



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد خيضر بسكرة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



رقم التسجيل:

الرقم التسلسلي:

مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية دراسة على أربع مجموعات من المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس

تخصص : علم النفس المرضي الاجتماعي

إشراف الأستاذ الدكتور:

محمد بلوم

إعداد الطالب:

شفيق ساعد

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
نصر الدين جابر	أستاذ	جامعة بسكرة	رئيسا
محمد بلوم	أستاذ	جامعة بسكرة	مشرفا ومقررا
فتيحت بن زروال	أستاذ	جامعة أم البواقي	مناقشا
عمر عمور	أستاذ	جامعة المسيلت	مناقشا
عائشة نحوي	أستاذ	جامعة بسكرة	مناقشا
الظاهر مجاهدي	أستاذ	جامعة المسيلت	مناقشا

السنة الجامعية : 2018 - 2019

ملخص الدراسة

تأتي هذه الدراسة الوصفية الارتباطية المقارنة ضمن مسار بحثي في مجال الضغوط النفسية يسعى إلى التركيز على المتغيرات التي تجعل الأفراد يحتفظون بصحتهم رغم تعرضهم لمواقف الضغط من خلال التعرف على العوامل التي تساهم في تنمية القدرات الذاتية والمهارات السلوكية للمريض وتغيير اعتقاده نحو الموضوعات بطريقة ايجابية لمواجهة أحداث الحياة خاصة الصحية منها ، حيث تحاول الدراسة الكشف عن طبيعة استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المترددون على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة من المصابين بأمراض سيكوسوماتية ، ثم بحث العلاقة الارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومختلف استراتيجيات المواجهة والكشف عن وجود فروق في كلا المتغيرين تعزى إلى نوع ومدى المرض والجنس والسن ، وقد تكونت عينة الدراسة من مائتي (200) مريض مقسمين بواقع 50 مريضا على أربعة مجموعات مرضية هي القلب والأوعية الدموية ، السكري القرحة المعدية والتهضمية والربو ، من حيث الجنس تضمنت عينة البحث 111 مريضة و89 مريضا ومن حيث السن ضمت العينة ثلاثة فئات (50 مريضا أقل من 25 سنة ، 79 مريضا من 25 إلى 50 سنة و71 مريضا أكثر من 50 سنة) أما عن مدة المرض فكانت أقل من 3 سنوات عند 75 مريضا وبين 3 و6 سنوات عند 77 مريضا وأكثر من 6 سنوات عند 48 مريضا .

استند البحث على دراسة استطلاعية هدفت إلى تمييز خصوصيات المرضى المراجعين للمؤسسات الاستشفائية وطبيعة الشكاوى السيكوسوماتية التي يبديها هؤلاء ، وذلك من خلال مقياس إدراك الضغط للفرنسيين وآخرين وقائمة كورنيل للنواحي السيكوسوماتية فيما تمثلت أدوات الدراسة الأساسية في مقياسي مواجهة المشكلات المعاشة (COPE) الذي أعده كارفر ، شايرووينتروب (1989) ومصدر الضبط الصحي (MHLC) إعداد بريرا وكينيث والستون.

كشفت النتائج عن استخدام المرضى بدرجات متفاوتة لمجموعة متنوعة من استراتيجيات مواجهة الضغوط تمثلت بدرجة أولى في الانسحاب السلوكي ثم التقبل وفي مستوى ثان استراتيجيات التكيف الروحاني وضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي الواسع . من جهة ثانية بينت النتائج سيطرة مصدر الضبط الداخلي لدى عينة البحث في حين لم يتم الكشف عن وجود ارتباط دال إحصائيا بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة وسجلت الدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات المرضية الأربعة في استراتيجيات الشرود العقلي كبح النشاطات الدخيلة ، إعادة التقييم الإيجابي، التعامل الفعال النشط ، الإنكار ، الانسحاب السلوكي. وكذا في الأبعاد الثلاث لمصدر الضبط الصحي . بالنسبة للفروق بين مجموعتي الذكور والإناث فلم تكن دالة إحصائيا في كل استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي . فيما يتعلق بالفروق حسب مدة المرض فكانت دالة إحصائيا في بعدين من أبعاد المواجهة هما الشرود العقلي والتعامل الفعال النشط وكذلك بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين وأخيرا جاءت الفروق دالة إحصائيا بين الفئات السنية في بعد واحد من أبعاد المواجهة هو بعد التقبل وفي بعدي الضبط الداخلي والخارجي للحظ.

الكلمات المفتاحية : الضغط النفسي / استراتيجيات المواجهة / مصدر الضبط الصحي / الأمراض السيكوسوماتية .

Abstract

This comparative descriptive study comes within the framework of a research in the field of psychological stress, which seeks to focus on the variables that make individuals maintain their health in hard situations by identifying the factors that contribute patient's development of self capacity , behavioral skills and changing positively his beliefs to cope with life stress Especially in health, where the study is trying to identify then examine the relationship between coping strategies and health locus control in psychosomatic patients visiting hospitals in the city of Biskra . The sample consisted of two hundred (200) patients ; 111 females and 89 males divided by 50 patients in four groups : Cardiovascular disease, diabetes, gastrointestinal and asthma. By age the sample was divided into three categories (50 patients under 25 years, 79 patients aged 25 to 50 and 71 patients over 50 years). The duration of disease was less than 3 years in 75 patients between 3 and 6 years in 77 patients and more than 6 years in 48 patients .

The prospective study aimed to reveal the specificities of patients referred to hospitals and their psychosomatic symptoms using Levenstein & al. Perceived Stress Questionnaire and Cornell's check-list. While the basic study tools were : Carver, Scheieler & Weintraub (1989) COPE inventory and Multidimensional Heath locus of control scale by Barbara and Kenneth Wallston. and the results showed

A variety of coping strategies using by patients: Behavioral disengagement Acceptance, Religious coping, Restraint and Use of instrumental social support.

A tendency of patients to internal control.

No statistically significant correlation was found between HLC and coping strategies.

Statistically significant differences between groups of diseases in Mental disengagement, Suppression of competing activities, Positive reinterpretation, Active coping, denial and Behavioral disengagement. As well as in the three dimensions of health locus of control.

The differences between the male and female groups were not statistically significant in all coping strategies and health locus of control .

Statistically significant differences according to the duration of the disease in two dimensions of coping (Mental disengagement and Active coping). and Powerful Others.

Finally, the differences were statistically significant according to Age groups in one dimension of coping(acceptance) and internal and external control of chance.

Keywords: Stress / Coping Strategies / Health Locus of Control / Psychosomatic Diseases.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ وَيَسْأَلُونَكَ عَنِ الرُّوحِ ۗ قُلِ الرُّوحُ مِنْ أَمْرِ رَبِّي
﴿ وَمَا أُوتِيتُمْ مِنَ الْعِلْمِ إِلَّا قَلِيلًا ﴾

سورة الإسراء 85

شكر وقدر

الحمد لله مجيب الدعاء كاشف الضر والبلاء، لا يرد سائلاً ولا يخيب راجياً فهو أهل الفضل والثناء
أحمده على نعمه العظيمة التي لا تحصى وأشكره في السر والنجوى
أن من علي بإكمال هذا البحث
والصلاة والسلام على من بعث بالدين الأسمى والرسالة العظمى
وعلى آله وصحبه ومن بهديهم اقتفى وبآثارهم اهتدى وسلم تسليماً كثيراً.
أما بعد:

فكل التقدير إلى الصرح الشامخ ذلك البناء الذي احتواني .. جامعتي .. جامعة بسكرة
وإلى القائمين عليها ويسعدني أن أقدم واسع الامتنان إلى قسم العلوم الاجتماعية
وجميع أعضائه من دكاترة أجلاء وأساتذة أفاضل .. لكم مني كل الشكر والاحترام والتقدير
وأنتهز الفرصة لأتقدم بالشكر والامتنان إلى الأستاذ الدكتور الفاضل المحترم بلوم محمد
على كل دقيقة بذلتها لمراجعة بحثي وتوجيهي نحو الأفضل وأشكره على تحفيزه ودعمه الدائم.
كما أتقدم بالشكر إلى أساتذتي الأفاضل الذين غرسوا في بذرة البحث وسقوها
وصبروا عليها طويلاً إلى أن أزهرت وأثمرت .. جزاهم الله عني خير الدارين.
ثم أتقدم بالشكر لأعضاء لجنة المناقشة كل باسمه ومقامه على قبولهم مناقشة هذه الأطروحة
الشكر موصول إلى كل من ساهم في إتمام هذه الدراسة في شقها الميداني
طاقم مديرية الصحة بولاية بسكرة وكل العاملين بالمؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة
وأخص بالذكر الزملاء من الأخصائيين النفسانيين الذين أسهموا بشكل كبير في إجراءات التطبيق الميداني
كما لا يفوتني أن أعبر عن خالص امتناني إلى كل المرضى الذين تقبلوا برحابة صدر خوض هذه التجربة
متمنيا لهم وافر الصحة والشفاء العاجل
وأخيراً إلى كل فرد ساندني ودعمني وشد على يدي وأزرنني بالقول أو الفعل أو الدعاء في ظهر الغيب.

شفيق

فهرست المحتويات

الصفحة	الموضوع
	ملخص الدراسة . شكر و عرفان فهرست المحتويات قائمة الجداول قائمة الأشكال مقدمة البحث
أ-ب	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
18	1-مشكلة البحث
22	2- أهمية الموضوع
23	3-أهداف البحث
24	4-التحديد الإجرائي للمفاهيم
25	5-الدراسات السابقة والمماثلة
39	6-فرضيات البحث
الخلفية النظرية	
الفصل الثاني: مفاهيم عامة حول الضغوط النفسية	
42	تمهيد
42	1- التطور التاريخي لمفهوم الضغط النفسي.
46	2- تعريف الضغط النفسي.
46	1-2- التعريف اللغوي .
47	2-2- التعريف الاصطلاحي.
49	3- الاتجاهات النظرية المفسرة للضغط النفسي.
49	1-3- المقاربات الكلاسيكية ونظرياتها للضغوط النفسية.
50	1-1-3- الضغوط والمنحى السيكودينامي.
51	2-1-3- الضغوط والمنحى السلوكي.
52	3-1-3- الضغوط والمنحى المعرفي.
53	2-3- نظريات الضغط.
53	1-2-3- الاتجاه الأول: النظر للضغوط على أساس الاستجابة للمثيرات الخارجية.
53	2-3-1-1- نظرية الاتزان الحيوي.
55	2-3-1-2-3- نظرية التناذر العام للتكيف.

59	3-2-2-2-الاتجاه الثاني: النظر للضغوط على أساس المثيرات الخارجية.
60	3-2-3-الاتجاه الثالث: النظر للضغوط على أساس التفاعل بين الفرد والبيئة.
61	3-2-3-1-نظرية البنى الشخصية لكيلي.
61	3-2-3-2-نموذج لازاروس وفولكمان.
62	3-2-3-3-نموذج علم نفس الصحة.
64	4-أنواع الضغط النفسي.
64	أولا : من حيث مصدرها.
65	ثانيا : من حيث هي ايجابية أو سلبية .
67	ثالثا : من حيث شدتها وتكرارها .
68	رابعا : ضغوط ما بعد الصدمة.
70	5-الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المفاهيم الأخرى.
70	5-1-الضغوط والضواغط .
71	5-2-الضغط والانفعال.
73	5-3-الضغط والقلق.
75	5-4-الضغط والاحترق النفسي.
76	6-مصادر الضغط النفسي.
77	6-1-العوامل الاجتماعية والاقتصادية.
78	6-2-عوامل البيئة الطبيعية.
78	6-3-الضغوط الأسرية.
79	6-4-العوامل الذاتية.
79	6-4-1-الضغوط الجسمية .
79	6-4-2-الضغوط المرتبطة بالشخصية.
82	6-5-الضغوط الأكاديمية والمهنية.
83	6-5-1-مصادر متعلقة بالمناخ التنظيمي.
85	6-5-2-مصادر مرتبطة بالفرد.
85	6-5-3-مصادر متعلقة ببيئة العمل.
86	7-نتائج الضغط النفسي.
86	7-1-المستوى الفيزيولوجي العصبي.
90	7-2-على المستوى العضوي.
91	7-3-على المستوى الانفعالي.
91	7-4-على المستوى السلوكي.
92	خلاصة الفصل

الفصل الثالث: المرض السيكوسوماتي - الأصول النظرية و النماذج التطبيقية

94	تمهيد.
94	1- لمحة تاريخية حول علاقة النفس بالجسد ونشأة مفهوم السيكوسوماتيك.
97	2- تعريف المرض السيكوسوماتي.
98	1-2- الأمراض السيكوسوماتية كحالة جسدية مرضية لها خصائص سيكولوجية.
98	2-2- الأمراض السيكوسوماتية كنتاج لاضطراب سيكولوجي اجتماعي.
99	3-2- التعريفات التي تجمع بين الأسباب والنتائج.
100	3- النظريات المفسرة للمرض السيكوسوماتي.
100	1-3- النظرية التحليلية.
102	2-3- معهد شيكاغو للطب السيكوسوماتي .
103	3-3- المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية (معهد باريس)
104	4-3- المدرسة السلوكية.
106	5-3- النظرية المعرفية.
106	6-3- نظريات الضغط .
107	7-3- نظرية الضغط الجسمي .
108	8-3- نظرية خصائص الشخصية.
110	9-3- النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي .
111	4- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.
112	5- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية.
112	1-5- العوامل المتعلقة بالوراثة.
113	2-5- العوامل المتعلقة بالبيئة.
115	6- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية.
115	1-6- المرض السيكوسوماتي و اضطراب التحويل.
117	2-6- المرض السيكوسوماتي و توهم المرض.
118	7- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية.
121	1-7- أمراض الجهاز الدوري.
124	1-1-7- ارتفاع ضغط الدم.
125	2-1-7- تصلب الشرايين.
125	3-1-7- الجلطة القلبية.
126	4-1-7- اضطراب ضربات القلب (اللغظ)
127	5-1-7- عصاب القلب أو متلازمة الجهد أو متلازمة داكوستا.
127	6-1-7- السكتة الدماغية أو الجلطة الدماغية.
128	2-7- أمراض الجهاز الهضمي (قرحة المعدة و القرحة الهضمية).
130	3-7- اضطرابات الجهاز التنفسي (الربو الشعبي)
134	4-7- اضطرابات الجهاز الغدي (السكري).
138	خلاصة الفصل

الفصل الرابع : استراتيجيات مواجهة الضغوط وبعض المفاهيم المرتبطة بها.

140	تمهيد
140	1- التطور التاريخي لمفهوم المواجهة.
142	1-1 نموذج علم نفس الأنا (النموذج التحليلي)
144	2-1 النموذج الحيواني .
144	3-3 نموذج أنماط المواجهة (المواجهة كسمة شخصية)
146	2- تعريف المواجهة.
148	3- مراحل المواجهة وفق النموذج التفاعلي (نظرية الضغط والمواجهة).
148	1-3 مفهوم التقدير المعرفي .
149	3-1-1-1 التقدير الأولي.
150	3-1-1-1-1 العوامل الخاصة بالفرد.
151	3-1-1-2 العوامل المتعلقة بالوضعية .
152	3-1-2-1 التقدير الثانوي.
152	3-1-3 إعادة التقدير.
155	3-2-1-3 أبعاد المواجهة.
155	3-1-2-3 أبعاد المواجهة وفق لازاروس وفولكمان.
159	3-2-2-3 تقسيمات أخرى لأبعاد المواجهة.
165	4- موارد المواجهة.
166	1-4 الموارد الخارجية.
167	4-1-1-1 الموارد الاقتصادية.
168	4-2-1-1 الموارد الاجتماعية.
169	4-3-1-1 الدعم الاجتماعي (المساندة).
171	4-2-2-1 الموارد الداخلية.
171	4-1-2-2 الجنس.
172	4-2-2-2 السن.
172	4-3-2-2 الصحة البدنية.
173	4-4-2-2 الدين.
174	4-5-2-2 الإنبساطية والعصابية.
174	4-6-2-2 الصلابة النفسية.
175	4-7-2-2 المعتقدات الإيجابية.
176	4-8-2-2 تقدير الذات.
176	4-9-2-2 الكفاية الذاتية (فعالية الذات) .
177	4-10-2-2 الضبط والتحكم في الوضعية .
179	4-11-2-2 الذكاء الإنفعالي.
181	5- المواجهة وعلاقتها بوجود الحياة.
182	6- المواجهة وعلاقتها بالصحة والمرض.
186	خلاصة الفصل

الفصل الخامس : مصدر الضبط الصحي وتطبيقاته في مجال الصحة و المرض

188	تمهيد
188	1- نشأة مفهوم مصدر الضبط.
192	2- تعريف مصدر الضبط
194	3- أبعاد مصدر الضبط .
196	4- سمات وخصائص الأفراد في فنتى مصدر الضبط .
196	1-4- خصائص ذوي الضبط الداخلى .
197	2-4- خصائص ذوي الضبط الخارجى.
198	5- مصدر الضبط و الضبط المدرك.
198	6- المقارباتالنظرية حول مفهوم الضبط و العزو السببى.
199	1-6- نظرية العزو السببى لهيدر.
200	2-6- نظرية العزو لواينر (1974).
201	3-6- نظرية العجز المتعلم.
202	4-6- نموذج العزو السببى المتعدد.
203	5-6- نظرية الدافعية المعرفية.
204	7- قياس أبعاد الضبط.
205	8- العوامل المؤثرة فى مصدر الضبط .
205	1-8- التنشئة الأسرية.
206	2-8- العوامل الإجتماعية و الثقافية و الإقتصادية.
207	3-8- مصدر الضبط و مراحل العمر.
208	4-8- الفروق بين الجنسين.
212	9- مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصحة و المرض.
214	10- العوامل المؤثرة في معتقدات الضبط الصحي .
214	1-10- العوامل الإجتماعية .
215	2-10- عوامل تتعلق بالفرد .
215	1-2-10- العمليات المعرفية و أنماط التفكير.
218	2-2-10- دافع الكفاءة و فعالية الذات المدركة.
219	3-2-10- التناول-التشاؤم.
220	4-2-10- الدعم الإجتماعى المدرك .
222	5-2-10- الذكاء الإنفعالى.
223	3-10- عوامل تتعلق بالمرض.
223	1-3-10- معتقدات حول طبيعة المرض .
223	2-3-10- معتقدات حول أسباب المرض .
224	3-3-10- معتقدات حول مدى السيطرة على المرض.
224	11- بعض النماذج النظرية المفسرة للمعتقدات حول الصحة .
225	1-11- نموذج المعتقدات الصحية.
227	2-11- نظرية السلوك المخطط (TPB)
228	3-11- نموذج خاصية السلوك الصحى (HAPA)
230	4-11- نموذج الأصول الصحية .
233	خلاصة الفصل

الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

236	تمهيد
236	1- منهج البحث
237	2- الدراسة الاستطلاعية.
237	1-2- مرحلة جمع المعلومات
237	2-2- مرحلة اختيار العينة
239	2-3- مرحلة تقنين أداة البحث
240	3- حدود البحث
240	3-1- الحدود البشرية
240	3-1-1- مجتمع البحث
241	3-1-1- عينة البحث
243	3-2- الحدود الزمنية
243	3-3- الحدود المكانية
243	4- أدوات الدراسة
243	4-1- مقياس مواجهة المشكلات المعاشة Coping Orientations to Experienced Problems
246	4-2- الصورة الحالية للمقياس.
246	4-2-1- صدق المقياس
246	4-2-2- الثبات
248	4-3- مقياس مصدر الضبط الصحي Multidimensionnel Heath locus of control scale
248	4-3-1- صدق المقياس
250	4-3-2- الثبات
250	5- أساليب المعالجة الإحصائية
251	خلاصة

الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

253	تمهيد
253	1- عرض نتائج الدراسة
267	2- مناقشة نتائج الدراسة
294	خلاصة.
295	خاتمة
297	قائمة المراجع
	قائمة الملاحق
	ملحق رقم (1) : مقياس ادراك الضغط.
	ملحق رقم (2) : مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط .
	ملحق رقم (3) : مقياس مصدر الضبط الصحي.
	ملحق رقم (4) : الخارطة الصحية للجزائر وفق منظمة الصحة العالمية
	ملحق رقم (5) : توزيع الهياكل الصحية بولاية بسكرة.

قائمة الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	مقارنة بين نموذج علم النفس الصحة لبروخون شويتزر و دنتزر (1994) والنموذج التعاملى للازاروس و فولكمان (1984).	63
2	مقارنة بين الضغط الايجابي و الضغط السلبي.	66
3	مقارنة بين نمطي الشخصية (أ) و (ب).	81
4	الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية و الهستيريا التحويلية.	116
5	تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية.	120-119
6	بعض تصنيفات استراتيجيات المواجهة حسب سيمر.	163
7	أساليب من التفكير تصنع الاضطراب	217
8	توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب طبيعة المرض	239
9	توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض	242
10	توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض	242
11	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	242
12	توزيع أفراد العينة حسب السن	243
13	قيمة الفرق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لاستراتيجيات مواجهة الضغوط	246
14	معاملات الثبات لمقياس استراتيجيات المواجهة باستخدام طريقة التجزئة النصفية	247
15	معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات المواجهة	247
16	صدق الاتساق الداخلى لمقياس الضبط الصحي	249
17	الفروق بين القسمين الاعلى والادنى لمقياس الضبط الصحي .	249
18	معاملات الثبات لمقياس الضبط الصحي بطريقة التجزئة النصفية	250
19	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات مواجهة الضغوط	253
20	المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مصدر الضبط الصحي	254
21	معاملات الارتباط بين الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة	255
22	الفروق بين المجموعات في استراتيجيات المواجهة	256
23	الخصائص الإحصائية لدرجات الذكور والاناث على أبعاد مقياس المواجهة	258
24	الفروق بين الذكور والاناث في استراتيجيات مواجهة الضغوط	259
25	الفروق حسب السن في أبعاد مقياس المواجهة	260
26	الفروق حسب مدة المرض في أبعاد مقياس المواجهة	262
27	الفروق حسب نوع المرض في أبعاد الضبط الصحي	263
28	الخصائص الإحصائية لدرجات الإناث والذكور في الضبط الصحي	264
29	الفروق بين الذكور والاناث في الضبط الصحي	264
30	الفروق في الضبط الصحي حسب السن	265
31	الفروق في الضبط الصحي حسب مدة المرض	266

قائمة الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
1	مراحل متلازمة التكيف العام لسيلي.	57
2	مخطط للعلاقة بين الضغط النفسي والاتزان الحيوي عند كانون وسيلي.	57
3	العلاقة بين الضغط والقلق.	74
4	الضغط النفسي والنشاط العصبي للدماغ .	87
5	النشاط العصبي الهرموني خلال التعرض للضغوط.	89
6	ثلاثية الأمراض الوعائية.	123
7	رسم توضيحي للشعب الهوائية بين شخص مصاب بالربو والآخر سليم.	131
8	نقص الأنسولين ومرض السكري.	135
9	عوامل التقدير المعرفي حسب لازاروس وفولكمان.	151
10	مخطط لمراحل عملية التقدير المعرفي عند لازاروس وفولكمان.	153
11	نموذج الضغط والمواجهة وفق بروخون شويتزر.	154
12	نموذج مايز وزملانه (1996) حول المواجهة والأمراض المزمنة.	184
13	توزيع الأفراد في مصدر الضبط	195
14	مخطط نظرية العزو لدى هايدر	199
15	بعدي الاستقرار ومصدر الضبط في نظرية العزو لواينر	200
16	مخطط العجز العام والعجز الشخصي وفق كيبي	202
17	مخطط نظرية اليبس (ABC)	216
18	مخطط للعلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج وفق باندورا	218
19	مخطط المفاهيم الأساسية لنموذج السلوك الصحي (HBM)	226
20	مخطط لنظرية السلوك المخطط (TPB)	227
21	مخطط لنظرية خاصية السلوك الصحي (HAPA)	229
22	مخطط لنظرية الأصول الصحية	231

مقدمة

بلغت مشكلة الاضطرابات السيكوسوماتية حجماً متضخماً وارتبط انتشارها بالحضارة الحديثة وما أدت إليه من اضطراب في العلاقات الاجتماعية بين الأفراد كما أن التقدم التكنولوجي والصناعي أنتج تغييرات شديدة الوضوح في ثقافات المجتمعات وعاداتها وتقاليدها مما أدى إلى زيادة الضغوط والقلق والصراع والتنافس بين أفرادها فضلا عن الظروف الاقتصادية كالفقر والبطالة و الجوع وغيرها لذا يؤكد هانز سيلبي H Selye أن الضغط النفسي جزء من حياتنا فهو منتج ثانوي طبيعي لكل نشاطاتنا وليس هناك ما يدعو لاجتنابه شرط أن يكون بصفة معتدلة ، لكن الأمر الذي زاد من أهمية الموضوع تلك الكلفة العالية التي أضحت تدفعها المجتمعات المختلفة على عدة مستويات ، فنسبة من يراجعون الأطباء بسبب المعاناة الصحية الناتجة عن الضغط تمثل 50 % من كل المرضى ، وتشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية في تقاريرها السنوية حول الوضع الصحي في العالم أن الاضطرابات الصحية التي لها صلة بالضغط والظروف البيئية الأخرى تمثل ما بين 50-80 % من كل الأمراض المعروفة كما أكد المكتب العالمي للعمل في تقرير له أن الضغط النفسي قد يتسبب في الكثير من الأمراض كالأزمات القلبية الوعائية والقرحة المعدية والسكتة الدماغية والاكتئاب وغيرها.

وتكاد تقوم معظم الدراسات المعاصرة التي تناولت الضغوط النفسية على فكرة مفادها أن الضغط يسبب المرض ، وأن ظاهرة تقشي بعض الأمراض في المجتمعات المعاصرة التي تعرف نسبة عالية من الضغوط دليل على هذا الترابط ، لذلك فإن الانتشار السريع للأمراض المزمنة ومختلف الأعباء الناجمة عنها دفع بالباحثين إلى الاهتمام بالمتغيرات الفاعلة في سيرورة المرض سواء تلك المسببة له أو تلك الناجمة عن تعقيداته ، حيث أن مختلف تلك النتائج المرضية نفسية كانت أو سوماتية لا تحدث إلا إذا فشل الفرد في التكيف مع المواقف الحياتية التي يواجهها أو استنفاده لكل طاقات التكيف لديه أي أن يكون غير قادر على المعالجة الذهنية لما يواجهه من أحداث أو أزمات تهدد تنظيمه العقلي والتي قد تطول أو تقصر ، فالاهتمام الذي أبداه مختلف الباحثين لفهم الميكانيزمات البيولوجية والمعرفية في مواجهة وضعيات ضاغطة أدى إلى بروز العلاقة الثنائية المتبادلة بين الفرد والمحيط فالاستجابة لتلك المواقف المختلفة سواء كانت واعية أو غير واعية تتداخل فيها العديد من الخصائص منها ما يتعلق بالفرد في حد ذاته ومنها ما يتعلق بطبيعة الموقف .

في هذا الإطار قدمت النظرية التفاعلية مفهوما محوريا يتعلق بالطريقة التي يعالج بها الفرد مشاكله بمعنى أن السلوكات والاستجابات والنشاطات التي نلجأ إليها أمام المواقف المهددة تلعب دورا هاما كونها قد تزيد أو تنقص من أثر هذا الأخير ، لهذا فقد طرح مفهوم المواجهة كركيزة أساسية في الكثير من الدراسات نظرا لتعقيده وأهميته في فهم العلاقة بين الفرد والعوامل الضاغطة ، ولقد عرفت الأدبيات المتعلقة بهذا المفهوم تزايدا معتبرا خلال الأربعين سنة الماضية نتيجة حجم المعاناة الصحية المرتبطة بزيادة ضغوط الحياة المعاصرة والأعباء الاجتماعية الناجمة عنها ، ووفق هذا المنظور فإن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث نتيجة خلل في إدراك الفرد ومعالجته لمختلف عوامل الضغط مما يسبب ضعف المواجهة لديه وعدم قدرته على التحكم في مصدر الضغط . كما أن الاستمرار في مواجهة المواقف الخطرة ومن بينها المرض تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد حيث تتداخل اعتقاداته وأفكاره مع خصائص ومطالب الموقف قصد اختيار أسلوب المواجهة الأمثل والأكثر فعالية وينتج عن ذلك العديد من الانفعالات السلبية والإيجابية . ففي حالة المرض الجسدي يجب أن يتعامل المريض في الوقت نفسه مع مختلف مصادر الضغط من عجز وألم وشروط العلاج مع الحرص على عدم فقدان مصادره المالية والحفاظ على علاقات جيدة مع بيئته الاجتماعية وكل ذلك يخضع إلى إدراكه للمرض وحجم تهديده لنمط حياته السابق والتي يتحدد من خلالها إن كانت استجاباته السلوكية تكيفية مع المرض والعجز كجمع المعلومات ومحاولة تعديل نمط الحياة والمشاركة بفعالية في البرنامج العلاجي أو غير تكيفية تعبر عن انسحاب واستسلام سلبي للمرض واعتماد مفرط على الآخرين وسلوكات مدمرة للذات.

وعند الحديث عما تلعبه المعتقدات الشخصية في تحديد أنماط استجابات الأفراد يمكننا القول أنه أصبح من المتعارف عليه اليوم أن مصدر الضبط يعد من أهم المتغيرات الشخصية التي تؤثر في إدراك الفرد للموقف ومن ثم في تحديد نمط استجابته ، فقد ظهر هذا المفهوم وتطور خلال منتصف الستينيات في الثقافة الأمريكية ، ويعود الفضل في ذلك خاصة إلى جهود العالم الأمريكي روتر (1966) Rotter ومنذ ذلك الوقت ظهرت الكثير من التطبيقات في عدة مجالات من علم النفس وعلى الرغم من مرور أكثر من نصف قرن على ظهور هذا المفهوم إلا أنه لا يزال يستقطب اهتمام الباحثين في هذا المجال من خلال ارتباطه بالعديد من المتغيرات النفسية والشخصية الأخرى .

فتلك الاعتقادات الخاصة بمصدر الضبط تلعب حسب روتر دورا هاما خلال مختلف المواقف الجديدة التي لا يملك الفرد معلومات كافية عنها مما يضطره للعودة إلى مميزاته الشخصية ونظرته للواقع قصد فهم الوضعية التي يواجهها ، ونظرا لما لهذا المفهوم من أهمية في تفسير التوقعات الإنسانية ومن ثم السلوكيات الفردية في المواقف المختلفة اشتق والستون وزملاؤه (Wallston & al. (1978) مفهوم مصدر الضبط الصحي الذي لقي بدوره اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في علم النفس الصحي حيث يعبر عن مجموعة معتقدات الأفراد حول مصادر صحتهم ، فذوو مصدر الضبط الداخلي القوي يعتقدون أن سلوكياتهم الخاصة مسؤولة عن صحتهم ، بينما يعتقد ذوو مصدر الضبط الخارجي القوي أن صحتهم نتيجة لبيئاتهم والمحيطين بهم أو للحظ المطلق بغض النظر عن سلوكهم الشخصي .

وقد حاولت العديد من الدراسات بحث العلاقة بين أبعاد الضبط الصحي من جهة ومختلف التأثيرات النفسية والجسدية التي يعرفها الفرد خلال تعرضه لمواقف الضغط ، لكن أغلب هذه الدراسات ونتائجها لم تخرج عن نطاق البيئة المحلية التي وجدت فيها ، وهو ما يجعلنا نولي أهمية كبيرة لدراسة هذا الموضوع في المجتمع المحلي الذي يعرف انتشارا يزداد باطراد لمجموعة كبيرة من الأمراض مع زيادة وتعدد المطالب الحياتية ، ففي ظل غياب إحصاءات رسمية عن واقع انتشار تلك الأمراض تشير التقارير والمسوح التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى أن ضغط الدم وأمراض القلب والسكري تتصدر القائمة كأكثر الأمراض انتشارا كما تعد المسببات الرئيسية للوفيات في مجتمعنا ، لذلك فهي تشكل تهديدا حقيقيا للصحة العمومية نتيجة تبعاتها الاجتماعية والاقتصادية. حيث تسعى الدراسة الحالية للكشف عن طبيعة الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أربعة مجموعات من المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية من الجنسين ومن أعمار مختلفة وتأتي الدراسة في سبعة فصول خمسة منها نظرية ، خصص الفصل الأول ل طرح موضوع الدراسة وتبيان الهدف منها وكذا مشكلة البحث وفرضياته ثم تحديد المفاهيم إجرائيا وعرض الدراسات السابقة حول الموضوع فيما استعرضت الفصول الثاني والثالث والرابع والخامس المتغيرات الأساسية للدراسة وهي الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها وكذا مصدر الضبط الصحي والمرض السيكوسوماتي أما الجانب الميداني للدراسة فقد خصص له الفصلان السادس الذي يمثل إجراءات الدراسة الميدانية والسابع الذي نقدم من خلاله عرضا لنتائج هذه الدراسة لتناولها بالتحليل والمناقشة ، لنصل أخيرا إلى خاتمة البحث والمراجع المعتمدة فيه ثم بعض الملاحق .

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1- مشكلة البحث
- 2- أهمية الموضوع
- 3- أهداف البحث
- 4- الدراسات السابقة والمثابهة
- 5- التحديد الإجرائي للمفاهيم
- 6- فرضيات البحث



1- إشكالية البحث :

تكاد تقوم معظم الدراسات المعاصرة التي تناولت الضغوط النفسية على فكرة مفادها أن الضغط يسبب المرض ، وأن ظاهرة تفشي بعض الأمراض في المجتمعات المعاصرة التي تعرف نسبة عالية من الضغوط هو دليل على هذا الترابط ، فنسبة الذين يراجعون الأطباء بسبب المعاناة الصحية الناتجة عن الضغط تمثل 50 % من كل المرضى ، كما تشير إحصائيات منظمة الصحة العالمية في تقاريرها السنوية حول الوضع الصحي في العالم أن الاضطرابات الصحية التي لها صلة بالضغط والظروف البيئية السلبية الأخرى تمثل ما بين 50-80 % من كل الأمراض المعروفة (يخلف، 2001) غير أن مختلف تلك النتائج النفسية والسوماتية لا تحدث إلا إذا فشل الفرد في التكيف مع المواقف الحياتية التي يواجهها أو استنفاده لكل طاقات التكيف لديه ، أي أن يكون غير قادر على المعالجة الذهنية للأزمات التي يواجهها والتي تكون نتيجة لوضعية خارجية قد تطول أو تقصر أو لحدث خارجي يهدد التنظيم العقلي للفرد ، فالاضطرابات السيكوسوماتية يحدث نتيجة خلل في إدراك الفرد ومعالجته لمختلف عوامل الضغط مما يسبب ضعف المقاومة لديه وعدم قدرته على التحكم في مصدر الضغط ، وعملية الاستمرار في مواجهة المواقف الخطرة ومن بينها المرض تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد ، فقد لا يكون المرض بالضرورة المسؤول الوحيد عن تلك النتائج إنما تلعب متغيرات أخرى في حياة الفرد دورا في ظهورها.

في هذا السياق قدم كابلان وسالز وباترسون Kaplan, Suls & Patterson نموذجا حيويا نفسيا اجتماعيا قاموا فيه بتوضيح العلاقة بين الضغوط وأحداث الحياة من جهة والصحة أو المرض من جهة أخرى فأحداث الحياة وكل ما يدخل في إطارها من المساندة الاجتماعية ومفهوم الذات تستثير ادراكات الفرد وقدرته على المواجهة كعوامل وسيطة يصاحبه تنشيط الجهاز العصبي المستقبل وكل من هرمونات الغدة النخامية والهيبيوثالاموس ، مما ينعكس على جهاز المناعة الذي يمثل المحدد الأساسي لما يتمتع به الفرد من صحة أو مرض ، وقد أكدت نتائج العديد من الدراسات عن وجود فروق بين فئتي المصابين بالأمراض السيكوسوماتية والأصحاء في إدراكهم لأحداث الحياة والتي قد تكون سببا للإصابة بهذه الاضطرابات ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة الدريعي (1997) وعبد المعطي (1998) في المجتمعات العربية ، ودراسات كل من (Slopet (1991) , Arnetz (1991) , Holahan & Moos (1985) ودراسات Hoets & Heck (1995) في البيئات الأجنبية.

فيما اهتم عدد كبير من الدراسات بالعلاقة بين الأمراض السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية وبعض متغيرات الشخصية كالعصابية و مصدر الضبط ، تقدير الذات ، ومن أمثلة هذه الدراسات دراسة رانكور وساندرمان (Ranchor & Sanderman (1991) ودراسة سلوبر وآخرين (Sloper & al. (1991) التي أكدت على وجود ارتباط بين ظهور الاضطرابات السيكوسوماتية واستعمال استراتيجيات مواجهة غير فعالة إزاء المواقف الضاغطة كما وجدت أن هناك اختلافات حسب السن ، غير أن أغلب هذه الدراسات تبقى ضمن إطار المجتمعات الغربية وهو ما يدفعنا في هذه الدراسة لبحث العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط وأحد متغيرات الشخصية وهو مصدر الضبط الصحي.

فمواقف الحياة المختلفة تحمل في طياتها عديد الاستجابات الفردية تتراوح بين الايجابية والسلبية وفق متغيرات عديد تمس شخصية الفرد وأبعاد الموقف ، وأساليب المواجهة تتدرج ضمن إدراك الفرد لحدود الوضعية المعاشة من جهة ولحدود إمكاناته وقدراته من جهة ثانية ، وهو ما يدفع للتساؤل عن مدى تأثير خصائص كل من هذين المكونين على أنماط تعامل المريض في المجتمع المحلي مع مختلف مواقف الحياة ، فعادة ما يواجه المصاب بمرض مزمن تحديا هاما يتمثل في الاضطرار إلى تغيير تصوره الذاتي وإدماج مفهوم المرض في حياته وإيجاد معنى في مرضه. لذلك فإن الذين يجدون معنا إيجابيا في أمراضهم ويتقبلون التغيرات الجسدية والنفسية والاجتماعية التي تحدث مع المرض المزمن يكونون أكثر توافقا مع مرضهم من غيرهم (DeLongis & Puterman, 2007) . ففي حالة المرض الجسدي يجب على المريض أن يتعامل مع مختلف مصادر الضغوط المعاشة (الألم والعجز وشروط الاستشفاء والعلاج ..) ، وفي نفس الوقت عليه أن يحافظ على توازنه الوجداني وصورة مقبولة عن ذاته ، مع السهر على عدم فقدان مصادره المالية والحفاظ على علاقات حسنة مع العائلة والبيئة الاجتماعية وهو ما يتطلب استراتيجيات مواجهة متنوعة جدا (Moos & Tsu , 1977) إضافة إلى ذلك فإن نفس الشخص في وضعيات مختلفة يمكنه تبني استراتيجيات التكيف المعرفي للحد من التوتر وفي حالات أخرى الاستراتيجيات السلوكية لحل المشكلة (Folkman & Lazarus (1988) ووفقا لدراسة بيرلين وشولر (Pearlin & Schooler (1978) فإن الاستراتيجيات المعرفية تكون أكثر تكيفا في الحالات التي يكون فيها الحدث أو الموقف أمرا لا مفر منه (المرض الخطير) ، في حين تكون الاستراتيجيات السلوكية أكثر فعالية خاصة عندما يمكن أن يؤدي مجهود ما إلى تغيير في الوضع فاختيار استراتيجيات المواجهة يعتمد بشكل كبير على خصائص الموقف والموارد الاجتماعية .

ووفق دراسات عديدة لا سيما ما جاء به لازاروس وفولكمان (1984) فإن الأشخاص الذين ينسبون ما يحدث لهم لأسباب داخلية يمكن السيطرة عليها هم أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة مقارنة بالذين ينسبون ما يحدث لهم أسباب خارجية لا يمكنهم السيطرة عليها حيث تتأثر استجابة المريض بعدد من العوامل النفسية والاجتماعية تتمثل أساسا في تصويره للمرض ومقدار التهديد الذي يشكله لحياته ونمط معيشته السابق وفهمه لطبيعة العلاج المناسب لحالته . فبالنسبة لمن يصاب بمرض يهدد الحياة فإن سلوكيات التكيف مع المرض والعجز وحل المشكلات وجمع المعلومات ومحاولة تعديل نمط الحياة عبر الالتزام ببرنامج علاجي هي أمثلة للمواجهة التكيفية في مقابل سلوكيات الانسحاب والاستسلام للمرض والاعتمادية المفرطة وسلوكيات التدمير الذاتي كإدمان الكحول أو الانتحار قد تؤدي إلى شكل من أشكال العجز النفسي الذي يعيق قدرة المريض على العيش لما تبقى من حياته (Schaefer & Moos, 1984). وقد سعى بعض الباحثين إلى تحديد استراتيجيات المواجهة المرتبطة ببعض الأمراض كالسرطان ومرض القلب والأوعية الدموية والسكري والتهاب المفاصل ونقص المناعة... وغيرها.

تهدف مخططات المواجهة إلى الحد من التوتر وحل المشاكل ، فعندما يواجه الفرد وضعا مرهقا تحدد تلك المخططات استراتيجيات المواجهة التي ينبغي استخدامها، ويستند اختيار استراتيجيات ما إلى تراكم الخبرات حول خصائص الموقف والاستجابات المتاحة ومدى فعاليتها لمختلف المواقف . لذلك فبمجرد تفعيل مخطط مواجهة سيتم تحديد الاستراتيجيات الأكثر تمثيلا للمخطط أو الأكثر فعالية (Peacock, 1996) . لذلك فإن اعتقاد المريض بالسيطرة النفسية من المرجح أن يؤدي به إلى مواجهة مشكلات الحياة بشكل مباشر ومحاولة حلها بدل تجنبها "ديفينز وآخرون (1981) Devins et al. أسبينوال وتايلور (1992) Aspinwall & Taylor" ، فاستجابات المريض لمختلف المواقف الضاغطة تتداخل فيها اعتقاداته وأفكاره مع خصائص ومطالب الموقف قصد اختيار أسلوب المواجهة الأمثل والأكثر فعالية وهذا التقدير يتأثر بدوره بجملة المعتقدات الشخصية التي تلعب دورا أساسيا في تحديد استجابة الفرد. فالمعتقدات الشخصية في واقع الأمر هي نتاج الأفكار الداخلية كما أنها تحدد مدى اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم أو ما أطلق عليه روتر (1966) Rotter تسمية مصدر الضبط «Locus of control» حيث تبين ما لهذا المتغير من قدرة على التنبؤ بدوافع الفرد وسلوكه في مواقف الحياة المختلفة كما أنه أحد الجوانب المهمة في تنظيم التوقعات الإنسانية وتحديد مصادرها .

من خلال مفهوم روتر حول الضبط قام والستون وآخرون (Wallston & al., 1978) باستنباط مفهوم مصدر الضبط الصحي وهو بعد هام من أبعاد الشخصية يتعلق بالسلوك الصحي ، إذ يعتقد أولئك الذين لديهم مصدر ضبط داخلي قوي أن الصحة يمكن تحقيقها من خلال جهودهم الخاصة في حين أن من لديهم ضبط خارجي عال يعتقدون أن الصحة السليمة هي نتيجة لبيئتهم أو غيرهم من الناس بغض النظر عن سلوكهم الذاتي ، حيث يرى بيليسوك ومونتجومري (Pilisuk & Montgomery, 1993) بأن مصدر الضبط قد يكون المتغير النفسي الاجتماعي المركزي في مقاومة المرض المرتبط بالضغط ووجد الباحثان أن الضبط الخارجي كان مرتبطا بعدد أكبر من الأعراض الجسدية الخاصة بالضغط من الضبط الداخلي وأن الشعور بالسيطرة قد يؤثر على طبيعة استراتيجيات المواجهة المستخدمة. واتساقا مع هذا الرأي تبين أن الضبط الخارجي مرتبط بالعجز والضييق (Smith & Wallston, 1992) في حين يرتبط الضبط الداخلي بانخفاض التوتر النفسي (Christensen & al., 1991) ومع هذا فإن تلك العلاقات تظهر فقط في السياقات الصحية حيث تكون هناك إمكانية للتحكم ، بينما في تلك الحالات التي لا تتوفر فيها سوى فرص ضئيلة للتحكم كجراحة القلب مثلا فإن الأمر جاء بصورة عكسية (Burish & al., 1984; Helgeson, 1992).

لقد اعتبر لينغوا وساندلر (Lengua & Sandler 1996) مصدر الضبط واحدا من موارد المواجهة يمكن أن يجعل بعض الأفراد أكثر فعالية في قدرتهم على استخدام استراتيجيات مواجهة معينة حيث أظهرت دراسة فارز (Phares, 1978) أن ذوي الضبط الداخلي يبحثون بدرجة أكبر ويحصلون على معلومات حول حالتهم الجسمية ، كما أثبتت الكثير من الدراسات على مدى السنوات القليلة الماضية أن الضبط الداخلي المدرك يرتبط بشكل إيجابي بالتكيف النفسي والجسدي مع المرض وكذا الانخراط في سلوكيات صحية فعالة (Affleck & al., 1987; Shapiro, Schwarz, & Astin, 1996) لذلك اقترح مفهوم الضبط الصحي المزوج لاعتبار أن التوازن الصحي بين المعتقدات الصحية الداخلية والخارجية يجب أن يكون الأكثر فعالية في التعامل مع الضغوط (Wong & Sproule, 1984) . ومع هذا فإن عددا قليلا من الدراسات اختبرت هذه الفرضية ، وهو ما يدفعنا إلى محاولة التعرف على أبعاد وخصائص الضبط الصحي لدى أربع مجموعات مختلفة من المرضى ومن ثم تحديد طبيعة العلاقة بين تلك الأبعاد واستراتيجيات مواجهة الضغوط وفق مجموعة من المتغيرات الشخصية لدى المرضى في المجتمع المحلي.

لذا تسعى هذه الدراسة للإجابة على التساؤلات التالية :

- ◀ ما هي استراتيجيات مواجهة الضغوط الأكثر استعمالاً من قبل المرضى ؟
- ◀ ما هو اتجاه الضبط لدى المرضى ؟
- ◀ هل هناك ارتباط دال إحصائياً بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المصابين بأمراض سيكوسوماتية ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى تعزى إلى نوع المرض ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى تعزى إلى الجنس ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى تعزى إلى السن ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة لدى المرضى تعزى إلى مدة المرض ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لدى المرضى تعزى إلى نوع المرض ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لدى المرضى تعزى إلى الجنس ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لدى المرضى تعزى إلى السن ؟
- ◀ هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي لدى المرضى تعزى إلى مدة المرض ؟

2- أهمية الموضوع :

بدأت الدراسات النفسية الاجتماعية والصحية في السنوات القليلة الماضية تتجاوز مجرد دراسة العلاقة بين إدراك الفرد للأحداث الضاغطة وأشكال المعاناة النفسية والجسدية إلى الاهتمام أكثر بالمتغيرات النفسية المدعمة لطاقت الفرد على المواجهة الفعالة والتي من شأنها رفع قدرته على مواجهة المشكلات والتغلب عليها ، وفي هذا الإطار أشار هولاهان وموس (1990) Holahan & Moos أنه ينبغي أن يتحول مسار البحث في مجال الضغوط إلى التركيز على المتغيرات التي تجعل الأفراد يحتفظون بصحتهم رغم تعرضهم لمواقف الضغط ، إذ أن الفرد يلجأ إلى أساليب المواجهة للوصول إلى التحكم في الوضعية وهو بذلك يوجه قدراته الشخصية ومقوماته السلوكية والمعرفية لتحقيق هذه الغاية ، فقيمة وتأثير العامل الضاغط يتحددان بالتقدير الذي يعطيه الفرد له ، لذا تنبثق أهمية الموضوع من كونه يجمع بين متغيرين مهمين وأساسيين هما استراتيجيات مواجهة الضغوط التي تعد حلقة الوصل بين ضغوط الحياة ونتائجها النفسية والجسدية كما تعد مكوناً أساسياً لتحقيق تكيف الفرد مع متطلبات بيئته إضافة إلى مركز الضبط الصحي كمتغير أساسي في شخصية الفرد يلعب دوراً مهماً في تحديد أنماط استجابته لمختلف مواقف الحياة - لا سيما في المجال الصحي - وهذه الاعتقادات قد تبطئ عملية العلاج والشفاء خاصة لدى من يلزمهم المرض طوال حياتهم .

لذلك نرى أن أهمية هذا البحث تكمن في أنه يدعم و لو جزئياً البحث عن العوامل التي تساهم في تنمية القدرات الذاتية والمهارات السلوكية للمريض وتغيير اعتقاده نحو الموضوعات بطريقة ايجابية لمواجهة الأحداث والمواقف المتعددة و خاصة الصحية منها ، بحيث يكون هذا النوع من المعلومات مهما إذا تم تقديمها كتوجيهات بشكل موضوعي من قبل القائمين على الرعاية الصحية لدعم إدارة الفرد الذاتية للمرض . فيمكن استفادة الجهات ذات العلاقة من نتائج الدراسة الحالية للعمل على زيادة التوافق النفسي وتخفيف أو علاج الأعراض المرض ، وكذا تطوير أساليب مواجهة الضغوط بما يقدم خدمة للمريض من خلال الكشف عن العلاقة الايجابية أو السلبية بين أساليب مواجهة الضغوط ومركز الضبط (داخلي- خارجي) والتي قد تضيف إلى المعرفة العلمية السيكولوجية النظرية زاداً على درجة كبيرة من الأهمية.

3- أهداف البحث:

3-1- الأهداف النظرية:

- التعرف على مفهوم الضغوط النفسية وتأثيرتها في ظهور الأعراض السيكوسوماتية.
- البحث في تصنيفات الاضطرابات السيكوسوماتية وأسبابها ونتائجها.
- دراسة مختلف تقسيمات أساليب مواجهة الضغوط .
- محاولة جمع المعلومات حول أبعاد مركز الضبط وتأثيراته المختلفة في جوانب الشخصية.
- إعداد مقياس لأساليب مواجهة الضغوط ولمركز الضبط في المجتمع المحلي.

3-2- الأهداف التطبيقية:

- دراسة العلاقة بين أساليب مواجهة الضغوط ومركز الضبط عند مرضى السيكوسوماتيك.
- دراسة الفروق في أساليب مواجهة الضغوط بين المرضى حسب الجنس والسن ونوع المرض.
- دراسة الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي عند المرضى حسب الجنس والسن ونوع المرض.
- النظر في مدى التشابه والاختلاف بين نتائج هذه الدراسة ونتائج الدراسات السابقة التي أجريت في مجتمعات مغايرة كأحد الوسائل التي تُسهم في توضيح مدى انطباق المفهوم على المجتمع المحلي وبالتالي مدى إمكانية الاستفادة منه في دراسات لاحقة وفي التعامل معه .

4- تحديد المفاهيم :

في ما يلي نسعى لتحديد أهم المفاهيم الأساسية التي تركز عليها الدراسة الحالية والتي تشكل مفتاح الدراسة علمية لذلك فإننا نعرض تعريفات أهم المصطلحات التي اعتمد عليها البحث الحالي .

4-1- الأمراض السيكوسوماتية :

هي تلك الاضطرابات الوظيفية في جزء من أجزاء الجسد أو اختلال في وظيفة عضو من أعضائه التي تحدث نتيجة اضطرابات انفعالية وأسباب نفسية تنتج عن وجود استعداد عضوي لدى المريض وعن عدم قدرته على مواجهة الضغوط النفسية ، وتعرف إجرائيا في هذه الدراسة بأنها مجموعة الأمراض المتمثلة في الربو والسكري والقرحة المعدية وارتفاع ضغط الدم التي تم تشخيصها طبيا على مستوى المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة والتي أظهر المصابون بها استجابات عالية على قائمة كورنيل للأعراض السيكوسوماتية .

4-2- استراتيجيات مواجهة الضغوط Coping strategies :

تعرف استراتيجيات المواجهة بأنها مجموع جهود الفرد المعرفية والسلوكية المتغيرة وغير النمطية الهادفة إلى ترجمة والتحكم وتسيير المطالب الداخلية أو الخارجية والصراع الخاص بها الناتج عن التفاعل فرد - محيط الذي يتم تقييمه على أنه يتجاوز طاقات الفرد التكيفية .
وتعرف إجرائيا في هذه الدراسة بأنها الدرجة التي يحصل عليها المريض في مقياس المواجهة لكارفر وزملائه (Carver & al. (1989) المستخدم في الدراسة الحالية.

4-3- مصدر الضبط الصحي Health locus of control :

يعرف مركز الضبط بأنه الطريقة التي يدرك بها الفرد العوامل المسببة لنتائج سلوكه الصحي سواء كانت هذه النتائج مرضية كالثواب بجميع أشكاله أو غير مرضية كالعقاب بجميع أشكاله داخلية أم صادرة عن ظروف وأحداث خارجية تفوق قدراته وطاقته وإمكانياته.
و نقصد بالضبط الصحي إجرائيا الدرجة التي يحصل عليها المريض على مقياس الضبط الصحي.

5- الدراسات السابقة والمماثلة:

قبل الشروع في هذه الدراسة كان من الواجب علينا العودة إلى بعض الدراسات السابقة التي تناولت المتغيرات الخاصة بالموضوع قصد التعرف على أبعاد الظاهرة المدروسة وخصوصياتها ومن ثم تحديد الأهداف من الدراسة الحالية ، تساؤلاتها وفرضياتها ثم اختبار الأدوات المناسبة لذلك تطرقنا إلى عدد من الدراسات والبحوث المختلفة التي تناولت بعض الخصائص الشخصية للمرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية عموماً ومصدر الضبط الصحي على وجه التحديد ودراسات أخرى ركزت على استراتيجيات مواجهة الضغوط عند المرضى . أما الشق الثالث منها فبحث العلاقة بين المتغيرين السابقين وفيما يلي نوجز بعض ما خلصت إليه هذه الدراسات:

5-1- دراسات تناولت العلاقة بين ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها والاضطرابات السيكوسوماتية:

❖ دراسة عبد الرحمن العيسوي (1994) التي هدفت إلى بحث الفروق بين الذكور والإناث في مدى الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وكانت عينة الدراسة مشكلة من 164 فرداً منهم 101 ذكر و63 إناث وأظهرت النتائج أن نسبة 73% من أفراد العينة يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية وأن نسبة 27% منهم فقط لم تظهر لديهم أي اضطرابات سيكوسوماتية كما كشفت النتائج عن وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في الإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية لصالح الإناث ووجود ارتباط دال إحصائي بين الضغوط النفسية والإصابة بالاضطرابات السيكوسوماتية وأن هذه الأخيرة تزداد بتقدم العمر .

❖ دراسة حسن مصطفى عبد المعطي (1989) : وهدفت إلى معرفة الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيين وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين : الأولى من المرضى السيكوسوماتيين (8 حالات قرحة معدة ، 8 حالات ضغط الدم الجوهري ، 7 حالات ربو شعبي) أما المجموعة الثانية فكانت من الأسوياء وعدد أفرادها 15. وتم استخدام استبيان أحداث الحياة ومقياس الصحة النفسية واختبار الذكاء العالي واستمارة المستوى الاجتماعي والاقتصادي .

أشارت النتائج إلى أن الأحداث المرتبطة بالعمل والدخل والأسرة كانت من أهم الأحداث المؤثرة في المرضى السيكوسوماتيين ، وقد أظهرت النتائج وجود فروق بين المرضى السيكوسوماتيين

والأسوياء في إدراكهم لأحداث الحياة لصالح المرضى السيكوسوماتيين ، كما وجدت فروقا بين الفئات السيكوسوماتية وبعضها البعض في إدراك أحداث الحياة الضاغطة ، حيث كان مرضى قرحة المعدة أكثر تأثرا لأحداث العمل ، ومرضى ضغط الدم أكثر بالأحداث الشخصية ، أما مرضى الربو فكانوا أكثر تأثرا بالأحداث الأسرية والمنزلية (عبد المعطي ، 2003 : 151-176) .

❖ دراسة ابراهيم احمد ابراهيم (1992) بعنوان: الضغوط الحياتية وعلاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية (دراسة امبريقية لدى عينة من مرضى مستشفى حمد لعام بدولة قطر).

هدفت الدراسة إلى توضيح العلاقة بين الضغوط الحياتية وظهور بعض الأمراض السيكوسوماتية وذلك من خلال الدراسة الامبريقية لعينة من المرضى السيكوسوماتيين بمستشفى حمد العام بدولة قطر وتكونت العينة من مجموعتين : مجموعة المرضى السيكوسوماتيين وعددهم 40 مريضا قسمت إلى أربع فئات مرضية (السكري ، ضغط الدم ، القولون العصبي ، الصداع النصفي). وقد حددت فئات المرضى بواسطة التشخيص الطبي بمستشفى حمد العام ، وأيضا بواسطة مقياس الضغوط الحياتية من إعداد الباحث وتكونت مجموعة الأسوياء من 40 فردا سويا كما استخدم الباحث تحليل التباين لمعرفة دلالة الفروق بين الفئات الأربع للمرضى السيكوسوماتيين بعضهم البعض في تأثرهم بالضغوط الحياتية .

أسفرت نتائج الدراسة عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0,01- 0,05 لصالح المرضى السيكوسوماتيين في تأثرهم بالضغوط الحياتية إذ تأثر مرضى السكري بالضغوط الانفعالية والاجتماعية والبدنية بينما مرضى ضغط الدم بالضغوط البدنية، وتأثر مرضى القولون العصبي بالضغوط الانفعالية والبدنية (الشريف ، 2003 : 13) .

❖ دراسة آمنة عثمان الحاج (2001) حول الضغوط الحياتية والاضطرابات السيكوسوماتية بالخرطوم بهدف إلى معرفة الضغوط الحياتية لدى المرضى السيكوسوماتيين المترددين على المستشفيات الكبرى والمتخصصة بولاية الخرطوم ، استخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي وتم اختيار أفراد العينة شبه التجريبية التي بلغ عددها 92 من المرضى السيكوسوماتيين المترددين على المستشفيات أما المجموعة الضابطة التي بلغ حجمها 78 فردا فقد تم اختيارها من الأسوياء المتزوجين بالخرطوم وطبقت الباحثة مقياس ضغوط الحياة الذى أعده عباس عوض (1999) ، وتوصلت للنتائج التالية:

✓ تتميز استجابات المرضى السيكوسوماتيين لضغوط الأبناء والاحساس بالضيق والضغط المالية والضغط الانفعالية بالسلبية ، أما استجابتهم للضغط الزوجية وضغوط السكن وضغوط العمل فقد تميزت بالحيادية .

✓ وجود ارتباط دال احصائيا بين الضغوط الحياتية والحالة الصحية لأفراد عينة الدراسة لصالح الأسوياء .

✓ توجد علاقة دالة بين النوع وكل من الضغوط الزوجية و الصحية والانفعالية لصالح الرجال كما توجد علاقة دالة بين النوع وضغوط العمل لصالح النساء .

✓ لا توجد علاقة بين النوع وكل من ضغوط الأبناء والإحساس بالضيق والضغط المالية وضغوط العمل .

✓ عدم وجود تفاعل بين كل من النوع - المستوى التعليمي في علاقتهما مع الضغوط الزوجية وضغوط الابناء والاحساس بالضيق والضغط المالية وضغوط السكن والضغط الصحية والانفعالية وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات حسب مستويات التعليم المختلفة في كل من ضغوط الأبناء والاحساس بالضيق وضغوط العمل والضغط الصحية والانفعالية ، بينما لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المجموعات على حسب مستويات التعليم المختلفة في الأبعاد الخاصة بكل من الضغوط الزوجية والضغط المالية وضغوط السكن .

❖ دراسة عبد الله بن حميد السهلي (2010) بعنوان أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى . على عينة من 210 فردا موزعين إلى مجموعتين:

✓ المجموعة الأولى من المرضى وعددهم 140 فردا .

✓ المجموعة الثانية من غير المرضى وعددهم 70 فردا وجميعهم من الفئة العمرية المستهدفة من (20-30 سنة) واستخدم الباحث الأساليب الإحصائية اختبار "ت" للفروق والمتوسط والانحراف المعياري والتكرارات لمعرفة أكثر الأساليب استخداما وهدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب مواجهة الضغوط لدى مرضى الاكتئاب ومرضى القلق بمستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى والتعرف على الفروق بين الذكور والإناث في أساليب مواجهة الضغوط وللكشف عن ذلك قام باستخدام مقياس أساليب مواجهة الضغوط من إعداد العنزي .

أظهرت الدراسة أن هناك فروقا بين المجموعتين عند المستوى (0,05) وأظهرت أن المرضى أكثر ميلا لاستخدام أساليب السلبية عند مواجهة ضغوطهم مع فروق ذات دلالة بين مجموعة الذكور والإناث في الاستجابة لمواجهة الضغوط لصالح مجموعة الإناث ، كما أظهرت أيضا وجود فروق بين مرضى القلق ومرضى الاكتئاب فيما يتعلق بالاستجابة للضغوط لصالح مرضى القلق وأن أسلوب التدين كان في مقدمة أساليب المواجهة التي يعتمد عليها المرضى وغير المرضى.

❖ دراسة أمل سليمان تركي العنزي (2014) بعنوان أساليب مواجهة الضغوط عند الصغيرات والمصابات بالاضطرابات النفس جسمية "السيكوسوماتية- دراسة مقارنة - وهدفت الدراسة إلى :

✓ الكشف عن نوعية ضغوط الحياة لدى المصابات السيكوسوماتية مقارنة بالصغيرات
✓ الكشف عن أساليب مواجهة الضغوط لدى المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية مقارنة بالصغيرات.

وكانت الدراسة على عينة مكونة من 120 امرأة أعمارهن بين 20 و 45 سنة مقسمات إلى مجموعتين:
✓ المجموعة الأولى 60 امرأة من المصابات بالاضطرابات سيكوسوماتية وتم تشخيصهن بأنهن يعانين من اضطرابات سيكوسوماتية من قبل الأطباء ووفقا للمحكات الشخصية DSM IV .

✓ المجموعة الثانية مكونة من 60 امرأة من الصغيرات وقد تم اختيارهن بطريقة مكافئة للمجموعة الأولى وقد تم تطبيق مقياس أساليب مواجهة الضغوط واستبيان ضغوط الحياة ومقياس الطمأنينة النفسية ومن ثم تم التحقق من صدق وثبات الأدوات على أفراد عينة الدراسة وكذا اختبار "ت" لمعالجة فروق الدراسة والكشف عن دلالة الفروق بين المجموعتين . وجاءت النتائج كما يلي :

✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية والصغيرات في الدرجة الكلية لاستبيان ضغوط أحداث الحياة .

✓ وجود فروق بين متوسط درجات المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية ومتوسط درجات الصغيرات في المصادر التالية (الصحية، المنزلية والحياة الأسرية والزواج والأحداث الشخصية لصالح المصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية في حين لم تظهر فروق بين المجموعتين في المصادر التالية (العمل ، الدراسة والناحية المالية والوالدية).

✓ لم تظهر فروق بين المصابات والصغيرات في الدرجة الكلية لمقياس أساليب مواجهة الضغوط .

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات المصابات ومتوسط درجات الصحيحات في كل من أساليب المواجهة العقلانية والمساندة الاجتماعية لصالح الصحيحات.

✓ لم تظهر فروق بين المجموعتين في كل من الأساليب التالية (الهروبية والانفعالية والأساليب الدينية وممارسة عادات معينة).

❖ دراسة نرمن غريب (2014) بعنوان استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري هدفت الدراسة إلى الكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري والتعرف على استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعا للنمط وتبعاً لجنس المريض، وأجريت على عينة قوامها 543 مريضا بالسكري منهم 53 مريضا بالنمط الأول و 32 مريضا بالنمط الثاني ، وقد استخدمت الباحثة لهذا الغرض استبيانين من إعدادها لقياس الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة.

أظهرت النتائج أن المصابين بالسكري يتعرضون لضغوط متعلقة بالعلاج بالمرتبطة الأولى ثم الضغوط الجسدية تليها النفسية فالمالية فالأسرية وأخيرا الضغوط الاجتماعية ، كما وجدت الباحثة أن الاستراتيجيات المستخدمة من قبل مرضى السكري من النمط الأول هي استراتيجيات سلبية بينما استخدم المرضى من النمط الثاني استراتيجيات ايجابية في مواجهة الضغوط النفسية.

❖ دراسة ناهد سعود (2014): أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمستوى الاضطراب النفسي الجسدي وقد سعت الدراسة للكشف عن العلاقة بين مستوى الضغط النفسي الناتج عن أحداث الحياة الضاغطة ومستوى الاضطراب السيكوسوماتي والجوانب الانفعالية والبدنية التي يعانيها المرضى المراجعين لمستشفى الأمراض الجلدية والزهرية وفق قائمة كورنل إضافة إلى تحديد الفروق في مستوى الضغط النفسي وفق متغيري الجنس والعمر وذلك على عينة مكونة من 120 مريضاً بأمراض جلدية مختلفة تم اختيارهم بطريقة قصدية من بين مراجعي مستشفى الأمراض الجلدية والزهرية بجامعة دمشق، طبق عليهم مقياس أحداث الحياة الضاغطة الذي طوره كل من Rahe & Holmes ، إضافة إلى قائمة كورنل للنواحي العصابية والسيكوسوماتية ، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الضغط النفسي الناتج عن أحداث الحياة الضاغطة وكل من مستوى الاضطراب السيكوسوماتي والجوانب الانفعالية و البدنية وفق قائمة كورنل. بينما لم تجد الدراسة فروقا ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي وفقاً لمتغيري الجنس والعمر.

❖ دراسة الدوين (1991) Aldwin التي سعت لبحث الفروق في استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية بين البالغين وصغار السن على عينة قوامها 228 من البالغين متوسط أعمارهم 42.16 سنة طبقت عليهم مقاييس استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية والتحكم المدرك والفعالية الذاتية وكشف الدراسة أن التقييمات والتقديرية تؤثر على استخدام استراتيجيات المواجهة ، كما وجد أن هناك ارتباطا سلبيا بين السن والتحكم المدرك مما يؤدي على زيادة مشاعر الاكتئاب ، وبالرغم من ذلك ارتبط السن سلبيا مع استخدام استراتيجيات المواجهة الاستسلامية. وهو ما يشير إلى التأثير المتبادل لكل من التحكم المدرك والفعالية الذاتية على اختيار استراتيجيات المواجهة .

❖ دراسة شوسلر (1992) Schussler التي هدفت للكشف عن معاني مفهوم المرض لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة وأمراض سيكوسوماتية ومعرفة الأساليب التي يلجأ إليها المرضى لمواجهة مرضهم وكان عدد أفراد العينة 205 مريضا منهم 153 مصابين بأمراض مزمنة و152 بأمراض سيكوسوماتية . واستخدم الباحث المقابلة ودراسة الحالة وقائمة ميكانيزمات الدفاع ومقياس سمات الشخصية ومقياس أساليب المواجهة . وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

هناك علاقة بين المفاهيم المرضية وأساليب مواجهة الأمراض .

✓ إرتباط مفهوم تحدي/ قبول المرض كقيمة والضبط الداخلي بعوامل المواجهة الفعالة كالنشاط التكويني وإعطاء المعنى والتفاوض والتعويض وعدم استخدام حيل دفاعية.

✓ مفاهيم المرض كعدو والمرض كعقاب والمرض كراحة ارتبطت بعوامل المواجهة الانفعالية السلبية كالتمرد والانسحاب الاجتماعي ولوم الذات مع استخدام آليات دفاعية.

✓ مفهوم المرض كطريقة ارتبط بأساليب المواجهة النشطة (الحديث ، الانتباه ، تحليل المشاكل) .

❖ دراسة سماري وفاليسدوتير (1997) Smari & Valysdottir حول أثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمريض التي هدفت إلى تقييم اثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمريض وتمت على 120 راشدا مريضا بالسكري نوع 1 باستخدام قائمة مواجهة المواقف الضاغطة وتوصلت الدراسة إلى أن الذين يلجؤون لتفضيل استراتيجيات مركزة على المشكل يتنبئون بنتيجة انفعالية ايجابية ملائمة في حين من اختاروا بصفة عامة إستراتيجية مواجهة مركزة على الانفعال لديهم اضطرابات تكيف انفعالي (قلق واكتئاب) .

يرى الباحث أن هذه الدراسات حاولت بحث مجموعة من المتغيرات التي من شأنها التأثير في استراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى وبالتالي التحكم في مستويات الصحة الجسدية للفرد وإن كانت هذه الدراسات تختلف فيما بينها من حيث طبيعة العينة وكذا الأدوات المستخدمة في البحث كما تختلف نتائج هذه الدراسات في بعض جوانبها خاصة فيما يتعلق بالفروق بين الذكور والإناث وتتفق في بعضها الآخر ، أما عن تأثير المرض فيتضح أنه لم يكن محددًا لدرجة المواجهة الكلية الأمر الذي يدفعنا للتساؤل حول إمكانية أن تلعب عوامل أخرى دورا في تحديد نمط المواجهة أي الفروق الفردية بغض النظر عن مستويات الصحة بصفة عامة وكذا طبيعة المرض .

5-2- دراسات تناولت العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي لدى المرضى :

✓ دراسة جبالي نور الدين (2007): وهدفت إلى الكشف عن النمط السائد لدى العينة الجزائرية في أبعاد مصدر الضبط والكشف عن الفروق في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب الجنس والمستويات الثقافية والحالة الاجتماعية ، وكذا الكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي والمرض السيكوسوماتي. واعتمدت الدراسة على عينة مكونة من 205 فردا راشدا من الجنسين من مختلف المستويات التعليمية طبق عليهم مقياس مصدر الضبط الصحي لوالستون وزملائه قائمة كورنيل للأعراض السيكوسوماتية ، وتوصلت الدراسة إلى أن أمراض الجهاز العصبي والتنفسي والهضمي كانت أكثر انتشارا كما جاء الضبط الداخلي لدى العينة مسيطرا مقارنة بالضبط الخارجي. إضافة إلى ذلك فقد توصلت الدراسة إلى وجود فروق في مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين بين الجنسين لصالح الذكور و بين المتزوجين وغير المتزوجين لصالح المتزوجين. وأيضا وجود فروق في درجات الضبط الصحي باختلاف المستويات التعليمية ، ففي البعد الداخلي وجدت فروق لصالح الجامعيين وفي الضبط الخارجي كانت الفروق لصالح المستوى الابتدائي. وأخيرا وجد أن هناك علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط لنفوذ الآخرين والسن.

❖ دراسة رودولفو (1984) Rodolfo وهدفت إلى معرفة إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مصدر الضبط الصحي بوجود أو غياب بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية على 71 من طلبة علم النفس ، وتم قياس مصدر الضبط الصحي باستبيان مكون من 11 بندا يمكنه التمييز بين من يعتبرون أنفسهم مسؤولين عن وضعهم الصحي وبين من يعززون ذلك للظروف

والحظ والقوى الخارجية واستعمال السلوك الفعلي الملاحظ كمحك خارجي ، كما تم قياس سلوك العائلة الصحي وسلوك الأصدقاء الصحي ، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة بين مصدر الضبط الداخلي والسلوك الصحي وكذا وجود علاقة بين البيئة (العائلة و الأصدقاء) وبين السلوك الصحي.

❖ دراسة بوسما وآخرون (1998) **Bosma & al.** : والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين المستوى السوسيو اقتصادي ومركز الضبط وتمت على عينة مكونة من 2174 ألماني وألمانية يتراوح سنهم بين 25 و 74 سنة ، كشفت النتائج أن الأفراد ذوي المستوى العالي من الناحية السوسيو اقتصادية في مرحلة الطفولة كان لديهم مستويات عالية من التحكم (الضبط) المدرك في مرحلة الشباب وأن الضبط المدرك يظهر كوسيط مهم لارتباط المستوى السوسيو اقتصادي مع معدل الوفيات . كما أن العلاقة بين المستوى السوسيو اقتصادي ومعدل الوفيات كانت منخفضة .

❖ دراسة سارجنت كوكس وانستاي (2015) **Sargent-Cox & Anstey** حول العلاقة بين الصور النمطية للعمر ومصدر الضبط الصحي لدى مجموعات عمرية للكبار ، وهدفت الدراسة للكشف عن العلاقة بين التوقعات الصحية والخصائص العمرية عبر استقصاء 739 من البالغين الذين تتراوح أعمارهم بين 20-97 سنة (48% ذكور و 42% إناث) ، وتوصلت النتائج إلى وجود ارتباط موجب بين ارتفاع مستوى النمطية العمرية وبعدي الضبط الصحي للحظ ونفوذ الآخرين . كما تم التوصل إلى أن الخصائص المتعلقة بالسن والجنس والمستوى التعليمي تؤثر مجتمعة في تكوين النمطية العمرية ومصدر الضبط الصحي . وبالتالي رأى الباحث أنه يجب النظر إلى العلاقة بين الصور النمطية العمرية والضبط الصحي في سياق العمر والجنس.

❖ دراسة بارغافا وباندلي (2016) **Bhargava T & Pandey R** حول أثر مصدر الضبط الصحي على المرضى ، وكان الهدف من هذه الدراسة لتحديد مصدر الضبط الصحي على المرضى الذين تم تشخيصهم باضطراب الجسدة حسب ICD-10. حيث تمثلت العينة في 100 مريض بعيادة خاصة في نيودلهي. وتم استخدام كل من مقياس الضبط الصحي المتعدد الأبعاد واستبيان صحة المريض تم تحليل النتائج التي تم الحصول عليها باستخدام الإحصاء الوصفي والانحدار الخطي. أشارت النتائج إلى أن مصدر الضبط الصحي يتنبأ بحدة الجسدة ، وأن هناك ارتباطا هاما بين الضبط الداخلي القوي وانخفاض شدة الجسدة.

3-5 - دراسات تناولت العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ومصدر الضبط عند الأصحاء والمرضى:

❖ دراسة آمال عبد الحليم الشناوي (1999) التي هدفت إلى التعرف على علاقة أحداث الحياة ووجهة الضبط لدى مرضى ضغط الدم المرتفع والقرحة المعدية ، وشملت العينة 30 حالة من مرضى ضغط الدم (18 ذكور و12 إناث) ، 30 حالة من مرضى القرحة المعدية (19 ذكور و 11 إناث) و30 أسوياء (16 ذكور و14 إناث). واستخدمت استمارة المستوى الاجتماعي الاقتصادي للراشدين واستبيان ضغوط الحياة وقائمة كورنيل للنواحي السيكوسوماتية ومقياس مصدر الضبط للراشدين. وأشارت النتائج إلى ما يلي :

✓ وجود فروق في الاضطرابات السيكوسوماتية بين المجموعات الثلاث في أحداث الحياة التي يخضعون لها لصالح مجموعة القرحة المعدية وضغط الدم .
 ✓ وجود فروق في الاضطرابات السيكوسوماتية بين مجموعة القرحة والأسوياء لصالح الأولى.
 ✓ توجد فروق في أحداث الحياة لدى مجموعات الدراسة تجاه عينة ضغط الدم المرتفع ثم عينة القرحة الهضمية ثم الأسوياء ، وكانت ضغوط العمل والدراسة تشكل أكثر الأحداث أو الضغوط التي يتأثرون بها.

❖ دراسة سعيد سرور (2003) وهدفت إلى التعرف على العلاقة بين مهارات مواجهة الضغوط والذكاء الوجداني ومركز التحكم وتكونت الدراسة من 526 طالباً وطالبة من طلاب الجامعة واستخدم الباحث ثلاثة مقاييس هي: مقياس مهارات مواجهة الضغوط ومقياس الذكاء الوجداني ومقياس مركز الضبط ، وقد أشارت نتائج الدراسة إلى :

✓ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الطلاب ذوي مستويات الذكاء الوجداني المختلفة في مهارات مواجهة الضغوط لصالح الطلاب ذوي مستوى الذكاء الوجداني المرتفع .
 ✓ وجود تفاعل ثنائي ذي أثر دال إحصائياً بين مستويات الذكاء الوجداني والجنس على مهارات مواجهة الضغوط .

✓ وجود أثر دال إحصائياً بين مستويات الذكاء الوجداني والنوع على مهارات مواجهة الضغوط.
 ✓ عدم وجود تأثير تفاعلي دال إحصائياً بين مستوى الذكاء الوجداني ومركز التحكم والجنس على مهارات مواجهة الضغوط .

❖ دراسة حسين علي فايد (2005) بعنوان: ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير إكلينيكية ، وهدفت الدراسة إلى :

✓ تعريب أداة لقياس الضبط المدرك للحالات الذاتية وتحديد أهم معالمها السيكومترية.
✓ فحص العلاقة بين الأعراض السيكوسوماتية وكل من ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية.

✓ التعرف على قدرة كل من ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بدرجة الأعراض السيكوسوماتية .

✓ التعرف على دور كل من الضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كاثنتين من العوامل الوقائية المخفضة من حدة الأعراض السيكوسوماتية الناتجة عن ارتفاع مستوى الضغوط.

وتكونت عينة الدراسة من 416 ذكرًا من المقيمين بمدينة القاهرة الكبرى من فئات عمرية ومستويات تعليمية وذوي مهن متعددة طبق عليهم استبيان أحداث الحياة الضاغطة ومقياس المساندة الاجتماعية إعداد سارسون وآخرون (Sarasan et al. (1983 تعريب الشناوي وقائمة كورنيل الجديدة تعريب أبو النيل (1995). وتمثلت أهم النتائج في:

✓ توجد علاقة موجبة جوهرية بين الأعراض السيكوسوماتية وضغوط الحياة.
✓ توجد علاقة سالبة جوهرية بين الأعراض السيكوسوماتية وكل من الضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية.

✓ تتنبؤ بشكل جوهري كل من الضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية وضغوط الحياة بالأعراض السيكوسوماتية.

✓ توجد فروق جوهرية بين منخفضي ومرتفعي الأعراض السيكوسوماتية من ذوي الضغوط المرتفعة في كل من الضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية في صالح منخفضي الأعراض السيكوسوماتية من ذوي الضغوط المرتفعة.

❖ دراسة عزوز اسمهان (2008-2009) : وقد هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن من خلال اختبار الفرضيات التالية :

- ✓ توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة .
- ✓ توجد علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض عند أفراد العينة .
- ✓ توجد علاقة ارتباطية في نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض عند أفراد العينة .
- ✓ توجد فروق دالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس والمستوى التعليمي.

وكانت الدراسة على عينة مكونة من 72 مريضا بالقصور الكلوي المزمن (29 امرأة و43 رجل)

واستخدمت مقياسي مصدر الضبط الصحي و استراتيجيات المواجهة ، فجاءت النتائج كالتالي:

- ✓ وجود علاقة ارتباطية جزئية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة .
- ✓ وجد أن هناك علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية وبعدي الضبط الخارجي لذوي النفوذ والحظ حيث بلغ معامل الارتباط (0,24 و 0,20) .
- ✓ عدم وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض .
- ✓ وجود علاقة ارتباطية جزئية بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض أين وجد العلاقة بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال واستراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية ومدة المرض حيث بلغ معامل الارتباط (0,35 و 0,19) على التوالي .
- ✓ عدم وجود علاقة فيما يخص المواجهة المركزة على المشكل ومدة المرض .
- ✓ عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي حسب الجنس والمستوى التعليمي.
- ✓ عدم وجود فروق دالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة حسب الجنس والمستوى التعليمي.

❖ دراسة كوباسا (1979) Kobassa حول المتغيرات النفسية والاجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد على الاحتفاظ بصحته النفسية والجسدية أمام الضغوط ، وتكونت عينة الدراسة من مجموعتين : الأولى عدد أفرادها 86 فردا تعرضوا لأحداث حياتية ضاغطة والثانية 75 فردا لم يتعرضوا لأحداث حياتية ضاغطة ، وقد توصلت هذه الدراسة إلى وجود ارتباط دال موجب بين الأحداث والمرض وأن المجموعة ذات الضبط الخارجي أقل صلابة وأكثر تعرضا للضغط فيما كانت المجموعة الأولى أكثر شعورا بالأمن والمرونة والنشاط والمبادأة الواقعية . وكشفت الدراسة الارتباط بين الضغط غير الموضوعي ومركز التحكم حيث ارتبط الشعور بتحكم الآخرين بانخفاض الثقة بالنفس.

❖ دراسة كريسون وكيفي (1988) Crisson & Keefe وهدفت إلى معرفة العلاقة بين مصدر الضبط واستراتيجيات المواجهة والضيق الانفعالي لدى مرضى الألم المزمن على عينة من 62 مريضا مصابا بالألم المزمن في حالة استشفاء ، حيث طبق عليهم مقياسا مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة إضافة إلى قائمة كورنيل للأعراض السيكوسوماتية ، وكشفت النتائج أن المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية في بعد الحظ كانوا أكثر عجزا في التعامل مع ألمهم كما كانوا أكثر ميلا لاستخدام استراتيجية تحويل الانتباه المواجهة الدينية ، فيما أظهر 14 مريضا احتمالية لتقادي المواجهة مع الألم . وكشفت التحليلات الارتباطية أن المرضى الذين ينظرون إلى النتائج على أنها تتحكم فيها عوامل الصدفة أو القدر أو الحظ يميلون إلى الاعتماد على استراتيجيات مواجهة غير تكيفية ويصنفون قدراتهم على الضبط وتقليل الألم على أنها فقيرة. كما أظهروا مستويات أكبر من الضغوط . وأشارت النتائج أيضا إلى أن المرضى ذوي مصدر الضبط الصحي للحظ كانوا أكثر عرضة للاكتئاب والقلق وأعراض الوسواس القهري ولديهم مستويات أعلى عموما من الضغط النفسي. كما أنهم أيضا أكثر اعتمادا على استراتيجيات تحويل الانتباه والتأمل والصلاة مع العجز للتعامل بفعالية مع مشكلة الألم.

❖ دراسة رانكون وساندرمان (1991) Ranchor & Sanderman : والتي هدفت إلى معرفة العلاقة بين الاضطرابات السيكوسوماتية الناتجة عن الضغوط النفسية وبعض متغيرات الشخصية (العصابية ، مركز الضبط ، تقدير الذات) والمتغيرات الديمغرافية (الحالة الاجتماعية والاقتصادية ومستوى التعليم والوضع الوظيفي) وتكونت عينة البحث من 117 من الإناث و128 من الذكور طبق عليهم مجموعة من الاختبارات التي تقيس ضغوط الحياة ومتغيرات الشخصية ، وأظهرت النتائج وجود ارتباط قوي بين ضغوط الحياة وظهور الاضطرابات السيكوسوماتية.

❖ دراسة نورمان وآخرون (1998) Norman & al. حول العلاقة بين استراتيجيات المواجهة والضبط المدرك لدى عينة من 115 بالغا (65 إناث و50 ذكور) من المصابين بالنوع الثاني للسكري ودلت النتائج على ارتباط موجب بين الانشغال الوجداني واستراتيجيات الهروب والقلق والاكتئاب كما أن المواجهة الذاتية مؤشر تنبؤي بانخفاض نسبة الاكتئاب وأن الضبط المدرك متغير معدل بين الاستجابة وكل من القلق ومستوى ارتفاع الأنسولين .

❖ دراسة أراراس وآخرون (Arraras & al. (2002) والتي سعت إلى المقارنة بين مرضى السرطان وبعض الأمراض الأخرى فيما يتعلق باستراتيجيات المواجهة الهادفة لإدارة الألم ومصدر الضبط والفعالية المتصورة لهذه الاستراتيجيات ، ومستوى الضغط النفسي والسلوكيات المرتبطة بالألم. وشملت عينة الدراسة واحدا وخمسين مريضا بالسرطان يعانون الألم و67 مريضا يعانون الألم المزمن دون سرطان. حيث تمت مقارنة استجابات مرضى السرطان وغير المرضى وكذا العلاقات بين استراتيجيات المواجهة ومستوى الضغط ، وتقييم ما إذا كانت المتغيرات السريرية وأسلوب المواجهة ومصدر الضبط يمكن أن تتنبأ بمستوى الضغوط. و أظهرت النتائج فروقات كبيرة بين المجموعتين في كل من المتغيرات السريرية والنفسية وسلوك الألم ، حيث سجلت مجموعة غير المصابين بالسرطان درجة أعلى بكثير في مصدر الضبط الداخلي السيطرة الداخلية ينبؤ بمستوى أقل من القلق في حين أن انخفاض درجة الضبط الداخلي والتجنب الأكبر ارتبطا بالاكتئاب العالي.

تعليق عام على الدراسات السابقة:

من خلال استعراضنا لمختلف الدراسات السابقة التي تطرقت إلى متغيرات الدراسة الحالية عبر تقسيم الباحث لها إلى ثلاث مجموعات قصد الاستفادة منها بشكل موضوعي في مراحل الدراسة حيث كانت بمثابة دافع لاختيار الموضوع وصياغة تساؤلاته وفرضياته إضافة إلى الدور الذي لعبته في إلقاء الضوء على طبيعة المعالجة الميدانية ، وعموما يمكننا الخروج بالملاحظات التالية :

❖ من حيث الهدف :

على الرغم من أن معظم الدراسات السابقة حاولت بشكل مباشر أو غير مباشر بحث طبيعة كل من استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي في حالات الصحة والمرض إضافة إلى مجموعة من المتغيرات المتقاربة إلى حد ما إلا أنها اختلفت فيما يتعلق بأهداف كل منها حيث اهتم بعضها (هولاهان وموس (1985) ، عبد المعطي (1989) ، إبراهيم (1992) ، الحاج (2001)) بدراسة العلاقة القائمة بين التعرض للأمراض السيكوسوماتية وأحداث الحياة المختلفة لدى المرضى في جوانبها النفسية والاجتماعية ، فيما اهتمت دراسات كل من ستون ونيل (1984) ، العيسوي (1984) الدوين (1991)، شوسلر (1992) ، السهلي (2010) ، العنزي (2014) وغيرها بالمقارنة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط عند الأصحاء والمرضى من جهة والبحث عن الفروق في استراتيجيات المواجهة

بين المرضى من جهة أخرى وفق عدد من المتغيرات كالنوع والسن والمستوى الاجتماعي والاقتصادي فيما سعى بعض الباحثين أمثال رودولفو (1984) ، بوسما وزملاؤه (1998) ، نورمان وآخرون (1998) الشناوي(1999) ، سرور(2003)، جبالي(2007) ، أراس وآخرون (2002) ، سارجنت كوكس وانستاي (2015) إلى دراسة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط عموما ومصدر الضبط الصحي على وجه الخصوص وكل من استراتيجيات المواجهة والتكيف الانفعالي والصحة والمرض.

وعلى الرغم من تلك الاختلافات إلا أنه حسب اعتقاد الباحث فإن كل واحدة من هذه الدراسات تخدم موضوع الدراسة الحالية لأنها تعالج متغيرات البحث من حيث طبيعتها وتأثيراتها وعلاقتها بالصحة والمرض إضافة إلى كل التأثيرات المتبادلة فيما بينها ، وعلاوة على ذلك فإن البحث في الفروق بين المرضى تضمن أكثر من متغير و هو ما تسعى دراستنا للتعلمق فيه أكثر.

❖ من حيث العينة :

تناولت الدراسات السابقة عينات مختلفة من الأصحاء والمرضى المراجعين للمؤسسات الاستشفائية فقد سعى بعض الباحثين إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ومصدر الضبط على مجموعات من الذكور والإناث من فئات عمرية مختلفة سواء كان هؤلاء من طلبة الجامعة كدراسة سرور(2003) أو البالغين وصغار السن كما عند بوسما وآخرون (1998) وألدوين (1991) أو من كبار فقط كدراسة سارجنت كوكس وانستاي (2015) ودراسات أخرى ركزت على فهم طبيعة استراتيجيات مواجهة الضغوط واتجاه مصدر الضبط لدى مجموعات من المرضى من أمراض مختلفة كدراسات العيسوي (1984) ، عبد المعطي (1989)، ابراهيم (1992) شوسلر (1992) الشناوي(1999) ، الحاج (2001) ، جبالي (2007) ، السهلي (2010).

ونظرا لكون طبيعة الدراسة الحالية تتضمن بصفة خاصة أربعة أمراض سيكوسوماتية رئيسية كما تتضمن مستويات عمرية واجتماعية واقتصادية متعددة من الذكور والإناث فإن كل هذه الدراسات تخدم و لو بصورة جزئية موضوع البحث الحالي.

❖ من حيث المنهج والأدوات :

نلاحظ إجمالاً أن غالبية الدراسات السابقة انتهجت المنهج الوصفي في التوصل لنتائج البحث أما فيما يخص أدوات البحث المستعملة فينبغي هنا التمييز بين شكلين أساسيين من تلك الأدوات يتضمن الأول الأدوات الهادفة إلى فهم طبيعة العلاقة بين الضغوط النفسية والمرض السيكوسوماتي

إذ نجد من الباحثين من استخدام استبيانات أحداث الحياة ومقاييس الصحة النفسية والطمأنينة النفسية أو قائمة ميكانيزمات الدفاع و مقاييس الشخصية عموماً ثم قائمة كورنيل للأمراض السيكوسوماتية بهدف تشخيص طبيعة الشكاوى السيكوسوماتية و ما تتضمنه الدراسة الحالية في شقها الاستطلاعي . أما الشكل الثاني فتضمن الدراسات التي حاولت توضيح العلاقة بين استراتيجيات مواجهة الضغوط والضبط الصحي أو السلوك الصحي ، فنجد من الباحثين من استخدم مقاييس أساليب المواجهة والتحكم المدرك و مصدر الضبط الصحي ، فيما استخدم آخرون دراسة الحالة و المقابلات.

❖ من حيث النتائج :

تراوحت نتائج هذه الدراسات بين إثبات وجود فروق ذات دلالة بين المرضى والأصحاء من جهة وبعض فئات المرضى من جهة أخرى كالذكور والإناث في دراسات عبد المعطي (1989) ، إبراهيم (1992) السهلي (2010)، غريب (2004)، جبالي (2007) ، كوكس و انستاي (2005) ، سعود (2014) . فيما نجد من الدراسات قد توصلت الى عدم وجود فروق في استراتيجيات المواجهة أو في أبعاد الضبط الصحي تعزى الى متغيرات كالجنس ، السن ، نوع المرض أو مدة المرض .

6- فرضيات البحث: للإجابة عن تساؤلات البحث ودراستها نطلق من الفرضيات التالية :

- تتعدد استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المصابين بأمراض سيكوسوماتية.
- يميل المرضى إلى الضبط الداخلي .
- لا يوجد ارتباط دال إحصائياً بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ومصدر الضبط الصحي عند المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية .
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة عند المرضى تعزى إلى نوع المرض .
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة عند المرضى تعزى إلى الجنس.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة عند المرضى تعزى إلى السن.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة عند المرضى تعزى إلى مدة المرض.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي عند المرضى تعزى إلى نوع المرض .
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط عند المرضى تعزى إلى الجنس.
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي عند المرضى تعزى إلى السن .
- لا توجد فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي عند المرضى تعزى إلى مدة المرض .

الخطفية النظرية

بِسْمِ اللّٰهِ الرَّحْمٰنِ الرَّحِیْمِ

﴿ ولقد خلقنا الانسان في كبد ﴾

البلد-7-

الفصل الثاني

مفاهيم عامة حول الضغوط النفسية

تهييد

- 1- التطور التاريخي لمفهوم الضغط النفسي .
- 2- تعريف الضغط النفسي .
- 3- الاتجاهات المفسرة للضغوط
- 4- أنواع الضغط النفسي .
- 5- الضغوط النفسية وعلاقتها ببعض المفاهيم الأخرى .
- 6- مصادر الضغط النفسي .
- 7- نتائج الضغط النفسي .
- خلاصة الفصل .



تمهيد:

إن مفهوم الضغط النفسي معروف منذ حوالي القرن لكنه يمتد في نشأته إلى أبعد من ذلك بكثير حيث تطور هذا المفهوم بالتوازي مع تطور المعرفة العلمية ، ففي بداياته كان مفهوم الضغط النفسي محددًا في فكرة سلسلة من الاستجابات الفيزيولوجية لكن مع العدد الهائل للدراسات العلمية التي سعت إلى بحثه أصبح حاليًا مفهومًا أكثر اتساعًا و انتشارًا يشمل تلك العلاقة والتفاعل بين الفرد ومحيطه إذ يلاحظ في معظم مجتمعات العالم كثرة الحديث عن الضغط النفسي و كثرة المقالات المنشورة والبرامج التلفزيونية أو الإذاعية و المؤتمرات التي اهتمت بمناقشة موضوع الضغوط النفسية و كيفية مواجهتها و يعتقد البعض أن عصرنا هذا عصر الضغوط لما لهذه الأخيرة من ارتباط وثيق بالصحة النفسية والجسدية للفرد ، كما تشير مظاهر الضغط النفسي إلى حدوث خلل في التوازن النفسي والجسدي مما قد ينعكس في العديد من الأشكال من بينها الأمراض السيكوسوماتية واضطرابات السلوك وغيرها. لكن الاهتمام الذي حظي به مفهوم الضغط النفسي لم يمنع ظهور اختلافات سواء في تعريفه أو في تحديد أبعاده أو في تفسيره ، وهو ما سمح بظهور ثلاثة اتجاهات رئيسية سعت إلى دراسة الضغوط النفسية من خلال أبعادها الثلاثة البيولوجية والنفسية والاجتماعية .

1- التطور التاريخي لمفهوم الضغط النفسي:

يعود مصطلح ضغط إلى الكلمة اللاتينية STRINGERE التي تعني الشدة والتوتر وفي اللغة الفرنسية تستخدم كلمة « Détresse » و تقابلها الكلمة الانجليزية « Distress » التي تعني الحُزْنَ والبُؤْسَ والتَّعَبَ* . وقد ظهرت كلمة Distress في الآداب الانجليزية بداية من القرن الرابع عشر إلى بدايات القرن العشرين حيث استخدمت للدلالة على تلك القوة أو الشحنة التي تترك تأثيرًا كبيرًا على شخص أو شيء مادي (Rivolier, 1992 : 286). وبهذا المعنى فإن الضغط مستعار من الفيزياء ويشير إلى قوة تمارس ضغطًا على الأجسام كسقوط جسم على آخر ما يؤدي إلى تغير شكله أو اصطدام جسمين ما يخلف ضغطًا على كل منهما (عبد الخالق، 1998: 33).

* تستخدم الكثير من المترادفات لتعريب هذه الكلمة بإضافة إلى كلمة ضغط تستخدم كلمات انعصاب ، شدة ، توتر ، ضيق ، اضطهاد ، كرب ، مشقة ، تأزم نفسي... (راجع 1973 ، عبد المعطي 1989 العيسوي 1992 ، الرشيد 1999). ويعود السبب في ذلك إلى كثرة الميادين والمجالات التي يستخدم فيها هذا المفهوم وولع الباحثين باستخدام مصطلح دون آخر ليكون أكثر دلالة في مجال تخصصهم.

إن بعض التفسيرات المرتبطة بحالة الضغط النفسي وجدت حتى قبل ظهور المصطلح حيث أشار الفيلسوف اليوناني هيراكليت (Héraclite) (480-550 AC) إلى أن المادة مكونة من عناصر و أنواع تتقابل وتتشابك بطريقة ديناميكية مع بعضها البعض مما يسمح بالتبادل ، وهذا التوازن غير الثابت أعتبر كضرورة لبقاء العضوية ، أما هيبوقراط (Hippocrate) (460-377) فرأى أن الصحة و المرض بالنسبة إلى الجسم البشري هي نتائج تتناسب أو عدم تتناسب داخلي مرتبط بأربعة أمزجة وأن القوى المؤدية إلى عدم التوازن تكون في أغلب الأحيان طبيعية أكثر منها غير طبيعية مثلها تماما مثل قوى التكيف لدى العضوية (Graziani & Swendsen , 2004 : 10-11).

ظهر مفهوم الضغط النفسي في بعض الكتابات في القرن السابع عشر للتعبير عن حالة الضيق والمعاناة والحرمان والشدة الناتجة عن صعوبة الحياة (Stora , 1991 : 3-4). و يتضح ذلك عبر كتابات روبرت هوك R Hooke التي ارتكزت على ثلاثة مفاهيم أساسية هي الحمل « Load » و يشير إلى قوى خارجية مثل الوزن وكذا الضغط وهو النقطة التي تتصادم فيها الشحنات ، فيما استخدم هوك مفهوم الشدة أو التوتر « Strain » الذي يعني اختلال أو تشوه البنية الناجم عن تفاعل كل من الضغوط والأعباء حيث أكد على وجود مبدأ أساسي يربط بين القوة الخارجية والنتائج الظاهرة على الجسم المرن لذلك اقترح أن التغيير في شكل الجسم يتناسب مع حجم القوة المشوهة « Deforming force » وهو المبدأ الذي عمّر حوالي المائة عام قبل أن يعارضه توماس يونغ Th Young الذي اعتبر الضغط ذلك المقدار أو النسبة من القوة التي يواجه بها الجسم المرن قصد إحداث توازن مع ما يتعرض له من قوى خارجية و بهذا المعنى الفيزيائي فإن الضغط هو استجابة الجسم التلقائية المتناسبة من حيث طبيعتها مع خصائص القوة الخارجية (Cooper & Dewe , 2004 : 3) . هذه النظرة الفيزيائية المحددة للمفهوم عرفت تكييف طائفة كبيرة من البيولوجيين حيث لم يعد مصطلح الضغط مقتصرًا على مجال الفيزياء بل أصبح يستعمل من قبل الفزيولوجيين خاصة عند دراستهم للحركة العضلية ، و بالتالي تغيرت طبيعة الاستخدام نوعا ما عبر الانتقال من المنظور الفيزيائي إلى علوم أخرى وبهذا أثرت آراء هوك في بعض نماذج الضغط مع بدايات القرن العشرين (Lazarus & Lazarus, 2006 : 31-32)، وهو ما جعل توماس سيدنهام T Sydenham يؤكد على الفكرة التي مفادها أن المرض يرجع أساسا إلى اختلال توازن نمطي وأن الاستجابة التكيفية تستثير نتائج مرضية (Graziani & Swendsen , 2004 : 11).

في القرن التاسع عشر ظهر تحول في هذه النظرة من النتيجة الانفعالية للضغط إلى العامل المسبب (القوة أو الشحنة) التي تؤثر وتسبب توترا أو اختلالا لمادة معينة (Stora, 1991: 3-4). فأخذ الضغط دلالة أخرى هي تلك القوة المسلطة على فرد أو شيء وهو يعني حالة المعاناة الفيزيائية والسيكولوجية مع تأثيراتها ونتائجها كما أن العدوان المرتبط بظروف الحياة يمكن أن يقود إلى تأثيرات سلبية جسدية وعقلية على الفرد ، و اعتبر داروين (1872) D Darwin أن الخوف مع كل الأعراض الجسدية المصاحبة له لها دور في إعداد العضوية لمواجهة الخطر. ثم جاءت نظرية جيمس ولانج (1884-1887) James & Lange لتقدم تعديلات فزيولوجية جسمية للخاصية الأساسية التي تقود الفرد إلى إدراك نفسي و الذي يكون الانفعال .

ظهر مفهوم التناسق مجددا مع كلود برنار (1878-1813) Claude Bernard الذي يعد مؤسس الطب التجريبي الحديث ، فمن خلال أعماله حول الوسط الداخلي قام برنار بالتمييز بين الوسطين الداخلي Intra organique والخارجي Extra organique اللذان توجد بينهما روابط ضرورية للتفاعل والتوازن فحسب برنار تهدف مجمل استجابات الفرد إلى الحفاظ على ثبات الوسط الداخلي أي توازن العضوية بكل الخلايا المكونة لها. فجاءت أعمال برنار لتؤكد على ضرورة وجود توازن بين الوسطين الداخلي و الخارجي و ثبات الوسط الداخلي عبر ميكانيزمات تنظيمية تمكن العضوية من الحفاظ على التوازن والبقاء في حدود معتدلة يعرفها بنظام الطوارئ (1 : Boudarene , 2005) .

خلال القرن العشرين أصبح لمصطلح الضغط استخدام واسع في علم النفس ففي سنة 1914 وانطلاقا من أفكار كلود برنار حول ثبات الوسط الداخلي استعمل الفزيولوجي الأمريكي والتر كانون WB Cannon مصطلح الضغط ضمن اتجاه فزيولوجي ثم في اتجاه سيكولوجي ابتداء من 1928 إذ اعتبره كنتاج للمثيرات الفيزيائية كما العاطفية المحتملة بالارتباط مع البناء الاجتماعي والصناعي. كانت هذه الفكرة المنطلق الأساسي لأعمال كانون إذ رأى أن الانفعال لا ينشأ من الاستجابة الجسمية إنما يتم على مستوى الجهاز العصبي المركزي وفق ما أسماه الاتزان الحيوي « Homeostasis » الذي عرفه بأنه الوظيفة الأساسية التي تقوم بها مجموعة من الخصائص الدينامية بهدف الحفاظ على ثبات الوسط الداخلي مع التركيز على لا نوعية الاستجابات الودية أمام المثيرات الخارجية وبذلك فإن كل الاستجابات الدفاعية تهدف إلى تحريك مصادر الطاقة في العضوية .

دور الانفعال وظروف الحياة الحالية في تطور الأمراض أصبحت مع عشرينات القرن العشرين الأسئلة الأكثر إلحاحاً لدى الأطباء والمحللين النفسيين بهدف الوصول إلى نظرية جديدة عامة للمرض و محاولة اكتشاف علاج موحد ، لكن مع ظهور التحليل النفسي من قبل سيجموند فرويد S Freud ومفهوم اللاوعي ظهرت مقارنة جديدة للمرض فمع بداية الثلاثينات طور عدد من المحللين النفسيين وزملائهم الأطباء اتجاهها سيكوسوماتيا تحليليا برز بشكل واضح عبر معهد شيكاغو ومن أبرز رواده فرانز ألكسندر F Alexander الذي صنف الأمراض السيكوسوماتية إلى سبعة أنواع (Stora , 1991: 5).

حوالي عام 1936 استعمل هانز سيلبي H Selye كلمة ضغط في اتجاه خاص للدلالة على سلسلة من دفاعات الجسم أمام كل أشكال المثيرات الضارة (بما في ذلك التهديدات النفسية) تلك الاستجابة التي أسماها " لزمة التكيف العام (G A S) Général Adaptation Syndrome " إذ أن الضغط بالنسبة له هو مجموع الاستجابات الفزيولوجية وليس المطالب الخارجية التي أسماها الضواغط " Stressors " وتعمل كمنبهات تتسبب في إثارة السلوك (Lazarus & Folkman , 1984 : 2) ، فالضواغط البسيطة ينتج عنها رد فعل بسيط أما الضواغط الشديدة فتنتج عنها ردود أفعال زائدة .

خلال الحرب العالمية الثانية برز الاهتمام بدراسة حالات الانهيار العصبي كاستجابة للضغوط المرتبطة بالقتال مع التركيز على سيكودينامية الانهيار العائد إلى إعياء المعركة " Battle fatigue " أو عصاب الحرب "War neurosis" مما شكل حدثاً تاريخياً ، نظراً إلى أنه خلال الحرب العالمية الأولى كانت وجهة النظر السائدة عصبية أكثر منها نفسية لكن خلال هذه الفترة لم يكن مفهوم الضغط من المفاهيم الشائعة الاستخدام في الحياة اليومية ، وبعد الحرب العالمية الثانية أصبح من البديهي أن كثيراً من أحداث الحياة اليومية كالنمو والدخول المدرسي والزواج والامتحانات والمرض وغيرها... يمكن أن تؤدي إلى آثار تضاهي تلك الناجمة عن القتال وهو ما قاد إلى زيادة الاهتمام بالضغوط كأسباب للمعاناة والخلل الوظيفي. و بذلك فإن النموذج الذي سيطر خلال الفترة التي أعقبت الحرب العالمية الثانية حسب آراء هوكس Hooks ارتكز على مبدئي المدخلات (مطالب العضوية) والمخرجات (المعاناة والحرمان والألم...) (Lazarus , 1993 : 2). ومع بدايات خمسينات القرن العشرين توصل لازاروس R Lazarus رفقة عدد من زملائه إلى أن المواقف الضاغطة لا تقود إلى نتائج ثابتة وهو ما جعلهم يؤكدون على دور الفروق الفردية و خاصة الجوانب المعرفية التي تلعب دور الوسيط

بين المواقف الضاغطة والاستجابات ثم تحديد مدى قدرة الفرد على التحكم والتكيف مع الضغوط (Lazarus , 1993 : 3) حيث اعتبر الضغط نتيجة تفاعل الفرد والمحيط ، وقد شكل مفهوم التفاعل منطلقاً لنظرة جديدة لمفهوم الضغوط النفسية فأصبح بذلك يتضمن إدراك الفرد للمحيط والمعنى الذي يعطيه لأحداث الحياة وهو ما يسمح بتفسير الاختلاف في الاستجابة بين الأفراد أو عند الفرد نفسه خلال مواقف مختلفة.

كما شككت دراسة بعض الاضطرابات النفسية والعصبية كالاكتئاب والقلق والفصام وغيرها وعلاقتها بالوسائط العصبية (الدوبامين ، السيروتونين ، النورادرينالين) قفزة نوعية في الثمانينات ويعود الفضل في ذلك إلى ظهور مجالات بحث هامة كعلم الأعصاب و علم الغدد العصبي وعلم المناعة العصبي وهي علوم سمحت بفهم أعمق للجوانب البيولوجية للضغوط مما أسهم في تطوير جسور بين الحياة النفسية و الجسدية. وبهذا يمكننا القول أن مفهوم الضغط النفسي عرف نقلات سريعة وعميقة فهو إن كان فيزيائي المنشأ إلا أنه أصبح من أهم مواضيع واهتمامات العديد من العلوم الأخرى بل شكل محورا لالتقاء الكثير من بينها.

2- تعريف الضغط النفسي:

عرف مفهوم الضغط النفسي العديد من التعريفات باختلاف توجهات الباحثين ، فمنذ ظهوره وانتقاله من مجال العلوم الطبيعية إلى علم النفس ظهر جليا ذلك التباين في تحديد طبيعة المفهوم واستعمالاته المتعددة في شتى المجالات وفيما يلي نحاول إبراز أهم التعريفات في هذا الإطار.

2-1- التعريف اللغوي:

الضغط في اللغة العربية كلمة مشتقة من الفعل ضَغَطَ ضَغْطًا أي قهر وعصر (شحاتة والنجار، 2003: 208) ويقال تضاعطوا أي تزاحموا والضَغْطَةُ بمعنى الزحمة والضيق وتعني أيضا الشدة والمشقة .

عند البستاني الضَغْطَةُ بالفتح هي الاضطراب والضيق والقهر والضَغْطَةُ بالضم تشير إلى الزحمة والضيق والإكراه على الشيء (البستاني ، 1992 : 640) ، وهناك العديد من التسميات التي تطلق عادة نظرا لصعوبة ترجمة الكلمة مثل انعصاب ، شدة ، ضائقة إجهاد ، كرب... وغيرها.

2-2- التعريف الاصطلاحي :

الضغط النفسي عند للسيكولوجيين هو مجموعة الاستجابات التي يظهرها الفرد تجاه الشدة النفسية أو التغيير ، وفيما يلي نقدم بعض التعريفات الشائعة للمفهوم إلا أنه لا يمكن تقديم تعريفات الضغط دون الرجوع إلى الإسهامات الأولى في هذا المجال فقد نظر سيلبي (1956) Selye في بداية الأمر للضغط على أنه " كل تغير يحدث في حالة العضوية مهما كانت طبيعة العامل المؤثر أو شدته ويمثل بذلك استجابة لا نوعية تجاه أي مطلب جديد" غير أنه في أواخر حياته عدل عن هذا التعريف بإدخاله مفهوماً جديداً هو " التناذر العام للتكيف " حيث يرى أنه بينما يكون الضغط عبارة عن مجموع التغيرات اللانوعية التي تحدث في الجسم خلال مرحلة ما فإن التناذر العام للتكيف يشير إلى تلك التغيرات اللانوعية التي تتطور خلال المدة الكاملة لتعرض الجسم للحدث الضاغط (Selye , 1975 : 68) وبهذا المعنى فإن سيلبي ينظر للضغوط النفسية من منظور فزيولوجي بحت حيث يعتبرها كمجموع ردود أفعال العضوية وما يترتب عنها من تغيرات بيولوجية أو حتى اضطرابات و اختلالات في وظائف العضوية.

فيما يعرف جيلبرت (1977) Gilbert الضغط النفسي بأنه تلك الاستجابة الفزيولوجية أو السيكولوجية التي تحدث في مواجهة الفرد لحدث أو موقف خارجي ما ، و هو بذلك يضيف إلى التعريف السابق كل ردود الأفعال والتأثيرات النفسية التي تحدث نتيجة موقف مهدد للفرد ، أما في معجم علم النفس فالضغط النفسي مصطلح يستخدم عادة للدلالة على تلك الحالات الناشئة كرد فعل لتأثيرات مختلفة بالغة القوة تحدث نتيجة العوامل الخارجية تؤدي إلى تغيرات في العمليات العقلية والانفعالية و الدافعية للنشاط والسلوك (Sillamy, 2003 :537).

أما فونتانا Fontana فيرى بأن الضغوط النفسية حالة تنتج عندما تزيد المطالب الخارجية عن القدرات والإمكانات الشخصية للكائن الحي ، وفي هذا السياق يعرف الضغط بأنه استجابة انفعالية لموقف معين Emotional response to specific situation أي أنه متغير بيئي Environmental variable (عبد العزيز، 2005: 18) . فيما يرى بيك (1976) Beck أن الضغط النفسي استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته أو مشكلة غير قابلة للحل تسبب له إحباطاً وتعيق توازنه وتؤدي إلى استثارة أفكار الفشل والعجز واليأس والاكتئاب (خليفة و عيسى ، 2008 :128).

وعرفها موراي (1976) H Murray بأنها " كل موقف فعال غير خامد في البيئة الخارجية المادية أو الاجتماعية يؤثر في سلامة الفرد بصورة فعلية أو محتملة وقد يكون الضغط مرغوباً فيه أو غير مرغوباً فيه لأنه إما إشباع لحاجة أو تهديد لإحباطها وصددها.

بينما يستخدم هولمز و راى (1967) Holmes & Rahe مفهومي الضغوط والضواغط في اتجاه واحد للدلالة على كل المطالب البيئية والاجتماعية والداخلية التي تقود الفرد للبحث عن إعادة توافق أنماطه السلوكية المعتادة (Thoits , 1995 : P54) ، وبذلك فإن الضغوط النفسية بالنسبة إليهما هي تلك المواقف والوضعيات التي تشكل تهديدا لذات الفرد دون الخوض في تأثيراتها الفزيولوجية والنفسية والعقلية.

ويعتبر فرج طه وآخرون (1993) بأن الضغط يشير إلى وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في تكامل شخصيته . وعندما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد ، وللضغوط النفسية آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد فهي حالة يعانيتها الفرد حين يواجه مطالب ملحة تفوق حدود استطاعته أو حين يقع في موقف صراع أو خطر شديد (فرج و آخرون ، 1993 : 445) .

ويرى كوكس ومكاي (1978) Cox & Mackay أن الضغوط النفسية ظاهرة تنشأ عن مقارنة الفرد للمطالب التي تطلب منه و قدرته على مواجهة هذه المطالب وعندما يحدث عدم توازن في الآليات الدفاعية الهامة لديه والاستسلام للأمر الواقع مما يحدث ضغطاً (الرشيدى ، 1999 : 20).

في حين يرى سيلبرج (1979) Spielberg أنه يمكن تعريف الضغط كمجموع التفاعلات بين الفرد ومحيطه حيث تكون الضواغط مرتبطة باستجابات الحصر عبر إدراك التهديد ، أي يجب التمييز بين المثير (الضواغط) ومختلف الاستجابات (Dumont & Plancheret , 2001 : 13) .

تعريف مشابه قدمه لازاروس و فولكمان أن الضغط هو ذلك التفاعل الخاص بين الفرد والعوامل الخارجية الخاصة بالبيئة الاجتماعية ، حيث تنشأ الضغوط عندما يتم تقييم الموقف من قبل الفرد على أنه يفوق إمكانياته و مهدد لتوازنه (Lazarus & Folkman , 1984 : 19).

فيما يصف دورون و بارو الضغط بأنه مجموع الصعوبات التي يكون الفرد خلالها غير قادر على المواجهة ومختلف الإمكانيات التي يضعها لمواجهة هذه المشاكل (Doron & Parot , 1998 : 684) .

وحسب دانتزر (1989) Dantzer فالضغط النفسي لا يعني فقط استجابة العضوية بصورة نمطية للحفاظ على البقاء بغض النظر عن العامل المهدد وإنما يمثل تلك العلاقة التبادلية التي تتضمن إدراك الفرد وتفسيره للموقف أو الوضعية .

باستعراض التعريفات السابقة يمكن للباحث القول أنها تجمع على اعتبار الضغوط ذلك الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من استجابات للتكيف أو التوافق مع التغيير الذي يواجهه لكن الملاحظ أن بعض تلك التعريفات ركزت على المثيرات أو الظروف الخارجية المهددة للتوازن التي تقع على الفرد و تسبب له الشعور بالضيق و عدم الارتياح ، في حين ركز البعض الآخر على الاستجابات الفيزيولوجية للضغوط النفسية ، فيما يرى اتجاه آخر أن الحدث يكون ضاغطاً عندما يعتقد الفرد أن قدرته على مواجهته غير كافية أو ملائمة. وبالتالي يمكن القول أن ظاهرة الضغط النفسي ظاهرة مركبة تشمل كما ذكر الرشيدى ثلاثة مكونات أساسية (الرشيدى، 1999 : 15-16) :

- ◀ المواقف الخارجية أو الداخلية المهددة أو ما يسمى بعبارة أخرى الضواغط " Stressors "
- ◀ استجابة الضغط " Stress " لدى الفرد النفسية والسلوكية والمعرفية والفيزيولوجية.
- ◀ التأثيرات الملاحظة على صحة الفرد وأدائه الشخصي والمهني أو ما يسمى بالانضغاط " Strain "

3- الاتجاهات النظرية المفسرة للضغط النفسي :

يمكننا التمييز بين مقاربات كلاسيكية نظرت للضغوط كمكون من مكونات السلوك الانساني شأنه شأن القلق والتوتر وبالتالي تطرقت اليه في سياق مفاهيمها ومبادئها ولم تعره اهتماما خاصا ومن جهة أخرى جاءت بعض النظريات لتركز على هذا المفهوم وفق الاتجاه الذي تبناه الباحثون:

3-1- المقاربات الكلاسيكية ونظرتها للضغوط النفسية :

لفهم مختلف التوجهات المفسرة للضغط النفسي كان لابد من الرجوع أولاً إلى النظريات الأساسية في علم النفس والتي شكلت المحاولات الأولى لتفسير ظاهرة الضغط النفسي كظاهرة انسانية معقدة و رغم أن هذا المفهوم لم يكن ذو أهمية خاصة ضمن هذه النظريات إلا أنه برز في عديد الكتابات والأبحاث بشكل أو بآخر ، و فيما يلي يتطرق الباحث إلى الاستعمالات التي عرفها مفهوم الضغط ضمن بعض النظريات الكلاسيكية في علم النفس .

