جامعة الملك سعود
King Saud University

الجمعية السعودية للدراسات الاجتماعية
Saudi Social Studies Society (ssss)

مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية

Saudi Social Studies Journal

www.ssss.org.sa

jsss@ksu.edu.sa

العـــدد (١٦) ديسمبر ٢٠٢٥م / جماد الآخر ١٤٤٧هـ

ر. د. م. د ١٦٥٨-٨٦٠٦

مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية العدد (١٦)، ص ص ١-٢٤ ديسمبر٢٠٢٥م / جمادى الآخرة ١٤٤٧هـ

المملكة العربية السعودية

الجمعية السعودية للدراسات الاجتماعية

مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية

Saudi Social Studies Journal

مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية

دورية علمية محكمة

تصدر عن الجمعية العلمية السعودية للدراسات الاجتماعية

جامعة الملك سعود

العدد السادس عشر

ديسمبر ٢٠٢٥ م / جمادى الآخرة ١٤٤٧هـ

هيئة تحرير مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية

(Saudi Social Studies Journal)

الهيئة الإستشارية للمجلة

أ.د. يعقوب الكندري	عضوا	أ.د. حمود بن فهد القشعان	عضواً
أ.د. اسماعيل نوري	عضواً	أ.د. الجوهرة بنت فهد الزامل	عضواً
أ.د. عبد الله بن محمد الفوزان	عضواً	أ.د. عزيزة بنت عبد الله النعيم	عضواً
أ.د. عبد الله بن سعد الجاسر	عضواً		

رئيس التحرير

أ. د. محمد بن عبد الله الشايع

مدير التحرير

د. عماد حمدي عبد الله

هيئة التحرير

أ.د. عبد الرحمن بن محمد عسيري	عضوا	أ.د. سارة صالح الخمشي	عضواً
أ.د. نيل ماكنجي	عضواً	أ.د. تشارلز كاوجر	عضواً
أ.د. نايف بن محمد الصبحي	عضواً		

للمراسلة

الجمعية السعودية للدراسات الاجتماعية – مجلة الدراسات الإجتماعية السعودية

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية– جامعة الملك سعود – الرياض – المملكة العربية السعودية

البريد الإلكتروني

jsss@ksu.edu.sa

مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية

مجلة (علمية – دورية - محكمة) تصدر عن الجمعية العلمية السعودية للدراسات الاجتماعية، بجامعة الملك سعود، تنشر المواد العلمية التي لم يسبق نشرها، بالعربية أو بالإنجليزية، وتشمل البحوث العلمية في مجالات الدراسات الاجتماعية، والتربوية، وعلم النفس، والتربية الخاصة.

الرؤية

تسعى المجلة أن تكون رائدة ومميزة في مجال النشر العلمي، وتصنَّف ضمن أشهر أوعية النشر العربية والعالمية، وتكون إحدى المجلات المتميزة وفق معايير قواعد البيانات الدولية.

الرسالة

الإسهام العلمي من خلال دعم النشر العلمي للبحوث المحكمة في العلوم الاجتماعية والتربوية وعلم النفس والتربية الخاصة وفق معايير مهنية عالمية متميزة.

الأهداف

١- تعزيز التنوع المعرفي بين الباحثين في مجال العلوم الاجتماعية والتربوية والنفسية على المستويين الإقليمي والدولي.
٢- تطوير المعرفة الاجتماعية والنفسية والإسهام في نشر المعرفة وتبادلها بما يخدم المجتمع ويحقق تقدمه.
٣- تلبية حاجة الباحثين؛ لنشر أبحاثهم وفق معايير التحكيم العلمي.

قواعد النشر

المواد المنشورة

تنشر المجلة البحوث التي لم يسبق نشرها، بالعربية أو بالإنجليزية، في حقل الدراسات الاجتماعية والتربية، والتربية الخاصة، وعلم النفس.

تعليمات للباحثين:

- لا يتجاوز عدد كلمات البحث (١٠ آلاف كلمة) متضمنة الملخصين العربي والإنجليزي، والمراجع. لا مسافة بين علامات الترقيم والكلمات التي تسبقها، فالمسافة دائماً بين علامات الترقيم والكلمات التي تليها، إلا علامات الترقيم المزدوجة لحصر ما بينها مثل: القوسين ( ) والشولتين « » والشرطتين - -، فإنها تُفصل بمسافة عما قبل الحصر بهما وعما بعده، ولكنهما بلا مسافة عما يحصرانه بينهما.
- يرفق مع كل مادة مقدمة للنشر ملخصان أحدهما بالعربية والآخر بالإنجليزية، على ألا تجاوز كلمات كل منهما (٢٠٠ كلمة).
- تكتب بيانات الباحث (الاسم، الرتبة العلمية، التخصص، المؤسسة التعليمية: (القسم، الكلية، الجامعة، وعنوان المراسلة) باللغتين العربية والإنجليزية، في صفحة مستقلة في أول البحث ثم تتبع بصفحات البحث مفتتحة بعنوان البحث.
- لا يرد اسم الباحث، أو الباحثين، في متن البحث أو هوامشه أو قائمة مراجعه، صراحة، أو بأي إشارة تكشف عن هويته، أو هوياتهم، وتستخدم بدلاً من ذلك كلمة «الباحث» أو «الباحثين»
- يُتبع كل مستخلص بكلمات مفتاحية Keywords تعبِّر عن موضوع البحث، والقضايا الرئيسة التي تناولها، وذلك بعد بيانات الباحث وقبل الملخص في نسختيه العربية والإنجليزية، ولا يتجاوز عددها (٦) كلمات.
- تُستَخدَم اختصارات عناوين الدوريات العلمية كما هو وارد في The World List of Scientific Periodicals وتستخدم الاختصارات المقننة دولياً، مثل: سم، مم، م، كم، سم٢، مل، مجم، كجم، ق، ٪ ...الخ.
- يتم الإشارة إلى المراجع بنظام الاسم والتاريخ (name, date) داخل المتن ولا يقبل نظام ترقيم المراجع داخل المتن. وترتب المراجع في نهاية البحث هجائياً بقائمة مستقلة والمراجع الأجنبية بقائمة مستقلة أخرى أسفل منها ولا ترقم المراجع في قائمة المراجع نهائياً. ويكون ترتيب البيانات الببليوجرافية على النحو التالي:

أ- يشار إلى الكتب في المتن داخل قوسين باسم المؤلف والتاريخ ورقم الصفحة. أما في قائمة المراجع، فيكتب الاسم الأخير للمؤلف (اسم العائلة) ثم الاسم الأول ثم الأسماء الأخرى أو اختصاراتها بالخط الأسود. فعنوان الكتاب ببنط مائل ثم بيان الطبعة. فمدينة النشر: ثم الناشر، ثم سنة النشر.

مثال: المصري، وحيد عطية. مقدمة في هندسة العمليات الحيوية. الرياض: جامعة الملك سعود، ١٤٢٥هـ.

ب- يشار إلى الدوريات في المتن بنظام الاسم والتاريخ بين قوسين على مستوى السطر. أما في قائمة المراجع فيبدأ

بذكر الاسم الأخير للمؤلف (اسم العائلة) ثم الاسم الأول ثم الأسماء الأخرى أو اختصاراتها بالخط الأسود. فعنوان البحث كاملاً بين شولتين ”“. فاسم الدورية مختصراً ببنط مائل، فرقم المجلد، ثم رقم العدد بين قوسين، ثم سنة النشر بين قوسين.

مثال:فقيها، أنيس بن حمزة. ”نمذجة تقطير خليط ذي نسبة تطاير عالية“. مجلة جامعة الملك سعود (العلوم الهندسية)، مجلد١٥، العدد (١)، (٢٠٠٣م)، ١٣-٢٧.

ت- إذا كان المرجع (رسالة علمية لم تطبع): فترتب في قائمة المراجع بذكر الاسم الأخير للباحث (اسم العائلة)، فالاسم الأول والأسماء الأخرى: فعنوان الرسالة، فدرجة الرسالة (رسالة ماجستير/دكتوراه)، فمكانها: البلد، القسم، الكلية، الجامعة، فالسنة). مثال: الكناني، ظافر مشبب: الذات في النقد العربي القديم، رسالة دكتوراة، السعودية، قسم اللغة العربية، كلية الآداب، جامعة الملك سعود، ١٤٣٠هـ.

ث- تستخدم الحواشي لتزويد القارئ بمعلومات توضيحية، ويشار إليها في المتن بأرقام مرتفعة عن السطر. وترقم التعليقات متسلسلة داخل المتن. وعند الحاجة، يمكن الإشارة إلى مرجع داخل الحاشية عن طريق استخدام كتابة الاسم والتاريخ بين قوسين وبنفس طريقة استخدامها في المتن، وتوضع الحواشي أسفل الصفحة التي تخصها والتي ذكرت بها وتفصل بخط عن (المتن).

- يتأكد الباحث من سلامة لغة بحثه، وخلوه من الأخطاء المطبعية واللغوية قبل إرساله.
- المواد المنشورة في المجلة لا تعبر بالضرورة عن رأي جامعة الملك سعود.
- يرسل للباحث نسخة إلكترونية وورقية واحدة فقط من عدد المجلة تتضمن بحثه المنشور.

إجراءات النشر:

- يرسل الباحث بحثه عبر موقع المجلة، واتباع الإجراءات المطلوبة.
- يُعد إرسال الباحث بحثه عبر موقع المجلة الإلكتروني تعهداً من الباحث/الباحثين بأن البحث لم يسبق نشره، وأنه غير مقدم للنشر، ولن يقدم للنشر في جهة أخرى حتى تنتهي إجراءات تحكيمه في المجلة.
- لهيئة تحرير المجلة حق الفحص الأولي للبحث، وتقرير أهليته للتحكيم، أو رفضه.
- تخضع جميع البحوث، بعد إجازتها من هيئة التحرير، للتحكيم العلمي على نحو سري.
- يرسل البحث إلى اثنين من المحكمين المختصين في موضوعه فإن اختلف رأيهما، أرسل إلى ثالث ويكون رأيه حاسماً.
- البحوث التي يقترح المحكمون إجراء تعديلات عليها تعاد لأصحابها لإجراء التعديلات.
- عند قبول البحث للنشر، لا يجوز نشره في أي منفذ نشر آخر ورقي أو إليكتروني، دون إذن كتابي من رئيس هيئة التحرير.
- يبلغ أصحاب البحوث المرفوض نشرها دون إبداء الأسباب

مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية العدد (١٦)، ص ص ١-١٢٤ ديسمبر٢٠٢٥م / جمادى الآخرة ١٤٤٧هـ

كلمة رئيس التحرير

الحمد لله رب العالمين، ربنا عليك توكلنا وإليك أنبنا وإليك المصير، والصلاة والسلام على سيدنا محمد وعلى آله وصحبه أجمعين.

أما بعد:

يسرني أن أرحب بكم في هذا العدد الجديد من مجلة الدراسات الاجتماعية السعودية، وأضع بين يديك - أيها القارئ الكريم - العدد السادس عشر، حيث نواصل رحلتنا في تسليط الضوء على القضايا التي تهم مجتمعنا وتعكس طموحات أفراده، ملتزمين بأعلى معايير النزاهة والدقة، ونعمل باستمرار على تطوير محتوانا بما يتماشى مع تطلعاتكم. وبالمنهج الذي حرصنا عليه من التدقيق والتحكيم العلمي الجاد.

ويتضمن هذا العدد خمسة بحوث متنوعة، جاء البحث الأول بعنوان: « العلاج السرديّ في الخدمة الاجتماعيَّة وملاءمة تطبيقه في الدول العربيَّة» والبحث الثاني بعنوان: «ثقافة العين وتأثيرها على شبكة العلاقات الاجتماعية لدى الطالبة الجامعية (دراسة على عينة من طالبات قسم الدراسات الاجتماعية بكلية الآداب في جامعة الملك فيصل)» والبحث الثالث بعنوان: « المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك Celiac Disease في المملكة العربية السعودية» والبحث الرابع بعنوان : « أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية بمدينة الرياض»، والبحث الخامس بعنوان : « المجموعات الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الأفراد في المملكة العربية السعودية»

وأختتم هذه الافتتاحية بتوجيه الشكر إلى الزملاء أعضاء هيئه التحرير على جهودهم الموفقة، وزملائنا من المحكمين الذين أثرت ملاحظاتهم العلمية الدقيقة البحوث العلمية المقدمة، وإني لأرجو أن تكون الجهود المبذولة والأعداد القادمة في مستوى تطلع القراء، ونرحب دومًا بتعليقاتكم وأفكاركم، لأننا نؤمن أن القارئ هو شريكنا في النجاح. حتى تحقق هذه المجلة الأهداف المرجوة وتواكب المستوى والأهداف النبيلة اللي تسعى إليها الجامعة. كما نقدم الشكر للباحثين الذين اختاروا المجلة وعاءً لنشر بحوثهم ولكافة قرائها الذين يتابعونها.

وفقنا الله جميعا لما فيه خدمة العلم والانتفاع به.

رئيس التحرير

أ. د. محمد بن عبدالله الشايع

المحتويات

أبحاث العدد ..... ي

• **العلاج السرديّ في الخدمة الاجتماعيَّة وملاءمة تطبيقه في الدول العربيَّة**

د. خلود بنت برجس العبد الكريم ١-٤٤

• **ثقافة العين وتأثيرها على شبكة العلاقات الاجتماعية لدى الطالبة الجامعية (دراسة على عينة من طالبات قسم الدراسات الاجتماعية بكلية الآداب في جامعة الملك فيصل)**

د. سهى منيف العتيبي ٤٥-٦٦

• **-المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك Celiac Disease في المملكة العربية السعودية**

د. فاطمة خالد محمد الحسيني ٦٧-١٠٢

• **أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية بمدينة الرياضة**

د. نورة بنت مفلح الرويلي..... ١٠٣-١٣٠

• **المجموعات الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الأفراد في المملكة العربية السعودية**

د. عبدالعزيز بن فهد الكلثم ١٣١-١٥٠

أبحاث العدد

العلاج السرديّ في الخدمة الاجتماعيَّة وملاءمة تطبيقه في الدول العربيَّة

د. خلود بنت برجس العبد الكريم

أستاذ مشارك بقسم الدراسات الاجتماعيَّة - تخصُّص خدمة اجتماعيَّة

كلية العلوم الإنسانيَّة والاجتماعيَّة - جامعة الملك سعود بالرياض

ملخَّص:

تُعَدّ مهنة الخدمة الاجتماعيَّة من المهن الإنسانيَّة التي تسعى لتطوير أدواتها وأساليبها ومفاهيمها؛ بهدف تقديم خدمات اجتماعيَّة تُحقِّق رضا العملاء وتُسهِم في الارتقاء بالممارسات المهنيَّة، وفي هذا السياق، تناولت هذه الدراسة مفهوم العلاج السرديّ (Narrative Therapy) باعتباره أحد الممارَسات الحديثة والمهمة في إطار مهنة الخدمة الاجتماعيَّة؛ حيث سعت هذه الدراسةُ إلى التعريف بالعلاج السرديّ وماهيته، وخطوات تطبيقه، بالإضافة إلى مناقَشة مدى ملاءمته للمجتمع العربي، وكذلك قدَّمت الدراسة نموذجًا تطبيقيًّا افتراضيًّا لتوظيف العلاج السرديّ في الخدمة الاجتماعيَّة.

ولتحقيق أهداف هذه الدراسة اتَّبعت الباحثةُ المنهجَ الوثائقيَّ، الذي يعتمد على مراجعة الأدبيات والمراجع ذات الصلة، مع الأخذ في الاعتبار أن هذه الدراسة تناقِش الموضوعَ من جانب نظريّ بَحْتٍ؛ بوصفه موضوعًا تفتقر إليه أدبياتُ الخدمة الاجتماعيَّة المدوَّنة باللُّغة العربيَّة، وهذه المحاولة تمنح الأخصائيين الاجتماعيِّين توجُّهًا لمحاولة تجريب هذا الأسلوب أثناء الممارَسة المهنيَّة مع العملاء، ومحاولة الكتابة عن ذلك من وجهة نظَرٍ علميَّة، وكذلك يمكن للباحثين أخذ الموضوع -أو إحدى جزئياته- وإجراء دراسات ميدانيَّة للكشف عن فاعليَّة تطبيق العلاج السرديّ مع العملاء؛ وهو ما يُثري الموضوعَ نظريًّا، ويعود بالفائدة على مهنة الخدمة الاجتماعيَّة وممارَستها من ناحية عمليَّة، وخلصت الدراسة إلى مجموعة من التوصيات؛ أهمها: إدراج وتضمين أسلوب العلاج السردي في مناهج تعليم الخدمة الاجتماعية، وتبنّي العلاج السرديّ كأحد أساليب العلاج الفعَّالة في جميع المؤسَّسات الحكوميَّة والخاصة المعنِيَّة بتقديم الخدمات الاجتماعيَّة، وضرورة الحصول على تراخيص مهنيَّة لمزاوَلة المهنة؛ مما يُسهم في تعزيز الأداء المهنيّ للأخصائيين الاجتماعيين، وتوفير حماية للعملاء من الممارسات غير المهنية.

كلمات مفتاحية: العلاج السرديّ، الخدمة الاجتماعيَّة، الممارَسة المهنيَّة في الخدمة الاجتماعيَّة.

Narrative Therapy in Social Work and Its Applicability in Arab Countries

Khaloud Barjas Alabdulkreem

Associate Professor, Department of Social Studies, Social Work Specialization
College of Humanities and Social Sciences, King Saud University, Riyadh

Abstract:

The profession of social work is considered one of the humanitarian professions that seeks to develop its tools, methods, and concepts in order to provide social services that achieve client satisfaction and contribute to the advancement of professional practices. In this context, this study addressed the concept of Narrative Therapy as one of the modern and important practices within the field of social work. The study aimed to define Narrative Therapy, its nature, the steps for its implementation, and to discuss its suitability for Arab society. Additionally, the study presented a hypothetical application model for employing Narrative Therapy in social work.

To achieve the objectives of this study, the researcher followed a documentary approach, which relies on reviewing relevant literature and references, considering that this study discusses the topic from a purely theoretical perspective, as it is a subject that the existing Arabic literature on social work lacks. This attempt provides social workers with a direction to try this method during professional practice with clients and to write about it from a scientific viewpoint. Researchers can also take this topic—or one of its components—and conduct field studies to explore the effectiveness of applying Narrative Therapy with clients, which enriches the topic theoretically and benefits the profession of social work and its practical application.

The study concluded with a set of recommendations, the most important of which are: incorporating and including the method of Narrative Therapy in social work education curricula, adopting Narrative Therapy as one of the effective therapeutic methods in all governmental and private institutions concerned with providing social services, and the necessity of obtaining professional licenses to practice the profession, which contributes to enhancing the professional performance of social workers and providing protection for clients from unprofessional practices.

Keywords: Narrative Therapy, social work, professional practice in social work

مقدمة:

تُعَـدُّ الخدمـة الاجتماعيَّـة مـن المهـن الإنسـانيَّة المحورية التي تلبي احتياجات المجتمعات، خاصةً في ظل التحولات السـريعة التي يشـهدها العصر الحديث (الزهرانـي، ٢٠١٠)، ومـع تعقُّـد الحيـاة الاجتماعيَّـة وفي ظـلِّ الانفجار المعرفيّ والتطـوُّر التكنولوجيّ وما يرافقهمـا مـن تحديـات اقتصاديَّة واجتماعيَّـة، ازدادت أهمية مهنـة الخدمة الاجتماعيـة كأداة للتعامل مع هذه التحديـات، وقـد أدَّى ذلك إلى توسـيع نطاقها ليشـمل مجالات جديدة ومتخصصة.

وفـي مواجَهة هذه التحولات، أصبح من الضروري علـى الأخصائيين الاجتماعييـن والباحثين الأكاديميين تبنِّـي أحـدث الاتجاهـات فـي الممارَسـة المهنيَّـة واستكشـاف أساليب مبتكَرة لتحسـين الأداء، وفي هذا الصدد، يُعَدُّ العلاج السـرديّ(Narrative Therapy) أحد الأسـاليب الحديثة نسـبيًّا التي اكتسـبت شهرةً في المجتمعـات الغربيَّـة؛ بفضـل فاعليته في تحسـين حياة العملاء وإحداث تغييرات إيجابية.

وانطلاقًـا من هذه الأهمية، تهدف الدراسـة الحاليَّة إلى تسليط الضوء على العلاج السرديّ كأحد الأساليب العلاجيـة فـي ممارَسـة مهنـة الخدمـة الاجتماعيَّة، مع التركيـز علـى دوره في رفـع مسـتوى أداء الأخصائيين الاجتماعييـن وتحسـين جـودة الخدمـات المقدَّمـة للعمـلاء، كما تسـعى الدراسـة إلى إمكانيـة تطبيق هذا الأسـلوب في المجتمع العربي، مع تسليط الضوء على متطلبات نجاحه وملاءمته للبيئة الثقافية والاجتماعية.

أولاً: السياق التاريخيّ للعلاج السرديّ:

يُعدّ العلاج السـرديّ أحد أبرز الأسـاليب العلاجية الحديثة التي بـرزت في مهنة الخدمة الاجتماعية وعلم النفس؛ حيث يُركِّز على تمكين الأفراد من إعادة صياغة قصصهم الشخصية بطريقة تعزز من تصوراتهم الإيجابية تجاه أنفسـهم ومَنْ حولهم، فقد نشـأ هذا العلاج ضمن ظـروف اجتماعيـة وفكرية تأثـرت بالحـركات الفكرية الحديثـة؛ مثل البنائية الاجتماعية، وما بعد الحداثة، مما أضفـى عليـه طابعًا فريدًا يجعله متماشـيًا مـع التغيرات المجتمعية والثقافية المعاصرة.

وقـد بدأت جـذور العلاج السـرديّ في سـبعينيات القرن العشـرين، عندما ظهرت انتقادات واسـعة النطاق للتدخـلات العلاجية التقليدية التـي وُصفت بأنها تفتقر إلـى البعد العلمي والتوجّه النظـري، خلال هذه الفترة، نشـر الباحث «فيشر» مقالًا بارزًا أشار فيه إلى محدودية فعاليـة هذه التدخـلات؛ ممَّا دفَع الباحثيـنَ إلى البحث عن طرق جديدة ومبتكَرة لتحسـين الممارسات المهنية (الدامغ، ١٩٩٦).

وفي هـذا الجانب، نمت الحركة البنائية الاجتماعية كاتجـاه فكـريّ ركَّز على كيفية تشـكيل الأفراد لفهمهم للواقـع مـن خـلال اللغـة والقصـص، وقد أسـهم هذا الاتجـاه في توفير قاعدة نظرية للعلاج السـرديّ؛ حيث أصبح يُنظَر إلى القصص التي يرويها الأفراد عن حياتهم باعتبارهـا عنصرًا أساسـيًّا في تكويـن هويتهم وفهمهم للعالَـم، وكما أشـار جيرجن: «هوياتنا ليسـت ثابتة، بل تتشكل من خلال القصص التي نتشاركها مع الآخَرين» (Gergen, in Kazdim, 2000) .

وقـد طـور العـلاج السـرديّ رسـميًّا فـي أواخـر السـبعينيات وأوائـل الثمانينيـات علـى يـد Michael White من أسـتراليا David Epston من نيوزيلندا، وركَّـز هـذان الباحثـان على فكـرة أن الأفراد يعيشـون تجاربهم الحياتية من خلال القصص التي يبتكرونها عن أنفسـهم، والتي قد تكون -في بعض الأحيان- «قصصًا مسيطِرة» تتسم بالسلبية، وتؤثر بشكل غير مرغوب على تصوراتهم الذاتية (Good Therapy, 2015)

وأكَّد وايت وإبسـتون أن العلاج السـرديّ لا يقتصر

على حل المشكلات النفسية فقط، بل يمتد ليشمل تعزيز العدالة الاجتماعية ومساعَدة الأفراد على التخلص من التأثيرات السلبية للقصص المسيطرة، ويعتمد هذا العلاجُ على تمكين العملاء من إعادة صياغة تجاربهم الحياتية بشكل أكثر إيجابيةً من خلال الحوار العلاجي والأسئلة الاستنباطية؛ ممَّا يساعدهم على بناء تصوُّرات ذاتية جديدة تتَّسِم بالتمكين والاستقلالية (Dišlers, 2019).

وفي المراحل اللاحقة شهد العلاج السرديّ تطورًا كبيرًا؛ حيث تم دمج مفاهيم جديدة مثل «العلاج بالتعرض السرديّ» الذي طوَّرَه فوا و روثباوم. ويُركِّز هذا الأسلوب على تحفيز الأفراد على سرد الأحداث المؤلمة التي عاشوها بهدف تقليل الاستجابات التجنُّبية، وتعزيز تنظيم الأفكار والمشاعر المرتبطة بها، ويُستخدم هذا العلاج -بشكل خاص- مع الأفراد الذين يعانون من اضطرابات ما بعد الصدمة، أو الأفكار الانتحارية (Foa & Rothbaum, 1998).

ثانيًا: مفهوم العلاج السرديّ وماهيته:

يرتبط مفهوم السرد بجذوره اللاتينية، حيث يُعرَّف بأنه: «رسالة» أو «قصة»، تشير إلى حدث عاشه الراوي أو تخيَّلَه، وتُقدَّم ضمنَ حبكة مكتملة إلى حدٍّ ما، وجذر الكلمة اللاتينية gnarus تعني «المعرفة» أو «المهارة»؛ ممَّا يدلُّ على أن السرد هو فعلٌ واعٍ ومتعمدٌ، يعكس حالة الراوي، وقيمه، ونظرته للعالَم، وقَناعاته (Dišlers, 2019).

واستنادًا إلى ما ذكره فيش (١٩٩٣): يُعرف السرد في العلاج السردي بأنه: «القصة التي تُبنى اجتماعيًّا لفرد أو أسرة، وتشمل التسلسلات الماضية والحالية والمستقبلية»، ولا يقتصر السرد على القصة نفسها، بل يمتد ليشمل معتقَدات الفرد أو الأسرة وتصوراتهم المرتبطة بها.

ويُعرَّف العلاج السرديّ أيضًا: بأنه أسلوب علاجي يُعنى بالبحث الواعي في أسباب الأزمات التي يواجهها العملاء، ويُقدَّم في شكل قصة من تأليف العميل نفسه، تتناول بعضَ الأحداث الحياتية الخاصة التي يرغب في الكشف عنها للمعالِج (Dišlers, 2019).

من جانبه، يُعرِّف مورغان (٢٠٠٠) العلاج السرديّ بأنه: «أسلوب علاجي يعتمد على مناقَشات تهدف إلى إعادة تأليف وصياغة القصص التي يرويها العميل عن نفسه وتجربته»، ويعتبر هذا الأسلوب أن المشكلة منفصلة عن الذات، ويؤكد أن الأفراد يمتلكون الكفاءات والقِيَم والمعتقَدات التي تمكِّنهم من التقليل من تأثير المشكلات على حياتهم.

أمَّا كوري (٢٠١٥) فقد عرَّف العلاج السردي بأنه: «نهج علاجي اكتسب زخمًا لفاعليته في مساعَدة الأفراد على معالَجة التجارب المؤلمة ودمجها؛ إذ يقوم على فرضية أن مواجَهة الفرد لتجاربه المؤلمة والتعبير عنها ضمن إطار سرديّ يُعزز من الشفاء والتمكين».

ووفقًا لِمَا ذكَرَه ريسمان و كويني (٢٠٠٥) أن العلاج السرديّ: يُطبَّق على الأفراد، الأزواج، أو العائلات، ويهدف إلى إعادة تفسير حياتهم، وإعادة كتابة الأحداث التي يرونها إلى قصص واقعية تُعزِّز الحياةَ، يؤكد هذا العلاجُ على أن الأفراد هم المؤلفون لروايات حياتهم؛ ممَّا يمنحهم القوةَ لإعادة صياغة قصصهم وتفكيكها لتحسين تصوراتهم الذاتية.

هذا ويقوم العلاج السرديّ على أساسين رئيسيين: الأول التعرض العاطفي: من خلال استدعاء الذكريات والمواقف المؤلمة، وإعادة تنظيمها ضمنَ سياق زمنيّ متسلسل.

أمَّا الأساس الثاني: هو إعادة البناء السرديّ: عن طريق التعبير بالكلمات عن الأفكار السلبية ودمجها ضمنَ رؤية العميل السردية حولَ ذاته؛ ممَّا يُعيد تشكيلَ

ذاكرتـه الذاتية ويسـاعده في مواجَهة الضغوط النفسـية وتحقيق التوازن (Schauer & Elbert, 2010) .

وبحسـب ما ذكره فازل ودايمز (٢٠١٠) بأن العلاج السـردي يعتمد على تعديل البنيـة المعرفية للفرد، التي تشـمل الاستجابات النفسـية والفسـيولوجية والمعرفية المرتبطـة ببعضها بعضًا في شـبكة متكاملة، ويُسـتخدم هذا النمط العلاجي مع مختلف الفئات والأعمار.

وتُعـرِّف الباحثـةُ العـلاج السـرديّ فـي الخدمـة الاجتماعيَّة بأنَّه: «طريقة من طُرُق العلاج التي يمارِسها الأخصائـيُّ الاجتماعـيُّ لمسـاعَدة العمـلاء على إعادة تفسـير حياتهم، وإعادة كتابـة الأحداث التي يمرون بها إلـى روايـات وقصـص إيجابيَّـة، تُمكِّنهم مـن مواجَهة الضغوطات وتحقيق التوازن في حياتهم».

ثالثًا: البعد الفلسفي للعلاج السرديّ:

يعدّ العلاج السرديّ أحد الأساليب الحديثة التي تُركِّز على تمكين الأفراد من إعادة صياغة قصصهم الحياتية بطريقة تعزز من إدراكهم الإيجابي لأنفسهم، مستنِدًا إلى أُسُس فلسفية مستمدَّة من البنائية الاجتماعية ومفاهيم ما بعد الحداثة، ويُركِّز العلاجُ السرديُّ على دور اللغة والتواصل في بناء الواقع؛ حيث يتعاون المعالِجُ والعميلُ في تفكيك القصص السلبية وإعادة بنائها ضمنَ إطار أكثر إيجابيةً وشموليةً.

- **الجذور الفلسفية للعلاج السرديّ:**

يسـتند العلاج السـرديّ في الخدمة الاجتماعية إلى منظور البنائية الاجتماعية، الذي يركز على كيفية تشكيل الأفراد لفهمهم للعالَم من خلال تفاعلاتهم الاجتماعية، ويمكن تصنيف هذه الممارسـة ضمن نموذج «الباحثين عـن المعنـى» وفـق تصنيـف هـاو (١٩٨٠) لنظريـات العمـل الاجتماعـي، ويهـدف هـذا النمـوذج إلـى فَهْم العالَم الاجتماعي بطريقة شخصية؛ حيث يرى المعالج لمهنـة الخدمة الاجتماعية نفسَـه بوصفه «مثيرًا للوعي» (Raisers of Consciousness)، تُعـدّ القصصُ التي يشـكلها الفـرد جانبًـا مهمًّا من شـخصيته؛ فهي تعكس قِيَمَه وتجربتَه الحياتيةَ (Monk et al., ١٩٩٧).

ويركّـز البنائيـون الاجتماعيـون علـى الكيفيـة التي يتفاعـل بها الأفـراد مع ما يعتبـره مجتمعهم «صحيحًا» و»واقعيًّـا»، وكيفيـة بنـاء هـذه المفاهيـم أو تعديلها أو الحفـاظ عليهـا (Freedman & Combs, ١٩٩٦: ٢٧)، مـن هذا المنظـور، تتفاعل المعانـي المتبادَلة بين الفـرد ومحيطـه الاجتماعـي فيمـا يتعلـق بالأحـداث، والمعلومات، والخبرات؛ لتكوين أُسُس فردية وجماعية للواقع؛ وبالتالي، لا تعتمد البنائية الاجتماعية فقط على الإدراكات الفردية كمحددات لواقع الشخص، بل تشير إلـى أن الواقـع يتـم بناؤه بصـورة مترابطة بيـن الأفراد، وذلـك عبـرَ التفاعـل والوسـائل المسـتخدَمة فـي هذه العملية.

- **دور اللغة والتواصل في العلاج السرديّ:**

تُعـدّ اللغـة والتواصل من أهـم الأدوات في العلاج السـرديّ، حيـث يشـكلان المحـرك الرئيسـي للعملية العلاجيـة، وفقًا لِمَا ذكَـرَه كابتين (٢٠٠٤)، تمثل البنائية الاجتماعيـة إطـارًا قويًّا لبناء الواقع مـع العملاء، ويُتيح هـذا الإطار تطوير أفكار جديدة حول المشـكلات التي يعانـي منها العملاء، وإيجاد حلول عملية لها من خلال التفاعـل اللغـوي بيـن المعالـج المهني والعميـل أثناء الجلسات العلاجية.

- **العلاج السرديّ بوصفه منهجًا متعدد التخصصات:**

يمزج العلاج السـرديّ بين العلاج النفسي والخدمة الاجتماعية؛ حيث تهدف الخدمة الاجتماعية إلى دراسة وتحليـل شـخصية العملاء بصورة شـاملة، مـع مراعاة القضايا الاجتماعية المتضمَّنة في الأزمة، ويسعى العلاج السرديّ إلى فصل العميل عن المشكلة المسبِّبة للأزمة،

وتحديد النقاط الحرجة التي تؤثر في حياته، كما يهدف إلـى تغيير رؤية العميل للقصص التي يرويها عن نفسـه بطريقة إيجابية، أو مساعدته على صياغة قصص جديدة تعزز من قدرته على التكيف (Dišlers, 2019).

ويستند هذا العلاج على فلسفة ترى أن العملاء يمتلكون -بالفعل- المهارات والكفاءات والقِيَم اللازمة لتقليل تأثير المشكلات على حياتهم (White & Epston, 1990: 231).

- **أهمية القصص في العلاج السرديّ:**

يشير الخبراء في العلاج السرديّ إلى أن القصص التي يرويها العملاء، سواء عن أنفسهم أو عن الآخرين، تحمل في طياتها معلومات أساسية عن شخصياتهم، وتحتوي هذه القصص على إشارات مهمة حول قدراتهم الكامنة وإمكاناتهم المستقبلية، ويساعد الاستماع الفعَّال إلى هذه القصص المعالج على التعرف على القِيَم الأساسية للعملاء، وفَهْم المهارات والمعارف الشخصية التي يمكنهم توظيفها لتحسين حياتهم (Brown & Augusta-Scott, 2007: 36).

رابعًا: أُسس ومبادئ العلاج السرديّ:

العلاج السرديّ هو أسلوب علاجيّ يتمحور حولَ إعادة صياغة القصص التي يرويها الأفراد عن حياتهم وتجاربهم، مستندًا إلى أُسُس فلسفية مستمدَّة من البنائية الاجتماعية، ويركز هذا النهج على تمكين العملاء من إعادة تفسير حياتهم بأسلوب يعزز من إدراكهم الإيجابي لذواتهم، كما يشير ستانديش (٢٠١٣) فإن العلاج السرديّ يقوم على عدة أُسُس رئيسية تدعم إعادة بناء الواقع الشخصي والاجتماعي للعميل.

- **أُسُس العلاج السرديّ:**

حدَّد ستانديش (٢٠١٣) أربعة أُسُس رئيسية للعلاج السرديّ:

١- لا توجد حقيقة موضوعية أو مُطلَقة:

يعتمد العلاج السرديّ على رفض الفكرة القائلة بوجود حقيقة واحدة وثابتة؛ فالحقيقة تُعَدّ مفهومًا نسبيًّا يعتمد على تفسير الفرد لتجاربه، ممَّا يجعلها تختلف من شخص إلى آخر، هذه الرؤية تدعم تعزيز تفرُّد العميل وتجربته الشخصية.

٢- القصة كأداة لتنظيم الواقع:

يرى العلاج السرديّ أن القصة التي يرويها العميل عن نفسه ليست مجرد وسيلة لسرد الأحداث، بل تُعتبر إطارًا لفهم ذاته وتنظيم تجاربه الحياتية، وتُساعد هذه القصصُ العميلَ على التعرف على تحدياته وكيفية تجاوزها بشكل أفضل.

٣- الواقع مبنيّ اجتماعيًّا:

يشير ستانديش إلى أن الواقع ليس انعكاسًا ذاتيًّا فحسب، بل يتشكَّل من خلال التفاعل الاجتماعي، فالحوار مع المحيط الاجتماعي يُسهِم في تشكيل الطريقة التي يدرك بها الفردُ الواقعَ ويتعامل معه.

٤- اللغة ودورها في تشكيل الواقع:

تُعد اللغةُ وسيلةً رئيسيةً لفَهْم الواقع وإعادة صياغته، والأفراد الذين يُعبِّرون عن تجاربهم بلغات مختلفة قد يكون لديهم تفسيرات متباينة تمامًا للتجارب ذاتها، في العلاج السرديّ، تُستخدم اللغة كأداة لإعادة تشكيل الواقع بطريقة تُعزِّز من التفاعل الإيجابي مع التجربة.

مبادئ العلاج السرديّ:

حدَّد Stewart (2012) مجموعةً من المبادئ الأساسية التي تؤطر العلاقة بين المعالج والعميل وتوجه العملية العلاجية:

١- الاحترام المتبادَل:

يُشدِّد ستيوارت على أهمية الاحترام المتبادَل بين المعالج والعميل، حيث يُنظَر إلى العميل كشريك

متكافئ في العملية العلاجية، ممَّا يُعزِّز من شعوره بالأمان والثقة أثناء العلاج.

٢- عدم إلقاء اللوم:

يُجنب العلاجِ السرديّ توجيه اللوم للعميل أثناء سرده لقصته، بدلًا من ذلك، يتم التركيز على تعزيز فهم العميل للمشكلة باعتبارها كيانًا منفصلًا عنه؛ ممَّا يُسهِّل العملَ على حلها.

٣- العميل خبير في حياته:

يرى ستيوارت أن العميل هو الأكثر درايةً بتجاربه وحياته، ودور المعالِج يتمثَّل في التعاون مع العميل لمساعدته على اكتشاف الحلول وليس فرضها عليه.

٤- تمكين العميل:

يهدف العلاج السرديّ إلى تمكين العميل من استكشاف إمكانياته وإعادة صياغة روايته الشخصية بطريقة إيجابية وفعَّالة، بدلًا من محاوَلة تغيير العميل نفسه.

٥- العملية العلاجية تستغرق وقتًا:

يؤكد ستيوارت بأن التغيير هو عملية مستمرة تتطلب الوقت والصبر، وبمرور الوقت، يصبح العميل أكثر قدرةً على التحدث عن نفسه بشجاعة وكتابة رواية جديدة، تعكس صحةً نفسيةً أفضلَ.

- **تطبيق الأسس والمبادئ في العلاج السرديّ:**

يجمع العلاج السرديّ بين الأسس الفلسفية والمبادئ العلاجية لتحقيق أهدافه، ويتمثل التطبيق العملي لهذه الأسس والمبادئ في:

١- تطوير الحوار: يساعد الحوار بين المعالِج والعميل على إعادة صياغة القصص الشخصية بأسلوب يعزز الإدراك الإيجابي للذات (Freedman & Combs, 1996).

٢- استخدام الأسئلة الاستنباطية: تُستخدم هذه الأسئلة لتحفيز العميل على التفكير بشكل أعمق في تجاربه واكتشاف معانٍ جديدةٍ لها (White & Epston, 1990).

٣- تفكيك الروايات السلبية: يساعد المعالِجُ العملاءَ على فصل أنفسهم عن المشكلات؛ ممَّا يُمكِّنهم من التعامل مع التحديات بطريقة بنَّاءة (Standish, 2013).

٤- إعادة البناء السرديّ: يتم توجيه العميل لإعادة كتابة قصصه الشخصية بما يعكس التفاؤل والأمل، مما يُسهم في تعزيز الصحة النفسية والاجتماعية (Stewart, 2012).

العلاج السرديّ ليس مجرد تقنية علاجية، بل هو فلسفة شاملة تعتمد على تمكين الأفراد من إعادة صياغة قصصهم وتجاربهم الحياتية. من خلال الأسس التي أشار إليها ستانديش (٢٠١٣) والمبادئ التي حددها ستيوارت (٢٠١٢)، ويُمكن للعملاء تحسين إدراكهم لأنفسهم ومواجَهة التحديات بفاعلية أكبر، وهذا العلاج يُبرِز قوةَ اللغة والتفاعل الاجتماعي في بناء واقع إيجابي ومستدام.

خامسًا: الدراسات السابقة: تحليل للتجارب العربية والأجنبية في مجال العلاج السرديّ:

تُعَدُّ الدراسات السابقة أساسًا معرفيًّا يوجه الباحثينَ نحوَ بناء دراسات متكاملة ومبتكَرة، وقد حظي العلاج السرديّ باهتمام متزايد في الأبحاث النفسية والاجتماعية؛ حيث استُخدم كأسلوب علاجي لتحسين الصحة النفسية والاجتماعية، وتنوعت هذه الدراساتُ بين أعمال نظرية توثِّق المفاهيمَ والأسسَ، وأخرى تطبيقية تُظهِر فاعليةَ هذا العلاج عمليًّا.

ونظرًا لقلة الدراسات العربية التي تناولت العلاج السرديّ في مجال الخدمة الاجتماعية، اعتمدت

الدراسة الراهنة على مصادر علمية عربية وأجنبية، شملت تحليلات نظرية وتجارب عملية متنوعة، كما استفادت الدراسة الحالية من تجارب الدول في مجال تطبيق العلاج السرديّ لتوسيع رؤيتها وتعزيز إطارها النظري والتطبيقي.

- **أولًا: الدراسات الأجنبية:**

دراسة (Monk, Winslade, Crocket, & Epston, ١٩٩٧) بعنوان: «العلاج السردي في الممارَسة: البحث عن الأمل»، ركَّزَت على تأليف كتاب يُبرِز استخدامَ العلاج السرديّ في الممارسة العملية، واعتمد الكتاب على تعاوُن بين معالِجِينَ ومستشارينَ وأكاديميينَ، وقدَّم أمثلةً تطبيقيةً حولَ استخدام العلاج السرديّ في مواقف مثل علاج إدمان الكحول، والاعتداء الجنسي، والعمل مع المجتمعات، يُعد هذا العملُ إسهامًا تنظيريًّا يعكس الفاعلية التطبيقية للعلاج السرديّ.

دراسة (Riessman & Quinney, 2005) بعنوان: «السرد في الخدمة الاجتماعية: مراجعة نقدية»، تناولت هذه الدراسةُ كيفيةَ دخول العلاج السرديّ إلى الخدمة الاجتماعية خلال الفترة (١٩٩٠-٢٠٠٥). واستعرضت الأدبيات المتاحة وناقشت قلةَ استخدام العلاج السرديّ في الخدمة الاجتماعية مقارنةً بمجالات أخرى مثل: التعليم والتمريض.

دراسة (Weaver & Matheus, 2010) بعنوان: «العلاج السردي ومفهوم الذات: دراسة شبه تجريبية»، هدفت الدراسةُ إلى قياس فاعلية العلاج السرديّ في تحسين مفهوم الذات لدى المرضى النفسيين. وشملت العينة (١٢٠) مريضًا موزعينَ على مجموعتين: تجريبية تلقَّت العلاج السرديّ، وضابطة تلقت العلاج التقليدي، وقد أظهرت النتائج تفوق العلاج السرديّ في تعزيز مفهوم الذات.

دراسة (Jalali et al., 2019): بعنوان: «العلاج السردي للحد من الاكتئاب والقلق لدى الأطفال الذين لديهم آباء مسجونون»، هدفت هذه الدراسة إلى تقييم أثر العلاج السرديّ في تقليل الاكتئاب والقلق لدى الأطفال ذوي الآباء المسجونين، وشملت الدراسة (٨٥) طفلًا قُسِّمُوا إلى مجموعتين: تجريبية وضابطة، وقد أظهرت النتائج انخفاضًا ملحوظًا في مستويات الاكتئاب والقلق لدى المجموعة التجريبية.

دراسة (Ghavibazou, Hosseinian, Kivi, & Ebrahim, 2022): بعنوان: «مراجعة عالمية لتقنيات العلاج السرديّ»، استعرضت هذه الدراسة الأبحاث العالمية التي تناولت استخدام العلاج السرديّ بين عامي (١٩٩٥) و(٢٠٢١)، وركزت الدراسةُ على تقنيات مثل الإخراج وصنع المعنى، وأظهرت أن استخدام هذه التقنيات بشكل منهجي زاد فعاليتها مع مرور الزمن.

- **ثانيًا: الدراسات العربية:**

دراسة (ضمرة، ٢٠١٨): بعنوان: «فاعلية برنامج إرشادي قائم على العلاج السردي لتحسين نوعية الحياة لدى اللاجئين السوريين»، هدفت الدراسة إلى قياس فاعلية برنامج علاجيّ يعتمد على العلاج السرديّ لتحسين الحالة النفسية ونوعية الحياة لدى اللاجئين السوريين في الأردن، وشملت الدراسة (٣٠) لاجئًا موزعينَ على مجموعتين: تجريبية وضابطة، أظهرت النتائج تحسُّنًا كبيرًا في المنعة النفسية ونوعية الحياة لدى المجموعة التجريبية.

دراسة (معالي، ٢٠١٩): بعنوان: «فاعلية العلاج السردي في خفض التفكير الانتحاري وتحسين مفهوم الذات»، تناولت الدراسة استخدام العلاج السرديّ في خفض التفكير الانتحاري لدى مراجعي العيادات النفسية في الأردن، وشملت الدراسة (٤٠) مشاركًا موزعينَ على مجموعتين، وقد أظهرت النتائج انخفاضًا

ملحوظًـا فـي التفكيـر الانتحاري وتحسُّـنًا فـي مفهوم الذات لدى أفراد المجموعة التجريبية.

دراسـة (علـي، ٢٠٢٣): بعنوان: «العلاج السـردي وأثره في تخفيف ضغوط ما بعد الصدمة لدى مريضات السـرطان»، ركزت الدراسـةُ على قيـاس فاعلية العلاج السـرديّ فـي تخفيـف ضغـوط مـا بعـد الصدمـة لدى مريضات السـرطان في مصر، وشـملت الدراسـة (١٤) مريضـة حديثـة التشـخيص، وأظهـرت النتائج تحسُّـنًا ملحوظًـا في تخفيف أعراض الصدمة وتحسـين الحالة النفسية.

- **أوجه الاتفاق والاختلاف بين الدراسات السابقة والدراسة الحالية:**

تظهر الدراسـات السابقة، سواء العربية أو الأجنبية، أوجـه اتفـاق واختـلاف عديـدة عنـد تناولهـا للعـلاج السـرديّ؛ فقـد أجمعـت الدراسـات علـى فعاليـة هذا الأسـلوب العلاجي في تحسـين الصحة النفسية؛ حيث أظهرت النتائج قدرته على تقليل القلق والاكتئاب، كما ورد في دراسـات مثـل (Jalali et al., 2019)؛ ضمرة (٢٠١٨) بالإضافـة إلى ذلك، تناولت الدراسـات فئات مسـتهدَفة متنوعة، شملت المرضى النفسيين Weaver & Matheus, 2010)، واللاجئيـن ضمـرة (2018)؛ ممَّـا يعكس تنوعَ تطبيقات العلاج السـرديّ في حالات مختلفـة، ومـن حيـث المنهجيـة، اعتمـدت العديد من الدراسـات علـى المناهـج شـبه التجريبية لتقييـم الأثر العلاجـي، كما هو الحال في دراسـة معالي، (2019)؛ (Jalali et al., 2019).

رغـم هـذا الاتفـاق، بـرزت أوجـه اختـلاف بيـن الدراسـات الأجنبيـة والعربيـة؛ فقـد ركـزت بعـضُ الدراسـات الأجنبيـة، مثـل (Monk et al., 1997)، علـى الجوانـب النظريـة والتنظيريـة للعلاج السـرديّ، بينمـا اهتمـت الدراسـات العربيـة بالتطبيقـات العملية وقيـاس الأثر الملموس، كما اختلفت مجالات التطبيق بيـن الإطارات الأجنبية والعربية؛ إذ تناولت الدراسـات الأجنبيـة مجالات مثل التعليم والتمريض Riessman & Quinney 2005)، فـي حيـن ركزت الدراسـات العربية على القضايا النفسـية والاجتماعية، مثل معالجة التفكيـر الانتحـاري (معالـي) (٢٠١٩)، كذلك أظهرت اختلافـات فـي التقنيـات المسـتخدَمة؛ حيـث ركـزت الدراسـات الأجنبيـة مثـل (Ghavibazou et al., 2022) علـى أدوات محـدَّدة مثـل الإخـراج وصُنـع المعنـى، بينمـا اعتمدت الدراسـات العربية على برامج شاملة تهدف إلى تحسين الحالة النفسية بشكل عامّ.

مـع ذلـك، فـإن الدراسـة الحاليـة تنفـرد بتركيزهـا علـى المجتمـع السـعودي ممـا يمنحهـا طابعًـا محليًّا موجَّهًـا، حيث تهدف إلى دراسـة هـذا العلاج في إطار ثقافـيّ واجتماعيّ محدَّد، وهذا يُعـزِّز من أهمية النتائج وملاءمتها لخصوصيات هذا المجتمع.

وباعتبـار أن العـلاج السـردي لـم يحـظَ بالاهتمام الكافـي في الأدبيـات العربية، فـإن هذه الدراسـة تُقدِّم إسـهامًا ملموسًـا فـي تطوير هـذا المجـال؛ فهي تقدم محتـوًى بحثيًّـا يُمكـن للباحثيـن العرب الاسـتفادة منه والبنـاء عليـه، إلى جانب المسـاعدة فـي تصميم برامج علاجية تُلبي احتياجات الأفراد؛ ممَّا يُسـهِم في تحسين جودة خدمات الدعم النفسي والاجتماعي على مستوى المجتمعات العربية.

سادسًا: مجالات العلاج السرديّ:

يُعَـدُّ العـلاج السـرديّ أحـد الأسـاليب العلاجيـة الحديثة التي أثبتت فاعليتها في تحسـين الصحة النفسية والاجتماعيـة للأفـراد والجماعـات، وقـد توسّـعت مجالات اسـتخدام العلاج السـرديّ لتشمل العديد من المجـالات؛ ممَّـا يعكـس مرونتَـه وملاءمتَـه لمختلف الفئـات العمريـة والاحتياجـات النفسـية والاجتماعية،

ومن هذه المجالات ما يلي:

١- علاج اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD):

يُستخدم العلاج السرديّ لمساعَدة الناجين من الأحداث المؤلمة؛ مثل الكوارث الطبيعية، والحروب، وحوادث العنف، ويساعد العلاج على إعادة صياغة الذكريات المؤلمة وتحويلها إلى قصص تحمل معنى إيجابيًا (Roscoe & Madoc, 2010; Fazel & Danes, 2009).

٢- الصحة النفسية:

- يُطبَّق مع الأفراد الذين يعانون من الاكتئاب والحزن الشديد، حيث يساعدهم على إعادة هيكلة أفكارهم السلبية واكتساب نظرة إيجابية نحو المستقبل (Corey, 2015).
- يُسهم العلاج في تخفيف القلق واضطرابات المزاج من خلال تعزيز إدراك الأفراد لقدراتهم وإمكانياتهم الذاتية (Riessman & Quinney, 2005).

٣- علاج الإدمان:

يُستخدَم العلاج السرديّ في تأهيل الأفراد المدمنين على المخدرات والكحول؛ حيث يساعدهم على فصل أنفسهم عن الهوية المرتبطة بالإدمان، وبناء قصة جديدة عن الذات تتسم بالقوة والقدرة على التغيير (Rounds-Bryant et al., 1998).

٤- المشكلات الأسرية:

يُطبَّق العلاج السرديّ بشكل فعَّال في معالَجة المشكلات الأسرية، ومنها:

- القلق ومشكلات التعلق.
- اضطراب نقص الانتباه وفَرْط النشاط (ADHD) (Sprenkle & Piercy, 1992) تحسين العلاقات الزوجية مثل الخيانة والصراعات المزمنة (Carr, 1998).
- تحسين **العلاقات** بين الوالدين والأطفال (Monk et al., 1997).

٥- دعم الفئات المستضعَفة:

- يُستخدَم مع اللاجئين وضحايا الحروب للتعامل مع صدمات التهجير والفقد، وتحفيزهم على التكيف مع بيئاتهم الجديدة (ضمرة، ٢٠١٨).
- علاج الناجين من الاعتداءات الجنسية، مع التركيز على مساعدتهم في بناء صورة إيجابية عن الذات (Dišlers, 2019).

٦- تحسين الأداء المهني:

يُطبَّق العلاج السرديّ في بيئات العمل لتقليل التوتر المهني وتعزيز الإنتاجية؛ حيث يساعد الموظفين على إعادة تفسير التحديات التي تواجههم في العمل وتحويلها إلى فرص للنمو (Riessman & Quinney, 2005).

٧- الرياضة:

يُستخدم في مساعدة الرياضيين على التعامل مع الضغوط النفسية وبناء قصص إيجابية عن نجاحاتهم، مما يُعزِّز من أدائهم الرياضي (Carr, 1998).

٨- التعليم والتربية:

يُطبَّق العلاج السرديّ في المدارس لتحسين الصحة النفسية للطلاب، خاصة الذين يعانون من التنمر أو صعوبات التعلم، ويساعد على بناء قصص نجاح فردية تُعزز من الثقة بالنفس (Kaptain, 2004).

٩- الصحة العقلية:

يُستخدَم في علاج الأمراض النفسية المزمنة مثل الفصام؛ حيث يساعد المرضى على إدراك الأبعاد الإيجابية في حياتهم، وبناء روابط اجتماعية صحية (Robins, 2005).

١٠- الشيخوخة ورعاية المسنين:

يُطبَّق مع كبار السن لمساعدتهم على سرد قصص حياتهم؛ ممَّا يُعزِّز من شعورهم بالقيمة والارتباط بالمجتمع (Riessman & Quinney, 2005).

١١- قضايا العدالة الجنائية:

يُستخدَم العلاجُ السرديُّ مع الأفراد الذين يواجهون قضايا قانونية لتغيير نظرتهم عن أنفسهم وإعادة بناء قصص حياتهم بشكل إيجابيّ (Monk et al., 1997).

١٢- التكيف مع الأمراض المزمنة:

يُستخدَم مع مرضى الأمراض المزمنة؛ مثل السرطان، والإيدز؛ لمساعدتهم على التكيف مع وضعهم الصحي، وتحفيزهم على تبنِّي نظرة إيجابية للحياة (Corey, 2015; Dišlers, 2019).

من خلال ما سبق تبرز أهمية العلاج السردي في تنوع المجالات المهنية التي يمكن أن تستفيد منه، حيث تعكس التطبيقات المختلفة لهذا العلاج مرونته وقدرته على التكيف مع الاحتياجات النفسية والاجتماعية المتعددة للأفراد، مما يجعله أداة علاجية شاملة تلائم مختلف التخصصات.

سابعًا: التخصُّصات المهنية الخاصة بتطبيق العلاج السرديّ:

العلاج السرديّ هو أسلوب مرن يتيح للعديد من التخصصات تقديم خدماته بطرق تتناسب مع احتياجات الأفراد والجماعات؛ وذلك يرجع إلى طبيعته المتعددة الاستخدامات، ويمكن تطبيقه في العديد من المجالات المهنية التي تسعى لدعم الصحة النفسية والاجتماعية للأفراد، ومن هذه المجالات:

١- الأطباء النفسيون: يقومون بتشخيص وعلاج الاضطرابات النفسية مثل: الاكتئاب، القلق، واضطرابات الشخصية، مع تقديم الأدوية إذا لزم الأمر، ويعملون على مساعَدة المرضى لإعادة صياغة قصصهم الشخصية وتجاوُز الصراعات النفسية. (Riessman & Quinney, 2005)

٢- الأخصائيون النفسيون: يقدمون الدعم النفسي والعلاجي من خلال التقييم النفسي والاختبارات النفسية، ويسعون إلى بناء خطط علاجية تُركِّز على استبصار العملاء بقدراتهم وإعادة تشكيل تجاربهم النفسية (Corey, 2015).

٣- الأخصائيون الاجتماعيون: يقدمون الدعم الاجتماعي والنفسي للمجتمعات والأفراد، مع مساعدة العملاء على مواجَهة الأزمات، ويُكرِّسون جهودَهم لتحسين الظروف الاجتماعية للعملاء من خلال تعزيز قصصهم الشخصية الإيجابية (Riessman & Quinney, 2005).

٤- الممرضون النفسيون: يقدمون الرعاية النفسية والجسدية للمرضى في المؤسسات الصحية، ويدعمون المرضى من خلال سرد تجاربهم المرتبطة بالمرض وتحويلها إلى سرديات تحفيزية لتعزيز تعافيهم (Dišlers, 2019).

٥- ممارسو الإرشاد النفسي والأسري: يعالجون العلاقات الأسرية ومشكلات التفاعل داخل الأسرة، ويقومون بصياغة قصص إيجابية تُعزِّز التفاهمَ بين أفراد الأسرة (Carr, 1998).

٦- ممارسو مهنة المحاماة (القانون): يساعدون العملاء على التكيف مع القضايا القانونية والاجتماعية التي يواجهونها، ويدعمون العملاء في بناء سرديات تُظهِر قوتَهم وتُخفِّف من أثر المواقف القانونية الصعبة (Riessman & Quinney, 2005).

