبية المفهوم إلى جانب سرعة انتشاره، وتوسع مجالات استعماله، ثم الخلفية العلمية لكل باحث. ومع ذلك يمكن تمييز أهم الاتجاهات وبعض التفصيل في الاتجاه النفسي ذي الصلة بمجال الدراسة على النحو التالي:

1.39 الاتجاه الفلسفي

يؤكد هذا الاتجاه على أن جودة الحياة حق متكافئ في الحياة والازدهار وهناك الكثير من المواطن التي تتطلب الجودة حتى يصل الإنسان إلى جودة الحياة، فمفهوم جودة الحياة حسب المنظور الفلسفي جاء من أجل وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البرجماتية المشهورة والمتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي، أو القيمة الفورية وليست المرجأة (النفعية) والمستوى العملي أقرب إلى مفهوم السعادة والرفاهية الشخصية منه إلى أي مفهوم آخر. وهذا المفهوم جلب اهتمام الفلاسفة خلال قرون كأرسطو، سقراط، وأبيقور الذين ركزوا على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيس لاهتماماتهم عبر تساؤلات عديدة ما هو؟ هل يمكن الوصول إليه؟ وكيف؟

وينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي آخر على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء مثالية تدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخانق وترك العنان للحظات من خيال إبداعي وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور مفارقة للواقع تلمس السعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام للآلام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية. ونلاحظ من خلال هذا الاتجاه في تفسير جودة الحياة أنه ركز على مفهوم السعادة في الحياة والرضا، ولا يمكننا الحصول على السعادة في الحياة إلا إذا تحرر الإنسان نفسه من أسر الواقع وحلق في فضاء المثاليات مما يدفعه إلى التسامي على الواقع الخانق وترك العنان لخيالاته.¹

2.39 الاتجاه الاجتماعي

أشار هانكيس (Hankiss) أن الاهتمام بدراسة جودة الحياة بدأ منذ فترة طويلة وقد ركزت الأبحاث على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل: معدلات المواليد، الوفيات، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله ومكانته المهنية وتأثيره على الحياة، ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من

¹ بن قتيبة، ف.الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة، 2020، ص ص 275-276.

العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة التي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد عن عمله¹، ويهتم هذا الاتجاه أيضا إضافة إلى دراسة العمل ومتطلباته وبيئته وغير ذلك مما تم التطرق إليه، والسعي لتحسينها فإنه أيضا يهتم بدراسة جودة الحياة من خلال دراسة الضغوط التي يعاني منها الفرد في تلك البيئة والعمل على التخفيف منها كما أنه من المعروف أيضا "أن هذه المؤشرات – والتي ذكرت آنفا-تختلف من مجتمع إلى آخر، كما تختلف من جماعة إلى أخرى داخل المجتمع الواحد، وإذا افترضنا أن هذه المؤشرات سوف تؤثر بدرجة على نوعية حياة الأفراد داخل المجتمع، فسوف يظل هذا التأثير نسبي، كما أن مفهوم الرفاهية (Well-Being) يظل نسبياً أيضاً، وعلى سبيل المثال فإن المرأة الأمريكية عادة لا تتوقع موت أولادها في مرحلة الطفولة المبكرة والمتوسطة، بينما نجد المرأة الفقيرة في كثير من بلدان العالم الثالث يمكن أن تتوقع ذلك"²، فجودة الحياة وفق هذا الاتجاه يمكن اعتبارها فيما اشارت إليه هناء الجوهري بأنها "ذلك البناء الكلي الشامل الذي يتكون من مجموعة من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية تقيس القيم المتدفقة، وبمؤشرات ذاتية تقيس قدر الإشباع الذي تحقق"³.

3.39 الاتجاه الطبي

يركز هذا الاتجاه لتحقيق هدفه الرامي لتحسين جودة حياة المرضى، على تطبيق برامج إرشادية أو علاجية تتعلق بالوضع الصحي والصحة عموماً، ولذلك " زاد اهتمام الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والباحثين في العلوم الاجتماعية بتعزيز ورفع جودة الحياة لدى المرضى من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي لهم "⁴، ويؤكد الغندور هذا المنحى نقلاً عن شيكل وزملائه⁵ بأن مفهوم جودة الحياة قد أصبح "موضوعاً هاماً في مجال الصحة والخدمات الاجتماعية والجدل السياسي، فكثير من الأطباء والمتخصصين في الشؤون الاجتماعية والسياسية ومديري المستشفيات والباحثين في مجال العلوم الاجتماعية، يهتمون بتعزيز ودفع نوعية الحياة لتصبح هدفاً واقعياً في التعامل مع المرضى، وتوفير الدعم النفسي والاجتماعي لهم. وثمة دليل متزايد على أن المرض يرتبط ارتباطاً وثيقاً بكيفية تصور الفرد إلى أي حد يتمتع بحياة جيدة ومنذ ثلاثين عاماً مضت كان هناك حديثٌ عن تأثير الاكتئاب وتكوين مرض السرطان، ولكن لم يعد هذا هو الحال الآن، وتشير المسوح إلى أن المصابين بالاكتئاب في مرحلة منتصف العمر، يتضاعف عددهم أكثر من المصابين بالسرطان من غير المكتئبين في المرحلة نفسها⁶، وبالتالي فإن المعرفة حول جودة الحياة وفق هذا الاتجاه "مهمة لفهم عواقب المرض والعلاج ، وكذا لاتخاذ القرارات الطبية المناسبة والمتوافقة مع الفئات العمرية والثقافة. كما أنّ جودة الحياة تعتبر هدفاً ونقطة وصول مهمة في البحوث الطبية والصحية، حيث تتضمن الأبحاث المتعلقة

¹ هيبنة، ن. ص، حمزة أ. جودة الحياة : قراءة في المفهوم ، الأبعاد و القياس، أفاق للعلوم، 2020، سبتمبر 8، 142-150، ص 147.

² الغندور، ا. ب، أسلوب حلّ المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية، المؤتمر السنوي السادس ، جودة الحياة ، 1999، 1-117، ص 24.

³ المرجع نفسه، ص 28.

⁴ بن قتيبة، مرجع سابق، ص 277.

⁵ Shekel; Et, Al, 1981.

⁶ الغندور، مرجع سابق، ص 37.

بها مجموعة متنوعة من المجموعات المستهدفة (العينات)، وتصميمات البحث (الأدوات)، رغم التحديات المنهجية والمفاهيمية العديدة المتصلة بهذا الموضوع، وبالتالي هناك حاجة ماسة إلى تحسينات في هذا المجال، إذ يتوجب على الباحثين إيلاء اهتمام أكبر للقضايا المنهجية والمفاهيمية عند التخطيط لدراسات جودة الحياة.¹

4.39 الاتجاه النفسي

رغم قلة ما كتب في موضوع جودة الحياة وفقاً لهذا الاتجاه، إلا أن المدقق في مباحث علم النفس ونظرياته، إضافة إلى ما كتبه الباحثون في العلوم الإنسانية والاجتماعية عامة، سوف يجد أن علم النفس له السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على نوعية حياة الإنسان، ويرجع ذلك بالدرجة الأولى، لكون نوعية الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لنوعية الحياة (Perceived Quality of Life)، فالحياة بالنسبة للإنسان، هي ما يدركه منها. حتى إن تقييم الفرد للمؤشرات الموضوعية في حياته، كالدخل والسكن والعمل والتعليم ... الخ، يمثل في أحد مستوياته انعكاساً مباشراً لإدراك هذا الفرد لجودة الحياة في وجود هذه المتغيرات على هذا المستوى، والذي يتوقف بدرجة على مدى أهمية كل متغير من هذه المتغيرات بالنسبة لهذا الفرد، وذلك في وقت محدد وفي ظل ظروف معينة، ويظهر ذلك بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، والذي يؤثر بدوره على تعاملات هذا الإنسان مع كافة المتغيرات الأخرى التي تدخل في نطاق تفاعلاته ما في ذلك أسلوبه في حل المشكلات ومواجهة المواقف الضاغطة.² كما أنه يُنظر إلى مفهوم جودة الحياة ضمن هذا الاتجاه على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية ". وكلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات وحاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا " في حالة الإشباع " أو عدم الرضا " في حالة عدم الإشباع " نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة.³ ويعتمد هذا الاتجاه على عدة مفاهيم نفسية أساسية، منها... مفهوم القيم، ومفهوم الإدراك الذاتي، ومفهوم الحاجات ومفهوم الاتجاهات، ومفهوم الطموح ومفهوم التوقع، إضافة إلى مفاهيم الرضا والتوافق، والصحة النفسية وغيرها.⁴ وتتوالت التناولات النظرية المفسرة لجودة الحياة والمعرفة لها، تحت مظلة الاتجاه النفسي، حسب مدارس علم النفس وتياراته المختلفة منها ما يلي:

¹Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... Helseth, S. (2019, أكتوبر 11). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of Life Research*, 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>, 2019, p 2650.

²الغندور، مرجع سابق، ص ص 28-29،

³مسعودي، مرجع سابق، ص 206.

⁴الغندور، المرجع السابق، ص 29.

1.4.3 التيار المعرفي

يرتكز هذا المنظور في طرحه على فكرتين أساسيتين هما:

1. درجة شعور الفرد بجودة حياته تتحدد وفق طبيعة إدراكه.
2. العوامل الذاتية أقوى تأثيراً من العوامل الموضوعية في درجة شعور الفرد بجودة حياته.

ومن النظريات البارزة في هذا التيار نجد:

نظرية لاوتن (Lawten Theory): طرح لاوتن مفهوم طبعة البيئة (Environmental Press) والتي مفادها أنّ إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفي المكان والزمان حيث إنّ:

- **الظرف المكاني:** ويعني تأثير البيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته بطريقة مباشرة كالتأثير على صحة الفرد مثلاً، أو بطريقة غير مباشرة من خلال المؤشرات الإيجابية مثلاً كرضا الفرد عن بيئته ومشاعره تجاهها.
- **الظرف الزماني:** حيث يكون تأثير طبعة البيئة على إدراك الفرد لجودة حياته أكثر إيجابية مع تقدم العمر، وسيطرة الفرد على ظروفه.¹

2.4.3 تيار التحليل النفسي

يمكن استنباط رؤية هذا التيار لجودة الحياة من خلال بعض رواد هذه المدرسة، حيث يرى فرويد (Freud) بأن جودة الحياة هي هدف أساسي للشعور الإنساني من حيث إنها شعور بالسرور والسعادة وتخفيف للألام. أمّا أدلر (Adler) فيرى أنّ الهدف النهائي لنشاط الإنسان وكفاحه يكمن في تحقيق التفوق والذي قد يظهر على شكلين:

- هدف خاطئ: وهو هدف الفرد العصابي الذي يتّخذ شكل الرغبة في القوة والسيطرة على الآخرين.
- هدف صحيح: وهو هدف الفرد الصحيح الذي يتّخذ شكل الكفاح من أجل التفوق نحو الكمال لتحقيق جودة الحياة والسعادة.²

ومن خلال هذا تبرز رؤية أدلر صاحب نظرية علم النفس الفردي والتي تنص على أنه لا يمكن التحدث عن جودة الحياة إلا إن كان الفرد متمتعاً بدرجة عالية من الصحة النفسية والتي لا تحدث إلا من خلال تحديد النزعة الاجتماعية للفرد المتمسك والمشارك في مجالات الحياة الثلاث والتي تعتبر معياراً للسواء واللاسواء. فالسويّ عند أدلر يتمثل في النمط المفيد اجتماعياً والقادر على إقامة العلاقات الاجتماعية والولوج فيها، المتعاش جيداً مع مسائل الحياة، ويلعب دوراً اجتماعياً ويمتحن مهنة مفيدة

¹مبارك، ب. ع، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، 714-770، 2012، فبراير 28، ص 733.

²عبد الناصر، مرجع سابق، ص 42.

اجتماعيا ويعيش درجة كبيرة من الرضا والتوافق النفسي الاجتماعي، متمتع بجودة حياة جيدة، أما الشخص المضطرب فهو الفرد الخاوي من النزوع الاجتماعي بعيدا عن مسائل الحياة والعلاقات الاجتماعية كالشخص البطال الذي لا يمتهن مهنة، وغير القادر على بناء وتكوين علاقات اجتماعية كالحب والزواج والأصدقاء وغير الراضي عن حياته ولا يحظى بجودة حياة جيد.¹

3.4.3 التيار الإنساني

ترتكز نظرة المدرسة الإنسانية في نظرتها لجودة الحياة على وجود عنصرين أساسيين ووجوب الارتباط بينهما وهما:

- الفرد: ككائن حي ملائم
- البيئة: كمحضر جيد للعيش

ومن خلال التأثير المتبادل بينهما تبرز ظاهرة الحياة لتفصح عن جودتها. كما يؤكد هذا التيار الإنساني في هذا السياق على مفهوم الذات.²

وتجدر الإشارة إلى أن جودة الحياة وإن لم تظهر كمصطلح مستقل في التراث النظري بشكل مباشر إلا أن المفهوم قد تم التطرق إليه بمصطلحات قريبة ومرتبطة جدا كالسعادة والرفاهية والرضا والوجود النفسي الأفضل وغيرها. وبذلك تعتبر أعمال ماسلو Maslow عن الحاجات النفسية، والنظرية الاقتصادية عن المتطلبات الإنسانية جوهر مفهوم جودة الحياة في هذه المدرسة³، حيث يرى ماسلو (1959) أن الذين ينجحون في التغلب على مشكلاتهم وقرارات حياتهم لديهم قدرة على التكامل والتوازن النفسي وعلى العكس فإن الذين لا ينجحون في ذلك فهم يضيّقون أفكارهم ويشوّهون خبرات واقعهم⁴، وكما نرى فإن الذات تلعب دورا رئيسا في بلورة وإدراك جودة حياتها. واعتبر ماسلو أن الحاجة هي الوقود المحرك للذات نحو رحلة الاشباع التي تحقق له الأمن والاستقرار بداية إلى تحقيق الذات نهاية، عبر هرم تصاعدي عرف باسمه وهذه الحاجات هي:

1. **الحاجات الفسيولوجية Physiological Needs**: وهي ترتبط ارتباطا شعوريا ببقاء الفرد، مثل الحاجة للطعام والشراب والتزاوج وغيرها، حيث يشترك فيها الانسان والحيوان، وهذه الحاجات تبقى مهيمنة حتى تشبع وإلا هلك الكائن الحي.
2. **حاجات الأمن Safety Needs**: تتمثل في الحاجة إلى الاستقرار والحماية وانظام وكذا التحرر من القلق والمخاوف.

¹ حوحو وغرايسية، مرجع سابق، ص 83.

² شيوخ، م. ، طبيعة العمل وعلاقته بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات، جامعة أبي بكر بلقايد، 2014، ص 85.

³ عبد الناصر، مرجع سابق، ص 37.

⁴ الحمداني، ر. م.، المرونة النفسية والجفاف العاطفي رؤية تربوية نفسية معاصرة، مؤسسة الوراق، 2018، ص 62.

3. حاجات الحب والانتماء LoveandBelongingNeeds: بعد اشباع الحاجات السابقة يرتقي الانسان ليطلب المزيد بأن يُحِبَّ ويُحَبَّ.

4. حاجات التقدير EsteemNeeds: تصبح الحاجة الآن بعد اشباع الحاجات السابقة، إلى التقدير، سواء بتقديره لنفسه أو تقدير الآخرين له.

5. حاجات تحقيق الذات SelfActulizationNeeds: وهو المستوى الأعلى الذي يصل إليه الانسان في نموّه النفسي، وهي قيمة الارضاءات الإنسانية حيث يحقق الفرد ذاته ويؤكد هويته¹.

ومن جهة أخرى فإن روجرز Rogers قد ركّز على جملة من المفاهيم الأساسية كالمجال الظاهري Phenomenology وهي أسلوب في علم النفس يركّز على الكيفية التي يدرك بها الشخص ويعبر بها عن ذاته وعالمه، وبالتالي فإن استجابة الفرد للبيئة وتفاعله معها مبني على مدى إدراكه هو لها، كما تشكل خبراته محتويات هذا العالم الخاص به.²

وبناء على ما سبق وأيضا مساهمات ألبرت وغيرهم قدمت رايف (Ryff) تصوّرها لجودة الحياة والذي أطلقته تحت مسمى الوجود النفسي الأفضل، أو السعادة النفسية، وبالتالي "شعور الفرد بالجودة في الحياة ينعكس على درجة إحساسه بالسعادة التي حددتها في ستة أبعاد يحتوي كل بعد منها على ستة صفات، تمثل هذه الصفات نقاط التقاء لتحديد معنى السعادة النفسية".³

5.39 علم النفس الاجتماعي

ترتكز تعاريفه على الأحوال الحسنة التي يشعر بها الفرد عموما، ويمكن ملاحظة ذلك من خلال بعض التعاريف التي أوردها أصحاب هذا التيار، ومن بينهم ليمن (Lehman) الذي يرى بأن جودة الحياة هي ذلك الإحساس بالرفاهية والرضا التي يشعر بها الفرد في ظل ظروفه الحالية.

ومن جهته يرى جود (Goode) بأن جودة الحياة هي نتاج لتفاعلات خاصة بين الأفراد ومواقفهم الحياتية الخاصة، كما أن جودة الحياة حسب جود تقاس بدرجة استمتاع الفرد بإمكانياته الهامة، وبمدى تقييم الفرد لحياته. وبذلك فإن جود يرى أن جودة الحياة مفهوم يعكس مواقف الحياة المرغوبة لدى الفرد في ثلاث مجالات رئيسية للحياة هي: الحياة الأسرية والاجتماعية، المهنة أو الصحة، ويعتمد هذا الحكم على ثلاث ركائز هي: الإدراك الذاتي للفرد، ومواقف الحياة الموضوعية، وإدراك الآخرين المهمين. أما دلكي وروك (Dalky&Roke): فيشيران إلى أن جودة الحياة ترتبط بمستوى إحساس الفرد بجودة معيشته، ممّا يترتب عنه إحساس عام بالرضا أو عدم الرضا عن الحياة.⁴

ونظرا لخصوصية الدراسة من حيث إنها تنتمي إلى حقل علم النفس فإننا سنركّز على جودة الحياة من هذا المنطلق وهي التي تندرج تحت مسمى جودة الحياة النفسية، لذا نخصّها ببعض التفصيل.

¹شحاتة، مرجع سابق، ص 297.

²الفشاعة، ب، مدارس علم النفس، مركز السيكولوجي للنشر الإلكتروني، 2021، ص ص 69-70.

³المضحى، ع. ا. ص، جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين بمدينة الرياض. شبكة ألوكة، 1438، ص 16.

⁴عبد الناصر، مرجع سابق، ص ص 28-29.

40 جودة الحياة النفسية

يعتبر موضوع جودة الحياة النفسية من المواضيع المتجددة التي تتأثر بالمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية الناتجة عن حركية المجتمعات وتطورها على اعتبار أنها على تماس دائم بما تفرزه التغيرات الحاصلة في ميدان تكنولوجيا الإعلام والاتصال، وكذا كل ما له تأثير مباشر على حياة الأفراد والجماعات، لذا فإن دراسة جودة الحياة النفسية وما ارتبط بها من مفاهيم هو ضرورة حتمية تفرضها سيرورة الحياة الاجتماعية لساكنة العالم.¹

ومفهوم جودة الحياة النفسية من المفاهيم المعقدة نسبياً، إذ تسهم فيه مجموعة متنوعة من المكونات، والعوامل النفسية، والانفعالية، والمعرفية. لذا تعددت التعريفات التي طرحت لهذا المفهوم من قبل الباحثين المهتمين بالمجال، فقد عرّفت رايف (Ryff) جودة الحياة النفسية بأنها:

الإحساس الإيجابي بحسن الحال كما يرصد بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا المرء عن ذاته وعن حياته بشكل عام، وسعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، واستقلاليته في تحديد وجهة ومسار حياته، وإقامته لعلاقات اجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين والاستمرار فيها.²

ومن جهته يعرف شاك (Shek) جودة الحياة النفسية هي "حالة الشخص السليم عقلياً الذي يمتلك عدداً من المؤشرات الإيجابية للصحة النفسية مثل التكيف الفعال مع البيئة، وتكامل الشخصية"،³ ويرى مسعودي بأن:

جودة الحياة النفسية عبارة عن تقييم الفرد لنوعية حياته أو الحكم بالرضا عن حياته، ويشمل هذا التقييم الجانبين المزاجي والمعرفي حيث يشعر الإنسان بجودة حياته النفسية حينما يمر بكثير من الخبرات السارة في حياته وقليل من الخبرات غير السارة مع شعوره بالرضا عن حياته بشكل عام ومجالات الحياة المختلفة بالإضافة إلى تغلب المشاعر الإيجابية على المشاعر السلبية.⁴

41 المفاهيم المتصلة بجودة الحياة

اتصلت بمفهوم جودة الحياة عدة مفاهيم أخرى وتداخلت، فكانت معبرة عنها أو داخلية في تركيبها أو مؤشرة عليها، وما إلى ذلك ومن أهمها ما يلي:

¹ بلقاسمي ومسعودي، 2021، ص 237.

² عاشوري وزبدي، ن. ا، جودة الحياة النفسية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى المراهق المتمدرس (دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ التعليم الثانوي بثانويات ولاية الشلف). مجلة العلوم النفسية والتربوية، 7(2)، 2021، 153-168، ص 129.

³ عايش، ص. العلاقات الأخوية وعلاقتها بجودة الحياة النفسية لدى المراهقين (دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المؤسسات التربوية بولاية الشلف). دراسات نفسية وتربوية، 13(4)، 2020-1، ص 2.

⁴ مسعودي، مرجع سابق، ص 129.

1.41 السعادة

للسعادة تعريفات كثيرة لم تتفق على صيغة محددة أو عناصر ثابتة فقد كانت مطلب الانسان مذ وجد، وبذلك شغلت اهتمام العديد من الباحثين في الفلسفة وعلم الاجتماع وعلم النفس وغيرها من العلوم، وبذلك تعددت تعريفاتها واختلفت ومن هذه التعريفات ما أورده ماضوي القاسم بقوله بأن:

السعادة شعور ايجابي يعبر عنه الفرد بطرق لفظية أو غير لفظية يصاحبه تغيرات فيزيولوجية داخلية وخارجية، له محددات فيزيولوجية ومزاجية ومعرفية، واجتماعية لدى الفرد مثل الصحة والأمل في المستقبل ومشاعر الصداقة والحب والتأمل بعض المواقف والالتسام ببعض الصفات النبيلة وتبنى بعض المفاهيم، وينتج عن قدرة الفرد على تكوين صورة ايجابية عن نفسه، ونوعيات ناجحة من العلاقات مثل صلة الفرد بربه أي درجة علاقته بالله ومع نفسه والآخرين ومع البيئة المحيطة به ، ويرتبط الفرد على الاستمتاع بالعمل ووقت الفراغ، ومدى ما يحققه الفرد في مختلف المجالات، بالإضافة الى المناخ الاسري بما يوفيه للفرد من حنان وحبوتهم.¹

أما آمال جودة فترى بأن السعادة هي حالة انفعالية وعقلية متسمة بالاييجابية يَحْزُرُها الإنسان يصفة ذاتية متضمنة شعورا بالرضا والمتعة والتفاؤل والأمل، وكذا الإحساس بالقدرة على التأثير ايجابي في الأحداث. ويورد علاء كفاي ومايسة النبال تعريفاً قريباً من هذا حيث يريان بأن السعادة هي حالة من المرح والهناء والإشباع تنشأ أساساً من إشباع الدوافع والتي قد تسمو إلى مستوى الرضا النفسي وهي وجدان يصاحب تحقيق الذات ككل.²

2.41 الرضا عن الحياة

وكغيره من المتغيرات النفسية، فقد وردت تعاريف كثيرة ومختلفة، هذه التعاريف وإن اختلفت في التفاصيل والجزئيات إلا أنها في العموم تربط الرضا عن الحياة بالتقييم الذاتي والحكم والتقدير من ناحية عقلية وبالشعور والاحساس بهذا الرضا عن الحياة من الناحية الانفعالية، ومثال ذلكتعريف مايكل أرجايل للرضا عن الحياة بأنه "تقدير عقلي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل أو حكم بالرضا عن الحياة. حيث يمثل مفهوم الرضا عددا من المقاييس النوعية للرضا، فهناك الشعور بالرضا عن الحياة بصفة عامة، وعن العمل، وعن الزواج، وعن الصحة ومقاييس الرضا المختلفة.³ وقريباً من هذا ما أورده الخالدي بأن الرضا عن الحياة هو:

تقدير عقلي لنوعية الحياة التي يعيشها الفرد ككل أو حكم بالرضا عن الحياة. ويمثل الشعور بالرضا عددا من المقاييس النوعية للرضا، كالرضا عن العمل، أو الزواج، أو الصحة. ويتباين الشعور بالرضا لدى الناس باختلاف البيئات الاجتماعية أو بين بلد وآخر، مثلاً أن الشعور بالرضا في الزواج والحياة الأسرية أكثر ارتفاعاً في أمريكا، بينما يحتل الرضا عن العمل مكانة اعلى في بريطانيا. ويعتبر

¹بلمداني، ن، مستوى السعادة وعلاقته بالتدين لدى أئمة المساجد، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 116-140، 2016، ص 119.

²سعيد، مرجع سابق، ص 63.

³قتال، ص، الرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد - دراسة مقارنة بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأمهات الأطفال غير المصابين بالتوحد، 45-58، 2021، ص 50.

الرضا عن العمل في عدد من المجتمعات دلالة عن الشعور العام بالرضا عن الحياة في حين يرى البعض الآخر أن العمل أقل أهمية من الحياة الأسرية والأنشطة الترويحية أو المسكن أو جوانب الحياة الأخرى.¹

ومن جهته يرى الديبيان الرضا عن الحياة هو تقبل الفرد لذاته، ولأسلوب الحياة التي يعيشها متقبلاً لها ولذاته وأسرته وسعيداً في عمله فهو متوافق مسيطر على المجال الحيوي الذي يحيط به متفائل بما ينتظره من مستقبل راض عن إنجازاته الماضية لأصدقائه وزملائه، قادر على تحقيق أهدافه، وأنه صاحب القرار. ومن جهته يرى سعد وسعدبان الرضا عن الحياة هو عملية تقييم الشخص لحياته من منظور حالات معرفية كالرضا عن الزواج والعمل والحياة، كما يمكن أن يكون من خلال التأثير المستمر من حيث وجود المشاعر الإيجابية والحالات المزاجية، وغياب التأثيرات غير السارة.²

3.41 الصحة النفسية

يرى ماسلو بأن الصحة النفسية السليمة تعني كون الفرد انساناً كاملاً بما يتضمنه ذلك من ارتباطه بمجموعة من القيم كصدقه مع نفسه ومع غيره، وتمتعه بالشجاعة في التعبير، والتفاني في العمل، وأن يستطيع أن يكتشف من هو؟ وما الذي يريده؟ ويعرف ما هو خير له؟ وأن يتقبل ذلك جميعاً دون اللجوء إلى أساليب دفاعية من أجل تشويه الحقيقة.³

ومن جهته يعرف الخالدي بأن الصحة النفسية "هي تنظيم متسق بين عوامل التكوين العقلي وعوامل التكوين الانفعالي للفرد، يسهم هذا التنظيم في تحديد استجابات الفرد الدالة على اتزانه الانفعالي وتوافقه الشخصي والاجتماعي وتحقيق ذاته".⁴

وتقدم منظمة الصحة العالمية تعريفها الشامل للصحة النفسية نصّه:

الصحة النفسية هي حالة من الرفاه النفسي تمكّن الشخص من مواجهة ضغوط الحياة، وتحقيق إمكاناته، والتعلّم والعمل بشكل جيد، والمساهمة في مجتمعه المحلي. وهي جزء لا يتجزأ من الصحة والرفاه اللذين يدعمان قدراتنا الفردية والجماعية على اتخاذ القرارات وإقامة العلاقات وتشكيل العالم الذي نعيش فيه. والصحة النفسية هي حق أساسي من حقوق الإنسان. وهي حاسمة للأهمية للتنمية الشخصية والمجتمعية والاجتماعية الاقتصادية. والصحة النفسية لا تقتصر على غياب الاضطرابات النفسية. فهي جزء من سلسلة متصلة معقدة، تختلف من شخص إلى آخر، وتتسم بدرجات متفاوتة من الصعوبة والضيق، وبحصائل اجتماعية وسريرية يُحتمل أن تكون مختلفة للغاية.⁵

¹الخالدي، مرجع سابق، ص ص 79-80.

²سعد، أ، سعد، أ. مؤشرات الرضا عن الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية المدركة (PSS) لدى الطالبات المقيمات بالأحياء الجامعية. مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الانسانية والاجتماعية، 2021، 482-499، ص 486.

³الخالدي، مرجع سابق، ص 32.

⁴المرجع نفسه، ص 35.

⁵منظمة الصحة العالمية، 2022.

4.41 التوافق الشخصي والاجتماعي

يرى سوبر بأن التوافق هو تركيبة مكونة من عدة أنواع أو جوانب خاصة من التكيف على شكل محصلة من خلال مظهرين، أولهما هو التوافق الذاتي، والمتعلق بالتنظيم النفسي الذاتي للفرد، وثانيهما التوافق الاجتماعي والذي يعنى بالعلاقات بين الذات والآخرين. ومن خلال المواقف الحياتية والوضعيات التي يكون فيها الفرد يمكن لهذين المظهرين أن يتجليا.¹

ومن ناحية أخرى يربرونو بأن التوافق هو عملية انسجامية تجمع الفرد ببيئته، بهدف تحقيق مطالب الفرد واشباع مختلف حاجاته، وتتطلب هذه العملية جملة من التغيرات الضرورية في سلوك الفرد للوصول إلى انسجام بين ما مطامحه وبين الظروف المتغيرة في بيئته.²

5.41 الاتزان الانفعالي

أشير إلى الاتزان الانفعالي على أنه حالة من التروي والهدوء والمرونة الوجدانية تجاه موقف انفعالي ما، ينعكس سعادة وسكونا ونقاء وتفاؤلا وثقة في النفس،³ وبالتالي فإن التوازن الانفعالي كما وصفته كامليا عبد الفتاح بأنه:

الحالة التي يستطيع فيها الشخص إدراك الجوانب المختلفة للمواقف التي تواجهه، ثم الربط بين هذه الجوانب وما لديه من دوافع وخبرات وتجارب سابقة من النجاح والفشل، تساعد على تعيين نوع الاستجابة وطبيعتها التي تتفق ومقتضيات الموقف الراهن، وتسمح بتكييف استجابته تكييفاً ينتهي بالفرد على التوافق مع البيئة، والمساهمة الإيجابية في نشاطها، وفي نفس الوقت ينتهي على حالة من الشعور بالرضا والسعادة.⁴

6.41 المرونة النفسية

توصف المرونة النفسية على أنها استجابة انفعالية عقلية، تمكن الإنسان من التعامل الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة وهي كما تعرفها الجمعية الأمريكية للأمراض النفسية بأنها "عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد الصدمات النكبات، أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل والمشكلات المالية".⁵

¹الخالدي، مرجع سابق، ص 99.

²الخالدي، مرجع سابق، ص 100.

³مالكي، ر، كحول ش. الاتزان الانفعالي لدى الأمهات العازبات المتدرسات دراسة ثلاث حالات بولاية ادرار "الجزائر". الحالة (ح.م) نموذجاً، 20 يونيو 2022، 438-464، ص 444.

⁴الخالدي، مرجع سابق، ص 62.

⁵بكير، مرجع سابق، ص 58.

فالمرونة النفسية حسب بعض المفكرين، هي تلك القدرة التي من خلالها يكون الانسان حاضرا ذهنيا ووجدانيا في موقف حياتي ما أي هي "القدرة على الاتصال باللحظة الحالية تماما كوجود إنساني مدرك وشعوري، ولتغيير أو إصرار على السلوك عندما يخدم النهايات والغايات القيمة التي تمثل قيمة بصورة كبيرة. وهي تؤسس من خلال ست عمليات أساسية للعلاج بالتقبل والالتزام وهي، التقبل والاستعداد (لإزالة فك الاندماج)، الاتصال باللحظة الحالية، الذاتكسياق، القيم، والتصرف الاهتماميا للالتزامي.¹

7.41 الارتياح النفسي الشخصي

تعددت التعريفات التي وردت بخصوص هذا المفهوم أيضا، حيث أشار براون وستيوارت (Stewart-Brown) إلى أن الارتياح النفسي هو حالة كلية ذاتية توجد عندما يتوازن ما بداخل الشخص، شاملا مدى واسعا من المشاعر الإيجابية: كالحيوية والإقبال على الحياة، والثقة في النفس والصراحة والأمانة مع الذات ومع الآخرين، ومشاعر والبهجة والسعادة، والهدوء. في حين يعرف بيتون (Betton) الارتياح النفسي على أنه "تقييم معرفي انفعالي للحياة يشتمل على الحالة المزاجية للفرد، وردود الأفعال الانفعالية اتجاه الأحداث أو الحكم حول إنجازاته في الحياة والرضا عن الحياة مع الشعور بالتوافق".²

أما فينهوفن (Veenhoven) فيصف الارتياح النفسي بأنه شعور بالارتياح أو الرفاهية وحسن الحال ضمن مؤشرات موضوعية وتقييم ذاتي لوضع الفرد على المستوى الجسدي والمادي والاجتماعي والانفعالي، وصولا إلى النمو الفردي ونشاطاته الهادفة المتوازنة مع منظومة القيم.³

بعد تناول أهمّ المفاهيم المتصلة بجودة الحياة سيعرض العنصر الموالي لمجموعة من النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة تباعا.

42 نماذج نظرية مفسرة لجودة الحياة

انطلاقا من الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة والتي تمّ تناول أهمّها فيما سبق، ظهرت العديد من النماذج النظرية التي حاولت بلورة مفهوم جودة الحياة وتحديد أبعاده ومؤثراته ومن بينها:

1.42 نموذج بوبولز والمتعاونين معها

إن الإطار المفاهيمي الذي قدمته Bubolz ومعاونوها (1980) مستوحى إلى حد كبير من المبادئ الرئيسية للإيكولوجيا الحضرية. ويمكن ذكر وجهة نظر هذا النموذج في النقاط التالية:

¹بوقفة، إ، جبالي، ن. ا، المرونة النفسية والقلق - دراسة ميدانية حسب منحى العلاج بالتقبل والالتزام على طلبة جامعة باتنة-1، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، 30 يونيو 2020، 465-488.

²شويخي وسعدي، مرجع سابق، ص 190.

³تلمساني، ف، الارتياح النفسي الشخصي والرضا الوظيفي لدى الأساتذة. الحوار المتوسطي، 23 ابريل 2021، 15-23، ص 16.

- تعتبر جودة الحياة بالمعنى العام للغاية لوصف رفاهية أو سوء حياة الناس و / أو البيئة التي يعيشون فيها.
- من وجهة نظر الفرد، تتكون جودة الحياة من درجة من الرفاه أو الرضا عن الحياة الجسدية والحيوية الأساسية المنطقية، والنفسية، والاقتصادية، والاجتماعية.
- يتم تلبية هذه الاحتياجات من خلال موارد من البيئة.
- جودة الحياة هي الدرجة التي تتمتع بها البيئة بالقدرة على توفير الموارد اللازمة لتلبية الاحتياجات.
- يتم تقييم مستوى جودة الحياة بشكل معياري، إما فيما يتعلق بالمعيار الذي يجب تلبية الاحتياجات منه، أو فيما يتعلق بمعيار يتعلق بالموارد المطلوبة.
- تساعد المكونات الأساسية للنظام البيئي البشري على توضيح الظواهر البشرية التي ينبغي وصفها والبيانات التي ينبغي اختيارها كمؤشرات.
- يمكن للمؤشرات أن تصف أو تقيس شيئاً ما عن ظروف الناس أو حالتهم (البيئة البشرية)، أو الموارد البيئية (البيئة الطبيعية أو المبنية أو السلوكية)، أو تفاعل الناس مع البيئة ومواردها (استخدام هذه البيئة).
- يمكن استخدام المؤشرات الموضوعية والذاتية لتقييم نوعية الحياة في النظام البيئي.¹

2.42 نموذج أبي وأندروز (Abbey and Andrews 1985)

يتعلق هذا النموذج المقترح بالرفاهية التي يدركها الفرد، والمفاهيم الناتجة عن حركة المؤشرات الاجتماعية والمفاهيم التي تمت دراستها في علم النفس. إذ يفترض الباحثان أن عدداً من العوامل النفسية والاجتماعية تتأثر بتفاعلات الأفراد مع عالمهم الاجتماعي، هذه العوامل هي الأخرى تؤثر في الحالات الداخلية للاكتئاب والقلق مما ينعكس على مدى الشعور بالعافية.

وبالتالي فإن العناصر الأساسية لهذا النموذج يتم توزيعها على النحو التالي:

- خمسة مفاهيم نفسية اجتماعية (الإجهاد، والتحكم في وجود المرء، والسيطرة التي يمارسها الآخرون على وجود المرء، والدعم الاجتماعي والأداء).
- مفهومان نفسيان (الاكتئاب والقلق).
- خمستقييمات منفصلة لجودة الحياة.

¹Mercier, C., & Filion, J. La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. Santé mentale au Québec, 2006. <https://doi.org/10.7202/030380ar>, p 137

بناءً على هذه المفاهيم، يحدد المؤلفان فرضيتهم القائلة بأن الإجهاد وإدراك التحكم والدعم الاجتماعي والأداء يؤثر على القلق والاكتئاب لدى الأشخاص. ويؤثر إدراك السيطرة والدعم الاجتماعي والأداء على قلق الفرد واكتنابه وأن هاتين الحالتين العاطفتين، بدورهما، تؤثران على جودة حياتهم. وبالتالي فإن القلق والاكتئاب لهما آثار سلبية مباشرة على جودة الحياة.

بشكل عام، تشير النتائج التي حصل عليها آبي وأندروز إلى أن:

- التوتر والاكتئاب يرتبطان ارتباطاً وثيقاً بالتصورات السلبية لنوعية الحياة.
- الرقابة الداخلية والأداء والعلاقات بين التأثير الإيجابي والرقابة الداخلية والدعم الاجتماعي والأداء أقوى من العلاقات بين هذه المفاهيم والتأثير السلبي.
- يبدو، وفقاً لآبي وأندروز، أنه عندما يحاول الأفراد تحديد إلى أي مدى يستمتعون بحياتهم، فإنهم يؤكدون على المحددات الإيجابية للرفاهية، أي التحكم الداخلي وضبط النفس والدعم الاجتماعي. وعلى العكس من ذلك، عندما يحاولون تحديد مدى انزعاجهم عاطفياً، فإنهم يركزون على المحددات السلبية للرفاهية مثل الإجهاد أو السيطرة التي يمارسها الآخرون.¹

3.42 النموذج التكاملي لأندرسون (Anderson)

طرح أندرسون (2003) شرحاً تكاملياً لمفهوم جودة الحياة متخذاً من مفاهيم:

- السعادة (Happiness).
- معنى الحياة (life of Meaning).
- نظام المعلومات البيولوجي (The biological information system).
- الحياة الواقعية (life Realizing).
- تحقيق الحاجات (Fulfillment of needs).

فضلاً عن العوامل الموضوعية الأخرى إطاراً نظرياً تكاملياً لتفسير جودة الحياة، ولقد أشار أندرسون إلى أن إدراك الفرد لحياته، يجعله يقيم شخصياً ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكاراً كي يصل إلى الرضا عن الحياة (satisfaction life). كما يمكن حصر مؤشرات هذا النموذج فيما يلي:

- أن النظرية التكاملية تضع مؤشرات جودة الحياة.
- أن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة الحياة.
- أن نضع أهدافاً واقعية نكون قادرين على تحقيقها.
- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.

¹Mercier & Filion, 2006, p 138

- أن اشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وإلى شعوره بجودة الحياة.¹

4.42 نموذج كارييج وجاكسون (Jackson & Craig, 2010)

يقترح النموذج المعروف بـ: نموذج (The 3 B's) ثلاث مجالات أساسية تتكوّن منها جودة الحياة هي:

1. الكينونة Bieng.
2. الانتماء Belonging.
3. الصيرورة Becoming.

ويوضح جدول 3 التالي تفاصيل المكونات الفرعية لهذه المجالات.

جدول 3 جدول كارييج وجاكسون لمكونات جودة الحياة²

المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
الكينونة (الوجود) Being	الوجود البدني PhysicalBeing	• القدرة البدنية على التحرك ممارسة الأنشطة البدنية. • أساليب التغذية
	الوجود النفسي PsychologicalBeing	• التحرر من القلق والضغط • الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح/ عدم ارتياح)
	الوجود الروحي Spiritual Being	• وجود أمل في المستقبل (الاستبشار) • أفكار الفرد الذاتية عن الصواب والخطأ
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني PhysiacalBelonging	• المنزل الذي يعيش فيه الفرد. • نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي SocialBelonging	• القرب من الأسرة التي يعيش فيها الفرد. • وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).
	الانتماء المجتمعي CommunityBelonging	• توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية اجتماعية... الخ). • الأمن المالي
الصيرورة Becoming	الصيرورة العملية PracticalBecoming	• القيام بالأشياء. • العمل في وظيفة أو الذهاب إلى مؤسسة تعليمية.
	الصيرورة الترفيهية	• الأنشطة الترفيهية الخارجية والتنزه، الرياضة

¹ فواطمية، مرجع سابق، ص 315.

² شويل، ي ، جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابية، مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 30 يونيو 2018، 8-26، ص 17.

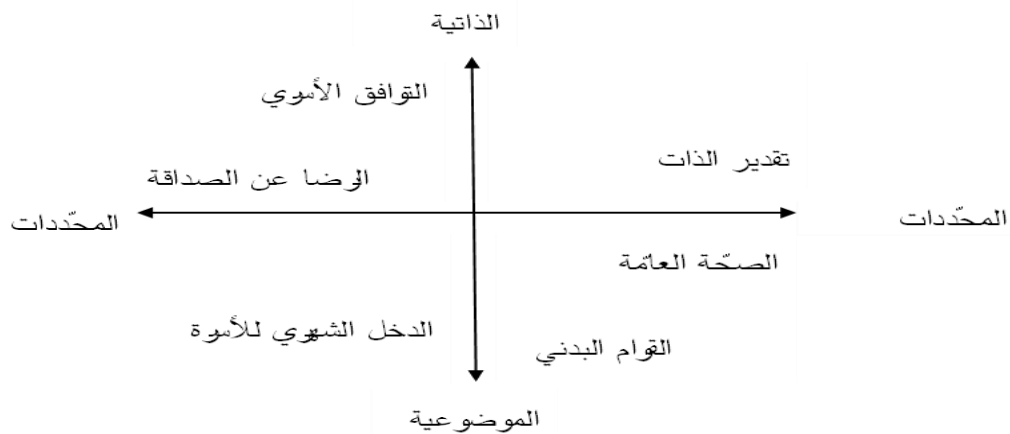
المجال	الأبعاد الفرعية	الأمثلة
	LeisureBecoming	• الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل العالم والترفيه)
	السيرورة التطويرية الارتقائية CrothBecoming	• تحسين الكفاءة البدنية والنفسية. • القدرة على التوافق مع تغيرات وتحديات الحياة.

5.42 نموذج أبو سريع وزملائه

اقترح أبو سريع وزملاؤه نموذجاً لتفسير وتقدير جودة الحياة، حيث يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في تشكيل جودة الحياة موزعة على بعدين متعامدين بحيث:

- يشمل البعد الأفقي قطبي توزيع محدّدات جودة الحياة حسب كمونها داخل الشخص أو خارجه، وتسمّى بعد المحدّدات الشخصية الداخلية مقابل المحدّدات الخارجية.
- ويمثّل البعد الرأسي توزيع تلك المحدّدات وفق أسس قياسها وتقدير مدى تحقّقها، والتي تتوزّع ما بين أسس ذاتية يقدّرها الفرد من منظوره الشخصي كما يدركها ويشعر بها، إلى أسس موضوعية لتشمل الاختبارات والمقاييس ومقارنة الشخص بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية، أو اعتماداً على معايير كمية وكيفية أخرى مثل الملاحظة ومقاييس التقدير، ويسمّى بعد الذاتية في مقابل الموضوعية.

يوضح: شكل 3 النموذج الذي اقترحه أبو سريع وزملاؤه كما يلي:

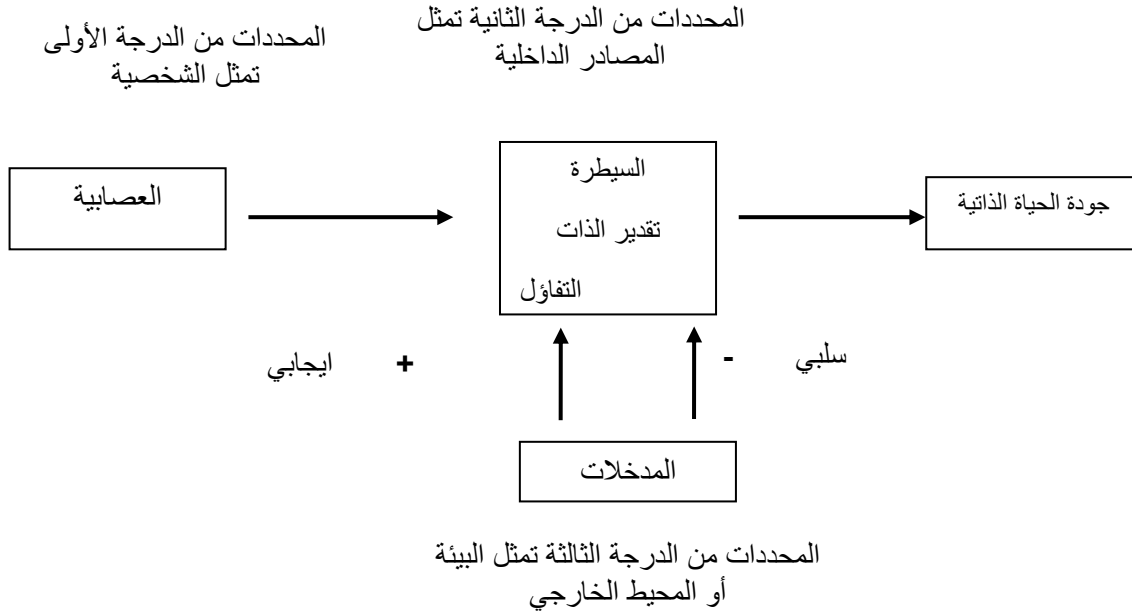


شكل رقم 3 نموذج أبو سريع وزملائه لتفسير وتقدير جودة الحياة

(مشري، 2014، ص 231)

6.42 نموذج ستال وأونس (Steel & Ones, 2002)

يربط هذا النموذج بين جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا عن الحياة والوصول في نهاية الأمر إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل، كما هو موضح في الشكل التالي:



شكل رقم 4 نموذج ستال وأونس لعوامل جودة الحياة الذاتية

المصدر: بوعمامة، جودة الحياة: المفهوم والأبعاد دراسة تحليلية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2019، ص 355

يوضح هذا النموذج محددات جودة الحياة المرتكزة على التقييم الذاتي لهذه الجودة، ويلاحظ من الشكل السابق أن جودة الحياة من المنظور الذاتي دالة لتفاعل ثلاث محددات تأخذ ترتيباً معيناً من حيث درجة التأثير وهي على النحو الآتي:

1. المحددات من الرتبة الأولى: (طبيعة الشخصية من حيث المكونات والخصائص) وتتضمن بعدين رئيسيين:

أ- الانبساطية في مقابل الانطوائية.

ب- العصابية في مقابل الاتزان الانفعالي.

2. المحددات من الرتبة الثانية: المرشحات الداخلية الخاصة بالفرد، وتتضمن مجموعة من الأبعاد الشخصية:

أ- وجهة الضبط أو مركز التحكم.

ب- تقدير الذات.

ت- التفاؤل في مقابل التشاؤم.

3. المحددات من الرتبة الثالثة: المدخلات الخبرية (البيئية) وتتضمن كافة المكونات والأبعاد البيئية سواء المادية أو الاجتماعية وما تتضمنه من مصادر إشباع ومساندة.¹

7.42 نموذج فيلسي وبيري (Felce & Perry)

وهو نموذج ثلاثي العناصر لجودة الحياة يعكس التفاعل بين: ظروف الحياة، الرضا عن الحياة، والقيم الشخصية. على النحو التالي:

1. ظروف الحياة: Lifeconditions

وتتضمن الوصف الموضوعي للأفراد وللظروف المعيشية لهم.

2. الرضا الشخصي عن الحياة: personalsatisfaction

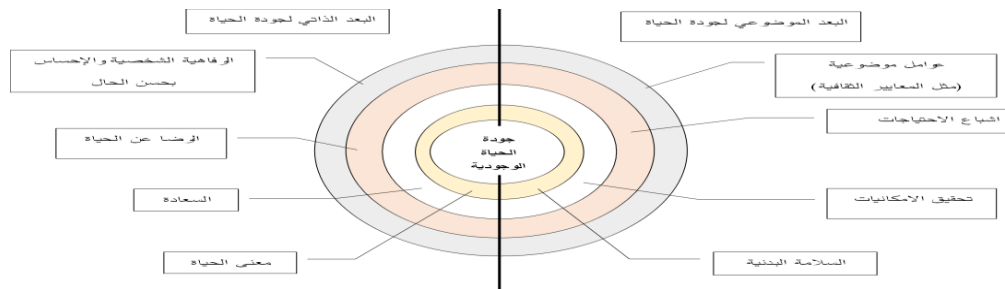
ويتضمن ما يعرف بالإحساس بحسن الحال والرضا عن ظروف الحياة أو أسلوب الحياة.

3. القيم الشخصية والطموح الشخصي: Personal values and aspiration

4. وتتضمن القيمة أو الأهمية النسبية التي يسقطها الفرد على مختلف ظروف الحياة الموضوعية أو جودة الحياة الذاتية² subjective well-being

8.42 نموذج فينتجودت وآخرون (2003)

يعد هذا النموذج من أهم التصورات التي طرحت لتحديد أبعاد جودة الحياة في إطار التوفيق بين البعد الذاتي والبعد الموضوعي، حيث اقترح فينتجودت وزملاؤه ما يعرف بمتصل جودة الحياة quality-of-life spectrum وطرحوا في ضوءه ما يعرف بالنظرية التكاملية لجودة الحياة the integrative quality-of-life (IQOL) theory والتي يوضح الشكل التالي أبعادها وطبيعة التفاعل بين هذه الأبعاد



شكل رقم 5 مكونات نظرية فينتجودت وزملاؤه التكاملية لجودة الحياة

¹ أبو عمامة، مرجع سبق ذكره ، ص 355.

² أبو حلاوة، م. ا. جودة الحياة المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، 2010، ص 9.

أبو حلاوة، م. ا. جودة الحياة المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، 2010، ص12

يتضح من شكل رقم 5 مكونات نظرية فينتجوت وزملاؤه التكاملية لجودة الحياة السابق أن جودة الحياة أو ما يطلق عليه حسب مضامين الشكل "جودة الحياة الوجودية" (Existential Quality of Life) وفقاً لرؤية فينتجوت وآخرون (2003) تتضمن بعدين:

1. البعد الذاتي (Subjective Quality of Life):

ويتضمن أبعاداً فرعية تتمثل في: الرفاهية الشخصية والإحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

2. البعد الموضوعي (Objective Quality of Life):

ويتضمن أبعاداً فرعية تتمثل في: عوامل موضوعية (مثل المعايير الثقافية)، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانات، السلامة البدنية.¹

43 أبعاد جودة الحياة

أسفرت التعاريف المختلفة لجودة الحياة وكثرتها جراء التناولات الكثيرة والمختلفة أيضاً، على ظهور عدة تحديدات لأبعاد جودة الحياة غير أنها -على كثرتها- يمكن تصنيفها تحت محوري الذاتية والموضوعية، إذ يمكن اعتبارهما بعدين أساسيين لجودة الحياة تتفرع عنهما عدة أبعاد ومؤشرات وعموماً فيمكن تعريفهما على النحو التالي:

- **البعد (المحور) الذاتي:** يعني إدراكات الفرد لظروفه الداخلية من خلال الجوانب النفسية، مركزاً على الرفاهية النفسية، والرضا والسعادة والمشاعر الإيجابية، والتوقعات من الحياة وغيرها
- **البعد (المحور) الموضوعي:** يركز على البيئة الخارجية، متضمناً الظروف الصحية والرفاهية الاجتماعية والعلاقات والظروف المعيشية والتعليم والأمن، والعمل ومختلف الأنشطة وغيرها.²

ويمكن ذكر نماذج من تحديدات لأبعاد جودة الحياة كما يلي:

1.43 حسب موسوعة علم النفس

تعرف موسوعة علم النفس (Encyclopedia of Psychology) جودة الحياة على أنها مفهوم متعدد الأبعاد، ولخصتها في سبعة أبعاد تمثل في مجموعها جودة الحياة، وذلك لغرض تيسير البحث والقياس، وهي كما يلي:

1. التوازن الانفعالي: ويعني ضبط الانفعالات كالحزن، والقلق والكآبة وغيرها.

2. الحالة الصحية للجسم.

¹أبو حلاوة، مرجع سابق، ص 12.

²مشري، مرجع سابق، ص 222.

3. الاستقرار المهني: حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة.
4. الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي.
5. استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة.
6. الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة.
7. التواءم الجسمي ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام¹.

2.43 حسب الزروق (2015)

حدّدت الزروق (2015) أبعاد الحياة في ست عناصر على الشكل التالي:

1.2.7 الصحة الجسدية

وتعني مجموعة المهارات الوظيفية التي تحدد مستوى الأداء والنشاط لدى الفرد. ويتم التعرف عليها من خلال مؤشرات محددة وهي الصحة والمرض، التعب، النوم والتغذية.

2.2.7 الصحة النفسية

ويقصد بها حالة التوافق والانسجام بين الوظائف النفسية المختلفة التي تؤدي بالفرد إلى حسن استثمارها في تحقيق التلاؤم بينه وبين الظروف المحيطة به. ويمكن الكشف عنها من خلال مؤشرات معينة هي: الرضا عن الصورة الجسدية وغياب المشاعر السلبية والقدرة على التحكم في الانفعالات والتقدير الذاتي والتمتع بالقدرات الذهنية.

3.2.7 الاستقلالية الذاتية

هي وتعني امتلاك القدرة على تحمل المسؤولية الذاتية لتحقيق متطلبات الذات والعمل. وذلك وفق مؤشرات محددة هي: بذل الجهد والاهتمام بتحسين الأداء والقدرة الفردية على معالجة المشاكل التي تظهر أثناء الأداء.

4.2.7 العلاقات الاجتماعية والزواجية

ويقصد بها الاتصال بالآخرين داخل الأسرة وخارجها من خلال إقامة العلاقات والمشاركة في النشاطات الاجتماعية. ويمكن التعرف على نوعية هذه العلاقات من خلال المؤشرات المتمثلة في الاحتكاك بالآخرين والاعتقاد بشأن نواياهم، إنشاء الصداقات، الدعم الأسري والعلاقة مع الزوج.

¹ معمرية، ب، جودة الحياة تعريفاتها مظاهرها أبعادها، جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر الأبعاد والتحديات، 2020، ص 21.

5.2.7 البيئة والمحيط

وتعني الحساسية والاستجابة للتأثيرات والتغيرات المناخية والفيزيائية الواقعة في البيئة والمحيط. حيث تتحدد مؤشرات هذه الاستجابة في مدى الانزعاج من التغيرات التي تشهدها البيئة المناخية، التعامل مع الصخب والازدحام ومع وسائل التنقل.

6.2.7 الجانب الروحي الديني والتوجه نحو الحياة

ويقصد به الإيمان بالمعتقدات الدينية ومدى الالتزام بها من خلال ممارسة السلوكات والشعائر المختلفة التي تجسد تلك المعتقدات، بالإضافة إلى التوجه نحو الحياة من حيث التفاؤل والتشاؤم. ويتحدد ذلك بمؤشرات معينة هي: المعتقدات والممارسات الدينية، التفاؤل والتشاؤم.¹

3.43 حسب شالوك

فإن هناك تسعة أبعاد متنوعة لمفهوم جودة الحياة، والتي يمكن أن تختلف في درجة أهميتها، وفقا لتوجه الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة، والأبعاد كالتالي:

1.3.7 جودة المعيشة الانفعالية

وتشمل الشعور بالأمان، والجوانب الروحية والسعادة، والتعرض للمشقة، ومفهوم الذات، والرضا أو القناعة.

2.3.7 العلاقات بين الأشخاص

وتشمل الصداقة الحميمة، والجوانب الوجدانية، والعلاقات الأسرية، والتفاعل، والمساندة الاجتماعية.

3.3.7 جودة المعيشة المادية

وتشمل الوضع المادي، وعوامل الأمان الاجتماعي، وظروف العمل، والممتلكات، والمكانة الاجتماعية، والاقتصادية.

4.3.7 الارتقاء الشخصي

وتشمل مستوى التعليم، والمهارات الشخصية ومستوى الإنجاز.

5.3.7 جودة المعيشة الجسمية

وتشمل الحالة الصحية، والتغذية والاستحمام، والنشاط الحركي ومستوى الرعاية الصحية، والتأمين

¹ الزروق ، مرجع سابق، ص ص 49 – 50.

6.3.7 محددات الذات

وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي، وتوجيه الذات والأهداف، والقيم.

7.3.7 التضمين الاجتماعي

وتشمل القبول الاجتماعي والمكانة وخصائص بيئة العمل، والتكامل والمشاركة الاجتماعية، والدور الاجتماعي، والنشاط التطوعي، والبيئة المسكن.

8.3.7 الحقوق

وتشمل الخصوصية، والحق في الانتخاب والتصويت، وأداء الواجبات، والحق في الملكية.¹

9.3.7 الحرية وتقرير المصير

وتشمل مؤشرات الاستقلالية ورسم الأهداف وحرية الاختيار.²

44 مؤشرات جودة الحياة

تجدر الإشارة إلى أن تحديد المؤشرات، يستتبع تحديد الأبعاد، والأبعاد إنما توضع وفق الخلفية النظرية التي يركز عليها مفهوم جودة الحياة، وكما رأينا فيما سبق من تعدد التعاريف واختلافها، وبالتالي فإنه يصعب تحديد المؤشرات والاتفاق عليها، وفيما يلي عرض لبعضها حسب بعض التناولات: من أهم المؤشرات الدالة على جودة الحياة يمكن ذكر ما يلي:

1. الثقة بالنفس والشعور بالكفاءة: وتعني شعور الفرد بقيمته وأنه يملك إمكانيات تجعله قادراً على العطاء ومواجهة الصعاب والتغلب عليها واتخاذ قرارات دون الاعتماد على الغير.
2. القدرة على التفاعل الاجتماعي: ويعني قدرة الفرد على تكوين علاقات إنسانية يسودها الثقة بالنفس والاحترام والتآلف مع الآخرين والقيام بدور إيجابي في المناسبات والأنشطة.
3. القدرة على ضبط النفس والنضج الانفعالي: وتعني قدرة الفرد على مواجهة الصراعات النفسية والسيطرة على الانفعالات والتعبير عنها بصورة ملائمة اجتماعياً.
4. القدرة على توظيف الطاقات والإمكانيات في أعمال مثمرة: وتعني سعي الفرد على تحقيق طاقاته والاستفادة من إمكانياته في أعمال مثمرة تشعره بالإشباع والرضا.
5. الخلو من الأعراض العصبية: وتعني تحرر الإنسان من الأنماط السلوكية الشاذة المؤدية للاضطرابات والأمراض النفسية والعقلية والتغلب على ما يعوق مشاركته في الحياة الاجتماعية.

¹ فواطمية، مرجع سابق، ص 311.

² نفس المرجع، ص 313.

6. تقبل الذات وأوجه القصور العضوية: وتعني تقبل الفرد لذاته كما هي ورضاه عنها وعدم الخجل مما يترتب عليه من معوقات جسميّة¹.

ومن جهته فقد حدّد فولفيلد Fallowfield مؤشرات جودة الحياة فيما يلي:

1. الإحساس بجودة الحياة: وهي حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادرا على اشباع حاجاته المختلفة (الفطرية والمكتسبة) والاستمتاع بالظروف المحيطة.
2. المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.
3. المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلا عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.
4. المؤشرات المهنية: وتتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته وحبّه لها، وكذا القدرة على تنفيذ مهام وظيفته، وقدرته على التوافق مع واجبات عمله.
5. المؤشرات الجسمية والبدنية: وتتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحيّة، والتعايش مع الآلام والنوم والشهية في تناول غذائه، وأيضا القدرة الجنسيّة².

بعد عرض لأهم الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة وبعض النماذج النظرية، ونظرا لخصوصية البيئة الثقافية لعينة الدراسة، والتي تعيش في بيئة مسلمة، بالإضافة أيضا إلى خصوصية الدراسة التي تتناول مفهوم التدّين، فحريّ بأن نعرض لمفهوم جودة الحياة من وجهة نظر الإسلام. فما هي الرؤية الإسلامية لمفهوم جودة الحياة؟

45 مفهوم الحياة وجودتها في الرؤية الإسلامية:

قال الحق تعالى: ﴿أَفَحَسِبْتُمْ أَنَّمَا خَلَقْنَاكُمْ عَبَثًا وَأَنَّكُمْ إِلَيْنَا لَا تُرْجَعُونَ﴾ (المؤمنون 115)، تنطلق الرؤية الإسلامية من مبدأ أن الانسان جاء وسيعود إلى الله، فالحقيقة المطلقة هي معرفة الله، والغاية المرجوة من وجود الانسان هي السعي لنيل رضوان الله تعالى، ﴿فَاعْلَمْ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَاسْتَغْفِرْ لِذَنْبِكَ وَلِلْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مُتَقَلَّبَكُمْ وَمَثْوَاكُمْ﴾ (19 محمد)، والانسان في متّصل وجوده (حياته الوجودية) يحيا حياة دنيوية قصيرة جدا، يعود بعدها إلى الله بعد أن قضى فترة حياته الدنيا (فترة الاختبار) وتنقضي بذلك حياة التكليف، لينتقل بعدها للحياة الأخرى (الحياة الباقية)، حياة التشريف،

¹المضحي، ع. ا. ص، جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين بمدينة الرياض، شبكة ألوكة، 1438، ص ص 11، 12.

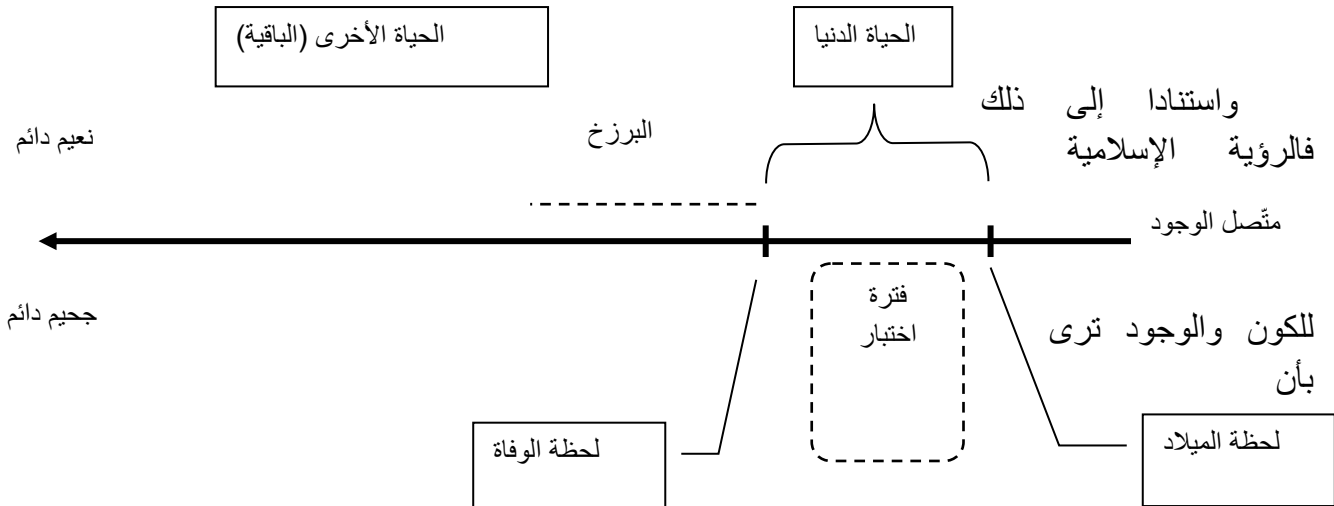
²نعيسة، ر. ع، جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين، مجلة جامعة دمشق، 2018، 145-181.

ونتاجا لما قدّمه فيما سبق سيلقى مصيره الباقي فيما لحق، فإما سيرقى في جنة النعيم أو أنه سيشقى في نار الجحيم، يقول الحق تعالى ﴿مِنْهَا خَلَقْنَاكُمْ وَفِيهَا نُعِيدُكُمْ وَمِنْهَا نُخْرِجُكُمْ تَارَةً أُخْرَى﴾ (55 طه).

وبالتالي فحياة الانسان الوجودية كما يتضح من خلال

شكل رقم 6 بين مرحلة متقدمة قصيرة جدا يُبتلى فيها ويُختبر، ومرحلة متأخرة دائمة يخلد فيها شقيا أو سعيدا، وفي هذا السياق يقول قطب:

فحكمة البعث من حكمة الخلق. محسوب حسابها، ومقدر وقوعها ومدير غايتها. وما البعث إلا حلقة في سلسلة النشأة، تبلغ بها كمالها، ويتم فيها تمامها. ولا يغفل عن ذلك إلا المحجوبون المطموسون، الذين لا يتدبرون حكمة الله الكبرى؛ وهي متجلية في صفحات الكون، ماثلة في أطواء الوجود.¹



شكل رقم 6 متصل حياة الانسان الوجودية

الانسان باعتباره المخلوق المكرّم من خالق الوجود، والمفضّل بين الخلائق والذي سخر له ما في الكون، إنّما غاية وجوده هي عبادة الله وعمارة الأرض إلى يوم يبعث، على أن تون حياته وفق النهج الذي أَراده الله وبيّنه وأرشد إليه رسل الله وأنبيأوه.²

والانسان متى ما أدرك مكانته ومسؤوليته، وفهم معنى وجوده، ومغزى رسالته في هذه الحياة، نأعن مواطن الذل والهوان وابتعد عنها، وسلّك دروب الخير وسبله وسعى لاكتساب المعالي، والانسان متى ما قوي إيمانه بربه، واطمأن بأن الله تعالى هو الخالق الرازق، القوي القادر والضر النافع، وهو إذا قوي إيمانه بالله، ورسخ في أعماقه أنّه -أي الله تعالى- الخالق الرازق، القوي القادر، الضر النافع،

¹قطب، مرجع سابق، ص 2482.

²بوساحة، ب، فرطاس، إ.، جودة الحياة بين الرؤية الإسلامية والرؤية الغربية، مجلة الاعلام والمجتمع، ديسمبر 2022، 512-533، ص 517.

