

جامعة الجزائر (2)

أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

جودة الحياة و علاقتها باستراتيجيات التعامل و المساندة الاجتماعية

لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذ :

د. بحري نبيل

إعداد الطالب :

صيفي فيصل

أعضاء لجنة المناقشة:			
رئيسا	جامعة الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. مسيلي رشيد
مشرفا و مقررا	جامعة الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بحري نبيل
عضوا مناقشا	جامعة الجزائر 2	أستاذ التعليم العالي	أ.د. بن خليفة محمود
عضوة مناقشة	جامعة البليدة	أستاذة التعليم العالي	أ.د. شرادي نادية
عضوا مناقشا	جامعة وهران	أستاذ محاضر أ	بن رجم ياسين
عضوا مناقشا	جامعة الجزائر 2	أستاذ محاضر أ	بوطمين سمير

السنة الجامعية 2022/ 2023

كلمة شكر و عرفان

قال تعالى: ﴿ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ و على والديّ و أن أعمل صالحا ترضاه و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين﴾. «النمل. 19».

الحمد لله حمد الشاكرين و الصلاة و السلام على رسوله الكريم نبينا محمد و على آله و صحبه أجمعين.

بداية أحمد الله كثيرا و أشكر فضله، الذي يسر لي أمري و منحني العزم و الصبر على مواصلة البحث، و الدراسة، و الاستفادة من العلم و المعرفة، و وفقني إلى الانتهاء من هذا البحث من غير حول مني و لا قوة، و ما كان لهذا العمل أن يتم إلا بتوفيق الله.

أتقدم كنوع من رد الجميل إلى أصحابه بوافر الشكر و عظيم الامتنان إلى الأستاذ الدكتور الفاضل نبيل بحري، الذي شرفت به مشرفا أكاديميا على دراستي، و الذي أفاض علي من وافر العلم، و سديد رأيه، ما كان له أكبر الأثر في إخراج هذا البحث بهذه الصورة، و ما كان له معه كل التقدير و إباء، و الذي لم أجد فيه إلا المثل الأعلى في العلم، و وجدت عنده من توجيه و إرشاد و التشجيع ما يفوق كفاءتي، و لا يتناسب إلا مع كرمه و علمه فجزاه الله خيرا.

كما يسعدني التوجه بمزيد من الشكر و العرفان إلى كل من علمني حرفا من المعلمين و أساتذة الجامعة، خاصة الأستاذ بحري نبيل، بوطين سمير، بن زروال فتيحة، بن رجم ياسين، كربوش هشام، كما أتقدم بجل تقديري و شكري إلى جميع مستخدمي المستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة خاصة رئيس مصلحة الطب العقلي البروفيسور بن عباس مليك و كل الفريق الطبي و الشبه الطبي العامل معه.

و الشكر موصول أيضا إلى الأساتذة الدكاترة أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل.

إهداء

إلى أبي رحمه الله

إلى أمي أطال الله في عمرها

إلى زوجتي و أبنائي إلياس و إيدير و الين و ايلاف

إلى إخواني و أخواتي و عائلاتهم

إلى كل الأصدقاء و الزملاء

إلى كل الصادقين.....، الذين ينجزون في صمت لأجل هذا الوطن، حبه من الإيمان

ملخص البحث

يهدف البحث الحالي إلى تحديد مستوى كل من: جودة الحياة، و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و المساندة الاجتماعية، و معرفة استراتيجيات التعامل الأكثر استعمالاً، و دراسة العلاقة بين جودة الحياة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و استراتيجيات التعامل ببعديها المرتكزة على المشكلة، و المرتكزة على الانفعال، و المساندة الاجتماعية لدى عينة قوامها (ن=120) عسكري تم اختيارها بطريقة قصدية بالمستشفى العسكري الجامعي الجهوي بقسنطينة، و باتباع المنهج الوصفي الارتباطي، و الاستعانة بأدوات القياس المتمثلة في سلم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكري (PCL-M)، و مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن المنظمة العالمية للصحة، و مقياس استراتيجيات التعامل ل (Paulhan & Bourgeois)، و كذلك مقياس المساندة الاجتماعية للسماذوني، كما استخدم الباحث النسب المئوية، الأوساط الحسابية، و الانحرافات المعيارية، معامل بيرسون، معامل سبيرمان، و معامل ألفا كرونباخ، و تمت معالجة البيانات المستقاة ببرنامج التحليل الاحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) النسخة 20، فأفضت النتائج إلى ما يلي:

- مستوى جودة الحياة متوسط.
- مستوى شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مرتفع.
- مستوى المساندة الاجتماعية منخفض.
- يستعمل أفراد عينة البحث استراتيجيات تعامل مختلفة
- هناك علاقة سلبية دالة احصائياً بين جودة الحياة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- هناك علاقة سلبية دالة احصائياً بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و علاقة سلبية غير دالة احصائياً بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.
- هناك علاقة ايجابية دالة احصائياً بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية.
- هناك علاقة سلبية دالة احصائياً بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و علاقة سلبية غير دالة احصائياً بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.
- هناك علاقة سلبية دالة احصائياً بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية.

الكلمات المفتاحية:

جودة الحياة، اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، استراتيجيات التعامل، المساندة الاجتماعية.

Abstract

The current research aims to determine the level of: quality of life, post-traumatic stress disorder, and social support, and to know the most commonly used coping strategies, and to study the relationship between quality of life and post-traumatic stress disorder, and to deal with its problem-based and emotion-based dimensions. And social support among her old community (n = 120) military personnel who were selected in an intentional way at the regional university hospital in Constantine, By following the descriptive correlational approach, and using measurement tools represented by the Post-Traumatic Stress Disorder Scale in its military version (PCL-M), the Brief Quality of Life Scale issued by the World Health Organization, and the Coping Strategies Scale by (Paulhan & Bourgeois), and As well as the scale of social support for Samadouni. The researcher also used percentages, arithmetic means, standard deviations, Pearson's coefficient, Spearman's coefficient, and Cronbach's alpha coefficient. The data obtained was processed with the Statistical Analysis Program for the Social Sciences (SPSS), version 20, and the results led to the following: follows:

- The level of quality of life is average.
- The level of severity of symptoms of post-traumatic stress disorder is high.
- The level of social support is low.
- The research sample members use different coping strategies
- There is a statistically significant negative relationship between quality of life and post-traumatic stress disorder.
- There is a negative, statistically significant relationship between quality of life and problem-based coping strategies, and a negative, non-statistically significant relationship between quality of life and emotion-based coping strategies.
- There is a positive, statistically significant relationship between quality of life and social support in its two dimensions (family and friends).
- There is a statistically significant negative relationship between post-traumatic stress disorder and problem-based coping strategies, and a non-statistically significant negative relationship with emotion-based coping strategies.
- There is a statistically significant negative relationship between post-traumatic stress disorder and social support.

Key words: Post traumatic stress disorder, quality of life, coping strategies, social support

فهرس الموضوعات

الصفحة	العنوان
أ	كلمة شكر.....
ب	الإهداء.....
ت	ملخص البحث بالعربية.....
ث	ملخص البحث بالانجليزية.....
ج	فهرس الموضوعات.....
ذ	فهرس الجداول.....
س	فهرس المخططات.....
ش	مقدمة.....
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
2	1- الإشكالية.....
12	2- فرضيات البحث.....
12	3- الضبط الاجرائي لمفاهيم البحث.....
14	4- أهداف البحث.....
15	5- أهمية البحث.....
15	6- أسباب اختيار موضوع البحث.....
الجانب النظري	
الفصل الثاني: جودة الحياة	
18	مقدمة.....
18	I- علم النفس الإيجابي.....
18	1- تعريف علم النفس الإيجابي.....
19	2- محاور علم النفس الإيجابي.....
20	3- المجالات التطبيقية لعلم النفسي الإيجابي.....
22	II- جودة الحياة.....
22	1- تاريخ نشأة جودة الحياة.....
22	2- مفهوم جودة الحياة.....
27	3- الاتجاهات المفسرة لمفهوم جودة الحياة.....

30	4- أبعاد جودة الحياة.....
30	5- النظريات المفسرة لجودة الحياة.....
38	6- أدوات قياس جودة الحياة.....
41	خلاصة
الفصل الثالث: اضطراب الضغط ما بعد الصدمة	
44	مقدمة.....
44	1- تعريف الأحداث الصادمة.....
45	2- تعريف الصدمة النفسية.....
46	3- نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية.....
52	4- مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....
57	5- التشخيص الفارقي.....
61	6- عوامل الخطر و الحماية في حدوث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....
70	7- النظريات المفسرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....
84	8- المنظور الاسلامي للصدمة النفسية.....
86	9- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى الأطفال.....
87	10- علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....
97	11- أدوات قياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....
102	خلاصة.....
الفصل الرابع: استراتيجيات التعامل	
104	مقدمة.....
104	1- مفهوم التعامل.....
109	2- تصنيف استراتيجيات التعامل.....
110	3- النماذج النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعامل.....
114	4- تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة.....
115	5- العوامل المؤثرة في استراتيجيات التعامل.....
123	6- توجهات جديدة في مجال التعامل.....
124	7- نتائج التعامل.....
125	8- التعامل الناجح.....

126	9- أدوات قياس استراتيجيات التعامل.....
129خلاصة.
الفصل الخامس: المساندة الاجتماعية	
131مقدمة.
131	1- نشأة وتطور مفهوم المساندة الاجتماعية.....
132	2- مفهوم المساندة الاجتماعية.....
134	3- الأسس الجينية للمساندة الاجتماعية.....
135	4- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.....
141	5- أنواع المساندة الاجتماعية.....
143	6- المساندة الاجتماعية و علاقتها باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....
146	7- أثر المساندة الاجتماعية في تخفيف ردود الفعل الفسيولوجية و العصبية الصماوية.....
147	8- أثر المساندة الاجتماعية في تخفيف الاصابة بالأمراض و في العادات الصحية.....
148	9- المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية.....
149	10- المساندة الاجتماعية الفعالة.....
151	11- العوامل المهددة للمساندة الاجتماعية.....
152	12- تأثير الضغط على مقدمي المساندة.....
153	13- تعزيز المساندة الاجتماعية.....
153	14- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، المساندة الاجتماعية و جودة الحياة.....
157	15- المساندة الاجتماعية في ضوء الكتاب و السنة النبوية المطهرة.....
159	16- أدوات قياس المساندة الاجتماعية.....
160خلاصة.
الجانب التطبيقي	
الفصل السادس: خطوات البحث التطبيقي	
163تمهيد.
163	1- الدراسة الاستطلاعية.....
164	2- منهج البحث.....
165	3- مجتمع البحث.....
165	4- عينة البحث.....
166	5- أدوات جمع البيانات.....

167	أولاً: - مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة النسخة العسكرية (PCL-M).....
176	ثانياً: - مقياس جودة الحياة.....
184	ثالثاً: - مقياس استراتيجيات التعامل.....
191	رابعاً: - مقياس المساندة الاجتماعية.....
197	6- الأساليب الإحصائية.....
الفصل السابع: عرض النتائج و مناقشتها	
200	عرض و مناقشة الهدف الأول.....
203	عرض و مناقشة الهدف الثاني.....
207	عرض و مناقشة الهدف الثالث.....
210	عرض و مناقشة الهدف الرابع.....
213	عرض و مناقشة الفرضية الأولى.....
216	عرض و مناقشة الفرضية الثانية.....
219	عرض و مناقشة الفرضية الثالثة.....
222	عرض و مناقشة الفرضية الرابعة.....
226	عرض و مناقشة الفرضية الخامسة.....
231	النموذج.....
232	خاتمة.....
	المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
54	معايير تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية.....	(1-3)
70	عوامل الخطر و الوقاية من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....	(2-3)
98	معايير تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب اختبار الروشاخ.....	(3-3)
109	تصنيف استراتيجيات التعامل حسب العلماء.....	(1-4)
166	توزيع عينة البحث حسب المتغيرات الديموغرافية.....	(1-6)
168	أبعاد مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية.....	(2-6)
168	قائمة الأساتذة المعنيين بمراجعة الترجمة.....	(3-6)
169	خصائص عينة التقنين مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....	(4-6)
	البنود التي تم إعادة مراجعتها.....	(5-6)
172	معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية.....	(6-6)
173	معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس و الدرجة الكلية.....	(7-6)
174	قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة التقنين.....	(8-6)
175	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ.....	(9-6)
177	مجالات مقياس جودة الحياة المئوي WHOQOL-100.....	(10-6)
177	أبعاد مقياس جودة الحياة المختصر.....	(11-6)
178	خصائص عينة التقنين.....	(12-6)
179	معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية.....	(13-6)
180	معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس و الدرجة الكلية.....	(14-6)
181	قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة التقنين.....	(15-6)
182	معاملات ثبات مقياس جودة الحياة.....	(16-6)
183	طريقة الإجابة على مقياس جودة الحياة.....	(17-6)
183	طريقة تنقيط مقياس جودة الحياة المختصر.....	(18-6)
183	البنود الايجابية و البنود السلبية لمقياس جودة الحياة.....	(19-6)
184	مستويات جودة الحياة حسب المتوسط الحسابي.....	(20-6)
184	مستوى جودة الحياة حسب الدرجات.....	(21-6)

186	أبعاد مقياس استراتيجيات التعامل.....	(22-6)
187	معامل الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية.....	(23-6)
188	معامل الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية.....	(24-6)
189	قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسايين لعينة التقنين.....	(25-6)
190	معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ.....	(26-6)
191	طريقة الاجابة على مقياس استراتيجيات التعامل.....	(27-6)
191	طريقة تنقيط مقياس استراتيجيات التعامل.....	(28-6)
191	البندود الايجابية و السلبية لمقياس استراتيجيات التعامل.....	(29-6)
192	توزيع بنود مقياس المساندة الاجتماعية حسب أبعاده.....	(30-6)
193	معاملات الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية.....	(31-6)
194	معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية.....	(32-6)
195	قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسايين لعينة التقنين.....	(33-6)
196	معاملات الثبات.....	(34-6)
197	كيفية تطبيق مقياس استراتيجيات التعامل.....	(35-6)
197	مستويات المساندة الاجتماعية الخاص بعينة الذكور.....	(36-6)
197	مستويات المساندة الاجتماعية الخاص بعينة الإناث.....	(37-6)
200	مستوي جودة الحياة و أبعادها.....	(1-7)
204	مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....	(2-7)
207	مستوى المساندة الاجتماعية و أبعادها.....	(3-7)
210	النسبة المئوية لاستعمال استراتيجيات التعامل من طرف عينة البحث.....	(4-7)
213	قيمة معامل الارتباط بين أبعاد جودة الحياة و أبعاد اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.....	(5-7)
216	قيمة معامل الارتباط بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل.....	(6-7)
219	قيمة معامل الارتباط بين أبعاد جودة الحياة و أبعاد المساندة الاجتماعية.....	(7-7)
223	قيمة معامل الارتباط بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل.....	(8-7)
227	قيمة معامل الارتباط بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية.....	(9-7)

قائمة المخططات

الصفحة	العنوان	الرقم
31	مخطط يبين جودة الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة.....	(1-2)
37	مخطط تصور أبو سريع وآخرون لجودة الحياة.....	(2-2)
76	مخطط يبين مراحل الاستجابات الصدمية حسب نموذج Horowitz.....	(1-3)
114	النموذج التفاعلي حسب لازاريس و فولكمان.....	(1-4)
136	نموذج الآثار الرئيسية للمساندة الاجتماعية.....	(1-5)
138	نموذج الوقاية من المشقة "شعبان جاب الله، عادل محمد هريدي".....	(2-5)
155	نموذج تخفيف الضغط لكوهين و زملائه 2000.....	(3-5)
231	النموذج رقم (1-7) يمثل التأثير المباشر و التأثير غير المباشر للمتغير المستقل (اضطراب الضغط ما الصدمة) على المتغير التابع (جودة الحياة).	(1-7)

مقدمة

مرت الجزائر بفترة عصيبة خلال سنوات التسعينات عرفت بالعيشية السوداء، حيث شهدت كل أنواع العنف و الاعتداءات على الممتلكات العمومية و الخاصة، مما نتج عنها خسائر مادية و بشرية، فكانت فترة صعبة على الجميع، إلا أن بعد صدور قانون الوثام و تطبيق المصالحة الوطنية و تظافر الجهود بين القوات الأمنية، عاد السلم و الأمان.

و الجدير بالذكر أن الأحداث الارهابية خلفت الكثير من الآثار النفسية، خاصة لدى الأفراد الذين عايشوا الأحداث عن قرب، على غرار أفراد الجيش الوطني الشعبي، و حسب الدراسات البوئية في مجال الصدمة النفسية أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، هو الاضطراب الأكثر انتشارا خلال و بعد الحروب و المعارك، و له تأثير سلبي كبير على حياة الأفراد النفسية و الاجتماعية و البيئية، و بالتالي على جودة حياتهم.

و بإعتبار جودة حياة الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة قضية مركزية لكل التدخلات العلاجية، فقد شغلت هذه الأخيرة اهتمام الكثير من الباحثين، و كانت موضوع العديد من الدراسات لسيما على قدماء حرب الفيتنام و حرب الخليج الأولى و الثانية، و التي خلصت كلها الى وجود علاقة سلبية بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و جودة الحياة.

و بعد إطلاع الباحث على التراث النظري، اتضح له غياب شبه كلي للدراسات و البحوث التي تناولت مفهوم جودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في المجتمع الجزائري، كما أحس الباحث بالمعاناة النفسية و الاجتماعية لهؤلاء المرضى بعد احتكاكه بهم في الحياة المهنية، و عليه جاء هذا البحث كإلتفاتة لدراسة بعض المتغيرات التي من شأنها أن تحسن من مستوى جودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

و عليه يهدف هذا البحث إلى تفحص مستوى جودة الحياة، و مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و مستوى المساندة الاجتماعية، و نوع استراتيجيات التعامل الأكثر استعمالا، مع دراسة العلاقة بين المتغيرات التالية: جودة الحياة، و استراتيجيات التعامل، و المساندة الاجتماعية، و شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و قد جاءت فصول البحث كالآتي:

الفصل الأول: تم طرح فيه مشكلة البحث و فرضياته، مع تحديد أهدافه، و ذكر أهميته، بالإضافة إلى الضبط الإجرائي لمفاهيم البحث.

الفصل الثاني: خصص لمفهوم علم النفس الايجابي و جودة الحياة، ففي البداية تم التعريف بعلم النفس الايجابي، مع ذكر محاوره و مجالاته التطبيقية، ثانيا تم الحديث عن تاريخ نشأة جودة الحياة، ومفهومها، أبعادها، النظريات المفسرة لها من تطورها، و أخيرا أدوات قياسها.

الفصل الثالث: تناول هذا الفصل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بداية تم تعريف الحدث الصادم و الصدمة النفسية، ثم عرض مراحل نشأة علم النفس الصدمي، بعدها تم التطرق إلى تطور مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب الدليل الاحصائي للأمراض النفسية، مع ذكر التشخيص الفارقي، و عوامل الخطر و الحماية، و النظريات المفسرة له، و طرق علاجه، و أدوات قياسه.

الفصل الرابع: خصص هذا الفصل لاستراتيجيات التعامل، مفهومها، تصنيفها حسب العلماء، النماذج المفسرة لها، تأثيرها على الصحة، العوامل المؤثرة في استراتيجيات التعامل، توجهات جديدة في التعامل، نتائج التعامل الفعال، و أدوات قياسها.

الفصل الخامس: خصص لمفهوم المساندة الاجتماعية، نشأتها، مفهومها، النماذج و النظريات المفسرة لها، أنواعها، علاقة المساندة الاجتماعية باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كما تطرق الباحث إلى المسارات الحيوية للمساندة الاجتماعية، و العوامل المهددة و المعززة لها، و مفهومها في ضوء الكتاب و السنة.

الفصل السادس: فصلت فيه الإجراءات المنهجية للبحث، فجاء فيه الدراسة الاستطلاعية، المنهج المستعمل، خصائص مجتمع و عينة البحث، أدوات جمع البيانات و خصائصها السيكمومترية.

الفصل السابع: تضمن عرض نتائج الدراسة الأساسية للبحث، و مناقشتها في ضوء الجانب النظري و الدراسات السابقة، مع تطوير نموذج خاص بمتغيرات البحث، و تقديم اقتراحات.

الفصل الأول

الإطار العام للبحث

- 1- إشكالية البحث.
- 2- فرضيات البحث.
- 3- الضبط الاجرائي لمفاهيم البحث.
- 4- أهداف البحث.
- 5- أهمية البحث.
- 6- أسباب اختيار الموضوع.

1- إشكالية البحث:

يعتبر موضوع الصدمة النفسية من المواضيع التي استقطبت اهتمام العديد من الباحثين خصوصا في العقود الأخيرة، و هذا بالنظر إلى كثافة الحوادث الصدمية التي باتت تتزايد في عددها و تنوع في أشكالها، حيث لا يكاد يمر علينا يوم دون أن يصل إلى مسامعنا أو أبصارنا من مختلف المحطات الاعلامية حدوث كوارث طبيعية أعاصير، فيضانات، زلازل، براكين.(رضوان زقار، عواطف زقور، 2019)، أو أحداث صدمية من فعل الإنسان سواء كانت عن قصد (كالخروب الأهلية و الصراعات العسكرية)، أو عن غير قصد (كالكوارث التكنولوجية، و حوادث السير)، فكلها أحداث من شأنها أن تهدد حياة الإنسان و تؤدي إلى ظهور اضطرابات نفسية مختلفة.

و تشير الأبحاث في هذا المجال إلى أن هناك تمايزا بين الآثار النفسية التي تخلفها الكوارث الطبيعية و التي تخلفها أعمال البشر، فبينما تكون الأولى مرتبطة بمصدرها المؤقت و بوقتها المعاش، فإن الثانية مصدرها دائم و مستمر و أثارها عميقة و ممتدة قد تؤدي إلى عواقب مزمنة. (Baum, Fleming et Davidson ; 1993)، و هنا يكمن السبب الرئيسي في تركيز الباحثين على دراسة الآثار التالية للحوادث الصدمية ذات المصدر البشري بصفة عامة و القصصية بصفة خاصة.

و في هذا السياق عاشت الجزائر مطلع التسعينات أزمة أمنية دامت عشرية من الزمن، فشهدت أبشع الجرائم في مختلف أرجاء الوطن، كان ضحيتها الصغير و الكبير، الرجال و النساء، المدني و العسكري، حيث أُنْتَهَكَت الأعراض، و أُغْتَصِبَت النساء، و هُدمت البيوت، و دُمِرَت الممتلكات العامة، فخلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و 1997 فقط، تم إحصاء مقتل 26536، و جرح 21137، و تخريب 810 منشأة.(بوعيشة أمال، 2014).

و من نافلة القول أن هذه الأحداث الإرهابية خلفت الكثير من المآسي و الألام النفسية، هذا ما أظهرته دراسة مليكة مذكور و سعاد عثمان (2002) حول ضحايا الإرهاب، التي بينت أن 54,3 ٪ من أفراد هذه العينة تعاني من اضطرابات النوم، و 29 ٪ لديها سلوكيات عدوانية، و 2,23 ٪ هي نسبة تعاطي المخدرات، في حين بلغت نسبة الانتحار 1,27 ٪، إضافة إلى ذلك قد تظهر أعراض أخرى كعدم القدرة على التكيف، و ضعف مستوى الأداء، و العجز عن ممارسة مهام الحياة اليومية، و انخفاض مستوى الدافعية، و الشعور بالإفئاد.(أبو مصطفى، السميوي، و نجاح عواد، 2008)،

و أعراض أكثر خصوصية بالأحداث الصدمية، كالحذر الشديد، اضطرابات النوم، الإحساس بالذنب، و ضعف الذاكرة أو ضعف التركيز، و تجنب تذكر الخبرة، و المبالغة في الإحساس بالجفان استجابة للأصوات المرتفعة. (تايلور، 2007)، فإستمرار هذه الأعراض أكثر من شهر حسب الدليل الإحصائي للأمراض العقلية (2014) يؤدي إلى ظهور ما يسمى باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، و هو اضطراب مستقل له مواصفاته و عوارضه المميزة، الذي تم تصنيفه و توصيفه كفتة مرضية سنة (1980) من طرف الجمعية الأمريكية للطب النفسي، و يعرف على أنه استجابة مرجئة أو ممتدة لحدث أو موقف ضاغط (مستمر لفترة قصيرة أو طويلة)، و يتصف بأنه ذو طبيعة مهددة أو فاجعة، و يمكن أن يؤدي إلى حدوث ضيق و أسى شديدين، و تشمل الأحداث الصدمية الكوارث الطبيعية أو الأحداث التي تكون من فعل الإنسان، كالمعارك، أو الحوادث الخطرة، أو مشاهدة الموت العنيف لأشخاص آخرين، أو الاغتصاب، أو الإرهاب، و يتصف الاضطراب بالتقلب و عدم الاستقرار. (الصبوة، 2000)، و من أعراضه الخوف الشديد، و العجز أو الرعب، بالإضافة إلى إستمرار إعادة تجربة الحدث الصادم، و التجنب المستمر للمؤثرات المرتبطة بالصدمة و التخدير من الاستجابة، و زيادة الإثارة بإستمرار. (Association Psychiatric American, 2000).

و بما أن هناك مناطق تضررت أكثر من الإرهاب مثل ولايات الجزائر العاصمة، الشلف، المدينة و سعيذة. (عشوي و آخرون، 1999)، فهناك كذلك فئات من المجتمع عانت بنسبة كبيرة من ويلات الإرهاب على غرار أفراد الجيش الوطني الشعبي، و هذا ما وقف عليه الباحث مع زملائه المهنيين من أطباء أمراض عقلية و أخصائيين نفسانيين بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة، حيث يعتبر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من الأسباب الرئيسية للفحوصات و الاستشفاءات بمصلحة الصحة النفسية، و هو ما يتوافق مع الدراسات الوبائية في مجال الصدمة النفسية، بحيث بينت دراسة (Kulka & al, 1988) التي أقيمت على الجنود القدماء في الفيتنام و الذين يعتبرون نموذجاً وبائياً مسلم به، و التي أظهرت أن نسبة انتشار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة قد قدر بـ 30 % عند الرجال، و 26 % عند النساء، إلى جانب نسبة أخرى تقدر بـ 22 % من الأشخاص تظهر لديهم أعراض الجدول العيادي للاضطراب نفسه بصفة جزئية، في حين قدرت نسبة انتشاره لدى أفراد الجيش الأمريكي المشارك في حرب العراق بـ 20 %، و 7 % لدى العسكريين الفرنسيين الذين شاركوا في حرب أفغانستان. (journal le monde, 2012)، كما تباينت نتائج الدراسات السابقة

فيما يخص شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هذا راجع إلى عدة عوامل أهمها: طبيعة الحدث و شدته و تواتره، السوابق المرضية، ردة الفعل الانفعالية و السلوكية خلال الحدث، نوعية التكفل الطبي و النفسي، و مستوى المساندة الاجتماعية، فقد أظهرت دراسة (Triffleman, Marmar, Delucchi & Ronfeldt, 1995)، ارتفاع مستوى شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد الجيش الأمريكي العائدين من حرب الخليج، في حين خلصت دراسة ضحى (2006) انخفاض مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى الطلبة العراقيين المصابين جراء حرب الخليج 2003، أما دراسة هدى جميل المقبل، و حنان ابراهيم الشقران (2021) فقد أظهرت مستوى متوسط من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات في الأردن، و المصابات باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كما أظهر المركز الفرنسي التابع للمنظمة العالمية للصحة (SMPG)، أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عادة ما تكون له تأثيرات معتبرة سواء من الناحية النفسية، و الاجتماعية، و الجسدية، و حتى المهنية، فمن الجانب النفسي، فإن 80 % من الأفراد الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عرضة لتطوير على الأقل مرض نفسي آخر بخلاف الأفراد الذين لا يعانون من ذات الاضطراب. (APA, 2013)، على غرار: الاكتئاب (35 % إلى 50 %)، اضطراب حصري آخر (20 % إلى 60 %)، اضطراب تعاطي أو الإدمان على الكحول أو المخدرات (22 % إلى 42 %)، (Kessler et al, 1995 Pietrzak et al,)، 2011، أما على المستوى الاجتماعي فوجود أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مثل الهيجان، اضطرابات النوم، و فقدان الاهتمام يمكن أن تسهم في زيادة الصراعات بين الشخصية و الزوجية و كذلك تدهور تحمل المسؤوليات العائلية. (Brillon, 2010; Chen et al , 2007)، و قد تصل الاضطرابات النفسية إلى أفراد الأسرة (Tarch et Soloon,1996)، كما دلت نتائج دراسات أخرى على معاناة زوجات و أبناء هؤلاء الجنود من بعض الاضطرابات النفسية و الاجتماعية مثل القلق و الإحباط و الشعور بالعزلة مع عدم الرغبة في الأنشطة الاجتماعية، إضافة إلى تسجيل نسب عالية من حالات الطلاق خلال السنة الأولى من الزواج. (أميره الديب، 1992)، أما عن مشاكل الصحة الجسدية، فقد أقر المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بمعانائهم من آلام في الرأس، مشاكل في الجهاز الهضمي، و انخفاض في الرغبة الجنسية. (Mason, 2002; Pacella, Hruska et Delahanty, 2013; Panos, Panos et Dulie 2008)، و هم أكثر عرضة كذلك لخطر الإصابة باضطرابات الأجهزة الدورية، و الهضمية،

و العضلية و الهيكلية، و الحيوية، و العصبية، و التنفسية. (Boscarino, 1997). عن (قاسم محمد الدوري 2020)، أما من الجانب المهني فقد أظهرت دراسة (L.Holterbach et al, 2015)، على وجود علاقة دالة احصائيا بين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و عدد العطل المرضية و الغيابات في صفوف أفراد الجيش الفرنسي.

و بما أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بمفهومه الشامل يمكن أن يكون سببا في الكثير من الأمراض النفسية و الجسمية، و الصراعات الاجتماعية، و المشاكل المهنية، فإن المنظمة العالمية للصحة أوصت بمعالجة القضايا المرتبطة بالصحة النفسية في الوقت الحالي تحت مفهوم أعم و أوسع دلالة هو مصطلح جودة الحياة، فقد أصبح هذا الأخير محل اهتمام الباحثين و موضوع الكثير من الدراسات، حيث يشير (دينير و دينير) إلى أن جودة الحياة ببساطة شديدة هي "تقوم الشخص لرد فعله للحياة، سواء تجسد في الرضا عن الحياة (التقويمات المعرفية) أو الوجدان (رد الفعل الانفعالي المستمر) اتجاه ظروف الحياة و مدى توافر فرص إشباع و تحقيق الحاجات". (Diener & Diener,1995).

و على الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، إلا أنه عادة ما يشار في أدبيات هذا المجال إلى تعريف المنظمة العالمية للصحة (1995) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم، إذ ينظر فيه إلى جودة الحياة في سياق الثقافة و أنساق القيم التي يعيش فيها الفرد، و مدى تطابق أو عدم تطابق ذلك مع : أهدافه، توقعاته، قيمه، اهتماماته المتعلقة بصحته البدنية، حالته النفسية، مستوى استقلاليتته، علاقاته الاجتماعية، اعتقاداته الشخصية، و علاقته بالبيئة بصفة عامة، و بالتالي فإن جودة الحياة بهذا المعنى تشير إلى تقييمات الفرد الذاتية لظروف حياته. (WHOQOL Group, 1995)، أما حسب (Delawell et al, 1995)، فإن مصطلح جودة الحياة يستخدم لتحديد الآثار الجسمية و الاجتماعية لمرض ما على حياة الفرد، بمعنى تحديد آثار و عواقب الأمراض المزمنة و المستعصية على مختلف جوانب الحياة الجسمية، و النفسية، و الاجتماعية، و المهنية، و آثار الأدوية، و العلاجات، و إشراك المريض في القرارات العلاجية.

أما عن مستوى جودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فقد أشارت عدة دراسات أنها منخفضة، على غرار دراسة (Debbie, T, Devine, 2020) التي أُجريت على عينة (ن = 51) من قدامى الحرب في الولايات المتحدة الأمريكية، و التي خلصت إلى انخفاض

في مستوى جودة الحياة و ارتفاع الأعراض الإكتئابية، و دراسة (Breanna K, Wright, 2019) التي أقيمت خلال الفترة ما بين (2000-2011) على عينة من قدامى حرب الخليج (2001-2002)، و التي بينت أن مستوى جودة الحياة منخفض، و الأكثر من ذلك فهي أقل بكثير حتى من جودة الحياة لدى الأفراد المصابين بالاكتئاب، و المدمنين على الكحول، و الدهانين. (Ardenne et al, 2005)، بالمقابل خلّصت دراسة هدى جميل المقبل و حنان إبراهيم الشقران (2021) إلى مستوى متوسط من جودة الحياة لدى النساء المعنفات في الأردن، و اللواتي يعانين من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

و يفسر الباحثون انخفاض جودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كون هذا الأخير يسبب الضيق النفسي المرتبط بالحصر، و يتصف بوصمة المرض العقلي. (Schneir,1997)، و عليه فقد بينت العديد من الدراسات على وجود علاقة سلبية دالة احصائيا بين جودة الحياة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، على غرار دراسة كل من (Irene Huijts & al, 2012) و (Raoul Vezies, 2019) حيث قُدر معامل الارتباط ب: (ر= -0,61)، و (ر= -0,55) على التوالي، بالمقابل أشارت دراسة (Douglas et Zatchick, 1997) إلى ضبابية العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و جودة الحياة خاصة في ظل إختلاف الشخصية، و تباين الامكانيات الذاتية للأفراد، و الإختلاف في العمر، و الحالة الاجتماعية، و المستوى التعليمي.

و وفقا للأدبيات التي تناولت الصدمة النفسية، يعتبر الحدث الصادم شرطاً ضرورياً لتطوير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD)، لكنه في الحقيقة غير كافٍ، فالكثير من الأفراد الذين يتعرضون لحدث صادم يبدون في الأيام التالية للحدث ردود أفعال قوية، لكن مع مرور الوقت هناك من يتعافى و يتكيف بشكل جيد، و عليه فإن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لا يرتبط فقط بالأحداث المعاشة، لكن كذلك باستراتيجيات التعامل معها، و التي يعرفها لازاريس و فولكمان على أنها: "جهود معرفية و سلوكية متغيرة باستمرار تهدف إلى تدبر متطلبات خارجية و/ أو داخلية محددة تقيم على أنها عبء على الشخص أو تفوق إمكانياته." (لازاريس و فولكمان، 184، ص:141) . و عليه يلجأ الكثير من الناس إلى التعامل مع الحدث الذي يشكل تهديدا بطريقتين:

- التعامل المتمركز حول المشكلة : و يتضمن القيام بمحاولات تهدف إلى عمل شيء ما إزاء الظروف الضاغطة التي تشكل مصدر أذى، أو تهديد، أو تحد للفرد.

- التعامل المتمركز حول الانفعال : و فيتضمن الجهود الموجهة لتنظيم الانفعالات التي تنشأ عن التعرض للحدث الضاغط.

أما فيما يخص إختيار نوع التعامل، فقد أشار لازاريس و فولكمان (1984) إلى أن الأفراد عادة ما يميلون إلى الاعتماد على الاستراتيجيات المرتكزة على المشكلة عندما تكون مطالب الموقف قابلة للتحكم فيها، أما في حالة العجز عن السيطرة على المشكلة، فإن الاستراتيجيات المرتكزة على الانفعالات تعد أكثر استخداما و أكثر نفعاً، لكن في غالب الحالات يستخدم الأفراد كلا الاستراتيجيتين معاً، مما يبين أن كلا النمطين في التعامل يعتبر مفيداً في إدارة الأحداث الأكثر سبباً للضغط. (Folkman & Lazarus, 1980)، و في حالات أخرى، فإن طبيعة الحدث تساهم بشكل كبير في تحديد استراتيجيات التعامل التي يجري استخدامها. (قاسم محمد الدوري، ص: 136). فالمشاكل المرتبطة بالعمل على سبيل المثال تقود الناس في أغلب الأحيان لاستخدام الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة، مثل القيام بعمل مباشر، و على خلاف ذلك فإن المشاكل الصحية تقود الناس إلى استخدام الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، و لعل هذا يرجع إلى أن التهديد الصحي الذي يتعرض له الفرد، هو حدث يجب تحمله و لكن لا يسهل إخضاعه لفعل مباشر، و عندما يكون بالإمكان إخضاع المشاكل الصحية لجهود التعامل النشطة، فإن التعامل المتمركز حول المشكلة يكون مفيداً. (قاسم محمد الدوري، ص: 136)، أما عن الاستراتيجيات التعامل المستعملة عند مرضى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فقد أشارت دراسة (Pantic, Franciskovic, Mladic, & Priebe, 2007) إلى أن الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب الخليج و المصابون باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، قد لجأوا إلى إستخدام استراتيجيات الإنسحاب و التجنب بشكل مرتفع، كما أظهرت دراسة حاج لكحل التي أجراها على ضحايا زلزال بومرداس (الجزائر) سنة (2003)، أظهرت أن عينة البحث تستعمل استراتيجيات التعامل المرتكزة حول الانفعال بالدرجة الأولى.

و في هذا السياق تشير شيلي تايلور أن استراتيجيات التعامل ليست في حد ذاتها جيدة أو سيئة، و لكن الذي يجعل هناك فرقا هو السياق الذي يتم فيه تنفيذها، و هذا يعني أنه قد تكون استراتيجيات التعامل فعالة في موقف ما، و لا تكون كذلك في موقف آخر، كما يجب علينا أن لا ننسى بأن مواجهة المواقف في حياتنا لا يكون سياقها دائماً ثابتاً، و لكنه دينامي و متغير، مما يتطلب

المشاركة في إعادة تقييم الموقف.(شيلي تايلور، 2007، ص: 153)، هذا ما جعل العلاقة بين التعامل و الأحداث الصادمة و نتيجتها على غرار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و جودة الحياة معقدة، و لاتزال غير مفهومة جيدا، بحيث لا يُعرف الكثير عن نمط و إتجاه المسارات السببية بين هذه المتغيرات (Schweitzer et al, 2006)، خاصة إذا علمنا أن الصدمة النفسية تقلل من القدرة على التعامل مع الضغوطات (Lindencrona, Ekblad, & Hauff, 2008)، و تعمل على زيادة استعمال استراتيجيات التعامل السلبية (Emmelkamp, Komproe & Ommeren, Schgen, 2002).

لكن من خلال الدراسات الأميركية التي أجريت حول علاقة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة باستراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال، أظهرت الكثير منها على وجود علاقة طردية بين المتغيرين، على غرار دراسة (Duchet Clara et al, 2001)، و دراسة (Jahel et al, 1995) التي أجريت على ضحايا تفجير المترو بفرنسا، و التي خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا ($r = 0,49$)، أما دراسة (Hooberman, Rosenfeld, Rasmussen, & Keller, 2010)، فقد أظهرت عن وجود علاقة سلبية بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ($r = -0,39$)، و هذا ما أكدته كذلك دراسة (Jahel et al, 1999)، و التي خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائيا ($r = -0,41$)، بينما أظهرت دراسة (Hordley, John & Nelson, Littleton, 2007) غياب علاقة دالة احصائيا بين استراتيجيات المواجهة المرتكزة على المشكلة و الضيق النفسي ($r = -0,03$)، كما بينت دراسة (Mikulincer et Solomon ;1989) أن شدة اضطرابات ما بعد الصدمة المتعلقة بالقتال عند الجنود ترتبط ارتباطا إيجابيا باستراتيجيات التعامل المرتكزة على العاطفة، وترتبط كذلك سلبا باستراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و هكذا يبدو بأن استراتيجية التعامل المرتكزة على المشكلة هي أكثر فعالية من استراتيجية التعامل القائمة على العاطفة، و هذا للحد من التوتر العاطفي الناجم عن الصدمة، ذلك لأن بإمكان أشكال المواجهة المركزة على الانفعال أن تهدد الصحة، و تعرقل تبني سلوكيات متوافقة، فالإنكار أو التجنب قد يجعلان الفرد لا يدرك أعراضه أو يتأخر كثيرا إلى اللجوء للاستشارة. (Paulhan, 2003, pp116-117).

و يشير (Paulhan ;1994) كذلك أن كيفية مواجهة الفرد لمرضه و علاجه من شأنه التأثير على مسار المرض و جودة الحياة، و في هذا السياق أظهرت دراسة (Maes et al ,1987)

و (Cousson-Gélie et al, 1999) أن استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال عامل منبئ بجودة حياة رديئة و لها علاقة سلبية ذات دلالة مع أبعادها: ضعف الصحة البدنية، أنشطة اجتماعية محدودة، انعدام الحيوية، الألم، ضعف الصحة العقلية و الصحة العامة، في حين أن هناك دراسات أخرى تتحدث على فعالية استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال على المدى القصير، لكنها ضارة على المدى الطويل، بالمقابل و عكس استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال التي ترتبط سلبيا مع جودة الحياة، فان استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة لها تأثير ايجابي على جودة الحياة، و هذا ما بينته دراسة من (Huijts et all ,2012)، و كذلك دراسة (Araya,Chotai, Komproe, & De Jong, 2007) في حين دراسة (Johnsen, B, H & al, 2002)، و التي أجريت على الناجين من حادثة غرق الباخرة النرويجية، حيث أفرت بعدم وجود علاقة دالة احصائيا بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل بنوعها المرتكزة على المشكلة و المرتكزة على الانفعال على التوالي (ر = -10)، (ر = -06).

كما أن المشاكل الصحية عادة ما تؤدي بالأفراد إلى البحث عن المساندة الاجتماعية، خاصة أن هذه الأخيرة تساعد الفرد على الالتزام الصحي، و تعطي الثقة بالنفس، و تحسن من تقدير الذات، مما جعلها تحظى بقسط وافر من الدراسات و التحليلات في مجال الصدمة النفسية، و الدليل على ذلك أن دراسة العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية هي الأكثر تناولا في البحوث الأمبريقية و هذا لعدة أسباب أهمها:

✓ تعتبر المساندة الاجتماعية من أهم ثلاث عوامل خطورة في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Brewin, Andrews & Valentine, 2000 ; Ozer, Best & Lipsey, 2003).

✓ علاقة المساندة الاجتماعية باضطراب الضغط ما بعد الصدمة علاقة معقدة جدا، خاصة إذا افترضنا بأن الأحداث الصادمة عادة ما تؤدي إلى تحول جوهري في إدراك الذات و تصور الآخرين و العالم الخارجي.

✓ اعتراف الأقارب و الأصدقاء بوجود صعوبات في تسيير التغيرات و المشاكل التي يحدثها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على الفرد مثل التجنب، و العزلة، و التوتر، و القلق، و الغضب، و العدوانية.

✓ اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عادة ما يؤدي إلى تآكل المساندة الاجتماعية.

و عليه فإن تقديم المساندة الاجتماعية و تلقيها بطريقة ايجابية و فعالة في مجال الصدمات النفسية ليس دائما بالأمر اليسير و الهين، فقد يجد محيط المريض (أسرة-أصدقاء) صعوبة في تقبل التغيرات التي يحدثها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هذا ما قد يؤثر سلبيا على توفير الدعم المناسب سواء من الناحية الكمية أو النوعية، فالزيادة أو النقصان في حجم المساندة الاجتماعية يعتبر مظهر من مظاهر المساندة الاجتماعية السلبية، فتقديم الكثير من الدعم الذي يصل إلى مرحلة اقتحام حياة الشخص و انتهاك خصوصيته أو استغلاله، قد يؤدي إلى تفاقم و زيادة الأعراض، و انخفاض جودة الحياة، على النقيض من ذلك، فإن الانسحاب من محيط المريض و الذي يؤدي إلى نقص في المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة يمكن أن يكون بذاته مصدر ضغط شديد، خاصة للأشخاص الذين يكونوا بحاجة ماسة للمساندة الاجتماعية، و لكن فرصهم في الحصول عليها قليلة.(تايلور، 2017). و هذا ما جاءت به دراسة (Brewin, Andrewis, et Valentine ;2000)، التي أقرت أن نقص المساندة الاجتماعية يعتبر من أهم عوامل ظهور و استمرار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و الأكثر من ذلك فقد أظهرت دراسة (Buckley, Blanchard, Hickling:1996)، و التي أُقيمت على ضحايا حوادث المرور، أن انخفاض مستوى المساندة الاجتماعية قبل الحادث مؤشر قوي لظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، في حين الدراسة الرجعية التي أجريت على قدماء الحرب من طرف (Solomon, Mikalincer, et al :1991)، أظهرت أن الأفراد الذين أصيبوا باضطراب ما بعد الصدمة تلقوا دعما غير كاف من طرف عائلاتهم مقارنة بالأفراد الذين لم يصابوا به.

و من مظاهر المساندة الاجتماعية السلبية كذلك في مجال الصدمات النفسية، هو تقديمها من الشخص الخطأ، أو في الوقت غير المناسب، أو إذا كانت المساندة الاجتماعية غير متلائمة مع احتياجات الشخص، و غير ملبية لرغباته.(قاسم محمد الدوري، 2000، ص:164). و عليه فالمساندة الاجتماعية الفعالة هي التي تكون من الشخص المناسب و في الوقت المناسب، و ملائمة لسد الحاجة المقصودة، و التي تتجلى في دعم الأقارب مثل الدعم المعنوي و تشجيع الحديث عن الحدث الصادم، الذي يساهم في زيادة تقدير الذات و تحسين الثقة بالنفس و تحقيق الشعور بالرفاه النفسي، مما يساعد على التقليل من الشعور بالعزلة، و تخفيف شدة و خطر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هذا ما أظهرته دراسة كل من (Ozer et al, 2003) و (Brewin et al, 2000) حيث أكدت على وجود علاقة

سلبية بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساعدة الاجتماعية و التي قدرت ب
($r = -0.40$) و ($r = -0.28$) على التوالي.

كما تلعب المساعدة الاجتماعية دور مهم في مجال الوقاية و تحسين الصحة العقلية و النفسية،
و تعتبر مظهر من مظاهر التي تُبعث على تحقيق الرضا الانفعالي، و تخفف مما يقود إليه الضغط من سوء
صحة، كما عُدت المساعدة الاجتماعية كذلك مصدرا مهما من مصادر الأمن الذي يحتاجه ضحايا
الأحداث الصدمية، و هذا بسبب ما يولد لديهم من شعور بالطمأنينة و رضا نفسي، حيث يساهم
بدوره في تحويل المشاعر السلبية في المواقف الصدمية إلى مشاعر إيجابية تدفعهم إلى الصبر و التحمل
مما يحسن من جودة الحياة، ففي دراسة لـ (Kamil Yazicioglu, 2006) على عينة قوامها
($n = 79$) عسكري مصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أظهرت عن وجود علاقة إيجابية دالة
إحصائيا بين جودة الحياة و المساعدة الاجتماعية، كما أظهرت كذلك دراسة (De Jong & Araya,
2007) و (Chotai, Komproe, 2007) و دراسة (Temoshok, 1985) على وجود علاقة إيجابية بين
المساعدة الاجتماعية و جودة الحياة لدى مرضى السرطان، فالأفراد الذين يعتقدون بأن لديهم مساعدة
اجتماعية، يشعرون بالحب و الرعاية، و التقدير، و القيمة (Morrison & Bunnet, 2009, P:382).

و بناء على ما تم التطرق إليه أنفا، نعتقد بأن طرح موضوع الصحة النفسية بصفة عامة
و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة النفسية بصفة خاصة لدى أفراد الجيش الوطني الشعبي يمكن
أن يشكل مسألة استراتيجية و حيوية خاصة في ظل التحديات الحالية و المستقبلية، و عليه فإن التكفل
الجيد بالأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في إطار مكافحة الإرهاب، و تحسين جودة حياتهم
يتطلب على المختصين رعايتهم، و العمل على استغلال امكانياتهم الذاتية و مصادرههم الاجتماعية على
غرار استراتيجيات التعامل و المساعدة الاجتماعية، و في هذا الإطار نطرح في دراستنا الأسئلة التالية:

- 1- ما مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث؟
- 2- ما مستوى شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد عينة البحث ؟
- 3- ما مستوى المساعدة الاجتماعية لدى أفراد عينة البحث ؟
- 4- ما نوع استراتيجيات التعامل الأكثر استعمالا من طرف أفراد عينة البحث؟
- 5- هل هناك علاقة ارتباطية سالبة بين جودة الحياة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة؟

6- هل هناك علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال؟

7- هل هناك علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية؟

8- هل هناك علاقة ارتباطية بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال؟

9- هل هناك علاقة ارتباطية بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية؟

2- فرضيات البحث:

إجابة على التساؤلات التي انطلق منها الباحث، و اعتمادا على الخبرة الميدانية و ما تم تناوله في الأدبيات حول جودة الحياة، و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و استراتيجيات التعامل، و المساندة الاجتماعية، حاول الباحث صياغة الفرضيات على النحو التالي:

1- هناك علاقة ارتباطية سالبة بين جودة الحياة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

2- هناك علاقة ارتباطية بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال

3- هناك علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية.

4- هناك علاقة ارتباطية بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.

5- هناك علاقة ارتباطية بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية.

3- الضبط الإجرائي لمفاهيم البحث:

إشتمل البحث على المصطلحات التالية:

➤ مفهوم جودة الحياة

يعرف (باويه، 2017) جودة الحياة بأنها:

" كل ما يحمله الفرد من إدراكات لقدراته و إمكانياته التي تساعد على تحقيق أهدافه بشكل عام، مما يؤدي إلى الإحساس بالسعادة و الرضا و الراحة الشخصية".

أما (منظمة الصحة العالمية، 1995) فتعرفها:

" إدراك الأفراد لمراكزهم في الحياة و في سياق الثقافة و نسق القيم الذي يعيشون فيه، و في علاقة ذلك بأهدافهم و توقعاتهم و مستوياتهم، و اهتماماتهم، و يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسمية، و حالته النفسية، و مستوى استقلاليتها، و علاقاته الاجتماعية، و علاقاته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها"

التعريف الإجرائي: فهي الدرجة التي يحصل عليها الأفراد المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة على مقياس جودة الحياة المختصر، الذي تم إعداده من طرف المنظمة العالمية للصحة، و الذي يتكون من 26 بند.

➤ مفهوم استراتيجيات التعامل:

تعرف (فتيحة بن زروال، 2008) التعامل على أنه:

" الجهود الموجهة نحو الأحداث أو الانفعالات لتدبير مطالب البيئة و الصراعات بينهم، من خلال التحكم أو التقليل أو التحمل أو التقليل".

أما (Lazarus & Folkman, 1984) فيعرفان التعامل على أنه:

" جهود معرفية و سلوكية متغيرة باستمرار تهدف إلى تدبير متطلبات خارجية و/ أو داخلية محددة تقيم على أنها عبء على الشخص أو تفوق إمكانياته"

التعريف الاجرائي فهي الدرجة التي يحصل عليها الأفراد المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة على مقياس استراتيجيات التعامل ل (Paulhan, et al, 1994)، الذي يتكون من 29 بند.

➤ مفهوم المساندة الاجتماعية:

تعرف (تايلور، 2007) المساندة الاجتماعية على أنها:

" المساندة الاجتماعية هي الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب، و الإحترام و التقدير، و يشكلون جزءا من دائرة علاقاته الاجتماعية، و يرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل: الوالدين، الزوج، الأولاد، الأقرباء، و الذين يرتبط معهم بعلاقات اجتماعية و مجتمعية. (تايلور، 2007، ص: 375).

أما (الكردبي، 2008) فيعرف المساندة الاجتماعية على أنها:

"هي تلك العلاقة القائمة بين الفرد و المحيطين به من أفراد الأسرة، و الأصدقاء، و الصحبة الاجتماعية التي يدرك الفرد من خلالها الثقة في الآخرين، و الاعتماد عليهم في إشباع حاجاته"

التعريف الإجرائي: فهي الدرجة التي يحصل عليها الأفراد المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة على مقياس السيد ابراهيم السمدوني، و الذي يتكون من 30 بنداً.

➤ مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

يعرفه (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012) على أنه:

"استجابة مرجاة أو ممتدة لموقف ضاغط مهدد، سواء استمر لفترة طويلة أو قصيرة، و له طبيعة مهددة و فاجعة، و قد يتسبب في حدوث ضيق شديد لدى الفرد الذي يتعرض له، مثل الكوارث الطبيعية (كالبراكين، و الزلازل و الفيضانات)، أو التي هي من فعل الإنسان (كالمعارك و الحروب و الموت العنيف و الاغتصاب و العنف و التعذيب)، و يتطور هذا الاضطراب لدى الشخص بعد تعرضه لحادثة مخيفة و إصابته بضرر جسمي (مادي)، أو تعرضه لتهديد بالخطر، و قد تصاب عائلة الضحية بهذا الاضطراب".

التعريف الإجرائي: فهي الدرجة التي يحصل عليها الأفراد المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة على مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في صيغته العسكرية (PCL-M)، و الذي يتكون من 17 بنداً.

4- أهداف البحث:

تتمثل أهداف البحث الحالي فيما يلي:

- تحديد مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث.
- تحديد مستوى شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد عينة البحث.
- تحديد مستوى المساندة الاجتماعية لدى أفراد عينة البحث.
- معرفة نوع استراتيجيات التعامل الأكثر استعمالاً من طرف أفراد عينة البحث.
- تحديد نوع العلاقة بين جودة الحياة و شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

- تحديد نوع العلاقة بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.
- تحديد نوع العلاقة بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية.
- تحديد نوع العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.
- تحديد نوع العلاقة بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية.

5- أهمية البحث:

تظهر أهمية البحث الحالي فيما يلي:

- المساهمة في إثراء موضوع جودة الحياة لدى أفراد الجيش الوطني الشعبي المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة جراء أحداث صادمة في مجال مكافحة الارهاب.
- تقنين مقاييس نفسية خاصة بأفراد المؤسسة العسكرية.
- إمكانية استغلال نتائج البحث في تحسين نوعية التكفل النفسي، و بالتالي جودة الحياة بالنسبة لأفراد الجيش الوطني الشعبي المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في مجال مكافحة الإرهاب.
- المساهمة في توفير قاعدة معرفية في مجال كيفية التعامل مع الأحداث الصادمة.

6- أسباب اختيار الموضوع:

- الإقبال المستمر و المتواصل إلى غاية يومنا هذا على الفحوصات النفسية و العقلية بدافع العلاج من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من طرف أفراد الجيش الوطني الشعبي، خاصة أولئك الذين عايشوا العشرية السوداء، فالتقدم في العمر أو تدهور الحالة الصحية الجسدية قد يكون عامل مفجر لدى قدماء الحرب في ظهور الأعراض.
- قلة البحوث في مجال الصدمة النفسية على عينة أفراد الجيش الوطني الشعبي.
- نقص البحوث التي تناولت مفهوم جودة الحياة على عينة أفراد الجيش الوطني الشعبي.
- تحديد بعض العوامل التي لها علاقة بجودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هو ما يتماشى مع مقارنة الجهات الوصية.

الجانب النظري

الفصل الثاني

جودة الحياة

مقدمة

I- علم النفس الايجابي

- 1- تعريف علم النفس الايجابي.
- 2- محاور علم النفس الايجابي.
- 3- المجالات التطبيقية لعلم النفس الايجابي.

II- جودة الحياة.

- 1- تاريخ نشأة جودة الحياة.
- 2- مفهوم جودة الحياة.
- 3- الاتجاهات المفسرة لمفهوم جودة الحياة.
- 4- أبعاد جودة الحياة.
- 5- النظريات المفسرة لجودة الحياة.
- 6- قياس جودة الحياة.

خلاصة الفصل.

مقدمة

اهتم علم النفس منذ ظهوره بدراسة الجوانب المرضية و الاضطرابات النفسية و السلوكية لدى الإنسان، و هذا في المدرسة التحليلية، و السلوكية، و المعرفية، إلا أن ظهر اتجاه جديد في أواخر الستينات عرف بعلم النفس الايجابي، الذي كان مركز اهتمامه الخبرات و الخصال و المكونات الايجابية في الإنسان و المؤسسات التي تهتم بتطوير الأفراد، و قد تناول هذا الاتجاه العديد من المفاهيم على غرار الرضا، و الهناء، و السعادة، و الأمل، و التفاؤل، و الرفاه، و التحكم،... الخ، لكن أبرز مفهوم تم تناوله في علم النفس الايجابي هو جودة الحياة، الذي عُرف بتعقده و تعدد إستعماله في مجالات مختلفة، خاصة في الميادين التي تهتم بالجانب التطوري و البنائي للكفاءات و القدرات الانسانية.

I- علم النفس الإيجابي

1- تعريف علم النفس الإيجابي:

يعتبر علم النفس الايجابي أحد فروع علم النفس الذي لقي اهتماما كبيرا من طرف الباحثين و المختصين في الثلاثون سنة الأخيرة، و هذا منذ سنة (1998) عندما تناوله مارتين سيلجمان في خطابه للدورة الافتتاحية للجمعية الأمريكية لعلم النفس، و هو فرع من فروع علم النفس يهتم بدراسة كل ما من شأنه أن يؤدي إلى تحسين الأداء النفسي و الوظيفي للكائن البشري بما يتجاوز نطاق أو حدود الصحة النفسية العادية.

و لقد قام الكثير من العلماء بتعريف جودة الحياة على غرار:

➤ تعريف سلامة يونس (2015):

" علم النفس الإيجابي هو الفهم و الدراسة الجادة لمكونات الحياة الإيجابية كالانفعالات الإيجابية و التي قد يمكن تلخيصها في الرضا عن الماضي، و السعادة في الوقت الحاضر، و الأمل بالمستقبل".

➤ أما كريستال بارك (Crystal L. Park, 2003) فيعرف علم النفس الإيجابي على أنه:

"دراسة كافة مكامن القوة لدى البشر، دراسة كل ما من شأنه وقاية البشر من الوقوع في براثن الاضطرابات النفسية و السلوكية، إضافة إلى دراسة كل العوامل الفردية، الاجتماعية، و المجتمعية التي تجعل الحياة الإنسانية جديرة بأن تعاش".

➤ و يعرف (Paterson, 2008) علم النفس الإيجابي بـ:

" الدراسة العلمية لكل ما يجعل الحياة جديرة بأن تعاش".

و نلاحظ من التعاريف السابقة أن علم النفس الإيجابي يتمحور حول دراسة، و وصف، و تفسير، و قياس الخبرات، و الحالات، و السمات الإيجابية، كما يتمركز كذلك حول دراسة موضوعات مثل مكانم القوة، الحب، الرضى، الأمل، الرفاهية، السعادة، الرفاه.

2- محاور علم النفس الايجابي:

يصف العاملون في مجال علم النفس الإيجابي على أن بؤرة تركيز هذا الأخير هو مفهوم جودة الحياة من خلال التوقف عن المجالات الأساسية لبحوثه، و التي تتمثل فيما يلي:

المحور الأول: و يركز على الخبرات الإيجابية الذاتية، كالازدهار، و الهناء الذاتي، و السعادة الانفعالية و النفسية و الاجتماعية، و التدنين، و الأمل، و نمط التفسير أو العزو، و الانفعالات الإيجابية، و التفكير الإيجابي، و التعاطف الوجداني، و الامتنان.

المحور الثاني: و يدرس مكانم القوة في الشخصية، و التي تتصل بالمستوى الشخصي و توافقه و تنظيمه مع الذات و مع الآخرين، و الذي يتصف بعدد من القيم الايجابية و الشائعة في الشخصية الانسانية الايجابية، و التي يعتقد أنها عالمية، و منها التسامح و العدالة و التواضع و المثابرة و الحيوية التدنين. (Park, Peterson & Seligman, 2006). عن (سلامة يونس، م، 2015).

المحور الثالث: و يعالج السياق الاجتماعي و المؤسسات الاجتماعية الإيجابية، كما يهدف إلى الوصول بالهيئات و المؤسسات إلى مؤسسات إيجابية على المستوى العام، و ليس فقط على مستوى الأفراد، و من أهم موضوعاتها ما يتصل بدراسة العلاقة بين الإدارة و المرؤوسين في مجال العمل، العلاقة بين الفصول الدراسية من تعاون و تنافس إيجابي، و العلاقة بين الفرق الرياضية من مختلف الأنشطة و المستويات، و ذلك لتكوين هيئة و مؤسسة قائمة على تطور الجانب الإيجابي، لتسهم بالتربية و الوصول إلى المواطنة الجيدة، و بالتالي فهذا المحور يهتم بما يتعدى الاهتمامات الذاتية الضيقة إلى أهداف عامة لمصلحة الجماعة أو الهيئة أو المؤسسة. (Fredrickson & Losada, 2005). عن (سلامة يونس، م، 2015).

من خلال المحاور الثلاثة حاول الباحثون في مجال علم النفس الإيجابي بناء نظريات على غرار نظريات السعادة، و التفاؤل، و الأمل، و الرضا، و الصحة العقلية الإيجابية، و جودة الحياة.

3- المجالات التطبيقية لعلم النفس الإيجابي:

تعددت المجالات التطبيقية لعلم النفس الإيجابي خاصة في السنوات الأخيرة و هي:

أولاً: الصحة الإيجابية: إن التركيز على الصحة بدلا من المرض سوف ينتج عنه التقليل و التوفير للجوانب المادية و المالية، فقد أمكن اختيار الفرضية القائلة بأن الصحة الإيجابية تتوقع زيادة طول العمر، و انخفاض تكاليف الرعاية الصحية، و الوصول بالصحة العقلية في الشيخوخة لشكل أفضل، تلك الجوانب الصحي الإيجابية و التي يمكن التنبؤ بها على وجه التحديد تصبح أهدافا للتدخلات و للتطوير المستمر. (Seligman, 2011) عن (سلامة يونس، م، 2015).

ثانياً: العلاج النفسي الإيجابي: من أهم ما جاء في نقد النظريات التقليدية للعلاج النفسي أنها لا تركز على مصدر المشكلة العميق، و فيها يهتم بالسلوك المضطرب فقط، و يركز على التخلص من الأعراض الظاهرة دون المصدر الحقيقي، و بها تهتم معظم تجارب نظرية التحليل في الإرشاد النفسي بالأفراد المضطربين، و فيها يتم التركيز على الشعور أو اللاشعور، حيث نظرية التحليل النفسي تركز على الخبرات اللاشعورية، بينما نظرية الذات تركز على الشعور. (الشناوي، 2001)، أما العلاج النفسي الإيجابي فيعتمد على استخدام و إبراز إيجابيات الفرد و إيجابيات بيئته للمساعدة في تحقيق رغبته في التغيير و التحول إلى شخص ذو فعالية عالية في مجتمعه، و التحسين من ظروف حياته و إكسابها جودة عالية على المستوى النفسي. (كوسة وسيلة، 2021).

ثالثاً: علم الأعصاب الإيجابي: هو توجه علمي حديث يهدف إلى دراسة العمليات التي يقوم بها المخ الانساني، و ذلك بدلا من الاهتمام بدراسة المرض و الاضطراب العقلي كمدخل لهذا العلم، و يهتم الباحثون في علم الأعصاب الإيجابي بالعمليات العصبية و المخية للجانب المعرفي، و التي يمكن من خلال تفهمها أن توفر حياة مزدهرة للفرد و المجتمع، كما يركز هذا العلم على استخدام عدد من التقنيات الحديثة مثل الأشعة للأعصاب، و للمخ و لعملياته المختلفة، هذا بجانب دراسة المستوى السلوكي و ذلك بهدف تفسير الأساس العصبي البيولوجي، و الذي يمكن دراسته من خلال الجانب

المعرفي مثل: التفاؤل و الإبداع، و كذلك الوصول إلى فهم أشمل لما يسمى بالشيخوخة الصحية. (سلامة يونس، م، 2015).

رابعاً: التربية الإيجابية: و هي مدخل تربوي يهدف للتعامل مع المميزات في الشخصية الانسانية و دوافع الفرد، للوصول إلى المستوى الأفضل في التعلم، كما أنها تسعى إلى توعية المعلم بالطريقة الأفضل للتدريس، و التي تشجع التلاميذ و المدرسة و المجتمع للوصول إلى الازدهار. (Green, Oades, & Robinson, 2011).
عن (سلامة يونس، م، 2015).

II- جودة الحياة

يستخدم الباحثون في علم النفس مصطلحين بيدوان متقاربان في المعنى، و هما جودة الحياة و نوعية الحياة، و الاثنان نجما عن ترجمة عربية للمصطلح المركب (Quality of life).
و مع الاتفاق الكلي على مصطلح الحياة كترجمة لكلمة (life)، رغم وجود دلالات أخرى على غرار: العمر و المعيشة، يبقى الاختلاف في ترجمة مصطلح (Quality)، و ذلك حسب الخلفية النظرية و موضوع الاستعمال، فمصطلح (Quality) في الإنجليزية يشير إلى مستوى شيء ما بالقياس إلى معيار مماثل له، غير أن أغلب مدلولاتها تشير إلى التميز و الجودة خاصة في المنتجات السلعية، لكن الملاحظ أن أصل الكلمة يعود إلى الفرنسية القديمة (Quality)، و التي تعود بجذورها إلى اللاتينية (Qualitas) من (Qualitis) بمعنى النوعية. (بشير معمرية، 2015).

و عليه فترجمة المصطلح (Life of Quality) إلى نوعية الحياة، و هو مصطلح عام يمكن أن يشير إلى قطبي النوعية، واحدة جيدة و أخرى رديئة، كما قد يأخذ خصال أو خصائص معينة قد تكون كمية أو نوعية، في حين أن ترجمته بـ "جودة الحياة" يحمل معنا تقييماً، يفترض أنها جيدة، و عليه تحمل حكم مسبق بالدرجة العالية و الدقة و الإتقان. (بشير معمرية، 2015).

بما أنه تم تبني مفهوم جودة الحياة بدلا من نوعية الحياة في مختلف تخصصات علم النفس النظرية منها و التطبيقية، و خاصة علم النفس الصحة، و علم النفس الإيجابي، و الصحة النفسية، فقد أعتمد الباحث على مفهوم جودة الحياة بدلا من نوعية الحياة.

II - جودة الحياة

1- تاريخ نشأة مفهوم جودة الحياة

هناك من يقول أن استخدام مصطلح جودة الحياة لأول مرة يعود إلى الفلسفة الإغريقية، في حين بعض الأدبيات ترجع نشأة هذا المفهوم إلى القرن 18 م، حيث أصبح الاهتمام بالحياة ذاتها، و تحقيق الذات و السعادة من القيم الأساسية، ثم تم ترسيخ هذا المفهوم في القرن التاسع عشر من خلال فكرة أو عقيدة " أن أفضل مجتمع هو الذي يوفر لأكبر عدد من أفرادها أكثر سعادة ممكنة، و مع بداية القرن العشرين و بناء على هذا المفهوم، تم تعزيز الجهود الرامية إلى تمكين المجتمعات اقتصاديا و اجتماعيا للوصول إلى حالة الرفاه من خلال مكافحة الفقر، و الجهل، و المرض".

و يرجع البعض نشأة مفهوم جودة الحياة من خلال مقارنة أسلوب الحياة لدى الطبقات الاجتماعية المختلفة، أو إلى حقبة الستينات من القرن الماضي من خلال تحليل المجتمعات التي حققت نمو اقتصادي استطاعت من خلاله الوصول إلى التميز بالترف.(أحمد البقلي، 2014)، و هو ما يتجلى في خطاب رئيس الولايات المتحدة الأمريكية (Johnson) حين صرح أن "النمو و الأهداف الاجتماعية لا تقاس بميزان بنوكنا، و أن المجتمع العظيم لا يهتم بكمية السلع، بل بجودة حياة أفراده".

أما عن ظهور مفهوم جودة الحياة بشكل رسمي فقد كان سنة 1966 في حوليات الطب الداخلي، و في سنة 1975 بدأ استخدام المفهوم في المجال الطبي، أما عن استخدامه بصورة منهجية و منتظمة، فكان في أوائل الثمانينيات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرضى الأورام حين واجه الأطباء مشكلة التكلفة الباهظة لعلاج هؤلاء المرضى مع الرغبة في زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى.

2- مفهوم جودة الحياة

يعتبر مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الجيدة التي تعبر فعليا على إشكالية تعقد المصطلح و تعدد أبعاده و دلالاته و استعمالاته، و يرجع أحد أسباب اضطراب المصطلح إلى شيوع استعماله، لذلك اشتكى بويل و زملائه سنة (2002) مما سموه " زبئية المصطلح " و عدم تحديده بسبب استعماله غير المحدودة من طرف الأخصائيين و العامة على السواء، أما (Moons, 2006) فيصفه بمصطلح "المضلة"، لأنه يتضمن مصطلحات أخرى مثل الأداء الوظيفي، و الوضع الصحي،

و ادراكات الفرد، و خبراته المعاشة. (زبطوط، 2014)، و عليه تكمن صعوبة تحديد هذا مفهوم (جودة الحياة) في النقاط التالية:

- ✓ الحدائة النسبية لهذا المفهوم على مستوى التناول العلمي.
- ✓ التطرق لهذا المفهوم في العديد من العلوم، إذ يستخدم أحيانا للتعبير عن الرقي في مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما أنه يستخدم للتعبير عن إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم.
- ✓ عدم ارتباط هذا المفهوم بمجال محدد من مجالات الحياة أو بفرع من فروع العلم، إنما هو مفهوم موزع بين العلماء و الباحثين بمختلف اختصاصاتهم.(كاظم و البهادلي، 2006).
- على الرغم من حداثة مفهوم جودة الحياة، إلا أنه حظي بإنتشار واسع لدى الباحثين، حيث أن هناك زخم من الأدبيات التي أهتمت بوضع تعريف له، كما أن هناك تنوع كبير في تعريف جودة الحياة، فأحيانا يتم التعريف من خلال الوظيفة أو الخدمة المقدمة للأفراد، وأحيانا أخرى من خلال المتغيرات أو المكونات التي تشكل بناء هؤلاء الأفراد.
- فتعريف جودة الحياة في عقد الستينات كان يرتبط بالمكونات المادية و غير المادية للفرد، و تلك المحيطة به بدون الاهتمام بالإدراك الذاتي للفرد، و في عقد السبعينيات تم استخدام الإدراك الذاتي للفرد لكل جوانب الحياة و الرضا، ثم امتد إلى السعادة، و في السبعينيات تم تناول أهمية الظروف المادية و غير المادية في وصول الفرد إلى حالة السعادة بعد الوصول إلى حالة الإشباع، كما أدخل عنصر الزمن و تأثيره على الوصول إلى حالة الاشباع نظرا لتغير الحاجات بين الأفراد و المجتمعات عبر الزمن، و في عقد الثمانينيات حدث تراجع عن استخدام الإدراك الذاتي للفرد كما استبعدت بعض العوامل الاقتصادية في تعريف مفهوم جودة الحياة.(أحمد البقلي، 2014).

خلال التسعينيات حظي مفهوم جودة الحياة بأكبر عدد من التعريفات، ففي بدايته تم إضافة عامل مهم في تعريف جودة الحياة و هي القدرة على تحقيق الأهداف، و أضاف بعض الباحثين تأثير عنصر الإدراك الذاتي على المدى الطويل، و ليس اللحظي على تعريف جودة الحياة، كما تم استخدام الإدراك الذاتي المباشر و غير المباشر من خلال إدراك الفرد بتأثير البيئة المحيطة به على حياته، وتارة من خلال استخدام التحليل الوصفي للبيئة المحيطة بالفرد في محاولة لتعريف جودة حياته، و من أهم ما أضيف من عوامل لتعريف جودة الحياة في نهاية عقد التسعينيات هو القيم

و الطموح، و تقدير الذات، و اتساقها مع قيم المجتمع، و السياق الثقافي السائد، إلى جانب اتساق كل ذلك مع أهداف الفرد و توقعاته و اهتماماته و معاييرها. (أحمد البقلي، 2014).

و منذ بداية الألفية الثالثة، ظهر عدد من التعريفات لمفهوم أو مصطلح جودة الحياة ينتمي بعضها لأفراد، و أخرى تنتمي لمنظمات محلية أو دولية، أهتم بعضها بالعوامل الذاتية للتنعم، و الإدراك الذاتي لجودة الحياة. (أحمد البقلي، 2014).

و فيما يلي مجموعة من التعريفات وضعها الباحثون لمفهوم جودة الحياة نذكر بعضها:
➤ تعريف حسن مصطفى عبد المعطي (2005):

"رقي مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، و النزوع نحو نمط الحياة التي تتميز بالترف، و هذا النمط من الحياة لا يستطيع تحقيقه سوى مجتمع الوفرة، ذلك المجتمع الذي استطاع أن يحل كافة المشكلات المعيشية لأغلب السكان."

➤ تعريف فوقية أحمد عبد الفتاح، محمد حسين سعيد (2006):

"الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية و الشعور بحسن الحال، و إشباع الحاجات، و الرضا عن الحياة، و إدراك الفرد لمضامين و قوى حياته، و شعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية، و الشعور بالسعادة، وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان و القيم السائدة في مجتمعه".

➤ تعريف كاظم كريدي العادلي (2006):

" حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة، و الاستمتاع بالظروف المحيطة".

➤ تعريف (Tapan, Sihvola, 1985) عن (ناريمان محمود جمعة، و جبهة ثابت العاني، 2006):

" كل ما يشبع حاجات الفرد و دوافعه على المستوى الروحي، أو النفسي، أو العقلي، أو الجسدي، مشتملة مختلف الجوانب الصحية أو الاقتصادية، أو الاجتماعية، فالصحة هي حالة سلامة بدنية و عقلية و اجتماعية و عاطفية و نفسية و اقتصادية و تعليمية كاملة، و ليست مجرد انعدام المرض أو الإعاقة".

➤ تعريف منظمة الصحة العالمية (1995):

"إدراك الأفراد لمراكزهم في الحياة و في سياق الثقافة و نسق القيم الذي يعيشون فيه، و في علاقة ذلك بأهدافهم و توقعاتهم و مستوياتهم و اهتماماتهم، إنه مفهوم واسع و يتأثر بطريقة معقدة بصحة الفرد الجسدية، و حالته النفسية، و مستوى استقلاله، و علاقته الاجتماعية، و علاقته بالجوانب المهمة في البيئة التي يعيش فيها".

➤ تعريف أبو حلاوة (2014):

"جودة الحياة هي وعي الفرد بتحقيق التوازن بين الجوانب الجسدية و النفسية و الاجتماعية، لتحقيق الرضا عن الحياة و الاستمتاع بها و الوجود الايجابي".

➤ تعريف موسوعة علم النفس:

" تعرف جودة الحياة على أنها مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصها على أنها سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة، و ذلك لأغراض تيسير البحث و القياس و هي كالآتي: (التوازن الانفعالي، حيث يتمثل في ضبط الانفعالات الايجابية و السلبية، كالحزن و الكآبة و القلق و الضغوط النفسية... الخ، الحالة الصحية للجسم و الاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة، الاستقرار الأسري و تواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية و تواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق العائلة، الاستقرار الاقتصادي و هو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة، التوافق الجنسي، و يرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم و حالة الرضا عن المظهر و الشكل العام). (عبد الحميد، و بن سيف: 2006، ص: 290).

أما (Craig A.Jackson, 2010) فقد وصف جودة الحياة تحت مسمى "ثلاثية ب" the 3 Bs،

و هي على النحو التالي:

- الكينونة (Being).

- الانتماء (Belonging).

- الصيرورة (Becoming).

و الجدول رقم (2-1) يمثل المكونات الفرعية لمفهوم جودة الحياة.

المجال	الأبعاد	الأمثلة
الكينونة الوجود Being	الوجود البدني	أ- القدرة البدنية على التحرك و ممارسة الأنشطة الحركية. ب- أساليب التغذية و أنواع المأكولات المتاحة.
	الوجود النفسي	أ- التحرر من القلق و الضغوط. ب- الحالة المزاجية العامة للفرد (ارتياح / عدم ارتياح).
	الوجود الروحي	أ- وجود أمل في المستقبل. ب- أفكار الفرد الذاتية عن الصواب و الخطأ.
الانتماء Belonging	الانتماء المكاني البدني	أ- المنزل أو الشقة التي يعيش فيها. ب- نطاق الجيرة التي تحتوي الفرد.
	الانتماء الاجتماعي	أ- القرب من أعضاء الأسرة التي يعيش معها. ب- وجود أشخاص مقربين أو أصدقاء (شبكة علاقات اجتماعية قوية).
	الانتماء المجتمعي	أ- توافر فرص الحصول على الخدمات المهنية المتخصصة (طبية، اجتماعية). ب- الأمان المالي.
الصبرورة Belonging	الصبرورة العملية	أ- القيام بأشياء حول المنزل. ب- العمل في وظيفة أو الذهاب الى المدرسة.
	الصبرورة الترفيهية	أ- الأنشطة الترفيهية الخارجية (التنزه أو التريض). ب- الأنشطة الترفيهية داخل المنزل (وسائل الاعلام و الترفيه).
	الصبرورة التطورية (الارتقائية)	أ- تحسين الكفاءة البدنية و النفسية. ب- القدرة على التوافق مع تغيرات و تحديات الحياة.