٧- ممارسو مهنة التعليم: يساهمون في العمل على تحسين الصحة النفسية للطلاب وتعزيز بيئات

تعليمية داعمة، ويستخدمون القصصَ الإيجابيةَ لتحفيز الطلاب وتعزيز ثقتهم بأنفسهم (Kaptain, 2004).

٨- معالجو الصدمات النفسية: يقدمون الدعم للناجين من الكوارث الطبيعية، والحروب، والاعتداءات، ويساعدون العملاء على سرد القصص المرتبطة بالصدمات بطريقة تُخفف من حدتها، وتُعزِّز من شعورهم بالقوة والسيطرة على حياتهم (Van Der Kolk, 2014).

٩- أخصائيو إعادة التأهيل المهني: يدعمون الأفراد في العودة إلى سوق العمل بعد الحوادث أو الأمراض، وإعادة بناء الثقة المهنية للعملاء من خلال صياغة قصص نجاح مرتبطة بمهنهم السابقة وخططهم المستقبلية (Savickas, 2011).

١٠- المتخصصون في علاج الإدمان: يساعدون الأفراد في التخلص من الإدمان واستعادة نمط حياة صحيّ، ويقومون بفصل العميل عن هويته المرتبطة بالإدمان، ومساعَدته على بناء هوية جديدة قائمة على التعافي (Rounds-Bryant et al., 1998).

١١- مدربو التنمية الذاتية والمستشارون المهنيون: يقدمون الإرشاد المهني والتطوير الذاتي لتحسين أداء الأفراد، وبناء روايات مهنية إيجابية تساعد الأفرادَ على تحقيق أهدافهم الشخصية والمهنية (Savickas, 2011).

١٢- معالجون متخصصون في الشيخوخة: يعملون مع كبار السن لمساعَدتهم على التكيف مع التغيرات المرتبطة بالعمر، وتعزيز حكايات الذاكرة الإيجابية؛ ممَّا يُعزِّز شعورَهم بالقيمة والانتماء. (Riessman & Quinney, 2005)

ويرى كلٌّ من شاور، نوينر وإلبيرت (٢٠١٠) أن المعالج السرديّ يجب أن يتمتع بخصائص مهنية وإنسانية محددة، منها:

- تيسير عملية السرد: القدرة على مساعَدة العميل في سرد قصصه دون إصدار الأحكام أو تقديم التفسيرات نيابةً عنه.
- إظهار التعاطف: التعامل مع العميل بمرونة واحتواء أفكاره السلبية أو الانتحارية.
- المسؤولية المشترَكة: دور المعالِج لا يقتصر على الإرشاد، بل يتعاون مع العميل في تحمُّل المسؤولية خلال العملية العلاجية.

واستنادًا إلى ما تم توضيحه، فإنَّ العلاج السردي يتميز بمرونته العالية؛ ممَّا يجعله قابلًا للتطبيق ضمنَ نطاق واسع من المجالات المهنية؛ حيث يُعدّ وسيلةً فعَّالةً لتلبية الاحتياجات المتنوعة على المستويين النفسي والاجتماعي.

وتظهر هذه المرونة في إمكانية تكيُّفه مع مختلف المهن والتخصصات التي تعتمد عليه في تقديم خدماتها العلاجية، كما أن التكامل بين التخصصات يُسهِم في تعزيز الجهود المشترَكة واستثمار الخبرات لتحقيق نتائج متكاملة وشاملة تراعي الجوانبَ النفسيةَ، والاجتماعيةَ، والجسدية للأفراد.

إن تعاون الأطباء النفسيين، والأخصائيين الاجتماعيين، والممرضين، وغيرهم، يعمِّق تأثيرَ العلاج السردي ويوسِّع دائرةَ الاستفادة منه؛ ممَّا ينعكس إيجابًا على صحة الأفراد والمجتمعات، ويؤكد هذا الأسلوبُ العلاجيُّ على أهمية العمل الجماعي بين التخصصات المختلفة لتحقيق هدف موحَّد؛ يتمثل في الارتقاء بجودة الحياة وتعزيز الصحة النفسية بشكل مستدام.

ثامنًا: العلاج السرديّ الجماعيّ:

يُعدّ العلاج السرديّ أسلوبًا يُستخدم لتحرير القصص

التـي يرويهـا الأفراد بهدف تعزيز التكيُّـف الاجتماعيّ، من خلال مسـاعدتهم علـى إعادة تنظيـم رواياتهم عن حياتهم بترتيب منطقيّ يتضمَّن البداية والوسط والنهاية، ويُتيـح هـذا العـلاجُ للعملاء فرصـةَ فحـص ماضيهم، وحياتهم الحاضرة، وكذلك تطلُّعاتهم المسـتقبلية؛ ممَّا يساعدهم في معرفة قصصهم وتقديمها بأسلوب جديد ومتكامل.

ويعتبـر العـلاج السـرديّ الفـرديّ Individual Narrative Therapy أحـد أبـرز أنـواع العـلاج السـرديّ، حيـث يُركّـز على العمـل مع الأفراد بشـكل مسـتقل؛ بهدف مسـاعدتهم على استكشـاف قصصهم الشـخصية وإعـادة صياغتهـا لتعزيـز التكيُّـف النفسـي والتغلـب علـى التحديات. في المقابـل، يُعرَّف العلاج السـرديّ الجماعـيّ Group Narrative Therapy بأنـه عـلاجٌ تكميلـيٌّ يعتمـد علـى التفاعـل الجماعـي لتحقيق أهداف مشـابِهة، ولكنه يُقدَّم في إطار تشـاركيّ يسـتفيد من ديناميات المجموعة لدعـم الأفراد وتطوير روايات بديلة.

وعلـى الرغم من قلـة البحوث التـي تناولت فعالية العلاج السرديّ الجماعيّ بشكل موسَّع، فإن الدراسات الحديثـة تدعـم أهميـةَ هـذا العـلاج، وتؤكـد فوائـده العلاجيَّة؛ كدراسـة جونسـون وآخرون (٢٠٢٠) والتي كشـفت أن مشـارَكة الأفراد لقصصهم وتجاربهم ضمنَ المجموعة عززت من شعورهم بالدعم وزادت قدرتهم علـى التكيـف مع الأزمات. كما أشـارت دراسـة بلاك وآخرون (٢٠١٥) أن التفاعل داخل المجموعات ساعَد علـى تعزيز الهوية الإيجابية وتقليل مشـاعر العزلة لدى كبـار السـن، وكذلك بيَّنَت دراسـةُ لويـس (٢٠١٢) أنَّ هناك انخفاضًا ملحوظًا في مستويات الاكتئاب وتحسُّنًا فـي تقديـر الـذات بعد المشـاركة في جلسـات العلاج الجماعي.

عـلاوةً علـى ذلك، فـإنَّ العلاج السـرديّ الجماعيّ يتميز بقدرته على مساعَدة الأفراد في مواجَهة قصصهم السـلبية ضمـنَ بيئـة جماعية داعمـة، تُتيـح المجموعةُ فرصةً لتقاسم المشكلات، واستكشاف البدائل، وتطوير معـانٍ جديدة، مما يسـهم في تحقيـق التغيير الإيجابي، بالإضافـة إلى أن العمل الجماعي يُتِيح للأفراد مناقشـةَ تطوُّرات حياتهم والتمرن على هوية جديدة ضمن إطار اجتماعي داعم؛ حيث تُسـاعِد التجاربُ المشتركةُ على التحقُّق من صحة المشاعر وتطوير روايات بديلة بشكل جماعي (منصور، ٢٠١٨: ٥٢-٥٣).

ويُسـتخدَم العلاجُ السـرديُّ الجماعيُّ مع مجموعة متنوعة من الفئات، بما في ذلك:

- الأطفـال والمراهقـون الذين يعانون مـن آثار الفقد والصدمات النفسية.
- الناجـون مـن الاعتـداء الجنسـي، ومَـنْ يعانون من مشكلات مرتبطة بالانحراف السلوكي.
- كبار السن، خصوصًا الذين يعانون من الاكتئاب.
- الأُسـر والأزواج الذيـن يواجهون تحديات أسـرية، من خلال كتابة أفراد الأسرة لقصصهم والتركيز على الحلول الممكنة بدلًا من التركيز على المشكلات.

على ضوء ما سبق، يمكن القول: إن العلاج السردي الجماعي يشـكل أكثرَ من مجرد آلية علاجية؛ فهو إطار ديناميكـيّ يُتيـح للأفـراد فرصـةً للتعبير عـن تجاربهم، ومشـارَكة قصصهـم، وبنـاء هويـات إيجابية تُعـزِّز من تفاعلهم مع محيطهم، كما أنه يُسهِم في تطوير مهارات تسـاعدهم على تحسـين جودة حياتهم على المستويين النفسـي والاجتماعي، مما يجعله علاجًا شـاملًا وفعَّالًا يعكس التكامل بين الجوانب العلاجية والتنموية.

تاسعًا: الفرق بين العلاج السرديّ والعلاج التحالفي:

فـي مجـال العـلاج النفسـي، تتعـدد الأسـاليب العلاجية التي تهدف إلى مسـاعدة الأفراد للتغلب على

التحديات النفسية وتحقيق التوازن النفسي، ومن بين هذه الأساليب، يبرز العلاج السردي Narrative Therapy والعلاج التحالفي Collaborative Therapy كأسلوبين علاجين مميزين، لكل منهما فلسفته وتقنياته وأهدافه الخاصة.

فيركِّز العلاج السردي Narrative Therapy على قوة القصص الشخصية التي يصوغها الأفراد عن أنفسهم؛ إذ يساعدهم على إعادة صياغة هذه السرديات بطريقة تعزِّز قدراتهم وتخفِّف من تأثير المشكلات، بينما يعتمد العلاج التحالفي Collaborative Therapy على بناء علاقة تعاون متينة بين العميل والمعالج؛ بهدف تصميم خطط علاجية تكاملية تستند إلى احتياجات العميل العاطفية والنفسية.

ويتناول الجدول رقم (١) مقارَنةً شاملةً بين العلاجين، مع تسليط الضوء على نقاط التشابه والاختلاف لتوضيح كيفية توجيه كل منهما نحوَ تحقيق التغيير الإيجابي في حياة الأفراد.

جدول رقم (١) الفرق بين العلاج السرديّ والعلاج التحالفي

المحور	العلاج السرديّ Narrative Therapy.	العلاج التحالفيّ Collaborative Therapy
الهدف الأساسي	تمكين العميل من إدراك جديد لدوره ومشكلاته عبرَ إعادة صياغة السرد.	مساعَدة العميل على التعامل مع احتياجاته العاطفية وتجاوُز التحديات من خلال أساليب علاجية متعددة ومتكاملة.
الإستراتيجية العامة	يركّز على القصة الشخصية وإعادة صياغة السرد لتحسين إدراك العميل لحياته ومشكلاته.	يدمج تقنيات مختلفة ويكيّفها حسب احتياجات العميل، مثل العلاج المعرفي السلوكي، الديناميكي، والإنساني.
الأساس الفلسفي	قائم على الفلسفة الاجتماعية والبنائية (Social Constructionism)، التي ترى أن الواقع يُبنى من خلال اللغة والقصص	قائم على فلسفة إنسانية وعلاقة متساوية بين المعالج والعميل، ويعتبر العميل خبيرًا بحياته
دور العميل	العميل هو المؤلف الرئيسي لقصة حياته ويُطلب منه إعادة تشكيل السرد بشكل إيجابي	العميل يُعتبر شريكًا متساويًا في العلاج ويتعاون مع المعالج لتحديد الأهداف وتقنيات العمل.
دور المعالج	المعالج هو مستكشِف ومساعِد يساعد العميل على اكتشاف الروايات الجديدة وتحسين فَهمه لنفسه ومشكلاته	المعالج هو متعاون يساعد العميل في استكشاف وتحديد إستراتيجيات حل المشكلات بشكل مشترك
العلاقة بين المعالج والعميل	علاقة تعاونية.	بناء تحالُف علاجيّ قويّ بين العميل والمعالج
المفاهيم الأساسية	- القصة الشخصية (Narrative). - إعادة صياغة الأحداث لفَهم جديد. - اكتشاف الفرص والنقاط الإيجابية المخفية.	- الاحتياجات العاطفية الأساسية (مثل الأمان والتعلق). - دور الطفولة في تشكيل المخطَّطات الإدراكية. - إستراتيجيات المواجَهة.

المحور	العلاج السرديّ Narrative Therapy.	العلاج التحالفيّ Collaborative Therapy
التقنيات المستخدَمة	- تحليل القصص الشخصية. - استكشاف البدائل السردية. - حوار مستمر لاستبدال السرد السلبي بإيجابي.	- لَعِب الأدوار. - استخدام الصور الذهنية. - التركيز على الجوانب الوالدية والطفولة المبكِّرة.
أدوات التشخيص	يستخدم أدوات تشخيصية متنوعة كجزء من العملية العلاجية.	لا يعتمد على التشخيص الطبي التقليدي. بل يُركّز على كيفية رؤية العميل لنفسه وسرد مشكلاته.
الإطار الزمني	يُركّز -بشكلٍ أكبرَ- على الماضي وكيفية إعادة صياغته لتحسين الحاضر والمستقبل	يُركّز على الحاضر مع الاهتمام بالماضي عند الحاجة.
مدة الخطة العلاجية	متوسط أو طويل الأمد.	قصير أو طويل.
الافتراض النظري	تفاعُل الفرد مع الآخَرين يؤثر في بناء قصته الشخصية.	تجارب الطفولة المبكِّرة تُسهم في تشكيل إستراتيجيات المواجَهة وسوء التكيُّف.
الأدوات العلاجية	جلسات تعتمد على الحوار الحرّ والسرد الإيجابي.	تطبيق عمليّ من خلال تمارين مثل: الصور الذهنية ولَعِب الأدوار.

ملاحظة/ مبني على White and Epston (1990) و Anderson (1997).

من خلال الجدول السابق نرى أن العلاج السردي والعلاج التحالفي أسلوبان مبتكران ومتكاملان في عالَم العلاج النفسي، إلا أن لكل منهما خصائص مميزة تجعلهما مناسبينِ لحالات وأهداف علاجية مختلفة.

فالعلاج السردي Narrative Therapy يبدو جذَّابًا لقدرته على تمكين الأفراد من رؤية حياتهم ومشكلاتهم من منظور جديد، من خلال إعادة صياغة القصة الشخصية، ويمكن للعملاء أن يجدوا معانيَ جديدةً تُعزز قدراتهم وتُقلل من شعورهم بالضعف، فهذا الأسلوب العلاجي يُناسِب الأفرادَ الذين يشعرون بأنهم مقيَّدون بأفكار في روايات سلبية عن أنفسهم أو حياتهم، ويبحثون عن أدوات لتحويل هذه الروايات إلى قصص إيجابية، على الجانب الآخَر، العلاج التحالفي Collaborative Therapy يُظهر قوة ومرونة بفضل اعتماده على دمج تقنيات علاجية متنوعة بناءً على احتياجات العميل، ويُعتبر هذا الأسلوب العلاجي مثاليًا للعملاء الذين تتطلب مشكلاتهم أسلوبًا متعدد الأبعاد أو الذين قد لا يتناسب معهم أسلوب واحد فقط.

وترى الباحثة أنَّ كِلَا الأسلوبين العلاجين لهما قيمة كبيرة في دعم العملاء وتحقيق التغيير الإيجابي، ولكنَّ اختيارَ الأنسب يعتمد على طبيعة العميل ومشكلته واحتياجاته النفسية، قد يكون الدمج بينهما في بعض الحالات أسلوبًا مثاليًا لتحقيق التوازن بين إعادة صياغة الروايات الشخصية وتلبية الاحتياجات العاطفية.

عاشرًا: العلاج السرديّ ومدى ملاءمته في ممارَسة

الخدمة الاجتماعيَّة عربيًّا:

يُعَدّ العلاج السـردي أحد الأسـاليب العلاجية التي تنطلـق مـن فكرة أن حيـاة الأفراد تتكـون من القصص التـي يروونها عـن تجاربهم وشـخصياتهم، ويُركِّز هذا العـلاجُ على تحليـل الروايات الشـخصية لفَهْم تأثيرها علـى تشـكيل الهويـة الذاتيـة ومواجَهـة المشـكلات النفسـية والاجتماعية، بالإضافة إلى ذلك، يتميَّز العلاج السـردي بمرونتـه الثقافية؛ إذ يراعي العـادات والتقاليد الاجتماعيـة؛ ممَّا يجعله أداة فعَّالة ومناسِـبة لتطبيقه في المجتمعات العربية.

وفي المجتمع العربي، تُعتبر الأسـرة ركيزة أساسـية فـي بنـاء الهوية الاجتماعيـة، مما يجعلها شـريكًا مهمًّا فـي نجـاح العـلاج السـردي؛ إذ تُسـهِم الأسـرةُ بدعم أفرادهـا فـي إعـادة صياغـة روايـات حياتهم بأسـلوب إيجابي؛ ممَّا يسـاعدهم على مواجَهة التحديات النفسية والاجتماعيـة بفعاليـة أكبـر؛ وذلـك بالاعتمـاد علـى نقـاط القـوة والإمكانـات الشـخصية في إطار الأسـرة والمجتمـع، وهـو ما يسـاعد العـلاج السـردي بتقديم أسلوب علاجيّ متكامل لدعم الأفراد ضمن ممارَسات الخدمة الاجتماعية في العالَم العربي.

- وتَنبُـع ملاءمـةُ تطبيق العلاج السـردي في المجتمع العربـي مِنْ تداخُـل عدة عوامل ثقافيـة واجتماعية، وفيما يلي تحليل لهذه الملاءمة:

١- التناسب مع الطابع الثقافي العربي:

المجتمعـات العربيـة غنية بالقصـص والتقاليد التي تُسـتخدم منـذ القِـدَم كوسـيلة للتواصـل والتعلم وحل المشـكلات، فتُعـد هـذه البيئـة ملائمـة للغايـة لتطبيق العلاج السـردي، الذي يُشـجع العملاء على التعبير عن تجاربهم باسـتخدام السرديات الشـخصية، كما أن هذا الأسلوب العلاجي يتماشى مع القِيَم العربية مثل احترام الكبـار وتقديـر الخبرات الحياتيـة، مما يجعله أسـلوبًا مألوفًا وسهلَ التقبُّل (منصور، ٢٠١٨).

٢- احترام الهوية الثقافية والاجتماعية العربية:

العـلاج السـردي يضـع الثقافـة فـي قلـب العمليـة العلاجيـة، حيث ينظر إلى المشـكلات ضمن سـياقاتها الثقافيـة والاجتماعيـة، فـي المجتمعـات العربيـة، التي تُولـي أهميةً كبيـرةً للقِيَـم الجماعيـة والعائلية، ويمكن للعلاج السـردي أن يُسـاعد الأفرادَ في فَهْم كيفية تأثير هـذه القيم في حياتهم وقصصهم الشـخصية؛ ممَّا يُعزِّز ارتباطَهم بمجتمعهم وثقافتهم (علي، ٢٠٢٣).

٣- التعامل مع الصدمات الجماعية والفردية:

غالبًـا ما تواجه المجتمعات العربية تحديات مرتبطة بالأزمـات الاقتصاديـة، والاجتماعيـة، والصراعـات السياسـية، والتـي تؤدي إلى صدمـات جماعية وفردية؛ فيسـاعد العـلاجُ السـرديُّ الأفـرادَ علـى مواجَهـة هذه التحديـات، مـن خلال إعادة تفسـير الأحداث الصادمة وصياغتهـا بطريقـة تمنحهـم القـوة والمرونـة للتكيف (منصور، ٢٠١٨).

٤- تمكين الأفراد وتعزيز المشاركة:

يعتمد العلاج السـردي على إشـراك العملاء كجزء أساسي من عملية العلاج؛ مما يعزز شعورَهم بالسيطرة والتمكيـن، في المجتمـع العربي؛ حيـث يُعطي الأفرادُ أهميـةً كبيرةً للمشـاركة المجتمعية، ويُعـد هذا الجانب من العلاج السـردي مناسـبًا للغاية؛ لأنه يُسـاعد الأفرادَ على رؤية أنفسهم كفاعلين وقادرين على إحداث تغيير إيجابي في حياتهم (علي، ٢٠٢٣).

٥- معالَجة القضايا الحساسـة والمشكلات ذات الطابع الثقافي والاجتماعي:

في العديد من السياقات العربية، هناك مشكلات تُعَدّ مـن القضايا الحرجـة أو لا يتم الحديث عنها علنًا، مثل مشـكلات الصحة النفسـية أو العنف الأسري، ويمكن

للعلاج السردي أن يوفر بيئةً آمنةً للعملاء للتعبير عن هذه المشكلات دون خوف من الحُكم عليهم، من خلال فَصْل المشكلة عن الشخص، والتركيز على بناء قصص بديلة (منصور، ٢٠١٨).

- تلاؤم تطبيق العلاج السردي في المجتمع السعودي:

تُبرز ملاءمة تطبيق العلاج السردي في المجتمع السعودي أهمية تبنّيه كأسلوب علاجيّ يدعم الصحة النفسية والاجتماعية، ففي ضوء التغيرات السريعة التي يشهدها المجتمعُ السعوديُّ، تتزايد الحاجة إلى أدوات علاجية حديثة تُواكِب التحولاتِ وتتعامل مع التحديات النفسية والاجتماعية المتنوعة.

ويُمكن أن يُسهِم العلاج السردي في دعم الصحة النفسية للأفراد من خلال مساعدتهم على فهم تجاربهم وإعادة بناء روايات حياتهم بطريقة تُبرز نقاط القوة لديهم؛ ممَّا يعزِّز قدرتَهم على التكيف مع التغيرات والتحديات وهذا ما أكدته دراسة (علي، ٢٠٢٣) إلى فعالية العلاج السرديّ في تخفيف أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، خاصة لدى مريضات السرطان.

علاوةً على ذلك، فإنَّ ثقافة المجتمع السعودي تقوم على أُسُس قوية من التقاليد والقِيَم العائلية التي تُعلي من دور الأسرة في تشكيل الهوية الفردية والاجتماعية، ويُعزِّز العلاج السردي هذه الروابط من خلال التركيز على الروايات الشخصية التي غالبًا ما تتشابَك مع قصص العائلة والمجتمع، كما أن القصص المتوارثة وقوة السرد تُعَدّ جزءًا أصيلًا من الثقافة السعودية، ممَّا يجعل هذا الأسلوب العلاجيّ قريبًا ومألوفًا للأفراد.

وتؤكد الباحثةُ على الرغم من الإمكانات الكبيرة التي يقدمها العلاج السردي، تظل الحاجةُ قائمةً لتوسيع الدراسات المحلية حولَ فعاليته ومدى ملاءمته للمجتمع السعودي؛ فإجراء أبحاث تُركِّز على تكييف هذا الأسلوب العلاجي مع الخصوصيات الثقافية المحلية سيُسهم في تعزيزه كأداة علاجية معتمَدة وفعَّالة.

الحادي عشر: خطوات تطبيق العلاج السرديّ:

يرى كلٌّ مِن معالي (٢٠١٩) وإهلرز ،كلارك (٢٠٠٠) : أن العلاج السرديّ يتم عبر ثلاث مراحل أساسيَّة هي:

- المرحلة الأولى: التفريغ الانفعاليّ المرتبط بالأفكار السلبيَّة للمشكلة، والتشديد على الذاكرة الساخنة، وربطها بالذاكرة الباردة.
- المرحلة الثانية: تعتمد على وضع تفسيرات للأحداث الضاغطة، والأفكار السلبيَّة، وعلاقتها بالزمان والمكان.
- المرحلة الثالثة: تعتمد على تحديد الأسباب المسؤولة عن المشكلة.

وقد حدَّد كوري (٢٠١٥) ستَّ خطوات لتطبيق العلاج السرديّ على النحو الآتي:

١- يجب على المعالج تبنّي موقف استشاريّ تعاونيّ، وأن يُبدي تعاطفَه مع العميل لوضع تسمية للمشكلة التي يعاني منها.

٢- نسبة تأثير المشكلة على المشكلة نفسها، وعزلها عن العميل.

٣- يجب على المعالِج البحث والتدقيق في آثار المشكلة على العميل، وكيفية سيطرتها عليه.

٤- أن يقترح المعالِج على العميل بناء وتبنّي معانٍ جديدة وإيجابية لمجريات قصته، وأن يراها من زاوية مختلفة؛ من خلال البحث عن الاستثناءات في المشكلة التي يعاني منها العميل، لتحييد آثار المشكلة عليه أو التخفيف مِن حِدَّتها.

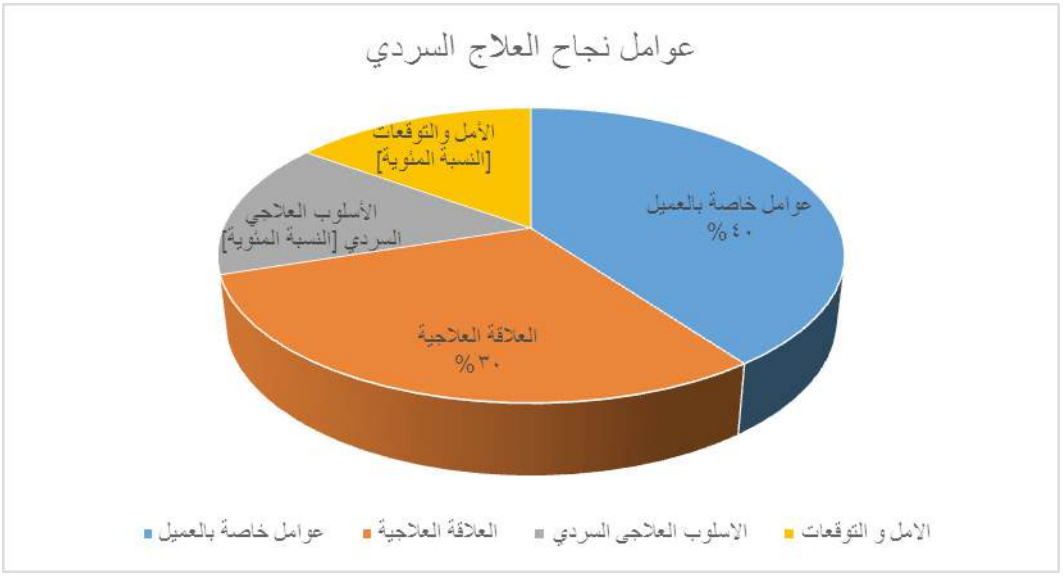
٥- يعمل المعالِج على مساعَدة العميل على الكشف عن الأدلة والشواهد التاريخيَّة التي تُظهر كفاءته

وقدرته على مواجَهة المشكلة.

٦- البحث عن أشخاص مساندين، يقومون بدور الشهود على قصة العميل الجديدة خارجَ الإطار العلاجي.

الثاني عشر: العوامل والتقنيات الفنيَّة التي تساعد على نجاح تطبيق العلاج السرديّ:

هناك عوامل عِدَّة تتعلَّق بنجاح تطبيق العلاج السرديّ بوصفه أحد أساليب العلاج النفسيّ، فما يقارب (٤٠٪) من هذه العوامل تتعلَّق بالعميل، و(٣٠٪) ترتبط بالعلاقة العلاجيَّة بين المعالِج والعميل، في حين أن (١٥٪) تتعلَّق بالأسلوب العلاجي السرديّ، و(١٥٪) تتعلَّق بمقدار الأمل والتوقُّعات لدى العميل، كما هو موضَّح في الشكل الآتي (حميد، ٢٠٢١):



الشكل (١) العوامل المشتركة في العلاج السرديّ

إضافةً إلى ذلك، هناك تقنيات كثيرة تُستخدم في تطبيق العلاج السرديّ، ومنها (Ghavibazou, et al., ٢٠٢٢):

أ) تجميع الأحداث والقصص: حيث يساعد المعالِج العميل على تجميع روايته، والتعبير عن نفسه بشجاعة، واستكشاف الأحداث والمعاني التي وضعَها لهذه القصص.

ب) التخريج: ويُقصَد به تجميع القصص في حياة العميل معًا، فيُسمَح له بمراقَبة نفسه، وهو ما يُساعِد العميل على خَلْق مسافة بين الفرد ومشكلته.

ج) التفكيك: وهنا يساعد المعالِج العميل على تقسيم قصته إلى أجزاء أصغر يمكن السيطرة عليها، وتوضيح المشكلة، وجعلها أقربَ ومحبَّبةً لدى العميل.

الثالث عشر: التحديات التي تواجه تطبيق العلاج السرديّ:

إن الدراسات التي تصف العلاج السرديّ غالبًا ما تكون غامضة، ومثقلة بالجوانب النظريَّة للعلاج السرديّ، وهو ما يُشكِّل عائقًا لتطبيقه مِنْ قِبَل المعالجين في الخدمة الاجتماعيَّة، وخاصةً المبتَدِئينَ منهم، وفي حين أنَّها مفيدة لفَهْم قاعدة النظريَّة وتشجيع المعالجين على التفكير باستخدام إطار سرديّ، فإن هذه الجهود

لا تُقدِّم سوى القليل جِدًّا من الأوصاف للاستخدام الفعليّ لتقنيات علاجيَّة سرديَّة محدَّدة (Kelly, Blankenburg, & McRoberts, 2002).

ولَمَّا كان نجاح العلاج السرديّ يعتمد على كيفيَّة تفسير العملاء لقصصهم الشخصيَّة، وكيف تؤثر هذه القصص على حياتهم، تظهر مجموعةٌ من المعوِّقات في تطبيقه، ومنها: (White & Epston, 1990; Stewart, 2012; Semmler and Williams, 2020; Ghavibazou., Hosseinian., Kivi., and Ebrahim, 2022)

١- القصور في الوعي الذاتيّ: قد يواجه بعضُ الأشخاص صعوبةً في استكشاف أو التعبير عن تجاربهم الشخصيَّة بوضوحٍ، وهو ما قد يعوق فعاليَّةَ العلاج السرديّ.

٢- التحيز الثقافيّ: العلاج السرديّ قد لا يكون مناسبًا لجميع الثقافات، فعدم ملاءمة العلاج للسياق الثقافيّ يمكن أن يؤثّر على فعاليَّته.

٣- الافتقار إلى المهارات السرديَّة: لا يمتلك الجميعُ مهاراتٍ قويَّةً في السرد أو في تنظيم الأفكار، وهذا يمكن أن يجعل عمليَّة بناء القصة وفهمها صعبة.

٤- التحدِّيات اللغويَّة: الأشخاص الذين يعانون من مشكلات في اللُّغة أو التعبير قد يواجهون صعوبة في استخدام العلاج السرديّ على نحوٍ فعَّالٍ.

٥- المقاوَمة للتغيير: بعض الأفراد قد يكونون مقاومين لتغيير روايات حياتهم الشخصيَّة، أو قد يكونون غير مستعدين للتعامل مع جوانب مؤلمة من تجاربهم.

٦- الحاجة إلى تدريب متخصِّص: العلاج السرديّ يتطلَّب معرفة متخصِّصة من قِبَل المعالجين، وقد لا يكون جميع المهنيِّين مدرَّبين تدريبًا كافيًا في هذا المجال.

٧- الإفراط في التركيز على السرد: في بعض الحالات يمكن أن يصبح التركيز المُفرِط على السرد أو القصص عائقًا، فقد يكون من الضروري دمج تقنيات أخرى لضمان معالجة الجوانب المختلفة للمشكلات.

٨- التحدِّيات العَمليَّة: مثل محدودية الوقت أو الموارد، التي قد تؤثِّر على قدرة المعالجين على تخصيص الوقت الكافي لتطوير وتحليل القصص على نحوٍ متعمقٍ.

٩- التحديات التي تواجه تطبيق العلاج السردي في المجتمع العربي:

رغم ملاءمة العلاج السردي للمجتمعات العربية وما يتميز به من انسجام مع العادات والتقاليد الثقافية والاجتماعية، إلا أن تطبيقه يُواجِه مجموعةً من التحديات التي تُعيق انتشارَه بشكل واسع، ومن أبرز هذه التحديات:

النقطة الأولى: قلة الوعي وتدريب الأخصائيين:

يُعاني العديد من الأخصائيين الاجتماعيين في العالَم العربي من نقص المعرفة بهذا النهج العلاجي الحديث؛ حيث لم يتم بعدُ إدماج التدريب الكافي على العلاج السردي ضمنَ البرامج الأكاديمية أو ورش العمل المهنية، وينعكس هذا القصور في قلة القدرة على تطبيق العلاج بفعالية (منصور، ٢٠١٨).

ويمكن التغلب على هذه العقبة بإدراج هذا العلاج في المناهج الأكاديمية لتأهيل الأخصائيين اجتماعيًّا ومهنيًّا، كما يُوصى بتنظيم ورش عمل تدريبية مستمرة تستهدف الممارسين والمعالجين في مجال الخدمة الاجتماعية والصحة النفسية، بالإضافة إلى ذلك، يمكن إنشاء مراكز تدريب متخصصة تُقدِّم برامجَ عمليةً وشهاداتٍ مهنيةً لتعزيز الكفاءات.

النقطة الثانية: نقص الأبحاث التطبيقية:

لا تزال الدراسات التطبيقية التي تستكشف فعالية العلاج السردي في المجتمعات العربية محدودة للغاية، يُشكل هذا النقصُ تحديًا أمامَ توثيق مدى ملاءمته للسياق الثقافي والاجتماعي العربي؛ ممَّا يُعيق تطورَه واعتمادَه على نطاق واسع (منصور، ٢٠١٨).

ويمكن مواجهة نقص الأبحاث التطبيقية في العلاج السردي، عن طريق تشجيع الجامعات والمؤسسات البحثية على تمويل ودعم الدراسات التطبيقية التي تُقيِّم فعاليتَه في المجتمعات العربية، وتَجدر الإشارةُ إلى ضرورة إطلاق شراكات بين الممارسين والباحثين لتوثيق التجارب الميدانية، بالإضافة إلى ذلك، يمكن إنشاء منصَّات بحثية تجمع البيانات وتحللها لتعزيز التوجه العلمي نحو هذا الأسلوب العلاجي.

النقطة الثالثة: حاجز اللغة والمصطلحات:

بعض المصطلحات المستخدَمة في العلاج السردي قد تكون غير مألوفة أو معقَّدة بالنسبة للثقافة العربية؛ ممَّا قد يصعِّب فهمَ العملاء لهذا العلاج أو التفاعل معه بفعالية (علي، ٢٠٢٣).

ويمكن التغلب على هذا العائق من خلال تطوير أدوات علاجية تستند إلى اللغة العربية المبسَّطة، وتتوافق مع الثقافة المحلية، كما يُفضَّل ترجمة وتكييف الأدبيات الأجنبية لتُلائم الثقافةَ الاجتماعيةَ العربيةَ، بالإضافة إلى ذلك، ومن الأفضل تأهيل الأخصائيين لاستخدام أساليب تواصُل فعَّالة تُسهم في تبسيط المفاهيم للعملاء وتعزز مشاركتهم في العملية العلاجية. وكذلك تشجيع الأخصائيين للتعلم والتدريب على أهم اللغات الشائعة.

النقطة الرابعة: الإشكاليات المرتبطة بالقِيَم الثقافية والاجتماعية:

في المجتمعات العربية، قد تُعتبر مناقشة بعض القضايا الشخصية والتجارب الصادمة أمرًا غير مقبول اجتماعيًا، خاصةً في المواضيع التي تحمل طابعًا حسَّاسًا مثل الصدمات النفسية أو العنف الأسري، هذا يمكن أن يؤدي إلى تردُّد العملاء في الانفتاح أو التعبير عن تجاربهم بحرية (منصور، ٢٠١٨).

يمكن التصدي لهذا التحدي من خلال نشر التوعية المجتمعية بأهمية الصحة النفسية والتحدث عن التجارب الشخصية بشكل آمن ومقبول، ويُفضَّل توفير بيئات علاجية آمنة وسرية تُشجِّع العملاءَ على التعبير بحرية دون الخوف من الوصم الاجتماعي، بالإضافة إلى ذلك، تدريب وإلزام الأخصائيين على احترام الخصوصيات الثقافية للعملاء وتكييف الأسلوب العلاجي بما يتناسب مع قيمهم وتقاليدهم.

النقطة الخامسة: نقص الدعم المؤسسي:

لا تحظى الممارَسات العلاجية الحديثة، مثل العلاج السردي، بالدعم الكافي من المؤسسات الاجتماعية في بعض الدول العربية، ويظهر ذلك في قلة الموارد المخصَّصة للتدريب والتطوير المهني، ممَّا يحدُّ من قدرة الأخصائيين الاجتماعيين على تطبيق هذا النهج بفعالية (علي، ٢٠٢٣).

ويمكن تعزيز الدعم المؤسسي من خلال أن تقوم المؤسسات الاجتماعية ببناء شراكات مع الجامعات والمراكز التدريبية لتقديم دورات تدريبية متخصصة، بالإضافة إلى ذلك إدراج العلاج السردي ضمن السياسات الوطنية للصحة النفسية والخدمة الاجتماعية لتعزيز تبنيه بشكل أوسعَ.

ومن خلال استقراء الباحثة لِمَا سبَق، تستنتج إن معالجة هذه التحديات ليست مجرد تحدٍّ، بل هي فرصة لتعزيز فهمنا العميق للعلاج السرديّ في مجالاته المختلفة؛ فإنَّ التغلُّب على هذه التحديات يتطلَّب تكاتُف الجهود من خلال التدريب المستمر، والوعي

بحساسية المشكلات النفسيَّة والاجتماعية، ممَّا يُسهِم في تطوير علاج أكثر شمولية وفعاليةً، يُلبّي احتياجات الأفراد ويرتقي بجودة الممارَسات العلاجيَّة في مجتمعاتنا.

الرابع عشر: مثال تطبيقي لحالة افتراضية للعلاج السرديّ:

الحالة: محمد، العمر خمسة وعشرون عامًا، يعاني من القلق والاكتئاب منذ أربع سنوات، بدأت المشكلة معه بعد إصابته بفيروس «كورونا»، وقد أوضَح أنَّه تعرَّض للإصابة من العمل، ويعتقد بأن إهماله للإجراءات الاحترازيَّة هي السبب في ذلك، وكذلك أوضَح أنه نقَل العدوى لوالدته واثنين من إخوته، وهو ما ضاعَف لديه الشعور بالذنب والحزن والقلق الشديد، يَذكُر أنَّه حاليًا يُكثِر من غسيل يديه، ولديه خوف دائم من العدوى، حتى بعدَ انتهاء مشكلة فيروس كورونا.

- الجلسة الأولى والثانية:

١- التعرُّف إلى العميل:

- o الترحيب بمحمد والتعريف بنفسك كمعالِج.
- o الحديث عن رغبته في العلاج، وكيف يأمل أن تساعده الجلساتُ.
- o مَنْح محمد مساحة للتعبير عن توقُّعاته.

٢- إبرام العقد العلاجي:

- o شَرْح أخلاقيات المهنة (السرية، قيمة وكرامة الإنسان، العدالة الاجتماعية... إلخ).
- o الاتفاق على مواعيد الجلسات وآليات التواصل بين الجلسات إذا لزم.

٣- بناء علاقة مهنية:

- o التركيز على التعاطف والثقة.
- o إظهار التفهم لمشاعر محمد حول القلق والشعور بالذنب.

٤- التقييم الأولي:

- o استكشاف الأعراض: القلق، الاكتئاب، الوسواس (غسل اليدين).
- o فَهْم طبيعة المشكلة وتأثيرها على جوانب حياته.

٥- تمارين بناء الثقة:

بالإمكان تقديم تمرين صغير يهدف إلى جعل العميل يشعر بالارتياح، مثل سؤال بسيط: إذا كان بإمكانك تغيير شيء واحد في حياتك الآن، ماذا سيكون؟

٦- رَسْم أهداف قصيرة المدى:

مناقَشة أهداف صغيرة يمكن العمل عليها خلال الجلسات، مثل تقليل عدد مرات غسل اليدين أو تخفيف الشعور بالذنب تدريجيًّا.

- الجلسة الثالثة: التثقيف النفسي

١- شرح طبيعة المرض وأعراضه:

- o التحدث عن القلق والاكتئاب كأمراض شائعة يمكن علاجها.
- o شرح أعراض الوسواس القهري وربطها بمخاوفه الحالية.

٢- شرح العلاج السردي:

- o توضيح دور السرد في فهم مشكلاته.
- o تشجيعه على المشارَكة في العملية العلاجية.

٣- استخدام أمثلة عملية:

- o شرح القلق والوسواس القهري باستخدام أمثلة يومية قريبة من واقع محمد ليشعر بأن المشكلة مفهومة؛ مثل:

«تخيَّلْ أنَّ القلقَ مثلَ إنذار السيارة الذي يعمل حتى

لو لم يكن هناك خطر حقيقي».

٤- تقنيات لتخفيف القلق فورًا:

o تقديم تمارين بسيطة مثل التنفس العميق أو تمرين «٥-٤-٣-٢-١» لصرف الانتباه عند الشعور بالقلق.

• الجلسة الرابعة: السرد الأَوَّليّ:

١- سرد القصة مع المرض:

تشجيع محمد على الحديث عن إصابته بفيروس كورونا وما ترتَّب عليه من شعور بالذنب والقلق.

٢- تعزيز النظرة الإيجابية:

مساعَدته في رؤية الأحداث الإيجابية (مثل تجاوُزه للمرض، دَعْم عائلته).

٣- استخدام أدوات بصرية أو رمزية:

اقتراح استخدام رسوم بيانية أو رسم بسيط يمثل القصة الزمنية.

مثال: رَسْم خط زمنيّ يعكس أهم اللحظات من الإصابة وحتى اليوم، مع التركيز على اللحظات الجميلة.

٤- استكشاف الشخصيات في القصة:

الحديث عن أدوار الأشخاص المحيطينَ به أثناءَ القصة (مثل والدته وإخوته)، وكيف كان رد فعلهم يدعمه أو يزيد من قلقه.

• الجلسة الخامسة: إعادة تشكيل القصة:

١- السرد التفصيلي:

o أسئلة تحفيزية:

ما الذي شعرتَ به أثناء إصابتك؟

ما الموقف الذي أثَّر فيكَ بشكل خاص؟

٢- إعادة ترتيب الأحداث:

o مساعدته على سرد الأحداث بتسلسُل منطقيّ.

o استبدال اللوم الذاتي بتقبُّل إيجابي:

ما الذي تعلمتَه من هذه التجربة؟

كيف ترى نفسك الآن بعد مرور الوقت؟

٣- عزل الذات عن المشكلة:

o «القلق ليس أنتَ، لكنه جزء من حياتك يمكن السيطرة عليه.»

٤- استكشاف المشاعر:

o الحديث عن الأفكار التي طرأت بعد السرد.

o تهدئة مخاوفه وطمأنته.

٥- إعادة صياغة الرواية بتوجه مستقبلي:

o مساعَدة محمد في التفكير بكيفية تحويل تجربته مع كورونا إلى قوة دافعة للمستقبل.

مثل: «كيف يمكن أن تساعد هذه التجربةُ في بناء عادات صحية أفضل؟»

٦- إبراز لحظات التطور:

التأكيد على كيف تغلَّب على أصعب اللحظات، وإبراز قوته الشخصية.

٧- استخدام تعبيرات إيجابية:

إعادة صياغة التجربة بطريقة أكثر إيجابية، مثل:

لقد تعلمتَ أهميةَ «الرعاية الذاتية»، بدلاً من «شعرت بالفشل».

• **الجلسة السادسة: التقييم وإنهاء العلاج:**

١- مراجَعة الأعراض:

التحقق من التحسن في القلق أو الشعور بالذنب.

٢- قراءة السرد:

التمهل عند ذكر الحدث الصادم وملاحَظة ردود الفعل.

٣- خطط مستقبلية:

دعم محمد في وضع خطة لحياته المستقبلية، تركز على التفاؤل والنمو.

٤- إنهاء العلاج:

- تجهيز محمد نفسيًّا لإنهاء الجلسات.
- تزويده بنسخة مكتوبة من السرد لاستخدامها كوسيلة للتفكير الذاتي.
- التحدث عن مشاعره فيما يتعلق بـ (انتهاء العلاج)، والتأكد من جاهزيته للانتقال إلى المرحلة التالية.

٥- رسالة دعم ذاتية:

تشجيع محمد على كتابة رسالة لنفسه للمستقبل، تحمل كلمات تحفيزية يمكنه الرجوع إليها عند الحاجة.

٦- خطط تعزيز ما بعد الجلسات:

تقديم قائمة بالأنشطة أو الإستراتيجيات التي يمكن أن يستخدمها لتعزيز صحته النفسية؛ مثل:

- ممارَسة الرياضة.
- الالتزام بتقنيات الاسترخاء.
- تخصيص وقت للهوايات.

٧- مقترح الدعم المستمر:

إذا شعَر بالاحتياج لمزيد من الدعم، التأكيد على إمكانية العودة للعلاج في المستقبل أو الانضمام إلى مجموعة دعم.

آليات دعم وتقييم مستمرة أثناء الرحلة العلاجية:

١- تحليل الاستجابة النفسية:

- الجلسة المناسِبة:

يُضاف هذا الجزءُ في كل جلسة، بدءًا من الجلسة الثانية.

- **الهدف:**

للتأكد من قياس التقدم وملاحظة تأثير الجلسات على الحالة النفسية للعميل بانتظام.

- **كيفية التطبيق:**

- في بداية كل جلسة، يمكن تخصيص (٥-١٠) دقائق لملء مقياس بسيط (مثل مقياس القلق أو الشعور بالذنب) ومناقَشة النتائج باختصار.
- في الجلسة الخامسة والسادسة، التركيز على التغيرات الواضحة التي تظهر عبرَ المقياس.

٢- إضافة الأنشطة العملية:

- الجلسة المناسِبة:

من الجلسة الثالثة إلى السادسة.

- الهدف:

تعزز الفهم والاستيعاب العملي للنقاط التي يتم مناقشتها في الجلسات.

- **كيفية التطبيق:**

- الجلسة الثالثة:

تقديم فكرة كتابة المذكرات اليومية: «ابدأ بكتابة ما تشعر به يوميًّا لمدة ٥ دقائق، لتراقب تطوُّر مشاعرك وأفكارك».

- الجلسة الرابعة:

استخدام تسجيل المشاعر والأفكار بعد السرد لمعرفة كيف يرى العميلُ الأحداثَ.

- الجلسة الخامسة والسادسة:

دَمْج مراجَعة هذه المذكرات أثناء مناقَشة التقدم العلاجي، وربطها بخططه المستقبلية.

مناقشة:

وفي الختام، يُمكن القول: إن العلاج السرديّ ليس فقط نموذجًا علاجيًّا مُتَميِّزًا، بل هو إطار شمولي يعيد

تشـكيلَ الطريقة التي ننظر بها إلى التحديات الإنسـانية، ويُثـري أدواتنا المهنية فـي خدمة الأفراد والمجتمعات، ونأمل في الدراسـة الحالية أن يكـون خطوةً نحوَ تعزيز الاهتمـام بهـذا المجـال، وفتح آفـاق جديدة فـي مهنة الخدمة الاجتماعيَّة.

وقد لُوحظ أنَّه، على الرغم من أهمية هذا الأسلوب العلاجـيّ، أن الأدبيـات العربيَّة المتخصِّصة في الخدمة الاجتماعيَّة تناولت العلاج السرديّ بشكل محدود، على سـبيل المثال: دراسة دعدرة، معتز (٢٠٢١)، الخوالدة، إبراهيـم (٢٠١٨) وغيرها، إلا أن الاهتمام بهذا المجال لا يـزال ضئيلًا مقارنةً بالأدبيـات الغربية، ما يبرز فجوة معرفيَّة تحتاج إلى جهود بحثيَّة وتطبيقية لسـدِّها. وتشير الباحثـةُ إلـى أن هـذا التبايـن لا يقتصـر علـى العـلاج السـرديّ فحسـبُ، بـل يشـمل العديد مـن الاتجاهات الحديثة في مجال الخدمة الاجتماعيّة، والتي تسـتدعي المزيـدَ من التعمـق والنقل المعرفيّ لتطويـر المهنة في المجتمع العربي.

فثمـة تحديـات معرفيـة بيـن المتخصصيـن العرب ونظرائهـم فـي الغـرب، فيمـا يرتبـط بعمليـة التبـادل العلمـيّ والمعرفيّ والمهنيّ، بهدف تطوير مهنة الخدمة الاجتماعيَّة والارتقاء لها، ومن هنا من الضروري دعوة المهتميـن والمتخصصيـن فـي العالَـم العربي للتوسـع في دراسـة وتطبيـق نماذج علاجية مبتكَرة تتناسـب مع الاحتياجات الثقافية والاجتماعية.

ولعـل موضـوع العـلاج السـرديّ فـي الخدمـة الاجتماعيَّـة، مـا هو إلَّا أحد تلك المحاولات في النقل المعرفـيّ لموضوع قد يهمُّ المتخصصينَ والممارسـينَ لمهنة الخدمة الاجتماعيَّة في العالَم العربيّ.

التوصيات:

١- إدراج وتضمين أسـلوب العلاج السـردي في تعليم الخدمـة الاجتماعية؛ حيث يُسـاعِد على اكتسـابهم أساسًـا معرفيًّا لـه؛ ومِن ثَمَّ سـهولة وإمكانية تطبيقه مستقبلًا.

٢- تَبنّي العلاج السرديّ بوصفه أحد أساليب العلاج في الخدمـة الاجتماعيَّة الفعَّالة، في جميع المؤسَّسـات الحكوميَّـة والأهليَّـة المعنِيَّـة بتقديـم الخدمـات الاجتماعيَّة.

٣- عَقْـد وِرَش عمـل، ودورات تدريبيَّـة وتوعويـة، للأخصائييـن الاجتماعيِّيـن فـي المملكـة العربيَّـة السـعوديَّة مـن خلال الجمعيـات العلميـة والمهنية المتخصصـة فـي العمـل الاجتماعي، حـول مفهوم العلاج السرديّ، وأهميته، ومعاييره، وفنِّيَّاته، وطُرُق ونماذج استخدمه.

٤- الإلـزام بأخذ التراخيـص (الرُّخَص المهنيَّة) لمزاولة المهنـة فـي المجـالات المختلفة؛ وهو ما سـيقوي الممارَسـة الإكلينيكيـة للخدمة الاجتماعيَّـة، ويُعزِّز الأداء المهنـيّ للأخصائييـن الاجتماعيِّيـن، ويحمي حدود العملاء من أيّ ممارَسات عشوائيَّة.

المراجع

المراجع العربيَّة:

البريثـن، عبدالعزيز. (٢٠١٧). قـراءات في الخدمة الاجتماعيَّـة، ط٢. مـن إصـدارات الجمعيَّة السـعوديَّة للدراسات الاجتماعيَّة.

حميد، حشلافي. (٢٠٢١). الطب السردي والعلاج السردي بالغربية. قطر: دار الوتيد للنشر والتوزيع.

الدامـغ، سـامي عبدالعزيـز. (١٩٦٦). تصميمـات النَّسَـق المفـرَد، مجلـة العلـوم الاجتماعيَّـة، ٢٤(١). الكويت.

الزهرانـي، محمد سـعيد. (٢٠١٠). أُسُـس الخدمة الاجتماعيَّـة فـي الجمعيـات الخيريَّـة، اللقـاء السـنوي للجهات الخيريَّة بالمنطقة الشـرقية، المنعقِد في جمعية البر بالمنطقة الشرقية، من ٧-٨ أبريل، ص٥٧-٨١.

ضمـرة، جـلال. (٢٠١٨). أثر العلاج السـرديّ في تحسـين المنعـة النفسـيَّة ونوعيـة الحياة لـدى عينة من اللاجئين السـوريين في الأردن، [رسـالة ماجسـتير غير منشـورة]، كليـة الدراسـات العليا، الجامعة الهاشـميَّة، الأردن.

علي، شـامية جمـال. (٢٠٢٣). التدخُّل المهنيّ في الخدمة الاجتماعيَّة باستخدام العلاج السرديّ للتخفيف مـن ضغـوط مـا بعـد الصدمـة لمريضـات السـرطان، مجلة كليـة الخدمـة الاجتماعيَّة للدراسـات والبحوث الاجتماعيَّة، جامعة الفيوم.

معالـي، إبراهيـم. (٢٠١٩). العـلاج التعريضـيّ السـرديّ وأثره في خفض التفكير الانتحاريّ وتحسـين مفهوم الذات لدى مراجعي العيادات النفسيَّة. دراسات العلـوم التربويَّـة، ١٤(١)، ١٠٥-١٢٠. Retrieved from https://archives.ju.edu.jo/index.php/edu/article/view/١٣٧٢٦.

منصـور، أحمـد إبراهيـم. (٢٠١٨). فاعليَّـة برنامج عـلاج جمعيّ روائيّ في خفض أعراض ضغوط ما بعد الصدمة لدى الأسـرى المحرَّرين، [رسالة ماجستير غير منشورة]، جامعة النجاح الوطنيَّة في نابلس، فلسطين.

المراجع الأجنبيَّة:

Brown, C., Augusta-Scott, T., eds. (2007). Narrative Therapy. London: SAGE Publ.

Carr, A. (1998). Michael White›s narrative therapy. Contemporary Family Therapy. 20. 485504-.

Corey, G. (2015). Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy (9th ed.). Belmont, CA: Brooks/Cole Cengage Learning.

Dišlers, G. (2019). Discovering the meaning of the Narrative Therapy. IN THE CARITATIVE SOCIAL WORK CONTEXT. Tiltai 81(3), 67–80. https://doi.org/10.15181/tbb.v79i3.1892.

Fazel, M., and Dames, J. (2010). Prevalence of Serious Mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. Lancet, 365(9467), 13091314-.https://doi.org/10.1016/S0140-6-61027(05)6736.

Ferguson, H. (2003) Welfare, social exclusion and reflexivity: The case of child and woman protection, Journal of Social Policy, 32(2) pp. 199219-.

Fish, V. (1993). Poststructuralism in family therapy: Interrogating the narrative/ conversational mode. Journal of Marital and Family Therapy. 19, 221232-.

Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press.

Freedman, J. & Combs, G. (1996). Narrative therapy: The social construction of preferred realities. New York: Norton.

Ghavibazou, E., Hosseinian, S., Kivi, H., and Ebrahim, N. (2022). Narrative therapy, Applications, and Outcomes: A Systematic Review. Preventive Counseling, 2(4), 111-.

and Epston, D. (1997) Narrative Therapy in Practice: The Archaeology of Hope, San Francisco, Jossey- Bass.

Morgan, A. (2000). What is narrative therapy?: An Easy-to-read Introduction. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Riessman, C., and Quinney, L. (2005). Narrative in Social Work A Critical Review. Qualitative Social Work, 4(4), 391412-. DOI:10.11771473325005058643/.

Robins, R. (2005). Self-concept development across the lifespan. Current Directions in Psychological Science, 14 (3), 158162-. DOI: 10.1111/j.0963-7214.2005.00353.x.

Roscoe, K. D. & Madoc, I. (2009). Critical social work practice a narrative approach›. International Journal of Narrative Practice, 1(1), 91-.

Rounds-Bryant, J. L., Kristiansen, P. L., Fairbank, J. A., & Hubbard, R. L. (1998). Substance use, mental disorders, abuse, and crime: Gender comparisons among a national sample of adolescent drug treatment clients. Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 7(4), 1934-.

https://doi.org/10.2139/ssrn.4119920.

Good Therapy. (2015, December 27). Best of 2015: GoodTherapy.org's Top 10 Websites for Help with Anxiety. Retrieved from https://www.goodtherapy.org/blog/best-anxiety-websites-20151227154-

Jalali, F., Hashemi, S. F., & Hasani, A. (2019). Narrative therapy for depression and anxiety among children with imprisoned parents: A randomized pilot efficacy trial. Journal of Child & Adolescent Mental Health, 31(3), 189200-.https://doi.org/10.29 8917280583.2019.1678474/.

Kaptain, D. (2004). Narrative group therapy with outpatient adolescents, [Doctoral Dissertation], Iowa State University, Ames, Iowa. content (iastate.edu).

Kazdim, A.E. (Ed. in chief). (2000). Encyclopedia of Psychology, Volume 5. Oxford: Oxford University.

Kelley, P., Blankenburg, L., & McRoberts, J. (2002). Girls fighting trouble: Re-storying young lives. Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services, 83(5,(6/ 540-530.

Monk, G., Winslade, J., Crocket, K.

