جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

أثر برنامج تربية صحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على مستوى تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل معه لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة

أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه ل.م.د في علم النفس الصحة

إعداد الطالبة

نجماوي فاطمة الزهرة

إشراف الأستاذة

بلاش صليحة

أعضاء لجنة المناقشة	
الأستاذة أيت حمودة حكيمة	رئيس لجنة المناقشة
الأستاذة بلاش صليحة	مقرر و مشرف
الأستاذة درقاوي ليندة	عضو داخلي
الأستاذة قدوش سعاد	عضو داخلي
الأستاذة نايت عبد السلام كريمة	عضو خارجي
الأستاذ قايد عادل	عضو خارجي

السنة الجامعية

2021

2022-

University of Algiers 2 Abou El Kacem Saadallah

Faculty of Social Sciences

Department of Psychology

The impact of a health education program to prevent early consumption of tobacco, drugs and alcohol in the scholl on the level of self-esteem, stress and coping strategies for middle school students

Student

Fatma Zohra NEDJMAOUI

Professor Supervisor

Saliha BELACH

Discussion Commetee members :

AIT HAMOUDA Hakima	president
BELACH Saliha	Rapporter and supervisor
DEREGAOUI Linda	Intern member
GADOUCH Souad	Intern member
NAIT ABDESSALEM Karima	Extern member
KAID Adel	Extern member

2022-2023

شكر و عرفان:

أحمد الله و أشكره كما ينبغي لجلال وجهه وعظيم سلطانه،و أسأله أن يتقبل مني عملي واجتهادي ويرضى به عني، وأصلي على أشرف الخلق سيدنا محمدٍ صلى الله عليه وسلم وعلى آله وصحبه.

أتقدم بجزيل الشكر و عظيم الامتنان إلى الأستاذة الفاضلة الدكتورة بلاش صليحة على قبولها الإشراف على الأطروحة، و على دعمها العلمي و النفسي و صبرها و نصائحها القيمة و آرائها السديدة لإتمام هذا العمل المتواضع على أكمل وجه.

و كل الشكر و التقدير و الاحترام لرئيسة مخبر علم النفس الصحة و الوقاية و نوعية الحياة الدكتورة زناد دليلة على جهودها لخدمة التخصص و لتشجيع طلابه على البحث و العطاء العلمي.

كما أشكر الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على جهدهم المبذول و قبولهم لمناقشة الأطروحة، و الشكر موصول إلى كل من علمني حرفا أو درسا و ترك أثرا جميلا و حفر اسمه في ذاكرتي خلال مساري التعليمي من المدرسة القرآنية إلى يومنا هذا.

و بأسمى عبارات الحب و التقدير و الامتنان أتقدم بجزيل الشكر إلى الوالدين العزيزين على كل ما قدماه و مزالا يقدمانه لي من حب و أمان و حنان و تضحية و احترام و دعم.

كما أتقدم بعظيم شكري و امتناني لزوجي على دعمه الكبير لي و صبره و تعاونه طوال سنوات إعداد الأطروحة.

و لا يفوتني أن أشكر تلاميذ متوسطة عمار ياسف الذين شاركوا في البرنامج، و الطاقم الإداري للمؤسسة على تعاونهم و تشجيعهم للبحث العلمي.

و في الأخير أتقدم بجزيل الشكر و الامتنان إلى الأخت و الأستاذة كعولة حواء على مساعدتها لي في ترجمة البرنامج، و زميلاتي اللاتي ساعدنني و دعمنني في الفترات الصعبة التي مررت بها أثناء عملي على الأطروحة و أخص بالذكر لعوج حليمة، بن سي سعيد شهرزاد، عبد السلام حفيظة، بوبكر ابتسام، لعلواني مريم، و بريك فتحية.

كما أشكر كل من ساهم في إنجاز هذه الأطروحة و لو بكلمة أو نصيحة أو توجيه أو دعاء.

إهداء:

أهدي ثمرة جهدي إلى:

- إلى سندي و ملجئي و ملاذي ، والداي مولود و جميلة، بارك الله في عمركما و ألبسكما ثوب العافية و أعانني على بركما و إرضائكما.
- إلى زوجي و رفيق دربي و صديقي في الحياة بحُلوها و مرها، سمير، حفظك الله لي و أسعد قلبك كما أسعدت قلبي و جازاك كل خير.
- إلى من حلت بركتهما في حياتي و ملأت ضحكاتهما الجميلة عمري، بتول مدينة و نوح عبد البارئ، بارك الله فيكما و وفّقكما لطاعته و أسعد قلبكما و رزقني بركما.
- إلى روح أول من هنأني بمناسبة نجاحي في مسابقة الدكتوراه و من كانت تفخر و تتباهى بي، أختي هاجر أمال، رحمك الله و أسكنك فسيح جناته.
- إلى أخواتي حبيباتي أمينة، نجمة، و مارية، و إخوتي أحبائي محمد، زين العابدين، سيف الإسلام، و عبد الرحمان، و إلى جميع أبنائهم، شكرا لأنكم موجودون في حياتي، حفظكم الله و أسعدكم.
- إلى أفراد عائلتي الثانية مزياني، بابا نور الدين و ميما نجية، فاتح و أمينة، آسيا، وردية، و جميع الأبناء، بارك الله فيكم و رزقكم كل خير.

إلى كل من عرف و أحب الخير لنجماوي فاطمة الزهرة، نسيه القلم لكن حفظته الذاكرة و الجوارح.

ملخص الدراسة باللغة العربية:

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن أثر برنامج في التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي، على مستوى كل من تقدير الذات و الضغط النفسي و على استراتيجيات التعامل لدى تلاميذ السنة الأولى من التعليم المتوسط. و تمثلت أدوات الدراسة المعتمد عليها في:

- مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith.
- مقياس الضغط النفسي لليفنستاين و آخرون et alLevenstein.
- مقياس استراتيجيات التعامل لنورمان و باركر Norman & Parker.
- إضافة إلى تطبيق البرنامج الوقائي LST خلال ثلاث سنوات مدرسية.

كما تم اتباع المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجموعة واحدة. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج و هي:

-لبرنامجالتربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة أثر كبير(مرتفع) في تنمية مستوى تقدير الذات لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.

– لم يؤثر برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسيعلى مستوى الضغط النفسي لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.

–لبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي أثر كبير(مرتفع) على استراتيجيات التعامل المركزة على العمل لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة، بينما لم يترك أثرا على استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ، التجنب ، التسلية و الدعم .

و أخيرا و كجواب لتساؤل البحث العام، يمكن القول أنه: فعلا لبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي أثر كبير (مرتفع) في تنمية مستوى تقدير الذات و استراتيجيات التعامل المركزة على العمل لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.

Abstract :

The current study aimed to reveal the impact of a program in health education to prevent early consumption of tobacco, drugs and alcohol in the school environment, both at the level of self-esteem and stress, and on coping strategies for first year middle school students.

. The Following tools were used:

-Cooper Smith's self-esteem scale.

-Psychological pressure scale for Levenstein and others et al Levenstein.

-Norman & Parker's Coping Strategies Scale.

-The preventive program LST that was implementedIn three years.

A quasi-experimental approach was followed, with a pre and post design for one group. The study reached a set of results, the most important of which are:

- The health education program to prevent the early consumption of tobacco, drugs and alcohol in the school environment among middle school students has a significant (high) effect on developing the level of self-esteem among middle school students.
- The health education program to prevent early consumption of tobacco, drugs and alcohol in the school environment did not affect the level of psychological stress among middle school students.
- The health education program for the prevention of early consumption of tobacco, drugs and alcohol in the school environment had a significant (high) effect on work-focused coping strategies for middle school students, while it left no

effect on coping strategies focused on emotion, avoidance,

entertainment and support.

Finally, and as an answer to the general research question, we can say : Indeed, the health education program to prevent early consumption of tobacco, drugs and alcohol in the school environment has a significant (high) impact on developing the level of self-esteem and work-focused coping strategies for middle school students.

الفهرس

شكر و عرفان.....I

إهداء.....II

ملخص الدراسة باللغة العربية..... III

ملخص الدراسة باللغة الأجنبية..... V

قائمة المواضيع..... VII

قائمة الجداول.....XII

قائمة الأشكال..... XI

مقدمة..... 1

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

I. الإشكالية..... 7
II. فرضيات الدراسة..... 26
III. أهمية الدراسة..... 27
IV. أهداف الدراسة..... 29
V. الدراسات السابقة..... 30
VI. تحديد المفاهيم الإجرائية..... 57

الجانب الأول: الجانب النظري

الفصل الثاني: التربية الصحية

تمهيد..... 64

I. مفهوم التربية الصحية..... 65

II. النظريات و النماذج النفسية الاجتماعية الرئيسية المفسرة..... 72
لسلوكيات الصحة و أنماط الحياة
III. التصاميم الحالية للتربية الصحية..... 78
IV. أسس التربية الصحية..... 80
V. أساليب و وسائل التربية الصحية..... 81
VI. أهداف التربية الصحية..... 87
VII. مجالات التربية الصحية..... 89
VIII. برامج التربية الصحية المدرسية للوقاية من التدخين و المخدرات..... 92
و الكحول
خلاصة..... 100

الفصل الثالث: تقدير الذات

تمهيد..... 104

I. تعريف تقدير الذات..... 105
II. نبذة تاريخية عن مفهوم تقدير الذات..... 109
III. النظريات المفسرة لتقدير الذات..... 112
IV. أنواع و مستويات تقدير الذات..... 116
V. العوامل المؤثرة في تقدير الذات..... 118
VI. خصائص الأفراد المحققين لذاتهم..... 120
VII. تقدير الذات و المدرسة..... 122
VIII. تقدير الذات و استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي و استهلاك..... 123
المواد النفسية
IX. أهميـــة تقـــدير الـــذات.....
126
خلاصة..... 128

الفصل الرابع: الضغط النفسي

تمهيد..... 131

I. مفهوم الضغط النفسي..... 132
II. تعريف الضغط النفسي..... 133
III. لمحة تاريخية عن مفهوم الضغط النفسي..... 136
IV. النظريات و النماذج المفسرة للضغط النفسي..... 142
V. مصادر الضغط النفسي..... 159
VI. أعراض الضغط النفسي..... 163
VII. الضغط و المدرسة..... 170

الفصل الخامس: استراتيجيات التعامل

تمهيد..... 173

I. تعريف استراتيجيات التعامل..... 173
II. نبذة عن تطور مفهوم استراتيجيات التعامل..... 175
III. التناولات النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعامل..... 178
IV. أنواع استراتيجيات التعامل..... 188
V. محدّدات استراتيجيات التعامل..... 193
VI. فعالية استراتيجيات التعامل..... 198
خلاصة..... 201

الجانب الثاني: الجانب التطبيقي

الفصل السادس: الجانب المنهجي للدراسة

تمهيد..... 206

أولا: الدراسة الاستطلاعية..... 206

I. أهداف الدراسة الاستطلاعية..... 207
II. تطبيق الدراسة الاستطلاعية..... 207
III. نتائج الدراسة الاستطلاعية..... 208
ثانيا: الدراسة الأساسية..... 208

I. منهج الدراسة..... 208
II. المجموعة التجريبية..... 211
III. أدوات الدراسة..... 211
1-المقاييس:..... 211
1-1-مقياس تقدير الذات..... 211
1-2-مقياس الضغط النفسي..... 214
1-3-مقياس استراتيجيات التعامل..... 216
2-برنامج التربية الصحية LST..... 222

2-1- وصف برنامج التربية الصحية LST..... 222
2-2- الاختلاف بين برنامج التربي الصحية LST..... 224
و البرامج الوقائية الأخرى

2-3- نشأة البرنامج..... 225
2-4- فعالية البرنامج..... 226
IV. الحدود المكانية للدراسة..... 227
V. الحدود الزمنية للدراسة..... 228
VI. تدريس وحدات برنامج التربية الصحية LST..... 229
VII. الأدوات اللازمة لتدريس الوحدات..... 229
VIII. تقنيات التدريس..... 229
IX. حصص برنامج التربية الصحية LST..... 230
X. الأساليب الإحصائية..... 281

الفصل السابع: عرض و مناقشة النتائج

تمهيد..... 283

I. عرض و مناقشة الفرضية الأولى..... 283
II. عرض و مناقشة الفرضية الثانية..... 291
III. عرض و مناقشة الفرضية الثالثة..... 300

خاتمة..... 313

المراجع..... 320

الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	العنوان	الصفحة
1	*تأثير الضغوط على الوظائف الحيوية في الجسم حسب كوبر و كارترايت*	**164**
2	تفسير درجات استبيان تقدير الذات لكوبر سميث	**212**
3	معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجيات التعامل على العينةالأمريكية	**219**
4	معامل ثبات مقياس استراتيجيات التعاملCISS بطريقة إعادة التطبيق	**219**
5	نتائج التناسق الداخلي لاختبار CISS	**221**
6	نتائج الثبات بواسطة التجزئة النصفية	**222**

7	نتائج تطبيق إختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط التقدير الذاتي بين القياسين القبلي و البعدي.	**284**
8	نتائج تطبيق معادلة (r) لدراسة حجم الأثر للعينات المرتبطة	**285**
9	نتائج تطبيق إختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الضغط النفسي بين القياسين القبلي و البعدي.	**291**
10	نتائج تطبيق إختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط استراتيجيات التعامل و أبعاده بين القياسين القبلي و البعدي.	**301**
11	نتائج تطبيق معادلة (r) لدراسة حجم الأثر للعينات المرتبطة لإستراتيجيات التعامل المركزة على العمل.	**303**

قائمة الأشكال

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
1	رسم تخطيطي لمراحل زملة أعراض التكيف العام	**145**
2	رسم تخطيطي عام لنظرية سيلي	**146**
3	رسم تخطيطي يوضح التقدير المعرفي للضغوط	**152**
4	رسم تخطيطي للنموذج الإجرائي متعدد المراحل لبالمر و دريدن	**158**
5	مخطط موضح لسيرورة التعامل حسب النموذج المعرفي التفاعلي	**184**

6	مراحل و محددات عملية التكيف	**197**
7	تصميم المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجموعة الدراسة الواحدة	**210**

مقدمة

مقدمة:

لقد أدى الانتشار الكبير للتبغ و المخدرات و الكحول بين الأفراد و خاصة المراهقين منهم إلى دق ناقوس الخطر من قبل المختصين في مجال الصحة، و ذلك لما له من نتائج وخيمة على صحة الفرد و المجتمع و أمنه و سلامته، و على اقتصاد البلدان الذي يتأثر بسبب الأموال الطائلة المخصصة لعلاج الأمراض الناتجة عن استهلاك هذه المواد، و لتعويض الخسائر المادية الناجمة عنها. مما أدى إلى التوجه إلى تشجيع الوقاية عن طريق التربية الصحية ببرامجها التي تحتل اهتمام الباحثين و المنظمات الصحية و على رأسهم منظمة الصحة العالمية.

و توصلت العديد من الأبحاث و الدراسات في علم النفس إلى أن الاتجاه إلى هذا النوع من السلوكيات الخطيرة ينتج عن عدة عوامل متداخلة فيما بينها، كالشخصية منها و النفسية، المعرفية، الثقافية، الاجتماعية، و الاقتصادية...إلخ، مما يتوجب على برامج التربية الصحية الوقائية من استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول أن تأخذ بعين الاعتبار كل العوامل المرتبطة بهذا المشكل، حتى تكون تدخلاتها فعالة و ذات أثر إيجابي يؤدي إلى بلوغ الهدف الأساسي و الرئيسي الذي بني البرنامج لأجله.

و قد اهتمت الدراسة الحالية ببرنامج LST لبوتفين Botvin الذي يهدف إلى الوقاية من الاستهلاك المبكر لهذه المواد في الوسط المدرسي، و ذلك من خلال تركيزه على التدريب على مهارات الحياة التي من شأنها أن تحافظ على رفاهية التلميذ و تسمح له بتبني سلوكيات

إيجابية و ملائمة و فعالة عند تفاعله مع بيئته، كما تلعب دورا مهما في تعزيزصحته بأوسع معانيهاالجسدية والنفسية و الانفعالية و الاجتماعية، عن طريق العمل على الرفع من مستوى تقديره لذاته و احترامه لها و تدريبه على التعامل مع مختلف المواقف الضاغطة التي يعيشها خاصة في الوسط المدرسي و مع أقرانه.

و بالاعتماد على المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجموعة واحدة، تحاول الدراسة الحالية اختبار أثر برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على مستوى تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل معه عند تلاميذ المدرسة المتوسطة، باعتبار هذه المتغيرات الثلاثة من بين أهم العوامل المؤدية إلى استهلاك هذه المواد، و لاهتمام البرنامج الوقائي بتنمية تقدير الذات و بتعليم التلاميذ مهارات تساعدهم على التعامل مع الضغط و القلق و الغضب بفعالية و بإيجابية للحد منهم أو التخفيف من شدتهم و لمقاومة ضغوط الأقران للتدخين و تعاطي المخدرات و الكحول، و ذلك لأجل بلوغ الهدف الوقائي الذي صمم لأجله.

و قد تم الاعتماد على مجموعة من الأدوات المتمثلة في مقاييس كل من تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith، مقياس الضغط النفسي لليفنستاين و آخرون et alLevenstein، مقياس استراتيجيات التعامل لنورمان و باركر Norman & Parker، إضافة إلى برنامج التربية الصحية LST الذي طبق خلال ثلاث سنوات مدرسية.

و لقد تضمن البحث سبعة فصول و ذلك على النحو التالي:

- الفصل الأول الذي خصص للتعريف بموضوع الدراسة من خلال طرح الإشكالية و ذكر أهمية الدراسة و أهدافها، إضافة إلى عرض بعض الدراسات السابقة العربية منها و الأجنبية و التي ارتبطت بموضوع الدراسة مع توضيح مكانة الدراسة الحالية بينها، و أخيرا العريف بمصطلحات الدراسة.
- الفصل الثاني الذي تم من خلاله التطرق إلى موضوع التربية الصحية بدءً بتعريفها و تعريف بعض المصطلحات المرتبطة بها، ثم استعراض أهم النظريات و النماذج النفسية الاجتماعية الرئيسية المفسرة لسلوكيات الصحة و أنماط الحياة، و الإشارة إلى التصاميم الحالية للتربية الصحية. و تم التطرق إلى أسس التربية الصحية و إلى أساليبها و أهدافها المختلفة، للانتقال بعد ذلك إلى مجالاتها، و أخيرا إلى أهم برامج التربية الصحية المدرسية للوقاية من التدخين و المخدرات و الكحول.
- الفصل الثالث الذي تناول موضوع تقدير الذات من حيث المفهوم و النبذة التاريخية عنه، ثم التطرق إلى أهم النظريات المفسرة له، انتقالا إلى ذكر مستوياته و العوامل المؤثرة عليه، ثم الحديث عن خصائص الأفراد المحققين لذاتهم. و باعتبار أن الدراسة تعنى بدراسة أثر برنامج تربية صحية للوقاية من التبغ و المخدرات و الكحول على تقدير الذات و الضغط و استراتيجيات التعامل عند التلاميذ، فقد خصصت الباحثة عنصرا للحديث عن تقدير الذات و علاقته بالمدرسة، و عنصرا آخر حول تقدير

الذات و استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي و استهلاك المواد النفسية. و في نهاية الفصل تم التطرق إلى أهمية تقدير الذات.

- الفصل الرابع الذي تم التطرق فيه إلى موضوع الضغط من حيث مفهومه و تاريخه، ثم استعراض أهم النظريات المفسرة له. و بعدها تم التطرق إلى مصادر الضغط النفسي ثم أعراضه، و في الأخير خُصص عنصر أخير للحديث عن الضغط و علاقته بالمدرسية.
- الفصل الخامس الذي خصص لموضوع استراتيجيات التعامل بدء بتعريفها و التطرق إلى تطور مفهومها، ثم استعراض أهم النظريات المفسرة لها، للانتقال بعدها إلى تحديد أنواعها و محدداتها. و أخيرا تم التطرق إلى عنصر للحديث عن فعالية استراتيجيات التعامل.
- الفصل السادس الذي خصصللإجراءات المنهجية للدراسة، بدءً بإجراءات الحصول على رخصة إجراء الدراسة الميدانية، و انتقالا إلى عنصر الدراسة الاستطلاعية و ما يحتويه على معلومات حول مجتمع و مجموعة الدراسة الاستطلاعية، أدوات الدراسة من مقاييس(تقدير الذات و الضغط و استراتيجيات التعامل) و برنامج التربية الصحية LST (وصف البرنامج، الاختلاف بينه و البرامج الوقائية الأخرى، نشأته، و فعاليته) و التطبيق الخاص بالدراسة الاستطلاعية. ثم تم التطرق إلى إجراءات الدراسة الأساسية بدء بوصف المنهج المتبع و المجموعة التجريبية، ليليه التطرق إلى

كل من الحدود المكانية و الزمنية للدراسة، ثم عنصر يتحدث عن تدريس وحدات برنامج التربية الصحية LST، مع الإشارة إلى الأدوات اللازمة لتدريس الوحدات و تقنياتها. و بعدها تم تخصيص عنصرا لعرض حصص برنامج التربية الصحية LST. و في نهاية الفصل تم ذكرالأساليب الإحصائية التي استخدمتللتحقق من صحة فروض الدراسة.

- الفصل السابع الذي تم من خلاله عرض نتائج الدراسة و تفسيرها و مناقشتها، و أخيرا توجد الخاتمة العامة التي تقدم بعض التوصيات و المقترحات.

الفصل الأول

I. الإشكالية:

يعتبر استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول و جميع المؤثرات العقلية بمختلف أنواعها مشكلة عويصة تعاني منها مختلف دول العالم المتخلفة منها، و حتى المتقدمة التي بلغت أرقى مستويات الاكتفاء و الرفاهية، خاصة في العصر الحالي الذي يشهد تطورا علميا و تكنولوجيا كبيرين و انتشارا أوسعا و أسهلا لهذه المواد بين الأفراد.

و قد بينت الإحصائيات التي أجرتها مكاتب و مصالح مختلف المنظمات العالمية المهتمة باستهلاك التبغ و المخدرات و الكحول و ما ينجم عنه من أمراض و حوادث و جرائم، أن سلوك التدخين يعرف تزايدا مستمرا في العالم، حيث بلغ عدد مستهلكي السجائر 1.1 مليار شخصا سنة 2019. في حين بلغ عدد متعاطي المخدرات في العالم حوالي 275 مليون شخصا سنة 2021. و من جهة أخرى بينت التقديرات أن عدد مستهلكي الكحول حالياً يبلغ 2.3 مليار شخص في سنة 2018، وتشير الاتجاهات والتوقعات الحالية إلى أن من المُرتقب أن تطرأ زيادة على استهلاك الفرد للكحول بالعالم في السنوات العشر القادمة(الأمم المتحدة مصر، 2021، شبكةRT الإخبارية، 2021، منظمة الصحة العالمية،2018).

أرقام مخيفة، إن دلت على شيء فهي تدل على خطورة الوضع الذي تعيشه مختلف دول العالم و الذي يؤدي إلى خسائر جسيمة و عديدة تمس الفرد و العائلة و المجتمع ككل، مؤثرة بذلك على الصحة الجسمية و النفسية للفرد، و مسببة للعديد من المشاكل العلائقية و

الاجتماعية و الاقتصادية ...إلخ. فمن ناحية الصحة الجسمية بينت نتائج إحصائيات دراسة العبء العالمي للأمراض أن التدخين يعتبر سببا مباشرا لوفاة نصف المدخنين، ففي سنة 2019 توفي 1.7 مليون نتيجة إصابتهم بأمراض القلب التاجية، و1.6 مليون بمرض الانسداد الرئوي المزمن، و1.3 مليون بسرطان القصبات والشعب الهوائية والرئة، ومليون بالجلطة الدماغية.و يعاني 36.3 مليون شخص، أو 13 في المائة من العدد الإجمالي للأشخاص الذين يتعاطون المخدرات، من اضطرابات تعاطي المخدرات. وعلى الصعيد العالمي، يقدر أن أكثر من 11 مليون شخص يتعاطون المخدرات بالحقن، نصفهم مصابون بالتهاب الكبدالفيروسي، كمالا يزال الأفيون مسئولا عن أكبر عدد من الأمراض التي يؤدى إليها تعاطي المخدرات، و هذا حسب تقدير مكتب الأمم المتحدة العالمي لسنة 2021(الأمم المتحدة مصر، 2021). كما لا يرحم الكحول مستهلكيه و المدمنين عليه و لا يؤدي تناوله على نحو ضار إلا إلى أضرار وخيمة كأمراض و سرطان الكبد و العنف و الحوادث و السكتات الدماغية و الجرائم و مشاكل أخرى. و قد أفاد تقرير منظمة الصحة العالمية أن الكحول أودى بحياة أكثر من 3 ملايين شخص في سنة 2016، أي بواقع وفاة واحدة من كل 20 وفاة. كما أنه يتسبب بنسبة تزيد عن 5% من عبء المرض العالمي(منظمة الصحة العالمية، 2018).

و الأمر الأخطر من ذلك و الذي زاد من حدة المشكلة و تعقيدها هو امتداد هذه الآفة و انتشارها بين الشباب ، فقد أشارت نفس إحصائيات مكتب الأمم المتحدة المهتم بالمخدرات

التي ذكرت سالفا أنه وفقا لآخر التقديرات العالمية فإن حوالي 5.5 في المائة من السكان الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و64 سنة تعاطوا المخدرات مرة واحدة على الأقل في العام الماضي. كما وقد أثار انتباه العلماء ارتفاع عدد المدخنين بين الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 24 عامًا، حيث لم يحصل في أكثر من نصف دول العالم أي تقدم في مجال تخفيض عدد المدخنين بين الشباب. ووفقًا للمسح، يدخن اليوم واحد من كل خمسة شبان وواحدة من كل عشرين شابة في العالم ، وإن تسعة من كل عشرة مدخنين حاليا بدءوا بالتدخين قبل بلوغهم 25 عاما (شبكةRT الإخبارية، 2021).

كما يزيد حاليا على الربع (27%) عدد من يتعاطون الكحول بأرجاء العالم كافّة من الشباب الذين تتراوح أعمارهم إجمالاً بين 15 و19 سنة. وتشير المسوح المدرسية إلى أن تعاطي الكحول يبدأ قبل بلوغ عمر 15 سنة بالعديد من البلدان مع وجود اختلافات جدّ طفيفة في معدلات تعاطيه بين الفتيان والفتيات (منظمة الصحة العالمية، 2018).

و نلاحظ من خلال هذه الإحصائيات أن استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول عادة ما يبدأ في سن مبكرة تتزامن مع بداية المراهقة، و ينتشر في كل الأوساط التي يتواجد فيها الأفراد المنتمين لهذه الفئة دون أن يستثني أحدا، فمثلما تنتشر هذه السلوكيات الخطيرة بين الشباب و المراهقين غير المتمدرسين أصبحت شائعة في المدارس و المؤسسات التربوية.

و هي حقيقة مؤسفة تدل على أنه حتى الوسط المدرسي الذي يفترض أن يتلقى فيه التلميذ التعليم و التربية و يكون في أمن و أمان في حرمه، لم يسلم من هذه الآفة المدمرة و أصبح وسطا تستهلك فيه هذه السموم و تحطم بذلك صحة التلاميذ و مستقبلهم و حياتهم.

و تعاني الجزائر كغيرها من دول العالم من مشكل التبغ و المخدرات و الكحول و ما يخلفه من أضرار صحية و اجتماعية و اقتصادية إضافة إلى المشاكل الأمنية و الجرائم الناتجة عن تعاطي المؤثرات العقلية. و قد صرح وزير الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات عبد الرحمان بن بوزيد في كلمة ألقاها بمناسبة اليوم العالمي للامتناع عن التدخين لسنة 2021 أن "الجزائر معرضة لخطر التدخين بسبب معدل انتشار تعاطي التبغ لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 18 و 74 سنة بنسبة تقدر ب16.2 % في سنة 2017 و 8.8 % لدى الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 13-15 سنة في 2013" (وكالة الأنباء الجزائرية، 2021).

كما أشارت البروفسور قائد نوارة الخبيرة في اقتصاد الصحة إلى أن " التدخين يشكل مشكلا حقيقيا للصحة العمومية في الجزائر و يتسبب في وفاة أكثر من 15000 شخص سنويا " و صرحت انه من مجموع أسباب هذه الوفيات يوجد هناك حوالي 7000 سكتة قلبية و 4000 سرطان للشعب الهوائية وأكثر من 3000 حالة قصور في التنفس.

و أوضحت أرقام وزارة الصحة في سنة 2014 أن 70 % من سرطان القصبات الهوائية و الرئتين و 42 % من سرطان الفم و البلعوم و 42 % من سرطان المريء و 28 % من

سرطان المثانة و 22 % من سرطان البنكرياس تتسبب فيها آفة التدخين كما أن 90 % من سرطان الرئتين يصيب المدخنين في الجزائر.(الإذاعة الجزائرية، 2018).

و من جهة أخرى و فيما يخص مشكل تعاطي المخدرات أكدرئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث (فورام)، مصطفى خياطي، أن المعدل السنوي لمستهلكي المخدرات في الجزائر يقدر ب 30 ألف مشيرا إلى أن كمية الحجوزات من مختلف أنواع المخدرات خلال ال15 سنة الأخيرة قد وصلت إلى 211 طن.

و أشار ذات المتحدث بخصوص عدد المستهلكين إلى أن الدراسات التي أنجزتها الهيئة سنة 2015 تبين أن هناك نسبة تتراوح ما بين 15 و 17 % من تلاميذ الإكماليات قد استهلكوا المخدرات مقابل 22 إلى 23 % لدى تلاميذ الثانويات و 27 % عند الطلبة الجامعيين مبرزا استهلاك الفتيات للمخدرات منذ الطور المتوسط، و هذا حسب دراسة أجريت سنة 2017 من طرف المركز الوطني للدراسات و التحاليل الخاصة بالسكان و التنمية لصالح الديوان الخاص بمكافحة المخدرات(الإذاعة الجزائرية، 2018).

و من جهته، كشف تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2018 أن عدد مستهلكيالكحول في الجزائر بلغ 4.8% من الرجال الجزائريين و 1,5% من النساء، و قدر معدل انتشار إدمان الكحول بنسبة 0.7% من السكان في حين يقدر انتشار الاضطرابات المرتبطة بالكحول بنسبة 0.8% من السكان (البلاد نت، 2018) .