3-1-1- الضغوط و المنحى السيكودينامي :

شكل اهتمام الباحثين منذ حوالي القرن بدراسة الحياة النفسية الانفعالية وعلاقتها بنشأة وتطور مختلف الأمراض منطلقا لظهور اتجاهات سعت للربط بين الجانبين النفسي والجسدي والبحث عن العلاقة بين الاختلالات الجسمية والجوانب النفسية ، و من يعود إلى تاريخ علم النفس يلاحظ أن انطلاقة الاتجاه التحليلي كانت من خلال دراسة ظاهرة سيكوسوماتية ألا وهي الإقلاّب أو التحويل «Conversion» ، حيث أستعمل هذا المفهوم لأول مرة من خلال أعمال فرويد (1894-1895) S Freud وهذا المفهوم يعني نقل صراع نفسي ومحاولة حله عبر أعراض جسدية حركية كما في حالة بعض أنواع الشلل والآلام الموضوعية (Stora , 1991 : 75-74) .

طبقا لوجهة نظر فرويد تنطوي ديناميات الشخصية على التفاعلات المتبادلة وعلى الصدام بين مكوناتها الثلاث (الهو ، الأنا ، الأنا الأعلى) لذلك ينظر الى الكدر أو المشقة النفسية " Psychological distress " من منظور نفسي داخلي " Intra Psychic " حيث يؤكد رواد التحليل النفسي التقليدي على دور العمليات اللاشعورية وميكانيزمات الدفاع في تحديد كل من السلوك السوي والسلوك اللا سوي للفرد و التعبير عن الأعراض المرضية الحالية ما هو إلا امتداد لصراعات وخبرات ضاغطة ومؤلمة مر بها الفرد في الطفولة لذا فإن المشقة التي يعانها الفرد في حياته الحالية هي امتداد لصعوبات و خبرات ماضية حاول التعامل معها عبر استخدام آليات الدفاع في الطفولة والتي تبدو غير ملائمة اجتماعيا للمواقف والخبرات المؤلمة الحالية (حسين و حسين، 2006 : 62-63) .

كما يرى التحليليون أن الضغوط من خلال كل موقف أو سلوك تعبير عن صراع ما بين قوى ورغبات متعارضة أو متباينة سواء بين الفرد والمحيط الخارجي أم داخل الفرد ذاته وعندما تصطدم النزعات الغريزية بتحريم قد يأتي من المحيط الاجتماعي أو الرقابة النفسية الداخلية التي يمثلها الأنا الأعلى فإن التفاعلات تؤدي إلى نشوء الآليات الدفاعية ، ويذكر النابلسي (1992) أن فرويد اقترح عدة مقاربات للقلق الذي يعتبر عرضا أساسيا للضغط حيث يذكر :

- ❖ القلق أمام خطر واقعي : تفجره وضعية خارجية تهدد الفرد عاطفيا.
- ❖ القلق الآلي : يرتبط بإعادة تنشيط حالة المعاناة البيولوجية التي يعرفها الفرد في أشهر حياته الأولى.
- ❖ قلق الإنذار : يرتبط بالقلق الآلي ويعمل على تحذير الأنا وإطلاق آليات الدفاع.
- ❖ قلق الإخفاء : يعبر عن صراع عصابي داخلي.

ويميز التحليليون بين القلق الموضوعي الذي يعتبر ردة فعل معقولة لمواقف مؤلمة والقلق السلبي الذي يعتبر كمثير داخلي ناتج عن صراعات غير منطقية وغير محددة ومصحوب بالخطر الحقيقي حيث اعتقد فرويد بأن القلق السلبي يرتبط بصراعات لا شعورية عند الأفراد و خاصة الذين يعانون من مشاكل جنسية و عدوانية وآلية التحكم بها ، فالعديد من الرغبات تقف أمام تهديدات الآخرين لأنها على نقيض من شخصيتهم أو قيمتهم الاجتماعية . إذ أن اللبido يصطدم بضغوط المجتمع كما أنه مصدود وملغ في اللاوعي وبالتالي يمكن حل الصراع بين القوى الكابتة والقوى المكبوتة بتحويل طاقة الأخيرة نحو أهداف أخرى إذا تم التوافق مع متطلبات الواقع الخارجي والمثل الواعية .

3-1-2- الضغوط والمنحى السلوكي؛

ركز رواد المدرسة السلوكية (واطسون ، تولمان ، سكينر) على عملية التعلم واتخذوا منها محورا أساسيا في تفسير السلوك الانساني كما يركزون أيضا على دور البيئة في تشكيل شخصية الفرد فالضغط حسب سكينر Skinner يعد أحد المكونات الطبيعية في حياة الفرد وأنه ينتج عن تفاعله مع البيئة ومن ثم فإنه لا يستطيع تجنبه والإحجام عنه وأن بعض الناس يواجهون الضغوط بفعالية وحينما تفوق شدة الضغوط قدرتهم على المواجهة فإنهم يشعرون بتأثيرات تلك الضغوط البيئية عليهم (حسين و حسين ، 2006: 63). ويرى تولمان أنه عندما يجد الأفراد أن علاقاتهم مع الآخرين غير مثابة فإنهم ينسلخون عنهم ويبدون اهتماما أقل بالتلميحات الاجتماعية ، وينتج عن ذلك أن يأخذ السلوك شكلا شاذا أو غير متوافق (عبد العزيز ، 2010 : 228-229). ويرى بعض السلوكيين الجدد أمثال باترسون Patterson و هرولد Harold أن الضغط يحدث نتيجة دافع متعلم أو نتيجة لأساليب التنشئة الاجتماعية كما يؤكدان على أثر التعلم الاجتماعي أو الثقافي على نمو الفرد واستجاباته للمواقف الضاغطة (ملحم ، 2000 : 136).

يوضح باندورا (1978) Bandura تحت مفهوم الحتمية التبادلية العلاقة بين السلوك والشخص والبيئة و طبقا لذلك توجد ثلاثة عناصر متفاعلة تؤثر في بعضها البعض ، أي أن الاستجابات السلوكية التي تصدر عن الفرد حيال الظروف الضاغطة تؤثر في مشاعره ، ويشير باندورا إلى أن قدرة الفرد في التغلب على الأحداث الصدمية و الخبرات الضاغطة يتوقف على درجة فعالية الذات لديه والتي ترتبط بدورها بالبيئة الاجتماعية للفرد وعلى ادراكه لقدراته وإمكاناته.

فالسلكيات غير التوافقية التي تصدر عن الفرد حيال موقف ضاغط غير مفيدة في حل المشكلات و التغلب على الموقف بل تؤدي على تفاقم الضغوط لديه ، حيث أن سلوك الفرد يتأثر بالبيئة كما أن النماذج الوالدية لها دور هام في ظهور الضغوط والأحداث القاسية والصدمية كالإساءة النفسية والجسمية والجنسية التي يتعرض لها الأبناء في محيط الأسرة تؤثر على حياتهم وتؤدي إلى مشكلات نفسية عدة لديهم (السيد عبيد، 2008 : 134). فالوالد الذي يبالغ في الاستجابة حيال المواقف الضاغطة التي يتعرض لها مثلاً يستطيع أن يؤثر في ظهور الضغوط لدى الأبناء وعندما يقوم الآباء باستجابات فعالة لمواجهة الضغوط ينعكس ذلك على سلوك الأبناء (حسين و حسين ، 2006 : 64).

3-1-3- الضغوط و المنحى المعرفي:

انطلقت فكرة هذا التوجه من أن الاستجابة للضغوط تختلف من فرد لآخر وبالتالي لا يمكن الحكم على استجابات الفرد بأنها استجابات بيوكيميائية عصبية محضة ، فالاتجاه المعرفي يعطي دوراً هاماً لأفكار الفرد ، ويرى البرت اليس Ellis أن سلوك الفرد يتحدد بالاعتقادات والأفكار غير المنطقية استناداً لتعليم خاطئ يلقيه إياه الوالدان و المحيط (الزراء ، 2000 : 45) ، و بالتالي فالظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد لا توجد في حد ذاتها وإنما تتوقف على الطريقة التي يدرك بها الفرد هذه الظروف وعلى نسق الاعتقادات اللاعقلانية التي يكونها عن الظروف والأحداث الضاغطة ، وفي هذا الصدد يعرف بيك (1976) A T Beck الضغط النفسي بأنه استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضعف من تقديره لذاته أو مشكلة يصعب حلها وتسبب له إحباطاً وتعوقاً اتزاناً أو موقف يثير أفكاراً عن الشعور بالعجز واليأس لديه (حسين و حسين ، 2006 : 68) . لهذا يقترح بيك أن المثيرات تكون سلبية ومضرة إذا عولجت وترجمت من طرف الفرد بأنها مهددة مما يدفعه إلى اتخاذ سلوكيات معينة عبر ما أسماه المخططات "Schémas" وهي تلك البنى الوظيفية المجردة التي تعمل على معالجة الخبرات والمثيرات ، وحسب بيك فإنه في الحالات العادية يتكامل النشاط النفسي - السلوكي - الانفعالي مما يجعل من هذه التصورات ميكانيزمات لتحقيق الاستقرار الانفعالي والسلوكي بالمقابل هناك ظروف تعجز فيها المخططات المعرفية عن التكيف Inadaptation عندما يستشعر الفرد تهديداً لاستقراره الداخلي مما يزيد من نشاط هذه المخططات و قد يصل الأمر إلى مرحلة التثبيط وتظهر بذلك حالات القلق و المعاناة و آثار معرفية و فزيولوجية (Graziani & Swendsen , 2004: 38-42).

والترجمة النهائية للحدث الضاغط وفق بيك هي نتيجة تفاعل جملة المخططات المتوفرة حول الموقف مع خصائص الموقف فيحدث بذلك نوع الاستجابة الانفعالية والتعديل السلوكي المطلوب. يمكن القول أن هذا الاتجاه أضاف وجهة نظر جديدة تسمح بتفسير الفروق في استجابات الضغط بين الأفراد إذ حاول التوفيق بين مستويات الاستجابة الفزيولوجية و المعرفية بعيدا عن الفكرة المبسطة مثير- استجابة ، لكنه بالمقابل أهمل تأثير أحداث الحياة التي يكون من الصعب على غالبية الناس التوافق معها ، ثم أن وجهة النظر هذه لا تسمح تحديدا بالكشف عن مصدر الضغط .

3-2- نظريات الضغط:

منذ أعمال سيلبي ظهر تياران أساسيان اهتم الأول بدراسة مختلف الميكانيزمات العصبية والبيولوجية و الجوانب التشريحية المفسرة لدينامية الضغوط فيما ضم الثاني على وجه الخصوص الاتجاهات النفسية والاجتماعية ، وهو ما دفع كوكس (1980) Cox إلى تصنيف نظريات الضغط وفق ثلاث اتجاهات رئيسية نستعرضها فيما يلي :

3-2-1- الاتجاه الأول النظر للضغوط على أساس الاستجابة للمثيرات الخارجية* :

يتضمن هذا الاتجاه التفسيرات التي نظرت للضغوط النفسية باعتبارها إحدى تبعات الوجود الإنساني فهي ما يضمن له البقاء والتكيف مع محيطه المادي والاجتماعي ولعل الفضل في ظهور مصطلح الضغط وانتقاله من مجال الفيزياء إلى مجال علم النفس يعود بدرجة كبيرة إلى رواد هذا الاتجاه الذي ركز على الحالة الداخلية للكائن الحي ، و ضمن هذا الاتجاه نذكر:

3-2-1-1- نظرية الاتزان الحيوي Homéostasis:

يعتبر العالم الفزيولوجي الأمريكي والتر كانون WB Cannon من أوائل الذين استخدموا عبارة الضغط عبر دراسته لفزيولوجيا الانفعالات** وعرفه بـ رد الفعل في حالة طوارئ أو رد الفعل العسكري لارتباطه بانفعال القتال أو المواجهة .

* اصطلاح على تسمية هذا النموذج The engineering-oriented model وفي الفرنسية Modèle behavioriste الذي اعتمد في تفسيره للضغوط على النظر إليها على أنها تلك السلسلة من العمليات الفزيولوجية الهادفة إلى الحفاظ على التوازن الداخلي كاستجابة لعوامل مهددة خارجية أو خارجية** استخدم كانون مصطلح الضغط أو الاجهاد لأول مرة في مقال له بعنوان Stresses and Strain of Homeostasis عام 1935 .

ففي مخبره للفزيولوجيا بجامعة هارفرد قام كانون بسلسلة أبحاث (1914 ، 1920 ، 1928 ، 1935 ، 1939) حول خصائص الجهاز الهضمي عند الحيوان حين ترتبط عملية الهضم بآلام أو انفعالات حادة مما سمح له باكتشاف أثر الانفعال على الإفرازات المعدية و جعل بذلك من الانفعال خاصية انعكاسية في تنبيه العضوية للوصول إلى حالة التوازن الحيوي (55 : Rimé , 2005) .

توصلت تجارب كانون (1928-1935) إلى نتيجة مفادها أن التعبيرات الجسمية المصاحبة لسلوكات كالهروب والمهاجمة أمام عوامل الخطر ترجع إلى نشاط هرموني في الدم ، فعبّر تجاربه على القطط توصل كانون إلى أن الانفعال الناتج عن حالات مثل الهروب والخوف يرتبط بنشاط هام على مستوى الجهاز العصبي الودي « Sympathetic Nervous System » و نظام الغدد الصماء بإفراز الجسم للأدرينالين وبالتالي استخدم كانون مصطلح الإجهاد أو الضغط للإشارة إلى تلك الاستجابة الفسيولوجية المنسقة التي تعبئ جسم الكائن الحي لمواجهة التهديد أو الفرار (Fleming & al. , 1984) . و يرى كانون أن العضوية تكون في حالة اتزان حيوي لكن التغيرات التي تحدثها عوامل داخلية أو خارجية مهيجة تحفز آليات التوازن الداخلي التي تنشط لإعادة التوازن ، فالضغط هو تلك الاستجابة النشطة اللانوعية لكل العوامل المثيرة التي تسمح بتحقيق التكيف لذا فإن فشل الجسم في التعامل مع العامل الضاغط يخل بالتوازن الحيوي و يؤثر على العمليات الانفعالية و قد يتسبب في مشاكل صحية مع الوقت (19-20 : Graziani & Swendsen , 2004) . فالانفعال حسب كانون (1953) ميكانيزم يهدف إلى إعادة الجسم إلى حالته المثلى و الخاصية الانفعالية هنا تشير إلى ذلك التغير على مستوى العضوية أمام ظروف خارجية ، لذلك فإنه يقترح أن الاحتفاظ بالتوازن الحيوي أمام التغيرات في المحيط وفي وضعيات الخوف والعجز يعود إلى ما أطلق عليه قانون المواجهة أو الهروب (Fight or flight) و تكون المظاهر الفزيولوجية كزيادة معدل التنفس و ضربات القلب و غيرها... مصاحبة للانفعال الناجم عن وضعية دفاع للتكيف مع مختلف الظروف الجديدة و تحريك مصادر الطاقة في الجسم حيث تسمح عمليات الهدم بإنتاج السكر قصد تغذية النشاط العضلي والتغييرات في وظائف الجهاز التنفسي لصالح بذل جهد أكبر وتخثر الدم ضروري لمنع حدوث نزيف... لكن استمرار الاستثارة الفزيولوجية قد يكون ضارا بالكائن إذا أدى إلى الإخلال بأدائه الانفعالي والفسيولوجي ممهدا الطريق أمام المشكلات الصحية المختلفة . وعلى الرغم من الدور الكبير لأعمال والتر كانون في هذا المجال إلا أن مختلف الدراسات تجمع على أن الانطلاقة الحقيقية لمصطلح الضغط جاءت مع هانز سيلبي.

3-2-1-2- نظرية التناذر العام للتكيف " Général Adaptation Syndrom " :



H Selye (1907-1982)

جاءت أعمال سيلبي (Hans Selye (1929-1975) لتؤكد على أهمية مفهوم التوازن الحيوي * فمن خلال أبحاثه التجريبية التي كان الهدف من ورائها أولاً دراسة الهرمونات الجنسية توصل سيلبي إلى ما أسماه في بادئ الأمر التناذر العام للتكيف "Général Adaptation Syndrom "

بدءاً من الخمسينات أثارت أعمال سيلبي اهتماماً بدراسة وفهم طبيعة التداخل بين الضغوط الفيزيولوجية والضغوط النفسية ، فقد أظهرت تجاربه على مجموعة من الفئران أنه إذا تضررت عضوية الكائن الحي بشدة على يد عوامل مؤذية حادة غير نوعية مثل التعرض للبرد والإصابة الجراحية وصدمة العمود الفقري وإجهاد العضلات أو تسمم بجرعات من الأدوية المتنوعة (الأدرينالين ، المورفين الأتروبين ، الفورمالديهايد) تظهر متلازمة تكون فيها الأعراض مستقلة عن طبيعة العامل المهدد نوع المخدرات المستخدمة وتمثل استجابة للتهديد على هذا النحو (Selye , 1998 :230-231).

فعند تعريض الفئران لوضعيات ضاغطة (حقن ، تقييد الحركة ، جوع) تظهر جملة من ردود الأفعال الفيزيولوجية غير المتخصصة (ضمور للغدة التيموسية ، زيادة إفراز الأدرينالين وظهور قرحة معدية) وهذه الاستجابات تظهر مع مصادر ضغط أخرى كالحرارة والبرودة والجروح والتعرض للأشعة X ... (عسكر، 2003: 43). وحسب سيلبي ليس مهماً أن يكون مصدر الضغط أو ما أسماه الضواغط "Stressors" فيزيقياً أو نفسياً لأن هذه الاستجابة غير متخصصة "Non spécifique" لا تتعلق بطبيعة العامل المهدد بل تنشأ من تفاعل الجهاز العصبي الودي والهيپوتالاموس والجهاز الغدّي مما يتسبب في سلسلة من التفاعلات الهرمونية والجسدية الهادفة إلى إعداد الجسم لتحقيق التكيف و إكساب الفرد القدرة على التحمل** (Graziani & Swendsen , 2004 : 20).

* استعار سيلبي مفهوم التوازن الحيوي Homéostasis لكلود برنار حيث عرفه عام 1932 ثم في كتابه حكمة الجسد The wisdom of the Body (1953) بأنه القدرة على الحفاظ على حالة التوازن الفيزيولوجي الداخلي على الرغم من التغيرات في البيئة الخارجية (Rossi , 2002 : 104). حيث أن سيلبي خلال هذه المرحلة لم يستخدم مصطلح الضغط لاعتقاده أنه يشير أكثر إلى حالة التوتر العصبي .

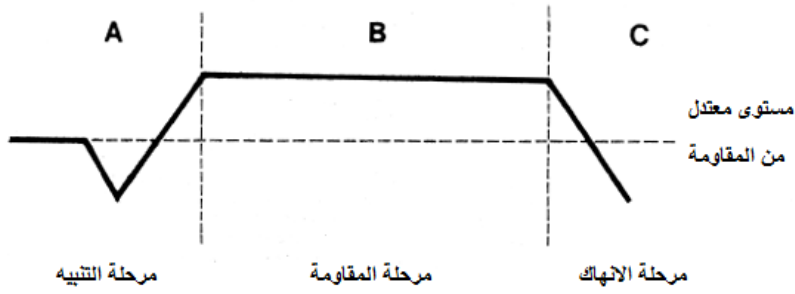
** في كتابه Stress of life عام 1956 أكد سيلبي أن الآليات التي تستجيب بها العضوية هي نفسها في حالات الكوارث و مصاعب الحياة اليومية وهذا يعني تشكيلة واسعة من الأحداث والظروف التي تمثل تهديداً للجسم إذ أن التناذر العام للتكيف هو في الواقع استجابة فريدة وشاملة لأنواع مختلفة من المثبرات الصدمية والكيميائية والبيولوجية والحرارية والكهربائية وغيرها.

وفق سيلبي فإن التناذر العام للتكيف مكون من ثلاث مراحل تتطور تباعا عبر مدة التعرض للضغط:

◀ **مرحلة الإنذار Alarm stage** : كما تعرف أيضا بمرحلة الصدمة - الصدمة المضادة ، فمرحلة الصدمة هي مرحلة سريعة تترجم استجابات الفرد لتهديد مدرك فيقوم الجهاز العصبي الودي والغدة الأدرينالينية بتعبئة أجهزة دفاع الجسم وتتميز بمجموعة من الأعراض (اصفرار الوجه وإفراز العرق والأحماض المعدية وارتفاع نسبة السكر في الدم وانخفاض درجة حرارة العضلات...) تستمر من عدة دقائق حتى 14 ساعة وإن لم تكن مميتة تليها فترة الصدمة المضادة وفيها يوجه الجسم دفاعاته فتتضخم الغدتان الكظرية والصعترية وتعكس أغلب علامات فترة الصدمة حيث تزداد الحرارة وضغط الدم ويتهيأ الجسم للمواجهة وإذا استمر المثير يدخل الجسم في المرحلة الموالية (7 : Graziani & Swendsen, 2004).

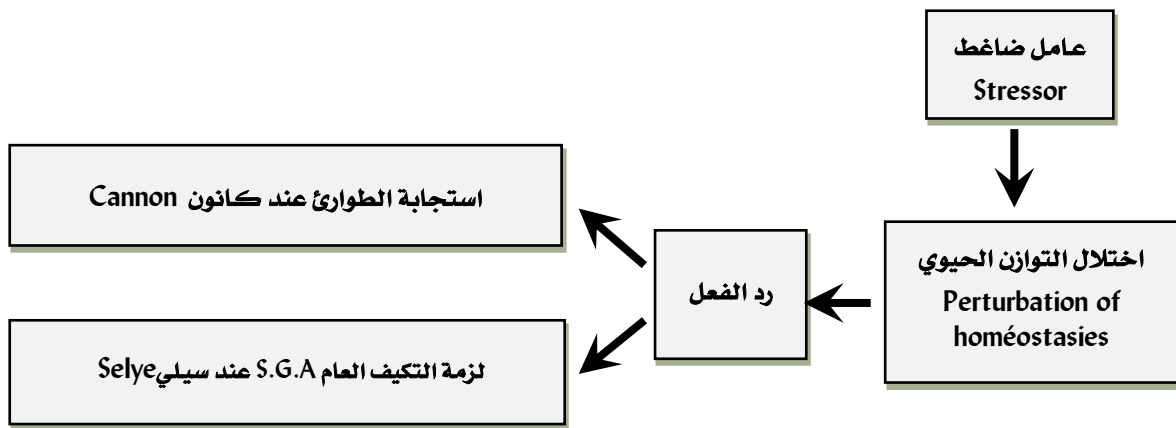
◀ **مرحلة المقاومة Resistance stage**: أو مرحلة التكيف وتستمر حتى 48 ساعة بعد التعرض للتهديد حيث تختفي علامات المرحلة الأولى وفي هذه المرحلة يهيئ الإنسان نفسه لمواجهة مصدر الضغط فيزداد نشاط الغدة النخامية " Pituitary gland " والهيبتوتالاموس وقشرة الكظر ، وتكون أعضاء الجسم في حالة تيقظ تام فيزداد مستوى النشاط الأيضي " Metabolism " ويسترجع الجسم وزنه العادي كما يزداد معدل نبضات القلب و معدل التنفس و يكبر إنتاج الطاقة التي تمكن من المقاومة أو الفرار و تعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف أو ما يسمى بالأمراض السيكوسوماتية ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف وبالتالي يصل الفرد إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة إذ تصبح طاقته التكيفية منهكة وهنا تأتي المرحلة الثالثة.

◀ **مرحلة الإنهاك Exhaustion stage** : يظهر خلالها ما أسماه سيلبي أمراض التكيف (السيكوسوماتية) التي تنجم عن استنفاد العضوية طاقتها في المقاومة وذلك نتيجة التدفق غير العادي للهرمونات فقصد الحفاظ على التوازن الداخلي يبدأ الجسم في إفراز هرمونات أخرى (الأندورفين ، الكورتيزول ، الدوبامين ، السيروتونين ، الهرمونات الجنسية) إضافة إلى زيادة عمليات الهدم وعلى المدى الطويل تتجاوز القدرة على التحمل وتتناقص احتياطات الطاقة اللازمة لمواجهة الموقف مما يجعل الجسم حساسا للغاية لاعتداءات خارجية مع حدوث اضطرابات وظيفية في البداية ومن ثم عضوية تتمثل في قصور البنكرياس والغدد الجنسية والغدة الدرقية مع نقص السكر في الدم ونقص المناعة ، وعند هذه النقطة يصبح من الصعب على الكائن التكيف مع العوامل الضاغطة والاحتفاظ بقدرته الدفاعية .



شكل 1: مراحل متلازمة التكيف العام لسيلي
(الهيجان، 1998، 16)

يؤكد سيلبي أنه عبر هذه المراحل الثلاثة فإن لزمة التكيف العام ترتبط ارتباطاً مباشراً بنشاط نخاع الكظر Corticosurrenal وأن اضطرابات التكيف ما هي إلا فشل في مقاومة العامل الضاغط مهما كان نوعه (Servant & Parquet , 1995 : 42) ، وبذلك فإن نموذج سيلبي للضغط يقدم قبل كل شيء تصوراً لسيرورة عملية التنبيه واليقظة عند وجود التهديد و قد يصبح الأمر باثولوجيا في حالة التأهب المستمر ويميز سيلبي بين نوعين من التأثير أولهما الضغط الإيجابي Eustress والثاني هو الضغط السلبي Distress وأن انهيار الطاقات الدفاعية للعضوية إنما يكون عبر الضغط المستمر الذي قد يتسبب في المرض (اضطرابات التكيف) .



شكل 2: مخطط للعلاقة بين الضغط النفسي و الاتزان الحيوي عند كانون و سيلبي
(Graziani & Swendsen , 2004 : 21)

إن التأثير المهم لنموذج هانز سيلبي في حقل الضغط مازال ملموسا حتى الوقت الحاضر ويعود ذلك إلى أنه قدم نظرية عامة حول ما يصدر من ردود أفعال إزاء التعرض لمدى واسع التنوع للأحداث الضاغطة عبر الزمن ، فهو يزودنا بطريقة في التفكير حول التفاعل بين العوامل الفزيولوجية والبيئة ومن جهة ثانية فهو يفترض وجود علاقة فزيولوجية آلية تربط الضغط بالمرض . وبالتحديد الانهاك والاستنزاف المستمر الطويل الأمد لإمكانات الفرد (تايلور ، 2008 : 347) .

على الرغم من بساطة هذا النموذج فقد ظل يستخدم طويلا في محاولة تفسير كيف ترتبط الأمراض والاضطرابات العضوية بالضغط أو تكون نتيجة له و رغم ذلك فإن نظرية سيلبي بقيت محدودة كما هو الأمر بالنسبة لكانون ، فمن جهة اهتمت نظرية الاتزان الحيوي بوصف الاستجابات الناتجة عن عوامل خارجية فقط ولم تأخذ بعين الاعتبار العوامل الداخلية (Bachelart & Bioy, 2010 :227) ومن جهة ثانية اقتصر اهتمام كل من كانون و سيلبي بالاستجابة العضوية التي تلي العامل الضاغط دون مراعاة طبيعة العامل المسبب ، و لهذا يرى مونات و لازاروس (1991) **Monat & Lazarus** أن النشاط الهرموني والاستجابة الفزيولوجية لا تعني بالضرورة وجود تهديد فيكفي أن يستشعر الفرد ذلك العامل ، و بالتالي فقد أخذ على هذا التوجه اقتصاره على الجانب الفزيولوجي لتفسير الضغوط وإهمال جوانب أخرى نفسية واجتماعية ومعرفية ، فدراسة الضغط عند الحيوان تركز على السلوك عكس الاستجابة الإنسانية الأكثر تعقيدا (Bugard , 1974). فيما يؤكد ماسون (1975) **Masson** أنه لا يمكن الحكم على استجابة الفرد تجاه العوامل الضاغطة بأنها استجابة لا نوعية فالجوانب الإدراكية و النفسية تلعب دورا هاما في تكيف الفرد و مقاومته للعوامل الضاغطة (24-25 : 2004) **Graziani & Swendsen**. ويرى ريفوليي أن تأثير عوامل الضغط يعتمد على تتابعها مما يؤدي إلى إضعاف مقاومة الفرد (31 : 1992) **Rivolier** .

رغم أن أعمال سيلبي ركزت على الجانب الفزيولوجي إلا أنه كان لها الدور الكبير في تطوير البحث في مجال الضغوط النفسية وفتح المجال للباحثين لدراسة مختلف الجوانب المتعلقة به. إذ تلت أعمال كانون و سيلبي العديد من الدراسات في السنوات الأخيرة اهتمت بالضغط والاستجابات الفزيولوجية المصاحبة له ومن أهم هذه الأبحاث نموذج كروسوس وجولد (1992) **Chrousos & Gold** اللذان أعطيا أهمية بالغة للجهاز العصبي الودي و الغدة النخامية في نظام التوازن الحيوي .

3-2-2- الاتجاه الثاني النظر للضغوط على أساس المثيرات الخارجية :

ركز هذا الاتجاه اهتمامه في موضوع التكيف والمعنى هنا هو لأي مدى يمكن للفرد التكيف مع المتغيرات البيئية الداخلية والخارجية ، حيث يرى ليفي Levi أن هناك عتبة نفسية اجتماعية تحدد وقوع الضغوط أي أن العامل الضاغط هو ذلك الفرق بين ما تتطلبه حياة الإنسان من جهة وقدراته من جهة أخرى كأن يكون ما يتطلبه المحيط يتجاوز طاقات الفرد مما يتسبب في حالة من العجز واليأس أو أن يكون ما تقدمه البيئة أقل من مستوى الطموح الأمر الذي يسبب الإحباط . كما قد ينتج ذلك عندما تكون أفكار الفرد ورغباته صعبة التحقيق في الواقع ، وينطلق ليفي من أن البيئة الاجتماعية النفسية ووسط العمل تؤثر على الكيان العضوي للإنسان وتستدعي تغيرات جسدية ويمكن أن تقود إلى آليات تولد المرض كالضغط النفسي (عبد العزيز ، 2010 : 208) ، فالواجب حسبه هو تعديل طموح الفرد ليتناسب مع طبيعة الواقع الخارجي .

تعتبر نظرية الضغط وحوادث الحياة إحدى أهم النظريات ضمن التوجه النفسي الاجتماعي في دراسة الضغوط ، حيث اهتم كل من توماس هولمز Th Holmes وريتشارد راي R Rahe بمهمة تحديد تأثير التغيرات الإيجابية و السلبية على صحة الفرد و بالاعتماد على نتائج بحوث سابقة و خاصة بحوث أدولف ماير A Meyer صمما مقياس أحداث الحياة " Stressful life events " (مقياس التوافق الاجتماعي) الذي يحوي 43 سؤالاً حول مواقف سارة وأخرى مكدره ردود الفعل عليها لا تخلو من الضغوط (عسكر، 2003 : 82) ، وانطلاقاً من مجموع ملاحظاتها توصل هولمز و راي إلى أن المرض يزداد خلال التغيرات العنيفة للشخص لذلك سعت دراساتها إلى الكشف عن تأثير أحداث الحياة الرئيسية و التغيرات المفاجئة في زيادة الضغط النفسي على الأفراد فالفرضية الأساسية عند هولمز وراي (1975) Holmes & Rahe أن المؤثرات النفسية و الاجتماعية المسجلة خلال أسابيع و شهور تجعل الفرد معرضاً لأمراض التكيف .

ويقسم الباحثان المثيرات الضاغطة إلى صنفين : مثيرات مألوفة يستجيب لها الفرد بصورة آلية وفي هذه الحالة لا تحدث مشاكل للتكيف أما القسم الثاني فيمثل تلك المثيرات غير المألوفة التي تؤدي إلى اختلال التكيف وبالتالي ارتفاع الضغط وهو ما يظهر في شكل تغيرات وأثار فزيولوجية لذلك فإن تراكم أحداث الحياة يؤدي إلى اضطرابات تمس الصحة الجسمية للفرد .

أما بالنسبة لتصنيف أحداث الحياة فقد ميّز الباحثان ثلاثة أنواع رئيسية من الأحداث :

◀ الأحداث الحادة والمزمنة : تتميز بالاستمرارية كالأعباء المهنية أو العائلية...

◀ الأحداث المفاجئة : كفقدان شخص عزيز، تغير غير متوقع على الصعيد المهني ، حادث مادي ...

◀ الأحداث المرحلية : كالزواج أو الطلاق...

لقد قدمت بحوث هولمز و راي اسهامات كبيرة في دراسة الضغط النفسي لكن ما يعاب عليها إهمالها للخصائص الفردية في مقابل اهتمامها بطبيعة الحدث الضاغط ، فالأفراد يختلفون في طرق إدراكهم لتلك الاحداث وبالتالي في أنماط تعاملهم معها ، فبناء على هذا التوجه فإن الضغوط هي تلك المواقف و المثيرات الداخلية والخارجية التي تجعل من الفرد غير قادر على التكيف والتي صنفها كوهين وزملاؤه (Cohen & al (1982) إلى أربع فئات رئيسية :

◀ ضغوط حادة وشديدة قصيرة المدى كانتظار عملية جراحية

◀ ضغوط متتابة أو نتائج لحدث ضاغط كالطلاق أو موت شخص عزيز.

◀ ضغوط مزمنة ومستمرة كالبطالة .

◀ ضغوط مزمنة متباعدة كالامتحانات .

وما يلاحظ هنا أن هذا الاتجاه ركز على تأثير التغيرات المفروضة على الفرد باعتبار أن الضغط ينتج عن تراكم أحداث الحياة و بالتالي فقدره الفرد على التكيف تخضع لتأثير تكرار الأحداث وشدتها وليس لطاقت الفرد وإمكاناته التي تؤثر في إدراكه وتفسيره للأحداث سواء كانت إيجابية أو سلبية كما يعاب على هذه النظرية تجاهلها لبعض المصادر والمثيرات باعتبارها بسيطة والتي قد تلعب دورا في ظهور استجابات الضغط إذا ما كان تقييم الفرد مضخما لها .

3-2-3- الاتجاه الثالث النظر للضغوط على أساس محصلة التفاعل بين الفرد والبيئة :

ويوصف هذا الاتجاه كذلك بالتوفيقي كونه حاول تجاوز العلاقة (سبب- نتيجة) وسعى إلى جمع كل العوامل التي يمكن أن تفسر الاختلافات بين الافراد في التعامل مع الضغوط في نظرة تكاملية فالضغط النفسي حسب هذا الاتجاه هو محصلة سلسلة من السيرورات المعرفية و النفسية و السلوكية لذلك يرى ستبتوي (1991) Steptoe أن استجابة الضغط تنتج عن تداخل عدة عوامل تعمل على تغيير الحادث الضاغط وبالتالي تضخيم أو تقليص الاستجابة (44 : Servant & Parquet , 1995).

3-2-3-1- نظرية البنى الشخصية لكيلى (1955 - 1963) Kelly:

تؤكد هذه النظرية أن الطريقة التي يكون بها الفرد معاني تجاربه ويكتف بها إدراكاته خلال تفاعله مع البيئة والتي تتشكل منها شخصيته تلعب دورا هاما في تحديد نمط استجابته للمواقف الجديدة . حسب كيلي فإن نظام البناء الشخصي Construction system يعني إعطاء ترجمة أو صورة للأحداث على أساس التشابه والاختلاف "Differences & Similarities" ، والفرضية هنا أن الفرد خلال تعرضه لمواقف جديدة يعمل على ترجمة هذه المتغيرات عبر نظام معالجة يكون فيه الحكم على فعالية أو عدم فعالية النتائج مرتبطا بمدى تناسق البنى الظرفية مع النظام الشخصي أي مدى التلاؤم بين التصورات الذهنية والعالم الواقعي. وحسب هذا الطرح فالأفراد لا يختلفون في مواجهتهم للضغوط قدر اختلافهم في ترجمة وتقدير العوامل الضاغطة (Graziani & Swendsen , 2004: 36-37) .

3-2-3-2- نموذج لازاروس وفولكمان « Stress and coping appraisal »*:



R S Lazarus

طُوّر هذا النموذج عبر أعمال لازاروس (1966) Lazarus ثم رفقة عدد من زملائه : لازاروس وأفيريل وأبتون (1974) Lazarus, Averillet & Opton. لازاروس و لوني (1978) Lazarus & Launier لازاروس و كانار و فولكمان (1980) Lazarus, Canar & Folkman إضافة إلى لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman .

يرتكز هذا النموذج على اعتبار أن العوامل الضاغطة الفيزيائية والنفسية تنتج استجابات ضغط فقط إذا قيمت من الفرد بأنها مهددة أو خطيرة فالضغط نتاج تفاعل بين الإنسان وبيئته ولا يمكن أن يختزل في تأثير أحدها دون الآخر (Graziani & Swendsen, 2004 : 47-48). حيث يكون الموقف ضاغطا عندما يقيم الفرد المطالب الناتجة عن تفاعله مع المحيط بأنها تهدد استقراره وتعارض سماته الذاتية (Lazarus & Folkman, 1984: 16). وما يكن استخلاصه هنا أن الضغط ظاهرة تنجم عن عملية يتفاعل فيها الفرد مع بيئته عبر خاصيتين هامتين :

أولاً: الروابط بين هذين المكونين (الفرد و البيئة) روابط متغيرة أي أن العلاقة بينهما علاقة دينامية.

ثانياً: هذه العلاقة هي أيضا ثنائية الاتجاه أي أن كلا منهما يؤثر ويتأثر بالآخر .

فاستجابة الفرد للعوامل الضاغطة تعتمد على تقييم للموقف يشمل عوامل شخصية وعوامل خارجية خاصة بالبيئة الاجتماعية وأخرى متصلة بالموقف (عثمان ، 2001 : 100).

* في الفصل الرابع سنتطرق بأكثر تفصيل لهذه النظرية ومفاهيمها الأساسية.

3-3-2-3- نموذج علم نفس الصحة * Health Psychology :

انطلق هذا النموذج من مبدأ دراسة العوامل والخصائص النفسية التي تلعب دوراً في نشأة الأمراض أو تساهم في تطورها وتسارعها ، بهذا فإن علم نفس الصحة يعتمد في جذوره عدة نماذج سابقة كالنموذج الحيوي ، أحداث الحياة الكبرى ، النماذج السيكوسوماتية الانفعالية ، البحوث الابدئولوجية (Delefosse, 2002: 21-24) ويسعى لتقريب و جمع عدة وجهات نظر للوصول إلى بناءٍ متعدد الأنساق و يتفق بذلك مع نموذج شوارتز Schwartz الحوي النفسي الاجتماعي** وهو نموذج سلوكي بيولوجي يشرح من خلاله تأثير العوامل النفسية على الصحة والمرض يرى أن البيئة تضع مطالباً على الفرد فيختار الجهاز العصبي الوظائف الضرورية لمواجهة هذه المطالب (الضغوط) بناءً على طبيعتها حيث تظهر استجابات جسمية محددة نتيجة استثارته بينما تكف استجابات أخرى .

ترى بروخون شوايزر و زملائها أنه لا يمكن الحكم على الضغوط من خلال المظاهر الخارجية فقط أو استجابات العضوية (Bruchon-Schweitzer & al , 1994 : 14) ، فالنظريات الكلاسيكية للضغط كنظرية أحداث الحياة الكبرى الضاغطة اعتبرته كنتيجة لمواقف مهددة مختلفة وأن العامل الفارق هو شدة الحدث ومدته وتكراره مما يدفع للاعتقاد أن هذه الأحداث تؤدي إلى نتائج مرضية فقط إذا تم إدراكها على أنها مواقف مهددة للفرد (P56) ، وهو ما أدى إلى طرح مفهوم الضغط المدرك « Perceived Stress » أي الصورة التي يدرك بها الفرد تلك المواقف والأحداث وفق ما ذهب إليه النموذج التعاملي (التقييم الأولي) . ويتضمن التعرف على الضغط المدرك دراسة العوامل البيئية والاجتماعية والديموغرافية (أحداث الحياة الضاغطة ، الشبكة الاجتماعية ، التعرض لعوامل الخطر) والعوامل الفردية (نمط الحياة ، سمات الشخصية ، السيرة الذاتية والطبية) مما أدى إلى ظهور تيار جديد ضمن علم نفس الصحة اهتم بالبحث أكثر في خبرات الشخص كعوامل مهينة للإصابة بالمرض .

* تشكل أول فريق بحث في هذا المجال على مستوى الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA) American Psychology Association خلال المؤتمر المنعقد عام 1976 فيما اعتمد هذا الميدان رسمياً في الولايات المتحدة الأمريكية عام 1985 ويعود الفضل في ظهوره إلى جهود الأمريكي Stan Maes فيما تم اعتماده في أوروبا عام 1986.

** حسب ما ذهب إليه شوارتز تقوم التغذية المرتدة السالبة بإعادة التوازن المفقود حيث تجبر المخ على تعديل توجيهاته لمساعدة الأجهزة المتضررة وقد تؤدي هذه التغذية السالبة إلى خبرة الشعور بالألم.

يرى الباحث أن نموذج علم النفس الصحة المتعدد الأبعاد هو الأقرب لموضوع الدراسة الحالية لما يمثله من بناء متكامل حاول دراسة الضغوط النفسية في ضوء أحداث الحياة وفي ضوء خصائص عملية التقييم المعرفي ، ونظرا لاهتمام الدراسة الحالية ببحث العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى مرضى السيكوسوماتيك خاصة وأن المواجهة وفق هذا النموذج هي عملية إدراكية منظمة تختلف عن ميكانيزمات الدفاع النفسي بحيث تأخذ بعين الاعتبار الخصائص المعرفية للضغط المدرك و التحكم المدرك (100 : Bruchon-Schweitzer & al , 1994) .
(سنحاول التعرف أكثر على وجهة النظر هذه في الفصل الموالي) .

جدول رقم 1 : مقارنة بين نموذج علم النفس الصحة لبروخون شويزرودنتزر (1994) والنموذج التكاملي

للأزاروس وفولكمان (1984) (Graziani et Swendsen, 2004)

النموذج التكاملي	نموذج علم النفس الصحة
العوامل الموقضية	العوامل المفجرة
مطالب الضواغط - الموارد الجسمية والنفسية والاجتماعية والمادية - القيود الخ	الضواغط - أحداث الحياة - الأزمات
العوامل الفردية	المحددات
الضمانات	الخصائص الاجتماعية والبيولوجية
الالتزامات	السن ، الجنس ، العرق
الأهداف	الوضعية العائلية والمهنية
المعتقدات العامة (تقدير الذات والشعور بالتحكم)	البنية
	الخصائص النفسية
	أسلوب الحياة (نمط الشخصية A ، B ، C)
	السمات المسببة للأمراض (الاكتئاب وقلق السمة، العصابية)
	السمات المناعية (التفاؤل والحيوية، مصدر الضبط الداخلي..)

فنموذج علم نفس الصحة يتفق مع ما ذهب إليه النموذج التكاملي من أن الضغط النفسي هو تلك العلاقة التفاعلية بين الفرد وبيئته والتي ينبغي التركيز في دراستها على دور العمليات المعرفية الإدراكية وفق ما تتضمنه عملية التقييم المعرفي ، وهذا على الرغم من الاختلاف بين النموذجين في تحديد الخصائص الفردية والموقفية التي تلعب دورا أساسيا في تقييم الفرد للموقف وتحديد أسلوب المواجهة مما أدى إلى توالي عدد من الدراسات اهتمت ببحث أثر تلك المحددات في استجابة الضغط " ستيتوي (1991) Steptoe ، موزر (1992) Moser ، اندلر (1997) Endler " .

4- أنواع الضغوط النفسية :

الضغوط النفسية ظاهرة معقدة ويرجع ذلك إلى صعوبة قياسها حيث لا يستدل على وجود الضغط إلا من خلال نتائجه على الفرد وآثاره الفزيولوجية والنفسية والسلوكية والاجتماعية ، مما يجعل من تحديد طبيعة الضغط النفسي أمراً صعباً خاصة وأن مثيرات الحياة ومواقفها متعددة ومختلفة لكن العامل الفارق بين أنواع الضغوط المختلفة هو إدراك الفرد لتلك المواقف كتهديد أو معاناة أو فقدان تسبب سوء التكيف ، ورغم وجود فروق بين الأفراد في تعرضهم للضغوط إلا أن هناك أفراداً معرضين أكثر من غيرهم للمعاناة من الضغوط نظراً لطبيعة شخصياتهم و استعداداتهم النفسية والمعرفية وطبيعة المحيط الذي يعيشون فيه وبالتالي قسم الباحثون الضغوط النفسية إلى أنواع حسب منشئها و شدتها و تكرارها وما تتركه من تأثيرات .

أولاً : من حيث مصدرها :

ميز كل من لازاروس وكوهين (Lazarus & Cohen (1977 بين نوعين أساسيين من الضغوط النفسية (الغريب و أبو السعد ، 2009 : 29) :

◀ **الضغوط الخارجية External Environmental Stress** : تعني الأحداث الخارجية والمواقف المحيطة بالفرد وتمتد من الأحداث البسيطة إلى الحادة .

◀ **الضغوط الداخلية (الشخصية) Internal Personal Stress** : وتعني الأحداث التي تتكون نتيجة التوجه الإدراكي نحو العالم الخارجي والنابع من فكر الفرد.

فيما يرى ميلر (Miller (1982 أن الضغوط الداخلية هي تلك الضغوط التي تنشأ نتيجة الافتراضات غير الواقعية والنابعة من الذات ، أما الضغوط الخارجية فتشير إلى الصراع الذي يحدثه الاختلاف بين القيم والمبادئ التي يتمسك بها الفرد وبين الواقع .

أما موراي Murray فيعتمد تقسيميا مختلفا حيث صنف الضغوط إلى نوعين:

◀ **ضغط بيتا Beta stress** : يشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والأشخاص كما يدركها الفرد.

◀ **ضغط ألفا Alpha stress**: يشير إلى خصائص الموضوعات ودلالاتها كما هي.

ويعتقد موراي أن السلوك يرتبط بالنوع الأول و أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها و يطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة ، أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والضغط والحاجة الناشطة فهو ما يعبر عنه بضغوط ألفا (عثمان ، 2001 : 100) ومن أتباع هذا المنحى أوروبفيتز (1986) Horowitz الذي يركز على مستوى فهم الفرد للمعلومات المعروضة عليه والتي يجب عليه التعامل معها و يفسر بذلك الضغط النفسي بأنه نتيجة طبيعية لعجز الفرد على فهم الحاجات ثم التفاعل وأخيرا الاندماج مع الطرف الذي يمر به (الطريي ، 1994 : 73) .

كما أنه منذ أعمال سيلبي وما تلاها من انتقادات وجهت لهذا النموذج أصبح الباحثون يميزون بين مظهرين آخرين للضغوط هما الضغوط النفسية والضغوط البيولوجية ، ففيما يتمثل النوع الأول في حالة المعاناة النفسية والمظاهر المصاحبة لها يشير النوع الثاني إلى الجوانب الجسمية والبيولوجية المرتبطة بحالة الضغط. هذا التقسيم فرضته مقتضيات الدراسة العلمية فقط نظرا إلى الصعوبة الكبيرة في الفصل بين كلا النوعين ، حيث يرى أحمد عزت راجح أنه ليس هناك نشاط جسمي خالص و ليس هناك نشاط ذهني خالص فكل نشاط جسمي يصحبه نشاط نفسي و يرتبط به ارتباطا وثيقا أو بعبارة أخرى فالإنسان حين يتأثر بالبيئة يستجيب لها ليس بجسمه فقط و لا بنفسه وعقله فقط إنما يستجيب لها بأجمعه أي بجسمه ونفسه في آن واحد (راجح ، 1976 : 26) .

ثانياً : من حيث هي ايجابية أو سلبية :

يعتقد سيلبي أن الضغوط النفسية جزء أساسي من حياتنا لا يمكننا الاستغناء عنه حيث يؤكد أن التحرر الكامل من الضغط يعني الموت (حسين وحسين ، 2006 : 33) ، ففي كتابه عام 1974 " Stress without Distress " ميز سيلبي بين نوعين من الضغط هما :

◀ **الضغط الجيد Eustress**: يتمثل في مستوى الاستجابة الداخلية التي تحرك أداء الفرد السليم لوظائفه ويوجد في جميع أشكال النشاط البيولوجي وهو مفيد في زيادة نشاط الفرد والحفاظ على حياته وزيادة سعادته وينشئ نتيجة مواقف وخبرات تترك مشاعر إيجابية لدى الفرد كخبرات الإنجاز والتفوق التي تعزز من فاعلية الذات لديه .

◀ **الضغط السلبي Distress**: يتمثل في مستوى الاستجابة الداخلية التي تجعل الفرد أقل قدرة على أداء وظائفه ويحدث نتيجة مرور الفرد بخبرات العجز والفشل واليأس وعدم الكفاية والتي تسبب المعاناة .

وهو ما ذهب إليه كيلي (1994) Killy أيضا بأن الضغوط قد تكون مفيدة شرط أن تكون بصورة معتدلة حيث تعمل على الرفع من الدافعية للعمل والانجاز ، فالفرد بحاجة إلى درجة معينة من الضغط ليؤدي بفاعلية لكن هذه الفاعلية تقل إذا تجاوز الضغط عتبة تحمل الفرد في مواجهة الموقف (حسين وحسين ، 2006 : 33). كما يعتبر الضغط كذلك ضروريا كعامل محفز لتثبيت التوازن الداخلي والإيقاع البيولوجي للإنسان إلا أن زيادة شدته أو مدة التعرض له و التي تتجاوز طاقات التكيف قد تكون سببا في نشأة الأمراض و تطورها أو حتى صعوبة الشفاء منها (شيخاني ، 2003 : 14) .

فقد يكون للضغط المفرط والممتد وغير المفرج تأثير مؤذٍ في الصحة النفسية والعقلية والجسدية حيث تؤثر تلك الضغوط سلباً على أداء الفرد الأكاديمي والمهني وتوقعه عن الانجاز والإبداع وتؤدي إلى سوء التوافق و الاكتئاب و القلق و الإحساس بالإحباط و العدوان على الآخرين (حسين وحسين، 2006: 32). وتجدر الإشارة إلى أن الحدث الواحد قد يخلف استجابات مختلفة عند الأفراد تتراوح بين الايجابية والسلبية وذلك تبعا لإدراكاتهم لذلك الحدث .

جدول رقم 02 : يوضح مقارنة بين الضغط الإيجابي والضغط السلبي

الضغط الإيجابي	الضغط السلبي
يمنح دافعا للعمل.	يسبب انخفاضا في الروح المعنوية.
يساعد على التفكير.	يولد ارتباكا.
يحافظ على التركيز على النتائج.	يدعو للتفكير في المجهود المبذول.
يجعل الفرد ينظر إلى العمل بتحد.	يجعل الفرد يشعر بتراكم العمل عليه.
يحافظ على التركيز على العمل.	يشعر الفرد بأن كل شيء ممكن أن يقاطعه ويشوش عليه.
النوم جيدا.	الشعور بالأرق.
القدرة على التعبير عن الانفعالات والمشاعر.	ظهور الانفعالات وعدم القدرة على التعبير عنها.
يمنح الإحساس بالمتعة.	الإحساس بالقلق.
يمنح الشعور بالإنجاز.	يؤدي إلى الشعور بالفشل.
يمد الفرد بالقوة والثقة.	يسبب للفرد الضعف.
التفاؤل بالمستقبل.	التشاؤم من المستقبل.
القدرة على الرجوع إلى الحالة النفسية الطبيعية عند المرور بتجربة غير سارة.	عدم القدرة على الرجوع إلى الحالة النفسية الطبيعية عند المرور بتجربة غير سارة.

ثالثاً: من حيث شدتها وتكرارها:

إن كانت الضغوط أمراً حتمياً لا يمكن تجنبه فإن الحياة لا تخلو منها وإنما يكمن الاختلاف في مستوى تلك الضغوط ومدى تأثيرها في توازن الفرد وقدرته على التحكم في الموقف المعاش ومن ثم التكيف معه ، والتكيف قد يكون أمراً معقداً إذا تجاوزت تلك الضغوط حدود إمكانات الفرد سواء من حيث شدتها (الصدمات ، الحوادث ...) أو من حيث استمرارها لفترات طويلة من الحياة إذ أشار كوكس (1986) إلى أن الأحداث الضاغطة إذا استمرت مدة قصيرة فإن الفرد يتعامل معها بنجاح من دون أن تسبب له تأثيرات نفسية وبدنية ، أما إذا استمرت مدة طويلة فإنها تعرضه إلى مخاطر كبيرة تهدد صحته وتشعره بالألم وعدم الارتياح (Cox , 1986 : 147) . لهذا يقسم الباحثون ضغوط الحياة إلى أنواع حسب درجتها وتكرارها (حاددة ، حادة متكررة ، مزمنة) وكل نوع منها لديه خصائص وأعراض فريدة من نوعها ، فرغم أن الضغط ظاهرة تتعلق بتكيف الجسم مع الوضعية إلا أن الضغوط الحادة والضغوط المزمنة ليس لها نفس التأثيرات على الصحة.

« الضغط الحاد : هذا النوع من الضغوط هو نتيجة لأحداث أو مواقف معينة تسبب اضطراباً مؤقتاً للنشاط الطبيعي (وفاة شخص عزيز ، حادث ، خسارة مالية ...) أو توقع حدث مزعزع للاستقرار تماماً حين يشعر الفرد أنه غير قادر على التحكم في الموقف الذي ينطوي على عناصر من الجودة وعدم القدرة على التنبؤ أو تهديد الأنا ، فالضغوط الحادة ليست بالضرورة أمورا سيئة لأنها تحفز إفراز الهرمونات التي تساعد على إدارة الوضع والتغيرات المصاحبة له تكيفية ومحدودة عادة فهي تهدف لتحقيق أقصى قدر من فرص الحفاظ على العضوية وذلك من خلال تعبئة قوى الفرد البدنية والعقلية عبر وسائط هرمونية منظمة للتوازن ، لكن المشكلة تكمن عندما تكون تلك الضغوط بصورة متكررة بحيث يستمر الجسم في إنتاج الأدرينالين والكورتيزول مما يؤدي إلى انهيار طاقات المقاومة لدى الفرد (Chrousos & Gold, 1992 : 1249) .

« الضغط المزمن » Chronic stress disorder : يذهب ألونزو (2000) Alonzo إلى أن هذا الشكل من أشكال الضغط يتطور ببطء ولكن بمرور يكون بصورة مفاجئة ، حيث يشير إلى أن الشخص لا يرى مخرجا إيجابيا أمام وضع ما مما يؤدي إلى فقدانه الأمل ومن ثم يوقف بحثه عن حلول.

وتنشأ بعض أشكال الضغط المزمن من التجارب المؤلمة خلال الطفولة تستمر آثارها السلبية في الوقت الحاضر. إن الخطر المرتبط بالضغط المزمن هو تلك التغيرات الفيزيولوجية والسلوكية التي يتركها على الفرد ، حيث توصلت دراسات كل من ألبرشت (1979) Albrecht ، افربي و روزنفيلد (1981) Everly & Rosenfeld ، شافير (1982) Shaffer أن الضغط المزمن يؤدي إلى تشوه للوظائف المعرفية وظهور عدد من المشاكل الصحية (صداع متكرر، اضطرابات هضمية وقلبية ...) و ترتبط هذه الأعراض بالعديد من الأسباب:

- ✓ شخصية قلقة مما يجعلها حساسة بشكل خاص للضغوطات.
 - ✓ وضعية صعبة ومستمرة لا يمكن تغييرها ولا الهروب منها (عدم كفاية الدخل ، التزامات مهنية عالية ، مسؤوليات أسرية كإعانة مريض ، صراعات الأسرية أو علاقة زوجية غير مستقرة ...).
 - ✓ الأشخاص الذين يعانون من الضغط المزمن لا يكونون دائماً مدركين لذلك ، أو أنهم يستمرون في التفكير أنه لا يوجد شيء للقيام به كما أنهم قد يعانون أحياناً نوبات من الضغط الحاد.
- كما أوضحت نتائج الدراسة التي قام بها اندلر Endler أن مستوى الضغط المرتفع يؤدي إلى نتائج سلبية متعددة منها الفشل في الأداء وصعوبات في العلاقات البينشخصية وعمليات معرفية غير فعالة وأمراض نفسية وسيكوسوماتية ترتبط بقلق الحالة (حسين وحسين، 2006 : 35) . وبالتالي فإن الضغوط النفسية تختلف من حيث شدتها ووقوعها على الأفراد .

رابعاً : ضغوط ما بعد الصدمة (PTSD) Post-Traumatic Stress Disorder :

يعرف أحمد عبد الخالق الحدث الصادم بأنه حدث حاد مفاجئ مريبك و شديد الوقع على الفرد الذي تعرض له سواء كان هذا الحدث من فعل الإنسان ذاته كالحروب أو الأزمات الاقتصادية أو من فعل الطبيعة كالزلازل والأعاصير . وهي بالتالي تهدد أمن الفرد وتسبب له الخوف والقلق والانسحاب والتجنب وتؤدي إلى الإخلال بتوازنه النفسي والاجتماعي والبدني (عبد الخالق ، 1998 : 97) كما تعرف رابطة علم النفس الامريكية ضغط ما بعد الصدمة في الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع للاضطرابات العقلية (DSM-IV) على أنه اضطراب ينتج عن تعرض الفرد الى صدمة نفسية تتمثل باستعادة خبرة الحدث الصدمي وتجنب متواصل للمنبهات المرتبطة بالصدمة وأعراض دائمة تتمثل في التنبيه المتزايد ، فيكون الفرد مخدر العواطف ويزداد لديه التوتر وردود الفعل الحادة

تجاه الأحداث الضاغطة مما يؤثر على سلامة الفرد بصورة كبيرة من النواحي الأكاديمية والمهنية وقد قسم DSMIV حالة ضغوط ما بعد الصدمة إلى (117: 2003, DSM-IV) :

- ◀ حادّة : عندما تستمر الأعراض أقل من ثلاثة أشهر .
- ◀ مزمنة : عندما تستمر الأعراض من ثلاثة أشهر فما فوق .
- ◀ متأخرة : إذا ظهرت الأعراض بعد ستة أشهر من العامل المسبب للضغط.

ويشير عبد الرحمن (2000) إلى أن الأحداث الصدمية أحداث خطيرة و مركبة و مفاجئة تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة تسبب الخوف والقلق والانسحاب والتجنب ، والأحداث الصدمية كذلك ذات شدة مرتفعة غير متوقعة وغير متكررة ، وتختلف في دوامها من حادة إلى مزمنة (عبد الرحمن ، 2000 : 85). فيما يميز النابلسي (1991) بين ثلاثة مجموعات كبرى من أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة (PTSD) (النابلسي ، 1991 : 189) :

- ◀ إحياء التجربة : أي الشعور بتكرار حدوث الصدمة مرة تلو الأخرى وتكون مصحوبة بكوابيس متكررة وذكريات مزعجة تتعلق بالصدمة.
- ◀ التحاشي : حافز قوي لتجنب كل ما يتعلق بالتجربة الصادمة.
- ◀ إثارة مضطربة : إحساس مستمر بالتأهب والعصبية وصعوبة التركيز تؤدي عادة إلى صعوبة النوم أو اضطرابات خلاله.

فضغوط ما بعد الصدمة تعني تلك الضغوط المرتبطة بصدمة عنيفة أو حدث هدد بصورة مباشرة حياة الفرد واستقراره المادي أو المعنوي ، ويميز الباحثون بين مفهومي الضغط والصدمة Trauma فالضغط هو تلك الاستجابة النفسية العصبية الهرمونية التي تلي تعرض الفرد إلى حدث يحتمل أن يكون صدميا يتميز بأنه مرحلي ودون عواقب شديدة . أما بالنسبة للصدمة فهي رد فعل نفسي يعني وجود ضرر حقيقي للجهاز النفسي يكون وراء تطور جملة من المظاهر والأعراض الاكلينيكية التي تحدث إما بشكل عفوي أو تكون استجابة لأي مثير يرتبط بالموقف الصادم (كأن يكون الفرد على مقربة من مكان أو ملابسات الحدث ، اجتماع بشخص يذكره بالحدث) وهو ما يؤدي إلى حالة من الوهن الجسدي والعقلي مع ظهور أعراض القلق والمظاهر العصابية المرتبطة بتكرار الحالة قد تصل إلى اضطرابات هستيرية تحويلية (180-179 : 2005, Cremniter & Laurent).

5- الضغوط النفسية و علاقتها ببعض المفاهيم الأخرى:

رغم التطور الذي عرفته الأبحاث الخاصة بالضغط النفسي إلا أنه لا يزال من الصعوبة الفصل بين هذا المفهوم وعدد من المفاهيم الأخرى المتداخلة معه سواء من حيث توظيفها كعناصر ضمنية في دراسات الضغوط أو كمتغيرات تؤثر بأشكال مختلفة في تحديد المسار الذي تتخذه الاستجابة الانسانية لشتى مواقف الحياة ، وفيما يلي بعض تلك المفاهيم:

5-1- الضغوط والضواغط Stress & Stressors :

الضغط النفسي حسب لازاروس وفولكمان (1984) هو ذلك التفاعل بين الفرد وبيئته حيث يكون تقييم الفرد للأحداث و توقعاته فيما يتعلق بنتائجها و تقييمه لإمكانيات مواجهتها أو التكيف معها أساس استجابته لمختلف الوضعيات والمواقف ، فيما تشير الضواغط إلى أي شيء يعتبره الفرد تهديدا لشخصيته أو خارج قدرته على التحكم ويمكن أن تكون الضواغط متاعب طفيفة أو تحديات واضحة للحياة كما قد تكون أيضا محصلة أفكار وذكريات لأحداث سابقة مؤلمة . في بادئ الأمر كانت نظرة سيللي إلى الضغط بأنه متغير غير مستقل وهو استجابة لا نوعية لعامل ضاغط مهما كان نوعه فقد يكون (فيزيائيا ، كيميائيا ، نفسيا ...) (Quintard , 2001 : 48) ، لكن أغلب الدراسات اليوم تجمع على الدور الكبير الذي تلعبه عملية الإدراك « Perceived Stress » في استجابة الفرد لتلك الضواغط التي تمثل المشاكل المهنية والأسرية والاجتماعية التي قد يواجهها . فالعديد من المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية و الاقتصادية و الثقافية لها تأثير ملموس على الصحة و بالتالي تشكل ضواغط محتملة حسب دراسات رودين وسالوفاي (Rodin & Salovay 1989) ، تايلور وآخرون (Taylor & al. 1997) ومن أمثلة هذه المتغيرات المستوى الاقتصادي ، مستوى الرعاية الصحية ، السياق الجغرافي والثقافي الموارد الاجتماعية ، نمط الحياة والتغذية ... الخ ، ففي الدول المتقدمة اليوم أصبحت الضواغط تشمل أحداث الحياة إضافة إلى حالة العزلة الاجتماعية (Bruchon-Schweitzer , 2001 : 4) .

وقسمت تايلور خصائص الأحداث الضاغطة إلى أربعة أنواع (تايلور ، 2008 : 360-363) :

❖ **الأحداث السلبية Negative Events** : التي ترتبط ارتباطا كبيرا بالمعاناة النفسية والأعراض الجسمية إذا ما قورنت بالأحداث الإيجابية نظرا لأنها وحدها هي التي تؤثر بشكل سلبي على مفهوم الذات وتتيح الإمكانية لفقدان تقدير الذات أو الاحساس بفقدان السيطرة على الأمور أو الهوية.

- ❖ الأحداث الخارجة عن السيطرة **Uncontrollable Events** : تظهر الأبحاث التي أجريت في ميدان الضغط باستمرار أن الأحداث الخارجة عن السيطرة أكثر ضغطا من تلك التي يمكن التحكم فيها (Suls & Mullen , 1981 ; Thompson, 1981) ، فالشعور بالقدرة على الضبط لا يعمل فقط على التخفيف من خبرة الضغط الذاتية ولكنه يؤثر في النشاط البيوكيماوي الحادث في مواجهة الضغط.
- ❖ الأحداث الغامضة **Ambiguous Events** : عندما يتصف الحدث بالغموض فإنه لا يتيح الفرصة أمام الفرد للقيام بشيء إزاءه لأنه يدفعه إلى تكريس طاقاته من أجل استيضاح الموقف المسبب للضغط ويتضح ذلك بشكل خاص في الأدبيات التي تناولت مسألة الضغط المهني (غموض الدور).
- ❖ العبء الزائد **Overload** : فالأفراد الذين يقومون بمهام كثيرة في حياتهم يقرون بوجود مستويات أعلى من الضغط من أولئك الذين يقومون بمهام أقل .

5-2- الضغط والانفعال **Stress & Emotion** :

شكل موضوع الانفعالات محور اهتمام العديد من التخصصات العلمية على الرغم من أن كلا منها ينظر إلى هذه الظاهرة من منظوره الخاص وبمستوى تحليل مختلف ، و حسب لازاروس (1993) فإن القارئ للدراسات التي تطرقت لهذا الموضوع خاصة منذ 1980 سيلاحظ السياق التاريخي لبروز الاهتمام بدراسة الانفعالات أكثر ، إذا عرفنا أن الباحثين في علم النفس بدؤوا بالتخلي عن ذلك قبل ستين عاما ففي الفترة التي كان فيها مفهوم الضغط في تطور كان مفهوم الانفعال في تراجع جعل ماير عام 1933 يشير إلى صعوبة دراسة الانفعال (Lazarus , 1993 : 10) .

ينقسم مفهوم الضغط والانفعال الكثير من الخصائص ففي الحقيقة قد تؤدي تجربة انفعالية شديدة إلى حدوث الضغط النفسي (مثل الحزن المرتبط بالحداد) كما أن الضغوط النفسية تتضمن مزيجا من الانفعالات المتنوعة كالخوف والتوتر ، فكلاهما تجربة حادة ، مدركة ، قصيرة وقابلة للملاحظة تنتج عن مثيرات غير محددة وترتبط بردود أفعال فزيولوجية تؤدي إلى تحريك الطاقة ومظاهر بيولوجية أخرى (Maheu & Lupien , 2003 : 118-119) ، لكن على الرغم من أوجه التشابه تلك إلا أن الضغط والانفعال مفهومان منفصلان حيث ظهر ذلك جليا منذ الدراسات الأولى للضغط فلا تؤدي كل تجربة انفعالية إلى حدوث الضغط في حين ترتبط الضغوط دائما باستجابات انفعالية.

بالرجوع إلى تقسيم سيلبي للضغوط إلى ايجابية وسلبية نجد أنه ربط كلا من النوعين بانفعالات معينة إذ تترافق الضغوط السلبية مع انفعالات الغضب والعدوان الضارة بالصحة في حين تتضمن الضغوط الايجابية انفعالات جيدة نحو الذات والآخرين تساعد في الحفاظ على الصحة ، ومن جهة أخرى سعى الكثير من الباحثين لمحاولة تفسير هذا الترابط الكبير بين الضغط والانفعال عبر نماذج محددة ومن بين هذه النماذج نذكر تلك المقاربة الوظيفية التي اقترحها شيرر (1984 , 1981) Scherer حول الدور الهام للانفعال في تهيئة العضوية للتكيف مع مطالب المحيط ، حيث يجزم بأن الانفعال هو الفاصل خلال تطور سلسلة المثيرات - الاستجابات فهو يوفر فترة من الكمون بين تقييم الحدث وظهور الاستجابات السلوكية وهو الوقت الذي يسمح بإعادة تقييم الموقف والاختيار بين بدائل عدة من الاستجابات . كما يعتبر شيرر أن الانفعالات ذات طبيعة دينامية فهي قابلة للتغير السريع حسب نوعية المثير الجديد ونواتج التقييم أو حتى عودة انفعال سابق (Scherer ,1986 : 168-169) .

ومع إعطاء الدراسات الحديثة أهمية كبرى لتقييم الفرد للموقف في تحديد استجابة الضغط ذهب لازاروس (1996) إلى التمييز بين ثلاثة أنواع من الضغوط النفسية (فقدان - تهديد - تحدي) وكل نوع منها يرتبط بتقييمات وأساليب مواجهة معينة وفي نفس الوقت مشاعر وانفعالات مختلفة قسمها إلى خمسة عشر نوعا : (الغضب Anger ، الحسد Envy ، الغيرة Jealousy ، القلق Anxiety ، الخوف Fright ، الشعور بالذنب Guilt ، الخجل Shame ، الإغاثة Relief ، الأمل Hope ، الحزن Sadness ، السعادة Happiness ، الفخر Pride ، الحب Love ، الامتنان Gratitude و التعاطف Compassion) . وكل واحد من هذه الانفعالات ينبؤنا بصورة مختلفة عن تقييم الفرد لما يحدث واستجابته التكيفية نحوه وأسلوب مواجهته له (Lazarus & Lazarus , 1996 : 32-34) . ويضيف لازاروس (1999) بأن الانفعالات المرتبطة بالتقييم الأولي تتعدد وفق ثلاثة أبعاد: أهمية الموقف من حيث الأهداف المرجوة من قبل الفرد ثم مدى اتساقه مع تلك الأهداف والمسائل المتعلقة بتقدير الذات. وقد سمح هذا الطرح ببناء تصور جديد حول دور الخصائص الانفعالية في صيرورة الضغط حيث برزت العديد من الأعمال التي بحثت الأثر السلبي للانفعال على الصحة (Barefoot & al. , 1983 ; Williams & al. , 1980) ، فيما أشارت دراسات أخرى أن الأفراد المتسامحون بشكل طبيعي يبدون حالة أفضل من الصحة البدنية والعقلية والاجتماعية من أولئك

الذين ليس لديهم هذا الميل بشكل عفوي (Brown, 2003 ; Lawler & al. , 2005) نظرا لحقيقة أنهم يحققون من خلالها مشاعر ايجابية تميل إلى تعويض كبير للضغط النفسي وتظهر التأثيرات الجسدية لذلك خاصة في خفض ضغط الدم . وحسب باحثين آخرين يتجلى أثر الانفعالات الايجابية على الصحة في أنها تساعد على إدارة المواقف الصعبة كالمرض حيث تسهل حل المشكلات ويبدو أن طبيعة الانفعال تميل لتوجيه الخيارات الشخصية تحت الضغط فكلما ارتفع مستوى الامتتان كلما زاد ميل الفرد إلى استخدام أسلوب تعامل نشط بما في ذلك استخدام إعادة تفسير إيجابي والبحث عن الدعم الاجتماعي (Gauchet & al. , 2012 : 134-135) .

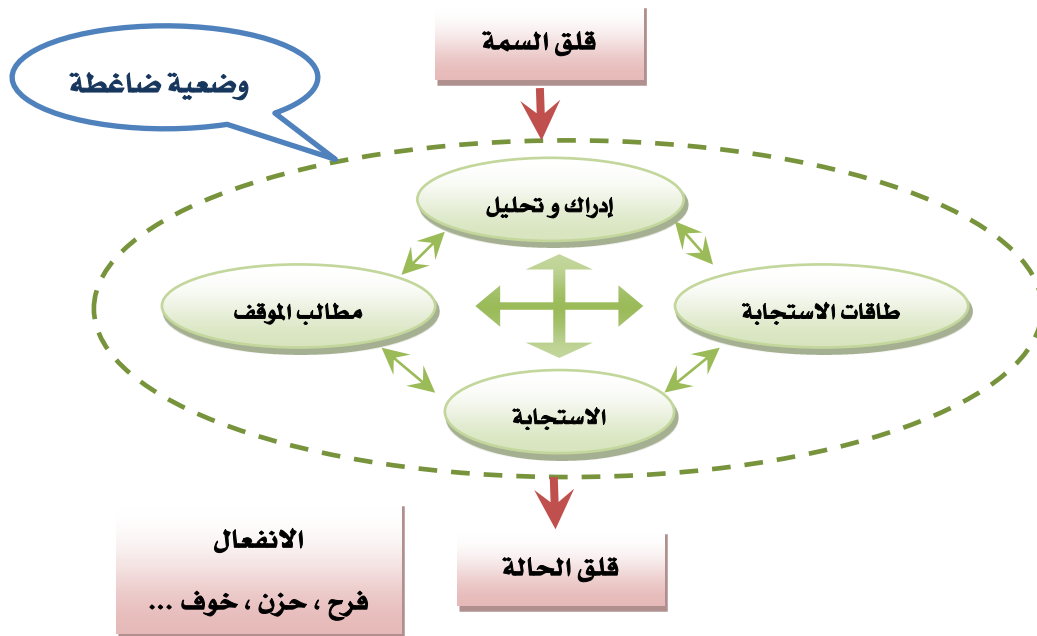
5-3- الضغط والقلق : Stress & Anxiety

على الرغم من أن كلمتي ضغط وقلق غالبا ما تستخدمان بصورة متداخلة فإن معظم الباحثين يتفقون أن القلق هو إحدى نواتج الضغط (Lazarus & Folkman , 1984 ; Spielberger & al. , 2003) وحسب لادوسور وزملائه (Ladouceur & al. (1999) ، فالقلق استجابة طبيعية للضغط اليومي وهو جزء من الطبيعة البشرية يمكن أن يصبح مرضيا عندما تكون الضغوط مكثفة جدا أو متكررة . هؤلاء المؤلفين يعرفون القلق بأنه الخوف من حدث مؤلم يخلق ردود فعل انفعالية تترجم في شكل أعراض نفسية (توتر، خوف ، شعور بالخطر، ترقب...) وفزيولوجية (إغماء، خفقان القلب ، صعوبة التنفس ، ضيق الصدر) ومعرفية (التركيز ، الانتباه والذاكرة) وسلوكية (هيجان ، تجنب ، إكراه...).

إن حالتَي القلق والضغط لهما معنيان متقاربان ولكن إذا نظرنا إلى حالة الضغط المزمن (الإجهاد) فيمكن تمييزها بواسطة معيارين : القلق لا يؤدي لاستنفاد طاقات المقاومة أو الموت كما الإجهاد كما أن الاضطرابات الفزيولوجية الشديدة لا تكون إلا في حالة الاجهاد (Graziani et al. , 2001 : 09) لذلك يميز سبيلبرجر (Spielberger (1972 مفهوم الضغط عن مفهوم القلق ، فالقلق عملية انفعالية تشير إلى تتابع الاستجابات المعرفية السلوكية التي تحدث كرد فعل لشكل ما من أشكال الضغوط وتبدأ بواسطة مثير خارجي ضاغط (الرشيدي، 1999 : 54-55) ، حيث يرى لازاروس (1981) أنه على الرغم من تداخل المفهومين فإن القلق هو نتاج للضغط النفسي وبالتالي يمكن القول أن الضغط هو تلك الاستجابة الفزيولوجية والنفسية إلى حالة غير متوقعة في كثير من الأحيان في الحياة على سبيل المثال صعوبات مالية كبيرة ، تكوين أسرة ، وفاة شخص قريب ، طلاق ، ترك العمل ...

وهي بالتأكيد ضغوطات يمكن أن تولد مستوً معيناً من القلق الذي يعتبر طبيعياً كاستجابة لكنه يصبح مرضياً عند التعرض لفترات طويلة للضغوط مما يخلق الخوف على نطاق واسع تحسباً لحدث سلبي أو خطر وشيك غير محدد يمكن أن يحدث ، ويترجم القلق في هذه الحالة انهياراً شبه متواصل للتوازن مع فقدان القدرة على التحكم في الوضعية حيث تفشل طاقات الفرد في السيطرة على الانفعال ليتحول تدريجياً إلى حالة المعاناة والعجز (Boudarene , 1998 : 558) .

حسب سبيلبرج (1983) من المهم أن نميز بين القلق العابر الذي يشير إلى حالة انفعالية ذاتية مؤقتة تضم نمطين متميزين من الاستجابات (جسدية و معرفية) تختلف في الشدة و تتغير عبر الزمن وكذا القلق كسمة شخصية مستقرة « Anxiety trait » ترتبط بالاستعداد المسبق للقلق و لا تظهر مباشرة في سلوك الفرد لكن يمكن الاستدلال عليها من خلال تكرار ارتفاع حالة القلق عبر الزمن (عبد الخالق ، 1994 : 19) وتتضمن مشاعر التوتر وعدم التحكم تترك أثراً كبيراً في استجابة الضغط من خلال تأثيرها في العمليات المعرفية وفي إدراك الفرد للوضعية الجديدة (Boudarene, 2005 : 558).



شكل رقم 3: العلاقة بين الضغط والقلق .

4-5- الضغوط والاحتراق النفسي * Stress & Burnout :

ظهر مفهوم الاحتراق النفسي على يد هيربرت فرويدنبرغ H Freudenberger عام 1974 من خلال دراساته على بعض الشباب المدمنين حيث لاحظ أن هؤلاء الشباب يفقدون حماسهم بعد عام واحد من العمل فكانوا يظهرون من جهة مجموعة من الأعراض الجسدية كالصداع واضطرابات الأمعاء والأرق والتعب والإرهاق ومن جهة ثانية يبدو بعض ردود الأفعال العاطفية مثل التهيج والغضب. ويعرف سميث (1986) Smith الاحتراق النفسي بأنه الإنهاك النفسي الناتج عن بذل مجهود غير فعال لمواجهة متطلبات موقف معين ويتضمن الانسحاب النفسي و الانفعالي وأحيانا الجسدي من النشاط استجابة للضغوط الزائدة أو عدم الرضا (راتب ، 2000: 201). فيما يعتبر جمعة السيد يوسف (2001) أن حالة الاحتراق تحدث من الإنهاك الطويل والمستمر لمواقف مشحونة وضاغطة مصحوبة بتوقعات شخصية مرتفعة حول أداء الفرد تنقسم إلى ثلاث مراحل (ص 16):

❖ **مرحلة الإنهاك الجسدي Physical Exhaustion** : تتميز بالتعب وتوتر العضلات وانخفاض مستوى الطاقة بشكل عام .

❖ **مرحلة الإنهاك الانفعالي Emotional Exhaustion**: يعبر عنها بالإحباط واليأس والشعور بالعجز والاكنتئاب والحزن والتبلد ... و كذا العدوانية.

❖ **مرحلة الإنهاك العقلي Mental Exhaustion** : يميزها الشعور بالدونية وعدم الكفاءة وعدم الشعور بالرضا عن النفس وعن العمل بصفة خاصة و الحياة عامة والتشاؤم والانفصال الانفعالي فيشعر الفرد أنه مستنزف يحترق من الداخل أو ما أسماه بيريني " أزمة التكيف" (Bernier, 1995 : 9). تشير أغلب الدراسات إلى أن الاحتراق النفسي يحدث فقط من خلال نشاط مهني فهو يتعلق بالعمل على وجه التحديد وليس كما هو الحال بالنسبة للضغط ، و في الأصل وصفته تلك الدراسات بأنه الاستنزاف الخاص بالعاملين في المهن الاجتماعية والصحية حيث يتوجه النشاط تجاه الآخرين أما اليوم فترتبط هذه الظاهرة بجميع المهن (Grebout , 2008 : 104-105).

* في الفرنسية تمت ترجمة هذا المصطلح إلى usure أو épuiement فيما يميل البعض لاستخدام مصطلح karoshi هو ما يعادل في اليابانية المصطلح الأنجلوسكسوني Burnout ويعني " الموت عبر التعب في مكان العمل " ويشير إلى حالة الإرهاق التي يمكن أن تؤدي إلى الانتحار والموت وحسب هذه المتلازمة " الموت من الإرهاق " هو الدرجة المطلقة من الاحتراق النفسي.

6- مصادر الضغط النفسي :

الحقيقة أن أي مجتمع إنساني لا يخلو من الضغوط لكن تعقد الحياة جعل من مصادر الضغط متعددة تنشأ من تفاعل عناصر حياتية ووجودية كثيرة نتيجة تفاعل الفرد مع البيئة التي يتعايش معها وما يترتب عن هذا التفاعل من كثرة المطالب والتحديات التي تتطلب من الفرد الاستجابة لها ويسبب ذلك في ظهور حالة من الشعور السلبي وتهديد الذات نظراً لشعوره أن استجاباته غير كافية أو ملائمة ، وقد حدد ميلر (1979) Miler مصدرين للضغط هما : الضغوط الداخلية كالطموحات والأهداف في مقابل الضغوط الخارجية كالضوضاء والزلازل و ضغوط القيم والمعتقدات والصراع بين العادات والتقاليد الاجتماعية التي يتمسك بها الفرد و بين الواقع (حسين وحسين ، 2006 : 38) وفي نفس الاتجاه يشير لازاروس و كوهين أن الأفراد يتعرضون إلى نوعين من العوامل الضاغطة: المتطلبات البيئية التي تشمل الأحداث الخارجية الأسرية والاجتماعية والاقتصادية التي يواجهها الفرد في حياته و تتطلب منه التوافق معها و المتطلبات الشخصية التي تشمل طموحاته وأهدافه وقيمه ويعتبران أن هناك ثلاث مصادر أساسية مسببة للضغوط (عبد المعطي ، 2006 : 40) هي:

◀ **المصدر الأول:** يشمل الأحداث المفاجئة والقوية التي تؤثر في أعداد كبيرة من أفراد المجتمع كالحروب والكوارث الطبيعية و الأزمات الاقتصادية.

◀ **المصدر الثاني:** يشمل أحداثاً مشابهة لأحداث المصدر الأول في كونها مفاجئة وقوية إلا أنها تختلف عنها من حيث تأثيرها على عدد قليل من الأشخاص ومنها أحداث المرض والفشل والوفاة.

◀ **المصدر الثالث:** يشمل المشكلات اليومية المستمرة والمزمنة التي يكون الفرد خلالها متوافقاً مع البيئة بمستوى معين ولكنه غالباً يعاني من تأثيراتها على المدى الطويل كالمشكلات الزوجية أو مشكلات العمل والدراسة وغيرها.

بالتالي قد تكون بعض مسببات الضغط مزمنة كالضوضاء والازدحام والفقر وانعدام فرص الحصول على الرعاية أو حادة مثل الاعتداءات والحوادث والكوارث الطبيعية فأحداث الحياة اليومية تحمل معها ضغوطاً يدركها الإنسان عندما يسير باستمرار تسارع أحداث الحياة و متطلباتها والمواقف المختلفة في العمل أو التعاملات مع الناس أو المشكلات التي تحتاج إلى درجة أعلى من المسابرة لغرض التوافق النفسي و لا يجد لها حلاً مناسباً .

مصادر الضغط على مستوى الأفراد عديدة فمعظم المواقف الضاغطة هي تلك التي تهدد السلامة الجسدية (المعاناة من مرض خطير أو عجز دائم) ، وقد أشار ألين (1990) Allen أن الضغوط تنشأ نتيجة أحداث تتضمن إعاقة واقعية أو متخيلة لحاجات الفرد وأهدافه قد تأخذ تلك الإعاقة أشكالاً عدة منها الإحباط " Frustration " الناتج عن عدم إشباع حاجة ما والصراع " Conflict " الذي يرجع إلى وجود حاجات متضاربة لدى الفرد ، كما تنشأ الضغوط النفسية عن الشعور بالضييق حين يُتوقع العجز في التعامل مع موقف ما مستقبلاً . وفي هذا الإطار يشير الباحثون الغربيون إلى أربعة مصادر للإحباط في المجتمعات المعاصرة (عسكر، 2003 : 76-78) :

- ✓ الكثافة السكانية : الإدراك الشخصي للحيز الخاص بالفرد أثناء وجوده بين الآخرين ، فالكثافة السكانية العالية يمكن أن تؤدي إلى إشاعة جوٍّ من عدم الأمان وغياب العلاقات الاجتماعية الحميمة نسبياً وازدياد المنافسة وهو ما من شأنه أن يزيد من القلق حول التوقعات الحياتية .
- ✓ التمييز العنصري : يعني أي تصرف سلبي تجاه الاعتقاد الآخرين على أساس الدين ، الجنس الأصل العرقي ، الوضع الاجتماعي ، اللون...الخ
- ✓ العوامل الاجتماعية - الاقتصادية : يمكن أن تكون مصدراً للإحباط لارتباطها بالأساسيات الحيوية ونذكر من هذه العوامل البطالة ، التضخم ، الركود الاقتصادي ، ارتفاع الضرائب...الخ
- ✓ البيروقراطية : تشير إلى الروتين والعلاقات غير الشخصية وهي من الأسباب التي تؤدي إلى انخفاض الدافعية والرضا الوظيفي .

فيما يرى كارباريانو Carbariano أن الاضطهاد النفسي هو أشد مصادر الضغط تأثيراً لدى الأفراد لأنه يتضمن أموراً سلبية على الحياة النفسية (لوكيا ، 2002 : 16) هي: الرفض والتقييم السلبي مما يؤدي إلى تقييم سلبي للذات والتجاهل والتعجيز الذي يحدث عبر مطالب غير ثابتة و العزل الذي يعني منع الفرد من الاتصال بالآخرين والإفساد الذي يحدث عند اشتراك الفرد في أعمال غير اجتماعية تسبب له إرهاقاً نفسياً . و من خلال ما سبق يتضح أنه من الصعب حصر كل مسببات الضغط لدى الأفراد نظراً لاختلاف الظروف الاجتماعية والخصائص الفردية التي تعد عاملاً فارقاً بين من هم أكثر تعرضاً للضغوط ومن هم أقل تعرضاً لها يصنف الباحث مصادر الضغط النفسي في هذه الدراسة إلى ستة مصادر:

6-1- العوامل الاجتماعية والاقتصادية : تؤدي أحداث الحياة دورا مهما في الضغط النفسي لاسيما تلك التي تتضمن تغيرات مفاجئة منشؤها مثيرات تكمن في طبيعة البناء الاجتماعي والسياسي و الاقتصادي (الرشيدي ، 1999 : 11) ، فبعض الخصائص الموقفية التي ينظر إليها من قبل الأفراد على أنه من الصعب تحملها و المرتبطة بظروف المعيشة و البيئة الاجتماعية والمستوى الاجتماعي و الاقتصادي و العرق و غيرها ... تؤدي إلى حالة من الصراع الداخلي (Bruchon-Schweitzer, 2002, 294). وقد أكدت الكثير من الدراسات أن الفئات السكانية المهاجرة أو المغتربة أكثر عرضة للاضطرابات النفسية نظرا للاختلاف الثقافي والظروف الاقتصادية في المجتمع الجديد والضغوط الممارسة على هذه الفئات قصد أقليمتها ، كما أن التغيرات الاجتماعية تتجم عن التطور الصناعي و التغيرات الاقتصادية السريعة و مظاهر البطالة و انخفاض الإنتاج و عدم عدالة توزيع الدخل والتفاوت الطبقي التي يترجم تأثيرها في شكل هشاشة وإحباط عند الأفراد . ويؤكد الكثير من الباحثين على ازدياد معدل الاضطرابات العقلية و مرض السكري والأزمات القلبية وارتفاع ضغط الدم المصاحبة لعدد من الأحداث الاجتماعية والسياسية على غرار الصراعات الداخلية والحروب الأهلية ، و تشير دراسات أخرى أنه بالتوازي مع ذلك تطرح الأحداث على المستوى المحلي والعائلي انعكاسات واضحة على الصحة الجسمية والنفسية للأفراد (Stora , 1991 : 25-27).

6-2- البيئة الطبيعية (الفيزيائية) : تعتبر واحدة من مسببات الضغط النفسي لما تحتويه من ضغوط الغلاف الجوي و التغير في المناخ و في درجة الحرارة و التلوث و طبيعة التضاريس و شح الموارد الطبيعية و الكوارث الطبيعية كالزلازل و البراكين و الأعاصير والأوبئة والازدحام السكاني في القرى والأحياء الشعبية وقلة الخدمات و ضيق السكن وضعف الإضاءة... الخ

6-3- الضغوط الأسرية : تشكل بعواملها التربوية ضغطا شديدا على رب الأسرة و أثرا على التنشئة الأسرية ، فمعظم الأسر التي يحكمها سلوك تربوي متعلم ينتج عنه التزام و إلا اختل تكوين الأسرة و تفتتت معايير الضبط فيها مما ينتج عنه تفككها في حالة ما إذا ما اختل سلوك أحد الوالدين (الغريز و أبو السعد ، 2008 : 30) ، إذ يمكن للعلاقات أن تكون مضطربة نتيجة مشاكل نفسية أو عضوية (Bruchon-Schweitzer, 2002, 294). و تتراوح تلك المشاكل بين الظروف الحادة غير المتوقعة (كل تغير مفاجئ يهدد توازن الفرد و استقراره الانفعالي) و بين الضغوط التي تسببها طبيعة البيئة المنزلية و أحداث الحياة اليومية و أسلوب حياة الفرد.

وأكدت دراسات ساندلر (1973) Sandler و هربورغ وزملائه (1988) Harburg & al. أن الضغط قد ينجم عن أسباب متعددة داخل الأسرة مثل المشكلات المتعلقة بغياب أحد الوالدين أو طلاق أو انفصال أو مرض أحد أفراد الأسرة مرضا خطيرا أو إعاقة شديدة أو الصراعات حول تربية الأبناء وكلها عوامل تتسبب في عدد من الاضطرابات النفسية (شكير ، 2002 : 177) .

كما قد تنشأ الضغوط الأسرية من خلال الصراع بين دور الشخص الأسري و دوره في العمل أو محاولته القيام بأدوار متعددة في الوقت نفسه و ما ينتج عنها من مشكلات حول توقعات أعضاء الأسرة ، ومن الدراسات المبكرة التي أجريت في هذا المجال تلك الدراسة التي أجراها شولر وبييرلين (1978) Schooler & Pearlin على عينة من 2300 شخصا ووجدوا أن الأفراد الذين أقرؤا بأنهم يعانون الضغط المزمن المرتبط بعلاقاتهم الزوجية أو الوالدية وما يؤدون من واجبات منزلية كانوا أكثر عرضة للمعاناة النفسية (تايلور ، 2008 : 392) .

4-6- العوامل الذاتية : يختلف إدراكنا العوامل الضاغطة تبعا للفروق الفردية التي تلعب دورا كبيرا في تحديد إدراكنا للأحداث الضاغطة و استجابتنا لمسبباتها ، فالإدراك هو تلك العملية العقلية التي يتم من خلالها ترجمة المثيرات الحسية الموجودة في العالم الخارجي وإعطائها معنا وتفسيرا يتناسق مع صورة الذات بكل مكوناتها (عبد القوي ، 1995 : 107) و قد قسم باين (1988) Payne الفروق الفردية إلى ثلاث مجموعات :

✓ الخصائص الوراثية : وتضم البنية الجسمية ، الجنس ، درجة الذكاء ...

✓ الخصائص المكتسبة: تشمل متغيرات خاصة بالطبقة الاجتماعية ، مستوى التعليم ، السن وغيرها.

✓ خصائص الطبع : تضم عددا من المتغيرات كسمة القلق العصابية والانبساط ، نمط شخصية أ/ب

تقدير الذات ، صورة الذات ، مصدر الضبط ، المرونة و أسلوب المواجهة.

و بالتالي تكون الخصائص الشخصية للفرد مسؤولة عن تحديد مستوى معاناته من الضغوط و ردود أفعاله نحوها ، فهناك أشخاص يتحملون درجة عالية من الضغط و آخرون ينهارون عند أقل درجة منه مما يشير إلى أن الضغوط تنتج عن اختلال في الجوانب المعرفية العقلية يؤدي إلى التشوه الإدراكي و الاختلالات الوظيفية العقلية (قصور التفكير والاستنتاج والاستدلال والتذكر) وقد يرجع ذلك إلى عدد من العوامل الجسمية أو النفسية.

6-4-1- الضغوط الجسمية : تنشأ عن الإسراف في إجهاد الجسم مما يؤدي إلى اختلال بنية واحد من أعضائه أو قصور في الوظائف البيولوجية والاضطرابات الهرمونية و ما يصيب الجهاز الدوري و التنفسي من أمراض و بعض المشاكل الصحية الأخرى كالتعرض لعمل جراحي أو إعاقة إضافة إلى صعوبات النوم و سوء استخدام الأدوية و العقاقير و الطعام أو اختلال النظام الغذائي و الآثار الصحية و العضوية السلبية التي تنتج عن أخطائنا السلوكية في نظام الأكل أو النوم أو العمل أو التدخين أو التعرض للملوثات (عبد الستار ، 1998 : 131) .

6-4-2- الضغوط المرتبطة بالشخصية: يرى ايزنك Aizenk أن العلماء حتى ثمانينات القرن العشرين تعاملوا مع مفهومي الشخصية والضغوط كما لو كانا منفصلين لكنهما في الحقيقة مرتبطين معا ذلك أنه لا يمكن فهم الضغوط النفسية دون تحديد خصائص الفرد الذي يكون في موقف ضاغط (عبد العزيز ، 2010 : 179) . لهذا تُجمع الدراسات الحديثة على اعتبار شخصية الفرد عاملا وسيطا في العلاقة بين ضغوط الحياة ونتائجها على الصحة النفسية والجسدية ، وفي هذا الإطار يذكر عسكر مجموعة أنماط تسهم سلبا أو إيجابا في الضغوط الواقعة على الفرد (عسكر، 2003 : 155-170):

◀ **الصلابة النفسية :** تشير إلى مجموعة من السمات تساعد الفرد في توقع الأزمات والتغلب عليها وتلعب دورا في تخفيف آثار الضغط فتجعل منه مصدر إثارة ودافعا للإنجاز ، حيث أكدت الدراسات أن من يتمتعون بالصلابة النفسية يتميزون بدرجة عالية من الالتزام و اعتقاد قوي بما يقومون به مع غياب شعور الاغتراب أثناء تأدية المهام المطلوبة منهم ودرجة عالية من التحدي و التحكم في أمورهم الحياتية مع إدراك شخصي لقدرتهم على التحكم في مسرات ومضرات الحياة .

◀ **الكفاية الذاتية :** لا تقتصر حسب باندورا على امتلاك الأفراد مهارات سلوكية متنوعة بل تشمل أيضا الثقة والاعتقاد بالكفاية ، وتؤكد الدراسات أن ذوي الدرجات العالية من الكفاية الذاتية يواجهون المواقف الضاغطة بدرجة منخفضة من الاستثارة الفزيولوجية (مستوى أقل من الأدرينالين في الدم) .

◀ **مفهوم الذات :** يشير إلى الصورة الكلية (الأفكار والمشاعر) التي يحملها الفرد عن نفسه و تتكون عبر تفاعله مع محيطه الاجتماعي الذي يسمح له بإدراك صورته عن ذاته في المواقف المختلفة .

◀ **القلق :** تبين البحوث أن اضطراب القلق يزيد من شدة حساسية الأفراد وميلهم لتضخيم الأمور والمواقف التي يخبرونها مما يسبب لهم قلقا أكبر ويجعلهم يتأثرون بدرجة أعلى بمصادر الضغط .

◀ **التفاؤل:** يشير كارفر و شاير Carver & Sheier أن الأفراد الذين يتسمون بالنزعة التفاؤلية غالبا ما يمتلكون وسائل للتعامل مع المواقف الضاغطة مقارنة بأصحاب النزعة التشاؤمية كما يخبرون أعراضا بدنية ونفسية سلبية أقل ، فالفرد الذي يكوّن اتجاهها إيجابيا نحو مختلف العوامل البيئية غالبا ما يمتلك درجة تفاؤل عالية فيما يتعلق بمردوده النفسي والمادي .

◀ **نمط الشخصية Type (A/B/C) Behavior Pattern:** جلب هذا العامل اهتمام الباحثين وهم يحاولون فهم تأثير الضغوط على الصحة النفسية والجسدية ، ويعود شيوعه إلى منتصف القرن العشرين وخاصة إلى جهود الطبيبين فريدمان و روزنمان M Friedman & R Rosenman من خلال أبحاثهما حول مرضى القلب ، حيث توصلا إلى تحديد نمطين للشخصية (أ و ب) فيكون الأفراد ذوي النمط أ أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب وارتفاع الضغط والأرق والتوتر والعصبية وعدم الاستقرار النفسي (حسين وحسين: 2006 ، 595) ، ويشير كونسولي (2001) Consoli إلى أن السمة المميزة لهؤلاء الأفراد هي النظرة السلبية للعالم والآخرين والتي تتسبب في استجابات العدائية أو ما يسمى "العداء الساخر" فهم يميلون إلى خلق جو من الصراع حولهم عوض تلقي الدعم الاجتماعي الذي يحتاجون إليه من محيطهم (39-38: Consoli , 2001) . وذلك من خلال عدد من الصفات التي يتسمون بها (شكري ، 2006 ، عسكر ، 2003 ، عثمان ، 2001):

جدول رقم 03 : يوضح مقارنة بين نمطي الشخصية (أ) و (ب)

نمط الشخصية (ب)	نمط الشخصية (أ)
الميل إلى الحياة الهادئة وتأدية الأعمال ببطء وهدوء.	مستوى طموح شخصي واجتماعي عال .
يفضل أداء كل مهمة على حدة.	رغبة عالية في الإنجاز والنشاط المستمر وإن كان بدون أهداف محددة .
الصبر والارتياح والاسترخاء الطبيعي	درجة عالية من الدافعية وحب المنافسة مع أنفسهم والأخرين والسباق مع الوقت .
عدم القدرة على العمل تحت الضغط.	القيام بأكثر من عمل في وقت واحد .
متعاون ويحب العمل الجماعي .	الافتقار إلى الصبر والاتزان الانفعالي
لا يتنافس مع نفسه ومع الوقت.	يتصفون بالهجوم والتسلط والتوتر والغضب وقلة التحمل
	تحريك الذراعين بشكل واضح عند الحديث .
	يجدون صعوبة في قول (لا) .
	يدفعون الآخرين للإسراع في حديثهم ويحاولون تحويل دفة الحديث تجاه وجهة نظرهم .

يمكن القول أن الدرجة العالية من البحث عن التنافس و الحاجة للاستثارة والإنجاز عند ذوي النمط أ تطرح مشكلة في زيادة الحمل واختلال طاقات التكيف لديهم ، حيث تشير الدراسات إلى ارتباط تلك السمات مع رغبة هؤلاء للتحكم في البيئة المحيطة ، و وفق جلاس (1977) Glass فإن سلوك هؤلاء ما هو إلا سلوك تكيفي لمواجهة مواقف الضغط فهؤلاء الأفراد يشعرون بالتهديد و عدم الأمان في حالة فقدانهم السيطرة في موقف ما لذا يعملون جاهدين للحفاظ على التحكم وقوة الحاجة لديهم تؤدي إلى خبرات متكررة من العجز والإحباط استجابة لمواقف الحياة الكثيرة التي يصعب التحكم بها و بعبارة أخرى كلما ارتفعت درجة الفرد على النمط أ ارتفعت الدرجة الدالة على الرغبة في التحكم كوسيلة للتخلص من الضيق النفسي الناجم عن استثارة الجهاز العصبي الذاتي (عسكر، 2003: 164).

إضافة إلى ما سبق فقد كشفت الأبحاث السيكوسوماتية والوبائية عن وجود نمط آخر للشخصية هو النمط (C أو ج) الذي يرتبط حسب السيكوسوماتيين بعدم قدرة الفرد على التعبير عن انفعالاته لوجود صراع قديم غير محلول أو فقدان الموضوع فيتميز هؤلاء بحياة هوائية فقيرة و تفكير عملي والتقاني المفرط والشعور بالذنب والميول الاكتئابية ، كما كشفت الدراسات الوبائية من جانبها (Temoshok et al., 1990; Contrada et al., 1990) جملة معقدة نسبيا من الميزات تنطوي على صعوبة في تحديد و التعبير عن المشاعر السلبية (الغضب والقلق) مع أفكار اكتئابية كامنة (العجز ، انخفاض تقدير الذات ، اليأس وفقدان التحكم) ، و عكس ذوي النمط أ فإن ذوي النمط ج صبورون و قادرين على تقبل الصعوبات المرتبطة بعامل الوقت كما يفضلون الابتعاد عن المنافسة. أما على الصعيد الإكلينيكي فيؤكد كونسولي أن أصحاب النمط ج يكونون أكثر عرضة للإصابة بالأمراض المناعية خاصة السرطان أو ما يوصف بـ "Cancer-prone" (Boudarene , 2005 : 24) (Bruchon-Schweitzer , 2001 : 12).

5-6- الضغوط الأكاديمية والمهنية Social & Economic Stressors : إن الظروف المتعلقة بالدراسة وما يطرأ خلالها من تغيرات في حياة الفرد كالسفر و التغيير في المدرسة و الأنشطة الاجتماعية و في عادات النوم والأكل و مشاكل التكيف مع الأساتذة و الزملاء من أهم مصادر الضغوط النفسية (المشعان، 2000 : 519) ، بسبب عدم إشباع الحاجة إلى التحصيل أو الإنجاز و الشعور بالإحباط الناشئ عن وجود ظروف بيئية و أشخاص لا يُيسرون للفرد النجاح بين الأقران (الرشيدى، 1999:72) .

إضافة إلى ذلك يشير الباحثون إلى عدد من المشكلات المسببة للضغوط مثل صعوبات التعلم وصعوبة التركيز والخوف من الامتحانات فضلا عن الفشل في الامتحانات و صعوبات التكيف مع قوانين المدرسة و التحكم في الوقت والخوف من النقد والعقاب ، فالتقويم السلبي من قبل الآباء و المدرسين أو الأقران قد يكون سببا من أسباب الضغط (الطيري ، 1994 : 47) .

أما مصادر الضغوط المهنية فهي متعددة من وجهة نظر علماء الإدارة و السلوك التنظيمي حيث يعتبر فرانش و آخرون (French & al.(1982) أن الضغط المهني ظاهرة مركبة من مجموعة متنوعة من المكونات المرتبطة بالفرد و بالوظيفة صنفها ماكجراث Mc Grath إلى ثلاث مستويات:

- ✓ ضغوط ناتجة عن البيئة المادية : ويتعرض لها العامل داخل المنظمة أثناء تأديته وظيفته وتتضمن مصادر متنوعة نفسية أو اجتماعية ناتجة عن مستوى الاستخدام الذي تعمل به المنظمة.
- ✓ ضغوط ناتجة عن البيئة الاجتماعية : أي تنشأ من خلال تفاعل العامل مع زملائه .
- ✓ ضغوط ناتجة عن الخصائص الشخصية للفرد : كالقلق و الأساليب الإدارية.

وعموما يقسم الباحث مصادر الضغوط المهنية إلى ثلاثة أقسام :

6-5-1- مصادر متعلقة بالمناخ التنظيمي: تشمل جملة المعتقدات والقيم والممارسات السائدة التي تطورت واستقرت وأضحت سمة تميز المنظمة عن غيرها وتحدد المسار الذي يتبعه العاملون في عملهم وتعاملهم وما ينبغي عليهم الالتزام به (هيجان ، 1998 : 60-61) و من بين هذه المصادر نذكر:

- ❖ **أهداف المنظمة و استراتيجياتها :** التي تؤثر على نمط التسيير و السياسة التي تتبناها المنظمة فقد تبين أن نظم الرقابة الصارمة وانعدام العدالة في نظام الأجور والترقيات... الخ كلها عوامل تزيد من احتمال تعرض الأفراد للضغط المهني .
- ❖ **العمليات التنظيمية:** تتمثل في جملة الممارسات التي تهدف إلى توجيه وتنسيق جهود الأفراد نحو تحقيق أهداف المنظمة ومن بينها يذكر بريف وزملائه (Brief & al (1981) الاتصال السيئ أو التغذية المرتدة غير الملائمة حول الأداء ، غموض الأهداف قصور برامج التدريب ...
- ❖ **حجم المنظمة:** تتسع الفجوة بين الإدارة و العاملين بازدياد عدد أفراد المنظمة فتتضاعف مشاكل التنسيق و الرقابة و يزداد العبء على قنوات الاتصال مما يزيد من حدة الضغوط المهنية.
- ❖ **الهيكل التنظيمي :** حيث يؤثر موقع الفرد في الهيكل التنظيمي في حجم المسؤوليات الموكلة إليه.

❖ **العلاقات بين جماعة العمل:** يجمع الباحثون على أن العلاقة الوطيدة بين أعضاء جماعة العمل تعتبر عاملاً محورياً في تحقيق الصحة النفسية للعمال (الموسي و إدريس، 2002 : 534) يترتب عليها حسب فونتانا (1989) Fontana توثيق العلاقات بين الأفراد وتعميق الثقة و زيادة تقدير الفرد لذاته وتعزيز القدرات الابداعية و رفع مستوى الانتاجية و الرضا الوظيفي (هيجان ، 1998 : 125) . و توضح ماجدة العطية أن بعض الإداريين يتسببون في خلق ثقافة تنظيمية تتميز بالضغط والخوف والقلق ويفرضون ضغوطاً غير واقعية للإنجاز خلال فترة زمنية قصيرة ويستخدمون أساليب السيطرة الشديدة ويطردون العمال الذين لا يكون إنجازهم بمستوى المعايير المحددة (العطية ، 2003 : 343) . فيما يذكر لوثنانز (1992) مجموعة من العوامل المسببة للضغوط مصدرها جماعة العمل تتمثل في : افتقار الفرد لدعم الجماعة وعدم تماسكها وتباين معاييرها مع قيم الفرد وكذا التنازع والصراع بين أفرادها أو وجود شخصيات عدائية و مشاغبة في العمل (حريم ، 1997 : 99) .

❖ **ضغوط الدور:** يشير بارون (1999) أنه عندما يشغل الفرد دوراً معيناً يكون حوله بعض التوقعات و مع تفاعله مع من يشغلون الأدوار و الذين يتوقعون منه أموراً مختلفة عن توقعاته و قد يؤدي مثل هذا التعارض في التوقعات إلى ظهور مشكلات أخرى (بارون، 1999 : 240) تمثل الصعوبات التي يواجهها الفرد حين يتسم دوره المهني بالصعوبة أو الغموض أو عدم وضوح المسؤوليات أو عدم شعوره بأهمية ما يوكل إليه من عمل أو أن يطلب منه السرعة في العمل مع أقل قدر من الأخطاء (عثمان ، 2001) ومن أهم مسببات الضغط المهني المتعلقة بالدور نذكر :

أ- **غموض الدور Role Ambiguity :** عرفه كاهن وزملاؤه Kahn & al. (1964) بأنه فقدان الوضوح لدور الفرد في العمل و في أهدافه و مسؤولياته ويكون ذلك عندما لا يتوفر للعامل معلومات كافية حول طبيعة ومسؤوليات مهنته و سياسة وقواعد المنظمة وطرق تقييم الأداء وغيرها مما يترتب عليه ارتباك الفرد وشعوره بالضغط وعدم الرضا عن العمل (بلال ، 2005 : 56) .

ب- **صراع الدور Role Conflict :** يقصد به تعرض الفرد لمجموعتين من توقعات الدور في آن واحد والامتثال لإحدهما يجعل من الصعب الامتثال للآخرى ، و كثيراً ما تكون هذه التوقعات متضاربة بحيث يواجه الفرد العديد من طلبات العمل المتناقضة أو يقوم بعمل لا يرغب فيه أو يعتقد أنه ليس جزءاً من مهامه أو خارج عن إرادته أو عدم مشاركته في اتخاذ القرار أو الغموض الذي يجده في فهم معايير تقييم الأداء والتقدم المهني (محمد ، 1992 : 34) ويتخذ هذا الصراع عدة أشكال :

- ✓ صراع المرسل الواحد للدور: ويحدث عندما يطلب رئيس العمل القيام بواجبين متعارضين.
- ✓ الصراع بين مرسلي الدور: يحدث عندما تتعارض توقعات أعضاء مجموعة الدور مع بعضها البعض تجاه دور معين.
- ✓ صراع تعدد الأدوار: عند قيام الفرد بأدوار مختلفة ومتعددة خلال حياته.
- ✓ صراع الدور الشخصي: عندما تتعارض توقعات الآخرين مع القيم التي يتمسك بها القائم بالدور.
- ✓ صراع الإفراط في الدور: تكون هناك توقعات من جهات متعددة لا يستطيع الفرد الاستجابة لها ويرتبط هذا النوع بضغوط الوقت .

ج - أعباء الدور: سواء تضمن العمل زيادة **Role Overload** أو نقصانا **Role underload** في الدور الذي يقوم به الفرد ، وقد بينت دراسة فرانش و كابن أن من يتعرضون لعبء عال من العمل يميلون للتدخين والإصابة بأمراض القلب (بلال ، 2005 : 59) . وقد يكون ذلك كميّاً أي تحميل الفرد أعباء أكثر من طاقته أو نوعياً و هو أن العمل يتطلب مهاما صعبة التحقيق بالنسبة للعامل أما انخفاض عبء الدور فيشير على أن العامل لديه عمل غير كاف لاستيعاب طاقاته وإمكاناته واهتماماته مما يؤدي إلى انخفاض الأداء وشعور بالملل وعدم الارتياح (هيجان ، 1998 : 177).

6-5-2- مصادر مرتبطة بالفرد : إن الحديث عن مصادر أو مسببات ضغوط العمل لا يمكن أن يتم بمعزل عن فهم الفرد ذاته و ردود أفعاله تجاه المؤثرات التي يتعرض لها سواء داخل نطاق العمل أو خارجه وتأثيرها على أدائه سلباً أو إيجاباً ، و هناك مجموعة من المسببات تتعلق بجوانب شخصية الفرد (نمط الشخصية ، مستوى القلق ، القدرة على التكيف مع التغير ، الدوافع ، السمات السلوكية ...) و وضعيته الأسرية (مشاكل زوجية - مشاكل مع الأبناء) و الاقتصادية كإنفاق العامل أكثر من إيراداته و عدم تمكنه من إدارة أموره المالية .

6-5-3- مصادر متعلقة ببيئة العمل : تتمثل في الضغوط الناتجة عن افتقار بيئة العمل المادية إلى عوامل السلامة و الراحة الجسمية للعاملين كازدحام مكان العمل و الضوضاء و ارتفاع درجة الحرارة أو انخفاضها ، و في دراسة أجراها بروك R Bruke اتضح منها أن بيئة العمل و ما تتمتع به من كفاءة أو ضعف في التجهيزات والتهوية و تعطل أجهزة العمل تؤثر على مستوى الضغط النفسي (الطيري، 1994 : 48) .

7- نتائج الضغط النفسي :

يعتمد احتفاظ الفرد بتوازنه النفسي الجسدي أمام الضغوط بدرجة كبيرة على تكيفه بطريقة معقولة مع التغيرات وأن أي خلل يمس هذا الجانب يؤثر في توازن الفرد النفسي والعضوي فوجود درجة معينة من الضغط يعد عاملاً محفزاً وصحياً حيث يعمل على تنشيط قدرات الفرد وتحفيز أجهزة الجسم وطاقاته على أداء أمثل ، لكن حينما تشتد الضغوط تؤثر بصورة مباشرة وفعالة تؤدي إلى اضطراب في علاقة الفرد مع أجهزته الداخلية أولاً ثم مع بيئته الخارجية ثانياً لذلك تظهر نتائج الضغوط على عدة مستويات تتداخل فيما بينها لتكوّن استجابات الفرد التي قد تصل إلى درجة المرض في حالة ما إذا زادت عن قدرة التحمل وفيما يلي نتطرق إلى هذه المستويات :

7-1- المستوى الفزيولوجي العصبي :

اهتم الكثير من الباحثين في السنوات الأخيرة بدراسة تأثير العوامل الضاغطة على مختلف أعضاء الجسم سواء من خلال الأعمال المخبرية التجريبية أو المعاينات في الحياة العادية ، ويعود الفضل في أول الأمر إلى أعمال كل من كانون عبر إثباته دور الأدرينالين والجهاز السمبثاوي في الانفعال و سيللي الذي اهتم بدراسة الغدة الكظرية و إفرازاتها مما فتح الطريق خاصة مع بداية الثمانينات أمام دراسات أخرى توصلت إلى أن العوامل التي تشكل تهديداً للفرد تترك آثاراً فزيولوجية . ثم بدأت الاكتشافات حول الميكانيزمات المؤثرة في مواجهة الضغوط حيث أصبح من المعروف أن هناك ثلاثة أجهزة رئيسية تلعب دوراً في الاستجابة للضغط (Lño & al. , 2003 :19) هي :

أ- المحور الودي - الأدريناليني (SAM) Sympatho-Adrenomedulary Axis : الذي يلعب دوراً مهماً خلال المرحلة الأولى من تعرض الجسم للخطر أو ما يسمى بالاستجابة السريعة للعامل الضاغط ويضم لب الكظر والجهاز العصبي الودي .

ب- المحور تحت المهادي - النخامي - الكظري (HPA) Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis : المسار الثاني لاستجابة الضغط يأخذ وقتاً أطول من سابقه حيث يعمل على زيادة تدفق الهرمونات السكرية حوالي 10 دقائق بعد التعرض للضاغط.

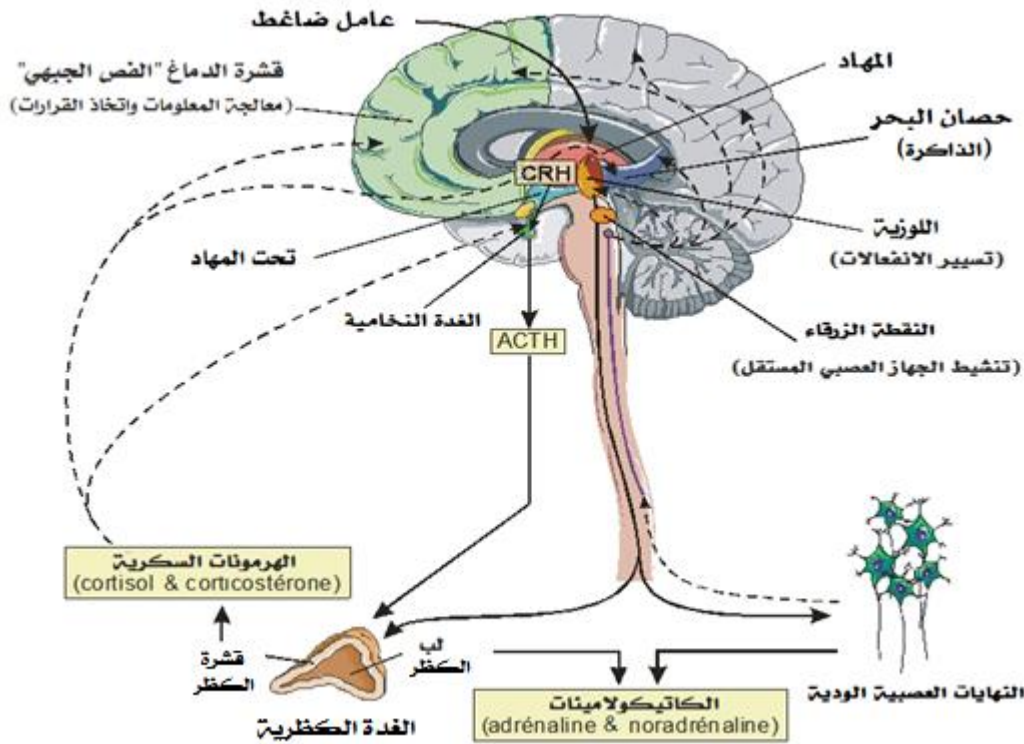
ج- الجهاز العصبي المركزي : ترتبط هذه المسارات بمراكز عصبية مهمة فهي تلعب دوراً في استجابات التكيف وأهمها :

❖ القشرة الدماغية Cerebral cortex : التي تقوم بالوظائف العقلية العليا مثل التفكير والتذكر والإدراك وهي الجزء المسؤول عن تجميع المعلومات الواردة عبر إحدى الحواس أو أكثر وتفسير أهميتها بناء على خبرات وذاكرات عن أحداث سابقة .

❖ الجهاز الطرفي Limbic system (اللوزية Amygdala والحاجز Septum وحصان البحر Hippocampus): ويشترك هذا الأخير مع قشرة المخ في تفسير المعلومات القادمة من أعضاء الحس حيث يهتم بالوظائف الضرورية للحياة كوظائف الذاكرة و النوم و تنظيم ضربات القلب و التنفس و ضغط الدم وفي تنظيم العمليات المكانية و به جزء آخر يختص بالانفعالات الأساسية .

❖ التكوين الشبكي في جذع الدماغ:

❖ المهاد التحتي Hypothalamus : يقوم بالعديد من الوظائف الهامة فهو الذي ينظم الغالبية العظمى من هرمونات الغدة النخامية الأمامية عن طريق الأوعية الدموية التي تربط بينهما كما أنه مسؤول عن التحكم في نشاط الجهاز العصبي المستقل التلقائي.