ثقافة العين وتأثيرها على شبكة العلاقات الاجتماعية لدى الطالبة الجامعية (دراسة على عينة من طالبات قسم الدراسات الاجتماعية بكلية الآداب في جامعة الملك فيصل)

الدكتور/ سهى منيف العتيبي
أستاذ علم الاجتماع المساعد بكلية الآداب بجامعة الملك فيصل

المستخلص:

هدفت هذه الدراسة الوصفية التحليلية إلى الكشف عن مدى تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية، وانعكاس ذلك على شبكة علاقاتها الاجتماعية، وذلك عن طريق قياس مدى انتشار هذه الظاهرة، وتأثيرها على علاقات الطالبة الاجتماعية، وكذلك التعرف على المواقف الاجتماعية التي تعرضت لها الطالبة الجامعية وتعزوها إلى ظاهرة العين، كما سعت الدراسة إلى الكشف عن أهم الممارسات المترتبة على الاعتقاد بالعين لدى الطالبة الجامعية. واستخدمت الدراسة -لتحقيق أهدافها- منهج المسح الاجتماعي بطريقة العينة، التي اقتصرت على طالبات قسم الدراسات الاجتماعية في كلية الآداب بجامعة الملك فيصل. حيث كشفت نتائج الدراسة أن ٨٨,٨٥٪ من أفراد عينة الدراسة يؤمنَّ بمعتقد العين، وترى ٤٣,٤٦٪ منهن أن لذلك تأثيراً على حياتهن الاجتماعية، كما توصلت إلى أنّ ٤٨,٠٨٪ من أفراد عينة الدراسة يعتقدن أنهنّ تعرضن للإصابة بالعين من قبل، وتمثلت أبرز المواقف التي أكدت لهن هذا الاعتقاد في: تأثر المستوى الدراسي، والمرض المفاجئ، والاكتئاب، وتعطل الأمور بعد معرفة الآخرين عنها. كما كشفت نتائج الدراسة أن التحصن بالأذكار اليومية والرقية الشرعية، والحصول على أثر من الشخص العائن كانت من أهم الممارسات المترتبة على الاعتقاد بالإصابة بالعين أو للوقاية منها لدى الطالبة الجامعية.

الكلمات المفتاحية: العين- الجامعة-العلاقات الاجتماعية

Evil Eye Culture and its Effect on Social Network of the Female University Student (A study conducted on a sample of Social Studies Department students at College of Arts in King Faisal)

Abstract:

This analytical descriptive study aimed to reveal the impact extent of evil eye culture existence among female university students, and its reflection on their social network, by measuring this phenomenon prevalence and effect on students' social relationships, as well as to recognize social situations faced by university students that are attributed to evil eye phenomenon. Additionally, the study attempted to reveal the main practices resulting from university students' belief in evil eye. To achieve its aims, the study adopted the social survey approach with the sampling technique that was limited to students of Social Studies Department at College of Arts in King Faisal University. The results of study indicated that (88.85%) of the study sample believe in evil eye, as (43.46%) stated that it had influenced their social lives. Furthermore, the study results concluded that (48.08%) of the university students constituting the study sample believe that they have been previously injured by evil eye. The most prominent situations that they mentioned emphasizing their belief were represented in negative academic impact, sudden illness, depression, and failure of projects after being known by others. Finally, the results of study indicated that immunization by daily supplications and Ruqyah shariah, and obtaining something of the envier's belongings were the main practices resulting from belief in being affected by evil eye among female university students.

Key Words: evil eye – university – social relationships

المقدمة:

للثقافة دور كبير في تحديد أفكار وتصورات الأفراد عن عالمهم الاجتماعي وطريقة تعاطيهم داخله، وتعدّ العين ظاهرة اجتماعية ثقافية في كل المجتمعات، ذات ارتباط وثيق بنسق الثقافة وما يحتويه من عادات وسلوكات وأنماط تفكير، وتنعكس على مختلف طرائق التعبير بالكلمات والرموز، والمقتنيات، والتصرف في المواقف الاجتماعية المختلفة. ولا يكاد يخلو أي مجتمع حديث من بعض المعتقدات ذات الطابع الغيبي، رغم ما وصلت إليه هذه المجتمعات من تقدم علمي ومعرفي، فهذه المعتقدات جزء من التراث الذي يتناقله الأجيال، ويبقى في ذاكرتهم وخيالهم الاجتماعي.

مشكلة الدراسة:

ارتبط الاعتقاد في الخرافة بالتفكير الأسطوري أو السحري الذي ساد في مراحل مبكرة من حياة البشر، حيث استعاض الإنسان عن العلم بخيالاته وانفعالاته وأفكاره المجردة، ففسّر المظاهر الطبيعية وفق أحاسيسه ومشاعره، وصوّرها كما لو كانت تنفعل وتغضب وتفرح، وأرجع كثيراً من الظواهر إلى الأرواح والشياطين، وفسّرها بتفسيرات تردها إلى الإصابة بالعين والحسد والسحر، والتمس العلاج، ومارس الطقوس، وعالج الفشل والمرض بالقرابين والتعاويذ والأحجيات والطلاسم، وحاول الكشف عن المستقبل؛ فنشأ التطير والتشاؤم، وظهرت خرافات ارتبطت بالحب والزواج والعلاقات الأسرية، والسعادة والفشل والحظ وغير ذلك (الخوالدة والحسين،٢٠١١: ٦٢).

وهناك العديد من الأسباب والعوامل التي تؤدي إلى انتشار الأفكار الغيبية، من أهمها: الجهل بطريقة التفكير العلمي، وعدم القدرة على الملاحظة العلمية المضبوطة للظواهر التي تدور حولها هذه الغيبيات، إلى جانب أهمية الظاهرة التي تقوم عليها الخرافة؛ فكلما زادت أهميتها وشعر الإنسان بخطرها؛ زاد اهتمامه بتفسيرها وابتداع الطرق لمواجهتها، إلى جانب بساطة أفكار المعتقدات الغيبية وسرعة تقبلها لدى الناس، ونجاح التفكير الميتافيزيقي في خفض حدة التوتر والقلق الناجمين عن الظاهرة التي تدور حولها الخرافة، بالإضافة إلى وجود قوى اجتماعية تعمل على تدعيم واستمرار الإيمان بالمعتقدات الغيبية وتناقلها (خليفة،١٩٩٧: ٥٥٤).

في هذا الصدد يرى «ليفي ستروس» أنّ الأساطير تأخذ مكان العلوم في المجتمعات البدائية والتقليدية إلى حد ما، بخلاف المجتمعات الحديثة التي يغلب على حياتها ومنظوماتها الفكرية الاعتماد على معطيات العلم والحقائق العلمية بدرجة واسعة (وطفة،٢٠٠٢: ١٣٥).

كذلك فإنّ للمعتقدات الثقافية دوراً كبيراً في العديد من مجالات الحياة الخاصة بالفرد؛ فهي المرجعية الأساسية لكل عمليات التكيف والتوازن؛ لأنها تؤطر جملة السلوكات والأفكار والانفعالات، فهذه المعتقدات تتغذى على الثقافة، وتتخذ منها مرجعية سيرورة متواصلة لمختلف الأحداث عبر جملة العادات والتقاليد الخاصة بذلك المجتمع، والتي تتوارثها الأجيال جيلاً بعد جيل (أحمد،٢٠٢١: ٥).

إنّ الاعتقاد بالعين موجود في كل أنحاء العالم وفي كل الثقافات، وإن كان يظهر بشكل جليّ في ثقافة دون أخرى لعدة أسباب، ففي دراسة مروة (٢٠١٧) حول المرض في المعتقدات الشعبية، تبيّن أن أفراد المجتمعات يستمدون تفسيرهم للأمراض التي تصيبهم من مصادر ثقافية، بمعنى أنّ الثقافة هي التي تزودهم بمجموعة من المفاهيم والآراء والمعتقدات المتسقة مع نسقهم الاعتقادي، ورغم التقدم العلمي في المجالات الطبية المختلفة وانتشار الوعي في مجالات

الصحة والمرض، إلا أن ذلك لم يقضِ تماماً على هذه المعتقدات التي ما يزال أفراد المجتمع يلجؤون إليها في تفسير المرض على أنه عين أو حسد. فمفهوم العين قد لا يأخذ معناه إلا من الخطاب الثقافي الذي ينتمي إليه وفق المعتقدات الثقافية والممارسات العلاجية عند العناصر الفاعلة من المعالجين التقليديين والمرضى (أحمد،٢٠٢١: ٨٨).

وتعدّ منظومة الأفكار التي ترتبط بالعين الحاسدة والخوف منها من المعتقدات الشائعة في حياتنا الثقافية بصورة عامة في مختلف أرجاء الوطن العربي، ومن أجل الاحتراز من المخاوف الناجمة عن هذا الاعتقاد؛ تظهر في حياتنا جملة من الطقوس والممارسات السلوكية الميتافيزيقية التي تتعلق بالتعويذات والتمائم، وتعليق صورة العين على الأشياء الغالية مثل: السيارات، والخيول، والبيوت، والمنازل (وطفة،٢٠٠٢: ١٥٢).

هذا وتؤكد (Cuesta and Yousefian 2015) أنّ اللغة والثقافة مرتبطتان ارتباطاً وثيقاً؛ مما يوجب فهم مدلولات لغة الخطاب في ظل السياق الثقافي والاجتماعي للمجتمع، وتفسيرها من خلاله، فتبرز في ثقافة المجتمعات الإسلامية ضرورة أن تكون كلمات المديح مصحوبة بعبارات مثل: «ما شاء الله»؛ حيث يعدّها البعض الطريقة الوحيدة لضمان عدم إصابة الشخص بالحسد والعين.

إنّ الإيمان بالعين يعدّ جزءاً من الثقافة الشعبية، فهي بمثابة آلية حاسمة عند البعض لتفسير أسباب المشاكل الاجتماعية وأسباب حدوثها، ويكثر الاعتقاد بأن الأشخاص الذين يتمتعون بجمال أو صحة جيدة، أو لديهم أطفال أو مال فإنهم معرضون بشكل أكبر إلى زيادة الاعتقاد بالإصابة بالعين (Abu Rabia,2005: 241-243).

فالعين ما زالت من الحقائق المسلّم بها في الكثير من المجتمعات التقليدية في آسيا وأفريقيا وأمريكا اللاتينية، وبعض المجتمعات الأوروبية القريبة من المجتمعات العربية، كمجتمعات البحر الأبيض المتوسط، فما زال الإيمان بالعين والخوف منها يحظى بالكثير من الاهتمامات الشخصية للأفراد في تلك المجتمعات، كما أن الخوف منها ما زال يقوم بدور رئيس في الكثير من تعاملات الناس اليومية، بينما أصبح هذا المفهوم من المفاهيم النادرة في المجتمعات الأكثر تحضراً في أوروبا وأمريكا، كما أنّ الحسد بمفهومه الأقوى لم يعد من المفاهيم الشائعة في تلك المجتمعات؛ إذ استخدم الناس مفهوم الغيرة عوضاً عنه، وعليه يمكن القول: إن الحسد والعين يُعدّان من الأمور المرتبطة بالثقافات التقليدية، وربما تكون أكثر وضوحاً فيهما (عسيري،٢٠٠٣: ٥٧).

لقد توصلت ورقة علمية أجراها Gershman 2015)) في مجال الأدب النظري حول قانون الغيبيات واقتصاداتها إلى أن الإيمان بالعين يكثر لدى المجتمعات ذات الاقتصاد الزراعي والرعوي بشكل أعلى، فهناك ارتباط إيجابي بين انتشار المعتقد وبين بنية الاقتصاد الضعيف وعدم المساواة في الثروة؛ مما يترتب عليه آثار اجتماعية واقتصادية قد تعوق تنمية المجتمع وتقدمه، حيث يكثر فيها الصراع بدافع الحسد.

ويعتقد معظم المسلمون أيضاً بالعين والحسد؛ كونها ذُكرت في القرآن الكريم، كما في قوله تعالى: (ومن شر حاسد إذا حسد) [الفلق:٥]، والحقيقة أن الحسد الإنساني ما هو إلا اعتبارات نفسية وتمنيات -إذا بقيت في إطارها النفسي لا تعمل شيئاً-، لكن الحسد المذكور في القرآن هو الحسد المقرون بالشر، والشر فعل حقيقي يقوم به الحاسد تجاه المحسود، فيضره فعل الشر، وليس الاعتبارات النفسية غير المقرونة بالشر الذي يمثل العدوان الحقيقي في الواقع الإنساني والاجتماعي (الخوالدة والحسين،٢٠١١: ٦٥).

يزخر التراث الثقافي الشفهي بمواد غزيرة تخص الأبعاد المتعددة لظاهرة العين، حيث تصف المأثورات الشفهية هذه الظاهرة من خلال الكلمة والعبارة والأمثال والحكم وغيرها من المكونات التي تشكل ما يعرف بلغة العين والحسد، إضافةً إلى طائفة من الشعائر المتعلقة بممارسات العلاج والوقاية من الإصابة بالعين، كالرقى والتمائم واستعمال المواد ذات القيمة الشعائرية (مرسي،١٩٩٧: ١٥٩). ويُرجع البعض سبب ارتداء حلية على شكل عين كوقاية من الحسد إلى وجود أسطورة تتعلق بالنظرة، من حيث علاقتها بعين الإلهة اليونانية «ميدوسا» التي تحيل كل من ينظر إليها إلى حجر (الرفاعي،٢٠١٨: ١٣). كما كشفت دراسة مرسي (١٩٩٧) عبر تحليل البنية الثقافية لظاهرة العين أنها عملية مركبة تجمع بين ثنائيات متعددة، قوامها العلاقة بين النظر الثاقب والكلام المؤذي.

وتُعد العين -في السياق الشعبي من الثقافة الريفية- مصدراً للتأثير الضار في الأشخاص والأشياء؛ لهذا اقترنت معظم البحوث بدراسة الأبعاد المختلفة لما يُعرف بالعين الشريرة التي تتميز بخصائص، يعتقد العامة وشرائح من الصفوة أنها قادرة على التأثير الضار في الآخرين (مرسي،١٩٩٧: ١٦٦). فقد توصلت دراسة (Abu Rabia 2005) -حول ممارسات القبائل البدوية فيما يتعلق بظاهرة العين- إلى أن هناك مستويات لخطورة العين تعكسها معتقدات البدو، يتمثل أبسط مستوى لها في قدرة الشخص على أن يصيب غيره بالعين دون وعي منه أو معرفة، بينما يتمثل المستوى الأكثر تعقيداً وخطورة في إدراك الشخص لقدرته على الإضرار بالآخرين وتعمّده حدوث ذلك.

وتجدر الإشارة أيضاً إلى أن هناك علاقة بين السلوك والمعتقدات الثقافية والاتجاهات الصحية، خاصة فيما يتعلق بأساليب العلاج التي تلجأ إليها الحالة المرضية أو أسرتها؛ فكلما كان الاعتقاد بأن الاضطرابات النفسية تنشأ من تأثير العين والحسد والقوى الخفية؛ يتم البحث عن العلاج ضمن النسق الثقافي المحلي باستخدام الطقوس والطلاسم (أحمد،٢٠٢١: ٢٠).

إنّ الفهم الدارج عن العين يوحي أن الإصابة بها تكون نتيجة لعين العائن، إلا أن الواقع الاجتماعي يوضح أن العين لا تقتصر على ما يراه العائن حوله، بل يُعتقد أن الإصابة بها قد تحدث لأشخاص بعيدين عن الشخص العائن، إذا سمع عنهم في أحد المجالس وأثاروا إعجابه ودهشته (عسيري،٢٠٠٣: ٦٤). حيث تكمن خطورة العين في أنها قد تمثل في بعض الأحيان منهجاً لمواجهة الحياة واتخاذ القرار، وبالتالي فإن دورها قد يمتد ليصبح معطلاً للعقل وسيرورته؛ مما يؤدي إلى انحسار الإمكانات العلمية والعقلية للإنسان (وطفة،٢٠٠٢: ١٤٠). وهذا ما أكدته دراسة عسيري (٢٠٠٣) أنّ الخوف من الحسد والعين يؤثر في الكثير من التعاملات اليومية، كما يؤثر في العديد من القرارات الشخصية وسلوك الأفراد، كما يعد وسيلة لتبرير الكثير من الإخفاقات في الحياة اليومية، فعندما يفشل شخص في عمل ما؛ فإنه غالباً ما يُرجع ذلك إلى حسد الآخرين أو عين أصابته.

يبقى أن نقول: إنّ المجتمعات تحتاج لاستمرار تقدمها وتطورها إلى المراجعات النقدية والتحليلية لثقافتها والكشف عن الجوانب السلبية فيها؛ من أجل الوصول إلى ما يمكنه أن يسهم في تطوير الجوانب الاجتماعية والثقافية فيها.

فعلى الرغم من وصول طالبات الجامعة لمراحل علمية وفكرية متقدمة إلا أنه يلاحظ انتشار بعض الأفكار النابعة من خلفيات ثقافية واجتماعية مختلفة، ومن خلالها تواجهن وتفسرن المواقف التي تمر بهن في حياتهن اليومية.

وتأتي هذه الدراسة بهدف الكشف عن مدى تأثير

وجـود ثقافة العيـن لدى الطالبـة الجامعيـة، وانعكاس ذلك على شبكة علاقاتها الاجتماعية.

أهمية الدراسة:

- ظاهـرة العين مـن الظواهر الاجتماعية الشـائعة في ثقافـة المجتمـع السـعودي، تلعـب دوراً مؤثـراً في منظومـة العلاقـات الاجتماعيـة داخـل المجتمـع، لكنهـا لم تحظَ بالكثير من الدراسـات التي تناولتها مـن الناحية الاجتماعيـة، خاصة لـدى عينة البحث المختارة، حيث يُعد الكشف عن الغموض المحيط بظاهرة العين وآثارها مطلباً اجتماعياً وتربوياً وعلمياً بالغ الأهمية.
- تحاول الدراسـة فـي جانبها التطبيقـي تكوين وعي علميّ يسـهم فـي توظيف عقول الشـباب لمواجهة هـذه الظاهرة، والتقليل من انعكاسـاتها الاجتماعية على حياتهم وحياة المحيطين بهم.
- إثـراء الجانـب المعرفـي فيمـا يتعلـق بالوظائـف الاجتماعية للمعتقدات الثقافية.
- يمكن الاستفادة من نتائج هذه الدراسة في مجالات الخدمة الاجتماعية وعلم النفس العلاجي.

أهداف الدراسة:

١- التعرف على مدى انتشـار ثقافـة العين لدى الطالبة الجامعية.

٢- التعـرف علـى تأثير وجود ثقافة العيـن لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية.

٣- التعرف على المواقف الاجتماعية التي تعرضت لها الطالبة الجامعية وتعزوها لظاهرة العين.

٤- التعرف على أهم الممارسات المترتبة على الاعتقاد بالعين لدى الطالبة الجامعية.

٥- التعـرف علـى مـا إذا كان هنـاك فـروق ذات دلالة إحصائيـة فـي مـدى تأثيـر ثقافـة العين على شـبكة العلاقـات الاجتماعيـة للطالبـة الجامعيـة تبعـاً لـ: (مسـتوى تعليـم الوالديـن، المسـتوى الاقتصادي، مكان الإقامة)؟

تساؤلات الدراسة:

١- ما مدى انتشار ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية؟

٢- مـا تأثيـر وجود ثقافـة العين لدى الطالبـة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية؟

٣- مـا المواقـف الاجتماعية التي تعرضـت لها الطالبة الجامعية وتعزوها لظاهرة العين؟

٤- مـا أهم الممارسـات المترتبة علـى الاعتقاد بالعين لدى الطالبة الجامعية؟

٥- هـل هنـاك فروق ذات دلالة احصائية في مدى تأثير ثقافة العين على شبكة العلاقات الاجتماعية للطالبة الجامعية تبعاً لـ: (مسـتوى تعليم الوالدين، المستوى الاقتصادي، مكان الإقامة)؟

مصطلحات الدراسة:

١- العين:

يـدور معنـى العين في اللغـة حول عدة معـانٍ منها (العين الباصرة) وهي: حاسة البصر والرؤية، وهي مؤنثة وتكون للإنسان وغيره من الحيوان (عزام،٢٠٠٩: ١٠).

وتُعـرف العين اصطلاحـاً بأنها: النظرة إلى الشـيء علـى وجـه الإعجـاب والإضـرار بـه، وتأثيرهـا يكون بواسطة النفس الخبيثة (عبدولي،٢٠١٣: ١٦٢).

يُقصـد بثقافة العين في هذه الدراسـة: وجود اعتقاد لـدى الطالبـة الجامعيـة بعيـن حاسـدة ذات تأثير قوي لـدى البعض، يحـدث من خلال الإعجـاب بالنظر، أو السـماع عن الأخبـار والأحداث المتعلقـة بها، يجعلها تتنبأ بإمكان إصابتها بالضرر نتيجة لذلك.

٢- العلاقات الاجتماعية:

تُعرف العلاقة لغةً بحسب معجم الرائد: بأنها مصدر (علـق) وهي ارتبـاط صداقة أو حب (مسـعود،١٩٩٢: ٥٣٣)

وتُعـرف العلاقـات الاجتماعيـة فـي معجـم مصطلحـات العلـوم الاجتماعيـة بأنهـا: «أيـة صلة بين فرديـن أو جماعتين أو أكثـر، أو بين فرد وجماعة. وقد تقـوم هـذه الصلـة على التعـاون أو عدم التعـاون، وقد تكون مباشرة أو غير مباشرة، وقد تكون فورية أو آجلة (بدوي،١٩٨٢: ٣٩٤)

كما تُعرف بأنها: الروابط والآثار المتبادلة بين الأفراد في المجتمع؛ تنشـأ نتيجة اجتماعهم وتبادل مشـاعرهم واحتكاكهـم ببعضهم، ومن تفاعلهم في بوتقة المجتمع (محمد،٢٠٢١: ٣٥).

ويُقصـد بالتأثيـر الواقـع علـى شـبكة العلاقـات الاجتماعيـة للطالبـة الجامعية في هذه الدراسـة: قياس الأثـر الاجتماعي الذي يتركه الاعتقـاد بالعين على كل مـا ترتبط بـه الطالبـة الجامعية مـن علاقـات اجتماعية وأي تفاعـل اجتماعـي، كعلاقتهـا بزميلاتهـا وأقاربهـا والمحيطين بها بالمجتمع.

التصورات النظرية للدراسة:

المقاربة الصراعية:

تُعـد الجذور التاريخية للصـراع الاجتماعي مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بوجود الإنسان في بيئته وما بها من عوامل ومتغيـرات، فمختلـف التغييـرات التـي تشـهدها البيئة تجعـل الإنسـان في حالة صـراع دائم ومسـتمر مع من حولـه؛ نتيجة لتضـارب الأهداف والمصالـح، وتصادم الأفـكار والآراء والاتجاهـات؛ ممـا يؤثـر علـى تقـدم واسـتمرار التنظيمـات الاجتماعيـة الحاضنة لـه؛ الأمر الذي دفع مفكري العلوم الإنسـانية إلى السعي إلى فهم ظاهـرة الصـراع الاجتماعـي وتحليلها ودراسـتها؛ مما أوجـد زخماً كبيراً في التراث النظري لهؤلاء المفكرين حـول تحديد ماهية مفهوم الصـراع الاجتماعي (أحلام وسعد،٢٠٢٣: ٤٤).

يعرف «كـوزر» الصراع الاجتماعـي بأنه نزاع حول القيم، والحاجـات، والمكانة والقـوة، والموارد النادرة التـي تكُـون أهـداف الأطـراف المتنازعـة فيهـا ليـس الحصول على القيم المرغوبة فحسب، بل ربما محاولة الإضرار بمنافسيهم (المندلاوي،٢٠١٠: ٧٩).

كما يُعرف «رالـف داهرندوف» الصراع الاجتماعي علـى أنه: «حصيلة العلاقات بين الأفراد الذين يشـكون مـن اختلاف فـي الأحـداث». فالصراع ظاهـرة لصيقة بالحياة في المجتمع، وتوجد في كل مسـتويات الحياة، وعلى مستوى الظواهر الاجتماعية ذات النطاق الضيق، كالصـراع بيـن الأدوار أو العلاقـات الاجتماعيـة فـي الجماعـات الصغيـرة. وتعـد آراء «كارل ماركـس» من أبرز المحاولات التي نظمت نظرية الصراع؛ فالماركسية ترى أن أسـاس الصراع يكمن في العلاقات الاجتماعية للإنتـاج، حيـث يرى ماركس أن هناك طبقتين رئيسـتين في أي مجتمـع، إحداهما: نظام الإنتاج البائد، والثانية: النظام الآخذ في التكوين، والصراع الطبقي هو الوسيلة التـي تنقـل المجتمع مـن مرحلة لأخـرى، وتنتصر في النهايـة الطبقـة الصاعدة في هذا الصراع، وتشـيّد نظاماً جديداً للإنتاج يحمل داخله بذور دماره؛ لتستمر العملية الديالكتيكية من جديد (الغريب،٢٠١٦: ٢٠٧-٢٢٣).

فـي المقابـل وسّـع «رالـف داهرنـدوف» دائـرة الصـراع لتشـمل كل أنـواع الخـلاف والتنافـس بيـن الأفراد والجماعـات والهيئات والمجتمعات، ويرى أن الصراعـات تحدث نتيجة حـالات -كامنة وغير معلنة- مـن عـدم الرضا حـول المـوارد الماديـة والاجتماعية، كالسـلطة والمكانة والدخـل. أما فيما يتعلـق بالمحيط الاجتماعـي المعنيّ بالصـراع، فيـرى «داهرندوف» أنه يشـمل كل الجماعـات الصغيـرة أو الكبيـرة؛ كالقبائل والعائـلات والتجمعـات داخل المدن، وبين الشـعوب

والأمم (أحلام وسعد.٢٠٢٣: ٥٤).

ظهرت نظرية الصراع كرد فعل للنظرية الوظيفية التي ركزت على البحث في العوامل التي تضمن الثبات والاستقرار داخل المجتمع، مهملةً في المقابل قيمة صراع المصالح والأهداف الشخصية والجماعية داخل المجتمع (فيصل ومحمد،٢٠١٩: ٣٨٣).

وتتبنى المقاربة الصراعية مفهوم الصراع والاختلاف، ومن ثَمّ فالمجتمع غير خاضع لمبدأ النظام والتوازن والانسجام كما يقول الوظيفيون، أمثال: دوركايم، وبارسونز، وميرتون (حمداوي،٢٠١٨: ٨١).

يقول «أنتوني غيدنز» في كتابه (علم الاجتماع): «يميل علماء الاجتماع الذين يطبقون نظريات الصراع إلى التأكيد على أهمية البنى في المجتمع مثلما يفعل الوظيفيون، كما أنهم يطرحون نموذجاً نظرياً شاملاً لتفسير عمل المجتمع. غير أن أصحاب النظريات الصراعية يرفضون تأكيد الوظيفيين على الإجماع، ويبرزون بدلاً من ذلك أهمية الخلاف والنزاع داخل المجتمع، ويركزون بذلك على قضايا السلطة والتفاوت والنضال، ويميل هؤلاء إلى أن المجتمع يتألف من مجموعات متميزة تسعى إلى تحقيق أهدافها الخاصة، ووجود هذه المصالح المنفصلة يعني أن احتمال قيام الصراع بين هذه الجماعات يظل قائماً على الدوام، وأن بعضها قد ينتفع أكثر من غيره من استمرار الخلاف» (غيدنز،٢٠٠٥: ٧٥).

لقد تمكنت النظرية الصراعية -عند ظهورها- من إضافة أبعاد جديدة للنظرية في علم الاجتماع، فنظرت للمجتمع على أنه نسق أو كلٌّ من الأجزاء المتصارعة المتنافسة، فالأفراد يناضلون لمواجهة الحاجات الأساسية، وعندئذ تظهر أشكال مختلفة من الصراع والسيطرة، تمثل الأساس الذي يقوم عليه النسق الاجتماعي (الفالح،٢٠٢٠: ١٠٠).

إن الحياة الاجتماعية مليئة بالتناقضات والاختلافات التي تكون أحياناً بين مجتمعات مختلفة، أو بين أفراد المجتمع الواحد بكافة طبقاته وفئاته، ونتيجة لهذه التناقضات؛ تنشأ صراعات تعيد تشكيل خارطة العلاقات الاجتماعية لهؤلاء الأفراد (فيصل ومحمد، ٢٠١٩: ٣٨٦).

ويفترض منظور الصراع أن السلوك الاجتماعي لأفراد المجتمع يحسن فهمه في سياق الصراع أو التوتر، وليس من الضروري أن يكون هذا الصراع عنيفاً، فقد يأخذ شكل مفاوضات، أو تنافس بين أفراد وجماعات، وعليه يمكن القول: إن نظرية الصراع هي إحدى الطرق الصحيحة للنظر إلى المجتمع (ضيف وزيدان،٢٠١٦: ١٩١).

إذن، فالصراع الاجتماعي موجود في عمق الحياة الاجتماعية، وله دور مهم في فهم منطلقات ودوافع الأفراد في تصرفاتهم وما تنطوي عليه أفكارهم، وكل فرد له دور في الحياة الاجتماعية، ويحتل مكانة ما، وينتمي إلى دائرة اجتماعية معينة سواء داخل الأسرة، أو في الجامعة، أو في العمل. ويتشارك داخل دائرته الكثير من المشاعر والعلاقات والمصالح التي لا تكون دائماً على حالة وفاق تام مع الآخرين، فقد تختلط بمشاعر المنافسة والحسد. كما أن طبيعة الحياة الحديثة تضج بالكثير من المصالح والاهتمامات الفردية، والرغبات المختلفة التي يتقاطع ويتنافس فيها الفرد مع آخرين يشاركونه نفس الدوافع والمركز الاجتماعي، كما هو الحال لدى طالبات الجامعة. فظاهرة الصراع موجودة في كل المنظمات والمؤسسات الاجتماعية بما فيها المؤسسات التعليمية، فالجامعة مكان للصراع مهما اختلفت أسبابه، وتنطوي على الكثير من عوامل التفاوت الاجتماعي والاقتصادي والثقافي التي يمكن من خلالها تفسير انتشار ثقافة العين لدى أفرادها؛ فطالبات الجامعة في حالة تنافس علميّ، واجتماعيّ،

وثقافـيّ، وجسـديّ كذلك، يتمثل فـي الإعلاء من قيمة الجمـال والتنافس في إبراز الممتلكات المادية وغيرها. وكلمـا زاد هـذا التنافـس وزادت أسـبابه؛ زاد الخـوف مـن الإصابة بالعين، والتعرض للحسـد مـن الآخرين. فجوهـر الاعتقـاد بالعيـن يتمثـل في شـعور الفـرد بأن الآخـر لديـه رغبة في الحصـول على ما يملكـه، وهذا هـو أحد أهم معانـي الصراع الاجتماعي وأسـبابه التي تحـدّث عنها منظرو هذه النظرية. فالصراع يحدث على مصـادر النجاح والمال والنفوذ والتميز، وتختلف شـدة الصراع حسب اختلاف المواقف الاجتماعية ومسببات الصـراع، لكنهـا قد تصـل إلى الحد الذي يـؤدي لقطع العلاقـات الاجتماعيـة أو التأثيـر عليهـا، فكلمـا زادت حـدة الصراع ومسـبباته؛ زادت النتائج السـلبية المترتبة عليه؛ فإذا شعر الفرد بأن الآخر سبب في إصابته بالعين؛ تغيـرت بنيَة العلاقة الاجتماعية بينهما، وقد تتحول إلى علاقة ذات نمط صراعي.

الدراسات السابقة:

أجرى مرسـي (١٩٩٧) دراسـة اثنوجرافيـة مقارنة، هدفـت لتحليـل بنية المعتقـدات الشـعبية ذات العلاقة بالعيـن والحسـد، وبيـان مدى انعـكاس هـذه الظاهرة الثقافيـة على شـبكة العلاقات الاجتماعيـة وتأثيرها في واقـع الحيـاة اليومية، حيث شـملت وحـدات المقارنة في الدراسـة كلاً من (قرية شرباص في محافظة دمياط) و(قريـة تلـة في محافظة المنيا). واسـتخدمت الدراسـة لجمـع المـادة الاثنوجرافية أسـلوبين منهجيين: الأول: استخدام دليل العمل الميداني في جمع التراث الشعبي الـذي أعـده الدكتور محمـد الجوهري في مـواده رقم ١٥٣٦ و١٥٥٦، حيـث جمـع هـذا الدليل بنـوداً تتصل بالعين، وطُبِّقَ على أربعة وعشرين فرداً يمثلون مختلف الشـرائح الاجتماعيـة فـي القريتيـن. الثانـي: إحصـاء الحكايـات الشـعبية والنوادر التي تعبر عن شـريحة من أفـراد القريتيـن، تعرضـوا لحـوادث فسـروها بالعيـن. وكشفت المقارنة بين القريتين محل البحث عن التشابه النسـبي في بنود البنيـة الثقافية لظاهرة العين والحسـد، بوصفها عملية مركبة تجمع بين ثنائيات متعددة، قوامها العلاقة بين النظـر الثاقب والكلام المؤذي، كما تباينت صـور التعبيـر بالكلمات والأمثال الشـعبية بين سـكان القريتيـن، لكـن المعنـى والدلالـة كانـت واحـدة، كما توصلت الدراسـة إلى أن الممارسـات الملازمة لعلاج أثر العين يأخذ طابعاً شعائرياً دينياً، ويبدو ذلك واضحاً من خلال الرقية الشعبية والتمائم والتعاويذ والمعلقات التي يُعتقد دفعها للأذى عن الإنسـان والحيوان وسـائر الممتلـكات ، كمـا تنعكس ظاهرة العين والحسـد على طبيعـة العلاقـات الاجتماعية في القريتيـن، خاصة بين شـريحة الحاسدين والمحسـودين، حيث تكثر النعوت السـيئة مـن قبـل أفـراد القريـة الذيـن يصفون شـريحة الحاسدين بالعداء والبغض والغيرة والطمع وغيرها من الصفات السـيئة، ويصل الأمـر إلى تجنب مخالطة هذه الشريحة والابتعاد عنها وعزلها اجتماعياً.

أما دراسـة عسـيري (٢٠٠٣) فقد سعت إلى تحديد كلٍّ مـن مفهومَي الحسـد والعيـن، وتحديد الخصائص المرتبطـة بـكل منهمـا، إلـى جانـب تحديـد الدوافـع المرتبطة بهما، وعرض الأسـاليب والطرق المستخدمة في الثقافة العربية للوقاية منهما، إضافة إلى مناقشة الآثار الاجتماعيـة المترتبـة عليهما، واعتمدت الدراسـة على المقابـلات المتعمقـة مع مجموعة مـن الإخباريين من مختلف الجنسـيات العربية المقيمين في مدينة لانسـنج متشـجن بالولايـات المتحـدة الأمريكيـة، وتوصلـت الدراسـة إلى أن الحسـد يرتبط ارتباطاً مباشـراً بالقيمة، فالقيمـة الماديـة والمعنويـة للأشـياء هـي التـي تدفـع الآخرين إلى الحسـد وفقاً لقيمة الشيء المشترك بينهم، كمـا يكون الحسـد غالبـاً بيـن المجموعـات المرتبطة بعلاقـات مباشـرة أو قرابـة، كأفـراد الأسـرة والأقارب والأصدقـاء، وقد يكون الحسـد غالباً بيـن أبناء الجنس

الواحـد، إلا إذا تسـاوت قيمة الشـيء لكلا الجنسـين؛ كفرص الترقي في العمل أو الوظيفة أو المركز أو غيره. كمـا تختلف القيمة المعنوية للأشـياء باختلاف البيئات والخلفية الثقافية والاقتصادية. ويُظهر كبار السـن خوفاً أكثر من العين والحسد من صغار السن والشباب؛ لذلك يُظهرون خوفهم في شـكل تمتمة بالمعوذات والوصايا المستمرة للأبناء باتقاء بعض الأمور التي يرون أنها ربما تسـبب الحسد. وخلصت الدراسة إلى أن (الممتلكات، والأبنـاء، والوظيفـة، والصحة، والجمـال) تُعد من أهم العناصر التي يَخشـى عليهـا الناس في المجتمع العربي من الحسد أو العين، في حين تمثلت أهم أساليب الوقاية فـي تعليـق التعاويذ والتمائـم على الأطفـال والمنازل، واسـتخدام البخـور والملـح، وبعـض الرمـوز كالكف المفتوحـة والعين. أمـا فيما يتعلق بوسـائل العلاج من العين، فهناك ثلاث وسائل رئيسة لعلاج العين مع بعض الاختلافات البسيطة في طرق التنفيذ: (النفث والغسل، الأثـر، الرقية). أمـا فيما يتعلـق بالتأثيـرات الاجتماعية للحسد والعين في الحياة الاجتماعية فخلصت الدراسة إلـى أن الخوف من الحسـد والعين يؤثـر في الكثير من التعامـلات اليوميـة، كما يؤثر في العديـد من القرارات الشخصية وسلوك الأفراد، كما يعد وسيلة لتبرير الكثير مـن الإخفاقـات في الحياة اليومية، وقـد يؤدي الخوف مـن العيـن والحسـد إلـى العزلـة الاجتماعيـة والتنافر الاجتماعـي، حيث يدفـع البعض للتقوقـع على الذات وتجنب الآخرين خوفـاً من نظراتهم وعباراتهم. إضافة إلى أن الاعتقاد بالعين قد يعوق عن تشخيص الأمراض الحقيقية حينما يعزَى أي عارض مرضي إلى العين.

بينما سعت دراسة وطفة (٢٠٠٢) إلى تحليل ظاهرة التفكير الخرافي وأبعاده في المجتمع الكويتي المعاصر، وقـد أجريت الدراسـة علـى عينة شـملت (١٠٠٣) من المثقفين في الكويت موزعة بين طلاب جامعة وموظفين ومعلميـن، بلغت نسـبة الذكور منهـم ٣٩٪ مقابل ٦١٪ مـن الإناث، واعتمدت الدراسـة منهج البحث الوصفي باستخدام استبانة محكمة لقياس الانتماءات السائدة في المجتمع، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن شريحة كبيرة من أفـراد العينة تؤمن بالخرافـات، وكانت الإناث أكثر إيماناً بهذه المعتقدات من الذكور. هذا وتصدرت فكرة العين والحسـد سـلم الاعتقاد الخرافي، حيث كشـفت النتائـج أن ٧٢٪ مـن أفـراد العينة من الذكـور والإناث على قدم المسـاواة يخشـون على أحبائهم من الإصابة بالعين؛ مما يعكس إيمانهم بها وحضورها في تفكيرهم ومعتقداتهـم، وكانت الإناث أكثـر ميلاً للاعتقاد بأهمية التمائـم والتعويذات فـي درء خطر الإصابة بالعين. كما أظهـرت نتائج الدراسـة أن أبناء المحافظـات التقليدية كانـوا أكثر إيماناً بالتصورات والأفـكار الغيبية من أبناء المحافظات المدنية.

وفي دراسـة تناولت ممارسـات القبائل البدوية فيما يتعلـق بظاهرة العين، قام بهـا Abu Rabia (2005)، حيث اسـتخدم أداة المقابلة غيـر المنظمة، والملاحظة بالمشـاركة لكلٍّ من المبحوثين والمعالجين الشـعبيين، وتوصلـت نتائجهـا إلـى أن هنـاك مسـتويات لخطورة العين تعكسـها معتقدات البدو، تبدأ من أبسـط مستوى لهـا والـذي يتمثل في قدرة الشـخص علـى أن يصيب غيـره بالعيـن دون وعي منه أو معرفة بذلك، فيما يتمثل المسـتوى الأكثر تعقيـداً وخطورة في إدراك الشـخص لقدرتـه على الإضرار بالآخرين، وتعمده حدوث ذلك. كمـا أظهرت النتائج اعتقاد البدو أن ضرر العين يصيب كل شـيء، ابتـداءً بالإنسـان والحيـوان والممتلـكات، ويـرون أن أكثر الأشـخاص عرضـة للإصابة بالعين هم الأشـخاص الأصحـاء، والأغنياء، والأشـخاص الذين يمتلكـون قـدراً عاليـاً من الجمـال، والنسـاء الحوامل، والأطفال لا سـيما المواليد. كمـا يعتقد البدو أن العين يمكـن مواجهتهـا والوقايـة منها بمجموعة مـن التدابير الوقائيـة والعلاجيـة؛ كالتعاويـذ واسـتخدام البخـور،

والتمائم والخرز خاصة الأزرق، وتبيّن أن اعتقاد النساء بالعين أعلى من الرجال، وأن معظم الطرق العلاجية والوقائية تمارسها النساء، وخلصت الدراسة إلى أنه على الرغم من التحضر وانتشار الطب الحديث، إلا أن معتقدات البدو حول ظاهرة العين لم تختفِ حتى الآن.

أما دراسة الخوالدة والحسين (٢٠١١) فهدفت إلى الكشف عن درجة انتشار الخرافة في المجتمع الأردني من خلال عينة ممثلة من طلبة جامعة اليرموك، كما هدفت إلى الكشف عن موقف الدين الإسلامي من هذه المعتقدات بعرضها على القرآن والسنة باستخدام الأسلوب التحليلي؛ حيث تم إعداد أداة مكونة من ٤٠ فقرة، تناولت معتقدات وممارسات خرافية في خمسة مجالات: الفلك والتنجيم، الحسد والعين، الأفكار والتصورات الخاطئة، السحر والشعوذة، القوى الخفية (كالجن والشياطين). وطبقت الدراسة على عينة مكونة من ١٠٢٠ طالباً وطالبة من مختلف الكليات الإنسانية والعلمية، وكشفت النتائج عن انتشار الخرافة بين طلبة الجامعة بنسب متفاوتة، حيث احتلت العبارات المتعلقة بالعين المرتبة الأولى، تلتها الفقرات المتعلقة بالأفكار والتصورات الخاطئة، ثم الاعتقاد بالقوى الخفية، فالسحر والشعوذة، ثم جاءت في المرتبة الخامسة العبارات المتعلقة بالفلك والتنجيم، كما كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين الحسابيين بمجالي الفلك والتنجيم، والحسد والعين لمتغير الجنس لصالح الإناث مقارنة بالذكور.

في حين هدفت دراسة Mullick et al (2012) إلى فحص معتقدات (٣٢٠) من المترددين على المستشفى الجامعي بدكا في بنجلاديش، واستخدمت الدراسة الاستبانة أداةً لجمع البيانات، توصلت الدراسة إلى أن نسبة ٤٤٪ من أفراد العينة يؤمنون بالعين، وكانت النساء أكثر ميلاً من الرجال للاعتقاد بذلك، كما لاحظت الدراسة أن أفراد العينة ذوي التحصيل العلمي العالي كانوا أقل ميلاً لمثل هذا النوع من المعتقدات مقارنة بذوي التحصيل العلمي الأدنى.

بينما أجريت دراسة الزهراني (٢٠١٣) على عينة من الطالبات الجامعيات بجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، وعلى بعض الراقيات الشرعيات في مدينة الرياض، باستخدام أداتي الاستبانة على عينة الطالبات، والمقابلة مع عينة الراقيات، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على الآثار الاجتماعية المترتبة على الخوف من الحسد والعين، وخصائص المصابات بالحسد والعين، إضافة إلى الرغبة في معرفة أهم وأبرز الأسباب التي تجعل بعضهن يبالغن في الخوف من الحسد والعين. وتوصلت الدراسة إلى أن ٥٩٪ من أفراد العينة يخفنَ من حسد الآخرين، خاصة الأقارب أكثر من الغرباء، كما توصلت إلى أن بعض أفراد العينة يتوهمن الإصابة بالعين والحسد، ويعلقن أي فشل لهن على الإصابة بالعين، وأرجعت الدراسة سبب الخوف المبالغ فيه من العين إلى ضعف الإيمان، والجهل بالأذكار الشرعية، وتداول القصص في الجلسات العائلية حول الحسد والعين. كما ذكرت الدراسة أن من أهم الأساليب التي تتبعها أفراد العينة لدرء الحسد والعين كان الالتزام بالأذكار وقراءة القرآن، واخفاء بعض الأخبار عن الآخرين كأخبار الخطوبة والزواج، أما فيما يتعلق بالآثار الاجتماعية السلبية الناتجة عن المبالغة في الخوف من العين والحسد، فكانت ملازمة الحذر في التعامل مع الناس؛ مما يولد العزلة والكثير من المشاعر السلبية تجاه الآخرين؛ كالتخوف منهم، وعدم الرغبة في الحديث معهم.

كما هدفت علي (٢٠١٦) إلى التعرف على ظاهرة الحسد في مجتمع الشبك، وتحديد أهم مظاهر هذه الظاهرة، واستخدم الباحث أداتي الملاحظة بالمشاركة والمقابلة لجمع البيانات من أفراد مجتمع الشبك

بمحافظة نينوى بالعراق، حيث أكد المبحوثون على انتشار ظاهرة الحسد في مجتمعهم، وعبروا عن خشيتهم من عين الحسود بتعمد إخفاء ما يملكونه من مال أو غيره، عن الأشخاص الذين يتوقعون أنهم يصيبون بالعين، وعزى أفراد عينة الدراسة انتشار ظاهرة العين والحسد لديهم للظروف الاجتماعية الصعبة، والأزمات الاقتصادية التي يعاني منها مجتمعهم، كما عكست الدراسة بعض الممارسات التي تنتشر لدى أفراد المجتمع الشبكي للوقاية من العين، كتعليق التمائم والعبارات على أبواب المنازل، وقراءة بعض الآيات القرآنية، والدق على الخشب عند الشعور بالخوف من العين.

أما دراسة هيبة ونور الدين (٢٠١٩) فقد سعت لدراسة واقع ظاهرة العين لدى أفراد المجتمع التّبسي في الجزائر من خلال الاعتماد على الأثنوجرافيا، واستخدام المنهج الوصفي لفحص العوامل المؤثرة في تنظيم الظاهرة المدروسة، كما اعتمدت الدراسة على أسلوب الملاحظة بالمشاركة، ومحاولة الاندماج ضمن العينة القصدية الهدفية، ومشاركتهم في مدى الاعتقاد بالنفس المؤذية، ومعرفة أهم الممارسات الشعبية في الوقاية والعلاج من أذيتها، وذلك بإجراء مقابلات مع الإخباريون من كبار السن الذين يقومون بعملية الرقية التطبيبية للمعيونين بطرق يدوية، وأيضاً متخصصين في مجال عمل الأحجبة والتمائم، وأشارت نتائج البحث إلى أن الاعتقاد بالعين متجذر في الثقافة الشعبية بمدينة تبسة، حيث يُنظر لها كعامل مؤذي يؤثر على الصحة والنجاح والعلاقات الاجتماعية، حيث يلجأ سكان المدينة إلى وسائل وقائية وعلاجية كالرُقى الشرعية، وتعليق التمائم واستخدام الأعشاب والطقوس الخاصة أثناء المناسبات؛ لتجنب تأثير العين والتخفيف من آثارها.

كذلك سعت دراسة محمد (٢٠٢١) إلى التعرف على ظاهرة الحسد وتفسيرها اجتماعياً، ومعرفة أثر الاعتقاد في الحسد على سلوك الأفراد من خلال الكشف عن مفهوم الحسد وأسبابه من وجهة نظر الحالات المدروسة، إلى جانب معرفة الطرق المتبعة في علاج الفرد المحسود، كما اختبرت الدراسة عدة فروض تتعلق بما إذا كان هناك علاقة بين (الجنس، والطبقة الاجتماعية، والجانب النفسي، والثقافي، والتنشئة الاجتماعية) وبين الاعتقاد بالحسد. وقد استخدمت المنهج الأنثروبولوجي مستعينة بأهم أدواته التي تمثلت في (الملاحظة، والمقابلة، والملاحظة بالمشاركة)، وتكونت عينة الدراسة من (٥٠) حالة تتراوح أعمارهم من (١٦-٥٠) عاماً من مستويات اجتماعية واقتصادية مختلفة، شملت (٢٥) من الذكور، و(٢٥) من الإناث، من ساكني حي مدينة نصر، ومنشية ناصر، وحدائق القبة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن معظم الحالات المدروسة أجمعت على أن الإصابة بالعين تكثر في المناسبات الاجتماعية كالزواج والأفراح، كما اتفق أفراد العينة على أن أهم طرق الوقاية من الحسد تتعلق بتحصين الفرد نفسه بآيات القرآن الكريم، والتبخير وقراءة سورة الفلق، واستخدام العين الزرقاء والخرز الأزرق، واتباع سلوك قضاء الحوائج بالكتمان. كما استخلصت الدراسة أن هناك علاقة بين الجنس والاعتقاد بالحسد، حيث يكثر لدى النساء مقارنةً بالرجال، خاصة لدى فئة النساء الأميات، أو المتعلمات تعليماً بسيطاً، وكذلك لدى ربات البيوت أكثر منه لدى النساء العاملات خارج المنزل، كما كشفت النتائج أن الفروق الاقتصادية والمادية تعد من أهم أسباب الحسد، كما كشفت عن وجود علاقة بين البعد النفسي والحسد؛ فكثير من حالات الدراسة أرجعوا سوء صحتهم النفسية إلى الحسد، كما اتضح من النتائج أنه كلما ارتفعت المكانة الثقافية والاجتماعية التي يشغلها الفرد، فقد يؤدي ذلك إلى قلة قدرته على

المجاهـرة بالإيمـان بالعيـن، كمـا عكسـت النتائـج أن بعض الأفراد يعلقون أسـباب فشـلهم في حياتهم على العين والحسد؛ مما يحررهم من المسؤولية الاجتماعية تجاههـا. كما ترى الباحثة من خلال نتائج دراسـتها أن أهم الانعكاسـات السلبية للحسـد أنه يؤدي إلى تجنب الناس مَن صُنّفوا أنهم حاسـدون، ولا يُتعامل معهم إلا بالحذر والريبة، وأي أحداث تقع بعد اللقاء بهم تُفسـر علـى أنها تتعلق بهذا اللقاء؛ ممـا قد يؤدي إلى الابتعاد عن الأقارب والأصدقاء. كما كشفت النتائج أن للتنشئة الاجتماعيـة دوراً كبيـراً فـي اعتقاد أفـراد العينة بوجود الحسد في حياتهم.

وفي دراسـة يونس (٢٠٢١) تـم تطبيق مقياس على ١٠٠ طالـب وطالبـة من جامعة بغداد، بهدف الكشـف عـن الخـوف من الحسـد وعلاقتـه بالتشـاؤم الدفاعي لديهـم، حيـث توصلت الدراسـة إلـى أن الطلبة لديهم خـوف مـن الحسـد مـن أقرانهـم ممـا قـد يؤثـر على خططهـم المسـتقبلية، وانجازاتهم في بعـض الأحيان، كما وجدت الدراسـة أن الأشـخاص الذين يخافون من الحسـد يكونـون أكثر تشـاؤم لمواقف الحيـاة، ويتركز انتباههم وتفكيرهم على الجوانب السلبية من المواضيع والمواقف الاجتماعية التي يواجهونها.

تعقيب على الدراسات السابقة:

مهدت الدراسـات السـابقة إلى تكوين خلفية معرفية سـاعدتنا علـى بنـاء تصور عن أهـم الجوانـب المتعلقة بموضـوع الدراسـة، والاسـتفادة منهـا في بنـاء منهجية البحـث بالشـكل الذي يخـدم تحقيق أهداف الدراسـة. ونظراً لكون أسباب ومحددات الاعتقاد بالعين والحسد تختلـف باختلاف العمر والجنس والطبقات الاجتماعية والخلفية الثقافية؛ فقد حاولت هذه الدراسـة اختيار عينة لم تتم دراستها سابقاً، ومحاولة تقصي أبعاد هذه الظاهرة لديها، فغالبية الدراسات السابقة درست مجتمعات محلية أو أفراداً من فئات وطبقات اجتماعية مختلفة.

الإطار المنهجي:

نوع الدراسة:

تنتمـي هـذه الدراسـة إلـى الدراسـات الوصفيـة التحليلية، حيث تسـعى إلى وصف وتحليل ثقافة العين لـدى الطالبـة الجامعيـة، وانعـكاس ذلـك على شـبكة علاقاتها الاجتماعية. ويهدف هذا النوع من الدراسـات إلى تحديد سـمات ظاهـرة معينة وخصائصهـا تحديداً كميـاً أو كيفيـاً (بـدر،٢٠١١: ٣٢). وتعتمد الدراسـات الوصفيـة علـى جمـع الحقائـق وتحليلهـا وتفسـيرها لاستخلاص دلالتها، وتصل عن طريق ذلك إلى إصدار تعميمات بشـأن الموقف أو الظاهرة التي يقوم الباحث بدراستها (الغريب،٢٠١٢: ٧٤).

منهج الدراسة:

اسـتخدمت الدراسـة منهـج المسـح الاجتماعـي بطريقـة العينة؛ حيث يعد منهج المسـح الاجتماعي من أكثر مناهج البحث اسـتخداماً في البحوث الاجتماعية، وهـو يهتـم بدراسـة جزء مـن أفـراد المجتمـع أو عدد محدود مـن الحالات أو المفـردات، في حدود الوقت والإمكانات المتوفرة لدى الباحثة.

عينة الدراسة:

اقتصـرت عينـة هـذه الدراسـة علـى طالبات قسـم الدراسات الاجتماعية لمرحلة البكالوريوس المسجلين للفصل الدراسـي الثاني من العام الجامعي ١٤٤٥هـ في كليـة الآداب بجامعـة الملك فيصل بالأحسـاء، والبالغ عددهن حسـب قوائم الإرشاد الأكاديمي (٨٠٠ طالبة)، حيـث تـم سـحب عينة عشـوائية بسـيطة منهـن، تحدّد حدها الأدنى وفقاً لمعادلة كيرجيسي ومورجان، فبلغت (٢٦٠) مفردة وفق هذه المعادلة.

وفيما يلي وصف المتغيرات الخاصة بعينة الدراسة:

جدول (١): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير: مستوى تعليم الأب

مستوى تعليم الأب	العدد	النسبة المئوية ٪
لا يقرأ ولا يكتب	١٤	٥,٣٨
ابتدائي	٢٧	١٠,٣٨
متوسط	٤٨	١٨,٤٦
ثانوي	٨٨	٣٣,٨٥
جامعي	٧١	٢٧,٣١
دراسات عليا	١٢	٤,٦٢
المجموع	**٢٦٠**	**١٠٠**

يتضح من الجدول (١) أن نسبة ٨٥ ٣٣٪ من أفراد عينة الدراسة مستوى تعليم الأب لديهم التعليم الثانوي، يليها بنسبة مقاربة التعليم الثانوي لـ ٣١ ٢٧٪، فالتعليم المتوسط بنسبة ٤٦ ١٨٪، في حين شكلت درجة الأمية درجة منخفضة تمثلت في ٣٨ ٥٪؛ مما يعكس أن أفراد عينة الدراسة يحظون بآباء متعلمين بنسبة ٩٥٪.

جدول (٢): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير: مستوى تعليم الأم

مستوى تعليم الأم	العدد	النسبة المئوية ٪
لا تقرأ ولا تكتب	١٥	٥,٧٧
ابتدائي	٤٢	١٦,١٥
متوسط	٤٩	١٨,٨٥
ثانوي	٨٤	٣٢,٣١
جامعية	٦١	٢٣,٤٦
دراسات عليا	٩	٣,٤٦
المجموع	**٢٦٠**	**١٠٠,٠**

يتضح من الجدول (٢) أن ٣١ ٣٢٪ من أمهات أفراد عينة الدراسة مستوى تعليمهن ثانوي، وبنسبة ٣١ ٢٧٪ يحظين بتعليم جامعي، يليه التعليم المتوسط بنسبة ٤٦ ١٨٪، في حين شكلت الأمية درجة منخفضة بلغت نسبتها ٧٧ ٥٪.

جدول (٣): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير: المستوى الاقتصادي للأسرة

المستوى الاقتصادي للأسرة	العدد	النسبة المئوية ٪
منخفض	١٩	٧,٣١
متوسط	٢٠٢	٧٧,٦٩
مرتفع	٣٩	١٥
المجموع	**٢٦٠**	**١٠٠,٠**

يتضح من الجدول (٣) أن المستوى الاقتصادي الأسري لأكثر من نصف أفراد عينة الدراسة متوسط، بنسبة ٦٩ ٧٧٪، تلاه بنسبة ١٥٪ المستوى الاقتصادي المرتفع، في حين شكل أفراد عينة الدراسة ذوات المستوى الاقتصادي الأسري المنخفض ما نسبته ٣١ ٧٪.

جدول (٤): توزيع أفراد عينة الدراسة وفق متغير: مكان الإقامة

مكان الإقامة	العدد	النسبة المئوية ٪
مدينة	١٥٦	٦٠
قرية	٨٤	٣٢,٣١
هجرة	٢٠	٧,٦٩
المجموع	**٢٦٠**	**١٠٠,٠**

يتضح من الجدول (٤) أن ٦٠٪ من أفراد عينة الدراسة يُقِمن داخل مدينة الأحساء، في حين جاءت نسبة من يُقِمن في القرى المجاورة لمدينة الأحساء ٣١ ٣٢٪، أما من يُقِمن في الهجر المجاورة لمدينة الأحساء فبلغت نسبتهم ٦٩ ٧٪.

أداة الدراسة:

اعتمدت هذه الدراسة الاستبانة أداةً لجمع البيانات، واشتملت على تساؤلات مغلقة تحدد الإجابة للمبحوثات ضمن خيارات متعددة، كما شملت الاستبانة سؤالاً مفتوحاً يترك المساحة للمبحوثة للتعبير الحر الذي يخدم أهداف الدراسة. وقد صُمّمت الاستبانة الدراسة بعد الاطلاع على الأدب النظري والدراسات السابقة، إضافة إلى الاستناد على خبرة الباحثة واهتمامها الشخصي بموضوع الدراسة.

