

الجلد العائلي عند أولياء أطفال متلازمة داون -مصطلح جديد في علم النفس الصحة

The Familial resilience in parents of children with Down syndrome - a new term in health psychologyط.د/ سنية بلوطي¹ ، أ.د/ سعاد قدوش²¹ جامعة الجزائر 02 (الجزائر)، sania.bellouti@univ-alger2.dz² جامعة الجزائر 02 (الجزائر)، souad.guedouche@univ-alger2.dz

تاريخ الاستلام: 2022/03/27 تاريخ القبول: 2022/03/30 تاريخ النشر: 2022/05/10

ملخص:

يعتبر مصطلح الجلد العائلي من أهم المصطلحات حديثة في البحوث مقارنة بغيره من المصطلحات الأخرى ومن خلال اطلاعنا وبحثنا عن كل ما يتعلق بجوانبه من نشأته وتعريفه وأهم النظريات التي تطرقت إليه، ومميزاته عن غيره وجدنا أن الجلد العائلي كان في البداية هناك من الباحثين من اعتبره كسمة فطرية موجودة عند الفرد وتظهر هذه السمة في حالة تعرضه للأزمات والصدمات، فهنا يبرز الجلد العائلي في مدى فعاليته في قدرة الأفراد من التعايش مع الأزمة بطريقة ايجابية والاعتماد على المصادر الذاتية وتوظيفها بشكل فعال ومثمر يعود على صحة الأفراد، وهنا في علم النفس الصحة يمكننا اعتباره كعامل وقائيلفرد من الدخول في أزمة أخرى أكثر خطراً والإصابة بأمراض مزمنة كالقلب أو السكري .

كلمات مفتاحية: الجلد العائلي، أولياء، أطفال، متلازمة داون، علم النفس الصحة.

Abstract:

The term “family resilience” is considered to be one of the most important and modern research terms compared to other terms. And its definition and the most important theories that affected it, and its advantages over others, we found that the skin of the family Originally, there were researchers who considered it to be an innate trait present in the individual and this trait appears in the case of exposure to seizures and shocks, here the family skin demonstrates its effectiveness in the ability of individuals to coexist with the crisis in a positive way and rely on their own resources And its effective and successful use comes down to the health of individuals, and here in health psychology we can see it as a preventive factor so that the individual does not go into another more dangerous crisis or develop chronic diseases. such as heart or diabetes.

Keywords: Family resilience, parents, children, Down syndrome, Health Psychology.

المؤلف المرسل: سنية بلوطي،

1. مقدمة:

تمثل الكوارث الطبيعية والجرائم والحروب والحوادث وخبرات التعرض لسوء المعاملة مأساة إنسانية مضمرة في متن الوجود الإنساني، وقد يتعدى تجنبها الأمر الذي يجدر معه التنويه إلى أنها مقتضى من مقتضيات الحياة البشرية، يتعدى أن يدعي إنسان أنه في مناعة أو حصانة من التعرض لها. ويجدر الإشارة إلى أن علماء النفس والأطباء النفسانيين وأطباء الأطفال وغيرهم من الاختصاصيين في العلوم الاجتماعية اهتموا ومنذ فترات طويلة بظاهرة وجودية معاشة ربما على نحو يومي عند

التعرض الأفراد لمحنة أو شدة وهي أنّ بعض الأفراد يمرون بهذه المحنة أو الصدمة دون مخلفات سلبية عليهم، بينما نجد أفراد آخرين يهارون بسهولة أمام الوضعيات الضاغطة لأول الصدمات التي يتعرضون لها. هناك العديد من العوامل التي تساهم من أجل أن تصبح العائلة صامدة اتجاه المحن، ومنها وضع معنى للمحن، تأكيد القوى وجعلها في الاتجاه الايجابي، امتلاك روحانية وجهاز معتقدات في المقابل لتنهض العائلة في وجه المواقف التي تمثل تحدياً، تحتاج إلى تنظيم نوعي كالمرونة، الترابط، والتواصل وأن تكون قادرة على استعمال مصادرها، وفي دراسة (summers&al, 1988) من خلال مقارنة القوى، قاموا بدراسة العائلات والأطفال المصابين بإعاقات صرحوا بأنّ العديد من العائلات التي لها شخص معاق ضمنها لا تحتاج إلى دعم ومرافقة متخصصة، فمن خلال تجربتهم مع هؤلاء الأطفال وعائلاتهم وجدوا أنّ العديد من الآباء ينجحون في وضع تكيف ايجابي مع ابنهم المعاق، كما أنّ هؤلاء الباحثين أقرّوا بأنّ بعض الآباء يجدون الإعاقة عن طفلم كتجربة تساعدهم في تعلم الإنسانية والشفقة والصبر والتقبل والاحترام بينما وجد الباحثين بعض العائلات عكس ذلك .

وفي دراسة قام بها (scorgie & sobsey, 2000) حدّدوا فيما يسمى " بالتحوّلات أو تجارب الحياة المتغيرة عند الآباء والأطفال المصابين بإعاقات وجد الباحثين نوعين من التحوّلات في هذه العائلات : التحوّلات الشخصية والتحوّلات العلائقية، التحوّلات الشخصية تحيل إلى أنّ أفراد العائلة لها أدوار جديدة في العائلة والمجتمع وتحيل إلى اكتساب سمات جديدة، كالقدرة على الحديث والدفاع عن ابنهم المعاق، التحوّلات العلائقية عند العائلة تحيل إلى تغيير طرق الآباء وأعضاء العائلة في التعامل مع الأشخاص الآخرين، التحوّلات الشخصية تحيل إلى أنّ أفراد العائلة لها أدوار جديدة في العائلة والمجتمع، وتحيل إلى اكتساب سمات جديدة، كالقدرة على الحديث والدفاع عن ابنهم المعاق، التحوّلات العلائقية عند العائلة تحيل إلى تغيير طرق الآباء في هذه الدراسة أظهروا نتائج مرتبطة بوجود زواج قوي، واكتساب شبكات جديدة من الأصدقاء مع العائلات الأخرى التي لها ابن معاق (Bayat, 2007) (إبراهيم بن عزوزي، 2019، ص 163). وفي مقالنا هذا سنسلط الضوء على هذا المتغير المهم ولهو الجلد العائلي كمصطلح جديد في علم النفس الصحة .

2- التطور التاريخي للجلد العائلي

يتميز الجلد العائلي بكفاءة الأسرة بعد التحديات ويقترح نموذج الجلد العائلي أنّ مزيجاً من التفاصيل المحددة للمخاطر الأسرية والحماية والضعف داخل أنظمة استيعاب الأسرة والأنظمة البيئية الأوسع يفسر التباين في مدى كفاءة الأسر وأفرادها بعد الشدائد، وتفترض مناهج الجلد العائلي أنّ جميع الأسر لديها نقاط قوة يمكن صقلها أو حشدتها لمواجهة المحن، وإنّ نقاط القوة تلك هي مكونات أنظمة التكيف الأسري التي تظهر مع مرور الوقت لمساعدة الأسر على أداء الوظائف الرئيسية المتعلقة بالعواطف والتحكم والاستيعاب والصيانة والتكيف مع التغيير.