سكنت نفسه واطمأنت نفسه، وغمرته مشاعر الكرامة والحرية، انطلق يعمل بقلب منشراح مطمئن، متجاوزا ما يعترضه من صعاب.¹ فلحظة ادراك وفهم عميق، يستتبعها عمل صالح بإخلاص، يثمر حياة طيبة، يقول المولى عز وجل في هذا السياق ﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِّنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنَّثَىٰ وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ (النحل 97) وما الحياة الطيبة إلا تعبير قرآني عن جودة الحياة في معناها السامي والراقي، فالحياة الطيبة كما يبينها المفسرون نحو كعباش قائلا:

تشمل كل أطايب الحياة وأنواع الهناء والراحة، وفسرها ابن عباس (ض) بالرزق الحلال الطيب والسعادة، وعقب الله ذلك بجزاء الآخرة وجعل كلا الجزاءين ثمرة للإيمان الصحيح والعمل الصالح فهما ملاك الأمر في صلة المؤمن بربه، ويتمثل طيب الحياة في أشياء كثيرة تجعل الإنسان قنوعا راضيا مطمئنا إلى ربه، فهو موفور الصحة مرتاح الضمير، يجد السكن في بيته والصلاح في أولاده والمودة في قلوب الناس والتيسير في جميع أعماله... إلخ² ويعقب الزحيلي مفسرا ومبينا حقيقة الحياة الطيبة بأنها:

تشمل وجوه الراحة المختلفة، من رزق حلال طاهر، وسعادة غامرة، وطمأنينة نفس، وهدوء بال، ورضا وقناعة، قال ابن عطية: ظاهر هذا الوعد بالجزاء الحسن: أنه في الدنيا، وإن طيب الحياة اللازم للصالحين إنما هو بنشاط نفوسهم ونبلها وقوة رجائهم، والرجاء للنفس أمر ملذ، فهذا تطيب حياتهم، وبأنهم احتقروا الدنيا، فزالت همومها عنهم، فإن انضاف إلى هذا مال حلال وصحة، أو قناعة، فذلك كمال. فيكون قوله تعالى: ﴿فَلَنُحْيِيَنَّهٗ حَيَاةً طَيِّبَةً﴾ معناه: لنعطيه ما تطيب به حياته: وهو القناعة والرضا.³

ويؤكد شلتوت (1980) هذا المعنى في معرض توصيفه للإسلام بقوله:

شرع الله الإسلام وجعل منه نظاماً يكفل سعادة الفرد والجماعة في الدنيا والآخرة، لم يترك عنصراً من عناصر الخير والصالح، عناصر الحياة الطيبة والسعادة الخالدة، إلا أمر به ودعا إليه وحث عليه، ولم يترك عنصراً من عناصر الشر والفساد، عناصر الحياة الذليلة والشقاء المقيم، إلا نهى عنه وحذر ونفر منه؛ ذلك أن الإسلام بنى تنظيمه للعالم على الواقع: وهو أن الإنسان جسم وروح، وأن للجسم حظاً وامتعة، وأن للروح حظاً وامتعة، وأن للإنسان شخصية مستقلة عن بني جنسه، وشخصية بها يكون لبنة في المجتمع الوطني والإنساني، وأن له بكل من هاتين الشخصيتين حقوقاً وعليه واجبات. ولا تتحقق سعادة الإنسان إلا باستكمال حظي الجسم والروح، وتنظيم حقوقه وواجباته في نفسه وفي مجتمعه دون إفراط ولا تفريط.⁴

وبالتالي يمكن القول بأن الحياة الطيبة والتي تعد رديف الجودة الحياة في الرؤية الإسلامية، تشمل البعد الذاتي بحصول الاستقرار النفسي والرضا والسعادة وتشمل البعد الموضوعي بتحصيل الرزق الحلال من النعم المختلفة المادية منها والمعنوية والروحية.⁵ وهذان البعدان بعدا الذاتية والموضوعية هما البعدان الأكثر اتفاقا بين الباحثين والدارسين لموضوع جودة الحياة كما سبق التطرق إليه آنفاً؛ ويضيف بوساحة وفرطاس (2019) بعدا آخر للنموذج الإسلامي الذي اقترحه بعدا ثالثا وهو بعد الربانية.

¹الصديق، مرجع سابق، ص 38.

²كعباش، م، فحات الرحمن في رياض القرآن (م 7)، المطبعة العربية، 2007، ص 437.

³و. الزحيلي، مرجع سابق، ص 1301.

⁴شلتوت، م. من توجيهات الإسلام، دار الشروق، 1980، ص 65.

⁵بوساحة وطرطاس، مرجع سابق، ص 519.

فالربانية "تعني أن يعيش الإنسان حياته مخلصا لله وغايته نيل رضاه، مستعينا بالله ومتوكلا عليه، ومستشعرا لمعيته ومراقبته له ملتزما بأوامره ومجتنبا لنواهيه.

أما الربانية كبعد لجودة الحياة فهي التوافق والانسجام بين الرؤية الإسلامية وأساسها العقيدة والشريعة ومضامين البعد الذاتي والبعد الموضوعي الذاتي".¹

ويرى الباحث أن هذا البعد تحديدا (بعد الربانية)، لا يمكن أن يكون منفردا كبعد مستقل، إذ وفق الرؤية الإسلامية واشتقاقا من الأسلوب القرآني في قوله تعالى ﴿وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا وَأَحْسِنْ كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ وَلَا تَبْغِ الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ الْمُفْسِدِينَ﴾ (القصص 77)، فإنه باعتباره شرطا ولازما لكل عمل، يصلح أن يكون مرافقا للبعدين الآخرين فهو الصبغة التي تضيء عليهما لبوس الرؤية الإسلامية، وبذلك يكون البعدان وفق صبغة ربانية ذاتية وربانية موضوعية. ويتناسب هذا الطرح الذي اقترحه الباحث تماما مع ما ذهب إليه الباحثان (بوساحة وفرطاس) في تعقيبهما على تعريف منظمة الصحة العالمية (1995) لجودة الحياة والذي نصّه:

جودة الحياة هي إدراك الفرد لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع أهدافه، توقعاته، قيمه، واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية حالته النفسية مستوى استقلاليته علاقاته الاجتماعية اعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة. وبالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته.² ولقد عَقَبَ بوساحة وفرطاس على هذا التعريف بقولهما:

هذا التعريف يتناسب مع الخصوصيات الثقافية والدينية لمختلف الشعوب في العالم، ويسمح لكل فرد أن يتصور جودة الحياة انطلاقا من رؤيته الكونية التي تشبع بها. وهو تعريف يفتح المجال ليكون للجانب الديني مكانته ضمن المكونات الثقافية للإنسان ومنظومته القيمية، ومن ثم يكون له تأثيره في ضبط كل ما يتعلق بالبعد الذاتي والبعد الموضوعي لجودة الحياة، ويكون هو الضامن لحضور بعد الربانية كبعد ثالث ضمن أبعاد جودة الحياة وبذلك يكون لدينا معيار للتقييم وميزان لتحديد المقبول الذي يعرّز جودة الحياة من المرفوض المؤدي إلى الضرر أو الفساد، الذي قد يكون ظاهرا وقد يكون خفيا.³ وتجدر الإشارة إلى أنني أختلف مع الباحثين (بوساحة وفرطاس) في قضية بعد الربانية باعتبار أن هذا البعد هو الصابغ للبعدين المتعلقين بالذاتية والموضوعية، أي تحذف عبارة كبعد ثالث (وقد أشرت إلى ذلك بوضع خط أسفلها في التعريف). ويظهر هذا التطابق حينما يذكر الباحثان مكونات كل بعد (الذاتي والموضوعي) مقترنين ببعد الربانية مشكّلين بذلك نموذجهما لجودة الحياة من منظور إسلامي وذلك على النحو التالي:

1.45 البعد الموضوعي لجودة الحياة وعلاقته ببعد الربانية

تعد الربانية أول خصائص الشريعة الإسلامية التي تضمن التزام الفرد بضوابط الرؤية الإسلامية المتعلقة بمختلف مكونات البعد الموضوعي لجودة الحياة، التي حدد الإسلام موقفه منها. وهي:

¹ المرجع نفسه، ص 519.

² أبو حلاوة، مرجع سابق، ص 4.

³ بوساحة وفرطاس، 2022، ص 525.

1.1.9 المكوّن البدني

يعتبر الإسلام أن الله هو خالق هذا البدن، ولذلك على الانسان المحافظة عليه، لضمان صحته وسلامته، وحثّه على تنميته وتقويته يقول تعالى: ﴿وَأَنْفَقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ وَلَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ (البقرة 195).

2.1.9 المكوّن النفسي

الله تعالى كرّم النفس البشرية، مهما كان دينها أو جنسها أو عرقها أو لونها قال النبي ﷺ (ألا لا فضل لعربي على أعجمي، ولا لعجمي على عربي ولا لأحمر على أسود، ولا أسود على أحمر إلا بالتقوى)، ولقد جاءت أحكام الشريعة لحماية النفس وضمان أمنها ورزقها وحقوقها ولقد وردت آيات كثيرة تبين هذه الأحكام وغيرها نحو قوله تعالى ﴿وَلَا تَقْتُلُوا أَوْلَادَكُمْ خَشْيَةَ إِمْلَاقٍ نَحْنُ نَرْزُقُهُمْ وَإِيَّاكُمْ إِنَّ قَتْلَهُمْ كَانَ خِطْئًا كَبِيرًا﴾ (الإسراء 31)، ونحو قوله تعالى: ﴿وَلَا تَقْتُلُوا النَّفْسَ الَّتِي حَرَّمَ اللَّهُ إِلَّا بِالْحَقِّ وَمَنْ قُتِلَ مَظْلُومًا فَقَدْ جَعَلْنَا لَوْلِيهِ سُلْطَانًا فَلَا يَسْرِفُ فِي الْقَتْلِ إِنَّهُ كَانَ مَنْصُورًا﴾ (الإسراء 33).

3.1.9 المكوّن الاجتماعي

لقد أكد الإسلام على القيم الاجتماعية السامية كالتكافل والتعاون، فشرع الزكاة والصدقات وحثّ على صلة الرحم، وحسن الجوار وأمر بتوطيد العلاقات الاجتماعية على كافة الأصعدة قال تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا إِنَّ أَكْرَمَكُمْ عِنْدَ اللَّهِ أَتْقَاكُمْ إِنَّ اللَّهَ عَلِيمٌ خَبِيرٌ﴾ (الحجرات 13).

4.1.9 المكوّن المادي ومستوى المعيشة

يعتبر الإسلام المال وكل ما في الأرض ملكا لله، وأن الله تعالى سخر للإنسان كل ذلك، وجعله خليفته في الأرض. فأمره بالتعمير والاستثمار بكل أشكال العمل الصالح. وبارك الإسلام التمتع بالخيرات والنعم ونبه إلى ضرورة ابتغاء المال الحلال ومختلف الثروات والأموال، على أن يجعلها الانسان في يده يصرفها في سبل الخير وألا يملأ بها قلبه، ولا تصرفه عن عبادة ربه، ولا يتسلط بها على الخلق ونهى عن التبذير والاسراف كما أكد على أداء الحقوق المترتبة عنها (الزكاة، حق الأجبر...) قال تعالى ﴿لِيُنْفِقْ ذُو سَعَةٍ مِنْ سَعَتِهِ وَمَنْ قُدِرَ عَلَيْهِ رِزْقُهُ فَلْيُتَّقِ اللَّهَ فَمَا آتَاهُ اللَّهُ لَا يَكْفِ اللَّهُ نَفْسًا إِلَّا مَا آتَاهَا سَيَجْعَلُ اللَّهُ بَعْدَ عُسْرٍ يُسْرًا﴾ (الطلاق 7) وقال تعالى: ﴿قُلْ مَنْ حَرَّمَ زِينَةَ اللَّهِ الَّتِي أَخْرَجَ لِعِبَادِهِ وَالطَّيِّبَاتِ مِنَ الرِّزْقِ قُلْ هِيَ لِلَّذِينَ آمَنُوا فِي الْحَيَاةِ الدُّنْيَا خَالِصَةً يَوْمَ الْقِيَامَةِ كَذَلِكَ نُفَصِّلُ الْآيَاتِ لِقَوْمٍ يَعْلَمُونَ﴾ (الأعراف 32) .

5.1.9 المكوّن الأسري

تحتل الأسرة منزلة رفيعة في الإسلام فقد أباح الله النكاح وحث عليه في كنف المودة والسكينة وحرّم السفاح ونهى عنه، كما خصص الفقه الإسلامي بابا لأحكام الأحوال الشخصية. وفي العلاقة بين الآباء وأبنائهم من جهة الحقوق والواجبات، وغير ذلك ، قال تعالى ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ اتَّقُوا رَبَّكُمُ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ نَفْسٍ وَاحِدَةٍ وَخَلَقَ مِنْهَا زَوْجَهَا وَبَثَّ مِنْهُمَا رِجَالًا كَثِيرًا وَنِسَاءً وَاتَّقُوا اللَّهَ الَّذِي تَسَاءَلُونَ بِهِ وَالْأَرْحَامَ إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَيْكُمْ رَقِيبًا﴾ (النساء 1)، وقال عزّ من قائل: ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا قُوا أَنْفُسَكُمْ وَأَهْلِيكُمْ نَارًا

وَقُودَهَا النَّاسُ وَالْحِجَارَةُ عَلَيْهَا مَلَائِكَةٌ غِلَظٌ شِدَادٌ لَا يَعْصُونَ اللَّهَ مَا أَمَرَهُمْ وَيَفْعَلُونَ مَا يُؤْمَرُونَ (التحریم 6)، كما عظم شأن الوالدين في قوله تعالى: ﴿وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِندَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أَفٍّ وَلَا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا﴾ (الإسراء 23).

6.1.9 المكون الروحي والوجداني

يقول البوطي متحدثا عن الروح: "الإسلام بيّن أن الروح هي سبب الحياة البشرية، وأنها نفخة ربانية، لقوله تعالى: ﴿وَإِذْ قَالَ رَبُّكَ لِلْمَلَائِكَةِ إِنِّي خَالِقٌ بَشَرًا مِنْ صَلْصَالٍ مِنْ حَمَإٍ مَسْنُونٍ﴾ (28) فَإِذَا سَوَّيْتُهُ وَنَفَخْتُ فِيهِ مِنْ رُوحِي فَقَعُوا لَهُ سَاجِدِينَ﴾ (الحجر 28، 29)، والروح بصيرة بذاتها وبالعالم الذي نزلت منه، ولذلك تظل في اشتياق وحنين دائمين إلى ذلك العالم العلوي الطاهر، إلى أن تحصل على غذائها بالذكر والتقرب إلى الله فالروح إذ تفرح فذلك لأنسها بربها ولما يقد إليها من التجليات الإلهية والواردات العلوية. وكلما ازداد العبد تقربا من ربه ازدادت روحه انتعاشا وأنسا. وإذا تألمت الروح واستوحشت فلقواطع الذنوب التي تبعدها وتحجبها عن عالمها العلوي، وإذا شعرت بالضيق والغربة في الجسم فلتغلب الأهواء والغرائز الجسدية الترابية عليها وفي غمرة هذه المشاعر بين السرور والكآبة أو النعيم والكرب، يتيه كثير من الناس" يقول تبارك وتعالى ﴿الَّذِينَ آمَنُوا وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُمْ بِذِكْرِ اللَّهِ أَلَا بِذِكْرِ اللَّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ﴾ (الرعد 28).

2.45 البعد الذاتي وعلاقته ببعد الربانية

البعد الذاتي هو البعد الثاني لجودة الحياة ومكوناته هي الإدراك الشعور بالرضا والسعادة ولكل ذلك علاقة ببعد الربانية كما يلي:

1.2.9 الإدراك

إن إدراك الإنسان لوضعه في الحياة وحقيقة وجوده هو أساس الحياة الطيبة وجودتها، ولا يكون إلا بالمعرفة، وقد أكد الإسلام على ربانية المصدر، ألا وهو الوحي المتمثل في القرآن والسنة. ففيهما بيان لحقائق الأمور وتأكيد على التزود المعرفي وتفعيل المدارك العقلية والحسية في كل الجوانب الموضوعية، وعلى رأس ذلك كله معرفة الله تعالى لقوله عز من قائل: ﴿فَاعْلَمْ أَنَّهُ لَا إِلَهَ إِلَّا اللَّهُ وَاسْتَغْفِرْ لِذَنْبِكَ وَلِلْمُؤْمِنِينَ وَالْمُؤْمِنَاتِ وَاللَّهُ يَعْلَمُ مُتَقَلَّبَكُمْ وَمَثْوَاكُمْ﴾ (محمد 19).

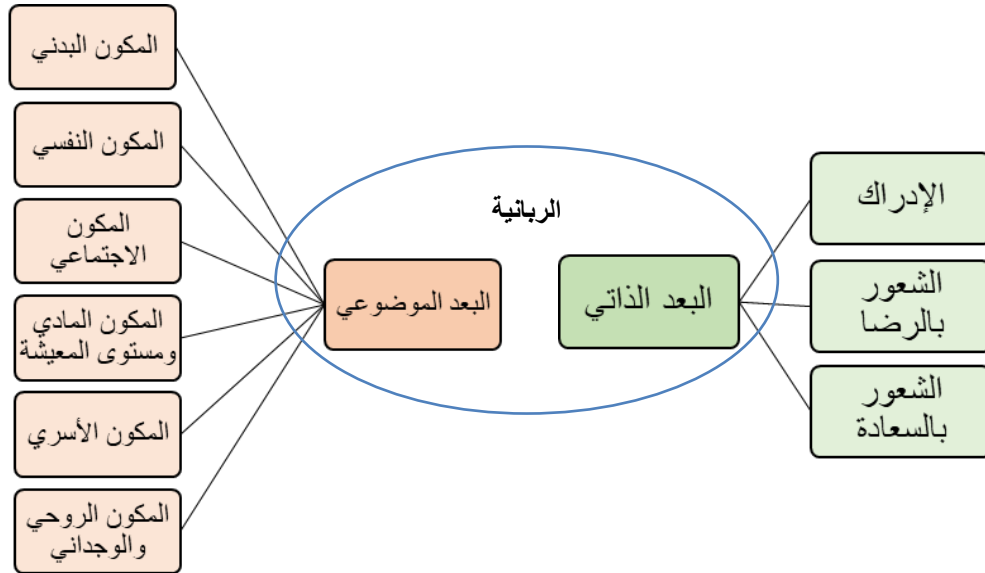
2.2.9 الشعور بالرضا

جعل الإسلام الرضا بالقضاء والقدر دليل كمال الايمان، فهو الركن السادس من أركان الإيمان. ولذلك قال رسول الله ﷺ "عجبا لأمر المؤمن إن أمره كله خير وليس ذاك لأحد إلا للمؤمن إن أصابته سراء شكر فكان خيرا له وإن أصابته ضراء صبر فكان خيرا له"، وبين أن له في كل حالة الثواب والاجر عند الله. قال تعالى: ﴿الَّذِينَ إِذَا أَصَابَتْهُمْ مُصِيبَةٌ قَالُوا إِنَّا لِلَّهِ وَإِنَّا إِلَيْهِ رَاجِعُونَ﴾ (البقرة 156)، وقوله تعالى ﴿قُلْ لَنْ يُصِيبَنَا إِلَّا مَا كَتَبَ اللَّهُ لَنَا هُوَ مَوْلَانَا وَعَلَى اللَّهِ فَلْيَتَوَكَّلِ الْمُؤْمِنُونَ﴾ (51).

3.2.9 الشعور بالسعادة

بيّن الإسلام أنّ السعادة الحقيقية هي ذلك الشعور المفعم بالسرور والفرح للنجاح في تحقيق مرضاة الله، وهو فرح الروح البشرية لصلتها بخالقها عز وجل، ودوام الالتزام بدين الله وشريعته الغراء وممارسة حياته وفقا للرؤية الكونية الإسلامية، قال تعالى: (قُلْ لَنْ صَالَتِي وَنُسْكِ وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ) الأنعام 162. ففي الدنيا يسعد الإنسان بصلاح حاله واستقامة أموره، ويفرح بالأجر والثواب الإلهي، وأمله يزداد في الجزاء الأخروي بنعيم الجنة يقول المولى تعالى ﴿مَنْ عَمِلَ صَالِحًا مِنْ ذَكَرٍ أَوْ أَنْتَى وَهُوَ مُؤْمِنٌ فَلَنُحْيِيَنَّه حَيَاةً طَيِّبَةً وَلَنَجْزِيَنَّهُمْ أَجْرَهُمْ بِأَحْسَنِ مَا كَانُوا يَعْمَلُونَ﴾ (النحل 97).

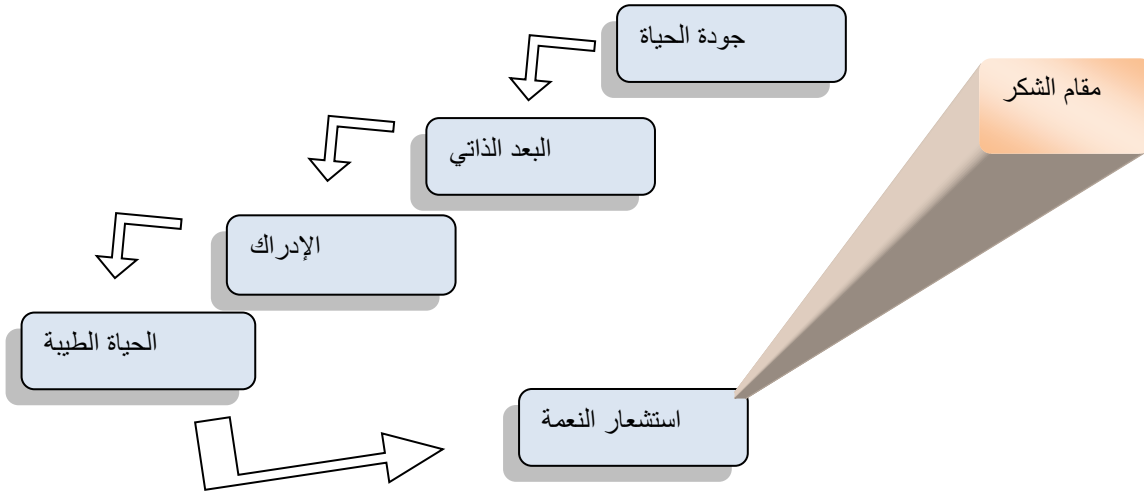
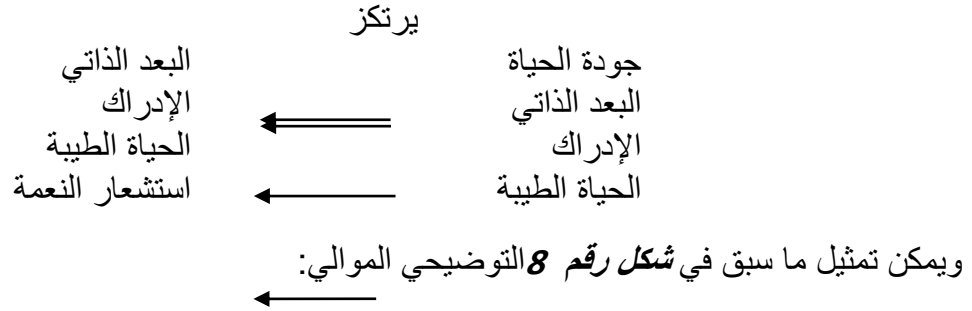
وبناء على ما سبق يمكن اقتراح شكل (شكل رقم 7) لتوضيح نموذج بوساحة وفرطاس ذا الرؤية الإسلامية مع التعديل الذي أدخله الباحث ليكون على هذا المنوال:



شكل رقم 7 نموذج بوساحة وفرطاس المعدل لجودة الحياة

من خلال كلّ ما تمّ عرضه من آراء وتعاريف واتجاهات ونماذج نظرية حول مفهوم جودة الحياة، يمكن ملاحظة أنّ مفهوم جودة الحياة عموماً، وجودة الحياة النفسية خصوصاً، مبني على منظور الفرد واستشعاره لجودة حياته وبالتالي فإنّ البعد الذاتي والركن الرئيس بين أبعاد جودة الحياة، والذاتية مرتبطة رأساً بالإدراك، والذي هو مرتبط بعد الذاتية، فإذا أضفنا الجانب الثقافي والأيدولوجي الذي هو الإطار التفسيري للإدراك، فإنّ المنظور الإسلامي فإنّه يتحدث عن الحياة الطيبة والتي لا يمكن فهم أبعادها إلا في إطار استشعار النعمة، والتي تعدّ أهم مؤشر للرضا واليقين وحسن الظن بالله، بل ترفع صاحبها لأعلى مراتب القرب بالله وهي مرتبة الشكر " فالشكر ذروة المقامات قليل أهله وهو مقام الرسل عليهم السلام، قال رسول الله (ص) (أفلا أكون عبداً شكوراً) وقال الحق تعالى: ﴿يَعْمَلُونَ لَهُ مَا يَشَاءُ مِنْ مَحَارِبَ وَتَمَاثِيلَ وَجِفَانٍ كَالْجَوَابِ وَقُدُورٍ رَاسِيَاتٍ اعْمَلُوا آلَ دَاوُدَ شُكْرًا وَقَلِيلٌ مِنْ عِبَادِيَ الشَّكُورُ﴾ (سبأ 13)، فإنّ يعمل الإنسان شكراً لله على نعمه، بأن يسخر كلّ شيء أعطاه الله إياه في الطريق الأحب إلى الله، على ضوء شرع الله، دون أن يهمل أمراً لله، تاركاً المحرمات والمكروهات، مقيماً الفرائض

والواجبات والمندوبات، على حالة قلبية هي حالة الشكر لله عزّ وجلّ، إنّ هذا هو ذروة السّير في دين الله¹ وحوصلة ذلك على النحو التالي:



شكل رقم 8 مرتكزات جودة الحياة وفق المنظور الاسلامي

إنّ استشعار النّعمة هي عين الشكر وعين الرضا ومناط معرفة حق الله ولقد جاء ذكر النعمة في القرآن الكريم في مواضع كثيرة منها قوله تعالى:

- ﴿وَاعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا وَاذْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ كُنْتُمْ أَعْدَاءً فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوَانًا وَكُنْتُمْ عَلَى شَفَا حُفْرَةٍ مِنَ النَّارِ فَأَنْقَذَكُمْ مِنْهَا كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَهْتَدُونَ﴾ (103 آل عمران).
- ﴿فَأَنْقَلِبُوا إِلَى اللَّهِ وَفَضَّلِ لَمْ يَمْسَسْهُمْ سُوءٌ وَاتَّبَعُوا رِضْوَانَ اللَّهِ وَاللَّهُ ذُو فَضْلٍ عَظِيمٍ﴾ (آل عمران 174).
- ﴿وَإِنْ تَعُدُّوا نِعْمَةَ اللَّهِ لَا تُحْصُوهَا إِنَّ اللَّهَ لَعَفُورٌ رَحِيمٌ﴾ (النحل 18).
- ﴿وَمَا بِكُمْ مِنْ نِعْمَةٍ فَمِنَ اللَّهِ ثُمَّ إِذَا مَسَّكُمُ الضُّرُّ فَإِلَيْهِ تَجْأَرُونَ﴾ (النحل 53).

¹ حوى س. تربيتنا الروحية، ط9، دار السلام، 2007، ص 28.

- ﴿وَاللَّهُ جَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَنْفُسِكُمْ أَزْوَاجًا وَجَعَلَ لَكُمْ مِنْ أَرْوَاجِكُمْ بَنِينَ وَحَفَدَةً وَرَزَقَكُمْ مِنَ الطَّيِّبَاتِ أَفَبِالْبَاطِلِ يُؤْمِنُونَ وَبِنِعْمَتِ اللَّهِ هُمْ يَكْفُرُونَ﴾ (النحل 72).
- ﴿وَاللَّهُ جَعَلَ لَكُمْ مِمَّا خَلَقَ ظِلَالًا وَجَعَلَ لَكُمْ مِنَ الْجِبَالِ أَكْنَانًا وَجَعَلَ لَكُمْ سَرَابِيلَ تَقِيكُمُ الْحَرَّ وَسَرَابِيلَ تَقِيكُمُ بَأْسَكُمْ كَذَلِكَ يُتِمُّ نِعْمَتَهُ عَلَيْكُمْ لَعَلَّكُمْ تُسْلِمُونَ﴾ (النحل 81).
- ﴿فَكُلُوا مِمَّا رَزَقَكُمْ اللَّهُ حَلَالًا طَيِّبًا وَاشْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ إِنْ كُنْتُمْ تَعْبُدُونَ﴾ (النحل 114).
- ﴿فَتَنَبَّسْ صَاحِبًا مِنْ قَوْلِهَا وَقَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ﴾ (النمل 19).
- ﴿أَلَمْ تَرَ أَنَّ الْفُلُكَ تَجْرِي فِي الْبَحْرِ بِنِعْمَتِ اللَّهِ لِيُريَكُمْ مِنْ آيَاتِهِ إِنَّ فِي ذَلِكَ لَآيَاتٍ لِكُلِّ صَبَّارٍ شَكُورٍ﴾ (لقمان 31).
- ﴿يَا أَيُّهَا النَّاسُ اذْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ هَلْ مِنْ خَالِقٍ غَيْرِ اللَّهِ يَرْزُقُكُمْ مِنَ السَّمَاءِ وَالْأَرْضِ لَا إِلَهَ إِلَّا هُوَ فَأَنَّى تُؤْفَكُونَ﴾ (فاطر 3).
- ﴿لَتَسْتَثْوُوا عَلَى ظُهُورِهِ ثُمَّ تَذْكُرُوا نِعْمَةَ رَبِّكُمْ إِذَا اسْتَوَيْتُمْ عَلَيْهِ وَتَقُولُوا سُبْحَانَ الَّذِي سَخَّرَ لَنَا هَذَا وَمَا كُنَّا لَهُ مُقْرِنِينَ﴾ (الزخرف 13).
- ﴿وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ إِحْسَانًا حَمَلَتْهُ أُمُّهُ كُرْهًا وَوَضَعَتْهُ كُرْهًا وَحَمَلُهُ وَفِصَالُهُ ثَلَاثُونَ شَهْرًا حَتَّى إِذَا بَلَغَ أَشُدَّهُ وَبَلَغَ أَرْبَعِينَ سَنَةً قَالَ رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَصْلِحْ لِي فِي ذُرِّيَّتِي إِنِّي تُبْتُ إِلَيْكَ وَإِنِّي مِنَ الْمُسْلِمِينَ﴾ (الأحقاف 15).
- ﴿فَأَمَّا الْإِنْسَانُ إِذَا مَا ابْتَلَاهُ رَبُّهُ فَأَكْرَمَهُ وَنَعَّمَهُ فَيَقُولُ رَبِّي أَكْرَمَنِي﴾ (الفجر 15).
- ﴿وَأَمَّا بِنِعْمَةِ رَبِّكَ فَحَدِّثْ﴾ (الضحى 11).

وتبقى كل الطروحات التي تم تناولها فيما سبق، طروحات في سياق نظري بحث، مالم تترجم تلك المفاهيم إلى آليات منهجية للرصد والقياس لما تقتضيه الضرورة العلمية. ولقد حاول المختصون بناء وإيجاد أدوات قياس لجودة الحياة، فما أهمية ذلك؟ ولما؟ وماهي الصعوبات التي واجهوها من أجل ذلك؟

46 قياس جودة الحياة

قامت العديد من الدارسات المسحية التي أكدت على أن قياس نوعية الحياة واحد من أهم القضايا في حياة الأفراد والمجتمعات وأن تناول هذا المفهوم من منظور علم النفس الإيجابي يعتبر ضرورة ملحة من جانبين:

- أولاً: كون نوعية الحياة هي في الأساس انعكاس للتقدير الذاتي للفرد بحد ذاته لحياته.
- ثانياً: كون علم النفس الإيجابي يقدم الاستراتيجيات الملائمة لتحقيق جودة الحياة.

وبناء على هذا التطور يتضح أن الاهتمام بقياس نوعية الحياة أصبح ضرورة ومطلباً أساسياً في عالم اليوم؛ ومن هذا المنطلق اكتسب قياس مفهوم نوعية الحياة من المنظور النفسي أهمية كبيرة نتيجة إدراك علماء الاقتصاد والاجتماع وصانعي القرار الحقيقة أن الحياة لا تقاس بالأرقام والإحصائيات، وإنما هي في حقيقتها استجابات ومشاعر؛ فالزيادة في معدلات النمو الاقتصادي وارتفاع متوسط دخل الفرد وتحسن مستوى ما يقدم له من خدمات ورفاهية، لا يؤدي بالضرورة إلى إشباع حاجاته المتنوعة وإرضاء طموحاته الشخصية وكذلك تأكيد قيمه الإنسانية.¹ وتضيف السكافي (2021) نقلاً عن المالكي أن هذا الاهتمام بنوعية الحياة لن يتوقف، بل سيزداد بصورة ملحوظة، فقد انتقل هذا المفهوم من العمومية "إلى الدراسة العلمية الدقيقة، وانتقل من كونه مرتبطاً بالرفاهية والتكامل للظروف المعيشية في حياة الإنسان، إلى كونه مفهوماً يعتر عن التكامل الحادث في حياة الإنسان المادي منها والمعنوي والذي يؤدي به إلى السعادة والرضا في الحياة"² واصطدمت أهمية القياس وضرورته، بصعوبته من حيث التصميم والتطبيق، وذلك على إثر صعوبة تحديد المفهوم وتشعبه، كما قد اتضح من خلال ما سبق من الدراسة. ومن الصعوبات في تحديد المفهوم مؤشرات يمكن ذكر بعض مما ذكره بوعمامة (2019) نقلاً عن بعض المصادر ما يلي:

- حداثة المفهوم على مستوى التناول العلمي.
- استخدام المفهوم في العديد من العلوم، أحياناً للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية والاجتماعية، وأحياناً للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم إلخ.
- عدم ارتباط المفهوم بمجال واحد من مجالات الحياة، أو بفرع من فروع العلم، فهو موزع بين الباحثين والعلماء على اختلاف تخصصاتهم.
- أن المتخصصين في كل مجال من المجالات العلمية المختلفة اعتبروا دراسة هذا المفهوم حكراً عليهم، وعرفوه من وجهة نظرهم المتخصصة، ولذا ظهرت وجهات نظر متعددة وغير متفقة على تعريف محدد لهذا المفهوم.
- أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم المحيرة نظراً لاستخدامه في كثير من المواقف المختلفة وفروع العلم المتعددة، فيمكن أن يشير إلى الصحة والسعادة، أو إلى تقدير الذات، أو الصحة النفسية، أو الرضا عن الحياة، ولهذا تختلف طرائق قياسه ولا يوجد اتفاق أو مفهوم محدد حول طريقة واحدة لقياسه.
- مفهوم جودة الحياة يتغير بتغير الزمان وبتغير حالة الفرد النفسية والمرحلة العمرية التي يمر بها، فالسعادة تحمل معاني متعددة للفرد نفسه في المواقف المختلفة، فالمريض يرى السعادة في الصحة، والفقير يرى السعادة المال، وهكذا تتغير المفاهيم مع تغير الظروف المحيطة بالفرد.

¹ مشري، مرجع سابق، ص 223.

² السكافي، مرجع سابق، ص 11.

- مفهوم جودة الحياة يعد مفهوما نسبيا يختلف من شخص لآخر من الناحيتين (النظرية والتطبيقية)، استنادا إلى المعايير التي يعتمدها الأفراد لتقويم الحياة ومتطلباتها، والتي غالبا ما تتأثر بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات جودة الحياة، مثل القدرة على التفكير، واتخاذ القرارات والقدرة على التحكم وإدارة الظروف المحيطة، والصحة الجسمية والنفسية والظروف الاقتصادية والاجتماعية والمعتقدات الدينية والقيم الحضارية، التي يحدد من خلالها الأفراد الأشياء المهمة والأكثر أهمية، والتي تحدد سعادته في الحياة.
- مفهوم جودة الحياة تحدده بعض المتغيرات الثقافية، مما يجعل هناك فروق في التعريف بين الثقافات المتعددة.¹

ومع ذلك حاول الباحثون تصميم مقاييس مختلفة لقياس جودة الحياة انطلاقا من توجهاتهم وبناء على خلفياتهم النظرية، وكذا أهدافهم من الدراسة، وظهرت على إثر ذلك العديد من المقاييس منها على سبيل المثال:

1.46 مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية (WHOQOL)

قامت منظمة الصحة العالمية بوضع مقياس شامل لقياس جودة الحياة لدى الفرد ولكي يصبح وسيلة موجهة للاستخدام عالمياً مع الأخذ بعين الاعتبار تماثل الثقافات بين بلدان العالم ككل، ويتكون من (100) بند في شكله الأصلي، تم إعدادها وتكييفها في (15) دولة تحت إشراف المنظمة نفسها، حيث يسمح المقياس في صورته المطولة بتقدير (06) ميادين لجودة الحياة:

- الصحة الجسمية.
- الصحة النفسية.
- الاستقلالية.
- العلاقات الاجتماعية.
- المحيط.
- الجانب الروحي.

ونظراً لأن (100) سؤال قد تكون طويلة جداً في الاستخدام العملي، فقد اشتقت صيغة مختصرة لتناسب البحوث الوبائية، وسميت (WHOQOL-BREF) اشتملت على أربع مجالات هي: الصحة النفسية، والعلاقات الاجتماعية والبيئة بالإضافة إلى سؤال عام عن تقدير الشخص لنوعية حياته بوجه عام. وتتكون هذه الصيغة المختصرة من (26) سؤالاً وصيغت البنود على شكل أسئلة يجاب عنها باختيار أحد

¹ بوعمامة، مرجع سبق ذكره، ص ص 3-4.

البدائل من (01) إلى (05)، وقد ترجمت الصيغة المختصرة الى عدد كبير من اللغات.¹ مقياس منسي وكاظم (2010) وهو استبيان من (60) بندا موزعة على (6) أبعاد لقياس جودة الحياة كما حددها الباحثان وهي:

- بعد جودة الصحة العامة، وتقيسه (10) بنود.
- بعد جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، وتقيسه (10) بنود.
- بعد جودة التعليم وتقيسه (10)
- بعد جودة العواطف (الجانب الوجداني) وتقيسه (10) بنود.
- بعد جودة الصحة النفسية، وتقيسه (10) بنود.
- بعد جودة شغل الوقت وإدارته، وتقيسه (10) بنود (معمرية, 2021, ص 236).

2.46 ملحق الصحة لنوتنغهام (NHP) (NottinghamHealthProfile)

تم اقتراحه من طرف (Hunt et al., 1981) وجاء في صيغة (38) سؤالاً للاستفسار حول سهولة الحركة الجسدية النوم النشاط، الألم، ردود الأفعال الانفعالية الخاصة بالتهميش الاجتماعي الناتج عن الإصابة بالمرض، العلاقات مع الآخرين والحياة الاجتماعية بشكل عام. وقد اتبع الباحثون في تصميم هذا المقياس نفس الخطوات التي اعتمدت في بناء مقياس (SIP) وهو مقياس تأثير المرض الذي اقترحه (Bergner) وزملاؤه.²

¹ - هبيته، ن.، حمزة، أ.، جودة الحياة : قراءة في المفهوم، الأبعاد والقياس. أفق للعلوم، 2020، ص 148

² الزروق، مرجع سبق ذكره، ص 52.

خلاصة الفصل

جودة الحياة مفهوم من المفاهيم القديمة الجديدة المتجددة، فبتعلّقه بالسعادة والرفاه والعيش المريح فهو يدين الانسان منذ القدم، ومناطق دراسة الفلاسفة والعلماء عبر التاريخ على غرار أرسطو ومن تبعه ، وهو موضوع جديد من حيث التناول وفق هذا المصطلح، إذ منذ ظهوره في نهاية الخمسينيات حتى أصبح محلّ تركيز الأبحاث بمختلف التوجهات والتخصصات، وسجّل علم النفس تأخراً واضحاً من حيث التناول لهذا المفهوم غير أنّه -أي علم النفس- ومن جهة أخرى، قد كان له السبق في فهم وتحديد المتغيرات المؤثرة على مفهوم جودة حياة الإنسان، ومرجع ذلك لكونها - أي جودة الحياة- وبالرغم من محاولات فرض طابع الموضوعية كبعد أساس لها، لضرورة الضبط والقياس إلا أن طابع الذاتية بقي مسيطراً وبخاصة فيما يتعلق بجودة الحياة النفسية، وبين رؤية وأخرى وتناول وآخر للباحثين، ظهرت عديد التعاريف وعديد التناولات وأسفرت على إثر ذلك عن عديد النماذج النظرية المفسرة لجودة الحياة، كما أسفرت الدراسات على كثير من المقاييس والاستبانات لقياس هذا المفهوم (جودة الحياة).

وكما لم يتفق الباحثون على التعاريف والأبعاد والمؤشرات، فإنّ الترجمة العربية لمصطلح (Qualité of life) لم تسلم هي أيضاً من الاختلاف وعدم الاتفاق فظهرت مصطلحات مختلفة لها نحو طريقة الحياة ونوعية الحياة. ولمّا كان للعوامل الخارجية كالثقافة والدين تأثيرها البارز على إدراك الفرد لجودة حياته كما بينه تعريف الهيئة العالمية للصحة (2007)، فإنّ الرؤية الإسلامية لجودة الحياة تضيف لأبعاد جودة الحياة ومؤشراتها بعداً آخر تصطبغ به تلك الأبعاد والمؤشرات، وهو بعد الربانية، حيث يعمل عمل الخبير فيرسم الإطار وعمل البوصلة ليحدّد الاتجاه. فاستشعار جودة الحياة هو إقرار برضا العيش واستمتاع بطيب الحياة وإقرار بنعم الله على الانسان، وإقرار النعم ذاك هو لبّ الشكر، والشكر هو درب العارفين بالله وهو جوهر الفهم لمعنى الحياة كما يدعو إليها الإسلام، يقول الحق تعالى: ﴿مَنْ جَاءَ بِالْحَسَنَةِ فَلَهُ عَشْرُ أَمْثَالِهَا وَمَنْ جَاءَ بِالسَّيِّئَةِ فَلَا يُجْزَى إِلَّا مِثْلُهَا وَهُمْ لَا يُظْلَمُونَ (160) قُلْ إِنِّي هَدَانِي رَبِّي إِلَى صِرَاطٍ مُسْتَقِيمٍ دِينًا قِيَمًا مِلَّةَ إِبْرَاهِيمَ حَنِيفًا وَمَا كَانَ مِنَ الْمُشْرِكِينَ (161) قُلْ إِنَّ صَلَاتِي وَنُسُكِي وَمَحْيَايَ وَمَمَاتِي لِلَّهِ رَبِّ الْعَالَمِينَ (162) لَا شَرِيكَ لَهُ وَبِذَلِكَ أُمِرْتُ وَأَنَا أَوَّلُ الْمُسْلِمِينَ (163)﴾ (الأنعام 160-163).

الفصل الرابع
الأمراض المزمنة

فرض واقع الحياة المتسارع والمتطور في مختلف المجالات، تغيراً كبيراً في نمط الأمراض وطبيعتها، وبالتالي في تأثيراتها ومخلفاتها، حيث أصبحت تشكل تهديداً خطيراً على صحة الإنسان وعلى التنمية عموماً.

وتشير الإحصائيات الصادرة عن مختلف الهيئات والمنظمات الصحية إلى أنّ أمراضاً على غرار أمراض القلب وأمراض السرطان أصبحت السبب الأول للوفاة على الصعيد العالمي، هذه الأمراض التي تندرج تحت مسمى الأمراض المزمنة صارت المهدّد الأكبر لحياة البشر بعد أن كانت الأمراض المعدية هي السبب الرئيس للوفيات فيما مضى، في ظاهرة باتت تعرف باسم التحوّل الوبائي.

أما في الجزائر فإن الوضع لا يختلف كثيراً عما هو عليه في باقي الدول عموماً، فرغم المحاولات الجديّة التي قامت بها، من أجل تحسين الوضع الصحيّ عموماً منذ عشية الاستقلال وبخاصة من حيث الأمراض التي ورثتها عن الحقبة الاستعمارية، إلا أنّ وتيرة التغيّر التي شملتها -أي الجزائر- على غرار باقي الدول في محاولة مواكبة التطوّر البشري بصفة عامة أدّت إلى ظهور العديد من المشكلات الصحيّة والتي لم تكن معروفة أو منتشرة من قبل. ولقد واکب ظهور هذه المشكلات الصحيّة، تغيّر سيئ في العادات والسلوكيات والممارسات التي مسّت نمط العيش، مخلفّة ظهور وانتشار الأمراض المزمنة، فما هي هذه الأمراض؟ وما أسبابها؟ وماهي أثارها على الفرد والمجتمع؟

47 تعريف المرض المزمن

المرض المزمن هو نوع من أنواع الأمراض، غير أنّه يميّز بالاستمرارية، حيث يميز الأطباء بينه وبين المرض الحاد الذي يظهر فجأة ويشفى الإنسان منه سريعاً، والمرض المزمن يمثل عدداً كبيراً من الأمراض تختلف فيما بينها من حيث المنشأ والسبب والأعراض والعلاج والمآل، وهي أمراض تنمو ببطيء ويطول علاجها. إضافة إلى تسبّبها في الموت والإعاقة بشتى أنواعها، وهي بذلك -أي الأمراض المزمنة- تهدّد بصفة عامّة صحّة السكّان وتزيد من أعباء التكاليف الطبيّة.¹

وتعرّف منظمة الصحة العالمية (WHO) المرض المزمن بأنه حالة طويلة الأمد (تمتدّ لـ 6 أشهر أو أكثر)، والتي تتطوّر بشكل عام ببطء ولا يوجد لها أمل في العلاج، وهي مسؤولة عن (63 %) من الوفيات عالمياً، حيث إنّ أمراض (القلب، والسكتة الدماغية، والسرطان، وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة، والسكري، وغيرها) تمثل بامتياز السبب الأول للوفاة في العالم حالياً.²

وتضيف منظمة الصحة العالمية (WHO) في نفس السياق بأنّ الأمراض المزمنة هي مشكلة صحية تتطلب إدارتها سنوات أو عقود، كما أكدت على استراتيجيتها العالمية التي تنبّتها من أجل السيطرة على

¹قوراح، ي صالي، م، الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والأفاق. مجلة العلوم الإنسانية و الاجتماعية، مارس، 2017 49-68، ص 50.

²hiébaux, A. (2021, يونيو 10). Maladie chronique : définition, liste d'exemples, Covid, vaccination. Le Journal des Femmes. <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2632267-maladie-chronique-covid-definition-exemple-caracteristiques-symptomes-liste-vaccin/>

أمراض القلب والأوعية الدموية والسكري وأمراض الجهاز التنفسي المزمنة والسرطانات تلحدّ منها، وأيضا على الحدّ من عوامل الخطر الرئيسية (النظام الغذائي غير الصحي والتدخين والإفراط في استهلاك الكحول وقلة النشاط البدني).¹

وللأمراض المزمنة جملة من الخصائص تميزها عن باقي الأمراض على غرار الخطورة والازمان والاستمرارية، نوجز أهمها في العنصر الموالي.

48 خصائص الأمراض المزمنة

تتميّز الأمراض المزمنة بجملة من الخصائص التي تميّزها عن باقي الأمراض، ولقد حاول بعض المتخصصين تحديد هذه الخصائص والتي يمكن حصر أهمّها في النقاط التالية:

- لا تنتقل عن طريق العدوى، فهي ليست ناجمة عن البكتيريا أو الفيروسات.
- الإصابة بها عادة ما تكون صامتة، وقد لا ينتبه المريض لها إلا بعد بدء حدوث المضاعفات كما هو الحال في مرض ارتفاع ضغط الدم.
- ترتبط في كثير من الأحيان بالسلوك الغذائي والحركي للأفراد والمجتمعات، فمثلا داء السكري يرتبط بزيادة الوزن والبدانة، كما قد ترتبط أمراض الجهاز التنفسي بالتدخين.
- علاجها عادة يمتدّ على بقية عمر الشخص وليس لفترة معينة، فمثلا عادة ما يحتاج مريض ارتفاع ضغط الدم إلى المواظبة على العلاج لآخر عمره، وليس لفترة مؤقتة تنتهي بزوال المرض.
- علاجها عادة مكلف ويتضمن مراحل قد تكون مزعجة للمريض، مثل العلاج الكيميائي والإشعاعي للسرطان.
- تتسبّب في عدد كبير من الوفيات سنويا وفي كلّ دول العالم، وتحدث (80%) من الوفيات في البلدان الفقيرة والنامية. كما أن (9) ملايين من وفيات الأمراض المزمنة هم أشخاص أعمارهم تحت سن الـ (60) عاما، و (90%) منهم في الدول الفقيرة والنامية.

وتتوزع وفيات الأمراض المزمنة على مجموعات مختلفة كالآتي:

- أمراض القلب مسؤولة عن (17.3) مليون وفاة.
- السرطانات (7.6) ملايين وفاة.

¹Vernay, M., Bonaldi, C., & Grémy, I, Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution, Santé Publique, S1(HS), 189–197. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0189> , 2015 , p190 .

■ أمراض الجهاز التنفسي (4.2) ملايين وفاة.

■ داء السكري (1.3) مليون وفاة.¹

فكما نرى فإن الأمراض المزمنة بما تسببه من أثار على البشر في كل بلدان العالم، ومنها الجوائر التي تشير الأرقام والاحصائيات إلى توسع دائرة انتشارها، ولذا وجب الوقوف على أهمها كما سيأتي تبعا.

49 انتشار الأمراض المزمنة في الجوائر

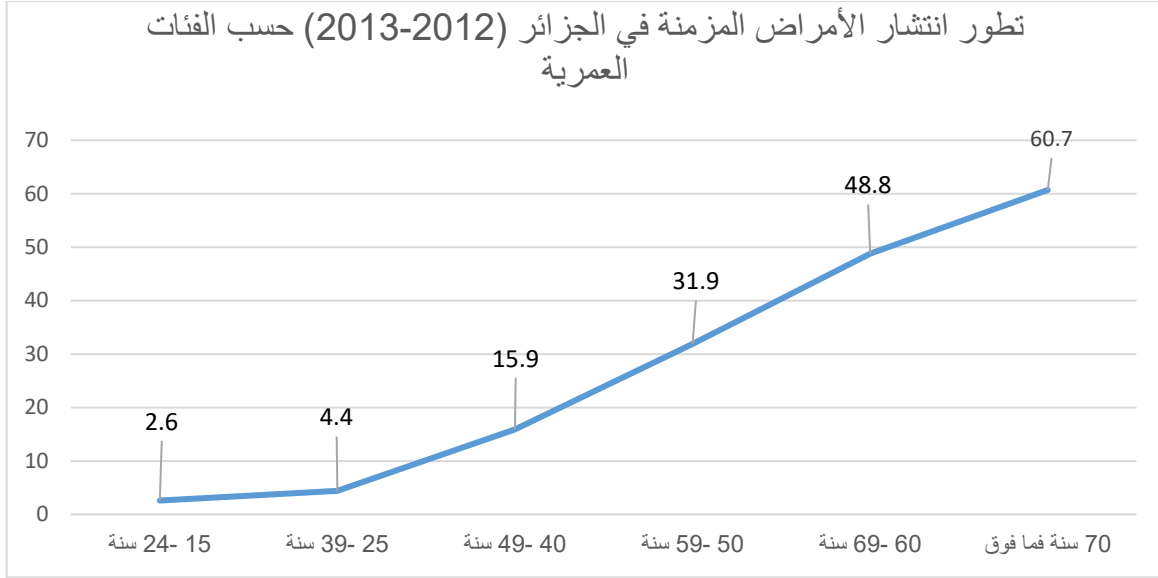
تظهر البيانات التي سجلتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، من خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) الذي ترعاه اليونيسف، خارطة متعددة الأقطاب لمدى انتشار الأمراض المزمنة في الجوائر وخصائصها. ولقد اتضح من خلال المسح الذي شمل الأسر أن (14 %) من السكان الذين تزيد أعمارهم عن (15) عاما يعانون على الأقل من مرض مزمن معروف، كما أوضح المسح ما يلي:

- النساء أكثر تأثرا بالأمراض المزمنة من الرجال بنسبة (17 %) للنساء مقابل (11 %) للرجال.
- انتشار الأمراض المزمنة في المناطق الحضرية بـ (15 %) منها بينما في المناطق الريفية فالنسبة هي (12 %).
- المناطق الشمالية للبلاد سيما الوسط والغرب منها، أعلى انتشارا للأمراض المزمنة بنسبة (15 %) لكل منهما مقارنة بباقي المناطق، بينما معدل الانتشار في الجنوب هو الأدنى.
- تتناسب نسبة انتشار الأمراض المزمنة - باختلاف أنواعها - طرديا مع التقدم في العمر، حيث ترتفع من (3 %) في الفئة العمرية [15 - 24] سنة، إلى (16 %) في الفئة العمرية [40 - 49] سنة، لتصل إلى (61 %) لمن هم في سن (70) سنة فما فوق.
- تنتشر الأمراض المزمنة لدى غير المتعلمين لتصل لنسبة (34 %)، كما تصل لنسبة (17 %) عند الحاصلين على تعليم ابتدائي، لتشكل هاتين الشريحتين نسبة (62 %) من العينة التي شملها المسح.
- بتقسيم العينة إلى خمسيات على سلم الفقر والغنى فإن (17 %) من المصابين هم من الشريحة الأكثر غنى بينما (11 %) من المصابين هم من الشريحة الأكثر فقرا.
- أعلن (10 %) من السكان الذين شملهم المسح أنهم يعانون من مرض مزمن واحد، بينما أعلن (4 %) منهم أنهم يعانون من مرضين مزمنين، كما أن نسبة النساء اللاتي يعانين من مرضين مزمنين أكثر بضعف من النسبة لدى الرجال (لدى الشريحة المُصَرَّحة).

¹الأمراض المزمنة. موقع حكيم الإخباري الطبي. <https://www.hakeemnews.com/ar/news/627> 2014.

- تزداد نسبة الإصابة بمرضى مزمنين مع التقدم في العمر، إذ تبلغ نسبة (44 %) من المصابين بالأمراض المزمنة لدى الشريحة التي تبلغ من العمر (70) سنة فما فوق.¹

ويتضح من خلال المنحنى البياني الذي يمثل الشكل رقم (9) تطوّر انتشار الأمراض المزمنة في الجزائر حسب الفئات العمرية كما يلي:



(MINISTERE DE LA SANTE, 2015, p 230)

ويشير قوراح وصالي (2017) إلى أن المجتمع الجزائري قد عرف نقلة وبائية من أمراض معدية إلى أمراض مزمنة، كان سببها عدة عوامل على رأسها الانتقال الديمغرافي وما نتج عنه من تغيير في الهيكلة العمرية، وكذا التصنيع والتّحضر، وما صاحبهما من تغيير في النمط الغذائي، وقلة الحركة وكثرة الضغوطات والمشاكل النفسية. واستنادا إلى الدراسات التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، فإن الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا في المجتمع الجزائري يتصدرها كلّ من أمراض الضغط الدّموي، وأمراض القلب، ومرض السّكري. كما أصبحت – أي هذه الأمراض- تشكل تهديدا حقيقيا للصحة العمومية في الجزائر وسببا رئيسا للوفيات أيضا.²

فإلى جانب المشكلات الصحية التي تنجم عن الأمراض المزمنة، فإن هناك العديد من المشكلات الأخرى التي تخلفها هذه الأمراض، ومن منطلق الفهم الشامل الذي يقتضيه علم النفس الصحي، فإننا سنعرض إلى أهم المشكلات الناجمة عن الإصابة بالأمراض المزمنة وبخاصة ما تعلق منها بالجانب النفسي والاجتماعي فيما يلي:

1. ¹MINISTERE DE LA SANTE ET, D. L. P. E. D. L. R. O. N. D. S. N. S. Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples "MICS42012-2013 ".2015 <http://mics.unicef.org>, pp 230-235

²قوراح وصالي، مرجع سابق، ص 50.

50 المشكلات النفسية والاجتماعية الناجمة عن الامراض المزمنة

تنجم عن الأمراض المزمنة العديد من المشكلات النفسية والاجتماعية، وسنحاول فيما يلي التطرق لأهمها.

1.50 المشكلات النفسية للمريض المزمن

بالنظر لكل ما تمنحه الصحة للفرد من استقرار عاطفي ونفسي وتكيف اجتماعي فإن حدوث أي خلل أو اضطراب فيها سوف يؤثر على جوانب عديدة من حياة الفرد. ذلك أن المرض بصفته اضطراب يعرب عن حالة غير طبيعية تصيب البناء الوظيفي للإنسان على المستوى الجسدي، أو العقلي، أو النفسي، والتعرض للأمراض لا شك يسبب انزعاجا، ضعفا وظيفيا، وإرهاقا جسديا ونفسيا للفرد المصاب، والأمراض الجسدية واحدة من أكثر الأمراض التي يتعرض لها الفرد والتي تصيب مختلف أجهزة الجسم وتؤدي إلى اختلال جزئي أو كلي في وظيفة أو عدة وظائف¹.

ويزداد الأمر حدة وتعقيدا حينما يكون المرض مزمنا، وثقيلًا كالسرطان أو مرض القلب، الذين يتربعان على عرش الأمراض الخطيرة والمهددة للحياة، وتؤكد ذلك الاحصائيات والأرقام، التي تم عرضها فيما سبق من البحث. وبناء على هذا فإن الآثار النفسية والاجتماعية ستكون كبيرة على البناء النفسي للمريض ومن حوله، كما تلعب الصورة التمثيلية التي يحملها المصاب عن المرض دورا هاما في تقبل المرض والتكيف معه، غير أن وقع الصدمة منذ الإعلان عن الإصابة، يعتبر حادثا صدميا بالغ الأثر، يخلف عدة تداعيات على الصعيد النفسي قبل الوصول إلى التقبل والتكيف. وفيما يلي عرض لأهم هذه المحطات (المراحل) والآثار التي تخلفها:

1. **الصدمة النفسية:** هي حدث أو تجربة معاشه في حياة الفرد تؤدي خلال فترة وجيزة لزيادة كبيرة جدا من الإثارة، تتحدد تبعا لشدةها وبالعجز الذي يجد الشخص فيه نفسه، إذ إن مجابهتها أو محاولة خفض التوتر الناتج عنها بحلول سوية ومألوفة، تؤوول إلى الفشل.. وتعتبر الصدمة أول هجوم على نفسية الشخص المتلقي، لخبر إصابته بالمرض، حيث ينشأ من ورائها عدة سلوكيات لا شعورية من قبل الشخص. وذلك لعلنا أن الصدمة النفسية تنشأ نتيجة ظهور مفاجئ وغير منتظر لعنصر جديد في حياة الفرد، والذي يغير وجوده بصفة كبيرة ومهمة، حيث بسببه يصل الفرد مؤقتا إلى عدم التكيف².

2. **الإنكار:** يعمل الإنكار كإستراتيجية دفاعية يتبناها البعض من المرضى لتجنب مخلفات وانعكاسات المرض معتقدين أن المرض ليس خطيرا وأن آثاره زائلة وغير دائمة، وفي حالات

¹بولحبال، آ. شينار س، تقبل المرض وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى مريضات السرطان دراسة مقارنة بين مريضات سرطان الرحم وسرطان الثدي، المحترف، 14 يونيو 2022، 53-80، ص 54.

²بولحبال وشينار، مرجع سابق، ص ص 74-75.

أخرى يعتقد بعض المرضى أنهم ليسوا مرضى أي ينكرون تماماً وجود المرض بالرغم من أنهم تلقوا معلومات واضحة عن التشخيص والمرض. إن الإنكار هو مرحلة ما قبل الشعور فهو الذي يعرقل تقبل الحقيقة والواقع الذي يشير إلى الإصابة بمرض مزمن وبالتالي إنكار مخلفاته وانعكاساته. والإنكار استجابة سيكولوجية تجاه المرض المزمن والذي نلاحظه كثيراً عند المرض المصابين بمرض القلب، كما نجده عند المرضى المصابين بالسرطان.¹

3. **التمرد:** وهو ثالث حالة يتعايش معها الفرد بعد تشخيصه حالته المرضية، وبما أن التمرد في معناه هو التعدي على الحكم أو السلطة أو القانون، ففي هذه الحالة يمكن تعريفه على أنه التعبير المصاحب لعدم الرضا عن وضع معين سواء للفرد أو الجماعة، وعادة ما يربط الفرد سلوكه التمردى هذا "حسب وجهة نظره" بقدر غير عادل أو محيط عدواني، وبالتالي فهذا السلوك التمردى ناتج عن نظرة مبهمة وغير واضحة، وبهذا يكون التمرد رد فعل طبيعى للإحباط.²

4. **المفاوضة:** تمثل هذه المرحلة بوابة استيعاب فكرة المرض، حيث يلجأ الفرد المريض إلى الطبيب ويحاول قدر استطاعته إتباع تعليماته، لكنه بين الحين والآخر يحاول التفاوض مع طبيبه على حالته الصحية.³

5. **الاكتئاب:** بعد استيعاب المريض لحاله، يصيبه نوع من الاكتئاب، وهو حالة نفسية تؤدي بالفرد إلى حالة مرضية تتميز بالشعور بالدونية واللامبالاة اتجاه الحياة مع تباطؤ نفسي حركي، وإمكانية ظهور عجز معرفي، فالاضطرابات المعرفية تصبح ذات أهمية والحياة العاطفية لا يصبح لها معنى، فالفرد تسيطر عليه الكآبة. وشدد فرويد (Freud) على الملامح الشائعة للحزن والاكتئاب، كالشعور بالخسارة وانعدام الاهتمام.

6. **التقبل:** نصل إلى مرحلة تقبل المرض أوبالأحرى التعود عليه والتكيف معه، وعادة ما يصاحب هذه المرحلة هدوء تام من قبل المريض، وتعاون واضح مع الطبيب، بحيث يحاول المريض إدراج مرضه كجزء من حياته، ويتطور هذه المرحلة يجد المريض نفسه في حالة من الخضوع التام.

7. **الخضوع:** وهو امتداد للمرحلة السابقة، حيث يكون هناك استسلام كلي من قبل المريض لحالته، وانصياع تام لأوامر الطبيب، حيث يفوض المريض أمره لطبيبه وينقاد لنصائحه لكن قد تتعدى مراحل تقبل المرض هذه حسب كاييس Keipes مرحلة خيرة وطائرة والتي عبر عنها بالتقبل الزائف.

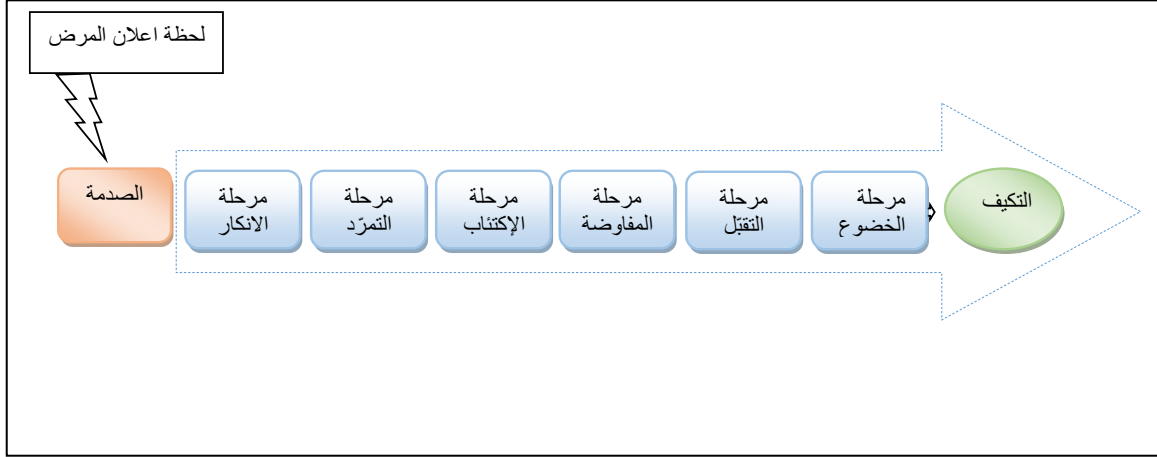
¹ زنادة د، سيكولوجية مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لعلاج تصفية الدم مع عرض حالة نموذجية، دراسات نفسية، 1 ديسمبر 2022، 21-44، ص ص 23-24.

² بولجبال وشينار، مرجع سابق، ص 75.

³ المرجع نفسه، ص 60.

8. **التقبل الزائف:** وهي مرحلة يرفض فيها الفرد شعوريا الإحساس بالمرض، وينتابه خوف شديد من مضاعفاته، وذلك بعد إدراكه التام ومعرفته الكلية بمرضه.¹

هذه المشكلات النفسية التي تمّ التطرق إليها انطلاقا من الصدمة لحظة اعلان الإصابة بالمرض وصولا إلى التقبل، اقترحها مارك كاييس (Keipes Marc) على شكل سيرورة من المراحل كما هي موضحة في الشكل التالي أدناه:



شكل رقم 9 نموذج مارك كاييس لاستراتيجية تقبل المرض

كما أن هناك أيضا عدة مشكلات نفسية أخرى، إلى جانب مخلفات الصدمة ومشاعر الاكتئاب منها:

• **القلق:** والذي يمكن تعريفه على أنه:

حالة انفعالية غير سارة لدى الفرد، تؤثر في مستوى أدائه، وعلاقاته الاجتماعية، ومدى شعوره بالطمأنينة نتيجة تعرّضه لمواقف نفسية ضاغطة خلال حياته، سواء كانت هذه المواقف واضحة لديه أم غامضة، مما يؤدي إلى إحداث تغييرات داخلية يحس بها الفرد وأخرى خارجية تظهر على ملامحه.²

هذا عموما عن القلق من حيث تعريفه فإذا كان سبب القلق معروفا وهو الإصابة بالمرض المزمن إضافة إلى إدراك المريض لخطورته وشدّته، من خلال الصورة الذهنية المتشكلة لديه وكذا مشاعر الألم والمشقة التي يعاني منهما، فإنّ ذلك سيفضي إلى تغييرات فسيولوجية وسيكولوجية مختلفة والتي لا يشترط وجودها مجتمعة بدرجة واحدة، ومن تلك التغييرات السيكولوجية (النفسية) "الإنهاك النفسي والإكتئاب، وانعدام الثقة بالنفس، والرغبة الدائمة في الهروب من مواجهة الموقف، والإحساس الدائم

¹حريوش، س، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري "دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري " (من 30 إلى 50 سنة) بمدينة سطيف، مجلة الآداب و العلوم الاجتماعية، 1 يونيو 2014، 297-315، ص 305.

²الخالدي، مرجع سابق، ص 126.

بتوقع الهزيمة والفشل، وصعوبة النوم، والكابوس، وفقدان الشهية للطعام والتردد في اتخاذ القرار وتوتر دائم وانحطاط الإحساس بالقيمة الذاتية، وفقدان الأمن النفسي واضطراب التفكير".¹

• العجز المكتسب

الإصابة بمرض مزمن وخطير كالسرطان أو مرض القلب، حدث سلبي غير متحكم فيه، له وقعته الكبير وبالتالي يعد هذا الحدث خبرة سلبية يؤدي بالفرد إلى تكوين اعتقاد بأن ليس هناك ما يمكن عمله للتحكم في هذا المرض ومع استمرار المعاناة من هذا المرض يسأل الفرد نفسه لماذا لا أستطيع التحكم في هذا المرض؟ ومن ثم يبدأ في طرح عدد من التفسيرات التي قد تكون داخلية، مثل "لأنني إنسان ضعيف"، أو تكون ثابتة "لا يغير الوقت من حالي"، أو تكون عامة مثل "لا يوجد في حياتي شيء أستطيع التحكم فيه"، ومثل هذه التفسيرات تؤدي إلى إصابة الفرد بالعجز المزمن.²

• قلق الموت

هو نوع من القلق الذي يتأثر بالعلاقات الحوارية بوجه خاص أي أنه استجابة انفعالية سلبية يثيرها توقع حالة تكون فيها النفس أو الذات غير موجودة وهنالك محددات لقلق الموت تسمى الأسف المرتبط بالماضي والأسف المرتبط بالمستقبل ومعنى الموت ومغزاه. ويشير الأسف المرتبط بالماضي إلى طموحات الفرد غير المشبعة والتي لم تتحقق في حياته، أما عن الأسف المرتبط بالمستقبل أي أنه نتيجة إلى الموت لا يستطيع أن يحقق الأهداف المهمة في المستقبل ويشير معنى الموت ومغزاه إلى مفهوم الفرد عن الموت. حيث إن تجربة الموت هي تجربة التبصر بعدم الاستمرار الذي يدركه المرء والذي يحرم الحياة من معناها ولا يتم استعادة هذا المعنى إلا بقدر ما يستطيع المرء تبين الاتصال في مواجهة الموت والإدراك لمعنى الموت يبدأ مع التأكيد على إن الموت يمثل النهاية المطلقة لوجود الشخص.³

• العدوانية

قد تظهر العدوانية كاستجابة تجاه من يشرف على العلاج من أطباء وممرضين، وغالبا تتركز هذه العدوانية تجاه طبيب عام إذ يعتقد كثير من المرضى المزمنين أن هذا الطبيب لا يعرف شيئا، وأنه لا يقوى على حلّ ما ينجرّ من المشاكل التي يتسبب فيها المرض المزمن. وما موجات الغضب المفاجئة والمشاهدة أحيانا من قبل المرضى إلاّ تعبير عن ضغوطات وتوترات ناجمة عن المرض موجهة في غالب الأحيان نحو العائلة، وحتى نحو الآلات المشرفة على تصفية الدم— على سبيل المثال- وهي عدوانية بالأقوال وأحيانا بالأفعال.⁴

¹المرجع نفسه، ص 27.