صدق وثبات أداة الدراسة:

- صدق الاتساق الداخلي:

تم حساب صدق الاتساق الداخلي للاستبانة على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠طالبة) من الطالبات الجامعيات، وذلك بحساب معامل ارتباط بيرسون بين درجة كل عبارة من عبارات الاستبانة والدرجة الكلية لمحور تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية الذي يمثل الاستبانة، واستُخدم لذلك برنامج (SPSS)، كما يلي:

جدول (٥): معاملات ارتباط بيرسون بين كل عبارة من عبارات الاستبانة وبين الدرجة الكلية لمحور تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية

رقم العبارة	العبارة	معامل الارتباط
١	لا أحب أن تعرف زميلاتي عن مستواي الدراسي خوفاً من العين.	٠,٤٨٦**
٢	أقطع علاقتي بمن أعتقد أنه يحسدني.	٠,٥٤٤**
٣	علاقاتي الاجتماعية في الجامعة قليلة خوفاً من العين.	٠,٦٧٢**
٤	في حالة الخطبة أو الزواج فإني أخفي الأمر عن زميلاتي خوفاً من العين.	٠,٦٤٥**
٥	سبق وأن خسرت بعض الصداقات بسبب العين.	٠,٦٥٦**
٦	أؤمن أن الإصابة بالعين تأتي من الأشخاص القريبين أكثر من الغرباء.	٠,٦١٨**
٧	يؤمن المحيطون مني كثيراً بالعين.	٠,٤٦٦**
٨	أتجنب مدح الآخرين خوفاً من اعتقادهم أنني قد أصيبهم بالعين.	٠,٤٤٣**
٩	أتجنب مخالطة من هو معروف عنه اجتماعياً أن «عينه حارة».	٠,٦٠٧**
١٠	أخاف من الآخرين عندما لا يذكرون عبارة «ما شاء الله» حينما يبدون إعجابهم بأمر يخصني.	٠,٦٧٨**
١١	أرتدي بعض التمائم؛ لأنها تحميني من الإصابة بالعين.	٠,٥٨٧**

(*) دالة عند مستوى (٠,٠٥)، (**) دالة عند مستوى (٠,٠١).

يتضح من الجدول (٥) ومن معاملات ارتباط بيرسون ارتباط جميع عبارات محور تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية بالدرجة الكلية للمحور ارتباطاً موجباً دالاً إحصائياً عند مستوى (٠,٠١)؛ مما يدل على تحقق الاتساق الداخلي على مستوى عبارات الاستبانة، وتحقق صدق الاتساق الداخلي للاستبانة، وأنها تتسم بدرجة عالية من الصدق، وأنها صالحة لقياس ما وضعت لقياسه.

- الثبات:

المقصود بثبات المقياس أن يعطي النتائج نفسها تقريباً لو تكرر تطبيقه أكثر من مرة على نفس الأشخاص في ظروف مماثلة (العساف،٢٠٠٣: ٣٦٩). وللتحقق من ثبات استبانة أفراد العينة؛ تم حساب الثبات على عينة استطلاعية مكونة من (٣٠طالبة) من الطالبات الجامعيات، باستخدام

معامل ألفـا كرونباخ، ويوضح الجـدول التالي معاملات ثبات محاور وعبارات وإجمالي الاستبانة.

جدول (٦): معامل ثبات عبارات محور تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية باستخدام معامل ألفا كرونباخ

المحور	عدد العبارات	معامل ثبات ألفا كرونباخ
محور تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية	١١	٠,٧٨

يتضـح من الجـدول (٦) ارتفاع معامل ثبات محور تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية باستخدام معامل ألفا كرونباخ؛ حيث بلغ (٠,٧٨)؛ مما يدل على تحقق ثبات الاستبانة بشكل عام.

ولحسـاب فئات المتوسط الحسابي؛ تم إعطاء وزن للبدائـل: (موافقـة = ٣، موافقـة إلـى حد مـا = ٢، غير موافقـة =١)، ثم تـم تصنيف تلك الإجابـات إلى ثلاثة مستويات متساوية المدى من خلال المعادلة التالية:

طول الفئة = (أكبر قيمة- أقل قيمة) ÷ عدد بدائل المقياس = (٣-١) ÷ ٣= ٠,٦٦

وذلك للحصول على مدى المتوسطات لكل وصف أو بديل كما يلي:

جدول (٧): يبين توزيع مدى المتوسطات وفق التدرج المستخدم في أداة الدراسة

الوصف	مدى المتوسطات
موافقة	٢,٣٤ – ٣,٠
موافقة إلى حد ما	١,٦٧– ٢,٣٣
غير موافقة	١,٠– ١,٦٦

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة:

- التكرارات والنسب المئوية؛ لوصف خصائص أفراد العينة.
- المتوسط الحسابي «Mean "؛ لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة حول عبارات محـاور الاسـتبانة، كمـا تـم اسـتخدامه فـي ترتيب العبارات، وعند تسـاوي المتوسـط الحسابي يكون الترتيب حسب أقل قيمة للانحراف المعياري.
- الانحـراف المعيـاري «Standard Deviation»؛ للتعـرف علـى مـدى انحـراف اسـتجابات أفـراد الدراسـة لكل عبارة مـن عبارات محاور الاسـتبانة، ويلاحظ أن الانحراف المعياري يوضح التشـتت في اسـتجابات أفراد عينة الدراسـة حـول كل عبـارة، فكلمـا اقتربت قيمته مـن الصفر؛ تركزت الاستجابات وانخفض تشتتها بين المقياس.
- معامل ارتباط "بيرسون"؛ لقياس صدق الاستبانة.
- معامل ثبات "ألفا كرونباخ"؛ لقياس ثبات الاستبانة.
- اختبار (Kruskal-Wallis)؛ للوقوف على الفروق بيـن اسـتجابات أفراد عينة الدراسـة التي ترجع إلى اختـلاف متغير يتكون مـن أكثر من فئتيـن وتوزيعه غير اعتدالي مثل متغيرات: (مستوى تعليم الوالدين، المستوى الاقتصادي، مكان الإقامة).

نتائج الدراسة:

السـؤال الأول: ما مدى انتشـار ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية؟

للإجابة عن هذا السـؤال وللتعرف على مدى انتشار ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية؛ تم حساب التكرارات والنسـب المئوية لاسـتجابات أفراد العينـة من الطالبات الجامعيات على السؤالين: (هل تؤمنين بالعين؟، ما مدى انعكاس إيمانك بالعين على حياتك برأيك؟)، كما يلي:

جدول (٧): توزيع أفراد العينة وفق سؤال: هل تؤمنين بالعين؟

هل تؤمنين بالعين؟	العدد	النسبة المئوية ٪
نعم	٢٣١	٨٨,٨٥
لا	٢٩	١١,١٥
المجموع	٢٦٠	١٠٠,٠

يتضح من الجدول (٧) أن أفراد عينة الدراسة من الطالبات الجامعيات يؤمنَّ إيماناً كبيراً بمعتقد العين، وذلك بنسبة ٨٥ ٨٨٪، في حين جاءت نسبة من لايؤمنَّ بها بنسبة منخفضة بلغت ١٥ ١١٪. حيث تعكس هذه النتيجة أن ثقافة العين ظاهرة عامة وموجودة داخل المؤسسات التعليمية؛ مما يترتب عليها الكثير من الانعكاسات الاجتماعية. فدرجة التعليم العالي لدى الطالبات لم تمنع تجذر بعض المعتقدات الثقافية لديهن إلى جانب العديد من العوامل الاجتماعية التي قد تساعد على ذلك.

تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الخوالدة والحسين (٢٠١١) و دراسة هيبة ونور الدين (٢٠١٩)؛ من حيث انتشار ثقافة العين لدى طلبة الجامعة بنسبة عالية، كما تتفق مع نتيجة دراسة Abu Rabia (2005) أنه على الرغم من التحضر وانتشار التعليم العالي إلا أن المعتقدات حول ظاهرة العين لم تختفِ، وما زالت موجودة. في حين تختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة Mullick et al (2012) التي توصلت إلى أن أصحاب التحصيل العلمي العالي أقل ميلاً للإيمان بالعين، كما تختلف نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة محمد (٢٠٢١) أنه كلما ارتفعت المكانة الثقافية والاجتماعية التي يشغلها الفرد؛ قلت قدرته على المجاهرة بالإيمان بالعين.

جدول (٨): توزيع أفراد العينة وفق سؤال: ما مدى انعكاس إيمانك بالعين على حياتك برأيك؟

ما مدى انعكاس إيمانك بالعين على حياتك برأيك؟	العدد	النسبة المئوية ٪
بنسبة بسيطة	٩٠	٣٤,٦٢
بنسبة متوسطة	١١٣	٤٣,٤٦
بنسبة كبيرة	٥٧	٢١,٩٢
المجموع	٢٦٠	١٠٠,٠

يتضح من الجدول (٨) أن أفراد عينة الدراسة يعتقدن أن هناك انعكاساً لإيمانهم بالعين على حياتهن الاجتماعية بنسبة متوسطة بلغت ٤٦ ٤٣٪، في حين ترى نسبة ٩٢ ٢١٪ من أفراد العينة أن هذا الانعكاس للعين له دور بنسبة كبيرة على حياتهن. وتعكس هذه النتيجة الهدف الرئيس للدراسة الذي تم قياسه بشكل مفصل في جدول (٩).

السؤال الثاني: ما تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية؟

للإجابة عن هذا السؤال، وللتعرف على تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية؛ تم حساب التكرارات والنسب المئوية والمتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والترتيب حسب المتوسط الحسابي لعبارات هذا المحور، وذلك من وجهة نظر أفراد عينة الدراسة من الطالبات الجامعيات، كما يلي:

جدول (٩): يبين استجابات أفراد عينة الدراسة حول عبارات المحور الثاني: تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية

م	العبارة		موافقة	موافقة إلى حد ما	غير موافقة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	التعليق
٧	يؤمن المحيطون مني كثيراً بالعين.	ك	١٠٧	١٢١	٣٢	٢,٢٩	٠,٦٧	١	موافقة إلى حد ما
		٪	٤١,١٥	٤٦,٥٤	١٢,٣١				
٦	أؤمن أن الإصابة بالعين تأتي من الأشخاص القريبين أكثر من الغرباء.	ك	١٠٢	١١٠	٤٨	٢,٢١	٠,٧٣	٢	موافقة إلى حد ما
		٪	٣٩,٢٣	٤٢,٣١	١٨,٤٦				
١٠	أخاف من الآخرين عندما لا يذكرون عبارة «ما شاء الله» حينما يبدون إعجابهم بأمر يخصني.	ك	٨٩	١١٦	٥٥	٢,١٣	٠,٧٣	٣	موافقة إلى حد ما
		٪	٣٤,٢٣	٤٤,٦٢	٢١,١٥				
٩	أتجنب مخالطة من هو معروف عنه اجتماعياً أن «عينه حارة»	ك	٨٤	٩١	٨٥	٢,٠	٠,٨١	٤	موافقة إلى حد ما
		٪	٣٢,٣١	٣٥	٣٢,٦٩				
٢	أقطع علاقتي بمن أعتقد أنه يحسدني.	ك	٣٨	١٠٦	١١٦	١,٧٠	٠,٧١	٥	موافقة إلى حد ما
		٪	١٤,٦١	٤٠,٧٧	٤٤,٦٢				
٨	أتجنب مدح الآخرين خوفاً من اعتقادهم أنني قد أصيبهم بالعين.	ك	٤١	٧٨	١٤١	١,٦٢	٠,٧٤	٦	غير موافقة
		٪	١٥,٧٧	٣٠	٥٤,٢٣				
١	لا أحب أن تعرف زميلاتي عن مستواي الدراسي خوفاً من العين.	ك	٢٦	٨٦	١٤٨	١,٥٣	٠,٦٧	٧	غير موافقة
		٪	١٠,٠	٣٣,٠٨	٥٦,٩٢				
٥	سبق وأن خسرت بعض الصداقات بسبب العين.	ك	٢٥	٣١	٢٠٤	١,٣١	٠,٦٤	٨	غير موافقة
		٪	٩,٦٢	١١,٩٢	٧٨,٤٦				
٤	في حالة الخطبة أو الزواج فإنني أخفي الأمر عن زميلاتي خوفاً من العين.	ك	١٧	٤٣	٢٠٠	١,٣	٠,٥٨	٩	غير موافقة
		٪	٦,٥٤	١٦,٥٤	٧٦,٩٢				
١١	أرتدي بعض التمائم؛ لأنها تحميني من الإصابة بالعين.	ك	٩	٢١	٢٣٠	١,١٥	٠,٤٤	١٠	غير موافقة
		٪	٣,٤٦	٨,٠٨	٨٨,٤٦				
المتوسط العام						**١,٦٧**	**٠,٣٦**	**موافقة إلى حد ما**	

يتضح من الجدول (٩) أن أفراد عينة الدراسة يوافقن على وجود تأثير لاعتقادهن بالعين على حياتهن الاجتماعية وسلوكاتهن اليومية، بدرجة متوسطة بلغ متوسطها الحسابي (١ ٦٧)، وهو متوسط يقع في الفئة الثانية من فئات المقياس الثلاثي.

تعكس هذه النتيجة أنه كلما زاد إيمان الفرد بالعين؛ انعكس ذلك على حياته وتعامله مع الآخرين، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كلا من مرسي (١٩٩٧)، وعسيري (٢٠٠٣) في أن ظاهرة العين تنعكس على طبيعة العلاقات الاجتماعية، وأن الخوف من العين يؤثر في الكثير من التعاملات اليومية، والعديد من القرارات الشخصية، وسلوك الأفراد.

تلعب التنشئة الاجتماعية والأفراد المحيطين بالفرد كذلك دوراً كبيراً في زيادة إيمانه بالعين، وتفسير ما يحدث خلال حياته بنسبته إليها، حيث احتلت عبارة (يؤمن المحيطون مني كثيراً بالعين) المرتبة الأولى كأكثر العبارات موافقة من قبل أفراد العينة بمتوسط حسابي بلغ (٢٩ ٢)، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة محمد (٢٠٢١) في أن التنشئة الاجتماعية والأفراد المحيطين بالفرد اجتماعياً لهم دور كبير في زيادة اعتقاد أفراد العينة بوجود الحسد في حياتهم. إلى جانب إيمان أفراد عينة الدراسة أن إصابتهم بالعين والحسد تأتي غالباً من الأقارب والمحيطين، حيث احتلت عبارة (أؤمن أن الإصابة بالعين تأتي من الأشخاص القريبين أكثر من الغرباء) المرتبة الثانية بمتوسط حسابي بلغ (٤٢،٣١). وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراستي عسيري (٢٠٠٣)، والزهراني (٢٠١٣) اللتين توصلتا إلى أن الاعتقاد بالإصابة بالعين يأتي غالباً بين المجموعات المرتبطة بعلاقات مباشرة أو قرابة كأفراد الأسرة والأقارب والأصدقاء، فكلما زادت درجة القرابة بين الأشخاص؛ زاد الاعتقاد والخوف من إمكان إصابتهم بالعين والحسد منهم، في حين يقل هذا التخوف كلما كان الشخص غريباً، وقد يرجع ذلك لكون علاقات القرابة والصداقة ذات ترابط مع الأفراد في بعض المميزات الاجتماعية التي قد تكون محل تنافس وحسد، وهذا ما تتفق معه النظرية الصراعية التي ترى أن التنافس والصراع يبرز دائما بين أفراد الجماعة الواحدة المتقاربة التي يكون بينها مصالح مشتركة، ونظراً لكون المجال التعليمي مجالاً متسعاً لأنواع مختلفة من التنافس ووقوع الحسد؛ بسبب كثرة محددات النجاح والتميز داخله؛ فإن هذه النتائج تعكس إيمان أفراد عينة الدراسة من تخوفهن من كون المقربين لهنّ سبباً لشعورهن بالإصابة بالعين.

تشكل الرموز جانباً مهماً في ظاهرة العين، سواء ما يحدث من مواقف اجتماعية تُفسّر على أنها بسبب الإصابة بالعين، أو بعض الأقوال والعبارات التي لها دلالات داخل السياق الاجتماعي لدى من يعتقد بالعين، ككثرة المديح لأمر معين، أو التعبير والتصريح بالرغبة في الحصول على شيء ما يملكه الآخر، أو حرص البعض على ذكر عبارة (ما شاء الله) عند الإطراء على أمر ما، والتوجس الذي يحدث عند عدم ذكر هذه العبارة؛ حيث اتفق ٦٢ ٤٤٪ من أفراد عينة الدراسة على خوفهن من عدم ذكر الآخرين عبارة «ما شاء الله» حينما يبدون إعجابهم بأمر يخصهن، الأمر الذي قد يؤدي إلى الخوف والتوجس من بعض الأشخاص وتأثر العلاقة الاجتماعية وظهور التوترات، والابتعاد عنهم؛ مما يسبب (وصمة اجتماعية) اتفق عليها أفراد عينة الدراسة في استجابتهن على عبارة (أتجنب مخالطة من هو معروف عنه اجتماعياً أن «عينه حارة»)، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة كلٍّ من مرسي (١٩٩٧)، وعسيري (٢٠٠٣)، وعلي (٢٠١٦)، ومحمد (٢٠٢١)؛ حيث خلصت نتائج هذه الدراسات إلى أن إيمان الأفراد بأنهم معرضون للعين ينعكس على علاقاتهم الاجتماعية، فالتعريف بالحاسدين في المحيط الاجتماعي؛ يسبب تجنب مخالطتهم والابتعاد

عنهـم وعزلهم اجتماعياً، والتعامـل معهم بحذر وريبة، وأي أحداث تقع بعد اللقاء بهم تُفسّـر على تعلقها بهذا اللقـاء. وعليـه يمكن القول: إن الخوف مـن العين يعدّ سـبباً للعزلة الاجتماعيـة، والتنافر الاجتماعـي، والبعد عن الأقارب والأصدقاء. وهو ما اتفق عليه كذلك أفراد عينة الدراسة في اسـتجابتهنّ على عبارة (أقطع علاقتي بمن أعتقد أنه يحسدني)، وهو التأثير الاجتماعي الأكبر الـذي يشـوب العلاقـات الاجتماعيـة بسـبب الإيمـان بالعين، وأن الشـخص معرض للحسـد من الأشخاص الذين تربطه علاقة بهم.

فـي ضـوء نتائج الجـدول أعـلاه يمكن القـول: إن هناك تأثيراً اجتماعياً يطال العلاقات الاجتماعية للطالبة الجامعيـة بسـبب إيمانها بالعيـن، وتعـدد العوامل التي تجعلهـا فـي موضـع حسـد، وكل ذلك له انعكاسـات طويلة المدى على الحضور الاجتماعي للطالبة، وطريقة تفاعلهـا وتعاملها مـع الآخرين، وتفسـيرها لما يحدث فـي حياتها من مواقف قد تبعدها عن التفسـير المنطقي والعلمي إلى التفسير بالأسباب الخفية كالتعرض للعين من أحد المقربين، وما يصاحب ذلك من مشاعر سلبية، تنعكـس علـى صحتها النفسـية واسـتقرار حياتها، وهو ما تتفق معه نتيجة دراسـة الزهرانـي (٢٠١٣)، و يونس (٢٠٢١)؛ أن من أهم الآثار الاجتماعية السـلبية الناتجة عن المبالغة في الخوف من العين والحسـد، هو الحذر فـي التعامـل مـع الآخريـن؛ مما يولـد العزلـة تجاههم والتخـوف منهـم، وعـدم الرغبـة فـي الحديـث معهم، وزيادة الشعور التشاؤمي لمواقف الحياة.

السـؤال الثالـث: مـا المواقـف الاجتماعيـة التـي تعرضت لها الطالبة الجامعية وتعزوها لظاهرة العين؟

للإجابة عن هذا السـؤال يلزم أولاً معرفة حجم من سـبق تعرضهن للإصابة بالعين في اعتقادهن، حيث تم حصر التكرارات والنسب المئوية لهذا السؤال كما يلي:

جدول (١٠): توزيع أفراد العينة وفق سؤال: هل سبق باعتقادك أن تعرضتِ للإصابة بالعين؟

هل سبق باعتقادك أن تعرضتِ للإصابة بالعين؟	العدد	النسبة المئوية ٪
نعم	١٢٥	٤٨,٠٨
لا	١٣٥	٥١,٩٢
المجموع	٢٦٠	١٠٠,٠

يتضـح مـن الجـدول (١٠) أن أفـراد عينة الدراسـة انقسمن بنسب متقاربة حول اعتقادهنّ بتعرضهنّ للعين مسـبقاً بنسـبة ٠٨ ٤٨٪ للموافقـات، ونسـبة ٩٢ ٥١٪ للمنكـرات، رغـم أن إنكارهنّ لا ينفـي أيمانهنّ بالعين كمعتقد كما دلت نتائج الجدول (٧).

أمـا فيما يتعلـق بأهم المواقـف الاجتماعية التي تم التعبيـر عنها من قبـل أفراد عينة الدراسـة، في إجابتهن على سـؤال: (اذكري الموقف الذي جعلك تعتقدين أنه سـبق لـك التعرض للإصابـة بالعين؟)، فقـد لوحظ من الإجابات أن أفراد عينة الدراسة يتفقن بالقول الصريح، ومن خلال سـردهن للمواقف أن العين الحاسدة تكون دائما من الأقارب أو الأصدقاء، خاصة زملاء الدراسـة والأقـران في المؤسسـات التعليمية، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة عسيري (٢٠٠٣)، والزهراني (٢٠١٣)، أمـا فيما يتعلق بالأسـباب التـي جعلتهـن يعتقدن أنهن مصابات بعين حاسـدة، فقد جاء ترتيبها حسـب الأكثر تكـراراً مـن خـلال المواقـف التـي ذكرتها أفـراد عينة الدراسة كما يلي:

- هبـوط في المسـتوى الدراسـي، وفشـل بعـد تفوق يصـل لدرجة التخلي عن الدراسـة، أو رسـوب في أحد المقررات الدراسية.
- مـرض مفاجـئ، خاصة الأمـراض الجلدية والوهن والتعب دون معرفة أسبابه.

- تساقط الشعر.
- اكتئاب وآلام عضوية، وزيادة الوزن.
- تعطل الأمور بعد معرفة الآخرين عنها.
- اعتراف شخص ما بأنه متسبب بالعين.
- إبداء إعجاب بأمر ما، مع عدم ذكر (ما شاء الله).
- تفسير رؤيا بأن دلالتها إصابة الشخص بالعين، أو أنه معرض لذلك بسبب شيء ما يملكه.
- فشل الخطبة والزواج.
- عدم الرغبة في حضور المناسبات الاجتماعية.
- تضرر العلاقات الأسرية وانقطاعها.
- صعوبة الإنجاب.
- أزمة مالية وتضرر ممتلكات مادية.

أما فيما يتعلق بالأشياء التي يعتقد أفراد العينة أنهنّ محسودات عليها، وتسببت في إصابتهنّ بالعين فقد جاء ترتيبها حسب الأكثر تكراراً من خلال المواقف التي ذكرتها أفراد عينة الدراسة كما يلي:

- التفوق الدراسي، والمعدل الدراسي العالي.
- الصحة.
- جمال الشعر والبشرة.
- الزواج والحمل والإنجاب.
- القدرة المالية.
- التميز في حرفة يدوية كالطبخ والماكياج.
- الظهور أمام الجمهور في الجامعة.
- الروح الإيجابية.
- علاقات أسرية ناجحة.

يتضح مما سبق تأكيد أفراد عينة الدراسة أن اعتقادهنّ بالعين تظهر آثاره في مجرى حياتهنّ، من خلال تفسير ما يحدث لهنّ من مواقف بعزوه إليها؛ سواء كانت مواقف اجتماعية، أو اقتصادية أو صحية، حيث لوحظ تفسير الكثير من الأمراض العضوية والخسائر الاقتصادية وعدم الاستقرار الاجتماعي بالعين؛ مما يعوق الفرد عن البحث في المسببات الحقيقية لما يتعرض له في حياته، وجعله يكتسب سلوك الاتكال في تحمل مسؤوليات ما يواجهه. كما يتضح من العرض أعلاه أن موضع الحسد يكون دائماً متعلق بما يُخشى فقده مما يمتلكه الفرد ويفتقده غيره، كالتميز الدراسي، والصحة، والمال، والجمال؛ فيكون هناك توجس مبالغ فيه أحياناً من فقده؛ مما دفع أفراد العينة إلى ربط أي ضرر يلحقهن في تلك الأمور بالعين، خاصة بعد تصريح أحدهم بإعجابه بشدة، فيُربط كل سوء أو خسارة بعدها بما قاله هذا الشخص.

ذكر أفراد العينة كذلك أن هناك أشخاصاً عُرف عنهم الحسد، فإذا بدر الإعجاب منهم وحدث سوء، زاد إيمان الفرد بتعرضه لعين حاسدة من هذا الشخص. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة عسيري (٢٠٠٣)، وAbu Rabia (2005) اللتين توصلتا إلى أن الحسد يرتبط ارتباطاً مباشراً بالقيمة المادية والمعنوية للأشياء، والتي تدفع الآخرين إلى أن يحسد بعضهم بعضاً وفقاً لقيمة الشيء المشترك بينهم، كما خلصت نتيجة هذه الدراسة إلى أن الممتلكات، والأبناء والوظيفة، والصحة، والجمال تعد من أهم العناصر التي يخشى عليها الناس من العين والحسد، وأصحابها هم أكثر الأشخاص المعرضين للحسد، كما لوحظ من سرد أفراد العينة للمواقف التي أكدت إصابتهن بالعين أنهن يذكرن كثيراً تعرض الآخرين للعين، وتناقل مثل هذه القصص؛ الأمر الذي يؤكد لهن اعتقادهن هذا، وإمكان وقوعه لهنّ، لا سيما من الأقارب، وتتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة الزهراني (٢٠١٣) أن تداول القصص حول العين والحسد في الجلسات الاجتماعية؛ زاد من تخوف

وإيمان الأفراد بالعين. كما ربط أفراد العينة بين الموت المفاجئ والعين، وأنها أحد مسببات وقوعه، خاصة حينما تحدث الوفاة بعد حضور مناسبة اجتماعية، أو مدح شخص معروف عنه الحسد، أو كما ذكرت أفراد العينة، قد تتسبب الإصابة بالعين بوفاة أحدهم بعد قيامه بتصوير نفسه في أحد منصات التواصل الاجتماعي، أو تصوير ممتلكاته؛ حيث لوحظ كذلك أن المواقف التي ذكرتها المبحوثات ربطت بين العين وكثرة التصوير على وسائل التواصل الاجتماعي، وإظهار خصوصيات ويوميات الأفراد، حيث تم تفسير ما يتعرضون له من مواقف بربطها بأنها عين حاسدة تتابعهم؛ حيث يقع الضرر بعد التصوير.

أما فيما يتعلق بمواجهة أفراد عينة الدراسة لإصابتهنّ بالعين وطريقة معالجتها، فقد ذكرن عند سرد المواقف والقصص أن آثار الحسد اختفت بعد اللجوء لمعالجين ورجال دين والمداومة على الرقية الشرعية والتحصين بالأذكار، كما أشرن إلى أهمية أخذ أثر من الشخص العائن، وعدّها طريقة حل مضمونة، إلى جانب استخدام بعض الأساليب الشعبية كاستخدام البخور والشَّبَّة. وفي هذا الصدد يجدر القول: إن المبحوثات ذكرن بعض الطرق التي تأكدن بها أنهن مصابات بالعين، فكانت بسؤال راقٍ شرعيّ عن شيء غامض؛ فأُخبرن أنه ليس إلا من أعراض الإصابة بالعين، كما كان هناك تفسير لبعض الرؤى والأحلام التي أكدت على هذا التشخيص، كل ذلك من شأنه أن يزيد من رسوخ منظور التفكير بالعين والحسد في مناحي الحياة لدى أفراد العينة، مما يزيد من الانعكاس الاجتماعي لوجود هذا النوع من التفكير وتفسير المواقف الاجتماعية، خاصة حين يصدر ذلك ممن لهم موثوقية عالية في المجتمع كرجال الدين.

السؤال الرابع: ما أهم الممارسات المترتبة على الاعتقاد بالعين لدى الطالبة الجامعية؟

للإجابة عن هذا السؤال، وللتعرف على أهم الممارسات المترتبة على الاعتقاد بالعين لدى الطالبة الجامعية؛ تم حصر التكرارات والنسب المئوية لأهم الممارسات المترتبة على هذا الاعتقاد لدى الطالبة الجامعية، كما يلي:

جدول (١١): توزيع أفراد العينة وفق سؤال: مأهم الممارسات التي تلجأين إليها عند اعتقادك بإصابتك بالعين؟

أهم الممارسات التي تلجأ إليها أفراد العينة عند اعتقادهن بإصابتهن بالعين	العدد	النسبة المئوية ٪
التحصن بالأذكار اليومية	٢٤١	٤١,٤١
الرقية الشرعية	١٨٩	٣٢,٤٨
الحصول على أثر من الشخص الذي أصابني بالعين	٨٤	١٤,٤٣
استخدام البخور	٣٨	٦,٥٣
ارتداء التمائم والحروز	١٨	٣,٠٩
الذهاب للمعالجين الشعبيين	١٢	٢,٠٦
المجموع	٥٨٢	١٠٠,٠

يتضح من الجدول (١١) أن الممارسات الدينية تحتل المرتبة الأولى كأحد الحلول التي تلجأ إليها المبحوثات عند اعتقادهن بأنهن مصابات بعين حاسدة، ويرجع ذلك للتربية الدينية التي تعدّ حجر الأساس في بناء المجتمع السعودي، وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة التي توصلت إلى أن الممارسات المتخذة لعلاج العين تأخذ طابعاً شعائرياً دينياً كدراسة مرسي (١٩٩٧)، وعسيري (٢٠٠٣)، والزهراني (٢٠١٣)، وعلي (٢٠١٦)، وهيبة ونور الدين (٢٠١٩)، ومحمد (٢٠٢١). ويمكن القول: إن هذه الممارسات المتبعة للوقاية من العين أو علاجها؛ ترجع لرغبة

الأفـراد في الشـعور بالأمـان، حيث يعـدّون العين أحد مهـددات حياتهم الاجتماعية واسـتقرارهم، وقد تكون أحد الأسباب التي تؤدي لزوال النعم عنهم.

السـؤال الخامس: هل هنـاك فروق ذات دلالة احصائية فـي مـدى تأثيـر ثقافـة العيـن علـى شـبكة العلاقـات الاجتماعيـة للطالبـة الجامعيـة تبعـاً: (مسـتوى تعليـم الوالدين، المستوى الاقتصادي، مكان الإقامة)؟

للوقـوف على الفروق ذات الدلالـة الإحصائية بين اسـتجابات عينة الدراسة من الطالبات الجامعيات على محـور مـدى تأثيـر ثقافـة العين علـى شـبكة العلاقات الاجتماعيـة للطالبـة الجامعيـة التـي ترجـع لاختـلاف المتغيـرات (مسـتوى تعليم الأب، مسـتوى تعليم الأم، المسـتوى الاقتصـادي للأسـرة، مـكان الإقامـة)؛ تـم اسـتخدام اختبـار (Kruskal-Wallis)؛ لعـدم تكافـؤ فئات جميع المتغيرات، كما يأتي:

جدول (١٢): دراسة الفروق بين متوسطات استجابات أفراد العينة حول محور مدى تأثير وجود ثقافة العين لدى الطالبة الجامعية على شبكة علاقاتها الاجتماعية باختلاف المتغيرات الأولية باستخدام اختبار كروسكال واليز (Kruskal-Wallis)

المتغير	الفئات	العدد	متوسط الرتب	قيمة مربع كاي	مستوى الدلالة
مستوى تعليم الأب	لا يقرأ ولا يكتب	١٤	١١٧,٩٦	٢,٣٩	٠,٧٩٣
	ابتدائي	٢٧	١١٥,٧٨		
	متوسط	٤٨	١٣٦,٧٣		
	ثانوي	٨٨	١٣٦,١٨		
	جامعي	٧١	١٢٧,٥٤		
	دراسات عليا	١٢	١٢٩,٢٥		
مستوى تعليم الأم	لا تقرأ ولا تكتب	١٥	١٣١,٩٣	١,١٢	٠,٩٥٢
	ابتدائي	٤٢	١٣٨,٨٥		
	متوسط	٤٩	١٢٧,٩٨		
	ثانوي	٨٤	١٣٢,٣٨		
	جامعية	٦١	١٢٥,٥٧		
	دراسات عليا	٩	١١٨,٨٣		
المستوى الاقتصادي للأسرة	منخفض	١٩	١٤٥,٣٢	٠,٩١	٠,٦٣٤
	متوسط	٢٠٢	١٢٨,٦٣		
	مرتفع	٣٩	١٣٢,٩٥		
مكان الإقامة	مدينة	١٥٦	١٣١,٤٦	٠,٤٠	٠,٨٢٠
	قرية	٨٤	١٢٦,٩٩		
	هجرة	٢٠	١٣٧,٧٣		

* دالـة إحصائيـاً عند مسـتوى الدلالـة (٠,٠٥)، ** دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (٠,٠١)

يتضـح من الجـدول (١٢) أنه لا توجـد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسـط رتب استجابات أفراد العينة مـن الطالبات الجامعيات حـول محور تأثير ثقافة العين علـى شـبكة العلاقـات الاجتماعيـة للطالبـة الجامعيـة التـي ترجـع لاختلاف أي متغير من متغيرات (مسـتوى تعليم الأب، مسـتوى تعليم الأم، المستوى الاقتصادي للأسـرة، مـكان الإقامة) حيث كانت مسـتويات الدلالة لجميـع قيـم (مربع كاي) أكبـر مـن (٠,٠٥)، أي أنه لا توجـد فـروق ذات دلالة إحصائية في مـدى تأثير ثقافة العين على شبكة العلاقات الاجتماعية للطالبة الجامعية تبعـاً لمتغيـرات: (مسـتوى تعليـم الوالدين، المسـتوى الاقتصـادي، مكان الإقامة). وهـذا يعني أن مدى إيمان الطالبات بالعين، وانعكاس ذلك على حياتهن لا يتوقف على المستوى التعليمي للوالدين أو الوضع الاقتصادي ومـكان الإقامة، بل هي معتقـدات ثقافية واجتماعية قد يؤمـن بهـا فرد، ولا يؤمن بها آخر داخل نفس الأسـرة. وتتعارض هذه النتيجة مع نتيجة دراسـة وطفة (٢٠٠٢) أن أبناء المحافظات التقليدية أكثر إيماناً بالعين من أبناء المحافظـات المدنية؛ فأكثر من نصف عينة دراسـتنا من سكان المدن بنسبة ٦٠٪.

مناقشة النتائج:

يتضح من نتائج هذه الدراسة، أنه بالرغم من طغيان قيـم الحداثـة علـى الحيـاة الاجتماعية فما تـزال هناك بعـض الموروثات الثقافية التي تتشـبث بحيـاة الأفراد، وتطغـى علـى نمط تفكيرهـم، وتعيد ترتيـب علاقاتهم الاجتماعيـة، فالإيمـان بالعيـن معتقد نفسـي في المقام الأول؛ يسبب الكثير من المشكلات الاجتماعية، وتوتر العلاقـات وانقطاعهـا مهما كانت درجـة القرابة. حيث اتضـح من نتائج الدراسـة أن الاعتقـاد بالإصابة بالعين ناجـم في أغلب الأحـوال عن امتلاك الفرد ما يعتقد أن الآخريـن يرغبـون في امتلاكـه، كالتفـوق والنجاح، أو المـال، أو المكانـة الاجتماعية، أو الـزواج والإنجاب، فكلمـا زادت قيمـة الشـيء مـن الناحيـة الاجتماعية أو الماديـة زاد الاعتقـاد بإمكان التعـرض للإصابة بالعين بسـببه، فجوهر الاعتقـاد بالعين يتمثل في شـعور الفرد بأن الآخر لديه رغبة في الحصول على ما يملكه، وهذا هـو أحد أهم معانـي الصراع الاجتماعي وأسـبابه التي تحـدّث عنها منظّرو النظرية الصراعية. فإذا كان شـعور الفـرد بأن الآخر سـبب في إصابته بالعيـن؛ تغيّرت بنية العلاقـة الاجتماعية بينهما، وقد تتحول إلى علاقة ذات نمط صراعي، حيث يتم بناءً على ذلك تفسير كل فعل أو قول على أنه نابع من الحسد، وربط كل حادثة أو مرض أو زوال نعمـة بأنهـا عين حاسـدة من ذلك الشـخص. ومما يسـاعد على ثبوت وانتشـار ثقافة العيـن، وزيادة الإيمان بها؛ ما اتضح من نتائج الدراسـة: أن الاسـتماع لقصـص الآخريـن والمواقف التـي واجهتهم وعزوهم سـببها لتعرضهم للعين أسـهم في زيـادة اعتقادهن بها، والاسـتماع لهـذه القصـص يكـون فـي محيط الأسـرة والمجالس الاجتماعية، فيحدث ربط مشـابه في تفسير المواقف والأحداث.

اتضح أيضاً أن هناك (وصماً اجتماعياً) يتم إسـقاطه على بعض الأشخاص وتداوله اجتماعياً أنهم أشخاص ذوو عيـن حاسـدة، أو بالمصطلـح الاجتماعـي الدارج (عينه حارة)؛ مما يخلق تخوفاً عند الآخرين من التعامل معهم، ويؤدي للابتعاد عنهم خوفاً من وقوع ضرر.

نخلـص مـن هـذا أن التفكير القائم علـى تخمينات واعتقـادات مـن شـأنه أن يخلـق اضطرابـات عاطفيـة ونفسـية كثيرة لدى الفـرد، ينعكس تأثيرهـا على نظرته لنفسـه وللعالـم المحيـط بـه، وبالأخـص فيمـا يتعلـق بعلاقاته الاجتماعية، والأشخاص الذين يتواصل معهم؛ مما يجعله شـخصاً يعتريه الكثير من القلق والشـكوك، وعدم الشـعور بالثقة والأمان والاسـتقرار الاجتماعي؛

كونـه يتوقـع حـدوث الضـرر فـي أي وقـت، ومن أي شخص يطلع على مجريات حياته وأموره الخاصة.

التوصيات:

- إقامة حلقات حوار يشترك فيها تربويون ونفسيون واجتماعيون؛ لمناقشة حجم حضور ظاهرة العين في الحياة الاجتماعية، وتقصي تأثيراتها المختلفة.
- يقع على عاتق النظام التعليمي مهمة كبيرة تتمثل في أهمية خلق بيئات ثقافية وتربوية تُعلي من قيمة العقل والتفكير المنطقي والعلمي في تفسير أمور الحياة الاجتماعية والنظر إليها؛ مما يمد الطلبة بأفق واسع للتعامل مع مجريات حياتهم.
- على الأسرة تكثيف دورها في التنشئة الاجتماعية القائمة على غرس قيم سليمة، إلى جانب أهمية تعليم الأبناء قيماً إسلامية عالية تتمثل في الإيمان بالقضاء والقدر.
- إجراء المزيد من الدراسات الاجتماعية المتعمقة لبحث مختلف جوانب ظاهرة العين لدى المجتمع السعودي بكافة فئاته العمرية، وتحليل بنية هذا المعتقد ومظاهره في الحياة الثقافية لدى الأفراد.
- اقامة ورشات تدريبية في الجامعات والمدارس للتخفيف من الآثار السلبية التي قد تعيق حياة الطلبة نتيجة مخاوفهم المرتبطة بالعين والحسد.
- تعزيز الدور الديني في التقليل من الخوف المترتب على ظاهرة العين، وذلك من خلال مناقشة التعاليم الدينية ودورها في توجيه الأفراد للتعامل بإيجابية مع مشاعرهم..

المراجع:

أولاً: المراجع العربية

أحمد، فيطاس: وظيفة المعتقد الثقافي في التوجه العلاجي للراشد المصاب باضطراب نفسي، رسالة دكتوراه منشورة، الجزائر، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس مستغانم، (٢٠٢١).

بدر، أحمد. أصول البحث العلمي ومناهجه. ط١. مصر: المكتبة الأكاديمية، (٢٠١١).

بدوي، أحمد زكي. معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. لبنان: مكتبة لبنان، (١٩٨٢).

حمداوي، جميل. نظريات علم الاجتماع. ط١. الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع، (٢٠١٨).

خليفة، عبد اللطيف محمد. «المعتقدات الخرافية الشائعة وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى عينة من الكويتيين». المؤتمر الدولي الرابع- الإرشاد النفسي والمجال التربوي، مج١، القاهرة، مركز الإرشاد النفسي. جامعة عين شمس. (١٩٩٧).

الخوالدة، محمد محمود، والحسين، أحمد بن محمد بن سعد. «درجة انتشار الخرافات الثقافية كما يتصورها طلبة جامعة اليرموك وموقف الإسلام منها وانعكاساتها التربوية». مجلة المنارة للبحوث والدراسات، مجلد١٧، العدد(٧)، (٢٠١١)، ٦٢-٦٥.

الرفاعي، حصة السيد زيد. «ومن شر حاسد إذا حسد: الحسد في ظل نظرية الخيرات المحدودة». المجلة العربية للعلوم الإنسانية، مجلد٣٦، العدد(١٤١)، (٢٠١٨)، ١٣.

الزهراني، هدى بنت عبد الرحمن: الآثار الاجتماعية المترتبة على الخوف من الحسد والعين، دراسة ماجستير منشورة، الرياض، المركز الوطني للطب البديل، ط١، (٢٠١٣).

ضيف، الأزهر، وزيدان، جميلة. «نقد نظرية الصراع وإسقاطها على الواقع العربي». مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية- جامعة الشهيد حمة لخضر، العدد(٢٠)،(٢٠١٦)، ١٩١.

عبدولي، سعيد الحسين. «الحسد والعين من خلال المشاهد السحرية والشعوذية في المعيش التونسي». مجلة المصباحية – سلسلة العلوم الإنسانية، العدد(١٠)، (٢٠١٣)، ١٦٢.

عزام، طاهر عبد الرحيم. «الحسد: دراسة قرآنية». رسالة ماجستير منشورة، نابلس، جامعة النجاح الوطنية، (٢٠٠٩).

العساف، صالح بن حمد. المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية. ط١. الرياض: مكتبة العبيكان، (٢٠٠٣).

عسيري، عبد الرحمن بن محمد. «الحسد والعين من المنظور الاجتماعي مع التطبيق على الثقافة العربية». مؤتة للبحوث والدراسات- سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد١٨، العدد(٣)، (٢٠٠٣)، ٥٧-٦٤.

علي، صالح شبيب محمد. «ظاهرة الحسد عند الشبك في العراق: دراسة أنثرولوجية». مجلة الفنون والآداب وعلوم الإنسانيات والاجتماع، العدد(٤)، (٢٠١٦)، ٢٣٦-٢٥٩.

الغريب، عبد العزيز علي. نظريات علم الاجتماع. ط٢. الرياض: دار الزهراء، (٢٠١٦).

غيدنز، أنتوني. علم الاجتماع. (ت: الصياغ، فايز). ط٤. لبنان: المنظمة العربية للترجمة، (٢٠٠٥).

الفالح، سليمان بن قاسم. الضبط الاجتماعي: مفهومه وأبعاده والعوامل المحددة له. ط١. الرياض: العبيكان للنشر، (٢٠٢٠).

فيصل، زيات، ومحمد، مخطار ديدوش. «نظرية الصراع الاجتماعي من منطق كارل ماركس إلى منطق رالف داهرندوف». مجلة دراسات في علوم الإنسان والمجتمع، جامعة جيجل، مجلد٢، العدد(١)، (٢٠١٩)، ٣٨٣-٣٨٦.

كداية، أحلام، و بشاينة، سعد. «دراسة سوسيولوجية لظاهرة الصراع الاجتماعي في المنظمات بين البنائية الوظيفية والنظرية الماركسية». مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة، مجلد٢٤، العدد(١)، (٢٠٢٣)، ٤٤-٥٤.

مسعود، جبران. «الرائد: معجم لغوي عصري». ط٧. لبنان: دار العلم للملايين، (١٩٩٢).

محمد، أسماء محمد نبيل إحسان. «الحسد وتأثيره في سلوك الأفراد: دراسة أنثروبولوجية». مجلة البحث العلمي في الآداب، العدد(٢٢)، (٢٠٢١)، ٣٥.

محمد، مولاي: ظاهرة التحضر في القصر وتأثيرها على شكل العلاقات الاجتماعية، رسالة دكتوراه منشوره، الجزائر، جامعة محمد خيضر بسكرة، (٢٠٢١).

مرسي، محمد عبد المعبود. «الحسد وبنية الثقافة الشعبية في القرية المصرية».مجلة التربية، العدد(٦٠)، (١٩٩٧)، ١٥٩-١٦٦.

مروة، الهلي: المرض في ضوء المعتقدات الشعبية، رسالة ماجستير منشورة، الجزائر، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، (٢٠١٧).

المندلاوي، فريدة جاسم. «النظرية الصراعية في مجتمع متغير: بحث في سوسيولوجيا الجريمة والسلوك الإجرامي». مجلة دراسات اجتماعية، بيت الحكمة العراقي، العدد(٢٣)، (٢٠١٠)، ٧٩.

هيبة، بوعروج، ونور الدين، جفال. «سحر ضربة العين كمفعل أنثروبولوجي يثبت الإعتقاد وطقوس الرُقوة الشعبية بمدينة تبسة شرق الجزائر». مجلة أنثروبولوجيا، مجلد٥، العدد(١٠)، (٢٠١٩)، ٦١-٨١.

وطفة، علي أسـعد. ''اتجاهات التقليد والحداثة في العقلية العربية السـائدة: دراسـة في المضامين الخرافية للتفكيـر لـدى عينـة من المجتمـع الكويتـي''. المجلة التربوية، مجلد١٧، العدد(٦٥)، (٢٠٠٢)، ١٣٥-١٥٢.

يونـس، ياسـمين جرجيـس. «الخـوف من الحسـد وعلاقته بالتشـاؤم الدفاعي لدى طلبـة الجامعة». مجلة الآداب، جامعة بغداد، العدد(١٣٧)، (٢٠٢١).

ثانياً: المراجع الأجنبية

Abu-Rabia, A. (2005). The Evil Eye and Cultural Beliefs among the Bedouin Tribes of the Negev, Middle East. Folklore, 116(3), 241–254.

Cuesta, A. & Yousefian, S. (2015). A contrastive study of Arabic and Persian formulas against the evil eye used by women, Procedia. Social and Behavioral Sciences 212, 131 – 139. (2015).

Gershman, B. (2015). The Economic Origins of the Evil Eye Belief, Journal of Economic Behavior & Organization, 110, 119-144.

Mullick, M. S.I., Khalifa, N., Nahar, J. S., & Walker, D.-M. (2013). Beliefs about Jinn, black magic and evil eye in Bangladesh: The effects of gender and level of education. Mental Health, Religion & Culture, 16(7), 719–729.

المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك Celiac Disease في المملكة العربية السعودية

الدكتوره/ فاطمة خالد محمد الحسيني

أستاذ علم الاجتماع المساعد

قسم الخدمة الاجتماعية، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة أم القرى

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى التعرف المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك في المملكة العربية السعودية، ومدى وجود فروق بين المرضى في تحديد هذه المعوقات تعزى لاختلاف بعض الخصائص الديمغرافية، وهي دراسة وصفية، تم جمع بياناتها باستخدام استبانة مكونة من أربعة محاور للمعوقات، وهي: الشخصية، التنظيمية، المجتمعية، الخدمية. وتم تطبيقها على عينة عشوائية بسيطة مكونة من (٣٨٩) عن طريق جمعية السيلياك السعودية. وقد خلصت نتائج الدراسة إلى أن الدرجة الكلية للمعوقات التي يواجهها المرضى كانت كبيرة، وكذلك كانت الدرجة كبيرة في محوري المعوقات التنظيمية، والخدمية، بينما كانت متوسطة في محور المعوقات الشخصية والمجتمعية. كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى المعوقات تعزى لاختلاف محوري المعوقات التنظيمية والمجتمعية والدرجة الكلية تعزى لاختلاف الفئة العمرية لصالح الفئة العمرية من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة، كما وجدت فروق دالة إحصائياً في محوري المعوقات الشخصية والمجتمعية والدرجة الكلية تعزى لاختلاف مستوى الدخل لصالح ذوي الدخل المنخفض. بينما لم توجد فروق تعزى لاختلاف الجنس، أو المستوى التعليمي، أو الحالة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية: المعوقات، مرضى السيلياك، حساسية القمح، الغلوتين.

Obstacles facing celiac disease patients in Saudi Arabia

Dr. Fatima Khalid Al-Husseini
Assistant Professor of Social Work at Umm Al-Qura University

Abstract

The study aimed to identify the obstacles facing celiac patients in the Kingdom of Saudi Arabia, as well as the extent to which there are differences among patients in recognizing these obstacles due to varying demographic characteristics. This descriptive study collected data using a questionnaire consisting of four axes of obstacles: personal, organizational, societal, and service. The questionnaire was administered to a simple random sample of 389 patients through the Saudi Celiac Society. The results of the study concluded that the overall degree of obstacles faced by patients was significant. Specifically, the degree of obstacles was large in the organizational and service axes, while it was moderate in the personal and societal axes. The results also showed that there were statistically significant differences in the level of obstacles due to different organizational and societal factors, with a total score favoring the age group from 30 to less than 40 years. Additionally, there were statistically significant differences in personal and societal obstacles, as well as the total score, attributed to different income levels, favoring low-income individuals. However, no differences were found attributable to gender, educational level, or marital status.

Keywords: Barriers, Celiac disease, wheat allergy, gluten.

المقدمة

السيلياك Celiac، هو مرض مناعي يحدث في الأفراد الذين يستهلكون الغلوتين ''البروتين الموجود في القمح والشعير والجاودار''، ويؤثر سلباً على المخاط المبطن للأمعاء، فيؤدي إلى التدهور التدريجي لأهداب الأمعاء الدقيقة. ووفقاً لمجلس الصحة لدول مجلس التعاون (٢٠٢٣) فإن هناك شخص واحد من بين كل مائة شخص يعاني من السيلياك، إلاّ أنه لم يتم تشخيص سوى ما يقارب٣٠ ٪ فقط، بسبب تداخل أعراضه مع أعراض العديد من الأمراض الأخرى.

وأشار فاسكويز بولو وآخرون Vázquez-Polo et al (2023) إلى أن السيلياك ازداد انتشاره بشكل كبير في العقود القليلة الماضية بمعدل ٧,٥٪ سنويا، لكن انتشاره الدقيق لا يزال غير مؤكد، فغالباً ما يكون غير مشخص، ومع ذلك، فإنه يؤثر على ما يقرب من ١-٢ ٪ من السكان في معظم البلدان، هو أكثر شيوعا في النساء منه في الرجال والأطفال منه في البالغين.

ويُعد مرض السيلياك معقداً إلى حد كبير، وذلك أنه مرض مزمن لا يوجد له حتى الآن علاج طبي نهائي، وأن الطريقة الوحيدة والأساسية لإدارة المرض وتحسين نوعية حياة المرضى هي اتباع نظام غذائي خالٍ من الغلوتين، لكن النقطة الأخرى التي تعطي التصور المتكامل للتعقيد حول هذا المرض، وفي هذا الصدد ذكر اسباسيا وآخرون Aspasia et al (2022) أن العلاج الوحيد المتاح السيلياك هو اتباع نظام غذائي صارم خال من الغلوتين مدى الحياة، لكنه أمر قد يكون صعبا للغاية، بسبب التكلفة العالية، والتوافر المحدود للأطعمة والوجبات الخالية من الغلوتين في الأسواق والمطاعم.

وأضاف فيسبا وأريا Vespa and Araya (2017) أن الالتزام بنظام خالٍ من الغلوتين صعب للغاية، لأن الغلوتين عنصر شائع في معظم الوجبات الغذائية، كما أن تحديد ما إذا كان الطعام يحتوي على الغلوتين يُعد أمراً صعباً كذلك، بسبب الاتصال المتبادل بين الأطعمة؛ فالمنتجات الخالية من الغلوتين بشكل طبيعي، مثل الفواكه والخضروات، قد تتلامس مع الغلوتين قبل استهلاكها أو أثناء عمليات التحضير والتقديم.

إضافة لهذه التحديات والعقبات، فإن المرضى يواجهون مشكلات أخرى على مستوى التكيف الشخصي والاجتماعي، مما يجعلهم يعيشون في دائرة من القلق والتوتر، وقد ينعكس ذلك على صحتهم النفسية، فقد أشار زينغون وآخرون Zingone et al (2015) أنه تم ربط السيلياك بانخفاض جودة الحياة وبعض اضطرابات المزاج، وأن القلق والاكتئاب والتعب تُعد شكاوى شائعة لدى المرضى، وهي اضطرابات تؤدي إلى انخفاض نوعية الحياة.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تتأثر جودة حياة مرضى السيلياك تأثراً مباشراً بمدى التزامهم بالنظام الغذائي الخالي من الغولتين، والذي يُعد الأسلوب العلاجي الوحيد المناسب لهم، ومع ذلك، فإن الأمر معقد إلى حد كبير؛ فالالتزام بهذا النوع من الأنظمة الغذائية يواجه تحديات متعددة تضعف قدرتهم على اتباعه والاستمرار عليه، وفي هذا الصدد أشار مهتاب Mehtab et al (2024) إلى أنه على الرغم من أن الالتزام الصارم مدى الحياة بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين ضروري لنجاح علاج مرضى السيلياك، إلا أن ٣٠-٥٠٪ فقط من المرضى هم القادرين على الحفاظ على التزام جيد بهذا النظام الغذائي، وذلك نتيجة العديد من التحديات والمعوقات الشخصية، والتنظيمية، والمجتمعية. وأكد ويزر وآخرون Wieser et al (2023) من خلال مراجعتهم لنتائج مجموعة من الدراسات السابقة التي اهتمت بمشاكل مرضى السيلياك، أن المرضى لديهم التزام منخفض

بالنظـام الغذائي العلاجي الخالي من الغلوتين، بسـبب التحديـات التـي يواجهونهـا فـي المجتمـع وانخفاض مسـتوى تقديم الرعايـة، وقلة توفـر المتطلبات اللازمة لهم.

كما لاحظت الباحثة، من خلال معايشتها لواقع بعض المرضى في الدائرة الاجتماعية المقربة، أنهم يواجهون صعوبات فـي ضبط وإدارة حياتهـم ونظامهم الغذائي، كمـا يواجهون ضغوطاً متعددة فـي التكيف الاجتماعي نتيجـة محاولة الالتزام بالنظام الغذائي الخاص، وهو ما استشعرت معه أبعاد هذه المشكلة، والحاجة إلى إجراء دراسـة تسـتقصي المعوقـات التـي تواجهها هـذه الفئة مـن المرضى. وفي ضـوء ذلك، يمكن تحديد مشـكلة الدراسة في الإجابة عن السؤالين الآتيين:

١. ما المعوقات التي تواجه مرضى السـيلياك Celiac Disease في المملكة العربية السعودية؟
٢. هل توجد فـروق دالة إحصائياً في درجة المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك تعزى لاختلاف: النوع، العمـر، والمؤهل، والحالـة الاجتماعية، ومسـتوى الدخل؟

أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة للتحقق من الهدفين الآتيين:

١. تحديد درجة المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك Celiac Disease في المملكة العربية السعودية.
٢. الكشـف عـن مدى وجود فـروق دالـة إحصائياً في درجـة المعوقات التـي تواجه مرضى السـيلياك في المملكة العربية السـعودية تعـزى لاختلاف: النوع، العمـر، والمؤهل، والحالـة الاجتماعية، ومسـتوى الدخل.

أهمية الدراسة:

تتضح أهمية الدراسة في النقاط الآتية:

- أهميـة الفئـة التـي تتناولها الدراسـة، لكونهـا تمثل نسـبة معتبـرة في المجتمـع، لم تتناولها الدراسـات السـابقة بالاهتمام، وتحتاج إلى استكشاف مشاكلها وقضاياها، بما يسهم في تحسين جودة حياتهم.
- الاسـتجابة لمتطلبـات العديد من مرضى السـيلياك فـي المملكة، الذيـن يطالبون بدراسـة احتياجاتهم، وتوفير الحلول المناسبة لهم لمساعدتهم في الالتزام بالنظام الغذائي العلاجي الخالي من الغلوتين.
- قد تسـتفيد الجاهـات التنظيمية، مثل وزارة الصحة، ووزارة المـوارد البشـرية والتنمية الاجتماعيـة، ووزارة الشؤون البلدية والقروية، من نتائج الدراسة فـي التعـرف علـى المعوقـات التي تواجـه مرضى السـيلياك، والعمل على إيجاد حلول مناسبة لها في كافة المستويات.

مصطلحات الدراسة:

١. المعوقات

يُقصـد بالمعوقـات في هـذه الدراسـة: العقبات أو الحواجز التي تعترض مرضى السيلياك وتحد من قدرتهم على اتباع نظام غذائي من الغلوتين، بما يؤثر سلباً على جـودة حياتهـم. وتتحدد فـي هذه الدراسـة بالمعوقات الشـخصية التـي مرجعهـا للمريض نفسـه، والمعوقات التنظيمية التـي ترجع للجهات المسـؤولة، والمعوقات المجتمعيـة التي ترجع للمجتمـع، والمعوقات الخدمية التي ترجع لمقدمي الخدمات الغذائية في المجتمع.