بشكل عام نلاحظ أن هناك اختلاف و تباين بين التعريفات السابقة، فمنها من تناولت جودة الحياة على أنها ترتبط بالظروف المادية للشخص بالإضافة إلى العوامل المادية وغير المادية المحيطة به، في حين ركزت تعريفات أخرى على الإدراك الشخصي من خلال الرضا أو عدم الرضا عن الظروف غير المادية التي يعيش فيها.

و على الرغم من عدم الاتفاق على تعريف واحد لمفهوم جودة الحياة، إلا أنه عادة ما يشار في أدبيات المجال إلى تعريف منظمة الصحة العالمية (1995) بوصفه أقرب التعريفات إلى توضيح المضامين العامة لهذا المفهوم، حيث يعتبر مفهوم تكاملي واسع، يتأثر بشدة بالصحة الجسدية للشخص، و حالته النفسية، و درجة استقلاليته و علاقته الاجتماعية.

3- الاتجاهات المفسرة لمفهوم جودة الحياة:

يستخدم مفهوم جودة الحياة أحيانا للتعبير عن الرقى في مستوى الخدمات المادية و الاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، كما يستخدم أحيانا أخرى للتعبير عن إدراك الأفراد لقدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاتهم المختلفة، حيث توجد أربعة اتجاهات رئيسية في تعريف جودة الحياة و تتمثل في:

أ- الاتجاه الفلسفي:

يؤكد الاتجاه الفلسفي على أن جودة الحياة "حق متكافئ في الحياة و الازدهار"، فكانت غايته وضع مفاهيم السعادة ضمن الثلاثية البرجماتية المشهورة، و المتمثلة في أن الفكرة لا يمكن أن تتحول إلى اعتقاد إلا إذا أثبتت نجاحها على المستوى العملي أو القيمة الفورية، و ليست المرجاة. (محمد السعيد أبو حلاوة، 2010)، كما ينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي آخر على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا حرر نفسه من أسر الواقع، و حلق في فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخانق، و ترك العنان للحظات من خيال إبداعي، و بالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور "مفارقة للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حاملة يعيش فيها الإنسان حالة من التجاهل التام للآلام و مصاعب الحياة، و الذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية.(سليمان رجب، 2009).

ب -الاتجاه الاجتماعي:

الاهتمام بدراسات جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة، و قد ركزت على المؤشرات الموضوعية للأسرة و المجتمع مثل معدلات المواليد، معدلات الوفيات، معدل ضحايا المرض، نوعية السكن، المستويات التعليمية لأفراد المجتمع، إضافة إلى مستوى الدخل، و هذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر، و ترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد، و ما يجنيه من عائد مادي من وراء عمله و مكانته المهنية، وتأثيره على الحياة، و يرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة، فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا الفرد عن عمله.(العارف بالله محمد الغندور، 1999).

ج - الاتجاه الطبي :

تعتبر جودة الحياة من الموضوعات الشائعة للمحاضرات التي تتعلق بالوضع الصحي و في تطوير الصحة، حيث إهتم الأطباء بموضوع جودة الحياة نتيجة النجاح في إطالة العمر، لاسيما في العمر المتقدم، و لكن المرضى يريدون أن يعيشوا حياة طيبة، و ليس مجرد أن يبقوا على قيد الحياة، و يقول الكاتب الانجليزي جونتان سويفت " أن كل إنسان يتمنى أن يعيش طويلا، ولكن ليس هناك من يريد أن يكون عجوزاً".(أحمد محمد عبد الخالق، 2008، ص: 248)، في حين و لسنوات عديدة ظلت جودة الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة، و بوجود المرض دون أي اعتبار للعواقب النفسية و الاجتماعية الناجمة عن المرض و العلاج.(شيلي تايلور، 2000، ص:620)، و عليه يهدف هذا الاتجاه إلى تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسمية مختلفة، أو نفسية أو عقلية و ذلك عن طريق البرامج الإرشادية و العلاجية.

لقد كان و مازال تطوير جودة الحياة هو الهدف المتوقع لمقدمي الخدمة الصحية، و تقييم حاجة الناس لجودة الحياة تشمل أيضا تقييم احتياجات الأفراد و توفير البدائل لهذه الاحتياجات، حتى و لو لم يكن هناك تشخيص لمرض معين أو مشكلة، و تعطي جودة الحياة مؤشراً للمخاطر الصحية و التي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، و ذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات.(Raphael and others, 1996).

و الواقع أن المعايير الطبية ضعيفة الارتباط بتقييمات المريض أو محيطه الأسري المتعلقة بجودة الحياة، ففي دراسة مشهورة حول فرط ضغط الدم، وجد أنه على الرغم من أن 100 % من الأطباء ذكروا أن جودة حياة

مرضاهم تحسنت مع الاستعمال المنتظم لدواء ضغط الدم، إلا أن نسبة من أيد ذلك من المرضى لم يتجاوز 50%، و لم يؤيده أي من المحيطين بالمريض، إضافة إلى ذلك، تشير العديد من البحوث إلى أن المرضى يدركون بعض الأمراض و معالجتها على أنها قدر أسوأ من الموت، و ذلك لأنها تهدد جوانب أو نشاطات حيوية و مهمة عن حياتهم.(شيلي تايلور، 2000، ص:620-621).

و وفق نتائج هذه الدراسات، صار يفترض الآن أن لجودة الحياة عناصرها التي تشمل: الوظائف الجسمية، الوضع النفسي، الوظائف الاجتماعية، و الأعراض ذات الصلة بالمرض و العلاج.(شيلي تايلور، 2000، ص:620-621)

د -الاتجاه النفسي :

من بين العلوم التي اهتمت بجودة الحياة نجد علم النفس، رغم أنه لم ينظر إلى جودة الحياة على أنها ذات أهمية سيكولوجية إلا في وقت متأخر نسبياً.(شيلي تايلور ،2000، ص: 620)، حيث يركز هذا الاتجاه على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم و علاقة المفهوم بالمفاهيم النفسية الأخرى، و أهمها القيم و الحاجات النفسية و إشباعها، و تحقيق الذات و مستوى الطموح لدى الأفراد، و بالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد و بيئته، هذه العلاقة التي تتوسطها مشاعر و أحاسيس الفرد و مدركاته، فالإدراك و معه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها جودة حياة الفرد. (أبو حلاوة، 2010).

كما ينظر إلى مفهوم جودة الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه " البناء الكلي الشامل الذي يتكون من المتغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة، بحيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية و مؤشرات ذاتية"، و كلما انتقل الإنسان إلى مرحلة جديدة من النمو فرضت عليه متطلبات و حاجات جديدة لهذه المرحلة تلح على الإشباع، مما يجعل الفرد يشعر بضرورة مواجهة متطلبات الحياة في المرحلة الجديدة فيظهر الرضا " في حالة الإشباع "، أو عدم الرضا "في حالة عدم الإشباع " نتيجة لتوافر مستوى مناسب من جودة الحياة.(سليمان رجب، 2009).

4- أبعاد جودة الحياة

عادة ما يتم تعريف مفهوم جودة الحياة في ضوء بعدين أساسيين لكل منهما مؤشرات معينة: البعد الذاتي، و البعد الموضوعي، إلا أن غالبية الباحثين ركزوا على المؤشرات الخاصة بالبعد الموضوعي لجودة الحياة.

البعد الموضوعي:

و يتضمن مجموعة من المؤشرات القابلة للملاحظة و القياس المباشر مثل: أوضاع العمل، مستوى الدخل، المكانة الاجتماعية و الاقتصادية، و حجم المساندة المتاح من شبكة العلاقات الاجتماعية. (Bishop, M., & Feist-Price, S. 2001)، كما يتضمن البعد الموضوعي الظروف الصحية، و الرفاهية الاجتماعية، و العلاقات، و الظروف المعيشية، و التعليم، و الأمن، و السكن، و وقت الفراغ، و الأنشطة. (الشناوي مريم، 2013، ص:224).

البعد الذاتي:

أظهرت تحليل نتائج الدراسات السابقة في مجال جودة الحياة يفضي إلى التأكيد على أن جودة الحياة بالمعنى الكلي أو العام تنظم وفقاً لآليات داخلية، و في هذا الصدد يقول (Taylor & Bogdan, 1996) : " جودة الحياة موضوع للخبرة الذاتية، إذ لا يكون لهذا المفهوم وجود أو معنى، إلا من خلال إدراكات الفرد و مشاعره و تقييماته لخبراته الحياتية. (Taylor, S.J. & Bogdan R. 1996)، بينما يشير فريكي و زملائه (1997) إلى أن "وجود المعايير و القيم الخارجية لا يكون لها معنى إلا في سياق ما تمثله من أهمية و قيمة بالنسبة للفرد نفسه، بمعنى آخر أن المؤشرات الخارجية لجودة الحياة لا قيمة و لا أهمية لها في ذاتها، بل تكتسب من خلال إدراك الفرد وتقييمه لها.

5- النظريات المفسرة لجودة الحياة:

أولاً: المنظور المعرفي:

يرتكز هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على الفكرتين الآتيتين:

الأولى: إن طبيعة إدراك الفرد هي التي تحدد درجة شعوره بجودة حياته.

الثانية: في إطار الاختلاف الإدراكي الحاصل بين الأفراد، فإن العوامل الذاتية هي الأقوى أثرا من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة.

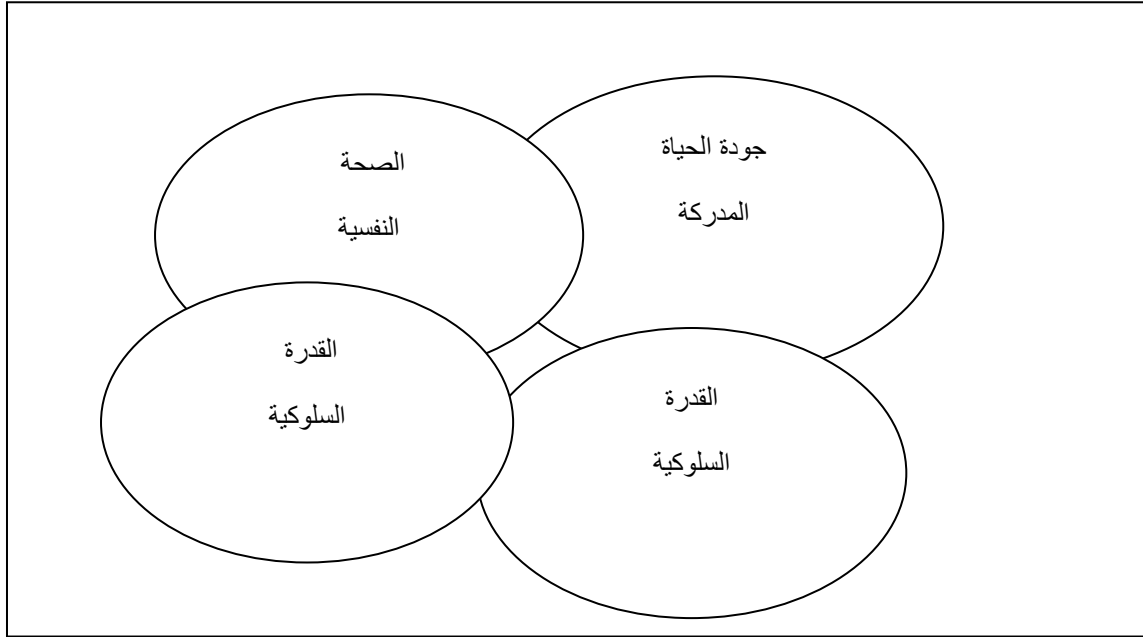
و على وفق ذلك، فقد أبرز هذا المنظور نظرية حديثة في تفسير جودة الحياة و هي:

نظرية لاوتن (Lawton, 1996): حيث طرح مفهوم طبعة البيئة، ليوضح فكرته عن جودة الحياة، و التي تدور حول الآتي:

✓ **الظرف المكاني:** إذ أن هناك تأثيرا للبيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة حياته، و طبعة البيئة في الظرف المكاني لها تأثيران إحداهما مباشر على حياة الفرد كالتأثير على الصحة مثلا، و الآخر تأثيره غير مباشر، إلا أنه يحمل مؤشرات ايجابية كرضى الفرد على البيئة التي يعيش فيها.

✓ **الظرف الزمني:** إن إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر ايجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته، و بالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بجودة الحياة (Argyle,1999).

و يبين المخطط التالي أثر طبعة البيئة على إدراك الفرد لجودة حياته و تأثر قدرته السلوكية و الصحة النفسية بهذا الأثر. (Brown, 2009).



مخطط رقم (1-2) يبين جودة الحياة المدركة وفق مفهوم بصمة البيئة

ثانيا: المنظور الإنساني

يرى المنظور الإنساني أن فكرة جودة الحياة تستلزم دائما الارتباط الضروري بين عنصرين لا غنى عنهما:

- وجود كائن حي ملائم.

- وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، ذلك لأن ظاهرة الحياة تبرز إلى الوجود من خلال التأثير المباشر بين هذين العنصرين، فهناك البيئة الطبيعية و التي تتمثل بالموارد الطبيعية التي تشكل مقومات حياة الفرد، و هناك البيئة الاجتماعية و هي التي تضبط سلوك الأفراد و الجماعات طبقا للمعايير السائدة، فجودة البيئة الاجتماعية تتحقق بمقدار امتثال الأفراد لهذه المعايير و عدم خروجهم عنها، كما أن هناك البيئة الثقافية التي تقاس جودتها بقدرة الفرد على صنع بيئة حضارية ماديا أو معنويا.(رضوان، 2006).

و من أكثر النظريات حداثة ضمن هذا المنظور:

نظرية رايف (Ryff,1999)

تدور نظرية رايف (Ryff, 1999) حول مفهوم السعادة النفسية، إذ أن شعور الفرد بجودة الحياة ينعكس في درجة إحساسه بالسعادة التي حددها (رايف) بستة أبعاد يضم كل بعد ست صفات، تمثل هذه الصفات نقاط إلتقاء لتحديد معنى السعادة النفسية الذي يتمثل في وظيفة الفرد الايجابية في تحسين مراحل حياته و هذه الأبعاد هي:

البعد الأول: الاستقلالية و صفاته تتمثل بقدرة الشخص على أن:

- 1- يقرر مصيره بنفسه .
- 2- يكون مستقل بذاته.
- 3- قادرا على مقاومة الضغوط الاجتماعية.
- 4- يتصرف بطرائق مناسبة.
- 5- منظم في سلوكه.
- 6- يقيم ذاته بما يتناسب و قدراته الشخصية.

البعد الثاني: التمكن البيئي، و من صفاته:

- 1- الكفاية الذاتية للفرد.
- 2- قدرة الفرد على التحكم و إدارة نشاطاته و بيئته.

- 3 قدرته على الاستفادة من الفرص المتاحة لديه.
- 4 قدرته على اتخاذ الخيارات الملائمة لحاجاته النفسية و الاجتماعية.
- 5 قدرته على اختبار قيمة الشخصية.
- 6 قدرته على التصرف بما يتناسب و معايير مجتمعه.

البعد الثالث: النمو الشخصي و من صفاته:

- 1 شعور الفرد بالنمو و الارتقاء المستمر.
- 2 إدراكه لتطور و توسع ذاته.
- 3 انفتاحه للتجارب الجديدة.
- 4 إحساسه الواقعي بالحياة.
- 5 شعوره بتحسن ذاته و تطور سلوكه يوما بعد آخر.
- 6 سلوكه يتغير بطرائق تزيد من معرفته و فاعليته الذاتية.

البعد الرابع: العلاقات مع الآخرين و من صفاته:

- 1 رضا الفرد عن علاقاته.
- 2 ثقته بالآخرين من حوله.
- 3 قناعته برفاهية الآخرين.
- 4 قدرته على التعاطف و التودد للآخرين.
- 5 اهتمامه بالتبادل مع الاجتماعي.
- 6 إظهاره للسلوك التواصلي مع الآخرين.

البعد الخامس: تقبل الذات، و من صفاته:

- 1 إظهار الفرد توجهها ايجابيا نحو الذات.
- 2 قبوله بالسمات أو الخصائص المكونة لذاته (السلبية و الاجتماعية).
- 3 الشعور الايجابي لحياته الماضية.
- 4 تفكيره الايجابي لذاته المستقبلية.
- 5 يشعر بخصائص ذاته المميزة.

6- يظهر النقد الايجابي لذاته.

البعد السادس: الهدف من الحياة، و من صفاته:

- 1- أن يمتلك المعتقدات التي تعطي معنى للحياة الماضية و الحاضرة.
- 2- أن يضع أهدافا تجعل حياته ذات معنى في تحقيقها.
- 3- أن يسعى لتحقيق غاياته في الحياة.
- 4- أن تكون له القدرة على توجيه أهداف حياته.
- 5- أن يكون قادرا على الإدراك الواضح لأهداف حياته.
- 6- أن يدرك صحته النفسية نكمن في إحساسه بمعنى الحياة.

(الكرخي، 2011، ص:56-58).

لقد بين (رايف) أن جودة حياة الفرد تكمن في قدرته على مواجهة الأزمات التي تظهر في مراحل حياته المختلفة، و أن تطور مراحل الحياة هو الذي يحقق سعادته النفسية التي تعكس شعوره بجودة الحياة.

ثالثا: المنظور التكاملي

1-نظرية أندرسون (Anderson, 2003):

طرح أندرسون (2003) شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذًا من مفاهيم السعادة، و معنى الحياة، و نظام المعلومات البيولوجي، و الحياة الواقعية و تحقيق الحاجات، فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى في إطار نظري تكاملي لتفسير جودة الحياة.(Ventegodt, 2003, 141).

لقد أشار (أندرسون) إلى أن إدراك الفرد لحياته يجعله يقيم شخصا ما يدور حوله، كما يمكنه من أن يكون أفكارا كي يصل إلى الرضا عن حياته، و أن هناك ثلاث سمات مجتمعة، معا تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة:

الأولى: تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي يتوسط العلاقة بين الأفكار و الأهداف.

الثالثة: الشخصية و العمق الداخلي.(Ventegodt, 2003) (Cella & Tulsy. 1993)

و في ضوء هذه السمات فإن النظرية التكاملية تضع مؤشرات الآتية الدالة على جودة الحياة:

1- إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته، و أن هذا الشعور يتحقق بالآتي:

✓ أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها.

✓ أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلائم مع أهدافنا.

2- إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد، و إلى شعوره بجودة الحياة، ذلك لأنه أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد و إختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

3- إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية و علاقات اجتماعية جيدة و أهداف ذات معنى، و بعائلة تبت فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة.(Anderson, 2005).

2- نموذج ايفانس "Evans":

بنى "Evans" النموذج على الوجهة التكاملية للأطر النظرية و يتكون من:

أ - سمات الشخصية : (تقدير الذات، التفاؤل، العصابية، الانبساطية)، و هي سمات نابعة من الداخل و تشمل على الأبعاد المعرفية و الانفعالية.

ب- الهناء الشخصي و يتضمن:

✓ الانفعال الإيجابي أو السلبي، و يكون داخليا المصدر و مكونًا انفعاليًا.

✓ الرضا العام عن الحياة و يكون داخليا المصدر، و مكونًا معرفيًا.

ج- محصلة جودة الحياة و تتضمن :

✓ جودة الحياة السلوكية: و تكون خارجية المصدر، و مكونًا معرفيًا.

✓ جودة الحياة المتصلة بالصحة: و تكون داخلية أو خارجية المصدر، و تمثل الجوانب المعرفية و الوجدانية

(عبد ربه ، 2012 ، ص:18).

يرى ايفانس "Evans" أن جودة الحياة تتكون من قوى داخلية وقوى خارجية إذا تكاملت مع بعضها

تمكن الفرد من الشعور بجودة الحياة. عن (الزهراء مصطفى محمد مصطفى، 2018).

3- نظرية شالوك (2002) Schalok

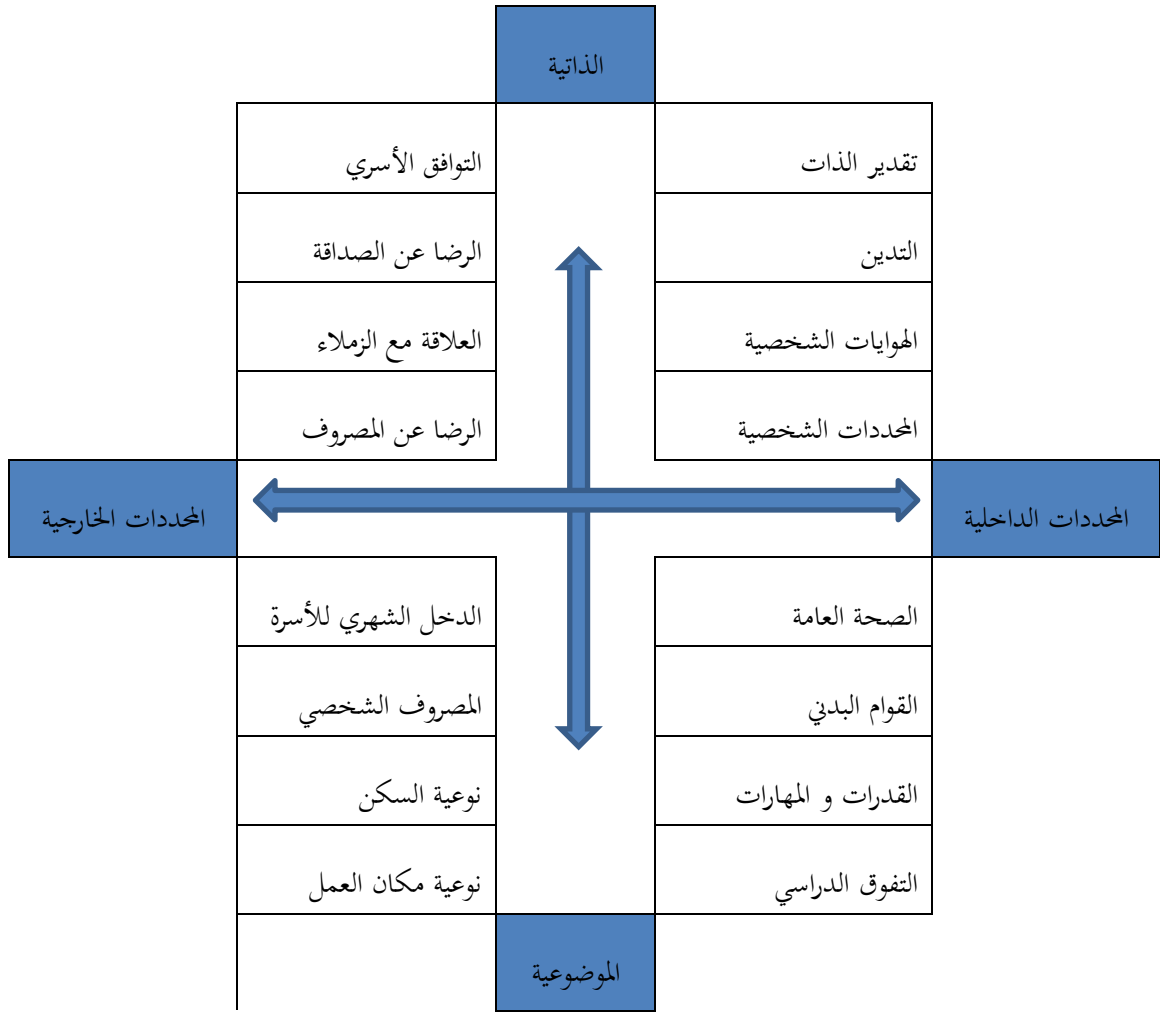
قدم شالوك (2002) تحليلاً مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات، وكل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فاعامل الحاسم في ذلك يكمن في طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته، وهذه المجالات هي:

- السعادة الوجدانية: (الرضا - مفهوم الذات - انخفاض الضغوط).
- العلاقات بين الشخصية: (التفاعلات - العلاقات - الإسناد).
- السعادة المادية: (الحالة المادية - العمل - المسكن).
- النمو الشخصي: (التعليم - الكفاءة الشخصية - الأداء).
- السعادة البدنية: (الصحة - الأنشطة اليومية - وقت الفراغ).
- تقرير المصير: (الاستقلالية - الأهداف - الاختبارات).
- الاندماج الاجتماعي: (التكامل - الترابط الاجتماعي - الأدوار المجتمعية).
- الحقوق البشرية والقانونية: (الحقوق الفردية - حقوق الجماعة - القانون و العمليات الواجبة). (عبد الرحمان، 2007).

يرى شالوك أن جودة الحياة تجمع بين جميع جوانب الفرد سواء كانت الصحية، العقلية، الانفعالية، والاجتماعية.

رابعاً: النموذج العربي لجودة الحياة

قدم أبو سريع و آخرون (2006) نموذجاً لتقدير و تفسير جودة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة و هي موزعة على بعدين متعامدين حيث البعد الذاتي يقابله البعد الموضوعي، في حين المحددات الداخلية تقابلها المحددات الخارجية، كما هو موضح. (كاظم و البهادلي، 2006).



مخطط رقم (2-2) يبين تصور أبو سريع و آخرون لمحددات جودة الحياة

و يمكن تفسير المخطط بالآتي:

1- إن البعد الأفقي يشمل قطبي توزيع محددات جودة الحياة، كونها من داخل الشخص أو خارجه،

و تسمى "بعد المحددات الشخصية الداخلية في مقابل بعد المحددات الخارجية".

2- إن البعد الرأسي يمثل توزيع تلك المحددات وفق قياسها و تحققها، و هي تتوزع بين الأسس الذاتية

(المنظور الشخصي للفرد)، و الأسس الموضوعية التي تشمل الاختبارات و المقاييس التي تتيح للفرد موازنة

نفسه بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية.

و على وفق هذا المنظور، فإن مصطلح جودة الحياة يمثل ظاهرة متعددة الجوانب (صحية، اجتماعية،

اقتصادية، و نفسية، تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فضلا عن النظام السياسي، و التقاليد الاجتماعية،

و مفهوم الرفاهية و معتقدات الأفراد المختلفة)، كما تتمثل جودة الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو غير مادية، كما أن جودة الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل:

- 1- الرضا و القناعة.
- 2- التوافق الشخصي، و الاجتماعي، و الصحي و الأسري.
- 3- درجة الولاء و الانتماء للأسرة و الوطن.
- 4- مفهوم الذات و الوعي بها.
- 5- درجة المرونة الفكرية و تقبل الآخر. (الشنفيري، 2006، ص:20).

6- أدوات قياس جودة الحياة

يوجد عدد كبير من الاستبيانات التي تقيس جودة الحياة، و بدأ تأليف هذه الاستبيانات منذ أكثر من 60 عاما، و يركز كثير منها على تقدير جودة الحياة لدى مرضى السكري أو الروماتيزم، أو السرطان أو القلب و غيره، و يمكن أن تسمى هذه المجموعة استبيانات جودة الحياة بمرض معين، و من ناحية أخرى، هناك استبيانات جودة الحياة على مستوى أشمل، إذ تستعمل المؤشرات الذاتية و الموضوعية لجودة الحياة لدى جمهور أوسع، بحيث ليس من الضروري أن يعاني أمراضا معينة. (بشير، معمري، 2015).

و لقد حدد (Arnold,1991) خمسة أهداف لقياس جودة الحياة كما يلي:

- ✓ التعرف على أسباب الفروق في جودة الحياة بين الأفراد و الجماعات.
- ✓ قياس تأثير الظروف الاجتماعية و البيئية في جودة الحياة.
- ✓ تقدير حاجات مجتمع معين.
- ✓ تقدير فعالية العلاجات الطبية و كفاءتها و نوعية نظم الرعاية الصحية.
- ✓ تحسين اتخاذ القرار في المجال العيادي. (أحمد محمد عبد الخالق، 2008، ص:250-251).

و يفيد الاهتمام بجودة الحياة من خلال قياسها في تحديد مدى توافرها لدى المرضى بالأمراض المزمنة، و الاهتمام بالأمور التي تتعلق بجودة الحياة له فائدة كبيرة، حيث يساعد على تحديد الجوانب التي تتطلب اهتماما أو تدخلا علاجيا معيناً، عند التشخيص بمرض معين و هناك تبريرات لهذا الاهتمام تتمثل فيما يلي:

- إن تحديد تأثير المرض على النشاط المهني و الاجتماعي و الشخصي للمريض و على حياته اليومية، من شأنه أن يزود الأطباء بأساس مهم للمعالجات التي تصمم لغايات تحسين جودة الحياة. عن (بشير، معمريه، 2015).

- يمكن لاستبيانات جودة الحياة أن تساعد في تحديد نوع المشكلات التي تنشأ لدى المرضى المصابين بأمراض من نمط معين، فقد تكشف مثل هذه الاستبيانات عن وجود صعوبات جنسية مرتبطة بأنواع معينة من السرطان، بينما تكشف أن الاكتئاب يرتبط بأنواع أخرى من السرطان، و مما لا شك فيه أن معلومات كهذه سوف تساعد على بلورة العلاجات المطلوبة. (المرجع السابق).

- تتناول هذه الاستبيانات تأثير المعالجات على جودة الحياة، ففي العناية بالسرطان مثلا تظهر الحاجة إلى تقييم فيما إذا كانت المعالجة مؤذية أكثر من المرض أم لا، أو فيما إذا كانت لها آثار سلبية أم لا. (Aronson & others 1986).

- من الممكن استعمال المعرفة بجودة الحياة في المقارنة بين المعالجات، فمثلا إذا كانت معدلات الحياة الناجمة عن إتباع أسلوبين في المعالجة متساوية، و كان هذان الأسلوبان يختلفان في تأثيرهما على جودة الحياة فيمكن عندها اختيار الأسلوب الذي يكون له أدنى تأثير على جودة الحياة. (بشير معمريه، 2015).

- يمكن للمعلومات المتعلقة بجودة الحياة أن تساعد أصحاب القرار على اختيار العلاجات التي تزيد من فرص البقاء، و تتيح للمريض في الوقت نفسه أفضل جودة ممكنة للحياة، كما يمكن أن تزودهم بفرص الموازنة بين كلفة العلاج و جدواه من جهة، و جودة الحياة من جهة أخرى. (شيلي تايلور، 2000، ص: 622-623).

و فيما يلي بعض الاستبيانات المستعملة في قياس جودة الحياة:

1- إستبيان LEIPAD

طور استبيان LEIPAD تحت رعاية المكتب الأوروبي لمنظمة الصحة العالمية لتقييم نوعية الحياة لكبار السن الذي يعكس أوجه الوظائف اليومية (بدني، عقلي، اجتماعي، وظيفي) من طرف (LEIPen & PADua)، و ذلك بعد فحص أكثر من 500 مريض بكل من هولندا، و فلندا، و إيطاليا، و هو مقياس يتكون من (37) فقرة أخذت من استبيانات موجودة من قبل، أو أوجدت

بواسطة المطورين خاصة خبراء الطب النفسي، حيث غطت هذه الفقرات 10 مناطق، صحة بدنية ذاتية، الإدراك، صحة عقلية، احترام الذات، توقع المستقبل، الأنشطة و نشاط الأجهزة للحياة اليومية، وظائف اجتماعية و شخصية بينية، أنشطة ابتكارية، مواقف مادية و دينية / روحانية، هذه النسخة الأولية لديها جهاز وحيد التركيز لكل الفقرات و الاجابة كانت: أبدا / قليلا / شيء ما / كثيرا جدا مع مقياس من 5 نقاط: من الصفر إلى الأربعة.(Folstein et al, 1975).عن (حسين حشمت، 2007).

رُجِع المقياس و تم إضافة له فقرتان (النوم، و الوظائف الجنسية) ليصبح يتكون من 39 فقرة، ثم تم رفع عدد الفقرات إلى 51 فقرة، حيث أضيفت بنود حول التعب/ الطاقة/ التركيز/ التأثيرات، الميل للمجادلة، الاستياء، المفهوم الذاتي السليبي، القناعة في العلاقات، الثقة في الآخرين، الاهتمام الجنسي، القناعة بالعناية الصحية.

أما النسخة الحالية من الاستبيان تشمل 49 فقرة ذاتية التقييم، 31 منها تكون 7 مقاييس فرعية: وظائف بدنية (5 فقرات)، الرعاية الذاتية (6 فقرات)، الاكتئاب و القلق (4 فقرات)، الوظائف المعرفية (5 فقرات)، الوظائف الاجتماعية (3 فقرات)، الوظائف الجنسية (فقرتان)، و قناعة الحياة (6 فقرات)، أما الفقرات 18 الباقية فلها دور منظم لتقييم تأثيرات الرغبات الاجتماعية و الشخصية على استجابة المفحوصين.

أما طريقة تطبيقه، فهو سهل الاستعمال، لا يستغرق سوى من 15 إلى 20 دقيقة، كما تميز بخصائص سيكومترية (الصدق، و الثبات) مقبولة جدا.(حسين حشمت، 2007).

ب- مقياس CASP-19

صمم هذا المقياس هيجر و زملائه (Hyde et al 2003, Higgs et al.2003) لقياس جودة الحياة في العمر الكبير و اسم الجهاز يعكس محتواه: التحكم (Control)، الاستقلال (Autonomy)، تحقيق ذاتي (Self-realization)، السرور (Pleasure).

النسخة الحالية منه تحتوي على 19 فقرة في أربعة مجالات: التحكم، الاستقلال، التحقيق الذاتي، و السرور، و هو ذاتي الاستخدام و للمقياس 4 فقرات للإجابة عن كل سؤال: عادة/ ليس عادة/

بعض الوقت/ أبدا، و الاجابة ليس عادة تحمل شيئا من الاشتباه و تحتاج تبديلا مع شفرة أخرى لتمييزها عن "بعض الوقت"، إجابة عادة/ ليس عادة أكثر تناسبا في الإجابة الثنائية بدلا من شكل الإجابة المتدرجة.

و عليه فكل فقرة تحمل تسجيلا من الصفر إلى ثلاثة، ثم تجمع النقاط ل 19 فقرة، و تصبح العلامة تتراوح ما بين صفر إلى 57، أي صفر يعني غياب كلي لجودة الحياة، في حين 57 تمثل جودة حياة جيدة.

كما يتميز مقياس CAPS-19 بخصائص سيكومترية جيدة (الصدق و الثبات). (حسين حشمت، 2007).

ج- استبيان جودة الحياة (QLQ)

صمم هذا الاستبيان من طرف (Evans & cope, 1994) لقياس جودة الحياة للبالغين (من عمر 18 فما فوق)، حيث يحتوي المقياس على 192 فقرة موزعة على 5 مجالات رئيسية و هي:

- الرفاهة العامة (الرفاهة المادية، الرفاهة البدنية، النمو الشخصي).
- العلاقات الشخصية البينية (الزوجية، علاقة الأبوين و الطفل، العلاقات العائلية الممتدة، علاقات عائلية اضافية).
- نشاط تنظيمي (سلوك محب للغير، سلوك سياسي).
- نشاط وظيفي (خصائص عمل، علاقات بالعمل، قناعة بالعمل).
- نشاط ترفيهي و ابتكاري (ابتكار/نشاط رياضي، سلوك اجازات).

أما عن خصائصه السيكومترية، فقد أقر مصمموه أنه يتميز بخصائص سيكومترية جيدة، كما له قدرة تنبؤية بالنسبة للمشاكل الصحية العقلية. (حسين حشمت، 2007).

خلاصة:

من خلال ما تقدم عرضه عن مفهوم جودة الحياة من حيث نشأته و انتمائه، و ذكر مختلف تعاريفه و مجالاته، فقد خلص الباحث إلى أن مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الرئيسية في علم النفس الايجابي، و كذلك من المفاهيم المعقدة و المتشعبة من حيث التعريف و الاستخدام، و رغم ذلك فقد حظي بتناول غير عادي و استثنائي في البحوث النفسية، و التدخلات العيادية، فقد أصبحت جودة الحياة

هدف ومبتغى لكل التدخلات الطبية، خاصة في الأمراض المزمنة، أو تلك التي تتطلب علاجات مكثفة و معقدة، على غرار الاضطرابات النفسية، و الأمراض السرطانية.

الفصل الثالث

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

مقدمة.

- 1- تعريف الأحداث الصادمة.
- 2- تعريف الصدمة النفسية.
- 3- نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية.
- 4- مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 5- التشخيص الفارقي.
- 6- عوامل الخطر و الحماية في حدوث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 7- النظريات المفسرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 8- المنظور الاسلامي للصدمة النفسية.
- 9- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الأطفال.
- 10- علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 11- أدوات قياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

خلاصة.

تزداد الاضطرابات النفسية و السلوكية يوما بعد يوم نتيجة التقدم الحضاري و التطور الصناعي، و من بين هذه الأمراض نجد تلك الناتجة عن الأحداث الصادمة بكل أنواعها، القصدية و غير القصدية، الطبيعية و غير الطبيعية، و في هذا السياق عاشت بلادنا الجزائر الكثير من الأحداث الصادمة على غرار فيضانات الجزائر العاصمة سنة 2001 و غرداية 2008، زلزال بومرداس 2003، لكن تبقى الأحداث الارهابية التي حدثت خلال سنوات التسعينات الأكثر ضررا على البلاد و العباد، و ذلك لما خلفته من أثار سلبية على الجانب الاقتصادي و الاجتماعي و النفسي.

الأثار النفسية السلبية للأعمال الإرهابية من توتر و قلق و اضطرابات سلوكية تقودنا إلى الحديث عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هو الاضطراب النفسي الأكثر ارتباطا بالحروب و الصراعات و الكوارث الطبيعية، حيث عرف بعدة مسميات على غرار عصاب التعويضات، و عصاب الرعب، و عصاب الحرب، و العصاب الصدمي، و عليه يعتبر الحادث الصادم عامل رئيسي لحدوث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

1- تعريف الأحداث الصادمة:

يعتبر الحادث الصادم المعيار الأول للخوض في مجال الصدمة بأشكالها و أنواعها، حيث تم تعريفه:

➤ تعريف عبد الخالق (1993):

" أحداث خطيرة و مركبة و مفاجئة، تتسم بقوتها الشديدة أو المتطرفة، تسبب الخوف أو القلق و التجنب، و الأحداث الصدمية كذلك ذات شدة مرتفعة، و غير متوقعة و تختلف في استمراريتها من حادة إلى مزمنة، و يمكن أن تؤثر في شخص بمفرده كحادث سيارة أو جريمة".

➤ تعريف زاهد ابو عيشة و تيسير عبد الله (2012):

" أي ظرف حاد مفاجئ شديد يمثل فعلا طبيعيا أو اجتماعيا أو تكنولوجيا أو من صنع الإنسان، و لا تكفي قدرات الفرد و مهاراته العادية لمقاومته و مواجهة متطلباته القاسية مما يخل بتوازنه النفسي أو الاجتماعي أو البدني أو كلها، و يوصف بأنه صدمي لأنه مؤذ بدنيا أو نفسيا أو اجتماعيا أو كل هذا معا، أو أنه يتضمن تهديدا أو مخاطرة و قد يوصف عند وصوله إلى أقصى شدة له في التأثير على الفرد أو المجتمع بأنه كارثة".

و من الخصائص الرئيسية للأحداث الصادمة:

- التهديد الخطير لحياة الفرد.
- التهديد الخطير لتكامل الجسم و سلامته.
- التهديد الخطير و الأذى المحتمل للأبناء أو الزوج أو الزوجة أو الاقارب أو الأصدقاء.
- التخريب المفاجئ للمنزل أو الحي أو لغيره من المناطق او المواقع.
- رؤية شخص آخر يقتل أو كان قد قتل أو يتعرض لإصابة شديدة.
- العنف الجسدي.
- العلم بوقوع أذى شديد و ضرر بالغ أو بوجود تهديد خطير للأسرة أو لأحد المقربين.

2- تعريف الصدمة النفسية:

أولاً- لغة:

تشتق كلمة الصدمة في اللغة العربية من مصدر تَصَادَمَ، صَدَمَ، يَصْدُمُ، و التي تعني التقاء عنيف بين شيئين، و الصدمة هي ما يحدث عند هذا الالتقاء.(المنجد في اللغة، 1996، ص:422).

➤ أما ابن منظور فيعرف الصدمة على أنها:

"الصدمة من (صَدَمَ)، و الصَدَم: ضَرَبَ الشَّيْءُ الصُّلْبَ بِشَيْءٍ مِثْلِهِ، و صَدَمَتْهُ صَدْمَةٌ: ضَرَبَهُ بِجَسَدِهِ، و صَادِمَةٌ فَتَصَادِمًا، و صَدَمَهُ يَصْدُمُهُ صَدْمًا، و صَدَمَهُمْ أَمْرٌ: أَصَابَهُمْ، و تَصَادَمَ: التَّرَاحَمَ. و صَدْمَةٌ نَازِلَةٌ فَلَانَا فَجِئْتَهُ، و الرِّجْلَانِ يَعْذَوَانِ فَيَتَصَادِمَانِ، أَي يَصْدَمُ هَذَا ذَاكَ وَ ذَاكَ هَذَا، وَ فِي الْحَدِيثِ النَّبَوِيِّ الشَّرِيفِ: (الصبر عند الصدمة الأولى)، أَي عِنْدَ فُورَةِ الْمَصِيبَةِ وَ حَمُوتِهَا، قَالَ سَيِّدٌ: يَقُولُ مَنْ صَبَرَ تَلَكُ السَّاعَةِ وَ تَلَقَّاهَا بِالرِّضَا فَلَهُ أَجْرٌ، قَالَ الْجَوْهَرِيُّ: مَعْنَاهُ أَنْ كُلَّ ذِي مَرَزَّةٍ قَصَّارَاهُ الصَّبْرُ وَ لَكِنَّهُ إِنَّمَا يَحْمَدُ عَنْهُ حَدَّثَهَا".(ابن منظور، 2003، ص:389).

ثانياً- اصطلاحاً:

➤ تعريف القاموس الطبي: (Larousse Médicale, 2000, P1057):

"الصدمة هي مجموعة من الاضطرابات النفسية أو النفس-جسدية الناتجة عن عامل خارجي مفاجئ يثير الشخص المصاب".

➤ تعريف (زاهد أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012):

"الصدمة هي حالة من الضغط النفسي تتجاوز قدرة الإنسان على التحمل و العودة إلى حالة التوازن الدائم بعدما دون آثار مترسبة، مما يسبب الأذى و الضرر و الخسارة للنفس و العقل و للنواحي الفيزيائية و المادية، و يحدث خللا في البنى و التركيب و وظائف الفرد، و يحدث كل ذلك في صورة صدمة انفعالية للفرد أو للجماعة، و ذلك لفترة غير محددة طويلة أو قصيرة وفقا لدرجة الصدمة.

➤ تعريف (Meichenbaum, 1994):

"تشير الصدمة إلى حوادث شديدة أو عنيفة تعد قوية و مؤذية و مهددة للحياة، بحيث تحتاج هذه الحوادث إلى مجهود غير عادي لمواجهتها و التغلب عليها".

➤ تعريف (Mitchell & Everly, 1995):

"الصدمة هي حادث يهاجم الانسان و يخترق الجهاز الدفاعي لديه، مع امكانية تمزيق حياة الفرد بشدة، و قد ينتج عن هذا الحادث تغيرات في الشخصية أو مرض عضوي، إذا لم يتم التحكم فيه، و التعامل معه بسرعة و فاعلية، و تؤدي الصدمة إلى نشأة الخوف العميق و العجز و الرعب".

3- نشأة و تطور مفهوم الصدمة النفسية في أدبيات علم النفس.

تعود أصول هذا العلم من حيث دراسة ردود الفعل الإنسانية للأحداث الصدمية إلى الحضارة الفرعونية، من خلال الكتابات الطبية لقدماء المصريين، في حين يذهب آخرون إلى أن علم الصدمات يعود إلى الحضارة الاغريقية القديمة عندما أصبح جندي كفيفا بعد مشاهدته لموت أحد الجنود الذين كانوا على مقربة منه.(الديوان الأميري، 2001، ص:41)، في حين يعد ابن سينا أول من درس العصاب الصدمي بطريقة علمية تجريبية، عندما قام بربط حمل و ذئب في غرفة واحدة، فكانت النتيجة هزال الحمل و ضموره و من ثم موته. (النابلسي، 1991، ص:16).

بعد حريق لندن 1666، ورد في مذكرات (Samuel Pepys) مجموعة أعراض أصبحت تشكل في كثير منها زملة اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ثم وردت صورة أخرى لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة الناجمة عن حوادث السكة الحديدية، و ذلك في روايات الروائي الانجليزي (Charles Dickens)

(1812-1870)، و قدم (Rigler,1879) مصطلح عصاب التعويضات بعد حوادث السكة الحديدية و ما تبعه من سن قوانين التعويضات في روسيا.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، ص:29).

كما أُعتبرت بحوث أوبنهايم من المساهمات الهامة في دراسة الصدمة النفسية من خلال تقديم 42 حالة عيادية حول ضحايا حوادث القطارات، و يعتبر أول من أطلق مفهوم العصاب الصدمي سنة (1889) على حالات التي كانت تعاني من أعراض الكوايبس، و اضطرابات متكررة في النوم، و سرعة الاستشارة.(Kedia, 2012)، حيث تميزت بحوث أوبنهايم بالتناول العضوي للصدمة.

و في عام 1896 ظهر تحت مسمى عصاب الرعب على يد (E.Kraepelin)، و قصد به الحالة الانفعالية الشديدة أو الرعب المفاجئ الذي ينشأ بعد التعرض لحوادث و إصابات خطيرة و حرائق و صدمات، و مع نهاية القرن التاسع عشر حوله إلى مصطلح عصاب الحرب.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، ص:29).

أما عام (1919)، صاغ (Mott) مصطلح صدمة القذائف ليشير به إلى اضطراب نفسي يتسم بفقدان الذاكرة أو فقدان الكلام أو البصر الذي كان يصاب به الجنود المحاربين، و في الفترة الممتدة ما بين (1914-1918)، ميز (Myers) ما بين (رجة القذائف) و (صدمة القذائف) و أعتبر الأولى حالة عصبية ناتجة عن صدمة جسمية، في حين أن الثانية حالة نفسية ناتجة عن التعرض لضغوط شديدة و ما يلازمها من هلع.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، ص:30).

و في عام (1941)، أطلق العالم (Kardiner) مصطلح العصاب الصدمي الذي كان قد وضعه عالم الأعصاب الألماني أوبنهايم بعد تأكده من و جود علاقة بين الأحداث الصادمة التي تسبب المشقة النفسية و إرتفاع معدلات الأعراض و العلامات الإكلينيكية.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، ص:30).

و بعد الحرب العالمية الأولى و الحرب الكورية و الفيتنامية، وضعت العديد من المصطلحات خاصة باضطراب ما بعد الصدمة (استنزاف المعركة) و (تعب القتال) ليشير إلى حالة الإنهاك، و الاعياء، و الاجهاد الناتج عن المعركة أو القتال، و كان تشخيص هذا الاضطراب أمرا جدليا.

بعد الحرب العالمية الثانية، اتجه الاهتمام إلى ضحايا معسكرات الاعتقال و التعذيب، و الكوارث الطبيعية و الصناعية، و الاغتصاب، و حوادث العنف، و المرور، و الطيران، و الحرائق، و سوء المعاملة (يعقوب، 1999، ص:38)، و بإعتبار أن الحوادث السابقة تؤدي إلى ضغوط ما بعد الصدمة، فقد تم الاعتراف الرسمي بالاضطرابات المتعلقة بالصدمات و محكات تشخيصها مطلع النصف الثاني من القرن العشرين من قبل الرابطة الأمريكية للطب النفسي تحت مسمى " رد الفعل الشديد للضغوط" و ذلك في (DSM-I)، لكن هذه الفئة أُستبعدت من (DSM-II) في عام (1968)، و أطلق عليه مسميات تشخيصية واسعة أخرى مثل (الاضطراب الموقفي، رد الفعل التوافقي)، الذي يتمثل برد فعل حاد لضغوط بيئية صعبة. (Anderson, 2005, p : 6).

و في عام (1980) تم الإعتراف رسميا باسم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و ذلك في الطبعة الثالثة من الدليل التشخيصي و الإحصائي للاضطرابات النفسية الصادر عن الجمعية الأمريكية للطب النفسي و ذلك ضمن فئة اضطرابات القلق.

أما الطبيب العقلي و المحلل النفسي (C.Barrois) في كتابه العصابات الصدمية الذي إهتم بالتطور التاريخي لمفاهيم النظرية و حتى التناقض و الصراع بين التيارات المختلفة، حيث تحدث في منظور نقدي أهم أسباب الانتقال من مصطلح إلى آخر، و من تفسير إلى آخر، و أيضا ذلك بالتغيرات الكبرى التي شهدها العالم، كالحروب و النهضة الصناعية، و ما فرضته من تغيير في علاقة الفرد بمحيط، حيث لخص مراحل تطور مفهوم الصدمة في أربع مراحل و هي:

المرحلة الأولى: أولى الملاحظات حول الصدمة

تمتد من ما قبل التاريخ إلى النصف الثاني من القرن 18، و حسب (C.Barrois, 1988)، فإن مصطلح "العصاب الصدمي" كان موجودا منذ أن بدأ الإنسان يستعمل دماغه وكون تصورا عن الموت، لكن أولى الملاحظات الفعلية والمنظمة حول الاضطرابات النفسية التي تعقب صدمات نفسية أجريت في وضعيات الحروب مع نهاية القرن 18، و كان للطب العقلي دورا في ذلك حيث أن الطبيب (PH. Pinel) في مؤلفه (Traité médicophilosophique sur l'aliénation mentale, 1809) ، كان قد وصف حالات قريبة جدا من الحالات بعد الصدمة المعروفة حاليا. (Barrois, 1988, pp 14-16).

المرحلة الثانية: الصراع بين الايتولوجية العضوية و النفسية للصدمة.

هذه المرحلة إمتدت من نهاية القرن 18 إلى الحرب العالمية الأولى، حيث شكل صراع العديد من التيارات خلالها الفهم الحالي للتناذر النفسي الصدمي، حيث أعتبرت بحوث (أوبنهايم) من المساهمات الهامة في دراسة الصدمة النفسية من خلال تقديم 42 حالة عيادية حول ضحايا حوادث القطارات، و يعتبر أول من أطلق مفهوم العصاب الصدمي سنة (1889) على حالات التي كانت تعاني حينها من أعراض الكوابيس و اضطرابات متكررة في النوم، و سرعة الاستثارة (Kedia, 2012)، حيث تميزت بحوث أوبنهايم بالتناول العضوي للصدمة.

وفي عام (1896) ظهر تحت مسمى عصاب الرعب على يد (E.Kraepelin)، و قصد به الحالة الانفعالية الشديدة أو الرعب المفاجئ الذي ينشأ بعد التعرض لحوادث و إصابات خطيرة و حرائق و صدمات. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، ص:29).

يشير (C. Barrois, 1988) إلى أهمية المساهمة البريطانية في تاريخ العصاب الصدمي، وخاصة مساهمة (R.Glynn) في مقاله العصاب الصدمي، حيث أشار فيه إلى محدودية مصطلح العصاب الصدمي، الذي يضم فقط النوراستنيا أو الهستيريا الناتجة عن صدمة إما جسمية أو انفعالية، فكان العصاب الصدمي بالنسبة له يتضمن أشكال عيادية عديدة.

مساهمة السايكاتريين الروس لا تقل أهمية، وخاصة مساهمة (A. Cygielstrejch) في مقاله La *conséquence mentale des émotions de la guerre*، حيث ميز بين الانفعالات المفاجئة و التي تسببها الكوارث كالزلازل و حوادث السكة الحديدية، و الانفعالات الدائمة التي تسببها الحوادث السياسية و العنف و الضغوط، و الانفعالات التي تظهر مباشرة بسبب الخوف و التي من الممكن أن تتسبب في ظهور عصاب (هستيريا)، غير أنه تجنب مصطلحات الصدمة النفسية و العصاب الصدمي، و بقي مهتما بدور الانفعالات الحادة و الاضطرابات الحادة البعدية و صنفها إلى: عصاب صدمي، عصاب نوراستني.

المرحلة الثالثة: العصاب الصدمي وحدة مرضية ذات أيتولوجية نفسية:

هي مرحلة اتضحت فيها معالم العصاب الصدمي كوحدة مرضية و كتصنيف نوزوغرافي، حيث ظهر موقع العصاب الصدمي كتصنيف نوزوغرافي في الطبعة الخامسة لكتاب (Kreaplin) المعنون بـ (psychiatrie de compendium) حيث ربطه بمفهوم العصاب الصدمي لـ (H.Oppenheim) وقربه من الهستيريا الصدمية لـ (Charcot)، وركز فيه على أعراض العجز و الاكتئاب و التذكر التكراري، كتصورات مؤلمة و أحيانا تحتوي على المظاهر الفوبيا (فوبيا المساحات الكبرى، الوسواس و الهيبوكوندريا)، و وصف مرضاه المصابون بالعصاب الصدمي على أنهم ذو صعوبات علائقية، إنحصار في مجال الاهتمامات، قابلية للتعب، ليس لهم القدرة على العمل، و أنهم أكثر تعرضا للخطأ، كما أظهر أنه عند بعض الحالات، هناك استثارة و هلوسة حادة و نوم مضطرب و مقطوع بأحلام، مفزعة و أحلام مقلقة.

و لقد افترض (Kreaplin) تطور الاضطراب في الاتجاه الجسمي، و رأى أن السبب الأساسي للإختلال هو الصدمة مهما كانت حتى لو كانت مجرد مشاهدة حادث، كما استعمل مصطلح عصاب الرعب و ذكر الانفعالات المفاجئة، التعب الكبير، الأسر، الحروب كأسباب ممكنة للاضطرابات، و إبتعد عن جعل الإصابة الدماغية واحدة من أسباب العصاب الصدمي، و إنتهى إلى رفض مشابهة العصاب الصدمي بالهستيريا الصدمية لـ (Charcot). (Barrois, 1988, pp 30-31).

- أما عن الحرب العالمية الأولى فأعتبرها (Barrois, 1988) مخبرا للدراسة حول العصاب الصدمي و الصدمة النفسية حيث وضح العديد من المشاكل التي كشفتها حاجات الصحة النفسية في تلك الفترة :
- 1- ضعف الفرضيات التي تقدم الأيتولوجية العضوية و تنحت لصالح الدور الوحيد للصدمة النفسية.
 - 2- اختفت العصابات العامة كوحدة مرجعية و تحددت اللوحة العيادية للعصابات الصدمية أكثر فأكثر.
 - 3- ظهور الأهمية الكبرى للرعب و الموت، صدمات الحرب بسبب الآثار الصعبة للانفعال الشديد المتضمن لخطر الموت.
 - 4- ظهور الاهتمام بالنشاط الحلمى و الحياة النفسية قبل الشعورية و اللاشعورية و احتلالها الدور المركزي عند المحللين النفسانيين.
 - 5- إطلاق مصطلح المعاناة على الآثار الصدمية النفسية على المدى البعيد.

6- تطور التكوين في الطب العقلي.

7- الانهيار و التغيير الاجتماعي التاريخي.

8- ظهور التقنيات الحديثة كالتفريغ، و التداعي الحر، و العلاجات القصيرة المدى.

9- أهم ما ميز هذه المرحلة هو ظهور التحليل النفسي، و ظهور مساهمات العديد من رواد نظرية التحليل النفسي نذكر أهمها:

- مساهمة فرويد (**Freud**): أشار فرويد إلى ذلك في مقالاته الأولى و لم يكف عن الرجوع إليها طوال إنجازاته، و كان ذلك من خلال إنتقاله بين ثلاث وجهات نظر، حيث عرض (فرويد) نظرية الإغراء الفعلي في كتاباته بين (1877-1892)، و كانت ضمن تعميق للنظرية الصدمية للعصابات بعد (Charcot)، و أضفى على الصدمة الجنسية دور محدد في إتيولوجيا الهستيريا خاصة، و ابتعد عن الأتيولوجية العضوية مع التركيز ليس فقط على الحدوث الفعلي لمشهد الإغراء، بل أيضا على الذاكرة، فذكرى الحدث يمكن أن تعمل كجسم غريب دخيل يسبب استثارة، و لا تأخذ الصدمة معناها إلا لاحقا، و بمناسبة حدث معين يتم إحياء آثار ذكرى الحدث الأول المكبوت و يعاش كصدمة، ثم انتقل فرويد (1887) من المشهد الفعلي للإغراء إلى إغراء هوائي يعاش في الواقع النفسي و ليس في الواقع الفعلي، و أخيرا ربط الصدمة بكمية الطاقة النفسية النزوية التي يستثيرها الحدث الصدمي و مدى تحمل مضاد الاستثارات في الجهاز النفسي، و هي الفكرة التي بدأ بها تفكيره حول الاستثارات الخارجية و كيفية تعامل الجهاز النفسي معها، و لقد احتفظ بمصطلح العصاب الصدمي، و اعتبره عصاب قريب من العصابات النرجسية و هو ما يعتبر اليوم ذهانات. (Barrois, 1988, p :113-114).

- مساهمة فيرنزي (**S. Freneszi**): استعمل مصطلح العصابات الصدمية منذ سنة 1808، و أكد على الأصل الجنسي للعصاب مثل فرويد، حيث بين أن العصابات الصدمية هي عصابات، و ما يجعلها عصاب هو الأعراض الجنسية و ظهور أعراض هستيرية متنوعة، فالرعب و الحوادث العنيفة يمكن أن تكون عوامل مفجرة للعصاب بقوتها الصدمية، و لكن وحدها العوامل الجنسية يمكن اعتبارها السبب المميز للعصاب.

تقاسم (Ferenczi) الرأي مع فرويد على الأصل الجنسي للصدمة، و كذا مصدر العصاب الصدمي الناتج عن الخوف الشديد، فقد بين أن أغلبية الجنود بعد انفجار قنبلة يصابون بشلل دون

سبب عضوي، لذلك اعتبرها كاستجابة نفسية لخلل في أنظمة الأنا، و أطلق فيما بعد على هذه الحالات تسمية المهستيريا الصدمية، و التي تكون أعراضها وحدة عيادية مميزة لارتباطها أكثر بعامل خارجي باختلاف الاضطرابات العصبية و الذهانية و السيكوسوماتية، و كذا خروج الحدث عن ما هو مألوف لدى الفرد.(بومعزوة نسيمة).

- مساهمة فينيشال (O. Finichel) : وجهة نظر (Finichel) تأسست على مبدأين: مبدأ دينامي يقابل بين المثير و الاستجابة، ومبدأ اقتصادي حول كمية الطاقة المستثارة، و لقد ركز على الدور الأساسي للأنا في تسيير الاستثارات الطاقوية الفائقة، و بين أن المنبهات تختلف حسب شدتها و طبيعتها فبعضها يكوف كارثي، مما يجعله صادم بالنسبة للجميع و لكن التأثير الصدمي يرتبط حتما بعوامل داخلية راجعة إلى المكبوتات، حيث أن الأنا المتعب، و الذي أوهنه تعدد الاستثارات و الضغوط، يفشل حتما في الحفاظ على ما كان قد كتبه و بالتالي ينهار.

- مساهمة كاردينار (Kardiner) :حدد مفهوم التعطل هذا بالتمييز بين التعطل الأنا وتعطل العاطفة، و يرجع تعطل العاطفة إلى التبدل و استحالة الاستجابة، أو القيام بفعل في المواقف التي يجد الضحايا أنفسهم فيها.(Damiani, 1997).

4 - مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

➤ تعريف المنظمة العالمية للصحة حسب الدليل (CID-10):

" استجابة متأخرة لحادثة أو موقف ضاغط جدا، تكون ذات طبيعة تهديدية أو كارثية، تسبب كربا نفسيا لكل من يتعرض لها تقريبا من قبيل: كارثة من صنع إنسان، أو معركة، أو حادثة خطيرة، أو مشاهدة موت آخر، أو مشاهدة موت عنف، أو أن يكون الفرد ضحية تعذيب أو إرهاب أو اغتصاب، أو جريمة أخرى.(محمد جواد الخطيب، 2007، ص: 165).

➤ تعريف اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي الاحصائي

أ- تطور الفكر حول الصدمة في الدليل التشخيصي الاحصائي.

يعتبر الدليل التشخيصي و الاحصائي للاضطرابات العقلية (DSM)، من أحدث المراجع من الناحية العلمية و العملية في مجال الاضطرابات النفسية بصفة عامة، و في ميدان دراسة الصدمات

النفسية بصفة خاصة، حيث يخضع إلى تنقيحات علمية مستمرة من طرف فريق من العلماء على مدار العقود الأخيرة، مما يسهل امكانية الإمام بالمستجدات العلمية بصورة مستمرة، تحاول الهيئات العلمية القائمة على هذا الدليل باستمرار إضافة كل ما تراه مفيدا في مجالي التشخيص و البحث العلمي، بغية مساعدة العاملين و الباحثين على حد سواء، باعتبارهما العاملين الرئيسيين في تطوير هذا الميدان، يستعمل هذا الدليل حاليا من طرف العديد من الممارسين في المجال العيادي و الباحثين في إطار الدراسات العلمية، باعتباره من أهم التصنيفات العلمية العالمية، و قد ظهر اهتمام هذا الدليل بالصدمة النفسية منذ بداية صدوره حتى الآن. (رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

ظهر أول اهتمام بالصدمة النفسية في الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM-1) سنة 1952 تحت مسمى تناذر الاستجابة للضغط الحاد، و هذا من أجل وصف ردود الفعل الصدمية الحادة، و قد أدرجت هذه الفئة تحت محور اضطرابات الشخصية الموقفية العابرة، و التي فحوها أن الحادث الصادم يمكن يكون لديه انعكاسات و لو محدودة في الزمن على الشخصية، و قد غابت هذه الفئة التشخيصية من الدليل التشخيصي الاحصائي الثاني (DSM-2) سنة 1968، لتظهر من جديد في الطبعة الثالثة (DSM-3 : 1980)، و هذا تحت مسمى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ضمن محور اضطرابات القلق. (Kédia, 2012)، و كان يضم كل التناذر الصدمي للاغتصاب، و تناذر النساء المعنفات، و تناذر محاربو الفيتنام. (رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

أما في الطبعة الرابعة للدليل التشخيصي و الاحصائي (DSM- IV : 1994) فتحددت بصفة أكثر دقة معايير التشخيص، حيث ميزت اضطراب الضغط الحاد عن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بإعتباره إزمان. (Damiani, 1997, p :111) .

و قد استقر اتفاق الهيئات العلمية في الطبعة الأخيرة لهذا الدليل (DSM-5 :2013) على أهمية تصنيف الاضطرابات الناجمة عن الصدمة و الضغط في محور مستقل بعدما كان تصنيفها مدرجا ضمن محور القلق في السابق (DSM-4)، و إن دل هذا عن شيء فإنما يدل على الفيض الهائل من الدراسات التي أثبتت مدى إنتشار الظواهر الصدمية في مختلف البيئات و الأجناس و الفئات العمرية، و على مدى خطورة هذه الاضطرابات على الصحة النفسية و العقلية للأفراد و المجتمعات، و تضمن هذا المحور الفئات التشخيصية التالية: اضطراب التعلق التفاعلي، و اضطراب التفاعل الاجتماعي الجامح، اضطراب الضغط

ما بعد الصدمة، و اضطراب الضغط الحاد و اضطراب التوافق، علاوة على اضطراب الصدمة و الضغط الأخرى المحددة و غير المحددة.(رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

ب - تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب الدليل الإحصائي لأمراض النفسية (DSM-5)

يعتبر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، هو الاضطراب الأكثر ارتباطاً بالأحداث الصدمية، حيث يحدد الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس (DSM-5) العوامل السببية كمعيار أساسي في تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، متبوعاً بسبعة معايير أخرى تستخدم مع الراشدين و المراهقين و الأطفال فوق ستة سنوات، و نترجمها كما وردت في الدليل (DSM-5: 2013) فيما يلي:

عندما يتم تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى فرد ما، فهذا يعني أنّ هذا الفرد قد تعرّض لحادث يشكل تهديداً لحياته أو لحياة الآخرين، و أنّه قد استجاب لهذا الحدث بخوفٍ شديدٍ و عجزٍ، و سنعرض معايير التشخيص التي وردت في الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية (DSM-5) الصادر عام (2013) عن الجمعية النفسية الأمريكية.

هذه المعايير تنطبق على الراشدين و المراهقين و الأطفال ما فوق الستة أعوام، و هي كما يلي:
الجدول رقم (3-1) يبين معايير تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب الدليل التشخيصي و الإحصائي الخامس للاضطرابات النفسية:

المعيار: أ- التعرض إلى تهديد فعلي بالموت، جرح خطير، أو عنف جنسي، بحادث (أو أكثر) مما يلي:	
1-	الاختبار المباشر لحادث أو أحداث صدمية.
2-	مشاهدة الشخص لحوادث صدمية تقع للآخرين.
3-	العلم بوقوع أحداث صدمية تصيب أفراد العائلة المقربين، أو صديق حميم، في حالات التهديد الحقيقي بالموت لأحد أعضاء الأسرة أو الأصدقاء، يجب أن يكون الحادث عنيف و مفاجئ.
4-	الاختبار المتكرر أو التعرض القوي إلى تفاصيل أحداث صدمية مقززة، كما هو الشأن للأفراد الأوائل الذين يقومون بجمع الأشلاء البشرية، أو ضباط الشرطة المعرضون بصورة متكررة لتفاصيل الإساءة للطفل. يجب الإشارة إلى أن المعيار أ- 4، لا يرتبط بالتعرض للصدمة من خلال التلفاز أو الأفلام أو الصور و الألعاب الإلكترونية.
المعيار: ب- وجود واحد (أو أكثر) من الأعراض الاقتحامية المرتبطة بالأحداث الصدمية و التي يبدأ ظهورها بعد وقوع الحادث الصادم	
1-	وجود ذكريات مزعجة إقتحامية و غير إرادية للحادث الصادم، و يمكن أن يظهر لدى الأطفال الأكثر من 6 سنوات ألعاب تكرارية يكون موضوعها مرتبط بالحادث الصادم.
2-	أحلام مزعجة و تكرارية ذات عاطفة أو محتوى مرتبط بالحادث الصادم.
3-	ردود أفعال تفككية، يشعر أو يتصرف الفرد خلالها كما لو أن الحادث الصادم سوف يحدث مرة أخرى، أو فقدان الكلي للوعي

	بالموجودات من حوله في الحالة القصوى.
4-	ضيق نفسي حاد و مستمر إثر التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية تشابه أو ترمز لجانب من جوانب الحادث الصدمي.
5-	ردود فعل فيزيولوجية بارزة نتيجة التعرض لمثيرات داخلية أو خارجية ترمز أو تشابه أحد جوانب الحدث الصدمي.
المعيار ج- التجنب المستمر للمثيرات بالحادث الصدمي، تظهر بعد حدوثه، و يمكن أن يظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:	
1-	التجنب أو بذل جهود لتجنب الذكريات المزعجة و الأفكار و المشاعر المرتبطة بصورة وطيدة مع الحادث الصادم.
2-	التجنب أو بذل جهود لتجنب المفكرات (أشخاص، أماكن، حوارات، أنشطة، مواضيع و وضعيات) المرتبطة بالحادث الصدمي و التي قد تدفع إلى استحضاره.
المعيار د- تشوهات سلبية في المعارف و المزاج مرتبطة بالحادث الصدمي، تبدأ أو تتفاقم بعد حدوثه، و تظهر في واحدة أو أكثر مما يلي:	
1-	عدم القدرة على تذكر جانب هام مرتبط بالحادث الصادم ناجم عن النسيان التفككي و ليس إلى أسباب أخرى كجروح الرأس أو الكحول أو المخدرات.
2-	معتقدات أو توقعات سلبية مبالغ فيها و مستمرة حول الذات أو الآخرين أو العالم، من قبيل "أنا سيء" أو أن "العالم كله خطير"
3-	معارف مشوهة و مستمرة حول سبب و نتائج الحادث الصدمي، تقود الفرد إلى تدينب ذاته و الآخرين.
4-	حالة انفعالية سلبية مستمرة (الخوف، الرعب، الغضب، الشعور بالذنب، الخزي)
5-	انخفاض ملحوظ في الاهتمامات أو المشاركة في النشاطات المعتادة.
6-	الشعور بالانفصال أو الاغتراب عن الآخرين.
7-	عدم القدرة على إختبار المشاعر الإيجابية بصورة مستمرة (عدم القدرة على الشعور بالسعادة، الاشباع، أو مشاعر الحب).
المعيار هـ- تشوه ملحوظ في وظائف الحضور و الاستجابية مرتبط بالحادث الصادم، يبدأ أو يتفاقم بعده، كما يتبين في واحد أو أكثر مما يلي:	
1-	سلوك تهيجي و نوبات غضب (لأدنى استشارة)، و يظهر في شكل عدوان لفظي، أو جسدي اتجاه الأفراد أو المواضيع.
2-	سلوك متهور أو محطم للذات.
3-	استجابات هلع مبالغ فيها.
4-	مشكلات في التركيز.
5-	اضطراب في النوم (صعوبة في النوم، النوم غير المريح).
المعيار و- استمرار مدة الاضطراب (توفر معايير: ب، ج، د، هـ) لأكثر من شهر.	
المعيار ز- أن يسبب الاضطراب ضيق عيادي دال، أو اعاقه في الميدان الاجتماعي، المهني، أو مجال حياتي آخر هام.	
المعيار ح- أن لا تعزى أسباب الاضطراب إلى عوامل فيزيولوجية للمواد الكيميائية أو إلى ظرف طبي آخر.	

ج - الأبعاد و الحدود في تناول الدليل (DSM-5: 2013)

يرى القائمون على هذا الدليل أنه أداة علمية متحررة من أي مقارنة نظرية علمية محددة، و عليه فهو بعيد عن التحيزات الشخصية، و بالتالي فهو يتميز بالدقة و الموضوعية، و ذلك لاستناده إلى الدراسات الاحصائية العالمية.

فقد نجح هذا الدليل في جعل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة اضطرابا موحدًا لدى العلماء في مختلف بقاع العالم، و هذا مفيد إلى حد كبير لأنه يشري البحث النظري و يسهل التواصل بين العلماء و الباحثين.

من خلال تمييز الفئات التشخيصية على أساس مجموعة محددة من المعايير، فإن هذا يجعل التشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أكثر موضوعية بين المختصين العياديين، كما يجعل الحالات المدروسة أكثر تجانسًا في البحوث العلمية التي تهتم بميدان الصدمات النفسية، و من الناحية العلمية من الجيد أن تكون بحوزة الباحثين تعاريف إجرائية تساعد على تحديد الظاهرة المدروسة بدرجة عالية من الدقة. (رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

رغم أهمية النقاط السالفة الذكر، فإن هناك بعض المآخذ للدليل التشخيصي الاحصائي الخامس للأمراض العقلية في دراسة الصدمة النفسية و هي:

- بالنسبة للمعيار أ: مثلًا هناك إشارة إلى أن المعيار أ-4 يجب أن لا يرتبط الحادث الصدمي بالتعرض للصدمة من خلال التلفاز أو الأفلام أو الصور و الألعاب الالكترونية، و رغم أهمية الملاحظات المرتبطة بالمعيار أ، إلا أننا نذكر أن الصدمة النفسية كما هي موضحة في هذا المعيار لا تأخذ معناها و بعدها عند بعض الأشخاص إلا من خلال معاشهم النفسي و تجاربهم الصدمية التي يحتمل أنهم قد تعرضوا لها في السابق، الفرد ذاته قد يستجيب بطريقة مختلفة لنفس الحادث الصدمي في وضعيات أو مراحل نمائية مختلفة، لا يستجيب الابن لوفاة أبيه بنفس الشكل في حالة ما إذا كان صغيرًا أو راشدًا، و في حالة ما كان الموت مفاجئًا أو بعد فترة من مرض عضال. (رضوان زقار، عواطف زقور، 2019)، كما أن المراهق يمكن أن يصاب بصدمة نفسية من خلال وسيلة إعلامية عند مشاهدة أفلام لا تتماشى و الثقافة التي يعيش فيها الطفل أو المراهق. (زقار، 2004).

- بالنسبة لمعيار المدة و الذي فحواه أن الاضطراب يجب أن يستمر لمدة (توفر معايير: ب، ج، د، هـ) أكثر من شهر، فإنه رغم وجاهته كونه لا يفسح المجال لتفانم الظاهرة و انحدارها نحو الاضطراب، فهو لا يراعي الفروق الفردية التي يحتمل أن تظهر في مثل هذه الحالات، لأن فترة الكمون التي تظهر بعدها الأعراض المرضية تختلف من شخص إلى آخر، كما أن تشخيص اضطراب الضغط الحاد بعد ثلاثة أيام فقط قد لا يكون ملائماً، لأنه لا يسمح للعديد من الأفراد باختبار قدرات المجابهة لديهم، حيث يحتاج الانسان المصدوم حسب قدراته و تجاربه السابقة إلى فترة أطول من أجل تجارب أكثر فعالية مع التجربة الصدمية.(رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

كما يركز المعيار السببي على معنى الحدة (l'intensité) كمحاولة للضبط الموضوعي للحادث الصادم، و كأن هناك بعد ميكانيكي للحادث الصدمي فقط، كما هو الحال في الصدمات الجسدية، في حين يربط الكثير من الباحثين بين عامل الفجائية و ظهور الأعراض الصدمية إلى جانب عامل الحدة، لأن العالم الداخلي للمصدوم بما قد يتضمنه من هشاشة ذاتية بفعل عوامل النمو في الطفولة أو المراهقة، أو موقفية كالمرض أو حداد سابق، و نظام معتقدات للفرد هي التي تحدد مآل الصدمة إلى حد بعيد، فالحادث الصدمي كمثير لا يأخذ معناه إلا من خلال التفسير الذي يمنحه الشخص للحادث حسب ألبرت إيليس، يستجيب الشخص نفسه باستجابة مختلفة لنفس الحادث الصدمي حسب عوامل مختلفة مرتبطة بالشخصية و البيئة المحيطة معا.(رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

5- التشخيص الفارقي

عادة ما تتداخل أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مع بعض الاضطرابات النفسية الأخرى على غرار:

5- أ: اضطرابات التأقلم: أول خطوة يقوم بها الأخصائي في التشخيص الفارقي لإضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو التقييم الجيد لنوع الحدث الذي يعتبر أصل الاضطراب، فهناك من الأحداث التي رغم كونها مزعجة و مضطربة، فإنها لا ترتبط بصفة كبيرة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة مثل: فقدان العمل، صعوبات مالية، ضغوطات زوجية، صعوبات علائقية في العمل... الخ، فهذا النوع من الأحداث نادرا ما يعتبر أحداث صدمية إلا إذا كانت وضعيات حالية تستثير و تفجر الحدث الحدث الصدمي الأصلي الذي حدث في الماضي، و إلا على الاخصائي أن يشخص إضطراب التكيف

(Trouble d'Adaptation) في هذه الحالات بالذات، و بنفس الطريقة يمكن أن يكون تشخيص اضطراب التكيف مناسب عندما تكون أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة غير شديدة و غير كافية بعد الحدث الصدمي.(رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

5- ب: اضطراب الضغط الحاد: التشخيص الفارقي الثاني لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة هي حالة الضغط الحاد (Etat de stress aigu) الذي تشير إلى الاستجابات المباشرة للفرد عقب حدث صدمي، و هي حالة تحمل في الواقع العديد من أوجه التشابه مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لأنه في الواقع يجب معايشة حدث صدمي معرف بنفس الطريقة مع هذا الأخير، كما يجب أن تعاني الضحية على الأقل واحد من الأعراض إعادة المعيشة، التجنب و التنشيط العصبي الاعاشي بنفس طريقة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و مع ذلك فإن حالة الضغط الحاد تملك خصوصيات مقارنة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة أهمها هو تميزها بعدة أعراض تفككية (يجب أن يتوفر منها ثلاثة على الأقل)، في حين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يتطلب كثرة أعراض التجنب و التنشيط العصبي الاعاشي المفرط مقارنة بحالة الضغط الحاد.

كما أنه لا يمكن أن نشخص في نفس الوقت حالة الضغط الحاد و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لأن هذا الأخير لا يحدث مباشرة بعد الحدث الصدمي، بل يجب أن تدوم على الأقل شهر، لهذا من الأفضل استخدام تشخيص حالة الضغط الحاد أو اضطراب التكيف خلال الشهر الأول الذي يعقب الحدث الصدمي، بعدها نشخص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة شهر آخر من بعد ذلك إذا استمرت أعراض و تطابقت مع التشخيص. (المرجع السابق).

5- ج: الاكتئاب الرئيسي و القلق: يمكن لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أن تحمل تشابه كبير مع اضطراب الاكتئاب الرئيسي (La Dépression Majeur)، لهذا يعتبر هذا الاضطراب ثالث خطوة في التشخيص الفارقي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لأن ضحايا هذا الاضطراب يظهرون غالبا مزاجا حزينا، فقدان شديد للرغبة، و استجابات عصبية إعاشية مشابهة لتلك التي تظهر عند الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب الرئيسي، كما أن هناك عنصرا جد هام يزيد من تعقيد التشخيص الفارقي في هذه الحالة، هو أنه يمكن للاكتئاب الرئيسي أن يكون من الاضطرابات المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لهذا على الأخصائي أن يشخص أولا اضطراب الضغط

ما بعد الصدمة لوحده، ثم تشخيص الاكتئاب الرئيسي مع أو دون القلق، و أخيرا تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مع الاكتئاب.

