

الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو

سارة محمد عبده السيد السحراوى

مقدمة:

طبيب خاطر (مصطفى حسن أحمد، عبلة إسماعيل أحمد، ١٩٩١: ١٠٧). ويُعد مرض الربو من أكثر الأمراض المزمنة انتشاراً على نطاق واسع خاصة بين الأطفال والمراهقين، إذ يعاني حوالي ٣٣٤ مليون شخص من مرض الربو فى جميع أنحاء العالم (Asher & Pearce, 2014: 1269).

كما أكدت دراسة العنزى، إبراهيم بهادير، عبد الهادى الغامدى، محمد المطيرى، الزايد، العمودى، وأسامة شحاتة (Alanazi, Ibrahim Bahadir, Abdulhi Alghamdi, Mohammed Almutairi, Alzayed, Al Amoudi, ... & Osama Shahadah, 2018 : 1159) على انتشار مرض الربو بشكل متزايد ومستمر بين المراهقين فى كل من الدول المتقدمة والنامية ولاسيما فى الآونة الأخيرة، ولقد أوصت تلك الدراسة بضرورة الاهتمام بجلسات التنقيف الصحى من أجل زيادة الوعي العام لدى مرضى الربو، فضلاً عن التأكيد على أهمية الحصول على مختلف الرعاية الطبية أثناء نوبات الربو خاصة فى مرحلة المراهقة.

أصبحت الأمراض المزمنة مصدر معاناة وتهديد للفرد والمجتمع، إذ شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطرهما، ولاسيما تلك الأمراض التى ترافق المريض طوال حياته، وهو ما يجعل التعايش معها تحدياً كبيراً (عثمان يخلف، ٢٠٠١: ١٩).

وتعتبر مرحلة المراهقة من المراحل النمائية التى يتعرض فيها الفرد لكثير من التغيرات الفسيولوجية، والجسمية، والانفعالية، والعقلية، والاجتماعية التى تجعله يواجه الكثير من المشكلات النفسية، والإضطرابات الانفعالية (Nickl, 2006: 82).

وإذا كانت المراهقة فترة صعبة من الناحية الجسمية والنفسية، فإنها فى غاية الصعوبة بالنسبة للمراهق الذى يعاني من الأمراض المزمنة. فلا بد أن نتوقع أن المراهق سيبالغ فى الإستجابة للمرض، فيضيق المراهق بالقيود الاجتماعية التى يفرضها عليه المرض مثل تقيده بنظام غذائى معين، وعدم قدرته على أن يكون مع رفاقه لفترة طويلة، فى حين أن المرضى الأكبر سناً يخضعون لكل هذه القيود عن

ويذكر سرى محمد رشدي بركات (٢٠١٦: ١٢٤) بأنه يمكن التحكم بمرض الربو عن طريق تجنب العوامل المثيرة لنوبات الربو، ويتم ذلك عن طريق معرفة المريض لكيفية تجنبه للأثر الناتج عن تناول الأدوية، وأن يكيف المريض نفسه مع العلاج والجرعات المطلوبة حسب إرشادات الطبيب.

ولقد حظي الدعم الاجتماعي باهتمام كبير من قبل العديد من الباحثين لما يلعبه من دور مهم في التخفيف من الضغوط والمعاناة التي يشعر بها المريض. وفي ذلك يوضح عثمان يخلف (٢٠٠١: ١٣٧) بأن الدعم الاجتماعي يُنظر إليه باعتباره متغير نفسي اجتماعي صحي، فقد أثبتت بعض الدراسات بأنه ساعد بعض المرضى على الشفاء من أمراضهم التي يعانون منها، فالأفراد الذين يتلقون قدرًا كافيًا من الدعم الاجتماعي تنشط لديهم فعالية الجهاز المناعي مما يساعدهم على مقاومة بعض الإضطرابات الجسمية، وذلك عكس الذين يعانون من الوحدة والعزلة وقلة العلاقات الاجتماعية، فهم بذلك عرضة لمختلف الأمراض، ومن ثم يجدون صعوبة في مقاومة الأمراض والتماثل نحو الشفاء.

ومن زاوية أخرى؛ فإنه لا يمكن الحديث عن المرونة النفسية بمعزل عن التعرض للضغوط أو الصدمات أو الأحداث

الضاغطة. فقد أشار جولدشتين وبروكس (Goldstien & Brooks, 2005: 3) إلى أن الاهتمام بدراسة المرونة النفسية وتميئتها يستند إلى مسلمة مفادها "أنه لا يوجد أحد لديه مناعة ضد الضغوط في بيئة مليئة بالتوتر" هذه البيئة يجب تهيئتها لإعداد الأطفال لكي يصبحوا راشدين فاعلين في المجتمع.

وقد أكد على ذلك محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١٣: ٣٣) بأنه عادةً ما يتم التعامل مع قضايا المرونة النفسية في إطار الضغوط النفسية بوصفها عوامل الخطورة التي يمكن أن تحدث تأثيرات نفسية وسلوكية سلبية على من يتعرض لها ومن أهم هذه الضغوط؛ الأمراض المزمنة، والتعرض للإساءة الانفعالية أو البدنية، والخوف، والتعرض للعدوان المجتمعي.

ولعل من المناسب أن نسلط الضوء على ما أشارت إليه الجمعية الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association (APA), 2002: 4) عن وجود العديد من العوامل التي تساهم بشكل إيجابي في تكوين المرونة النفسية من أهمها؛ وجود علاقات اجتماعية سوية التي تقدم الدعم والرعاية والاهتمام وتخلق الحب والثقة بالنفس والشجاعة سواء داخل الأسرة أو خارجها وهو ما يطور مهارات التواصل

الإيجابي وحل المشكلات لدى الفرد، وتجعله قادراً على التكيف بفاعلية مع الأحداث التي قد تواجهه في حياته.

فإلى أى حد يمكن تأكيد العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرَك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو، وهذا التساؤل يقودنا إلى مشكلة الدراسة.

مشكلة الدراسة:

تعتبر الأمراض المزمنة أبرز أحد الأحداث الحياتية المثيرة للضغط لدى المراهقين. فيذكر أكرى وسوريز (Akre & Suris, 2014: 764) بأن فترة المراهقة تعتبر ذات أهمية خاصة نظراً للتغيرات التي تظهر على التكوين البيولوجي والفكري للفرد وكذلك على علاقته مع بيئته الاجتماعية المحيطة، فضلاً عن أن الإصابة بالمرض المزمن قد يؤدي إلى تأثير بالغ على الحالة البدنية والنفسية للمراهق، فقد تقيد قدرته على القيام بالمهام الضرورية في حياته اليومية.

ويوضح حسان وهجرس (Hassan & Hagrass, 2017: 67) بأن مرض الربو يعتبر مشكلة صحية مزمنة ولاسيما بين تلاميذ المدارس في مصر، ويرتبط الربو ارتباطاً قوياً بالحساسية، ويصبح الفرد المصاب بالربو أكثر حساسية تجاه مثيرات معينة من أهمها؛ التعرض لدخان التبغ، وتلوث الهواء، والتعرض للسموم، والتهابات

الجهاز التنفسي وغيرها من المثيرات والعوامل الأخرى التي قد تساهم في حدوث مضاعفات خطيرة، مما قد يسبب في نهاية المطاف إلى الوفاة أحياناً.

ووفقاً لتقديرات منظمة الصحة العالمية في أغسطس ٢٠١٧م التي أكدت بأن حوالي ٢٣٥ مليون شخص يعانون من مرض الربو في جميع أنحاء العالم، كما تشير الإحصائيات الصادرة في ديسمبر ٢٠١٦م بأن مرض الربو قد تسبب في أكثر من ٣٨٣ ألف حالة وفاة في عام ٢٠١٥م، وعادة ما تحدث معظم الوفيات بسبب الإصابة بالربو في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل (WHO, 2017).

وإذا كانت الوقاية خيراً من العلاج في مجال الطب فهي في مجال علم النفس لها نفس الأهمية والقوة، فالدعم الاجتماعي Social Support يعتبر أحد تلك المتغيرات الواقية التي من شأنها المحافظة على الصحة والوقاية من المرض، كما تبرز أهمية الدعم الاجتماعي المُدرَك في التخفيف من التأثيرات السلبية للأحداث الضاغطة والاضطرابات النفسية (عماد على عبد الرازق، ١٩٩٨: ١٥-١٦).

وفي ذات السياق؛ توضح شهرزاد نوار (٢٠١٣: ١٤٢) بأن الدعم الاجتماعي يعتبر متغيراً مهماً في الوقاية وتنمية الصحة

بجوانبها النفسية والجسمية، فالمريض فى أمس الحاجة إلى من يقف بجانبه حتى لا يشعر أنه يواجه المرض بمفرده، وكما تطور المرض كلما شعر المريض بالحاجة إلى الدعم والعون والتشجيع الذي يحتاجه من الآخرين لمساعدته على التعايش مع مرضه، فالأشخاص الذين لا يتلقون الدعم الاجتماعى هم أكثر عرضة للمشكلات الصحية مقارنةً بغيرهم.

فالمريض يعاني الكثير من المتاعب النفسية والانفعالية، خاصةً إذا كان هذا المرض من الأمراض الجسدية المزمنة الذي يظل صديقاً للمريض وقريناً له لفترة زمنية طويلة، ومن ثم يصبح المريض فى حاجة ماسة إلى تحقيق نوع من الرضا والتعايش مع هذا المرض المزمن تجنباً لأية أعراض جانبية (سيد أحمد محمد الوكيل، ٢٠١٠: ١١٩).

ويشير لازاروس (Lazarus,1981) إلى أن هناك إختلاف فى ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، فالطريقة التى يتعامل بها المريض مع مرضه تختلف من شخص لآخر فهناك من يتعايش مع المرض بوصفه وضعية حياتية عادية، وهناك من لا يتقبل مرضه، وهذا يتوقف على الموقف من المرض، وتصور المريض لمرضه ومواجهته للضغوط الناتجة

عن ذلك المرض (مريم سكيريفة، منصور زاهى، ٢٠١٥: ٢٣٥).

لذا يُنظر للمرونة النفسية باعتبارها قوة دافعة باتجاه الحياة تجعل الإنسان وانقياً وقادراً على تخطى الصعاب وتساعده على تحقيق أهدافه، كما أنها تصقل الشخصية وتحولها إلى شخصية قوية (حنان عبد الرحيم المالكي، ٢٠١٢: ١٣٩).

وعليه فالدراسة الحالية تسعى إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الدعم الاجتماعى المُدرك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو. وتتخلص مشكلة الدراسة فى محاولة الإجابة عن التساؤلات الآتية:

١. هل توجد علاقة ارتباطية بين الدعم الاجتماعى المُدرك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو؟
٢. هل يختلف الدعم الاجتماعى المُدرك لدى المراهقين مرضى الربو باختلاف الجنس؟
٣. هل تختلف المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو باختلاف الجنس؟
٤. هل يمكن التنبؤ بالمرونة النفسية من خلال الدعم الاجتماعى المُدرك لدى المراهقين مرضى الربو؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة الحالية إلى تحقيق الأهداف الآتية:

- ١- الكشف عن طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرَك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو.
- ٢- التعرف على أثر جنس المراهق في ادراكه للدعم الاجتماعي المقدم له.
- ٣- التعرف على أثر جنس المراهق على مرونته النفسية.
- ٤- التنبؤ بدرجة المرونة النفسية من خلال الدعم الاجتماعي المُدرَك لدى المراهقين مرضى الربو.

أهمية الدراسة:

تتبع أهمية الدراسة من انتشار مرض الربو خاصةً في مجتمعاتنا، وذلك لأسباب عديدة منها الوراثية ومنها المكتسبة نتيجة التعرض للعوامل المثيرة للحساسية في البيئة أو التعرض لضغوط نفسية شديدة، ومدى تأثير هذا المرض على الفرد خاصةً في أخرج مراحل حياته وهي مرحلة المراهقة، ومدى ادراكه للدعم الاجتماعي المقدم له من قبل الآخرين، وإلى أي مدى يؤثر هذا الدعم على مرونته النفسية. ويمكن توضيح هذه الأهمية في ضوء النقاط التالية:

- ١- تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية في أغسطس ٢٠١٧م (World

Health Organization (WHO), 2017) بأن حوالي ٢٣٥ مليون شخص يعانون من مرض الربو في جميع أنحاء العالم. كما أكدت دراسة حسان وهجرس (Hassan & Hagrass, 2017: 67) بأن مرض الربو يعتبر مشكلة صحية مزمنة ولاسيما بين تلاميذ المدارس في مصر.