٢. المعوقات الشخصية:

يُقصـد بهـا إجرائيـاً: التحديـات النفسـية والعاطفية التي يواجهها مرضى السـيلياك، مثل القلق بشـأن النظام الغذائـي والتكيـف مع قيـود الطعام، مما قـد يؤثر على جودة حياتهم.

٣. المعوقات التنظيمية:

تتعلق هذه المعوقات بالسياسات والإجراءات الفعالة في الرعاية الصحية لمرضى السيلياك، مثل: عدم توفر المعلومات الواضحة عن مرض السيلياك، أو عدم وجود بروتوكولات مناسبة للتشخيص والعلاج.

٤. المعوقات المجتمعية:

يُقصد بهذه المعوقات إجرائيًا: التحديات المرتبطة بالوعي العام والتمييز، مثل فهم المجتمع لمرض السيلياك، ووجود نظرة سلبية تجاه المرضى، مما قد يؤدي إلى العزلة الاجتماعية.

٥. المعوقات الخدمية:

تتعلق هذه المعوقات بتوفر الخدمات الصحية، وخدمات الطعام ونحوها من الخدمات المناسبة للمرضى، والتي قد يؤدي عدم توفرها بطريقة مناسبة إلى صعوبة إدارة المرض.

٦. مرض السيلياك:

عرف العبادي وعبود (٢٠٢٣) السيلياك بأنه ''مرض مزمن ذو استعداد جيني أو وراثي، تم تمييزه وتصنيفه بوجود ضمور زغبي في الأمعاء الدقيقة نتيجة الهضم المستمر للغلوتين'' (ص.٣).

وإجرائياً، يمكن تعريف مرض السيلياك بأنه: حالة مناعية مزمنة تؤثر على الجهاز الهضمي، يتفاعل فيها الجسم بشكل غير طبيعي مع مادة الغلوتين، وهو بروتين موجود في القمح والشعير. عندما يتناول الشخص المصاب بالسيلياك الأطعمة التي تحتوي على الجلوتين، تضمر الأهداب المعوية في الأمعاء الدقيقة، مما يؤدي إلى سوء امتصاص العناصر الغذائية.

حدود الدراسة:

- الحد الموضوعي: المعوقات (الشخصية، التنظيمية، المجتمعية، الخدمية) التي تواجه مرضى السيلياك.
- الحد المكاني: المملكة العربية السعودية.
- الحد البشري: مرضى السيلياك.
- الحد الزماني: طبقت الدراسة خلال النصف الأول من عام ٢٠٢٤.

الإطار النظري

السيلياك، أو الداء الزُلاقيCeliac Disease، أو الداء البطني Gluten-sensitive Enteropathy، هي مرادفات لحالة مرضية مناعية ذاتية تتميز بخصائص مصلية ونسيجية محددة ناجمة عن تناول الغلوتين لدى الأفراد المهيئين وراثيا.

ولم يتوصل لأسباب محددة لهذا المرض، فهو مرض جيني ورائي ينضم لمجموعة أمراض المناعة الذاتية المكتسبة، ويؤكد (Lebwohl. & Rubio-Tapia,2021؛ Parzanese et al,2017 ؛ Reilly et al, 2012) أن مرض السيلياك ينتج عن تفاعل معقد بين العوامل الوراثية والبيئية، إذ يرتبط بوجود جينات معينة، خاصة الجينات HLA-DQ2 وHLA-DQ8. فإذا كان لدى الفرد تاريخ عائلي للمرض، فإن احتمال الإصابة يزيد. ويعد تناول الأطعمة المحتوية على الغلوتين عاملاً محفزًا لظهور المرض لدى الأفراد المعرضين له وراثيًا. وتذهب بعض الدراسات إلى أن العدوى الفيروسية، قد تؤدي دورًا في تحفيز المرض. كما قد يؤثر توقيت إدخال الغلوتين إلى النظام الغذائي في الفترة الأولى للرضع، وكذلك التغذية العامة، لاحتمالية ظهور المرض. هذا بالإضافة للاستجابة المناعية، فقد يحدث تفاعل غير طبيعي للجهاز المناعي تجاه الغلوتين، ينتج عنه تلف الأمعاء الدقيقة.

والغلوتين كما أشار كايو وآخرون Caio et al (2019) هو المصطلح العام للبروتينات القابلة للذوبان في الكحول الموجودة في الحبوب المختلفة، مثل القمح والشعير والجاودار.

ووفقاً لعبدالرحمن وحمزة (٢٠١٩) فإن تناول

الغلوتين يؤثر على الطبقة المخاطية المبطنة للأمعاء الدقيقة، مما ينتج عنه تلف الأهداب، والالتهاب المزمن وضمور الزغابات، فيفقد الجسم الفيتامينات والمعادن والسعرات الحرارية بسبب سوء الامتصاص، مؤدياً لأمراض سوء التغذية، فضلاً عن الآثار السلبية على أعضاء الجسم المختلفة المهمة، مثل القلب، والكبد، والبنكرياس، والطحال، والغدة الدرقية، والعظام، والجهاز العصبي.

وذكر بارزاني وآخرون (Parzanese et al (2017 أن السيلياك يُعد أحد أكثر الاضطرابات الوراثية شيوعاً بين الناس، وينتشر بين الصغار والكبار، لكنه أكثر انتشاراً بين النساء، وعلى الرغم مما كان يعتقد أن بعض البلدان معفاة من هذا المرض، تعتبر أوروبا تاريخيا منطقة جغرافية ذات انتشار مرتفع يصل إلى ما بين ١-٢ ٪ من السكان، وقد أظهر مؤخراً انتشاراً مشابهاً في الولايات المتحدة، ومع ذلك، فلا يزال معدل الانتشار العام غير واضح. وقد يرجع ذلك بشكل أساسي إلى أن حوالي نصف الأشخاص المصابين لا يعانون من أعراض الجهاز الهضمي الكلاسيكية، لكنهم يقدمون مظاهر غير محددة لنقص التغذية أو ليس لديهم أعراض على الإطلاق. وتختلف معدلات الانتشار كلياً في الأشخاص المعرضين لمخاطر عالية من المهيئين له والأصحاء، إذ يصل معدل الانتشار بين المعرضين للخطر إلى ٤,٥٪ بينما تصل إلى ٠,٧٥٪ بين الأصحاء. ولا يقتصر انتشاره على البلدان الصناعية، ولكنه يشمل شمال إفريقيا والشرق الأوسط والهند، مع تداخل معدلات الإصابة مع الدول الأوروبية .ومع ذلك، بالنظر إلى التوزيع العالمي للعوامل السببية، فإن هذا الانتشار غير المتجانس ليس مفاجئا. لقد تبين أن السكان الصحراويين الجزائريين لديهم أعلى معدل انتشار للمرض (تقريبا ٦٪) بين جميع سكان العالم.

وفي المملكة العربية السعودية، أشار جبر (٢٠١٥) أن نتائج كشف مسحي للمرض أجراه فريق بحثي من جامعة الملك سعود بين طلاب المدارس الثانوية في ثلاث مناطق من المملكة، أظهر أن ٢,٢٪ من الطلاب كانت نتائجهم موجبة وهي نسبة مرتفعة. وأشارت دراسة بخاري (٢٠٢٠) أن معدل الإصابة بالسيلياك وصل١,٥٪ من إجمالي السكان.

وتهتم المملكة بمرضى السيلياك، حيث صدر الأمر الملكي في ١٤٣٧هـ بتأمين المنتجات الأساسية الخالية من الغلوتين للمرضى، وأطلقت وزارة الصحة برنامج تأمين هذه المنتجات للمرضى، وبدأت في التوزيع الفعلي في رجب ١٤٣٩هـ عن طريق ٣١ مستشفى، وقد كان عدد المرضى المشتركين في بداية البرنامج ٥٢٣ مريضاً، ووصل عدد المسجلين في البرنامج عام ٢٠٢٢ إلى ٤٠٥٤ مريضاً، يتلقون هذه الخدمة من ٤٣ مستشفى حول المملكة.

وبخلاف الآثار الصحية للسيلياك، فإن المرضى يواجهون صعوبات وتحديات متعددة، حيث أشار أمين (٢٠٢١) إلى أنه يُحدث تغييرات رئيسية في نمط الحياة الاجتماعية، فيقلل القدرة على التواصل الاجتماعي، والمشاركة في المناسبات الاجتماعية التي تنطوي غالباً على تقديم الطعام، وهو ما قد يؤدي إلى الاكتئاب، وضعف الثقة بالنفس، والشعور بالإحباط، ويتأثر الدور الاجتماعي للمصابين، مع شعور بعدم الراحة وانخفاض الرضا نتيجة عدم القدرة على التوفيق بين الاحتياجات والدوافع والأدوار الاجتماعية، فتنشأ صراعات داخلية تؤدي إلى القلق الدائم والتوتر المستمر.

كما أكد (Mehtab et al, 2024؛ Vázquez-Polo et al, 2023؛ Wieser et al, 2023) أن مرضى السيلياك يواجهون صعوبات كبيرة في الالتزام بنظام غذائي خالي من الغلوتين، منها نقص الخيارات المتاحة في المتاجر والمطاعم، والعبء المالي نتيجة التكلفة العالية غالبًا للأطعمة الخالية من

الغلوتين التي تكون أغلى من نظيراتها التقليدية، ووجود الغلوتين في مكونات غير متوقعة أو في الأطعمة المُعالجة، مما يتطلب التعامل الدقيق مع كل الأطعمة التي يتم تناولها، إضافة إلى صعوبة تناول الطعام في المناسبات الاجتماعية أو المطاعم، وما ينتج عن ذلك من الشعور بالعزلة. يضاف لذلك، نقص الوعي لدى المرضى أنفسهم أو أفراد الأسرة والمجتمع حول السيلياك والأطعمة التي تحتوي على الغلوتين، وما ينتج عن ذلك كله من تحديات نفسية نتيجة تغيير نمط الحياة، والحاجة المستمرة إلى استشارة مختصين في التغذية العلاجية لتخطيط نظام غذائي متوازن ومناسب.

يتبين مما سبق أن إدارة مرض السيلياك تتطلب التزامًا كبيرًا، ولكن المرضى يواجهون في الوقت ذاته تحديات متعددة تجعل الالتزام بنظام غذائي خالٍ من الغلوتين أمرًا صعبًا للعديد منهم، وتفرض بذل مزيد من الاهتمام لتذليل التحديات التي يواجهونها، ومساعدتهم على توفير المتطلبات اللازمة لتحسين تكيفهم الاجتماعي والنفسي.

الدراسات السابقة

أجرى مهتاب وآخرون Mehtab et al (2024) دراسة للتعرف على معوقات الالتزام بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين التي تواجه مرضى السيلياك البالغين في الهند، وهي دراسة وصفية، جمعت بياناتها باستخدام الاستبانة التي توزعت على عينة مكونة من (٩٧٨) مريضاً من المرضى المراجعين للعيادات التخصصية بالمستشفيات الحكومية. وقد أظهرت النتائج وجود العديد من المعوقات التي تحول دون الالتزام بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين، ومن ذلك المعوقات الشخصية، مثل نقص المعرفة حول السيلياك، وعدم كفاية الموارد المالية، وضعف الدافع الذاتي. والمعوقات الاجتماعية، مثل: تناول الطعام المحتوي على الغلوتين بناء على إصرار الأصدقاء أو العائلة؛ وعدم توافر المواد الغذائية المناسبة للمرضى في المناسبات الاجتماعية. وهناك أيضاً المعوقات التنظيمية، مثل: التكلفة العالية للمنتجات الغذائية الخالية من الغولتين، وعدم توافرها؛ وعدم إحالة المرضى إلى اختصاصي التغذية للحصول على الاستشارة والتوجيه.

وسعت دراسة عبدالرحمان وبوعروة (٢٠٢٣) إلى استكشاف العلاقة بين المساندة الاجتماعية والتكيف النفسي لدى مرضى السيلياك في الجزائر، وهي دراسة وصفية، تم جمع بياناتها باستخدام مقياسي المساندة الاجتماعية والتكيف النفسي، وطُبقت على عينة مكونة من (٣٢) مريضاً. وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ودالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية والتكيف النفسي، ولم تظهر النتائج وجود فروق دالة إحصائياً في مستوى المساندة الاجتماعية والتكيف النفسي لمتغير الجنس، كذلك لم توجد فروق دالة إحصائياً في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى الحالة الاجتماعية، بينما وجدت فروق في مستوى التكيف النفسي تعزى للحالة الاجتماعية لصالح الأرمل.

وهدفت دراسة فاسكيز بولو وآخرين Vázquez-Polo et al (2023) لاستكشاف مدى معرفة ومخاوف واحتياجات الأفراد المصابين بالسيلياك في إسبانيا، وهي دراسة وصفية، جمعت بياناتها باستخدام استبانة طبقت على عينة مكونة من (٣٠٠) فرد من المصابين بالسيلياك الذين تتراوح أعمارهم بين ٢٥-٤٤ سنة، وقد أظهرت النتائج أن مستوى قلق ومخاوف المرضى حول النظام الغذائي الذي يجب عليهم اتباعه كان كبيراً. وظهرت تحديات القيود الاجتماعية بدرجة كبيرة، حيث مثلت مصدر القلق الرئيس، مثل صعوبة الحصول على طعام مناسب خارج المنزل ومشاركة الطعام مع الآخرين. وكان مستوى وعي المشاركين ومعرفتهم العامة بالمرض معقولاً. كما أنهم يعتقدون بنسبة كبيرة أن تحسين المعرفة العامة حول مرضهم

لدى أفراد المجتمع من شأنه أن يحسن نوعية حياتهم.

وهدفت دراسة ويزر وآخرون Wieser et al (2023) إلى التعرف على التحديات المرتبطة بمراقبة الالتزام بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين لدى المرضى المصابين بمرض السيلياك في إسبانيا، وهي دراسة مزجية، تم جمع معلوماتها باستخدام الاستبانة والمقابلات مع المرضى ومراجعة السجلات الطبية لتجميع البيانات حول مدى الالتزام بالنظام الغذائي. وطبقت على عينة من المرضى بلغ عددها (١٥٧) مريضاً من مرضى السيلياك الذين يتلقون العلاج والمتابعة في مراكز صحية محددة. وتوصلت النتائج إلى أن المرضى يواجهون تحديات كبيرة في الالتزام بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين، وأن نسبة كبيرة منهم غير ملتزمة به. وحددت نتائج الدراسة عدة عوامل تؤثر على التزام المرضى، مثل: نقص المعلومات، والدعم الاجتماعي، وبعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية، مثل: التعليم، والعمر، والعرق، بالإضافة إلى العوامل الشخصية، مثل: الدافعية، والكفاءة الذاتية. وأكدت النتائج أن توفير المعلومات، والتوجيه المناسبين يمكن أن يعزز من التزام المرضى بالنظام الغذائي. وأن توافر الأطعمة الخالية من الغلوتين في المتاجر والمطاعم يُعد من العوامل المهمة التي تؤثر على التزام المرضى، كما أكدت على ضرورة وجود متابعة طبية مستمرة لضمان الالتزام وتحسين جودة حياة المرضى.

وأما دراسة أمين (٢٠٢١) فقد سعت للتعرف على مدى التكيف الاجتماعي لمرضى السيلياك في كل من القاهرة وتونس، وهي دراسة مزجية استندت إلى عدة مناهج، منها المنهج السيسيو أنثروبولوجي، والمنهج التحليلي، والمنهج المقارن، ودراسة الحالة، وجمعت بياناتها باستخدام الاستبانة والمقابلات، حيث طبقت الدراسة على عينة مكونة من (٤٠٠) فرد من المرضى موزعين بالتساوي على الدولتين. وأظهرت النتائج أن المرضى يواجهون تحديات كبيرة في التكيف، إذ يعانون على المستوى الاجتماعي من تغييرات واضحة في نمط حياتهم الاجتماعية، مثل: صعوبة التواصل والتنزه مع الأصدقاء، وعدم تبادل الزيارات خلال المناسبات الاجتماعية. وغذائياً، يضطرون إلى تغيير نظامهم الغذائي، مما يؤدي إلى اضطرابات غذائية وعدم تقبل الأطعمة المناسبة لهم. ويشعر في البداية بالرفض للطعام، مما قد يتسبب في ظهور أعراض إضافية مثل الاكتئاب والتوتر. وبواجهون صعوبة في الانخراط في الأنشطة الاجتماعية، كما طرأت تغييرات على عاداتهم اليومية، وهو ما يؤثر سلبًا على أدوارهم الاجتماعية، ويشعرهم بعدم الراحة والرضا، وقد يؤدي إلى صراعات داخلية وقلق مستمر.

وسعت دراسة أبو جنب وجانا Abu-Janb and Jaana (2020) للتعرف على العوامل المساعدة والعقبات التي تحول دون الالتزام بالنظام الغذائي الخالي من الyجلوتين بين البالغين المصابين بمرض السيلياك، وهي دراسة نوعية، جُمعت بياناتها من خلال مراجعة منهجية شملت (٤٠) دراسة سابقة. وتوصلت الدراسة إلى أن معدلات التزام مرضى السيلياك بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين أقل بكثير من المستوى الأمثل لدى البالغين المصابين بالمرض، وتمثلت أهم العوامل المساعدة للمرضى على اتباع النظام الغذائي في: زيادة مستوى التعليم؛ وزيادة المعرفة بالنظام الغذائي المناسب للحالة المرضية؛ والقدرة على التنظيم الذاتي؛ والعضوية في إحدى جمعيات السيلياك، والدعم الاجتماعي. بينما شملت أهم المعوقات: انخفاض المعرفة بالمرض، وعدم توافر الطعام المناسب في المطاعم المتاجر، وضعف دور الممارسين الطبيين في تثقيف المريض؛ وانخفاض الدافعية للالتزام بالوجبات الغذائية الخالية من الغلوتين، والضغوط الاجتماعية. كما أكدت النتائج أن الدعم النفسي والاجتماعي يؤدي

دورًا مهمًا في تعزيز التزام المرضى بالنظام الغذائي.

وهدفت دراسة بدر وآخرون Bader et al (2018) إلى تقييم مستوى الوعي بمرض السيلياك في منطقة العقبة بالأردن، وتحديد المشكلات والصعوبات التي تواجه المرضى، وهي دراسة نوعية، تم جمع بياناتها باستخدام المقابلات التي أجريت مع (١٧) مريضاً من فئات عمرية مختلفة. وأظهرت النتائج أن هناك نقصًا كبيرًا في الوعي بمرض السيلياك، مما يؤدي إلى عدم التشخيص والعلاج المناسب. وجاء في المرتبة الثانية المشكلات المالية، حيث أشار أفراد العينة إلى أن التكاليف المرتفعة للأطعمة الخالية من الغلوتين تمثل عائقًا رئيسيًا للالتزام بالنظام الغذائي، كما أظهرت النتائج وجود معوقات اجتماعية، من أهمها وجهة النظرة الاجتماعية السلبية، وضعف معرفة أفراد المجتمع بالمرض. واقترحت الدراسة تعزيز الوعي العام، وتوفير الدعم المالي للمرضى لتحسين جودة حياتهم.

وهدفت دراسة سياتشي وزينجون Ciacci and Zingone (2015) إلى استكشاف طبيعة العبء الاجتماعي الذي يشعر به الأفراد المصابون بمرض السيلياك وكيف يؤثر ذلك على حياتهم اليومية. واتبعت الدراسة منهجاً نوعياً، يقوم على جمع البيانات من خلال تحليل الدراسات السابقة التي درست آثار مرض السيلياك على المرضى وعلى حياتهم. وقد توصلت الدراسة بعد مراجعة العديد من الدراسات وتحليلها أن المرضى يواجهون ضغوطًا اجتماعية كبيرة بسبب القيود الغذائية التي تؤثر على حياتهم الاجتماعية والنفسية، وتؤدي إلى شعورهم بالعزلة والقلق المرتبط بالالتزام بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين، وأنهم يكونون على حذر عند تناول الطعام غير المعد في المنزل، مع وجود معوقات تتعلق بتوافر الأطعمة الخالية من الغلوتين، وتكلفتها العالية، وضعف استساغة الكثير منها، والمشاركة في المناسبات الاجتماعية والاضطرار لتناول الطعام خارج المنزل. كما أكدت النتائج على تحسن معرفة الأطباء ومقدمي الخدمات الطبية بمرض السيلياك واحتياجات المرضى، وكذلك العاملين في مجال الأغذية الذين زاد وعيهم بالاضطرابات المرتبطة بالغلوتين، كما زادت معرفة أفراد المجتمعات بالمرض.

الإجراءات المنهجية للدراسة

منهج الدراسة:

تتبع الدراسة المنهج الوصفي، ويُعد الأنسب للدراسة من حيث طبيعتها الوصفية الهادفة لاستقصاء المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك، وكذلك أداتها الوصفية المتمثلة في الاستبانة، كما يمكن من خلاله تحقيق أهداف الدراسة والإجابة عن أسئلتها.

مجتمع الدراسة وعينتها:

يتكون مجتمع الدراسة من مرضى السيلياك في المملكة، والبالغ عددهم (٥٠٠) ألف مريض. وقد طبقت الدراسة على عينة عشوائية بسيطة مكونة من (٣٨٩) مريضاً، ويُعد هذا العدد معبراً عن المجتمع وفقاً لمعادلة ستيفن Stephen Thompson›s، كما تتفق مع ما حدده كريجسي ومورغان Krejcie & Morgan في جدولهما، وتم سحب العينة عشوائياً بطريقة إلكترونية من قوائم المرضى المسجلين بجمعية السيلياك السعودية. ويوضح الجدول التالي خصائصهم من حيث الجنس، والعمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل:

جدول (١)

خصائص عينة الدراسة (ن=٣٨٩)

المتغير	الفئات	العدد	النسبة
الجنس	ذكر	٤٩	٪١٢,٦
	أنثى	٣٤٠	٪٨٧,٤
العمر	أقل من ٢٠ سنة	٩٦	٪٢٤,٧
	من ٢٠ لأقل من ٣٠ سنة	٨١	٪٢٠,٨
	من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة	٩٩	٪٢٥,٤
	من ٤٠ لأقل من ٥٠ سنة	٧٤	٪١٩,٠
	من ٥٠ سنة فأكبر	٣٩	٪١٠,٠
المستوى التعليمي	أقل من ثانوي	٩١	٪٢٣,٤
	ثانوي	٩٢	٪٢٣,٧
	جامعي	١٩٣	٪٤٩,٦
	دراسات عليا	١٣	٪٣,٣
الحالة الاجتماعية	أعزب	١٧٨	٪٤٥,٨
	متزوج	١٨٥	٪٤٧,٦
	أرمل	٨	٪٢,١
	مطلق	١٨	٪٤,٦
مستوى الدخل	مرتفع	١١	٪٢,٨
	متوسط	٢٦٨	٪٦٨,٩
	منخفض	١١٠	٪٢٨,٣

أداة الدراسة:

تم إعداد استبانة لجمع البيانات اللازمة للدراسة حول المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك في المملكة، وقد تكونت الاستبانة في صورتها الأولية من (٢٥) عبارة موزعة على أربعة محاور بواقع (٧) عبارات لمحور المعوقات الشخصية، و(٥) عبارات لمحور المعوقات التنظيمية، و(٤) عبارات لمحور المعوقات المجتمعية، و(٩) عبارات لمحور المعوقات الخدمية. ويستجاب على عبارات الاستبانة وفقاً بتقدير ليكرت الثلاثي، بحيث يختار المستجيب بين ثلاثة بدائل تحدد درجة المعوق لكل عبارة: كبيرة، متوسطة، منخفضة. وتقابل الدرجات ٣، ٢، ١ على الترتيب، وبذلك يتراوح متسوط الاستجابات بين ١-٣، ويمكن استخدام المعيار الآتي للحكم على درجة المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك:

- درجة كبيرة، إذا تراوح المتوسط الحسابي بين ٢,٣٤ و٣.
- درجة متوسطة، إذا تراوح المتوسط الحسابي بين ١,٦٧ وأقل من ٣,٣٤.
- درجة منخفضة، إذا تراوح المتوسط الحسابي بين ١ وأقل من ١,٦٧.

وتم التأكد من صدق وثبات الاستبانة بالطرق الآتية:

١. صدق المحتوى:

عرضت الاستبانة على مجموعة مكونة من (١٠) أفراد من أعضاء هيئات التدريس المتخصصين في الخدمة الاجتماعية الطبية بالجامعات السعودية والعربية. وذلك لإبداء رأيهم في محتوى الاستبانة، ومناسبتها لما أعدت لقياسه، وتعديل ما يرونه مناسباً، وقد اتفق المحكمون على مناسبة العبارات والمحاور، واقترحوا تعديل صياغة بعض العبارات، وبذلك لم يتم حذف أو إضافة عبارات، واعتبر ذلك صدقاً لمحتوى الاستبانة.

٢. الاتساق الداخلي:

تم تطبيق استبانة المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك على عينة استطلاعية مكونة من (٤٠) مريضاً من مرضى السيلياك من غير عينة الدراسة الأساسية، حيث تم حساب معاملات ارتباط بيرسون بين العبارات ومحاورها، وارتباط المحاور معاً وارتباطها بالدرجة الكلية، وفيما يلي توضيح النتائج:

جدول (٢)

معاملات ارتباط العبارات مع المحاور (ن=٤٠)

المعوقات الشخصية		المعوقات التنظيمية		المعوقات المجتمعية		المعوقات الخدمية	
م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط	م	الارتباط
١	٠,٥٨٩**	١	٠,٦٣٨**	١	٠,٥٠٧**	١	٠,٥٤٢**
٢	٠,٤٢١**	٢	٠,٣٩٢*	٢	٠,٨٨٩**	٢	٠,٧٢٥**
٣	٠,٣٣٤*	٣	٠,٦٧٨**	٣	٠,٨٢٧**	٣	٠,٦٢٨**
٤	٠,٣٦٦*	٤	٠,٧٦٤**	٤	٠,٧٧٤**	٤	٠,٧٠٧**
٥	٠,٦٨٩**	٥	٠,٦١٠**			٥	٠,٧١٢**
٦	٠,٥٩٨**					٦	٠,٧٩٠**
٧	٠,٥٧٢**					٧	٠,٧٦٤**
						٨	٠,٣٥٤*
						٩	٠,٤٣٠**

*دالة عند مستوى (٠,٠٥) ** دالة عند مستوى (٠,٠١)

تشير نتائج الجدول (٢) إلى جميع عبارات الاستبانة ترتبط مع محاورها بمعاملات ارتباط دالة إحصائياً، حيث تراوحت معاملات ارتباطها بين (٠,٣٣٤-٠,٨٨٩)، وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٥ وبعضها دال عند مستوى ٠,٠١. ويوضح الجدول التالي معاملات ارتباط المحاور معاً، وارتباطها بالدرجة الكلية للاستبانة:

جدول (٣)

معاملات ارتباط محاور الاستبانة معاً وارتباط المحاور بالدرجة الكلية (ن=٤٠)

المحاور	المعوقات الشخصية	المعوقات التنظيمية	المعوقات المجتمعية	المعوقات الخدمية	الدرجة الكلية
المعوقات الشخصية	١	٠,٤٨٨**	٠,٣٩٢*	٠,٣٨٩*	٠,٧٤٥**
المعوقات التنظيمية	٠,٤٨٨**	١	٠,٣٤٩*	٠,٣٣٨*	٠,٧٠٠**
المعوقات المجتمعية	٠,٣٩٢*	٠,٣٤٩*	١	٠,٥٥٥**	٠,٧٩١**
المعوقات الخدمية	٠,٣٨٩*	٠,٣٣٨*	٠,٥٥٥**	١	٠,٦٧٤**

*دالة عند مستوى (٠,٠٥) ** دالة عند مستوى (٠,٠١)

يتضح من الجدول (٣) أن المحاور الأربعة للاستبانة ترتبط معاً بمعاملات ارتباط تتراوح قيمها بين (٠,٣٣٨-٠,٥٥٥) وهي قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠٥ وبعضها دال عند مستوى ٠,٠١. كما تبين المحاور الأربعة ترتبط مع الدرجة الكلية بمعاملات ارتباط تتراوح قيمها بين (٠,٦٧٤-٠,٧٩١)، وجميعها قيم دالة إحصائياً عند مستوى ٠,٠١، وهو ما يُعد مؤشراً على صدق بناء الاستبانة.

٣. ثبات الاستبانة:

تم التأكد من الثبات بطريقتي Cronbach›s alpha، وMcdonald›s Omega، ويوضح الجدول التالي معاملات ثبات المحاور الأربعة والثبات الكلي للاستبانة بالطريقتين:

جدول (٤)

معاملات ثبات الاستبانة (ن=٤٠)

م	المحاور	عدد العبارات	Cronbach›s α	McDonald›s ω
١	المعوقات الشخصية	٧	٠,٧٣٨	٠,٧٤٦
٢	المعوقات التنظيمية	٥	٠,٧٥٨	٠,٧٩٦
٣	المعوقات المجتمعية	٤	٠,٧٥٤	٠,٧٩٢
٤	المعوقات الخدمية	٩	٠,٧٢٨	٠,٧٦٤
معامل ثبات الاستبانة		٢٥	٠,٨١٠	٠,٨٠٤

يتبين من الجدول (٤) أن معاملات الثبات لمحاور الاستبانة تراوحت بين (٠,٧٢٨-٠,٧٩٦)، كما بلغ الثبات الكلي للاستبانة (٠,٨١٠) بطريقة ألفا كرونباخ، و(٠,٨٠٤) بطريقة أوميجا ماكدونالدز، وهي معاملات ثبات مقبولة، وتشير إلى ثبات درجة الاستبانة عند إعادة تطبيقها على عينات أخرى من مجتمع مرضى السيلياك المستهدفين.

أساليب المعالجة الإحصائية:

تم معالجة البيانات باستخدام عدة أساليب إحصائية، حيث تم الاستفادة من المتوسطات الحسابية Arithmetic mean والانحرافات المعيارية Standard deviation لتحديد درجة المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك. ونظرًا لعدم الاعتدالية في توزيع بيانات المتغيرات، فقد تم استخدام اختبار مان وتني Mann Whitney للكشف عن الفروق بين متوسطات استجابات العينة تبعاً لاختلاف الجنس، واختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis للكشف عن الفروق تبعاً لاختلاف العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، والدخل.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

عرض ومناقشة نتائج السؤال الأول

للإجابة عن السؤال الأول الذي نص على: ما المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك Celiac Disease في المملكة العربية السعودية؟ تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية للدرجة الكلية للاستجابات على الاستبانة ومحاورها الأربعة، وبوضح الجدول التالي هذه النتائج:

جدول (٥)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية وتحديد الدرجة الكلية للاستبانة والمحاور الرئيسة للمعوقات التي تواجه مرضى السيلياك في المملكة (ن=٣٨٩)

م	المحاور	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
١	المعوقات الشخصية	٢,١٤	٠,٤٥٧	٤	متوسطة
٢	المعوقات التنظيمية	٢,٣٤	٠,٥٣١	٢	كبيرة
٣	المعوقات المجتمعية	٢,٣٠	٠,٦٠٠	٣	متوسطة
٤	المعوقات الخدمية	٢,٦٨	٠,٤٣٠	١	كبيرة
الدرجة الكلية للمعوقات		٢,٣٦	٠,٣٨٠		كبيرة

يتضح من الجدول (٥) أن مرضى السيلياك Celiac Disease في المملكة العربية السعودية يواجهون معوقات بدرجة كبيرة، حيث بلغ المتوسط العام للمعوقات (٢,٣٦) بانحراف معياري بلغت قيمته (٠,٣٨٠)، كما ظهرت المعوقات الخدمية والتنظيمية بدرجة كبيرة، إذا بلغت متوسطاتهما (٢,٦٨؛ ٢,٣٤)، بينما ظهرت المعوقات الشخصية والمجتمعية بدرجة متوسطة، إذا بلغت متوسطاتهما (٢,١٤؛ ٢,٣٠).

وقد يرجع السبب في الدرجة الكبيرة العامة للمعوقات التي تواجه المرضى إلى طبيعة وخصائص هذا المرض، فهو مرض يرتبط بالغذاء، ويتطلب التعامل معه اتباع نظام غذائي خالي من الغلوتين، إلاّ أن خيارات هذا النظام قليلة، ومكلفة، ولا تتوفر بسهولة غالباً. كما أن التعامل مع هذا لمرض لا يتطلب فقط وعي المرضى بطبيعته، بل يجب أن يشمل الوعي به المحيطين بالمرضى، من أفراد الأسرة، والأصدقاء، وأفراد المجتمع، ومقدمي الخدمات الغذائية، حتى يدعموا ويسهلوا على المرضى اتباع النظام العدائي المستهدف وتجنب التدهور الصحي الناتج عن مشاركة الغذاء العادي مع غير المصابين. ولا شك أن ذلك يمثل ضغطاً وتحدياً للمرضى، يضاف لذلك التحديات الاقتصادية نتيجة ارتفاع أسعار المواد الغذائية الخالية من الغلوتين، وكذلك، صعوبة حصول المرضى في بعض الأماكن على الخدمات والرعاية الصحية اللازمة.

وتتفق هذه النتائج مع دراسات (Mehtab et al, 2024؛ Vázquez-Polo et al, 2023؛ Wieser et al, 2023) التي أظهرت أن مرضى السيلياك يواجهون تحديات كبيرة، أو يعانون من بعض المشاكل والصعوبات التي تؤثر على التزامهم بالنظام الغذائي العلاجي الخالي من الغلوتين.

وفيما يلي تفصيل نتائج كل محور على حدة:

١. المعوقات الشخصية:

جدول (٦)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور المعوقات الشخصية ودرجته الكلية (ن=٣٨٩)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
١	صعوبة الالتزام بنظام غذائي خالي من الغلوتين بشكل كامل مدى الحياة.	٢,٠٨	٠,٧٠٣	٥	متوسطة
٢	صعوبة الوصول إلى نظام غذائي متوازن يلبي احتياجاتي الغذائية	٢,١٦	٠,٦٧٨	٣	متوسطة
٣	وجود مشاكل صحية وأمراض أخرى نتيجة حساسية الجلوتين.	٢,٠٤	٠,٧٩٩	٦	متوسطة
٤	محدودة مشاركة أفراد الأسرة في وجبة الطعام.	٢,١٤	٠,٧٥٤	٤	متوسطة
٥	أواجه مشاكل تتعلق بالتكيف الأسري نتيجة إصابتي بحساسية الجلوتين.	١,٩٣	٠,٨٠٨	٧	متوسطة
٦	لديّ مخاوف من إصابة أحد الأبناء بحساسية الغلوتين (حالياً أو مستقبلاً).	٢,٤١	٠,٧٨٣	١	كبيرة
٧	أشعر بمخاوف مستقبلية من تطور المرض.	٢,٢١	٠,٨٣١	٢	كبيرة
الدرجة الكلية لمحور المعوقات الشخصية		٢,١٤	٠,٤٥٧	متوسطة	

يتبين من الجدول (٦) أن المعوقات الشخصية التي تواجه مرضى السيلياك في المملكة العربية السعودية كانت بدرجة متوسطة، إذ بلغ المتوسط الحسابي العام للمحور (٢,١٤) بانحراف معياري بلغت قيمته (٠,٤٥٧)، وأما فيما يخص العبارات الفرعية، فقد ظهر معوقان بدرجة كبيرة، وخمسة معوقات بدرجة متوسطة.

ويمكن عزو الدرجة المتوسطة للمعوقات الشخصية إلى إدراك المرضى لطبيعة مرضهم، والصعوبات والضغوط المتعلقة به، ومحاولة التكيف والتغلب على التحديات التي تواجههم رغم ما يشعرون به من صعوبة الالتزام بنظام غذائي خالٍ من الغلوتين مدى الحياة، مما يعكسه من تحديات التكيف مع نمط حياة جديد، وصعوبة الوصول إلى نظام غذائي متوازن يلبي احتياجاتهم الغذائية، وما يمرون به من مشاكل صحية أخرى ناتجة عن حساسية الغلوتين، كل ذلك يمثل تحدياً لكنهم يحاولون التغلب عليه سعياً للتكيف الأسري والاجتماعي، ومن خلال دعم الأسرة الذي قد يكون محدوداً بعض الشيء نظراً لقلة الخيارات. وأما المعوقات التي ظهرت بدرجة عالية، والمتعلقة بالمخاوف على الأبناء، والمخاوف المستقبلية، فهي مخاوف طبيعية ناشئة من استشعار المسؤولية، والمعاناة التي يعيشها المرضى، مما يشعرهم بالخوف على أبنائهم، خاصة مع وجود نسبة من أسباب ظهور المرض مرجعها لعامل الوراثة، كما أن الشعور بالخوف من تطور المرض يعكس القلق حول مستقبل حالتهم الصحية، وهو ما يمكن أن يؤثر على نوعية الحياة بشكل عام.

وتتفق هذه النتائج ضمنياً مع نتائج دراسات Abu-

(Janb & Jaana, 2020؛ Bader et al, 2018؛ Mehtab et al, 2024) التي أظهرت أن مرضى السيلياك بواجهون العديد من المعوقات الشخصية التي تؤثر على التزامهم بالنظام الغذائي الخالي من الغلوتين، إلاّ أنها تختلف معها في درجة هذه المعوقات، حيث كانت عالية في الدراسات السابقة، بينما كانت متوسطة في الدراسة الحالية.

٢. **المعوقات التنظيمية:**

جدول (٧)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور المعوقات التنظيمية ودرجته الكلية (ن=٣٨٩)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
١	عدم كفاية الدعم المالي الحكومي المقدم لمرضى حساسية الغلوتين.	٢,٢٦	٠,٧٨٨	٤	متوسطة
٢	قلة الأطباء المتخصصين في حساسية الغلوتين في المؤسسات الصحية الحكومية.	٢,٤٠	٠,٦٥٦	٣	كبيرة
٣	ضعف الاهتمام بمرضى حساسية الغلوتين مقارنة بأصحاب بعض الأمراض الأخرى.	٢,٤١	٠,٧٥٦	٢	كبيرة
٤	قلة كميات المواد الغذائية التي يوفرها برنامج وزارة الصحة الخاص بتأمين المنتجات الخالية من الغلوتين.	٢,١٦	٠,٧٩٢	٥	متوسطة
٥	قلة الحملات التوعوية الموجهة للمجتمع حول المرض من قبل وزارة الصحة ووسائل الإعلام.	٢,٤٨	٠,٧٢٠	١	كبيرة
الدرجة الكلية لمحور المعوقات التنظيمية		٢,٣٤	٠,٥٣١	كبيرة	

أظهرت نتائج الجدول (٧) أن المعوقات التنظيمية التي تواجه مرضى السيلياك في المملكة العربية السعودية كانت بدرجة كبيرة، إذ بلغ المتوسط الحسابي العام للمحور (٢,٣٤) بانحراف معياري بلغت قيمته (٠,٥٣١)، وأما فيما يخص العبارات الفرعية، فقد ظهرت ثلاثة معوقات بدرجة كبيرة، ومعوقان بدرجة متوسطة.

ويمكن عزو الدرجة الكبيرة للمعوقات التنظيمية إلى عدة أسباب، منها عدم وجود خطة للتوعية المجتمعية بمرض السيلياك، وبناءً على ذلك يوجد قصور في الحملات التوعوية بالمرض، وما يترتب على ذلك من نقص الوعي المجتمعي، كما أن عدم وجود معلومات كافية يمكن أن يتسبب في وجود نظرة سلبية أو سوء فهم للمرض، مما يزيد من التحديات التي تواجه المرضى. كما أن عدم وجود إحصائيات دقيقة بأعداد المرضى، يضعف الجهود التنظيمية الرسمية، وقد يؤثر على توافر الأطباء المتخصصين، فيواجه المرضى صعوبات في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة، وقد يؤدي لتأخير في التشخيص والعلاج، مما يؤثر سلبًا على جودة حياة المرضى. كما أن شعور المرضى

بعـدم كفايـة الدعـم والاهتمام مـن قبـل وزارة الصحة مقارنـة بالعديد من الأمـراض الأخرى يعكس أولويات سياسـية أو اقتصادية قد لا تعكس احتياجات المرضى. وأمـا العبـارات التي ظهرت بدرجة متوسـطة، مثل: قلة المـواد الغذائية المدعومة، وعدم كفايـة الدعم المالي، قد يشـير إلـى وجود بعـض المبادرات، ولكنها ليسـت كافية لتلبية احتياجات المرضى بشكل كامل.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسـتي (Abu-Janb & Jaana, 2020؛ Mehtab et al, 2024) اللتيـن أظهرتـا أن مرضـى السـيلياك بواجهـون العديـد مـن المعوقات التنظيمية بدرجة كبيرة.

٣. المعوقات المجتمعية:

جدول (٨)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور المعوقات المجتمعية ودرجته الكلية (ن=٣٨٩)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
١	ضعف وعي أفراد المجتمع (خاصة الأصدقاء والزملاء وأفراد الأسرة) بمتطلبات التعامل مع مرضى السيلياك.	٢,٥٨	٠,٦٦٧	١	كبيرة
٢	الشعور بالعزلة الاجتماعية وصعوبة الاندماج في المجتمع بسبب قيود النظام الغذائي.	٢,١٧	٠,٧٥٧	٤	متوسطة
٣	تجنب حضور المناسبات الاجتماعية أو فعاليات العمل التي تشمل تقديم الطعام لمحدودية الخيارات المناسبة.	٢,٢٧	٠,٧٧٧	٢	متوسطة
٤	الشعور بالخجل في المناسبات الاجتماعية نتيجة الامتناع عن تناول الطعام والحاجة إلى تبرير ذلك كل مرة.	٢,١٩	٠,٨٢٦	٣	متوسطة
	الدرجة الكلية لمحور المعوقات المجتمعية	٢,٣٠	٠,٦٠٠		متوسطة

يتضـح مـن الجـدول (٨) أن درجـة المعوقـات المجتمعيـة التـي تواجه مرضى السـيلياك فـي المملكة العربيـة السـعودية كانـت متوسـطة، إذ بلـغ المتوسـط الحسابي العام للمحور (٢,٣٠) بانحراف معياري بلغت قيمته (٠,٦٠٠)، وأما فيما يخص العبارات الفرعية، فقد ظهـر معوق واحد بدرجة كبيرة، وثلاثة معوقات بدرجة متوسطة.

ويمكـن تفسـير الدرجـة المتوسـطة للمعوقـات المجتمعيـة إلـى أن بعض المرضى قد يشـعرون بالقلق أو الضغط بسـبب خياراتهم الغذائية، ولكن ليس بشكل عـام. فهذا قـد يعكس تجارب فرديـة متنوعة، حيث قد يتقبل البعض ذلك بشـكل أفضـل من الآخرين. كما أن المجتمع السـعودي يتميز بالتقبـل والتفهم الاجتماعي، لذلـك لا توجد حاجة كبيرة تسـتدعي الشـعور بالعزلة وصعوبـة الاندمـاج فـي المجتمـع نتيجـة قيـود النظام الغذائـي، وذلـك باسـتثناء بعض الأفـراد يفضلون عدم شـرح ظروفهم في كل مناسـبة اجتماعية، أو لا يجدون الخيـارات الغذائيـة المناسـبة ولا يريـدون أن يكـون وجودهـم مكلفـاً أو غير مرغوب فيـه، فيميلون للعزل. وأمـا الدرجـة الكبيـرة لضعـف وعـي أفـراد المجتمع بمتطلبات التعامل مع مرضى حساسـية الغلوتين، فيشير إلـى وجود فجوة في المعرفة المجتمعية حول المرض، وما يمكن أن يؤدي إليه من سـوء الفهم أو عدم التقبل،

مما يزيد من التحديات التي يواجهها المرضى.

وتختلف هذه النتائج مع نتائج دراسات (أمين، ٢٠٢١؛ Abu-Janb & Jaana, 2020؛ Bader et al, 2018؛ Ciacci& Zingone, 2015 ؛ Mehtab et al, 2024) التي أظهرت أن المعوقات الاجتماعية كانت من أهم المعوقات التي يواجهها مرضى السيلياك، أو كانت بدرجة كبيرة، بينما ظهرت في الدراسة الحالية بدرجة متوسطة.

٤. المعوقات الخدمية:

جدول (٩)

المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لعبارات محور المعوقات الخدمية ودرجته الكلية (ن=٣٨٩)

م	العبارات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	الترتيب	الدرجة
١	صعوبة الحصول على خيارات غذائية آمنة خارج المنزل.	٢,٧٠	٠,٥٧٧	٥	كبيرة
٢	قلة المتاجر التي توفر منتجات خاليه من الغلوتين.	٢,٥٦	٠,٦٥٦	٨	كبيرة
٣	قلة وجود المطاعم المتخصصة بتوفير الطعام الخالي من الغلوتين.	٢,٧٥	٠,٥٨٢	٤	كبيرة
٤	قلة عدد الأسر المنتجة التي توفر الأطعمة المناسبة لمرضى السيلياك	٢,٥٢	٠,٦٦٤	٩	كبيرة
٥	صعوبة نقل وتأمين الأطعمة الخالية من الغلوتين.	٢,٥٨	٠,٦٤٠	٦	كبيرة
٦	عدم توفر الطعام المناسب في بعض خطوط الطيران أثناء السفر.	٢,٥٧	٠,٦٦١	٧	كبيرة
٧	ارتفاع أسعار المنتجات الغذائية المناسبة لمرضي حساسية الغلوتين المتوفرة بمدينتي.	٢,٨٨	٠,٣٩١	١	كبيرة
٨	ضعف وعي العاملين في المطاعم بمسببات حساسية الغلوتين.	٢,٨٠	٠,٥٠٣	٢	كبيرة
٩	صعوبة التعامل مع الغلوتين المختبئ في بعض المواد الغذائية بسبب عدم توفر بيانات دقيقة حول المكونات.	٢,٧٦	٠,٥٢٦	٣	كبيرة
الدرجة الكلية لمحور المعوقات الخدمية		٢,٦٨	٠,٤٣٠	كبيرة	

أظهرت نتائج الجدول (٩) أن المعوقات الخدمية التي تواجه مرضى السيلياك في المملكة العربية السعودية كانت بدرجة كبيرة، إذ بلغ المتوسط الحسابي العام للمحور (٢,٦٨) بانحراف معياري بلغت قيمته (٠,٥٣١)، ومثلت أكبر وأكثر المعوقات التي تواجه المرضى في الدراسة الحالية، حيث ظهرت جميع العبارات الفرعية المعبرة عن المعوقات الخدمية بدرجة كبيرة.

ويمكن عزو الدرجة الكبيرة للمعوقات الخدمية إلى قلة وعي أصحاب المطاعم، وشركات الأغذية، والتصنيع الغذائي، والمتاجر، والأسر المنتجة، بمتطلبات احتياجات مرضى السيلياك، وتعكس قلة الوعي هذه قصوراً في توفير الاحتياجات الغذائية اللازمة للمرضى، وغياب المبادرات المحلية لدعم المرضى، وضعف الفرص الممكنة لتقديم خيارات غذائية متنوعة؛ فإذا ما أضيف لذلك صعوبة نقل وتأمين

الأطعمة الخالية من الغلوتين من خارج المملكة، أو صعوبة تخزينها بكميات كافية في ظل الارتفاع الكبير في أسعارها وتكاليف نقلها، فضلاً عن الصعوبات التي تواجه المرضى أثناء سفرهم، وعدم توفر الطعام المناسب في بعض خطوط الطيران، فهذه التحديات، قد تؤدي إلى الاعتماد على خيارات محدودة أو غير آمنة، وهو ما يؤثر على حياتهم الاجتماعية ونمط حياتهم.

وتتفق هذه النتائج مع نتائج دراسات (Abu-Janb & Jaana, 2020؛ Bader et al, 2018؛ Ciacci& Zingone, 2015) التي أظهرت أن مرضى السيلياك يواجهون معوقات خدمية بدرجة كبيرة.

عرض ومناقشة نتائج السؤال الثاني:

للإجابة عن السؤال الثاني الذي نص على: هل توجد فروق دالة إحصائياً في درجة المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك في المملكة العربية السعودية تعزى لاختلاف: النوع، العمر، والمؤهل، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل؟ تم التأكد أولاً من توافر شرطي الاعتدالية والتجانس، حيث تبين أن توزيع بيانات المتغيرات غير اعتدالي، مما يتطلب استخدام اختبارات لا معلمية، فتم استخدام اختبار مان وتني Mann Whitney للكشف عن الفروق بين متوسطات استجابات العينة تبعاً لاختلاف الجنس، واختبار كروسكال واليس Kruskal-Wallis للكشف عن الفروق تبعاً لاختلاف العمر، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية، ومستوى الدخل، وفيما يلي توضيح النتائج:

١. **الجنس:**

جدول (١٠)

نتائج اختبار مان وتني (Mann-Whitney) للكشف عن الفروق في درجة المعوقات تبعاً لاختلاف الجنس

المحاور	الجنس	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	Mann-Whitney U	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
المعوقات الشخصية	ذكر	٤٩	١٧٩,٤٤	٨٧٩٢,٥	٧٥٦٧,٥	١,٠٤١-	٠,٢٩٨ غير دالة
	أنثى	٣٤٠	١٩٧,٢٤	٦٧٠٦٢,٥			
المعوقات التنظيمية	ذكر	٤٩	١٦٩,٧٢	٨٣١٦,٥	٧٠٩١,٥	١,٦٩٧-	٠,٠٩٠ غير دالة
	أنثى	٣٤٠	١٩٨,٦٤	٦٧٥٣٨,٥			
المعوقات المجتمعية	ذكر	٤٩	٢٠٨,١٨	١٠٢٠١,٠	٧٦٨٤,٠	٠,٨٨٩-	٠,٣٧٤ غير دالة
	أنثى	٣٤٠	١٩٣,١٠	٦٥٦٥٤,٠			
المعوقات الخدمية	ذكر	٤٩	٢٠٣,٢٨	٩٩٦٠,٥	٧٩٢٤,٥	٠,٥٦٥-	٠,٥٧٢ غير دالة
	أنثى	٣٤٠	١٩٣,٨١	٦٥٨٩٤,٥			
المعوقات ككل	ذكر	٤٩	١٨٨,٤٨	٩٢٣٥,٥	٨٠١٠,٥	٠,٤٣٤-	٠,٦٦٤ غير دالة
	أنثى	٣٤٠	١٩٥,٩٤	٦٦٦١٩,٥			

يتضح من الجدول (١٠) أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الاستجابات حول المعوقات التي تواجه مرضى السيلياك تعزى لاختلاف الجنس، حيث كانت مستويات الدلالة لقيم z أكبر من (٠,٠٥) في الدرجة الكلية والمحاور الفرعية، وقد يرجع سبب عدم وجود فروق دالة تعزى لاختلاف الجنس إلى أن التحديات التي يواجهها المرضى تتعلق بالمرض نفسه أكثر من كونها مرتبطة بجنس الفرد، فكلا الجنسين يواجهان صعوبات مماثلة في التكيف مع النظام الغذائي والقيود المرتبطة به، كما قد يكون هناك مستوى مشترك من الوعي والمعرفة حول المرض بين الذكور والإناث، مما يؤدي إلى توافق في تحديد المعوقات.

٢. العمر

جدول (١١)

نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) للكشف عن الفروق في درجة المعوقات تبعاً لاختلاف الفئة العمرية

المحاور	الفئات العمرية	العدد	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المعوقات الشخصية	أقل من ٢٠ سنة	٩٦	١٨٨,٥٥	٨,٨١١	٤	٠,٠٦٦ غير دالة
	من ٢٠ لأقل من ٣٠ سنة	٨١	١٨٨,٩٦			
	من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة	٩٩	٢١٨,٨٦			
	من ٤٠ لأقل من ٥٠ سنة	٧٤	١٩٦,٣٥			
	من ٥٠ سنة فأكبر	٣٩	١٦٠,٢٨			
المعوقات التنظيمية	أقل من ٢٠ سنة	٩٦	١٨٠,٣١	١٣,٣٤٣	٤	٠,٠١٠ دالة *
	من ٢٠ لأقل من ٣٠ سنة	٨١	١٧٩,٢٠			
	من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة	٩٩	٢٢٨,٥٥			
	من ٤٠ لأقل من ٥٠ سنة	٧٤	١٩٦,٢٦			
	من ٥٠ سنة فأكبر	٣٩	١٧٦,٤٤			
المعوقات المجتمعية	أقل من ٢٠ سنة	٩٦	٢٠٧,٥٠	٢٠,٥٤٢	٤	٠,٠٠٠ دالة **
	من ٢٠ لأقل من ٣٠ سنة	٨١	١٩٩,٩٣			
	من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة	٩٩	٢١٦,٤٩			
	من ٤٠ لأقل من ٥٠ سنة	٧٤	١٧٩,٧٧			
	من ٥٠ سنة فأكبر	٣٩	١٢٨,٣٢			

المحاور	الفئات العمرية	العدد	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المعوقات الخدمية	أقل من ٢٠ سنة	٩٦	٢٠١,٢١	٧,٩١٤	٤	٠,٠٩٥ غير دالة
	من ٢٠ لأقل من ٣٠ سنة	٨١	١٩٢,٧٥			
	من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة	٩٩	٢٠٨,٧٥			
	من ٤٠ لأقل من ٥٠ سنة	٧٤	١٩٣,٧٢			
	من ٥٠ سنة فأكبر	٣٩	١٥١,٩٤			
المعوقات ككل	أقل من ٢٠ سنة	٩٦	١٩٥,٩١	١٨,٧٦١	٤	٠,٠٠١ دالة **
	من ٢٠ لأقل من ٣٠ سنة	٨١	١٩٠,٢٦			
	من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة	٩٩	٢٢٧,٠٦			
	من ٤٠ لأقل من ٥٠ سنة	٧٤	١٨٦,٣١			
	من ٥٠ سنة فأكبر	٣٩	١٣٧,٧٢			

* دالة عند مستوى (٠,٠٥) ** دالة عند مستوى (٠,٠١)

تشير نتائج الجدول (١١) إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الاستجابات في محوري المعوقات الشخصية والخدمية. بينما وجدت فروق دالة إحصائياً في محوري المعوقات التنظيمية والمجتمعية والدرجة الكلية تعزى لاختلاف الفئة العمرية، حيث كانت مستويات الدلالة لقيم H أصغر من ٠,٠٥، ولمعرفة اتجاهات الفروق تم استخدام اختبار Dunn للمقارنات الثنائية Pairwise Comparisons بين الفئات العمرية، والذي أظهرت نتائجه أن الفروق في محور المعوقات التنظيمية كانت بين الفئة العمرية من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة والفئتين الأقل، وفي محور المعوقات المجتمعية بين الفئة العمرية من ٥٠ سنة فأكبر والفئات العمرية الأقل من ٤٠ سنة، وفي الدرجة الكلية كانت الفروق بين الفئة العمرية من ٥٠ سنة فأكبر والفئة من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة. وبمراجعة متوسطات الرتب، اتضح أن الفروق في المحورين والدرجة الكلية تتجه للفئة العمرية من ٣٠ لأقل من ٤٠ سنة.

ويمكن عزو السبب في اتجاه الفروق لصالح هذه الفئة العمرية إلى أنهم قد يواجهون تحديات إضافية تتعلق بالعمل، والالتزامات الأسرية، مما يزيد من الضغط عليهم في إدارة نظام غذائي خاص. وقد يكونون أكثر عرضة للتأثر بالضغوط الاجتماعية، مثل الحاجة للتكيف مع عادات تناول الطعام في المناسبات الاجتماعية، مما قد يزيد من المعوقات المجتمعية. كما قد يكون لديهم مسؤوليات إضافية تتعلق بأطفالهم، أو إدارة حياتهم المهنية، مما يمكن أن يزيد من العبء النفسي والعملي عليهم. كما أنهم في هذه الفترة العمرية يكونون أكثر وعيًا بالتغيرات الصحية وتأثيرها على نوعية الحياة، مما قد يزيد من إدراكهم للمعوقات.

٣. **المستوى التعليمي:**

جدول (١٢)

نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) للكشف عن الفروق في درجة المعوقات تبعاً لاختلاف المستوى التعليمي

المحاور	المستوى التعليمي	العدد	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المعوقات الشخصية	أقل من ثانوي	٩١	٢٠٢,٥٣	١,٠٧٨	٣	٠,٧٨٢ غير دالة
	ثانوي	٩٢	١٩٠,٤٩			
	جامعي	١٩٣	١٩٥,١٠			
	دراسات عليا	١٣	١٧٢,٦٥			
المعوقات التنظيمية	أقل من ثانوي	٩١	١٨٠,٥٧	٢,٧٨٣	٣	٠,٤٢٦ غير دالة
	ثانوي	٩٢	٢٠٦,٥٢			
	جامعي	١٩٣	١٩٧,٢٥			
	دراسات عليا	١٣	١٨١,١٥			
المعوقات المجتمعية	أقل من ثانوي	٩١	١٩١,٦٩	٠,٨١٥	٣	٠,٨٤٦ غير دالة
	ثانوي	٩٢	١٨٨,١٣			
	جامعي	١٩٣	١٩٩,٩٢			
	دراسات عليا	١٣	١٩٣,٧٧			
المعوقات الخدمية	أقل من ثانوي	٩١	١٩٥,٨٢	٨,٦٤٣	٣	٠,٠٧٠ غير دالة
	ثانوي	٩٢	١٦٦,٨٣			
	جامعي	١٩٣	٢٠٦,١٠			
	دراسات عليا	١٣	٢٢٣,٨٥			
المعوقات ككل	أقل من ثانوي	٩١	١٩٠,٠٥	٠,٩٥٨	٣	٠,٨١١ غير دالة
	ثانوي	٩٢	١٩٠,٩٩			
	جامعي	١٩٣	٢٠٠,٢٧			
	دراسات عليا	١٣	١٧٩,٦٩			

يتبين من الجدول (١٢) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الاستجابات في جميع محاور المعوقات والدرجة الكلية تعزى لاختلاف المستوى التعليمي لأفراد العينة، حيث كانت مستويات الدلالة لقيم H أكبر من ٠,٠٥.