شكل رقم 4 : الضغط النفسي والنشاط العصبي للدماغ

على مستوى المسار الأول (SAM Axis) يرتبط نخاع الكظر Médullosurrénale بأعصاب ودية تخرج من النخاع الشوكي و تخضع لتأثير الجهاز الودي الذي يستتار بدوره عن طريق الهيبتوتالاموس فتحرر الأعصاب الودية مادة الأستيل كولين Acétylcholine الذي يرتبط بمستقبلات الأستيل كولين في غشاء خلايا نخاع الكظر التي تفرز بدورها الكاتيكولامينات Caticolamine (الأدرينالين والنورادرينالين) Adrénaline & Noradrénaline وهذا في إطار الاستجابات قصيرة الأمد التي تستلزم تسخير طاقات كبيرة أو الوضعيات الطارئة (مواجهة- هروب) و التي ينتج عنها العديد من المظاهر الفزيولوجية الهادفة إلى تسهيل النشاط العضلي وزيادة الانتباه و الحذر Vigilance (Schwob, 1999: 22-23) مثل :

- ✓ اتساع حدقة العين.
- ✓ ازدياد معدل التنفس واتساع الشعب الهوائية لتوفير نسبة أكبر من الأوكسجين للجسم.
- ✓ ارتفاع معدل نبضات القلب واتساع الشرايين القلبية.
- ✓ زيادة نسبة التمثيل الغذائي للجلوكوز وتحفيز الكبد على إفرازه.
- ✓ تحفيز العضلات الإرادية عن طريق ازدياد نسبة الأوكسجين والسكر فيما تضيق الأوعية الدموية في الجلد والأحشاء.
- ✓ زيادة إفراز الغدد العرقية واللعابية والدمعية.

وتكون نسبة الأدرينالين أكبر في حالات الضغوط نفسية المنشأ كالخوف أو الحالات الاكتئابية والقلق فيما تزداد نسبة النورادرينالين خلال الضغوط الفيزيائية أو الإعياء والعدوانية (Stora , 1991 : 92-93).

يضم المحور الثاني (Axe HHS) على المستوى التشريحي كلا من المهاد التحتي والغدة النخامية بقسميها الأمامي والخلفي وقشرة الكظر "Corticosurrénale" والرابط الأساسي بين هذه المكونات التشريحية الوظيفية هو حسان البحر و اللوزية ، حيث يلعب الجهاز اللمبي دورا هاماً في تنظيم والتعبير عن الحالة الانفعالية و يشترك في تكييف السلوك الاجتماعي والتعلم والذاكرة كما أنه مسؤول عن السلوك الغذائي والجنسي والعدواني فيقوم بدور منظم لعمل الهيبتوتالاموس نظرا لوجود مستقبلات حساسة على مستوى حسان البحر فيعمل على كبحه أو تنشيطه (Boudarene , 2005 : 53).

من ثم يقوم الهيبتوتالاموس من خلال النواة جنب البطينية Paraventricular nucleus (PVN) بإفراز الهرمون المحفز للغدة النخامية Corticotrophin Releasing Factor (CRF) في الدم والذي يسمح بالتأثير مباشرة على الفص الأمامي للغدة النخامية ليصل للغدة النخامية (Servant & al , 1995 : 57- 58) .

ومن ثم يحفز الفص الأمامي على إفراز :

❖ **Adrénocorticotrophine (ACTH)**: الذي يتحكم في عمل قشرة الكظر ويعمل على تركيب الهرمونات

القشرية **Corticostéroïdes** خاصة الكورتيزول **Cortisol** وهرمون **Déhydroépiandrosterone (DHEA)**.

❖ **هرمون النمو (STH / GH)** **Somatotrophine**.

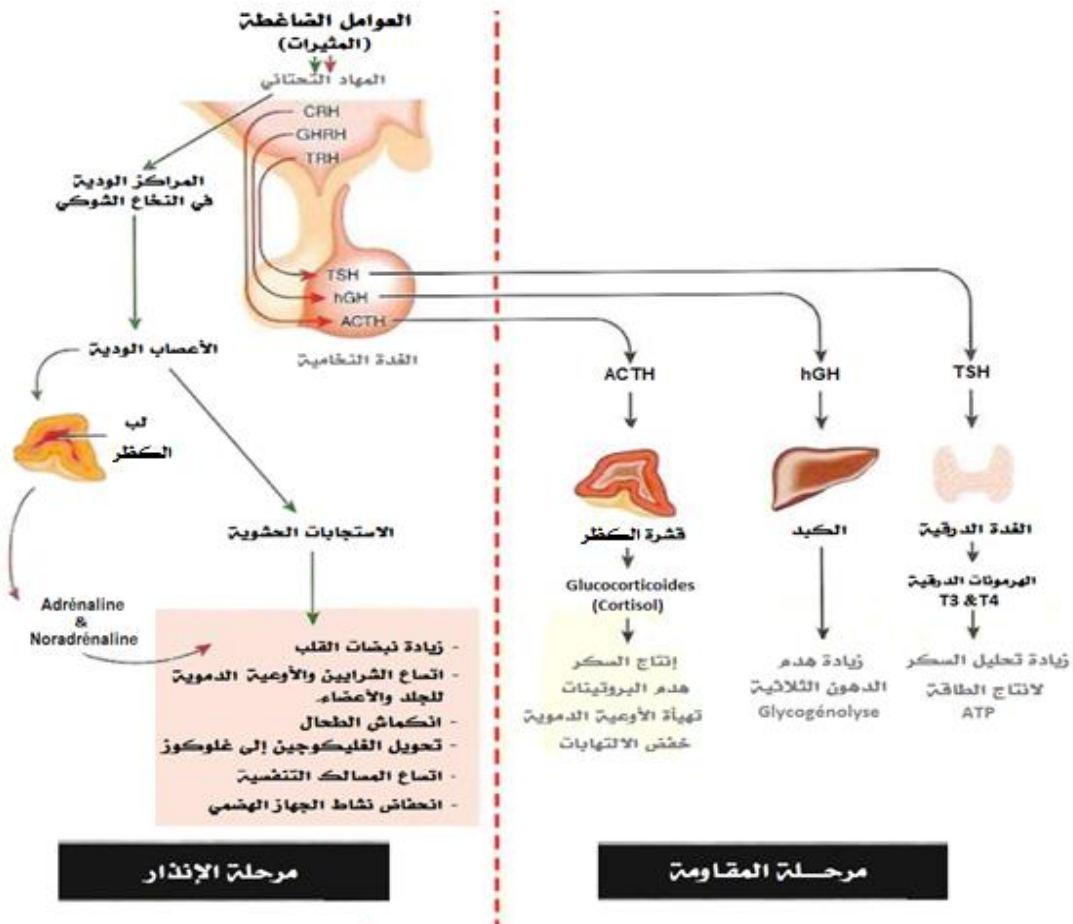
❖ كما يعمل هرمون **(CRF)** على كبح إنتاج البرولاكتين **Prolactine**.

ويضيف جيلمين **Guillemin** أنه بالتوازي مع إفراز **(ACTH)** تفرز الغدة النخامية أيضا هرمون

الأندروفين **Androphine** الذي يعمل على تثبيط نقل السيالات العصبية الحسية الخاصة بالألم الناتج

عن الإصابات أو الصدمات (Lôo & al , 2003 :21) . هذا فيما يقوم الفص الخلفي للغدة النخامية

بإفراز هرمون **Vasopressine (AVP / ADH)** الذي يزيد من ضغط الدم ويقلل من نسبة التبول.



شكل رقم 5 : النشاط العصبي الهرموني خلال التعرض للضغوط

يؤثر هرمون (ACTH) على عمل قشرة الكظر التي تطلق سلسلة من الهرمونات الستيرويدية Stéroïdes المسماة بالهرمونات القشرية Corticostéroïdes والمتمثلة في :

◀ الهرمونات السكرية (الكورتيزول Cortisol و الكورتيزون Cortisone) : تؤثر في عملية أيض السكر والبروتينات حيث تساعد في تحويل الدهون والبروتينات إلى جلوكوز كما تعمل أيضا على كبح الاستجابات الالتهابية و مقاومة الهستامين Histamine ، و تلعب دورا مهما في استجابات الضغط حيث أثبتت الدراسات زيادة إفراز الكورتيزول والكورتيزون في حالات مثل انتظار فحص طبي مهم أو امتحان أو حالات العمل العضلي المكثف ويزداد ذلك عند الأفراد الذين لم يخبروا هذا النوع من الأحداث من قبل (Servant & al. , 1995 :48) .

◀ الهرمونات المعدنية Minéralocorticoïdes (Aldostérone , Corticostérone) : قد تترك تأثيرات سلبية على الأنسجة الضامة كما تسرع من ترسب الدم وتساعد في ظهور أمراض الضغط الدموي وتصلب الشرايين ، وإذا زادت معدلاتها قد تسبب أمراض أخرى كالروماتيزم (Stora , 1991 : 93).

7-2- على المستوى العضوي؛ من خلال النشاط العصبي الهرموني الذي يصاحب تعرض الفرد المستمر للضغوط (الضغط المزمن) تظهر مجموعة كبيرة و متنوعة من الأعراض الجسدية تختلف حسب شدة الموقف و تكراره و أيضا حسب الفروق الفردية فهي غالبا ما تظهر عندما تزداد الضغوط و يصبح من الصعب على الفرد التعامل معها ، فلقد أشار كاربي (1996) J Carpi إلى أن الضغط يُحدث خلافا في أجهزة الجسم يُطلق عليه جملة الأعراض الفزيولوجية (عبد الله ، 2001 : 330) وتشمل (عبد الله ، 2001 ، شيخاني، 2003 ، علي، 1999) :

- ✓ آلام الظهر خاصة في الجزء السفلي منه وآلام العضلات والرقبة والأكتاف والشد العضلي .
- ✓ اضطرابات النوم (الأرق ، زيادة النوم ، الاستيقاظ المبكر...)
- ✓ حموضة المعدة ، غثيان ، غازات ، آلام و تشنج البطن.
- ✓ الإمساك وعسر الهضم والتغير في الشهية أو الإسهال.
- ✓ التوتر العالي وارتفاع ضغط الدم ، تسارع القلب أو عدم انتظامها.
- ✓ عسر التنفس و آلام الصدر.
- ✓ التعرق الزائد.

- ✓ التهابات الجلد وظهور قرحة .
- ✓ جفاف الفم و رعشة الشفتين و تطبيق الفكين واصطكاك الأسنان.
- ✓ برودة الأطراف و تتميل اليدين و القدمين.
- ✓ الصداع بأنواعه (النصفي ، التوترى ، الدوري).
- ✓ ارتفاع مستوى الكولسترول في الدم.
- ✓ اضطرابات جنسية متنوعة .
- ✓ التعب وفقدان الطاقة.
- ✓ صعوبة في الرؤية .

7-3- على المستوى الانفعالي : إن فشل التكيف مع المواقف المتعددة في الحياة يسبب حالة من التوتر

تظهر في عدة أعراض (السيد و فلية ، 2005. عسكر، 2003 . عبد الله ، 2001).

- ✓ الحساسية المفرطة و تقلب المزاج وعدم الثبات الانفعالي مع سرعة الانفعال أو البكاء.
- ✓ الاكتئاب والشعور باليأس ، عدم الرضا ، الملل ، الخمول.
- ✓ فرط التهيج و العصبية والتعبير الحاد .
- ✓ فرط النشاط والعدوانية واللجوء إلى العنف.
- ✓ الشعور بالاستنزاف الانفعالي وعدم القدرة على الاسترخاء والاحتراق النفسي " Burnout " .

7-4- على المستوى السلوكي : إن حالة التوتر والقلق الناتجة عن التعرض لموقف ضاغط تجعل من

الأعراض السلوكية أكثر وضوحا ، ففي سعي الفرد للتخلص من الضغط يلجأ لكثير من السلوكات تتراوح بين السلبية والإيجابية (Lôo & al. , 2003 :39) . قد تؤثر على أدائه وتؤدي إلى اضطرابه

كما تؤثر في الجانب العلائقي و تؤدي إلى اضطراب علاقاته مع الآخرين ويمكن تمييز :

- ✓ الحركات الزائدة وكثرة الشكوى عند الفرد .
- ✓ الميل للوقوع في الحوادث وانخفاض الإنتاجية
- ✓ اضطرابات عديدة في المشي والكلام والأكل والنوم.
- ✓ اللجوء إلى التدخين أو تعاطي الكحول .
- ✓ فقدان الثقة في الآخرين ولومهم والسخرية منهم أو تجاهلهم وتصيد أخطائهم.
- ✓ قد يكون السلوك دفاعيا تجاه الغير أو ببرودة وعدم اهتمام .

خلاصة الفصل :

اهتمت الكثير من الأبحاث ضمن تخصصات متعددة بدراسة الضغوط النفسية باعتبارها ظاهرة إنسانية وبيولوجية واجتماعية ، وعلى الرغم من أن تلك الأبحاث تعطي نتائج مختلفة لكنها تتكامل فيما بينها لتكشف عن الأبعاد المتعددة والمعقدة للظاهرة. و هذا التعدد والتكامل يعود إلى تنوع العوامل التي تنضوي تحتها، فمنها عوامل جسدية ونفسية ومعرفية .

إن التعرض المستمر للضغوط على عدة مستويات سواء كانت داخلية أو خارجية المنشأ يؤدي إلى اختلالات واضطرابات في أداء الجهاز النفسي بسبب عدم القدرة على التكيف أو حالات الوهن أو زيادة غير اعتيادية في الوسواس والقلق واضطرابات هستيرية تعتري الفرد . حيث أن الضغوط تزيد من وطأة تلك الأعراض وتسهم إلى حد كبير في تخلخل التوازن النفسي فيقع الفرد صريع المرض بفعل شدة الضغوط من جهة وللتهيؤ النفسي الداخلي للمرض ، فالعلاقة إذن تبادلية بين الضغوط والأمراض النفسية ومن ثم فهذه الضغوط تسبب بعض الإعياء ثم الإجهاد العصبي والتعب الشديد . إلا أن التعرض للمواقف الضاغطة التي ربما تستمر لزمان ليس بالقليل لا يسبب القلق المزمن فحسب بل يحدث تغيرا في معدلات المرض وقد يؤدي إلى الوفاة في بعض الأحيان .



الفصل الثالث

المرض السيكوسوماتي

- الأصول النظرية و النماذج التطبيقية-

تمهيد.

1- لمحة تاريخية حول علاقة النفس بالجسد ونشأة مفهوم السيكوسوماتيك.

2- تعريف المرض السيكوسوماتي

3- النظريات المفسرة للمرض السيكوسوماتي.

4- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية.

5- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية.

6- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية.

7- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية.

خلاصة الفصل



تمهيد:

إن تقاوم تأثير المواقف الضاغطة وعدم القدرة على مواجهتها والتكيف معها يشكل منطلقاً لسلسلة من العمليات والتغيرات الفيزيولوجية المختلفة التي تهدف أساساً إلى تحفيز أجهزة الجسم على مواجهة المواقف المهددة لتوازنه ، لكن استمرار هذا التأثير من شأنه أن يؤدي إلى ظهور العديد من الأعراض النفسية والعضوية والفكرية والسلوكية كما يمكن أن يزيد من احتمالات الإصابة بأمراض مختلفة أو احتمال الموت المفاجئ . ويشير جارلس وورث وناشان إلى أن نسبة 75% من المرضى المراجعين للأطباء يشكون أمراضاً ناتجة عن الضغوط وتتنحصر تلك الأعراض في القلق والشعور بالذنب والاكتئاب والخوف من المستقبل والعدوانية الزائدة واليأس والانطواء وفقدان الثقة بالنفس... إضافة إلى المشكلات النفسية الجسمية ، إذ تلعب ردود أفعال الفرد تجاه المواقف الضاغطة دوراً في ظهور هذه الأعراض ، فالتنبيهات الهرمونية وإفرازات بعض الغدد ونشاط الجهاز العصبي الذاتي من حيث تأثيرها على أجهزة الجسم الحيوية المختلفة كالجهاز الدوري والهضمي والتنفسي والجلدي قصد تهيئتها ووضعها في أقصى درجات التأهب لمواجهة التهديد يمكن أن تلعب دوراً مناقضاً من خلال إنهاك الجسم وإضعاف قدراته المناعية خاصة بالنسبة للتأثير السلبي للكورتيزون ونحاول في هذا الفصل تقديم صورة عامة عن تاريخ وتطور هذه الاضطرابات .

1- لمحة تاريخية حول علاقة النفس بالجسد ونشأة مفهوم السيكوسوماتيك "Psychosomatic":

شغلت طبيعة العلاقة بين العقل Mind والبدن Body وتأثير كل منهما على الآخر اهتمام الفلاسفة وعلماء النفس والأطباء على مر العصور ، فرغم حداثة علم السيكوسوماتيك إلا أن فكرته تعود إلى عهد الطب الفلسفي ، ويذكر أن هيبوقراط كان يعطي أهمية كبيرة لحياة المريض (صراعاته، طريقة نموه وأحلامه) وأنه استطاع شفاء برديكاس ملك مقدونيا من مرضه الجسدي وذلك عبر تحليل أحلامه . ويعكس ذلك دون شك إدراك هيبوقراط للعلاقة بين النفس والجسم إلا أن مشكلة تلك العلاقة أنها لم تكن بهذه البساطة حيث اختلف الفلاسفة في الاعتراف بها أو الفصل بينهما. وعلى هذا المنوال سار كل من أرسطو وأفلاطون*

* أعطى أفلاطون (347-427 ق م) أولى التعريفات في تاريخ السيكوسوماتيك حينما قال "أن طبيعة الجسد لا يمكن أن تكون مفهومة ما لم ننظر للجسد ككل . "وعلى الرغم من ذلك لم يتمكن الفلاسفة القدامى من تقديم أدلة و تفسيرات منطقية تعتمد على أسس علمية عن كيفية تأثير الحالة النفسية في حدوث الاضطراب العضوي واكتفوا بالإشارة إلى هذه العلاقة بين النفس والجسم ووصفها فقط.

فقد ذهب أرسطو (384 - 322 ق م) إلى أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والفرح وغيرها لا يمكن أن تصدر فقط عن النفس وحدها ، ولكنها تصدر عن تكامل كل من النفس والجسد لذلك يؤكد بأنه في نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعال ما يحدث تغير في الجسم (أبو النيل، 1994: 12) . وفي القرن الثاني الميلادي طرح جالينوس نظريته التي تربط بين الجانب الحيوي وجسم الإنسان وبين بعض الظواهر النفسية وأشار إلى أن الإفراط في التغيير في أحدهما يؤدي إلى زيادة التغيير في الآخر (نظرية الروح الحيواني).

من جهتهم أعطى العلماء المسلمين أهمية كبيرة للعلاقة بين النفس والجسد وللأثر الذي تتركه الأولى على الثانية ، حيث أشار الكثير منهم إلى تلك العلاقة مستندين في ذلك إلى الدين الإسلامي الذي استلهموا منه أفكارهم ونظرياتهم* ، فقد فطن العرب والمسلمون لأهمية أثر النفس في إحداث تغييرات جسمية مرضية ، ولعل أشهر من قال بذلك أبو علي بن سينا (980-1037م) الذي يعد بعد أفلاطون أول من نقل وحدة النفس والجسم إلى التجريب من خلال تجربة الحمل والذئب (النبلسي ، 1991 : 86) .

كما عرف القرن السابع عشر نقلة نوعية في الأفكار العلمية ، فالفيلسوف والمفكر الإنجليزي فرانسيس باكون (1561-1626) F Bacon الذي كرس اهتمامه في مجال الطب قدم رؤية جديدة لأفكار هيبوقراط مبنية على الملاحظة والتجريب العقلاني ، كما أسهم وليام هارفي (1578-1657) W Harvey في تطوير البحث الطبي عبر مفهومي الجهاز الوظيفي والنظام الفزيولوجي ، إضافة إلى محاولة توماس سيدنهام (1624-1689) Th Sydenham تطوير تصنيف لمختلف الأمراض الحادة والمزمنة (تلك المرتبطة بالحمى ، الناتجة عن عوامل خارجة عن الجسم والتي تؤدي إلى اختلالات دماغية) مركزا بذلك على الوحدة الوظيفية للجسم البشري (19-18 : kamieniecki, 1994). وعلى العكس يرى الفيلسوف الفرنسي هنري ديكارت (1596-1650) Descartes أن النفس والجسم متميزان ، فالنفس روح مفكرة والجسم امتداد ، إلا أن الإحساس بالألم والجوع والعطش وسائر الانفعالات التي تتال النفس ناشئ من تفاعلها مع الجسم. كما يذكر الطبيب الفرنسي فيليب بينيل (1745-1826) Philippe Pinel في كتابه "وصف الأمراض" عام (1798) أن طفح الجلد كان ينتج عن حالات الانفعال والحزن الشديد

* ذكر السبكي عن العلامة القشيري والألومي ، وابن سيرين ، وابن سينا ، والرازي وغيرهم أثر القرآن في علاج الأمراض الروحية والجسمية (الزباد ، 2000).

ويشير الكاتب إلى ما ذكره مورغاني (Morgani (1771-1682 بأن الإسهال والإمساك ينتجان عن حالات التوتر والارتباك وما شابه ذلك. وفي عام (1976) أشار الطبيب الانجليزي هونري مودزلي Maudsley في كتابه عن فيزيولوجية النفس إلى أنه إذا لم يتحرر الفرد من الانفعال فإن ذلك سيؤثر على الأعضاء الجسمية ويؤدي إلى اضطراب وظيفتها (الزباد، 2000: 10-12).

ويذكر مارتني إلى أن الاستخدام الأول لكلمة البسيكوسوماتيك يرجع إلى الطبيب العقلي الألماني هينروث (Heinroth (1818 في وصفه لحالة من الأرق ، وقد تطلب الأمر أكثر من مائة عام لإعطاء دلالة طبية جديدة للكلمة ، فعبّر أعماله على الوظيفة الغليكوجينية للكبد اكتشف كلود برنارد عام 1850 في نفس الوقت مفهوم ثبات الوسط الداخلي* وقدرة الكائن الحي في الحفاظ عليه وإعادة ضبطه في حالات الاختلال وأن المرض عبارة عن انحراف خاصة فيزيولوجية طبيعية وهي الفكرة التي رافقت بعد ذلك كل مسار البحث في البسيكوسوماتيك (Marty, 1990 :6). ومع بدايات القرن العشرين ظهر تياران فكريان أساسيان أسهما في تطور البحث في السيكوسوماتيك أولهما التيار النفسوفيزيولوجي الذي بدأ مع أبحاث كانون حول الانفعال فيما تمثل الثاني بالمدرسة السلوكية وخاصة أبحاث (بافلوف، 1902، واطسون، 1913) أو ما يعرف بعلم النفس السلوكي (Dousse, 2001 : 104).

من جهته ورغم أن كل أعمال سيجموند فرويد لا تظهر أي تحديد مباشر للمرض السيكوسوماتي إلا أن عددا من الدراسات والأطر المفاهيمية التي وضعت من قبله كانت بمثابة أساس اعتمده التحليليون اللاحقون في تفسير المرض النفس جسدي ، فقد أسهمت أبحاث فرويد في تطوير الاهتمام بلغة الجسد وتعبيراته والتي اشتقت منها العديد من المفاهيم الحالية في مجال السيكوسوماتيك (الهستيريا التحويلية ، العصاب الحالي ، توهم المرض ..). ووفقا لروبرت دنترز (Dantzer (1989 فإن الطبيب الألماني والتحليلي غروديك Groddeck يعتبر المؤسس الحقيقي للطب النفسي الجسدي الذي يعتبر أن كل ظاهرة إنسانية تتجسد من خلال وضعين جسدي ونفسي وأن المرض العضوي يحمل معنى ينبغي على المعالج أن يأخذه بعين الاعتبار عند العلاج.

وفي عام 1930 دخل مفهوم الاضطرابات السيكوسوماتية في الدراسات الطبية الانجليزية من قبل دنبر Dunbar التي وضعت كتابا حول الانفعالات والتعبيرات الجسدية و ألكسندر Alexander الذي أكد على أهمية أن يعامل الفرد كوحدة كمية لا تتجزأ وليس خليطاً من كيانات منفصلة (الزباد، 2000: 12).

* سبقت الإشارة إليه في الفصل الأول.

2- تعريف المرض السيكوسوماتي :

يعود الأصل اللغوي لكلمة " سيكوسوماتك " إلى اللغة اليونانية ويشار إليها بكلمة مركبة من مقطعين هما PSYCHE وتعني نفس و SOMA وتعني الجسد أو الجسم ، ومصطلح المرض السيكوسوماتي كما يتم تداوله له معنيان (عبد المعطي ، 2003 :18):

✓ المعنى الأول ينظر إلى الفرد ككل على أساس أنه نظام ديناميكي معقد وفي حالة عدم اتزان يستجيب للتغيرات في بيئته وفي نفسه وإذا اختل أي من وظائفه انتقل الاختلال إلى الوظائف الأخرى.
✓ أما المعنى الثاني فيركز على تلك المظاهر الخاصة للوظيفة النفسبيولوجية والتي تؤدي فيها الأحداث الخارجية أو الداخلية إلى استثارة عمليات استجابية للمخ تبعث على نشاط الغدد الصماء وبذلك تتغير وظيفة العضو المستهدف أو النظم الحركية فتحدث اضطرابات حشوية يطلق عليها الأمراض السيكوسوماتية.

وتعددت التعريفات حول الاضطراب السيكوسوماتي واختلفت حسب مختلف الاتجاهات العلمية والجدير بالذكر أن بعض الباحثين والأطباء أمثال جاكوبي (1828) Jacobi ميزوا بين الحالات المرضية التي تبدأ بالعوامل العضوية وتحدث اضطرابات نفسية قد تؤدي بدورها إلى اختلالات عضوية وظيفية تؤثر في التوازن العضوي للفرد أو ما يطلق عليها السوماتو نفسية Somato-Psychic وبين الحالات المرضية التي تبدأ بالعوامل النفسية وتحدث اضطرابات عضوية ، والمهم هنا التأكيد على دور العامل النفسي في إحداث الخلل العضوي. ومع تقدم الدراسات الطبية والنفسية والعصبية أصبح مصطلح الاضطرابات السيكوسوماتية يشير إلى الاضطرابات العضوية أو الحشوية التي يشرف على عملها جهاز عصبي لإرادي والتي ترجع أصلاً إلى عوامل نفسية كالانفعالات المترابطة. (الزباد ، 2000 : 19-20). وسوف نعرض فيما يلي لمجموعة من التعريفات حول المرض السيكوسوماتي وذلك بتصنيف هذه التعريفات إلى ثلاث مجموعات (عبد المعطي ، 2003 :19-27):

- ❖ تعريفات تركز على أعراض الأمراض السيكوسوماتية وخصائصها باعتبارها حالة جسمية مرضية لها خصائص سيكولوجية.
- ❖ تعريفات تركز على أسباب حدوث الأمراض السيكوسوماتية باعتبارها ناتج لاضطراب سيكولوجي واجتماعي وتلعب فيها الضغوط والانفعالات دوراً أساسياً وبارزاً.
- ❖ تعريفات تجمع بين الأعراض وأسباب حدوثها، أو تركز على الأسباب النتائج معاً.

2-1- الأمراض السيكوسوماتية كحالة جسمية مرضية لها خصائص سيكولوجية :

يرى كل من دافيزون ونيل (1978) Davison & Neal أن الأمراض السيكوسوماتية توصف باعتبارها أعراضاً جسمية تنشأ عن عوامل انفعالية ، وتتضمن جهازاً عضوياً واحداً من الأجهزة التي تكون تحت تحكم الجهاز العصبي المستقل أو اللاإرادي ، ويركز هذا التعريف على نقطتين أساسيتين: الأولى أن المرض السيكوسوماتي مرض حقيقي يتضمن تلفاً في الجسم ناشئاً عن عوامل انفعالية والثانية أنها تتميز عن ردود الفعل الهستيرية التي لا تتضمن أي تلف عضوي فعلي للجسم فهي اختلال وظيفي في الجهاز العصبي الإرادي ، وبذلك فهي عكس الأمراض السيكوسوماتية تماماً. ويعرف هاس (1982) Hass المرض السيكوسوماتي بأنه أي مرض جسمي يمكن أن يكون له جذور سيكولوجية ، فالكائن البشري عبارة عن وحدة متكاملة يعمل فيها الجسم والنفس معاً في نظام متكامل. وغالباً ما تنشأ عن التفاعل بين المتغيرات الجسمية والانفعالية وتتأثر بمواقف الحياة وضغوطها (عبد المعطي، 2003 : 20).

هذان التعريفان يركزان على أعراض وخصائص الاضطراب ويؤكدان على المظاهر الخاصة للوظيفة النفسبيولوجية ككل. والتي تؤدي فيها الأحداث الخارجية التي استثارة عملياً استجابية للمخ تؤدي إلى حدوث تغيرات في الوظيفة العضوية أو تلف في أحد الأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل ، وبذلك تنظر إلى الأمراض السيكوسوماتية كمظاهر أو كعمليات ناتجة عن تفاعلات معقدة بين المخ وبقية الجسم .

2-2- الأمراض السيكوسوماتية كنتاج لاضطراب سيكولوجي اجتماعي :

تركز هذه التعريفات على أن هذه الأمراض تحدث نتيجة لضغط انفعالي مستمر يعيشه الإنسان أو نتيجة لاستمرار مشكلات الحياة اليومية. وفي هذا الإطار تعرف دائرة المعارف البريطانية الأمراض السيكوسوماتية بأنها استجابات جسمية للضغوط الانفعالية تأخذ شكل اضطرابات جسمية مثل الربو وقرحة المعدة وضغط الدم المرتفع... (شقيير ، 2002 : 23). والضغط هنا يتوقف على الأسلوب الذي يستجيب به الفرد لمشكلات الحياة المختلفة. وترى أناستازي Anastasie أن تعبير " سيكوسوماتي " ينطبق على تلك الأمراض الجسمية التي تؤدي فيها الضغوط الانفعالية إلى حالة مرضية ملموسة ويستخدم هذا المصطلح بمعنى أوسع لتوضيح أثر العوامل السيكولوجية على الوظائف الفسيولوجية .

ويشير ليدز Lids إلى أن الطب في تشخيصه لبعض الأمراض قد تحول من البحث عن سبب وحيد للمرض إلى اعتبار وجود عوامل متعددة يمكن أن تقلب الاتزان الحيوي لدفاعات الكائن الحي فقد وجد في مجال اكبر للمحددات الانفعالية بالنسبة لما نسميه بالأمراض السيكوسوماتية وأصبح من الواضح أن العوامل الشخصية يمكن أن تؤثر في بداية حدوث هذه الأمراض واستمرارها أو تضعف من المقاومة بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من خلال تعزيز الإهمال اللاشعوري أو إبدائه.

ويرى كل من أيزنك Eysenek وأرنولد Arnold وميلي Meili أن مصطلح سيكوسوماتي يستخدم بمعاني مختلفة ، والاستخدام الضيق الأكثر انتشارا هو للدلالة على عدد محدد من الأمراض التي لها صفات مميزة ، وبتعميم أكثر فإنه ينظر إلى المرض باعتباره علاقة بين الفرد وبيئته ويعتبر كلاهما تكاملا للظواهر الجسمية والنفسية.

3-2- التعريفات التي تجمع بين الأسباب والنتائج:

هذا الاتجاه يسمى بالاتجاه التكاملي ويركز بالتفصيل على كل من الأسباب والنتائج معا ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن مصطلح سيكوسوماتي أصبح يلقي اهتماما واستخداما واسعا في المجال العلمي ، لأنه يجسد الاتجاه الثنائي للجسم والنفس ، ومما ساعد على انتشاره هو الحاجة لمفاهيم يمكن أن يصف تأثير الانفعالات وعدم توافق الشخصية على حدوث اختلال وظيفي ومرض جسدي فسيولوجي ولهذا فان كلمة سيكوسوماتي ملأت فراغا ، وانتشرت بسرعة وأصبح من الصعب محوها أو الرجوع عنها.

ويشير ريس Riss أن كلمة سيكوسوماتي تستخدم بمعنيين: الأول يشير إلى أن كل مرض يكون له عادة أشكاله السيكولوجية الاجتماعية وينطبق هذا المعنى على كل الأمراض ، وذلك بالطبع اقتراب من عمل جميع الأطباء ... والمعنى الثاني يستخدم مصطلح سيكوسوماتي بمعنى أكثر تحديدا ليعني بعض الأمراض التي يكون من المحتمل أن تلعب العوامل السيكولوجية الاجتماعية دورا واضحا في أحداثها جنبا إلى جنب مع العوامل الجسمية . وهذا المعنى الذي يعبر عن نوع من الأمراض التي لها مميزات معينة احدها وجود عوامل نفسية مع قابلية في بنية الجسم للإصابة بهذه الأمراض (عبد المعطي ، 2003 : 25) .

من خلال استعراض هذه المجموعات الثلاثة من التعريفات للاضطرابات السيكوسوماتية يمكن القول أن المرض السيكوسوماتي يظهر عندما يتعرض الفرد لموقف مضطرب أو ضاغط فيستجيب على المستوى الفزيولوجي، حيث ينشط الضغط الانفعالي الجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي) مسببا تناوبا في الوظائف كزيادة الإفرازات ، زيادة التنفس... ، والتي إذا كانت حادة فإنها يمكن أن تؤدي إلى تغيرات في بناء الجسم مثل قرحة المعدة ، الربو الشعبي... الخ ويمكن أن يكون الفرد واعٍ بما يصاحب الاستجابة النفسية أو يكون غير واعٍ بها... وبذلك تتميز هذه الاضطرابات بأنها رد فعل فسيولوجي جسمي ضخم ناتج عن اضطراب سيكولوجي .

3- النظريات المفسرة للمرض السيكوسوماتي :

عند محاولة البحث في مختلف التفسيرات النظرية للظاهرة السيكوسوماتية يبرز بوضوح أن الخلفية الطبية لرواد المنظرين في هذا المجال ألفت بضلالها بشكل واضح على ما قدم من نظريات (Groddeck, Deutsch, Dunbar, Alexander, Halliday, Nacht, Ajurriaguerra, Marty, Dejours) والفكرة المركزية التي بنيت عليها الكثير من تلك النظريات هي الجهاز النفسي الذي يحاكي عمله عمل الأجهزة الأخرى. وبطبيعة الحال تتبني العودة هنا إلى النموذج الأول الذي قدمه فرويد (1900) حول الجهاز النفسي و ما تلى ذلك من تفسيرات نظرية مختلفة للمرض السيكوسوماتي.

3-1- النظرية التحليلية :

شكلت أعمال سيجموند فرويد Freud حول الهستيريا التحولية نقلة جديدة في مجال البسيكوسوماتيك فقد أكد كل من فرويد وبروير Breuer على أن الأحداث والخبرات النفسية المدفونة في اللاشعور من الممكن في ظروف معينة أن تؤدي للأعراض التبدينية والخلل الوظيفي ، حيث لاحظ فرويد أن هناك ارتباطات لا يمكن أن تتجزأ بين العقل والجسم ، فجميع التقارير التي قدمها عن حالاته تحاول تفسير الأعراض البدنية المفاجئة وخصوصاً فقدان الكلي للإحساس أو للوظيفة الحركية تحت مسمى اضطراب الوظائف النفسية. ويعد فرويد إضافة إلى فيرينيزي Ferenezi وغروديك Grodecke كرواد في مجال الطب البسيكوسوماتي لأنهم أعطوا أهمية لعلاقة الطبيب بمريضه وركزوا على أهمية العرض كتعبير رمزي.

في عام 1886 ميز فرويد عبر مفهوم العصاب الحالي مجموعة من الاضطرابات والتي تتضمن : عصاب القلق ، الوهن العصبي وتوهم المرض وتعارضها مع أعصبة التحويل (الفوبيا ، الوسواس والهستيريا) . أما نوع القلق فيختلف كثيرا في هاتين المجموعتين من العصاب ، ففي أعصبة التحويل يرتبط القلق بصراع نفسي بين الغرائز والأنا العليا بينما في العصاب الحالي يرتبط القلق بفشل الروابط التعبيرية بمعنى أن زيادة الاستثارة تؤدي مباشرة للتوتر . كما تختلف هذه الأعصبة في ما بينها من خلال آلية تجنب الإحباط والمعاناة ، ففي العصاب النفسي تكون الآلية السائدة هي الكبت والذي ينطوي على عدم معرفة الرغبات أو الصراع بدفعه للاوعي بينما يكون القمع آلية الدفاع الأساسية في العصاب الحالي فهو عبارة عن تفكك بين الحادث الأليم والوجدان المرتبط به ، والصدمة المكبوتة عند العصابي لا يعبر عنها ولا عن الانفعالات المصاحبة لها إلا من خلال عودة المكبوت في شكل أحلام أو زلات اللسان . في حين يتم تمثيل الصدمة لدى الأفراد السيكوسوماتيين ولكن يغيب الانفعال المصاحب لها فلا يمكن للمكبوت أن يعود .

ميز ماك دوجال McDougall بين العصاب والذهان من جهة والمرض النفسجسدي من جهة أخرى حيث يعتبر أن الصراع في كل من الأعصبة والذهانات هو صراع نفسي داخلي أو مع الواقع مع وجود نشاط على المستوى التخيلي فيما يعبر المرض السيكوسوماتي عن شكل من أشكال رفض الجهاز النفسي حل الصراع الغريزي ليحوله نحو الجسم نتيجة فقر في التمثلات .

كما اهتم سامي علي Sami Ali كثيرا بسيكوماتيك الراشد والطفل ، فبالنسبة له يعود السبب الرئيسي في الجسنة Somatisation إلى نمط الشخصية أكثر منه الصراع وأن الخيال يحدد إيجابا أو سلبا كل التوظيف السيكوسوماتي ، والمقصود هنا بالخيال هو كل ما يتعارض مع الواقع (التعبيرات الرمزية الأحلام ، الهذات ، المعتقدات ، الألعاب...) وفي هذا الإطار طرح علي (1987) مفهومين أساسيين :

- اضطرابات التكيف: إذ يرى أن غياب الأحلام هو مثال نموذجي لقمع وظيفة الخيال واستبداله بالمعايير الاجتماعية والثقافية.
- عدم الكفاية السيكوسوماتية: هو صراع لا يمكن حله ، يقترب من الصراع الذهاني ويختلف عنه في أن الصراع الذهاني يحل عبر الهذات أما السيكوسوماتي فلا يحل إلا عبر الجسنة التي هي حسب علي نتيجة لاقتران هذين المفهومين ، أي أن الفرد الذي يعاني من اضطرابات التكيف يمكن أن يعيش بشكل صحي طوال الحياة. بينما تأتي الجسنة عندما يجد نفسه في حالة عدم كفاية.

2-3 - معهد شيكاغو للطب السيكوسوماتي Flanders Dunbar & Franz Alexander :

إن الفكرة بأن أمراضا معينة تنتج بسبب الصراعات الداخلية التي يعاني منها الفرد قد خلقتها أعمال فلاندرز دنبار Dunbar في الثلاثينات وأعمال فرانز الكسندر Alexander في أربعينات القرن العشرين ففي عام 1931 أسس معهد التحليل النفسي في شيكاغو حيث طور "العلاج النفسي التحليلي النشط" وأسس من جهة أخرى "التحليل النفسي الموجز" المفترض أن يتناسب مع السياق الأمريكي ، وقد حدث ابتعاد أكبر عن آراء فرويد على يد هذين الباحثين عندما افترضوا وجود تأثير للميكانيزمات الفزيولوجية في تقرير الرابطة بين الصراعات النفسية وإمكانيات حدوث الاضطراب حيث اعتبروا أن الصراعات تسبب حدوث القلق و الذي يصبح بدوره لا شعوريا مما يؤدي إلى إحداث تغيرات فزيولوجية يؤدي استمرارها إلى إحداث اضطرابات عضوية حقيقية (تايلور، 2008 : 43).

وحسب هذا الاتجاه فإن الاستجابات السوماتية للمثيرات الانفعالية التي قد تكون عادية أو باثولوجية تختلف حسب طبيعة الانفعال المفجر وأن لكل حالة انفعالية نتائج فزيولوجية خاصة ففي كتابها "التشخيص السيكوسوماتي" قدمت دنبار (1943) نماذج للشخصية مرتبطة بمختلف أنواع الأمراض فركزت اهتمامها على تحديد الطريقة التي تتحول بها الصراعات المكبوتة إلى أعراض جسدية وعرفت هذه المقاربة نجاحا كبيرا في الولايات المتحدة ، فتوصلت إلى وصف شخصية مرضى السكري والروماتيزم وارتفاع الضغط... عندما تكون الأعراض ذات منشأ نفسي ويؤثر نوع الصراع على الخلايا والأنسجة. وفي هذا الصدد يؤكد الباحثون أن المرض تعبير أو نتيجة رمزية لتجارب متعلقة بتطور الأنا ومحاولاتها مقاومة الصراعات الداخلية. كما ترى دنبار أن الأمراض السيكوسوماتية قد تكون ذات منشأ خارجي وأن بناء الشخصية يلعب دورا في إضعاف عضو معين أمام التهديد الداخلي مما يهيئ المجال للتبدن .

بالنسبة لألكسندر فإن أي مرض هو نظريا نفسي جسدي لأن العوامل الانفعالية تؤثر في جميع العمليات الفزيولوجية عبر المسارات العصبية والخلطية (Alexander, 1959) ، فهو يرى أن المزاج ينتج عن تعقد فسيولوجي عصبي وهو يختلف من جسم لآخر في درجة التعقد وليس في النوع ويركز على مبدأ الصراع خاصة الصراع اللاواعي الذي ينعكس على أعضاء معينة (فالعصب والخوف ينعكسان غالبا على صعيد القلب والأوعية الدموية في حين مشاعر التبعية والحاجة للحماية تنعكس على صعيد الجهاز الهضمي).

كما أن تأثير الانفعال يمكن أن ينشط أو يثبط وظائف مختلف الأعضاء وفق مبدأ الصراع خاصة اللاواعي ، ويكمن جوهر الصراع حسبه في اللاشعور إضافة إلى آليات الدفاع المستخدمة التي تتحدد على إثرها مختلف أنماط الاستجابات (النابلسي، 1992: 45-46). ويفترض ألكسندر أن لبعض الصراعات خاصية التأثير على أعضاء معينة وبذلك طور صيغة الصفحة النفسية *Profile* حول الشخصية التي تكون أكثر قابلية للإصابة بالقرحة وتصف الأشخاص الذين تتميز شخصياتهم بالحاجة الماسة إلى الحب وإلى الاعتماد على الآخرين (تايلور، 2008 : 43). وحسب هذا النموذج توجد ثلاثة عوامل تسهم في تحديد المرض هي :

❖ قابلية العضو للعطب .

❖ البنية النفسية الصراعية وميكانيزمات الدفاع .

❖ ظروف الحياة التي تزيد من الشدة الانفعالية.

هذا وقد واجهت هذه النظرية انتقادات عدة أهمها أنها حصرت تأثير العوامل النفسية والاجتماعية في مدى محدود من المشاكل والاضطرابات و اعتقاد باحثين معاصرين بأن صراعات محددة أو نمط الشخصية ليست وحدها أمورا كافية لإحداث المرض بل أن تعرض الفرد للإصابة بالمرض يتطلب تفاعل مجموعة متنوعة من العوامل قد يكون أحدها الضعف الجيني الموروث في العضوية أو وجود الضغوط البيئية أو الخبرات المتعلمة المبكرة التي يمر بها الفرد وخصائصه المعرفية وخلف كل ذلك طريقته في التعامل مع ما يواجهه من صعوبات ومشاكل (تايلور، 2008: 44 بتصرف). لكن رغم هذه الانتقادات لا يمكن إغفال الدور الذي لعبه هذا الاتجاه في ربط العلاقة بين الجانبين النفسي والاجتماعي والعضوي وإحداث تغيير عميق في المعتقدات حول العلاقة بين الجسم والعقل.

3-3- المدرسة السيكوسوماتية الفرنسية (معهد باريس) :

تأسس هذا المعهد بإشراف بيار مارتي Marty الذي كان رفقة موزان M'Usan الممثلان الرئيسيان لهذا الاتجاه ، وقد وضع مارتي نظريته الاقتصادية المعتمدة أساسا على نموذج العصاب الحالي*

* من خلال سلسلة كتب بعنوان الحركات الفردية للحياة والموت " Les Mouvements de la vie et de la mort " قدم مارتي لأول مرة قفزة نظرية تجاوزت الثنائية نفس-جسد ، حيث يرى أن الإنسان يعيش معادلة توازن بين غريزتي الحياة والموت كما أن هيمنة إحدى هاتين الغريزتين على الأخرى ما هي إلا هيمنة مؤقتة نظرا للعمل المضاد والعكسي بينهما فإذا كانت هناك هيمنة دائمة لغريزة الحياة فذلك يعني الصحة والتوازن في حين أن هيمنة غريزة الموت تؤدي إلى اختلال التوازن واعتلال الصحة الجسدية .

" الغريزة التي لا يمكن عقلنتها بسبب فشل إمكانات الأنا في ترجمتها تتحول باتجاه الجسد لتشكل اختلالاً عضوياً متطوراً وتتمثل هذه الغرائز أساساً في غريزتي الجنس والعدوان " حيث يقول أن اختلال تنظيم الجهاز العقلي المرتبط بالاكْتئاب الأساسي يؤثر خاصة على مستوى قبل الشعور (الموقعية الأولى) وعلى الأنا الأعلى (الموقعية الثانية) (Marty, 1990: 27-28) ، فالظواهر السيكوسوماتية تترجم ضعفاً في الرمزية لدى الفرد حيث يكون ذو تركيبة نفسية خاصة تتميز بالتبعية وفقر الهومات وضعف القدرة على التعبير اللفظي واللجوء إلى الأحلام والتي ترجع حسب كل من مارتي و موزان إلى سيطرة التفكير العملياتي *Pensée Opératoire* (Bruchon-Schweitzer, 2001: 4). وتقوم نظرية مارتي على اعتبار أن الطفل منذ ولادته وحتى قبلها يكون مميزاً ومجهزاً بآليات دفاعية جسدية (مناعية) تتيح له مقاومة الالتهابات والفيروسات والجراثيم وغيرها كما يكون مزوداً بآليات دفاع نفسية تتيح له ربط العلاقة أم - طفل التي تتعدى علاقة الرعاية الجسمية (غذاء ، نظافة ...) إلى علاقة تتمحور حول الشحن المستمر للرجسية بمعنى توطيد وتثبيت الأنا ما يسمح بتطوير الآليات الدفاعية.

وفي شرحه للتوازن النفسو جسدي يستخدم مارتي المصطلحات التالية (النابلسي ، 1992: 55):

- **التنظيم Organisation** : على مستوى الجهاز النفسي وفق النظريات الموقعية الفرويدية الأولى والثانية والمستوى العلائقي مع الأم التي أتى بها سبيتز Spitz وأشار إلى أهمية ضحكة الشهر الثالث لرؤية وجه الأم التي اعتبرها منطلق التنظيم وقلق الشهر الثامن إذ يصب الطفل عداؤه على الغرباء.
- **اختلال التنظيم Désorganisation** : سيطرة غريزة الموت و الصراع واختلال دفاعات الأنا النفسية والجسدية حسب مبادئ البنية الأساسية.
- **إعادة التنظيم Réorganisation**: تعتمد على تشجيع سيطرة غريزة الحياة على الجهاز النفسي .

3-4- المدرسة السلوكية :

على عكس الاتجاه التحليلي لم يهتم العلماء السلوكيون بالمعنى الرمزي للعرض الجسدي فقد اعتبروا الأمراض السيكوسوماتية ما هي إلا عادات تعلمها الإنسان ليخفف بها من قلقه وتوتراته ويجد من خلالها حلاً لصراعاته تأتي نتيجة لتطور عملية تعلم فاشلة تمت عن طريق الاشتراط. فبعض المرضى السيكوسوماتيين قد يكتشفون أنهم يحصلون على بعض المزايا أو المكافآت من جراء المرض كالمعالجة والرعاية والاهتمام كما يمكن إعفاؤهم من بعض الواجبات ، أي أن السلوك المرضي يجد تعزيراً أو مكافأة أو تدعيماً فيستمر ويتكرر (العيسوي، 2000 : 62) .

وبذلك يقترح ميلر Miller وجود ميكانيزم اشراطي إجرائي للاستجابات الحشوية يؤدي إلى الاضطرابات السيكوسوماتية. أما بندورا Bandura فيرى أن الاستجابات الانفعالية ومكوناتها الفسيولوجية تقوم بفضل آلية تعلم متغير بين الاشتراط الكلاسيكي والاشتراط الإجرائي. وبناء على ذلك يمكن للإنسان التحكم في وظيفة الجهاز العصبي الذاتي (الزباد، 2000: 97) .

فيما أكد بافلوف Pavlov على أن العديد من الأمراض مصدرها اختلاف في العمليات العصبية خصوصا أمراض البدن ، وفي الوقت نفسه أعطى أهمية لاتجاهات المريض النفسية وأرائه وتأثيرها على مسار المرض وإمكانية علاجه ، أي أن الآثار الانفعالية تعتبر من أقوى العوامل في إحداث التغيرات البدنية وأعطى اللحاء دورا في كيفية تنظيم وتنشيط الميكانيزمات الهرمونية* . وترى نظرية الاقتران الشرطي المرض السيكوسوماتي بشكل عام على أنه استجابة تدعمت مع الوقت نتيجة مجموعة من الأفعال المنعكسة المتكررة. ويشير بافلوف إلى أن التآزر بين النظم العصبية يؤدي إلى توازن عمليات النشاط العصبي (الإثارة والكف) التي تشرف على عمل الأحشاء الداخلية فإذا اضطرب هذا التوازن أصيب الإنسان بالاضطراب السيكوسوماتي (الزباد، 2000: 95-96).

ويعتبر لاشمان Lachman أن بداية ظهور أي مرض سيكوسوماتي يمكن أن تكون بطريقة عرضية عبر عمليات المكافأة والتدعيم التي يلقاها الفرد نتيجة لسلوكه وحالته المرضية ، وكنتيجة لعملية تعميم المثيرات ، فإن السلوك المرضي يميل للظهور والتكرار في مواقف مختلفة لها نفس المثيرات أو مثيرات مشابهة كنوع من الاستجابة المدعمة المتعلمة ، حيث تختلف الأعضاء في قابليتها للإصابة وأن قابلية الإصابة تكون جزئياً محددة وراثياً . ويؤكد ذلك ما أثارته النظرية من إمكانية تغير الاستجابة الجسمية كقرحة المعدة والصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم بعمليات اشراطية بطرق تجريبية (عبد القوي، 1995: 357) . وقد حاولت الكثير من الدراسات تبيان كيف أن الأجهزة الحيوية تخضع لمبادئ الاشرط ونذكر مثلا ما توصل إليه ميلر بأن هناك ميكانيزم اشراطي اجرائي للاستجابات الحشوية يؤدي إلى الاستجابة السيكوسوماتية .

* عن طريق اللحاء تجد الأحداث الخارجية طريقها لكي تعبر عن نفسها في العمليات الداخلية ذات الأهمية الحيوية ، فلا شك في أن التغيرات الإيقاعية التي تحدث في الكلى والقناة المهبئية والمراكز العصبية متصلة بالأحداث في البيئة الخارجية. وكذلك فإن الإشارات الداخلية المساعدة في الجهاز العصبي غالبا ما تؤثر أيضا في عمليات التمثيل الغذائي والاستثارة العصبية وهذا التأثير إذا استمر لفترات طويلة أو قصيرة يؤدي إلى اختلال وظيفي.

3-5- النظرية المعرفية :

جاء الاتجاه المعرفي ليؤكد على الأهمية التي تلعبها أفكار الفرد فيما ظهور المرض ويتضح ذلك جليا من خلال وجهة نظر إليس (1983) Ellis وهو رائد العلاج العقلاني الانفعالي بأن هناك علاقة بين مواقف الحياة الصعبة التي يمر بها الفرد و انفعالاته ، حيث يرى أن الاضطراب يحدث للناس بناء على أسلوب تفكيرهم الهازم للذات وغير المنطقي وخاصة تبنيهم لتفضيلات ورغبات معينة وجعلها فروضاً مطلقة وتعسفية على أنفسهم وعلى الآخرين (يوسف ، 2001 : 110) ، فالإنسان لا يمكنه أن يفصل بين جوانب تفكيره ومدركاته والجوانب الانفعالية لديه ، وهو في قمة انفعالاته يفكر بطريقة والإدراك عادة يتوسط بين المواقف الحياتية وبين ما يقوم به من سلوك وما يحدث له من اضطرابات. كما أجرى جراهام Graham وتلاميذته مجموعة من الدراسات حول عينات من مرضى السيكوسوماتك بهدف معرفة أثر العمليات المعرفية والعقلية على العمليات الفسيولوجية ، وتبين له وجود عنصرين هامين في هذه الاضطرابات هما: ما يشعر به الفرد من سعادة أو حزن، وما يرغب الفرد في معرفته في ضوء خبراته وأفكاره أو مدركاته السابقة ، فمثلا مريض الحساسية الجلدية يشعر أنه مهزوم ولا يقدر على عمل شيء ومريض القولون يشعر انه مصاب إلى انجاز عمل ما ويريد أن يستريح ومريض ضغط الدم المرتفع يشعر بالتهديد (الزراء، 2000: 100) ، أما ادوارد و شايبير فيعتبران أن ربط العمليات المعرفية بالعمليات الفسيولوجية لدى المرضى تحيط به بعض الصعوبات المنهجية.

3-6- نظريات الضغط :

يمكن أن يؤثر الضغط بشكل مباشر على الإصابة بالمرض عن طريق تغيير أنماط سلوك الفرد وخصوصا الصحية منها (تايلور، 2008 : 350) ، فكثيرا ما اعتمدت بعض السلوكيات المحفوفة بالمخاطر من قبل الأفراد الذين يتعرضون للضغوط (استهلاك التبغ أو المخدرات قلة الاهتمام بالنظام الغذائي والنشاط البدني) (Holahan & al., 2003) ، وهو الأمر الذي يستغرق وقتا طويلا للتشخيص والعلاج وقد تعرفنا في الفصل السابق على أن مختلف جوانب الضغط تؤثر على الصحة الجسدية والنفسية للأفراد (الخصائص الموضوعية والمتصورة ، الحاد والمزمن ، المصادر الشخصية والأسرية وغيرها) ويضيف دنترز وغودال (Dantzer & Goodall 1994) إلى ذلك أيضا العلاقة بمختلف الأجهزة الفسيولوجية فقد يتفاعل الضغط مع جوانب الضعف الموجودة أساسا فيؤثر بشكل سلبي على العادات الصحية ومع ذلك تظل هناك فروق فردية تحدد إذا كان التعرض للضغط سيؤدي إلى المرض (تايلور، 2008).

في عام 1911 أثبت كانون أن الآثار الفزيولوجية للانفعالات تمس مختلف مستويات العضوية عبر المسارات المهادية القشرية والعصبية الذاتية التي تلعب دورا في ثبات الوسط الداخلي. فقد توصل إلى أن تعرض الإنسان للمواقف الانفعالية المختلفة من شأنه أن يؤدي إلى إطلاق جسده لكميات من الأدرينالين، مما يؤدي إلى إحداث المظاهر عدد من الأعراض كارتفاع ضغط الدم تسارع نبض القلب... ، وهذه التغيرات قابلة للاستمرار لإحداث اضطرابات وظيفية قابلة للتحويل إلى أمراض وإصابات عضوية غير قابلة للتراجع. وتوصل كانون إلى أن كافة الانفعالات والمواقف المهددة للفرد تضع الجسم في حالة استنفار بحيث لا تتوقف ردة الفعل أمام الانفعال على تفكيره بل تتعدها إلى ردة فعل جسدية تسبق الانفعال النفسي وتؤدي غريزيا لإحداث تغيرات جسدية متنوعة. وجاءت أعمال هانز سيللي حول كل من التناذر العام للتكيف ونظرية الضغط وأمراض التكيف* انطلاقا من عام 1928 لتكتمل ما جاء به كانون (7: Marty, 1990).

وحسب كارازك وزملائه Karasek & al. (1981) فإن وجهة النظر السائدة تشير إلى أن الضغوط تؤدي إلى المرض عبر إطالة إلى تفاعل العوامل الفسيولوجية والسلوكية والنفسية ، وعلى سبيل المثال قد يسبب ضغط العمل المزمّن تغييرات فزيولوجية وسلوكية تقود مع مرور الوقت إلى تلف الجهاز القلبي الوعائي وخاصة أن الضغط المزمّن يرتبط مع تصلب الشرايين ، وقد يكون هذا الضرر أكبر لدى هؤلاء الأفراد الذين يملكون ميلا وراثيا معينا.

3-7- نظرية الضعف الجسدي؛

تشير هذه النظرية إلى أن العوامل الوراثية والأمراض الجسمية المبكرة في حياة الفرد ونوعية الغذاء الذي يتناوله الإنسان ، كل ذلك يؤدي إلى اضطراب وظيفة عضو معين من أعضاء الجسم ليصبح ضعيفا وأكثر هشاشة عند تعرضه للضغط . وتبعا لنظرية الضعف الجسدي فإن العلاقة بين الضغط واضطراب سيكوسوماتي ما تكمن في ضعف عضو معين ، حيث يستهدف الاضطراب العضو الضعيف (شكير، 2002: 32).

* توصل سيللي عام 1936 إلى أن الاستجابة للضغط النفسي تتم من خلال تفعيل المحور HHS ويتم إنتاج الهرمونات القشرية السكرية والأدرينالين. الأدرينالين هو هرمون يعيق عمل الأنسولين ويزيد نسبة السكر في الدم وهو ما له عواقب مباشرة مثبطة للجهاز المناعي (نمو الخلايا اللمفاوية تشكيل الأجسام المضادة ، التفاعلات الالتهابية) (الفصل الأول). بعد سنوات جاءت أبحاث كيلر (1983) Keller التي أظهرت أن الهرمونات السكرية ليست بالضرورة المسؤولة عن آثار الضغط على المناعة ولكن الكاتيكولامينات تشارك بالتأكد.

3-8- نظرية خصائص الشخصية :

تمت ملاحظة العلاقة السببية بين كل من الشخصية والمرض منذ حوالي 400 سنة قبل الميلاد وتحديدًا مع ابوقراط Hippocrate ومنذ ذلك الوقت حاول العلماء تحديد أنماط خاصة بكل مرض ووضع نظريات تحاول الربط بين اختيار الأعراض Symptom Choice ليس فقط بطبيعة الصراع ولكن أيضا بنوع الشخصية ، فقد توصل كانون (1929) إلى أن الوظيفة الجسمية والمرض يمكن أن تفسر من خلال الارتباط السببي بين الأنشطة العقلية و النشاط السوماتي.

من جهتها قدمت فلاندرز دنبار (1935) Flandars Dunbar من خلال مقابلات مع المرضى حيث اهتمت بدلا من التركيز على صراع واحد اقتبست مقياسا كاملا للشخصية أو بروفيلا لأشخاص يعانون من أمراض مختلفة ، من بينها ما أسمته الشخصية القرحية والشخصية ذات الضغط المرتفع والشخصية المصابة بالتهاب المفاصل.... وكان هدفها تقديم صورة شاملة عن شخصية مرضاها حيث أدمجت عددا من العوامل التي تسهم في نشأة المرض كالعامل التاريخي والعامل الفيزيقي والعامل الانفعالي ، وقامت بمقارنات لسمات الشخصية لكل مجموعة من الحالات التي لها قابلية للإصابة بالحوادث الجسمية ومجموعة حالات مرض القلب في العديد من الجوانب: تاريخ الأسرة الأزواج، الأولاد ، التاريخ الشخصي، الطباع والحالات التي تظهر فيها المرض (Doucet, 2000: 44).

كما قدم فيردمان وروزينمان Friedman & Rosenman نموذجين من نماذج الشخصية التي ترتبط بالاضطرابات السيكوسوماتية هما النمط (A) والنمط (B) (سبقت الإشارة إليها في الفصل الثاني):

حيث يعرف جابر و كفاي (1996) سلوك النمط أ بأنه نمط الحياة الذي يرتبط مع الاحتمال المرتفع للإصابة بمرض القلب التاجي ، ويتميز بالميل إلى الضغط على الأسنان وتشديد قبضة اليد والحركات الجسمية السريعة وقلة الصبر والنشاط المتعدد الأوجه ، ويوصف الأفراد من هذا النمط بأنهم منافسون إلى درجة كبيرة سواء في العمل أو في الأنشطة الترويحية ويقمحون الشعور بالتعب ويظهرون العدوانية والغضب عندما تفشل جهودهم للالتزام بإنهاء الأعمال في المواعيد المحددة .

أما النمط ب فيعرف بأنه نمط من السلوك المتحرر من العدوان والكراهية ويتميز بغياب أو نقص الحاجة التنافسية لظهور القدرات أو مناقشة إنجازات الفرد وأعماله ، فالأشخاص من هذا النوع يعتبرون مثاليين في سلوكياتهم كما يتميزون بالنجاح والتوفيق والصحة الجيدة والتكيف الاجتماعي وروح التسامح وحالة الضغط عندهم تكون متوسطة ومعتدلة.

إضافة إلى ما سبق أضاف الباحثون نمطا ثالثا هو النمط ج ويتميز الأفراد من هذا النمط بالعاطفة الجياشة وبأن لديهم دفاعات قوية وعدم القدرة على الاعتراف والتعبير عن عواطفهم مما يجعلهم يتألمون في صمت واستجابتهم للضغط تكون بواسطة ميكانيزمات قشرية كظرية فهم أكثر قابلية من غيرهم للإصابة بالأمراض المناعية كالسرطان. وتعرف تموشوك **Témochok** شخصية النمط ج على أنها عامل خطر في ظهور وتطور السرطان وتتمثل مميزاتها الأساسية في كظم الانفعالات والعجز واليأس واللطف والهدوء والتعاون والثبات أمام المصائب واحترام السلطة وعدم إثبات الذات والتعبير عن الانفعالات .

إلا أن هذه الدراسات لم تتأكد نتائجها بصورة علمية ، كما أن موضوع علاقة سمات الشخصية بالأمراض السيكوسوماتية لا يزال موضع نقاش حتى يومنا هذا ، خاصة أن نتائج بعض الدراسات كدراسة لورنس كيوي الذي يعمل في معهد التحليل النفسي في مدينة نيويورك تعارض النتائج السابقة إذ لم يجد لدى مرضى الصداع النصفي والتهاب القولون التقرحي وأمراض القلب أنماطا شخصية ثابتة فيما تؤكد دراسات أخرى أن هناك مرضى لديهم سمات شخصية متشابهة وأنماطا شبه ثابتة ويظهرون أنواعا مختلفة من الأمراض السيكوسوماتية بينما آخرون لهم سمات شخصية مختلفة ويتعرضون إلى اضطرابات سيكوسوماتية واحدة أو متشابهة.

ومن الطبيعي أن مثل هذه النتائج تضعف من قيمة سمات الشخصية ومدى فاعليتها في تشخيص الإضطرابات السيكوسوماتية . وبالأحرى في تحديد أو اختيار عرض سيكوسوماتي معين كما أن مثل هذه النتائج تؤكد على وجود عوامل أخرى (غير سمات الشخصية) تعمل عملها إلى جانب سمات الشخصية وتؤدي إلى اختيار العرض السيكوسوماتي ، وانتهت دراسة قام بها غروين وآخرون (1979) **J.Groen** إلى نتيجة مهمة وهي أن الترابط بين سمات الشخصية والأمراض السيكوسوماتية لا يكون بالنسبة إلى جميع الأمراض بل بالنسبة إلى بعض هذه الأمراض دون الأخرى ومن الدراسات المهمة في هذا المجال دراسة فلويد رينج (1972) **F.Reng** والذي انتهى من دراسته إلى أن الصورة المعينة لشخصية المريض يغلب أن تتطابق وتتوافق مع حدوث مرض سيكوسوماتي يلاحظها ، ويرى أنه يسهل علينا أحيانا إذا وجدنا شخصا ما مصابا بالقرحة أن نجد الدليل على أنه من النوع الطموح ، الحساس المفكر ، والمنطوي (الزراد، 2000 : 136) .

3-8- النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي؛

اقترح انجل (1977) Engel نموذجا بيولوجيا نفسيا اجتماعيا لتفسير التفاعلات بين مختلف العوامل المؤثرة في العلاقة بين العضوية والبيئة استبدل من خلاله العلاقة السببية الخطية التي اعتادت عليها الأبحاث الطبية بنوع من العلاقة متعددة العوامل أو المركبة القادرة على تمثيل ما يلاحظ عياديا عادة وهو تشارك العديد من العوامل المسببة للأمراض*. وقد تم تطبيق هذا النموذج بشكل رئيسي في الأمراض التاجية والسرطان ، فمن وجهة النظر الفسيولوجية يعتبر رواد البيولوجيا العصبية أنه ينبغي تجاوز العلاقة البسيطة في ردود الفعل الهرمونية التي ترتبط بوضع الفرد وحالته الانفعالية وقد أكدت أعمال دنتر (1989) Dantzer أن للعوامل الذاتية دور هام في إحداث ردود الفعل الهرمونية فلا يمكن لحدث ما استثارة استجابة ضغط إلا عندما يحدث فجأة وبشكل غير متوقع.

ويمكن حسب انجل للتغيرات أن تحدث في الخلايا والأنسجة والأعضاء وأجهزة الجسم المختلفة - حتى الجهاز العصبي- ولكن المرض لا يصبح من الظواهر الحقيقية إلا عندما يختبر الفرد شكلا من أشكال المعاناة أو يظهر سلوكا يترجم حالة مرضية (Engel,1980 : 539) .

إن المرض وفق هذا المعنى ليس ظاهرة بيولوجية فقط تستهدف العضوية وإنما يعمل أيضا على تغيير إدراك الفرد لذاته وعلاقته بالعالم الخارجي والآخرين ، فهو كائن يشعر ويفكر ويتواصل لذا فإن أي حدث يختبره جسده يقوده إلى جملة من الاحتمالات حول وجوده. والمبدأ الأساسي هنا هو أن المرض ظاهرة تستهدف بشكل أساسي كائنا اجتماعيا تشكل الوظيفة البيولوجية فيه حلقة وصل بين الفرد و بيئته ، وأن تطور هذا المرض يتأثر بكل ما يحدث بين المريض ومحيطه الاجتماعي بحيث يلعب الثالث البيولوجي والنفسي والاجتماعي دور الوسيط في عملية الازمان في عملية معقدة وفق عدة أبعاد يتحدد من خلالها المسار السريري للمريض هي: التجربة الوجدانية حول المرض ووظيفة الرعاية والعلاقات المتبادلة بين المريض والمجتمع.

* في مقال له عام 1977 اقترح انجل تصورا مفاهيميا للمرض دمج الجوانب النفسية والاجتماعية و إعطاء أهمية إلى هذا النهج المتكامل في مجال الصحة - ليس فقط من أجل فهم أفضل للمريض ولكن أيضا لتنفيذ استراتيجيات الرعاية وتدابير اجتماعية أكثر ملاءمة وأقل تكلفة- . فالسؤال المهم هنا هو كيف تتداخل الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية للمرض مع بعضها ، إذ يجب تحليل أنواع مختلفة من الآثار التي تحدث نتيجة للتفاعل بين هذه الأبعاد. وقد قدم إنجل في هذه المقال وصفا متزامنا لسلسلة من الأحداث التي تؤدي إلى ظهور الأعراض حتى وضع نظام معقد من خدمات الرعاية ، حيث وصف بدقة كيف أن الأبعاد النفسية والاجتماعية تتحول في وقت واحد إلى التغيرات البيولوجية المرتبطة بالمرض. ويتم تحليل هذه التغيرات البيولوجية من الجسيمات دون الذرية إلى الجزيئات والخلايا والأعضاء والأنظمة.

4- تشخيص الاضطرابات السيكوسوماتية:

حدد هاليداي Halliday ستة محكات تميز المرض السيكوسوماتي عن غيره من الاضطرابات (أبو النيل، 1994: 215-218) وهي :

- ✓ وجود اضطراب انفعالي كعامل مسبب.
- ✓ ترتبط بعض الحالات بنمط معين من الشخصية.
- ✓ تختلف الإصابة بهذه الأمراض ما بين الجنسين اختلافا ملحوظا.
- ✓ ترتبط باضطرابات سيكوسوماتية أخرى، وقد تحدث في أن واحد أو تتوالى لدى المريض الواحد من آن إلى آخر .
- ✓ غالبا ما يوجد تاريخ عائلي للإصابة بنفس المرض أو ما يشابهه.
- ✓ يميل مسار المرض إلى اتخاذ مراحل مختلفة.

ويضيف DSM IV مجموعة معايير لتشخيص الاضطراب السيكوسوماتي (الزراد، 2000: 121-122) :

- ✓ وجود عرضين من أعراض المعدة والأمعاء كتاريخ غثيان، انتفاخ ، تقيء وخاصة أثناء الحمل إسهال ، عدم القدرة على تحمل مختلف الأطعمة .
 - ✓ وجود أحد الأعراض الجنسية التالية: الألم الجنسي، غياب الاهتمام بالجنس ووجود اضطراب وظيفي في الانتصاب أو القذف ، عدم انتظام الدورة الطمثية، زيادة مفرطة في دم الحيض، تقيؤ طوال فترة الحمل .
 - ✓ أحد الأعراض العصبية الكاذبة مثل : أعراض تحويلية ، كخلل أو اضطراب التوازن ، شلل أو إحساس بالضعف ، الصعوبة في البلع ، الإحساس بوجود كتلة تحت الحنجرة، فقدان القدرة على النطق ، احتباس البول ، هلوسات ، فقدان الحس ، نوبات الإغماء ، فقدان الذاكرة وفقدان الشعور .
- ويجب الانتباه إلى نقطتين أساسيتين أثناء التشخيص هما:

- ✓ في الاضطراب السيكوسوماتي العامل النفسي - الانفعالي يكون واضحا، وهذا لا يمنع وجود عوامل أخرى خلف هذا العامل مثل العوامل الأسرية والاجتماعية التي تزيد من حدة العامل النفسي.
- ✓ قد يؤدي العامل النفسي إلى خلل وظيفي فقط في العضو، كما قد يؤدي إلى خلل بنيوي إضافة إلى الخلل الوظيفي حيث تتعرض الأنسجة للإصابة والتلف كما في القرحة المعدية.

5- أسباب الاضطرابات السيكوسوماتية :

يتفق أغلب الباحثون أن الاضطرابات السيكوسوماتية تحدث نتيجة ضغط انفعالي شديد أو مستمر وكما أشرنا إليه في الفصول السابقة فإن الضغط يتوقف على الأسلوب الذي يستجيب به الفرد لبعض مواقف الحياة المختلفة بغض النظر عما إذا كان إدراكه لتلك المواقف موضوعياً أم لا فإذا لم يتمكن من التعبير عن الإنفعال الذي يتطلبه الموقف فإن التأثيرات الداخلية تعمل على تعطيل الوظائف السوية لبعض الأعضاء ، ويعتمد تأثير ذلك بدرجة كبيرة على الضعف التكويني المحتمل لتلك الأعضاء والتاريخ المرضي للفرد والقيمة الرمزية التي يعطيها المريض للعضو المصاب وكذا العوامل الوراثية واستعداد الفرد للإصابة بهذا الاضطراب.

وفيما يلي نحاول توضيح أهم العوامل المساهمة في حدوث المرض السيكوسوماتي:

5-1- العوامل المتعلقة بالوراثة :

يقصد بها وجود استعداد تكويني نتيجة الخبرات الأولى للفرد (السيولوجية أو النفسية) يقوم على الوراثة مثل ظروف الولادة أو عمر الأم وما يحدث لها أثناء الحمل غالباً ما يلازم الطفل بعد الولادة ، حيث يشير سونتاج ولستر *Sontage & Listere* أن حياة الجنين داخل الرحم تتأثر بالحياة الانفعالية للأم وبالحالة الجسمية والبيئية الداخلية والخارجية ، فأى اضطراب للأم ينعكس على الطفل وما يحدث أثناء الحمل غالباً ما يلزم الطفل بعد الولادة ، وتعتبر هذه العوامل بمثابة المهيب للإصابة العضوية ولكن لا تعمل لوحدها في إنتاج هذه الاضطرابات (أبو النيل، 1994: 210). وتؤكد دنبار أن الاضطرابات المتكررة لدى الأم تنقص من الطاقة التي تساعد على بناء جسم الجنين وقدرات الطفل فيما بعد، مما يضعف من توافقه مع البيئة (الزباد 2000: 75) .

والمقصود هنا بالوراثة ذلك الاستعداد المؤثر على نمو الجنين والظروف المحيطة بالحمل والولادة مع استبعاد الاضطرابات التي ترجع إلى الوراثة مباشرة كالهيموفيليا، الأنيميا ، الخلل الكروموزومي... إن الوراثة لا تعني بالضرورة تشابه الأبناء مع الأبناء في الصفات ، فهناك اختلافات بين الأفراد ترجع إلى اختلافات بيئية وراثية - فأى كروموزوم له بيئته الكيميائية- كما أن التفاعل بين الجينات يتأثر بالبيئة الداخلية (داخل الخلايا ، وفي بيئة الجين) كما يتأثر أيضا بعوامل البيئة الخارجية خاصة العوامل الفيزيائية كالحرارة والبرودة (الزباد، 2009) .

5-2- العوامل المتعلقة بالبيئة :

تلعب العوامل الاجتماعية والاقتصادية والمهنية دورًا في نشأة هذه الاضطرابات مما جعل هناك اختلافًا في نشأتها من مجتمع لآخر ومن طبقة لأخرى داخل المجتمع الواحد (شقيير ، 2002 : 33) . ويرى نوريس وجينيس (Norris & Ginnis (1970) أن تأثيرات البيئة الاجتماعية تلعب دورًا مهمًا في ترسيب الأعراض السيكوسوماتية ، كما أن الطبقات الاجتماعية الفقيرة التي ينتشر فيها ضعف الوعي الصحي وعدم الاهتمام بالعلاج أو الوقاية من الأمراض وكثرة العوامل السلبية والاتجاهات المتصارعة التي ينتجها المحيط يمكن أن تمهد لظهور الاضطرابات السيكوسوماتية. وفي هذا الإطار يؤكد هالداي (Halliday (1979 أن المجتمع المريض يظهر بوضوح أعراض تفككه على شكل أمراض واضطرابات لدى أفراد ، كما أن التغيير الاجتماعي السريع يزيد من هذه الأمراض.

كما أكد بعض الباحثين على أهمية أحداث الحياة اليومية للأفراد وعلاقتها بالمرض السيكوسوماتي فقد أشار كل من ماكين وآرثر (MC Kean & Arthur (1966 وكاسل وكوب (Kasl & Cobb (1970 إلى أن الحوادث اليومية مثل البطالة والتشرد والخسارة والفراق... الخ تؤدي كلها إلى الإجهاد النفسي وكذلك فإن المعاشية الطويلة لمثل هذه المواقف تترك أثرها السيئ في جسم الإنسان. فهناك علاقة نوعية بين الضغوط النفسية والاضطراب الجسمي (العضو المهيأ للاضطراب) وذلك على النحو الآتي (شقيير، 2002 : 34) :

- ❖ تغيرات الشخصية في مراحل العمر المتقدمة والتي تؤثر في عمل الأعضاء.
- ❖ ضعف عضو من الأعضاء كما في حالة الإصابة أو العدوى.
- ❖ وجود العنصر في حالة نشاط لحظة الإجهاد النفسي أو الثورة الانفعالية.
- ❖ المعنى الرمزي للعضو في نظام شخصية الفرد.
- ❖ توقف النمو النفسي وبالتالي جمود العضو في تطور وظائفه.

توصلت أغلب تلك الدراسات إلى وجود ارتباط بين العوامل الاجتماعية ونشأة المرض السيكوسوماتي لكنها بالمقابل لم تتجح حتى الآن في توضيح الميكانزمات التي تجعل من العوامل الاجتماعية مؤدية للاضطرابات العضوية (الزاد ، 2000 : 76) ، وعموماً يمكن القول أن التنشئة الاجتماعية والبيئة المحيطة تلعب دورًا أساسيًا كمسببات للاضطراب السيكوسوماتي .

ويعتبر عدة باحثين أن علاقة الوالدين بالطفل هي الأكثر أهمية في نشأة المرض السيكوسوماتي ففي دراسة أجراها بورسيل وميتز على مرضى الربو وجد بأن هذا الأخير يرتبط بصرامة الأم مما سبب صراعات خطيرة بين الأم والطفل - خاصة في فترة التدريب على ضبط الإخراج - وحدثت تعارض بين رغباتهما (عبد المعطي، 2003: 72). كما أشار أرجلس (1983) Argles إلى أن التهديد بالانفصال داخل العائلة يؤدي إلى ظهور بعض أنواع السلوك غير السوي لدى الأبناء كالقلق والاضطرابات السيكوسوماتية. لذا ينظر إلى تلك الأعراض على أنها استجابات للتهديد بالانفصال داخل عائلة المريض (شقيير، 2002 : 18).

كما أن كل ما يتعرض له الفرد في حياته كالصراع الانفعالي بين الاعتمادية والاستقلالية وقمع الغضب وعدم القدرة على التعبير عن المشاعر والرغبات والحدق الشديد، والعدوان المكبوت وعدم القدرة على تحقيق الذات والضغط الانفعالي المستمر والإحباطات المتراكمة التي تنتج ضغوط نفسية شديدة تؤدي إلى اليأس والانهيار. والانفعالات الطويلة المدى ترجع إلى عوامل داخلية أكثر منها إلى عوامل موضوعية خارجية ، وهناك حالات يعاني فيها الفرد من خوف غامض دون أن يعرف له سببا ويرجع ذلك إلى حالة الحصر التي يعاني منها ، وتنتج مثل هذه الانفعالات من عمليات ديناميكية داخل الفرد دون أن يكون مدركا لها. فالانفعالات الدائمة المستمرة الطويلة تؤدي إلى ظهور الأعراض السيكوسوماتية عبر ما تحدثه من تأثيرات داخلية تمس الجهاز الإدراكي كفقدان الحب أو تجربة الانفصال ، لذا يرى جالاتين Gallatin أن الضغط الناتج عن أسباب نفسية له دور كبير في حدوث الأمراض السيكوسوماتية التي تظهر في صورة آلام واضطرابات جسمية فقد يسبب الضغط الانفعالي المستمر والصراع النفسي خلافا في التوازن الهرموني أو تلفاً في أجزاء معينة من الجسم (مصطفى ، 2003 : 20).

إن الضغط هنا يتوقف على الأسلوب الذي يستجيب به الفرد لبعض مواقف الحياة بغض النظر عما إذا كان إدراكه لهذه المواقف موضوعيا أم لا ، لذلك طورت المدرسة الفرنسية (Marty 1976) مفهوم " التفكير العملي " للتعبير على الفقر في الخيال و القدرة على الترميز للأشخاص الذين يقال عنهم سيكوسوماتين. كما يؤكد هذا الاتجاه على أن امتلاك الفرد تنظيما نفسيا وجدانيا صلبا يعد ضرورة للدفاعات العقلية في مواجهة انهيار التنظيم السيكوسوماتي (زبور ، 1998 : 232).

من خلال ما سبق يمكن القول أن كلا من العوامل الوراثية والبيئية تشترك في تهيئة عضو ما للإصابة بالمرض السيكوسوماتي ، كما ترجع الأعراض المصاحبة له إلى فرط في الوظائف الفزيولوجية للانفعال وانعدام التوازن الهرموني لدى المصابين. وهذه العوامل تعتبر سببا مهيئا للاضطرابات العضوية لكنها لا تعمل لوحدها على تفجيره ، بل تصاحبها عوامل بيئية مختلفة يشار إليها في العادة بالضواغط (Hinkle, 1974 , Mason, 1975) أو بأحداث الحياة الضاغطة (Dohrenwend & Dohrenwend, 1974) أو التغيرات الكبرى في الحياة (Rahe, 1975) ، وبين هذا وذاك يبقى لادراك الفرد للحادث أو الموقف دورا هاما في تحديد طبيعة استجاباته .

6- التشخيص الفارقي للاضطرابات السيكوسوماتية :

إن الباحث في مجال السيكوسوماتيك يلاحظ أن هناك تشابها بين الاضطرابات السيكوسوماتية وعدد من الاضطرابات العصابية التي تمتاز بوجود أعراض جسدية كتعبير عن حالة القلق والانفعال الشديد ومن بين تلك الاضطرابات نذكر :

أولا : هيسستيريا التبدل أو الهيسستيريا التحويلية Conversion hysteria.

ثانيا: الاضطرابات جسدية الشكل Somatoform disorders وتضم أساسا كلا من توهم المرض Hypochondrical disorder و الإعياء النفسي (النورستانيا) Neurasthenia .

6-1- المرض السيكوسوماتي واضطراب التحويل (Conversion Disorder) :

التحويل هو الميكانيزم المركزي لنظام آليات الدفاع في ظهور العرض هذا النموذج التفسيري الموصوف من طرف شاركو Charcot ومن ثم في أعمال فرويد يلعب دورا هاما في ديناميكية الجهاز النفسي ويشارك في نفس الوقت في حفظ توازن هذا الجهاز* . ويعرفه بوكو (1985) Boucaud بأنه كفاءات خاصة ببعض الأفراد للتعبير عن ميولاتهم ورغباتهم عبر الأعراض الجسدية الممكن تحويلها إلى أمراض بديهية ومزمنة. ويبرز ذلك عندما تقمع الرغبات والإنفعالات الحادة بواسطة عملية الكبت أي أن الضغط المتواصل للكبت يولد أحيانا أعراضا وظيفية ذات تعبير جسدي (معاليم، 2008: 16).

* في مقال له عام 1894 بعنوان "الأعصاب -الذهانية للدفاع" يستخدم فرويد لأول مرة مصطلح التحويل حيث أقترح مفهوم التحويل كآلية تنتقل بها التمثلات الداخلية نحو الجسد ، وقد قدم فرويد فرضية عصبية تشرح عبر أي مسارات يمكن أن تحدث هذه القفزة بين ما هو نفسي وما هو جسدي .

تختلف الاضطرابات النفسجسمية عن اضطراب التحويل الذي يحدث عند المصابين بالهستيريا فالشلل الهستيريا أو العمى الهستيريا ليس بمرض حقيقي يصيب العضو بعينه إنما هناك ميكانيزمات وظيفية على مستوى الدماغ تجسدت بإرادة المريض على أعضاء معينة من جسمه طلبا للاستعطف والاهتمام ، لذا يجب إن نؤكد على أن الاضطرابات السيكوسوماتية هي مرض حقيقي يسبب تلفا في الجسم وأن هذه الاضطرابات الناتجة عن عوامل انفعالية لا تعني أن الألم وهمي فقد يموت الأفراد لمجرد وجود عوامل نفسية نتج عنها ارتفاع في ضغط الدم أو القرحة مثل ما قد يموت فرد ما نتيجة لمرض مشابه عن العدوى أو الإصابة البدنية ، كما أن اضطرابات التحويل لا تتضمن تلفا عضويا ولكنها تؤثر عامة على وظائف الأجهزة العضلية الإرادية.

ففي اضطراب التحويل يعبر العرض عن حل رمزي للصراع الذي يعانيه الفرد دون أن يكون هناك خلل أو تغير عضوي من الناحية الفسيولوجية ولكن الخلل يكون في وظيفة العضو فقط. والحالات التي يتبدى فيها هذا الاضطراب كثيرة ومتنوعة مثل الشلل بأنواعه ، العمى الجزئي أو الكلي الصعوبة في الكلام ، فقدان السمع الجزئي أو الكلي ... وعلى ذلك حدد حسن مصطفى عبد المعطي مجموعة من الفروق التشخيصية بينهما نوجزها في الجدول التالي :

جدول رقم (04) يوضح الفرق بين الاضطرابات السيكوسوماتية والهستيريا التحويلية.

(عبد المعطي، 2003: 30).

الهستيريا التحويلية	الاضطرابات السيكوسوماتية
- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي المركزي.	- تصيب الأعضاء التي يشرف عليها الجهاز العصبي اللاإرادي.
- الأعراض الجسمية عبارة عن تعبيرات رمزية عن دوافع مكتوبة و صراعات لا شعورية.	- الأعراض الجسمية نتاج مباشر لصدمة نفسية أو انفعالات مزمنة أو ضغط نفسي و يخلو من الدلالة الرمزية.
- الاضطراب العضوي يكون وظيفيا فقط.	- الاضطراب العضوي و وظيفيا و بنيويا و قد يصاب أكثر من عضو.
- يمكن أن يحدث العرض الجسمي الهستيريا فجأة.	- العرض السيكوسوماتي لا يحدث فجأة إنما يحدث تدريجيا وعلى مراحل بسبب تراكم عوامل مختلفة.
- العلاج النفسي يكون كافيا و يلعب الايحاء دورا هاما ويكون الشفاء سهلا.	- المزاجية بين كل من العلاج الطبي و العلاج النفسي (العلاج التكاملية) و الشفاء يكون صعبا و يتطلب وقتا.
- لا يكثر المريض باضطرابه، بل أن عنصر المنفعة الذي يتوخاه واضح.	- يكثر بمرضه كثيرا، و عنصر المنفعة فيه غير موجود أو خفي في حال وجوده.

6-2- المرض السيكوسوماتي وتوهم المرض (Hypochondriasis) :

يَعْرِف توهم المرض بأنه اضطراب جسمي المظهر يقوم فيه الفرد بتفسير التغيرات الجسمية الخفيفة بأنها دليل على مرض خطير سيصاب به . ويتصف هذا الاضطراب بأن المصاب به ينشغل بشكل مفرط بصحته ولديه قلق متزايد حول إمكانية إصابته بأمراض بدنية . ولهذا يسمى أيضاً بالوسواس المرضي* .

لا يعاني المصابون بتوهم المرض بالضرورة من ألم بدني بقدر ما يببالغون في تفسير أية علاقة ولو كانت خفيفة عن تغير في الجسم والصحة ، وغالباً ما يصاحب ذلك عدة اضطرابات نفسية أخرى لاسيما القلق والاكتئاب . فالفرد المتمارض يتظاهر بأنه مريض و ذلك لتجنب موقف غير سار من المواقف الصعبة حيث يصبح نموذجاً يشار به إلى اضطراب في السلوك أو يدل على العصاب النفسي الضمني ، أما في الاضطراب السيكوسوماتي فان المعاناة تكون حقيقة و يشعر الفرد بألم واضطراب فعلي و اختلال وظيفي في العضو المصاب (عبد المعطي، 2003: 32).

وفق الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات العقلية في طبعته الرابعة المنقحة (DSM-IV-TR) تتمثل السمة الأساسية لتوهم المرض في انشغال اعتقاد الفرد بأنه في خطر أو بصدد تطوير مرض خطير، وفي حالات كثيرة فإن الخوف من المرض يعطل العديد من الوظائف الاجتماعية والمهنية والأسرية ، وهذا الاعتقاد يبقى قائماً بالرغم من التقييم الطبي المناسب والتأكيد على أن الفرد ذو صحة جيدة (Abramowitz & Braddock, 2006: 503) . يتضح ذلك في الآتي:

- يكون انشغال الفرد ومخاوفه محدداً بإصابته بمرض حقيقي في ضوء تفسيره لعرض جسدي معين .
 - يستمر انشغاله هذا على الرغم من التقارير الطبية المطمئنة .
 - يسبب له انشغاله هذا حزناً جلياً ، أو ضعفاً اجتماعياً ومهنياً ، أو اضطرابات في مجالات أخرى .
- تستمر مدة الاضطراب لستة أشهر على الأقل .

* فضلاً عن اضطرابي توهم المرض والتحويل تضيف الأدبيات الصادرة بعد عام 2000 نوعين آخرين مميزين هما : اضطراب التجسيد واضطراب الألم Somatization and pain disorders حيث تظهر في هذين الاضطرابين أعراض فيزيولوجية ناشئة عن قلق أو ضغط أو ضيق نفسي . ففي اضطراب التجسيد (الجسدية) تظهر على المصاب به أعراض جسمية متعددة ومتكررة وشكاوى بدنية لها تاريخ طويل من المراجعات الطبية من دون العثور على سبب عضوي لها . وفي حالات يتم إجراء عمليات جراحية كثيرة لا طائل من وراءها . وكثيراً ما يصاحب هذا الاضطراب اختلال طويل المدى في السلوك الاجتماعي والشخصي وهو من أكثر الاضطرابات انتشاراً في البلدان العربية ، أما في اضطراب الألم فإنه يتضمن فقط خبرة الألم المزمن الذي لا تفسير له .

7- تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية :

عرف تصنيف الامراض السيكوسوماتية العديد من المراجعات منذ البدايات الأولى لاستخدام المفهوم ويرجع السبب الأساسي في ذلك إلى تعدد المعايير التشخيصية ، وفي هذا الإطار عرض الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي (APA) في إصداره الرابع DSM.IV مجموعة معايير تشخيصية للأمراض السيكوسوماتية :
أ-وجود حالة طبية عامة.

ب-عوامل نفسية تؤثر سلبياً (عكسياً) على الحالة الطبية العامة بطريقة من الطرق الآتية:
 < العوامل التي تؤثر على الحالة الطبية من خلال الارتباط الزمني بين العوامل النفسية وزيادة أو تأخر الشفاء من الحالة الطبية العامة.
 < العوامل النفسية التي تتداخل مع علاج الحالة الطبية العامة.
 < العوامل النفسية التي تعتبر مخاطر صحية إضافية للفرد.
 < الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالضغط النفسية والتي تُعجل بحدوث أو زيادة أعراض الحالة الطبية العامة (أبو النيل، 2001 : 42) .

ويتم اختيار الاسم من خلال التركيز على طبيعة العوامل النفسية ، وإذا كان هناك أكثر من عامل يتم اختيار الأشهر (الأكثر ظهوراً) (DSM - IV , 1994 : 678) .

وعبر التتبع لتاريخ الأبحاث في مجال البسيكوسوماتيك نجد أن هناك العديد من التصنيفات الشائعة فقد وضع الكسندر (1950) Alexander قائمة أمراض سيكوسوماتية تتضمن : ضغط الدم الأولي القرح الهضمية ، التهاب المفاصل الروماتيزمي الغدة الدرقية وفرط نشاطها ، الربو الشعبي ، القلون والتهاب الجلد العصبي ، ليأتي بعد ذلك تصنيف المدرسة الباريسية الذي يعمل به منذ سنة 1978 وقد اعتمد على دراسة قام بها بيار مارتي على (323) مريضاً يعانون من اضطرابات سيكوسوماتية ويتصف هذا التصنيف بالشمولية والتفصيل والتفكير الدينامي الذي يأخذ بعين الاعتبار ماضي الفرد وتطوره وقدرته على التكيف وحالته المرضية (النابلسي ، 1992 : 6) .

كما قدم نظام التصنيف الدولي التاسع للأمراض (ICD10) بتصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية على أنها العوامل النفسية والسلوكية المرتبطة بالاضطرابات أو الأمراض المحددة في أي مكان آخر مع الإشارة إلى العوامل المؤثرة في المرض العضوي حيث قدم قائمة للأمراض السيكوسوماتية تشمل:

- الأمراض السيكوسوماتية المتضمنة ضرراً في الأنسجة: مثل الربو والتهاب الجلد (الأكزيما) والقرحة المعدية والقولون المخاطي والقولون المتقشر وطفح الجلد .
 - الأمراض السيكوسوماتية غير المتضمنة ضرراً في الأنسجة: كتصلب الرقبة وهو داء في الرقبة بسبب الالتفات، احتياج الهواء فواق، حازوقة زغوظة وزيادة معدل التنفس والكحة النفسية والتثاؤب اضطرابات القلب والأوعية الدموية ، القيء وعسر الطمث الناتج عن سبب نفسي... .
 - وصنفت الإضطرابات السيكوسوماتية تبعاً للجهاز أو العضو المتأثر إلى ستة مجموعات (زبيدي، 1998):
 - أمراض الجهاز الهضمي : القرحة المعدية ، قرحة القولون ، السمنة المفرطة.
 - أمراض الأوعية الدموية : عصاب القلب ، انسداد النسيج القلبي ، الضغط الدموي... .
 - أمراض الجهاز التنفسي : الربو الشعبي ، السل الرئوي ، إصابات البرد المعتادة
 - الاضطرابات الجلدية: الإكزيما ، التهاب المفاصل الروماتيزمي ، نزيف الأنف
 - الاضطرابات السيكوسوماتية الهيكلية: أوجاع الظهر ، تشنج العضلات.
 - اضطرابات الغدد الصماء والتناسلية: إضطرابات في الوظائف الجنسية والتناسلية وفي التبول.
- فيما قام الزراد بتصنيفها إلى عشرة مجموعات وفق ما يوضحها الجدول الآتي:

جدول رقم (05) يوضح تصنيف الاضطرابات السيكوسوماتية

(الزرد ، 2000 : 58 - 61).

الاضطرابات	الجهاز
<ul style="list-style-type: none"> - القرحة المعدية - قرحة الإثنا عشر - التهاب المعدة المزمن - التهاب القولون - الإمساك المزمن - الإسهال المزمن - فقدان الشهية العصبي - الشراهة في تناول الطعام - عسر الهضم - الأم انتفاخ البطن والتجشؤ (أو الفواق) - السمنة المفرطة - التهاب القرحة الشرجية - التهاب البنكرياس - التهاب الزائدة الدودية - اضطرابات الكبد والحويصلة الصفراء 	1- جهاز الهضم

<ul style="list-style-type: none"> - الربو الشعبي (العصبى) - الإصابة بالمنزلات البردية - حمى القش - التدرن الرئوي (السل) - الحساسية الأنفية (للروائح) 	<p>2- اضطرابات جهاز التنفس</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الخفقان أو لغط القلب الوظيفي - الإصابة بانسداد الشرايين التاجية والأوعية الدموية. - عصاب القلب - الذبحة الصدرية - ضغط الدم الجوهري - انخفاض ضغط الدم - ارتفاع ضغط الدم 	<p>3- اضطرابات جهاز القلب والدوران</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الشرى (الارتكازيا) - حب الشباب - الإكزيما - تساقط الشعر - فرط التعرق - مرض الصدفية 	<p>4- الاضطرابات الجلدية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - العنة الجنسية أو البرودة الجنسية لدى الرجل - البرود الجنسي لدى المرأة - القذف المبكر (للحيوان المنوي) - القذف المتأخر - عسر الجماع - اضطراب الحيض - العقم (أنثوي - ذكري) - الإجهاض المتكرر - الأم الحوض - الحمل الكاذب 	<p>5- الاضطرابات الجنسية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - آلام الظهر (اللمباغو) - التهاب المفاصل شبه الروماتيزمي - داء الرجز (فقدان التناسق العضلي) - ضمور العضلات - العض على النواجد 	<p>6- اضطرابات الجهاز العضلي والهيكلية</p>
<ul style="list-style-type: none"> - التبول اللاإرادي - كثرة مرات التبول - احتباس البول 	<p>7- اضطرابات الإخراج</p>
<ul style="list-style-type: none"> - مرض السكر - سكر الدم - ازدياد سكر الدم - نقصان سكر الدم - التسمم الدرقي 	<p>8- اضطرابات الغدد والهرمونات</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الصداع - الصداع النصفي - الخلجات أو الأزمات العصبية - إحساس الأطراف الكاذب 	<p>9- اضطرابات الجهاز العصبي</p>
<ul style="list-style-type: none"> - الإحساس بالألم - اضطراب الحمل - اضطراب الولادة - اضطراب النوم - السرطان (الثدي، الجهاز التناسلي) - نزيف الأذن الوسطى - اضطرابات النطق والكلام الناتجة عن العوامل النفسية والحرمان البيئي الأسري. 	<p>10- اضطرابات سيكوسوماتية أخرى</p>

وفي ما يلي نحاول عرض أبرز الأمراض السيكوسوماتية التي تركز عليها هذه الدراسة :

7-1- أمراض الجهاز الدوري Cardiovascular diseases :

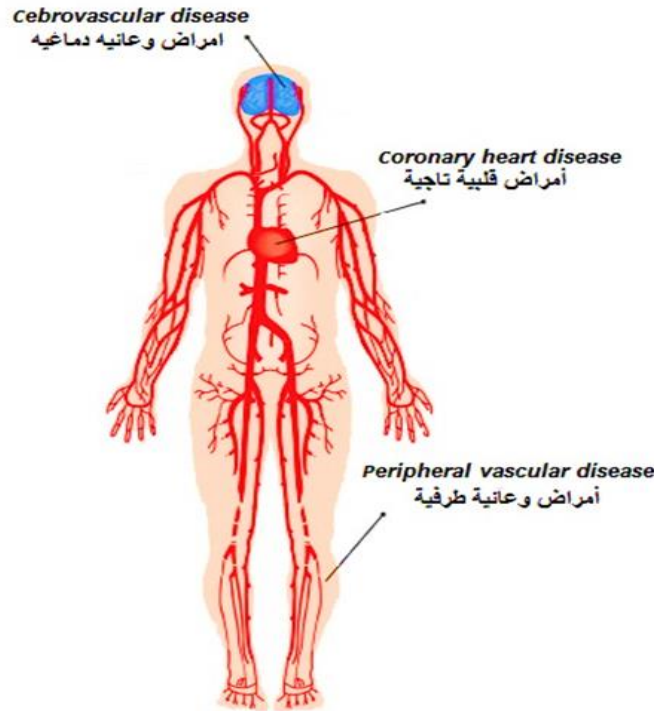
أخذت هذه الأمراض تنتشر بشكل وبائي نتيجة التغيرات الاجتماعية السريعة والتحديث الصناعي وما صاحبها من تغيرات عميقة في السلوك الصحي ، ففي تقرير لمنظمة الصحة العالمية " WHO " عام 2014 وجد أن أمراض القلب والأوعية الدموية تشكل السبب الرئيسي للوفيات في العالم بأكثر من 17.3 مليون حالة وفاة سنويا، وهو الرقم الذي يتوقع أن يصل إلى أكثر من 23.6 مليون بحلول عام 2030 . ومن بين مجموع الوفيات المسجلة على مستوى العالم من جميع الأسباب مثلت أمراض القلب والأوعية الدموية نسبة 30% وهذه النسبة تقارب ما ينجم عن الأمراض المعدية ونقص التغذية وظروف الحمل والولادة مجتمعة ، وينبغي التأكيد هنا أن نسبة كبيرة من هذه الوفيات (ما يقارب 46%) كانت ممن تقل أعمارهم عن 70 سنة في فترة أكثر إنتاجية من الحياة ، بالإضافة إلى ذلك أكد التقرير أن 79% من أعباء المرض تعزى إلى أمراض القلب والأوعية الدموية .

ففي عام 2013 مثلا شكلت الوفيات جراء أمراض القلب والأوعية الدموية نسبة 31% من مجموع الوفيات في العالم ، 80% منها تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل. ورغم أن هذه النسبة انخفضت بين عامي 2003 و 2013 إلى حوالي 38% لكن الأعباء وعوامل الخطر الناجمة عنها لا تزال مرتفعة بشكل كبير (2 2 1 2 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs317/en/index.html) . وهناك العديد من الأسباب المؤدية لأمراض القلب والأوعية الدموية يرتبط بعضها بالاستعداد الوراثي والبعض الآخر مرتبط بالأمراض الجسدية الأخرى. ومع ذلك فإن التعرض للمواقف الضاغطة والضغط المهني والفشل المتكرر والإحباط والخلافات الزوجية والعلاقات السيئة بين الوالدين والطفل والعلاقات الاجتماعية الفقيرة تزيد من مخاطر الإصابة بهذه الأمراض التي يمكن النظر إليها على أنها نتيجة لأسلوب حياة الفرد*. وإن لم تكن الضغوط النفسية هي المسببة لأمراض القلب فبالتأكيد ساهمت في ظهورها واستمرارها والتدهور الخطير في المراحل الأولى (133: 1988, Wolman) .

* عبر تتبع البحوث الصادرة بين عامي 1978 و 1999 مع التركيز على الدراسات المستقبلية لخص تينان Tennant أنه على الرغم من أن أحداث الحياة الضاغطة والدعم الاجتماعي الفقير هي عوامل خطر للإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية وحتى الوفيات المرتبطة بها فإن الآلية الدقيقة التي يؤثر من خلالها كل من الضغط النفسي والدعم الاجتماعي غير معروفة (Bruhn,2005:236) .

وفي الوقت الذي يصعب فيه تحديد عدد المصابين بأمراض القلب في الجزائر، وهو الداء الأكثر ملازمة لمرضى السكري وضغط الدم خاصة أنهما المتسببان الرئيسيان في ظهور أمراض القلب إذ تتحدث الإحصائيات عن وفاة 14 ألف مريض بالقلب سنويا و20% منهم بسبب تصلب الشرايين وانسداد الأوعية الدموية، فيما تشير أرقام أخرى إلى أن ضحايا هذا المرض وصل إلى 30 ألف وفاة في السنة، ما يرفع هذا الداء إلى المراتب الأولى لتسببه في حوالي نصف الوفيات في الجزائر. ويعتبر المختصون ارتفاع ضغط الدم الشرياني يساهم في 30 بالمائة من الإصابات بأمراض القلب خاصة أن 75 بالمائة من المصابين بارتفاع ضغط الدم يعانون عدم توازنه، مما يعرضهم للإصابة بمختلف أمراض القلب. ويرى الأخصائيون أن الإصابات سابقا كانت تعرف وتيرة كبيرة لدى النساء بسبب السمنة المفرطة، أما في الوقت الراهن فإن النسبة انعكست ليصبح الرجال معرضين أكثر لهذه الأمراض بسبب التدخين إلى جانب التوتر والقلق الذي أضحى يصاحب يوميات الجزائريين يضاف إلى ذلك طبيعة النظام الغذائي الذي يركز أساسا على الأكلات السريعة كثيفة الدهون ما يتسبب في ارتفاع الكوليسترول في الدم وإمكانية الإصابة بمرض في القلب.

ويتكون الجهاز القلبي الوعائي من أجهزة القلب والأوعية الدموية والدم التي تعمل كأنظمة نقل تحمل الدم الأوكسجين من الرئتين إلى الأنسجة وتحمل ثاني أوكسيد الكربون من الأنسجة إلى الرئتين والهرمونات من الغدد الصماء إلى الأعضاء الأخرى في الجسم، كما تعمل على نقل الحرارة إلى سطح الجلد لضبط حرارة الجسم، وتوجد أشكال عديدة للأوعية الدموية توصل الدم إلى المناطق المختلفة من الجسم. فالشرايين تحمل الدم من القلب إلى الأعضاء الأخرى والأنسجة التي تقوم بدورها بامتصاص الأوكسجين والمواد الغذائية، ويتشعب من الشرايين شريانات وشعيرات دموية دقيقة تقوم بحمل الدم إلى خلايا الجسم أما الأوردة فتقوم بإعادة الدم الذي سحب منه الأوكسجين إلى القلب. هذه الأوعية تضبط الدورة الدموية إذ تتسع وتضيق بناءا على التغيرات المختلفة في الجسم ويتعرض الجهاز القلبي الوعائي لعدد من الاضطرابات بعضها يرجع إلى عوامل خلقية ولادية والبعض الآخر يرجع إلى العدوى، ومع ذلك فإن المصدر الرئيسي للإصابات التي يتعرض لها الجهاز القلبي الوعائي يعود إلى الأضرار الناجمة عن التمزق والاهتراء الذي يحدث خلال حياة الفرد (تايلور، 2008: 77-78). وتشير البحوث الوبائية إلى عدد من العوامل التي تسبب الإصابة بأمراض القلب والأوعية تتضمن: وجود تاريخ عائلي للمرض، العمر الزمني، الجنس، ضغط الدم المرتفع الزيادة المفرطة في الدهون، السمنة، نمط الحياة، التدخين.



شكل رقم 6 : ثلاثية الأمراض القلبية الوعائية

وتشير الدراسات المتعلقة بأمراض القلب وعلاقتها بالجوانب النفسية لدى المرضى أن أغلبية من يعانون منها لا يتوفر دليل لديهم بوجود مرض قلبي عضوي ، فعصاب القلق له علاقة وثيقة بالتغيرات الفسيولوجية خاصة في جهاز القلب . وهنا يذهب كوفيل وزملاءه إلى القول أن مصطلح عصاب القلب يستخدم ليبدل على مجموعة من الأعراض التي تختص بالقلب ويكون أساسها نفسياً (الخفقان - قصر التنفس - التشنج - الألم - اضطرابات دقات القلب). ونظراً لأن هذه الأعراض تحدث أيضاً في أمراض القلب العضوية ، فلا بد من إجراء فحص طبي دقيق قبل أن يشخص المرض باعتباره سيكوسوماتياً ، وتؤكد دمبار أن ما يميز المصابين بأمراض القلب هو أنهم ينهملون في العمل ويستمتعون به ويكتفون بالتقدير القليل ، وهم دائماً ضحايا للظروف النفسية المسؤولة عن طموحهم. وتؤكد نتائج الفحوصات الطبية أن آلام الصدر رغم كونها أقل الأعراض الإكلينيكية المهددة للحياة إلا أنها خطيرة ، فألام الصدر المستقرة يمكن أن تخرج عن التحكم أو تصبح غير مستقرة كما يمكن أن تعجل بحدوث جلطة في القلب ، وتقلص في الشريان التاجي قد يحرك جلطة شريانية تستقر في شريان صغير (الخالدي ، 2006 : 460-464) .

وقد أثبتت الدراسات الوبائية الحديثة أن المشاعر السلبية القوية كالتوتر والغضب لها آثار في اضطراب الأداء القلبي لدى المرضى المعرضين لخطر هذا الاضطراب (Lampert, 2010). كما أظهرت الدراسات زيادة كبيرة في عدم انتظام ضربات البطين القلبي والموت القلبي المفاجئ عند الأفراد بعد حالات التعرض للحروب والكوارث الطبيعية (Leor, Poole & Kloner, 1996 ; Kirian & al., 2012:26) Meisel & al., 1991 ; Steinberg & al., 2004 ; Shedd & al., 2004) . وتبين أن عوامل الخطر النفسية الحادة قد تؤدي إلى تمدد وضعف الأوعية التاجية لدى مرضى الشريان التاجي (Howell & al., 1997) وانخفاض في حجم البلازما (Patterson & al., 1993) وزيادة نشاط الصفائح الدموية وتخثر الدم (Patterson & al., 1995) . هذه الاستجابات قد تنتج عن اختلال التوازن بين المطالب القلبية وانخفاض تدفق الدم التاجي وهو ما يمكن أن يؤدي إلى نقص التروية القلبية (Kop, 1999) (Callahan & al, 2003 : 341). وبالإضافة إلى هذه الآثار المفترضة على تطور المرض والتي يعتقد أنها وظيفة من عدة عوامل توفر تفسيرات سببية بشأن الأهمية النسبية للتفاعل بين الخصائص الشخصية والعوامل الوقائية لفهم الفيزيولوجيا المرضية الكامنة وراء الصلة بين الضغوط النفسية والأمراض القلبية الوعائية* .

وهناك عدد من المظاهر الإكلينيكية لأمراض القلب والأوعية الدموية نذكر منها:

7-1-1- ارتفاع ضغط الدم Hypertension؛

يرجع ارتفاع ضغط الدم السيكوسوماتي إلى استمرار حالة من التوتر الإنفعالي العنيف عند الفرد الذي يؤدي بدوره إلى زيادة نشاط الجهاز الودي فيحدث زيادة في إفراز الأدرينالين والرئينين والصورديوم الذي تحتفظ به عضلات الشرايين والأوعية الدموية ، وهو ما يؤدي إلى سرعة نبض القلب فالصورديوم الزائد يجعل جدران الأوعية أو تفقد مرونتها مما يجبر القلب على العمل بقوة لدفع الدم . وقد وجد أن الأفراد من ذوي الضغط المرتفع نسبياً أكثر حساسية للأمر المثيرة للغضب وأنهم تعرضوا للكراهية والغيرة كما أنهم كثيرون الاهتمام بتوافه الأمور ، وأن ارتفاع ضغط الدم لديهم يزيد عن المعدل في المرات التي يتعرضون فيها شديدة (عبد المعطي، 2003 : 99) .

* تقدر منظمة الصحة العالمية نسبة المصابين بارتفاع ضغط الدم في الجزائر بـ 28% من السكان ما يقابله أزيد من 10 ملايين مصاب أغلبهم من الشباب فيما تفيد إحصائيات مقدمة من قبل ناشطين في مجال مساعدة هؤلاء المرضى أن النسبة تعادل 35% ، ورغم التفاوت بين النسبتين إلا أن الأمر يشكل خطراً على الصحة العمومية كون هؤلاء يعدون أكبر شريحة في قائمة ذوي الأمراض المزمنة (ملحق رقم 6).

7-1-2- تصلب الشرايين Atherosclerosis :

يعد هذا الاضطراب إحدى المشاكل الصحية الشائعة جدا التي ترجع جزئيا إلى نمط الحياة إذ يرتبط بعدد من العادات السلوكية السيئة كالتدخين والغذاء المشبع بالدهون مما ينتج عنه ترسب مشتقات دهنية (الكولسترول) في جدران الشرايين التاجية يؤدي إلى حدوث التهاب موضعي وزيادة تراكم الخلايا الالتهابية والأنسجة الليفية ، مما يؤدي بدوره إلى ضيق وانسداد الشرايين ويؤدي كذلك إلى اعتلال بطانة الأوعية الدموية مع زيادة القابلية للتجلط وانقباض (تقلص) الشرايين يؤدي في أحيان كثيرة إلى انسداد مفاجئ بالشريان قد تنتج عنه نوبة قلبية أو وفاة مفاجئة . ويتميز تصلب الشرايين بعرضين أساسيين : الأول هو آلام الصدر التي تحدث لأن كمية الأكسجين غير كافية ليتمكن القلب من إتمام نشاطه تكون مصحوبة بآلام شديدة لدرجة أنه يجب على المصاب أن يبقى ساكنا حتى تخف حدة الألم (جعفر، 2005 : 175). أما الثاني فهو احتشاء عضلة القلب والذي غالبا ما يحدث بسبب انسداد في الأوعية الدموية يمنع تدفق الدم إلى القلب ، ويعرف أيضا بالجلطة القلبية والتي يمكن أن تؤدي إلى الموت إذا توقف القلب عن العمل.

7-1-3- الجلطة القلبية Myocardial Infarction :

والمعروف أيضا باحتشاء عضلة القلب ويحدث من خلال انقطاع تدفق الدم في عضلة القلب هذا الأمر قد يسبب تدمير عضلة القلب في غضون ساعات ، وتنتج أساسا من تصلب الشرايين ثم انسدادها فتمنع الدم والأكسجين من الوصول إلى القلب ، وهو ما قد يؤدي إلى الموت التدريجي للعضلات في غضون 6 ساعات من ظهور أولى علامات الألم ، حيث يشعر المصاب بألم شديد في الصدر يستمر أكثر من 20 دقيقة أو لمرتين في ساعة واحدة . هذا الألم قد ينتقل إلى الكتفين والذراعين والعنق والذقن والفك والأسنان كما ترافقه حالات الغثيان والتعرق وضيق في التنفس وهذا يمكن أن يؤدي إلى نوبات هلع لدى البعض . عادة ينظر الأخصائيون النفسيون الإكلينيكيون المهتمون بمعالجة مرضى القلب باعتبارهم فئة متجانسة على الرغم من أن مرضى الذبحة الصدرية أميل لأن يكونوا أكبر عمرا من المصابين بأمراض القلب الأخرى ولديهم خصائص نفسية مختلفة. تجدر الإشارة إلى أن تلك الأعراض تختلف من شخص لآخر لكن الجلطة القلبية غالبا ما تؤثر بشكل كبير على نوعية حياة المريض كما تؤدي إلى تدهور الوظائف الجسدية والصحية للفرد

ينتج عنه شعور بالتعب والألم خاصة في منطقة الصدر مع اجهاد سريع ومحدودية في الحركة تؤدي إلى انخفاض في القدرات الوظيفية للمريض ، ومن المهم في هذه الحالة تحديد عوامل الخطر التي أدت إلى وقوع الأزمة الأولى (السن "خاصة أكبر من 45 عاما"، الجنس "ذكور" ، التاريخ العائلي ارتفاع الكوليسترول ، ارتفاع ضغط الدم ، مرض السكري من النوع الثاني ، السمنة ، التدخين قلة النشاط البدني والإجهاد).

وتتوالى في الوقت الحاضر الدراسات الطبية لتحديد ماهية هذه الفروق حتى بدأ حاليا مرضى الجلطة القلبية يحصلون على المزيد من الاهتمام باعتبارهم فئة منفصلة . ويقدم الفحص الإكلينيكي أو التقييم النفسي ثلاثة اتجاهات رئيسية لفهم الحالة المرضية هي:

- رسم خريطة للعوامل النفسية والظروف الاجتماعية المرتبطة بهؤلاء المرضى .
- تقييم المدى الذي يصل إليه الألم والعجز الذي يذكر في الحالات الحادة للمرض.
- تحديد دقيق للعوامل النفسية والاجتماعية المثيرة للجلطة.

تحدد العوامل الأساسية التي ترتبط بمرض الذبحة الصدرية في العصابية والغضب والعدائية وقد تبين أن العصابية ترتبط بقوة بالذبحة الصدرية أكثر من ارتباطها بأنواع أخرى من أمراض القلب بالرغم من وجود فروق في حدوث جلطة في القلب يظهرها رسم الشرايين ، وفي ضوء هذه النتائج يوصي الباحثون في هذا المجال باستخدام المقاييس النفسية لاكتشاف المستويات العليا من العصابية كجزء من التدبير الشامل لهؤلاء المرضى (الخالدي ، 2006 : 464- 465) .

7-1-4- اضطراب ضربات القلب (اللفظ) Arrhythmia Cardiac :

يؤثر الضغط الانفعالي الحاد في النشاط الكهربائي للقلب من خلال الأداء المرتفع للجهاز العصبي وقد كشفت العديد من الدراسات أن الأشخاص الذين يعانون من اضطراب ضربات القلب أو ما يسمى لغط القلب الوظيفي عندما يكونون في أزمة انفعالية يركزون اهتماماتهم على الخلل في عمل القلب فينتابهم القلق من حصول متاعب أخرى ويقوى لديهم العرض المرضي ، خاصة وأن اللغط يكثر في الحالات الانفعالية القوية والمفاجئة ، هذه الحالة تتباين بين الناس فاللغط استجابة انفعالية حشوية تستمر بصورة مرضية مع استمرار حالة التوتر الانفعالي (الخالدي ، 2006).

7-1-5- عصاب القلب أو متلازمة الجهد أو متلازمة داكوستا:

هذا الاضطراب ذو منشأ نفسي يؤدي إلى اضطرابات في عمل القلب تتمثل أعراضه في الارتعاش وخفقان وتشنج في القلب وقصر في التنفس والإحساس بالألم والتعب لأقل مجهود ويصاحب ذلك أيضا خواف الموت ، وعادة توجد عوامل مرسبة كحدوث مرض القلب أو إصابة ما. ولا بد هنا من إجراء فحص طبي دقيق قبل تشخيص المرض على أنه اضطراب سيكوسوماتي لكثرة وجود مثل هذه الأعراض في أمراض القلب العضوية ، كما لا نستطيع تشخيص عصاب القلب قبل أن نتحقق من وجود توتر وصراع انفعالي . فالدراسات الحالية تشير إلى أن نصف المرضى المحولين إلى عيادات أمراض القلب لم يكونوا يعانون من أي آفة عضوية في القلب إنما يفعلون ذلك بسبب القلق الذي غذته ملاحظات طبيب آخر إذ يصلون إلى الاعتقاد بأنهم مصابون بمرض القلب عن طريق الخفقان وعسر التنفس والشعور بالإرهاق... ومثل هذه الأعراض غالبا ما تكون رد فعل للضغوط النفسية والانفعالات الحادة في حين يكون القلب سليما من الناحية العضوية.