و من خلال ما كشفته الإحصائيات و التقارير العالمية و الوطنية، يمكن القول أن مشكلة استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول أخذت أبعادا جديدة خاصة مع انتشارها بين جميع الفئات الاجتماعية و العمرية، و هذا ما زاد من حدتها و خطورتها و صعوبة الحد منها. فبعدما كان استهلاكها منتشرا أكثر بين الراشدين أصبح يتسع شيئا فشيئا مع مرور الزمن، إلى أن بلغ شرائح عمرية صغيرة و توغل إلى غاية المؤسسات التربوية التعليمية خاصة الإكمالية منها و الثانوية، مستهدفا بذلك التلاميذ الشباب و مستغلا عدم نضجهم النفسي و الانفعالي و حساسية فترة المراهقة التي يمرون بها و ما تحمله من تغيرات فيزيولوجية و نفسية و شخصية، بالإضافة إلى الضغوط التي تواجههم كالضغط العائلي و الاجتماعي و الاقتصادي و المدرسي...إلخ، و التي تعتبر من أبرز الأسباب التي تساهم في التوجه نحو استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول بهدف الهروب من الضغط و تجنبه أو التقليل من حدته و التخلص منه. ويشير الرفاعي (1981) في هذا الصدد إلى أن الصعوبات التي تواجه التلميذ في حياته المدرسية مثل الخوف من المدرسة أو كرهها أو الصعوبات المدرسية أوالخوف من الامتحانات و من الفشل الدراسي، أو طبيعة علاقاته الاجتماعية مع معلميه و رفقائه تعتبر من مصادر الضغط لديه، كما أن سلطة المعلم و طرق العقاب التي يمارسهاتعتبران من أكبر و أخطر الصعوبات التي يعاني منها التلميذ في حياته المدرسية و التي تسبب له الضغوط النفسية المثيرة للتوتر و القلق و الخوف و الاضطراب السلوكي و العدواني (الترتوري، و القضاة، 2006: 230).

كما يؤكد كومل و هامبتماير Kummel & Hampetmeier(2008)نقلا عن بن صالح (2015)أن مستويات الضغط تزداد بشكل ملحوظ فيالفترة الممتدة من 11 سنة إلى غاية 19 سنة، كونها مرحلة عمرية حساسة في حياة الفرد تتخللها جملة من التغيرات الفيزيولوجية، النفسية والمعرفية (بن صالح، 2015: 88).

و بذلك فإن التلاميذ يتعرضون إلى العديد من الضغوطات، فإضافة إلى الأحداثاليومية الضاغطة التي يواجهونها فهم يعانون من ضغوط خاصة تفرضها طبيعة المرحلة العمرية من النمو. و هذا ما تؤكده العديد من الدراسات مثل دراسة ستروبل Strubbel (1997) على عينة من المراهقين (في مرحلة المراهقة المبكرة) و التي أشارت نتائجها إلى أن الامتحانات و الدرجات المدرسية والمظهر الشخصي وبعض المشكلات التي تتعلق بالنمو تعتبر من أهم مصادر الضغط النفسي لدى المراهقين (Strubbel, 1997 : 32).

كما أكدت دراسةديكي dickey (1989) على أن المدرسة في حد ذاتها والعلاقة مع المعلمين تعتبران من المسببات الأولى للضغط (Dickey, 1989: 14) لتتفق مع تلك التي قام بها سميثSmith (1992) و التي تشير نتائجها أن مشكلات المدرسة تسبب الضغط النفسي و ذلك من خلال الأساليب المؤذية التي يتبعها بعض المعلمون. ويضيف كارشر karcher (1994) من خلال دراسته أن الإيذاء الجسدي الذي يمارسه بعض المعلمون يولد ضغطا نفسيا لدى التلاميذ (Karcher,18: 1994).

و في نفس السياق أظهرت دراسة رينر rhiner (1983) أن الضغوط التي يعاني منها التلاميذ ناتجة عن المشاكل التي يواجهونها في البيت والمدرسة.

كما توصلت دراسة جيمس و هيتفي James & Hafeti (1999) إلى أن أهم العوامل التي تسبب الضغط النفسي في المجال الأكاديمي هي ضغط الوالدين والأقران والمدرسة والخوف من الفشل في الدراسة، مؤكدة بذلك على أهمية مصادر الضغط النفسي الخارجة عن نطاق المدرسة مثل الأسرة والأقران والتي تحدث أثرا ضاغطا في المجال الأكاديمي (James et Hafeti, .1999: 69).

و الملاحظ أن الدراسات و بالرغم من اختلافها إلا أنها اتفقت على أن التلميذ يعاني من ضغوطات نفسية متعددة المصادر، و خاصة في مرحلة المراهقة.

و الجدير بالذكر أن إدراك الضغط يختلف من فرد لآخر، فما يراه تلميذ أنه يشكل خطرا و تهديدا بالنسبة له قد يراه الآخر أنه حدث كغيره من الأحداث الطبيعية غير المهددة في الحياة. و هذا راجع إلى تفسير الفرد و تقييمه المعرفي للحدث، و إلى عوامل شخصية و موقفية متعددة مسئولة عن تحديد نوع استراتيجيات التعامل المعرفة-حسب لازاروس و فولكمان Lazarus & Folkman و نقلا عن شويتزر Schweitzer (2002)- بتلكالجهود المعرفية و السلوكية دائمة التغيير التي يبذلها الفرد لإدارة و تسيير متطلبات داخلية كانت أم خارجية قدّرها أنها مهددة أو تفوق و تستنزف مصادره).

Schweitzer,2002 : 356)

و كما يختلف إدراك الضغط من تلميذ لآخر فإن استراتيجيات التعامل المتبناة كذلك تختلف بينهم، فمنهم من يركز على العمل على حل المشكل في تعامله مع الحدث الضاغط، و منهم من يترك انفعالاته تطغى كأساليب يتعامل بها مع الضغط. و هذا راجع لعدة عوامل و عدة متغيرات مرتبطة بالفرد و بكل ما يتعلق به. و مثالا عن ذلك بينت دراسة أحمد البحراوي (2003) التي هدفت إلى الكشف عن أساليب مواجهة الضغوط النفسية والاجتماعية والمدرسية لدى طلاب وطالبات المرحلة الإعدادية حسب المستوى الاجتماعي، أن الطلاب الذكور أكثر مواجهة للضغوط من الإناث ، و أن أسلوب الإناث أكثر ميلا إلى الانسحاب ، كما دلت النتائج على أن طلاب وطالبات المستوى الاجتماعي المرتفع يتميزون بفعالية أكثر من طلاب وطالبات المستوى الاجتماعي المنخفض. نقلا عن (أبو حبيب نبيلة،2010: 83-84). و من خلال هذه الدراسة يتضح أن المستوى الاجتماعي يؤثر على التلميذ و على فعاليته في التعامل مع المواقف الضاغطة.

و من جهة أخرى بينت نتائج دراسة بيار تابTapPierre نقلا عن سورداس و آخرون Sordes et al (1997) التي هدفت إلى الكشف عن الطريقة التي يتجاوب معها الأفراد إزاء المواقف الضاغطة ، مع الأخذ بعين الاعتبار متغير الجنس والسن ، على عينة مكونة من 566 مراهق (281 ذكر ،285 أنثى) من سن13- 20، أن الذكور أكثر ميلا إلى استخدام أسلوب المراقبة "le contrôle" من الإناث اللواتي تستخدمن أسلوب الانسحاب " retrait" كاستراتيجية للتعامل، كما تبين أن الإناث أكثر لجوءً لاستخدام استراتيجية الدعم

الاجتماعي مقارنة بالذكور الذين يميلون إلى استخدام أسلوب الرفض" Le refus" . و دلت نتائج الدراسة على أن السن له تأثير على استراتيجية الانسحاب لصالح فئة (16سنة) ، أما عن أسلوب الدعم الاجتماعي فيزداد اللجوء إليه مع تقدم السن بينما يتراجع اللجوء إلى أسلوب الرفض مع تقدم السن(Sordes et al, 1997: 131-154). و هذا يدل على أنه إضافة إلى الجنس، يلعب السن و درجة النضج دورا في الاختيار و الاعتماد على استراتيجية تعامل معينة دون غيرها. و تتفق هذه النتيجة مع تلك التي توصلت إليها دراسة البحراوي السابقة.

وتجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن الحكم على استراتيجية تعامل معينة أنها أحسن من غيرها أو أنها فعالة أكثر من غيرها إلا إذا سمحت للفرد بالسيطرة على الحدث الضاغط أو/ التقليل من تأثيره على سلامته.

و بما أن استراتيجيات التعامل تقوم أساسا على تقييم الفرد للحدث و لإمكانياته و موارده الخاصة و تقييم فعاليته، و نتائج محاولاته لتخفيف الضغط و قدرته على مواجهته و التعامل معه، فإن هذا التقييم المعرفي هو الذي يحدد الإستراتيجية التي سيتبناها الفرد من بين مجموعة عديدة من السلوكيات و المعارف، حسب ما يراه مناسبا للتعامل مع الوضعية الضاغطة. و تتأثر عملية التقييم المعرفي بعدة عوامل، منها ما هو خارجي و منها ما هو داخلي و شخصي كالخبرة و سمات الشخصية و العادات و مركز الضبط و الصلابة النفسية و تقدير الذات و غيرها.

و قد اهتم الباحثون بدراسة مختلف العوامل المؤثرة في إدراك الضغط و التعامل معه، و من بينها تقدير الذات الذي يهتم موضوع الدراسة الحالية باعتباره مهما و مؤثرا في إدراك الضغط من قبل الأفراد عامة و التلاميذ خاصة و التعامل معه، و أيضا في استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول. و يعرف تقدير الذات حسب كوبر سميث Cooper Smith (1967) نقلا عن الدريني (1983) على أنها تقييم يضعه الفرد لنفسه بنفسه و يعمل على الحفاظ عليه، و هو حكم الفرد على كفاءته الشخصية و على قدره و نجاحه و أهميته، و قد يكون هذا الحكم إيجابيا أو سلبيا ناتجا عن أفكار الفرد و معتقداته و اتجاهاته نحو ذاته (الدريني، و آخرون، 1983: 484).

و يعتبر بعدا هاما للهوية الشخصية. و قد أكدت أبحاث أوبرايري و آخرون Oubrayrie et al(1991) أن تقدير الذات يؤثر في استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل وعلى الانفعالات. و يضيف روزنبرج Rosenberg(1979) أن التقدير المرتفع للذات يزيد الثقة في المهارات الشخصية للتغلب على الشدائد،و يرتبط إيجابيا بالمواجهة النشطة التي تركز على المشكلة والتحكم في الوضعية، وسلبا بالمواجهة التجنبية المركزة على الانفعال. كما أن هناك ارتباطا قويا وايجابيا بين الشعور بالسيطرة و الثقة بالنفس، حيث تعزز الثقة بالنفس الثقة في القدرة على التحكم بالأمور والعكس صحيح. نقلا عن (Vieu-Piquemal, 2001: 92).

كما بينت دراسة موس و كرونكيت Cronkite و Moos أن تقدير الذات يقوم بدور في التعامل مع الضغوط، إذ يشعر الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع أنهم أقل اكتئابا مقارنة بذوي تقدير الذات المنخفض (جمعة، 2007: 25-26).

و حسب باندورا Bandura فإن التوقعات المرتبطة بالذات و كفاءتها تعتبر متغيرا أساسيا عند أداء مهمة محددة، فهي تحدد نتائج أو مخرجات القيام بتلك المهمة، إذ عادة ما يسأل الأفراد أنفسهم سؤالين عند مواجهتهم لأي أداء ينطوي على ضغط و هما: ما السلوك المتطلب لإنجاز هذه المهمة؟ و هل لدي القدرة على القيام بهذه السلوكيات ؟

و بالتالي فقد يؤثر إدراك الفرد لفاعليته على محاولة القيام بمهمة و مثابرته على الاستمرار فيها عند ظهور صعوبات. فالأفراد الذين يعتقدون أن المواقف المهددة تفوق إمكانياتهم و مهاراتهم للمواجهة، يخشون التعامل معها و يخافونها ، بينما يمارسون الأنشطة و يشعرون بثقة عندما يقيمون أنفسهم أنهم قادرين على التعامل مع الموقف (Bednar et al, 1989, 52-53).

و نفهم من ذلك أنه في حالة ما إذا كان تقدير الذات لدى الفرد منخفضا فهذا يؤدي إلى شعوره بعدم قيمته و فشله و عجزه عن التعامل مع المواقف الضاغطة، الأمر الذي قد يؤدي به إلى الاتجاه للاستجابات غير التوافقية و السلوكيات الخطيرة المختلفةمثل التدخين و استهلاك المخدرات و الكحول كطريقة لتجنب المشكل و نسيانه و عدم التفكير فيه.

و يشير كابلان Kaplanفي هذا الإطار أنه في حالة ما إذا فشل الشاب و كان غير ناجح في دراسته و فينشاطه الرياضي و في حياته الاجتماعي ككل، فإنه سيظن أن احترام الأسرة و المدرسة و الأقران له سيقل و سيؤدي الأمر إلى انخفاض تقدير الذات لديه، و بالتالي سيتجه نحو البحث عن مصادر بديلة تعينه على رفع مستوى احترامه لذاته (Rosenberg, 1981: pp. 621-622).

كما يذكر كل من ماركوس و أويسرمان Oyserman&Markus(1990) و رانكين و والز Wells&Rankin (1983) نقلا عن جمعة (2007) أنه وفقا لنموذج الانحراف كأسلوب لرفع مستوى تقدير الذات لكوهين S.Cohen، فإن تلك المصادر البديلة تتمثل في الجناح أو السلوكيات غير المقبولة اجتماعيا، و ذلك بعد فشل الفرد في الحفاظ على مستوى عال من تقدير الذات من خلال سلوكياته المقبولة، و هذا ما يضعف الدافع نحو الالتزام بالقيم و السلوكيات المتعارف عليها. و من هنا يمكن تصور أن انخفاض تقدير الذات يمكن أن يمهد نحو الانحرافو بصفة خاصة عند التعرض للضغط(جمعة، 2007: 28).

و يشير أيضا ستيفنهاجنHagenSteffen (1982) في نظرية تقدير الذات المفسرة للتعاطي إلى أن جميع الأفراد يحاولون الحفاظ على ذاتهم. و يرى أن تقدير الذات هو الميكانيزم السيكوديناميالأساسي الذي يتضمن تفسير التعاطي و الاعتماد على المواد النفسية، إذ يستجيب منخفضي تقدير الذات بشكل أكثر سلبية للضغط، و من ثم يلجئون إلى المواد النفسية للتعامل مع ذلك الضغط. نقلا عن(جمعة، 2007: 28). بينما يتعامل ذوي

تقدير الذات المرتفع مع الضغط بشكل إيجابي أكثر و بفعالية أكثر، و هذا ما أظهرته دراسة تومشن وآخرون(1996) TOMCHINالتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين مفهوم الذات وأساليب التعامل مع الضغوط ، على عينة من 457 مراهق متفوق أكاديميا.بحيث أظهرت أن المراهقين المتفوقين ذوي المستوى المرتفع لمفهوم الذات يستخدمون استراتيجيات التعامل المركزة على المشكل وحله، بالإضافة إلى ميلهم إلى طلب الدعم الاجتماعي من طرف الآخرين (عبد القادر جودة آمال،2004: 678).

و بناء على ذلك يكون التلميذ ذو تقدير الذات المنخفض أكثر تأثرا بالضغط و أقل تعاملا بفعالية معه، مما يزيد من فرص لجوءه إلى الأقران. و هذا راجع إلى انتقال التأثير على المراهق عامة و التلميذ خاصة من الأسرة إلى الأقران. و في هذا الإطار يشير كل من بيلي و هوبارد (1990) Bailey & Hubbard إلى اتفاق النظريات الارتقائية على أنه بارتقاء الطفل يقل تأثير الأسرة و يصبح التأثير الأكبر لصالح الأقران. و هذا التحول يجعل المراهق أكثر عرضة لتقبل آراء الأقران التي تشجع على التعاطي، و بالتالي قد يبدأ في الانغماس فيه لأن هؤلاء الأقران الذين يقدرونه و يحترمونه –من وجهة نظره– يعتبرون أول مصدر للسماع عن المخدرات بين تلاميذ المدارس و أول مصدر لرؤية المخدرات لأول مرة. و هذا ما تحدثت عنه جمعة (1999) من خلال نتائج دراسات البرنامج الدائم لبحوث تعاطي المخدرات التي أشارت إلى خطورة التعرض لثقافة المخدر، و إلى العلاقة الجوهرية الإيجابية بين ذلك التعرض و احتمالات التعاطي، مع وقوع الأصدقاء في أول قائمة مصادر

السماع عن المخدرات الطبيعية لأول مرة بين تلاميذ المدارس و الثانوية العامة و كذلك طلاب الجامعات (جمعة، 2007: 29).

و إن دل الأمر على شيء فإنه يدل على الأثر الكبير الذي تتركه جماعة الأقران على التلميذ و قدرتها على إدراجه نحو استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول و ذلك بمختلف أساليب الإقناع و الضغط التي تمارسها عليه.

و يشير كل من بوميستر(1999) وبيني و روبنستون (1986) في هذا السياق إلى أنه مع انخفاض تقدير الذات يكون الفرد أكثر طواعية و قابلية للتشكل، و بالتالي يسهل التأثير عليه (بالمقارنة بمرتفع الذات) باستخدام وسائل الإغراء و الإقناع.

كما يرى ستيفنز Stephens(1982) أن الفرد الذي لا يشعر بالأمان و الرضا نتيجة انخفاض تقدير الذات لديه يتأثر بشكل كبير بضغوط الأقران عليه للدخول في سلوك التعاطي، إضافة إلى رغبته في التخفيف من التوتر الناتج عن الأحداث الضاغطة (جمعة، 2007: 30).

و يدل هذا على أن لتقدير الذات دورا و أهمية في إدراك الضغط عند التلميذ و في تحديد ما إذا كان سيلجأ إلى تبني استراتيجيات تعامل توافقية و فعالة أم غير توافقية و فاشلة كاستهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.

و هذا ما أشار إليه كوهين Cohen(1995) بحيثأنه كلما زاد تأثر الفرد بالحدث الضاغط وساءت حالته الانفعالية كلما قلت قدرته على التعامل بفعالية، مما يؤدي الأمر إلى استثارة مدى واسع من النواتج الأخرى التي تتضمن تغييرا في السلوكيات الصحية مثل استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول...إلخ (Cohen et al., 1995 : 7). و بالتالي في حالة ما إذا شعر التلميذ ذو تقدير الذات المنخفض بالضغط فإنه لن يقدر على تبني استراتيجيات تعامل مركزة على حل المشكلة بسبب انطوائها على مهارات يفتقدها –حسب رأيه– و هذا ما يؤدي به عادة إلى التركيز على الانفعال في تعامله مع الوضعية الضاغطة، و التي قدترتبط كثرةالاعتماد عليهابالسلوكيات غير الصحية مثل استهلاك المواد النفسية.

و مثالا عن ذلك يؤكد ليفيت Leavitt على أن "تعاطي المخدرات يعتبر أسلوبا من أجل تجنب المشكل و بالتالي تجنب أخذ القرار" (قماز، 2009: 289). و هذا ما يفسر احتمال زيادة خطر لجوء التلاميذ الذين يعانون من الضغط إلى استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول كوسيلة للتخفيف من القلق و التوتر و تجنب التفكير في المشاكل المسببة للضغوط.

و نظرا للتهديد الذي تشكله هذه الآفة على الشباب في الأوساط المدرسية أصبحت حمايتهم ضرورة حتمية و مسؤولية تقع على عاتق كل من الأسرة و المدرسة و المجتمع ككل ، و لكن نظرا للوقت المعتبر الذي يقضيه التلميذ في المدرسة فإن هذه الأخيرة تعتبر الوسط الأمثل للحماية و الوقاية من خطر التبغ و المخدرات و الكحول و ذلك عن طريق التربية الصحية و برامجها الوقائية ضد هذه الآفات.

و التربية الصحية هي تلكالعملية التي يتم من خلالها تغيير أفكار و أحاسيس و سلوك الأفراد فيما يتعلق بصحتهم عن طريق تزوديهم بالخبرات اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم و اتجاهاتهم و ممارساتهم الصحية تأثيرا حميدا (سلامة، 2007: 42).

و تختلف برامج التربية الصحية باختلاف المشكل المراد التعامل معه أو الوقاية منهو باختلاف الفئات المستهدفة، و قد تعددت برامج الوقاية من التبغ و المخدرات و الكحول في مختلف أقطار العالم، فمنها من استهدف الشاب نفسه و منها من استهدف الأولياء و العائلات و منها من استهدف الأقران و جماعة الأصدقاء. و من بين هذه البرامج هناك برنامج SUCCESS و هو برنامج موجه للشباب المعرضين لخطر كبير للاستهلاك، و هناك برنامج TND الذي صمم لمساعدة طلاب المدارس الثانوية الذين تتراوح أعمارهم بين 14 و 19 سنة على مقاومة تعاطي المخدرات، و هناك مشروع ALERT للوقاية من الإدمان على المخدرات، و أخيرا برنامج LST لبوتفين(Botvin(CNPC, sd: 13 الذي يهتم به موضوع الدراسة الحالية، و هو برنامج معرفي سلوكي يهدف إلى الوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي مستهدفا بذلك التلاميذ. و هو برنامج يركز علىالتدريب على المهارات الحياتية اللازمة لمساعدة التلاميذ على مقاومة المخدرات من خلال تصحيح المعلومات و المعتقدات الخاطئة حولها، و من خلال التمرن و التدرب على هذه المهارات للتعامل مع الضغط الذي يمارسه المحيط على الفرد حتى يستهلك التبغ و المخدرات و الكحول. كما يلعب برنامج LST لبوتفين دورا في تلقين التلاميذ مهارات

التسيير الذاتي، و ذلك من خلال تعلمهم كيفية تقييمهم لأنفسهم و نظرتهم و تقديرهم لها و تأثيرها على السلوكيات، و تعلم استراتيجيات و تقنيات تساعد على اتخاذ القرارات و حل المشكلات و التعامل مع القلق و الغضب و التوتر ، إضافة إلى المهارات الاجتماعية العامة التي تساعد على التغلب على الخجل و التواصل مع الآخرين بثقة و أريحية فعالية، و إجراء المحادثات و التعامل مع مختلف الطلبات و الدعوات المرغوبة و غير المرغوبة و ذلك بطريقة ملائمة و حازمة. و بذلك يهدف برنامج LST لبوتفين إلى الوقاية من استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول و العنف من خلال التركيز على العوامل الاجتماعية والنفسية الرئيسية التي تشجع على البدء في تعاطي المخدرات والسلوكيات الخطرة الأخرى.و هو برنامج عالميمعترف به كبرنامج نموذجي من قبل عدة وكالات حكومية بما فيها وزارة التربية والتعليم الأمريكية، الأمر الذي لفت انتباه الباحثة التي حاولت من خلال الموضوع الحالي دراسة أثر برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعاملمعه من خلال تطبيقه على عينة تلاميذ السنة الأولى من التعليم المتوسط، و ذلك للإجابة على التساؤل التالي:

هل يؤثر لبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي أثر على تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل معه؟

و الذي تنبثق منه الأسئلة التالية:

- ما أثر تنفيذ برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في تنمية تقدير الذات لدى تلاميذ أقسام المدرسة المتوسطة، بمعنى هل يساهم برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في تنمية تقدير الذات لدى تلاميذ أقسام المدرسة المتوسطة ؟
- ما أثر تطبيق برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي في التخفيف من مستوى الضغط النفسي لدى التلاميذ المدرسة المتوسطة، بمعنى هل يساهم تطبيق برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي في التخفيف من مستوى الضغط النفسي لدى التلاميذ المدرسة المتوسطة؟
- ما أثر تنفيذ برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسيعلى إستراتيجيات التعامل لدى التلاميذ أقسام المدرسة المتوسطة ؟

II. فرضيات الدراسة:

من خلال تساؤلات الدراسة، يمكن صياغة الفرضيات التالية:

- لبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي أثر على مستوى تقدير الذات و الضغط النفسي و استراتيجيات التعامل معه لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.
- يساهم برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في تنمية تقدير الذات لدى تلاميذ أقسام المدرسة المتوسطة.
- يساهم برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي في التخفيف من مستوى الضغط النفسي لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.
- يساهمبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسيعلى استراتيجيات التعامل لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.

III. أهمية الدراسة:

تتجلى قيمة و أهمية الدراسة من خلال:

- تناولها لأحد أكبر المشاكل التي تعاني منها الدول بما فيها الجزائر و المتمثلة في استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.
- تميزها بالاهتمام بانتشار الظاهرة بين الفئات العمرية الصغيرة و في الأوساط المدرسية، أي بالتلاميذ.
- اهتمامها بالمتغيرات النفسية المتمثلة في تقدير الذات و الضغط و استراتيجيات التعامل معه عند التلاميذ، و التطرق إليها من الناحية النظرية و إظهار أهميتها و تأثيرها على التلميذ و على سلوكياته الصحية و غير الصحية كاستهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.
- اهتمامها بدراسة الموضوع من الناحية الوقائية لا العلاجية، فبالرغم من الدراسات و الجهود المبذولة و الأموال الطائلة المخصصة في سبيل مكافحة الظاهرة و علاج المدمنين على هذه المواد، إلا أن ما يلاحظ من خلال الإحصائيات هو تفاقم الأمور و استمرار تهديد هذه السموم على صحة الفرد الجسمية و النفسية و العقلية، وعلى سلامة المجتمع و أمنه و على تطور و اقتصاد البلدان. و هذا ما يبين أن مشكل استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول يحتاج إلى تدخل مبكر وقائي عن طريق التربية الصحية للفرد، و التي تشمل و تهتم بجميع جوانبه الجسمية، النفسية، الانفعالية، المعرفية، السلوكية، الاجتماعية، الاقتصادية...إلخ.

- اعتماد الدراسة على برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي" LST " Lifeskills Training و الذي يعتبر من أشهر البرامج التي أثبتت فعالية عالية في الوقاية من هذه الظاهرة منذ التسعينات في مجتمعات و دول عديدة و متنوعة. و لعل هذه الدراسة هي الأولى التي تناولت برنامج LST و أثره على تقدير الذات و الضغط و استراتيجيات التعامل عند التلاميذ في الجزائر، إذ لم تجد الباحثة في حدود علمها و اطلاعها أية دراسة تجريبية له على تلاميذ المدارس الجزائرية.
- مساعدة التلاميذ على فهم أنفسهم و التعرف على مصادر الضغوط التي يعيشونها و تعليمهم كيفية التعامل معها بفعالية و إيجابية عن طريق تعلم مهارات حياتية مهمة.
- يتوقع أن تستثير هذه الدراسة إجراء دراسات وقائية أخرى في مختلف المجالات.
- يمكن أن تساعد هذه الدراسة المهتمين بالمجال الوقائي في دراسة آثار برامج أخرى معترف بها ، أو بناء برامج تربية صحية وقائية من مختلف الأمراض و الاضطرابات النفسية و السلوكية.

IV. أهداف الدراسة:

- التعرف على أثر برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل.
- الكشف عن الفروق بين متوسط الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس تقدير الذات.
- الكشف عن الفروق بين متوسط الدرجات التي تحصل عليها أفراد العينة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس الضغط النفسي.
- الكشف عن الفروق في استراتيجيات التعامل المتبناة من قبل أفراد العينة في القياسين القبلي و البعدي.
- محاولة مسح لأهم الإسهامات النظرية السابقة و المتعلقة بمتغيرات الدراسة المتمثلة في: التربية الصحية، تقدير الذات، الضغط و استراتيجيات التعامل معه عامة و عند التلاميذ خاصة و محاولة ربطها بمشكل استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.
- تزويد التلاميذ بمعلومات و حقائق علمية لتصحيح معتقداتهم الخاطئة و تعزيز سلوكياتهم الصحية و تفادي الخطيرة منها.
- تعليم التلاميذ مهارات حياتية lifeskills من خلال برنامج التربية الصحية لمساعدتهم على فهم أنفسهم و ما يحيط بهم و التعامل مع الضغوط بفعالية و بالتالي لتفادي اتجاههم لتبني سلوكيات خطيرة كاستهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.

- لفت انتباه المؤسسات التربوية و التعليمية بخطورة تفشي ظاهرة استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول في الأوساط المدرسية، و بضرورة مكافحتها و الحد منها و الأهم من ذلك الوقاية منها، و ذلك من خلال برامج التربية الصحة التي تحتاج اهتماما أكبر من قبل كل المسئولين على العملية التربوية.

المساهمة و لو بالقليل في تنمية الوعي لدى التلاميذ من أجل حمايتهم من الأخطار و المشكلات الناجمة عن استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول، و المساهمة في تزويدهم بمفاتيح تجعل منهم أفرادا يقدرون ذواتهم تقديرا جيدا و لا يرضون لأنفسهم غير الصحة الجيدة و النجاح و التقدم و الرقي.

V. الدراسات السابقة:

يجب أن يبنى كل بحث علمي على أسس نظرية و تطبيقية عملية تزود الباحث بالمعلومات اللازمة للخوض في دراسة جديدة، و تعتبر الدراسات السابقة من بين أهم هذه الأسس و الأعمدة. و لاستحالة الإطلاع على كل البحوث التي لها علاقة بموضوع الدراسة الحالية ارتأت الباحثة أن تذكر أمثلة أو نماذج لدراسات تناولت المتغيرات التي يهتم الموضوع الحالي بدراستها.

دراسات حول تقدير الذات:

- **دراسة تشيك بوس Check Buss (1981):**

هدفت الدراسة إلى إظهار طبيعة العلاقة بين الاجتماعية و الخجل و تقدير الذات، و أجريت على عينة من 912 طالب و طالبة جامعية.

و بينت النتائج أنه يمكن اعتبار الخجل و الاجتماعية استعدادين مختلفين في الشخصية، و أن العلاقة بين الاجتماعية و تقدير الذات دالة لدى الإناث، أما بالنسبة للذكور فقد كانت غير دالة، و قد يرجع ذلك لعملية التنشئة الاجتماعية للذكور و للدور الاجتماعي لهم و اختلافه عن الإناث (أمزيان، 2007: 68).