3- تعزيز الجلد العائلي

لتعزيز الجلد العائلي هناك أربع استراتيجيات أساسية وتتضمن الاستراتيجيات المتركزة على المخاطر تغيير وتقليل احتمالية التعرض للمخاطر، وتسليط الاستراتيجيات المتركزة على الموارد تسليط الضوء على نقاط القوة التي تمتلكها الأسر وقدرتها على تخفيف الآثار السلبية للمخاطر، وتشتمل الاستراتيجيات المتركزة على العمليات على مستويات متعددة من أنظمة الأسرة وأنظمة التكيف الأسري لتسهيل أداء الأسرة ذات الكفاءة على الرغم من الضغوطات. وأخيراً، يمكن أن تركز المداخلة على نقاط التحول في الأسر التي تتيح الفرصة لتغيير المسارات من الضعف إلى الخطر نحو الحماية والجلد العائلي.

تركز برامج الجلد العائلي على النظام بأكمله عوضاً عن التركيز على الأفراد أو الأنظمة الفرعية الأصغر كمجالات للتحسين، ويركز الجلد العائلي على أداء الأسر في مواجهة الشدائد، وحددت الأبحاث الأولى (الموجة الأولى) نقاط القوة في نظام الأسرة التي ارتبطت بالتعديلات الإيجابية للضغط كالأسر التي تثمن وقت الأسرة وروتينها، والتي تُظهر القبول والولاء والاحترام، والذين يثقون في مثابرة أسرهم.

اشتملت الموجة الثانية على أفكارًا من نظرية الإجهاد الأسري ووجهات نظر الأنظمة العامة والجلد العائلي، وتضمنت الموجة الثانية للجلد العائلي تطورات مفاهيمية، حيث تمّ الجمع بين المصطلحات من نظرية الإجهاد الأسري والجلد الفردي، وأكدت على الحماية والنظم البيئية والمخاطر المحددة، وتشمل الحماية نقاط قوة الأسرة التي يمكن تطبيقها أثناء وجود مخاطر كبيرة وتشمل المخاطر المحددة المخاطر العمودية أو الضغوطات المستمرة، والتي تشمل حالات الخطر، كالغرق أو الحالة الاجتماعية والاقتصادية، وأنماط التفاعل الأسري كضعف التواصل أو حل النزاعات، وأن المخاطر الأفقية هي ضغوط زمنية محدّدة تعرقل أنماط التفاعل الأسري المستمرة كالمرض في الأسرة، أو الانتشار العسكري، أو الضغط الاقتصادي يمكن لعوامل النظام البيئي (المحيط الخارجي الذي تتواجد فيه الأسر) أن تساهم أيضاً في الضغوط الأسرية.

4-توجهات الموجة الثالثة (Mitchel Delage,2017, p 10).

هناك دلالات مبكرة على ظهور الموجة الثالثة للجلد العائلي ، ويقدم المؤلفون ملخصاً لتوحيد وتنقيح مصطلحات الجلد العائلي، وتقديم نموذج الجلد العائلي، والتوصية بالتركيز على كيفية تعزيز الأنظمة التكيفية الأسرية للجلد العائلي، والتوصية بتركيز أكبر على سلاسل ومسارات الجلد العائلي .

5-مفهوم الجلد العائلي

إن مفهوم مرونة الأسرة مناسب في الوقت المناسب بشكل خاص حيث إن عالمنا يزداد تعقيداً ولا يمكن التنبؤ به، تواجه العائلات تحديات غير مسبوقه وسائل الإعلام مشبعة بصور الأسرة على أنها متضاربة أو مسيئة أو مهملة مكسورة على الرغم من أن فضيلة "القيم الأسرية" يتم الترويج لها على نطاق واسع، إلا أنه يتم تقديم القليل من الدعم للحفاظ على حيوية الأسر، في وقت يثير القلق على نطاق واسع حول زوال الأسرة، من المهم أكثر من أي وقت مضى فهم العمليات التي يمكنها من تمكين العائلات من التغلب على تحديات حياتها والانتعاش منها، وتعزيزها كوحدة عائلية.

تصور لنا نظرية الجلد العائلي مدى صمود العائلة وثباتها عند مواجهة الضغوط والشدائد، وكثيراً ما تتم مناقشة الجلد من حيث المخاطر وعوامل الحماية تلك العوامل التي تسمح للأسر للتعامل بكل فاعلية، تشمل نظرية الجلد العائلي الأفراد داخل الأسرة، وحدة العائلة، والتأثيرات الاجتماعية بحيث يتفاعل كل منها مع الآخر بطريقة مترابطة وحدة العائلة مع الضغوط .

إن معظم الضغوطات الكبرى ليست مجرد حدث فردي قصير المدى، بل هي مجموعة معقدة من الظروف المتغيرة ذات التاريخ الماضي والمسار المستقبلي (Rotter, 1987)، فعلى سبيل المثال يتضمن الخطر والجلد العائلي للأطفال وأسرهم، في حالة الطلاق، العمليات الأسرية مع مرور الوقت من تصعيد للتوترات قبل الطلاق إلى الانفصال والطلاق القانوني واتفاقيات الحضانة وإعادة تنظيم الأسرة وإعادة تنظيم العلاقات بين الوالدين والطفل (Anderson, Greene, Forgatch, Walsh, & Hetherington Degarmo, 2016)، ويخضع معظم الأطفال وأسرهم لعمليات انتقالية صعبة ومتلاحقة، مع ضغوط مالية، وإعادة توطين، وإعادة الزواج أو إعادة الشراكة وتكوين الأسرة وحُلصَت الدراسات الطولية إلى أن الجلد النفسي للأطفال يعتمد إلى حد بعيد على العمليات الأسرية الداعمة: كيف يقوم كلا الوالدين وعائلتهما الممتدتين

بالتخفيف من الضغوط أثناء مواجهتهما لهذه التحديات وإنشاء شبكات الأبوّة التعاونية عبر الأسر مع مرور الوقت، يمكن تعريف الجدل العائلي على أنه قدرة الأسرة كنظام وظيفي على الصمود في وجه تحديات الحياة المجهدة وتجاوزها بقوة وأكثر جاهزية (ويشمل مفهوم الجدل العائلي نظرية التطور الأسري والبحوث حول الضغط الأسري والتأقلم، والتكيف (Patterson, Hawley & DeHaan, 2002)، وتستند نظرية الجدل العائلي والبحث والممارسة أيضاً إلى مجموعة من أبحاث في الأنظمة الأسرية حول العمليات والمعاملات في الأسر المستقرة (Lebow & Stroud, 2012) حيث يتركز الاهتمام الموجه نحو الجدل العائلي على أداء الأسرة التكيفية في حالات الشدائد ويعتمد الأداء الفعال والتكيف الإيجابي على نوع التحديات السلبيّة التي يتم مواجهتها وشدتها وخطورتها وعلى موارد الأسرة وقيودها وأهدافها في سياقها الاجتماعي وحياتها. (curtist.t & cripe, 2013, p14).