وقد يرجع السبب في عدم وجود فروق دالة إحصائياً إلى أن المعوقات التي يواجهها مرضى السيلياك متشابهة بغض النظر عن مستواهم التعليمي، وحتى مع اختلاف مستويات التعليم، فإن جميع المرضى يحصلون غالباً على معلومات أو توجيهات متشابهة حول إدارة حالتهم، كما أن الخدمات المتوفرة تشمل الجميع. وبالتالي، قد لا يؤثر المستوى التعليمي بشكل كبير على تجربتهم، وبصورة عامة، فإن المعوقات التي يواجهها مرضى السيلياك قد تتجاوز الفروق التعليمية، مما يعكس تحدياتهم المشتركة بغض النظر عن خلفياتهم العلمية.

٤. الحالة الاجتماعية

جدول (١٣)

نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) للكشف عن الفروق في درجة المعوقات تبعاً لاختلاف الحالة الاجتماعية

المحاور	الحالة الاجتماعية	العدد	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المعوقات الشخصية	أعزب	١٧٨	١٩٣,١٧	٠,٧١٥	٣	٠,٨٧٠ غير دالة
	متزوج	١٨٥	١٩٨,٧٦			
	أرمل	٨	١٧٤,٣٨			
	مطلق	١٨	١٨٣,٦١			
المعوقات التنظيمية	أعزب	١٧٨	١٨٥,٠٠	٤,٣٦٣	٣	٠,٢٢٥ غير دالة
	متزوج	١٨٥	٢٠٥,٧٩			
	أرمل	٨	٢٢٠,٣١			
	مطلق	١٨	١٧١,٦٩			
المعوقات المجتمعية	أعزب	١٧٨	٢٠٦,٣٤	٤,٢٨٢	٣	٠,٢٣٣ غير دالة
	متزوج	١٨٥	١٨٧,١١			
	أرمل	٨	١٩٧,٠٦			
	مطلق	١٨	١٦٣,٠٦			
المعوقات الخدمية	أعزب	١٧٨	١٩٨,٥٤	٣,١٣٤	٣	٠,٣٧١ غير دالة
	متزوج	١٨٥	١٩٥,٦٢			
	أرمل	٨	٢٠١,١٩			
	مطلق	١٨	١٥٠,٨٣			

المحاور	الحالة الاجتماعية	العدد	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المعوقات ككل	أعزب	١٧٨	١٩٧,٦١	٢,٧٥٣	٣	٠,٤٣١ غير دالة
	متزوج	١٨٥	١٩٦,٤٦			
	أرمل	٨	١٩٩,٦٩			
	مطلق	١٨	١٥٢,١٧			

أظهرت نتائج الجدول (١٣) عدم وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الاستجابات في جميع محاور المعوقات والدرجة الكلية تعزى لاختلاف الحالة الاجتماعية لأفراد العينة، حيث كانت مستويات الدلالة لقيم H أكبر من ٠,٠٥.

ويمكن عزو السبب في عدم وجود فروق دالة إحصائياً تعزى لاختلاف الحالة الاجتماعية إلى أن ظروف هذا المرض واحتياجات المرضى، ومتطلبات النظام الغذائي الذي يجب اتباعه لا تتأثر غالباً بوضع المريض الأسري، فجميع المرضى يواجهون تحديات مماثلة تتعلق بالوصول إلى المعلومات الغذائية المناسبة، والحصول على الأطعمة الخالية من الغلوتين، وفهم كيفية إدارة حياتهم، وبالنسبة للمرضى المتزوجين أو الذين لديهم عائلات، قد يكون هناك دعم أسري، عاطفي أو عملي، يساعدهم في التغلب على التحديات التي يواجهونها، لكنه قد لا يكفي لتغيير التجربة بشكل كبير مقارنة بالمرضى غير المتزوجين أو المطلقين.

٥. مستوى الدخل

جدول (١٤)

نتائج اختبار (Kruskal-Wallis) للكشف عن الفروق في درجة المعوقات تبعاً لاختلاف مستوى الدخل

المحاور	مستوى الدخل	العدد	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المعوقات الشخصية	مرتفع	١١	١٤٦,٧٣	١٥,٣٦٢	٢	٠,٠٠٠ دالة**
	متوسط	٢٦٨	١٨٢,٩٧			
	منخفض	١١٠	٢٢٩,١٤			
المعوقات التنظيمية	مرتفع	١١	١٦٣,١٨	٣,٤٢٣	٢	٠,١٨١ غير دالة
	متوسط	٢٦٨	١٩٠,١١			
	منخفض	١١٠	٢١٠,٠٩			
المعوقات المجتمعية	مرتفع	١١	١٢٧,٩٥	١٥,٠٣٣	٢	٠,٠٠١ دالة**
	متوسط	٢٦٨	١٨٤,٨٧			
	منخفض	١١٠	٢٢٦,٣٩			

المحاور	مستوى الدخل	العدد	متوسط الرتب	Kruskal-Wallis H	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المعوقات الخدمية	مرتفع	١١	١٦٨,٠٩	٣,٧٠٧	٢	٠,١٥٧ غير دالة
	متوسط	٢٦٨	١٨٩,٤٩			
	منخفض	١١٠	٢١١,١٠			
المعوقات ككل	مرتفع	١١	١٤٠,١٨	١٢,٦٤٦	٢	٠,٠٠٢ دالة**
	متوسط	٢٦٨	١٨٤,٩٠			
	منخفض	١١٠	٢٢٥,٠٨			

** دالة عند مستوى (٠,٠١)

تشير نتائج الجدول (١٤) إلى أنه لا توجد فروق دالة إحصائياً بين متوسطات الاستجابات في محوري المعوقات التنظيمية والخدمية. بينما وجدت فروق دالة إحصائياً في محوري المعوقات الشخصية والمجتمعية والدرجة الكلية تعزى لاختلاف مستوى الدخل، حيث كانت مستويات الدلالة لقيم H أصغر من ٠,٠٥، ولمعرفة اتجاهات الفروق تم استخدام اختبار Dunn للمقارنات الثنائية Pairwise Comparisons بين فئات مستوى الدخل، والذي أظهرت نتائجه أن الفروق في محور المعوقات الشخصية والدرجة الكلية بين فئتي الدخل المتوسط والمنخفض، وفي محور المعوقات المجتمعية بين فئة الدخل المنخفض وفئتي المرتفع والمتوسط، وبمقارنة متوسطات الرتب تبين أن الفروق تتجه لصالح المرضى ذوي الدخل المنخفض في المحورين والدرجة الكلية.

وقد يرجع سبب اتجاه الفروق لصالح ذوي الدخل المنخفض إلى أن هؤلاء المرضى قد يواجهون ضغوطًا اقتصادية أكبر، تجعل من الصعب عليهم تحمل تكاليف الأطعمة الخالية من الغلوتين، كما قد تكون خيارات الأطعمة الخالية من الغلوتين أقل توافراً في مناطق سكنهم، مما يؤدي إلى صعوبات أكبر في الحصول على الأطعمة المناسبة. وقد يفتقر هؤلاء المرضى لشبكات الدعم الاجتماعي التي يمكن أن تساعدهم على تجاوز المعوقات، والتخطيط للوجبات أو توفير الموارد، كما يمكن أن يؤدي الضغط المالي إلى تأثيرات نفسية، مثل: القلق والاكتئاب، مما يزيد من المعوقات الشخصية التي تواجه المرضى. فضلاً عن أن تجارب المرضى ذوي الدخل المنخفض قد تكون أكثر صعوبة وتعقيدًا، مما ينعكس في استجاباتهم

التوصيات:

في ضوء النتائج التي تم التوصل لها، يمكن تقديم التوصيات الآتية:

١. إنشاء عيادات طبية متخصصة في اكتشاف وتشخيص وعلاج مرضى السيلياك في المستشفيات الحكومية، وتوفير عدد كافٍ من الأطباء المتخصصين.

٢. إعداد برامج توعوية للمرضى، تستهدف دراسة مشكلاتهم، ومخاوفهم، وعمل على تحسين تكيفهم النفسي والاجتماعي.

٣. تعزيز وعي أفراد المجتمع حول مرض السيلياك، وأهمية فهم احتياجات المرضى. كما أن توعية الأصدقاء وأفراد الأسرة يمكن أن يقلل العزلة

الاجتماعية ويحسن جودة حياة المرضى.

٤. تحسين الخدمات الغذائية المقدمة لمرضى السيلياك، وزيادة وعي للعاملين في المجال الغذائي وتدريبهم على تقديم أطعمة مناسبة للمرضى، وتعريفهم بمتطلبات سلامتها.

٥. دراسة مدى مناسبة الدعم الحكومي المقدم لمرضى السيلياك، والعمل على تحسينه ليسهم في تلبية احتياجات المرضى بشكل أفضل.

٦. إطلاق مبادرات تحفيزية لأصحاب المشاريع ومقدمي الخدمات الغذائية، لتوفير منتجات مخصصة لمرضى السيلياك بأسعار مناسبة، وفي مناطق متعددة، بما يسهل على المرضى الحصول عليها ويحفزهم على اتباع النظام الغذائي الصحيح.

المقترحات:

تقترح الباحثة إجراء بعض الدراسات التي تثري هذا الموضوع:

١. تأثير نقص الخيارات الغذائية الخالية من الغلوتين على جودة حياة مرضى السيلياك في المملكة العربية السعودية

٢. احتياجات مرضى السيلياك في بيئات العمل بالمملكة العربية السعودية

٣. استكشاف دور الأسر المنتجة في توفير الأطعمة المناسبة لمرضى السيلياك في المملكة العربية السعودية

٤. الوعي الصحي بمسببات حساسية الغلوتين لدى عينات متنوعة من المملكة العربية السعودية

٥. ''تأثير الفهم المجتمعي لمرض السيلياك في المملكة العربية السعودية على التفاعل الاجتماعي للمرضى

المراجع

أمين، بشرى السيد محمد: التكيف الاجتماعي للمصابين بمرض السيلياك في كل من القاهرة وتونس. رسالة دكتوراه، مصر، قسم الأنثروبولوجيا، كلية الدراسات الأفريقية العليا، جامعة القاهرة، ٢٠٢١م.

بخاري، هيفاء عبدالحفيظ: البحث عن الجين المحتمل والمسبب لمرض حساسية القمح العائلي باستخدام تقنيتين الجيل التالي لتحديد التسلسل والبيولوجيا الحاسوبية. رسالة ماجستير، السعودية، كلية الطب، جامعة الملك عبدالعزيز، ٢٠٢٠م.

جبر، جمال عبدالفتاح. السيلياك مرض الاضطرابات الهضمية. متاح بتاريخ ٢٩ مارس (٢٠١٥)، الرابط: https://pharmacy.psau.edu.sa/index.php/ar/node/11139

العبادي، هاشم قاسم، وعبود، أحمد ستار. «دراسة مستويات الأجسام المضادة نوع IgG للبكتريا الملوية البوابية في مصول مرضى السيلياك''. مجلة الدراسات التربوية والعلمية، المجلد ٣، العدد (١٣)، (٢٠٢١م)، ١-١٢.

عبدالرحمان، جليلة، وبوعروة، فائزة: المساندة الاجتماعية والتكيف النفسي لدى مرضى السيلياك في ولاية غرداية. رسالة ماجستير، الجزائر، قسم علم النفس والارطوفونيا وعلوم التربية، كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة غرداية، ٢٠٢٣.

عبدالرحمن، نور مازن، وحمزة، أنعام أحمد. «تقييم وظائف الكبد لمرضى السيلياك في محافظة نينوى». مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية، المجلد ١٥، العدد (٤)، (٢٠١٩)، ٢٩٩٧-٣٠١٤.

مجلس الصحة لدول مجلس التعاون. دليل السيلياك. الرياض: مطبوعات المجلس، ٢٠٢٣م.

المراجع الأجنبية:

Abu-Janb, N., & Jaana, M. «Facilitators and barriers to adherence to gluten-free diet among adults with celiac disease: a systematic review.» Journal of Human Nutrition and Dietetics, vol. 33, no (6), (2020), 786-810.

Aspasia, S., Emmanuela-Kalliopi, K., Nikolaos, T., Eirini, S., Ioannis, S., & Anastasia, M. «The gluten-free diet challenge in adults with coeliac disease: The Hellenic survey.» PEC innovation, (2022), (1), 1-5.

Bader, S. D., Alqader, S. A., & Baidas, S. "Celiac Disease in Aqaba: Lack of Awareness, Financial Problems, and Solutions." British Journal of Education, Learning and Development Psychology, vol. 1, no (2), (2018), 1-16.

Caio, G., Volta, U., Sapone, A., Leffler, D. A., De Giorgio, R., Catassi, C., & Fasano, A. "Celiac disease: a comprehensive current review." BMC medicine, vol. 17, (2019), 1-20.

Ciacci, C., & Zingone, F. "The perceived social burden in celiac disease." Diseases, vol. 3, no (2), (2015), 102-110.

Lebwohl, B., & Rubio-Tapia, A. "Epidemiology, presentation, and diagnosis of celiac disease." Gastroenterology, vol. 160, no (1), (2021), 63-75.

Foley, L. "Women's experience with celiac disease: A phenomenological study." Gastroenterology Nursing, vol. 43, no (5), (2020), 190-197.

Mehtab, W., Agarwal, A., Chauhan, A., Agarwal, S., Singh, A., Ahmad, A., & Makharia, G. "Barriers at various levels of human ecosystem for maintaining adherence to gluten free diet in adult patients with celiac disease." European Journal of Clinical Nutrition, vol. 78, no 4(), (2024), 320-327.

Parzanese, I., Qehajaj, D., Patrinicola, F., Aralica, M., Chiriva-Internati, M., Stifter, S., ... & Grizzi, F. «Celiac disease: From pathophysiology to treatment.» World journal of gastrointestinal pathophysiology, vol. 8, no (2), (2017), 27.

Reilly, N. R., Fasano, A., & Green, P. H. «Presentation of celiac disease.» Gastrointestinal Endoscopy Clinics, vol. 22, no (4), (2012), 613-621.

Vázquez-Polo, M., Navarro, V., Larretxi, I., Perez-Junkera, G., Lasa, A., Matias, S., & Churruca, I. "Uncovering the concerns and needs of individuals with Celiac Disease: a cross-sectional study." Nutrients, vol. 15, no (17), (2023), 3681.

Vespa, M., & Araya, M. «Celiac disease: understanding the gluten-free diet.» European journal of nutrition, vol. 56, (2017), 449–459.

Wieser, H., Ruiz-Carnicer, Á., Segura, V., Comino, I., & Sousa, C. "Challenges of monitoring the gluten-free diet adherence in the management and follow-up of patients with celiac disease." Nutrients, vol. 13, no (7), (2021), 2274.

Zingone, F., Swift, G. L., Card, T. R., Sanders, D. S., Ludvigsson, J. F., & Bai, J. C. "Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature." United European Gastroenterology Journal, vol. 3, no (2), (2015), 136-145.

أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية بمدينة الرياض

الدكتورة/ نورة بنت مفلح الرويلي
أستاذ علم الاجتماع المساعد
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
جامعة الأميرة نورة بنت عبدالرحمن

الملخص:

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي، وذلك من خلال التعرف على واقع إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات، ومدى انتشار ظاهرة الصمت الأسري بينهن، والعوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في ظاهرة الصمت الأسري. كما تهدف الدراسة إلى الكشف عن أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار هذه الظاهرة. اعتمدت الدراسة على منهج المسح الاجتماعي باستخدام أداة الاستبانة، على عينة عمدية قوامها ٣٩٧ فتاة سعودية يعشن مع عائلاتهن في مدينة الرياض، وتوصلت الدراسة إلى وجود مستوى متوسط من إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات المشاركات، بمتوسط (٣,٠٩ من ٥). كما أظهرت الدراسة وجود مستوى متوسط من انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات، بمتوسط (٢,٩٢ من ٥). وبينت الدراسة أن هناك عوامل اجتماعية وثقافية تؤثر بدرجة متوسطة في ظاهرة الصمت الأسري، حيث كانت العوامل الثقافية والاجتماعية متقاربة في المتوسط الحسابي وفقًا لاستجابات الفتيات المشاركات، بمتوسط حسابي (٢,٨٩) و(٢,٨٧) على التوالي. كذلك، أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباط إيجابية معتدلة بين مستوى إدمان وسائل التواصل الاجتماعي ومستوى الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي، مما يعني أن زيادة الإدمان على وسائل التواصل الاجتماعي قد ترتبط بزيادة الصمت الأسري بينهن. ومع ذلك، فإن هذه العلاقة ليست قوية، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط (٠,٣٥٢) ودالة إحصائية، وخرجت الدراسة بمجموعة من التوصيات موجهة إلى جهات مختلفة، من منظور علم الاجتماع، تهدف إلى تقليل إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات وتعزيز التواصل الأسري.

الكلمات المفتاحية: الصمت الأسري، إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، الفتاة السعودية، الأسرة.

The Impact of Social Media Addiction on the Prevalence of Family Silence Among Girls in Saudi Society: A Field Study in Riyadh

Dr. Noura bint Muflih AlRuwaili
College of Humanities and Social Sciences
Princess Nourah bint Abdulrahman University

Abstract:

The study aimed to identify the impact of social media addiction on the prevalence of family silence among girls in Saudi society. This was achieved by exploring the reality of social media addiction among girls, the extent of the spread of family silence among them, and the social and cultural factors influencing this phenomenon. The study also sought to reveal the effect of social media addiction on the spread of this phenomenon. The study employed the social survey method using a questionnaire as the tool, with a purposive sample of 397 Saudi girls living with their families in Riyadh.

The study found a moderate level of social media addiction among the participating girls, with a mean 3.09. Additionally, the study showed a moderate level of prevalence of family silence among the girls, with a mean 2.92. The study indicated that there are social and cultural factors that moderately influence the phenomenon of family silence, with cultural and social factors being closely aligned in their mean scores according to the responses of the participating girls, with mean of (2.89) and (2.87), respectively. Furthermore, the results showed a moderate positive correlation between the level of social media addiction and the level of family silence among girls in Saudi society. This suggests that an increase in social media addiction may be associated with an increase in family silence among them. However, this relationship is not strong, as the correlation coefficient was (0.352) and statistically significant. The study concluded with a set of recommendations directed at various entities from a sociological perspective, aimed at reducing social media addiction among girls and enhancing family communication.

Keywords: family silence, social media addiction, Saudi girl, family.

مقدمة

شـهدت وسـائل التواصل الاجتماعي تطـورًا هائلًا فـي السـنوات الأخيـرة، وأصبحت جـزءًا لا يتجزأ من حيـاة الأفـراد اليوميـة في جميـع أنحاء العالـم، بما في ذلك المجتمعات العربية. في السـعودية، تلعب وسائل التواصـل الاجتماعـي دورًا كبيـرًا فـي حيـاة الشـباب والفتيـات، حيـث أصبحـت وسـيلة للتواصـل والتعبير عن الذات. ولكن مع هذا التوسـع في استخدام وسائل التواصل، ظهرت تحديات اجتماعية وثقافية جديدة تؤثر على العلاقات داخل الأسـرة، من بينها ظاهرة الصمت الأسـري، التي باتت تتفاقم في ظل اعتماد الأفراد على هذه الوسائل.

ووفقـاً لتقريـر هيئـة الاتصـالات والفضـاء والتقنية لعام ٢٠٢٣ بلغ عدد مسـتخدمي الإنترنت في المملكة العربيـة السـعودية ٣٦,٨٤ مليون مسـتخدم، أي بنسـبة انتشـار تصل إلى ٩٩٪ من إجمالي السكان. هذه النسبة العاليـة تعكـس التحـول الكبيـر فـي اعتمـاد المجتمع السـعودي علـى الإنترنـت كجـزء لا يتجزأ مـن الحياة اليوميـة. إضافة إلى ذلك، بلغ عدد مسـتخدمي وسـائل التواصـل الاجتماعـي ٣٥,١٠ مليـون مسـتخدم، ممـا يشـكل ٩٤,٣٪ من السـكان، ما يبرز الدور المهم الذي تلعبـه هذه المنصات في حياة السـعوديين. وبالنظر إلى متوسط مدة الاستخدام اليومي، يُظهر السعوديون تفاعلًا كبيـرًا مع وسـائل التواصل الاجتماعـي، حيث يقضون مـا يقرب من ٣ سـاعات و٦ دقائق يوميًـا، مع اختلاف بسـيط بين الجنسـين، حيث يشـكل الذكور ٥٤,١٪ من المسـتخدمين، بينما تشـكل الإناث ٤٥,٩٪، كما أظهر التقرير أن ''يوتيوب'' هو الأكثر انتشـارًا بنسبة استخدام تصل إلى ٧٦٪، وهو ما يعادل ٢٨,٣٠ مليون مستخدم. يليـه تطبيـق ''تيـك تـوك''، الـذي شـهد نمـوًا سـريعًا ليصبـح من بين التطبيقات المفضلة في المملكة، حيث يستخدمه ٩٥,٣٪ من مستخدمي الإنترنت. يُعد ''سناب شـات'' أيضًـا مـن التطبيقـات المحببـة لدى الشـباب السـعودي، حيث يبلغ عدد مسـتخدميه ٢٢,٦٤ مليون، مـع تفوق طفيف للإناث بنسـبة ٥٣,٦٪ مقارنة بالذكور بنسـبة ٤٤,٨٪. بالإضافـة إلى ذلك، يعتبر ''إنسـتقرام'' منصة رائجة، حيث يسـتخدمه ١٦,٣٠ مليون سعودي، يشـكل الذكـور منهـم ٥٧٪ والإنـاث ٤٣٪، مـا يجعله منصة رئيسـية للشـباب والعلامـات التجاريـة للترويج لمنتجاتهم، ويشـير التقرير إلى أن الفئة العمرية الأكثر نشاطًا في استخدام هذه التطبيقات تتراوح بين ١٤ و٤٠ عامًا، حيث يُعد هذا النطاق العمري الأكثر اعتمادًا على وسـائل التواصل الاجتماعي في التواصل مع الأصدقاء والعائلـة. وهـذه التطبيقـات أصبحت جزءًا رئيسـيًا من التفاعل الاجتماعي، ووسيلة للحصول على المعلومات والمشـاركة فـي المحتوى الرقمي. كمـا أن فترة الذروة فـي اسـتخدام الإنترنت بيـن الفتيات تأتي في المسـاء، خاصةً بين السـاعة ٩ مسـاءً و١١ مسـاءً، مما يدل على أن هـذا الوقت هـو الأكثر شـيوعًا للتواصل الافتراضي والأنشـطة الترفيهيـة عبـر الإنترنت. (هيئـة الاتصالات والفضاء والتقنية، ٢٠٢٣).

ويعد إدمان وسـائل التواصـل الاجتماعي يُعتبر من أبـرز الظواهر التي تؤثر على الحياة الاجتماعية للأفراد. فالإفـراط فـي اسـتخدام هـذه الوسـائل قد يـؤدي إلى تغيرات في سـلوك الأفراد وعلاقاتهـم الاجتماعية، بما فـي ذلك العلاقات الأسـرية. وفقًا لدراسـة عبد الجواد (٢٠١٩)، فـإن الاسـتخدام المتزايـد لوسـائل التواصل الاجتماعـي بيـن أفراد الأسـرة قد أدى إلـى تراجع في جـودة الحـوار والتواصـل داخل الأسـرة، ممـا زاد من ظاهـرة الصمـت الأسـري. ويشـير خليـل والخريـف (٢٠١٩) إلى أن انتشـار شـبكات التواصـل الاجتماعي في المجتمع السـعودي كان له تأثير كبير في تعزيز هذه الظاهرة، حيث لاحظوا أن استخدام هذه الشبكات أدى إلـى تقليص الحـوار العائلي بيـن أفراد الأسـرة وتزايد

معدلات العزلة الاجتماعية.

كما يؤدي إدمان وسائل التواصل الاجتماعي إلى تفاقم العزلة الاجتماعية والصمت الأسري نتيجة لانشغال الأفراد بالتفاعل عبر الشاشات بدلاً من التفاعل الشخصي. من خلال مراجعة الدراسات السابقة، يتضح أن الاستخدام المكثف لوسائل التواصل الاجتماعي يمكن أن يؤثر بشكل سلبي على العلاقات الأسرية ويقلل من جودة التفاعل بين أفراد الأسرة. ففي دراسة محسن (٢٠٢٠)، تبيّن أن إدمان وسائل التواصل الاجتماعي كان له تأثير مباشر في تفكك الأسرة وضعف التواصل بين أفرادها، خاصة بين الأزواج والأبناء.

أما في السياق السعودي، فإن ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات تُعد من القضايا التي تستحق البحث والدراسة نظرًا لخصوصية الثقافة السعودية التي تضع أهمية كبيرة على التماسك الأسري والعلاقات الاجتماعية. الفتيات في المجتمع السعودي، مثل الكثير من الشباب في العالم، يعتمدن بشكل كبير على وسائل التواصل الاجتماعي كوسيلة للتواصل مع الأصدقاء والعائلة، ولكن هذا الاعتماد المتزايد قد يؤدي إلى تقليص التواصل الفعلي داخل الأسرة. وفقًا لدراسة عويس (٢٠٢٢)، فإن وسائل التواصل الاجتماعي ساهمت بشكل كبير في إضعاف الروابط الأسرية بين أفراد الأسرة، مما أدى إلى انتشار ظاهرة الصمت الأسري بينهم .

كما تشير الأدبيات السابقة إلى أن هناك العديد من العوامل التي تسهم في انتشار ظاهرة الصمت الأسري نتيجة لإدمان وسائل التواصل الاجتماعي، بما في ذلك العوامل الاجتماعية والثقافية. على سبيل المثال، يوضح هي (He (2022 أن نمط التربية الأسرية والعلاقات الأسرية والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة يمكن أن يكون لها تأثير كبير على مدى إدمان الفتيات على وسائل التواصل الاجتماعي ومدى تأثير ذلك على التواصل الأسري . كما يوضح عبد الله وآخرون (Abdallah et al.(2021 أن الاستخدام المكثف لوسائل الإعلام الجديدة، مثل فيسبوك، يمكن أن يؤدي إلى تبني سلوكيات جديدة مثل العزلة وانعدام الحوار داخل الأسرة، مما يزيد من انتشار الصمت الأسري .

مشكلة الدراسة

جاءت الدراسة الحالية لمحاولة لفهم العلاقة بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي وانتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي. على الرغم من الفوائد التي تقدمها وسائل التواصل الاجتماعي في تمكين الأفراد من البقاء على اتصال وتبادل المعلومات، إلا أن هذا الاستخدام المفرط يمكن أن يؤدي إلى العديد من التأثيرات السلبية على العلاقات الأسرية، فيتمثل الصمت الأسري في غياب التواصل الفعّال بين أفراد الأسرة، حيث يتراجع مستوى الحوار والتفاعل الاجتماعي بين الآباء والأبناء أو بين الأزواج. هذا التراجع في التواصل قد يؤدي إلى تفاقم المشاكل النفسية والاجتماعية، مثل العزلة الاجتماعية والشعور بالاغتراب داخل الأسرة. وقد أشارت العديد من الدراسات إلى أن استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بشكل مفرط يساهم في تقليص الوقت الذي يقضيه الأفراد مع أسرهم ويؤدي إلى انشغالهم بالتفاعل الافتراضي بدلاً من التفاعل الواقعي. على سبيل المثال، تبيّن في دراسة خليل والخريف (٢٠١٩) أن ٣٦,٣٪ من الأسر السعودية تعاني من ظاهرة الصمت الأسري نتيجة لانتشار استخدام وسائل التواصل الاجتماعي.

لذا تكمن مشكلة الدراسة أيضًا في محاولة فهم مدى تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية على هذه العلاقة. من الممكن أن تختلف تأثيرات وسائل التواصل الاجتماعي على الفتيات بناءً على السياق الاجتماعي الذي يعيشون فيه، بما في ذلك تأثير العادات والتقاليد الثقافية على مدى تفاعل الفتيات مع وسائل التواصل

الاجتماعي ومدى تأثيرها على علاقاتهن الأسرية. وفقًا لدراسة مطالقة والعمري (٢٠١٨)، فإن مواقع التواصل الاجتماعي قد تؤثر بشكل مختلف على العلاقات الأسرية بين الذكور والإناث بناءً على متغيرات الجنس والكلية .

وفي ضوء ما سبق تتحدد مشكلة الدراسة في تحليل وتفسير تأثير إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات السعوديات في مدينة الرياض، مع الأخذ في الاعتبار العوامل الاجتماعية والثقافية التي قد تسهم في انتشار هذه الظاهرة وذلك بهدف تحسين جودة العلاقات الأسرية ، ومن هنا جاءت هذه الدراسة لتحاول الإجابة عن تساؤلها الرئيسي: ما أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي؟ ويتفرع من هذا التساؤل مجموعة من الأسئلة الفرعية التالية:

١- ما واقع إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات في المجتمع السعودي؟

٢- ما مدى انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي؟

٣- ما العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات؟

٤-ما أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي؟

الأهداف:

يتحدد الهدف الرئيس للدراسة في دراسة وتحليل وتفسير أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي، ويتحقق هذا الهدف من خلال الأهداف الفرعية

١- دراسة وتحليل وتفسير واقع إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات في المجتمع السعودي.

٢- دراسة وتحليل وتفسير مدى انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي.

٣- دراسة وتحليل وتفسير العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات.

٤- الكشف عن أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي.

أهمية الدراسة

الأهمية النظرية (العلمية): تتمثل الأهمية النظرية لهذا البحث في تقديم إضافة علمية إلى الأدبيات الأكاديمية المتعلقة بالموضوع، حيث يسعى البحث إلى سد فجوة معرفية من خلال تحليل العلاقات والعوامل المختلفة المرتبطة بالظاهرة المدروسة. سيساهم هذا البحث في توسيع فهم القضايا المرتبطة بالموضوع قيد الدراسة، كما سيقدم إطارًا نظريًا يدعم الباحثين في المستقبل لفهم الجوانب المعرفية المتعلقة بهذا المجال، مما يُعزز من أسس البحث العلمي ويضيف رؤى جديدة يمكن الاستناد إليها في دراسات لاحقة.

الأهمية التطبيقية (العملية): تتركز الأهمية التطبيقية للبحث في توفير توصيات وإرشادات عملية يمكن تطبيقها لحل مشكلات واقعية ذات صلة بالموضوع. يهدف البحث إلى تقديم حلول أو تحسينات ملموسة للجهات المختصة وصناع القرار، بما يساعدهم في تبني استراتيجيات فعالة لمعالجة التحديات المطروحة أو الاستفادة من الفرص المتاحة. كما يمكن أن يُستخدم البحث كنموذج إرشادي يساعد المهنيين والممارسين في تطوير سياسات وممارسات تدعم تحقيق أهداف العملية أو المشاريع ذات العلاقة.

مصطلحات الدراسة:

- الصمت الأسري:

تناول خليل والخريف (٢٠١٩) لمصطلح الصمت الأسري بأنه «ظاهرة اجتماعية تمثل الصمت المفتعل في الأسرة، مع تدني مستويات التفاعل والعلاقات بن أعضائها نتيجة للاستخدام المتزايد لشبكات التواصل الاجتماعي في محيط الأسرة» (ص٢٣٠)، وعرفته التركي (٢٠١٩) بإنه تعطيل لغة الكلام بأشكالها المختلفة (اللفظية – غير اللفظية) وكف دينامية التواصل والتفاعل بين أعضاء الأسرة وتقلص جسور الحوار حينما باتت لغة التواصل عاجزة عن توصيل المشاعر تجاه ما يعانيه أفراد الأسرة من مشكلات واضطرابات تعرقل سير التفاعل لدى هذه الأسرة. (ص٥٧٤) ، وتعرف الدراسة الصمت الأسري إجرائياً هو مستوى انخفاض التفاعل والتواصل اللفظي وغير اللفظي بين أفراد الأسرة، ويتم قياسه بناءً على استجابات المشاركات في الدراسة عبر استبانة مصممة خصيصًا لقياس درجة الصمت الأسري. من خلال مجمعة من العبارات تقيس انخفاض عدد مرات الحوار الأسري، ندرة التعبير عن المشاعر بين أفراد الأسرة، وتراجع القدرة على مناقشة المشكلات والتحديات الشخصية ضمن الأسرة.

- وسائل التواصل الاجتماعي:

عرفها المنصور (٢٠١٢) بأنها « إنها شبكات اجتماعية تفاعلية تتيح التواصل لمستخدميها في أي وقت يشاؤون وفي أي مكان من العالم، ظهرت على شبكة الإنترنت وغيرت في مفهوم التواصل والتقارب بن الشعوب، واكتسبت اسمها الاجتماعي كونها تعزز العلاقات بين الأفراد ، وتطورت في الآونة الأخرة وظيفتها الاجتماعية لتصبح وسيلة تعبيرية واحتجاجية، وأبرز شبكات التواصل الاجتماعي هي «فيسبوك » و «تويتر » و «يوتيوب « (ص٢٨)، في حين عرفها (٢٠١٩) بأنها « مجتمعات افتراضية عبر شبكة الإنترنت تتيح للأفراد والجماعات التفاعل، وإقامة علاقات إلكترونية بينهم، وتبادل الأخبار وتناقل المعلومات، ولها تأثيراتها الاجتماعية والنفسية على الفرد والأسرة والمجتمع»(ص٢٢٩)، وهو التعريف الذي سوف تتبناه الدراسة الحالية كتعريف إجرائي لوسائل التواصل الاجتماعي.

- إدمان وسائل التواصل الاجتماعي:

عرفه يونس (٢٠١٦) بإنه « الرغبة التي لا يمكن السيطرة عليها في تقليل استخدام مواقع التواصل الاجتماعي، والإفراط في استخدام هذا العالم الافتراضي وعدم الشعور بهدر الوقت مع تجاهل والاستغناء عن أداء أعمال أخرى في حياة الفرد» ، وتعرفها الباحثة إجرائيًا بأنه الدرجة التي يحصل عليها المفحوص في مقياس إدمان وسائل التواصل الاجتماعي المستخدم في الدراسة.

حدود الدراسة:

- **الحدود المكانية والبشرية:** الفتيات السعوديات غير المتزوجات من الفئة العمرية من سن ١٨-٢٤ عام، ويعشين مع أسرتهن بمدينة الرياض.
- **الحدود الزمنية:** من ٢٠٢٤/٥/١ حتى ٢٠٢٤/٨/٣١م
- **الحدود الموضوعية:** أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي .

نظرية الدراسة '' نظرية الحتمية التكنولوجية «

نظرية الحتمية التكنولوجية هي نظرية اجتماعية تفسر التغيرات الاجتماعية بناءً على التطورات التكنولوجية. تدعي هذه النظرية أن التكنولوجيا ليست مجرد أدوات تستخدم في الحياة اليومية، بل هي قوة مؤثرة تغير طبيعة

العلاقـات الاجتماعية والمجتمعات بشـكل عام. تطور وسائل الاتصال، وخاصة وسائل التواصل الاجتماعي، يعـزز هـذا المفهوم، حيث إنهـا تؤثر بشـكل كبير على كيفيـة تفاعل الأفراد والمجتمعات. أحد أبرز المفكرين الذين أسـهموا في هذه النظرية هو مارشـال ماكلوهان، الذي طرح فكرة أن «الوسـيلة هي الرسـالة»، مشيرًا إلى أن وسـائل الاتصال نفسـها لها تأثير على كيفية تفسـير الرسـائل التي تنقلها، بغض النظر عن محتوى الرسـائل نفسها (عبد الصادق، ٢٠١٦)

تـدور فرضيات نظرية الحتمية التكنولوجية حول أن التطورات التكنولوجية تفرض نفسها على المجتمع، وأن لكل تقنية تأثيرات مباشـرة وغير مباشرة على العلاقات الاجتماعية. التقنية الحديثة، وخاصة الإنترنت ووسائل التواصـل الاجتماعي، أصبحت قـادرة على فرض تأثير كبيـر علـى المجتمعـات، مما يـؤدي إلى تغييـرات في سـلوك الأفراد والعلاقات الأسرية والاجتماعية.(راندا، ٢٠١٧)

ولتوظيف نظرية الحتمية التكنولوجية لدراسـة تأثير إدمان وسـائل التواصل الاجتماعي على انتشـار ظاهرة الصمت الأسـري بين الفتيات في المجتمع السـعودي، يمكن القول إن التكنولوجيا، وخاصة وسـائل التواصل الاجتماعـي، أصبحـت تلعـب دورًا جوهريًا فـي تغيير نمـط التفاعـل الاجتماعـي داخـل الأسـرة. بنـاءً علـى النظريـة، يمكـن فهم أن انتشـار هذه الوسـائل أدى إلى تقليل التواصل اللفظي والمباشـر بين أفراد الأسرة، مما سـاهم في حدوث حالة من ''الصمت الأسري''. فبدلاً مـن التفاعـل الاجتماعي المعتاد بين أفراد الأسـرة، يتم الانشغال بالتفاعل عبر الشاشات الرقمية، مما يقلل من فرص التواصل العاطفي والاجتماعي المباشر.

كما أن تأثير وسائل التواصل الاجتماعي على ظاهرة الصمت الأسـري يمكن تفسـيره وفقًا لمفهـوم الحتمية التكنولوجية الذي يفترض أن التطور التكنولوجي يفرض سـلوكيات وأنمـاط جديـدة مـن التفاعـل الاجتماعي. فالاعتماد الكبير على وسائل التواصل الاجتماعي يعزز العزلـة الفردية، مما يؤدي إلى تفكك الروابط الأسـرية وتقليل فرص الحوار المباشـر بين الأفراد. هذا يتماشى مع رؤية ماكلوهان التي تشـير إلى أن وسـائل الاتصال الحديثـة تغيـر من طبيعة العلاقـات الاجتماعية وتجعل الأفـراد أكثـر انعزالاً عـن بيئاتهم الاجتماعية المباشـرة (Neuendorf & Jeffres, 2017).

لـذا ومـن خـلال الاعتمـاد علـى نظريـة الحتميـة التكنولوجيـة، يمكـن القـول بـأن وسـائل التواصـل الاجتماعـي أصبحت عنصرًا حتميًا فـي حياتنا اليومية، تؤثر بشكل كبير على طبيعة العلاقات الاجتماعية داخل الأسرة السعودية. انتشار هذه الوسائل أدى إلى تقليص دور التواصل الشـخصي والتفاعل الوجاهي، مما ساعد على ظهور الصمت الأسري كظاهرة اجتماعية ملحوظة. فالفتاة السعودية، على سبيل المثال، قد تجد في وسائل التواصل الاجتماعي متنفسًا للتعبير عن آرائها وتفاعلها مـع العالـم الخارجـي، ولكـن ذلك يأتي على حسـاب التفاعـل الاجتماعـي داخل الأسـرة، لـذا فالتكنولوجيا لا تعمـل فقـط كأداة، بـل كمحرك للتغيـر الاجتماعي. اسـتخدام الفتيات لوسـائل التواصل الاجتماعي بشكل مفرط يحد من تفاعلهن مع أفراد الأسرة، مما يؤدي إلى تراجع التواصل الأسـري وظهور حالة من العزلة داخل المنزل. هذا يدعم فكرة أن وسائل التواصل الاجتماعي لا تتيـح فقط إمكانيـة التواصل مع العالم الخارجي، بل تـؤدي أيضًا إلى تباعد اجتماعي داخل الأسـرة الواحدة (Ritzer & Stepnisky, 2021).

الدراسات السابقة

دراسـة عويـس (٢٠٢٢) بعنوان ''وسـائل التواصل الاجتماعي والصمت الأسري: دراسة ميدانية بمحافظة بني سويف'' والتي هدفت لدراسة أثر استخدام شبكات التواصـل الاجتماعي على العلاقات الأسـرية بين أفراد

الأسرة الواحدة وما يمكن أن تُحدثه من صمت أُسري، والوقوف على تأثير وسائل التواصل الاجتماعي على أفراد الأسرة وحدوث الصمت الأُسري، متبعة المنهج الوصفي التحليلي، من خلال أداة المقابلة والملاحظة المباشرة على عينة قصدية من ١٥٠مفردة من مدينة بني سويف ممن يستخدمون وسائل التواصل الاجتماعي بكثرة (كمجتمع حضري)، و ١٥٠مفردة من قرية شريف باشا ممن يستخدمون وسائل التواصل الاجتماعي بقلة (كمجتمع ريفي)، وتوصلت الدراسة لوجود علاقة بين انتشار وسائل التواصل الاجتماعي وزيادة ظاهرة الصمت الأُسري، وأن وسائل التواصل الاجتماعي ساهمت في إضعاف العلاقات الأسرية، والتفكك الأسري، وظهور سلوكيات سلبية مثل العزلة الاجتماعية بين أفراد الأسرة الواحدة، وبين الأزواج، وبين الآباء والأبناء، كما أظهرت وجود علاقة بين نمط استخدام الأسرة لشبكات التواصل الاجتماعي (وجود إنترنت بالمنزل، وسيلة الاستخدام، مكان الاستخدام، المواقع المفضلة، معدل الاستخدام) وبين موطن إقامة الأسرة (حضري/ريفي)، وأوصت الدراسة بتنظيم دورات توعوية للأفراد حول الاستخدام الأمثل لمواقع التواصل الاجتماعي، وإنشاء مجموعات هادفة على مواقع التواصل الاجتماعي تُعنى بالقضايا الاجتماعية والثقافية، ونشر الوعي بأهمية التماسك الأُسري، والحوار مع الأهل.

دراسة هي (2022) he بعنوان ''العلاقة بين الأسرة ووسائل التواصل الاجتماعي'' والتي هدفت لمراجعة إلى مناقشة العلاقة بين الأسرة وإدمان المراهقين على وسائل التواصل الاجتماعي، مع التركيز على ثلاثة عوامل مرتبطة بالعائلة: أسلوب الأبوة والأمومة، والعلاقات الأسرية، والوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، معتمدة على مراجعة الأدبيات الحالية التي تناقش العلاقة بين إدمان المراهقين على وسائل التواصل الاجتماعي والعوامل العائلية، وتوصلت الدراسة إلى أن أسلوب الأبوة والأمومة يؤثر على كيفية تعامل المراهقين مع إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، ويمكن أن يكون للدعم الأبوي والرقابة دور كبير في الوقاية، كما أن هناك علاقة وثيقة بين الأسر غير العاملة (مثل الطلاق) وإدمان وسائل التواصل الاجتماعي، حيث يمكن أن يؤدي ذلك إلى سلوكيات هروب لدى المراهقين للتخفيف من التوتر والعواطف السلبية، كما يتعرض المراهقون الذين ينشؤون في أسر منخفضة الدخل أو لديهم آباء ذوي مستوى تعليمي منخفض لخطر أكبر للإدمان على وسائل التواصل الاجتماعي.

دراسة عبد الله وآخرون Abdallah et al., (2021) بعنوان ''تأثير استخدام الفيسبوك على صمت الأسرة: دراسة حالة لأسر مدينة حائل'' والتي هدفت إلى التعرف على تأثير وسائل الإعلام الجديدة، وخاصة الفيسبوك، على صمت الأسرة في مدينة حائل. تم التركيز على كيفية تأثير استخدام الفيسبوك على الحوار الأسري والعلاقات بين أفراد الأسرة، وما إذا كان هذا الاستخدام يؤدي إلى تبني سلوكيات جديدة مثل العزلة والاغتراب وانعدام الحوار داخل الأسرة، مستخدمة المنهج الوصفي التحليلي على عينة من ١٠٠ أسرة في مدينة حائل، حيث تم اختيار الأسر بشكل عمدي، وأظهرت النتائج أن الاستخدام المكثف للفيسبوك بين أفراد الأسرة يؤدي إلى تقليل الحوار المباشر بينهم وزيادة معدلات الصمت والعزلة الاجتماعية. كما تبين أن الفيسبوك أصبح بديلاً غير مباشر للتواصل الاجتماعي الفعلي، مما أثر على جودة العلاقات الأسرية وأدى إلى تبني سلوكيات مثل الانعزال والاغتراب داخل الأسرة، وأوصت الدراسة بضرورة توعية الأسر بأهمية الحوار المباشر والحد من الاعتماد المفرط على وسائل التواصل الاجتماعي كوسيلة للتفاعل. كما أكدت على أهمية تعزيز الأنشطة

الاجتماعيـة التـي تجمـع أفـراد الأسـرة وتشـجع على التفاعل المباشر بينهم.

دراسة محسن (٢٠٢٠) بعنوان «دور مواقع التواصل الاجتماعي في التفكك الأسـرى: دراسة ميدانية» والتي هدفت إلى التعرف على دور مواقع التواصل الاجتماعي فـي التفكك الأسـري فـي المجتمع المصـري، معتمدة علـى المنهـج الوصفي علـى عينة قصديـة قوامها ٢١٠ أسرة مصرية من مستخدمي مواقع التواصل الاجتماعي، وتضمنـت العينة جميع أفراد الأسـرة (الزوج، الزوجة، الأبناء)، وأكدت الدراسـة على ندرة التفاعل والتواصل بين الزوجين داخل الأسـرة، حيث يقضيان معاً أقل من سـاعتين يوميًا في الحديث والتحـاور، بينما يقضي كل منهما أكثر من خمس ساعات يوميًا على مواقع التواصل الاجتماعـي بشـكل منفـرد، كما بينت الدراسـة أن أبرز أسـباب الخلافات والمشـكلات الأسـرية الناجمة عن اسـتخدام الزوجين لمواقع التواصـل الاجتماعي تتمثل فـي: التجاوز الأخلاقي فـي التعامل مع الجنس الآخر، التعصـب لآراء الأصدقـاء على تلـك المواقع، وإطلاع الأصدقـاء على مـا يحدث معهم فـي حياتهم الخاصة، وأكدت الدراسة أن انشغال الزوجين عن الأسرة وقضاء وقـت طويل على مواقـع التواصل الاجتماعي؛ يعدّ من أبرز أسباب سـوء العلاقة الزوجية على مستوى الأسرة المصرية.

دراسـة خليل والخريف (٢٠١٩) بعنوان ''شـبكات التواصـل الاجتماعي والخرس الأسـري فـي المجتمع السـعودي: دراسـة ميدانية في مدينـة الهفوف بمحافظة الأحسـاء (المنطقة الشـرقية)'' والتـي هدفت إلى رصد وتحليـل علاقة شـبكات التواصل الاجتماعـي بظاهرة الخرس الأسري في المجتمع السعودي، ومعرفة الأبعاد السيسـيولوجية لدور شـبكات التواصل الاجتماعي في تفعيل ظاهرة الخرس الأسـري في المجتمع السعودي، معتمـدة على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال أداة الاستبانة على عينة عمدية قوامها ١٠٠ مفردة من مدينة الهفوف بمحافظة الأحساء بالمنطقة الشرقية، وتوصلت الدراسة إلى أن أكثر من ثلثي العينة يستخدمون شبكات التواصل الاجتماعي، وغالبيتهم من فئة الشباب الذكور، كمـا وجدت الدراسـة فروقـاً ذات دلالـة إحصائية بين الحالة العمرية واستخدام شبكات التواصل الاجتماعي، حيـث إنـه كلما كان هناك تقدم في العمر قل اسـتخدام هـذه الشـبكات، وأشـارت الدراسـة إلى وجـود فروق ذات دلالـة إحصائية بين فئة المتزوجين، والسـماع عن الخرس الأسري في الأسرة، حيث أرجع الباحثون ذلك إلى شعورهم بمظاهر الخرس الأسري في أسرهم التي ينتشـر فيها اسـتخدام هذه الشـبكات بين أعضائها، كما بينت الدراسة أن من أهم مظاهر تأثير شبكات التواصل الاجتماعـي علـى الأسـرة هو تقلـص الحـوار العائلي بيـن أفرادها، وأظهرت الدراسـة أن ٣٦,٣٪ من الأسـر السـعودية تعانـي مـن ظاهـرة الخـرس الأسـري نتيجة لانتشار استخدام وتصفح شبكات التواصل الاجتماعي فـي محيط الأسـرة، وأوصت الدراسـة بأهميـة تحديد أوقـات محددة للجلسـات العائلية في محيط الأسـرة، وتوعية أفراد الأسـرة بمخاطر الاسـتخدام السلبي لهذه الشـبكات، وفصـل الإنترنـت فـي أوقـات الجلسـات الأسـرية للحد من أخطار شبكات التواصل الاجتماعي وعلى رأسها الخرس الأسري.

دراسة عبد الجواد (٢٠١٩) بعنوان '' علاقة استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بمشكلات الأسرة العربية'' والتـي هدفـت للتعـرف علـى أهـم شـبكات التواصل الاجتماعـي التـي تسـتخدمها الأسـرة العربيـة ومـدى انتظامهـا فـي اسـتخدامها، ومعرفـة أهـم الموضوعات والدوافـع التـي يمكن أن تتحقق من اسـتخدام وسـائل التواصـل الاجتماعـي، وأبـرز الموضوعـات التي تهتم الأسـرة العربية بمتابعتها، والوقوف على مدى انعكاس فتـرات اسـتخدام وسـائل التواصـل الاجتماعـي علـى

العلاقات الأسرية من حيث كيفية الحوار الأسري وطبيعته ومدته سواء بين الأبناء والزوج أو الزوجة، ومعرفة علاقة الأبناء بوسائل التواصل الاجتماعي في حدود علاقتهم مع آبائهم، وكيفية ومدة التواصل معهم وهم خارج المنزل، معتمدة على المنهج الوصفي التفسيري، من خلال أداة الاستبانة على عينة عمدية حصصية قوامها ١٠ أسر عربية من جنسيات مختلفة (إماراتية، مصرية، سودانية، أردنية، وعراقية) مقيمة في دولة الإمارات، وتضمنت كل أسرة الأبوين (الزوج والزوجة) وإثنين من الأبناء من الفئتين العمريتين ١٥-٢٤ سنة، و٢٥-٥٤ سنة، وتوصلت الدراسة إلى ارتفاع نسبة استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بين أفراد الأسرة العربية، خاصة الأبناء، حيث وصلت إلى ٩٤٪ للاستخدام الدائم، مقابل ٨٩٪ للآباء، وجاء الفيس بوك في مقدمة الوسائل المستخدمة لكل من الزوجين والأبناء بنسبة ٩٠٪، و٩٨٪ على التوالي، يليها الواتس أب بنسب ٨٩٪، و٩٨٪ على التوالي، وقد تباينت دوافع استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بين الآباء والأبناء، فبينما كان اهتمام الأبناء الأول هو نشر صورهم بنسبة ٩٥٪، كان اهتمام الآباء الأول هو التواصل مع الأهل والأصدقاء بنسبة ٩٥٪، كما أكدت الدراسة أن الأبناء يقضون وقتاً طويلاً في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي قد يصل إلى أكثر من ٥ ساعات يومياً، وأشارت الدراسة إلى ارتفاع نسبة تعرض الأبناء لخلافات مع أبويهم بسبب استخدام وسائل التواصل الاجتماعي والتي تصل إلى ٩٦٪، كما تباينت أسباب الخلاف بين الآباء والأبناء، فبينما رأى الأبناء أن السبب الرئيسي هو إهمالهم للدراسة نتيجة لاستخدام وسائل التواصل، رأى الآباء أن السبب الرئيسي هو طول المدة التي يقضونها في استخدامها.

دراسة جيلبيجاج وعبدي Gjylbegaj & Abdi (2019)بعنوان " تأثيرات وسائل التواصل الاجتماعي على التواصل العائلي في الإمارات" والتي هدفت لتحديد العلاقة (سلبية أو إيجابية) بين استخدام الإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي والتواصل العائلي في الإمارات العربية المتحدة، وتحديد تأثير وسائل الإعلام على التواصل أو التفاعل مع العائلات والأقران، والتحقيق في أسباب نقص التواصل في أسر الإمارات العربية المتحدة نتيجة الاستخدام المفرط للإنترنت ووسائل التواصل الاجتماعي من قبل الشباب. معتمدة على المنهج الوصفي التحليلي على عينة عشوائية من ٢٠٠ شخص من سكان الإمارات العربية المتحدة في الاستطلاع، وكان جميع المشاركين من أفراد أسرهم وملمين بمواقع التواصل الاجتماعي، وتوصلت الدراسة إلى أن (٤٢,٨٦٪) من المشاركين بقضاء ٨ ساعات أو أكثر على وسائل التواصل الاجتماعي يوميًا، وأن (٥٧,١٤٪) من المشاركين إلى أنهم يتواصلون مع أفراد أسرهم يومياً عبر وسائل التواصل الاجتماعي، بينما ذكر ٤,٧٦٪ فقط أنهم لا يتواصلون مع أفراد أسرهم عبر وسائل التواصل الاجتماعي، كما وجد أن (٨١,٨٢٪) من المشاركين يفضلون التواصل وجهاً لوجه على استخدام وسائل التواصل الاجتماعي للتواصل مع آبائهم، وأن (٧٢,٧٣٪) من المشاركين إلى أنهم يفضلون التواصل الاجتماعي في المناسبات العائلية بدلاً من الانشغال بهواتفهم، وأوصلت الدراسة بأهمية التخطيط للأنشطة العائلية وجلسات الترابط، سواء في الداخل أو في الهواء الطلق، حتى يتمكن أفراد الأسرة من قضاء وقت ثمين معًا بعيدًا عن وسائل الإعلام، وقيام الآباء بتقديم التوجيه والدعم من خلال التفاعل الإيجابي، عندما يتصرف أحد أطفالهم أو أكثر بشكل غريب وغير متسق نتيجة لاستهلاك وسائل الإعلام، وقيام المدارس والمؤسسات التعليمية بتنفيذ تمارين ومحاضرات حول العلاقة بين الصحة العاطفية والجسدية والاستخدام الصحي للإنترنت.

دراسة ثاني (٢٠١٨) بعنوان " أثر مواقع التواصل الاجتماعي على الخرس الأسري: دراسة في نظرية الاستخدامات والإشباعات، موقع الفيسبوك نموذجاً"، والتي هدفت إلى التعرف على مدى إقبال طلبة جامعة عبد الحميد بن باديس (مستغانم، الجزائر) على استخدام موقع التواصل الاجتماعي الفيسبوك، وأثر استخدامهم له على سلوكهم داخل الأسرة. كما تناولت الدراسة مدى إفراز استخدام الفيسبوك لتبني سلوكيات جديدة لدى الطالب الجامعي، مثل الاغتراب والعزلة الاجتماعية وغياب الحوار، أو ما يُسمى بالخرس الأسري، استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، من خلال استبانة على عينة الدراسة المكونة من ١٠٠ طالب وطالبة من قسم علوم الإعلام والاتصال، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة عبد الحميد بن باديس (مستغانم، الجزائر)، تم اختيارهم بشكل مقصود، وتم تقسيم العينة بالتساوي بين الذكور والإناث، وتوصلت الدراسة إلى أن ٦٨,٧٧٪ من عينة البحث يستخدمون الفيسبوك من المنزل، وأن ٥٥٪ يقضون أكثر من ساعتين يومياً على الموقع، وأن الدافع الرئيسي لاستخدام الفيسبوك هو التواصل مع الأصدقاء بنسبة ٣٤,٢٦٪، يليه البحث عن المعلومات بنسبة ٢٢,٤٧%، كما لاحظت الدراسة وجود تأثير سلبي للفيسبوك على الاتصال داخل الأسرة، حيث وجدت أن ٣١٪ من عينة البحث يقضون وقتاً أطول على الفيسبوك على حساب أسرهم، و٣٧٪ يرون أن استخدامهم للفيسبوك أثر على حوارهم مع أفراد أسرهم قليلاً. كما أظهرت الدراسة أن ٢٢٪ من عينة البحث لاحظوا تغير سلوكهم تجاه أسرهم، و٣٨٪ منهم وجدوا أن الفيسبوك ساعد على ظهور سلوكيات جديدة.