- **دراسة أن روبرتس و آخرون Anne Roberts et al (1999):**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن أثر تفاهم العائلة و مرافقة الأصدقاء على تقدير الذات لدى المراهقين الصغار. و أجريت على عينة بلغت 635 من التلاميذ الذين تم اختيارهم من مدارس ابتدائية ذات مستوى رفيع في بالتيمور، واشنطن، و نيويورك، بحيث تم انتقاء هذه المدارس بناء على أعلى نسب للمجتمع العرقي، فقد اختيرت نسبة 80% من التلاميذ من أصل أمريكي إفريقي و هم من السكان ذوي الدخل المحدود، و 50% أو أكثر من أصل أبيض مع احترام شروط البحث من حيث وضع العائلة و الرفاق و تقدير الذات.

اعتمدت الباحثة على ثلاثة مقاييس للمتغيرات بالنسبة للعرق، بحيث تمت المقارنة من خلالها بين: التلاميذ ذوي اللون الأبيض مع باقي التلاميذ.

التلاميذ ذوي الأصل الأمريكي الإفريقي مع التلاميذ ذوي الأصل اللاتيني.

التلاميذ ذوي الأصل الأمريكي الآسيوي مع بقية التلاميذ الآخرين.

كما تم تحليل تأثير العائلة من خلال عدة عوامل (التعاون و الترابط)، و تحليل تأثير مجموعة الرفاق من خلال (معاون الأصدقاء، الترابط، الشجار، القبول الاجتماعي، قيم الوفاق). وبينت النتائج:

-تأثير الخبرات العائلية أم مع الرفاق على تقدير الذات خلال مرحلة المراهقة المبكرة، خاصة إذا كان الجو العائلي يسوده التفاهم و الاستقرار.

-وجود فروق في تأثير مجموعة الرفاق و العائلة على تقدير الذات.

-تفاعل الاختلافات في العائلة و الاختلافات في مجموعة الرفاق في توقع مستوى تقدير الذات.

-الإهمال و الرفض و الشجار مع العائلة و الرفاق له تأثير سلبي على تقدير الذات (عبد ربه، 2011) نقلا عن (لقوقي، 2016: 14-15).

- **دراسة فكتور و سميث Victor & Smith (2005):**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الضغط النفسي و احترام الذات و الأفكار الانتحارية عند المراهقين، و تمثلت العينة في مجموعة من طلاب الجامعة.

و أسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة بين كل من الضغط النفسي و تقدير الذات و التفكير في الانتحار، حيث أن التقدير السيئ للذات و التعرض المستمر للضغوط و عدم القدرة على التعامل معها كثيرا ما يدفع إلى التفكير في الانتحار (Victor & Smith, 2005 : 34-42)

- **دراسة آيت حمودة (2007):**

هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة الارتباطية بين تقدير الذات وكل من إدراك الضغوط النفسية واستراتيجيات التعامل معها لدى فئة من المدمنين على المخدرات. تكونت عينة الدراسة من 47 مدمن على المخدرات من الجنسين و تراوحت أعمارهم بين 18 -38 سنة بحيث تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المفحوصين المترددين على المركز الوسيط لمعالجة الإدمان بوخضرة بمدينة عنابة بالجزائر. وباستخدام استبيان إدراك الضغط، واستبيان طرق التعامل ومقياس تقدير الذات، أوضحت نتائج الدراسة:

- وجود ارتباط سالب ودال بين مستوى تقدير الذات وإدراك الضغط النفسي، كما جاء الارتباط موجبا ودالا بين مستوى تقدير الذات واستخدام بعض استراتيجيات التعامل من مخططات حل المشكل، والبحث عن الدعم الاجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي لدى المدمنين على المخدرات، في حين لم تسفر النتائج على وجود ارتباط دال بين مستوى تقدير الذات واستخدام استراتيجيات التعامل الأُخرى من التصدي، والضبط الذاتي، والتجنب – التهرب، وتحمل المسؤولية واتخاذ مسافة.

- **دراسة الدغيم (2016):**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين المدخنين و غير المدخنين من المراهقين في سمتي القلق و تقدير الذات، و التعرف على دوافع سلوك التدخين لدى المراهقين الذكور. و تمثلت العينة في 180 تلميذ (من بينهم 90 مدخن) في المرحلة المتوسطة و الثانوية في الكويت تراوحت أعمارهم بين 14 و 18 سنة. و تمثلت أدوات الدراسة في اختبار سلوك مدخني التبغ و مقياسي القلق و تقدير الذات.

و بينت نتائج الدراسة أن المدخنين يعانون من القلق أكثر من غير المدخنين، في حين لا توجد فروق دالة إحصائيا بين المراهقين المدخنين و غير المدخنين في تقدير الذات. كما تعددت دوافع سلوك التدخين و جاءت بالترتيب التالي (أكثر أصدقائي يدخنون، والداي يدخنون و يستمتعون بذلك، الشعور بالمتعة عند التدخين، تجعلني أكثر راحة في المواقف الاجتماعية، أصدقائي عرضوا علي سيجارة، أغلب إخوتي الأكبر مني سنا يدخنون، أردت أن أجرب شيئا جديدا علي، الإعلانات التجارية جعلت السيجارة تستهويني، والداي رفضا لكني أردت أن أثبت استقلاليتي و شخصيتي، اعتقادي أن بها شيئا ما مرضيا للناس) (الدغيم، 2016: 187-196).

- **دراسة حمزة و حمزة (2018):**

هدفت الدراسة إلى التعرف على مستوى تقدير الذات للمراهق المتمدرس وعلاقته بالتحصيل الدراسي، بحيث أجريت على عينة من 64 تلميذ من الجنسينمن متوسطة ناصر مسعود

قالمة (الجزائر). و تم الاعتماد على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث، كما توصلت النتائج إلى:

-توجد عالقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين متغيري المستوى الدراسي وتقدير الذات.

-توجد فورق ذات دالة إحصائية في مستوى تقدير الذات حسب متغير الجنس.

-توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير المستوى الدراسي(جيد/متوسط)و (دون الوسط/متوسط).

-لا توجد فروق ذات دلالةإحصائية تعزى لمستوى التحصيل الدراسي(جيد/ دون الوسط) في مستوى تقدير الذات.

-توجد فروق دالة إحصائيا في مستوى التحصيل الدراسي تعزى متغير الجنس.

- **دراسة كوبر سميث Cooper Smith:**

قام من خلالها بتصنيف مجموعة من التلاميذ الذين تراوحت أعمارهم بين 10 و 12 سنة إلى ثلاث فئات (مرتفعي، متوسطي، منخفضي) تقدير الذات، و ذلك حسب نتائج الاختبارات النفسية التي طبقت عليهم و حسب ما أدلى به التلاميذ و حسب آراء مدرسيهم عنهم.

و أدلت نتائج الدراسة أن التلاميذ الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع لديهم قدرة عالية على الإنجاز الأكاديمي و الاجتماعي، و قدرة عالية على التعبير عن الرأي و تفاؤل كبير بقدراتهم مقارنة بذوي تقدير الذات المنخفض. وبعد مقابلة سميث لأولياء التلاميذ، وجد أن مرتفعي تقدير الذات لديهم أولياء يقدرون أنفسهم إيجابيا. في حين لاحظ أن أولياء التلاميذ ذوي تقدير الذات المنخفض لديهم اهتمامات أقل نحو أبنائهم، كما أنهم غير قادرين على اتخاذ القرارات، و هذا ما أثر على أبنائهم و كان سببا في خفض مستوى تقدير الذات لديهم نقلا عن(أمزيان، 2007: 72).

- **دراسة العايب (د س):**

بحثت هذه الدراسة في علاقة تقدير الذات بالضغط المدرسي لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط ، بل و هدفت إلى تبيان أن الفروق في درجات الضغط المدرسي تختلف باختلاف مستويات تقدير الذات لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط. و أجريت الدراسة على عينة من 429 تلميذ و تلميذة في السنة الرابعة متوسط، تراوحت أعمارهم بين 15 و 16 سنة، كما تم الاعتماد على مقياسي تقدير الذات و مقياس الضغط المدرسي.

و توصلت نتائج الدراسة إلى أنه فعلا توجد فروق في درجات الضغط المدرسي باختلاف مستويات الشعور بتقدير الذات لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط، وقد جاء الاختلاف لصالح فئة التلاميذ ذوي تقدير الذات المنخفض مقارنة بمجموعة التلاميذ ذوي تقدير الذات المتوسط ومجموعة التلاميذ ذوي تقدير الذات المرتفع (العايب، د س: 38).

دراسات حول الضغط و استراتيجيات التعامل معه:

- **دراسة كومار Kumar (1990):**

هدفت الدراسة إلى التعرف على الأحداث الضاغطة و أساليب التعامل معها لدى الطلبة الهنود، و تكونت العينة من 360 طالب و طالبة. بحيث بينت النتائج أن الضغوط النفسية التي يعاني منها الطلبة متنوعة (شخصية، مالية، اجتماعية، و أسرية) و تمثلت أساليب المواجهة الأكثر استعمالا من طرف الذكور في حل المشكلة و إعادة التقييم المعرفي و استخدمت استراتيجية التقبل الاستسلامي في التعامل مع الضغوط الأسرية من قبل الجنسين نقلا عن(عربيات،2005 :255-256).

- **دراسة كينجKing (1991):**

الغاية من هذه الدراسة هو الكشف عن العلاقة بين أساليب التعامل والمواقف الحياتية الضاغطة على عينة شملت 760 طالب وطالبة من المرحلة الثانوية في هونكونغ.

وكشفت على أن أحداث الحياة الأسرية والمدرسية هي أكثر المصادر المولدة للضغوط ، كما بينت وجود اختلاف بين الذكور والإناث في اعتماد أساليب التعامل بحيث أن الذكور أكثر ميلا إلى استخدام التخطيط لحل المشكل وتحمل المسؤولية ، بينما الإناث أكثر ميلا إلى

استخدام أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي والهروب والتجنب.نقلا عن(بن عمور،2010: ص 55-56).

- **دراسة مها درويش (1993):**

تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن استراتجيات التعامل مع الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية . و تمثلت العينة في 1094 طالب وطالبة طبق عليهممقياس استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية.

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن أكثر أساليب التعامل استخداما لدى الطلبة هي : إستراتجية الطرق المعرفية ، الانعزال ، الاسترخاء ، البحث عن الدعم الاجتماعي ، التعبير عن المشاعر ، ونادرا ما يستخدمون إستراتجية التمارين الجسدية ، التحول عن الموقف وتجنبه ، العدوان اللفظي والجسدي، كما توصلت إلى أن الطلبة الذكور يميلون إلى التمارين الجسدية والبحث عن الدعم الاجتماعي و العدوان اللفظي والجسدي أكثر من الطالبات الإناث اللواتي يملن إلى التعبير الانفعالي والانعزال وتجنب الموقف (أبو حبيب،2010: 85-86).

- **دراسة محمود (2002):**

هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية و مقارنة النتائج بين طلاب الريف والحضر، و تكونت عينة الدراسة من 1073 طالبا وطالبة من كلا المرحلتين، و نراوح سنهم بين 12 و 18سنة.و بالاعتماد علىمقياس

أساليب التعامل مع الضغوط ومقياس المستوى الاجتماعي والاقتصادي للأسرة المصرية ، توصلت النتائج إلى:

– وجود فرق بين الفئتين بحيث يميل الحضر إلى استخدام أسلوب التركيز على حل المشكل، ضبط الذات ، تحمل المسؤولية ، إعادة التفسير الإيجابي ، الاسترخاء ، الانفصال الذهني، بينما يميل أبناء الريف إلى استخدام أسلوب لوم الذات ، الانعزال ، التنفيس الانفعالي ،الدعابة ، مع وجود فرق بين الذكور والإناث من طلبة المرحلة الإعدادية والثانوية نقلا عن (السهيلي ،2009: 62).

– دراسة غيث وآخرون (2007):

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مصادر الضغط النفسي التي يعاني منها طلبة المراكز الريادية للموهوبين والمتفوقين بالأردن وإستراتيجيات تعاملهم معها، وعلاقة كل منها بمتغيرٍ الجنس. وتكونت عينة الدراسة من 121 (طالبا وطالبة)، و قد تم استخدام مقياسين أحدهما يتعلق بمصادر الضغط النفسي من إعداد الباحث، والآخر يتعلق بإستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي من تطوير درويش (1993).

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

-إن مجال الانفعالات والمشاعر والمخاوف من أهم مجالات مصادر الضغوط، يليه التحصيل الدراسي.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مجالات مصادر الضغط.

- أكثر إستراتيجية تعامل مع الضغوط استخداما هي :العدوان اللفظي والجسدي، ثم الطرق المعرفية، وأقلها الانعزال أو الانسحاب.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في استخدام إستراتيجية ممارسة عادات معينة لصالح الذكور.

-وجود علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي وجميع مجالات مصادر الضغوط باستثناء التحصيل الدراسي (غيث وآخرون، 2007: 246).

- **دراسة محمد (2019):**

هدفت الدراسة إلى التعرف على أساليب التعامل مع الضغوط و علاقتها بتقدير الذات لدى الطلاب ذوي الإعاقة الحسية بالمرحلة الجامعية، و التعرف على الفروق بين هؤلاء الطلاب وفقا لمتغير النوع و نوع الإعاقة و شدتها، و نوع الكلية و الفرقة الدراسية. و تكونت عينة الدراسة من 169 طالب و طالبة، منهم 74 معاق سمعيا و 95 معاق بصريا. و اعتمد

البحث على المنهج الوصفي كما تم الاعتماد على مقياسي أساليب التعامل مع الضغوط النفسية و تقدير الذات لذوي الإعاقة الحسية.

من أبرز النتائج التي توصلت إليها الدراسة هي أن بعد التوجه نحو التجنب هو أكثر أساليب التعامل مع الضغوط استخداما لدى الطلاب المعاقين سمعيا و المعاقين بصريا. كما وجد ارتباط دال إحصائيا بين أساليب التعامل مع الضغوط النفسية و تقدير الذات في جميع الأبعاد و الدرجة الكلية. و وجدت فروق دالة إحصائيا بين متوسطات درجات الطلاب المعاقين سمعيا و المعاقين بصريا في بعد التوجه النشط نحو الأداء لصالح الطلاب المعاقين بصريا. و بعد التوجه نحو التجنب لصالح الإناث، أما فيما يتعلق بتقدير الذات فقد أظهرت النتائج وجود فروق بين متوسطات درجات هؤلاء الطلبة على جميع أبعاد المقياس و درجته الكلية لصالح الطلبة المعاقين سمعيا (محمد، 2019: 415).

دراسات حول التدخين و المخدرات و الكحول:

- **دراسة عسكر (2000):**

وهدفت الدراسة إلى الكشف عن الاضطرابات النفسية ، وعلاقتها بتعاطي البانجو (القنب) لدى عينة من المراهقين الذكور، بحيث استخدم الباحث قائمة مراجعة الأعراض التي وضعها ليونارد – ديروجس ونقلها إلى العربية عبد الرقيب البحيري وتشمل 90 عبارة تقيس تسعة أبعاد منها:

-الأعراض الجسمية. ، الوسواس القهري ، الحساسية ، الاكتئاب، القلق، العدوانية، الذهانية ، البانوراما التخيلية ، قلق الخوف.وتكونت من 50 طالبا من الذكور (إعدادي – ثانوي).

و توصلت النتائج إلى شيوع استخدام البانجو لدى المراهقين وأن المدخل الرئيسي هو السجائر وهي محاولة خفض للتوتر والقلق والاكتئاب. و تؤكد النتائج عن وجود علاقة واضحة بين الاضطرابات النفسية وتعاطي المراهقين للبانجو في تسعة أبعاد التي تقيسها القائمة، كما أشارت الدراسة إلى أن اضطرابات السلوك أكثر شيوعا وتكررا في المجموعة التي تتعامل مع المخدرات وأقل تكرارا وحدوثا مع المجموعة التي لا تتعامل مع المخدرات نقلا عن (مهدي، 2015: 48).

- **دراسة ميليرا Melera (2007):**

والتي أجريت في بوتسوانا ، و هدفت إلى فحص العلاقة بين العوامل الأسرية والعدوان والسلوكيات المضادة للمجتمع ، وذلك لدى عينة قوامها 1478 طالباً صغيراً وكبيراً من المدارس الثانوية ، بمدى عمري تراوح ما بين 12 20عاماً .

و أسفرت نتائج الدراسة عن انتشار النزعات العدوانية والسلوك المضاد للمجتمع بين الطلاب الذكور في المدارس الثانوية ، بالإضافة إلى أنهم كانوا أكثر عدوانية واعتماداًعلى الكحول والمخدرات وكذلك أكثر استخداماً للأسلحة الخطيرة مقارنة بالإناث. نقلا عن (مهدي، 2015: 38-39).

- **دراسة قبقوب و سعيدي (2015) :**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن الاغتراب النفسي ودوره في تعاطي المخدرات لدى المراهق المتمدرس،بهدف معرفة أكثر أبعاد الاغتراب النفسي المؤدية للتعاطي، وكذا استخراج البروفيل النفسي لمتعاطي المخدرات (الحشيش) وتحديد الخصائص النفسية للمتعاطي. وقد تم الاعتماد علد المنهج العيادي من خلال دراسة حالة لمراهق متمدرس متعاطي للمخدرات بمدينة بسكرة، كما استخدمت الباحثة المقابلة الإكلينيكية النصف موجهة مع تطبيق مقياس الاغتراب النفسي.

وقد توصلت الدراسة إلى أنللاغتراب النفسي دور في تعاطي المراهق للمخدرات ممثلا في العزلة الاجتماعية و اللا معنى والعجز، وكذا ضعف الوازع الديني. بالإضافة إلى المشكلات العلائقية، كتعرضه لصدمة الحرمانمن الأمومة والتعلق بالأم، وتماه الأب الذي ينظر لوه كنموذج للتماهي. وكلهذه المشاعر تظهر في نفسية المراهق فيجد نفسه تحت تأثيرات بها عدة خيارات متنوعة مثل اختيار الذات، وهذا يؤدي به إلى الانطواء، و الأدهى من ذلك إلى تعاطي المخدرات والتدخين، وكذا سلوك المخاطرة وقمة الضبط الأسري وانخفاض الوازع الديني (قبقوب و سعيدي، 2015: 216).

- **دراسة مهدي (2015):**

هدفت الدراسة إلى معرفة بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بإدمان الترامادول لدى الشباب الجامعي (دراسة مقارنة)، و تمثلت عينة الدراسة في 265 من طلبة وطالبات

جامعات معينة بمصر، كما تم الاعتماد على المنهج الوصفي و تطبيق مقياس الاضطرابات النفسية بأبعاده المختلفة من تأليف الباحثة.

و أظهرت نتائج الدراسة:

– وجود فروق دالة إحصائياً لصالح المتعاطين في مقياس الاضطرابات النفسية بأبعاده المختلفة (القلق / الاكتئاب / الهوس /العدوان / اضطرابات الأكل / اضطرابات النوم).

– وجود فروق دالة إحصائياً لصالح الذكور في مقياس الاضطرابات النفسية بأبعاده المختلفة (القلق/ الاكتئاب / الهوس /العدوان/ اضطرابات الأكل / اضطرابات النوم).

–وجود فروق دالة إحصائياً لصالح الحضر في مقياس الاضطرابات النفسية بأبعاده المختلفة)القلق/ الاكتئاب / الهوس /العدوان/ اضطرابات الأكل / اضطرابات النوم).

–وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات مجموعات الدراسة الثلاث في الدرجة الكلية الاضطرابات النفسية وكذلك الأبعاد الفرعية.

–عند المقارنة بين مدة التعاطي (من 1–3 سنوات ، 3–5 سنوات فأكثر (كانت الفروق دالة لصالح 5 سنوات فأكثر في الاضطرابات النفسية ، في حين لم تظهر فروق دالة بين من 1–5 سنوات ، 3–5 سنوات في القلق والاكتئاب ، الهوس واضطرابات الأكل بينما وجدت فروق لصالح 3–5 سنوات في العدوان واضطرابات النوم والدرجة الكلية.

– الذكور المتعاطين أعلى من الإناث في الترامادول بالدرجة لكلية بمقياس الاضطرابات النفسية ويتضح أيضا أن الذكور والإناث المتعاطين أكثر شعور بالاضطرابات النفسية التي منها القلق والاكتئاب والهوس والعدوان واضطرابات الأكل والنوم عن غير المتعاطين، مما يدل على أن التعاطي يؤثر على الخلايا العصبية والحسية التي تكون سببا في مثل هذه الاضطرابات.

–متعاطي الترامادول في الحضر أكثر اضطرابا من متعاطي الترامادول في الريف ويرجع ذلك إلي أن حياة الحضر تختلف عن حياة الريف و تتميز بكثرة الضغوط (مهدي، 2015: 56–86).

- **دراسة زقعار و براهيمي (2018):**

هدفت الدراسة إلىالبحث عن نوع نمط الشخصية في علاقته بممارسة الشباب لسلوك الخطر –التدخين– وبعض المتغيرات الشخصية والاجتماعية.تمثلت عينة البحث في 73 مدخنا من الطلبة الجامعيين، و طبق الباحثان مقياس نمط الشخصية لبورتنر Bortner (1969)ومقياس سلوك التدخين QCT2 لـ جيليارد Gilliard (2000) بعد تكييفهما على البيئة الجزائرية.

- و تم التوصل إلى نتائج تفسر مشكلة العودة للتدخين، وأن علاج الإدمان على التدخين لا بد أن يعتمد على الاهتمام بنوع سمات وخصائص الشخصية أكثر من اعتماده على علاج التدخين كعرض (زقعار و براهيمي، 2018: 173).

- **دراسة الركابي (د س):**

هدف البحث الحالي التعرف على أسباب تعاطي المخدرات لدى طلبة المرحلة الإعدادية، وتألف مجتمع البحث من طلبة المرحلة الإعدادية للعام الدراسي 2010-2011 بأقسامها (العلمي والأدبي) إذ كان مجتمع البحث مؤلف من 180 طالب وطالبة من الدراسات الصباحية لمدينة بغداد،بحيث تم اختيارهم وفق الطريقة العشوائية. وقامت الباحثة ببناء المقياس (تعاطي المخدرات) الذي تألف من 26 فقرة موزعة على المجالات الآتية (رفقاء السوء، تأثيرالأسرة ، ضعف الوازع الديني ، العوامل الشخصية- الاجتماعية المهيئة للتعاطي ،العامل السياسي). وقد تم التحقق من الصدق الظاهري من خلال عرضة على مجموعة من الخبراء .

و بينت الدراسة أنأهم الأسباب التي تؤدي إلى تعاطي المخدرات كانت كالآتي:

-ضعف الوازع الديني ، حصلت على المرتبة الأولى.

-العوامل الشخصية- الاجتماعية المهيئة للتعاطي، حصلت على المرتبة الثانية.

-تأثير الأسرة ، حصلت على المرتبة الثالثة.

-تأثير رفقاء السوء، حصلت على المرتبة الرابعة.

-العوامل السياسية، حصلت على المرتبة الخامسة.

ولم تظهر هناك أي فروق في أسباب تعاطي المخدرات يمكن إرجاعها إلى الجنس (الركابي، د س: 78).

دراسات حول البرامج التربية الصحية:

- **دراسة صالح (2002):**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن المحكات التي ينبغي الاستناد عليها عند بناء برنامج في التربية الصحية لتلاميذ المرحلة الإعدادية و عن ملامحه الرئيسية، و إلى معرفة مدى فعالية هذا البرنامج بتطبيق وحدة دراسية منه في تنمية بعض عناصر التنور الصحي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية. تمثلت الأدوات المعتمد عليها في اختبار التنور الصحي لتلاميذ المرحلة الإعدادية و برنامج التربية الصحية الذي أعدهما الباحث.

و أظهرت نتائج الدراسة:

-وجود فرق دال إحصائيا بين متوسطي درجات تلاميذ المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي في الدرجة الكلية لاختبار التنور الصحي لصالح التطبيق البعدي.

-وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات تلاميذ المجموعة التجريبية في التطبيقين القبلي و البعدي في الاختبارات الفرعية للتنور الصحي لصالح التطبيق البعدي،

مع ملاحظة نمو في تصحيح المعتقدات الخاطئة المنتشرة (و التي كان متدنيا) في المجتمع المحلي حيال المشكلات و القضايا الصحية.

-فعالية برنامج التربية الصحية المقترح في تنمية التنور الصحي ككل و أيضا في عناصره الفرعية (صالح، 2002: 85-87).

- **دراسة جريفين و آخرون Griffin,K. W et al (2003):**

هدفت الدراسة إلى التعرف على فعالية البرنامج العالمي الشامل للوقاية من تعاطي المخدرات على عينة من تلاميذ 29 مدرسة إعدادية في مدينة مشاركة في تجربة وقائية، بحيث تم أخذ عينة فرعية من التلاميذ (21% من المجتمع الكلي) تميزت بتعرضها الكبير لخطر البدء في تناول المواد المخدرة و ذلك بسبب مصاحبتهم لأصدقاء يتعاطون المخدرات و نتائجهم الدراسية الضعيفة. ركز البرنامج الوقائي على تعليم أفراد العينة تقنيات لرفض المخدرات، معايير مكافحة المخدرات، المهارات الشخصية للتسيير الذاتي و المهارات الاجتماعية العامة.

- بينت نتائج الدراسة أن التلاميذ المعرضون لخطر كبير لتناول المواد المخدرة و الذين شاركوا في الدراسة و استفادوا من البرنامج الوقائي أبلغوا عن معدلات أقل للتدخين و شرب الكحول و استهلاك المخدرات خلال التقييم التتبعي (بعد سنة)، و ذلك بالمقارنة مع التلاميذ المعرضون لنفس الخطر الكبير لتناول المخدرات و الذين لم يشاركوا في البرنامج. و أظهرت النتائج أن البرنامج الوقائي من استهلاك المواد

المخدرة فعال لشباب الأحياء الشعبية ذات الدخل البسيط و الذين يكونون عرضة (بمستوى أكبر من المتوسط) لتعاطي هذه المواد. و منه فإن هذا النوع من البرامج الوقائية العالمية الشاملة يمكن أن يكون فعالا لمجموعة من الشباب المعرضين لسلسلة مستمرة من المخاطر (Griffin et al, 2003 :1).

- **دراسة بوتفين و آخرون Botvin et al (2015):**

هدفت الدراسة إلى التعرف على أثر برنامج التدريب على مهارات الحياة والتعزيز السلوكي المعرفي في وقاية تلاميذ الثانوي من تعاطي التبغ والكحول والمخدرات، و تكونت عينة الدراسة من 452 تلميذ من 12 مدرسة ثانوية استفادوا من برنامج LST الذي من خلال تم تدريبهم على المهارات الاجتماعية و الشخصية.

وتم اختباره باستخدام مؤشرات مركبة لتعاطي المخدرات يوميًا بناءً على عناصر قياس تكرار التدخين وتناول الكحول، شرب الكحول،استعمال القنب والإدمان عليه. كما أخذت الدراسة متغيرات العرق والجنس وهيكل الأسرة، و الاستعمال اليومي أو النسبي للمادة المخدرة بعين الاعتبار.

و أظهرت نتائج الدراسة أنه:

–التدخل أنتج وقاية كبيرةمن الاستخدام اليومي للمادة ، سواء من حيث مؤشر استخدام المواد المتعددة اليومية ونسبة المادة اليومية.

-يعتبر برنامج LSTنهجا فعّالا من حيث التكلفة لمشكلة صحية عمومية مهمة.

-يمكن الوقاية من استخدام المخدرات في المدارس الثانوية باستخدام برنامج التدريب على المهارات الحياتية عند 52%من الذين يستخدمونها يوميا.

-الدراسة فعالة في المدارس المتوسطة على غرار المدارس الثانوية إذا تم تكييف البرنامج حسب خصائص المرحلة النمائية.

- -البرنامج الوقائي العالمي LST الذي قدم في قاعة التدريس فعال ويمكن تعميمه على أوسع نطاق في أي مشكلة صحية مشابهة (Botvin et al, 2015 : 48).

- **دراسة القص (2016):**

هدفت الدراسة إلى الكشف عن فعالية برنامج في التربية الصحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط، وقد تم بناء برنامج في التربية الصحية من طرف الباحثة محتويا على وحدتين وهما: وحدة صحتك في غذائك ووحدة في الحركة بركة. تمثلت الأدوات التي اعتمدت عليها الباحثة في مقياس سلوكيات الخطر من إعداد الباحثة و مقياس الوعي الصحي من إعداد الباحثة إضافة إلىبرنامج التربية الصحية، كما تم استخدام المنهج شبه التجريبي ذو المجموعتين التجريبية والضابطة. وتوصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر ومقياس الوعي الصحي.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسين القبلي والبعدي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
- توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية وأفراد المجموعة الضابطة في القياس و البعدي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات سلوكيات الخطر ومتوسط رتب درجات الوعي الصحي لدى أفراد المجموعة التجريبية بعد تطبيق برنامج التربية الصحية حسب المستوى التعليمي للام وحسب معدل التحصيل الدراسي.
- لا توجد فروق دالة إحصائيا بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي على مقياس سلوكيات الخطر وعلى مقياس الوعي الصحي (القص، 2016: ج).
- **دراسة طويال (2017):**

هدفت الدراسة إلى معرفة فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالثانوية، واستخدمت الباحثة المنهج شبه التجريبي بتصميم المجموعتين المتكافئتين (ضابطة وتجريبية) باختبار قبلي وبعدي.

ولتنفيذ الدراسة تم الاعتماد على مقياس الضغط النفسي من إعداد الباحثة، المقابلة التشخيصية الموجهة، استمارة المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة لعبد الكريم القريشي، و البرنامج الإرشادي السلوكي المعرفي من إعداد الباحثة.تكونت عينة الدراسة من (26 (تلميذة من المرحلة الثانوية ممن حصلن على درجات عالية من الضغط النفسي على مقياس الضغط النفسي، تتراوح أعمارهن بين 16 و 19 سنة، وروعي التجانس بين أفراد عينة الدراسة، من حيث العمر الزمني، والتخصص الدراسي ومستوى الضغط النفسي.

أسفرت نتائج الدراسة على فعالية البرنامج الإرشادي المقترح في خفض أعراض الضغط النفسي وقدرته على تحقيق الهدف من تصميمه لدى عينة الدراسة .وخلصت النتائج إلى ما يلي:

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تنفيذ البرنامج الإرشادي على مقياس الضغط النفسي لصالح القياس البعدي.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة الضابطة في القياسيين القبلي والبعدي على مقياس الضغط النفسي.

-توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية والمجموعة الضابطة في القياس البعدي على مقياس الضغط النفسي لصالح المجموعة التجريبية.

-لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة بين متوسط رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي و التتبعي على مقياس الضغط النفسي (طوبال، 2017: 2).