كما يجب أن نشير إلى أن بعض الأعراض الاكتئابية لا يمكن أن تشكل أعراض الجمود الخاصة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالضحية التي تظهر حزنا خطيرا مع بكاء متكرر، فقدان وزن هام مع أفكار انتحارية، تشكل في الواقع مؤشرات واضحة في الاكتئاب الرئيسي، و لا يمكن خلطها مع أعراض الجمود البعد صدمية، إضافة إلى هذا فإن أعراض إعادة المعيشة ستسمح لنا بالتمييز بسهولة بين الاضطرابين.

كما يمكن لأعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة أن تتشابه مع أعراض اضطراب قلق آخر، و هذا ما يجعل التمييز صعبا، فمثلا بعض الضحايا يعانون من نوبات الهلع عقب تعرضهم لحدث صدمي، لأن القلق العام يكون جد مرتفع إلى درجة أن أقل المنبهات كافية لاستثارة ارتفاع شديد لنوبة قلق جديدة، فهذه اللحظات الشديدة من القلق التي تظهر من خلال المعيار الثاني من تشخيص الاضطراب، نجدها تتشارك في نقاط متشابهة مع نوبات الهلع، إضافة إلى هذا فإن ضحايا اضطراب ما بعد الصدمة يتجنبون عددا كبيرا من الوضعيات بسبب خوفهم الكبير، و هذا ما يمكن أن يتشابه مع سلوكيات الأفراد الذين يعانون من فوبيا الأماكن الواسعة. (L'Agoraphobie). (رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

و مع ذلك يبقى اضطراب فوبيا الأماكن الواسعة المصحوب بنوبات الهلع غير مرتبط بتجربة أو ذكرى خاصة بحدث صدمي سابق، و ما يسمح لنا إذن بالتمييز بين هذا الاضطراب و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، هو أن نوبات الهلع في اضطراب الفوبيا الأماكن الواسعة مرتبط بالخوف من كوارث مستقبلية (الخوف من الموت، من فقدان السيطرة، من القيام بنوبة قلبية، أو أن يصبح مجنوناً)، في حين أن الضحايا الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لا يعيشون مخاوف متعلقة بكوارث مستقبلية، فهم يخشون من إعادة معيشة حدث صدمي سابق، كما أن تجنب بعض الأماكن و النشاطات في الفوبيا الأماكن الواسعة مرتبط بالخوف من القيام بنوبة هلع أخرى أي " الخوف من الخوف " مقارنة بالتجنب الذي يقوم به ضحايا اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لبعض الوضعيات المرتبطة بالصدمة، لأنهم يخشون حدوثها مرة أخرى، و عقب معيشة أي حدث صدمي فإن ضحاياهم سيستجيبون بشدة من الناحية

الفيزيولوجية (تسارع دقات القلب، عرق بارد، ضغط عضلي...)، أو من الناحية النفسية (يأس، حيرة...).

لأي عنصر مرتبط بهذا الحدث، و بعدها يتجنبون أي اتصال مع هذه العناصر، فكل هذه الأعراض يمكن أن تتشابه مع هذا الاضطراب المتعلق بالخوف الشديد و المفرط، أو وضعية خاصة مثل الفوبيا الخاصة (la phobie spécifique) مثل الركوب في الطائرة، التواجد في المرتفعات، رؤية عنكبوت أو رؤية الدم...، فالاتصال مع هذه العناصر يمكن أن يستثير نوبة قلق حادة، و بالتالي هناك ثلاث نقاط اختلاف يمكن أن تميز بين هذا الاضطراب و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة: أولاً لدينا التجنب و الخوف النمطي في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة غالباً ما يكون معمم على عدة وضعيات و ليس فقط على واحدة كما هو الحال في الفوبيا الخاصة، أما النقطة الثانية فهي تتعلق بأعراض إعادة المعيشة و النشاط العصبي المفرط التي لا تتوفر في اضطراب الفوبيا الخاصة، و أخيراً و ثالثاً لا يمكن أن نشخص اضطراب الفوبيا الخاصة إذ كانت الأعراض الفوبيا ناتجة من حدث صدمي.(رضوان زقار، عواطف زقور، 2019).

أما بالنسبة لأعراض التنشيط العصبي الاعاشي في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (سرعة الانفعال، صعوبة في التركيز، صعوبة في النوم، ضغط عضلي) يمكن أن تتشابه أيضاً مع اضطراب القلق المعمم (Trouble d'Anxiété Généralisé) الذي يتميز بحيرة دائمة و كثيفة مرفقة بمظاهر جسدية للقلق المعمم (المزاج العصبي، سرعة الانفعال، صعوبة في التركيز...الخ)، غير أن هذه الحيرة المستمرة في اضطراب القلق المعمم تكون مرتبطة أكثر بمشاغل الحياة اليومية (مرض قريب، ضائقة مالية، فقدان العمل، صراع عائلي) التي يجب أن تدوم مدة طويلة مقدرة على الأقل بستة أشهر، في حين أن الحيرة في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة تستهدف خصوصاً الخوف من امكانية حدوث صدمة أخرى، كما أنه لا تتوفر أعراض إعادة المعيشة و التجنب في اضطراب القلق المعمم.(المرجع السابق).

5- د: اضطراب الوسواس القهري: يمكن لبعض التشابه أن يوجد بين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و اضطراب الوسواس القهري (Trouble Obsessionnel-Compulsif) خصوصاً في ما يتعلق بأعراض إعادة المعيشة مع ذلك تبقى الأفكار الطفيلية في اضطراب الوسواس القهري إعادة غير مرتبطة بحدث صدمي ماضي، و من جهة أخرى فإن الأفكار الوسواسية في اضطراب الوسواس القهري غالباً ما تدرك من طرف المريض على أنها غير متكيفة و غير عقلانية في حين أن أعراض إعادة المعيشة الخاصة باضطراب الضغط ما بعد

الصدمة فلا تحمل هذه الصيغة الغير متكيفة أو الغير عقلانية. (Brillon, 2004. P 153-156). عن (نعيمة أيت قني سعيد، 2015).

5- هـ : الاضطرابات الذهانية: وفيها يخلط بين استعادة صورة الحادث و بين الهلوسات و الأوهام، و غيرها من الاختلالات الإدراكية، التي تحدث في بعض الاضطرابات الذهانية و لكن محتواها يرتبط مع التجربة الصادمة.

6- عوامل الخطر و الحماية في حدوث اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

إن احتمال تطور الصدمة إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، عادة ما يتعلق بعوامل الخطر و الحماية و الصفات الشخصية للفرد، فمثلا قد ترتفع نسبة الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إذا كانت الصدمة تتعلق بالأطفال أو بفقدان أشخاص بحوادث الموت، بالإضافة إذا كانت الصدمة بسبب الانسان، و فيما يلي مجموعة من العوامل التي قد تزيد أو تخفف من احتمالية الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

6- أ- عوامل الخطر (الضعف): هي عوامل لها علاقة بتطوير أو المحافظة أو زيادة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و بالتالي قد تخل بالتوازن بالنمو و التطور الفردي، قد تشمل هذه خصائص الحدث نفسه، و خصوصيات خاصة بضحايا الصدمات و جوانب البيئة المحيطة.

6- ب- عوامل الحماية (المرونة): و هي عوامل تساهم في الحفاظ على توازن الأفراد و تطورهم بعد حدث صادم، و قد تكون هذه من خصائص الحدث، سمات الفرد أو بيئتها التي تسهل التكيف عن طريق منع تطور أعراض ما بعد الصدمة أو عن طريق التخفيف من حدتها. (King et al, 2004).

1- عوامل ما قبل الصدمة:

1 - 1 - عوامل الخطر

1 - 1 - أ- السوابق النفسية و الشخصية: لقد أظهرت الدراسة التحليلية التي قام بها كل من (Brewin, Andrews et Valentine, 2000)، أن السوابق الشخصية النفسية و العقلية، تعتبر عوامل خطر لتطور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالأفراد الذين يعانون من الاكتئاب و الاضطرابات الحصرية مثل اضطراب الهلع، اضطراب الوسواس القهري، فهم أكثر عرضة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كما لاحظ كل من (O'Toole, Marshall, Schureck et Dobson, 1998) على قدماء الحرب المشاركين في المعارك، أن بعض الاضطرابات العقلية على غرار الاكتئاب، اضطراب المزاج، رهاب الأماكن، رهاب الخصاص، اضطراب الشخصية المضادة للمجتمع، تمثل عوامل خطر لتطوير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

كذلك تعتبر الأحداث الصادمة السابقة حاسمة جدا في ظهور و تطور الجدول الاكلينيكي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حتى و إن كان الحدث الأخير أقل شدة من السابق، كما تظهر التجربة السريرية أن الحدث الصادم الأخير يمكن أن يثير مشاعر قوية كأعراض استعادة الخبرة الصادمة و التجنب و فرط النشاط العصبي الاعاشي كلها مرتبطة مباشرة بصدمة سابقة، فالصدمة النفسية السابقة يمكن أن تجعل الناس أكثر هشاشة لتأثيرات الأحداث الصادمة، مع إعطاء إضافة الانطباع بأن الحياة مؤلمة و غير عادلة و لا يمكن السيطرة عليها و تتخللها خسائر متعددة (Stéphane Guay & André Marchand, 2018).

فالتعرض لصدمة سابقة يزيد من خطورة الإصابة مرة أخرى بالاضطراب، و أظهرت الدراسات أن الفتيات اللواتي شخص لديهن اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، ظهر لديهن سابقا أعراض الاكتئاب، و زيادة في التدخين و تعاطي المارجوانا.

1-1- ب - السوابق النفسية العائلية: تعتبر السوابق النفسية و العقلية في الوسط العائلية عوامل خطر في ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فوجود القلق، و الاكتئاب و الاضطرابات الذهانية أو السلوكية المعادية للمجتمع لدى أفراد العائلة تعتبر عوامل خطر في ظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى الأفراد المعرضين للصدمة. (Breslau et al, 1991).

1-1- ج - المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية (على سبيل المثال، العمر و الجنس، العرق و مستوى التعليم): تعتبر هذه العوامل كمتنبئات، ومع ذلك فإن نتائج الدراسات المختلفة ملتبسة إلى حد ما، هذا يمكن شرحه بأمور أخرى من خلال حقيقة أن المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية غالبا ما تنطوي على وجود متغيرات مصاحبة أو مربكة، قد تؤثر في حد ذاتها أو حتى تفسر قابلية الأفراد للتأثر أو المرونة (على سبيل المثال، قد يرتبط المستوى التعليمي المنخفض بمتغيرات أخرى مثل الحالة الاجتماعية و الاقتصادية المتدنية).

➤ العمر الزمني:

تشير نتائج الدراسات التي تناولت تأثير العمر الزمني في الاستجابة للكارثة إلى اختلاف في تحديد هذا الأثر، حيث تتأثر استجابات الأفراد أو ردود أفعالهم في مواجهة الكوارث سواء كانوا صغارا أو كبارا بعوامل مختلفة تتعلق بنوع الكارثة، و المقياس المستخدم لتحديد الإصابة و التصنيف العمري الذي أتبعه الدارس، بالإضافة إلى تعميم الدراسة ذاتها، و يرتكز هذا التأثير حول عاملين رئيسيين:

✓ كم الضغوط الاضافية المحيطة بالفرد.

✓ خبرة الفرد التأهيلية و تعامله مع اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة، فكبار السن عادة ما يصابون بدرجة عالية من التأزم النفسي، و لكنهم يستفيدون من خبرة المعالجة و التأهيل بصورة تقلل من تلك الدرجة.

و تشير دراسة (Taylor & frazer, 1982) إلى أن عمال الإنقاذ الأكبر سنا كانوا أقل تأثرا بالكوارث من زملائهم الأصغر سنا، و استنتجا من ذلك ارتباط تلك النتيجة بحجم التأهل في تحديد القدرة على تجاوز الأزمة، كما أن المناظر المؤزمة قد تعطي فرصة تحصينية أقوى للفرد، في حين تناولت دراسة أخرى قام بها (Hammsom, et al, 1982) حول أثار الفيضانات المدمرة على المقيمين في منطقة الكارثة، فكانت النتيجة أن الخبرة المتكررة مع الفيضانات، و كذلك التقدم في العمر كانا من العوامل المشتركة في زيادة حجم التأثير المرضي بحدوث الفيضانات أو توقع حدوثها، و قد أشار (Leopold & Dillon, 1963) في دراستهما للأثار النفسية المترسبة لدى سبعة عشر بحار (17) من الناجين من انفجار في سفينة بحرية بعد ثلاث سنوات من حدوث الكارثة، أشار إلى أن العمر الزمني له أثر تنبؤي هام في تحديد ردة الفعل اتجاه الكارثة، و أن البحارة الذين تجاوزت أعمارهم الخامسة و الثلاثين كانوا أكثر تأثرا بالكارثة من زملائهم ممن دون ذلك من العمر، و ربما يرجع ذلك إلى ارتفاع حجم التوقعات السلبية للكوارث البحرية مع زيادة الخبرة في المجال. (مكتب الانماء الاجتماعي، ص: 20، 2000).

و لكن في مقابل تلك النتائج، أظهرت نتائج دراسات أخرى أن ضحايا الكوارث من كبار السن كانوا على ذات المستوى من الاحساس بحجم كارثة الفيضانات و أثارها النفسية مع أقرانهم من صغار السن. (Huerta & Horton, 1978, Ollendick & Hoofman, 1982)، كما كشفت دراسة أخرى أن هناك علاقة ارتباطية سالبة بين العمر الزمني و أعراض عديدة لاضطرابات الضغط ما

بعد الصدمة بعد التعرض لإعصار شديد في ولاية تكساس الأمريكية.(Bolin, 1982). (مكتب الانماء الاجتماعي: ص:20، 2000).

و تعرضت دراسة (Glesser et al, 1981) لتحديد أي الأعمار تكون أكثر تأثراً بحجم الكارثة، فأشارت النتائج إلى أن أقصى قدر من التأثير كان من نصيب الأفراد في الحلقة الوسطى من العمر (25-54 سنة)، في حين تضائل هذا التأثير لدى الأفراد دون الخامسة و العشرين و فوق الرابعة و الخمسين، و قد فسر الباحثون تلك النتيجة بأن الدمار الذي ينال توقعات المستقبل بالنسبة لهذه الحلقة من العمر يكون أكثر حجماً، و أوقع أثراً من غيره، فصغار السن مازال أمامهم فرصة التعويض، و من هم فوق الخامسة و الخمسين لم يعد لديهم من التوقعات المستقبلية أو الطموحات التي يخشون عليها، و توافقت هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسات أخرى.(Price, 1978). (مكتب الانماء الاجتماعي: ص: 20-21، 2000).

أما بالنسبة للأطفال و صغار السن من الشباب فقد أظهرت الدراسات تناقضا واضحا في نتائجها، ففي حين أشارت بعض النتائج إلى تباين أثر الكوارث (الاجتماعية أو الطبيعية) على الأطفال و المراهقين، خلصت نتائج أخرى إلى أن الأطفال الأكثر تأثراً تقع أعمارهم بين الثامنة و الرابعة عشر، و أن التباين المشار إليه سلفاً يرجع إلى الاختلاف في مقاييس الأثر النفسي أو تحديد موقع الاضطرابات.(Gibbs, 1989).

1-1-1 د - انخفاض نسبة الذكاء و المستوى التعليمي: أكدت الدراسات أن انخفاض القدرات العقلية و انخفاض مستوى الذكاء قبل التعرض للحدث الصادم، يعدان من المتغيرات الهامة التي تزيد من احتمالية الإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة و تطويره.

1-1-1 هـ - جنس الفرد و عمره و مستواه الاقتصادي الاجتماعي: حيث أثبتت الدراسات أن الإناث أكثر قابلية و استعداداً من الذكور لتطوير اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لديهن، كما أن الأفراد متوسطو العمر أكثر عرضة للإصابة باضطراب ضغط ما بعد الصدمة من غيرهم، و الأفراد ذوي المستوى الاقتصادي المنخفض أكثر استعداداً للإصابة باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة و تطويره.

1-1- و - المشكلات الأسرية و السلوكية في مرحلة الطفولة و الخبرات الصادمة السابقة: فوجود تاريخ للعنف الجنسي أو الجسدي في مرحلة الطفولة يساهم بشكل كبير في زيادة أعراض اضطراب ضغط ما بعد الصدمة.

1-2- عوامل الوقاية:

1-2- أ - استراتيجيات التعامل: من أجل إدارة حادث ضاغط، يمكن للأفراد توظيف استراتيجيات مختلفة سواء كانت سلوكية أو معرفية، و التي يعرفها لازاريس و فولكمان على أنها " الجهود السلوكية و المعرفية المبذولة لتدبر المطالب الداخلية و الخارجية، التي يتم ادراكها بصورة تفوق مصادر الفرد"، و من الطرق المعتادة لإدارة الضغوط، الاستراتيجيات المرتكزة على المشكلة، و الاستراتيجيات المرتكزة على الانفعال. (Lazarus et Folkman, 1984).

و عليه فإن بعض الاستراتيجيات تسيير الضغوط تسمح بالتكيف أحسن بعد حادث صادمي، فمثلا العسكريين الذين يستعملون استراتيجيات إدارة الضغوط المرتكزة على الاقتراب في وضعية الحرب، يبدون أعراض أقل لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، خاصة خلال تعرضهم إلى قتال أكبر، و في الصدد نفسه، العسكريون المشاركون في حرب الخليج الذين لم تظهر عليهم أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يستخدمون أكثر استراتيجيات التكيف المرتكزة على المشكلة، كما يستخدمون استراتيجيات المرتكزة على الانفعال بصفة أقل مقارنة بزملائهم الذين أصيبوا باضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (Sutker, Davis, Uddo et Ditta, 1995).

1-2- ب - الصلابة النفسية: حسب الباحثين، فإن هذا النوع من الشخصية يعزز التكيف بعد الحدث الصادم، كما أظهر باحثين آخريين أن هذا النوع من الشخصية يدرك الأحداث الضاغطة على أنها محفزة بدلا أنها مهددة، حيث أن هذا النوع من الشخصية يتميز بـ:

✓ الالتزام: و هو الميل إلى المشاركة بنشاط و الانخراط في الأنشطة بدلا من البقاء سلبيا و خاملا بالإضافة إلى القدرة لإعطاء معنى للأحداث التي مرت بها.

✓ التحكم: و هو تصور وجود بعض السيطرة على الأحداث التي تحدث، بدلا من الشعور بالضعف.

✓ التحدي: و هو الاعتقاد بأن التغيير يعزز نمو الشخصية فضلا عن وجود الانفتاح و المرونة، و ليس

الاستقرار. (Kobasa et al, 1982).

و عليه، فإن هذا النوع من الشخصيات لدى العسكريين، و أسرى الحرب، و قدماء الحرب، و النساء ضحايا الاعتداء الجنسي في الطفولة، يتميز بانخفاض احتمالية استيفاء معايير التشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فمثلا جنود حرب الخليج الذين لم يظهروا أية عرض من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، تحصلوا على نتائج جيدة على مقياس الصلابة النفسية خاصة في بعد الالتزام. (Sutker et al, 1995).

1-2- ج - الفعالية الذاتية: الأشخاص الذين يتمتعون بحس عالٍ من الكفاءة الذاتية، غالباً ما يتوقعون النجاح، و حل المشكلات، و التغلب على التحديات، و القدرة على إدارة المواقف العصبية، فمجرد وجود توقعات عالية للفعالية الذاتية في تنفيذ النشاطات المختلفة و حل المشاكل، يرتبط أقل بظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بين ضحايا الكوارث الطبيعية. (Stéphane Guay & André Marchand, 2018).

1-2- د - الخبرة السابقة و التكوين المناسب: (معايشة أحداث عصبية سابقاً، أو التي تم التدريب على الرد عليها). فقد تسمح التجربة للأفراد الأكثر عرضة للأحداث الصدمية في مجال العمل، الشعور بالاستعداد لمواجهة الأحداث القادمة و التحكم، و بالتالي الاحساس بضغط نفسي أقل في العمل، كما تسمح الخبرة من تقليل التأثيرات الأولية و اللاحقة للأحداث الصادمة، من ناحية أخرى يسمح تدريب الأفراد على دور محدد جيداً من تقليل الشك بشأن المهام التي يجب عليهم القيام بها، ويزيد من كفاءتهم في العمل. (Raphael, 1986).

كما تظهر التجربة الاكلينيكية أنه يجب أيضاً مراعاة عوامل أخرى، سواء درست بصفة مقتضية، أو لم تدرس على الإطلاق، أو أنها لم تلقى الدعم التجريبي الكافي حتى الآن، قد يشمل ذلك الخصائص الشخصية للضحية أو هشاشته النفسية (على سبيل المثال، طريقته في إدراك و تفسير أحداث الحياة اليومية، ومعتقداته أو حتى مفاهيمه الأساسية للحياة و العالم من حوله، و تدني تقديره لذاته، و سماته الشخصية).

قد تكون بعض الضغوطات الأخرى عوامل ضغط موجودة قبل الحدث الصادم (على سبيل المثال، الطلاق، الحزن فقدان الوظيفة، الصعوبات المالية)، و مشاكل متعلقة بالطفولة و النمو (على سبيل المثال، جو عائلي مضطرب، إعتداء جسدي، إنقطاع العلاقة بين الطفل و الوالدين، مشاكل سلوكية

أثناء الطفولة بما في ذلك التصرفات، صعوبات في تطور الجهاز العصبي المركزي، علامات اضطرابات عصبية خفيفة، ضعف القدرات الفكرية) أو صعوبات نفسية أخرى مثل تعاطي أو الاعتماد على الكحول أو المخدرات. (Marchand et Brillon, 1999; Starcevic, 2005).

2 - عوامل خلال الصدمة:

2-1- عوامل الخطر:

2-1- أ - نوع الحادث الصادم: يشكل نوع الحدث المعاش في العديد من الدراسات عاملاً يمكن أن يتنبأ بظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث تجدر الإشارة إلى أنه يمكن تصنيف الأحداث الصادمة إلى مجموعتين متميزتين وفقاً لخصائصهما:

✓ الأحداث الصدمية من النوع الأول: عادة ما تكون أحداثاً مفاجئة وغير متوقعة و محدودة زمنياً، على سبيل المثال الكوارث الطبيعية.

✓ الأحداث الصدمية من النوع الثاني: عادة ما تكون لمدة طويلة، متكررة، تراكمية، من صنع الانسان، متوقعة من طرف الضحايا، على سبيل المثال: العنف الأسري، الاعتداء الجسدي أو الجنسي، التعذيب، أو التجارب العسكرية.

و في هذا الصدد يفترض العديد من الباحثين أن الصنف الثاني من الأحداث الصادمة هو الأكثر ارتباطاً بظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (Stéphane Guay & André Marchand, 2018).

2-1- ب - شدة الحادث الصادم: تعتبر شدة الحدث الصادم في العديد من الدراسات منبئ بتطور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و غير ذلك في دراسات أخرى، و عليه يجب الاتفاق من البداية أن شدة الحدث الصادم يظل مفهوماً معقداً و مثيراً للجدل، لأنه لا يوجد إجماع على الأبعاد التي تحدد، فغالبا ما يتم تقييم شدة الحادث الصادم من خلال تصور وجود خطر على الحياة، و بالتالي ترتبط الدرجة المتصورة من التهديد للحياة التي يتعرض لها الفرد بخطر الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (Stéphane Guay & André Marchand, p : 60, 2018).

2-1- ج- الانفعالات السلبية: الأفراد الذين يعيشون ردود فعل انفعالية سلبية قوية (خوف و الشعور بالذنب، و العار، و الغضب، و الاشمئزاز، و الحزن)، أو ردود فعل قوية جسدية للقلق (خفقان، رعشة،

دوار، تعرق، سخونة أو قشعريرة) خلال أو مباشرة بعد الحادث الصادم هم الأكثر عرضة لتطوير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (Stéphane Guay & André Marchand, 2018).

2-1- د- التفكك الصدمي: حقيقة الشعور بالانفصال، غياب التفاعل العاطفي، الانطباع بالغبرة عن الواقع، و تبدد الشخصية، يشكل عاملاً من عوامل التعرض لظهور أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (Stéphane Guay & André Marchand, 2018).

و مما تم تناوله سابقاً، فإن بعض هذه العوامل قد تحدد مسار و شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، في حين أظهرت عوامل الخطر المتعلقة بفترة الصدمة أنها ترتبط بقوة بشدة بظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و إزمائه، في حين لم تظهر أية دراسة عن وجود عوامل حماية خلال حدوث الصدمة.

3- العوامل ما بعد الصدمة

3-1- عوامل الخطر:

3-1- أ- الومضيات الحياتية الضاغطة: تشهد العديد من الدراسات أن مواقف الحياة المجهدة التي تحدث بعد الأحداث الصدمية (فقدان الوظيفة، صعوبات مالية، مرض أو وفاة أحد الأقارب) ترتبط بظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استمرارها. (Stéphane Guay & André Marchand, p : 63, 2018).

3-1- ب- الصحة النفسية: يبدو أن أعراض الاكتئاب لدى الأشخاص المصابين بحدث صادم تؤثر على أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Shalev et al, 1996) ، ففي الواقع تزامن وجود اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مع الاضطراب الاكتئابي الرئيسي لدى قدامى المحاربين له تأثير لزيادة محنتهم و شدة ردود أفعالهم بعد الصدمة. (Bleich, Koslowsky, Dolev et Lerer, 1997).

3-1- ج - اضطراب الضغط الحاد: أظهرت دراسات تنبؤية أن اضطراب الضغط الحاد يعتبر مؤشر قوي لظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فوفقاً لدراسة (Harvey et Bryant, 1998)، حوالي 13% من الأشخاص الذين تعرضوا لحادث سير، ظهرت عليهم أعراض اضطراب الضغط الحاد، و في وقت لاحق، 63% من هؤلاء الأفراد تظهر عليهم أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (Stéphane Guay & André Marchand, p : 63, 2018).

3-1- ج- المساعدة الاجتماعية السلبية: تعتبر المساعدة الاجتماعية من المتغيرات التي حظيت باهتمام كبير في مجال الصحة العقلية، ففي مجال الصدمة النفسية يتفق الباحثون على أن غياب الدعم الاجتماعي أو حتى الدعم الاجتماعي الناقص أو السلبي يزيد من حدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فحسب دراسة (Brewin et ses collaborateurs, 2000)، تعتبر نقص المساعدة الاجتماعية من أهم ثلاث عوامل خطر. (Stéphane Guay & André Marchand, p : 63, 2018).

3-2- عوامل الوقاية:

3-2- أ- المساعدة الاجتماعية الايجابية: أظهرت العديد من الدراسات أن المساعدة الاجتماعية الايجابية تلعب دور أساسي في الوقاية من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالأفراد الذين يحاطون بنظم قوية تساندهم بعد تعرضهم للحدث الصادم أقل عرضة و قابلية لتطوير أعراض الاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما تعتبر المساعدة الاجتماعية المناسبة عامل حاسم في التعافي من الصدمة، خاصة باعتبارها متغير قابل للتعديل، فالمختص له كل الميزة في تفضيل إشراك الزوج أو الزوجة، أو أحد أقارب المريض. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 23-24).

و فيما يلي جدول يلخص عوامل الخطر و الوقاية حسب التسلسل الزمني (قبل الحادث الصادم، خلال الحادث الصادم، بعد الحادث الصادم).

الجدول رقم (3-2) يبين عوامل الخطر و الوقاية من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

عوامل الحماية (الوقاية)	عوامل الخطر	
<ul style="list-style-type: none"> - الاستراتيجيات السلوكية و المعرفية المستخدمة مع الضغط. - الشخصية المقاومة للضغط. - الخبرات السابقة و التكوين المناسب. 	<ul style="list-style-type: none"> - السوابق النفسية و العقلية (الشخصية و العائلية). - الأحداث الصدمية السابقة. - المتغيرات الديموغرافية. 	قبل الحادث
	<ul style="list-style-type: none"> - نوع الحادث الصادم. - شدة الحادث الصادم. - الاستجابة الأولية للحدث الصدمي (الانفعالية و الجسدية). 	خلال الحادث

	- التفكك. - الهلع.	
- المساعدة الاجتماعية.	- الضغوط الحياتية الحالية. - الأعراض الاكتئابية. - اضطراب الضغط الحاد. - مساندة اجتماعية غائبة أو ضعيفة أو غير مناسبة.	بعد الحادث

7- النظريات المفسرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

اختلفت النظريات المفسرة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة و ذلك حسب الخلفية العلمية و النظرية، حيث اقترح العلماء عددا كبيرا من النماذج النظرية في محاولة لتنظيم الأنماط الملاحظة لردود الفعل في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة النفسية، و عليه لا يمكننا تفسير و فهم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من خلال نظرية واحدة فقط، لأن هذا الاضطراب متعدد الأوجه و ذو عوارض متنوعة.

7-1- نظرية التحليل النفسي:

تعتبر نظرية التحليل النفسي (سيجموند فرويد) من أقدم النظريات الكلاسيكية التي تعاملت مع الاضطرابات الانفعالية على أساس فسيولوجي، حيث افترضت هذه النظرية أن العوامل الوراثية تعتبر من أهم العوامل التي تتسبب في حدوث اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، و تهتم هذه النظرية كذلك بالخبرات المؤلمة و بالذكريات المحزنة السابقة التي تعرض لها الفرد في طفولته، على اعتبارها دافعا قويا لمعاناته عندما يكبر و يتعرض لخبرات أو ذكريات مماثلة و شبيهة بما كان يعاني منه في طفولته، و هذا ما يجعله يعاني من أعراض ضغط الصدمة النفسية.

و من ملاحظات فرويد (1937/1939/1964) عن المحاربين القدامى الذين أصيبوا بالصدمة خلال الحرب العالمية الأولى، أشار إلى اثنين من الخصائص الكبرى التي تعرف إليها العلماء الآن تعتبر من خصائص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة و هما: التكرار أو إعادة التجربة، و الإنكار أو التجنب.

و تركز نظرية التحليل النفسي على السمات الشخصية للإنسان، و لاسيما السمات الشخصية المؤهلة بالصدمة و التي عانى صاحبها من خبرات الطفولة المؤلمة و من التصاقها به، و احتزانها في

اللاشعور عنده في عقله الباطن، و التي تكون مؤهلة لاسترجاعها على سطح الشعور و الوعي إذا تعرض هذا الفرد لأحداث و مواقف مشابهة لتلك التي حدثت له في طفولته.

و يتحدث أصحاب نظرية التحليل النفسي عن وجود تفاعل كبير و قوي بين خبرات الطفولة السلبية المبكرة و الأحداث و المواقف الحالية التي يمر بها الفرد و التي تحمل خبرات سلبية مشابهة لأنه يسترجع الماضي و يربطه بالحاضر و يعيش المأساة المتشابهة.

و لقد تناولت هذه النظرية الصدمة النفسية بوجهتين يصعب التفريق بينهما نتيجة تداخلهما و هما:

أ- وجهة النظر الدينامكية:

افترض فرويد في المحور الأول أن الصدمة النفسية دائما جنسية و تنتج عن الاغراء، و أشار إلى أن حدوث الصدمة يقتضي توفر أمرين:

الأول: هو حادث إغواء لكائن غير ناضج و يكون في وضعية سلبية و غير مهياً.

الثاني: هو العامل المفجر أو البعدي (l'après-coup) الذي تأخذ الصدمة معناها من خلاله، فهو الذي ينشط الإثار الذكورية (ذاكرة) المتعلقة بحادث الإغواء المبكر الذي عمل الكبت على حجب و نسيانه. (لابلايش و بونتليس، 1997، ص: 63).

تناول فرويد الصدمة النفسية في هذا الإطار من زاوية الظواهر النفسية التي تصاحبها، و الصراعات التي تستثيرها القوى ذات المنشأ النزوي و نتيجة الاندفاع الذي تشكله، و يرى في "دراسات حول الهستيريا"، أن الصدمة هي جنسية أساسا و يجرى عمل الصدمة إلى عناصر و يفترض دوما وجود حدثين على الأقل، حيث يتعرض الطفل إلى المشهد الأول الذي يسمى مشهد الغواية إلى إغراء جنسي من قبل الراشد بدون أن يولد هذا الاغراء عنده إثارة جنسية، و بعد البلوغ يأتي المشهد الثاني الذي غالبا ما يكون عديم الأهمية ظاهريا، يوقظ المشهد الأول من خلال احدى السمات المترابطة بينهما و بذلك يطلق فيض من الاستثارة الجنسية التي تبعث الخلل في أليات دفاع الأنا. (سيجموند فرويد، ترجمة جورج طرابيشي، ص: 55). عن (ليلي شكمبو، 2005، ص: 126).

ب- وجهة النظر الاقتصادية

دفع مشكل عصاب الحرب فرويد إلى أن يوجه انتباهه للصدمة النفسية من زاوية أخرى أنه التصور الاقتصادي لها، فقد عرفها على أنها انكسار واسع لصد الاثارات كإشارة إلى عجز الجهاز النفسي على تصريف فيض الاثارات الكبيرة، ذلك أن إجلاء هذه الكمية المعتبرة من الاثارات هي مهمة مبدأ اللذة، و الذي يجد نفسه مباشرة خارج التأثير بسبب عنف و مفاجئة الصدمة النفسية ، فبسبب المباغته لا يقوم القلق كإشارة انذار بمهمته، و بالتالي لا تتم تعبئة العمليات الدفاعية بصفة ملائمة.

فالصدمة في محورها الثاني هي غياب النجدة في أجزاء الأنا التي ينبغي أن تواجه تراكم الاثارات التي لا تطاق سواء كانت ذات مصدر داخلي أو خارجي، مما ينتج عنه اضطرابات دائمة في قيام الطاقة الحيوية بوظيفتها.

تعززت هذه النظرية بفعل الحرب العالمية الأولى، حيث احتلت العصابات الصدمية مكانة هامة في دراسته بين (1916-1920)، و أصبح مصطلح الصدمة ليس له إلا المعنى الاقتصادي، حيث تطلق تسمية الصدمة على حدث غير ممتد في الوقت و المكان، يحمل معه فيضا من الاستثارة النفسية تفوق شدته عتبة التحمل التي يتوفر عليها الفرد، مما يخلق اضطرابات دائمة في استعمال الطاقة النفسية.

7-2- نظرية معالجة المعلومات

تعتبر نظرية معالجة المعلومات من أهم النظريات التي قدمت وصفا دقيقا لعملية اضطراب ضغط ما بعد الصدمة PTSD، و تركز هذه النظرية على النظريات الكلاسيكية و المعاصرة للصدمة، كما أنها تولي اهتماما جليا لمعالجة المعلومات والنظريات المعرفية للانفعالات. (الديوان الأميري، 2001 أ).

فعندما يتعرض الفرد للصدمة تكون كمية المعلومات كبيرة مثل الصور و الأفكار، منها ما يستوعبه و يعالجه الدماغ، في حين أن القسم الآخر لا تتم معالجته بالطريقة الصحيحة، و قد يكون السبب في ذلك نقصا في المعلومات أو أنها قد تفوق طاقة الجهاز العصبي في استيعابها، و هذا يعني أن الخبرة الصدمية لا تتلاءم فيها المنبهات الخطيرة و الفجائية مع خبرات الشخص و نماذجه، لأنها تتخطى المدى الطبيعي للتجربة الإنسانية، و عليه فإن معالجة المعلومات ستكون مضطربة و مشوهة، و تبقى المعلومات أو المنبهات الصادمة ناشطة و تعمل بشكل مستمر في ضغطها المؤلم على الشخص المصدوم الذي يحاول تكرار

إخراجها من الوعي ليشعر بالأمن و الراحة، و لهذا فإن الشخص المصدوم ليس أمامه خيارا إلا اللجوء إلى استخدام وسائل الدفاع السلبية مثل النكران و التبلد و التجنب، و جميعها تشكل أعراضا بارزة لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة.(الديوان الأميري،2001، يعقوب، 1999).

و بما أن المنبهات الصادمة تبقى في منطقة الوعي ناشطة من وقت لآخر، فإنها تستحضر المشاعر المؤلمة و الصور و الأفكار المأساوية المرتبطة بالصدمة بشكل قهري و متكرر، وتكون على شكل كوابيس، و أفكار، وصور دخيلة...الخ، و تبقى هذه المنبهات الصادمة تضغط على الشخص المصدوم حتى تتم معالجتها بشكل كامل، و يعتقد هوروتز (Horowitz,1986) أن الهدف الأهم في هذا السياق هو التركيز على اكتمال معالجة المعلومات بدل من التركيز على تفرغ الشحنات الانفعالية، و أن الأفكار و الصور الدخيلة تساعدنا في تسهيل معالجة المعلومات، و كذلك فإن عمليات التبلد و التجنب تساعدنا في التمثيل التدريجي للتجربة الصادمة، و لا يمكن معالجة المعلومات في ظل الرقابة الصارمة التي من الممكن أن يفرضها الشخص المصدوم على نفسه إزاء المنبهات الصادمة، كما أن رقابته الصارمة تؤدي إلى ظهور انفعالات شديدة و خطيرة، في حين أن الرقابة المعقولة ستسمح له باستعادة المعلومات، و قبولها، و معالجتها لتصبح فيما بعد جزءا من حياة المصاب و خبراته.(يعقوب، 1999).

و حسب رأي هوروتز (Horowitz,1986)، فإن الصدمة لا تتم معالجتها أبدا، لذلك تبقى في الذاكرة النشطة، و الصدمة تتضمن معلومات هائلة لا تتوافق معظمها مع الخطط المعرفية للفرد لأنها خارج خبراته العادية (الحمل الزائد من المعلومات)، لذا يجري إزاحة هذه المعلومات إلى اللاشعور، و تعمل أليات الخدر الانفعالي و الإنكار و التجنب كحيل دفاعية بالاحتفاظ بالمعلومات المتعلقة بالصدمة في اللاشعور، و عادة ما يتعرض الفرد لخبرات معينة تجعله يسترجع تفاصيل الصدمة من الذاكرة النشطة و ينفعل بصورة حادة، و قد يسترجع الحدث الصادم عن طريق الكوابيس و هذا كله يسمى اقتحام، و يهدف إلى معالجة المعلومات مما يوجد صور اقتحامية عن الحدث الصادم لا يستطيع الفرد التحكم به، و هذا يجعل هناك خطورة من معايشة الحدث الصادم مرة أخرى إذا ما كان الاقتحام غير متحكم به، لأنه سيؤدي إلى انفعالات حادة و غير متحكم بها، مما يجعل التجنب و الخدر عمليات ضبط لتنظيم معالجة المعلومات لحماية الفرد من الانفعالات.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص:52،51)

و تتمثل الفكرة الأساسية في هذا النموذج في أن الصدمة النفسية لا تتم معالجتها أبداً، و لكنها تبحث عن (الملائمة الأفضل) بين ذاتها في الذاكرة و بين المعلومات الواردة، ذلك أن الأحداث الصادمة تتضمن قدراً هائلاً من المعلومات الداخلية و الخارجية و لا يستطيع معظمها أن يتطابق أو يتوافق مع الخطط المعرفية لدى الشخص.

و تمر معالجة المعلومات الصادمة في خمس مراحل متعددة كما جاءت في الديوان الأميري (2001)، و (يعقوب، 1999) و هي:

المرحلة الأولى مرحلة الصرخة:

و تتصف بالخوف و الحزن و الغضب، و الانفعالات القوية، و النكران، و الصراخ، و النقمة، و ليس بالضرورة أن يمر جميع الأشخاص بهذه المرحلة، و تعتبر الصرخة في هذا المرحلة استجابة طبيعية إزاء المواقف الصدمية، في حين أن الظواهر غير السوية للصرخة تشمل الهلع، و السلوك التدميري، و الاستجابات الانفعالية العنيفة، و النوبات المفاجئة للاهتياج. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 53).

المرحلة الثانية: مرحلة الإنكار

و تتصف بالتجنب و النكران و التبلد، و تكون الاستجابة العادية في هذه المرحلة في تجنب ذكريات الصدمة، و في رفض تلك الصور و الأفكار المتعلقة بها أو في مواجهتها، في حين أن الاستجابة المرضية تظهر من خلال السلوك الاحكامي اللاتكيفي، و الانسحاب الاجتماعي، و تعاطي العقاقير أو المخدرات، و الاندفاعية. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 53).

المرحلة الثالثة: مرحلة الاقتحام

و تتصف في التآرجح بين التجنب و النكران، و اليقظة الزائدة للمنبهات المرتبطة بالحدث الصدمي التي تؤدي إلى ردود أفعال ترويعية لمنبهات عادية، و هلوسات حسية، و إحساس بالتخدر، و أفول للمشاعر، و بلادة انفعالية حتى مع الأسرة أو مع من يقدم الخدمة، و آلام انفعالية، و طرد للنوم، و تكون الاستجابات العادية بتواتر أفكار قهرية عن الحدث تقحم نفسها في نشاط العقل كصور و أفكار تطفلية، في حين أن الاستجابات غير العادية تظهر على شكل حالات من الانغمار بالصورة أو الأفكار المستمرة و المزعجة عن الحدث، و يصاحب هذه المرحلة اضطرابات فسيولوجية. (المرجع السابق، ص: 53).

المرحلة الرابعة: مرحلة العمل على مواجهة الواقع

هي المرحلة الانتقالية التي تبدأ فيها آليات مواجهة الواقع و استيعابه، و هي الجانب السوي من الاستجابات، في حين أن الاستجابات المرضية تتمثل في حالات القلق و الاكتئاب و التغيرات النفسية و الجسمية، و حالات التجمد السباتي، و تتغير صفات الفرد من حيث تدني قدرته على العمل و الإبداع أو الحب و تدني قدرته على الفاعلية في الحياة، و تغلب على هذه المرحلة الاستعادة التدريجية لحالة الاتزان من خلال معالجة معنى الحدث الصدمي و التقبل المعرفي الذاتي، كما تتميز هذه المرحلة بقدرة الفرد على التنظيم الذاتي و التوصل إلى قرارات و تحمل المسؤولية و تقبل الذات و العالم بواقعية إزاء الواقع الجديد، و تعتبر هذه النهاية تكيفية للخبرة الصدمية. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 53).

المرحلة الخامسة: مرحلة الاكتمال

تتصف هذه المرحلة بقدرة الفرد على استعادة توازنه و فاعليته في الحياة و ممارسته لأدواره و وظائفه ومسؤولياته، و ينعكس الإخفاق في تحقيق التقدم سلبا على قدرة الفرد على العمل و التفاعل و الحب و التواصل مع الآخرين، و يكون التركيز في هذه المرحلة على اكتمال معالجة المعلومات و التي ستصبح فيما بعد جزءا من النماذج طويلة المدى و الخطط المعرفية الداخلية، و يصبح الفرد غير معزول عن عالمه الخارجي، و تتلاشى الفجوة بين خبرة الحدث الصدمي و بين بقية جوانب شخصيته، و كذلك لم تعد الخبرة الصدمية خبرة مخزونة في حالة نشطة، و هناك عوامل أخرى تلعب دورا هاما في التفاوت بين الأفراد في مدى تقبلهم للحدث الصدمي مثل المتغيرات الشخصية، و أنماط الصراع، و آليات المواجهة، و المتغيرات الثقافية. (المرجع السابق، ص: 54).

و يشير "هوروتيز" إلى أن ظاهرة إعادة الخبرة تظهر في الكوابيس الليلية أو العودة إلى ومضات الماضي تمثل اقتحامات تهدف إلى تسهيل معالجة المعلومات.

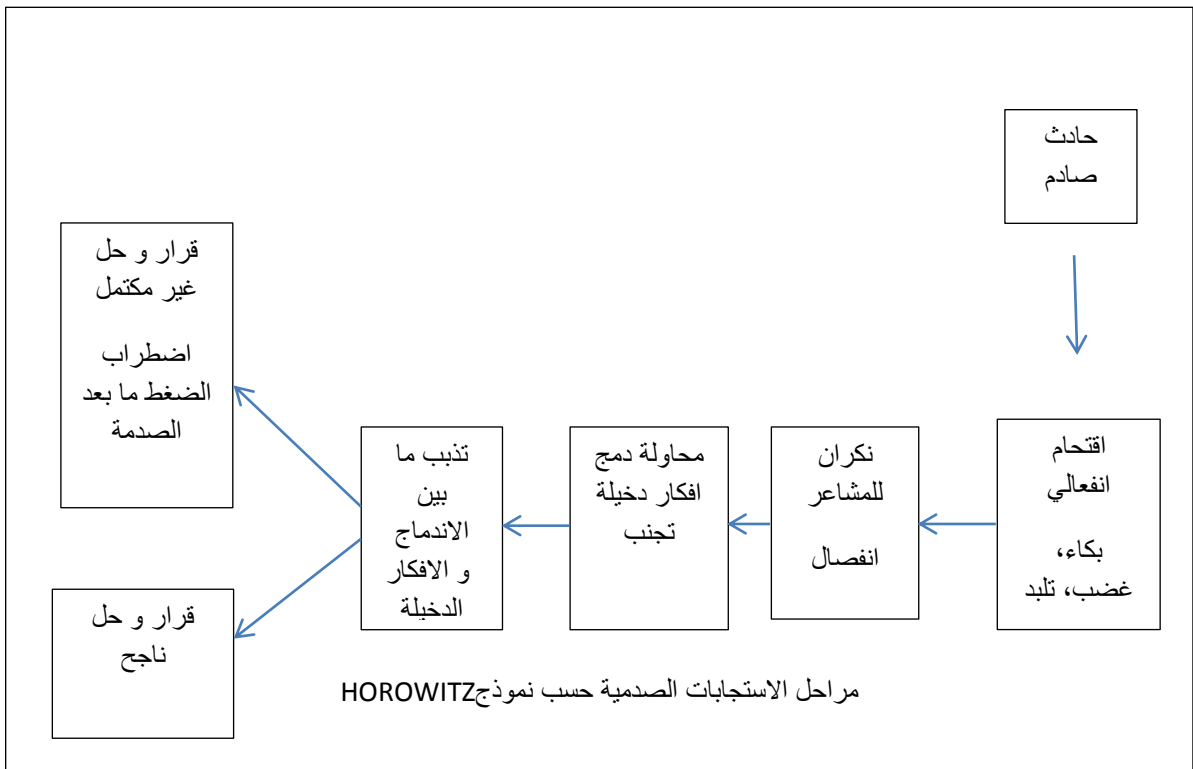
و قد أحدث هذا النموذج أثرا كبيرا حيث تضمن ليس فقط الأفكار النفسية التقليدية، و لكن أيضا أفكارا من النظريات المعرفية للانفعال و معالجة المعلومات و قد إستمر "هوروتيز" في تطوير هذا النموذج و ضمنه أفكارا جديدة.

و يؤكد "هوروتيز" أن هذا النموذج لا ينطبق بالضرورة على كل فرد كما أنه لا توجد نقطة تحول محددة بين كل طور و آخر، و يولي "هوروتيز" أهمية كبيرة لمتغيرات الشخصية و الأسلوب المعرفي و أنماط الصراع و آليات المواجهة لدى الفرد و كذلك المتغيرات الثقافية و غيرها من العوامل، ما يمكن أن يؤثر أيضا في الكيفية

التي يجبر بها الفرد أفكاره و مشاعره في استجابته للأحداث الضاغطة و كذلك في الكيفية التي يعبر بها عن تلك الأفكار و المشاعر.

على الرغم من أن نموذج "هوروتيز" من بين أكثر النماذج شمولاً، إلا أنه يؤخذ عليه أنه فشل في التعامل مع لغز كبير في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة و هو: لماذا يطور بعض الأشخاص اضطراب ضغط ما بعد الصدمة؟ و يتعرض آخرون لمثل هذه الصدمة لكن لا يحدث لهم ذلك؟ كما أن الإجراءات الإكلينيكية التي اقترحت في النموذج أقل وضوحاً و أقل قابلية للاختبار من تلك التي استمدت من نماذج أخرى. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص:54).

المخطط رقم (3-1) يوضح مراحل الاستجابات الصدمية حسب نموذج Horowitz



7-3- نظرية التعلم و الاشراف:

حاولت نظريات التعلم و المعرفة أن تلقي الأضواء على كيفية تشكل هذا الاضطراب من خلال بعض المبادئ و الشروط، على سبيل المثال يعطي التعلم الشرطي أهمية كبرى لمبدأ التعميم في تفسير استجابات القلق و الخوف، و هناك التعلم الفاعل (Skinner) الذي يشير إلى أهمية التجنب في حياة المصاب بالصدمة. (غسان يعقوب، 1999).

يرى أصحاب النظرية السلوكية أن أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية هي بمثابة استجابات متعلمة عند الفرد الذي يتعرض لمثير معين، يمثل مؤشرات خطر أو ضرر قد يحدث له، فأى مثير ضار لأي فرد سيجعله يستجيب له بعدد من المظاهر الانفعالية في صورة أعراض و اضطرابات تدل على معاناته من هذا المثير، و قد يعمم الفرد هذا المثير على مثيرات أخرى متشابهة معه في خصائصها و شدتها و حدتها بالرغم من اختلافها معه في مصدرها، كما أن استجابة للمثير القديم يمكن تعميمها على المثيرات الجديدة مما يجعله في حالة معاناة مستمرة و متكررة ما لم يعالج منها، و المثير هنا يمثل أي صدمة نفسية تعرض لها الفرد، حيث يعتبر مثيرا أصليا يولد مثيرا ثانويا ممثلا في اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، و التي يستجيب لها الفرد باضطرابات انفعالية.

و قد أظهرت العديد من النظريات و النماذج السلوكية التي حاولت تفسير ظاهرة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة النفسية، و من أهم هذه النماذج نموذج (كين و زملائه)، و نموذج (فوي و اساتو و هاو سكامب و نيومان) (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص:56).

أ- نموذج كين و زملائه:

تستند النظريات و النماذج السلوكية في تفسير اضطرابات ما بعد الصدمة على نظرية التعلم ذات العاملين التي قدمها كين و زملائه (1985)، حيث تؤكد هذه النظرية أهمية كل من الاشراف التقليدي (الكلاسيكي) و الاشراف الوسيطي في تطور الاضطرابات النفسية.

و يشبه تطور أعراض الاضطراب اكتساب الاستجابات النفسية و السلوكية للخوف على أساس الاشراف الكلاسيكي، و يعتبر الخوف استجابة متعلمة بالاشراف الكلاسيكي، و يتأكد ذلك من خلال المنظور العصبي و الحساسية العصبية العالية العامة.

كما أن ضحايا الحدث الصادم يميلون إلى تجنب إشارات معينة لكي يخفضوا إلى أدنى حد ممكن ذكرياتهم عن الحدث الصادم الذي عايشوه، و المخاوف التي أحسوا بها حينئذ، و يميلون إلى السلوك الاحكامي للمواجهة الذي يدعم مشاعر الخوف و العزلة الاجتماعية و إدراك الفرد لذاته على أنه عاجز عن التحكم في حياته. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص:57).

ب - نموذج فوي و اساتو و هاوسكامب و نيومان:

و في رأيهم يتأثر استمرار أعراض الضغوط بالعوامل المخففة كالمساندة الاجتماعية، أو بالعوامل المضاعفة كتاريخ الأسرة المرضي، و يمكن اعتبار اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من منطلق المنظور السلوكي على أنه اضطراب أو سوء توافق في دورة الاقدام و الإحجام للمنبهات المختلفة الاشرافية و غير الاشرافية التي تمثل الصدمة.

و يتميز هذا النموذج السلوكي بأنه يقدم تفسيرات مناسبة لبعض فئات أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة مثل أعراض الاستثارة لدى ضحايا الصدمة (مثل الاستجابة الترويعية المبالغ فيها)، و أعراض الإحجام (مثل تجنب الأفكار و المشاعر المتعلقة بالصدمة). (المرجع السابق، ص: 57، 58).

7-4- النظريات و النماذج المعرفية

تحتل النماذج و النظريات المعرفية مكانة متميزة في تفسير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و ذلك لدقتها و شمولها و إسهامها في تفسير نشأة هذه الفئة من الاضطرابات، و في استراتيجيات الإرشاد و العلاج المعرفي، و قد فسرت النظريات و النماذج المعرفية اضطراب الضغط ما بعد الصدمة من خلال عدة نماذج أساسية منها:

أ- نموذج شبكة الذاكرة القائمة على الخوف لـ "فوي و ستكتي و روثوم":

ركز هذا النموذج على أن الأحداث الصادمة تنشأ شبكات من الخوف تتكون من خلال الاشراف و التعميم، مما يفقد الفرد قدرته على التحكم و التنبؤ، فتتولد و تتطور لديه أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة النفسية.

و يفترض هذا النموذج أن "اضطراب الضغط ما بعد الصدمة" ينشأ حينما تصير المواقف أو الأشخاص أو الأشياء التي كانت تتصف في السابق بالأمن و السلامة مرتبطة بخطر بالغ الشدة أثناء الصدمة.

و يستند نموذج معالجة المعلومات لاضطرابات ما بعد الصدمة على نظرية "لانج" "Lang" في الانفعال، و قد قلل "لانج" لأبنية الخوف، فالخوف يكون مخزونا كشبكة في الذاكرة، هذه الشبكة تعمل في الأساس كبرنامج للهروب من الخطر، و تتضمن منبهات متعلقة بالخوف، و استجابات

لفظية و سلوكية و نفسية و معنى للمعلومات الخاصة بالمنبهات و الاستجابات و كذلك افترض كل من فوا و ستكتي و روثوم (Foa,Stekette & Rothbaum, 1989) أن الأحداث الصادمة تخلق شبكات خوف كبيرة و معقدة.

وفقا لهذا النموذج تتطور "شبكة للذاكرة قائمة على الخوف" لدى الفرد عقب تعرضه لصدمة ما، و تحتوي على معلومات تتعلق بعدد من المكونات التي تشمل المثيرات و الاستجابات المتعلقة بالصدمة. (أفكار، مشاعر، وسلوك). (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص:59).

ب - نموذج الأبنية المعرفية لـ "ماك كان و بيرلمان، 1990"

و هو يهتم بشكل كبير بفردية الشخص الذي يتعرض للحدث الصادم، و يتميز بأنه يعتمد على التكامل بين النظريات و خاصة نظريات الذات و النظرية المعرفية، و قد يعرف هذا النموذج أيضا بنموذج البنائية، و يتميز هذا النموذج بأنه يولي أهمية كبيرة لفردية الشخص ضحية الصدمة، لذا يركز "ماك كان و بيرلمان" على الاستجابة للصدمة، و ليس على الصدمة في حد ذاتها، فالأفراد يتمتعون بمقدرة كاملة على بناء واقعهم الشخصي كلما تفاعلوا مع بيئتهم، و تعتبر الصدمة خبرة مدمرة تمزق العناصر المحورية للوجود لدى الفرد. (المرجع السابق، ص:59، 60).

ج - نموذج التقدير المعرفي لـ "جانوف بولمان و اينشتاين"

و يشترك هذا النموذج مع النموذج السابق حيث يرى في الحدث الصادم عامل ممزق لافتراضات الفرد الأساسية عن العالم من حوله، و ينظر كذلك إلى الأحداث الصادمة على أنها عوامل ممزقة لهذه الافتراضات عن الذات و العالم، و يعتبر اضطراب ضغط ما بعد الصدمة استجابة غير تكيفية ورد فعل للحدث المهدد الذي يعصف بمستوى عميق بهذه الفرضيات أو المعتقدات الرئيسية في النظرية الشخصية عن الواقع، و يعتبر نموذج التقدير المعرفي مهما في فهم الاستجابات للصدمة على أساس متصل يمتد من الاستجابات السوية أو العادية إلى الاستجابات المرضية أو الغير عادية. (المرجع السابق، ص: 60).

د - نموذج المعالجة المعرفية لـ "كريمير و بيرجس و باتسون، (1994)"

اهتم هذا النموذج بالمعالجة المعرفية من خلال استخدام ميكانيزمات العمليات المعرفية لمعالجة ردود الفعل على الصدمات عبر خمس مراحل:

- أ- التعرض الموضوعي: العامل الرئيسي هو خطورة مصدر الضغط الذي يؤدي إلى الصدمة.
- ب- شبكة المعلومات: والتي تتحدد أساسا بالإدراكات الذاتية و المعنى المرتبط بالخبرة.
- ج- الاقتحام: أثناء المرحلة تنشط شبكة الذاكرة في معادلة لمعالجة و تحليل الذكريات المرتبطة بالصدمة.
- د- التجنب: و تتصف باستخدام الهروب و التجنب كخطط لمواجهة الأفكار المقتحمة و ما ينجم عنها من استجابات مهمة.
- د- النتيجة: و يتحقق فيها التعافي من خلال شبكة معالجة الحلول. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 60، 61).

7-5-: النظريات و النماذج النفسية الاجتماعية

أ- نموذج ويلسون و زملائه (1985)

و يعتبر هو الأهم من بين النماذج النفسية الاجتماعية، لأنه ركز على التفاعل بين الحدث الصادم و بين الاستجابات العادية للكارثة، و خصائص الفرد و البيئة الاجتماعية و الثقافية التي يخبر بها الفرد الحادث الصادم، و يسترد فيها توازنه و فاعليته، و يركز هذا النموذج على نموذج معالجة المعلومات لـ "هوريتز" الذي يركز على الفروق الفردية بين الأشخاص في تطور اضطراب الضغوط، حيث تتطور لدى البعض و ينجو منها البعض الآخر.

فالفرد يخبر عبثا نفسيا زائدا عن قدراته حتى تتكامل الصدمة بنجاح داخل الخطط المعرفية لديه، و يؤدي إخفاقات دفاعات الأنا و أليات المواجهة إزاء الكارثة إلى العجز في معالجة الخبرة الصادمة، لكن البيئة المواتية تساعد على التعامل مع الصدمة و استيعابها.

و يركز هذا النموذج على التفاعل بين عوامل الفرد و عوامل الصدمة، باعتبارها كلها عوامل ضرورية و كافية لتطوير اضطراب ما بعد الصدمة، كما يركز على أهمية المتغيرات الموقفية، أي المواقع و الأماكن التي حدثت فيها الصدمة. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 61).

و نجد أن هذا النموذج قد حظي باهتمام كبير من الباحثين ذلك لأنه يتميز بوجود علاقة مباشرة بين السبب و النتيجة، و يؤكد الدور المهم الذي تؤديه العوامل البيئية الاجتماعية في نشأة و تطور أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة، و كذلك الخصال الشخصية للفرد و كيف تقف جميعها كخط دفاع لدى الفرد لحماية من تطور أعراض اضطراب ما بعد الصدمة، و لكنه تجاهل تماما دور العوامل الحيوية و الفسيولوجية في نشأة و تطور أعراض اضطرابات ما بعد الصدمة.

و يبرز "ويلسون" عدة خصائص تصف الخبرة الصادمة لعلاقتها الوثيقة بالاستجابات بعيدة المدى للصدمة، منها : شدة الصدمة، و سرعة الإنذار ببداية وقوع الصدمة، و درجة الحزن و الأسى، و نسبة التأثير في المجتمع بالتهديد للحياة، و التعرض للموت، و الضغوط المتعلقة بالصدمة و ما فيها من دمار و موت، و الدور الذي يلعبه الشخص الباقي على قيد الحياة هل هو دور سلبي أو ايجابي، و درجة احتمالات الصراع المعنوي إزاء معاودة حدوث الصدمة و التحكم فيها و ما تحدته من معاناة لدى الفرد المصدوم.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 61-62).

إن النموذج النفسي الاجتماعي لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يمثل إطارا عاملا قابلا للتطبيق على كل الخبرات الصادمة، و تبدو قيمته في نتائج البحوث التي أجراها "ويلسون و كراوي" على المحاربين القدامى في حرب فيتنام. حيث وجد أن الجنود المراهقين والذين تتراوح أعمارهم ما بين (18-24) يتعرضون لضغوط ومخاوف شديدة، تعرقل لديهم نمو الهوية الايجابية، و الأهداف الواضحة و الطموحات، و من الصفات البارزة لديهم التبدل العاطفي و الفكري، اليأس، عدم الثقة بالنفس و قلة الطموح، و هذا يعني أنهم أخفقوا في تحقيق مطالب النمو، و الذي توقف لديهم عند المرحلة السادسة (العزلة بدل الالفة)، و ذلك حسب نظرية أريكسون في النمو، و انخفض تقدير الذات لديهم و سيطر الغموض على هويتهم، و يرد ويلسون هذا الواقع المؤلم إلى إخفاق الشبان المقاتلين في فيتنام بتحقيق استحقاقات المراهقة و غياب الدعم اللازم لهم من المجتمع، و هذا الاخفاق لن يسمح للفرد بتحقيق النجاح و التقدم في حياته المقبلة بسبب اخفاقه في بناء الهوية الايجابية. (يعقوب، 1999، ص: 76).

7-6- النظريات و النماذج السيكودينامية:

فسرت النظريات و النماذج السيكودينامية اضطرابات ما بعد الصدمة من خلال أربع نماذج

رئيسية هي:

أ- النموذج السيكودينامي التقليدي:

و ركز هذا النموذج على التفاعل بين خبرات الطفولة المبكرة و الظروف الفعلية للأحداث الضاغطة أثناء فترة الحرب، و على الرغم من الاهتمام بطبيعة الأحداث الصادمة و أهميتها، فإن الشخصية قبل الصدمة هي العامل الرئيسي في تحديد احتمالات تطور اضطراب ما بعد الصدمة، و العوامل الوراثية هي أكثر العوامل المنبئة بالإصابة باضطرابات ما بعد الصدمة حسب هذا النموذج، فالتحليل النفسي التقليدي يركز على الفرد و ليس على نوع الصدمة و حدتها و شدتها. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 63).

ب - النموذج النفسي الاجتماعي الارتقائي لـ "ويلسون"

و يعتبر هذا النموذج على أن كل مرحلة من مراحل الارتقاء النفسي الاجتماعي تنطوي على أزمة، و يرجع هذا النموذج آثار الصدمة الشاملة إلى النمو و الارتقاء، حيث يركز "ويلسون" في نموده على المرحلة النفسية الاجتماعية الخامسة من مراحل ارتقاء الشخصية في نظرية اريكسون، و هي مرحلة (هوية الأنا مقابل تشوش الأنا)، و يضيف "ويلسون" بعدا أعمق في نموده النفسي الاجتماعي ليمتد به إلى ما وراء المرحلة الخامسة، ليتضمن ما يسميه بـ (مراحل ما بعد الهوية)، فتأثير الصدمة على عملية النمو لا يقتصر على مرحلة الشباب فحسب، و إنما تنعكس على التابع الكلي للمراحل النفسية الاجتماعية المتعاقبة، فتمتد للمراحل النفسية الاجتماعية المتتالية حتى تصل إلى مرحلة الشيخوخة، و هكذا فتأثير (أزمة النمو) يمتد إلى المراحل العمرية المتتالية، كما تتمثل أزمة النمو في الإحساس باليأس و اللامعنى. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 63-64).

ج - النموذج النفسي التكويني لـ "ويلسون".

طور "ويلسون" إلى جانب النموذج النفسي الاجتماعي الذي أسسه على نظرية (ايريكسون) نمودجا آخر اعتمد فيه على نظرية (ليفتون)، و يسمى النموذج النفسي التكويني، و يشير إلى تكوينات الشخصية لدى الأفراد ذوي اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، حيث تتركز النظرية حول الموت و استمرار

الحياة، و تحتوي النظرية النفسية التكوينية على ثلاث نماذج فرعية تمثل الأساليب التكوينية الأساسية في التفكير و هي:

- **الترباط:** و يعنى الإحساس بالترباطية مقابل الانفصال، أي فكرة الموت.

- **التكامل:** و يعنى التكامل بين الجسم و الأنا مقابل عدم التكامل.

- **الحركة:** أي الارتقاء و التقدم و التغير مقابل الثبات.

و يشير اضطراب الأساليب التكوينية الأساسية إلى تكوينات الشخصية لدى الأشخاص ذوي اضطراب الضغوط ما بعد الصدمة، كما يشير هذا النموذج النفسي التكويني لـ "ويلسون" إلى وجود تشابه كبير بين أعراض اضطرابات ضغوط ما بعد الصدمة لدى المحاربين القدامى في حرب فيتنام و بين أعراض اضطرابات الشخصية (اضطرابات الشخصية النرجسية و اضطرابات الشخصية الحدية). (زاهدة ابو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 63، 64).

7-7- النظريات البيولوجية

حاولت النماذج الحيوية تفسير منشأ و تطور اضطرابات ما بعد الصدمة من منظور مختلف، و يوجد عدة

نماذج منها:

أ - النظرية الوراثية:

يفترض هذا التوجه على افتراض أن هناك عوامل وراثية تؤدي إلى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و لقد تم التحقق من هذا الافتراض بإجراء بحوث متعددة على التوائم، فوجد اتفاقاً أكبر في هذا الاضطراب بين التوائم المتطابقة بالمقارنة مع التوائم المتأخية. (Geldar et al, 1996).

و إستنتج (Skre) و زملائه أن النتائج تدعم الفرضية، و قد توصل (Thro & al, 1993) إلى الاستنتاج نفسه في بحث أجروه على عينة من التوائم استهدفت التعرف على تأثيرات التي يحدثها التعرض إلى المعارك، فوجدوا أن نسبة الاتفاق كانت أكبر بين التوائم المتطابقة مقارنة بالتوائم المتأخية (Beckham et al, 1997)، و عن طريق مراجعة الأفراد الذين تعرضوا إلى المعارك بهدف العلاج توصل (Fay & al, 1987) إلى ما يقرب من ثلثي الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بسبب تعرضهم إلى المعارك ينتمون إلى عوائل فيها أفراد مصابون باضطرابات نفسية. (Masic, 2002)، و تكون قابلية أو شدة تأثرهم النفسي بالأحداث الصدمية عالية فتؤدي إلى الإصابة بهذا الاضطراب.

(علي، 1994)، و يرى المحللون أن العوامل الوراثية تهيء الاستعداد بالإصابة بالاضطراب، فإذا ما تعرض هؤلاء الأشخاص للحدث الصدمي فإن ذلك يؤدي إلى ظهور الأعراض (الحفني، 1992)، و كلما كانت العوامل الوراثية أقل، فإن الأحداث الصدمية تغدو أقل تأثيراً، و لكن الصدمات القوية يمكن أن تسبب الأعراض حتى و إن كان تأثير العوامل الوراثية منخفضاً (المحارب، 1993)، و بناء على ذلك تكون العلاقة بين العوامل الوراثية و الأحداث الصدمية علاقة تفاضل و تكامل، أي بمعنى أنه لا بد أن يكون أحدهما. (العوامل الوراثية أو الصدمية) قوي التأثير لكي تظهر أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (عبد الرحمان، 2000). عن (حسن حمود الفلاحي، طه حميد النمراوي، 2018).

ب - النظرية الحياتية الكيميائية

ينطوي هذا التوجه تحت المنظور البيولوجي غير أنه يركز على العوامل (البيوكيماوية)، فلقد افترض عدد من المنظرين أن التعرض إلى حادث صادم يؤدي إلى إلحاق الضرر بجهاز و نظام إفراز الغدد الكظرية و تحديدا إلى زيادة في مستوى النورادرينالين و الدوبامين و زيادة مستوى الاثارة الفسيولوجية، فينجم عن هذه التغيرات استجابة مروعة من الخوف (الجفلة) تظهر على الفرد بشكل سريع. (الصبوة، 2000)، و تفيد البحوث بوجود بعض الأدلة التي تدعم هذه النظرية، فلقد وجد كوست و زملائه أن مستوى النورادرينالين كان عاليا لدى المرضى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (صالح، 2000).

و أشارت بحوث أخرى إلى زيادة في ضربات القلب و ارتفاع ضغط الدم و زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاإرادية لدى المصابين، و هناك فرضية أخرى خلاصتها أن الجهاز المناعي لدى الأفراد الذين تظهر عليهم اضطرابات نفسية بعد الكارثة يكون ضعيفا، و أن ضعف المناعة النفسية يجعل الفرد غير قادر على مواجهة الكارثة أو حادث آخر. (عكاشة، 1998).

8- المنظور الاسلامي للصدمة النفسية :

إن في الاسلام تفسيرا للصدمة النفسية، و اضطرابها (وفقا لتسميات علم النفس الاكلينيكي و الصحة النفسية) المصائب، و الابتلاءات و الكروب، و الهموم الناتجة عنها (وفقا للتسمية الاسلامية)، لا يوجد لهذا التفسير الاسلامي نظير في أي من الفلسفات العالمية حتى و إن توحدت جميعا، فالإيمان بالقضاء و القدر (خير و شره)، و الموت، و الابتلاءات، و المصائب، و هو إيمان حق يجب التسليم به و تقبله،

قال تعالى: ﴿وَلَنْبَلُونَكُمْ بِشَيْءٍ مِّنَ الْخُوفِ وَالْجُوعِ وَنَقْصِ مِّنَ الْأَمْوَالِ وَالْأَنْفُسِ وَالثَّمَرَاتِ وَ بَشِّرِ الصَّابِرِينَ﴾ (سورة البقرة، الآية: 155).

و حين يؤمن المسلم بأن المصيبة هي من قدر الله، و أنه أمر مكتوب فإن هذا الإيمان يخفف من وطأة الصدمة عليه، قال تعالى: ﴿مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَ لَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِّن قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ﴾. (سورة الحديد، الآية: 22)، و بذلك فإن المؤمن لا يخاف الصدمة النفسية (المصيبة) و إن كانت مواجهة حقيقية مع الموت لأنه لا يخاف الموت أصلاً، و بذلك فإنها لا تترك أثارا نفسية تهز كيانه النفسي بحيث تولد أعراضا نفسية لديه، و يقول (الرازي) إن الصدمات (المصائب) تجعل الفرد أمام الموت، و إن هذا لا يمكن دفعه عن النفس، بل يجب إقناعها أنها تصير (ما بعد الموت) إلى ما هو أصلح لها مما كانت فيه و الذي يخاف الموت هو الذي يتبع هواه دون عقله، و يجب إقناع أصحاب المصائب أن الموت أصلح للإنسان من الحياة، لأن الأذى و الألم إحساس، و الموت ليس فيه إحساس بالألم، و إذا كانت للحي ملذات في الحياة، فإن الميت لا حاجة له لأي ملذة، و إذا كان الموت لا بد منه فإن الاغتنام (الغم و الحزن) بالخوف منه فضل، و التلهي و التناسي عنه ربح و غنم. (النايلسي، 1991، ص:3)، عن (حسن حمود الفلاحى، طه حميد النمراوي، 2018).

إن التفكير في الموت و إعادة تصويره يجلب الألم، و يلاحظ أن هذه الفقرة هي واحدة من معايير (PTSD) وفقا لـ (DSM-IV-94) (إعادة خبرة الحدث الصدمي) مع أن الرازي صنفها قبل أكثر من (مئات السنين)، و يقول الرازي (إن المتصور للموت الخائف منه يموت في كل تصويره موته فتجتمع عليه من تصوره له مدة طويلة موتات كثيرة، فالأجود إذن، و الأعود على النفس (التلطف و الاحتيال) لإخراج هذا الغم عنها، و هذا يكون كما قيل " أن العاقل لا يغتم البتة" و ذلك أنه إذا كان لما يغتم به سبب يمكنه دفعه، جعل مكان (الغم) فكرا في دفع السبب، و إذا كان مما لا يمكن دفعه، أخذ على المكان في التلهي و التسلي عنه عمل في محوه، و إخراجة عن نفسه، و في هذا التفسير العلمي الدقيق يكون الرازي قد سبق علماء النفس الإكلينيكيين، و علماء الصحة النفسية و الطب النفسي المعاصرون بمئات السنين في تفسير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة النفسية

و قلق الموت و الاكتئاب، و استعمال الوسائل و الأساليب الحقيقية في علاج هذه الأمراض.
(الشربيني، 1999 ص: 11). عن (حسن حمود الفلاحي، طه حميد النمراوي، 2018).

9- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند الأطفال:

يشكل اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عاملا مهما في حدوث اضطرابات نفسية معقدة عند الأطفال قد تستمر حتى سن الرشد. (Terr, 1991)، و حددت "تير" نوعين من الصدمة عند الأطفال: النموذج الأول الذي ينجم عن حدث صادم واحد، غير أن الذكريات المؤلمة المرتبطة به تستمر لسنوات طويلة، في هذه الحالة يتذكر الطفل تفاصيل الحدث و هو يصفه بشكل يفوق فيه الراشد، و في فيلم ترجمة ذاتية (وداعا أيها الطفل)، يذكر "تير" أنه بعد أربعين عاما لم ينس أبدا الحدث المؤلم الذي جرى أمامه، و قد كان في الخامسة من عمره حيث شاهد أمامه كيف قتل زوج أمه أخاه الصغير.

أما في النموذج الثاني، فإن الطفل يتعرض لأحداث صادمة تدوم و تتكرر، فالحدث الأول يؤدي إلى صدمة فجائية، بينما الأحداث التالية تدفع بالشخص إلى استبصار المخاطر التي تهدده محاولا أبعاده عن وعيه لتعطيل مفعولها، و هكذا يحاول الطفل أن يتجاهل الحدث و كأنه لا يعنيه، لذا : فهو ينكر الواقع و يعتمد التبلد الانفعالي كوسيلة دفاعية ضد أخطار العالم الخارجي.

و تخلص "تير" إلى القول بأن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة النفسية يتخذ أربع صفات رئيسية :

- ✓ الذكريات و الصور البصرية المرتبطة بالحدث (الأفكار و الصور الدخيلة).
- ✓ تكرار الأفعال و التصرفات كما هي الحال في اللعب، فالطفل يلعب الصدمة و يكرر هذا اللعب.
- ✓ المخاوف الخاصة و الكوابيس المتعلقة بالصدمة، و هناك مخاوف شائعة قد تظهر عند الطفل المصدوم مثل الخوف من الظلمة و الوحدة و الغرباء.
- ✓ الاتجاهات السلبية إزاء الناس و الحياة و المستقبل، إذ يعتقد الطفل بأن المستقبل عبارة عن منظر مليء بالأشباح المرعبة. (غسان يعقوب، 1999، ص: 154).

كما حاولت (Terr, 1985-1990)، أن تدرس الفروقات بين الأطفال و الراشدين فيما يتعلق

باضطراب ما بعد الصدمة، و قد توصلت إلى النتائج التالية:

- ✓ أن الأطفال لا يعانون من فقدان الذاكرة و النسيان بسبب الصدمة.
- ✓ أن الأطفال لا يعانون من التبلد العاطفي الذي نلاحظه عند الراشدين، (نلاحظ الصمت بدل ذلك).

- ✓ أن الأطفال لا يعانون من الومضات الدخيلة، أي أنهم لا يتوقفون فجأة في مسيرة تفكيرهم، و سلوكهم ليعيشوا لحظات مؤلمة مفاجئة تردهم إلى الصدمة.
- ✓ أن أداء الأطفال الدراسي يتأثر بالصدمة (التأخر الدراسي، و رفض الذهاب إلى المدرسة)، بينما يضطرب أداء الراشدين في مجال العمل و الإنتاج.
- ✓ أن الأطفال يعيشون الصدمة من خلال اللعب المتكرر، و هذه صفة خاصة بالأطفال.
- ✓ أن رجاء الطفل بالمستقبل يصبح محدودا و قصير المدى، بالإضافة إلى ما ورد أعلاه على الأهل أن يراقبوا الطفل من خلال الأعراض التي تظهر في سلوكه، و يمكن هنا تسجيل الملاحظات التالية، لعلها تساعد الأهل على اكتشاف اضطراب ما بعد الصدمة عند طفلهم في الوقت المناسب:
- ✓ اضطراب النوم الذي يستمر عدة أيام و أشهر.
- ✓ القلق و الخوف و تعلق الطفل بأحد والديه.
- ✓ رفض الذهاب إلى المدرسة.
- ✓ الخوف من بعض الأشياء و الأمكنة و المنبهات التي تذكره بالحدث (مشاهدة على التلفزيون مثلا).
- ✓ اللعب الدراماتيكي المتكرر.
- ✓ عدم القدرة على التركيز و الاستيعاب بالمقارنة مع سلوكه قبل حدوث الصدمة.
- ✓ اضطراب السلوك في المنزل و المدرسة (انفعال، بكاء، خوف، غضب، عدوانية، انطواء).
- ✓ الرغبة في الانسحاب و الشكوى الجسدية. (غسان يعقوب، 1999، ص: 158)

10- علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

إن علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ليس بالأمر اليسير بإعتبار أن الشخص يتعرض من جهة إلى صدمة مؤلمة تخرج عن نطاق المألوف، و من جهة أخرى فهو يعاني من عدة عوارض معقدة (التجنب و الأفكار الدخيلة، و الاكتئاب، و الخوف، و القلق، الاضطرابات الفيزيولوجية، و الكوابيس، و تعاطي الكحول و المخدرات)، لذا ليس من المستغرب أن تكون نتائج العلاج محدودة، و المتمعن في دراسة تاريخ التكفل بالصدمة، يسمح بملاحظة الصعوبات المتعلقة بهذا الاختصاص، و عليه فإن علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يستدعي علاج دوائي و نفسي.