يتطلب الجدل العائلي أكثر من إدارة الظروف المجهدة أو تحمل العبء أو النجاة أو التغلب على المحنة، وينطوي على إمكانية التحول الشخصي والعائلي والنمو الإيجابي الذي يمكن اكتسابه من الشدائد، وخلصت الدراسات التي أجريت على مدى العقود الأخيرة إلى أن الأزواج والعائلات، من خلال المعاناة والصراع غالباً ما يكونون أقوى وأكثر حياً وأكثر قدرة وجاهزية على مواجهة تحديات المستقبل، وعلى الرغم من أن بعض العائلات أكثر ضعفاً أو تواجه صعوبات أكثر من غيرها، إلا أن منظور الجدل العائلي يركز على قناعة عميقة بقدرة الأسر على تعزيز جلدتها العائلي والتغلب على تحدياتها، حتى أولئك الذين عانوا من صدمات نفسية شديدة أو علاقات جدّ مضطربة لديهم القدرة على التعافي والنمو على مدار الحياة وعبر الأجيال كما ظهر فهم الجدل الطفولي الفردي في أنظمة الأسرة، بدأ الباحثون في التحقيق في فكرة صمود وحدة الأسرة، حدّد هذا بالتزامن مع المعالين لأنظمة الأسرة إعادة تعريف الأسرة "طبيعية" وصحية كما هي وحدة خالية من المشاكل إلى شخص قادر على التعامل مع مهارات حل المشكلات والاستفادة منها (walsh, 1998) هذا إعادة تعريف طبيعة الأسرة طبيعياً، ويستند مفهوم الجدل العائلي إلى هذه التطورات النموذج العائلي القائم على الكفاءة وموجه نحو القوة المساعدة على الكسب فهم كيف تظهر العائلات الصمود عندما تتحدى الشدائد وولش (walsh, 1998)، مثلما تمّ تصور الجدل على المستوى الفردي، كما تمّ تصورها تصور فيما يتعلق بوحدة الأسرة (walsh, 1998) تصور الأسرة، القدرة على التعافي من الشدائد أقوى وأكثر حيلة (walsh, 2002) يوسع مفهوم الجدل العائلي ليشمل أكثر من مجرد القدرة على إدارة ونجاة حدث مرهق ولكن أيضاً استخدام الشدائد لتزيد النمو الشخصي والعائلي والتحويلي (Sixbey, 2005, P11.12) أما Froma Walch التي أجرت دراسات عديدة حول مفهوم الجدل العائلي فتري أن الضغوطات الكبيرة أو المتراكمة تؤدي إلى عرقلة أداء العائلة والتأثير على مستوى الشبكة العائليّة في حالات الشدائد، وبالتالي فإنّ العمليات الرئيسية تتوسط التكيف أو سوء التكيف لجميع أعضاء الأفراد وعلاقتهم بالعائلة، وعليه يمكن أن نحدد الجدل العائلي باعتباره قدرة العائلة على الصمود والانتعاش من تحديات الحياة الضاغطة الناشئة، كما تعتمد نظرية الجدل العائلي أيضاً على مجموعة من أنظمة العائلة والبحث في عمليات المعاملات في العائلات التي تعمل بشكل جيد.

6-النماذج المفسرة للجدل العائلي

1-6 النموذج الأول ABCX ل (Patterson, Mccullen ; 1985 Patterson, Mc Cullen, Lavee) (1983)

يقترح هذا النموذج (كما هو مصور في البيان 2) أنّ التكيف العائلي له علاقة بتراكم الطلبات قبل وبعد الأزمة (ال Aa)، الموارد التكيفية الشخصية لأفراد العائلة (الفعالية الشخصية، الصحة)، موارد النظام العائلي (الجدل) والدعم الاجتماعي (ال Bb) وتتمين أفراد العائلة للظروف (ال Cc). بالفعل وجدت هذه الدراسة أنّ العلاقة ذات جلد منخفض أو

التي لها قدرة أقل على التكيف مع المحنة لها فرص أكبر أن يكون لها أبناء بمشاكل سلوكية أو أمراض عقلية مما يشكل عمل قلق، ووجد هذا العامل بشكل دائم في الدراسات السابقة (Wess et al 2013)، وتميل هذه العلاقات أيضاً إلى العيش مع أفراد أسر آخرين ذوي احتياجات خاصة، وهذا دليل على تجربة التراكم لعوامل القلق (Aa)، (Kessler Et Al , 2003 P 4-5)

إن أولياء الأفراد ذوي الإعاقات النمائية IDD لهم فرص أكثر أن يكون لهم مرض جسماني أو عقلي مقارنة بأولياء أفراد غير معاقين هذا يمثل نقصاً في الموارد الشخصية (Lury et Dundenang, 2005)، ولهم فرص أكبر أن يكون دخلهم السنوي المنزلي أقل من \$45000 مما يعكس موارد نظام عائلية أقل (Bb)

| |
|---|
| <p>A = عوامل قلق</p> <p>B = موارد عائلية موجودة</p> <p>C = رؤية العائلة لعامل القلق</p> <p>X = ينتج الأزمة</p> <p>مكونات التفاعل</p> <p>عامل القلق (A) ← يتفاعل مع الموارد ← B رؤية العائلة لعامل القلق كف عرف عامل القلق (c) ← ينتج الأزمة (X) .</p> |
| <p>البيان (2) مكونات نموذج ABCX</p> |

نموذج الاتصال لبارتسيون (1972)

2-6 نموذج فروما والش (1998, 1995) Froma Walch

لقد ساهمت "فروما وولش" في إثراء أدب العلاج الأسري بشكل كبير وبالأخص الجلد العائلي "1998" (وولش 1993، 1995، 1998)، لقد اقترحت "ولش" من خلال نموذجها ثلاث مناهج متشعبة للجلد العائلي تتضمن هذه المناهج ثلاث بنيات شاملة لكل بنية شاملة هناك ثلاث بنيات أخرى فرعية المجموع هو تسع بنيات شاملة لمفهوم نظرية "ولش"، في البنية الشاملة الأولى تقترح فيها "ولش" الأنظمة العقائدية (A)، مضمون منه البنية هو إعطاء معنى للشدائد (A1)، رؤية ايجابية (A2) التفوق والتعلق بالقيم الروحية "الروحانيات" (A3)، تضيف "ولش" في البنية الشاملة الثانية الأنماط التنظيمية (B)، تحتوي على الجلد (B1)، الترابط (B2) والدعم الاجتماعي (B3) وفي البنية الأخيرة تقترح "ولش" التواصل وحل المشكلات (C) وتحتوي هاته البنية الأخيرة على وضوح التواصل (C1) والانفتاح للتعبير عن المشاعر (C2)، والتعاون لحل المشاكل (C3) "ولش 1998" تقدم هاته المفاهيم أو البنيات الشاملة والفرعية بطريقة أو بشكل لا يعتمد فيه هته البنيات ببعضها البعض، بالرغم من أن الكثير من الأجزاء أو المفاهيم المتعلقة بالجلد العائلي قد تكون ذات صلة ببعضها البعض إضافة إلى ذلك فإن مفاتيح هذا الجلد كانت ثابتة في أدب الجلد ومرتبطة بالسلبات الاقتصادية والاجتماعية وما يتبعها من مخاطر (Garmzey & smith , 1992) الأمراض العقلية للأباء القهر الحضري والعنف المجتمعي (الأمراض

المزمنة وأحداث الحياة الكارثية) (Sixbey , 2005 ,p31) بالرغم من أن مفاهيم "ولش 1998" للجلد العائلي لم تكن موضوعة تحديتاً فإن نظريتها حول الجلد العائلي تبقى مدعومة بشكل جيد في الأدب أوبالأخص أدب الجلد .