تعقيب على الدراسات السابقة:

كان ذلك نموذجا لبعض الدراسات التي تناولت متغيرات الدراسة الحالية و المتمثلة في التربية الصحية، تقدير الذات، الضغط و استراتيجيات التعامل معه، إضافة إلى استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول و التي تمثل الظاهرة التي تهدف الدراسة إلى الوقاية منها.

و قد اختلفت الدراسات السابقة عن بعضها البعض في:

- **الأهداف** التي تنوعت و تعددت و ذلك حسب كل دراسة و ما تسعى إلى الكشف عنه، فمنها من ركزت على إظهار طبيعة العلاقات بين المتغيرات و كيف تؤثر على بعضها البعض مثل دراسة فكتور و سميث (2005) التي هدفت إلى الكشف عن طبيعة العلاقة بين الضغط النفسي و احترام الذات و الأفكار الانتحارية عند المراهقين ، و دراسة العايب التي هدفت إلى الكشف عن علاقة تقدير الذات بالضغط المدرسي لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط ، بل و هدفت إلى تبيان أن الفروق في درجات الضغط المدرسي تختلف باختلاف مستويات تقدير الذات لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط.

و منها من هدفت إلى المقارنة بين مجموعات مثل دراسة محمود (2002) التي هدفت إلى الكشف عن أساليب مواجهة الضغوط لدى طلاب المرحلة الإعدادية والثانوية و مقارنة النتائج بين طلاب الريف والحضر.

و منها من هدفت إلى دراسة فعالية برامج التربية الصحية و أثرها على بعض الظواهر أو المتغيرات مثل دراسةجريفين و آخرون (2003) التي هدفت إلى التعرف على فعالية البرنامج العالمي الشامل للوقاية من تعاطي المخدرات ، و دراسة القص (2016) التي هدفت إلى الكشف عن فعالية برنامج في التربية الصحية في تغيير سلوكيات الخطر وتنمية الوعي الصحي لدى تلاميذ السنة الثالثة من التعليم المتوسط.

- **العينات:** شملت عينات الدراسات السابقة سالفة الذكر كلا الجنسين، و قد حاولت الباحثة قدر المستطاع ذكر الدراسات التي اهتمت بنفس عينة الدراسة الحالية و هي التلاميذ (و خاصة تلاميذ المدرسة المتوسطة) مثل دراسة حمزة و حمزة (2018):

التي أجريت عينة من 64 تلميذ من الجنسينمن متوسطة ناصر مسعود قالمة (الجزائر). كما ذكرت دراسات أخرى أجريت على عينة من تلاميذ الثانوية مثل دراسة كينج (1991) التي أجريت على عينة شملت 760 طالب وطالبة من المرحلة الثانوية في هونكونغ. ودراسات أخرى أجريت على الطلبة الجامعيين مثل دراسة محمد (2019) التي أجريت على الطلاب ذوي الإعاقة الحسية بالمرحلة الجامعية.

- **أدوات جمع المعلومات** التي تعددت و اختلفت باختلاف الدراسات، و تمثلت أهم هذه الأدوات (بمختلف مؤسسيها) في مقياس تقدير الذات، مقياس الضغط النفسي، مقياس استراتيجيات التعامل، إضافة إلى برنامج التربية الصحية، و هو ما تم الاعتماد عليه في الدراسة الحالية.
- **المنهج** المتبع لإجراء الدراسات الذي اختلف بطبيعة الحال باختلاف المواضيع و الأهداف. و قد اعتمدت جل الدراسات سالفة الذكر على المنهج الوصفي الارتباطي، المنهج الوصفي المقارن، و المنهج شبه التجريبي و الذي تم الاعتماد عليه لإجراء الدراسة الحالية.
- **النتائج** التي اختلفت باختلاف مواضيع الدراسات و متغيراتها و باختلاف العينات...إلخ.

و قد جاء الموضوع الحالي لدراسة أثر برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل معه بهدف المساهمة و لو بالقليل في الإثراء العلمي (نظريا و تطبيقيا) حول هذا الموضوع و حول المتغيرات التي يهتم بدراستها، و بهدف الوقاية من هذه الظاهرة بطريقة علمية و عملية و بهدف استغلال هذه الدراسة و الاعتماد عليها لإجراء دراسات أخرى مشابهة لها أو أكثر توسعا و عمقا.

VI. تحديد المفاهيم الإجرائية:

التربية الصحية:

هي عملية تحث الناس على تبني عادات صحية في حياتهم ، واتخاذ قراراتهم حول صحتهم بأنفسهم سواء كانوا أفرادا أو جماعات،وذلك لتحسين حالتهم الصحية وتحسين بيئتهم. فالتربية الصحية لا تقتصر على إيصال المعلومة فقط، و إنما تعمل أيضا على تنمية الحوافز والمهارات والثقة في الذات بهدف تحسين الصحة(OMS, 1999: 05).

و هي تلك العملية التي يتم من خلالها نقل لمعلومات و تعليم المهارات و السلوكيات الصحية و زيادة الوعي لدى تلاميذ السنة الأولى متوسط بهدف الوقاية من استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.

برنامج LST:

البرنامج هو عبارة عن إجراءات و عمليات تتميز بالتنظيم و التخطيط، و LST هو برنامج معرفي سلوكي مصمم من قبل الأمريكي Gilbert Botvin المختص في الوقاية من التدخين و المخدرات و الكحول، و يقوم على التدريب على مهارات الحياة التي تساعد التلميذ على الحفاظ على صحته و ترقيتها، و على التعامل مع الحياة و ضغوطها و تحدياتها بفعالية و حزم، كما تساعده على الابتعاد عن سلوكيات الخطر و المتمثلة في استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.

التبغ:

هو نبتة تتميز عن غيرها باحتوائها لمادة النيكوتين الذي تعتبر العامل الرئيسي للإدمان على مجموعة من المنتجات المصنوعة من نبتة التبغ كالسجائر و الشيشة و السيجار و تبغ الغليون tabac à pipe، و التبغ الذي يمضغ (tobacco chewing) المعروف بالشمة في الجزائر.

و قد تم الاعتماد على عبارة "استهلاك التبغ" في الدراسة الحالية للإشارة بالدرجة الأولى إلى تدخين السجائر و استهلاك الشمة و الشيشة.

المخدرات:

هي كل مادة تحتوي على جواهر منبهة أو مسكنة، إذا استخدمت لغير الأغراض الطبية و الصناعية الموجهة إليها فإنها تؤدي إلى التعود و الإدمان. و قد تكون هذه المواد على شكل خام أو مستحضر، و تضر بالفرد و المجتمع جسديا و نفسيا و اجتماعيا (رفعت، 1989: 8).

تأخذ المخدرات صورا متعددة (صلبة، سائلة، غازية)، كما تختلف تأثيراتها فمنها المنشطة و منها المثبطة و منها المهلوسة، و تستهلك إما عن طريق الفم أو الحقن أو الاستنشاق أو التدخين.

و قد تم الاعتماد على مصطلح المخدرات في الدراسة الحالية للإشارة إلى المواد المخدرة المتنوعة (الصلبة و الغازية) و تم استثناء السائلة منها (المشروبات الكحولية) .

الكحول:

الكحول أو الخمر هو مشروب ناتج عن تخمير بعض الفواكه كالعنب أو بعض الحبوب كالشعير. و يعد الكحول الإيثيلي Athyl alcohol (الإيثانول) المادة الفعالة في الخمر، و تختلف نسبته باختلاف المشروبات الكحولية، فالبيرة (الناتجة عن تخمير الشعير) مثلا تحتوي على (4-8%)، و يحتوي النبيذ (الناتج عن تخمير العنب) على (10-18%)، أما الويسكي(الناتج عن تخمير الشعير) فيحتوي على(45-55%)(عبد القوي، 1996: 188).

و قد تم الاعتماد على مصطلح الكحول في الدراسة الحالية للإشارة إلى الخمر أو المشروبات الكحولية باختلاف أنواعها و كميات الكحول التي تحتويها.

تقدير الذات:

يعرفه كوبر سميث Cooper Smith (1967) على أنه انعكاس لاتجاهات و معتقدات الفرد عن نفسه بخصوص النجاح من عدمه و القبول و قوة الشخصية، و ذلك من خلال تعامله و مواجهته للعالم المحيط به. فهو بذلك الحكم الذي يصدر من قبل الفرد على نفسه شاملا تلك الاتجاهات التي تصفه بدقة (Baudin, 2009: 139-140) .

و إجرائيا هوالدرجة الكلية التي يتحصل عليها التلميذفي مقياس تقدير الذات لكوبر سميث.

الضغط :

يعرف لازاروسو فولكمانLazarus&Folkman الضغط على أنه : نتاج تفاعل الفرد مع وضعية يقيمها على أنها مهددة لإمكانياته وتشكل له خطر يهدده : (schweitzer, 2001 68)

و إجرائيا هو الدرجة الكلية التي يتحصل عليها التلميذ في استجاباته على مقياس الضغط لليفنستاين Levenstein.

استراتيجيات التعامل:

يعرفها كل من لازاروس و فولكمان (1984)Lazarus & Folkman على أنها مجهودات معرفية و سلوكية دائمة التغيير يبذلها الفرد لإدارة و تسيير متطلبات داخلية كانت أم خارجية قدّرها أنها مهددة أو تفوق و تستنزف مصادره (Schweitzer, 2002: 356) .

و إجرائيا تمثل الدرجة التي يحصل عليها التلميذ في مقياس استراتيجيات التعامل(C.I.S.S) لأندلر و نورمان Endler & Norman بعد إجابته على أسئلة بنوده التي تتوزع على المحاور التالية :

-استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل : وهي مجموع الجهود الساعية للتحكم في المشكلة ومعالجتها و حلها.

-مواجهة متمركزة حول الانفعال : وهي مجموع العمليات الرامية إلى خفض الضغط والتوتر الناجم عن الوضعية الضاغطة.

-استراتيجيات تعامل متمركزة على التجنب: و تركز على التسلية من خلال تجنب الوضعية والهروب منها بالاعتماد على مجموعة من النشاطات.

-استراتيجيات تعامل متمركزة على الدعم الاجتماعي: و تركز على البحث عن دعم ومساندة اجتماعية.

الجانب الأول

الجانب النظري

الفصل الثاني

التربية الصحية

تمهيد:

تعتبر التربية الصحية عملية مهمة و ضرورية في الرعاية الصحية الأولية التي تسمح للأفراد بالتمتع بالسلامة و الصحة الجيدة. و لقد حظيت باهتمام كبير من قبل مختلف دول العالم بمنظماتها و مؤسساتها الصحية و على رأسها منظمة لصحة العالمية، و ذلك بسبب

ما تلعبه من دور رئيسي في نقل المعلومة الصحية و توجيه الأفراد و الجماعات لتبني السلوكيات الصحية و الابتعاد عن كل ما يضر بصحتهم، و تلقينهم و تزويدهم بالمهارات اللازمة للوقاية من مختلف الأمراض و الحوادث و المشكلات الصحية.

و في الفصل الآتي، سيتم التطرق إلى أهم المعلومات المتعلقة بالتربية الصحية و ذلك لتعريفها و التعرف على أهم النظريات و النماذج الأساسية المفسرة للسلوكيات الصحية، إضافة إلى التعرف على التصاميم الحالية للتربية الصحية و أسسها و أساليبها و مجالاتها، مع التطرق إلى أهم برامج التربية الصحية الوقائية من التدخين و المخدرات و الكحول و التي يهتم موضوع الدراسة الحالية بأثر أحدها على تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل معه عند تلاميذ المدرسة المتوسطة.

I. مفهوم التربية الصحية:

قبل التطرق إلى مفهوم التربية الصحية، وجب تعريف بعض المصطلحات التي ترتبط به.

تعريف الصحة:

تعرف منظمة الصحة العالمية OMS الصحة على أنها حالة كاملة من الرفاهية الجسدية و العقلية و الاجتماعية، و لا تقتصر فقط على الخلو من المرض و الضعف و العجز. نقلا عن(Guiet-Silvain et al, 2011: 111).

وأضافت نفس المنظمة في ميثاق أوتاوا Ottawa(1986) أنه بالتركيز على نوعية الحياة تصبح الصحة تلك الحالة التي يستطيع من خلالها الفرد أو الجماعة تحقيق طموحاتهم و تلبية احتياجاتهم من جهة و التكيف معها من جهة أخرى(OMS, 1986).

و للصحة عدد من الشروط الأساسية و تتمثل في إمكانية :

- السكن.
- التعليم.
- التغذية الملائمة.
- الحصول على دخل معين.
- الاستفادة من نظام بيئي مستقر.
- الاعتماد على إمدادات مستدامة من الموارد.
- التمتع بالحق في العدالة الاجتماعية و المعاملة العادلة.

و تعتبر هذه المتطلبات ذات أهمية و أساسية للتمتع بالصحة (OMS, 1986).

و وفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن هذه المحددات الاجتماعية –التي تمثل مجموع الظروف التي يولد فيها الأفراد و يكبرون و يعيشون و يعملون– ، و محددات الصحة النفسية و الجسمية، تتطور وفق نمو القصر و الشباب و قد تكون مرتبطة بالمجال الطبي، التعليمي، التربوي، و الأسري(https://www.has-sante.fr).

و من خلال هذا التعريف الموسع للصحة تنبثق ثلاثة مفاهيم رئيسية و هي: الوقاية la prévention، التعزيز la promotion، و التربية الصحية L'éducation pour la santé.

تعريف الوقاية:

هي مجموع الإجراءات التي تهدف إلى تجنب أو تقليل شدة أو خطورة الأمراض و الحوادث(CFES, 2001: 4) .

و هناك ثلاثة مستويات للوقاية:

- الوقاية الأولية: و تهدف إلى منع الاضطراب أو المشكل من الحدوث أو تجنب ظهوره.
- الوقاية الثانوية: و تهدف إلى التعرف المبكر على المشكل أو الاضطراب، ثم العمل على إزالته أو تعديله في اتجاه إيجابي و في أسرع وقت ممكن (Nelly, sans date :2) .

- الوقاية من الدرجة الثالثة: تأتي متأخرة مقارنة بالمستويين السابقين، و تهدف إلى تجنب الانتكاسات(les récidives) و مساعدة المرضى أو المعاقين على العيش بأحسن حال ممكن.

و تتم ممارسة كل هذه المستويات الوقائية من خلال أربع فئات من التدخلات المترابطة و هي:

- التدابير القانونية و الاجتماعية و الاقتصادية (إجبارية و مجانية بعض الكشوف المبكرة، التشريع الخاص بالإدماج المهني للمعاقين...إلخ).
- الإجراءات الهادفة إلى التحسين أو الحفاظ على البيئة و ظروف المعيشة (الأمن و السلامة في الشركات، اتخاذ إجراءات للحد من الضوضاء، تهيئة الأماكن العامة لتمكين المعاقين من الوصول إليها و الاستفادة منها...إلخ).
- الإجراءات الطبية (التطعيم، الكشف المبكر...إلخ).
- التربية الصحية (تربية غذائية في المدارس، المساعدة على التوقف عن التدخين بالنسبة للمرضى، التربية الصحية لمرضى السكري...إلخ).

تعريف تعزيز الصحة:

حسب ما ذكر في ميثاق أوتاوا سنة 1986 فإن تعزيز الصحة هو عملية شاملة توفر للأفراد الوسائل التي تضمن لهم التحكم في صحتهم و تحسينها (INSERM ,2003) نقلا

عن (Jacquemin, 2016: 7). و قد أوصت منظمة الصحة العالمية بإدراج كل سياسة صحة عامة ضمن إجراءات تعزيز الصحة و ذلك على النحو التالي:

- السهر على ضمان تنفيذ التدابير التي تحترم المعايير الصحية و ذلك في جميع قطاعات الحياة العامة.
- خلق بيئات و ظروف حياة و عمل ذات تأثير إيجابي على الصحة.
- تعزيز الديمقراطية الصحية، و ذلك بإمكانية مشاركة الأفراد و الجماعات في اتخاذ القرارات المتعلقة بالصحة العامة و بالتالي بصحتهم.
- تطوير التربية الصحية لجميع المواطنين بغض النظر عن أعمارهم و حالتهم الصحية.
- إعادة توجيه الخدمات الصحية بحيث لا تصبح مقتصرة فقط على تقديم الرعاية الطبية و إنما تأخذ بعين الاعتبار ما يعبر عنه الأفراد و الجماعات في المواضيع الصحية، و تسهّل و تعتمد على مشاركتهم في التربية الصحية، إضافة إلى العمل بالشراكة مع القطاعات الأخرى و التي لها علاقة بتعزيز الصحة : (Bourhis, et al, 2009 .7)

و يجب التمييز بين تعزيز الصحة و بين التربية الصحية.

تعريف التربية الصحية:

تعرف منظمة الصحة العالمية التربية الصحية كمكون للرعاية الصحية الذي يهدف إلى تشجيع تبني السلوكيات الصحية [...] و من خلالها تتم مساعدة الأفراد على توضيح سلوكياتهم الخاصة و فهم كيفية تأثيرها على حالتهم الصحية، كما يتم تشجيعهم على القيام بخيارات لعيش حياة صحية أكثر دون إجبارهم على التغيير.

و لا تعتبر التربية الصحية بديلا للخدمات الصحية الأخرى و لكنها ضرورية للاستفادة الصحيحة منها، و التطعيم مثال جيد لذلك، فقد طور العلماء العديد من اللقاحات للوقاية من الأمراض إلا أنه لن تكون لهذه الانجازات قيمة إذا لم يتلقّ الناس التطعيم [...]

تشجع التربية الصحية السلوكيات التي تعزز الصحة و تسمح بتجنب الأمراض و علاجها في حالة حدوثها، و تسهيل عملية إعادة التأهيل. و تحتل حاجيات و اهتمامات الفرد و العائلة و المجموعات و الجمعيات قلب برامج التربية الصحية [...]

و تجدر الإشارة إلى أن التربية الصحية لا ترادف عبارة المعلومة الخاصة بالصحة l'information pour la santé، فالمعلومة الجيدة هي بالتأكيد جانب أساسي للتربية الصحية، و لكن هذه الأخيرة تعالج العوامل الأخرى المؤثرة على السلوك الصحي مثل الموارد المتوفرة، فعالية القيادة الجماعية، الدعم الاجتماعي الأسري... [...]، لهذا فإن التربية الصحية تعتمد على مجموعة من الأساليب المختلفة لمساعدة الأفراد على فهم الموقف الذي يجدون أنفسهم فيه و اختيار تدابير خاصة لتحسين صحتهم.

لا تؤدي التربية الصحية وظيفتها على أكمل وجه إلا إذا شجعت الأفراد على المشاركة و القيام بالخيارات بأنفسهم [...]، كما لا يجب توبيخ الأفراد الذين لا يتصرفون بطريقة تعزز صحتهم، ففي كثير من الأحيان ليس ذنبهم أن تكون لديهم سلوكيات مرضية.

فقد جاءت التربية الصحية للعمل مع العائلات و المجتمعات و حتى السلطات الإقليمية و الوطنية لضمان الموارد و الدعم اللازمين لمساعدة الجميع على عيش حياة صحية (OMS, 1990: 23-24).

يعرف دكاش Deccache (2008) نقلا عن doumont & Libion(2008) التربية الصحية على أنها عملية يتم من خلالها نقل المعرفة لفرد أو جماعة أو مجتمع، و تعليمهم المهارات المتعلقة بالصحة لتجنب و منع مخاطر المرض و للحفاظ على صحتهم أو تحسينها، و ذلك من خلال العمل على سلوكياتهم الصحية و نمط حياتهم. فهي عملية تساعد الأفراد على اتخاذ الإجراءات بشكل منفصل أو جماعي لتعلم اتخاذ قرارات واضحة بشأن القضايا التي تؤثر على صحتهم كأفراد و عائلات و مجتمعات. و لا يقتصر هدفها على توصيل المعلومات فحسب بل أيضا على تحفيز الدافعية و المهارات و الثقة اللازمة للعمل على تحسين الصحة (Doumont et Libion, 2008: 3).

كما يرى كل من بروكر و فاسان Brücker & Fassin (1989) أن هدف التربية الصحية يتمثل أساسا في تعليم السلوكيات الصحية، و وفقا لهما هناك ثلاث فئات من التربية الصحية: الأولية ، الثانوية، و ذات المستوى الثالث.

فأما التربية الصحية الأولية فهي كل عمل تربوي يهدف إلى تعزيز الحالة الصحية، و أما الثانوية فتتمثل في مجموع التدابير التربوية الهادفة إلى تجنب الحادث الصحي و في حالة حدوثه تعمل على استعادة الصحة في أسرع وقت ممكن. و بالنسبة للتربية الصحية من المستوى الثالث فتمثل أي تدخل تربوي يهدف إلى العيش بأحسن حال ممكن مع نتائج الحادث الصحي les séquelles de l'accident . و بهذا فإن التربية الصحية تتدخل قبل المرض أو الحادث الصحي و في بدايته وأثناءه و في نهايته. نقلا عن , Arwidson) et al, 2001 :1)

و من خلال ما سبق يمكن تعريف التربية الصحية كعملية نقل للمعلومة الصحية للفرد و الجماعة بهدف تصحيح المعتقدات الخاطئة و تشجيع تبني سلوكيات صحية، و ذلك عن طريق جعل الفرد و الجماعة جزءً مهما و فعالا في العملية التربوية الصحية و تعليمهم المهارات اللازمة و تحفيزهم حتى يصبحون قادرين على القيام بخيارات و اتخاذ قرارات تحمي صحتهم و تعززها و تقيهم من تبني السلوكيات المرضية. و تعتمد عملية التربية الصحية على عدة إجراءات و وسائل لبلوغ أهدافها، كما تأخذ بعين الاعتبار جميع جوانب الفرد و الجماعة و المجتمع ككل في بناء برامجها التربوية الصحية.

II. النظريات و النماذج النفسية الاجتماعية الرئيسية المفسرة لسلوكيات الصحة و أنماط الحياة:

يري كل من جرين و كروتر Green & Kreuter (1991) و جرين و كول Green & coll (1980) أنـه مـن أجـل تطـوير و اتخـاذ إجـراءات ملائمـة و فعالـة فـي إطـار التربيـة الصحية يجب فهم العوامل المؤثرة و المؤدية إلى نشأة السلوكيات الصحية و عمليات التعلم الصحي، كما هو الحال في علم الأوبئة أو الطب أين يتم البحث عن الصلة السببية بين العامل المؤثر و المرض، بين الخطر و المرض، و بين السلوك و الخطر و النتائج...إلخ.

و لـذلك كـان مـن الضـروري تحليـل الاحتياجـات التربويـة و القيـام بالتشـخيص التربـوي أو السلوكيdiagnostic éducatif ou comportemental .

و تعتمد أي طريقة لتحليل الاحتياجات على نموذج توضيحي أو نظرية للسلوكيات الصحية. و قد تم تطوير و استخدام أكثر من عشرين نموذجا في مجال التربية الصحية تم جمعهم في ثماني فئات رئيسية و هي :

1. **النموذج البيوطبي le modèle Biomédical :**

يفسر هذا النموذج السلوك الصحي للفرد من خلال استعداداته النفسية (الشخصية، الدافعية، قدرات الفهم...إلخ) و من خلال ملفه الاجتماعي الديمغرافي (السن، الجنس، التعليم...إلخ) و من خلال بعض الخصائص للسلوك المتوقع (التعقيد، المدة...إلخ) و المخاطر التي يجب تجنبها (الانتشار، الخطورة...إلخ).

و توجه الإجراءات التربوية الناتجة عن هذا النموذج أساسا نحو المعلومة الموضوعية حول المخاطر و السلوكيات الوقائية، و لكنها تستند أحيانا على بيداغوجية الخوف.

2. نظريـة المعلومـة و الاتصـال Théorie de l'information et la communication:

يرى أصحاب هذه النظرية أن التربية الصحية هي عملية اتصال تشمل ال 5W (who says what to whom with what means and with what effect ?)

و تتمثل العوامل التي تؤخذ بعين الاعتبار في خصائص المرسل و المستقبل و الرسالة و القناة، و لقد استخدم هذا النموذج على نطاق واسع في المناهج الإعلامية و الحملات الجماهيرية .

3. نظريات الشخصية Théories de personnalité:

مثل نظرية التحكم في الصحة لروتر Rotter (1966) و والستون و كول Wallston & Coll (1976) التي سلطت الضوء على العلاقة القوية بين اعتقاد الفرد حول قدرته على التحكم في صحته و السلوكيات الصحية التي يتبناها، و نظريات منطق الصحة التي تهتم بميل الفرد لمنطق التحكم و السيطرة أو منطق الاستسلام و ذلك حسب رأيه و حسب التاريخ الصحي لعائلته، و ميل الفرد لأحد المنطقين هو الذي يفسر سلوكياته و ردود أفعاله اتجاه موقف أو خطر معين (Arwidson, et al, 2001: 26).

4. نظريات القيم و التوقعاتThéories des valeurs-attentes:

و تتمثل تطبيقاتها الرئيسية في نموذج المعتقدات الصحية لروزنستوك و آخرون Rosenstock et al (1988) الذي يُعتبر من أكثر النماذج استخداما لتفسير سلوكيات الصحة، و الذي يفترض أصحابه أن سلوكيات الأفراد الصحية تعتمد على مستوى شعورهم بالتهديد و الخوف من أعراض أو أمراض معينة. و يعتمد هذا النموذج على أربعة أنواع لإدراك المخاطر و الفوائد للفرد المعني و هي:

- احتمالات المعاناة من ظرف معين.
- خطورة هذا الظرف.
- فعالية سلوك أو إجراء معين لتقليل المخاطر.
- التكاليف الحقيقية أو النفسية للإجراءات المخطط لها لمواجهة هذا الظرف أو لتحسينه.

و إضافة إلى شرح السلوكيات الصحية، يساعد هذا النموذج أيضا في فهم سبب وجودها و في تحديد العناصر المؤهلة للتغيير. كما يسمح نموذج المعتقدات الصحية بإقناع الأفراد بخطورة سلوكيات معينة على الصحة و مساعدتهم على اتخاذ القرار الصحيح و تثقيفهم(Gaussel, 2011 : 6).

5. نموذج PRECEDE(الاستعداد و إعادة الإدماج و الأسباب التمكينية في التشخيص و التقييم التربوي) Predisposing, Reintorcing, Enablig, Enabling Causes in Educational Diagnostic and Evaluation

يعتبر نموذج PRECEDE لجرين و كول Green & Coll (1980) و جرين و كروتر Green & Kreuter(1991) أول نموذج متعدد العوامل و لا يتم الاعتماد عليه في مجال علم النفس فقط. تم تطويره و استخدامه في التربية الصحية و يرتبط بالعديد من التشخيصات المتتالية الاجتماعية، الوبائية، السلوكية، التربوية، و الإدارية. و يستعمل على وجه الخصوص نموذج المعتقدات الصحية (Arwidson et al, 2001: 26).

6. نظريات التعلم الاجتماعي Théories d'apprentissage social :

تتناسب نظرية التعلم الاجتماعي لروتر Rotter (1945) و بوندورا Bandura (1977) مع رؤية متعددة الأوجه، حيث ترى أن الشعور يتفاعل بالكفاءة الذاتية مع أهداف الأفراد و دافعيتهم و توقعاتهم و بيئتهم و رفاهيتهم.

و تستند هذه النظرية على مفهوم التفاعل و ثنائية الاتجاه (يؤثر الفرد على البيئة التي تؤثر على السلوك الذي يؤثر بدوره على الفرد)، و تعتبر تعزيز الصحة في المجتمع عملية تزود الأفراد بطرق تضمن تحكما أكبرا في صحتهم الشخصية و القدرة على التحكم.

كما ترى النظرية أن القضايا الصحية لم تعد موضوعا فرديا، بل أصبحت قضية جماعية تتطلب تكييف النظم الاجتماعية مع القضايا المتعلقة بصحة الأفراد. و لتغيير السلوكيات النفسية الاجتماعية بالنسبة لهذه النظرية يجب تصميم برامج وظيفية يتم نشرها على نطاق واسع يتعدى المستوى الفردي، بحيث يتم أولا تطوير نموذجا نظريا يبين المحددات النفسية

الاجتماعية للتغيير و للآليات المنفذة لذلك. و من الضروري بعد ذلك اختيار استراتيجية ترجمة (و هي مستخدمة على نطاق واسع في ميدان الطب) و التي تطبق المبادئ النظرية بطريقة عملية مع تحديد المحتوى و استراتيجيات التغيير و طريقة تطبيقها، ثم أخيرا نشر هذه الممارسات على مستوى المجتمع ككل من أجل الترويج لها و ذلك بهدف تبنيها في جميع الأوساط الاجتماعية و الثقافية المعنية(Gaussel, 2011: 7) .

7. نظرية التمثيلات الاجتماعية Théorie de représentations sociales :

و تفترض هذه النظرية أن التمثيلات الاجتماعية للصحة (و كل ما يتعلق بها) هي العامل الرئيسي الذي يؤثر على بناء و اعتماد و تغيير السلوكيات الصحية.

8. النماذج التكاملية Modéles intégrartifs :

تحاول النماذج التكاملية الحديثة توضيح محتوى النماذج و النظريات السابقة بطريقة شاملة أكثر و ذلك بتجاوز وجهات النظر أحادية المنحى و التي تعتبر محدودة للغاية من ناحية الرؤية و المساهمة. و تشمل نظرية الأنظمة ذاتية التنظيم théorie des systèmes autorégulés لليفنتال و كامرون Leventhal & Cameron (1987)، نموذج التنبؤ بالسلوك لبندر Pender (1982)، و النموذج الشامل للرعاية الوقائية لوالش و ماك في Walsh & Mc Phee (1992)، و يمكن إضافة نموذج بروشاسكا و ديكليمونت Proshaska & Diclémente (1982) الذي لا يشرح السلوكيات الصحية و إنما يسلط

الضوء على المراحل التي تميز التغيير خاصة فيما يتعلق بالإدمان على التدخين المخدرات. و يعتبر هذا النموذج بأن تغيير السلوك هو عملية (و ليس إجراء منفردا) تتميز بدرجات مختلفة من الدافعية و الإرادة التي يبديها الفرد، و تتم هذه العملية في ست مراحل و هي :

- ما قبل التأملla pré contemplation : لا يكون الفرد فيها على دراية بالمشكل أو لا يفكر بجدية في التغيير.
- التأمل la contemplation : يفكر الفرد بجدية في التغيير (في المستقبل القريب).
- التحضير la préparation : يعتزم الفرد اتخاذ الإجراءات و القيام بتعديلات نهائية قبل تغيير السلوك.
- الإجراء l'action : يتخذ الفرد إجراءات معينة تهدف إلى تعديل السلوك بشكل ملموس.
- L'entretien : يكرر الفرد الخطوات الموصى عليها مع الكفاح لمنع الانتكاسات.
- La résiliation : يكتسب الفرد القدرة على مقاومة الانتكاس (Gaussel, 2011: 6)

كان هذا ذكر لأهم النماذج و الأطر التفسيرية التي استخدمت بشكل أساسي بهدف فهم السلوكيات الصحية و التنبؤ بها و بهدف تطبيق التربية الصحية على المستوى الفردي و حتى الجماعي.