أ- الأهداف الأساسية لعلاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة

تكمن الأهداف الأساسية من استخدام العلاج النفسي لاضطراب الضغوط التالية للصدمة في عدد

من المحاور الايجابية هي:

- تحسين و تقوية ثقة الفرد الذي تعرض للصدمة النفسية في نفسه و في غيره.
- تحسين و تقوية إحترام هذا الفرد لذاته و إحترامه لغيره.
- خلق الإحساس بالأمل للخلاص من معاناته.
- خلق الإحساس بقدرته على تحقيق التوافق الذاتي مع نفسه و التوافق الاجتماعي مع غيره.
- خلق الإحساس بقدرته على ممارسة مهارات إنجازاته في الدراسة أو العمل أو في حياته الزوجية و الأسرية.
- منع الإحساس بتكرار و إستمرار العجز و الفشل و الإحباط.
- تغيير الرؤية الذاتية السلبية إلى رؤية ذاتية إيجابية في كافة مجالات الحياة و على كافة المستويات و خلال سنوات العمر.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 209).

ب- المبادئ الأساسية في علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة:

- مبدأ التطبيع أو السوية: أي تطبيع الفرد و التعامل معه على أساس أنه طبيعي و سوي، فهناك نمط عام من التوافق التالي للصدمة تشكل فيه المشاعر و الأفكار استجابات طبيعية و عادية، على الرغم من أنها مؤلمة و باعثة على الاضطراب.
- مبدأ المشاركة و التقوية: إن علاج الاضطراب يتطلب عادة استرجاع الذكريات المتعلقة بالصدمة، مما يتضمن استجابات مؤلمة، و هذا يتطلب من الأخصائي تقوية الفرد المصدوم، و هذا ضروري خاصة مع من تعرضوا لصدمة ناتجة عن الأعمال العسكرية و التعذيب و العنف.
- مبدأ الفردية: فلكل فرد أسلوبه الخاص في عملية الاستعادة بعد الاضطراب ما بعد الصدمة، و يجب أن يكون الأسلوب الفردي الفريد للتوافق التالي للصدمة نمطا متوقعا من الفرد، و موضع تقدير و إعتبار و ليس موضع خوف و استهزاء.(المرجع السابق، ص: 210).

ج- أساسيات علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية:

- العمل على زيادة أساس الفرد بقدرته على التحكم بحياته و جسده و عقله و عواطفه، بتبصيره بأعراض الاضطراب و أسبابه.
- زيادة إحساسه بالأمان في بيئته و عمله، و تبصيره بمجالات الخطر المحيطة به.
- مساعدته على التعرف على الصدمة و تحديدها.
- مساعدته على إدراك كيفية تأثر حياته الحالية بالصدمة.
- تقديم السند و المؤازرة له من خلال مواجهة خبرة الحزن و اجتيازها.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 210-211).

د - أنواع العلاجات لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

د- أ - العلاج بالأدوية:

تستعمل أدوية عديدة للتخفيف من أعراض الصدمة النفسية، و قد أعطت نتائج جيدة خاصة في حالة الجمع بين العلاج الدوائي و العلاج النفسي، و تعتمد الأدوية الحديثة على نتائج دراسات علمية عصبية نفسية أثبتت دور نشاط بعض الوسائط الكيماوية في التقليل من حدة الانفعالات و من بين هذه العقاقير:

✓ المثبطات الانتقائية لإمتصاص السيروتونين.(ISRS).

✓ المثبط الانتقائي لإمتصاص السيروتونين و النورا درينالين.(ISRSN).

✓ مضادات الإكتئاب ثلاثية الحلقات.

✓ مثبطات مونو امين اوكسيداز.

✓ مضادات الاختلاجات.

✓ مضادات الذهان.

✓ البنزوديازيبينات.

د- ب - العلاجات النفسية:

أولاً: علاج التحليل النفسي:

قدم العديد من علماء المدرسة التحليلية مفاهيم إكلينيكية تفيد في العمل مع الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث صادمة، و من هذه المفاهيم ما قدمه (فرويد) عن الصدمة النفسية، و حاجز المنبه

و إجبار التكرار، و ما قدمه (ليفتون) عن إنطباع الموت و الشعور بالذنب لدى الناجين من الأحداث الصادمة، و قد قدم (هوروتز) و (لندي) نموذجين للعلاج النفسي كانا موضع تطبيق للاستخدام الاكلينيكي.

✓ نموذج (هورتز) للعلاج النفسي الدينامي:

يتبنى "هورتيز" منحى دينامي في علاج اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة يصفه بـ : العلاج ذو التوجه المرحلي، و العلاج النفسي الدينامي المركز، و العلاج الدينامي المختصر، و العلاج النفسي الدينامي الموجه لعلاج الأزمات، و يركز على جانبين هامين:

- الحمل الزائد من المعلومات.

- المعالجة غير المكتملة للمعلومات.

و يركز هذا النموذج أن الخبرة الصادمة تكون من القوة لدرجة أنها لا تعالج على الفور، لذا يجري استبعادها من الوعي و تظل مخزونة في شكل نشط في الذاكرة، حيث تعمل آلية الخدر على حماية الأنا من المعلومات الصادمة، و غالبا ما تتواتر اقتحامات ذهنية كأفكار و الصور و نوبات الانفعالات، و إحياء الخبرة الصادمة نتيجة استثارها من أحداث خارجية، و تستمر حالة الخدر هذه حتى تتم معالجة المعلومات كلية، و هنا يكون دور العلاج في إكمال معالجة المعلومات، و ليس فقط التفريغ أو التنفيس، و الاقتحامات الذهنية تيسر من عملية معالجة المعلومات، كما تساعد العمليات الدفاعية على الاستيعاب التدريجي للخبرة الصادمة.

و تتحدد ثلاثة أساليب عامة للعلاج تعتمد وفقا لدرجة سيطرة آليات الإنكار أو الخدر و هي:

- التحكم الزائد.

- الاقحام أو التكرار.

- التحكم المنخفض.

و يتضمن العلاج حسب نموذج "هورتيز" أساليب و استراتيجيات تدخل عديدة منها : التنويم المغناطيسي، الايحاءات، المسرحيات النفسية، التنفيس الانفعالي، و التداعي و الكلام و استخدام الصور من أجل الاستدعاء، إعادة البناء المعرفي، المعالجة و إعادة التنظيم، و استدعاء و تدعيم الأفكار المتناقضة، و استبعاد المنبهات البيئية، و الاسترخاء و التغذية الراجعة و الحيوية، و غيرها من الاستراتيجيات و المساندة الاجتماعية القوية و الايجابية.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص:214-215).

✓ نموذج (لندي) للعلاج النفسي الدينامي:

تحدد عملية العلاج النفسي وفقا لهذا النموذج في ثلاثة أطوار:

ييدي الشخص المصدوم مقاومة اتجاه مخاطرته بأن يسمح للمعالج الدخول تحت (غشاء الصدمة) الذي يمثل الحاجز النفسي الذي تكون نتيجة الصدمة، و أصبح يستقطب الخبرات التالية، و يستجيب لها بشكل يؤدي إلى انغلاق الذات على خبراته الصادمة، و يقوم المعالج في هذه المرحلة بإعادة بناء العلاقة بين المنبهات التذكيرية التي تعمل كعوامل مهياة للأعراض، و بين الذكريات الصادمة، و يؤلف ذلك صورة تشكيلية للحدث الصادم، و هذه العملية تعرف بعملية التفسير.

و في هذا الطور المسمى (طور العمل المباشر) يعمل المعالج على مساعدة الشخص المصدوم على تنظيم خبراته الصادمة وفقا لجرعات يتم التحكم بها، و يستخدم التفسير، و إعادة البناء، و القلق الاشاري، و الصورة التشكيلية للحدث الصادم، و يوضح الدفاعات و ما وراءها من حالات انفعالية كالشعور بالغضب و العجز و الحزي و الذنب.

و يسمى هذا الطور بطور الانتهاء و يبدأ الشخص المصدوم باختبار قدرته على السيطرة و التمكن كلما تعامل مع المنبهات التذكيرية الجديدة للحدث الصادم، و يبدأ بالثقة في قدرته على الاحتفاظ بتماسكه في ظل وجود هذه المنبهات و التهديدات، مما يجعله يسترد توازنه الانفعالي، و يستخلص معنى الحدث الصادم، و يستعيد طاقته و احساسه بالاستمرار النفسي بين الماضي و الحاضر و المستقبل.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 215-216).

ثانيا: العلاج السلوكي:

يرتكز العلاج السلوكي على العمل على البيئة الضاغطة و تقليل الاستجابة للمؤثر الضاغط، و تحديد المثير الضاغط و تقليله أو العمل على تلاشيته، و من ثم يركز على تحليل و معالجة الأحداث الطبيعية.

✓ استراتيجيات العلاج السلوكي:

من أهم استراتيجيات العلاج السلوكي و العلاج بالتفجر الداخلي، و يهدف لخفض القلق الناتج عن استدعاء ذكريات الحدث الصادم الذي تعرض له الفرد و يشمل ثلاث مراحل و هي:

1- التدريب على الاسترخاء: بهدف تيسير قدرة الفرد على تخيل مشهد الحادث الصادم، و خفض مستوى القلق المتبقي الذي يتبع تقدم مشاهد الصدمة، و يتضمن الاسترخاء عدة طرق منها التدريب على استخدام كلمات هادئة و إرخاء عضلات الجسم تدريجياً، حتى تصبح الكلمات نفسها باعثاً على الاسترخاء و مرتبطة به، و عادة يتم تسجيلها على أشرطة سمعية لتسهيل تطبيق الحالة لها و هي في منزلها. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 216-217).

2- التدريب على التخيل السار: و يهدف إلى زيادة حالة الاسترخاء لدى الفرد و تحديد قدرته على تخيل مشهد سار مع توجيه الأخصائي، حيث يطلب من الفرد تخيل صوراً أو مشاهد سارة في أماكن يجيها و تستدي منه الاسترخاء، في الوقت الذي يقدم الأخصائي تفاصيل يمكن تصورها عن المشهد السار. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 217).

3- العلاج بالتفجر الداخلي أو بالغمر: و يكشف هذا الأسلوب عن استراتيجية سلوكية يمكن استخدامها كنسق لبناء برامج علاجية لاضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية، و تتضمن عدة أطوار فرعية من أبرزها عمل تنظيم هرمي للذكريات الصادمة، حيث يحدد الفرد الحوادث الصادمة التي تعرض لها، و إذا كان قد تعرض لأكثر من حادث صادم يطلب منه ترتيبها هرمياً بدءاً من الأقل إلى الأكثر استدعاء للقلق، أو يطلب منه ترتيب المشاهد المتعلقة بالحوادث الصادم الواحد بطريقة هرمية أيضاً. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 217).

4- خفض الحساسية المنظم: و يعتبر هذا الأسلوب مفيداً في علاج بعض أعراض اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة كحالات القلق و الخوف و الكوابيس، و يرى (ويلي) أن الشخص الذي يعاني من هذه الأعراض يتقدم بالتدرج من خلال مجموعة المواقف أو الأحداث المتخيلة المثيرة للقلق بدءاً بالأقل إثارة للقلق و إنتهاء بالأكثر إثارة للقلق. (المرجع السابق، ص: 217).

5- التمرينات السلوكية: و توجد الكثير من الأدلة المشجعة لفكرة أثر التمارين في تقليل آثار الضغوط عن طريق تقليل الاستجابة للضغوط ذاتها، ذلك لأن التمارين قد تمثل إطلاقاً صحيحاً للاستجابة البشرية للضغوط، و يركز السلوكيون هنا على تمارين الاسترخاء، و الاسترخاء العضلي الذي يقوم بها الشخص

الذي يعاني من اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة أثناء الجلسات و يؤديها كواجب منزلي باستخدام أشرطة مسجلة. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 217-218).

ثالثا: العلاج المعرفي السلوكي:

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي من العلاجات المفضلة في علاج اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، و يتجلى هذا من خلال توصيات الجمعية العالمية للدراسات الضغوط الصدمية، حيث يقدم العلاج المعرفي السلوكي نظرية تكاملية في تغيير السلوك، و يمكن تحديد نظريتين هامتين أسهمت في تطوير هذا الأسلوب من العلاج هما:

1- العلاج المعرفي الدلالي: و يشمل نظرية الأبنية الشخصية و صاحبها (جورج كيلبي)، و نظرية العلاج المعرفي ل (ارون بيك)، الذي يركز على عمليات التفكير و الأبنية المعرفية، و نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ل (ألبرت أليس)، و تركز على أن المعاناة الانفعالية تعزى إلى الأسلوب الغير تكيفي الذي يرى به الفرد العالم، و إلى المعتقدات اللاعقلانية التي يتمسك و يؤمن بها.

1- أ: نظرية التعلم الاجتماعي: ل (جوليان روتر) و (ألبرت أليس)، و (والتر ميشيل) و (دونالد مايكنباوم)، حيث ركزوا على أهمية التفاعل بين العمليات المتعددة المتضمنة في تفكير الفرد و مشاعره و سلوكه و بين نواتجها في البيئة. (المرجع السابق، ص: 218).

رابعا: شبكة التكافل الاجتماعي:

تعتبر شبكة التكافل الاجتماعي مدخلا وظيفيا لاستراتيجيات الوقاية و العلاج لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة النفسية، و هو نظام يوفره أفراد الأسرة و المقربين من الفرد، و من خلاله يدرك الفرد مقدار الدعم و المساندة التي من الممكن أن يحصل عليها في الوقت الذي يحتاجها، و تشمل المساندة الانفعالية، و تبادل الالتزام بين الفرد و الآخرين، و المساعدة في إتمام المهام و في مواجهة الصعوبات فيعمل التكافل الاجتماعي كحاجز يقي الفرد و الجماعة من الاضطراب و الأتيار، و يخفف من وطأة تأثير الحدث و من تداعياته، و يسهل التوافق و تقوية مهارات المواجهة، فالمساندة الاجتماعية القوية و الايجابية كما لاحظ (هورتز) تساعد في حماية الشخص من تطور أعراض ضغوط ما بعد الصدمة، و توصلت بعض الدراسات إلى أن دعوة الأشخاص للتعبير عن أنفسهم مباشرة بعد الحادثة

المساوية يمكن أن يخفف من بعض أعراض اضطراب ما بعد الصدمة. (زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 231).

خامسا: العلاج الجمعي المعرفي السلوكي:

قدم (مارافيوت) نموذجا لإرشاد جمعي معرفي سلوكي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة باتخاذ إجراءات في البرنامج الإرشادي المنفذ، منها حجم المجموعة من (8-10) أفراد، و عدد الجلسات الإرشادية من (8-10) جلسة في أوقات محددة، و فترات الجلسة مرتين أسبوعيا في المراحل الأولى، ثم مرة واحدة أسبوعيا في المراحل اللاحقة، و مدة الجلسة من (1:30 - 2:30) ساعة، و يركز على أهمية مواظبة حضور الجلسات في مواعيدها، و تعزيز خبرة الجماعة ايجابيا، و تشجيعهم على الرفقة و التماسك و الصداقة و تبادل العناوين، لخلق جو من الألفة فيما بينهم، و تيسير عملية الإفصاح عن الذات، و تشجيع المجاملة و المساندة الاجتماعية فيما بينهم.

أما مراحل العلاج الجمعي المعرفي السلوكي فهي:

1- التهيؤ و الالتزام: و ذلك من خلال جلسة تمهيدية مع كل عضو على حدى يوضح خلالها الأخصائي كيفية العمل خلال الجلسات القادمة الجماعية، و يستمع إلى توقعات و اهتمامات الفرد، و من الممكن عمل نوع من التعاقد الملزم، و يفضل أن يكون مكتوبا لما له من تأثير على استمرارية مواظبة الفرد في هذه الجلسات حتى النهاية.

2- التقدير و التعرف على الأهداف و تحديدها: و ذلك في بداية الجلسات الجماعية المنتظمة.

3- الفنيات و التطبيقات: و هي الإجراءات الإرشادية التي إذا ما استخدمت بشكل جيد أدت إلى نجاح الهدف من الجلسات الإرشادية، و من هذه الإجراءات الإرشادية:

✓ التدريب على الاسترخاء العضلي و الذهني: و ذلك في بداية كل جلسة و تطبيقه في المنزل عدة مرات يوميا.

✓ إيقاف التفكير في الأفكار الوسواسية و غير التوافقية: و تشجيع الفرد على التركيز على الأفكار و الأحداث المثيرة للقلق، ثم يصيح الأخصائي (قف)، و في الوقت نفسه يشجع الفرد على استدعاء أفكار سارة تجري مزاجتها مع الأمر(قف).

✓ النمذجة بواسطة الأخصائي و أفراد الجماعة.

✓ التدريب السلوكي.

✓ لعب الأدوار.

✓ الواجبات المنزلية: كالاسترخاء و التعاقد و سجل الواجبات المنزلية و التمارين و التعيينات المطلوبة.

✓ العلاج بالقراءة: من خلال اختيار مواد قرائية مناسبة لسلوك الأفراد موضوع الهدف.

كما يعمل التفريغ الانفعالي (عرض للحدث الصادم بتفاصيله) على إضعاف تأثير معايشة الصدمة من حين إلى آخر، و التي تعتبر من الأسباب الرئيسية في ديمومة اضطراب ضغط ما بعد الصدمة، و تطوره إلى حالات أخطر.(زاهدة أبو عيشة، تيسير عبد الله، 2012، ص: 233-234).

سادسا: الازالة المبكرة لأثر الصدمة Débriefing

تعتبر من أهم طرق العلاج الوقائية لاضطرابات الضغط ما بعد الصدمة، وذلك بالتدخل مباشرة بعد التعرض للحدث الصادم، و تعتمد على عدة طرق و برامج علاجية حيث يقوم المعالج على استخلاص المعلومات حول كيفية إحساس الفرد بالضغط النفسي الناتج عن حادث الصدمة، و يتم ذلك بطريقة فردية أو جماعية (من 6 الى 15 شخصا)، و في الفترة من 24 الى 72 ساعة بعد التعرض لحادث الصدمة، و يتم تطبيق هذا النموذج على سبعة مراحل: المرحلة التمهيديّة، مرحلة جمع الحقائق، مرحلة التفكير، و مرحلة التفاعل بين المعالج و العميل، أعراض هذه المرحلة، مرحلة المعلومات، و أخيرا مرحلة العودة من جديد أي الجلد.

يتم تنفيذ هذه الخطوات في مجموعة منتظمة، بعد الانتهاء من المرحلة التمهيديّة التي يتم فيها شرح القواعد و الأهداف و دور المعالج للإزالة المبكرة لأثر الصدمة، يطلب من أعضاء المجموعة وصف هذا الحدث في جوانبه الواقعية (ما وقع، ما جرى أثناء الحدث...)، المرحلة الثالثة تركز على مناقشة أفكار المجموعة في وقت وصولها الى موقع الحادث، أما خلال المرحلة الرابعة يشترك أفراد المجموعة في عدة مناحي عاطفية بعد تعرضهم و اشتراكهم في نفس الخبرة، تليها مناقشة الأعراض المتشابهة لديهم التي يمكن أن تكون أساس اضطرابات الضغوط ما بعد الصدمة و استخلاص المعلومات، و أخير يتم إنهاء عملية استخلاص المعلومات في مرحلتين، الأولى هي من استراتيجيات التأقلم مع المعلومات التي نتجت عن التعرض لحادث الصدمة و أخرى من أجل الاستعداد لإعادة تقييم المعلومات المستخلصة، هذه المعلومات الاجرائية كلها تستغرق حوالي ساعة إلى ثلاث ساعات.(Mitchell et Everly, 2000).

و قد عرض (Foa & Kean, 2000) عدة تقنيات علاجية بالتفصيل مع تقييم فعالية هذه البرامج المعرفية السلوكية للوقاية لهذه البرامج الجماعية، حيث يبدأ تطبيقها خلال خمسة عشر يوما بعد التعرض للحدث الصادم، عدد الجلسات من 4 إلى 5 جلسات أسبوعيا، في كل منها ساعة و نصف إلى ساعتين، تهدف هذه الجلسات إلى التثقيف و التعريف بالصدمة النفسية و عواقبها، تطبيق طرق كيفية التنفس و الاسترخاء التدريجي، التعرض عن طريق التخيل و إعادة الهيكلة المعرفية، و أوضحت نتائج دراستهم أن هذا التدخل المبكر الوقائي فعالة في الحد من ظهور أعراض تكرار المعاشة، و التجنب و كذلك أعراض الاكتئاب.

سابعاً: العلاج العقلاني الانفعالي:

الهدف الأساسي من العلاج العقلي الانفعالي هو الحد من نظرة المصدوم لنفسه، و اكتساب نظرة واقعية نحو الذات و الحياة، حيث يسعى المعالج لتطبيق مجموعة من الأساليب السلوكية مع المريض النفسي من أجل زيادة الاهتمام بالنفس، زيادة الاهتمام بالمجتمع و الاعتماد على النفس و توجيهها، و كذلك التسامح و المرونة، إضافة إلى تقبل مستوى من النظام و الالتزام و التفكير المنطقي العلمي، مع استيعاب فكرة تحمل المخاطر، كما يستخدم المعالج وفق الطريقة العقلانية الانفعالية الواجبات المنزلية و أساليب التعليم و المواجهة و الاقناع، وصف الأنشطة التي تساعد على التخلص من الأفكار اللاعقلانية.

ثامناً: علاج سلب الحساسية و اعادة المعالجة عن طريق حركات العين (EMDR)

تعتمد هذه الطريقة التي أسستها العاملة النفسية الأمريكية فرانسيس (Francine shapiro, 1987) على نظام الحركة الترددية للعين عن طريق استثارة بصرية و منها استثارة مناطق في الدماغ حيث تستثير الحركة المزدوجة يميناً و شمالاً الشبكات العصبية التي تربط مختلف مناطق الدماغ، خاصة بين نصفي المخ، هذه العملية تساعد على تحرر الخبرة مثل ما يحصل في مرحلة بداية النوم حيث حركات العين سريعة.

كما يقوم هذا العلاج على مبدأ إعادة ترميز البيانات و الذكريات و تأسيس شبكات ذاكرية جديدة، حيث يتم تنشيط و ربط مختلف المعلومات و الذكريات الأليمة منها المتعلقة بالحدث الصادم، و بالتالي إعادة معالجتها و تقييمها، عملية إعادة الادراك لهذه المعلومات تسمح بمعالجة أخرى مع عملية التخزين بصورة صحيحة في الشبكات العصبية المخية، مما حولها إلى صورة ذهنية معرفية جديدة ليس لها تأثير نفسي انفعالي كما كانت من قبل.

و يؤكد المعالجين بهذه الطريقة أنهم يستثيرون العديد من مناطق الدماغ و شبكاته العصبية، و أن القيام بهذا العلاج بصورة جيدة يعطي نتائج مرضية، رغم أنه لا أحد يعرف بدقة كيفية قيام الدماغ بذلك. (Institut français d'EMDR, 2018).

و يتكون علاج (EMDR) من ثمانية مراحل أساسية، و يختلف عدد الحصص المخصصة لكل مرحلة من فرد إلى آخر، و خلال كل حصة يتم التركيز على مظاهر مختلفة من المعالجة، و من المفيد أن نذكر أن الآثار المتمثلة في: ارتفاع الفعالية الذاتية، سلب حساسية العاطفة السلبية، ظهور التفريغ، تغير الضغط الجسدي، و إعادة البناء المعرفي كلها آثار تحدث في الوقت نفسه، و تدريجيا مع معالجة المعلومة المضطربة، و فيما يلي ذكر هذه المراحل الثمانية:

- المرحلة الأولى: تاريخ المفحوص.
- المرحلة الثانية: التحضير.
- المرحلة الثالثة: التقييم.
- المرحلة الرابعة: سلب الحساسية.
- المرحلة الخامسة: التثبيت.
- المرحلة السادسة: التصوير الجسدي.
- المرحلة السابعة: الاختتام.
- المرحلة الثامنة : إعادة التقييم.(نعيمة أيت قني سعيد، 2015).

11- أدوات قياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:

عادة ما يواكب البحث العلمي الأحداث اليومية، فمع تنوع و تكاثر الأحداث الصدمية، رافقه بناء أدوات قياس تسهل عملية التشخيص، و تساعد على بناء البرامج الإرشادية و العلاجية.

و يتم اختيار أدوات القياس في مجال البحوث في علم النفس بصفة عامة، و في ميدان الصحة النفسية بصفة خاصة حسب الأهداف و المرامي المرجوة، أما فيما تعلق بمقاييس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة فجلها يتوافق مع معايير التصنيف المتعارف عليها عالميا مثل الدليل التشخيصي الإحصائي الصادر عن الجمعية الأمريكية لعلم النفس (APA)، و التصنيف العالمي للأمراض (CIM)، و من بين هذه المقاييس نذكر:

11-1- الاختبارات التقليدية:

و يدخل فيها كل من اختبار وكسلر و رو شاخ و مينيسوتا متعدد الأوجه (MMPI)

➤ اختبار الروشاخ: لقد بين (Bailey, 1985) أن الأشخاص المصدومين (PTSD)، يحصلون على

درجات منخفضة في اختبار الأرقام، (إعادة الأرقام)، و هم يعطون أربعة أجوبة مميزة في اختبار الروشاخ:

✓ ارتفاع عدد أجوبة اللون (C).

✓ ارتفاع عدد أجوبة اللون - الشكل (CF).

✓ انخفاض أو غياب أجوبة الحركة (M,K)، خاصة الحركة الانسانية.

✓ ارتفاع عدد أجوبة التشريح (AT) و الدم، بالإضافة إلى ذلك هناك ارتفاع في عدد الأجوبة المتعلقة

بالأشياء الميتة أو الجامدة (دون حركة، جثث، قتلى).

و مع أن الشخص المصدوم الذي يمر في مرحلة التبدل يعطي عددا قليل جدا من أجوبة اللون و الحركة

الانسانية، (أو لا يعطي منها شيئا)، بينما نلاحظ العكس في مرحلة التدخل و التجنب (ارتفاع أجوبة

اللون و التشريح).

يعتقد الباحثون بأن تطبيق اختبار الروشاخ، يكون مفيد جدا في عمليات التشخيص، و بالأخص

عندما تكون استجابات الشخص الانفعالية فاترة أو مكبوتة و لم تظهر بشكل دال في الاختبارات الأخرى.

و حاول (Levin, 1993) إجراء مقارنة بين معايير اضطراب ما بعد الصدمة (PTSD)،

حسب ما جاءت به جمعية الطب النفسي الأمريكية من جهة و اختبار الروشاخ من جهة أخرى،

و من بعض النتائج التي توصل اليها:

الجدول رقم (3-3) يبين معايير تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب اختبار الروشاخ:

المعايير	الروشاخ	المعايير	الروشاخ
الأفكار الدخيلة	سيطرة الاجوبة C,CF	استجابة الاجفال	أجوبة لون فقط C
التجنب	أجوبة انفعالية	صعوبة التركيز	أجوبة لون C
الومضات الدخيلة	HD أكبر من H (أي أجزاء من الجسم البشري بدلا من الاشارة إلى الشخص ككل).	ردات الفعل الفزيولوجية	أجوبة انفعالية، أجوبة لون C,CF

➤ اختبار مينسوتا:

وجد الباحثون (Kean et al, 1983-1987) أن درجات الشخص المصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة تكون مرتفعة في سلم F و باقي السلام الاكلينيكية، ماعدا سلم MF (الذكورة و الأنوثة) و سلم K، و في عام 1984، ظهر اختبار فرعي وضعه كين و زملائه يختص بقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هو تابع لاختبار مينسوتا، و يضم الاختبار 49 سؤالاً يتناول المظاهر المختلفة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب معايير جمعية الطب النفسي الأمريكية، تبين من خلال الأبحاث أن الاختبار قادر على تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بنسبة تتراوح ما بين 82-87%، وهو يستطيع أيضا أن يميز بدقة ما بين الأشخاص المصابين بالاضطراب و الذين يتظاهرون بالمرض. (غسان يعقوب، ص: 86).

10-2- المنهجية المتعددة:

حاول الباحثون الأمريكيون أن يدرسوا الأوجه المختلفة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة عند المقاتلين السابقين في الفيتنام (Malloy et al, 1983) بما في ذلك من الناحية السلوكية و المعرفية و الفيزيولوجية، و تنحصر هذه الدراسة في المراكز المخصصة لهذه الغاية، قام الباحثون بعرض فيلم عن الحرب بالإضافة إلى أفلام ليس لها علاقة بالحرب، و ذلك لدراسة السلوك و ردود الفعل عند الأشخاص المدروسين، و قد تم قياس درجة القلق و الانفعال بواسطة اختبار القلق العائد إلى وولي (Wolpe,1990)، و في الوقت نفسه كانت تسجل نبضات القلب و الاستجابة الجلدية، و بواسطة هذه الوسائل، توصل الباحثون إلى إعطاء تشخيص دقيق لاضطراب ما بعد الصدمة بنسبة 90%، و جدير بالذكر أن استجابات القلق و الخوف و التغيرات الفيزيولوجية و الجلدية كانت بارزة فقط عند الأشخاص الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (غسان يعقوب، 87).

10-3- الاختبارات و الاستبيانات

هناك عدد لا بأس به من الاختبارات أو الاستبيانات الخاصة بقياس اضطراب ما بعد الصدمة، و هذه الاختبارات عملية و مختصرة و سهلة التطبيق، و هي تعتمد على معايير جمعية الطب النفسي الأمريكية.

أ- مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة دافيدسون (Davidson, 1987)

يتكون مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدافيدسون من سبعة عشر (17) فقرة تتعلق بالخبرات الصادمة التي تعرض لها الأشخاص سابقا خاصة في الأسبوع المنصرم، و كل عبارة في المقياس ترتبط بالحادث الصادم السابق، و أمام كل عبارة خمسة بدائل متدرجة من النفي المطلق و تنتهي بالتأكيد و التلازم لهذه المشاعر، تتراوح درجات هذا المقياس من 0 إلى 68، للمقياس تصحيح فرعي، بحيث يتم تقسيم بنود المقياس إلى ثلاثة مقاييس فرعية و هي:

➤ استعادة الخبرة الصادمة: و تشمل خمس (5) فقرات.

➤ تجنب الخبرة الصادمة: و تشمل سبع (7) فقرات.

➤ الاستشارة: خمس (5) فقرات.

يتم تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بوجود عرض من أعراض استعادة الصدمة، و وجود ثلاثة أعراض من التجنب، و عرضين من أعراض الاستشارة، كما قام الدكتور عبد العزيز ثابت بترجمته و حساب خصائصه السيكومترية و التي جاءت كما يلي:

✓ معامل كرونباخ لفقرات المقياس يساوي: (0,82).

✓ معامل ارتباط بيرسون بين النصفين يساوي (ر = 0,55).

✓ معادلة جتمان لتعديل طول الاختبار بسبب كون عدد الفقرات المقياس فرديا (النصفين غير متساويين)، و قد بلغت قيمة معامل الثبات بعد التعديل بتلك الطريقة (ر = 0,71).

ب- سلم الصدمة لـ (لويس كروك، ألبرت ستينز: 1997):

و هي وسيلة بسيطة لتقييم و تقدير مدى تأثر الفرد عند تعرضه للصدمة، و يبين أن الحالة قد تعرضت فعلا لحادث نتج عنه اضطرابات الضغط، يشمل 5 محاور تتمثل في كل من: عنف الصدمة، طبيعة الكارثة، التأثير الجسمي، التأثير النفسي، التأثيرات المبكرة، و كل محور يأخذ درجة من 0 إلى 5، كلما زادت الدرجة المتحصل عليها، كلما عبرت عن شدة تأثير أثر الصدمة و حدة اضطراب الضغط، فقد صنفت إلى ثلاث مستويات خفيفة، و متوسطة و شديدة.

ج- مقياس ضغط الصدمة هورويتز (The Impact of Event Scale (IES)

هو استبيان للتقييم الذاتي لأثر حدث الصدمة، و يفحص من الأعراض الخاصة بكل من: تكرار معايشة الحدث، و التجنب، حيث قام بإعداده هورتز و آخرون (Horowitz et al,1979)، يعتمد على

معايير الدليل التشخيصي الاحصائي الرابع للأمراض العقلية، لتقييم اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، يتكون المقياس من 15 بنداً مرتبطة بالأعراض السابقة الذكر، و يطلب من المفحوصين الاجابة وفق خمسة بدائل عن مدى ظهور الأعراض لديهم خلال الأسبوع المنصرم، و يضم سلم تكرار:

✓ سلم معايشة الحدث (7 بنود).

✓ سلم التجنب (8 بنود).

حيث يتميز هذا المقياس بثبات جيد، معامل ألفا كرونباخ لفقرات المقياس بلغت فيها قيمة ألفا (0,86)، و ما بين المقياس الفرعي "تكرار معايشة الحدث" بلغت قيمته (0,78)، و في التجنب بلغت قيمته (0,82)، و أظهرت هذه المقاييس الفرعية ارتباط فيما بينها قيمته (0,42).

د- مقياس الضغوط النفسية ما بعد الصدمة للاستعمال الاكلينيكي 1995, CAPS

تم إعداده من طرف (Blake et al, 1995) تبعاً لتتقيح الدليل التشخيصي الاحصائي، و طورت نسخته الأولى CAPS-1 إلى النسخة الثانية CAPS-2، التي تقتصر على البحث عن الأعراض التي تضايق الفرد خلال الأسبوع المنصرم، مما يتيح تقييم الأعراض التي يعانها الفرد حديثاً، و يعتبر هذا المقياس CAPS من الأدوات المرجعية لتشخيص اضطرابات الضغوط التالية للصدمة حسب معايير الدليل التشخيصي الاحصائي (DSM-IV). و قد ورد استعماله في أكثر من 250 دراسة منشورة حول الصدمة النفسية، و له خصائص سيكومترية جيدة.

ه- استبيان اضطرابات الضغوط ما بعد للصدمة PTSD, PTSD-1

قام بإعداده في صورته الأولى باللغة الانجليزية كل من واطسون و زملائه سنة 1991، حيث يتكون من 25 بنداً، و الإجابة تكون وفق 7 بدائل، تم ترجمته إلى اللغة الفرنسية من طرف (Brunet et al, 2003)، حيث يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة سواء النسخة الأصلية بالإنجليزية، أو المترجمة إلى اللغة الفرنسية، و من خصائص هذا الاستبيان هو قدرته على قياس خطورة الحدث الصادم و تشخيصه، حيث يستند إلى معايير الدليل التشخيصي الإحصائي الثالث المنقح. (DSM-III R) و هذا في طبيعته الأصلية، ثم تم تكييفه في شكل استبيان ذاتي من طرف. (Jehel et al, 1999).

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه سالفًا حول نشأة و تطور مفهوم اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، وكذلك النظريات التي تناولت هذا المفهوم، نستنتج أن بعد نهاية الحرب العالمية الأولى و الثانية، و حرب الفيتنام، زادت و تنوعت الدراسات التي تناولت هذا المفهوم، كما نلاحظ أنه توجد العديد من المقاربات و النظريات التي حاولت تفسير هذا المفهوم، فمنها من اعتمد على الجانب البيولوجي و الفيزيولوجي للفرد، في حين هناك من اعتمد على الجانب السلوكي، أو الجانب المعرفي، و منهم من فسر الاضطراب بعوامل نفسية-اجتماعية، أما عن طرق العلاج، فيوجد الكثير منها على غرار العلاج التحليلي، العلاج السلوكي، العلاج المعرفي السلوكي، ...الخ،

الفصل الخامس

استراتيجيات التعامل

مقدمة

- 1 مفهوم التعامل.
- 2 تصنيف استراتيجيات التعامل.
- 3 النماذج النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعامل.
- 4 تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة.
- 5 العوامل المؤثرة في استراتيجيات التعامل.
- 6 توجهات جديدة في مجال التعامل.
- 7 نتائج التعامل.
- 8 التعامل الناجح.
- 9 أدوات قياس استراتيجيات التعامل.

خلاصة

يعتبر مفهوم التعامل من المفاهيم الحديثة نسبياً في علم النفس، حيث تم تناوله لأول مرة سنة 1967 في ملخصات علم النفس، فالكثير من العلماء يعتبره امتداد لمفهوم الآليات الدفاعية التي وصفها علماء النفس التحليلي بالاشعورية، و اللاإرادية، و الصلبة الموجهة إلى حل الصراعات الداخلية، و التي لها علاقة بالأمراض النفسية، في حين يعتبر مفهوم التعامل من طرف العلماء، على أنه عملية نفسية شعورية، إرادية، مرنة موجهة نحو المنغصات الخارجية، و التي لها علاقة مع الصحة النفسية و حسن الحال.

1- مفهوم التعامل:

تم ترجمة الفعل (to cope) إلى الإنجليزية بعدة معاني متشابهة على غرار (To manage, to deal with, to handle) و كلها لا تشير إلى المواجهة أو المقاومة. عن (بوطمين سمير، 2011).

أما التعامل (Coping) فيشير إلى عملية إدارة المطالب (الخارجية أو الداخلية) التي تقيم من قبل الفرد بأنها شاقة أو تفوق إمكانياته (R.S.Lazarus & Folkman, 1978, P.311)، فالتعامل يتكون من الجهود التي توجه نحو العمل، و تلك التي تتم على المستوى النفسي من أجل إدارة (ضبط، أو تحمل، أو تقليل، أو تخفيف) مطالب البيئة الداخلية و الخارجية، و الصراع بين هذه المطالب. (R.S.Lazarus & Launier, 1978, P.P311).

يشمل هذا التعريف للتعامل على عدة مظاهر مهمة هي:

أولاً: العلاقة بين التعامل و الحدث المسبب للضغط تتسم بالديناميكية، فالتعامل يشتمل على سلسلة من التفاعلات ما بين الفرد الذي يمتلك مجموعة من الامكانيات، و القيم، و الالتزامات، و ما بين البيئة المحددة بمصادرها، و مطالبها، و قيودها. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 112)، و بذلك فإن التعامل ليس مجرد فعل يقوم به الفرد في وقت معين، و لكنه، مجموعة استجابات تحدث عبر الزمن، خلال التأثير المتبادل الذي يحدث بين الفرد و بيئته.

ثانياً: المهم في تعريف التعامل فهو اتساعه، فالتعريف كما هو واضح يجمع عددا كبيرا جدا من الأفعال، و ردود الفعل الانفعالية لدى مواجهة الظروف الضاغطة، فهو يتضمن إذن الإشارة إلى ردود الفعل الانفعالية بما في ذلك الغضب، أو الكآبة التي يمكن اعتبارها جزءا من عملية التعامل،

و كذلك الأفعال التي تتم طواعية لمواجهة الحدث، و في المقابل فإن عمليات التعامل يتم تعديلها عن طريق الامكانيات المتوفرة لدى الفرد. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 113).

كما قسم (Gurung,2006) عملية التعامل إلى فئتين: أساليب التعامل Coping Styles و استراتيجيات التعامل Coping Strategies.

أ- نمط التعامل Coping Style

يمثل نمط (أسلوب) التعامل مصدرا أكثر تحديدا للفروق بين الأفراد في الطرق التي يستجيبون بها للضغوط، فنمط التعامل هو نزعة عامة لتدبر الأحداث الضاغطة بطريقة محددة، و كمثال على ذلك، نحن جميعا نعرف أشخاصا يتعاملون مع الضغط عن طريق الحديث عنه بكثرة، في حين يحتفظ آخرون بمشاكلهم لأنفسهم، فأنماط التعامل إذن تعتبر مثل سمات الشخصية. فهي تصف بشكل عام الطريقة التي يسلك بها الفرد، و لكنها أكثر تحديدا من سمات الشخصية، لأنها كما يعتقد تعمل بشكل أساسي، عندما تصبح الأحداث مصدرا لضغط بالنسبة للفرد. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 129).

و بشكل أساسي تعادل أساليب التعامل الميول لمعالجة المشقة، بما يعني أننا كأفراد نميل إلى منهج خاص عندما نواجه موقفا شاقا، و نميل أيضا إلى استخدام هذا المنهج مرارا و تكرارا في مواقف متنوعة، فتميل أساليب التعامل إلى أن تكون إما بالتقرب (Approach) أو التجنب (Avoidant)، و الأفراد الذين يأخذون أسلوب "التقرب" للمواجهة يكونون أكثر تحكما في بيئتهم لمواجهة الموضوعات وجها لوجه، و ينخرطون في استراتيجيات حل المشكلة (Problem-Solving Strategies) للتعامل مع مصادر الضغوط التي يواجهونها، و على النقيض من ذلك، فهؤلاء الذين يمارسون "أسلوب التجنب"، حيث يفضلون تجنب مصادر المشقة (إذا كان ذلك ممكنا)، و التركيز على معالجة استجاباتهم الانفعالية لمصادر المشقة أكثر من التعامل مع مصادر المشقة ذاتها. (شيلي تايلور، 2008).

ب - استراتيجيات التعامل " لقد عرفت استراتيجيات التعامل من طرف العديد من الباحثين أهمها :

➤ تعريف (Gurung, 2006):

" الجهود النفسية و السلوكية المحددة التي نتخذها لمحاولة التحكم، و التحمل، و الحد، و التقليل من الأحداث الشاقة ".

➤ تعريف (Moos, 1993) :

" الأساليب التي يستخدمها الفرد بوعي و يوظفها في التعامل الايجابي مع مصدر القلق أو الحدث المثير للإجهاد أو الحدث الصدمي".

➤ تعريف سكولر و بيرلين (Schooler & Pearlin, 1978)

" استجابة يقوم بها الفرد في مواجهة مواقف الحياة الخارجية، و ذلك لتجنب الإجهاد أو لمنعه أو التحكم فيه "عن (بن زروال، 2008، ص:119).

➤ تعريف لازاريس (Lazarus, 1966)

" المجهودات الموجهة نحو الأحداث أو الانفعالات لتدبير مطالب البيئة و الصراعات بينهم، من خلال التحكم أو التقليل أو التحمل أو التقليل".(المرجع السابق، ص:119).

➤ تعريف فولكمان 1984

" المجهودات السلوكية و المعرفية المبذولة لتدبير المطالب الداخلية و الخارجية، التي يتم إدراكها بصورة تفوق مصادر الفرد".(المرجع السابق، ص:119).

➤ تعريف اندلر و زملائه (Endler, et al : 1998):

" المحاولات التي يقوم بها الفرد لتغيير العوامل الخارجية و الداخلية للاجها داو لتنظيمه، و قد تكون هذه المحاولات متوافقة أو غير متوافقة".(المرجع السابق، ص:119).

➤ تعريف (Carver and Scheier, 1994)

"أي شيء يقوم به الأفراد لإدارة المشكلات أو الاستجابات الانفعالية".

➤ تعريف (Kohn et al ., 1994)

"الاستجابة الواعية أو رد الفعل للأحداث الخارجية الشاقة أو السلبية".

كما تم تقسيم استراتيجيات التعامل إلى فئتين هما : مواجهة مرتكزة على المشكلة، و مواجهة مرتكزة على الانفعال. (شيلي تايلور، 2007، ص: 152).

أولاً: التعامل المرتكز على المشكلة: (Probleme-focused coping):

ينطوي على التعامل بشكل مباشر مع المواقف الشاقة، و من ثم العمل على إيجاد وسيلة لحلها، و من الأمثلة على هذا النوع من التعامل وضع خطة عمل أو التركيز على الخطوة التالية لحل المشكلة، و تعتبر المواجهة المرتكزة على المشكلة بشكل عام الأكثر احتمالاً لأن تكون فعالة، و ذلك عندما يكون هناك شيء يمكن القيام به للسيطرة على مصدر المشقة أو معالجته. (شيلي تايلور، 2007، ص: 152).

كما تعتبر استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة حسب (Lazarus & Folkman, 1984) مشابهة لتلك المستخدمة لحل المشكل (problem solving)، و عليه فإن الجهود المبذولة لحل المشكلة توجه غالباً نحو تحديد المشكلة واستخراج حلول بديلة، و تقييم البدائل من حيث الكلفة و الأرباح ثم الإختيار و الفعل، لكن التعامل المرتكز على المشكلة فيضم تنظيمًا أوسعًا من الاستراتيجيات مقارنة بالقدرة على حل المشكلة وحدها، بينما تهتم القدرة على حل المشكلة بهدف ما - مسار تحليلي يركز أساساً على المحيط- فإن التعامل المتمركز حول المشكلة يضم بالإضافة إلى ذلك استراتيجيات موجهة نحو الداخل. عن (سمير بوطمين، 2011).

و قد ذكر (Laarus & Folkman, 1984) عن (Kahn & al, 1964) الذي يتحدث عن مجموعتين من الاستراتيجيات الموجهة نحو المشكلة، تلك الموجهة نحو الوسط و تلك الموجهة نحو الذات، أما الأولى فتضم الاستراتيجيات التي تعني بتغيير ضغوطات المحيط أو العراقيل أو الامكانيات أو الاجراءات... و ما شابه ذلك، بينما تضم الثانية الاستراتيجيات الموجهة نحو تغيير الدافعية أو المعرفية مثل تغيير مستوى الطموح أو التخفيف من تورط الأنا، أو إيجاد طرق أخرى للجزاء أو تطوير سلوكيات عامة أو تعلم خبرات أو إجراءات جديدة، هذه الإجراءات الأخيرة الموجهة نحو الذات لا يمكن تسميتها تقنيات خالصة لحل المشكل، رغم أنها موجهة لتساعد الشخص على التصرف في المشكلة أو حلها، وباستثناء تطوير سلوكيات أو تعلم خبرات و إجراءات جديدة، يمكن تسمية الإجراءات الموجهة إلى الداخل إعادة تقييم معرفية متمركزة حول المشكلة. (المرجع السابق).

ثانيا: التعامل المرتكز على الانفعال: (Emotion-focused coping):

ينطوي على التعامل مع الانفعالات المحيطة بمصدر المشقة، و تشمل محاولات إعادة تقييم إيجابي لمصدر المشقة لرؤية الموقف بصورة أكثر إيجابية، إضافة إلى أن الأفراد الذين يتخذون منحى المواجهة المرتكزة على الانفعال يعتمدون على تقبل الموقف، و البحث عن مساندة وجدانية، و التنفيس عن انفعالاتهم، و الانخراط في الأنشطة الروحانية، كالتأمل على سبيل المثال، و تعتبر هذه المناهج أكثر فعالية عندما يكون هناك شيء يمكن القيام به للسيطرة على موقف المشقة أو معالجته. (شيلي تايلور، 2007، ص: 152-153).

كما يمكن العثور على مجموعة واسعة من الاستراتيجيات المتمركزة على الانفعال في المراجع، و يتألف واحد منها حسب (Lazarus & Folkman, 1984) من مسارات معرفية موجهة نحو التخفيف من المعاناة الانفعالية، و يحتوي على استراتيجيات مثل التجنب و التقليل من الأهمية و الاحتياط و الانتباه الانتقائي و المقارنات الايجابية و انتزاع قيمة ايجابية من أحداث سلبية، و الكثير من هذه الاستراتيجيات مستمدة من النظرية و البحث حول المسارات الدفاعية و تستخدم عمليا في كل أنواع المواقف الضاغطة.

بعض الأشكال المعرفية للتعامل المتمركز حول الانفعال يفضي إلى تغيير في تأويل الوضعية الضاغطة دون تغييرها موضوعيا، هذه الاستراتيجيات تعادل إعادة التقييم، و بالنظر إلى المناورات المعرفية التالية التي تستعمل عادة: " قررت أن ثمة أشياء أكثر أهمية جدية بالاهتمام" أو " اعتبرت أنه كان من الممكن أن تكون الأشياء أسوأ " أو " قررت أنني لست بحاجة إليه بتلك الدرجة"، فإن التهديد يخفف بتغيير معنى الوضعية - مجهود يعادل إعادة التقييم-.

إلا أن إعادة التقييم لا يكون دائما موجهها نحو إعادة تنظيم الانفعال... بل قد يتمركز حول المشكلة نفسها. لهذه الأسباب اختار (Laarus & Folkman, 1984) تسمية المناورات المعرفية التي تسعى إلى تغيير معنى الوضعية دون تغييرها واقعا إعادة التقييم المعرفي، سواء ارتكز التأويل المستبدل على تأويل واقعي للمعطيات أو تحريف الواقع. عن (سمير بوطمين، 2011).

2- تصنيف استراتيجيات التعامل

يختلف تصنيف استراتيجيات التعامل باختلاف شخصيات الأفراد من حيث الاستعدادات الوراثية، و تأثير الظروف البيئية من أسرة و مجتمع، إلا أن هناك محاولات كثيرة من العلماء لتصنيفها و الجدول رقم (4-1) يبين بعض أنواعها:

التصنيف	العلماء
- استجابات موجهة نحو المشكلة - استجابات موجهة نحو الدفاع - استجابات عصائية و ذهانية	ميدنيك و زملائه 1975 Mednick & al 1975
- مواجهة مباشرة - مواجهة دفاعية	موريس 1982 Morris 1982
- مواجهة وقائية - مواجهة قتالية	ماثني و زملائه 1986 Matheney et all 1986
- مواجهة مرتكزة على المشكلة - مواجهة مرتكزة على الانفعالات - مواجهة بالتجنب	اندلر و باركر 1990 Andler et Parker 1990
- استراتيجيات المواجهة الانفعالية - استراتيجيات المواجهة المعرفية	مارتن و زملائه 1992 Martin & al 1992
- مواجهة بالتحكم - مواجهة بالتجنب	كوسكي ، كيرك و كوسكي 1993 Koeski , Kirk et Koeski 1993
- التفكير العقلاني - التحيل - حل المشكلة - الفكاهة - اللجوء للدين - الانكار	كوهين 1994 Kohen 1994
- مواجهة مرتكزة على المشكلة - مواجهة مرتكزة على الانفعال	زيمباردو و فيبر 1997 Zimbardo & Weiber 1997
- مواجهة بالتحكم - مواجهة بالهروب	جيناكوس 2002 Gianakos 2002

عن (بن زروال فتيحة، 2008، ص:121).

3- النماذج النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعامل

أ- النموذج الحيواني:

يمكن العثور على مفهوم التعامل في الأدبيات العلمية في نظريتين مختلفتين، تنبثق الأولى من التقليد التحريبي على الحيوان، و الثانية من علم النفس الأنا للتحليل النفسي، تتأثر المقاربة الأولى بدرجة كبيرة بالفكر الدارويني الذي يرى أن البقاء يتمحور حول اكتشاف الحيوان ما يمكن التنبؤ به و التحكم فيه في الوسط من أجل تجنب العوامل الضارة أو الهروب منها أو التغلب عليها، و الأمر يتوقف على الجهاز العصبي للحيوان لينجز التمييز الضروري المرتبط بالبقاء.(Folkman and Lazarus, 1984, 117-118).

عرض (Dantzer, 1989) مثالا عن النموذج الحيواني، حيث وضع فئران في قفص ذات مقصورتين مختلفتين و متقاربتين، حيث أن إحدى المقصورتين يتم فيها إرسال صدمات كهربائية، أما الثانية فلا يتم إرسال الشحنات الكهربائية، تم ملاحظة أن الفئران و بمجرد رن الجرس الذي يدل على بداية إرسال الشحنات الكهربائية، تقوم الفئران بالهروب و الانتقال إلى المقصورة المجاورة، و بالتالي فالتعامل حسب النموذج الحيواني هو البقاء قيد الحياة.(Paulhan, 1992, P: 546).

نلاحظ من خلال عرض النموذج الحيواني، أن مفهوم التعامل فيه بعد فطري، و آخر مكتسب، سلوكي، بسيط، يخلو من الاستجابات الانفعالية و المعرفية، و عليه يصنف التعامل حسب هذا النموذج إلى نوعين: التجنب (الهروب) أو الهجوم.

ب- نموذج علم النفس الأنا:

ب-1- دفاعات الأنا: يعتبر مصطلح (الدفاع) أقدم ممثل لوجهة نظر دينامية في النظرية التحليلية النفسية، فقد ظهر هذا المصطلح لأول مرة سنة 1894 في دراسة فرويد عن أعصبة الدفاع النفسية، ثم تكرر ظهوره في الدراستين التاليتين: اتيولوجيا المستيرية و ملاحظات أخرى حول أعصبة الدفاع النفسية، و هو يفيد في تسمية تمرد الأنا على التمثيلات و الانفعالات العاطفية الأليمة أو الغير محتملة، ثم كان أن هجر هذا المصطلح و أستعيض عنه في وقت لاحق بمصطلح الكبت، حيث أن العلاقة بين المصطلحين تبقى مبهمة، و إنما في كتابه الكف، العرض، الحصر (1927)، عاد فرويد إلى مفهومه القديم عن الدفاع، و جاهر باعتقاده بفائدة العودة إلى تداول هذا المصطلح "شريطة أن نشير بهذا المفهوم بصفة عامة إلى جميع الأساليب و الطرائق التي يلجأ إليها الأنا في منازعاته التي يحتمل أن تتأذى إلى العصاب".(أنا فرويد، 2001).

كما تعتبر الآليات الدفاعية أساليب غير مباشرة تحاول إحداث التوافق النفسي، و هي أساليب لاشعورية من جانب الفرد، من وظيفتها تشويه و مسح الحقيقة حتى يتخلص الفرد من حالة التوتر و القلق الناتجة عن الاحباطات و الصراعات التي لم تحل و التي تهدد أمنه النفسي، و هدفها وقاية الذات و الدفاع عنها و الاحتفاظ بالثقة في النفس، و احترام الذات و تحقيق الراحة النفسية، و يستعمل الفرد هذه الحيل عندما يواجه الاحباط و الصراع و التوتر و القلق فهي بمثابة أسلحة دفاع نفسي.(حامد عبد السلام، 1996، ص:41).

و جدير بالذكر أنه إلى حد الآن لا يوجد اتفاق حول تصنيف الآليات الدفاعية و عددها، فقد عدد (Laplanche et Portalis) 17 نوع من الآليات الدفاعية، أما (Bergeret) فقد ذكر 25 نوع، في حين ذكر (Valensterin) 43 آلية. أما فيما يخص تصنيفها فكان كذلك نقطة عدم التفاهم، ففي هذا الصدد تقول (A.Freud) « من الصعب علينا أن نجمع و نصنف الآليات الدفاعية و نجعلها في نظرية»، و عليه توجد الكثير من التصنيفات على غرار تصنيف (Andrews & al, 1993)، و تصنيف (Verwoerdt)، و تصنيف (Vaillant)، فتصنيف هذا الأخير يعتبر من أبرز التصنيفات حيث وضع تصنيفا بأربع مستويات به 18 ميكانيزم، و أقترح بعض العناصر التي تسمح بالتفريق بين مختلف الميكانيزمات، سواء من ناحية مصدر الصراع أو التعبير عن الاندفاعية و هي:

- **الدفاعات الذهانية:** و تتضمن الإسقاط الذهاني، و الإنكار الذهاني، و الإسقاط.
- **الدفاعات غير الناضجة:** و تتضمن المرور إلى الفعل، الاستجابات غير الفعالة، المخيلة شبه الفصامية، توهم المرض، العدائية و التفكك.

- **الدفاعات العصائية:** الكبت، الازاحة، التكوين العكسي و التعقيل.

- **الدفاعات الناضجة:** الإيثار، التسامي، الفكاهة، الاستباق و القمع.

يعتبر هذا التصنيف قريب من سلم الوظيفة الدفاعية الموجود في ملاحق الدليل التشخيصي و الاحصائي

للاضطرابات العقلية DSM-IV.

. ب- 2- **سمات الشخصية:** نظرة أخرى مستوحاة من نظرية الدفاعات تتناول التعامل كسمة للشخصية، فهي تعتبر بعض مميزات الشخصية الثابتة مثل قمع - حساسية (Répression – Sensibilité)، و القدرية - التحمل (Fatalisme – Endurance) أنما تؤهل الفرد لمواجهة الضغط بطريقة معينة، في

مقابل هذا يسترد (Paulhan & bourgeois, 1998) موضحان أن الفرضية التي ترى أن الفرد يسلك دائما بنفس الطريقة مهما كانت الظروف لم تتحقق، و يستدلان على ذلك بنتائج بعض الدراسات التي بينت أن مقاييس السمات منبعثات ضعيفة باستراتيجيات التعامل.

و طبيعي أن تستلزم انشغالات الفرد المتعددة و المتنوعة في نفس الوقت الاستعانة باستراتيجيات تعامل متنوعة هي الأخرى لا يمكن التنبؤ بها من خلال مقياس وحيد الأبعاد مثل مقياس سمة، و الحقيقة التي يجب الإشارة إليها أن المسار المعرفي للتعامل يتأثر إلى درجة كبيرة بطبيعة الظروف الضاغطة التي يعيشها الفرد، فهي تتبدل و تتغير وفقا لخصوصيات الموقف، و قد أكد (Lazarus & Folkman, 1988) أن التعامل كثير التأثير بطبيعة الظروف الضاغطة.

يبدو من الصعب أن نتناول التعامل من وجهة نظر ثابتة، فحسب (Lazarus & Folkman, 1984)، إن سمات الشخصية غير كفيلة لوحدها أن تنبئ بالطريقة التي يتعامل بها الفرد مع الضغط، و عليه، فمن الأجدر عدم الاهتمام فقط بمن هو الفرد، و إنما كذلك بما يفعل، فمفهوم التعامل يمكن من الاهتمام بإمكانيات الشخص (الموارد)، و بالأنماط السلوكية الفعلية (الاستجابة) الموظفة في مختلف الظروف الضاغطة. عن (بوظمين سمير، 2011).

ج- النموذج التفاعلي:

يستجيب الناس للضغط بطرق مختلفة، فجميعنا يعرف الكثير من الناس الذين يستسلمون بيأس بمجرد حدوث أبسط خطأ في خططهم التي رسموها لأنفسهم، و بالمقابل فنحن نعرف آخرين يبدون قادرين على مواجهة النكبات و التحديات بريادة جاش، مستجمعين ما لديهم من إمكانيات ذاتية و اجتماعية لاحتواء المشكلة، و يتوقف التأثير الذي يمكن أن ينشأ عن احتمال التعرض لأي حدث ضاغط، بشكل رئيسي على كيفية تقييم الفرد له. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 111).

التقييم الأولي: فبناء على التصور الذي قدمه "لازاريس" للضغط، فإن أي حدث جديد، أو تغيير في البيئة يستحث الفرد على القيام بتقييمات أولية (Primary Appraisals) حول أهمية الحدث، فقد يقيم الحدث أنه ايجابي، أو محايد، أو سلبي، و ذلك وفقا لما يمكن أن يحدثه من تأثير على الذات، فإذا تم الحكم على الحدث بأنه سلبي، فإنه سيقوم لاحقا من حيث الأذى أو الخسارة التي أحدثتها،

كما يمكن أن يؤدي التعامل مع الحدث إلى الاحساس بالتهديد (Threat) المستقبلي، أو التحدي (Challenge)، أي إدراك ما يمكن أن يقود إليه من مكاسب أو نمو أو فعالية. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 112).

كما يميز (Laarus & Folkman, 1984) بين ثلاثة أنواع من التقييم الأولي: عدم الأهمية، و غير خطير- ايجابي، و ضاغط.

➤ يعتبر حدث عدم الأهمية إذا لم يحمل في طياته أي تأثير في اطمئنان الشخص، فلا حاجة لبدل أي جهد لتحقيق نتائج معينة، أي أن الأمر لا يتعلق لا بقيمة و لا حاجة و لا التزام، فلا ربح و لا خسارة وراء هذه العملية، لكن من المهم جدا بالنسبة لتكيف الانسان أن يميز بين العضات المهمة من عدمها حتى يتمكن من تعبئة الامكانيات عند الحاجة أو الضرورة، و إذا كانت التقييمات عديمة الأهمية قليلة الفائدة بالنسبة للتكيف، فإن المهم هو المسار المعرفي الذي تقيم الأحداث كذلك (عديمة الأهمية) من خلاله.

➤ تحدث التقييمات عديمة الخطر- ايجابية إذا فسر الحدث ايجابا، أي إذا كان يحافظ على الاطمئنان أو يعززه أو يعد بذلك، تتميز هذه التقييمات بعواطف ممتعة مثل الحب و السعادة و التهلل فرحا أو السكينة، إلا أن التقييمات يمكن أن تكون معقدة و مختلطة تبعا للعوامل الشخصية و السياق الظرفي.

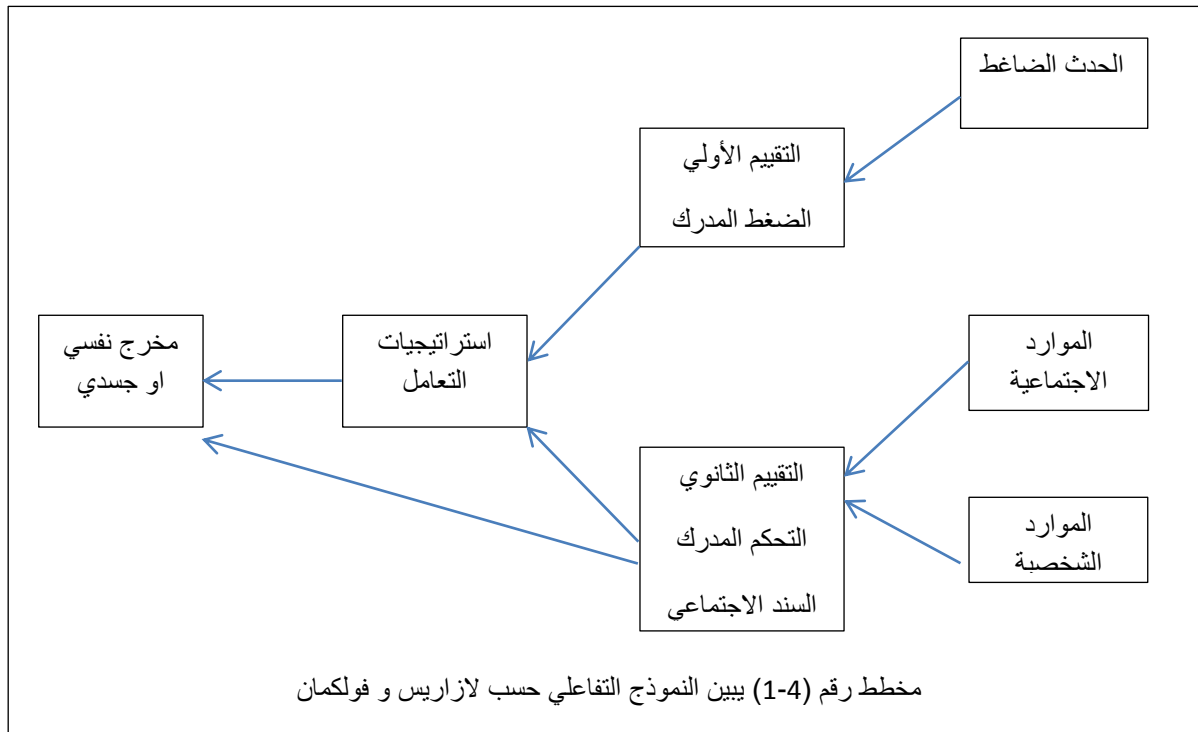
➤ أما في التقييم الضاغط فيتعلق الأمر بفقدان (جسدي أو علائقي أو مادي...)، أو تهديد (إمكانية الإصابة بمرض خطير)، أو تحدي (امكانية تحقيق أرباح). فالغناء بصوت مزعج فوق رأس شخص يفكر في قوت أبنائه يمكن أن يقيم على أنه سخرية ما يفسر مشاعر الغضب التي يمكن أن يعبر عنها. هكذا فإن طبيعة التقييم تساهم بصفة مختلفة في نوعية و شدة الانفعال، و بالفعل فإن تقييم فقدان أو تهديد يمكن أن يثير انفعالات سلبية مثل الخجل أو الغضب أو الخوف، بينما تقييم تحدي ما يثير انفعالات ايجابية مثل الفرح و الغبطة. عن (بوطمين سمير، 2011).

التقييم الثانوي: و في الوقت الذي تحدث فيه التقييمات الأولية، يقوم الفرد أيضا بإجراء تقييمات ثانوية (Secondary Appraisals) لما يمتلك من إمكانيات للتعامل مع الحدث الضاغط، فالتقييم الثانوي

هو ما يقوم به الأفراد لتقييم ما لديهم من إمكانيات تعامل و خيارات ما إذا كانت ستكون كافية لتخفيف الأذى و التهديد الذي ينشأ عن الحدث. (R. S Lazarus & Folkman, 1984.b).

إن تقييم خيارات التعامل تعني كذلك تقييم نتائج استخدام استراتيجية معينة أو مجموعة استراتيجيات بالنظر إلى المطالب الداخلية و/أو الخارجية التي يمكن أن تقع في نفس الوقت. تتفاعل التقييمات الثانوية لخيارات التعامل و التقييمات الابتدائية للوضع فيما بينها لصياغة درجة الضغط و قوة و نوعية (أو محتوى) الاستجابة الانفعالية. عن (سمير بوطمين، 2011).

و النموذج التالي يبين النموذج التفاعلي حسب لازاريس و فولكمان



4- تأثير استراتيجيات التعامل على الصحة:

على الرغم من أن دراسة تأثير استراتيجيات التعامل على صحة الفرد تعتبر صعبة التقييم لأسباب منهجية (تكلفة الدراسات التنبؤية و الفحوصات البيولوجية)، إلا أن "لازاريس و فولكمان" يريان أن بإمكانهما التأثير على صحة الفرد من خلال ثلاث طرق:

1- تكرار، و شدة ، و مدة الاستجابة الفيزيولوجية، و العصبية الكيميائية المرتبطة بالإجهاد إذا:

✓ لم يستطيع الفرد تحسين الظروف البيئية المجهدة أو عدم ملائمة الاستراتيجيات المركزة على المشكلة.

- ✓ لم يتمكن الفرد من تعديل الإجهاد الانفعالي في مواجهة حدث غير متحكم فيه.
- ✓ انتهاج أسلوب مواجهة خطير (إدراك المواقف المجهدة كتحدٍ).

2- التأثير المباشر و السلبي على الصحة، عندما تتضمن الإفراط في استهلاك المواد السامة كالتبغ و الكحول، و المخدرات، أو حين تجر الفرد إلى ممارسة سلوكيات خطيرة كالقيادة بسرعة مفرطة.

3- بإمكان أشكال المواجهة المركزة على الانفعال أن تهدد الصحة، لأنها تعرقل تبني سلوكيات متوافقة، فالإنكار أو التجنب قد يجعلان الفرد لا يدرك أعراضه أو يتأخر كثيرا في اللجوء إلى الاستشارة (Paulhan, 2003, pp116-117).

5- العوامل المؤثرة في استراتيجيات التعامل

توجد الكثير من العوامل قد تؤثر في نوع الاستراتيجيات التعامل المستخدمة سواء في عملية التقييم الأولى أو في عملية التقييم الثانوي، و نذكر على سبيل الذكر:

أ- **العوامل الديموغرافية:** تتمثل العوامل الديموغرافية في الوضعية الاجتماعية، و الاقتصادية، و السن، و الجنس، حيث أكدت بعض الدراسات حسب (Holahan & Moos, 1987) وجود علاقة بين الوضعية الاقتصادية و الاجتماعية للفرد، و استعماله لبعض الاستراتيجيات التعامل، بالإضافة إلى المستوى التعليمي، كلما كان مرتفعا كلما استعمل استراتيجيات أكثر نشاطا، أما فيما يخص النوع، فيرى (Endler Parker, 1990) أنه لا يوجد إختلاف بين الرجال و النساء في استعمال و إختيار استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، لكن تبقى النساء أكثر استعمالا لاستراتيجيات المرتكزة على الانفعال، أو الاستراتيجيات الأقل فعالية. (طايبي لمياء، 2019).

ب- **العوامل السياقية:** عادة ما تكون استراتيجيات التعامل متأثرة بالوضعيات المختلفة كالخطورة، طبيعة الموقف، المدة، التحكم أو عدم التحكم في الموقف و العوامل الشخصية و غير الشخصية، إذا كانت العوامل السياقية تتدخل في اختيار و تنفيذ استراتيجيات التعامل يتوقف ذلك على الخصائص الشخصية للفرد، بمعنى ترتبط بالخصائص الذاتية أي في الوضعية و كيفية إدراكه. (المرجع السابق، 2019).

ج- **العوامل المعرفية:** و هي مجموعة من الاستراتيجيات التي يستعملها الفرد لمواجهة مشكلة، حدث أو وضعية ضاغطة، و ذلك حسب طريقة تفسيره و إدراكه و إحساسه للحدث، و كذلك حسب تقييمه لما يحدث له و قدرته على التحكم في الوضع من عدم قدرته، التقييم هو عبارة عن سياق معرفي يقيم بها الفرد الوضعية المعرض لها، و كذلك الموارد المتاحة لها.(طايبي لمياء، 2019).

د- **الشخصية:** تؤثر الشخصية التي يحملها كل فرد في مواجهة الحدث الضاغط، و في كيفية تعامله مع ذلك الحدث، فالبعض يزيدون من حدة المواقف الضاغطة، في حين يعتمد البعض الآخر إلى تخفيف حدة هذه المواقف. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 114).

د- أ- السلبية، و الضغط، و المرض:

ينزع البعض بسبب شخصياتهم لإدراك الأحداث الضاغطة على أنها في غاية الضغط، مما قد يؤدي بدوره إلى التأثير على مقدار ما يتعرضون له من معاناة، و أعراض جسمية أو على معدلات إصابتهم بالأمراض، و قد ركز بعض الباحثين على حالة سيكولوجية تدعى بالوجدانية السلبية، و من المظاهر المميزة لها: المزاج السيء، و القلق، و الكآبة، و العدوانية.

و الأفراد الذين يتصفون بزيادة الوجدانية السلبية، يعبرون عن معاناتهم و انزعاجهم و عدم رضاهم عبر المواقف المختلفة و العديدة. و هم أكثر قابلية للإفراط في شرب الكحول، و الإصابة بالكآبة، و القيام بمحاولات انتحارية أو حتى الانتحار.

إضافة إلى الدلائل القوية المتوفرة في الوقت الحاضر حول الأضرار الصحية السلبية (Negativity)، أصبح من الواضح أيضا أن الوجدانية السلبية يمكن أن تؤدي أحيانا إلى خلق انطباع مزيف بتدري الحالة الصحية، في الوقت الذي لا يوجد أساس لذلك، كما أفاد أن الأفراد الذين يتصفون بارتفاع الوجدانية السلبية بوجود معاناة كبيرة من الأعراض الجسمية، مثل الصداع، و آلام المعدة، و أوجاع أخرى، خصوصا عند تعرضهم للضغط. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 115).

كما تبين أن الناس الذين لديهم مستوى مرتفع من الوجدانية السلبية أكثر تعرضا للإصابة بالمرض، نظرا لأنهم أكثر ميلا لاستعمال الخدمات الصحية في أوقات الضغط، و من أولئك الناس الذين يعانون من مستويات متدنية من الوجدانية السلبية، و بذلك فإن الأشخاص الذين يتصفون بارتفاع

مزمن في الوجدانية السلبية، يكونون أكثر قابلية للإصابة بالأمراض، و إظهار المعاناة، و الأعراض المرضية الجسمية، و السلوك المرضي، حتى عندما لا يكون لديهم معاناة من مرض حقيقي. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 116.115).

د- ب- النمط التشاؤمي التفسير: وجد "سليجمان و رفاقه 1988"، في استقصاءاتهم لمسائل لها ارتباط بالوجدانية السلبية، دلائل حول النمط التشاؤمي التفسير، و تشير إلى احتمال وجود ارتباط بين هذا النمط و حدوث المرض، فعلى وجه التحديد هناك بعض الناس الذين يتصفون بالميل إلى تفسير الأحداث السلبية من منطلق خصائصهم العامة الداخلية المستقرة، و عندما يقومون بذلك، فإنهم قد يمهّدون السبيل للإصابة بالأمراض.

كما وجدت الأبحاث التي أجريت لبحث النمط التشاؤمي التفسير، بأن الناس الذين يتصفون بهذه الخصائص الشخصية، يمكن أن يعرضوا كفايتهم المناعية (Immunocompetence) إلى الانخفاض إذ وجدت. (المرجع السابق، ص: 118).

د- ت - الصلابة النفسية : الصلابة النفسية هي مجموعة من السمات الشخصية تعمل كواق من أحداث الحياة الشاقة، وأنها تمثل اعتقاداً أو اتجاهًا عامًا لدى الفرد في قدرته على استغلال كافة مصادره، و إمكاناته النفسية و البيئية المتاحة، كي يدرك أحداث الحياة الشاقة إدراكًا غير مشوه و يفسرها بمنطقية و موضوعية، و يتعايش معها على نحو إيجابي، و تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الالتزام، و التحكم، و التحدي".

أولها: الاحساس بالالتزام: أو وجود القابلية لدى الفرد للانخراط بما يمكن أن يواجهه من مواقف.

ثانيا: الضبط: و هو الإحساس بأن الشخص مسؤول عن ما يواجهه من أحداث في حياته، و أن لديه القدرة على التأثير في ظروف بيئته.

ثالثا: التحدي: و هو الاستعداد لتقبل التغيير، و مواجهة أنشطة جديدة تتيح الفرصة للنمو.

حيث يظهر الأفراد الذين يتميزون بالصلابة كفاءة في استخدام استراتيجيات التعامل النشطة، مثل استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و البحث عن المساندة الاجتماعية، و هم أقل ميلا للتعامل عن طريق التجنب. (كوباسا، 1979، ص: 67).

لقد ساعدت الأبحاث اللاحقة على زيادة فهمنا لخاصية الصلابة و تأثيرها على الإصابة بالمرض، إذ اقترح بعض الباحثين بأن الصلابة النفسية قد تعكس غياب الوجدانية السلبية، كما اقترح باحثون آخرون بأن الطريقة التي تتدخل فيها خاصية الصلابة في معدلات الإصابة بالأمراض تكون غالبا عن طريق تبديل السلوك المرضي، أي أن الناس الذين يحصلون على درجات مرتفعة على خاصية الصلابة قد يعتنون بأنفسهم بشكل أفضل، و خصوصا عندما يتعرضون إلى الظروف الضاغطة. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 120).

د - ث - التفاؤل: أن الطبيعة التفاؤلية يمكن أن تقود أيضا إلى التعامل بفعالية أكثر مع الضغط مما يقلل من مخاطر التعرض للمرض، فالتفاؤل يمكن أن يساعد الناس على التعامل مع الأحداث الضاغطة و ذلك عن طريق دفعهم إلى استخدام إمكاناتهم بشكل أكثر فعالية، كما يمكن أن يقلل التفاؤل من الأعراض، و يحسن من القدرة التكيفية مع الأمراض، لأنه يخلق حالة من معاكسة للوجدانية السلبية، فهو يعمل بشكل رئيسي على تشكيل منهج تفاؤلي يتميز بالابتهاج و الإيجابية نحو الحياة.

و في دراسة أجريت على مرضى القلب الذين تعرضوا لإجراء عملية تغيير الشرايين (Scheier et al, 1989)، وجد شاير أن التفاؤل كان عاملا تنبؤيا قويا بنجاح جهود التعامل مع المرض، و في الشفاء بعد العملية، كما لوحظ أن المتفائلين يميلون بشكل خاص إلى استخدام استراتيجيات تعامل مرتكزة حول المشكلة، و يميلون بدرجة أقل إلى استخدام استراتيجيات الإنكار، كما حققوا معدلات شفاء أسرع خلال اقامتهم بالمستشفى، و معدلات أسرع في العودة لممارسة نشاطاتهم الحياتية الطبيعية، بعد السماح لهم بمغادرة المستشفى. (المرجع السابق، ص: 123-124).

د - ج - الضبط السيكولوجي: من الأمور التي أصبحت معروفة، أن شعور الفرد بالقدرة على التحكم في الأحداث الضاغطة له دور مهم في المساعدة في التعامل بفعالية مع الضغوط، فالضبط المدرك هو اعتقاد الفرد بأنه يستطيع أن يقرر سلوكه، و أن يؤثر في بيئته و أن يحقق النتائج المرغوبة، و هو يرتبط كما هو واضح ارتباطا كبيرا مع الفعالية الذاتية، التي تشير إلى مستوى أضيق من الإدراك بخصوص ما يمتلك الفرد من مقدرة للقيام بالأفعال الضرورية للحصول على نتائج محددة في مواقف محددة.

فإدراك الفرد بأنه قادر على التحكم بحياته المهنية، و في المهام الحياتية العامة قد يشكل مصدر حماية يقيه من إتباع نهج خطير في الحياة يؤدي إلى قيامه بسلوكات تعرضه إلى المخاطر الصحية، و قد تبين استنادا إلى ما توصلت إليه استقصاءات عديدة، أن شعور الفرد بالقدرة على التحكم بالأحداث الضاغطة، و مع الصحة الجسمية الجيدة، و مع تغيير السلوك بما يساعد على الارتقاء بالصحة، و تحسن الأداء في المهام المعرفية.