كما أن هناك عوامل ثانوية أخرى تؤدي إلى أعراض قلبية مؤقتة كتعاطي المخدرات والتدخين والإفراط في تناول القهوة. ومثل هذه العوامل لا تهيئ الفرصة لعصاب القلب إلا لدى الأشخاص الذين يعانون من القلق والمهتمون بالنواحي الجسمية بشكل مفرط . إن الخوف الدائم من الموت والمكاسب الثانوية التي يحققها المريض مثل جذب اهتمام الآخرين ورعايتهم يعتبران من العوامل التي لها دلالة مهمة في الطب السيكوسوماتي ولدى مرضى عصاب القلب خاصة (الزباد، 2000).

7-1-6- السكتة الدماغية أو الجلطة الدماغية :

كانت تعرف بالانجليزية سابقا بالحادثة الوعائية الدماغية (CVA) Cerebrovascular accident وتنتج عبر توقف أو عرقلة شديدة لتدفق الدم إلى واحد من أجزاء الدماغ مما يحرم أنسجة المخ من الأكسجين الضروري ومواد التغذية الحيوية الأخرى. ومن جراء ذلك تتعرض خلايا المخ للموت خلال دقائق قليلة. فالسكتة الدماغية هي حالة طوارئ طبية والعلاج الفوري لها أمر بالغ الحيوية إذ يمكن من خلاله تقليل الأضرار للدماغ ومنع المضاعفات المحتملة ما بعد السكتة. فرفع مستوى السيطرة على معظم عوامل الخطر الإصابة بالسكتة الدماغية مثل فرط ضغط الدم والتدخين وفرط الكوليسترول في الدم هي السبب الرئيسي على الأرجح لانخفاض حالات السكتة الدماغية.

ومن بين اضطرابات الأوعية الدموية الأنورسما أو تمدد الأوعية الدموية والتهاب الوريد والدوالي والأنورسما عبارة عن انتفاخ في قطاع من جدار الشريان أو الوريد يحدث كرد فعل في منطقة ضعيفة نتيجة للضغط ، وعندما ينفجر الانتفاخ يحدث موت فوري بسبب النزيف الداخلي وانعدام ضغط الدم وقد يرجع السبب إلى تصلب الشرايين أو الإصابة بالسفلس Syphilis . أما التهاب الأوردة Phlebitis فهو التهاب يحدث في جدار الوريد بسبب تعرض المناطق المحيطة له للعدوى أو بسبب الدوالي أو المتغيرات المرتبط بالحمل أو ورم يضغط على الوريد ويترافق حدوثه مع تجمع الماء والألم وتتمثل الخطورة الرئيسية التي تتسبب عن التهاب الأوردة في ما يمكن أن ينشأ بسببها من جلطات في الدم تؤدي إلى إعاقة الدورة الدموية مما قد يؤدي إلى توقفها (تايلور، 2008: 80-81).

7-2- أمراض الجهاز الهضمي (قرحة المعدة والقرحة الهضمية)؛

تشمل هذه الأمراض مجموعة من الاعتلالات التي تصيب الجهاز الهضمي مثل فقدان الشهية العصبي ، الشره المرضي ، عصاب المعدة ، قرحة المعدة ، التهاب القولون التقرحي ، متلازمة الأمعاء المتهيجة ، الإمساك ، الإسهال والسمنة... والقرحة يمكن أن تصيب أكثر من مكان في الجهاز الهضمي (المريء والمعدة والإثنى عشر) وهي عبارة عن تلف أو تآكل يصيب الطبقة المخاطية الخارجية التي تكسو المنطقة المصابة. وهناك مجموعة من العوامل التي يمكن أن تلعب دورًا مساعدًا في حدوث القرحة منها اضطرابات الإفراز الحمضي للمعدة والتدخين وتناول أنواع معينة من الأدوية والضغط النفسية ، كما يظهر العامل الوراثي بوضوح عند تشخيص حالات الإصابة وفيما يتعلق بالأعراض تجدر الإشارة إلى عدم وجود أعراض محددة خاصة بالقرحة الهضمية إنما هي مجموعة من الأعراض التي تتشابه مع أعراض أمراض أخرى تصيب الجهاز الهضمي كحصوات المرارة والتهاب البنكرياس ، كما أن الأعراض تختلف باختلاف نوع القرحة ومكانها. وبالنسبة للألم مثلا كأحد الأعراض نجد أن مرضى قرحة الإثنى عشر عادة ما يشكون من ألم في المعدة عند الجوع يزول عند تناول الطعام وذلك على عكس مرضى القرحة المعدية الذين يزداد الإحساس بالألم لديهم عند حالة الشبع ، لذلك لا يمكن الاعتماد على الألم وحده لتشخيص القرحة إنما ينصح بعمل الفحوص اللازمة للوصول إلى تشخيص دقيق للحالة وغالبًا ما يبدأ بعلاج دوائي وفي حال عدم جدواه يتم اللجوء إلى الجراحة (الجاموس، 2004).

تصيب قرحة المعدة كلا الجنسين إلا أن نسبة حدوثها عند الرجال تكون أكثر من النساء بعد سن الخمسين. وهذا التآكل قد يسبب نزيفا داخليا تظهر أعراضه على المريض من خلال سوء الهضم والغازات البطنية ونقص تدريجي في معدل هيموجلوبين الدم. وفي بعض الحالات قد يمتد التقرح الهضمي ليخترق طبقات المعدة ويحدث تمزقا محدودا للبطانة السطحية للمعدة ينتج عنه ملامسة الأنسجة الداخلية للبطانة المعدية بعصارة المعدة وما تحتويه من أحماض ومع أنه في أغلب الأحيان يكون حجم القرحة بحجم نصف سنتيمتر إلا أنه في الغالبية العظمى من المرضى قد تسبب أعراضا مزعجة وألما عند مرور الحمض عليها (النابلسي، 1992: 50).

أما عن قرحة الاثني عشر فقد تنتج عبر مجموعة متنوعة من العوامل الجسمية والانفعالية فقد تكون نتاج ضغط نفسي شديد أو جراء إصابات الدماغ أو نزيف يؤثر في جدران القناة الهضمية وغالبا ما ترتبط بالإفراط في تعاطي الكحول (Oken, 1985; Pilot, Rubin, Schafer, & Spiro, 1963). ولقد اهتمت العديد من الدراسات بمحاولة تحديد بروفيل خاص للمصاب بالقرحة المعدية حيث تجمع الدراسات أن هذا المرض ينتشر غالبا بين الأفراد الطموحين ذوي العزم والإنتاجية العالية هذا وقد كشفت دراسات وولف وولف عن ارتباط القرحة بالعوامل التالية (شقيير، 2003: 113):

- الأحداث التي يواجه فيها الفرد الفشل والإحباط.
- وجود صراع مع الأم في الأسرة أو من ينوب عنها.
- الشعور العنيف بالذنب بسبب علاقة جنسية غير شرعية.
- العمل تحت ظروف من التوتر و الضغط و قمع الرغبات.
- المشاكل العائلية وعدم الثقة بالنفس والاعتماد على الغير .

حسب ميرسكي (Mirsky 1958) فإن الاحتياجات العاطفية لا تسبب القرحة ولكن تقاوم وضعها موجودا بالفعل ، حيث يفترض أن فرط نشاط المعدة يكون منذ الولادة وأن العوامل النفسية تعمل فقط على تعزيز الحساسية القائمة . فيما أكد الكسندر (1950) على أن القرحة الهضمية التي تنتج عن فرط الإفراز المعدي وزيادة تحفيز منطقة تحت المهاد استجابة لاحتياجات انفعالية معبر عنها لم تتحقق. حيث ركز الكسندر على دور الصراع بين الحاجة الطفولية إلى الاعتماد على الآخرين وحنين الكبار من أجل الاستقلال (Wolman, 1988 : 115) .

تفسر حالات المصابين بالقرحة بأنهم يعانون صراعا بين شعورهم بالفاعلية والنشاط من ناحية وميولهم الاعتمادية والتماس الحب والعناية من الآخرين من ناحية أخرى ، وأنهم يكتبون ميولهم الاعتمادية لما تمثله من عودة إلى مراحل الطفولة الأولى المرتبطة بعمليات الرضاعة والتغذية اعتمادا على الأم مما لا يتلاءم مع شخصياتهم الناضجة وهذا الإنكار يؤدي إلى استثارة وتنشيط وظائف المعدة لديهم عبر الحركة وإلى إفراز عصارتها. وعلاوة على ذلك أظهرت دراسات أجريت في معهد شيكاغو للتحليل النفسي ارتباط القرحة في كثير من الأحيان بنمط شخصية معين وحالة صراع نموذجي تتطور من خلاله ، يكون العامل الحاسم فيه الإحباط الناجم عن طلب المساعدة فعندما يتم رفض الرغبة في الحصول على الحب أو إحباطها يتم تحويلها إلى رغبة في الغذاء تصبح تدريجيا مزمنة (Alexander & al., 1968).

3-7- اضطرابات الجهاز التنفسي (الربو الشعبي) :

أوضح مسح أجرته هيئة الصحة العامة أن حوالي 4,5 مليون شخص في أمريكا يعانون من الربو وأن حوالي 60% من المرضى أقل من 17 سنة كما أنه يحدث بين الذكور ضعف حدوثه بين الإناث على الرغم من أن هذه النسبة تتساوى خلال الرشد. وقد لاحظ ريس (1964) أن الربو يبدأ عند حوالي 12% من المراهقين ، وأن تكرار الأزمات يزيد من احتمالية حدوثه مع تقدم السن فيما يقدر المختصون نسبة المصابين بأمراض الحساسية والربو في الجزائر بين 20 و 30% من إجمالي عدد السكان حيث تمس الأمراض التنفسية جزائريا واحدا من بين كل ثلاثة أشخاص وأن أكثر من 1500 جزائري يموتون سنويا بمرض الربو ، إذ يمثل المرض الأول في قائمة الأمراض التي تصيب الأطفال ، وتشكل الأدوية إشكالا حقيقيا للمصابين خاصة أجهزة التنفس الاصطناعي .

تمثل الأمراض التنفسية خطرا على صحة المصاب وتتضاعف في حال وجود عدة مسببات على غرار التلوث وتغير عادات الحياة والاستخدام اليومي للمكيفات الهوائية التي تشكل خطرا حقيقيا على المرضى إضافة إلى ارتفاع درجات الحرارة التي تقتل سنويا العشرات من الأشخاص في الجزائر. إذ يحتل الأشخاص المصابون بالربو صدارة المرضى الذين يتم استقبالهم باستعجالات المستشفيات يشكون من أعراض أهمها اللهث وضيق التنفس خلال الشهيق والزفير والسعال المستمر والإحساس بحسرة في الصدر.

ترجع هذه الأعراض إلى نقص قطر الشعب الهوائية بسبب تورم جدرانها أو تقلص العضلات الشعبية القابضة ، مما يحدث صوتا في صدر المريض أثناء التنفس ، ويمكن أن تنتهي الأزمة بعد عدة دقائق أو أيام كما قد تكون عنيفة لدرجة تتطلب العناية المركزة. لذا يعتبر الربو عرضا غير ثابت يتطلب العناية عند تشخيصه من حيث مدى تكراره وحدته ، فبالنسبة لبعض المرضى تحدث النوبات على فترات متباعدة وبالنسبة للبعض الآخر تحدث بصورة مزمنة كالاستجابة للعديد من المثبرات* (عبد المعطي، 2001: 388).



شكل رقم 7 : رسم توضيحي للشعب الهوائية بين شخص مصاب بالربو وآخر سليم

ومن بين العوامل المساهمة في الإصابة بالربو نذكر :

- العامل الوراثي : فحدوث الربو في الأسرة التي يكون بعض أعضائها مصابين به يبدو مرتفعاً ومع ذلك فمن الممكن أن نجد أعداداً من مرضى الربو يكون تاريخ أسرهم سالباً من ناحية الإصابة وهو ما يشير إلى وجود عوامل تساهم في نشأة المرض.
- الحساسية : يعزى المرض لدى حوالي نصف المصابين إلى مواد معينة مثيرة (انتشار حبوب اللقاح والغبار والأتربة أو روائح معينة تنبعث من الحيوانات أو الطيور وأحياناً من تناول أطعمة معينة).
- العدوى : ويقصد بها عدوى الجهاز التنفسي التي تؤدي إلى التهاب شعبي حاد.
- نقص الإنزيمات: عندما ينخفض نشاط الإنزيمات إلى حد كبير يؤدي إلى انخفاض في الاستجابة الكاتيكولامينية وزيادة انقباض الشعب الهوائية (Jacobs, 1977) ، وأيضاً بتثبيط النشاط الأدرينالي مما يشير إلى عدم كفاية أداء الجهاز العصبي الودي وهيمنة الجهاز نظير الودي (Boushey, 1981).

* إن التقدير الدقيق لحدوث الأعراض وحدتها يعتبر ذو أهمية لعدة أسباب منها التعرف على تأثير تلك الأعراض على الرفاهية الشخصية للمريض وأسرته، فكثير من المراهقين الذين يرغبون في إظهار صورة قوية قد يحاولون إظهار أن أعراضهم ليست شديدة وقد يؤخرون تناول الدواء أو يأخذون كمية منخفضة لإقناع أنفسهم أنهم عاديون، وهذا النمط من الإنكار قد يؤدي إلى حالات ربوية خطيرة.

▪ **عدم توازن الجهاز العصبي المستقل :** حيث يتحكم الجهاز العصبي السمبثاوي بحركة اتساع الرئتين فيما يتحكم الجهاز البراسمبثاوي بتضييق الرئتين ، فتنشأ النوبة الربوية عن هيمنة الجهاز البراسمبثاوي.

▪ **العوامل النفسية :** لقد وجد أن العوامل النفسية تعتبر العامل السائد في 37 % من حالات الإصابة بالربو وعامل مساعد بنسبة 33% ، وهناك مجموعة كبيرة من الأدلة التجريبية التي تشير إلى دور العوامل الانفعالية كمسببات للربو خاصة في مرحلة الطفولة ، فقد تبين أن حالات الإثارة العاطفية ترتبط بزيادة معدل التنفس وعدم انتظامه ، كما أن نظم التصنيف الحالية مثل DSM تعترف صراحة بهذه العلاقة من خلال تضمين أعراض الجهاز التنفسي في معايير التشخيص الخاصة باضطرابات الهلع واضطرابات التجسيد.

إن العلاقة بين الانفعالات والتنفس علاقة ثنائية الاتجاه ، فقد قدم غروسمان (Grossman, 1983) وباس وغاردنر (Bass & Gardner, 1985) أدلة على أن التحكم في التنفس يمكن أن يؤثر بصورة مباشرة على الحالة العاطفية*. كما أوضح كثير من الباحثين وفي مقدمتهم ريس وجود ارتباط وثيق بين الربو والأعراض الانفعالية والعصابية وأن هذه الأعراض سابقة لوجوده ، ويؤكد ريس أن التغيرات الانفعالية والعوامل الوجدانية تلعب دورًا هامًا في تقاوم نوبات الربو خاصة إذا أدت الظروف الخارجية إلى كبت الانفعالات مما يؤدي إلى ظهور وتقاوم النوبات. وفي هذا الإطار يذكر عددًا من الضغوط المرتبطة ببداية حدوث أزمة الربو من بينها الحرمان من أحد الوالدين (وفاة أو طلاق أو انفصال) بالإضافة إلى أن المشكلات العائلية والحوادث ودخول شخص محبوب إلى المستشفى ، حيث تكون استجابات الحزن والأسى المرتبطة بها بمثابة عوامل ضغط وتوتر نفسي هامة (عبد المعطي، 2001).

وقد افترض فرانش والكسندر (French & Alexander, 1941) أن نوبة الربو تمثل صرخة معزولة مما يعني ضمناً أن الأطفال المصابين بالمرض سيكون أقل من غيرهم ، خاصة في الفترات الحرجة من الصراع الانفصالي. وقد لاحظ بعض الباحثين ميل البكاء إلى أن يكون مشوها بطريقة صامتة أو محرجا عند بعض مرضى الربو الذين يعتقدون أن حالات البكاء والضحك والسعال يمكن أن تؤدي إلى نوبات جديدة ، مما يجعلهم يسعون عمدا لتجنبها وقد يظهرون عدم القدرة على البكاء أحيانا أو البكاء الصامت كمحاولة لمنع الأزمة (Wolman, 1988 :106) .

* لاحظ الباحثون أن تعديل أنماط التنفس باتجاه معدل أبطأ وحجم أكبر لعملية الشهيق والزفير يرتبط مع انخفاض في المؤشرات الفسيولوجية للقلق في حين أن فرط التنفس الطوعي ينتج أعراض القلق وهي طريقة تشخيصية مفيدة لإعادة إنتاج الأعراض لدى من يعتقد أنهم يعانون من متلازمة فرط التنفس.

فمن خلال دراسة تأثير الضغوط التجريبية (حرارة ، صدمات ، ألم ...) على الخصائص التنفسية تحققت نتائج متسقة إلى حد كبير تشير إلى أن الضغوط تزيد في حجم وإيقاع التنفس (الشهيق والزفير) كما تؤدي إلى ارتفاع في مستويات ثاني أكسيد الكربون في الدم مقارنة مع الظروف الطبيعية وجاءت الدراسات المختبرية التي قام بها إيزنبرغ وزملاؤه (Isenberg et al. (1992 لفحص ردود الأفراد على الاستقزاز العاطفي عبر تحريض المشاعر في المختبر، حيث أظهر 31 مفحوصا من أصل 77 انقباضات واضحة في مجرى الهواء كاستجابة انفعالية ، و لاحظ إيزنبرغ وزملاؤه أنه يمكن أن تحدث ردود الشعب الهوائية على الانفعال عن طريق التوقع والايحاء. فمرضى الربو غالبا ما يعتقدون أن الضغوط والانفعالات يمكن أن تؤدي إلى تفاقم المرض (Rumbak, Kelso, Arheart & Self, 1993) كما وجدت دراسات مختبرية أخرى المزيد من الروابط بين الإجهاد والاستثارة العاطفية من جهة والتغيرات الموضوعية في الوظيفة الرئوية من جهة ثانية (Ritz, Steptoe, DeWilde & Costa , 2000).

عبر سلسلة دراسات أجراها ريتفيلد وزملاؤه Rietveld & al. عن دور الإجهاد والمشاعر السلبية في أعراض الربو الذاتية والموضوعية لدى مجموعات من المراهقين وجد أن التنظيم العاطفي والإدارة الذاتية للمرض المزمن تميل إلى التحسن مع الخبرة والنضج ، وأكدت نتائج هذه الدراسات أن الاستجابات الهرمونية للضغط تختلف عند المراهقين مقابل البالغين ، كما أن التفعيل النسبي للمحور تحت المهادي - النخامي - الكظري قد يؤدي إلى زيادة مستويات الكورتيزول وعواقب شديدة على الجهاز التنفسي ، و ساهم الخيال العاطفي أثناء نوبات الربو في تقلص الإدراك الدقيق للأعراض وتعزيز الإحساس بانعدام النفس لدى المراهقين المصابين بالربو .

وقد فحص بعض الباحثين العلاقة بين شدة الربو والعوامل الضاغطة ومن أمثلة تلك الأبحاث دراسة بلوتشيك وآخرون (Plutchik & al.,1978) للتدابير النفسية المختلفة لدى مرضى الربو المزمنين حيث توصل الباحثون إلى وجود علاقة إيجابية بين شدة أعراض الربو وصعوبات الحياة الحالية على الرغم من أن هذه الارتباطات لم تتحدث عن اتجاه السببية في ذلك. كما أكدت دراسة أخرى أجراها غورزنسكي وآخرون (Goreczny & al. ,1988) عن وجود علاقة إيجابية بين التصنيف الذاتي لأعراض الربو والأحداث الضاغطة اليومية. وعلى النقيض من ذلك لم تجد الدراسة التي قام بها نورثروب وواينر (Northrup & Weiner, 1984) علاقة ارتباط بين أحداث الحياة الضاغطة وشدة الربو حيث سعى الباحثان للتمييز بين الأحداث التي تعتمد على الربو مقابل الأحداث المستقلة.

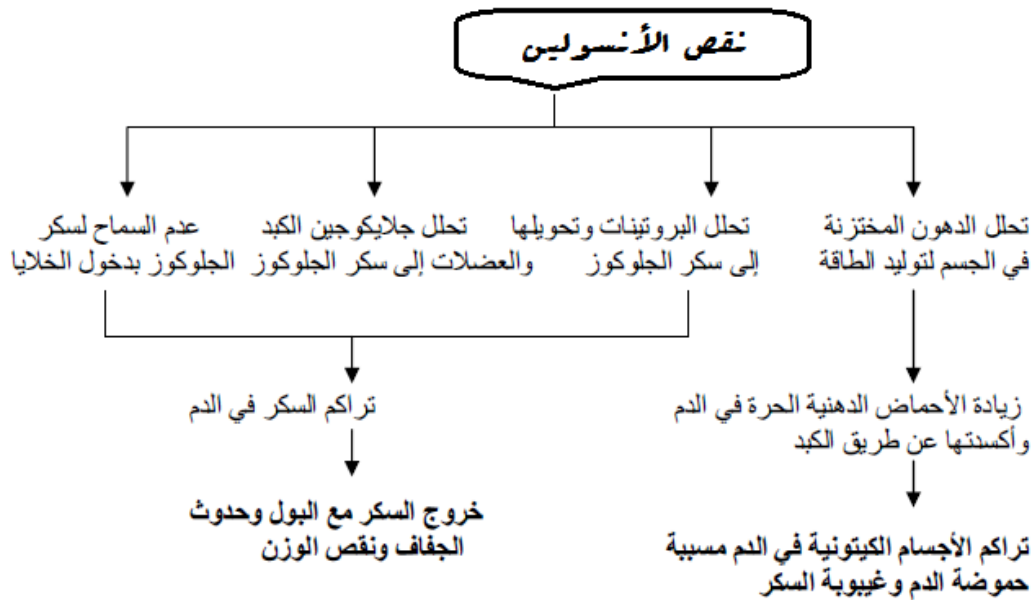
7-4- اضطرابات الجهاز الغدي (السكري)؛

أشارت التقديرات إلى إصابة 422 مليون شخص بالغ بالسكري على الصعيد العالمي عام 2014 مقارنة بإصابة 108 ملايين شخص في عام 1980 وكاد معدل الانتشار العالمي (الموحد حسب السن) للسكري يتضاعف منذ عام 1980 ، إذ ارتفع من نسبة 4.7 % إلى 8.5 % لدى السكان البالغين مما ينم عن زيادة في عوامل الخطر المرتبطة بالسكري مثل المعاناة من فرط الوزن أو البدانة وكان ارتفاع معدل انتشار السكري في البلدان ذات الدخل المنخفض والمتوسط أسرع منه في البلدان مرتفعة الدخل خلال العقد الماضي حيث سبب المرض وفاة نحو 1.5 مليون شخص في عام 2012 كما أسفر ارتفاع مستوى الغلوكوز في الدم عن وفاة 2.2 مليون شخص آخر بزيادة مخاطر الإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية أو بأمراض مزمنة أخرى. وتحدث نسبة 43% من حالات الوفاة هذه التي يبلغ مجموعها 3.7 ملايين حالة وفاة قبل بلوغ 70 سنة من العمر (منظمة الصحة العالمية ، 2016).

ويعتبر السكري أحد الأمراض المعقدة والمركبة التي لا تزال تلقى اهتماما بالغا من قبل الباحثين في مجالات متعددة لتفسير أسبابه والبحث عن علاجات ممكنة له وأيضا تحسين نوعية حياة المرضى أما في مجال علم النفس فينظر للمرض على اعتباره مركبا نفسوجسدي وسوماتونفسي في ذات الوقت فمرض السكري عبارة عن ارتفاع مزمن لنسبة السكر في الدم ينتج عن عدم مقدرة الجسم على تحليل الكهروبوهدرات ، مما يسبب اضطرابا نوعيا ثانويا في عملية الهدم المعقدة للدهنيات والبروتينات كما يعرفه ترنز Terns على أنه اضطراب أيضا للكربوهيدرات المرتبطة بنقص الأنسولين أو بمقاومة غير عادية له أين نجد تكديس السكري في الأنسجة" ، فنسبة السكر في الدم عند الإنسان العادي تتراوح ما بين 0.7 و1.1 غ/ل أما عند المصابين فإنها تفوق ذلك.

وقد قدمت لجنة الخبراء المعنية بتشخيص مرض السكري (2000) نظاما مرجعيا منقحا يميز بين أربعة أنواع من مرض السكري على أساس المسببات المرضية: النوع 1 والنوع 2 وسكري الحمل وأنواع أخرى خاصة ، إلا أن معظم المرضى لديهم إما النوع الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) والذي يمثل من 5% إلى 10% من الحالات ، أو النوع الثاني (السكري غير المعتمد على الأنسولين) وهو الشكل الأكثر انتشارا بما يقرب من 90% من الحالات ، ويتسبب هذا النوع في مقاومة الإنسولين (أي حساسية خلوية منخفضة للأنسولين) و/أو خلل في إفراز الإنسولين.

على الرغم من أن غالبية المرضى الذين يعانون من مرض السكري من النوع الأول يتم تشخيصهم في مرحلة الطفولة أو المراهقة إلا أن المرض قد يتطور ويتم تشخيصه في أي سن لأنه يحدث نتيجة للتدمير التدريجي للخلايا بيتا المنتجة للأنسولين في البنكرياس ، يحدث هذا التدمير لمعظم المرضى عبر عملية المناعة الذاتية التي تؤدي إلى عجز إطلاق الأنسولين الذاتي وبالتالي المطلوب استخدام الأنسولين الخارجي لمنع تطور الحمض الكيتوني السكري (اختلال التوازن الأيضي) والغيوبية والموت ويبدو أن الوراثة وكذلك العوامل البيئية قد تلعب دورا في التسبب في مرض السكري من النوع الأول (Landel-Graham & al., 2003 : 191-192).



شكل رقم 8 : نقص الأنسولين ومرض السكري (الحديد ، 2008 ، 24)

من جهة أخرى فمعظم المرضى من السكري النوع الثاني وليس كلهم يعانون من السمنة المفرطة والتي تميل إلى زيادة مقاومة الأنسولين ، ولأن فرط مستوى السكر في الدم يتطور تدريجيا بأقل حدة فإن ما يصل إلى 50% من المرضى من النوع الثاني غير مشخصين وتشمل عوامل الخطر للسكري من النوع 2: الشيخوخة والبدانة ونقص النشاط البدني والتاريخ العائلي لمرض السكري والتاريخ السابق لسكري الحمل وانخفاض تحمل الجلوكوز وهناك أيضا عنصر وراثي قوي ولكنه غير مفهوم جيدا. لذا فإنه في المراحل الأولى من المرض توجد أعراض قليلة غير كافية أو مشابهة لأمراض أخرى ويؤدي تأخر التشخيص إلى عدة مخاطر كفقدان البصر، أزمات قلبية، جلطات دماغية، فشل كلوي.

في مرض السكري من النوع 1 تكون الأعراض في كثير من الأحيان مفاجئة ويمكن أن تهدد الحياة لذلك عادة ما يتم تشخيصه بسرعة بينما لدى كثير من الناس لا تظهر أعراض السكري من النوع 2 وعندما تتم فيه ملاحظتها قد تكون مضاعفات المرض موجودة بالفعل ، وتشمل الأعراض الشائعة :

- ✓ الشعور بالعطش أكثر من المعتاد.
- ✓ التبول المتكرر خاصة في الليل.
- ✓ الشعور بالتعب والخمول.
- ✓ الشعور الدائم بالجوع.
- ✓ تغيرات في الوزن (نوع 1).
- ✓ الصداع .
- ✓ إلتآم الجروح البطيء.
- ✓ حكة أو إلتهابات جلدية أو طفح جلدي.
- ✓ فقدان الوزن غير المبرر.
- ✓ تقلب المزاج .
- ✓ الشعور بالدوار.
- ✓ تنميل في الساقين أو القدمين.

إن الاستعداد للإصابة بالمرض السكري يكون في بعض حالاته وراثيا أي وجود قصور في أعمال الغدد الصماء يضاف إليها الكثير من العوامل البيئية غير أن ما يهمنا في هذا الإطار هو دور الجوانب النفسية في نشأة وتطور المرض ، فقد تمت دراسة دور الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها لدى مرضى السكري على نطاق واسع ، إذ تبين أن الضغط النفسي له آثار مباشرة وغير مباشرة على السيطرة الأيضية لدى البالغين: تأثير مباشر يحدث نتيجة لزيادة هرمونات الضغط والتي بدورها ترفع سكريات الدم . وتأثير غير مباشر ناتج عن الإجهاد الذي يؤثر على سلوك الرعاية الذاتية ويؤثر بدوره في السيطرة على نسبة السكر في الدم.

على الرغم من أن النتائج ليست بأي حال من الأحوال قاطعة حتى الآن إلا أن ما هو واضح من الدراسات الحديثة كدراسة غريفيث وآخرون (Griffith & al., 1990) هو أن ارتفاع مستويات التوتر لا تؤدي بصورة واحدة إلى ضعف التحكم الأيضي ، ففي كثير من الأحيان تكون بعض العوامل كالدعم الاجتماعي بمثابة حاجز مهم. ويبدو أيضا أن النتائج تعتمد جزئيا على طريقة قياس الضغط. حيث يواجه مرضى السكري درجات عالية من الضغط النفسي خاصة عند بداية إصابتهم بالمرض وهذا بحد ذاته يرفع من معدلات السكر في الدم بنسبة 25% ، لذلك يعتقد بأن الضغط النفسي يؤثر بشكل غير مباشر على مستوى السكر في الدم. ومن هنا تبلغ أهمية معرفة المريض لعوارض الضغط النفسي (سواء كانت إيجابية أو سلبية) للتعامل معها بشكل إيجابي ، وقد وصف الخبراء في أبحاث السكري بأن المصاب به معرض للإصابة بالاكئاب أكثر بـ 5 مرات من غير المصاب.

وتدل الأبحاث الحديثة مثل دراسة زانغ وزملائه (Zhang & al.; 2005) ودراسة ستيوارت وراو ووايت (Stewart, Rao & White, 2005) ودراسة براون ولويد (Brown & Lloyd ; 2002) أن الشدة النفسية قد تؤثر على ضبط مستويات السكر في الدم عند مرضى السكري تأثيراً مباشراً أو غير مباشر فمن المؤكد علمياً أن هناك علاقة بين عدم الالتزام أو الخروج عن الحمية وبين الضغط المزمن كما أن هناك تأثيراً للفروق الفردية في تلك الاستجابة ، بمعنى أن بعض المرضى يستجيبون للضغوط بارتفاع مستوى سكر الدم بينما يستجيب مرضى آخرون بانخفاضه وآخرون لا يستجيبون إطلاقاً وهذا مفاده أن استجابة سكر الدم للضغط النفسي قد تحدث فقط عندما تكون هناك أنماط معينة من الانفعال كالغضب وأنماط مختلفة من الشخصية كنمط الشخصية أ (الحجار، 2004).

من جانب آخر فإن تشخيص مرض السكري لدى أحد أفراد الأسرة يؤثر على الأسرة كوحدة كاملة كما أن أداء الأسرة يؤثر على الرعاية الذاتية لمرضى السكري. وهناك أدلة جوهريّة على أن السلوكيات الأسرية غير الداعمة ترتبط بانعدام الالتزام وضعف التحكم في مستوى الجلوكوز في الدم لدى البالغين ووجدت دراسة أجراها إدلشتاين ولين (Edelstein and Linn (1985 أن مرضى السكري الذكور البالغين ذوي السيطرة الجيدة على مرضهم يعتبرون أسرههم قليلة الصراع وتوجه نحو الإنجاز والذي تبين أنه أهم مؤشر للسيطرة ، ويعتقد الباحثان أن هذا البعد يشجع على احترام الذات لدى أفراد الأسرة وأن الأفراد المصابين بمرض السكري الذين يتمتعون بتقدير ذاتي عالٍ من شأنه أن يضع قيمة على صحتهم وقدرتهم في السيطرة على المرض. وفي المقابل في دراسة قام بها ليون وآخرون (Lyons & al. (1988 وجد أن الدعم من الأصدقاء بدل الأسرة ذو صلة أكبر بالحالة الصحية العامة. وباستخدام قائمة السلوك الأسري "Diabetes family behaviour checklist (DFBC) وجد شافير وآخرون (Schafer & al. (1986 أن هناك ارتباطاً أكبر بين التفاعلات الأسرية السلبية المتصورة وبين التقيد بفحص الجلوكوز والنظام الغذائي وحقن الأنسولين.

خلاصة الفصل:

من خلال ما سبق عرضه نلاحظ أن مجال السيكوسوماتيك مجال واسع تنتشعب فيه الرؤى والاتجاهات وتتداخل فيه العديد من التخصصات كما أنه من الصعوبة بما كان أن يتم الضبط الدقيق للظاهرة النفسوجسدية نظرا للتداخل الكبير بين ما هو نفسي وما هو جسدي وتأثير كل منها في الآخر فقد فسر بعض الباحثين اختيار العرض السيكوسوماتي بالإعتماد على مفهوم الموقف والذي يقصد به مجموعة الظروف والعوامل (النفسية وغير النفسية) التي طرأت على الفرد وتطلبت منه القيام باستجابة لتحقيق التكيف ، هذه المواقف تختلف بأشكالها وبخطورتها على الفرد والأثار النفسية الناجمة عنها.

لقد افترض البعض أن هناك علاقة وطيدة بين بعض المواقف والإضطرابات السيكوسوماتية فيما مال آخرون إلى الربط أكثر بين نمط شخصية الفرد واستعداده للإصابة بالمرض ، لتتعد بذلك النماذج التفسيرية لكل مرض على حدة ، لكن الملاحظ أن الانسان كائن تفاعلي لا تتحدد استجاباته بخصائصه الجسمية أو الشخصية فقط ولا بطبيعة الموقف المعاش وشدته لوحدها إنما بمجمل ما يحدث من تفاعلات بين كل هذه العناصر . لذا فمن المهم إذن الخروج من النماذج الخطية سبب نفسواجتماعي- أثر مرضي ، والتي تعد نظرة جد اختزالية لفهم الظاهرة السيكوسوماتية حتى نتعرف على الأصل متعدد العوامل لمختلف الأمراض وذلك بأن نأخذ بعين الاعتبار التفاعل شخص-موقف ، فقد بينت الدراسات النفسية البيولوجية أنه يمكن للاستجابات المستقلة العصبية الغددية والمناعية لعوامل الضغط المحتملة أن تتغير بواسطة نمط رد الفعل النفسي المتبنى مما يجعلنا في هذه الدراسة نولي أهمية لفهم إدراك الفرد للأحداث الضاغطة ومن ثم تحديد استجابته أو ما يعرف باستراتيجيات مواجهة الضغوط ، وهو ما سنحاول استعراضه في الفصل الموالي.



الفصل الرابع

استراتيجيات مواجهة الضغوط وبعض المفاهيم المرتبطة بها

تمهيد .

- 1 - التطور التاريخي لمفهوم المواجهة.
 - 2 - تعريف المواجهة.
 - 3 - مراحل المواجهة وفق النموذج التفاعلي .
 - 4 - موارد المواجهة.
 - 5 - المواجهة وعلاقتها بجودة الحياة.
 - 6 - المواجهة وعلاقتها بالصحة و المرض.
- خلاصة الفصل .



تمهيد:

من خلال ما استعرضناه في الفصول السابقة يتضح جليا ارتباط ضغوط الحياة بعدد واسع من الاضطرابات السيكوسوماتية والمشاكل الصحية ، لكن بالمقابل و مع التطور الذي عرفته الأبحاث الخاصة بالضغط في النصف الثاني من القرن العشرين برزت أهمية فهم العلاقة الثنائية المتبادلة بين الفرد و المحيط كونها متغيرا وسيطا يحدد مدى تأثير تلك الضغوط وكيفية الاستجابة لها فإدراك المرض كمفهوم طرح من قبل ليفينثال وآخرون (1980) ليندرج ضمن البحوث المتعلقة بالتصورات المعرفية للمرض ، ويهدف للتمييز بين المعتقدات التي يفسر من خلالها الفرد مرضه . والمواجهة هنا تعني كل ما يستخدمه الفرد للتكيف مع الوضعية التي ينظر إليها على أنها ضاغطة وهنا تعني المرض ، فالنظرة إلى المرض توجه إلى حد كبير اختيار وتطوير استراتيجيات المواجهة كما تشترك في مختلف مستويات عملية التقدير المعرفي . ويتناول هذا الفصل مفهوم المواجهة من خلال تتبع مراحل تطوره و مختلف تعريفاته وأهم أنواعه والعوامل المؤثرة في تحديد نوع الاستراتيجية لنصل في الأخير لمحاولة توضيح خصائص المواجهة عند المريض بشكل عام.

1- التطور التاريخي لمفهوم المواجهة « Coping » *

بدأ الاهتمام بدراسة موضوع مواجهة الضغوط النفسية منذ العقود الأربعة الأخيرة من القرن العشرين و يتفق أغلب الباحثين أن البداية الحقيقية لاستخدام مصطلح (Coping) كانت مع أبحاث لازاروس بداية من كتابه « Psychological stress and Coping process » عام 1966 ، و ظل هذا المصطلح يستخدم في سياق متصل مع مصطلحين آخرين هما ميكانيزمات التكيف والدفاع حيث استعملت كلمتا Coping و Défense بالتوازي حتى أعوام 1960-1970 (Bourgeois , 1995 : 11).

* يرجع أصل مصطلح الكلمة إلى الفعل الإنجليزي "To cope with" الذي تمت ترجمته إلى اللغة الفرنسية بالفعل "Faire face" ، لكن تلك الترجمة لم تعكس الدلالة الحقيقية للمفهوم ، ففي بداية الأمر كان بعض الباحثين الغربيين يفضل مصطلح استراتيجيات التوافق " Stratégies d'ajustement " وبعد أن صار من الواضح أن الكلمات المستخدمة في الترجمة لا تحدد بشكل دقيق المقصود من كلمة Coping أصبحت هذه الكلمة منذ 1999 إحدى الكلمات المدرجة في قاموس اللغة الفرنسية (Bruchon-Schweitzer, 2002 :353). وتشير شويخ (2004) أن الباحثين اختلفوا بين استخدام كلمة استراتيجية (Lois, 1962) أو أسلوب (Moos & Tylor,1993) أو مجهود (Meening,1963 & Lazarus,1966) أو استجابة (Pearlin,1978) أو عملية (Friedman & Murphy,1963) أو محاولة (Endler & al.,1998) (ص 34-35) أما في اللغة العربية استخدمت الكثير من المصطلحات لترجمة كلمة Coping كاستراتيجيات التكيف أو التعامل أو أساليب المواجهة أو المقاومة أو الكفاح أو التصدي (عبد الخالق ، 1998 : 50) .

يذكر لازاروس أن دراسة مورفي (Murphy 1962) تعد من بين أوائل الدراسات التي استخدمت مصطلح المواجهة أو التعامل للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد أمام المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها (Lazarus , 1991 :14). منذ ستينات القرن العشرين استخدم مصطلح المواجهة في دراسات الضغط للإشارة إلى الاستجابات الايجابية نحو الضغوط ، حيث لم تكن الأبحاث في هذا المجال قد بدأت قبل هذا الوقت بشكل واضح ، وفي الفترة ما بين الستينيات و السبعينيات كانت البحوث المرتبطة باستراتيجيات مواجهة الضغوط تركز أساسا على المواقف مثل تهديدات الحياة و الأحداث الصدمية التي تتطلب مواجهتها.

في ثمانينات القرن المنصرم ومع تطور الدراسات حول الضغط* انتقل اهتمام الباحثين من التركيز على مفهوم المواجهة إلى دراسة خصائصها واستجاباتها "Coping process" بمعنى كل ما يضعه الفرد في مواجهة تغيرات ومشاكل الحياة ودراسة المواجهة ، وذلك من خلال الأعمال والأبحاث التي قام بها لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman 1984,1987) التي حددت نوعين من الاستراتيجيات بوصفهما مفاهيم مركزية في إدارة الضغوط هما المواجهة المركزة على المشكلة والمواجهة المركزة على الانفعال وتدرجيا ظهرت استراتيجيات المواجهة الإقدامية في مقابل استراتيجيات المواجهة الإحجامية نتيجة جهود الكثير من الباحثين والعلماء ، لتأتي فيما بعد العديد من الدراسات التي أجريت حول الفروق الفردية بين الأفراد ودورها في مواجهة للضغوط.

وعند محاولة تتبع السياق التاريخي لتطور مفهوم المواجهة نجد أن هناك عدة مداخل نظرية يأتي في مقدمتها مدخل التحليل النفسي الذي يعد بمثابة النظرية الأولى عن المواجهة ، حيث ركز على استخدام ميكانزمات الدفاع اللاشعورية لدى الفرد. أما المدخل الثاني فيضم المقاربات الفزيولوجية التي اعتمدت الأعمال المخبرية على الحيوانات عند التعرض لتهديد ما لفهم ردود أفعال الفرد أمام المواقف الضاغطة ، في حين يمثل المدخل الأخير علم نفس الشخصية الذي يركز على الخصائص الشخصية كمتغير هام في المواجهة .

* تجدر الإشارة هنا إلى أنه منذ كتاب كويلو ، هامبورغ و ادامز (Coelho, Hamburg & Adams 1974) بعنوان «Stress, Coping and Adaptation» ظهر أكثر من 38000 مقال علمي حول الموضوع كما يتبين من البحث في الأدبيات السيكولوجية أن هذه الدراسات تتراوح بين أعمال عامة حول بنية المواجهة إلى دراسات أكثر تخصصا حول كيفية تعامل الأفراد الضغوط وعلى وجه الخصوص مع الأمراض المزمنة. و انفجار هذا الاهتمام بالموضوع له جذوره في العديد من المجالات كما هو الحال مع البحوث الخاصة بالضغط النفسي (Aldwin : 2007 , 85).

1-1- نموذج علم نفس الأنا (النموذج التحليلي) *Psychologie du Moi* :

بالعودة إلى أدبيات التحليل النفسي (سيجموند فرويد 1933 , S Freud و أنا فرويد 1936 , A Freud) * نجد أن المواجهة اعتبرت كنظام دفاعي أولي لاواعي بحيث تكون أنماط التفكير المرتبطة به ثابتة و متكررة ونمطية ، حيث عرفت أنا فرويد (1936) الدفاع بأنه " نشاط الأنا الموجه لحماية الموضوع أمام المطالب الغريزية القوية " (316 : Grebot & al , 2006) ، وأن كل اضطراب يكون مصحوبا بنوع خاص من الدفاعات. وانطلقت النظرة الفرويدية من ثلاثة مبادئ (75 : Graziani & Swendsen , 2004):

- ❖ طور النمو الجنسي الذي تحدث خلاله الصدمة.
- ❖ الغرائز و الصراعات النمطية الخاصة بكل مرحلة.
- ❖ الخصائص المعرفية للطفل في كل مرحلة.

اعتبر هذا الاتجاه استراتيجيات المواجهة كمجموعة ميكانيزمات دفاعية تكيفية لا شعورية لا يمكن الكشف عنها سوى عن طريق متابعة إكلينيكية و تقنيات اسقاطية ، و بداية من سنوات 1960-1970 بدأت البحوث المتعلقة بميكانيزمات الدفاع النفسي في استخدام كلمة "Coping" للإشارة للآليات الأكثر تكيفا (الاستعلاء ، الفكاهة) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014:472) ، ففي عام 1965 استعملت هان N Haan المصطلح لوصف ميكانيزمات الدفاع النفسي التي يمكن اعتبارها كمحاولة لترجمة مختلف الخصائص الانفعالية و المعرفية و الفزيولوجية و السلوكية التي تبرز خلال التفاعل بين الفرد و العامل الضاغط (88 : Piquemal-Vieu , 2001) . وقد ميزت هان بين المواجهة والدفاع حيث اعتبرت ميكانيزمات الدفاع عمليات لاشعورية تهدف أساسا إلى التخلص أو خفض التهديد والتوتر و الحفاظ على التوازن الانفعالي ، وهي غير قابلة للتغيير حسب متطلبات الموقف ، ترتبط بصراعات نفسية داخلية "Intrapsychic" وبأحداث الحياة القديمة ، وتعمل على تشويه وتحريف الواقع فيما تكون استراتيجية المواجهة عملية شعورية مرنة تختلف وتتغير وفق متطلبات الموقف ، متجهة نحو الواقع (داخليا أو خارجيا) وظيفتها تسمح للفرد بتسيير و تخفيض أو تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة (335 : Bruchon-Schweitzer, 2002) .

* لاحظ فرويد رفقة بروير Breuyer أن بعض الأفكار المزعجة والمضطربة تكون أحيانا بعيدة عن الشعور وهو ما جعله يركز في كتاباته الأولى على مختلف تلك الأفكار ، وفي مقال له عام 1926 بعنوان «Inhibition, symptôme & angoisse» استخدم فرويد مصطلح الدفاع في سياق عام للإشارة إلى صراع الأنا ضد الأفكار والانفعالات غير المحتملة و الصراعات النفسية الحادة . حيث وصف مختلف آليات الدفاع التي يستخدمها الأفراد لتحويل وتغيير أو إخفاء الأفكار والانفعالات غير المقبولة ليتطور مفهوم الدفاع بعد ذلك و يلعب الكبت دورا متناميا.

وقد واصلت بعض الأبحاث استخدام نموذج هان (1977) لفهم آثار الضغط المزمن (كالصراع الطويل مع المرض) على تطوير عمليات الأنا على الرغم من محدوديته نوعاً ما بسبب القيود المنهجية . ومن ضمن النماذج المبكرة أيضاً نموذج مينينغ Menninger الذي حدد خمسة مستويات دفاعية تصنف وفق مستوى الاختلال الداخلي الذي ترتبط به ، على رأس هذا الهرم استراتيجيات الحد من التوترات الناجمة عن مواقف الحياة العادية المتكررة ، وتسمى أجهزة التكيف وتشمل ضبط النفس والنكتة والبكاء والشتم والتفاخر والتعبير عنها بالتفكير والعمل (Lazarus & Folkman,1984:118) .

كما يبرز ضمن أدبيات الموضوع نموذج فايان (1971) Vaillant ، فانطلاقاً من مبدأ أهمية التوافق مع الواقع و مرونة الدفاعات في مقابل جمودها ميز فايان بين ثلاثة أنواع من الدفاعات هي الدفاعات غير الناضجة (الاسقاط ، توهم المرض) و الدفاعات الناضجة (كالاستعلاء ، الفكاهة) و الدفاعات العصابية (الكبت والعقلنة والتكوين العكسي) التي تتوسط النوعين السابقين (Bruchon-Schweitzer, 2001: 69) . وهذه الأخيرة هي استراتيجيات تسمح للفرد بالمواجهة الإرادية للحصر في حين تكون الميكانيزمات الدفاعية لاشعورية (Paulhan, 1998 :42) . ويرى فايان أن ميكانيزمات الدفاع الفاشلة تعمل على تحريف الواقع كثيراً في حين أن الميكانيزمات الناجحة والتوافقية تعمل على تحريف الواقع بعض الشيء . وبالتالي فإن نجاح استراتيجيات المواجهة يرتبط بالسياق من حيث مرونته و درجة تناسبه مع الواقع ونتائجه الجسمية والنفسية . وقد حاول الباحثون التفصيل في طبيعة التشابه والاختلاف بين المفهومين ففي عام 1995 طرح بولتشك Poltchek نظرية بنائية نفسية ربطت من خلالها آليات الدفاع القاعدية بأساليب مواجهة تقابلها ، كما ميز حديثاً كرامر (Cramer (1998,2000) (Grepot & al., 2006 :316) بين الدفاع والمواجهة وفق عدة أبعاد هي:

- آليات الدفاع تعرف كخصائص لاشعورية في حين تكون استراتيجيات المواجهة عمليات شعورية .
 - تعتمد المواجهة على عمليات سلوكية أو معرفية مقصودة من الفرد عكس الدفاعات .
 - يمكن ترتيب آليات الدفاع بشكل هرمي يرتكز على درجة النضج النفسي والتعقيد أو العمر الزمني وهو ما لا نجده في المواجهة التي تتأثر بخصائص الموقف .
 - ترتبط الدفاعات بالاضطراب عكس المواجهة .
- رغم ذلك يؤكد شابرول وكالاهان (2004) Chabrol & Callahan أن المواجهة والدفاع هما في الواقع صورتان لطاقت الفرد في التكيف مع ما يواجهه من تحديات (داخلية / خارجية) ، وأن جمودهما يعبر عن حالة اضطراب فنشاطهما المشترك في كثير من الأحيان يكون بصورة متكاملة (P7) .

1-2- النموذج الحيواني؛

إلى جانب الاتجاه التحليلي كان لأعمال كانون W B Cannon دور بارز في ظهور هذا الاتجاه الذي اعتمد مجال التجارب المخبرية والذي يرتبط في جذوره بالنظرية التطورية الداروينية حيث اهتم داروين Darwin بالسلوكيات الصادرة عن الحيوانات للحفاظ على وجودها وبقائها فبالرجوع إلى تلك الاستجابات الملاحظة عند تعريض مجموعة حيوانات لصدمات كهربائية وجد أنها تعتمد سلوكيات كالهروب و التجنب (Paulhan , 1992: 548) ، وضمن هذا المنظور تم تعريف المواجهة بأنها السلوكيات الهادفة للتحكم في الظروف البيئية غير المرغوبة مع تقليل العواقب النفسية الاجتماعية للفرد ، وقد أكد اورسين (1980) Ursin أن التعزيزات الإيجابية تساعد الحيوان وكذا الانسان على تعلم كيفية التحكم في التوتر. لكن نظرية الانتقاء الطبيعي لم تتعمق في شرح مختلف الاستراتيجيات المستخدمة من قبل الفرد (Lazarus & Folkman, 1984: 118) حيث تقتصر على وصفها بالاستجابات السلوكية المكتسبة المستعملة من قبل الفرد لمواجهة تهديد حيوي . وأن لهذا الأخير ذخيرة من الاستجابات الفطرية والمكتسبة التي تسمح له بالبقاء ضد أي تهديد (القتال fight أو الفرار flight) خاصة عندما يواجه تحدٍ أو وضعا خطيرا (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014: 473) .

1-3- نموذج أنماط المواجهة « Coping traits/ styles » (المواجهة كسمة شخصية)؛

وهو تصور آخر يندرج تحت نظرية الدفاعات و ينطلق من فكرة الفروق الفردية حيث يعتبر أن بعض الخصائص الثابتة للشخصية كالحصر (Bayrne, 1969) ، الحتمية (Wheaton, 1983) التحمل (Kobasa, Maddi & Khan, 1982) بإمكانها تهيئة الفرد للتعامل مع الوضعية الضاغطة بطريقة ما ، فمفهوم المواجهة هو عدد من سمات الشخصية الإنسانية (السمة هنا تشير إلى استعداد عام للاستجابة بطريقة خاصة ومميزة عبر المواقف المتنوعة التي تواجه الفرد في حياته) وهو ما يشير إلى التناسق بين مفهومي سمات الشخصية و أساليب المواجهة من حيث كونهما يمثلان طرازا أو أسلوبا خاصا يميز الفرد أثناء التعامل مع المواقف الحياتية ، و ذلك لأنه يختص بالمواقف و الظروف المثيرة للمشقة في الحياة . و تعد المواجهة وفقا لهذا المنظور عملية تفسيرية توضح سبب إختلاف الأفراد في نواتج الضغط ، مثلها تماما مثل السمات الشخصية المفسرة لما يصبح بعض الأفراد ضحايا للضغوط فيما يتمكن آخرون من مواجهتها (شويخ ، 2007 : 76-77).

إن الفرضية الأساسية التي انطلق منها نموذج أنماط المواجهة هي المعتقدات التي يكونها الفرد حول ذاته وحول العالم الخارجي ، فأسلوب مواجهته للأحداث وتعامله معها يعبر عن شخصيته. إلا أن الفرضية القائلة بأن التماثل في سمات الشخصية يليه حتما التماثل في التعامل مع نفس الحدث لم يثبت بعد. فالعديد من الدراسات بينت أن مقاييس سمات الشخصية ضعيفة لتحديد استراتيجيات المواجهة المستخدمة (Cohen & Lazarus, 1973 ; Folkman & al.,1986) لذا يشير لازاروس (2006) أنه لاكتشاف مدى ثبات المواجهة بما تحتويه من أفكار وسلوكيات واستراتيجيات أو تغييرها نحن بحاجة لمراقبة نفس الأشخاص مع مرور الوقت وتحت ظروف الحياة المختلفة (Lazarus , 2006 :55-56).

إن ما جاء به نموذج علم نفس الأنا والنموذج الحيواني لم يقدم تفسيراً متكاملًا للعلاقة المعقدة التي تحكم استجابات الأفراد للمواقف الضاغطة مما أدى إلى نقد و معارضة لهذين النموذجين من قبل عدد من العلماء أمثال لازاروس ، فولكمان ، كوهين و غيرهم (Paulhan , 1992 : 550) . و هو ما شكل القاعدة التي انطلق منها الاتجاه المعرفي للضغط أو النموذج التفاعلي الذي اتجه للبحث في الخصائص الفردية و في العلاقة بينها و بين الوضعية الضاغطة بعيدا عن التناولين السابقين الذين حصرها في إطار الصراعات الداخلية أو في إطار الاستجابات السلوكية النمطية المكتسبة فاقترح هذا الاتجاه بناءا ديناميا للعلاقة بين المواقف الضاغطة و الفرد يعتمد حسب لازاروس (1991) على اعتبار المواجهة عملية صحية وطبيعية تمكن الفرد من حل مشاكله ، وبالتالي فإن آليات التكيف تزداد كلما كانت عقلانية و شعورية بدلا من أن تكون لا شعورية و لذلك حل هذا المدخل الجديد محل المدخل السيكودينامي. كما أكد على أن المواجهة هي عملية «Process» أكثر من كونها سمة واستعدادا لدى الفرد وبالتالي رفض وصف الضغوط على أنها شيء يحدث بطريقة المثير والاستجابة بل يرى أن استجابة الضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه (Aldwin, 2007 : 32). فبعد سلسلة من الدراسات توصل هذا الاتجاه إلى أن التقييم المعرفي خاصة تؤثر وتتوسط مستويات الاستجابة للضغوط وتحدد بعض خصائص الشخصية والعوامل الموقفية حيث تكون بمثابة الوسيط بينها (Lazarus & Folkman , 1984 :40) حيث نتج عن هذه الفكرة ظهور العديد من النماذج النظرية والتطبيقية التي حاولت دراسة المواجهة في ضوء الخصائص المعرفية من أبرزها نموذج شولر وبرلين الاجتماعي (Schooler & Pearlin (1978) نموذج موس وزملائه الحيوي النفسي الاجتماعي (Billings & Moos, 1981, 1984; Moos & Schaefer, 1984) نموذج باركر واندلر التفاعلي (Endler, 1983, 1997; Endler & Parker, 1990) .

2- تعريف المواجهة « Coping » :

نظرا لتعدد الاتجاهات التي تناولت مفهوم المواجهة فقد شهد تعريفها اختلافا من حيث ما يشمله من خصائص ، إذ يوجد الكثير من التعريفات التي تخص مصطلح Coping نحاول فيما يأتي إبراز أهمها في هذا السياق :

اعتبر وايت (1974) White بأن المواجهة " هي التكيف في ظل ظروف صعبة نسبيا" (ص 49). و تتحدد جهود المواجهة حسبه وفق الموقف تركز على جهود التكيف في ظل ظروف صعبة وغير اعتيادية (Livneh & Martz, 2007:9). كما ذهبت هان (1993) إلى أن جهود المواجهة تعبر عن الموارد الشخصية التي يستخدمها الأفراد في سبيل التغلب على مشاكلهم (Haan, 1993 : 260). وهذان التعريفان يركزان على مختلف الجهود المبذولة قصد التكيف مع الوضعيات الصعبة المعاشة لكنها بالمقابل لم تركز على إدراك الفرد لتلك الأحداث ، وهو ما يعد أساس التعريف الذي قدمه لازاروس وزملائه (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus & Launier, 1978; Lazarus, 1966, 1991, 1993) حيث أشار بداية كل من لازاروس ولونيني (1978) إلى أن المواجهة تشير إلى مجموع السياقات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك على أنه ضاغط من أجل التحكم أو تقبل أو التقليل من حدة تأثير هذا الأخير على صحته الجسمية والنفسية (40 : Paulhan & Bourgeois, 1998). ومن ثم وضع لازاروس وفولكمان (1984) تعريفا شاملا للمواجهة جاء فيه :

« المواجهة تشمل جهود الفرد المعرفية والسلوكية المتغيرة وغير النمطية الهادفة إلى ترجمة والتحكم وتسيير المطالب الداخلية أو الخارجية و الصراع الخاص بها الناتج عن التفاعل فرد - محيط الذي يتم تقييمه على أنه يتجاوز طاقات الفرد التكيفية» (141 : Lazarus & Folkman, 1984).

ينطلق هذا التعريف من أربعة مبادئ رئيسية :

أولا : المواجهة عبارة عن عملية موجهة أكثر منها سمة شخصية.

ثانيا : يجب الفصل بين المواجهة والسلوك التكيفي الذي يتم في ظل مواقف يتم تقييمها على أنها تتجاوز قدرات التحمل .

ثالثا : الفصل بين مفهوم المواجهة ونتائجها من خلال اعتبار المواجهة مجموع الجهود المبذولة إزاء وضعية ضاغطة بغض النظر عن مدى نجاحها أو فشلها.

رابعا : هذه الاستراتيجيات تتضمن العديد من العمليات كالتقبل ، التجنب أو تغيير البيئة .

وهذا التعريف يحاول أن يأخذ بعين الاعتبار طبيعة العلاقة التفاعلية بين الفرد و العامل الضاغط من جهة وكذا للطبيعة المرنة للمواجهة التي تسمح لها بالتعامل مع مختلف التغيرات الموقفية.

من جهة أخرى يرى داننتشف أن المواجهة هي مجموعة المجهودات المعرفية والسلوكية والدفاعات النفسية المتداخلة فيما بينها التي يلجأ إليها الفرد من أجل التحكم أو التخفيف أو تحمل المطالب الداخلية و الخارجية التي تشكل تهديدا له (Dantchev , 1989: 26-30).

أما ريان (1989) فيرى أن المواجهة مجموعة استراتيجيات توافقية متعلمة مكتسبة تمثل محتوى السلوك وتستخدم للسيطرة على أزمات الحياة وظروفها الضاغطة (Ryan, 1989 :110). أي أنه يعتبر أن التغير في طبيعة المواجهة يرجع إلى مكتسبات الفرد .

إضافة إلى التعريفات السابقة حاول الباحثون تحديد طبيعة المواجهة ومكوناتها ، وفي هذا الصدد يؤكد ستبتوي أن الأساليب التي يلجأ إليها الفرد في مواجهة وضعيات ضاغطة قد تكون ذات طبيعة معرفية أو انفعالية وقد تتخذ أشكالا مباشرة أو تكون في شكل سلوك تجنبني (Steptoe , 1991 :41) .

ويعرف نيل و ستون (Neal et Ston (1984) المواجهة بأنها تتضمن كل الجهود السلوكية و المعرفية التي يستخدمها الأفراد شعوريا للتحكم أو خفض تأثيرات الموقف الضاغط (عوض ، 2001 : 67) .
فيما يشير مفهوم المواجهة حسب بلوخ وزملائه إلى الكيفية أو الأسلوب الذي يتعامل به الفرد مع المواقف الضاغطة ويتحكم فيها وتشمل هذه الكيفية استجابات مباشرة قصد استبعاد مصدر التهديد أو استجابات غير مباشرة تهدف لخفض التوتر والتقليل من التهديد كالإنكار والهروب ... (Bloch & al. ,1993 : 176) .

كما يعتبر بيلينغس وموس (1984) أن استراتيجيات المواجهة هي استجابة لحدث ينظر إليه على أنه ضاغط تستخدم لتجنب أو السيطرة على حالة الضيق الانفعالي المرتبطة بتلك الوضعية (Leclerc & al. , 1997 : 241) .

من جانبه قدم موس رفقة عدد من زملائه (Moos & Schaefer, 1984, 1986; Holahan & al., 1996) تعريفا آخر للمواجهة يعتبرها "عامل استقرار يمكن أن يساعد الأفراد في الحفاظ على التكيف النفسي والاجتماعي خلال الفترات الصعبة ، و يشمل الجهود المعرفية والسلوكية التي تبذل للحد أو القضاء على الظروف الضاغطة وما يرتبط بها من معاناة نفسية" (Holahan & al., 1996 : 25) .

رغم اختلاف هذه التعاريف و تعددها إلا أنه يمكننا القول أن استراتيجيات المواجهة تشير إلى مجموع جهود الفرد السلوكية و المعرفية في التعامل مع الأحداث و المواقف الضاغطة للتحكم فيها بفعالية . فالمواجهة ليست سمة ثابتة وإنما هي عملية موجهة تعنى بتركيز الاهتمام على أفكار الفرد وسلوكاته التي يصدرها وفق شروط خاصة ، كما أنها عملية مرنة وقابلة للتغيير حسب طبيعة العامل الضاغط الذي يواجهه الفرد ، بالإضافة الى كونها تتضمن سلسلة من التفاعلات بين الشخص والبيئة فكل منهما يؤثر بالآخر في علاقة متبادلة حيث تتأثر جهود المواجهة وسلوكاتها بالموقف الراهن (طبيعة وشدة ومدّة الأزمة المعاشة ، الصدمة النفسية أو الخسارة) .

3- مراحل المواجهة وفق النموذج التفاعلي (نظرية الضغط والواجهة) :

إن أساليب المواجهة المستخدمة من قبل الفرد تتعدد و تختلف باختلاف السياقات العامة لتقدير الموقف ، أي أن العلاقة بين الفرد والمحيط تخضع لعملية تقييم وإعادة تقييم مستمرة الهدف منها توفير الجهود اللازمة لحل المشكل و مواجهة التهديد الناجم عنه (Maes & al., 1996 :225). وحسب لازاروس وفولكمان فإن التقييم المعرفي يحدد إن كانت العلاقة بين الفرد ومحيطه ضاغطة ويفسر الاختلافات في نوع ودرجة الاستجابة بين الأفراد في ظروف متشابهة وما ينتج من استجابات انفعالية وسلوكية هي نواتج لعملية التقدير . ونظرا لأهمية دور التقدير المعرفي في تحديد أنماط الاستجابات واستراتيجيات المواجهة المعتمدة وكذا لما يشمله من تحديد الطاقات اللازمة لمواجهة تحديات الموقف وتحديد درجة التهديد التي يمثلها نحاول في العنصر القادم التعرف على طبيعة هذا المفهوم ودوره في عملية المواجهة.

3-1- مفهوم التقدير المعرفي « Cognitive appraisal »:

حسب نظرية الضغط و المواجهة لا يمكن فهم طبيعة الضغط دون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الضاغط الذي يتعرض له ، إذ أن العملية المعرفية تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة الفرد لمختلف الضغوط داخلية كانت أم خارجية وتعد عملية إدراك الموقف وتقديره هي الأساس في مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها فهي المسؤولة عن تقدير الموقف و تحديد استجابة الإنسان له (يخلف، 2001 :51).

لذا فقد حظي هذا المفهوم باهتمام كبير عند رواد النظرية المعرفية التي قدمت إسهاما واضحا في تطوير مفهوم الضغط النفسي وإخراجه من الصورة البيولوجية البحتة التي انطلقت منها بعض التفسيرات* ، وهو ما دفع دنترز (1989) Dantzer للقول بأن مواجهتنا للضغوط ليست استجابة نمطية مهما كان الحدث الضاغط إنما هي مرتبطة بعملية تفاعل تحدد إدراكنا وترجمتنا للموقف . فمفهوم التقدير المعرفي يعد أحد أهم المفاهيم القاعدية التي بنى عليها الاتجاه التفاعلي نظريته وربط من خلالها الخصائص المعرفية المتداخلة في دينامية الضغوط وللتفاعل بين الفرد والمحيط (Boudarene, 2005 :15) . والتقدير يدخل في إطار السياق المعرفي الذي يحكم معالجة الفرد لوضعية ما وللصادر الشخصية الضرورية لمواجهتها وكذا المتاحة له ، لذلك فإنه يتضمن تحليل ومعرفة طبيعية الوضعية الجديدة غير المألوفة عند الفرد وتحديد نمط وإمكانية الاستجابة لها ** . وصنف لازاروس وفولكمان التقدير المعرفي إلى شكلين رئيسيين (Lazarus & Folkman , 1984 : 18-20) :

3-1-1-1-1 التقدير الأولي « Primary Appraisal » :

في هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله بالنسبة له ، ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية بهدف تحديد خصائص الوضعية ، لذا أطلق كوهين وزملاؤه (Cohen, Kamarch & Mermelstein (1983 تسمية الضغط المدرك للدلالة على عملية تقدير الموقف.

* شكل صدور كتاب لازاروس عام 1966 بعنوان "Psychological Stress and the Coping Process" نقلة هامة في الأبحاث المتعلقة بموضوع الضغط وعلاقته بالصحة التي بدأت في مطلع الستينات ، وساهمت أفكار ريشارد لازاروس في إعطاء دفع كبير لاتجاه علم النفس المعرفي نظرا للأهمية البالغة التي أعطاهها لمفهوم التقدير المعرفي " Appraisal " قصد محاولة تفسير الفروق الملاحظة بين الأفراد والجماعات في الاستجابة للمواقف الضاغطة من جهة ومن جهة ثانية إن كانت تلك المواقف تشكل ضغوطا ايجابية أو سلبية (Lazarus & Folkman, 1984 : 22-23). وفي الدراسات الفرنسية تمت ترجمة المصطلح إلى " Evaluation cognitive " التي تشير إلى عملية التقدير كمتغير وسيط حيث يعرفه لازاروس وفولكمان على أنه خاصية تصنيف للحدث من مختلف جوانبه تأخذ بالحسبان أهميته لتوافق الفرد أي أنه عملية تركز على دلالات الأحداث تستمر في جميع مراحل الحياة .

** في هذا النموذج تؤثر المتغيرات الشخصية والبيئية في عملية التقدير الذي يحدد نوع الاستجابة كما تؤثر نتائج المواجهة بدورها في خصائص التقدير في سياق الضغط و قد يكون لها آثار على كل من الشخص والبيئة ، فعلى سبيل المثال فإن الكيفية التي يتكيف بها شخص مع موقف جديد قد تضيق له مكتسبات تغير نظرتة حول قدرته على التحكم أو السيطرة على المتغيرات البيئية (على سبيل المثال، مصدر الضبط أو نمط التفسير). علاوة على ذلك فإن الأسلوب الذي يتكيف به الفرد مع مشكلة ما قد يغير البيئة ، مما قد يوفر وسيلة لغيره من الأفراد لمواجهة مشاكل مماثلة . وبالتالي فإن الآثار المترتبة على وجهة نظر التفاعلية تتجاوز سياق الحالات الفردية إلى نطاق أوسع (8 : Aldwin, 2007) .

وهنا نميز ثلاثة أنواع من المواقف*:

◀ فقدان أو خسارة harm/loss (مادية ، اجتماعية ، عضوية...)

◀ التهديد بإمكانية الفقدان أو الضرر Threat .

◀ التحدي Challenge قصد تحقيق غاية ما أو الوصول إلى ربح ... الخ

و الأحداث يمكن فهمها على أنها ايجابية أو محايدة أو سلبية في نتائجها، فالأحداث السلبية أو المحتمل كونها سلبية يمكن أيضا تقييمها على أساس إمكانية كونها مؤذية ، مهددة أو تمثل تحدي. والضرر تقدير الخسارة الناتجة عن تأثير الحدث أما التهديد فهو تقدير الضرر الممكن حدوثه مستقبلا بفعل الحدث (Lazarus & Folkman, 1984: 182-183). وحسب لازاروس وفولكمان فإن هذه التقديرات تساهم في تحديد نوعية الانفعال الناتج عنها ، فتقديرات الفقدان والتهديد تنتج عنها انفعالات سلبية كالغضب والخوف والاستياء ، في حين تمتاز تقديرات التحدي بانفعالات الرضا والاستثارة والفرح. ويضيفان بأن التقدير الأولي يحدث خلال التفاعل بين الفرد والمحيط و يختلف بذلك من فرد لآخر (الفروق الفردية) ومن وضعية إلى أخرى و بذلك يتضح أن العامل الضاغط لا يعكس شدة أو طبيعة إنفعالات الفرد تجاهه ، ومن بين العوامل المؤثرة في عملية التقدير الأولي نذكر :

3-1-1-1- العوامل الخاصة بالفرد :

إدراك الضغط بمثابة جهاز ترشيح يتأثر بالتجارب السابقة مع الضواغط المماثلة والدعم الاجتماعي و العادات و المعتقدات ، ومن أهم الخصائص الفردية التي تؤثر في عملية التقدير الأولي نجد:

◀ **المعتقدات " Beliefs "**: هي مجموعة الأفكار التي يحملها الفرد حول الواقع وتلعب دورا أساسيا في معالجته له . ونميز نوعين من المعتقدات : المعتقدات العامة (الدينية مثلا) والمعتقدات الشخصية التي تكون أكثر خصوصية وتشير إلى اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم أو ما أسماه روتر (1966) **Rotter مركز الضبط " Locus of control "** (Paulhan, 1992: 553) . والتي تلعب دورا هاما خلال المواقف الجديدة التي لا يملك الفرد معلومات كافية عنها مما يضطره للعودة إلى مميزاته الشخصية ونظرته للواقع قصد فهم الوضعية التي يواجهها .

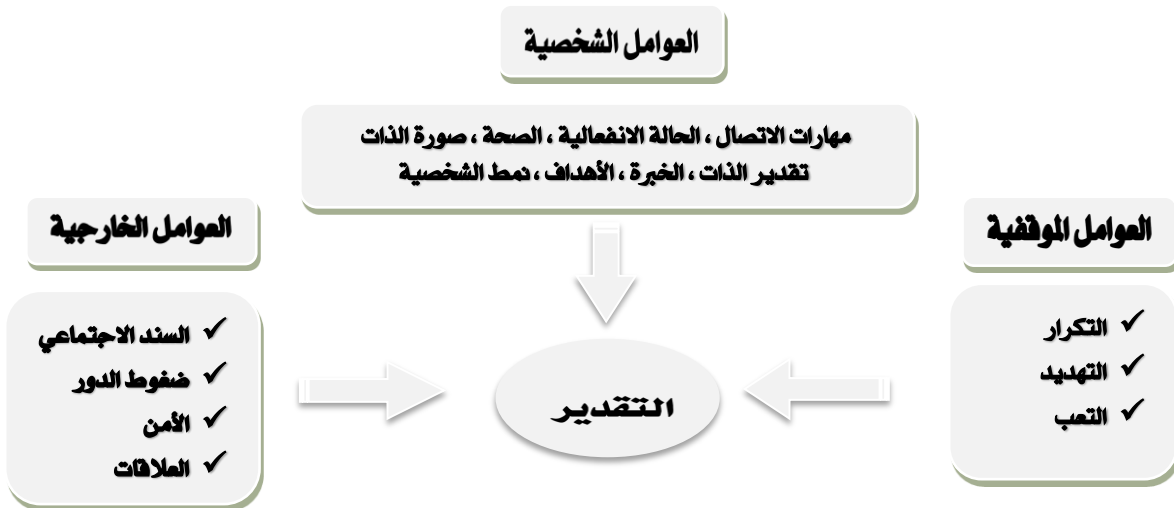
* لاحقا و نتيجة تحول نظرة لازاروس وزملائه (Lazarus, 2001; Folkman & Lazarus, 1985,1990) من التركيز على الضغوط إلى الاهتمام بالانفعال أضافت الدراسات نوعا آخر من المواقف هو الفائدة Benefit ، حيث يشير لازاروس (2001) أن هناك بعض المواقف التي تحتاج أن تأخذ على أنها ذات تأثير انفعالي ايجابي وهو ما يستلزم وجود تقييم آخر يلائم هذه المواقف.

«الالتزامات " Commitments " : يقصد بها تحديد مدى أهمية الموضوع بالنسبة للفرد والذي يعنيه له أو إن كان يفرض عليه درجة عالية من الالتزام تجاهه خاصة عندما يتعلق الأمر بالتحدي . وقد أشار لازاروس وفولكمان (1984) إلى أن الالتزامات تمثل القاعدة التي يعتمد عليها الأفراد لتحقيق أهدافهم مع الحفاظ على قيمهم الذاتية .

وقد تبين أن لبعض سمات الشخصية تأثيرا مهما في الطريقة التي يستجيب بها الفرد للمواقف الضاغطة ، كما تضيف بروخون شويتزر وبوجو أن بعض الأساليب المعرفية تعمل على تخفيف أو تضخيم الضغط المدرك (فعالية الذات أو التفاؤل العجز المتعلم). حيث تظهر الدراسات أن ارتفاع المخاطر المكونة حول موقف ما يزيد من شدته فيما تعمل جوانب شخصية أخرى كالوجدان الإيجابي والتفاؤل دور العوامل المعدلة للضغط المدرك مثلها مثل القلق والاكتئاب (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014 : 438) . (سنستعرض بعض هذه العوامل لاحقا)

3-1-1-2-العوامل المتعلقة بالوضعية : تشمل عددا من المتغيرات المتصلة بطبيعة الوضعية ومنها:

- « طبيعة التهديد أو الخطر الذي تشكله الوضعية للفرد.
- « حدة الموقف (استمراره) وكذلك الوقت الذي يحدث فيه.
- « احتمالية وقوع الحادث (إن كان الفرد معتادا عليه أو كان موقفا جديدا).
- « مدى صعوبة توقع النتيجة أو الآثار الناجمة عنه.



شكل رقم 09 : عوامل التقدير المعرفي حسب لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman

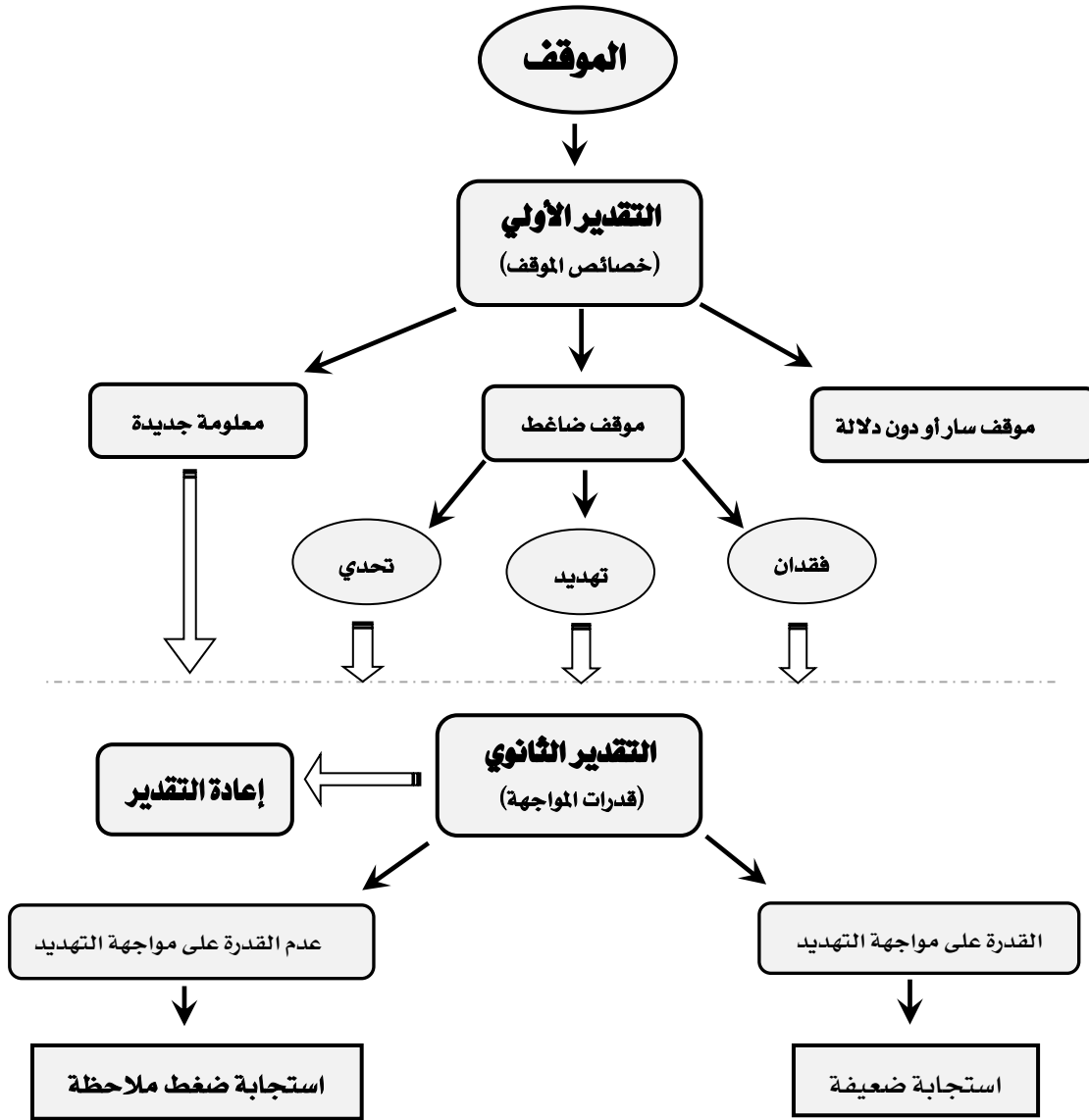
3-1-2- التقدير الثانوي « Secondary appraisal » :

عبر هذا التقييم يتحدد ما يمكن للفرد القيام به في مواجهة الوضعية الجديدة ، ويأتي ذلك مباشرة بعد التقدير الأولي حيث أنه عندما يقدر الفرد طبيعة التهديد يتجه نحو تحديد مصادره الشخصية وإمكاناته للمواجهة . فالتقدير الثانوي يسمح للفرد بتحديد ما يجب عليه فعله للوقاية من التهديد أو الاستقادة من الموقف ، وهو يقدم احتمالات مختلفة من أنماط المواجهة (تغير الوضعية، التقبل البحث عن معلومات أكثر ، الهروب أو السلوكيات الاندفاعية) (Graziani & Swendsen , 2004 : 55) . والخبرة الموضوعية للضغط هي عبارة عن توازن بين التقديرين الأولي والثانوي ، فعندما يكون الأذى و التهديد مرتفعا و قدرة الفرد على التكيف منخفضة فإن التهديد الحقيقي يمكن الشعور به وعندما تكون قدرته على التكيف مرتفعة فإن الضغط يكون في أدنى مستوى . ويعتمد التقييم الثانوي حسب ماك كراي (1984) Mc Crae على ثلاثة خطوات أساسية :

- أولاً : يقوم الفرد بتحديد إمكاناته ومعرفة ما يمكنه عمله في مواجهة الموقف .
- ثانياً : ينتج عما سبق تصور لأنماط المواجهة الممكنة .
- ثالثاً : يحدد الفرد الاستراتيجية الأكثر ملاءمةً حسب إدراكه للموقف .

التقدير الثانوي عملية معقدة تتداخل فيها اعتقادات الفرد وأفكاره مع خصائص ومطالب الموقف قصد اختيار أسلوب المواجهة الأمثل والأكثر فعالية وينتج عن هذا التداخل العديد من الانفعالات السلبية والإيجابية ، ومع استمرار مصدر الضغط تتوالى التقديرات المعرفية واستراتيجيات المواجهة بشكل حلقة متعاقبة ، فإذا نتج عن التقدير إدراك الفرد لوجود موارد تسمح له بالتحكم في الموقف "Pereived control" فإنه يعمل على توجيه استراتيجيات تمكنه من مواجهة الموقف أو حل المشكل أما إن كان التقييم عكس ذلك فإن الفرد يلجأ إلى أساليب تهدف إلى تغيير المعنى الذاتي للتجربة أو الانفعال الناتج عنها (Graziani & Swendsen , 2004 : 56) . وكلا التقديران يتمان بسرعة كبيرة ويولدان انفعالات و أحاسيس تصاحب بدورها وتؤثر على العملية (Piquemal-Vieu , 2001 : 86) .

3-1-3- إعادة التقدير « Reappraisal » : تمثل عملية إعادة النظر في التقييم بناء معلومات جديدة من المحيط و/ أو معلومة من استجابات الفرد في حد ذاتها (Lazarus & Folkman, 1984 : 38) . وسيرورة للتفاعل الداخلي مع الأخذ بعين الاعتبار التغذية الرجعية. (Dantchev, 1989 : 23) .

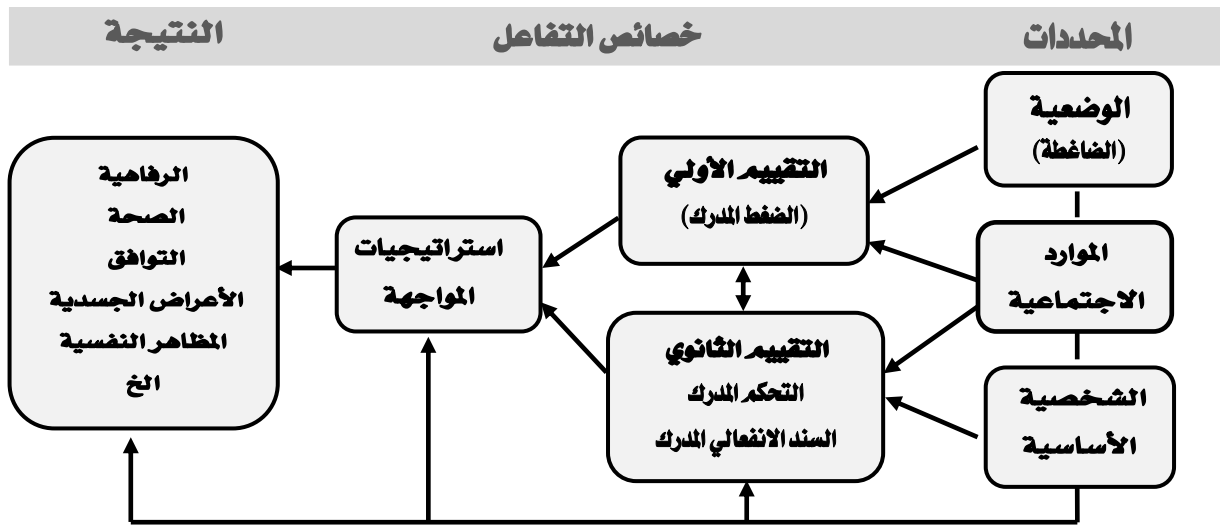


شكل رقم 10: مخطط لأراحل عملية التقدير المعرفي عند لازاروس وفولكمان Lazarus & Folkman

من خلال الشكل السابق يمكن القول أن الضغط المدرك يمثل مجموع التقديرات التي لا تتعلق فقط بالوضعية المهددة إنما ترتبط أيضا بالموارد المتوفرة التي ينظر إليها الفرد على أنها غير كافية (Bruchon-Schweitzer, 2002 : 290) . وحسب بروخون شويتزر (2002) يتحدد الضغط المدرك عبر نوعين من العوامل : فردية وموقفية. فعلى المستوى الأول الفردي تترتب تلك العوامل على النحو الآتي : معرفية ، دافعية ، إرادية . فيمكن لبعض الخصائص المعرفية للفرد التقليل من شدة الاستجابة (الكفاءة الذاتية ، التفاؤل) أو تضخيمها (العجز المكتسب).

أما على المستوى الموقفي فإن غموض الوضعية وعدم توفر معلومات كافية حولها أو توفر كم هائل من المعلومات يؤدي إلى ارتباك الفرد ويجعل من الموقف ضاغطا. ومن الجوانب الأكثر ضغطا في موقف ما القدرة على التحكم سواء حقيقية كانت أو مدركة « Perceived control » التي تكون في كثير من الأحيان كافية لجعل الوضع أقل تهديدا. ويعني التحكم المدرك تقييم الفرد لموارده الشخصية وقدراته على التحكم في الموقف (Bruchon-Schweitzer & al. , 1994 : 67). ويميز كرون (1996) Krohne بين نوعين من التحكم : التحكم السلوكي Behavioral control والتحكم المعلوماتي Informational control المرتبط بالتوقعات حول الموقف .

يرتبط مفهوم التحكم المدرك بدرجة كبيرة بمفهوم مصدر الضبط (الداخلي / الخارجي) الذي يسمح بالتمييز بين الأفراد حول اعتقاداتهم بقيمة التعزيزات إن كانت تحت سيطرة الفرد أو أنها ترتبط بعوامل خارجية لا يمكن التحكم فيها (Bruchon-Schweitzer & al , 1994 : 68) حيث يعتبر هذا النموذج أن قيمة الشعور بفقدان التحكم في الوضعية على ارتباط وثيق باعتلال الصحة الجسدية والنفسية. كما أنه خلال عملية التقدير ينبغي الاهتمام بالدعم الاجتماعي المدرك أي الإدراك الشخصي للفرد حول السند الذي يقدمه المحيط الخارجي ومدى تلاؤمه مع احتياجات الفرد وتوقعاته والذي يعد واحدا من المحددات الهامة خلال الاستجابة للمواقف الضاغطة ، فحسب ما تذكر بروخون شويتزر وزملائها كلما كان الدعم المدرك ضعيفا كلما زادت امكانية الإصابة بالمرض (P34) حيث تتمثل قيمته إضافة إلى السند المادي فيما يوفره للفرد من معلومات حول الموقف المعاش و الحلول الممكنة.



شكل رقم 11 : نموذج الضغط والمواجهة وفق بروخون شويتزر (Bruchon-Schweitzer , 2002 : 92)

إنطلاقاً من الفكرة السابقة نلاحظ أن التقييم المعرفي يعمل على توجيه استراتيجيات المواجهة إزاء الوضعية المهددة مما يسمح بتفسير الاختلاف والفروق بين الأفراد في الاستجابة للمواقف الضاغطة إلا أن الدراسات الحديثة حاولت تقسيم هذه الأساليب وفق منظور آخر هو الدور المنوط بها تحقيقه. ووفق ما ذهبت إليه ديليفوس تكمن الإضافة التي يقدمها النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للاتجاه الفزيولوجي في عنصر الوسائط Moderatos التي تنقلنا من التفسير البسيط (مثير- استجابة) إلى دراسة أكثر عمقا وديناميكية (Delefosse, 2002: 26).

3-2- أبعاد المواجهة؛

يسعى الفرد في مواجهته للمواقف والوضعيات الضاغطة إلى تحقيق التكيف مع المتغيرات الجديدة مما يضمن له الحفاظ على توازنه الداخلي ورفاهيته النفسية. وهو ما جعل الباحثين يولون أهمية كبيرة لتحديد أهداف المواجهة ، وقد حاول عدد كبير منهم تحديد الأبعاد الأساسية لسلوكيات المواجهة ويتفق كل من هولاهان وزملائه (Holahan & al. (1996 وكذا شوارزر و شوارزر Schwarzer & Schwarzer على وجود مقاربتين شائعتين لتصنيف استراتيجيات المواجهة ، تركز الأولى على أنشطة الأفراد من أجل تحديد الوظيفة الأساسية لاستراتيجيات المواجهة المستخدمة. وخير مثال لهذه المقاربة تصنيفها إلى فئتي المواجهة المركزة على المشكلة والمركزة على الانفعال. أما المقاربة الثانية فتصنف استجابات الفرد من حيث الأسلوب الذي تم اتباعه. ومثال ذلك التصنيف إلى فئتي المواجهة النشطة و المواجهة السلبية.

3-2-1- أبعاد المواجهة وفق لازاروس وفولكمان؛

من خلال أبحاث لازاروس وزملائه (1978 - 1986) تم تحديد وظيفتين أساسيتين للمواجهة : الأولى تسمح بتعديل الموقف الضاغط فيما تعمل الثانية على تعديل الاستجابات المعرفية والانفعالية الناتجة عنه ، وبالتالي فهي تتخذ أشكالا مختلفة فكرية أو انفعالية أو سلوكية . وهو ما ذهب إليه شولر و برلين من خلال تحديد ثلاثة أنواع من أساليب المواجهة (Schooler & Pearlin, 1978 :6-10):

- ◀ أساليب تهدف إلى تعديل الوضعية الضاغطة (المواجهة النشطة).
- ◀ أساليب تهدف إلى تغيير المعنى الذاتي للوضعية قصد جعلها أقل تهديدا.
- ◀ أساليب تهدف إلى التخفيف من التوتر وتعديل الضيق من خلال التحكم في الانفعال.

بناء على هذه الأهداف ميز لازاروس وفولكمان (1984) نوعين أساسيين من استراتيجيات المواجهة :

أ- المواجهة المركزة على المشكل « Problem-focused coping » :

يعمل هذا النوع من على تعديل الوضعية وتغيير مباشر لأسباب الضغط من خلال المواجهة والتخطيط (Maes & al., 1996:226) ، ويحدث ذلك عند تقييم الفرد لإمكانية التحكم في الموقف خلال تفاعله مع المحيط مما يسمح له بالتعرف على المشكل وعلى مختلف الحلول الممكنة تجاهه ومن ثم اختيار أحدها . مما يجعل من المواجهة أكثر تعقيدا من الاستجابات السلوكية البسيطة وميكانيزمات الدفاع اللاشعورية ويرى دانتشيف (Dantchev 1989) أن هذا النوع من المواجهة يعمل على تغيير الأسباب المباشرة للوضعية التي يعيشها الفرد مما يؤدي بطريقة غير مباشرة إلى تعديل الحالة الانفعالية المرتبطة بها.

ويمكننا من خلال ما سبق أن نميز مجموعتين من أساليب المواجهة : الأولى تعمل على تعديل طبيعة العوامل الخارجية المهددة من خلال البحث عن المعلومات حول طبيعة التهديد أو العائق وخصائصه وتحديد الإمكانيات والوسائل اللازمة (جمع المعلومات حول الموقف من خلال طلب النصيحة والمساعدة وإيجاد السند الاجتماعي) مع إعداد الخطط اللازمة لمواجهة الوضعية المهددة . أما الثانية فهي موجهة نحو الذات بحيث تعمل على تعديل مستوى الطموح الشخصي والبحث عن مصادر جديدة للإشباع وتحقيق الرضا (تطوير العلاقات الاجتماعية ومهارات الاتصال أو تنمية الاستقلالية الذاتية ...). وهناك قليل من الاستراتيجيات المركزة على المشكل التي يمكن استعمالها في جميع المواقف (Lazarus & Folkman, 1984:153).

ب- المواجهة المركزة على الانفعال « Emotion-Focused Coping » :

يحتوي هذا النوع على مجموعة من الأساليب المعرفية الهادفة إلى خفض التوتر والضييق الانفعالي ويعرف لازاروس وفولكمان هذا النوع بأنه مجوع الجهود التي تعدل الحالة الانفعالية المصاحبة للحدث الضاغط. هذه الاستراتيجيات تؤثر على الانفعال بطرق مختلفة فنجد مثلا أساليب التجنب أو الهروب التي يسعى من خلالها الفرد إلى التقليل من أهمية الحدث الضاغط وتغيير الانتباه تؤثر على الانفعال وتؤدي إلى الارتياح وتخفيف درجة التوتر ، لكن تأثيرها يبقى مؤقتا نظرا لأنها لم تتخلص نهائيا من مصدر الإزعاج (Lazarus & Folkman, 1984:150).

وهو ما جعل لازاروس (1991) يصنفها على أنها ميكانيزمات ذات تأثير مرحلي أو انتقالي أي أنها أقل فعالية في مواجهة العوامل الضاغطة الحقيقية . وهناك طريقة أخرى تؤثر بها المواجهة المركزة على الانفعال من خلال نشاطات معرفية تعمل على إعادة تقييم الوضعية عبر تغيير المعنى الشخصي للتجربة كالانسحاب وإعادة التقييم والتركيز على النقاط الإيجابية وتحويل الموقف إلى تحدٍ. إن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال قد تكون فعالة في تقليص التوتر والأثر الانفعالي إلا أن هذه الفعالية ترتبط إلى حد ما بدرجة الضغط ، حيث أنه لا يمكنها تحقيق فوائد كبيرة في وضعيات تهدد حياة الفرد مثلا ، وبالتالي فإنها تكون عاجزة عن تحقيق التكيف وهو ما يستلزم اللجوء إلى أساليب المواجهة المركزة على المشكل. ونظرا للتداخل بين الأساليب المركزة حول الانفعال والمركزة حول المشكل فإنه يصعب الفصل بينهما خلال دراسة مختلف المواقف ، فالنوعان يتفاعلان فيما بينهما ويحدثان بصفة متزامنة وهو ما يجعلنا نهتم بدراسة العلاقة بينهما.

ج - العلاقة بين نوعي المواجهة:

أثبتت عدة دراسات الارتباط الكبير بين نوعي التعامل الموجه نحو المشكل والموجه نحو الانفعال فالعلاقة التبادلية بينهما تلعب دورا هاما في التكيف النفسي ، فحسب لازاروس و فولكمان (1984) يميل الأفراد إلى استخدام كلا النوعين معا وفي وقت واحد وذلك تبعا للموقف الذي يواجهونه . ويرجع السبب إلى مرونة وإمكانية استعمال أساليب من نوع التقرب وأخرى من نوع التجنب بفعالية في مواجهة التهديد (Solomon & al. , 1988 : 283) . كما أكدت دراسات: شولر و بيرلين (1978) لازاروس وفولكمان (1985,1984) ، روث وكوهين (1986) Roth & Cohen ، سيفج كرنك و كافسك (1996) Seiffge-Krenk & Kavsek على وجود قدرة فعالة من خلال استعمال الأسلوبين معا حيث أن أساليب التقرب تسمح للفرد بالتعامل المباشر مع الوضعية في حين تعمل أساليب التجنب على توفير الراحة الانفعالية وتخفيف التوتر لمدة تسمح بجمع الإمكانيات والمعلومات الكافية ودراسة مختلف الحلول الممكنة للصراع (Paulhan & al. , 1994: 669- 670) .

* حديثا طرح لازاروس (2000) بعدا جديدا هو المواجهة المركزة على العلاقات Relationship-focused coping والتي تناولتها بعض الدراسات (Sullivan, & Coyne, 1998; O'Brien & DeLongis, 1996). حيث ظهر هذا البعد نتيجة الإدراك أن المواجهة لا يمكن أن ترتكز فقط على الجهود الفردية وبالتالي ضرورة البحث فيما سمي المواجهة الجماعية "Collective coping". حيث توصل كوين Coyne إلى أن الاستشارة الانفعالية المستمرة يمكن أن تؤدي إلى نتائج سلبية على صحة كل أفراد العائلة (DeLongis & Puterman, 2007 : 580) .

تعتمد استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل على الحصول على المعلومات ومن ثم استعمالها في تغيير حقيقة التفاعل المدرك على أنه موقف ضاغط وإن كان خلاف ذلك (Lazarus, 2001 : 48) لذا يرى لازاروس أن الأساليب المركزة على الانفعال تؤثر بدرجة ما في الأساليب المركزة على المشكل فالانفعال المرتفع والتوتر الشديد الذي لا يمكن للفرد للسيطرة عليه يؤثر في العمليات الفكرية والمعرفية وبالتالي في الجهود اللازمة لمواجهة الوضعية ، وهو ما يعني لجوء الفرد إلى بذل جهد أكبر للحفاظ على طاقات التكيف (83, 82: Graziani & Swendsen. 2004) . كما أن الانفعال الإيجابي والتقاؤل يدعم الأساليب المركزة على المشكل ويجعل الفرد أكثر هدوءاً واستعداداً لتغيير الموقف ما يعطي معنا جديداً للتجربة من خلال جعلها أكثر إمتاعاً ويرفع مستوى الطموح الشخصي وقدرة الفرد على التحكم. وتعد الأفكار الإيجابية حول الذات وقدرتها على المواجهة عاملاً مفيداً في تنمية أساليب تعامل فعالة فعندما يقيم الفرد إمكانياته الشخصية بأنها قادرة على المواجهة وتعديل الوضعية يصبح بمقدوره توقع ما هو آتٍ ثم تطوير المهارات اللازمة لمواجهتها وتنمية مشاعر إيجابية ، وهو ما يجعل من العلاقة بين الانفعال والمواجهة علاقة ذات اتجاهين فكل منهما يؤثر في الآخر.

و يشير لازاروس وفولكمان أنه من خلال التراث النظري والبحوث العملية فإن الأشكال المعروفة من الاستراتيجيات المركزة حول المشكلة والتي يلجأ لها الأفراد أمام المواقف الضاغطة أقل ظهوراً مقارنة بعدد الإستراتيجيات المتمركزة حول الإنفعال (84 : Bruchom-Schweitzer & Dantzer, 1994) . وفي هذا السياق وضع الباحثان سنة 1980 قائمة طرق المواجهة (WOC) الذي تم تطويره عدة مرات ويحتوي على (67) بنداً تعمل على تقرير سلوكيات وأفكار الأفراد أمام الضغط الذي يواجهونه في الحياة اليومية ، بحيث يقيس العوامل الثمانية التالية:

- المواجهة Confrontive: محاولات مؤكدة لتغيير الموقف وتستخدم قدر من العدائية وسلوك المخاطرة.
- العزل Distancing: جهود معرفية لعزل الذات عن الموقف كمحاولة لتقليل وتخفيف التأثير .
- ضبط الذات Self-Controlling : محاولات الفرد للتحكم في مشاعره وتصرفاته .
- طلب المساندة الاجتماعية Seeking Social Support: كالمساعدة المعلوماتية ، الانفعالية ، او المادية.
- تحمل المسؤولية Accepting Responsibility : إدراك أو معرفة الفرد لدوره في الموقف وتعهد به.
- الهروب – التجنب Escape – Avoidance : جهود واعية لتجنب الموقف أو المشكلة.
- التخطيط لحل المشكلة Planful Problem Solving : الجهود من أجل تغيير الموقف أو حل المشكلة.
- إعادة التقييم الإيجابي Positive Reappraisal: للشعور بالأهمية والتركيز على الانجاز الشخصي .

يعتبر تقسيم لازاروس و فولكمان لأساليب المواجهة واحدا من أشهر التصنيفات في هذا المجال إذ تبناه العديد من الباحثين مثل مونات ، كومباس Compas ، كوهين Cohen ، تروبس Troubs وغيرهم عبر تأكيده أن المواقف الضاغطة تسمح باكتشاف قدرات جديدة للمواجهة والتي تساعد بدورها في تدعيم المصادر الاجتماعية والشخصية في ظل التفاعل الدينامي بين العوامل الاجتماعية والنفسية وجهود المواجهة (Holahan & al., 1996 : 33) .

3-2-2- تقسيمات أخرى لأبعاد المواجهة:

في الواقع سعت معظم مقاييس المواجهة الحالية الاستفادة من أبحاث لازاروس وفولكمان بأشكال عدة (Billings & Moos,1984; Carver & al., 1989 ; Seiffge-Krenke, 1990) في حين اختلف باحثون آخرون مع هذا التقسيم ، حيث يذهب لظفي ابراهيم (1998) إلى التأكيد أن الخلاف حول تصنيفات المواجهة لا يقتصر على ما هو ظاهري فقط إنما يمتد إلى طريقة قياس ومعالجة الظاهرة ككل.

أ- نموذج سالزوفلنشر:

قام سولز وفلنشر Suls & Fletcher بتحليل الدراسات الخاصة بالمواجهة بين عامي 1985 و 1960 وتوصلا إلى تحديد نوعين من التعامل (Bruchon-Schweitzer & Dantzer,1994 :93-110) :

« تعامل التجنب " Passive coping " : يضم الاستراتيجيات السلبية التي يأخذ فيها الفرد موقفا بعيدا عن المشكل وتقتصر على استراتيجيات تكيفية تكون نتائجها ذات مدى قصير أو في وضعيات خارجة عن قدرة الفرد على التحكم ولا يمكن حلها كالإنكار ، التجنب ، التقبل المرغم... وغيرها وفي هذا الإطار يشير لازاروس من خلال دراسة قام بها رفقة كوهين إلى أن للإنكار نتائج متعددة خلال ثلاث مراحل للإصابات القلبية خاصة عند ظهور الأعراض لأول مرة حيث يجب على المريض طلب المساعدة الطبية أو الإنكار وانتظار الموقف ليتضح أكثر ويعرف حقا طبيعة تلك الأعراض (Lazarus & lazarus , 2006:59) .

« التعامل النشط " Active coping " : ينطوي على الاستجابات السلوكية أو النفسية التي تستهدف تغيير طبيعة الضغوط ، ويمثل تلك الجهود أو الاستراتيجيات الأكثر القدرة على التكيف مع الضغوط حيث يحاول الشخص تغيير الوضع أو تقديره له ، ووفقا لذلك يطور المهارات والاستراتيجيات النشطة كوضع مخطط لحل المشكل أو جمع المعلومات المتعلقة بالوضعية مع توقيت مثالي والتحكم في تنفيذ الإجراءات المخططة ، ضبط النفس أو البحث عن السند الاجتماعي... الخ .

ب- المواجهة التقريبية -التجنبية Approach / avoidance coping :

يصنف بيلنجز وموس (1981) Bilings & Moos استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى استراتيجيات مواجهة تقريبية وأخرى تجنبية ، فالتقريبية تتضمن محاولات معرفية لتغيير أساليب التفكير لدى الفرد عن المشكلات ومحاولات سلوكية بهدف حل المشكلة بشكل مباشر ، أما الاستراتيجيات التجنبية فتتضمن القيام بمحاولات معرفية وذلك بهدف الإنكار أو التقليل من التهديدات التي يسببها الموقف والقيام بمحاولات سلوكية لتجنب التحدي مع المواقف الضاغطة ، و حسب تايلور وستانتون (2007) فإن الاستراتيجيات التقريبية أكثر تكيفا من الاستراتيجيات التجنبية (Taylor & Stanton , 2007 :383) التي تتكون من استراتيجيات أخرى فرعية مثل الإنكار والتشتت والكبت والقمع والتقبل أو الاستسلام. ويميز يانيس ومان (1977) Janis & Mann أسلوبين أساسيين في المواجهة التقريبية:

◀ البحث عن المعلومات قصد التعرف أكثر على الوضعية.

◀ وضع مخطط لحل المشكلة.

كما يتفق سايفج كرنك وكومباس (1987) Compas , (1992,1993) Seiffge-Krenk مع هذا التقسيم حيث يميزان بين نوعين من استراتيجيات التقرب هما:

◀ التقرب السلوكي: ويحتوي الأساليب الخاصة بجمع المعلومات أو البحث عن السند.

◀ التقرب المعرفي: ويضم الأساليب المتعلقة بالتخطيط لحل المشكل.

ويطرح سايفج كرنك (1984, 1993) أبعادا أخرى عامة: أنشطة تهدف إلى جمع المعلومات والنصيحة أنشطة عقلية تهدف إلى تقييم الموقف واستخدام قدرات التفكير في البحث عن حلول ممكنة أو الانسحاب الذي يتضمن دفاعات نفسية داخلية كالإنكار والنكوص والتمركز حول الذات .

وبعبارة أكثر وضوحا فإن المواجهة التقريبية تتضمن النزعة للاستجابة بشكل فعال نحو الأحداث الضاغطة والسعي للحصول على معلومات بشأن هذه الأحداث الضاغطة وحل الموقف أو المشكلة وذلك من خلال استخدام أساليب سلوكية ومعرفية محددة ، في المقابل تتضمن استراتيجيات المواجهة الإحجامية النزعة نحو تشتيت وصرف ذهن الفرد عن الحدث الضاغط وتجنب التفكير الواقعي فيه وتقبل المشكلة والاستسلام لها أو التنفيس الانفعالي لخفض التوترات الانفعالات السلبية المصاحبة للحدث الضاغط (حسين و حسين، 2006 : 236 - 238).

من جهة أخرى توصل ايرز، ساندلر، واست و روزا (Ayers, Sandler, West & Roosa (1996) إلى أن نموذجا مع أربعة أبعاد يتضمن المواجهة النشطة، والتجنب، التثتيت والبحث عن الدعم أنسب من النماذج السابقة ذات البعدين ، ففي هذا النموذج تشمل الاستراتيجيات الفعالة تلك التي تركز على المشكل أو على الانفعال ، الإلهاء والذي يشير إلى الاستثمار في أنشطة ترفيهية كمشاهدة التلفزيون والتي تميزها الجهود المعرفية لإزالة الأفكار المرتبطة بالموقف المجهد.

ج- نموذج كوهين (1994) : Cohen

لاحظ كل من روث وكوهين (Roth & Cohen (1986) من خلال تحليلهما لاستجابات الضغط وملاحظتهما حول نوعي المواجهة التجنبية والتقريبية أن استخداما للمواجهة التقريبية يهدف إلى الشعور بالتحكم فيما يجري والوصول لفهم أكبر لطبيعة العامل الضاغط فيما تسعى المواجهة التجنبية للتحكم في التهديد الذي تسببه تلك المواقف الضاغطة على نمط حياتنا (Zautra , 2003 :53) وانطلاقا من تلك الملاحظات قدم كوهين (1994) مجموعة من الإستراتيجيات المعرفية لمواجهة ضغوط الحياة شملت مايلي:

- ◀ التفكير العقلاني Rational thinking : يلجأ فيه الفرد إلى التفكير المنطقي بحثا عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.
- ◀ التخيل Imagining : يتجه فيها الفرد إلى التفكير في المستقبل
- ◀ الإنكار Denail : عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار مصادر القلق بالتجاهل وكأنها لم تحدث على الإطلاق.
- ◀ حل المشكلة Problème Solving : نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى إستخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط
- ◀ الدعابة أو الفكاهة Humor : إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط و الأمور الخطيرة ببساطة وبروح الفكاهة ، كما أنها تؤكد على الإنفعالات الإيجابية أثناء المواجهة.
- ◀ الرجوع إلى الدين Turning To religion : وتشير هذه العملية إلى رجوع الفرد نحو المعتقدات الدينية قصد مواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والإنفعالي .

د- نموذج المواجهة الاستباقية Proactive Coping Theories

عبر تتبع أدبيات موضوع المواجهة نلاحظ أنه أعتبر في أحيان كثيرة كمجموع الأنشطة الموجهة للتحكم أو السيطرة أو التخفيف من المطالب الخارجية أو الداخلية المدركة كتهديد حقيقي أو فقدان لكن حديثاً تطور بالتوازي اتجاهان نظريان حول ما سمي "المواجهة الاستباقية" هما نظرية شوارزر (2001 ; 2000) و نظرية اسبينوال وتاييلور (1997) Aspinwall & Taylor ، وتنطلق هذه النظرة من اعتبار أن الأفراد استباقيون و ليسوا استجابيين ، وبالتالي فإنهم يملكون نظرة تجعلهم يدركون المخاطر والمطالب والفرص في المستقبل القريب لكن لا يتم تقديرها كتهديد أو خسارة بل تدرك تلك المواقف كتحدٍ شخصي ، وبذلك تصبح المواجهة كعملية تسيير للأهداف بدل تسيير المخاطر ، فتسعى لتحسين حياة الفرد وبناء الموارد التي تضمن له استمرار أدائه وجودته وبالتالي خلق ظروف معيشة أفضل ومستويات أداء أعلى كفرصة للبحث عن هدف في الحياة وهنا يترجم الضغط في صورة ايجابية منتجة* (Schwarzer & Taubert, 2002 : 27).

وفق شوارزر (2000) هناك أربعة أنواع للمواجهة :

◀ **المواجهة الاستجابية Reactive coping** : وتعرف على أنها محاولة للتكيف مع موقف ضاغط حدث بالفعل ، حيث يتم توجيه جهود المواجهة هنا مباشرة إما للتعويض عن خسارة أو تخفيف ضرر وبشكل عام فإن هذا النوع هو أكثر ما تناولته الدراسات الخاصة بالواجهة حتى الآن.

◀ **المواجهة التوقعية Anticipatory coping** : وتعني محاولة التعامل مع تهديد وشيك أي مواجهة حدث خطير من المؤكد أن يحدث في المستقبل القريب. و الخطر هنا يتمثل في أن هذا الحدث قد يسبب أذى أو خسارة في وقت لاحق وعلى الفرد مواجهة الخطر المتصور ، فوظيفة المواجهة تتمثل في حل المشكلة الحالية عبر زيادة الجهد والحصول على مساعدة أو استثمار موارد أخرى.

◀ **المواجهة الوقائية Preventive coping** : ويمكن تعريفها على أنها محاولة لبناء موارد عامة للمقاومة تقلل من شدة نتائج الضغط ، ويقلل من احتمال ظهور الأحداث الضاغطة في المقام الأول. ففي هذا النوع يواجه الأفراد مختلف الأحداث بالغة الأهمية التي قد تحدث أو لا تحدث في المستقبل.

* يؤكد شوارزر وشوارزر (2001) Schwarzer & Schwarzer على ارتباط مفاهيم إيجابية عديدة تناولتها نظريات أخرى باتجاههم حول المواجهة من أمثلتها السيطرة والتفاوض (Bates, 1997) ، التحدي والفائدة (Lazarus, 1991). لذا يستند هذا النموذج بصفة عامة على فكرة أن المواجهة الاستباقية لا ترتبط بالتقديرات السلبية أو ادراك المخاطر والتهديد إنما تقوم أساساً على فكرة أن الشخص لديه نظرة أكثر إيجابية من متطلبات الحياة.

المواجهة الاستباقية Proactive coping : تشمل الجهود الهادفة لبناء موارد عامة تسهل تحقيق الأهداف الصعبة وتعزز النمو الشخصي ، فالأفراد يختلفون اختلافا كبيرا في الموارد التي يلجؤون لها خلال المواقف الضاغطة وتشمل الموارد الشخصية مثل فعالية الذات والدعم الاجتماعي ، وكلما زادت الموارد الشخصية ارتفعت امكانية التعامل بشكل أكثر فعالية مع الضغوط* .

إضافة إلى النماذج السابقة حاول باحثون آخرون إعطاء تقسيمات أخرى غير أن الملاحظ أن كل تلك الأبعاد وإن اختلفت فإنها تدور في سياق سلوكي معرفي مرتبط بطبيعة الحادث الضاغط والجدول الموالي يوضح بعض النماذج الأخرى للمواجهة .

الجدول رقم 06 : بعض تصنيفات استراتيجيات المواجهة حسب سيمر (Semmer , 1996) :
(بن ندوال ، 2008 ، ص98).

الأبعاد	الباحثون
- استجابات موجبة نحو المشكلة. - استجابات موجبة نحو الدفاع - استجابات عصبانية وذهانبة	ميدينك وزملائه Medinick & al. (1975)
- مواجهة مباشرة. - مواجهة دفاعية.	موريس Morris (1982)
- مواجهة وقائية. - مواجهة قتالية.	ماثني وزملائه Matheny & al. (1986)
- مواجهة مركزة على المشكلة - مواجهة مركزة على الانفعال - مواجهة بالتجنب	أندلرو باركر Parker & Endler (1990)□
- استراتيجيات المواجهة الانفعالية استراتيجيات المواجهة المعرفية	مارتن وزملائه Martin & al. (1992)
- مواجهة بالتحكم - مواجهة بالتجنب	كوسكي ، كورك ، وكوسي koeski , kirk, koski1993
- مواجهة بالتحكم - مواجهة بالهروب	جيناكوس Ginakors2002

* هذه الأفكار اعتمدت كثيرا على تلك التي وضعها هاوبفول (Hobfoll (1988 ; 1989) من خلال نظرية الموارد (COR) حيث أكد أن الناس يعملون للحصول على موارد لا يمتلكونها وفي نفس الوقت الحفاظ على الموارد التي يمتلكونها وحمايتها عندما تهدد .

يرى الباحث أن هذه التقسيمات وإن حاولت في مجملها تفصيل التنوع في أساليب المواجهة التي يلجأ إليها الفرد أمام وضعية ضاغطة إلا أنها في الغالب تُجمع على توجيهين أساسيين فالاستراتيجيات المركزة حول المشكل (التقريبية) تهدف بالدرجة الأولى إلى تعديل الوضعية وحل المشكل بالبحث عن المعلومات الكافية أو السند الاجتماعي.... أما الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال أو ما أُطلق عليه بعض العلماء استراتيجيات التجنب فإنها تعمل على خفض التوتر وتوفير الاستقرار الانفعالي ، وبالتالي يمكن القول أن درجة فعالية أو نجاح كل نوع من هذه الأنواع ترتبط ارتباطاً وثيقاً بطبيعة العامل الضاغط (حدثه ، زمن ظهوره والمدة التي يستغرقها) كما تتدخل الخصائص الشخصية في تقييم الفرد للوضعية ومن ثم تحديد نوع التعامل الذي يلجأ إليه .

ه- نموذج كارفر وزملائه :

يعتبر كارفر وشاير (1998) Carver & Scheier بأن الأفراد يحتاجون إلى أن يتخذوا أهدافاً في الحياة وإلى أن تبقى تلك الأهداف مرتبطة بهم ، فاعتماد الهدف والمثابرة عليه يعتمد على عاملين أساسيين: الأول هو قيمة الهدف ، حيث لا يمكننا التركيز على الأهداف التي لا تشكل أهمية بالنسبة لنا وإذا فعلنا فإننا لن نستمر في متابعتها عندما تصبح الأمور أكثر صعوبة. أما العامل الثاني فيتمثل في إمكانية التحقيق ، فإذا كان الهدف يبدو بعيد المنال منذ البداية لن نحاول على الإطلاق وإذا فشلنا باستمرار في تحقيق أهداف التزمنا بها تفقد حياتنا معناها. في المقابل يرتبط الأمل بقيمة الأهداف وما تعود به عملية التغذية الراجعة كمحاولة للمضي قدماً (P 247) .

وقد اقترح كارفر وزملاؤه (1989) ثلاثة عشر استراتيجية تم تجميعها في خمسة فئات تمثل أبعاداً جديدة لمواجهة الضغوط وهي (Carvar & al., 1989: 267-268) :

❖ **التكيف الفعال:** وذلك باتخاذ خطوات فعالة ومباشرة لإزالة مصدر الضغط أو على الأقل الحد من تأثيره ، ويشمل هذا النوع المبادرة بالإجراء المباشر وزيادة محاولات الفرد بصورة تدريجية للتصدي للموقف وهو ما يشبه ما أطلق عليه لازاروس وفولكمان المواجهة المركزة على المشكل .

❖ **التخطيط:** ويشمل الخروج باستراتيجيات عمل والتفكير بماهية الخطوات الواجب اتخاذها وجدوى معالجة المشكلة.

❖ **تقليل مدى المجال الظاهري:** باهمال كل شيء عدا المشكلة بغية التركيز تماماً على التهديد القائم بوضع الأمور الحياتية جانباً لتجنب التشتت بأحداث أخرى قصد التعامل المباشر مع مصدر الضغط.

❖ البحث عن الدعم الاجتماعي: قد يبحث الأفراد عن الدعم لسببين الأول هو البحث عن المشورة المعلوماتية ، وهذا تعامل مركز على المشكلة أما الثاني فيتمثل في البحث عن الدعم المعنوي والعاطفي وهو تعامل مركز على العاطفة ، وفي هذه الحالة فإن المواجهة ليست أسلوبًا تكيفيًا بمعنى الكلمة لأنها لا تمثل مواجهة حقيقية للمشكلة بقدر ما هي تنفيس عن المشاعر الذاتية.

❖ التحرر السلوكي: يقصد به الأهداف التي يتداخل فيها تقليل جهد الفرد للتعامل مع مصدر الضغط.