و يمكن الاعتماد على العديد من النماذج النفسية الاجتماعية التفسيرية المذكورة و خاصة التكاملية منها و ذلك لفهم العوامل المؤثرة بطريقة مفتوحة و قابلة للتكيف مع كل موقف أو جمهور.

III. التصاميم الحالية للتربية الصحية :

يوجد حاليا تصميمين سائدين للتربية الصحية: الأول ينظر إليها بطريقة محددة و متعلقة بالأداء الجيد للإنسان بجميع جوانبه الجسمية و العقلية و الاجتماعية، و علوم الصحة هي التي تتبنى هذا التصميم، فبالنسبة لأصحاب هذا الاتجاه فإن التربية الصحية تركز على تعلم المهارات و السلوكيات المواتية لرؤيتهم للصحة.

أما بالنسبة للتصميم الثاني فإن التربية الصحية تعتبر جانبا من التعليم العام و التعليم للحياة. و أصحاب هذا الاتجاه هم أساسا العاملون في مجال علوم التربية الذين يرون أن الصحة هي أحد جوانب و مواضيع التربية.

و يعتبر كلا الرأيين شرعيا و لكن دلالتهما العلمية تختلف بل و تتعارض، بحيث أن كل تصميم يفضل و يعتمد على متدخلين على حساب الآخرين. ففي التصميم الأول تشغل حصة المهنيين الصحيين المكانة و الأهمية الكبرى و يعتبر الطب المدرسي فيها أساسيا. أما بالنسبة للتصميم الثاني فإن المختصون في التربية و المعلمون و الأولياء هم الذين يلعبون دورا أساسيا في التربية الصحية.

و مع ذلك فمن المهم التأكيد على تكامل التصميمين فيما بينهما، فالأول يعتبر تصميما بيولوجيا آنيا immédiat له علاقة بالصحة العامة و يهدف إلى الوقاية من المخاطر الموجودة، أما التصميم الثاني فهو عبارة عن تربية طويلة الأمد(على المدى البعيد) و التي قد لا تتلاءم برامجها مع حالات الخطر المستعجلة، و تاريخ الوقاية من الإيدز خير مثال عن ذلك.

فالحاجة إلى حماية الشباب و البالغين من خطر قائم ذو عواقب خطيرة و فورية تكتمل بالحاجة طويلة المدى إلى تهيئة الظروف للتفكير و التغيير في مسائل العلاقات الاجتماعية و العاطفية و الجنسية في سياق صحي.

و هكذا قام المختصون في الوقاية بالتوسع التدريجي في أهداف تدخلاتهم بدءً من الوقاية من الإيدز نحو الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا، ثم إلى الصحة العاطفية و الجنسية، و أوسع من ذلك و وصولا إلى غاية احترام الذات و الجسد، و أصبحت حاليا المواضيع الثلاثة تعالج في نفس الوقت (Arwidson et al, 2001 : 24-25).

IV. أسس التربية الصحية مجالات التربية الصحية

لخصت رشاد(2000) أسس التربية الصحية فيما يلي:

- يحدد صحة الفرد كل من الوراثة و أسلوب الحياة و ذلك راجع لإلى الاختلاف في التكوين.

- تعتبر التربية الصحية مسؤولية مباشرة و مشتركة بين المنزل و المدرسة.
- فعالية برنامج التربية الصحية تتطلب الفهم، المشاركة، التعاطف، و المساعدة من قبل المختصين في النظام المدرسي.
- يجب أن يتم تقبل و تبني التربية الصحية ضمن البرنامج التعليمي للمدرسة.
- رفع مستوى صحة المدرس أمر هام في التربية الصحية بقدر أهميته في نوعية و تكاليف التربية و التعليم.
- من أهم عناصر التربية الصحية للطفل هناك الإعداد الوظيفي و المهاراتي للمدرس، فيجب أن تُعدّ برامج التربية الصحية بشكل مناسب ببناء و خلق و تنمية شخصية المدرس لأن الصحة تعتبر أسلوب حياة و لا يمكن تدريسها بطريقة آلية.
- إن تنمية العادات الصحية عند الطفل قبل كِبره أم مهم، لأن العادة مطلوبة قبل أن تكون المعلومة ممكنة. و التدريب على الصحة يبدأ في البيت و يكتمل في المدرسة ابتداءً من الصفوف الأولى، و خلال نموه يتلقى التوضيح التدريجي للمعلومة التي تبنى عليها العادة الصحية و ذلك مع مراعاة ميول و قدرات الطفل (رشاد، 2000: 19-22).

٧. أساليب و وسائل التربية الصحية:

بمجرد فهم الدافع المؤدي إلى السلوك الخطر يمكن تحديد الأسلوب أو الأساليب المختلفة التي تحفز تغيير السلوكيات مع الأخذ بعين الاعتبار مجموعة من النقاط المهمة في اختيار

الأسلوب المناسب الذي يجب أن يتكيف مع الموقف و مع المشاكل، لذلك من الضروري أن يتم الاختيار بعناية .

و وجود أساليب كثيرة يدل على وجود العديد من الطرق لحل المشاكل، فقبل اتخاذ القرار يجب أن يكون المختص الذي يقوم بالتربية الصحية على دراية بالمشكل [...]

و للمساعدة في حل المشكلات المتعلقة بالسلوكيات الصحية من خلال التربية الصحية يجب طرح بعض الأسئلة :

- هل الأفراد مستعدون و قادرون على التغيير؟
- كم عدد الأفراد المعنيون؟
- هل الأسلوب ملائم للثقافة المحلية؟
- ما هي الموارد المتوفرة؟
- ما هي مجموعة الأساليب التي ينبغي تطبيقها؟
- ما هي الأساليب التي تتوافق مع خصوصيات المجموعة المستهدفة (الجنس، السن، الديانة...إلخ)؟ (OMS, 1990: 74-75).

و لتطبيق برامج التربية الصحية كما يجب و للنجاح في مساعدة الأفراد على اتخاذ قرارات حكيمة بشأن صحتهم و نوعية حياة مجتمعهم، من الضروري تقديم المعلومات بطريقة دقيقة و مفهومة و باستخدام أساليب مختلفة.

و قد قام تازاشو و ألام Tazachew & Alem (2004) بذكر مختلف أساليب التربية الصحية كالآتي:

1. طرق إرسال الرسائل الصحية:

لكي يتم إيصال الرسالة الصحية يجب الاعتماد على إحدى الطريقتين التاليتين:

- الطريقة المباشرة– الشخصية (أفراد و جماعات)
- الطريقة غير المباشرة– وسائل الإعلام و المعينات البصرية

و الاختيار المناسب للأدوات و الأساليب التعليمية مهم جدا لنقل المعلومة بشكل فعال، فعلى سبيل المثال و في حالة توقع وجود مقاومة من قبل الفئة المستهدفة لأن التغييرات الموصى بها تتعارض مع اعتقاداتهم و تقاليدهم، فإن الطريقة المباشرة التي تعتمد على الجهود التعليمية الشخصية المكثفة تكون ضرورية في هذه الحالة. أما إذا كانت نتائج التغييرات الموصى بها مغرية للفئة المستهدفة بحيث لا تبدي مقاومة كبيرة اتجاهها فيمكن الاعتماد على وسائل الإعلام في هذه الحالة.

و تجدر الإشارة إلى أمر مهم و هو أن التواصل الصحي الفعال نادرا ما يتحقق بالاعتماد على طريقة واحدة فقط، ففي معظم الحالات يحتاج تحقيق التغيير في السلوك إلى استخدام مجموعة من التقنيات مع الأخذ بعين الاعتبار كل من الفعالية و التكاليف عند اختيار التقنيات أو الأساليب.

2. الأساليب التربوية:

1.2. الأساليب التربوية الفردية (الإرشاد):

يعتبر الإرشاد من الأساليب الأكثر استخداما في التربية الصحية لمساعدة الأفراد و الأسر، و هو اتصال بين شخصين يساعد فيه أحدهما الآخر على رفع مستوى الفهم و الثقة و القدرة لإيجاد الحلول لمشاكله الشخصية. و يمكن تقديم هذه الخدمة للمرضى في المراكز الصحية، و للتلاميذ في المدارس، و للعائلات أثناء الزيارات المنزلية...إلخ (Yazachew et Alem, 2004: 57-58)

2.2. الأساليب التربوية الجماعية:

إن حل الكثير من المشاكل الجماعية في المجتمع يستدعي العمل الجماعي و لا يمكن تحقيقه على المستوى الفردي. و العمل مع المجموعات يعد نشاطا رئيسيا في التربية الصحية، فعندما يجتمع الأفراد للتعرف و لتحديد مشاكلهم و حلها تتوفر لديهم موارد أكثر بكثير مما تكون عليه في حالة العمل الفردي.

و تتكون المجموعة المثالية من 5 إلى 10 أعضاء و كلما كبر العدد كلما قلت فرص الأعضاء في التكلم و المشاركة و المناقشة.

و من الأساليب الشائعة المستخدمة في التربية الصحية الجماعية هناك:

1.2.2. المناقشة:

التي تتيح الفرصة لأعضاء الجماعة للتعبير عما يدور في أذهانهم و للتحدث عن مشاكلهم و تبادل الأفكار و تشجيع بعضهم البعض على حل المشكلات و تغيير سلوكهم.

2.2.2.الاجتماعات:

التي تعتبر جيدة لتدريس شيء مهم بالنسبة لمجموعة كبيرة من الناس و يتم عقدها لجمع المعلومات و تبادل الأفكار و اتخاذ القرارات و وضع الخطط لحل المشاكل.

3.2.2. العروض التوضيحية:

و هي عبارة عن إجراء ينطوي على مزيج من التعليم النظري و الأعمال التطبيقية مما يضفي عليها نوعا من الحيوية، و يتم استخدامها لإظهار كيفية القيام بشيء ما. و الغرض الرئيسي منها هو مساعدة الناس على تعلم مهارات جديدة بشرط أن يكون حجم المجموعة صغيرا لكي يحضا كل الأعضاء بفرصة التدريب. و تتم العروض التوضيحية بإتباع الإجراءات المتمثلة (المقدمة، العرض التوضيحي، الأسئلة و المناقشة، التلخيص).

4.2.2. لعب الأدوار:

و ذلك عن طريق تمثيل مواقف من الحياة الواقعية و المشاكل بحيث يحاول اللاعب أن يتقمص دور شخصية ما و يتصرف مثلما تتصرف عند مواجهتها موقف أو مشكلة معينة. و يتم استخدام هذه الطريقة لإظهار شعور مختلف الأفراد اتجاه مشكلة ما، و ما يجب عليهم فعله حيالها. كما يستخدم أسلوب لعب الأدوار للبدء في المناقشة، لمعرفة العواقب المحتملة لسلوك معين و لفهم سبب لجوء الأفراد له. و من خلال هذا الأسلوب يتعلم أعضاء المجموعة و يتعرف على سلوكياتهم و كيف يمكن للمواقف و القيم أن تشجع على التعاون و حل المشكلات أو كيف يمكنها أن تخلق المشكلات.

5.2.2. المواد التعليمية:

و تشمل جميع المواد المستخدمة للتدريس و التي تساعد في دعم عملية الاتصال و تحقيق التأثير المطلوب. و فيما يلي مجموعة من الوسائل التعليمية التي يشيع استخدامها في برامج التربية الصحية:

- **الصوتيات audios** : و تتضمن أي شيء مسموع مثل الحديث، الموسيقى، و أي صوتيات أخرى، و يعتبر الحديث من الطرق التعليمية الأكثر استخداما [...] و منها:

-**المحادثات الصحية health talks** : و هي الطريقة الأكثر طبيعية للتواصل مع الناس، و في التربية الصحية يمكن أن يتم ذلك مع فرد واحد أو مع الأسرة أو مع المجموعات (صغيرة أو كبيرة).و قد كانتالمحادثات الصحية و لا تزال الطريقة الأكثر شيوعا لمشاركة المعرفة و الحقائق الصحية، و مع ذلك يجب جعلها أكثر من مجرد نصيحة و أكثر فعالية من خلال دمجها مع طرق أخرى خاصة مع الوسائل البصرية مثل الملصقات، slides، و الفديوهات و غيرها [...]

- **المعينات البصرية visual aids**: و هي عبارة عن أشياء تتم رؤيتها و تعتبر من أقوى طرق توصيل الرسائل خاصة عندما تكون مصحوبة بأساليب تفاعلية. و من مميزاتها أنها:

-تثير الاهتمام بسهولة.

-تقدم صورة ذهنية واضحة للرسالة.

-تسرّع و تعزز الفهم.

-يمكن أن تحفز التفكير النشط و تخلق التعلم النشط.

-تساعد الذاكرة و توفر تجربة مشتركة.

و تتميز المعينات البصرية بالفعالية الكبيرة مقارنة بالكلمات مقارنة بالكلمات و حدها و تزداد فعاليتها إذا امتدت إلى الممارسة و التطبيق، و تتمثل في : المنشورات، الجرائد، النشرات الإخبارية، الصور، الملصقات، اللوحات الورقية، الرسوم البيانية، العروض،

المحاضرات، الندوات، إضافة إلى وسائل الإعلام الجماهيرية (ميكروفون، راديو، تلفاز، سينما، مطبوعات إخبارية، معارض...إلخ) و هي أفضل الطرق للانتشار السريع للمعلومات و الحقائق البسيطة لعدد كبير من السكان بأقل تكلفة.

و إضافة إلى كل هذه الأساليب هناك النوادي، الأغاني، القصص،الحِكم...إلخ (Yazachew, et Alem, 2004: 67-84).

VI. أهداف التربية الصحية :

يمكن ذكر الأهداف التي يُسعى إلى تحقيقها من خلال التربية الصحية في نقاط و هي:

- تقديم المعلومات الكافية و اللازمة حول الأمراض و خاصة المزمنة منها.
- الرفع من مستوى الوعي الصحي و تعليم الأفراد المهارات الصحية.
- النهوض بالسلوكيات الصحية و التوجيه الصحيح للممارسات الصحية بشكل واقعي و منطقي لتحقيق السلامة.
- النهوض من المفهوم العلاجي إلى المفهوم الوقائي.
- توفير تكاليف العلاج الباهضة و ذلك بالعمل على تقليل الإصابات و المرض.
- توثيق جميع الخطط و البرامج و القياس من فترة لأخرى بواسطة المشاركة الجماعية (بديرينة، و فكار، 2021: 207).
- التأكيد على أهمية الصحة كمصدر قوة للمجتمع.
- إمداد المجتمع بالمعلومات و الخبرات للقدرة على حل مشاكلهم الصحية بأنفسهم.

- تطوير الخدمة الصحية.
- مساعدة الأفراد على إدراك إمكانياتهم و استغلالها لحل مشاكلهم الصحية.
- إرشاد الأفراد و حثهم على تبني السلوكيات الصحية و الابتعاد عن كل سلوك يضرهم و يضر غيرهم.
- التوعية بمخاطر الأوبئة و الأمراض و حث الأفراد على حماية أنفسهم منها.
- تحسين ظروف العيش البيئية و الاجتماعية و الاقتصادية (بوبعاية، دون سنة: 94).

VII. مجالات التربية الصحية:

تتعدد مجالات التربية الصحية و تختلف و تتكامل فيما بينها و ذلك للإلمام بمختلف الجوانب الجسمية و النفسية و الشخصية و الاجتماعية للفرد، و لقد حددت منظمة الصحة العالمية مجالات التربية الصحية في ما يلي:

- مجال الصحة الشخصية.
- مجال الصحة الغذائية.
- مجال صحة المستهلك.

- مجال الصحة العقلية و النفسية.
- مجال الصحة الأسرية.
- مجال صحة المجامع.
- مجال الصحة البيئية.
- مجال الأمن و الوقاية من الحوادث.
- مجال الوقاية من الأمراض و التحكم فيها.
- مجال سوء استخدام المخدرات و المواد الضارة (عاكيف، 2015: 281).

و في تصنيف آخر تتمثل مجالات التربية الصحية في :

- الصحة الشخصية: و يشمل توعية الفرد بأهمية الصحة و النظافة و التغذية و النوم و العمل و الراحة و ممارسة الرياضة و الترويح عن النفس في أوقات الفراغ (زكي، ص43) نقلا عن (دبلة و صدراتي، 2013: 109).
- التربية الصحية في المنزل: و تتم مع أفراد الأسرة، بحيث تعتبر العادات الصحية للكبار مهمة جدا كونهم المثل الأعلى للصغار، إضافة إلى العمل على اتجاهات الأسرة نحو الصحة و الإجراءات الصحية...إلخ.
- التربية الصحية في الوسط المدرسي: و تتم في المؤسسات التعليمية و خارجها و لكن بتوجيه من المدرسة، و يشارك في هذه العملية كل من الأساتذة و الأطباء و المختصون النفسانيون و الاجتماعيون. و لا تكتفي العملية بتقديم المعلومات و

الحقائق الصحية للتلميذ، بل و تهتم بكل جوانبه من شخصية و ميول و عادات و اتجاهات و معتقدات و قيم صحية، و ذلك في جميع مراحل تعليمه. كما تأخذ بعين الاعتبار كل ما يمكن أن يؤثر على التلميذ كنظافة المدرسة و التغذية المدرسية و التربية البدنية و طرق التدريس و العلاقات الإنسانية في حرم المدرسة و الأنشطة الاجتماعية (وجيهو آخرون، ص347) نقلا عن (دبلة و صدراتي، 2013: 110).

- التربية الصحية في محيط المجتمع: و تتمثل في النصائح و الإرشادات المقدمة من طرف المسئولين عن الصحة في المجتمع، إضافة إلى البرامج التي تنظمها هيئات مختلفة كوسائل الإعلام و ذلك لإتاحة الفرص لأفراد المجتمع للمشاركة و المساهمة في المشاريع الصحية (بوبعاية، بدون سنة: 91).

و بما أن موضوع الدراسة الحالية بهتم بالتربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي ، فسيتم التطرق إلى التربية الصحية المدرسية و إلى برامجها الوقائية من استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول.

و التربية الصحية المدرسية هي ذلك الجزء من التربية الصحية الذي يتم في المؤسسات المدرسية لتعزيز صحة التلاميذ و صحة المجتمع من خلال المدارس،بفضل الجهود التي تبذلها هيئة المدرسة ومن يساعدها من أطباء وأخصائيون نفسانيون واجتماعيون ...إلخ.

و إضافة إلى تزويد التلاميذ بالقدر المناسب من المعلومات و المعارف و الحقائق الصحية ، تهتم التربية الصحية المدرسية بشخصية التلميذ و ميوله وعاداته واتجاهاته وقيمه، وبكل ما يمكن أن يؤثرعليه في جميع مراحل تعليمه و نموه .

و لقد فرضت التربية الصحية نفسها على الساحة التربوية و عرفت اهتماما كبيرا من قبل مختلف منظمات الدول و مؤسساتها، و ذلك بسبب عنايتها ورعايتها بالنشء في المدارس باعتباره هدفا كبيرا تضعه الدولة نصب عينيها،لأنه الطريق الصحيح للنمو الطبيعي والتقدم الحضاري للأمة، و ذلك بفضل تنشئة المواطنين الأصحاء الذين يتمتعون بوعي و سلوكيات صحية تعفي الدولة من صرف أموال طائلة لعلاج مختلف الأمراض الخطيرة و المزمنة، و لتعويض ما تخلفه الحوادث من خسائر مادية و لمكافحة الظواهر الخطيرة كالتدخين و تعاطي المخدرات و الكحول، و لتفادي الخسائر البشرية الناتجة عن كل المشاكل سالفة الذكر.

و تختلف برامج التربية الصحية المدرسية باختلاف المشكل أو المرض أو الخطر الذي تراد الوقاية منه، و سيتم التركيز فيما يلي على البرامج التي تهدف إلى الوقاية من التدخين و المخدرات و الكحول و التي تطبق في المدارس باعتبارها البيئة المثالية التي يقضي فيها الشباب جزء كبيرا من وقتهم، و التي تتيح لهم الفرصة لاكتساب المعارف و المهارات اللازمة للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول.

و خلال السنوات الأخيرة تم تقييم العديد من البرامج الوقائية، و اتضح أن بعضا منها أبدى نتائج واعدة و فعالية جيدة في مدارس مختلفة، و فيما يلي ملخص حول هذه البرامج أو المشاريع :

VIII. برامج التربية الصحية المدرسية للوقاية من التدخين و المخدرات و الكحول:

1. البرامج المستهدفة Programmes ciblés :

1.1. برنامج SUCCESS

School Using Coordinated Community Efforts to Strenghen Students :

و هو برنامج موجه للتلاميذ المعرضين لخطر كبير لاستهلاك المخدرات (و هو ما يسمى بالتدخل الموجه)، و يعتمد على خبراء تتمثل مهمتهم في التدخل المبكر عن طريق تقديم خدمات وقائية متعددة.

يهدف هذا البرنامج إلى الوقاية و التقليل من استهلاك المؤثرات العقلية بين طلاب المدرسة الثانوية الذين يواجهون مشاكل متعددة .

و يرتكز البرنامج على مجموعة من النقاط، أهمها:

-التربية الوقائية: التي تتم خلال ثماني جلسات يقدم فيها مستشار البرنامج معلومات حول الوقاية من الإدمان على المخدرات.

-الإرشاد الفردي و الجماعي: يستفيد منه التلاميذعبر سلسلة من ثمانية إلى اثني عشر جلسة فردية أو جماعية لمدة محددة.

-مشاركة الأولياء في البرنامج.

-توجيه الحالات إلى سلطات أو منظمات أخرى للعلاج أو التدخلات اللازمة في حالة وجودتلاميذ و أولياء يحتاجون إلى علاج مكثف أو خدمات أخرى.

خضع مشروع SUCCESS إلى دراستين تقييمين، بحيث أجريت الدراسة الأولى في نيويورك سنة 1995 على عينة من 425 طالبا في ثلاث مدارس بديلة تستقبل المراهقين المعرضين لمخاطر عالية و يواجهون مشاكل متعددة، و قد تم تطبيق اختبارات قبلية و أخرى بعدية و المقارنة بينهما. و وفقا لنتائج الدراسة فإنه بعد سنة من تطبيق البرنامج ظهر أثره في التقليل من استخدام المواد المخدرة و تقليل المواقف و السلوكيات السلبية لدى الطلاب من خلال:

- انخفاض تعاطي المخدرات بنسبة 37%.
- توقف 23 % من الطلاب المشاركين في المشروع من التعاطي مقابل توقف 5 % من غير المشاركين.
- انخفاض السلوكيات المسببة للمشاكل.
- انخفاض الاختلاط بالأقران المتعاطين للمخدرات.

و أما بالنسبة للدراسة التقييمية الثانية فقد اعتمدت على نفس التصميم التجريبي للدراسة الأولى ، و تكونت عينتها من 363 طالبا في مدارس ثانوية عادية. و أظهرت نتائج الاختبار البعدي الذي أُجري بعد 21 شهرا أن المشاركين في البرنامج قللوا أو أخروا استهلاكهم للكحول و المخدرات الأخرى مقارنة بطلاب المجموعة الشاهدة، و خلال الشهر الأخير من تطبيق الاختبار البعدي :

-قل احتمال استهلاك أفراد العينة للقنب (الماريخوانا).

-قل احتمال استهلاك استنشاق المواد المخدرة.

-قل احتمال استهلاك الأدوية التي تتطلب وصفة طبية.

-قل احتمال التدخين.

-قل احتمال تعاطي أفراد العينة للمخدرات عندا يكونون بمفردهم (CNPC, 2009: 9-10).

و بالتالي فقد أثبت برنامج SUCCESS فعاليته على جميع المستويات المدرسية ابتداء من الصف التاسع إلى غاية الصف الثاني عشر و بغض النظر عن الجنس و العرق.

2.1. برنامجTND (Towards No Drug Abuse):

صمم هذا البرنامج لمساعدة تلاميذ المدارس الثانوية الذين تتراوح أعمارهم بين 14 و 19 سنة على مقاومة تعاطي المخدرات ، و يتكون محتواه من اثني عشرة درسا يتم إلقاؤه في مدة تتراوح بين أربعين و خمسين دقيقة،من خلال القيامبالأنشطة التحفيزية، و التدريب على المهارات الاجتماعية و اتخاذ القرارات .

و خلال الحصص يكون التلاميذ مجموعات للتحاور ، للعب الأدوار، لمشاهدة فيديوهات و أفلام و لتصفح أوراق الأعمال.

يُوجه هذا البرنامج لتلاميذ المدارس البديلة المعرضين لخطر كبير، و يركز على مهارات الإنصات النشط، مهارات الاتصال الفعالة، تسيير الضغط و التعامل معه، مهارات التكيف، تقنيات الإقلاع عن التدخين ، و التحكم في الذات ، و هي مهارات تمكن المراهق من مواجهة الآثار الناتجة عن عوامل الخطر التي يواجهها.

خضع برنامجTND لعملية تقييم شملت 2500 طالب في 42 مدرسة بديلة في جنوب كاليفورنيا، و وفقا لنتائج الدراسة فقد ساهم البرنامج في خفض معدلات استهلاك المخدرات الصلبة و الكحول عند عينة الدراسة بشكل كبير. كما أثبت فعاليته في الحد من العنف في المدارس البديلة(CNPC, 2009: 11).

و هذا يدل على أنه برنامج جيد و فعال في الوقاية من تعاطي المخدرات خاصة بالنسبة للأفراد المعرضين بشكل كبير لخطرها.

2. البرامج العالمية و الشاملة Programmes universels :

1.2. مشروع ALERT:

هو برنامج يطبق على نطاق واسع في المدارسلوقاية التلاميذ الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 14 سنة من التدخين و تعاطي المخدرات و شرب الكحول. و ذلك خلال سنتين بمعدل إحدى عشرة درسا في السنة الأولى و ثلاثة دروس تدعيمية في السنة الثانية . و يهدف البرنامج إلى مساعدة التلاميذ على تحديد و التعامل مع الضغوط التي قد تؤدي إلى التعاطي أو الاستهلاك، و على فهم النتائج و الآثار الاجتماعية و الانفعالية و النفسية الناتجة عن هذه المواد المخدرة ، و على تحفيز الطلاب و تنمية دافعيتهم ، و على تطوير المهارات اللازمة لترجمة هذه الدافعية و تحويلها إلى مقاومة فعالة ضد تناول المواد المخدرة.

لقد تم إثبات فعالية برنامج ALERT ، و تبين أنه ساعد الشباب على تجنب الاستهلاك الخطير للكحول و لكنه لم يمنعهم من البدء في الشرب أو تقليل استهلاكهم لمستوى معقول.

بحيث انخفضت نسبة شرب الكحول ب 24% بين المشاركين في البرنامج مقارنة بغير المشاركين ، أما بالنسبة للتدخين فإن نسبة انخفاضه قدرت ب 19% وذلك بعد 18 شهر من المشاركة في البرنامج.

و على عكس البرامج الأخرى في الولايات المتحدة الأمريكية و غيرها فإن برنامج ALERT يركز على الإدمان على المخدرات و لا يقتصر على الحث على الوقاية من استخدامها فقط (CNPC, 2009: 11-12).

2.2. برنامج (Life Skills Training)LST:

هو برنامجمعرفي سلوكي يركز على التدريب على مهارات الحياة بهدف للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول. تم تطويره منذ أكثر من ثلاثين سنة من قبل جيلبرت بوتفين Gilbert J. Botvin، و هو خبير أمريكي رائد في مجال الوقاية من تعاطي المخدرات و السلوك الصحي. و باعتبار الاستخدام المبكر للمواد المؤدية للإدمان عاملا خطيرا يؤدي إلى السلوك الإجرامي و المنحرف، جاء برنامج lst ليطبق في المدارس مستهدفا بذلك الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول من قبل المراهقين و خاصة المتمدرسين منهم في المرحلة المتوسطة.

يتمثل الهدف الرئيسي لبرنامج LST في الوقاية من إدمان مراهقين على التبغ و المخدرات و الكحول و تشجيع الاتجاه إلى الحلول الصحية بدلا من السلوكيات الخطيرة و المرضية، و ذلك من خلال الأنشطة التي تهدف إلى:

- تعليم مهارات مقاومة الضغوط الاجتماعية للتدخين والشرب وتعاطي المخدرات.
- تطوير تقدير ذاتي إيجابي.
- بناء الثقة بالنفس.
- تعلم مهارات التعامل الفعال مع القلق.
- زيادة المعرفة بعواقب تعاطي المخدرات.

- تحسين الكفاءة المعرفية والسلوكية لتقليل ومنع السلوكيات الخطرة على الصحة(sécurité publique canada, 2018).

لقد أثبت برنامج LST فعاليته و أظهرت الدراسات أن تأثيره يمكن أن يصل إلى خفض نسبة استهلاك التبغ و الكحول و القنب(الماريخوانا) إلى النصف من حيث الانتشار و التكرار، كما أظهرت بيانات المتابعة الطويلة أن الانخفاض الملحوظ لتعاطي المخدرات بين طلاب الصف السابع يمكن أن يستمر إلى غاية نهاية الدراسة الثانوية .

و بالإضافة إلى قدرة البرنامج على المساعدة على خفض نسب تعاطي التبغ و الماريخوانا و الكحول إلى أكثر من 80 % أثبتت الدراسات التقييمية أنه قادر على خفض الصور الأكثر خطورة للاستهلاك كتعاطي أنواع متعددة للمخدرات ، تدخين علبة سجائر في اليوم، و شرب الكحول بشكل مفرط إلى حد السكر(CNPC, s d: 13).

و تم الاعتراف به كبرنامج نموذجي و مثالي من قبل مختلف الوكالات الحكومية و خاصة الولايات المتحدة الأمريكية منها:

- المعهد الوطني لتعاطي المخدرات.
- مكتب السياسة الوطنية لمكافحة المخدرات.
- قسم التعليم.
- الجمعية الطبية الأمريكية.
- الجمعية الأمريكية لعلم النفس.

- مراكز التحكم في الأمراض و الوقاية منها.
- مركز الوقاية من تعاطي المخدرات (Botvin, s d: X).