و يعتبر الشعور بالقدرة على الضبط أمرا مهما بالنسبة لجميع الأفراد الذين يمرون بخبرات ضاغطة، فهو يساعد الأطفال و المراهقين كما يساعد الراشدين، و قد يكون له أهمية خاصة عند الفئات الضعيفة من المرضى، و الأطفال، و المسنين، و الذين يكونون أكثر قابلية للتعرض إلى المشاكل الصحية.

و للضبط السيكولوجي تأثير في غاية القوة، لدرجة أنه يستخدم بشكل واسع في اجراءات التدخل التي توجه بهدف الارتقاء بالعادات الصحية الجيدة، و في مساعدة الأفراد على التعامل بنجاح مع الأحداث الضاغطة، كالتعرض للعمليات الجراحية، أو العلاجات الضارة بالصحة.

فمن المهم أن ندرك، أن توفر القابلية لدى الناس لإدراك أن الاحداث التي تحدث في بيئتهم المحيطة، قابلة للضبط، أو اعتبار جهودهم في التعامل مع الأحداث يمكن أن تحقق النجاح. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 124-125).

د - ح - تقدير الذات : يعمل تقدير الذات العالي على تخفيف الآثار التي يخلقها الضغط على الحالة الصحية، ففي دراسة أجريت على مجموعة من الطلبة أثناء تقديم الامتحانات، ممن لديهم مستوى مرتفع من تقدير الذات، تبين أنهم كانوا أقل ميلا للانزعاج لدى تعرضهم للضغط، و كانت هذه النتائج أكثر وضوحا عند تعرضهم لمستويات منخفضة من الضغط مما هو الأمر في حال تعريضهم لمستويات عالية من الضغط، تكون فيها الأحداث الضاغطة كبيرة بدرجة تعمل على طمس الفروق بين الأفراد في تقدير الذات، و في دراسة أجريت على المسنين وجد أن تقدير الذات المرتفع يرتبط مع المستويات المنخفضة من الكورتيزون، و الهرمون المنشط لقشرة الأدرينالين (ACTH)، لدى أدائهم مهمات فيها تحد لقدراتهم، و من هذه المهمات على وجه التحديد، القيادة تحت ظروف تبعث على الاستثارة، مما يدعو إلى الاقتراح بوجود

دورة حيوية نفسية اجتماعية يؤثر عبرها تقدير الذات في التعرض للمرض.(قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 125).

د - خ - يقظة الضمير: تلعب يقظة الضمير دورا مخففا للتأثيرات التي يحدثها الضغط على الإصابة بالأمراض، ففي إحدى الدراسات (H.S.Friedman et al. 1993) التي فحصت فيها تقديرات الشخصية لمجموعة من الأطفال في العامين 1921 و 1922، لمعرفة ما إذا كان بإمكان هذه التقديرات التنبؤ بمن سيعيش أكثر، وجد الباحثون أن الأطفال الذين حصلوا على تقدير مرتفع على سمة يقظة الضمير كانوا أكثر ميلا لبلوغ سنا متقدمة، مما قد يعني أن الأفراد الذين يعملون بناء على ما يمليه الضمير الحي، أكثر نجاحا في تجنب ما يمكن أن يؤذيهم، و قد يشير ذلك إلى أنهم أكثر ثباتا في ممارسة العادات الصحية الجيدة. (المرجع السابق، ص: 125).

د - د - قوة الأنا : يبدو أن لقوة الأنا جملة من المميزات الشخصية تضم الموثوقية، و الثقة، و تديني مستوى الاندفاعية تأثير مهم على الحالة الصحية، ففي دراسة طولية قامت بها مجموعة من الباحثين (H.S.Friedman, Tucker, Schwartz, Tomlinson-Keasey et al, 1995) بإجراء دراسة على الأطفال الذين جرت مقابلتهم في المرة الأولى عام 1947، حيث قارنوا أولئك الذين اتسمت شخصياتهم بالاندفاعية، و قلة الضبط، مع أولئك الذين تميزت شخصياتهم بوجود أنا قوية، فوجدوا أن الذين تميزوا بوجود أنا قوية في طفولتهم تمكنوا من العيش أطول، و أن أحد الأسباب ذلك يرجع إلى أن الأفراد الذين لديهم أنا قوية، كانوا أقل ميلا للتدخين أو الافراط في تناول الكحول.(المرجع السابق، ص: 125).

د - ر - الثقة بالنفس : تعمل الثقة بالنفس و النزعة إلى تبسيط الأمور إلى التقليل من احتمالية حدوث المعاناة النفسية نتيجة التعرض للأحداث الضاغطة (Holahan & Moos,1990, 1991)، و لعل ذلك يرجع إلى أن الأفراد الذين يمتلكون الثقة بالنفس، و يميلون إلى تبسيط الأمور يتعاملون مع الأحداث المسببة للضغط بفعالية أكبر.(Holahan & Moos,1990)، و مع ذلك هناك دلائل بأن أشخاص المرحين يموتون إلى حد ما أبكر من سواهم (H.S. Friedman et al al, 1993)، و مع ذلك فإن السبب الذي يجعل النزعة إلى المرح تشكل خطرا على الصحة أمر مازال غير واضح، فقد يكون السبب لأن الأشخاص المرحين يصبحون غير مباليين بصحتهم، أو لأن توقعاتهم بأن الأشياء سوف تحدث بطريقة جيدة تجعلهم أكثر قابلية للتأثر بشكل سلبي إذا جرت الأمور على نحو سيء، أن هذه النتائج

المتناقضة التي تنشأ كما هو واضح عن امتلاك خصائص مرحة و نزعة إلى تبسيط الأمور، تحتاج إلى المزيد من جهود الفحص لتوضيحها بشكل أكبر.

و على النقيض من ذلك فإن الانطوائيين و المنعزلين اجتماعيا، و الذين يحصلون على درجات عالية على سمة العصائية، أو درجات متدنية على سمة التمکن و الفعالية الذاتية، و من يفتقرون إلى المهارات الاجتماعية، يبدون ميلا أكبر للتعرض لمخاطر السلوك المرضي، و المعاناة السيكلوجية (S.Cohen &Williamson, 1991 ;Kempen, Jelicis, & Ormel, 1997)، مما يتفق مع ما توصلت إليه البحوث التي تفحصنا نتائجها حول الوجدانية السلبية.(قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 127-128).

و قد لاحظ "موريسون" و "بينيت" (2009) أن أغلب الأبحاث المنشورة ركزت على عامل العصائية، فالأفراد ذوو المستويات المرتفعة من العصائية يكون لهم غالبا معتقدات قلق، و ينخرطون في السلوك الذي لا يتناسب مع الموقف، فالأفراد الذين تم تصنيفهم باعتبارهم يتصفون بالعصائية الزائدة يتسمون أيضا بأسلوب المواجهة التجنب، أي يوظفون استراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعالات، و قد ذكر "جيرينج" (2006) عن دراسة أجراها مككورميك و زملائه (McCormik et al, 1994)، أن عامل العصائية يرتبط بدرجة مرتفعة بمواجهة التجنب، في حين أن عامل القبول يرتبط سلبيا بالمواجهة المرتكزة على المشكلة و بمواجهة التجنب، و إيجابيا بعامل الاتقان، و يشير هذا البحث إلى ارتباط سمات شخصياتنا بأسلوب المواجهة و استراتيجيتها التي نوظفها لمواجهة مصادر المشقة.(شيلي تايلور، 2007، ص: 154).

5- المصادر الخارجية: لا يتأثر التعامل بالإمكانات الداخلية التي يمتلكها الفرد و حسب، مثل سمات شخصيته، و طرقه في التعامل، و لكنه يتأثر أيضا بمصادر البيئة الخارجية (Terry,1994)، و هذه المصادر تتضمن الوقت، و المال، و التعليم، و المهنة المحترمة، و الأطفال، و الأصدقاء، و الأسرة، و مستوى المعيشة، و توفر الأحداث الحياتية الإيجابية، و غياب مصادر الضغوط الحياتية الأخرى. (e.g.S .Cohen & Edwr d , 1989 , Moos , 1995)، (قاسم محمد الدوري ص: 142-143).

و يعد الاهتمام بهذه المصادر من الأمور المهمة، فأحد المهتمين في مجال الضغط (Hobfoll,1988) عد المحافظة على مصادر البيئة بمثابة الدعامة الأساسية للضغط و التعامل، و بناء على

وجهة النظر هذه فإن الناس يكافحون من أجل حماية و بناء المصادر البيئية، كما أن إمكانية تعرض هذه المصادر إلى فقدان أو حدوث ذلك بالفعل يشكل التهديد، أن الضغط النفسي إذن هو الاستجابة للموقف الذي تتعرض فيه مصادر الفرد الكامنة و الفعلية إلى التهديد الأفراد الذين يمتلكون مصادر أكثر، يتعاملون في العادة مع الأحداث الضاغطة بشكل أفضل، لأن الوقت، و الدخل، و الأصدقاء، و مصادر أخرى يمدونهم بمزيد من الطرق للتعامل مع الأحداث الضاغطة، فعلى سبيل المثال يشكل الطلاق عموماً مصدر ضغط في غاية الشدة، و مع ذلك تكون معاناة من يتعرض لهذه الخبرة من النساء و الرجال، من ذوي الدخل الأفضل، و الحاصلين على مستوى تعليمي أفضل، و لديهم عدد أكبر من الأصدقاء المقربين أقل من سواهم. (A,Booth & Amato. 1991).

و قد تساءل الباحثون عما إذا كان توفر المصادر يحدث تأثيراً مباشراً من خلال تحسين إمكانات الفرد في التعامل مع الضغوط البسيطة و الشديدة، أو أن توفر المصادر يشكل عامل حماية من الضغط، و وفقاً لوجهة النظر الأخيرة، فقد يكون للمصادر تأثير بسيط في تقرير مدى نجاح الفرد في التعامل مع المستويات البسيطة من الضغط، و لكنها قد تصبح مهمة لدى مواجهة المستويات العالية من الضغط.

ففي إحدى الدراسات التي أجريت لمعرفة ما إذا كان الأفراد الذين يعيشون في المدن أقل تعرضاً للتوتر أو الكآبة استجابة للضغوط عندما يتمتعون بصحة جيدة، و بتقدير ذات مرتفع، و مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية، و مستوى عالٍ من التعليم (Norris & Murell, 1984)، كما بينت الدراسات السابقة أن الأفراد الذين تتوفر لديهم هذه الفوائد التي يحققها توفر المصادر كانت تتقلص مع تزايد مقدار الضغوط و تقترح هذه النتائج بأن بلوغ الضغط مستويات معينة، يجعل الموقف غامراً، تصعب إدارته حتى مع توفر أفضل المصادر. (قاسم محمد الدوري ص: 143-144).

و يعد الوضع الاقتصادي الاجتماعي من أكثر المصادر الخارجية المؤثرة بالصحة، فالأفراد الذين يتمتعون بمستويات اقتصادية اجتماعية عالية، يكونون أقل عرضة للإصابة بالأمراض الجسمية، و الاضطرابات النفسية العقلية، كما تقل بينهم نسبة الوفيات الناجمة عن مختلف الأسباب المؤدية للموت و العوامل المختلفة الأخرى، بما في ذلك أنواع عديدة من السرطان، و الأمراض القلبية الوعائية مقارنة بسواهم. (قاسم محمد الدوري ص: 144).

6- توجهات جديدة في مجال التعامل

يعتبر البحث في مجال التعامل حقل خصب للدراسات و البحوث، هذا ما نتج عنه تطورات جديد

أهمها:

أ- نظرية التعامل الاستباقي: تدمج هذه النظرية المعاصرة الجانب الزمني للتعامل، فهي لا تهتم باستراتيجيات التعامل مع الأحداث الماضية فقط، بل حتى استراتيجيات التعامل الحاضرة و المستقبلية، كما يشير التعامل الاستباقي حسب (Aspinwall & Taylor, 1997) إلى: « الجهود المبذولة قبل حدوث الحادث الضاغط المحتمل بهدف الوقاية منه أو تخوير شكله قبل وقوعه». (بوطمين سمير، 2011).

كما يختلف التعامل الاستباقي عن التعامل مع الأحداث المتوقعة، و عن التعامل التوقعي بطرق مهمة: أولاً: إن التعامل الاستباقي يسبق زمنيا التعامل و التعامل التوقعي، حيث ينطوي على تراكم الموارد و اكتساب المهارات المصممة لا للتوجه نحو مصدر ضغط معين، و إنما للتحضير على العموم، على اعتبار أن الضغوط لا مفر منها، و أن تكون مسلحا يعني أنك محضر جيدا.

ثانيا: يحتاج التعامل الاستباقي إلى مهارات مختلفة مقارنة بالتعامل مع الضغوطات الموجودة أو الحالية، مثلا: نظرا لكون أنشطة التعامل ليست موجهة إلى وضع ضاغط معين، فإن المهارات المتعلقة بالقدرة على تحديد مصادر محتملة للضغط قبل حدوثها تكتسب أهمية في أنشطته.

ثالثا: مقارنة بالضغوطات الموجودة أو الحالية يحتمل أن تكون المهارات و الأنشطة المختلفة أكثر نجاحا مقارنة بالتعامل الاستباقي.(المرجع السابق).

و تقترح (Aspinwall, 2003) في هذا النموذج خمسة عناصر مترابطة لمسار التعامل الاستباقي:

- ✓ بناء احتياطي من الموارد بما في ذلك (الموارد الزمنية و المالية و الاجتماعية) التي يمكن استخدامها للوقاية من أو إزاحة الخسائر المستقبلية.
- ✓ التعرف على الضغوطات المحتملة.
- ✓ تقييم أولي للضغوطات المحتملة.
- ✓ جهود التعامل التحضيرية.

أما (Schwarzer & knoll, 2003) فيميزان بين: التعامل التفاعلي الذي يلمح إلى الضرر أو الخسارة التي حدثت في الماضي من جهة، و من جهة أخرى التعامل التوقعي الذي يشير إلى الجهود المبذولة للتعامل مع حدث خطير أكيد، أو ممكن الوقوع في المستقبل القريب مثل التحضير للامتحان، أو التعامل الوقائي الذي ينذر بتهديد غير مؤكد في المستقبل البعيد، مثل البدء في برنامج لمنع الإصابة بالضغط الدموي مع التقدم في السن، أو التعامل الاستباقي الذي ينطوي على التحديات القريبة المعززة للذات.

نظرا لكون التعامل الاستباقي يسبق زمنيا، و يتعامل مع ضغوطات غير موجودة أو غامضة، فإنه يحتاج إلى مهارات مختلفة، و يتحقق بنجاح من خلال نشاطات مختلفة، فإنه يستحق تركيزا نظريا و امبيريقيا يختلف عن العمل الموجود في الضغط و التعامل.(Folkman & Moskowitz, 2004) عن (يوظمين سمير، 2011).

ب- التعامل الديني : يساعد الدين على الارتقاء بالصحة النفسية بالنسبة للكثيرين، فالناس الذين يمتلكون عقيدة دينية قوية، يقرون بوجود درجة أكبر من الرضا في حياتهم، و درجة أكبر من السعادة الشخصية، و تأثيرات سلبية أقل لما تخلفه الأحداث الحياتية الصادمة، مقارنة بأولئك الذين ليس لهم ارتباط ديني رسمي (Ellison, 1991)، و يفيد كثير من الناس بأن الدين يساعدهم في التعامل عندما يتعرضون للمواقف الحياتية الضاغطة، فالعلاقة الدينية المنتظمة تزود الشخص بالإحساس بالهوية الجمعية، من خلال إتاحة الفرصة له للانتماء إلى مجموعة من الأفراد يشاركونه في المعتقدات.

كما أن الدين قد يساعد في التعامل مع الأحداث، لأنه يزود بنظام معتقدات و بطريقة في التفكير بالأحداث الضاغطة، تجعل الناس يجدون معنى و هدفا لما يواجهون من أحداث حتمية ضاغطة لا يمكن تجنبها (Dull & Skokan, 1995)، كما تقود بعض المعتقدات الدينية أيضا إلى ممارسات صحية أفضل، و لعل ذلك يرجع إلى أنهم يمتنعون التدخين، و شرب الكحول، و يحدون من تعاطي المواد المسرطنة الأخرى.

7- نتائج التعامل :

يمكن تخفيف الضغوط، أو إدارتها و إيقاف النتائج العكسية المترتبة عليها عن طريق التوظيف الناجح للإمكانات الداخلية مثل استراتيجيات التعامل، و المصادر الخارجية من نقود أو مساندة اجتماعية،

و لكن لا يجوز النظر إلى التعامل على أنه مجرد مجموعة من العمليات التي تحدث استجابة للمشاكل التي تنشأ عن مصدر محدد للضغط، بل يجب النظر إليه على أنه جهود تسعى لتحقيق أهداف معينة، و هذه الأهداف يمكن اعتبارها مهمات التعامل (Tasks of Coping)، و تتمركز جهود التعامل في خمس مهمات رئيسية:

- 1- تخفيف الظروف البيئية المؤذية و تعزيز احتمالات الشفاء.
- 2- التحمل أو التكيف مع الأحداث أو الواقع السلبي.
- 3- الحفاظ على صورة ايجابية عن الذات.
- 4- الحفاظ على التوازن الانفعالي.
- 5- الاستمرار في إقامة العلاقات المشبعة مع الآخرين.

و لتحقيق الفعالية في التعامل مع المشاكل، على الفرد أن يقوم أولاً بالتعامل مع المطالب المباشرة التي يفرضها الموقف الضاغط نفسه. ثم عليه أن يحدد أي نتيجة سلبية أو مشكلة مزعجة يسببها الحدث الضاغط، فمثلا على المرأة التي ترملت حديثا، أن تدرك أولاً أن زوجها لم يعد يعيش معها، ثم عليها أن تتوقع التهديدات التي يمكن أن تتعرض إليها، و تتخذ الاجراءات التي تساعد في تقليل ما يمكن حدوثه من مخاطر في المستقبل، فيتوجب عليها أن تقوم بتقييم وضعها الاقتصادي، و تجميع قواها حتى تتمكن من استمرار المهمات التي تفرضها متطلبات الحياة اليومية. (قاسم محمد الدوري، ص: 169-170)

8- التعامل الناجح:

يتم الحكم على جهود التعامل مع الضغوط على أنها ناجحة:

أولاً: إذا تمكنت من تقليل الاستثارة و المؤشرات الدالة علي وجودها، مثل معدل سرعة القلب و النبض، و القابلية التوصيلية للجلد، فإذا قل تركيز الكاتيكولامين (Catecholamine) و استيرويدات القشرة (Corticostéroïdes)، فإن الحكم على أسلوب التعامل يعد أكثر نجاحا.

ثانياً: المعيار الثاني للتعامل الناجح فيستند إلى قياس مدى توفر القدرة لدى الناس للعودة إلى استئناف نشاطهم الذي سبق تعرضهم للضغط، و ما هي السرعة التي تمكنوا فيها من العودة، فكثير من الضغوط و خصوصا الشديدة منها، مثل الضغوط الناجمة عن موت شريك أو المزممة، كتلك الناجمة عن الضحيج الزائد، تتدخل في إنجاز نشاطات الحياة اليومية، لذلك يحكم على نجاح التعامل بمدى استطاعة

الناس العودة لاستئناف نشاطاتهم الحياتية اليومية، و مع ذلك فإن هذا المعيار يحمل نوعا من التحيز الضمني، نظرا لأن ذلك يعتمد على مدى ما اتسمت به حياة الفرد التي سبقت التعرض للحدث الضاغط بالمثالية، فليس بالضرورة أن يكون الأمر دائما كذلك، و في واقع الأمر فإن تغيرا جوهريا يمكن أن يلي التعرض للحدث الضاغط و هذا التغيير قد يكون مؤشرا على النجاح في التعامل و ليس الفشل، (S.E. Taylor, 1983)، فالشخص المريض الذي يجهد نفسه في العمل، و يكره مهنته في نفس الوقت، قد لا يحقق تكيفا ناجحا إذا عاد لموقع عمله، و لكن تغيير موقع عمله قد يعبر عن نموذج أكثر نجاحا في التعامل.

ثالثا: و هو المعيار الأكثر شيوعا، حيث يقوم الباحثون بالحكم على التعامل بناء على مدى فعاليته في تخفيف المعاناة النفسية، فعند تقليل قلق الفرد أو كآبته تقيم استجابة التعامل بأنها ناجحة.

رابعا: يمكن الحكم على التعامل في ضوء قدرته على إنهاء و تخفيف أو تقليل فترة بقاء الحدث الضاغط. (Harison, Aseltine & Gore, 2000)، عن (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 171).

و بإختصار فإن الحكم على مدى نجاح التعامل يستند إلى عدد من المعايير، فالتعامل أمر معقد، و مع ذلك فإن المعايير المتعددة للحكم على نجاحه قد تتأثر باختلاف الجهود الموجهة للتعامل، و الأهم من ذلك يعتبر التعامل أمر مكلفا، فهو يتطلب بذل الجهد، و التركيز، و الانتباه، مما يقلل من توفر الطاقة التي يمكن أن توجه لإنجاز مهام أخرى. (المرجع السابق، ص: 172).

9- أدوات قياس استراتيجيات التعامل:

أ- مقياس لازاريس و فولكمان (1984) the way of coping check-list

يتكون مقياس قائمة طرق التعامل (WCC) ل لازاريس و فولكمان من 67 بند، تم تطبيقه على عينة مكونة من 100 راشد (52 امرأة، 48 رجل)، تتراوح أعمارهم ما بين (40 و 65 سنة) و الذين أجابوا على المقياس لمدة سنة من التطبيق، و ذلك بسردهم لحدث ضاغط و الطريقة التي تصرفوا بها إزاء هذا الحدث، و بجمع الإجابات و نتائج التحليل العاملي، تم الحصول على 8 ثمانية أبعاد فرعية موزعة بين استراتيجيتين رئيسيتين (المواجهة المرتكزة على المشكل، و المواجهة المرتكزة على الانفعال)، أما السلام الفرعية فهي موزعة كالاتي:

- استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة.
- استراتيجية حل المشكل: (و تضم البحث عن المعلومة، و اتباع مخطط عمل...).
- الروح القتالية و تقبل المواجهة.

- استراتيجيات المواجهة المرتكزة على الانفعال:
- اتخاذ مسافة أو التقليل من قيمة التهديد.
- إعادة التقييم الايجابي.
- اتهام الذات.
- الهروب- التجنب.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.
- التحكم في الذات.

و لقد تم تعديل المقياس فيما بعد ليصبح 50 بند (The ways of coping questionnaire) (Bruchon-Schweitzer, 2002, P :375).

ب- مقياس فيتاليانو المعدل (Vitaliano, 1985)

يشير بولهان و زملائه إلى أن أول تكييف لمقياس (WCC) ل لازاريس و فولكمان كان من طرف (Vitaliano, Russo, Carr, Mauro, Vecker, 1985)، و عن طريق التحليل العاملي (Rotation varimax)، حيث تم استخراج 5 عوامل موزعة على 42 بند و هي:

- حل المشكل، لوم الذات.
- التقييم الايجابي.
- التجنب.
- البحث عن الدعم الاجتماعي.

و قد تم تكييف المقياس أيضا على المجتمع الفرنسي من طرف الباحثة بولهان و زملائها نيسي، قينتار، كوسون، بورجو (Paulhan, Nussier, Quintar, Couson, Bourgois, 1994) على عينة مكونة من 501 راشد (172 رجل، 329 امرأة) تتراوح أعمارهم ما بين (20- 30 سنة).

و بالتحليل العاملي للمكونات الأساسية تم استخراج عاملين أساسيين هما: (استراتيجيات المرتكزة على المشكلة، استراتيجيات المرتكزة على الانفعال)، موزعين على خمسة أبعاد فرعية هي:

- استراتيجيات مرتكزة على المشكلة: - حل المشكلة.

- البحث عن الدعم الاجتماعي.

- استراتيجيات مرتكزة على الانفعال: - التجنب.

- إعادة التقييم الايجابي.

-إتهام الذات.

ج - مقياس كارفر و زملائه (Carver, et al,1989)

جاء مقياس كارفر و زملائه من الأعمال النظرية لهؤلاء الباحثين سنة (1989) و هو يدعى بـ (COPE)، و يفرق هذا المقياس بين الاستراتيجيات التكيفية و الاستراتيجيات غير التكيفية، و يتكون من 14 استراتيجية بأربعة بنود لكل استراتيجية و هي: (المواجهة النشطة، التخطيط، إلغاء النشاطات المتزاخمة "التنافسية"، المواجهة المحدودة "المقيدة"، المساعدة المعلوماتية، المساعدة الانفعالية، إعادة التفسير الايجابي، التقبل، المواجهة بالتدين، الانتباه للآخرين و التعبير عن الانفعالات، الإنكار، التجنب السلوكي، التجنب المعرفي، التجنب عن طريق المخدرات و الكحول.

د - مقياس اندلر و باركر (Endler, Parker, 1990)

قام اندلر و باركر (Endler, Parker, 1990) بتطوير مقياس (CISS-Coping inventory for stressful situation)، حيث تم تكيفه على المجتمع الفرنسي من طرف رولون (Rolland, 1998) و الذي نشر من قبل منشورات مركز علم النفس التطبيقي سنة 1998.

و يتكون هذا المقياس من 48 بند مقسمة إلى 3 سلا لم فرعية مكونة من 16 بند و هي:

- مواجهة موجهة نحو المهمة: وتصف الجهود الموجهة إلى نشاطات حل المشكل.

- مواجهة موجهة نحو الانفعال: و تصف (الاستراتيجيات) الاستجابات الانفعالية الموجهة نحو الذات بهدف التقليل من الضغط.

- مواجهة موجهة نحو التجنب: و تصف النشاطات و التغيرات المعرفية التي تهدف إلى تجنب الوضعيات الضاغطة

خلاصة الفصل

لقد شهدت العقود القليلة الماضية خطى واسعة في مجال مفهوم التعامل، حيث تمكن الباحثون من تحديد الكثير من الاستراتيجيات الشائعة التي يستخدمها الناس على غرار استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال، كما بينوا أهميتها في تطوير و تحسين الصحة النفسية و الجسدية، وهذا بعد ما حددوا العوامل المؤثرة عليها (الديموغرافية، و السياقية، و الشخصية)، في حين أن التوجهات الحديثة و المستقبلية للتعامل فهي منصبة على التعامل الاستباقي و التعامل الديني، أما عن التعامل الفعال فهو مرتبط بمدى قدرته على تحقيق مجموعة من الأهداف على غرار خفض الأعراض الفزيولوجية، و القدرة على التحكم في العوامل الضاغطة، و العودة إلى الحياة العادية.

الفصل الرابع

المساندة الاجتماعية

مقدمة

- 1- نشأة و تطور مفهوم المساندة الاجتماعية.
- 2- مفهوم المساندة الاجتماعية.
- 3- الأسس الجينية للمساندة الاجتماعية.
- 4- النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.
- 5- أنواع المساندة الاجتماعية.
- 6- المساندة الاجتماعية و علاقتها باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- 7- أثر المساندة الاجتماعية في تخفيف ردود الفعل الفسيولوجية و العصبية الصماوية.
- 8- أثر المساندة الاجتماعية في تخفيف الاصابة بالأمراض و في العادات الصحية.
- 9- المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية.
- 10- المساندة الاجتماعية الفعالة.
- 11- العوامل المهددة للمساندة الاجتماعية.
- 12- تأثير الضغط النفسي على مقدمي المساندة الاجتماعية.
- 13- تعزيز المساندة الاجتماعية.
- 14- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، المساندة الاجتماعية و جودة الحياة.
- 15- المساندة الاجتماعية في ضوء الكتاب و السنة النبوية.
- 16- أدوات قياس المساندة الاجتماعية.

خلاصة.

تعتبر المساندة الاجتماعية من بين المفاهيم الجديدة التي أدخلت في المجال الطبي، خاصة بعد اعتماد منظمة الصحة العالمية على المقاربة الطبية النفسية الاجتماعية في عملية التكفل بالمرضى، إذ تعتبر متغيراً أساسياً و مهماً في حياة الأفراد، سواء في مجال الوقاية و ترقية الصحة النفسية و العضوية، كما تعتبر مصدراً هاماً من مصادر الأمن و المواجهة الذي يحتاجه الإنسان في كل ظروفه الحياتية، هذا ما دفع بالمختصين بالاهتمام بهذا المفهوم و تناوله بطرق مختلفة، حيث تباينت هذه التعريفات من حيث العمومية و النوعية من جهة، و التوجه الفكري و النظري من جهة أخرى.

1- نشأة و تطور مفهوم المساندة الاجتماعية

تعد المساندة الاجتماعية قديمة جداً، فقد وجدت مع وجود الإنسان نفسه، إلا أن الباحثين لم يهتموا بها بحثاً و دراسة إلا في وقت متأخر، و ذلك من خلال دراسات علم الاجتماع، حيث صاغو مصطلح شبكة العلاقات الاجتماعية التي تعتبر البداية الحقيقية للظهور، و التي يطلق عليها البعض مسمى الموارد الاجتماعية. (منى أحمد، عيسى أحمد، 2020، ص: 99)، أما الفضل في ظهور مصطلح المساندة الاجتماعية فيرجع إلى (R Weiss, 1974) الذي أطلق عليها مصطلح "إمدادات اجتماعية" Provisions Social، و حدد مكوناتها في ستة جوانب هي: الود أو التعلق، و الاندماج الاجتماعي، و توفير فرص العطاء، و القيمة أو تأكيد الأهمية، و الألفة أو الارتباط، و التوجه. (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، 1994، ص: 4).

في حين يرى كل من (William, Barvlay & Schmied, Oakley, 2004) أن مصطلح الدعم الاجتماعي إستخدم لأول مرة في سنة 1970، إلا أن البداية الحقيقية لدراسة المساندة الاجتماعية و نظرياتها في علم النفس يعود إلى ما قدمه كل من كاسل (Cassel) و كوب (Cobb) في ورقتهما، و تضمنتا بحثاً جديدة في محاولة معرفة أثر العلاقات الاجتماعية على أوجه الصحة النفسية بشكل عام. (منى أحمد عيسى أحمد، 2020، ص: 99-101).

2- مفهوم المساعدة الاجتماعية

أ- لغة:

يشير مصطلح المساعدة في قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة إلى الدعم و التأييد، أما في قاموس المحيط فالمساعدة الاجتماعية تحمل في طياتها معنى المعاونة و المؤازرة و شدة الأزر و التقوية و المساعدة على مواجهة المواقف. (زندى، 2011، ص: 61).

ب- اصطلاحاً:

➤ تعريف الحداد و الباسل:

"المساعدة الاجتماعية هي المساعدة، و المؤازرة المادية، و العاطفية، و المعنوية، و المعلوماتية، و المجتمعية التي يحصل عليها الفرد من خلال علاقاته الاجتماعية مع المصادر المتاحة في بيئته الاجتماعية". (فواز ، مومني، 2008، ص: 27).

➤ تعريف كوب (Cobb, 1976):

الدعم الاجتماعي هو عبارة عن معلومات توجه للشخص للاعتقاد بأنه معتنى به و محبوب، محترم و عضو في شبكة متبادلة الالتزامات، لذا فإن الدعم موجود فقط إذا أدى إلى اعتقاد معين للمستقبل. (حسين، حشمت و باهي مصطفى، 2006، ص: 269).

➤ تعريف كابلان (Caplan, 1981) :

"المساعدة الاجتماعية تعبر عن النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط و التفاعلات الاجتماعية مع الآخرين التي تتسم بأنها طويلة المدى، و يمكن الاعتماد عليها و الثقة بها عندما يشعر الفرد بأنه في حاجة إليها لتمده بالسند العاطفي". (Caplan, 1981: 413).

➤ تعريف علي عبد السلام (2001):

"المساعدة الاجتماعية تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، و هم أولئك الذين يتكون لديه انطبعا بأنهم في وسعهم أن يعتنوا به، و أنهم يقدرونه". (عبد السلام علي، 2001، ص: 78-79).

➤ تعريف جونسون (H, Johnson, 1979):

"شعور الفرد بالقيمة و تقدير الذات، و الاحترام من خلال السند العاطفي الذي يستمده من الآخرين وقت حاجته إليهم". (علي عبد السلام علي، 2000، ص: 9).

➤ تعريف ساراسون و آخرون (Sarason et others ,1986):

" الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، و الذين يتركون لديه انطبعا بأنهم يجبنه، و يقدرونه و يمكن اللجوء إليهم و الاعتماد عليهم عندما يحتاجهم". (فايد، 1998، ص:45).

➤ تعريف كوهين و آخرون (Cohen et others, 1986):

"تعني متطلبات الفرد بمساندة و دعم البيئة المحيطة به سواء من أفراد أو جماعات تخفف من أحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها، و تمكنه من المشاركة الاجتماعية الفاعلة في مواجهة هذه الأحداث و التكيف معها". (دياب، 2006، ص:25).

➤ تعريف شيلي تايلور (2007):

"المساندة الاجتماعية هي الحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب، و الاحترام و التقدير، و يشكلون جزءا من دائرة علاقاته الاجتماعية، و يرتبط معهم بمجموعة من الالتزامات المتبادلة مثل: الوالدين، الزوج، الأولاد، الأقرباء، و الأصدقاء و الذين يرتبط معهم بعلاقات اجتماعية و مجتمعية". (تايلور، 2007، ص:375).

➤ تعريف (Cheng, S & Chan, A, 2004):

" المساندة الاجتماعية هي أساليب المساعدة التي يتلقاها الفرد من الأسرة و الأصدقاء، و التي تتمثل في تقديم المساعدة، و المشاركة، و الاهتمام، و التشجيع، و التوجيه، في جميع جوانب الحياة، و التي تشبع الحاجات المختلفة للفرد، و تشعره بالأمن، و تزيد من ثقته بنفسه و تساعده على تكوين علاقات اجتماعية".

➤ تعريف كردي (2008):

"المساندة الاجتماعية هي تلك العلاقة القائمة بين الفرد و المحيطين به من أفراد الأسرة و الأصدقاء و الصحبة الاجتماعية التي يدرك الفرد من خلالها الثقة في الآخرين و الاعتماد عليهم في إشباع حاجاته". (معمرية، 2015، ص:14).

➤ تعريف (Norton & Manne, 2005):

" هو الدعم المقدم للأفراد من قبل الأسرة و بصفة خاصة الزوج و العائلة، و الأصدقاء، و الجيران، و زملاء العمل، و كذلك الفريق العلاجي، و الجهات الادارية المشرفة".

نلاحظ من التعاريف السابقة إختلاف الباحثون في تعريف مفهوم المساندة الاجتماعية و ذلك حسب توجهاتهم النظرية، إلا أن بيرس (Bears) قام بمسح هذه التعريفات و لخصها كما يلي:

- ✓ تعريفات ركزت على الخصائص البنائية للشبكة الاجتماعية.
- ✓ تعريفات ركزت على المساندة الاجتماعية كمكونات وظيفية.
- ✓ تعريفات ركزت على المساندة الاجتماعية كعملية مدركة.

أما ساراسون (Sarason, 1982)، فقد أشار بأن هناك اتفاقاً على أن مفهوم المساندة الاجتماعية يشمل مكونين أساسيين:

أولاً: أن يدرك الفرد أنه يوجد عدد كاف من الأشخاص في شبكة علاقاته الاجتماعية يمكن الرجوع إليهم و الاعتماد عليهم عند الحاجة.

ثانياً: أن يكون لدى الفرد درجة معقولة من الرضا عن المساندة المتاحة له و القناعة بجداهاها.(معتز سيد عبد الله، 2001، ص: 104).

بشكل عام، فإن المساندة الاجتماعية مفهوم متعدد الأبعاد، و يشير بها إلى سلوك الأقران التي تتعلق باحتياجات الفرد التي يحتاجها في المواقف المجهدة (Cohen et Wills, 1985; Wills et Fegan, 2001)، و مع ذلك، من المهم التمييز بين الدعم الوظيفي و الدعم الهيكلي، تشير المساندة الهيكلية إلى عدد الأفراد المرجعيين، و نسبة تكرار التفاعل معهم، نتساءل ما إذا كان الفرد متزوجاً، ما إذا كان له اتصال دائم مع أصدقاء، ما إذا كان ينتمي إلى منظمات مختلفة، إذن كمية الاتصالات الاجتماعية المنتظمة هي التي تصبح مهمة (Wills et Fegan, 2001)، و من جهة أخرى، تشير المساندة الاجتماعية الوظيفية إلى نوعية المصادر المتاحة، و لاسيما إلى تصورات الفرد فيما يتعلق بأداء وظائف معينة من قبل أقرابه. (Wills et Fegan, 2001).

3- الأسس الجينية للمساندة الاجتماعية:

يتساءل الباحثون عن السبب الذي يجعل المساندة الاجتماعية في غاية الأهمية لدى التعرض للضغط، أن أحد الآثار التي تجعلها كذلك يرجع بالتأكيد إلى الفائدة الفعلية التي يقدمها الأصدقاء الحقيقيون و أفراد العائلة و المجتمع، و لكن هذه الفائدة قد ترجع إلى الاعتقاد بأن المساندة متوفرة،

فالأبحاث التي استخدمت التوائم كشفت عن وجود أساس جيني سواء في وجود القابلية لإعتبار المساندة الاجتماعية موجودة، أو في القابلية لانتقاء العلاقات الاجتماعية المساندة. (R.C.Kessler, Kendler,) (Heath, Neal & Eaves, 1992). و هذه التأثيرات الجينية قد تكون مسؤولة عما أعتبر في السابق من العوامل ذات التأثيرات المحصنة من الضغط، فعند التعرض للضغوط، تنشط النزعة الجينية التي تعمل على التوجه نحو شبكة العلاقات الاجتماعية المساندة، مؤدية إلى الاعتقاد بتوفر المساندة الاجتماعية التي تعمل على تخفيف الضغط. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 159-160).

4- نظريات المساندة الاجتماعية.

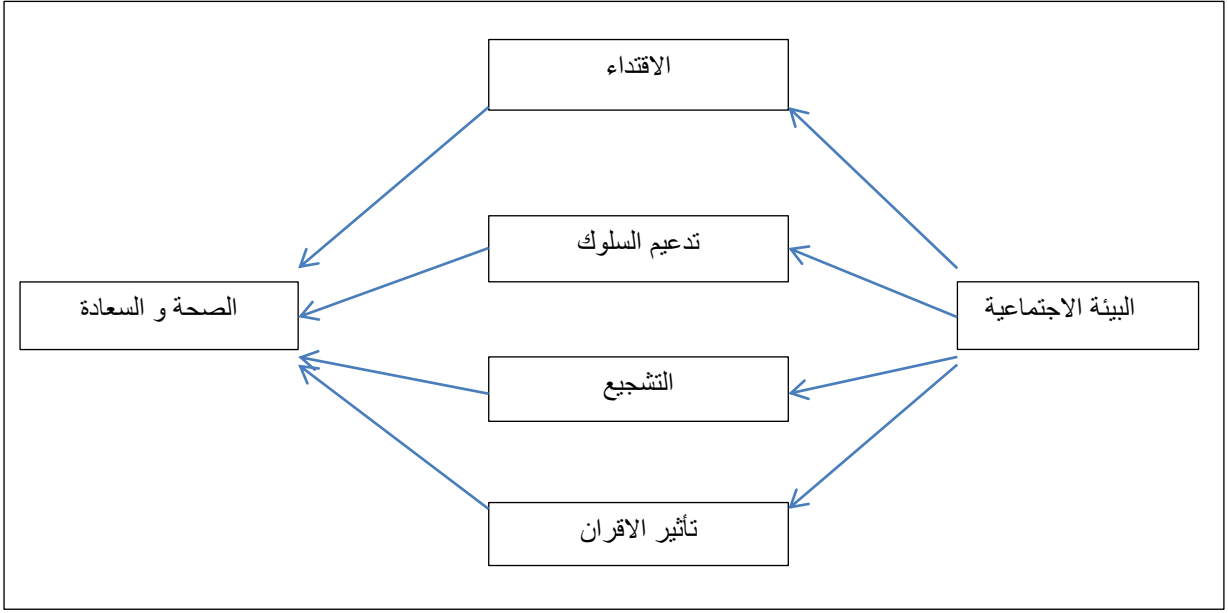
هناك نماذج نظرية لتفسير تأثير المساندة الاجتماعية، منها ما يلي:

أ- نموذج الآثار الرئيسية للمساندة: يقوم هذا النموذج على مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية ذات تأثير إيجابي على الصحة الجسمية و النفسية للفرد، بغض النظر عما إذا كان قد تعرض لضغوط حياتية أم لا، و يشير (Kaplan & others, 1993) إلى وجود ثلاثة تفسيرات تبدو متكافئة حول دور العلاقات الاجتماعية بشكل عام في الصحة الجسمية و النفسية و هي:

التفسير الأول: يشير إلى أن العلاقة بين نقص المساندة الاجتماعية و الأعراض المرضية علاقة سببية، حيث تقي المساندة الاجتماعية المرتفعة من التعرض للمرض.

التفسير الثاني: يرى أن الأفراد عندما يمرضون يتعدون عن نسق المساندة الاجتماعية الخاص بهم، حيث تؤدي الإصابة المبكرة بالمرض إلى تغييرات في المساندة الاجتماعية التي يتلقونها.

التفسير الثالث : و يشير إلى أن هناك متغيرا ثالثا كالتابعة الاجتماعية، أو خصال الشخصية، يؤدي إلى ضعف المساندة الاجتماعية و النواتج الصحية لدى الأفراد. (شعبان جاب الله رضوان، 2006، ص: 173 . 174).



شكل رقم (5-1) نموذج الأثار الرئيسية للمساندة الاجتماعية (شعبان جاب الله رضوان، عادل محمد هريدي، 2001، 75) (سميرة عبد الله كردي، 2008، ص: 465).

فهذا النموذج يصور المساندة الاجتماعية من وجهة نظر سوسولوجية على أنه تفاعل اجتماعي، أو الانغماس في الأدوار الاجتماعية، أما من ناحية علم النفس أو المنظور السيكولوجي، فإنه ينظر للمساندة على أنها تفاعل و اندماج اجتماعي، و مكافاة العلاقات و مساندة الحالة.(الشناوي محمد محروس و السيد، عبد الرحمان محمد، 1994، ص:39).

ب - نموذج الأثر الوافي أو المخفف: يرى الباحثون حسب هذا النموذج أن المساندة الاجتماعية لها دوران رئيسيان في حياة الفرد و هما: دور نمائي ودور وقائي.

الدور النمائي: الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية يتبادلونها مع غيرهم، و يدركون أن هذه العلاقات بوثق فيها، يسير ارتقاؤهم في اتجاه السواء، و يكونوا أفضل في الصحة الجسمية و النفسية عن غيرهم ممن يفتقدون إلى هذه العلاقات.

الدور الوقائي: يكون للمساندة الاجتماعية أثر مخفف لنتائج الأحداث الضاغطة، فالأشخاص الذين يتعرضون لأحداث ضاغطة أو مؤلمة تتفاوت استجاباتهم البدنية و النفسية لتلك الأحداث، تبعا لتوفر العلاقات الودودة المساندة كما و كيفا، حيث يزداد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كلما نقص مقدار

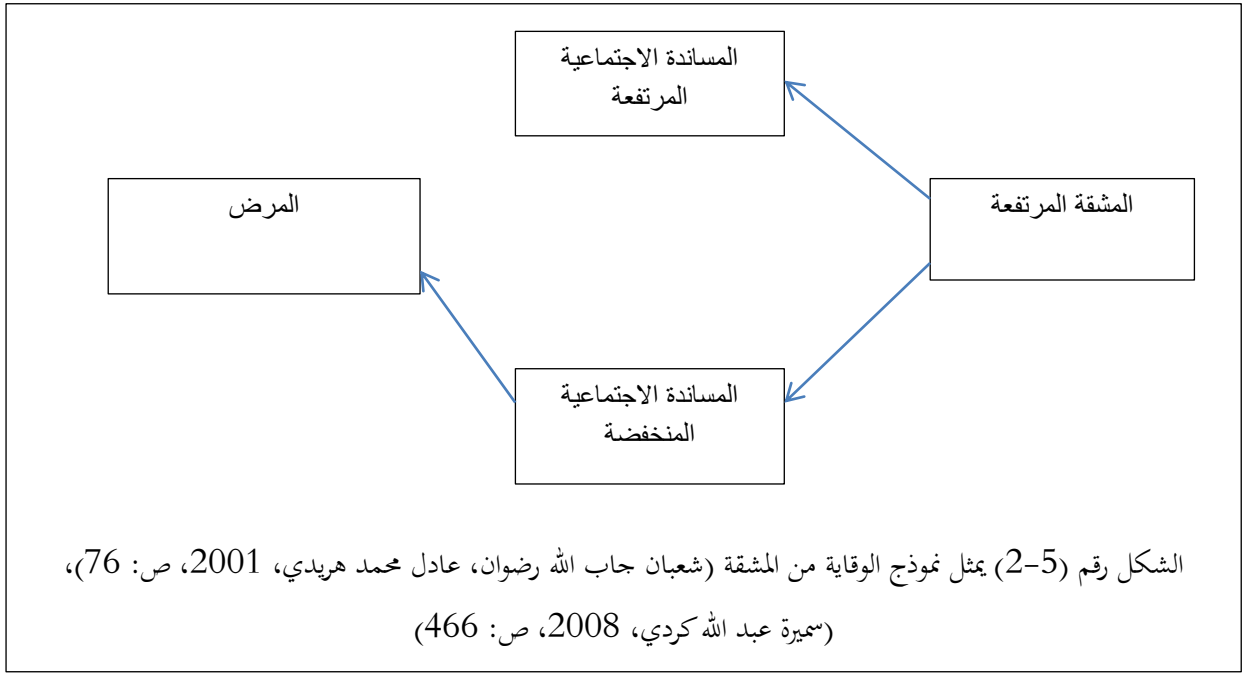
المساندة الاجتماعية كما و نوعا، و ينخفض احتمال التعرض لهذه الاضطرابات كلما زاد مقدار المساندة الاجتماعية كما و نوعا كذلك، و هنا تعتبر المساندة الاجتماعية عاملا يتوسط العلاقة بين مصدر الضغط من جهة و الاستجابة الخاصة بالضغط من جهة أخرى، و يعرف هذا التأثير بنموذج الأثر الملطف لآثار الضغوط.(محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن، 1994، ص: 33). عن (بشير معمريّة، 2012، ص: 16).

كما يتمحور دور المساندة الاجتماعية كنموذج مخفف للأثار السلبية لأحداث الأثار الضاغطة في

محورين:

- **المحور الأول:** يمكن للمساندة الاجتماعية أن تتدخل بين الحدث الضاغط و بين ردة فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط، بمعنى إدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الموارد و الإمكانيات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير امكانية وجود ضرر نتيجة الموقف، أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، و من ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط.

- **المحور الثاني:** أن المساندة الاجتماعية المناسبة قد تتدخل بين خبرة الضغط و ظهور حالة مرضية، و ذلك عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط بالتأثير المباشر على العمليات الفيزيولوجية، و قد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، و ذلك بالتخفيف من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة، فمن خلال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته و أصدقائه، و المتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمية تقل نسبة الأعراض لدى الأشخاص الذين يتعرضون لمضاعفات المرض.(علي عبد السلام علي، 2005، ص: 24).



يتضح من هذا النموذج (نموذج الوقاية من المشقة)، أن المساندة الاجتماعية المرتفعة تؤدي إلى إزالة المرض حتى وإن كانت المشقة مرتفعة، في حين قد يظهر المرض في حالة ما إذا كانت المساندة الاجتماعية منخفضة.

ج- نموذج التبادل الوجداني: صاغ (Kelley & Thibaut, 1979) نموذجاً نظرياً لتفسير العوامل الدافعة للانضمام إلى الجماعة، فأشاراً إلى أن الأفراد ينضمون إلى الجماعات لإشباع حاجات خاصة، و يقيمون إشباعهم للحاجات وفق محكان هما:

- ✓ محك المقارنة الشخصي: و يتمثل في تحقيق الحد الأدنى من الإشباع من خلال العضوية في الجماعة.
- ✓ محك المقارنة بين البدائل: و يقصد به مقارنة الإشباع التي يتم الحصول عليها من علاقة معينة، بالإشباع التي يمكن الحصول عليها من خلال علاقة أخرى بديلة، و يسعى الفرد نحو العلاقة التي تحقق له أكبر قدر من الإشباع وفق ما يتلقاه من اثابات مادية و نفسية. (شعبان جاب الله رضوان، 2006، ص: 174).

د- نظرية التعلق الوجداني: و صاحبها هو جون بولبي (J.Bowlby) حيث تعد من النظريات التي لها تضمينات هامة بالنسبة للتطبيقات العيادية في مجال علاج الاضطرابات الانفعالية، و بناء على هذه

النظرية، نجد أن الانسان جبل على البحث عن مختلف أشكال التعلق المقدمة من طرف الاخرين. (Lopez,)
1994

و تهتم نظرية التعلق الوجداني بالعلاقات و الروابط التي تنمو بين الوليد و القائمين على رعايته، خلال مراحل حياته المختلفة، و التي تكون مهمتها التزود بالمساندة و الأمن للطفل، و طبقا لبولبي فإن أسلوب التعلق نمط ثابت من الشخصية يتم إدراكه سلوكيا و معرفيا و وجدانيا، حيث وجدت دراسات عديدة أشارت على ثبات أسلوب التعلق وتأثيره على الطريقة التي يرتبط بها الأشخاص مع بعضهم البعض، و كذلك طريقة تعاملهم مع الضغوط و تتشابه هذه العلاقات مع تلك التي كانت موجودة في مرحلة الطفولة، و تشير نتائج البحوث إلى أن آثار التعلق يكون لها آثار مفيدة بالنسبة للصحة الجسمية و النفسية. (ماجدة حسين، محمود، 2009، ص:266).

و يرى بولبي (1980) أن الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية تتميز بالمودة من الآخرين منذ سنوات حياته الأولى، يصبح بعد ذلك شخصا واثقا من نفسه و قادرا على تقديم المساندة للآخرين، و يصبح أقل عرضة للاضطرابات النفسية، كما تزيد المساندة الاجتماعية من قدرة الفرد على المقاومة و التغلب على الاحباطات، و تجعله قادرا على حل مشاكله بطريقة جيدة. (فهد عبد الله، 1998، ص:32).

و يرى كذلك بولبي (Bolby) أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها الأهل و الأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير، و هناك بعض الدراسات التي أيدت نموذج الارتباط، و اعتبرت أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى التحسن في حالته الصحية، بل إن الكلمات التي يستخدمها في وصف الصدمة تنبأ عن مدى التحسن في حاته الصحية البدنية أو النفسية.(أسماء إبراهيم، 2001، ص: 14)، و عليه فإن هذه النظرية تعبر أهمية كبيرة إلى علاقة الطفل مع والديه خلال أولى مراحل النمو، فتمتد هذه العلاقة لتحدد علاقة هذا الطفل في مرحلة الرشد مع غيره.

هـ- النموذج الشامل لبيرمان:

يذكر الباحثان (Lieberman et pearlin, 1981)، أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط، من حيث أنها يمكن أن تحد من احتمالية حدوث الحدث الضاغط، أو من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث، و من ثم تخفف أو تلتطف من التوتر المحتمل، و إذا وصل التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن

للمساندة أن تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط و الإجهاد المصاحب، كما يمكن أن تؤثر المساندة الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة أو التعامل مع الحدث الضاغط، و بذلك تعدل من العلاقة بين ما يسببه من إجهاد، و بمقدار الدرجة التي ينحدر عندها الحدث الضاغط فإن عوامل شخصية مثل تقدير الذات تجعل من إمكانية المساندة أن تعجل من هذه الأثار.(محمد عبدة الرحمان، 1999، 324).

و- نظرية الإحتياط الاجتماعي:

تحدث نظرية الإحتياط الاجتماعي المطورة من طرف (Weiss, 1973)، عن أهمية العلاقات الاجتماعية في سلامة و صحة الشخص، حيث ركز (Weiss) اهتمامه على حاجات الإنسان و من بينها العلاقات الاجتماعية و اعتبرها احتياطا مهما من حيث المصادر، و اعتمادا على دراسات أميريكية توصل إلى أن العلاقات الانسانية المتنوعة تمنح احتياطات متميزة للفرد، لذلك ميز ويس (Weiss) خمسة أنواع منها:

- الارتباط: و ذلك عن طريق علاقة حميمية أو قرابة مع شخص.
- الاندماج الاجتماعي: و له وظيفة في الشبكة الاجتماعية في تقاسم الاهتمامات و النشاطات.
- الاستحقاق: في الإنجاز، و الكفاءة و التقدير.
- التماسك و تضمنه علاقات توفر المساعدة في حالة الطوارئ.
- التوجيه أو الحاجة إلى المعلومات و النصائح تميزها العلاقات التي تلزم الفرد بواجبات رعاية و تحمل مسؤولية الآخرين.

كما إفترض (Weiss) أن الارتباط شيء حيوي، و له أهمية للصحة و السلامة كأى علاقة تقدم مشاعر خاصة سوف تكون قاعدية في حياة الفرد، فالشخص مع زوجته، أولاده، الأصدقاء الحميمين، يطورون نواة علائقية و حولها تتطور علاقات أخرى، و هكذا يتحصل الفرد على احتياطات متنوعة من علاقات مختلفة و نقص واحد من الاحتياطات يؤدي إلى الإصابة بالاضطراب أو المرض (Komproe, 1995 : 9).

5 - أنواع المساعدة الاجتماعية:

تتخذ المساعدة الاجتماعية، كما يقترح الباحثون، أشكالاً متعددة، فهناك المساعدة التقييمية، و المساعدة المادية، و المساعدة المعلوماتية، و المساعدة الوجدانية:

أ- المساعدة التقييمية : Appraisal Support

تمثل المساعدة التقييمية في إعطاء الشخص معلومات تساعد على تقويم أدائه، و تهدف إلى مساعدته على تحقيق فهم أفضل للحدث الضاغط، و للاستراتيجيات التي يجب حشدتها للتعامل معها، و من خلال تبادل التقييمات يستطيع الفرد الذي يواجه حدثاً ضاغطاً، كذلك أن يقرر مقدار التهديد الذي يسببه الحدث الضاغط، و يستطيع الاستفادة من الاقتراحات حول كيفية إدارة الموقف. (شيلي تايلور، 2008، ص:445).

و هذا النوع من المساعدة يكون في شكل معلومات، حيث يعطي للشخص انطباع على أنه ذو قيمة، و مقبول، كما قد يتحسن تقدير الذات بمجرد أن ننقل لهؤلاء الأشخاص أنهم مقدرون لقيمتهم الذاتية و خبراتهم، و أنهم مقبولون بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية، و هذا النوع من المساعدة يشار إليه أيضاً بمسميات مختلفة مثل المساعدة النفسية و المساعدة التعبيرية (expressive)، و مساعدة تقدير الذات (self-esteem support)، و مساعدة التنفيس (Evetilation). (منى أحمد عيسى أحمد، 2022 ص: 107).

ب- المساعدة المادية: Tangible Assistance

و هي توفير مواد المساعدة مثل: الخدمات، و المساعدة المالية، و البضائع، فتقديم الأظعمة للعائلة التي تتعرض لوفاة أحد أفرادها، يعني أن أفراد عائلة الفقيد ليس عليهم إعداد الطعام لأنفسهم، أو لزوارهم من الأقارب، في وقت لا يملكون فيه الوقت و لا الطاقة، و لا الحماس للقيام بهذه المهمات. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص:150).

ج- المساعدة المعلوماتية: Information support

يمكن أن تقوم الأسرة و الأصدقاء بتزويد الفرد بالمساعدة المعلوماتية المتعلقة بالحدث الضاغط، فعلى سبيل المثال إذا توجب على الفرد أن يجري فحصاً طبيًا مزعجاً، فيمكن للشخص الذي تعرض

لنفس الفحص أن يزوده بمعلومات حول الطريقة التي سيتم بها الفحص بالضبط، وكم من الوقت ستستمر المضايقة بسبب الفحص و غيرها من الأمور المتعلقة بالموضوع، و يمكن للشخص الذي يواجه صعوبات في وظيفته، أن يحصل على معلومات من زملائه في العمل حول أفضل الطرق التي يمكن أن يتبعها لتنظيم وقته، أو في إنجاز المهام بالشكل السليم، أو في كيفية التعامل مع رؤسائه بخصوص تغيير بعض المظاهر المتعلقة بعمله. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص:151).

كما تتمثل المساندة المعلوماتية في تقديم أفراد الأسرة و الأصدقاء معلومات عن الحدث الضاغط، كإعطاء نصائح و إرشادات، أو تعليم مهارة أو المساعدة على حل مشكلة، فالشخص الذي يواجه صعوبات في دراسته أو في عمله، يمكن أن يحصل على معلومات من زملائه في الدراسة أو في العمل حول أفضل الطرق التي يمكن له أن يتبعها لتنظيم وقته، أو في إنجاز المهام الموكلة إليه بشكل سليم، أو في كيفية التعامل مع زملائه و رؤساء العمل. (شيلي تايلور، 2008، ص:446).

كما يظهر هذا النوع من المساندة في إمداد متلقى المساندة بالمعلومات التي تفيده في حل مشكلة صعبة يواجهها في حياته اليومية، أو من خلال إسداء النصح له أو توجيهه و إرشاده، و يطلق على هذا النوع أيضا بعض المفاهيم الأخرى مثل مساندة التوجيه المعرفي. (Cognitive Guidance Support)، أو المساندة بالنصح و الإرشاد. (منى أحمد عيسى أحمد، 2020، ص: 108).

د- المساندة الوجدانية: Emotional Support

في أوقات الضغط غالبا ما يعاني الناس من نوبات الكآبة و الحزن و القلق، و الافتقار إلى تقدير الذات، لذلك فإن الأصدقاء و أفراد العائلة الذين يقدمون المساندة للفرد، يمكن أن يزودوا بالمساندة الوجدانية، من خلال التركيز على الأهمية التي يحتلها الشخص في نفوسهم، و تشمل المساندة الوجدانية الرعاية و الثقة و القبول و التعاط (Empathy)، و يمكن أن تزود هذه المساندة الفرد بثقة أكبر في مواجهة الحدث الضاغط. (شيلي تايلور، 2008، ص: 446).

و يقدم تعريف باريرا (1986) ثلاثة معاني أو مفاهيم للمساندة الوجدانية و هي:

✓ **العمر الاجتماعي:** و يشير إلى العلاقات و الروابط الاجتماعية التي يقيمها الأفراد مع الآخرين ذوي الأهمية في بيئتهم الاجتماعية.

✓ **المساندة الاجتماعية المدركة:** و تعني التقويم المعرفي للعلاقات الثابتة مع الآخرين.

✓ **المساندة الفعلية:** و تشير إلى تلك الأفعال التي يؤديها الآخرون بهدف مساعدة شخص معين.

هـ- المساندة الأدائية: **Instrumental support**

و تشمل على مدى واسع من الأنشطة مثل تقديم المساعدة إلى باب البيوت و رعاية الأطفال، و القروض و التبرعات المالية، و المهام و الأعمال الإدارية، و المساعدة في المهام العملية مثل: أعمال النجارة و السباكة، و تقديم السلع المادية مثل: الأثاث و الأدوات المنزلية أو الكتب، و كذلك تقديم المساندة في حالات الإصابة الجسمية و المرض، و هذا النوع من المساندة قد يكون مناسباً للأفراد ذو الدخل المنخفض بشكل خاص. (منى أحمد عيسى أحمد، ص: 108).

6- المساندة الاجتماعية و علاقتها باضطراب الضغط ما بعد الصدمة

تأثير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ليس على الضحية فقط، لكن يؤثر كذلك على علاقاتهم بأقاربهم، فكمية و نوعية علاقات الدعم يمكن أن تؤثر إيجاباً أو سلباً على مستوى التوتر و جودة حياة الضحايا، فقد أظهرت نتائج تحليل 77 دراسة تناولت عوامل الخطورة المتعلقة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أن نقص الدعم الاجتماعي يعتبر من أهم العوامل للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استمراره. (Brewin, Andrews et Valentine, 2000)، و في تحليل لـ 11 دراسة سابقة، تبين أن أهم عامل خطورة للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة هو نوعية الدعم الاجتماعي متنوع بالتفكك الصدمي. (Ozer, Best, Lipsey et Weiss, 2003)، في حين أجريت العديد من الدراسات العرضية على مختلف ضحايا الأحداث الصدمية (الاعتداء الجنسي، الكوارث الطبيعية، سرطان الثدي، الحروب) فوجدت أن للدعم الاجتماعي صلة بشكل كبير مع شدة أعراض إجهاد ما بعد الصدمة. (Guay, Billetteet, Marchand, 2006).

كما تشير مراجعة الدراسات الطولية إلى عدم كفاية المساندة الاجتماعية التي قد تسبق الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، في حين أظهرت ثلاث دراسات استطلاعية أن نوعية المساندة الاجتماعية منبئ لشدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و ذلك ثلاثة أشهر بعد الصدمة عند ضحايا الاعتداءات الجنسية أو غير الاعتداءات الجنسية. (Zoellner, Foa, Bratholomew, 1999)، و بعد ستة أشهر عند ضحايا الجرائم المختلفة (Andrews, Brewin, et Rose, 1992)، و بعد اثني عشر شهر عند ضحايا الحروقات الكبرى. (Perry, Difede, Musngi, Frances, Jacobsberg, 1992).

كما أظهرت دراسة استطلاعية لـ (Buckley, Blanchard, et Hicklin, 1996) على ضحايا حوادث المرور أن انخفاض المساندة الاجتماعية قبل الحادث منبئ للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بعد مدة زمنية، و في دراسة رجعية على قدماء المحاربين، كانت النتائج بالمقارنة بالذين لم يصابوا باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة أدركوا أنهم تلقوا دعماً أقل من عائلاتهم. (Solomon, Mikilincer et Waysman, 1991).

كما كشفت الدراسة التي أجريت على المقيمين في موقع بالقرب من الحادث النووي الذي وقع في جزيرة (ثري مايل) عام 1979، أن الأفراد الذين يتمتعون بمستويات عالية من المساندة الاجتماعية، كانوا أقل إحساساً بالمعاناة من الأشخاص الذين لم يكن لديهم سوى مستويات متدنية من المساندة، و بينت دراسات أخرى أن المساندة الاجتماعية تخفف من المعاناة النفسية.

و على النقيض من ذلك، فإن نقصان المساندة الاجتماعية في أوقات الحاجة، يمكن أن يشكل بذاته مصدر ضغط شديد، و خصوصاً بالنسبة للأشخاص الذين يتميزون بوجود حاجة عالية للمساندة الاجتماعية، و لكن فرصهم في الحصول عليها قليلة، و من هؤلاء الناس فئات المسنين و الأراذل حديثات العهد بالترمل، و ضحايا الأحداث الحياتية الفجائية الشديدة التي لا تخضع للسيطرة. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص:152).

يبدو أن الدعم الاجتماعي يرتبط بقوة مع اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هذا ما يفسر بما فيه الكفاية تباين شدة الأعراض، التي تعتبر منبئات للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

في حين تعتبر المساندة الاجتماعية واحدة من النماذج المفسرة لإضطراب الضغط ما بعد الصدمة، باعتبارها متغير وسيط يمكن أن يؤثر على التطور التفاضلي للاضطراب، و مع ذلك فإن معظم هذه النماذج و العمليات التي تعمل بها المساندة الاجتماعية كمتغير على ظهور أو الحفاظ على الاضطراب تمت مناقشتها بطريقة وجيزة للغاية من قبل المؤلفين. (Joseph & collaborateurs, 1997) و (Ehlers & Clark, 1997).

نموذج (Joseph & ses collaborateurs, 1997):

يعتبر نموذج (Joseph & ses collaborateurs, 1997) أن المساندة الاجتماعية متغير من المتغيرات البيئية للضحية، حيث يعرف البحث عن الدعم في المحيط البيئي على أنه استراتيجية فعالة لإدارة الضغط، بينما المساندة المتلقاة أو المدركة من طرف الأقارب، تنتج عنها عوامل قد تخفف أو تزيد من مستوى الضغط، و يقترح المؤلفون كذلك أن التفاعلات مع الأشخاص الآخرين قد يكون له تأثير سواء إيجابي أو سلبي على الضحية، على تفسيراتهم للأحداث، كما قد يكون لمساندة الآخرين تأثير على الحالات الانفعالية للضحيا، على استراتيجيات تسيير الحالات الصعبة و التشفير في الذاكرة، و ذلك بواسطة عمليات التقييم. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص:371).

نموذج (Ehlers & Clark, 1997):

يقترح (Ehlers et Clark, 2000)، أن ردود أفعال الآخرين بعد حادث صادم قد يؤثر على الضحية في تفسير الحادث، و مع ذلك يضيفون أن التفاعلات الاجتماعية يمكن أن تولد مباشرة بعض أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مثل الشعور بالانفصال عن الآخرين و تقييد الانفعالات، و وفقا لفرضياتهم فإن كل التفاعلات مع الآخرين سواء كانت إيجابية أو سلبية قد تؤدي إلى تفسيرات سلبية بالنسبة للضحية، فبمجرد أن يقوم الأصدقاء أو الأقارب بتقديم المساعدة، قد تفسر مثلا (يضمن أنني غير قادر على تجاوز المحنة لوحدي)، و من جهة أخرى، إذا تجنب هؤلاء الأشخاص الحديث عن الحادث الصادم، يمكن للضحية تفسير غياب المساعدة على أنها (لم أجد شخصا لي)، لذلك يبدو من المهم أن تدرس مع الضحايا قواعد تفسيراتهم من أجل توجيه التدخلات على هذه الجوانب.(المرجع السابق، ص: 371).

دعم تجريبي للنظريات:

نتائج الكثير من البحوث دعمت هذين النظريتين، حيث قام كل من (Brewin, Mac Carthy et Furnham, 1989) بفحص العلاقة بين سيورة التقييم ما بعد حادث ضاغط و البحث عن المساندة، حيث أظهرت النتائج أنه كلما عاتب الضحايا أنفسهم على سلوكياتهم الغير مناسبة، كلما انسحبوا اجتماعيا، و بالتالي يطلبون أقل أصدقائهم و أفراد عائلاتهم لتسيير محنتهم، بالإضافة إلى ذلك تشير بعض الدراسات إلى وجود علاقة إيجابية بين التجنب و المحنة، (Greer, Morris, et Pettingale,

(McFarlane, 1979; Whittington et Wikes, 1991) ، في حين آخرون يتحدثون عن علاقة سلبية (Foa et Kozal, 1986 ; Kiecolt-Glaser et Glaser, 1988) ، عن الانفعالي يرتبط أكثر بظهور اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مقارنة بالتجنب المعرفي أو السلوكي. (Joseph et al., 1997)، كذلك كلما قل لجوء الضحية إلى أقاربها كلما قل استيعابها للحدث، و زاد خطر الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و العكس صحيح، فبمجرد الحديث مع الأقارب حول الحادث من شأنه أن يسهم في عملية اندماج العاطفي و المعرفي للضحايا، و يشكل جانبا علاجيا في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Foa et Kozal, 1986 ; Kiecolt-Glaser et Glaser, 1988) ، عن قاسم محمد الدوري، 2020، ص:371-372).

كما يبدو وجود أفراد يمكن الحديث إليهم حول الصعوبات، من شأنه أن يقلل من الأفكار الدخيلة التي تعمل على استمرار الاستجابات المزمنة الغير التكيفية للأحداث الضاغطة (Lepore, Silver, Wortman, Wayment, 1996) ، و يبدو كذلك أن للمساندة الاجتماعية علاقة مع شدة الغضب، الذي يرتبط بدوره بشدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Arner, Abou-Ezzedine et Bollinger, 2000). فالمساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأقارب و الأصدقاء بدورها ترتبط إيجابيا مع الأمل و التأهيل (Ivring, Telfer, et Blake, 1997)، و ترتبط سلبا مع خطر الانتحار لدى القدماء المحاربين (Kotler, Iancu, Efroni et Amir, 2001). (المرجع السابق، ص: 372).

7- أثر المساندة الاجتماعية في تخفيف ردود الفعل الفسيولوجية و العصبية الصماوية:

لقد تبين أن المساندة الاجتماعية تقلل في مختلف الظروف من ردود الأفعال الفسيولوجية و العصبية الصماوية التي تصدر استجابة للضغط، و عادة ما يستند مختصو علم النفس لدى دراسة هذه الظواهر إلى منحنى الضغط الحاد، أي عن طريق أخذ الأفراد إلى المختبر، و تعريضهم لمهمات تسبب لهم الضغط (مثل العد العكسي السريع بإنقاص العدد 13 في كل مرة، أو عن طريق تكليفهم بالحديث أمام مجموعة غير متحاوية من المستمعين)، ثم قياس استجاباتهم السمبتاوية، و الاستجابات الصادرة عن الأجهزة الهيوثلاموسية و النخامية المنشطة لقشرة الأدرينالين (HPA)، و قد لوحظ دائما أن هذه الاستجابات كانت أكثر انخفاضا عند وجود فريق يقدم المساندة، مما هو الأمر في حالة عدم توفر ذلك. (Christenfeld et al, 1997)، كما تبين أن مجرد وجود الاعتقاد لدى الأفراد بإمكانية

الحصول على المساندة، أو لدى التفكير بالمساندة التي يحصلون عليها في العادة، كان يؤدي إلى نتائج مفيدة. (محمد الدوري، 2020، ص:153).

كما أن التأثيرات المهدئة التي تحدث بسبب المساندة التي يقدمها صديق، تكون أكبر من تلك التي تحدث عندما يقدمها شخص غريب. (Christenfeld et al., 1997)، و يبدو أن مستوى الفائدة التي تحققها المساندة المقدمة لكل من الرجال و النساء تكون أكبر عندما تقدمها أنثى من تلك التي يقدمها شخص من الذكور (Glynn et al., 1999). و كانت درجة المعاناة من الضغط أكبر لدى قيام النساء بأداء مهمة تسبب الضغط، بحضور شخص آخر من الذكور، خاصة إذا كان هذا الشخص هو شريك الحياة، حيث كانت تبدو عليهن المعاناة بشكل أكبر مما لو قمن بإكمال المهمة و هن لوحدهن (Kirschbaum et al., 1995)، و يستثنى من ذلك، الدور الذي تقوم به المساندة الاجتماعية في تخفيف الاستجابات القلبية الوعائية، و استجابة الكورتيزون لدى التعرض للضغوط قصيرة المدى. (المرجع السابق، ص:153-154).

8- أثر المساندة الاجتماعية في تخفيف الإصابة بالأمراض و في العادات الصحية

يمكن للمساندة الاجتماعية أن تقلل من إمكانية حدوث المرض، و أن تسرع في حدوث الشفاء لدى التعرض للمرض، و لن تقلل من معدلات الوفيات الناجمة عن الأمراض الخطيرة. (J.S. House, Landis & Umberson, 1988)، و قد بينت الدراسات التي أهتمت بضبط الحالة الصحية الأصلية، بأن الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية أكثر من الناحية الكمية و أحيانا نوعية متميزة من العلاقات تكون معدلات الوفيات بينهم متدنية. (Berkam, 1985 ; J.S. House et al. 1988)، إن العزلة الاجتماعية تعتبر مصدر رئيسي للتعرض للموت عند الإنسان و الحيوانات، و بذلك تعتبر الدلالات المادية التي تدل على ارتباط المساندة الاجتماعية بتقليل خطر التعرض للموت على درجة عالية من الصحة. (المرجع السابق، ص:154-155).

و في دراسة حول أمراض البرد الشائعة، قام عدد من المتطوعين الذين يتمتعون بالصحة الجيدة بتقديم تقرير عن ارتباطاتهم الاجتماعية مثل ما إذا كان لهم شريك حياة أم لا، و الوالدين على قيد الحياة، و لهم أصدقاء أو شركاء عمل، و ما إذا كانوا أعضاء في مجموعات اجتماعية أخرى مثل النوادي، تلا ذلك إعطاؤهم قطرات في الأنف تحتوي على واحد من نوعين من الفيروسات، و تم تتبعهم لمعرفة

مدى تعرضهم للإصابة بأمراض البرد الشائعة، ف لوحظ أن الأفراد الذين لديهم شبكة علاقات اجتماعية أكبر كانوا أقل ميلا لتطوير أمراض البرد القاسية. (S.Cohen.Doyle, Skonner, Rabin & Gwaltney, 1997).

و مع أن تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة مستقل عن أية تأثيرات لها علاقة بالعادات الصحية، إلا أن تأثيرها بالعادات الصحية قد اتضح بشكل مباشر ; (M.A.Lewis & Rook, 1999 ; Umberson, 1987) ، فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية، يكونون على الأغلب أكثر تقيدا بالالتزام بالنظام العلاجي الخاص بهم، و أكثر ميلا للاستفادة من الخدمات الصحية، و خصوصا عندما يحمل أعضاء شبكة العلاقات الاجتماعية التي يرتبطون بها توجهات ايجابية نحو هذه الخدمات، (Greensten, Klauber, Rindflesh, Kane & Gray, 1975 ; B.S.Wallston et al., 1983). و مع ذلك فقد يكون للتأثيرات الاجتماعية أثرا سلبا على بعض العادات الصحية، و ذلك كما يحدث عند قيام أحد أفراد الشلة بالتدخين، أو الافراط في شرب الكحول أو تعاطي المخدرات (Wills & Vaughan, 1989). (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 157).

9- المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية

أقصى ما تسعى أبحاث المساندة الاجتماعية إلى تحقيقه هو تحديد المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية التي تبين كيفية التي يمكن أن تؤدي فيها المساندة الاجتماعية إلى تحقيق نتائج مفيدة (T.E.Seeman & McEwan, 1996 ; Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996)، فعلى سبيل المثال توجد دلائل قوية تبين ارتباط المساندة الاجتماعية بضغط الدم الانقباضي (Systolic) لدى النساء العاملات، مما يدعو إلى الاقتراح بأن نقص وجود المساندة ضارة بالصحة، فالدراسات تبين أن المساندة الاجتماعية تأثيرات مفيدة على أجهزة القلب و الشرايين و الغدد، فوجود المساندة الاجتماعية، أو إدراك وجودها، قد مكن هؤلاء النساء من تجاوز الضغوط التي يفرضها يوم عمل مرهق، من دون أن يشعروا بكثير من الاستشارة في الأجهزة السمبثاوية مقارنة بأولئك النساء اللواتي يفتقرن إلى هذه المساندة (Linden, Chambers, Maurice & Lenz, 1993)، و في حقيقة الأمر يمكن الاعتقاد ببساطة بأن توفر المساندة الاجتماعية يقود إلى التقليل من ردود الفعل القلبية الوعائية التي تحدث استجابة للضغط،

حتى لو لم تكن تلك المساندة متوفرة بالفعل. (Uchino & Carvey, 1997). (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 158).

كما أن تأثير المساندة الاجتماعية على الوظائف التي تؤديها الغدد الصماء أصبح واضحاً، فعلى سبيل المثال توصلت إحدى الدراسات التي أجريت على الرجال والنساء بأن كمية ونوعية العلاقات الاجتماعية التي يتعرض إليها الرجال، ارتبطت ارتباطاً قوياً بمستويات الأيبينفرين، والنورإيبينفرين، والكورتيزون، في حين كانت الفروق أقل اتساقاً في حال النساء (T.E.Seeman, Berkman.Blazer & Rowe, 1994). كما وجدت دراسات أخرى، ارتباط المساندة الاجتماعية بنقص في الاستجابات السمبتاوية والكورتيزون لدى التعرض للضغط، مما يؤدي إلى تأثيرات ذات فائدة في حال الإصابة بعدد من الأمراض، بما في ذلك أمراض القلب والسرطان، عموماً يمكن القول بأن المساندة الاجتماعية ترتبط بأداء أفضل في الوظيفة التي يؤديها جهاز المناعة عند الأشخاص الذين يحصلون عليها. (Herbert & Cohen, 1993b) (المرجع السابق، ص: 158-159).

فعلى ما يبدو إذن، أن هذه المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية، ترتبط بشكل جلي جداً بتدني مستوى الإصابة بالمرض، و الوفاة الناتجة عن الأمراض المختلفة، وهذه الروابط لها أهميتها لأنها تلعب دوراً حاسماً بين العوامل الرئيسية المسببة للموت، و خصوصاً الأمراض القلبية الوعائية، و السرطان، و أمراض التنفس.

و من بين الأنواع المختلفة للمساندة الاجتماعية، اعتبرت المساندة التي تتم تلقيها في محيط العائلة بشكل خاص ذات تأثير فعال على الوظائف الفسيولوجية، مثل هذه النتائج لا يجوز أن تبعث على الدهشة، فبمقدار قوة الرابطة التي تجمع بين أفراد الأسرة الواحدة، بمقدار ما سيكون لها القوة لتسهيل الأداء في مجالات عديدة في الحياة. (المرجع السابق، ص: 159).