٢- استثمار التعرف على طبيعة العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرَك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو في إعداد وتصميم وتطبيق برامج تربوية ونفسية وإرشادية للمراهقين مرضى الربو من أجل التخفيف من الآثار السلبية التي قد يتعرضون لها نتيجة للمشكلات الصحية التي يعانون منها.

٣- تنطلق الدراسة الراهنة من المنظور الحديث الذي تتبناه الدراسات الحديثة بالنظر إلى المرض المزمن كمنظومة متعددة الأبعاد بيولوجية ونفسية واجتماعية، لذا فإن الدراسة الحالية تلقى الضوء على أهمية تكثيف البحوث المستقبلية حول المتغيرات النفسية في مجال الأمراض العضوية.

المفاهيم الإجرائية للدراسة:

(أ) الدعم الاجتماعي المُدرَك

:Perceived Social Support

تُعرف الباحثة الدعم الاجتماعي المُدرَك إجرائياً بأنه: ما يدركه المراهق المريض من عون ورعاية واهتمام من جانب الآخرين بما يتناسب مع احتياجاته معنويةً أو مادياً أو معرفياً بقصد رفع روحه المعنوية، ومساعدته على تجاوز محنة المرض والتعايش معه، فضلاً عن الإسهام في حل مشكلاته الحياتية من خلال تزويده بالمعلومات اللازمة لذلك. ويُقاس الدعم الاجتماعي المُدرَك في الدراسة الحالية من خلال ثلاثة أبعاد على النحو التالي:

١- الدعم المعنوي Emotional Support

تُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: إدراك المراهق المريض لحب ورعاية الآخرين له، وشعوره بتقبلهم وتقديرهم له، وإحساسه بالأمن النفسي والانتماء لمن حوله، وتدعيمه ومشاركته في مواجهة المواقف المختلفة سواء كانت صحية أو انفعالية أو اجتماعية.

٢- الدعم المادي Material Support

تُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: إمداد المراهق المريض بالعون المادي أو المساعدات المادية أو الخدمات المختلفة

كتوفير الدواء اللازم أو الوجبات الملائمة أو الدعم العلاجي بقصد مساعدته في حل مشكلاته اليومية أو تخفيف أعباء الحياة عليه.

٣- الدعم المعرفي Cognitive Support

تُعرفه الباحثة إجرائياً بأنه: وعي المراهق المريض بمشاركة الآخرين له لكل ما يحتاج إليه من معارف ومعلومات ونصائح وإرشادات مفيدة حول طبيعة مرضه، وكيفية التعايش معه والتخفيف منه ومواجهته.

(ب) المرونة النفسية Psychological Resilience

تُعرف الباحثة المرونة النفسية إجرائياً بأنها: عملية دينامية متعددة الأبعاد تُمكن المراهق من إظهار قدر من التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية، وتوظيف كافة المصادر الإنفعالية والعقلية والاجتماعية لديه بهدف التفاعل بشكل فعال مع الضغوط وأحداث الحياة الصادمة فضلاً عن تمتعه بآتزان واستقرار نفسي وتخطى مواقف الإحباط والفشل، ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار. وتُقاس المرونة النفسية في الدراسة الحالية من خلال ثلاثة أبعاد وهي كالاتي:

(ج) المراهقين مرضى الربو

:Adolescents with Asthma

تعرف منظمة الصحة العالمية (2017) مرض الربو بأنه مرض التهابي مزمن يتسم بحدوث نوبات متكررة تتراوح بين عسر التنفس والأزيز، وهي تختلف في شدتها من فرد لآخر، وقد تظهر أعراضه عدة مرات في اليوم، وتصبح أسوأ لدى بعض الأفراد أثناء مزاوله النشاط البدني أو في الليل، وأثناء نوبة الربو تتورم بطانة أنابيب الشعب الهوائية، إذ يحدث ضيق في المسالك الهوائية، والحد من تدفق الهواء داخل الرئتين وخارجها، وقد تسبب أعراض الربو المتكررة الأرق والإرهاق أثناء النهار، وانخفاض مستويات النشاط، والتغيب عن المدرسة (WHO, 2017).

وتُعرف الباحثة المراهقين مرضى الربو إجرائياً بأنهم: فئة المراهقين المسجلين في الملفات الطبية لدى الزائرة الصحية بالمدرسة، والذين تم الكشف عنهم وتشخيصهم طبياً بأنهم يعانون من مرض الربو، وتلك الملفات مُدون بها بيانات الطلاب، وتصنيف المرض، ومدة اصابتهم بالمرض، والذين يتابعون دراستهم في المرحلتين الإعدادية والثانوية.

١- المرونة الانفعالية Emotional

:Resilience

تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها: تلك المواقف التي تُعين المراهق على تجاوز متاعبه والرضى عما يحدث له، وتمكنه من المضى قدماً متضمنة القدرة على ضبط وإدارة الانفعالات، الثقة بالنفس، الاحساس بمعنى الحياة، التفاؤل، المثابرة، تحمل المسؤولية.

٢- المرونة العقلية Mental

:Resilience

تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها: تلك الخبرات التي تمكن المراهق من التعامل بطريقة إيجابية تجاه مشكلات وعقبات ومواقف الحياة متضمنة القدرة على وضع خطط واقعية، واتخاذ القرارات، وتنفيذ الإجراءات اللازمة لحل المشكلات، والمواجهة الفعالة للأحداث الضاغطة.

٣- المرونة الاجتماعية Social

:Resilience

تعرفها الباحثة إجرائياً بأنها: تلك العلاقات الاجتماعية التي تمكن المراهق من التواصل الفعال مع الآخرين والانفتاح على المجتمع الذي يعيش فيه ساعياً للتكيف مع أفراد، ووجود روح التعاون والتعاطف معهم، وهو ما يعزز قدرته على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.

إطار نظري:

ويتم فيه إلقاء الضوء لأهم مفاهيم

الدراسة والتي تتمثل في:

أولاً: الدعم الاجتماعي المدرك **Perceived**

Social Support:

يعتبر الدعم الاجتماعي مصدراً مهماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه الإنسان في عالمه الذي يعيش فيه، فعندما يشعر الفرد أن هناك ما يهدده وأنه لم يعد يوسعه أن يواجه الخطر، أو يتحمل ما يقع عليه من إجهاد فهو يحتاج إلى عون ومدد من الآخرين (هناك أحمد شويخ، ٢٠٠٧: ٨٣).

مفهوم الدعم الاجتماعي المدرك:

يعرف محمد بيومي خليل (١٩٩٦: ١٠٠) الدعم الاجتماعي بأنه "كل دعم مادي، أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية، ومساعدته على مجابهة المرض، وتخفيف آلامه العضوية، والنفسية الناجمة عن المرض".

ويعرف على عبد السلام على (٢٠٠٥: ١٣) الدعم الاجتماعي بأنه "الدعم المادي، العاطفي، والمعرفي الذي يستمدده الفرد من جماعة الأسرة أو زملاء العمل أو الأصدقاء في المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته، وتساعدته على خفض الآثار النفسية السلبية الناشئة من تلك المواقف،

وتساعدته في الحفاظ على صحته النفسية والعقلية".

وتعرف قنون خميسة (٢٠١٢: ٧٩) الدعم الاجتماعي المدرك بأنه "مدى إدراك الفرد لوجود سند مادي أو معنوي أو معلوماتي أو توجيهي من خلال علاقاته الاجتماعية في الوسط الأسري، أو وسط الأصدقاء وغيرها من الأوساط التي يتعامل معها الفرد (أثناء العمل، الدراسة، العلاج، .. إلخ) سواء في مواقف السراء أو مواقف الضراء".

وتعرف حنان الشقران، ياسمين رافع الكركي (٢٠١٦: ٨٧) الدعم الاجتماعي المدرك بأنه "حصول الفرد على الرعاية، والاهتمام، والحب، والتقدير، والاحترام من شبكته الاجتماعية المحيطة كالأهل، والأصدقاء وزملاء العمل".

وفي ضوء التعريفات السابقة، يمكن للباحثة أن تعرف الدعم الاجتماعي المدرك في الدراسة الحالية بأنه: "ما يدركه المراهق المريض من عون ورعاية واهتمام من جانب الآخرين بما يتناسب مع احتياجاته معنوياً أو مادياً أو معرفياً بقصد رفع روحه المعنوية، ومساعدته على تجاوز محنة المرض والتعايش معه، فضلاً عن الإسهام في حل مشكلاته الحياتية من خلال تزويده بالمعلومات اللازمة لذلك".

أهمية الدعم الاجتماعي للمرضى:

تشير بشرى إسماعيل (٢٠٠٤ : ٢٢) إلى أن الدعم الاجتماعي ضروري لاستمرار الإنسان وبقائه، إذ يمكن تشبيه الدعم الاجتماعي بالقلب، فكما أن القلب يضخ الدم إلى سائر أعضاء الجسم الأخرى وبالتالي فإن توقف عمل القلب يعنى توقف ونهاية حياة الانسان هكذا الدعم الاجتماعي، فلولا وجود الدعم الاجتماعي فى حياة الأفراد وإدراكهم له لما انتقل إليهم الحب والتقدير والقبول والانتماء الذى يزيد من قوتهم فى مواجهة ضغوط الحياة التى يمرون بها فى حياتهم، ويؤكد كوهين وويلز (Cohen & Wills, 1985) أن الدعم الاجتماعي يرتبط بالصحة الجسمية والسعادة، وعليه فإن غياب الدعم الاجتماعي يرتبط بزيادة التعرض للأمراض المزمنة، وزيادة معدلات الوفاة.

كما أكدت نتائج دراسة عماد محمد مخيمر (١٩٩٧ ، ١٢٩) على أهمية الدور الذى يلعبه الدعم الاجتماعي فى الصحة النفسية والجسمية، بل وفى المرض الجسمى والنفسى أيضاً، وفى كل مراحل الحياة من الطفولة إلى المراهقة إلى الرشد إلى الشيخوخة، كما أن جزء كبير من هوية الفرد تتشكل من خلال علاقاته مع الآخرين وهو ما يساعده فى التخفيف من حدة وقع الأحداث الضاغطة.

من العرض السابق ترى الباحثة أن الدعم الاجتماعي يظهر أهميته بشكل واضح فى تحسين الصحة النفسية والجسمية للفرد، لمساعدته على التغلب على المشكلات التى قد يتعرض لها فى حياته، فضلاً عن دوره فى التخفيف من الآثار السلبية للضغوط الحياتية وبصفة خاصة على المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة.

مصادر الدعم الاجتماعي:

لقد حظي مفهوم الدعم الاجتماعي باهتمام كبير من طرف الباحثين فى مجالات الصحة المختلفة، حيث تشير أحدث التقارير العلمية والطبية إلى الدور المهم الذى يلعبه الدعم الاجتماعي بأبعاده المعنوى والمادي والذى يستمده الفرد من خلال الجماعات التى ينتمى إليها كالأسرة والأصدقاء والزملاء فى المدرسة، فضلاً عن دوره فى وقاية الفرد من الآثار السلبية للأحداث الضاغطة والمواقف السيئة التى يتعرض لها، ولاسيما فى تخفيف الإصابات من الاضطرابات النفسية والفسىولوجية (عثمان يخلف، ٢٠٠١ ، ١٣٧-١٣٨).

ويشير رايس ورسبيلت (Reis & Rusbult, 2004) إلى أن مصادر الدعم الاجتماعي يمكن تحديدها كما يلي: الأسرة، والأصدقاء، ومقدمو الرعاية الصحية. كما توصلت نتائج الدراسات السابقة إلى أن الدعم

الوضع النفسى للفرد. ومن ناحية أخرى فإن عدم وجود علاقات اجتماعية إيجابية من شأنه أن يؤدي إلى معاناة الفرد من اضطرابات نفسية كالقلق أو الاكتئاب؛ بمعنى أن الحالة النفسية للفرد يمكن أن تؤثر على الصحة البدنية سواء من خلال التأثير المباشر على العمليات الفسيولوجية التي تؤثر على الاستعداد للإصابة بالأمراض، أو من خلال الأنماط السلوكية التي قد تزيد من خطر الإصابة بالمرض والتعرض للموت (Bisschop, Kriegsman, Beekman, & Deeg, 2004 : 721).