7- قياس الجلد العائلي

استخدمت كل دراسات الجلد العائلي المذكورة طرقاً نوعية (Sixbey,2005) لذلك طورت Sixbey (2005) مقياس الجلد العائلي (FRAS) لقياسه باستخدام الأساليب الكمية، ويعتمد الإصدار الأصلي من FRAS على نموذج الجلد العائلي لWalsh و9 تركيبات فرعية من نمودجه متكونة من 66 عنصراً، بما في ذلك ستة عناصر معكوسة، مكونة من 4 من نوع Likert {من (1) غير موافقة تماماً و(4) موافقة تماماً}. ويمكن أن تتراوح النتيجة الإجمالية لFRAS من 66 إلى 204، لم يؤكد تحليل عوامل الإصدار الأصلي لFRAS التركيبات الفرعية التسعة لWalsh، وتم إعادة تحليله عن طريق تقليل العناصر والمستوى العالي من التوافق الداخلي وتم الحصول على الوثوقية، يحتوي الإصدار المختصر من مقياس FRAS على 54 عنصراً، بما في ذلك 4 عناصر عكسية، مكونة من 4 عناصر من نوع Likert. يمكن أن تتراوح النتيجة الإجمالية لFRAS من 54 إلى 188، وتتألف النسخة المختصرة من FRAS من ستة عوامل {التواصل الأسري وحل المشكلات، واستخدام الموارد الاجتماعية والاقتصادية، والحفاظ على النظرة الإيجابية والترابط الأسري، وروحانية الأسرة، والقدرة على مواجهة الشدائد}، فعوامل النسخة المختصرة من التركيبات التسع الفرعية لFRAS هي 45-77 للتواصل الأسري وحل المشكلات، 54-78 لاستخدام الموارد الاجتماعية والاقتصادية، 53-63 للحفاظ على النظرة الإيجابية، 00 - 20 للترابط الأسري، 01 - 14 للروحانية الأسرة، 49-71 للقدرة على مواجهة الشدائد، النسخة المختصرة منFRAS لها = 0.96 من الوثوقية الكاملة (96 للتواصل الأسري وحل المشكلات، 85 لاستخدام الموارد الاجتماعية والاقتصادية، 86 للحفاظ على النظرة الإيجابية، 70 للترابط الأسري، 88 للروحانية الأسرة، 74 للقدرة على مواجهة الشدائد)-p1، (Mehmet, 20124)

8-عمليات الجلد العائلي (وولش، 2003)

1.8 أسلوب المواجهة كعامل للصمود:

التوتر، وفقاً لما قاله لازاروس كجزء من نظريته في التعامل مع البيئة على أنها عقوبة وأن تتجاوز موارده الشخصية، وقد ثبت أن آباء الأطفال ذوي الإعاقة يعانون من ضغوط كبيرة مقارنة بآباء ذوي نمو عادي. يجب على الأفراد إيجاد طريقة لإدارة التوتر، مما يؤدي إلى استجابة التأقلم، يشير إلى دروس التأقلم على أن جهود الفرد المعرفية والسلوكية لإدارة المطالب المتعلقة بالتوتر والإجهاد الناتجة عن التعامل مع البيئة المحيطة به التي ينظر إليها على أنها ضرائب أو أنها تتجاوز الموارد الشخصية، هناك نوعان مختلفان من المواجهة في هذه العملية:

✓ تغيير متطلبات المواقف الداخلية والخارجية وحل المشكلات لمنع الموقف المجهد من الحدود في المستقبل (التأقلم المركز على المشكلة)

✓ توفير التنظيم للعاطفة الناتجة من خلال الموقف (المواجهة المركزة على العاطفة) أحد الأمثلة على جهود المواجهة المركزة على المشكلة سيكون حل المشكلة المخطط (جهود تحليلية معتمدة لتغيير الموقف وحل المشكلة) أثناء تجنب الهروب (التفكير بالتمني والجهود السلوكية لمنع للاضطراب إلى معالجة الموقف) هي استراتيجية تركز على العاطفة.

من حيث استراتيجيات المواجهة الخاصة، يرى Folkman et al (1986) أن عملية المواجهة وليست استراتيجيات المختارة ليست جيدة أو سيئة بطبيعتها. بدلا عن ذلك، يقترح أن يتم تقييم الصفات التكيفية لجهود المواجهة ضمن السياق

الموقف المحدد الذي يحدث فيه. قد تنجح عملية تأقلم معينة في سياق واحد وليس في سياق آخر، في مراجعة للدراسة السابقة المتاحة، وجدت العديد من الدراسات أن التكيف الذي يركز على مشكلة يكون أكثر فعالية من المواجهة التي تركز على العاطفة بتوفير الراحة على المدى الطويل من التوتر والإجهاد.