²شويخ، مرجع سابق، ص 115.

³الحسيني، م. ح. م. س. ا. ر. & محمود، ع. س. ع. ا. م، قلق الموت لدى أبناء مرضى السرطان، المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة، 1 يوليو، 2022، 199-217، ص 205،

<https://doi.org/10.21608/maml.2022.259565>

⁴زناد، مرجع سابق، ص 29.

2.50 المشكلات الاجتماعية للمريض المزمن

تعتبر المشكلات الاجتماعية للمريض المزمن شديدة الصلة بالمشكلات النفسية ويمكن عدّها على هذا المستوى نتاجاً لتلك الصلة إذ من جراء معاناة المريض تتولد جملة من المشكلات ذات الطابع الاجتماعي والمحيطية بالمريض وذويه ومن بين أسبابها:

- الاضطراب للابتعاد عن الأسرة، وحدث خلل في توازنها كانقطاع بعض الأنباء عن الدراسة، والخروج للعمل.
- الانقطاع عن العمل، أو تغييره استجابة للخطط العلاجية.
- مشكلات تتعلق بالمريض والأسرة كثافتهم تجاه المرض والعلاج وطرقه وقضايا ثقافية مختلفة تعود لخلفية المريض ومعتقداته والتي قد تعيق أو تعارض خطة العلاج.
- عدم قدرة المريض على ممارسة أنشطته الحياتية اليومية، كالعناية بنفسه ومتطلبات الحياة الزوجية وغيرها.
- معيقات تتعلق بالزواج وبناء الأسرة كسرطان الرحم والثدي بالنسبة للمرأة.
- العزلة الاجتماعية التي يضطر المريض لعيشها (وبمشاركة الأسرة أحياناً).¹

فالأمرض المزمنة إلى جانب ما تخلفه من معاناة جسدية وآلام ومشقة على المريض، فإن عامل الزمان يؤثر بشدة على معاش المريض وسيرورة حياته مما يعيقه عن كثير من الأدوار الاجتماعية وممارسة أنشطته وتحمل مسؤولياته الاجتماعية، مما يشعره بالعجز والضيق ويسبب له ضغوطات مختلفة وشديدة، ومشكلات منها:

لذا قد تترتب عن هذه الأمراض عدة ضغوطات أو مشكلات اجتماعية تواجه المريض وتعيق تكيفه بالمجتمع، ومن أهم هذه المشكلات هي:

• مشكلة العمل

عدم القدرة على العمل نتيجة المرض، يدفع المريض إلى ترك وظيفته لعدم قدرته على التحمل مما يشعره بالإحباط من جراء خيانة جسده له، وقد تنتاب المريض نوبات من الحزن والكآبة وربما اليأس وبخاصة إذا كان فقيراً وله أسرة ويعيلها وكيف إذا كانت كثيرة الأفراد، ليشعر بأنّه أصبح عالة بعد أن كان معيلاً، بالإضافة إلى الضائقة المالية التي قد تترتب من تركه لعمله، وأيضاً متطلبات العلاج والاستشفاء فالعمل في جوهره " نشاط يزاوله الفرد اشباعاً لحاجاته الأساسية وتحقيقاً لذاته وضمناً

¹أبو حمور، ش، إشكالية الأمراض المزمنة في حياة المرضى الاجتماعية | صحيفة الرأي، 13 يوليو 2017،

<https://alrai.com/article/10397708/>

لمكانته الاجتماعية وذلك لاكتساب احترام الزملاء وأفراد المجتمع له، أي أن العمل مكسب انساني والعامل يعمل لتحقيق ذاته وبلوغ الاستقرار النفسي والاجتماعي¹.

المشكلة الاقتصادية

يستطيع الشخص الميسور اقتصاديا والمتمتع بالرفاهية الاقتصادية (Economic Prosperity) اقتناء جميع متطلبات ومستلزمات العيش من سكن مريح وطعام مغذ وكافة التسهيلات الحياتية من نقل وأمن واستقرار، وصولاً إلى الرعاية الصحية والمعالجة الطبية بكل متطلباتها من فحوص وأدوية وغيرها للسيطرة على الأمراض المزمنة والانتقالية، له ولأسرته فالرفاهية الاقتصادية هاته تمنحه الشعور النفسي بالأمن والطمأنينة وضمان حياته الآنية والمستقبلية فضلاً عن القوة لمواجهة الأخطار التي قد تحملها الأيام مما يمكنه من الكيف والاستقرار والشعور بالقدرة على تحمل المسؤولية². وعلى النقيض من ذلك حينما يكون الفرد من ذوي الدخل الضعيف ويصاب بمرض مزمن، فإن هذا يشكل تهديداً مباشراً لحالة الأسرة المادية حيث تختل اقتصادياتها باضطرابها لسداد أعباء وتكاليف العلاج والرعاية الطبية التي تلزم المريض مما يزيد من أعباء ومعاناة الأسرة، وتزداد حدة تلك المعاناة وتداعياتها إذا كانت الأسرة كبيرة وكان المريض هو المعيل الرئيس لها وبالتالي قد لا تقوى -أي الأسرة - على إشباع الحاجات الضرورية لأفرادها وضمان نمو سليم لهم، ومجابهة ضروريات الحياة (السكن والمأكل والملبس والعلاج..)، وقد تصل تلك الأسر تحت ضغط الحاجة والعوز إلى إهمال المريض، وربما تصل -أي الأسرة- إلى حدّ تمنّي رحيل المريض، إن لم تسع فعلياً للتخلص منه، ممّا يكون له عميق الأثر على حالته الجسمية والصحية، وقبل ذلك كلّه على حالته النفسية، وقد حوّلته المرض من معيل يحتاجه الجميع وينتظرونه إلى عالة يزعج الجميع وقد يمقتونه.

• المشكلات الأسرية

عطفاً على ما سبق فإنّ من أهم الارتدادات التي تطرأ عقب الإصابة بالمرض المزمن وتداعي اقتصاديات الأسرة أن يتصدّع كيانها - أي الأسرة - حيث أنّ مرض أحد أفرادها قد يكون السبب الرئيس لاضطراب العلاقات الأسرية وتصدّعها وقد يكون سبباً في تدهور الأسرة وتفككها، فإذا صاحب الإهمال التعامل مع المريض فإنّ العلاقات ستتأثر حتماً بهذه المعاملة، ليصبح المريض أكثر تأثراً وأكثر حساسية وقد يصل به الحال - مع تداعيات المرض- إلى أن يكون أكثر كرهاً لأحد أفراد الأسرة أو كلها وذلك بحسب الخبرة التي مر بها، وقد لا تمكّنه المشاعر الجديدة التي تعتريه من الاستمرار في الحياة الزوجية.

فإذا كان المريض هو ذاته رب الأسرة فإن إشرافه على أسرته قد يضعف وبذلك يفقد القدرة تدريجياً على توجيه أبنائه خاصة إذا كان من أصحاب الأمراض المزمنة الشديدة، فتتسع الهوة، وكبر الفجوة بينه وبين أفراد أسرته ممّا قد يدفعهم -أي أفراد الأسرة - إلى البحث عن مصادر أخرى ينالون منها الاهتمام.

¹حمادي، م ، خيذر، س، القيمة الاجتماعية للعمل، مجلة سوسولوجيا، 30 يونيو 2017، 108-126، ص 124.

²محمد الحسن، إ، علم الاجتماع الطبي (2 ط)، دار وائل، 2010، ص 213.

• مشكلة العزلة الاجتماعية

تتلازم الآثار النفسية والانفعالية للإنسان مع الاجتماعية، كما تؤثر الواحدة منهما في الأخرى، وتتفاعل معها، إذ تؤدي العزلة الاجتماعية إلى استجابات عصابية، وبالمقابل فإن الاستجابات العصابية تؤدي هي الأخرى إلى مزيد من العزلة الاجتماعية، كما يسهم فقدان الثقة بالنفس في شعور المريض بالعجز عن التكيف مع مواقف جديدة، وعدم الثقة بالنفس وبالأخرين وكذا الاحساس بعدم الانتماء للجماعة المحيطة بالمريض تزيد من احساسه بالتبعية والاعتمادية على الآخرين مما يؤثر سلباً في حالته النفسية، ليسهم ذلك وبشكل كبير في تكوين صورة محبطة وسلبية لذاته. وبالتالي فإن الدوافع والاتجاهات بعد المرض لها أكبر الأثر على عواطف المريض وعلى حياته الانفعالية، وأيضاً واتجاهه نحو نفسه واتجاهات العالم الخارجي نحوه، فالشخص المصاب بالأمراض المزمنة قد يفقد كثيراً من علاقاته الاجتماعية مما قد يشعره بأنه شخص غير مقبول اجتماعياً (في بعض الأوساط)، وهذا ما ينعكس سلباً بشكل أو بآخر على عملية اندماجهم بالمجتمع الذي يعيشون فيه، وبهذا فإن العزلة التي يدخل فيها المريض المزمّن قد تؤثر في اتجاهاته وميولاته، وقد يصبح أكثر حساسية وانانية ورغبة في السيطرة، كما قد ينعدم الشعور لديه بالحب، في حين قد تزداد لديه مشاعر الخجل والقلق والشعور بالنقص من جراء هذا المرض المزمّن الذي بات يلزمه.¹

هذه المشكلات الناتجة عن الأمراض المزمنة تزيد من حدة التنوع الكبير المميّز للأمراض التي تدخل تحت كنفها، كما يظهر من خلال ما سيتم عرضه.

51 أنواع الأمراض المزمنة

عددت الأوساط الطبية الأمراض المزمنة إلى عدة أنواع، وإجمالاً يمكن تقسيم الأمراض المزمنة إلى مجموعات رئيسية هي:

- الأمراض الوعائية القلبية (Les maladies cardio-vasculaires).
- السرطانات (Lescancers).
- الأمراض التنفسية المزمنة (Les maladies respiratoires chroniques).
- السكري (Les diabètes).
- انخفاض حدة البصر (La baisse de l'acuité visuelle).
- التهابات الفم (Les affections bucco-dentaires).
- العمى (La cécité).

وتجدر الإشارة إلى أن المريض المزمّن يتأثر بشكل كبير بطبيعة وشدة مرضه، ويصاب على إثرها بعدة أعراض بدنية مختلفة ومزعجة كالآلام الشديدة المزمنة، وضيق التنفس وغيرها، مما يجعله بحاجة دائمة للعقاقير والأدوية للتخفيف أو السيطرة على الآلام والأعراض الأخرى.

¹ محمد ل، المشكلات الاجتماعية للمصابين بالأمراض المزمنة، مجلة الاناسة وعلوم المجتمع، 1 يوليو، 2021، ص 33.

ومن ناحية أخرى على الصعيد النفسي والمعاشي فإن المريض المزمن قد يعاني بشدة من فقدان معنى الحياة مثلاً، وتدهور نوعية الحياة ... مما يشكل عجزاً إضافياً واضحاً في طريق وأسلوب ونوعية العلاج المقدم له، ويزداد الأمر صعوبة مع ظهور المضاعفات الخطيرة للمرض والتي تلزم المريض عيش حالة صعبة ومستمرة تجعله يقترب من نهاية الحياة مما يستلزم إدخاله إلى المشفى لتلقي الرعاية اللازمة طبياً ونفسياً.¹

ونظراً لخصوصية الدراسة الحالية والتي تركز على المقارنة بين نوعين من الأمراض المزمنة الرئيسية وهي أمراض القلب والسرطان فسنسلط الضوء على هذين النوعين بمزيد من التفاصيل

أولاً أمراض القلب

يندرج تحت محور أمراض القلب كل الأمراض التي تصيب جهاز القلب والأوعية الدموية.

52 الجهاز القلبي الوعائي

الجهاز القلبي الوعائي هو جهاز ينقل الدم عبر الأوعية من وإلى جميع أجزاء الجسم، ويحمل المغذيات والأكسجين إلى الأنسجة ويزيل ثاني أكسيد الكربون والنفايات الأخرى. وهو نظام أنبوبي مغلق يُدفع فيه الدم بواسطة القلب الذي تتمثل وظيفته الأساسية في أن يكون بمثابة مضخة عضلية تدفع الدم إلى وعبر الأوعية، ومن وإلى جميع أجزاء الجسم،² أما الأوعية الدموية بأشكالها المتعددة وتفرعاتها الشجرية فهي تقوم بدور منظومة نقل دقيقة ومعقدة، إذ " تحمل الدم من القلب إلى الأعضاء الأخرى و الأنسجة، التي تقوم بدورها بامتصاص الأكسجين و المواد الغذائية، ويتشعب من الشرايين شريينات (Arterioles) وشعيرات دموية دقيقة (Capillaries)، تقوم بحمل الدم إلى كل خلية في الجسم. أما الأوردة (Veins) فنقوم بإعادة الدم الذي سُحب منه الأكسجين (غير المؤكسد) إلى القلب. عموماً فإنّ الأوعية تضبط الدورة الدموية (Circulation Peripheral)، إذ تتسع وتضيق بناءً على التغيرات المختلفة التي تحدث في الجسم " ³.

53 اضطرابات الجهاز القلبي الوعائي

يتعرض الجهاز القلبي الوعائي لعدد من الاضطرابات بعض هذه الاضطرابات ترجع إلى عوامل خلقية، أي توجد منذ الولادة. وبعضها الآخر يرجع إلى العدوى، ومع ذلك فإن المصدر الرئيس للتهديد الذي يتعرض له الجهاز القلبي الوعائي يعود إلى الأضرار الناجمة عن التمزق والاهتراء التي تحدث خلال حياة الفرد فأسلوب حياة الفرد. الذي يعبر عنه نمط أو نظام التغذية الذي يتبعه الفرد، ومدى ممارسته للتمارين، والتدخين، ومقدار ما يتعرض إليه من ضغوط، هو من بين العوامل التي تؤثر بشكل كبير في تطور الأمراض التي تصيب الجهاز القلبي الوعائي.⁴

¹سي بشير، ك، دور الاختصاصي النفسي في علم نفس الصحة في التكفل بالمريض العضوي المزمن، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 30 ديسمبر 2016، 40-59، ص 2.

²Jacob, Oliver, & Entman, 2020.

³تايلور، مرجع سابق، ص 78.

⁴المرجع نفسه، ص 80.

وتنقسم أمراض القلب أو ما يصطلح عليها أيضا بالأمراض القلبية الوعائية إلى مجموعة من الاضطرابات التي تصيب القلب والأوعية الدموية، وتشمل تلك الاضطرابات حسب منظمة الصحة العالمية ما يلي:

- **أمراض القلب التاجية:** وهي أمراض تصيب أوعية الدم التي تغذي عضلة القلب.
- **الأمراض الدماغية الوعائية:** وهي أمراض تصيب الأوعية التي تغذي الدماغ.
- **الأمراض الشريانية المحيطية:** وهي أمراض تصيب الأوعية الدموية التي تغذي الذراعين والساقين.
- **أمراض القلب الروماتيزمية:** وهي أضرار تصيب العضلة القلبية وصمامات القلب جرّاء حمى روماتيزمية ناجمة عن جراثيم العقديات.
- **أمراض القلب الخلقية:** وهي تشوهات تُلاحظ، عند الولادة، في الهيكل القلبي.
- **الخثار الوريدي العميق أو الانصمام الرئوي:** وتعني الجلطات الدموية التي تظهر في أوردة الساقين والتي يمكنها الانتقال إلى القلب والرئتين.

وتُعد النوبات القلبية والسكتات الدماغية، عادة، أحداثاً وخيمة وهي تنجم، أساساً، عن انسداد يحول دون تدفق الدم وبلوغه القلب أو الدماغ. وأكثر أسباب ذلك الانسداد شيوعاً تشكّل رواسب دهنية في الجدران الداخلية للأوعية التي تغذي القلب أو الدماغ. ويمكن أن تحدث السكتات الدماغية أيضاً جرّاء نزف من أحد أوعية الدماغ الدموية أو من الجلطات الدموية (الأمراض القلبية الوعائية، د.ب).

ومن جهتهما فقد أورد دايم الله ولهاشي (2022) – وهما مختصان في أمراض القلب- تصنيفاً طبياً مفصلاً لأمراض القلب مندرجة تحت عشر محاور هي:

1. اعتلال الصمامات (Valvulopathies).
2. متلازمة الدورة الدموية (Syndromes hémodynamiques).
3. أمراض الشرايين وأمراض القلبية الاقفارية (Maladie athéromateuse et cardiopathies ischémiques).
4. ارتفاع الضغط الدّموي (Hypertension artérielle).
5. ريثمولوجي (Rythmologie).
6. مرض الانسداد التجلطي الوريدي (Maladie thromboembolique veineuse).
7. أمراض التأمور (Pathologies du péricarde).
8. أمراض عضلة القلب (Pathologies du myocarde).
9. أمراض الشرايين (Pathologies artérielles).
10. أمراض أخرى كضيق التنفس (Dyspnée) (Daimellah & Lehachi, 2022).

وسنعرض فيما يلي إلى تعريف موجز لبعض أمراض القلب والتي اشتملت عليها عينة الدراسة

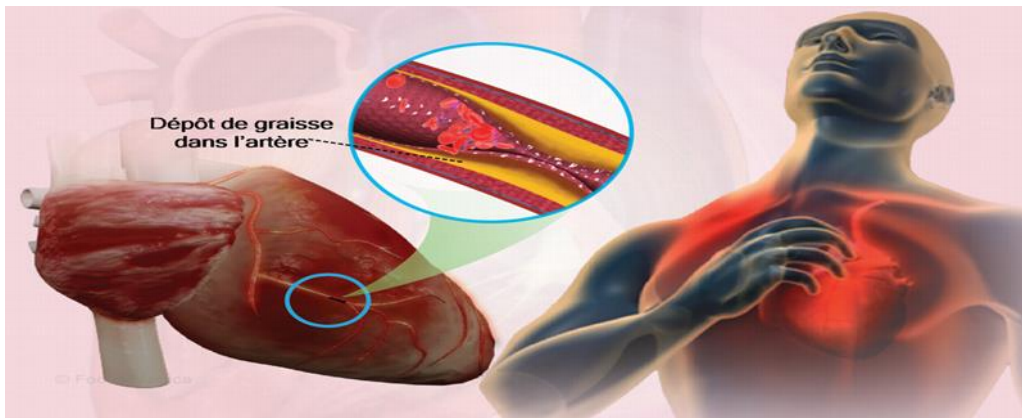
54 أهم الأمراض القلبية

1.54 أمراض القلب التاجية

أمراض القلب التاجية (Coronary Heart Diseases-CHD) هي الأمراض التي تعزى إلى تضيق الشرايين التاجية التي تزود القلب بالدم. فعندما تصاب الشرايين بتضيق أو انسداد، فإن هذا يؤدي إلى إعاقة تدفق الأكسجين والغذاء للقلب بصورة جزئية أو كلية. وعادة ما يؤدي النقص المؤقت للأكسجين والغذاء، إلى شعور الإنسان بألم منتشر فيكل انحاء الصدر والذراع (أنظر الشكل 11). وهذا ما يسمى بالذبحة الصدرية (Pectors Angina)، وحين يكون هذا النقص شديداً، فإنه يؤدي إلى جلطة قلبية (Myocardial Infarction).

وتنتشر أمراض القلب بوجه خاص بين الرجال وكبار السن. ويعتبر العامل الوراثي أحد أهم العوامل المهددة بالإصابة بأمراض القلب التاجية. ويمكن في هذه الحالة أن يُصاب الفرد بالمرض في مرحلة مبكرة من عمره. كما تجدر الإشارة إلى أن تفاقم آثار المرض قد يحدث بفعل عوامل خطيرة أخرى ذات صلة بنمط حياة الفرد كالتدخين والبدانة، وأيضاً لمدى تعرضه للضغوط النفسية.

وتشير الدراسات إلى أن النساء وبخاصة الصغيرات في السن أقل عرضة للإصابة بأمراض القلب التاجية مقارنة بالرجال، حيث يعتقد أن السبب يعود إلى أسباب أهمها، ارتفاع مستوى البروتينات الدهنية (Density Lipoprotein) التي ترتبط بارتفاع مستوى الإستروجين لدى النساء في مراحل ما قبل انقطاع الطمث، والتي تساعد في الوقاية من مستوى الإثارة في الجهاز العصبي السمبثاوي، وأيضاً لكون تفاعل النساء عموماً مع الضغوط الخارجية على مستوى الغدد الصماء والعمليات الأيضية أقل منه مقارنة بالرجال. وعلمياً قد ثبت أن هرمون الأستروجين يقلل من خطورة الإصابة بأمراض القلب.¹



شكل رقم 10 لتضيق الشرايين بسبب تراكم الدهون

(Sethi, د.ت)

¹ تايلور، مرجع سابق، ص 716-720.

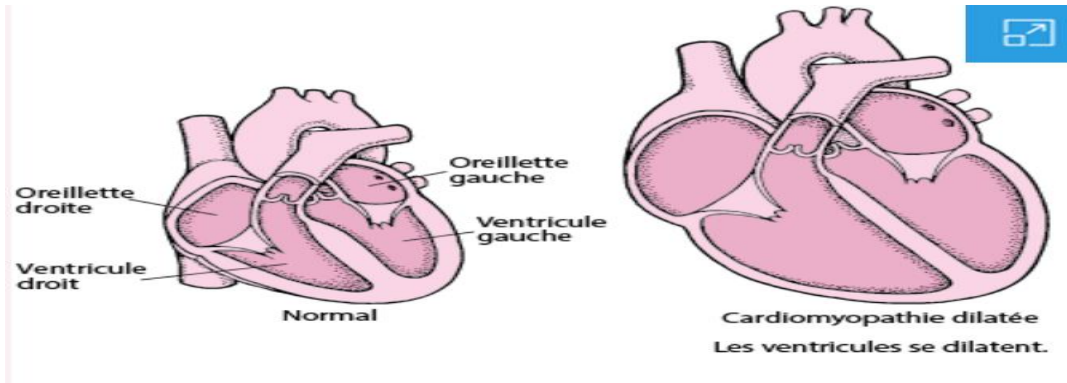
2.54 اعتلالات عضلة القلب

اعتلالات عضلة القلب هي مجموعة غير متجانسة من الأمراض ذات أسباب مختلفة وغالبا ما تكون من أصل وراثي، بحيث تتميز بخلل ميكانيكي أو خلل في كهرباء القلب، كما يمكن أن يؤدي ضعف عضلة القلب إلى:

- فشل القلب (IC).
- أو عدم انتظام ضربات القلب (TDR).
- كما قد تكون سببا في الموت المفاجئ (MS).

وتعتبر اعتلالات عضلة القلب سببا متكررا للفشل القلبي لدى الشباب بسبب الاختلال الوظيفي الانقباضي و/ أو الانبساطي للبطين الأيسر. وأهم الاعتلالات في هذا المحور ما يلي:

1. تمدد عضلة القلب (Cardiomyopathiedilatée).
2. اعتلال عضلة القلب المقيد (Lacardiomyopathierestrictive).
3. اعتلال عضلة القلب الضخامي (Cardiomyopathiehypertrophique).
4. التهاب عضلة القلب الحاد (Myocarditeaigue).



(Suboc, 2022)

شكل رقم 11 تمدد عضلة القلب

3.54 اضطراب نظم القلب

عدم انتظام ضربات القلب هو اضطراب دوري أو مستمر، منتظم أو غير منتظم في ضربات القلب، يمكن أن يحدث عند المرضى الذين لا يعانون من أمراض القلب البنيوية، كما يمكن أن يحدث نتيجة لمرض القلب أو خارج القلب. أما الأعراض السريرية فهي متنوعة للغاية، اعتمادًا على طبيعة اضطرابات ضربات القلب، والخفقان، وعدم انتظام دقات القلب، والضعف، وضيق التنفس، والشعور

بضغط الصدر، والدوخة، والإغماء.. وفي الحالات القصوى، قد يظهر الموت القلبي المفاجئ. ومع ذلك، يمكن أن تختلف عتبة الإدراك الفردية بشكل كبير. ويعتمد تصنيف عدم انتظام ضربات القلب على الاضطرابات في تكوين وتوصيل النبضات الكهربائية. علاوة على ذلك، يمكن تقسيمها وفقاً للأعراض السريرية ومعايير تخطيط القلب ووجهات النظر الفيزيولوجية المرضية¹

ويوصف اضطراب نظم القلب على أنه انحراف عن التسلسل الطبيعي للنبضات الكهربائية ينتج عنه تسارع في نبضات القلب أو تباطؤها أو عدم انتظامها كالرجفان الأذيني والبطيني واضطرابات التوصيل.

ويتضمن نظام القلب الكهربائي ثلاثة أجزاء هي:

- **العقدة الأذينية الجيبية:** والمعروفة بناظمة القلب الطبيعية، تتكون من خلايا خاصة لها القدرة على توليد الكهرباء بالقلب.
- **العقدة الأذينية - البطينية:** وتعد الجسر الرابط ما بين الأذنين والبطينين بحيث تمر عبرها الشارات الكهربائية من الأذنين إلى البطينين.
- **حزمة هيس** وهي المسؤولة عن توزيع الشارات الكهربائية خارج البطينين عبر المسارات الموصلة لجعلها تتقلص.

وتتبع العقدة الجيبية في وظيفتها إيقاعاً سرعياً (rythmecircadien) يبلغ ذروته في الفترة ما بين منتصف الليل والسابعة صباحاً، فلها القدرة على استرجاع الزمن (بمعنى أنها تمتلك خاصية التنظيم واستعادة النشاط الكهربائي الطبيعي للقلب في حال اضطرابه) فلقد وجد أن التغيرات في وظيفة العقدة الجيبية تتبع الإيقاع السرعياً للجهاز العصبي اللاإرادي.²

تُصنف حالات اضطراب النظم القلبي عموماً حسب سرعة ضربات القلب. حيث:

1.3.3 تسرع نبض القلب

وهو زيادة سرعة ضربات القلب. ويكون معدل سرعة ضربات القلب في حالة الراحة أكثر من 100 ضربة في الدقيقة. ومن أنواعه:

¹Arenja, N., Cron, T., & Kühne, M. (2013). Signes cliniques et ECG des arythmies cardiaques. Forum Médical Suisse, 13(12)2013, p 241.

²حنصالي، مرجع سابق، ص 36.

- الرجفان الأذيني.
- الرفرفة الأذينية.
- تسرّع القلب فوق البطيني.
- الرجفان البطيني.
- تسرّع القلب البطيني.

2.3.3 بطء نبض القلب

وهو تباطؤ ضربات القلب. ويكون معدل سرعة ضربات القلب في حالة الراحة أقل من 60 ضربة في الدقيقة، ومن أنواعه:

- متلازمة الجيب المريض.
- إحصار التوصيل الكهربائي.¹

4.54 ارتفاع ضغط الدم

يوصف هذا المرض بالقاتل الصامت الغامض، وهو صامت لأنه لا يوحى بأية عوارض مميزة، وغامض لأنه من (90 %) من حالات الإصابة به لا يكون السبب معلوماً. فهو يلج حياة ضحاياه بلا تطّـل، وغالبا ما يكتشف صدفة ودون سابق تخطيط. فهو قد يستمر لمدة (15) أو (20) سنة عند الضحية بكل هدوء، ودون التسبب في كثير المشاكل، غير أنه بمجرد أن يتمكن من ضحيته ويحكم سيطرته عليه فإنه يسبب له الموت في غضون خمس سنوات غالبا عن طريق الخلل في عمل القلب أو التوبة القلبية أو الذبحة القلبية أو مرض الكلى.²

فضغط الدم هو قياس الضغط أو قوة دفع الدم تجاه جدران الأوعية الدموية. فارتفاع ضغط الدم، يعني أن الضغط على جدران الأوعية الدموية في الجسم مرتفع للغاية باستمرار. وغالبا ما يُطلق على ارتفاع ضغط الدم اسم "القاتل الصامت" لأن المريض لا يدرك أن هناك شيئا خاطئا، حيث أن الضرر لا يزال يحدث داخل جسمه (Cleveland Clinic medical professional, 2021). وبالتالي فإن ارتفاع ضغط الدم يحدث عندما تصبح الشرايين ضيقة مما يدفع القلب للعمل بجهد أكبر لدفع الدم إلى أنحاء الجسم وبذلك تزداد قوة الدفع على جدران الشرايين عن حدود السلامة. ويتم قياس ضغط الدم بواسطة جهاز خاص يسمى جهاز قياس الضغط.³

¹سانديا، ب، وآخرون، اضطراب نظم القلب - الأعراض والأسباب - Mayo Clinic (مايو كلينك)، مايو كلينيك، 2023
<https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/heart-arrhythmia/symptoms-causes/syc-20350668>

²شنايدر، آ، ضغط الدم، دار الهدى، 1992، ص 11.

³غانم، مرجع سابق، ص 148.

وتحتوي قراءة ضغط الدم على رقمين، الرقم العلوي هو ضغط الدم الانقباضي، والذي يقيس الضغط على جدران الأوعية الدموية عندما ينبض قلبك أو ينبض. أما الرقم السفلي فهو ضغط الدم الانبساطي، والذي يقيس الضغط على الأوعية الدموية بين النبضات عندما يكون قلبك مسترخياً. وعلى العموم فإن ضغط الدم (70/110) يعتبر ضمن المعدل الطبيعي، غير أنه ضغط الدم (85/135) هو المرحلة الأولى (الخفيفة) من ارتفاع ضغط الدم، وهكذا (انظر الجدول 4).

جدول 4 فئات ضغط الدم وكيفية القراءة¹

الفئة	ضغط الدم
عادي	تحت 80/130 مم زئبق
المرحلة الأولى من ارتفاع ضغط الدم (خفيف)	130-139 / أو الانبساطي بين 80-89 مم زئبق
المرحلة الثانية من ارتفاع ضغط الدم (معتدلة)	90/140 مم زئبق أو أعلى
أزمة ارتفاع ضغط الدم (احصل على رعاية الطوارئ)	120/180 مم زئبق أو أعلى

1.4.3 مضاعفات الإصابة بارتفاع ضغط الدم

يمكن أن يؤدي الضغط الزائد على جدران الشرايين بسبب ارتفاع ضغط الدم إلى تلف الأوعية الدموية بالإضافة إلى الأعضاء. وكلما ارتفع ضغط الدم وطالت مدة عدم السيطرة عليه، زاد التلف.

وقد يؤدي ارتفاع ضغط الدم غير المسيطر عليه إلى مضاعفات منها:

- **السكتة الدماغية:** قد يسبب ارتفاع ضغط الدم مخاطر الإصابة بالسكتة الدماغية وذلك إما بواسطة تسريع تصلب الشرايين وانسداد مجرى تدفق الدم نحو الدماغ، وإما بمضاعفة الضغط على الأوعية الدماغية المعطلة مما يتسبب في انفجارها.
- **فشل القلب:** ويعني إخفاق القلب بسبب تجمع الدم الناتج عن إلحاح الطلب وارتفاعه مما يضطر القلب إلى العمل بجهد أكبر لضخ الدم بقوة مما يتسبب في إجهاده وبذلك يتضخم القلب ويتمدد ومع الاستمرار في الضغوطات والاجهاد يصل القلب إلى الفشل بخسارة قوة جدرانه وليونتها، فيتجمع الدم في الرئتين والساقين والبطن (حالة وجود فائض من السوائل في أنسجة الاستسقاء).

¹High Blood Pressure (Hypertension): Causes and Symptoms, 2021

- **مرض شريان القلب:** يؤدي ارتفاع ضغط الدم إلى تسريع ترسب المواد الدهنية في جدران الشرايين، مما يتسبب في ضيقها، لينجر عنه انخفاض تدفق الدم في القلب، ممّا قد يتسبب في حصول ألم في الصدر (الذبحة الصدرية)، أو حصول جرح خطير لجزء من عضلات القلب (نوبة قلبية).
- **ضعف الأوعية الدموية أو ضيقها في الكلى:** مما يتسبب في انخفاض طاقة الكلى لسد حاجيات الجسم المتمثلة في التخلص من الفضلات، ليحدث مرض إخفاق الكلى والذي يتسبب في إفراز هرمون مسبب لتقلص الأوعية الدموية في معظم أجزاء الجسم، ممّا يؤدي إلى الوفاة حال الإلزام.¹
- **زيادة سمك الأوعية الدموية في العين أو ضيقها أو تمزقها:** يمكن أن يؤدي ذلك إلى فقدان البصر.
- **متلازمة التمثيل الغذائي:** هذه المتلازمة هي مجموعة من الاضطرابات في أيض الجسم، وتشمل زيادة حجم الخصر وارتفاع مستوى الدهون الثلاثية وانخفاض كوليسترول البروتين الدهني مرتفع الكثافة والكوليسترول "النافع" وارتفاع ضغط الدم وارتفاع مستويات الأنسولين. وتجعلك هذه الحالات أكثر عرضة للإصابة بداء السكري وأمراض القلب والسكتة الدماغية.
- **مشكلة في الذاكرة أو الاستيعاب:** قد يؤثر أيضاً ارتفاع ضغط الدم غير المسيطر عليه في قدرتك على التفكير والتذكر والتعلم. ويكثر شيوع مشكلات الذاكرة أو استيعاب الأفكار لدى الأشخاص المصابين بارتفاع ضغط الدم.
- **الخرف:** قد تقلل الشرايين الضيقة أو المسدودة من تدفق الدم إلى المخ، ما يؤدي إلى نوع معين من الخرف (الخرف الوعائي). ويمكن أن يحدث الخرف الوعائي أيضاً بسبب السكتة الدماغية التي تمنع تدفق الدم إلى المخ.²

55 عوامل الخطر المسببة لأمراض القلب

تجدر الإشارة أنّه في معظم الحالات ليس معروفاً السبب الحقيقي لارتفاع ضغط الدم، غير أنّ هناك العديد من العوامل المهيئة للإصابة أهمها:

1.55 العامل الوراثي

لقد أثبتت الدراسات أنّه في حالة وجود إصابة لدى أحد الوالدين بارتفاع ضغط الدم فإن احتمال الإصابة لدى الأبناء لهذا المرض هو (25 %)، أمّا إذا كان كلا الوالدين مصاباً بهذا المرض فقد تصل نسبة إصابة الأبناء إلى (90 %)³. وبالتالي قد تقوم الوراثة بتأسيس الأرضية الملائمة لارتفاع ضغط الدم لتقوم بعد ذلك العوامل البيئية المسببة للمرض بإدراج الشخص في لائحة المصابين، وهكذا فإنّ

¹شنايدر، مرجع سابق، ص ص 111-116.

²High Blood Pressure (Hypertension): Causes and Symptoms, 2021

³السيد، ع. ا. م، الضغط والسكر أسبابه وعلاجه، ألفا، 2009، ص 57

شخصاً يملك نزعة وراثية للإصابة بارتفاع ضغط الدم يتطلب قليلاً من التعرض لعوامل البيئة المسببة لارتفاع ضغط الدم ليعلق بالمرض.¹

2.55 العامل البيئي

ويقصد به الطعام وعلى الخصوص تناول الملح فقد " لوحظ أنّ الأشخاص الذين يتناولون كميات كبيرة من الملح مثل اليابانيين وسكان كوريا الجنوبية، يشيع بينهم هذا المرض حيث يتناولون السمك المملح واللحم المحفوظ بكميات كبيرة. والعكس صحيح فإنّ بعض المناطق في اليابان التي يميل أهلها إلى تناول القليل من الملح في الطعام فإنّ نسبة تعرضهم لمرض ضغط الدم أقلّ.²

3.55 عامل البدانة

البدانة أو السمنة هي شكل حاد من زيادة الوزن غير الطبيعي، ناتج عن تراكم كمية كبيرة من الدهون في الجسم، مقارنة بطول الانسان وجنسه وعمره، ويدخل تحت مسمى السمين من زادت نسبة وزنه عن (20 %) على وزنه الطبيعي. علماً أن نسبة الدهون الطبيعية في جسم الانسان مقارنة بوزنه تتراوح بين (15 إلى 18 %) بالنسبة للذكور، وبين (20 إلى 25 %) بالنسبة للإناث³(منصور، 2004، ص 6)، وتفسّر طبيّاً بالخلل في التوازن الحاصل بين الطاقة التي تصل الجسم عن طريق الغذاء، والطاقة التي يصرفها الجسم لتأدية وظائفه الأساسية كالتنفس والهضم وامتصاص الغذاء والحركة اليومية وغيرها من الوظائف، وبالرغم من أن الأسباب المؤدية إلى السمنة متعدّدة إلا أن الإفراط في الغذاء الزائد عن الحاجة والمؤدي إلى فقدان التوازن مع متطلبات الجسم الطاقوية يبقى السبب الرئيس للسمنة⁴، وتجذر الإشارة إلى السمنة، لم تصنف على أنها من أكبر عوامل الخطر، ومن أكبر المؤشرات على الأسواء، ممّا يستوجب التدخل.

4.55 العوامل الشخصية (العمر والجنس)

ترتبط نسب الإصابة بأمراض القلب مع الزيادة في العمر كما تشير الدراسات إلى ارتفاعها بين الذكور أكثر مما هي عند الإناث إلى حين وصولهن لسن اليأس، كذلك الأمر بالنسبة لضغط الدم حيث "إنّ المتقدّمين في السنّ أكثر تعرّضاً للإصابة بهذا المرض من الشباب، وقد يكون السبب في ذلك هو أنّ شرايين الشخص كبير السنّ تكون متصلبة مما يؤدي إلى ارتفاع في الضغط الانقباضي بصفة خاصة".⁵

■ **العوامل الوراثية العائلية:** وفق عديد الدراسات فإنّ هناك ارتباطاً بين العوامل العائلية الوراثية وبين أمراض القلب مما يجعلها – أي العوامل الوراثية- عامل خطر.

¹شنايدر، مرجع سبق ذكره، ص 85.

²السيد، ع. ا. م، مرجع سبق ذكره، ص 57.

³منصور، مرجع سابق، ص 6.

⁴دبراسو، ف، السمنة من منظور الصحة النفسية، مجلة العلوم الانسانية، 20(1)، 2020، 785-802، ص 788.

⁵السيد، مرجع سبق ذكره، ص 58.

- **الحمية الغذائية:** تلعب العادات الغذائية دورا بارزا في الإصابة بأمراض القلب حيث أن التغذية المرتكزة على الدهون والدسوم بإفراط، وقلة تناول الخضار والفواكه والحبوب الكاملة على سبيل المثال وبعبارة أخرى الغذاء غير المتوازن يعتبر عامل خطر للإصابة بالأمراض القلبية.¹
- **قلة الحركة وانعدام النشاط البدني:** يرتبط تغير نمط الحياة مباشرة، بمستوى التحضر الذي وصل إليه العالم اليوم، حيث الانتقال من الحياة البسيطة التي كانت تعتمد على الجهد العضلي، إلى الحياة التي أصبحت تسود فيها الآلة أثرت مباشرة على صحة الفرد. حيث ترتبط الأمراض المزمنة كثيرا بقلة النشاط البدني، إذ يعتبر من عوامل الخطر الرئيسية على الصحة. وحسب المنظمة العالمية للصحة، فإن الخمول (Lasédentarité) يسبب حوالي (1,9) مليون من الوفيات في العالم، و(19) مليون من سنوات العمر المعدلة حسب الإعاقة (AVCI)، وقدّر Paffenbarger الخطر النسبي لوفاة الأشخاص عديمي الحركة بـ (1.31)، وهذا يعني أن الأشخاص عديمي الحركة، لديهم (31 %) خطر أكبر للوفاة من الأشخاص النشطين.

ولقد لوحظ أن العادات الغذائية في الجزائر، أصبحت تتميز بالاستهلاك المرتفع للمواد الغنية بالدهون والسكريات، والاستهلاك المنخفض للخضر والفواكه، بالإضافة إلى انخفاض النشاط البدني. وقدّر الخمول البدني على مستوى الوطن بـ: (2,39 %) في (2008)، وهو أعلى عند النساء مقارنة بالرجال، وكان على التوالي (47.6 %) مقابل (30.8 %) ²

- **التبغ والتدخين:** يعتبر التبغ وبصفة أخص التدخين، ضارا جدا بالصحة باتفاق الأطباء، كما يعتبر سببا رئيسا للإصابة بسرطان الرئة. أما على مستوى الأمراض القلبية الوعائية فقد أوضحت الدراسات العواقب الكارثية التي يتسبب فيها التدخين، فعلى سبيل المثال قد أعلنت مؤسسة الصحة البريطانية أنّ الذي يدخن (20) سيجارة يوميا، يضاعف من مخاطر الإصابة بأزمة قلبية إلى الضعفين بينما الذي يدخن (50) سيجارة يوميا، فإن الخطر يتضاعف إلى عشر مرات. وفي محاولة قام بها الباحثون لتحديد مخاطر التدخين، والمكونات الأكثر ضررا بالقلب، تبين أنّ هناك مكونين أكثر ضررا هما: أوكسيد الكربون (L'oxyde de carbone) والنيكوتين (Nicotine). حيث يقوم النيكوتين بتحفيز إفراز الأدرينالين والذي يقوم بتسريع نبض القلب وبالتبغ يتسبب في رفع الضغط الدموي، ومن جهة أخرى فإنّ أوكسيد الكربون يؤثر على مكونات الدم إذ يتحد مع الهيموغلوبين في الخلايا الحمراء ممّا يتسبب في الحدّ من قدرتها على نقل الأكسجين، هذه الآثار مجتمعة تجعل الدم أكثر تخثرا وبالتبغ أكثر تعرضا للتسبب في الجلطات الدموية، هذه الظاهرة يمكن تفسيرها عندما

¹الوريكات، ع، علم الاجتماع الطبي، 1 ط، دار وائل، 2011، ص 123.

²فرطافي، م، براهيمية، ا. تطوّر الأمراض المزمنة في الجزائر. مجلة دراسات اقتصادية، 235-264، 2015، ص 248.

نعرف أن التدخين يؤثر على اللويحات، إذ من المنطقي أنه كلما كبرت اللويحات كلما زاد تجمعها وبالتالي زاد خطر الإصابة بالجلطة الدموية.¹

وتشتمل عوامل الخطر المرتبطة بأمراض القلب أيضا على الآتي:

- ارتفاع ضغط الدم. قد يؤدي عدم التحكم في ارتفاع ضغط الدم إلى تصلب الشرايين وزيادة سمكها. حيث تعوق تلك التغيرات تدفق الدم إلى القلب والجسم.
- ارتفاع مستوى الكوليسترول. يزيد ارتفاع مستوى الكوليسترول من خطر الإصابة بتصلب الشرايين. كما توجد صلة بين تصلب الشرايين وحدوث النوبات القلبية والسكتات الدماغية.
- السكري. يزيد السكري من فرص الإصابة بأمراض القلب. تزيد السمنة وارتفاع ضغط الدم من خطر الإصابة بالسكري وأمراض القلب.
- سوء الحالة الصحية للأسنان. من الضروري المواظبة على غسل الأسنان واللثة بالفرشاة وتنظيفهما بالخيط. واحرص أيضا على إجراء فحوصات طبية لأسنانك بانتظام. يسهم سوء الحالة الصحية للثة والأسنان في دخول الجراثيم إلى مجرى الدم والانتقال إلى القلب بسهولة. ويمكن أن يسبب ذلك الإصابة بالتهاب الشغاف.
- التوتر. قد يسبب التوتر عند تركه من دون علاج تلف الشرايين وتفاقم عوامل الخطر الأخرى التي تؤدي إلى أمراض القلب.²

56 الوقاية

ترتكز الوقاية رأسا على الابتعاد ما أمكن عن عوامل الخطر وتجنب السلوكيات التي قد تؤدي إلى المرض ويمكن استخلاص أهمها استنادا على ما تم عرضه من عوامل الخطر في النقاط التالية:

- الحرص على تناول الغذاء المتوازن والاقبال من تناول الملح، والدهون والسكر وغيرها، واتباع نظام صحي غني بالألياف.
- الحذر ما أمكن من تناول الأطعمة المصنعة عموما، والمعدلة جينيا.
- العمل على إنقاص الوزن الزائد للجسم (السمنة).
- ممارسة الرياضة.

¹barnard, christaan ,votre coeur en pleine santé,(1) Menges , 1985, pp 85-86.

²Ferry, A. V., Anand, A., Strachan, F. E., Mooney, L., Stewart, S. D., Marshall, L., Chapman, A. R., Lee, K. K., Jones, S., Orme, K., Shah, A. S. V., & Mills, N. L, Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria. Journal of the American Heart Association, 8(17). 2019 <https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012307>

- الابتعاد عن الملوثات.
- تناول ما يكفي من الأغذية أو المكملات الغذائية الغنية بالكالسيوم.
- تجنب المنغصات والابتعاد عن التوتر.
- تجنب استهلاك التبغ والكحول وكل ما يجري في فلكهما.
- الاقلال من تناول المشروبات المنبهة بشكل مفرط.
- القيام بفحوص دورية، واتباع النصائح المسداة من الأخصائيين.
- الحذر من كل أشكال العدوى باتباع الإجراءات الوقائية المتعلقة بالنظافة والتعقيم ووسائل الوقاية.
- الحذر من الأمراض المؤدية لأمراض القلب والحدّ منها ما أمكن كالسكري وارتفاع الكوليسترول في الدم.

57 الأعراض الشائعة للأمراض القلبية الوعائية

لا توجد، في غالب الأحيان، أية أعراض تنذر بحدوث الأمراض الكامنة التي تصيب الأوعية الدموية. فقد تكون النوبة القلبية أو السكتة الدماغية الإنذار الأول بحدوث تلك الأمراض، وتشمل أعراض النوبة القلبية ما يلي:

- ألم أو إزعاج في وسط الصدر.
- ألم أو إزعاج في الذراعين أو الكتف اليسرى أو المرفقين أو الفك أو الظهر.
- وقد يعاني المرء، علاوة على ذلك، من صعوبة في التنفس أو ضيق النفس؛ وغثيان أو تقيؤ، ودوخة أو إغماء؛ وعرق بارد؛ وشحوب الوجه.
- ومن الأعراض التي تعانيها النساء بوجه خاص ضيق النفس والغثيان والتقيؤ وألم الظهر أو الفك.
- وأكثر أعراض السكتة الدماغية شيوعاً حدوث ضعف مفاجئ في الوجه أو الذراع أو الساق، وغالباً ما يحدث ذلك في جانب واحد من الجسم. ومن الأعراض الأخرى شعور مفاجئ بما يلي:
- خدر في الوجه أو الذراع أو الساق، في جانب واحد من الجسد على وجه التحديد.
- التخليط أو صعوبة في الكلام أو في فهم كلام الآخرين.
- صعوبة في الرؤية بعين واحدة أو بكلتا العينين.
- صعوبة في المشي أو الشعور بالدوخة أو فقدان التوازن أو القدرة على التنسيق.
- صداع شديد بدون سبب ظاهر.
- الإصابة بالإغماء أو فقدان الوعي.

وينبغي للأشخاص الذين تظهر عليهم هذه الأعراض التماس الرعاية الطبية على الفور.¹

58 أمراض الأوعية الدموية الدورية والقلب ذات المنشأ النفسي

يعرف الأطباء النفسانيون أمراض الأوعية الدموية والقلب بأنها مجموعة الاستجابات الوعائية القلبية التي تظهر على شكل أمراض في الدم أو القلب والتي تلعب فيها العوامل النفسية دوراً هاماً مثل: (عصاب القلب، التوتر الزائد، الصداع، ضغط الدم الجوهري، لغط القلب الوظيفي، وغيرها. ويتفرع عنها: (تصلب أو انسداد الشرايين، سرعة خفقان القلب، الذبحة الصدرية، التجلط التاجي، الضغط الدموي، وغيرها).²

وبالتالي فإن أمراض القلب ذات المنشأ النفسي، أو أمراض القلب النفسية هي تعبير عن مجموعة من اضطرابات وأمراض القلب، التي يلعب الإرهاق النفسي دوراً رئيسياً في ظهورها. والحقيقة أنه ولفترة بسيطة خلت، كان هناك عدد من العلماء الذين يقصرون أمراض القلب النفسية، على مجموعة من التناذرات المميزة باضطرابات القلب الوظيفية، دون أية إصابة عضوية تلحق بالقلب، إلا أن الأبحاث الطبية الحديثة أثبتت بما لا يدع مجالاً للشك دور العامل النفسي في إصابات القلب العضوية. هذا وقد اتفق العلماء المجتمعون في المؤتمر العالمي لأمراض القلب، في "مون سولت" Soult Mont في فرنسا عام (1980) على النقاط التالية:

1. يؤدي الإرهاق النفسي إلى إفرازات عصبية-هرمونية من شأنها أن تحدث اضطرابات وظيفية على صعيد القلب، إلا أن هذه الإفرازات، يمكن أن تؤدي، وفي ظروف معينة، إلى إصابات عضوية، أو اضطرابات وظيفية، تظهر آثارها على موجات تخطيط القلب الكهربائي.
2. إن الاثارة المزمنة للجهاز العصبي، نتيجة الإرهاق النفسي المزمن، تؤدي إلى استهلاك الجسم للهرمون المسمى بـ: (ACTH)، ونقص هذا الهرمون يساعد على زيادة نسبة الكوليسترول والدهون الغذائية في الدم.
3. إن العوامل النفسية، على أنواعها، تؤدي إلى إفراز الأدرينالين أو/ والنورادرينالين. وهذه المواد هي عبارة عن ناقلات عصبية؛ من شأنها أن تؤدي إلى حدوث اضطرابات وظيفية متنوعة، من تقلص الشرايين، إلى ارتفاع ضغط الدم، إلى تسارع نبض القلب ... الخ.
4. يمكن للعلاج النفسي الحديث أن يعالج مظاهر الإرهاق النفسي، ومنها إفراز الأدرينالين؛ حيث يؤدي ذلك إلى خفض نسبة الكوليسترول والدهون في الدم، وذلك دون أية مساعدة دوائية.

¹Maladies cardiovasculaires,organisation mondiale de la sante 2017,[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))

²عطوف، م، الأمراض السيكوسوماتية، منشورات بحسون الثقافية، 1988، ص 75.

5. تستطيع العقاقير المسماة صادات بيتا (β -Blockers) مثل البروبرانولول Propranolol، أن تلعب دوراً رئيسياً مساعداً للعلاج النفسي لأمراض القلب العضوية - النفسية خاصة في حال اقتران هذه الأخيرة بالاكتئاب المقنع depressionMasked .

وفي النهاية، فإن العلاقة ما بين عوامل الضغط النفسي وبين الأمراض القلبية على أنواعها، هي علاقة لا تزال غامضة وغير محدّدة المعالم.¹

59 علاج أمراض القلب

استناداً على نوع المرض وطبيعته وشدّته وكذا ما تبينه الفحوصات وما يقتضيه التشخيص وما يتعلق بالمريض من حيث عمره وحالته، يختار الأطباء الخطط العلاجية، ويصفون العلاج الملائم ومن هذه العلاجات:

1.59 العلاج الدوائي

يصف الأطباء الدواء لكل نوع من أنواع مرض القلب لعلاج الأعراض وتقليل مخاطر الإصابة بضرر أكبر، خصوصاً إذا لم تكن تغيرات نمط الحياة وحدها كافية للسيطرة على المرض أو كان المريض مصاباً بعدوى في القلب أو الفشل القلبي. ومن هذه الأدوية:

- مضادات الألدوستيرون.
- مضادات اضطراب نظم القلب.
- المضادات الحيوية.
- مضادات التخثر.
- حاصرات بيتا.

2.59 العلاج الجراحي

إذا لم تأتِ تغيرات نمط الحياة والأدوية بأي نتيجة فعالة في علاج أمراض القلب فسوف يلجأ الطبيب إلى إجراءات أخرى مثل الجراحة أو تركيب بعض الأجهزة ومن ضمن هذه الإجراءات:

- **تطعيم مجازة الشريان التاجي:** وهي عبارة عن عملية تحويل مسار للشريان التاجي ويتم اللجوء إليها عندما يكون الشريان التاجي مسدوداً، ما يسمح بتدفق الدم بحرية أكبر حتى لا يضطر القلب للعمل بجهد أكبر وتستخدم هذه الجراحة لعلاج الفشل القلبي ومرض تصلب الشرايين وعدم انتظام ضربات القلب.

¹عدوان ي، نماذج نظرية مفسرة للإصابات القلبية الوعائية (عرض وتقييم)، مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 30 مارس، 2020، 69-81.

■ **إصلاح أو استبدال صمام القلب:** إذا كانت هناك مشكلة في صمام القلب أو إصابة بفشل القلب أو التهاب الشغاف، فقد يوصي الطبيب بعملية إصلاح الصمام أو استبداله بصمام صناعي إذا لم يكن بالإمكان إصلاحه.

■ **جهاز مزيل الرجفان التاجي:** إذا كان المريض يعاني من عدم انتظام ضربات القلب، فقد يلجأ الطبيب لعملية زرع جهاز لإزالة الرجفان القلبي وعادة ما يوصف هذا الجهاز لمن يعانون من الفشل القلبي أو أمراض القلب الأخرى التي تسبب اضطراب ضربات القلب، حيث يراقب هذا الجهاز معدل ضربات القلب ويصدّم القلب إذا كان ينبض بسرعة كبيرة أو في حالة توقف.

■ **جهاز المساعدة البطينية:** إذا كان القلب ضعيفاً أو كان الفرد يعاني من الفشل القلبي، فقد يلجأ الطبيب لزراعة جهاز المساعدة البطينية الذي يساعد القلب على ضخ الدم عبر الجسم ويمكن أن يوضع هذا الجهاز في البطين الأيمن أو الأيسر من القلب، وغالباً ما يوضع في البطين الأيسر.

■ **منظم ضربات القلب:** وفي هذا الإجراء يتم زرع جهاز لتنظيم ضربات القلب تحت الجلد بالقرب من عظمة الترقوة، ويمتد إلى القلب عن طريق سلك وعندما يكون معدل ضربات القلب غير طبيعي فإن هذا الجهاز يرسل دفعة كهربائية إلى القلب ليعمل بانتظام، ويستخدم هذا الجهاز للأشخاص الذين يعانون من اضطراب ضربات القلب.

■ **زراعة القلب:** إذا كان القلب مصاباً بأضرار شديدة لا رجعة فيها ولا تفيد معها العلاجات الأخرى، فقد يحتاج المريض لعملية زراعة القلب، يمكن لعملية زراعة القلب أن تطيل حياة المصاب وتحسن من جودة حياته كذلك. ولكن الأمر يستغرق وقتاً طويلاً حتى يمكن الحصول على متبرع.¹

3.59 العلاج النفسي

يرافق العلاج النفسي، البروتوكولات العلاجية التي تخطط لها الطواقم الطبية وتطبقها وتعمل أساليب العلاج النفسي على التخفيف من معاناة المرضى والحدّ من وطئ الآثار التي قد تخلفها الأمراض كما تساعد المرضى على تقبّل العلاج والمساهمة في نجاحه، وتختلف الأساليب والتدخلات باختلاف نوع المرض وحدّته، وأيضاً بما يعلّق بالمريض من حيث شخصيته، واستعداداته وغير ذلك، وعموماً فإنّ التدخلات النفسية قد تكون قبل الإصابة وبعدها ومثال ذلك:

1.3.8 حالة الإصابة بالجلطة القلبية (Myocardial Infraction)

ترتبط بمرض جلطة القلب مجموعة من العوامل أو أنماط الشخصية، وتؤدي العوامل النفسية والسلوكية دوراً واضحاً في شفاء المريض، وإعادة تأهيله بعد حدوث الجلطة القلبية، وأيضاً قد تختلف أو

¹Richard N. Fogoros, M.Heart Disease Treatments. verywellhealth. <https://www.verywellhealth.com/heart-disease-treatments-overview-174592010>,

تتداخل العوامل التي تؤثر في المراحل الثلاثة المختلفة ما قبل المرض وبعد الجلطة، ومرحلة إعادة التأهيل، ويفضل أن نتناول هذه المراحل بالتفصيل.

• مرحلة ما قبل حدوث المرض

باعتبار أن خطر العوامل النفسية في أمراض القلب هي ما يعرف بسلوك (النمط أ)، والذي يتسم بمجموعة من الصفات منها الإحساس الشديد بضغط الوقت، والحاجة الملحة للإنجاز والطموح الزائد، والانخراط المفرط في العمل، وأيضاً بدرجة عالية من الغضب والسلوك العدائي، فإن التعرف على النمط، بدقة التشخيص يمكن من العمل مع صاحبه، وذلك من خلال مقابلة تشخيصية مقننة، ودراسة الحالة، واختبارات التقرير، وغيرها.

• مرحلة ما بعد الصدمة

يرتكز العمل على القلق والاكتئاب حيث يعتبران أهم عاملين مميزين لهذه المرحلة، إذ يقدر أن حوالي (30%) من كمرضى الجلطة القلبية يعانون من مستوى إكلينيكي من القلق والاكتئاب، أو منهما معاً، مع ملاحظة أنه إذا ظل القلق الحاد يعانيه المريض، فقد يؤدي إلى إحساس مزمن بفقدان الشخص القدرة على التحكم في مواقف الحياة المختلفة، مما يؤثر ذلك على تأهيله، وعودته إلى الحياة الطبيعية.

• مرحلة إعادة التأهيل

يعد الاكتئاب من أبرز مشكلات هذه المرحلة من الشفاء، وقد تبين أنه مقاوم لفترة تمتد لثلاث سنوات بعد جلطة القلب، وتعد العصائية وسلوك المريض المفرط مسؤولين عن القدر الأكثر في استمرار الإعاقة وربما يدخل عامل العجز المزمن أيضاً، وكذا الشعور بالتعب. لذا فإن العمل على هذه المشكلات يعدّ أساسياً في هذه المرحلة بهدف الوصول إلى توافق المريض وتكيفه مع حالته.

2.3.8 حالة أمراض الشرايين التاجية

تختلف التدخلات النفسية وتتعدد باختلاف مرحلة المرض فقد تكون:

- في مرحلة الوقاية الأولية: أي في مرحلة ما قبل ظهور أعراض المرض.
- خلال المرحلة الحادة: والتي غالباً ما تكون بعد حدوث الجلطة القلبية.
- عند مرحلة إعادة التأهيل: والعودة إلى الحياة الطبيعية، والتي يطلق عليها بالوقاية الثانوية.

ويتراوح نوع التدخل النفسي بين استخدام الأساليب المعرفية إلى الاستراتيجيات السلوكية، ويتطور التدخل النفسي عما كان عليه أصبح بالإمكان استخدام أكثر من أسلوب تدخل نفسي لمعالجة هذا المرض السيكوسوماتي.

1. التدخل في مرحلة الوقاية الأولية

بالتركيز على عامل الثقيف أو التعلم الصحي وهو المنحى الأساسي للوقاية الأولية، والذي يعتمد على افتراض قائم بأن الكشف عن عوامل الخطر المسببة للإصابة بأمراض الشرايين التاجية سيجعل الناس قادرين على توجيه أنفسهم نحو تغيير أنماط سلوكياتهم وحياتهم تبعاً لمعرفة مصادر الخطر. وقد استخدم هذا المنحى في نطاق محدود مع أفراد ومجموعات صغيرة، وكذلك على نطاق واسع يشمل المجتمع بأكمله.

2. التدخل في المرحلة الحادة بعد حدوث الجلطة القلبية

يستخدم في هذه المرحلة من الإصابة بالمرض أسلوب التدخل العلاجي النفسي الفردي، أو علاج مجموعات صغيرة من المرضى بغية السيطرة على الموقف العلاجي ويتضمن هذا الأسلوب عمليات الإرشاد والتدريب على تدبر القلق.

3. التدخل في مرحلة إعادة التأهيل (الوقاية الثانوية)

وتستخدم أنواع متعددة من التدخلات العلاجية النفسية في هذه المرحلة مع مرضى القلب، والأنسب أن تكون عينة علاجية - تدعيمية نفسية، وتدريب معرفي سلوكي على المهارات، وتحتوي هذه العينة العلاجية أو التشكيلة العلاجية على مجموعة من الأمور المتعلقة بأمراض القلب أبرزها معلومات حول:

- (1) الجلطة القلبية.
- (2) التغذية.
- (3) ممارسة العمل.
- (4) نمط الحياة الصحي.
- (5) الاستثارة النفسية.
- (6) الأفكار والمشاعر والتصرفات المصاحبة لها.

ويمتد التدخل العلاجي ليشمل استخدام ما يلي:

- أ- العائد البايولوجي.
- ب- الاسترخاء.
- ت- تدبر الغضب.
- ث- التدريب على التوكيدية.

وبذلك يتضح أن التدخلات النفسية في أية مرحلة من مراحل الإصابة بالمرض، تفيد المريض وتهيئه أكثر للاستفادة من فرص الشفاء، مع تسجيل الملاحظات التالية:

- تعد أساليب العلاج السلوكي المعرفي وخاصة التي تقوم على المهارات أكثر فاعلية في العلاج.

- يعد العلاج النفسي التدعيمي ذا فائدة كبيرة أيضاً.
- التدخلات العلاجية التي تتضمن أكثر من نوع تكون أكثر فائدة من استخدام نمط علاجي واحد.¹

ثانياً السرطان

تعد الأمراض عامة من المشكلات التي تهدد المجتمعات الإنسانية، ولكن أكثر الأمراض أهمية تلك الأمراض المهددة للحياة، ويقع السرطان على رأس قائمة تلك الأمراض، وقد أثبتت الدراسات الحديثة انتشار هذا المرض في البلاد النامية، وتوقعت زيادة نسبة الإصابة به، وأنه سيصبح من أكبر المشكلات الصحية فيها.

ويؤدي السرطان إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالالتهابات المختلفة، والشعور بالإجهاد والغثيان، وفقدان الشهية، والإسهال، وسقوط الشعر، وفقدان الخصوبة والقدرة الجنسية، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي، وتغيرات الوزن، هذا بالإضافة إلى أعراض نفسية مثل القلق والاكتئاب والأرق.

ويعاني مرضى السرطان من بعض الآثار الاجتماعية الضاغطة، مثل فقدان الدخل، والانعزال الاجتماعي، والوصمة الاجتماعية، وغيرها. وقد تناول كثير من الباحثين الاستجابات السلوكية والأعراض النفسية المرتبطة بمرض السرطان مثل شعور المرضى بالفوضى والخوف، والانسحاب، والقلق، والاكتئاب. ويقرر باحثون آخر وأن مرضى السرطان يستخدمون الإنكا لتقليل الفزع المرتبط بهذا المرض، ويشجع لديهم القلق والاضطراب لانفعالي، بينما ركزت فئة أخرى من الباحثين على الاكتئاب بوصفه الاستجابة الشائعة لدى مرضى السرطان من الجنسين، وأنه قد يؤدي إلى أن يحاول بعضهم الانتحار، بغض النظر عن نوع السرطان، وفي هذا المقام يعتبر سرطان الثدي السرطان الأكثر شيوعاً لدى النساء، حيث تسجل في كل عام أكثر من مليون إصابة حول العالم. وانطلاقاً من كل ذلك فإننا سنحاول في هذا الفصل التطرق إلى السرطان عموماً من حيث ماهيته، وكيفية تكوّنه، وأنواعه وأثره ثم سنتناول سرطان الثدي بشيء من التفصيل وقفاً عند أهم ما يتعلق به.

60 ماهية السرطان

السرطان عبارة عن تورم ناتج عن خلايا خرجت عن أجهزة المراقبة في الجسم وأخذت تنمو بصورة عشوائية، حيث أن النمو في البدء يكون في العضو المصاب، ثم يتخطى الورم الحواجز التي تفصل بين الأعضاء، وخلال هذا التخطي قد تخرج بعض الخلايا السرطانية لتدخل في الشعيرات الدموية أو الليمفية التي تنقلها إلى مختلف أجزاء الجسم، وطبقاً للمراجع الطبية فالسرطان لا يُعد مرضاً واحداً، بل هو مجموعة من الأمراض تحدث خلال تغيّر في الخلايا الجسمية، وتسبب نمواً غير منظم، وتتكون معظم الخلايا السرطانية من كتلة أو كومة، وبالتالي يعرف مرض الأورام السرطانية بأنه ورم ناتج عن تحول أو تغيّر يصيب الخلايا البشرية، والورم عبارة عن كتلة من الأنسجة الناتجة عن نمو خبيث وغير طبيعي.²

¹الخالدي، مرجع سبق ذكره، ص ص 469-472.

²شويخ، مرجع سبق ذكره، ص 32.

وتعرف الموسوعة العربية الميسرة السرطان بأن ه ورم خبيث ناتج عن تحولاً وتغير خبيثي صيب الخلايا البشرية، ولا يع رفع لى وجه التحديد سبب هذا التغير في نمو الخلايا وتكاثرها، والذي حدث في هذا المرض هو أن الخلايا البشرية يصيبها تغير مرضي يجعلها تنمو وتتكاثر بسرعة وبطريقة غير منظمة وتغزو الأنسجة المجاورة لها أو المحيطة بها ثم تنتشر عن طريق الأوعية الليمفاوية والأوعية الدموية إلى الغدد الليمفاوية وأعضاء متعددة من الجسم.¹

61 نبذة تاريخية عن المرض

لقد أورد محمد الجرف مُقدِّماً لكتاب إمبراطور الأمراض، موجزا مختصرا لتاريخية مرض السرطان، حيث اعتبر أن السرطان من الأمراض القديمة التي أصابت الانسان، وأنه قد ساد في تلك العصور ارتباط السرطان بالأرواح الشريرة، وأنه مرض لا يمكن الشفاء منه، كما أن الفضل يعود للمصريين في وصف السرطان، ووصف طريقة العلاج التي كانت بالاستئصال والكي. ولقد حاول العلماء والأطباء على مرّ العصور كشف أسرار هذا المرض ومحاولة علاجه والتغلب عليه، ويمكن تلخيص أبرز تلك المحاولات في النقاط التالية:

- في القرن العاشر الميلادي نصح ابن سينا باستئصال الأورام.
- وصف أبو القاسم الزهراوي في الأندلس العديد من الطرق الجراحية لاستئصال الأورام، وقام بتصنيع أكثر من مئتي آلة جراحية لاستخدامها في تلك العمليات.
- في القرن الثامن عشر الميلادي أثبت الجراح البريطاني السير بيرسيفال بوت وجود علاقة بين عوامل البيئة والسرطان، إذ لاحظ انتشار سرطان الجلد بين العمال الذين يقومون بتنظيف المداخل.
- مع تطوّر العلوم في عصور النهضة، وما بعدها، بدأ الانسان بالانتصار على هذا المرض، وذلك بعد اكتشاف طبيعة المرض، وأنه عبارة عن خلايا تتكاثر بصورة غير طبيعية.
- أدى اكتشاف التخدير إلى القيام بأول عملية استئصال جذري كامل للسرطان في نهاية القرن التاسع عشر، على يد الجراح الأمريكي ويليام هالستيد.
- ساهم اكتشاف أشعة إكس والراديو المشع إلى حد كبير في تشخيص المرض وعلاجه.
- بعد الحرب العالمية الأولى والثانية بدأ اكتشاف العلاج الكيميائي بالصدفة، بعد ملاحظة تأثير غاز الخردل السام على كريات الدم البيضاء للمصابين، الأمر الذي أدّى إلى استعماله بنجاح في علاج سرطانات الدم والغدد الليمفاوية.

ثم توالى بعد ذلك الاكتشافات للكثير من أنواع الأدوية الكيميائية ذات الفاعلية الكبيرة في علاج السرطان.²

¹ البكوش، مرجع سبق ذكره، ص 137.