ويشير محمد بيومي خليل (١٩٩٦) : ٩٤-٩٥) إلى أن المرض يعتبر موقف ضاغط طارئ يهدد سلامة الإنسان جسدياً ونفسياً مما يؤدي إلى صعوبة أداء الفرد لوظائفه الحياتية والاستمتاع بحياته، وهو ما يهدد توافقه الشخصي والاجتماعي، فعندما يشعر المريض بأن مرضه خطير وأن فترة مرضه سوف تطول فإن ذلك يؤدي إلى شعور الفرد بالقلق والخوف، بالإضافة إلى شعور المريض بالضعف بعد القوة، والعجز بعد القدرة، والإعتمادية بعد الاستقلال وهو ما يضع المريض في موقف نفسي صعب يؤثر سلباً على حالته الجسمية والنفسية، وهنا يصبح الدعم الاجتماعي للمريض ضرورة علاجية، والدعم الاجتماعي يقتضى

الاجتماعى الذي يتلقاه الفرد من الآخرين سواء فى الأسرة أو خارجها تعتبر من العوامل المهمة فى المحافظة على صحته النفسية، ومن ثم يمكن التنبؤ بأنه فى ظل غياب الدعم أو انخفاضه، يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث الضاغطة والمواقف السيئة التى يتعرض لها الفرد، بما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية لديه (حسين على فايد ، ١٩٩٨ : ١٦٤).

تستنتج الباحثة فى ضوء ما سبق أن الدعم الاجتماعى الذى يتلقاه الفرد من الشبكة الاجتماعية المحيطة به تلعب دوراً مهماً فى الحفاظ على صحته النفسية والعقلية، ومن أهم مصادر الدعم الاجتماعى التى تبرز دورها فى التخفيف والوقاية من الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة ما يلي: الأسرة، والأصدقاء، والزملاء، والجيران، وأعضاء الجماعات المختلفة التى ينتمى إليها، والأشخاص المهنيون الذى يلجأ إليهم للحصول على خدمات فى مختلف المجالات.

تفسير العلاقة بين المرض والدعم الاجتماعى:

يوضح كوهين وويلز (Cohen & Wills, 1985: 310) بأن الدعم الاجتماعى الذى يتلقاه الفرد من شبكة العلاقات الاجتماعية ولاسيما من أعضاء الأسرة والأصدقاء تلعب دوراً مهماً فى تعزيز

قدرة على مواجهة المرض وأكثر استفادة من جميع أنواع الدعم الاجتماعي وإدراكها بشكل إيجابي ومن ثم يصبح المريض أكثر تقاؤلاً بالحياة.

حاجة المرضى للدعم الاجتماعي:

حديثاً؛ عرف مفهوم الدعم الاجتماعي تطوراً مهماً، حيث اقتحم مجال الصحة الفسيولوجية والجسمية وبذلك أصبح يكتسى أهمية خاصة في الدراسات الوبائية والإكلينيكية التي تحاول تشخيص مسببات أمراض العصر المزمنة، ويرجع الفضل في ذلك إلى كل من كاسل وكوب (Cassel, Cobb, 1976 ; 1970 حيث أكد على دور الروابط الاجتماعية والدعم العاطفي في الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض من خلال الدور الأساسي للروابط الأسرية والاجتماعية في مواجهة ضغوط الحياة الصعبة، والتخفيف من المشكلات الصحية الناجمة عنها)عثمان يخلف، ٢٠٠١، ١٤١-١٤٢).

ويشير علاء الدين كفاقي، جهاد علاء الدين (٢٠٠٦: ٧٧-٧٨) بأن من أهم النتائج الصحية المفيدة للدعم الاجتماعي هو دوره في تخفيف آثار الضغوط ولاسيما لدى الأفراد الذين يعانون من مستويات عالية من التوتر، فالأشخاص الذين يتمتعون بالدعم الاجتماعي لديهم القدرة على التكيف النفسي

النظر للمريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية، وله حاجاته النفسية والاجتماعية التي ينبغي إشباعها بالشكل المناسب، وأن من حقه العيش في حالة من التوافق النفسي والاجتماعي لذا يجب الاهتمام به وتقديم الدعم الاجتماعي له من أجل مساعدة المريض على تقبل ذاته، وتقبله لمرضه، وتقوية أمله في الحياة.

ويرى على عبد السلام على (٢٠٠٥: ٨٣) أن الدعم الاجتماعي يعتبر المحور الرابع بعد الوقاية، والتشخيص، والعلاج الطبي لما له من دور أساسي في تحقيق حياة آمنة تتلائم مع قدرات المريض ورغبته في الشفاء، كما يؤكد أيضاً على أهمية مصادر الدعم الاجتماعي لتقوية رغبة المريض في الشفاء، وتقبله لمرضه، ومساعدته على خفض الآثار النفسية السلبية التي تواجهه في تحمله لمرضه.

وبناءً على ذلك؛ تستنتج الباحثة أن إدراك المريض لوجود دعم اجتماعي الذي يتلقاه من قبل المحيطين به في بيئته الاجتماعية من شأنه أن يؤدي إلى التخفيف من الاحساس بالمرض والوقاية من الآثار السلبية للأحداث الضاغطة والأزمات، وهو ما يجعل الدعم الاجتماعي عاملاً وقائياً وعلاجياً يقلل من معاناة المريض، فكلما كانت الحالة الصحية لديه أفضل كان أكثر

للأحداث الضاغطة بشكل أفضل، كما أنهم يشقون بسرعة أكبر من أمراضهم، بل يكونون أقل عرضة لخطر الوفاة نتيجة الإصابة ببعض الأمراض الجسدية.

وفى ذات السياق؛ أكدت العديد من الدراسات مثل دراسة كالم، جيرج، سيمبسون، موريس، ودكوك، وكستوفاك Calam, Gregg, Simpson, Morris, (Woodcock & Custovic, 2003) ؛ دراسة أنجار، ماكدونالد، وكوزنز Ungar, (MacDonald & Cousins, 2005) ؛ دراسة شالويتز، ميجانفيتش، بيرى، كلارك-كافمان، كوين، وبيرز (Shalowitz, Mijanovich, Berry, Clark-Kauffman, Quinn & Perez, 2006) ودراسة هدروس، جانسون، وهيدلين (Hederos, Janson & Hedlin, 2007) على أهمية دور الأسرة فى دعم أطفالهم الذين يعانون من مرض الربو، وخفض حدة الضغوط النفسية والقلق والاكتئاب لديهم، وذلك من خلال تمكين الفرد من تفهم طبيعة مرضه، ومساعدته على اتباع الطرق اللازمة لتجنب الدخول فى النوبات المتكررة للربو، والابتعاد عن الأتربة والدخان مع المحافظة على مواعيد العلاج حتى الوصول للشفاء.

تستخلص الباحثة فى ضوء العرض السابق بأن الدعم الاجتماعى الذى يدركه

الفرد من الآخرين المحيطين به يلعب دور بارز على صحته الجسمية والنفسية ولاسيما للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة، لما للمرض من انعكاسات على الصحة البدنية والنفسية لحياة الفرد، لذا يصبح من الضرورى فهم الحالة النفسية التى يكون عليها المريض، والتفاعل معه بإيجابية، وتقديم يد العون له حتى يصل إلى مرحلة التكيف والتعايش مع المرض.

ثانياً: المرونة النفسية Psychological Resilience

يعيش الإنسان المعاصر زمناً تعددت فيه مصادر الضغوط النفسية والاجتماعية، والتى تتضمن خبرات غير مرغوب فيها، وأحداث تتطوى على الكثير من مصادر القلق، وعوامل الخطر والتهديد فى مختلف مجالات الحياة، وقد تنعكس آثار تلك المواقف الضاغطة على معظم جوانب شخصية الفرد (حسين على فايد، ١٩٩٨: ١٥٥).

مفهوم المرونة النفسية:

من أهم التعريفات التى ألفت الضوء على مفهوم المرونة النفسية ما يلى:

لقد ورد فى إصدارات الجمعية

الأمريكية لعلم النفس (American Psychological Association (APA) , 2) : 2002 فى نشرة بعنوان الطريق إلى

المرونة النفسية الذي ترجمه للعربية "محمد السعيد أبو حلاوة" أن المرونة النفسية هي "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، المشكلات المالية".

ويذكر كونر وديفيدسون (Connor & Davidson, 2003: 76) بأن المرونة النفسية تعرف بأنها "القدرات الشخصية التي تمكن الفرد من مواجهة الأزمات أو الصدمات والأحداث الضاغطة بنجاح وفعالية".

كما يعرف محمد سعد عثمان (٢٠١٠: ١٣) المرونة بأنها "قدرة الفرد على التكيف بفاعلية والنهوض من جديد بعد التعرض لضغوط الحياة وعثراتها يساعدهم على ذلك الكفاءة الشخصية، الكفاءة الاجتماعية والأسرية، المساندة الاجتماعية، البنية القيمية والدينية".

ويعرف محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١٣: ٦) المرونة بأنها "عملية دينامية يقوم بها الفرد وذلك من خلال إظهار قدر من التوافق الإيجابي مع محن ومصاعب الحياة".

وتعرف فوقيّة حسن رضوان (٢٠١٥: ٥) المرونة النفسية بأنها "القدرة على إدخال أكثر من استجابة فعالة تجاه الشدائد والمصائب والمواقف الحياتية اليومية والانفعالية والتي تحتاج إلى اتخاذ قرار مناسب يؤدي إلى تحقيق الهدف بأسلوب يؤدي إلى التوافق مع النفس والبيئة المحيطة".

وتعرف أميرة محمد إمام محمد (٢٠١٦: ٣٠٨) المرونة الإيجابية بأنها "عملية دينامية متعددة الأبعاد تمكن المراهقين من إمتلاك مهارات عقلية (حل المشكلات، ومواجهة الأحداث الضاغطة، والمثابرة)، ونفسية (تقدير الذات المرتفع، ووجهة الضبط الداخلية، وروح المرح والأمل)، وروحية (الإيمان بقضاء الله، والتفاؤل، والمسئولية)، واجتماعية (المساندة الاجتماعية والتعاطف) مختلفة وفعالة تعينهم على حسن التكيف، والمواجهة، والتصدي نحو مختلف الأحداث الضاغطة، وعوامل المخاطرة، والعودة للأداء الوظيفي فور حدوثها".

وفي ضوء ما سبق؛ يمكن للباحثة أن تعرف المرونة النفسية في الدراسة الحالية بأنها: "عملية دينامية متعددة الأبعاد تُمكن المراهق من إظهار قدر من التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية، وتوظيف كافة المصادر الإنفعالية والعقلية والاجتماعية لديه

بهدف التفاعل بشكل فعال مع الضغوط وأحداث الحياة الصادمة فضلاً عن تمتعه باتزان واستقرار نفسي وتخطى مواقف الإحباط والفشل، ومواصلة الحياة بفاعلية واقتدار".

العوامل ذات العلاقة بالمرونة النفسية:

ترتبط المرونة النفسية بالعديد من العوامل التي تعمل على تعديل ومواجهة التأثيرات السلبية لمواقف الحياة الصعبة، فيشير كل من ليدبيتر ودوجن وسولارز (Leadbeater, Dodgen & Solarz, 2005 : 48) إلى أن المرونة النفسية هي نتاج قدرة الفرد على التعامل مع البيئة المحيطة للوقاية من عوامل الخطر مع التأكيد على الدور الفعال للأسرة والمدرسة والمجتمع في تنمية المرونة النفسية لدى الفرد.

وقد لخص دانيال وويسيل (Danial & Wassell, 2002) أهم العوامل المرتبطة بالمرونة النفسية خلال فترة المراهقة في ضوء ما يلي:

١- العوامل المرتبطة بالفرد: وتتمثل في؛

قدرة الفرد على التعاطف مع الآخرين، وتحمل المسؤولية، والتوجه نحو تحقيق أهدافه، ولديه نظرة إيجابية للذات، والقدرة على التخطيط، والفكاهة والمرح.

٢- **العوامل المرتبطة بالأسرة:** وتتمثل في؛ العلاقات الاجتماعية الجيدة والترابط العائلي مع أعضاء الأسرة، والثقة وتقديم المساعدة الضرورية، وعدم وجود مشاكل صحية ونفسية بين أفراد الأسرة.

٣- **العوامل المرتبطة بالمجتمع:** وتتمثل في؛ العلاقات مع الأصدقاء والأقارب والجيران، والخبرات المدرسية الجيدة (In: The Bridge Child Development Service, 2007 : 3).

ويذكر فيدر، نستلر، وستفال، وتشارني (Feder, Nestler, Westphal & Charney, 2010, 35-36) بأن هناك مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالمرونة النفسية والتي تمكن الفرد من التكيف مع الضغوط بنجاح، من أهمها: استراتيجيات المواجهة الفعالة، الانفعالات الإيجابية والتقاؤل وإعادة البناء المعرفي، الدعم الاجتماعي، الشعور بالهدف في الحياة.