في دراسة Miller (Gordon Diller & Daniel, 1992) لتقييم التواصل عند أمهات الأطفال ذوي الإعاقة، وجد أن تكيف المركز على العاطفة بحزن كبير بين مرتبط تكيف المركز على المشكل بحزن أقل. حقق Greenberg, Silterz, Smith و Carter (2008) في تأثير أسلوب التكيف على عافية الأمهات لأطفال المرضى بالتوحد ووجد أن استعمال استراتيجية التكيف المركزة على المشكل أكثر تناسب مع صحة أحسن وعافية أكثر بالنسبة للأمهات بغض النظر عن حدة مرض الأبناء. وبالمثل، قام جليدين وناشر بالتحقيق في العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والشخصية والتكيف لأولياء أمور الأطفال الذين يعانون من إعاقات في النمو، ووجد أن الاستخدام المبكر لاستراتيجية المواجهة التي تركز على المشكلة من قبل آباء الأطفال ذوي الإعاقات في النمو تنبؤ بقلق أقل ورفاهية ذاتية أكبر، أخيرا وجد غراونفارد وآل (2011) أن آباء الأطفال الذين يعانون من إعاقات نمو شديدة كانوا قادرين على الحفاظ على الشعور بالراحة من خلال استخدام إعادة التقييم الإيجابي وهي استراتيجية التكيف تركز على المشكلة ل Walsh مزيدا من دعم استراتيجية المواجهة التي تركز على مشكلات عوامل الصمود للوالدين، داخل مخطط الأسرة، يعتقد أن المتغيرات العملية الرئيسية تساعد العائلات في بناء الصمود. تصنف والش هذه العمليات إلى ثلاث فئات أولية: نظام معتقدات الأسرة ونمط المنظمة وعمليات الاتصال. تحت نظام معتقدات الأسرة نجد العملية الخاصة بالفئة التي تشمل: جعل معنى للشدائد والتعالي. تركز هذه الاستراتيجيات على إعادة تفسير هذه الأزمات إلى التحديات تساعد على النضوج نفسيا عبر هذه الأزمات، تتوافق هذه العمليتان مع نموذج Lazarus لإعادة التقييم الإيجابي (Felkman et al, 1986) النموذج نفسه الذي وضعه Carver, Scheir و Weintraub (1989) أنه مرتبط ارتباطا وثيقا بالتكيف المركز على المشكلة. بالإضافة إلى ذلك تحت صنف العمليات الاتصالية يشير إلى أن حل المشكلات التعاونية أو قدرة العائلات على التركيز على الأهداف والتخطيط للمستقبل، هو عامل مهم للصمود بالنسبة للعائلات. نموذج التوتر للمعاملات هو عملية مشابهة لحد كبير "لحل المشكلة المخطط له". كما تم وصفه، يعطي مخطط صمود العائلة دعما نظريا كبيرا إلى التكيف كعازل للآباء الذين يعيشون هذه المحنة.

باختصار، يبدو التكيف على أنه عازل من التوتر لأولياء، خاصة التكيف المركزة على المشكلة الذي يعمل على تخفيض التوتر عند الأولياء ذوي الأطفال المعاقين عقليا و/أو نمائيا. يبدو أن هذا التكيف يعمل على حماية الأولياء من فوضى عاطفية وأنه يساعد على الصمود، كما أن أولياء الأطفال المعاقين يواجهون مواقف تدفعهم إلى بذل جهد جبار لاجتياز العقبات التي يواجهونها، إن الفهم أن هناك طرق ليكون الأولياء صامدين أو أن يبني الصمود هو عامل يبعث على الأمل بالنسبة لكل من يعمل مع هذه العائلات والعائلات نفسها.

2.8 التفاؤل كعامل للصمود:

التفاؤل الترتيبي أو ميل إلى التفاؤل عندما يواجه مشاكل في الحياة (Scheir et al, 1989) يبدو أنه عامل أساسي في حماية الأفراد من التوتر، ميدان علم النفس الإيجابي، بقيادة Martin Selegmane، يقترح أن التفاؤل هو يعمل على تحسين المستوى وفي نفس الوقت يحيي من الأمراض العقلية والفرغ الداخلي. (Selegmane, 2000) يعتقد منظروا علم النفس الإيجابي أن الميل إلى التفاؤل إزاء المستقبل وصف حميد حيث أن لها تأثير كبير على الفرد. إن الناس ذو التفاؤل الشديد يمتلكون مزاج أفضل، وهم ينتجون عواطف إيجابية بأكثر سهولة، وهم أكثر فعالية في حل المشكلات، ويتمتعون

بصحة بدنية أفضل حسب (Selegmane, 2000). يشير Folkman (2008) في مراجعة شاملة في النظرة الإيجابية والعواطف ذوي العلاقة مع التوتر، إلى أن العواطف الإيجابية هي جزء طبيعي من التوتر وأن تلعب دورا كبيرا في إعادة الموارد الفيزيولوجية والنفسية. هذه متغيرات مهمة بالنسبة لأولياء الأطفال المعاقين في طريق بحثهم على الصمود، إذا استطاع الأولياء الحفاظ أو تحسين نظرتهم الإيجابية رغم كل ما يحيطهم من عوامل التوتر، وقد يكون لهذا تأثير كبير على قدرتهم على الحفاظ على وتيرة تقديم الرعاية لأولادهم، وأنفسهم.

تؤيد البحوث أن التفاؤل والترتيب هو عمل صمود لأولياء الأطفال المعاقين. استكشف (2010)، تأثير التجارب الإيجابية التي حظي بها أولياء أطفال يعانون من التوحد، ما وجد أن التجارب الإيجابية لها علاقة سلبية بتوتر عند الأولياء. هذا يشير إلى أن الأولياء الذين يرون مساهمات أطفالهم بأكثر إيجابية يتمتعون بارتياح أكبر من توتر الأبوة المرتبطة بتوفير الرعاية للطفل. تكهن المؤلفون أن رؤية الآباء لأولادهم بشكل أكثر إيجابية ساعدهم على تناسب نقائص الأبناء الذي بدوره يساعدهم على تسامي النقص الذي قد يكون عندهم، مما يمنح حماية ضد الشعور السلبي.

قام (2005 Becker, Blancher, Olsson) بدراسة حول تأثير التفاؤل على مدى راحة بال أولياء أطفال غير المتدربين (> 6 سنوات) ب، ودون إعاقة ذهنية، الدراسة أولا مدى العلاقة بين مشاكل سلوك الأطفال (اكتئاب، التعديلات الزوجية). إلى جانب التأثير المهدئ للتفاؤل، ووجد أن التفاؤل يجعل من العلاقة بين مشاكل السلوك وعافية الوالدين أكثر اعتدالا خاصة بالنسبة للأمهات، الأمهات التي تم تصنيفها كأمهات أقل تفاؤلا سجلت نسب سعادة أقل عندما كان سلوك الأطفال أعلى، أكثر من الأمهات التي كن أكثر تفاؤلا.

بالمثل، في دراسة (Karazsia, wildman, 2009) تم استكشاف ظهور لوساطة لسلوك الأولياء على التأثير الإيجابي والسلبي في سياق مشاكل سلوك الأطفال افترض المؤلفون أن التقارير الإيجابية (إلى أي مدى يجرب الإنسان مشاعر إيجابية وأفكار إيجابية) لها علاقة بمشاكل سلوك الأطفال، أشارت النتائج إلى أن ارتفاع التأثير الإيجابي لأولياء مرتبط بانخفاض نسبة المشاكل عند الأطفال وسلوكيات التكيف عند الآباء. بناء على هذه الدراسة من المعقول القول أن صعوبات أقل للأطفال والتكيف أكثر للآباء ينتج التوتر الأقل للآباء. وبالتالي يشدد على أهمية المشاعر الإيجابية لإدارة أو الصمود في وجه التوتر.

في دراسة الصلة حول دور التفاؤل في التوتر والسعادة وجد (2000) أن نسب عالية من التفاؤل سهلت عملية معالجة معلومات متعلقة بالصحة وأن المعتقدات المتفائلة قد تلعب دورا مهما ومفيدا في المراحل الأولى لعملية التكيف. يتكهن المؤلفون أن سمات التفاؤل بالاشتراك مع التكيف قد يكون مفيدا في إدارة عوامل متعددة تدفع إلى التوتر.