كما تم تطبيقه في أكثر من ثلاثين بلد.

خلاصة:

من خلال ما سبق، يمكن القول أن التربية الصحية هي عملية يتم من خلالها تغيير المفاهيم الصحية الخاطئة و تعديل السلوكيات الضارة و توجيهها لتصبح أكثر صحة و أمانا. و هي لا تعتمد على حشو عقول الأفراد بالمعلومات فحسب، بل تُشرِكهم في العملية التربوية الصحية آخذة بعين الاعتبار كل ما يتعلق بالفرد و يمكن أن يؤثر عليه، و مُركِّزة على تلقين المهارات و تنمية الدوافع و تعزيز الثقة حتى يصبح الفرد قادرا على الاختيار و اتخاذ القرارات المتعلقة بصحته.

و تختلف أساليب التربية الصحية و الطرق التي تعتمد عليها، كما تتعدد مجالاتها لتشمل الصحة الشخصية، الجنسية، البيئية، الغذائية، العقلية، النفسية و غيرها. و يتم القيام بالعملية التربوية الصحية في ثلاثة أوساط رئيسية و هي: البيت و المجتمع و المدرسة.

و باعتبار هذه الأخيرة الوسط الذي يقضي فيه التلميذ وقتا معتبرا من حياته، زاد الاهتمام بها و طُوِّرت الكثير من البرامج التي تطبق داخل مؤسساتها لتنمية العادات الصحية لدى التلميذ قبل أن يكبر، و تزويده بالمعلومات و القواعد الصحية السليمة مع مراعاة سنه و مستواه المدرسي و المعرفي.

و قد اختلفت برامج التربية الصحية المدرسية باختلاف المشاكل الصحية المراد الوقاية منها، و لاهتمام موضوع الدراسة بالوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي، تم التطرق لأهم البرامج الوقائية من هذه السلوكيات و التي أثبتت فعاليتها في خفض مستويات استهلاك كل من التبغ و المخدرات و الكحول و الوقاية منها. و تمثلت هذه البرامج في: برنامج SUCCESS، برنامج TND، برنامج ALERT، وأخيرا LST الذي يعتبر برنامجا معرفيا سلوكيا يهتم بتعليم مجموعة من المهارات التي تساعد على مقاومة المخدرات من خلال تصحيح المعلومات و المعتقدات الخاطئة حولها ، و مهارات للتعامل مع الضغط الذي يمارسه المحيط على الفرد حتى يستهلك التبغ و المخدرات و الكحول، و مهارات التسيير الذاتي. إضافة إلى تعلم استراتيجيات و تقنيات للتمكن من

اتخـاذ القـرارات و حـل المشـكلات و التعامـل مـع القلـق و الغضـب و التـوتر، و المهـارات الاجتماعية العامة.

و قد حظي برنـامج LST بمكانـة هامـة فـي مجـال الوقايـة من استهلاك التبـغ و المخـدرات و الكحول و ذلك لفعاليته المثبتة في خفضاستهلاك هذه المواد المخدرة بنسبة تزيد عن 80 %، و قدرته على خفض الصور الأكثر خطورة للاستهلاك كتعاطي أنواع متعددة من لمخدرات ، تدخين علبـة سـجائر فـي اليوم، و شـرب الكحـول بشـكل مفرط إلـى حـد السـكر. إضـافة إلـى اعتمـاده علـى الأسـاليب التفاعليـة و الممتعـة خـلال الحصـص التربويـة مثـل لعـب الأدوار و مشاهدة الفيديوهات و استراتيجية القصص، الاستماع إلى تسجيلات صوتية و المناقشة، و إعطاء الفرصة للتلاميذ لإبداء آرائهم دون عقد و دون إصدار الأحكام...إلخ. و هذا ما أدى إلـى الاهتمـام بـه كبرنـامج تربيـة صـحية للوقايـة مـن الاسـتهلاك المبكـر للتبـغ و المخـدرات و الكحول، و دراسـة أثره علـى تقدير الذات والضـغط و استراتيجيات التعامل معه عند تلاميذ المدرسة المتوسطة.

الفصل الثالث

تقدير الذات

تمهيد:

انتشر مفهوم تقدير الذات مؤخرا و زاد الاهتمام به لكونه من بين المفاهيم الأساسية المساعدة على فهم شخصية الفرد و سلوكه و أساليب تكيفه مع مختلف مواقف الحياة. و قد تم إدراج مفهوم تقدير الذات ضمن دراسات علم النفس من قبل مارجريت ماد التي ترى أن تكوين الفرد لمفهومه عن ذاته يأتي من خلال تحديده للسلوك الذي عليه أن يتبناه و من خلال الآخرين، و من قبل كولي الذي يعتبر الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه نتيجة لتقييم الآخرين له (شعيب، 1988: 135).

و تمت دراسة تقدير الذات و علاقاته مع عدة متغيرات نفسية أخرى من قبل العديد من الباحثين الذين بينوا في كل مرة أهميته باعتباره حجر الزاوية في الشخصية.

و في الفصل الآتي عرض لأهم المعلومات المتعلقة بتقدير الذات بدءً من تحديد مفهوم الذات و تعريف تقدير الذات، ثم التطرق باختصار إلى تاريخه و انتقالا إلى أهم النظريات التي فسرته، ثم ذكر أنواعه و مستوياته للتعرف على العوامل المؤثرة عليه و على خصائص الأفراد المحققين لذاتهم. و قد تم التطرق إلى العلاقة بين تقدير الذات و المدرسة ثم إلى علاقته باستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي و باستهلاك المواد النفسية لنذكر أخيرا بعض النقاط التي تبن أهمية هذا المفهوم.

I. تعريف تقدير الذات:

لتعريف تقدير الذات تعريفا واضحا لا بد من تحديد مفهوم الذات التي حظيت باهتمام العديد من الباحثين نظرا لمكانتها البارزة و دورها في فهم شخصية الفرد.

و يعتبر ويليام جايمس Wiliam James (1890) من الباحثين الأوائل الذين اهتموا بدراسة الذات، و قد اعتبرها "ظاهرة شعورية تمثل المجموع الكلي لكل ما يستطيع الفرد أن يعتبره له" (دويدار، 1999: 31).

و يشير كل من ليسيني و تولف Tolve & Lecigne (2010) إلى أن مفهوم الذات هوهيكل يسمح للفرد بتكوين فكرة دقيقة نسبيًا عن نوع الشخص الذي هو عليه في موقف معين. و بذلك يعرف معظم علماء النفس الاجتماعي الذات على أنها تتكون من ثلاثة أبعاد:

- البعد المعرفي: و يتكون مما سماه ماركوسMarkus (1977) ومونتيل Monteil لاحقًا (1993) بالمخططات الذاتية. بحيث يساهم ما يفعله الفرد لتنظيم أو شرح سلوكه في تكوين الهياكل المعرفية المتعلقة بنفسه و التي سماها ماركوس(1986)بمفاهيم الذات.
- البعد العاطفي: والذي يعتبر حسب هيجينز Higgins (1987) وظيفة تنظيمية للتأثيرات الإيجابية والسلبية.
- البعد السلوكي : والذي يشير حسب مارتينوت Martinot (1995) إلى الترسيخ الاجتماعي لصورة الذات والجانب السلوكي للذات : (Lecigne & Tolve, 2010 .1)

كما يعرفه روزنبرج Rosenberg(1979) على أنه بناء افتراضي يجعل من الممكن شرح سلوك الشخص والتنبؤ به. و هو وصفي وتقييمي ، ويعكس جميع التمثيلات التي يمتلكها الفرد عن نفسه ويتمايز أكثر فأكثر و تتعدد أوجهه من الطفولة إلى البلوغ. نقلا عن(Lecigne & Tolve, 2010 : 1).

و من جهتهم، يرى سمارة و آخرون(1993) أن مفهوم الذات يمثل طريقة الفرد في النظر إلى نفسه و تفكيره و شعوره بها. و هو تلك القيم و الاتجاهات و الأحكام التي يكونها الفرد عن سلوكه و جسمه و مهاراته كشخص. و هو مفهوم مكتسب يكونه الفرد من خلال تفاعله مع محيطه (سمارة و آخرون، 1993: 191).

في حين يعرفه كامبل Campbelle (1996) على أنه "بنية منظمة للمعرفة تحتوي على سمات وقيم وذكريات تتعلق بالذات وتتحكم في معالجة المعلومات المتعلقة بالذات" (Campbelle et al, 1996: 141).

و يتكون مفهوم الذات حسب أبو مغلي و آخرون(2002) من أفكار الفرد الذاتية عن العناصر المختلفة لكينونته الداخلية و الخارجية و المتمثلة في:

- الذات المدركة التي تكونها تصورات الفرد لخصائص ذاته كما يراها.
- الذات المثالية و هي تصورات الفرد المثالية للشخص الذي يريد أن يكون.

- الذات الاجتماعية و هي تصورات الفرد و اعتقاداته حول آراء الغير حوله و الصورة التي يكونوها عنه و التي يمثلها خلال تفاعله معهم (أبو مغلي و آخرون، 2002: 105).

و يرى محمود(2011) أن مفهوم الذات هو مفهوم تكونه أفكار الفرد الذاتية التي تنشأ من خلال تفاعله الاجتماعي مع الآخرين، و هو شعور الفرد و إحساسه بقيمته أثناء احتكاكه مع محيطه (محمود، 2011: 22).

و من خلال ما سبق يمكن تعريف مفهوم الذات على أنه نتاج لأفكار الفرد و تصوراته و اعتقاداته حول ذاته، يكتسبه و يكونه من خلال تجاربه الشخصية في محيطه. و له أبعاد معرفيو و انفعالية و سلوكية و أوجه تختلف باختلاف المرحلة العمرية التي يكون فيها الفرد. و يمكن مفهوم الذات من فهم سلوك الفرد و التنبؤ به.

أما بالنسبة لتقدير الذات، فيعرفه كوبر سميث Cooper Smith (1967) على أنه انعكاس لاتجاهات و معتقدات الفرد عن نفسه بخصوص النجاح من عدمه و القبول و قوة الشخصية، و ذلك من خلال تعامله و مواجهته للعالم المحيط به. فهو بذلك الحكم الذي يصدر من قبل الفرد على نفسه شاملا تلك الاتجاهات التي تصفه بدقة. نقلا عن (Baudin, 2009: 139-140) .

و يذكر دورارد و آخرون Dorard et al (2013) أن روزنبرج (1979) يرى أن تقدير الذات يمثل شعور الفرد إيجابيا كان أم سلبيا اتجاه نفسه و تقديره و احترامه لها، و القيمة

التي يعطيها لذاته كفرد. و يعتبر عموما كمُكوِّن تقييمي عاطفي لمفهوم الذات و الذي يعكس تصور الفرد لنفسه و ليس حقيقة ذاته في الواقع. و يؤكد على أهمية الأداء الاجتماعي و الشخصي و المظهر الجسدي كمكونات لتقدير الذات، كما يرى أن هذا التقدير سواء كان إيجابيا أو سلبيا يقوم على نظام القيم الشخصية التي يمتلكها الفرد أو على معايير خارجية استُدخِلت خلال مرحلة الطفولة، و ينتج هذا التقدير عن مدى التوافق بين التطلعات و نجاح الفرد (Dorard et al, 2013: 3).

بينمايعرف كاربنيتو Carpenito(1995) تقدير الذات على أنه التقييم الذي يقوم به الفرد لقيمته الخاصة (البعد العاطفي للذات) ، و يغطي تقدير الذات كل المعرفة التي يمتلكها الفرد عن نفسه (البعد المعرفي الذاتي).

و يرى أن هناك ارتباطا وثيقا بينتقدير الذات ومفهوم الذات، و ذلك لأن الأول (تقدير الذات)ينتج عن المقارنة بين ما نحن عليه أو نعتقد أننا عليه (مفهوم الذات) وماذا نريد أو نستطيع أن نكون (الأنا المثالية) (Carpenito, 1995 : 270) .

كما يعرفه كارلسون Carlson (2000) على أنه أحكام شخصية يصدرها الفرد عن نفسه و عن خصائصه الجسمية و العقلية و الانفعالية (Carlson,2000 :45).

و من جهة أخرى يرى الفحل (2000) أن تقدير الذات هو حكم الفرد على نفسه و على ذاته من خلال تجاربه مع مواقف حياتية عديدة، و لا يعترض الفرد على هذا الحكم لأنه نابع من انفعالاته و إحساسه اتجاه الآخرين (الفحل،2000: 11).

في حين يعرفه الشيخ (2008) على أنه حكم الفرد على نفسه و مدى توافقه معها و على طبيعته و نشاطه و كفاءته، و يكون هذا الحكم إما إيجابيا أو سلبيا (الشيخ، 2008: 28).

و انطلاقا مما سبق يمكن ملاحظة الاتفاق بين الباحثين في تعريفهم لتقدير الذات بالرغم من اختلافهم و اختلاف المصطلحات المستخدمة للتعبير عن المفهوم . و من خلال ما تم ذكره تعرف الباحثة تقدير الذات على أنه حكم يصدره على نفسه و تقدير و قيمة يعطيهما لها و ذلك نتيجة الأفكار و الاعتقادات التي يكونها عن ذاته و مقارنتها بما يريد أن يكون عليه، و قد يكون هذا الحكم إيجابيا أو سلبيا.

II. نبذة تاريخية عن مفهوم تقدير الذات:

لا يعود تاريخ اهتمام العلماء بمفهوم تقدير الذات إلى اليوم، و يعتبر ويليام جايمس (1890– 1892) من أوائل الباحثين الذين كان لهم أثرا في العمل في هذا المجال. و قد اعتبر أن تقدير الذات هو "الوعي بقيمة الذات" ، و يؤكد هذا المؤلف بشكل أساسي على أهمية الديناميكيات داخل الشخصية وداخل النفس في تنمية تقدير الذات.

و في عام 1902 ، قدم كولي Cooley منظورًا جديدًا من خلال تطوير الفرضية القائلة بأن الشعور بقيمة الذات سيكون بناءًا اجتماعيًا يتشكل من خلال التفاعلات مع البيئة ، وذلك منذ الطفولة. و تحدث كولي بذلك عن تأثير المرآة الاجتماعية (looking glass self) بحيث يربأن نظرة الآخرين هي التي تبعث المؤشرات التي تسمح للفرد بمعرفة رأيهم عنه(Lecigne, et Tolve, 2010 : 2).

و منذ نهاية القرن التاسع عشر جعل علماء النفس مفهوم تقدير الذات أحد أعمدة أعمالهم. و أخذ هذا المفهوم أسماء مختلفة و ذلك حسب الاتجاه، بحيث يتحدث المحللون النفسيون عن النرجسية الثانوية (فرويد ، 1914–1972) و هي عبارة عن تمثيل واعٍ ناتج عن العمليات المعرفية والاستثمارات الغريزية. أما السلوكيونفيستخدمون مصطلح الإدراك الذاتي الذي يميز البشر عن الحيوانات الأخرى (واتسون، 1919).

و في الأربعينيات استخدم علماء النفس أمثال ألبورت Allport (1943)، جولدستين Goldstein (1940)، ميد Mead (1934)، و روجرس Rogers (1951) مفهوم الوعي الذاتي ، والذي يتوافق مع التجربة اليومية لاستمرارية الهويةالتي تبنى تدريجيا كلما كان الفرد قادرا على فهم مساهمته الخاصة مقارنة بمساهمة الآخرين،و يفهمها من خلال مدى قدرته على وضع نفسه "مكان" الآخرين.

و في حوالي عام 1960 ، فتح مؤيدو علم نفس الأنا أمثال إريكسون Erikson (1956)، هارتمان Hartmann (1964)، كوهوت Kohut (1974)، و سوليفان

Sullivan (1953) مسارًا جديدًا لبناء الذات وأمراضها. و تشير الذات بالنسبة لهم إلى جميع الإدراكات و التصورات والمشاعرالتي يمتلكها الفرد عن نفسه، كما تشير إلى مفاهيم مألوفة مثل صورة الذات ، والشعور بالكفاءة أو احترام الذات، ولها طابع الدوام.

ثم طور المعرفيون في السبعينيات أمثال إبستاين Epstein(1973)، ماركوس Markus(1977)، و سنايدر Snyder(1979) مفهوم المخطط الذاتي كنمط من التمايز والوحدة والاستمرارية. و هذا النمط يجعل من الممكن حفظ العناصر التي تهم الفرد بشكل أسرع وأكثر كفاءة ويوجه دوافعه وسلوكياته.

و جاء المتخصصون في علم النفس الاجتماعي بعدها أمثال كوستالات فونو Costalat–Founeau(1997) و تاب Tap(1980) للتأكيد على ضرورة أخذ دور الآخرين بعين الاعتبار في تنمية وتعزيز تقدير الذات. كما يؤكدون على تأثير نوع البيئة الاجتماعية على مستوىتقدير الذات(Grégory, 2005: 7).

و لقد أظهرت الأعمال التي تتناول المواقف الاجتماعية المختلفة منذ فترة طويلة أن هيكلة الصورة الذاتية تعتمد إلى حد كبير على التصور الذي يحمله الفرد لتقييمات الآخرين له. و يتضح أن تقدير الذات يشير إلى نظام معياري ، أي القيمة الاجتماعية المرتبطة ببعض الصفات و السمات والمواقف والسلوكيات التي ينسبها الفرد لنفسه وينظمها عندما تحدث عمليات اجتماعية مهمة للذات. و وفقًا لمونتالMonteil (1993) فإنه من الممكن الوصول إلى المعرفة الذاتية للتقييم الذاتي بسهولة أكبر اعتمادًا على مدى تكرارها وارتباطها بالتعزيز

الاجتماعي ، أي أنها تعتمد بشكل كبير على توقعات الفرد في سياق معين (Lecigne & Tolve, 2010 : 2).

III. النظريات المفسرة لتقدير الذات:

1. نظرية كوبر سميث (1967):

يرى كوبر سميث أن تقدير الذات هو مفهوم ذو جوانب عديدة و يتضمن عمليتي تقييم، بحيث تتمثل الأولى في تقييم الذات و الثانية في تقييم ردود الأفعال و الاستجابات الدفاعية.

كما يذكر أن تعبير الفرد عن تقديره لذاته يتضمن واحدا (تعبيرا) ذاتيا يمثل إدراك الفرد لذاته و آخرا سلوكيا يشير إلى السلوكيات التي يمكن ملاحظتها و التي تدل على إدراك الفرد لذاته (الشناوي، 2001: 127).

ويميز كوبر سميث بين نوعين في تقدير الذات و هما:

- تقدير الذات الحقيقي الذي يتمتع به الأشخاص الذين يشعرون بالفعل أنهم ذو قيمة.
- تقدير الذات الدفاعي، الذي يوجد عند الأشخاص الذين يشعرون أن لا قيمة لهم ولكنهم لا يستطيعون الاعتراف بمثل الشعور.

ويفترض كوبر سميث أن تقدير الذات يتحدد من خلال:

- النجاحات
- القيم

- الطموحات
- والدفاعات

كما وضح أن الرعاية الوالدية تؤثر في نمو تقدير الذات و أن هناك أربعة حالات ترتبط برفع مستوى تقدير الذات و تتمثل في تقبل الطفل، دعم سلوكه الإيجابي، احترام مبادراته، و إعطائه حرية التعبير (أبو جادو، 2007: 153) نقلا عن (بن درف، 2010: 148).

و الملاحظ مما سبق أن كوبر سميث يعتبر تقدير الذات مفهوما معقدا يقوم على تقييم الفرد لذاته و لاستجاباته، و له مجموعة من المحددات و يتأثر كثيرا بالأولياء و طريقة تربيتهم و مدى دعمهم لأطفالهم و احتوائهم.

2. نظرية روزنبرج (1965):

ظهرت هذه النظرية من خلال دراسة روزنبرج للفرد و ارتقاء سلوك تقييمه لذاته ، في ظل عدة عوامل مثل المستوي الاقتصادي والاجتماعي ، والديانة وظروف التنشئة التربوية . ووضع ثلاثة تصنيفات للذات هي :

-الذات الحالية أو الموجودة : وهي الذات التي يرى الفرد نفسه عليها وينفعل بها.

-الذات المرغوبة: وهي الذات التي يريد الفرد أن يكون عليها.

-الذات المقدمة: وهي صور الذات التي يحاول الفرد أن يظهرها أو يعرفها للآخرين .

و يرى روزنبرج أنه لا أحد يستطيع أن يقدر ذاته و يقيمها إلا من خلال الآخرين، لذلك يعطي أهمية كبيرة للعوامل الاجتماعية. كما يعتبر الذات موضوعا يتعامل معه الفرد و يكون اتجاها نحوها (كفافي، 1997: 176).

كما اهتم بديناميكية تطور صورة الذات الإيجابية في المراهقة و دو الأسرة و تأثيرها على تقدير الفرد لذاته (كفافي، 1989: 103).

وأوضح أن تقدير الذات المرتفع يعني احترام الفرد ذاته، و تقديره لها بشكل مرتفع، بينماتقدير الذات المتدني فيقصد به رفض الذات وعدم الرضا عنها (سليمان، 1992: 96).

و يتضح أن روزنبرج قدر ركز في دراسته و تفسيره لتقدير الذات على الأسرة و ما تلعبه من دور في تقدير الفرد لذاته و تأثيرها على سلوكه فيما بعد، كما ركز في تعريفه لتقدير الذات على اتجاه الفرد الذي يربط بين ما مضى و ما سيكون من أحداث و تغيرات و سلوكيات.

3. نظرية كارل روجرز(1969):

من بين أهم المفاهيم التي تركز عليها نظرية كارل روجرز:

- مفهوم الكائن العضوي و هو الفرد ككل.
- مفهوم المجال الظاهري و يمثل الخبرات الفردية الكلية.

- مفهوم الذات و هي جزء من المجال الظاهري الذي يتكون من الإدراك و القيم المتعلقة بالذات الذي يحدد شخصية الفرد.

يعتبرروجرز الذات جوهر الشخصية الإنسانية، و مفهومها هو حجر الزاوية الذي ينظم سلوك الإنسان. و يتأثر مفهوم الذات بخبرات الفرد وقيم الآباء، وأهدافهم.

كما أنالفرد يكون أفكاره عن نفسه عن طريق التعلم و الاكتساب، وهذه الأفكار تتطور منذ الميلاد وتتمايز بالتدريج خلال مرحلتي الطفولة والمراهقة، و يمكن بناؤها من خلال ثلاث مصادر و هي:

-قيم الآباء وأهدافهم.

- تصورات الفرد حول المجتمع المحيط.
- خبرات الفرد المباشرة .
- التصورات التي تكون الصورة المثالية التي يرغب أن يكون عليها .

ويرى روجرز أن لمفهوم الذات وظيفتين ، الأولى دافعية محفزة للفرد لتحقيق الأهداف ، و الثانية تحقق تكامل السلوك لتحقيق الصورة التي يكونها الفرد عن نفسه (الداهري، 2008: 355-357).

لقد أعطى روجرز أهمية كبيرة لخبرة الفرد الذي يكتسبها منذ ميلاده من والديه و من المجتمع و يرى أنها أساسية في بناء مفهوم الذات المنظم لسلوك الفرد.

4. نظرية زيلر(1969):

يعتبر زيلر تقدير الذات بناء اجتماعيا للذات ويؤكد أن تقييمها لا يحدث في معظم الحالات إلا في الإطار المرجعي الاجتماعي. ويرى أن تقدير الذات يلعب دور المتغير الوسيط و يتوسط الذات والعالم الواقعي ، و بذلك فإن تقديرالذات هو العامل المحددلنوعية التغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته عندما تحدث تغييرات في بيئته الشخصية الاجتماعية. و يشير زيلر أن الشخصية المتمتعة بدرجة عالية من التوازن يكون لديها مستوى مرتفع من تقدير الذات (كفافي، 198: 105).

لقد أكد زيلر على العامل الاجتماعي في تناوله لمفهوم تقدير الذات و على دوره في نشأته و نموه، كما و اعتبر تقدير الذات وسيطا بين الذات و الواقع و محددا للقيمة التي يعطيها الفرد لنفسه و ذلك من خلال تعامله و تفاعله مع بيئته و ما تحمله من تطورات و تغيرات و أحداث.

IV. أنواع و مستويات تقدير الذات و خصائصها:

يختلف تقدير الذات من فرد لآخر، و قد ميز الباحثون بين مستوياته.

حيث يرى كوبر سميث أن تقدير الذات ينقسم إلى:

- تقدير الذات الحقيقي الذي يظهر عند الأفراد الذين يشعرون أن لديهم قيمة.

- تقدير الذات الدفاعي الذي يظهر عند الأفراد الذين يشعرون بعدم قيمتهم و يعجزون عن الاعتراف بذلك، فيتعاملون على أساس أنهم يشعرون بقيمتهم مع نفسهم و مع غيرهم (سلامة، 1991: 679).

أما روزنبرج فيرى أن هناك ما يسمى ب:

- تقدير الذات المرتفع الذي يدل على إعطاء الفرد قيمة و أهمية لنفسه.
- تقدير الذات المنخفض الذي يدل على احتقار الفرد لذاته و رفضها و عدم الرضا عنها(عبد الله، 1991: 9).

و يضيفكوبر سميث أنه توجد فئة من الأشخاص تقع بين ذوي التقدير المنخفض وتقدير الذات المرتفع، وهي فئة الأشخاص ذوي التقدير المتوسط للذات إذ ينمو ذلك لديهم من خلال قدراتهم على عمل الأشياء المطلوبة منهم، حيث تكون إنجازاتهم متوسطة (مؤمن، 2004: 515) نقلا عن (بن درف، 2020: 149).

في حين يقسم خير الله (1981) تقدير الذات إلى نوعين:

- تقدير الذات السلبي: تكون لدلى صاحبه صورة سلبية عن نفسه و عدم الثقة في قدراته و الشعور بالذل و الخوف من الفشل و العجز.
- تقدير الذات الإيجابي: يشعر صاحبه بالثقة بنفسه و عدم الخوف من المواقف التي يواجهها، و تتكون لديه صورة إيجابية عن نفسه و شعور بالنجاح و الجدارة بالتقدير (خير الله، 1981: 108).

و يرى زهران (1997) أن تقدير الذات الإيجابي يدل على الصحة النفسية و التوافق النفسي و يعتبر تقبل الذات بعدا من الأبعاد الرئيسية في التوافق الشخصي (زهران، 1997: 72).

و يضيف مورك Murk أن الأفراد الذين يتمتعون بتقدير ذات مرتفع يتمتعون بثقة أكبر في النفس و بنظرة إيجابية عن ذاتهم، و هم أقل عرضة للضغط النفسي (سليم، 2003: 158)، كما أنهم منفتحون على التحديات الجديدة و المجازفة، و لديهم روح المسؤولية و الشعور بالرضا عن أنفسهم و إنجازاتهم، و يتقبلون أنفسهم و ينظرون إليها نظرة واقعية، كما لديهم القدرة على تحديد نقاط قوتهم و ضعفهم و العمل على حل مشاكلهم (هيلان، 2007: 7).

V. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

حسب سانتروك Santrock (2003) فإن تقدير الذات يبدأ منذ ولادة الفرد، و أن تجاربه المبكرة خلال طفولته و مرحلة مراهقته تؤثر بشكل كبير على شخصيته، لإضافة إلى الأسرة التي تلعب دورا أساسيا في عملية التنشئة الاجتماعية من خلال تربية الأولياء لأبنائه، فقد وجد أن الآباء ذوي تقدير الذات العالي و الذين لديهم روح المسؤولية و يوفرون جوا عائليا دافئا ينجحون في تنشئة أطفال يتمتعون بشخصية قوية (Santrock, 2003 : 33).

و يرى الجسماني(1994) أن للمدرسة أهمية تربوية كبيرة و تأثير قوي على شخصية الطفل، فهي تكمل ما بدأت به الأسرة (الجسماني، 1986: 38).

كما تلعب جماعة الأقران دورا كبيرا و هاما في بناء الشخصية، بحيث يرى زهران (1979) أن الجماعة تساهم في النمو الجسمي و العقلي و الاجتماعي و الانفعالي للطفل و ذلك من خلال المشاركة في الأنشطة الرياضية و النشاطات الاجتماعية و ممارسة الهوايات. و يكون تأثير الجماعة إيجابيا على الفرد كلما كانت هذه الأخيرة رشيدة، أما إذا كانت منحرفة فإن التأثير سيكون سلبيا على الفرد (زهران، 1997: 78).

و هناك مصادر عديدة و متنوعة لتقدير الذات و تختلف أنواعها باختلاف تقسيم الباحثين. فيرى الماضي (1993) أن بعض العوامل المؤثرة في تقدير الذات تتمثل في :

- الاهتمام و الاحترام و التقبل و المعاملة التي يحظى بها الفرد من قبل الأشخاص المهمين في حياته.
- تاريخ النجاحات التي حققها الفرد و المناصب التي شغلها في حياته.
- مدى تحقيق الفرد لطموحاته و أهدافه في الجوانب المهمة بالنسبة له.
- كيفية تعامل الفرد مع المواقف التي يتعرض فيها للتقليل من قيمته (الماضي، 1993: 62).

و ترى الباحثة أنه من بين العوامل التي قد تؤثر على مستوى تقدير الذات هناك:

- شخصية الفرد و ما تحمله من سمات مختلفة.
- شكل الفرد (المظهر الجسدي).

- الأسرة و طبيعة العلاقات و المعاملة بين أفرادها و خاصة مع الأولياء و طريقة تربيتهم و تنشئتهم لأبنائهم.
- المدرسة و موظفيها و خاصة المعلمين و طرق تعليمهم و معاملتهم للتلاميذ.
- الأقران.
- العلاقات الاجتماعية المختلفة و مدى احترام الآخرين للفرد.
- ما حققه الفرد من نجاح أو فشل في كل مجالات حياته.

VI. خصائص الأفراد المحققين لذاتهم:

يرى الرحمان (1998) أن الأفراد المحققين لذاتهم يتمتعون بمجوعة من الخصائص التي لا توجد عند ذوي تقدير الذات المتدني، و منها:

- القدرة العالية على تقبل الذات و الآخرين و تحمل زلاتهم و عدم إصدار الأحكام.
- التلقائية و معرفة الذات و الإدراك الجيد لدوافعهم و قدراتهم و انفعالاتهم و اختياراتهم.
- التركيز على المشاكل الخارجية و الاعتقاد أن لديهم مهاما محددة في الحياة، الأمر الذي يستنزف من طاقتهم.
- الحاجة إلى الخصوصية و الانعزال.
- الاستقلالية و عدم الحاجة إلى السيطرة على الآخرين لأعراض أنانية، و هم أكثر مقاومة للغزو الفكري و الثقافي.