تستنتج الباحثة في ضوء ما سبق بأن هناك عدة عوامل يمكن أن تساعد في تنمية المرونة النفسية لدى الفرد من أهمها: القدرة على التوافق الإيجابي والمواجهة الفعالة للضغوط والصدمات، والقدرة على إدارة

يسعون لتنميتها، ويطلق على هذه الافتراضات والاتجاهات **بالتوجهات العقلية والفكرية** والتي تتكون من مجموعة من الخصائص من أهمها: التحكم، التحصين في مواجهة الضغوط، التعاطف، تكوين روابط اجتماعية، القدرة على حل المشكلات، اتخاذ القرارات، التعلم من الأخطاء، المشاركة الفعالة مع المجتمع، المسؤولية، والتميز.

ويرى محمد سعد عثمان (٢٠١٠: ٥٤١) بأن الأشخاص الذين يتمتعون بالمرونة النفسية يتميزون بالقدرة على التوافق النفسى الجيد مع كافة المحن والشدائد والصدمات بشتى صورها، والقدرة على التعافى سريعاً بعد الانهيار ومواصلة الحياة بنجاح.

فالشخص المرن عندما يمر بالصدمات يستخدم خبراته المكتسبة منها ويحولها لتكون حائطاً فولاذياً من حوله ليزداد به قوة وكأنها نوع من التطعيم النفسى فهو يشبه إلى حد كبير التطعيم الذى يعطى للفرد للتعايش بشكل جيد مع الأمراض التى يتعرض لها فى المستقبل، فالمرونة النفسية أكثر من مجرد قدرة الفرد على التعامل الجيد فى إطار الصدمات، ويعتبر أفضل طريقة لفهم المرونة هو اعتبارها فرصة تتيح للفرد الإبحار من أجل الحصول على الموارد النفسية والاجتماعية والثقافية والمادية

الانفعالات والدوافع القوية، واكتساب الفرد لمهارات حل المشكلات، الحصول على الدعم الاجتماعى ومساعدة الآخرين، بالإضافة إلى البحث عن معنى إيجابى للأحداث الضاغطة، كل هذه العوامل تمكن الفرد من تجاوز التأثيرات السلبية للمواقف الضاغطة وتجاوزها بنجاح.

صفات الأفراد ذوي المرونة النفسية:

يرى كل من ماستن وبيست وجارمزي (Masten, Best & Garmezy, 1990: 426) أن الشخصية التى تمتاز بالمرونة النفسية تتسم بعدة صفات:

- ١- لديها القدرة على الخروج بمخرجات جيدة على الرغم من خطورة الموقف.
- ٢- تتصف بالكفاءة الشخصية تحت الضغوط.
- ٣- أن تكون قادرة على التعافى من الصدمات.
- ٤- لديها المقدرة على جعل المصاعب والأزمات المستقبلية قابلة للتحمل.

ويؤكد بروكس وجولدشتاين (Brooks & Goldstein, 2004: 3) أن الأشخاص الذين يتمتعون بالمرونة النفسية لديهم مجموعة من الافتراضات والاتجاهات التى تؤثر فى سلوكهم ومهاراتهم التى

للمحافظة على توافق الفرد وصحته النفسية (حنان عبد الرحيم المالكي، ٢٠١٢ : ١٣٨).

وفي ضوء ما سبق؛ تستنتج الباحثة بأن هناك مجموعة من السمات التي يتصف بها الأشخاص ذوي المرونة النفسية والتي تتمثل في: القدرة على إقامة علاقات اجتماعية واقعية مع الآخرين، والشعور بالانتماء، والانفعال الإيجابي وتقبل المشاعر السلبية، والتعامل الجيد مع الضغوط واعتبارها تحديات ينبغي مواجهتها، وامتلاك المهارات الفعالة لمعالجة المشكلات والتوصل إلى حلول لها، بالإضافة إلى قدرة الفرد على التكيف مع التغيير، فضلاً عن قدرته على الاحتفاظ بسعادته من خلال تحقيق الهدف الذي يسعى من أجله.

أثر المرونة النفسية على حياة المريض:

يعاني المريض الكثير من المتاعب النفسية والإنفعالية، ولاسيما إذا كان هذا المرض من الأمراض الجسدية المزمنة الذي يظل صديقاً للمريض وقريناً له لفترة زمنية طويلة، ومن ثم فإن المريض في حاجة ماسة إلى تحقيق نوع من الرضا والتعايش مع هذا المرض المزمن تجنباً لأية أعراض جانبية (سيد أحمد محمد الوكيل، ٢٠١٠ : ١١٩).

وكشفت نتائج دراسة كيم ويو (Kim & Yoo, 2010) إلى أن التماسك الأسري والعلاقات الاجتماعية الجيدة مع الأصدقاء

والمعلمين في المدرسة ترتبط بشكل كبير بالمرونة النفسية لدى الأطفال المصابين بالسرطان في سن المدرسة.

وبينت دراسة كومباس، جاسر، دن، وردجيس (Compas, Jaser, Dunn & Rodriguez, 2012) بأن الأمراض المزمنة تمثل ملايين الأطفال والمراهقين الذين يواجهون ضغوط مرتبطة بمخاطر المشكلات العاطفية والسلوكية والتي تتداخل مع التعامل مع المرض المزمن، فضلاً عن الالتزام بالنظام العلاجي، وأكدت الدراسة على أهمية تسليط الضوء على العوامل التي من شأنها مساعدة هؤلاء الأطفال والمراهقين على التكيف الناجح مع الأمراض المزمنة.

وتوصلت نتائج دراسة ليموس، ومورايس، وبيلاندا (Lemos, Moraes & Pellanda, 2016) بأن حوالي ٨١% من مرضى القلب يتمتعون بمستويات عالية من المرونة النفسية. وفي المقابل؛ نجد أنه في ضوء مراجعة للأدبيات للكشف عن المرونة النفسية لدى المرضى الذين يعانون من أمراض جسدية مزمنة؛ أشارت نتائج دراسة جشلاج، وسيهمري، وإبادي، ودالفاند، وتابريزي (Gheshlagh, Sayehmiri, Ebadi, Dalvandi, Dalvand & Tabrizi, 2016) إلى تدنى مستويات المرونة النفسية للمرضى مقارنةً بغيرهم من الأصحاء.

(Al Zahrani, El Morsy, Laila & Dorgham, 2014 : 283) الشعبي يعتبر من أهم أمراض الصدر المزمنة الذي يهاجم الجهاز التنفسي، فهو مرض مزمن يؤثر على الشعب الهوائية عند التعرض للمؤثرات البيئية، فتحدث نوبات أو أزمات متكررة من ضيق التنفس، السعال، الصفير، وضيق الصدر خاصة في الليل والصباح الباكر، وهذه النوبات تكون مصحوبة بضيق في الشعب الهوائية.

تعريف مرض الربو:

يُعرف عبد العزيز السرطاوي، جميل الصمادي (٢٠١٠: ٢٤٩) الربو بأنه تلك الإصابة المزمنة التي تصيب الشعب الهوائية في الجهاز التنفسي، وتتميز بأنها تسبب سعالاً مستمراً، وصعوبة في عملية التنفس بحيث يصدر صوتاً أثناء الزفير يشبه الصفير.

وتعرف علا عبد الباقي إبراهيم (٢٠١٥: ٣١) الربو بأنه مرض يتصف بهجمات في القصبات الهوائية، مما يسبب ضيق شديد في التنفس، وصعوبة في عملية الشهيق والزفير.

وتعرف منظمة الصحة العالمية (٢٠١٧) مرض الربو بأنه مرض التهابي مزمن يتسم بحدوث نوبات متكررة تتراوح بين عسر التنفس والأزيز، وهي تختلف في

كما أسفرت نتائج دراسة ايفانز، وبيبل، وسميث (Evans, Bell & Smith, 2016) إلى أن المرونة النفسية تلعب دور مهم في العلاقة بين التأثير الجسدي والنفسي والتوافق مع مرض فشل القلب المزمن، كما أشارت النتائج أيضاً بأن المرونة تعتبر منبئاً للرعاية الذاتية الفعالة للمرضى الذين يعيشون ظروف مرضية طويلة الأجل ولاسيما مرضى الانسداد الرئوي المزمن، وتوصي تلك الدراسة بضرورة إجراء المزيد من البحوث المستقبلية لتحسين المرونة النفسية لدى المرضى الذين يعانون من ظروف صحية صعبة.

تستنتج الباحثة في ضوء ما سبق؛ أن المرونة النفسية تعتبر من المؤشرات الهامة للتقليل من الضغوط والأزمات التي قد يمر بها الفرد في حياته، فضلاً عن دورها في تحسين مستويات الرعاية الذاتية الفعالة في مواجهة الضغوط المرتبطة بالمرض، بالإضافة إلى الدور البارز للمرونة في تحسين النتائج الصحية للأشخاص الذين يعانون من أمراض مزمنة بحيث يستطيع المريض التأقلم، وأن يحيا حياة نفسية جيدة.

ثالثاً: مرض الربو Asthma :

يُعد الربو الشعبي أحد أمراض الحساسية التي قد تؤدي إلى أخطار شديدة. فيوضح الزهراني، المرسي، ليلي، ودرغام

شدتها من فرد لآخر، وقد تظهر أعراضه عدة مرات في اليوم، وتصبح أسوأ لدى بعض الأفراد أثناء مزاوله النشاط البدني أو في الليل، وأثناء نوبة الربو تتورم بطانة أنابيب الشعب الهوائية، إذ يحدث ضيق في المسالك الهوائية، والحد من تدفق الهواء داخل الرئتين وخارجها، وقد تسبب أعراض الربو المتكررة الأرق والإرهاق أثناء النهار، وانخفاض مستويات النشاط، والتغيب عن المدرسة (WHO, 2017).

أسباب الإصابة بمرض الربو:

يذكر سرى محمد رشدي بركات (٢٠١٦: ١١٩) بأن هناك بعض المثيرات التي لا تسبب الربو، إلا أنها تلعب دوراً كبيراً في إحداث أعراض أو نوبات الربو والتي من أهمها: الزكام والأنفلونزا، حالات الجو التي يمكن أن تثير الأعراض كالهواء البارد الجاف، العوامل الإنفعالية والضغط النفسية، دخان السجائر، التمارين الرياضية، الحساسية، وبعض الأدوية التي يمكن أن تسبب نوبات شديدة للربو كالأسبرين.

كما أكد كلاً من جيرشوين وألبرتسون (Gershwin & Albertson, 2011: 20)؛ إيهاب الببلاوي (٢٠١٠: ٣٥٠)؛ كمال سالم سيالم (٢٠٠٩: ٦٧) على أهمية العامل الوراثي الذي يلعب دوراً كبيراً في الإصابة بمرض الربو، ولاسيما إذا كان أحد الوالدين

مصاباً بالمرض، وتزداد هذه النسبة إذا كان كلا الوالدين مصابين بالربو، فلقد وجد أن الأفراد المصابين بالربو تتراوح نسبتهم ما بين ٥٠-٧٥% ينتمون إلى عائلات يشير تاريخها الطبي إلى إنتشار الربو بين العديد من أفرادها.

تشخيص مرض الربو:

يُبين لوهاجن (Löwhagen, 2015) (538) بأنه من الصعب تشخيص الإصابة بمرض الربو في بعض الأحيان، وقد يرجع ذلك إلى الخلط بينه وبين الاضطرابات الشبيهة بالربو، وهو ما يتطلب إجراء خطوات تشخيصية إضافية تتضمن إجراء فحص جسدي، والتعرف على الأعراض التي يعاني منها المريض، كما يُجرى أحياناً اختبار الأداء الوظيفي للرئتين من أجل تحديد كمية الهواء التي تدخل وتخرج أثناء عملية التنفس بهدف تشخيص الإصابة بمرض الربو.

وفي نفس الصدد؛ يشير المعهد الوطني للصحة والراعية المتميزة (National Institute for Health and Care Excellence, 2017: 30-31) بأن التاريخ العائلي يُعد من عوامل خطر حدوث الربو، وعلى الرغم من عدم وجود اختبار دقيق لتشخيص الربو، إلا أن تشخيص المرض يعتمد بشكل أساسي على نمط

الأعراض والاستجابة للعلاج مع مرور الوقت، إذ يمكن تحديد الإصابة بالربو في حالة وجود تاريخ متكرر للأزيز والسعال أو وجود صعوبة في التنفس، وإنقباض في الصدر، وتفاقم هذه الأعراض بممارسة الرياضة أو التعرض لمسببات الحساسية أو تلوث الهواء، ومن أهم الأساليب المستخدمة في تشخيص الإصابة بالربو هو فحص مقياس التنفس، واختبار ذروة التدفق الزفيرى، وفحص أكسيد النترىك.