² موخيرجي، س، إمبراطور الأمراض السرطان .. سيرة ذاتية، كتاب العربية، 2013، ص 9

62 كيف يتكون السرطان

يتكون جسم الانسان من ملايين الخلايا ذات الأنواع والوظائف المختلفة، والتي تنتج عن طريق عمليات دقيقة ومنظمة عادة تسمى بالانقسام الخلوي. حيث تُنظم دارات جينية مُسيطرَة عملية انقسام الخلايا وموتها. وكما لاحظ العالم رودولف فيرخوف في القرن التاسع عشر، فالمصدر الوحيد لأي خلية هو خلية أخرى. ففي عملية الانقسام الميوزي، تنتج من خلية واحدة خليتان متماثلتان لكل منهما مجموعة متماثلة من الكروموسومات وهكذا. وبالتالي فعملية انقسام الخلايا مهمة جدا وأساسية لنمو الجسم وإصلاح ذاته، فهي – أي عملية انقسام الخلايا ونموها- عملية طبيعية، وتحدث في أجسامنا طوال الوقت.¹

هذا التنظيم الحكيم من التوازن بين انقسام وموت الخلايا السليمة ليس له وجود في الخلايا السرطانية التي تستمر في الانقسام بسرعة وبدون خضوع لأي نظام ويبدأ السرطان في التكوين عندما يتم انقسام خلية بطريقة غير طبيعية (شاذة). هذه الخلية الشاذة تنقسم بدورها لتكون خليتين شاذتين وهكذا. وبما أن انقسام كل خلية شاذة يكون اثنين فإن عدد الخلايا السرطانية يستمر في الازدياد بسرعة وهكذا فإن خلية سرطانية واحدة تنتج بعد إتمام عشرين عملية انقسام مليون خلية سرطانية. وبعد اتمام عشرين عملية انقسام أخرى فإن المليون خلية تنتج تريليون خلية وذلك يعادل حوالي رطلاً من الورم.

والخلايا التي تنمو بهذه السرعة يمكنها الانقسام بمعدل مرة كل يوم ومعنى ذلك أن خلية واحدة يمكن على سبيل المثال تطورها في خلال شهر تقريباً إلى ورم سرطاني يعادل وزنه رطل من الأنسجة وبصرف النظر عن هذا المثال، فإن حجم معظم الأورام بالجسم لا يزداد بهذه السرعة، بل إنه في الواقع تحتاج الأورام إلى شهور وأحياناً سنين حتى تنمو وتتطور إلى هذا الحجم المذكور في المثال السابق. وبالإضافة إلى ذلك فإن السرطان ينمو ويتطور بطريقة تدريجية ولهذا السبب هناك حاجة إلى فترات طويلة من الوقت قبل أن يتم تحول خلية عادية إلى خلية سرطانية بصفة نهائية.²

والأورام التي قد تتكون نوعان، إما أن تكون أوراماً حميدة وإما أوراماً خبيثة.

• أولا الأورام الحميدة (Benigntumors)

يمتاز الورم الحميد بأنه ورم موضعي لا يمتد إلى أماكن بعيدة، ولا يغزو الأنسجة المحيطة عادة، ورغم بقائه على حاله وجثومه بمكانه إلا أنه يستمر في نموه البطيء، ليضغط – مع مرور الوقت - على الأعضاء القريبة والأوعية الدموية. فكلما زاد حجمه وقربه من الأعضاء الحيوية، زاد الضرر الهائل الناجم عنه والذي لا يسبب أي ضرر عادة. وفي حين أن معظم الأورام الحميدة هي أورام فحسب، ولا حاجة لعلاجها إلا حينما تؤدي أعراض إضافية ينتج عنها إعاقة سير حياة المريض، إلا أن بعض الأنواع تُنتج هرمونات قد تُسبب ضرراً مثل الإنسولين أو الكورتيزول. ولعل أحد الاستثناءات من قاعدة

¹ليهى، آ، الأورام، مؤسسة هنداوي، 2022، ص 43.

²كوبر، ج، السرطان دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج، المكتبة الأكاديمية، 2004، ص 18.

انعدام ضرر الأورام الحميدة نسبياً هو الورم الرباطي، وهو الورم الذي يصيب الأنسجة الضامة التي تدعم العظام والعضلات.¹

• ثانيا الأورام الخبيثة (Malignant tumors)

الورم الخبيث نتاج تغيّر مجهول يحدث للخلايا البشرية، يجعلها تتكاثر وتنمو بسرعة وبطريقة عشوائية وفوضوية، فتتشكل أنسجة تغزو الأعضاء المحيطة، وتزحف لتنتشر في كل أنحاء الجسم، بلا هدف ولا نفع، بل تغزو أثناء نموها خلايا الجسم لتأخذ مكانها وتدمرها، دونما توقف حتى تجهز على كلّ ما حولها.²

والأورام الخبيثة أشد خطراً من الأورام الحميدة، لسرعة انقسامها وتكاثرها، وبذلك قد تبلغ أحجاماً كبيرة في وقت وجيز، فتركيباتها غير المغلفة من الخارج يجعل نموها غير محدّد، كما أنها تستطيع الانتقال والانتشار إلى مناطق أخرى من الجسم مكوّنة أوراماً ثانوية، غير أن تسميتها تتعلق بالجزء الذي انطلقت منه، كأن يسمى الورم الذي يصل إلى الرئة انطلاقا من الثدي بسرطان الثدي.³

63 السمات المميزة للخلية السرطانية

نشر دوجلاس هاناهاان وروبرت واينبرج وهما اثنان من كبار علماء بيولوجيا الخلايا بحثاً مهماً عنوانه: **السمات المميزة للسرطان**، أوجزا فيه التغيرات التي تجمع بينكونها ضرورية وكافية في الوقت نفسه كي ينشأ السرطان. حيث أنّ الخلية السرطانية تختلف عن الخلايا السليمة في أنها تنقسم بأسلوب غير منتظم، وعلاوة على ذلك، فإن لدى الخلايا السرطانية القدرة على الانتشار إلى أجزاء أخرى من الجسم وغزوها. ولقد لخص الباحثان العمليات التي من الضروري أن تقع داخل الخلية حتى تتحول من عضو عادي ملتزم بالقانون من أعضاء المجتمع الخلوي إلى عضو خارج عن القانون من ذات المجتمع.



شكل رقم 12 | النموذج هاناهاان واينبرج للسمات المميزة للسرطان⁴

¹ليهى، مرجع سبق ذكره، ص 35.

²معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 132.

³شويخ، مرجع سبق ذكره، ص 32.

⁴جيمس، ن، السرطان مقدمة قصيرة جداً (م 01)، مؤسسة هنداوي، 2013، ص 42.

وهذه التغيرات التي يصورها لنا. Error! Unknown switch argument. تتسم بالسّمات الآتية:

- اكتفاء ذاتي في إشارات النمو الإيجابية.
- عدم الاستجابة للإشارات المثبطة.
- عدم الخضوع لعملية «الموت الخلوي المبرمج» الذي يهدف إلى التخلص من الخلايا المعيبة.
- تجنب التدمير الذي يقوم به جهاز المناعة.
- القدرة على النمو في أنسجة أخرى وغزوها على نحو مدمر.
- القدرة على المحافظة على النمو بتوليد أوعية دموية جديدة.

ففي حين أنّ أول سمتين من هذه السمات تؤديان إلى النمو غير المنتظم، فإنّ السّمة الثالثة أقل وضوحاً وهي مرتبطة بعملية التكوين، حيث تتشكّل تكوينات أنبوبية جوفاء كالأمعاء أو الأوعية الدموية، وذلك بعمليات حذف لبعض الخلايا من الكائن النامي حسبما تملّيه احتياجات التركيب النامي. وتسمى هذه العملية بالموت الخلوي المبرمج، وهي وظيفة أساسية من وظائف الخلية. ويُعدّ الموت الخلوي المبرمج أيضاً طريقة يستخدمها الكائن للتخلص من الخلايا المعيبة أو التي أصابها خلل وظيفي مثل تلك الخلايا التي شارفت على نهاية عمرها وتحتاج إلى استبدالها.

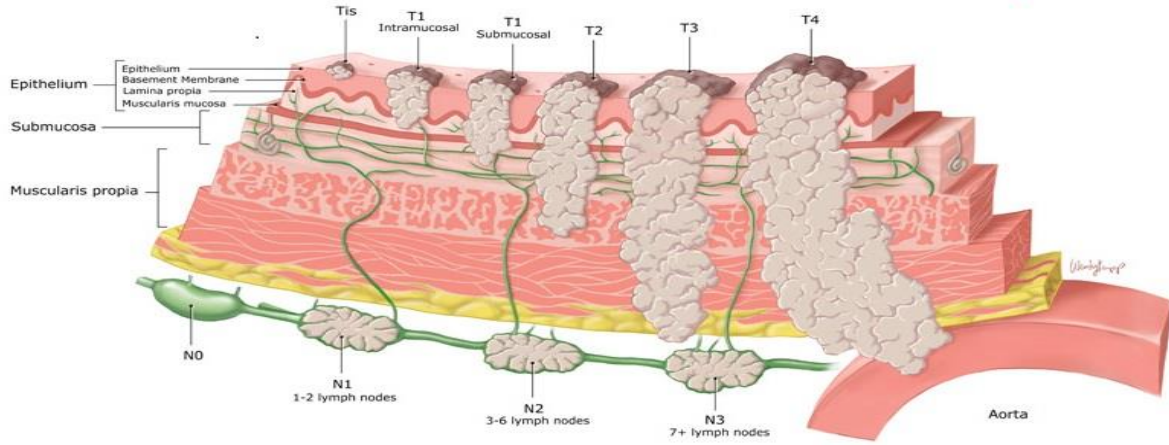
وخلال السرطان حسبما ينصّ تعريفها خلايا شاذة، ومن ثم يجب أن تكون ذاتية الحذف، فعجزها عن المرور بعملية الموت الخلوي المبرمج إذاً هو مفتاح تحولها من خلية شاذة إلى خلية ذات قدرة تكاثرية لا حدود لها. وثمة سمة أخرى للموت الخلوي المبرمج، وهي أن الخلايا التي تتلف بفعل العلاج الكيميائي أو الإشعاعي لا تموت في الغالب كلياً، وإنما تتعرّض فقط لإصابة مميتة ويأتي موت الخلية لاحقاً عن طريق الموت الخلوي المبرمج؛ مما يوضح أن آلية التجنب لم تتوقف توقفاً تاماً حتى في الخلية السرطانية. لكن تزايد المقاومة للموت الخلوي المبرمج هو وسيلة تتفادى بواسطتها الخلية السرطانية التدمير بفعل العلاج الكيميائي أو الإشعاعي لهذا فإنه ليس من المستغرب أن يكون فهم عملية الموت الخلوي المبرمج أحد المجالات الرئيسية في أبحاث السرطان.

ومن السمات الأخرى المميزة للسرطانات قدرتها على النمو وغزو أنسجة أخرى في الجسم مع تفاديهما التدمير بواسطة جهاز المناعة، كما أنّه من السمات الرئيسية لنمو السرطان اكتسابه القدرة على النمو في الموضع الخطأ، وهذه سمة تميز الورم الخبيث عن الحميد، الذي يمكنه النمو لكنه لا ينتشر ولا يغزو.

والجدير بالذكر أن الأورام الحميدة يمكن مع ذلك أن يكون لها عواقب وخيمة، ومثال على ذلك الورم العصبي السمعي، وهو ورم حميد يصيب العصب السمعي الذي ينقل الإشارات من الأذن الداخلية إلى المخ. وهذا الورم يتضخم باطراد، مسبباً الصمم ومشكلات الاتزان، دون أن ينتشر مطلقاً إلى أي مكان آخر. وآخر سمة مميزة للسرطان هي قدرته على تكوين مورد دموي جديدة له. حيث أنّ أي تجمع من الخلايا يزيد قطره عن قرابة عشر المليمتر يحتاج إلى إمداد بالدم.

ينشأ السرطان في الأساس نتيجة لحدوث تلف في حمض الدي إن إيه، يؤدي إلى التغيرات التي ذكرت آنفاً والموضحة في الشكل 15، وبالتالي جميع العوامل التي تتلف الدي إن إيه مواد من المحتمل أن تكون مسرطنة.¹

64 مراحل تطور السرطان (نموذج سرطان المعدة)



شكل رقم 13 المراحل تطوّر السرطان (سرطان المعدة نموذجاً)²

نظام التدرّج الأكثر استخداماً لسرطان المعدة هو نظام اللجنة الأمريكية المشتركة لمكافحة السرطان (AJCC). وهذا ما يسمى أيضاً نظام التدرّج TNM.

يعتمد نظام TNM التدرّجي لسرطان المعدة على 3 معلومات مهمة:

1. يصف T مدى عمق نمو السرطان عبر جدار المعدة وما إذا كان قد نما إلى الأنسجة المجاورة.
2. يصف N ما إذا كان السرطان قد انتشر إلى الغدد الليمفاوية المحيطة بالمعدة.
3. يصف M ما إذا كان السرطان قد انتشر إلى مواقع بعيدة، مثل الأعضاء البعيدة أو الغدد الليمفاوية غير القريبة من المعدة (يشار إليها باسم "المواقع النقيية")

فئات T لسرطان المعدة

- T1: نما الورم من خلال بعض الطبقات الداخلية لجدار المعدة ولكنه لم يصل إلى الطبقة العضلية للمعدة (البروبريا العضلية).
- T2: نما الورم إلى الطبقة العضلية للمعدة (البروبريا العضلية) ولكنه لم يصل إلى تحت المصل.
- T3: نما الورم ليصل إلى طبقة تحت المصل.

¹ جيمس، مرجع سبق ذكره، ص ص 41-45.

² الحاج، ح، التدرّج RCF—مؤسسة رباب للسرطان، 2019، <https://www.rabab.org.lb/staging-3>

- T4: نما الورم إلى المصل وقد ينمو إلى عضو قريب (الطحال والأمعاء والبنكرياس والكلية وما إلى ذلك) أو هياكل أخرى مثل الأوعية الدموية الرئيسية.
- وينقسم هذا أيضا إلى:

- T4a: نما الورم عبر جدار المعدة إلى المصل، لكن السرطان لم ينمو إلى أي من الأعضاء أو الهياكل المجاورة.
- T4b: نما الورم من خلال جدار المعدة إلى الأعضاء أو الهياكل القريبة.

فئات N لسرطان المعدة

يصف هذا انتشار السرطان فقط إلى الغدد الليمفاوية المحيطة بالمعدة (وتسمى أيضا "الغدد الليمفاوية الإقليمية").

أي عقد ليمفاوية بعيدة تغزوها الخلايا السرطانية (على سبيل المثال، انتشار سرطان المعدة إلى الغدد الليمفاوية في منطقة الرقبة سيعتبر دليلا على ورم خبيث (موصوف في الفئة M).

- N0: لا ينتشر إلى الغدد الليمفاوية القريبة.
- N1: انتشر السرطان إلى 1 إلى 2 من الغدد الليمفاوية القريبة.
- N2: انتشر السرطان إلى 3 إلى 6 من الغدد الليمفاوية القريبة.
- N3: انتشر السرطان 7 أو أكثر من العقد الليمفاوية القريبة.
- وينقسم هذا أيضا إلى:
- N3a: انتشر السرطان إلى 7 إلى 15 عقدة ليمفاوية قريبة.
- N3b: انتشر السرطان إلى 16 عقدة ليمفاوية قريبة أو أكثر

فئات M لسرطان المعدة

- M0: لا توجد علامات انتشار السرطان إلى الأعضاء البعيدة أو الغدد الليمفاوية البعيدة.
- M1: انتشر السرطان إما إلى الغدد الليمفاوية بعيدا عن المعدة أو الأعضاء / الأنسجة البعيدة مثل الرئتين أو الكبد أو الدماغ).
- بالإضافة إلى ذلك، إذا وجد أن الغسول البريتوني يحتوي على خلايا سرطانية، فهذا يعتبر مرض M1 حتى لو بدا أن الأعضاء البعيدة أو الغدد الليمفاوية غير متورطة في السرطان.¹

¹الحاج، مرجع سبق ذكره، ص 2019.

65 حجم مشكلة السرطان

يأتي السرطان بعد أمراض القلب ليشكل السبب الثاني الرئيس للوفيات في الولايات المتحدة الأمريكية وفي معظم البلدان النامية، فبين أعوام (1900 و1990) تزايدت نسبة الوفيات بالسرطان بصورة تدريجية وملحوظة، ولكن في السنوات الأخيرة من القرن العشرين تشير الإحصائيات إلى تراجع في معدل الوفيات بنسبة (3%) خاصة في مجال سرطان الرئة الذي يعتبر التدخين من أهم مسبباته، ويعزى هذا التراجع في معدل الوفيات من السرطان إلى تحسن وسائل العلاج، لكن نسبة انتشاره ما تزال عالية جداً، مما يدعو إلى الاجتهاد في تطوير أساليب التشخيص المبكر والعلاج.¹

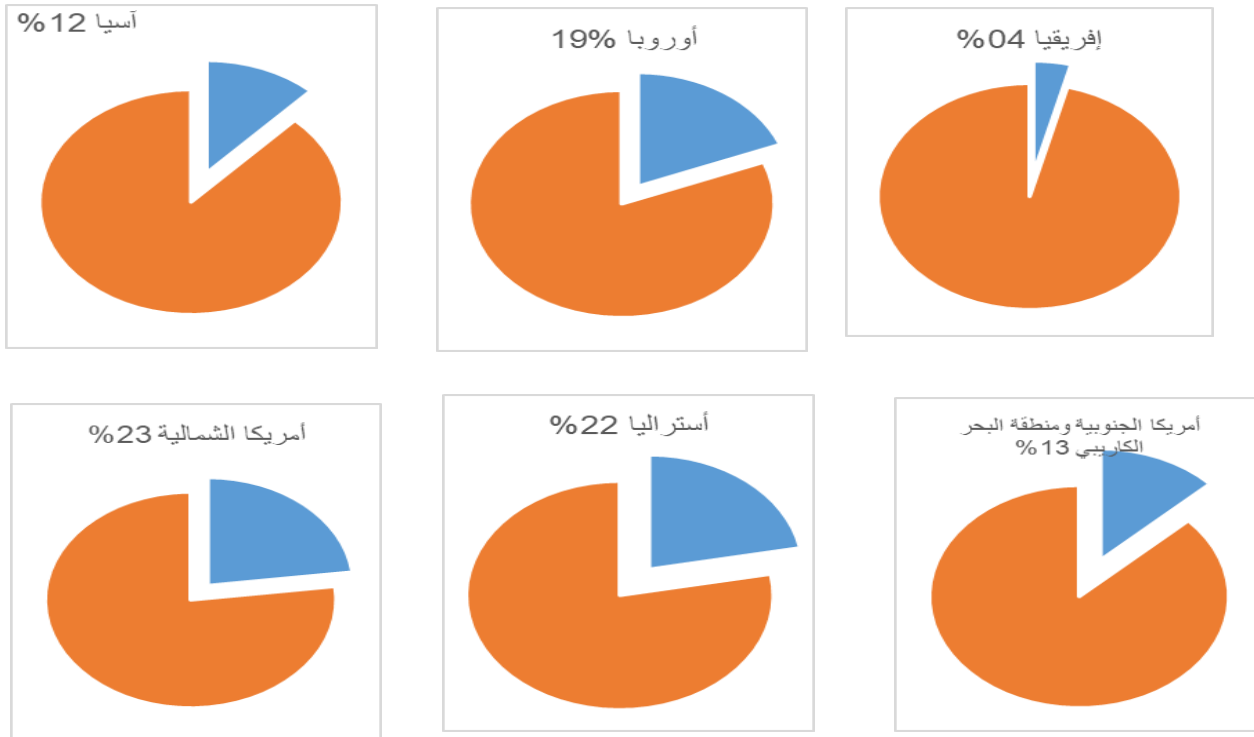
فالسرطان مرض شائع، بل هو شديد الشيوع ففي عام (2008) شُخص المرض لدى ما يقرب من (12.7) مليون نسمة، توفي منهم (7.9) ملايين شخص، فشكّلوا ما يقرب من (13%) من إجمالي الوفيات في ذلك العام. كما أن العلاج يشكل عبئاً هائلاً على أنظمة الرعاية الصحية في جميع أنحاء العالم، ويعد المرض من الأسباب الرئيسية لفقدان القدرة الإنتاجية في القوى العاملة نتيجة للوفاة المبكرة. كما تشكل رعاية مرضى السرطان والأبحاث التي تجرى عليه أيضاً عناصر مهمة في النشاط الصناعي حيث أن نصف إجمالي العقاقير التي تستخدم في التجارب السريرية خاصة بالسرطان، وقد قُدرت السوق العالمية لجميع أدوية السرطان بقيمة (48) مليار دولار عام (2008) بعد أن كانت (34.6) ملياراً عام (2006)، ويتوقع المحللون أن يتجاوز حجم النمو نسبة (10%) سنوياً في الفترة من عام (2010) إلى (2015)، وتجدر الإشارة إلى أن هناك ما لا يقل عن (19) عقاراً مضاداً للسرطان تجاوزت مبيعات كل واحد منها مليار دولار عام (2009)، وهو رقم يشكل عبئاً جسيماً على الأنظمة الصحية حتى في أكثر بلدان العالم تطوراً. ومع كل هذا لا يزال السرطان واحداً من أهم أسباب الوفاة في أنحاء العالم، إذ يصاب به حوالي اثنين من ثلاث أشخاص في البلدان المتقدمة، ويتوفى بسببه في البلدان الغربية واحد من كل خمسة أشخاص، وتنفق الدول جميع أنحاء العالم مبالغ طائلة على أبحاث تدور حول أسباب السرطان وعلاجه.

ففي عامي (2009 / 2010) أنفق المعهد الأمريكي القومي للسرطان (4.7) مليار دولار على أبحاث السرطان، وكان المبلغ المناظر الذي أنفقته أوروبا حوالي (1.4) مليار يورو، مما يعكس الأهمية التي تُمنح لمسألة البحث عن أسباب السرطان والعلاجات الناجعة له، وبالرغم من هذا الإنفاق الهائل على الأبحاث، فما زال السبب وراء ارتفاع نسب الإصابة غير مفهوم بالضبط. كما أن معظم من شفوا من مرضى السرطان، عولجوا إما بالتدخل الجراحي أو بالعلاج الإشعاعي.²

¹ تايلور، مرجع سبق ذكره، ص 811.

² جيمس، مرجع سبق ذكره، ص 10-11.

ويبين الشكل الموالي دوائر نسبية للوفيات الناجمة عن السرطان في العالم:¹



شكل رقم 14 نسب الوفيات الناجمة عن السرطان في كل قارة

ومما يمكن ملاحظته من الدوائر النسبية أعلاه في Error! Unknown switch argument. الارتفاع الكبير للوفيات من جراء السرطان في الدول المتطورة مقارنة بالدول السائرة في طريق النمو مما يعكس ارتباط السرطان بالتمدد، غير أن تدني نسبة الوفيات من جراء السرطان في الدول الأقل تطوراً كإفريقيا مثلاً، قد يرجع إلى أسباب أخرى كارتفاع نسبة الوفيات من جراء الأوبئة الأخرى والمجاعات وكذا الحروب.

66 أهم أنواع السرطان

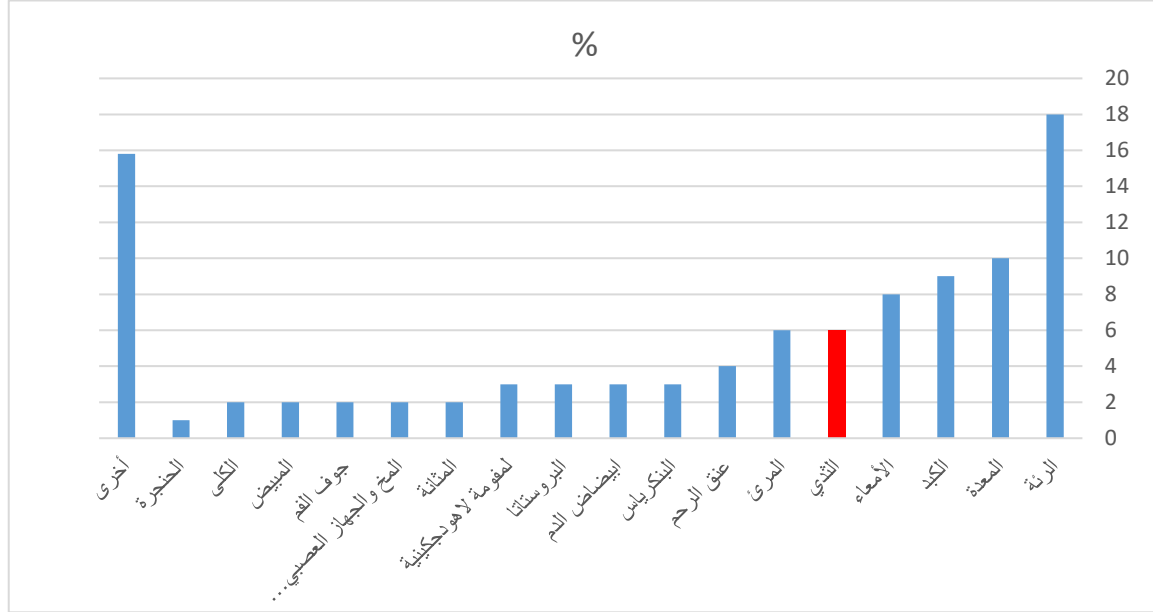
يوجد أكثر من (100) نوع مختلف من السرطان. لها أسباب مختلفة تسبب أعراضاً مختلفة، وتتنوع في مدى ضراوتها (سرعة انتشارها). مع ذلك فإن معظم أنواع السرطان تقع في واحد من أربع قطاعات عريضة:

1. سرطان يصيب الجلد والأغشية المخاطية والغدد اللعابية والأعضاء الداخلية.
2. سرطان يصيب الأنسجة المكونة للدم.
3. سرطان يصيب العضلات والنسيج الضام والعظام.
4. سرطان ليمفاوي يصيب الجهاز الليمفاوي.²

¹المرجع نفسه، ص 15.

²السيد، مرجع سبق ذكره، ص 57.

5. وتتجم عن هذه القطاعات العريضة عدة أنواع من السرطان تسمى عادة بمنطقة إصابتها ويبين الشكل الموالي أهم أنواع هذه السرطان ونسب الوفيات الناجمة عنها عالميا.



شكل رقم 15 نسب الوفيات الناجمة عن السرطانات المختلفة في العالم¹

1.66 سرطان الثدي

تنمو الكثير من الخلايا في الجسم في وقت واحد، ولكن الجسم يحرص على أن يكون عدد الخلايا المتكاثرية يوازي عدد الخلايا التي تموت. ويظهر السرطان حين تنمو الخلايا وتتكاثر بسرعة أكبر من الطبيعي، وتتمكن من تفادي آلية الجسم التي تتحكم بنمو الخلايا. ويؤدي ذلك إلى كتلة سرطانية (ورم بشكل أساسي)، يكبر حجمها أكثر فأكثر في حال عدم معالجتها، ذلك أن الخلايا تستمر في الانشطار والتكاثر.

إن الكتل شائعة في الثدي، ولها عدة أسباب غير السرطان. فواحدة من كل 8 كتل في الثدي هي كتلة سرطانية خبيثة، والبقية ليست خطيرة ولا مميتة، ولا تنتشر في مناطق أخرى من الجسم وتعرف باسم الكتل الحميدة. وأما العلاج الأكثر شيوعاً لسرطان الثدي فهي الجراحة لاستئصال السرطان.

وفي حال استمرت الكتلة في النمو فقد تطوّر بعض الخلايا القدرة على الابتعاد عنها إلى مناطق من الجسم حيث تنمو لتكوّن أوراماً أخرى، فيما يعرف بالانقيلة أي السرطان في الجسم.

ويمكن للخلايا السرطانية أن تنتشر في حال دخولها إلى القنوات الليمفاوية، فتنتقل من خلالها إلى عقد ليمفاوية أخرى حيث قد تستمر في النمو ما يؤدي إلى غدد ليمفاوية متضخمة، يمكن أن تشعر بها المرأة، مثل الاحساس بكتلة تحت الإبط.²

¹ جيمس، مرجع سبق ذكره، ص 16.

² ديكسون، م، سرطان الثدي، كتاب العربية، 2013، ص 04.

2.66 سرطان الرئة

يدعى أيضا بالسرطان الشُعبي (cancer bronchique) وهو مرض يتطور بين الشعب الهوائية الرئيسية في تموضع مركزي (localisation central) أو في واحدة من الشعب، وسرطان الرئة ورم خبيث في الرئتين في الخلايا الشعبية يتطور انطلاقا من خلية طبيعية تتحول وتتضاعف بطريقة عشوائية كما يمكنها أن تهاجر إلى الغدد اللمفاوية المجاورة أو الأعضاء الأخرى.

يتم تشخيص سرطان الرئة بعد التعرف على تاريخ حالة المريض وسؤاله عن عادات التدخين ومدى التعرض لدخان التبغ وذلك لمعرفة سبب الإصابة، كما يفحص المريض ويطلب منه إجراء كشوف مختلفة، ويتم تأكيد التشخيص بفحص الخلايا الورمية تحت المجهر.

ويعدّ سرطان الرئة أهم أسباب الوفاة نتيجة للسرطان على مستوى العالم، إذ يمثل (17%) من إجمالي الوفيات الناجمة عن الإصابة بالسرطان، مسجّلا (1.2) مليون شخصا يتوفون بسببه، فهو مرض شديد الفتك حيث نجد أن أقل من (1/10) أشخاص يُشخص المرض لديهم يعيشون خمس سنوات أخرى في معظم البلدان، وحتى في الولايات المتحدة التي تمتلك أفضل النتائج العلاجية، يعيش أقل من (1/5) أشخاص يشخص المرض لديهم فترة طويلة¹.

3.66 سرطان الدم

يمثل سرطان الدم مجموعة كبيرة من الأورام الخبيثة المختلفة. تشمل هذه المجموعة: سرطانات نخاع العظام والدم والجهاز الليمفاوي: والتي تشمل الغدد الليمفاوية والأوعية الليمفاوية واللوذين والغدة الصعترية والطحال والأنسجة اللمفاوية في الجهاز الهضمي.

• اللوكيميا والورم النخاعي: اللذان يبدأان في نخاع العظم.

• الورم الليمفاوي، الذي يبدأ في الجهاز الليمفاوي.

وهي أكثر أنواع سرطان الدم شيوعًا. وفي حين تبقى أسباب هذه السرطانات غير معروفة، فإنه عندما ينمو سرطان الدم والورم النخاعي في نخاع العظام، يمكن أن يتداخل مع قدرة نخاع العظم على إنتاج خلايا الدم الطبيعية، بما في ذلك خلايا الدم البيضاء وخلايا الدم الحمراء والصفائح الدموية، ويمكن أن يؤدي هذا إلى حدوث التهابات متكررة وفقر الدم وسهولة الوصول إلى الكدمات. كما يمكن أن تتداخل الأورام اللمفاوية، التي تظهر غالبًا على شكل عقد ليمفاوية متضخمة، مع قدرة الجسم على مكافحة العدوى. وأيضًا تفرز الأورام النقوية مادة تضعف العظام وتنتج بروتينات غير طبيعية يمكن أن تسبب أعراضًا في أجزاء أخرى من الجسم، ومن أعراض سرطان الدم الشائعة:

• آلام في البطن، وخاصة في الجزء العلوي من البطن.

¹دايدي، م. نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى سرطان الرئة، مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 30

- كسور العظام (تلقائية أو ناتجة عن الحد الأدنى من الصدمات)، وخزخز المفاصل.
- سهولة حدوث نزيف أو كدمات.
- تضخم الكبد والغدد.
- تعب وحمى وقشعريرة.
- كثرة التبول والتعرق الليلي.
- غثيان.

وفي بعض الحالات، يمكن أن يكون سرطان الدم مهددًا للحياة، خاصةً مع الالتهابات الشديدة أو النزيف الذي لا يمكن السيطرة عليه، مما يستوجب تدخلًا طبيا عاجلا ومن هذه الأعراض:

- تلون مزررق في الشفاه أو الأظافر.
- تغيير في مستوى الوعي أو اليقظة، مثل فقدان الوعي أو عدم الاستجابة.
- تغيير في الحالة العقلية أو تغيير مفاجئ في السلوك، مثل الارتباك، والهذيان، والخمول والهلوسة.
- ألم أو ضيق في الصدر، والخفقان.
- ارتفاع في درجة الحرارة (أعلى من 101 درجة فهرنهايت).
- مشاكل في الجهاز التنفسي.
- إنترعاع (Suizure).
- ألم شديد في البطن.
- نزيف حاد أو غير منضبط.¹

4.66 سرطان الكبد

يحدث سرطان الكبد عندما تتحول خلايا الكبد الطبيعية في البداية وتتكاثر دون حسيب ولا رقيب حتى تشكل ورمًا خبيثًا أو سرطانًا. فعندما يقوم الكبد بتصفية الدم من جميع أجزاء الجسم، يمكن للخلايا السرطانية أن تستقر في الكبد وتبدأ في النمو، كما يمكن للكبد بعد ذلك أن يصبح موقع نقل لسرطان آخر مثل سرطان الثدي والمبيض، والقولون، والأمعاء وغيرها. ولسرطان الكبد أشكالًا مختلفة فقد يكون سرطانًا ابتدائيًا، وقد يكون ثانويًا، كما قد يكون نادرًا، وهي كما يلي:

1. سرطانات الكبد الأولية أو سرطان الخلايا الكبدية

يتميز بتكاثر الخلايا السرطانية على حساب نوع معين من الخلايا الكبدية، فخلايا الكبد، عندما تتكاثر بشكل غير طبيعي وسريع، فإنها تسبب سرطان الكبد (سرطان الخلايا الكبدية أو سرطان الكبد الأولي). وفي معظم الحالات، يحدث هذا السرطان بعد مرض مزمن طويل يؤدي إلى تغيير سلامة

¹Henry, marc, Cancer du sang - Symptômes, causes, traitement 2023, <https://drhenry.org/cancer-du-sang-symptomes-causes-traitements/>

العضو: مثل التهاب الكبد B، و التهاب الكبد C، وإدمان الكحول، و التهاب الكبد الدهني غير الكحولي، والسكري.

2. سرطانات الكبد الثانوية أو النقيلية

ويعتبر النوع الأكثر شيوعًا من سرطانات الكبد، إذ الأورام السرطانية التي توجد بكثرة في الكبد هي أورام ثانوية، أي نقائل سرطانات أخرى. وفي الواقع، ونظرًا لكون الكبد غنيًا بالأوعية الدموية، فإنه غالبًا ما يتأثر بالانبثاث، حيث تتشكل الأورام داخل العضو عندما تنفصل الخلايا السرطانية عن ورم أولي يقع في عضو آخر كالثدي والرئة والقولون، وهذا النوع من سرطان الكبد يختلف تمامًا عن سرطان الكبد الأولي ويخضع لعلاج محدد.

3. سرطانات الكبد النادرة

وهي أشكال أخرى من سرطان الكبد تتطور من أنواع أخرى من خلايا الكبد، وبشكل خاص بالنسبة لما يلي:

- الأورام السرطانية للقنوات الصفراوية التي تتكاثر داخل الظهارة المبطنة للممرات الهوائية للقناة الصفراوية.

- الساركوما الوعائية التي تؤثر على الأوعية الدموية التي تغذي الكبد.

وتشير المصادر الطبية إلى أنه يصعب تشخيص سرطان الكبد في مراحله الأولى، حيث يكون السرطان صامتًا ولا يسبب ألما، وبتطوره فإنه يسبب أعراضًا يمكنها أن تثير عددًا كبيرًا من الأمراض الأخرى والتي يمكن أن تتكون مضللة للتشخيص الطبي ومنها:

- ألم في البطن، على الجانب الأيمن (يمكن أن ينتشر الألم في الجزء العلوي من البطن، وأحيانًا في الكتف الأيمن).

- قلة الشهية، وفقدان الوزن غير المبرر.

- استفراغ وغثيان وحمّى.

- إرهاق شديد غير معتاد.

- وجود سوائل في التجويف البطني (الاستسقاء).

- تصور وجود كتلة عند ملامسة الكبد.

- اليرقان أو اليرقان (اصفرار البشرة والعينين).

- براز شاحب وبول غامق.

وتجدر الإشارة إلى أنه يجب أن تشير هذه الأعراض بشكل منهجي إلى وجود ورم كبدي على وجه الخصوص.

1.4.66 أهم أسباب سرطان الكبد

• التهاب الكبد الفيروسي (Les hépatites virales)

غالبًا ما تتطور أورام الكبد الأولية نتيجة لأمراض الكبد المزمنة، ويتسبب التهاب الكبد الفيروسي (B و C) في إتلاف الخلايا الكبدية أثناء تجديدها، بحيث تحدث أخطاء وينتج على إثرها تليفًا يشكل طبقة سرطان الكبد.

• تليف الكبد (Lacirrhosehépatique)

يعد تليف الكبد أحد الأسباب الرئيسية لسرطان الكبد الأولي. يمكن أن يتبع استهلاك الكحول المزمن والمفرط، والتهاب الكبد الفيروسي المزمن، وأمراض المناعة الذاتية مع تلف الكبد أو داء ترسب الأصبغة الدموية (فرط الحديد).

• الانبثاث (Lesmétastases)

الكبد هو العضو الذي يكون بسهولة مقر النقائل من السرطانات الأخرى لأنه عضو غني بالأوعية الدموية. نقائل الكبد مفردة أو متعددة. يمكن أن يكون امتدادا لسرطان الثدي، الرئة، القولون، الخصية، المبيض، المعدة، مجال الأنف والأذن والحنجرة وغيرها.¹

5.66 سرطان القولون والمستقيم

سرطان القولون هو مرض يصيب الخلايا التي تبطن البطانة الداخلية للقولون و / أو المستقيم، أي الجزء بعد الأمعاء، وهو سرطان ينمو من خلية طبيعية تتغير وتتضاعف لتشكل كتلة تسمى ورما خبيثا أو سرطانا، ويعد سرطان القولون والمستقيم ثالث أكثر أنواع السرطانات شيوعًا بين الرجال بعد سرطان البروستاتا والرئة، وثاني أكثر أنواع السرطانات شيوعًا عند النساء بعد سرطان الثدي. تظل الخلايا السرطانية قليلة العدد في بداية تشكّل الورم وتقتصر على الطبقة الأولى من جدار القولون (سرطان موقعي)، وإذا لم يتمّ علاجه، فإن الورم يمتد إلى الجدار عبر طبقات أخرى، ليصبح سرطانا غازيا. كما يمكن للخلايا السرطانية أيضًا أن تنفصل عن الورم وتنتقل عبر الأوعية الدموية واللمفاوية، وتغزو أجزاء أخرى من الجسم، مثل الكبد والرئتين والدماغ والعظام، وتسمى الأورام التي تتشكل بعد ذلك النقائل، كما يمكن للورم أيضًا الوصول إلى العقد الليمفاوية. ويعتبر سرطان القولون أو سرطان القولون والمستقيم مرضا يمكن أن يتطور بهدوء لأسابيع أو حتى لشهور أو سنوات، ورغم بعض الأعراض التحذيرية التي قد تظهر إلا أنه غالبًا ما يتمّ تجاهلها من قبل المرضى. ويعتبر وجود دم في البراز أكثر الأعراض التحذيرية لسرطان القولون والمستقيم مما يستدعي تدخلا طبيا متخصصا للتشخيص والتأكيد، وإجمالا فإن أهم أعراض الإصابة بسرطان القولون والمستقيم يمكن اختصارها في:

- وجع في البطن.
- وجود دم في البراز.
- الإمساك.
- الإسهال لفترات طويلة.

¹Anne, C ,Cancer du foie: symptômes, espérance de vie, causes, traitements 2022
<https://www.medisite.fr/cancer-du-foie-cancer-du-foie-symptomes-survie-traitements.5543487.721172.html>

•التناوب بين الإسهال والإمساك.

•الرغبة المستمرة في التبرز.

•وجود كتلة عند ملامسة البطن.

•تدهور الحالة العامة مع فقدان الوزن والشهية.

•قلة تناول الطعام والإرهاق.

في حين تعتبر بعض العوامل من مسببات هذا النوع من السرطان، أو عوامل خطر مثل زيادة العمر (فوق الخمسين) وكذا زيادة الوزن (السمنة)، وأيضا العوامل الوراثية (تاريخ الإصابة بسرطان القولون أو سرطان الثدي في الأسرة)، وكذلك نمط الحياة المبني على استهلاك الكحول والتبغ والإفراط في استهلاك اللحوم الحمراء واللحوم الباردة، كما قد تتسبب بعض الأمراض في هذا النوع من السرطان مثل أمراض الأمعاء والالتهابات (كداء كرون والتهاب القولون التقرحي).¹

6.66 سرطان البروستاتا

سرطان البروستاتا هو واحد من أكثر أنواع السرطانات شيوعاً بين الرجال، حيث تشير التقديرات إلى أن (7/1) من الرجال سيتم تشخيصهم به، في حدود الستينيات من عمرهم، وعلى الرغم من عدم اكتشاف سبب معين للإصابة بهذا النوع من السرطان، إلا أن هناك استعداداً وراثياً لذلك. وتنمو معظم سرطانات البروستاتا ببطء شديد. وفي كثير من الأحيان يظل الورم موضعياً في البروستاتا مع تأثيرات محدودة على الصحة، مما قد يتسبب في مشاكل جنسية أو مشاكل أثناء التبول، ومع ذلك قد تنمو أنواع أخرى وتنتشر بسرعة أكبر،² ويتم تحديد مرحلة سرطان البروستاتا وفق ثلاثة معايير:

- مدى انتشار السرطان داخل البروستاتا.

- انتشار السرطان إلى الغدد الليمفاوية في المناطق القريبة من البروستاتا.

- انتشار السرطان إلى العظام أو الأعضاء الأخرى البعيدة عن البروستاتا (السرطان النقيلي).

وتجدر الإشارة إلى أنه غالباً ما يتم إجراء الفحوصات لتحديد مرحلة السرطان بعد تشخيصه. ومع ذلك، قد لا تكون هذه الاختبارات ضرورية إذا كان احتمال الانتشار خارج البروستاتا منخفضاً للغاية أما إذا كان احتمال الانتشار أكبر، فعادة ما يقوم الأطباء بإجراء التصوير المقطعي المحوسب (CT) أو التصوير بالرنين المغناطيسي (MRI) للبطن والحوض. يتم إجراء التصوير بالرنين المغناطيسي للبروستاتا في بعض الأحيان باستخدام زنبرك خاص يتم إدخاله في المستقيم. كما يمكن إجراء فحص العظام للأشخاص الذين يعانون من آلام في العظام أو الذين لديهم مستضد البروستاتا النوعي المرتفع جداً (PSA) أو مجموعة غليسون عالية الدرجة، كم أنه إذا اشتبه في انتشاره إلى الدماغ أو النخاع الشوكي،

¹Le Guillou, S, Cancer du côlon: diagnostic et symptômes 19 سبتمبر 2022, https://www.doctissimo.fr/bien-veillir/sante/cancer/cancer-du-colon/le-cancer-du-colon-ou-colorectal-diagnostic-et-symptomes/5d13f0_ar.html

²Allard, J, Cancer de la prostate: tout savoir sur cette maladie, 2021, https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=cancer_prostate_pm ديسمبر 13

فسيتم إجراء التصوير المقطعي المحوسب أو التصوير بالرنين المغناطيسي لهذه الأعضاء.¹

67 عوامل الخطر

هناك عوامل خطر متعددة لهذا المرض فقد تكون في الهواء والغذاء والشخصية والوراثة والممارسات الفردية وغيرها، ومن هذه العوامل ما يلي:

■ **الوراثة:** لقد وجدت الأبحاث أن عامل الوراثة على علاقة ببعض أنواع السرطان ومثال على ذلك ورم أرومة الشبكية، حيث يظهر في العادة عند أكثر من طفل في العائلة الواحدة وكذلك الحال بالنسبة لسرطان الثدي والقولون.

■ **التدخين:** التدخين من أخطر العوامل المسببة للعديد من أنواع السرطان فقد أشارت إحصائيات الولايات المتحدة الأمريكية أن استخدام التبغ يؤدي إلى (90%) من حالات سرطان الرئة، و(75%) من حالات سرطان الفم والبلعوم والمريء والحنجرة و (50%) من حالات سرطان المثانة و(40%) من حالات سرطان البنكرياس.

■ **المشروبات الكحولية:** فقد تبين ارتباطها بعدد من السرطانات ومنها سرطان البلعوم والمريء والحنجرة والكبد، وإذا ما اقترن الكحول بالتدخين فإن خطر الإصابة يزداد بسرطان الفم والكبد.

■ **الحمية أو نوعية الغذاء:** فقد أثبتت الدراسات المقارنة وجود علاقة بين نوع الطعام والسرطان، فمن حيث المبدأ يمكن أن يكون الطعام مسرطناً، أي يحتوي على مواد تتحول ضمن الجسم إلى مسرطنات بواسطة الجراثيم.

■ **الضغوط النفسية والاجتماعية:** يفترض علماء النفس والاجتماع وجود علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية والاجتماعية والسرطان.

■ **التلوث:** وهو محصلة أو نتاج لعمليات التصنيع، إذ يصيب المعرضون له ببعض أنواع السرطان وبخاصة العاملين في بعض المجالات الصناعية، فسرطان الرئة يصيب العاملين في صناعات الزرنيخ والنيكل في حين يصيب سرطان اللوكيميا العاملين في صناعات البنزين، والعاملون في مجالات البترول والفحم يكون أكثر تعرض لسرطان الجلد والرئة والمثانة.

■ **الإشعاعات:** يؤدي التعرض للإشعاعات إلى الإصابة بسرطان اللوكيميا والحنجرة والرئة والصدر، والمعدة والكبد والقولون.

¹Chandrasekar, T ,Cancer de la prostate - Troubles rénaux et des voies urinaires - Manuels MSD pour le grand public فبراير 2022, <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-r%C3%A9naux-et-des-voies-urinaires/cancers-du-rein-et-des-voies-g%C3%A9nitales-et-urinaires/cancer-de-la-prostate>

■ **الممارسات الطبية:** حسب بعض الباحثين فإن هناك أدوية قد تؤدي إلى الإصابة ببعض أنواع السرطان، فمركبات الزرنيخ مثلا قد تؤدي إلى سرطان ابيضاض الدم، ومركب الفيناسين قد يؤدي إلى سرطان المثانة، وتناول الاستروجين والبروجسترون قد يؤديان إلى سرطان الثدي.

■ **الممارسات الجنسية:** تشير عديد الدراسات إلى ارتباط بعض السرطانات بهذه العوامل فالنساء اللواتي يتزوجن مبكرا ويلدن أطفالا كثيرا أقلّ تعرضا لسرطان عنق الرحم من غيرهن كالراهبات مثلا، كما أن الممارسات الجنسية المحرمة كتعدد الشركاء تفضي إلى ارتفاع نسب الإصابة بذات السرطان ¹.

ويشير جدول 5 التالي إلى بعض العادات السلوكية وارتباطها ببعض أنواع السرطان

جدول 5 بعض العادات السلوكية وارتباطها ببعض أنواع السرطان

السرطان	العادة
سرطان الرئة	التدخين
سرطان الكبد	الكحول
سرطان الجلد	الحمام الشمسي
سرطان البلعوم	مضغ التبغ
سرطان البلعوم	حرق نهاية السيجارة بالفم
سرطان الجلد	وضع مدفأة الفحم قريبا من الجسم
سرطان القولون	استهلاك الطعام منخفض الألياف
سرطان المريء	استهلاك الخضار المجففة
سرطان عنق الرحم	تعدد الشركاء في ممارسة الجنس

68 علاج السرطان

يختلف علاج سرطان استنادا إلى عدة أمور ومعطيات، وأهمها المرحلة التي بلغها السرطان، وسن المصاب، وكذا حجم الورم وغيرها، ومن أهم أنواع العلاجات ما يلي:

¹الوريكات، مرجع سبق ذكره، ص ص 125-126.

1.68 العلاج الجراحي (Surgery)

يعني علاج السرطان بالجراحة (cancersurgicaltreatment) العمل الجراحي الذي يتم بغرض استئصال خلايا السرطان الخبيثة قبل انتشارها في الجسم وذلك كعلاج مستقل بحد ذاته أو كعلاج مساعد لأنواع علاج السرطان الأخرى ولا سيما العلاج الكيميائي والعلاج الشعاعي، وعلى أية حال يتم اتخاذ القرار بإجراء عملية جراحية لمريض السرطان بقرار من الطبيب المشرف على الحالة بعد مراعاة نوع السرطان والعضو المصاب به وحجم الورم ومرحلة انتشاره وغالباً ما تجرى عمليات السرطان الجراحية كعلاج للأورام الصلبة المتركة في عضو محدد من الجسم فيتم إجراء الجراحة باستئصال العضو المصاب بأكمله كما في استئصال الثدي أو باستئصال الورم فقط مع القليل من الأنسجة الطبيعية المحيطة به كعامل حماية من انتشار السرطان (العلاج الجراحي للسرطان وكل المعلومات اللازمة عنه | هيلينك كونسالتينغ تركيا، 2021).

2.68 العلاج بالأشعة

العلاج بالأشعة مثله مثل الجراحة يستعمل للمعالجة المحلية (معالجة سرطان جزء معين من الجسم) ولكن هذه الطريقة تحارب أيضاً الخلايا السرطانية التي انتشرت إلى الأنسجة السليمة لدرجة لا يمكن علاجها بالجراحة لهذا السبب تعالج بعض الأورام أحياناً بالأشعة بدلاً من الجراحة وكثيراً ما تستعمل الأشعة (بالإضافة إلى الجراحة لإزالة الخلايا السرطانية التي انتشرت إلى الأنسجة السليمة المحيطة بالورم الأصلي). وأيضاً هناك سرطانات ذات حساسية زائدة للأشعة وفي مثل هذه الحالات تستعمل الأشعة كوسيلة مفضلة للعلاج.¹

3.68 العلاج الكيميائي

العلاج الكيميائي هو علاج باستخدام أدوية كموية تعرف بالعقاقير المضادة للسرطان، تقوم بالقضاء على الخلايا السرطانية وتدميرها، وتأتي الميزة الرئيسية لهذا العلاج من مقدرته على معالجة الأورام المتنقلة والمنتشرة، بينما يقتصر العلاج الإشعاعي أو الجراحة على معالجة الأورام المنحصرة بمواقع محددة، وتعود فعاليته المميزة إلى حقيقة أن الخلايا السرطانية بطريقة ما أكثر حساسية اتجاه الكيماويات من الخلايا الطبيعية،² ويتم العلاج باستعمال المواد الكيميائية لقتل مسببات الأمراض بدون إيذاء المريض، مثل قتل الطفيليات التي تسبب الملاريا، والبكتيريا المسببة لذات الرئة والخلايا السرطانية، بدون المساس بالخلايا السليمة، وقد عرف هذا العلاج تقدماً باهراً بفضل النتائج التي أدت إلى تمديد حياة بعض المرضى من خلال تأثيره على الخلايا السرطانية بإيقاف الانقسام الخلوي أو التأثير المباشر على (ARN) أو (ADN) غير أنه كباقي العلاجات له آثار جانبية مزعجة كالقيء، والتقرحات والإحساس بالغثيان والتعب، وسقوط الشعر.³

¹ ج. كوير، مرجع سبق ذكره، ص ص 163-164.

² مزلق، و، إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي لدى مريض السرطان [رسالة ماجستير]، جامعة الهضاب 2، 2014، ص 231.

³ ديكسون، مرجع سبق ذكره، ص 141.

4.68 العلاج بتنشيط جهاز المناعة

تعتمد هذه الطريقة على استخدام وسائل الدفاع الطبيعية الموجودة بالجسم أو جهاز المناعة لمحاربة السرطان وفكرة أن جهاز المناعة يقوم بحماية الجسم ضد السرطان هي فكرة تؤيدها بعض الظواهر الوراثية. فمثلاً الأفراد الذين يعانون من خلل أو نقص وراثي في جهاز المناعة كثيراً ما يصابون بظهور أورام سرطانية مختلفة. وكثيراً ما يكون سبب ظهور هذه السرطانات هو وجود فيروسات سرطانية مما يدل على أهمية جهاز المناعة في حماية الجسم ضد هذا النوع من السرطان والفيروسات السرطانية. ويبقى الهدف العلاج بتنشيط جهاز المناعة هو تدعيم وتنشيط فاعليته حتى يتخلص من الخلايا السرطانية الموجودة بجسم المريض.¹

5.68 العلاج الهرموني

يمارس هرمونا الأستروجين والبرجسترون دوراً مهماً في التحكم بنمو الثدي الطبيعي كما قد يشارك هرمون الأستروجين في التحكم بنشاط الخلايا السرطانية، وبالتالي قد تساهم إزالته في وقف نمو الخلايا السرطانية، وحتى القضاء عليها. والفحص يقوم بالتأكد من أن الورم يحمل مستقبلات الأستروجين (ER)، وبذلك فإن العلاج الهرموني يعمل على الحد من فعالية الأستروجين ومنع إفرازه.²

6.68 العلاج الموجّه

العلاج الموجه هو استخدام عقاقير تم تصنيعها خصيصاً لكي تعيق نمو وانتشار السرطان من خلال تداخلها مع الجزيئات التي تشارك في حدوث السرطان (العملية التي من خلالها تصبح الخلية الطبيعية سرطانية خبيثة). يتم التركيز على التغيرات الخلوية والجزيئية الخاصة بالسرطان، وبالتالي يستهدف هذا النوع من العلاج التغيرات التي تسبب السرطان، ولهذا قد تكون هذه العلاجات أكثر فاعلية من العلاجات الحالية، وأقل ضرراً على الخلايا الطبيعية.³

7.68 العلاج النفسي

لقد حرص علماء النفس الصحي على إيجاد الطرق التي من خلالها يمكن التخلص من هذه المشكلات المتمثلة في الآثار السلبية الناجمة عن السرطان منها القلق، الاكتئاب واضطراب العلاقات، وعليه تصبح كل من العواطف والانفعالات في حاجة ماسة إلى الرعاية، وقد تزايد بحث علماء النفس عن الأساليب العلاجية الخاصة لهذا النوع من الإصابة بهدف المساندة وذلك ارتكازاً على نقطتين أساسيتين:

○ المساندة النفسية لضبط الاتجاه والتكيف.

¹ ج. كوبر، مرجع سبق ذكره، ص ص 176-177.

² ديكسون، مرجع سبق ذكره، ص ص 126-127.

³ شينار ويولجيل، مرجع سبق ذكره، ص 74.

○ المساندة الروحية للتخفيف والدعم¹.

كما أن هناك أنواعا أخرى من العلاجات كالعلاج البيولوجي، والعلاج البديل.

69 الوقاية

إن خطر تكوين السرطان لدى أي فرد يتأثر بالتعرض للعوامل البيئية المسرطنة والتي تشكل خطورة في حوالى (80 %) من حالات السرطان فى الإنسان وعلى هذا الأساس فإن أغلب مشاكل السرطان يمكن إزالتها بتجنب التعرض لتلك العوامل المسرطنة التي تشمل كيماويات، إشعاعات وفيروسات²، وتشير الكثير من المصادر وبخاصة الطبية منها إلى عدد من عوامل الخطر التي تسهم في الإصابة بالسرطان بصفة أساسية وأخرى بصفة ثانوية، كما أن هناك بعضا من العوامل مشتركة بين مختلف أنواع السرطان وأخرى تؤثر في الإصابة ببعض الأنواع من السرطان أكثر من غيرها، وعموما تركز الوقاية على محورين كبيرين، حيث يضم الأول السلوكات غير الصحية والتي يجب تجنبها، ويضم الثاني السلوكات الصحية التي يجب تبنيها على النحو التالي:

1.69 سلوكات الإدمان والتخلي

وتعني الابتعاد عن السلوكات غير الصحية وغير السوية والتي يجب تجنبها والتخلي عنها، وهي السلوكات التي يؤكد الشرع على حرمتها، أو يؤكد خبراء الصحة على ضررها، وخطورتها ويدخل في دائرتها كل ما حرمه الله ونهى عنه وفق القاعدة القرآنية الكبرى التي ينصها الحق تعالى في قوله ﴿وَأَنفِقُوا فِي سَبِيلِ اللَّهِ لَا تُلْقُوا بِأَيْدِيكُمْ إِلَى التَّهْلُكَةِ وَأَحْسِنُوا إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ﴾ (البقرة 195). ومن هذه السلوكات: تعاطي التدخين والمخدرات وتعاطي الكحول والمسكرات وكذا العلاقات الجنسية المحرمة.

2.69 سلوكات الإقبال والتحلي

وتعني الإقبال على السلوكات الصحية والعادات السوية المتزنة والتي يُندب التحلي بها وتبنيها، بوساطة واتزان على نحو ما يشير إليه العلماء والخبراء، وهي المنضوية تحت مسمى الطيبات لقوله تعالى: ﴿كُلُوا مِنْ طَيِّبَاتِ مَا رَزَقْنَاكُمْ وَلَا تَطْغَوْا فِيهِ فَيَحِلَّ عَلَيْكُمْ غَضَبِي وَمَنْ يَحِلَّ عَلَيْهِ غَضَبِي فَقَدْ هَوَى﴾ (طه 81) دون اسراف وطغيان، وقوله تعالى: ﴿يَا أَيُّهَا الرُّسُلُ كُلُوا مِنَ الطَّيِّبَاتِ وَاعْمَلُوا صَالِحًا إِنِّي بِمَا تَعْمَلُونَ عَلِيمٌ﴾ (المؤمنون 51) مع السعي للعمل الصالح.

وترتكز الوقاية على الابتعاد قدر الإمكان عن عوامل الخطر المسببة للسرطان، وبشكل خاص تلك العوامل التي يمكن التحكم فيها، مثل التدخين والمشروبات الكحولية والتلوث والتعرض للإشعاعات المختلفة وغيرها، هذا من جهة، ومن جهة أخرى المحافظة على الصحة بالتغذية السليمة والقيام بالأنشطة البدنية المختلفة. ويعتبر الكشف المبكر والوعي الصحي واتباع الارشادات هي المرتكزات

¹شدمي، ر، واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، جامعة أبي بكر بلقايد، 2015، ص ص 140-141.

²ج. كوير، مرجع سبق ذكره، ص 121.

الأساسية للوقاية على الصعيد الفردي. أما على الصعيد العام فمن الضروري مع تنامي نسب الإصابة أن تكون هناك برامج وقائية لحماية الأفراد من مختلف السرطانات، وإجمالاً يجب العمل على:

- تأسيس مراكز صحية في المناطق المزدهمة بالسكان تتولى مهمة التشخيص المبكر والتفكير بحلول عملية للمناطق النائية.
- حث الأفراد عن طريق الاعلام على ضرورة وأهمية اجراء الاختبارات والفحوصات المبكرة لحالات السرطان.
- القيام بحملات إعلامية وتوعية لعوامل الخطر التي تهدد صحة الأفراد عموماً والمرأة خصوصاً.
- الحث على التغذية السليمة والابتعاد عن الأغذية المسببة للسمنة أو التي تدرج ضمن المواد المسرطنة.
- ضرورة نشر الثقافة الصحية ¹.

70 الاستراتيجية الوطنية لمكافحة الأمراض المزمنة في الجزائر

بذلت الجزائر جهوداً متعدّدة لمكافحة الأمراض المزمنة والحدّ من انتشارها ومن أجل ذلك قامت بعدة خطوات وإجراءات منها:

1. إجراء مسح متعدّد من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات بنفسها أو بالتعاون مع هيئات مختلفة كالديوان الوطني للإحصائيات أو المعهد الوطني للصحة العمومية.
2. تنظيم ملتقيات تهدف إلى وضع استراتيجيات وطنية لمكافحة الأمراض المزمنة على غرار الملتقى المنظم بتاريخ 2003/04/01 بالجزائر العاصمة وبمشاركة مختصّين جزائريين وأجانب وبمشاركة ممثل عن منظمة الصحة العالمية وقد خلص الملتقى إلى عدّة نقاط هامة منها:
 - وضع نظام مراقبة للتحكّم في الأخطار الناجمة عن الأمراض المزمنة.
 - تطوير استراتيجيات مناسبة للتقليل من العوامل المتسبّبة في هذه الأمراض.
 - تحسين عملية تنظيم العلاجات للتقليل من انتشار الأمراض والحدّ من مضاعفاتها من خلال منظومة متكاملة ومن خلال تنمية شبكة التكفّل بالمرضى.
 - تحليل الآثار الاقتصادية والعبء الذي تشكّله هذه الأمراض على المصالح الصحيّة.
3. تبنّي مخطط (2013-2020) لمنظمة الصحة العالمية الرّامي إلى مكافحة الأمراض المزمنة والحدّ من خطورتها.

¹محمد الحسن، مرجع سبق ذكره، ص ص 246-347.

4. الحرص على حماية وترقية الصحة لدى جميع المواطنين حيث قامت الحكومة ضمن برنامج (2013-2014) بجعل الأمراض المزمنة كأولوية وطنية¹

¹رمضان وآخرون، مرجع سبق ذكره، ص 106.

خلاصة الفصل

تغيّرت الحياة وتمدّنت في أغلب مظاهرها، وتعدّدت وكثرت متطلباتها، وانجبرَ عن هذه التحوّلات الكبيرة، بروز أمراض لم تكن معروفة من قبل، مع زيادة في حدّتها وتداعياتها بشكل لم يكن بهذا الحجم، وتحولت الأمراض المهددة للإنسان من تلك التي عُرفت بالأمراض المعدية أو السارية، إلى التي أصبحت تعرف الآن بالأمراض المزمنة.

وأصبحت هذه الأمراض المزمنة والتي صاحبت القرن العشرين السبب الأول للوفيات في العالم، وفقالمختلف الإحصائيات العالمية التي نشرتها المنظمات الصحية والهيئات التي تعنى بالشأن الصحي، هذا التحوّل الوبائي من الأمراض المعدية إلى الأمراض المزمنة الذيمسّ مختلف دول العالم ومن بينها الجزائر قد خلّف على غرار ارتفاع عدد الوفيات الناجمة عنه، آثارا سلبية كبيرة ومخلفات جسيمة على كافة المستويات، سواء الصحية أو النفسية، أو الاجتماعية، وحتى الاقتصادية إن على مستوى الأفراد أو على مستوى الجماعات. وزاد الأمر تعقيدا كثرة هذه الأمراض وتنوعها وبالتالي تنوّع التدخلات العلاجية والتكفّلية. وعلى طليعة هذه الأمراض الخطيرة والمهددة للحياة، تأتي أمراض القلب وأمراض السرطان.

وتعتبر أمراض القلب السبب الأول للوفاة بلا منازع على الصعيد العالمي هذا التهديد وما يصحبه من آثار على المصاب وعلى ذويه وحتى على الطواقم الطبية، وما يشكّله من ضغوطات تكفّلية واقتصادية على الدّول والمنظمات يؤكد مدى ضرورة وأهمية إجراء دراسات تعنى بهذا الشأن، على غرار الدراسة الحالية.

وإن كانت الأمراض القلبية الأكثر تسببا في الوفيات ، فإنّ السرطان يتربع على عرش الامراض الخطيرة، ولا يزال رغم التقدم الكبير في المجال الطبي والأبحاث المختلفة التي أقيمت وتقام في كافة أنحاء المعمورة وعلى مستويات مرتفعة وراقية من المؤسسات البحثية، إلا أن صفة المرض القاتل لا تزال تهيمن على المخيال الجمعي للإنسان، لما يحدثه هذا المرض من زلازل عنيف على حياة المصاب وذويه وتغيّر كبير في حياته بدنيا ونفسيا واجتماعيا، والأرقام المسجلة في هذا الصدد إن على مستوى نسب الإصابة وتنوعها، أو نسب الوفيات الناجمة عنها تؤكد بما لا يدع مجالا للشك هذا الخطر، وهنا تحديدا تبرز أهمية المقاربات التي يطرحها علم النفس الصحي، من خلال النماذج التي يطرحها على غرار النموذج البيوطبي النفسي الاجتماعي للتكفل بالمصابين وأيضا بدراسة الأسباب والتركيز على الوقاية والحدّ من عوامل الخطر .

الفصل الخامس

إجراءات

الدراسة

تمهيد

يرمي هذا الفصل إلى تبيان الخطوات العملية التي اتبعها الباحث ميدانياً، وقد تضمن الفصل وصفاً لإجراءات الدراسة في جانبها الميداني، حيث تم الاعتماد على المنهج الوصفي المقارن لدراسة العلاقة بين معنى الحياة المدرك ومستويي كل من التدين وكذا جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة وذلك بالمقارنة بين مرضين مزمنين وهما السرطان والقلب، وقد تضمن الفصل بالإضافة إلى خصائص العينة، إجراءات الدراسة الاستطلاعية، وحدودها وكذا الدراسة الأساسية، وأيضاً الأدوات المستعملة في الدراسة.

أولاً الدراسة الاستطلاعية

تمت الاستعانة بالدراسة الاستطلاعية من أجل تحقيق مجموعة من الأهداف ووفق إجراءات معينة حسبما يتلاءم مع طبيعة الموضوع طبقاً لما يلي:

71 أهداف وإجراءات ونتائج الدراسة الاستطلاعية

قام الباحث قبل التطبيق الميداني بعدة خطوات تمهيدية للدراسة الأساسية وذلك لغرض:

- تحديد خصائص العينة ومواصفاتها.
- الاطلاع على ما توفر من مقاييس خاصة بمتغيرات الدراسة واختيار المناسب منها.
- الكشف عن الخصائص السيكومترية للمقاييس التي سيتم تطبيقها.
- تحديد الأماكن التي ستجرى فيها الدراسة.

وتضمنت الخطوات التي قام بها الباحث من أجل ذلك ما يلي:

✓ الاطلاع على الأدبيات المتوفرة والمقاييس والاستبيانات المختلفة المطبقة في الدراسات السابقة المطّلع عليها من قبل الباحث، والتي تناولت أحد المتغيرات.

✓ تطبيق مقاييس الدراسة على عينة الدراسة الاستطلاعية من أجل الوقوف على مدى ملاءمتها السكومترية للدراسة الحالية وذلك حسب ما يلي:

- مقياس معنى الحياة الذي أعده هارون الرشدي، والمقنن على البيئة الجزائرية من طرف بشير معمرية على مجموعة من الأفراد لهم نفس خصائص العينة محل الدراسة للوقوف على مدى ملاءمته للدراسة الحالية.
- مقياس أبعاد السلوك الديني الذي قام ببنائه وتقنيه على البيئة الجزائرية بشير معمرية على مجموعة من الأفراد لهم نفس خصائص العينة محل الدراسة.
- مقياس جودة الحياة، على مجموعة من الأفراد لهم نفس خصائص العينة محل الدراسة، والمقياس هو الصورة المختصرة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية

(1997م) والذي قام بترجمته وتعديله: عبد المجيد بن صالح حمد المضحي، وقد طبقه على عينة مناسبة لدراسته الموسومة بـ: جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين بمدينة الرياض بعد التأكد من خصائصه السيكو مترية.

- ✓ الاتصال بمركز مكافحة السرطان بمستشفى فرانتر فانون للوقوف على الإجراءات والإمكانات الممكنة من أجل القيام بالدراسة الميدانية وكذا على خصائص العينة المراد دراستها.
- ✓ الاتصال بمجموعة من الجمعيات والمراكز التي تعنى بمرضى السرطان والقلب للنظر في إمكانية التطبيق على مستواها (جمعية الضحى، جمعية البلسم، دار الاحسان، جمعية نسيم، عيادة الدكتور ناصر لأمراض القلب...)
- ✓ الاتصال بمركز مكافحة السرطان بمستشفى محمد بوضياف بولاية ورقلة للنظر في إمكانية إجراء البحث الميداني به.

نتائج الدراسة الاستطلاعية

أسفرت الدراسة الاستطلاعية على مجموعة من النتائج والتي من خلالها سيقوم الباحث بالإجراءات اللازمة والخطوات العملية لانجاز البحث الميداني نوجزها في النقاط التالية:

1. الاستقرار على المقاييس اللازمة والمناسبة لهذه الدراسة والتي اختبارها في الدراسة الاستطلاعية وهي:

- مقياس معنى الحياة الذي أعده هارون الرشيد وقننه بشير معمريه.
- مقياس أبعاد السلوك الديني الذي أعده بشير معمريه.
- مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية.
- 2. الاستقرار على أماكن إجراء الدراسة الأساسية وهي:
- مصلحة أمراض القلب والأوعية الدموية بمستشفى فرانز فانون بالبلدية.
- مصلحة طب الأورام بمستشفى فرانز فانون بالبلدية.
- مستشفى شريفي محمد بغرداية.
- عيادة خاصة لأمراض القلب بغرداية.