أيضا قامت ولأخرون (2008) بدراسة حول مزاج الذي يقوم بالرعاية وجود التفاؤل بين المعطي للرعاية والأولاد ووجد أن للتفاؤل أثر كبير في تحسين سلوك المعطي للرعاية نحو الأولاد وسعادة الأولاد. وتقدم (Walsh 2008) الدعم إلى التفاؤل كعامل صمود مهم، تصور الرؤية الإيجابية على أنها أن يكون للإنسان شعور بالأمل أعلى جانب خيار التفاؤل له علاقة بتحديات في حياة المرء. تم الإشارة إلى أنه عامل مهم جدا في العائلات النشطة. رغم أن هذه الخاصية تبدو سطحية مشابهة للتكيف، لكن الرؤيا الإيجابية تختلف عن التكيف في السعة والعمق، بينما التكيف هو إجابة للتوتر، التفاؤل هو ترتيب يؤثر على مجهود الفرد للمثابرة حتى في المواقف الصعبة. (1989) أن يكون للمرء نظرة إيجابية يسمح للوالدين بالحفاظ وتجديد الموارد الضرورية لإدارة التوتر للعلاقة بالرعاية للطفل. قد يحدث هذا عبر القدرة على عدم النظر وعدم إعطاء أهمية لنقائص الطفل والصعوبات التي تواجههم مع التركيز على نقاط القوة لأطفالها والسعادة التي تأتي بها الأبوة في

كل يوم. قد يكون هؤلاء الآباء أكثر تفاعلاً إزاء المستقبل، مما ينتج شعور بالسعادة، كما يستطيع الآباء وإدارته بشكل فعال رغم التوتر الطاغي على حياتهم. إن النتائج المذكورة أعلاه تؤيد أهمية الترتيب الإيجابي والتفأول كعاملين صمود مهم جدا وفي الوقت نفسه يظهر تفرد هذه الجودة.

الدعم الاجتماعي كعامل صمود:

من هذه المراجعة للدراسات، أن توفر العائلة والأصدقاء وآخرين لتقديم الدعم الأولياء ذوي الأطفال المعاقين إعاقة ذهنية أو نمائية يبدو أنه متين قوي للصمود، تقول البحوث أن التوفر على دعم رسمي أو غير رسمي للإعانة والاستشارة يعمل على عزل الأولياء عن الآثار السلبية للتوتر.

في دراسة حول الدعم الاجتماعي (1997)، وجد أنه توجد علاقة بين الدعم الاجتماعي وحالات من العافية والسعادة والصحة الجيدة مثل سلوكيات التكيف وشعور بالاستقرار والصحة النفسية جيدة وتحكم جيد في الوضع. إن هذا الدعم الذي يقدم للأولياء يبدو أنه يمحو آثار التوتر على الأولياء وصحتهم وعافيتهم، وتقدم بحوث أخرى دعماً لهذا الموقف. درس أثر الدعم الاجتماعي وتأثر الأبوة على مشاكل سلوك عند الأطفال المعاقين بالشلل الدماغي. كان هدف هذه الدراسة الأولى هو تجربة هل التوتر الأبوي والدعم الاجتماعي كان لهما دوراً في المشاكل السلوكية عند الأطفال. وجد أن غياب الدعم من المحيط له علاقة لصفة بوجود توتر في العلاقة مع الأبناء بل مع الزوج كذلك.

قام Potti وIngram (2008) بدراسة حول التوتر اليومي، التكيف وسعادة عند الأولياء ذوي الأطفال المصابين بالتوحد، بالأخص تأثير التكيف التعديلي على التوتر الذي يشعر به الأولياء بشكل عام. وجد أن الدعم الاجتماعي يعمل على تحسين العلاقة بين السعادة والتوتر، يقترح المؤلفون أن الدعم الاجتماعي يعمل على تعزيز السعادة والإنقاص من التوتر اليومي للأطفال المتوحدين.

في دراسة ل Beckman (1991) يقارن فيها رؤية الأولياء لأولاد المعاقين وجد أنه يوجد تناسب عكسي مع الدعم غير الرسمي (العائلة، الأصدقاء) بدراسة التي درست أيضاً علاقات التوتر لأولياء الأطفال المعاقين، لكن في هذه الدراسة، أنواع أكثر من الإعاقات تمت دراستها، ضم النموذج أولاد بأنواع مختلفة من الإعاقات (صحية، نمائية، سلوكية وعصبية) مستعملاً تحليلاً متعددًا تراجمياً، وجدت علاقة بين النقص في الدعم العائلي والدعم من الأم مع التوتر عند الآباء ضمن النماذج المدروسة، بالإضافة إلى ذلك، وجد في دراسة حول التوتر عند عائلات لها أبناء معاقين أن متغيرة الدعم الاجتماعي ينقص من التوتر عند الأولياء أكثر من متغيرة درجة إعاقة الأبناء، أخيراً، وجد 2012 أن الدعم الاجتماعي هو مثبط للتوتر عند الأولياء ذوي الأبناء المعاقين نمائياً.

في دراسة ذات علاقة بالدعم الرسمي قام بها Heiman 2002 حول دور الدعم الاجتماعي كعامل صمود للأولياء، وجد أن القدرة على التكلم بصراحة مع العائلة والأطباء حول المشاكل يبدو أنه يعمل على زيادة نسبة الصمود للعائلات ذات الأولاد المعاقين. أيضاً وجد أن الدعم الاجتماعي الرسمي عامل مهم جداً للأولياء العاملين من أجل إدارة التوتر والتحكم فيه (أولياء لأطفال معاقين نمائياً)، أيضاً، في دراسة حول تأثير الرعاية المؤقتة التي حظي بها العائلات في خطر (عائلات لها أولاد معاقين) على نسبة التوتر في مقارنة لنسب التوتر قبل وبعد رعاية مؤقتة أبانت على مستويات توتر أقل بكثير عند الأولياء.

يبدو أن الدعم الاجتماعي مرتبط بمفرده بصمود بالنسبة للآباء ذوي الأطفال المعاقين، الدليل الواضح في وصف العلاقة بين الدعم الاجتماعي وإدارة التوتر، إن التطوير والحفاظ على شبكة اجتماعية قوية أمر مهم جداً للأولياء ذوي الأطفال المعاقين من أجل الحفاظ على تماسك واستقرار في التوتر الذي يطراً وسط المسؤوليات التي تقع عليهم، أن يكون

الآخرون موجودون يبدو أنه يخفف الثقل النفسي والبدني الذي قد يشعر به الأولياء، أيضا، التوفر على شبكة اجتماعية مستقرة يعمل كمخفف للمشاعر السلبية وذلك عبر التكلم عن الأصدقاء والعائلة (المشاكل المتعلقة بالمطالب التي تقع على الأولياء)، أنه التوفر على دعم غير رسمي (عائلة، أصدقاء) ورسمي (أطباء، مجموعات الدعم) أمر مهم جدا للأولياء لتوفير الدعم وإعادة الثقة لهم لكي يقدموا الرعاية لأولادهم.