علامات وأعراض الربو:

يوضح بيكادو (Picado, 1996: 1775)؛ وهولجيت (Holgate, 2013 : 343)؛ ويوسكو-مولر، سام، وسام (Poethko-Müller, Thamm & Thamm, 2018 : 52) بأن الأزمة الصدرية تنتج عن ضيق القصبات الهوائية بسبب تصلب العضلات المحيطة بالإطار الداخلى لهذه القصبات، وتضخم الأنسجة الداخلية للقصبات الهوائية الذى تنتج عن توسع الأوعية الدموية التى تمر بجدار القصبات الهوائية، وزيادة السائل المفرز داخل القصبات الهوائية، وتتراوح نوبات الربو ما بين شديدة ومتوسطة وخفيفة، ومن أهم الأعراض التى تظهر على المريض بالربو؛ السعال، ضيق في التنفس، أزيز "صوت صفير" أثناء عملية التنفس.

ويبين يوكينا، فيشمان، ونيبلنج (Ukena, Fishman & Niebling, 386: 2008) أن الإصابة بالربو غالباً ما يرتبط بوجود تاريخ وراثى للحساسية فى العائلة، ويُعد من أبرز أعراض الربو؛ نوبات متكررة من الأزيز، والسعال، وضيق التنفس، وانقباض الصدر خاصةً فى الليل أو فى الصباح الباكر، وتفاقم هذه الأعراض بممارسة الرياضة أو الإصابة بعدوى فيروسية، أو التعرض لمسببات الحساسية كالغبار، والدخان، والهواء البارد، وحبوب اللقاح.

دراسات سابقة:

أولاً: دراسات تناولت الدعم الاجتماعى المدرك لدى مرضى الربو:

أجرى تشن، شيم، سترونك، وميلر (Chen, Chim, Strunk & Miller, 2007) دراسة تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين دعم الأسرة والأقران ونتائج الربو لدى الشباب، وتحديد المسارات التى تعمل من خلالها هذه العوامل الاجتماعية. وقد أجريت دراسة رصدية للشباب المصابين بالربو وعددهم (٥٧٨)، وطبق عليهم استبيانات حول مشاكل المدن، ودعم الأسرة والأقران، وأيضاً تم قياس المسارات البيولوجية والسلوكية (تدخين الشباب، والتعرض للدخان، والالتزام بالأدوية)، كما تم تقييم أعراض الربو والوظيفة الرئوية فى

المختبر وفي المنزل لمدة أسبوعين. وأشارت النتائج إلى انخفاض مستويات الدعم الأسرى كان مرتبطاً بأعراض كبيرة للربو وتدنى الوظيفة الرئوية عبر المسارات البيولوجية، كما ارتبطت المستويات العالية لمشاكل المدن (الأحياء) بأعراض أكبر للربو عبر مسارات تتعلق بالتدخين، ولم يكن الدعم مرتبطاً بأعراض للربو أو الوظيفة الرئوية. وتشير هذه الدراسة إلى أن العوامل الأسرية قد تؤثر على الربو لدى الشباب من خلال التغيرات الفسيولوجية، في حين أن العوامل المجتمعية قد تساعد في تشكيل السلوكيات الصحية لدى الشباب المصابين بالربو.

وقام ري، بيلي، وبراش (Rhee, Belyea, & Brasch, 2010) بدراسة هدفت إلى الكشف عن الدعم الاجتماعي من الأسرة ونتائج الربو لدى المراهقين. وتكونت عينة الدراسة من (١٢٦) مراهقاً يعانون من الربو والذين تتراوح أعمارهم ما بين (١٣-٢٠) عاماً ويعيشون في شمال شرق الولايات المتحدة، وتألقت العينة من ٤٩% من البيض و٥١% من الأقليات بما في ذلك السود بنسبة ٣٨%. وتم إجراء نمذجة المعادلة الهيكلية لدراسة العلاقات المباشرة وغير المباشرة بين دعم الأسرة ونتائج الربو. وأشارت النتائج إلى أن الدعم الاجتماعي من الأسرة كان مرتبطاً بشكل إيجابي بالتحكم بمرض

الربو وجودة الحياة. كما وجد أن الدعم الأسرى يحد من الحواجز التي تعترض سلوك المراهقين السلبي تجاه الأدوية ومقدمي الرعاية الصحية مما يؤدي بدوره إلى تحسين مراقبة الربو وجودة الحياة، والأداء العاطفي، ومجالات النشاط. كما أن الصعوبات المعرفية لدى المراهقين تميل إلى التوسط في العلاقة بين دعم الأسرة والأداء العاطفي. وبالتالي نجد أن هذه الدراسة تسلط الضوء على الآثار المفيدة للدعم الأسرى في تحسين نتائج الربو لدى المراهقين.

ثانياً: دراسات تناولت المرونة النفسية لدى مرضى الربو:

بحثت دراسة تشن، سترونك، تريزوي، سكرير، مهراج، وميلر (Chen, Strunk, Trethewey, Schreier, Maharaj & Miller, 2011) عن أساليب مواجهة الضغوط والمرونة لدى الأطفال المصابين بالربو ذوي الدخل الاجتماعي والاقتصادي المنخفض. وتكونت عينة الدراسة من (١٢١) طفلاً تم تشخيصهم بأنهم يعانون من مرض الربو، وتتراوح أعمارهم ما بين ٩-١٨ سنة (بمتوسط عمري قدره ١٢,٦ عاماً؛ منهم ٦٧% من الذكور، و ٦١% فوقازي). وقد تم تقييم التحول المستمر لمرض الربو (التهم الحمضية-تحفيز إنتاج السيوتوكينات) والتي تم تحديدها من خلال قياسات يومية من

الاستنشاق الأرجواني لعلاج الربو ومعدلات التغيب عن المدرسة، وقد تم رصد الذروة اليومية للتدفق على مدى ٦ شهور من المتابعة. وأشارت النتائج إلى أن الأطفال ذوي الدخل الاجتماعي والاقتصادي المنخفض والذين شاركوا في استراتيجيات التحول والاستمرار أظهروا أعراض أقل لمرض الربو وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠٥). فضلاً عن انخفاض مرض الربو الذي يظهر في الاستخدام الأقل لجهاز الإنقاذ الاستنشاقى كما أظهروا مستويات أقل في ظاهرة التغيب عن الدراسة وذلك عند مستوى دلالة (٠,٠١) وذلك مستقبلاً خلال ٦ أشهر في فترة المتابعة. وعلى النقيض من ذلك لم تكن استراتيجيات التحول والاستمرار مفيدة للأطفال الذين يعانون من الربو الشُعبي الشديد من ذوي الدخل الاجتماعي والاقتصادي المرتفع والمصابين بالربو.

وأجرى دي ولف (DeWolff, 2012) دراسة تهدف إلى الكشف عن المرونة والنتائج الصحية الإيجابية للمراهقين المصابين بالربو ذوي الدخل المنخفض. وتكونت عينة الدراسة من (١٠٢) مراهقاً تم تشخيصهم من قبل الطبيب المختص بأنهم يعانون من مرض الربو، وتم اختيار عينة الدراسة من أربعة مراكز للرعاية الصحية في المناطق ذات الدخل المنخفض في

شيكاغو (وكان متوسط عمرهم ١٦ عاماً؛ ٤٠% من الذكور، ٦١% من السود)، وتم إجراء تحليل الانحدار المتعدد الهرمي لدراسة تقدير الذات والدعم الاجتماعي ووجهة الضبط الداخلى كوسيط لعوامل الخطر. ولقد لوحظ ثلاث نتائج عامة لهذه الدراسة والتي تتمثل في الأهمية الكبيرة للاكتئاب كعامل خطر للنتائج الصحية الإيجابية للمراهقين المصابين بالربو، كما أظهرت النتائج عدم وجود تأثير لعوامل الخطر على العوامل الوقائية، فضلاً عن عدم وجود أدلة تدعم الآثار المفيدة المباشرة للعوامل الوقائية المتمثلة في الدعم الاجتماعي أو فاعلية الذات. كما وجد أن وجهة الضبط الداخلية لها فائدة مباشرة على جودة الحياة الصحية المرتبطة بالربو والتحكم بمرض الربو. وعلى هذا النحو يبدو من الطبيعي أن يكون مفهوم المرونة مناسباً للمساعدة في تفسير النتائج الصحية الإيجابية إلا أن هذه الدراسة لا تدعم هذا الافتراض.

ثالثاً: دراسات تناولت العلاقة بين الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية:

أجرى توسى-مومفورد (Tusaie- Mumford, 2001) دراسة تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين المرونة النفسية وكل من الشعور بالوحدة النفسية والتفاؤل والدعم الاجتماعي لدى المراهقين الريفيين في غرب

وقد طبق على أفراد عينة الدراسة مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى الشباب Youth Coping Index (YCI) لـ ماك كـوبين وآخـرين (Mc-كوبين وآخـرين، 1995) ، بالإضافة إلى مقياس المرونة النفسية لـ أوجينشتاين (Augenstien, 2001) والهدف منها قياس إدراك الطلاب لنجاحهم الأكاديمي إضافة إلى قياس عوامل المرونة النفسية الداخلية مثل: حل المشكلات ضبط الذات، والكفاءة الاجتماعية، بالإضافة إلى ثلاث مقاييس أخرى استخدمت في الدراسة لقياس الدعم الاجتماعي بشكل عام، والمدرک من الأسرة والأصدقاء بشكل خاص. وبعد استخدام التحليل الإحصائي المناسب أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية، إضافة إلى اعتبار الدعم الاجتماعي واحد من العوامل الوقائية الهامة التي تساعد في زيادة المرونة النفسية، كما أشارت النتائج أنه لا يوجد تأثير دال لعامل الجنس على كل من المرونة النفسية والدعم الاجتماعي، وتتمثل المؤشرات الدالة الأكثر أهمية للمرونة النفسية في الدعم الاجتماعي المستمد من الأصدقاء والأساتذة والجوانب الروحية الأخرى.

ولاية بنسلفانيا، كما هدفت الدراسة أيضاً إلى فحص الفروق بين الجنسين في هذه المتغيرات، وقد تضمنت أدوات الدراسة مقاييس أحداث الحياة الضاغطة، إجراء فحص تعاطي المخدرات، وسلوك المواجهة، ومقياس الاتجاه نحو الحياة، والدعم الاجتماعي المدرك، ومقياس رينولدز Reynolds لاكتئاب المراهقين، والشعور بالوحدة النفسية. وتكونت عينة الدراسة من (٦٢٤) من المراهقين من أربع مدارس ريفية في غرب ولاية بنسلفانيا، وتراوحت أعمارهم ما بين (١٥-١٦) عاماً، وأوضحت النتائج أن التفاؤل والدعم الاجتماعي المدرك من الأسرة كانا أقوى منبئين بالمرونة النفسية، كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المرونة النفسية لصالح الذكور.

كما سعت دراسة لـ لـاكي (Lacy, 2005) إلى الكشف عن العلاقة بين الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية لدى عينة من الشباب الأمريكي من أصول أفريقية. وتكونت عينة الدراسة من (١٣٣) من الشباب الذين يتراوح أعمارهم بين (١٨-٢٠) عاماً، وقد تم اختيار العينة على أساس إمكانية التعرض للخطر بصورة عامة أو الفشل الأكاديمي بصورة خاصة إضافة إلى وجود دعم اجتماعي أقل من جانب الوالدين.

وأجرى سامبو (Sambu, 2015) دراسة تهدف إلى التحقق من فاعلية الدعم الاجتماعي في تعزيز المرونة النفسية لدى الأشخاص النازحين في كينيا، وتكونت عينة الدراسة من الناجين من حوادث إطلاق النيران في كيامبا وذلك بعد الانتخابات العامة في عام ٢٠٠٧ م. واستخدم الباحث المنهج المختلط لإعداد تلك الدراسة، وتم تطبيق الاستبيانات وإجراء المقابلات من أجل جمع البيانات من المفحوصين، وأظهرت نتائج الدراسة بأن الدعم الاجتماعي يعتبر عنصر رئيسي في تعزيز وبناء المرونة النفسية لدى الأفراد الذين تعرضوا لصدمات نفسية، كما أوضحت النتائج عن وجود علاقة طردية موجبة بين كل من الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية.