10- المساندة الاجتماعية الفعالة

لا تساهم جميع أنواع المساندة الاجتماعية في الوقاية من الضغط، فعلى سبيل المثال وجود من هو أهل للثقة (الشريك أو الزوج) قد يكون أفضل مصدر للمساندة الاجتماعية (Umberson, 1987) خاصة بالنسبة للرجال، كما أن الآثار المفيدة للمساندة الاجتماعية لا تكون بالضرورة تراكمية، فلو أخذنا

الأصدقاء على سبيل المثال، فإن العامل الحاسم بالنسبة للمساندة الاجتماعية الفعالة، هو أن يكون للفرد صديق حميم واحد على الأقل، و لكن وجود دزينة من الأصدقاء الحميمين، قد لا يكون له فائدة أكبر من مجرد وجود صديقين أو ثلاثة أصدقاء فقط. (Langner & Michael, 1960). (قاسم محمد الدوري، 2020، ص:162).

و في الحقيقة و كما تشير الدلائل، فإن وجود الكثير من المساندة الاجتماعية أو عندما تصل إلى مرحلة بحيث تقتحم حياة الشخص فإنها قد تؤدي إلى تفاقم الضغط. (Shumaker & Hill, 1991)، فالمساندة الاجتماعية التي تأخذ طابعا تحكيميا أو توجيهيا قد تحقق بعض الفوائد على السلوكيات الصحية، لكنها تسبب بعض المعاناة النفسية، فعلى سبيل المثال يجد الأفراد الذين ينتمون إلى شبكة من العلاقات الاجتماعية المكثفة (جماعة من الأصدقاء، أو جماعات عائلية بينهم تفاعل كبير، و يعرف كل واحد منهم كل شخص في المجموعة) أنفسهم ممطرين بالنصائح، و التدخلات، في أوقات الضغط. (المرجع السابق، ص:162).

و يشير علي عبد السلام (2005)، إلى أن هناك بعض الشروط التي يجب أن تتوافر في عملية المساندة الاجتماعية لكي تكون فعالة، و ذات تأثير ايجابي على المتلقي، و من أهم تلك الشروط:

✓ **كم المساندة:** لا بد أن يكون معدل المساندة الاجتماعية و النفسية معتدلا عند تقديمها للمتلقي، حتى لا يجعله أكثر اعتمادية، و ينخفض بالتالي تقديره لذاته.

✓ **التوقيت المناسب لتقديم المساندة:** و هذا البعد يحتاج الكثير من المهارة الاجتماعية لدى مانحي المساندة.

✓ **مصدر المساندة:** لا بد أن تتوافر بعض الخصائص لدى مانح المساندة و التي تتمثل في المرونة، و النضج و الفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي، حتى يساهم بقدر فعال في تقديم المساندة.

✓ **كثافة المساندة:** تعدد مصادر المساندة الاجتماعية و النفسية لدى التلقي تؤدي سريعا إلى حل المشكلات التي يمر بها المتلقي و تساعده سريعا على تخطي الأزمات التي يمر بها في حياته.

✓ **نوع المساندة:** يتمثل هذا البعد في القدرة، و المهارة، و الفهم لدى مانحي المساندة في تقديمها بما يناسب مع ما يدركه و يرغبه المتلقي من تصرفات و سلوكيات تتناسب مع نوع و طبيعة المساندة التي تقدم إليه.

✓ **التشابه و الفهم و التعاطف:** في حالة التشابه النفسي و الاجتماعي للمانح و الملقى يمكن تقبل المساندة النفسية و الاجتماعية، و تكون فعالة لدى المتلقي إذا كانت الظروف التي يمر بها المانح و المتلقي متشابهة.(منى أحمد، 2020، ص: 106-107).

11- العوامل المهددة للمساندة الاجتماعية:

قد تؤثر الأحداث الضاغطة بإمكانية الاستفادة بشكل فعال من المساندة الاجتماعية، فالأفراد الذين يقعون تحت تأثير الضغط الشديد قد يعبرون باستمرار عن معاناتهم أمام الآخرين، فيدفعونهم بذلك إلى الابتعاد عنهم مما يزيد الأمر سوءاً. (E.Matt & Dean , 1993.Mc Leod ,Kessler, & Landis , 1992)، كما أن الأشخاص الذين يعانون مثلاً من الكآبة الشديدة أو المرض، يمكن أن ينفروا أصدقائهم و أفراد أسرهم بدلاً من الاستفادة بشكل فعال من المساندة الاجتماعية التي يمكن أن يقدموها لهم.(Coyne et al.,1987; Antoni, weiss, & Duran, 2001). عن (قاسم محمد الدوري، 2020، ص: 165-166).

و أحياناً قد يفشل الشخص المقدم للمساندة من تقديم المساندة المطلوبة، و بدلاً من ذلك يتصرف بطريقة أبعد ما تكون معبرة عن المساندة، مما يؤدي إلى تفاقم الأحداث السلبية، و هذه التفاعلات السلبية قد تسبب أثاراً ضارة بالصحة، تفوق ما يمكن للتفاعل الاجتماعي الإيجابي أن يحققه من فوائد، ففي دراسة أجريت على 120 أرملة، وجد روك (Rook,1984) ارتباطاً دائماً و كبيراً بين التفاعلات الاجتماعية السلبية و تدهور الأوضاع الصحية، أكثر من ارتباطها بالنتائج الاجتماعية الإيجابية، فالملايسات الناتجة عن التعرض لانتهاك الخصوصية من قبل الأصدقاء و الأقرباء و التعرض للاستغلال، و تلقي الوعود الكاذبة بالمساعدة، و التورط مع أشخاص تسببوا بحدوث الصراعات، أو الغضب، كانت من بين الأحداث التي زادت من صعوبة تحقيق التكيف السيكولوجي.(المرجع السابق، ص: 166)

و هناك نتائج مماثلة قدمها شوستر و زملائه (1990) ففي دراسة أجروها على عينة من مجتمع ميشيغان، تبينوا أن الكآبة قد زادت بسبب التفاعلات السلبية مع شريك الحياة، و الأصدقاء المقربين،

بشكل يفوق التناقض الذي حدث فيها بتأثير التفاعلات المساندة، فمثل هذه النتائج تشكل تصحيحا مهما للتأكيد العام حول الأثار الايجابية للعلاقات الاجتماعية، و تقترح عدم التركيز في البحوث فقط على الطرق التي يمكن بها تعزيز المساندة الاجتماعية الفعالة، و لكن أيضا على كيفية مساعدة الناس تجنب العلاقات الاجتماعية، أو المواقف الاجتماعية التي تسبب أضرارا صحية حقيقية. (قاسم محمد الدوري:2020، ص: 166).

12- تأثير الضغط على مقدمي المساندة

يتأثر مقدموا المساندة الاجتماعية بالأحداث الضاغطة، و مثال على ذلك هناك من اقترح من الباحثين (Wortman, & Dunkel-Schetter, 1979)، بأن الضغط الذي تسببه إصابة شخص بالسرطان يرتبط معه الفرد بعلاقة حب أو صداقة، يخلق خوفا و كراهية للسرطان، و لكنه يتزامن مع الوعي بالحاجة إلى تقديم المساندة، و مثل هذه الضغوط قد تسبب عددا من النتائج السلبية، مثل تجنب الاقتراب الجسدي من المريض، و تجنب فتح الحوار عن مرض السرطان، و تقليل الأثار الناجمة عنه، و تعتمد افعال الابتهاج، و هذا لا يساعد كثيرا في رفع الروح المعنوية للمريض. (المرجع السابق، ص: 167).

إن أي حدث ضاغط ينذر أو يسبب الصراع للشخص الذي يفترض أن يقدم المساندة، يمكن أن يهدد المساندة الاجتماعية، لذلك فعندما يتعرض صديق حميم أو أحد أعضاء الأسرة أو الشريك إلى حدث ضاغط، فإن الحدث يؤثر أيضا على أفراد الأسرة القريبين الذين يحتاجون نتيجة لذلك إلى المساندة الاجتماعية التي لا يعبرون عن الحاجة إليها. (Aneshensel, Pearlin & Schuler, 1993). و بقدر ما يترك الحدث الضاغط من أثار سلبية على أفراد الأسرة و الأصدقاء، بقدر ما تتأثر قابليتهم في تقديم المساندة الاجتماعية للشخص الذي يكون في أمس الحاجة إليها. (B.G.Melamed & Brenner, 1990). عن (قاسم محمد الدوري:2020، ص: 166-167)، فعلى سبيل المثال، إن العناية لفترة طويلة الأمد بشخص آخر، يمكن أن تسبب معاناة نفسية من مشاعر القلق و الكآبة، إضافة إلى المخاطر الصحية. (Schulz et al., 1995)، فحوالي ثلث القائمين على رعاية المصابين بمرض الزهايمر يظهرون أعراضا اكلينيكية واضحة من الكآبة و تناقضا في مناعة الخلايا، و زيادة في معدلات الأمراض، و مثل هؤلاء القائمين على تقديم الرعاية، قد يحتاجون هم أنفسهم إلى المساندة الاجتماعية، التي بدورها تساعد على تحسين وظائفهم الفسيولوجية و السيكولوجية.

و عموما، فإن خصائص التأثيرات التي تتركها المساندة الاجتماعية على الضغط تبين تعقد العلاقات، مما يستدعي إجراء مزيد من الأبحاث، و مع ذلك فقد تبين أن المساندة الاجتماعية لها فائدة في تحقيق

التوازن، فهي تقلل الشعور بالضغط، و تعزز القابلية للتعامل مع الأحداث، و يمكن أن تقلل احتمالات حدوث المعاناة الجسمية و العقلية، أو المرض، و تسرع في حدوث الشفاء من المرض عندما يحدث.(قاسم محمد الدوري:2020، ص: 168).

13- تعزيز المساندة الاجتماعية

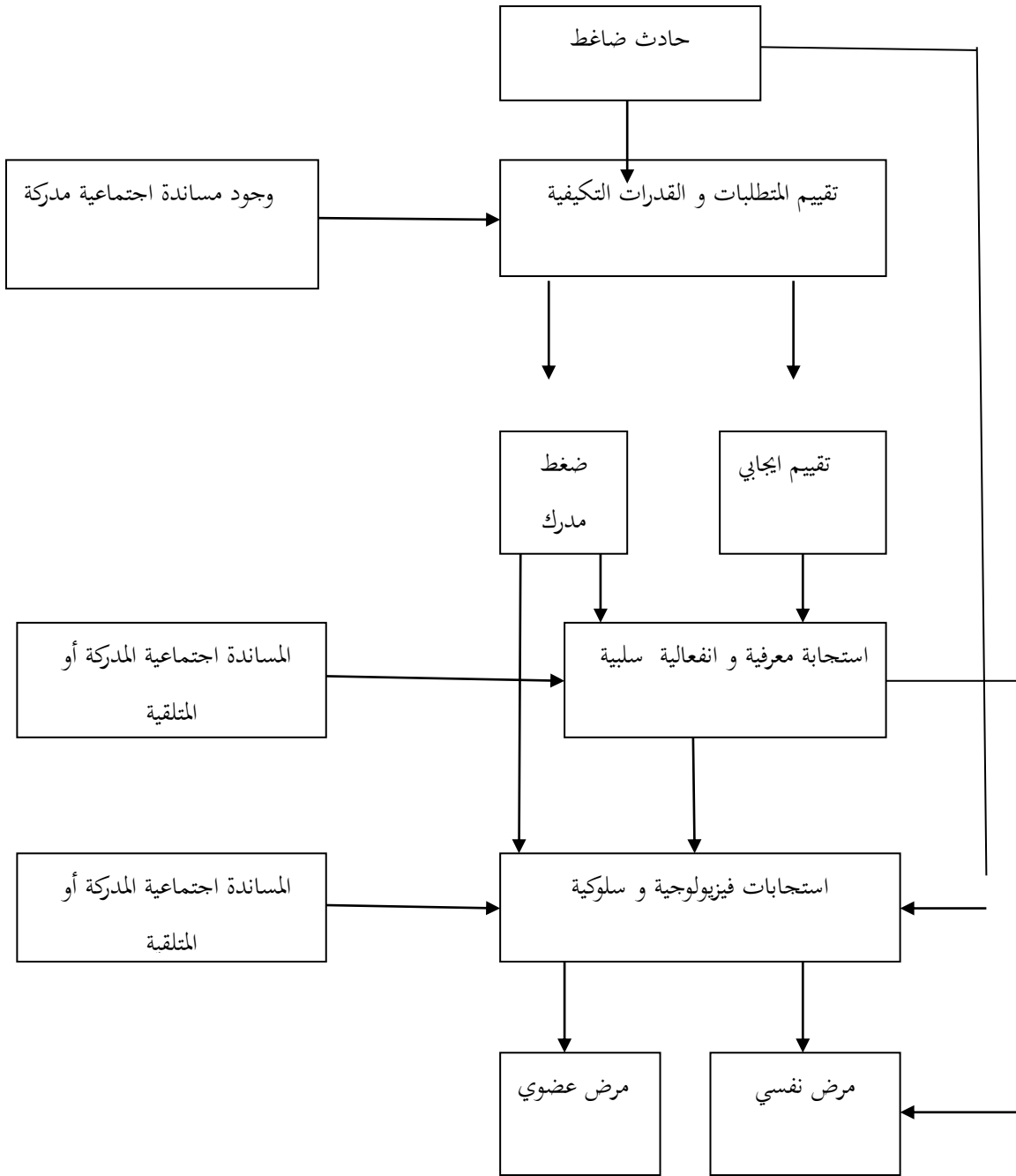
يتوجب على المختصين في ميدان علم النفس الصحي، أن ينظروا إلى المساندة الاجتماعية على أنها مصدر مهم من مصادر الوقاية الأولية، فالتعرف على الطرق التي تزيد من فعالية المساندة الاجتماعية أو تعمل على توفيرها من أهل و أصدقاء المريض، يجب أن يعدها الباحثون من أولوياتهم، و يجب تشجيع الأفراد على التعرف على الامكانيات الممكنة للمساندة الاجتماعية التي توفرها البيئة المحيطة بهم، كما يجب تعليمهم كيفية اجتذاب مصادر المساندة الاجتماعية بفعالية أكبر و كيفية تطويرها، و ذلك عن طريق الانضمام إلى المجموعات المجتمعية أو المجموعات التي تشاركهم الاهتمام، أو المجموعات الاجتماعية غير الرسمية التي تلتقي بشكل منتظم، كما يمكن للمختصين في علم النفس الصحي أن يساهموا في تطوير آليات المساندة الاجتماعية، و الكشف عن طرق تساعد على تكوين الروابط الاجتماعية، و تطوير وسائل تمكن من التعرف على الأشخاص المهمشين، و مساعدة الذين لا يستطيعون الاستفادة من هذه المصادر القيمة. (قاسم محمد الدوري:2020، ص: 169-168).

14- اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، المساندة الاجتماعية و جودة الحياة

يمكن أن يكون لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة تأثيرات كبيرة على جودة الحياة النفسية و الجسمية و كذلك على الوضعية الاجتماعية، المهنية و الاقتصادية للأفراد الذين يعانون منه (Gladis, 2000; Mendlowicz et Stein, 1999; Gosch, Dishuk et Crits-Christoph, 1999) و عليه فإن التأثيرات السلبية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة على جودة الحياة قد يستمر حتى بعد الشفاء، فالتأثيرات المتبقية قد تكون ضاغطة بما فيه الكفاية لتعجل الانتكاس (Frisch, 1988)، يؤدي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى الإضرار بجودة الحياة بسبب الضيق المرتبط بتجربة الحصر نفسه، و لكن أيضا بسبب السلوكات التجنبية التي ترافق عادة الحصر و الوصمة المتعلقة بمشكلة صحية عقلية (Schneier, 1997) ، مراجعة الدراسات التي قارنت تأثير الاضطرابات الحصرية على نوعية الحياة (Olfson et al.,1997 ; Mendlowicz et Stein, 2000; Quilty , Van Emeringer, Mancini, Oakman et Farvolden, 2003 ; Schonfeld , Verboncoeur, Fifer, Lipschutz, Lubeck et

(Buesching, 1997) تحدثوا أن التأثيرات السلبية لإضطراب الضغط ما بعد الصدمة أكثر من مختلف الاضطرابات الحصرية الأخرى على جودة الحياة العامة، أما نتائج دراسة حديثة تقترح أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مرتبط بجودة حياة سيئة أكثر من الاكتئاب، الإدمان على الكحول و الذهان. (Ardenne, Capuzzo, Fakhoury, Jankovic-Gavrilovic et Priebe, 2005)

و من أجل فهم تأثير المساندة الاجتماعية على اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و جودة حياة الضحايا، يبدو من المناسب الرجوع إلى نموذج النظري لتخفيف الضغط (Stress buffering model ;Lakey et Cohen,2000)



المخطط رقم (3-5) يبين النموذج النظري لتخفيف الضغط لـ

(Cohen, Gottlieb et Underwood, 2000)

النموذج أعلاه ينص على أن مساندة الأقارب تلعب دور المعدل في العلاقة بين الإجهاد و الصحة، و ذلك بثلاث طرق مختلفة (Cohen et Wills, 1985).

أولاً: يتصرف بشكل إيجابي مع إدراكات الفرد لبيئته خاصة تعامله مع فكرة أن الآخرين بإمكانهم أو سوف يمنحوه الإمكانيات اللازمة لمساعدته و إدراكه لقدراته لمواجهة مختلف عواقب الضغوط (Stéphan Guay & André Marchand, 2006, P :272-273)

ثانياً: يمكن أن يكون للمساندة الاجتماعية أثر إيجابي، بتعامله مع الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالضغوط و تقييمه للعواقب، فمساندة الأقارب تقلل من أثر الضغط و ذلك بتقديم الحلول لمشاكل الفرد، كما تقلل من حجم الأحداث الضاغطة المدركة، و تسهل من تبني معارف عقلانية، كما تعمل على الوقاية أو التقليل من الاستجابات السلوكية الغير تكيفية مثل التجنب. (Stéphan Guay & André Marchand, 2006, P : 273)

ثالثاً: يؤثر (agir) مباشرة على مستوى العمليات الفيزيولوجية، مما يجعل الأفراد أقل استجابة للضغط المدرك، نموذج تخفيف الضغط لقي دعماً كبيراً من الكثير من الدراسات التي لها علاقة مع الصحة النفسية و الجسمية (dalgard, Bjork et Tambs, 1995 ; Uchino, Cacioppo et Kiecolt-Glaser, 1996)

و مما سبق، يتضح أن مساندة الأقارب يمكن أن يكون لها تأثير إيجابي على العمليات المعرفية، السلوكية و الفسيولوجية للأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و بالتالي تخفف من أثار أعراض الصدمة على جودة الحياة، إلا أن نموذج تخفيف الضغط له محدودية في تفسير العلاقة بين المساندة الاجتماعية و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، حيث لا يأخذ بالحسبان أثار الانفعالات السلبية مع الأقارب، في الوقت أن هذه الأخيرة أكثر ارتباطاً بمقارنة بالتفاعلات الايجابية مع الصحة النفسية للأفراد و نوعية حياتهم. (Helgeson, 2003).

نتائج دراسة تجريبية أجريت على عينة من الأفراد مصابين بمختلف الاضطرابات الحصرية أضافت دعم إضافي لخلاصاتهم، و يقترحون وجود علاقة مختلفة بين المساندة الايجابية و السلبية (نقد، تجنب) و مستوى الضيق النفسي لهؤلاء الأفراد، كما يبدو أنه من المهم تقييم الجوانب الايجابية و السلبية للمساندة و ذلك لاستخلاص نتائج صادقة و التعمق في فهم تأثيرها على إجهاد ما بعد الصدمة (Stéphan Guay & André Marchand, 2006, P :274)

سمحت دراسة أجريت على عينة من العسكريين مصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة من تحديد ما إذا كانت للتفاعلات الاجتماعية السلبية دور المعدل أو الوسيط على العلاقة بين شدة الأعراض و نوعية حياة العسكريين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (Lavoie, Guay, Fikretoglu et brunet, 2005)، فبينت النتائج أن التفاعلات الاجتماعية السلبية لا تلعب دور المعدل في العلاقة بين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و جودة الحياة (WHOQoL Group, 1998)، لكن يبدو أنها تلعب دور وسيط جزئي داخل هذه العلاقة، كذلك تمارس آثار أعراض إجهاد ما بعد الصدمة تأثيرات سلبية على نوعية الحياة بسبب تأثير التفاعلات الاجتماعية السلبية. (Lavoie et al. 2005).

15- المساندة الاجتماعية في ضوء الكتاب و السنة النبوية المطهرة:

يعد مفهوم المساندة الاجتماعية من مفاهيم ديننا الاسلامي الحنيف، حيث جاء تحت مصطلح التكافل الاجتماعي، فنجد أن القرآن الكريم و السنة النبوية قد حثا على التعاون و التكافل الاجتماعي، و ذلك قوله تعالى: ﴿ مُحَمَّدٌ رَّسُولُ اللَّهِ وَالَّذِينَ مَعَهُ أَشِدَّاءُ عَلَى الْكُفَّارِ رُحَمَاءُ بَيْنَهُمْ تَرَاهُمْ رُكَّعًا سُجَّدًا يَبْتَغُونَ فَضْلًا مِّنَ اللَّهِ وَرِضْوَانًا سِيمَاهُمْ فِي وُجُوهِهِمْ مِّنْ أَثَرِ السُّجُودِ ذَلِكَ مَثَلُهُمْ فِي التَّوْرَةِ وَمَثَلُهُمْ فِي الْإِنْجِيلِ كَزَرْعٍ أَخْرَجَ شَطْأَهُ فَآزَرَهُ فَاسْتَغْلَظَ فَاسْتَوَىٰ عَلَىٰ سُوقِهِ يُعْجِبُ الزُّرَّاعَ لِيغِيظَ بِهِمُ الْكُفَّارَ وَعَدَّ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا وَعَمِلُوا الصَّالِحَاتِ مِنْهُمْ مَغْفِرَةً وَأَجْرًا عَظِيمًا ﴾ سورة الفتح الآية 29، و قوله تعالى ﴿ إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ فَأَصْلِحُوا بَيْنَ أَخَوَيْكُمْ وَاتَّقُوا اللَّهَ لَعَلَّكُمْ تُرْحَمُونَ ﴾ سورة الحجرات الآية 10، فهذه الآيات تتضمن معاني الإخاء و الود و الرحمة و التساند و التعاطف، حيث يواسي كل مسلم أخاه فلا مكان للقسوة في قلوبهم و لا تظهر الشدة إلا مع أعداء الله. (مفني أحمد عيسى أحمد ص: 113).

و هناك أبعادا كثيرة تضمنتها الآيات و الأحاديث النبوية في مجال التكافل الاجتماعي لم ترد في التراث الغربي، و من ذلك بعض الآيات التي تحث المسلمين على المساندة العاطفية فيما بينهم، و قال تعالى: ﴿ وَإِذَا حُيِّتُمْ بِتَحِيَّةٍ فَحَيُّوا بِأَحْسَنَ مِنْهَا أَوْ رُدُّوهَا إِنَّ اللَّهَ كَانَ عَلَىٰ كُلِّ شَيْءٍ حَسِيبًا ﴾. (سورة النساء، الآية: 86)، و قوله تعالى: ﴿ وَاعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا وَاذْكُرُوا نِعْمَةَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ كُنْتُمْ أَعْدَاءَ فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوَانًا وَكُنْتُمْ عَلَىٰ شَفَا

حُفْرَةٍ مِّنَ النَّارِ فَأَنْقَذَكُمْ مِنْهَا كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَهْتَدُونَ﴾. (سورة آل عمران، الآية: 103). (مبنى أحمد عيسى أحمد ص: 113).

فأخوة الدين من أقوى الروابط التي تولد في النفس المحبة و الاحترام و التآلف، فإذا ما أحس المسلم بهم أو وقع في ضائقة، فإنه يلجأ إلى إخوانه المسلمين فيعاضده و يساندوه، فعن عبد الله بن عمر رضي الله عنهما قال: أن رسول الله (ص): « المسلم أخو المسلم لا يظلمه و لا يسلمه، و من كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته، و من فرج عن مسلم كربة من كرب الدنيا فرج الله عنه كربة من كرب يوم القيامة». (البخاري، 2007، ص: 419)، كتاب المظالم، باب لا يظلم المسلم و لا يسلمه.

و قال رسول الله (ص): «مثل المسلمين في توادهم و تراحمهم و تعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الأعضاء بالسهر و الحمى». و يضرب رسول الله (ص) مثلاً آخر في الأخوة الإسلامية. فعن أبي موسى الأشعري قال أن رسول الله (ص): « المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضاً». أخرجه مسلم.

و من هنا تنبع أهمية المساندة الاجتماعية بالنصح و الارشاد، فعن تميم الداري أن النبي (ص) قال: « الدين النصيحة، قلنا لمن يا رسول الله ؟ قال: لله و لكتابه و لرسوله و لائمة المسلمين». أخرجه مسلم.

فهذه المساندة واجبة و ليست اختيارية حيث تعد أساساً من أسس التكافل الاجتماعي بين أفراد و جماعات المجتمع الاسلامي و من ذلك الدعوة إلى الخير و الأمر بالمعروف و النهي عن المنكر، قال تعالى: ﴿ وَ لَتَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ ﴾ سورة آل عمران، الآية: 104، و قوله تعالى ﴿ كُنْتُمْ خَيْرَ أُمَّةٍ أُخْرِجَتْ لِلنَّاسِ تَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَتَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَتُؤْمِنُونَ بِاللَّهِ وَلَوْ آمَنَ أَهْلُ الْكِتَابِ لَكَانَ خَيْرًا لَهُمْ مِنْهُمْ الْمُؤْمِنُونَ وَأَكْثَرُهُمُ الْفَاسِقُونَ ﴾. (سورة آل عمران، الآية 110).

و من جانب آخر دعا الاسلام إلى التعاون على البر و التقوى، و عدم التعاون على الإثم و العدوان، قال تعالى: ﴿ وَ تَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَ التَّقْوَى وَ لَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَ الْعُدْوَانِ وَ اتَّقُوا اللَّهَ

إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ ﴿﴾ (سورة المائدة، الآية:2)، و بذلك فإن أي مساعدة يديها الإنسان تجاه إنسان آخر تعد في إطار البر و التقوى.

و الأكيد أن الآيات و الأحاديث كثيرة في أبعاد المساندة الاجتماعية، فديننا الاسلامي الحنيف نظم العلاقات الاجتماعية، و أمرنا بالتكافل و التراحم و التأزر، بكل صوره و أشكاله، و عليه فقد أصل الدين الاسلامي مبدأ المساندة الاجتماعية، و دعا إليها بكل أبعادها من أجل أن يعيش الفرد المسلم تحت هذه المظلة الاجتماعية سعيدا امنا مطمئنا.

16- أدوات قياس المساندة الاجتماعية

أ- استبيان المساندة الاجتماعية ل عبد الله كردي 1997:

أعدت هذا الاستبيان سميرة عبد الله كردي (1997)، يتكون من 44 بندا موزعة على بعدين هما: بعد المساندة المقدمة من الأسرة و تقيسه 22 بندا، و بعد المساندة المقدمة من الأصدقاء و تقيسه 22 بندا.(سميرة عبد الله كردي، 2008، ص:502-504)، حيث أبان على خصائص سيكومترية جيدة على المجتمع المصري.

كما قام بشير معمريه بحساب خصائصه على المجتمع الجزائري، و ذلك على عينة تقنين متكونة من 401 فردا، منهم 194 ذكرا و 207 أنثى، تراوحت أعمارهم ما بين 15-60 سنة، و توصل إلى نتائج سيكومترية جيدة، أما عن مجال استخدامه، فهو يستعمل كأداة تشخيص وفق الاتجاه الايجابي لعلم النفس.

ب- مقياس الامداد بالعلاقات الاجتماعية ل (Turner, al, 1983): قام بترجمته محمد محروس الشناوي، و محمد السيد (1994)، و يقوم بقياس المساندة الاجتماعية بناء على مفهوم (Weiss) الذي يرى أنها تتكون من خمسة أبعاد هي: الارتباط، و التكفل الاجتماعي، و إعادة الطمأنينة المادية، و التزام و الثقة، و التوجيه. غير أن التحليل العملي أظهر أن المقياس يتكون من بعدين فقط هما: المساندة الأسرية، و مساندة الأصدقاء، و يعد هذا المقياس واحد من الأدوات القليلة التي تقيس المتغير البيئي في المساندة الاجتماعية أو على الأقل إدراك المستجيبين لذلك، و يتكون المقياس من 15 بندا موزعة على بعدي المساندة الأسرية و مساندة الأصدقاء.

و يطلب من المفحوص أن يختار إحدى الإجابات الخمس: تنطبق تماما، تنطبق كثيرا، تنطبق أحيانا، لا تنطبق كثيرا، لا تنطبق على الإطلاق، أما فيما يخص تصحيح المقياس، تعطى الاجابة "تنطبق تماما" خمس درجات، في حين تعطى الاجابة "لا تنطبق اطلاقا" على درجة واحدة في حالة البنود موجبة الاتجاه، و العكس في حالة البنود سالبة الاتجاه، و تدل الدرجة المرتفعة على إرتفاع المساندة الاجتماعية، في حين تدل الدرجة المنخفضة على نقص المساندة الاجتماعية، و تتراوح درجات البعد الأول بين 6-30 درجة، في حين تتراوح درجات البعد الثاني بين 9-45 درجة، و تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 15-75 درجة.(محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان،1994).

ج- مقياس سوزان ديون و اخرون (1987): و يهدف إلى تقدير المساندة الاجتماعية عند المراهقين، ثم قامت كل من (السرسى، و عبد المقصود،2001) بترجمته إلى اللغة العربية و تقنينه على عينة من (100) طالب و طالبة في الصف الأول ثانوي، و يتكون المقياس من (25) عبارة مقسمة على ثلاثة أبعاد هي:

- **بعد المساندة من قبل الأصدقاء:** و يقصد به مدى إدراك الفرد لكمية و نوعية المساندة المقدمة من قبل الأصدقاء، و يشمل هذا البعد على تسع عبارات.

- **بعد المساندة المقدم من طرف الأسرة:** و يقصد به مدى إدراك الفرد لكمية و نوعية المساندة المقدمة من قبل أفراد الأسرة، و يشمل هذا البعد على ست عبارات.

- **بعد الشعور بالرضا الذاتي عن المساندة الاجتماعية:** و يقصد به مدى إدراك الفرد لكمية و نوعية المساندة المقدمة له ومدى رضاه عنها، و يشمل هذا البعد على عشر عبارات.

و كانت الاجابة على العبارات مرفقة بخمس بدائل على ميزان أو متصل كمي، و يسمى هذا الأسلوب التقدير الجمعي ليكرت، بحيث تقابل البدائل الاجابة (داما، غالبا، أحيانا، قليلا، نادرا) الدرجات (1.2.3.4.5) على الترتيب بالنسبة للعبارات السالبة، اما العبارات الايجابية فيتم تصحيحها عكس التقديرات السابقة

خلاصة الفصل

من خلال ما جاء في الجانب النظري، نستنتج أن المساندة الاجتماعية من المفاهيم التي اختلف الدارسون في تعريفها، لكنهم اتفقوا على أهميتها خاصة في مجال التخفيف من الضغوط، كما أظهرت الدراسات أن للمساندة الاجتماعية أثر في التخفيف من الاصابة من الأمراض، و دور

في تسريع عملية الشفاء، كما بينت العديد من البحوث المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية التي تبين
الكيفية التي تؤدي المساعدة الاجتماعية إلى تحقيق نتائج في تحسين الصحة النفسية و الجسدية، و بالتالي
تحسن جودة الحياة، كما توجد الكثير من المقاييس، سواء تلك التي تقيس المساعدة الاجتماعية الوظيفية،
أو المساعدة الاجتماعية الهيكلية.

الفصل السادس

خطوات البحث التطبيقي

تمهيد.

- 1 الدراسة الاستطلاعية.
- 2 منهج البحث.
- 3 مجتمع البحث.
- 4 عينة البحث.
- 5 أدوات جمع البيانات.
- ✓ مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- ✓ مقياس جودة الحياة
- ✓ مقياس استراتيجيات التعامل
- ✓ مقياس المساندة الاجتماعية
- 6 الأساليب الاحصائية

تمهيد

لقد حاول الباحث في هذا الفصل الإجابة على التساؤلات التي وضعها مسبقاً، متبعاً عدة خطوات منظمة، و عليه فقد قام بتقسيم الجانب التطبيقي إلى قسمين: الدراسة الاستطلاعية و الدراسة الأساسية، و فيما يلي عرض جميع الخطوات المتبعة.

1- الدراسة الاستطلاعية

تعتبر الدراسة الاستطلاعية عملية مهمة في البحث العلمي، إذ تعتبر بمثابة الأساس الجوهرى لبناء البحث كله، و من خلالها يمكن للباحث تجربة وسائل بحثه، للتأكد من سلامتها و دقتها ووضوحها.(محي الدين مختار، 1995، ص: 47).

نظراً لأهمية الدراسة الاستطلاعية في البحوث الأكاديمية و الإكلينيكية، و مدى أهميتها في تزويد الباحث خاصة فيما يتعلق بـ:

- ✓ تقييم الظروف التي ستجرى فيها الدراسة الأساسية.
- ✓ التأكد من قابلية الظاهرة للبحث من جوانبها المنهجية خاصة الإشكالية و الفرضيات.
- ✓ تحديد المجتمع الذي ستجرى عليه الدراسة، و عليه فقد لجأ الباحث إلى عينة العسكريين الذين تعرضوا إلى خبرات و أحداث صادمة و عنيفة في إطار مكافحة الإرهاب، و حالياً يتابعون علاجهم لدى طبيب أمراض العقلية، أو أخصائي نفساني على مستوى المستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة، و ذلك بعد تشخيصهم باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، سواء مازالوا في الخدمة أو تم إحالتهم على التقاعد النسبي.
- ✓ التأكد من مدى تجاوب عينة البحث المقصودة مع وسائل جمع البيانات، و هنا إتضح للباحث بأنه يجب عليه تعديل بعض الصياغات على مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية (PCL-M)، و ذلك بأخذ خصوصيات عينة البحث المقصودة.
- ✓ سير كل الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحث خلال الدراسة الأساسية، لأخذ كل الاحتياطات اللازمة.
- ✓ إكتشف الباحث خلال الدراسة الاستطلاعية التي إمتدت ما بين الفاتح فيفري 2019 إلى غاية 30 جوان 2019، غياب العسكريات اللواتي يتابعن العلاج بمصلحة الأمراض العقلية بسبب اضطراب

الضغط ما بعد الصدمة بسبب حادث في إطار مكافحة الإرهاب، و عليه لم يعتمد الباحث في دراسته على العنصر النسوي من أفراد الجيش الوطني الشعبي.

✓ تحديد مكان إجراء الدراسة، حيث تم تحديد مكان إجراء الدراسة بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بن بعطوش قسنطينة، و ذلك سواء بمصلحة الأمراض العقلية أو بمصلحة الفحوصات الخارجية.

✓ إعادة حساب الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات من صدق و ثبات (التفصيل في عنصر أدوات جمع البيانات)، و في هذا الإطار ظهرت ضرورة الاعتماد على عينتين للتقنين، الأولى خاصة بتقنين مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و متكونة من الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، أما العينة الثانية للتقنين فهي خاصة بمقياس جودة الحياة، استراتيجيات التعامل، و مقياس المساندة الاجتماعية، و تتكون من الأفراد العسكريين في حالة صحية جيدة.

و من خلال التطبيقات في الدراسة الاستطلاعية، اتخذ الباحث عدة قرارات مهمة تمهيدا للدراسة الأساسية، مما جنبه من الوقوع في عدة مشاكل منهجية على وجه الخصوص.

2- منهج البحث

انطلاقا من تمحور أهداف البحث حول دراسة إمكانية وجود علاقات بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل و المساندة الاجتماعية لدى عينة من أفراد الجيش الوطني الشعبي المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، اعتمد الباحث على المنهج الوصفي الارتباطي، باعتباره « يهتم بالكشف عن العلاقات بين متغيرين أو أكثر لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات، و التعبير عنها بصورة رقمية». (ملحم، 2000، ص: 348)، و ما يميز هذا المنهج أنه يوفر بيانات مفصلة عن الواقع الفعلي للظاهرة أو موضوع الدراسة، كما أنه يقدم في الوقت نفسه تفسيراً واقعياً للعوامل المرتبطة بموضوع الدراسة تساعد على قدر معقول من التنبؤ المستقبلي للظاهرة. (محمد عبيدات و زملائه، 1999، ص: 47)، و من الأهداف التي يسعى إلى تحقيقها هذا المنهج :

✓ عرض سورة دقيقة لملامح الظاهرة التي يهتم البحث بدراستها حتى يتيسر إدراكها وفهمها فهما دقيقا، بتبيين العناصر التي تتكون منها و ارتباط بعضها ببعض، و دور كل منها في أداء وظيفتها.

✓ كشف الخلفية النظرية لموضوعات البحث، لتسهيل على الباحث القيام بالإجراءات اللاحقة بخطى صحيحة و ثابتة.

✓ جمع معلومات و بيانات عن الظواهر و الوقائع التي يقوم الباحث بدراستها لاستخلاص دلالاتها مما يفيد وضع تعميمات عن الظاهرة أو الظواهر محل الدراسة. (عوض صابر، و خفاجة علي، 2002).

3- مجتمع البحث

تحدد مجتمع البحث بأفراد الناحية العسكرية الخامسة (عاملين أو قاطنين بها) التي تضم الولايات التالية: تبسة، سوق اهراس، الطارف، عنابة، قلمة، سكيكدة، جيجل، بجاية، برج بوعرييج، سطيف، ميلة قسنطينة، أم البواقي، باتنة، خنشلة، حيث وجد الباحث صعوبة كبيرة في تحديد العدد الحقيقي للأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بالناحية العسكرية الخامسة، و ذلك بسبب حق التحفظ.

من خلال نتائج الدراسة الاستطلاعية، تحددت معالم المجتمع الأصلي للبحث وفق المؤشرات التالية:

- ✓ أن يكون فرد من الجيش الوطني الشعبي مهما كانت رتبته العسكرية.
- ✓ أن يكون فرد من الجيش الوطني الشعبي سواء في حالة تقاعد، أو مازال في الصفوف.
- ✓ أن يكون قد تعرض إلى حادثة عسكرية صادمة (شاهد على موت أحد أصدقائه، شاهد على إصابة أحد أصدقائه، معايشة انفجار لغم، المشاركة في اشتباك مسلح، ضحية كمين إرهابي).
- ✓ أن يكون مصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و يتابع علاجه بمصلحة الأمراض النفسية بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة، و ذلك بعد تشخيصه من طرف طبيب مختص.
- ✓ أن يكون غير مصاب بجرح جسدي.

4- عينة البحث

قام الباحث بتوزيع أدوات البحث على كل مريض تم استشفائه بمصلحة الأمراض العقلية، أو حضر إلى الفحوصات الخارجية لتحديد الوصفة الطبية، و ذلك خلال الفترة الممتدة ما بين الفاتح أكتوبر 2019 إلى غاية 30 أبريل 2020.

الجدول رقم (6-1) يبين توزيع عينة البحث حسب المتغيرات الديموغرافية

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع
الرتبة العسكرية	جنود	79	65,83 %	120
	صف ضباط	32	26,66 %	
	ضباط	09	7,5 %	
الحالة العائلية	أعزب	35	29,16 %	120
	متزوج	84	70 %	
	مطلق	01	0,83 %	
	أرمل	00	00 %	
العمر	29-20	13	10,83 %	120
	39-30	94	78,33 %	
	40 فأكثر	13	10,83 %	
المستوى الدراسي	متوسط أساسي	63	52,5 %	120
	ثانوي	35	29,16 %	
	بكالوريا فما فوق	22	18,33 %	

5- أدوات جمع البيانات

سعى لجمع البيانات اللازمة للتحقق من فرضيات البحث، و اعتمادا على ما تم جمعه من معلومات نظرية و تطبيقية حول الموضوع، قام الباحث بالاعتماد على أربعة مقاييس و هي: مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في صيغته العسكرية (PCL-M)، و مقياس جودة الحياة في صيغته المختصرة من نسخة منظمة الصحة العالمية)، و مقياس استراتيجيات التعامل ل بوهان، و مقياس المساندة الاجتماعية.

5-1- مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة النسخة العسكرية (PCL-M)

الاهتمام المتزايد بتشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في أولى حالاته، أدى إلى ظهور العديد من المقاييس على غرار مقياس كرب ما بعد الصدمة لديفيسون (Davidson trauma scale)، مقياس ضغط ما بعد الصدمة للمختص العيادي *Échelle de l'ESPT administrée par le clinicien* (CAPS)، بطارية الاضطرابات النفسية التالية للصدمة ل أحمد سعيد الحريري، إلا أن الباحث اعتمد على مقياس شدة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة- النسخة العسكرية (PCL-M)، و ذلك لما يتوافق مع هدف و عينة البحث، و كونه المقياس الأكثر استعمالا في المجال الإكلينيكي و في البحث العلمي في المجال العسكري، حيث تم وضعه سنة 1993 من طرف مجموعة من الباحثين من المركز الوطني الأمريكي لاضطراب ضغط ما بعد الصدمة، و على رأسهم ويدر و زملائه (Weathers et al, 1993) ، أنظر الملحق رقم (1)، و هو مقياس تقرير ذاتي يتكون من 17 بند تماثل الصيغة التشخيصية الرابعة للطب النفسي الأمريكية، مقسم إلى ثلاث أبعاد (مقاييس فرعية)، موضحة في الجدول رقم (6-2)، حيث يمكن الاجابة عليه خلال فترة تتراوح ما بين خمس إلى عشر دقائق، يمكن الحصول على درجة شدة الأعراض الإجمالية (النطاق=17-85) من خلال جمع الدرجات لكل عنصر من العناصر السبعة عشر، كما أبان هذا المقياس على خصائص سيكومترية جيدة سواء في الدراسات التي أجراها (Weathers, 1993)، أو (Blanchard, 1996) ، أو (McDonald, 2010).

و يستعمل هذا المقياس لعدة أغراض نذكر منها:

✓ كشف الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

✓ تشخيص اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

✓ متابعة تطور الأعراض أثناء و بعد العلاج.

توجد ثلاثة إصدارات من مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة PCL:

- 1- مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية (PCL-M)، فغالبا ما يستخدم مع أعضاء الخدمة العسكرية و المحاربين القدامى، بحثا عن أعراض ناتجة على التجارب العسكرية المجهدة.
- 2- مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته المدنية (PCL-C)، حيث يعتبر مقياس مفيد جدا لأنه يمكن استخدامه مع أي مجموعة.

3- مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة الخاص (PCL-S)، حيث يستعمل للبحث عن الأعراض المرتبطة بشكل واضح مع حدث معين.

و الجدول أدناه رقم (6-2) يبين أبعاد مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية.

الأبعاد	عدد البنود	أرقام البنود
تكرار الخبرة الصادمة	خمسة (5) بنود	5-4-3-2-1
تجنب الخبرة الصادمة	سبعة (7) بنود	12-11-10-9-8-7-6
النشاط العصبي الاعاشي	خمسة (5) بنود	17-16-15-14-13

أولاً: ترجمة البنود:

قام الباحث بمعية مجموعة من الأساتذة في التعليم العالي تخصص علم النفس، و طب الأمراض النفسية، و الإنجليزية (أنظر الجدول رقم (6-3)) بترجمة بنود مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية (PCL-M) من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم رُجعت الترجمة على الأصل بدقة، و تتلخص الترجمة العكسية كالتالي: ترجمة المقياس من لغته الأصلية الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم ترجمة الصيغة الأخيرة إلى اللغة الإنجليزية ثم قورنت الصيغة الأصلية للمقياس بالصيغة المترجمة عكسيا، و تمت المراجعات و التصويبات و التعديلات المناسبة نتيجة لمقارنة الصيغتين، و لهذا فإن هذا الأسلوب يكشف عن مدى كفاءة الترجمة و تكافؤ معاني البنود في اللغتين. (بدر الدين الأنصاري، 2014، ص: 24).

الجدول رقم (6-3) يبين قائمة الأساتذة المعنيين بمراجعة الترجمة

الاسم و اللقب	الاختصاص	الدرجة العلمية	الجامعة
01 بن عباس مليك	الطب النفسي	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة
02 هادف أحمد	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة
03 بن زروال فتيحة	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	جامعة أم البواقي
04 بحري نبيل	علم النفس	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2
05 يخلف	الطب النفسي	أستاذ التعليم العالي	جامعة قسنطينة
06 بن رجم ياسين	الطب النفسي	أستاذ محاضر أ	جامعة قسنطينة
07 رحمون زهير الوافي	الطب النفسي	أستاذ محاضر ب	جامعة قسنطينة

08	بوطمين سمير	علم النفس	أستاذ محاضر أ	جامعة الجزائر 2
09	كربوش هشام	علم النفس	أستاذ محاضر أ	جامعة أم البواقي
10	قهار صبرينة	علم النفس	أستاذ محاضر أ	جامعة الجزائر 2
11	حداد مرجانة	أدب انجليزي	أستاذ محاضر أ	جامعة أم البواقي
12	لطرش حبيب	أدب انجليزي	مفتش لغة انجليزية الطور الثانوي	مديرية التربية لولاية سكيكدة

كما لم يجر الباحث أي تعديل (حذفا أو إضافة) للمقياس المعرب بالنسبة لعدد البنود المقياس، فأبقى على عددها (17 بندا)، و ذلك لإتاحة الفرصة سواء لنا أو لغيرنا من الباحثين لإجراء بحوث حضارية مقارنة، و الاستفادة من نتائج الدراسات العالمية المتوفرة على مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في صغته العسكرية، و حتى تكون المقارنات المختلفة ممكنة بالنسبة للبنود و المقياس ككل، فضلا أن كل تعديل البنود قد يثير مشكلات عديدة.(الأنصاري، ص:24).

ثم قام الباحث بعرض الصورة الأولية للترجمة على عينة من الأفراد مصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة جراء معاشتهم أحداث عنيفة و صادمة في إطار مكافحة الإرهاب، و الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة، و ذلك من أجل تقنين المقياس و حساب الخصائص السيكومترية، و الجدول رقم (5-6) يبين خصائص عينة التقنين.

الجدول رقم (4-6) خصائص عينة التقنين مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع
الرتبة العسكرية	جنود	53	53 %	100
	صف ضباط	30	30 %	
	ضباط	17	17 %	
الحالة العائلية	أعزب	40	40 %	100
	متزوج	59	59 %	
	مطلق	01	1 %	
	أرمل	00	00 %	
العمر	29-20	30	30 %	100
	39-30	52	52 %	
	40 فأكثر	18	18 %	

100	% 100	100	ذكور	الجنس
	% 00	00	إناث	
100	% 10	10	متوسط أساسي	المستوى العلمي
	% 43	43	ثانوي	
	% 47	47	بكالوريا فما فوق	

في حين تم إعادة صياغة بعض البنود التي كانت غامضة بالنسبة لعينة التقنين، فقد طرحت الكثير من الأسئلة حول مضمون هذه البنود، و عليه قام الباحث بإعادة صياغتها حتى تكون أكثر وضوحا خلال تطبيق المقياس على العينة الفعلية للبحث، و الجدول رقم (6-6) بين البنود التي تم إعادة صياغتها. الجدول رقم (5-6) يبين البنود التي تم إعادة صياغتها

البنود في الصيغة النهائية	البنود في الصيغة الأولية	
وجود متكرر لذكريات مزعجة و أفكار و صور لأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	وجود متكرر لذكريات مزعجة و أفكار و صور لتجربة عسكرية ضاغطة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	1
وجود متكرر لأحلام مزعجة لأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	وجود متكرر لأحلام مزعجة لتجربة عسكرية ضاغطة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	2
فجأة تتصرف أو تشعر و كأن حدث عسكري صادم متعلق بمكافحة الإرهاب يحدث مرة أخرى (كأنك تعيشه من جديد).	فجأة تتصرف أو تشعر و كأن تجربة عسكرية ضاغطة متعلقة بمكافحة الإرهاب تحدث مرة أخرى (كأنك تعيشها من جديد).	3
تشعر بالانزعاج (التوتر) الشديد، عندما يذكرك شيء ما بأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	تشعر بالانزعاج (التوتر) الشديد، عندما يذكرك شيء ما بتجربة عسكرية ضاغطة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	4
لديك استجابات جسدية (مثل: خفقان القلب، صعوبة التنفس، تعرق) عندما يذكرك شيء ما بحدث عسكري صادم متعلقة بمكافحة الإرهاب.	لديك استجابات جسدية مثل (خفقان القلب، صعوبة التنفس، تعرق) عندما يذكرك شيء ما بتجربة عسكرية ضاغطة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	5
تتجنب التفكير أو الكلام عن الأحداث العسكرية الصادمة المتعلقة بمكافحة الإرهاب أو تتجنب أن تكون لديك مشاعر متعلقة بها.	تتجنب التفكير أو الكلام عن التجربة العسكرية الضاغطة المتعلقة بمكافحة الإرهاب أو تتجنب أن تكون لديك مشاعر متعلقة بها.	6

7	تتجنب نشاطات و مواقف لأنها تذكرك بتجربة عسكرية ضاغطة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	تتجنب نشاطات و مواقف لأنها تذكرك بتجربة عسكرية صادم متعلق بمكافحة الإرهاب.
8	تجد صعوبات في تذكر تفاصيل مهمة عن تجربة عسكرية ضاغطة متعلقة بمكافحة الإرهاب.	تجد صعوبات في تذكر تفاصيل مهمة عن حدث عسكري صادم متعلق بمكافحة الإرهاب.

ثانيا : الصدق

يشير الصدق Validity إلى مدى صلاحية المقياس و صحته في قياس ما وضع لقياسه، و لذلك يدلنا صدق المقياس على ما الذي يقيس الاختبار، و من أشهر طرق حساب الصدق هو صدق التكوين، ففي صدق التكوين يحاول المؤلف الإجابة على السؤال التالي: إلى أي حد يمكن أن يعد الاختبار مقياسا لتكوين نظري أو سمة؟ و بالتالي يركز هذا النوع من الصدق على نوع من الوصف السلوكي، و يكون دوما أشمل و أكثر تجريدا، و يتم حساب هذا النوع من الصدق بالطرق الآتية: تحليل البنود (الارتباط بين البند و الدرجة الكلية على المقياس الفرعي)، التحليل العاملي(الصدق العاملي) و الارتباطات مع مقاييس أخرى. (الصدق التقاربي و الاختلافي). (الأنصاري، 2014، ص:25).

1- تحليل البنود

يستخدم تحليل البنود كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، و بخاصة تلك التي لا تضيف إلى الدرجة الكلية بما فيه الكفاية، و يتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس، إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة.(الأنصاري، 2014، ص:25).

أ - معامل الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية:

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة قوامها (100) فردا عسكريا مصابا باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (أنظر إلى الجدول رقم (6-4))، و بحساب معامل الارتباط بيرسون للدرجات الخام بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس الواحد، استخرجت مستويات الدلالة الاحصائية المقابلة لدرجات الحرية بالنسبة لعينة التقنين (أنظر: الجدول رقم (6-6)).

الجدول رقم (6-6) معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية:

معامل الارتباط	العبارات	رقم البند
475**	وجود متكرر لذكريات مزعجة و أفكار و صور لأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب؟	01
,394**	وجود متكرر لأحلام مزعجة لأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب؟	02
,444**	فجأة تتصرف أو تشعر و كأن حدث عسكري صادم متعلق بمكافحة الإرهاب يحدث مرة أخرى (كأنك تعيشه من جديد) ؟	03
,444**	تشعر بالانزعاج (التوتر) الشديد، عندما يذكرك شيء ما بأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب؟	04
,371**	لديك استجابات جسدية (مثل: خفقان القلب، صعوبة التنفس، تعرق) عندما يذكرك شيء ما يحدث عسكري صادم متعلق بمكافحة الإرهاب ؟	05
,418**	تتجنب التفكير أو الكلام عن الأحداث العسكرية الصادمة المتعلقة بمكافحة الإرهاب، أو تتجنب أن تكون لديك مشاعر متعلقة بها؟	06
,385**	تتجنب نشاطات و مواقف لأنها تذكرك بحدث عسكري صادم متعلق بمكافحة الإرهاب؟	07
,439**	تجد صعوبات في تذكر تفاصيل مهمة عن حدث عسكري ضاغط متعلق بمكافحة الإرهاب؟	08
,439**	فقدت الاهتمام بالنشاطات التي كنت تستمتع بها ؟	09
,644**	تشعر بأنك بعيد أو منعزلا عن الناس بعد الفترة التي قضيتها في مكافحة الإرهاب ؟	10
,551**	تشعر بالفطور العاطفي، أو أنك غير قادر على إمتلاك مشاعر حب إتجاه الأفراد القريبين منك ؟	11
,459**	تشعر و كأن مستقبلك محدود و غامض؟	12
,482**	تجد صعوبة في النوم أو تعاني من أرق ؟	13
,336**	تشعر بالتهيج و سرعة الغضب؟	14
,336**	تجد صعوبة في التركيز؟	15
,336**	تكون في حالة تأهب دائمة؟	16
,591**	تشعر أنك متقلب المزاج و سريع الاندهاش؟	17

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

و نستخلص من الجدول أعلاه أن جميع البنود ارتبطت بالدرجة الكلية إلى حد الدلالة الاحصائية، و بالتالي تم الاحتفاظ بجميع البنود دون حذف أي واحد منها، و مع ذلك فيتعين أن نتم بحص مقدار العلاقة بين البند و الدرجة الكلية للمقياس قبل إجراء المزيد من التحليلات.

إذا كانت العلاقة بين البند و الدرجة الكلية أكبر من 0,30 فيجب على الباحث أن يقرر ما إذا كان من الضروري الاحتفاظ بهذا البند أو استبعاده، و ذلك قبل إجراء مزيد من التحليلات على القائمة، في حين إذا كانت العلاقة بين البند و الدرجة الكلية أقل من 0,30 فيجب على الباحث أن يستبعد ذلك البند من المقياس و ذلك تبعا لمحك "ميشيل" (Mischel, 1968). عن (الأنصاري، 2014، ص: 27).

ب- معامل الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية.

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة استطلاعية قوامها 100 فرد (عسكري)، باستخدام طريقة صدق تحليل البنود، الذي يقوم على حساب معامل الارتباط بين درجات أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية، و أظهر هذا النوع من الصدق على وجود معاملات ارتباط قوية بين كل أبعاد المقياس الثلاثة مع الدرجة الكلية، و الجدول رقم (6-6) يبين ذلك:

الجدول رقم (6-7) معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس و الدرجة الكلية:

أبعاد المقياس	استعادة الخبرة الصادمة	التجنب	النشاط العصبي الاعاشي	الدرجة الكلية
استعادة الخبرة الصادمة	1	-	-	,712**
تجنب الخبرة الصادمة	-	1	-	,864**
النشاط العصبي الاعاشي	-	-	1	,745**
الدرجة الكلية	,712**	,864**	,745**	1

دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01

و من الجدول رقم (6-5) و (6-6) يمكن القول بأن مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يتسم باتساق داخلي مرتفع، ذلك أن جميع ارتباطات البنود و أبعاد المقياس بالدرجة الكلية جوهرية احصائيا و مرتفعة، لأنها أكثر من 0,30.

2 - الصدق التمييزي:

لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين، تم سحبهما من طرفي درجات العينة، حيث حجم كل عينة يساوي 27 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن=100).

الجدول رقم (6-8): قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة التقنين:

قيمة "ت"	العينة السفلى ن = 27		العينة العليا ن = 27		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
17,404	5,740	57,52	2,139	78,04	

قيمة "ت" دالة احصائيا عند مستوى الدلالة 0,001

يتبين من قيمة "ت" في الجدول رقم (6-8) أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين و المنخفضين في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدي عينة التقنين.

ثالثا: الثبات

يشير الثبات Reliability إلى اتساق الدرجات المستخرجة من استجابات الأفراد أنفسهم عندما يعاد اختبارهم بالاختبار ذاته في أوقات مختلفة، أو عندما يختبرون بمجموعات مختلفة من بنود متكافئة، أو حينما يختبرون في ظل متغيرات أخرى، كما يعني ببساطة: "مدى اتساق الدرجات عند تكرار التجربة".

و من الطرق المألوفة لحساب درجة الثبات وهو معامل الثبات و يعني " أي مقياس للثبات يتضمن استخدام معاملات الارتباط"، و هناك عدة طرق لحساب معامل الثبات أهمها:

- ثبات التجزئة النصفية: **half-Split** بعد تصحيح الطول، و يقيس معامل الاتساق الداخلي أي اتساق عينات محتوى الاختبار، و يتلخص في تطبيق صيغة واحدة من الإختبار ثم نصل إلى مقياس للثبات عن طريق قسمة الإختبار إلى نصفين متساويتين.

- ثبات معامل ألفا: و يتلخص في تطبيق واحد لصيغة واحدة للإخبار، و بيان مدى الاتساق في الاستجابات لكل بنود الاختبار، و لذلك يعطى درجة "اتساق ما بين البنود" بعد فحص الأداء على كل بند. (الأنصاري، 2014، ص:49).

و قد قام الباحث بحساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة معاملات ألفا من وضع "كرونباخ" بعد تطبيق واحد و لصيغة واحدة للمقياس كما هو موضح في الجدول رقم (6-9).
و الجدول رقم (6-9): قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ.

معامل الثبات	طريقة حساب الثبات
,75	معامل الفا كرونباخ

تعد معاملات الثبات بطريقة ألفا مقبولة بصفة عامة على ضوء تصميم هذه الدراسة، و بوجه عام يعد عامل الثبات الذي يساوي أو يزيد على 0,70 مقبولا في مقاييس الشخصية (أحمد عبد الخالق، 1996، ص: 50-51)، و بالتالي فإن معامل الثبات المستخرج من مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة يعد مقبول و يميل إلى الارتفاع.

رابعاً: تعليمات التطبيق

يطبق مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية (PCL-M) ذاتياً، و تعد التعليمات المدونة على الورقة البنود كافية لتوجيه المفحوصين، و يستغرق التطبيق من 5 إلى 10 دقائق، و المقياس مكون من 17 عبارة، يقوم المفحوص بتقدير كل عبارة على مقياس خماسي وفقاً لدرجة مطابقة العبارة له (أبداً، قليلاً، أحياناً، غالباً، دائماً) و يبدأ المقياس بأقل تقدير (1) في حالة عدم مطابقة العبارة له، و ينتهي بأعلى تقدير (5) في حالة مطابقة العبارة دائماً.

تعليمات:

أمامك مجموعة من العبارات التي تصف قائمة من المشكلات و الشكاوي التي تظهر أحياناً لديك كاستجابة لخبرات عسكرية ضاغطة، تعرضت لها في إطار مكافحة الإرهاب، كل عبارة تصف التغيرات التي طرأت في صحتك أو في مشاعرك في الفترة الماضية، الرجاء منك قراءة كل عبارة جيداً، ثم وضع علامة (X) في الخانة التي تبين إلى أي مدى أزعجتك تلك المشكلة في الأشهر الماضية.

- ✓ 1 = أبدا (لا تنطبق عليك العبارة على الإطلاق و هذا يحدث بنسبة تساوي أو تقل عن 1 %).
- ✓ 2 = قليلا (بدرجة قليلة و بنسبة 25 %).
- ✓ 3 = أحيانا (بدرجة معتدلة و بنسبة حدوث 50 %).
- ✓ 4 = غالبا (تحدث بنسبة 75 %).
- ✓ 5 = دائما (بنسبة حدوث تعادل أو تزيد عن 95 %).

خامسا: تعليمات التصحيح

يشمل مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية على 17 بندا، و بدائل الإجابة خمسة هي الفئات: 1,2,3,4,5، و يبدأ التصحيح بجمع الدرجة داخل الدوائر، و ذلك لاستخراج الدرجة الكلية، و التي تمثل حاصل جمع الدرجات داخل الدوائر، و الدرجة الكلية الدنيا على المقياس هي 17، أما الدرجة الكلية القصوى على المقياس فهي 85 = (17 بندا 5x)، فكلما كانت الدرجة مرتفعة كلما كانت الأعراض أكثر شدة، أما إذا كان الهدف من تطبيق المقياس هو الكشف عن حالات جديدة، يكفي على الفاحص أن يحصل على درجة 44.

5-2- مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية

أصبحت جودة الحياة من المعايير الهامة عند تقدير صحة الفرد، و حث هذا الاهتمام على ظهور اتجاه جديد لتطوير أدوات مقننة لقياس جودة الحياة، حيث بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية سنة (1991) في إعداد مشروع بحثي في خمسة عشر (15) مركز في دول مختلفة من العالم، ببناء مقياس عالمي لتقييم الجوانب المختلفة من الحياة، يمكن تطبيقه بشكل واسع على أنواع مختلفة من الأمراض المتباعدة في الشدة، و كذلك على مجموعات مختلفة ثقافيا و اجتماعيا و اقتصاديا، فكانت انطلاقة هذا المشروع البحثي بمقياس في صيغته الاستطلاعية بـ 235 بندا، و بعدها تم اختيار أحسن مائة (100) بند، و سميت هذه الصيغة المقياس المؤي لجودة الحياة WHOQOL-100، حيث تكون المقياس من ستة مجالات رئيسية هي: الجسدية، و النفسية، و البيئية، و العلاقات الاجتماعية، و الروحية، و الاستقلالية، كما موضحة في الجدول رقم: (6-10).

الجدول رقم (6-10) يبين مجالات مقياس جودة الحياة المتوي WHOQOL-100 :

المجال	مكوناته الرئيسية
الصحة الجسدية	الطاقة و التعب، الراحة (الانزعاج)، الألم، النوم و الراحة.
الصحة النفسية	صورة الجسم و المظهر، المشاعر الايجابية، تقدير الذات، ردود الفعل (التعلم، الذاكرة ، التركيز).
مستوى الاستقلالية	الحركة، النشاط اليومي، الاستقلالية في العلاج و المساعدة الطبية، القدرة على العمل.
العلاقات الاجتماعية	العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي.
البيئة	موارد التموين، الحرية و الأمن، الرعاية الصحية و المعونة الاجتماعية السكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيائية: التلوث، الصخب، المناخ.
الصحة الروحية	الروحانية، التدن، المعتقدات الشخصية.

في حين لاحظت بعد الهيئات البحثية أن المقياس المتوي لجودة الحياة (WHOQOL-100) عسير التطبيق بسبب طوله، مما جعلهم يفكرون في نسخة قصيرة و هي مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-BREF)، حيث تم بنائه من جمع بيانات في عشرين مركزا ميدانيا، موزعة على ثمانية عشر دولة، حيث تكونت هذه الصيغة المختصرة من بند واحد ممثل عن كل مجال من المجالات الأربع و العشرين، إضافة لبندين عن الحياة ككل، و عليه أصبح مقياس جودة الحياة المختصر (WHOQOL-Bref) مكون من 26 بندا موزعة على 4 أبعاد، حيث البند الأول عام يتعلق بجودة الحياة العامة المدركة، و البند الثاني حول الصحة العامة المدركة، أما باقي الأبعاد فهي موزعة كالاتي:

الجدول رقم (6-11) يبين بنود أبعاد مقياس جودة الحياة المختصر:

البعد	عدد البنود	أرقام البنود
1-الصحة الجسدية	07	3- 4- 10- 15- 16- 17- 18
2-الصحة النفسية	06	5- 6- 7- 11- 19- 26
3-العلاقات الاجتماعية	03	20- 21- 22
4- البيئة	08	8- 9- 12- 13- 14- 23- 24- 25

تقنين مقياس جودة الحياة على البيئة العسكرية

تكونت عينة التقنين من 200 عسكري (158 ذكر و 42 أنثى)، تراوحت أعمارهم ما بين 21 - 53 عاما (المتوسط حسابي = 32,78، الانحراف المعياري = 6,25)، من رتب عسكرية مختلفة (جنود، صف

ضباط، و ضباط)، موزعين على وحدات عسكرية (مدارس، وحدات قتالية، و وحدات الدعم)، و الجدول رقم (6-12) يبين خصائص عينة التقنين.

الجدول رقم (6-12) يبين خصائص عينة التقنين:

المتغير	الفئات	التكرار	النسبة المئوية	المجموع
الرتبة العسكرية	جنود	58	29 %	200
	صف ضباط	105	52,5 %	
	ضباط	37	18,5 %	
الحالة العائلية	أعزب	79	39,5 %	200
	متزوج	120	60 %	
	مطلق	01	0,5 %	
	أرمل	00	00 %	
العمر	29-20	60	30 %	200
	39-30	104	52 %	
	40 فأكثر	36	18 %	
الجنس	ذكور	158	79 %	200
	إناث	42	21 %	
المستوى العلمي	متوسط أساسي	19	9,5 %	200
	ثانوي	87	43,5 %	
	بكالوريا فما فوق	85	42,5 %	

أولاً: الصدق

يشير الصدق Validity إلى مدى صلاحية المقياس و صحته في قياس ما وضع لقياسه، و لذلك يدلنا صدق المقياس على ما الذي يقيس الاختبار، و من أشهر طرق حساب الصدق هو صدق التكوين، ففي صدق التكوين يحاول المؤلف الإجابة على السؤال التالي: إلى أي حد يمكن أن يعد الاختبار مقياساً لتكوين نظري أو سمة؟ وبالتالي يركز هذا النوع من الصدق على نوع من الوصف السلوكي، و يكون دوماً أشمل و أكثر تجريداً، و يتم حساب هذا النوع من الصدق بالطرق الآتية: تحليل

البنود (الارتباط بين البند و الدرجة الكلية على المقياس الفرعي)، التحليل العاملي (الصدق العاملي)، و الارتباطات مع مقاييس أخرى. (الصدق التقاربي و الاختلافي). (الأنصاري، 2014، ص:25).

1- صدق تحليل البنود

يستخدم تحليل البنود كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، و بخاصة تلك التي لا تضيف إلى الدرجة الكلية بما فيه الكفاية، و يتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس، إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة. (الأنصاري، 2014، ص:25).

أ - معامل الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة تقنينية قوامها 200 فرد عسكري (أنظر الجدول رقم (6-12))، و بحساب معامل الارتباط بيرسون للدرجات الخام بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس الواحد، استخرجت مستويات الدلالة الاحصائية المقابلة لدرجات الحرية بالنسبة لعينة (أنظر: الجدول رقم (6-13)).

الجدول رقم (6-13) يبين معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية:

رقم البند	العبارات	معامل الارتباط
01	ما هو تقديرك لجودة حياتك؟	,628**
02	ما مدى رضاك عن حالتك الصحية؟	,732**
03	إلى أي درجة تمنعك حالتك الصحية القيام بالأعمال التي تريدها؟	,485**
04	إلى أي درجة أنت بحاجة لعلاج طبي لتؤدي وظيفتك في الحياة؟	,559**
05	إلى أي درجة تستمتع بالحياة؟	,648**
06	إلى أي درجة تشعر أن لحياتك معنى؟	,656**
07	ما مدى قدرتك على التركيز؟	,747**
08	ما مدى شعورك بالأمان في حياتك اليومية؟	,661**
09	إلى أي درجة تعد ببيئتك بيئة صحية؟	,617**
10	هل لديك ما يكفي من الطاقة لحياتك اليومية؟	,742**
11	هل أنت قادر على تقبل مظهرك الجسدي؟	,558**
12	هل تمتلك المال الكاف لتلبية احتياجاتك؟	,607**

13	هل تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية ؟	,698**
14	إلى أي مدى لديك الفرصة بالأنشطة الترفيهية؟	,561**
15	ما مدى قدرتك على التنقل؟	,583**
16	ما مدى رضاك عن نومك؟	,688**
17	ما مدى رضاك عن قدراتك على أداء نشاطات حياتك اليومية؟	,812**
18	ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟	,753**
19	ما مدى رضاك عن ذاتك؟	,645**
20	ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟	,506**
21	ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟	,494**
22	ما مدى رضاك عن الدعم المقدم من طرف أصدقائك؟	,479**
23	ما مدى رضاك عن ظروف المكان الذي تعيش فيه ؟	,586**
24	ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة لك؟	,584**
25	ما مدى رضاك عن وسائل النقل التي تستخدمها؟	,512**
26	في الأيام القليلة الماضية، هل انتابك مشاعر سلبية كالمزاج السيئ أو القلق أو اليأس أو الاكتئاب؟	,527**

ب- معامل الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية:

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة قوامها 200 فرد (عسكري)، باستخدام طريقة صدق تحليل البنود، الذي يقوم على حساب معامل الارتباط بين درجات أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية، وأظهر هذا النوع من الصدق على وجود معاملات ارتباط قوية بين كل أبعاد المقياس الثلاثة مع الدرجة الكلية، و الجدول رقم (6-14) يبين ذلك.

الجدول رقم (6-14) يبين معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس و الدرجة الكلية:

الصحة الجسدية	الصحة النفسية	العلاقات الاجتماعية	البيئة	جودة الحياة	
1	,759**	,470**	,535**	,899**	الصحة الجسدية
,759**	1	,566**	,503**	,895**	الصحة النفسية
,470**	,566**	1	,495**	,661**	العلاقات الاجتماعية
535**	,503**	,495**	1	,709**	البيئة
,899**	,895**	,661**	,709**	1	جودة الحياة

دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01

و من خلال الجدول رقم (6-13) و (6-14) يمكن القول بأن مقياس جودة الحياة يتسم باتساق داخلي مرتفع، ذلك أن جميع ارتباطات البنود و أبعاد المقياس بالدرجة الكلية جوهرية إحصائية و مرتفعة، لأنها أكثر من 30, 0.

2 - الصدق التمييزي

لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عينتين، تم سحبهما من طرفي درجات العينة، حيث حجم كل عينة يساوي 54 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن=200).

الجدول رقم (6-15) قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة التقنين.

قيمة "ت"	العينة السفلى ن=57		العينة العليا ن=57		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
29,05	8,53	65,64	5,79	106,42	الدرجة الكلية

قيمة "ت" دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,001

يتبين من قيمة "ت" في الجدول رقم (6-15) أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين و المنخفضين على مقياس جودة الحياة، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدي عينة التقنين.

ثانيا: الثبات:

يشير الثبات Reliability إلى اتساق الدرجات المستخرجة من استجابات الأفراد أنفسهم عندما يعاد اختبارهم بالاختبار ذاته في أوقات مختلفة، أو عندما يختبرون بمجموعات مختلفة من بنود متكافئة، أو حينما يختبرون في ظل متغيرات أخرى، كما يعني ببساطة: "مدى اتساق الدرجات عند تكرار التجربة".

و من الطرق المألوفة لحساب درجة الثبات و هو معامل الثبات و يعني " أي مقياس للثبات يتضمن استخدام معاملات الارتباط"، و هناك عدة طرق لحساب معامل الثبات أهمها:

- ثبات التجزئة النصفية: **half-Split** بعد تصحيح الطول، و يقيس معامل الاتساق الداخلي أي اتساق عينات محتوى الاختبار، و يتلخص في تطبيق صيغة واحدة من الاختبار ثم نصل إلى مقياس للثبات عن طريق قسمة الاختبار إلى نصفين متساويين.

- ثبات معامل ألفا: و يتلخص في تطبيق واحد لصيغة واحدة للإختبار، و بيان مدى الاتساق في الاستجابات لكل بنود الاختبار، و لذلك يعطى درجة "اتساق ما بين البنود" بعد فحص الأداء على كل بند. (الأنصاري، 2014، ص:49).

و قد قام الباحث بحساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة معاملات ألفا من وضع "كرونباخ" بعد تطبيق واحد و لصيغة واحدة للمقياس و بطريقة القسمة النصفية باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" بعد التصحيح، كما هو موضح في الجدول (6-16).
الجدول رقم (6-16) يبين معاملات ثبات مقياس جودة الحياة.

معامل الثبات	طرق حساب الثبات
,93	معامل ألفا
,94	ثبات التجزئة

تعد معاملات الثبات بطريقة ألفا و بطريقة القسمة النصفية مقبولة بوجه عام على ضوء تصميم هذه الدراسة، و بوجه عام يعد عامل الثبات الذي يساوي أو يزيد على 0,70 مقبولا في مقياس الشخصية (أحمد عبد الخالق، 1996، ص: 50-51)، و بالتالي فإن معاملات الثبات المستخرجة من مقياس جودة الحياة تعد مقبولة و تميل إلى الارتفاع.

ثالثا: تعليمات التطبيق

يمكن تطبيق مقياس جودة الحياة في الموقف الفردي أو الجمعي، و يستغرق معظم المفحوصين في الاجابة حوالي عشرون دقيقة، حيث يذكر بصراحة للمفحوص الهدف العام من المقياس بأسلوب مبسط و عام، و قد وضعت تعليمات للمقياس و كانت مختصرة و بسيطة و تحدد للمفحوص مباشرة المطلوب منه عند الاجابة.

تعليمات:

فيما يلي مجموعة من العبارات تهدف إلى معرفة نظرتك و اتجاهك نحو الحياة التي تعيشها، و رأيك في بعض جوانبها، لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا و اختيار البديل الذي يناسبك أكثر بوضع علامة (X).

الجدول رقم (6 - 17) يبين طريقة الإجابة على مقياس جودة الحياة:

العبارات	سيئة جدا	سيئة	ليست سيئة ليست جيدة	جيدة	جيدة جدا
.....	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
.....	لا إطلاقا	قليلًا	متوسط	كثيرًا	تمامًا
.....	ضعيفة جدا	ضعيفة	متوسط	جيدة	جيد جدا
.....	أبدا	نادرا	غالبا	في كثير من الأحيان	دائما

تعطى الدرجات حسب الإجابة، و تتراوح ما بين (1 إلى 5) بالنسبة للبنود الايجابية، و من (5 إلى 1) بالنسبة للبنود السالبة.

و فيما يلي مثال توضيحي:

الجدول رقم (6-18) يبين طريقة تنقيط مقياس جودة الحياة المختصر:

رقم الفقرة	العبارات	لا إطلاقا	قليلًا	بقدر متوسط	جيدة	جيدة جدا	الدرجة
5	إلى أي درجة تستمتع بالحياة		X				2
3	إلى أي درجة تمنعك حالتك الصحية القيام بالأعمال التي تريدها		X				4

و في هذا المثال تعطى نقطتين بالنسبة للإجابة الأولى لأنها عبارة موجبة، و أربع نقاط للإجابة الثانية لأنها عبارة سالبة، و الجدول رقم (6-19) يبين البنود الايجابية و البنود السالبة.

الجدول رقم (6-19) يبين البنود الإيجابية و البنود السلبية لمقياس جودة الحياة:

العبارات الإيجابية	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22
العبارات السالبة	23-24-25-26-3-4

تعليمات التصحيح

يشمل مقياس جودة الحياة على 26 بنداً، و بدائل الإجابة خمسة هي الفئات: 1-2-3-4-5، و يبدأ التصحيح بجمع الدرجة داخل الدوائر و ذلك لاستخراج الدرجة الكلية و التي تمثل حاصل جمع الدرجات داخل الدوائر، و الدرجة الكلية الدنيا على المقياس هي 26 ، أما الدرجة الكلية القصوى على المقياس فهي $130(5 \times 26)$.

لتحديد المستويات لجودة الحياة، نقوم بحساب المتوسط الحسابي للمقياس حسب العملية الحسابية

التالية: (أكبر بديل-أقل بديل)/ عدد المستويات المطلوب = $3 / (1 - 5) = 33$, 1

الجدول رقم (6-20) يبين مستويات جودة الحياة حسب المتوسط الحسابي:

المتوسط الحسابي	مستوى جودة الحياة
1 إلى 2.33	منخفض
2.34 إلى 3.67	متوسط
3.68 إلى 5	مرتفع

أما مستوى جودة الحياة حسب مجموع الدرجات فهو ناتج ضرب عدد البنود في قيم المتوسط الحسابي للمستويات الثلاث، و الجدول رقم (6-20) يبين مستوى نوعية الحياة حسب الدرجات.

الجدول رقم (6-21) يبين مستوى جودة الحياة حسب الدرجات:

الدرجات	مستوى جودة الحياة
26-61	منخفض
62-95	متوسط
96-130	مرتفع

5-3- مقياس استراتيجيات التعامل ل (paulhan et al. 1994):

يعتبر مقياس "Ways of Coping Check List" ل (lazarus and folkman, 1984)

الأكثر استعمالاً في الدراسات العلمية، و يحتوي على 67 بنداً، تم دراسة الصدق و الثبات من طرف الباحثان على عينة متكونة من (48 رجلاً، و 52 امرأة)، تتراوح أعمارهم ما بين (40 و 65 سنة)، حيث كانا يطلبان من أفراد العينة مرة في كل شهر خلال سنة وصف وضعية محددة أثرت فيهم و تحديد

من بين الاستراتيجيات المعروضة عليهم تلك التي كانوا يستخدمون الأكثر لمواجهةها، و قد أنتج التحليل
العاملية للإجابات ثمانية مقاييس جزئية يحتوي كل واحد منها على عدة بنود، و هي كالآتي:

➤ حل المشكلة: بما في ذلك البحث عن المعلومات.

➤ الروح القتالية أو قبول التحدي.

➤ الابتعاد عن أو التقليل من أهمية التهديد.

➤ إعادة التقييم الايجابي.

➤ اتهام الذات.

➤ الهروب- التجنب.