72 عينة الدراسة الاستطلاعية

باعتبار العينة نمودجا يشمل جانبا أو جزءا ممثلا لأفراد المجتمع الأصلي المعني بالدراسة، بحيث يمكن لدراستها -أي العينة- أن تغني عن دراسة كل وحدات المجتمع الأصلي، وبالتالي فقد تم اختيار عينة عرضية، من أجل القيام بمتطلبات الدراسة الاستطلاعية، وقد تم ذلك حسب مايلي:

- بداية تطبيق مقياس معنى الحياة على عينة عرضية تكوّنت من (148) مريضا بأحد أنواع السرطان (سرطان: الثدي، الرئة، البروستاتا، الدم، الكبد، الرحم، المبيض، القولون، المستقيم، المعدة)، أو أحد أمراض القلب (أمراض القلب الوعائية، عدم انتظام ضربات القلب، أمراض العيوب الخلقية للقلب، اعتلال عضلة القلب، أمراض القلب الناجمة عن التهابات أغشية القلب، أمراض صمامات)، من الجنسين ومن مستويات تعليمية مختلفة تراوحت أعمارهم بين (25 و84 سنة)، بهدف التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس.
- تطبيق مقياس جودة الحياة على نفس العينة التي طبق عليها مقياس معنى الحياة.
- تطبيق مقياس أبعاد السلوك الديني على العينة التي طبق عليها المقياسان السابقان.

73 الخصائص السيكومترية للمقاييس

بعد الاطلاع على الأدبيات المتاحة والتي تعني أحد متغيرات الدراسة تم اختيار المقاييس التالية:

1.73 مقياس معنى الحياة

- أعد هذا المقياس، الباحث هارون توفيق الرشيدي (1996)، إذ يتكوّن من 39 بند لمقياس معنى الحياة يجاب عنها بأسلوب تقريرى، ضمن أربعة بدائل: لا، قليلا، متوسطا، كثيرا. وقد تأكد الباحث (بشير معمريّة) من خصائصه السيكومترية على النحو التالي:
- أولا: صدق المقياس

وذلك باستعمال الصدق التمييزي على عينتين من طلاب الجامعة إحداها عادية متكونة من (30) طالبا، والعينة الأخرى متكونة من (30) طالب ممن أدخل إلى مصحّة للأمراض النفسية، وقد بلغت قيمة "ت" (13.81) وهي دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0.001)، كما تم استعمال صدق البنود وذلك بحساب درجة ارتباط الدرجة الكلية للاستبيان والدرجة عن كل بند، وقد تراوحت معاملات الارتباط بين (0.996 – 0.998) (معمريّة، 2021).

- ثانيا: ثبات المقياس

تم حساب الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق، وذلك بعد مرور (15) يوما على عينة من طلاب الجامعة تكونت من (85) طالب فبلغ معامل الارتباط (0.986) (معمريّة، 2021).

1.1.73 تقنين المقياس على البيئة الجزائرية

قام الباحث بشير معمريّة بتقنين المقياس على البيئة الجزائرية، وقد تكونت عينة التقنين من (414) فرد، منهم (203) ذكر، تراوحت أعمارهم بين (15-50) سنة، بمتوسط حسابي قدره (20.59) سنة، و(211) أنثى، تراوحت أعمارهن بين (15-42) سنة بمتوسط حسابي قدره (19.52) سنة، وقد قام الباحث بتطبيق المقياس في الفترة الممتدة من (2009/10/11 إلى 2010/02/16) وقد تأكد الباحث من خصائص المقياس السيكومترية على النحو التالي:

• أولاً: صدق المقياس

قام الباحث بحساب الصدق بثلاث طرق:

أ. الصدق التمييزي

عند الذكور والاناث باستعمال طريقة المقارنة الطرفية بسحب (27 %) من طرفي العينة الكلية لكل من عينة الذكور المتكونة من (132) فرد، وعينة الاناث المتكونة من (98) انثى. وكانت القيم التائية على مستويات عالية من مستوى الدلالة (0.001).

ب. الصدق الاتفاقي

حيث تم تطبيق هذا المقياس مع مقياس الثقة بالنفس الذي أعده فريخ عويد العنزي (1999) واستبيان الأمل الذي أعده أحمد عبد الخالق (2004) وقد كانت النتائج أيضاً دالة بحساب القيم التائية على مستوى الدلالة (0.001).

ت. الصدق التعارضي

وتم بتطبيق مقياس معنى الحياة مع مقياس التشاؤم الذي أعده أحمد عبد الخالق (2000) ومقياس اليأس لبيك وقد تبين اتصاف مقياس معنى الحياة كذلك بمعاملات صدق عالية (معمرية، 2021).

• ثانياً: ثبات المقياس

قام الباحث بحساب الثبات بطريقتين:

أ. بطريقة الاختبار وإعادة الاختبار: فوجد قيمة (0.741) عند الذكور، وقيمة (0.762) عند الاناث.

ب. بمعامل ألفا كرومباخ: فوجد قيمة (0.952) عند الذكور، وقيمة (0.912) عند الاناث.

وهي قيم دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.01).

وبالتالي فإن معاملات الصدق والثبات، التي تم الحصول عليها، دالة إحصائية عند مستوى (0.01). وبناء على هذا فإن المقياس يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة، مما يجعله صالحاً للاستعمال (معمرية، 2021).

2.1.73 الخصائص السيكومترية لمقياس معنى الحياة في الدراسة الحالية

قام الباحث الحالي من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس معنى الحياة بتطبيقه على عينة عرضية من (148) شخص، كما سبقت الإشارة إلى ذلك، وقد تم التحقق كما يلي:

✓ أولاً: صدق المقياس

للتحقق من صدق المقياس تم تطبيق طريقة المقارنة الطرفية وكانت النتائج حسب Error! Unknown switch argument التالي:

جدول 6 المؤشرات الإحصائية للمقارنة الطرفية للتحقق من صدق مقياس معنى الحياة

المؤشرات المجموعات	المتوسط	الانحراف المعياري	حجم العينة	قيمة "ت" Ttest
المجموعة العليا	104.88	4.454	8	9.358
المجموعة السفلى	49.50	16.133	8	

واعتمادا على برنامج (SPSS) تم حساب قيمة "ت" والتحقق من دلالة الفرق حيث تبين أن الفرق بين متوسط المجموعتين دال عند مستوى (0.01) مما يعني أن المقياس صادق.

✓ ثانيا: ثبات المقياس

تم التأكد من ثبات المقياس باستعمال معادلة ألفا كرومباخ وكانت النتائج حسب Error! Unknown switch argument التالي:

جدول 7 مؤشر معامل ألفا كرومباخ للتحقق من ثبات مقياس معنى الحياة

عدد البنود	معامل ألف كرومباخ
39	0.883

وبحصول المقياس على نتيجة (0.883) على معامل ألفا كرومباخ وهي نتيجة مقبولة على مستوى الدلالة (0.05) وعليه فإن المقياس ثابت ويمكن الوثوق به وتطبيقه في هذه الدراسة.

2.73 مقياس التدين

وهو مقياس قام ببنائه بشير معمرية، بعد اطلاعه على مجموعة من المقاييس حول الدين والتدين وبخاصة مقياسي: الطائي (1992)، والصنيع (1998).

وتجدر الإشارة إلى أن مقياس التدين هذا أسماه الباحث معمرية بمقياس التوجه نحو السلوك الديني، وهو يستعمل في تعريف مقياسه عبارة التدين للإشارة إلى المقياس، نحو قوله مستويات قياس التدين وغير ذلك، وتضمن مقياس معمرية (60) عبارة، موزعة على ستة أبعاد لكل بعد عشر بنود وهذه الأبعاد هي:

1. العقائد.

2. العبادات.

3. المعاملات.

4. الأخلاق.

5. المنجيات.

6. المهلكات.

بحيث يجاب على كل بند ضمن ثلاث خيارات تتدرج في قياس مستوى التدين من الأكبر إلى الأقل أو العكس.

وأجرى الباحث قبل تقنين هذا المقياس ثلاث دراسات طبق خلالها المقياس وحسب من خلالها صدق المقياس وثباته، وهي بالتّبع:

1. الدراسة الأولى: عنوانها: الاتجاه نحو العولمة وفقا للفروق في مستويات التدين بالإسلام والشعور بالانتماء للوطن لدى عيّنتين من الأساتذة والطلاب.

2. الدراسة الثانية: عنوانها: الفروق في الاكتئاب واليأس وقلق الموت واحتمال الانتحار وفقا لارتفاع وانخفاض التدين بالإسلام.

3. الدراسة الثالثة: عنوانها: الفروق في السلوك العدواني وفقا لارتفاع وانخفاض التدين بالإسلام – دراسة مقارنة على عينة من الشباب -.

وقد أبانت الدراسات على مستويات مرتفعة ودالة في الصدق والثبات.

1.2.73 عينة التقنين

اشتملت عينة التقنين على (441) فردا، منهم (214) ذكرا، و(227) أنثى. حيث تراوحت أعمار عينة الذكور بين (15) و (49) سنة، بمتوسط حسابي قدره (22.05) وانحراف معياري قدره (5.26). في حين تراوحت أعمار عينة الإناث بين (15) و (46) سنة، بمتوسط حسابي قدره (22.65) وانحراف معياري قدره (4.87). وقد تم سحب العينتين من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، ومن كليات جامعة الحاج لخضر(باتنة)، وأيضا من مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطبي بمدينة باتنة إذ شملت الطلبة والموظفين والأساتذة.

وقد قام الباحث بتطبيق المقياس في الفترة الممتدة من (11 / 10 / 2009) إلى (2010/06/30)(معمرية، 2021).

2.2.73 الخصائص السيكمترية للمقياس

أولاً: صدق المقياس

تم حساب الصدق بأربع طرق هي:

أ- الصدق التمييزي: (باستعمال طريقة المقارنة الطرفية)

• عينة الذكور: تمت المقارنة بين عيّنتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الذكور،

حجم كل عينة يساوي (16) مفحوص بواقع (27%) من العينة الكلية (ن=60)، حسب

هو مبين في Error! Unknown switch argument. أدناه:

جدول 8 قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور

العينات المتغيرات	العينة العليا ن=16		العينة الدنيا ن=16		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
العقيدة	27.81	1.08	20.81	1.37	15.56 **
العبادات	26.19	1.59	17.13	1.64	15.36 **
الأخلاق	28.56	0.87	21.56	1.36	16.67 **
المعاملات	28.5	1.06	19.62	1.92	15.86 **
المنجيات	26.62	1.54	18.75	1.56	14.05 **
المهلكات	28.56	1.01	21	1.17	18.90 **
الدرجة الكلية	161.37	5.77	123.56	6.01	17.59 **

** قيمة "ت" دالة احصائيا عند مستوى 0.001.

يتبين من قيم "ت" في Error! Unknown switch argument. أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في السلوك الديني في الإسلام. مما يجعله يتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الذكور.

• **عينة الإناث:** تمت المقارنة كذلك بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة

الإناث، حجم كل عينة يساوي (18) مفحوصة بواقع (27%) من العينة الكلية (ن=68)

كما هو مبين في Error! Unknown switch argument. أدناه.

جدول 9 قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث

القيمة "ت"	العينة الدنيا ن=18		العينة العليا ن=18		العينة المتغيرات
	ع	م	ع	م	
** 18.29	1.07	23.11	0.70	28.78	العقيدة
** 14.04	1.52	19.78	1.48	26.94	العبادات
** 9.95	2.51	23.06	0.65	29.33	الأخلاق
** 9.91	2.22	23.89	0.71	29.44	المعاملات
** 10.89	2.38	22	0.97	28.44	المنجيات
** 15.69	1.78	21.83	0.61	28.89	المهلكات
** 10.75	10.6	138.89	4.34	168.78	الدرجة الكلية

** قيمة "ت" دالة احصائيا عند مستوى 0.001.

يتبين من قيم "ت" في Error! Unknown switch argument. أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في السلوك الديني في الإسلام. مما يجعله يتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الإناث.

ب- الصدق الاتفاقي

ومن أجل ذلك قام الباحث بتطبيق هذا المقياس مع قائمة السعادة الحقيقية لمارتن سيلجمان، وقائمة أبعاد الرضا عن الحياة لمجدي محمد الدسوقي، وأيضا استبيان الشعور بالسعادة لمايسة النبال.

Error! Unknown switch argument. ويبين

جدول 10 معاملات الارتباط بين مقياس السلوك الديني في الإسلام وكل من السعادة الحقيقية، والرضا عن الحياة، والتوجه نحو الحياة، والتفاؤل، والشعور بالسعادة

المتغيرات	جنس العينات	حجم العينات	معاملات الصدق
أبعاد السلوك الديني في الاسلام	التشاؤم	ذكور	0.568 - **
		إناث	0.523 - **
	اليأس	ذكور	0.571 - **
		إناث	0.521 - **

** دالة احصائية عند مستوى 0.01.

ومنه يتبين من معاملات الصدق الاتفاقي في Error! Unknown switch argument. اتصاف مقياس السلوك الديني في الإسلام بمعاملات صدق مرتفعة.

ت- الارتباطات بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية

Error! Unknown switch argument. يبين. ويمثل المثلث العلوي عينة الذكور (ن= 214)، بينما يمثل المثلث السفلي عينة الإناث (ن= 227)

جدول 11 معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للاستبيان والدرجات على الأبعاد الستة للسلوك الديني في الإسلام

م	1	2	3	4	5	6	7
1	-	0.516	0.434	0.589	0.520	0.454	0.729
2	0.512	-	0.528	0.590	0.738	0.528	0.838
3	0.439	0.484	-	0.548	0.490	0.506	0.728
4	0.529	0.478	0.634	-	0.620	0.543	0.829
5	0.455	0.538	0.553	0.522	-	0.608	0.845
6	0.454	0.549	0.667	0.543	0.577	-	0.762
7	0.716	0.775	0.781	0.779	0.793	0.809	-

تكون معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 عند أكثر من 0.254، وعند مستوى 0.05 عند أقل من 0.195.

وتشير الأرقام إلى المتغيرات وفق ما يلي:

1. العقائد.
2. العبادات.
3. الأخلاق.
4. المعاملات.
5. المنجيات.
6. المهلكات.
7. الدرجة الكلية.

ث- الصدق التعارضى

وتم ذلك بتطبيق مقياس أبعاد السلوك الديني في الإسلام مع استبيان التشاؤم لأحمد محمد عبد الخالق، وقائمة اليأس لبيك. حيث يبين .Error! Unknown switch argument.

جدول 12 معاملات الارتباط بين مقياس أبعاد السلوك الديني في الإسلام ومتغيري التشاؤم واليأس

المتغيرات	جنس العينات	حجم العينات	معاملات الصدق
أبعاد السلوك الديني في الإسلام	ذكور	29	0.619 **
		23	0.521 **
	إناث	12	0.358 **
		17	0.423 **

** دالة احصائية عند مستوى 0.01.

ثانيا: ثبات المقياس

قام الباحث من أجل التأكد من ثبات مقياسه بحسابه بطريقتين:

1. طريقة إعادة تطبيق الاختبار.
2. طريقة حساب معامل ألفا.

● **عينة الذكور:** كان حجم العينة التي تم استخراج معاملات الثبات عليها يساوي (214) فردا. حيث

يبين .Error! Unknown switch argument.

جدول 13 معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا كرومباخ لعينة الذكور

نوع معامل الثبات	المتغيرات	معاملات الثبات
طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)	1. العقائد.	0.762 **
	2. العبادات.	0.793 **
	3. الأخلاق.	0.776 **
	4. المعاملات.	0.712 **
	5. المنجيات.	0.701 **
	6. المهلكات.	0.658 **
	7. الدرجة الكلية.	0.745 **
معامل ألفا كرومباخ	1. العقائد.	0.895 **
	2. العبادات.	0.845 **
	3. الأخلاق.	0.768 **
	4. المعاملات.	0.822 **
	5. المنجيات.	0.848 **
	6. المهلكات.	0.886 **
	7. الدرجة الكلية.	0.874 **

** دالة احصائية عند مستوى 0.01.

● عينة الإناث: كان حجم العينة التي تم استخراج معاملات الثبات عليها يساوي (227) فردا. حيث

.Error! Unknown switch argument.

جدول 14 معاملات الثبات بطريقة إعادة التطبيق وطريقة حساب معامل ألفا كرومباخ لعينة الإناث

نوع معامل الثبات	المتغيرات	معاملات الثبات
طريقة إعادة التطبيق (بعد أسبوعين)	1. العقائد.	0.762 **
	2. العبادات.	0.793 **
	3. الأخلاق.	0.776 **
	4. المعاملات.	0.685 **
	5. المنجيات.	0.722 **
	6. المهلكات.	0.716 **
	7. الدرجة الكلية.	0.721 **
معامل ألفا كرومباخ	1. العقائد.	0.798 **
	2. العبادات.	0.825 **
	3. الأخلاق.	0.832 **
	4. المعاملات.	0.919 **

0.867	**	5.	المنجيات.
0.855	**	6.	المهلكات.
0.864	**	7.	الدرجة الكلية.

** دالة احصائية عند مستوى 0.01.

ومنه يتبين من معاملات الصدق والثبات التي تم الحصول عليها، أن مقياس أبعاد السلوك الديني في الإسلام، يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية، مما يجعله صالحا للاستعمال في مجال البحث النفسي (معمرية، 2021).

3.2.73 الخصائص السيكومترية لمقياس التدين في الدراسة الحالية

قام الباحث الحالي من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس بتطبيقه المقياس على عينة عرضية من (148) شخص، وقد تم التحقق كما يلي:

أولاً: الصدق

• الصدق التمييزي: (باستعمال طريقة المقارنة الطرفية)

تمت المقارنة بين عيّنتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الدراسة، حجم كلّ عينة يساوي (40) مفحوص بواقع (27%) من العينة الكلية (ن=148). حيث أن .Error! Unknown switch argument.

جدول 15 قيم "ت" لدلالة الفروق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الدراسة

القيمة "ت"	العينة الدنيا ن=40		العينة العليا ن=40		المتغيرات
	ع	م	ع	م	
**15.23	2.06	23.65	0.64	28.87	العقيدة
**22.40	1.25	20.40	1.55	27.47	العبادات
**20.08	1.53	23.12	0.82	28.67	الأخلاق
**21.16	1.66	22.10	1.00	28.60	المعاملات
**18.99	1.58	22.45	1.10	28.25	المنجيات
**20.73	0.96	16.20	1.01	20.80	المهلكات

العينات المتغيرات	العينات العليا ن=40		العينات الدنيا ن=40		قيمة "ت"
	م	ع	م	ع	
الدرجة الكلية	159.45	5.30	131.60	6.52	20.95**

** قيمة "ت" دالة احصائيا عند مستوى 0.001.

يتبين من قيم "ت" في Error! Unknown switch argument. أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في السلوك الديني في الإسلام. مما يجعله يتصف بمستوى عال من الصدق لدى عينة الدراسة.

✓ ثانياً: الثبات

ام الباحث من أجل التأكد من ثبات المقياس بحساب معامل ألفا كرومباخ، حيث كان حجم العينة التي تم استخراج معامل الثبات عليها يساوي (148) فرداً. ويبين Error! Unknown switch argument.

Error! Unknown switch argument.

جدول 16 معاملات الثبات بطريقة حساب معامل ألفا كرومباخ لعينة الدراسة الحالية

نوع معامل الثبات	المتغيرات	معاملات الثبات
معامل ألفا كرومباخ	1. العقائد.	0.756
	2. العبادات.	0.794
	3. الأخلاق.	0.794
	4. المعاملات.	0.847
	5. المنجيات.	0.706
	6. المهلكات.	0.644
	7. الدرجة الكلية.	0.869

يتبين من خلال Error! Unknown switch argument. أن قيم معامل الثبات ألفا كرومباخ تتراوح بين (0.644) و(0.869) وهي مقبولة وبالتالي يمكن اعتبار المقياس قابلاً للتطبيق وبذلك سيتم الاعتماد عليه..

3.73 مقياس جودة الحياة

وهو صورة مختصرة لمقياس جودة الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية (1998م) وقد قام عبد المجيد بن صالح حمد المضحي بترجمته وتعديله وتقنيته، حيث يتكون المقياس في صورته الأولية من (26) بنداً موزعة على أربعة أبعاد وهي:

1. الصحة الجسمية.
2. الصحة النفسية.
3. العلاقات الاجتماعية.
4. البيئة.

كما تتراوح الدرجات بين (1 - 5) درجة للإجابة على كل عبارة من العبارات وذلك وفق البدائل الخمس التالية: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة) وقد تأكد الباحث من خصائص المقياس السيكمترية على النحو التالي:

أولاً: صدق المقياس

1. صدق المحكمين

قام معد المقياس بعرض المقياس على مجموعة من المحكمين المتخصصين في قسم علم النفس بجامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية وجامعة الملك سعود لإبداء ملاحظاتهم ليقوم بناء على ذلك بتعديل صياغة بعض العبارة وإضافة بند للمقياس الأصلي ضمن بعد العلاقات الاجتماعية ليصبح عدد بنود المقياس (27) بنوداً في صورته النهائية وفق Error! Unknown switch argument. التالي:

جدول 17 توزيع عبارات مقياس جودة الحياة على الأبعاد

العدد البنود	أرقام البنود التي تقيس البعد	البعد
8	18-17-16-15-10-4-3-2	الصحة الجسمية
6	26-19-11-7-6-5	الصحة النفسية
5	-27-22-21-20-1	العلاقات الاجتماعية
8	25-24-23-14-13-12-9-8	البيئة

وقد توزعت البنود على بنود موجبة وأخرى سالبة حيث أن البنود السالبة هي (3- 4- 26) بينما باقي البنود فهي بنود موجبة.

2. صدق الاتساق الداخلي

قام الباحث من أجل ذلك بتطبيق المقياس بداية بعينة استطلاعية قوامها (70) طالباً ليقوم على إثرها بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس ومجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه، كما قام بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس باستخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) وأسفرت المعالجة الإحصائية على النتائج التالية المبينة في Error! Unknown switch argument.

يبين الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة باستخدام معامل ارتباط كل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه حيث (ن=70)

جدول 18 الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة باستخدام معامل ارتباط كل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه حيث (ن=70)

أبعاد مقياس جودة الحياة							
الصحة الجسمية		الصحة النفسية		العلاقات الاجتماعية		البيئة	
العبارة	معامل الارتباط بالبعد	العبارة	معامل الارتباط بالبعد	العبارة	معامل الارتباط بالبعد	العبارة	معامل الارتباط بالبعد
2	0.631**	5	0.679**	1	0.833**	8	0.684**
3	0.470**	6	0.634**	20	0.746**	9	0.712**
4	0.734**	7	0.418**	21	0.405**	12	0.495**
10	0.494**	11	0.520**	22	0.668**	13	0.609**
15	0.694**	19	0.584**	27	0.440**	23	0.306**
16	0.688**	26	0.645**			24	0.718**
17	0.634**						0.460**
18	0.634**						0.603**

** دال عند مستوى الدلالة (0.01)

* دال عند مستوى الدلالة (0.05)

ويتبين من خلال Error! Unknown switch argument. أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لذلك البعد جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، و (0.05) وهذا يدل على الاتساق الداخلي للبنود مما يعّد مؤشراً على صدق المقياس.

جدول 19 ارتباط أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	جودة الحياة
الصحة الجسمية	0.856**

الأبعاد	جودة الحياة
الصحة النفسية	0.883**
العلاقات الاجتماعية	0.822**
البيئة	0.877**

** دال عند مستوى الدلالة (0.01)

ويتبين من Error! Unknown switch argument أن قيم الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

توضح النتائج السابقة المبينة في الجداول مدى ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي كما تشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة مما يؤكد صدق المقياس.

ثانياً: ثبات المقياس

للتأكد من ثبات المقياس قام معد المقياس بحساب معامل ثبات ألف كرومباخ لكل بعد من الأبعاد، كما قام باستخدام طريقتي التجزئة النصفية (سبيرمان – براون وجتمان) للتحقق من ثبات المقياس. فكانت النتائج كما هي مبينة في Error! Unknown switch argument التالي.

جدول 20 ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة باستخدام معامل ألفا كرومباخ والتجزئة النصفية

أبعاد المقياس	طريقة حساب الثبات		
	ألفا كرومباخ		التجزئة النصفية
	سبيرمان- براون	جتمان	
الصحة الجسمية	0.779	0.689	0.684
الصحة النفسية	0.611	0.655	0.652
العلاقات الاجتماعية	0.625	0.570	0.535
البيئة	0.708	0.640	0.639

ويتبين من خلال Error! Unknown switch argument أن قيم الثبات بطريقة ألفا كرومباخ لأبعاد المقياس قد تراوحت بين (0.611) و(0.779)، كما تراوحت قيم الثبات لأبعاد المقياس بطريقتي التجزئة النصفية (سبيرمان – براون وجتمان) بين (0.535) و (0.689)، وجميعها قيم مقبولة تدل على درجة ثبات مرضية للمقياس وبالتالي إمكانية الاعتماد عليه والوثوق في نتائجه.

1.3.73 الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة في الدراسة الحالية

قام الباحث الحالي من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية للمقياس بتطبيقه على العينة العرضية المتكونة من (148) شخص، وقد تم التحقق كما يلي:

أولاً: صدق المقياس

1. صدق الاتساق الداخلي

قام الباحث من أجل ذلك بتطبيق المقياس بداية بعينة استطلاعية قوامها (148) فرداً ليقوم على إثرها بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات المقياس ومجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه، كما قام بحساب معاملات الارتباط بين درجة كل بعد مع الدرجة الكلية للمقياس باستخدام معامل الارتباط بيرسون (Pearson Correlation) وأسفرت المعالجة الإحصائية على النتائج التالية:

جدول 21 الاتساق الداخلي لمقياس جودة الحياة باستخدام معامل ارتباط كل عبارة بدرجة البعد الذي تنتمي إليه (ن=148)

أبعاد مقياس جودة الحياة							
الصحة الجسمية		الصحة النفسية		العلاقات الاجتماعية		البيئة	
العبارة	معامل الارتباط بالبعد	العبارة	معامل الارتباط بالبعد	العبارة	معامل الارتباط بالبعد	العبارة	معامل الارتباط بالبعد
2	0.574**	5	0.713**	1	0.672**	8	0.749**
3	0.536**	6	0.782**	20	0.872**	9	0.776**
4	0.628**	7	0.651**	21	0.770**	12	0.706**
10	0.720**	11	0.662**	22	0.847**	13	0.656**
15	0.698**	19	0.711**	27	0.706**	14	0.589**
16	0.601**	26	0.502**			23	0.643**
17	0.798**					24	0.623**
18	0.841**					25	0.733**

** دال عند مستوى الدلالة (0.01)

* دال عند مستوى الدلالة (0.05)

ويتبين من خلال Error! Unknown switch argument أن قيم معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية لذلك البعد جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، و (0.05) وهذا يدل على الاتساق الداخلي للنبود مما يعدّ مؤشراً على صدق المقياس.

جدول 22 إرتباط أبعاد مقياس جودة الحياة بالدرجة الكلية للمقياس

الأبعاد	جودة الحياة
الصحة الجسمية	0.788**
الصحة النفسية	0.913**
العلاقات الاجتماعية	0.843**
البيئة	0.909**

** دال عند مستوى الدلالة (0.01)

ويتبين من Error! Unknown switch argument أن قيم الارتباط بين درجة كل بعد من أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس جميعها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

توضح النتائج السابقة المبينة في الجداول مدى ارتفاع معاملات الاتساق الداخلي كما تشير إلى مؤشرات صدق مرتفعة مما يؤكد صدق المقياس.

ثانياً: ثبات المقياس

للتأكد من ثبات المقياس قام الباحث بحساب معامل ثبات ألفا كرومباخ لكل بعد من الأبعاد فكانت النتائج كما هي مبينة في الجدول التالي:

جدول 23 ثبات أبعاد مقياس جودة الحياة باستخدام معامل ألفا كرومباخ

أبعاد المقياس	ألفا كرومباخ
ع الاجتماعية	0.834
الصحة الجسمية	0.821
الصحة النفسية	0.752
البيئة	0.840
الدرجة الكلية	0.931

ويتبين من Error! Unknown switch argument. أن قيم الثبات بطريقة ألفا كرومباخ لأبعاد المقياس قد تراوحت بين (0.752) و (0.931)، وجميعها قيم مقبولة تدل على درجة ثبات مرضية للمقياس وبالتالي إمكانية الاعتماد عليه والوثوق في نتائجه.

ثانيا الدراسة الأساسية

74 منهج الدراسة

اقتضت طبيعة الدراسة استعمال المنهج الوصفي المقارن، لمناسبته لأهداف الدراسة حيث أنها دراسة وصفية ارتباطية وهذا المنهج يهتم بدراسة الظواهر ووصفها وجمع المعلومات والملاحظات والحقائق المتعلقة بالظاهرة محل الدراسة، وطبيعة العلاقات، ووصف الظروف المتعلقة بالظاهرة محل الدراسة وتقرير حالتها كما هي في الواقع، وهدف الدراسة هو البحث في العلاقة بين المتغيرات (معنى الحياة المدرك ومستويي التدين وجودة الحياة) لدى المصابين بالأمراض المزمنة بالمقارنة بين مرضين (السرطان والقلب)، ومعرفة الفروق بينها.

75 مجتمع الدراسة

يتكون مجتمع الدراسة من المصابين بمرضى السرطان والقلب، ويقصد بالسرطان مجموعة من الأمراض المصنفة ضمن سلسلة الأورام الخبيثة التي تنمو في موضع ما من جسم الإنسان، وفي هذه الدراسة يعتبر المصاب به (أي السرطان) إذا شُخصَ عنده من قبل أخصائي أورام من خلال فحوصات إكلينيكية ومخبرية، ويخضع للعلاج في مركز لمكافحة السرطان على مستوى ولايتي البليدة أو غرداية. أما مرض القلب فيعني مجموعة من الأمراض الوعائية القلبية التي تتدرج ضمنه، ويعتبر المصاب به إذا تم تشخيص مرضه من قبل طبيب مختص، وكان يخضع للعلاج على مستوى ولايتي البليدة وغرداية.

76 المعاينة

قام الباحث بالإشراف على عملية تطبيق المقاييس على المصابين ببعض أنواع السرطان، وأمراض القلب، على مستوى مستشفى فرانز فانون بالبليدة، بمصلحة أمراض القلب ومركز مكافحة السرطان، وذلك بالاستعانة بمجموعة من الاخصائيين النفسانيين بعد الاتصال بهم وشرح المقاييس لهم، دون أن يحدد لهم توجه الدراسة ولا تساؤلاتها، ودون أن يفصح لهم عن فرضياتها، وذلك في الفترة الممتدة بين (أفريل 2022) و (جانفي 2023). حيث كان الاتصال بالمرضى من خلال مصلحة أمراض القلب ومركز مكافحة السرطان الموجودين بمستشفى فرانز فانون بالبليدة، حيث يُستقبل يوميا المرضى الوافدون من مختلف المناطق وبخاصة المناطق المحيطة بالبليدة. وأيضا مرضى السرطان الموجودين بمستشفى شريفي محمد بالقرارة (ولاية غرداية)، والمرضى المتواجدين بعيادة الدكتور ناصر لأمراض القلب بالقرارة (غرداية)، وبالتالي استدعت الضرورة انتظار المصابين بهذين المرضين يوميا خلال أيام الأسبوع، حسب المواعيد، حيث لا يعلم من سيأتي منهم ولا عدد المرضى المراجعين.

77 العينة وشروط اختيارها

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على عينة عرضية لتناسبها مع طبيعة الدراسة وإمكانية إجرائها. حيث يتعذر إجراء الدراسة على عينة عشوائية، وبالتالي فإن العينة العرضية قريبة من حيث طبيعتها للعينة العشوائية المطلوبة في مثل هذه الدراسات، أي أن المبحوثين غير معروفين لا من حيث أسماؤهم ولا عددهم، ثم إن طبيعة المرض ومزاجية المرضى من جراء متطلبات العلاج، تؤثر كثيرا على قبول تطبيق المقاييس واثامها، وبالتالي قد لا يكمل الكثير منهم المقاييس، ويرفض آخرون إجرائها أصلا.

1.77 خصائص العينة

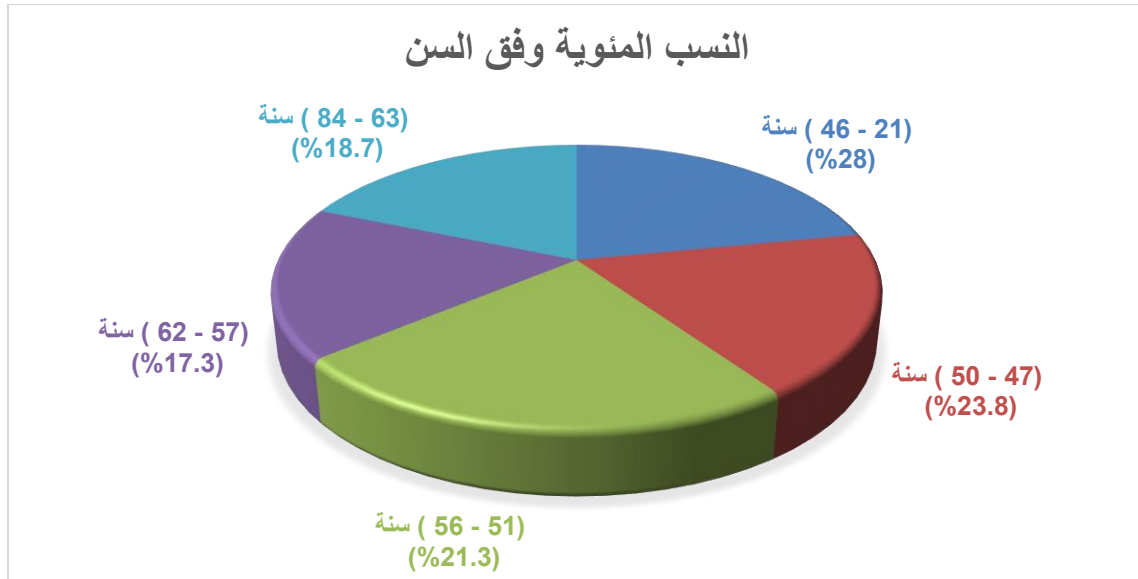
عينة الدراسة كانت كلها من الجنسين تراوحت أعمارهم بين (25 إلى 84) سنة، كما أنهم من مستويات تعليمية مختلفة، وكذا من مستويات اجتماعية مختلفة أيضا، كما هو موضح في الجداول والدوائر النسبية التالية:

1.1.77 السن

جدول 24 توزيع أفراد العينة ونسبهم حسب السن

الفئة	من 25 إلى 46 سنة	من 47 إلى 50 سنة	من 51 إلى 56 سنة	من 57 إلى 62 سنة	من 63 إلى 84 سنة
عدد الأفراد	76	64	82	60	65
النسبة المئوية (%)	21.9	18.4	23.6	17.3	18.7

يتضح من أن النسب بين الفئات العمرية المختلفة لأفراد العينة متقاربة نسبيا أعلاها فئة (51-56) سنة، حيث Error! Unknown switch argument. كما يلاحظ أن نسبة الأفراد الذين لم يتجاوزوا (50) سنة من أفراد العينة قد بلغت (40 %) في حين أن نسبة الذين تجاوزوا (50) سنة بلغت (60 %)، ويلاحظ أن هناك تقارب نسبي بين فئات العينة، حيث يبين Error! Unknown switch argument. للدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة هذا التقارب.



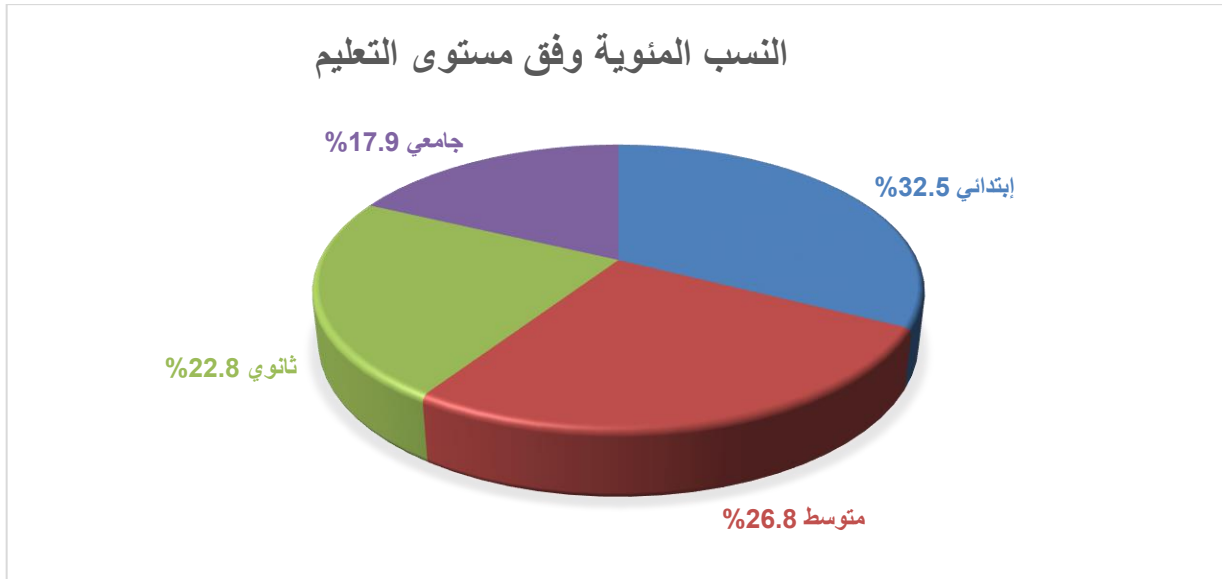
شكل رقم 16 الدائرة النسبية لتوزيع أفراد العينة حسب السن

2.1.77 المستوى الدراسي

جدول 25 نسب أفراد العينة حسب المستوى الدراسي

المستوى الدراسي	الابتدائي	المتوسط	الثانوي	الجامعي
التكرارات	113	93	79	62
النسبة المئوية	32.5 %	26.8 %	22.8 %	17.9 %

يوضح الجدول Error! Unknown switch argument. مستويات الدراسة التي تميّز عينة الدراسة، حيث تراوحت من الأدنى ممثلة المرحلة الابتدائية والتي تشمل الدراسة في الكتاتيب والمدارس القرآنية والمحاضر وكل أشكال التعليم الأولية المتاحة للفرد في بيئته، وصولاً إلى أعلاها وهي المرحلة الجامعية وجميع تدرجاتها، ويتضح أن المرحلة الابتدائية هي الأكثر تردداً بين أفراد العينة بنسبة (32.5 %)، أمّا أدناها تردداً فهي المرحلة الجامعية بنسبة (17.9 %)، ويوضح Error! Unknown switch argument. هذه النسب كما يلي:



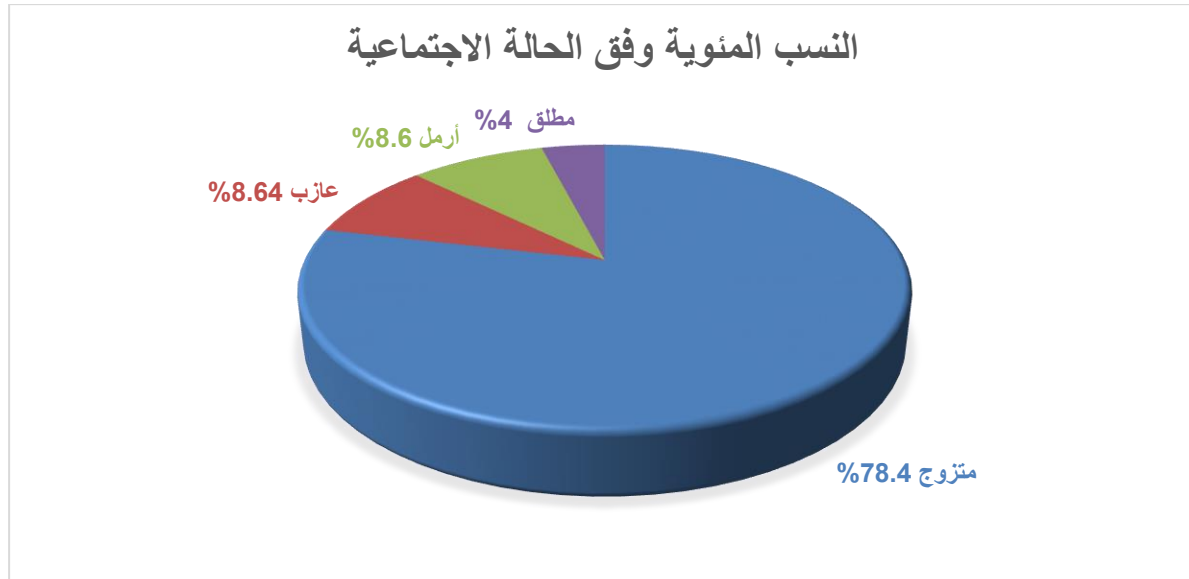
شكل رقم 17 الدائرة النسبية لتوزيع الأفراد حسب المستوى الدراسي

3.1.77 الحالة الاجتماعية

جدول 26 توزيع نسب الأفراد حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	متزوج (ة)	عازب (ة)	أرمل (ة)	مطلق (ة)	المجموع
التكرارات	272	30	30	15	347
النسبة المئوية	78.4 %	8.6 %	8.6 %	4 %	100 %

يتضح من Error! Unknown switch argument. أن هناك تباينا كبيرا جدا في الحالة الاجتماعية بين الفئات حيث أن فئة المتزوجين قد مثلت نسبة (78.4 %) بينما سجلت فئة المطلقين (ات) نسبة (4%) فقط وبالتالي فإن أزيد من ثلاثة أرباع الفئة هم من المتزوجين، ويبين هذه الفئات كما يلي:



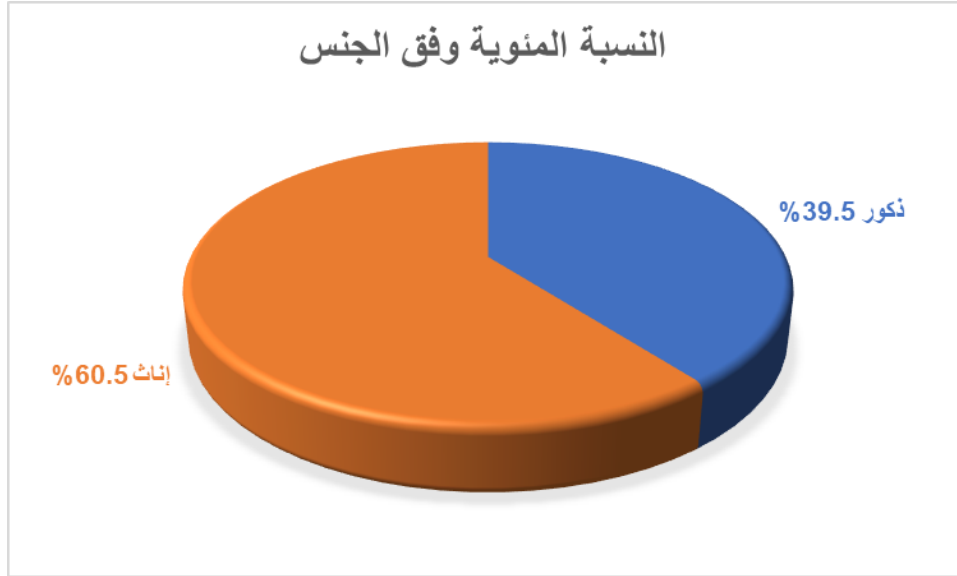
شكل رقم 18 الدائرة النسبية لتوزيع نسب الأفراد حسب الحالة الاجتماعية

4.1.77 الجنس

جدول 27 توزيع أفراد العينة ونسبهم وفق الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية وفق الجنس
الذكور	137	39.5%
الإناث	210	60.5%
المجموع	347	100%

يبين Error! Unknown switch argument. عدد الأفراد من الجنسين الذين خضعوا لهذه الدراسة ونسبهم المئوية مقارنة بعددهم الإجمالي الذي بلغ (347) فرداً، حيث كان عدد الذكور (137) مريضاً مسجلين نسبة (39.5%)، بينما كان عدد الإناث من أفراد العينة (210) مريضة مسجلات نسبة (60.5%)، ويوضح شكل رقم 19 ذلك كما يلي:



شكل رقم 19 الدائرة النسبية لتوزيع نسب الأفراد حسب الجنس

78 أدوات الدراسة

لكل دراسة أدوات يعتمد عليها بغية الوصول إلى نتائج تعطي دلالة لفرضياته وتمكن الباحث من إعطاء تفسيرات لبحثه وإجابات لإشكاليته المطروحة، وقد قام الباحثان باستعمال مقياسين حسب متطلبات البحث وهما:

1.78 مقياس معنى الحياة

أعد هذا المقياس الباحث هارون توفيق الرشيد (1996)، وقام بتقنيه في البيئة الجزائرية بشير معمرية على عينة مختلطة قوامها (414) فردا وطبقه بشير معمرية شخصيا في الفترة الممتدة بين (11 أكتوبر 2009 إلى غاية 16 فبراير 2010)، وقد حقق المقياس درجات عالية من الصدق والثبات، إذ تم قياس صدقه بعدة طرق (الصدق التمييزي، الصدق الاتفاقي، الصدق التعارضي) أما الثبات فقد قيس بطريقتين (طريقة إعادة الاختبار ، معامل ألفا كرومباخ)¹

1.1.78 مواصفات المقياس

يتكون المقياس من (39) بند لقياس معنى الحياة لدى الفرد، حيث يختار المفحوص الإجابة المعبرة عنه من بين (4) بدائل، وتنص تعليمة المقياس على وضع علامة X أمام المناسب من أحد البدائل التالية: (لا، قليلا، متوسطا، كثيرا).

¹ معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 99.

2.1.78 مفتاح التصحيح

تصحح بنود المقياس على النحو التالي:

- 0 ← لا ○
- 1 ← قليلا ○
- 2 ← متوسطا ○
- 3 ← كثيرا ○

3.1.78 سلم المقياس

درجة المفحوص نظريا تتراوح بين (0) (حيث لا وجود لمعنى الحياة) و (117) والذي يشير إلى أعلى مستوى لمعنى الحياة، أما الدرجات الفعلية فهي تراوح بين (37 و102) درجة.

4.1.78 تحديد مستويات القياس

حدد الباحث ثلاثة مستويات للقياس لكل من الذكور والإناث، حيث يبين Error! Unknown switch argument. المستويات الثلاث اعتمادا على الدرجات الخام.

جدول 28 مستويات القياس للذكور والإناث في مقياس معنى الحياة

الدرجة الخام للذكور	الدرجة الخام للإناث	مستوى معنى الحياة
68 - 29	68 - 29	معنى الحياة منخفض
88 - 69	88 - 69	معنى الحياة متوسط
117 - 89	117 - 89	معنى الحياة مرتفع

(معمرية, 2021)

2.78 مقياس التدين

هو مقياس قام ببنائه الباحث بشير معمرية بعد اطلاعه على مجموعة من المقاييس التي اتاحت له والتي تعنى بقياس التدين وبخاصة في البيئة العربية و بصفة أخص ما عنيت بالتدين الإسلامي وقد ارتكز على أعمال صالح الصنيع (1998) وكذا مهدي الطائي (1992)، ليعدّ مقياسا متضمنا لـ (60) بندا لقياس أبعاد السلوك الديني في الإسلام موزعة على ستة أبعاد لكل بعد عشر بنود والأبعاد هي:

العقائد، العبادات، المعاملات، الأخلاق، المنجيات، المهلكات، وهي ذات الأبعاد التي صمّم عليها الطائي استبياناه للسلوك الديني، بحيث يجاب عن كل بند ضمن ثلاثة بدائل، كما أن شطرا من البنود تتدرج اختيارات الإجابة عليها من أكبر مستوى للتدين بالإسلام إلى أقل مستوى، والشرط الباقي من البنود تتدرج اختيارات الإجابة عليها من أقل مستوى للتدين بالإسلام إلى أكبر مستوى.

1.2.78 تعليمية المقياس

تنص تعليمية المقياس على قراءة البدائل الثلاث المقترحة أمام كل بند ووضع إشارة (X) أمام العبارة المناسبة وذلك حسب انطباق مضمون العبارة على المفحوص إذ يختار العبارة الأكثر استجابة له.

2.2.78 مفتاح التصحيح

يتكون المقياس من (60) بندا ويوضع لكل بند ثلاث اختيارات وبالتالي فإن شطرا من البنود وهي بنود موجبة حيث يكون مفتاح تصحيحها حسب ترتيب عبارات الاستجابة: (1،2،3) معبرة عن المستوى الأعلى إلى الأدنى، بينما الشرط الثاني هي البنود السالبة فإن التصحيح يكون حسب ترتيب عبارات الاستجابة (3،2،1) معبرة عن المستوى الأدنى إلى الأعلى. وبالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين (60) وتعني أخفض مستوى للتدين و(180) وتعني أعلى مستوى للتدين.

والبنود السالبة هي: (5،7،9،14،15،22،24،25،28،30،31،35،46،48،49،50،51،53)، أما باقي البنود فهي موجبة.

3.2.78 طريقة التصحيح وتفرغ الدرجات

يبين Error! Unknown switch argument. توزيع عبارات مقياس التدين بأبعادها الستة، وكذا طريقة التصحيح ووضع الدرجات على البنود والأبعاد والسلوك ككل كما هو موضح أدناه:

جدول 29 توزيع عبارات مقياس التدين بأبعادها الستة وطريقة التصحيح والدرجات

الأبعاد	تصحّ هكذا: 1،2،3	تصحّ هكذا: 1،2،3	مجموع
العقائد	• 1..... • 13..... • 25..... • 37..... • 49.....	• 7.... • 19.... • 31.... • 43.... • 55....	
العبادات	• 2.... • 14.... • 26.... • 38.... • 50....	• 8.... • 20.... • 32.... • 44.... • 56....	

الأبعاد	تصحّح هكذا: 1,2,3	تصحّح هكذا: 1,2,3	مجموع
الأخلاق	• 3 • 15 • 27 • 39 • 51	• 9 • 21 • 33 • 45 • 57	
المعاملات	• 4 • 16 • 28 • 40 • 52	• 10 • 22 • 34 • 46 • 58	
المنجيات	• 5 • 17 • 29 • 41 • 53	• 11 • 23 • 35 • 47 • 52	
المهلكات	• 6 • 18 • 30 • 42 • 54	• 12 • 24 • 36 • 48 • 60	
المجموع الكلي للدرجات			

معمرية، مرجع سبق ذكره، ص 100

3.78 مقياس جودة الحياة

وهو صورة مختصرة لمقياس جودة الحياة الذي أعدته منظمة الصحة العالمية (1997م) وقد قام عبد المجيد بن صالح حمد المضحي بترجمته وتعديله وتقنيته، ويمتاز بوضوحه وسهولة عباراته وسهولة تطبيقه.

1.3.78 مواصفات المقياس

هذا المقياس هو الصيغة المختصرة لمقياس جودة الحياة المئوي (WHOQOL 100) الذي أعدته منظمة الصحة العالمية، وهو يغطي (24) مجالا من مجالات الحياة المختلفة لجودة الحياة التي تناولتها أو لم تناولها الأدوات التقليدية لتقدير جودة الحياة، ومن أجل النسخة المختصرة تم أخذ بند من كل مجال

من المجالات الأربع والعشرين وأضيف إليها بندان عن الحياة ككل ليتكون المقياس من (26) بنداً موزعة على أربعة أبعاد هي:

1. الصحة الجسمية.
2. الصحة النفسية.
3. العلاقات الاجتماعية.
4. البيئة¹.

كما تتراوح الدرجات بين (1 - 5) درجة للإجابة على كل عبارة من العبارات وذلك وفق البدائل الخمس التالية: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)

2.3.78 مفتاح التصحيح

يتكون المقياس من (26) بنداً و(5) بدائل: (موافق بشدة، موافق، محايد، غير موافق، غير موافق بشدة)، وتتراوح الدرجات بين (1-5) كما هو موضح في Error! Unknown switch argument. كما هو موضح أدناه:

جدول 30 بدائل ودرجات مقياس جودة الحياة المختصر

البدائل	درجات البنود الموجبة	درجات البنود السالبة
موافق بشدة	5	1
موافق	4	2
محايد	3	3
غير موافق	2	4
غير موافق بشدة	1	5

علماً أن البنود: (3،4،26) هي بنود سالبة بينما باقي البنود فهي بنود موجبة.

¹فاطمية، مرجع سبق ذكره، ص 148

3.3.78 تحديد مستويات القياس

بعد تفريغ النتائج نقوم بجمع الدرجات حيث نجد أنها تتراوح بين (26) وهي أدنى درجة وتعبر عن أدنى مستوى في جودة الحياة، وبين (130) درجة والتي تعبر عن أعلى مستوى في جودة الحياة، ويشير المقياس إلى ثلاث مستويات للقياس كما هو موضح في الجدول أدناه:

جدول 31 مستويات جودة الحياة حسب الدرجات المتحصل عليها

الدرجات	المستوى
61 – 26	منخفض
95 – 62	متوسط
130 – 96	مرتفع

المصدر: المضحى، ع. ا، جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير الجانحين بمدينة الرياض. شبكة ألوكة ، ص 1438

79 الأساليب الإحصائية المستخدمة:

اعتمد الباحث في هذه الدراسة على مجموعة من الأساليب الإحصائية بالاستعانة بالبرمجة الإحصائية للعلوم الاجتماعية النسخة 22 (SPSS V 22) وهي:

- التكرارات: لتوضيح خصائص العينة.
- النسب المئوية: لتوضيح خصائص العينة.
- المتوسط الحسابي: للتأكد من صحة الفرضيات.
- الانحراف المعياري: للتأكد من صحة الفرضيات.
- اختبار "ت" للعينة الواحدة: للتأكد من صحة الفرضيات.
- اختبار "ت" لعينتين مستقلتين: للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقاييس.
- اختبار تحليل التباين: للتأكد من صحة الفرضيات.
- معامل الارتباط بيرسون: للتأكد من صحة الفرضيات.
- اختبار كاف مربع (Chi-Square Test) للتحقق من صحة الفرضيات.
- معامل ألفا كرومباخ: للتأكد من الخصائص السيكومترية للمقاييس.

الفصل السادس

عرض وتفسير
ومناقشة
النتائج

سيعرض هذا الفصل نتائج البحث المتوصل إليها من خلال التحقق من نتائج الفرضيات التي بني عليها، وذلك باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرض من الفروض، كما سيعرض الفصل إلى تفسير النتائج المتوصل إليها ومناقشتها على ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري عموماً، والذي تمكن الباحث من الاطلاع عليه.

80 عرض نتائج الفرضية الأولى ومناقشتها

وتنص الفرضية على ما يلي: يظهر المصابون بالسرطان مستوى متدن في معنى الحياة المدرك.

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث باستعمال اختبار كاف مربع (Chi-Square Test) لحسن المطابقة ويبين Error! Unknown switch argument. ذلك على النحو التالي:

جدول 32 نتائج اختبار كاف مربع في معنى الحياة المدرك لدى عينة مرضى السرطان

كاف مربع	درجة الحرية	مستوى الدلالة
113.06	2	دال عند مستوى الدلالة: 0.001

جدول 33 مستويات قياس معنى الحياة المدرك والتكرارات لدى عينة مرضى السرطان

المستويات	التكرارات المشاهدة	التكرارات المتوقعة	المتبقي
منخفض	1	54.7	-53.7
متوسط	51	54.7	-3.7
مرتفع	112	54.7	57.3
المجموع	164	/	/

ومن خلال Error! Unknown switch argument. تبين أن عدد المصابين بالسرطان الذين لديهم مستوى منخفضاً في معنى الحياة كان فرداً واحداً، بينما بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى متوسطاً في معنى الحياة 51 فرداً، في حين بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى مرتفعاً في معنى الحياة 112 فرداً، وتجدر الإشارة إلى أن تحديد المستويات هذا تم انطلاقاً من إجابات المفحوصين على المقياس اعتماداً على سلمه - أي المقياس - وأيضاً بضمان شرط الاستقلالية الذي ينص على عدم تواجد الفرد في فئتين مختلفتين.

ويظهر من خلال Error! Unknown switch argument. أن قيمة كاف مربع 113,06 ودرجة الحرية 2 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001.

وهذا يعني أن الفروق المذكورة أعلاه هي فروق حقيقية تعود إلى الظاهرة أي أن أغلبية أفراد العينة يظهرون مستوى مرتفعاً وليس منخفضاً في معنى الحياة المدرك وبالتالي لم تتحقق الفرضية والتي نصها: **يظهر المصابون بالسرطان مستوى متدن في معنى الحياة المدرك.**

فكما نرى فإن نتائج البحث أسفرت على مستوى مرتفع لمعنى الحياة لدى عينة البحث، وعلى عكس ما توقعه الباحث والذي استند في توقعه إلى ما أشارت إليه نتائج الكثير من الدراسات السابقة، إذ ارتبط السرطان بعدد من الانفعالات السلبية ومشاعر الضيق كالاكتئاب والضييق وقلق المستقبل وقلق الموت وغيرها، حيث ارتبط معنى الحياة عكسياً وسلبياً مع متغيرات نفسية عديدة منها: قلق المستقبل كما في دراسة أبو الهدى (2011)، والاحترق النفسي نحو دراسة جاب الله (2007) ومشاعر الضيق كدراسة جارسما وزملاؤه (2007)، والاكتئاب كدراسة هشام (2016)، ومع ذلك فقد جاءت نتائج هذه الدراسة مغايرة للتوقع، وهو ما يتوافق تماماً مع طروحات فرانكل في نظرية البحث عن المعنى حيث يجد الفرد معنى لحياته ويكتشفه في حمأة المعاناة التي يعيشها، ويُعيد الظروف الصعبة التي قد يمر بها، فالسرطان في المخيال الجمعي يعني الموت، وظروف الاستشفاء وحيثياته تعني شديد العناء، وبالتالي فإن الإصابة بالسرطان تعني أقصى درجات الشدة والمعاناة، وهي من جهة أخرى لحظة تشكّل المعنى حسب فرانكل والذي يقول: "حينما يجد شخص نفسه في موقف لا مفرّ منه، وحينما يكون على شخص أن يواجه شيئاً مقدّراً لا يمكن تغييره، كأن يكون مريضاً عضالاً، عندئذ فقط يكون أمام الشخص فرصة أخيرة لتحقيق القيمة العليا، لتحقيق المعنى الأعمق" (فرانكل، 1982، ص 149). ولقد أكدت دراسات ميدانية كثيرة هذا الطرح النظري وتطابقت مع ما أسفرت عنه نتيجة هذه الدراسة كدراسة سالمون وزملاؤه (1996) والتي هدفت لقياس معنى الحياة للمرضى الذين يعانون من سرطان غير قابل للشفاء حيث أظهرت الدراسة وضوح المعنى لدى المرضى كما أظهرت درجات المقياس أن المرضى الأصغر سناً كانوا أكثر استياءً من مرضهم، لكنهم اكتسبوا أيضاً تصوراً أوضح لمعنى الحياة (Salmon et al, 1996)، ودراسة الأسطل (2020) والتي هدفت للكشف عن السلام الداخلي والأمل كمنبئات لإدراك معنى الحياة لدى عينة من المتعافيات من سرطان الثدي بمحافظة غزة حيث أبانت عن مستويات عليا لمعنى الحياة لدى أفراد العينة (الأسطل، 2020)، في حين اختلفت نتيجة هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة شريف وزميلاتها (2016) والتي هدفت لدراسة معنى الحياة لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية بمحافظة اللاذقية وقد أبانت الدراسة عن مستويات متوسطة ومنخفضة في معنى الحياة لدى أفراد العينة، وكذلك اختلفت الدراسة الحالية مع دراسة دامن وزملائه (2022) والتي كشفت عن مستويات منخفضة في معنى الحياة لدى عينة من مرضى السرطان الهولنديين.

81 عرض نتائج الفرضية الثانية ومناقشتها

وتنص الفرضية على ما يلي: **يظهر المصابون بأمراض القلب مستوى متدن في معنى الحياة المدرك.**

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث باستعمال اختبار كاف مربع (Chi-Square Test) لحسن المطابقة حيث يبين Error! Unknown switch argument ذلك على النحو التالي:

جدول 34 نتائج اختبار كاف مربع في معنى الحياة المدرك لدى عينة مرضى القلب

كاف مربع (Chi-Square Test)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
162.39	2	دال عند مستوى الدلالة: 0.001

جدول 35 مستويات قياس معنى الحياة المدرك والتكرارات لدى عينة أمراض القلب

المستويات	التكرارات المشاهدة	التكرارات المتوقعة	المتبقي
منخفض	5	61.0	-56.0
متوسط	38	61.0	-23.0
مرتفع	140	61.0	79.0
المجموع	183	/	/

ومن خلال جدول 40 تبين أن عدد المصابين بالقلب الذين لديهم مستوى منخفضاً في معنى الحياة قد بلغ 5 أفراد بينما بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى متوسطاً في معنى الحياة 38 فرداً في حين بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى مرتفعاً في معنى الحياة 140 فرداً وتجدر الإشارة إلى أن تحديد المستويات هذا تم انطلاقاً من إجابات المفحوصين على المقياس اعتماداً على سلمه - أي المقياس - وأيضا بضمان شرط الاستقلالية الذي ينص على عدم تواجد الفرد في فئتين مختلفتين.

ويظهر من خلال Error! Unknown switch argument. أن قيمة كاف مربع 162.39 ودرجة الحرية 2 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001.

وهذا يعني أن الفروق المذكورة أعلاه هي فروق حقيقية تعود إلى الظاهرة أي أن أغلبية أفراد العينة يظهرون مستوى مرتفعاً وليس منخفضاً في معنى الحياة المدرك وبالتالي لم تتحقق الفرضية والتي نصها: **يظهر المصابون بأمراض القلب مستوى متدن في معنى الحياة المدرك.**

جاءت نتائج هذه الدراسة مغايرة لتوقعات الباحث الذي افترض مستوى منخفضاً في معنى الحياة لدى المصابين بأحد أمراض القلب من أفراد عينة البحث، انطلاقاً من ما تسببه أمراض القلب والأوعية الدموية من آثار سلبية على المريض، فقد أكدت عديد الدراسات التي أجريت على عينات من مرضى القلب هذه الآثار، وفي هذا السياق أكدت دراسة كونستام وزملاؤه (2005): مدى انتشار الاكتئاب والقلق بين المرضى الذين يعانون من قصور القلب، وانعكاس ذلك على حياتهم اليومية (Konstam et al, 2005)، كما أشارت دراسة سويدية كان الغرض منها استكشاف تصور مرضى قصور القلب الاحتقاني لحالة حياتهم إلى أن الافتقار العقلي والبدني للطاقة الذي يشعر به المرضى يؤدي إلى الحد من قدرتهم على العمل والأنشطة الاجتماعية. مما يتسبب في اقتناعهم بعدم تمكنهم وعدم تمكن بيئتهم على

التأثير الإيجابي على وضع حياتهم، مما ينبؤ بارتفاع خطر استقالة المرضى من حياتهم (Måtensson et al, 1997)، وفي ذات السياق أشارت أيضا دراسة كارني وفريدلاند (2008) إلى أن ما يربو عن (20%) من المرضى الذين يعانون من أمراض القلب التاجية (CHD) يعانون من الاكتئاب الشديد، كما أن (20%) يعانون من الاكتئاب الطفيف في مرحلة ما من مراحل مرضهم (Carney & Freedland, 2008)، هذا إضافة إلى مشاعر الضيق والتوتر والقلق والعزلة والارهاق كما أشارت لذلك دراسة باترنال وزملاؤه (Pattenden وآخرون, 2007)، وصولا إلى اليأس وانخفاض الأمل كما جاء في دراسة روستن وآخرون (2008)، غير أنها - أي دراسة روستن وزملاؤه - قد أبانت عن نتيجة مهمة وهي أنه وبمجرد التحكم في المتغيرات الديموغرافية، كان لدى مرضى قصور القلب درجات أمل عالمية أعلى بكثير من الأشخاص الضابطين (Rustøen et al, 2005)، وهنا تحديدا تأثير بعض المتغيرات وعلى رأسها متغير التدخين ليغير نظرة المريض نحو الحياة، فلقد أشارت دراسة عمامرة وطعيلي (2018) للعلاقة العكسية بين التدخين وقلق الموت، باعتبار أن القلق عامة وقلق الموت خاصة مرتبط بالأمراض المزمنة والخطيرة من جهة، ومن جهة أخرى ارتباط معنى الحياة بالتدين ارتباطا وثيقا، وفي هذا الصدد أجريت دراسة نوعية كان الهدف منها دراسة العلاقة والتأثير بين المعتقدات والأهداف من جهة وبين معنى الحياة من جهة أخرى لدى مرضى قصور القلب الاحتقاني (CHF)، لتؤكد نتائجها العلاقة الإيجابية المتبادلة بين المتغيرين، وهذا ما يفسر ما أسفرت عليه نتائج الدراسة الحالية من ارتفاع مستوى معنى الحياة لدى أفراد العينة، وقد تطابقت نتائج الدراسة الحالية مع كثير من الدراسات التي خلصت إلى ارتفاع مستوى معنى الحياة لدى أفراد عينات من المصابين بأمراض مزمنة مختلفة كالسرطان: على غرار دراسة سالمون وزملائه (1996)، ودراسة شريف وزملائها (2016)، ودراسة الأسطل (2020)، وهي النتيجة ذاتها التي أسفرت عنها دراسة البناء والحميدي والتي كانت على عينة من مرض مزمن آخر، وهو الأنيميا المنجلية (البناء والحميدي، 2023).

82 عرض نتائج الفرضية الثالثة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: لدى المصابين بالسرطان مستوى مرتفع من التدخين.

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث باستعمال اختبار كاف مربع (Chi-Square Test) لحسن المطابقة ويبين Error! Unknown switch argument. ذلك على النحو التالي:

جدول 36 نتائج اختبار كاف مربع في التدخين لدى عينة مرضى السرطان

كاف مربع (Chi-Square Test)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
105.59	2	دال عند مستوى الدلالة: 0.001

جدول 37 مستويات قياس التدخين والتكرارات لدى عينة مرضى السرطان

المستويات	التكرارات المشاهدة	التكرارات المتوقعة	المتبقي
منخفض	37	54.7	-17.7-
متوسط	115	54.7	60.3
مرتفع	12	54.7	-42.7-
المجموع	164	/	/

ومن خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن عدد المصابين بالسرطان الذين لديهم مستوى منخفضا في التدخين قد بلغ 37 فردا بينما بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى متوسطا في التدخين 115 فردا في حين بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى مرتفعا في التدخين 12 فردا وتجدر الإشارة إلى أن تحديد المستويات هذا تم انطلاقا من إجابات المفحوصين على المقياس اعتمادا على سلمه - أي المقياس - وأيضا بضمان شرط الاستقلالية الذي ينص على عدم تواجد الفرد في فئتين مختلفتين.

ومن خلال جدول 41 قيمة كاف مربع 105.59 ودرجة الحرية 2 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001

وهذا يعني أن الفروق المذكورة أعلاه هي فروق حقيقية تعود إلى الظاهرة أي أن أغلبية أفراد العينة يظهرون مستوى متوسطا وليس مرتفعا في التدخين وبالتالي لم تتحقق الفرضية والتي نصها: لدى المصابين بالسرطان مستوى مرتفع من التدخين.