تعقيب على الدراسات السابقة: يتضح من خلال عرض الدراسات السابقة ما يلي:

١. اتفاق العديد من الدراسات على الدور الإيجابي للدعم الاجتماعي المُدرَك في التحكم وإدارة مرض الربو، كما أشارت دراسات أخرى بأن انخفاض مستويات الدعم الاجتماعي المُدرَك كان مرتبطاً بمخاطر ارتفاع أعراض مرض الربو، وتدنى الوظيفة الرئوية.
٢. أكدت الدراسات على أهمية المرونة النفسية بإعتباره مؤشر جيد للتخفيف من حدة الأزمات والمشكلات الصحية،

فضلاً عن دوره في تحسين النتائج الصحية الإيجابية للمرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة كالربو.

٣. وبالنظر إلى ما تناولته الدراسات السابقة على اعتبار الدعم الاجتماعي أحد أهم العوامل الوقائية التي تساهم في تعزيز المرونة النفسية لدى الفرد.

٤. لا توجد دراسات - في حدود علم الباحثة - تناولت الدعم الاجتماعي المُدرَك وعلاقتها بالمرونة النفسية لدى مرضى الربو سواء محلياً أو عربياً. وهذا ما يعزز إجراء هذه الدراسة، ويميزها عن غيرها من الدراسات.

فروض الدراسة:

- ١- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات الدعم الاجتماعي المُدرَك ودرجات المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو.
- ٢- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك (الأبعاد والدرجة الكلية) تعزى للجنس (ذكور/إناث).
- ٣- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس المرونة النفسية (الأبعاد والدرجة الكلية) تعزى للجنس (ذكور/إناث).

٤- يمكن التنبؤ بالمرونة النفسية من خلال الدعم الاجتماعي المُدرَك لدى المراهقين مرضى الربو. **منهج الدراسة وإجراءاتها:**

منهج الدراسة: تتبع الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي لملاءمته لطبيعة الدراسة.

عينة الدراسة: وتشمل ما يلي:

أ- عينة التقنين: شملت عينة التقنين على (٣٧) تلميذاً وتلميذة (١٤ ذكور، ٢٣ إناث) من المراهقين مرضى الربو، تتراوح أعمارهم الزمنية من (١٤-١٧) عاماً، وتم اختيارهم بطريقة قصدية من المراحل الإعدادية والثانوية بمحافظة الدقهلية خلال العام الدراسي الأول (٢٠١٧ - ٢٠١٨) م، والمتربدين بصفة دورية على الصحة المدرسية، وقد حصلت الباحثة على البيانات الأولية للتلميذ من واقع البطاقة الصحية الخاصة به.

ب- عينة الدراسة الأساسية: تكونت عينة الدراسة النهائية من (٧٠) تلميذاً وتلميذة (٣٥ ذكور، ٣٥ إناث) من المراهقين مرضى الربو، تتراوح أعمارهم الزمنية (١٤-١٧) عاماً، وتم اختيارهم بطريقة قصدية من المدارس الإعدادية والثانوية بمحافظة

الدقهلية خلال العام الدراسي الثاني (٢٠١٧ - ٢٠١٨) م، والمتربدين بصفة دورية على الصحة المدرسية، وقد حصلت الباحثة على البيانات الأولية للتلميذ من واقع البطاقة الصحية الخاصة به.

أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة في هذه الدراسة الأدوات التالية:

١. مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك (إعداد / الباحثة):

يتكون مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك في صورته المبدئية من (٧٠) مفردة، موزعة على (٣) أبعاد هي {الدعم المعنوي (٢٦) مفردة، والدعم المادي (١٩) مفردة، والدعم المعرفي (٢٥) مفردة}، وأمام كل مفردة (٣) بدائل؛ هي (غالباً، أحياناً، نادراً)؛ يختار المفحوص بديل واحد فقط من بينه.

وتحقت الباحثة من صدق المقياس عن طريق الصدق الظاهري (صدق المحكمين)، حيث قامت الباحثة بعرض المقياس على (١٤) من السادة المحكمين من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس، وقامت الباحثة بحذف المفردات التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من ٨٠% من قبل السادة المحكمين.

وكذلك قامت الباحثة بتطبيق **صدق المحك** (مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين والشباب) إعداد: أسماء السرسى وأمانى عبد المقصود، ٢٠١٤ م، وبلغ معامل الارتباط بين المقياسين (٠،٦٢٠) وهي قيمة دالة عند مستوي دلالة (٠،٠٠١)، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مناسبة من الصدق.

وتحققت الباحثة من **ثبات المقياس** بطريقة "ألفا كرونباخ" وتراوحت قيم معاملات الثبات لأبعاد المقياس والدرجة الكلية بين (٠،٦٢١ - ٠،٧٩١)، وهي قيم دالة عند مستوي دلالة (٠،٠٠١)، مما يشير إلى ثبات المقياس. كما قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار، والذي أسفر أن قيم معاملات ثبات المقياس (للأبعاد والدرجة الكلية) جميعها قيم مرتفعة ودالة عند مستوي دلالة (٠،٠٠١)، مما يشير إلى ثبات المقياس.

٢. مقياس المرونة النفسية (إعداد / الباحثة):

يتكون مقياس المرونة النفسية في صورته المبدئية من (٨٦) مفردة، موزعة على (٣) أبعاد {المرونة الانفعالية (٣٢) مفردة، والمرونة العقلية (٣٠) مفردة، والمرونة الاجتماعية (٢٤) مفردة}، وأمام كل مفردة (٣) بدائل؛ هي (غالباً، أحياناً، نادراً)؛ يختار المفحوص بديل واحد فقط من بينه.

وتحققت الباحثة من **صدق المقياس** عن طريق **الصدق الظاهري** (صدق المحكمين)، حيث قامت الباحثة بعرض المقياس على (١٤) من السادة المحكمين من المتخصصين في الصحة النفسية وعلم النفس، وقامت الباحثة بحذف المفردات التي حصلت على نسبة اتفاق أقل من ٨٠% من قبل السادة المحكمين.

وكذلك قامت الباحثة بتطبيق **صدق المحك** (مقياس المرونة النفسية الايجابية للمراهقين) إعداد: أميرة محمد إمام، ٢٠١٦ م، وبلغ معامل الارتباط بين المقياسين (٠،٦٣١) وهي قيمة دالة عند مستوي دلالة (٠،٠٠١)، مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مناسبة من الصدق.

وتحققت الباحثة من **ثبات المقياس** بطريقة "ألفا كرونباخ" وتراوحت جميع قيم معاملات الثبات لأبعاد المقياس والدرجة الكلية بين (٠،٧٠١ - ٠،٨٣٨)، وهي قيم دالة عند مستوي دلالة (٠،٠٠١)، مما يشير إلى ثبات المقياس. كما قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة إعادة الاختبار، والذي أسفر أن قيم معاملات ثبات المقياس (للأبعاد والدرجة الكلية) جميعها قيم مرتفعة ودالة عند مستوي دلالة (٠،٠٠١)، مما يشير إلى ثبات المقياس.

الخطوات الإجرائية للدراسة: تمت

خطوات الدراسة الحالية على النحو التالي:

١. إعداد المقاييس بعد إتمام الدراسة السيكومترية المناسبة في شكلها النهائي.

٢. اختيار العينة المستخدمة في الدراسة الحالية بطريقة قصدية من المدارس الإعدادية والثانوية بمحافظة الدقهلية.

٣. تطبيق أدوات الدراسة على عينة قوامها (٧٠) تلميذاً وتلميذةً من المراهقين مرضى الربو، تتراوح أعمارهم (١٤-١٧) سنة، مع تواجد الباحثة في أثناء عملية التطبيق، حيث تم تطبيق مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك ومقياس المرونة النفسية خلال الفصل الدراسي الثاني من العام الدراسي ٢٠١٧/٢٠١٨ م.

٤. تصحيح المقاييس المستخدمة في الدراسة، ورصد الدرجات على كل مقياس لكل فرد من أفراد العينة، وتصحيح تلك المقاييس وفقاً لإجراءات التصحيح المقررة لكل منها، وتفريغ بياناتها وإدخالها على برنامج الإكسل لإجراء التحليلات الإحصائية.

٥. القيام بعملية التحليل الإحصائي للنتائج التي حصلت عليها الباحثة باستخدام برنامج الحزم الإحصائية SPSS 21 ، بهدف التحقق من فروض الدراسة.

٦. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الإطار النظري وما توصلت إليه الدراسات السابقة وتفسيرها.

٧. تقديم بعض التوصيات التربوية المناسبة والبحوث المقترحة في ضوء نتائج الدراسة الحالية.

الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

استخدمت الباحثة الأساليب الإحصائية الآتية لاختبار فروض الدراسة من خلال برنامج SPSS 21:

- معامل ارتباط بيرسون Pearson Correlation Coefficient للتحقق من صحة الفرض الأول.

- اختبار "ت" t-Test للتحقق من صحة الفرضين الثاني والثالث.

- تحليل الانحدار الخطى البسيط Simple Linear Regression للتحقق من صحة الفرض الرابع.

نتائج الدراسة ومناقشتها وتفسيرها:

نتائج الفرض الأول: والذي ينص علي: "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات الدعم الاجتماعي

مقياس المرونة النفسية، وذلك على النحو التالي:

يوضح جدول (1) نتائج العلاقة بين الدعم الاجتماعي المُدرك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو، وذلك كما يلي:

جدول (1)

قيم معاملات الارتباط بين الدعم الاجتماعي المُدرك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو (ن = ٧٠)

الدرجة الكلية	مرونة اجتماعية	مرونة عقلية	مرونة انفعالية	المرونة النفسية / الدعم الاجتماعي المُدرك
**٠,٥٧٧	**٠,٥٨٨	**٠,٤٢١	**٠,٥١٠	الدعم المعنوي
*٠,٢٩٢	٠,٢١٧	٠,١٩٠	**٠,٣٥٩	الدعم المادي
**٠,٥١٤	**٠,٤٥٠	**٠,٤٢٢	**٠,٤٧٣	الدعم المعرفي
**٠,٥٥٩	**٠,٥١٥	**٠,٤٢٢	**٠,٥٣١	الدرجة الكلية
** دال عند مستوى (٠,٠١)		* دال عند مستوى (٠,٠٥)		

بالنظر لنتائج الفرض الأول يتضح أنه بوجه عام قد تحقق، حيث تشير النتائج إلى وجود ارتباط موجب دال إحصائياً بين الدعم الاجتماعي المُدرك والمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو؛ وتتفق هذه النتيجة مع نتائج دراسة رى وآخرين (Rhee et al., 2010) من أن الدعم الاجتماعي المقدم من الأسرة لمرضى الربو الشعبي كان منبئاً بجودة الحياة والأداء الانفعالي الذي هو أحد جوانب المرونة النفسية لدى مرضى الربو الشعبي.

المُدرك ودرجات المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو".

للتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معاملات الارتباط بين درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرك وبين درجاتهم على

يتضح من جدول (1) أنه توجد بشكل عام علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى (٠,٠٥) بين الدعم الاجتماعي المُدرك والمرونة النفسية (الأبعاد والدرجة الكلية) لدى المراهقين مرضى الربو؛ مما يشير إلى أن أي زيادة في الدعم الاجتماعي المُدرك المقدم للمراهقين مرضى الربو من المتوقع أن يصاحبه تحسن في مستوى المرونة النفسية، وذلك باستثناء العلاقة بين بعد الدعم المادي وكل من بعدى المرونة العقلية والمرونة الاجتماعية.

نتائج الفرض الثاني: والذي ينص علي: "عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك تعزى للجنس (ذكور-إناث)".

للتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة باختبار (ت) t-test لعينتين مستقلتين، وذلك على النحو التالي:

جدول (٢)

قيمة (ت) ودلالاتها للفروق بين متوسطات درجات الجنس (ذكور-إناث) للمراهقين مرضى الربو

على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	إناث ن = ٣٥		ذكور ن = ٣٥		أبعاد الدعم الاجتماعي المُدرَك
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة	٠,٦٧٢	٧,٩٦٧	٥٤,٣٤	٥,٢٩٣	٥٥,٤٣	الدعم المعنوي
غير دالة	١,٦٧٦	٤,٢٥٦	٣٧,٠٠	٤,٣٠٢	٣٨,٧١	الدعم المادي
غير دالة	٠,٨٥٥	٧,٨٣٥	٤٦,٢٩	٥,٣٥٧	٤٧,٦٦	الدعم المعرفي
غير دالة	١,١٣٧	١٧,٩٠٠	١٣٧,٦٣	١٢,٢٧١	١٤١,٨٠	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٢) ما يلي:

- لا توجد فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات الجنسين (ذكور-إناث) من المراهقين مرضى الربو في جميع أبعاد مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك (الدعم المعنوي، الدعم المادي، والدعم المعرفي) والدرجة الكلية للمقياس؛ مما يعني أن كل من الذكور والإناث أفراد عينة البحث قد تقاربت درجات إدراكهم للدعم الاجتماعي أياً كان نوع هذا الدعم.
- يتضح من إجمالي نتائج الفرض الثاني أنه تحقق كلياً، حيث تم قبول الفرض الصفري، وهو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك تعزى للجنس (ذكور-إناث).
- تتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة لاي (Lacy, 2005) من أنه لا يوجد تأثير دال لعامل الجنس على الدعم الاجتماعي.