9-علاقة الجلد العائلي بالصحة

يعرف الجلد في حالات الرعاية السريرية عملية معقدة، ومتعددة العوامل التي ملامحها قد يبدو من الصعب تحديدها نظريا، وعلى هذا الأساس تم بناءه على أسس متعددة التخصصات،، وبالتالي، فإن الجلد العائلي يشكل النموذج المركب الذي يمكن تمثيل ديناميته بواسطة نموذج تفاعلي، ومتعدد الاتجاهات، ومع ذلك يمكننا أن نعتبر أن الأبعاد في إطار تطبيقاته الممكنة في هذا المجال الخارجة من علم النفس الصحة، وهو التخصص الحديث له خصوصية دمج، والأخذ بعين الاعتبار عوامل ثلاثية الأبعاد : البيولوجية والاجتماعية، والنفسية. (Anaut, 2003)

Marilou Bruchon-Schweitzer, Et Maryse Siksou 2008 , P 31)

10-الجلد العائلي وتربية الأبناء ذوي الإعاقة ذهنية والنمائية :

على الرغم من تعريفها على نطاق واسع سابقا إلا أن الجلد يحتاج إلى تعريف تشغيلي وتشريح البنية أكبر من أجل الحصول على فهم شامل لهذا المفهوم، لوثارو (Cicchetti (2000) صمود بأنه عملية يظهر فيها الأفراد تكييفا إيجابيا على الرغم من تجارب المحن أو الصدمات الكبيرة (ص 885). يحدد المؤلف أيضا الجلد على أنه بناء ديناميكي ثنائي الأبعاد حيث تعرض الأفراد لكل من المحن ونتائج التكيف الإيجابية. يحدد Luthar، Cicchetti المحن، أو المخاطر، على أنها "ظروف حياة سلبية معروفة بأنها مرتبطة بصعوبات التكيف" بينما لوحظ التكيف الإيجابي على أنه "كفاءة اجتماعية تتجلى من الناحية السلوكية أو نجاحا في مرحلة ما من النمو" هذا يتناقض مع التعريفات المتنافسة للصمود التي تصورها لمسة شخصية. يضيف المؤلفون أنه اعتمادا على الموقف قد يكون عدم وجود مشاكل عاطفية وسلوكية مؤشرا مناسباً للتكيف. يرتبط هذا الإطار إرتباطا وثيقا تجربة الوالدين لطفل يعاني من إعاقة ذهنية بالنسبة لهؤلاء الآباء، هناك خطر مرتبط بتربية أطفالهم، كما ورد في القسم السابق. ربطت الدراسات التجريبية ضغط الوالدين بالنتائج الصحية العقلية والبدنية الأكثر فقرا وهذه من الصعوبات الأخرى المتعلقة بالتكيف. ومع ذلك، هناك آباء يحضون بنتائج تكيف إيجابية على الرغم من المخاطر الموجودة.

يحدث هذا Luthar، Cicchetti (2000)، ضمن مخطط الجلد الخاص بهما، تشير إلى أن هناك عوامل ضعف وعوامل وقائية تقلل أو تعزز قدرة الشخص على الصمود. يتم تحديد عوامل الضعف على أنها تلك المتغيرات التي تديم الجوانب السلبية لحالة الخطر بينما تغير العوامل الوقائية تأثير حالة الخطر بطريقة إيجابية. يعتمد الاختلاف بين الاثنين على تأثير العامل المعين، إذا كان عدم وجود عامل في حياة المرء يثير صعوبات كبيرة، فعندئذ يعتبر عاملا وقائيا (Luthar 2006 Cicchetti).

كما يوجد قطاع عرضي لأولياء الأطفال ذوي الإعاقة القادرين على الصمود على الرغم من المخاطر الموجودة. إن فحص المتغيرات التي قد توفر حادثا نفسيا وقائيا للوالدين مع منع نتائج سلبية المرتبطة بالتوتر المزمن للحدوث الذين يقدمون الخدمات المهنية لهذه العائلات.

قام الطبيب النفسي ميشيل دولاج Mitchel Delage 2008 بتجميع عوامل الحماية معا ولخصها في سبعة عناوين

- الحفاظ على الأمل الذي يتقاسمه الجميع
- الحفاظ على سيطرة معينة على الموقف
- قدرة الأسرة على الاستمرار في العمل (أو وظيفة الأسرة)
- الحفاظ على الأمن العام المرتبط بجودة المرفقات داخل الأسرة، والروابط مع العالم الخارجي
- وجود أخلاق عائلية داخل الأسرة
- وجود أو تتطور البعد الروحي
- القدرة على التفكير العقلي لكل منها في صميم عمل الجلد . (Villani Murielle , 2014 , P24)

1.10 عوامل الخطر:

وتعرف عوامل الخطر من وجهة نظر مارسلي Marecelli على أنها " كل الشروط الوجودية في ذات الفرد أو في محيطه، والتي تسبب له خطر الصناعية العالية من خلال ما نلاحظه في المجتمع العام ومن خلال التحقيقات لعلم الأبوة ". كما أشار الى أن عوامل الخطر تتجلى في أبعاد مختلفة من حياة الفرد سواء كانت على المستوى البيولوجي أو العلائقي ، والاجتماعي، أما جارمزي "Garmezy" فيضيف احتمالية تطور المشاكل الانفعالية أو السلوكية عند الطفل نتيجة لهذه العوامل (Anaut Marie, P25) وتنقسم عوامل الخطر حسب الباحثين الى ثلاث عوامل أساسية، وتمثل فيمايلي :

1.1.10 عوامل الخطر الخاصة بالفرد :

ونجد ضمن هذه الفئة جميع الجوانب الوراثية، والجينية وكذا الاضطرابات النفسية ووجود أمراض مزمنة كالربو مثلا . وجميع هذه العوامل يمكن أن تشعر الفرد بالعجز أو تسبب له مشاكل، وتجعله أكثر عرضة للانتقاد من الآخرين، وأكثر عرضة للإحباط، والاكتئاب، كما ترتبط هذه العوامل الفردية الخطيرة مع العديد من النتائج السلبية مثل ضعف تقدير الذات

و النظرة السلبية للمستقبل، والعزلة، والانطواء، كما تطرقت راضية وادفل الى مجموعة من العوامل، والمتمركزة حول الطفل منها الأطفال الذين، ولدوا قبل الأوان، ومعاناة الولادة المبكرة،، وكذا الأشخاص الذين يعانون من مرض عضوي في سن مبكر، ضعيف الوزن في الميلاد، اصابة مخية، اعاقات).