➤ البحث عن دعم اجتماعي.

➤ ضبط الذات.

و يعبر المقياسان الفرعيان الأول و الثاني عن التعامل المتمركز حول المشكلة، بينما تعبر باقي المقاييس
الفرعية الستة عن التعامل المتمركز حول الانفعال.

اختصر (Vitaliano et al.,1985) المقياس إلى 42 بند، و سمي "the coping check list"،
و قد بينت la solution factorielle après rotation varimax المتغيرات الخمسة التالية:

➤ حل المشكلة

➤ اتهام الذات

➤ إعادة التقييم الايجابي

➤ البحث عن الدعم الاجتماعي

➤ التجنب

و توصلت الدراسة التكميلية ل: (Paulhan & Bourgeois , 1998) في فرنسا إلى المتغيرات نفسها،

و بالفعل فقد سمح التحليل العاملية ب rotation varimax الوصول إلى الأبعاد التالية:

➤ حل المشكلة (VT % 9.4)

➤ التجنب مع الفكرة الايجابية (VT % 7.5)

➤ البحث عن الدعم الاجتماعي (VT % 6.5)

➤ إعادة التقييم الاجتماعي (VT % 5.9)

➤ اتهام الذات (VT % 5.7)

ما مكن من بناء سلم ثابت يتكون سوى من (29) بندا يقيم هذه الأنواع الخمسة للاستراتيجيات التعامل، في حين يمكن تطبيق هذا المقياس بطريقة فردية أو جماعية، حيث تتوزع بنود المقياس (29) على خمسة استراتيجيات موضحة في الجدول (6-22). عن (سمير بوطمين، 2011).

الجدول رقم (6-22) رقم يبين أبعاد مقياس استراتيجيات التعامل.

البنود	عدد البنود	الاستراتيجيات	
27-24-18-16-13-6-4-1	08	استراتيجية حل المشكلة	الاستراتيجيات المرتكزة
23-21-15-10-03	05	استراتيجية الدعم الاجتماعي	حول المشكلة
25-22-19-17-11-8-7	07	استراتيجية التجنب	الاستراتيجيات المرتكزة
28-12-09-05-02	05	استراتيجية إعادة التقييم الايجابي	حول الانفعال
29-26-20-14	04	استراتيجية اتهام الذات	

حيث تعبر استراتيجية حل المشكلة و الدعم الاجتماعي عن الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة، أما استراتيجية التجنب، و إعادة التقييم الايجابي و اتهام الذات، فتعبر عن استراتيجيات المتمركزة حول الانفعال.

الخصائص السيكومترية للمقياس

و لتحديد الخصائص السيكومترية للمقياس على مجتمع الدراسة و المتمثل في أفراد الجيش الوطني الشعبي، قام الباحث بتطبيق المقياس على عينة قوامها (200) عسكريا، أنظر إلى الجدول رقم (6-12) الذي يظهر خصائص العينة.

أولا: الصدق

يشير الصدق Validity إلى مدى صلاحية المقياس و صحته في قياس ما وضع لقياسه، و لذلك يدلنا صدق المقياس على ما الذي يقيس الاختبار، و من أشهر طرق حساب الصدق هو صدق التكوين، ففي صدق التكوين يحاول المؤلف الإجابة على السؤال التالي: إلى أي حد يمكن أن يعد الاختبار مقياسا لتكوين نظري أو سمة؟ وبالتالي يركز هذا النوع من الصدق على نوع من الوصف السلوكي، و يكون دوما أشمل و أكثر تجريدا، و يتم حساب هذا النوع من الصدق بالطرق الآتية: تحليل البنود (الارتباط بين البند و الدرجة الكلية على المقياس الفرعي)، التحليل العاملي (الصدق العاملي) و الارتباطات مع مقاييس أخرى. (الصدق التقاربي و الاختلافي). (الأنصاري، 2014، ص: 25).

1 - صدق تحليل البنود

يستخدم تحليل البنود كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، و بخاصة تلك التي لا تضيف إلى الدرجة الكلية بما فيه الكفاية، و يتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس، إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة. (الأنصاري، 2014 ، ص:25).

أ- معامل الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة تقنينية قوامها (200) فرد عسكري (أنظر الجدول رقم (6-12))، و بحساب معامل الارتباط بيرسون للدرجات الخام بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس الواحد، استخرجت مستويات الدلالة الاحصائية المقابلة لدرجات الحرية بالنسبة لعينة (أنظر: جدول رقم (6-23)).

الجدول رقم الجدول رقم (6-23) معامل الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية:

رقم البند	العبارة	معامل الارتباط
01	وضعت خطة عمل و أتبعتها.	,251*
02	تمنيت لو كنت أكثر قوة و أكثر تفاؤلاً و حزمًا.	,508**
03	حدثت شخصا عما أحسست به.	,242**
04	كافحت لتحقيق ما أردت.	,388**
05	تغيرت إلى الأحسن.	,344**
06	تناولت الأمور واحدا واحدا.	,375**
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث.	519**
08	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل.	,339**
09	ركزت على الجانب الذي يمكن أن يظهر فيما بعد.	,339**
10	تناقشت مع شخص لأتعرف أكثر على الموقف.	,431**
11	تمنيت لو حدثت معجزة.	,471**
12	خرجت من الوضعية أكثر قوة.	,316
13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام.	,504
14	أنبت نفسي.	,264

15	احتفظت بمشاعري لنفسى.	,471
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف.	,538
17	حلمت أو تخيلت مكانا و زمانا أفضل من الذي كنت فيه.	,438
18	حاولت عدم التصرف بالتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي.	,349
19	رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا.	,371
20	أدركت أنني سبب المشكل.	,318
21	حاولت عدم البقاء في عزلة.	,451
22	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أفضل.	,418,
23	قبلت عطف و تفهم شخص.	,391
24	وجدت حلا أو حلين للمشكلة.	,365
25	حاولت نسيان كل شيء.	, 323*
26	تمنيت لو استطعت تغيير موقعي.	,497**
27	عرفت ما ينبغي القيام به، هكذا ضاعفت جهودي و بذلت كل ما في وسعي للوصول إلى ما أريد	,473**
28	عدلت شيئا في نفسي حتى أتحمّل الوضعية بشكل أفضل.	,416**
29	انتقدت نفسي أو تغلبت عليها	,384**

ب - معامل الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية:

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة استطلاعية قوامها 200 فرد (عسكري)، باستخدام طريقة صدق تحليل البنود، الذي يقوم على حساب معامل الارتباط بين درجات أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية، وأظهر هذا النوع من الصدق على وجود معاملات ارتباط قوية بين كل أبعاد المقياس الثلاثة مع الدرجة الكلية، و الجدول رقم (6-24) يبين ذلك.

الجدول رقم (6-24) يبين معامل الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية:

الدرجة الكلية للتعامل	اتهام الذات	إعادة التقييم	التجنب	استراتيجيات مرتكزة على الانفعال	المساندة الاجتماعية	حل المشكلة	استراتيجيات مرتكزة على المشكلة	المشكلة
,834**	,161*	,600**	,267**	,473**	,760**	,904**	1	المشكلة
,721**	,090	,637**	,134	,376**	,409**	1	,904**	حل المشكلة

,683**	,207**	,314**	,367**	,439**	1	,409**	,760**	الاجتماعية
,881**	,659**	,537**	,855**	1	,439**	,376**	,473**	الانفعال
,680	,420**	,126	1	,855**	,367**	,134	,267**	التجنب
,659**	,151*	1	,126	,537**	,314**	,637**	,600**	التقييم
,499	1	,151*	,420**	,659**	,207**	,090	,161*	اتهام الذات
1	,499	,659**	,680	,881**	,683**	,721**	,834**	التعامل

من الجدول رقم (6-23) و (6-24) يمكن القول بأن مقياس استراتيجيات التعامل يتسم باتساق داخلي مرتفع، ذلك أن جميع ارتباطات البنود و أبعاد المقياس بالدرجة الكلية جوهرية احصائيا و مرتفعة، لأنها أكثر من 30, 0.

2 - الصدق التمييزي

لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عيتين، تم سحبهما من طرفي درجات العينة، حيث حجم كل عينة يساوي 54 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن=200).

الجدول رقم (6-25) تبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة التقنين:

قيمة "ت"	العينة السفلى ن=200		العينة العليا ن=200		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
21,127	7,51621	71,8148	5,63036	98,8148	

يتبين من قيمة "ت" في الجدول رقم (6-25) أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين و المنخفضين على مقياس استراتيجيات التعامل، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدي عينة التقنين.

ثانيا: الثبات

يشير الثبات Reliability إلى اتساق الدرجات المستخرجة من استجابات الأفراد أنفسهم عندما يعاد اختبارهم بالاختبار ذاته في أوقات مختلفة، أو عندما يختبرون بمجموعات مختلفة من بنود متكافئة، أو حينما يختبرون في ظل متغيرات أخرى، كما يعني ببساطة: "مدى اتساق الدرجات عند تكرار التجربة"

و من الطرق المألوفة لحساب درجة الثبات وهو معامل الثبات و يعني "أي مقياس للثبات يتضمن استخدام معاملات الارتباط"، و هناك عدة طرق لحساب معامل الثبات أهمها:

- **ثبات التجزئة النصفية: half-Split** بعد تصحيح الطول، و يقيس معامل الاتساق الداخلي أي اتساق عينات محتوى الاختبار، و يتلخص في تطبيق صيغة واحدة من الاختبار ثم نصل إلى مقياس للثبات عن طريق قسمة الاختبار إلى نصفين متساويين.

- **ثبات معامل ألفا:** و يتلخص في تطبيق واحد لصيغة واحدة للإخبار، و بيان مدى الاتساق في الاستجابات لكل بنود الاختبار، و لذلك يعطى درجة "اتساق ما بين البنود" بعد فحص الأداء على كل بند. (الأنصاري، 2014، ص:49).

و قد قام الباحث بحساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة معاملات ألفا من وضع "كرونباخ" بعد تطبيق واحد و لصيغة واحدة للمقياس كما هو موضح في الجدول (6-26) يبين ذلك. الجدول رقم (6-26) معامل الثبات بطريقة ألفا كرونباخ:

معامل الثبات	طرق حساب الثبات
,765	معامل ألفا

يعد معامل الثبات بطريقة ألفا مقبول بوجه عام على ضوء تصميم هذه الدراسة، و بوجه عام يعد عامل الثبات الذي يساوي أو يزيد على 0,70 مقبولا في مقاييس الشخصية (أحمد عبد الخالق، 1996، ص: 50- 51). و بالتالي فإن معامل الثبات المستخرج من مقياس استراتيجيات التعامل يعد مقبول و يميل إلى الارتفاع.

ثالثا: تعليمات التطبيق

تعليمات

صف موقفا مؤثرا عشته خلال المدة الأخيرة (موقفا قد مسك بالأخص و أزعجك).

.....

حدد شدة الانزعاج و التوتر الذي سببه ذلك الموقف:- منخفضة () - متوسطة () - مرتفعة ()

ضع علامة (X) تحت الاختيار المناسب المعبر عن درجة استخدامك للاستراتيجية المشار إليها.

الجدول رقم (6-27) تبين طريقة الاجابة على مقياس استراتيجيات التعامل:

الاجابات				العبارات
نعم	على الأرجح نعم	على الأرجح لا	لا	
			

تعطى الدرجات حسب الاجابة، و تتراوح ما بين (1-4) بالنسبة للبنود الايجابية، و من (1-4) بالنسبة للبنود السالبة.

و فيمايلي مثال توضيحي:

الجدول رقم (6-28) يبين طريقة تنقيط مقياس استراتيجيات التعامل.

الدرجة	الاجابات				العبارة
	نعم	على الأرجح نعم	على الأرجح لا	لا	
1				X	عبارة ايجابية
4				X	عبارة سلبية

و في المثال تعطى السابق تعطى نقطة بالنسبة للإجابة الاولى (عبارة ايجابية)، و تعطى أربع نقاط بالنسبة للعبارة السلبية، و الجدول رقم (6-29) يبين البنود الايجابية و البنود السلبية.

الجدول رقم (6-29) يبين البنود الايجابية و البنود السلبية لمقياس استراتيجيات التعامل.

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-15-16-	البنود الايجابية
17-18-19-20-21-22-23-24-25-26-27-28-29	
14	البنود

4-5 مقياس المساندة الاجتماعية

أعد هذه القائمة السيد إبراهيم السمدوني (1997) تتكون القائمة من 30 بندا موزعة على بعدين هما: بعد الأسرة و تقيسه 15 بندا، و بعد الأصدقاء و تقيسه 15 بندا ، يجب عنها بأسلوب تقريبي، و تصحيح إجابات المفحوصين ضمن أربعة بدائل هي:

لا: تنال الدرجة صفر.

قليلا: تنال الدرجة واحد.

متوسطا: تنال درجتين.

كثيراً: تنال ثلاث درجات.

الجدول رقم (6-30) يبين توزيع بنود مقياس المساندة الاجتماعية حسب أبعاده:

الأبعاد	عدد البنود	أرقام البنود
المساندة الأسرية	15	28-27-25-23-21-18-16-15-14-12-10-8-5-4-2
مساندة الأصدقاء	15	30-29-26-24-22-20-19-17-13-11-9-7-6-3-1

أولاً: الصدق

يشير الصدق Validity إلى مدى صلاحية المقياس و صحته في قياس ما وضع لقياسه، و لذلك يدلنا صدق المقياس على ما الذي يقيس الاختبار، و من أشهر طرق حساب الصدق هو صدق التكوين، ففي صدق التكوين يحاول المؤلف الإجابة على السؤال التالي: إلى أي حد يمكن أن يعد الاختبار مقياساً لتكوين نظري أو سمة؟ وبالتالي يركز هذا النوع من الصدق على نوع من الوصف السلوكي، و يكون دوماً أشمل و أكثر تجريداً، و يتم حساب هذا النوع من الصدق بالطرق الآتية: تحليل البنود (الارتباط بين البند و الدرجة الكلية على المقياس الفرعي)، التحليل العاملي (الصدق العاملي) و الارتباطات مع مقاييس أخرى. (الصدق التقاربي و الاختلافي). (الأنصاري، 2014، ص:25).

1 - صدق تحليل البنود

يستخدم تحليل البنود كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، و بخاصة تلك التي لا تضيف إلى الدرجة الكلية بما فيه الكفاية، و يتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس، إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة. (الأنصاري، 2014، ص:25).

أ- معامل الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية:

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة تقنينية قوامها (200) فرد عسكري (انظر الجدول رقم (6-12))، و بحساب معامل الارتباط بيرسون للدرجات الخام بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس الواحد، استخرجت مستويات الدلالة الاحصائية المقابلة لدرجات الحرية بالنسبة لعينة (أنظر: جدول رقم (6-31)).

الجدول رقم (6-31) يبين معاملات الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية:

رقم البند	العبارات	معامل الارتباط
01	أشعر أن أصدقائي يقدروني لشخصي.	,544**
02	يساعدني أفراد أسرتي على إيجاد حلولاً لمشاكلي.	,536**
03	لدي على الأقل صديق أستطع أن أخبره بكل شيء عني.	,614**
04	يتقبلني أفراد أسرتي بمحاسني و عيوبي.	,572**
05	أعرف تماماً أن أسرتي سوف تقف دائماً بجواري.	,576**
06	عندما أكون مع أصدقائي أشعر بالاندماج معهم.	,628**
07	أعتمد على نصائح أصدقائي لأتجنب الأخطاء التي قد أقع فيها.	,460**
08	أشعر بارتباط قوي مع أفراد أسرتي.	,585**
09	يشاركني أصدقائي نفس إهتماماتي في الحياة.	,486**
10	يشاركني أفراد أسرتي في حل المشكلات التي تواجهني.	,593**
11	أشعر بالهدوء والاطمئنان أمام المواقف الصعبة عندما أكون مع أصدقائي.	,660**
12	يشعري أفراد أسرتي بأنني شخص جدير بالاهتمام.	,599**
13	أجد بين أصدقائي من أعتمد عليهم عندما أتعرض لمواقف صعبة.	,544**
14	أشعر بأني في حرية عندما أكون مع أفراد أسرتي.	,657**
15	يستمع إلي أفراد أسرتي عندما أتحدث إليهم عن مشاكل واجهتني.	,568**
16	يثقّ في أفراد أسرتي.	,581**
17	يسهلّ علي أن أجد صديقاً ألتجأ إليه بسرعة عندما تواجهني مشكلة.	,596**
18	أعلم أنني سأجد العون من أفراد أسرتي عندما احتاج إليهم.	,638**
19	أشعر بالراحة عند وجود أصدقائي بجواري عندما أكون أمام موقف صعب.	,614**
20	يزيل عني أصدقائي مشاعر الحزن و الهم التي تصيبني من مشاكل الحياة.	,646**
21	أعرف أن أفراد أسرتي يدعمونني و يساعدونني دائماً.	,684**
22	يسهلّ علي التحدث مع أصدقائي دون أية صعوبات.	,610**
23	تشعري أسرتي بأني أقدر على التعامل مع المواقف الصعبة.	,657**
24	أشعر بارتباط قوي مع أصدقائي.	558**

25	أحد من أفراد أسرتي من يعمل على تهدئي عندما أكون متوترا و عصبيا.	,639**
26	أعتمد على أصدقائي في الاهتمام بأموري الخاصة.	,442**
27	أشعر بالراحة والسرور عندما أكون بمعية أفراد أسرتي.	,583**
28	أشعر أن أفراد أسرتي يشاركني في اهتماماتي.	,613**
29	أرى أن مساعدة الأصدقاء للفرد في المواقف الصعبة شيء جميل.	,403**
30	أشعر أن أصدقائي يقفون إلى جانبي عندما أكون في موقف صعب.	,693**

2- معامل الارتباط بين أبعاد المقياس بالدرجة الكلية:

قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة استطلاعية قوامها (200) فرد (عسكري)، باستخدام طريقة صدق تحليل البنود، الذي يقوم على حساب معامل الارتباط بين درجات أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية، وأظهر هذا النوع من الصدق على وجود معاملات ارتباط قوية بين كل أبعاد المقياس الثلاثة مع الدرجة الكلية، و الجدول رقم (6-32) يبين ذلك.

الجدول رقم (6-32) يبين معاملات الارتباط بين درجات أبعاد المقياس مع الدرجة الكلية:

الدرجة الكلية	مساندة الأصدقاء	مساندة الأسرة	
,829**	,452**	1	مساندة الأسرة
,873**	1	,452**	مساندة الأصدقاء
1	,873**	,829**	الدرجة الكلية

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

و من الجدول رقم (6-28) و (6-29) يمكن القول بأن مقياس المساندة الاجتماعية يتسم باتساق داخلي مرتفع، ذلك أن جميع ارتباطات البنود و أبعاد المقياس بالدرجة الكلية جوهرية احصائيا و مرتفعة، لأنها أكثر من 0,30.

2- الصدق التمييزي

لحساب هذا النوع من الصدق، تم استعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تمت المقارنة بين عيّنتين، تم سحبهما من طرفي درجات العينة، حيث حجم كل عينة يساوي 54 مفحوص بواقع سحب 27 % من العينة الكلية (ن=200).

الجدول رقم (6-33) تبين قيمة "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة التقنين.

قيمة "ت"	العينة السفلى ن=200		العينة العليا ن=200		العينة المتغير
	ع	م	ع	م	
21,577	12,27812	44,7593	4,34372	83,0000	الدرجة الكلية

قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,001

يتبين من قيمة "ت" في الجدول رقم (6-33)، أن المقياس يتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين والمنخفضين في المساندة الاجتماعية، مما يجعله يتصف بمستوى عالٍ من الصدق.

ثانياً: الثبات

يشير الثبات Reliability إلى اتساق الدرجات المستخرجة من استجابات الأفراد أنفسهم عندما يعاد اختبارهم بالاختبار ذاته في أوقات مختلفة، أو عندما يختبرون بمجموعات مختلفة من بنود متكافئة، أو حينما يختبرون في ظل متغيرات أخرى، كما يعني ببساطة: "مدى اتساق الدرجات عند تكرار التجربة" و من الطرق المألوفة لحساب درجة الثبات وهو معامل الثبات و يعني "أي مقياس للثبات يتضمن استخدام معاملات الارتباط"، و هناك عدة طرق لحساب معامل الثبات أهمها:

- **ثبات التجزئة النصفية: half-Split** بعد تصحيح الطول، و يقيس معامل الاتساق الداخلي أي اتساق عينات محتوى الاختبار، و يتلخص في تطبيق صيغة واحدة من الاختبار ثم نصل إلى مقياس للثبات عن طريق قسمة الاختبار إلى نصفين متساويين.

- **ثبات معامل ألفا:** و يتلخص في تطبيق واحد لصيغة واحدة للاختبار، و بيان مدى الاتساق في الاستجابات لكل بنود الاختبار، و لذلك يعطى درجة "اتساق ما بين البنود" بعد فحص الأداء على كل بند. (الأنصاري، 2014، ص:49).

و قد قام الباحث بحساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة معاملات ألفا من وضع "كرونباخ" بعد تطبيق واحد و لصيغة واحدة للمقياس و بطريقة القسمة النصفية باستخدام معادلة "سبيرمان- براون" بعد التصحيح، كما هو موضح في الجدول (6-34).

الجدول رقم (6-34) يبين معاملات الثبات لمقياس المساندة الاجتماعية.

معامل الثبات	طرق حساب الثبات
,933	معامل ألفا
,927	التجزئة النصفية

تعد معاملات الثبات بطريقة ألفا و بطريقة القسمة النصفية مقبولة بوجه عام على ضوء تصميم هذه الدراسة، حيث يعد عامل الثبات الذي يساوي أو يزيد على 0,70 مقبولا في مقياس الشخصية (أحمد عبد الخالق، 1996، ص: 50-51). و بالتالي فإن معاملات الثبات المستخرجة من مقياس المساندة الاجتماعية تعد مقبولة و تميل إلى الارتفاع.

ثالثا: تعليمات التطبيق

يعتبر البحث النفسي المجال الأول لاستعمال قائمة المساندة الاجتماعية (السمادوني)، أما بالنسبة لاستعمالها كأداة تشخيص، فإنها من الممكن جدا أن تستعمل كأداة تشخيص وفق الاتجاه الإيجابي لعلم النفس، خاصة إذا قام بذلك شخص متدرب على تشخيص المساندة الاجتماعية خاصة، وله خبرة جيدة في التشخيص النفسي و في القياس النفسي.

تعليمات

فيمايلي مجموعة من العبارات تتحدث عن رؤيتك لعلاقاتك مع أفراد أسرتك وأصدقائك عندما تواجهك مواقف ضاغطة في الحياة، إقرأ كل عبارة منها و أجب عنها بوضع علامة (X) تحت كلمة (لا) أو (قليل) أو (متوسطا) أو (كثيرا). و ذلك حسب انطباق العبارة عليك، أجب عن كل العبارات.

طريقة تطبيق المقياس:

يطلب من المفحوص اختيار إجابة من بين اختيارات تعبر عن مدى موافقته على محتوى كل بند من بنود المقياس (30)، و ذلك بوضع علامة (X) في المربع المناسب للمقياس، و المثال التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (6-35) يبين كيفية تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية.

الرقم	العبارة	الإجابات		
		لا	قليلا	متوسطا
01		X	كثيرا

تعطى الدرجات حسب الإجابة، و تتراوح ما بين (0 إلى 3)، حيث تتراوح نظريا درجة المفحوص ما بين الصفر (لا وجود للمساندة الاجتماعية)، 90 (ارتفاع المساندة الاجتماعية).

تحديد مستويات المساندة الاجتماعية

حدد الباحث ثلاثة مستويات المساندة الاجتماعية مستعملا الدرجات الخام و الدرجة المعيارية التائية كما يلي.

بالنسبة لعينة الذكور:

الجدول رقم (6-36) يبين مستويات المساندة الاجتماعية الخاص بعينة الذكور.

الدرجة الكلية الخام	الدرجة المعيارية التائية	مستويات المساندة الاجتماعية
51-0	40-3	منخفضة
79-52	60-41	متوسطة
90-80	68-61	مرتفعة

الجدول رقم (6-38) يبين مستويات المساندة الاجتماعية الخاص بعينة الإناث

الدرجة الكلية الخام	الدرجة المعيارية التائية	مستويات المساندة الاجتماعية
53-7	40-1	منخفضة
76-54	60-41	متوسطة
90-77	72-61	مرتفعة

6- الأساليب الإحصائية

استخدم الباحث في هذا البحث الأساليب الإحصائية التي يوفرها برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الإحصائية SPSS (النسخة 20) التالية:

- النسبة المئوية، المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري.
- معامل الارتباط بيرسون بين الدرجات الخام.
- معامل الارتباط سبيرمان بين الدرجات الخام.

- معامل ألفا كرونباخ.
- معادلة سيرمان - براون لتصحيح الطول.

الفصل السابع

عرض و تحليل النتائج

يتضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج البحث الحالي التي تم التوصل إليها على وفق أهدافها، و تحليلها و مناقشتها، و تم التوصل إلى الاستنتاجات و التوصيات و المقترحات المبينة في ضوء النتائج، و فيما يلي تفصيل ذلك:

1- عرض و تحليل نتائج الهدف الأول:

أ- عرض النتائج

تحقيقاً لهذا الهدف الذي يشير إلى الكشف عن مستوى جودة الحياة لدى عينة البحث، تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لجودة الحياة، حيث أن قيم المتوسط (1-2.33) تمثل المستوى المنخفض، و قيم المتوسط (2.43-3.67) تمثل المستوى المتوسط، و قيم المتوسط (3-5) تمثل المستوى المرتفع الجدول الموالي رقم (1-7) يبين ذلك:

الجدول رقم (1-7) يمثل مستوى جودة الحياة و أبعادها:

أبعاد جودة الحياة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
الصحة الجسمية	120	2,35	,63	متوسطة	2
الصحة النفسية		2,27	,71	منخفضة	4
العلاقات الاجتماعية		2,65	,87	متوسطة	1
البيئة		2,34	,65	متوسطة	3
جودة الحياة الكلية		2,35	,59	متوسطة	/

من خلال النتائج المتحصل عليها في الجدول أعلاه رقم (1-7)، نلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي لجودة الحياة ككل لعينة الدراسة قد بلغت 2,35 ، بانحراف معياري قدره 59, ، و هذه القيمة تقع ضمن المستوى المتوسط، أي أن مستوى جودة الحياة لدى أفراد عينة الدراسة متوسطة، بينما و حسب الأبعاد، فقد احتل البعد الثالث (العلاقات الاجتماعية) الترتيب الأول بمتوسط حسابي قدره 2,65، و انحراف معياري قدره 87, بمستوى متوسط، و سجل البعد الأول (الصحة الجسمية) الترتيب الثاني بمتوسط حسابي قدره 2,35، و انحراف معياري قدره 63, بمستوى متوسط، أما البعد الرابع (البيئة) فقد احتل الترتيب الثالث بمتوسط حسابي قدره 2,34، و انحراف معياري قدره 65, بمستوى متوسط، في حين البعد الثاني (الصحة النفسية)، فقد جاء في الترتيب الرابع و الأخير بمتوسط حسابي قدره 2,27 و انحراف معياري 71, بمستوى منخفض.

من خلال هذه النتيجة، نلاحظ أن بعد الصحة النفسية، هو البعد الوحيد الذي جاء في المستوى المنخفض، و بالتالي هو البعد الأكثر تأثراً لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و هي نتيجة منطقية جدا و متناسقة مع طبيعة الاضطراب الذي تعاني منه عينة البحث، و الذي يتمثل في اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، بالمقابل نجد الصحة الجسمية هي الأكثر تضرراً في الأمراض العضوية و هذا ما جاءت به دراسة (Linaloami, & al, 2010) و التي أجريت على عينة من مرضى السرطان (50 امرأة) مريضة بسرطانات نسائية فكان الجانب الصحة الجسدي هو الأكثر تأثراً.

ب- تحليل النتائج

جاءت نتيجة هذا البحث متوافقة مع دراسة هدى جميل المقبل و حنان إبراهيم الشقران (2021) و التي أجريت على عينة قوامها (ن= 279) من النساء المعنفات في الأردن، اللواتي يعانين من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و اللواتي أظهرن مستوى متوسط من جودة الحياة.

في حين جاءت نتيجة هذا البحث متعكسة مع الدراسة الرجعية التي قامت بها (Debbie, T, Devine, 2020) و التي أجريت على عينة من قدامى الحرب في الولايات المتحدة الأمريكية قوامها (ن= 51)، و التي خلصت إلى انخفاض في مستوى جودة الحياة و ارتفاع الأعراض الإكتئابية، كما جاءت متعكسة مع دراسة (Breanna K, Wright, 2019)، التي أجريت على عينة من قدامى حرب الخليج (2001- 2002)، خلال الفترة الممتدة ما بين سنة (2000- 2011)، و التي أظهرت أن مستوى جودة الحياة منخفض، و متعكسة كذلك مع دراسة (Ardenne & al, 2005) التي أجريت على عينة من الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة (ن= 117)، و التي أشارت إلى انخفاض جودة الحياة و ارتفاع الأعراض الإكتئابية و الحصرية.

و يفسر الباحث هذه النتيجة (مستوى متوسط لجودة الحياة لدى عينة البحث) من خلال عدة عوامل، بعضها خارجي يتمثل في المؤشرات الموضوعية على غرار العلاقات الأسرية، و الخدمات الصحية، و مستوى الدخل، و نوع السكن، و بعضها الآخر داخلي ذاتي يتمثل في كيفية إدراك هذه المؤشرات الموضوعية، و ما مدى اتساقها مع طموحاته و أهدافه.

فمن أهم العوامل الخارجية الموضوعية التي كان لها دور في تحسين جودة الحياة لدى أفراد عينة البحث، هي الإجراءات التي تم اتخاذها اتجاه هذه الفئة من طرف قيادة الهيئات الوصية، و يتجلى ذلك في مجموعة اللوائح و التعليمات المسددة، قصد التكفل الجيد و المثالي بهذه الفئة، أما عن أهم الإجراءات المتخذة فهي:

➤ إعطاء الأولوية لهذه الفئة في الاستفادة من الخدمات الصحية سواء على مستوى المستشفيات العسكرية الجهوية، أو على مستوى المراكز الطبية الاجتماعية.

➤ الإسراع في دراسة الملفات الطبية الخاصة بالأفراد المصابين في إطار مكافحة الإرهاب.

➤ تخصيص منحة منسوبة للخدمة للأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في إطار مكافحة الإرهاب.

➤ الاستفادة من بطاقة معطوب، و بالتالي التمتع بعدة حقوق و مزايا، على غرار الحق في مراكز الترفيه و التسلية، و الحمامات المعدنية التابعة لوزارة الدفاع الوطني...الخ.

➤ مجانية الأدوية، فكل الأفراد لهم الحق في الحصول على الأدوية بصفة مجانية.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة بواسطة عوامل داخلية ذاتية و التي تعتبر أهم العوامل، خاصة إذا علمنا ارتباط جودة الحياة بإدراك الفرد لمكانته في الحياة، و في سياق ثقافته و قيمه و أهدافه و توقعاته، فالأفراد المصابون في إطار مكافحة الإرهاب غالبا ما يشعرون بالإفتخار و الاعتزاز و الشهامة، لأنهم يؤمنون بأن الدفاع على الوطن واجب و شرف، و ما يعزز هذا الشعور أكثر هو عائلاتهم، فمن خلال تعاملنا مع هذه الفئة (الأفراد المصابون بجروح جسدية أو نفسية في إطار مكافحة الإرهاب)، لاحظنا دعم و مساندة اجتماعية و نفسية منقطعة النظير من طرف عائلات الضحايا سواء الوالدين، أو الزوجة، أو حتى الأصدقاء.

و يفسر كذلك الباحث هذه النتيجة بمفهوم مفارقة العجز (handicap paradox) حيث أن الأفراد الذين يعانون صحيا من أمراض مزمنة حتى لو كانت مهددة للحياة، قد يظهرون

مستويات مقبولة من جودة الحياة، مما يؤيد الرأي القائل يجب التمييز بين الحالة الصحية أو الوضع الصحي health status.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة بدور العامل الديني و ما له من نتائج إيجابية في أوقات المحن و الضغوطات و المصائب، كون العامل الديني يساعد على الارتقاء بالصحة النفسية بالنسبة للكثيرين، فالناس الذين يمتلكون عقيدة دينية قوية، يقرون بوجود درجة أعلى من الرضا على حياتهم، و درجة أكبر من السعادة الشخصية، و تأثيرات سلبية أقل لما تخلفه الأحداث الحياتية الصادمة، مقارنة بأولئك الذين ليس لهم ارتباط ديني رسمي. (Ellison, 1991)، و عليه فقد تميزت عينة البحث بتمسكها و التزامها بدينها، و يتجلى ذلك من خلال الصبر و الرضا بقضاء الله و قدره، فالإنسان الصبور يتسم من الناحية النفسية بالاتزان الانفعالي و النفسي.

أما عن انخفاض بعد جودة الحياة النفسية لدى عينة الدراسة، فيفسرها الباحث بعدم الرضا على الجانب النفسي، خاصة الأعراض النفسية المصاحبة لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و كذلك عدم رضاهم عن الآثار الجانبية للأدوية المستعملة مثل مضادات القلق و الاكتئاب، فرغم فعالية هذه الأخيرة في تحسين المزاج، و تخفيف الغضب، و الوقاية من الهيجان و التوتر، و العدوانية، إلا أنها لا تحسن من جودة الحياة بسبب الآثار الجانبية التي تخلفها على غرار:

- اضطراب النوم سواء بزيادة ساعات النوم، أو قلتها.
- زيادة في الوزن: و هذا له علاقة مباشرة بزيادة هرمون بروتين في الجسم.
- الشعور بالخمول.
- انخفاض الرغبة الجنسية.
- تدهور الوظائف المعرفية على غرار الانتباه، و التركيز، و الذاكرة.

2- عرض و تحليل نتائج الهدف الثاني:

أ- عرض النتائج

تحقيقاً لهذا الهدف الذي يشير إلى معرفة شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى عينة البحث، تم حساب المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري للمساندة الاجتماعية، حيث أن قيمة

المتوسط الحسابي من (1-2,33) يمثل المستوى المنخفض، و قيمة المتوسط الحسابي من (2,34-3,67) يمثل المستوى المتوسط، و قيمة المتوسط الحسابي من (3,68-5) يمثل المستوى المرتفع، و الجدول الموالي رقم (2-7) يبين ذلك:

الجدول رقم (2-7) يبين مستوى شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

الترتيب	المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	
//	مرتفع	,50	4,00	120	اضطراب الضغط مل بعد الصدمة
2	مرتفع	,66	3,90		إعادة الحدث الصادم
2	مرتفع	,63	3,90		تجنب الحادث الصادم
1	مرتفع	,57	4,25		الإفراط الحسي الإعاشي

من خلال الجدول المتحصل عليه أعلاه رقم (2-7)، نلاحظ أن قيمة المتوسط الحسابي لشدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ككل لعينة الدراسة قد بلغ 4,00 ، بانحراف معياري قدره 50، ، و هذه القيمة تقع ضمن المستوى المرتفع، أي أن شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى أفراد عينة البحث مرتفعة، بينما و حسب الأبعاد، احتل البعد الثالث (الإفراط الحسي الإعاشي) الترتيب الأول بمتوسط حسابي قدره 4,25 و انحراف معياري قدره 57، بمستوى مرتفع، و سجل البعد الثاني (تجنب الحادث الصادم)، و البعد الأول (إعادة الحدث الصادم) الترتيب الثاني بمتوسط حسابي متساوي قدره 3,90 ، و انحراف معياري قدره 63، و 66، على التوالي بمستوى مرتفع.

ب- تحليل النتائج

جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (Triffleman, Marmar, Delucchi & Ronfeldt, 1995) و التي أجريت على عينة (ن= 38) من أفراد الجيش الأمريكي العائدين من حرب الخليج، حيث أظهرت النتائج ارتفاع مستوى شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كما جاءت نتيجة هذا البحث متوافقة مع دراسة (Laugharne, Janaca, Widiger, 2007)، و التي أجريت على ضحايا تفجيرات المركز التجاري نيويورك سنة (2001)، حيث أبانت النتائج عن ارتفاع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى عامة الجمهور.

كما جاءت نتيجة هذا البحث متعاكسة مع دراسة ضحى (2006)، و التي أجريت على عينة قوامها (ن= 400) من الطلبة العراقيين المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة جراء حرب الخليج 2003، و التي أفضت أن مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة منخفض، و متعاكسة كذلك مع دراسة الخطيب (2013) التي خلصت أن مستوى أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة دون الوسط، كما جاءت نتيجة هذا البحث متعاكسة مع دراسة هدى جميل المقبل و حنان إبراهيم الشقران (2021) و التي أجريت على عينة قوامها (ن= 279) من النساء المعنفات، اللواتي أظهرن مستوى متوسط من أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

و يفسر الباحث هذه النتيجة (ارتفاع شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) من خلال عدة عوامل نذكر أهمها:

➤ **طبيعة الأحداث الصادمة:** و هي أحداث صدمية من فعل الإنسان (حوادث في إطار مكافحة الإرهاب)، حيث يعد هذا النوع من الأحداث على قمة تصنيف الأحداث المؤدية إلى الإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، لأنها أحداث من فعل الانسان، و بعيدة عن مفهوم القضاء و القدر.

➤ **تكرارية و تراكمية الأحداث الصادمة:** أغلب عينة الدراسة عاشت أكثر من حدث في إطار مكافحة الإرهاب، هذا ما يجرنا إلى الحديث عن الصدمة المعقدة الناتجة عن تراكم العديد من الأحداث و الخبرات العنيفة، التي يصعب علاجها و التكفل بها.

➤ **القرب المكاني من الأحداث الصادمة:** أغلب عينة البحث عاشت أحداث صادمة عن قرب، سواء كضحية أو كشاهد، و هذا العامل يعتبر عامل خطر.

➤ **تذبذب في الالتزام الصحي:** و يتجلى ذلك في السلوكيات الآتية:

- عدم احترام المواعيد الطبية.
- عدم شراء الأدوية نهائياً.
- شراء الأدوية و عدم تناولها.
- عدم الانتظام في أخذ جرعات الأدوية.
- الاستغناء على بعض الأدوية الموصوفة خاصة إذا كانت كثيرة الآثار الجانبية.

- استعمال أدوية أخرى دون استشارة الطبيب المعالج.

➤ **نقص العلاجات النفسية المتخصصة في علاج اضطراب الضغط ما بعد الصدمة:** مثل علاج سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين (EMDR)، و العلاج المعرفي السلوكي (TCC)، خاصة أن تعليمات المنظمة العالمية للصحة تؤكد على إلزامية التكفل باضطراب الضغط ما بعد الصدمة حسب المقاربة الطبية - النفسية - الاجتماعية.

➤ **نقص أو اختلال في المساندة الاجتماعية لدى بعض أفراد عينة الدراسة:** و ذلك بسبب الخلافات التي تنشأ بين المريض و محيطه. (سواء بين المريض و زوجته، أو بين المريض و إخوته)، فعملية تقديم المساندة الاجتماعية للأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة معقدة جدا في ظل السلوكيات الانعزالية و التجنبية أحيانا، و العدوانية أحيانا أخرى.

➤ **الضغوط الإضافية المتعلقة بالحياة اليومية:** تعتبر الضغوط الحياتية اليومية مصدرا إضافي في زيادة شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، خاصة لدى الأفراد الذين يتميزون بشخصية أكثر حساسية، و من ثم فإن الأفراد الذين يبدون انزعاجا اتجاه بعض المواقف الضاغطة يكونوا أكثر عرضة للإحساس باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مقارنة بمن يتعاملون معها بصورة أكثر هدوء و رزانة.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة كذلك (ارتفاع أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) بأمور أميريقية تطبيقية، فرغم الشروحات و التوضيحات و التوجيهات التي قدمها الباحث لعينة البحث خلال عملية تطبيق المقاييس، مبينا أن الاجابة على هذه المقاييس يدخل في إطار إنجاز بحث علمي (رسالة دكتوراه في علم النفس)، و ليس لها أي علاقة بتعديل نسبة العجز الذي له علاقة بالمنحة، إلا أن الباحث لاحظ على أفراد العينة نوع من الزيادة و التضخيم في الأعراض، معتقدين دائما إمكانية استغلال هذه المقاييس مستقبلا في إعادة مراجعة المنح الخاصة بالإصابة.

3- عرض و تحليل نتائج الهدف الثالث:

أ- عرض النتائج

تحقيقا لهذا الهدف الذي يشير إلى تحديد مستوى المساندة الاجتماعية لدى عينة البحث، تم حساب الدرجات الخام و الانحراف المعياري، حيث أن قيمة الدرجات (0-51) تمثل المستوى المنخفض، و الدرجات من (52-79) تمثل المستوى المتوسط، أما الدرجات من (80-90) تمثل المستوى المرتفع، و الجدول الموالي رقم (3-7) يبين مستوى المساندة لدى عينة البحث:

الجدول رقم (3-7) يبين مستوى المساندة الاجتماعية و أبعادها.

المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	
منخفض	20,63	45,40	120	المساندة الاجتماعية

من خلال الجدول المحصل عليه أعلاه رقم (3-7)، نلاحظ أن قيمة درجات الخام للمساندة الاجتماعية ككل لدى عينة البحث قد بلغت 40, 45 بانحراف معياري قدره 20, 63، و هذه القيمة تقع ضمن المستوى المنخفض، أي أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة هو مستوى منخفض.

ب- تحليل النتائج

جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (Ljubotina, Pantic, Franciskovic, Mladic, & Priebe, 2007) التي أجريت على عينة من المحاربين الكرواتيين السابقين (ن= 152)، و التي أظهرت انخفاض المساندة الاجتماعية، كما جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة (Angela, Scarpa & al, 2006) و التي أجريت على عينة قوامها (ن= 372) من ضحايا العنف المجتمعي، حيث خلصت إلى انخفاض المساندة الاجتماعية.

كما جاءت نتيجة هذه الدراسة متعكسة مع دراسة بن سعد أحمد، أحمان لبنى (2010)، و التي أجريت على عينة قوامها (ن= 60 فردا) من ضحايا فيضانات غرداية سنة 2008، و التي أفضت إلى وجود مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية.

جدير بالذكر أن مقياس المساندة الاجتماعية المستعمل في هذه الدراسة ل (السمادوني) يستعمل لقياس المساندة المقدمة من طرف الأسرة و الأصدقاء، و عليه يفسر الباحث هذه النتيجة (مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية لدى عينة الدراسة) بعدة عوامل أهمها:

➤ **عدم التطابق و الاتساق بين المساندة المقدمة من طرف الأسرة و الأصدقاء، و المساندة التي يريدها المريض:** و في هذا الصدد كشف (lichtenthal, & al, 2003) أن الكثير من الدراسات السابقة اعتمدت في هذا المجال على التقارير الذاتية الخاصة بالمرضى حول المساندة المقدمة لهم من أزواجهم، و على الرغم من أن هذا المنهج يعطي معلومات قيمة عن أهمية إدراكنا لمستوى المساندة المتوفرة لنا، فإنه لا يستطيع الاستفادة من مدى التطابق بين إدراك المرضى للمساندة المقدمة من الأزواج و بين ما يريدونه، و بعبارة أخرى، على الرغم من الأزواج يعتقدون أنهم يقدمون مساندة ممتازة، قد يدركها المرضى بطريقة مختلفة، مما يجعلهم يشعرون بأنها مساندة غير فعالة، و عليه فإن المساندة الانفعالية تكون في غاية الأهمية عندما تقدم من الأشخاص الذين تربطهم بالفرد علاقة حميمية، في حين يشكل الخبراء مصدرا مهما لتقديم النصح و المعلومات. (شيلي تايلور، 2008)، و في هذا الصدد، فقد أبدأ أفراد عينة البحث نوع من القبول النسبي لنوعية المساندة المادية و المتمثلة في منحة المصاب و الاستفادة من تقاعد مسبق و تأمين شامل مدى الحياة، و رضا و استحسان لعملية المساندة الطبية و المعلوماتية، و التي يقدمها أطباء الأمراض العقلية و الأحصائيين النفسانيين التابعين للمؤسسات الاستشفائية العسكرية و المتمثلة في العلاج الدوائي و التربية العلاجية، كإعطاء نصائح و إرشادات أو تعليم مهارة أو المساعدة على حل المشاكل التي لها علاقة بالعلاج، و الأعراض، و التعقيدات، و غيرها من الأمور المتعلقة بالاضطراب، و هذا كله مترجم في النتائج المتحصل عليها في مقياس جودة الحياة و التي كانت متوسطة، مقابل ذلك الكثير من أفراد العينة يشكون من تصرفات أفراد محيطهم التي هي أبعد ما تكون بالمساندة الإيجابية و الفعالة، حيث الكثير منهم عبر بنوع من السخط و التذمر على المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف عائلاتهم، و يصفونها بالمساندة السلبية و الغير فعالة، خاصة عندما تكون في الوقت الغير مناسب، أو ليست بالكمية اللازمة و من الشخص المناسب، أو حينما يتعرضون إلى انتهاك الخصوصية و الاستغلال، و تلقي

الوعود الكاذبة، في الوقت الذي يعتقد أفراد الأسرة و الأصدقاء أنهم يقدمون في مساندة مهمة و معتبرة.

➤ **نفور و إبتعاد أفراد الأسرة و الأصدقاء من المرضى:** و هذا بسبب سلوكياتهم المتمثلة في الغضب الشديد، و العدوانية الزائدة، و الهيجان، و القلق، و من جهة أخرى بسبب كثرة شكاويهم و احتجاجاتهم المستمرة، مع الإفصاح المستمر لمعاناتهم و آلامهم أمام الآخرين، و هذه سمة في شخصية الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، خاصة أولئك الذين يحدث لهم إعادة تنظيم في شخصيتهم على النموذج النكوصي، أو العدواني، كل هذا من شأنه أن يؤثر سلبا على عملية المساندة الاجتماعية، فمن خلال احتكاك الباحث مع عائلات مرضى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الكثير منهم يشتكى من العدوانية الزائدة و العنف الغير مبرر في الكثير من الحالات، و يتجلى ذلك في سلوكيات الضرب (الزوجة و الأبناء)، و شجارات متكررة مع الإخوة أو الأصدقاء، و تكسير للأثاث و الأواني بعد كل نوبة قلق.

➤ **طبيعة العلاقة المعقدة بين الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أفراد محيطهم:** فتقدم المساندة الاجتماعية يتطلب مرونة و حكمة كبيرتين، و ذلك بسبب الشخصية التي يتميز بها الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، التي تتميز عند البعض بالخوف، و الريب، و العدوانية، فحسب نموذج (Ehlers & Clark, 2000) بمجرد أن يقوم الأصدقاء أو الأقارب بتقديم المساعدة قد تفسر من طرف البعض بطريقة سلبية، مثلا: (يظن أنني غير قادر على تجاوز المحنة لوحدي)، و من جهة أخرى أن تجنب هؤلاء الأشخاص الحديث عن الحادث الصادم يمكن للضحية تفسير غياب المساندة الاجتماعية على أنها (لم أجد شخصا لي)، فكل هذا يقودنا إلى الاعتراف بصعوبة تقديم المساندة للأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة. (قاسم محمد الدوري، 2020، ص:371).

➤ **تدهور العلاقات الاجتماعية بسبب السلوكات التجنبية و الرغبة في العزلة:** فحسب نظرية (Weiss,1973)، فإن السلوكات الانعزالية و التجنبية التي بينها الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة تقلل من الاحتياط الاجتماعي، و بالتالي ينخفض مستوى المساندة الاجتماعية، كما يفسر الباحث هذه النتيجة من خلال تعامله في الحياة المهنية مع هذه

الفئة، أن الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، الكثير منهم يشتكي من فضولية الأفراد المحيطين بهم، و رغبتهم الشديدة في معرفة الحدث الصادم الذي وقع في مكافحة الإرهاب و كثرة الحديث عن المرض و هو الشيء الذي يعتبر مصدر قلق شديد، كما يوجد من يعتمد التدخل في الخصوصية خاصة في نوعية الأدوية و كيفية تناولها، و الأكثر من ذلك يوجد في محيط المريض من يقترح حتى بترك أدوية الطبيب، و تبديلها بالرقية الشرعية)، بالمقابل هناك فئة أخرى من محيط المريض خاصة المقربين منه، من يعتمد الابتهاج قصد إدخال السرور على المريض، هذه السلوكات و المواقف و غيرها قد تدفع بالمريض إلى تبني استراتيجيات التجنب و الهروب و العزلة، و عدم الخروج من البيت، هذا ما ينجر عنه انخفاض في نوعية و كمية المساندة الاجتماعية.

4 - عرض و تحليل نتائج الهدف الرابع:

أ- عرض النتائج

تحقيقا لهذا الهدف الذي يشير إلى معرفة استراتيجيات التعامل الأكثر استعمالا من طرف عينة الباحث، قام الباحث بحساب النسب المئوية، و ذلك اعتمادا على الدرجات الخام المتحصل عليها، و الجدول رقم (4-7) يوضح ذلك.

الجدول رقم (4-7) يبين النسبة المئوية لاستعمال استراتيجيات التعامل المستعملة من طرف أفراد عينة البحث

الترتيب حسب البعد	الترتيب حسب النوع	النسبة المئوية للاستعمال	
/	2	65,09%	استراتيجيات التعامل المرتكزة المشكلة
5	/	62,9%	استراتيجية حل المشكلة
3	/	68,79%	استراتيجية المساندة الاجتماعية
/	1	77,08%	استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال
1	/	93,00%	استراتيجية التجنب
2	/	77,5%	استراتيجية إعادة التقييم
4	/	66,61%	استراتيجية لوم الذات

من خلال الجدول أعلاه رقم (4-7)، نلاحظ أن عينة الدراسة تستعمل جميع استراتيجيات التعامل لكن بنسب متفاوتة، فقد بلغ استعمال استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال 77,08%،

و بالتالي بنسبة أكبر من استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة المقدرة بـ 65,09 %، أما حسب أبعاد الاستراتيجيات، نلاحظ أن استراتيجية التجنب هي الأكثر استعمالاً من طرف عينة البحث بنسبة 93,00 % و بذلك احتلت المرتبة الأولى، و سجلت استراتيجية إعادة التقييم الترتيب الثاني بنسبة 77,5 %، أما استراتيجية المساندة الاجتماعية فقد احتلت المرتبة الثالثة بنسبة 68,79 %، في حين استراتيجية لوم الذات احتلت المرتبة الرابعة بنسبة 66,61 %، أما استراتيجية حل المشكلة فهي الأقل استعمالاً، و بذلك احتلت المرتبة الخامسة و الأخيرة بنسبة 62,9 %.

ب- تحليل النتائج

جاءت نتيجة هذا البحث متوافقة مع دراسة (Pantic, Franciskovic, Mladic, & Priebe, 2007) و التي أشارت نتائجها إلى أن الجنود الأمريكيين الذين شاركوا في حرب الخليج و المصابون باضطراب ضغوط ما بعد الصدمة قد لجأوا إلى استخدام استراتيجيات الانسحاب و التجنب بشكل مرتفع، كما جاءت نتيجة هذا البحث متوافقة مع دراسة حاج لكحل التي أجراها على ضحايا زلزال بومرداس (الجزائر) سنة (2003)، و التي أظهرت أن عينة البحث تستعمل أساليب التعامل المرتكزة حول الانفعال بالدرجة الأولى، كما جاءت كذلك متوافقة مع Silver, Holman, McLntosh, Poulin (2001) & Gil-Rivas, 2001)، التي أجريت على عينة قوامها (ن = 104)، و استغرقت ستة أشهر بدءاً من اليوم التاسع من هجمات نيويورك، حيث بينت نتائجها إلى أن أبرز استراتيجيات التكيف المستخدمة كانت الانسحاب، و الإنكار، و الانقباض الداخلي، كما جاءت متوافقة كذلك مع دراسة (Angela, Scarpa & al, 2006) و التي أجريت على عينة قوامها (ن = 372) من ضحايا العنف المجتمعي، حيث أشارت إلى أن المستوى العالي من العنف المجتمعي قابله مستوى عالي من استراتيجيات التجنبية.

و يفسر الباحث استعمال عينة البحث جميع أنواع استراتيجيات التعامل، و لكن بنسب متفاوتة بعدة عوامل نذكر أهمها:

➤ **تداخل استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة مع استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال:**

فحسب شيلي تايلور، فإن استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال تعمل معاً، فالمشاكل الصحية عادة ما تقود إلى استخدام استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال، و لعل ذلك يرجع إلى أن التهديد الصحي الذي يتعرض له الفرد، هو حدث

يجب تحمله و لكن لا يسهل اخضاعه لفعل مباشر.(Pakenham, 1999)، كما يلجأ الأفراد إلى استراتيجية إعادة التقييم و هذا لإيجاد معنى إيجابي للخبرة، و ذلك من خلال التركيز على النمو الشخصي، كما تقود المشاكل الصحية أيضا الأفراد للبحث عن المساندة الاجتماعية (Vitaliano & al, 1990)، و هي استراتيجية هامة من استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة.

➤ **أهمية جميع استراتيجيات التعامل في تسيير الأحداث الضاغطة:** في العادة يستخدم الناس كل من استراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكلة، و الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال في التعامل مع ما يواجهون من ضغوط، مما يبين أن كلا النمطين في التعامل يعتبر مفيدا في إدارة أكثر الأحداث سببا للضغط.(Folkman & Lazarus, 1980)، فالتعامل مع الأوضاع الصحية عادة ما يقود الأفراد إلى استخدام استراتيجيات تعامل متباينة و مختلفة.

➤ **ديناميكية عملية التعامل:** عند مواجهة موقف في الحياة، لا يكون السياق ثابتا، و لكنه دينامي و متغير، فالتعامل يشتمل على سلسلة من التفاعلات ما بين الفرد الذي يمتلك مجموعة من الامكانيات، و القيم، و الالتزامات، و ما بين البيئة المحددة بمصادرها، و مطالبها، و قيودها (Lazarus & Lournier, 1978)، و بذلك فإن التعامل ليس مجرد فعل يقوم به الفرد في وقت معين، و لكنه مجموعة من الاستجابات تحدث عبر الزمن خلال التأثير المتبادل الذي يحدث بين الفرد و بيئته، فالإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة يمكن أن يتبعها ردود فعل مختلفة، يمكن أن تتراوح ما بين الاستجابات الانفعالية مثل القلق، لوم الذات، الغضب، الهيجان، إلى إتباع اجراءات أخرى مثل اجراء فحوصات طبية و طلب المساندة الاجتماعية.

أما عن استعمال استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال بصفة عامة، و استراتيجية التجنب بصفة خاصة، بنسبة أكبر من الاستراتيجيات الأخرى، فيفسرها الباحث كذلك بعدة عوامل أهمها:

➤ **طبيعة عينة البحث:** و بما أن عينة البحث تعاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و سمة القلق هي الصفة المسيطرة عليهم، فحسب (Semmer, 2006) فالأفراد الذين يتصفون بالعصابية الزائدة، عادة ما يستعملون أسلوب المواجهة بالتجنب، أي يوظفون استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال، كما

أشارت نتائج أبحاث كل من (Paulhan) و (Bourgoie) اللذان يؤكدان أن التجنب هو الاستراتيجية الأكثر استعمالاً من طرف الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

➤ **طبيعة الموقف:** حسب ما جاء به لازريس و فولكمان (1984)، حيث أن استراتيجيات التعامل التي يلجأ إليها الأفراد تختلف حسب طبيعة الموقف الضاغط، فالأفراد الذين يدركون أن الموقف متحكم فيها يلجؤون إلى التعامل المرتكز حول المشكلة، أما في حالة العجز عن السيطرة على المشكلة، فإن الاستراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال تعد أكثر استخداماً و نفعاً، و بما أننا بصدد دراسة استراتيجيات التعامل أمام موقف صحي، و هو مشكل غير قابل للإحضاع، فالأفراد عادة ما يلجئون إلى استخدام استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.

5 - الفرضية الأولى

أ- عرض النتائج

اهتمت الفرضية الأولى من هذا البحث بدراسة العلاقة بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المختلفة، على اعتبار نتائج الدراسات السابقة متباينة، هذا ما برر طرح الموضوع مرة أخرى من خلال هذا البحث نظراً لأهميته على المستوى العملي، و جاءت الفرضية الأولى كما يلي:

توجد علاقة ارتباطية موجبة بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و جودة الحياة

للتحقق من مدى صحة الفرضية، تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات جودة الحياة بأبعادها، و درجات شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و الجدول رقم (7-8) يوضح النتيجة المتعلقة بهذه الفرضية).

الجدول رقم (7-5) يمثل قيمة معامل الارتباط بين أبعاد جودة الحياة و أبعاد اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

اضطراب الضغط ما بعد الصدمة	إعادة الحدث الصادم	تجنب الحادث الصادم	الإفراط النشاط العصبي الإعاشي	
-,717**	-,449**	-,632**	-,636**	جودة الحياة
-,685**	-,440**	-,608**	-,586**	الصحة النفسية
-,596**	-,396**	-,546**	-,469**	العلاقات الاجتماعية
-,627**	-,390**	-,524**	-,601**	الصحة الجسدية

-,517**	-,502**	-,323**	-,561**	البيئية
---------	---------	---------	---------	---------

نلاحظ من الجدول أعلاه رقم (5-7) وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين جودة الحياة و أبعادها (الصحة النفسية، الصحة الاجتماعية، الصحة الجسدية، الصحة البيئية) و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أبعاده (إعادة الحدث الصادم، تجنب الحادث، إفراط النشاط العصبي الإعاشي).

ب- تحليل النتائج

جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة كل (Irène Huijts, et al, 2012) و التي أُجريت على عينة قوامها (ن=225) من المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بسبب الاضطهاد و العنف و الحرب، حيث تم إعادة إسكانهم بهولندا و علاجهم، فأظهرت النتائج على وجود علاقة عكسية بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و جودة الحياة (ر=-0,61)، كما جاءت هذه النتيجة متوافقة كذلك مع دراسة (Raoul, Vezies, 2019) التي أظهرت وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و مستوى جودة الحياة (ر=-0,55)، كما جاءت متوافقة مع دراسة هدى جميل المقبل، و حنان ابراهيم الشقران (2021) و التي أُجريت على عينة قوامها (ن=279) امرأة معنفة، تعاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أظهرت الدراسة على وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً (ر=-.528).

في حين جاءت هذه النتيجة متعكسة مع دراسة كل من (Douglas & Zatchick, 1997)، التي أشارت إلى ضبابية العلاقة بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و مستوى جودة الحياة، خاصة في ظل تباين القدرات الشخصية.

و عليه يمكن القول أنه كلما زادت شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى عينة البحث، كلما نقصت جودة الحياة، و العكس صحيح أي كلما نقصت شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كلما تحسنت جودة الحياة.

يفسر الباحث هذه النتيجة بالأثار النفسية، و الاجتماعية، و الجسدية التي يخلفها اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على جودة الحياة، فتأثير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على الجانب النفسي للمريض فهو واضح و جلي، فقد أشارت الجمعية الأمريكية للطب النفسي، أن 80 % من

الأفراد الذين يعانون من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة عرضة لتطور مرض نفسي آخر على غرار الاكتئاب، الاضطرابات الحصرية الأخرى، اضطراب تعاطي أو إدمان على المخدرات.(APA)، كما يمكن أن يؤدي التجنب، كعرض من أعراض اضطراب ما بعد الصدمة إلى رفض طلب المساعدة، لذلك يتجنب بعض قدامى المحاربين برامج العلاج وإعادة التأهيل من أجل تجنب قدامى المحاربين الآخرين وعدم الاضطرار إلى الحديث عن تجاربهم المؤلمة.

أما من الجانب الاجتماعي، يؤثر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في العلاقات الاجتماعية كونه مرضا نفسيا، يلحق الوصمة بالمصابين به، كما أن وجود أعراض مثل الهيجان و اضطرابات النوم، و فقدان الاهتمام يمكن أن تسهم في زيادة الصراعات الشخصية، و الزوجية، و كذلك تدهور تحمل المسؤوليات العائلية، كما قد تصل الاضطرابات النفسية حتى للأبناء، فقد دلت العديد من الدراسات أن زوجات و أبناء الجنود يعانون من القلق و الإحباط و بالعزلة، مع عدم رغبتهم في الأنشطة الاجتماعية، مع تسجيل نسب عالية من الطلاق خلال السنة الأولى من الزواج. (أميرة ديب، 1992)، كما تؤثر السلوكيات التحننية التي يبديها الأفراد المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى تفادي المشاركة في المناسبات الاجتماعية مثل الأعراس، أو الخروج في نزهات بمناطق جبلية.

أما تأثير اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على الجانب الجسدي، فيتجلى في المشاكل العضوية، فقد أقر المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة من معاناتهم من آلام في الرأس، مشاكل في الجهاز الهضمي، و انخفاض في الرغبة الجنسية، وارتفاع الضغط الدموي، و الإصابة بداء السكري.

كما يؤثر اضطراب الضغط ما بعد الصدمة على الجانب المهني، و هذا من خلال تعدد العطل المرضية، و زيادة حالات الفرار، و اللانضباطية، فقد أظهرت دراسة (L.Holterbach et al, 2015)، على وجود علاقة إيجابية دالة احصائيا بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و عدد العطل المرضية و الغيابات في صفوف أفراد الجيش الفرنسي.

و عليه يمكن أن يكون الاضطراب الضغط ما بعد الصدمة تأثيرات كبيرة على جودة الحياة النفسية و الجسمية و كذلك على الوضعية الاجتماعية و المهنية و الاقتصادية للأفراد الذين يعانون منه (Gladis & al, 1999)، فالتأثيرات السلبية لاضطراب الضغط ما بعد على جودة الحياة قد يستمر

حتى بعد الشفاء، فالتأثيرات المتبقية قد تكون ضاغطة بما فيه الكفاية لتعجل الانتكاس (Frish, 1988)، كما يؤدي اضطراب الضغط ما بعد الصدمة إلى الأضرار بجودة الحياة بسبب الضيق المرتبط بتجربة الحصر نفسه، و لكن أيضا بسبب السلوكيات التجنبية التي ترافق عادة الحصر و القلق و الوصمة المتعلقة بمشكلة صحية عقلية. (Schneier, 1997).

6- الفرضية الثانية:

أ- عرض النتائج

اهتمت الفرضية الثانية من هذا البحث بدراسة العلاقة بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المختلفة، على اعتبار نتائج الدراسات السابقة كانت متباينة، هذا ما برر طرح الموضوع مرة أخرى من خلال هذا البحث نظرا لأهميته على المستوى العملي، و جاءت الفرضية الثانية كما يلي:

توجد علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و علاقة سالبة بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.

للتحقق من مدى صحة الفرضية، تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات جودة الحياة و درجات استراتيجيات التعامل ببعديه (استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال)، و الجدول رقم (6-7) يوضح النتيجة المتعلقة بهذه الفرضية. الجدول رقم (6-7) يمثل قيمة معامل الارتباط بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل.

البيئة	الصحة الجسدية	الصحة الاجتماعية	الصحة النفسية	جودة الحياة العامة	
,371**	,365**	,485**	,484**	,484**	استراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكلة
,414**	,424**	506**	,562**	,551**	استراتيجية حل المشكل
,344**	,393**	,483**	,429**	,464**	استراتيجية المساندة الاجتماعية
,012	,051	,133	,080	,064	استراتيجيات التعامل المرتكزة حول الانفعال
-,023	,058	,133	,047	,043	استراتيجية التجنب
-,002	,074	,146	,079	,067	استراتيجية اعادة التقييم الايجابي
-,010	,063	,137	,068	,056	استراتيجية اتهام الذات

نلاحظ من الجدول أعلاه رقم (6-7) ، أن نتيجة البحث جاءت على شطرين :

- **الشرط الأول:** وجود علاقة ارتباطية ايجابية دالة إحصائيا بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و أبعادها (استراتيجية حل المشكل، استراتيجية المساندة الاجتماعية) و جودة الحياة و أبعادها (الصحة النفسية، و الصحة الاجتماعية، و الصحة الجسدية، و البيئية).

- **الشرط الثاني:** وجود علاقة ايجابية لكن غير دالة احصائيا بين استراتيجيات التعامل المبنية على الانفعال و أبعادها (استراتيجية التجنب، استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، استراتيجية إتهام الذات) و جودة الحياة و أبعادها (الصحة النفسية، و الصحة الاجتماعية، و الصحة الجسدية، و البيئية).

ب- تحليل النتائج:

جاءت النتيجة في شطرها الأول متوافقة مع دراسة (Araya, Chotai, komproe & De Jong, 2007) و التي أظهرت وجود علاقة دالة إحصائيا بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و جودة الحياة.

في حين جاءت هذه النتيجة متعاكسة مع دراسة (Johnsen, B H & al, 2002) التي أجريت على الأفراد الناجين من غرق الباخرة النرويجية، و التي أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة ($r = -0,10$)، كما جاءت هذه النتيجة متعاكسة مع دراسة (Irène Huijts, 2012) التي أظهرت عن وجود علاقة إيجابية بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال ($r = 0,13$). لدى المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة بسبب الاضطهاد و العنف و الحرب بعدما ما تم إعادة إسكانهم بهولندا.

كما نلاحظ أن نتيجة البحث في شطرها الثاني جاءت متوافقة مع دراسة (Johnsen, B H & al, 2002) التي أقيمت على الأفراد الناجين من غرق الباخرة النرويجية، و التي أظهرت عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة ($r = -0,06$).

في حين جاءت هذه النتيجة متعاكسة مع دراسة كل من (Maes & al, 1987)، و دراسة (Cousson-Gélie, 2000) اللتان أظهرتا عن وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائيا بين

استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال و جودة الحياة بأبعادها (الصحة النفسية، الصحة الاجتماعية، و الصحة الجسمية، و البيئية).

و عليه يمكن القول أنه كلما لجأ أفراد عينة البحث إلى الاستراتيجيات التعامل المتمركزة على المشكلة، كلما كانت جودة الحياة أفضل، و يفسر الباحث هذه النتيجة كون أن الأفراد الذين يستعملون هذا النوع من الاستراتيجيات يتعاملون بطريقة مباشرة مع المشكلات، و البحث عن الحلول، و الرغبة في السيطرة على الضغوط، ففي الواقع هم الأفراد الذين يتابعون العلاج، و يحترمون المواعيد الطبية، و يلتزمون بأخذ الأدوية، و هذا كله من شأنه أن يحسن في الحالة الصحية، و منه تحسن جودة الحياة.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة بتنوع و تعدد استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، فحسب (Lazarus & Folkman, 1984)، و الذي يتحدث عن مجموعتين من الاستراتيجيات المتمركزة على المشكلة، تلك الموجهة نحو الوسط، و تلك الموجهة نحو الذات، أما الأولى فتتضمن الاستراتيجيات التي تعني بتغيير ضغوطات المحيط أو العراقيل أو الامكانيات أو الاجراءات...، و ما شابه ذلك، بينما تضم الثانية الاستراتيجيات الموجهة نحو تغيير الدافعية أو المعرفية مثل تغيير مستوى الطموح أو التخفيف من تورط الأنا، أو ايجاد طرق اخرى للجزاء أو تطوير سلوكيات عامة أو تعلم خبرات أو اجراءات جديدة. عن (سمير بوطمين، 2011)، فاستراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكلة لديها آثار فعالة إيجابية على الصحة الانفعالية للمرضى، و عليه فإن هذا النوع من الاستراتيجيات يعمل على تخفيف الشعور من الذنب، و زيادة قيمة الذات، و تحسين الشعور بالرضا، تبني تفكير إيجابي و عقلائي، مما يعطي راحة نفسية، و سعادة و رفاه، و منه تحسن جودة الحياة.

كما أن لجوء الأفراد إلى استراتيجية التعامل المرتكزة على المشكلة و المتمثلة في المساندة الاجتماعية، يعمل على زيادة الفعالية الذاتية، و تحسين الثقة بالنفس، و الرفع من قيمة الذات، و العمل على تطوير سيورة الارجاعية النفسية، هذا كله من شأنه أن يخفف من عبء المرض، و زيادة المناعة الاجتماعية و النفسية، و الاحساس بالرضا و تقبل الواقع.

كما أظهرت نتائج البحث كذلك أنه توجد علاقة ارتباطية ايجابية لكن غير دالة احصائيا بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال و جودة الحياة، و يفسر الباحث هذه النتيجة من خلال

نوعية و فعالية استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال مع المواقف الصحية، فاستعمال استراتيجية التجنب مثلا من طرف الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، يؤدي إلى نقص الوعي بالمرض، و بالتالي التأخر في زيارة الطبيب أو عدم الذهاب إليه نهائيا، و هذا ما يزيد من المعاناة النفسية، و الصراعات العلائقية و الاجتماعية، و بالتالي تدهور في جودة الحياة.

أما استعمال استراتيجية إعادة التقييم مثلا من طرف عينة البحث لإعادة تنظيم الانفعالات، قد لا تكون فعالة خاصة امام الوضعيات الصحية، فالمريض في الواقع لا يحتاج إلى تأويل الوضعية، بل هو في حاجة الى تقبل الموقف، و تقييمه، و البحث عن الحلول، فهذه الاستراتيجية تكون فعالة إلا عندما يكون الموقف تحت السيطرة.

7- الفرضية الثالثة:

أ- عرض النتائج

اهتمت الفرضية الثالثة من هذا البحث بدراسة العلاقة بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية، على اعتبار نتائج الدراسات السابقة كانت متفاوتة، هذا ما برر طرح الموضوع مرة أخرى من خلال هذا البحث، و جاءت الفرضية الثالثة كما يلي:

توجد علاقة ارتباطية موجبة بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية .

للتحقق من مدى صحة الفرضية، تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات جودة الحياة و درجات المساندة الاجتماعية، و الجدول رقم (7-7) يوضح النتيجة المتعلقة بهذه الفرضية.

الجدول رقم (7-7) يمثل قيمة معامل الارتباط بين أبعاد جودة الحياة و أبعاد المساندة الاجتماعية.

المساندة الاجتماعية (الأصدقاء)	المساندة الاجتماعية (الأسرية)	المساندة الاجتماعية	
,545**	,545**	,549**	جودة الحياة العامة
479**	,479**	,484**	الصحة النفسية
510**	,509**	,514**	العلاقات الاجتماعية
,371**	,371**	,373**	الصحة الجسدية
,501**	,500**	,503**	البيئة

من خلال الجدول أعلاه رقم (7-7)، نلاحظ وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين جودة الحياة و أبعادها (النفسية، الاجتماعية، الجسدية، و البيئية) و المساندة الاجتماعية ببعديها (الأسرية و الأصدقاء)، حيث تراوحت معاملات الارتباط ما بين (ر=0,371، و ر=0,549).

ب - تحليل النتائج

جاءت نتيجة هذا البحث متوافقة مع دراسة (Kamil Yazicioglu, 2006) التي أُجريت بالمستشفى العسكري بتركيا، على عينة قوامها (ن=79) عسكرياً مصاب باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و التي أظهرت عن وجود علاقة إيجابية دالة إحصائياً بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية، كما جاءت متوافقة مع دراسة (De Jong & Araya, Chotai, Komproe, 2007)، و متوافقة كذلك مع دراسة (Temoshok, 1985) التي أظهرت وجود علاقة إيجابية بين المساندة الاجتماعية و جودة الحياة لدى مرضى السرطان.

يفسر الباحث هذه النتيجة بما تلعبه المساندة الاجتماعية من دور مهم في مجال الوقاية و تحسين الصحة النفسية و العقلية، حيث تعتبر متغير رئيسي في تحقيق الاستقرار و الأمن النفسي، و تدعيم المواجهة التي يحتاجها الانسان في كل ظروفه الحياتية، كما تعتبر مظهر من مظاهر التي تُبعث على تحقيق الرضا الانفعالي، و تخفف مما يقود إليه الضغط من سوء صحة، كما عُدت المساندة الاجتماعية مصدراً مهماً من مصادر الأمن الذي يحتاجه ضحايا الأحداث الصدمية، و هذا بسبب ما يولد لديهم من شعور بالطمأنينة و رضا نفسي، حيث يساهم بدوره في تحويل المشاعر السلبية في المواقف الصدمية إلى مشاعر إيجابية تدفعهم إلى الصبر و التحمل، مما يحسن من جودة الحياة.

كما أوضح جيرينج (2006) دليلاً ووصف من خلاله فائدة المساندة الاجتماعية بأنها مذهلة، فالمساندة الاجتماعية تمثل ضرورة للحصول على الدعم الوجداني، و المعلوماتي، و الأدائي من الآخرين، كما ترتبط بتحسين الصحة و سرعة الشفاء من المرض، و تخفيف الكرب النفسي، و تحسن جودة الحياة، كما تبين أن المساندة الاجتماعية لها فائدة في تحقيق التوازن، فهي تقلل الشعور بالضغط، و تعزز القابلية للتعامل مع الأحداث، و يمكن أن تقلل احتمالات حدوث المعاناة الجسمية و العقلية أو المرض، و تسرع في حدوث الشفاء من المرض عندما يحدث، كما تشكل المساندة الاجتماعية و تماسك شبكة العلاقات الاجتماعية، و اتساعها سياجاً يحمي الفرد، و يمنع بعض التأزم المرتبط بضغط الكارثة، و يتيح

للفرد الفرصة لتخطي الأزمة (Soloman,1986)، و للمساندة الاجتماعية وظائف نفسية، و اجتماعية، وصحية متعددة منها الدور المتمثل في إشباع حاجات الانتماء و الاندماج و الاحترام، و الاعتراف و التقدير، و الحب، و المحبة، و زيادة تقدير الذات، و الثقة بالنفس، و التأثير الإيجابي في المشاعر و الانفعالات، و التخفيف من القلق و الاكتئاب، و من الضغوط الخارجية بسبب توافر الدعم و المساندة، و المساعدة في التكيف مع الأحداث الضاغطة.(المغوش،2011)، و يؤكد (Zhou, 2011) على أهمية الدعم الاجتماعي في تعديل الشعور أو الضيق النفسي مما ينعكس على جودة الحياة المرتبطة بأمراض السرطان، فالمساندة الاجتماعية تخفف من العناء و تزيد من الشعور بالسعادة، و هذا الدعم يوفر تقديرا عاليا للذات و الثقة بها، و يولد المشاعر الايجابية، و يقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية.(حسين، 1997). كما ترتبط المساندة الاجتماعية بالصحة و السعادة النفسية، في حين أن غيابها يرتبط بالأمراض و الأعراض الاكتئابية.(دياب، 2006).

أما حسب (Cohen et wills, 1985) فللمساندة الاجتماعية أثر إيجابي، بتعاملها مع الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالضغط، و تقييمها للعواقب، فمثلا مساندة الأقارب تقلل من أثر الضغط و ذلك بتقديم الحلول لمشاكل الفرد، كما تقلل من حجم الأحداث الضاغطة المدركة، و تسهل من تبني معارف عقلانية، كما تعمل على الوقاية أو التقليل من الاستجابات السلوكية الغير تكيفية مثل التجنب، و بالتالي تكون مصدر للتوازن النفسي و تحسين جودة الحياة.

كما توجد العديد من البحوث أبلغت عن دور المساندة الاجتماعية في تنمية و تحسين جودة الحياة، ففي دراسة للباحثين الفرنسيين (Isabelle Pulhan et Marc Bourgois) حول الأشخاص المقبلين على إجراء عملية جراحية، فوجد الباحثان أن الأشخاص الذين يتلقون مساعدة اجتماعية (الحصول على معلومات حول سيرورة العملية الجراحية، و دعم وجداني) ينجحون في التخلص من الضغط و القلق، و حتى مضاعفات ما بعد العملية الجراحية. عن (جبالي نور الدين، سعيد قارة، 2013)

فالحصول على المعلومات من الأشخاص الذين يشعر الفرد نحوهم بالحب، و الاحترام، و التقدير يشكل جزء مهم في إشباع حاجاته، و عليه تعتبر المساندة الاجتماعية مهمة مهما كان مصدرها و نوعها، و في هذا الصدد بين (King, & al) أن المساندة الوجدانية تجعل الأفراد يشعرون بالرضا عن أنفسهم، و المساندة الأدائية توفر لهم طرقا و استراتيجيات لمعالجة الموضوعات الخاصة بهم، كما تساعدهم المساندة

المعرفية على الشعور بأنهم ليسوا وحدهم في أوضاعهم و خبراتهم. (King, & al, 2006, p : 915) ،
في حين تعمل المساندة المعلوماتية التي يتلقاها المريض من ممثلي المؤسسة العسكرية على خلق انطباع على
أنه ذو قيمة و مقبول، و تزرع فيه الأمل، مما يؤدي إلى تحسن تقدير الذات و بالتالي تحسن جودة الحياة.