وتفسر الباحثة عدم وجود فروق دالة إحصائية في الدعم الاجتماعي المُدرَك بين الذكور والإناث إلى أن أفراد عينة البحث قد يمرون بظروف اجتماعية وثقافية متشابهة تؤثر على إدراكهم للدعم الاجتماعي، وأن كلا الجنسين يستجيبون للمواقف الاجتماعية بنفس الطريقة نظراً لتقارب العمر وتشابه ظروفهم البيئية والثقافية.

كما تعزو الباحثة تلك النتيجة إلى طبيعة العلاقة الأبوية في مجتمعاتنا العربية بشكل عام والمصرية بشكل خاص؛ حيث تقوم هذه العلاقة على الأبوة الحانية مع الأبناء العاديين، وتبدو بشكل أكثر تعاطفاً مع الأبناء ذوي الأمراض المزمنة سواء كانوا ذكوراً أم إناثاً؛ فالشعور بالأعراض المرضية لا يختلف باختلاف الجنس.

وهو ما يدعمه محمد بيومي خليل (١٩٩٦) من أن الذكور والإناث متقاربين في الشعور بالألم بصرف النظر عن نوع الجنس ذكراً كان أم أنثى، ويرجع ذلك إلى سمات الأفراد وقدراتهم، وخلفياتهم الثقافية حول الشعور بالألم أكثر مما يعود إلى متغير جنسهم، مما جعلهم يشعرون بدرجة متقاربة من الشعور بالألم.

نتائج الفرض الثالث: والذي ينص

علي: "عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس المرونة النفسية تعزى للجنس (ذكور-إناث)".

للتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة

اختبار (ت) t-test لعينتين مستقلتين، وذلك على النحو التالي:

جدول (٣)

قيمة (ت) ودلالاتها للفروق بين متوسطات درجات الجنس (ذكور-إناث) للمراهقين مرضى الربو

على مقياس المرونة النفسية

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	إناث ن = ٣٥		ذكور ن = ٣٥		على مقياس المرونة النفسية أبعاد المرونة النفسية
		الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
غير دالة	١,٤١٣	٦,٤٨٧	٥٠,٩١	٤,٤٩٧	٥٢,٨٠	مرونة تفاعلية
غير دالة	٠,١٩٥	٦,٦٤٩	٥٠,١٧	٥,٥٦١	٤٩,٨٩	مرونة عقلية
غير دالة	١,٣١٦	٥,٨٠٢	٤٩,٦٠	٤,٨٧٨	٥١,٢٩	مرونة اجتماعية
غير دالة	٠,٩٢٢	١٧,٢٣٢	١٥٠,٦٩	١٢,١٥٩	١٥٣,٩٧	الدرجة الكلية

يتضح من جدول (٣) ما يلي:

- لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات درجات الجنسين (ذكور- إناث) من المراهقين مرضى الربو في جميع أبعاد مقياس المرونة النفسية (مرونة انفعالية، مرونة عقلية، ومرونة اجتماعية) والدرجة الكلية للمقياس؛ مما يعنى أن كل من الذكور والإناث أفراد عينة البحث قد تقاربت درجاتهم في المرونة النفسية.

ويتضح من إجمالي نتائج الفرض الثالث أنه تحقق كلياً، حيث تم قبول الفرض الصفري، وهو عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس المرونة النفسية تعزى للجنس (ذكور-إناث).

وتتفق نتائج هذا الفرض مع نتائج دراسة لآكي (Lacy, 2005) من أنه لا يوجد تأثير دال لعامل الجنس على المرونة النفسية، بينما تتناقض مع نتائج دراسة توسي-مومفورد (Tusaie-Mumford, 2001) والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في المرونة النفسية لصالح الذكور.

وترى الباحثة أن هذه النتيجة منطقية وتتفق إلى حد كبير مع نتيجة الفرض الثاني

والتي توصلت إلى أنه لا توجد بشكل عام فروق دالة إحصائياً بين الذكور والإناث في الدعم الاجتماعي؛ لأنه بالنظر للدراسات السابقة والأدبيات السيكولوجية المتعلقة بالعلاقة بين الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية - والتي سبق عرضها - نجد أنها متفقة على أنه توجد علاقة دالة موجبة بين الدعم الاجتماعي والمرونة النفسية، وأنه ينظر إلى الدعم الاجتماعي على أنه من العوامل التي تعزز المرونة النفسية لدى الشخص، ومن ثم فإنه يرجح أن يترتب على عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين المراهقين ذوى الأمراض المزمنة الذكور والإناث في الدعم الاجتماعي، أنه لا توجد أيضاً فروق دالة إحصائياً بين المراهقين ذوى الأمراض المزمنة في المرونة النفسية.

نتائج الفرض الرابع: والذي ينص

علي: "يمكن التنبؤ بالمرونة النفسية من خلال الدعم الاجتماعي المُدرَك لدى المراهقين مرضى الربو".

للتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة بحساب معاملات الانحدار البسيط بين درجات المراهقين مرضى الربو على مقياس الدعم الاجتماعي المُدرَك وبين درجاتهم على مقياس المرونة النفسية، وذلك على النحو التالي:

وللتأكد من دلالة هذه القسيم وأنها جوهرية وليست راجعة إلى العشوائية قامت الباحثة بحساب قيمة (ف) من خلال تحليل تباين الانحدار ANOVA for regression لمعرفة أن التباين الناتج عن المتغيرات المستقلة "المنبآت" له أثر ذو دلالة إحصائية على التنبؤ بالمرونة النفسية، وأن هذا التباين يفوق حجم التباين الناجم عن العشوائية. ويوضح جدول (٤) دلالة نموذج تحليل الانحدار المقترح للتنبؤ بالمرونة النفسية باستخدام تحليل التباين.

قامت الباحثة بإيجاد معادلة الانحدار بالنسبة للمراهقين مرضى الربو؛ وكانت قيمة التباين المفسر في المتغير التابع (المنتبأ به) المرونة النفسية (R^2) التي يفسرها تباين المتغيرات المستقلة (المنبئة) الدعم الاجتماعي المُدرك ٣١٪، مما يعني أن ما يقرب من نصف تباين المرونة النفسية يمكن تفسيره باستخدام الدعم الاجتماعي المُدرك، وأن الباقي ٦٩٪ يرجع إلى عوامل أخرى منها الخطأ العشوائي.

جدول (٤)

تحليل التباين لنموذج الانحدار للتنبؤ بالمرونة النفسية من خلال الدعم الاجتماعي

لدى المراهقين مرضى الربو (ن = ٧٠)

الدالة	قيمة ف	متوسطات المربعات	درجات الحرية	مجموعات المربعات	مصدر التباين
٠,٠٠١	٣٠,٨٧١	٤٧٨٠,٧٩١	١	٤٧٨٠,٧٩١	الانحدار
		١٥٤,٨٦٣	٦٨	١٠٥٣٠,٦٥٢	الباقي
			٦٩	١٥٣١١,٤٤٣	المجموع

(المرونة النفسية)، وأن هذه العلاقة جوهرية وليست راجعة إلى العشوائية. ويوضح جدول (٥) دلالة المتغير المستقل الداخل في معادلة الانحدار في النموذج.

يتضح من جدول (٤) أن قيمة "ف" المحسوبة لتحليل تباين الانحدار دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٠١، مما يدل على وجود علاقة انداريه بين المتغير المستقل (الدعم الاجتماعي المُدرك) والمتغير التابع

جدول (٥)

نتائج تحليل الانحدار البسيط للنموذج عند دراسة تأثير الدعم الاجتماعي المُدرَك في المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو (ن = ٧٠)

متغيرات مستقلة	معامل بائي	خطأ معياري للمعامل البائي	بيتا β	قيمة "ت"	الدلالة
ثابت	٧٦,٧٠٦	١٣,٦٩٢		٥,٦٠٢	٠,٠٠١
الدعم الاجتماعي المُدرَك	٠,٥٤١	٠,٠٩٧	٠,٥٥٩	٥,٥٥٦	٠,٠٠١

يتضح من جدول (٥) ما يلي:

إلى يمكن التنبؤ بالمرونة النفسية من خلال الدعم الاجتماعي المُدرَك لدى المراهقين مرضى الربو.

وتتفق هذه النتيجة مع نتائج رى وآخرين (Rhee et al., 2010) من أن الدعم الاجتماعي المُدرَك المقدم من الأسرة لمرضى الربو الشعبي كان منبئاً بجودة الحياة والأداء الانفعالي الذي هو أحد جوانب المرونة النفسية لدى مرضى الربو الشعبي.

توصيات الدراسة:

انطلاقاً مما توصلت إليه الباحثة من نتائج فإنها يمكن تقديم التوصيات التالية:

- ضرورة توعية المجتمع المحلي بكافة شرائحه من خلال وسائل الإعلام المرئية واللامرئية وتزويدهم بالمعلومات الصحيحة عن المراهقين مرضى الربو وتوضيح ما لديهم من طاقات وإمكانيات كغيرهم من الأصحاء.

* أن ثابت الانحدار دال إحصائياً (عند مستوى ٠,٠٠١).

* وجود تأثير موجب دال إحصائياً (عند مستوى ٠,٠٠١) للدعم الاجتماعي المُدرَك على المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو.

ومن الجدول السابق يمكن صياغة معادلة التنبؤ التي تعين على التنبؤ بالمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو الشعبي من الدعم الاجتماعي المُدرَك في الصورة التالية:

المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو = $٧٦,٧٠٦ + ٠,٥٤١ \times \text{الدعم الاجتماعي المُدرَك}$.

٧٦,٧٠٦ تمثل ٠,٥٤١ تمثل ثابت الانحدار معامل الانحدار

وبالنظر لنتائج الفرض الثالث بشكل عام يتضح أنه قد تحقق، حيث تشير النتائج

٤- فعالية برنامج مقترح قائم على الدعم الاجتماعي لتنمية المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو.

قائمة المراجع

١. الجمعية الأمريكية لعلم النفس (٢٠٠٢). **الطريق إلى المرونة النفسية**. ترجمة: محمد السعيد أبو حلاوة، كلية التربية بدمنهور، جامعة الإسكندرية.
٢. أسماء السرسى، أماني عبد المقصود (٢٠١٤). **مقياس المساندة الاجتماعية**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٣. أميرة محمد إمام محمد (٢٠١٦). **أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالمرونة الإيجابية لدى عينة من المراهقين - دراسة سيكومترية إكلينيكية، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس**.
٤. إيهاب الببلاوى (٢٠١٠). **الإعاقات البدنية والصحية**. الرياض: دار الزهراء.
٥. بشرى اسماعيل (٢٠٠٤). **المساندة الاجتماعية والتوافق المهني**. القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
٦. حسين على فايد (١٩٩٨). **الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض**

- عقد لقاءات مستمرة بين أولياء أمور المراهقين مرضى الربو والمعلمين لبحث المشكلات التي تواجههم، ومتابعة أمورهم وكيفية مواجهتها بالطرق التربوية السليمة.
- ضرورة إجراء ندوات ودورات لمعلمي المراهقين مرضى الربو لتبصيرهم بكيفية التعامل معهم.
- يجب على مطوري المناهج تصميم البرامج والدورات التي من شأنها تنمية الدعم المعرفي بطبيعة مرض الربو وكيفية التعامل معه وكيفية تعامل الآخرين مع ذوي الأمراض المزمنة.
- لا بد للأسرة أو العاملين مع المراهقين مرضى الربو مراعاة الفروق الفردية بينهم.

البحوث المقترحة:

- ١- أثر الدعم الوالدي على مفهوم الذات والثقة بالنفس لدى المراهقين مرضى الربو.
- ٢- دراسة مقارنة للدعم الاجتماعي المُدرّك والمرونة النفسية بين المراهقين مرضى الربو من تلاميذ المرحلة الإعدادية والمرحلة الثانوية.
- ٣- الرضا عن الحياة وعلاقته بالمرونة النفسية لدى المراهقين مرضى الربو.