دراسة مطالقة والعمري (٢٠١٨) بعنوان " أثر مواقع التواصل الاجتماعي على العلاقات الأسرية من وجهة نظر طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات« والتي هدفت إلى بيان أثر مواقع التواصل الاجتماعي على العلاقات الأسرية من وجهة نظر الشباب الجامعي، مع التركيز على تحليل واقع آثار مواقع التواصل الاجتماعي على العلاقات الأسرية من وجهة نظر طلبة جامعة اليرموك، والتعرف على أهم الفروق ذات الدلالة الإحصائية لأثر مواقع التواصل الاجتماعي على العلاقات الأسرية من وجهة نظر طلبة جامعة اليرموك تعزى لمتغير الجنس والكلية، متبعة المنهج الوصفي المسحي، من خلال الاستبانة على عينة من ٥٦٥ طالب وطالبة من جامعة اليرموك في الأردن، تمّ اختيارهم بطريقة عشوائية ، وتوصلت الدراسة إلى أن لاستخدام مواقع التواصل الاجتماعي تأثيراً واضحاً على الشباب الجامعي وعلاقاتهم الأسرية، وقد تبين أن أعلى مستوى للتأثير كان على الآثار الدينية والأخلاقية، يليها الآثار الاجتماعية، بينما جاءت الآثار الصحية والنفسية في المرتبة الأخيرة، كما أظهرت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث فيما يخص الآثار النفسية والصحية لاستخدام مواقع التواصل، حيث كانت الإناث أكثر ملاحظة لهذه الآثار من الذكور، وأوصت الدراسة بعقد لقاءات وندوات توعوية للشباب الجامعي بأهمية الاستفادة من الإيجابيات وتجنب السلبيات المرتبطة بمواقع التواصل الاجتماعي، وتوعية الطلاب بكيفية انتقاء المعلومات، واختيار ما يتناسب مع القيم والأخلاق الإسلامية والعادات والتقاليد العربية.

التعقيب على الدراسات السابقة

الدراسة الحالية بعنوان «أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية بمدينة الرياض» تتناول موضوعًا معاصرًا يتزايد الاهتمام به، خاصة في ظل الانتشار الواسع لوسائل التواصل الاجتماعي. يُمكن مقارنتها بالدراسات السابقة من

حيث الأهداف والمنهجية والنتائج، مع توضيح نقاط التوافق والاختلاف والاستفادة من هذه الدراسات لتوجيه الدراسة الحالية، فتشترك الدراسة الحالية مع دراسات سابقة في عدة جوانب، بما في ذلك دراسة عويس (٢٠٢٢) التي تناولت تأثير وسائل التواصل الاجتماعي على الصمت الأسري والتفكك العائلي. الدراسة الحالية تسير في نفس الاتجاه من حيث بحث تأثير وسائل التواصل على التفاعل الأسري، خصوصًا بين الفتيات في المجتمع السعودي. كذلك، أكدت دراسة عبد الله وآخرون (٢٠٢١) على أن الفيسبوك يسهم في تقليل الحوار الأسري وزيادة العزلة الاجتماعية، وهو ما يتقاطع مع أهداف الدراسة الحالية التي تسعى للكشف عن أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على الصمت الأسري، ودراسة محسن (٢٠٢٠) أيضًا تُعد مرجعًا مهمًا في هذا السياق، حيث تناولت دور وسائل التواصل الاجتماعي في التفكك الأسري، وبينت أن قضاء وقت طويل على هذه الوسائل يؤدي إلى ضعف الحوار بين الأزواج والأبناء. هذه النتائج تتوافق مع ما تهدف إليه الدراسة الحالية، التي تركز على مدى انتشار الصمت الأسري بين الفتيات نتيجة استخدام وسائل التواصل.

وعلى الرغم من أن الدراسة الحالية تشترك مع الدراسات السابقة في موضوع البحث، إلا أنها تختلف من حيث الفئة المستهدفة. فبينما تناولت دراسات مثل خليل والخريف (٢٠١٩) الصمت الأسري في المجتمع السعودي بشكل عام، تركز الدراسة الحالية على فئة محددة وهي الفتيات السعوديات غير المتزوجات من الفئة العمرية بين ١٨-٢٤ عامًا. هذا التركيز الخاص يُعد مساهمة جديدة، حيث يتيح فهمًا أعمق لتأثير وسائل التواصل الاجتماعي على هذه الفئة العمرية والجنسانية المحددة، وهو ما لم يتم تناوله بهذا التفصيل في الدراسات السابقة.

وسوف يتم الاستفادة من الأدوات والمناهج البحثية التي استخدمتها الدراسات السابقة. على سبيل المثال، اعتمدت دراسة هي (٢٠٢٢) على مراجعة الأدبيات وتحليل العوامل الأسرية المؤثرة في إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، وهو ساعد الدراسة الحالية في بناء محور العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة على ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات، كما تم الاستفادة من دراسة عبد الجواد (٢٠١٩) التي ركزت على استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بين الأسرة العربية تقدم إطارًا نظريًا يمكن الاستفادة منه في تحليل سلوكيات استخدام وسائل التواصل الاجتماعي لدى الفتيات السعوديات. وفي تطوير أدوات قياس إدمان وسائل التواصل ومدى تأثيره على العلاقات الأسرية، هذا بالإضافة من الاستفادة من الدراسات السابقة التي قدمت مجموعة من التوصيات التي يمكن أن تستفيد منها الدراسة الحالية.

الإجراءات المنهجية للدراسة:

منهج الدراسة

تعد الدراسة من الدراسات الوصفية التي تختم بدراسة وتحليل وتفسير خصائص إدمان وسائل التواصل الاجتماعي وأثرها على الصمت الأسري للفتاة في المجتمع السعودي، كما اتبعت الدراسة منهج المسح الاجتماعي، حيث يتناسب هذا المنهج مع هدف الدراسة، حيث تسعى الدراسة الحالية إلى التعرف على أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات السعوديات بالمجتمع السعودي بمدينة الرياض.

مجتمع الدراسة وعينتها:

يتكون مجتمع الدراسة من الفتيات السعوديات بمدينة الرياض. وبناءً على طبيعة مجتمع الدراسة، اعتمدت الدراسة على أسلوب العينة العمدية، حيث

وُضعت معايير محددة لاختيار المشاركات، تضمنت أن تكون الفتاة غير متزوجة، وتنتمي إلى الفئة العمرية من ١٨ إلى ٢٤ عامًا ، وتعيش مع أسرتها في مدينة الرياض. وبناءً على هذه المعايير، تم تجميع عينة الدراسة التي بلغت (٣٩٧) فتاة. تم اختيار هذا الأسلوب لضمان تمثيل دقيق للفئة المستهدفة، وللحصول على بيانات أكثر ملاءمة لأهداف الدراسة المتعلقة بتأثير إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على ظاهرة الصمت الأسري».

أداة الدراسة:

استخدمت الاستبانة كأداة دراسة لتحقيق أهدافها والإجابة على تساؤلاتها فتكونت مِن جزئين، الجزء الأول: ويشمل البيانات الأولية لعينة الدراسة، بينما الجزء الثاني يشمل ثلاث محاور للدراسة بإجمالي (٤٩) عبارة، كما تم التأكد مِن صدق أداة الدراسة مِن خلال الصدق الظاهري (صدق المحكمين) وذلك مِن بعرضها فِي صورتها الأولية على مجموعة مِن المحكمين مِن الأساتذة المختصين، كما تم التأكد مِن صدق الاتساق الداخلي بحساب معاملات ارتباط بيرسون بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (١) نتائج تحليل بيرسون لحساب معاملات الارتباط لعبارات الاستبانة

المحور الأول		المحور الثاني		المحور الثالث	
رقم العبارة	الارتباط	رقم العبارة	الارتباط	رقم العبارة	الارتباط
١	٠,٥١٠**	١	٠,٧٩٣**	١	٠,٦٨٩**
٢	٠,٥٩٤**	٢	٠,٨١٨**	٢	٠,٨٠٥**
٣	٠,٥٣٧**	٣	٠,٧٢٨**	٣	٠,٧٨٥**
٤	٠,٥١٤**	٤	٠,٧٧٩**	٤	٠,٧٧٤**
٥	٠,٥٧٩**	٥	٠,٧٦٤**	٥	٠,٦٦١**
٦	٠,٥٩٦**	٦	٠,٨١٧**	٦	٠,٨٠٣**
٧	٠,٦٢٠**	٧	٠,٨٢١**	٧	٠,٨٤٦**
٨	٠,٦٧٨**	٨	٠,٨٢١**	٨	٠,٧٩٦**
٩	٠,٧٦٣**	٩	٠,٨٣٠**	٩	٠,٨٨٣**
١٠	٠,٦٥٣**	١٠	٠,٨٣٠**	١٠	٠,٨٠٨**
١١	٠,٧٧٩**	١١	٠,٨١٣**	١١	٠,٨٤٩**
١٢	٠,٦٣٩**	١٢	٠,٨٣٧**	١٢	٠,٩٠٦**
١٣	٠,٦٠٣**	١٣	٠,٨٣٤**	١٣	٠,٨٥٥**
١٤	٠,٥٩١**	١٤	٠,٧٩٩**	١٤	٠,٧٨٠**

المحور الأول		المحور الثاني		المحور الثالث	
رقم العبارة	الارتباط	رقم العبارة	الارتباط	رقم العبارة	الارتباط
١٥	٠,٦١٦**	١٥	٠,٨١٦**	١٥	٠,٨٣١**
				١٦	٠,٧٨٨**
				١٧	٠,٨٥٧**
				١٨	٠,٨٣١**
				١٩	٠,٨٦٨**

مـن الجـدول رقم (٢) يتضـح أن جميـع معاملات الارتبـاط بين العبـارة والمحور التي تنتمـي إليه موجبة ودالـة إحصائيًا عند مسـتوى دلالـة (٠,٠١)، مما يؤكد صـدق التكويـن الداخلـي الاتّسـاق للاسـتبانة، كما تم التأكد مِـن الثبات لأداة الدراسـة باستخدام معامل ألفا-كرونباخ Cronbach›s Alpha، والجدول التالي يبين قيم معامل ألفا كرونباخ لمحاور أداة الدراسة.

جدول رقم (٢) ٢معامل ألفا-كرونباخ لمحاور الاستبانة والاستبانة ككل

المحور	معامل ألفا كرونباخ	عدد العبارات
المحور الأول	٠,٩٠٨	١٥
المحور الثاني	٠,٩٢٥	١٥
المحور الثالث	٠,٩١٦	١٩
الاستبانة ككل	٠,٩٢٥	٤٩

يتضـح مِـن الجدول السـابق أن قيمـة معامل ألفا-كرونباخ لكامل الاستبانة بلغت (٠,٩٢٥)، وبلغت قيمة معامـل ألفا-كرونبـاخ للمحـاور الأربع أكبـر من ٠,٩، وهـي جميعهـا قيم أكبـر من ٠,٧ وهو ما يشـير لوجود ثبات مرتفع لأداة الدراسة.

المعالجة الإحصائية

لكي تتحقق أهداف الدراسـة، وللكشف عن النتائج المـراد الوصـول إليها، فإنه تم إدخـال القيم المتحصلة مِـن أداة الدراسـة (الاسـتبانة) فِي برامج خاصة لإجراء المعَالجـات الإحصائية اللازمة، وتم اسـتخدام برنامج الحزم الإحصائية للعلـوم الاجْتماعية SPSS الإصدار رقم ٢٨ ، بالإضافة إِلى اسـتخدام الأساليب الإحصائية المختلفـة لتقنيـن أداة الدراسـة مثل معامـل الارتباط لـ ''بيرسـون'' ، ومعامـل ''ألفا كرونبـاخ'' Cronbach) (Alpha، فإنه تم استخدام التكرارات والنسب المئوية، لعـرض البيانـات الأولية لعينـة الدراسـة بالإضافة إلى المتوسـط الحسـابي، والانحرافات المعيـاري لعبارات محاور الدراسة.

عرض ومناقشة نتائج الدراسة:

١-الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة

جدول رقم (٣) الخصائص الديموغرافية لعينة الدراسة (ن=٣٩٧)

البيان		العدد	النسبة
الفئة العمرية	من ١٨ إلى ٢٠ عام.	١٤٩	٪٣٧,٥
	من ٢٠ إلى ٢٢ عام.	١٣٦	٪٣٤,٣
	من ٢٢ إلى ٢٤ عام	١١٢	٪٢٨,٢
حالة العمل	خريجة تعمل	٨٥	٪٢١,٤
	خريجة لا تعمل.	٩٩	٪٢٤,٩
	طالبة.	٢١٣	٪٥٣,٧

البيان		العدد	النسبة
المؤهل العلمي أو المرحلة الدراسية	ثانوي/دبلوم فأقل	١٤١	٣٥,٥٪
	مؤهل جامعي فأعلى	٢٥٦	٦٤,٥٪
المؤهل العلمي للأب	متوسط فأقل	٥٦	١٤,١٪
	ثانوي/دبلوم	١٣١	٣٣,٠٪
	مؤهل جامعي	١٦٦	٤١,٨٪
	دراسات عليا	٤٤	١١,١٪
المؤهل العلمي للأم	متوسط فأقل	٨٤	٢١,٢٪
	ثانوي/دبلوم	١٣٨	٣٤,٨٪
	مؤهل جامعي	١٥٥	٣٩,٠٪
	دراسات عليا	٢٠	٥,٠٪
عدد الأخوة الذكور	لا يوجد	٢٤	٦,٠٪
	١-٢	١٨٩	٤٧,٦٪
	٢-٤	١٣٨	٣٤,٨٪
	أكثر من ٤	٤٦	١١,٦٪
عدد الأخوات	لا يوجد	٣٢	٨,١٪
	١-٢	١٧٤	٤٣,٨٪
	٢-٤	١٢٥	٣١,٥٪
	أكثر من ٤	٦٦	١٦,٦٪
الدخل الشهري للأسرة	أقل من ٣٠٠٠ ريال.	٢١	٥,٣٪
	من ١٢٠٠٠ ريال فأكثر	١٩٧	٤٩,٦٪
	من ٣٠٠٠ لأقل من ٦٠٠٠ ريال	٤٧	١١,٨٪
	من ٦٠٠٠ لأقل من ٩٠٠٠ ريال	٦٩	١٧,٤٪
	من ٩٠٠٠ لأقل من ١٢٠٠٠ ريال	٦٣	١٥,٩٪

عرض الجدول رقم (١) البيانات الديموغرافية لعينة الدراسة من الفتيات السعوديات البالغ عددهن (٣٩٧) فتاة سعودية غير متزوجة من الفئة العمرية ١٨-٢٤ عامًا، تعيش مع أسرتها في مدينة الرياض، حيث: تتوزع العينة بشكل متوازن على الفئات العمرية الثلاث، مع غلبة الفئة من ١٨ إلى ٢٠ عامًا بنسبة (٣٧,٥٪) تليها الفئة من ٢٠ إلى ٢٢ عامًا (٣٤,٣٪) ثم الفئة من ٢٢ إلى ٢٤ عامًا) (٢٨,٢٪) ، كما تُظهر النتائج أن غالبية الفتيات ونتيجة للفئة العمرية من الطالبات بنسبة (٥٣,٧٪) ، بينما (٢١,٤٪) يعملن بعد التخرج و (٢٤,٩٪) لا يعملن، كما أن تتركز العينة بشكل كبير في الفئة ذات المؤهل الجامعي فأعلى (٦٤,٥٪)، مع نسبة أقل لفئة الثانوي/دبلوم فأقل (٣٥,٥٪) ، وتُشير النتائج إلى وجود نسبة عالية من الآباء لعينة الدراسة من ذوي المؤهل الجامعي (٤١,٨٪)، تليها نسبة ذوي المؤهل الثانوي/دبلوم (٣٣,٠٪)، ثم ذوي المؤهل المتوسط فأقل (١٤,١٪)، وعدد قليل ذوي الدراسات العليا (١١,١٪)، كما تتوزع أمهات الفتيات بعينة الدراسة على مختلف المستويات التعليمية، مع غلبة نسبة ذوي المؤهل الجامعي (٣٩,٠٪)، يليها ذوي المؤهل الثانوي/دبلوم (٣٤,٨٪)، ثم ذوي المؤهل المتوسط فأقل (٢١,٢٪)، وعدد قليل ذوي الدراسات العليا (٥٪) وهو ما قد يكون له أثر على استجابات الفتيات على محاور الدراسة المختلفة ، وتُشير النتائج إلى أن غالبية الفتيات (٤٧,٦٪) لديهن ١-٢ أخوة ذكور، تليها نسبة ٢-٤ أخوة ذكور (٣٤,٨٪)، بينما عدد قليل لديهن أكثر من ٤ أخوة ذكور (١١,٦٪)، وعدد أقل لديهن لا يوجد أخوة ذكور (٦٪) في حين تتوزع عدد الأخوات بشكل متوازن تقريبا، مع غلبة نسبة ١-٢ أخت (٤٣,٨٪)، تليها نسبة ٢-٤ أخت (٣١,٥٪)، ثم نسبة أكثر من ٤ أخوات (١٦,٦٪)، وعدد قليل لديهن لا يوجد أخوات (٨,١٪) وأخيراً تنوع الدخل الشهري للأسر لدى الفتيات فتتركز غالبية العينة في فئة الدخل الشهري من ١٢٠٠٠ ريال فأكثر (٤٩,٦٪)،

تليها نسبة ٩٠٠٠ إلى ١٢٠٠٠ ريال (١٥,٩٪)، ثم نسبة ٦٠٠٠ إلى ٩٠٠٠ ريال (١٧,٤٪)، ثم نسبة ٣٠٠٠ إلى ٦٠٠٠ ريال (١١,٨٪)، وعدد قليل جدًا في فئة أقل من ٣٠٠٠ ريال (٥,٣٪)، وهذه النتائج توفر معلومات أساسية عن خصائص عينة الدراسة، وتساعد على فهم السياق الاجتماعي الذي عاشت فيه الفتيات، بالإضافة إلى تحديد تأثير هذه الخصائص على سلوكياتهن وتجاربهن.

٢-الإجابة على تساؤلات الدراسة

تم تحليل أداة الدراسة لاستخراج نتائجها وفقاً لأسئلة الدراسة وجاءت النتائج كالاتي:

الإجابة عن التساؤل الأول حول واقع إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات في المجتمع السعودي.

جدول رقم (٤) نتائج آراء عينة الدراسة حول حول عبارات المحور الأول مرتبة وفقاً لمتوسطها الحسابي (العدد = ٣٩٧)

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
٣. أفقد الشعور بالوقت وأنا على وسائل التواصل الاجتماعي، وأشعر أنّ الوقت يمرّ بسرعة.	٣,٩٢	١,٠٣	موافق
٨. أشعر بالانزعاج والتوتر عندما يكون هناك انقطاع في الاتصال بالإنترنت أو في حالة عطل في الهاتف.	٣,٧٠	١,١٤	موافق
١. أتخيل أنّ حياتي ستكون مملّة بدون وسائل التواصل الاجتماعي.	٣,٦٩	١,٠٢	موافق
١٣. أجد نفسي أستخدم وسائل التواصل الاجتماعي لفترات طويلة دون تحقيق أي شيء ذي قيمة.	٣,٥٧	١,١٧	موافق
١٠. أستخدم وسائل التواصل الاجتماعي للهروب من مشاعري السلبية أو مشكلاتي الشخصية.	٣,٥٥	١,٢٢	موافق
٢. أشعر بالضيق إذا انقطع عني وسائل التواصل الاجتماعي.	٣,٤٤	١,٠٥	موافق
٦. أستخدم وسائل التواصل الاجتماعي، حتى لو كنت أشعر بالتعب أو الإرهاق.	٣,١٨	١,١٠	متوسطة
١٢. أجد نفسي أبحث باستمرار عن المحتوى الجديد على وسائل التواصل الاجتماعي، حتى لو لم يكن لدي هدف محدد.	٣,٠٢	١,٣٣	متوسطة
٤. أجد صعوبة في النوم ليلاً بعد استخدامي وسائل التواصل الاجتماعي.	٢,٩٩	١,١٧	متوسطة
٧. أقوم بتحديث حساباتي على وسائل التواصل الاجتماعي بشكل متكرر طوال اليوم.	٢,٩٣	١,٢٩	متوسطة
٩. أجد صعوبة في الانفصال عن وسائل التواصل الاجتماعي حتى أثناء القيام بالأنشطة الأخرى.	٢,٧٧	١,٢٣	متوسطة
١٤. أشعر بالضغط للرد على الرسائل أو التعليقات على الفور، حتى لو كنت مشغولاً.	٢,٦٨	١,٢٦	متوسطة
١١. أواجه صعوبة في التركيز على المهام الأخرى بسبب تفكيري المستمر فيما يحدث على وسائل التواصل الاجتماعي.	٢,٤٠	١,٢٦	غيرموافق
٥. أشعر بالحزن إذا قللت من وقت استخدامي للمواقع الاجتماعية.	٢,٣٣	١,٠٣	غيرموافق
١٥. أشارك تفاصيل شخصية أو يومية على وسائل التواصل الاجتماعي بشكل مفرط.	٢,١٩	١,١٧	غيرموافق
مستوى إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات في المجتمع السعودي	**٣,٠٩**	**٠,٧٢**	**متوسطة**

من الجدول (٤) يتضح أن هناك مستوى متوسط من إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات المشاركات في الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (٣,٠٩ من٥) وهو متوسط حسابي يشير إلى درجة إلى «محايد» وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي المستخدم، حيث تم قياس مستوى إدمان وسائل التواصل الاجتماعي بين الفتيات المشاركات من خلال خمس عشر عبارة ، جاءت ست منها بمتوسطات حسابية تشير إلى درجة موافقة فقط، بينما ستة عبارات أخرى تشير إلى درجة متوسطة «محايد» وأخيراً ثلاث عبارات تشير متوسطاتها

إلى درجة غير موافق وهو ما أثر على المتوسط الحسابي الكلـي للمحور حيث تراوحت المتوسـطات الحسـابية لهذه العبارات ما بين (٢,١٩ و ٣,٩٢ من ٥) وهو ما أثر على المتوسط الحسابي الكلي للمحور.

وجاءت سـت عبارات بمتوسطات حسابية تشير إلى درجة الموافقة فجاءت العبارة «٣. أفقد الشـعور بالوقت وأنا على وسائل التواصل الاجتماعي، وأشعر أنّ الوقت يمرّ بسـرعة'' في الترتيب الأول بين العبارات بمتوسـط حسابي بلغ (٣,٩٢) لتدل على أن الفتيات يدركن فقدان السـيطرة علـى الوقـت عند اسـتخدام وسـائل التواصل الاجتماعـي، تليها العبارة '' ٨أشـعر بالانزعـاج والتوتر عندمـا يكون هناك انقطاع فـي الاتصال بالإنترنت أو في حالة عطل في الهاتف'' بمتوسـط حسـابي بلـغ (٣,٧): لتُظهـر هذه العبارة الاعتماد الشـديد على الإنترنت، مما يشير إلى وجود أعراض الانسحاب عند انقطاع الاتصال، وتنوعت باقي العبارات التي تشير إلى مستوى مرتفع من الموافقة فجاءت العبارة ''٢. أشعر بالضيق إذا انقطع عني وسـائل التواصل الاجتماعي'' في الترتيب السـادس بين عبارات هذا المحور بمتوسط حسابي بلغ (٣,٤٤) لتؤكد على التبعية النفسـيّة لوسـائل التواصل الاجتماعي، مما يشير إلى وجود أعراض الانسحاب عند انقطاع الاتصال، وجميعهـا عبـارات تشـير إلـى وجـود إدمـان للفتيـات المشاركات في الدراسة لوسائل التواصل الاجتماعي.

في حين جاءت ست عبارات تشير إلى إدمان بدرجة متوسـطة فجاءت العبارة ''٦. أسـتخدم وسائل التواصل الاجتماعي، حتى لو كنت أشعر بالتعب أو الإرهاق'' في الترتيب السابع بين عبارات المحور بمتوسط حسابي بلغ (٣,١٨) لتُظهر عدم قدرة الفتيات على التحكم في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي حتى عند شعورهن بالتعب، مما يدل على الاعتماد الشديد عليها، تليها العبارة ''١٢. أجد نفسـي أبحث باسـتمرار عن المحتوى الجديد على وسائل التواصل الاجتماعي، حتى لو لم يكن لدي هدف محدد.'' بمتوسط حسابي بلغ (٣,٠٢) لتُظهر الاستهلاك المسـتمر للمحتـوى دون هـدف محدد، مما يشـير إلى شعور الفتيات بالملل أو الرغبة في ملء الفراغ، وتنوعت باقي العبارات التي تشـير إلى درجة متوسطة في الإدمان فجاءت العبارة ''١٤.أشعر بالضغط للرد على الرسائل أو التعليقـات علـى الفور، حتى لو كنت مشـغولاً.'' في الترتيب الثاني عشر بمتوسط حسابي بلغ (٢,٦٨) لتُظهر شعور الفتيات بالضغط للرد على الرسائل بشكل فوري، مما يشـير إلـى تأثير وسـائل التواصـل الاجتماعي على حياتهـن اليومية. في جاءت ثلاث عبارات بمتوسـطات حسـابية تشـير إلى الرفض فجاءت العبـارة ''١١. أواجه صعوبـة في التركيز على المهام الأخرى بسـبب تفكيري المستمر فيما يحدث على وسائل التواصل الاجتماعي.'' في الترتيب الثالث عشـر بمتوسـط حسـابي بلـغ (٢,٤) لتُظهـر عدم اتفاق نسـبة كبيـر من الفتيـات على صعوبة التركيز نتيجةً لتشتيت وسائل التواصل الاجتماعي، تليها العبارة ''٥. أشعر بالحزن إذا قللت من وقت استخدامي للمواقـع الاجتماعية.'' بمتوسـط حسـابي بلـغ (٢,٣٣) لتُظهـر عـدم وجود شـعور بالحـزن نتيجـةً لتقليل وقت اسـتخدام وسـائل التواصل الاجتماعي، وأخيـراً العبارة ''١٥. أشـارك تفاصيـل شـخصية أو يومية على وسـائل التواصل الاجتماعي بشـكل مفرط. '' بمتوسـط حسابي بلـغ (٢,١٩) لتُظهر عدم الموافقة على مشـاركة تفاصيل شخصية بشكل مفرط، مما يشير إلى وعي الفتيات بأهمية الحفاظ على الخصوصية.

ومـن الملاحـظ ارتفـاع قيـم الانحـراف المعيـاري لعبارات المحور حيث تراوحت قيم الانحراف المعياري ما بين (١,٠٢ و١,٣٣) لتظهر واجد اختلاف في وتشتت فـي آراء الفتيـات حول العبـارات التي تـدل على إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، ومما سبق تشير النتائج إلى أن إدمـان وسـائل التواصل الاجتماعي بيـن الفتيات في المجتمع السـعودي موجود ولكن في مسـتوى متوسط. العديـد مـن الفتيـات يشـعرن بالانغمـاس فـي وسـائل التواصل الاجتماعي، ويعتمدن عليها في بعض الجوانب النفسية والاجتماعية، ولكن ليس بالضرورة على مستوى مفرط أو شديد.

الإجابة عن التساؤل الثاني حول مدى انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي .

جدول رقم (٥) نتائج آراء عينة الدراسة حول حول عبارات المحور الثاني مرتبة وفقاً لمتوسطها الحسابي (العدد = ٣٩٧)

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
٤. أفضّل الاحتفاظ بأفكاري ومشاعري لنفسي بدلاً من مشاركتها مع عائلتي.	٣,٣٤	١,٣٦	متوسطة
١٤.أشعر أن الحوار في أسرتي يتحول بسرعة إلى جدال بدلاً من مناقشة هادئة.	٣,١٨	١,٣٢	متوسطة
١. أجد صعوبة في التحدث عن مشاعري مع أفراد أسرتي.	٣,١٧	١,٣٦	متوسطة
١١.عندما نحاول التحدث داخل الأسرة، ينتهي الحوار غالبًا بسوء تفاهم أو خلاف.	٣,١٣	١,٣٣	متوسطة
١٥.أشعر أن الحوار داخل الأسرة يفتقر إلى الاهتمام المتبادل والتفاعل الحقيقي.	٣,٠٥	١,٣٤	متوسطة
٢. أتحاشى النقاشات المفتوحة مع عائلتي حول الموضوعات الشخصية.	٢,٩٤	١,٣٧	متوسطة
١٣.عندما أبدأ محادثة مع أحد أفراد أسرتي، غالبًا ما أشعر بأنهم غير مستعدين للاستماع بجدية.	٢,٩٣	١,٣٨	متوسطة
١٢.أحيانًا أشعر أن حديثنا كعائلة يقتصر على الأمور السطحية مثل الطعام والمهام اليومية.	٢,٩١	١,٣٧	متوسطة
٨. عندما أحاول الحديث مع عائلتي، أجد أنهم غالبًا ما ينشغلون بأشياء أخرى.	٢,٨٨	١,٣٣	متوسطة
١٠.أشعر بأن الحوار في أسرتنا غالبًا ما يكون سطحيًا وغير عميق.	٢,٨٠	١,٣٥	متوسطة
٩. أجد أنني أكون أكثر صمتًا وتجنبًا للكلام عندما أكون مع أفراد أسرتي.	٢,٧٥	١,٣٤	متوسطة
٦. لا أشعر بالراحة في التحدث عن اهتماماتي أو طموحاتي مع أفراد أسرتي.	٢,٧٢	١,٤١	متوسطة
٧. لا أشعر بأن هناك وقتًا مخصصًا للتحدث كعائلة عن الأمور المهمة.	٢,٧٢	١,٤١	متوسطة
٣.نادرًا ما نتحدث داخل أسرتي عن مشاكلنا كعائلة.	٢,٧١	١,٣١	متوسطة
٥. عندما أواجه مشكلة، لا ألجأ إلى أفراد أسرتي لطلب المساعدة.	٢,٥٧	١,٣٢	غيرموافق
مدى انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي	**٢,٩٢**	**١,٠٩**	**متوسطة**

من الجدول (٥) يتضح أن هناك مستوى متوسط من انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات المشاركات في الدراسة بمتوسط حسابي بلغ (٢,٩٢ من٥) وهو متوسط حسابي يشير إلى درجة إلى «محايد» وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي المستخدم، حيث تم قياس هذا الانتشار بين الفتيات المشاركات من خلال خمس عشر عبارة ، جاءت جميعها بمتوسطات حسابية تشير إلى درجة متوسطة «محايد» ما عدا عبارة واحدة يشير متوسطاتها إلى درجة غير موافق وهو ما أثر على المتوسط الحسابي الكلي للمحور حيث تراوحت المتوسطات الحسابية لهذه العبارات ما بين (٢,٥٧ و ٣,٣٤ من ٥) وهو ما أثر على المتوسط الحسابي الكلي للمحور.

فجاءت أعلى درجات الموافقة للعبارة ''٤. ''أفضّل الاحتفاظ بأفكاري ومشاعري لنفسي بدلاً من مشاركتها مع عائلتي'' بمتوسط حسابي بلغ (٣,٣٤)، مما يشير إلى ميل الفتيات إلى الاحتفاظ بمشاعرهن وأفكارهن لأنفسهن بدلاً من مشاركتها مع أسرهن، وهذا يمكن اعتباره أحد المؤشرات الرئيسية لظاهرة الصمت الأسري، تليها العبارة ''١٤.أشعر أن الحوار في أسرتي يتحول بسرعة إلى جدال بدلاً من مناقشة هادئة'' بمتوسط حسابي بلغ (٣,١٨) لتوضح أن بعض الفتيات يرين أن الحوارات الأسرية قد تتحول إلى جدال، مما يعزز مشاعر التوتر التي قد تقود إلى الصمت، وفي الترتيب الثالث جاءت العبارة ''١.أجد صعوبة في التحدث عن مشاعري مع أفراد أسرتي'' بمتوسط حسابي بلغ (٣,١٧) لتعكس شعورًا شائعًا بين الفتيات بعدم القدرة على التعبير عن مشاعرهن بسهولة، كما جاءت العبارتان ''١١.عندما نحاول التحدث داخل الأسرة، ينتهي الحوار غالبًا بسوء تفاهم أو خلاف'' (٣,١٣) و''١٥.أشعر أن الحوار داخل الأسرة يفتقر إلى الاهتمام المتبادل والتفاعل الحقيقي'' (٣,٠٥) لتعكسا شعورًا بالافتقار إلى التفاهم والتواصل الجيد داخل الأسرة، في حين جاءت عبارات أخرى تشير إلى أن الحوار الأسري سطحي أو غير جاد، مثل العبارة ''١٢.أحيانًا أشعر أن حديثنا كعائلة يقتصر على الأمور السطحية مثل الطعام والمهام اليومية'' بمتوسط حسابي (٢,٩١) والعبارة''١٠.أشعر بأن الحوار في أسرتنا غالبًا ما يكون سطحيًا وغير عميق'' بمتوسط حسابي (٢,٨٠)، تعزز فكرة أن التواصل داخل الأسرة ليس عميقًا بما يكفي، مع أنها عبارات تشير إلى درجة متوسط ولكنها تشير إلى وجود حالة من الصمت الأسري لدى البعض نتيجة لما عبرت عنه هذه العبارات، في حين حصلت العبارة ''٥.عندما أواجه مشكلة، لا ألجأ إلى أفراد أسرتي لطلب المساعدة'' على أقل متوسط حسابي والذي بلغ (٢,٥٧) أي بدرجة غير موافق، لتشير إلى أن بعض الفتيات يشعرن بأنهن لا يعتمدن على أسرهن في مواجهة المشاكل، لكن هذا الشعور ليس عامًا بشكل كبير.

ومما سبق تشير النتائج إلى أن ظاهرة الصمت الأسري موجودة بين الفتيات في المجتمع السعودي، ولكن بمستوى متوسط. تعاني الفتيات من صعوبات في التواصل مع أسرهن، مثل الشعور بعدم التفاهم، وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر بوضوح، ووجود حوارات سطحية في بعض الأحيان. ومع ذلك، لا تؤكد النتائج أن الصمت الأسري ظاهرة عامة أو شديدة الانتشار، وإنما هو موجود بدرجات متفاوتة وتحتاج إلى معالجة .

الإجابة عن التساؤل الثالث حول العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي

جدول رقم (٦) نتائج آراء عينة الدراسة حول حول عبارات المحور الثالث مرتبة وفقاً لمتوسطها الحسابي (العدد = ٣٩٧)

العبارة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الموافقة
١. ألاحظ وجود اختلاف كبير في القيم والأفكار بيني وبين أفراد أسرتي الأكبر سنًا، مما يصعّب الحوار.	٣,٣١	١,٢٩	متوسطة
٣. أعتقد أن الضغوط المجتمعية تدفعني للصمت وعدم التحدث عن الأمور الشخصية أمام أفراد أسرتي.	٣,٠٢	١,٣٢	متوسطة
٢. أخشى من انتقاد أفراد أسرتي لي إذا تحدثت بصراحة عن مشاكلي أو مشاعري.	٢,٩٨	١,٣٦	متوسطة
٤. أشعر بالخجل من الحديث عن بعض الموضوعات بسبب وصمة المجتمع تجاهها.	٢,٩٦	١,٣٥	متوسطة
١٠.أشعر بأن المجتمع يضغط على أفراد الأسرة للالتزام بصمتهم للحفاظ على صورة الأسرة أمام الآخرين.	٢,٨٩	١,٣٨	متوسطة
٩. طبيعة العلاقات الرسمية في أسرتنا تجعل من الصعب علينا التحدث بحرية.	٢,٧٨	١,٤٢	متوسطة
٥. أخشى أن يسبب حديثي عن بعض الأمور إحراجًا لعائلتي أمام الآخرين.	٢,٧٥	١,٣٥	متوسطة
٧. أشعر أن بيئة الأسرة لا توفر مساحة آمنة للتعبير عن الأفكار والمشاعر.	٢,٧٣	١,٤٤	متوسطة
٨. أشعر أن المجتمع يتوقع مني أن ألتزم بالصمت وألا أتحدث عن آرائي بصراحة.	٢,٦٧	١,٣٢	متوسطة
٦. أخشى أن أتلقى عقابًا أو نقدًا حادًا إذا عبرت عن رأيي داخل الأسرة.	٢,٦٥	١,٤١	متوسطة
العوامل الاجتماعية	**٢,٨٧**	**١,١٠**	**متوسطة**
١٥. أحيانًا أعتقد أن الحوار داخل الأسرة لن يؤدي إلى أي تغيير، مما يجعلني أفضل الصمت.	٣,١٤	١,٤٠	متوسطة
١٤. أشعر أن المجتمع يشجع على الصمت كوسيلة للحفاظ على الاستقرار الأسري.	٣,٠٣	١,٣٨	متوسطة
١٨. أشعر أن الثقافة الأسرية تعتمد بشكل كبير على السلطة الأبوية، مما يجعل الحوار أمرًا صعبًا.	٢,٩٩	١,٣٩	متوسطة
١٢. أشعر أن الأدوار التقليدية للجنسين في المجتمع تحد من قدرتي على التعبير عن مشاعري داخل الأسرة.	٢,٩١	١,٣٩	متوسطة
١٧. أشعر بأن الالتزام بالقيم العائلية التقليدية يحد من قدرتي على التعبير عن نفسي بحرية.	٢,٨٩	١,٣٣	متوسطة
١٩. أخشى من التحدث بصراحة لأنني أشعر أن أفراد أسرتي قد يرفضون أي تغيير يتعارض مع ثقافتنا التقليدية.	٢,٨٣	١,٣٦	متوسطة
١١. أعتقد أن التقاليد والعادات الاجتماعية تمنعني من التحدث بحرية مع أفراد أسرتي.	٢,٧٦	١,٤١	متوسطة
١٣. أعتقد أن أسلوب التربية الصارم الذي نشأت عليه يحد من قدرتي على التحدث بصراحة مع عائلتي.	٢,٧٦	١,٤١	متوسطة
١٦. أخشى أن يُنظر إلى حديثي بصراحة على أنه كسر للتقاليد المتعارف عليها في المجتمع.	٢,٧٤	١,٣٥	متوسطة
العوامل الثقافية	**٢,٨٩**	**١,١٩**	**متوسطة**
العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي	**٢,٨٨**	**١,١١**	**متوسطة**

مـن الجـدول (٦) يتضح أن هنـاك عوامل اجتماعية وثقافيـة تؤثـر بدرجـة متوسـطة فـي ظاهـرة الصمـت الأسري بين الفتيات من وجهة نظر الفتيات المشاركات في الدراسـة بمتوسـط حسـابي بلغ (٢,٨٨ من٥) وهو متوسـط حسـابي يشـير إلى درجـة إلى «محايـد» وفقاً لمقياس ليكرت الخماسي المستخدم، فجاءت العوامل الثقافية والاجتماعية متقاربتين في المتوسـط الحسـابي وفقاً لاسـتجابات الفتيات المشاركات بمتوسط حسابي (٢,٨٩) و (٢,٨٧) علـى الترتيـب وكلهما يشـيران إلى درجة متوسطة.

وتشـير النتائـج إلـى أن جميع العوامـل الاجتماعية التي تم تناولها تؤثر بدرجة متوسطة في ظاهرة الصمت الأسري، بما في ذلك اختلاف الأجيال، النقد، الضغوط المجتمعيـة، والخجل، تؤثر بشـكل متوسـط في ظاهرة الصمت الأسـري بين الفتيات في المجتمع السـعودي. الفتيات يشـعرن بعـدم القدرة على التحـدث بحرية في بعض المواضيـع نتيجة لهذه الضغوط، لكن في الوقت نفسـه، هـذه العوامـل ليسـت قويـة بمـا يكفـي لجعل الصمت الأسـري ظاهرة عامة وشـديدة الانتشار. هناك تأثيـر ملحوظ للعادات والتقاليـد والضغوط المجتمعية علـى التواصـل الأسـري، لكنـه لا يصـل إلـى حد منع التواصل تمامًا.

كمـا أن جميع العوامـل الثقافية التي تم تناولها تؤثر أيضـاً بدرجـة متوسـطة في ظاهـرة الصمت الأسـري، فالفتيـات فـي المجتمع السـعودي قد يعانيـن من قيود ثقافيـة تؤثـر علـى قدرتهـن علـى التعبير بحريـة داخل الأسـرة. فالعوامل المرتبطة بالسـلطة الأبوية، والتقاليد المجتمعيـة، والأدوار التقليديـة للجنسـين تُعتبـر مـن العوامل الأساسـية التي تعزز ظاهرة الصمت الأسـري. رغم أن هذه العوامل ليسـت قسـرية تمامًـا (كما يتضح من كون المتوسـطات كلها تقع في نطاق «متوسـطة»)، إلا أنهـا تعكـس تأثيـرًا واضحًـا علـى الفتيـات اللواتي يشعرن بأن الحوار الأسري لن يؤدي إلى التغيير، أو أن المجتمع يدعم الصمت كأداة للحفاظ على الاستقرار.

وقـد توافقـت هـذه النتائـج مـع بعـض مـا تناولتـه الدراسـات السـابقة كدراسـة خليل والخريف (٢٠١٩) التي أظهرت أن شـبكات التواصل الاجتماعي والتقاليد المجتمعية تؤثر على الحوار الأسري وتساهم في تفاقم ظاهـرة الصمت الأسـري وهذه النتائج تتماشـى مع ما ورد فـي الدراسـة الحالية حول تأثير العـادات والتقاليد والضغـوط المجتمعيـة علـى التواصـل بيـن الفتيـات وأسـرهن. العوامـل الاجتماعية مثل اختـلاف الأجيال والخجل تُعتبر من العوامل التي تؤثر على قدرة الفتيات على التعبير بحرية، مما يدعم النتائج التي توصلت إليها دراسـة محسن (٢٠٢٠) والتي أكدت على دور العوامل الاجتماعية في تقليص الحوار بين أفراد الأسرة، علاوة علـى ذلك، دراسـة عبـد الله وآخـرون (٢٠٢١) أكدت علـى أن العوامـل الثقافية مثل السـلطة الأبوية والتقاليد المجتمعية تلعب دورًا في تقليل الحوار الأسري وزيادة العزلة الاجتماعية بين أفراد الأسـرة، مما يتفق مع نتائج الدراسـة الحالية التي أشـارت إلى تأثير السلطة الأبوية والأدوار التقليدية على ظاهرة الصمت الأسري.

ومن منظور نظرية الحتمية التكنولوجية يمكن تفسير هـذه النتائج، فتفترض هذه النظرية أن التكنولوجيا تؤثر بشـكل كبير على الأنمـاط الاجتماعيـة والثقافية، ومن ضمنها التواصل داخل الأسـرة. انتشار وسائل التواصل الاجتماعـي أدى إلـى تغييـرات فـي نمـط التواصـل الأسـري، ممـا جعـل بعـض العوامـل الاجتماعية مثل اختلاف الأجيال والنقد تظهر بشـكل أكبر. التكنولوجيا سـاهمت في توسـيع الفجوة بين الأجيال وزيادة العزلة الاجتماعيـة، مـا أثر على قـدرة الفتيات علـى التواصل بحرية مع أفراد أسـرهن، من جهـة أخرى، التكنولوجيا تعمل على تعزيز الأدوار التقليدية والسلطة الأبوية التي تدعم الصمت الأسري كوسيلة للحفاظ على الاستقرار

الاجتماعي. بالرغم من أن هذه العوامل ليست قوية بما يكفي لجعل الصمت ظاهرة شديدة الانتشار، إلا أن تأثيرها المتوسط يعكس أن التكنولوجيا أسهمت في تغيير نمط التفاعل الأسري.

الإجابة عن التساؤل الرابع حول أثر إدمان وسائل التواصل الاجتماعي على انتشار ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي.

تم الإجابة عن هذا التساؤل من خلال استخدام ارتباط بيرسون لتحديد العلاقة بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي و ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (٧) نتائج تحليل ارتباط بيرسون لتحديد العلاقة بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي و ظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي

	مستوى الصمت الأسري	
	معامل الارتباط R	مستوى الدلالة
إدمان وسائل التواصل الاجتماعي	٠,٣٥٢	<٠,٠٠١

يظهر الجدول نتائج تحليل ارتباط بيرسون الذي تم استخدامه لتحديد العلاقة بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي وظاهرة الصمت الأسري بين الفتيات في المجتمع السعودي، حيث بلغت قيمة معامل الارتباط بين متغيري إدمان وسائل التواصل الاجتماعي ومستوى الصمت الأسري هي ٠,٣٥٢ هذا يدل على وجود علاقة إيجابية معتدلة بين المتغيرين، مما يعني أنه كلما زاد مستوى إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، يميل مستوى الصمت الأسري إلى الزيادة، ولكن بشكل غير قوي، وهي علاقة دالة إحصائية وفقاً لمستوى الدلالة ، ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن هناك علاقة إيجابية معتدلة بين إدمان وسائل التواصل الاجتماعي والصمت الأسري بين الفتيات السعوديات؛ أي أن زيادة إدمان وسائل التواصل الاجتماعي يمكن أن تكون مرتبطة بزيادة مستويات الصمت الأسري. ومع أن هذه العلاقة ليست قوية (لأن معامل الارتباط أقل من ٠,٥)، إلا أنها دالة إحصائيًا وتستدعي الانتباه والتفسير العميق، قد تعني هذه النتيجة أن الاستخدام المفرط لوسائل التواصل الاجتماعي قد يؤدي إلى تراجع التفاعل المباشر والتواصل بين أفراد الأسرة، مما يسهم في خلق حالة من الصمت أو التباعد الأسري.

ومما سبق يمكن تفسير هذه النتائج في ضوء التحولات الاجتماعية والتكنولوجية التي تشهدها المجتمعات، بما في ذلك المجتمع السعودي. إدمان وسائل التواصل الاجتماعي أصبح ظاهرة تؤثر بشكل كبير على حياة الأفراد، خاصة الفتيات، حيث يشغل وقتهم ويعزلهم عن الأسرة. هذا الانعزال يؤدي إلى ضعف التواصل الفعلي بين أفراد الأسرة، ويزيد من فرص انتشار الصمت الأسري.

وقد اتفقت هذه النتائج إلى حداً مع ما تناولته نتائج بعض الدراسات السابقة كدراسة عويس (٢٠٢٢) حول الصمت الأسري في محافظة بني سويف، والتي توصلت إلى أن استخدام وسائل التواصل الاجتماعي يسهم في إضعاف العلاقات الأسرية وزيادة العزلة داخل الأسرة، مما يعزز فكرة أن إدمان وسائل التواصل الاجتماعي يؤدي إلى تراجع التواصل الأسري وزيادة الصمت بين أفراد الأسرة، وهو ما يتماشى مع النتائج الحالية التي أظهرت أن زيادة الإدمان على وسائل التواصل الاجتماعي ترتبط بزيادة الصمت الأسري بين الفتيات، ونتائج دراسة عبد الله وآخرون (٢٠٢١) التي تناولت تأثير الفيسبوك على الصمت الأسري، والتي وجدت أن الاستخدام المكثف للفيسبوك يقلل من الحوار المباشر بين أفراد الأسرة ويزيد من العزلة

الاجتماعيـة، وهـذه النتائـج أيضاً تدعم مـا تم التوصل إليه في الدراسـة الحالية من أن إدمان وسـائل التواصل الاجتماعـي يسـاهم في زيادة الصمت الأسـري، حيث يشغل وقت الفتيات ويقلل من فرص التفاعل الأسري، وأخيراً نتائج دراسـة محسـن (٢٠٢٠) التي أشارت إلى أن قضـاء الأفـراد وقتًـا طويـلًا علـى وسـائل التواصل الاجتماعـي يقلل مـن الحوار بين أفراد الأسـرة، ويزيد من احتمالية سوء الفهم والصمت.

كما أن هذه النتائج وفي إطار التحولات الاجتماعية والتكنولوجيـة التي تشـهدها المجتمعات، بما في ذلك المجتمـع السـعودي. مع زيـادة الاعتماد على وسـائل التواصـل الاجتماعي، أصبح الأفـراد، خاصة الفتيات، أكثر انعزالًا عن أسـرهن، مما يقلل من فرص التواصل الفعلـي بيـن أفراد الأسـرة ويزيد مـن احتمالية انتشـار الصمـت الأسـري. التكنولوجيـا، وفقًا لنظريـة الحتمية التكنولوجيـة، تعتبر العامل الأساسـي الـذي يؤثر على أنمـاط التفاعـل الاجتماعـي ويعيـد تشـكيل العلاقات داخل الأسرة، فإدمان وسائل التواصل الاجتماعي يأخذ مسـاحة كبيـرة من حيـاة الفتيات ويشـغل أوقاتهن، مما يؤدي إلى تقليص الحوار المباشـر داخل الأسـرة. كما أن العوامل الثقافية والاجتماعية، مثل القيود المجتمعية والأدوار التقليدية، قد تعزز هذا الصمت وتدفع الفتيات إلى تجنب الحوار الأسري.

توصيات الدراسة:

وبناء على نتائج الدراسـة توصي الدراسـة الجهات التالية بما يلي :

١. الأسر السعودية

- العمـل علـى تخصيـص أوقـات يوميـة خاليـة مـن الأجهـزة الإلكترونيـة لتعزيـز التفاعل المباشـر بين أفراد الأسـرة. يسـاعد هـذا في بناء علاقات أسـرية أقـوى ويقلـل الاعتمـاد علـى وسـائل التواصـل الاجتماعي.
- تشـجيع المشاركة المتسـاوية في الحوار بين جميع أفراد الأسرة، بما في ذلك الفتيات، لتعزيز التواصل المفتوح وتقليص الصمت الأسـري. يمكن للأسـر تخصيـص وقت للنقاش والحوار بين جميع أفرادها لضمان تبادل وجهات النظر.
- الاسـتفادة مـن التطبيقـات التي تتيـح مراقبة الوقت للحـد مـن الاسـتخدام المفـرط لوسـائل التواصل الاجتماعي، مما يسـاعد في تعزيز التواصل المباشر بين أفراد الأسرة.
- التقييـم الـدوري لمـدى تأثيـر وسـائل التواصـل الاجتماعي على الحوار الأسـري، لاتخاذ خطوات تنظيمية لتعزيز التواصل المباشر داخل الأسرة.

٢. الفتاة السعودية

- أهمية التفاعل المباشـر مع أفراد الأسرة وتخصيص وقـت يومي خالٍ من وسـائل التواصـل الاجتماعي للتركيز على بناء علاقات أسرية إيجابية.
- الاسـتخدام الإيجابي لوسـائل التواصل الاجتماعي لتنظيم أنشـطة عائلية مثل تبادل الصور أو التخطيط للأنشـطة المشتركة، بما يحول التكنولوجيا إلى أداة لتعزيز الروابط الأسرية بدلاً من العزلة.
- الحـرص علـى الحـوار المفتـوح مع أفراد الأسـرة وعـدم الاعتماد على وسـائل التواصـل الاجتماعي كوسيلة للتواصل الحصري، مما يسهم في خلق بيئة أسرية داعمة ومتكاملة.

٣. المؤسسات الاجتماعية والأهلية

- تنظـم ورش عمل ومبادرات مجتمعية لتعزيز الوعي بأهمية التواصل الأسـري وضرورة الحوار المفتوح داخل الأسـرة، بمـا يحد من تأثير وسـائل التواصل الاجتماعي على الصمت الأسري.

- توفير برامج إرشادية لتسهيل التفاهم بين الأجيال المختلفة داخل الأسرة، خاصة بين الآباء والأبناء، لتقليل الاعتماد على الوسائل التكنولوجية كبديل للتفاعل الأسري.
- توفير استشارات أسرية تساعد الأسر على مواجهة التحديات التي يفرضها إدمان وسائل التواصل الاجتماعي، مما يسهم في تعزيز الروابط الأسرية.
- العمل على تقديم برامج إرشادية تُركز على تقليص الفجوة بين الجيلين من خلال تعزيز التفاهم بين الأجيال المختلفة داخل الأسرة، وذلك عبر توفير منصات تعليمية وتثقيفية حول كيفية تكامل القيم التقليدية مع التغيرات التكنولوجية الحديثة

٤. الجهات الحكومية (وزارة الاتصالات، الجهات المعنية)

- قيام وزارة الاتصالات والجهات ذات العلاقة بإطلاق حملات توعوية حول أخطار الإدمان على وسائل التواصل الاجتماعي، وتقديم أدوات تقنية تساعد الأفراد في مراقبة استخدامهم لهذه الوسائل.
- قيام وزارة الاتصالات بتطوير تطبيقات وطنية تساعد الأسر والأفراد على مراقبة استخدام وسائل التواصل الاجتماعي والتحكم فيه، بما يعزز من التوازن بين العالم الرقمي والحياة الواقعية.
- أن تطلق وزارة الإعلام بالتعاون مع وزارة الاتصالات حملات توعوية شاملة عبر وسائل الإعلام التقليدية والرقمية لزيادة الوعي حول التأثيرات السلبية للإفراط في استخدام وسائل التواصل الاجتماعي على التفاعل الأسري، وتسليط الضوء على أهمية التوازن بين الحياة الافتراضية والواقعية.
- أن دمج وزارة التعليم مقررات عن التربية الرقمية ضمن المناهج الدراسية في المدارس، والتي تشمل تعليم الطلاب حول الاستخدام الرشيد للتكنولوجيا ووسائل التواصل الاجتماعي وتأثيراتها النفسية والاجتماعية.

المراجع

البكار، عاصم محمد عبد القادر (٢٠١٧) استخدام وسائل التواصل الاجتماعي وأثرها على القيم في الأسرة الأردنية: دراسة اجتماعية ميدانية،مجلة كلية الآداب ، ٧٧(٧)، ١٦١-٢١٧.

التركي، نازك عبدالصمد (٢٠١٩) فاعلية برنامج إرشادي أسري قائم على فنيات الحوار للوقاية من الصمت الأسري في الأسرة الكويتية، مجلة التربية، ١(١٨٤)، ٥٦٧-٦١٠.

ثاني، محمد النزير عبد الله (٢٠١٨). أثر مواقع التواصل الاجتماعي على الخرس الأسري: دراسة في نظرية الاستخدامات والاشباعات موقع الفايسبوك نموذجاً. حوليات جامعة الجزائر, ١(٣٢), ٥٠٩-٥٣٩.

خليل، أيمن أحمد فرج؛ والخريف، فهد عبد الرحمن (٢٠١٩). شبكات التواصل الاجتماعي والخرس الأسري في المجتمع السعودي: دراسة ميدانية في مدينة الهفوف بمحافظة الأحساء (المنطقة الشرقية). المجلة العلمية لجامعة الملك فيصل (العلوم الإنسانية والإدارية), ٢٠ (ملحق ٢), ٢٢٧-٢٣٨.

رندا، بوسعيد (٢٠١٧) التغير الاجتماعي والحتمية التكنولوجية لوسائل الإعلام: قراءة في نظرية مارشال ماكلوهان، مجلة سوسيولوجيا للدراسات والبحوث الاجتماعية، (١)، ٣٧-٥٢.

الشهري، حنان. (٢٠١٣). أثر استخدام شبكات التواصل الإلكتروني على العلاقات الاجتماعية: «فيسبوك» و«تويتر» نموذجًا. دراسة ميدانية على عينة من طالبات جامعة الملك عبد العزيز بجدة. رسالة ماجستير، جامعة الملك عبد العزيز، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية، المملكة العربية السعودية.

شوشة، نجاح(٢٠١٥) أثر وسائل التواصل

الاجتماعي في تفكك الأسرة و المجتمع: تواصل اجتماعي أم تفكك انطوائي، البيان، (٣٤١)، ٧٠-٧٣.

الطيار، فهد عي. (٢٠١٤). شبكات التواصل الاجتماعي وأثرها على القيم لدى طلاب الجامعة: «تويتر» نموذجًا. دراسة تطبيقية على طلاب جامعة الملك سعود. المجلة العربية للدراسات الأمنية والتدريب، ٣١(٦١)، ١٩٣-٢٢٦. الرياض، المملكة العربية السعودية.

عبد الجواد، خالد أحمد(٢٠١٩). علاقة استخدام وسائل التواصل الاجتماعي بمشكلات الأسرة العربية. المجلة المصرية لبحوث الأعلام، ٣(٦٤) ، ٩٥-١٣٨.

عبد الصادق، عادل (٢٠١٦) الفضاء الالكتروني والعلاقات الدولية :دراسة في النظرية والتطبيق، المركز العربي لأبحاث الفضاء الالكتروني.

العمر، عمر بن عبدالله (٢٠١٨) دور وسائل التواصل الاجتماعي في تغيير علاقات الأسرة المسلمة: دراسة ميدانية علي أسر القصيم ''بريدة'' نموذجا، مجلة العلوم الشرعية، ١١(١)، ٢٢١١-٢٢٧٥.

عويس، لمياء محمد(٢٠٢٢). وسائل التواصل الاجتماعي والصمت الأُسري: دراسة ميدانية بمحافظة بني سويف، مجلة كلية الآداب. جامعة بني سويف، ٦(٦٢)، ١٩٧-٢٢٠.

العويي، إلهام فريح. (٢٠٠٤). أثر استخدام الإنترنت على العلاقات الأسرية بين أفراد الأسرة السعودية في محافظة جدة. رسالة ماجستير، قسم السكن وإدارة المنزل، كلية التربية للاقتصاد المنزلي والتربية الفنية، جدة، المملكة العربية السعودية.

محسن، لمياء (٢٠٢٠). دور مواقع التواصل الاجتماعي في التفكك الأسرى: دراسة ميدانية. مجلة البحوث الإعلامية، جامعة الأزهر، ٥٥(٥)، ٢٩٨٤-٣٠٢٨.

مطالقة، أحلام ؛ والعمري، رائقة (٢٠١٨). أثر مواقع التواصل الاجتماعي على العلاقات الأسرية من وجهة نظر طلبة جامعة اليرموك في ضوء بعض المتغيرات. دراسات، علوم الشريعة والقانون, ٤٥(٤)، ٢٦٣-٢٨٣.