4- موارد المواجهة Coping resources :

عند الحديث عن استراتيجيات المواجهة لا بد من الإشارة إلى ما يسمى "موارد المواجهة" ويقصد بها تلك المهارات التي يمتلكها الفرد وتلعب دورًا إيجابيًا في المواقف الضاغطة المتعددة* . وتقسّم عادة إلى موارد داخلية وخارجية (Hobfoll, 1998; Kaplan, 1996; Moos & Schaefer, 1993) فقد أدى الاختلاف الذي عرفه مفهومي الضغط النفسي والمواجهة إلى اختلافات في تحديد طبيعة العوامل المؤثرة في نوع المواجهة المستخدم بين من يركز على أثر العوامل الشخصية مثل كوباسا (Kobassa 1979) ، هان (Haan 1977) و آخرون اهتموا بدور الموقف الضاغط: شولر و بيرلين (Schooler & Pearlin 1978) . فيما عمد اتجاه ثالث إلى بحث أثر التقدير المعرفي في تحديد أسلوب المواجهة : لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman 1984 , 1985) ، ماك كراي (Mc Crae 1984) لكن هذا الاختلاف لم يمنع من التأكيد على الدور المتكامل لهذه العوامل. فموارد المواجهة تمثل تلك الخصائص المستقرة نسبيًا للفرد والبيئة (Moos et al., 1982)، والتي ترتبط بما هو متاح للأفراد عندما يعملون على تطوير قدراتهم على المواجهة (Holahan & al., 1996: 27) . حيث يشير سرور (2003) أن الاستراتيجيات لا تعتبر تنظيمات فردية ثابتة بل إنها سمات نوعية يختارها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة وفقا لتقييمه الذاتي لمصدر الضغط وحجمه والوسائل المادية والاجتماعية والشخصية المتاحة (ص 1) ، وهو ما يجعل تلك الموارد على ارتباط وثيق بالصحة النفسية والجسدية فيما بعد سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة وذلك من خلال استجاباتهم التكيفية.

* استخدم انتونوفسكي (Antonovsky 1979) مصطلح « Generalized resistance resources » لوصف تلك الخصائص التي تسهل عملية تسيير المواقف الضاغطة وهذه الخصائص قد تكون فيزيائية ، بيوكيميائية ، مادية، معرفية ، انفعالية ، الموقفية ، البيئشخصية والثقافية الاجتماعية . حيث يعتقد انتونوفسكي أن المواجهة هي في حد ذاتها مصدر لما يسميه المقاومة .

تصنف موارد المواجهة عادة إلى قسمين: داخلية وخارجية "هوبفول (1998) Hobfoll ؛ كابلان (1996) كارفر وشايفر (1993)". حيث تشير الموارد الخارجية للجوانب الاجتماعية والمادية كشبكة العلاقات الاجتماعية (نوعية وحجم مجموعات الدعم)، الموارد المالية ومستوى المعيشة وتوفر الوقت وتوفر الأحداث الإيجابية وغياب الضغوط الحياتية الأخرى (تايلور ، 2008: 370). أما الموارد الداخلية فتشير إلى بعض الخصائص الشخصية أي السمات التي تساعد على التنبؤ بتكيف الفرد النفسي والاجتماعي أمام وضعية ضاغطة وتشمل حسب مارتز وليفن: التحكم الذاتي ، الصلابة النفسية تقدير الذات الإيجابي ، زيادة الطاقة ، الكفاية الذاتية ، التماسك ، التفاؤل ، مهارات حل المشكلات وكذا مهارات التعامل مع الآخرين. وفي المقابل ينظر إلى بعض العوامل الشخصية على أنها تقلص الموارد الشخصية ، إذ وجد أنها ترتبط مع النتائج النفسية والاجتماعية الأكثر فقرا ، وتشمل العصابية ومشاعر اليأس والتشاؤم وانخفاض مفهوم الذات (Martz & Livneh , 2007:16).

4-1- الموارد الخارجية :

لا يقتصر الضغط عند الفرد بالضرورة على شخصيته فقط ولكن يمكن أن يختبر بشكل غير مباشر عبر شخص آخر ، وبالإضافة إلى ذلك يمكن للأفراد الآخرين العمل ليس فقط كمصدر للضغط وإنما أيضا أن المشاركة في عملية المواجهة عبر كونهم مصادر للمعلومات والمشورة والدعم أو كنماذج للمواجهة الفعالة أو المختلة (Berg & al., 1998; Hobfoll, 1998) ، ومن الجدير بالذكر أن النقاشات النظرية حول موارد المواجهة تضم المواجهة الجماعية (Wells, Hobfoll, & Lavin, 1997) المحددات الموقفية (Wethington & Kessler, 1991) والدعم الاجتماعي المرافق (Thoits, 1986) والمحافظة على الموارد المعرفية (Hobfoll, 1989) والتعامل مع المشاكل اليومية (Berg & al., 1998) .

توصلت عدة دراسات إلى وجود ارتباط بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية والثقة في استخدام بعض استراتيجيات المواجهة (الارتباط الكبير للمستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع مع المواجهة النشطة وبدرجة أقل مع المواجهة الانسحابية (Holahan & Moos, 1987)، كما وجد أن الأفراد الذين ينحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي مرتفع يميلون إلى استخدام إستراتيجيات المواجهة السلوكية والمعرفية الفعالة بينما يستعمل الأفراد المنحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض إستراتيجيات تميل للتجنب (حسين وحسين، 2006 : 14) . كما أن حمل الفرد مسؤوليات في المجال المهني أو في مجالات الحياة الأخرى يرتبط باستخدام ضعيف للمواجهة السلبية (Piquemal-Vieu, 2001).

وتشمل جوانب الحياة المبكرة التي غالبا ما ترتبط بفقر في استراتيجيات المواجهة مؤشرين واضحين لبيئة ضاغطة أو مهددة ، وتحديدًا في مرحلة الطفولة يتمثلان في حالة اجتماعية اقتصادية منخفضة وبيئة عائلية قاسية. كما أكدت الأبحاث الحديثة على أهمية السياق الثقافي في عملية المواجهة (Lazarus, 1999; Folkman & Moskowitz, 2004; Snyder, 1999; Somerfield & McCrae, 2000).

حيث تشير ألدوين ووارنر (Aldwin & Werner, 2007 : 246-247) أنه يمكن أن تؤثر الثقافة في عملية الضغط والمواجهة عبر أربع طرق:

أولاً: السياق الثقافي يحدد أنماط الضغوط التي من المرجح أن يواجهها الفرد.

ثانياً: الثقافة قد تؤثر أيضاً على تقدير مدى التهديد الذي قد يشكله حدث معين.

ثالثاً: الثقافة تؤثر على اختيار استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد في موقف معين.

رابعاً: تقدم الثقافة الآليات المؤسسية المختلفة التي يمكن للفرد أن يواجه من خلالها الضغوط.

ويرى ميكانيك (Mechanic 1974) أن قدرات الفرد على المواجهة مع البيئة تعتمد على فعالية الحلول التي تقدمها ثقافته والمهارات التي يطورها تعتمد على مدى كفاية التنشئة الاجتماعية التي تلقاها (Lazarus & Folkman, 1984 : 227). كما يؤكد ماركوس وكيثاياما (Markus & Kitayama 1997) وجود ملامح للحتميات الثقافية ضمن النظام الانفعالي للفرد يجعله يشعر بالارتياح حين يواجه الضغط بطرق تقرها الخلفيات الثقافية ، ومع ذلك تجبره الضغوط الظرفية لاستخدام استراتيجيات مواجهة لا تجيزها ثقافة واحدة يمكن أن تؤدي إلى عدم الراحة .

4-1-1- الموارد الاقتصادية؛

أشار التراث النظري حول المواجهة على الأهمية الضمنية للعلاقة القوية بين الوضع الاقتصادي والضغط والتكيف (Antonovsky, 1979; House, 1979; Syme & Berkman, 1976) ، وقد ربطت البحوث بين الشدائد الاقتصادية والاضطرابات المختلفة للصحة النفسية والجسدية (Adler & al. ; 1999) فانخفاض المستوى الاقتصادي خلال مرحلة الطفولة يتوقع أن يؤدي إلى التعرض لمجموعة واسعة من الأحداث الضاغطة حيث يرتبط بمشاكل في استخدام موارد المواجهة بما فيها الدعم الاجتماعي والتفاوض والتحكم واحترام الذات (Adler & al. 1999, Repetti & al. 2002, Taylor & Seeman 1999) وعلى سبيل المثال وجد كل من تايلور وسيمان (1999) أن الخبرات القاسية المبكرة في الحياة تساهم في تطوير دائم للتوقعات المتشائمة (Taylor & Stanton, 2007 :383) .

كما أن الأفراد الذين يملكون الامكانيات المادية وخاصة إذا كانت لديهم المهارات اللازمة لاستخدامها بفعالية يبلون بشكل أفضل بكثير ممن لا يملكونها ، ومن الواضح أن الموارد المالية تزيد إلى حد كبير خيارات المواجهة في مختلف المواقف الضاغطة عبر توفير فرص وصول أسهل وأكثر فعالية للمساعدة القانونية والطبية والمهنية ... (Lazarus & Folkman , 1984 : 164) .

4-1-2- الموارد الاجتماعية:

عدت الروابط الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين منذ أمد بعيد من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضا الانفعالي كما أنها يمكن أن تخفف من تأثير الضغط وتساعد الفرد على التعامل مع الأحداث الضاغطة وتخفيف تأثيراتها على الصحة ، لذا في مقابل التركيز على المواجهة الفردية وضع هوبفول وزملاؤه نموذجا متعدد المحاور للمواجهة يأخذ وجهات نظر كل من الفردية والمجتمعية في الحسبان ، حيث يتضمن هذا النموذج أساسيين بعدين هما: البعد الإيجابي/ المعادي للمجتمع والبعد السلبي/ النشط ، ويشير البعد الأول إلى استجابات المواجهة التي تتأثر بالسياق الاجتماعي. وهكذا يمكن للفرد العدول عن سلوك ما لحل المشكلة في حالة ما إذا كان ذلك السلوك يسبب معاناة لفرد آخر في البيئة الاجتماعية ، كما وجد هوبفول وزملاؤه أن المواجهة السلبية/النشطة مع نتائج انفعالية أفضل وأن النساء أكثر استخداما للمواجهة الاجتماعية الإيجابية فيما يميل الرجال أكثر لاستخدام من المواجهة الاجتماعية (Martz & Livneh , 2007:78).

تعد المهارات الاجتماعية موردا هاما للمواجهة نظرا للدور الأساسي الذي يلعبه الأداء الاجتماعي في التكيف البشري وهي تشير إلى القدرة على التواصل والتعامل مع الآخرين بطرق مناسبة وفعالة من الناحية الاجتماعية ، حيث تسهل حل المشكلات بالاشتراك مع أشخاص آخرين وتزيد من احتمال كسب تعاونهم أو دعمهم ، وبصفة عامة إعطاء الفرد سيطرة أكبر على التفاعلات الاجتماعية. وتبرز أهمية المهارات الاجتماعية في عدة مجالات كالبرامج العلاجية التي تساعد على تحسين قدرة الفرد على إدارة مشاكل الحياة اليومية وبرامج التدريب المهني لتطوير مهارات الاتصال مع الآخرين أي أن تكون حلول المشاكل تنطوي على العمل الجماعي وأقل اعتمادا على العمل الفردي (Mechanic, 1974). حسب هذا الاتجاه فإن المهارات الاجتماعية الأكثر أهمية تكون في العمل في إطار علاقات تعاون مع الآخرين.

4-1-3- الدعم الاجتماعي (المساندة) « Social Support » :

تتطور استراتيجيات المواجهة غالباً ضمن وحدة اجتماعية كبيرة (عائلة ، أصدقاء ، زوجين مجموعة الزملاء في العمل). وقد وصف كينج وزملاؤه (King & al. (2006) المساندة الاجتماعية بأنها إحدى أهم العوامل المؤثرة في كيفية توافق الأفراد مع الشدائد كونها توفر للفرد تغذية راجعة عن عمليات التقدير المعرفي للمواقف ، كما تعرفها تايلور (2008) بأنها الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشكلون جزءاً من دائرة علاقات الفرد الاجتماعية ويرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة. وقد درس هذا الموضوع على نطاق واسع في نماذج الضغط التفاعلية الأولى إذ يلعب دوراً معقداً لم يتم تعريفه بصورة محددة * (Rascle, 1994). فيمكن القول أن للدعم الاجتماعي آثار مفيدة مباشرة على الرفاه والصحة ، ولكن أيضاً حاولت بعض الدراسات المتخصصة إظهار الدور العازل للدعم الاجتماعي بين الضغوطات المختلفة ونتائج التكيف .

إن فعالية دور الدعم الاجتماعي لا تتحدد فقط بحجم العلاقات الاجتماعية وقوة الشبكة الاجتماعية وإنما يلعب الإدراك الشخصي كذلك دوراً هاماً ، حيث نلاحظ عند بعض الأفراد حالة من الرضا في ظل غياب سند حقيقي وذلك ما يعبر عنه بالدعم المدرك . فيما يميل البعض الآخر لأن يكونوا محاطين بشبكة علاقات واسعة (Boudarene, 2005: 28-29). ومن خلال هذه الأهمية اختلف الباحثون في تصنيف الدعم الاجتماعي بين كونه مصدراً من مصادر المواجهة وكونه عاملاً مساهماً فيها فإذا كانت الكثير من البحوث قد ركزت على التأثيرات المباشرة وغير المباشرة للدعم الاجتماعي على الصحة فإنها حاولت أيضاً تحديد أبرز الآليات التي يؤثر من خلالها ، فالدعم يمكن أن يؤثر في العديد من المتغيرات خلال التفاعل مع العامل الضاغط (Bruchon-Schweitzer, 2002). كما أكدت دراسة هولاهان و موس (1990) أهمية الدعم الاجتماعي كعامل مواجهة وأن غيابه يؤدي إلى استعمال أساليب مواجهة غير فعالة.

* منذ بداية السبعينات من القرن العشرين أصبح مفهوم الدعم الاجتماعي شائع الانتشار (Cobb, 1976 ; Cassel, 1976 ; Caplan, 1974). إذ استخدم في عدة تخصصات (علم النفس ، علم الاجتماع والطب، وعلم الأوبئة والتمريض ...) بطرق وتعريفات مختلفة تماماً (Sarason & al., 1987 : 813). وهنا لا بد من التمييز بين مفهوم الشبكة الاجتماعية « Réseau social » وفق المنظور السوسيولوجي الذي يشمل عدة عناصر مثل وجود وعدد الروابط الاجتماعية أو الخصائص البنائية للشبكة الاجتماعية وتواتر الاتصال ضمنها ودرجة الحميمية ثم نوع المساعدة المقدمة (Coyne & Downey, 1991). ومن جهة ثانية الاتجاه النفسي الذي يعنى بدراسة ادراك الفرد للدعم الموجود و فعاليته والتي لها آثار مفيدة على الصحة (Gentry & Kobasa, 1984) (Bruchon-Schweitzer & al., 2003 :42) .

حسب شورزر (1984) R Swarzer فإن هناك ثلاث أنماط رئيسية للتبادل الاجتماعي:

- المساعدة وتمثل كل ما يقدمه الآخرون من دعم وسيلي تقييمي أو عاطفي حيث تعمل وظائف المساعدة على معالجة الأزمات والصراعات والرفع من قدرات المواجهة.
- مشاعر الرفاهية والانتماء والحميمية والتي لا تعمل كوظيفة آلية مباشرة لكنها تتضمن الأنشطة المشتركة مثل مشاركة الهوايات ، مناقشة الاهتمامات المشتركة ، حس الدعاية والتعبير عن الذات.
- تنظيم السلوك عبر ما يختبره الأشخاص من تغذية راجعة ونماذج سلوكية للزملاء والأشخاص المقربين (P12) .

لعل أشهر التصنيفات حول الدعم الاجتماعي تصنيف هاوس (1981) House إلى أربعة أنواع:

- ❖ **الدعم الانفعالي Emotional support** : غالبا ما يكون مفيدا عندما لا يتضح للفرد كيفية التعامل مع أزمة شخصية بشكل كاف حيث يلجأ إلى التعبير لشخص معين مما يمنح الطمأنينة والهدوء ...
- ❖ **الدعم المعلوماتي Informational support** : تقديم المشورة والاقتراحات وتوفير المعرفة ...
- ❖ **دعم الثقة Trust support** : إطمئنان الفرد على مهاراته وقيمه يعزز ثقته بنفسه....
- ❖ **الدعم المادي Material support** : المساعدات الفعلية كالقروض المالية والمعدات

كل هذه الأنواع قد تكون مفيدة بدرجة كبيرة لكن يمكن اعتبار الدعم العاطفي نفسيا الأكثر قيمة خلال الأزمات الشخصية حيث يجعل الفرد المحتاج أقل شعورا بالعزلة في وجود شخص آخر يفهمه ويتعاطف معه (Lazarus, 2006 : 64). كما أن هذه التقسيمات تلبي الاحتياجات المتعددة للفرد خلال مواقف مختلفة إذ يستجيب أفراد شبكة الدعم عموما (باستثناء الأقرب للفرد) لاحتياجات خاصة ويميل كوهين وويلز (1985) Cohen & Wills للتأكيد على أن الدعم الاجتماعي لا يقوم بدور المنظم للتعامل مع الضغوط إلا في حالة ما إذا كان مناسباً لاحتياجات الفرد . لذا تميل الدراسات الحديثة إلى استخدام مفهوم الدعم الاجتماعي المدرك والذي يعبر وفق كوهين ومكاي (1984) عن مورد نفسي يجمع تصورات الفرد فيما يتعلق بنوعية علاقاته الاجتماعية ، فمثلا قد لا يلبي وجود شبكة علاقات اجتماعية واسعة احتياجات الفرد فيما يمكن لشخص واحد تقديم المساعدة المطلوبة في موقف ضاغط وبالتالي فإن إدراك الواقع أكثر أهمية من حقيقة الواقع نفسه. وينظر الآن للدعم الاجتماعي المدرك على أنه أحد جوانب مجال أوسع للدعم الاجتماعي التي تؤخذ في الاعتبار معلومات كحجم الشبكة والدعم الفعلي المتلقى والتفاعلات السلبية...

4-2- الموارد الداخلية :

يجمع الكثير من الباحثين أن للموارد الداخلية تأثيرها المباشر على الصحة النفسية والجسدية حيث يتفق انتونوفسكي وسليجمان وكوباسا في أن امتلاك الفرد لخصائص شخصية إيجابية معينة تحميه وتساعدته أثناء مواجهته للمواقف الضاغطة ، ويؤكد ماك كراي وكوستا (1986) Mc Crae & Costa أن المميزات الشخصية تلعب دورا مسببا أكثر من العوامل الضاغطة في عملية التقدير المعرفي وتحديد جهود المواجهة كونها تعتبر ركيزة أساسية تتحكم في مدى قدرة الفرد على مواجهة التحديات وتغيير الوضعيات المهددة ، كما أكد هولاهان وموس (1985) Holahan & Moos أن بعض الخصائص مثل الثقة بالنفس والقدرة على الاحتفاظ بالهدوء خلال الوضعيات الضاغطة يمكن أن تكون علامات فارقة بين من يعانون من الضغوط ومن يتمكنون من مواجهتها . وهو ما يتفق مع دراسة لازاروس وفولكمان التي توصلت إلى أن أسلوب المواجهة يكون أكثر فعالية عندما يملك الفرد تقييما إيجابيا لإمكاناته وقدراته على التحكم . إضافة إلى ذلك فإنه توجد مجموعة من المتغيرات الفردية الداخلية التي تؤثر في نوع المواجهة نذكر منها:

4-2-1- الجنس « Sex » : يعتبر أحد أبرز المتغيرات التي حظيت بالدراسة فيما يتعلق بتأثيره في نوع المواجهة المستخدم ، وذلك نظرا للاختلافات بين الجنسين من حيث التنشئة الاجتماعية أو الدور الجنسي وما هو مطلوب من كل منهما ، فالإناث يلجأن إلى استعمال أكبر لأساليب متمركزة حول الانفعال في مواجهتهن للضغط ، كما قد يستعملن بعض أساليب التقرب السلوكي ففي دراسة غروسمان وآخرون (1987) Grossman & al حول مجموعة من طلبة الطب وجد أن الإناث يبحثن أقل من الذكور عن مواجهة المشكل وكانت أكثر الأساليب التي يلجأن إليها التفكير الخيالي والبحث عن السند والهروب ولوم الذات (101: Graziani & Swendsen, 2004) . كما أن ميل الإناث إلى الإنكار الانتقائي أكبر حسب شولر وبيرلين (1984) Schooler & Pearlin . وهذه الدراسات تؤكد بأن الإناث يفضلن استراتيجيات أقل فعالية بغض النظر عن مدى إيجابيتها أو سلبيتها قصد الحفاظ على التوازن الانفعالي . كما أثبتت دراسات : كارفر (1989) ، لازاروس وفولكمان (1980) أن الذكور يكونون أقل بحثا عن السند الاجتماعي وأكثر لجوءا إلى المواجهة المركزة على المشكل .

وفي دراسة سيفج كرنك حول أساليب المواجهة عند المراهقين توصل إلى وجود اختلافات واضحة بين الجنسين فيما يتعلق بأساليب التجنب والأساليب النشطة ، فكانت درجات الإناث أكبر منها عند الذكور إضافة إلى اختلاف فيما يتعلق بالبحث عن السند الانفعالي حيث وجد أن الإناث يملن إلى مناقشة مشاكلهم مع الآخرين والتحدث عنها . كما وجد أيضا أن الإناث يفكرون في النتائج ويتوقعن العواقب السلبية وهو ما يزيد من الأثر الانفعالي لذلك يلجأن إلى أساليب لخفض التوتر . أما الذكور فكانوا أكثر تفاؤلا ولا يستسلمون بسهولة وأنهم أقل استعمالا لأساليب المواجهة التجنبية إلا في حالة وجود مشكل يصعب حله والتعامل معه وهنا غالبا ما يلجؤون إلى سلوكيات لا اجتماعية أو تعاطي المخدرات (Seiffge-Krenk, 1994: 315-317). غير أن دراسات أخرى: كاندك (Kendek 1987) هاميلتون و فاغوت (Hamilton & Fagot 1988) لم تتوصل إلى وجود فروق بين الجنسين بالنسبة لنوعي المواجهة ما يؤكد أن هذا العامل لا يؤثر منفردا في عملية المواجهة أي أن هناك متغيرات شخصية أخرى تلعب دورا في هذا الاختيار .

4-2-2- السن « Age » : انطلقت الآراء المنادية باعتبار السن أحد العوامل المؤثرة في نوع المواجهة من فكرة مفادها أن الفرد يكتسب أساليب مواجهة متنوعة ويتعرف على مدى نجاعتها من خلال الخبرة التي تشكل عاملا فارقا بين الأفراد في تحديد كفاءتهم تجاه معالجة المشاكل . ونميز هنا وجهة نظر ماك كراي الذي يعتبر أن الاختلافات بين المراهقين والراشدين في أنواع التعامل إنما تنبع من الفروق في التجارب وفي العوامل المسببة للضغط بالنسبة لكل فئة ، وقد أكد سيفج كرنك (1994) أنه مع تقدم المراهقين في السن يزيد الميل إلى أساليب المواجهة النشطة من خلال البحث عن المعلومات وتحليل أبعاد المشكل ، وذلك نظرا إلى النمو الاجتماعي والمعرفي الذي يساعدهم على تطوير قدراتهم وفهم أكبر لمختلف الوضعيات الجديدة التي يواجهونها.

4-2-3- الصحة البدنية Physical well-being : تعد من بين أكثر الموارد ذات الصلة بالواجهة عامة فالفرد الضعيف أو المريض أو المرهق إلا وتكون لديه طاقة أقل للمواجهة مقارنة بآخر قوي وذو صحة جيدة. فالدور الهام الذي تضطلع به الصحة الجسمية يتضح بشكل خاص خلال التعرض لمشاكل دائمة وعند التعامل مع مواقف ضاغطة تتطلب أقصى درجات التعبئة ، حيث تزيد قيمة اهتمام الفرد بالصحة وطاقة المواجهة لديه.

فيما تجمع الكثير من البحوث (على سبيل المثال: بولمان وورتمان (1977) Bulman & Wortman ديمسدال (1974) Dimsdale، هامبورغ وآدامز (1967) Hamburg & Adams) إلى أن الناس قادرون على المواجهة بشكل مدهش بالرغم من سوء الحالة الصحية و انخفاض الطاقة. فالصحة والطاقة تسهلان بالتأكيد جهود المواجهة حيث يشعر الفرد أنه على ما يرام إلا أن البعض ممن يعانون أمراضا مزمنة يمكنهم عادة تعبئة طاقات مواجهة كافية إذا تطلب الأمر ذلك .

4-2-4- الدين: تعد الدراسات حول المواجهة الدينية حديثة العهد نسبيا، وفي الغالب تحتوي على عناصر الدعم الاجتماعي و بعدي المواجهة المركزة على المشكلة وعلى الانفعال ، وتسعى لحفظ أو تحويل المعنى في مواجهة الشدائد ، وبشكل عام ترتبط المواجهة الدينية مع إيجابية النتائج لكن لديها مظاهر سلبية تتمثل في الاعتقاد بأن ما يحدث هو عقاب من الله ، أو الشعور بأنه أمر غير عادل قد يترافق مع نتائج أكثر فقرا .

والمقصود بالإستراتيجية الدينية في مواجهة الضغوط تلك الأنشطة والسلوكيات المتصلة بقراءة القرآن الكريم، والمحافظة على ذكر الله والعبادات كالصلاة والمداومة عليها، والاكثار من النوافل والاستغفار والتوبة من الذنب، والسعي والرجاء في إلتماس العون والقوة والراحة والطمأنينة من الله ونحن بصدد حادث ضاغط بصفة خاصة (أبو حطب، 2003: 40-41). حيث يعمل الدين كمعدل للتكيف وبالتالي يمكن تعريف المواجهة الدينية على أنها توظيف تقنيات سلوكية ومعرفية تملى من الشريعة أو العقيدة تجاه أوضاع ضاغطة (102: Graziani, 2004). وتشير النتائج التي تم جمعها من قبل ماك كراي وكوستا (1986) أن بعض الناس الذين يعيشون ضغوطا حادة يتحولون إلى الدين باعتباره وسيلة للتكيف (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) كما يعمل أيضا كوسيط في عملية التكيف. وأظهر عدد من الدراسات الآثار الإيجابية لاستخدام المواجهة الدينية أثناء التعرض لمواقف الشدة (Pargament, 1997). وقد وجد الي وزملاؤه (1989) أن المواجهة الدينية ارتبطت مع مستويات أدنى من الضغط بشكل عام ومستويات أعلى للصحة العقلية فضلا عن الرفاه عند مرضى السرطان (Eli & al., in: Graziani et Swendsen, 2004).

ويشير لازاروس (2006) إلى أن نسبة كبيرة من البحوث في هذا المجال غير مكتملة منهجيا فعلى سبيل المثال عادة ما يكون هناك مجموعة من الموضوعات غير الدينية التي تستعمل للمقارنة من قبل أولئك الذين يدعون المعتقدات الدينية.

ومن خلال التركيز على كيف يشكل الدين وينظم الوجدان ونتائجه على الصحة أشار مكفادين وليفين Mc Fadden & Levin إلى الآثار الواسعة الانتشار للدين على المجتمع عبر الشعائر الجماعية والخاصة ، ويؤكدان تراكم الأدلة حول الآثار الإيجابية للدين على الشخصية والرفاه الاجتماعي والمادي، وهذا ما يبدو في الأبحاث الخاصة بالشيخوخة حيث يعتقد أن هناك ارتفاعا في درجة التدين بين البالغين المسنين وأن الشعور العام بالروحانية يساهم في رفاهية الفرد. لذا من المهم إجراء دراسات مقارنة بين الأجيال المختلفة في هذا الصدد (Lazarus, 2006 : 66-67) .

4-2-5- الانبساطية والعصابية : شكل تقسيم أيزنك Eysenck للشخصية إلى بعدين : انبساطي وعصابي منطلقا للعديد من الدراسات حول العلاقة بين هذين البعدين ونوع المواجهة ، فقد كشفت دراسات ماك كراي وكوستا (1986) ، باركر واندلر (Parker & Endler 1990) وجود ارتباط بين سمات الشخصية العصابية والمواجهة التجنبية فيما كان الارتباط موجبا بين الانبساطية والأساليب المركزة على المشكل. فارتفاع نسبة القلق يترافق مع تأثيرات معرفية سلبية تؤدي بدورها إلى لجوء متكرر لأساليب مركزة على الانفعال نظرا لاستشعار الفرد الدائم للتهديد مما يؤدي إلى نتائج عضوية (الجهاز السمبثاوي) . وهذه الأساليب تهدف إلى مواجهة نتائج الوضعية التي تؤثر بدورها على نسبة القلق ، فالعصابيون يكونون أقل استعمالا لطرق المواجهة التقريبية لأنهم يميلون للتركيز على استجاباتهم النفسية بدل التركيز على المشكل . وحسب أيزنك (1983) فإن العصابية ترتبط بوجود مشاعر الذنب مع نزعات اكتئابية تتعلق بالخوف المتكرر من الفشل وعدم التكيف لذلك فإن الأحداث التي تسبب تهديدا واقعا أو متخيلا خلال تفاعل الفرد مع المحيط تدفع مباشرة إلى سلوكيات تجنبية متكررة مع المواقف الجديدة (Boudarene , 2005 : 23).

4-2-6- الصلابة النفسية Psychological Hardiness : تعد من متغيرات الشخصية التي كانت محل اهتمام العديد من الدراسات لكشف دورها في مواجهة الضغوط والتي أكدت نتائجها على أن الصلابة النفسية متغير مقاوم للضغوط (Victor & al , 1995 ; Kobasa , 1979, 1982, 1983) . وقد توصلت كوباسا في أبحاثها ودراساتها إلى أن الصلابة النفسية هي اعتقاد الفرد بفعاليتها وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه أحداث الحياة الضاغطة (عبد العزيز ، 2010 : 129-130) ، وتم تحديد ثلاثة خصائص للصلابة النفسية:

◀ التحدي Challenge : الميل إلى إدراك التغيرات التي تحدث في الحياة على أنها حوافز وفرص يمكن استغلالها لتحقيق النمو الذاتي.

◀ الالتزام Commitment : الاحساس بتحمل المسؤولية نحو الآخرين والأحداث.

◀ التحكم Control : الميل إلى الاعتقاد بقدرة التأثير على الأحداث وضبطها.

وتوصلت كوباسا وآخرون (1982 ، 1983) إلى أن ذوي نمط الشخصية الصلبة كان احتمال إصابتهم بشتى الأمراض خلال فترات تعرضهم للضغوط النفسية - الاجتماعية المزمنا أقل بكثير من الذين لا يتوفرون على هذا النمط من الشخصية (Kobasa,1979:3-4).

4-2-7- المعتقدات الإيجابية Positive Beliefs : تشكل النظرة الايجابية تجاه الذات أيضا موردا هاما من موارد المواجهة ، ويندرج في هذه الفئة تلك المعتقدات العامة والخاصة التي تشكل أساسا للتفاوض وتعمل للحفاظ على جهود المواجهة أمام أقسى الظروف، فالأمل يمكن أن يزداد عبر الاعتقاد عامة بأن النتائج يمكن السيطرة عليها وأن للفرد القدرة على التأثير في تلك النتائج.

ويندرج ضمن هذه المعتقدات الاعتقاد بأن شخصا معيناً (على سبيل المثال طبيب) أو برنامجا ما (علاج) فعال وأيضا المعتقدات الإيجابية حول العدالة والإرادة الحرة أو القدر ، ويعتقد أنه من المهم دراسة التفكير الإيجابي بما في ذلك مختلف الظروف التي تشجعه والتكاليف والفوائد التي تنجم عنه وفي أي سياق يمكن أن يتطور. لذلك ليست كل المعتقدات بمثابة موارد للمواجهة ، ففي الواقع هناك بعض المعتقدات التي يمكنها إضعاف أو تثبيط جهود المواجهة كالاعتقاد بالعقاب الإلهي الذي يؤدي بالشخص لقبول حالة الألم كعقاب وعدم القيام بشيء للسيطرة عليها أو إدارة مطالبها والاعتقاد بالمصير يمكن أن يؤدي إلى تقدير العجز الذي يقلص بدوره الميل للتركيز على المشكلة.

(Lazarus & Folkman, 1984: 159-160) . ويمكن أن تقود الطبيعة التفاوضية إلى التعامل بفعالية أكبر مع مخاطر التعرض للمرض وفق كارفر وزملائه الذين قاموا بتطوير مقياس النزعة التفاوضية بهدف تحديد التوقعات العامة التي تقود إلى نتائج ايجابية ، ففي دراسة قام بها شاير وآخرين (Scheier & al. (1989) على مرضى القلب الذين خضعوا لعملية تغيير الشرايين وجد أن التفاوض كان عاملا تنبئيا قويا بنجاح جهود التعامل مع المرض وفي الشفاء من العملية ولوحظ أن المتقائلين يميلون بشكل خاص إلى استخدام استراتيجيات تركز على المشكل وأقل استخداما لاسلوب الإنكار (تايلور ، 2008 :359).

4-2-8- تقدير الذات Self estim : يعد تقدير الذات بعدا هاما للهوية الشخصية حيث يعرف بأنه مجموع الأفكار والمشاعر التي يكونها الفرد حول ذاته والتي توجهه في استجاباته واختياراته المنظمة تظهر من خلال أحكامه سواء الإيجابية أو السلبية والتي تقوده إلى الثقة أو عدم الثقة في النفس وقد أكدت أبحاث (Oubrayrie, Safont, Tap, 1991) أن تقدير الذات يؤثر في استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل وعلى الانفعالات ، فالتقدير المرتفع للذات يزيد الثقة في المهارات الشخصية للتغلب على الشدائد (Rosenberg, 1979) وترتبط إيجابيا بالمواجهة النشطة التي تركز على المشكلة والتحكم في الوضعية وسلبا بالمواجهة التجنبية المركزة على الانفعال (Piquemal-Vieu, 1999). كما أن هناك ارتباط قوي وإيجابي بين الشعور بالسيطرة و الثقة بالنفس، حيث تعزز الثقة بالنفس الثقة في القدرة على التحكم بالبيئية والعكس صحيح (Piquemal-Vieu, 2001 : 92). وفي دراسة سيمان وزملائه (Seeman & al. (1995) التي أجريت على المسنين وجد أن تقدير الذات المرتفع يرتبط مع مستويات منخفضة من الكورتيزول والهرمون المنشط للقشرة الأدرينالينية ACTH لدى أداءهم لمهام فيها تحد لقدراتهم (تايلور ، 2008 : 360).

4-2-9- فاعلية الذات Self efficacy : يشير هذا المفهوم إلى مدى قدرة الفرد على إنجاز التصرفات المطلوبة للتعامل مع المواقف المستقبلية ، وأحكام فاعلية الذات هي التي تؤثر في اختيار الفرد للأنشطة والمواقف البيئية تماشيا مع فاعلية الذات عنده ، فالموقف الذي يعتقد أنه أعلى من قدراته يتحاشاه ويقبل على الأفعال التي يعتقد أنه قادر عليها. ولقد توصل باندورا Bandura إلى نظرية عن الفاعلية لتحقيق توازن دقيق بين مكونين أساسيين هما : التأمل الإبداعي والملاحظة الدقيقة (جابر، 1986 : 440-441). إذ يرى باندورا (1997) أن المعتقدات الخاصة بالفاعلية لا تعبر في الأساس عن التحكم في الأحداث فقط ولكن أيضا عن التنظيم الذاتي لعمليات التفكير، الدوافع والانفعالات والحالات الفسيولوجية (Bandura, 1997 : 36). ويؤكد شوارزر (Schwarzer (1992 أن القدرات الحقيقية ليست كافية ، فما يهم حقيقة هو القدرات المدركة Perceived self efficacy أو المعتقدات الذاتية المتقابلة التي يمكنها زيادة أو خفض درجة الدافعية للنشاط وبالتالي تشكل متغيرا جوهريا خلال التقدير الثانوي. وقد تعمل معتقدات الفاعلية الذاتية كعامل وقائي من آثار الضغط والنتائج الصحية السلبية كالاكتئاب الجسدية ، و حدوث اضطرابات عضوية مثل العدوى الفيروسية في الجهاز التنفسي وأمراض الجلد واضطرابات الجهاز الهضمي وآلام العضلات والعظام.

وتعرف فاعلية الذات المدركة بأنها الأحكام التي يصدرها الناس حول قدراتهم على تنظيم وتنفيذ مسارات العمل اللازمة لتحقيق أنواع معينة من الأداء ، وهي لا تعني المهارات التي يملكونها ولكن الأحكام حول ما يمكن فعله عبر أي مهارة (Bandura, 1986 : 392) . ويرى باندورا أنها تقلل استخدام المواجهة التجنبية ويشجع على استخدام المواجهة النشطة أو التقريبية ، وبالتالي تخفض القلق والإثارة وتحسن الأداء ، لذا فإن التساؤل البارز هو ما إذا كانت آثار معتقدات الفاعلية الذاتية تعمل بصورة مباشرة أو على مدى الزمن. وتأتي تلك الاعتقادات من أربعة مصادر من المعلومات هي (Bandura, 1977: 126-128):

❖ **إنجازات الاداء Performance Experience** : تعني خبرات الفرد الشخصية الناجحة أو الفاشلة . وتعمل حالات النجاح المتكررة على زيادة توقعات الإتيان وفاعلية الذات أما الاخفاقات المتكررة فتعمل على التقليل من ذلك .

❖ **الخبرات البديلة Vicarious Experience** : تعني النمذجة أو الاقتداء بالأنموذج والتعلم بالملاحظة فمشاهدة الآخرين يتعاملون مع تهديدات وينجحون في التعامل معها والتغلب عليها من شأنه أن يخلق التوقعات لدى الملاحظين بأنهم قادرين على التحسن في الأداء إذا كثفوا من جهودهم .

❖ **الإقناع اللفظي Verbal Persuasion** : يتمثل بالنصح والايحاء والتوجيه الذاتي ، وهو أضعف من خبرات الأداء الشخصي والخبرات البديلة، إلا أن بإمكان الأشخاص الذين يقومون بعملية الإقناع أن يلعبوا الدور الهام في تطوير اعتقادات الذات لدى الآخرين وذلك من خلال الأحكام اللفظية التي يزودونهم بها حول إمكاناتهم . وينبغي عدم الخلط بين الإقناع الفعّال والثناء والمديح الزائد إذ أن فاعلية الذات المفتقرة إلى أساس حقيقي من الخبرات والتجارب تكون أغلب الظن ضعيفة .

❖ **الاستثارات الانفعالية Emotional Arousal** : تتمثل بحالات الاسترخاء والتغذية الراجعة والعزو أي كيفية تأثير الحالات الانفعالية على قوة وضعف فاعلية الذات.

4-2-10- الضبط والتحكم في الوضعية Personal control or mastery : أعتبر كإحدى الخصائص الثابتة في الشخصية ، فحسب كوباسا (1979) وبروخون شوايزر (1994) يترافق هذا الإحساس مع جملة عمليات معرفية إدراكية تحلل وتراجع معطيات الوضعية بهدف ضمان والحفاظ على التوازن وهو يرتبط حسب تايلور (2008) بدرجة كبيرة مع فاعلية الذات التي تشير إلى مستوٍ أضيق من الإدراك بخصوص ما يملكه الفرد من قدرة للقيام بالأفعال الضرورية للحصول على نتائج في مواقف محددة.

يشير مفهوم السيطرة الشخصية (التحكم) إلى ما إذا كان الفرد يشعر بأنه قادر على السيطرة والتأثير على النتائج (Thompson ; 1981). حيث يرى كارازيك وتيوريل (Karasek and Theorell (1990) أن هذا الشعور يتحكم في استجابات الأفراد تجاه المواقف الضاغطة ، وأن درجة السيطرة ترتبط باستجابة الضغط (Ogden ,2012 : 228). كما أظهرت الدراسات وجود علاقة بين الشعور بالسيطرة وجودة الصحة النفسية (Haidt & Rodin ; 1999) إضافة إلى نتائج أفضل تتعلق بالصحة الجسمية * بما في ذلك الانخفاض في معدلات الإصابة بأمراض القلب التاجية (Karasek & al. ; 1982) تقييم صحي ذاتي وأداء وظيفي أفضل ، وانخفاض معدلات الوفاة . فالشعور الإيجابي عن الذات أو ارتفاع تقدير الذات يعد عاملاً وقائياً هاماً ضد النتائج السلبية على الصحة العقلية والجسمية. وقد ربطت أبحاث سيمان ولويس (Seeman & Lewis, 1995) الشعور الإيجابي نحو الذات بانخفاض استجابات الضغط اللاإرادية ومعدلات الكورتيزول. ووفق كريسيول وزملائه (Creswell & al., 2005) فإن التدخلات التي تهدف إلى تعزيز التحكم الشخصي لها آثار مفيدة على الاستجابات النفسية والبيولوجية للضغط (Taylor & Stanton, 2007:377-401) .

فالميكانيزمات التي يلجأ إليها الفرد تخضع لتأثير هذا النظام الذي يقوم بتحليل التصورات والإدراكات وإمكانية تطبيقها من خلال الاستجابات ثم الفوارق بين البعدين. وفي هذا الإطار يلعب كل من الانتباه والذاكرة دوراً بارزاً خلال عملية المعالجة الذهنية للمعلومات ، وبالتالي فكلما زاد الإحساس بالقدرة على التحكم في الموقف المهدد ترتفع نسبة الثقة بالنفس والاستقلالية في الأداء فيكون بمقدور الشخص استثمار طاقاته في حل المشكل وعلى العكس من ذلك فإن الشعور بفقدان التحكم يرتبط بظهور مشاعر العجز أمام التهديد وهو ما يسهم في اتجاه الفرد نحو أساليب تعامل تجنبية قصد تخفيف التوتر الذي تسببه هذه الوضعية.

* تؤكد الأبحاث الحديثة أن التحكم المدرك يحسن نوعية الحياة الجسمية والانفعالية في مجموعات متنوعة من المرضى (الربو والسرطان والتهاب المفاصل وأمراض القلب... وغيرها) و أن آثاره معقدة للغاية : يمكن أن تكون ذات تأثير مباشر أو غير مباشر (عبر بعض الوسطاء كالمواجهة وتبني السلوكيات الصحية) أو عبر التفاعل مع خصائص نفسية أخرى (الضغط المدرك و الدعم الاجتماعي المدرك) والفسولوجية (التوظيف العصبي الهرموني و المناخي العصبي). وتشير بروخون شويتزر و بوجو إلى أن المرضى الذين يعتقدون أنهم يسيطرون على مرضهم يبدون أكثر توافقاً من غيرهم (ضغط أقل ومواجهة أكثر نشاطاً) حيث يتم تضخيم الدور الوقائي للتحكم المدرك عندما يتم دمج مع بعض المعتقدات (قيمة الصحة ، الكفاية الذاتية) وبعض الخصائص الموقفية الأخرى (المتطلبات الداخلية، الضواغط المؤقتة والقابلة للسيطرة) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014 : 454-455) .

4-2-11- الذكاء الانفعالي * **Emotionale Intelligence** : تعد مرحلة نهاية الثمانينات وبداية التسعينات من القرن العشرين بداية استخدام مفهوم الذكاء الإنفعالي ، ولئن كان المفهوم من المفاهيم الحديثة في التراث السيكولوجي فإن له جذوره البعيدة التي ترجع إلى الوقت الذي اهتم فيه العلماء بأهمية الجوانب غير المعرفية في تعريفهم للذكاء ويظهر ذلك منذ اختبارات وكسلر (1958) Wechsler المشهورة للذكاء ، حيث عرفه بأنه قدرة الفرد الكلية على السلوك بطريقة هادفة والتفكير العقلاني والتعامل على نحو فعال مع البيئة واعتبر العوامل الشخصية والانفعالية والاجتماعية إحدى الجوانب غير المعرفية الضرورية في تنبؤ بقدرة الفرد على النجاح في الحياة (الزغول والهنداوي، 2004: 331) وعبر نفس المنظور يرى زيندر (1995) Zeidner أن الذكاء يشير إلى نموذج شامل للتكيف مع البيئة ويتوقع أن الأفراد الذين يعتبرون أذكيا هم أكثر توافقا اجتماعيا وعاطفيا ممن هم أقل من ذلك فالذكاء كمورد شخصي يؤثر على عملية المواجهة عبر مستويين (Zeidner, 1995 : 304-305):

أولا: يمكنه أن يؤثر على عملية التقدير المعرفي من خلال السماح للفرد بالنظر للبدائل المعقدة سواء خلال التقدير الأولي أو الثانوي.
ثانيا: يمكن أن يؤثر في ذات الوقت على اختيار استراتيجيات المواجهة وتنفيذها.

يرى زيندر أن استراتيجيات المواجهة التي تركز على الانفعال وعلى المشكلة تستخدم على حد سواء من قبل الأفراد الذين يسجلون مستويات عالية في اختبارات الذكاء والذين لديهم درجة منخفضة ولكن الفئة الثانية توظف أكثر الاستراتيجيات المركزة على الانفعال لأنها تقدر أنه لا يمكن فعل شيء في مواقف كثيرة . وفي هذا الصدد يؤكد محمود منسي (2002) أن التحديات التي يعيشها الإنسان والطبيعة الإنسانية ترتبط بالعواطف التي تؤثر في كل كبيرة وصغيرة في حياتنا أكثر من تأثير التفكير وذلك عندما يتعلق الأمر بمصائرنا وأفعالنا ، ويؤكد أيضا أن المشاعر ضرورية للتفكير غير أنها إذا تجاوزت ذروة التوازن يتغلب العقل العاطفي على الموقف وبالتالي يكتسح العقل المنطقي على اعتبار أن هناك عقليين أحدهما عاطفي والآخر منطقي (محمود منسي : 2002، 346-348).

* اختلفت آراء الباحثين في التسميات التي أطلقت على هذا المفهوم ، فمفهم من أطلق عليه اسم الذكاء العاطفي وفريق ثاني أطلق عليه الذكاء الوجداني وفريق ثالث أطلق عليه تسمية الذكاء الانفعالي وفريق رابع أطلق عليه اسم ذكاء المشاعر ، و كل هذه التسميات سعت إلى تقريب المعنى من المصطلح الذي أطلق باللغة الانجليزية **Emotional Intelligence** .

في كتابه الشهير عن الذكاء الإنفعالي قدم دانيال جولمان (1995) Golman وصفا لما أسماه "العقل الإنفعالي" وطبيعة الذكاء الإنفعالي والمجالات التي يلعب دورا فيها (تطور الفرد وتقدمه في مجالات الحياة العملية قياسا بالذكاء الأكاديمي الذي له الدور البارز في حياة الفرد التعليمية ويركز جولمان في هذا النموذج على الذكاء الانفعالي كمنظومة واسعة من الكفاءات والمهارات التي تقود الأداء وأوجز أربعة مكونات رئيسة للذكاء الانفعالي هي :

◀ أولاً: إدراك الذات **Self awareness** : قدرة الفرد على قراءة عواطفه والتعرف على أثرها عندما يستخدم شعوره الغريزي في توجيه قراراته.

◀ ثانياً: إدارة الذات **Self management** : ويشترك في ذلك تحكم الفرد في عواطفه ونزواته والتكيف من أجل إحداث تغير في الظروف.

◀ ثالثاً: الإدراك الاجتماعي **Social awareness** : القدرة على إحساس وفهم أو التجاوب مع عواطف الآخرين بينما يفهم الشبكات الاجتماعية.

◀ رابعاً : إدارة العلاقات **Relationship management** : القدرة على الإيحاء للآخرين والتأثير عليهم وتطويرهم أثناء إدارة صراع.

وقد تضمن نموذج جولمان مجموعة من الكفاءات الانفعالية لكل مكون من المكونات الأربعة والكفاءات العاطفية في نظره ليست عبارة عن مواهب فطرية بل هي قدرات متعلمة يجب العمل عليها وتطويرها لتحقيق أداء بارز. وفي ذات السياق يشير كل من سالوفي وماير **Salovey & Mayer** إلى أن الذكاء الانفعالي يتضمن كلا من الذكاء الشخصي الداخلي والخارجي كما أنه يتضمن القدرات التي يمكن تصنيفها في خمسة نطاقات على النحو التالي:

◀ أولاً : إدراك العواطف : هي القدرة على كشف وفك رموز العواطف بصورة واضحة وتمثل المظهر الأساسي للذكاء العاطفي حيث تجعل من معالجة باقي الجوانب الانفعالية ممكنة.

◀ ثانياً : استخدام العواطف: هي القدرة على تسخير العواطف لتسهيل القيام بأنشطة إدراكية متنوعة كحل المشاكل ، الفرد الذكي عاطفياً بإمكانه السيطرة على مزاجه للوصول لأفضل قدر من التوافق.

◀ ثالثاً : فهم العواطف: هي القدرة على فهم لغة العواطف وتقدير العلاقات المعقدة بينها ويشمل القدرة على تخفيف حدة الاختلافات بين العواطف وكذلك القدرة على إدراك ووصف كيفية تطورها .

◀ رابعاً: إدارة العواطف : القدرة على تنظيم العواطف الخاصة بالفرد من جهة والآخرين من جهة أخرى و تسخير العواطف وحتى السلبية منها وإدارتها بغرض تحقيق أهدافه المطلوبة.

يعتبر مقياس بار اون (Bar-On,2006) من أول المقاييس في هذا المجال حيث انطلق من فرضية مفادها أن الذكاء العاطفي يتطور مع الزمن وأنه بالإمكان تحسينه من خلال التدريب والبرمجة والعلاج كما أن الأفراد الذين هم أعلى من المعدل في درجة الذكاء الانفعالي هم بشكل عام أكثر نجاحا في مواجهة المتطلبات والضغوط البيئية .

5- المواجهة وعلاقتها بجودة الحياة:

إن المتأمل للدراسات التي تناولت أثر المواجهة في جودة الحياة يجد أن عددها قليل حتى الآن وعلى النقيض من ذلك فإن بعض الباحثين مثل مايس وزملائه (Maes & al. (1987) سلومون وآخرون (Solomon & al. (1988) وبولهان (Paulhan (1994) اهتموا ببحث تلك العلاقة ، حيث كانت النتائج في الغالب متقاربة إلى حد كبير . وتذكر بروخوم شويتزر (2002) أن مفهوم جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بعدة متغيرات (مثل الصحة الجسمية ، الحالة النفسية ، العلاقات الاجتماعية مستوى التحكم في الذات) بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في البيئة . فقد أظهرت بعض الدراسات أن المواجهة المركزة على الانفعال ترتبط بسوء نوعية الحياة لاحقا في حين ترتبط الاستراتيجيات المركزة على المشكل بآثار مفيدة على نوعية الحياة ، وترى بولهان (Paulhan, 1994) أن هذا من شأنه أن يكون معيارا يتحدد من خلاله كيف يواجه المريض مسار المرض والعلاج ونوعية الحياة المرتبطة به ، وهو الأمر نفسه الذي أظهرته دراسة مايس وآخرون (1987).

وخلصت دراسة Cousson-Gélie & al. (1999) إلى أن استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال ترتبط إلى حد كبير بستة أبعاد لنوعية الحياة هي:

- ضعف الصحة الجسمية.
- القيود على الأنشطة الاجتماعية.
- الافتقار إلى الحيوية.
- الألم.
- اعتلال الصحة العقلية.
- ضعف الصحة العامة.

وبالتالي فاستخدام المواجهة المركزة على الانفعال للتعامل مع الضغوط يبدو في الواقع غير وظيفي وعلاوة على ذلك وجدت المقارنة بين نتائج الدراسات أن تلك الاستراتيجيات تتوافق مع توافق جيد على المدى القصير ولكنها تصبح ضارة على المدى الطويل ، ففي ما يتعلق بالتوافق وجودة الحياة تعد بعض الاستراتيجيات المركزة على الانفعال أكثر ضررا من غيرها .

6- المواجهة وعلاقتها بالصحة والمرض:

يشير ليفينثال وزملاؤه Leventhal & al. (1984) إلى أن تمثل المرض بينى بشكل فردي عبر ثلاثة مصادر قاعدية للمعلومات:

◀ المصدر الأول : هو الأرضية المشتركة للمعلومات التي تم استيعابها من قبل شخص عبر علاقاته وتواصله الاجتماعي السابق ومعلوماته حول المرض المرتبطة بانتمائه الثقافي.

◀ المصدر الثاني : المعلومات الآتية من الموارد المدركة كمصادر للثقة كما هو الحال لأشخاص مثل المعالج أو أولياء الأمور.

◀ المصدر الثالث : المعلومات الآتية من التجربة الشخصية للمريض حول ما عاشه من اضطرابات جسدية والأعراض وأيضا ما يحمله في ذاكرته من مؤشرات مجردة تربط بين هذه الأعراض والتشخيصات المحتملة.

وبالتالي بينى المريض تمثيل مرضه وفق أبعاد مختلفة:

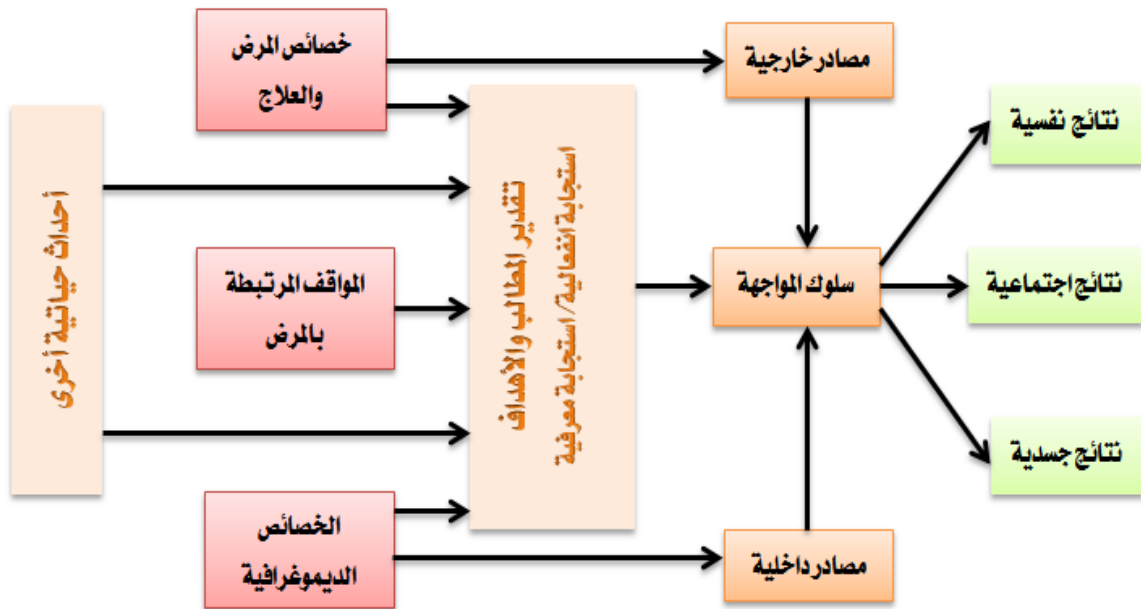
- طبيعة التهديد.
- تطوره مع الوقت.
- الأسباب المرتبطة مع المعتقدات.
- النتائج (حقيقية أو متوهمة) لهذا المرض.
- القابلية للشفاء.
- المشاعر المرتبطة بتجربة المرض.

وحسب دننزر (Dantzer 1989,2001) يعتمد النموذج النفسي - الحيوي الأيسر على استراتيجيتين أساسيتين: الأولى تتمثل في المحاولات الهادفة للحفاظ على التحكم والمصحوبة بزيادة نشاط الجهاز الودي ونخاع الكظر ، فيما تمثل الثانية الإنسحاب المرتبط بتنشيط المحور النخامي-الكظري.

هذا التمييز في الاستجابة (نشطة- سلبية) والذي اقترحه هنري وآخرون (Henry & al. (1977) سمح بالكشف أن تأثير الاعتداء الجسدي والنفسي على الجهاز العصبي الذاتي ونظام الغدد الصماء يعتمد على قدرات التحكم بالوضع وبالتالي فأي سلوك ممكن لتعديل اختلال التوازن الفيزيولوجي يمكن اعتباره كاستراتيجية مواجهة " تكيف " ، ويضاف إلى ذلك بعض المؤشرات الموضوعية التي تكون استجابة للضغوط كمعدل ضربات القلب وضغط الدم (معايير لتفعيل الجهاز الودي ولب الكظر)، والكورتيزول في الدم أو اللعاب أو البول (معايير لتفعيل المحور النخامي الكظري). وقد ربطت معظم الدراسات المخبرية التي بحثت في تأثير المواجهة على الأداء العصبي الهرموني بين التقديرات الشخصية وأساليب المواجهة. فقد وجدت بعض الدراسات أن الأسلوب الدفاعي والتجنيبي يرتبط مع مستويات الكورتيزول المرتفعة (Biondi & Picardi, (1999 في حين توصلت أبحاث أخرى (Van Eck, Nicholson, Berkhof, & Sulon (1996) ; Bossert & al. (1988) إلى عدم وجود أي علاقة بين أساليب المواجهة والكورتيزول ، من جهتهم توصل كل من فيتاليانو، روسو ، بولسن وبيلي (Vitaliano, Russo, Paulsen, & Bailey (1995) إلى أن المواجهة التجنبية ارتبطت بشكل إيجابي مع ضغط الدم الانبساطي ومعدل ضربات القلب عند كبار السن.

في دراسة متخصصة لاستراتيجيات المواجهة المطورة من قبل مرضى يعانون من أمراض مختلفة وضع كل من مايس ، ليفينثال وريدر (Maes, Leventhal & Ridder (1996) أنموذجاً قدموا من خلاله عددا كبيرا من العوامل المؤثرة في خاصية المواجهة ، حيث أن بعض تلك العوامل يرتبط مباشرة بالمرض المزمن ، وينطلق هذا النموذج من مبدأ أساسي أنه لا يوجد تعريف طبي موحد مقبول لأن تلك الأمراض تختلف من حيث أسبابها وتطورها ونتائجها. لذا عمل مايس ، ليفينثال وريدر على إعادة النظر في استراتيجيات المواجهة المحددة لمجموعات مختلفة من المرضى (السرطان الربو ، السكري ، أمراض القلب ، التهاب المفاصل ...). فقد أثبتت الاستراتيجيات الانسحابية المركزة على الانفعال أنها غير فعالة لدى مرضى الربو ، في حين كانت الاستراتيجيات المركزة على المشكلة (الالتزام العلاجي ، ممارسة التمارين، محاولة السيطرة على المرض...) ذات آثار مفيدة على المرضى الذين يعانون من السكري. ووفقا لنفس الباحثين تظهر الدراسات حول مرضى القلب أن الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة (الالتزام العلاجي، والروح القتالية، والبحث عن المعلومات) أكثر فعالية من تلك المركزة على الانفعال (Maes & al., 1996 :221).

فالاستراتيجيات التجنبية لها آثار متباينة : أثر وقائي على نوعية الحياة الانفعالية (تخفيف الألم) ولكن على المدى القصير كما تسبب آثار مرضية على نوعية الحياة الجسمية لدى هؤلاء المرضى. وعلاوة على ذلك أكد الباحثون أن الفرد يجد نفسه في كثير من الأحيان مجبرا على التعامل مع عدة ضواغط في نفس الوقت كون المرض المزمن هو مجموعة معقدة من الضواغط المحتملة: الأحداث المتعلقة بالأمراض (الأعراض، والتدخلات العلاجية ...) والنتائج الاقتصادية (فقدان الوظيفة وتكاليف العلاج ...) والنتائج الاجتماعية (العزلة أو الطلاق ...) والنتيجة على الهوية (فقدان الهوية تغيير الأدوار...).



شكل رقم 12: نموذج مايزوزملائه (Maes & al. (1996) حول المواجهة والأمراض المزمنة

ويرى ليفينثال وزملائه أنه ينبغي تقديم نوعين من أشكال التكفل لهؤلاء المرضى: يهدف النوع الأول إلى تطوير استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة عند المريض (معرفة المرض وتعزيز محاولات السيطرة عليه ...) وهذا النوع من التكفل يقلل من خطر الإصابة بالأمراض والوفيات لاحقا. أما النوع الثاني فيسعى للحد من الاستراتيجيات المركزة على الانفعال (تخفيف الوجدانية السلبية والضيق) وهو ما يعطي أثرا مفيدا على نوعية حياة المريض لاحقا (Maes & al., 1996 : 223).

وفي ذات السياق يعتبر كل من موسى وهولاهان (Moos & Holahan, 2007) أن وظائف المواجهة عند المريض تتمثل في:

❖ **التحكم في الأعراض:** أي التحكم في حالة عدم الراحة والعجز وغيرها من الأعراض الصحية فعلى سبيل المثال تنظيم النظام الغذائي وممارسة الرياضة اليومية أو محاولة منع الأزمات المحتملة الناجمة عن مضاعفات السكر الزائد أو صدمة الأنسولين عند مرضى السكري.

❖ **التحكم في العلاج:** وتشمل التدابير اللازمة للتكيف مع العلاج (على سبيل المثال الاستعداد لاجراء العمليات الجراحية ، التنضير ، العلاج الإشعاعي والكيميائي مع الآثار الجانبية المصاحبة لها) وكذا التعايش مع البيئة الاستشفائية (غرف الإنعاش ، العناية المركزة ، غرف الانتظار في العيادات).

❖ **العلاقة مع مقدمي الخدمات الصحية :** وتتضمن تطوير والحفاظ على علاقات كافية مع مقدمي الرعاية الصحية .

❖ **التحكم في المشاعر:** ينطوي على الحفاظ على توازن عاطفي معقول عبر إدارة المشاعر المزعجة التي أثارها الأزمة الصحية وتداعياتها. حيث ترتبط العديد من المشاعر المزعجة مع أزمة صحية كالتشاؤم من المجهول والشعور بالاغتراب والعزلة والنقص والغضب أمام مطالب تبدو غير قابلة للحل والجانب الهام هنا يتمثل في الحفاظ على بعض الأمل خلال الظروف الصعبة.

❖ **الحفاظ على الصورة الإيجابية للذات:** ويقصد بها محاولة الحفاظ على الشعور بالكفاءة والتحكم فالتغيرات في الوظائف البدنية أو المظهر (الضعف الدائم أو التثوهات) يجب أن يتم مزجه في صورة الذات المنقحة ، حيث أن أزمة الهوية تلك قد تتطلب تحولا في القيم الشخصية وإعادة تعديل الأهداف والتوقعات في ضوء التغيرات الناجمة عن المرض.

❖ **الحفاظ على شبكة العلاقات الاجتماعية :** وتتضمن الحفاظ على علاقات إيجابية مع أفراد العائلة والأصدقاء وغيرها من الشبكات الاجتماعية ، حيث أن المرض الخطير يمكن أن يجعل من الصعب على الفرد الحفاظ على تواصله مع المحيطين به إلا أن هذه الموارد يمكن أن تساعد الفرد للحصول على المعلومات حول ما هو ضروري لاتخاذ قرارات حكيمة حول الرعاية الصحية.

❖ **الاستعداد لمواجهة مستقبل غامض:** حيث تزيد تهديدات الخسارة (فقدان البصر، الكلام، السمع أحد الأطراف أو الحياة نفسها أو الاستعداد لخسارة وظيفة في حين لا يزال الاعتقاد بأن الحفاظ عليها ممكن.

خلاصة الفصل؛

إن المستقرى لبحوث المواجهة يلاحظ اختلافا واضحا بين الباحثين حول تعريف هذا المفهوم وهو ما يعكس ضمنا اختلافهم حول طبيعته وأبعاده ، فقد حاول بعض الباحثين تعريف المواجهة كسمة أو كأسلوب ، والبعض الآخر عرفها وفق الموقف في حد ذاته وآخرون اعتبروها كوظيفة لكن ما يؤخذ على هذه التعاريف كلها هو تركيزها على خاصية أحادية أو حتى ثنائية القطب مما لا يعكس بدرجة كافية الخاصية متعددة الأبعاد لعملية المواجهة الفعلية.

وقد تطورت دراسة المواجهة في الواقع من التركيز الأصلي على داخل الفرد وعمليات الدفاع لتشمل وجهة نظر أكثر تفاعلية تتضمن حتما إدراك الفرد للأحداث، فضلا عن التأثيرات الخارجية كال دعم الاجتماعي والعوامل البيئية ، وبالتالي فإن تنوع هذه الاستراتيجيات يرتبط بخصائص مهمة كال فروق الفردية و طبيعة المواقف كما ترتبط فعاليتها بمدى قدرتها على تحقيق الرضا والتحكم في مختلف المواقف أما إن فشلت في ذلك فهي غالبا ما تسبب المزيد من التوتر، وهو ما يؤثر بطبيعة الحال على صحة الفرد النفسية والجسدية. ولا بد من الإشارة هنا إلى أن طبيعة إدراك المرض تمنح عدة مستويات من التقديرات باعتبارها مجموعة من المعتقدات الديناميكية، وهكذا فإن مكونات إدراك المرض تأخذ مكانها ضمن المحددات الموقفية فضلا عن نتائجها الانفعالية .



الفصل الخامس

مصدر الضبط الصحي وتطبيقاته في مجال الصحة والمرض

تمهيد

- 1- نشأة مفهوم مصدر الضبط .
- 2- تعريف مصدر الضبط
- 3- أبعاد مصدر الضبط .
- 4- سمات وخصائص الأفراد في فئتي مصدر الضبط .
- 5- مصدر الضبط و الضبط المدرك .
- 6- المقاربات النظرية حول مفهوم الضبط و العزو السببي .
- 7- قياس أبعاد الضبط .
- 8- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط .
- 9- مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصحة و المرض .
- 10- العوامل المؤثرة في معتقدات الضبط الصحي .
- 11- بعض النماذج النظرية المفسرة للمعتقدات حول الصحة .

خلاصة الفصل



تمهيد :

تطور مفهوم مصدر الضبط خلال منتصف الستينيات في الثقافة الأمريكية ومنذ ذلك الوقت عرف عدة تطبيقات في مختلف مجالات علم النفس ، وبعد مرور أكثر من نصف قرن على ظهوره لا يزال يستقطب اهتمام العاملين في هذا المجال عبر ارتباطه بالعديد من المتغيرات النفسية الأخرى حيث اهتمت العديد من الدراسات ببحث العلاقة بين أبعاد مركز الضبط من جهة ومختلف التأثيرات النفسية والجسدية التي يعرفها الفرد خلال تعرضه لمواقف الضغط. ومع توالي الدراسات ظهرت اشتقاقات وتقسيمات حديثة للمفهوم من بينها مصدر الضبط الصحي الذي يمتد من خلاله سلوك الفرد الصحي ، فاستجابات الإنسان لمختلف المواقف الضاغطة تتداخل فيها اعتقاداته وأفكاره مع طبيعة وخصائص الموقف المعاش لاختيار أسلوب المواجهة الأمثل والأكثر فعالية ، ينتج عن هذا التداخل عدد كبير من المشاعر والانفعالات منها السلبية ومنها كذلك الإيجابية ولعل مصدر الضبط الصحي واحد من أهم المتغيرات التي تؤثر في إدراك المريض للموقف وتحديد نمط استجابته لمختلف المواقف حيث أن المرضى الذين يعتقدون بضبطهم وتحكمهم في مرضهم يكونون غالبا أقل توترا وانفعالا وتمتاز أساليب مواجهتهم بكونها أكثر فاعلية. وفي هذا الفصل نحاول التطرق إلى أهم المفاهيم المرتبطة بمصدر الضبط الصحي على وجه الخصوص.

1- نشأة مفهوم مصدر الضبط « Locus of control » *

مصدر الضبط الداخلي- الخارجي من المفاهيم الحديثة نسبيا أشتق من نظرية التعلم الاجتماعي «Social learning theory» التي طورها جوليان روتر (1954-1966) J Rotter ، وهي نظرية كلاسيكية مزجت بين وجهة النظر المعرفية ونظريات الشخصية لفهم الطبيعة المعقدة للسلوك الاجتماعي



J.B Rotter

(Dubois, 1987 : 35) ، وتركز خاصة على الطريقة التي تحدد خيارات الأفراد للطاقت السلوكية المتاحة عبر مبدأ التعزيز كخاصية أساسية في تعلم الفرد ومن ثم تناوله الكثير من الباحثين في دراساتهم كونه بعد مهم من أبعاد الشخصية يساعد في فهم سلوك الأفراد والتنبؤ به .

* يعتبر مفهوم « Locus of control » من المفاهيم الحديثة نسبيا في الدراسات السلوكية لذلك تعددت واختلقت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي مثل مصدر التحكم ، وجهة الضبط ، موضع الضبط ، مصدر الضبط ، وكل هذه الترجمات لا تكشف عن المعنى الحقيقي المقصود من الوجهة النفسية .

وينظر علماء النفس المهتمون بنظرية التعلم الاجتماعي إلى مركز الضبط باعتباره عاملاً أساسياً من عوامل الشخصية يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالمواقف التي يمر بها والشروط التي تضبط الأحداث من حوله (فرج ، 1991 : 8) ، وقد ظهر المفهوم لأول مرة في مقال نشره روتر عام 1966 بعنوان "التوقعات المعقدة للضبط الداخلي-الخارجي" حيث قدمه على أنه توقع معمم يشير إلى اعتقاد الفرد في الجهة التي يعزو إليها أسباب حصوله على التعزيز (9 : Paquet, 2009) فالأفراد يكتسبون اعتقادات توجه توقعاتهم إن كانت النتائج عليها تعتمد على أسباب شخصية كالذكاء والقدرات والمهارات أم على عوامل أخرى بعيدة عن تحكم الشخص .

وبهذا فإن نظرية التعلم الاجتماعي لروتر حاولت الدمج بين نظريتين وهما: السلوكية والمعرفية حيث تركز الأولى على الارتباط بين المثير والاستجابة ومفهوم التعزيز بينما تركز الثانية على العمليات العقلية كالإدراك والفهم والتفكير. ويشار بأن المدخل المعرفي- السلوكي يعتبر أكثر قبولاً إذ أكد روتر في نظريته على مفاهيم التوقع والتعزيز ، لذلك تسمى هذه النظرية بالنظرية التوقعية حيث تنطلق من مبدأ أن السلوك ليس محددًا بوجود أو مقدار التعزيز إنما بالاعتقاد حول النتائج المحتملة للسلوك ، وتقوم نظرية روتر على عدد من المسلمات نوجزها في ما يلي (Rotter, 1982) :

أولاً : اعتبارها الشخصية وحدة متكاملة يتم فهمها من خلال تفاعل الفرد مع البيئة المحيطة والمواقف التي يحدث فيها السلوك ويأتي هذا الافتراض من خلال مقارنة تفاعلية تجمع الشخصية والسلوك وبالتالي يجب النظر في كل من محددات البيئة والمحددات الفردية ، لذلك يتم تعريف الشخصية كمجموعة من الاستجابات المحتملة للفرد وفقاً للأوضاع التي يواجهها والتي تأتي من خلال التعلم ويمكن تغييرها مع توفر خبرات جديدة ، وهذا المفهوم للشخصية يعطي الفرد نوعاً من الاستقرار والقدرة على التعامل مع التغيير .

ثانياً : أن السلوكيات الاجتماعية هي موضوع التعلم ، حيث يعطي روتر دوراً أقل للعوامل الفسيولوجية والبيولوجية أو العصبية في تحديد السلوك الاجتماعي. وبالنسبة له تعتبر المواقف والقيم والتوقعات مفاهيم أكثر أهمية.

ثالثاً : وجود وحدة للشخصية تبنى من خلال التجارب المتنوعة للفرد ، والتفاعل مع البيئة له أهمية مع التقدم في السن لتصبح الشخصية أعقد وأكثر اتساقاً ، ومع ذلك فإن وجود حالة الاستقرار النسبي لا يعني أن الفرد لا يستجيب بصورة إيجابية للتغيير أو للخبرات الجديدة.

رابعاً : إفتراض آخر انطلقت منه هذه النظرية يؤكد أن السلوكيات الإنسانية موجهة دائماً نحو هدف لذا ينبغي أن تدرس وفق الدوافع المحركة لها . فحسب روتر تلعب التعزيزات دوراً هاماً في إنتاج وتوجيه وتحديد نوع السلوك ويرى أن لها صلة وثيقة بالدافع.

خامساً : أن السلوك لا يتحدد فقط من خلال طبيعته الإيجابية أو السلبية والغرض منه ، ولكن أيضاً من توقعات الفرد ، فعندما يتوقع أن بيئته تحت سيطرته وأنه المسؤول عن نتائج ما يقع من أحداث فإن الاستجابة ستختلف عما إذا توقع أنه عاجز عن تغيير نتائج الأحداث .

وتعتمد الافتراضات التي طرحها نموذج التعلم الاجتماعي لروتر على أربعة من المفاهيم الأساسية التي تدور حول السلوك البشري ، ولفهم هذه النظرية ينبغي توضيح تلك المفاهيم :

❖ **الطاقة السلوكية :** تشير إلى احتمال إعادة إنتاج سلوك معين في موقف أو مواقف معينة للحصول على تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيزات (Rotter, 1982 : 49). فالطاقة السلوكية تشير إلى مفهوم نسبي حيث أن الفرد يحسب امكانية حدوث أي سلوك بالارتباط ببدايل أخرى متوفرة لديه (موسى، 1988 : 323).

❖ **التوقع Expectancy:** عرفه روتر بأنه الاحتمالية التي يضعها إنسان ما بأن تعزيراً خاصاً سينتج تبعاً للسلوك الخاص الذي يقوم به في موقف معين* (Rotter, 1954 : 107) ، كما أن التوقع هو غالباً احتمال ذاتي أي أن تقديرات الأفراد عن الاحتمال المستقبلي بوقوع حادث ما كثيراً ما تختلف عن خبراتهم مع الأحداث السابقة نتيجة عوامل موقفية معينة ، وهذه الاحتمالية الذاتية لإدراك التوقع كما يراها روتر وهوتشريك (1975) تتوقف على مشاعر الفرد الذاتية ، أي أن التنبؤ بحدوث السلوك يتوقف على كيفية إدراك الفرد للموقف نفسه أو مجموعة من المواقف.

❖ **قيمة التعزيز Reinforcement :** وهو كل أثر يقدمه المحيط تجاه سلوك أو فعل ما من قبل الفرد سواء من حيث النوع أو الكم (Dubois, 1987 : 39) أي أنه كل ما يمكن أن يرفع احتمالية تكرار السلوك ويكون عموماً نوعاً من المكافآت والتدعيم ، وقد يكون أيضاً تعزيراً سلبياً يقلل من احتمالية السلوك حيث أكد روتر (1973) أنه يتم تحديد قيمة التعزيز وفق درجة تفضيله مقارنة بالبدايل الأخرى الممكنة.

* أضاف روتر عام 1975 بعض التفاصيل حول مفهوم التوقع وميز بين نوعين من التوقعات : توقعات محددة وتوقعات معمة . فالتوقع المحدد يرتبط بوضعية خاصة ومحددة ويتأثر بتجارب الفرد السابقة المشابهة أو المطابقة لها أما التوقع المعمم فيأتي على نطاق واسع ويشير أكثر إلى مقارنة الفرد للوضعية الحالية مع مجمل المواقف المشابهة التي واجهها في السابق. وكلا النوعين من التوقعات يختلفان وفقاً لدرجة إلمام الفرد بطبيعة الوضعية ، فكلما زاد غموض الوضع الجديد كانت أهمية التوقع العام مرتفعة والعكس صحيح.

فالتعزيز حسب روتر ليس بسيطاً كما تراه النظريات الميكانيكية ولا يعتمد على ما إذا أدرك الفرد أن هناك علاقة سببية بين سلوكه والثواب الذي تحصل عليه أم لا ، فالإدراك هنا كعملية معرفية تتوسط السلوك والتعزيز تختلف بين الأفراد وأيضاً عند ذات الفرد حسب الموقف (معمرية ، 1994:38).

❖ **الوضعية النفسية Psychological situation** : تلك الوضعية التي يعيشها الانسان وفقاً لخبراته وتاريخ حياته (Dubois, 1987 : 37) ، حيث يرى روتر أن الفرد في حالة تفاعل مستمر مع محيطه الداخلي والخارجي وأن سلوكه يتنوع حسب إدراكه للموقف. ووفقاً لروتر لا يكفي أن نفهم فقط الجوانب الداخلية والخصائص الشخصية للفرد للتنبؤ بسلوكه ، بل ينبغي الأخذ بعين الاعتبار الموقف الذي يتواجد فيه والذي يشمل كل جوانب البيئة المادية كما يراها هو.

إن المفاهيم الأربعة السابقة الذكر تشكل نموذجاً تنبؤياً للمساعدة في تحديد السلوك الأكثر احتمالاً جاء بعد مجموعة ملاحظات أجريت لفهم لماذا تعتبر التعزيزات الإيجابية دوافع مهمة لدى البعض بينما لا يكون له أي تأثير على آخرين ، حيث لاحظ روتر (1954، 1966) أن بعض الأفراد لا يربطون بين سلوكهم وما ينتج عنه من تعزيزات لذلك اعتبر المفاهيم السابقة كمتغيرات يجب مراعاتها إذا أردنا تجنب سوء فهم ما يصدر من سلوكيات. ومن المفاهيم التي لها دور كبير عند روتر مفهوم الحاجة فهو يؤمن بأن سلوك الفرد موجه ومحدد عبر جملة حاجات يمكن ملاحظتها في تفاعله مع البيئة وبالتالي قام بتطوير ست فئات من الحاجات العريضة التي تتضمن معظم السلوك المتعلم مع تعريفها (موسى، 1998: 322-323) :

❖ **الحاجة إلى الاعتراف والمكانة** : أي حاجة الفرد إلى التفوق وأن يكون كفوفاً للآخرين أو أفضل منهم في المدرسة أو العمل أو المكانة الاجتماعية

❖ **الحاجة إلى السيطرة**؛ ويقصد بها حاجة الفرد إلى التحكم في أعمال الآخرين بما في ذلك الأسرة والأصدقاء ، وأن يكون في مركز القوة وأن يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة .

❖ **الحاجة إلى الاستقلال**؛ حاجة الفرد إلى أن يتخذ قراراته ويعتمد على نفسه ويطور المهارات اللازمة للحصول على الإشباع ، وأن يصل إلى أهدافه دون مساعدة.

❖ **الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين**؛ حاجة الفرد للحصول على مساعدة الآخرين لمواجهة الإحباط والحصول على الحماية والأمن وغيرها من الأهداف المرغوبة .

❖ **الحاجة إلى الحب أو العطف**؛ حاجة الفرد إلى تقبل الآخرين والحصول على حبهم.

❖ **الحاجة إلى الراحة الجسمية**؛ الحاجة إلى الإشباع الجسمية وتجنب الألم .

2- تعريف مصدر الضبط :

إهتم الباحثون بهذا المفهوم بوصفه متغيراً هاماً لتفسير السلوك الإنساني في مختلف مواقف الحياة وإمكانية التنبؤ به ، وذلك من خلال الدراسات التي استخدمته على نطاق واسع في مجالات مختلفة (دراسات الشخصية وتعديل السلوك والتنشئة الاجتماعية والتوافق والصحة النفسية والعلاج النفسي) وما زال مفهوم مصدر الضبط محل اهتمام الكثير من الباحثين في المجال التربوي والنفسي والطبي كما ارتبط بعدد من المتغيرات النفسية والاجتماعية ، لذا ظهرت عدة تعريفات نذكر منها:

وفق ما ذهب إليه روتر فإن مصدر الضبط يشير إلى درجة إدراك الفرد أن المكافأة أو التدعيم تتبع أو تعتمد على سلوكه هو ومواصفاته ، في مقابل درجة إدراكه أن المكافأة أو التدعيم مضبوطة أو محكومة بقوى خارجية وأنها تحدث مستقلة عن سلوكه ، أي أن مركز الضبط هو مدى إدراك الفرد لوجود علاقة سببية بين سلوكه وبين ما يتلو هذا السلوك من مكافأة أو تدعيم.

فيما اقترح واينر وزملاؤه Weiner & al. (1972) تعريفاً ثنائياً للأبعاد لمصدر الضبط قاموا فيه بإضافة سلم لقياس ثبات الأسباب إلى مقياس روتر الذي يقيس درجة الضبط الداخلية والخارجية ناهيك عن الدور الذي تلعبه نظرية العجز المكتسب لسليغمان (1975) Seligman ، وارتباطها بنظرية مصدر الضبط عبر افتراضها أن الفرد يفقد اهتمامه ويتخلى عن أي جهد عند إدراكه أنه غير مسيطر على الموقف وهذا يعني أنه ذو مصدر ضبط خارجي. لذلك تعتبره دوبوا Dubois كدرجة تصور الفرد حول العلاقة الموجودة بين سلوكه ومميزاته الشخصية والتعزيزات الايجابية أو السلبية التي يتلقاها (Bruchon-Schweitzer & Dantzer, 2003 : 69).

أما لفكورت (1980) Lefcourt فاعتبره بعداً من أبعاد الشخصية يؤثر في العديد من أنواع السلوك حيث أن الاعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم والسيطرة في أموره الخاصة والعامة يسمح له بالاستمرار في حياته دون ضغط متوافقاً مع البيئة التي يعيش فيها .

ويرى ليونردي وزملاؤه أن مصدر الضبط يتعلق بالتصورات التي يحددها الفرد عن قدرته في التحكم للتوصل إلى ضبط الوضعية (Oubrayrie & al., 1996 : 388) . كما يؤكد ميرز أن مصدر الضبط هو المدى الذي يؤمن فيه الأفراد بأن ما يحدث لهم محكوم داخلياً وهذا يرجع لمجهوداتهم الذاتية أو أنها محكومة خارجياً بالصدفة أو قوى خارجية (Myers, 1999 : 46) .

من جانبه قدم كرانداال (Crandall 1973) فكرة مغايرة لما سبق ، حيث يعتقد أن الضبط الداخلي هو أن يتصور الأفراد أن الأحداث الإيجابية التي تحدث لهم تكون نتيجة جهودهم الخاصة بينما تكون الأحداث السلبية نتيجة القدر والحظ والصدفة ، أما الضبط الخارجي فهو تصور الأفراد أنهم مسؤولون عما يحدث لهم من مآسي أما الأحداث الإيجابية فتكون نتيجة كرم الآخرين أو القدر (معمرية، 2012: 15) في حين يرى لازاروس (1966) أن الفرد ذو الضبط الداخلي يعتقد بكفاءته وقدراته على ضبط النتائج في عالمه الخاص وله توقعات إيجابية فيما يتعلق بالثقة والاعتماد على الآخرين ، بينما يتميز ذو الضبط الخارجي بتوقعات سلبية حول كفاءته على التحكم في نتائج الأحداث ولديه اعتقاد بأنه يعمل في عالم عدائي.

وفق ما سبق تعد المعتقدات الأساس الذي يقوم عليه مفهوم مصدر الضبط لدى مختلف المنظرين تلك المعتقدات التي تمثل مجموعة من التصورات والمعارف التي يملكها الفرد حول موضوع ما (أشخاص ، مواقف ، أفكار...). لذا يمكن اعتبار مصدر الضبط متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية يرتكز على اعتقادات الفرد ، عبر التفسيرات السببية التي يضعها في علاقته مع محيطه الخارجي والتي يحدد من خلالها توقعاته للاستجابة السلوكية ، ويرى روتر أنه إذا كان إدراك الفرد حول التعزيز الذي يحصل عليه يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة نسبياً فإنه ذا ضبط داخلي ، أما إذا أدرك أن التعزيز لا يعتمد على سلوكه أو خصائصه الذاتية فيكون ذا ضبط خارجي (الخطيب ، 1990 : 232) . فيما تعتبر ماركس Marks أن ذوي الضبط الداخلي يكونون أكثر قابلية لتغيير سلوكهم بعد أي تعزيز إيجابياً كان أم سلبياً مقارنة بذوي الضبط الخارجي لكن بشرط أن يكون التعزيز ذا قيمة لدى الفرد حيث ترتبط درجة تغيير السلوك بمقدار زيادة أو نقصان تلك التعزيزات ، أما ذوو الضبط الخارجي فمن غير المحتمل أن يغيروا من سلوكهم لاعتقادهم بعدم تأثره بهذه التعزيزات (Marks , 1998 : 251). ويرى الباحث أن مصدر الضبط يرتبط بمدى إدراك الفرد للعوامل المسؤولة عن نجاحه أو فشله فإن كان يعزى لقدراته الخاصة يكون مصدر الضبط لديه داخلياً ، أما إذا كان إدراكه لتلك العوامل يعزى لعناصر خارجة عن سيطرته فإن مصدر الضبط لديه خارجي . فالأفراد ذوو الضبط الداخلي يعتقدون أن التعزيزات الإيجابية التي يحصلون عليها أو النتائج السلبية التي تحدث لهم في حياتهم ترتبط أساساً بعوامل ذاتية تتعلق بشخصياتهم كالذكاء والمهارة والمثابرة أما ذوو الضبط الخارجي فيعتقدون أن التعزيزات الإيجابية أو النتائج السلبية ترتبط بعوامل خارجية بعيدة عن تحكمهم الشخصي كالحظ والصدفة أو تدخل الآخرين أو عوامل أخرى غير معروفة.

3- أبعاد مصدر الضبط :

منذ الظهور الأول لمفهوم مصدر الضبط على يد روتر ظهرت محاولات عدة لقياسه وتحديد أبعاده فقد إعتبر الباحثون الأوائل أمثال فارس (1957) Phares ، فرانكلين (1963) Franklin وروتر (1966) مصدر الضبط متغير أحادي البعد ، إذ أكد روتر (1966) أن مقياس الضبط الداخلي - الخارجي (I-E) أحادي البعد ، لتأتي أبحاث أخرى فيما بعد تنفي هذا الافتراض وتؤكد على وجود أكثر من عامل يؤثر في تحديد اتجاه الضبط ، ومن أمثلة تلك الأبحاث نذكر ما توصل إليه ميرلز (1970) Mirels حول وجود عاملين هما : الضبط الشخصي والضبط الاجتماعي السياسي ، بينما حددت ليفنسون (1973) Levenson ثلاث عوامل للضبط هي :

- ✓ الاعتقاد بالضبط الداخلي .
 - ✓ الاعتقاد بنفوذ الآخرين.
 - ✓ الاعتقاد بالصدفة .
- ومن جهته توصل كولينز (1974) Collins إلى وجود أربعة عوامل هي :
- ✓ الاعتقاد بصعوبة العالم.
 - ✓ الاعتقاد بالعالم العادل.
 - ✓ العالم القابل للتنبؤ (أي أنه غير محكوم بالعشوائية والحظ أو القدر).
 - ✓ العالم المستجيب سياسيا.

وقد رافق تلك الأبحاث زيادة الجدل بين العلماء حول ما إذا كان مصدر الضبط أحادي البعد أو متعدد الأبعاد ، ففي بادئ الأمر أوضح روتر بأن تأثير التعزيز لا يعدو كونه عملية بسيطة فجائية تعتمد على مدى إدراك أو عدم إدراك الفرد لوجود علاقة سببية بين السلوك والمكافأة ، حيث يكون مركز الضبط خارجيا عندما يدرك الفرد بأن التعزيز يكون بسبب عوامل الصدفة أو الحظ أو القدر بمعنى أنه ناتج عن متغيرات خارجية ، أما إذا أدرك بأن التعزيز ناتج عن قدراته الذاتية الثابتة نسبيا فإنه يعزو سلوكه عندئذ لعوامل داخلية. وبناءا على هذا الاعتقاد قام روتر بتقسيم وجهة الضبط إلى وجهة ضبط داخلية ووجهة خارجية (موسى ، 1998 : 321). وقد أكد روتر (1975) أن بعض المشكلات المرتبطة بتفسير درجات الضبط لها علاقة بالضبط الخارجي على المقياس ، حيث يظهر بأن الفرد يتجه للسلبية والبعد عن التنافس عند شعوره بأن ما يحدث له ناتج عن قوى خارجة عن تحكمه.

وفق هذا المنظور يقسم الأفراد تبعاً لدرجة تقبلهم للمسؤولية الشخصية عن نواتج أو مترتبات الموقف خلال طرفين متباعدين هما الضبط الداخلي والضبط الخارجي ، حيث يعتبر مفهوم الضبط الداخلي والخارجي للتعزيز أحد التوقعات المعممة ، فمدى اعتقاد الفرد أنه يستطيع السيطرة على ما يحدث له يمكن أن يشار إليه بأنه اعتقاد بالسيطرة الداخلية على التعزيز ، فيما يشار إلى الاعتقاد بسيطرة الحظ أو القدر أو الآخرين على أنه اعتقاد بالسيطرة الخارجية على التعزيز (هداية ، 1994 : 83).



شكل رقم 13: توزيع الأفراد في مصدر الضبط

إن الاختلاف بين الأفراد في إدراك العلاقة بين الأسباب والنتائج ينعكس على أنماط السلوك وبالتالي فإن الأفراد ذوي الاتجاه الداخلي للضبط يحملون أنفسهم مسؤوليات أعمالهم سواء أكان ذلك في النجاح أو الفشل ويعتقدون أن بإمكانهم تقرير ما سوف يحدث لهم ، أي أنهم قادرون على التحكم بمصيرهم بدرجة كبيرة ، بينما يعتقد ذوو الاتجاه الخارجي للضبط بأنهم واقعون تحت تأثير الظروف المحيطة بهم وبأنهم غير قادرين على التحكم بالأحداث التي يعايشونها أو يملكون بها . لهذا يعتبر موريس (1982) Mouris أن مصدر الضبط يعتمد على كيفية تأثير التعزيزات في التوقع والسلوك حيث يميل ذوو الاعتقاد بالضبط الداخلي أن يروا أنفسهم سادة على أقدارهم وأنهم أصل التعزيزات وما يحصلون عليه من مكافآت ، أما ذوو الاعتقاد الخارجي فيميلون إلى التأكيد على الحظ والصدفة ويشاركون في ألعاب القمار ويقرؤون الحظ والأبراج في الصحف ويعترفون بالتعويضات الجالبة للحظ (موسى ، 1991 : 5-6) . فالتعزيز وفق الطرح الذي قدمه روتر ليس بسيطاً كما تراه النظريات السلوكية ولكنه يعتمد على إدراك الفرد من عدمه أن هناك علاقة سببية بين سلوكه والثواب الذي يحصل عليه فالإدراك هنا كعملية معرفية يتوسط القيام بالسلوك والحصول على التعزيز كما يختلف من فرد لآخر وحتى لدى ذات الفرد من موقف لآخر .

4- سمات وخصائص الأفراد في فئتي مصدر الضبط :

من خلال ما تجمع عليه مختلف التفسيرات النظرية من أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يرون أن نتائج سلوكياتهم مرتبطة بعوامل تتعلق بقدراتهم الخاصة بخلاف ذوي الضبط الخارجي الذين يعززون نتائج السلوك لديهم إلى عوامل خارجية يمكن القول أن الأفراد ذوي مركز الضبط الداخلي أكثر فاعلية في معالجة وتنظيم المعلومات وعلى حل المشكلات نظرا لوجود علاقة منتظمة بين التعزيز والسلوك نتيجة اعتقادهم بأن الأحداث مرتبطة بالسلوكيات ، فيعززون نجاحهم أو فشلهم إلى مسؤولياتهم الذاتية على عكس الأفراد ذوي الضبط الخارجي الذين تكون العلاقة بين السلوك والتعزيز لديهم غير منتظمة مما يقود إلى الاعتقاد بأن تلك العوامل خارجة عن السيطرة كالحظ والصدفة والقوى الخارجية الأخرى لذلك فإن كل فئة تمتاز بعدد من الخصائص نذكرها فيما يأتي:

4-1- خصائص ذوي الضبط الداخلي « Internal locus of control » :

يكون مصدر الضبط داخليا إذا أدرك الفرد العلاقة السببية بين الأفعال والنتائج المترتبة عليها بمعنى أن ذوي الضبط الداخلي يعتقدون أنهم هم المسؤولون عما يحدث لهم (عبد الرحمن ، 1998 : 449) ففي حالة النجاح يرجع الفرد السبب إلى قدراته ومهاراته وجهوده ، وفي حالة الفشل يرجع السبب إلى إهماله وتهاونه وعدم حرصه ويكون عادة أكثر اهتماما بقدراته ونواقصه أيضا حيث يعطي قيمة كبيرة لتعزيزات المهارة أو الأداء ويقاوم المحاولات المغرية للتأثير عليه ، كما أنه يكون أكثر حذرا وانتباها لتلك النواحي المختلفة من البيئة التي تزوده بمعلومات مفيدة لسلوكه المستقبلي ، فيعتقد أن بإمكانه السيطرة على البيئة وضبط أحداثها بفضل مهاراته وكفاءته التي اكتسبها من خلال خبراته السابقة . وقد قام رشاد عبد العزيز موسى (1993) بتلخيص أهم السمات الشخصية لهؤلاء الأفراد في ما يأتي:

- سمات عقلية: مستوى ذكاء مرتفع ، قدرة عالية على الإبداع والابتكار ، كفاءة ذهنية عالية.
- سمات نفسية: تشمل ثقة عالية بالنفس ، مستوى مرتفع من الثبات الانفعالي ، أقل قلقا واكتئابا مع درجة عالية من الطموح والتوافق النفسي.
- سمات إرادية: قدرة عالية على الصبر والجد ، قوة الإرادة والقدرة على تحقيق أهداف محددة.
- سمات اجتماعية: القدرة على التفاعل في المواقف الاجتماعية والتعاون مع الآخرين والتأثير عليهم واستخدام الأساليب القيادية والقدرة على تحقيق مستوى اجتماعي مرتفع وتكوين علاقات اجتماعية.

ويضيف أبو ناهية (1989) أن ذوي الضبط الداخلي يتميزون بـ :

- القدرة على البحث والاستكشاف للوصول إلى المعلومات ثم استخدامها بفعالية في حل المشكلات التي تعترضهم في البيئة.
- العمل والأداء المهني حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذين يعملون فيه والبيئة المحيطة بهم كما أنهم أكثر إشباعاً ورضاً عن عملهم..
- هم أكثر احتراماً للذات وأكثر قناعة ورضاً عن الحياة .

4-2- خصائص ذوي الضبط الخارجي « External locus of control » :

يشير مصدر الضبط الخارجي إلى مدى اعتقاد الفرد حول مسؤوليته من عدمها عما يحدث له في حياته من نجاح أو فشل حيث ينخفض لديه الإحساس بوجود سيطرة داخلية على الأحداث وبالتالي فإن الأفراد ذوي الضبط الخارجي يلقون مسؤولية وقوع الأحداث على عوامل خارج أنفسهم يصعب التنبؤ بها خاصة بالمعتقدات الغيبية (Lathrop , 1998 :144) ، ويمتاز هؤلاء الأفراد خصوصاً بكونهم أقل ثقة في أنفسهم وطموحاً وإرادة وكونهم أكثر سلبية ومجاراة للأحداث ويأساً ومللاً من الحياة ويتجلى ذلك في عدة مظاهر سلبية عامة وقلة المشاركة والاعتماد على الآخرين في إنجاز الأعمال (أبو ناهية ، 1989 :60) . حيث أكدت دراسة هونتراف وشراف (Houtraf & schraf 1970) أن الأفراد الذين يتسمون بالضبط الخارجي يمتازون بالمسايرة المفرطة وانعدام الثقة بالنفس والتمركز حول الذات مع توقعات منخفضة للنجاح (موسى ، 1993 :383) . فهؤلاء الأفراد يعتقدون أن مصادر النجاح والفشل تكمن خارج ذواتهم وأنهم يخضعون في تسيير شؤونهم لقوى خارجية وبأنهم يملكون القوة لتغيير الأمور وقام روتر (1966) بتحديد ثلاثة قوى أساسية لتفسير هذا الاعتقاد تتمثل في* :

- ❖ **الحظ أو الصدفة** : حيث يعتقد الفرد أنه لا يمكن التنبؤ بالأحداث كونها مرهونة بالحظ أو الصدفة.
- ❖ **قوة الآخرين** : الاعتقاد أن الآخرين يملكون السيطرة على الأحداث وأنه لا يمكن التأثير عليهم.
- ❖ **القدر** : حيث يعتقد الفرد أنه لا جدوى من محاولة تغيير الأحداث كونها مقدرة سلفاً.

* يؤكد الكثير من الباحثين أن الاختلاف بين الفئتين هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع ، ونذكر هنا ما ذهب إليه ماك كونيل (Mc Connell 1975) من أنه لا توجد أنماط نقية من الفئتين ، فلا يجب أن نقع في خطأ الاعتقاد أن أي فرد يجب أن يكون إما من ذوي الضبط الداخلي ويتحمل مسؤولية أعماله أو من ذوي الضبط الخارجي والإيمان بالحظ والصدفة . فلكل فرد درجة على خط متصل أو بعد يمتد بين الطرفين ، طرف الضبط الداخلي وطرف الضبط الخارجي . فالاختلاف بين الفئتين هو اختلاف في الدرجة وليس في النوع . (موسى ، 1991 :6-7)

5- مصدر الضبط والضبط المدرك « Perceived control » :

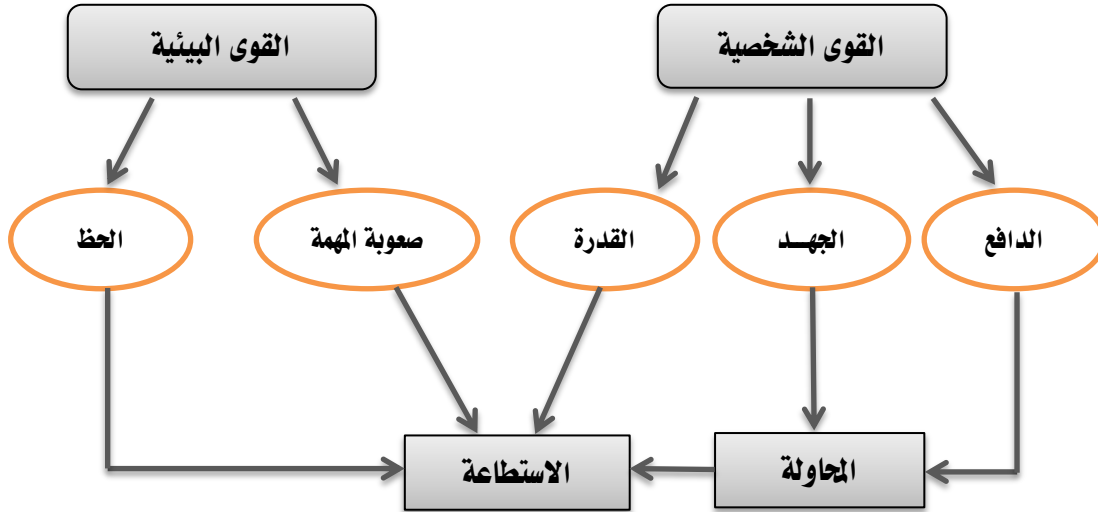
كما ذكرنا في الفصل السابق فإن مفهوم التحكم المدرك يعد نتيجة مباشرة للتفاعل بين الفرد وبيئته فهو يشير إلى شعور الفرد بأنه يملك السيطرة على الأحداث الواقعة ، ويكون نتيجة حكم شخصي يستند إلى تقييم الفرد بأن الوضع يمكن السيطرة عليه وأنه هو ذاته قادر على اتخاذ الإجراء الصحيح. فقد تكون هناك مواقف تعتبر قابلة للتحكم ولكن لا يتم اتخاذ أي إجراء لأن الناس يفتقرون أو يعتقدون أنهم يفتقرون للكفاءة السلوكية المناسبة ، وقد افترض علماء مثل باندورا الفرق بين توقعات النتائج وتوقعات الكفاءة الذاتية لوصف هذين الجانبين ، كما وجد أن الضغط يرتبط مع التصور بأن الأحداث لا يمكن للفرد السيطرة عليها وأن هذه الظاهرة تعمل بشكل مستقل عن الضبط السلوكي الموضوعي. (Steptoe, 2007 :569) ، ووفقاً لهذه الفكرة فإن التحكم المدرك يعتبر كنتيجة للتفاعل بين الفرد وبيئته أي بين مصدر الضبط كمتغير شخصي مستقر ومعتم والبيئة الخارجية ، فهو بذلك محدد وخاص لموقف معين في بيئة معينة (Paquet , 2009 : 17) ، وهو لا يعبر سوى عن نتيجة لآلية معرفية سلوكية معقدة يستجيب بها الفرد تجاه الظروف الخارجية عبر ما أسماه لازاروس وفولكمان بالتقدير المعرفي .

6- المقاربات النظرية حول مفهوم الضبط والعزو السببي :

ظهر عدد من الاتجاهات النظرية التي حملت في طياتها مفاهيم تعبر عن قدرة الفرد على التحكم في بيئته أو عالمه الخاص عبر تفاعله مع العديد من المواقف الحياتية ، ورغم أن بعض تلك المفاهيم كالدافعية ، الكفاءة ، العجز... وغيرها ليست ذات صلة مباشرة بنظرية الضبط إلا أنها تسمح بالتأكيد بفهم أعمق لمختلف أبعاده من خلال ما تقدمه من تفسيرات مختلفة حول طبيعة العلاقة بين الفرد وبيئته . ويذكر معمرية (2012) أن أدلر Adler من أوائل الذين تعرضوا لمفاهيم سيكولوجية تبين كيفية التغلب على العجز العضوي والسيطرة على البيئة أو ضبطها و ذلك من خلال مفهوم الكفاح من أجل التفوق الذي يرى أنه فطري وأنه مبدأ ديناميكي فعال وأن لكل فرد أسلوبه الخاص به في الحياة لبلوغ أهدافه وتحقيق ذاته ، ويؤكد أدلر بأنه عندما يدرك الفرد أنه يفتقر لمهارات معينة تستخدم للسيطرة على البيئة كتلك المتوفرة لدى الآخرين ، فإنه يطور مشاعر نقص ودونية وييدي عجزاً في ضبط الأحداث البيئية أثناء تفاعله معها ، وسنحاول فيما يأتي تلخيص أهم المقاربات النظرية المرتبطة بمفهوم الضبط :

1-6- نظرية العزو السببي لهايدر Heider :

انطلق هايدر من افتراض مفاده أن كل فرد يخضع لقوى بيئية قوية يمكن أن تأخذ أشكالاً مختلفة كالمعايير الاجتماعية والأزمات الاقتصادية والاجتماعية والضغط من قبل الآخرين وغيرها*... وأن هذه الأحداث تمارس ضغوطاً على الفرد الذي يملك بدوره مجموعة من الاستعدادات والقدرات وسمات واتجاهات مختلفة عما يتميز به الآخرون ، وبالتالي فإن السلوك تتحكم فيه قوتان أساسيتان : القوى البيئية والقوى الشخصية ، ويعتبر هايدر أنه عندما يكون تأثير القوى البيئية قويا على الأفراد فإنهم ينقسمون في استجاباتهم إلى نوعين : فبعض الأفراد يبدون ميلاً لمقاومة تلك القوى والضغط ويكونون أكثر إصراراً ومقاومة بينما يكون البعض الآخر أكثر استسلاماً وقبولاً للواقع .



شكل رقم 14: مخطط نظرية العزو لدى هايدر Heider

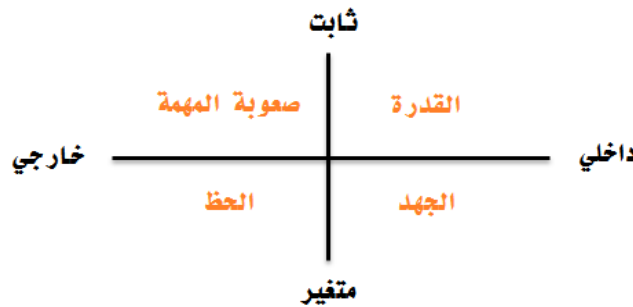
يظهر من الشكل أن القوى الشخصية لا تستطيع أن تؤثر في الحدث السلوكي إلا إذا توافر الدافع والقدرة لأن غيابهما سيختزل القوى الشخصية إلى الصفر ، وينقسم عامل الدافع إلى القصد الذي يشير إلى ما يريد الشخص أن يفعله ، و الجهد الذي يشير إلى أي درجة سيحاول الفرد القيام بالسلوك

* ظهرت الأفكار الأولى لهايدر في هذا المجال من خلال كتابه " سيكولوجية العلاقات المتبادلة " عام 1958 الذي حاول من خلاله أن يقدم تحليلاً وصفيًا للخصائص العامة للتفاعل الاجتماعي ، والسؤال الرئيسي من وجهة نظره لفهم السلوك الإنساني يدور حول سبب حدوثه إن كان داخلياً أو خارجياً .

أما مفهوم الاستطاعة فيشير بدوره إلى العلاقة بين القدرة من ناحية والقوى البيئية من ناحية أخرى فإذا كانت القدرات أقوى من القوى البيئية يمكن للفرد أن يقوم بالفعل السلوكي إذا ما حاول ذلك (عزو سببي الشخصي) وإلا سيكون تأثير القوى البيئية الخارجية أقوى (عزو سببي غير شخصي). حسب هايدر يظهر تأثير السببية الشخصية في تلك المواقف التي يكون فيها تأثير الفعل السلوكي نتيجة للقصد والجهد من قبل الفرد بتأثير من سماته الشخصية ، وهي تشمل أيضا اعتقادا راسخا لديه بوجود علاقة بين الفعل السلوكي الذي قام به في البيئة وبين شعوره بالمسؤولية الشخصية لما يحدث بينما تشير السببية غير الشخصية إلى المواقف التي لا يقصد فيها الفرد انتاج فعل سلوكي معين بل أن هذا الفعل يحدث بشكل خارج عن إرادته وأن أسبابه قوى بيئية خارجية ، وبالتالي فهو يعتقد بعدم وجود علاقة بين سلوكه والاستجابات البيئية (عبد المنعم ، 1991).

6-2- نظرية العزو لواينر (1974) Weiner :

لم يختلف واينر كثيرا في نظريته مع ما ذهب إليه كل من روتر و هايدر حيث انطلق من افتراض أن الأفراد يعزون نجاحهم وفشلهم إلى أسباب داخلية أو خارجية ، وأن الناتج السلوكي (نجاح / فشل) له محددات ترتبط بإنجاز الفرد تتمثل في تقديره لإمكاناته أو مستوى قدراته وكمية الجهد المبذول ودرجة صعوبة المهمة واتجاه الحظ ، فالقدرة والجهد تمثلان خصائص الأفراد ذوي الضبط الداخلي الذين يعزون أسباب نجاحهم أو فشلهم إلى المسؤولية الشخصية ، أما العزو إلى صعوبة المهمة أو الحظ فهو من خصائص الأفراد ذوي الضبط الخارجي . ويعتبر واينر أن القدرة وصعوبة المهمة لهما خصائص ثابتة بينما الجهد والحظ متغيران نسبيان ، وهكذا فالعناصر الأربعة في نظرية واينر ومفهوم مصدر الضبط يمكن دمجهما وتصنيفهما في بعدين أساسيين هما الاستقرار ومصدر الضبط (الديب ، 1985 ، في: معمريه ، 2012 : 31 - 32).



شكل رقم 15: بعدي الاستقرار ومصدر الضبط في نظرية العزو لواينر

3-6- نظرية العجز المتعلم "Learned Helplessness":

اعتمدت نظرية العجز المتعلم التي وضع أسسها ستيفن ماير ومارتن سليجمان Maire & Seligman إلى حد كبير على بعض التجارب التي أجريت على الحيوانات ، حيث تم وضعها في مواقف مؤلمة لا يتوفر فيها أي فرصة للهروب من الألم ، مما قد يؤدي إلى توقفها عن المحاولة ، وهو ما يشابه إلى حد كبير ما يعتقد الناس بعدم قدرتهم على أداء المهام ، وهو الاعتقاد الذي سيمنع أي محاولة للتعلم في المستقبل ، حيث يؤكد أصحاب هذه النظرية وعلى رأسهم سليجمان أن التفسير الشخصي أو أسلوب التفكير الذي يعتمد الفرد في مواجهة موقف مجهود هو الآلية المسؤولة عن اكتساب العجز وأن هذا الأخير يمكن قياسه وملاحظته وتعديله (3 : Seligman , 1993) . فكلما كانت الأسباب المدركة للموقف قريبة من قدرة الشخص على الضبط والتحكم ازداد احتمال مواجهته للموقف بطريقة فاعلة * لكن بعض الأفراد يبررون فشلهم وعدم محاولتهم تجاوز أحداث سيئة تقع في حياتهم بعجزهم وضعفهم ويذكر ماك كين (Mc kean, 2002) أن العجز المتعلم مبني على ثلاثة عناصر:

◀ اللوم الذاتي (حدث بسببي أنا).

◀ تعميم الاضطراب (سيؤثر ذلك على كل ما أفعله).

◀ التعميم الثابت (سيصاحبني ذلك إلى الأبد).

لقد وجد أن بعض الأفراد بدل القيام بسلوك يساعدهم في استعادة السيطرة على الأحداث في بيئتهم فإنهم يتميزون بالسلبية ويتقبلون ما يحدث لهم ، كما يشعرون أنه ليس هناك ما يستطيعون فعله ويبدون كأنهم فقدوا الرغبة في الحياة حتى أن بعضهم يعتبر أن حياته قد انتهت وعند محاولة إقناعهم بأن لديهم مهارة عالية يحتاجها الجميع، فإنهم غالبا ما يقابلون ذلك بالمقاومة والاعتذار والتبريرات التي تعكس إحساسهم العميق بالعجز الذي يقودهم إلى (عسكر ، 1988 : 58-60):

◀ نقصان الدافع للسيطرة على النتيجة (نتيجة سلوكية).

◀ الاعتقاد بأنهم لا يستطيعون السيطرة على النتيجة.

◀ الخوف من عدم القدرة على السيطرة.

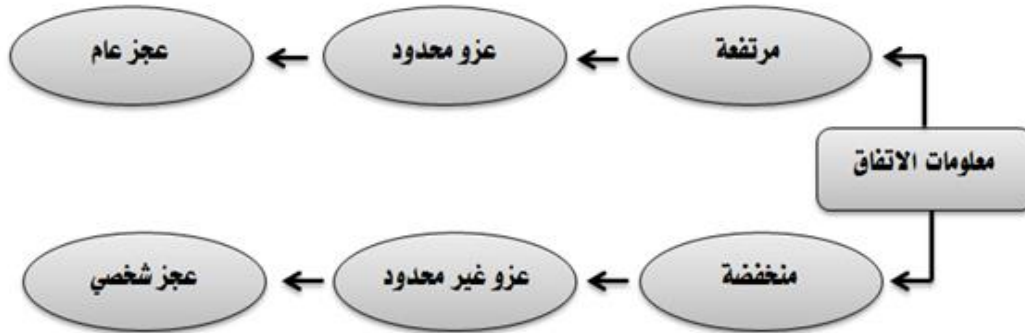
* يمكن القول أن العجز هو إحدى السمات الرئيسية لدى ذوي الضبط الخارجي كون هذا الأخير يعني اعتقاد الفرد بسيطرة قوى خارجية على الأحداث كما أنه يتميز بالسلبية وانخفاض درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن النتائج السلوكية، فالشخص العاجز يعتقد أن استجابته لن تكون فعالة في إنهاء الأحداث المجهدة والمؤلمة لأنه طور توقعات معممة باستحالة ضبط الأحداث البيئية ، بينما غير العاجز يعتقد أن استجابته ستكون فعالة في إنهاء المواقف لأنه نمت لديه توقعات معممة بأنه يمكن التحكم في الأحداث البيئية والسيطرة عليها .

6-4- نموذج العزو السببي المتعدد "Multiple Causal Attribution":

قام هارولد كيلي (Kelley 1973) بصياغة هذا النموذج معتمدا على جهود عدد من العلماء السابقين مثل جونز ودافيز وهاندر ، وكان هدفه في ذلك وصف وتفسير العزو الذي يقوم به الفرد لسلوكه وسلوك الآخرين والأحداث البيئية ، حيث اعتبر كيلي العزو السببي عملية معقدة ومركبة تدفع الفرد للوصول إلى تحكم معرفي «Cognitive Mastery» على البنى السببية في بيئته* إذ تفسر هذه النظرية ظاهرة العجز المتعلم من خلال التميز بين حالتين :

- حالة العجز العام : التي يكون فيها الفرد والآخرين غير قادرين على التحكم في نتائج الأحداث .
- حالة العجز الشخصي : ويكون فيها الفرد دون الآخرين غير قادر على التحكم في نتائج الأحداث.

يرى كيلي أن أساس اعتقاد الأفراد بعجزهم هو المقارنة بالآخرين أي ارتباط التقييم السلبي للذات بالتقييم الايجابي للآخرين (اعتقاده بأنهم يملكون القوة والمهارة والكفاءة لاجراز نتائج في موقف ما) (الفرحاتي، 2005: 142). فإذا اتفقت نتيجة الفرد في انجاز مهمة ما مع نتائج الآخرين تسمى الحالة بحالة العجز العام ، أما اذا اختلفت النتيجة فهو عجز شخصي ، والشكل التالي يوضح ذلك:



شكل رقم 16: مخطط العجز العام والعجز الشخصي وفق كيلي Kelley

* في مقال له سنة 1967 أكد كيلي على أنه ينبغي استخلاص النتائج من خلال الأسباب والاهتمام قبل كل شيء بالبنية السببية لهذه العملية ، فالفرد يعنى في المقام الأول بالتحكم المعرفي في البنية السببية للبيئة وهو ما يفسر اهتمامه بالقوى الخارجية. لذلك عرف كيلي العزو كعملية تحليل الخصائص الثابتة للموضوعات مع مراعاة مظاهرها المتغيرة (Deschamps, 1996: 216).

من خلال ما سبق وعلى الرغم من التقارب الكبير بين مفهومي مصدر الضبط والعزو السببي إلا أنه يمكن ملاحظة مجموعة اختلافات تتمثل عموماً حسب دوبوا في ثلاث فروق ثلاثة أساسية (Dubois, 1987 : 50) :

أولاً : مصدر الضبط توقع قبلي بينما العزو السببي يعبر عن حكم بعدي نتيجة موقف ما.
ثانياً : مصدر الضبط ينمي ربطاً بين السلوك والتعزيز في حين يركز العزو حول موضع السببية.
ثالثاً : مصدر الضبط يهتم بالتعزيزات أما العزو فيرجع إلى السلوك أو الحالات العاطفية للآخرين.
 فالعزو السببي يعني سلوكيات وحالات الفرد وهو ما يختلف مع مصدر الضبط (الداخلي/الخارجي) الذي يعني التعزيزات .

6-5- نظرية الدافعية المعرفية :

تتظر هذه النظرية التي وضعها إدوارد ديسي (1980) Deci إلى الأفراد على أنهم أعضاء فاعلون في البيئة التي يعيشون فيها وليسوا سلبيين خاضعين لقوى داخلية وخارجية ، فالإنسان كائن باحث نشط يسعى إلى معالجة المثبرات الجديدة بفعالية قصد الإنجاز وتحقيق الآثار كنتائج لنشاطه . وتنطلق هذه النظرية من افتراضين أساسيين (معمرية ، 2012 : 26-27) :

أولاً : أن لدى الفرد القدرة على تقرير ما يريد فعله عبر تفسيره للأحداث البيئية والمعلومات المتوفرة عن البيئة والتعامل معها من خلال قدراته المعرفية كالذاكرة والتفكير والتخطيط
ثانياً : أنه يشترك في عدد من الأنماط السلوكية من أجل الشعور بالكفاءة وتحقيق الذات والتحكم في تفاعله مع البيئة .

ويرى ديسي أن الأنماط السلوكية المدفوعة داخلياً تقوم على أساس حاجة الأفراد أن يكونوا أكفاء وفعالين ويرغبون في الشعور بفعاليتهم وقدرتهم على الضبط الذاتي لدى قيامهم بالسلوك ، فالفرد يكون حينها في انهماك عميق ومتواصل ورغبة في النشاط والفعل ، وهي سمات ذوي الضبط الداخلي الذين يتميزون بالتمكن والكفاءة ومحاولة السيطرة على البيئة وتطويعها لخدمتهم .