ففي حين أبانت دراسات عديدة عن ارتفاع مستوى التدخين لدى ذوي الأمراض المزمنة عموما وبخاصة الأمراض الخطيرة كالسرطان حيث يكون التدخين والعودة إلى الله السمة الغالبة لديهم كما أشارت إلى ذلك دراسة زعوط (2016) والتي درست نوعية الحياة لدى مرضى السرطان وعلاقتها بكل من الكرب النفسي والتدين، وأيضا دراسة زرقاني وآخرون (2018) والذي هدفت لدراسة العلاقة بين التدخين ونوعية الحياة لدى عينة من المصابات بسرطان الثدي بإيران، فقد أبانت الدراسة الحالية عن مستوى متوسط، خلاف ما توقعه الباحث وقد يعود ذلك إلى عدة أسباب، منها أسباب منهجية وموضوعية حيث يعتبر التدين من المواضيع الصعب قياسها، كما أن أدوات القياس المتوفرة على تنوعها يمكنها أن تغطي نسبيا بعض الجوانب ولكنها تعجز على أن تلم بالموضوع من كل جوانبه وبخاصة ما تعلق بالجوانب الإيمانية والغيبية، وهي جوهر موضوع التدخين، إضافة إلى التأثيرات الثقافية والبيئية والمفاهيمية التي تؤثر بشكل كبير على تدين الفرد باعتبار التدخين ذا تمظهر جماعي وفردى. ومن جهة أخرى وبالتركيز على الجزائر موطن الدراسة الحالية وبالنظر إلى الفترات الزمانية المختلفة وما حملته كل فترة من أحداث وتدايعات، مروراً بالفترة الاستعمارية الطويلة ومخلفاتها الكبيرة (من أمية وفقر وتشويهات وبخاصة الثقافية منها...)، وكذا التفتح على المعسكر الاشتراكي بعد الاستقلال وما يضره من فكر شيوعي، وبعدها الانفتاح السياسي على مختلف التيارات السياسية وما تحمله من أفكار

أيدولوجية وبخاصة مع تعطش الفرد الجزائري للعودة لفطرته الدينية المتجذرة وصولاً إلى الأزمة الأمنية من خلال العشرية السوداء وأثارها الوخيمة .. وغير ذلك من الأحداث، مما أثر على تدين الفرد الجزائري والذي افتقد إلى مرجعية يعود إليها ويستند عليها، وبناء على هذا فإن الصورة التي يمكن رسمها عن واقع التدين في الجزائر يتراوح بين تيارين متناقضين تحكمهما الأمية الدينية كما عبر عنها سعود (2004)، وهما تيارا الغلو والانحلال، في حين انحسر تيار الاعتدال والوسطية في ظل الظروف الثقافية والاقتصادية والاجتماعية الصعبة التي مرت وتمر بها الجزائر، ممّا أسفر عن انحصار التدين في ألوان من التراتيل وأيضاً اهتماماً بالمظاهر والشكليات، وكذا أفكار مشوشة مفقورة إلى ناظم منهجي ينظمها، لتقدم إسلاماً في دثار متقادم بعيد عن متطلبات العصر ولا يستجيب لواقع المسلم الراهن (سعود، 2004، ص 450). ومع ذلك يمكن القول بأن الفرضية وإن لم تتحقق كلياً باعتبار افتراضها لمستوى مرتفع من التدين غير أنه يمكن اعتبار مستوى التدين المتوسط لأفراد العينة مقبولا بالنظر إلى الأسباب التي تم عرض بعض منها سابقاً، والذي يُفسّر بلجوء الإنسان إلى الله وإلى الدين وبخاصة في الظروف الصعبة كحالة المرض العضال إنما يمنحه فسحة من الأمل والسلام والاطمئنان وفي هذا يقول الحق تعالى ﴿وَإِذَا مَسَّكُمُ الضُّرُّ فَيَأْخُذْ ضَلَّ مَنْ تَدْعُونَ إِلَّا إِلَهُهُ﴾ (الاسراء 17)، وقوله تعالى ﴿وَإِذَا مَسَّ النَّاسَ ضُرٌّ دَعَوْا رَبَّهُمْ مُنِيبِينَ إِلَيْهِ ثُمَّ إِذَا آذَاهُمْ مِنْهُ رَحْمَةٌ إِذَا فَرِيقٌ مِّنْهُمْ بِرَبِّهِمْ يُشْرِكُونَ﴾ (الروم 30)، وقوله ﴿وَإِذَا مَسَّ الْإِنْسَانَ ضُرٌّ دَعَا رَبَّهُ مُنِيبًا إِلَيْهِ..﴾ (الزمر 39) وغيرها من الآيات.

وقد أبانت دراسات كثيرة عن دور التدين الإيجابي في التخفيف من معاناة المرضى، كذا المشاعر الإيجابية كالأمل والتخفيف من حدة القلق. ومن هذه الدراسات دراسة ألكون وزملائه (2010)، ودراسة فولت وآخرون (2011)، وأيضاً دراسة جورج وبار (2011)، ودراسة السجاري وزملائه (2017). ومع ذلك فقد أشارت بعض الدراسات منها دراسة دامن وآخرون (2022) إلى مستويات دنيا للإيمان والروحانية لدى مرضى السرطان من أفراد العينة.

83 عرض نتائج الفرضية الرابعة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: لدى المصابين بأمراض القلب مستوى مرتفع من التدين.

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث باستعمال اختبار كاف مربع (Chi-Square Test) لحسن المطابقة ويبين Error! Unknown switch argument. ذلك على النحو التالي:

جدول 38 نتائج اختبار كاف مربع في التدين لدى عينة مرضى القلب

كاف مربع (Chi-Square Test)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
134.65	2	دال عند مستوى الدلالة: 0.001

جدول 39 مستويات قياس التدخين والتكرارات لدى عينة مرضى القلب

المستويات	التكرارات المشاهدة	التكرارات المتوقعة	المتبقي
منخفض	24	61.0	-37.0-
متوسط	135	61.0	74.0
مرتفع	24	61.0	-37.0-
المجموع	183	/	/

ومن خلال Error! Unknown switch argument. تبين أن عدد المصابين بالقلب الذين لديهم مستوى منخفضاً في معنى الحياة قد بلغ 24 فرداً بينما بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى متوسطاً في معنى الحياة 135 فرداً في حين بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى مرتفعاً في معنى الحياة 24 فرداً وتجدر الإشارة إلى أن تحديد المستويات هذا تم انطلاقاً من إجابات المفحوصين على المقياس اعتماداً على سلمه - أي المقياس - وأيضاً بضمان شرط الاستقلالية الذي ينص على عدم تواجد الفرد في فئتين مختلفتين.

ويظهر من خلال Error! Unknown switch argument. أن قيمة كاف مربع 134.65 ودرجة الحرية 2 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001، وهذا يعني أن الفروق المذكورة أعلاه هي فروق حقيقية تعود إلى الظاهرة أي أن أغلبية أفراد العينة يظهرون مستوى متوسطاً وليس مرتفعاً في معنى الحياة المدرك وبالتالي لم تتحقق الفرضية والتي نصها: لدى المصابين بأمراض القلب مستوى مرتفع من التدخين.

وبالرغم من عدم تحقق الفرضية بشكل كامل إذ كان الافتراض بوجود مستوى مرتفع في مستوى التدخين لدى أفراد العينة غير أن النتائج أبانت عن أن الذين أظهروا مستويات منخفضة في مقياس التدخين من أفراد العينة كانوا 24 فرداً فقط وذلك بنسبة 14.63 % لتبقى النسبة الأكبر المتبقية تشير بوضوح إلى مستويات أعلى في التدخين لدى باقي أفراد العينة، ويرى الباحث أن هذه النسبة مقبولة جداً وبخاصة مع موضوع التدخين والذي يعتبر من الموضوعات الصعب دراستها وقياسها بالنظر إلى الصعوبات المنهجية والموضوعية والتي تم بيان جزئ منها في تفسير نتائج الفرضية السابقة، وبالتالي يمكن القول بأن الفرضية تحققت جزئياً، وهذا يتفق مع الدراسات المختلفة التي درست موضوع التدخين لدى المصابين بالأمراض المزمنة عموماً كما أشارت إلى ذلك دراسة عمامرة وطعيلي (2017) والتي جرت على عينة من المصابين بأمراض مزمنة أن لدى المصابين بأمراض مزمنة عموماً مستويات مرتفعة من التدخين.

كما أبانت دراسة أبو وآخرون (2018) والتي من خلالها قام الباحثون بمراجعة منهجية وتقييم نقدي للأدبيات المتاحة التي فحصت العلاقة بين التدخين و / أو الروحانية (R/S) ونوعية الحياة (QOL) لدى مرضى القلب والأوعية الدموية (CVD)، مستخدمة العديد من قواعد البيانات الإلكترونية عبر الإنترنت، على وجود مستويات مرتفعة من الرفاهية الروحية، والتدين الجوهري وذلك في عشر

دراسات من الدراسات التي تم فحصها. وفي ذات السياق أشارت دراسة توبين وآخرون (2022) والتي درست الروحانية لدى عينة من مرضى القصور القلبي إلى إظهار مستويات مرتفعة في التدين لدى أفراد العينة (Tobin et al, 2022).

84 عرض نتائج الفرضية الخامسة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: لدى المصابين بالسرطان مستوى منخفض في جودة الحياة.

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث باستعمال اختبار كاف مربع (Chi-Square Test) لحسن المطابقة ويبين Error! Unknown switch argument. ذلك على النحو التالي:

جدول 40 نتائج اختبار كاف مربع في جودة الحياة لدى عينة مرضى السرطان

كاف مربع (Chi-Square Test)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
27.08	2	دال عند مستوى الدلالة: 0.001

جدول 41 مستويات قياس جودة الحياة والتكرارات لدى عينة مرضى السرطان

المستويات	التكرارات 0 المشاهدة	التكرارات المتوقعة	المتبقي
منخفض	41	54.7	-13.7
متوسط	86	54.7	31.3
مرتفع	37	54.7	-17.7
المجموع	164	/	/

ويوضح Error! Unknown switch argument. أن عدد المصابين بالسرطان الذين لديهم مستوى منخفضاً في جودة الحياة قد بلغ 41 فرداً بينما بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى متوسطاً في معنى الحياة 86 فرداً في حين بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى مرتفعاً في معنى الحياة 37 فرداً وتجدر الإشارة إلى أن تحديد المستويات هذا تم انطلاقاً من إجابات المفحوصين على المقياس اعتماداً على سلمه - أي المقياس - وأيضا بضمان شرط الاستقلالية الذي ينص على عدم تواجد الفرد في فئتين مختلفتين.

ويظهر من خلال Error! Unknown switch argument. أن قيمة كاف مربع 27.08 ودرجة الحرية 2 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001.

وهذا يعني أن الفروق المذكورة أعلاه هي فروق حقيقية تعود إلى الظاهرة أي أن أغلبية أفراد العينة يظهرون مستوى متوسطا وليس منخفضا في جودة الحياة المدرك وبالتالي لم تتحقق الفرضية والتي نصها: **لدى المصابين بالسرطان مستوى منخفض في جودة الحياة.**

بالنظر إلى ثقل مرض السرطان، والآثار التي تخلفها البروتوكولات العلاجية المصاحبة وتأثيراتها، والتي تشكل مصدر ضيق للمريض، فقد افترض الباحث مستوى منخفضا في جودة الحياة، وهذا تماشيا مع العديد من الدراسات التي أبانت عن مستويات منخفضة في جودة الحياة لدى المصابين بمختلف أنواع السرطان، كدراسة الأحمرى (2018) والتي هدفت إلى معرفة علاقة الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين الصحة النفسية العامة وجودة الحياة لدى مرضى السرطان، حيث أبانت عن مستوى منخفض في مؤشرات جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث، وكذلك دراسة فينك وآخرون (2018) والتي كان الغرض منها فحص جودة الحياة لدى مرضى سرطان الثدي من كولومبيا واستكشاف العلاقة بين جودة الحياة والتفاؤل المعتاد والدعم الاجتماعي، فقد أشارت هي الأخرى إلى انخفاض جودة الحياة لدى المريضات. وأشارت أيضا دراسة يوسارو وآخرون (2014) إلى نفس النتيجة، وأيضا دراسة يان وسيليك (2004) وهي دراسة صينية جرت على عينة من المصابين بسرطان الجهاز الهضمي، وكذلك دراسة بيلي وآخرون (2023) والتي استهدفت عينة من مرضى سرطان الرئة (Bailey et al, 2023). غير أنه وعلى عكس المتوقع فإن نسبة المرضى للدراسة الحالية الذين سجلوا مستوى منخفض في جودة الحياة كان (41) فردا من (164) مصاب بالسرطان من أفراد العينة، أي بنسبة لم تتعد (25 %) من مجموع أفراد عينة المصابين بالسرطان، وقد يفسر ذلك إلى دور تشكل معنى الحياة عند أولائي المرضى على إثر إصابتهم بمرض خطير وإدراك قيمة الحياة من جهة، كما يعود إلى دور التدخين في التخفيف من أعباء المرض في شقه النفسي وإرجاع الأمر لله باعتباره ابتلاء، وباعتباره موجبا للصبر الذي يستجلب المغفرة والرفعة في الدرجات، وهذا كله تحت مظلة الرضا بالقضاء والقدر الذي يعتبر من أركان الإيمان الأساسية. ولقد وردت آيات كثيرة في هذا المساق منها قوله تعالى: ﴿وَمَا يُلْقِهَا إِلَّا الَّذِينَ صَبَرُوا وَمَا يُلْقِهَا إِلَّا ذُو حَظٍّ عَظِيمٍ﴾ (فصلت 35)، وقوله تعالى ﴿يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا اصْبِرُوا وَالصَّابِرُونَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ﴾ (المومنون 111)، وقوله ﴿سَلَامٌ عَلَيْكُمْ بِمَا صَبَرْتُمْ فَنِعْمَ عُقْبَى الدَّارِ﴾ (الرعد 24). وباعتبار أن "جودة الحياة في النهاية هي تعبير عن الإدراك الذاتي لتلك الجودة، فالحياة بالنسبة للإنسان هي ما يدركه منها" (معمرية، 2020، ص 15)، حيث يلعب التدخين والمعنى المدرك دورا بارزا في تشكله - أي هذا الإدراك -، وقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة زعطوط (2017) والتي أشارت نتائجها إلى أن أغلب المرضى من أفراد العينة (مرضى السرطان) والذين يشكلون (88%) لديهم نوعية حياة متوسطة إلى مرتفعة، كما اتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة أندرسون وآخرون (2020) والتي قامت بدراسة العوامل المرتبطة بنوعية الحياة بين المرضى الذين تم تشخيصهم حديثا بتجفيف الفم وسرطان البلعوم حيث أشارت نتائجها إلى تحلي أفراد العينة بمستويات متوسطة في جودة الحياة (Andersen et al, 2023).

وأشارت دراسة طايبي (2018) والتي أجريت بهدف الكشف عن مستويات نوعية الحياة والفعالية الذاتية، والعلاقة بينهما لدى مرضى الصدفية عن انخفاض مستوى نوعية الحياة لدى أفراد العينة.

85 عرض نتائج الفرضية السادسة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: لدى المصابين بأمراض القلب مستوى منخفض في جودة الحياة.

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث باستعمال اختبار كاف مربع (Chi-Square Test) لحسن المطابقة ويبين Error! Unknown switch argument. ذلك على النحو التالي:

جدول 42 نتائج اختبار كاف مربع في جودة الحياة لدى عينة مرضى القلب

كاف مربع (Chi-Square Test)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
90.62	2	دال عند مستوى الدلالة: 0.001

جدول 43 مستويات قياس جودة الحياة والتكرارات لدى عينة مرضى القلب

المستويات	التكرارات المشاهدة	التكرارات المتوقعة	المتبقي
منخفض	منخفض	23	61.0
متوسط	متوسط	121	61.0
مرتفع	مرتفع	39	61.0
المجموع	183	/	/

ومن خلال Error! Unknown switch argument. تبين أن عدد المصابين بالسرطان الذين لديهم مستوى منخفضاً في جودة الحياة قد بلغ 23 فرداً بينما بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى متوسطاً في معنى الحياة 121 فرداً في حين بلغ عدد المصابين الذين لديهم مستوى مرتفعاً في معنى الحياة 39 فرداً وتجدر الإشارة إلى أن تحديد المستويات هذا تم انطلاقاً من إجابات المفحوصين على المقياس اعتماداً على سلمه - أي المقياس - وأيضاً بضمان شرط الاستقلالية الذي ينص على عدم تواجد الفرد في فئتين مختلفتين.

ومن خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن قيمة كاف مربع 90.62 ودرجة الحرية 2 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001، وهذا يعني أن الفروق المذكورة أعلاه هي فروق حقيقية تعود إلى الظاهرة أي أن أغلبية أفراد العينة يظهرون مستوى متوسطاً وليس منخفضاً في جودة الحياة وبالتالي لم تتحقق الفرضية والتي نصها: لدى المصابين بأمراض القلب مستوى منخفض في جودة الحياة.

وتطابقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة أجيلوبولو وزملاؤه (2010) والتي كان هدفها تقييم مستوى القلق والاكتئاب ونوعية الحياة بين المرضى الذين يعانون من قصور القلب. كما تطابقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة سايل وقلاتي (2019) والتي هدفت الى التعرف على مستويات نوعية الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض قلبية حيث أبانت عن مستويات متوسطة في جودة الحياة لدى أفراد العينة.

في حين أبانت دراسات أخرى كدراسة جبر (2018) والتي كان غرضها التعرف على جودة الحياة وعلاقتها بمواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى أمراض القلب في أحد مستشفيات الخرطوم على مستويات عالية في جودة الحياة لدى أفراد العينة. وهي نفس النتائج التي توصلت إليها دراسة عدودة وبراجل (2018) لدى عينة من مرضى قصور الشريان التاجي وبخاصة جودة الحياة المتعلقة بالصحة.

ومن جهة أخرى فقد اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسات كثيرة أخرى منها دراسة كارفالو وزملاؤه (2013) والتي هدفت إلى تقييم نوعية حياة مرضى ارتفاع ضغط الدم بالمقارنة مع عامة السكان، حيث خلصت الدراسة إلى أن جودة الحياة لدى عينة المرضى منخفضة مقارنة بعامة السكان من أفراد العينة. وأشارت دراسة فان كارلار وآخرون (2003) أيضا إلى تدني مستوى نوعية الحياة لدى أفراد العينة إذ هدفت الدراسة إلى وصف الأدوات التي تقيّم نوعية الحياة لدى المرضى الذين يعانون من مرض وريدي مزمن، كما أبانت دراسة إمري وزملاؤه (2004) والتي هدفت لفحص الاختلافات بين الجنسين في نوعية الحياة بين مرضى القلب، هي الأخرى على تدني مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة وبشكل أكبر لدى الاناث. وأفصت دراسة ليزمان ليجت وزملاؤه (2009) أيضا إلى نفس النتائج من أفراد عينتها، وقد أجريت الدراسة في نيويورك لمعرفة الفروق في نوعية الحياة وأعراض الاكتئاب بين عينتين متطابقتين من حيث العمر والجنس ممن شخصوا بمرض قصور القلب لديهم، كما كشفت دراسة توبين وآخرون (2022) هي الأخرى عن مستويات منخفضة في جودة الحياة لدى عينة من مرضى القصور القلبي. وكما نرى فإن هناك تباينا في نتائج الدراسات المختلفة فيما يخص مستوى جودة الحياة لدى المصابين بأمراض القلب، علما بأن الإصابة بأحد أمراض القلب يعرض المصاب إلى " ضغوطات خارجية والتزامات، على المريض التقيد بها والمتمثلة في العلاج والحالة الصحية والجراحة والاستجابات الانفعالية والاجتماعية"¹ وغيرها مما يؤثر سلبا على سيرورة حياته وجودتها، فالآثار التي تخلفها الإصابة بأحد أمراض القلب باعتبار مكانة القلب لدى الانسان قد تكون كبيرة حيث أن " غموض المصير الصحي لمرضى القلب، وخوفه من المستقبل المجهول، وما قد ينتظره من مضاعفات أثناء مرضه قد يسبب له شعورا بعدم الطمأنينة و التي تظهر من خلال الأرق وكثرة كلام وعدم القدرة على الاستقرار نتيجة لكثرة التفكير بمرضه مما قد يدفعه للنظر إلى الأمر بطريقة غير عقلانية تزيد من فكرة اقترابه من الموت وتعيق حياته بشكل كامل"² وهذا ما ينبئ بانخفاض جودة الحياة لدى المصاب بمرض

¹ سايل، ح. و قلاتي، ل. نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القلب والأوعية Health related Quality of life among patients with Cardiovascular diseases. دراسات نفسية، <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/175681>، 2021. ، ص 9

² الشهري، ر. ع.. الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب. مجلة البحث العلمي في التربية، 339-381. ص 342.

القلب غير أن نتائج الدراسة الحالية قد أبانت كما رأينا إلى نتائج مغايرة، مما يبين عن دور معنى الحياة والتدين في التخفيف من المعاناة وما قد يكابده المريض من ضيق وألم من جراء مرضه. وباعتبار جودة الحياة على أنها نتاج إدراك الفرد لها فإن عوامل الثقافة والأيدلوجيا والبيئة والتنشئة تلعب دورا أساسا في العملية الإدراكية هاته حيث يتشكل المعنى للأشياء ويبرز دور الدين في تشكل هذا المعنى، لينعكس إدراكا لجودة الحياة.

وباعتبار الأمراض المزمنة عموما وبالمقارنة بين نتائج هذه الفرضية ونتائج الفرضية السابقة (الفرضية الخامسة) فإننا نلاحظ تطابقا في النتائج حيث يظهر المصابون بالسرطان والمصابون بأمراض القلب مستوى متوسطا في جودة الحياة ويمكن اعتبار هذه النتيجة متفقة جزئيا مع ما خلصت إليه فاضلي وتركي (2020) التي عنيت بالكشف على مستوى نوعية الحياة لدى مرضى السكري والفروق في نوعية الحياة التي تعزى لنوع السكري والجنس والسن إذ أشارت إلى تمتع أفراد العينة بمستويات مرتفعة في جودة الحياة، وكذلك دراسة يحيوي وبوطغان (2023) والتي كانت على عينة من مرضى السكري أيضا.

86 عرض نتائج الفرضية السابعة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالسرطان ومستوى التدين لديهم.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث معامل الارتباط الخطي بيرسون (r_{pr}) ويوضح Error! Unknown switch argument. كما يلي:

جدول 44 معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك والتدين لدى عينة مرضى السرطان

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة الارتباط بيرسون (r_{pr})	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الاحصائية
معنى الحياة	164	92.57	11.19	0.939		دال عند مستوى 0.001
التدين	164	274.60	22.27			

من خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن المتوسط الحسابي لمعنى الحياة لدى أفراد العينة البالغ عددهم 164 مريض قدر بـ 92.57 وبانحراف معياري قدر بـ 11.19 بينما التدين لنفس أفراد العينة قدر متوسطهم الحسابي بـ: 274.60 وبانحراف معياري قدر بـ 22.27 فكانت قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي 0.939 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين معنى الحياة والتدين لدى المصابين بالسرطان. مما يعني تحقق الفرضية

وكما كان متوقعا فقد ارتبط تشكل المعنى لدى الانسان ارتباطا إيجابيا بالتدين، حيث يعتبر الدين والذي لازم الوجود البشري – كما تم بيان ذلك بالتفصيل في الجانب النظري – رافدا أساسيا ومرجعا

رئيساً لتشكيل المعنى إذ يعطي لمعنته قاعدة ارتكاز لتفسير الأشياء والظواهر، فيسهم بشكل رئيس في بناء نموذج التفسيري وبخاصة ما تعلق بالغيبيات والمآلات والأمور الايمانية عموماً، إذ أنه رغم ارتباط السرطان بعدد من الانفعالات السلبية ومشاعر الضيق كالاكتئاب والضيق وقلق المستقبل وقلق الموت وغيرها، مما ينبئ بانخفاض مستوى معنى الحياة المدرك كما بينته دراسات عديدة على غرار دراسات: جارسم وزملاؤه (2007)، أبو الهدى (2011)، وهشام (2016)، إلا أن معنى الحياة المدرك في هذه الدراسة كان مرتفعاً، ما يؤكد أراء فرانكل من حيث أن اكتشاف المعنى يولد من رحم المعاناة، حيث يومض نور الفطرة السليمة لتوجيه المصاب إلى اكتشاف هذا المعنى وإيجاد سبب للعيش، ووجود قوة تستقطب المصاب فتنتشله من براثن اليأس والقنوط والفراغ إلى نور الأمل وسعة الحياة ورحابة المعنى، وفي هذه اللحظة بالذات يبرز دور الدين والروحانيات بجلاء، مما يشير ويفسر الارتباط الوثيق والايجابي بين معنى الحياة والتدين. ولقد تطابقت نتائج هذه الدراسة بوجود الارتباط الايجابي بين معنى الحياة والتدين مع دراسة إرنشاو (2003) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين معنى الحياة والتوجه الديني، وقد أبانت نتائجها - أي دراسة إرنشاو - إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائية بين معنى الحياة، والتوجه الديني الجوهري، مما يعكس ارتباط معنى الحياة بقوة بالمعتقدات الدينية، وأشارت دراسة نيكولس وستيوارت (2004) إلى نتائج مماثلة بارتباط معنى الحياة إيجاباً مع التدين بل اعتبرت أن القيم الدينية تأتي على رأس النسق القيمي سواء من الجانب النظري أو السلوكي في التنبؤ بمعنى الحياة (أبو غزالة، 2007، ص 281)، وتوصلت دراسة أوكونور وآخرون (1990) إلى أن الايمان عامل مؤثر جوهري بالإضافة إلى المساندة الاجتماعية معنى الحياة وذلك لدى عينة المصابات بسرطان الثدي و الرئة، وأبانت دراسة صينية قام بها شياه وآخرون (2015) والتي جاءت ضمن الدراسات التي تعنى بدراسة العلاقة بين الدين والصحة وهدفت للكشف عن العلاقة بين القلق والتدين ومعنى الحياة والصحة العقلية في عينة غير سريرية من مجتمع صيني عن وجود علاقة كبيرة بين معنى الحياة والتدين لدى أفراد العينة محل البحث، كما تقاطعت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع دراسة عرفشة (2018) في جانب مهم من جوانب التدين حيث أشارت نتائجها إلى وجود علاقة طردية بين معنى الحياة وبين كل من التدين المعرفي الفكري، والتدين العاطفي الحماسي، والتدين الأصيل، في حين وجدت علاقة عكسية بين معنى الحياة والتدين الطقوسي والنفعي (زقاوة، 2020، ص 588). وجاءت نتائج دراسة شفيق (2019) مماثلة لدراسة عرفشة حيث أكدت ارتباط التدين الجوهري (الأصيل) بمعنى الحياة.

كما أشارت دراسة القحطاني ومضاوي (2019) والتي فحصت العلاقة بين معنى الحياة ومستوى التدين لدى السجينات وغير السجينات بمدينة الرياض ومعرفة الفروق بين السجينات وغير السجينات في المتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية - المستوى التعليمي - المستوى الاقتصادي) لتبين عن وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائية بين معنى الحياة ومستوى التدين لدى السجينات وغير السجينات.

أما دراسة جورج وبارك (2017) التي كانت بهدف فحص ما إذا كانت الروحانية يمكن أن توفر معنى في سياق المرض الخطير وذلك على عينة من مرضى القلب والسرطان فقد أكدت ما نتج عن معظم الدراسات التي سبقت عن العلاقة الإيجابية بين الجوانب الروحانية (التدين) ومعنى الحياة.

وذهبت دراسة ستيجر وزملائه (2011) إلى أبعد من ذلك حين كشفت نتائجها عن ارتباط جيني بين معنى الحياة والتدين حيث جرت - أي الدراسة - على عينة من (343) توأماً في منتصف العمر

مأخوذة من سجل مينيسوتا للتوائم، وبذلك قدّمت دراسة ستيجر وزملائه دليلاً جديداً على وجود ركيزة وراثية مشتركة للمعنى في الحياة والتدين والروحانية، مما يتوافق طرداً مع فطرية التدين لدى الإنسان مصداقاً لقوله تعالى ﴿فَأَقِمْ وَجْهَكَ لِلدِّينِ حَنِيفاً فِطْرَتَ اللَّهِ الَّتِي فَطَرَ النَّاسَ عَلَيْهَا لَا تَبْدِيلَ لِخَلْقِ اللَّهِ ذَٰلِكُمْ إِلَٰهُ الدِّينِ الْقَيُّمُ وَلَكِنَّ أَكْثَرَ النَّاسِ لَا يَعْلَمُونَ﴾ (الروم 30)، ومما جاء في تفسير هذه الآية ما أورده الزحيلي حيث قال موضحاً معنى الفطرة:

والفطرة: هي الخلقة والهيئة التي في نفس الطفل المعدّة أو المهيأة لأن يميز بها مصنوعات الله تعالى، ويستدل بها على ربّه جلّ وعلا، ويعرف شرائعه، ويؤمن به، وهذا خطاب موجه للنبي ﷺ ولأمتّه، وهو يدلّ على أنّ كلّ إنسان مخلوق على التوحيد والإقرار بوجود الله ووحدانيّته (و. الزحيلي، 2006، 1998).

87 عرض نتائج الفرضية الثامنة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى التدين لديهم.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث معامل الارتباط الخطي بيرسون (r_{pr}) ويوضح Error! Unknown switch argument. ذلك كما يلي:

جدول 45 معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك والتدين لدى عينة مرضى القلب

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة الارتباط بيرسون (r_{pr})	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الاحصائية
معنى الحياة	183	95.23	11.17	0.929		دال عند مستوى 0.001
التدين	183	279.90	20.96			

من خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن المتوسط الحسابي لمعنى الحياة لدى أفراد العينة من مرضى القلب البالغ عددهم 183 مريض قدر بـ 95.23 وانحراف معياري قدر بـ 11.17 بينما التدين لنفس أفراد العينة قدر متوسطهم الحسابي بـ 279.90 وانحراف معياري قدر بـ 20.96 فكانت قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي 0.929 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين معنى الحياة والتدين لدى المصابين بأمراض القلب مما يعني تحقق الفرضية.

وكما كان متوقعا أيضا فلقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية عن وجود ارتباط دال بين معنى الحياة المدرك والتدين، فمريض القلب قد يدرك أكثر من غيره قيمة الحياة وجوهرها من خلال تداعيات مرض القلب الذي يهدد صحته وحياته. وخطورة المرض وإزمائه من المنتظر أن يحفر في أعماق المصاب به

غورا عميقا، إذ أن مَيِّزَة مرض القلب الفجائية على إثر الأزمات والجلطات، ممّا يدخل المريض في نوبات القلق والاكتئاب والخوف من فقدان الحياة في أي لحظة. كما أن النظرة النمطيّة التي لدى مريض القلب من انعدام فرص الشفاء تزيد من مشاعر التهديد والقلق من الموت خاصة، ليؤثر ذلك على حياته عامة ونمط عيشه، فتراه يركن للعزلة وقلة النشاط والحركة، وقد يصل به الحال إلى تبني سلوكيات خطيرة كالتدخين مثلا وأفكار أخرى لا عقلانية وسلوكيات غير منطقية¹ وقد أكدت دراسات عديدة هذه الآثار منها دراسات: كونستام وزملاؤه (2005)، وباترنال وزملاؤه (2007)، وكارني وفريغلاند (2008)، ما ينبؤ بانخفاض معنى الحياة المدرك لدى المصاب بمرض القلب غير أن نتائج الدراسة أبانت عن وجود مستويات مرتفعة في معنى الحياة المدرك لدى أفراد العينة، وبالتالي فإن مرضى القلب كما مرضى السرطان، إذ خطورة المرض وما يسببه من ضيق ومعاناة شديدين قد يكون سببا لاكتشاف المعنى كما أشارت لذلك نظرية فرانكل حول المعنى الحياة، لتلعب الفطرة السليمة والخلفية الثقافية للمصاب بمرض القلب والتي أساسها التدين الدور الأبرز في توجيه المصاب وتشكيل معنى حياته وإدراكه، وبخاصة مع تنامي الحاجيات الروحية للمريض وشدة إلحاحها، وقد تطابقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسات كثيرة، فقد أفادت دراسة شكرابسكي وآخرون (2005) والتي جرت على عينة من (640) فردا بوجود ارتباط موجب ودال احصائيا بين معنى الحياة والتدين وكذا بعض المتغيرات النفسية الأخرى². كما أكدت دراسة جورج وبارك (2017) والتي جاءت لتجيب عن التساؤل التالي: هل تمنح الروحانية معنى في الحياة بين مرضى قصور القلب والناجين من السرطان؟ على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الجوانب الروحية ومعنى الحياة لدى أفراد عينة البحث المتكونة من مجموعة من المصابين بقصور القلب الاحتقاني ومجموعة من الناجين من السرطان (L. S. George & Park, 2017). هذا وقد أفادت دراسة سابقة لبارك وآخرون (2007) على عينة من مرضى قصور القلب لاحتقاني بارتباط زيادة المعنى بالعوامل الدينية.

88 عرض نتائج الفرضية التاسعة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بالسرطان ومستوى جودة الحياة لديهم.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث معامل الارتباط الخطي بيرسون (r_{pr}) ويوضح Error! Unknown switch argument. ذلك كما يلي:

جدول 46 معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك وجودة الحياة لدى عينة مرضى السرطان

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r_{pr})	الدلالة الاحصائية

¹ الشهري، مرجع سبق ذكره، ص 377

² خوخ، ح. أ. معنى الحياة وعلاقته بالرضا عنها لدى طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية. مجلة جامعة أم القرى

للعوم التربوية والنفسية، 2011 ص 26

معنى الحياة	164	92.57	11.19	0.268	دال	عند
جودة الحياة	164	77.66	19.70		مستوى	0.001

من **Error! Unknown switch argument.** يتبين أن المتوسط الحسابي لمعنى الحياة لدى أفراد العينة البالغ عددهم 164 مريض قدر بـ 92.57 وبانحراف معياري قدر بـ 11.19 بينما جودة الحياة لنفس أفراد العينة قدر متوسطهم الحسابي بـ: 77.66 وبانحراف معياري قدر بـ 19.70 فكانت قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي 0.268 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية ذات دالة احصائية بين معنى الحياة وجودة الحياة لدى المصابين بالسرطان، وبالتالي فقد تحققت الفرضية.

وانطلاقاً من التعريف التكاملي لجودة الحياة الذي أطلقته منظمة الصحة العالمية والذي ينص على أن: "جودة الحياة هي إدراك الفرد، لوضعه في الحياة في سياق الثقافة وأنساق القيم التي يعيش فيها، ومدى تطابق أو عدم تطابق ذلك، مع أهدافه وتوقعاته وقيمه واهتماماته المتعلقة بصحته البدنية وحالته النفسية ومستوى استقلاليته وعلاقاته الاجتماعية واعتقاداته الشخصية وعلاقته بالبيئة بصفة عامة"¹ وبالتالي فإن هذا الإدراك يُبنى وفق المعنى الذي يصبغه الفرد على الأشياء والمواقف، ولما كان معنى الحياة لدى أفراد العينة الحالية مرتفعاً، فإن تأثير هذا انسحب على جودة الحياة إيجاباً، بالرغم من التأثير السلبي الكبير على حياة الإنسان وجودتها كبير جداً حسبما كشفت عنه دراسات عديدة كدراسة يان وسيلك (2004)، ودراسة يوسارو وآخرون (2014)، ودراسة الأحمرري (2018)، ودراسة سيلبي وآخرون (2023). ومن هنا يتضح مدى ارتباط المعنى بإدراك الجودة وبالتالي معنى الحياة بجودتها، ولقد توافقت نتائج الدراسة الحالية مع ما أسفرت عنه الدراسة التجريبية التي قام بها هنري وآخرون (2010) والتي كان الهدف منها تقديم أدلة داعمة لمقبولية وفائدة تدخل صنع المعنى (MMi) في المرضى الذين تم تشخيصهم حديثاً بسرطان المبيض في المرحلة الثالثة أو الرابعة، على نتائج عديدة منها دلالة الارتباط الإيجابي بين معنى الحياة وجودة الحياة الشاملة، كما كان لدراسة فاننجد وزملاؤه (2003) والتي جرت على شكل استطلاع للرأي تم فيه سؤال (10000) شخص عن نوعية حياتهم من خلال استبيان (SEQOL) والذي تم التحقق من صحته مع أكثر من (300) سؤال حول نوعية حياتهم. كيف شعروا؟ ما مدى رضاهم عن حياتهم؟ ما مدى سعادتهم؟ هل شعروا أن احتياجاتهم قد تم تلبيتها؟ والعديد من الأسئلة التي كانت عن معنى الحياة والوجود ونحو ذلك، لتخلص الدراسة إلى نتائج عدة أهمها أنه بمجرد استيعاب المفاهيم الأساسية لفلسفة جودة الحياة المقدمة في هذه السلسلة من الأوراق، شعر المرضى بتحسّن ورأوا حياتهم أكثر معنى، مما يشير بوضوح لارتباط وثيق بين إدراك معنى الحياة وإدراك جودتها، وعلى نفس المنوال تقريباً جرت دراسة برنارد وآخرون (2015) حيث هدفت الدراسة لتقييم الدراية الإعلامية والمعلوماتية في عينة تمثيلية من السكان السويسريين وفقاً للمناطق اللغوية الثلاث وتقييم ما إذا كانت التربية الإعلامية والمعلوماتية تشكل محددًا مهمًا لجودة الحياة المتصورة، وذلك بإجراء مسح هاتفي شمل (1015) مشاركاً، وخلصت الدراسة نتائج منها أن البعد الوجودي (معنى الحياة) ليس فقط محددًا لجودة الحياة في بعض أحداث الحياة الحرجة، ولكن أيضاً في الحياة اليومية.

¹بوعمامة، مرجع سبق ذكره، ص 150

وإلى نحو ذلك أشارت دراسة حسين وزملاؤها (2022) والتي هدفت إلى معرفة إمكانية تنبؤ متغيري الصمود النفسي ومعنى الحياة بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين، وكذا إلى معرفة الفروق بين عينات الدراسة (مرضى السرطان المراهقين الذين مازالوا يتلقوا العلاج، والناجين من السرطان، وغير المستجيبين للعلاج) في الصمود النفسي ومعنى الحياة وجودة الحياة، وخلصت إلى وجود معاملات ارتباط جوهريّة بين جودة الحياة ومعنى الحياة لدى عينات الدراسة الثلاث.

ونظرا لارتباط معنى الحياة بإدراك جودة الحياة فقد اقترحت برامج علاجية مرتكزة على معنى الحياة لتحسين جودة الحياة لدى عينات مختلفة كفئة المعاقين بصريا ومثال ذلك دراسة أبو الفضل (2009) الموسومة بفعالية العلاج بالمعنى لتحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا وقد خلصت الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات طلاب المجموعة التجريبية من مقياس جودة الحياة في القياس القبلي والبعدي لصالح القياس البعدي (أبو الفضل، 2009)، كما خلصت دراسة مماثلة لها قام بها عمر (2019) على عينة من المراهقين إلى نفس النتائج (عمر، 2019)، وأيضا دراسة أشرف (2022) الموسومة بفعالية الارشاد بالمعنى في تنمية جودة الحياة وخفض الضغوط النفسية للأطفال ذوي العاقة الجسدية وخلصت إلى وجود فروق دالة جوهريّة على المجموعة التجريبية في جودة الحياة بعد تطبيق البرنامج (أشرف، 2022).

وفي المقابل اختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة سوبونارو وآخرون (2016) والتي كان هدفها التأكد من الروابط بين المعنى في الحياة، ومصادر ملامح المعنى، والاكنتاب ونوعية الحياة لدى المرضى الذين يخضعون لغسيل الكلى (HD)، وخلصت إلى عدم وجود تأثير لمعنى الحياة على جودة الحياة لدى أفراد العينة.

89 عرض نتائج الفرضية العاشرة ومناقشتها

وتنص الفرضية على أن: هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين مستوى معنى الحياة المدرك لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى جودة الحياة لديهم.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث معامل الارتباط الخطي بيرسون (r_{pr}) ويوضح Error! Unknown switch argument ذلك كما يلي:

جدول 47 معامل الارتباط الخطي بيرسون بين معنى الحياة المدرك وجودة الحياة لدى عينة مرضى القلب

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة الارتباط بيرسون (r_{pr})	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الاحصائية
معنى الحياة	183	95.23	11.17	0.382		دال عند مستوى 0.001
جودة الحياة	183	81.07	17.05			

من **Error! Unknown switch argument.** يتبين أن المتوسط الحسابي لمعنى الحياة لدى أفراد عينة مرضى القلب البالغ عددهم 183 مريض قدر بـ 92.23 وبانحراف معياري قدر بـ 11.17 بينما جودة الحياة لنفس أفراد العينة قدر متوسطهم الحسابي بـ: 81.07 وبانحراف معياري قدر بـ 17.05 فكانت قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي 0.382 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية ذات دالة احصائية بين معنى الحياة وجودة الحياة لدى المصابين بالقلب، وبالتالي فقد تحققت الفرضية.

وكما كان متوقعا فإن الدراسة الحالية قد كشفت عن ارتباط معنى الحياة المدرك بجودة الحياة، وعن دلالة العلاقة، وبالتالي عن تأثير وجود المعنى وارتفاعه على إدراك جودة الحياة وتأثير ذلك على مستوياتها، إذ بالرغم من ارتباط تدني جودة الحياة ومؤشراتها بأمراض القلب، لما لأمراض القلب من عميق الأثر على المريض وانعكاس ذلك مباشرة على جودة حياته كما أشارت إلى ذلك الدراسات الكثيرة نحو دراسة كارفالو وزملاؤه (2013) والتي أبانت عن انخفاض جودة الحياة لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم مقارنة مع عامة السكان، وإلى نفس النتيجة أيضا توصلت دراسة فان كارلار وآخرون (2003) لدى المرضى الذين يعانون من مرض وريدي مزمن، وكذلك دراسة ليزمان ليجت وزملاؤه (2009) لدى مرضى قصور القلب. وأيضا دراسة توبين وآخرون (2022) على عينة من مرضى القصور القلبي، وكذلك دراسة إمري وزملاؤه (2004)، وغيرها. فإن الدراسة الحالية قد كشفت عن مستويات مقبولة في جودة الحياة، وهذا مؤشر واضح لإدراك إيجابي لجودة الحياة لدى أفراد العينة مرده أساسا يعود إلى المعنى تشكل لدى المريض أمام هذا العناية الشديد والتهديد الذي فرضه المرض، ليتأكد مرة أخرى الطرح النظري لفرانكل ضمن نظرية المعنى، ويفسر هذا دلالة العلاقة بين معنى الحياة المدرك وبين جودة الحياة، واتفقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة بارك وآخرون (2007) فحصت الدراسة الحالية ما إذا كانت استراتيجيات المواجهة المحددة المستخدمة للتعامل مع قصور القلب الاحتقاني (CHF) مرتبطة بالمعنى في الحياة عبر الزمن، كما فحصت ما إذا كان المعنى في الحياة يتوسط تأثير التأقلم على نوعية الحياة المتعلقة بالصحة. حيث تلقت عينة من (155) مريض من قصور القلب الاحتقاني (CHF) وأبانت الدراسة عن وجود علاقة دالة بين معنى الحياة وجودة الحياة وقد ارتبط المعنى خاصة بالمكونات العقلية والجسدية لجودة الحياة، كما أكدت الارتباط بين المعنى وجودة الحياة دراسة إيرانية قام بها برسايي وزملاؤه (2020) كان الغرض منها تحديد معنى حياة المرضى المتعلقة بأمراض القلب وعلاقتها بنوعية الحياة بعد تكرار رأب الأوعية التاجية.

فكما هو واضح فقد أبانت الدراسة الحالية عن دلالة العلاقة بين معنى الحياة المدرك وجودة الحياة لدى مرضى السرطان كما لدى مرضى القلب لينبئ ذلك عن دلالة العلاقة بين معنى الحياة المدرك وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة عموما وتؤكد هذا الطرح دراسة دوبريكوفا وزملاؤه (Dobříková et al, 2015)، والتي جاءت بغرض معرفة تأثير الدعم الاجتماعي ومعنى الحياة على جودة الرعاية للمرضى الميؤوس من شفائهم، حيث أبانت نتائجها عن وجود ارتباط بين معنى الحياة وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المميتة. (Dobříková et al, 2015).

90 عرض نتائج الفرضية الحادية عشر ومناقشتها

وتتنص الفرضية على أن: هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مستوى التدخين لدى المصابين بالسرطان ومستوى جودة الحياة لديهم.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث معامل الارتباط الخطي بيرسون (r_{pr}) ويوضح Error! Unknown switch argument. ذلك كما يلي:

جدول 48 معامل الارتباط الخطي بيرسون بين التدخين وجودة الحياة لدى عينة مرضى السرطان

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r_{pr})	الدلالة الاحصائية
جودة الحياة	164	77.66	19.70	0.278	دال عند مستوى 0.001
التدخين	164	274.60	22.27		

من خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة لدى أفراد عينة مرضى السرطان البالغ عددهم 164 مريض قدر بـ 77.66 وبانحراف معياري قدر بـ 19.70 بينما التدخين لنفس أفراد العينة قدر متوسطهم الحسابي بـ 274.60 وبانحراف معياري قدر بـ 22.27 فكانت قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي 0.278 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة والتدخين لدى المصابين بالسرطان.

لقد أضحى من المعلوم أنّ المشاعر السلبية كالقلق والاكتئاب والضغوط وغيرها، تعتبر من أهم مميزات الأمراض وبخاصة المزمنة والخطيرة منها إضافة إلى الآلام والضيق الذي ينجر عن تلك الأمراض، ولقد ارتبط السرطان بمشاعر سلبية عديدة كالضيق والقلق، وموجات الاكتئاب المصاحبة والتي قد تنتهي بأفكار انتحارية وغيرها، مثلما أشارت إلى ذلك كثير من الدراسات نحو: دراسة جاب الله (2007)، ودراسة جارسما (2007)، ودراسة أبو الهدى (2011)، كما أن مشكلة مرض السرطان - في المخيال الجمعي- في الأساس مشكلة وجودية، حيث يعتبر مرض السرطان - كما تبينه الإحصاءات الصادرة عن مختلف المنظمات والهيئات التي تعنى بهذا الشأن- من أهم أسباب الوفاة في العالم، وبذلك فبمجرد ثبوت التشخيص بالإصابة فإن ذلك يعتبر بمثابة إعلان مسبق بالوفاة وحكم بالإعدام (جيمس، 2013)، هنا تحديدا تبرز الحاجة الملحة للروحانيات، وإلى الحاجة إلى قوى أعظم تكون ملاذا للمريض على إثر اقتناعه بعجز الطب والدواء، أو على الأقل بمحدوديتهما وعدم كفايتهما، فأمام هذا الظرف الصعب الذي لا مفرّ منه وهذا المرض العضال فإن لدى الفرد كما يؤكد فرانكل فرصته الأخيرة لتحقيق قيمته العليا (فرانكل، 1982، ص 149)، ولا أعلى من فهم سر الوجود، وارتباط وثيق بموجده وهو الله سبحانه وتعالى، وهذا ما يفسّر لجوء الانسان إلى الله وإلى الدين في هذه الظروف الصعبة (حالة مرض السرطان) إذ يمنحه هذا التوجه واللجوء فسحة من الأمل وجرعة من السلام والاطمئنان وفي هذا يقول الحق تعالى ﴿وَإِذَا مَسَّكُمُ الضُّرُّ فَيَا بَحْرَ ضَلٍّ مَنْ تَدْعُونَ إِلَّا إِيَّاهُ﴾ (الاسراء 17)، وقوله تعالى ﴿وَإِذَا مَسَّ النَّاسُ ضُرٌّ دَعَوْا رَبَّهُمْ مُنِيبِينَ إِلَيْهِ ثُمَّ إِذَا آذَقَهُمْ مِنْهُ رَحْمَةً إِذَا فَرِيقٌ مِّنْهُمْ بِرَبِّهِمْ يُشْرِكُونَ﴾ (الروم 30)،

وقوله ﴿وَإِذَا مَسَّ الْإِنْسَانَ ضُرٌّ دَعَا رَبَّهُ مُنِيبًا إِلَيْهِ.. الآية﴾ (الزمر 39)، مما ينعكس إيجاباً على إدراك الحياة وتحسُّس جودتها، ما يفسّر وجود الارتباط ووثوق العلاقة بين التدين وجودة الحياة. ولقد اتفقت النتيجة التي خلصت إليها الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات كدراسة لومبي وآخرون (2004) إذ اهتمت الدراسة بالتعرف على أثر التدين في نوعية حياة مرضى السرطان، وذلك على عينة من (95) مريضاً تم تشخيص إصابتهم بأنواع مختلفة من السرطان لتبين عن وجود ارتباط إيجابي بين التدين والروحانيات وجودة الحياة، كما اتفقت أيضاً دراسة زعطوط (2016) مع نتائج الدراسة الحالية من حيث إثباتها للعلاقة الإيجابية بين التدين وجودة الحياة، وأيضاً دراسة السجاري وآخرون (2017) والتي هدفت إلى فحص العلاقة بين التدين والدعم الاجتماعي ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان في المجتمع الكويتي، كما خلصت دراسة زرقاني وآخرون (2018) إلى نفس النتائج حيث هدفت إلى تقييم العلاقة بين التدين ونوعية الحياة، لدى مريضات مسلمات مصابات بسرطان الثدي بإيران. وأوصت دراسة شان وآخرون (2018) والتي أجريت بغرض الكشف عن العلاقة بين الرفاه الروحي ونوعية الحياة والقلق والاكتئاب في دراسة مقطعية أجريت بالصين، شملت (705) مريضة بالسرطان من مختلف أنواع السرطانات التي تصيب النساء، بتوفير المزيد من الرعاية الروحية للمريضات وبخاصة غير المتدينات وذلك لارتباط الرفاه الروحي الجيد بتحسين نوعية الحياة.

91 عرض نتائج الفرضية الثانية عشر ومناقشتها

وتنص الفرضية على أنه: هناك علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مستوى التدين لدى المصابين بأمراض القلب ومستوى جودة الحياة لديهم.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث معامل الارتباط الخطي بيرسون (r_{pr}) ويوضح Error! Unknown switch argument. ذلك كما يلي:

جدول 49 معامل الارتباط الخطي بيرسون بين التدين وجودة الحياة لدى عينة مرضى القلب

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة معامل الارتباط بيرسون (r_{pr})	الدلالة الاحصائية
جودة الحياة	183	81.07	17.05	0.471	دال عند مستوى 0.001
التدين	183	279.90	20.96		

من خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن المتوسط الحسابي لجودة الحياة لدى أفراد العينة البالغ عددهم 183 مريض قدر بـ 81.07 وانحراف معياري قدر بـ 17.05 بينما التدين لنفس أفراد العينة قدر متوسطهم الحسابي بـ: 279.90 وانحراف معياري قدر بـ 20.96 فكانت قيمة معامل الارتباط بيرسون تساوي 0.471 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.001 وهذا يعني وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين جودة الحياة والتدين لدى المصابين بأمراض القلب.

وكما كان متوقعا فإن نتائج الدراسة الحالية هاته، قد أبانت عن دلالة العلاقة بين جودة الحياة والتدين لدى عينة المصابين بأمراض القلب، رغم ما وصلت إليه نتائج دراسات مختلفة عن انخفاض في مستويات جودة الحياة لدى مرضى القلب، كدراسة إمري وزملاؤه (2004)، ودراسة كارفالو (2014)، ومع ذلك فمستويات جودة الحياة لدراسنا هاته كانت مقبولة جدا. وبالنظر إلى ثقل أمراض القلب باعتبار مكانة القلب الأساسية بين أعضاء الجسم، فإن المريض تواجهه عدة صعوبات وتحديات ومشاكل في معاشه اليومي وعلى أصعدة مختلفة، فهو يحتاج إلى جانب التدخلات العلاجية المتعددة والمعقدة أحيانا والمتعبة، إلى تغيير نمط حياته بصفة قد تكون جذرية ودائمة باعتبار الازمان والخطورة، " فالمرضى يعانون من مشاكل متعددة ناتجة عن مضاعفات المرض، أو العلاجات المقدمة، أهمها: القلق والاكتئاب، التي تؤثر بدورها على معدل البقاء، نوعية الحياة، الالتزام بالعلاج، والقدرة على الرعاية الذاتية¹.. هاته الصعوبات الحياتية والوجودية التي تواجه المريض، تجعله أكثر احتياجا للمساعدة النفسية والروحية وتصبح بذلك الجوانب الروحية والوجودية والإدراكية أكثر إلحاحا واحتياجا لديه، ولقد أشار روبين وزملاؤه (2022) إلى أن المصابون بمرض القصور القلبي عادة محتاجون إلى الروحية والتي تعني الاحتياجات والتوقعات التي يجب على الانسان أن يجد لها معنى وهدفا وقيمة في حياته، والتي قد تكون احتياجات دينية تحديدا. وبالتالي فإن العلاقة بين معنى الحياة والتدين لدى المصاب بأحد أمراض القلب تبدو وطيدة. على غرار العلاقة بين التدين ومعنى الحياة لدى المصابين بأمراض السرطان والأمراض المزمنة عموما. ولقد اتفقت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة أبو وآخرون (2018) والتي قامت بمراجعة منهجية وتقييم نقدي للأدبيات المتاحة التي فحصت العلاقة بين التدين و / أو الروحية (R / S) ونوعية الحياة (QOL) لدى مرضى القلب والأوعية الدموية (CVD)، مستخدمة العديد من قواعد البيانات الإلكترونية عبر الإنترنت وأفضت نتائجها إلى وجود ارتباط إيجابي كبير بين التدين ونوعية الحياة، كما اتفقت أيضا مع دراسة توبين وآخرون (2022) بوجود العلاقة بين جودة الحياة والتدين لدى مرضى القصور القلبي بل وأكدت الدراسة – دراسة توبين وآخرون- عن دور التدين في تحسين جودة الحياة عموما.

92 عرض نتائج الفرضية الثالثة عشر ومناقشتها

وتنص الفرضية على أنه: توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى معنى الحياة المدرك بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث اختبار " ت " (ت ستودانت) لعينتين مستقلتين ويوضح الجدول التالي Error! Unknown switch argument. ذلك كما يلي:

جدول 50 نتائج اختبار ت ستودنت لعينتين مستقلتين (السرطان والقلب) على مقياس معنى الحياة

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة "ت"	الدلالة الاحصائية

¹ حدادي، س، برنامج تربوية علاجية مقترح لمرضى قصور الشريان التاجي. مجلة دراسات في علم نفس الصحة،

السرطان	164	92.57	11.19	2.209	دال عند مستوى 0.05
القلب	183	95.23	11.17		

من خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن المتوسط الحسابي لمرضى السرطان البالغ عددهم 164 مريض قدر بـ 92.57 وبانحراف معياري قدر بـ 11.19 بينما مرضى القلب البالغ عددهم 183 مصابا والذين قدر متوسطهم الحسابي بـ 95.23 وبانحراف معياري قدر بـ 11.17 فكانت قيمة ت تساوي 2.209 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا يعني وجود فروق دالة احصائية في معنى الحياة بين المصابين بالسرطان والمصابين بالقلب لدى أفراد عينة البحث.

وتؤكد النتائج المتوصل إليها في الدراسة الحالية، ما طرحه فرانكل مؤسس نظرية المعنى، من حيث كون المعنى منفردا إذ يتوجب على الفرد اكتشافه بهذه الخاص، وهذا ما يجعل المعنى مختلفا من شخص إلى آخر، كما يختلف عند نفس الشخص من يوم إلى آخر، بل قد يختلف من ساعة إلى أخرى، ومن ثم تعتبر مهمة أي شخص في الحياة مهمة مُهمّة وفريدة، وفرصة تحقيقها خاصّة وفريدة كذلك،¹ فإذا انسحب هذا الطرح على الفرد العادي فإن إصابة الفرد بمرض خطير ومزمن كما هو الحال لدى المصابين بالسرطان أو أحد أمراض القلب، يجعل من تفرد المعنى وتمييزه يصبح أكثر إلحاحا، ثم إن التغير الكبير الذي قد يحدثه المرض على حياة الفرد وتطلعاته يدفع بالمرضى لإعادة التفكير وإعادة ترتيب أولويات حياته كلها، ثم إن المصير المحتوم الذي يفرضه المرض المزمن على المريض - كما في حال السرطان وأمراض القلب- يضع المريض في مواجهة مباشرة مع المرض، فعندئذ فقط - كما يؤكد فرانكل- تكون الفرصة لتحقيق القيمة العليا والمعنى الأعمق ومعنى المعاناة. والشيء الأهم حسب فرانكل هو الاتجاه الذي نأخذه نحو المعاناة والاتجاه الذي نجعل به معاناتنا فوق أنفسنا،² هذا الاتجاه تشكله وتضبطه عوامل عديدة: ثقافية وأيديولوجية واجتماعية وبيئية وخبرانية. فتصورات المريض عن مرض القلب وتداعياته تختلف عن تصورات تجاه مرض السرطان، فمشكلة الإصابة بالسرطان مشكلة وجودية في المقام الأول، حيث يتركز تفكير المريض على الأمل في العيش والبقاء، لتظهر مسائل الحياة والموت بجلاء على السطح، ولهذا أشار عبد الخالق والنيال (2007) في تعقيبهما على مجموعة من الدراسات كدراسة بنزين وزملائه (2001) ودراسة أوكونور وزملائه (1990)، بكون الكثير من الدراسات التي أجريت على عينات من مرضى السرطان قد أكدت على ارتباط معنى الحياة بالأمل في الشفاء و الرغبة في الحياة، هذا بالإضافة إلى العناية والضييق الشديدين الذين يسببهما المرض من تشوهات وبتر وأثار على البناء النفسي والجسدي للمريض وعلى من حوله.

أما أمراض القلب فتعني للمريض تهديدا مباشرا لصحته وتغييرا جذريا لنمط حياته التي لم تعد كما كانت لتطفو مشاعر الضيق والاكتئاب والقلق المستمر وخاصة على صحته، كما تعترى المصاب بمرض القلب مشاعر الخوف والقلق من الموت المفاجئ وبخاصة مع خطورة الإصابة، كمرض القلب التاجي، والارتفاع المفرط للضغط الدموي والسكتة الدماغية وغيرها.

¹- معمريّة، مرجع سبق ذكره، ص 89.

²فرانكل، مرجع سبق ذكره، ص 149.

تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة حامد سالم علي (2020) الموسومة بـ: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة حيث أبانت عن وجود فروق بين أفراد العينة (حامد، 2020).

93 عرض نتائج الفرضية الرابعة عشر ومناقشتها

وتنص الفرضية على أنه: توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى التدخين بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث اختبار " ت " (ت ستودانت) لعينتين مستقلتين ويوضح الجدول التالي Error! Unknown switch argument. ذلك كما يلي:

جدول 51 نتائج اختبار ت ستودانت لعينتين مستقلتين (السرطان والقلب) على مقياس التدخين

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة "ت"	الدلالة الاحصائية
السرطان	164	146.61	11.86	2.261	دال عند مستوى 0.05
القلب	183	149.36	10.92		

من خلال Error! Unknown switch argument. تبين أن المتوسط الحسابي لمرضى السرطان البالغ عددهم 164 مريض قدر بـ 146.61 وانحراف معياري قدر بـ 11.86 بينما مرضى القلب البالغ عددهم 183 مصابا والذين قدر متوسطهم الحسابي بـ 149.36 وانحراف معياري قدر بـ 10.92 فكانت قيمة ت تساوي 2.261 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا يعني وجود فروق دالة احصائية في التدخين بين المصابين بالسرطان والمصابين بالقلب لدى أفراد عينة البحث. ويمكن أن توغر هذه الفروق إلى أن الناس يتباينون ويختلفون في تعبيراتهم عن المرض وردود أفعالهم نحوه، حيث أبانت العديد من الدراسات عن وجود تنوع في استجابات الناس للمرض تبعا لمتغيرات العمر والجنس والعرق والثقافة، كما أن الأفراد لا يتساوون في استجاباتهم لمرض بعينه، ولقد أشار زولا (Zola, 1966) في دراسته والتي أجراها على ثلاث مجموعات من المرضى الأمريكيين الذين ينحدرون من أصول إيطالية وأيرلندية وأنجلوسكسونية، إلى وجود تنوع ثقافي أثر على طبيعة الاستجابة للمرض والحديث عنه¹، فاستجابات الأفراد للمرض كما نرى تختلف وتتنوع في نفس المرض ناهيك عن أن يكون هناك تساوي في الاستجابة بين مرضين لكل منهما تمثلاته وتأثيراته وتداعياته، والثقافة هي مجموعة من الصفات الخلقية

¹ الوريكات، ع، علم الاجتماع الطبي (1 ط). دار وائل، 2011، ص 85

والقيم الاجتماعية، التي تؤثر في الفرد منذ ولادته وتصبح لا شعوريا العلاقة التي تربط سلوكه بأسلوب الحياة في الوسط الذي ولد فيه¹ هذا الوسط الذي يضع الإطار والخلفية لأفكار الفرد وسلوكه وتفسيراته للظواهر وغيرها، إنما نبه الأساس هو الدين والتدين، حيث يعتبر التدين من أهم المصادر للمعطيات المعرفية والعاطفية للفرد مقترنا بوجوده، فهو -أي الدين- لازم الإنسان على مرّ العصور ورافقه في كلّ أحواله وحالاته منه أستمد معرفته وأنسه وأمنه والدراسات التي بينت ذلك شاهدة على هذا التلازم والاقتران؛ ومثال ذلك ما ذكره عراب (2022) نقلا عن كوينج أن (500) دراسة من أصل (700) دراسة قبل عام (2000) أثبتت العلاقة الإيجابية بين التدين والصحة النفسية² ويتأثر تدين الفرد بالأحداث السارة والأليمة التي يمر بها في مشوار حياته وبكون المرض تجربة أليمة يمر بها فإنه بإمكانه - أي المرض- أن يسهم في تحويل مسار التجربة الروحية خصوصا إذا كان المرض مزمنًا وإمكانية الموت واردة³، فالألم الذي يخلفه المرض هو من أكثر الأشياء إنتاجا للمعنى، وكل متألم يضفي معنى خاص لألمه مرتكزا في ذلك على الثقافة والدين والحالة النفسية ونوع الشخصية وغيرها من المرتكزات، ليؤثر المعنى المنتج بشكل كبير في كيفية تعامل المريض مع ألمه وفي قدرته أي - المريض- على السيطرة عليه⁴، هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن التدين يتميز بجملة من الخصائص أهمها أنه انتاج بشري، وأنه متعدد، وأنه متغير⁵ وهذا ما يعطيه طابع الخصوصية، وبهذا فإن الاستجابة للمرض وتداعياته ومتطلباته يختلف من شخص إلى آخر ومن مرض إلى آخر، وبذلك فطبيعة تدين الفرد كاستجابة للحاجة التي يولدها نوع المرض ستكون مختلفة أيضا، فقد يكون تركيز مريض القلب على صحته التي خائته، ليتجلى مظهر تدينه في تحسين العلاقات، وإظهار الشكر والامتنان مثلا إضافة ومظاهر المصابرة باعتبار المرض نوع من الابتلاء، في حين قد يكون تركيز مريض السرطان أساسا على الاستغفار والتوبة والتذلل للخالق والمبادرة لفعل الطاعات والقربات وغير ذلك حيث أن القضية في الأساس وجودية والسرطان في المخيال الجمعي - كما تم التطرق إلى ذلك سابقا- مرتبط بالموت، كما أنه قد تعطي المريض مشاعر الحزن والضيق من جراء ما قد يخلفه السرطان من تشوهات وبتر وقد يعتبر بعض المرضى أن هذا نوع من العقاب أو عدم رضا الله عنه فتظهر أيضا مشاعر الندم والحسرة وبذلك تكون طبيعة الاستجابة التدينية - إن صح التعبير- مختلفة.

94 عرض نتائج الفرضية الخامسة عشر ومناقشتها

¹ بن نبي، م، مشكلة الثقافة (4 ط). دار الفكر، 2005، ص 74،

² عراب، ا. التدين كعامل مساعد في تحسين و تماسك الصحة النفسية والعضوية- دراسة تحليلية- مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2022، ص 5

³ مجدول، ب، التدين والمرض : دراسة في تأثير المرجعية الدينية في تمثيلات المرضى والمصابين بالإيدز وتجربتهم.

Insaniyat / إنسانيات <https://doi.org/10.4000/insaniyat.19344>، 2018 ص 30

⁴ العيادي، خ، الزاوي، حالاً المزمّن: المكان، الزمان والهوية بين الذاتي والموضوعي. مجلة مقاربات فلسفية، 2022. ص 114.

⁵ الشامي، مرجع سبق ذكره، ص 50

تنص الفرضية على أنه: توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة بين المصابين بالسرطان والمصابين بأمراض القلب لدى عينة الدراسة

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث اختبار " ت " (ت ستيودانت) لعينتين مستقلتين ويوضح الجدول التالي Error! Unknown switch argument. ذلك كما يلي:

جدول 52 نتائج اختبار ت ستودنت لعينتين مستقلتين (السرطان والقلب) على مقياس جودة الحياة

الفئات	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة "ت"	الدلالة الاحصائية
السرطان	164	77.66	19.70	1.715	غير دال
القلب	183	81.07	17.05		

من خلال Error! Unknown switch argument. تبين أن المتوسط الحسابي لمرضى السرطان البالغ عددهم 164 مريض قدر بـ 77.66 وانحراف معياري قدر بـ 19.70 بينما مرضى القلب البالغ عددهم 183 مصابا والذين قدر متوسطهم الحسابي بـ 81.07 وانحراف معياري قدر بـ 17.05 فكانت قيمة ت تساوي 1.715 وهي قيمة غير دالة وهذا يعني عدم وجود فروق دالة احصائية في جودة الحياة بين المصابين بالسرطان والمصابين بالقلب لدى أفراد عينة البحث. وبالتالي لم تتحقق الفرضية التي نصت على وجود الفروق بين عینتي البحث،

لقد أسفرت نتائج الدراسة الحالية على نتائج معاكسة لتوقع الباحث الذي افترض وجود فروق دالة في جودة الحياة بين عينة مرضى السرطان وعينة مرضى القلب، باعتبار اختلاف المرضين وتمثلهما لدى المريض حيث يختلف معنى الإصابة بالسرطان عن معنى الإصابة بمرض القلب، وذلك استنادا إلى عدة دراسات والتي أشارت إلى وجود فروق في جودة الحياة تعزى لنوع المرض المزمن فلقد كشفت دراسة تجريبية فرنسية قام بها ستريتمان وزملاؤه (1999) والتي هدفت إلى تقييم الملامح المتباينة المحتملة لنوعية الحياة لدى عينة مكونة من مجموعتين من المرضى يعانون من مرضين مختلفين، حيث أظهرت نتائج الدراسة وجود فروق واضحة ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين، Struttman et al, (1999)، كما أبانت دراسة صينية قام بها شين وآخرون (2014) على وجود فروق في جودة الحياة تعزى إلى نوع المرض المزمن (Chin وآخرون, 2014)، وهي النتيجة ذاتها التي كشفت عنها دراسة إيرانية قامت بها صيبوني وزملاؤها (Siboni et al, 2019)، وفي ذات السياق أفادت دراسة شريفي (2015) بوجود فروق دالة في جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة بين عينات من مرضى السكري والربو ونزيف القولون والمستقيم (شريفي, 2015)، وإلى نفس النتائج توصلت دراسة ريذنجر وزملاؤه (Riedinger et al, 2002) وكذا دراسة هوبس (Hobbs, 2002) وذلك بالمقارنة بين مرض قصور القلب وأمراض مزمنة أخرى. في حين أفادت نتائج دراسات أخرى بعدم وجود فروق في جودة الحياة تعزى لنوع المرض متفقة مع نتائج الدراسة الحالية، كدراسة لي وزملاؤه (Lee et al; 2020)، والتي كان الغرض منها هو مقارنة المرونة وجودة الحياة بين المراهقين الناجين من سرطان الدم

والمصابين بأمراض القلب الخلفية، وإلى ذلك أيضاً أشارت نتائج دراسة قام بها صايني وزملاؤه (Saini et al, 2006)، وهي دراسة تجريبية مقارنة للأعراض ونوعية الحياة لدى مرضى السرطان والمرضى الذين يعانون من مرض الكلى في المرحلة النهائية.