- الإقبال الكبير على تجديد إعجابهم و إثرائهم للاستجابات العاطفية و استمتاعهم الدائم بما يحققونه من انجازات و إشباعات لحاجاتهم.
- الشعور المتكرر بالنشوة و الكمال المطلق نتيجة الحب و التقدير الكبيرين لعمل أو إنجاز ما.
- الاهتمام الاجتماعي الكبير و التعاطف الحقيقي و الرغبة الفعلية في دعم الآخرين.
- تكوين علاقات شخصية عميقة مع الأحباء و الانجذاب للخير و للاحترام و النزاعة و الأدب أكثر من الميل للجانب الجسمي.
- الديمقراطية و القدرة الكبيرة على مصاحبة الناس باختلاف طبقاتهم و أجناسهم...إلخ
- التمييز بين الخير و الشر و بين الوسيلة و الغاية و التمتع بالأدب و الأخلاق و تحمل المسؤولية.
- روح الابتكار في الحياة (الرحمان، 1998: 442-447).

و تساعد هذه الخصائص الفرد على النظر إلى ذاته بإيجابية و احترام و تزيد من ثقته في نفسه و الشعور بأهميته و بالتالي تتيح له الفرص للتقدم المستمر و النجاح و الرقي في حياته.

VII. تقدير الذات و المدرسة:

تلعب المدرسة دورا كبيرا و هاما في تكوين شخصية التلميذ و في تقديره لذاته، فهي الوسط الذي يقضي فيه هذا الأخير وقتا معتبرا من حياته، و هي بمثابة أسرته الثانية التي

يكون مع أفرادها علاقات تؤثر عليه و على أفكاره و معتقداته و قيمه، و على نظرته لنفسه و تقديره لها.

و للمعلم مكانة كبيرة و دور أكبر في تكوين التلميذ أكاديميا و نفسيا و يعتبر المثل الذي يقتدي به التلميذ بعد والديه. فمثلما تؤثر أساليب تربية الأولياء لأبنائهم على تقديرهم لذاتهم تؤثر كذلك الطرق التي يتبعها المعلم مع التلميذ على تقديره لذاته و ذلك من خلال التدريس و التقييم و العقاب إضافة إلى المعاملة التي يمكن أن تشعر التلميذ بالأمان و التقدير و الاحترام و التقبل مهما كانت حالته و وضعيته، كما يمكن أن تجعله يحتقر نفسه و لا يرضى عنها و لا يثق فيها و في قدراته و إمكانياته.

فكلما كانت العلاقة بين المعلم و التلميذ قائمة على الاحترام و الاحتواء و الدعم المعنوي و التشجيع و دفع التلميذ نحو الأمام لتحقيق النجاح و الإيمان بقدراته و استثارتها و تحفيزها، كلما كون التلميذ نظرة إيجابية عن ذاته و قيمها و قدرها تقديرا جيدا و وثق فيها و في قدراته، و بالتالي سيكون قادرا على التعامل مع مختلف الأحداث التي تصادفه تعاملا سليما و فعالا وخاصة الأحداث الضاغطة التي يمكن أن تهدد سلامته و صحته النفسية و الجسمية.

VIII. تقدير الذات و استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي و استهلاك المواد النفسية:

يرى كوبر سميثأن الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يكونون أكثر استهدافا للمرور بمزيد من أحداث الحياة السلبية و منغصاتها و هذا بسبب تفكيرهم السلبي فيما يتعلق بأي شيء (Smith, 1993: 108).

و تضيف جمعة أن تقدير الذات يعتبر أحد متغيرات الشخصية التي أظهرت درجة من الثبات كمتغير منبئ باستجابة الفرد للضغط النفسي، و أظهرت العديد من الدراسات أن منخفضي تقدير الذات يتأثرون بسلبية شديدة بعد مرورهم بخبرات الفشل و يؤثر ذلك على دافعيتهم و أدائهم مقارنة بمرتفعي تقدير الذات الذين يقيمون أنفسهم تقييما أفضل (جمعة، 2007: 80).

و قد أكدت دراسة موشودر Mosshoder (1981) على وجود ارتباط بين تقدير الذات و الضغوط بحيث يعاني منخفضي تقدير الذات من مستويات عالية من الضغط مقارنة بمرتفعي تقدير الذات (Jalajas, 1994) (نقلا عن آيت حمودة، 2007: 107-108).

و نفهم من ذلك أن الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يميلون إلى تقييم الأحداث الضاغطة تقييما سلبيا و يرون أنها تشكل لهم تهديدا كبيرا ، و أنهم غير قادرين على التعامل معها نتيجة عجزهم و افتقارهم للمهارات و الإمكانيات و القدرات اللازمة –حسب نظرهم– مما يؤدي بهم إلى اللجوء إلى استراتيجيات تعامل غير فعالة مع الأحداث الضاغطة.

و هذا ما يؤكده كل من مولاهان و موس Holahan&Moos نقلا عن (Terry, 1994)، بحيث يريان أن الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض هم أكثر تبنيا لاستراتيجيات التجنب مقارنة بمرتفعي تقدير الذات الذين يلجئون إلى استراتيجيات تعامل أكثر فعالية للتغلب على الوضعيات الضاغطة (Terry, 1994 : 895).

كما يضيف ماك كراي CraeMc أن ذوي تقدير الذات السلبي يكونون أكثر ميلا إلى تبني استراتيجيات التجنب و الهروب و لوم الذات أمام أية وضعية ضاغطة (Terry, 1994 : 901).

و هذا راجع إلى عمليتي التقييم اللتان يقوم بهما الفرد، فبعد أن يقيم ذو تقدير الذات المنخفض الوضعية على أنها ضاغطة و تتطلب منه التعامل معها، يبدأ بالتفكير في الطريقة الملائمة للقيام بذلك. و بما أن الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يتأثرون بشكل سلبي بالأحداث الضاغطة فإن تقييمهم الثانوي لمواردهم و أرصدتهم للتعامل مع الموقف سيكون سلبيا، مما يؤدي الأمر بهم إلى اللجوء لاستراتيجيات تعامل غير فعالة و التي تضم من بينها تلك المرتبطة بسلوكيات غير صحية كاستهلاك التبغ و التدخين و تعاطي المخدرات و شرب الكحول، و هذا نتيجة عدم إيمانهم بقدراتهم الذاتية على حل مشاكلهم و التعامل بها بإيجابية.

و قد أشارت دراسات عديدة إلى أن تدني مستوى تقدير الذات يسبق البدء في استهلاك التبغ مثل دراسة أبرناتي وآخرونAbernathy et al (1995) و دراسة فرغوسون و آخرون Fergusson et al(1995)، و دراسة لور و آخرون Laure et al(2005).

كما أكدت دراستي أبرناتيو آخرون (1995) ولويس و آخرونLewis et al (2001) أن تقدير الذات المتدني يعتبر مؤشرا مهما للتدخين عند الفتيات.

و أشارت دراسات أخرى إلى وجود صلة بين تدني مستوى تقدير الذات و استهلاك المؤثرات العقلية مثل دراسة أندرو و دونكان Andrew &Duncan (1997)، و دراسة هنريكسن و آخرون Henriksen et al(1997)، و دراسة بيديرسون و آخرون Pederson et al (1998)، و دراسة تايلور و ديل بيلار Taylor & Del Pilar (1992)، و دراسة واليتزر و شارWalitzer & Sher (1996)،و دراسة واسون و أندرسون(1995) Wasson & Anderson.

كما أظهرت الدراسة التي قام بها كاسالو آخرون Kassel et al (2007) على 212 طالب شاب بشكل خاص أن تدني مستوى تقدير الذات كان مرتبطا بمعدلات مرتفعة لاستهلاك التبغ و القنب (Dorard et al, 2013 : 5-6).

و يمكن القول من خلال ما سبق أن هناك ارتباط بين تقدير الذات و إدراك الضغط و التعامل معه، و نتوقع أن الأفراد الذي يعانون من تقدير الذات المنخفض معرضون أكثر

إلى المشكلات الصحية النفسية و السلوكية و التي يندرج استهلاك التبغ و تعاطي المخدرات و شرب الكحول ضمنها. و ذلك نتيجة شعور هذه الفئة من الأفراد بعدم الأهمية و القيمة و عدم قدرتهم على التحكم في الأحداث و عجزهم على التعامل معها بفعالية مما يؤدي بهم الأمر إلى الاتجاه نحو السلوكيات الخاطئة و غير الصحية و تبني استراتيجيات تعامل غير فعالة مع مختلف المواقف الضاغطة التي تجتاح حياتهم.

IX. أهمية تقدير الذات:

لتقدير الذات أهمية بالغة بحيث يعتبر بوابة النجاح في مختلف المجالات. و يتم اكتسابه من تجارب الفرد في الحياة و من خلال طريقة تعامله مع التحديات و المشاكل التي يواجهها، ففي حالة كثرة الهروب و تجنب مواجهة المشاكل و عدم الرغبة في الحديث عنها يكون تقدير الذات ضعيفا.

و يؤثر تقدير الذات على أسلوب حياة الفرد و انفعالاته و تفكيره و عمله، و يؤثر على نجاحه و مدى تحقيق أهدافه، فكلما احترم الفرد نفسه و قدرها أحسن تقديرا زادت إنتاجيته و فاعليته (ملا، 2008: 22).

كما أن تقدير الذات المرتفع يمنح الفرد الشعور بالراحة مع نفسه، و يزيد من الإحساس بقيمته و فعاليته ، و يسهل العلاقات بين الأفراد و التواصل بينهم.

و يوفر تقدير الذات للفرد أمانا انفعاليا و ذلك من خلال تقبل الذات و الحياة و تحمل ضغوطاتها و التعامل معها بفعالية، كما أنه يسمح للفرد بتكوين نظرة واقعية حول تصرفاته و مهاراته و بالتالي معرفة نفسه حق المعرفة و احترامها.

خلاصة:

يعد تقدير الذات من أبرز المفاهيم التي اهتم بها الباحثون في مجال علم النفس، و يمثل تلك الأحكام و التقييمات التي يصدرها الفرد على نفسه أو ذاته و أهميتها و قيمتها بعد أن كون فكرته و اتجاهاته نحوها و إدراكه لها من خلال خبراته الشخصية مع محيطه.

و لتقدير الذات تأثير بارز على سلوك الفرد و نظرته لنفسه و لمحيطه و على لأساليب تعامله مع مختلف المواقف التي يعيشها، و هذا ما أدى إلى الاتفاق على أن المستوى المرتفع لتقدير الذات يساعد الفرد على التكيف و الشعور بالأمن و الثقة بالنفس و بالأهمية

و احترام الذات و التمتع بروح التحدي و الشعور بالكفاءة و الفعالية و القدرة على حل المشاكل و التعامل مع منغصات الحياة و ضغوطاتها بإيجابية و فعالية. على عكس تقدير الذات المتدني الذي يجعل صاحبه أكثر عرضة للشعور بعدم القيمة و الكفاءة و عدم القدرة على مواجهة الصعاب و التعامل معها، مما يزيد من حساسيته اتجاه المواقف الضاغطة.

و بما أن تقدير الذات يعتبر سمة من سمات الشخصية فإنه يلعب دورا هاما في اختيار نوع استراتيجيات التعامل التي يتبناها الفرد مع الأحداث الضاغطة، و بالتالي فقد يساعد الفرد على تخطي الصعوبات و المشكلات و التعامل معها بفعالية و بطريقة تحافظ على سلامته و صحته الجسدية و النفسية و الانفعالية، كما قد يؤدي إلى الشعور بفقدان التحكم في الأحداث نتيجة عدم توفر بدائل للتعامل معها و عدم الثقة بالنفس و عدم تقديرها، مما يؤثر على الفرد و على قراراته و طريقة اختياره للسلوكيات التي من شأنها أن تنقص من حدة القلق و التوتر و غيرها من الانفعالات السلبية الناتجة عن الأحداث الضاغطة، و بالتالي زيادة احتمالات اتجاه الفرد نحو الاستراتيجيات و السلوكيات غير الصحية كالتدخين و استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول...إلخ.

الفصل الرابع

الضغط النفسي

تمهيد:

لا تخلو حياة الفرد من الأحداث الضاغطة ، فقد أصبحت جزءً من يومياته يؤثر على تكيفه و توازنه الجسدي و النفسي و الانفعالي و الاجتماعي، متسببا بذلك في العديد من المشاكل الصحية. و يختلف الضغط باختلاف مصادره و شدته و تكراره و باختلاف الأفراد و طبيعة إدراكهم و تقييمهم له و لمدى خطورته و تهديده لهم، و هذا ما يؤدي بطبيعة الحال إلى الاختلاف في طرق التعامل معه و نوع الاستراتيجيات التي يعتمد عليها الفرد للتخلص من الضغط الذي يعيشه.

و لقد حضي موضوع الضغط و استراتيجيات التعامل معه باهتمام الكثير من الباحثين، و هذا راجع إلى انتشاره الواسع و معاناة الأفراد منه و مدى تأثيره الكبير على صحة الفرد الجسمية و النفسية و على جميع جوانب حياته الأخرى.

و لكون الضغط و استراتيجيات التعامل معه ضمن المتغيرات التي تهتم بها الدراسة الحالية، تم التطرق إلى أهم المعلومات المتعلقة به في الفصل الآتي و ذلك بتعريفه و الإشارة بالإيجاز إلى تاريخه، و ذكر أهم النظريات المفسرة له، ثم التعرف على مصادره و على أعراضه، و أخيرا التطرق إلى الضغط الذي يعيشه التلميذ في المدرسة خاصة و أن الدراسة الحالية تهتم بهذه الفئة من المجتمع.

I. مفهوم الضغط النفسي:

تختلف الدلالات التي تشير إليها كلمة الضغط باختلاف المجالات، ففي مجال الفيزياء تدل على مقاومة الجسم للمؤثرات الناتجة عن قوى خارجية، و في مجال الطب تشير إلى ضغط الدم على جدران الأوعية الدموية. بينما تدل كلمة الضغط في مجال الصناعة على قوة الآلات و الأجهزة ، كما تستخدم في المجال الاجتماعي للتعبير عن الجماعات الضاغطة ، أو للحديث عن الضغط الاقتصادي في مجال الاقتصاد، و للحديث عن الضغط السياسي في ميدان السياسة، و غيرها من المجالات التي تستخدم كلمة الضغط للتعبير عن ظواهر خاصة بها .

أما فيما يخص علم النفس فقد تعددت الأبحاث و الدراسات و الكتابات حول الضغط ، و انقسم الباحثون في تناولهم للمفهوم إلى ثلاثة اتجاهات أو نماذج. فالاتجاه الأول يتعامل مع الضغط على أنه متغير مستقل(مثير) و يمثل الخصائص التي تميز البيئة المزعجة. أما أصحاب الاتجاه الثاني فيصفون الضغط على أنه (نتيجة) تتمثل في استجابة الفرد للبيئة المزعجة، أي أنه متغير تابع. بينما يرى مؤيدو الاتجاه الثالث أن الضغط هو متغير وسيط بين المتغير المستقل(المثير) و بين المتغير التابع(الاستجابة) و هو راجع لنقص توافق الفرد مع بيئته (الشقير، 1998: 4).

و يتسبب هذا الاختلاف في الآراء و التناولات و في استخدام مصطلح الضغط للتعبير عن ظواهر و انفعالات مختلفة و تعدد تسمياته و دلالاته في غموض المفهوم و عدم وضوحه.

. تعريف الضغط النفسي:

يعتبر الضغط ظاهرة معقدة و ذات أبعاد مختلفة و متداخلة، كما أنه فرضي و صعب القياس، و هذا ما جعل تعريفه تعريفا جامعا و دقيقا و محددا أمرا صعبا من الناحية العلمية.

و فيما يلي عرض لمجموعة من التعريفات التي اختلفت باختلاف الباحثين و مقارباتهم المعرفية، بدءً بتعريف سيليSelye (1976) الذي يعتبر الأب الروحي المؤسس للدراسات و البحوث حول الضغط النفسي والذي يرى أنه استجابة فيزيولوجية لمثير يشكل ضغطا. نقلا عن(Stora, 1995: 6).

و يعرفه سبيلبرجرSpielberger، نقلا عن السيد (2001) على أنه مجموعة من الأحداث و الظروف و الوضعيات البيئية المختلفة و الخطيرة (السيد، 2001: 100).

في حين يرى كل من كوكس و مكايCox & Mackey أن الضغط هو تلك الوضعيات التي يتعرض لها الفرد و يستجيب لها بعد تقييمه و تقديره لمدى خطورتها و تهديدها، و تبنيه استراتيجيات تكيف مع هذه الوضعيات الضاغطة. نقلا عن (الطريري،1994: 10).

و يعرف هنري موراي Henry Murray، نقلا عن الرشيدي (1999) الضغط على أنه عبارة عن ميزة لحدث بيئي أو لفرد تعرقل مساره نحو تحقيق أهدافه (الرشيدي، 1999: ص 19).

كما يري بتروفسكييياروشفسكي Petrovsky Yarochovsky أن الضغط هو مفهوم يستخدم ليعبر عن حالات الفرد الناتجة عن تعرضه لمثيرات مختلفة و قوية، فإذا أدرك الفرد أن هذه الظروف تشكل تهديدا أو خطرا عليه سينفعل و ستطرأ تغيرات في عملياته العقلية، مما تترتب عنه استجابة سلوكية و لفظية و حركية. نقلا عن (السيد، 2001: 18).

أما بالنسبة لأتكنسون و آخرون Atkenson et al فإن الضغط هو عبارة عن حالة تنتاب الفرد عند إدراكه أنه بصدد مواجهة حدث مهدد لكيانه الجسدي و النفسي، و أن قدرته على مواجهة هذا الموقف ليست كافية (جمعة، 2001: 259).

و يرى كل من السيد و عبيدة (2008) أن الضغط هو عبارة عن أعراض تظهر أمام حدث ضاغط مشكِّلة استجابة جسدية غير محددة نحو أحداث ضاغطة(السيد و عبيدة، 2008: 20).

و من جهتهما يعرف كل من ستيرز و بلاك Steers & Black(1994) الضغط على أنه استجابة جسدية و انفعالية للأحداث المهددة، و كلما كانت قدرات الفرد التوافقية غير كافية كلما زاد شعوره بالضغط و العجز اتجاه متطلبات المثيرات في بيئته. نقلا عن (برزوان، 2016: 102).

و بالنسبة لعبد الستار (1998) فإن الضغط النفسي هو ذلك التغيير الذي يتسبب في رد فعل انفعالي حاد و مستمر سواء كان هذا التغيير داخليا كإصابة العضو بمرض أو كان خارجيا في بيئة الفرد كالصراعات الأسرية (عبد الستار، 1998: 118).

أما لو و آخرون Lôo et al (2003) فيعرفونه كوضعية نفسية تتميز بالعدوانية و تؤثر على الجسم. نقلا عن(Pierre et al, 2003 : 1).

و انطلاقا مما ذكر يمكن ملاحظة الاختلاف بين الباحثين في تعريفهم للضغط، فمنهم من يرى أنه مجموعة من المثيرات الداخلية و الخارجية التي تفقد الفرد توازنه، و منهم من يعرفه كاستجابة فيزيولوجية أو نفسية اتجاه الحدث الضاغط و التي تؤدي إلى اختلال التوازن النفسي و الانفعالي.

و هناك من الباحثين من جمع بين الجانبين فعرفوا الضغط على أنه مجموعة من المثيرات و الاستجابات الناتجة عن تعرض الفرد لها بعد تقديره لمدى خطورتها و تهديدها متبنيا بذلك أساليب معينة و استراتيجيات للتكيف مع هذه الضغوط.

و تعرف الباحثة الضغط على أنه حالة مصحوبة بتغيرات نفسية، انفعالية، جسدية، و عقلية يشعر بها الفرد المتفاعل مع بيئته عند تعرضه لأحداث يرى أنها تفوق قدراته التوافقية.

III. لمحة تاريخية عن مصطلح الضغط النفسي :

عُرف مصطلح الضغط منذ القدم، و قد كانت له عدة استعمالات عبر الأزمنة المختلفة، بحيث استخدم في مجالات متعددة مثل الطب و الهندسة و علوم الفيزياء و علم النفس.

و مع مرور الزمن و تقدم العلم و الصناعة و التكنولوجيا أصبح الضغط أكثر شيوعا و انتشارا في حياة الإنسان، و استقطبت مواضيع البحث فيه اهتمام الكثير من الباحثين.

و قد بدأ استخدام مصطلح الضغط في القرن الرابع عشر حيث كان مفهومه عاما يدل على كل ما له علاقة بالمشقة و الضيق. و بدأ يتطور شيئا فشيئا بمرور الزمن، بحيث دل على الأسى و الصعوبات و المحن و الشقاء. و اعتمد عليه العديد من العلماء منهم بولي Boyle في دراساتهم للغازات، و تبنى آخرون مثل هوك Hook المصطلح في مجال الهندسة و ذلك في القرن السابع عشر.

و في بدايات القرن التاسع عشر تم استخدام مصطلح الضغط في مجال الفيزياء و الطب أيضا، و بعدها استخدم لدراسة فيزيولوجيا الانفعالات من قبل ولتر كانون Walter Canon سنة 1932. ثم جاء بعده هانز سيلي سنة 1936 معتبرا الضغط كمجموعة من الانفعالات الناتجة عن حاجة بيئية أو أي تهديد لكيان الفرد.

و شمل استخدام مصطلح الضغط مجال علم النفس و علم الاجتماع لدراسة ظاهرة الانتحار و الجريمة و الأمراض العقلية، و ذلك من قبل علماء أمثال ريبوت، Ribot بانيك Panick، لازاروس Lazarus ، و فولكمان Folkman سنة 1984.

و صدرت عدة مؤلفات أكثر منهجية و تنظيما اِعتُرِف من خلالها بأهمية الضغط و استحالة تجاهله كونه مظهرا من مظاهر الحياة (عودية، 2002: 73-74).

و فيما يلي عرض لأهم الباحثين الذين ساهموا في مجال الدراسات حول الضغط النفسي:

1. مساهمات والتر كانون Walter Canon (1914):

يعتبر والتر كانون أول من وصف مصطلحي المواجهة أو الهجوم fight or flight كسلوك تكيفي يساعد الفرد على الاستجابة للموقف الذي يشكل تهديدا بالنسبة له و ذلك بطريقة سريعة(Taylor, 1995 :220). فعندما يواجه الفرد تهديدا يستثار جسمه و يتحفز جهازه العصبي اللاإرادي و هذا ما يسمى برد الفعل الهرموني للاستجابة للضاغط (Servant, 2002 :2).

فحسب كانون فإن الجسم يحتاج إلى الحفاظ على حالة من التوازن و أي شيء يحدث اختلالا في هذا التوازن يحرض الجهاز على الاستجابة لاستعادة التوازن من جديد (بوالطمين، 2011: 143).

و قد اعتمد والتر كانون على أعمال ماهل Mahl في سنة1952 كمثال ، بحيث أجرى هذا الأخير دراسة على الكلاب و القردة عرضها لظروف تسبب القلق باستمرار، و لاحظ أن الأمر أدى إلى ارتفاع معدل إفرازات حمض الهيدروكلوريك و الذي بدوره يمكن أن يتسبب في تقرحات (Taylor, 1995: 220).

و منه يمكن القول أن الضغط يؤدي إلى تغييرات انفعالية و فيزيولوجية و قد يتسبب في مشاكل صحية مع الوقت، خاصة في حالةالتعرض المتواصل له الذي قد يبقى التهيج مستمرا و يجعل الجسم أكثر عرضة للمشاكل الصحية.

يرى بوالطمين (2011) أنه بالرغم من ارتكاز أعمال هذا العالم على اختبارات بيولوجية و معرفة غير مكتملة لفيزيولوجيا الجهاز العصبي الودي إلا أن الكثير مما اقترحه قد تم التأكد منه بفضل الأبحاث الحديثة، بحيث أصبح من المعروف أن الجسم يفرز الكاتيكولامين catecholamines و الإبينيفرين epinephrines و النوريبينيفرينnoreepinephrines و ذلك خلال استثارته أو تعرضه للضغط (بوالطمين، 2011: 143). و إن دل هذا الأمر على شيء فإنه يدل على أهمية أعمال والتر كانون في دراسة الضغط و مساهمتها في التعمق و التطور في الأبحاث المتعلقة به.

2. أعمال هانز سيلي(1956-1984)Hans Selye:

قام سيليبتطوير نموذج "متلازمة التكيف العام General Adaptation Syndromو يرى أنها تمر عبر ثلاث مراحل و هي :

- مرحلة الإنذارAlarm
- مرحلة المقاومة Resistance
- مرحلة الإنهاك أو الإعياءExhaution

و اعتبر سيلي الضغط استجابة فيزيولوجية ثلاثية للأحداث المؤذية، تشمل تقرح الجهاز الهضمي، توسع الغدة الأدرينالية، و تعقد الأنسجة اللمفاوية. و تحدث هذه الاستجابة عن طريق استثارة محور ال (HPA(Hypothalamic–pituitary–adrenocortical. و يضيف أنه يزيد إفراز الكورتيكويد خلال مرحة الإنذار، و هذا ما يدل على تعبئة الفرد للموارد التي يستغلها في مرحلة المقاومة و ذلك لتجاوز الحدث الضاغط. ثم يفرز الكورتيكويد مرة أخرى و عادة ما يتحقق التكيف في هذه المرحلة، و في حالة ما إذا لم يتم الأمر كما هو الشأن بالنسبة للتعرض المستمر للضغط و خاصة الحاد، فإن الموارد تنفذ و يصل الفرد إلى مرحلة الإنهاك التي يمكن أن تؤدي به إلى المرض أو الوهن أو حتى الموت (بوالطمين، 2011: 143–144).

و يضيف الصبوة (1997) أنه بذلك تشمل متلازمة التكيف العام كل التغيرات التي تحدث على مستوى منطقة تحت المهاد hypothalamus و الغدة النخامية pitutaryو الغدة الصعترية thymus المتواجدة على مستوى قاعدة العنق بالإضافة إلى الغدة الأدرينالية. و قد أشارت العديد من الدراسات إلى أن هذه الزملة تظم بين طياتها كذلك الزيادة الشديدة التي تحدث في الأنشطة الفيزيولوجية و المردود feedback الذي ينظم عمليات إيقاف هذه الاستجابات الفيزيولوجية، و من ثم النفسية و العودة إلى حالة التوازن الحيوي. نقلا عن (إسماعيل، 2004: 46)

و بهذا احتلت أعمال سيلي مكانة كبيرة و مهمة في تاريخ الأبحاث حول الضغط و في التفكير الحديث.

3. إسهمات وولف و وولف (1940) Wolf & wolf :

اهتمت أعماله بأثر الانفعال على إفرازات الجسم، و يرى أن الاستجابات الفيزيولوجية المختلفة للأفراد بالرغم من تعرضهم لنفس الموقف الضاغط دليل على وجود استعداد وراثي للمرض، و هذا ما يفسر إصابة فرد بمرض معين كالقرحة مثلا و إصابة فرد آخر بمرض مختلف كارتفاع ضغط الدم(Taylor, 1995: 220).

4. أعمال ريتشارد لازاروسRichard Lazarus:

أعطت أعمال لازاروسأهمية للعوامل النفسية في دراسة الضغط النفسي، فبعد ما كانت الأبحاث لا تركز إلا على الجانب الفيزيولوجيللتعرف على إفرازات الجسم بعد تعرضه للمواقف الضاغطة و كانت تجرى على الحيوانات فقط، أصبحت تقام على البشر بعد أن كان الاهتمام بالجانب النفسي مفقودا تماما، و هذا بفضل لازاروس صاحب نظرية التقدير المعرفي في الضغوط، بحيث يرى أن الفرد يقوم بعمليتي تقييم أولية و ثانوية للأحداث الضاغطة، فأما عملية التقييم الأولية يقوم بها ليحدد معنى الحدث و أما عملية التقييم

الثانويـة فيقـيم بهـا قدراتـه و مـوارده و مـا إذا كانـت كافيـة و قـادرة علـى مواجهـة الموقـف الضاغط.

و فـي النهايـة فـإن الفـرد يـدرك الموقـف الضـاغط عـن طريـق الموازنـة بـين تقييمـه الأولـي و الثانوي للحدث. و كلما رأى أن الحدث يشكل تهديدا كبيرا و أن قدراته على المواجهة غير كافية كلما كان شعوره بالضغط كبيرا(Taylor, 1995, 220).

لقد ساهمت أعمال لازاروس و فولكمان و أبحاثهما في الانتقال من التفسير البيولوجي البحت للضغط و النظرة الآلية له، إلى تفسير تفاعلي يعطي أهمية للجانب المعرفي و العقلي و النفسي للفرد الذي يعيش في تفاعل مع بيئته.

IV. النظريات و النماذج المفسرة للضغط النفسي

1. نظرية سيلي Selye(التناول البيولوجي):

يعتبر الطبيب الكندي هانز سيلي الرائد و الأب الروحي لموضوع الضغط، إذ كتب 38 كتابا وأكثر من 1700 مقالا حوله. و كان من الأوائل الذين أعطوا الضغط النفسي أرضية علمية وافية، و هذا بفضل الدراسات التي قام بها مع المرضى خلال مزاولته لمهنة الطب،و التجارب التي أجراها في جامعة "ماك جيل" Mac Gill بكندا على الفئران.و توصل سيلي من خلال هذه الدراساتإلى وجود استجابات نمطية ناتجة عن مرض الفرد، و أنه مهما

تعددت الأمراض و اختلفت إلا أن هناك أعراض متشابهة تظهر لدى الأفراد المصابين مثل فقدان الشهية، نقص في الوزن، ضعف عقلي...إلخ. و اعتبرها علامات ثابتة تدل على إصابة العضوية و تدل على معاناة الفرد من الضغط الناتج عن فشل العضوية في إحداث توازن مع المرض أو الحدث.

لقد أطلق سيلي على هذه العلامات اسم زملة أعراض التكيف العام (General Adaptation Syndrom) . و المقصود من كلمة زملة هو ردود أفعال الجسم و التي تتمثل في الأعراض التي تظهر عليه في وقت واحد، أما كلمة التكيف فتعني التأقلم مع مصادر الضغط و ذلك من خلال الاستجابة له، في حين تدل كلمة العام على تأثير استجابة الجسم للضغط على عامة الجسم (السيد، 2008: 128) .