كما ترتبط المساندة الاجتماعية المقدمة من طرف الأصدقاء إيجابيا مع الأمل و التأهيل،
(Irving, Telfer, et Blake, 1997)، هذا ما وقف عليه الباحث في المجال المهني،
فالأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة خلال فترة استشفائهم، عادة ما يكونون علاقات صداقة
خاصة بينهم، تسمح لهم بتبادل الخبرات حول المرض، فهم يعتقدون أن زملائهم المصابون في إطار مكافحة
الإرهاب لهم من القدرة على فهمهم، كما يتبادلون المعلومات و المعارف مما قد يساعدهم على تنبؤ مسار المرض،
و الذي بدوره يسهل التكيف و تكوين أفكار إيجابية عن أنفسهم، و يخفف عنهم التوتر الناجم عن
المرض، و بالتالي يزيد من جودة حياتهم، و عليه فإن فالمساندة الاجتماعية بمختلف مصادرها، سواء كانت من
الأسرة أو الأصدقاء، فهي تعزز التكيف المعرفي و السلوكي، و تسهل الشعور بالمعنى، و زيادة تقدير
الذات، و الشعور بالانتماء، و بناء الأمل، و تحسين جودة الحياة.

8- الفرضية الرابعة:

أ- عرض النتائج

اهتمت الفرضية الرابعة من هذا البحث بدراسة العلاقة بين شدة أعراض اضطراب الضغط
ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المختلفة، على اعتبار نتائج الدراسات السابقة متباينة، هذا ما برر طرح
الموضوع مرة أخرى من خلال هذا البحث نظرا لأهميته على المستوى العيادي، و جاءت الفرضية الرابعة
كما يلي:

توجد علاقة ارتباطية موجبة بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات
التعامل المرتكزة على المشكلة، و علاقة سالبة بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد
الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال.

للتحقق من مدى صحة الفرضية، تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات
شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أبعاده (تكرار الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، إفراط

النشاط العصبي الإعاشي)، و درجات استراتيجيات التعامل بنوعيه (استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال)، و الجدول رقم (7-8) يوضح النتيجة المتعلقة بهذه الفرضية.

الجدول رقم (7-8) يمثل قيمة معامل الارتباط بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل.

الافراط النشاط العصبي الاعاشي	تجنب الخبرة الصادمة	تكرار الخبرة الصادمة	اضطراب الضغط ما بعد الصدمة	
-,406**	-,356**	-,279**	-,430**	الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة
-,385**	-,327**	-,253**	-,398**	استراتيجية حل المشكلة
-,399**	-,365**	-,261**	-,426**	استراتيجية المساندة الاجتماعية
,014	-,019	-,017	-,012	الاستراتيجيات المرتكزة حول الانفعال
,047	-,022	-,026	-,005	استراتيجية التجنب
,028	-,036	-,030	-,021	استراتيجية إعادة التقييم
,034	-,027	-,021	-,011	استراتيجية اتهام الذات

نلاحظ من خلال الجدول رقم (7-8) ، أن نتيجة البحث جاءت في شطرين :

- **الشرط الأول:** وجود علاقة ارتباطية سلبية دالة احصائيا بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و أبعادها (استراتيجية حل المشكل، استراتيجية المساندة الاجتماعية) و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أبعاده (تكرار الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، إفراط النشاط العصبي الإعاشي)، و هذا يعني أنه كلما زاد استعمال استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، كلما نقصت شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

- **الشرط الثاني:** وجود علاقة سلبية غير دالة احصائيا بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال و أبعادها (استراتيجية التجنب، استراتيجية إعادة التقييم الايجابي، استراتيجية اتهام الذات)، و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أبعاده (تكرار الخبرة الصادمة، تجنب الخبرة الصادمة، إفراط النشاط العصبي الإعاشي).

ب - تحليل النتائج

جاءت نتيجة البحث في شطرها الأول (وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة) متوافقة مع دراسة (Mikulincer & Solomon, 1989)، و التي أظهرت عن وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المتعلقة بالقتال لدى الجنود، كما جاءت هذه النتيجة متوافقة دراسة (Jahel & al, 1999) التي أجريت حول ضحايا المترو بفرنسا، و التي خلصت على وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً ($r = -0,41$) بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و شدة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و متوافقة كذلك مع دراسة كل من (Daniel Duchet Clara, Paterniti S, Consoli Jehel L, Guelfi Julien, 2001) التي أظهرت وجود علاقة سلبية دالة إحصائياً بين مستوى اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة قدرت ب ($r = -0,39$) و متوافقة مع دراسة أمال عماني (2014)، و التي أجريت على عينة قوامها ($n = 805$) عوناً من الحماية المدنية و التي أفضت إلى وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة ببعديها (حل المشكلة، و البحث عن المساندة الاجتماعية) بمقدار ($r = -0,686$ ، و $r = -0,284$) على التوالي.

في حين جاءت هذه النتيجة في شطرها الأول (وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) متعاكسة مع دراسة (Hordley, John & Nelson, Littleton, 2007) التي أظهرت عدم وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة ($r = -0,03$).

كما جاءت نتيجة البحث في شطرها الثاني متوافقة مع دراسة (Huijts et &, 2012) التي أظهرت وجود علاقة إيجابية غير دالة إحصائياً بين استراتيجيات التعامل المبينة على الانفعال و شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، في حين جاءت هذه النتيجة متعاكسة مع دراسة (Scarpa, Haden & Hurley, 2006)، و التي أشارت إلى أن استراتيجيات التعامل الانسحابية لدى ضحايا العنف المجتمعي زادت من مستوى اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة، كما جاءت هذه النتيجة

متعاكسة مع دراسة (Jahel & al, 1999) التي أجريت حول ضحايا المترو بفرنسا، و التي خلصت إلى وجود علاقة ارتباطية طردية دالة إحصائيا ($r = 0,49$) بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال و شدة اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و جاءت متعاكسة كذلك مع دراسة أمال عماني (2014)، و التي أظهرت وجود علاقة ايجابية دالة احصائيا بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال ببعديها الثالث (التجنب، و إعادة التقييم الايجابي، و تأنيب الضمير) بمقدار ($r = 0,799$)، و $r = 0,284$ ، و ($r = 0,684$) على التوالي.

و يفسر الباحث هذه النتيجة التي تحصل عليها في الشطر الأول (وجود علاقة سلبية دالة إحصائيا بين أساليب التعامل المرتكزة على المشكلة، و شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة) بفعالية استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، فقد دلت الكثير من الدراسات على ارتباط هذا النوع من الاستراتيجيات مع الصحة النفسية، و العقلية، و الجسمية، على غرار دراسة (Salomon & al, 1988) التي أجريت على عينة من الجنود الإسرائيليين المشاركين في حرب لبنان 1982، و التي خلصت إلى وجود علاقة عكسية بين استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فالأفراد مثلا الذين يستعملون استراتيجية حل المشكلة، و التي تتجلى في اللجوء إلى الطبيب، و البحث عن العلاج المناسب، و تناول الأدوية بشكل منتظم، و إتباع توجيهات المختصين، كل هذا من شأنه أن يقلل من المعاناة النفسية و الانفعالية، في حين لجوء الأفراد إلى استراتيجية التعامل طلب المساندة المعلوماتية و الانفعالية و المادية من الأسرة أو الاصدقاء أو من المؤسسة التي ينتمون إليها، قد يساعد على التخفيف من الإحساس بالمرض، و الأداء الوظيفي، و تؤدي إلى زيادة مشاعر السعادة و الرفاهية، و في هذا الصدد لاحظ الباحث أن الأفراد الذين يتابعون علاجهم بصفة عادية، و استفادوا من منحة الاصابة بالاضطراب ، و نالوا الثناء و الشكر من أصدقائهم و أسرهم، كان مآل مرضهم أحسن.

أما نتيجة البحث في شطرها الثاني (وجود علاقة سلبية بين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال لكن ضعيفة و غير دالة إحصائيا) فيفسرها الباحث من خلال نظرية التعامل لـ (Lazarus & Folkman, 1988)، التي بينت أن الهدف من استخدام الاستراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال هو التخفيف من الضيق و المعاناة

الانفعالية، دون التغيير الفعلي للظروف الضاغطة، لأن الأفراد الذين يستعملون هذا النوع من الاستراتيجيات لا يبدلون الكثير من الجهد المعرفي و الانفعالي لاستباق و إدارة ما يمكن التعرض إليه من مشاكل، و من جهة أخرى هذا النوع من الاستراتيجيات لا تكون فعالة إلا على المدى القصير، و بما أن اضطراب الضغط ما بعد الصدمة مزمن، فإن استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال تصبح غير فعالة، و هذا ما بينته نتائج هذا البحث، حيث كان معامل الارتباط بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال سلبية و ضعيفة و غير دالة احصائيا حيث تراوحت ما بين ($r = 0,21 -$ ، و $r = -0,05$)، ذلك لأن استخدام استراتيجية التجنب مثلا في التعامل مع الموقف الصحي الحالي، قد تجعل المريض لا يدرك أعراضه، أو يتجاهلها، أو يتأخر كثيرا إلى اللجوء إلى الفحوصات الطبية، و هذا ما يعقد من الحالة، و قد يطول علاجه و يؤدي إلى تفاقم الأمر، أما إذا استخدم الأفراد مثلا استراتيجية إتهام الذات، و حملوا أنفسهم المسؤولية لخالصهم الصحية الحالية، أو الشعور بالذنب اتجاه أحداث و قعت لهم أو لزملائهم في إطار مكافحة الارهاب، أو احساسهم بالتقصير و عدم بدل الجهد الكافي في بعض المواقف، كل هذه المشاعر قد تزيد من المعاناة النفسية و الانفعالية، لأن كلما حمل الفرد نفسه المسؤولية و أنب ذاته، كلما زادت لديه أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و عليه يمكن القول أن استخدام استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال في المواقف الصحية المزمنة على غرار حالة عينة البحث، قد تعمل على عرقلة استخدام سلوكيات فعالة و متوافقة.

9- الفرضية الخامسة:

أ- عرض النتائج

اهتمت الفرضية الخامسة من هذا البحث بدراسة العلاقة بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية، على اعتبار نتائج الدراسات السابقة متباينة، هذا ما برر طرح الموضوع مرة أخرى من خلال هذا البحث نظرا لأهميته على المستوى العيادي، و جاءت الفرضية الخامسة كما يلي:

توجد علاقة ارتباطية موجبة بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية.

للتحقق من مدى صحة الفرضية، تم حساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و درجات المساندة الاجتماعية، و الجدول رقم (7-9) يوضح النتيجة المتعلقة بهذه الفرضية.

الجدول رقم (7-9) يمثل قيمة معامل الارتباط بين شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية.

اضطراب الضغط	إعادة الحدث الصادم	تجنب الحادث الصادم	الإفراط النشاط العصبي الاعاشي	
المساندة الاجتماعية	-,320**	-,258**	-,188*	-,364**
المساندة العائلية	-,191*	-,113	-,092	-,295**
مساندة الاصدقاء	-,377**	-,349**	-,243**	-,343**

نلاحظ من الجدول أعلاه رقم (7-9)، وجود علاقة سلبية ذات دلالة احصائية بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و أبعادها (إعادة معايشة الحدث الصادم، تجنب الحادث الصادم، الإفراط النشاط العصبي الاعاشي) و المساندة الاجتماعية ببعديها (المساندة الأسرية و مساندة الأصدقاء)، ما عدا علاقة بعد المساندة العائلية مع إعادة الحدث الصادم و تجنب الحادث الصادم فإنها غير دالة احصائياً، و هذا يعني أنه كلما زادت المساندة الاجتماعية كلما نقصت شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.

ب- تحليل النتائج

جاءت نتيجة هذا البحث متوافقة مع دراسة (Sung-Man & Ye-Seul Young, 2022) ، التي أجريت على عينة قوامها (ن = 2311) أظهرت عن وجود علاقة عكسية دالة احصائياً (ر = -0.17)، كما جاءت متوافقة مع دراسة (Leifker, Amy D. Marshall, 2019)، و التي أجريت على عينة قوامها (ن = 128)، حيث أظهرت النتائج على وجود علاقة سلبية بين أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية (ر = -0,19)، كما جاءت متوافقة كذلك مع دراسة (Balderrama-Durbin & al, 2013) التي أظهرت وجود علاقة سلبية بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و المساندة الاجتماعية

($r = -0,36$)، و متوافقة كذلك مع دراسة كل من (Ozer & al, 2003) و (Brewin & al, 2000)، حيث أظهرتا على وجود علاقة ارتباطية عكسية ذات دلالة احصائية قدرت ب ($r = -0,40$) و ($r = -0,28$) على التوالي، و متطابقة كذلك مع دراسة (Scarpa, Haden & Hurley, 2006) التي أشارت إلى أن المستوى المتدني من الدعم الاجتماعي المدرك من الأهل و الأصدقاء كان مرتبطا بشكل واضح في زيادة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كما جاءت نتيجة هذا كذلك متطابقة مع دراسة (Grassi, & al, 2000) التي أجريت على عينة قوامها ($n = 1341$) من العمال في مجال الرعاية بإيطاليا، بهدف دراسة العلاقة بين المساندة الاجتماعية و القلق النفسي، و قد أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين تلقوا مساندة اجتماعية أقل، قد سجلوا معدلات أعلى في أبعاد (القلق، و الاكتئاب، و الحزن، و الخوف المرضي) و ذلك مقارنة بالمرضى الذين تلقوا مساندة أعلى.

و يفسر الباحث كذلك هذه النتيجة بالدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في زيادة و تحسين الالتزام الصحي، فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية عادة ما يكونوا أكثر تقيدا بالالتزام الصحي، و بالنظام العلاجي الخاص بهم، و أكثر ميلا للاستفادة من الخدمات الصحية، (Greensten, & al, 1975)، ففي دراسة ل (Oumar et al, 2006) بمستشفى باماكو (مالي) حول المرضى المصابين بالسيدا، أظهرت النتائج أن أهم عامل مساعد على تقبل العلاج عند هذه الفئة، هو مساندة الأهل لهم بتناول الدواء، و مساعدتهم على التنقل إلى المستشفى لإجراء الفحوصات الدورية و متابعة العلاج. (Oumar et al, 2007)، كما خلصت دراسة (جبالي نور الدين، قارة السعيد، 2015) إلى وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية و تقبل المرض على عينة قوامها ($n = 60$) من مرضى ارتفاع الضغط الدموي.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة بالدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية، خاصة المساندة النفسية التعبيرية في تجاوز الأفراد لمحتهم و أزماتهم و التكيف مع الخبرات المؤلمة، إذ و صفها كينغ و زملائه أنها أحد العوامل المهمة المؤثرة على كيفية توافق الأفراد مع الشدائد (King, & al, 2006)، فهي تقلل من الشعور بالذنب و المسؤولية، و تعطي الثقة بالنفس، و تحسن من تقدير الذات، و في السياق ذاته، أشارت شيلي تايلور (2008)، أن الحديث مع الآخرين يتيح للفرد جمع المعلومات حول الحدث، أو حول التعامل الفعال، و قد يعمل أيضا في حصول الفرد على التعزيز الايجابي و المساندة

الانفعالية من الآخرين، إضافة إلى ذلك فقد يرتبط الحديث مع الآخرين، أو الكتابة عن الحدث الصادم بتأثيرات معرفية ثابتة، مثل المساعدة على تنظيم الأفكار، أو التمكن من إيجاد معنى للخبرة. (شيلي تايلور، 2008، ض:367)، و بالتالي استغلالها من طرف الأفراد في التغلب على أزماتهم و شدائدهم و مصائبهم، أما حسب (Lepor, Silver, Wortman et wayment, 1996)، فوجود أفراد يمكن الحديث اليهم حول الصعوبات من شأنه أن يقلل من الأفكار الدخيلة التي تعمل على استمرار الاستجابات المزمنة الغير تكيفية للأحداث الضاغطة، ففي دراسة أمريكية أُجريت في جامعة ستانفورد على مجموعة من النساء المصابات بسرطان الثدي، لوحظ أن النساء اللواتي ينتمين إلى نوادي و جمعيات مرضى السرطان و يلتقين مع صديقاتهن، يتمتعن بصحة جيدة، و يمارسن حياتهن بشكل طبيعي مقارنة بالمصابات اللواتي واجهن المرض لوحدهن. (عثمان يخلف، 2001)، و بالمقابل لاحظ الباحث في عمله مع هذه الفئة، أن الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة الذين هم في تواصل مع بعضهم البعض، قصد تبادل الأخبار و الخبرات من خلال الهاتف أو مواقع التواصل الاجتماعي، كانوا أكثر تكيفا مع المرض، و أحسن توافقا في الحياة.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة بالدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في ظهور الارجاعية النفسية، فإدراك مستوى عالي من المساندة الاجتماعية، و إبداء نوع من الرضا عليها، يعتبر عامل مفتاحي في بناء سيرورة الارجاعية، و بالتالي تجاوز المشقة الناتجة عن الأحداث الصادمة، و هذا ما جاءت به العديد من الدراسات على غرار (Cénat, et al., 2013)، و دراسة (Derivois et al., 2014)، و دراسة (Jude Mary Cénat & Daniel Derivois, 2017).

يفسر الباحث هذه النتيجة من خلال أهمية المساندة الاجتماعية كعامل معدل بين الحدث الصادم، و أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فوجود أفراد يمكن الحديث اليهم حول الخبرات الصادمة، و حول أعراض المرض، من شأنه أن يقلل من الأفكار الدخيلة اللاعقلانية التي تعمل على استمرار الاستجابات المزمنة الغير تكيفية، و هذا ما بينته دراسة (Armstrong & al., 2013) أن المساندة الاجتماعية بأبعادها (العاطفية، المعلوماتية و المادية، و التقييمية) تعمل على زيادة الثقة و الرفع من قيمة الذات، و التقليل من الهشاشة الفردية و الوظيفية.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة باعتبار المساندة الاجتماعية من أهم المصادر المخففة من حدة وقع هذه الأحداث و الضغط على الأفراد، حيث تساعده على التكيف مع الخبرات المؤلمة و ما يترتب عليها، لأنه من خلال المساندة الاجتماعية يتلقى مشاعر الدفء و الود و المحبة من الأشخاص المقربين منه، حيث يساعده على التغلب على أزماته وشدائده ومصائبه، وهذا يتوقف على عمق المساندة الاجتماعية و اعتقاد الفرد بكفائتها.

فإدراك الشخص أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الامكانيات و الموارد اللازمة، قد يجعله يعيد تقدير امكانية وجود ضرر نتيجة الموقف، أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، و من ثم فإن الفرد لا يقدر الموقف على أنه شديد الضغط، كما يعمل التكافل الاجتماعي كحاجز يقي الفرد من الانهيار، في حين يعتبر نقص المساندة الاجتماعية بنفسه عامل ضغط، و منبئ للإصابة باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، فكلما قل لجوء الضحية إلى الأقارب و الأصدقاء، كلما قل استيعاب الحادث، و بالتالي زيادة الخطر و العكس صحيح، فبمجرد الحديث مع الأقارب حول الحادث من شأنه أن يسهم في عملية الاندماج العاطفي و المعرفي للضحايا.(foa et kozal, 1986) ، و هذا ما أظهرته دراسة (J.S.House Landis & Umberson, 1988) أن للمساندة الاجتماعية يمكن أن تقلل من إمكانية حدوث المرض، و تساعد على تسريع عملية الشفاء.

أما عماد علي عبد الرزاق (1988) فيرى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تخفف من الضغوط كما يلي:

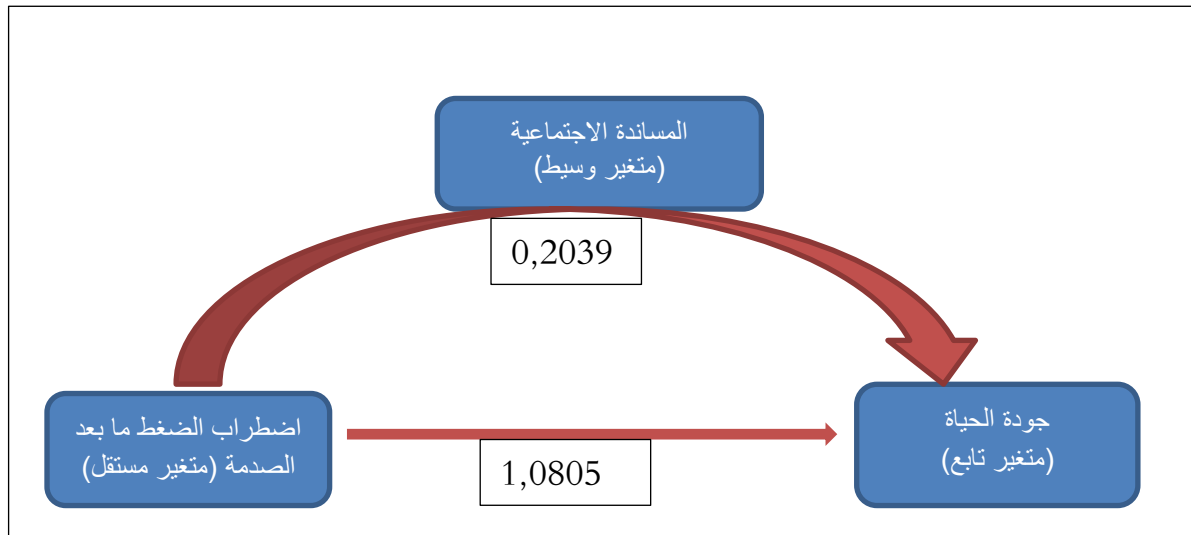
- ✓ لها التأثير المباشر على الذات، و الذي يزيد من تقدير الذات و الثقة بها.
- ✓ لها تأثير مباشر على النظام الانفعالي، إذ يولد التفاعل الاجتماعي المساند درجة من المشاعر الايجابية تخفف القلق و الإكتئاب.
- ✓ الفرد يدرك الأحداث الخارجية على أنها أقل ضغطاً، عندما يشعر أن المساندة و المساعدة متوفران، و من ثم فإنه سوف يتمكن من التعامل بفعالية مع الحدث.

النموذج:

في محاولة لإيجاد نموذج تفسيري نوضح من خلاله المسارات التي تأثر بها متغيرات البحث في جودة الحياة اعتمادنا على المقاربة التي يقترحها (Andrew hayes 2013)، وقد أظهرت عملية التحليل أن أفضل النماذج هو النموذج التفاعلي الذي يكون فيه اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المسار الرئيسي (المتغير السببي)، و هو المتغير الأكثر ارتباطا بجودة الحياة ($r=-0.77$)، و رغم أن hayes لا يشترط وجود هذه العلاقة للقيام بعملية تحليل المسار، و تكون فيه المساندة الاجتماعية متغيرا معدلا بين اضطراب الضغط ما بعد و جودة الحياة، إذ يفسر هذا النموذج 62.81 % من التغير في درجة جودة الحياة، حيث أن قيمة تأثير المتغير المستقل على التابع المباشرة المقدرة بـ 1,0805 (تنخفض إلى -0,2039 عندما يدخل المتغير المعدل و الذي هو المساندة الاجتماعية في علاقة تفاعلية بين الاثنين، و بتعبير نسبي نقول أن قيمة التأثير تنخفض بما نسبته 81,1 %).

. و عليه يمكننا كتابة المعادلة الخطية للانحدار بالشكل التالي:

$$y' = 122.91 + (-1.0805)PTSD + (0.2647)Sociale$$



النموذج رقم (7-1) يمثل التأثير المباشر و التأثير غير المباشر للمتغير المستقل (اضطراب الضغط ما الصدمة) على المتغير التابع (جودة الحياة).

الخاتمة

إن الهدف من التكفل الطبي و النفسي بالأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة لا يقتصر فقط على علاج الأعراض النفسية و السلوكية و المعرفية للاضطراب، بل يتعداه إلى تحسين جودة الحياة، التي تعتبر هدف و مسعى أساسي لكل التدخلات الطبية العلاجية، و متغيرا مهما في البحوث الاكلينيكية، و هذا وفق مقارنة منظمة الصحة العالمية المبنية على الجوانب الطبية- النفسية- الاجتماعية.

فقد أظهرت الأدبيات السابقة أنه توجد الكثير من العوامل التي ثبت ارتباطها بجودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، إلا أن البحث الحالي انحصر اهتمامه على عدد محدد منها، و قد تعلق الأمر باستراتيجيات التعامل بنوعيتها (المرتكزة على المشكلة، و المرتكزة على الانفعال)، و المساندة الاجتماعية.

كما أن عدم معرفة مستوى جودة الحياة لدى الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و مدى ارتباط هذا المتغير بشدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و استراتيجيات التعامل، و المساندة الاجتماعية، كان دافعا أساسيا للباحث لإجراء هذا العمل، و الذي يهدف إلى معرفة شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و نوعية استراتيجيات التعامل المستعملة، و مستوى المساندة الاجتماعية.

بالاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، و تطبيق أدوات القياس التالية: مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة في نسخته العسكرية، و مقياس جودة الحياة المختصر، و مقياس استراتيجيات التعامل ل Paulhan، و مقياس المساندة الاجتماعية ل سمدوني، على عينة ممثلة للمجتمع الاحصائي المستهدف، و هم الأفراد المصابون باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و بعد معالجة البيانات المجمعة احصائيا، تم التوصل إلى مجموعة من النتائج كانت في مجملها متوافقة و متناسقة مع الكثير من الدراسات السابقة التي أُجريت على مجتمعات أخرى، و أما القليل منها جاء عكس ما قالت به هذه الأخيرة، حيث سجل الباحث ارتفاع في شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، قابله انخفاض في مستوى كل من جودة الحياة و المساندة الاجتماعية، و استخدام جميع استراتيجيات التعامل بنسب متفاوتة، بالإضافة إلى وجود علاقة سلبية دالة احصائيا بين جودة الحياة و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و بالمثل وجود علاقة سلبية دالة احصائيا بين المساندة الاجتماعية و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، كما أظهرت

النتائج عن وجود علاقة ايجابية دالة احصائيا بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و علاقة ايجابية غير دالة احصائيا بين جودة الحياة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال، و كذلك علاقة سلبية دالة احصائيا بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكلة، و وجود علاقة سلبية غير دالة إحصائيا بين اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و استراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال، و أخيرا علاقة ايجابية دالة إحصائيا بين جودة الحياة و المساندة الاجتماعية.

و في ضوء ما أسفرت عنه هذه النتائج، سمح لنا بطرح عدد من الاقتراحات و هي نوعان، جانبا قد يساعد في تحسين عملية التكفل بمؤلاء المرضى خاصة من الناحية النفسية، و جانبا آخر قد يفتح المجال للقيام بعدد من الدراسات الأخرى التي من شأنها تزيد الموضوع المبحوث فهما و ثراء، و هي على النحو التالي:

- إنشاء وحدات استشفائية خاصة بالتكفل بالأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و توفير خدمات العلاج الطبي و التأهيل النفسي و الاجتماعي المتخصص، قصد مساعدتهم على استعادة تكيفهم من جديد.
- تكوين الأخصائيين النفسانيين و أطباء الأمراض العقلية على العلاجات النفسية، على غرار العلاج المعرفي السلوكي، و تقنية سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين (EMDR).
- ضرورة إجراء فحوصات دورية كإجراء وقائي في الوسط العسكري، و ذلك لكشف الحالات التي قد تعاني من اضطراب الضغط ما بعد الصدمة.
- إقامة محاضرات تحسيسية داخل الوحدات العسكرية حول اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و كيفية الوقاية منه.
- الاهتمام بالضحايا و بأسرهم من خلال عقد جلسات إرشادية، لتوضيح الآثار المعرفية، السلوكية و الانفعالية لاضطراب الضغط ما بعد الصدمة، و تحسيسهم بالاستراتيجيات التعامل الفعالة و كيفية الاستفادة منها.
- إجراء المزيد من الأبحاث على عينة أوسع. (على مستوى جميع المستشفيات العسكرية الجهوية).

- إنشاء مراكز متخصصة هدفها إجراء بحوث نفسية و اجتماعية في مجال الصدمات النفسية، و ذلك لتحديد عوامل الخطر و الحماية في مجال الصدمة النفسية.
- إجراء المزيد من الدراسات و ذلك قد صياغة جدول عيادي خاص بتشخيص الأفراد المصابين باضطراب الضغط ما بعد الصدمة في الوسط العسكري المحلي.
- إجراء المزيد من الدراسات حول طرق تطوير أليات عمل المساندة الاجتماعية، و الكشف عن الطرق التي تساعد على تكوين الروابط الاجتماعية.

المراجع:

القران الكريم.

- 1- إبراهيم، أسماء (2001): **المساندة الاجتماعية التقليدية و غير التقليدية في حالات الشكل**، دراسة ميدانية، المؤتمر السنوي الثامن، مركز الإرشاد النفسي، القاهرة، جامعة عين الشمس.
- 2- ابن منظور، جمال الدين (2003): **لسان العرب**، المجلد السادس، القاهرة، دار الحديث.
- 3- أبو مصطفى، نظمي عودة و السميري، نجاح عواد (2008): **علاقة الأحداث الضاغطة بالمستوى العدواني**، دراسة ميدانية على عينة من طلبة جامعة الأقصى، مجلة الجامعة الاسلامية، سلسلة الدراسات الإنسانية، المجلد (16)، العدد (1).
- 4- أحمد، بن سعد و لبنى، أحمان (2010): **دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من اضطراب الضغوط التالية للصدمة**، مجلة الآداب و العلوم الاجتماعية، المجلد (7)، العدد (2).
- 5- أحمد، عبد العزيز و أحمد، البقلي (2014): **المؤتمر السنوي الثالث و الأربعون، قضايا السكان و التنمية، الواقع و تحديات المستقبل ما بعد 2015، 17- 18 ديسمبر، القاهرة.**
- 6- أحمد عبد القادر، أشرف (2005): **تحسين جودة الحياة كمنبى للحد من الإعاقة**، ورقة عمل مقدمة لتطوير الأداء في مجال الإعاقة، مكتب التربية العربي لدول الخليج، أيام 14-15-16 فيفري، الرياض.
- 7- أحمد محمد، عبد الخالق (2008): **الصيغة العربية لمقياس نوعية الحياة**، دراسات نفسية، القاهرة ، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، المجلد الثامن عشر ، العدد الثاني.
- 8- الأشول، عز الدين (2005): **نوعية الحياة من المنظور الاجتماعي و النفسي و الطبي**، وقائع المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسي و التربوي للنساء العربي في ضوء جودة الحياة، 15-17 مارس، جامعة الزقازيق، مصر.

- 9- أمال، عماني (2014): استراتيجيات التعامل مع الضغط الناتج عن التدخلات عند كل من المصابين بالاحتراق النفسي و اضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مذكرة ماجستير، جامعة بليدة 2، الجزائر.
- 10- أمال، بوعيشة (2014): جودة الحياة و علاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الارهاب بالجزائر، مذكرة دكتوراه علم النفس المرضي الاجتماعي، جامعة محمد خيضر، بسكرة، الجزائر.
- 11- أميره الديب (1992): ردود الفعل المتأخرة لصدمة الحرب، دراسة إكلينيكية، مجلة دراسات نفسية، مكتبة الأنجلو المصرية، المجلد (2)، العدد (2).
- 12- الأنصاري، بدر محمد (2014): المرجع في المقاييس الشخصية. (ط 2). القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- 13- بشير، معمريه (2015): الصلابة النفسية و قياسها في المجتمع الجزائري، إتصال شخصي بالمؤلف.
- 14- حسام، سناء أحمد (2009): فاعلية برنامج إرشادي عقلائي انفعالي لتحسين جودة الحياة و بعض المتغيرات المرتبطة بها لدى عينة من المسنين، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، الجامعة المستنصرية.
- 15- جمال، شفيق أحمد (2016): دور الأخصائي النفسي في تحسين جودة الحياة لدى الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. (ط 1). شركة الأمل للطباعة و النشر.
- 16- الجميل، نادية جودت (2008): جودة الحياة و علاقتها بتقبل الذات لدى طلبة الجامعة، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية للبنات، جامعة بغداد.
- 17- حامد عبد السلام، زهران (2011): الصحة النفسية و العلاج النفسي. ط (4)، القاهرة: دار عالم الكتب.

- 18- حسام، فهمي و زملائه (2019): الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط الدراسية لدى تلاميذ الحلقة الثانية من مرحلة التعليم الأساسي، المجلد (27)، سبتمبر. كلية التربية، جامعة حلوان.
- 19- حسن مصطفى، عبد المعطي (2005): الإرشاد النفسي و جودة الحياة في المجتمع المعاصر، المؤتمر العلمي الثالث، الانماء النفسي و التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق- مصر.
- 20- حسين، حشمت و باهي، مصطفى (2006): التوافق النفسي و التوازن الوظيفي، مصر: دار العالمية للنشر و التوزيع.
- 21- حسين، علي فايد (1998): العلاج النفسي، القاهرة: مؤسسة طيبة للنشر و التوزيع.
- 22- حسين، راوية (1997): النموذج السلسبي بين المساندة الاجتماعية و ضغوط الحياة و الصحة النفسية لدى المطلقات، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتب، العدد (99).
- 23- دياب، مروان (2006): دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة و الصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية.
- 24- الديوان الأميري (2001): اضطراب الضغوط التالية للصدمة، سلسلة تشخيص الاضطرابات النفسية، مكتبة النماء الاجتماعي بدولة الكويت، إصدار خاص، (ط1) ، مكتبة الكويت الوطنية
- 25- رضوان، زقار (2009): الصدمة النفسية بوسيلة اعلامية و الاضطراب النفسي، مجلة العلوم الاجتماعية، المجلد (03)، العدد (01).
- 26- رضوان، زقار و عواطف، زقور (2019): الصدمة النفسية في الدليل التشخيصي و الاحصائي الخامس، أبعاد و حدود، مجلة أفاق علمية، المجلد (11)، العدد (03).
- 27- رضوان، فوقية و حسن، عبد الحميد (2006): علم النفس التطبيقي و جودة الحياة، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، (17-19) ديسمبر، جامعة السلطان قابوس، مسقط.

- 28- رمضان زعطوط (2013): نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين و علاقتها ببعض المتغيرات، مجلة الباحث في العلوم الانسانية و الاجتماعية، المجلد (05)، العدد (11).
- 29- زاهد أبو عيشة، عبد الله و تيسير، عبد الله (2012): اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة النفسية. الأردن. (ط1). عمان: دار وائل للنشر و التوزيع.
- 30- زايد، مصطفى (1984): الاحصاء و وصف البيانات، (ط 1)، دار العلوم للتحقيق و الطباعة و النشر.
- 31- سامي، محمد ملحم (2000): مناهج البحث في التربية و علم النفس، (ط1)، عمان: دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- 32- سلامة، يونس (2015): علم النفس الايجابي، مفهومه، تطوره، مجالاته التطبيقية و رؤية مستقبلية بالوطن العربي، مجلة الشرق الاوسط لعلم النفس الايجابي، العدد (1).
- 33- سمير، بوطمين (2011): دراسة العلاقة بين دافعية الانجاز و التحكم المدرك و قلق الامتحان و استراتيجيات التعامل و التحصيل الدراسي عند الطلبة المقبلين على شهادة البكالوريا، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر -2، الجزائر.
- 34- سميرة، عبد الله كردي (2008): المساندة الاجتماعية و إرادة الحياة لدي عينة من مرضى الفشل الكلوي و فعالية برنامج للإرشاد الأسري، دراسات عربية في علم النفس، القاهرة: رابطة الاخصائيين النفسانيين المصرية (رانم)، المجلد (7)، العدد (3).
- 35- سهير فهيم، الغباشي و هناء أحمد، محمد الشويخ (2009): بعض منبئات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى التهاب الفيروسي "C" المزمّن من المصريين، دراسات نفسية، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم)، المجلد (19). العدد (2).

- 36- الشناوي، محمد محروس؛ السيد، عبد الرحمان محمد (1994): المساندة الاجتماعية و الصحة النفسية، مراجعة نظرية و دراسات تطبيقية، (ط1)، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- 37- الشناوي محمد محروس، محمد السيد عبد الرحمان (1998): العلاج السلوكي الحديث، أسسه و تطبيقاته، الاسكندرية، مصر، دار قباء للنشر و التوزيع.
- 38- الشنفيري، أمل (2006): دورة وزارة التنمية الاجتماعية في تحسين جودة الحياة الأسرة العمانية، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، مسقط، عمان.
- 39- شهرزاد، نوار (2014): علاقة سمات الشخصية و المساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي و دورها في التخفيف من الالم العضوي لدى مرضى السكري، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 2 .
- 40- الشيراوي، مريم عيسى (2013): السلوك التكيفي و علاقته بجودة الحياة لدى التلميذات المعاقات ذهنيا بدرجة بسيطة في دولة قطر، مجلة الطفولة العربية، العدد (54).
- 41- شيلي، تايلور (2007): علم النفس الصحي، عمان، الأردن، دار الحامد للنشر و التوزيع.
- 42- صورية، عبد الصمد (2020): الالتزام الصحي و جودة الحياة لدى عينة من المصابين بأمراض الغدد اللاحقوية، أطروحة دكتوراه (ل م د) في علم النفس العيادي، جامعة باتنة، الجزائر.
- 43- طه حميد كواد خلف الله (2011): اضطراب الضغط ما بعد الصدمة و العنف لدى طلبة الاعدادية، مذكرة ماجستير، جامعة الأنبار.
- 44- العامري، فاطمة (2003): فاعلية برنامج ارشادي لتنمية المسؤولية الاجتماعية لدى عينة من طالبات المرحلة الثانوية بدولة الامارات العربية المتحدة، العين، جامعة الامارات العربية.
- 45- عبد الحميد، سعيد حسن و بن سيف المحرزي، راشد (2006): جودة الحياة و علاقتها بجودة الحياة النفسية و استراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة سلطان قابوس،

- 46- عبد الخالق، أحمد (1993): قياس الشخصية، الاسكندرية، دار المعرفة الجامعية.
- 47- عبد الرحمان، سعيد و عبد الرحمان، محمد (2007): استخدام بعض استراتيجيات التعايش في تحسين جودة الحياة لدى المعوقين سمعياً، الندوة العلمية الثامنة للاتحاد العربي للهيئات العاملة في رعاية الصم، تطوير التعليم و التأهيل للأشخاص الصم و ضعاف السمع.
- 48- عبد المعطي، حسن مصطفى (2005): الإرشاد النفسي وجودة الحياة في المجتمع المعاصر، وقائع المؤتمر العلمي الثالث: الإنماء النفسي و التربوية للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، مصر 15-16 مارس، جامعة الزقازيق.
- 49- عثمان، يخلف (2001): علم النفس الصحة، الأسس النفسية و السلوكية للصحة، (ط 1)، الدوحة، دار الثقافة.
- 50- العزاوي، رحيم يونس كرو (2008): مقدمة في منهج البحث العلمي، عمان، دار دجلى.
- 51- علي، عبد السلام علي (1995): تاريخ علم النفس، القاهرة، مصر، مكتبة النهضة المصرية.
- 52- عماد علي، عبد الرزاق (1998): المساندة كمتغير وسيط في العلاقة بين المعاناة الاقتصادية و الخلافات الزوجية، المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 8، العدد 1.
- 53- عوض، صابر فاطمة و علي خفاجة، ميرفت (2002): أسس و مبادئ البحث العلمي، الطبعة الأولى، الإسكندرية، مصر، مكتبة و مطبعة الإشعاع الفنية.
- 54- غسان، يعقوب (1999): سيكولوجية الحروب و الكوارث و دور العلاج النفسي، ط 1، بيروت لبنان، درا الفرابي.
- 55- فاطمة الزهراء، الزروق (2015): علم النفس الصحي، مجالاته نظرياته و المفاهيم المنبثقة عنه، البليدة، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية.

- 56- فتيحة، بن زروال (2008): أنماط الشخصية و علاقتها بالإجهاد، أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس، جامعة قسنطينة ، الجزائر.
- 57- فهد عبد الله، الربيعة (1998): الوحدة النفسية و المساندة الاجتماعية، مجلة علم النفس، العدد 43.
- 58- فوقية أحمد، عبد الفتاح و محمد حسين، سعيد (2006): علم النفس التطبيقي و جودة الحياة، وقائع المؤتمر العلمي الثالث، الانماء النفسي و التربوي للإنسان العربي في ضوء جودة الحياة، جامعة الزقازيق- مصر.
- 59- قاسم، محمد الدوري (2020): فن السيطرة على الضغط و طريقة التعامل، عمان، الأردن، دار الحامد للنشر و التوزيع،
- 60- كاظم، علي مهدي و البهادلي، عبد الخالق نجم (2006): جودة الحياة لدى طلبة الجامعة العمانيين و الليبيين، المجلة العلمية للأكاديمية العربية المفتوحة في الدنمارك.
- 61- كاظم كريدي، العادلي (2006): مدى إحساس طلبة كلية التربية بالرساق بجودة الحياة و علاقة ذلك ببعض المتغيرات، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.
- 62- كامل، شارلوت (2006): اضطراب الضغط ما بعد الصدمة بين الأعراض الأولية و الثانوية، مجلة الوقت.
- 63- الكرخي، خنساء نوري (2011): جودة الحياة لدى المرشدين التربويين و علاقتها بالذكاء الانفعالي، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية الاساسية، جامعة ديالي.
- 64- لطيفة، حاج لكحل (2010): نوعية استراتيجيات التعامل و علاقتها باضطراب الضغط ما بعد الصدمة، مذكرة ماجستير علم النفس العيادي، جامعة الجزائر-2.

- 65- ليلي، شكيمو (2005): التصورات الاجتماعية للكارثة الطبيعية عند الطلبة الجامعيين الجزائريين، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة قسنطينة، الجزائر.
- 66- ماجدة حسين، محمود (2009): الصحة النفسية لدى الزوجات المعنفات و الغير المعنفات، مجلة بحوث كلية الآداب، العدد 82، جامعة المنوفية، مصر.
- 67- محمد، جواد و محمد، عبد الخطيب (2007): تقييم عوامل مرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة، مجلة الجامعة الاسلامية (سلسلة الدراسات الانسانية)، المجلد الخامس عشر، العدد 02.
- 68- محمد السعيد، أبو حلاوة (2010): جودة الحياة، المفهوم و الأبعاد، المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- 69- محمد، عبد الرحمان السيد (1999): علم الأمراض النفسية و العقلية: الأسباب، الأعراض، التشخيص و العلاج، موسوعة الصحة النفسية، الكتاب الأول، ج 2، القاهرة، دار قباء للطباعة و النشر التوزيع.
- 70- محمد عبيدات، و زملائه (1999): أسس و مبادئ البحث العلمي، ط1، اسكندرية، مصر، مكتبة و مطبعة الاشعاع العلمي.
- 71- مصطفى بعلي (2021): مستوى المساندة الاجتماعية لدر عينة من التلاميذ المحرومين من الأب بمدينة مسيلة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية، المجلد (6)، العدد (2).
- 72- محي الدين، مختار (1995): مؤسسات التنشئة الاجتماعية دورها و علاقتها بظاهرة انحراف الأحداث في الجزائر، رسالة دكتوراه غير منشورة، مودعة لدى جامعة قسنطينة، الجزائر.
- 73- مصطفى، بعلي و يوسف جغلولي (2018): مستوى جودة الحياة لدى طالبات جامعة المسيلة، مجلة الجامع في الدراسات النفسية و العلوم التربوية، العدد (8).

- 74- معتز سيد، عبد الله (2001): الإيثار و الثقة و المساندة الاجتماعية كعوامل أساسية في دافعية الأفراد للانضمام للجماعة، مجلة علم النفس.
- 75- المغوش، علا (2011): الفروق بين الجنسين في المسؤولية الاجتماعية لدى طفل الروضة، دراسة ميدانية على عينة من رياض الاطفال الحكومية عمر (5-6) سنوات في مدينة دمشق، مجلة جامعة دمشق.
- 76- مليكة، مذكور و سعاد عثمان (2002): سمات ضحايا العنف الارهابي و مختلف الاعراض الاكلينيكية، اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة الجزائر.
- 77- منى، أحمد و عيسى، أحمد (2020): المساندة الاجتماعية للمعاقين سمعياً، الأردن، دار صفاء للطباعة و النشر، عمان.
- 78- منسي، محمود عبد الحليم، و كاظم، علي مهدي (2006) : مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة ، وقائع ندوة علم النفس و جودة الحياة.
- 79- مومني، فواز (2008): أثر استراتيجيات التعامل و الدعم الاجتماعي في اضطراب ضغوط ما بعد الصدمة لدى ضحايا و أسر تفجيرات فنادق عمان، أطروحة دكتوراه غير منشورة، جامعة اليرموك، الأردن.
- 80- معلوف، لويس (1996): المنجد في اللغة و الاعلام، بيروت، دار المشرق.
- 81- ناريمان محمود جمعة، وجيهة ثابت العاني (2006): دور الأسرة و مؤسسات المجتمع المدني في اكتشاف و رعاية ذوي الاحتياجات، ورقة عمل منشورة في وقائع المؤتمر العلمي الرابع حول "تعليم الكبار من أجل جودة الحياة"، ندوة علم النفس و جودة الحياة لدى الأطفال ذوي صعوبات تعليمية، بمحافظة بنيسوييف، جامعة السلطان قابوس، مسقط، سلطنة عمان.
- 82- النابلسي، محمد أحمد (1991): الصدمة النفسية، علم نفس الحروب و الكوارث. ط1، بيروت، دار النهضة العربية.

- 83- نبيلة، باوية (2017): جودة الحياة لدى المرأة المطلقة، دراسة تحليلية، مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية، العدد (30).
- 84- نعيمة، أيت فني سعيد (2015): مدى فعالية علاج سلب الحساسية و إعادة المعالجة عن طريق حركات العينين (EMDR) في التخفيف من شدة أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة (PTSD) و اضطراباته المصاحبة (القلق، الاكتئاب)، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر - 2، الجزائر.
- 85- نور الدين، جبالي، و قارة، السعيد (2013): المساندة الاجتماعية و علاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الاساسي، المجلد : 12، العدد 04، مجلة الحقيقة، جامعة أدرار، الجزائر.
- 86- هدى، جميل المقبل و حنان ابراهيم، الشقران (2021): العلاقة بين جودة الحياة و أعراض اضطراب الضغط ما بعد الصدمة لدى النساء المعنفات في الأردن، مجلة جامعة القدس المفتوحة للأبحاث و الدراسات التربوية و النفسية، مجلد 12، العدد 34.
- 87- هناء، أحمد محمد الشويخ (2007): أساليب تخفيض الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية مع تطبيقات مع حالات أورام المثانة السرطانية، ط 1، القاهرة ، ايتراك للنشر و التوزيع.
- 88- هناء، أحمد محمد الشويخ (2014). علم النفس الصحي، مكتبة الانجلو مصرية.
- 89- يوم دراسي حول جودة الحياة لدى مرضى السرطان (25 ماي 2017)، مخبر تطوير الجودة في مؤسسات التعليم العالي و الثانوي، جامعة الحاج لخضر، باتنة- 1
- 90- الزهراء مصطفى، محمد مصطفى (2018): جودة الحياة و علاقتها بتقدير الذات و التوافق الأسري لدى طفل ما قبل المدرسة، المجلد (19)، الجزء (09)، مجلة البحث العلمي في التربية.

المراجع باللغة الاجنبية

- 91- Ahern, J., & al (2004): **Gender, social support, and posttraumatic stress in postwar Kosovo**, Journal of Nervous and Mental Disease, 192, 762–770.
- 92- American Psychiatry Association. (1987): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (3^lh éd.) Washington, DC: Author
- 93- American Psychiatry Association. (1994): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (4^lh éd.) Washington, DC: Author
- 94- American Psychiatry Association. (2013): **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5^lh). Washington, DC: Auteur.
- 95- Anna Freud (2001): le moi et les mécanismes de défense, bibliothèque de psychanalyse, France.
- 96- Andreson, T, (2005): **PTSD in Children and Adolescents**, Great Cities Institute College of Urban Planning and Public Affairs University of Illinois at Chicago.
- 97- Angela Scarpa & al (2006): community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder; the moderating effects of coping and social support, journal of interpersonal violence, Volume; 21, Issue; 4
- 98- Antoine, Bioy (2012) : **l'aide-mémoire de psychologie médicale et de psychologie de soin**, Dunod, paris
- 99- Araya, M., Chotai, J, & al (2007). **Effect of trauma on quality of life as mediated by mental distress and moderated by coping and social support among post conflict displaced Ethiopians**. Quality of Life Research, 16, 915–927.
- 100- Ardenne, Patricia (2005): Subjective quality of life and posttraumatic disorder, Journal of nervous and mental disease, 193 (1), P; 62-65.
- 101- Balderrama-Durbin,C (2013) :combat disclosure in intimate relationships ; mediation the impact of porter support on posttraumatic stress, journal of family psychology, 27(4), p :560-568.

- 102- Baum, Fleming et Davidson (1983): **Natural disaster and technological catastrophe**, *environment and behaviour* 15, 333, 335.
- 103- Breana K. Wright & al, (2019) : **quality of life in golf war veterans : the influence of recency and persistence of psychiatric morbidity**, *applied research in quality of life*, Springer, International Society for Quality of Life Studies, vol 14 (1).
- 104- Brewin, C.R., Andrews, B., & Valentine, J.D. (2000): **Meta-analyses of risk factors for post-traumatic stress disorder in trauma-exposed adults**, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766.
- 105- Bruchon-Schweitzer, M. (2002): **Concepts, Stress, Coping**, *Recherche en soins infirmiers*, N 67, 68-83.
- 106- Carver C S & al (1989) : **Assessing coping strategies: a theoretically based approach**, *Journal of Personality and Psychology*
- 107- Carlsson, J. M., Mortensen, E. L., & Kastrup, M. (2006): **Predictors of mental health and quality of life in male tortured refugees**, *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 51–57.
- 108- Cheng, S & Chan, A (2004): **The multidimensional scale of perceived social support**, *dimensionality and age and gender difference in adolescents*, *Personality and Individual Differences*, 36 (1).
- 109- Cousson-Gélie, F (2000) : **breast cancer, coping and quality of life ; semi-prospective study**, *Review of Applied Psychology*, 3, P :315-320
- 110- Carver, C.S. & Scheier (1994): **situational coping and coping disposition in stressful transaction**. *Journal of Social and Personality Psychology*, 56, 267-83.
- 111- Daniel W. King, & al, (2006) : **Directionality of the Association Between Social Support and Posttraumatic Stress Disorder: A Longitudinal Investigation**, *Journal of Applied Social Psychology*, Volume 36, Issue 12

- 112- Davidson et al, (1986): **diagnostic and family study of post-traumatic stress disorder**, American journal of psychiatry, 142, 121, 123
- 113- Debbie, T, Devine, & al (2020): **quality of life woman veterans**, journal of the American association of nurse practitioners, number : 32
- 114- Diener, E, & Diener, M (1995): **Cross cultural correlates of life satisfaction and self-esteem**, Journal of personality and social psychology, p 653-663.
- 115- Douglas f zatchick (1997): American Journal of Psychiatry, volume 154,1997
- 116- DSM 5 (APA, 2013): **Diagnostic and statistical Manuel of mental disorders**, new school, library, Washington, DC, L.
- 117- Emmelkamp, J., & al, (2002) : **The relation between coping, social support and psychological and somatic symptoms among torture survivors in Nepal**, Psychological Medicine, 32, 1
- 118- Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). **Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation**. Journal of Personality and Social Psychology, 58(5), 844–854
- 119- Feea R.Leifker, Amy Marshall (2019): **The impact of negative attributions on the link between observed partner social support and posttraumatic stress disorder symptom severity**, Journal of Anxiety Disorders, Volume 65, June 2019, Pages 19-25.
- 120- Feedy et Doukervoet (1995): **traumatic stress: An overview of the fiel in JR FREEDY ET S.E Hobfull (eds) traumatic stress from theory to practice**, p:3-28; new York, Plenum stress
- 121- Gabriel, R. A. (1991) : **La fin des héros: Folie et psychiatrie dans la guerre moderne**, France, Ed Michel Aubin.
- 122- Giorgio Barbareshi, & al (2011): **education level and the quality of life of heart failure patients**: journal of cardiac failure, volume: 17, Issue: 1, P: 47-53.

- 123- Grassi, et al (2000) : **social support and psychological distress in primary care at tenders psychotherapy & psychosomatics**, Vol (69), No (2), pp 95-100.
- 124- Greenfield, Stanley M., (1973): **The Quality of Life Concept: A Potential New Tool for Decision-Makers**, The Environmental Protection Agency, Office of Research and Monitoring, Environmental Studies Division. On the website: books.google.com.
- 125- Gros, D. F., Flanagan, & al, (2016): **Relations among social support, PTSD symptoms, and substance use in veterans**, *Psychology of Addictive Behaviors*, 30(7), 764–770.
- 126- Gorst-Unsworth, C., & Goldenberg, E. (1998): **Psychological sequelae of torture and organized violence suffered by refugees from Iraq. Trauma related factors compared with social factors in exile**, *British Journal of Psychiatry*, 172, 90–94. doi:10.1192/bjp.172.1.90.
- 127- Gurung, R.A. (2006): **health psychology: a cultural approach**, Thomson wadsworth, Belmont, CA.
- 128- Hooberman, J., & al (2010): **Resilience in trauma-exposed refugees: The moderating effect of coping style on resilience variables**. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80, 557–563.
- 129- Irene Huijts & al (2012): **dealing with man-made trauma; the relationship between coping style, posttraumatic stress, and quality of life in resettled, traumatized refugees in the nether land**, *journal of traumatic stress*, volume: 25, issue 1, P; 71-78.
- 130- Jahel et al(1999): **Médecine de catastrophe, urgences collectives**, volume 2, pp:132-138
- 131- Jan Christensen (2016) : **physical and social factors determining quality of life for veterans with lower-limb amputation(S), a systematic review**, *journal of disability, and rehabilitation*, Volume ; 38, Issue ; 24, p ; 2345-2353.
- 132- Ji-Min Park, Sung-Man Bae (2022): **Impact of depressive, anxiety, and PTSD symptoms in disaster victims on quality of life**: The

moderating effect of perceived community resilience, *International Journal of Disaster Risk Reduction* volume 69.

- 133- Johnsen, B.H. & al (2002): the effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of Life: two longitudinal studies, *Scandinavian journal of psychology*, 43 , P :181-188.
- 134- Jude Mary Cénat & Daniel Derivois (2017) : **séisme de janvier 2010 en Haïti : soutien social, résilience et bien être chez les adultes survivants**, *revue québécoise de psychologie*, Volume 38, Numéro 2.
- 135- Kamil Yazicioglu et al, (2006) : **Effects of Sociodemographic Characteristics, Illness Process, and Social Support on the Levels of Perceived Quality of Life in Veterans**, *Military Medicine*, Vol. 171, November.
- 136- Karen-Inge Karstoft, et al (2015): **The role of locus of control and coping style in predicting longitudinal PTSD-trajectories after combat exposure**, *Journal of Anxiety Disorders* 32 (2015) 89–94.
- 137- Keane, T.M.; & al (1984): **Social support in Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder: A comparative analysis**. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1985, 53, 95–102.
- 138- Kessler, et al (1995): **posttraumatic disorder in the national comorbidity survey**, *national library of medicine*, Dec 52(12).
- 139- King., & al, (2006): **Social support processes and the adaptation of individuals with chronic disabilities**, *Qualitative health research*, 16(7) 902-25
- 140- Kobasa, S. C. (1979). **Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness**. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37(1), 1–11.
- 141- Kohn & al (1994): hassles, coping styles, and negative well-being, *personality and individual difference*, 17, 169-79.

- 142- Kulka R A, & al (1988) : **trauma and the Vietnam war generation: report of finding from the national Vietnam veterans**, readjustment study, veterans administration, Washington, DC: 7.
- 143- Laugharne, & al (2007): **Post-traumatic stress disorder and terrorism after 9/11**, *Curr opin psychiatry*, 20, p: 36-41.
- 144- Lazarus, R. S., et Folkman, S.: *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, Inc
- 145- L. Holterbach & al (2015) : **État de stress post-traumatique et consommation de soins sur l'année écoulée : étude menée auprès de 340 militaires français de cinq unités combattantes de l'armée de terre**, *L'Encéphale* Volume 41, Issue 5, October 2015, Pages 444-453
- 146- Lindencrona, F., & Hauff, E. (2008): **Mental health of recently resettled refugees from the Middle East in Sweden: The impact of pre-resettlement trauma, resettlement stress and capacity to handle stress**. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 121–131. doi:10.1007/s00127-007-0280-2.
- 147- Maes, et al (1987) : **The study of stress and disease: Some developments and requirements**, *Social Science & Medicine* Volume 25, Issue 6.
- 148- Martine Boubard, Jean cottraux (2002) : **protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie**, Masson, 3 ed, paris, France.
- 149- Michel, Hansenne (2021) : **la psychologie de la personnalité**, De Boeck Supérieur, 6 ème édition, bibliothèque nationale, paris.
- 150- Michenbaum, D. (1994): **A clinical handbook, practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder**, Ontario, Canada: Institute Press.
- 151- Mikulincer, M., et Solomon, Z. (1989): **Causal attribution, coping stratégies, and combatrelated post-traumatic stress disorder**, *European Journal of Personality*, 3, 269-284

- 152- Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1993). **Coping resources and processes: Current concepts and measures.** In L. Goldberger & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234–257).
- 153- Mollica, R. F., & al (1996): **The Harvard Trauma Questionnaire (HTQ)**, Manual Cambodian, Laotian and Vietnamese versions. *Torture*, 1(Suppl.), 19–33
- 154- Morrison. and Bennett, P. (2009): **An Introduction to Health Psychology**, (2nd edn).Pearson Prentice Hall :London.
- 155- Nathalie ghibert (2012) **journal le monde**, le 07-12-2012
- 156- Osman Ozdemir, & al (2015): **relationships between posttraumatic stress disorder (PTSD), dissociation quality of life, hopelessness, and suicidal ideation among earthquake survivors**, *journal of psychiatry research*, volume 228, Issue 3, P: 598-605.
- 157- Oumar, A., et al. (2007) : **Les facteurs associés à l'observance du traitement antirétroviral à l'hôpital du point G.** *Mali médical*, 1, 18-21.
- 158- Ozer, E. J., & al, (2003) : **Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis.** *Psychological Bulletin*, 129, 52–73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52 Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000).
- 159- Pagely, M et al (1990): **Psychosocial influence on new born outcomes**, a controlled prospective study *social science and medicine* 597- 604.
- 160- Patricia d'Ardenne et al (2005): **Subjective Quality of Life and Posttraumatic Stress Disorder**, *the Journal of Nervous and Mental Disease* • Volume 193, Number 1.
- 161- Paula p, Schnurr & &1 (2009) : **Post traumatic stress disorder and quality of life**, Extension of findings to veterans of the wars in Iraq and Afghanistan, *Clinical Psychology Review*, Volume 29, Issue 8

- 162- Paulhan, I., Bourgeois, M. (1995) : **Stress et coping: les stratégies d'ajustement à l'adversité nodules**. Paris: PUF.
- 163- Raoul Vezies (2019): **facteurs influençant la qualité de vie chez des patients souffrant d'un état de stress post traumatique (ESPT), impact des blessures physique**, Thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, Université de Bordeaux.
- 164- Sayujya Prabhakaran & al, (2021) : **Relationship Between Quality of Life and Social Support Among Patients with Schizophrenia and Bipolar Disorder**, Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health volume 8, pages137–145.
- 165- Schweitzer, R., Melville, F., Steel, Z., & Lacherez, P. (2006). Trauma, post-migration living difficulties, and social support as predictors of psychological adjustment in resettled Sudanese refugees. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40, 179–187.
- 166- Solomon, Z & al (1986) : effects of social support and battle intensity on loneliness and breakdown during combat, journal of personality and social psychology, 51(06), p ; 1269-1276
- 167- Sophie lacerte (2016) :**qualité de vie chez les victimes souffrant d'état de stress post traumatique à la suite d'un événement traumatique survenu en milieu du travail** , thèse de doctorat en psychologie, université du Québec, Montréal.
- 168- Susan Folkman and Richard S. Lazarus (1980): **An Analysis of Coping in a Middle-Aged Community Sample**, Journal of Health and Social Behavior, vol (11), N:3.
- 169- Steel, Z., & al (1999): **Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants**. Journal of Traumatic Stress, 12, 421–435.
- 170- Stéphane Guay et André Marchand (2013) : **les troubles liés aux événements traumatiques**, la presse de l'université de Montréal.
- 171- Taylor, A.J.W. & Frazer, A.Z (2010): **the stress of post-disaster body handing and victim identification work**, journal of human stress, p ; 4-12.

- 172- Taylor, SH. (1999): **Health Psychology**. Los Angeles: McGraw-Hill Companies, University of California, 4th e d.
- 173- Terence W. Barrett and J. Scott Mizes (1988) : **Combat Level and Social Support in the Development of Posttraumatic Stress Disorder in Vietnam Veterans**, Behavior Modification, Volume 12, Issue 1
- 174- Teresa Carvelha, et al (2015): portuguese **version of PTSD checklist – military version (PCL-M) –II- Diagnostic utility**, revista brasileira de psiquiatria, 35, P : 55-62.
- 175- Tina Percaica, & al (2014): Quality of life of croatian veterans'wives and veterans with posttraumatic stress disorder, journal of health and quality of life outcomes.
- 176- Triffleman, E, & al (1995) : Childhood trauma and posttraumatic disorder in substance abuse inpatients, Journal of nervous mental disease, 183 (3), 172-176
- 177- Viginia Gil- Rivas (2007): Parental reponse and adolescent adjustment to the september 11,2001, journal of traumatic stress, volume 20, Issue 6,p ;1063-1068.
- 178- Ye-Seul Yang , Sung-Man Bae, (2022) : **Association between resilience, social support, and institutional trust and post-traumatic stress disorder after natural disasters**, Archives of Psychiatric Nursing, Volume 37, April 2022, Pages 39-44 ELSEVEIR , Science Direct
- 179- WHOQOL Group. (1995): **The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)**: Position Paper From the World Health Organization. Social Science & Medicine, 41, 1403-1409.

الملاحق

✓ الملحق رقم (01): مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

باللغة الانجليزية

✓ الملحق رقم (02): مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

باللغة العربية في صورته الأولية.

✓ الملحق رقم (03): مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة

في صورته النهائية.

✓ الملحق رقم (04): مقياس استراتيجيات التعامل.

✓ الملحق رقم (05): مقياس جودة الحياة.

✓ الملحق رقم (06): قائمة المساندة الاجتماعية.

الملحق رقم (01)

PTSD checklist military version

Patient's name..... **Date**.....

SSN..... **Service**..... **rank**.....

Instruction to patient: below is a list of problems and complaints that veterans sometimes have in responses to stressful military experience, please read one carefully, put an "X" in the box to indicate how much you have been bothered by that problem in the last month.

		frequency				
		Not at al (1)	A little bit (2)	Moderate ly (3)	Quite a bit (4)	Extremel y (5)
01	Repeated, disturbing memories, thoughts, or image of a stressful military experience					
02	Repeated, disturbing dreams of stressful military experience?					
03	Suddenly acting or feeling as if stressful military experience were happening again (as if you were reliving it)?					
04	Feeling very upset when something reminded you of a stressful military experience					
05	Having physical reactions (e.g. heart pounding, trouble breathing, or sweating) when something reminded you of a stressful military experience					
06	Avoid thinking about or talking about stressful military experience or avoid having feeling related to it?					
07	Avoid activities or talking about stressful military experience or avoid having feeling related to it?					
08	Trouble remembering important parts of a stressful military experience?					
09	Loss of interest in things that you used to enjoy?					
10	Feeling distant or cut off from other people?					
11	Feeling emotionally numb or being unable to have living feeling those close to you?					
12	Feeling as your future will somehow be cut short					
13	Trouble falling or staying asleep?					
14	Feeling irritable or having angry outbursts?					
15	Having difficulty concentrating?					
16	Being "super alert" or watchful on guard					
17	Feeling jumpy or easily startled?					

الملحق رقم (02)

مقياس اضطراب الضغط ما بعد الصدمة المترجم في صورته الأولية

إليك قائمة من المشكلات و الشكاوي التي تظهر أحيانا لديك، كاستجابة لخبرات عسكرية ضاغطة تعرضت لها في إطار مكافحة الإرهاب، كل عبارة تصف التغييرات التي طرأت في صحتك أو في مشاعرك في الفترة الماضية، الرجاء منك قراءة كل عبارة بتأن، ثم وضع علامة (X) في الخانة التي تبين إلى أي مدى أزعجتك تلك المشكلة في الأشهر الماضية.

0= أبدا، 1 = قليلا، 2=أحيانا، 3= غالبا، 4 = دائما

1	اضطرب بسبب الذكريات، الأفكار أو الصور التي لها علاقة بهذا الحدث الضاغط (الصادم) العسكري
2	اضطرب بسبب أحلام متكررة لها علاقة بهذا الحدث
3	أتصرف أو اشعر فجأة و كان الحدث العسكري الضاغط (الصادم) يتكرر (و كأنني في وضعية إعادة معاشته)
4	أحس بالتوتر عندما شيء ما يذكرني بالحدث العسكري الضاغط (الصادم)
5	تحدث لي استجابات جسدية مثل: خفقان القلب، صعوبة التنفس، تعرق، عندما يذكرني شيء ما بالحدث العسكري الضاغط (الصادم)
6	أتجنب التفكير أو الحديث عن الحدث العسكري الضاغط (الصادم)، أو أتجنب المشاعر المتعلقة به.
7	أتجنب الأعمال أو الوضعيات التي تذكرني بالتجربة العسكرية الضاغطة(الصادمة)
8	أجد صعوبات في تذكر جوانب هامة لهذه التجربة العسكرية الضاغطة (الصادمة)
9	فقدت الاهتمام بالنشاطات التي كانت ممتعة (مسلية)
10	أحس نفسي بعيدا أو منعزلا عن الآخرين
11	أحس و كان مشاعري مخدرة، أو أنني غير قادر على التعبير عن مشاعر المحبة اتجاه الأقارب.
12	أحس و كان مستقبلي محدود(غامض)
13	أجد صعوبة في النوم أو أعاني من ارق
14	أحس بسرعة الانفعال او لدي نوبات غضب
15	أجد صعوبة في التركيز
16	أكون في حالة تأهب مبالغ فيه
17	اشعر بالترفضة أو اندهش بسهولة

الملحق (03)

مقياس اضطراب ضغط ما بعد الصدمة- نسخة عسكرية (PCL-M) في صورته النهائية

تعليمات:

إليك قائمة من المشكلات و الشكاوي التي تظهر أحيانا لديك، كاستجابة لخبرات عسكرية ضاغطة تعرضت لها في إطار مكافحة الإرهاب، كل عبارة تصف التغييرات التي طرأت في صحتك أو في مشاعرك في الفترة الماضية، الرجاء منك قراءة كل عبارة بتأن، ثم وضع علامة (X) في الخانة التي تبين إلى أي مدى أزعجتك تلك المشكلة في الأشهر الماضية.

0 = أبدا، 1 = قليلا، 2 = أحيانا، 3 = غالبا، 4 = دائما

الاستجابات	أبدا	قليلا	أحيانا	غالبا	دائما
1 وجود متكرر للذكريات مزعجة و أفكار و صور لأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب؟					
2 وجود متكرر لأحلام مزعجة لأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب؟					
3 فجأة تتصرف أو تشعر و كأن حدث عسكري صادم متعلق بمكافحة الإرهاب يحدث مرة أخرى (كأنك تعيشه من جديد) ؟					
4 تشعر بالانزعاج (التوتر) الشديد، عندما يذكرك شيء ما بأحداث عسكرية صادمة متعلقة بمكافحة الإرهاب؟					
5 لديك استجابات جسدية (مثل: خفقان القلب، صعوبة التنفس، تعرق) عندما يذكرك شيء ما يحدث عسكري صادم متعلقة بمكافحة الإرهاب ؟					
6 تتجنب التفكير أو الكلام عن الأحداث العسكرية الصادمة المتعلقة بمكافحة الإرهاب أو تتجنب أن تكون لديك مشاعر متعلقة بها؟					
7 تتجنب نشاطات و مواقف لأنها تذكرك بحدث عسكري صادم متعلق بمكافحة الإرهاب؟					
8 تجد صعوبات في تذكر تفاصيل مهمة عن حدث عسكري ضاغط متعلق بمكافحة الإرهاب؟					
9 فقدت الاهتمام بالنشاطات التي كنت تستمتع بها ؟					
10 تشعر بأنك بعيد أو منعزلا عن الناس بعد الفترة التي قضيتها في مكافحة الإرهاب ؟					
11 تشعر بالفتور العاطفي أو أنك غير قادر على امتلاك مشاعر حب اتجاه الأفراد القريبين منك ؟					
12 تشعر و كأن مستقبلك محدود و غامض؟					
13 تجد صعوبة في النوم أو تعاني من ارق ؟					
14 تشعر بالتهيج و سرعة الغضب؟					
15 تجد صعوبة في التركيز؟					
16 تكون في حالة تأهب دائمة؟					
17 تشعر أنك متقلب المزاج و سريع الاندهاش؟					

الملحق رقم (04)

مقياس إستراتيجيات التعامل

- صف موقفا مؤثرا عشته خلال المدة الأخيرة (موقفا قد مسك بالأخص و أزعجك).

.....

- حدد شدة الانزعاج و التوتر الذي سببه ذلك الموقف

منخفضة () متوسطة () مرتفعة ()

- ضع علامة (X) تحت الاختيار المناسب المعبر عن درجة استخدامك للإستراتيجية المشار إليها

الرقم	الإجابات	الإجابات			
		لا	على الأرجح لا	على الأرجح نعم	نعم
01	وضعت خطة عمل و اتبعتها.				
02	تمنيت لو كنت أكثر قوة و أكثر تفاؤلا و حزما.				
03	حدثت شخصا عما أحسست به.				
04	كافحت لتحقيق ما أردت.				
05	تغيرت إلى الأحسن.				
06	عاجلت الأمور واحدة بواحدة				
07	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث.				
08	تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل.				
09	ركزت على الجانب الذي يمكن أن يظهر فيما بعد.				
10	تناقشت مع شخص لأتعرف أكثر على الموقف.				
11	تمنيت لو حدثت معجزة.				
12	خرجت من الوضعية أكثر قوة.				
13	غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام.				
14	أنبت نفسي.				
15	احتفظت بمشاعري لنفسي.				
16	تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف.				
17	حلمت أو تخيلت مكانا و زمانا أفضل من الذي كنت فيه.				
18	حاولت عدم التصرف بالتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي.				
19	رفضت التصديق أن هذا حدث فعلا.				
20	أدركت أنني سبب المشكل.				
21	حاولت عدم البقاء في عزلة.				
22	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أفضل.				
23	قبلت عطف و تفهم شخص.				
24	وجدت حلا أو حلين للمشكلة.				
25	حاولت نسيان كل شيء.				
26	تمنيت لو استطعت تغيير موقعي.				
27	عرفت ما ينبغي القيام به، هكذا ضاعفت جهودي و بذلت كل ما في وسعي				

				للوصول إلى ما أريد.	
				عدلت شيئاً في نفسي حتى أتحمّل الوضعية بشكل أفضل.	28
				انتقدت نفسي .	29

الملحق رقم (05)

مقياس جودة الحياة WHOQOL-BREF

فيما يلي مجموعة من العبارات تهدف إلى معرفة نظرتك و اتجاهك نحو الحياة التي تعيشها، و رأيك في بعض جوانبها، لا توجد إجابة صحيحة أو خاطئة على الأسئلة، الرجاء قراءة كل عبارة جيدا و اختيار البديل الذي يناسبك أكثر بوضع علامة (X).

	سيئة جدا	سيئة	ليست سيئة و ليست جيدة	جيدة	جيدة جدا
1					ما هو تقديرك لجودة حياتك؟
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
2					ما مدى رضاك عن حالتك الصحية؟
	لا إطلاقا	قليلا	بقدر متوسط	كثيرا	تماما
3					إلى أي درجة تمنعك حالتك الصحية القيام بالأعمال التي تريدها؟
4					إلى أي درجة أنت بحاجة لعلاج طبي لتؤدي وظيفتك في الحياة؟
5					إلى أي درجة تستمتع بالحياة؟
6					إلى أي درجة تشعر أن حياتك معنى؟
	ضعيفة جدا	ضعيفة	متوسطة	جيدة	جيدة جدا
7					ما مدى قدرتك على التركيز؟
8					ما مدى شعورك بالأمان في حياتك اليومية؟
9					إلى أي درجة تعد بيئتك بيئة صحية؟
	لا إطلاقا	قليلا	بقدر متوسط	كثيرا	تماما
10					هل لديك ما يكفي من الطاقة لحياتك اليومية؟
11					هل أنت قادر على تقبل مظهرك الجسدي؟
12					هل تمتلك المال الكاف لتلبية احتياجاتك؟
13					هل تتوفر لديك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية؟
14					إلى أي مدى لديك الفرصة بالأنشطة الترفيهية؟
	سيئة جدا	سيئة	ليست سيئة و ليست جيدة	جيدة	جيدة جدا
15					ما مدى قدرتك على التنقل؟
	غير راض تماما	غير راض	رضا متوسط	راض	راض جدا
16					ما مدى رضاك عن نومك؟
17					ما مدى رضاك عن قدراتك على أداء نشاطات حياتك اليومية؟
18					ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل؟

					19 ما مدى رضاك عن ذاتك؟
					20 ما مدى رضاك عن علاقاتك الشخصية؟
					21 ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟
					22 ما مدى رضاك عن الدعم المقدم من طرف أصدقائك؟
					23 ما مدى رضاك عن ظروف المكان الذي تعيش فيه ؟
					24 ما مدى رضاك عن الخدمات الصحية المقدمة لك؟
					25 ما مدى رضاك عن وسائل النقل التي تستخدمها؟
دائما	في كثير من الأحيان	غالبا	نادرا	أبدا	
					26 في الأيام القليلة الماضية، هل انتابك مشاعر سلبية كالمزاج السيئ أو القلق أو اليأس أو الاكتئاب.

الملحق رقم (06)

قائمة المساندة الاجتماعية

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن رؤيتك لعلاقاتك مع أفراد أسرتك وأصدقائك عندما تواجهك مواقف ضاغطة في الحياة، اقرأ كل عبارة منها و أجب عنها بوضع علامة (X) تحت كلمة (لا) أو (قليلا) أو (متوسطا) أو (كثيرا)، وذلك حسب انطباق العبارة عليك. أجب عن كل العبارات.

ملاحظة: المقصود بالأصدقاء في العبارات هم القادة و الزملاء في العمل

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1 أشعر أن أصدقائي يقدرُوني لشخصي				
2 يساعدني أفراد أسرتي على إيجاد حلول لمشاكلي				
3 لدي على الأقل صديق أستطيع أن أخبره بكل شيء عني				
4 يتقبلني أفراد أسرتي بمحاسني و عيوبني				
5 أعرف تماما أن أسرتي سوف تقف دائما بجواري				
6 عندما أكون مع أصدقائي أشعر بالاندماج معهم				
7 أعتد على نصائح أصدقائي لأتجنب الأخطاء التي قد أقع فيها				
8 أشعر بارتباط قوي مع أفراد أسرتي				
9 يشاركوني أصدقائي نفس إهتماماتي في الحياة				
10 يشاركوني أفراد أسرتي في حل المشكلات التي تواجهني				
11 أشعر بالهدوء والاطمئنان أمام المواقف الصعبة عندما أكون مع أصدقائي				
12 يشعرون أفراد أسرتي بأنني شخص جدير بالاهتمام				
13 أجد بين أصدقائي من أعتد عليهم عندما أتعرض لمواقف صعبة				
14 أشعر بأني في حرية عندما أكون مع أفراد أسرتي				
15 يستمع إلي أفراد أسرتي عندما أتحدث إليهم عن مشاكل واجهتني				
16 يثق في أفراد أسرتي				
17 يسهل علي أن أجد صديقا ألتجأ إليه بسرعة عندما تواجهني مشكلة				
18 أعلم أنني سأجد العون من أفراد أسرتي عندما احتاج إليهم				
19 أشعر بالراحة عند وجود أصدقائي بجواري عندما أكون أمام موقف صعب				
20 يزيل عني أصدقائي مشاعر الحزن و الهم التي تصيبني من مشاكل الحياة				
21. أعرف أن أفراد أسرتي يدعمونني ويساعدونني دائما				
22 يسهل علي التحدث مع أصدقائي دون أية صعوبات				
23 تشعرون أسرتي بأني أقدر على التعامل مع المواقف الصعبة				
24 أشعر بارتباط قوي مع أصدقائي				
25 أجد من أفراد أسرتي من يعمل على تهدئتي عندما أكون متوترا وعصبيا				
26 أعتد على أصدقائي في الاهتمام بأموري الخاصة				
27 أشعر بالراحة والسرور عندما أكون بمعية أفراد أسرتي				
28 أشعر أن أفراد أسرتي يشاركونني في اهتماماتي				
29 أرى أن مساعدة الأصدقاء للفرد في المواقف الصعبة شيء جميل				

				أشعر أن أصدقائي يقفون إلى جانبي عندما أكون في موقف صعب	30
--	--	--	--	--	----