- الاكتتابية، مجلة دراسات نفسية ، ٨ (٢) ، ١٥٥-١٩٢.
٧. حنان الشقران، ياسمين رافع الكركى (٢٠١٦). الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي فى ضوء بعض المتغيرات، *المجلة الأردنية فى العلوم التربوية*، ١٢(١) ، ٨٥ - ١٠٠.
٨. حنان عبد الرحيم المالكي (٢٠١٢). فاعلية برنامج إرشادى جمعى قائم على استراتيجيات المرونة النفسية لزيادة المرونة لدى طالبات جامعة أم القرى، *مجلة دراسات عربية فى التربية وعلم النفس*، (٣١)، ج ٣، ١٣٥ - ١٦٧.
٩. سرى محمد رشدى بركات (٢٠١٦). *الإعاقات الجسمية والصحية*، ط ٢. الرياض: دار الزهراء للنشر والتوزيع.
١٠. سيد أحمد محمد الوكيل (٢٠١٠). فاعلية استخدام بعض فنيات علم النفس الإيجابى فى تحسين مستوى التوافق النفسى لدى عينة من مرضى السكر، *مجلة كلية التربية ببورسعيد*، (٧)، ج ٢، ١١٨-١٥١.
١١. شهرزاد نوار (٢٠١٣). دور المساندة الاجتماعية فى تعديل العلاقة بين السلوك الصحى والألم العضوى لدى مرضى السكرى، *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية - جامعة قاصدى مرباح* - ورقلة - الجزائر، (١٣) ، ١٣٩ - ١٦٢.
١٢. عبد العزيز السرطاوى، جميل الصمادى (٢٠١٠). *الإعاقات الجسمية والصحية*. الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.
١٣. عثمان يخلف (٢٠٠١). *علم نفس الصحة - الأسس النفسية والسلوكية للصحة*. الدوحة: دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع.
١٤. عماد على عبد الرازق (١٩٩٨). المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط فى العلاقة بين المعاناة الاقتصادية والخلافات الزوجية، *مجلة دراسات نفسية*، ٨ (١)، ١٣ - ٣٩.
١٥. عماد محمد مخيمر (١٩٩٧). الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة فى العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعى، *المجلة المصرية للدراسات النفسية*، ٧ (١٧)، ١٠٣ - ١٣٨.
١٦. غُلا عبد الباقي إبراهيم (٢٠١٥). *الأمراض النفسجسمية (السيكوسوماتية)*. القاهرة: عالم الكتب.
١٧. علاء الدين كفاى، جهاد علاء الدين (٢٠٠٦). *موسوعة علم النفس التأهيلي*، المجلد الرابع، القاهرة: دار الفكر العربى.

١٨. على عبد السلام على (٢٠٠٥).
المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية
في حياتنا اليومية، القاهرة: مكتبة
الأنجلو المصرية.
١٩. فوقية حسن رضوان (٢٠١٥). مقياس
المرونة النفسية. القاهرة: مكتبة الأنجلو
المصرية.
٢٠. قنون خميسة (٢٠١٢). الاستجابة
المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي
المدرک والرضا عن الحياة لدى مرضى
السرطان، رسالة دكتوراه، كلية العلوم
الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج
لخضر - باتنة، الجزائر.
٢١. كمال سالم سيالم (٢٠٠٩). المعاقون
جسماً وصحياً في المدارس العامة.
الإمارات: دار الكتاب الجامعي.
٢٢. محمد السعيد أبو حلاوة (٢٠١٣).
المرونة النفسية ماهيتها ومحدداتها
وقيمتها الوقائية، ورقة بحثية ضمن
فعاليات المؤتمر الإقليمي الثاني لعلم
النفـس "علم النفس والإمكانات الإيجابية
لدى الإنسان العربي"، إصدارات شبكة
العلوم النفسية العربية، (٢٩)، ١ - ٥٥.
٢٣. محمد بيومي خليل (١٩٩٦). المساندة
النفسية / الاجتماعية، وإرادة الحياة،
ومستوى الألم (لدى المرضى بمرض
- مفض إلى الموت)، مجلة علم النفس،
القاهرة، (٣٧)، ٩٢-١١٩.
٢٤. محمد سعد عثمان (٢٠١٠). الخصائص
السيكومترية لمقياس المرونة الإيجابية
لدى الشباب الجامعي، مجلة كلية
التربية - عين شمس - مصر، (٣٤)،
ج ٢، ٥٣٩ - ٥٧٣.
٢٥. مريم سكيريفة، منصور زاهي
(٢٠١٥). أساليب مقاومة الضغط
النفسى المستخدمة من طرف المصابين
بالداء السكرى النوع الثانى - دراسة
ميدانية على عينة من المرضى
بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، مجلة
العلوم الإنسانية والاجتماعية، (١٨)،
٢٣١-٢٥٤.
٢٦. مصطفى حسن أحمد، عبلة إسماعيل
أحمد (١٩٩١). الإعاقات البسيطة
الحسية والبدنية. القاهرة: مطابع
الأهرام.
٢٧. هناء أحمد شويخ (٢٠٠٧). أساليب
تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن
الأورام السرطانية. القاهرة: ايتراك
للنشر والتوزيع.
28. Akre, C., & Suris, J. C. (2014).
From controlling to letting go:
what are the psychosocial
needs of parents of
adolescents with a chronic

-
33. Brooks, R. & Goldstein, S. (2004). **The Power of Resilience: Achieving Balance, Confidence, and Personal Strength in Your Life.** United States of America: McGraw-Hill.
34. Calam, R., Gregg, L., Simpson, B., Morris, J., Woodcock, A., & Custovic, A. (2003). Childhood asthma, behavior problems, and family functioning. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, 112(3), 499-504.
35. Chen, E., Chim, L. S., Strunk, R. C., & Miller, G. E. (2007). The role of the social environment in children and adolescents with asthma. **American journal of respiratory and critical care medicine**, 176(7), 644-649.
36. Chen, E., Strunk, R. C., Trethewey, A., Schreier, H. M., Maharaj, N., & Miller, G. E. (2011). Resilience in low-socioeconomic-status children with asthma: adaptations to stress. **Journal of Allergy and Clinical Immunology**, 128(5), 970-976.
37. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering illness? **Health education research**, 29(5), 764-772.
29. Alanazi, R. K. R., Ibrahim Bahadir, N., Abdulhi Alghamdi, A., Mohammed Almutairi, O., Alzayed, Z. M. A., Al Amoudi, S. S., ... & Osama Shahadah, A. (2018). Asthma among Adolescent Secondary-School Girls in Riyadh City, Saudi Arabia. **Egyptian Journal of Hospital Medicine**, 70(7), 1159-1163.
30. Al Zahrani, S. S., El Morsy, E. A., Laila, S., & Dorgham, L. S. (2014). The impact of bronchial asthma on quality of life among affected children and adolescents in Taif city, Saudi Arabia. **Life Sci J**, 11(6), 283-291.
31. Asher, I., & Pearce, N. (2014). Global burden of asthma among children. **The international journal of tuberculosis and lung disease**, 18(11), 1269-1278.
32. Bisschop, M. I., Kriegsman, D. M., Beekman, A. T., & Deeg, D. J. (2004). Chronic diseases and depression: the modifying role of psychosocial resources. **Social science & medicine**, 59(4), 721-733.
-

-
- Asthma: A Guide for Practical Understanding and Treatment**, 6th ed. Springer Science & Business Media. USA: Library of Congress Control.
44. Gheshlagh, R. G., Sayehmiri, K., Ebadi, A., Dalvandi, A., Dalvand, S., & Tabrizi, K. N. (2016). Resilience of Patients with Chronic Physical Diseases: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, 18(7), 38562.
 45. Goldstein, S., & Brooks, R. B. (2005). **Resilience in children**. New York: Springer.
 46. Hassan, A. E. A., & Hagrass, S. A. (2017). Prevalence of bronchial asthma in primary school children. **American Journal of Medicine and Medical Sciences**, 7(2), 67-73.
 47. Hederos, C. A., Janson, S., & Hedlin, G. (2007). A gender perspective on parents' answers to a questionnaire on children's asthma. **Respiratory medicine**, 101(3), 554-560.
 48. Holgate, S. T. (2013). Mechanisms of asthma and implications for its prevention hypothesis. **Psychological bulletin**, 98(2), 310-357.
 38. Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunn, M. J., & Rodriguez, E. M. (2012). Coping with chronic illness in childhood and adolescence. **Annual review of clinical psychology**, 8, 455-480.
 39. Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). **Depression and anxiety**, 18(2), 76-82.
 40. DeWolff, D. K. (2012). In search of resilience and positive health outcomes in low-income adolescents with asthma, **Doctoral dissertation**, Loyola University Chicago.
 41. Evans, L., Bell, D., & Smith, S. M. (2016). Resilience in chronic obstructive pulmonary disease and chronic heart failure. **Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Diseases**, 1(3), 14.
 42. Feder, A., Nestler, E. J., Westphal, M., & Charney, D. S. (2010). Psychobiological mechanisms of resilience to stress. **Handbook of adult resilience**, 35-54.
 43. Gershwin, M. E., & Albertson, T. E. (2011). **Bronchial**
-

-
- Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. **Development and psychopathology**, 2(4), 425-444.
55. National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Asthma: diagnosis, monitoring and chronic asthma management. **Nice Guideline 80**.
 56. Nickl, K. L. (2006). **The Relationship between Irrational Beliefs and Marital Satisfaction**. ProQuest.
 57. Picado, C. (1996). Classification of severe asthma exacerbations: a proposal. **European Respiratory Journal**, 9(9), 1775-1778.
 58. Poethko-Müller, C., Thamm, M., & Thamm, R. (2018). Allergic rhinitis and asthma among children and adolescents in Germany. Results of the cross-sectional KiGGS Wave 2 study and trends. **Journal of Health Monitoring**, 3(1), 52-56.
 59. Reis, H. T., & Rusbult, C. E. (2004). **Close relationships: Key readings**. New York Psychology Press.
 - and treatment: a personal journey. **Allergy, asthma & immunology research**, 5(6), 343-347.
 49. Kim, D. H., & Yoo, I. Y. (2010). Factors associated with resilience of school age children with cancer. **Journal of paediatrics and child health**, 46(7- 8), 431-436.
 50. Lacy, C. L. (2005). Identifying social support as a factor contributing to resilience among African American youth. **Ph.D. Thesis**. University of Texas at Arlington, U.S.A.
 51. Leadbeater, B., Dodgen, D., & Solarz, A. (2005). The Resilience Revolution. In **Resilience in children, families, and communities** (pp. 47-61). Springer, Boston, MA.
 52. Lemos, C. M. M. D., Moraes, D. W., & Pellanda, L. C. (2016). Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. **Arquivos brasileiros de cardiologia**, 106(2), 130-135.
 53. Löwhagen, O. (2015). Diagnosis of asthma—new theories. **Journal of Asthma**, 52(6), 538-544.
 54. Masten, A. S., Best, K. M., & Garmezy, N. (1990).
-

-
- resilience in rural adolescents: Optimism, perceived social support and gender differences, **Doctoral dissertation**, University of Pittsburgh.
65. Ukena, D., Fishman, L., & Niebling, W. B. (2008). Bronchial asthma: diagnosis and long-term treatment in adults. **Deutsches Ärzteblatt International**, 105(21), 385-394.
 66. Ungar, W. J., MacDonald, T., & Cousins, M. (2005). Better breathing or better living? A qualitative analysis of the impact of asthma medication acquisition on standard of living and quality of life in low-income families of children with asthma. **Journal of Pediatric Health Care**, 19(6), 354-362.
 67. WHO (2017). **Asthma**, available at: World Health Organization (2017), available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma>
 68. Rhee, H., Belyea, M. J., & Brasch, J. (2010). Family support and asthma outcomes in adolescents: barriers to adherence as a mediator. **Journal of adolescent health**, 47(5), 472-478.
 69. Sambu, L. J. (2015). Social support in promoting resilience among the internally displaced persons after trauma: a case of kiambaa village in UASIN GISHU county, Kenya. **British Journal of Psychology Research**, 3(3), 23-34.
 70. Shalowitz, M. U., Mijanovich, T., Berry, C. A., Clark-Kauffman, E., Quinn, K. A., & Perez, E. L. (2006). Context Matters: A Community-Based Study of Maternal Mental Health, Life Stressors, Social Support, and Children's Asthma. **Pediatrics**, 117(5), e940-e948.
 71. The Bridge Child Care Development Service (2007). Literature Review: Resilience in Children and Young People. First Floor. **34 Upper Street, Islington, London N1 0PN**, 1-16.
 72. Tusaie-Mumford, K. (2001). Psychosocial
-