كما كشفت دراسة ألونسو وزملاؤه (Alonso et al, 2004) عن والتي هدفت إلى تقييم تأثير الحالات المزمنة الشائعة على نوعية الحياة المرتبطة بالصحة بين عامة السكان في ثمانية بلدان (الدنمارك وفرنسا وألمانيا وإيطاليا واليابان وهولندا والنرويج والولايات المتحدة)، عن تشابه في النتائج، كما توافقت نتائج الدراسة الحالية أيضاً مع دراسة تركي وفاضلي (2021) بعدم وجود فروق دالة في جودة الحياة بين نوعي مرض السكري باعتبار أن مرض السكري من الأمراض المزمنة ويمكن تفسير عدم وجود الفروق في جودة الحياة بين المرضين لدى أفراد العينتين من مرضى السرطان ومرضى القلب، للدور التعديلي الهام الذي لعبه معنى الحياة المرتفع الذي كان لدى العينتين والذي ارتكز بالدرجة الأولى على مستوى التدخين المقبول الذي اتسم به أفراد العينتين، إذ أن جودة الحياة ترتبط "بإدراك الفرد لمكانته في الحياة في سياق ثقافته وقيمه وأهدافه وتوقعاته ومعاييرها كما نقيسها في مقارنة منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة ولا شك أن ذلك الإدراك نتيجة لمتغيرات وبسيطة مثل التدخين"¹، حيث يلعب التدخين دوراً مهماً في تقبل المرض والتعايش معه حتى وإن اختلفت حدة المرض وخطورته وآثاره ولقد أشارت دراسة الزروق ومسعودي (2017) حيث سعت الدراسة للكشف عن أسلوب العزو لدى مرضى السكري من خلال البعد الديني والتوجه نحو الحياة لتبين الدراسة على عدم وجود فروق في جودة الحياة تبعاً لنوعي السكري وربطت الباحثان ذلك بأهمية المعتقدات الدينية التي تساعد الفرد في تقبل المرض والتعايش معه بسلام وانعكاس ذلك على ارتفاع جودة الحياة لديهم²، هذا الارتباط الوثيق بين معنى الحياة أو التدخين مع جودة الحياة ومدى التأثير تؤكد دراسات كثيرة قد تمت الإشارة إلى بعضها في سياق الحديث عن العلاقة بين التدخين وجودة الحياة أو بين معنى الحياة وجودة الحياة فيما سبق، هذا بصفة عامة، ليكون الأمر أكثر تفسيرية في سياق الحديث عن مجتمع غالبية متدينين بدين الإسلام والذي يتوسم أفراد الجزاء والخيرية من جراء الصبر على الابتلاء مصداقاً لقوله عليه السلام في حديث رواه مسلم: (عجبا لأمر المؤمن إن أمره كله له خير، وليس ذلك لأحد إلا للمؤمن، إن أصابته سراء شكر فكان خيراً له، وإن أصابته ضراء صبر فكان خيراً له) وقبل هذا في توسم استكمال أركان الإيمان بالرضا بما قدره الله تعالى باعتبار المرض وتداعياته قضاء وقدر، واللجوء إلى الله رجاء السلوى والأنس والشفاء مصداقاً لقوله في كتابه الكريم على لسان إبراهيم عليه السلام (وَإِذَا مَرَضْتَ فَهُوَ يَشْفِيكَ) (الشعراء 80).

95 عرض نتائج الفرضية السادسة عشر ومناقشتها

وتنص الفرضية على أنه: توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى مستوى التعليم لدى أفراد العينة.

¹ زعطوط وقريشي، مرجع سبق ذكره، ص 260

² الزروق، ف. ا. و مسعودي، ز، الكشف عن أسلوب العزو لدى مرضى السكري من خلال البعد الديني والتوجه نحو

الحياة ضمن اختبار جودة الحياة. مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية و الإنسانية، 9(2)، 2017، ص 73

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث استخدم الباحث تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ويتضح ذلك من خلال Error! Unknown switch argument. الجدول التالي:

جدول 53 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود لمستوى التعليم لدى عينة السرطان في مقياس معنى الحياة

الدالة الاحصائية	قيمة ف (F)	متوسط المربعات (التباين) (MS)	درجة الحرية (df)	مجموع المربعات (SS)	مصادر التباين
غير دال	0.281	35.684	3	107.053	ما بين المجموعات (Between Groups)
		126.994	160	20319.069	داخل المجموعات (Within Groups)
			163	20426.122	المجموع (Total)

يتبين من خلال Error! Unknown switch argument. والخاص بمرضى السرطان أن مجموع المربعات ما بين المجموعات (SSB) يساوي: 107.053 بينما مجموع المربعات داخل المجموعات (SSW) يساوي 20319.069 والمجموع الكلي لمجموع المربعات قدر بـ: 20426.122 في حين متوسط المربعات ما بين المجموعات (MSB) قدر بـ: 35.684 ومتوسط المربعات داخل المجموعات (MSW) قدر بـ: 126.994 بينما قيمة (F) قدرت بـ: 0.281 وهي غير دالة.

جدول 54 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود لمستوى التعليم لدى عينة مرضى القلب في مقياس معنى الحياة

الدالة الاحصائية	قيمة ف (F)	متوسط المربعات (التباين) (MS)	درجة الحرية (df)	مجموع المربعات (SS)	مصادر التباين
غير دال	1.984	243.910	3	731.729	ما بين المجموعات (Between Groups)
		122.942	179	22006.631	داخل المجموعات (Within Groups)
			182	22738.361	المجموع (Total)

يتبين من خلال Error! Unknown switch argument. والخاص بمرضى القلب أن مجموع المربعات ما بين المجموعات (SSB) يساوي: 731.729 بينما مجموع المربعات داخل المجموعات (SSW) يساوي 22006.631 والمجموع الكلي لمجموع المربعات قدر بـ : 22738.361 في حين متوسط المربعات ما بين المجموعات (MSB) قدر بـ: 243.910 ومتوسط المربعات داخل المجموعات (MSW) قدر بـ: 122.942 بينما قيمة (F) قدرت بـ: 1.984 وهي غير دالة. وهذا يعني عدم تحقق فرضية الدراسة أي أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في معنى الحياة المدرك تعود إلى مستوى التعليم لدى أفراد العينة.

جاءت نتائج الدراسة الحالية مخالفة لتوقعات الباحث حيث أشارت الدراسة بوضوح لعدم وجود فروق دالة في معنى الحياة تعود لمتغير مستوى التعليم، بالرغم من التباين في مستويات التعليم بين أفراد العينة من أدنى مستوى متمثلاً في المرحلة الابتدائية - وقد لا يبرح بعض الدراسة في الكتاب - إلى أعلى مستوى متمثلاً في التعليم الجامعي، ويبدو أن الإصابة بمرض مزمن عموماً إضافة إلى ثقله وخطورته كما هو الحال في مرض السرطان والقلب، يفضي إلى نضج الفرد المصاب ويسهم بشكل كبير في إعادة صياغة حياته وأهدافه ورؤيته لهذه الحياة عموماً، ليصبح المريض أكثر تفكيراً واهتماماً وقلقاً واستبصاراً فيما يعلق بحياته، وقد أشارت استنتاجات عديد الدراسات إلى أن القضايا المتعلقة بمعنى الحياة والغرض منها لا تقل أهمية عن الأعراض الجسدية والرفاه الجسدي أو أنها أكثر أهمية في كثير من الأحيان، لا سيما في سياق المرض الذي يحد من الحياة (Davison & Jhangri, 2010) كما السرطان والقلب، ويمكن أن يُفسّر عدم وجود فروق تعزى لمستوى التعليم إلى دور تأثير السياقات الثقافية على تبلور المعنى وتشكله حيث تلعب الثقافة السائدة في مجتمع ما دوراً هاماً في بناء النموذج التفسيري للظواهر، مما يعطي المعنى العام والذي يؤثر بدوره على المعنى الخاص لكل فرد، ولقد أبانت دراسة بريور (2009) عن دور السياقات الثقافية في تشكل المعنى، حيث كانت الدراسة بغرض استكشاف معنى السرطان لدى نساء الشعوب الأصلية الأسترالية، وذلك باستخدام الإثنوغرافيا التفسيرية، وهي منهجية نوعية، لاستكشاف تصور نساء السكان الأصليين للسرطان، والسياق الثقافي الذي تم فيه بناء المعنى والتأثير على قرار العلاج (Prior, 2009)، وباعتبار الدين وبخاصة الدين الإسلامي الذي يحيط بكل جوانب حياة معتنقه أهم مصدر من مصادر تشكل المعنى لدى الفرد كما تم بيان ذلك في الفصل النظري، فإن تعلّم الدين في المجتمع الجزائري الذي أجريت فيه الدراسة إنما يكون على مستوى الأسرة والمسجد عموماً وليس في المدارس إذ حصة الدين في المقرر الدراسي ضعيفة، إلا من تخصّص في الشريعة وهم فئة قليلة وخاصة، وهو ما قد يفسّر عدم وجود فروق تعود لمستوى التعليم في متغير معنى الحياة للعينة محل الدراسة، وتطابقت نتائج الدراسة الحالية بعدم وجود فروق في معنى الحياة تعود لمتغير مستوى التعليم مع كل من دراسة القحطاني ومضاوي (2019) والتي فحصت العلاقة بين معنى الحياة ومستوى التدين لدى السجينات وغير السجينات بمدينة الرياض ومعرفة الفروق بين السجينات وغير السجينات في المتغيرات الديموغرافية (الحالة الاجتماعية - المستوى التعليمي - المستوى الاقتصادي) إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية بين السجينات وغير السجينات في معنى الحياة تبعاً لمستوى التعليم، كما تطابقت مع نتائج دراسة زقاوة (2019) والتي هدفت إلى الكشف عن مستوى إدراك الشباب لمعنى الحياة كمؤشر على الصحة النفسية، في حين اختلفت النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة مع دراسة جرافيه وآخرون (2019) والتي أفضت نتائجها إلى أن المرضى الذين لديهم مستويات أعلى من التعليم كان لديهم معنى أعلى بكثير في الحياة من غيرهم.

96 عرض نتائج الفرضية السابعة عشر ومناقشتها

وتنص الفرضية على أنها توجد: فروق ذات دلالة احصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى الحالة الاجتماعية لدى أفراد العينة.

وللتحقق من صحة الفرضية قام الباحث استخدم الباحث تحليل التباين الأحادي (ANOVA) ويتضح ذلك من خلال الجداول التالية:

جدول 55 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود للحالة الاجتماعية لدى عينة مرضى السرطان في مقياس معنى الحياة

الدالة الاحصائية	قيمة ف (F)	متوسط المربعات (التباين) (MS)	درجة الحرية (df)	مجموع المربعات (SS)	مصادر التباين
غير دال	2.242	274.648	3	823.943	ما بين المجموعات (Between Groups)
		122.514	160	19602.179	داخل المجموعات (Within Groups)
			163	20426.122	المجموع (Total)

يتبين من خلال Error! Unknown switch argument. والخاص بمرضى السرطان أن مجموع المربعات ما بين المجموعات (SSB) يساوي: 823.943 بينما مجموع المربعات داخل المجموعات (SSW) يساوي 19602.179 والمجموع الكلي لمجموع المربعات قدر بـ: 20426.122 في حين متوسط المربعات ما بين المجموعات (MSB) قدر بـ: 274.648 ومتوسط المربعات داخل المجموعات (MSW) قدر بـ: 122.514 بينما قيمة (F) قدرت بـ: 2.242 وهي غير دالة.

جدول 56 نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لدلالة الفروق بين المتوسطات التي تعود للحالة الاجتماعية لدى عينة مرضى القلب في مقياس معنى الحياة

الدالة الاحصائية	قيمة ف (F)	متوسط المربعات (التباين) (MS)	درجة الحرية (df)	مجموع المربعات (SS)	مصادر التباين
دال عند مستوى 0.05	5.656	656.284	3	1968.852	ما بين المجموعات (Between Groups)

داخل المجموعات	20769.509	179	116.031	
(Within Groups)				
المجموع (Total)	22738.361	182		

يتبين من خلال Error! Unknown switch argument. Error! Unknown switch argument. الخاص بمرضى القلب أن مجموع المربعات ما بين المجموعات (SSB) يساوي: 1968.852 بينما مجموع المربعات داخل المجموعات (SSW) يساوي 20769.509 والمجموع الكلي لمجموع المربعات قدر بـ: 22738.361 في حين متوسط المربعات ما بين المجموعات (MSB) قدر بـ: 656.284 ومتوسط المربعات داخل المجموعات (MSW) قدر بـ: 116.031 بينما قيمة (F) قدرت بـ: 5.656 وهي دالة عند مستوى الدلالة. وهذا يعني أن هناك فروق دالة في معنى الحياة تعود للحالة الاجتماعية لدى عينة مرضى القلب، بينما لا توجد فروق دالة في معنى الحياة تعود للحالة الاجتماعية لدى عينة مرضى السرطان، في حين نصت فرضية الدراسة على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية في معنى الحياة تعود إلى الحالة الاجتماعية لدى أفراد العينة، مما يعني تحقق الفرضية جزئياً.

لقد تباينت نتائج الدراسة الحالية حيث تحققت جزئياً إذ لم تسفر عن وجود فروق دالة في معنى الحياة توعدز لمتغير الحالة الاجتماعية على عينة مرضى السرطان، بينما تحققت في وجود فروق دالة في معنى الحياة توعدز للحالة الاجتماعية في عينة مرضى القلب، وقد توقع الباحث وجود الفروق لما لمتغير الحالة الاجتماعية من تأثير على تشكل معنى الحياة، إذ يؤكد أدلر وهو واحد من أهم منظري نظرية المعنى على أن هناك ظروفاً اضطرارية أساسية لتشكل المعنى حيث ينص أحد هذه الظروف على أن الإنسان لا يستطيع أن يعيش بمعزل عن أخيه الإنسان، أي أن كل إنسان عضو في جماعة ما لا يمكنه أن يعيش بمعزل عنها، كما لا يمكنه تحقيق أهدافه بدونها، فالأفراد مرتبطون ببعضهم ارتباطاً وثيقاً، والكل في حاجة لوجود الآخرين من حولهم من أجل إشباع حاجاتهم المعنوية اللازمة لاستمرار وجودهم، وبالتالي لاستمرار الحياة عموماً¹ هذا الارتباط يتولد عنه الشعور بالمسؤولية وضرورة تحملها، حيث يعتبر تحمل المسؤولية أحد أهم أبعاد معنى الحياة، ويعني تحمل الفرد للمسؤولية تجاه نفسه، واهتمامه بالجماعة التي ينتمي إليها، والتسامي بذاته نحو الآخرين، كي يكون له دور مؤثر في الحياة الاجتماعية²، وقد أفادت دراسة كليفتاراس وبساراس (2012) العلاقة الارتباطية الدالة بين الزواج ومعنى الحياة لتصل الدراسة إلى استنتاج أن الزواج أو الانخراط في علاقة رومانسية، وكذلك المشاركة في الأنشطة الاجتماعية، هي مصادر مهمة للمعنى (Kleftaras & Psarra, 2012)، في حين أشارت دراسات أخرى لتأثير العزلة والعيش المنفرد على معنى الحياة عموماً لدى الأفراد وقد أشارت دراسة أوونار وديبورا (2009) إلى أن التزمل يشير إلى تدني مستوى معنى الحياة، حيث يمثل العيش المنفرد تحديات مختلفة لدى الرجال والنساء، لتصف عينة الدراسة منازلها بأنها أماكن باردة مستخدمين

1 أدلر، دت، مرجع سبق ذكره، ص 22.

2 البشر، س والحميدي، ح.. معنى الحياة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة وبعض أبعاد التفكير الإيجابي لدى طلبة الجامعة بدولة الكويت. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 1.

<https://doi.org/10.36394/jhss/16/2b/14>، 2022، ص 356.

مصطلحات مثل الكهف لوصف شعورهم (Hoonaard & Deborah, 2009)، وتؤكد دراسات أخرى ارتباط الشعور بالانتماء إلى مستويات مرتفعة في معنى الحياة كما أبانت دراسة لومبار وزملاؤه (Lambert et al, 2013)، أما دراسة كوهن وزملاؤه (2016)، فقد ذهبت إلى أكثر من ذلك حينما كشفت عن نتائجها والتي أفضت إلى ارتباط عيش الإنسان بمفرده بارتفاع خطر الوفاة، لتقر الدراسة استنتاجا مفاده أن الشعور بالوحدة والعزلة الاجتماعية والعيش المنفرد ترتبط بالوفيات المبكرة بين الأفراد المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية (Cohen et al, 2016)، وتطابقت نتائج الدراسة الحالية جزئيا مع دراسة شريف (2016)، وكذا مع دراسة القحطاني ومضاوي (2019) بينما اختلفت نتائجها كليا مع دراسة جرافيه وآخرون (2019).

97 عرض نتائج الفرضية الثامنة عشر ومناقشتها

تنص الفرضية على أن أئها: توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى معنى الحياة المدرك تعود إلى متغير الجنس لدى أفراد العينة.

وللتحقق من صحة الفرضية استعمل الباحث اختبار " ت " (ت ستودانت) لعينتين مستقلتين ويوضح الجداول التالية ذلك كما يلي:

جدول 57 الفروق في معنى الحياة وفق متغير الجنس لدى عينة السرطان

الجنس	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة "ت"	الدلالة الاحصائية
ذكور	54	92.50	11.34	0.052	غير دال
إناث	110	92.60	11.16		

من خلال Error! Unknown switch argument. يتبين أن المتوسط الحسابي لمرضى السرطان لدى عينة الذكور البالغ عددهم 54 مريضا قدر بـ 92.50 وانحراف معياري قدر بـ 11.34 بينما عينة الاناث البالغ عددهن 110 مصابة واللائي قدر متوسطهن الحسابي بـ 92.60 وانحراف معياري قدر بـ 11.16 فكانت قيمة ت تساوي 0.052 وهي غير دالة.

جدول 58 الفروق في معنى الحياة وفق متغير الجنس لدى عينة مرضى القلب

الجنس	حجم العينة (N)	المتوسط الحسابي (X)	الانحراف المعياري (SD)	قيمة "ت"	الدلالة الاحصائية
ذكور	82	96.20	11.54	1.067	غير دال
إناث	101	94.43	10.86		

من خلال Error! Unknown switch argument. تبين أن المتوسط الحسابي لمرضى القلب لدى عينة الذكور البالغ عددهم 82 مريض قدر بـ 96.20 وبانحراف معياري قدر بـ 11.54 بينما عينة الاناث البالغ عددهن 101 مصابة واللاتي قدر متوسطهن الحسابي بـ 94.43 وبانحراف معياري قدر بـ 10.86 فكانت قيمة ت تساوي 1.067 وهي غير دالة.

ومن خلال ما تم عرضه فإن الفرضية التي نصها توجد فروق ذات دلالة احصائية في معنى الحياة المدرك تعود إلى متغير الجنس لدى أفراد العينة لم تتحقق.

ويظهر أن حالة الإصابة بمرض بوزن مرض السرطان أو القلب له تأثيره الكبير على تشكل المعنى لدى الانسان المصاب وإعادة نظرته للحياة وأولوياتها، ويرتبط ذلك خاصة بالقضايا الكبرى المهمة في حياته وعلى رأسها القضايا الوجودية إذ الإصابة بهكذا مرض إنما هو تهديد للحياة وإنذار بفقدانها، فغريزة البقاء تتساوى بين الكائنات وقيمة الحياة لدى الانسان أعلى وأعلى من أي شيء آخر، فعلى هذا المستوى يتساوى المطلب والحاجة وتمحى الفروق وتزول ، ثم إن الدين الإسلامي باعتباره المصدر الأساس لتشكيل المعنى لدى الفرد المسلم لا يفرق بين الذكور والاناث فهو يعينهم على حد سواء وبفس النص والحكم وهذا ما يفسر عدم وجود فروق دالة في معنى الحياة وفق متغير الجنس بين أفراد عينة البحث للدراسة الحالية، ولقد توافقت نتائج الدراسة الحالية هاته مع نتائج دراسة زقاوة (2019)، وأيضاً مع دراسة البشر والحميدي (2022)، كما توافقت نتائج الدراسة الحالية مع دراسة فاهلينغ (2011) وزملاؤه والتي هدفت لاستكشاف المعنى العالمي ومواقف الحياة المرتبطة بالمعنى ودورهما في التنبؤ بالاكتئاب والقلق والإحباط لدى مرضى السرطان وكشفت نتائجها عن عدم وجود فروق في المعنى وفق متغير الجنس (Vehling et al, 2011)، وكذلك دراسة إلكيس (2017) والتي بحثت العلاقة بين المعنى المدرك للحياة ومعنى المرض وأعراض القلق والاكتئاب بين مرضى السرطان (Elekes, 2017).

في حين اختلفت نتائج الدراسة الحالية مع دراسات أخرى والتي أثبتت الفروق بين الجنسين في معنى الحياة كدراسة الخضر (1997)، ودراسة هاشم (2016)، ودراسة إيفونجليستا وآخرون (2011) والتي درست الاختلافات بين الجنسين في التصورات الصحية والمعنى لدى الأشخاص الذين يعانون من قصور القلب (Evangelista et al, 2001)، وأيضاً دراسة قيريرو تورلاس وآخرون (2017) حيث درست المعنى في الحياة كوسيط بين الإعاقة الجسدية والرغبة في تسريع الموت في مرضى السرطان المتقدم (Guerrero-Torrelles et al, 2017).

الاستنتاج العام

تندرج دراستنا الحالية ضمن الموضوعات التي يهتم بها علم النفس الصحي، حيث تناولت موضوع الأمراض المزمنة التي باتت تهدد البشرية، على إثر التحول الوبائي الذي صاحب القرن العشرين وما شهده من تحولات كبرى، وبخاصة ما تعلّق منها بنمط الحياة وما صاحبه من آثار، وباتت الأرقام المسجلة من قبل الهيئات التي تعنى بالشأن الصحي مقلقة جداً، من حيث عدد الإصابات وعدد الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض، إضافة إلى الاختلالات الجسمية والنفسية والاجتماعية وحتى

الاقتصادية المتنوعة، على كافة الأصعدة والمستويات، لتصبح تلك الأمراض بحق من أكبر المهددات للبشر، وسيرورة حياتهم.

ومن ناحية أخرى فإن الإصابة بمرض مزمن وخطير، بمقدار مرض السرطان أو أحد أمراض القلب المهددين للحياة كما أشرنا، تعني الوقوف أمام مشكل وجودي في الأساس، حيث تعني الإصابة بأحد هذين المرضين - في تصوّر الفرد- وقوفا تجاه مصير حتمي، وخط قد لا تكون فيه رجعة (الموت). ممّا قد يدفع الفرد إلى التفكير في إعادة ترتيب بيته وترتيب أولوياته وترتيب حياته ككل، وفي هذا السياق جاءت دراستنا هاته محاولة تسليط الضوء على معنى الحياة كما يدركه المصاب بمرض مزمن وخطير على شاكلة مرض السرطان أو مرض القلب. كما أن تناول الشامل الذي يميّز علم النفس الصحي، يلزمنا باستدخال السياقات الثقافية والاجتماعية وغيرها في الدراسة، إذ الدراسة قد تناولت موضوع التدين لملازمته للوجود البشري وباعتبار الدين الإسلامي أساس ثقافة مجتمع الدراسة وأهم رافد لبناء المعنى لدى معتنقه، لتظهر أهمية الدراسة الحالية، في كشف العلاقة بين المعنى والتدين وانسحاب ذلك على جودة الحياة لدى المصاب بمرض خطير كالسرطان أو القلب.

واتبع الباحث المنهج الوصفي المقارن لتناسبه مع طبيعة الدراسة الحالية. وتكونت أدوات الدراسة من مقياس معنى الحياة الذي أعده هارون توفيق الرشيد وقننه على البيئة الجزائرية بشير معمرية، كما استعمل الباحث مقياس السلوك الديني الذي أعده بشير معمرية، ومقياس جودة الحياة المختصر الذي أعدته منظمة الصحة العالمية وقام بترجمته وتعديله وتقنيته عبد المجيد المضحي.

ولمعالجة البيانات إحصائيا فقد استخدم الباحث برنامج (SPSS) نسخة (22)، وقد تم الاعتماد على المؤشرات الإحصائية التالية: المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون، إختبار " Ttest " الدلالة الفروق ومعامل تحليل التباين الأحادي "ANOVA". وقد اضطر الباحث نظرا لظروف وطبيعة الدراسة إلى اختيار عينة عرضية من المصابين بأحد أمراض السرطان أو أحد أمراض القلب، إذ لم يكن باستطاعته اختيار عينة ممثلة للمجتمع الأصلي للبحث بالمعنى العلمي الدقيق والذي تتطلبه مثل هذه الدراسات، وقد أسفرت الدراسة عن النتائج التالية:

- لدى المصابين بأمراض السرطان وكذا أمراض القلب من أفراد العينة مستوى مرتفع في معنى الحياة المدرك.
- لدى المصابين بأمراض السرطان وكذا أمراض القلب من أفراد العينة مستوى متوسط في التدين.
- لدى المصابين بأمراض السرطان وكذا أمراض القلب من أفراد العينة، مستوى متوسط في جودة الحياة.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين كل من مستوى معنى الحياة المدرك ومستوى التدين لدى عيني مرضى السرطان والقلب.
- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين مستوى معنى الحياة المدرك ومستوى جودة الحياة لدى عيني مرضى السرطان والقلب.

- توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مستوى التدين ومستوى جودة الحياة لدى عينتي مرضى السرطان والقلب.
- عدم وجود فروق في مستوى معنى الحياة المدرك، بين مرضى السرطان ومرضى القلب من أفراد العينة.
- عدم وجود فروق في مستوى التدين بين مرضى السرطان ومرضى القلب من أفراد العينة.
- عدم وجود فروق في مستوى جودة الحياة بين مرضى السرطان ومرضى القلب من أفراد العينة.
- عدم وجود فروق في مستوى معنى الحياة تعزى لمستوى التعليم لدى أفراد العينة الكلية.
- عدم وجود فروق في مستوى معنى الحياة تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد العينة الكلية.
- توجد فروق في معنى الحياة تعزى للحالة الاجتماعية لدى مرضى القلب وعدم وجودها لدى أفراد عينة مرضى السرطان.

ويتضح من خلال النتائج التي خلصت إليها الدراسة، أن لمعنى الحياة المدرك دورا رئيسا وأثرا بارزا في تحسين مستوى جودة حياة مرضى القلب والسرطان، وتجدر الإشارة إلى أن مستوى جودة حياة المرضى كان من المتوقع أن يكون في أدنى مستوياته نظرا لما تخلفه الأمراض المزمنة والخطيرة كأمراض القلب والسرطان من عناء شديد، وكبد وتعب وألم. إلا أن النتائج قد أبانت عن مستويات مقبولة جدا لكلا العينتين في مستوى جودة الحياة.

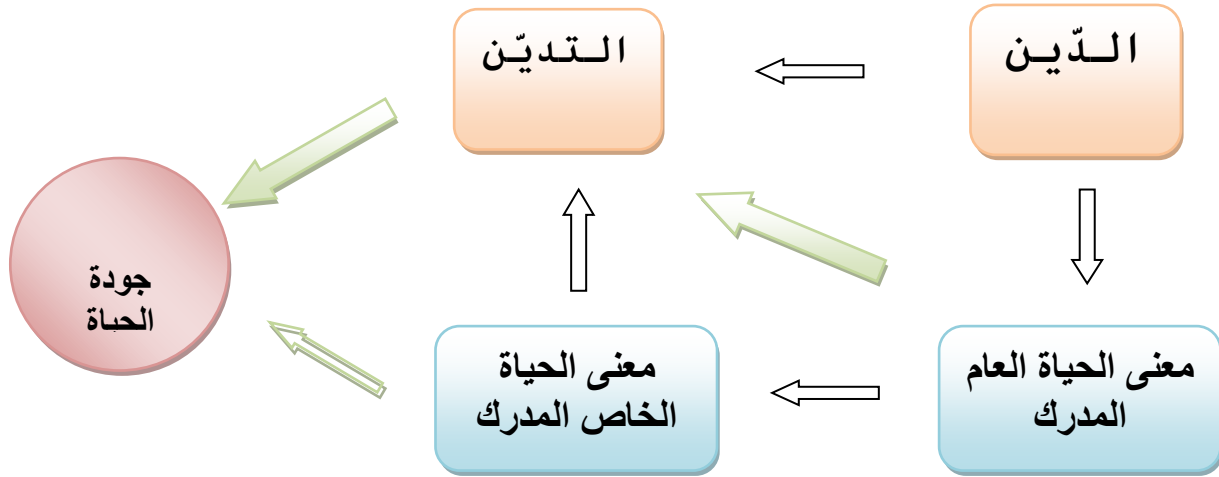
ويتضح أيضا الدور البارز للدين والتدين في تشكّل المعنى وأثر ذلك على جودة حياة المريض، وما دلالة العلاقات الارتباطية بين المتغيرات الثلاث التي خلصت إليها الدراسة إلا مؤشرا على تأكيد هذا الطرح الذي يحتاج إلى دراسات أكثر وتناولات أعمق لإثبات صحته.

ولقد لاحظ الباحث من خلال اطلاعه على مختلف الأدبيات المتاحة له، وكذا أثناء مجريات الدراسة ومراحلها من جهة، ومن خلال النتائج المتوصل إليها في بحثه هذا من جهة أخرى، مدى التداخل والترابط بين متغيرات هاته الدراسة، إذ كلما أوغل في تحليل المعنى إلا ووجد أنه في غمار الحديث عن الدين وعن التدين، والأمر سيان مع جودة الحياة، وكذلك الأمر حين تناول متغير التدين بالتحليل والدراسة وهكذا، مما دفعه لاقتراح نموذج يبرز هذا الترابط والتفاعل انطلاقا من مجريات الدراسة في شقها النظري.

ويرتكز النموذج المقترح على اعتبار أن الدين الإسلامي الذي يدين به معظم مجتمع الدراسة (الجزائر)، هو في نظر معتنقيه "النظام الذي يحتضن الحياة البشرية بكل جوانبها"¹، محققا لمعتنقه

¹ بيجوفيتش، ع. ع. الإسلام بين الشرق والغرب، ط6، دار الشروق، 2015، ص 296

التوازن والاشباع مانحا له معنى لحياته كلها، ومؤهلًا لإدراك جودتها، وبالتالي فإن المرتكز في هذا النموذج هو الدين الإسلامي ليكون النموذج على النحو التالي:



شكل رقم 20 العلاقة بين الدين والتدين و معنى الحياة العام والخاص المدركين وجودة الحياة

يوضح

شكل رقم 20 العلاقة بين متغيرات البحث الحالي ومدى التداخل والترابط بينها، إذ يشرح الشكل النموذج الذي اقترحه الباحث منطلقاً من الدين الإسلامي، والذي يعتبره معتنقوه والذين يمثلون المجتمع الأصلي لعينة الدراسة الحالية (الجزائر) ديناً مكتملاً تاماً يحيط بكل جوانب حياة الإنسان، ومنه يستقي الإنسان معنى لحياته، إذ كلما كان الترابط والتقارب بين الدين والمعنى العام، كلما كان هناك فهم صحيح وتشكل عميق للمعنى الخاص المدرك، لينعكس إيجاباً على مستوى التدين المطلوب والصحيح، ممّا ينسحب إيجاباً على إدراك جودة الحياة.

وبالتالي انطلاقاً ممّا ذكر أعلاه يظهر أنّ ارتفاع مستوى التدين، يسهم في ارتفاع مستوى جودة الحياة، كما يسهم ارتفاع مستوى معنى الحياة الخاص المدرك في ارتفاع مستوى جودة الحياة. ويرتفع مستوى التدين بارتفاع مستوى معنى الحياة الخاص المدرك، والذي يرتفع باقترابه من المعنى العام المدرك، والذي بدوره يرتفع باقترابه من الدين (الفهم الصحيح للدين الإسلامي). ولقد حاول الباحث من خلال هذه الدراسة الوقوف على أهمية معالجة المتغيرات المتناولة فيها، ضمن طابعها الفلسفي الشمولي الذي يوحى بضرورة الفهم الممتد من حيث المعنى لكل متغير أو مفهوم منها، حيث لاحظ كما سبق الإشارة إليه، التلازم الواضح بين المتغيرات الثلاث عند الحديث عن كلّ منها سواء من حيث التعريف أو حتّى من حيث التفسير.

ويمكننا أن نشير بالتّبع إلى أنّ هذا التلازم الموجود في الطرح بين المتغيرات الثلاث قد يشكل أيضا صعوبة نظرية وأخرى منهجية وقف عليها الباحث أيضا خلال مجريات الدراسة متمثلة فيما يلي:

- صعوبة تناول موضوع فلسفي كموضوع معنى الحياة لما له من أبعاد وتأثيرات، يضاف إلى ذلك قلة الدراسات التي تناولت هذا المفهوم، وبخاصة الدراسات المحلية في حدود اطلاع الباحث.
 - صعوبة تناول متغير التدين بالدراسة وصعوبة قياسه، وبخاصة ما تعلق بالشق الايماني والغيبّي، بل وحتى ما تعلق بالجانب الظاهري الذي من خلاله يمكن رصد السلوكيات لارتباطها بالجوانب الايمانية العميقة.
 - تداخل متغيرات الدراسة من حيث المفهوم، فعند تناول متغير معنى الحياة بالدراسة يجد الباحث نفسه في عمق الحديث عن التدين وجودة الحياة وهكذا مع كل متغير، شدة التداخل تظهر بوضوح في كون بعض المتغيرات تعتبر من أبعاد وعناصر متغير آخر في بعض الدراسات كأن يكون المعنى متضمنا في جودة الحياة والعكس صحيح، أو يكون التدين أحد أبعاد معنى الحياة وهكذا.
- وتبقى النتائج المتحصل عليها من خلال هذه الدراسة في سياقها الزمني والمكاني، كما أن النموذج يحتاج لدراسات أخرى متعدّدة ومتعمّقة للوقوف على مدى نجاعته واختبار صحته.

الخاتمة

أصبحت الأمراض المزمنة مصدر تهديد حقيقي للبشرية، حيث تنامي عدد الإصابات عالمياً، وتنوعت الأمراض والأعراض، وباتت الحصيلة من حيث الإصابات والوفيات كبيرة جداً، وتؤكد الإحصائيات المختلفة التي تقدمها المنظمات المهتمة بهذا الشأن تلك الأرقام المقلقة، كما تكشف أيضاً عن تصدر أمراض القلب والسرطان قائمة تلك الأمراض. مشكلة تحدياً مباشراً وتهديداً صريحاً لحياة المصاب بها، مما ينعكس توتراً وقلقاً واكتئاباً وخوفاً من الموت وغيرها. وبالتالي تحولاً كبيراً في حياة المصاب، وانقلاباً جذرياً لمسارها ومعناها، ومن هذا المنطلق جاءت هذه الدراسة المقارنة بين مرضى السرطان والقلب من حيث معنى الحياة المدرك لدى عينة مؤلفة من (164) مريضاً من مرضى السرطان من الجنسين، وعينة مؤلفة من (183) مصاباً بأحد أمراض القلب من الجنسين أيضاً، حيث كان نصيب الذكور من العينة الكلية (39.5%) بينما كان نصيب الإناث من أفراد العينة (60.5%).

ولقد تناولت الدراسة مفهوم **معنى الحياة** وهو مفهوم فلسفي وجودي تدور في فلكه عدة تصورات وطروحات، وتختلف في تعريفه المدارس والاتجاهات، غير أن النظرية التي أسست لهذا المفهوم كتناول في علم النفس وأرست قواعده تعود لمؤسسها فكتور فرانكل، والذي أعطى من خلال نظريته حول معنى الحياة، تصوّراً جديداً يُفسّر من خلاله السلوك البشري، كما تناولت الدراسة مفهومي **التدين** باعتباره ملازماً لحياة الإنسان ومصدراً أساسياً للمعنى، ومطلباً ملحا للإنسان وبخاصة في ظروف صعبة كالمرض المزمن والخطير.

كما تناولت الدراسة أيضاً مفهوم جودة الحياة باعتبار **جودة الحياة** مطلب كل فرد وبغية كل إنسان، لتحقيق الرفاه والاطمئنان والسكينة والحياة الكريمة. وحاولت الدراسة من خلال هذه المفاهيم الثلاث الإجابة على عدة تساؤلات عن مستويات كل من معنى الحياة المدرك والتدين وجودة الحياة لدى أفراد العينتين من مرضى السرطان ومرضى القلب.

كما حاولت الدراسة الكشف عن العلاقة الارتباطية بين كل من معنى الحياة المدرك، والتدين، ثم معنى الحياة وجودة الحياة، وصولاً إلى التدين وجودة الحياة لدى أفراد العينتين (السرطان والقلب)، وسعت الدراسة أيضاً للكشف عن وجود فروق في كلّ من معنى الحياة المدرك والتدين وجودة الحياة بين أفراد العينتين، وأيضاً إلى دراسة وجود الفروق في معنى الحياة تبعاً لمتغيرات (مستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والجنس) لدى أفراد العينة الكلية، وعلى إثر ذلك صيغت الفرضيات.

وتجدر الإشارة إلى أن نتائج الدراسة الحالية تبقى مرتبطة بسياقاتها الزمانية والمكانية، وبظروف العينة التي تمت عليها الدراسة، وبمقتضيات ومجريات الدراسة التي لم تخل من صعوبات ميدانية ومنهجية، على رأسها صعوبة التعامل مع المرضى عقب التدخلات العلاجية المتعبة والمزعجة، وبخاصة وأن هناك ثلاث مقاييس يجب أن تطبق في ذات الظروف (للضرورة المنهجية)، ممّا يترتب عنه تعب المريض وانزعاجه، وتأثير ذلك على استجاباته، وفي كثير من الأحيان عدم اتمامه -أي المريض- للمقاييس. وبالتالي يمكن اعتبار ما توصلت إليه دراستنا الحالية من نتائج وما حققته من أهداف منطلقاً لدراسات أخرى، إضافة إلى أننا نرجو من خلال هاته الدراسة:

- لفت نظر المؤسسات الصحية والبحثية لأهمية معطى معنى الحياة وتأثيره على حياة الإنسان من أجل رفع مستوى جودة حياته.

- فتح المجال أمام الباحثين لتصميم برامج لرفع مستوى معنى الحياة لدى فئات المرضى لما له من تأثير إيجابي على القدرة على تسيير المرض وتجاوز تداعياته.
- لفت نظر القائمين على الرعاية الصحية والنفسية لاستعمال أساليب وتقنيات العلاج بالمعنى وبشكل خاص في علاج مرض خطير كمرض السرطان أو أحد أمراض القلب.
- حث الطلبة والباحثين والمخابر ومختلف الهيئات البحثية على أهمية دراسة نظرية العلاج بالمعنى وربطها بمتغيرات أخرى لما لها من أثر.
- الحث على الاعتناء بتأصيل البحوث وبخاصة في مجال العلوم النفسية والاجتماعية لما للدين من تأثير على حياة المسلم خاصة.
- تشجيع إجراء دراسات مسحية لمعرفة مختلف مصادر المعنى في البيئة الجزائرية وكذا درجة تأثيرها على تشكل التصورات والمفاهيم، ثم الاتجاهات، ثم السلوكيات.
- دعم وتشجيع إعداد وتصميم برامج للناشئة لرفع مستوى معنى الحياة لديها لما له من أثر على تطوير اتجاه إيجابي نحو الصحة.
- تكوين الأطباء والعاملين في الحقل الاستشفائي بما فيهم النفسانيين حول مفاهيم وتقنيات العلاج بالمعنى.
- تنظيم أيام دراسية وبحوث حول المقاربة بين الرؤية الإسلامية ونظرية العلاج بالمعنى.

قائمة المصادر و المراجع

أولاً: المراجع باللغة العربية

1. أدلر، أ، معنى الحياة (1 ط). المجلس الأعلى للثقافة، 2005
2. ابن منظور، ج. ا. لسان العرب (م 2). دار الجيل ودار لسان العرب، 1988
3. أبو الفضل، م. ع. افعالية العلاج بالمعنى فى تحسين جودة الحياة لدى المراهقين المعاقين بصريا. مجلة كلية التربية، 6(3)، 2009 <https://doi.org/10.21608/jfe.2009.78593>
4. أبو الهدى، إ. م. دراسة سيكومترية كينيكية لقلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة ووجهة الضبط لدى عينة من المعاقين بصريا والمبصرين [دكتوراه]. جامعة عين شمس - كلية التربية، 2011.
5. أبو الهدى، إ. م. قلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة لدى عينة من الطلاب المصريين المقيمين بالخارج وأقرانهم المقيمين بمصر، مجلة كلية التربية، 8(3)، 2020 <https://doi.org/10.21608/jfe.2020.88208>
6. أبو حلاوة، م. ا. جودة الحياة المفهوم والأبعاد. المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، 2010
7. أبو حمور، ش. إشكالية الأمراض المزمنة في حياة المرضى الاجتماعية | صحيفة الرأي، 2017 <https://alrai.com/article/10397708/>
8. أبو غزالة، س. ع. فعالية الارشاد بالمعنى في تخفيف أزمة الهوية وتحسين المعنى الايجابي للحياة لدى طلاب الجامعة. المؤتمر السنوي الرابع عشر (الارشاد النفسي من أجل التنمية في ظل الجودة الشاملة)، 2007.
9. أشرف، ر، فعالية الإرشاد بالمعنى في تنمية جودة الحياة وخفض الضغوط النفسية لدى الاطفال ذوى الإعاقة الحركية. مجلة البحوث العلمية فى الطفولة، 3(9) / 2022.
10. الأبيض، م. ح.، مقياس معنى الحياة لدى الشباب. مجلة كلية التربية، 2021.
11. الأسطل، ص. ر. السلام الداخلي والأمل كمنبئات لإدراك معنى الحياة لدى عينة من المتعافيات من سرطان الثدي بمحافظة غزة [ماجستير]. جامعة الأقصى، 2020
12. الأمراض القلبية الوعائية. (د.ت). استرجع في 24 أبريل، 2023، [https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
13. الأمراض المزمنة. (2014، سبتمبر 4). موقع حكيم الإخباري الطبي. <https://www.hakeemnews.com/ar/news/627>

14. الأمراض المزمنة تتسبب في نسبة ازيد من 50 بالمائة من الوفيات المسجلة بالجزائر. وكالة الأنباء الجزائرية. 2021، <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/100791-50>
15. الأمراض غير السارية. منظمة الصحة العالمية. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> . 2022
16. البحيري, ع. ا. أ., & دمرdash, ع.. مقياس الوعي الديني. مكتبة النهضة المصرية، 1988
17. البحيري, م. كورونا يقود هجوم الأمراض المزمنة على العالم.. تحذير من دراسة عالمية المصـــــري اليـــــوم. المصـــــري اليـــــوم. 2020
<https://www.almasryalyoum.com/news/details/2064147>
18. البشر، س والحميدي, ح.. معنى الحياة وعلاقته بكل من الرضا عن الحياة وبعض أبعاد التفكير الإيجابي لدى طلبة الجامعة بدولة الكويت. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 1 .
<https://doi.org/10.36394/jhss/16/2b/14>، 2022
19. البكوش, خ. ع. ا. أ.، العلاقة بين الأمل والشعور بالألم لدى عينة من مرضى السرطان. المجلة الجامعة، 2014
20. البناء, م. و الحميدي, ع. معنى الحياة لدى مرضى الأنيميا المنجلية في جمعية التلاسيما وأمراض الدم الوراثية بصنعاء في ضوء المساندة الاجتماعية المقدمة لهم. المجلة العلمية للعلوم التربوية و الصحة النفسية، 2023 <https://doi.org/10.21608/gfsc.2023.316397>
21. الحاج, ح. (2019). التدرج - RCF. مؤسسة رباب للسرطان، 2019
<https://www.rabab.org.lb/staging-3>
22. الحسيني, ا. م.. الإنسان والدين. مكتبة وهبة، 2004
23. الحسيني, م. ح. م. س. ا.، & محمود, ع. س. ع. ا. م.. قلق الموت لدى أبناء مرضى السرطان. المجلة العلمية لكلية التربية للطفولة المبكرة - جامعة المنصورة،
<https://doi.org/10.21608/maml.2022.259565>، 2022
24. الحكيم, س. إحياء علوم الدين في القرن الواحد والعشرين، ط3، دار الشروق، 2010
25. الحمداني, ر. م. المرونة النفسية والجفاف العاطفي رؤية تربوية نفسية معاصرة. مؤسسة الوراق 2018
26. الخالدي, أ. م. مرجع في علم النفس الاكلينيكي، ط1، دار وائل، 2006
27. الخالدي, أ. م.. المرجع في الصحة النفسية، ط1، دار وائل، 2009

28. الخضر، ع. ا. م.. معنى الحياة لعينة من الشباب الجامعي في علاقته ببعض المتغيرات. المؤتمر الدولي الرابع، 2007.
29. الخوري، ب. في الدين مقارنة فلسفية و انتروبولوجية . دار الفارابي، 2017
30. الرشيدى، ه. مقياس معنى الحياة. المؤتمر الدولي الثالث لمركز الإرشاد النفسي، 1996
31. الرواشدة، دراسة مقارنة بين مرضى السرطان والأسوياء في درجة الشعور بالاكتئاب وقلق الموت-دراسة في ضوء نظريتي التعلم الاجتماعي، والنظرية المعرفية. مجلة الحقيقة، 2014
32. الزحيلي، م.. وظيفة الدين في الحياة. الجمعية العالمية للدعوة الإسلامية، 1991
33. الزحيلي، و. التفسير الوسيط (م 2). دار الفكر، 2006
34. الزروق، ف. ا. علم النفس الصحي. ديوان المطبوعات الجامعية، 2015
35. الزروق، ف. ا و مسعودي، ز، الكشف عن أسلوب العزو لدى مرضى السكري من خلال البعد الديني والتوجه نحو الحياة ضمن اختبار جودة الحياة. مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية و الإنسانية، 9(2)، 2017
36. السجاري، م. م.، الخرينج، أ. ف القعود، إ. ر، التدين والدعم الاجتماعي وعلاقته بجودة الحياة والرضا عن الحياة لدى المصابين بالسرطان من الرجال في الكويت. مجلة دراسات الخليج والجزيرة العربية، 2017.
37. السكافي، ف، قياس نوعية الحياة. افاق للعلوم ، 2021
38. السكافي، ف. أ قياس التدين في العلوم الإنسانية والاجتماعية. مجلة جيل العلوم الانسانية والاجتماعية، 2019.
39. السلطي، ن. س، التعلم المستند إلى الدماغ. دار المسير، 2009
40. السيد، ع. ا. م. السرطان. ألفا، 2009.
41. السيد، ع. ا. م. الضغط والسكر أسبابه وعلاجه. ألفا، 2019
42. الشامي، ع. ا. ص، فقه الدين والتدين. دار الكتب العلمية، 2009
43. الشهري، ر. ع.. الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بقلق الموت لدى مرضى القلب. مجلة البحث العلمى فى التربية، 339-381. <https://doi.org/10.21608/jsre.2019.56480>، 2019
44. الصديق، م. ا. في ظل الإسلام. دار البعث، 1981
45. العقاد، ع. م. الفلسفة القرآنية (03 ط). دار الكتاب اللبناني، 1986.
46. العقاد، ع. م، الله. دار التقوى، 2016.

47. العلاج الجراحي للسرطان وكل المعلومات اللازمة عنه | هيلينك كونسالتينغ تركيا. Healing
2022، group. <https://healingconsultingturkey.com/ar>
48. العمر، م. خ. علم الاجتماع الديني، ط1 دار الشروق، 2015
49. العمودي، ع. ب. ح. ب. م.، مظاهر الإيجابية من منظور قرآني. أبحاث،
2011، <https://doi.org/10.52840/1965-000-023-006>
50. العيادي، خ.، الزاوي، حالألم المزمن: المكان، الزمان والهوية بين الذاتي والموضوعي. مجلة
مقاربات فلسفية، 2022.
51. الغزالي، م. الإسلام والطاقات المعطلة. الزيتونة، 1987a.
52. الغزالي، م.، قذائف الحق. دار الكتب الجزائرية، 1987b.
53. الغزالي، م.، من هنا نعلم. دار الكتب الجزائرية، 1988
54. الغزالي، م. عقيدة المسلم. دار المعرفة، 1999.
55. الغندور، ا. ب.، أسلوب حلّ المشكلات وعلاقته بنوعية الحياة دراسة نظرية. المؤتمر السنوي
السادس - جودة الحياة، 1999
56. القحطاني، ن. و مضاي. معنى الحياة وعلاقته بمستوى التدين لدى السجينات وغير السجينات
بمدينة الرياض. مجلة البحث العلمي في التربية، 20(الجزء الرابع)، 2019
57. القشاعلة، ب.، مدارس علم النفس. مركز السيكولوجي للنشر الالكتروني، 2021
58. المختار، أ. أ.، العاني، آ. م. ع العاني، أ. خ. ر.. مفهوم التدين. مجلة الدراسات الإسلامية والفكر
للبحوث التخصصية، 208-236. [https://www.misd.tech/wp-](https://www.misd.tech/wp-content/files_mf/jistr/030408.pdf) 2017، [content/files_mf/jistr/030408.pdf](https://www.misd.tech/wp-content/files_mf/jistr/030408.pdf)
59. المسيري، ع. ا.، رحلتي الفكرية في البذور والجنور والتمر، ط3 دار الشروق، 2013
60. المضحي، ع. ا.، جودة الحياة وعلاقتها بالأمل ومفهوم الذات لدى الأحداث الجانحين وغير
الجانحين بمدينة الرياض. شبكة ألوكة.
61. المهدي، م. ع. ا.، سيكولوجية الدين والتدين. البيطاش سنتر، 2002.
62. النابلسي، م. ر.، نظرات في الإسلام. دار المكتبي، 2010
63. الوائلي، ج.، المعنى في الحياة وعلاقته بنمط الشخصية (A-B) لدى طلبة جامعة بغداد. مجلة
الأستاذ، 2012
64. الوائلي، ح. ع. ا.، الأمن الفكري مسؤولية أسرية ومهام تربوية. مكتبة الملك فهد الوطنية، 2014
65. الوريكات، ع.، علم الاجتماع الطبي (1 ط). دار وائل، 2011

66. باترسون، س. ه نظريات الارشاد والعلاج النفسي. دار القلم، 1986
67. براهيمية، ج وبوشلاق، ن. الألم النفسي لدى مرضى السرطان دراسة ميدانية. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الإجتماعية، 2016
68. بركات، ح.، فنيش، ح، نوعية الحياة وعلاقتها بكل من التدخين والاكتئاب النفسي لدى المصابين بالأمراض الانتانية (دراسة ميدانية على عينة من مرضى التهاب الكبد الفيروسي "c" بمستشفى الزهراوي بولاية المسيلة). مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2019
69. بكار، ع. ا، تكوين المفكر. دار وجوه، 2010
70. بكار، ع. ا، مدخل إلى التنمية المتكاملة رؤية اسلامية . دار القلم، 2011
71. بكير، م، المرونة النفسية وعلاقتها بالضغط المدرسية لدى التلاميذ المترشحين لامتحان البكالوريا. دفاثر البحوث العلمية، 2019
72. بلخير، و، التدخلات العلاجية النفسية في مجال الأمراض القلبية الوعائية. مجلة علم <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/180493>، 2011
73. بلقاسمي، ب. ا و مسعودي، تأثيرات جائحة كوفيد 19 على جودة الحياة النفسية لدى معلمي التعليم الابتدائي (دراسة ميدانية بولاية مستغانم) تنمية الموارد البشرية، 2021
74. بلمداني، ن، مستوى السعادة وعلاقته بالتدين لدى أئمة المساجد. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 2016.
75. بن بوخلط، ع. ا، زعتر، ن. ا، الطمأنينة النفسية مفهومها وأهميتها. مجلة المداد، 2020
76. بن قتييل، ف، الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة، 2020
77. بن نبي، م، مشكلة الثقافة (4 ط). دار الفكر، 2005
78. بورقيبة، د. (2005). مدخل إلى علوم التربية. المطبعة العربية.
79. بورقيبة، منهج القرآن في التربية. المطبعة العربية، 2009
80. بوساحة، ب و فرطاس، إ، جودة الحياة بين الرؤية الإسلامية والرؤية الغربية. مجلة الاعلام والمجتمع، 2022.
81. بوعمامة، جودة الحياة: المفهوم والأبعاد دراسة تحليلية. مجلة العلوم النفسية والتربوية، 2019
82. بوقفة، إ، جبالي، ن. ا. (2020، يونيو 30). المرونة النفسية والقلق - دراسة ميدانية حسب منحى العلاج بالتقبل والالتزام على طلبة جامعة باتنة 1-. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية.

83. بولحبال, آ, شينار, س. تقبل المرض وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى مريضات السرطان دراسة مقارنة بين مريضات سرطان الرحم وسرطان الثدي. المحترف، 2022.
84. بولينج, آ. قياس الصحة . مجموعة النّيل العربية، 2007
85. بيجوفيتش, ع. ع. الإسلام بين الشرق والغرب، ط6، دار الشروق، 2015
86. تايلور, ش. علم النفس الصحي. دار الحامد، 2008
87. تركي, أ، فاضلي, أ. (2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية (الجنس - السن) (Quality of life among diabetic patients its relationship to diabetes type and some sociodemographic variables(gender - age مجلة العلوم النفسية والتربوية، 7(2)، <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/149733>
88. تلمساني, ف، الارتياح النفسي الشخصي والرضا الوظيفي لدى الأساتذة. الحوار المتوسطي، 2021
89. جاب الله, ي. معنى الحياة وعلاقته بالاحترق النفسي لدى المرأة العاملة العانس- دراسة ميدانية بولاية سطيف، 2007
90. جبر, ص. م. س. ا. س. أ. نوعية الحياة وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى القلب بمستشفى الشعب التعليمي بمحلية الخرطوم: دراسة ميدانية بمستشفى الشعب التعليمي، 2018.
91. جريو, س. مستوى التدين و تقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، 2018
92. جيمس, ن. السرطان مقدمة قصيرة جدا (م 01). مؤسسة هنداوي، 2013
93. حامد, ا. (2020, أبريل 1). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة لدى المرضى بأمراض مزمنة. مجلة دراسات فى الخدمة الاجتماعية والعلوم الإنسانية, 847-888. <https://doi.org/10.21608/jsswh.2020.27157.1083>
94. حجيرات, م. الدّين والتّدّين، ط1، كنوز المعرفة، 2017
95. حدادي, س، برنامج تربية علاجية مقترح لمرضى قصور الشريان التاجي. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2021.
96. حربوش, س. المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري "دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري " (من 30 إلى 50 سنة) بمدينة سطيف. مجلة الآداب و العلوم الإجتماعية، 2014

97. حسين، ك.، عبد الوهاب، ط. م.، وهيب، ن. ن.. الصمود النفسي ومعنى الحياة كمنبات بجودة الحياة لدى مرضى السرطان المراهقين. مجلة المنهج العلمي والسلوك <https://doi.org/10.21608/psyb.2022.140013.1004>، 2021
98. حشمت، م، نظرية الدين والتدين. مفكرون، 2017
99. حضري، ف. مستويات الدين وأشكال التدين - محاولة تصنيفية . مجلة الواحات للبحوث والدراسات، 2011.
100. حماد، ح. الله، فى التحليل النفسي جدلية المقدس والإنسانى عند إريك فروم. متون، 1(3)، 2008.
101. حمايدي م.، خيذر، س. القيمة الاجتماعية للعمل. مجلة سوسيولوجيا، 2017
102. حمدى م.، محمد عبد الوهاب حمزة، ط. الوكيل، س. أ. م. التوجه الدينى وعلاقته بالاغتراب الثقافى لدى الشباب. مجلة جامعة الفيوم للعلوم التربوية والنفسية، 17(3)، 2023 <https://doi.org/10.21608/jfust.2023.293830>
103. حنصالي، م. أمراض القلب النفسية : كرونوباثولوجيا نظم القلب دراسة وصفية لعينة من ضحايا موت القلب المفاجئ بالمجتمع الجزائري. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2020
104. حوحو، ر، غرايسية، ع. جودة الحياة وعلاقته بالصحة النفسية من منظور علم النفس الفردي. الملتقى الوطني الأول: جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر- الأبعاد والتحديات، 2020
105. حوى، س.. تربيتنا الروحية، ط9، دار السلام، 2007
106. خوخ، ح. أ. معنى الحياة وعلاقته بالرضا عنها لدى طالبات الجامعة بالمملكة العربية السعودية. مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية والنفسية، 2011
107. دايدي، م. نوعية الحياة المرتبطة بالصحة عند مرضى سرطان الرئة. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع، 2023
108. دبراسو، ف، السمنة من منظور الصحة النفسية. مجلة العلوم الانسانية، 20(1)، 2020.
109. دراز، م. ع. ا، الدين. مؤسسة هنداوي، 2012
110. دروا، ر. ب، فقه الفلسفة. دار الفرقد، 2014
111. ديكسون، م، سرطان الثدي. كتاب العربية، 2013
112. راضي، ف. م. معنى الحياة لدي عينة من خريجي الجامعة العاطلين عن العمل وعلاقته بالقيم والعدائية، المجلة ، 2007

113. المصـــــــــــــــرية للدراســــــــــــات النفســــــــــــية، 464-429.
- <https://doi.org/10.21608/eicj.2007.102530>
114. رمضان، منصور، ب.ب، رشيد، و بكاي. (2020). الثقافة الصحية و أثرها على سلوك المصابين بالأمراض المزمنة في الجزائر.
115. زعطوط، ر، نوعية الحياة لدى مرضى السرطان وعلاقتها بكل من الكرب النفسي والتدين. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2016
116. زعطوط، ر و عوالي، ر، إدراك المرض وعلاقته باستجابتي القلق والاكتئاب لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2018.
117. زعطوط، ر و قرشي، ع. ا، نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، 2013
118. زقاوة، أ، معنى الحياة كمؤشر على الصحة النفسية لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 2020.
119. زناد د، سيكولوجية مرضى العجز الكلوي المزمن الخاضعين لعلاج تصفية الدم مع عرض حالة نموذجية. دراسات نفسية، 2012.
120. زناد، د عوالي، ع. المساندة الاجتماعية المدركة ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى إحتشاء عضلة. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2019.
121. سابق، افقه السنة (م 1). مكتبة دار التراث، 2005
122. سانديا، ب، و آخرون، اضطراب نظم القلب - الأعراض والأسباب - Mayo Clinic (مايو كلينيـك). مايو كلينيـك.
<https://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/heart-arrhythmia/symptoms-causes/syc-20350668>
- 2023
123. سايل، ح. و قلاتي، ل. نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى القلب والأوعية Health related Quality of life among patients with Cardiovascular diseases نفسية، <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/175681>، 2021.
124. سجاد، أ. المسؤولية والجزاء في القرآن الكريم. الجامعة الإسلامية العالمية، 2021.
125. سرات، ا. الدين والتدين في العالم المعاصر. دار الكلمة، 2015.

126. سرطان: تسجل أزيد من 47 ألف حالة جديدة خلال سنة 2019، وكالة الأنباء الجزائرية. <https://www.aps.dz/ar/sante-science-technologie/135071-47-> 2019، 2020
127. سرغيني، ي، إدراك المرض و علاقته بنوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية. مجلة دراسات في علم نفس الصحة ، 2020.
128. سرغيني، ي، وبوشدوب، ش سمة الأمل وعلاقتها بنوعية الحياة لدى حاملي الصمامة القلبية الاصطناعية. مجلة المقدمة للدراسات الانسانية و الاجتماعية، 2021
129. سعد، ا. و سعد، مؤشرات الرضا عن الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية المدركة (PSS) لدى الطالبات المقيمات بالأحياء الجامعية. مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الانسانية والاجتماعية، 2021
130. سعود، واقع التدين في المجتمع الجزائري. الإحياء، 6(1)، 2004.
131. سعيدي، ع. إبراز مفهوم السعادة في البحوث المعاصرة. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 2016
132. سليم، م، علم تكوين المعرفة (1 ط). دار النهضة العربية، 2002
133. سليمان، ع. ا. س، فوزي، ا.. معنى الحياة وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من المسنين العاملين وغير العاملين . المؤتمر السنوي السادس-جودة الحياة، 1999
134. سي بشير، ك. دور الاخصائي النفسي في علم نفس الصحة في التكفل بالمريض العضوي المزمن. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2016
135. شحاتة، ر. م، علم نفس الشخصية. دار المسيرة، 2013
136. شحيمي، م. أ. دور علم النفس في الحياة المدرسية. دار الفكر اللبناني، 1994.
137. شدمي، ر، واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي. جامعة أبي بكر بلقايد، 2015
138. شريف، ل.، كحيلة، ر، خاسكة، س. معنى الحياة لدى عينة من الإناث المصابات بسرطان الثدي وعلاقته ببعض المتغيرات دراسة ميدانية في محافظة اللاذقية. Tishreen University Journal-Arts and Humanities Sciences Series، 2016
139. شريفي، ه، تحديد العوامل الديموغرافية المرتبطة بنوعية الحياة لدى الافراد المصابين بالأمراض المزمنة. مجلة دراسات في العلوم الانسانية والاجتماعية، 2015

140. شلبي، م. أ، و القشيشي، ه. إ. الدلالات الإكلينيكية لإستخبار وصف الشخصية (PAI) على عينات من مرضى السكر والقلب والسرطان والمتلازمات النفسية المصاحبة لها. مجلة بحوث كلية الآداب . جامعة المنوفية، 25(99)، 2020
<https://doi.org/10.21608/sjam.2020.168087>
141. شلتوت، م.. من توجيهات الإسلام. دار الشروق، 1980
142. شلتوت، م، حاجة الانسان إلى التدين. مفكرون، 2018
143. شنايدر، آ، ضغط الدم. دار الهدى، 1992
144. شوبرا، د، كتاب الأسرار (01 ط). دار الفرقد، 2015
145. شويخ، أ. ه. أساليب تخفيف الضغوط الناجمة عن الأورام السرطانية. إيتراك للطباعة والنشر، 2007.
146. شويخي، آ، وسعدي، ز. الرضا عن التخصص وعلاقته بالارتياح النفسي-دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة تلمسان. مجلة التكامل، 2019
147. شويعل، ي. جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي. مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 2018
148. شيخي، م.. طبيعة العمل وعلاقته بجودة الحياة دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات. جامعة أبي بكر بلقايد، 2014
149. شينار، س وبولحبال، آ، المشكلات النفسية المصاحبة لصدمة الإصابة بسرطان الثدي. المداد، 2021.
150. طايبي، ل، نوعية الحياة وعلاقتها بفعالية الذات لدى مرضى الصدفية " Psoriasis ". مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 6(1)، 2018
<https://www.asjp.cerist.dz/en/article/71192>
151. عاشور، ا & زبدي، ن. ا، جودة الحياة النفسية وعلاقتها بفاعلية الذات لدى المراهق المتمدرس (دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ التعليم الثانوي بثانويات ولاية الشلف). مجلة العلوم النفسية والتربوية، 7(2)، 2021
152. عايش، ص العلاقات الأخوية وعلاقتها بجودة الحياة النفسية لدى المراهقين (دراسة ميدانية على عينة من تلاميذ المؤسسات التربوية بولاية الشلف). دراسات نفسية وتربوية، 13(4)، 2020.

153. عبد الحليم، أ. م. . قلق المستقبل وعلاقته بمعنى الحياة والضغط النفسية لدى عينة من الشباب. المؤتمر السنوي الخامس عشر، 2010.
154. عبد الخالق، أ، النّيال، م . معنى الحياة وحب الحياة لدى مجموعات مختلفة من مريضات السرطان. المؤتمر الاقليمي لعلم النفس، 2007.
155. عبد الخالق، أ. م. نموذج بنائي للعلاقات المثلى بين التدين والحياة الطيبة. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 2022. <https://doi.org/10.21608/ejci.2022.211961>
156. عبد العظيم محمد، س فعالية التحليل بالمعنى في علاج خواء المعنى وفقدان الهدف في الحياة لدى عينة من طلاب جامعة الامارات العربية المتحدة. المؤتمر السنوي الثالث عشر، 2006.
157. عبد العظيم محمد، س وعبد التواب معوض، م، العلاج بالمعنى النظرية - العلاج - الفنيات - العلاج، ط1. دار الفكر العربي، 2012
158. عبد الناصر، ر. جودة الحياة لدى أمهات ذوي الاحتياجات الخاصّة. مؤسسة حورس الدولية، 2017.
159. عدوان، ي. نماذج نظرية مفسّرة للإصابات القلبية الوعائية (عرض وتقييم). مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2020.
160. عدودة ، براجل، إ . جودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2008.
161. عراب، ا. التدين كعامل مساعد في تحسين و تماسك الصحة النفسية والعضوية- دراسة تحليلية- مجلة دراسات في علم نفس الصحة ، 2022
162. عطوف، م. الأمراض السيكوسوماتية. منشورات بحسون الثقافية، 1988
163. عمامرة، س.، طعيلي، م. ا التدين وعلاقته بقلق الموت لدى المرضى المزمنين. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، 2017
164. عمر، ع. ع. ع. ع، فاعلية برنامج إرشادي تكاملي قائم على العلاج بالمعنى وبعض قوى الشخصية في تحسين جودة الحياة لدى عينة من المراهقين. مجلة كلية التربية في العلوم النفسية، 43(3)، <https://doi.org/10.21608/jfeps.2019.78129>، 2019
165. عوالي، ع. دور الصلابة النفسية كمركب ثلاثي (الالتزام، التحكم والتحدّي) في تخفيض إدراك الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى المرضى المصابين بإحتشاء عضلة القلب. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2017

166. غانم، م. ح، الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية. مكتبة الأنجلو المصرية، 2015
167. غماري، ط، التدوين والصحة النفسية في الجزائر: تبريرا للعلاقة الايجابية بين الاسلام وعلم النفس. مجلة التشريع الاسلامي والأخلاق، 2014.
168. فاطمية، ح. تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من البيئة الجزائرية . مجلة العلوم الاجتماعية، 12(4)، 2018
169. فالق، ب، عدوان، ي، أثر الألم على جودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، 7(1) <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/195713>، 2022
170. فتال، الرضا عن الحياة والصلابة النفسية لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد - دراسة مقارنة بين أمهات الأطفال المصابين بالتوحد وأمهات الأطفال غير المصابين بالتوحد، 2021
171. فتح الباب، دراسات في علم النفس الإيجابي. دار إيتراك، 2018
172. فرانكل، ف، الانسان يبحث عن المعنى مقدمة في العلاج بالمعنى والتسامي بالنفس. مكتبة الأنجلوسكسونية، 1982 .
173. فرطقي، م، براهيمية، ا، تطوّر الأمراض المزمنة في الجزائر. مجلة دراسات اقتصادية، 2015
174. فروم، إ، الإنسان بين المظهر والجوهر (عالم المعرفة)، 1989
175. فواظمية، م، التوجهات النظرية لجودة الحياة. الحوار الثقافي، 2015
176. قاسم، ع. ا، معني الحياة لدي المتصوفة وعلاقته بالصحة النفسية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 2007
177. قريشي، ف التدوين وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى الاضطرابات الوعائية القلبية. جامعة الحاج لخضر، الجزائر، 2011.
178. قطب، س، التصوّر الاسلامي ومقوماته. دار الشروق، 1993.
179. قطب، س، في ظلال القرآن (34 ط، م 1). دار الشروق، 2004
180. قطب، س، في ظلال القرآن (م 01). دار الشروق، 2009
181. قنديل، م. ع. أ. التعايش السلمي في سياسة النبي بالمدينة المنورة. مجلة كلية الآداب، 2021

182. قوراح، ي وصالي، م، الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والآفاق. مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، 2017.
183. كعباش، م، نفحات الرحمن في رياض القرآن (م 7). المطبعة العربية، 2007.
184. كوبر، ج، السرطان دليل لفهم الأسباب والوقاية والعلاج. المكتبة الأكاديمية، 2004.
185. كوبر، م، العلاجات النفسية الوجودية. مكتبة الأنجلوسكسونية، 2015.
186. كوزي، ط، القرآن نسخة من الانسان ط 1، كتابك، 2017.
187. كيال، ب، أصل الانسان وسرّ الوجود (م 3). مكتبة الهلال، 1983.
188. لانك، ه العودة إلى الايمان. الهيئة المصرية العامة للكتاب، 2010.
189. لعوامن، ح . بناء مقياس معنى الحياة للأفراد ذوي الإعاقة الحركية الم كتسبة -فئة الراشدين. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية، 2018.
190. لوبروطون، د. تجربة الألم بين التحطيم والانبعاث. درا طوبقال، 2017.
191. لوبون، ق. الآراء والمعتقدات. مؤسسة هنداوي، 2014.
192. ليهي، آ. الأورام. مؤسسة هنداوي، 2020.
193. مالكي، ر، كحول، ش. الاتزان الانفعالي لدى الأمهات العازبات المتمدرسات دراسة ثلاث حالات بولاية ادرار "الجزائر". الحالة (ح.م) نموذجاً، 2022.
194. مبارك، ب. ع، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج. مجلة كلية الآداب، 2012.
195. مجدول، ب، التدبّين والمرضى : دراسة في تأثير المرجعية الدينية في تمثّلات المرضى والمصابين بالإيدز وتجرّبتهم. Insaniyat / إنسانية
19344. <https://doi.org/10.4000/insaniyat.19344>، 2018.
196. محفـوظ، م، جريدة الرياض | الإسلام دين التـوازن.
286981. <https://alriyadh.com/286981>، 2016.
197. محمد، إ. ع.. خصائص الإسلام الذي ندعو إليه. دار الكلمة، 2013.
198. محمد الحسن، إ. علم الاجتماع الطبي، ط2، دار وائل، 2010.
199. محمد، ل، المشكلات الاجتماعية للمصابين بالأمراض المزمنة. مجلة الاناسة وعلوم المجتمع، 2021.
200. محمود، ا. التدبّين في العلاقات الزوجية والتوافق الزوجي. مجلة دراسات نفسية، 2004.