2.1.10 عوامل الخطر الأسرية :

ولقد اشتملت هذه العوامل مختلف المشاكل الاجتماعية التي تكون داخل محيط الأسرة أو مرض أحد الوالدين سواء كان هذا المرض عضوي أم نفسي، أو مشاكل ادمان المخدرات أو الكحوليات، وفاة شخص قريب، ونجد أيضا الطلاق وهو من أكثر عوامل الخطر الأسرية شيوعا عالما، يسببه من انشقاق، وتصرع للأسرة والدخل الأسري المنخفض، وضعف الرقابة الأسرية . كل هذه العوامل وغيرها ارتبطت في نتائج العديد من الدراسات بنتائج سلبية لدى الأبناء، الذين يعيشون مثل هذه الضغوط، والمشاكل ومن هاته النتائج السلبية نجد ضعف الانجاز، والتحصيل

و سوء تقدير الذات وسوء التوافق، والاكتئاب، والاحباط، كما تعد العوامل الأسرية ذات تأثير على الفرد لأن الفرد

ابن بيئته، ويتأثر بمحيطه الأسري(حنان المزدرى، 2016، ص38) .

إن مفهوم الجلد لا يمكن فهمه إلا فيما يتعلق بالمخاطر، فمن المفيد اعطاء فكرة بعض الاعتبارات للطريقة قد يتجلى الجلد في الحالات الشائعة من خطر بيئي، ومن بين هذه المخاطر المذكورة لدينا الفقر، حيث ارتبط هذا الأخير بمجموعة من النتائج السلبية للأطفال، بما في ذلك انخفاض للقدرات المعرفية، ضعف التحصيل الأكاديمي، ضعف الصحة النفسية، واضطراب السلوك واحدة من البنات الأساسية للتنمية الطبيعية المعرفية هي التغذية السليمة في فترة ما قبل الولادة، والرضع، والطفولة المبكرة، سوء التغذية يتداخل مع الأطفال التطوير المعرفي، وتأخير استعدادهم للتعلم عندما يدخلون المدرسة، الأعداد لهم على مسار الانجاز الأكاديمي الأوفر، ويتفاقم ذلك عن طريق السلبية تظهر على الصحة العقلية، والتكيف الاجتماعي، والاضطرابات السلوكية بمختلف أنواعها .

حدد دورلاك (Durlak 1998) مجموعة من عوامل الخطر من تحليل ما يقرب من 1200 دراسات، وبرز من خلالها اثنا عشرة عاملا كالمخاطر شائعة، والبارزة لرفاه الطفل، هذه العوامل موجودة على مستويات مختلفة – الفرد – الأسرة، والبيئة، وشملت الأحياء الفقيرة،، والسياسات الاجتماعية غير الفعالة، والمدارس ذات النوعية الرديئة،، والسلبية، ضعف الأقران، رفض الأقران، الوضع الاجتماعي الاقتصادي المنخفض، علم النفس المرضي، زواج المرهقات، التوتر. وبالمقابل أيضا حدد مجموعة من عوامل الحماية الشائعة الموجودة في برامج التدخلات الناجحة ومن بينها المعايير الاجتماعية الايجابية ،

والسياسات الاجتماعية الفعالة، والمدارس عالية الجودة، ونموذجة الأقران الايجابية، وجود علاقة جيدة بين الآباء، والأمهات،، والمهارات الشخصية، والاجتماعية،، والكفاءة الذاتية، والدعم الاجتماعي (Durlak Et Masten , 2008 , P 12-13).

خاتمة :

يعتبر مصطلح الجلد العائلي من أهم المصطلحات حديثة في البحوث مقارنة بغيره من المصطلحات الأخرى ومن خلال اطلعنا وبحثنا عن كل ما يتعلق بجوانبه من نشأته

وتعريفه، وأهم النظريات التي تطرقت اليه، ومميزاته عن غيره وجدنا أن الجلد العائلي

كان في البداية هناك من الباحثين من اعتبره كسمة فطرية موجودة عند الفرد وتظهر هذه السمة في حالة تعرضه للأزمات، والصدمات، فهنا يبرز الجلد العائلي في مدى فعاليته في قدرة الافراد من التعايش مع الأزمة بطريقة ايجابية، والاعتماد على المصادر الذاتية

وتوظيفها بشكل فعال ومثمريعود على صحة الأفراد، وهنا في علم النفس الصحة يمكننا اعتباره كعامل وقائي للفرد من الدخول في أزمة أخرى أكثر خطراً أو الاصابة بأمراض مزمنة كالقلب أو السكري.

1. ابراهيم بن عزوزي.(2019)، الصمود النفسي لدى المعاق من وجهة نظر علم النفس الايجابي .
2. مزردى حنان(2016)، مؤشرات الجلد عند الراشدين المصابين بداء الربو ، جامعة محمد خيضر بسكرة. قسم علم النفس ،كلية العلوم الاجتماعية ، والانسانية ، الجزائر.
3. 2.Murielle Villani.(Résilience Familiale Et Maladies Chroniques Rares L'enfant).Etude Exploration Aire Auprès De 39 Familles Françaises (Thèses Doctorale De Psychologie) , Université Daris Descartes .Laboratoire Psychopathologie
4. 3.Meggen Tucker Sixbey (2005).(Development Of The Family Resilience Assessment Scale To Identify Family Resilience Constructs.(These Doctoral), University Of Florida.
5. 4.Curtist .Cripe.(2013).Family Resilience Parental Resilience And Stress Mediation In Families With Autistic Children .(Theses Doctoral). Submitted To North Cultural University; Faculty Of School Of Psychology .Canada.
6. Mehmet Kaya Nesliharici (2012), Turkish Version Of Shortened Family Resiliency Scale (Fras)The Study Of Validity And Reliability Procedia Social And Behavioral Science N55 P 512-520.
7. Mitchel Delage.(2010). Résilience Et Famille .Congrée E.F.T.A. 30 .31 Octobre .Paris .
8. Froma Walch.(2003).Family Resilience A Frame Work For Clinical Practice .Vol(42).N(01). University Chicago.
9. Durlak Et Masten , 2008 ,P 12-13 .Family Resilience And Good Child Outcomes: A Overview Of The Research Literature.
10. Justin W. Peer & Stephen B. Hillman (2014): Stress And Resilience For Developmental Disabilities , Vol 1, N2, P92-98; Journal Of Policy And Practice In Intellectual Disabilities , USA
11. Marillou Bruchon – Schweitzer , (2008) La Psychologie deLa Santé , Vol50 N 260 P 28-32 , Université de Bordeaux .France.
12. Mitchell Delage (2020) : Aide A La Résilience Familiale Dans Les Situations Traumatiques ; Vol4 P269-287 .N3 ,Genève .
13. Héléme Oullette - Kuntz (2014) Family Resilience – An Important Indicator When Planing Service For Adult With Intellectual And Developmental Disabilities , Vol 20 , N2 ; p60
14. Sinem Kadi (2018) :Investigating The Resilience Levels Of Parents With Children With Multiple Disabilities Based On Different Variables , Vol 7 P 211-223 N 11 .Turkey .
15. Marie Anaut(2006) Résiliences Familiales Ou Familles Résiliences ; Vol 1 N 19 P 14-17, France .