ففي بحث أجراه هسلر Hesler وجد أن هناك ارتباطاً ذو دلالة إحصائية بين الفعالية الذاتية والاعتقاد بالضبط الداخلي. كما أن الأفراد الذين يعتقدون أنهم يمارسون تأثيراً كبيراً على بيئاتهم بواسطة قدراتهم لديهم ضبط داخلي مرتفع ويتميزون بفعالية شخصياتهم وكفاءتها العالية لتحقيق الكفاءة وتحقيق الذات (أبو ناهية ، 1984 : 63).

7- قياس أبعاد الضبط :

تجدر الإشارة أنه في الأبحاث الأولى حول مصدر الضبط كان الاعتقاد أن هذا الأخير متغير أحادي البعد نسبياً (James, 1957; Phares, 1955; Rotter, 1966) ، لكن الأبحاث اللاحقة أظهرت أنه مركب متعدد الأبعاد ، ومن خلال العديد من السلالم أحادية البعد الخاصة بمصدر الضبط يمكن ذكر مقياس روتر (1966) الأصلي أو ما يطلق عليه اختصاراً ROT-IE ، و يتألف من 29 بنداً فعلى سبيل المثال كشفت الدراسات المتعلقة بصدق هذا المقياس وجود عاملين مميزين أو بعدين حدداً بالتحكم الفردي والأيدولوجي (Cherlin et Bourque, 1974; Gurin, Gurin et Morrisson, 1978).

وطور فارز (1976) Phares من جهته نسخة كاملة ، فيما قام فاليشا وأستروم (1974) Valecha & Ostrom بإعداد نسخة مختصرة متعددة الأبعاد وكذا مقياس كونيل (1985) Connell متعدد الأبعاد لإدراك التحكم لدى الأطفال الذي يستخدم طريقة استجابة وفق نموذج ليكرت ويتضمن 48 بنداً تعالج أبعاداً متنوعة (معرفية واجتماعية ...) ومن بين أشهر المقاييس المستخدمة نجد مقياس ليفنسون (1981) Levenson وهو مقياس من نوع ليكرت يضم 36 عبارة تتعلق بالسلوك الاجتماعي والالتزام الاجتماعي والسياسي لكن الملاحظ أنه لا يوجد حتى الآن إجماع حول الأبعاد رغم الاتفاق على ضرورة تكييف المقاييس تبعاً لمجال النشاط (Dubois, 1996). لذا يشدد بعض الباحثين على الأخذ بعين الاعتبار احتمال وجود بعد مزدوج في تفسير الطابع الداخلي يوصف بأنه فعال أي أن قياس الضبط ينطوي على تصور فعالية الفرد داخلياً وخارجياً أمام الأشياء والأشخاص (Diaz & Palos, 1984; De Minzi, 1989, 1991).

وكشفت الدراسات حول مقياس روتر أيضاً عن وجود اختلافات بينثقافية هامة للأبعاد المدروسة فقد وجد شيرلن وبورك (1974) Cherlin & Bourque استقراراً نسبياً في النتائج لدى مجموعة أفراد من أصول إثنية مختلفة فيما يتعلق ببعد الضبط الفردي ، ولكن ظهرت اختلافات كبيرة بين عينات من الأمريكيين البيض وآخرين من الأقليات العرقية في بعد الضبط الأيدولوجي ، وبعبارة أخرى فإن التصور النسبي لدرجة سيطرة الفرد على بيئته أو الأحداث التي تؤثر عليه قد يختلف من مجموعة إثنية إلى أخرى وفقاً لهدف القياس (Furnham, 1986; Levenson, 1974) ، ونتيجة لذلك أكدت ليفنسون (1973, 1974, 1976) Levenson على ضرورة تجاوز فكرة أحادية البعد ، وقامت بإعداد مقياس من ثلاثة أبعاد (داخلي، ذوي النفوذ، الحظ) والذي انطلق منه والستون وزملاؤه (1978) في بناء مقياس متعدد الأبعاد لمعتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم .

8- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط :

اعتبر روتر أن الأفراد يختلفون في مدى ضبطهم الداخلي أو الخارجي تبعاً لمفهومهم عن ذواتهم وعن مصدر التدعيم سواء كان داخلياً أو خارجياً أي أن مستوى الضبط يتعلق بعقيدة الفرد الداخلية عن العوامل الأقوى والأكثر تأثيراً وتحكماً في حياته والنتائج التي تظهر من خلالها ، وهو ما جعل البحوث التالية تميل إلى إثبات أهمية الضبط كمتغير أكثر اجتماعية . وفق هذا المنطلق النظري اعتبر العديد من الباحثين أنه من الضروري فهم طبيعة مختلف العوامل الداخلية أو الخارجية المؤثرة في تعزيز اعتقاد الفرد ، وسنحاول فيما يأتي تلخيص أهم العوامل المؤثرة في تشكيل مصدر الضبط .

8-1- التنشئة الأسرية :

تعتبر الأسرة الإطار المرجعي الأساسي للفرد عبر وظيفتها في عملية التنشئة الاجتماعية للأبناء فعن طريقها تكتسب الخبرات والعادات والقيم ، لذا يكاد يجمع العلماء على أهمية ما يتعرض له الطفل من تنشئة اجتماعية في إدراكه لمصدر قراراته وسلوكاته وإنجازاته ومن ثم تكوين اعتقاده في الضبط الداخلي أو الخارجي ، فأساليب المعاملة الوالدية تلعب دوراً هاماً في تشكيل مصدر الضبط من خلال النماذج والتعزيزات التي تقدمها للأبناء ، إذ ينعكس أسلوب الوالدين في التعامل مع بيئتهم على أبنائهم الذين يتكون لديهم الاعتقاد بأن مصادر نجاحهم أو فشلهم إنما تكمن داخل ذواتهم أو خارجها حسب ما يتلقونه من تنشئة سلبية أو موجبة في تكوين شخصياتهم خلال مواجهة المواقف المختلفة في الطفولة ، فالآباء المتناسكون في قراراتهم الذين يصغون لأبنائهم ويكافئونهم يسهلون نمو مصدر الضبط الداخلي عندهم (Brochum-Schweitzer, 2002: 231) .

وقد ذكرت صفاء الأعسر (1983) أن اتجاه الضبط الداخلي يتكون من خلال المعايير المستقرة التي تفرضها الأسرة وتعمل في إطارها من خلال المعاملة الوالدية القائمة على الدفاء والجو الديمقراطي . أما الأفراد الذين يدركون الضبط وفقاً لعوامل خارجية يصفون آباءهم بأنهم يستخدمون وسائل العقاب المادية والحرمان والحماية المفرطة ، وقد أكد ميكانا إلى أن الأطفال الذين لديهم ميل للضبط الداخلي عادة ما يتسمون بسمات القدرة على تحقيق الهدف والتحدي في مقابل الاعتمادية التي يظهرها الأفراد ذوو الضبط الخارجي (Mekenna , 2000 : 69) .

أي أن أغلب السلوك الوالدي الإيجابي كالرعاية والتدريب والاعتماد على النفس يزيد من درجة التحكم عكس الأطفال الفاقدون لآبائهم الذين يتسمون أكثر بالضبط الخارجي (حلمي ، 1984 : 31) فالمعاملة الوالدية الايجابية التي تعتمد فيها علاقة الطفل بالوالدين بصفة اساسية على الدفئ والتقبل والحماية المعقولة والشعور بالأمن وقلة النقد والعداء والتفاعل الايجابي ترتبط بالضبط الداخلي في حين ترتبط أساليب الرفض والعقاب والسيطرة والنقد والعدائية والتسلطية وغيرها بالضبط الخارجي وهو ما أكدته دراسات (Davis & Phares ,1969 ; Nowicki & Segal ,1974) غير أن دراسات أخرى توصلت إلى بعض النتائج المخالفة ، حيث وجدت أن العدائية والضغط من جانب الآباء ترتبط بالضبط الداخلي لدى الاناث وأن الدفئ والحماية الأموية لدى الذكور والاناث ترتبط بالضبط الخارجي (أبو ناهية ، 1989 : 60).

8-2- العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية :

تعد الجوانب الاجتماعية من العوامل المؤثرة في تحديد مصدر الضبط ، فالثقافة والقيم والمعايير والاتجاهات إضافة إلى المعتقدات الخاصة بثقافات المجموعات والطبقات التي ينتسب إليها الأفراد تلعب دورا كبيرا في تحديد اتجاه الضبط ، فقد أثبتت الدراسات أن الأفراد الذين ينشأون في مجتمعات عودهم على الاستقلال وتشجع فيهم القدرات الفردية وتؤكد على أهمية المبادرة وتحمل المسؤولية واتخاذ القرار يعتمدون على ذواتهم أكثر من خضوعهم لأسرهم مما ينتج عنه ضبط داخلي أكثر بينما وجد أن أفراد الطبقات الاجتماعية الدنيا يميلون إلى الضبط الخارجي لاعتقادهم بالحظ والصدفة والقدر وأن الأغنياء هم المسؤولون عن الخسارة والمعاناة ، فاعتقاد الفرد بالضبط الداخلي أو الخارجي يتشكل من تفاعله مع بيئته الاجتماعية ومن العلاقة الديناميكية التي تربطه بالعالم وتقويم الآخرين له وخبرات النجاح والفشل والتوقعات التي يعيشها والتي تتأثر بالمعززات البيئية (مقابلة ويعقوب، 1994 : 26).

إنطلاقا من الفكرة السابقة طرح كل من شوون و ليونس-أموس (Schoon & Lyons-Amos (2017) نموذجا اجتماعيا بيئيا ارتكز على مجموعة من النظريات المعرفية الاجتماعية من أجل تفسير كيفية تأثير الظروف الاجتماعية والاقتصادية الموضوعية على خصائص التفكير الفردي والشعور والسلوك ودراسة مدى قدرة الشباب على توجيه دورات حياتهم على الرغم من قيود بناء الهيكل الاجتماعي. بحيث تتشكل تلك القدرة من طبيعة الفرص المتوفرة والشبكات الاجتماعية والمؤسسات مع مراعاة تأثير عوامل الخطر الاجتماعية والاقتصادية المتعددة التي تؤثر على التجارب اليومية.

فقد أظهرت الأبحاث السابقة أن الشباب من أسر محدودة يميلون إلى ترك التعليم في وقت مبكر ومن المرجح أن يواجهوا مشاكل في الانتقال من المدرسة إلى العمل وكذا فترات أطول من البطالة من نظرائهم الأكثر تميزاً ، مما يزيد من النتائج النفسية والمهنية السيئة على المدى القريب والطويل بما في ذلك ضعف الدخل والبطالة المستمرة وقلة الرضا عن الحياة ومستويات أعلى من الشعور بالضيق (Bynner and Parsons ,2002 ; Mroz and Savage, 2006 ; Krahn and Chow, 2016) .

وتعددت الدراسات التي أكدت على العلاقة بين مصدر الضبط والعوامل السوسيو-اقتصادية حيث توصلت دراسة رايتز وغروف Reitz & Groof إلى أن العمال في الدول المتقدمة اقتصادياً (أمريكا واليابان) أكثر داخلية من نظرائهم في الدول النامية (المكسيك وتايلاند) (أبو ناهية ، 1992: 211). كما توصل وولك Walk إلى أن الوضعية المرغمة والمحيط القاسي يجعل من الفرد خارجي الضبط عكس المحيط الملائم والمريح لان الضبط الداخلي يرتبط بالتوافق وبالرضا .

8-3- مصدر الضبط ومراحل العمر؛

ذكرنا سابقاً أن روتر اشتق مفهوم الضبط من نظريته في التعلم الاجتماعي حيث اعتبره كنتيجة للتقديرات المحتملة ذاتياً للعائد المتوقع المبني على الخبرة ، وهو ما يشير إلى احتمال أن تتغير درجات الضبط الخارجي مع التقدم في العمر وما يصاحبه من زيادة في الخبرة. وفي هذا السياق أشارت دراسات (Costelo, 1982 ; Distefano & al. , 1977) إلى ارتباط الضبط الخارجي سلباً بالسن كما أوضحت دراسة (Rohner & al. ,1980) أن الضبط الداخلي يرتبط إيجاباً مع الزيادة في السن فالأطفال الذين يدركون أنفسهم مقبولون خلال علاقتهم بالوالدين يزداد نمو الضبط الداخلي بينهم في عمر 9-11 سنة مقارنة بمن يشعرون أنهم منبوذون والذين لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر ويفسر شولتز وهيكاوسن (Shultz & Heckhawsen ,1995) ذلك بأن محاولات التحكم والسيطرة على البيئة الخارجية تبدأ من مرحلة الطفولة وتصبح أكثر وضوحاً في سن 8 - 14 سنة ليزداد التوجه الداخلي مع التقدم في العمر (Shultz & Shultz :2012 :361) .

كما كشفت دراسة لاو (Lao(1974) أن هناك زيادة دالة إحصائياً في الإحساس بالكفاءة والفعالية الشخصية (الضبط الداخلي) في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد وهو ما يتفق أيضاً مع نتائج دراسة (Rychman & Malkikioski (1975) التي توصلت إلى أن الاعتقاد بالضبط يستقر خلال وسط العمر في سن 30 إلى 40 سنة (أبو ناهية، 1989: 187-188).

8-4- الفروق بين الجنسين :

جاءت أول إشارة للفروق بين الجنسين في مصدر الضبط من خلال ما ذكره روتر (1966) **Rotter** بأن تلك الفروق في الضبط الداخلي - الخارجي كانت ضئيلة ولم تصل إلى حد الدلالة الإحصائية ومن خلال استعراض البحوث التي تطرقت للفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالضبط الداخلي الخارجي نجد أنها كشفت عن نتائج مختلفة ، فقد توصلت دراسة (1981) **Shaw & Uhl** أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في الضبط الداخلي- الخارجي ، فيما وجدت **ستريكلياند (1989) Strickland** أن هناك فروقا في درجات الضبط ترجع إلى متغير الجنس دون أن تحدد اتجاه تلك الفروق .

وقد قام **أرتشر و واترمان (1988) Archer & Waterman** بمراجعة مجموعة من الدراسات والأبحاث فمن خلال تحليلهما لاثنتين وعشرين دراسة حول اتجاه الضبط لدى البالغين أكدت خمسة عشر منها أنه لا توجد فروق بينما وجدت ستة دراسات أن الرجال لديهم معدلات ضبط داخلي أعلى من النساء في حين أن دراسة واحدة فقط كشفت العكس. لذلك أكد الباحثان أنه ليس هناك ما يكفي من الأدلة لدعم فرضية الاختلاف الجنسي في وجهة الضبط خلال مرحلة البلوغ . من جهته وعبر دراسة طولية لثلاث سنوات بحث **كولاس (1996) Kulas** اتجاه الضبط لعينة من المراهقين حيث وجد في بداية البحث أن الإناث أكثر ميلا إلى الضبط الخارجي بينما الذكور أكثر داخلية ، كما أظهرت النتائج أيضا أن مرحلة المراهقة هي مرحلة الاستقرار النسبي فيما يتعلق بالضبط حيث لم يكن هناك تغير ملحوظ على مدى سنوات الدراسة الثلاث ، وفسر **كولاس** زيادة الضبط الخارجي لدى الفتيات كونه يرتبط بالتفكير الاجتماعي وميله نحو الطابع الذكوري.

من خلال ما سبق يمكن القول أن إدراك وضعية ما على أنها قابلة للسيطرة هو تقييم ذاتي يتكون من خلال التفكير في أنه يمكن للمرء أن يقرر ويتصرف لتعديل النتيجة. ولذا يعتبر **راسكل و إيراشابال** أن الضبط يعتمد على التقييم النسبي للتهديد والموارد الشخصية ، وأن نتائجه الإيجابية لا تستند فقط على تقييم الفرد للموقف وعلى اليقين من أن لديه ردودا سلوكية فعالة (7: 2001) **Rascl et Irachabal** . غير أن هذا التقييم قد يكون غير موضوعي أو ما يطلق عليه وهم السيطرة **Illusion of control** والذي عرفه **لانجر (1975) Langer** بأنه توقع الفرد لاحتمال نجاح أكبر بكثير من احتمال الموضوعي (28: 1987) **Dubois** . في حين يشير **وايز (1980, 1981) Weisz** أن وهم السيطرة يدفع كلا من الأطفال والبالغين إلى الاعتقاد بأنهم يتحكمون في وضعيات حيث تكون الصدفة سبب النجاح .

9- مصدر الضبط الصحي « Health locus of control » :

يعد مفهوم مصدر الضبط مفهوماً متعدد الأبعاد يمكن تطبيقه في مجالات متعددة ، وهو ما دفع والستون وزملائه (Wallston, Wallston & DeVellis (1978) إلى اقتراح مصدر ضبط متصل مباشرة بميدان الطب وعلم النفس الصحة من خلال تبنيهم فكرة اختلاف الأفراد في كيفية نظرهم لصحتهم وسلوكياتهم الصحية ، لذا انتقلت النظرة إلى مفهوم الضبط من فكرة المعتقدات العامة (روتر وليفنسون) إلى مفهوم جديد ينظر إليه كنوع من التفاعل الخاص ويعبر عن متغير مستقل يتنبأ ببعض المتغيرات الأخرى أو كمتغير تابع يمكن التنبؤ به من خلال متغيرات أخرى (Wallston & Wallston, 1981 : 209) .

فنظرية التعلم الاجتماعي لا يمكنها أن تفسر كل شيء حول سلوك الفرد بشكل عام والصحي على وجه الخصوص كونه أمر معقد ومتعدد الجوانب لذا اتجه الباحثون نحو مفهوم أكثر ديناميكية وأكثر تحديدا للضبط يعتبره كعملية انتقالية ناتجة عن تفاعل بين فرد يحمل مجموعة من المعتقدات العامة وموقف يحمل مجموعة من الخصائص (Bruchon-Schweitzer & al., 2001 :3).

وقد عرف مفهوم مصدر الضبط الصحي منذ تفرعه عن نظرية التعلم الاجتماعي تطبيقات واسعة في البحوث المتعلقة بالسلوك الصحي مرتكزا في ذلك على مبدأ أن الأفراد الذين يعتقدون بتحكمهم في صحتهم يكونون أكثر ميلا لتبني سلوكيات صحية إيجابية ، حيث وجد أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته. وحسب هذا المفهوم فإن ذوي التحكم الداخلي للصحة يعتقدون أن صحتهم مسألة تتعلق بما يقومون به من نشاطات صحية إيجابية، فيما يعتقد ذوو التحكم الخارجي أن صحتهم يتحكم فيها ذوو النفوذ من الأطباء والممرضين وعوامل خارجية أخرى مثل الحظ والصدفة (يخلف ، 2001 : 91) .

يعرف ساندرز وسولز Sanders & Suls مصدر الضبط الصحي بأنه يمثل درجة اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها سواء عن طريق عوامل داخلية أو خارجية (Sanders & Suls, 1989 :67).

بينما يعتبره وليامز وكوشر (Williams & Koocher (1998) كمجموع المعتقدات التي يتبناها الفرد فيما يتعلق بالتأثيرات الممكنة على صحته وعلى بداية ومسار المرض لديه ، وفي ذات السياق قدم كل من والستون وزملائه (Wallston & al. (1978) ورو وزملائه Rowe & al تعريفات مشابهة تتفق على أن ذوي الضبط الصحي الداخلي يعتقدون أن سلوكياتهم الخاصة والإجراءات التي يتخذونها تحدد النتائج المترتبة على أوضاعهم الصحية .

من هنا نجد أن الدراسات السابقة ذهبت مذاهب شتى في بحث وتفسير مصدر الضبط الصحي وعلى عينات مختلفة حيث ركزت عليه تارة عند فئات تعاني من اضطرابات ومشكلات صحية خطيرة وأمراض مزمنة وتارة أخرى على الارتباط بين التحكم والجانب الوقائي والصحي في مقابل الشعور بفقدان السيطرة وعدم التحكم (Rodin & al., 1989). حيث وجد أن المرضى الذين لديهم قدرة عالية على التعامل مع التحديات العاطفية للمرض (القدرة على التغلب على مخاوفهم) يميلون إلى بذل مزيد من الجهد خلال العلاج للحفاظ على علاقات جيدة مع طبيبيهم كما أنهم أكثر نشاطا في الحصول على المعلومات التي يحتاجونها، حتى لو كانت تولد مشاعر سلبية (Paquet, 2009 : 122).

إن إدراك فقدان التحكم في المرض له تأثير على فقدان القدرة البدنية وعلى التوتر النفسي لدى المرضى الذين يرون أن لديهم صعوبات في أداء مهامهم اليومية كمؤشر لعدم قدرتهم في السيطرة على المرض وآثاره الجانبية. وتشير الأدبيات إلى أن العجز البدني يرتبط بانخفاض الضبط المدرك عند المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة (Norton & al. , 2005)، ويقترح المنظرون أن الاعتقاد بالضبط من المرجح أن يقود الفرد إلى مواجهة المشكل بشكل مباشر ومحاولة حله بدل تجنبه (Aspinwall & Taylor, 1992; Devins & al., 1981) حيث تبين أن الضبط الخارجي مرتبط بالشعور بالضغط والحاجة للدعم الاجتماعي (Smith & Wallston, 1992)، في حين ارتبط الضبط الداخلي بمستويات أقل من الضغط (Christensen & al., 1991). مع ذلك هذه فإن تلك العلاقات تظهر فقط في السياقات الصحية حيث تكون هناك درجة معينة من السيطرة الشخصية وليس في حالات التهديد الصحي الحاد كجراحة القلب مثلا (Helgeson, 1992).

ويرجع الفضل أساسا إلى والستون وزملائه (Wallston & al. (1978) في نقل فكرة روتر الأساسية للمجال الصحي، إذ قاموا بتطوير مقياس للضبط الصحي أحادي البعد **Unidimensional HLC scale** وبدأوا استخدامه في دراسات خلال سبعينات القرن العشرين أقتنعهم نتائجها بأن الداخلية والخارجية أبعاد منفصلة، وإثر تقسيم ليفنسون (1974) مقياس روتر (I/E) إلى ثلاثة أبعاد قام والستون وزملائه بتطوير مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد (MHLC scale)، ومن ثم قسم ولستون، شتاين وسميث (Wallston, Stein & Smith (1994) البعد الثالث المتعلق بتأثير الآخرين إلى قسمين فرعيين هما الأطباء وغيرهم من الناس، وأخيرا أضاف والستون وآخرون (1999) مقياس فرعي جديد يتعلق بالمعتقدات حول الله كمصدر للضبط الصحي.

عبر دراساتهم الأولى أكد والستون وزملائه أن مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد أكثر قدرة من مقياس (I/E) على التنبؤ بالمعلومات المتعلقة بالصحة وبصورة خاصة للأشخاص الذين لديهم تقدير عالٍ للتعزيزات المتعلقة بصحتهم (Anderson, 2004 : 217) ، لذلك استخدم (MHLC) لأكثر من ربع قرن باعتباره واحداً من بين أكثر المقاييس كفاءة حول المعتقدات المتعلقة بالصحة ولأهميته في فهم والتنبؤ بالسلوكيات الصحية وتحديد المشاكل الصحية من خلال ثلاثة أبعاد رئيسية :

◀ **البعد الداخلي للضبط الصحي**: يشير إلى اعتقاد الفرد بتحكمه في صحته وسيطرته على مرضه بأنه نابع من عوامل ذاتية.

◀ **البعد الخارجي للحظ**: يشير إلى اعتقاد الفرد بتحكم عوامل الحظ والصدفة في سلوكه الصحي.

◀ **البعد الخارجي لذوي النفوذ**: إعتقاد الفرد بأن صحته تخضع لتأثير الآخرين (العائلة ، أطباء وغيرهم)

ومن خلال التحليل العاملي لمحاوّر هذا المقياس توصل تشابلن وآخرون (Chaplin & al. (2001) إلى أنه من الممكن قياس هذه المقاييس الفرعية بشكل منفصل ، كما أن معظم الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي في أبعاده الثلاث منفصلة وجدت أن الدرجات المتحصل عليها تقسم الأفراد إلى ثمانية أنماط محتملة كما يقترح والستون وزملائه انطلاقاً من الدرجات العليا أو الدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد وهذه الأنماط هي (جبالي نور الدين، 2007 : 61) :

▪ داخلي خالص (درجات مرتفعة على الضبط الداخلي ومنخفضة على بعدي نفوذ الآخرين والحظ)

▪ نفوذ الآخرين خالص (درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعدي الداخلي والحظ).

▪ حظ (صدفة) خالص (درجات مرتفعة على بعد نفوذ الحظ ومنخفضة على بعدي الداخلي والآخرين).

▪ خارجي مزدوج (درجات مرتفعة على بعد الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على بعد الداخلي).

▪ الاعتقاد في الضبط (درجات مرتفعة على بعدي الداخلي ونفوذ الآخرين ومنخفضة على بعد الحظ).

▪ النمط السادس (درجات مرتفعة على بعدي الداخلي والحظ ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين).

▪ المجيب بنعم (درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة).

▪ المجيب بلا (درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة).

على الرغم من ما سبق يبقى هذا المفهوم يحمل نوعاً من الغموض نتيجة بعض المشكلات المرتبطة به إن كان مثلاً يعبر عن حالة أو سمة وهل من الممكن أن يمزج الفرد بين البعدين الداخلي والخارجي ثم أنه في حالة طلب مساعدة طبيب مثلاً هل يعبر ذلك عن نفوذ الآخرين أم عن ضبط داخلي يتجلى في تحكم المريض في حالته من خلال اتجاهه للعلاج (Ogden,2012 : 40) .

9-1- مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالصحة والمرض؛

أصبح من المتعارف عليه اليوم وفق العديد من الأبحاث أن الحالة الصحية للأفراد ذوي الضبط الصحي الداخلي أفضل عموماً من نظرائهم من ذوي الضبط الخارجي (Cohen et Edwards, 1989) (Horner, 1991; Seeman, 1991; Rodin et Salovey, 1989; Hurrell et al., 1991) بمعنى أن هناك علاقة تمت ملاحظتها عبر مجموعة من الدراسات الطولية على عينات معتبرة بين الداخلية والصحة ففي دراسة شتومر وزملائه (Stürmer, Hasselbach & Amelang, 2006) التي استمرت لثمان سنوات على 5114 امرأة بين 40-60 سنة وفي صحة جيدة عند بداية الدراسة أظهرت ذوات الضبط الداخلي انخفاضاً في معدلات الاعتلال مقارنة بذوات الضبط الخارجي خلال المتابعة فضلاً عن انخفاض معدلات الوفيات بينهما. أما فيما يتعلق بالداخلية كعامل منبئ أثبتت الدراسات أنها ذات تأثير وقائي لدى المصابين بالسكري (Gilliland & Stevenson, 2006; Chamberlain & Quintard, 2001) والربو (Katz, Yelin, Eisner & Blanc, 2002). ومع ذلك ففي حالات الأمراض المزمنة والخطيرة التي تتطلب علاجاً طويلاً فإن الضبط الصحي قد يكون عرضة للتقلبات (Marks & al., 1986) فعلى الرغم من أن ذوي الضبط الداخلي أقل اضطراباً من الخارجيين في مواجهة المرض المزمن إلا أنهم يظهرون اضطرابات انفعالية أكثر في حالة استمرار تفاقم المرض وتدهور حالتهم الصحية كون جهودهم لتحسين حالتهم غير مجدية، فكيفية إدراك الفرد للسيطرة أثناء المرض سيكون لها تأثير مباشر على سلوكه تجاه نظام الرعاية الصحية (Burns & Mahalik, 2006).

قامت بروخون شويتزر وزملائها (2001) بتحليل ما يفوق سبعين دراسة بين سنوات 1964 و 1999 46 منها تتعلق بالتكيف الانفعالي و 16 أخرى حول الأداء الوظيفي و 10 دراسات تناولت أنماط الحياة لمعرفة ما إذا كان الطابع الداخلي حقا إيجابياً بينما الخارجي يمثل عجزاً، حيث وجدوا 58 دراسة تبين التأثير الإيجابي للداخلية في حين لم تظهر 14 دراسة فقط ذلك، كما وجد أن الأفراد الداخليين أفضل تكيفاً اجتماعياً من الخارجيين، أحسن صحة وروحاً معنوية وكانت أحكامهم بشكل أفضل (Alaphilippe & al., 1997; Bruchon-Schweitzer & al., 2001). إضافة إلى ذلك أظهرت أبحاث أخرى أن الداخليين أكثر قدرة من الخارجيين في تحمل مسؤولية رعايتهم الصحية عقب عملية جراحية (Johnson, Leventhal & Dabbs, 1971) وأكثر تبنياً للعادات الإيجابية المتعلقة بالنشاط البدني (Sonstroem & Walker, 1973).

على الصعيد البيولوجي النفسي فإن الأفراد الداخليين الذين يمكنهم التحكم في الوضعيات الضاغطة يكونون أقل نشاطا على مستوى بعض الأنظمة مثل محور (HPA) الذي ينتج هرمون الكورتيزول يقلل من فعالية الجهاز المناعي وبالتالي فهم أقل عرضة للإصابة بالأمراض المعدية الناجمة عنه (Bruchon-Schweitzer, 2002: 2043-244). كما حاول بولينى وزملائه (2004) فحص هذه العلاقة أيضا عبر تحريض الضغط ، فوجدوا أن المشاركين الذين يرون أن لديهم سيطرة على المهمة يبدون استجابة بيولوجية أقل للضغط (Bollini & al., 2004). ومن جهة أخرى خلص باقيه (Paquet 2006) من خلال دراسته بفرنسا حول العلاقة بين الضبط والرغبة في التحكم والقلق إلى التأكيد أن الأفراد الذين يفكرون ويرغبون في السيطرة على المواقف عادة ما يكونون أقل قلقا ، ومع ذلك قد تصبح داخليتهم غير متكيفة ومسببة للأمراض في وضعيات غير قابلة للتحكم (Paquet , 2006 : 102).

من المعروف اليوم أن عددا كبيرا من الأمراض الخطيرة تجلب معها مشاعر قوية من فقدان التحكم فعادة ما يشعر المرضى الذين تعرضوا لنوبات قلبية أو تم تشخيص إصابتهم بالسرطان أنهم لم يعودوا يسيطرون على أجسادهم وعضوياتهم مما يفقدهم الشعور بالسيطرة على مصائرهم وخططهم المستقبلية وغالبا ما يصاحب هذا الشعور مشاعر أخرى بالعجز واليأس والضيق والسلبية ، وهذا الأمر مماثل لما يحدث خلال مشكلات صحية مزمنة أخرى كالتهاب المفاصل وأمراض القلب و نقص المناعة... حيث يرتبط الشعور المنخفض بالضبط والتحكم مع زيادة الأعراض الاكتئابية (Carver & al. , 2000; Naus & al. , 2005). فعلى سبيل المثال وجد أن المرضى الذين يعتقدون بقوة تأثير الآخرين يتبعون بدقة خطة العلاج المقترحة ، لكنهم يواجهون ضغوطا أكثر من الأفراد ذوي الضبط الداخلي أمام بعض المواقف كأن يكون الطبيب غير متوفر أو عندما يجب وقف العلاج أو عندما يتم إبلاغهم أنه لا يمكن التنبؤ بنتيجة المرض أو أنه غير قابل للشفاء نظرا لأن لديهم انطبعا بأن الآخرين لديهم قدرة التأثير على مسار المرض ، ومن جهتهم فإن من يعتقدون أن المرض يرجع إلى سوء الحظ سيكونون على علاقة متوترة مع الفريق الطبي مما يجعلهم يختبرون أكثر أعراض الاكتئاب والقلق (Williams & Koocher, 1998). فيما بحث هورنر (1996) العلاقة بين ضغوط الحياة ، مصدر الضبط والمرض الجسدي حيث وجد أن الضبط الخارجي يرتبط بمستويات أعلى من الضغوط الفعلية والعصبية كما أنه مرتبط بتجربة المرض ، وبشكل أكثر تحديدا تشير هذه النتائج إلى أنه بالإضافة إلى الضغوط قد يكون مصدر الضبط الخارجي مؤشرا للمرض الجسدي (Horner, 1996 : 197-199).

10- العوامل المؤثرة في معتقدات الضبط الصحي :

انطلاقاً مما سبق ذكره يتضح أن النتائج الصحية الأفضل ترتبط عادة بمستويات عالية من الضبط الداخلي ، ومع ذلك فإن مصدر الضبط الصحي الداخلي لا يعني بالضرورة الالتزام بسلوك صحي دائم للفرد ، فبالنسبة لبعض الأفراد قد يعني وجود معتقدات ضبط داخلي إلقاء اللوم على أنفسهم كونهم مسؤولون عن تلك النتائج . أي أن تلك المعتقدات حول صحة الفرد هي إلى حد ما تنبؤية بالسلوكيات الصحية للأشخاص لكنها تفسر فقط اختلافاً نسبياً حول التباين في السلوك الصحي حيث أن غالبية هذه الدراسات التي ذكرت أعلاه تصف تأثيرات أكثر فائدة للداخلية مقارنة بالخارجية ومع ذلك فإنه من الحكمة توطيد هذه النتائج عبر إجراء بحوث إضافية ، نظراً لوجود متغيرات مختلفة اجتماعية ديموغرافية كالعمر والقيم الاجتماعية وقيم الصحة والثقافة وخصائص الموقف المختلفة ... وقد تتفاعل كل هذه العوامل وتؤثر على معتقدات الفرد حول صحته بصورة مباشرة أو غير مباشرة فمن الصعب تمييز درجة تأثير تلك المتغيرات على النتائج الصحية نظراً لعدم وجود تمييز واضح بين العوامل المستقلة منها والوسيطية ومدى توجيهها للمعتقدات الصحية نحو الداخلية أو الخارجية وسيحاول الباحث في ما يأتي تقديم لمحة مختصرة حول تلك العوامل:

10-1- العوامل الاجتماعية :

أثبتت البحوث وجود تفاوتات صحية بين الفئات السكانية كما أن القوى الاجتماعية والاقتصادية تؤثر على السلوكيات الصحية ومهارات التكيف الفردية إضافة إلى وجود بعض عوامل الخطر النفسية الاجتماعية والبيئية التي تلقي بظلالها على أنماط السلوك الصحي الفردي ، ونذكر هنا ما أبرزه التقرير الأسود البريطاني (British Black Report (Townsend & Davidson, 1982) من الأدلة على عدم المساواة في الصحة والموارد والخدمات بين الفئات الاجتماعية مما استدعى موجة من البحوث حول التأثيرات الاجتماعية على الصحة ، ومن ثم نشرت منظمة الصحة العالمية (WHO (1998) المحددات الاجتماعية للصحة والتي تم تحديثها في طبعة ثانية عام 2003 ، حيث يقدم هذا المنشور مجموعة من الأدلة البحثية حول المحددات الاجتماعية للصحة في مجالات عدة (الطبقة الاجتماعية والاستبعاد الاجتماعي والدعم الاجتماعي والحياة المبكرة والضغط النفسي والعمل والبطالة والإدمان والغذاء وغيرها ، والدور الذي يمكن أن تلعبه السياسة العامة في تشكيل بيئة اجتماعية تدعم الصحة

وقد لاحظ علماء الأوبئة وعلماء الاجتماع أن بعض المجتمعات السكانية لديهم معدلات مرض مرتفعة أو مشاكل صحية غير قابلة للتفسير القائم على أساس الفروق الفردية مما يعني أن التدخل الجماعي قد يكون أكثر فعالية من استهداف السلوكيات الفردية، وهو ما أدى إلى التحول من التركيز الحصري على النظريات الفردية للسلوك الصحي والحاجة إلى تضمين مفاهيم الحياة الاجتماعية وكان أحد آثار هذا التحول هو البدء في التفكير في الأفراد كجزء لا يتجزأ من المجتمعات المحلية باعتبار أن عوامل الخطر مثل النظام الغذائي والتدخين غيرها هي أعراض لأسباب اجتماعية أعمق من سوء الصحة . (Stephens , 2008 : 8)

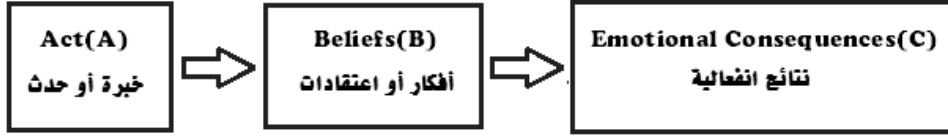
10-2- عوامل تتعلق بالفرد:

شغلت مسألة اختلاف الأفراد في توقعاتهم وأنماط عزوهم لمختلف الحقائق المتعلقة بصحتهم ومعتقداتهم الصحية اهتمام الكثير من الباحثين ، فرغم مما تم إثباته من أثر عوامل الخطر البيئية والدور الذي تلعبه المتغيرات السوسيوثقافية في تكوين تلك المعتقدات إلا أن الفرد يبقى حجر الأساس في كل البحوث المتعلقة بالمعتقدات الصحية والسلوك الصحي عموماً ، فمصدر الضبط الصحي وفق ما ذهب إليه عدد من الباحثين لا يعدو كونه عاملاً تنبؤياً يرتبط بالكثير من الخصائص الفردية وخاصة في الأمراض المزمنة كون المريض يعيش خبرة المرض ويتصوره بأسلوبه الخاص بوصفه وضعية انتقالية قد تقصر أو تطول مدتها ، وبالتالي فإن معتقداته الصحية هي محصلة تفاعل للكثير من المتغيرات المعرفية والشخصية الأخرى ، وسنحاول هنا إلقاء الضوء على بعض هذه العوامل :

10-2-1- العمليات المعرفية وأنماط التفكير:

يعتبر الانتباه والإدراك والذاكرة والتفكير والذكاء وغيرها من العمليات المعرفية التي يعتمدها الأفراد للحصول على المعلومات و حل المشكلات واتخاذ القرارات محددات أساسية في تكوين معتقداتهم وفي هذا السياق حدّد إليس Ellis الأساس المعرفي للسلوك في معادلة ترتكز على افتراض أن النتائج الانفعالية غير المرغوبة ليست نتيجة حتمية للحدث ، بل هو نتاج الأفكار أو الاعتقادات الخاطئة التي يتبناها الفرد ، فهناك علاقة تكاملية بين الإدراك والتفكير والانفعال والسلوك ولكي نفهم السلوك المدمر للذات ينبغي فهم كيفية إدراك الفرد وتفكيره وانفعاله .

عبر إليس عن تلك العلاقة من خلال معادلته العقلانية الانفعالية السلوكية المركبة * التي شملت العلاقة بين الأحداث ودلائلها والمعتقدات والعواقب الانفعالية والسلوكية لهذه المعتقدات.



شكل رقم 17: مخطط نظرية إليس (ABC)

ويشير إليس إلى أن نسق الاعتقادات يتكون من جزأين هما: الأفكار العقلانية والأفكار اللاعقلانية حيث تتصف الأولى بأنها واقعية منطقية تساعد الفرد على تحقيق أهدافه والتوافق النفسي والاجتماعي والتحرر من الاضطرابات الانفعالية ، أما الأفكار الثانية فهي أفكار دوغماتية مطلقة غير واقعية وغير منطقية وغير مرنة يعبر عنها الفرد في شكل وجوبيات تؤدي إلى هزيمة الذات و تكون مسؤولة عن معظم الأعراض المرتبطة بالضغط لدى الفرد (Gillilan & al., 1984). والاضطرابات الصحية ليست سوى نتاج التفكير اللاعقلاني الذي يعود بجذوره إلى التعلم المبكر غير المنطقي الذي اكتسبه الفرد من أطراف عملية التنشئة الاجتماعية.

من جانبه يرى بيك Beck أن ردود الفعل الانفعالية ليست مجرد استجابات تلقائية مباشرة للمثير الخارجي، إنما يجري تحليل المثيرات وتفسيرها من خلال نظام معرفي داخلي، وينتج عن عدم الاتفاق بين هذا النظام والمثيرات الخارجية وجود الاضطرابات النفسية ، وأن ردود الفعل التي يستجيب بها الناس لكثير من المواقف تكون منسقة، مما يوحي بأن هذه الاستجابات توجهها مجموعة من القواعد التي تشكل الأساس الذي تنطلق منه التفسيرات والتوقعات (يوسف، 2001: 101) ، فالأفراد الذين يمتلكون مستوى منخفض للتفكير المعرفي يقبلون التفكير غير المنتج والانفعالات المؤلمة والضغط المزمنا بالمقارنة مع من لديهم تفكير معرفي عميق تتضح لهم بوضوح العلاقة بين التفكير والخبرات يكونون متكيفين لخفض مزاجيتهم ويميلون إلى التحدي ، كما يرون خبرتهم الحياتية كقاعدة لتفكيرهم الشخصي تجعلهم أكثر تواضعا وفتحا تجاه مصداقية أي نوع من التفكير وأن وجهة نظرهم ليست حقيقة مطلقة.

* يعتبر إليس رائد العلاج العقلاني الانفعالي (1977). والواقع أن نظريته هذه تعد تطورا لتصور فلسفي، حيث اعتمدت على مقدمة منطقية تقضي بأن الناس يتحكمون في أقدارهم بما يحملونه من قيم ومعتقدات والتصرف بموجبها، مفترضا أنهم يصبحون مضطربين لأنهم حيوانات مفكرة يتصرفون على نحو غير مميز طبقا لأفكار زائفة (فايد، 2001: 354).

وقد ذكر عبد الستار إبراهيم مجموعة من أساليب التفكير المسببة للاضطراب يلخصها الجدول التالي:

جدول رقم 07 : يوضح أساليب من التفكير تصنع الاضطراب (إبراهيم ، 1994 ، 193)

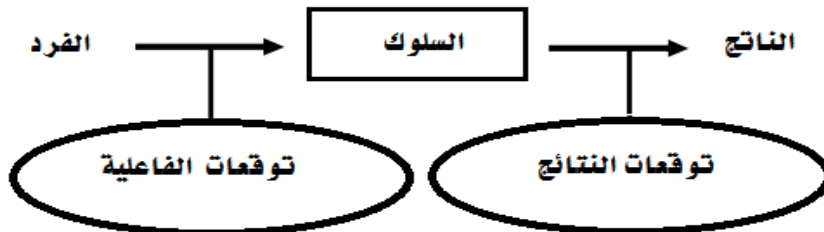
أسلوب التفكير	معناه
المبالغة والتهويل	- اضعاف دلالات مبالغ فيها على الموضوعات المحايدة أو التي يتعذر تفسيرها. - المبالغة في إدراك جوانب القصور الذاتي والتهوين من المزايا والنجاح الشخصي.
التعميم	- تعميم خبرة سلبية منعزلة عن الذات ككل.
الثنائية والتطرف	- إدراك الأشياء على أنها إما سيئة تماما أو لا شيء (عدم القدرة على إدراك أن الشيء الذي يبدو سلبيا قد ينطوي على فائدة الآن أو مستقبلا) أو إدراكها إما بيضاء أو سوداء.
التجريد الانتقائي	- أو الانتقاء السلبي، وهو يعني عزل خاصية عن سياقها العام، مع تأكيدها في سياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.
أخطاء الحكم والاستنتاج	- إدراك أن الموقف ينطوي على تهديد أو خطر والقفز إلى الاستنتاجات دون وجود دلائل على ذلك.
التأويل الشخصي للأمور	- أن ينسب الشخص لنفسه مسؤولية النتائج السلبية في المواقف التي يمر بها.
التفسير السلبي لما هو إيجابي	- تفسير الأمور التي تبدو بشكل واضح أنها إيجابية وسلبية، تفسيرها سلبيا.
قراءة المستقبل سلبيا وحتميا	- التوقع السلبي للمستقبل والتصرف كما لو كان هذا التوقع حقيقة وواقع محتوم.

أما في مجال العلاقة بين العمليات المعرفية ومصدر الضبط توصل كل من ديوسيت وولك (1973) إلى أن الأفراد الذين لديهم اعتقاد بالضبط الداخلي أظهروا في المواقف التي تمثل مشكلة بالنسبة لهم حساسية عالية وقدرة كبيرة في الحصول على المعلومات من بيئاتهم واستخدامها في الوصول إلى حل ناجح لهذه المشكلة ، كما تبين من دراسة سترايكلاند (1977) Strikland أن ذوي الاعتقاد بالضبط الداخلي كانوا أكثر نكاه ونجاحا في العمل الأكاديمي مقارنة بذوي الاعتقاد في الضبط الخارجي وفي البيئة العربية بمصر ، وجدت فاطمة حلمي حسن علاقة موجبة بين الاعتقاد في الضبط الداخلي والحصول على درجات مرتفعة في اختبارات التفكير الابتكاري والقدرة العقلية العامة على عينة من طلاب التعليم الثانوي (حلمي ، 1992) ونفس الشيء توصل إليه فاروق عبد الفتاح موسى (1985) (معربية ، 1995 : 101-102) .

10-2-2- دافع الكفاءة وفاعلية الذات المدركة :

اعتبر وايت (1959) White أن الإنسان يولد ولديه دافع السيطرة على البيئة وسماء بدافع الكفاءة ويتجلى هذا من خلال أنماط متعددة من السلوك مثل ابتهاج الأطفال عند تحريكهم لألعابهم وإحداثها أصواتا ، وهو شعور التأثير على البيئة أي إدراك الطفل أن نشاطه يمكن أن يجعل البيئة تستجيب له بطريقة يقع زمامها في يده ، ويرى وايت أننا لا نستطيع التعامل مع البيئة إلا إذا عرفناها فمجموع النشاطات المعرفية التكيفية التي يقوم بها الفرد لمحاولة معرفتها والسيطرة عليها الهدف منها هو تحقيق الكفاءة أو الجدارة التي يعرفها بأن تعني الملاحظات المستمرة والصعبة للأحداث في البيئة من قبل بعض الأفراد تجعلهم يشعرون بالرضا عن الذات أكثر من أولئك الذين الذين يميلون لممارسة حياتهم بأكبر قدر من البساطة (أبو ناهية ، 1984 : 6) .

من جانبه اقترح البرت باندورا (1977 ; 1986 ; 2003) Bandura في نظريته المعرفية الاجتماعية مبدأ الحتمية التبادلية بين العوامل البيئية والذاتية وكذا سلوك الفرد الذي يتبع بدوره مخططات محددة واستخدم في ذلك الكثير من المصطلحات المتقاربة مثل : فاعلية الذات ، الإحساس بالفاعلية الذاتية الفاعلية المدركة ، الفاعلية الشخصية المدركة ، معتقدات الفاعلية ... وقد عرف فاعلية الذات المدركة بأنها المعتقدات التي يكونها الفرد حول قدراته في تنفيذ أمر ما أو مواجهة موقف محدد، وهذا لا يعني أن إدراك الفاعلية يرتبط بالضرورة بالقدرات الفعلية للفرد إنما أيضا تصور الفرد حول طبيعة الموقف ومتطلباته (Bandura,2003:28) . أي أن المفهوم يشير إلى إدراك الفرد أنه مسؤول عن حياته الخاصة وأنه يؤثر في مجرياتها عبر سلوكه الشخصي ، فحينما يشعر أنه متحكم بها يزيد إدراكه لفاعلية ذاته مما يساعده على اختيار وتوجيه سلوكاته وأفكاره وانفعالاته ودافعيته أمام المواقف المختلفة.



شكل رقم 18 : مخطط للعلاقة بين توقعات الفاعلية وتوقعات النتائج وفق باندورا (Bandura, 1997 : 195)

ويرى بندورا أن ذوي فاعلية الذات يكونون قادرين على تنفيذ السلوك المناسب الذي يحقق نتائج مرغوبة تخدم صحتهم وتزيد من ثقتهم وقدراتهم على مواجهة التحديات في حياتهم اليومية ووفقا لذلك فقد يكتسبون عادات صحية سليمة ويتخذون سلوكيات وقائية عكس الذين يفتقرون إلى فاعلية الذات فيتصفون بالعجز والتشاؤم وعدم الثقة (يخلف، 2001 : 104). حيث يرى أن العوامل النفسية الاجتماعية لها تأثير على الممارسة الصحية وقد تعمل فاعلية الفرد الذاتية على تنظيم كل من نشاطه النفسي الاجتماعي وعاداته الصحية بطرق عدة من خلال تأثيرها على :

- ◀ ما يختاره الفرد من نشاط في حياته اليومية.
- ◀ مستوى الجهد الذي قد يبذله للوصول لهدف معين في حياته المهنية أو الشخصية.
- ◀ مستوى الضغط الذي سيعاني منه لدى مواجهته مطالب المحيط وتحدياته .
- ◀ طبيعة تفكيره وتصوراتهِ للواقع.

رغم أن مفهوما الكفاءة وفاعلية الذات متقاربان بدرجة كبيرة لدرجة استعمالهما أحيانا بصورة متوازية إلا أن هناك اختلافات حقيقية بين المفهومين ترجع أساسا إلى أن مفهوم الكفاءة الذي يعرف بأنه حاجة فطرية للسيطرة على البيئة يستند إلى التجارب السابقة في حين أن الفاعلية الذاتية هي الإدراك الذي بني على مر الزمن ويشير إلى معتقدات الأفراد حول الوصول إلى هدف مستقبلي حيث تزيد التغذية المرتدة الإيجابية من الشعور المتصور بالكفاءة وتعزز الدافع الذاتي .

وقد أكدت عدة دراسات أن الكفاءة الذاتية تشكل عاملا منبئا بأنواع مختلفة من السلوك الصحي (Schwarzer, 1992; Schwarzer & Fuchs, 1996) ، مما جعل شوارزر (1994) يقترح أنها تشكل محددًا رئيسيًا للعديد من السلوكيات ذات الصلة بالصحة مما جعل المفهوم يدرج في العديد من النماذج النظرية المفسرة للمعتقدات الصحية والتي سنتطرق لبعضها لاحقا ، وعلى الرغم من ذلك فقد انتقدت هذه النظرية بسبب فشلها في دمج التأثيرات الاجتماعية (Lyons & Chamberlain , 2005 : 78) .

10-2-3- التناول- التشاؤم:

- إزداد الاهتمام خلال السنوات الأخيرة بمفهوم التناول في مجالات علم النفس من خلال دراسة آثاره المفيدة على الأفراد الأصحاء والمرضى. ويعود هذا المفهوم في جذوره إلى نظريتين أساسيتين :
- نظرية الأنماط التفسيرية (Overmier & Seligman, 1967 ; Seligman & Maier, 1967) .
 - نظرية سمة التناول (Scheier & Carver, 1985 ; 1992 ; Scheier, Carver & Bridges, 2002) .

ورغم أن كلا النموذجين ينظران إلى المفهوم من وجهة نظر معرفية إلا أنهما اختلفا في تفسيره فمن ناحية يراه شاير وكارفر كسمة شخصية محددة لتوقع الفرد أحداث مواتية بشكل عام في المستقبل ومن ناحية ثانية يراه سليمان وزملاؤه كخاصية تستند إلى الأسلوب التفسيري (Trottier & al., 2007: 3) وعلى العموم يمكننا القول أن التناؤل نظرة استبشار نحو المستقبل تجعل الفرد يتوقع الأفضل من خير ونجاح ويستبعد ما خلا ذلك في حين يعبر التشاؤم عن توقع سلبي للأحداث القادمة يجعل الفرد ينتظر حدوث الأسوأ ويتوقع الشر والفشل ويستبعد ما عدا ذلك إلى حد بعيد (عبد الخالق، 1998: 45).

فهناك من يرى بأن التناؤل والتشاؤم سمة واحدة ولكنها ثنائية القطب Bipolar أي قطبان متقابلان متضادان لكل مركز واحد ونقطة واحدة عليه بحيث يقع بين التناؤل المتطرف والتشاؤم الشديد وهو الأمر ذاته في بعد الانبساط / العصابية ، فدرجة التناؤل المرتفعة تعني درجة منخفضة للتشاؤم والعكس صحيح ، وهناك من يرى غير ذلك أي أن التناؤل والتشاؤم سمتان مستقلتان لكنهما مترابطتان ويذهب شاير وكارفر (1990) إلى اعتبار أن الفرد المتناؤل يكون أفضل تكيفا للانتقالات الحياتية المهمة من الفرد المتشاؤم الذي يكون في وضعية أكثر معاناة وتوقع الأسوأ في حياته الحاضرة والمستقبلية لأن التوقعات التشاؤمية المبالغ فيها والمفرطة في التعميم تؤدي إلى رؤية المستقبل كامتداد للحاضر وفي حالة ظهور مشكلة ما مستعصية في الزمن الحاضر فإنه لن يكون بمقدوره أن يجد لها حلا. هذا ومن جهة أخرى فإن الآليات التي تربط التناؤل بمخرجاته قد تختلف تبعا لنوع التناؤل تحديدا وتعد الصحة واحدة من تلك المخرجات (Peterson, 1988; Peterson, Seligman, & Vaillant, 1988; Scheier & Carver, 1987, 1992) ، ويبدو أن هذا الرابط يعكس مسارات مختلفة بما في ذلك القدرة المناعية (Udelman, 1982 ; Scheier et al., 1999; Segerstrom, Taylor, Kemeny & Fahey, 1998) غياب المزاج السلبي (Weisse, 1992) والسلوك الصحي (Peterson & al., 1998) .

10-2-4- الدعم الاجتماعي المدرك (PSS) Perceived social support:

هو مفهوم ذو استعمالات كثيرة وواسعة في البحوث المتعلقة بالمرض ، حيث عرفه بروسيدانو وهيلر (1983) Prociano & Heller بأنه التأثير الشخصي للمساعدة التي يقدمها المحيطون للفرد ومدى شعوره باحتياجاته وتوقعاته (Bruchon-Schweitzer, 2002: 333). ووفق هذا التعريف ينظر إلى الدعم كمفهوم متعدد الأبعاد يشير إلى خصائص ووظائف العلاقات الاجتماعية والموارد المادية والنفسية المتاحة للأفراد من خلال علاقاتهم الشخصية (Hartmann, 2007: 38).

وينبغي التمييز بين الدعم المتلقى Received social support الذي يمثل المساعدة الفعلية التي يتلقاها الفرد من قبل محيطه الاجتماعي (Bruchon-Schweitzer, 2002: 331) وهو الجانب الوظيفي من الدعم لذا يعتبر عنه هارتمان بالدعم الموضوعي حيث يمثل السلوك المساعد الذي يتضمن أفعالاً محددة معترف بها عموماً باعتبارها جهوداً متعمدة لمساعدة شخص سواء بشكل تلقائي أو بناء على طلبه (Hartmann, 2007 : 36) ، والدعم المدرك Perceived social support الذي يشير إلى تصور واعتقاد الفرد حول كافة أشكال المساندة التي يحتاجها من الآخرين* (غانم، 2009 : 217) ، والتي تختلف وفق طبيعة الأنشطة التي نفذت للمساعدة ، ولعل تصنيف هاوس (House 1981) هو الأكثر شهرة في هذا المجال حيث يميز أربعة أنواع من الدعم لكل منها وظيفة:

- ❖ **الدعم الانفعالي:** يشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي يتلقاها الفرد أو يتوقع تلقيها من الآخرين.
- ❖ **الدعم الأدائي:** يشمل أشكال المساندة المادية التي يتلقاها الفرد أو يتوقع تلقيها من الآخرين.
- ❖ **الدعم بالمعلومات:** من خلال النصائح والمعلومات والمهارات.
- ❖ **دعم الأصدقاء:** من خلال ما يقدمه الأصدقاء لبعض في المواقف الضاغطة.

يؤثر الدعم الاجتماعي في الحالة الصحية للإنسان بشكل مباشر بصرف النظر عن وجود التوتر أو مستواه وذلك من خلال إحداث تغييرات عاطفية تؤثر في الجهاز المناعي أو الهرموني العصبي وتعزيز الشعور بالانتماء إلى جماعة يمكن أن يعزز المزاج الإيجابي والشعور بالتحكم الشخصي كما يعمل على زيادة الثقة بالنفس وتعزيز السلوكيات الصحية التي تمنع ظهور المرض وتبطؤ تقدمه (طشوش، 2015: 452). وقد أبرزت دراسات مختلفة الصلة بين السلوكيات الصحية والدعم الاجتماعي فعلى سبيل المثال فإن دعم الأسرة سيؤثر على رفاة كبار السن ويسهل تبني سلوكيات تعزز الصحة ويزيد معدل النشاط البدني (Anderson & al., 2006 ; Jang & So, 2004 ; Kaplan & al., 2001) فيما ارتبط الدعم الاجتماعي الذي ينظر إليه بأنه منخفض بخطر أعلى من القلق والاكتئاب والضغط التالي للصدمة والشكاوى الجسدية المتكررة (Pedersen & al., 2002) كما ارتبط الشعور بالوحدة وانخفاض الدعم العاطفي مع زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية (Sorkin & al., 2002).

* يعتبر مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية البداية الحقيقية لظهور مصطلح الدعم الاجتماعي ، لكن لبرمان (Libarman 1982) أكد أن الدعم الاجتماعي مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، حيث يعتمد على إدراك الفرد لشبكات الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يثق بهم ويستند على علاقاتهم بهم .

10-2-5- الذكاء الانفعالي Emotional intelligence؛

حضي هذا المفهوم باهتمام واسع في البحوث النفسية خلال السنوات الأخيرة لدرجة اعتبره جولمان (1995) أحد العوامل الهامة التي تحدد مدى نجاح الفرد في الحياة وتحقيقه الرفاهية النفسية حيث يؤكد وجود عقليين أحدهما انفعالي والآخر منطقي وهما مجالان شبه معتمدين على بعضهما وفي أغلب الأوقات يتناسقان بشكل دقيق ، فالمشاعر أساسية بالنسبة للتفكير والتفكير أساسي للشعور لكن إذا تجاوزت المشاعر ذروة التوازن يتغلب العقل العاطفي على الموقف ويكتسح العقل المنطقي (منسي ، 2002 : 347-348). وكان جاردر Gardner أشار في نظرية الذكاء المتعدد أن الذكاء الانفعالي يتكون من مكونين هما: الذكاء الشخصي الداخلي وهو قدرة الفرد على فهمه لمشاعره والتحكم فيها وكذا الذكاء الشخصي الخارجي الذي يشير إلى القدرة على فهم مشاعر الآخرين وتكوين علاقات وارتباطات ايجابية معهم (حسين، 2005: 11).

فالأفراد ذوو الذكاء الانفعالي المرتفع يميلون لامتلاك مهارات إيجابية عالية في مواجهة الضغوط والمشكلات التي تعترض حياتهم كما أن كفاءتهم الانفعالية تمكنهم من ضبط والتحكم في مشاعرهم وجعلها تحت السيطرة فهم واثقون من أنفسهم ، متفائلون كما أنهم يتكيفون بشكل أفضل مع الضغوط ويعززون الفشل إلى شيء يمكن تغييره بحيث يمكنهم أن ينجحوا فيه لاحقا ، في حين أن الأفراد ذوي الذكاء الانفعالي المنخفض لا يمتلكون تلك المهارات الإيجابية في التعامل مع الضغوط والمشكلات وهم سلبيون يشعرون بالضعف العجز واليأس وقلة الثقة في ذاتهم لذلك يعززون فشلهم إلى الحظ والصدفة أو القدر أو إلى صعوبة المهمة وسرعان ما يستسلمون لأنه ليس بإمكانهم التغيير من الأمر. وفي هذا الإطار أكدت دراسة لمانا (2001) Lamana وجود ارتباط دال إحصائيا بين الذكاء الانفعالي وال ضبط الداخلي ، كما وجد ستوك (1996) Stock أن القدرة الوجدانية تدرج في المجالات الداخلية للفرد وأنها تحتل دورا أكثر أهمية من العوامل الأخرى. أما دراسة نويكي وآخرون (1989) Nowicki & al. فتوصلت إلى أن الأفراد ذوي الضبط الخارجي لديهم اضطرابات وجدانية وهم أقل دقة في التعرف على تعبيرات الآخرين كما أنهم يعانون من صعوبات في تجهيز المعلومات.

إضافة الى ما سبق ذكره اهتمت الكثير من الدراسات بأثر عوامل أخرى في تشكيل معتقدات الفرد المتعلقة بالصحة كون مصدر الضبط الصحي يرتبط ارتباطا موجبا بالعديد من الأبعاد الأخرى التي تدخل في صلب سيكولوجية الفرد ومنها الثقة بالنفس ، تقدير الذات ، التدخين ، القلق ...

10-3- عوامل تتعلق بالمرض؛

يقتضي تكيف الفرد مع المرض المزمن أن يدمج بين مرضه وحياته بطريقة أو بأخرى فكل الأمراض المزمنة تقريبا تتطلب بعض التغيير في أنشطة المريض وعاداته وفي مستوى تكيفه فمرضى السكري مثلا عليهم ضبط غذائهم وربما أخذ حقن الأنسولين اليومية ، وحتى حين لا يكون السرطان نشطا فعلى المرضى الذين أصيبوا به أن يظلوا يقظين لأي إشارة تنذر بعودة المرض وكذلك الأمر بالنسبة لمرضى الجلطة الدماغية و القلب ، الذين لا بد لهم من إجراء تغييرات جوهرية في حياتهم اليومية نتيجة للقصور الجسمي والنفسي الناجم عن المرض ، إذ أن المريض غير القادر على دمج مرضه المزمن مع حياته هو مريض ربما يكون عاجزا عن الالتزام ببرنامجه العلاجي فتطوير إحساس واقعي بالمرض وبالقيود التي ينطوي عليها وينمط العلاج الذي يتطلبه تشكل جميعا عناصر أو عمليات مهمة في التكيف مع المرض المزمن (تايلور، 2008 : 526-528):

10-3-1- معتقدات حول طبيعة المرض؛

ثمة مشكلة يمكن أن تظهر أثناء عملية التكيف مع المرض المزمن تتمثل في تبني المريض نموذجا غير مناسب لمرضه وخصوصا النموذج الحاد ، فمريض ضغط الدم مثلا قد يعتقد خطأ أنه إذا شعر بتحسن فلا حاجة به للدواء بحجة أن المشكلة تحت سيطرته ، وتبعاً لذلك يتوقف عن مراقبة حالته أو متابعتها (Nerenz, 1979 ; Ringler, 1981) ، وعليه فمن المهم بالنسبة للقائمين على تقديم الرعاية الصحية أن يتحروا عن طبيعة فهم المريض لمرضه وعن أي ثغرات أو سوء فهم في معرفته للمرض مما قد يعيق إدارته الذاتية (Heijmans & De Ridder , 1998).

10-3-2- معتقدات حول أسباب المرض؛

من بين المعتقدات التي يحملها المريض ذات الصلة بتكيفه بعيد المدى إدراكه لأسباب المرض واعتقاده بإمكانية السيطرة عليه ، فالمريض بمرض مزمن أو حاد كثيرا ما يطور نظرياته الخاصة حول مرضه وأسبابه والتي تتضمن عددا كبيرا من الخواطر والأفكار حول مسائل كثيرة و متنوعة تبدأ بالضغوط والإصابة الجسمية والبكتيريا المسببة للمرض وتنتهي بالآخرين وبالقدر وإرادة الخالق ويعد لوم الذات في المرض المزمن أمرا شائعا ، حيث يعتبر المريض أنه هو من جلب المرض لنفسه نتيجة أفعاله ومثل هذه النظرة قد تكون صحيحة في بعض الحالات ، فالعادات الصحية السيئة مثل

التدخين ، الغذاء غير المناسب وقلة التمرين يمكن أن تسبب أمراضا عديدة كأزمات القلب والجلطات الدماغية والسرطان. ومن ناحية أخرى هناك من الأبحاث ما يشير إلى أن لوم الذات ربما يكون تكييفياً حيث يعكس محاولة المريض أخذ زمام المبادرة في السيطرة على المرض و فهمه له.

10-3-3- معقدات حول مدى السيطرة على المرض :

تشير الأبحاث أيضا إلى أن المرضى الذين يعتقدون بسيطرتهم على مرضهم هم في وضع أفضل من أولئك الذين لا يرون أنفسهم قادرين على السيطرة ، فبعض المرضى قد يعتقدون أنهم قادرين على منع عودة المرض من خلال العادات الصحية الجيدة أو بمحض الإرادة ، وقد يعتقد آخرون أن بإمكانهم السيطرة على المرض عن طريق الالتزام بالعلاج وتوصيات الطبيب (Helgeson,1992) كما تبين أن المرضى الذين يكونون في حالة جسمية أو نفسية اجتماعية متدنية يكون تكييفهم أسهل حين يدركون أنهم يسيطرون على مرضهم (Thompson & al.,1993).

11- بعض النماذج النظرية المفسرة للمعتقدات حول الصحة :

خلال الربع الأخير من القرن العشرين كان هناك تطور تدريجي لعدة نماذج تفسيرية حول السلوك والقضايا ذات الصلة بالصحة ، حيث اشتقت أغلب تلك النماذج من أسس نظريات التعلم الاجتماعي وتحديدًا نظرية المثبر والاستجابة (SR) التي أكدت على أن التعزيزات كافية لتفسير التعلم والسلوك والنظرية المعرفية التي ركزت على دور توقعات الفرد ، أي أن السلوك يتأثر بالقيمة الذاتية للنتيجة والتوقع بأن إجراء معين سيحقق تلك النتيجة ، فالأفراد يدفعون إلى تحقيق أقصى قدر من المكاسب وتقادي أكبر قدر من الخسائر. ونجد هنا أن أعمال تولمان (1932) ولوين (1935) Lewin والتي عرفت بـ " نظرية قيمة التوقع Value-Expectancy Theory " كانت ذات أثر بارز في صياغة تلك النماذج عبر استخدامها لتفسير السلوك الصحي. ومن جهة أخرى تم تطوير عدد من النظريات لشرح كيف تتوسط المعتقدات الصحية بين الضغط والمرض عبر أربعة مستويات (Ogden,2004) :

- السلوك الوقائي: أي الحفاظ على نمط حياة صحي من خلال الاعتقاد بالقدرة على منع المرض.
- السلوك بعد المرض: كيف تسمح معتقدات الضبط للفرد بتغيير السلوك بعد المرض.
- الحالة الفزيولوجية : تأثير معتقدات الفرد مباشرة على صحته من خلال التغيرات الفسيولوجية.
- المسؤولية الشخصية: فبعض المشاعر قد تؤدي إلى سلوكيات غير صحية بالتالي إلى المرض.

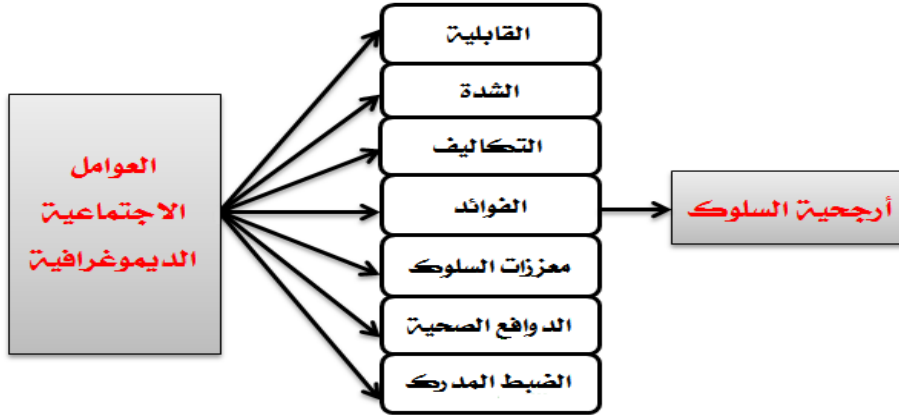
لقد أعطت العديد من المقاربات النظرية للصحة دورا للمعتقدات كمحددات أساسية للسلوكيات الصحية أو سلوكيات الخطر ، وبالتالي الحالة الصحية للأفراد الذين يكونون تحت سيطرتها بشكل غير مباشر من خلال أنماط الحياة التي يختارون اعتمادها. وهناك العديد من النماذج السلوكية المعرفية الشائعة في هذا المجال نذكر من بينها :

1-11- نموذج المعتقدات الصحية (HBM) Health Belief model :

طور هذا النموذج من قبل روزنتوك (1966) Rosenstock ثم عبر أعمال بيكر ، ماينمان وروزنتوك (1974, 1975, 1984) Becker, Mainman & Rosenstock قصد التنبؤ بالسلوكيات الصحية الوقائية والاستجابة السلوكية للعلاج لدى المصابين بأمراض مزمنة ، ومع ذلك فقد استخدم في تفسير الكثير من السلوكيات المرتبطة بالصحة ، وتنص الفكرة الأساسية لهذا النموذج على أنه يمكن التنبؤ بتلك السلوكيات من خلال مجموعة من المعتقدات المركزية التي أعيد تعريفها بشكل مستمر عبر السنوات وتتمثل في تصور الفرد حول (24: Ogden,2004) :

- ◀ قابلية الإصابة بالمرض (على سبيل المثال إمكانية إصابتي بسرطان الرئة مرتفعة).
- ◀ شدة المرض (سرطان الرئة مرض خطير).
- ◀ التكاليف التي ينطوي عليها تنفيذ السلوك (التوقف عن التدخين سوف تجعلني معكر المزاج).
- ◀ الفوائد التي ينطوي عليها تنفيذ السلوك (التوقف عن التدخين سيوفر لي المال).

لقد تم تعديل واستكمال هذا النموذج الأولي من قبل بيكر وماينمان (1975) Becker & Mainman بإضافة عامل خامس يتمثل في دور المواقف المحفزة للأفراد ، ومن ثم أضاف بيكر وروزنتوك (1984) Becker & Rosenstock فئتين من المحددات: الأولى اجتماعية - ديموغرافية والثانية فردية كما أضاف الباحثان أيضا تأثير بعض المحفزات الداخلية (تصور الأعراض) وأخرى خارجية (تلقي رسائل الوقاية) كما تم تنقيحه بإضافة عامل آخر هو الدافع الصحي ليعكس استعداد الفرد للقلق حول المسائل الصحية (أنا قلق من أن التدخين قد يضر صحتي). ثم اقترح بيكر وروزنتوك (1987) أيضا عامل الضبط المدرك (أنا واثق من أنه يمكنني التوقف عن التدخين) وكل هذه العوامل أدرجت في النموذج النهائي (الشكل 19). وتتمثل الميزة الأهم لنموذج (HBM) في أخذه المعتقدات المشتركة للأفراد بعين الاعتبار ، وبهذا كان له تأثير كبير على تطوير برامج الوقاية وإعادة التأهيل المختلفة: السل والسرطان والإيدز ومؤخرا أمراض القلب والأوعية الدموية (405 : Bruchon-Schweitzer, 2014).



شكل رقم 19: مخطط المفاهيم الأساسية لنموذج السلوك الصحي (HBM)
(Ogden, 2004 : 25)

دعمت العديد من الدراسات ما ذهب إليه نموذج (HBM) ، فبعضها توصل إلى أن الالتزام ببعض السلوكيات الصحية ارتبط بإدراك الأفراد حول المشاكل الصحية ذات الصلة واعتقادهم بأنها شديدة وتصورهم أن فوائد السلوك الوقائي تفوق تكاليفه (Becker & al. 1977; Becker & Rosenstock ; 1984) كما قام نورمان وفيتير (Norman & Fitter (1989) بتحليل سلوك اللجوء إلى الفحص الطبي ووجدوا أن الحواجز المتصورة هي أعلى المؤشرات المنبئة به ، وبالإضافة إلى ذلك أكدت الأبحاث أيضا على دور معززات السلوك لا سيما الخارجية منها كالمدخلات الإعلامية التي تستخدم لتغيير المعتقدات وبالتالي تعزيز السلوك الصحي مستقبلا (Sutton 1982; Sutton & Hallett 1989) . وبالرغم من ذلك فقد توصلت بعض الدراسات إلى نتائج متضاربة حيث وجد مثلا جنز وبيكر (Janz & Becker (1984) أن السلوكيات الصحية ترتبط بتصورات الشدة المنخفضة وليس العالية (Ogden, 2004 : 25-26) .

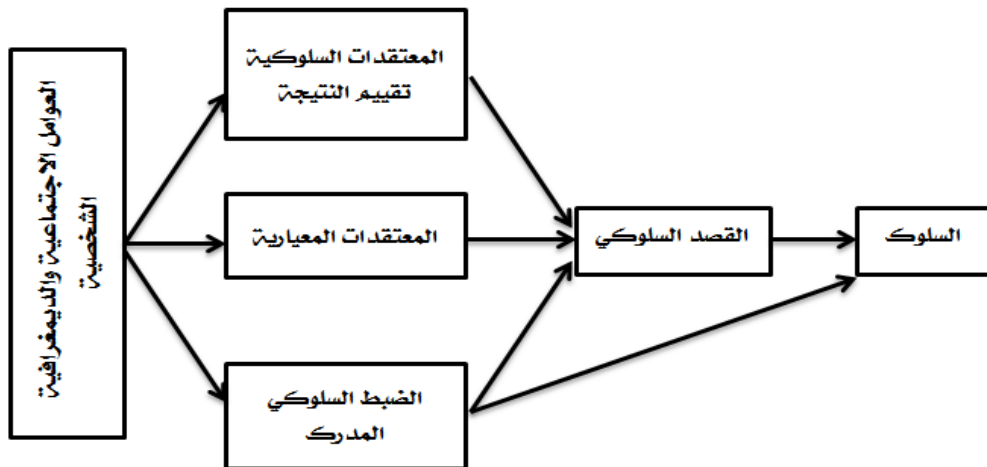
تم انتقاد نموذج (HBM) بسبب تلك النتائج المتضاربة إضافة إلى عدة نقاط ضعف أخرى منها:

- تركيزه على المعالجة الواعية للمعلومات عبر مقارنة الإيجابيات والسلبيات.
- تركيزه على الفرد دون توضيح الدور الذي تلعبه البيئة الاجتماعية والاقتصادية.
- غموض العلاقة المتبادلة بين مختلف المعتقدات الأساسية وكيف ينبغي قياسها .
- عدم تحديد دور العوامل الانفعالية مثل الخوف والحرمان.
- أكد ليفنثال وزملاؤه (Leventhal & al. (1985) أن السلوك المرتبط بالصحة يرتبط بتصور الأعراض بدل العوامل الفردية كما انتقده شوارزر (Schwarzer (1992) في فكرة عدم التغيير والتنمية والمعالجة.

2-11- نظرية السلوك المخطط (TPB) Theory of planned behaviour

قام أجزن (Ajzen, 1985, 1991) بتطوير هذه النظرية السلوكية المعرفية لتكملة نموذج الفعل المنطقي الذي أعده رفقة فيشبين (Ajzen et Fishbein, 1980) من خلال دمج مفهوم الضبط أو التحكم المدرك المستمد من مفهوم الفاعلية المدركة ، أي أن حدوث السلوك الفعلي يتناسب مع مقدار التحكم الذي يمارسه الفرد على سلوكه وقوة نواياه لتنفيذ هذا السلوك ، ففي مقال له عام 1985 افترض أجزن أن فاعلية الذات متغير هام لتحديد القوة التي ينوي بها الفرد تحقيق سلوك ما بالإضافة إلى الموقف والمعايير الذاتية ، وأن سلوك الإنسان يتحدد من خلال ثلاثة أنواع من المعتقدات (Ajzen , 1991) :

- ❖ **المعتقدات السلوكية:** تمثل الاحتمال الشخصي الذي يضعه الفرد بأن هذا السلوك سوف يقود إلى نتيجة معينة ، فعلى الرغم من أنه قد يملك العديد من المعتقدات السلوكية فيما يتعلق بأي سلوك إلا أن عددا قليلا نسبيا منها يمكن الوصول إليها بسهولة في لحظة معينة. وهذه المعتقدات التي يمكن الوصول إليها - بالاشتراك مع التقييم الشخصي للنتائج المتوقعة - تحدد الموقف السائد تجاه السلوك.
- ❖ **المعتقدات المعيارية :** تشير إلى توقعات الآخرين من الفرد والدافع للامتثال لهذه التوقعات حيث افترض أن هذه المعتقدات بالاشتراك مع دافع الشخص للالتزام تحدد المعيار الشخصي السائد.
- ❖ **الضبط السلوكي المدرك:** يتمثل في اعتقاد أن الفرد أن بإمكانه أن يعتمد سلوكا صحيا أو وقائيا ويتوقف هذا الاعتقاد على مجموعة من العوامل الداخلية (القدرات والمعلومات والجهود) وأخرى خارجية (الفرص والعقبات) التي تؤثر على السلوك بشكل مباشر أو غير مباشر.



شكل رقم 20: مخطط لنظرية السلوك المخطط TPB (Ajzen , 1991)

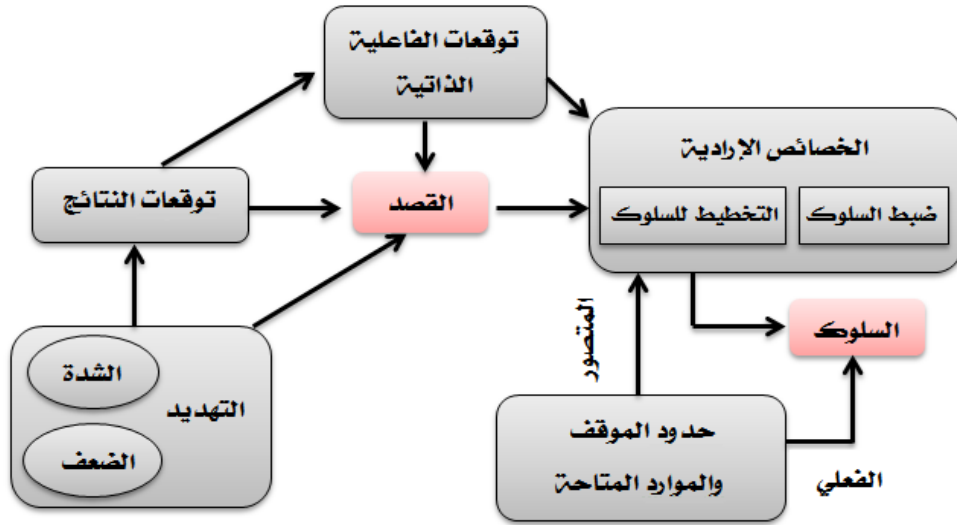
بالمجموع تؤدي هذه المعتقدات الثلاث إلى تشكيل ما أطلق عليه القصد السلوكي أو النية السلوكية حيث يفترض أن الضبط المدرك لا يؤثر فقط على السلوك الفعلي بشكل مباشر ولكن أيضا بصورة غير مباشرة من خلال النية السلوكية ، فكلما كان الموقف والمعيار الشخصي أكثر ملاءمة للسلوك (تفضيلاً) وكان الضبط المدرك أقوى فإن نية الفرد للقيام بسلوك معين ستكون أقوى. لهذا تكمن أهمية النموذج حسب أوغدن (2004) في أنه يؤكد على دور القصد أو النية السلوكية في تبني سلوك صحي ويمكن تعديل هذه النوايا من خلال مواقف الفرد والآخرين حول السلوك والتحكم المدرك في السلوك (الداخلية أو الخارجية) وكذا من خلال الفوائد أو التكاليف المتصورة.

رغم أن نموذج (TPB) حاول معالجة مشكلة العوامل الاجتماعية والبيئية (المعتقدات المعيارية) إلا أنه انتقد من قبل شوارزر (1992) بسبب إغفاله للعنصر الزمني وعدم وصف ترتيب تلك المعتقدات أو أي اتجاه للسببية (Ogden, 2004 : 33-34) .

11-3- نموذج خاصة السلوك الصحي (HAPA) Health Action Process Approach :

قام شوارزر بتطوير هذا النموذج أواخر الثمانينات للتغلب على الفجوات التي تركتها النماذج السابقة من خلال الدمج بين النظريات: المعرفية الاجتماعية لباندورا ، الفعل المبرر لفيشين وأجزن (1975) ونظريات الإرادة (Heckhausen & al. ; 1983) وتطبيق هذا التوليف في مجال تغيير السلوك الصحي ومنذ ذلك الحين قدم الباحثون عددا من الأدلة التجريبية التي تدعم الافتراضات الأساسية لهذا النموذج عبر التمييز بين مرحلتين : التحفيزية التي تؤدي إلى وجود نية سلوكية والسلوكية التي تتضمن الانخراط في السلوك الصحي الفعلي (Schwarzer & Luszczynska , 2008 : 142) .

احتفظ شوارزر ببعض العوامل من النماذج السابقة مثل القابلية والشدة المدركة ، المعتقدات ، النية وفاعلية الذات المدركة كمحددات تنبؤية حول السلوكات الصحية في الوقت الذي حاول فيه التمييز بين المرحلة التحفيزية والسلوكية ، فالأولى تتأثر بعوامل مختلفة مثل التهديد المدرك (الضعف والشدة) المعتقدات والخصائص الذاتية والمعايير الاجتماعية حول السلوك (المتغيرات النفسية والشخصية السن ، الجنس ، المهنة ، التدين والضبط المدرك). ومن ثم فإنه لأجل تبني سلوك صحي معين يجب أن تتحول النية الخاصة بالسلوك إلى سلوك فعلي يحافظ الفرد عليه ، ولا يتحقق ذلك من خلال الإرادة فقط لكنه ينطوي على مهارات واستراتيجيات ذاتية (الكفاءة الذاتية والتخطيط) .



شكل رقم 21: مخطط لنظرية خاصية السلوك الصحي HAPA (Schwarzer, 1992)

يؤكد نموذج HAPA على مفهوم فاعلية الذات الذي يلعب دورا تنبئيا هاما في نية السلوك كما يسهم في الحفاظ عليه من خلال تأثيره في المرحلة الثانية على السلوك عبر العوامل الإدراكية حيث وجد أن فاعلية الذات المدركة مهمة في جميع مراحل عملية تغيير السلوك الصحي لكنها لا تشكل دائما نفس البنية إذ يعتمد معناها على الوضع الخاص للأفراد ، لذلك ميز شوارزر بين ثلاثة أنواع من الفاعلية الذاتية (Schwarzer , 2016 : 121-122) :

- ❖ **فاعلية العمل Action self-efficacy** : كما تسمى فاعلية ما قبل العمل و تشير إلى المرحلة الأولى من العملية أي قبل أن يتصرف الفرد ولكن يتطور الدافع للقيام بالسلوك ، فالأفراد ذوو فاعلية الذات العالية في العمل يتوقع النجاح أكثر ويتصورون النتائج المحتملة عبر استراتيجيات متنوعة.
- ❖ **فاعلية التعديل Maintenance self-efficacy** : أو فاعلية المواجهة وتمثل المعتقدات التفاوضية حول قدرة الفرد على التعامل مع الحواجز التي تواجهه أثناء قيامه بالسلوك الصحي.
- ❖ **فاعلية الاسترجاع Recovery self-efficacy** : تأتي بعد تجربة الفشل والانتعاش من الانتكاسات وترتبط بإيمان الفرد بالعودة إلى المسار الصحيح بعد خروجه عنه.

تم انتقاد نموذج HAPA بالرغم من كونه أكثر ديناميكية من النماذج السابقة بحجة أنه كتلك النموذج أهمل دور المحددات العاطفية في التنبؤ باعتماد السلوكيات الصحية على الرغم من تأثيرها المرجح جدا على نية واعتماد السلوكيات كما أنه لم يحدد حقا دور العوامل الاجتماعية والبيئية .

11-4- نموذج الأصول الصحية Salutogenesis Model * :

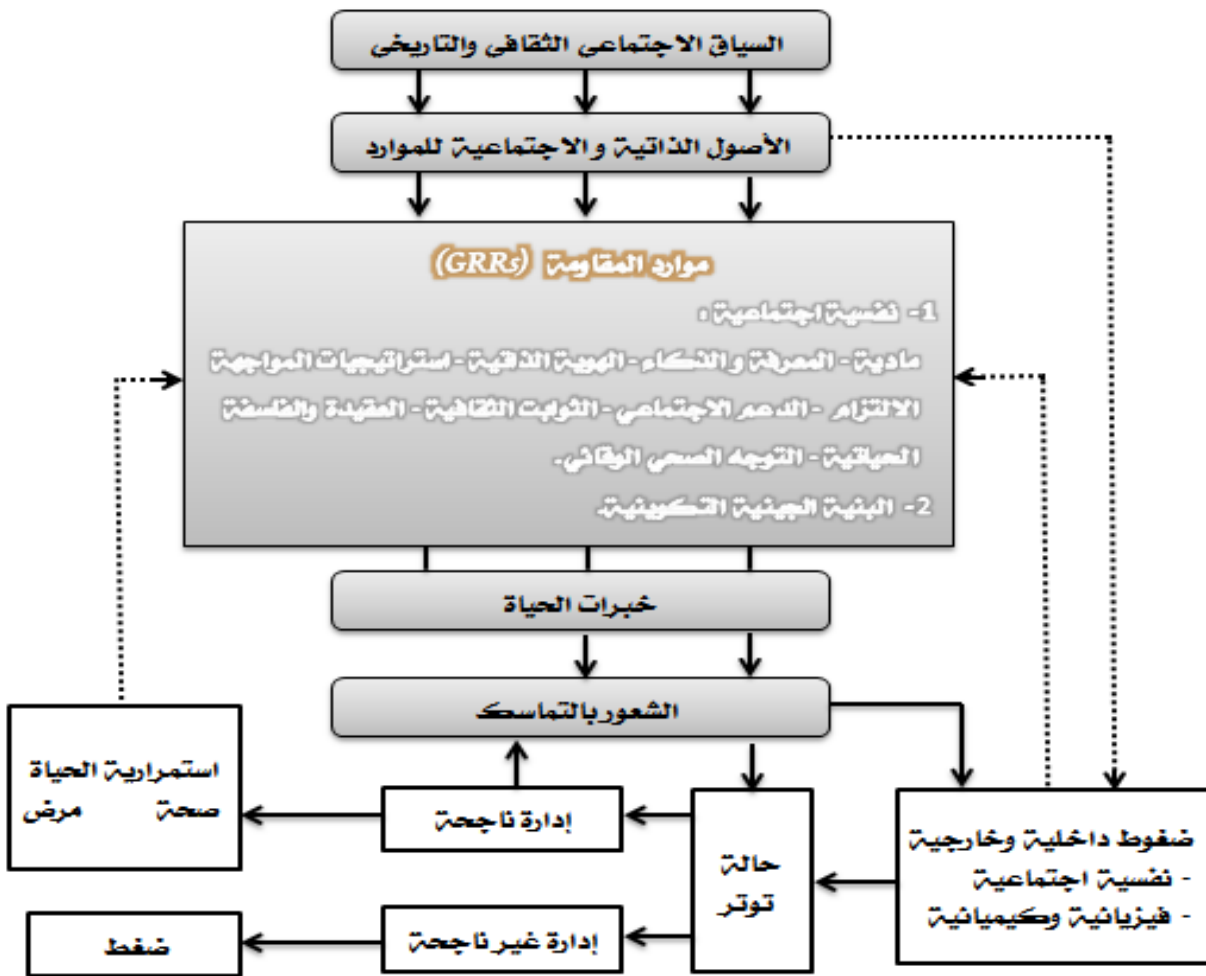
مبادئ هذا النموذج مستمدة من أعمال أنتونوفسكي (1979-1996) Antonovsky التي ركزت أساساً على البحث عن العوامل التي تجعل الناس أصحاء خاصة أولئك الذين يعيشون في ظروف صعبة بدلاً من التحقيق في أسباب سوء الصحة ، ففي وقت مبكر من حياته المهنية ركز أنتونوفسكي اهتمامه على بحث العلاقة بين الطبقات الاجتماعية والصحة وبعد ذلك لتأثيرات الضغوط على الصحة ومن ثم تحول تركيزه إلى مجال الصحة العامة من خلال بحث العلاقات السببية بين عوامل الخطر والأمراض مثل التدخين والسرطان وكذا الكوليسترول وأمراض القلب... حيث نظر إلى الضغط النفسي على أنه حدث سلبي يزيد من قابلية وخطر تحطيم الأفراد ، لذلك يذكر أن الضغط والمرض يحدثان في كل مكان وعلى الدوام وأن الفوضى والإجهاد جزء من الحياة والظروف الطبيعية لذلك فمن الغريب أن العضوية قادرة على البقاء على قيد الحياة مع كل هذا (Lindström & al. , 2006 : 240) .

إن المبدأ الأساسي لنظرية الأصول الصحية يتمثل في التركيز على خلق الصحة وفهم أسبابها لا أسباب المرض (Antonovsky, 1996; Lindstrom & Eriksson, 2006; Eriksson & Lindstrom, 2008) فوفق أنتونوفسكي ينظر إلى الصحة على أنها حركة متصلة على محور بين سوء الصحة (Dis-ease) والصحة الكلية (Ease) ، وكان التساؤل هنا حسبه هو ما الذي يفسر الحركة نحو القطب الصحي ؟ وكجواب على هذا السؤال أطلق ما أسماه موارد المقاومة (GRRs) Generalized resistance resources مشيراً إلى خصائص الفرد أو الجماعة أو الوضعية التي تساعد على مواجهة الضغوطات الكامنة في الوجود الإنساني ، كما قام بتطوير مفهوم الشعور بالتماسك (SOC) Sense of Coherence وعرفه على أنه وسيلة لمساعدة الناس على رؤية العالم بأنه منطقي معرفياً وسيلياً وعاطفياً (Antonovsky , 1996 : 15) حيث يتضمن هذا الشعور ثلاثة مكونات رئيسية:

- الدلالة Meaningfulness أي الرغبة في التعامل.
- إمكانية الفهم Comprehensibility بمعنى فهم التحدي.
- إمكانية الإدارة Manageability أي الإيمان بتوفر موارد للمواجهة.

* يعود أصل التسمية "Salutogenesis" إلى اللاتينية وهي كلمة مركبة من شقين (salus) وتعني الصحة و (genesis) التي تعني الأصل ، وقد ميز أنتونوفسكي بين هذا المصطلح ومصطلح آخر هو Pathogenesis الذي يهتم بالتعرف على الأسباب المؤدية للمرض.

تمثل موارد المقاومة حسب هذا النموذج مجموعة العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية والمادية نذكر منها مثلا المال والمعرفة والعلاقات الاجتماعية واحترام الذات والثقافة والسلوكيات الصحية التي تدعم الناس على إدراك حياتهم بشكل واضح ومتماسك وهي بذلك تشكل الأساس الذي يقوم عليه الشعور بالتماسك والذي يشير بدوره إلى قدرة الناس على المستوى الفردي والجماعي على استخدام تلك الموارد في التعامل مع ضغوط الحياة بطريقة فعالة ، إذ يعبر عن شعور دينامي لدى الفرد بالثقة أن المثبرات الداخلية والخارجية في الحياة منظمة وقابلة للفهم والتنبؤ مع توفر الموارد لتلبية المطالب الناجمة عنها اضافة إلى اعتبار تلك المطالب بمثابة تحديات تستحق من الفرد الاستثمار والمشاركة وكان الافتراض الأساسي الذي اعتمده أنتونوفسكي أن قوة الشعور بالتماسك لها نتائج فيولوجية مباشرة ومن خلال هذه المسارات تؤثر على الحالة الصحية.



شكل رقم 22: مخطط لنظرية الأصول الصحية Salutogenesis Model

يتضمن نموذج الأصول الصحية التركيز على الكثير من المتغيرات كالصحة المدركة والسعادة والروابط الروحية والدعم الاجتماعي والنظام البيئي الصحي والقدرة على الصمود الجسدي والتفائل كما أنه لا يرفض أهمية عوامل الخطر في تشكيل المرض ويقر بالحاجة إلى معالجة عوامل الخطر المرتبطة بها كالفقر والبطالة والتفاوت الطبقي والعجز والعزلة والتمييز، فتعزيز الصحة لا يقتصر على دمج أطر المرض فحسب بل يتجاوزها إلى فهم الصحة بشكل كلي (Lindstrom & Eriksson, 2006).

ارتبطت أفكار أنتونوفسكي عن الشعور بالتماسك SOC بدرجة كبيرة بمفهوم مصدر الضبط الصحي فالخبرات السلبية والإيجابية تؤدي إلى اضعاف أو زيادة شعور الأفراد بتحكمهم في مواقف الحياة وبالتالي قدرتهم على اتخاذ سلوكيات صحية ، وقد شكلت هذه الفكرة المنطلق الذي تبنته من البرامج الهادفة إلى مساعدة الناس على استعادة الثقة ومشاعر التحكم من أجل زيادة فرص النجاح في تغيير السلوكيات المتعلقة بالصحة. لكن مفهوم أنتونوفسكي حول SOC وقياسه تعرض لعدد من الانتقادات فرغم أنه اعترف بدور الانفعالات في عملية المواجهة وناقش الفروق بين مرتفعي ومنخفضي SOC في الطريقة التي يتعاملون بها مع الانفعال ، حيث ذكر سنة 1987 أن ذوي الشعور بالتماسك القوي أكثر قدرة على فهم عواطفهم ووصفها بسهولة وأقل شعورا بالتهديد كما يستجيبون بشكل أكثر ملاءمة تجاه المواقف الحياتية ، لكنه لم يقدم المزيد من التفسير حول الدور المحتمل للعاطفة في الضغط وهو ما اختلف معه باحثون آخرون وبصورة خاصة لازاروس و فولكمان الذين أعطيا الانفعال دورا أكثر مركزية في عملية المواجهة. كما شكلت مشكلة القياس أساس الانتقادات الموجهة لهذا النموذج حيث اعتبر أنتونوفسكي أن كل بند من مقياسه (SOC-13/SOC-29) يمثل واحدا من الأبعاد الثلاثة للشعور بالتماسك ، إلا أن عددا قليلا من الدراسات باستخدام التحليل العاملي دعمت ذلك الطرح (Frenz, Carey & Jorgensen , 1993 ; Flannery & Flannery, 1990) في حين توصلت عدة أبحاث لاحقة إلى نتائج مختلفة (Feldt & al., 2003 ; Feldt& al., 2005 ; Hakanen, Feldt & Leskinen ,2007)

يرى الباحث أن كل النماذج السابقة أعطت أهمية لفهم طبيعة تشكيل معتقدات الأفراد حول الصحة والمرض ومختلف العوامل المؤثرة في ذلك ، وهذا من خلال ما قدمته من محاولات لتفسير العلاقة بين تلك المعتقدات وبين تبني سلوكيات صحية أو محفوفة بالمخاطر ، ومع ذلك فإن الملاحظ أنها قللت أو حجبت دور بعض المتغيرات الموقفية منها أو الشخصية التي قد تظهر أحيانا بصورة ثانوية ولعل أهم مشكل واجه تلك النماذج يتمثل في الدور الذي تلعبه العمليات الانفعالية التي يمكن أن تعيق

أو تساعد في اعتماد السلوك الصحي ، فاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال ومتغيراته أضحت معروفة جيدا اليوم حيث كشفت الكثير من الدراسات عن آثارها السلبية على الصحة عموما كما يلاحظ أن تلك النماذج وظفت عددا من العوامل الاجتماعية مثل الدعم المدرك في سياق ذاتي دون تحديد أهمية بعض العوامل الموضوعية الأخرى (بيئية واجتماعية وثقافية) وبعضها له تأثير كبير على الصحة. مما يدفعنا إلى القول أنه وبالرغم من اتفاق أغلب الباحثين حول أهمية العوامل المعرفية والاجتماعية في بناء معتقدات الفرد العامة والصحية ، إلا أن الأمر أكثر صعوبة من الناحية الدينامية نتيجة التفاعل الكبير بين العوامل الذاتية والبيئية ، وبالتالي يجب علينا تحليل أنواع مختلفة من الآثار التي تحدث نتيجة ذلك التفاعل الذي تشكل فيه الوظيفة البيولوجية حلقة الوصل بين الفرد و بيئته لذلك فإن تطور المرض يتأثر بكل ما يحدث داخل المريض من جهة وبينه وبين محيطه الاجتماعي من جهة ثانية عبر عملية معقدة يتحدد من خلالها المسار العلاجي.

خلاصة:

ختاما يمكن القول أن المعتقدات التي يحملها الأفراد حول حياتهم تؤثر بشكل مباشر أو غير مباشر على حالتهم الصحية باعتبار الصحة والمرض نتاج عدد من العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية لهذا فدراسة السلوك المرضي تهدف إلى معرفة طبيعة المعتقدات والسلوكيات التي لها تأثير كبير على صحة ورفاهية الفرد والمجتمع ومن ثم الإسهام في تطوير التدخلات التي تعزز أنماط الحياة الصحية ولا يتم ذلك إلا بفهم السلوك في سياقه الفردي والاجتماعي الذي ينطوي على تصور الفرد وتصرفاته تجاه الأعراض وليس فقط حالته الفزيولوجية ، لهذا يمثل مصدر الضبط الصحي ذلك العامل المعرفي الذي ينبؤ بالسلوك الصحي باعتباره متغيرا هاما من متغيرات الشخصية يعكس اختلاف الأفراد في طرق استجاباتهم تجاه الضوابط التي تفرضها البيئة على سلوكهم الصحي ورغبتهم في التحكم ببيئاتهم حيث أجمعت أغلب الأبحاث والدراسات أن ذوي الضبط الصحي الداخلي أكثر تحكما في صحتهم من خلال جهودهم الخاصة في حين أن ذوي الضبط الصحي الخارجي يعتقدون أن الصحة السليمة هي نتيجة لبيئتهم ويمكن أن تتحقق من خلال الحظ أو الصدفة أو عبر الاعتماد على مقدمي الرعاية الطبية أو غيرهم بغض النظر عن سلوكهم ، ومع ذلك فإن نتائج تلك الدراسات لم تكن دائما قاطعة حيث أفادت بعضها أن مصدر الضبط الصحي فشل في تفسير تباين العادات المتعلقة بالصحة على الرغم من أنه كان مؤشرا هاما للمواقف الصحية.



الدراسة الميدانية

الفصل السادس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

تمهيد.

1- منهج البحث.

2- الدراسة الاستطلاعية.

3- حدود البحث.

4- أدوات البحث.

5- أساليب المعالجة الإحصائية.

خلاصة.



تمهيد:

بعد أن تطرقنا فيما سبق إلى الخلفية النظرية للدراسة والتي تعد بمثابة الأرضية الأساسية للموضوع نأتي إلى الجانب الميداني منها الذي يستدعي هنا معرفة مختلف الإجراءات المنهجية المستخدمة في الوصول إلى نتائج أكثر موضوعية ودقة وعلمية فمن أهم أسس الدراسة العلمية هو تحديد الإطار المنهجي الذي يحدد طبيعة وقيمة كل بحث ، وفي هذا الفصل سيتم استعراض كل من منهج الدراسة ووصف الدراسة الاستطلاعية والهدف منها وتقديم الإطار الزمني والمكاني للدراسة تليها أدوات البحث المستخدمة والمتمثلة في مقياسي استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي حيث نورد الخصائص السيكمترية لأدوات البحث المستخدمة ونقدم مجتمع وعينة البحث ، ثم نعرض إجراءات الدراسة الأساسية وفي الأخير توضيح أهم الأساليب الإحصائية التي تم الاعتماد عليها في تحليل نتائج الدراسة.

1- منهج البحث :

يتبع الباحث المنهج المناسب حسب طبيعة مشكلة الدراسة ويعرف المنهج العلمي بأنه الأسلوب الذي يسلكه الباحث قصد الإجابة عن التساؤلات التي تثيرها مشكلة البحث واختبار فرضياته وبما أن دراستنا الحالية تحاول الكشف عن مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط المستخدمة لدى المرضى ، اعتمدنا المنهج الوصفي الارتباطي المقارن الذي يلائم موضوع الدراسة حيث يعرف بأنه ذلك المنهج الذي يعتمد على دراسة الحقائق الراهنة المتعلقة بطبيعة ظاهرة أو موقف ما أو مجموعة من الأفراد أو مجموعة الأوضاع أو وصف العلاقات الموجودة بين متغيرين أو بين مجموعة من المتغيرات (رشوان ، 2003 : 54). ويعتمد هذا المنهج بدرجة كبيرة على اختيار عينات مناسبة بسيطة أو عشوائية ، مساحية أو منحازة أو منتظمة ، عمدية أو تطبيقية ... ويأخذ بالاعتبار الأبعاد الزمنية والمكانية للظاهرة وتحليل فعاليتها وفق العد والقياس.

وفي دراستنا هذه نهدف للكشف عن العلاقة بين متغيرين أساسيين هما مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى أربع مجموعات من المرضى ، ومن ثم بحث طبيعة الفروق في كلا المتغيرين وفق عدد من المتغيرات ، لذا فإن المنهج الأنسب هو المنهج الوصفي الارتباطي

كون البحوث الارتباطية تحاول دراسة العلاقة الممكنة بين المتغيرات دون محاولة التأثير عليها وبالرغم من أن تلك البحوث لا تستطيع تحديد أسباب العلاقات إلا أنها تستطيع أن تقترح الأسباب وهذه الاقتراحات تفتح الطريق لدراسات تجريبية مستقبلية (العساف ، 2000: 271) . فهدف الباحث من الدراسة هو التعرف على نمط العلاقة بين متغيرين أو أكثر (النجار وآخرون ، 2010: 67) .

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الأساسية والهامة التي يجب القيام بها في البحث العلمي والتي تمكن الباحث من الاقتراب من ميدان البحث والتعرف على الظروف المحيطة بتطبيق الدراسة كما تقيده في معرفة خصائص مجتمع الدراسة ، وتمكننا من تقييم وتقنين أداة البحث والتأكد من صلاحيتها قبل استعمالها في الدراسة الأساسية والتأكد من صدقها، وفي الدراسة الحالية جاءت الدراسة الاستطلاعية على ثلاث مراحل :

2-1- مرحلة جمع المعلومات : من خلال المسح الأكاديمي للدراسات السابقة ذات العلاقة بهدف بناء الخلفية النظرية وربطها بما يتم ملاحظته في الجانب الميداني ، وفي هذا الإطار حاول الباحث حصر عدد من النماذج والأطر النظرية التي اهتمت بموضوع ومتغيرات الدراسة الحالية ، حيث يمكن القول أن النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي يعد الأقرب لمعالجة الموضوع نظرا لامتداده بين مجالات متعدد نفسية واجتماعية وبيولوجية تؤثر وتتأثر ببعضها البعض.

2-2- مرحلة اختيار العينة : سعت الدراسة الاستطلاعية في مقام ثان إلى تحديد الخصائص العامة لمجتمع البحث ومعرفة بعض المتغيرات الديمغرافية التي قد تؤثر على تحديد تساؤلات البحث وصياغة فروضه ثم في إجراءات التطبيق الميداني. ونظرا إلى أن الهدف الأول من هذه الدراسة كان الوقوف على طبيعة الحالات التي تتناسب مع الموضوع والتي يتوفر فيها شرطان أساسيان هما :

▪ وجود مرض سيكوسوماتي تم تشخيصه طبيا واستمر لمدة لا تقل عن سنة.

▪ إدراك المريض لوجود مستوى عال من الضغوط النفسية.

لذلك قام الباحث بالتنسيق مع مجموعة من الأخصائيين النفسانيين العاملين بالمؤسسات الاستشفائية وبالاعتماد على أداتين هما مقياس إدراك الضغط وقائمة كورنيل للنواحي السيكوسوماتية بغرض اختيار المرضى المترددين على تلك المؤسسات ممن لديهم مستوى مرتفع من الضغوط.

2-2-1- مقياس إدراك الضغط : أعد هذا المقياس من طرف لفنستين وآخرين (1993) Levenstein & al.

بهدف قياس مؤشر إدراك الضغط ، من خلال 30 عبارة مقسمة إلى بنود مباشرة وبنود غير مباشرة.

❖ **بنود مباشرة:** تضم 28 عبارة وتتمثل في العبارات 2 ، 4 ، 5 ، 6 ، 8 ، 9 ، 11 ، 12 ، 14 ، 15 ، 16 ، 18 ، 19 ، 20 ، 22 ، 23 ، 24 ، 26 ، 27 ، 28 ، 30.

وتدل هذه العبارات على وجود مؤشرات الضغط المرتفع عندما يجيب عليها المفحوص بالقبول اتجاه الموقف وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالرفض.

❖ **بنود غير مباشرة :** تشمل 08 عبارات هي (1 ، 3 ، 7 ، 10 ، 13 ، 17 ، 21 ، 25 ، 29). وتدل على وجود مؤشر إدراك الضغط المرتفع عندما يجيب عليها بالرفض وعلى مؤشر إدراك الضغط المنخفض عندما يجيب عليها بالقبول.

وهناك أربع اختيارات للإجابة هي (تقريبا أبدا / أحيانا / كثيرا / عادة) حيث يتم تنقيط الإجابات في البنود المباشرة من 1 إلى 4 نقاط أما البنود غير المباشرة فتتقط من 4 إلى 1 ثم تجمع الدرجات لإيجاد الدرجة الكلية للاختبار.

2-2-2- قائمة كورنيل للنواحي السيكوسوماتية: التي تمثل وسيلة لجمع البيانات المتعلقة بالنواحي

السيكوسوماتية والعصبية ، ويتألف المقياس من 223 عبارة تتوزع على ثمانية عشر عاملاً من العوامل الانفعالية والسيكوسوماتية كما يكشف عن حالات القلق وتوهم المرض والاتجاهات المضادة للمجتمع واضطرابات التشنج والصداع النصفي والربو والقرح الهضمية وتلك العوامل هي :

- | | | |
|------------------|--------------------|---------------|
| ▪ السمع والإبصار | ▪ الجهاز العصبي | ▪ عدم الكفاية |
| ▪ الجهاز التنفسي | ▪ البولي والتناسلي | ▪ الاكتئاب |
| ▪ القلب والأوعية | ▪ التعب | ▪ القلق |
| ▪ الجهاز الهضمي | ▪ تكرار المرض | ▪ الحساسية |
| ▪ الجهاز العظمي | ▪ اضطرابات متنوعة | ▪ الغضب |
| ▪ الجلد | ▪ العادات | ▪ التوتر |

وحسب محمد السيد أبو النيل فالمقياس أقل كفاية في انتقاء من لديهم اضطرابات كالشلل الهستيرى وحالات الذهان المبكر. كما أنه ليس فعالاً في الكشف عن الحالات الوسواسية (أبو النيل ، 1994 : 101) وقد قام أبو النيل بتعريب المقياس وتكييفه على البيئة العربية وكان معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية 0.92 كما كانت معاملات الصدق دالة عند 0.01 .

استمرت هذه المرحلة لما يفوق السنة من الزمن وكانت مهمة جدا في اختيارنا لحالات الدراسة حيث هدفت إلى تمييز خصوصيات المرضى المراجعين للمؤسسات الاستشفائية على الصعيد المحلي وكذا طبيعة الشكاوى السيكوسوماتية التي يبديها هؤلاء ، ونظرا لصعوبة العملية فقد قام الباحث بالتنسيق مع مجموعة من الأخصائيين النفسانيين العياديين العاملين بتلك المؤسسات الصحية قصد بحث أكبر عدد ممكن من المرضى ، حيث بلغ عدد الحالات 511 مريضا موزعين كما يلي:

جدول رقم (08) يوضح توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب طبيعة المرض

النسبة	العدد	المرض
20.93	107	القلب والاعوية الدموية
18.39	94	السكري
15.06	77	أمراض الجهاز الهضمي
14.48	74	الأمراض التنفسية
11.93	61	الاضطرابات الجلدية
6.26	32	الأمراض المناعية
12.91	66	غير محددة

يكشف الجدول السابق أن نسب المرضى الذين استهدفتم الدراسة الاستطلاعية من المراجعين للمؤسسات الاستشفائية كانت متقاربة في أغلبها بين ستة مشكلات صحية وأمراض رئيسية كانت النسبة الأعلى فيها للأمراض القلبية الوعائية والمقدرة بـ 20.93 % ثم السكري بنسبة 18.39 % تليها على الترتيب المشكلات الهضمية والتنفسية والجلدية والمناعية بنسب 15.06 % و 14.48 % 11.93 % ، 6.26% . فيما مثل ما تصل نسبته إلى 12.91 % من المرضى مزيجا من الشكاوى المتعلقة بالصحة العامة في أكثر من جانب .

من الجدير بالذكر هنا أن غالبية أفراد العينة الاستطلاعية كانوا من مستويات اجتماعية اقتصادية وتعليمية متوسطة وهو ما قد يفسر لجوء هؤلاء أغلب الأحيان إلى المؤسسات الاستشفائية العمومية أما من حيث مستوى الضغط فقد كانت النسبة الأكبر من الضغوط المدركة متعلقة بالصحة الجسمية تليها الضغوط الاجتماعية والأسرية والمهنية .

2-3- مرحلة تقنين أداة البحث: جرى تطبيق أدوات البحث على عينة عشوائية مؤلفة من 40 مريضا على مستوى المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة يمثلون خصائص مجتمع الدراسة (نستعرضها لاحقا).

3- حدود البحث :

3-1- الحدود البشرية :

3-1-1- مجتمع البحث :

قبل شروعا في عملية اختيار العينة كان لزاما علينا التعرف أولا على المجتمع الأصلي للدراسة والمتكون إجمالا من المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية على مستوى مدينة بسكرة . ونظرا لصعوبة الحصول على معلومات تفصيلية حول الأعداد والنسب فقد حاول الباحث الرجوع إلى عدد من التحقيقات الميدانية والمسوحات والدراسات الإحصائية بالجزائر التي أظهرت بروز بعض المشكلات الصحية بشدة ، إذ تؤكد الأرقام المسجلة بصورة عامة خطورة الوضع الصحي خاصة وأنها تمس شرائح واسعة من أفراد المجتمع ، ويمكن هنا الرجوع إلى المسح الوطني للصحة الذي أجراه المعهد الوطني للإحصاءات (INSP;1990) الذي أظهر أن الأمراض الأكثر شيوعا هي:

أمراض القلب والأوعية الدموية (22.5%) ، أمراض الجهاز التنفسي (18.4%) ومرض السكري (6.9%) والتي أصبحت تشكل تهديدا حقيقيا للصحة العمومية مما يجعلها تبرز بوضوح في المصالح الصحية التي يتردد عليها المرضى طلبا للتكفل والعلاج كما تعتبر من المسببات الرئيسية للوفيات في مجتمعنا فيما كشف المسح الوطني (TAHINA,2002) حول أسباب دخول المستشفى والوفاة في عموم السكان الذي شمل 12 ولاية أن الظروف التالية تحتل مكانة بارزة في بلادنا :

- ارتفاع ضغط الدم الشرياني ومضاعفات الأوعية الدموية (القلب ، الدماغ ، الشرايين) .
- داء السكري.
- الأمراض التنفسية المزمنة (الربو والتهاب الشعب الهوائية المزمن والاعتلال العصبي القصي) .
- أمراض الجهاز الهضمي (قرح الجهاز الهضمي ، تحص صفراوي ، التهاب الكلية) ؛
- الفشل الكلوي المزمن.
- السرطان.

ونظرا لكون الدراسة الحالية اقتصرت على مجموع المرضى المترددين للمؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة ، فقد قام الباحث أولا بالاتصال بكل من مديرية الصحة والسكان للولاية وبلدية بسكرة ومديرية الضمان الاجتماعي قصد الاطلاع على بعض البيانات حول واقع الأمراض المزمنة محليا لكن تعذر الحصول على أي إحصاءات رسمية أو شبه رسمية يمكن اعتمادها في هذا البحث.

3-1-2- عينة البحث :

إعتمد الباحث في اختياره لمفردات البحث على الطريقة القصدية بهدف الحصول على عينة أكثر تمثيلا للمجتمع الأصلي ، ويعرف عبيدات وآخرون (1999) هذا النوع من المعاينة بأنها الطريقة التي يتم فيها إنتقاء الأفراد بشكل مقصود من قبل الباحث لتوافر بعض الخصائص الهامة للدراسة في أولئك الأفراد تحديدا ، إذ يتم اللجوء لهذا النوع من المعاينة عند توافر عدد من البيانات اللازمة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي ، حيث يعطى لعناصر المجتمع الأصلي حرية المشاركة في البحث ، ويختار من بينهم مفردات العينة المطلوبة وفق شروط محددة تضمن تمثيلا معقولا لخصائص مجتمع البحث ، ويتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في إختيار العينة وإنخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول من الباحث ، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة والحصول على النتائج فوفق الفروض الموضوعية المتعلقة بمشكلة البحث تم تحديد مجموعة من الشروط لاختيار العينة هي:

✓ أن لا يقل عدد أفراد كل مجموعة مرضية عن 50 مريضا من المراجعين للمؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة.

✓ أن يكون مفردات العينة من ذوي المستوى المتوسط إلى المرتفع من الضغوط النفسية المدركة .

✓ أن يخضع اختيار العينة إلى توزيع أكثر الأمراض السيكوسوماتية انتشارا على المستوى المحلي.

✓ أن تتضمن العينة كلا من الذكور والإناث.

✓ أن تتضمن العينة اختلافات بين أفرادها في مدة المرض .

✓ أن تتضمن العينة مراحل سنوية متعددة (من 15 إلى 70 سنة) ومستويات اجتماعية وثقافية مختلفة.

لذلك قام الباحث في ظل غياب عدد إجمالي محدد لأفراد المجتمع الأصلي بمحاولة استطلاع طبيعة وخصوصية فئات المرضى المترددين على عدد من المؤسسات والمصالح الاستشفائية على مستوى مدينة بسكرة ومن ثم تحديد الخصائص المطلوب توفرها في العينة وفق شروط الدراسة لضمان التمثيل المرغوب فيه ، وتم اعتماد هذه الطريقة لما تسمح به من تحكم في المتغيرات المطلوبة إضافة إلى سهولة التطبيق الميداني من خلال مراعاتها التزام المرضى بالمشاركة الطوعية في الدراسة وبناءا على ذلك فقد قسمت العينة إلى أربعة مجموعات عدد أفراد كل منها 50 فردًا والجداول التالية توضح خصائص عينة البحث :

أولاً: من حيث نوع المرض:

جدول رقم (09) يوضح توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض

النسبة %	العدد		
25	50	مرضى القلب والأوعية الدموية	1
25	50	مرضى السكري	2
25	50	مرضى القرحة المعدية والتهضمية	3
25	50	مرضى الربو	4
100	200	المجموع	

يوضح الجدول السابق تقسيم أفراد العينة على أربع مجموعات تضم كل واحدة منها 50 مريضاً جاء اختيارهم بصورة عشوائية من المرضى الذين سجلوا درجات مرتفعة على مقياس إدراك الضغط .

ثانياً: من حيث مدة المرض:

جدول رقم (10) يوضح توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض

النسبة %	العدد		
37,5	75	أقل من 3 سنوات	1
38,5	77	من 3 إلى 6 سنوات	2
24	48	أكثر من 6 سنوات	3
100	200	المجموع	

يوضح الجدول السابق تقسيم أفراد العينة وعددهم 200 مريضاً من حيث مدة الإصابة بالمرض والتي تم تحديدها في ثلاثة فئات من خلال ما أسفرت عنه الدراسة الاستطلاعية .

ثالثاً: من حيث الجنس:

جدول رقم (11) يوضح توزيع أفراد العينة حسب الجنس

النسبة	العدد		
55,5	111	إناث	1
44,5	89	ذكور	2
100%	200	المجموع	

يتضح من الجدول السابق أن نسبة المرضى تختلف بين الذكور والاناث ويعكس ذلك اختلاف نسبة المرتادين للمؤسسات الاستشفائية حيث كان عدد الاناث أكبر من الذكور .

رابعا: من حيث السن :

جدول رقم (12) يوضح توزيع أفراد العينة حسب السن

النسبة	العدد		
25	50	أقل من 25 سنة	1
39,5	79	من 25 إلى 50 سنة	2
35,5	71	أكثر من 50 سنة	3
100	200	المجموع	

يوضح الجدول السابق تقسيم المرضى وفق مدة المرض إلى ثلاثة فئات حاول الباحث من خلالها أن تنقل عينة البحث خصائص مجتمع الدراسة مع التمييز بين مراحل الشباب الكهولة والشيخوخة وذلك في ضوء المجال الزمني للاصابة بالمرض .