201. مرازق، و، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السرطان. مجلة دراسات في علم نفس الصحة، 2018
202. مزلق، و. إستراتيجية مواجهة الضغط النفسي لدى مريض السرطان [رسالة ماجستير]. جامعة الهضاب 2، 2014
203. مسعودي، ا. جودة الحياة النفسية. مجلة روافد للدراسات و الأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية، 2017
204. مشري، س، جودة الحياة من منظور علم النفس الايجابي - دراسة تحليلية. مجلة الدراسات والبحوث الإجتماعية، 2014
205. مطشر، س، معنى الحياة وعلاقته بالسعادة لدى منتسبي جامعة بغداد من التدريسيين والموظفين. مجلة البحوث التربوية والنفسية، 2009 .
<https://jperc.uobaghdad.edu.iq/index.php/jperc/article/view/746>
206. معمريّة، ب،العوامل النفسية في مرض السرطان. مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، 2007
207. معمريّة، ب، معنى الحياة مفهوم أساسي في علم النفس. المجلة العربية للعلوم النفسية، 2012.
208. معمريّة، ب، جودة الحياة تعريفاتها مظاهرها أبعادها. جودة الحياة والتنمية المستدامة في الجزائر الأبعاد والتحديات، 2020
209. معمريّة، ب، علم النفس الايجابي وقياس متغيراته في المجتمع الجزائري. جامعة الحاج لخضر، 2021
210. منصور، ح. ف. (2004). كل شيء عن السمّة والجديد في علاجها ، ط1 ، دار الصفا والمرورة.
211. منظمة الصحة العالمية. الصحة النفسية: تعزيز استجابتنا.
<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response> (2022، يونيو 17).
212. منظمة الصحة العالمية تصدر قائمة بالأسباب العشرة الأولى للوفاة في العالم على رأسها أمراض القلب | أخبار الأمم المتحدة، منظمة الصحة العالمية.
<https://news.un.org/ar/story/2020/12/1067282> ، 2020
213. موخيرجي، س، إمبراطور الأمراض السرطان .. سيرة ذاتية. كتاب العربية، 2013

214. نجاتي، م. ع، القرآن وعلم النفس ، ط11، دار الشروق، 2014
215. نعيصة، ر. ع، جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين. مجلة جامعة دمشق، 2012
216. نوفل، ف، العلاج المعرفي السلوكي. مكتبة الأنجلو المصرية، 2016
217. هاشم، ز، معنى الحياة وعلاقته بالاكنتاب النفسي لدى عينة من طلبة الجامعة. مجلة العلوم التربوية والنفسية، 2020
218. هاشمي، أ، الأسرة والطفولة. دار قرطبة، 2004
219. هبيطة، ن. ، حمزة، أ، جودة الحياة : قراءة في المفهوم، الأبعاد والقياس. أفاق للعلوم، 2020
220. وهيب، و صغير ف، مصطلح جودة الحياة: المفهوم والتطور. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، 247-2571, (ISSN online/ 2769-1934)، 2011
221. ياسين، ع. ا، الدين والتدين التشريع والنص والاجتماع (2 ط). المركز الثقافي العربي، 2014

ثانيا: المراجع الأجنبية

222. Abu, H. O., Ulbricht, C., Ding, E., Allison, J. J., Salmoirago-Blotcher, E., Goldberg, R. J., & Kiefe, C. I. Association of religiosity and spirituality with quality of life in patients with cardiovascular disease: a systematic review. *Quality of Life Research*, 27(11), 2777–2797. <https://doi.org/10.1007/s11136-018-1906-4> 2018
223. Aggelopoulou, Z., Fotos, N. v., Chatziefstratiou, A. A., Giakoumidakis, K., Elefsiniotis, I., & Brokalaki, H) .The level of anxiety, depression and quality of life among patients with heart failure in Greece. *Applied Nursing Research*, 52–56. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.01.003>.2017

224. Allard, J..Cancer de la prostate: tout savoir sur cette maladie.
https://www.passeportsante.net/fr/Maux/Problemes/Fiche.aspx?doc=cancer_prostate_pm2021
225. Alonso, J., Ferrer, M., Gandek, B., Ware Jr., J. E., Aaronson, N. K., Mosconi, P., Rasmussen, N. K., Bullinger, M., Fukuhara, S., Kaasa, S., & Leplège, A. Health-related quality of life associated with chronic conditions in eight countries: Results from the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Quality of Life Research*, 13(2) <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018472.46236.05>. 2004
226. Andersen, L. P., Dietrich, M. S., Murphy, B. A., & Deng, J Factors associated with quality of life among patients with a newly diagnosed oral cavity and oropharyngeal cancer. *European Journal of Oncology Nursing*, 66, 102384. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2023.102384>.2023.
227. Anne, C .Cancer du foie : symptômes, espérance de vie, causes, traitements. <https://www.medisite.fr/cancer-du-foie-cancer-du-foie-symptomes-survie-traitements.5543487.721172.html>.2022
228. Ardel, M., & Koenig, C. S.The Role of Religion for Hospice Patients and Relatively Healthy Older Adults. *Research on Aging*, 28(2), 184–215. <https://doi.org/10.1177/0164027505284165>.2006
229. Arenja, N., Cron, T., & Kühne, M. (2013). Signes cliniques et ECG des arythmies cardiaques. *Forum Médical Suisse*, 13(12)2013.
230. Bailey, H., Forshaw, C., Chandrasekar, S., Hooi Wong, C., Last, M., Burlison, H., Foley, G., Iadeluca, L., Krulewicz, S., Wiltshire, R., Thomaidou, D., & Duncan, K PP01.37 Quality of Life in Non-Small Cell Lung Cancer Patients With Brain/CNS Metastases– Real-world evidence. *Journal of Thoracic Oncology*, 18(3), e26. <https://doi.org/10.1016/j.jtho.2022.09.063> . 2023

231. Baldacchino, D. Myocardial infarction: a turning point in meaning in life over time. British Journal of Nursing, 20(2).
<https://doi.org/10.12968/bjon.2011.20.2.107> .2011
232. barnard, christaanvo.tre coeur en pleine santé .(1) menges.1985
233. Barsaei, M., Feizollahzadeh, H., Jabbarzadeh, F., Hasankhani, H., & Shabanloei, R. The Meaning of Life Related to Heart Disease and Its Relationship to Quality of Life after Repeat Coronary Artery Angioplasty. Creative Nursing, 26(1). <https://doi.org/10.1891/1078-4535.26.1.48>.2020
234. Bernard, M., Braunschweig, G., Fegg, M. J., & Borasio, G. D. Meaning in life and perceived quality of life in Switzerland: results of a representative survey in the German, French and Italian regions. Health and Quality of Life Outcomes, 13(1). 2015<https://doi.org/10.1186/s12955-015-0353-y>
235. Borgès Da Silva, G ..Maladies chroniques : vers un changement du paradigme des soins. Santé Publique,2015.
<https://doi.org/10.3917/spub.150.0009>.
236. Cancer : plus de 19 millions de nouveaux cas et 10 millions de décès en 2020 | ONU Info . ONU .
<https://news.un.org/fr/story/2020/12/1084572>.2020
237. Carney, R. M., & Freedland, K. E. Depression in Patients with Coronary Heart Disease. The American Journal of Medicine, 121(11), S20–S27. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2008.09.010>.2008
238. Carvalho, M. V. de, Siqueira, L. B., Sousa, A. L. L., & Jardim, P. C. B. V. The Influence of Hypertension on Quality of Life. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 100(2), 164–174.
<https://doi.org/10.5935/abc.20130030>.2013

239. Castro, E. K. de, Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., Chem, C., Castro, E. K. de, Ponciano, C., Meneghetti, B., Kreling, M., & Chem, C. Quality of Life, Self-Efficacy and Psychological Well-Being in Brazilia
240. Adults with Cancer: A Longitudinal Study. Psychology, 3(4),
<https://doi.org/10.4236/PSYCH.2012.34043>. 2012
241. Chandrasekar, T. Cancer de la prostate - Troubles rénaux et des voies urinaires - Manuels MSD pour le grand public.
<https://www.merckmanuals.com/fr-ca/accueil/troubles-r%C3%A9naux-et-des-voies-urinaires/cancers-du-rein-et-des-voies-g%C3%A9nitales-et-urinaires/cancer-de-la-prostate>. 2022
242. Chen, J., You, H., Liu, Y., Kong, Q., Lei, A., & Guo, X.. Association between spiritual well-being, quality of life, anxiety and depression in patients with gynaecological cancer in China. Medicine, 100(1).
https://journals.lww.com/md-journal/Fulltext/2021/01080/Association_between_spiritual_well_being_quality.111.aspx. 2021
243. Chin, Y. R., Lee, I. S., & Lee, H. Y. Effects of Hypertension, Diabetes, and/or Cardiovascular Disease on Health-related Quality of Life in Elderly Korean Individuals: A Population-based Cross-sectional Survey. Asian Nursing Research, 8(4), 2014.
<https://doi.org/10.1016/j.anr.2014.10.002>. 2014
244. Cohen, R., Bavishi, C., & Rozanski, A. Purpose in life and its relationship to all-cause mortality and cardiovascular events: A meta-analysis. Psychosomatic medicine, 78(2). 2016.
245. Crumbaugh, J. C. (1979). Logotherapy as a bridge between religion and psychotherapy. Journal of religion and health, 18(3). 1979
246. Crump, C., Sundquist, J., Kendler, K. S., Sieh, W., Edwards, A. C., & Sundquist, K. Risks of Depression and Suicide After Diagnosis With

- Heart Failure. JACC: Heart Failure,2022.
<https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.07.007>.
247. Daimellah, F., & Lehachi, S. Cardiologie. Edition LOUMI..2022
248. Damen, A., Raijmakers, N. J. H., van Roij, J., Visser, A., Beuken-
 Everdingen, M. van den, Kuip, E., van Laarhoven, H. W. M., van
 Leeuwen-Snoeks, L., van der Padt-Pruijsten, A., Smilde, T. J., Leget, C.,
 & Fitchett, G. Spiritual Well-Being and Associated Factors in Dutch
 Patients With Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom
 Management2022.. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.10.004>.
249. DE KLERK, J. J., BOSHOFF, A. B., & VAN WYK, R. Spirituality
 in Practice: Relationships Between Meaning in Life, Commitment and
 Motivation. Journal of Management, Spirituality & Religion,2006.
<https://doi.org/10.1080/14766080609518637>.
250. Dobříková, P., Pčolková, D., AlTurabi, L. K., & West, D. J. The
 Effect of Social Support and Meaning of Life on the Quality-of-Life Care
 for Terminally Ill Patients. American Journal of Hospice and Palliative
 Medicine®, 32(7),2017. <https://doi.org/10.1177/1049909114546208>.
[2015](https://doi.org/10.1177/1049909114546208).
251. Egger, S. J., Calopedos, R. J., O'Connell, D. L., Chambers, S. K.,
 Woo, H. H., & Smith, D. P. Long-term Psychological and Quality-of-life
 Effects of Active Surveillance and Watchful Waiting After Diagnosis of
 Low-risk Localised Prostate Cancer. European Urology, 73(6),2018.
<https://doi.org/10.1016/j.eururo.2017.08.013>.
252. Elekes, S. The relation of perceived meaning of life, meaning of
 illness and anxious-depressive symptoms among cancer patients. European
 Journal of Mental Health, 12(02),2017.

253. Emery, C. F., Frid, D. J., Engebretson, T. O., Alonzo, A. A., Fish, A., Ferketich, A. K., Reynolds, N. R., Dujardin, J.-P. L., Homan, J. E., & Stern, S. L
254. Gender Differences in Quality of Life Among Cardiac Patient. Psychosomatic Medicine 2014
<https://doi.org/10.1097/01.psy.0000116775.98593.f4> .
255. Evangelista, L. S., Kagawa-Singer, M., & Dracup, K. Gender differences in health perceptions and meaning in persons living with heart failure. Heart & Lung, 30(3), 2001.
<https://doi.org/10.1067/mhl.2001.114893>
256. Ferry, A. V., Anand, A., Strachan, F. E., Mooney, L., Stewart, S. D., Marshall, L., Chapman, A. R., Lee, K. K., Jones, S., Orme, K., Shah, A. S. V., & Mills, N. L.. Presenting symptoms in men and women diagnosed with myocardial infarction using sex-specific criteria. Journal of the American Heart Association, 8(17)2019.
<https://doi.org/10.1161/JAHA.119.012307>
257. Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A . Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. International Journal of Clinical and Health Psychology, 2018.
<https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>.
258. Fry, P. S.. Religious involvement, spirituality and personal meaning for life: Existential predictors of psychological wellbeing in community-residing and institutional care elders. Aging & Mental Health, 4(4), 2000.
<https://doi.org/10.1080/713649965>
259. George, L. S., & Park, C. L. Does spirituality confer meaning in life among heart failure patients and cancer survivors? Psychology of Religion and Spirituality, 9(1), 2017. <https://doi.org/10.1037/rel0000103>

260. George, A. st., & McNamara, P. H. Religion, Race and Psychological Well-Being. Journal for the Scientific Study of Religion, 1984. <https://doi.org/10.2307/1385724>.
261. Gravier, A. L., Shamieh, O., Paiva, C. E., Perez-Cruz, P. E., Muckaden, M. A., Park, M., Bruera, E., & Hui, D. Meaning in life in patients with advanced cancer: a multinational study. Supportive Care in Cancer, 28(8), 2020. <https://doi.org/10.1007/s00520-019-05239-5>.
262. Guerrero-Torrelles, M., Monforte-Royo, C., Tomás-Sábado, J., Marimon, F., Porta-Sales, J., & Balaguer, A. Meaning in Life as a Mediator Between Physical Impairment and the Wish to Hasten Death in Patients With Advanced Cancer. Journal of Pain and Symptom Management, 54(6), 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.04.018>.
263. Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., ... Helseth, S. A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. Quality of Life Research, 2641–2650 2019. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>.
264. Henry, marc. Cancer du sang - Symptômes, causes, traitements. 2023 <https://drhenry.org/cancer-du-sang-symptomes-causes-traitements/>
265. Henry, M., Cohen, S. R., Lee, V., Sauthier, P., Provencher, D., Drouin, P., Gauthier, P., Gotlieb, W., Lau, S., Drummond, N., Gilbert, L., Stanimir, G., Sturgeon, J., Chasen, M., Mitchell, J., Huang, L. N., Ferland, M.-K., & Mayo, The Meaning-Making intervention (MMi) appears to increase meaning in life in advanced ovarian cancer: a randomized

- controlled pilot study. *Psycho-Oncology*, 19(12),2010.
<https://doi.org/10.1002/pon.1764>
266. High Blood Pressure (Hypertension): Causes and Symptoms .
Cleveland Clinic medical professional. 2021
<https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4314-hypertension-high-blood-pressure>
267. Homan, K. J., & Boyatzis, C. J. Religiosity, Sense of Meaning, and Health Behavior in Older Adults. *International Journal for the Psychology of Religion*, 20(3), 2010. <https://doi.org/10.1080/10508619.2010.481225>
268. Hoonaard, van den, & Deborah, K. . Experiences of Living Alone: Widows' and Widowers' Perspectives. *Housing Studies*, 24(6), 737–753. 2009.<https://doi.org/10.1080/02673030903203015>
269. Ivtzan, I., Chan, C. P. L., Gardner, H. E., & Prashar, K ..Linking Religion and Spirituality with Psychological Well-being: Examining Self-actualisation, Meaning in Life, and Personal Growth Initiative. *Journal of Religion and Health* 2013. <https://doi.org/10.1007/s10943-011-9540-2>
270. Jaarsma, T. A., Pool, G., Ranchor, A. v., & Sanderman, R . The concept and measurement of meaning in life in Dutch cancer patients. *Psycho-Oncology*, 16(3) 2007. <https://doi.org/10.1002/pon.1056>
271. Jim, H. S. L .Meaning in life mediates the relationships between physical and social functioning and distress in cancer survivors. The Ohio State University.2005
272. Kato, N., Kinugawa, K., Yao, A., Hatano, M., Shiga, T., & Kazuma, K .Relationship of Depressive Symptoms With Hospitalization and Death in Japanese Patients With Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*. 2009.<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2009.06.442>
273. KERNEIS, M .La myocardite aiguë : état des lieux | *Cardiologie Pratique*. *CARDIOLOGIE PRATIQUE*. <https://www.cardiologie-pratique.com/journal/article/0031685-myocardite-aigue-etat-lieux.2021>

274. Kleftras, G., & Psarra, E. Meaning in life, psychological well-being and depressive symptomatology: A comparative study. *Psychology*, 3(04).2012
275. Konstam, V., Moser, D. K., & De Jong, M. J. (2005). Depression and Anxiety in Heart Failure. *Journal of Cardiac Failure*, 11(6) 2005.<https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2005.03.006>
276. Lambert, N. M., Stillman, T. F., Hicks, J. A., Kamble, S., Baumeister, R. F., & Fincham, F. D. To Belong Is to Matter. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 39(11),2013. <https://doi.org/10.1177/0146167213499186>
277. Laubmeier, K. K., Zakowski, S. G., & Bair, J. P. The role of spirituality in the psychological adjustment to cancer: A test of the transactional model of stress and coping. *International Journal of Behavioral Medicine*, 11(1),2004. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1101_6.
278. Le Guillou, S. Cancer du côlon: diagnostic et symptômes. 2022.https://www.doctissimo.fr/bien-vieillir/sante/cancer/cancer-du-colon/le-cancer-du-colon-ou-colorectal-diagnostic-et-symptomes/5d13f0_ar.html
279. Lee, S., Chung, N.-G., & Choi, J. Y. Comparison of resilience and quality of life between adolescent blood cancer survivors and those with congenital heart disease: a cross sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(1),. 2020. <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01487-w>
280. Lesman-Leegte, I., Jaarsma, T., Coyne, J. C., Hillege, H. L., Van Veldhuisen, D. J., & Sanderman, R. .Quality of Life and Depressive Symptoms in the Elderly: A Comparison Between Patients With Heart Failure and Age- and Gender-Matched Community Controls. *Journal of Cardiac Failure*,. 2009. <https://doi.org/10.1016/j.cardfail.2008.09.006>

281. Maladies cardiovasculaires .organisation mondiale de la sante. 2017
[https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
282. Måtensson, J., Karlsson, J.-E., & Fridlund, B. Male patients with congestive heart failure and their conception of the life situation. Journal of Advanced Nursing, 25(3), 1997. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025579.x>
283. Mercier, C., & Fillion, J. La qualité de la vie : perspectives théoriques et empiriques. Santé mentale au Québec, 2006. <https://doi.org/10.7202/030380ar>
284. MINISTERE DE LA SANTE ET, D. L. P. E. D. L. R. O. N. D. S. N. S. Suivi de la situation des enfants et des femmes, Enquête nationale a indicateurs multiples "MICS42012-2013 ". 2015 <http://mics.unicef.org>
285. O'Connor, A. P., Wicker, C. A., & Germino, B. B. Understanding the cancer patient's search for meaning. Cancer Nursing, 13(3). 1990. https://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/1990/06000/Understanding_the_cancer_patient_s_search_for.6.aspx
286. Olano-Lizarraga, M., Martín-Martín, J., Pérez-Díez Del Corral, M., & Saracíbar-Razquin, M. Experiencing the possibility of near death on a daily basis: A phenomenological study of patients with chronic heart failure. Heart & Lung, 32–39. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2021.08.006>
287. Palmer, K., Bowles, K.-A., & Morphet, J. The heartache of living with failure: The experience of people with chronic heart failure. Collegian. 2022. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2022.09.010>
288. Park, C. L., Malone, M. R., Suresh, D. P., Bliss, D., & Rosen, R. I. Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. Quality of Life Research, 17(1) 2008. <https://doi.org/10.1007/s11136-007-9279-0>

289. Pattenden, J. F., Roberts, H., & Lewin, R. J. P. Living with Heart Failure; Patient and Carer Perspectives. European Journal of Cardiovascular Nursing, 6(4), 2007. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097>
290. Prior, D . The meaning of cancer for Australian Aboriginal women; changing the focus of cancer nursing. European Journal of Oncology Nursing, 2009 . <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2009.02.005>
291. Richard N. Fogoros, M. .Heart Disease Treatments. verywellhealth. 2021. <https://www.verywellhealth.com/heart-disease-treatments-overview-1745923>
292. Riedinger, M. S., Dracup, K. A., Brecht, M.-L., & Investigators, S . Quality of life in women with heart failure, normative groups, and patients with other chronic conditions. American Journal of Critical Care, 327(3), 2002.
293. Ross, C. E . Religion and Psychological Distress. Journal for the Scientific Study of Religion. 1990. <https://doi.org/10.2307/1387431>
294. Rustøen, T., Howie, J., Eidsmo, I., & Moum, T. Hope in Patients Hospitalized With Heart Failure. American Journal of Critical Care, 14(5), 2005. <https://doi.org/10.4037/ajcc2005.14.5.417>
295. Saini, T., Murtagh, F. E., Dupont, P. J., McKinnon, P. M., Hatfield, P., & Saunders, Y. Comparative pilot study of symptoms and quality of life in cancer patients and patients with end stage renal disease. Palliative Medicine, 20(6), 2006. <https://doi.org/10.1177/0269216306070236>
296. Salmon, P., Manzi, F., & Valori, R. M . Measuring the meaning of life for patients with incurable cancer: The life evaluation questionnaire (LEQ). European Journal of Cancer, 1996. [https://doi.org/10.1016/0959-8049\(95\)00643-5](https://doi.org/10.1016/0959-8049(95)00643-5)
297. Sethi, kabir.(د.ت). Maladie de l'artère coronaire : symptômes, causes, diagnostics et traitements من استرجع في 26 أبريل، 2023.

- https://www.msn.com/fr-xl/sante/condition/coronary-artery-disease?source=bing_condition
298. Shafiq, I. A quantitative study investigating the relationship of intrinsic religiosity with meaning in life, stress, anxiety and paranormal beliefs.2019
 299. Shiah, Y.-J., Chang, F., Chiang, S.-K., Lin, I.-M., & Tam, W.-C. C Religion and Health: Anxiety, Religiosity, Meaning of Life and Mental Health. Journal of Religion and Health, 54(1),2015 .
<https://doi.org/10.1007/s10943-013-9781-3>
 300. Siboni, F. S., Alimoradi, Z., Atashi, V., Alipour, M., & Khatooni, M. Quality of life in different chronic diseases and its related factors. International journal of preventive medicine, 10.2019
 301. Sillick, W. J., & Cathcart, S ..The relationship between religious orientation and happiness: the mediating role of purpose in life. Mental Health, Religion & Culture,2014.
<https://doi.org/10.1080/13674676.2013.852165>
 302. Soponaru, C., Muraru, D., & Iorga, M. (2016). Meaning in life and sources of meaning, depression and quality of life in patients on hemodialysis. Studia Universitatis Babes-Bolyai, Philosophia, 61(3),2016.
 303. Steger, M. F., & Frazier, P. Meaning in Life: One Link in the Chain From Religiousness to Well-Being. Journal of Counseling Psychology, 52(4) 2005. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.574>
 304. Steger, M. F., Hicks, B. M., Krueger, R. F., & Bouchard, T. J. Genetic and environmental influences and covariance among meaning in life, religiousness, and spirituality. The Journal of Positive Psychology, 6(3),2011. <https://doi.org/10.1080/17439760.2011.569172>
 305. Struttman, T., Fabro, M., Romieu, G., de Roquefeuil, G., Touchon, J., Dandekar, T., & Ritchie, K. Quality-of-Life Assessment in the Old Using the WHOQOL 100: Differences Between Patients With Senile

- Dementia and Patients With Cancer. International Psychogeriatrics, 11(3),1999. <https://doi.org/10.1017/S1041610299005839>
306. Suboc, T. Présentation de la cardiomyopathie - Troubles cardiaques et vasculaires - Manuels MSD pour le grand public. Révision complète. 2022. <https://www.msdmanuals.com/fr/accueil/troubles-cardiaques-et-vasculaires/cardiomyopathie/vue-d-ensemble-de-la-cardiomyopathie>
307. Thiébaux, A. Maladie chronique : définition, liste d'exemples, Covid, vaccination. Le Journal des Femmes. 2021. <https://sante.journaldesfemmes.fr/fiches-maladies/2632267-maladie-chronique-covid-definition-exemple-caracteristiques-symptomes-liste-vaccin/>
308. Tobin, R. S., Cosiano, M. F., O'Connor, C. M., Fiuzat, M., Granger, B. B., Rogers, J. G., Tulskey, J. A., Steinhäuser, K. E., & Mentz, R. J. Spirituality in Patients With Heart Failure. JACC: Heart Failure, 10(4),2022. <https://doi.org/10.1016/j.jchf.2022.01.014>
309. Ursaru, M., Crumpei, I., & Crumpei, G. Quality of Life and Religious Coping in Women with Breast Cancer. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2014. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.705>
310. Van Korlaar, I., Vossen, C., Rosendaal, F., Cameron, L., Bovill, E., & Kaptein, A.. Quality of life in venous disease. Thrombosis and Haemostasis, 90(07),2003. <https://doi.org/10.1055/s-0037-1613595>
311. Vehling, S., Lehmann, C., Oechsle, K., Bokemeyer, C., Krüll, A., Koch, U., & Mehnert, A. Global meaning and meaning-related life attitudes: exploring their role in predicting depression, anxiety, and demoralization in cancer patients. Supportive Care in Cancer, 19,2011.
312. Ventegodt, S., Andersen, N. J., & Merrick, J. Quality of Life Philosophy I. Quality of Life, Happiness, and Meaning in Life. The

Scientific World JOURNAL, 3, 2003.
<https://doi.org/10.1100/tsw.2003.102>

313. Vernay, M., Bonaldi, C., & Grémy, I. Les maladies chroniques : tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. Santé Publique, S1(HS), 2015. <https://doi.org/10.3917/spub.150.0189>

314. Yan, H., & Sellick, K. Quality of life of Chinese patients newly diagnosed with gastrointestinal cancer: a longitudinal study. International Journal of Nursing Studies, 2004. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2003.10.004>

A .Zargani, A., Nasiri, M., Hekmat, K., Abbaspour, Z., & Vahabi, S
Survey on the Relationship between Religiosity and Quality of Life in Patients with Breast Cancer: A Study in Iranian Muslims. Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing, 2018 . https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_65_17

الملاحق

الملحق رقم 1 : استمارة البيانات لمرضى السرطان والقلب

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تخصص علم النفس الصحي

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

في إطار دراسة ميدانية بعنوان: معنى الحياة المدرك وعلاقته بكل من مستويي التدين وجودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة (السرطان، القلب) نضع بين أيديكم هذه المقاييس راجين منكم تكميها أن تقرؤوها بعناية وتجيبوا على الأسئلة الواردة فيها بما تشعرون به حقيقة. علما أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة كما أن المعلومات تبقى محفوظة في إطار البحث العلمي لا غير، كما نرجو منكم ملئ المعلومات الواردة أدناه والتأشير بعلامة (x) على الخانة المناسبة. وشكرا لكم على تفهمكم وحسن تعاونكم.

- الجنس: ذكر (.....)، أنثى (.....)
- العمر:
- المستوى الدراسي: ابتدائي (...), متوسط: (....), ثانوي: (....), جامعي: (.....)، آخر:
- الحالة الاجتماعية:

متزوج (ة):	عازب (ة):	أرمل (ة):	مطلق (ة):

مريض السرطان

- نوع السرطان:
- مرحلة المرض:

المرحلة الأولى T1 (.....)	المرحلة الثانية T2 (.....)	المرحلة الثالثة T3 (.....)	المرحلة الرابعة T4 (.....)

مريض القلب

- نوع الاضطراب:
- مدة الإصابة بالاضطراب:

الملحق رقم 2: مقياس معنى الحياة

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1 أفكر في معنى الحياة باستمرار				
2 أستطيع تحقيق الأمور الهامة في حياتي				
3 أبحث عن النشاطات والاهتمامات الجديدة وأجد فيها متعة				
4 أستطيع تحديد الأمور التي أفتقدها في حياتي تحديدا دقيقا				
5 أنا شخص مستقر باستمرار				
6 أتوقع أن حياتي الخصبة الجميلة سوف تأتي في المستقبل				
7 عندي أمل بأن المستقبل سوف يأتيني بأشياء مهمة وسارة				
8 أحلم بأن أجد نفسي في مكان جديد وبشخصية جديدة				
9 أفكر في أن أحقق شيئا جديدا ومختلفا عما هو مألوف				
10 أسعى إلى تغيير الهدف الرئيسي لحياتي				
11 أفكر باستمرار في سر الحياة				
12 أفكر أن أجد فرصا جديدة في الحياة				
13 قبل أن أحقق هدفا حددته من قبل، أبدأ في التفكير عن هدف آخر				
14 أشعر بأنني في حاجة إلى مغامرة واكتشاف عالم جديد				
15 يلزمني الشعور بأن أحقق ذاتي				
16 أشعر بأنني قد وجدت ما افتقدته وقررت أن أبحث عنه طيلة حياتي				
17 أدرك بأنني استنفدت كل قوتي في الهدف الذي وجهت إليه حياتي				
18 يوجد لدي اعتقاد بأنه ينقصني أن أفعل شيئا له قيمة في حياتي				
19 يوجد لدي شعور بأنه يجب أن أعمل شيئا غير عادي ويكون له هدف				

كثيرا	متوسطا	قليلًا	لا	العبارات	
				أنا أشعر عادة بالحيوية والحماس	20
				تبدو الحياة بالنسبة لي ممتعة ومشوقة ومثيرة للاهتمام	21
				أعيش حياتي بأهداف واضحة تماما	22
				طبيعة شخصيتي مليئة بالمعاني والمثل	23
				كل يوم بالنسبة لي جديد تماما	24
				إذا استطعت أن أختار فإني أفضل أن أعيش هذه الحياة أكثر من مرة	25
				بعد وصولي إلى سن التقاعد، أعمل أعمالا مهمة كنت أرغب فيها	26
				في حالة تحقيق أهداف حياتي فإني أتقدم بمنتهى الحيوية حتى أتمها	27
				أشعر أن حياتي مليئة بالأشياء الجميلة والمثيرة للاهتمام	28
				إذا قدر لي أن أموت اليوم أشعر أن حياتي تستحق أن أعيشها	29
				أثناء التفكير في حياتي أكتشف الهدف والعبرة من وجودي	30
				عندما أتأمل علاقاتي بالعالم المحيط بي أكتشف أنها تتناسب مع معنى الحياة بالنسبة لي	31
				أنا إنسان أتحمل مسؤوليتي في الحياة تماما	32
				فيما يتعلق بحرية الانسان في الاختيار، أرى أن له الحرية الكاملة في الاختيار	33
				فيما يتعلق بالموت أكون مستعدا وغير خائف	34
				فيما يتعلق بالانتحار، أتجنب التفكير فيه نهائيا	35
				لدي قدرة قوية على إيجاد معنى أو هدف أو رسالة للحياة	36
				حياتي في يدي وأتحكم فيها تماما	37
				إن القيام بالأعمال اليومية يكون مصدر سروري وراحتي	38
				اكتشفت أن للحياة أهدافا واضحة ومفيدة	39

الملحق رقم 3: استبيان السلوك الديني

الرقم	البند	الخيارات
1	الايمان بالله	إيماني بالله مثل أكثر الناس تدينا (..)، إيماني بالله مثل أوسط الناس تدينا (..)، إيماني بالله مثل أقل الناس تدينا (..).
2	أداء الصلاة المفروضة	أؤديه في أوقاتها دائما (..)، أؤديه في أوقاتها قليلا (..)، نادرا ما أؤديه في أوقاتها (..).
3	الدعاء بالخير	أدعو لجميع الناس بالخير (..)، أدعو بالخير لأفراد أسرتي فقط (..)، أدعو بالخير لنفسي فقط (..).
4	إلقاء السلام والرد عليه بأحسن منه	أقوم به مع كل الناس (..)، أقوم به مع من أعرفهم فقط (..)، نادرا ما أقوم به (..).
5	تقوى الله	أتقي الله في جميع الأحوال والظروف وأينما كنت (..)، أتقي الله فقط عندما أكون في ضيق شديد وأحتاج إلى عونه (..)، نادرا ما أتقي الله (..).
6	إذا رأيت نعمة على انسان	أتمنى له المزيد (..)، أتمنى أن أحصل على مثلها (..)، أتمنى أن تزول عنه (..).
7	الايمان بالملائكة	إيماني بالملائكة مثل أقل الناس تدينا (..)، إيماني بالملائكة مثل أوسط الناس تدينا (..)، إيماني بالملائكة مثل أكثر الناس تدينا (..).
8	إخراج الزكاة	أخرجها إذا طلب متي ذلك (..)، أخرجها في وقتها قليلا (..)، أخرجها في وقتها دائما (..).
9	بر الوالدين والإحسان إليهما	نادرا ما أبر والديا وأحسن إليهما لكثرة مطالب الحياة (..)، أبر والديا وأحسن إليهما أحيانا (..)، أبر والديا وأحسن إليهما دائما (..).
10	فعل الخير	نادرا ما أسعى إلى فعله (..)، أسعى إلى فعله قليلا (..)، أسعى إلى فعله دائما (..).
11	التوبة من الذنوب	نادرا ما أتوب بعد الذنوب لتي ارتكبتها (..)، أتوب أحيانا بعد الذنوب لتي ارتكبتها (..)، أتوب بعد كل ذنب ارتكبه (..).
12	الحديث عن أعراض الناس	لا أتجنبه (..)، أتجنبه قليلا (..)، أتجنبه دائما (..).
13	الكتب السماوية	أؤمن بها مثل أكثر الناس تدينا (..)، أؤمن بها مثل أوسط الناس تدينا (..)، أؤمن بها مثل أقل الناس تدينا (..).
14	صوم رمضان	أصومه مع التصدق وقيام الليل (..)، أصومه مع قيام الليل فقط (..)، أصومه فقط (..).

الملاحق

الرقم	البند	الخيارات
15	الاحسان إلى الجار	أحسن إلى الجار دائما (..)، أحسن إلى الجار قليلا (..)، ناذرا ما أحسن إلى الجار (..).
16	زيارة المرضى	أزورهم كلما علمت بذلك (..)، أزورهم إذا كانوا من أقاربي فقط (..)، ناذرا ما أزورهم (..).
17	اتباع تعاليم الاسلام	أتبعها مثل أكثر الناس تدينا (..)، أتبعها مثل أوسط الناس تدينا (..)، أتبعها مثل أقل الناس تدينا (..).
18	النفاق	أبتعد عنه دائما (..)، أبتعد عنه قليلا (..)، ناذرا ما أبتعد عنه (..).
19	الايمان بالانبياء والرسل	إيماني بهم مثل أقل الناس تدينا (..)، إيماني بهم مثل أوسط الناس تدينا (..)، إيماني بهم مثل أكثر الناس تدينا (..).
20	فريضة الحج	ناذرا ما أفكر في أدائها (..)، أفكر قليلا في أدائها (..)، أفكر كثيرا في أدائها (..).
21	قول الصدق	ناذرا ما أقول الصدق (..)، أحرص قليلا على قول الصدق (..)، أحرص دائما على قول الصدق (..).
22	الصبر على الشدائد	ناذرا ما أصبر (..)، أصبر أحيانا (..)، أصبر كثيرا (..).
23	الاستغفار	ناذرا ما أستغفر الله (..)، أستغفر الله قليلا (..)، أستغفر الله كثيرا (..).
24	تجنب الغضب	ناذرا ما أتجنب الغضب (..)، أتجنب الغضب قليلا (..)، أتجنب الغضب كثيرا (..).
25	يوم القيامة	أهتم به كثيرا (..)، أهتم به قليلا (..)، ناذرا ما أهتم به (..).
26	ذكر الله بالتسبيح والتكبير	أذكر الله بالتسبيح والتكبير في أكثر الأوقات (..)، أذكر الله بالتسبيح والتكبير في بعض الأوقات (..)، ناذرا ما أذكر الله بالتسبيح والتكبير (..).
27	معاملة الناس بالحسنى	أعامل كل الناس بالحسنى (..)، أعامل بالحسنى من أعرفهم فقط (..)، أعامل بالحسنى من لي معه مصلحة ومنفعة (..).
28	حب الخير للآخرين	أحب لهم الخير مثلما أحب لنفسي (..)، أحب لهم الخير أقل مما أحب لنفسي (..)، ناذرا ما أحب لهم الخير (..).
29	الندم عند ارتكاب الذنوب	أندم دائما (..)، أندم دائما (..)، نادرا ما أندم (..).
30	التكبر والغرور	لا أتصف بهما (..)، أتصف بهما قليلا (..)، أتصف بهما كثيرا (..).
31	قراءة سير الأنبياء والرسل	أفعل ذلك مثل أقل الناس تدينا (..)، أفعل ذلك مثل أوسط الناس تدينا (..)، أفعل ذلك مثل أكثر الناس تدينا (..).

الرقم	البند	الخيارات
32	قراءة القرآن	أقرؤه مرات متباعدة (..)، أقرؤه مرة كل أسبوع (..)، أقرؤه كل يوم (..).
33	المحافظة على الأمانة	ناذرا ما أحافظ على الأمانة (..)، أحافظ على الأمانة قليلا (..)، أحافظ على الأمانة دائما (..).
34	الصدق مع الله في السر والعلن	ناذرا ما أكون صادقا مع الله في السر والعلن (..)، أصدق أحيانا مع الله في السر والعلن (..)، أصدق دائما مع الله في السر والعلن (..).
35	الابتعاد عما حرم الله	أبتعد عن ذلك مثل أقل الناس تدينا (..)، أبتعد عن ذلك مثل أوسط الناس تدينا (..)، أبتعد عن ذلك مثل أكثر الناس تدينا (..).
36	الاختلاء بفرد من الجنس الآخر	أقوم به تماشيا مع مطالب الحياة العصرية (..)، أقوم به إذا لم تكن به شبهة (..)، أتجنب ذلك تماما (..).
37	الدعاء بالخير	أدعو بالخير دائما (..)، أدعو بالخير قليلا (..)، ناذرا ما أدعو بالخير (..).
38	الصلاة والسلام على محمد	أصلي وأسلم عليه يوميا (..)، أصلي وأسلم عليه يوميا (..)، أصلي وأسلم عليه قليلا (..).
39	صلة الأرحام	أقوم بها في جميع الأحوال والظروف (..)، أقوم بها في مناسبات فقط (..)، ناذرا ما أقوم بها (..).
40	حب الناس لوجه الله	أحب جميع الناس لوجه الله (..)، أحب من أعرفهم فقط لوجه الله (..)، أحب أقاربي فقط لوجه الله (..).
41	التصدق	أتصدق دائما (..)، أتصدق أحيانا (..)، ناذرا ما أتصدق (..).
42	المال الحرام	أتجنبه ولو كنت محتاجا (..)، أتجنبه إذا لم أكن محتاجا (..)، ناذرا ما أتجنبه (..).
43	قول لا إله إلا الله	أقولها مثل أقل الناس تدينا (..)، أقولها مثل أوسط الناس تدينا (..)، أقولها مثل أكثر الناس تدينا (..).
44	طلب التوفيق من الله	ناذرا ما أطلب التوفيق من الله لأنني أعتمد على نفسي (..)، أطلب التوفيق من الله قليلا (..)، أطلب التوفيق من الله دائما (..).
45	التسامح مع المعتدين	أعتدي على كل من يعتدي علي (..)، أتسامح قليلا على كل من يعتدي علي (..)، أتسامح مع كل من يعتدي علي (..).
46	الأمر بالمعروف والنهي عن المنكر	ناذرا ما أقوم به (..)، أقوم به قليلا (..)، أقوم به دائما (..).
47	غض البصر عما حرم	ناذرا ما أغض البصر عما حرم الله (..)، أغض البصر عما حرم الله قليلا (..)، أغض البصر

الرقم	البند	الخيارات
	الله	عَمَّا حَرَّمَ اللهُ دَائِمًا (..).
48	الظلم	ناذرا ما أظلم الآخرين (..)، أظلم الآخرين في بعض الأحيان (..)، الظلم حرام وأتجنبه تماما (..).
49	الرضا بما قدره الله	أنا راض تماما بما قدره الله لي (..)، أنا قليل الرضا بما قدره الله لي (..)، أنا ناظر الرضا بما قدره الله لي (..).
50	شكر الله على نعمه	أشكره على نعمه دائما (..)، أشكره على نعمه قليلا (..)، ناذرا ما أشكره على نعمه (..).
51	التواضع	أتواضع للناس دائما (..)، أتواضع للناس أحيانا (..)، ناذرا ما أتواضع للناس (..).
52	التوكل على الله	أتوكل على الله دائما (..)، أتوكل على الله أحيانا (..)، ناذرا ما أتوكل على الله (..).
53	العطف على الضعفاء	أعطف على جميع الضعفاء (..)، أعطف على الضعفاء إن كانوا من معارفي (..)، أعطف على الضعفاء إن كانوا من أقاربي فقط (..).
54	النميمة	أتجنبها دائما (..)، أتجنبها قليلا (..)، ناذرا ما أتجنبها (..).
55	حب الرسول صلى الله عليه وسلم	أحبه أقل من نفسي (..)، أحبه مثلما أحب نفسي (..)، أحبه أكثر من نفسي (..).
56	العمل لوجه الله	نادرا ما أعمل لوجه الله (..)، أعمل لوجه الله قليلا (..)، أعمل لوجه الله دائما (..).
57	الوفاء بالعهود	نادرا ما أفي بالعهود (..)، أفي بالعهود قليلا (..)، أفي بالعهود غالبا (..).
58	مواساة المصابين	أواسيهم إذا كانوا من أقاربي (..)، أواسيهم إذا كانوا من أصدقائي (..)، أواسي جميع الناس (..).
59	تعلم الدين	ناذرا ما أقبل على تعلم ديني لعدم توفّر الوقت (..)، أقبل أحيانا على تعلم ديني (..)، أقبل كثيرا على تعلم ديني (..).
60	التجسس	أقوم بالتجسس المباح (..)، أتجسس إذا كان ذلك يخدم مصلحتي (..)، التجسس حرام وأتجنبه دائما (..).

الملحق رقم 4: مقياس جودة الحياة المختصر

الرقم	العـــــــــبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
1	أتمتع بحياة جيدة					
2	أشعر بالرضا عن حالتي الصحية					
3	طبيعة جسمي تعيقني عن عمل ما أريد					
4	أشعر بأن حالتي الصحية لا تساعدني على انجاز أعمالي اليومية					
5	أستمتع بحياتي					
6	أشعر بأن حياتي لها معنى					
7	لدي القدرة على التركيز					
8	أشعر بالأمن في حياتي اليومية					
9	أعيش في بيئة تحافظ على سلامتي الجسدية					
10	لدي الطاقة الكافية للقيام بواجبات حياتي اليومية					
11	أقبل مظهري الجسدي					
12	أملك المال الكافي لقضاء احتياجاتي					
13	أمتلك المعلومات التي أحتاجها في حياتي اليومية					
14	لدي الفرصة لممارسة الأنشطة الترفيهية					
15	قادر على الحركة والتجول					
16	أستيقظ من نومي وأنا أشعر بالراحة					

الملاحق

الرقم	العبارة	موافق بشدة	موافق	محايد	غير موافق	غير موافق بشدة
17	راضي عن قدرتي على أداء نشاطاتي الحياتية اليومية					
18	أنا راضي عن قدرتي في العمل					
19	أشعر بالرضا عن نفسي					
20	أنا راضي عن علاقتي الشخصية					
21	أشعر بالرضا عن الدعم الذي تقدمه لي أسرتي					
22	راضي عن الدعم الاجتماعي الذي يقدمه لي أصدقائي					
23	أنا راضي عن المكان الذي أعيش فيه					
24	أشعر بالرضا عن الخدمات الصحية التي تقدمها الدولة لي					
25	أستخدم وسائل تنقل مناسبة ومريحة					
26	أشعر بالحزن والاكتئاب والقلق					
27	أنا قادر على بناء علاقات اجتماعية قوية مع الآخرين					

الملحق رقم 5 الخصائص السيكومترية للمقاييس

FREQUENCIES VARIABLES=الجنس

/STATISTICS=RANGE MINIMUM MAXIMUM MODE

/FORMAT=LIMIT(50)

/ORDER=ANALYSIS.

Frequencies

الجنس

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid ذكر	52	35.1	35.1	35.1
أنثى	96	64.9	64.9	100.0
Total	148	100.0	100.0	

SAVE OUTFILE='C:\Users\HB\Desktop\

/COMPRESSED.

RELIABILITY

/VARIABLES=32البند24البند17البند39البند37البند36البند31البند30البند29البند18البند9البند25البند22البند4البند3البند2البند1/

البند38البند11البند14البند33البند34البند35البند6البند7البند8البند10البند12البند13البند15البند16

SCALE('معنى الحياة ALL')

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: معنى الحياة

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.814	39

RELIABILITY

55بند49بند43بند37بند31بندA_25بندA_19بندA_13بندA_7بندA_1بند /VARIABLES=

') ALLالعقائد /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: العقائد

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.756	10

RELIABILITY

56بند50بند44بند38بند32بندA_26بندA_20بندA_14بندA_8بندA_2 /VARIABLES=

') ALL العبادات /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: العبادات

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	148	100.0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.794	10

RELIABILITY

51بند45بند39بند33بند57بندA_27بندA_21بندA_15بندA_9بندA_3بند /VARIABLES=

ALL /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: الأخلاق

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	148	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.792	10

RELIABILITY

58بند52بند46بند40بند34بند28بندA_22بندA_16بندA_10بندA_4بند /VARIABLES=

') ALL المعاملات /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: المعاملات

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	148	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.847	10

RELIABILITY

59بند53بند47بند41بند35بند29بندA_23بندA_17بندA_11بندA_5بند /VARIABLES=

') ALL المنجيات /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: المنجيات

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.706	10

RELIABILITY

60بند54بند48بند42بند36بند30بندA_24بندA_18بندA_12بندA_6بند /VARIABLES=

') ALL المهلكات /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: المهلكات

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.644	10

RELIABILITY

26بندA_20بندA_14بندA_8بندA_2بند55بند49بند43بند37بند31بندA_25بندA_19بندA_13بندA_7بندA_1بند/VARIABLES=
_16بندA_10بندA_4بند51بند45بند39بند33بند57بندA_27بندA_21بندA_15بندA_9بندA_3بند56بند50بند44بند38بند32بندA_
28بندA_22بندA

بندA_18بندA_12بندA_6بند59بند53بند47بند41بند35بند29بندA_23بندA_17بندA_11بندA_5بند58بند52بند46بند40بند34بند
60بند54بند48بند42بند36بند30بندA_24

(') ALL المهلكات /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: الدرجة الكلية لمقياس التدين

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	148	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.869	60

RELIABILITY

/VARIABLES= البند1البند2البند3البند4البند22البند25

SCALE('نوعية الحياة' ALL)

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: نوعية الحياة

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.622	6

RELIABILITY

39البند37البند36البند31البند30البند29البند18البند9البند /VARIABLES=

ALLالرضاالوجودي(') /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale:الرضا الوجودي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.676	8

RELIABILITY

/VARIABLES= البند17البند24البند32البند38

/SCALE('الثراء الوجودي' ALL)

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale:الثراء الوجودي

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	148	100.0

Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.567	4

RELIABILITY

35البند34البند33البند14البند11البند /VARIABLES=

' /SCALE(' التحقق الوجودي ALL

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: التحقق الوجودي

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	148	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.317	5

RELIABILITY

20البند19البند16البند15البند13البند12البند10البند8البند7البند6البند /VARIABLES=

') ALLالتعلق الوجودي /SCALE('

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale:التعلق الوجودي

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	148	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

- a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.696	10

RELIABILITY

/VARIABLES= البند5البند21البند23البند26البند27البند28

ALL أهداف الحياة /SCALE(')

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: أهداف الحياة

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	148	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.615	6

RELIABILITY

VARIABLES= البند1 البند2 البند3 البند4 البند22 البند25 البند9 البند18 البند29 البند30 البند31 البند36 البند37 البند39 البند17 البند24 البند32
البند38 البند11 البند14 البند33 البند34 البند35 البند6 البند7 البند8 البند10 البند12 البند13 البند15 البند16

البند19 البند20 البند5 البند21 البند23 البند26 البند27 البند28

SCALE(' الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة ALL')

/MODEL=ALPHA.

Reliability

Scale: الدرجة الكلية لمقياس معنى الحياة

Case Processing Summary

	N	%
Cases Valid	148	100.0
Excluded ^a	0	.0
Total	148	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.814	39

CORRELATIONS

VARIABLES= بند1 بند20 بند21 بند22 بند27 عال اجتماعية

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Correlations

		بند 1	بند 20	بند 21	بند 22	بند 27
بند 1	Pearson Correlation	1	.463**	.376**	.414**	.386**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148
بند 20	Pearson Correlation	.463**	1	.609**	.780**	.497**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148
بند 21	Pearson Correlation	.376**	.609**	1	.583**	.397**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	148	148	148	148	148
بند 22	Pearson Correlation	.414**	.780**	.583**	1	.469**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	148	148	148	148	148
بند 27	Pearson Correlation	.386**	.497**	.397**	.469**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	148	148	148	148	148
ع الاجتماعية	Pearson Correlation	.672**	.872**	.770**	.847**	.706**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148

Correlations

الملاحق

	ع الاجتماعية
بند 1	Pearson Correlation .672** Sig. (2-tailed) .000 N 148
بند 20	Pearson Correlation .872** Sig. (2-tailed) .000 N 148
بند 21	Pearson Correlation .770** Sig. (2-tailed) .000 N 148
بند 22	Pearson Correlation .847** Sig. (2-tailed) .000 N 148
بند 27	Pearson Correlation .706** Sig. (2-tailed) .000 N 148
ع الاجتماعية	Pearson Correlation 1 Sig. (2-tailed) N 148

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

CORRELATIONS

/VARIABLES= بند2 بند3 بند4 بند10 بند15 بند16 بند17 بند18 الصحة الجسمية

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Orrelations

		بند 2	بند 3	بند 4	بند 10	بند 15
بند 2	Pearson Correlation	1	.162*	.354**	.286**	.291**
	Sig. (2-tailed)		.049	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148
بند 3	Pearson Correlation	.162*	1	.418**	.241**	.132
	Sig. (2-tailed)	.049		.000	.003	.109
	N	148	148	148	148	148
بند 4	Pearson Correlation	.354**	.418**	1	.402**	.350**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	148	148	148	148	148
بند 10	Pearson Correlation	.286**	.241**	.402**	1	.460**
	Sig. (2-tailed)	.000	.003	.000		.000
	N	148	148	148	148	148
بند 15	Pearson Correlation	.291**	.132	.350**	.460**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.109	.000	.000	
	N	148	148	148	148	148
بند 16	Pearson Correlation	.295**	.373**	.015	.429**	.277**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.858	.000	.001
	N	148	148	148	148	148
بند 17	Pearson Correlation	.281**	.283**	.345**	.529**	.596**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148
بند 18	Pearson Correlation	.378**	.224**	.467**	.558**	.653**

الملاحق

	Sig. (2-tailed)	.000	.006	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148
الصحة الجسمية	Pearson Correlation	.574**	.536**	.628**	.720**	.698**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148

Correlations

		بند 16	بند 17	بند 18	الصحة الجسمية
بند 2	Pearson Correlation	.295**	.281**	.378**	.574**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.000	.000
	N	148	148	148	148
بند 3	Pearson Correlation	.373**	.283**	.224**	.536**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.006	.000
	N	148	148	148	148
بند 4	Pearson Correlation	.015	.345**	.467**	.628**
	Sig. (2-tailed)	.858	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148
بند 10	Pearson Correlation	.429**	.529**	.558**	.720**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148
بند 15	Pearson Correlation	.277**	.596**	.653**	.698**
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148
بند 16	Pearson Correlation	1	.473**	.328**	.601**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000

الملاحق

	N	148	148	148	148
بند 17	Pearson Correlation	.473**	1	.813**	.798**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000
	N	148	148	148	148
بند 18	Pearson Correlation	.328**	.813**	1	.814**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000
	N	148	148	148	148
الصحة الجسمية	Pearson Correlation	.601**	.798**	.814**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	
	N	148	148	148	148

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

CORRELATIONS

/VARIABLES= بند 5 بند 6 بند 7 بند 11 بند 19 بند 26 صال النفسية

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Correlations

	بند 5	بند 6	بند 7	بند 11	بند 19	بند 26
بند 5	Pearson Correlation	1	.546**	.427**	.264**	.418**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.001	.000
	N	148	148	148	148	148
بند 6	Pearson Correlation	.546**	1	.521**	.365**	.469**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.001

الملاحق

	N	148	148	148	148	148	148
بند 7	Pearson Correlation	.427**	.521**	1	.275**	.265**	.152
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.001	.001	.065
	N	148	148	148	148	148	148
بند 11	Pearson Correlation	.264**	.365**	.275**	1	.496**	.177*
	Sig. (2-tailed)	.001	.000	.001		.000	.031
	N	148	148	148	148	148	148
بند 19	Pearson Correlation	.418**	.469**	.265**	.496**	1	.162*
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.001	.000		.049
	N	148	148	148	148	148	148
بند 26	Pearson Correlation	.283**	.271**	.152	.177*	.162*	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001	.065	.031	.049	
	N	148	148	148	148	148	148
ص النفسية	Pearson Correlation	.713**	.782**	.651**	.662**	.711**	.502**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148	148	148

Correlations

		ص النفسية
بند 5	Pearson Correlation	.713**
	Sig. (2-tailed)	.000
	N	148
بند 6	Pearson Correlation	.782**
	Sig. (2-tailed)	.000

الملاحق

		N	148
بند 7	Pearson Correlation		.651**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		148
بند 11	Pearson Correlation		.662**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		148
بند 19	Pearson Correlation		.711**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		148
بند 26	Pearson Correlation		.502**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N		148
ص النفسية	Pearson Correlation		1
	Sig. (2-tailed)		
	N		148

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

CORRELATIONS

/VARIABLES= بند8 بند9 بند12 بند13 بند14 بند23 بند24 بند25 البيئة

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Correlations

	بند 8	بند 9	بند 12	بند 13	بند 14	بند 23
بند 8 Pearson Correlation	1	.700**	.433**	.357**	.227**	.418**

	Sig. (2-tailed)		.000	.000	.000	.006	.000
	N	148	148	147	148	148	148
بند 9	Pearson Correlation	.700**	1	.425**	.437**	.399**	.411**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000	.000	.000	.000
	N	148	148	147	148	148	148
بند 12	Pearson Correlation	.433**	.425**	1	.505**	.406**	.303**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000	.000
	N	147	147	147	147	147	147
بند 13	Pearson Correlation	.357**	.437**	.505**	1	.527**	.329**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000	.000
	N	148	148	147	148	148	148
بند 14	Pearson Correlation	.227**	.399**	.406**	.527**	1	.226**
	Sig. (2-tailed)	.006	.000	.000	.000		.006
	N	148	148	147	148	148	148
بند 23	Pearson Correlation	.418**	.411**	.303**	.329**	.226**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.006	
	N	148	148	147	148	148	148
بند 24	Pearson Correlation	.419**	.351**	.355**	.232**	.181*	.370**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.005	.028	.000
	N	148	148	147	148	148	148
بند 25	Pearson Correlation	.493**	.478**	.489**	.281**	.346**	.424**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.001	.000	.000
	N	148	148	147	148	148	148
البيئة	Pearson Correlation	.749**	.776**	.706**	.656**	.589**	.643**

الملاحق

Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	.000	.000
N	148	148	147	148	148	148

Correlations

		بند 24	بند 25	البيئة
بند 8	Pearson Correlation	.419**	.493**	.749**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	148	148	148
بند 9	Pearson Correlation	.351**	.478**	.776**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	148	148	148
بند 12	Pearson Correlation	.355**	.489**	.706**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	147	147	147
بند 13	Pearson Correlation	.232**	.281**	.656**
	Sig. (2-tailed)	.005	.001	.000
	N	148	148	148
بند 14	Pearson Correlation	.181*	.346**	.589**
	Sig. (2-tailed)	.028	.000	.000
	N	148	148	148
بند 23	Pearson Correlation	.370**	.424**	.643**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000
	N	148	148	148
بند 24	Pearson Correlation	1	.500**	.623**
	Sig. (2-tailed)		.000	.000

الملاحق

	N	148	148	148
بند 25	Pearson Correlation	.500**	1	.733**
	Sig. (2-tailed)	.000		.000
	N	148	148	148
البيئة	Pearson Correlation	.623**	.733**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	148	148	148

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

CORRELATIONS

/VARIABLES= العلاقات الاجتماعية الصحة الجسمية الصحة النفسية البيئة جودة الحياة

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Correlations

	ع الاجتماعية	الصحة الجسمية	ص النفسية	البيئة	جودة الحياة
ع الاجتماعية	1	.457**	.745**	.762**	.843**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148
الصحة الجسمية	.457**	1	.667**	.559**	.788**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148
ص النفسية	.745**	.667**	1	.782**	.913**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000
	N	148	148	148	148

الملاحق

	Sig. (2-tailed)	.000	.000		.000	.000
	N	148	148	148	148	148
البيئة	Pearson Correlation	.762**	.559**	.782**	1	.909**
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000		.000
	N	148	148	148	148	148
جودة الحياة	Pearson Correlation	.843**	.788**	.913**	.909**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	.000	.000	
	N	148	148	148	148	148

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

الملحق رقم 6: فرضيات الدراسة

المرض SORT CASES BY

المرض SPLIT FILE LAYERED BY

NPAR TESTS

/CHISQUARE= السلوك_الديني

/EXPECTED=EQUAL

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

السلوك الديني

المرض	Observed N	Expected N	Residual
منخفض السرطان	37	54.7	-17.7-
متوسط	115	54.7	60.3
مرتفع	12	54.7	-42.7-
Total	164		

منخفض القلب	24	61.0	-37.0-
متوسط	135	61.0	74.0
مرتفع	24	61.0	-37.0-
Total	183		

Test Statistics

السلوك الديني	المرض
Chi-Square	السرطان
105.598 ^a	
df	2
Asymp. Sig.	.000
Chi-Square	القلب
134.656 ^b	
df	2
Asymp. Sig.	.000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 54.7.

b. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 61.0.

NPAR TESTS

/CHISQUARE=

/EXPECTED=EQUAL

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

معنى الحياة

المرض	Observed N	Expected N	Residual
السرطان منخفض	1	54.7	-53.7-
متوسط	51	54.7	-3.7-
مرتفع	112	54.7	57.3
Total	164		
القلب منخفض	5	61.0	-56.0-
متوسط	38	61.0	-23.0-
مرتفع	140	61.0	79.0
Total	183		

Test Statistics

المرض	معنى الحياة
السرطان	Chi-Square 113.061 ^a
	df 2
	Asymp. Sig. .000
القلب	Chi-Square 162.393 ^b
	df 2
	Asymp. Sig. .000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 54.7.

b. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 61.0.

NPAR TESTS

جودة_الحياة /CHISQUARE=

/EXPECTED=EQUAL

/MISSING ANALYSIS.

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

جودة الحياة

المرض	Observed N	Expected N	Residual
منخفض السرطان	41	54.7	-13.7-
متوسط	86	54.7	31.3
مرتفع	37	54.7	-17.7-
Total	164		
منخفض القلب	23	61.0	-38.0-
متوسط	121	61.0	60.0
مرتفع	39	61.0	-22.0-
Total	183		

Test Statistics

المرض	جودة الحياة
السرطان	Chi-Square 27.085 ^a
	df 2
	Asymp. Sig. .000
القلب	Chi-Square 90.623 ^b
	df 2
	Asymp. Sig. .000

a. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 54.7.

b. 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 61.0.

CORRELATIONS

/VARIABLES= السلوك الديني معنى الحياة جودة الحياة

/PRINT=TWOTAIL NOSIG

/STATISTICS DESCRIPTIVES

/MISSING=PAIRWISE.

Correlations

Descriptive Statistics

المرض	Mean	Std. Deviation	N
السرطان السلوك الديني	274.604	22.2726	164
معنى الحياة	92.573	11.1944	164

جودة الحياة	77.665	19.7078	164
السلوك الديني القلب	279.907	20.9612	183
معنى الحياة	95.230	11.1775	183
جودة الحياة	81.077	17.0540	183

Correlations

المرضى	السلوك الديني	معنى الحياة	جودة الحياة
السرطان	Pearson Correlation	1	.939**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	164	164
معنى الحياة	Pearson Correlation	.939**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.001
	N	164	164
جودة الحياة	Pearson Correlation	.278**	.268**
	Sig. (2-tailed)	.000	.001
	N	164	164
السلوك الديني القلب	Pearson Correlation	1	.929**
	Sig. (2-tailed)		.000
	N	183	183
معنى الحياة	Pearson Correlation	.929**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000
	N	183	183

الملاحق

جودة الحياة	Pearson Correlation	.471**	.382**	1
	Sig. (2-tailed)	.000	.000	
	N	183	183	183

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

T-TEST GROUPS=الجنس(12)

/MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=معنى الحياة

/CRITERIA=CI(.95).

T-Test

المرض = السرطان

Group Statistics^a

الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
ذكر	55	92.509	11.3478	1.5301
أنثى	109	92.606	11.1688	1.0698

a. المرض = السرطان

Independent Samples Test^a

Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
F	Sig.	t	df

الملاحق

معنى الحياة	Equal variances assumed	.026	.872	-.052-	162
	Equal variances not assumed			-.052-	106.918

Independent Samples Test^a

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
معنى الحياة	Equal variances assumed	.959	-.0964-	1.8572
	Equal variances not assumed	.959	-.0964-	1.8670

Independent Samples Test^a

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
معنى الحياة	Equal variances assumed	-3.7639-	3.5710
	Equal variances not assumed	-3.7976-	3.6048

a. المرض = السرطان

المرض = القلب

Group Statistics^a

الجنس	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
معنى الحياة ذكر	82	96.207	11.5414	1.2745
أنثى	101	94.436	10.8659	1.0812

a. المرض = القلب

Independent Samples Test^a

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means	
		F	Sig.	t	df
معنى الحياة	Equal variances assumed	.981	.323	1.067	181
	Equal variances not assumed			1.060	168.744

Independent Samples Test^a

		t-test for Equality of Means		
		Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
معنى الحياة	Equal variances assumed	.288	1.7717	1.6609
	Equal variances not assumed	.291	1.7717	1.6714

Independent Samples Test^a

		t-test for Equality of Means	
		95% Confidence Interval of the Difference	
		Lower	Upper
معنى الحياة	Equal variances assumed	-1.5055-	5.0488
	Equal variances not assumed	-1.5278-	5.0711

a. المرض = القلب

ONEWAY معنوالحياة BY المستوىالتعليمي

/MISSING ANALYSIS

/POSTHOC=SCHEFFE ALPHA(0.05).

Oneway

ANOVA

معنى الحياة

المرض		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
السرطان	Between Groups	107.053	3	35.684	.281	.839
	Within Groups	20319.069	160	126.994		
	Total	20426.122	163			
القلب	Between Groups	731.729	3	243.910	1.984	.118
	Within Groups	22006.631	179	122.942		
	Total	22738.361	182			

ONEWAY معنوالحياة BY الحالةالاجتماعية

/MISSING ANALYSIS

/POSTHOC=SCHEFFE ALPHA(0.05).

Oneway

ANOVA

معنى الحياة

المرض		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
السرطان	Between Groups	823.943	3	274.648	2.242	.085

الملاحق

	Within Groups	19602.179	160	122.514		
	Total	20426.122	163			
القلب	Between Groups	1968.852	3	656.284	5.656	.001
	Within Groups	20769.509	179	116.031		
	Total	22738.361	182			

Post Hoc Tests

Multiple Comparisons

Dependent Variable: معنى الحياة

Scheffe

			Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval Lower Bound
السرطان	متزوج	عازب	3.6809	2.7904	.629	-4.203-
		أرمل	-6.2989-	3.4811	.354	-16.135-
		مطلق	3.8920	3.6375	.766	-6.386-
	عازب	متزوج	-3.6809-	2.7904	.629	-11.565-
		أرمل	-9.9798-	4.2360	.140	-21.949-
		مطلق	.2111	4.3655	1.000	-12.124-
	أرمل	متزوج	6.2989	3.4811	.354	-3.537-

الملاحق

القلب	متزوج	عازب	9.9798	4.2360	.140	-1.989-
		مطلق	10.1909	4.8362	.222	-3.474-
		متزوج	-3.8920-	3.6375	.766	-14.170-
	أرمل	عازب	-2.2111-	4.3655	1.000	-12.546-
		مطلق	-10.1909-	4.8362	.222	-23.856-
		متزوج	7.1684	3.2340	.182	-1.959-
	عازب	أرمل	-4.7308-	2.6261	.358	-12.142-
		مطلق	13.7850	4.8985	.051	-.040-
		متزوج	-7.1684-	3.2340	.182	-16.296-
	أرمل	عازب	-11.8991*	3.9719	.032	-23.109-
		مطلق	6.6167	5.7337	.722	-9.565-
		متزوج	4.7308	2.6261	.358	-2.681-
	مطلق	عازب	11.8991*	3.9719	.032	.689
		مطلق	18.5158*	5.4142	.010	3.236
		متزوج	-13.7850-	4.8985	.051	-27.610-
	عازب	أرمل	-6.6167-	5.7337	.722	-22.799-
		مطلق	-18.5158*	5.4142	.010	-33.796-
		متزوج	7.1684	3.2340	.182	-1.959-

Multiple Comparisons

Dependent Variable: معنى الحياة

Scheffe

المرضى	(I) الحالة الاجتماعية	(J) الحالة الاجتماعية	95% Confidence Interval
			Upper Bound
السرطان	متزوج	عازب	11.565
		أرمل	3.537

الملاحق

	مطلق	14.170
عازب	متزوج	4.203
	أرمل	1.989
	مطلق	12.546
أرمل	متزوج	16.135
	عازب	21.949
	مطلق	23.856
مطلق	متزوج	6.386
	عازب	12.124
	أرمل	3.474
القلب	عازب	16.296
	أرمل	2.681
	مطلق	27.610
	عازب	1.959
	أرمل	-0.689
	مطلق	22.799
	أرمل	12.142
	عازب	23.109
	مطلق	33.796
	متزوج	0.040
	عازب	9.565
	أرمل	-3.236

*. The mean difference is significant at the 0.05 level

Homogeneous Subsets

معنى الحياة

المرض=السرطان

Scheffe^{a,b}

الحالة الاجتماعية	N	Subset for alpha = 0.05
		1
مطلق	10	88.900
عازب	18	89.111
متزوج	125	92.792
أرمل	11	99.091
Sig.		.088

Means for groups in homogeneous subsets
are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size =
15.719.

b. The group sizes are unequal. The
harmonic mean of the group sizes is used.
Type I error levels are not guaranteed.

المرض=القلب

Scheffe^{a,b}

الحالة الاجتماعية	N	Subset for alpha = 0.05	
		1	2
مطلق	5	81.800	
عازب	12	88.417	88.417
متزوج	147		95.585
أرمل	19		100.316
Sig.		.533	.072

Means for groups in homogeneous subsets are displayed.

a. Uses Harmonic Mean Sample Size = 11.670.

b. The group sizes are unequal. The harmonic mean of the group sizes is used. Type I error levels are not guaranteed.