هيئة الاتصالات والفضاء والتقنية (٢٠٢٣). إنترنت السعودية ٢٠٢٣، تم الزيارة في ٢٠٢٤/٨/٢٢، رابط: https://www.cst.gov.sa/ar/indicators/PublishingImages/Pages/saudi_internet/saudi-internet-2023.pdf

يونس، بسمة حسن (٢٠١٦) إدمان شبكات التواصل الاجتماعي وعلاقتها بالاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعة في محافظة غزة، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية، جامعة الأزهر بغزة، فلسطين.

Abdallah Tani, M. E., AL Shammari, J. F., Biro Trouk, A. J., & Bouhenni, N. C. (2021). The Impact of using Facebook on family silence: case study for families of city of Ha›il. Ilkogretim Online, 20(4).

Gjylbegaj, V., & Abdi, H. M. (2019). The effects of social media on family communication in the UAE. Media Watch, 10(2), 387-397.

He, Q. (2022). The relationship between family and social media. Advances in Social Science, Education and Humanities Research, 670, 318-322.

Neuendorf, K. A., & Jeffres, L. W. (2017). Media effects: Accounts, nature, and history of. The international encyclopedia of media effects, 1-13.

Ritzer, G., & Stepnisky, J. (2021). Modern sociological theory. Sage publications.

المجموعات الاجتماعية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الأفراد في المملكة العربية السعودية

الدكتور/ عبدالعزيز بن فهد الكلثم

أستاذ علم اجتماع الصحة المساعد

قسم الاجتماع والخدمة الاجتماعية

جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية

المستخلص:

تستعرض هذه الدراسة العلاقة بين المجموعات الاجتماعية والصحة النفسية للأفراد في المملكة العربية السعودية، باعتبار أن المجموعات الاجتماعية والصحة النفسية جزءا اساسياً من الرفاهية الاجتماعية. وتهدف إلى استكشاف العلاقة بين الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية، والصحة النفسية للأفراد. مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الاجتماعية مثل العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والحالة الوظيفية، بالإضافة إلى أنماط السلوك مثل التدخين وممارسة الرياضة، والتاريخ المرضي الذي يشمل الأمراض المزمنة والوراثية.

تضمنت الدراسة ٤٠٥ من المبحوثين، وأظهرت النتائج أن الأفراد الذين يتمتعون بشعور أعلى من الانتماء وبتماسك اجتماعي أقوى داخل المجموعات الاجتماعية يعبّرون عن مستويات أفضل من الصحة النفسية. كما أظهرت النتائج وجود علاقة بين الخصائص الاجتماعية وأنماط السلوك، والصحة النفسية. حيث أبلغ الذكور، والمتزوجون، وغير المدخنين، وأولئك الذين يمارسون الرياضة بانتظام عن مستويات أفضل من الصحة النفسية.

وتظهر النتائج أيضاً أن الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية يعدان من العوامل الوقائية للصحة النفسية في المملكة العربية السعودية، إذ تسهم الروابط الاجتماعية القوية في تعزيز المرونة العاطفية، وتقليل مشاعر العزلة، وتعزيز الرفاهية النفسية، خاصة في المجتمعات التي تكون الروابط الاجتماعية فيها راسخة في العمق الثقافي، وتشكل جوهر المجتمع سواء على المستوى العائلي، أو القرابي، أو على مستوى الجيران، أو الأصدقاء، أو حتى المستوى المهني كما هو الحال في المملكة العربية السعودية.

الكلمات المفتاحية: الصحة النفسية، المجموعات الاجتماعية، الشعور بالانتماء ، التماسك الاجتماعي، المملكة العربية السعودية.

Abstract:

This study examines the impact of social groups on the psychological health of individuals in the Kingdom of Saudi Arabia, considering social groups and psychological health as an essential part of social well-being. This study aims to explore the relationship between the sense of belonging to a social group and social cohesion with social groups and their effect on psychological health and controlling for socioeconomic characteristics such as age, gender, marital status, educational level, monthly income, employment status, behavioral such as smoking and exercising, and health history such as chronic or hereditary diseases.

The study included a sample of 405 participants, and the results showed that individuals with a higher sense of belonging and stronger social cohesion to a social group expressed better levels of psychological health. The results also showed that socioeconomic characteristics and behavioral variables impact psychological health. Males, married, non-smokers, and those who exercise regularly reported better psychological health.

The importance of social groups in psychological health outcomes is evident in the study's results. The sense of belonging and social cohesion appear to be protective psychological health factors in the Kingdom of Saudi Arabia. Strong social ties contribute to enhancing emotional resilience, reducing feelings of isolation, and improving psychological well-being, especially in societies where social ties are deeply rooted within the culture and at the core of society, whether at the family, kinship, neighbors, friends, or even at the professional level, as is the case in the Kingdom of Saudi Arabia.

Keywords: psychological health, social groups, sense of belonging, social cohesion, Saudi Arabia

المقدمة:

تعد الصحة النفسية جزء مهم من الرفاهية العامة للأفراد في المجتمعات، وتمثل المؤشرات والدلائل السلوكية والانفعالية للأفراد، كما تعبر عن الرضى العام للفرد عن حياته بشكل عام. وتعرف منظمة الصحة العالمية، الصحة النفسية على أنها الحالة التي تمكن الإنسان من التعامل مع ضغوط الحياة، باعتبارها جزء لا يتجزأ من الرفاهية الإنسانية بشكل عام، ولها دور هام في التنمية الشخصية والمجتمعية والاقتصادية للأفراد (منظمة الصحة العالمية). والصحة النفسية هي أكثر من مجرد غياب الاضطرابات النفسية ويمكن أن تختلف من شخص إلى آخر. كما أن هذه الاضطرابات التي قد تؤثر على الصحة النفسية للأفراد، ليست مستقلة عن الظروف الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية والبيئة التي ينشأ ويعيش فيها الأفراد (Khalaf et al., 2023; Alloush, 2023; Statz & Bristow, 2023). وقد ذكرت الدراسات أنه على الأقل ١ من كل ٥ أشخاص حول العالم يعانون من بعض المشكلات النفسية كل عام، وأن الاضطرابات النفسية تمثل حوالي ٢٠٪ من المشاكل الصحية عالمياً (Steel, 2014; Collins et al., 2011., Friedrich., 2017).

ولأن الحياة الاجتماعية جزء لا يتجزأ من حياة الإنسان، فهي تلعب دوراً هام في جودة الحياة النفسية (Bedrov &Gable, 2022; Kirkbride, et al., 2024., Schafer et al., 2019). وقد جاء في نظرية الظروف الاجتماعية كمسببات رئيسية للمرض التي طورها Link & Phelan، أن الظروف الاجتماعية تلعب دوراً أساسياً في التأثير على صحة الإنسان بشكل عام، حيث أنها توفر العديد من الموارد كالوصول للخدمات الصحية، والمال، والمعرفة، والدعم الاجتماعي، والأمور الإيجابية على المستوى الفردي كالدعم النفسي والعقلي والعاطفي (Link & Phelan, 1995).

مشكلة الدراسة:

تعد المجموعات الاجتماعية أحد أهم العناصر الأساسية التي تشكل حياة الأفراد وتؤثر بشكل كبير على صحتهم النفسية. وأن الجماعات التي ينتمي لها الأفراد تلعب دوراً هاماً في جودة الحياة النفسية، سواء على المستوى الأسري، أو الأصدقاء، أو العمل، أو حتى المجتمعات عبر الأنترنت. ويتجلى هذا التأثير بشكل أكبر في المجتمعات التي تعتمد على الروابط الاجتماعية بشكل أساسي، كما هو الحال في المملكة العربية السعودية، حيث يكون التأثير على الصحة النفسية أكثر عن غيره من المجتمعات. ولأن الروابط الاجتماعية تترسخ في العمق الثقافي للمجتمع في السعودي، وتشكل جوهر المجتمع سواء على المستوى العائلي، أو القرابي، أو على مستوى الجيران، أو الأصدقاء، أو حتى المستوى المهني، فإن تأثيرها على الصحة النفسية للأفراد يكون بالتالي أقوى. ولذلك فإن فهم واستكشاف دور العوامل الاجتماعية وتحديد أثرها على الصحة النفسية للأفراد أمر بالغ الأهمية.

وأظهرت العديد من الدراسات أن الصحة بشكل عام، والنفسية منها على وجه الخصوص، لا تتأثر فقط بالعوامل الشخصية، بل تتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية، مثل الخصائص الاجتماعية كالعمر، والجنس، ومستوى الدخل، والحالة التعليمية، والوظيفية (Hamplova et al., 2022; Simeonova et al., 2015). وعلى الرغم من الدور الهام للظروف الاجتماعية، والمجموعات الاجتماعية تحديدا في التأثير على النتائج الصحية بشكل عام، وبالأخص على الصحة النفسية للأفراد، إلا أن هناك القليل من الأبحاث التي تركز على دور المجموعات

الاجتماعية في تعزيز مستوى الصحة النفسية للأفراد في المملكة العربية السعودية.

أهمية الدراسة:

تكتسب هذه الدراسة أهمية من الناحيتين العلمية والعملية، حيث تسهم في تقديم رؤى جديدة حول العلاقة بين المجموعات الاجتماعية والصحة النفسية للأفراد في المملكة العربية السعودية. وترتبط بشكل مباشر في تحسين جودة الحياة للأفراد، حيث تعد الصحة النفسية عاملا أساسيا من عوامل تحقيق رفاه الإنسان وتعزيز جودة الحياة (التلاوي وآخرون، ٢٠١٩).

فمن الناحية العلمية تأتي هذه الدراسة للإضافة إلى الأبحاث المنشورة في المكتبة العربية عن علاقة المجموعات الاجتماعية بالصحة النفسية، وتضيف للأدبيات العلمية التي تتناول الصحة النفسية والرفاهية الاجتماعية في سياق المجتمعات المرتكزة على العلاقات داخل المجموعات الاجتماعية بشكل أساس، كما هو الحال في المملكة العربية السعودية. فمن خلال استكشاف علاقة الانتماء والتماسك الاجتماعي داخل المجموعات الاجتماعية على الصحة النفسية للأفراد يسهم في تقديم فهم أعمق حول دور المجموعات الاجتماعية في تشكيل الصحة النفسية للأفراد. كما أن تضمين محددات اجتماعية وسلوكية متعددة، مثل العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، وأنماط السلوك، والتاريخ المرضي، يجعل النتائج أكثر شمولية، مما يساعد الأبحاث المستقبلية الاعتماد على هذه النتائج كأساس لمزيد من التحليل.

أما من الناحية العملية فإن نتائج الدراسة تساعد على فهم العوامل التي تعزز أو تعيق الصحة النفسية من خلال المجموعات الاجتماعية، وتوفر بيانات لصناع القرار في بناء وتنفيذ سياسات وبرامج تعزز الانتماء والتماسك الاجتماعي، مما يساهم في إيجاد برامج متخصصه تستهدف تعزيز العلاقات الاجتماعية. كما يمكن أن تساعد المؤسسات الصحية والاجتماعية على تطوير استراتيجيات تدخل تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية للأفراد، مع التركيز على المجموعات الأكثر تأثرا بعوامل اجتماعية وسلوكية محددة. إضافة إلى ذلك، توفر الدراسة مرجعا لمؤسسات المجتمع لتطوير برامج توعوية تعزز الوعي بأهمية الانتماء والتماسك الاجتماعي كعنصر من عناصر الصحة النفسية.

الدراسات السابقة:

أظهرت العديد من الدراسات أن الصحة بشكل عام، والنفسية منها على وجه الخصوص، لا تتأثر فقط بالعوامل الشخصية، بل تتأثر بالعديد من العوامل الاجتماعية والثقافية.

حيث جاء في دراسة Wills و Cohen بعنوان «الدعم الاجتماعي والصحة النفسية»، ١٩٨٥، أن الأفراد الذين يتلقون دعما اجتماعيا يعبرون عن مستوى أقل من الاكتئاب والقلق. كما جاء في دراسة Holt-Lunstad وأخرون بعنوان «العزلة الاجتماعية كعامل خطر للوفاة» ٢٠١٥. حيث خلصت الدراسة أن العزلة الاجتماعية لها تأثيرات سلبية على الأفراد وأن أثرها من الممكن أن يؤدي إلى الوفاة. كما ذكر Brown و Turner في دراسة بعنوان ''الدعم الاجتماعي والصحة النفسية'' ٢٠١٠. أن الصحة النفسية للأفراد تتأثر بشكل عام بناء على مدى توفر الدعم الاجتماعي. كما ذكرت دراسة Lorant وأخرون ٢٠٠٣ بعنوان '' التفاوت في الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والاكتئاب'' أن الأشخاص الأقل من الناحية الاجتماعية والاقتصادية أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب من غيرهم من الأفراد.

الأهداف والفرضيات:

تهدف الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي للأفراد داخل المجموعات الاجتماعية، والصحة النفسية. وتحاول الكشف عن ما إذا كان الأفراد الذين يشعرون الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي داخل المجموعات الاجتماعية، يعبرون عن صحة نفسية أفضل مقارنة بغيرهم. مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الاجتماعية مثل العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والحالة الوظيفية، بالإضافة إلى أنماط السلوك مثل التدخين وممارسة الرياضة، والتاريخ المرضي الذي يشمل الأمراض المزمنة والوراثية.

الفرضية البحثية الأولى:

هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الشعور بالانتماء للمجموعات الاجتماعية وتعبير الأفراد عن حالتهم الصحية النفسية، حيث يظُهر الأفراد الذين يعبرون عن شعور قوي بالانتماء لمجموعاتهم الاجتماعية صحة نفسية أفضل مقارنة بأولئك الذين لا يشعرون بذلك الانتماء.

الفرضية البحثية الثانية:

هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التماسك الاجتماعي داخل المجموعات الاجتماعية وتعبير الأفراد عن حالتهم الصحية النفسية، إذ يظُهر الأفراد الذين ينتمون إلى مجموعات اجتماعية أكثر تماسكا، صحة نفسية أفضل مقارنة بأولئك الذين ينتمون إلى مجموعات أقل تماسكاً.

مقياس الدراسة:

ترتكز هذه الدراسة على مقياس بيئة المجموعات الاجتماعية الذي أعده ماكينزي (١٩٨٣)، ومقياس رأس المال الاجتماعي الذي طورته جامعة هارفارد من خلال مؤتمر ساجروا (٢٠٠٦)، لقياس الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية. والمقياس الذاتي للصحة المكون من ٣٦ بنداً والذي تم تطويره من قبل مؤسسة راند البحثية (١٩٩٢)، لقياس الصحة النفسية للأفراد.

آداة جمع البيانات:

تم تصميم الاستمارة البحثية بالاستناد على المقاييس الثلاثة المذكورة اعلاه. كما تضمنت أسئلة حول الخصائص الاجتماعية (العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والحالة الوظيفية)، وأنماط السلوك (مثل التدخين وممارسة الرياضة)، والتاريخ المرضي (مثل الأمراض المزمنة والوراثية). تم تطوير الاستمارة البحثية باللغة العربية باستخدام منصة Zoho، بعد ترجمة المقاييس من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية من قبل متخصص في الترجمة بين اللغتين، وذلك لضمان سلامة العبارات ودقتها.

في المجمل قام ١٤٧٢ شخص بزيارة رابط الاستمارة الإلكترونية، واختار ٤٢١ شخصا منهم المشاركة. من بين هؤلاء، أكمل ٤٠٥ مشاركين الإجابة على الاستمارة، بينما تم استبعاد ١٦ مشاركا لعدم إكمالهم الاستمارة أو لعدم استيفائهم شروط المشاركة.

المنهجية البحثية:

ارتكزت الدراسة على المنهج الكمي باستخدام المسح الاجتماعي لجمع البيانات من عينة من المبحوثيين في المملكة العربية السعودية لتحقيق أهداف الدراسة واختبار الفرضيات. حيث تم استقطاب المشاركين في الدراسة بالاعتماد على العينة الميسرة عبر منصات وسائل التواصل الاجتماعي، وتحديداً من خلال (WhatsApp)، حيث يعد تطبيق واتساب بحسب تقرير GMI (٢٠٢٣) المنصة الأكثر استخداما

فـي المملكـة العربية السـعودية، إذ يوجـد أكثر من ٢١ مليـون مسـتخدم لتطبيق واتسـاب في المملكـة العربية السعودية.

وقـد تم الاعتماد على وسـائل التواصل الاجتماعي للوصول إلى عينة الدراسـة بعد أن أثبتت تلك الوسائل فعاليتها في اسـتقطاب المشـاركين من بيئات اجتماعية متنوعة. وتوفر وسـائل التواصل الاجتماعي العديد من المزايا مقارنة بالأسـاليب التقليدية، بما في ذلك النطاق الواسـع للعينة، وقلة الجهد والتكلفة، وسرعة الوصول إلـى المشـاركين، كمـا أشـارت إلـى ذلـك دراسـات (Tsaltskan et al., 2023; Thornton et al., 2016). وساعد ذلك الدراسة الحالية في الوصول إلى عينة على نطاق واسع وذات خلفيات اجتماعية متعددة، تمثل سكان في المملكة العربية السعودية.

وللتأكـد مـن سـلامة العينـة وملاءمتهـا لأهـداف الدراسـة، اعتمـدت الدراسـة دوال منطقيـة لاسـتبعاد المشـاركين غيـر المؤهلين، أي الذيـن لا تنطبق عليهم شروط الدراسـة التالية: (الجنسية السعودية، وأن يكون العمـر ١٨ عامـا فأكثـر). وقـد عمل النظـام الآلي على اسـتبعاد المشاركين غير المؤهلين. مما ساهم في جمع البيانات من المواطنين السـعوديين الذين تبلغ أعمارهم ١٨ عام فأكثر، بما يتماشى مع أهداف الدراسة.

متغيرات الدراسة:

الصحة النفسية:

تم قياس الصحة النفسية في هذه الدراسة من خلال سـؤال واحـد وهـو: «بشـكل عام كيـف تقيـم حالتك النفسـية؟». ويتمتـع هـذا المقيـاس بالصـدق والثبـات كمؤشـر لقياس الصحة النفسـية كما أشـارت إلى ذلك العديد من الدراسـات، ومنها دراسـات (Cislaghi & Cislaghi, 2019; Wuorela et al., 2020).

الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي:

تم قياس الشـعور بالانتماء والتماسـك الاجتماعي بيـن الأفراد داخـل المجموعـات الاجتماعية بالاعتماد على مقيـاس بيئة المجموعـات الاجتماعية الذي أعده ماكينـزي (١٩٨٣)، ومقيـاس رأس المـال الاجتماعـي الذي طورته جامعة هارفارد من خلال مؤتمر سـاجروا (٢٠٠٦). حيـث تـم اسـتخدام ١٢ عبارة علـى مقياس ليكرت الخماسـي لقياس درجة الموافقة، والتي تتراوح بين (غير موافق بشـدة) و (وموافق بشـدة). وتقيس هذه العبارات عناصر الشعور بالانتماء للمجموعة الاجتماعية والتماسك الاجتماعي بين أفرادها. والاعتماد على هذه المقاييـس التي سـبق اختبار صدقها وثباتهـا في العديد مـن الدراسـات، مثـل دراسـات (Uchino, 2009; Haslam et al., 2019)، قـد سـمح بإجـراء تقييـم دقيـق لمدى الشـعور بالانتماء للمجموعـة الاجتماعية والتماسك الاجتماعي بين أفرادها.

المتغيرات الضابطة:

شـملت الدراسـة مجموعة من المتغيرات الضابطة، التي تضم الخصائص الاجتماعية مثل العمر، والجنس، والحالـة الاجتماعيـة، والمسـتوى التعليمي، ومسـتوى الدخل، والحالة الوظيفية، بالإضافة إلى أنماط السـلوك مثـل التدخين وممارسـة الرياضـة، والتاريـخ المرضي الذي يشـمل الأمـراض المزمنـة والوراثيـة. وتعد هذه المتغيـرات الضابطـة ضرورية للتأكد من تأثير الشـعور بالانتماء للمجموعة الاجتماعية والتماسك الاجتماعي بين أفرادها على الصحة النفسية.

التحليل الاحصائي:

أجريت جميع التحليلات الإحصائية لهذه الدراسـة باسـتخدام برنامـج SPSS وذلك بهدف التحقق من أثر الشـعور بالانتمـاء للمجموعـة الاجتماعية والتماسـك الاجتماعي بين أفرادها على الصحة النفسية للمشاركين.

وقد تم استخدام عدد من نماذج الانحدار الخطي الهرمي لتقييم هذا الأثر مع ضبط المتغيرات الضابطة. كما تم استخدام التحليل العاملي، واختبار الثبات (ألفا كرونباخ) لضمان الاتساق الداخلي بين عبارات مقاييس الشعور بالانتماء للمجموعة الاجتماعية والتماسك الاجتماعي بين أفرادها.

نتائج الدراسة:

الخصائص الاجتماعية:

شملت الدراسة ٤٠٥ من المبحوثين تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٧٥ عاماً، وبلغ متوسط العمر ٤٠ عاماً، وانحراف معياري قدره (١٢,٠٣). كان منهم ٥٤,١٪ (٢١٩ مبحوثاً) من الذكور، و٤٥,٩٪ (١٨٦ مبحوثاً) من الإناث. أما فيما يتعلق بالحالة الاجتماعية فقد كان ٧٠,١٪ (٢٨٤ مبحوثاً) من أفراد العينة من المتزوجين، بينما بلغت نسبة غير المتزوجين ٢٩,٩٪ (١٢١ مبحوثاً). وفيما يخص المستوى التعليمي، يتضح أن ما يقارب نصف المشاركين من حملة درجة البكالوريوس ٤٨,٤٪ (١٩٦ مبحوثاً)، في حين كان ٢٤,٩٪ (١٠١ مبحوثاً) من الذين يحملون درجات أقل من درجة البكالوريوس، بينما يمثل حملة شهادات الدراسات العليا ٢٦,٧٪ (١٠٨ مبحوثاً) من أجمالي العينة. بالنسبة لمستوى الدخل كانت العينة متقاربة على مستوى الدخل، وكانت النسبة الأعلى للفئة التي يتراوح مستوى دخلها بين ٩ الاف إلى أقل من ١٣ ألف ريال بنسبة ١٩,٨٪ (٨٠ مبحوثاً)، تليها فئة الدخل من ٢١ ألف ريال فأكثر بنسبة ١٧,٣٪ (٧٠ مبحوثاً). أما بالنسبة للحالة الوظيفية فقد كان معظم المبحوثين من الموظفين بنسبة ٦٤٪ (٢٥٩ مبحوثاً) بينما مثل غير الموظفين ٣٦٪ (مبحوثاً ١٤٦) (جدول ١).

الجدول (١)

وصف الخصائص الاجتماعية لعينة المبحوثين

الخصائص	الاحصاءات الوصفية	
العمر	المتوسط الحسابي (٤٠)	الانحراف المعياري (١٢,٠٣)
الخصائص	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	٢١٩	٥٤,١
أنثى	١٨٦	٤٥,٩
متزوج	٢٨٤	٧٠,١
غير متزوج	١٢١	٢٩,٩
أقل من درجة البكالوريوس	١٠١	٢٤,٩
درجة البكالوريوس	١٩٦	٤٨,٤
شهادات عليا	١٠٨	٢٦,٧
لا يوجد دخل	٥٥	١٣,٦
أقل من ٤٠٠٠	٥٦	١٣,٨

الخصائص	الاحصاءات الوصفية	
٨,٩٩٩-٤,٠٠٠	٥٥	١٣,٦
١٢,٩٩٩-٩,٠٠٠	٨٠	١٩,٨
١٦,٩٩٩-١٣,٩٩٩	٤٧	١١,٦
٢٠,٩٩٩-١٧,٠٠٠	٤٢	١٠,٤
٢١,٠٠٠ وأكثر	٧٠	١٧,٣
موظف	٢٥٩	٦٤,٠
غير موظف	١٤٦	٣٦,٠

أنماط السلوك:

بالنسبة للتدخين، أظهرت النتائج أن النسبة الأكبر من المبحوثاًين من غير المدخنين ٨٢,٥٪ (٣٣٤ مبحوثاً) بينما مثل المدخنين ١٧,٥٪ (٧١ مبحوثاً). أما فيما يتعلق بممارسة الرياضة، فقد كان معظم المبحوثاًين من الذين لا يمارسون الرياضة إطلاقا، أو من الذين يمارسونها من مرة إلى مرتين في الأسبوع بنسبة متساوية، ٣٧,٨٪ (١٥٣ مبحوثاً) لكل منهما. في حيان أشار بقية المبحوثاًين إلى أنهم يمارسون الرياضة على الأقل ٣ وإلى ٧ مرات في الأسبوع (جدول ٢).

الجدول (٢)

وصف أنماط السلوك لعينة المبحوثين

الخصائص	التكرار	النسبة المئوية
مدخن	٧١	١٧,٥
غير مدخن	٣٣٤	٨٢,٥
لا يمارس الرياضة إطلاقاً	١٥٣	٣٧,٨
يمارس الرياضة ١-٢ في الاسبوع	١٥٣	٣٧,٨
يمارس الرياضة ٣-٤ في الاسبوع	٦٣	١٥,٦
يمارس الرياضة ٥-٦ في الاسبوع	١٥	٣,٧
يمارس الرياضة يومياً	٢١	٥,٢

التاريخ المرضي:

أظهرت النتائج أن ٨٣٪ (٣٣٦ مبحوثاً) من المبحوثين لا يعانون من أمراض مزمنة، وأن ٩٣٪ (٣٧٧ مبحوثاً) لا يعانون من أمراض وراثية، في حين أن الذين يعانون من أمراض مزمنة مثلوا ١٧٪ (٦٩ مبحوثاً) والذين يعانون من أمراض وراثية ٦,٩٪ (٢٨ مبحوثاً) (جدول ٣).

الجدول (٣)

وصف التاريخ المرضي للمبحوثين

الخصائص	التكرار	النسبة المئوية
لا يعاني من أمراض مزمنة	٣٣٦	٨٣
يعاني من أمراض مزمنة	٦٩	١٧
لا يعاني من أمراض وراثية	٣٧٧	٩٣
يعاني من أمراض وراثية	٢٨	٦,٩

الصحة النفسية:

أظهرت النتائج لاستجابة المبحوثين على سؤال «بشكل عام، كيف تقيم حالتك النفسية»؟ حيث جاءت النتائج على النحو التالي: عبّر معظم المشاركين عن أن صحتهم النفسية جيدة بنسبة ٣٧,٣٪ (١١٩ مبحوثاً)، أو

جيدة جداً بنسبة ٣٣,٢٪ (١٠٦ مبحوثاً)، بينما عبّر عدد قليل من المبحوثين أن حالتهم الصحية النفسية سيئة بنسبة ٥,٩٪ (٢٤ مبحوثاً)، أو سيئة جداً بنسبة ١,٧٪ (٧ مبحوثاً). أما الذين عبّروا عن أن حالتهم الصحية النفسية ممتازة فبلغت نسبتهم ١٥,٦٪ (٦٣ مبحوثاً) (جدول ٤).

الجدول (٤)

وصف الصحة النفسية للمبحوثين

الخصائص	التكرار	النسبة المئوية
سيئة جداً	٧	١,٧
سيئة	٢٤	٥,٩
جيدة	١١٩	٣٧,٣
جيدة جداً	١٠٦	٣٣,٢
ممتازة	٦٣	١٥,٦

التحليل العاملي:

تم اجراء التحليل العاملي، وذلك بهدف استكشاف الأبعاد الرئيسية لمقاييس مدى الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية. وكانت نتيجة كايزر ماير أوليكن (Kaiser-Meyer-Olkin) ٠,٩٣٢، واختبار بارتليت دالاً احصائياً على وجود التباين ($p < .001$) مما يؤكد ملاءمة البيانات لإجراء التحليل العاملي. وأظهرت نتائج التحليل العاملي وجود مكونين رئيسين يفسران ٦٥,٧٦٪ من التباين في استجابات المبحوثين. وقد تبين من النتائج أن المكون الأول يفسر ٥٦,٩٥٪، بينما يفسر المكون الثاني ٨,٨١٪ من التباين في استجابات المبحوثين. وأشتمل المكون الأول على ٦ عبارات منها: ''أشعر بالقبول من قبل أعضاء المجموعة، وأشعر بالارتباط الوثيق مع أعضاء المجموعة''، في حين اشتمل المكون الثاني على ٦ عبارات منها: ''يُظهر الأعضاء التماسك والتضامن الاجتماعي، ويُظهر أعضاء المجموعة الاهتمام ببعضهم البعض''. وأوضحت مصفوفة المكونات الدوارة أحمالاً عالية لكل مكون، مما يدعم وجود فرق المبحوثين في الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية، وإمكانية استخدامها كأبعاد منفصلة (جدول ٥).

الجدول (٥)

التحليل العاملي

المكون	التباين			
١	٥٦,٩٥١			
٢	٨,٨١٨			
مقياس المجموعات الاجتماعية	قيم التشبع		كايزر-ماير-اولكين	بارتليت
	١	٢	٠,٩٣٢	< .001
أشعر بارتباط وثيق مع أعضاء المجموعة	٠,٨٧			
أشعر بالتماسك والتضامن الاجتماعي مع أعضاء المجموعة	٠,٨٣			
أشعر بالقبول من قبل أعضاء المجموعة	٠,٨١			

المكون	التباين			
أشعر بالالتزام تجاه أعضاء المجموعة	٠,٧٩			
أشعر بالسعادة لكوني أحد أعضاء المجموعة	٠,٧٥			
أشعر بالفخر لكوني أحد أعضاء المجموعة	٠,٤٩			
يُظهر أعضاء المجموعة الاهتمام ببعضهم البعض		٠,٧٣		
يُظهر أعضاء المجموعة السلوكيات المقبولة لدى المجموعة		٠,٧٢		
يُظهر أعضاء المجموعة مشاعر الانتماء للمجموعة		٠,٧١		
يثق أعضاء المجموعة ببعضهم البعض		٠,٧٠		
يُظهر أعضاء المجموعة روح المشاركة		٠,٦٤		
يُصرح أعضاء المجموعة عن معلومات شخصية أو مشاعر حساسة		٠,٥٥		

معامل الثبات:

باستخدام نتائج التحليل العاملي، تم إجراء اختبار الثبات للعبارات بهدف التأكد من اتساق العناصر لكل مكون، وكانت النتائج على النحو التالي: المكون الأول احتوى على ٥ من أصل ٦ عبارات (جدول ٦)، وكانت جميعها تقيّم درجة الشعور بالانتماء للمجموعة الاجتماعية، وأظهر التحليل اتساقاً داخلياً قوياً بين العبارات على معامل ألف كرونباخ (٠,٩٨١) مما يشير إلى درجة عالية من الثبات. أما بالنسبة للمكون الثاني فقد احتوى أيضا على ٥ من أصل ٦ عبارات (جدول ٦)، وكانت جميعها تقيّم درجة التماسك بين أفراد المجموعة الاجتماعية. وأظهر التحليل اتساقاً داخلياً قوياً بين العبارات على معامل ألف كرونباخ (٠,٨٦٩) مما يشير إلى درجة عالية من الثبات. وتم استبعاد العبارات (أشعر بالفخر بالانتماء للمجموعة، ويُفصح أعضاء المجموعة عن معلومات شخصية أو حساسة) وذلك نتيجة لتحسن معامل ألفا كرونباخ بعد حذفهما. بعد ذلك، تم إيجاد متغيرين جديدين من خلال حساب المتوسط الحسابي للعبارات لكل مكون وتمت تسميتهما: «الشعور بالانتماء، والتماسك الاجتماعي».

الجدول (٥)

معامل الثبات

المقياس	التباين	
	عدد العبارات	الفا كورنباخ
الشعور بالإنتماء للمجموعة الاجتماعية	٥	٠,٩٨١
التماسك الاجتماعي بين أفراد المجموعة	٥	٠,٨٩٦

الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي:

أوضحت النتائج حول الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية أن معظم المشاركين يتمتعون بمستويات مرتفعة في كلا المقياسين. حيث بلغ متوسط الشعور بالانتماء

٣,٩٢ مـن أصل ٥ درجات، مـع انحراف معياري قدره (٠,٥١). وأفـاد ٤٤٪ (١٧٩ مبحوثـاً) مـن المبحوثيـن أنهـم يشـعرون بالانتمـاء عند مسـتوى ٣,٩٢ من أصل ٥ درجـات، بينمـا بلـغ متوسـط التماسـك الاجتماعي ٣,٨٥، مـع انحراف معيـاري قدره (٠,٤٥). وعبر ٤٤٪ (١٧٩ مبحوثـاً) من المبحوثين عن درجة من التماسـك الاجتماعي عند مستوى ٣,٨٥ (جدول ٧).

كما أظهرت النتائج أن ٧,٤٪ (٣٠) عبروا عن أعلى مسـتويات الشـعور بالانتمـاء، وأن ٤,٢٪ (١٧ مبحوثاً) عبـروا عـن أعلـى درجـات التماسـك الاجتماعي عند ٥ درجـات. بالإضافـة إلـى ذلك، فقد أشـار ١٦٪ (٦٥ مبحوثـاً) و١٦,٥٪ (٦٧ مبحوثـاً) عن الشـعور بالانتماء والتماسـك الاجتماعـي عنـد مسـتوى ٤ درجات على التوالـي. وأخيراً أظهرت النتائـج أن عدد قليل جداً من المشـاركين عبـروا عن أقـل درجات الشـعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي.

الجدول (٧)

مقاييس المجموعات الاجتماعية

الخصائص	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الشعور بالإنتماء للمجموعة الاجتماعية	٣,٩٢	.٥١٠
التماسك الاجتماعي بين أفراد المجموعة	٣,٨٥	٠,٤٥

الانحدار الخطي الهرمي:

تم إجراء تحليليـن للانحدار الخطي الهرمي بهدف تقييم تأثير الشـعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفـراد داخـل المجموعـات الاجتماعية علـى الصحة النفسـية التي ابلغ عنها المبحوثـون ذاتياً، بعد ضبط أثر الخصائـص الاجتماعية مثل العمـر، والجنس، والحالة الاجتماعيـة، والمسـتوى التعليمي، ومسـتوى الدخل، والحالـة الوظيفيـة، بالإضافـة إلى أنماط السـلوك مثل التدخيـن وممارسـة الرياضة، والتاريـخ المرضي الذي يشمل الأمراض المزمنة والوراثية.

الشعور بالانتماء:

فـي النموذج الأول، تم إدخـال المتغيرات الضابطة التـي شـملت الخصائـص الاجتماعيـة مثـل العمـر، والجنـس، والحالـة الاجتماعية، والمسـتوى التعليمي، ومستوى الدخل، والحالة الوظيفية، بالإضافة إلى أنماط السـلوك مثـل التدخيـن وممارسـة الرياضـة، والتاريخ المرضـي الـذي يشـمل الأمـراض المزمنـة والوراثية، كمؤشرات للتنبؤ على الصحة النفسية. حيث بلغت قدرة النمـوذج التفسـيرية ١٢,٣٪، ووصلت قيمة F = 5.51 عند مسـتوى دلالـة p < .001. وأشـارت قيم (VIF) المنخفضة (أقل من ١٠) إلى عدم وجود مشـكلة ترابط خطـي كبير بين المتغيرات التنبؤية. وأظهرت النتائج أن الذكـور (B =0.299, p =.002)، والمتزوجيـن (B =0.276, p =.015)، والذيـن يمارسـون الرياضـة (B =0.130, p =.001)، وغير المدخنين (B=0.293, p =.010) قد أبلغوا عن مستوى أعلى من الصحة النفسية مقارنـة بغيرهـم مـن المبحوثيـن. أمـا بقيـة المتغيرات الضابطـة مثـل العمر، والمسـتوى التعليمي، ومسـتوى الدخل، والحالة الوظيفية، ومتغيرات التاريخ المرضي، فلـم يكـن لهـا تأثيـر ذو دلالـة إحصائية على مسـتوى الصحة النفسية للأفراد.

وعندمـا تـم اضافـة مقيـاس الشـعور بالانتمـاء للمجموعات الاجتماعيـة إلى النموذج الثاني، ارتفعت القدرة التفسـيرية للنموذج بنسـبة ٣,٨٪ ليصل إجمالي القدرة التفسيرية للنموذج ١٦,١٪، وتغيرت قيمة F إلى F =17.732 عند مسـتوى دلالة p <.001. مما يشـير إلى تحسن دلالة النموذج بشكل كبير بعد أضافة مقياس الشعور بالانتماء للمجموعات الاجتماعية.

وأظهرت النتائج أن الشعور بالانتماء للمجموعات الاجتماعية قد ساهم في التنبؤ بشكل إيجابي بالصحة النفسية للمبحوثين. فالمبحوثين الذين أفادوا بإن لديهم شعوراً أعلى بالانتماء للمجموعة الاجتماعية، أبلغوا عن مستوى أفضل من الصحة النفسية مقارنة بأولئك الذين أفادوا بشعور أقل بالانتماء (B =0.321, p <.000) الجدول (٨).

الجدول (٨)

الانحدار الخطي الهرمي لمقياس الشعور بالانتماء للمجموعة الاجتماعية (المتغير التابع الصحة النفسية)

النموذج	B	الخطأ المعياري	t	الدلالة الإحصائية	الثقة ٩٥٪		التداخل الخطي	
					LL	UL	Tolerance	VIF
النموذج								
الثابت	٣,٤٠٨	٠,٢٠٧	١٦,٤٣٢					
العمر	-.٠٠١	.٠٠٥	-.١٣٥	.٨٩٣	-.٠١٠	.٠٠٩	.٤٨٢	٢,٠٧٦
الجنس	-.٢٩٩	.٠٩٦	-٣,١١٥	.٠٠٢	-.٤٨٧	-.١١٠	.٦٩٥	١,٤٣٩
الحالة الاجتماعية	.٢٧٦	.١١٣	٢,٤٥٣	.٠١٥	.٠٥٥	.٤٩٨	.٥٩٧	١,٦٧٤
المستوى التعليمي	.٠٣٦	.٠٣٣	١,٠٩٣	.٢٧٥	-.٠٢٨	.١٠٠	.٣٧٣	٢,٦٨٢
الدخل الشهري	-.٠٧٩	.١٠٢	-.٧٧٧	.٤٣٨	-.٢٨٠	.١٢١	.٦٦١	١,٥١٢
ممارسة الرياضة	.١٣٠	.٠٣٨	٣,٤٣٥	.٠٠١	.٠٥٥	.٢٠٤	.٩٧٠	١,٠٣٠
التدخين	-.٢٩٣	.١١٣	-٢,٥٩٣	.٠١٠	-.٥١٦	-.٠٧١	.٨٥٨	١,١٦٥
الامراض المزمنة	.٠٣٨	.١١٥	.٣٣٣	.٧٣٩	-.١٨٨	.٢٦٥	.٨٤٣	١,١٨٧
الامراض الوراثية	-.٢٦٩	.١٦٨	-١,٥٩٧	.١١١	-.٦٠٠	.٠٦٢	.٨٧١	١,١٤٩
الشعور بالانتماء	.٣٢١	.٠٧٦	٤,٢١١	.٠٠٠	.١٧١	.٤٧١	.٩٨١	١,٠١٩

التماسك الاجتماعي:

وعندما تم اضافة مقياس التماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية إلى النموذج الثالث، ارتفعت القدرة التفسيرية للنموذج بنسبة ٣,٥٪ لتصل القدرة الاجمالية للنموذج على التفسير ١٥,٨٪، كما تغيرت قيمة F لتصبح F =16.357 عند مستوى دلالة p <.001. مما يشير إلى تحسن دلالة النموذج بشكل كبير بعد أضافة مقياس التماسك الاجتماعي بين أفراد المجموعة الاجتماعية

وأظهرت النتائج أن التماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية قد ساهم في التنبؤ بشكل إيجابي بالصحة النفسية للمبحوثين. فالمبحوثين الذين أفادوا بمستوى أعلى من التماسك الاجتماعي بين أفراد المجموعة، قد أبلغوا عن مستوى أفضل من الصحة النفسية مقارنة بأولئك الذين عبروا عن شعور أقل بالتماسك (B =0.351, p <.000) جدول (٩).

الجدول (٩)

الانحدار الخطي الهرمي لمقياس التماسك الاجتماعي بين أفراد المجموعة (المتغير التابع الصحة النفسية)

النموذج	B	الخطأ المعياري	t	الدلالة الإحصائية	الثقة ٩٥٪		التداخل الخطي	
					LL	UL	Tolerance	VIF
النموذج								
الثابت	٣,٤٠٨	٠,٢٠٧	١٦,٤٣٢					
العمر	-.٠٠١	.٠٠٥	-.١٣٥	.٨٩٣	-.٠١٠	.٠٠٩	.٤٨٢	٢,٠٧٦
الجنس	-.٢٩٩	.٠٩٦	-٣,١١٥	.٠٠٢	-.٤٨٧	-.١١٠	.٦٩٥	١,٤٣٩
الحالة الاجتماعية	.٢٧٦	.١١٣	٢,٤٥٣	.٠١٥	.٠٥٥	.٤٩٨	.٥٩٧	١,٦٧٤
المستوى التعليمي	.٠٣٦	.٠٣٣	١,٠٩٣	.٢٧٥	-.٠٢٨	.١٠٠	.٣٧٣	٢,٦٨٢
الدخل الشهري	-.٠٧٩	.١٠٢	-.٧٧٧	.٤٣٨	-.٢٨٠	.١٢١	.٦٦١	١,٥١٢
ممارسة الرياضة	.١٣٠	.٠٣٨	٣,٤٣٥	.٠٠١	.٠٥٥	.٢٠٤	.٩٧٠	١,٠٣٠
التدخين	-.٢٩٣	.١١٣	-٢,٥٩٣	.٠١٠	-.٥١٦	-.٠٧١	.٨٥٨	١,١٦٥
الامراض المزمنة	.٠٣٨	.١١٥	.٣٣٣	.٧٣٩	-.١٨٨	.٢٦٥	.٨٤٣	١,١٨٧
الامراض الوراثية	-.٢٦٩	.١٦٨	-١,٥٩٧	.١١١	-.٦٠٠	.٠٦٢	.٨٧١	١,١٤٩
التماسك الاجتماعي	.٣٥١	.٠٨٧	٤,٠٤٤	.٠٠٠	.١٨٠	.٥٢٢	.٩٨٥	١,٠١٦

الخلاصة:

أظهرت النتائج وبشكل عام، أن كلاً من الشعور بالانتماء للمجموعة الاجتماعية والتماسك الاجتماعي قادران على التنبؤ بالصحة النفسية للأفراد، حتى بعد ضبط أثر الخصائص الاجتماعية مثل العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والحالة الوظيفية، بالإضافة إلى أنماط السلوك مثل التدخين وممارسة الرياضة، والتاريخ المرضي الذي يشمل الأمراض المزمنة والوراثية. مما يشير إلى الأثر الإيجابي والهام للشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية في تحسين الصحة النفسية.

مناقشة النتائج:

شملت الدراسة ٤٠٥ من المبحوثين تراوحت أعمارهم ما بين ١٨-٧٥ عاماً، ومتوسط العمر ٤٠ عاماً، وكان من المبحوثين ٥٤,١٪ من الذكور، و٤٥,٩٪ من الإناث. وكان معظمهم متزوجين، وحوالي نصفهم من حملة درجة البكالوريوس ٤٨,٤٪، و ٦٤٪ موظفون. وكانت أعلى نسبة لمستوى الدخل الشهري للفئة التي تتراوح بين ٩ الاف إلى أقل من ١٣ ألف ريال حيث بلغت نسبتهم ١٩,٨٪ وأفاد ٨٢,٥٪ من المبحوثين بإنهم غير مدخنين، وغالبيتهم يشاركون في نشاط بدني منتظم، بينما أشار ٨٣٪ إلى أنهم لا يعانون من أي أمراض مزمنة، و٩٣٪ لا يعانون من أي أمراض وراثية.

وكشفت الدراسة أن المجموعات الاجتماعية، وخاصة الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية، يؤثران على الصحة النفسية.

وأشارت تحليلات الانحدار الهرمي إلى أن الجنس، والحالة الاجتماعية، وممارسة الرياضة، وعادات التدخين، قد تنبأت بالصحة النفسية للمبحوثين. ومع ذلك، فإن إضافة الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية إلى الانحدار الهرمي أدى إلى زيادة القدرة التفسيرية لنماذج الصحة النفسية. وارتبط الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية بشكل إيجابي بالصحة النفسية، حيث أنه كلما زاد الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية، زاد تقييم الأفراد لصحتهم النفسية. الأمر الذي يسلط الضوء على الدور الهام للعلاقات الاجتماعية في تعزيز الرفاهية النفسية.

وبشكل عام، تؤكد نتائج الدراسة على أهمية تعزيز الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية لتحسين الصحة النفسية لدى الأفراد في المملكة العربية السعودية. وتقدم هذه الدراسة رؤى مهمة حول العلاقة بين المجموعات الاجتماعية، والتقييم الذاتي للصحة النفسية. وتتوافق نتائجها مع مجموعة من الدراسات السابقة التي أكدت على الدور الأساسي للعلاقات الاجتماعية وشبكات الدعم في تحسين الصحة النفسية، مثل الدراسات التي أجراها (Holt-Lunstad et al., 2022; Haslam et al., 2018). كما تسلط الضوء على الفوائد النفسية والعاطفية للمجموعات الاجتماعية وخاصة في المجتمعات التي تكون فيها العلاقات الاجتماعية راسخة في العمق الثقافي، كما هو الحال في المملكة العربية السعودية.

ويلاحظ انه بعد ضبط أثر الخصائص الاجتماعية مثل العمر، والجنس، والحالة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، ومستوى الدخل، والحالة الوظيفية، بالإضافة إلى أنماط السلوك مثل التدخين وممارسة الرياضة، والتاريخ المرضي الذي يشمل الأمراض المزمنة والوراثية، ظهر الشعور بالانتماء كمؤشر مهم للصحة النفسية. ويشير ذلك إلى الأثر الإيجابي والهام للشعور بالانتماء داخل المجموعات الاجتماعية في تحسين الصحة النفسية، ويظُهر ذلك أن الأفراد الذين يشعرون بالانتماء لمجموعاتهم الاجتماعية يبلغون عن صحة نفسية أفضل. وبالمثل، كان التماسك الاجتماعي بين أفراد المجموعة مؤشراً هاماً للصحة النفسية، بما يتفق مع (Jetten et al., 2022; Cruwys et al., 2019). حيث توفر المجموعات المتماسكة بيئة من الثقة والموارد المشتركة والدعم المتبادل، مما يؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية. وتشير الدراسة الحالية إلى أن الأفراد الذين يتنمون إلى مجموعات ذات مستويات عالية من التماسك يستفيدون من ذلك التماسك في تعزيز صحتهم النفسية.

وعلى الرغم من أن الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية لم يؤثران بشكل مباشر على تأثير الأمراض المزمنة والوراثية على الصحة النفسية، إلا أن نتائج الدراسة أكدت أن الأفراد الذين لديهم روابط اجتماعية تتميز بشعور مرتفع من الانتماء والتماسك الاجتماعي، وبغض النظر عن التاريخ المرضي، يميلون إلى الإبلاغ عن صحة نفسية أفضل. وهذا يؤكد أيضا على الدور الحاسم للمجموعات الاجتماعية في تعزيز الرفاهية النفسية، حتى بالنسبة لأولئك الذين يعانون من أمراض مزمنة أو وراثية.

وبالإضافة إلى تأثير المجموعات الاجتماعية، فقد

تمكنت الدراسة من تحديد العديد من الخصائص الاجتماعية، وأنماط السلوك، مثل الجنس، والحالة الاجتماعية، وممارسة الرياضة وعادات التدخين، كعوامل مهمة تؤثر على الصحة النفسية. حيث أفاد الذكور والأفراد المتزوجون وغير المدخنين، وأولئك الذين يمارسون نشاطاً بدنياً بانتظام، بأنهم يتمتعون بصحة نفسية أفضل مقارنة بغيرهم من المبحوثين. وتتوافق هذه النتائج مع العديد من الدراسات، مثل تلك التي أجراها (Wilkinson et al., 2020; Gorman & Read, 2021) والتي تشير إلى أن العوامل الاجتماعية والثقافية تسهمفي تفسير الاختلافات في النتائج الصحية للأفراد.

الخاتمة:

إن أهمية المجموعات الاجتماعية في تشكيل نتائج الصحة النفسية واضحة في نتائج هذه الدراسة. وتظهر أن الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية يعدان من العوامل الوقائية للصحة النفسية في المملكة العربية السعودية، إذ تسهم الروابط الاجتماعية القوية في تعزيز المرونة العاطفية، وتقليل مشاعر العزلة، وتعزيز الرفاهية النفسية، خاصة في المجتمعات التي تكون الروابط الاجتماعية فيها راسخة في العمق الثقافي، وتشكل جوهر المجتمع سواء على المستوى العائلي، أو القرابي، أو على مستوى الجيران، أو الأصدقاء، أو حتى المستوى المهني كما هو الحال في المملكة العربية السعودية.

وعلى الرغم من تمكن هذه الدراسة من تقديم رؤى مهمة حول العلاقة بين المجموعات الاجتماعية والصحة النفسية للأفراد، ألا أنها تحتوي على بعض نقاط الضعف التي تجعل طبيعة العلاقة بين المجموعات الاجتماعية والصحة النفسية للأفراد غير واضحة بشكل قاطع. فهل يؤدي الشعور المرتفع بالانتماء والتماسك الاجتماعي بين الأفراد داخل المجموعات الاجتماعية إلى صحة نفسية أفضل؟ أم أن الأفراد الذين يتمتعون أصلاً بصحة نفسية عالية هم الأكثر ارتباطاً بمجموعات اجتماعية يكون فيها الشعور بالانتماء والتماسك الاجتماعي مرتفعاً؟ لذلك، يمكن أن تساعد الأبحاث المستقبلية في إيضاح طبيعة العلاقة بين المجموعات الاجتماعية والصحة النفسية بشكل أفضل، وخصوصا الدراسات طويلة المدى. بالإضافة إلى ذلك، فإن استكشاف أثر المجموعات الاجتماعية المختلفة مثل: الأسرة، أو العمل، أو الأصدقاء وغيرها، يمكن أن يؤدي إلى فهم أدق لتأثير المجموعات الاجتماعية على الصحة النفسية للأفراد. وعلاوة على ذلك تشير العديد من الدراسات إلى أشكال مختلفة من رأس المال الاجتماعي والتي قد يكون لها أثر مهم على النتائج الصحية (Almedom, 2019; Fiori & Consedine, 2021). لذا ينبغي أخذ هذه الأبعاد في عين الاعتبار عند أجراء الدراسات المستقبلية.

التوصيات:

١. زيادة الوعي عبر المؤسسات الاجتماعية عن أهمية الروابط الاجتماعية القوية في تعزيز المرونة العاطفية، وتقليل مشاعر العزلة، وتعزيز الرفاهية وجودة الحياة النفسية.

٢. استكشاف أثر المجموعات الاجتماعية المختلفة مثل: الأسرة، أو العمل، أو الأصدقاء وغيرها، بهدف فهم أدق لتأثير المجموعات الاجتماعية على الصحة النفسية للأفراد.

٣. استكشاف العوامل الاجتماعية التي تعزز أو تعيق الصحة النفسية.

٤. بناء برامج وتنفيذ سياسات تعزز الانتماء والتماسك الاجتماعي.

٥. ايجاد برامج متخصصه تستهدف تعزيز العلاقات الاجتماعية.

٦. مـن الممكن أن تعمل المؤسسـات الصحية بشـكل عـام والصحـة النفسـية على وجـه الخصوص على تطويـر اسـتراتيجيات تدخـل تهـدف إلـى تعزيـز الصحة النفسـية للأفراد مرتكـزة على المجموعات الاجتماعية.

المراجع

١. التـلاوي، ايناس، العتيق، أحمـد مصطفى، الطيب، محمـد عبدالظاهـر، و سـليمان، صالـح ٢٠١٩ « جودة الحياة وعلاقتها بالاغتراب المجتمعي: دراسة مقارنة في بيئات متباينة» مجلة العلوم البيئية ٤٧،٣

٢. عبود، باسمة هلال، و زين العابدين، انتصار ٢٠١٨ " الصحـة النفسـية ودورهـا في تعزيز الثقـة بالنفس والسـلوك الإيجابي لدى طالبات الجامعه" المؤتمر العلمي السنوي ليوم الصحة العالمية

3. Alloush, M. (2023). Income, psychological well-being, and the dynamics of poverty. Economic Development and Cultural Change, 000.

4. Almedom, A. M. (2005). "Social capital and mental health: An interdisciplinary review of primary evidence". Social Science & Medicine, 61(5), 943-964.

5. Bedrov, A., & Gable, S. L. (2023). Thriving together: the benefits of women's social ties for physical, psychological and relationship health. Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences, 378(1868), 20210441.

6. Cruwys, T., Haslam, S. A., Dingle, G. A., Haslam, C., & Jetten, J. (2014). Depression and Social Identity. Personality and Social Psychology Review, 18(3)

7. Acoba E. F. (2024). Social support and mental health: the mediating role of perceived stress. Frontiers in psychology, 15

8. MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a Group Climate measure. In R. R. Dies & K. R. MacKenzie (Eds.), Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice (pp. 159-170). New York: International Universities Press.

9. Haslam, S. A., Jetten, J., Postmes, T., & Haslam, C. (2009). Social Identity, Health and Well-Being: An Emerging Agenda for Applied Psychology. Applied Psychology, 58(1).

10. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS medicine, 7(7).

11. Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science, 10(2), 227–237.

12. Lorant, V. (2003). Socioeconomic Inequalities in Depression: A Meta-Analysis. American Journal of Epidemiology, 157(2), 98–112.

13. Jradi, H., Alharbi, Z., & Mohammad, Y. (2018). Self-rated Health Among Saudi Women: Association with Morbidity, Lifestyle, and Psychosocial Factors. Journal of epidemiology and global health, 8(3-4), 183–188.

14. Whitaker, C., Stevelink, S., & Fear, N. (2017). The Use of Facebook in Recruiting Participants for Health Research Purposes:

A Systematic Review. Journal of medical Internet research, 19(8).

15. Kawachi, I., & Berkman, L. F. (2001). Social ties and mental health. Journal of urban health: bulletin of the New York Academy of Medicine, 78(3), 458–467.
16. Michalski, C. A., Diemert, L. M., Helliwell, J. F., Goel, V., & Rosella, L. C. (2020). Relationship between sense of community belonging and self-rated health across life stages. SSM - population health, 12, 100676.
17. Hamplová, D., Klusáček, J., & Mráček, T. (2022). Assessment of self-rated health: The relative importance of physiological, mental, and socioeconomic factors. PloS one, 17(4), e0267115. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267115
18. Liu, H., & Hummer, R. A. (2008). Are educational differences in U.S. self-rated health increasing?: an examination by gender and race. Social science & medicine (1982), 67(11), 1898–1906. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.021
19. Pan, Y., Pikhartova, J., Bobak, M., & Pikhart, H. (2024). P52 Employment status and self-rated health among Chinese middle-aged and older workers: results from a nationwide longitudinal study. SSM Annual Scientific Meeting, A71.2-A72.
20. Hidayat, R., & Sahri, Y. (2023). THE INFLUENCE OF EDUCATION, HEALTH, POVERTY, AND UNEMPLOYMENT ON ECONOMIC GROWTH THROUGH THE HDI IN SOUTH SUMATERA 2017-2021. I-ECONOMICS a Research Journal on Islamic Economics, 9(1).
21. Mohseni, M., & Lindstrom, M. (2007). Social capital, trust in the health-care system and self-rated health: The role of access to health care in a population-based study. Social Science & Medicine, 64(7), 1373–1383.
22. Sugisawa, H., Harada, K., Sugihara, Y., Yanagisawa, S., & Shinmei, M. (2016). Socioeconomic status and self-rated health of Japanese people, based on age, cohort, and period. Population health metrics, 14, 27.
23. Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98(2), 310–357.
24. Christie-Mizell C. A. (2022). Neighborhood Disadvantage and Poor Health: The Consequences of Race, Gender, and Age among Young Adults. International journal of environmental research and public health, 19(13), 8107. https://doi.org/10.3390/ijerph19138107
25. Borrell, L. N., & Baquero, M. C. (2011). Self-rated general and oral health in New York City adults: assessing the effect of individual and neighborhood social factors. Community dentistry and oral epidemiology, 39(4), 361–371. https://doi.org/10.1111/j.1600-0528.2010.00603.x
26. Simeonova, J. I., Velkova, A., & Kostadinova, P. (2015). Social characteristics and their effect on self-rated health in persons over 18 years of age. Scripta Scientifica Salutis Publicae, 1(1), 15.
27. Ware, J. E., Jr, & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health

survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. Medical care, 30(6), 473–483.

28. The 2006 Social Capital Community Survey. Saguaro Seminar: Civic Engagement in America project at Harvard's Kennedy School, in conjunction with various community foundations across the U.S.

29. Zindel, Z. (2023). Social Media Recruitment in Online Survey Research: A Systematic Literature Review. Methods,data, analyses : a journal for quantitative methods and survey methodology (mda), 17(2), 207-248.

الجمعية السعودية
للدراسات الاجتماعية
Saudi Social Studies Society (ssss)

ssss20081