3-2- الحدود الزمنية :

تم الشروع في الدراسة الميدانية بداية شهر أفريل 2014 واستمرت حتى شهر جوان 2016 .

3-3- الحدود المكانية : تمت الدراسة في جانبها الميداني على مستوى المؤسسات الصحية بمدينة بسكرة (ملحق رقم 01) ، والتي تعد أربعة مؤسسات عمومية استشفائية اثنتان منها متخصصة تواليا في طب النساء والتوليد وطب العيون إضافة إلى كل من المؤسسة العمومية الاستشفائية بشير بن ناصر والمؤسسة العمومية الاستشفائية الحكيم سعدان وكذا ثمانية عيادات طبية عبر بلديتي بسكرة والحاجب.

4- أدوات البحث :

اعتمد الباحث على مقياسين أساسيين لقياس المتغيرات المراد بحثها :

4-1- مقياس مواجهة المشكلات المعاشة (COPE) Coping Orientations to Experienced Problems الذي أعده (Carver, Scheieler & Weintraub (1989) وتم استخدامه على نطاق واسع من قبل الباحثين في العديد من البيئات الاجتماعية حيث أصبح يستخدم لقياس التعامل مع مختلف الضغوط.

وقد أشار كارفر وزملاؤه إلى أنه رغم توفر عدد من المقاييس الأخرى هناك مجموعة أسباب دفعتهم لإعداد المقياس تتمثل في :

- عدم وجود مقياس من المقاييس السابقة تضمن عينات لكل المجالات المهمة من الناحية النظرية .
- افتقار المقاييس السابقة إلى الوضوح في محتوى مفرداتها.
- مفردات المقاييس السابقة متنوعة تمثل عينات من استجابات المواجهة المحتملة ولا تمثل فئات من أساليب المواجهة.

يتألف المقياس بشكله الأصلي من 60 عبارة موزعة على 15 بعدا (ملحق رقم 02) تستخدم لقياس المواجهة كسمة أي الأسلوب المعتاد الذي يتعامل به الناس مع ضغوط الحياة اليومية. و يتراوح زمن تطبيقه بين 15 و 20 دقيقة ، ومن ثم قام شارلز كارفر (1997) بإيجازه في نسخة مختصرة تتضمن 28 عبارة وفي ما يلي أبعاد المقياس الخمسة عشر :

أولا: إعادة التقييم الإيجابي: أي قدرة الفرد على التحكم بأفكاره حول الموقف الضاغظ والسيطرة عليها ويضم الفقرات 1 ، 29 ، 38 ، 59.

ثانيا: الشroud العقلي: إشغال الذهن بأمور أخرى للتخفيف من الانفعال الناجم عن الموقف الضاغظ ويضم الفقرات 2 ، 16 ، 31 ، 43.

ثالثا: التركيز على التفريغ الانفعالي: عبر التعبير عن الحالة الانفعالية الناتجة عن الموقف الضاغظ ويضم الفقرات 3 ، 17 ، 28 ، 46 .

رابعا: البحث عن الدعم الاجتماعي الواسلي: طلب الفرد للمساعدة على فهم الموقف من المحيطين به وفق عدد ونوع العلاقات التي تجمع الفرد بالآخرين ، ويضم الفقرات 4 ، 14 ، 30 ، 45 .

خامسا: التعامل الفعال النشط: ذلك السلوك النشط الهادف للتعامل بصورة مباشرة مع الموقف الضاغظ (التعرف على أسبابه وإيجاد الحلول المناسبة) ويضم الفقرات 5 ، 25 ، 47 ، 58 .

سادسا: الإنكار: محاولة الفرد تجاهل الموقف الضاغظ وعدم الاعتراف به قصد تخفيف الأثر الانفعالي الناجم عنه ، ويضم الفقرات 6 ، 27 ، 40 ، 57.

سابعا: التكيف الديني: بحث الفرد عن الدعم الروحي من خلال الشعائر الدينية (الصلاة والصيام والصدقات والدعاء) ، ويضم الفقرات 7 ، 18 ، 48 ، 60.

ثامنا: السخرية: محاولة التخفيف من حدة الموقف الضاغظ من خلال اللجوء إلى الفكاهة و الضحك . ويضم الفقرات 8 ، 20 ، 36 ، 50 .

تاسعا: الانسحاب السلوكي : اللجوء إلى أنشطة سلوكية أخرى بغية تجنب التعامل مع الموقف الضاغط والنتائج المترتبة عنه ، ويضم الفقرات 9 ، 24 ، 37 ، 51 .

عاشرا: ضبط النفس: السعي إلى التحكم والسيطرة الانفعالية على الموقف أو تأجيل الاستجابة الانفعالية ويضم الفقرات 10 ، 22 ، 41 ، 49 .

الحادي عشر: طلب السند الانفعالي : مناقشة المشاعر مع المقربين قصد البحث عن دعمهم وتشجيعهم ويضم الفقرات 11 ، 23 ، 34 ، 52 .

الثاني عشر: استخدام العقاقير والمواد المسكنة : تناول الأدوية والعقاقير للتخفيف من التوتر والقلق الناجم عن المواقف الضاغطة ، ويضم الفقرات 12 ، 26 ، 35 ، 53 .

الثالث عشر: التقبل: الاعتراف بالموقف الضاغط والسعي إلى قبوله والتعايش مع متطلباته ، ويضم الفقرات 13 ، 21 ، 44 ، 54 .

الرابع عشر: كبح النشاطات الدخيلة: محاولة التركيز على فهم الموقف الضاغط وإيجاد الحلول المناسبة وتجنب كل الأنشطة الأخرى التي تشتت التركيز ، ويضم الفقرات 15 ، 33 ، 42 ، 55 .

الخامس عشر: التخطيط : كل المهارات المتعلقة بفهم ووضع حلول للمشكلات المعاشة ، ويضم الفقرات 19 ، 32 ، 39 ، 56 .

تتم الاجابة على المقياس عبر وضع علامة (X) داخل الخانة المناسبة التي تمثل ما يقوم به الفرد عندما تواجهه مشكلة معينة وفقا لسلم رباعي البدائل : 1= لا أفعل هذا أبدا / 2= أفعل هذا قليلاً 3= أفعل هذا عادةً غالبا / 4= أفعل هذا دائما.

وبالتالي تتراوح درجة كل فقرة من فقرات المقياس بين 1- 4 فيما يتم حساب الدرجة الكلية للمقياس بجمع درجات كل إستراتيجية منفصلة ، وقد قامت زيزي السيد مصطفى (2006) بتعريب المقياس عن طريق استخدام التحليل العاملي لاستخراج معاملات الارتباط للبنود الخاصة بالأبعاد المختلفة بالدرجة الكلية لهذه الأبعاد فكانت معاملات الارتباط بعضها دال عند مستوى الدلالة 0.01 والبعض الآخر عند 0.05 والبعض الآخر غير دال ، لكن هذا لا ينقص من مصداقية المقياس نظرا لأنه أعد لقياس جوانب مختلفة. أما فيما يخص ثبات المقياس فقد تم التأكد منه عن طريق إعادة تطبيقه وتم حساب معاملات الارتباط بين درجات أفراد العينة في المرتين بالنسبة لكل الأبعاد فكانت دالة احصائيا عند 0.01 عن طريقة معامل ألفا كرو نباخ مما يشير إلى تمتع المقياس بدرجة مقبولة من الثبات.

4-2- الصورة الحالية للمقياس:

قام الباحث بالتحقق من صدق وثبات المقياس من خلال تطبيقه على عينة من 40 مريضا .

4-2-1- صدق المقياس :

استخدم الباحث طريقة المقارنة الطرفية بإتباع المراحل التالية:

- تصنيف أو ترتيب درجات الأفراد العينة الاستطلاعية ترتيبا تنازليا من أعلى درجة إلى أدنى درجة.
 - أخذ نسبة من هذه العينة تمثلت في 27% تمثل طرفين الطرف الأعلى أي الأفراد الذين تحصلوا على أعلى درجات والطرف الأدنى أي الأفراد الذين تحصلوا على أدنى درجات.
 - حساب الفروقات بتطبيق معادلة T. TEST بالنسبة لعينتين مستقلتين غير متجانستين.
- فتحصلنا على النتائج الآتية:

جدول رقم (13) يوضح قيمة الفرق بين المجموعة العليا والمجموعة الدنيا لاستراتيجيات مواجهة الضغوط.

المجموعات	N	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	F	مستوى الدلالة	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة العليا	11	125,9091	5,35639	3,195	0,089	-13,286	20	0,000
المجموعة الدنيا	11	165,8182	8,40022					

بالنظر إلى قيمة F الموضحة في الجدول المقدر بـ 3,195 ، وهي دالة عند (0.01) مما يؤكد أن هناك تباين بين مجموعتين أي أن العينتين مستقلتين وغير متجانستين. أما بالنظر إلى قيمة T والتي بلغت -13,286 وفق لدرجة الحرية (df=20) وجد أنها دالة إحصائيا عند مستوى (0.000) أي أنها دالة عند (0.01) ، فيمكن القول أن المقياس استطاع أن يميز بين طرفي الخاصية المدروسة وبالتالي فهو صادق.

4-2-2- الثبات:

قام الباحث بحساب معامل الثبات لأبعاد مقياس استراتيجيات المواجهة ودرجته الكلية باستخدام طريقتي التجزئة النصفية لتعديل سبيرمان براون ومعامل ألفا كرونباخ:

أولاً: التجزئة النصفية: تم تقسيم المقياس المكون من 60 عبارة تقسيماً عشوائياً إلى قسمين: قسم أعلى (من 1 إلى 30) والقسم الأدنى (من 31 إلى 60) فتحصلنا على النتيجة التالية :

جدول رقم (14) يوضح معاملات الثبات لقياس استراتيجيات المواجهة بطريقة التجزئة النصفية

0,558	القيمة	الجزء 1	معامل ألفا كرومباخ
30 ^a	عدد العبارات		
0,772	القيمة	الجزء 2	
30 ^b	عدد العبارات		
60	مجموع العبارات		
0,311	الارتباط بين القسمين		
0,474	الطول المتساوي	معامل سبيرمان براون	
0,474	الطول غير المتساوي		
0,452	معامل غوتمان لنصف الاختبار		

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة الثبات بتطبيق معادلة سبيرمان براون وجدت أنها (0.474) أما بتطبيق معادلة جتمان وجدت أنها (0.452) وفي كلا الحالتين نستطيع الحكم على هذا المقياس بأنه يتمتع بثبات .

ثانياً : طريقة ألفا كرونباخ Alpha Cronbach :

بعد تطبيق معادلة ألفا كرونباخ تحصلنا على الجدول التالي:

جدول رقم (15) يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لقياس استراتيجيات المواجهة .

ألفا كرونباخ	عدد البنود
0,764	60

يوضح الجدول أن قيمة ألفا كرونباخ بلغت (0.760) وهي تختلف عن قيمتي سبيرمان براون وجتمان (0.452 و 0.474) على التوالي ومن هنا نستطيع الثبات على هذا المقياس بأن لديه ثبات.

2-4 - مقياس مصدر الضبط الصحي (MHLHC) Multidimensionnel Heath locus of control scale :

تم إعداد المقياس من قبل كل من بربرا وكينيث والستون (1974 - 1978) حيث لاحظا لدى من تم تشخيصهم بالإصابة بالسكري أن الأطباء يصرون على كون المريض مسؤولا عن حالته الصحية وينصحونه بتبني ضبط داخلي ، مما شجعهما على إعداد مقياس يقيس مصدر الضبط الصحي ، وقد نقل الباحثان اهتمامهم إلى المؤتمر السنوي للجمعية النفسية الأمريكية في سان فرانسيسكو حيث قدم والستون ومعاونوه ورقة حول التربية الصحية وبرنامجا للتدريب حول الضبط الداخلي. يهدف المقياس إلى الكشف عن معتقدات الأفراد وتقديراتهم حول مصدر صحتهم عبر عبارات للتقدير الذاتي يتم الإجابة عنها من خلال سلم من 5 درجات من موافق بشدة إلى معارض بشدة وتدرج ضمن ثلاثة أبعاد هي :

- البعد الداخلي للضبط الصحي؛ ويضم 6 عبارات (1، 6، 8، 12، 13، 17).
- بعد ذوي النفوذ للضبط الصحي؛ ويضم 6 عبارات (2، 4، 9، 10، 11، 15، 16).
- بعد الحظ للضبط الصحي؛ ويضم 6 عبارات (3، 5، 7، 14، 18).

تمت ترجمة المقياس إلى اللغة العربية من قبل جبالي نور الدين وقد كانت نسب الصدق والثبات مرتفعة جدا ، وذلك بحساب الصدق التكويني والذي تم حسابه من خلال معامل ارتباط بيرسون بين كل بند والدرجة الكلية لكل بعد ، حيث كانت النتائج بين 0.65 و 0.75 عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01. أما الثبات فقد تم حسابه عن طريق معادلة الفا كرومباخ وقد بلغت 0.69 للداخلي 0.65 للحظ و 0.63 لنفوذ الآخرين.

4-3-1 - صدق المقياس :

قام الباحث بحساب صدق الاستمارة من خلال إتباع نفس الطرق التي اتبعها في تقنين المقياس الأول وهي كالاتي:

أولاً: صدق الاتساق الداخلي: عبر حساب الارتباطات بين درجة البنود في علاقتها مع درجة المقياس أو بين درجة المحاور مع الدرجة الكلية للمقياس أو بين درجة كل بند وباقي البنود مع الدرجة الكلية للمحور الذي ينتمي اليه باستخدام معامل بيرسون (RP) البسيط وكانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (16) يوضح صدق الاتساق الداخلي لمقياس الضبط الصحي .

الدرجة الكلية	محور الضبط الصحي الخارجي (الحظ)	محور الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين)	محور الضبط الصحي الداخلي	معامل بيرسون	محور الضبط الصحي الداخلي
0,636**	0,351*	0,038	1	Sig. (2-tailed)	
0,000	0,027	0,814		N	
40	40	40	40		
0,794**	1	0,312	0,351*	Sig. (2-tailed)	محور الضبط الصحي الخارجي (الحظ)
0,000		0,050	0,027	N	
40	40	40	40		
0,666**	,312	1	0,038	Sig. (2-tailed)	محور الضبط الصحي الخارجي (نفوذ الاخرين)
0,000	,050		0,814	N	
40	40	40	40		
1	0,794**	0,666**	0,636**	Sig. (2-tailed)	الدرجة الكلية للاستمارة ككل
	0,000	0,000	0,000	N	
40	40	40	40		

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الدرجة الكلية لمحاور مقياس الضبط الصحي الثلاث في اتساقها مع الدرجة الكلية للمقياس ككل جاءت كلها دالة عند (0.01) وبالتالي يمكن الحكم على هذا المقياس عموماً بأنه صادق .

ثانياً: الصدق التمييزي: يمكن توضيح النتائج في الجدول التالي.

جدول رقم (17) يوضح الفروق بين القسمين الأعلى والأدنى لمقياس الضبط الصحي .

مستوى الدلالة	F	درجة الحرية	t	مستوى الدلالة	الانحراف	المتوسط	N	الثلاثين
0,000	0,001	20	-	0,973	3,53167	37,4545	11	الثلاث الأعلى
			12,975		3,16228	56,0000	11	الثلاث الأدنى

يوضح الجدول أعلاه أن المتوسط الحسابي للطرف الأعلى بلغ 37,45 بانحراف معياري (3,53) أما المتوسط الحسابي للطرف الأدنى فكان 56 بانحراف معياري بلغ (3,61) ومن هنا يمكن أن نستنتج أن هناك فرقا واضحا بين الطرفين، هذا ما أكدت عليه قيمة T.TEST التي بلغت (-12.97) عند درجة الحرية قدرتها (df=20) وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه نستطيع القول هذه الاستمارة استطاعت أن تميز بين طرفي الخاصية وبالتالي فهو صادق.

4-3-2- الثبات:

قام الباحث بحساب معامل الثبات لأبعاد المقياس ودرجته الكلية باستخدام طريقتي التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ:

أولا : طريقة التجزئة النصفية: جاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (18) يوضح معاملات الثبات لمقياس الضبط الصحي بطريقة التجزئة النصفية

0,635	القيمة	الجزء 1	معامل ألفا كرونباخ
9a	عدد العبارات		
0,597	القيمة	الجزء 2	
9b	عدد العبارات		
18	مجموع العبارات		
0,306	الارتباط بين القسمين		
0,469	الطول المتساوي		معامل سبيرمان براون
0,469	الطول غير المتساوي		
0,460	معامل غوتمان لنصف الاختبار		

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة الثبات بتطبيق معادلة سبيرمان براون كانت (0.469) أما بتطبيق معادلة جتمان وجدت أنها (0.460) وفي كلا الحالتين نستطيع الحكم على هذا المقياس بأنه يتمتع بنوع من الثبات .

ثانيا: طريقة ألفا كرونباخ:

بلغ معامل ألفا كرونباخ 0.687 مما يعني أن هذا الاستمارة تتمتع بتناسق داخلي وبالتالي فثباته مقبول عموماً.

5- أساليب المعالجة الإحصائية:

استعان الباحث في المعالجة الإحصائية للبيانات بنظام (SPSS)، حيث تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- اختبار (T.Test).
- اختبار ANOVA لتحليل التباين .
- معاملات الارتباط سبيرمان براون و جاثمان.
- معامل الفاكرونباخ .
- تحليل التباين أحادي الاتجاه.

خلاصة :

تم التطرق في هذا الفصل إلى إجراءات الدراسة الميدانية حيث كانت بدايتها دراسة استطلاعية هدفت للتعرف على مجتمع البحث وتحديد العينة المستهدفة والتأكد من إمكانية تطبيق أدوات البحث ومن ثم تحديد معالم الدراسة الأساسية عبر اختيار المنهج وتحديد على عينة الدراسة ومجالاتها لدراسة العلاقة بين متغيري البحث و كذا الفروق في كل منهما وتحديد الأسلوب الإحصائي المتبع وفي الفصل التالي سيتم التطرق إلى عرض النتائج ومناقشتها.



الفصل السابع

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد .

1- عرض وتحليل النتائج في ضوء الفرضيات .

2- مناقشة وتفسير النتائج .

خلاصة .



تمهيد:

بعد استعراضنا في الفصل السابق لمختلف الخطوات والإجراءات المنهجية التي اتبعها الباحث في سياق الدراسة الميدانية ، نسعى من خلال هذا الفصل لعرض النتائج التي تم التوصل إليها انطلاقاً من تساؤلات البحث وفرضياته الموضوعية واعتماداً على أدوات البحث التي ذكرناها سابقاً ومن ثم سنحاول التعمق في هذه النتائج بالتحليل والمناقشة والتفسير في ضوء فرضيات البحث وما تم التوصل إليه في دراسات سابقة تناولت الموضوع.

1- عرض وتحليل نتائج الدراسة :

فيما يلي نعرض نتائج الدراسة الحالية وفق الفرضيات الموضوعية للإجابة عن تساؤلات البحث:

1-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على تعدد استراتيجيات المواجهة لدى المرضى وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (19) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لاستراتيجيات مواجهة الضغوط

الأبعاد	مجموع الدرجات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
إعادة التقييم الإيجابي	1741	8,70	2,27
الشروع العقلي	1887	9,43	2,24
التركيز والانفعال	1902	9,51	2,26
الدعم الاجتماعي الوسيطي	1961	9,80	2,44
التعامل النشط	1783	8,91	2,30
الانكار	1883	9,41	2,40
التكيف الروحاني	1976	9,88	2,96
السخرية	1860	9,30	2,71
الانسحاب السلوكي	2160	10,80	2,74
ضبط النفس	1962	9,81	2,26
طلب الدعم العاطفي	1907	9,53	2,80
استخدام المواد المسكنة	1797	8,98	2,73
التقبل	2094	10,47	2,80
كبح النشاطات الدخيلة	1918	9,59	2,36
التخطيط	1890	9,45	2,36

من خلال الجدول رقم (19) يتضح توزع استجابات المرضى على استراتيجيات مواجهة الضغوط الخمسة عشر ، حيث تمثلت الاستراتيجيات الأكثر استخداما في استراتيجيتي الانسحاب السلوكي بمتوسط حسابي قدره 10,80 وانحراف معياري 2,748 ، ثم التقبل بمتوسط حسابي قدره 10,47 وانحراف معياري قدره 2,802 ، ويعبر ذلك عن حاجة المرضى للتعايش مع حالة المرض المزمن بوصفها حالة من العجز ينبغي التكيف مع متطلباتها من خلال الابتعاد عن مظاهر السلوك المعتاد والسعي إلى تقبل المرض .

جاءت في المستوى الثاني مجموعة من الاستراتيجيات تمثلت في التكيف الروحاني وضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي الواسيلي والتي كانت متوسطاتها على الترتيب 9,88 ، 9,81 ، 9,81 ، ثم جاءت استراتيجيات كبح النشاطات الدخيلة بمتوسط حسابي قدره 9,59 ، طلب الدعم العاطفي بمتوسط حسابي قدره 9,54 ، التركيز والانفعال بمتوسط حسابي قدره 9,51 ، التخطيط بمتوسط حسابي 9,45 ، الشرود العقلي بمتوسط حسابي 9,44 ، الإنكار بمتوسط حسابي 9,42 ، السخرية بمتوسط حسابي 9,30 وكل هذه الاستراتيجيات تركز على التكيف الانفعالي والمعرفي مع الضغوط .

وجاءت في المستوى الثالث ثلاثة استراتيجيات هي : استخدام المواد المسكنة بمتوسط حسابي قدره 8,99 والتعامل النشط بمتوسط حسابي قدره 8,92 وأخيرا إعادة التقييم الإيجابي بمتوسط حسابي 8,71 مما يعبر عن انخفاض قدرة المرضى على ايجاد حلول بديلة للتعويض عن حالة العجز أو تغيير النظرة تجاه المتطلبات الناجمة عنه.

1-2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

نصت الفرضية الثانية على ميل المرضى إلى الضبط الداخلي ، وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (20) يوضح المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لأبعاد مصدر الضبط الصحي

الأبعاد	مجموع الدرجات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الضبط الداخلي	3419	17,09	5,24
الضبط الخارجي للحظ	2660	13,30	4,50
الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين	2814	14,07	4,29
الدرجة الكلية	8893	44,46	6,98

من خلال الجدول رقم (20) يتضح أن المتوسط الحسابي للضبط الداخلي كان أعلى من بعدي الضبط الخارجي للحظ و لنفوذ الآخرين ، ولتحديد اتجاه الضبط نعتمد على معادلة روتر كما يلي :

$$\frac{\text{مصدر الضبط الداخلي } 2 \times}{\text{مصدر الضبط للحظ + لنفوذ الآخرين}}$$

وبإجراء المعادلة الحسابية نجد أن :

$$1.24 = \frac{34.19}{27.37} = \frac{2 \times 17.09}{14.07 + 13.30} = \text{اتجاه الضبط}$$

نلاحظ مما سبق أن قيمة الناتجة أكبر من واحد ، وبهذا يمكننا الاستنتاج أن اتجاه الضبط لدى المرضى كان داخليا بدرجة أساسية .

3-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

نصت الفرضية على عدم وجود ارتباط دال إحصائيا بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (21) يوضح معاملات الارتباط بين الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة.

المواجهة COPING	الضبط الصحي HLC		
-0,052	1	معامل بيرسون الدلالة العينة	الضبط الصحي HLC
0,463	200		
200	200		
1	-0,052	معامل بيرسون الدلالة العينة	المواجهة COPING
0,463	200		
200	200		

يتضح من خلال المعالجة الإحصائية أنه لم توجد ارتباطات دالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى في كل من الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط ، وهو ما يشير إلى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين المتغيرين وبالتالي قبول الفرضية الصفرية.

1-4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

نصت الفرضية على عدم وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات مواجهة الضغوط عند المرضى تعزى إلى نوع المرض ومن خلال تحليل التباين بين المجموعات جاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (22) يوضح الفروق بين المجموعات في استراتيجيات المواجهة .

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات	الاستراتيجيات		
0,013 *	3,663	18,325 5,003	3 196 199	54,975 980,620 1035,595	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	إعادة التقييم الإيجابي .	1
0,006 **	4,284	20,618 4,813	3 196 199	61,855 943,300 1005,155	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	الشروع العقلي .	2
0,534	0,731	3,793 5,187	3 196 199	11,380 1016,600 1027,980	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	التفريغ الانفعالي .	3
0,837	0,284	1,725 6,073	3 196 199	5,175 1190,220 1195,395	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	البحث عن الدعم الاجتماعي الوسيلى .	4
0,017 *	3,488	17,898 5,132	3 196 199	53,695 1005,860 1059,555	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	التعامل الفعال النشط .	5
0,027 *	3,119	17,565 5,632	3 196 199	52,695 1103,860 1156,555	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	الإنكار .	6
0,186	1,619	14,133 8,728	3 196 199	42,400 1710,720 1753,120	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	التكيف الدينى .	7
0,441	0,902	6,693 7,418	3 196 199	20,080 1453,920 1474,000	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	السخرية .	8
0,028 *	3,102	22,813 7,355	3 196 199	68,440 1441,560 1510,000	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	الانسحاب السلوكي .	9
0,293	1,249	6,433 5,150	3 196 199	19,300 1009,480 1028,780	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	ضبط النفس .	10

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات	الاستراتيجيات		
0,451	0,883	6,965 7,892	3 196 199	20,895 1546,860 1567,755	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	طلب السند الانفعالي .	11
0,759	0,392	2,965 7,572	3 196 199	8,895 1484,060 1492,955	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	استخدام العقاقير والمواد المسكنة .	12
0,395	0,998	7,873 7,889	3 196 199	23,620 1546,200 1569,820	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	التقبل .	13
0,000 **	6,294	32,873 5,223	3 196 199	98,620 1023,760 1122,380	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	كبح النشاطات الدخيلة .	14
0,624	0,587	3,327 5,671	3 196 199	9,980 1111,520 1121,500	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	التخطيط .	15

من خلال الجدول نلاحظ أن هناك فروقا دالة إحصائية في استراتيجيات مواجهة الضغوط بين المجموعات الأربعة ، وتعلق الأمر ببعدي الشرود العقلي وكبح النشاطات الدخيلة التي جاءت دالة عند مستوى 0.01 ، فيما كانت هناك فروق ذات دلالة عند مستوى دلالة 0.05 تخص أبعاد :

- ✓ إعادة التقييم الإيجابي .
- ✓ التعامل الفعال للنشط.
- ✓ الإنكار.
- ✓ الانسحاب السلوكي.

فيما لم تكن هناك فروق ذات دلالة بين المرضى من المجموعات الأربعة في باقي الاستراتيجيات .

1-5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة؛

نصت الفرضية الخامسة على عدم وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات مواجهة الضغوط عند المرضى تعزى إلى متغير الجنس وجاءت النتائج كما يوضحها الجدولان الآتيان :

جدول رقم (23) يوضح الخصائص الإحصائية لدرجات الذكور والإناث على أبعاد مقياس المواجهة .

الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الاستراتيجيات		رقم البعد
0,22217 0,23272	2,34075 2,19550	8,8919 8,4719	111 89	إناث ذكور	إعادة التقييم الإيجابي .	1
0,21703 0,23432	2,28652 2,21057	9,4234 9,4494	111 89	إناث ذكور	الشروود العقلي .	2
0,22033 0,23525	2,32136 2,21933	9,5946 9,4045	111 89	إناث ذكور	التفريغ الانفعالي .	3
0,23805 0,25297	2,50801 2,38649	9,9009 9,6854	111 89	إناث ذكور	البحث عن الدعم الاجتماعي الوسيلي .	4
0,22161 0,24148	2,33480 2,27815	8,8018 9,0562	111 89	إناث ذكور	التعامل الفعال النشط .	5
0,24580 0,23046	2,58965 2,17417	9,5225 9,2809	111 89	إناث ذكور	الإنكار .	6
0,29469 0,29605	3,10475 2,79295	9,7207 10,0787	111 89	إناث ذكور	التكيف الديني .	7
0,25496 0,29224	2,68621 2,75701	9,5135 9,0337	111 89	إناث ذكور	السخرية .	8
0,25589 0,29583	2,69592 2,79089	11,1171 10,4045	111 89	إناث ذكور	الانسحاب السلوكي	9
0,21100 0,24703	2,22299 2,33052	9,6396 10,0225	111 89	إناث ذكور	ضبط النفس	10
0,27168 0,29166	2,86236 2,75154	9,5676 9,4944	111 89	إناث ذكور	طلب السند الانفعالي .	11
0,26640 0,28246	2,80674 2,66475	9,0631 8,8876	111 89	إناث ذكور	استخدام العقاقير والمواد المسكنة	12
0,28180 0,27614	2,96891 2,60514	10,3604 10,6067	111 89	إناث ذكور	التقبل .	13
0,23149 0,24398	2,43893 2,30174	9,6757 9,4831	111 89	إناث ذكور	كبح النشاطات الدخيلة	14
0,23277 0,24180	2,45243 2,28112	9,3604 9,5618	111 89	إناث ذكور	التخطيط	15

وللكشف عن الفروق بين الإناث والذكور في استراتيجيات مواجهة الضغوط تم استخدام اختبار **T test** للفروق لمجموعتين مستقلتين وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (24) يوضح الفروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات مواجهة الضغوط .

t-test for Equality of Means						Levene's Test for Equality of Variances		افتراض التساوي	افتراض عدم التساوي	1		
95% مستوى الثقة		فرق الانحراف	فرق المتوسط	المعنوية	درجة الحرية	قيمة T	Sig.				قيمة F	2
الأعلى	الأدنى											
1,05898	-0,21901	0,32403	0,41998	0,196	198	1,296	0,643	0,215	افتراض التساوي	1		
1,05457	-0,21461	0,32175	0,41998	0,193	193,151	1,305			افتراض عدم التساوي			
0,60617	-0,65820	0,32058	-0,02601	0,935	198	-0,081	0,606	0,267	افتراض التساوي	2		
0,60396	-0,65598	0,31938	-0,02601	0,935	191,185	-0,081			افتراض عدم التساوي			
0,82888	-0,44868	0,32392	0,19010	0,558	198	0,587	,903	0,015	افتراض التساوي	3		
0,82584	-0,44564	0,32232	0,19010	0,556	191,944	0,590			افتراض عدم التساوي			
0,90428	-0,47326	0,34927	0,21551	0,538	198	0,617	0,679	0,172	افتراض التساوي	4		
0,90064	-0,46962	0,34736	0,21551	0,536	192,253	0,620			افتراض عدم التساوي			
0,39372	-0,90248	0,32865	-0,25438	0,440	198	-0,774	0,622	0,244	افتراض التساوي	5		
0,39212	-0,90088	0,32776	-0,25438	0,439	190,529	-0,776			افتراض عدم التساوي			
0,91892	-0,43567	0,34345	0,24162	0,483	198	0,704	0,053	3,778	افتراض التساوي	6		
0,90609	-0,42284	0,33694	0,24162	0,474	197,562	0,717			افتراض عدم التساوي			
0,47548	-1,1913	0,42262	-0,35793	0,398	198	-0,847	0,101	2,720	افتراض التساوي	7		
0,46589	-1,1817	0,41772	-0,35793	0,393	195,351	-0,857			افتراض عدم التساوي			
1,24242	-0,28281	0,38672	0,47981	0,216	198	1,241	0,825	0,049	افتراض التساوي	8		
1,24490	-0,28529	0,38783	0,47981	0,218	186,504	1,237			افتراض عدم التساوي			
1,48102	-0,05578	0,38965	0,71262	0,069	198	1,829	0,494	0,470	افتراض التساوي	9		
1,48428	-0,05904	0,39115	0,71262	0,070	185,754	1,822			افتراض عدم التساوي			
0,25450	-1,0201	0,32319	-0,38283	0,238	198	-1,185	0,458	0,552	افتراض التساوي	10		
0,25812	-1,0237	0,32488	-0,38283	0,240	184,624	-1,178			افتراض عدم التساوي			
0,86266	-0,71629	0,40034	0,07319	0,855	198	0,183	0,644	0,215	افتراض التساوي	11		
0,85939	-0,71302	0,39860	0,07319	0,855	191,578	0,184			افتراض عدم التساوي			
0,94551	-0,59466	0,39051	0,17542	0,654	198	0,449	0,668	0,184	افتراض التساوي	12		
0,94124	-0,59040	0,38827	0,17542	0,652	192,398	0,452			افتراض عدم التساوي			
0,54293	-1,0356	0,40025	-0,24638	0,539	198	-0,616	0,099	2,749	افتراض التساوي	13		
0,53171	-1,0244	0,39454	-0,24638	0,533	196,359	-0,624			افتراض عدم التساوي			
0,86003	-0,47497	0,33849	0,19253	0,570	198	0,569	0,670	0,182	افتراض التساوي	14		
0,85589	-0,47083	0,33633	0,19253	0,568	192,775	0,572			افتراض عدم التساوي			
0,46575	-0,86862	0,33833	-0,20144	0,552	198	-0,595	0,482	0,496	افتراض التساوي	15		
0,46053	-0,86341	0,33563	-0,20144	0,549	193,640	-0,600			افتراض عدم التساوي			

من خلال القيم الموضحة في الجدول نلاحظ عدم وجود فروق دالة إحصائية عند 0.05 و 0.01 بين متوسطات درجات الذكور والإناث في كل أبعاد مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط وهو ما يشير على عدم تأثير متغير الجنس في نوع المواجهة لدى المرضى .

1-6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

نصت هذه الفرضية على عدم وجود فروق دالة إحصائية في استراتيجيات مواجهة الضغوط عند المرضى تعزى إلى متغير السن وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (25) يوضح الفروق حسب السن في أبعاد مقياس المواجهة.

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات	الاستراتيجيات		
0,565	0,573	2,992 5,226	2 197 199	5,985 1029,610 1035,595	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	إعادة التقييم الإيجابي .	1
0,599	0,514	2,608 5,076	2 197 199	5,216 999,939 1005,155	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	الشروع العقلي .	2
0,096	2,371	12,084 5,095	2 197 199	24,167 1003,813 1027,980	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	التفريغ الانفعالي .	3
0,727	0,319	1,928 6,048	2 197 199	3,856 1191,539 1195,395	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	البحث عن الدعم الاجتماعي الوسيلى .	4
0,813	0,207	1,112 5,367	2 197 199	2,225 1057,330 1059,555	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	التعامل الفعال النشط .	5
0,986	0,014	0,081 5,870	2 197 199	0,162 1156,393 1156,555	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	الإنكار .	6
0,547	0,605	5,349 8,845	2 197 199	10,697 1742,423 1753,120	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	التكيف الديني .	7
0,892	0,115	0,857 7,474	2 197 199	1,714 1472,286 1474,000	بين المجموعات داخل المجموعة الكلي	السخرية .	8

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات	الاستراتيجيات		
0,245	1,418	10,714 7,556	2 197 199	21,429 1488,571 1510,000	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	الانسحاب السلوكي .	9
0,851	0,162	10,324 7,853	2 197 199	1,687 1027,093 1028,780	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	ضبط النفس .	10
0,271	1,315	10,198 7,475	2 197 199	20,647 1547,108 1567,755	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	طلب السند الانفعالي .	11
0,258	1,364	35,724 7,606	2 197 199	20,396 1472,559 1492,955	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	استخدام العقاقير والمواد المسكنة .	12
0,010 **	4,697	5,244 5,644	2 197 199	71,447 1498,373 1569,820	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	التقبل .	13
0,397	0,929	13,607 5,555 10,324	2 197 199	10,487 1111,893 1122,380	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	كبح النشاطات الدخيلة .	14
0,089	2,450	7,853 10,198	2 197 199	27,214 1094,286 1121,500	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	التخطيط .	15

يتضح من خلال الجدول السابق أن الفروق بين الفئات السنوية المحددة (أقل من 25 سنة / من 25 إلى 50 سنة / أكثر من 50 سنة) لم تكن دالة إحصائياً في أغلب أبعاد استراتيجيات المواجهة فيما جاءت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 في بعد واحد هو بعد التقبل ، وهو ما يعبر عن وجود علاقة بين السن واستخدام استراتيجية التقبل في التعامل مع الضغوط النفسية عامة وبصورة خاصة تلك المرتبطة بالمرض والعلاج .

1-7- عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة :

نصت الفرضية السابعة على عدم وجود فروق دالة إحصائياً في استراتيجيات مواجهة الضغوط عند المرضى تعزى إلى مدة المرض وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (26) يوضح الفروق حسب مدة المرض في أبعاد مقياس الواجهة.

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات	الاستراتيجيات	
0,314	1,166	6,056 5,195	2 197 199	12,112 1023,483 1035,595	إعادة التقييم الإيجابي . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	1
0,029*	3,596	17,702 4,923	2 197 199	35,405 969,750 1005,155	الشروع العقلي . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	2
0,849	0,164	0,855 5,209	2 197 199	1,710 1026,270 1027,980	التفريغ الانفعالي . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	3
0,659	0,418	2,525 6,042 6,056	2 197 199	5,050 1190,345 1195,395	البحث عن الدعم الاجتماعي الوسيلى . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	4
0,050 *	3,025	15,787 5,218	2 197 199	31,575 1027,980 1059,555	التعامل الفعال النشط . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	5
0,183	1,713	9,886 5,770	2 197 199	19,772 1136,783 1156,555	الإنكار . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	6
0,136	2,014	17,563 8,721	2 197 199	35,125 1717,995 1753,120	التكيف الدينى . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	7
0,546	0,608	4,519 7,436	2 197 199	9,039 1464,961 1474,000	السخرية . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	8
0,307	1,189	9,003 7,574	2 197 199	18,005 1491,995 1510,000	الانسحاب السلوكي . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	9
0,473	0,752	3,896 5,183	2 197 199	7,793 1020,987 1028,780	ضبط النفس . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	10
0,769	0,263	2,089 7,937	2 197 199	4,178 1563,577 1567,755	طلب السند الانفعالي . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	11
0,512	0,673	5,063 7,527	2 197 199	10,126 1482,829 1492,955	استخدام العقاقير والمواد المسكنة . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	12
0,782	0,247	1,961 7,949	2 197 199	3,922 1565,898 1569,820	التقبل . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	13
0,897	0,109	,621 5,691	2 197 199	1,243 1121,137 1122,380	كبح النشاطات الدخيلة . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	14
0,825	0,192	1,093 5,682 15,787	2 197 199	2,185 1119,315 1121,500	التخطيط . بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	15

يتضح من خلال الجدول أن الفروق بين الفئات الثلاث لمدة المرض كانت دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 في بعدين من أبعاد المواجهة وهما بعدا الشرود العقلي (0,0290) والتعامل الفعال النشط (0,050) ، وهما بعدان يعبران عن استراتيجيات معرفية سلوكية بدرجة أساسية مما يدفع للقول أن مدة المرض تؤثر بشكل رئيسي في تعديل أنماط تفكير المريض حول مرضه وبحثه عن تفسيرات وحلول للمشكلات الحياتية المرتبطة به .

1-8- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

نصت الفرضية على عدم وجود فروق دالة إحصائياً في مصدر الضبط الصحي عند المرضى تعزى إلى نوع المرض وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (27) يوضح الفروق حسب نوع المرض في أبعاد الضبط الصحي.

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات			
0,000 **	18,971	410,698 21,648	3 196 199	1232,095 4243,100 5475,195	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	الضبط الداخلي	1
0,001**	5,423	103,360 19,061	3 196 199	310,080 3735,920 4046,000	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	الضبط الخارجي للحظ	2
0,001**	5,998	103,007 17,173	3 196 199	309,020 3366,000 3675,020	بين المجموعات داخل المجموعة الكلية	الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين	3

يتضح من خلال الجدول أن الفروق في الأبعاد الثلاث للضبط الصحي بين المجموعات الأربعة كانت ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.01 ، وهو ما يعبر عن ارتباط طبيعة المرض والأفكار الاجتماعية السائدة حوله في تكوين معتقدات المريض حول قدرته على التحكم في مرضه وفي مسارات علاجه .

9-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة :

نصت الفرضية على عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي عند المرضى تعزى إلى الجنس وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (28) يوضح الخصائص الإحصائية لدرجات الإناث والذكور في الضبط الصحي.

الخطأ المعياري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس		
0,52464	5,52743	16,9550	111	إناث	الضبط الداخلي	1
0,51899	4,89611	17,2697	89	ذكور		
0,44565	4,69525	13,3423	111	إناث	الضبط الخارجي للحظ	2
0,45488	4,29133	13,2472	89	ذكور		
0,41619	4,38483	13,5856	111	إناث	الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين	3
0,43786	4,13075	14,6742	89	ذكور		

تشير النتائج الواردة في الجدول السابق إلى أن قيم متوسطات الإناث والذكور كانت متقاربة إلى حد ما في الأبعاد الثلاثة للضبط الصحي ، حيث مثلت أعلى قيمة بالنسبة لكلا المجموعتين في بعد الضبط الداخلي يليه بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين ثم الضبط الخارجي للحظ. أما بالنسبة للفروق في الضبط الصحي بين الإناث والذكور فجاءت نتائج اختبار ت كما يلي :

جدول رقم (29) يوضح الفروق بين الإناث والذكور في الضبط الصحي.

t-test for Equality of Means						Levene's Test for Equality of Variances			
95% مستوى الثقة		فرق الانحراف	فرق المتوسط	المعنوية	درجة الحرية	قيمة T	Sig.	قيمة F	
الأعلى	الأدنى								
1,14067	-1,78954	0,74788	-0,31471	0,674	198	-0,421	0,139	2,209	افتراض التساوي
1,14067	-1,77008	0,73797	-0,31471	0,670	196,004	-0,426			افتراض عدم التساوي
1,36346	-1,17316	0,64315	0,09515	0,883	198	0,148	0,932	0,007	افتراض التساوي
1,35108	-1,16078	0,63681	0,09515	0,881	194,588	0,149			افتراض عدم التساوي
0,11060	-2,28774	0,60809	-1,08857	0,075	198	-1,790	0,643	0,216	افتراض التساوي
0,10291	-2,28006	0,60410	-1,08857	0,073	192,886	-1,802			افتراض عدم التساوي

يظهر من خلال المعالجة الإحصائية بنظام SPSS لنتائج مجموعتي الإناث والذكور على مقياس الضبط الصحي أن قيمة Sig جاءت للأبعاد الثلاث على التوالي (0,6430 ، 0,9320 ، 0,1390) وكل تلك القيم أكبر من 0.05 ، وهو ما يدفع لقبول الفرضية الصفرية التي نصت على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي تعزى إلى متغير الجنس ، أي أن النوع أو الدور الجنسي لا يؤثر بصورة واضحة في المعتقدات التي يحملها المرضى حول صحتهم .

10-1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة:

نصت الفرضية على عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي عند المرضى تعزى إلى متغير السن ، ولبحث هذه الفرضية تم الاعتماد على اختبار تحليل التباين بين المجموعات وجاءت النتائج كما يلي :

جدول رقم (30) يوضح الفروق في الضبط الصحي حسب السن.

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات			
0,021 *	3,929	105,021 26,727	2 197	210,042 5265,153	بين المجموعات داخلة المجموعة الكلية	الضبط الداخلي	1
0,019 *	4,035	79,616 19,730	2 197	159,233 3886,768	بين المجموعات داخلة المجموعة الكلية	الضبط الخارجي للحظ	2
0,214	1,555	28,552 18,365	2 197	57,104 3617,916	بين المجموعات داخلة المجموعة الكلية	الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين	3
				3675,020			

يتضح من خلال الجدول أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند 0.05 تتعلق ببعدي الضبط الداخلي والخارجي للحظ بين الفئات السنوية (أقل من 25 سنة - من 25 إلى 50 سنة - أكثر من 50 سنة) بينما لم تكن الفروق ذات دلالة في بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين والذي يرتبط من جهته بمدى الالتزام الصحي عبر العلاقة مع القائمين على الرعاية الطبية .

11-1 - عرض وتحليل نتائج الفرضية الحادية عشر:

نصت الفرضية على عدم وجود فروق دالة إحصائية في مصدر الضبط الصحي عند المرضى تعزى إلى متغير مدة المرض ، حيث أن تقسيم المرضى إلى هذه الفئات جاء بعد معاينة استطلاعية سمحت بالتعرف على توزيع مفردات البحث من حيث مدة تشخيص المرض ، ولبحث الفرضية تم اللجوء إلى تحليل التباين بين المجموعات وجاءت النتائج كما يلي:

جدول رقم (31) يوضح الفروق في الضبط الصحي حسب مدة المرض.

الدلالة	F	متوسط المربعات	df	مجموع المربعات			
0,471	0,756	20,862	2	41,724	بين المجموعات	الضبط الداخلي	1
		27,581	197	5433,471	داخل المجموعة الكلي		
			199	5475,195			
0,718	0,332	6,804	2	13,609	بين المجموعات	الضبط الخارجي للخط	2
		20,469	197	4032,391	داخل المجموعة الكلي		
			199	4046,000			
0,032 *	3,515	63,315	2	126,631	بين المجموعات	الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين	3
		18,012	197	3548,389	داخل المجموعة الكلي		
			199	3675,020			

من خلال الجدول السابق يتضح أن هناك فروقا ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 بين مستويات مدة المرض (أقل من 03 سنوات ، 03 إلى 06 سنوات ، أكثر من 06 سنوات) تركزت بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين ، فيما لم تكن الفروق ذات دلالة إحصائية في بعدي الضبط الداخلي والضبط الخارجي للخط . وهو ما يشير إلى أن العزو الصحي للآخرين من أطباء وقائمين على الرعاية أو من الأهل والأقارب يتأثر بوضوح بمدى معايشة المريض لحالة المرض ومختلف النتائج المرتبطة بسلوكه الصحي.

2- مناقشة وتفسير النتائج :

وفق ما أسفر عنه عرض نتائج البحث سيحاول الباحث فيما يلي مناقشة تلك النتائج وتفسيرها وفق الفرضيات الموضوعية وفي ضوء التراث النظري والدراسات السابقة التي اهتمت ببحث متغيري استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ومصدر الضبط الصحي وعلاقتها بالصحة والمرض.

2-1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى :

أظهرت النتائج تباينا في استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها المرضى في تعاملهم مع المرض ومختلف الضغوط الناجمة عنه أو حتى الضغوط الحياتية الأخرى ، حيث توزعت الاستجابات بين كل الأبعاد وهو ما يمكن أن يعبر عن استخدام متنوع من قبل أفراد العينة لتلك الاستراتيجيات فقد جاءت النتائج متقاربة في معظمها بالرغم من الترتيبية التي جاءت عليها المتوسطات الحسابية فقد تمثلت الاستراتيجيات الأكثر استخداما في استراتيجيتي الانسحاب السلوكي والتقبل ، تلتها أبعاد التكيف الروحاني وضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي الواسلي ، ثم عدد من الاستراتيجيات المعرفية والانفعالية متمثلة في كبح النشاطات الدخيلة ، طلب الدعم العاطفي ، التركيز والانفعال التخطيط ، الشرود العقلي ، الإنكار والسخرية ، استخدام المواد المسكنة والتعامل الفعال النشط فيما جاءت استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي في الرتبة الأخيرة وهو ما يعبر عن انخفاض قدرة المرضى على ايجاد حلول بديلة للتعويض عن حالة العجز أو تغيير النظرة تجاه المتطلبات الناجمة عنه. ويتمثل السبب الرئيسي في هذا الاستخدام المتعدد حسب جاتشل (1999) Gatchel إلى أن حالة المرض السيكوسوماتي المزمن ظاهرة متعددة الأبعاد تتضمن المتغيرات البدنية والنفسية والاجتماعية كما ترتبط بحالة فقر في التكيف وبعض المظاهر الاكتئابية التي غالباً ما ترافق انخفاض تقدير الذات لذا فإن ميل المرضى إلى استخدام مجموعة متنوعة من الاستراتيجيات يهدف بالأساس إلى التعامل مع كل هذه المشاكل على اختلافها ، وهو ما أكدته دراسات جنسون وزملاؤه (1991) Jensen et al. وبوثبي وزملاؤه (1999) Boothby et al. حيث تم الافتراض أن الاختلافات في استراتيجيات المواجهة يفسر بعض الاختلاف في المعايير التكيفية بين المرضى ، وهذه الفكرة تعيدنا بدورها إلى ما ذكره لازاروس وفولكمان (1984) من أن هناك عدة عوامل تشارك في عملية المواجهة تشمل التجربة الشخصية الضاغطة وتقييم الموارد المتوفرة والأفكار والسلوكيات اللازمة للتعامل مع مطالب التجربة .

وبالتالي فإنه لا يمكننا النظر إلى هذه النتيجة إلا من خلال عدة مستويات :

على المستوى الإدراكي: لقد أشار الكثير من الباحثين أن الضغط المدرك يمثل مجموع التقديرات التي لا تتعلق فقط بالوضع المعاشية ، إنما ترتبط أيضا بالموارد المتوفرة التي ينظر إليها المريض على أنها غير كافية ، حيث أكدت بروخون شويتزر (2002) Bruchon-Schweitzer أن الضغط المدرك يتحدد عبر نوعين من العوامل الفردية والموقفية وأن المستوى الفردي يضم بدوره عددا من العوامل المعرفية والدافعية والإرادية وبالتالي فإنه يمكن لبعض الخصائص المعرفية التقليل من شدة الاستجابة أو تضخيمها ، وهو ما ذهب إليه ليفينثال وزملاؤه (1984) Leventhal & al. من أن تمثل المرض يبني بشكل فردي عبر ثلاثة مصادر قاعدية للمعلومات يمثل الأول تلك الأرضية المشتركة للمعلومات التي تم استيعابها من قبل الفرد عبر علاقاته وتواصله الاجتماعي السابق ومعلوماته حول المرض المرتبطة بانتماؤه الثقافي ، أما الثاني فيشمل المعلومات الآتية من الموارد المدركة كمصادر للثقة كما هو الحال لأشخاص كالطبيب والأهل وأخيرا تلك المعلومات الآتية من تجربة المريض الشخصية حول ما عاشه من اضطرابات جسدية والأعراض وأيضا ما يحمله في ذاكرته من مؤشرات مجردة تربط بين هذه الأعراض والتشخيصات المحتملة.

فالملاحظ من خلال نتائج الدراسة الحالية أن استخدام استراتيجية التقبل كان بدرجة عالية عند المرضى فيما صاحبه استخدام أقل لاستراتيجية إعادة التقييم الايجابي ، وهذا ما يدفع للقول أنه غالبًا ما يكون لدى هؤلاء المرضى تقييمات سلبية وغير ملائمة حول حالتهم وقدرتهم على التعامل مع تجربة المرض لذا يميلون إلى فهم تلك الحالة كتهديد مستمر يعجزون عن حله أو التغلب عليه مما يفسر ميلهم بدرجة كبيرة إلى الانسحاب السلوكي في ظل عجزهم عن تعديل توقعاتهم ونشاطاتهم وفق حالتهم المرضية أو ما وصفته تايلور (2008) Taylor بإعادة تكييف مستمرة تتطلب المشاركة في نشاطات صحية جديدة والقيام بمراقبة ومتابعة الحالة الجسمية وهاته الأخيرة يمكن أن تعترضها العديد من الصعوبات في حالة استفحال المرض وضعف السيطرة على بعض الوظائف الحيوية نتيجة مضاعفات المرض أو حتى الآثار الجانبية للعلاجات الدوائية ، لهذا فإن للانسحاب السلوكي آثار متباينة على المريض إذ يكون وقائيا في جانب منه عبر عمله على التخفيف من مشاعر الألم والحفاظ على نوعية الحياة الانفعالية للمريض ولكن آثاره تمتد على المدى إلى نوعية الحياة الجسمية لدى هؤلاء المرضى.

علاوة على ذلك أكد الباحثون أن المريض يجد نفسه في كثير من الأحيان مجبرا على التعامل مع عدة تحديات في ذات الوقت كون المرض المزمن هو مجموعة معقدة من الضواغط المحتملة منها ما يتعلق بطبيعة المرض من أعراض وتدخلات علاجية ومنها ما يتعلق بالنتائج الاقتصادية (فقدان العمل وتكاليف العلاج ...) ومنها أيضا ما يرتبط بالنتائج الاجتماعية (اضطراب الهوية وتغير الأدوار والعزلة ...) حيث يرى ليفينثال وزملاؤه (Leventhal & al. (1984 أن تمثل المرض بينى بشكل فردي عبر ثلاثة مصادر قاعدية للمعلومات يمثل الأول تلك الأرضية المشتركة للمعلومات التي تم استيعابها من قبل الفرد عبر علاقاته وتواصله الاجتماعي السابق ومعلوماته حول المرض المرتبطة بانتماؤه الثقافي أما الثاني فيشمل المعلومات الآتية من الموارد المدركة كمصادر للثقة كما هو الحال لأشخاص مثل الطبيب أو الأهل وأخيرا تلك المعلومات الآتية من التجربة الشخصية للمريض حول ما عاشه من اضطرابات جسدية والأعراض وأيضا ما يحمله في ذاكرته من مؤشرات مجردة تربط بين هذه الأعراض والتشخيصات المحتملة وهذا ما ينقلنا إلى المستوى الثاني.

على المستوى الانفعالي : إن التعايش مع مرض مزمن قد يؤثر بشكل كبير على الاتزان الانفعالي كونه يطرح الكثير من المطالب المتعلقة بالصحة والعمل والعلاقات مع العائلة والأصدقاء والمختصين في الرعاية الصحية والتخطيط للمستقبل ... ووفقا لمورس وجونسون (Morse & Johnson (1991 فإن التكيف مع المرض المزمن يعتمد إلى حد كبير على الموازنة بين تلك المطالب والصعوبات حيث ترتبط العديد من المشاعر كالتشاؤم من المجهول والشعور بالاغتراب والعزلة والنقص والغضب مع مطالب تبدو غير قابلة للحل ، والجانب الهام هنا يتمثل في حفاظ المريض على بعض الأمل خلال الظروف الصعبة. إذ توصلت دراسة شاير وزملاءه (Scheier & al. (1989 على مرضى القلب الذين خضعوا لعملية تغيير الشرايين أن التفاؤل كان عاملا تنبئيا قويا بنجاح جهود الشفاء من العملية ولوحظ أن المتفائلين يميلون بشكل خاص لاستخدام استراتيجيات حل المشكل وأقل استخداما للإنكار وبالمقابل وجدت دراسات برودبنت وزملائه (Broadbent & al. (2004,2006 أن بعض الاستراتيجيات المستخدمة للتعامل مع نظام الرعاية الصحية تسعى أساسا للوصول إلى علاقة متساوية بين الطبيب والمريض أي أن هذا الأخير على استعداد لقبول مرضه والاعتراف بالحاجة للأطباء والآخرين بشرط ألا يفقد استقلاله واحترامه لذاته ولتفسير هذه الفكرة لا بد من الرجوع إلى الخلفية الثقافية وأشكال التنشئة الاجتماعية للمريض أو ما عبر عنه ماركوس وكييتاياما (Markus & Kitayama (1997

بالقول أن هناك ملمحا للحتميات الثقافية ضمن النظام الانفعالي يجعل الفرد يشعر بالارتياح حين يواجه الضغط بطرق تقرها الخلفيات الثقافية ، ومع ذلك فقد تجبره بعض المواقف الظرفية لاستخدام استراتيجيات مواجهة لا تجيزها تلك الثقافة مما يؤدي إلى عدم الراحة في حالة غياب إمكانية التحقيق ، حيث يعبر كارفر وشاير (1998) Carver & Scheier بأنه إذا بدا الهدف بعيد المنال منذ البداية فإن الفرد لن يحاول على الإطلاق كما أن الفشل المستمر في تحقيق أهداف التزم بها المريض يفقده المعنى في الحياة كون الأمل يرتبط بقيمة الأهداف وما تعود به عملية التغذية الراجعة كمحاولة للمضي قدما ، وفي هذا الصدد يؤكد محمود منسي (2002) أن التحديات التي يعيشها الإنسان والطبيعة الإنسانية ترتبط بالعواطف التي تؤثر في كل كبيرة وصغيرة في حياتنا أكثر من تأثير التفكير وذلك عندما يتعلق الأمر بمصائرنا وأفعالنا ، فالمشاعر ضرورية للتفكير غير أن تجاوزها ذروة التوازن يغلب العقل العاطفي على الموقف وبالتالي يكتسح العقل المنطقي.

من جهة أخرى كشفت النتائج عن ميل كبير لدى عينة البحث لاستخدام المواجهة الروحانية بأشكالها المختلفة وهو ما يتفق مع العديد من الدراسات في هذا المجال سواء في المجتمعات الإسلامية كدراسات أبو حطب (2003) أو على الصعيد العالمي كدراسات ماك كراي وكوستا (1986) كارفر وآخرون (1989) ، بارجامنت (1997) Pargament وغيرها من الدراسات التي بينت الدور الوسيط الذي يلعبه الجانب الديني في عملية التكيف ، وكذا الآثار الإيجابية لاستخدام المواجهة الدينية من حيث ارتباطها مع مستويات أدنى للضغط بشكل عام ومستويات أعلى للصحة النفسية والجسمية لكن على الرغم من شبه الاتفاق بين الباحثين أن الجوانب الروحانية ترتبط بشكل ايجابي مع الصحة إلا أنه يبقى من الصعب حتى الآن ضبط وتحديد الآلية التي تؤثر من خلالها في الجوانب العضوية ومع أن بعض الباحثين ربط استخدام التدين بالهدف والمعنى في الحياة أو ما يرتبط في ديننا الحنيف بمعاني الابتلاء والصبر والأجر والتقرب إلى الله عز وجل ، غير أن الحديث عن تلك المعاني يتطلب فهم طبيعة المعتقدات الشخصية المتعلقة بالمرض كتجربة روحية تتضمن الاتصال مع الخالق وأيضا كتجربة اجتماعية ، حيث أشار لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman مثلا أن هناك بعض المعتقدات التي يمكنها إضعاف أو تثبيط جهود المواجهة كالاعتقاد بالعقاب الإلهي الذي يؤدي بالشخص لقبول حالة الألم كعقاب وعدم القيام بشيء للسيطرة عليها أو إدارة مطالبها والاعتقاد بالمصير يمكن أن يؤدي إلى تقدير العجز الذي يقلص بدوره من جهود حل المشكلات.

أما بالنسبة للمرض كتجربة اجتماعية فينبغي هنا محاولة فهم طبيعة الدعم الاجتماعي المرغوب من قبل المريض مقابل ما توفره أشكال الاتصال والعلاقات الاجتماعية التي تربطه بالآخرين حيث وصف كوهين ومكاي (1984) الدعم الاجتماعي كمورد نفسي يجمع تصورات الفرد فيما يتعلق بنوعية علاقاته الاجتماعية ، فقد لا يلبي وجود شبكة علاقات اجتماعية واسعة احتياجات المريض فيما يمكن لشخص واحد تقديم المساعدة المطلوبة ، وينظر الآن للدعم الاجتماعي المدرك على أنه أحد جوانب مجال أوسع للدعم الاجتماعي يمكن للأفراد الآخرين العمل ليس فقط كمصدر للضغط وإنما أيضا المشاركة في عملية المواجهة عبر كونهم مصادر للمعلومات والمشورة والدعم أو كنماذج للمواجهة الفعالة أو المختلة (Berg & al., 1998; Hobfoll, 1998) حتى أن بعض الأبحاث النظرية أصبحت اليوم تعطي أهمية كبيرة لمفاهيم المواجهة الجماعية (Wells, Hobfoll & Lavin, 1997) والدعم الاجتماعي المرافق (Thoits, 1995) .

على المستوى الاجتماعي والاقتصادي : ربطت عدة دراسات بين الحالة الاجتماعية الاقتصادية والثقة في استخدام بعض استراتيجيات المواجهة ، كالارتباط الكبير للمستوى الاجتماعي الاقتصادي المرتفع مع المواجهة النشطة وبدرجة أقل مع المواجهة الانسحابية (Holahan & Moos, 1987) كما وجد أن من ينحدرون من أسر ذات مستويات اقتصادية واجتماعية مرتفعة يميلون لإستخدام إستراتيجيات مواجهة سلوكية ومعرفية فعالة بينما يستعمل المنحدرون من أسر ذات مستوى اقتصادي واجتماعي منخفض إستراتيجيات تميل للتجنب (حسين وحسين، 2006) إضافة إلى أن حمل الفرد مسؤوليات في المجال المهني أو في مجالات الحياة الأخرى يرتبط باستخدام ضعيف للمواجهة السلبية (Piquemal-Vieu, 2001). فمن المرجح أن تكون الاستراتيجيات النشطة أكثر فعالية من الطرق الأخرى ولكن هذا يبقى رهنا بما يوفره المحيط المادي والاجتماعي من إمكانيات أو بدائل في حالة الحاجة ويرى الباحث أنه لا يمكن النظر إلى نتائج الدراسة الحالية دون العودة إلى الخصائص السوسيوثقافية والاقتصادية للمرضى ، فقد كان من الواضح خلال الدراسة الاستطلاعية أن نسبة كبيرة من المرضى المستجوبون يطرحون شكاوى صبت في معظمها حول ما يعانونه من مشكلات اجتماعية وعلائقية نابعة أساسا من مضاعفات المرض ومتطلبات العلاج وواقع التكفل الصحي ، وهو ما يدفع المرضى إلى الاعتقاد بغياب بدائل وحلول حقيقية لما يعانونه في ظل تلك الظروف ، وفي هذا الإطار ربطت كوسون جيلي وزملاؤها (Cousson-Gélie & al. (1999) بين استراتيجيات مواجهة الضغوط ونوعية الحياة

الجسمية والاجتماعية والعقلية ، فكثيرا ما يلجأ المريض إلى بعض الاستراتيجيات الهادفة للتخفيف من الألم النفسي والجسمي الناجم عن المرض على حساب السلوكات الصحية كزيادة جرعات الأدوية أو الامتناع عن تناولها وعدم الالتزام بالنظام الغذائي والتدخين وقلة الحركة والنشاط التي ترتبط بعدد من الاستراتيجيات الانسحابية التجنبية مما يؤدي إلى مضاعفات صحية تكون بدورها مؤشرا لزيادة في مستوى الضغط النفسي .

وعموما يمكن للباحث القول أن تعدد استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المرضى ينطوي على عدد من الجوانب والمحددات منها ما يتعلق بالخصائص الشخصية للمريض في حد ذاته أي تلك السمات التي تساعد على التنبؤ بتكيفه النفسي والاجتماعي أمام الوضعيات الضاغطة من حيث نمط تنشئته وخلفيته الثقافية والاجتماعية وخبراته السابقة وتجاربه مع نظام الرعاية الصحية والتي تشمل حسب مارتز وليفن (2007) Martz & Livneh التحكم الذاتي والصلابة النفسية وتقدير الذات الإيجابي وزيادة الطاقة والكفاية الذاتية والتماسك والتفاؤل ومهارات حل المشكلات ومهارات التعامل مع الآخرين ، في حين ينظر إلى بعض العوامل الشخصية على أنها تقلص الموارد الشخصية إذ وجد أنها ترتبط مع النتائج النفسية والاجتماعية الأكثر فقرا وتشمل العصابية ومشاعر اليأس والتشاؤم وانخفاض مفهوم الذات . وفي المقابل تمثل بعض الخصائص الاجتماعية أو ما اسماه باندورا (1986) بالمرجعية الاجتماعية «Social referencing» دورا مهماً في توجيه عملية المواجهة كون المرضى يلجؤون إلى الآخرين ليجاد سبل مناسبة للتصدي لمشكلة معينة والتزود بمعلومات حول الأثر المحتمل للسلوك الشخصي وحتى في التعامل مع الألم (Holtzman & al., 2004) وبالتالي فإن التفاعلات الاجتماعية السلبية التي تركز على العلاقات الشخصية بين الأفراد واللوم الذاتي والتناقض الوجداني كالصراعات الزوجية والمشكلات مع الأبناء أو القائمين على الرعاية وغيرها تظهر آثارها بوضوح على اختيار المريض لشكل المواجهة ثم فعالية ذلك الاختيار لذلك وضع هوبفول وزملاؤه نموذجا متعدد المحاور للمواجهة يأخذ وجهات نظر كل من الفردية والمجتمعية في الحسبان ، حيث يتضمن هذا النموذج أساسيين بعدين هما: البعد الإيجابي/ المعادي للمجتمع والبعد السلبي/ النشط ، ويشير البعد الأول إلى استجابات المواجهة التي تتأثر بالسياق الاجتماعي وهكذا يمكن للفرد العدول عن سلوك ما لحل المشكلة في حالة ما إذا كان ذلك السلوك يسبب معاناة لفرد آخر في البيئة الاجتماعية خاصة إذا كان مقربا .

2-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية :

أوضحت النتائج المتحصل عليها سيطرة مصدر الضبط الداخلي متبوعاً بالضبط الخارجي للحظ ثم الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين ، مما يشير إلى أن حالات الدراسة أكثر اعتقاداً بأنهم مسؤولون عن حالتهم الصحية ومضاعفاتها رغم وجود معتقدات حول تأثير عوامل خارجية فيما يحدث لهم وتعتبر النتائج بذلك عن حقيقة أن المرضى لم يبدوا اتجاهاً نقياً للضبط الداخلي **Pure Internal control** إنما كان الاتجاه الداخلي غالباً للاتجاه الخارجي ببعديه وهو ما يتفق مع دراسة كليمنتس وزملائه **Clements & al. (1997)** حول معتقدات المرض التي وجدت أن سبعين في المائة من تلك المعتقدات تعزى إلى عوامل ذاتية في حين ارتبطت ثلاثون بالمئة منها بالمعلومات المستقاة من وسائل الاعلام أو الأشخاص الآخرين المتخصصين في مجال الصحة أو من هم على اتصال شخصي مع المريض كما تتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة اوزكير وزملائها **Ozcakir & al. (2014)** في المجتمع التركي حيث توزعت النسب كما يلي : 71.4% للضبط الداخلي 10.3% للضبط الخارجي للحظ و 18.3% لنفوذ الآخرين. وفي البيئة الجزائرية تتفق نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسة جبالي (2007) التي كشفت عن سيطرة الضبط الداخلي لدى مجموعات من المرضى ، فيما تختلف هذه الدراسة عن دراسات **Gillibrand & Stevenson (2006)** ، **Bydogan & Dag (2008)** على مرضى السكري و **Brinke & al. (2001)** على مرضى الربو التي كشفت عن سيادة الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين .

لمناقشة هذه الفكرة ينبغي الرجوع إلى الجدلية القائمة حول علاقة الضبط الداخلي والخارجي بالسلوك والصحة ، فإن كان العدد الكبير من الدراسات قد أكد على الآثار الإيجابية للضبط الداخلي **Hurrell & al., 1991; Seeman, 1991; Christensen & al., 1991; Aspinwall & Taylor, 1992; Smith & Wallston, 1992 ; Marsh & Grap ,1995 ; Chamberlain & Quintard, 2001 ; Gillirand & Stevenson, 2006 ; Stürmer, Hasselbach & Amelang ,2006** لكن دراسات أخرى كدراسة روبرتسون وكيلر **Robertson & Keller (1992)** وجدت أن الضبط الداخلي القوي قد يكون عائقاً أمام السلوكيات الصحية الإيجابية رغم الارتباط القوي بينهما ، ودراسة هلجسون **Helgeson (1992)** التي أكدت أن تلك العلاقة تظهر في سياقات صحية معينة وليس في حالات التهديد الصحي الحاد كجراحة القلب مثلاً ، ويرجع السبب الأساسي في هذا الاختلاف حسب مارشال **Marshall (1991)** إلى أنه في الغالب تمت دراسة تلك العلاقة دون مراعاة المتغيرات الخاصة بكل حالة على حدة

وبالتالي يمكن القول أن سيطرة الاتجاه الداخلي لا ترتبط في مطلق الأحوال بسلوك صحي إيجابي وتكيف نفسي أفضل لدى المريض إلا في حالة توفر جملة من الخصائص الفردية والموقفية الأخرى فقد وجدت تايلور وآخرون (Taylor & al.(1984) أن لوم الذات ينطوي على تحمل المسؤولية الشخصية عن المرض وبالتالي قد يكون مؤشرا على الشعور بالسيطرة والتحكم ، فالمريض من خلال لومه لذاته يسعى للشعور بأنه لم يعد عاجزا وأنه لا يزال قادرا على التحكم في صحته ، مما يقودنا إلى افتراض طرحه كل من أبرامسون وزملائه (Abramson & al.(1978) وميلر ونورمان (Miller & Norman (1979) بأن العجز يحدث عندما ينظر الناس إلى ما يحدث لهم على أنه غير قابل للسيطرة وهو ما يدفعهم للاستسلام والقبول بالأحداث على أنها مقدرة وحتمية وأنه لا سبيل لتغييرها ، فالتفسير الشخصي حسب سليجمان (1993) Seligman أو أسلوب التفكير الفردي هو الآلية المسؤولة عن اكتساب العجز وهذا ما دفع ماركس (1998) Marks للقول أن ذوي الضبط الداخلي يكونون أكثر قابلية لتغيير سلوكهم بعد أي تعزيز إيجابي كان أم سلبيا مقارنة بذوي الضبط الخارجي شرط أن يكون التعزيز ذا قيمة حيث ترتبط درجة تغيير السلوك بمقدار زيادة أو نقصان تلك التعزيزات ، لكن بعض الأفراد يبررون فشلهم وعدم محاولتهم تجاوز الأحداث السيئة التي تقع في حياتهم بعجزهم وضعفهم الذي اكتسبوه والمبني وفق ماك كين (2002) Mc kean على لوم الذات وتحميلها مسؤولية ما حدث وتعميم الاضطراب عبر النظر إليه على أنه سيؤثر في كل الأحداث اللاحقة ثم التعميم الثابت بأن ما حدث سيبقى للأبد مما يدفع للقول أن اعتقاد الفرد بالضبط الداخلي أو الخارجي يتشكل من تفاعله مع بيئته الاجتماعية ومن العلاقة الديناميكية التي تربطه بالعالم وخبرات النجاح والفشل التي يمر بها وتقويم الآخرين له والتوقعات المنتظرة والتي تتأثر بالمعززات البيئية .

فلا يمكننا النظر إلى مصدر الضبط الصحي دون الرجوع إلى مهارات الإدارة الذاتية لدى المريض في جوانب حياته العامة وفي سلوكه الصحي والتي تهدف في مجملها إلى الموازنة بين ما تقرضه خصائصه الفردية وما يقابلها من متطلبات بيئية ، ووفقا لهذه الفكرة اعتبر باكي (2009) Paquet أن الضبط المدرك هو نتيجة للتفاعل بين الفرد وبيئته أي بين مصدر الضبط كمتغير شخصي مستقر والبيئة الخارجية ، وحسب ديسي (2008) Deci ترتبط الأنماط السلوكية المدفوعة داخليا بحاجة الأفراد أن يكونوا أكفاء وفعالين ورغبتهم في الشعور بقدرتهم على الضبط الذاتي لدى قيامهم بالسلوك وأحيانا يكون عدم الالتزام العلاجي ورفض بعض المرضى لأشكال الوصاية من قبل الأهل أو الأطباء كتعبير عن استقلاليتهم وكفايتهم الذاتية وهو ما قد يزيد بدوره من المخاطر الصحية المتوقعة عليهم .

بالعودة لما أسفرت عنه النتائج ، كان من الواضح أن المرضى يعززون ما يطرأ على صحتهم إلى عوامل القدر والمكتوب والحظ أكثر من تأثير الآخرين ، ويمكننا تفسير ذلك من خلال تحليل طبيعة العلاقات القائمة ضمن الشبكة الاجتماعية للمريض ومدى مواءمتها لاحتياجاته المختلفة من قبيل مساعدته على فهم مرضه بصورة واضحة ثم إعادة ترتيب أولوياته ، فالكثير من المرضى أظهروا عدم رضاهم عن الخدمات الصحية المقدمة وفي نفس الوقت عجزهم عن إيجاد بدائل أخرى وهذا ما عبرت عنه برخون شويتزر وزملائها (Bruchon-Schweitzer & al. (1994) بالقول أن الغموض وعدم توفر معلومات كافية حول المرض مثله مثل توفر كم معلومات هائل يؤدي إلى ارتباك المريض وعجزه عن إيجاد عزو سببي لحالته مما يزيد من تفاقمها ، وهو ما جعل هورنر (Horner (1996 يؤكد أن الضبط الخارجي يرتبط بمستويات أعلى من الضغوط الفعلية الخاصة بتجربة المرض. من جهتها كشفت دراسات Carver & al. , 2000; Naus & al. , 2005 أن عددا من الأمراض الخطيرة تجلب معها مشاعر قوية من فقدان التحكم فعادة ما يشعر المرضى الذين تعرضوا لنوبات حادة أو مشكلات صحية مزمنة أنهم لم يعودوا يسيطرون على أجسادهم وعضوياتهم مما يفقدهم الشعور بالسيطرة على مصائرهم وخطتهم المستقبلية ، وغالبا ما يصاحب ذلك الشعور مشاعر أخرى بالعجز واليأس والسلبية ، حيث يرتبط الشعور المنخفض بالضبط والتحكم مع زيادة الأعراض الاكتئابية. فعلى سبيل المثال وجد أن الذين يعتقدون بقوة تأثير الآخرين يتبعون بدقة خطة العلاج المقترحة لكنهم يواجهون ضغوطا أكثر من الأفراد ذوي الضبط الداخلي أمام بعض المواقف كأن يكون الطبيب غير متوفر أو عندما يجب وقف العلاج أو عندما يتم إبلاغهم أنه لا يمكن التنبؤ بنتيجة المرض أو أنه غير قابل للشفاء نظرا لأن لديهم انطبعا بأن الآخرين لديهم قدرة التأثير على مسار المرض ومن جهتهم فإن من يعتقدون أن المرض يرجع إلى سوء الحظ ستكون علاقتهم مع الفريق الطبي متوترة مما يجعلهم يختبرون أعراضا أكبر من الاكتئاب والقلق (Williams & Koocher, 1998).

ونخلص في الأخير إلى القول أن تأثيرات الضبط الصحي أو الضبط المدرك معقدة للغاية وقد تكون مباشرة أو غير مباشرة عبر تأثير الكثير من الوسائط الداخلية والعمليات النفسية الأخرى (الضغط والدعم الاجتماعي المدرك) والفزيولوجية (النشاط العصبي الغدي والأداء المناعي العصبي) وبشكل عام فإن الدور الوقائي للضبط الصحي يتضخم عندما يتحد مع بعض المعتقدات المتعلقة بقيمة الصحة والكفاءة الذاتية ومع خصائص معينة للسياق الاجتماعي .

3-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة:

أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين الأبعاد الثلاثة لمصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى مجموع المرضى وبعبارة أخرى فإن المعتقدات التي يحملها هؤلاء حول مرضهم وعزومهم لأسبابه لم تؤثر بشكل مباشر على طرق وأساليب تعاملهم ومواجهتهم له وهذا ما يختلف مع نتائج دراسات (Murphy & al., 1997، Vandervoort, Luis & Hamilton, 1997) (Smith, Dobbins, & Wallston, 1998) لكن بالمقابل تتفق هذه النتيجة مع وجهة النظر التي طرحها كارفر وشايفر (1993)، كابلان (1996)، هوبفول (1998)، ويقدم النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي تفسيراً لذلك عبر التأكيد على تعقيد العلاقة القائمة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة يرجع أساساً إلى أن كلا من المتغيرين يرتبط ارتباطاً موجبا بالعديد من الأبعاد الأخرى المتعلقة بصلب سيكولوجية الفرد كالثقة بالنفس، تقدير الذات، فعالية الذات، التفاؤل، التدين، القلق... والعوامل الموقفية (طبيعة المرض وشدته ومعانيه) وأيضا طبيعة المحيط الاجتماعي والاقتصادي.

ففي سياق تطويرهم لمقياس الضبط الصحي أجرى والستون وزملاؤه (Wallston & al. (1974) دراسة على مجموعة من مرضى ضغط الدم المرتفع وجد فيها أن المرضى من ذوي الضبط الداخلي والذين وضعوا قيمة أعلى لسلوكهم الصحي سعوا للحصول على معلومات أكثر حول المرض من ذوي الضبط الخارجي الذين كثيرا ما يلجؤون إلى الانسحاب واللامبالاة والقلق عندما يواجهون مجموعة متنوعة من المشكلات الصحية، وهو ما أكد عليه كثير من الباحثون (Lefcourt & al. , 1981، Alaphilippe & al., 1997، Aspinwall & Taylor, 1992، Hurrell & al., 1991، Davis, 1986، Chamberlain & Quintard, 2001، Bruchon-Schweitzer & al., 2001) بأن من يعتقدون بسيطرتهم على مرضهم وقدرتهم على مقاومة تأثيراته من خلال الإرادة أو العادات الصحية الجيدة أو الالتزام بالعلاج كانوا في وضع أفضل من أولئك الذين لا يرون أنفسهم قادرين على السيطرة إلا أن نتائج هذه الدراسات لم تكن حاسمة حول الدرجة والكيفية التي تؤثر من خلالها تلك المعتقدات على سلوكيات المريض خاصة في ظل تفاعلها مع العديد من المتغيرات الداخلية والخارجية الأخرى وقد أكدت عدة دراسات أن الكفاءة الذاتية تشكل عاملاً منبئاً بأنواع مختلفة من السلوك الصحي (Schwarzer, 1992; Schwarzer & Fuchs, 1996)، مما جعل شوارزر (1994) يقترح أنها تشكل محددًا رئيسيًا للعديد من السلوكيات ذات الصلة بالصحة.

ويرى الباحث أن الحكم على هذه النتيجة يستدعي الرجوع إلى ما أسفرت عنه نتائج الفرضيتين الأولى والثانية ، إذ أن السيطرة غير النقية للضبط الداخلي صاحبها تداخل كبير في أبعاد المواجهة والتي قد تعبر إجمالاً عن انخفاض في قدرة المرضى على إيجاد حلول لمختلف مشكلاتهم الصحية مما يدفع للقول أن الكثير من المرضى يميلون في عزوهم لحالاتهم المرضية إلى لوم أنفسهم أولاً كسبب للمرض ثم لعجزهم عن التكيف مع حالة المرض خاصة وأنهم أظهروا ضعفاً في استخدام الموارد الاجتماعية أو عدم الرضا عن تلك الموارد بدرجة أساسية بمكوناتها المادية والانفعالية والمعلوماتية والأدائية. ولا يمكن إغفال أن المجتمع الجزائري عرف نقلات وتغيرات اجتماعية عديدة ألقت بظلالها على عدد كبير من المفاهيم المتعلقة بالصحة والمرض و بالروابط الاجتماعية والأسرية وحتى بتراتبية القيم والأهداف الحياتية والحاجات الفردية والجماعية ، لذلك فإن النظر إلى المريض في المجتمع الجزائري ينبغي أن يستند إلى فهم أعمق لكل ما يتعلق بالخصائص الفردية والاجتماعية والتدخلات القائمة بينها . فمثلاً عبر كثير من المرضى عن حاجتهم المستمرة للرعاية الصحية وامتعاضهم في ذات الوقت مما يتلقونه من معاملة طبية وحتى مقارنتها بنماذج أخرى محلية أو أجنبية وهو ما يشير إلى أن عدداً من أشكال التجنب والانسحاب السلوكي والإنكار أو حتى الشرود العقلي القائمة قد تعبر عن رفض المريض لهذا الواقع أكثر من رفضه لحالته المرضية .

من ناحية أخرى جادل العديد من الباحثين أمثال (Schulz & Heckhausen, 1998 ; Marks, 1990) بأن العوامل الثقافية والاجتماعية غالباً ما تؤثر على معتقدات الناس الصحية ، ففي بعض الثقافات التي تعزز الروابط الأسرية كان ميل الأفراد إلى الضبط الخارجي لذوي النفوذ أكبر بينما وجد في ثقافات أخرى أن الميل الأكبر كان نحو الاعتقاد بالغيبيات والظواهر الروحية ، فعلى سبيل المثال تم الكشف عن أثر دعم الأسرة على رفاهية كبار السن كونه يسهل تبني سلوكيات تعزز الصحة ويزيد معدل النشاط البدني (Anderson & al., 2006 ; Jang & So, 2004 ; Kaplan & al., 2001) فيما ارتبط الدعم الاجتماعي الذي ينظر إليه بأنه منخفض بخطر أعلى من القلق والاكتئاب والضغط التالي للصدمة والشكاوى الجسدية المتكررة (Pedersen & al., 2002) كما ارتبط الشعور بالوحدة وانخفاض الدعم العاطفي مع زيادة خطر الإصابة بأمراض القلب التاجية (Sorkin & al., 2002). فمصدر الضبط مرتبط بثقافة المجتمع والبيئة التي ينشأ فيها المريض ، حيث أشارت نتائج الدراسة التي قام بها تانج وآخرون (Tang & al., 2008) على مرضى السكري نمط 2 أن الرضا عن الدعم كان مؤشراً على تحسن نوعية الحياة وممارسة الإدارة الذاتية.

ولتفسير هذه الفكرة يجب الرجوع إلى بعض الدراسات التي نظرت للمواجهة كسمة في الشخصية (Holahan & Moos, 1986; Carver Scheier & Weintraub, 1986; Vitaliano & al., 1987) التي أكدت أن استجابات المواجهة هي أنماط سلوك تكيفية فردية تتأثر بالعوامل البيولوجية والشخصية كما تتأثر بعملية التعلم والتنشئة الاجتماعية ، حيث اعتبر كينغ (1981) King أن تصورات الفرد تستند على تجاربه السابقة التي تتضمن نظره لذاته إضافة إلى عدة مكونات أخرى مثل استعداداته البيولوجية وخلفيته الاجتماعية والاقتصادية والتعليمية ومصالحه الحالية واحتياجاته وأهدافه المستقبلية. والتي تؤثر على السلوك وتعطي معنا خاصا للتجربة الراهنة ، ويقصد هنا بالتجربة الشخصية كل ما تعرض له الفرد سابقا من أزمات صحية أو معاشتها مع شخص تعرض لها (فرد من العائلة صديق ، مريض آخر) أو حتى تلقيها كمدخلات إعلامية قد يؤدي إلى تكوين فهم أعمق للتجربة ومن ثم تغيير السلوك الصحي وتعزيز استراتيجيات المواجهة النشطة .

وقد أجمع الباحثون أن الفرد عند إصابته بمرض مزمن أو حاد كثيرا ما يطور نظرياته الخاصة حول مرضه خاصة في ظل غياب دعم معلوماتي واضح وفعال والتي تتضمن عددا كبيرا من الخواطر والأفكار حول مسائل كثيرة ومتنوعة تبدأ بالضغوط والإصابات الجسمية والبكتيريا وتنتهي بتأثير الآخرين وبالقدر والمكتوب وغيرها ، وإذ أصبح لوم المريض لذاته أمرا شائعا اليوم إلا أنه يحمل معنيين : فمن جهة قد يعبر عن حقيقة في بعض الحالات أن العادات الصحية السيئة مثل التدخين والغذاء غير المناسب وقلة النشاط يمكن أن تسبب أمراضا عديدة كأمراض القلب والجلطات الدماغية والسرطان. ومن ناحية أخرى هناك يشير عدد من الأبحاث ما إلى أن لوم الذات ربما يكون تكيفياً يعكس محاولة المريض أخذ زمام المبادرة في السيطرة على المرض و فهمه له. كما أكدت دراسة ميلر (1983) Miller على مرضى احتشاء عضلة القلب أن القدرة والتحكم مترادفان وأن انعدام القدرة يأتي من إدراك المريض بأن تصرفاته لن تؤثر على النتيجة ، بينما ميز ستوك (1996) Stock ما أسماه بالقدرة الوجدانية التي اعتبر أنها تتدرج ضمن المجالات الداخلية للفرد وتحتل دورا أكثر أهمية من باقي العوامل ، ومن جهتهم كشف نويكي وآخرون (1989) Nowicki & al. ارتباط الضبط الخارجي بمجموعة من الاضطرابات الوجدانية وضعف قدرة التعرف على تعبيرات الآخرين كما أنهم يعانون من صعوبات في تجهيز المعلومات.

2-4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة:

يتضح من خلال النتائج عدم تحقق الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق بين مجموعات المرضى في استراتيجيات مواجهة الضغوط ، حيث جاءت الفروق دالة في ستة من أبعاد المواجهة انقسمت بين الاستراتيجيات المعرفية متمثلة في الإنكار والشروود العقلي وإعادة التقييم الإيجابي والسلوكية التي تضمنت الانسحاب السلوكي والتعامل الفعال النشاط ثم كبح النشاطات الدخيلة ويرى للباحث أن توزع الفروق بهذه الصورة جاء منطقيا نظرا إلى الترابط بين الاستراتيجيات السابقة والوظيفة المزوجة التي تلعبها على المستويين الإدراكي والانفعالي وفق ما عبر عنه بيلينغس وموس (1981) Billings & Moos ولازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman بالقول أن الأفراد عادة ما يلجئون لمزيج معقد من الاستراتيجيات الموجهة نحو المشكل والموجهة نحو الانفعال فالمواجهة تمثل الطريقة المعتادة أو الأسلوب الخاص الذي يتعامل به الفرد مع المواقف العصبية (Carver & al., 1989) ، حيث أشارت العديد من الأبحاث إلى أن المرضى يميلون بشكل خاص لاستخدام بعض الاستراتيجيات التجنبية لخفض مستويات الضغط عند تعرضهم لحالة تهديد صحي وقد أن تلك الاستراتيجيات قد تكون أكثر أهمية من مواجهة المشكل على الرغم من أن تأثيرها يعتمد بدرجة كبيرة على القيود المحددة التي فرضتها طبيعة التهديد (De Ridder & Schreurs, 2001) لذلك أكد بعض الباحثين (Devins et al., 1996، Caldwell & al., 1998 Zautra & al., 1999 Ried & al., 1999، Wang & al., 2001) أنه لفهم استجابات المريض السيكوسوماتي ينبغي مراعاة العديد من المتغيرات المتعلقة بالنواحي الطبية عبر دمج كل الخصائص الوبائية من حيث الأزمات الشدة ، الألم... الخ ، وبنوعية الحياة وأحداث الحياة اليومية والكبرى .

فهناك الكثير من الحقائق المتضمنة في حالة المرض وصورته الاجتماعية وما يرتبط به من نتائج تؤثر على المرضى بغض النظر خصائصهم الشخصية وخاصة مفهوم العجز ، وتصورات المرض هي تمثيلات أو معتقدات تتكون لدى المرضى حول مرضهم لتكون محددات هامة لسلوكهم اللاحق عبر ما تتضمنه من تسمية المرض وأسبابه ومدة استمراره ونتائجه على الصعيد الشخصي والعائلي وتختلف تلك التصورات على نطاق واسع حتى بالنسبة للمرضى الذين يعانون من نفس الحالة الطبية مما ينتج عنه وجهات نظر متباينة للغاية حول مفهوم المرض وطرق علاجه .

خلال السنوات الأخيرة نما البحث حول المحددات السلوكية والمعرفية المؤثرة في إدراك المرض فالتعامل مع مرض مزمن يتطلب قبول درجة معينة من فقدان الوظيفة ونمط حياة وروتين يومي من العلاج مما يتسبب في أعباء كبيرة على المريض ويمكن أن يؤثر على نوعية حياته وتكيفه كما أن كثيرا من أشكال السلوك التجنبي ترتبط بتبعية المريض وخوفه من المضاعفات الصحية خاصة مع انعدام دعم معلوماتي ووسيلي كاف ، وهذه المعتقدات تمارس دورا وسيطا في التعامل مع الضغوط أمام الغموض الذي يتسم به مسار المرض والعلاج مما يؤدي إلى صعوبة التنبؤ بالسيطرة والتحكم الذاتي أمام المرض وفي تقدم العلاج ونجاعته . وقد ركز جزء كبير من الأبحاث في هذا المجال على مرضى القلب في إدراكهم المرض وأهميته في نوعية الحياة اللاحقة وعمليات الوقاية والتأهيل ، فكثير من النتائج ذات الصلة ارتبطت بشدة بسلوك المريض السابق واللاحق من خلال تجارب طويلة الأمد من العزلة الاجتماعية والإهمال والوحدة والضغوط الاجتماعية تتعزز من خلال حالة المرض لتقود إلى سلوكيات أكثر انسحابية (Schwarzer & Leppin, 1991) إذ وجد كولمان وآخرون (Kohlmann & al., 1996) أن المصابين بأمراض القلب يميلون لاستخدام استراتيجيات مواجهة تجنبية بدرجة كبيرة للتخفيف من عوارض القلق والاكتئاب الحاد ، وهو ما يعيدنا إلى الطرح الذي قدمه سولز وفليتشر (Suls & Fletcher, 1985) وأكدته كل من شوارزر وآخرون (1987) وليفنسون وآخرون (1998) بفعالية تلك الاستراتيجيات على المدى القصير غير أن دراسات (Scheier & al., 1989 ، Holahan & Moos , 1988) توصلت إلى نتائج معاكسة.

ومع ذلك فإن الطريقة التي يتعامل بها المرضى مع الضغط الناتج عن المرض يمكن أن تؤدي إلى عواقب النفسية والاجتماعية حسب مايس وزملائه (1996) ، وفي هذا الإطار وجد ابراهيم (1992) أن مرضى السكري أكثر تأثرا بالضغوط الانفعالية والاجتماعية والبدنية بينما تأثر مرضى ضغط الدم بالضغوط البدنية وتأثر مرضى القولون العصبي بالضغوط الانفعالية والبدنية. كما أشارت دراسات (Davidson & al., 1997 ، White & al., 1992) حول مرضى السكري أن اضطراب الصحة العامة يشكل مصدر ضغط مستمر يضاف إلى الضغوط اليومية ، ورغم نجاح العديد من المرضى في دمج متطلبات المرض في حياتهم اليومية ، إلا أن التوتر الناجم عنه أثر في قدرتهم على الرعاية الذاتية والتحكم الأيضي وهو ما نتج عنه اختلافات كبيرة بالنسبة لمسارات المرض وكذا الاستجابة للعلاج

فيما وجدت دراسة كلارك و نوثوير (Clark & Nothwer (1997) أن مرضى الربو يختبرون بصورة أكبر الجوانب الإيجابية والسلبية للدعم الاجتماعي من أفراد الأسرة والأصدقاء والزملاء ، وارتكزت أساليب العديد من هؤلاء حسب سيكستون وزملاؤه (Sexton & al. (1999) على خفض الانفعالات الناجمة عن نظرتهم الدونية لذواتهم والمرتبطة بصورة المرض. لذا عمل مايس وزملاؤه (Maes & al. (1996) على إعادة النظر في أشكال المواجهة المحددة لمجموعات مختلفة من المرضى (السرطان والربو والسكري وأمراض القلب...) فقد أثبتت الاستراتيجيات الانسحابية المركزة على الانفعال أنها غير فعالة لدى مرضى الربو في حين كان الالتزام العلاجي وممارسة التمارين ومحاولة السيطرة على المرض ذات آثار مفيدة على مرضى السكري. ووفقا لنفس الباحثين فقد أظهرت الدراسات حول مرضى القلب أن الاستراتيجيات التي تركز على المشكلة (الالتزام العلاجي، والروح القتالية والبحث عن المعلومات) أكثر فعالية من تلك المركزة على الانفعال.

2-5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة :

توصلت الدراسة إلى عدم وجود فروق بين المرضى الذكور والاناث في كل استراتيجيات المواجهة وهو ما يختلف مع وجهة نظر لازروس وفولكمان (1984) القائلة بوجود فروق دالة بين النساء والرجال فالنساء أكثر استعمالا للإستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال في حين يميل الرجال للمواجهة النشطة وأيضا ما ذكره هوبفول وزملاؤه من أن النساء أكثر استخداما للمواجهة الاجتماعية الإيجابية من الرجال كما تختلف نتائج الدراسة الحالية مع نتائج دراسات ستون ونيل (1984) و سيفج كرنك (1994) ودراسات السهلي (2010) وسرور (2003) في البيئة العربية التي توصلت إلى وجود فروق واضحة بين الجنسين فيما يتعلق بأساليب التجنب والأساليب النشطة والبحث عن السند الانفعالي ودراسة بنزور وزدнер (Ben-Zur & Zeidner (1996) التي خلصت إلى أن الإناث أكثر نشاطا وتركيزا على المشكلة فيما تتفق نتيجة دراستنا الحالية مع ما كشفت عنه نتائج دراسة سعود (2014) في البيئة العربية ودراسات (Ptacek & al., 1992، Hamilton & Fagot ,1988 Porter & Stone, 1995، Kendek, 1987) بعدم وجود فروق في المواجهة تعزى للجنس في المواقف التي يواجه فيها الأفراد مشاكل مماثلة وهو ما يؤكد أن هذا العامل لا يؤثر منفردا في عملية المواجهة أي أن هناك متغيرات شخصية أخرى تلعب دورا في هذا الاختيار .

لتفسير تلك الاختلافات في وجهات النظر اقترح العديد من الباحثين أنه لا يمكن فصل تأثير النوع في الضغط والمواجهة عن السياق الاجتماعي وعن أنماط التنشئة الاجتماعية التي عرفت تغيرا كبيرا في الأدوار الجنسية التقليدية والحديثة ، فغالبا ما كان يتم توصيف الأدوار الأنثوية بالاعتمادية والتبعية والميل للتعبير عن المشاعر وإيصالها إلى الآخرين والتعاطف معهم ، وعلى العكس من ذلك يتم تعريف الأدوار الذكورية من خلال الاستقلالية والحزم وتوكيد الذات وقمع العواطف والتحكم فيها وبالتالي فإن طبيعة الضغوط من جهة وصور التكيف الاجتماعي معها من جهة ثانية ستختلف وفق أنماط السلوك الخاصة بكل دور ، وهذه الفكرة أصبحت اليوم محل جدل كبير خاصة في ضوء التحولات الاجتماعية والثقافية الكبرى التي عرفتتها الكثير من المجتمعات ومن بينها المجتمع الجزائري والتي ألفت بضلالها على التكوين الفردي وأشكال التنشئة الاجتماعية ومتطلبات الحياة اليومية للأفراد وهذه التحولات تؤثر حسب ألدوين ووارنر (2007) Aldwin & Werner في عملية الضغط والمواجهة عبر تحديد أنماط الضغوط التي من المرجح أن يواجهها الفرد ومدى التهديد الذي يشكله حدث معين وعلى اختيار استراتيجيات المواجهة الأنسب والآليات المؤسسية التي يمكن عبرها مواجهة الضغوط .

وفي هذا الشأن يؤكد ماركوس وكييتاياما (1997) Markus & Kitayama وجود ملحق للحتميات الثقافية ضمن النظام الانفعالي للفرد يجعله يشعر بالارتياح حين يواجه الضغط بطرق تقرها الخلفيات الثقافية ومع ذلك تجبره الضغوط الظرفية لاستخدام استراتيجيات مواجهة لا تجيزها ثقافة واحدة يمكن أن تؤدي إلى عدم الراحة ، وحاول رولاند (1999) Rolland تفسير التأثيرات النفسية الاجتماعية على المواجهة وفق أربعة مستويات تشمل التصورات الاجتماعية وتقييم الفرد لقدرات المواجهة لديه وحاجته للآخر (الدعم الاجتماعي المدرك) والعواقب النفسية والاجتماعية التي تأتي من التنشئة الاجتماعية والتعلم. وهو ما دفع البحوث الحديثة إلى التركيز بصورة أكبر على عدد من المتغيرات الفردية والاجتماعية التي تشكل موارد إضافية هامة للمواجهة من قبيل جودة الحياة كمفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بعدة متغيرات مثل الصحة الجسمية والحالة النفسية والعلاقات الاجتماعية وفعالية الذات وتقدير الذات والمهارات الشخصية والاجتماعية وغيرها إلى جانب المعايير المتعلقة بالجنس والوضع الاجتماعي . ثم أن تأثير الخصائص المرتبطة بالمرض والمعتقدات السائدة حوله في الوسط العائلي والاجتماعي بالإضافة إلى صور العجز التي يحملها كلها عوامل تدفع المرضى إلى استخدام استراتيجيات محددة تتناسب مع حالة المرض بغض النظر عن الدور الجنسي ، حيث أن المريض يبني تمثيل مرضه

حسب ليفينثال وزملاؤه (Leventhal & al. (1984) وفق مجموعة من الأبعاد المختلفة تشمل طبيعة التهديد وتطوره مع الوقت والأسباب المرتبطة مع المعتقدات ونتائج المرض (حقيقية أو متوهمة) وقابلية الشفاء والمشاعر المرتبطة بتجربة المرض ، وهذا ما اتضح جليا من خلال الفرضية السابقة التي أسفرت عن وجود فروق دالة بين المجموعات المرضية الأربعة في المواجهة .

2-6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السادسة:

كشفت النتائج المتعلقة بهذه الفرضية عن وجود فروق دالة بين المجموعات الممثلة للفئات السنية في بعد واحد من أبعاد المواجهة وهو بعد التقبل رغم أن العديد من الدراسات السابقة أكدت على وجود فروق جوهرية في المواجهة بين صغار وكبار السن ، حيث انطلقت الآراء المنادية باعتبار السن أحد العوامل المؤثرة في نوع المواجهة من فكرة مفادها أن الفرد يكتسب أساليب مواجهة متنوعة ويتعرف على مدى نجاعتها من خلال الخبرة التي تشكل عاملا فارقا في تحديد كفاءة الأفراد تجاه معالجة المشاكل الحياتية ، وقد عبر لازاروس (Lazarus (1996 عن ذلك بالقول أن المواجهة لا تعبر عن سمة ثابتة ولكنها خاصية متغيرة تخضع لعمليات تبادل الخبرات ، ونميز هنا وجهة نظر ماك كراي (1982-1989) الذي اعتبر أن الاختلافات بين المراهقين والراشدين في أشكال المواجهة إنما تتبع من الفروق في التجارب وفي العوامل المسببة للضغط بالنسبة لكل فئة ، وفي ذات السياق أكد سيفج كرنك (1994) أنه مع التقدم في السن يزيد الميل إلى أساليب المواجهة النشطة من خلال البحث عن المعلومات وتحليل أبعاد المشكل نظرا إلى النمو الاجتماعي والمعرفي الذي يساعد الأفراد على تطوير قدراتهم وفهم أكبر لمختلف الوضعيات الجديدة التي يواجهونها. فيما يرى باحثون آخرون (Aldwin, 1991) أنه قد يكون للعمر تأثير غير مباشر على استراتيجيات المواجهة من خلال زيادة المشكلات الصحية والتي تؤثر بدورها على عمليات التكيف ، فالاختلاف في استراتيجيات المواجهة بين الأفراد من مختلف الأعمار يعزى جزئياً إلى اختلاف أنواع المشاكل التي يواجهها الصغار والكبار حيث كشفت دراسة فيلتون وريفرسون (Felton and Reverson (1987 عن ارتباط المواجهة السلبية غالباً مع مظاهر القلق والاكتئاب لدى كبار السن (65-79 سنة) ، فمن ناحية يمكن أن تكون التغيرات الجسدية والنفسية المتعلقة بعملية الشيخوخة عوامل ضغط محتملة لها تداعيات على الصحة والرفاهية البدنية والنفسية ، ومن ناحية ثانية تشكل بعض مواقف وأحداث الحياة التي تميز الشيخوخة أوضاعاً قد يتم تقديرها كضرر أو خسارة بما في ذلك وفاة الشريك والمخاطر الصحية وزيادة التبعية

لذلك اعتبر روي وكاهن (1998) Rowe & Kahn أن الشيخوخة الناجحة "Successful aging" تتمثل في الحفاظ على صورة إيجابية عن الذات واستمرار العيش بسعادة ويكون ذلك نتيجة ثلاثة عوامل: تجنب حالات المرض والعجز من خلال صيانة القدرات البدنية والمعرفية وتطوير البيئة الاجتماعية والحفاظ على الرضا عن الحياة في سن متقدمة. كما أكدت الأبحاث الخاصة بالشيخوخة ارتفاعاً في درجة التدين بين المسنين وأن الشعور العام بالروحانية يساهم في رفاهية الفرد- (Lazarus, 2006). وفي دراسة أجرتها فولكمان وآخرين (Folkman & al. (1987 بين مجموعتين من البالغين والمسنين بمتوسطي عمر 41 و68 عاماً وجد أن المجموعة الأولى كانت أكثر استخداماً للاستراتيجيات المرتكزة على المشكل فيما استخدمت المجموعة الثانية استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال من جهة ثانية أظهرت مجموعة الرجال الأكبر سناً استراتيجيات أكثر مرونة من نظرائهم الأصغر سناً بينما كانت النتائج معاكسة بالنسبة للنساء ، وقد فسّر الباحثون ذلك بالاختلافات في مصادر الضغط المرتبطة بالعمر والتي تم اعتبارها كمطالب ظرفية ، فمجموعة البالغين ذكرت عدداً من الضغوط المتعلقة بالعمل وتربية الأطفال في حين عانت مجموعة المسنين أكثر من ضغوط ذات أبعاد صحية. وهذا ما دفع كومباس وزملائه (Compas & al. (2001 للقول أن الدراسات في مجال الضغط والمواجهة التي اهتمت بدلالات المراحل العمرية لا تزال غير حاسمة حتى الآن .

ويرى الباحث أن تفسير الفروق في استراتيجيات التعامل بين الفئات السنية يستدعي العودة إلى حقيقة أن المرض السيكوسوماتي لا يمثل حدثاً عادياً بالنسبة للمريض أو حتى المحيطين به ، وهو ما دفع لوصفه كحدث أو كخبرة صادمة لما له من تداعيات على الجوانب الجسمية والنفسية والأسرية والمهنية حيث اعتبر ليفنتال وآخرون (Leventhal & al. (1984 أن حالة المرض تدفع الأفراد لإنشاء تصورات تساعد في فهم ومعالجة مشاكلهم الصحية وتفسير مختلف المعلومات المتوفرة حول المرض والتي تؤثر فيما بعد في عملية المواجهة. وبالتالي فإن تقبل المرض يمر عبر تمثيله من خلال المعلومات المتاحة قبل الإصابة بالمرض كمعرفة جماعية وتلك المقدمة من البيئة الاجتماعية من قبل أشخاص ذوي أهمية كبيرة (الأقارب ، الفريق الطبي) ومن خلال التجربة الشخصية للمريض استناداً إلى التصورات الحالية والخبرة السابقة للمرض والتي تشمل الاحساسات الجسمية والأعراض وهذا ما يدفع للقول أن أثر السن يتمثل أساساً في ما يرتبط به من خلفية ثقافية وخبرة شخصية وما لهذه الأخيرة من تأثير في تجربة المرض.

7-2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية السابعة:

أسفرت المعالجة الإحصائية للنتائج عن ايجاد فروق بين المجموعات الثلاث الممثلة لمدة المرض في بعدين من أبعاد المواجهة هما الشرود العقلي والتعامل الفعال النشط ، وهو ما يتفق مع ما توصلت اليه دراسة عزوز (2009) ، ويمكن عزو هذه النتيجة إلى ماسبق ذكره من تأثير تشخيص مرض مزمن على حياة الفرد ، حيث تذكر تايلور (2008) Taylor أن التشخيص المبدئي قد يريك الفرد لدرجة تجعله عاجزا عن الإدراك الفوري لعمق التغيير المطلوب وقد يحتاج المريض إلى مدة طويلة لإيجاد أجوبة حول التساؤلات المتعلقة بحياته الراهنة والمستقبلية ونظام أولوياته والتعديل المطلوب على سلوكياته ، وكل هذه المسائل قد تجعله عاجزا عن الاستجابة مما يولد حالات قلق واكتئاب ويعد الإنكار من الحالات الشائعة عند مرضى القلب مثلا إذ يسعى المريض من خلاله إلى تجنب حقيقة المرض وأبعاده وتأثيراته ، ورغم أن عددا من الباحثين ألمحوا إلى وجود آثار ايجابية للإنكار كالبقاء لفترات أقل في وحدات العناية المركزة وانخفاض مستويات الهرمونات القشرية وحجب الشعور الحاد بالألم (Levine & al.,1988) إلا أنه قد يؤثر سلبا في قدرة المريض على فهم حالته المرضية ومتابعتها وبالتالي ضعف التزامه بالبرنامج العلاجي وقد أكد الكثير من الباحثين على أن مدة المرض تلعب دورا في تحديد أنماط تكيف المريض ، فحالة الإنكار والسعي للحصول على الدعم الاجتماعي تميز الفترة التالية للتشخيص لتليها فيما بعد استراتيجيات التقبل وفك الارتباط السلوكي والعقلي والدين (Miller & al. ,1988 ، Croyle & al. ,1990 ، Friedmann & al. ,2006) .

من جهة أخرى فإن حالات الاعتلال والانتكاسات المتواصلة في الحالة البدنية قد تؤثر بدورها على حياة المريض النفسية واستجاباته السلوكية إلى جانب تأثيرات أخرى هامة كالعلاجات الدوائية وما يصاحبها من استجابات جسمية والقيود المفروضة على النظام الغذائي ونمط الحياة كما في حالة مرضى القلب مثلا أو السكري أو حتى الجهاز الهضمي والتنفسي وهو ما يتطلب منه الانتقال إلى سلوكيات نشطة للتعامل بصورة مباشرة مع حقيقة المرض (التعرف على أسبابه ومتطلبات علاجه) وفي هذا الإطار أوضح لازاروس (1999) أن الحكم ما إذا كانت المواجهة ستؤدي إلى تعزيز الصحة من عدمه يعتمد على الحالة الخاصة التي يتم تطبيقها فيها ، ومع ذلك فقد بينت المراجعات المتعلقة بالألم المزمن أن المواجهة النشطة تميل إلى أن ترتبط بأداء جسدي ونفسي أفضل في حين ارتبطت أشكال المواجهة السالبة بسوء الأداء البدني والنفسي (Jensen & al. ,1999 ، Boothby & al. ,1991).

كما وجدت دراسات (De Rider & Schreurs, 2001; Bombardier & al.,1990; Maes & al.,1996) أن المرضى الذين تبنا أساليب مواجهة تجنبية كانوا أكثر صعوبة في التكيف مع المرض المزمن وأكثر اكتئاباً ممن استخدموا استراتيجيات تركز على المشكلة وهي ذات النتيجة الذي توصل إليها سماري وفاليسدوتير (1997) Smari & Valysdottir بأن الذين يلجؤون لتفضيل استراتيجيات مركزة على المشكل يتنبئون بنتيجة انفعالية ايجابية ملائمة في حين من اختاروا بصفة عامة إستراتيجية مواجهة مركزة على الانفعال لديهم اضطرابات تكيف انفعالي (قلق واكتئاب) ، كما ربطت الكثير من الدراسات بين حالات القلق والاكتئاب المصاحبة للمرض وعدد من الاستراتيجيات كطلب الدعم الاجتماعي بشقيه الانفعالي والوسيلي والانسحاب السلوكي ولوم الذات . وهذا ما دفع سليجمان لاقتراح نموذج البحث عن المنفعة Benefit finding model لتفسير الروابط بين اكتشاف المنافع أو المعنى الإيجابي بعد تجارب الحياة المعاكسة (بما في ذلك الأمراض المزمنة) والتكيف البدني والنفسي الاجتماعي ونتائج العلاج الطبي الحيوي ، وهو الأمر الذي اهتمت به بعض الدراسات اللاحقة في هذا المجال على غرار أبحاث (De Ridder & al., 2008; Helgeson & al., 2006).

بالعودة إلى نتائج الدراسة الحالية نلاحظ أنه لم تكن هناك فروق ذات دلالة في استراتيجية الإنكار التي تعبر عن رفض المريض الاعتراف بمرضه لما يسببه من ألم ومعاناة ، في حين تجسدت الفروق في استراتيجية الشرود الذهني والتي تمثل وفق ما وصفه كارفر وزملاؤه إشغال الذهن بأمر آخرى للتخفيف من الانفعالات الناجمة عن الموقف الضاغط الذي يتمثل هنا أساساً في حالة المرض ويمكن تفسير ذلك بأن مدة المرض تلعب دوراً في تعديل استجابات المريض الانفعالية والسلوكية وتمنحه فرصة لتجاوز الصدمة الأولى ومن ثم محاولة التعايش مع متطلبات مرحلة ما بعد الإصابة فهو وإن كان غير متقبل لحالته إلا أنه مجبر تطوير أساليب شخصية للتعامل معها سواء بالانتقال إلى ممارسات أكثر نشاطاً (جمع معلومات ، انخراط في نشاطات اجتماعية صحية ، حمية غذائية التزام علاجي وغيرها) أو عبر الشرود العقلي للبحث عن نوع من الراحة النفسية والابتعاد عن الألم المرتبط بحالة المرض أحياناً وأحياناً أخرى بفشل استراتيجيات المواجهة المعتادة في تحقيق التكيف النفسي (كغياب الدعم المدرك أو الاغماس في سلوكيات غير صحية أو اختلال الوازع الديني ...).

2-8- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثامنة:

انطلقت الدراسة من فرضية صفرية نصت على عدم وجود فروق في مصدر الضبط الصحي بين المجموعات المرضية الأربعة (القلب والأوعية الدموية ، السكري ، القرحة المعدية والهضمية ، الربو) وقد كشفت النتائج عن عدم تحقق الفرضية ، حيث وجدت فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعات في أبعاد الضبط الصحي ، وهو ما يتفق مع نتائج دراسة جبالي (2007) وعدد من الدراسات الأخرى فقد أصبح من شبه المؤكد اليوم أن عددا كبيرا من الأمراض الخطيرة تجلب معها مشاعر قوية من فقدان التحكم ، حيث تدفع المرضى للشعور بأنهم لم يعودوا يسيطرون على أجسادهم وعضوياتهم مما يفقدهم الشعور بالسيطرة على مصائرهم وخططهم المستقبلية الذي غالبا ما يصاحبه مشاعر عجز ويأس وضيق وسلبية ، لذلك يقتضي تكيف الفرد مع المرض المزمن أن يدمج بين مرضه وحياته مع إجراء تغييرات جوهرية في حياته اليومية نتيجة للقصور الجسمي والنفسي الناجم عن المرض فتطوير إحساس واقعي بالمرض وبالقيود التي ينطوي عليها وبنمط العلاج الذي يتطلبه تشكل جميعا عناصر أو عمليات مهمة في التكيف مع المرض ، والمريض غير القادر على دمج مرضه مع حياته ربما يكون عاجزا عن الالتزام بالعلاج ، كما أن كل الأمراض المزمنة تقريبا تتطلب بعض التغيير في الأنشطة والعادات ومستويات التكيف ، فمرضى السكري مثلا عليهم ضبط نظام غذائهم وربما أخذ حقن الأنسولين اليومية ، فيما يضطر مرضى القلب والجلطات الدماغية أن يظلوا يقظين لأي إشارة تنذر بانتكاسة ، لكن هناك مشكلة يمكن أن تظهر أثناء عملية التكيف مع المرض السيكوسوماتي تتمثل في تبني المريض نموذجا غير مناسب لمرضه وخاصة ذلك الحاد ، فمريض ضغط الدم مثلا قد يعتقد خطأ أنه إذا شعر بتحسن فلا حاجة به للدواء لأن المشكلة تحت سيطرته فيتوقف عن مراقبة حالته أو متابعتها (Nerenz, 1979 ; Ringler, 1981) .

لقد ذهبت الدراسات السابقة مذاهب شتى في تفسير أبعاد الضبط الصحي على عينات مختلفة حيث ركزت عليه تارة عند فئات تعاني من اضطرابات ومشكلات صحية خطيرة وأمراض مزمنة وتارة أخرى ربطته بالجانب الوقائي والصحي (Rodin & al., 1989) . حيث وجد أن المرضى الذين لديهم قدرة عالية على التعامل مع التحديات العاطفية للمرض (القدرة على التغلب على مخاوفهم) يميلون إلى بذل مزيد من الجهد خلال العلاج للحفاظ على علاقات جيدة مع طبيبيهم كما أنهم أكثر نشاطا في الحصول على المعلومات التي يحتاجونها حتى لو ولدت مشاعر سلبية (Paquet, 2009) .

وتشير الأبحاث أن العجز البدني يرتبط بانخفاض الضبط المدرك عند المصابين بأمراض مزمنة (Norton & al., 2005) ، وأن الضبط الخارجي مرتبط بالشعور بالضغط والحاجة للدعم الاجتماعي (Smith & Wallston, 1992) والارتباط الهام بين الضبط الداخلي القوي وانخفاض شدة الجسدية (Bhargava & Pandey, 2016) بمستويات أقل من الضغط النفسي (Christensen & al., 1991) فقد وجد مثلا أن المرضى الذين يعتقدون بقوة تأثير الآخرين يتبعون بدقة خطة العلاج المقترحة لكنهم يواجهون في بعض الأحيان ضغوطا أكثر كأن يكون الطبيب غير متوفر أو عند وقف العلاج أو إبلاغهم أنه لا يمكن التنبؤ بنتيجة المرض أو أنه غير قابل للشفاء لأن لديهم انطبعا بأن الآخرين لديهم قدرة التأثير على مسار المرض ، ومن جهتهم فإن من يعتقدون أن المرض يرجع إلى سوء الحظ سيكونون على علاقة متوترة مع الفريق الطبي مما يجعلهم يختبرون أكثر أعراض الاكتئاب والقلق (Williams & Koocher, 1998). فيما وجد هورنر (1996) أن الضبط الخارجي يرتبط بمستويات أعلى من الضغوط الفعلية والعصبية كما أنه مرتبط بتجربة المرض ، وبشكل أكثر تحديدا تشير هذه النتائج أنه بالإضافة إلى تلك الضغوط النفسية قد يكون مصدر الضبط الخارجي مؤشرا للمرض الجسدي.

مع ذلك هذه فإن تلك العلاقات تظهر فقط في السياقات الصحية حيث تكون هناك درجة معينة من التحكم وليس في حالات التهديد الصحي الحاد كجراحة القلب مثلا (Helgeson, 1992) . ففي دراسة شتومر وزملائه (Stürmer, Hasselbach & Amelang, 2006) أظهرت ذوات الضبط الداخلي انخفاضا في معدلات الاعتلال مقارنة بذوات الضبط الخارجي خلال المتابعة فضلا عن انخفاض معدلات الوفيات بينهم. أما فيما يتعلق بالداخلية كعامل منبئ أثبتت الدراسات أنها ذات تأثير وقائي لدى المصابين بالسكري (Gilliland & Stevenson, 2006 ; Chamberlain & Quintard, 2001) والربو (Katz, Yelin, Eisner & Blanc, 2002) . ورغم ذلك فإنه في حالات الأمراض المزمنة التي تتطلب خطط علاج طويلة فإن الضبط الصحي قد يكون عرضة للتقلبات (Marks & al., 1986) وإن كان ذوو الضبط الداخلي أقل اضطرابا أمام المرض إلا أنهم يظهرون اضطرابات انفعالية أكثر في حالة تفاقم شدة المرض وتدهور حالتهم الصحية كون جهودهم لتحسين حالتهم غير مجدية فكيفية إدراك المريض للسيطرة سيكون لها تأثيرات مباشرة على سلوكه تجاه نظام الرعاية الصحية (Burns & Mahalik, 2006).

أما على الصعيد البيولوجي النفسي فإن الأفراد الداخليين الذين يمكنهم التحكم في حالتهم المرضية يكونون أقل نشاطاً على مستوى بعض الأنظمة مثل محور (HPA) الذي ينتج هرمون الكورتيزول الذي يقلل من فعالية الجهاز المناعي ولذلك فهم أقل عرضة للإصابة بالأمراض المعدية الناجمة عنه (Bruchon-Schweitzer, 2002) وهو ما أكدته تجريبياً دراسة بوليني وزملائه (Bollini & al., 2004) كما يشير عدد من الدلائل التجريبية الأخرى إلى ارتباط كل من الضبط المدرك والفعالية الذاتية باستجابات أفضل تجاه الضغوط الحادة والمزمنة و بتغيرات في مستوى المناعة (تايلور ، 2008).

ويرى الباحث أنه على الرغم من تشابه الكثير من النتائج السابقة في وصفها لآثار الضبط الصحي على النواحي البيولوجية والنفسية والاجتماعية للمصابين بأمراض سيكوسوماتية مزمنة على اختلافها إلا أن الفهم الدقيق لطبيعة الفروق بين المرضى في الضبط الصحي يتطلب البحث في عدة مسارات أولها يتعلق بحقيقة المرض ودلالاته من حيث الشدة والمآلات والإجراءات العلاجية وعوامل الخطر ومتطلبات الوقاية من المضاعفات المحتملة ، أما المسار الثاني فيمثل كل الاستعدادات والخصائص النفسية والبيولوجية للمريض التي تلعب دوراً كبيراً في إدراكه واستجابته النفسية والمناعية تجاه المرض أما المسار الأخير فيشمل كل عناصر البيئة المادية والاجتماعية التي تمثل مورداً هاماً يعمل على تعزيز أو إضعاف قدرة المريض على السيطرة والتحكم .

2-9- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية التاسعة :

أسفرت نتائج الدراسة عن عدم وجود فروق في بين الإناث والذكور في مصدر الضبط الصحي وهذه النتيجة تختلف مع ما توصلت إليه نتائج بعض الدراسات الأخرى من وجود فروق بين الجنسين في مصدر الضبط الصحي كدراسات أبو ناهية (1987) ، ماك جنس وآخرون (2005) وجبالي (2007) إلا أنها تتفق مع ما كشفت عنه النتائج الأولى لدراسات روتر (1966) Rotter وفارس (1978) Phares و (1981) Shaw & Uhl من عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مصدر الضبط حيث جاءت أول إشارة إلى هذه النقطة من خلال ما ذكره روتر (1966) بأن تلك الفروق كانت ضئيلة حتى أنها لم تصل إلى حد الدلالة الإحصائية. ومن خلال استعراض الكثير من البحوث نجدها كشفت عن نتائج مختلفة ، فقد وجد دراسة ستريكلاند (1989) Strickland أن هناك فروقا في درجات الضبط ترجع إلى متغير الجنس دون أن تحدد اتجاهها .

وقد قام آرثر و واترمان (Archer & Waterman (1988) بمراجعة مجموعة من الدراسات والأبحاث فمن خلال تحليلهما لاثنتين وعشرين دراسة حول اتجاه الضبط لدى البالغين أكدت خمسة عشر منها أنه لا توجد فروق بينما وجدت ستة دراسات أن الرجال لديهم معدلات ضبط داخلي أعلى من النساء في حين أن دراسة واحدة فقط كشفت العكس. لذلك أكد الباحثان أنه ليس هناك ما يكفي من الأدلة لدعم فرضية الاختلاف الجنسي في وجهة الضبط خلال مرحلة البلوغ . من جهته وعبر دراسة طولية لثلاث سنوات بحث كولاس (Kulas (1996 اتجاه الضبط لعينة من المراهقين حيث وجد في بداية البحث أن الاناث أكثر ميلا إلى الضبط الخارجي بينما الذكور أكثر داخلية ، كما أظهرت النتائج أيضا أن مرحلة المراهقة هي مرحلة الاستقرار النسبي فيما يتعلق بالضبط حيث لم يكن هناك تغير ملحوظ على مدى سنوات الدراسة الثلاث ، وفسر كولاس زيادة الضبط الخارجي لدى الفتيات كونه يرتبط بالتفكير الاجتماعي وميله نحو الطابع الأنثوي. وهو ما عبر عنه دوباوا (1987) بالقول أن هذه النتائج غير المتناسقة والتي تأتي غالبا في صورة فروق ضعيفة ترجع أساسا إلى بعض الاختلافات في أشكال التنشئة الاجتماعية، حيث يعتبر أن التنشئة الليبرالية مثلا والتي تشجع على الاستقلالية تميل إلى تفضيل إظهار معتقدات الضبط الداخلي على الأحداث فيما تميل الممارسات الاستبدادية أو العقابية أو المبالغة إلى إظهار معتقدات الضبط الخارجي .

من جانب آخر كشفت دراسة بينكارك وآخريين (Pinquart & al. (2007 عن انخفاض مستويات التفاوض وتقدير الذات والضبط الصحي الداخلي مع مرور الوقت في بعض الحالات المرضية التي تتطلب برامج علاجية معقدة ، ويرتبط هذا الانخفاض بالضغوطات الكبيرة المرتبطة بتشخيص المرض وتلقي العلاج. فالفرق المرتبطة بمركز الضبط الصحي ترتبط بالمريض بغض النظر عما إذا كان ذكرا أو أنثى وأنها الفرق تعود لسمات الأفراد وخصائصهم الشخصية وخلفياتهم الثقافية حول الصحة والمرض أكثر مما تعود إلى متغير الجنس ، ويمكن للباحث تفسير هذه النتيجة من خلال الرجوع إلى تأثير عوامل مهمة كطبيعة التنشئة والثقافة السائدة في المجتمع والتي تقوم على الخضوع والاعتقاد بالقدر والابتلاء بدل الإقدام والسيطرة على الأحداث . فالاعتقادات الخاصة بمصدر الضبط تلعب دورا هاما خلال تلك المواقف التي لا يملك الفرد معلومات كافية عنها مما يضطره للعودة إلى مميزات الشخصية ونظرته للواقع قصد فهم الوضعية التي يواجهها وهذا ما يعيدنا إلى ما أسفرت عنه نتائج الفرضية الثانية من أنه رغم سيطرة مصدر الضبط الداخلي إلا أنه لم يكن خالصا.

2-10- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العاشرة:

كشفت نتائج الدراسة عن وجود فروق بين المجموعات الثلاث الممثلة للفئات السنية في البعدين الداخلي والخارجي للحظ فيما لم تكن هناك فروق ذات دلالة في بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين ولمناقشة هذه النتيجة ينبغي التذكير أن روتر اشتق مفهوم الضبط من نظريته في التعلم الاجتماعي واعتبره كنتيجة للتقديرات المحتملة ذاتياً للعائد المتوقع المبني على الخبرة ، وهو ما يشير إلى احتمال أن تتغير درجات الضبط الصحي مع التقدم في العمر وما يصاحبه من زيادة في معدلات الخبرة. وفي هذا السياق أشارت دراسات (Costelo, 1982 ; Distefano & al. , 1977) إلى ارتباط الضبط الخارجي سلباً بالسن كما أوضحت دراسة (Rohner & al. ,1980) أن الضبط الداخلي يرتبط إيجاباً مع الزيادة في السن ، فالأطفال الذين يدركون أنفسهم على أنهم مقبولون خلال علاقتهم بالوالدين يزداد نمو الضبط الداخلي بينهم في عمر 9-11 سنة مقارنة بأقرانهم ممن يشعرون أنهم منبوذون والذين لا يظهرون تغيراً في نفس العمر ، ويفسر شولتر وهيكواسن (Shultz & Heckhawsen ,2012) ذلك بأن محاولات التحكم والسيطرة على البيئة الخارجية تبدأ من مرحلة الطفولة وتصبح أكثر وضوحاً في سن 8 - 14 سنة ليزداد التوجه الداخلي مع التقدم في العمر. كما كشفت دراسة لاو (Lao,1974) أن هناك زيادة دالة في الإحساس بالكفاءة والفعالية الشخصية (الضبط الداخلي) في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد ، وهو ما يتفق أيضاً مع نتائج دراسة (Rychman & Malkikioski 1975) التي توصلت إلى أن الاعتقاد بالضبط يستقر خلال وسط العمر في سن 30 إلى 40 سنة .

لكن بالمقابل فإنه لا يمكن النظر إلى هذه النتائج بمعزل عن السياق الاجتماعي الذي ظهرت فيه والذي يعطي للمرحلة السنية خصائص ومواصفات ذات أبعاد تتجاوز الفرد كإطلاق صفة القاصر على من هو دون سن معينة وصفة العاجز على من تجاوز سناً معينة مع كل ما تحمله هذه الصفات من دلالات على صعيد الفرد وبيئته الاجتماعية ، وهذا ما عبرت عنه دراسة سارجنت كوكس وانستاي (Sargent-Cox & Anstey 2015) حول العلاقة بين الصور النمطية للعمر ومصدر الضبط الصحي لدى مجموعات عمرية للكبار، والتي توصلت إلى وجود ارتباط موجب بين ارتفاع مستوى النمطية العمرية وبعدي الضبط الصحي للحظ ونفوذ الآخرين . كما تم التوصل إلى أن الخصائص المتعلقة بالسن والجنس والمستوى التعليمي تؤثر مجتمعة في تكوين النمطية العمرية ومصدر الضبط الصحي وبالتالي يجب النظر إلى العلاقة بين تلك الصور النمطية والضبط الصحي في سياق العمر والجنس.

حيث كشفت المعطيات المتحصل عليها عند الأطفال والبالغين في مجتمعات غربية أن المعايير الثقافية السائدة كثيرا ما تدفع نحو الداخلية (Denoux & Macaluso, 2006) من خلال ميل الفرد إلى تطوير تفسيرات تتعلق بكونه مسؤولا عن نجاحاته وإخفاقاته مما يقلل من تأثير السياق الاجتماعي غير أن باحثين آخرين ربطوا بصورة أكبر خصائص البيئة الاجتماعية مع تطور الاعتقاد بالضبط كما خلص إليه بوسما وآخرون (Bosma & al., 1998) بأن الأفراد ذوي المستوى العالي من الناحية السوسيو اقتصادية في مرحلة الطفولة كان لديهم مستويات عالية من الضبط المدرك في الشباب . وعموما يمثل مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي في ضوء نظرية التعلم الاجتماعي لروتر محصلة لتفاعل مستمر بين الفرد وبيئته ، وبالتالي فإن الاختلاف بين الأفراد في كلا الخاصيتين يرتبط أساسا بالطريقة التي يميزون من خلالها القيم الصحية والأهداف المتعلقة بها وفي دوافعهم والنتائج المتوقعة من الانخراط في سلوك صحي (McEwan & al., 2016 ; Mayer & al., 1994) وهو ما يدفع للقول أن الفروق بين الفئات العمرية في مصدر الضبط الصحي تتصل بشكل مباشر مع طبيعة المخاطر الصحية المتصورة والأهداف من السلوك الصحي .

2-11- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الحادية عشرة؛

أظهرت النتائج المتوصل إليها في هذه الفرضية وجود فروق في الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين تعزى إلى مدة المرض فيما لم توجد فروق ذات دلالة في البعدين الآخرين (الداخلي والخارجي للحظ) حيث جاءت هذه النتيجة معاكسة تماما لنتيجة الفرضية السابقة المتعلقة بالفروق في الضبط الصحي حسب السن فيما تتفق مع نتائج دراسات ديفيليز وآخرون (DeVellis & al., 1980) و عزوز (2008) بوجود اختلافات حسب مدة المرض في الضبط الصحي الخارجي تحديدا ، ولا يمكن تفسير ذلك دون العودة إلى النقاش القائم حول مدى صحة استخدام أبعاد الضبط الصحي لشرح الفروق الفردية في نوعية الحياة والسلوك الصحي ، والذي دفع عددا من المنظرين إلى محاولة اقتراح نماذج تفسيرية أدرجت مصدر الضبط جنبا إلى جنب مع عدد من خصائص الشخصية الأخرى (Ajzen , 1991 Seligman, 1991 ، Bandura , 1997). فالتحول مع استمرار حالة المرض نحو الضبط الخارجي لا يعبر في مطلق الأحوال عن تبني سلوك صحي إنما قد يكون مؤشرا كذلك لإحدى صور العجز الذي يمثل إحدى السمات الرئيسية لذوي الضبط الخارجي عبر اعتقاد الفرد بسلبيته وانخفاض درجة إحساسه بالمسؤولية الشخصية في مقابل سيطرة قوى خارجية وهذا ما جعل باندورا (Bandura,2003)

يدافع بشدة عن مفهوم فعالية الذات المدركة التي وصفها بأنها جملة المعتقدات التي يكونها الفرد حول قدراته في تنفيذ أمر ما أو مواجهة موقف محدد ، فهي لا ترتبط بالضرورة بالقدرات الفعلية للفرد إنما أيضا تصوره حول طبيعة الموقف ومتطلباته. وفي حالة المرض المزمن يشير المفهوم إلى إدراك المريض أنه مسؤول عن حالته الصحية مما يساعده على اختيار وتوجيه سلوكاته وأفكاره وانفعالاته ولهذا السبب تبرز أهمية الإدارة الذاتية في الأمراض السيكوسوماتية والتي غالبا ما تتغير ببطء مع مرور الوقت كما أنها غير ثابتة النتائج فقد تمتد من مرض لآخر ، وبالتالي ينبغي على المريض أن يكون على دراية بمكونات ومسارات المرض وقادرا على استغلال التغذية بصورة ايجابية.

من جهة أخرى فإن اعتقاد المرضى مع مرور الوقت بأن صحتهم تعتمد في الغالب على الآخرين لا سيما العاملين في المجال الطبي يزداد مع مدة المرض إذا أمكنهم بناء علاقات ثقة مع هؤلاء فقد تبين أن بعض المرضى يحملون الكثير من المعتقدات الخاطئة التي قد تعوق مسار علاجهم فهم يفتقرون إلى المعلومات الأساسية عن المرض وانتشاره والخيارات العلاجية وطرق التكيف معه في الحياة اليومية أو ما أسماه بيكر وروزنستوك (1984) Becker & Rosenstock بتصور الأعراض وتلقي رسائل الوقاية التي تمثل إلى جانب الدافع الصحي استعداد الفرد للقلق حول المسائل الصحية . إلا أن الأمر لا يتوقف على التصورات الشخصية للمريض فقط أو العلاقة التي تجمعها مع الأطباء بل يمتد حسب ليندستروم واريكسون (2006) Lindstrom & Eriksson ليشمل الكثير من المتغيرات مثل الصحة المدركة والسعادة والروابط الروحية والدعم الاجتماعي المدرك والنظام البيئي الصحي والقدرة على الصمود الجسدي والحاجة إلى معالجة عوامل الخطر كالفقر والبطالة والتفاوت الطبقي والعجز والعزلة والتمييز .

خلاصة الفصل:

في ختام هذا الفصل الذي خصصناه لعرض ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الخلفية النظرية التي انطلق منها الباحث وجملة الدراسات السابقة والمشابهة ، يمكن القول أن نتائج هذه الدراسة جاءت في بعض جوانبها متسقة مع ما عدد من الأطر النظرية وما توصلت إليه دراسات سابقة فيما كشفت جوانب أخرى عن بعض الاختلافات فيما يتعلق باتجاه الضبط السائد لدى المرضى وكذا طبيعة الفروق حسب الجنس والسن ونوع ومدة المرض في كل من استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي والتي يعتقد الباحث أنها ترجع أساساً إلى تداخل عدد من المكونات النفسية والاجتماعية والبيولوجية في تحديد استجابات المريض تجاه حالة المرض.

ومن خلال هذه النتائج يمكننا أن نؤكد على ضرورة النظر في المتغيرات البيئية المتعلقة بالموارد الفردية والجماعية وعدد من المتغيرات التي تؤثر على نوعية الحياة والجوانب الأساسية التي يمكن أن تفسر جزءاً من مسببات المرض السيكوسوماتي ومآلاته في المجتمع المحلي قصد الوصول إلى فهم متكامل يشمل الأبعاد البيولوجية والنفسية والاجتماعية .



خاتمة

في الختام يمكن القول أن المرضى المترددون على المؤسسات الاستشفائية في المجتمع المحلي لا زالوا عرضة للكثير من الضغوط الحياتية والتحديات التي ينبغي عليهم مواجهتها في سياق حياتهم بأبعادها النفسية والاجتماعية البيولوجية ، وعلى الرغم من استخدام هؤلاء لمزيج من الاستراتيجيات إلا أن الشيء الملاحظ من خلال الدراسة ميل المرضى لاستخدام استراتيجيات تجنبية معرفية وسلوكية حيث تتفق نتائج الدراسة الحالية في ذلك مع عدد من الدراسات السابقة في هذا المجال والتي أشارت إلى أن هناك أساليب فعالة في التخفيف من أعراض المرض كإعادة التقييم الايجابي والتعامل النشط والتخطيط وغيرها وأن الإدراك السلبي للأحداث الضاغطة والإحساس بعدم فاعلية الذات في مواجهتها والسيطرة عليها قد ارتبط بشكل إيجابي بزيادة الأعراض ، وتمثلت مظاهر الإدراك السلبي في اتباع استراتيجيات سلبية كالشروع العقلي و الانسحاب السلوكي والانكار .

وقد ارتبط ذلك بأكثر من سبب منها ما يتصل بالمرضى في حد ذاته بكل ما يمتلكه من قدرات نفسية ومعرفية وجسمية... ومنها ما يرجع إلى طبيعة الحالة المرضية من حيث شدتها وتأثيراتها ومدى تحكمه فيها وهو ما يشير إلى وجود مجموعة من المتغيرات التي من شأنها التأثير في مواجهة الضغوط لدى المرضى وبالتالي التحكم في مستويات الصحة الجسدية لديهم ، حيث أشارت الأبحاث إلى ضرورة الاهتمام بمصادر الدعم النفسي والاجتماعي التي تجعل المريض يُقيّم الضغوط النفسية تقيماً واقعياً ويواجهها بنجاح كالمساندة الاجتماعية ، لكن بالتزامن مع تأثير حالة المرض يمكن أن تساهم شخصية المريض في اختيار أسلوب المواجهة الذي يعد نتاج التفاعل بين الخبرات النفسية ومصادر الضغط ، أي أن الخصائص المعرفية الإدراكية هي من تحدد مستوى الضغط المدرك ودرجة التحكم المدرك ، فأحيانا تكون الطريقة التي يتلقى من خلالها الفرد الأحداث أهم من شدة الحدث في حد ذاته أي أن مشاعر المريض و صورته عن ذاته تؤثر إلى حد كبير في حكمه سواء السلبي أو الايجابي على الأحداث ثم في توجيه استجاباته . كما برز من خلال نتائج هذه الدراسة سيطرة مصدر الضبط الداخلي لدى المرضى ولو بشكل غير نقي وهو ما يحمل في طياته أكثر من تفسير فقد يعبر من ناحية على شعور عال بالتحكم والسيطرة على الأحداث والذي تحركه درجة مرتفعة من فعالية الذات والتفأولية كما قد يعبر من جهة ثانية عن اتجاه المريض إلى لوم الذات والانسحابية

ومهما كانت الحقيقة فلا ينبغي تصوير المرضى على أنهم غير قادرين على تبني موقف ناضج ومتوازن تجاه مرضهم كون الكثيرين منهم يعملون على تقبل مرضهم ويبحثون عن حلول للتعامل معه رغم التناقضات التي يصادفونها أحيانا بين المطلوب والممكن ، لذلك أصبح من المثير للاهتمام دراسة المعتقدات الصحية التي يحملها المرضى المزمنون والتي تشترك مع عوامل الضغط الأخرى مما قد يؤدي إلى نتائج أكثر تعقيدا ويدفع لطرح المزيد من التساؤلات حول ما الذي يريده المرضى الآخرين وما هو الدور الذي يريدونه لأنفسهم . وبالتالي فإن الحكم على كيفية استجابة المريض تجاه مرضه يمر بالضرورة عبر فهمنا للصورة التي تنتظر بها لحياته والتي تتضمن جانبين يتمثل الأول فيما يمتلكه من طاقات تكيفية بيولوجية ونفسية تجاه ما يواجهه أما الثاني فيراعي حقيقة ما يصبو إليه فالرعاية الصحية للمرضى الصابين بأمراض مزمنة لا تبدأ عند باب المستشفى ولا تنتهي هناك لكنها تمتد لتشمل كل عناصر البيئة التي يعيش فيه هؤلاء المرضى ولكي تنجح العملية العلاجية لا بد من تظافر جهود جميع الأطراف لتوفير الخدمات المختلفة التي يحتاجها المرضى وعائلاتهم. كما ينبغي أن يتم التركيز على الوقاية ككون هام ضمن كل تفاعل من تفاعلات الرعاية الصحية

وعوما ومن خلال ما جاءت به هذه الدراسة من نتائج يمكننا طرح الاقتراحات التالية :

- ❖ القيام بدراسات ابيديميولوجية على نطاق واسع في المجتمع الجزائري للكشف عن طبيعة توزيع مختلف الأمراض المزمنة والخصائص المميزة لها .
- ❖ توسيع البحث الأكاديمي فيما يتعلق بمفهومي المواجهة والضبط الصحي من خلال إجراء دراسات بين مجموعات أخرى من الأمراض وبحث المزيد من المتغيرات المؤثرة في تكيف المريض النفسي والعضوي (فاعلية الذات ، التفاؤل ، المناعة النفسية غيرها) .
- ❖ برمجة محاضرات وأيام تكوينية حول خصوصية هذه الفئات من المرضى واستراتيجيات الوقاية والعلاج المناسبة لهم في ضوء ما تقدمه البحوث الحديثة في هذا المجال .
- ❖ تطوير واختبار فعالية بعض البرامج الارشادية لتنمية الصفات الايجابية لدى المرضى وتعزيز قدرات المواجهة التكيفية النشطة وكذا تنمية اتجاه الضبط الصحي الداخلي .

قائمة المصادر والمراجع

1. القران الكريم.
2. ابراهيم ، زيزي السيد (2006) : العلاج المعرفي للاكتئاب (أسسه النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية). دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
3. إبراهيم ، علي إبراهيم (1992) : الضغوط الحياتية في علاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية، مجلة مركز البحوث التربوية، العدد 04، جامعة قطر.
4. إبراهيم ، لطفي عبد الباسط (1994) : عمليات تحمل الضغوط في علاقتها بعدد من المتغيرات النفسية لدى المعلمين ، مجلة مركز البحوث التربوية ، السنة الثالثة ، العدد 05 ، جامعة قطر :
5. أبو النيل ، محمود السيد (1994 م 2 ط1): الأمراض السيكوسوماتية : دراسات و بحوث عربية و عالمية . دار النهضة العربية للطباعة و النشر بيروت.
6. أبو النيل ، محمود السيد (2001) : قائمة كورنل الجديدة للنواحي العصائية والسيكوسوماتية (مراجعة 1986م). المؤسسة الإبراهيمية. القاهرة.
7. أبو حطب، صالح (2003) : الضغوط النفسية وأساليب مواجهتها كما تدركها المرأة الفلسطينية في محافظة غزة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأقصى بغزة.
8. أبو غالي، عطاق محمود (2012) : فاعلية الذات وعلاقتها بضغط الحياة لدى الطالبات المتزوجات في جامعة الأقصى . مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية. 20 (1) : 619- 654.
9. أبو ناهية ، صلاح الدين (1989) : العلاقة بين الضبط الداخلي الخارجي وبعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة. مجلة علم النفس، العدد العاشر، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
10. الأحمد ، أمل (2001 ط1) : مركز الضبط وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص العلمي (بحوث ودراسات في علم النفس) مؤسسة الرسالة ، بيروت.
11. آيت حمودة ، حكيمة (2005) : دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية ، رسالة دكتوراه في علم النفس غير منشورة، جامعة الجزائر.
12. آيت حمودة ، حكيمة (2005): دور سمات الشخصية و استراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة النفسية والجسدية ، أطروحة دكتوراه غير منشورة في النفس العيادي ، جامعه الجزائر.
13. البارون، خضر عباس(1999) : دراسة الفروق بين الجنسين في الضغوط الناجمة عن أدوار العمل. المجلة التربوية، مجلد 13 عدد 52 ، جامعة الكويت : 47-94.
14. البستاني ، بطرس (1992) : محيط المحيط قاموس مطول للغة العربية. مكتبة لبنان بيروت.
15. بلال، محمد إسماعيل (2005) : السلوك التنظيمي. الدار الجامعية الجديدة، الإسكندرية.
16. بن زروال ، فتيحة (2004) أنماط الشخصية و علاقتها بالإجهاد . رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة منتوري قسنطينة.

17. بن طاهر ، بشير (1998). إشكالية مفهوم الضغط في الدراسات النفسية المعاصرة-عرض تحليلي- عروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس . منشورات جامعة الجزائر. الجزء الثاني ماي.
18. تايلور ، شيلي ترجمة وسام درويش بريك، و فوزي شاكر داود (2008) علم النفس الصحي ، عمان ، دار الحامد للتوزيع وللنشر .
19. جابر ، عبد الحميد وكفافي ، علاء الدين (1988) : وجهة الضبط- والمتغيرات النفسية المرتبطة، دراسات في علم النفس التربوي، مركز البحوث التربوية، جامعة قطر، المجلد الحادي والعشرين.
20. جابر، عبد الحميد جابر (1986) : نظريات الشخصية. دار النهضة القاهرة.
21. الجاموس ، نور الهدى محمد (2009) : الاضطرابات النفسجسمية (السيكوسوماتية). دار اليازوري العلمية عمان .
22. جبالي ، نور الدين (2007) : علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي. أطروحة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي جامعة باتنة 2.
23. جودة ، آمال (2004): أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى . كلية التربية الحكومية، غزة.
24. جولمان، دانيال (2000): الذكاء العاطفي. ترجمة ليلى الجبالي، سلسلة عالم المعرفة، الكويت.
25. الحجار ، حمدي (2004): العلاج السيكوسوماتي المعرفي. مركز الدراسات النفسية والنفسية الجسدية، طرابلس لبنان.
26. حريم ، حسين (1997) : السلوك التنظيمي . دار زهران للنشر والتوزيع ، عمان .
27. حسين ، سلامة عبد العظيم و حسين طه عبد العظيم ، (2006 ط 1) : إستراتيجيات إدارة الضغوط النفسية والتربوية دار الفكر. عمان.
28. حسين، محمد عبد الهادي (2005): مدخل إلى نظريات الذكاء المتعدد. دار الكتاب الجامعي، العين الإمارات.
29. الحميد ، محمد بن سعد (2007 ط 1) : مرض السكر أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، موقع القدم السكرية. الرياض.
30. الحنفي ، عبد المنعم (1995) : موسوعة الطب النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة.
31. الخالدي، أديب (2002) : المرجع في الصحة النفسية . الدار العربية للنشر والتوزيع، المكتبة الجامعية غريان، ليبيا.
32. الخطيب ، رجاء عبد الرحمن (1991 ط 1): تعديل السلوك -القوانين والإجراءات- ، الرياض.
33. راتب ، أسامة كامل (2000 ط 3): علم النفس الرياضي ، دار المعارف ، القاهرة.
34. راجح ، أحمد عزت (1976): أصول علم النفس. المكتب المصري الحديث الإسكندرية.
35. الرشدي ، هارون توفيق (1999) : الضغوطات النفسية طبيعتها ، نظرياتها. مكتبة الأنجلو المصرية . القاهرة .
36. الزراد ، فيصل محمد خير (2000 ط 1)، الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر. دار النفائس للطباعة والنشر بيروت.
37. الزراد، فيصل محمد خير (1984 ط 1): الأمراض العصائية والذهانية والاضطرابات السلوكية. دار القلم بيروت .
38. زغول ، عماد ، والفهداوي ، علي (2004) : مدخل إلى علم النفس ، دار الكتاب الجامعي ، العين.
39. زيدي ، نصر الدين (1998): الأمراض السيكوسوماتية لدى الأستاذ الجامعي. عروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس وعلوم التربية 25-26-27 ماي الجزء الأول، منشورات جامعة الجزائر.
40. سرور، سعيد عبد الغني (2003) : مهارات مواجهة الضغوط في علاقتها بكل من الذكاء الوجداني ومركز التحكم. مجلة مستقبل التربية العربية، المركز العربي للتعليم والتنمية، الإسكندرية مجلد 9 عدد 29 : 29-40.

41. سعود ، ناهد (2014) : أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بمستوى الاضطراب النفسي الجسدي (السيكوسوماتي). مجلة جامعة دمشق - المجلد - 30 العدد 02 : 237-270.
42. السهلي، عبد الله (2011): أساليب مواجهة الضغوط لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى. رسالة دكتوراه غير منشورة بقسم علم نفس، جامعة أم القرى.
43. السيد خليفة ، وليد و علي ، عيسى مراد (2008) : الضغوط النفسية والتخلف العقلي في ضوء علم النفس المعرفي . دار الوفاء للنشر والتوزيع ، الإسكندرية ، مصر.
44. السيد عبيد ، ماجدة بهاء الدين (2008 ط1). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية . دار الصفاء.
45. شحاتة ،حسن و النجار ، زينب (2003): معجم المصطلحات التربوية والنفسية. الدار المصرية اللبنانية، بيروت.
46. الشريف ، ليلي (2002-2003) : أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ- ب) لدى أطباء الجراحة القلبية والعصبية والعامه، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، جامعة دمشق. .
47. شقير ، زينب محمود (2002 ط2) : مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية (مصرية -سعودية) . مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة.
48. شقير ، زينب محمود (2005) : الشخصية السوية والمضطربة ، ط3 ، المكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
49. شكري ، محمد كريم (2006 ط1) : سلوك النمط (أ) دراسة في علم النفس الصحة. دار المعرفة الجامعية الإسكندرية.
50. الشناوي، محمد وعبد الرحمن، محمد (1994): المساندة الاجتماعية والصحة النفسية مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية. مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.
51. شويخ هناء أحمد (2007) . أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية ، إيتارك للنشر و التوزيع القاهرة ، بدون طبعة .
52. شيخاني ، سمير (2003): الضغط النفسي. دار الفكر العربي للنشر والتوزيع، بيروت.
53. الطيرري ، عبد الرحمان سليمان (1994) : الضغط: مفهومه ، تشخيصه، طرق علاجه ومقاومته، مطابع شركة الصفحات الذهبية، الرياض.
54. طشطوش ، رامي عبدالله (2015) : الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات سرطان الثدي. المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 11 ، عدد 4 : 449-467.
55. طه ، فرج عبد القادر وآخرون (1993 ط1): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . دار سعادة الصباح .القاهرة .
56. عبد الخالق ، أحمد محمد (1998) : الصدمة النفسية . مطبوعات جامعة الكويت مجلس النشر العلمي . الكويت.
57. عبد الخالق ، أحمد محمد (1994) : الدراسة التطورية للقلق .حوليات كلية الآداب، جامعة الكويت، الرسالة 90 الحولية 14.
58. عبد الرحمان ، محمد السيد (1998) : دراسات في الصحة النفسية. دار الرقباء للطباعة و النشر ، القاهرة.
59. عبد الستار ، إبراهيم (1998 د ط): الاكتئاب (اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه) . عالم المعرفة المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب الكويت.
60. عبد العزيز ، مفتاح محمد (2010) : مقدمة في علم النفس الصحة - مفاهيم ونظريات - . دار وائل ، عمان.
61. عبد القوي ، سامي علي (2000 ط2) : علم النفس الفزيولوجي. مكتبة النهضة المصرية ، القاهرة .

62. عبد الله ، محمد قاسم (2001 ط 1) : الصحة النفسية . دار الفكر العربي للطباعة والنشر . عمان .
63. عبد الله ، محمد قاسم (2008 ط 4) : مدخل إلى الصحة النفسية . دار الفكر عمان .
64. عبد المعطي ، حسن مصطفى (2003) : الأمراض السيكوسوماتية . مكتبة زهراء الشرق . القاهرة .
65. عبد المعطي ، حسن مصطفى (2006) : ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها . مكتبة زهراء الشرق . القاهرة .
66. عبد المعطي، حسن مصطفى (1989) : الأثر النفسي لأحداث الحياة كما يدركها المرضى السيكوسوماتيون . مجلة علم النفس، العدد التاسع يناير-فبراير-مارس : 29-43.
67. عبد المنعم، ثروت محمد (1991): إغراءات المتفوقين والمتأخرين دراسياً للنجاح والفشل. بحوث المؤتمر السابع لعلم النفس، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة .
68. عبيدات ، محمد وأبو النصر ، محمد (1999 ط 2) : منهجية البحث العلمي-القواعد والمراحل والتطبيقات-. دار وائل للطباعة والنشر عمان.
69. عثمان، فاروق السيد (2001 ط 1) القلق وإدارة الضغوط النفسية . دار الفكر العربي ، القاهرة مصر .
70. عزوز ، اسمهان (2015): مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن. أطروحة دكتوراه غير منشورة ، جامعة باتنة.
71. العساف ؛ صالح بن حمد (2000 ط 1): المدخل الى البحث في في العلوم السلوكية . دار الزهراء للنشر والتوزيع .
72. عسكر ، سمير أحمد (1988): متغيرات ضغط العمل، دراسة نظرية وتطبيقية في قطاع المصارف بدولة الإمارات العربية المتحدة. مجلة الإدارة العامة ، العدد 60، معهد الإدارة العامة، الرياض :
73. عسكر، علي (2003 ط 3): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها(الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق). دار الكتاب الحديث الكويت.
74. العطية ، ماجدة (2003 ط 1) : سلوك المنظمة . دار الشروق ، عمان .
75. العنزي ، أمل سليمان تركي (2014) : أساليب مواجهة الضغوط عند الصغيرات والمصابات بالاضطرابات السيكوسوماتية. رسالة ماجستير غير منشورة ، كلية التربية جامعة الملك سعود الرياض.
76. عوض، رثيفة (2001): ضغوط المراهقين ومهارات المواجهة "التشخيص والعلاج". مكتبة النهضة المصرية القاهرة.
77. العيسوي ،عبد الرحمان (1994) : الأمراض السيكوسوماتية . دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت لبنان.
78. العيسوي، عبد الرحمن (2000): الاضطرابات النفسجسمية. دار الراتب الجامعية بيروت.
79. غانم ، محمد حسن (2002): المساندة الاجتماعية المدركة وعلاقتها بالشعور بالوحدة النفسية والاكئاب لدى المسنين والمسنات المقيمين في مؤسسات إيواء وأسر طبيعية . مجلة دراسات عربية في علم النفس المجلد 1 العدد 3 . دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.
80. غانم ، محمد حسن (2015) : الدليل المختصر في الاضطرابات السيكوسوماتية . مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة.
81. الغريز ،أحمد نايل وأبو السعود ، أحمد لطيف (2008 ط 1): التعامل مع الضغوط النفسية ، دار الشروق رام الله .
82. فايد ، حسين علي (2000 ط 1): دراسات في الصحة النفسية. المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية.

83. فايد، حسين علي (2005): ضغوط الحياة والضبط المدرك للحالات الذاتية والمساندة الاجتماعية كنبئات بالأعراض السيكوسوماتية لدى عينة غير إكلينيكية. دراسات نفسية، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية مجلد 15 عدد 1 القاهرة: 5- 53.
84. فرج ، صفوت (1991): مصدر الضبط وتقدير الذات وعلاقتها بالانبساط والعصابية . رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية ، القاهرة.
85. فرج ، طه عبد القادر وآخرون (1993 ط1): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي . دار سعادة الصباح القاهرة.
86. الفرحاتي، السيد محمود(2005): سيكولوجية العجز المتعلم : مفاهيم-نظريات -تطبيقات. المكتب الجامعي الحديث المنصورة.
87. الفرماوي ، حمدي علي و رضا عبد الله(2009 ط1) : الضغوط النفسية في مجال العمل والحياة، دار صفاء للنشر والتوزيع عمان.
88. فلية ، فاروق عبده و السيد، عبد المجيد محمود (2005): السلوك التنظيمي في إدارة المؤسسات التعليمية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
89. كفاي ، علاء الدين (1982) : وجهة الضبط والمسيرة- بعض الدراسات حول وجهة الضبط وعدد من المتغيرات النفسية- الجزء الأول، مكتبة الأنجلو مصرية، القاهرة.
90. كمال، علي (1983 ط1 ج1): النفوس: انفعالاتها ، أمراضها وعلاجها. دار أوسط للدراسات والنشر والتوزيع. بغداد.
91. لوكيا ، الهاشمي . بن زروال ، فتيحة (2001 ط1) : الإجهاد . دار الهدى عين مليلة . الجزائر .
92. لوكيا الهاشمي (2002) : الضغط النفسي في العمل : مصادره ، آثاره وطرق الوقاية .مجلة الأبحاث النفسية والتربوية. جامعة قسنطينة العدد 00 .
93. محمد ، لطفي راشد (1992): نحو إطار شامل لتفسير ضغوط العمل وكيفية مواجهتها . مجلة الإدارة العامة ،المجلد 32 العدد 75 ، معهد الإدارة العامة الرياض :69-95.
94. محمد، محمد جاسم (2004) : مشكلات الصحة النفسية، الطبعة الأولى، مكتبة دار الثقافة الأردن.
95. المرسي ، جمال الدين محمد وإدريس ، ثابت عبد الرحمن (2002) : السلوك التنظيمي نظريات ونماذج وتطبيق عملي لإدارة السلوك في المنظمة. الدار الجامعية ، الاسكندرية .
96. المشعان ، عويد (1998) : مصادر الضغوط المهنية لدى المدرسين في المرحلة المتوسطة بدولة الكويت وعلاقتها بالإضطرابات النفسية الجسمية . المجلة التربوية .الكويت.العدد1. المجلد 28 .
97. المشعان ، عويد (2000) : التفاوت والتشاؤم وعلاقتها بالإضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية . العدد 4 المجلد 10 : 205- 232.
98. المشعان ، عويد (2000) : التفاوت والتشاؤم وعلاقتها بالإضطرابات النفسية الجسمية وضغوط أحداث الحياة لدى طلاب الجامعة. مجلة دراسات نفسية ، العدد 4 المجلد 10.أكتوبر : 205- 232.
99. المصدر ، عبد العظيم سليمان (2008) : الذكاء الانفعالي وعلاقته ببعض المتغيرات الانفعالية لدى طلبة الجامعة . مجلة الجامعة الإسلامية سلسلة الدراسات الإنسانية المجلد 16، العدد الأول يناير : 587- 632 .
100. معالم ، صالح (2008): محاضرات في الأمراض النفسية الجسدية. ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر.
101. معمريه ، بشير (2009 ط1): مصدر الضبط والصحة النفسية " المكتبة العصرية. مصر.

102. معمريّة ، بشير (2012) : مصدر الضبط والصحة النفسية وفق الاتجاه المعرفي السلوكي. دراسة ميدانية . دار الخلدونية للنشر والتوزيع ، الجزائر.
103. مقابلة ، نصر يوسف و يعقوب ، ابراهيم (1994) : أثر الجنس ومركز التحكم على مفهوم الذات، المجلة العربية للتربية المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم، مجلد 14 العدد 02 تونس.
104. ملحم ، سامي (2001) : الارشاد والعلاج النفسي . دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة الأردن .
105. منسي ، عبد العظيم محمود (2002) : الصحة النفسية و علم النفس الاجتماعي . مركز الاسكندرية للكتاب الإسكندرية.
106. الموسوي ، حسن (1998) : الضغوط النفسية لدى العاملين في مجال الخدمة النفسية (دراسة عملية). المجلة التربوية الكويت ، العدد 47 المجلد 12.
107. موسى ، رشاد عبد العزيز (1993): سيكولوجية الفروق بين الجنسين، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.
108. موسى ، رشاد عبد العزيز (1991): سيكولوجية الفروق بين الجنسين- دراسات في علم النفس الاجتماعي. مؤسسة مختار للنشر والتوزيع القاهرة.
109. النابلسي ، محمد احمد (1991 ط1): الصدمة النفسية- علم نفس الحروب والكوارث . دار النهضة العربية ، بيروت.
110. النابلسي ، محمد أحمد (1992 ط1) : مبادئ البسيكوسوماتيك وتصنيفاته. مؤسسة الرسالة دار الهدى ، عين مليلة الجزائر.
111. النجار ، فايز جمعة وآخرون (2010 ط2) : أساليب البحث العلمي منظوري وتطبيقي. دار الحامد للنشر والتوزيع عمان.
112. هداية ، فؤادة محمد علي (1994) : دراسة مصدر الضبط الداخلي-الخارجي لدى المراهقين من الجنسين . مجلة علم النفس العدد 32 الهيئة المصرية العامة للكتاب القاهرة .
113. هيجان ، عبد الرحمان أحمد (1998): ضغوط العمل: منهج كامل لدراسة مصادرها وتأثيرها وكيفية إدارتها . معهد الإدارة العامة ، الرياض.
114. يخلف ، عثمان (2001 ط1): علم نفس الصحة : الأسس النفسية والسلوكية للصحة . دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع الدوحة.
115. يوسف ، جمعة سيد (1991) : ترتيب أحداث الحياة المثيرة للمشقة-دراسة ثقافية مقارنة- المجلة المصرية للدراسات النفسية عدد 01 سبتمبر .
116. يوسف ، جمعة سيد (2004) : إدارة ضغوط العمل، نموذج للتدريب وللممارسة . إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
117. Abramowitz J S & Braddock A E (2006): **Hypochondriasis: Conceptualization, Treatment, and Relationship to Obsessive-Compulsive Disorder**. Psychiatric Clinics N Am 29 : 503–519.
118. Agarwal S K & Marchall GD (2001): **Stress effects on immunity and its application to clinical Immunology** . Clinical and Experimental Allergy, Vol 31: 25-31.
119. Ajzen I (1991): **The theory of planned behavior**. Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50(2), 179-211.
120. Aldwin C M (2007): **Stress, coping and development : an integrative perspective**. 2nd ed. New York The Guilford Press

121. Alexander D A & Klein S (2009): **First Responders after Disasters: A Review of Stress Reactions At-Risk, Vulnerability and Resilience Factors** . Prehospital and Disaster Medicine. March -April. Vol24, No 2 :87-94.
122. American Psychiatric Association (2003), **DSM-IV, Manuel Diagnostique Et Statistique Des Troubles Mentaux**, 2ème édition, Paris, Masson.
123. Antonovsky A. (1996) : **The salutogenic model as a theory to guide health promotion.**, Health Promotion International, 11(1), pp 11-18.
124. Armitage C J (2003) : **The relationship between multidimensional health locus of control and perceived behavioral control: How are distal perceptions of control related to proximal perceptions of control?** . Journal Psychology & Health V 18 I 6 : 723-738
125. Arraras J I , Wright S J , Jusue G , Tejedor M & Calvo J I (2002) : **Coping style, locus of control, psychological distress and pain-related behaviours in cancer and other diseases.** Journal of Psychology, Health & Medicine Volume 7, - Issue 2: 181-187
126. Bachelart M & Bioy A (2010) : **Stress et douleurs viscérales : une revue.** Douleur et analgésie, 23 : 226-231.
127. Baken D, Stephens Ch (2005): **More dimensions for the multidimensional health locus of control: confirmatory factor analysis of competing models of the structure of control beliefs.** J Health Psychol, 10:643-656.
128. Bandura A (1977) : **Self Efficacy in changing.**, Cambridge university press, New work.
129. Bandura A (1997) : **Self Efficacy : the Exercise of Control.** New York, Freeman.
130. Bandura A (1986) : **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory.** Englewood Cliffs.
131. Baum A, Revenson T A & Singer J E (2001): **Handbook of health psychology** .London Lawrence Erlbaum Associates Publishers .
132. Baum A & Grunberg A B (1991): **Gender, stress, and health.** Health Psychology, 10: 80-85.
133. Bekker M H , Nijssen A & Hens G (2001) : **Stress prevention training : sex differences in types of stressors , coping and training effects.** Stress and Health.; 17 : 207-218.
134. Ben-Zur H & Zeidner M (1996): **Gender differences in coping reactions under community crisis and daily routine conditions.** Journal of Personality and Individual Differences, 20: 331-340.
135. Bernier D (1995) : **La crise du burnout. Comment vaincre le syndrome d'épuisement professionnel.** Paris ,Vigne.
136. Bhargava T & Pandey R (2016) : **Effect of Health Locus of Control on Patients with Somatization Disorder.** The International Journal of Indian Psychology , Vol 4, October-December, I 1 No 74 : 108-120.
137. Billing A G. & Moos R H (1981) : **The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events.** Journal of Behavioral Medicine, 4: 139-157.
138. Bloch H & al. (1993) .**Grand dictionnaire de la psychologie.** Larousse.
139. Bollini A M , Walker E F, Hamann S & Kestler L. (2004) : **The influence of perceived control and locus of control on the cortisol and subjective responses to stress.** Biological Psychology, 67, 245-260.

140. Boudarene M (1998) : Stress et anxiété , de quoi s'agit-il ?. L'Encéphale ,XXIV : 557-568 .
141. Boudarene M (2005) . Le stress : entre bien-être et souffrance. Alger Berti Etions.
142. Bourgeois M & Paulhan I (1995) : Stress et coping. Puf collection .
143. Brinke A, Ouwerkerk M, Bel E H & Spinhovenb Ph (2001): Similar psychological characteristics in mild and severe asthma. Journal of Psychosomatic Research , (50) :7 - 10
144. Broadbent E, Ellis CJ, Gamble G, Petrie KJ (2006) : Changes in patient drawings of the heart identify slow recovery after myocardial infarction Journal of Psychosomatic Research (68) :910–913.
145. Broadbent E, Petrie KJ, Ellis CJ & al. (2004) : A picture of health: myocardial infarction patients' drawings of their hearts and subsequent disability: a longitudinal study. Journal of Psychosomatic Research (57) :583–587
146. Bruchon-Schweitzer M & Boujut É (2014) : Psychologie de la santé : Concepts, méthodes et modèles. Paris: Dunod.
147. Bruchon-Schweitzer M & Dantzer R (1994). Introduction à la Psychologie de la Santé, Paris : PUF.
148. Bruchon-Schweitzer M & Quintard B (2001) : Personnalité et maladies : stress, coping et ajustement. Paris : Dunod.
149. Bruchon-Schweitzer M (2001) : Concepts et modèles en psychologie de la santé. Recherche en soins infirmiers . decembre N°67 : 4-39.
150. Bruchon-Schweitzer M (2002): Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes. Paris Dunod.
151. Bruchon-Schweitzer M, Rasclé N, Cousson-Gélie F, Bidan-Fortier C, Sifakis Y and Constant A (2003) : Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. Psychologie Française, 48, 3 : 41-53.
152. Caplan L J. and Schooler C (2007) : Socioeconomic Status and Financial Coping Strategies: The Mediating Role of Perceived Control. Social Psychology Quarterly, Vol. 70, No. 1, 43–58
153. Carver C S, Scheier M F & Weintraub J K (1989): Assessing coping strategies: A theoretically based approach. Journal of Personality and Social Psychology . (56) : 267-283.
154. Chabrol H & Callahan S (2004) : Mécanismes de défense et coping. Paris : Dunod.
155. Charles P E (2010) : La prise en charge des troubles psychosomatiques en médecine générale: Etat actuel du savoir et connaissance des médecins généralistes . Thèse de doctorat. Faculté de médecine Université Paris 7 Denis Diderot.
156. Chrousos G P & Gold P W (1992) : The concepts of stress and stress system disorders. JAMA 267: 1244 – 1252.
157. Clark N M & Nothwehr F (1997) : Self-management of asthma by adult patients. Patient Education and Counseling, 32 :5-20.
158. Conner M and Norman P (2005 2^{ed} Edition) : Predicting health behavior : research and practice social cognition models. Second edition. Open University Press England.
159. Connor-Smith J K and Flachsbart C (2007) : Relations Between Personality and Coping : A Meta-Analysis. Journal of Personality and Social Psychology, Vol 93, No 6 : 1080-1107 .

160. Consoli J M (2001). L'insuffisance coronarienne : facteurs de vulnérabilité et facteurs protecteurs. In : Bruchon-Schweitzer M et Quintard B (Eds.). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Dunod Paris , chap 2 : 25-45..
161. Cooper C L and Dewe P (2004): Stress: A Brief History .Blackwell Publishing, Oxford.
162. Cousson-Gélie F . Stratégies de Coping élaborées pour faire face à une maladie grave : L'exemple de cancer. Recherche en soins infirmiers . decembre 2001. N° 67 : 99-106.
163. Cox T (1986 7th ed) : Stress. London Macmillan Education .
164. Cramer P (2000). Defense mechanisms in psychology today. Further processes for adaptation. American Psychologist ;55:637-46.
165. Cremniter D & Laurent A (2005) , Syndrome de stress post-traumatique : clinique et thérapie. EMC-Toxicologie Pathologie 2 178-184
166. Crisson J E & Keefe F J. (1988) : The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. Pain Volume 35, Issue 2, November : 147-154
167. Croyle R T & Ditto P H (1990) : Illness cognition and behavior: an experimental approach Journal of Behavioral Medicine , Vol 13 : 31-52.
168. Curtis A (2000) ; Health Psychology .1st Publication London Routledge .
169. Curtis R , Groarke A M , Coughlan R & Gsel A (2004) : The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: A 1 year follow up . Journal of Psychology, Health & Medicine V 9, - Issue 4 : 456-475.
170. Dantchev N (1989) : Stratégie de "coping" et "Pattern A", coronorogène, médecine psychosomatique n° 17/18 : 23-106.
171. Dantzer R (1989) : L'illusion psychosomatique. Paris : Odile Jacob.
172. Dantzer R , Kelley K W (1989) : Stress and immunity: an integrated view of relationships between the brain and the immune system. Life Sciences 44 (26), 1995-2008.
173. De Ridder D & Schereurs K (2001) : Developing interventions for chronically ill patients: is coping a helpful concept? . Clinical Psychology Review, 21: 205-240.
174. Delefosse M S (2002) : Psychologie de la santé: perspectives qualitatives et cliniques. Bruxelles : Mardaga.
175. DeLongis A & Puterman E (2007) ; Coping Skills in : encyclopedia of stress editor chef George Fink 2nd edition V1
176. DeLongis A , Folkman S & Lazarus R S (1988): The Impact of Daily Stress on Health and Mood: Psychological and Social Resources as Mediators . Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 54. No. 3.486-495
177. Denoux P & Macaluso G (2006) : Stress et vieillissement. Un développement contre-culturel du lieu de contrôle et des stratégies d'adaptation chez les sujets âgés. Psychol NeuroPsychiatr Vieil; 4 (4) : 287-97.
178. Devonport T J & Lane A M (2006) : Cognitive appraisal of Dissertation stress among undergraduate students. The Psychological Record, (56): 259-266.
179. Doron R & Parot F (1998 2^{ed}) : Dictionnaire de psychologie . Puf Paris .

180. Dousse M (2001) : **Psychosomatique: Un concept sans consensus?**. Douleur et Analgésie (14) : 103-107
181. Dubois N (1987): **La psychologie du contrôle**. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.
182. Dumont M & Plancherel B (2001). **Stress et Adaptation chez l'enfant** . Presses de l'Université du Québec. Canada.
183. Endler N S, Parker JD (1990): **Multidimensional Assessment of Coping : a Critical Evaluation**. Journal of Personality and Social Psychology, 58: 844-854.
184. Everly G S. Jr & Lating J M (2002; 2nd Edition) ; **A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response** Springer Series on Stress and Coping .
185. Felton B J, Revenson T A (1984) : **Coping With Chronic Illness: A Study of Illness Controllability and the Influence of Coping Strategies on Psychological Adjustment** . Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol 52No 3: 343-353 .
186. Felton B J, Revenson T A (1987) : **Age Differences in Coping With Chronic Illness**. Psychology and aging, V2 No 2 : 164-170.
187. Folkman S & Moskowitz J T (2004): **Coping: Pitfalls and Promise**. Annu Rev Psychol 55:745-74
188. Folkman S , Lazarus RS , Pimley S & Novacek J (1987) : **Age Differences in Stress and Coping Processes** . Psychology and Aging., Vol 2, No2 : 171-184 .
189. Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ (1986) : **Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes**. Journal of personality and social psychology.; Vol 50. No5 : 992-1003.
190. Friedman H S & Booth-Kewley S (1987) : **Personality, Type A Behavior , and Coronary Heart Disease : The Role of Emotional Expression**. Journal of Personality and Social Psychology, Vol 53, No4 :783-792.
191. Friedmann E , Thomas S A & al. (2006): **Relationship of Depression, Anxiety, and Social Isolation to Chronic Heart Failure Outpatient Mortality**. American Heart Journal , 152 No 5 : 940 -948.
192. Gauchet A., Shankland R, Dantzer C., Pelissier S., Aguerre C. (2012) : **Applications cliniques en psychologie de la santé** . Psychologie française 57 :131-142.
193. Goldstein DS (2003). **Catecholamines and stress** . Endocrine Regulations,Vol 37 :69-80 .
194. Graziani P & Swendsen J (2004) : **Le stress :Emotions et stratégies d'adaptation**. Nathan . Paris.
195. Grebot É (2008) : **Stress et burnout au travail (Identifier, prévenir, guérir)** Éditions d'Organisation Groupe Eyrolles, Saint-Germain Paris.
196. Grebot E , Paty B , Dephanix NG (2006) : **Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante** . L'encéphale ,(32) : 315-324 cahier 1 .
197. Greenglass E , Fiksenbaum L & Eton J (2006) : **The relationship between coping , social support , functional disability and depression in the elderly**. Anxiety, Stress, and Coping . Vol 19, No 1: 15-31 .
198. Grotz M, Hapke U, Lampert T & Baumeister H (2011): **Health locus of control and health behaviour: results from a nationally representative survey**. Psychol Health Med,16(2):129-140.
199. Haan N (1993) : **The assessment of coping, defense and stress**. In: Goldberger and Breznitz (eds) Handbook of stress, New York, Free Press: 258-273

200. Hartmann A (2007) : Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leur« accompagnant-référent. Thèse de Doctorat en Psychologie, Université de Rennes 2.
201. Hobfoll S E (1998) : Stress, culture, and community : The psychology and philosophy of stress. New York, Plenum.
202. Höfer B (1999) ; Psychosomatic Disorders in Seventeenth-Century French Literature
203. Holahan C J , Moos R H (1985) : stress and health : Personality, coping, and family resources in stress resistance : A longitudinal analysis. Journal of Personality and Social Psychology, 49: 739-747.
204. Holahan CJ, Moos RH and Schaefer JA (1996) : Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. (In Zeidner M and Endler NS, eds. Handbook of coping. New York: John Wiley: 24-43
205. Horner, K. (1996). Locus of control, neuroticism, and stressors: Combined influences on reported physical illness. Personality and Individual Differences, 21, 195-204.
206. Institut National de Santé Publique (2005) : Enquête Nationale Santé Transition épidémiologique et système de santé Projet TAHINA .Contrat n° ICA3-CT-2002-10011.
207. Kamieniecki H (1994) : Histoire de la psychosomatique. Paris , PUF.
208. Knappe S & Pinguart M (2009) : Tracing criteria of successful aging? Health locus of control and well-being in older patients with internal diseases . Journal of Psychology, Health & Medicine V14 I 2 : 201-212.
209. Kobasa S C (1979): Stressful life events, personality and health : An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37 (1) : 1-11.
210. Kohlmann CW, Weidner G & Messing CR (1996) : Avoidant coping style and Verbal cardiovascular response dissociation. Health Psychology (11) : 317-384.
211. Krohne H W (1996) : Individual differences in coping. In: Zeidner and Endler (Eds) Handbook of Coping: Theory, Research, Applications , New York : 381-409 .
212. Kuehn A F& Winters R K (1994) : A Study of Symptom Distress ,Health locus of Control, and Coping Resources of Aging Post-Polio Survivors. Journal of Nursing Scholarship V26, N 4, Winter
213. Kuiper N A , Martin R A & Olinger L J (1993) : Coping Humour , Stress , and Cognitive Appraisals. Canadian Journal of Behavioural Science.; Vol 25 No 1 : 81-96
214. Landel Graham J, Yount SE, Rudnicki SR (2003) : Diabetes mellitus. In: Nezu AM, Nezu CM, Geller P, Weiner I (eds) Handbook of Psychology: Health Psychology. New Jersey: John Wiley and Sons Inc; 2003: 191- 218.
215. Lathrop T M (1998) : The effect of locus of control on helping behavior and the bystander intervention effect . Journal of experiment Psychology,18(30) : 144-148.
216. Lazarus R S & Folkman S. (1984) :Stress , Appraisal and coping. Springer New York .
217. Lazarus R S & Lazarus , B N (2006). Coping with Aging .Oxford University Press New York
218. Lazarus R S (2000) : Toward Better Research on Stress and Coping . American Psychologist; Vol. 55. No. 6: 665-673
219. Lazarus RS (1993) : From psychological stress to the emotions : history of changing outlooks . Annu Rev Psychol ; (44) :1-22.

220. Lazarus S (1991) : **Emotion and adaptation**, Oxford University Press,.
221. Leclerc C, Lesage A & Ricard N (1997) : **La pertinence du paradigme stress-coping dans l'élaboration d'un modèle de gestion du stress pour personnes atteintes de schizophrénie**. Santé mentale au Québec, XXII, 2 : 233-256 .
222. Lefcourt H M (2014 2nd ed) : **Locus of control - Current Trends in Theory and Research** . Psychology Press, New York.
223. Levenson H (1973) : **Multidimensional locus of control in psychiatric patients**. Journal of Consulting and Clinical Psychology ; Vol 41, No 3 : 397- 404
224. Leventhal H, Benyamini Y, Brownlee S (1997) : **Illness representations: theoretical foundations**. In: Petrie KJ & Weinman J (Eds.) Perceptions of health and illness. Harwood Academic, Amsterdam : 155–188.
225. Lindström B and Eriksson M (2005) : **Salutogenesis**. Epidemiol Community Health Journal; 59:440–442
226. Lindström B and Eriksson M (2006) : Contextualizing salutogenesis and Antonovsky in public health development. Health Promotion International, Vol. 21 No. 3 :238-244
227. Livneh H & Martz E (2007). **An Introduction to Coping Theory and Research** in : Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects: 3-27. Edited by E Martz & Livneh H . New York.Springer
228. Lôo P & al . (2003 ;3eme ed) : **Le stress Permanent :Réaction -adaptation de l'organisme aux aléas existentiels** .Ed Masson Paris.
229. Luszczynska A, Schwarzer R (2005): **Multidimensional health locus of control: comments on the construct and its measurement**. J Health Psychol, 10:633-642.
230. Lyons A C & Chamberlain K (2005) : **Health psychology: A critical introduction**. New York Cambridge University Press.
231. Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. T. (1996). **Coping with chronic diseases**. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), Handbook of coping: Theory, research and applications (pp. 221–251). New York: John Wiley & Sons.
232. Maheu FS & Lupien SJ (2003): **La mémoire aux prises avec les émotions et le stress : un impact nécessairement dommageable ?** . Médecine sciences ; vol 19, N° 1 : 118-124.
233. Malcarne VL, Drahota A, Hamilton NA (2005): **Children's health- related locus of control beliefs: ethnicity, gender, and family income**. Child Health Care, 34 :47-59.
234. Mariage A (2001) : **Stratégies de coping et dimensions de la personnalité:études dans un atelier de couture** . Press universitaire de France / Le travail humain. Vol 64 : 454-59.
235. Marks L I (1998) : **Deconstructing locus of control: Implications for practitioners**. Journal of Counselling and Development, 76(3) : 251-259.
236. Martin M, Grünendahl M and Martin P (2001): **Age Differences in Stress, Social Resources, and Well-Being in Middle and Older Age**. Journal of Gerontology; Vol 56B, No4: 214–222.
237. Marty P (1990) : **La psychosomatique de l'adulte**. Paris , PUF.
238. Marty P. (1980), **L'ordre psychosomatique**, Paris, Payot.

239. Martz E, Livneh H (2007) ; **Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects** . Springer
240. Mayer J.D , Dipalo, M & Salovey P (1990). **Perceiving the Affective content in Ambiguous visual stimute.** Journal of Personality Assessment. Vol 54, 772-781
241. Mc Ewen BS (2000) : **The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance.** Brain research. 886: 172-189.
242. Mellins C A & al (1996) : **Children's methods of coping with stress : study of genetic and environmental influences .** Journal of child psychology and psychiatry .; Vol 36 No 6 :721-730.
243. Miller I W and Norman W H (1979): **Learned helplessness in humans : A review and attribution theory model.** Psychological Bulletin.(86) : 93-118.
244. Miller S M, Brody D S & Summerton J (1988): **Styles of coping with threat: implications for health.** Journal of Personality and Social Psychology , Vol 54 : 142-148.
245. Ministère de la santé et de la population et de la reforme hospitalière , Institut national de la de Santé Publique (2010) : Enquête Nationale Santé, Transition épidémiologique et système de santé Projet TAHINA.
246. Montgomery C , Morin Y & Demers S (2010) : **Le stress , les stratégies d'adaptation , le locus de contrôle et l'épuisement professionnel chez les professeurs universitaires francophones.** Revue canadienne d'enseignement supérieur , Vol 40 No 1 :69-99 .
247. Moos R H & Holahan C J (2007). **Adaptive Tasks and Methods of Coping with Illness and Disability.** in : Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects: 107-129. Edited by E Martz & Livneh H . New York. Springer
248. Morse J M and Johnson J L (1991) : **The Illness Experience** . Sage, London.
249. Myers S (1999) : **Marital strains and marital quality: The role of high and low locus of control.** Journal of Marriage & Family, 61(2) : 45-48.
250. Norman P, Bennett P, Smith C & Murphy S (1998) : **Health locus of control and health behaviour.** Journal of Health Psychology, 3:171-180.
251. Ogden J (2012) . **Health Psychology a textbook.** Fifth Edition Open University Press England
252. Oubrayrie N, Lescarret O & De Leonardis M (1996) : **Le contrôle psychologique et l'évaluation de soi de l'enfance à l'adolescence.** Enfance, N° 3 : 383-403.
253. Ozcakil A , Oflu Dogan F , Bayram N & Bilgel N (2014) : **Health Locus of Control, Health Related Behaviors and Demographic Factors: A Study in a Turkish Population** . British Journal of Medicine and Medical Research , 4(21): 3856-3869.
254. Ozmet E . **An evaluation of Locus of Control as a system related to life management : A case study on youth.** World Applied sciences Journal. 2007 ; (2s) :691-698
255. Paquet Y (2006) : **Relation entre locus of control, désir de contrôle et anxiété,** Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive, Volume 16(3) : 97-102
256. Paquet Y (2009): **Psychologie du contrôle.** Bruxelles : De Boeck.
257. Park C L , Sacco S J. & Edmondson D (2012) : **Expanding coping goodness-of-fit: religious coping, health locus of control, and depressed affect in heart failure patients.** International Journal of Anxiety, Stress & Coping ,Vol 25 , I 2 : 137-153.

258. Parkes K R (1984) : Locus of Control, Cognitive Appraisal, and Coping in Stressful Episodes. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 46, No. 3: 655-668.
259. Parrocchetti J P (2005) : Stress, coping et traits de personnalité (névrosisme et lieu de contrôle) chez des sauveteurs et des conseillers du Pôle Emploi. These Pour obtenir le grade de Docteur en Psychologie de l'université AIX-MARSEILLE .
260. Paulhan I & a l. (1994) : La mesure du Coping . Traduction et validation Française de l'échelle de Vitaliano . L'annale Médico psychologique.; Vol 152, No 5 : 292-300.
261. Paulhan I & Bourgeois M (1998) : Stress et coping : les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris Puf.
262. Paulhan I (1992) : Le concept de Coping . L'année psychologique (92) : 545-557.
263. Paulhan I, Bourgeois ML(1995) : La psychologie de la santé : une nouvelle approche dans la compréhension de la santé et de la maladie, Stress et coping, Paris : PUF,.
264. Paulhan I, Quintard B (1994) : La psychologie de la santé. Ann Méd Psychol .73-152:665
265. Peacock E J. & Wong P T P (1996) : Anticipatory stress: The Relation of Locus of control, optimism, and Control Appraisals to Coping . Journal of research in personality .30 :204-222 .
266. Perrewee P & Zellares K L (1999) : An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. Journal of Organizational Behavior (20) :739-752.
267. Piquemal-Vieu L (2001) : Le coping une ressource à identifier dans le soin infirmier. Recherche en soins infirmiers. Décembre; No 67.
268. Pruessner J C , Baldwin M W , Dedovic K , Renwick R , Khalili Mahani N , Lord C , Meaney M and Lupien S (2005) Self-esteem, locus of control, hippocampal volume, and cortisol regulation in young and old adulthood NeuroImage (28) : 815–826.
269. Quintard B (2001) : Le syndrome de l'intestin irritable : un trouble fonctionnel digestif d'origine psychologique ? In: Bruchon-Schweitzer et Quintard (eds), Chap. 7 (131-154). Personnalité et maladie. Stress, coping et adjustment. Paris , Dunod.
270. Radnitz C L & Tiersky L (2007). Psychodynamic and Cognitive Theories of Coping. In : Coping with Chronic Illness and Disability Theoretical, Empirical, and Clinical Aspects: 29-48. Edited by E Martz & Livneh H . New York .Springer
271. Ramirez-Maestre C, Esteve R & Lopez A E (2008) : Cognitive appraisal and coping in chronic pain patients. European Journal of Pain.; (12) : 749-756.
272. Rasclé N & Irachabal S (2001) : Médiateurs et modérateurs : implications et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. Le Travail Humain, 64 (2) : 97-118.
273. Reme SE, Eriksen HR & Ursin H (2008) : Cognitive activation theory of stress - how are individual experiences mediated into biological systems? . SJWEH Suppl (6):177–183.
274. Rimé B (2005) : Le partage social des émotions. PUF Paris.
275. Rivolier J (1992) : L'homme stressé .Puff .Paris .
276. Rossi E L (2002) : Psychobiologie de la guérison : la communication corps/esprit au service de la santé, Le Souffle d'Or, Paris.

277. Rossier J & al. (2002) : Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC): influence de variables démographiques et de la personnalité « Validation of the French translation of the Levenson's locus of control scale (IPC) ». Annales Médico-psychologiques .. Vol 160 , No 2 :138 -148.
278. Rotter J B (1982): The development and application of social learning theory.New York: Praeger Publishers.
279. Ryan N M (1989) : Stress-coping strategies identified from school age children's perspectives. Research in Nursing and Health, 12 : 111-122.
280. Salovey P & Mayer D J (1990): Emotional Intelligence. Imagination, Cognition & Personality 9: 185-211.
281. Sarafino E P (1994 2nd ed) : Health psychology, Biopsychosocial interactions. New York. Wiley.
282. Sargent-Cox K & Anstey K J (2015) : The relationship between age-stereotypes and health locus of control across adult age-groups. Psychology & Health, Vol 30, I6: Psychosocial Factors in Healthy Ageing : 652-670.
283. Scheier, MF, Bridges MW (1995): Person variables and health: personality predispositions and acute psychological states as shared determinants of disease. Psychosomatic Med 57 : 255–268.
284. Scherer K R (1986) : Voice, Stress and Emotion In: Appley & Trumbull, Editors. Dynamics of Stress: Physiological and Psychological Social Perspective. New York, Plenum Press: 157-179.
285. Schooler C & Pearlin L I (1978) : The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19: 2-21.
286. Schooler L & Pearlin C (1978) : The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior Vol 19 No 1: 2-21 .
287. Schreier H M and Chen E (2008) : Prospective Associations Between Coping and Health Among Youth With Asthma. Journal of Consulting and Clinical Psychology .; Vol 76, No5 : 790-798 .
288. Schultz R & Heckhausen J (1995) : A lifespan theory of control. Psychological Review, 102: 284–304.
289. Schwarzer R & Leppin A (1991) : Social support and health: A theoretical and empirical overview. Journal of Social and Personal Relationships (8) : 99-127.
290. Schwarzer R & Leppin A (1989). Social support and health: A meta-analysis. Psychology and Health, 3: 1-15.
291. Schwarzer R & Schwarzer C A (1996). Critical survey of coping instruments (In Zeidner M & Endler N S eds. Handbook of coping. New York: John Wiley :107-132.
292. Schwarzer R (2016) : Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. Actualidades en Psicología, 30(121): 119-130
293. Schwarzer R and Luszczynska (2008): A How to Overcome Health-Compromising Behaviors The Health Action Process Approach . European Psychologist 2008; Vol. 13(2):141–151
294. Schwarzer, R., et Taubert, S. (2002). Tenacious goal pursuits and striving toward personal growth : Proactive coping. In: E. Frydenberger (eds) Beyond coping : Meeting goals, visions and challenges Londres, Oxford University Press : 19-35.
295. Schwob M (1999) : Le stress. Paris , Flammarion.

296. Segerstroma S C & O'Connor D B (2012): **Stress, health and illness: Four challenges for the future**. Psychology and Health , Vol. 27, No. 2 : 128–140.
297. Seiffge-Krenke I (1994) : **Les modes d'Ajustement aux situations stressantes du développement comparaison d' adolescent normaux et d' adolescent perturbés**. L'orientation scolaire et professionnelle.. Vol 23, No 3 : 313-327.
298. Seligman M E P (1993) : **Helplessness: On depression, development and death**. San Francisco, Freeman.
299. Seligman M E P, Castellon C, Cacciola J, Schulman P, Luborsky L, Ollove M, & Downing R. (1988) : **Explanatory style change during cognitive therapy for unipolar depression**. Journal of Abnormal Psychology, 97, 13–18
300. Selye H (1998): **A syndrome produced by diverse nocuous agents**.The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 10: 230-231.
301. Selye H. (1993): **History of the stress concept** In: L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects, 2nd ed. (pp. 7–17). New York: Free Press.
302. Servant D & Parquet P J (1995) : **Stress, anxiété et pathologie médicales** .Ed masson. Paris .
303. Sillamy N (2003) : **Dictionnaire de psychologie**, Paris Masson.
304. Skinner E A , Edge K, Altman J & Sherwood H (2003) : **Searching for the Structure of Coping: A Review and Critique of Category Systems for Classifying Ways of Coping** . Psychological Bulletin .. Vol 129, No2 : 216-269.
305. Solomon Z (1988) : **Coping, locus of control social support and combat related post traumatic stress disorder A prospective study** . Personality and social psychology . Vol 55. No 2 :279-285.
306. Stephens Ch (2008): **Health promotion : A psychosocial approach England**. Edition Open University Press
307. Steptoe A (1991). **Psychologie de la réaction au stress** . Collection scientifique Stablon France .
308. Steptoe A (2007 2nd ed) . **Control and Stress in : encyclopedia of stress** editor chef George Fink .
309. Stetler C, Murali R, Chen E and Miller G E (2004). **Stress, Immunity, and Disease**. In : Handbook of Stress Medicine and Health directed by Cary L Cooper.
310. Stora J B (1991) : **Le stress**, Paris, puf« Que sais-je ?
311. Suls J & Fletcher B (1985): **The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies : A meta-analysis**. Health Psychology, 4: 249-288.
312. Sutton S (2008) : **How does the Health Action Process Approach (HAPA) Bridge the Intention–Behavior Gap? An Examination of the Model's Causal Structure**. Int rev of Applied psychology 57 (1): 66–74
313. Taylor J, O'Hara L, Barnes M (2014) : **Health Promotion: A Critical Salutogenic Science**. International Journal of Social Work and Human Services Practice Vol.2. No.6 : 283-290
314. Taylor S E & Stanton A L (2007) : **Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health**. Annual Review of Clinical Psychology (3) : 377–401 .
315. Taylor S E & Stanton A L (2007) : **Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health**. Annual Review of Clinical Psychology (3) : 377–401 .

- 316.** Terry D J and Hynes G J (1998) : Adjustment to a Low-Control Situation: Reexamining the Role of Coping Responses. Journal of Personality And Social Psychology, Vol 74 No 4: 1078-1092.
- 317.** Thoits P A (1995) : Stress ,coping and social support prosses : where are we? What next ?. Journal of health and social behavior (Extra Issue) :53-79.
- 318.** Trottier C, Trudel P & Halliwell W R (2007) : Présentation des deux principales théories nord-américaines sur l'optimisme. Staps, 28(77) : 9-28.
- 319.** Wallston BS, Wallston KA, Kaplan GD & Maides S A (1976) : The development and validation of the health related locus of control (HLC) scale. Journal of Consulting and Clinical Psychology (44) : 580-585.
- 320.** Wallston KA & Wallston BS (1982): Who is responsible for your health. The construct of health locus of control. In SANDERS G S & SULS J (Eds.) Social psychology of health and illness : 65–95.
- 321.** Wallston KA (1989) : Assessment of control in health-care settings. In Steptoe A & Apples A (Eds.) Stress, Personal Control and Health, John Wiley & Sons New York:
- 322.** Wallston KA et al. (1999): Does God determine your health? The God locus of health control scale. Cognit Ther Res, 23:131-142.
- 323.** Wallston KA, Stein MJ, Smith CA (1994): Form C of the MHLC scales a condition – specific measure of locus of control. J Pers Assess, 63:534-53.
- 324.** Wallston KA, Wallston BS, DeVellis R (1978): Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. Health Educ Monogr 6(2):160-170.
- 325.** Wallston, K.A. (2005) Overview of the special issue on research with the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. Journal of Health Psychology, 10: 619-621.
- 326.** Wolman, B B (1988) ; Psychosomatic disorders .New York Plenum Publishing Corporation.
- 327.** Zautra A J (2003) : Emotions, Stress, and Health. Oxford university press .
- 328.** Zdanowicz N , Janne P & Reynaert C (1998) : L'approche psychosomatique du diagnostique . Louvain Med (117): 45-53.
- 329.** Zeidner M (1995) : Personality trait correlates of intelligence. In: Saklofske and Zeidner (Eds.) International handbook of personality and intelligence. Perspectives on individual differences , New York Plenum Press : 299–319.

الملاحق



مقياس إدراك الضغط

تعليمة المقياس:

نرجو منكم قراءة العبارات والإجابة عنها باختيار إجابة واحدة بوضع إشارة (X) أمام الإجابة التي تتناسبك
 علما أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة وإنما تعبر الإجابة عن وجهة نظرك.
 إن إجابتك ستحاط بالسرية التامة و لا يطلع عليها سوى الباحث لاستخدامها في البحث العلمي. وشكرا على تعاونكم.

العبارات		نعم	أحيانا	لا
1	أشعر بالراحة			
2	أشعر بوجود متطلبات لدى.			
3	أنا سريع الغضب.			
4	لدى أشياء كثيرة للقيام بها.			
5	أشعر بالوحدة والعزلة.			
6	أجد نفسي في مواقف صراع.			
7	أقوم بأشياء أحيها فعلا.			
8	أشعر بالتعب.			
9	أخاف من عدم قدرتي على إدارة الأمور.			
10	أشعر بالهدوء.			
11	لدى عدة قرارات لإتخاذها.			
12	أشعر بالإحباط.			
13	أنا مليئ بالحيوية.			
14	أشعر بالتوتر.			
15	مشاكلي تتراكم.			
16	أشعر بأنني في عجلة من أمري.			
17	أشعر بالأمن والحماية.			
18	لدى مخاوف كثيرة.			
19	أنا تحت الضغط مقارنة الآخرين.			
20	أشعر بفقدان العزيمة.			
21	يمكنني الاستمتاع بالحياة.			
22	أخاف من المستقبل.			
23	لدى الكثير من النقد.			
24	أنا شخص خالي من الهموم.			
25	أشعر بالتعب والإرهاك.			
26	عندي صعوبات في الاسترخاء.			
27	لدى مسؤوليات عديدة.			
28	لدى الوقت الكافي لنفسى.			
29	أشعر أنني تحت ضغط قاتل.			
30	قمت بأشياء ملزما لا أريدها.			

مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط:

تعليمة المقياس:

في إطار القيام بدراسة ميدانية حول : مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى مرضى السيكوسوماتيك . نطلب منك المساهمة في اثناء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الاجابة على أسئلة هذا المقياس ، كما نرجو منك أن تجيب على كل العبارات بوضع علامة (x) داخل الخانة المناسبة التي تمثل ما تقوم به عندما تواجهك مشكلة معينة.

وفي الأخير تأكد أن المعلومات التي ستدلي بها ستوظف لأغراض علمية بحتة وتحظى بقدر عال من السرية.

الاسم (اختياري):

السن

الجنس : ذكر (.....) ، أنثى (.....)

مدة المرض.....

نوع المرض:

دائماً	غالبا	أحيانا	أبدا	الفقرات	
				أحاول أن أطور شخصيتي بسبب هذه التجربة.	1
				أنتقل إلى أنشطة أخرى لأشغل تفكيري.	2
				أزجج ولا أستطيع التحكم بانفعالاتي	3
				أحاول أن آخذ نصيحة من شخص آخر حول ما يجب فعله.	4
				أأخذ طريقة محددة لحل المشكلة.	5
				أرفض الاقتناع والتصديق بوقوع هذا الحدث.	6
				أحاول أن أجد الراحة باللجوء إلى الدعاء.	7
				أضحك ولا أهتم بالحدث.	8
				أتوقف عن محاولاتي للوصول إلى هدفي.	9
				أمنع نفسي من عمل أي شيء بشكل متسرع يخص الحدث.	10
				أسعى للحصول على دعم الأصدقاء والأقارب.	11
				يمكنني استخدام الكحول أو المخدرات لجعل نفسي أشعر على نحو أفضل.	12
				أعتاد على فكرة أن ما حدث مقدر له أن يحدث.	13
				أسعى للحصول على دعم الأصدقاء والأقارب.	14
				يمكنني استخدام الكحول أو المخدرات لجعل نفسي أشعر على نحو أفضل.	15
				أكثر من أحلام اليقظة لأبعد عن التفكير في الحدث.	16
				أشعر بالضيق لما حصل ، وأعي ذلك.	17
				أثق بالله.	18
				أقوم بإجراء خطة عمل .	19
				ألجأ لقول النكت والمزاح.	20
				أقبل ما حدث ، وأنه لا يمكن تغييره.	21
				أعبر عما أشعر به لشخص آخر .	22
				أجبر نفسي على الصبر حتى الوقت المناسب لحل المشكلة.	23
				أعترف أنني لا أستطيع التعامل مع المشكلة و أكف عن المحاولة.	24
				أصرف بشكل آخر حتى أتخلص من المشكلة.	25
				أحاول أن أنسى نفسي لفترة من الوقت بشرب الكحول أو تعاطي	26
				أظاهر بأنه لم يحدث أي شيء .	27
				أترك الحرية لمشاعري وعواطفني للتحكم بتصرفاتي.	28
				أحاول أن أرى الحدث بشكل مختلف.	29
				أحدث إلى شخص آخر يستطيع أن يقدم حلا لمشكلتي.	30

دائماً	غالبا	أحيانا	أبدا	الفقرات	
				أنا أكثر من المعتاد .	31
				أحاول الخروج باستراتيجية حول ما يجب فعله.	32
				أحافظ على نفسي من التشتت بواسطة الأفكار أو غيرها من الأنشطة	33
				أبحث عن تعاطف وتفهم الآخرين .	34
				أتناول أدوية مهدئة لكي أشغل تفكيري في الأمر.	35
				أسخر من الموقف.	36
				أنتخى عن محاولة الحصول إلى ما أريد.	37
				أبحث عن شيء جيد في ما يحدث.	38
				أفكر كيف يمكن التعامل بأفضل طريقة مع المشكلة.	39
				أتصرف كأن شيئاً لم يحدث .	40
				أنتخى عن محاولة الحصول إلى ما أريد.	41
				أركز على كيفية التعامل مع المشكلة و أنسى كل الأمور الأخرى .	42
				أقوم بمشاهدة التلفزيون حتى لا أفكر في الأمر .	43
				أقبل حقيقة أن الأمر حدث ولا يمكن تغييره.	44
				أسأل أناسا لديهم خبرة في مثل هذه المشكلة.	45
				أشعر كثيرا بالمعاناة و أجد نفسي أعبر عنها بكثرة.	46
				أخذ إجراءات مباشرة للإحاطة بالمشكلة.	47
				أحاول الالتزام أكثر بتعاليم الدين الإسلامي.	48
				أجبر نفسي انتظار الوقت المناسب لفعل شيء ما.	49
				أتعامل مع كل الأمور الحياتية بلا مبالاة .	50
				أفضل البقاء في غرفتي على التحدث مع الآخرين.	51
				أناقش مشاعري وأحاسيسي مع أي شخص آخر.	52
				يمكنني استخدام مواد مهدئة لمساعدتي في التفكير حول ما حدث.	53
				أتعاش مع المشكلة وأتأقلم معها.	54
				أبعد الأشياء الأخرى من تفكيري لأركز على التعامل مع المشكلة.	55
				أفكر كثيرا في الخطوات الواجب القيام بها .	56
				أحاول التفكير أن هذا الأمر لم يحدث أبدا.	57
				أفعل ما ينبغي القيام به خطوة خطوة.	58
				أتعلم شيئاً من هذه التجربة.	59
				أصلي أكثر من المعتاد عندما تصادفني مشكلة .	60

استبيان لقياس مصدر الضبط الصحي :

تعليمة الاستبيان :

في اطار القيام بدراسة ميدانية حول : مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى مرضى السيكوسوماتيك . نطلب منك المساهمة في اثناء هذه الدراسة من خلال مشاركتك في الاجابة على اسئلة هذا الاستبيان ، كما نرجو منك ان تجيب على كل العبارات وذلك بوضع علامة (X) داخل الخانة المناسبة .

وفي الاخير تأكد ان المعلومات التي ستدلي بها ستوظف لأغراض علمية بحتة وتحظى بقدر عال من السرية والائتمان .

الاسم (اختياري) :

السن

الجنس : ذكر (.....) ، أنثى (.....)

مدة المرض

نوع المرض :

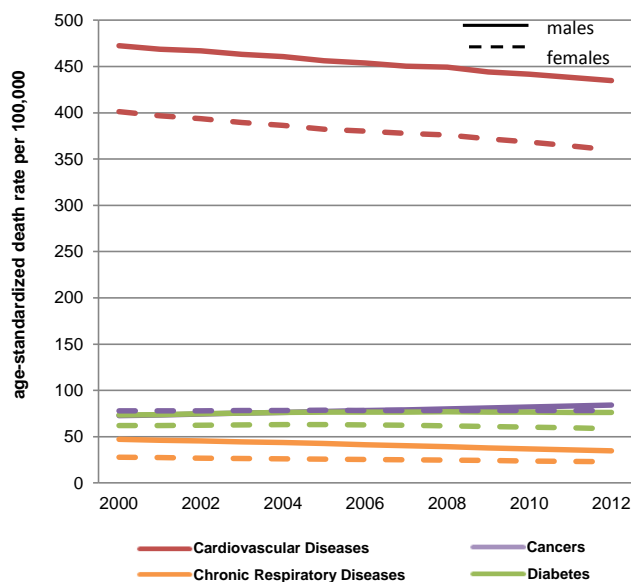
غير موافق بشدة	غير موافق	غير متأكد	موافق	موافق بشدة	العبارات	
					سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	01
					إذا قدر لي أن أمرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه	02
					المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض	03
					أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة	04
					عند شعوري بوعكة صحية أزور فوراً طبيباً مختصاً	05
					أعتقد أنني متحكم في صحتي	06
					لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليماً	07
					لا أؤمن إلا نفسي عند إصابتي بالمرض	08
					يلعب الحظ دوراً كبيراً في سرعة شفائي من المرض	09
					يلعب المختصون في المجال الصحي دوراً كبيراً في التحكم في صحتي	10
					حظي السعيد هو الذي يجعلني أتمتع بصحة جيدة	11
					تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي	12
					إذا اعتنيت بصحتي جيداً يمكنني تجنب المرض	13
					يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء، الأقارب، الأصدقاء)	14
					أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه	15
					القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	16
					يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسي	17
					اتباع إرشادات الطبيب حرفياً هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي	18

Algeria

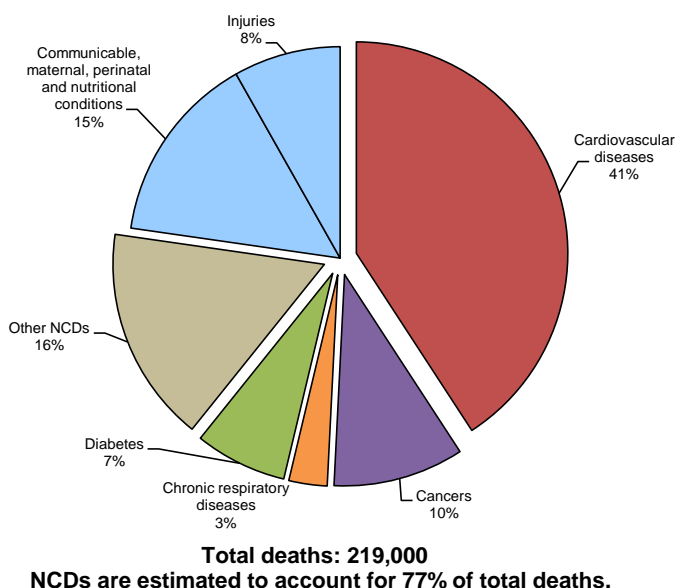
Total population: 38 482 000
Income Group: Upper middle

Percentage of population living in urban areas: 73.0%
Population proportion between ages 30 and 70 years: 40.0%

Age-standardized death rates*

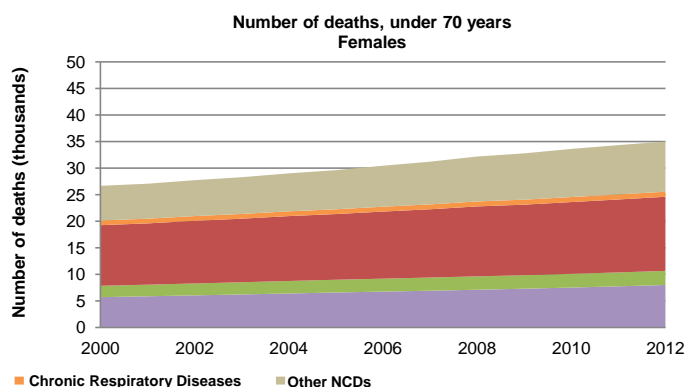
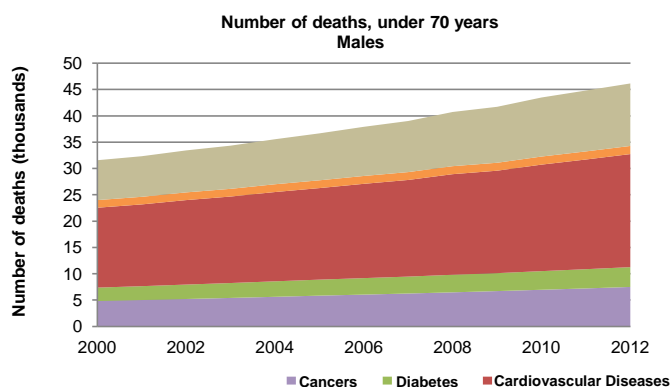


Proportional mortality (% of total deaths, all ages, both sexes)*



Premature mortality due to NCDs*

The probability of dying between ages 30 and 70 years from the 4 main NCDs is **22%**.



Adult risk factors

	males	females	total
Current tobacco smoking (2011)	28%	2%	15%
Total alcohol per capita consumption, in litres of pure alcohol (2010)	1.6	0.4	1.0
Raised blood pressure (2008)	29.1%	28.7%	28.9%
Obesity (2008)	9.6%	22.4%	16.0%

National systems response to NCDs

Has an operational NCD unit/branch or department within the Ministry of Health, or equivalent	Yes
Has an operational multisectoral national policy, strategy or action plan that integrates several NCDs and shared risk factors	No
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce the harmful use of alcohol	Yes
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce physical inactivity and/or promote physical activity	Yes
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce the burden of tobacco use	Yes
Has an operational policy, strategy or action plan to reduce unhealthy diet and/or promote healthy diets	Yes
Has evidence-based national guidelines/protocols/standards for the management of major NCDs through a primary care approach	No
Has an NCD surveillance and monitoring system in place to enable reporting against the nine global NCD targets	No
Has a national, population-based cancer registry	No

* The mortality estimates for this country have a high degree of uncertainty because they are not based on any national NCD mortality data (see Explanatory Notes).

Basic statistics

Indicators	Statistics	Year
Population (thousands)	39208	2013
Population aged under 15 (%)	28	2013
Population aged over 60 (%)	7	2013
Median age (years)	27	2013
Population living in urban areas (%)	70	2013
Total fertility rate (per woman)	2.8	2013
Number of live births (thousands)	952.0	2013
Number of deaths (thousands)	222.3	2013
Birth registration coverage (%)	>90	2013
Cause-of-death registration coverage (%)	...	
Gross national income per capita (PPP int \$)	12990	2013
WHO region	African	2013
World Bank income classification	Upper middle	2013

... Data from 2007 onwards not available.

Source:
Country statistics and global health estimates
by WHO and UN partners

For more information visit the Global Health Observatory
(<http://www.who.int/gho/en/>)

Last updated: January 2015

Life expectancy (years), 2012

		Country	WHO region	World Bank income group
Life expectancy	At birth	72	58	74
	At age 60	18	17	20
Healthy life expectancy	At birth	62	50	66

Life expectancy at birth for both sexes increased by 2 year(s) over the period of 2000–2012; the WHO region average increased by 7 year(s) in the same period.

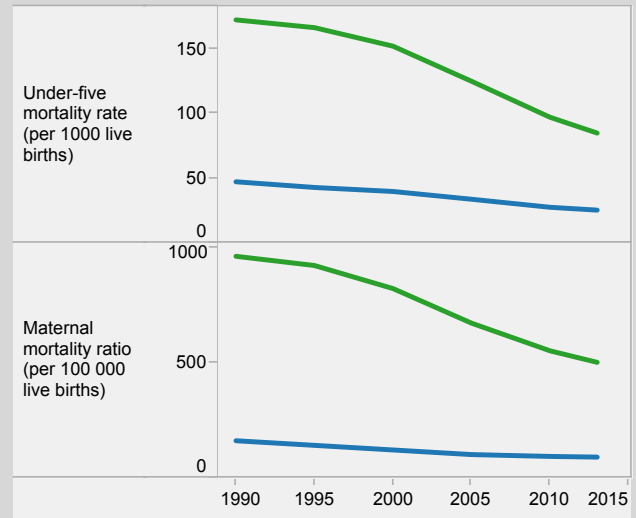
In 2012, healthy expectancy in both sexes was 9 year(s) lower than overall life expectancy at birth. This lost healthy life expectancy represents 9 equivalent year(s) of full health lost through years lived with morbidity and disability.



WHO regional life expectancy at birth
 Healthy life expectancy at birth
 Lost healthy life expectancy

Millennium Development Goals (MDGs)

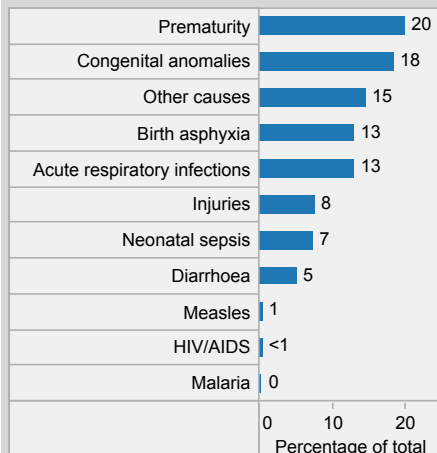
Indicators	Statistics	
	Baseline*	Latest**
Under-five mortality rate (per 1000 live births)	47	25
Maternal mortality ratio (per 100 000 live births)	160	89
Deaths due to HIV/AIDS (per 100 000 population)	1.8	3.3
Deaths due to malaria (per 100 000 population)	0.0	0.0
Deaths due to tuberculosis among HIV-negative people (per 100 000 population)	13	13



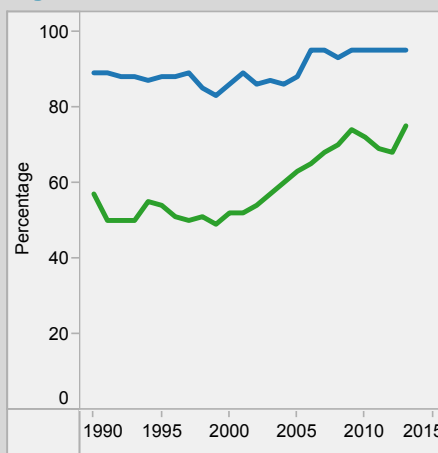
*1990 for under-five mortality and maternal mortality; 2000 for other indicators
**2012 for deaths due to HIV/AIDS and malaria ; 2013 for other indicators

Country
 WHO region

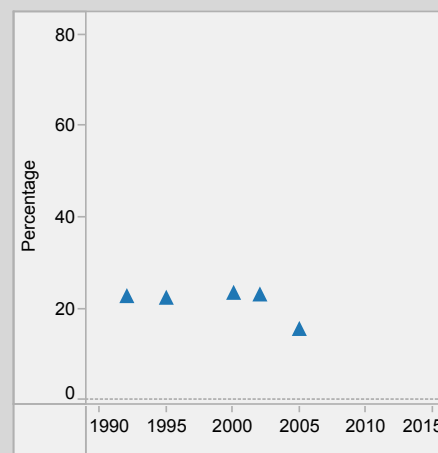
Distribution of causes of deaths in children under-5, 2013



DTP3 immunization among 1-year-olds



Children aged under-5 stunted

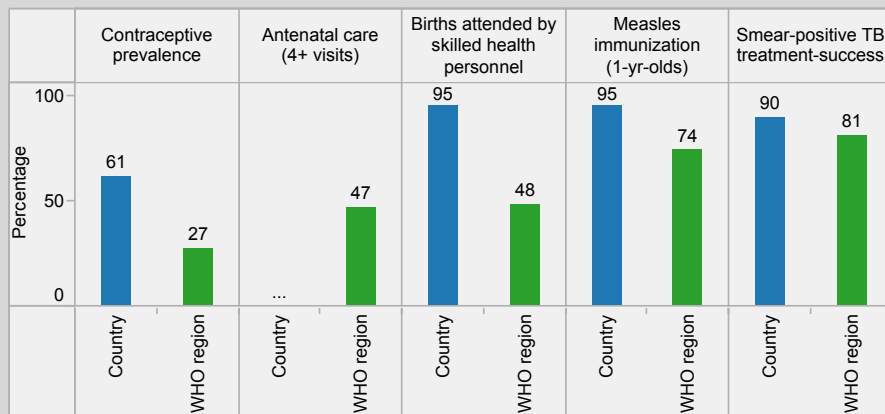


Country
WHO region

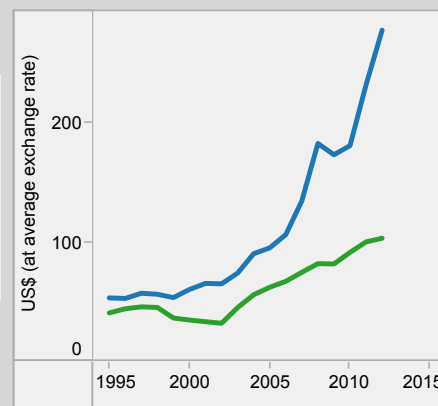
Source: Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners
For more information visit the Global Health Observatory (<http://www.who.int/gho/en/>)
Last updated: January 2015

Utilisation of health services*

*Data refer to the latest year available from 2007.

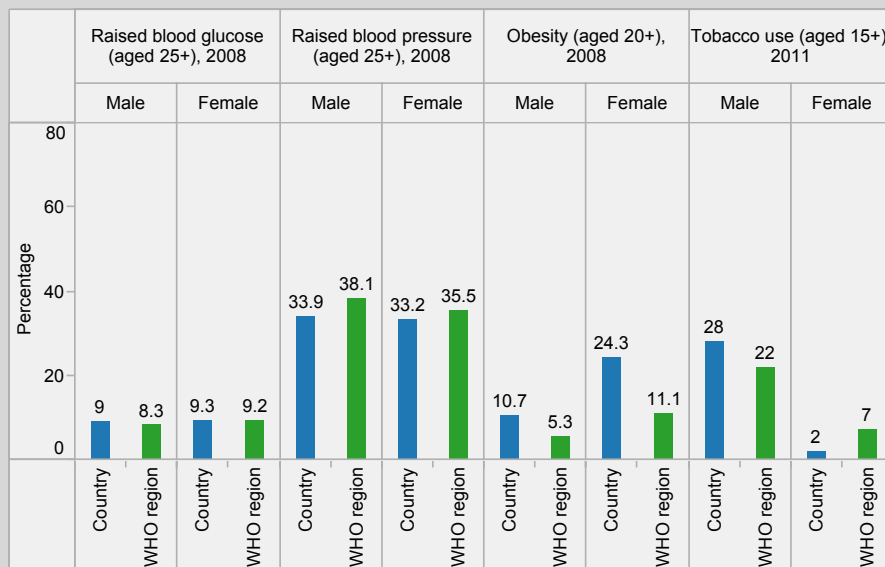


Per capita total expenditure on health

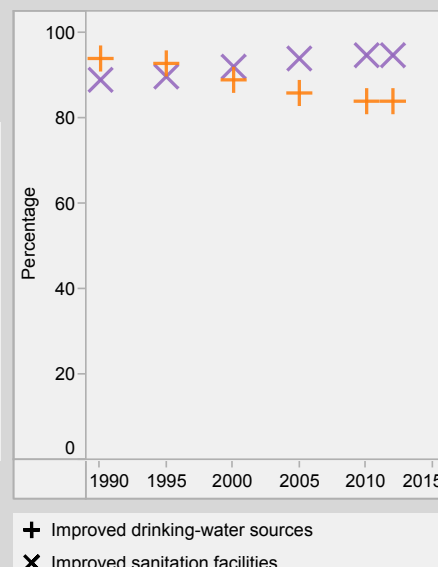


... Data not available or applicable.

Adult risk factors



Population using improved water and sanitation



+ Improved drinking-water sources
X Improved sanitation facilities

Top 10 causes of death

Stroke was the leading cause of death, killing 34.1 thousand people in 2012

	No of deaths (000s) 2012	Crude death rate 2000-2012	Change in rank 2000-2012
Stroke (15.6%)	34.1		
Ischaemic heart disease (15.1%)	33.0		
Diabetes mellitus (7%)	15.4		
Lower respiratory infections (3.9%)	8.6		
Hypertensive heart disease (3.7%)	8.0		
Road injury (3%)	6.6		
Kidney diseases (2.9%)	6.4		
Endocrine, blood, immune disorders (2.6%)	5.6		
Tuberculosis (2.6%)	5.6		
Congenital anomalies (2.1%)	4.6		

Rank decreased increased no change

Deaths by broad cause group



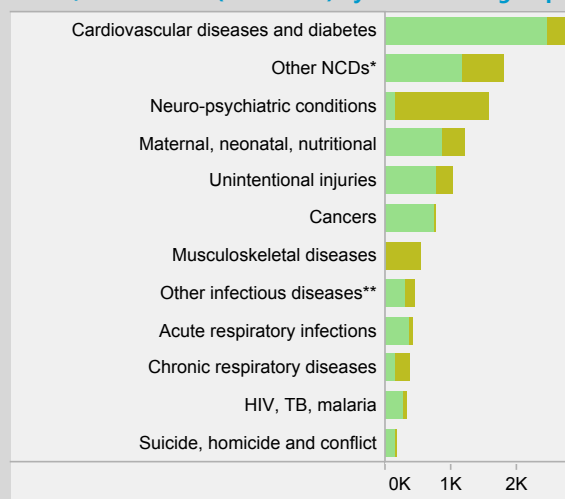
Causes

- HIV, TB, malaria
- Acute respiratory infections
- Other infectious diseases
- Maternal, neonatal, nutritional
- Cardiovascular diseases and diabetes
- Cancers
- Chronic respiratory diseases
- Other NCDs
- Suicide, homicide and conflict
- Unintentional injuries

Burden of disease, 2012

Disability-adjusted life years (DALYs) are the sum of years of life lost due to premature mortality (YLL) and years of healthy life lost due to disability (YLD).

DALYs, YLL and YLD (thousands) by broad cause group



*Other noncommunicable diseases (NCDs) including non-malignant neoplasms; endocrine, blood and immune disorders; sense organ, digestive, genitourinary, and skin diseases; oral conditions; and congenital anomalies.

** Infectious diseases other than acute respiratory diseases, HIV, TB and malaria.

YLL YLD

Probability of dying, 2012

Probability of dying between relevant exact ages, for a person experiencing the 2012 age-specific mortality risks throughout their life.

Before age 15, all causes	Male	10%
	Female	8%
Before age 70, all causes	Male	56%
	Female	45%
Between ages 15 and 49, from maternal causes	Female	3%
Between ages 30 and 70, from 4 major noncommunicable diseases (NCDs)~	Both sexes	22%

~Cancers, cardiovascular diseases, chronic respiratory diseases and diabetes

Source: Country statistics and global health estimates by WHO and UN partners

For more information visit the Global Health Observatory

(http://who.int/gho/mortality_burden_disease/en/)

Last updated: January 2015

جداول البيانات الإحصائية

Correlations

TOTAL

		HLC	COPIN G
HLC	Pearson Correlation	1	-,052
	Sig. (2-tailed)		,463
	N	200	200
COPIN G	Pearson Correlation	-,052	1
	Sig. (2-tailed)	,463	
	N	200	200

CARDIO

Correlations

		HLC	COPI NG
HLC	Pearson Correlation	1	-,017
	Sig. (2-tailed)		,905
	N	50	50
COPING	Pearson Correlation	-,017	1
	Sig. (2-tailed)	,905	
	N	50	50

DIABETE

Correlations

		HLC	COPI NG
HLC	Pearson Correlation	1	-,089
	Sig. (2-tailed)		,539
	N	50	50
COPING	Pearson Correlation	-,089	1
	Sig. (2-tailed)	,539	
	N	50	50

ULCERE

Correlations

		HLC	COPING
HLC	Pearson Correlation	1	-,005
	Sig. (2-tailed)		,972
	N	50	50
COPING	Pearson Correlation	-,005	1
	Sig. (2-tailed)	,972	
	N	50	50

ASTHEME

Correlations

		HLC	COPING
HLC	Pearson Correlation	1	-,007
	Sig. (2-tailed)		,960
	N	50	50
COPING	Pearson Correlation	-,007	1
	Sig. (2-tailed)	,960	
	N	50	50

Group Statistics

	SEXE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
FACT1	MAL	111	8,8919	2,34075	,22217
	FEMAL	89	8,4719	2,19550	,23272
FACT2	MAL	111	9,4234	2,28652	,21703
	FEMAL	89	9,4494	2,21057	,23432
FACT3	MAL	111	9,5946	2,32136	,22033
	FEMAL	89	9,4045	2,21933	,23525
FACT4	MAL	111	9,9009	2,50801	,23805
	FEMAL	89	9,6854	2,38649	,25297
FACT5	MAL	111	8,8018	2,33480	,22161
	FEMAL	89	9,0562	2,27815	,24148
FACT6	MAL	111	9,5225	2,58965	,24580
	FEMAL	89	9,2809	2,17417	,23046
FACT7	MAL	111	9,7207	3,10475	,29469
	FEMAL	89	10,0787	2,79295	,29605
FACT8	MAL	111	9,5135	2,68621	,25496
	FEMAL	89	9,0337	2,75701	,29224
FACT9	MAL	111	11,1171	2,69592	,25589
	FEMAL	89	10,4045	2,79089	,29583
FACT10	MAL	111	9,6396	2,22299	,21100
	FEMAL	89	10,0225	2,33052	,24703
FACT11	MAL	111	9,5676	2,86236	,27168
	FEMAL	89	9,4944	2,75154	,29166
FACT12	MAL	111	9,0631	2,80674	,26640
	FEMAL	89	8,8876	2,66475	,28246
FACT13	MAL	111	10,3604	2,96891	,28180
	FEMAL	89	10,6067	2,60514	,27614
FACT14	MAL	111	9,6757	2,43893	,23149
	FEMAL	89	9,4831	2,30174	,24398
FACT15	MAL	111	9,3604	2,45243	,23277
	FEMAL	89	9,5618	2,28112	,24180

		Levene's Test for		t-test for Equality of Means						
		Equality of Variances		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
		F	Sig.						Lower	Upper
FACT1	Equal variances assumed	,215	,643	1,296	198	,196	,41998	,32403	-2,1901	1,05898
	Equal variances not assumed			1,305	193,151	,193	,41998	,32175	-2,1461	1,05457
FACT2	Equal variances assumed	,267	,606	-,081	198	,935	-,02601	,32058	-,65820	,60617
	Equal variances not assumed			-,081	191,185	,935	-,02601	,31938	-,65598	,60396
FACT3	Equal variances assumed	,015	,903	,587	198	,558	,19010	,32392	-,44868	,82888
	Equal variances not assumed			,590	191,944	,556	,19010	,32232	-,44564	,82584
FACT4	Equal variances assumed	,172	,679	,617	198	,538	,21551	,34927	-,47326	,90428
	Equal variances not assumed			,620	192,253	,536	,21551	,34736	-,46962	,90064
FACT5	Equal variances assumed	,244	,622	-,774	198	,440	-,25438	,32865	-,90248	,39372
	Equal variances not assumed			-,776	190,529	,439	-,25438	,32776	-,90088	,39212
FACT6	Equal variances assumed	3,778	,053	,704	198	,483	,24162	,34345	-,43567	,91892
	Equal variances not assumed			,717	197,562	,474	,24162	,33694	-,42284	,90609
FACT7	Equal variances assumed	2,720	,101	-,847	198	,398	-,35793	,42262	-1,19134	,47548
	Equal variances not assumed			-,857	195,351	,393	-,35793	,41772	-1,18175	,46589
FACT8	Equal variances assumed	,049	,825	1,241	198	,216	,47981	,38672	-,28281	1,24242
	Equal variances not assumed			1,237	186,504	,218	,47981	,38783	-,28529	1,24490
FACT9	Equal variances assumed	,470	,494	1,829	198	,069	,71262	,38965	-,05578	1,48102
	Equal variances not assumed			1,822	185,754	,070	,71262	,39115	-,05904	1,48428
FACT10	Equal variances assumed	,552	,458	-1,185	198	,238	-,38283	,32319	-1,02016	,25450
	Equal variances not assumed			-1,178	184,624	,240	-,38283	,32488	-1,02378	,25812
FACT11	Equal variances assumed	,215	,644	,183	198	,855	,07319	,40034	-,71629	,86266
	Equal variances not assumed			,184	191,578	,855	,07319	,39860	-,71302	,85939
FACT12	Equal variances assumed	,184	,668	,449	198	,654	,17542	,39051	-,59466	,94551
	Equal variances not assumed			,452	192,398	,652	,17542	,38827	-,59040	,94124
FACT13	Equal variances assumed	2,749	,099	-,616	198	,539	-,24638	,40025	-1,03569	,54293
	Equal variances not assumed			-,624	196,359	,533	-,24638	,39454	-1,02447	,53171
FACT14	Equal variances assumed	,182	,670	,569	198	,570	,19253	,33849	-,47497	,86003
	Equal variances not assumed			,572	192,775	,568	,19253	,33633	-,47083	,85589
FACT15	Equal variances assumed	,496	,482	-,595	198	,552	-,20144	,33833	-,86862	,46575
	Equal variances not assumed			-,600	193,640	,549	-,20144	,33563	-,86341	,46053

AGE :

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FACT1	Between Groups	5,985	2	2,992	,573	,565
	Within Groups	1029,610	197	5,226		
	Total	1035,595	199			
FACT2	Between Groups	5,216	2	2,608	,514	,599
	Within Groups	999,939	197	5,076		
	Total	1005,155	199			
FACT3	Between Groups	24,167	2	12,084	2,371	,096
	Within Groups	1003,813	197	5,095		
	Total	1027,980	199			
FACT4	Between Groups	3,856	2	1,928	,319	,727
	Within Groups	1191,539	197	6,048		
	Total	1195,395	199			
FACT5	Between Groups	2,225	2	1,112	,207	,813
	Within Groups	1057,330	197	5,367		
	Total	1059,555	199			
FACT6	Between Groups	,162	2	,081	,014	,986
	Within Groups	1156,393	197	5,870		
	Total	1156,555	199			
FACT7	Between Groups	10,697	2	5,349	,605	,547
	Within Groups	1742,423	197	8,845		
	Total	1753,120	199			
FACT8	Between Groups	1,714	2	,857	,115	,892
	Within Groups	1472,286	197	7,474		
	Total	1474,000	199			
FACT9	Between Groups	21,429	2	10,714	1,418	,245
	Within Groups	1488,571	197	7,556		
	Total	1510,000	199			
FACT10	Between Groups	1,687	2	,843	,162	,851
	Within Groups	1027,093	197	5,214		
	Total	1028,780	199			
FACT11	Between Groups	20,647	2	10,324	1,315	,271
	Within Groups	1547,108	197	7,853		
	Total	1567,755	199			
FACT12	Between Groups	20,396	2	10,198	1,364	,258
	Within Groups	1472,559	197	7,475		
	Total	1492,955	199			
FACT13	Between Groups	71,447	2	35,724	4,697	,010
	Within Groups	1498,373	197	7,606		
	Total	1569,820	199			
FACT14	Between Groups	10,487	2	5,244	,929	,397
	Within Groups	1111,893	197	5,644		
	Total	1122,380	199			
FACT15	Between Groups	27,214	2	13,607	2,450	,089
	Within Groups	1094,286	197	5,555		
	Total	1121,500	199			

TYPE :

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FACT1	Between Groups	54,975	3	18,325	3,663	,013
	Within Groups	980,620	196	5,003		
	Total	1035,595	199			
FACT2	Between Groups	61,855	3	20,618	4,284	,006
	Within Groups	943,300	196	4,813		
	Total	1005,155	199			
FACT3	Between Groups	11,380	3	3,793	,731	,534
	Within Groups	1016,600	196	5,187		
	Total	1027,980	199			
FACT4	Between Groups	5,175	3	1,725	,284	,837
	Within Groups	1190,220	196	6,073		
	Total	1195,395	199			
FACT5	Between Groups	53,695	3	17,898	3,488	,017
	Within Groups	1005,860	196	5,132		
	Total	1059,555	199			
FACT6	Between Groups	52,695	3	17,565	3,119	,027
	Within Groups	1103,860	196	5,632		
	Total	1156,555	199			
FACT7	Between Groups	42,400	3	14,133	1,619	,186
	Within Groups	1710,720	196	8,728		
	Total	1753,120	199			
FACT8	Between Groups	20,080	3	6,693	,902	,441
	Within Groups	1453,920	196	7,418		
	Total	1474,000	199			
FACT9	Between Groups	68,440	3	22,813	3,102	,028
	Within Groups	1441,560	196	7,355		
	Total	1510,000	199			
FACT10	Between Groups	19,300	3	6,433	1,249	,293
	Within Groups	1009,480	196	5,150		
	Total	1028,780	199			
FACT11	Between Groups	20,895	3	6,965	,883	,451
	Within Groups	1546,860	196	7,892		
	Total	1567,755	199			
FACT12	Between Groups	8,895	3	2,965	,392	,759
	Within Groups	1484,060	196	7,572		
	Total	1492,955	199			
FACT13	Between Groups	23,620	3	7,873	,998	,395
	Within Groups	1546,200	196	7,889		
	Total	1569,820	199			
FACT14	Between Groups	98,620	3	32,873	6,294	,000
	Within Groups	1023,760	196	5,223		
	Total	1122,380	199			
FACT15	Between Groups	9,980	3	3,327	,587	,624
	Within Groups	1111,520	196	5,671		
	Total	1121,500	199			

PERIODE :

ANOVA

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
FACT1	Between Groups	12,112	2	6,056	1,166	,314
	Within Groups	1023,483	197	5,195		
	Total	1035,595	199			
FACT2	Between Groups	35,405	2	17,702	3,596	,029
	Within Groups	969,750	197	4,923		
	Total	1005,155	199			
FACT3	Between Groups	1,710	2	,855	,164	,849
	Within Groups	1026,270	197	5,209		
	Total	1027,980	199			
FACT4	Between Groups	5,050	2	2,525	,418	,659
	Within Groups	1190,345	197	6,042		
	Total	1195,395	199			
FACT5	Between Groups	31,575	2	15,787	3,025	,051
	Within Groups	1027,980	197	5,218		
	Total	1059,555	199			
FACT6	Between Groups	19,772	2	9,886	1,713	,183
	Within Groups	1136,783	197	5,770		
	Total	1156,555	199			
FACT7	Between Groups	35,125	2	17,563	2,014	,136
	Within Groups	1717,995	197	8,721		
	Total	1753,120	199			
FACT8	Between Groups	9,039	2	4,519	,608	,546
	Within Groups	1464,961	197	7,436		
	Total	1474,000	199			
FACT9	Between Groups	18,005	2	9,003	1,189	,307
	Within Groups	1491,995	197	7,574		
	Total	1510,000	199			
FACT10	Between Groups	7,793	2	3,896	,752	,473
	Within Groups	1020,987	197	5,183		
	Total	1028,780	199			
FACT11	Between Groups	4,178	2	2,089	,263	,769
	Within Groups	1563,577	197	7,937		
	Total	1567,755	199			
FACT12	Between Groups	10,126	2	5,063	,673	,512
	Within Groups	1482,829	197	7,527		
	Total	1492,955	199			
FACT13	Between Groups	3,922	2	1,961	,247	,782
	Within Groups	1565,898	197	7,949		
	Total	1569,820	199			
FACT14	Between Groups	1,243	2	,621	,109	,897
	Within Groups	1121,137	197	5,691		
	Total	1122,380	199			
FACT15	Between Groups	2,185	2	1,093	,192	,825
	Within Groups	1119,315	197	5,682		
	Total	1121,500	199			

SEX :

Group Statistics

	SEXE	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
INT	MAL	111	16,9550	5,52743	,52464
	FEMAL	89	17,2697	4,89611	,51899
EXTC	MAL	111	13,3423	4,69525	,44565
	FEMAL	89	13,2472	4,29133	,45488
EXTO	MAL	111	13,5856	4,38483	,41619
	FEMAL	89	14,6742	4,13075	,43786

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
INT	Equal variances assumed	2,209	,139	-,421	198	,674	-,31471	,74788	-1,78954	1,16012
	Equal variances not assumed			-,426	196,004	,670	-,31471	,73797	-1,77008	1,14067
EXTC	Equal variances assumed	,007	,932	,148	198	,883	,09515	,64315	-1,17316	1,36346
	Equal variances not assumed			,149	194,588	,881	,09515	,63681	-1,16078	1,35108
EXTO	Equal variances assumed	,216	,643	-1,790	198	,075	-1,08857	,60809	-2,28774	,11060
	Equal variances not assumed			-1,802	192,886	,073	-1,08857	,60410	-2,28006	,10291

AGE :**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
INT	Between Groups	210,042	2	105,021	3,929	,021
	Within Groups	5265,153	197	26,727		
	Total	5475,195	199			
EXTC	Between Groups	159,233	2	79,616	4,035	,019
	Within Groups	3886,768	197	19,730		
	Total	4046,000	199			
EXTO	Between Groups	57,104	2	28,552	1,555	,214
	Within Groups	3617,916	197	18,365		
	Total	3675,020	199			

TYPE :**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
INT	Between Groups	1232,095	3	410,698	18,971	,000
	Within Groups	4243,100	196	21,648		
	Total	5475,195	199			
EXTC	Between Groups	310,080	3	103,360	5,423	,001
	Within Groups	3735,920	196	19,061		
	Total	4046,000	199			
EXTO	Between Groups	309,020	3	103,007	5,998	,001
	Within Groups	3366,000	196	17,173		
	Total	3675,020	199			

PERIODE :**ANOVA**

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
INT	Between Groups	41,724	2	20,862	,756	,471
	Within Groups	5433,471	197	27,581		
	Total	5475,195	199			
EXTC	Between Groups	13,609	2	6,804	,332	,718
	Within Groups	4032,391	197	20,469		
	Total	4046,000	199			
EXTO	Between Groups	126,631	2	63,315	3,515	,032
	Within Groups	3548,389	197	18,012		
	Total	3675,020	199			

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