و يري سيليأن زملة أعراض التكيف العام تمر عبر ثلاث مراحل و هي:

- مرحلة الإنذار أو التنبيهAlarm stage:

تبدأ هذه المرحلة بمجرد الانتباه إلى وجود ضغط، بحيث تظهر الاستجابة مولِّدة تغيرات فيزيولوجية كإفراز العرق بزيادة، التنفس بسرعة، زيادة معدل ضربات القلب...إلخ(Gadzella, 1994: 395-402).

يتزود الفرد خلال هذه المرحلة بالطاقة التي تساعده على مواجهة الحدث الضاغط (Kaplan & Stein, 1984 : 169). و تطرأ تغيرات في الجهاز العصبي و الهرموني

للفرد مؤدية بذلك إلى ظهور أعراض مختلفة كالسرعة في التنفس، زيادة سرعة ضربات القلب... إلخ. و في هذه المرحلة يتعامل الفرد مع الموقف الضاغط إما بالهروب أو المواجهة. و إذا كان الضغط خفيفا تزول الأعراض و يعود الجسم إلى حالته الطبيعية الأولية، أما إذا استمر الضغط فسينتقل الفرد إلى المرحلة الثانية و هي مرحلة المقاومة)(Berry, 1998: 421 نقلا عن(إسماعيل، 2004: 44) .

- مرحلة المقاومة Resistance stage:

تتميز هذه المرحلة بالنشاط، و تحدث في حال ما إذا كان التعرض للحدث الضاغط متلازما مع التكيف، و هنا تختفي التغيرات الجسمية التي تكون في المرحلة الأولى و تظهر استجابات أخرى تدل على التوازن(Schweitzer & Dantzer , 2003 : 45).

و أثناء هذه المرحلة يحاول الفرد مقاومة التهديد فتنتقل المقاومة من الجسم عامة إلى أعضاء معينة للمواجهة (السمدوني، 2007: 254).

فإذا نجحت عملية المقاومة و تم التغلب على الضغط فإن الجسم يعود إلى حالته الطبيعية، أما إذا ظل متعرضا للضغط لفترة طويلة فإن الجسم سيتعب و يدخل مرحلة الإنهاك.

- مرحلة الإنهاك Exhaution stage:

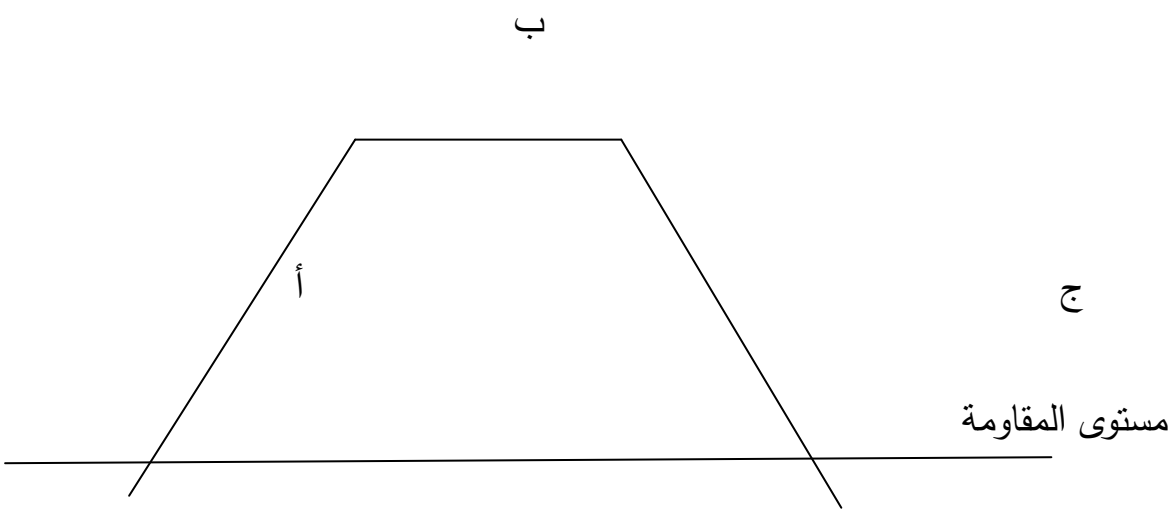
هي المرحلة التي تأتي بعد مرحلة المقاومة ، قد يصل الجسم فيها إلى حالة التكيف غير أن طاقته تكون قد نفذت، كما قد يتعب و تخور قواه نتيجة استمرار الضغط و استمرار

الاستجابات لفترة طويلة، فتبدأ الإصابة بالأمراض المختلفة و المسماة بأمراض التكيف،و هذا نتيجة تعب كافة أجزاء الجسم التي تؤدي إلى انخفاض معدل إنتاج الأجسام المضادة، انخفاض مقاومة الفرد للالتهابات، تناقص عدد كريات الدم البيضاء، انخفاض نشاط الغدة الدرقية، تقرح الجهاز الهضمي...إلخ (Selye, 1979: 68).

و يمكن توضيح مراحل زملة أعراض التكيف العام في الشكل الآتي :

شكل 1

مراحل زملة أعراض التكيف العام(الفرماوي، عبد الله،2009: 34)



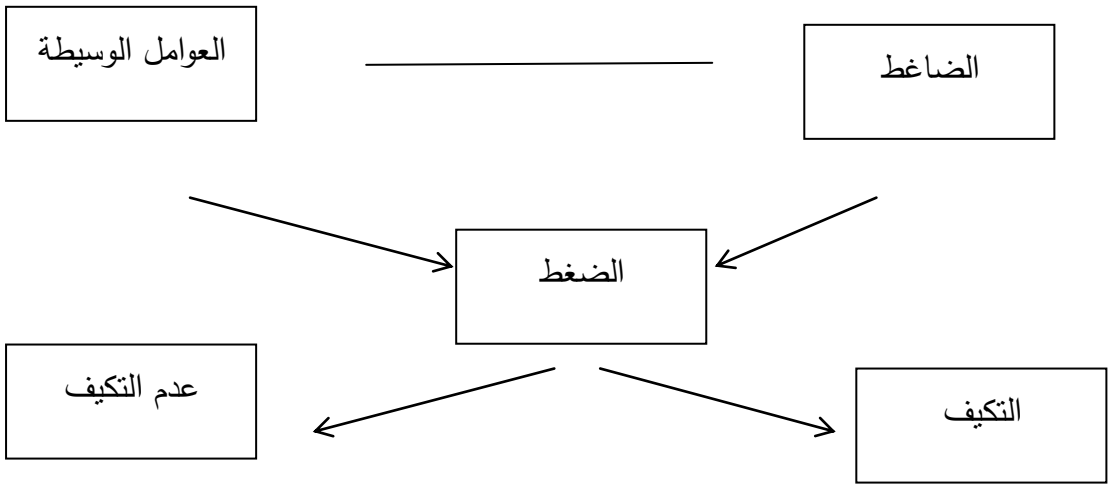
و يمثل الشكل مراحل زملة أعراض التكيف العام الثلاثة، بحيث تعبر المرحلة (أ) عن مرحلة التنبيه أين يحدث الضغط الناتج عن البيئة فيتأهب الجسم و تبدأ مقاومته في الزيادة تدريجيا. و تعبر المرحلة (ب) عن مرحلة المقاومة التي تصل إلى مستوى عالٍ و تبقى مستمرة حسب استمرار التعرض للضغط. بينما تعبر المرحلة (ج) عن الإنهاك التي ينتهي فيها الضغط و يتعب فيها الجسم و تنخفض مقاومته من جديد نتيجة استنفاذ قواه بالكامل.

و يؤكد رايس Rice (1998) نقلا عن إسماعيل (2004) على أهمية الإشارة إلى أنه في معظم الحالات قد يتوقف الضغط قبل أن يصل العضو إلى مرحلة الإنهاك و ذلك لأنه قد يستخدم استراتيجيات تعامل فعالة تخفف أو تزيل الموقف الضاغط، و بالتالي فإن حدوث حالة الإنهاك ليس أمرا حتميا في كل الحالات. كما أن الاضطراب الجسمي المحتمل حدوثه في هذه المرحلة يتوقف على الخصائص البيولوجية للفرد (إسماعيل، 2004: 45).

و يمكن تمثيل نظرية سيلي للضغط في الشكل الآتي:

الشكل 2

رسم تخطيطي عام لنظرية سيلي(فاروق السيد عثمان:2001، ص 99).



لقد لاقت نظرية سيلي صدا كبيرا لأنها بنيت على نتائج تجريبية (Lôo et al, 2003: 08).

و بالرغم من أهميتها و اعتبارها حجر الزاوية في دراسة الضغط، إلا أنها تلقت انتقادات خاصة لأنها لم تعط العامل السيكولوجي أهمية كبيرة في تفسيرها للضغط، في حين يرى الباحثون أنه أساسي و مهم جدا في عملية تقييم الأحداث على أنها ضاغطة أم لا. كما يرون أن الاستجابة للضغط تختلف من فرد لآخر و ذلك باختلاف الأبدان و الشخصيات و الإدراكات، إضافة إلى وجود مؤشرات تدل على الاختلاف في ردود الأفعال الهرمونية من فرد لآخر على عكس ما تفترضه النظرية حول الطابع الموحد الذي تأخذه استجابة الضغط (شيلي،1995/2008: 347).

و قد ذكر رايمون كورسيني Raymond Corsini (1994) نقلا عن إبراهيم (2004) بعض النقاط التي تدل على جوانب قصور نظرية سيلي حسبه و هي:

- دائرية circularity تعريف سيلي للضغط بحيث يرى أن الموقف الضاغط هو المسبب للضغط و لكنه لا يعرِّف الموقف الضاغط تعريفا مستقلا.
- إهمال تعريف سيلي للآثار النفسية و السلوكية للضغط.
- عدم تعامل سيلي مع الجانب المعرفي للموقف الضاغط، بحيث عرف المواقف الضاغطة بمصطلحات فيزيولوجية مع قليل من الاهتمام بمعنى الموقف و دلالته بالنسبة للفرد (إبراهيم، 2004: 46).

و بالرغم من عدم خلو نظرية سيلي للضغط من النقائص إلا أنه لا يمكن إنكار أهميتها و فضلها و مساهمتها في تسليط الضوء على الموضوع.

2. نظرية سبلبرجر Spielberger:

خلال دراسته للضغط ميز سبلبرجر بين الضواغط و بين ردود أفعال الضغط، فالأولى تشمل أحداث البيئة المهددة، أما الثانية فتعبر عن التغيرات التي تظهر عند الفرد جراء تعرضه للضغط سواء كانت هذه المتغيرات فيزيولوجية، انفعالية، أم سلوكية.

كما ميز بين مفهومي الضغط و التهديد ، و يرى أن الضغط يمثل خصائص الحدث الذي يتميز بالخطورة، أما التهديد فيعبر عن إدراك الفرد أنه مهدد له. و يتأثر هذا الإدراك بخصائص المثير و بالفرد و ما لديه في جعبته من أفكار و معتقدات و خبرات ماضية من التجارب السابقة. و يختلف إدراك المواقف الضاغطة من فرد لآخر، فيمكن أن يدرك شخص ما موقفا ضاغطا بأنه مهدد و خطر، بينما يدركه آخر أنه آمن و لا يشكل أي تهديدا

بالنسبة له ، و هذا بالرغم من تعرضهما لنفس الموقف الضاغط. و يرجع هذا الاختلاف إلى تقدير كل فرد للحدث الضاغط إضافة إلى المهارات و الخبرات في المواجهة.

و منه فإن تقدير الفرد لحدث ما بأنه مهدد و خطر يؤدي إلى زيادة في حالة القلق لديه(Spielberger et al, 2014 : 171).

و يعتبر سبلبرجر القلق عملية انفعالية تشمل ردود أفعال معرفية سلوكية ناتجة عن التعرض لشكل من أشكال الضغوط (السيد ،2001: 100)، و يربط بذلك قلق الحالة أو القلق الموضوعي و بين الضغط ، و يعتبر أن الضغط يسبب حالة القلق لدى الفرد مستبعدا بذلك علاقة سمة القلق أو القلق العصابي بالضغط (الرشيدي، 1999: 53).

و يمكن القول أنه عندما يدرك الفرد أن حدثا أو أحداثا بيئية معينة تشكل تهديدا و خطرا بالنسبة له سيشعر بالقلق، الذي يؤدي بدوره إلى ظهور ردود أفعال معرفية و سلوكية. كما يرى سبلبرجر أن إدراك الفرد للأحداث و تقديره لها يتأثر بطبيعة و خصائص الحدث نفسه إضافة إلى الفرد و خبراته و معتقداته. وقد أعطى أهمية لسمات الشخصية و بين أثرها على عملية تقدير و تفسير الأحداث.

3. نظرية راي و هولمز Rahe & Holms:

تندرج نظرية راي و هولمز ضمن التناول النفسي الاجتماعي للضغط و تركز على الدور الرئيسي الذي تلعبه البيئة في صحة الفرد و المجتمع (يخلف،2001: 49-50).

و يفترض هذا النموذج أن الفرد يستجيب للضغط عندما يعيش حدثا يتطلب منه تكيفا أو مواجهة، و تختلف هذه الأحداث من حيث تأثيرها و قدرتها على إحداث الضغط، و أن تراكمها يؤدي إلى أمراض جسمية و نفسية.

و يرى صاحبي هذه النظرية أن أحداث الحياة الضاغطة تؤثر على صحة الفرد الجسمية و النفسية و تنقسم إلى :

- أحداث مفاجئة كفقدان شخص عزيز.
- أحداث مزمنة كالصراعات المتواصلة.
- أحداث انتقالية في الحياة كالزواج.

كما يعتبران أن الضغط هو مرض في التكيف و أن نتائجه تتوقف على طريقة تعامل الفرد معه و طاقته التي يبذلها لأجل ذلك (Schweitzer & Dantzer ,1994 : 49).

و ينتج الضغط عن تراكم الأحداث الضاغطة سواء كانت هذه الأحداث سارة أو غير سارة، فهي في كلتا الحالتين تستدعيان تكيفا.

لقد ساعدت الدراسات التي قام بها راي و هولمز على الكشف عن العلاقة الموجودة بين الأحداث الحياتية و بين الإصابة بالأمراض. وقام باحثون بدراسات تقييمية لنظرية راي و هولمز و أيدوا النتائج التي تم التوصل إليها من طرفهما ، إلا أنهم أشاروا إلى مشكلات في تفسير الأحداث(إسماعيل، 2004: 48)، بحيث رأى الكثير من الباحثين أمثال بايكل

Paykel أنهما اهتما بالأحداث غير السارة و القاسية و اعتبراها المؤثرة الأولى على الفرد دون الأحداث السارة(Schweitzer & Dantzer ,1994 :49). كما توصل باحثون آخرون مثل كوهان (Cohen(1973، روزنمانRosenman(1983)، وثايتز Thaits(1983)إلى أن أحداث الحياة الضاغطة لا تمكّن من التنبؤ بالمشكل الصحي الذي سيعاني منه الفرد إذا سيكون نفسيا أو جسديا، لأنه هناك اختلاف في التأثر بالحدث الضاغط من فرد لآخر و هذا باختلاف طريقة تعاملهم و مصادرهم الشخصية، و بالتالي فإن رد الفعل الانفعالي للضغط الاجتماعي لا يتوقف على الحدث الضاغط نفسه و إنما يتوقف على الفرد (وندلوس: 2000، 118) نقلا عن (عودية، 2002: 82).

4. نظرية لازاروسLazarus:

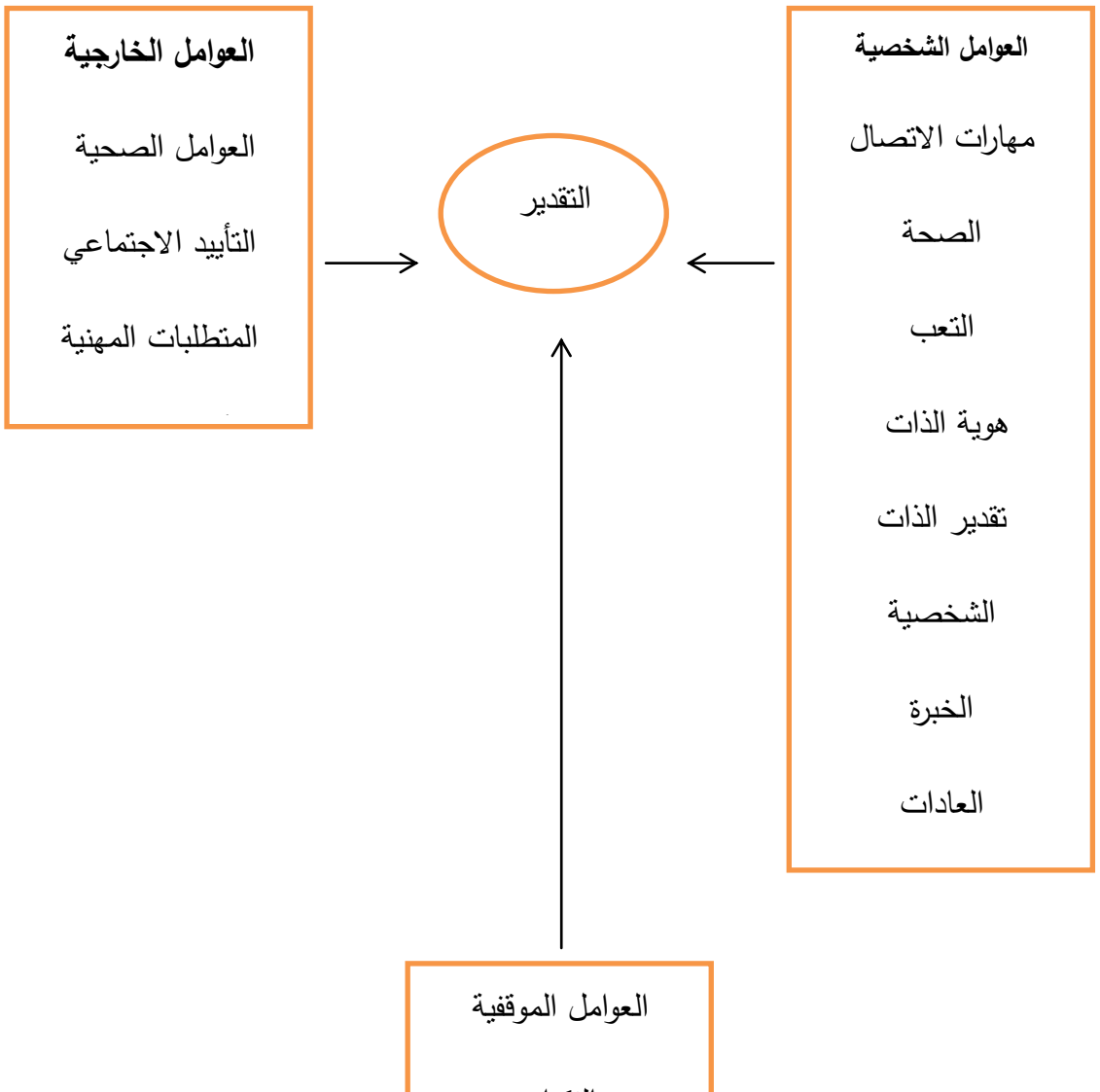
تندرج نظرية لازاروس Lazarus ضمن التناول المعرفي و تفسر الضغط النفسي مركزة على تقييم الفرد للموقف و من ثم تفسيره للضغط. و التقييم هو طريقة الفرد في إدراكه للحدث و تقديره له و الحكم عليه ما إذا كان ضاغطا أم لا(السيد: 2001، 100).

و يرى لازاروس أن عملية التقييم لا تقتصر على إدراك عناصر الحدث فقط، و إنما تنشأ عن التفاعل الدينامي الذي يحدث بين البيئة و خبرات الفرد الشخصية في التعامل مع الضغط. كما يتأثر تقييم الحدث الضاغط بعوامل عديدة منها الشخصية و منها الاجتماعية و منها المتعلقة بالحدث الضاغط بحد ذاته. و على هذا الأساس فالموقف الذي يعتبر ضاغطا بالنسبة لفرد ما لا يعتبر كذلك بالنسبة لفرد آخر(Sahler et al, 2007 : 59).

و يمكن تمثيل ذلك في الشكل الآتي :

شكل 3

رسم تخطيطي يوضح التقدير المعرفي للضغوط(السيد، 2008: 101).



لقد حدد لازاروس و فولكمان نوعين من التقييم المعرفي:

- **التقييم الأولي:** يحاول الفرد عن طريقه التعرف على الموقف بالاعتماد على خبراته الشخصية و أسلوبه المعرفي(السمدوني،2007: 263) .

و يؤكد لازاروس أنه خلال هذه المرحلة يحدد الفرد معنى الموقف و هل ستكون نتائجه إيجابية، سلبية، أم محايدة، و هذا حسب ما يترتب عنه من أذى أو من تهديد. كما يفرق لازاروس بين المفهومين ، بحيث يدل الأذى على تقييم الأضرار الناتجة عن الموقف ، أما التهديد فهو تقييم ما يمكن حصوله من أضرار مستقبلا بسبب الموقف. كما قد يقيم الفرد الحدث و يعتبره تحديا له و من الممكن تحسينه أو حتى الاستفادة منه، و كمثال على ذلك فإن فصل شخص ما من عمله عبارة عن حدث قد يتم تقييمه بإحدى الصور التالية:

-قد يقيم الفرد الحدث على أنه مؤذي بسبب شعوره بفقدان تقدير الذات.

-قد يقيم الفرد الحدث على أنه مهدد إذا فكر بالمشاكل التي قد يعيشها هوو عائلته مستقبلا.

–قد يقيم الفرد الحدث على أنه تحدٍّ و فرصة جيدة لخوض تجربة جديدة (تايلور،2008: 349).

- **التقييم الثانوي:** يعتبر كل من لازاروس و فولكمان التقييم الثانوي ميزة حاسمة في كل وضعية ضاغطة لأن العواقب تتوف عليه. و هو ليس مجرد نشاط عقلي بسيط يتم من خلاله تحديد ما يمكن فعله، بل هو مسار تقييمي معقد يأخذ بعين الاعتبار استراتيجيات التعامل المتوفرة و إمكانية تحقيق استراتيجية معينة لما يفترض تحقيقه، و إمكانية التوظيف الفعال لاستراتيجية تعامل أو مجموعة معينة من الاستراتيجيات. إضافة إلى تقييم النتائج المترتبة عن الاستراتيجية المتبناة.

و تتفاعل التقييمات الأولية و الثانوية فيما بينها لتحديد درجة الضغط و نوعية و قوة الاستجابة الانفعالية (بوالطمين، 2011: 154).

- **مرحلة إعادة التقييم** : و هي مرحلة ثالثة يقوم من خلالها الفرد بإعادة تقييم الحدث و إمكانياته لمواجهته، و ذلك من خلال استعانته بالمعلومات الجديدة التي يتحصل عليها بعد تفاعله مع الحدث الضاغط و مع المحيط، فيعدل تقييماته من جديد و يواجه الحدث الضاغط(Lazarus & Folkman,1984 :31).

لقد أعطت هذه النظرية أهمية للعلاقة التفاعلية بين الفرد و بيئته، و ركزت على دور التقييم المعرفي في تحديد استراتيجيات التعامل مع الحدث الضاغط. كما بينت أن عملية التقييم تتأثر بعدة عوامل كطبيعة الحدث (شدته و حدته، مدته، تكراره...إلخ) و عوامل أخرى

متعلقة بالفرد (معتقداته، خبرته، سمات شخصيته، موارده و إمكانياته المعرفية و العقلية و الجسدية و المادية و غيرها، هل لديه دعم اجتماعي أم لا...إلخ) و هذا ما يفسر اختلاف الأفراد في إدراكهم للضغط و في استراتيجيات تعاملهم معه.

5. نظرية سيلجمان Seligman للعجز المكتسب:

يدل مفهوم العجز المكتسب حسب سيلجمان على شعور الفرد بالعجز و عدم الاستحقاق نتيجة تعرضه المتكرر للضغط و اعتقاده أنه لا يستطيع مواجهته، الأمر الذي يؤدي إلى مبالغة الفرد في شعوره بالتهديد و الفشل المستمر و إدراكه أنهما سيلازمانه مستقبلا، مما يجعله ييأس و يفكر بسلبية و ينخفض تقدير الذات لديه(حسين،2006: 60-61).

و يرى سيلجمان أن شعور الفرد بالعجز يجعل سلوكه غير تكيفيا، و أنه إذا عزا عجزه إلى عوامل ثابتة صعبة التغيير فإنه سيعتقد أن جهوده لن تحسن الوضع و لهذا فإن مصادره الذاتية لن تكون كافية لمواجهة الضغط، و هذا ما سيولد لديه ضغطا أكبر (الغرير و أبو أسعد، 2009: 62).

و يؤدي العجز المكتسب إلى مشاكل:

- دافعية بحيث يتوقف الفرد الذي يعاني من العجز المكتسب عن بذل مجهودات لتغيير الموقف.

- معرفية بحيث يصبح الفرد غير قادر على تعلم استجابات جديدة لتجنب النتائج السلبية.
- انفعالية بحيث يؤدي العجز المكتسب بالفرد إلى الاكتئاب نتيجة الأحداث الضاغطة(Taylor, 1995: 235).

و منه فحسب هذه النظرية، إذا مر الفرد بتجارب متكررة تميزت بالفشل و كان فيها غير قادر على مواجهة الأحداث، فسوف يتولد لديه الشعور بالعجز و الاستسلام و الخوف من الفشل مستقبلا، و هذا لأنه يكون قد اقتنع بعدم قدرته على المواجهة و عدم توفر المصادر اللازمة و الكافية لها، مما يؤثر على تقديره لذاتهو يزيد من مستوى الضغط لديه.

6. نظرية كوكس و مكايMackay Cox &:

يرى كل من كوكس و مكاي أنه عند التعرض لحدث ضاغط يحاول الفرد أن يوفق بين متطلبات هذا الحدث و بين ما يمتلكه من مصادر و قدرات لتحقيق المطالب، فإذا كان التعامل مع الموقف ناجحا وصل الفرد إلى حالة التوازن النفسي، أما إذا فشلت الاستراتيجيات الدفاعية في التعامل مع الحدث و التوفيق بين متطلباته و بين مصادر الفرد، فسيختل التوازن النفسي و بالتالي يحدث الضغط(الرشيدي، 1999: 20).

7. نموذج بالمر و دريدنDrydenPalmer & متعدد المراحل:

يفسر هذا النموذج الضغط بدراسته للعلاقة المتبادلة بين العالم الداخلي و الخارجي، و قد جاء بعد تعديل النماذج التي اقترحها كوكس Cox(1978) ، كوكس و مكاي Cox & Mackay(1981)، و لازاروس Lazarus (1970)لتفسير الضغط .

و يحدث الضغط حسب هذا النموذج عبر خمس مراحل و هي:

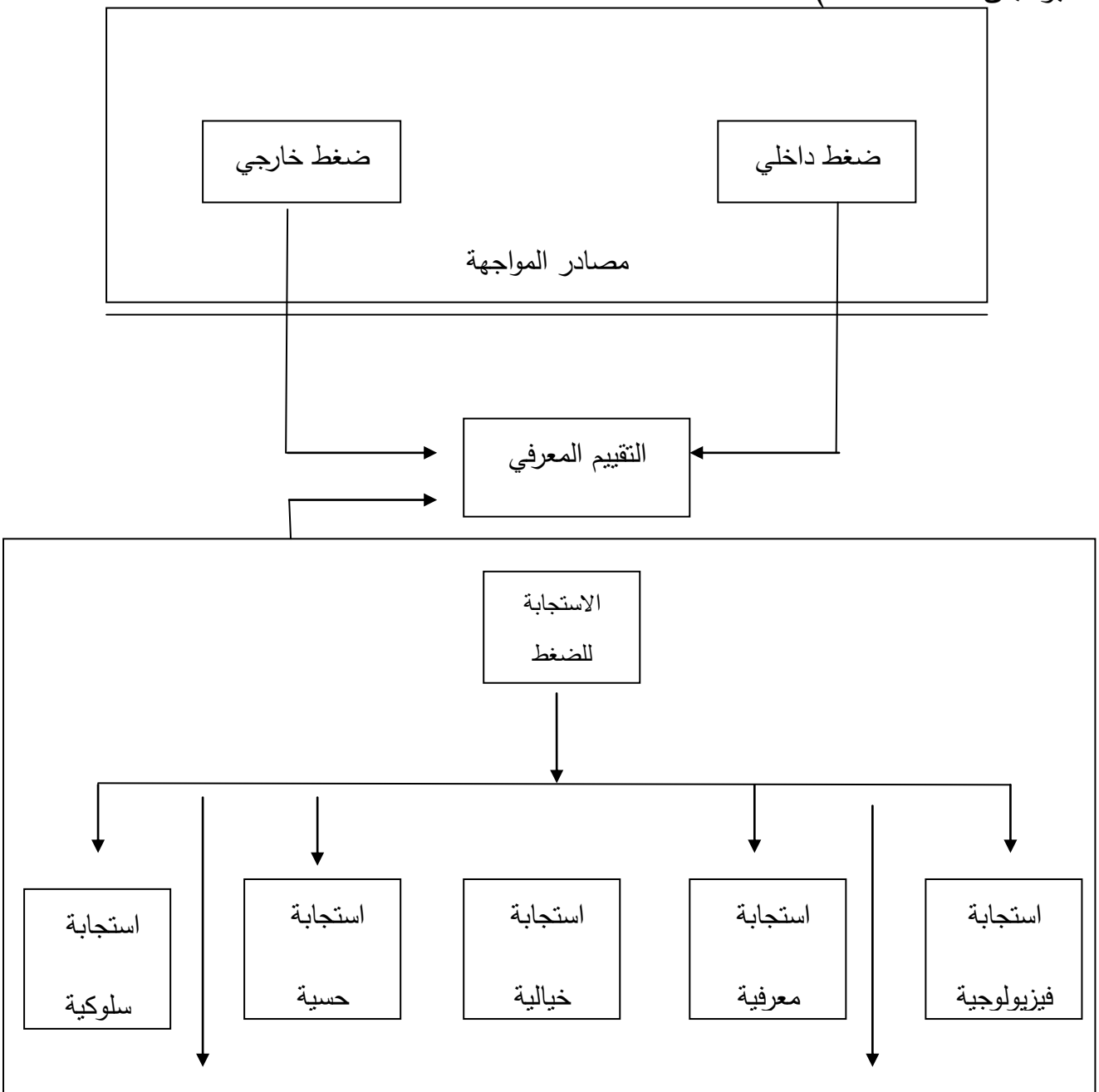
- المرحلة الأولى: ينبع الضغط من مصادر يقوم الفرد بتحديدها و تكون إما داخلية (احتياجات الفرد النفسية و الجسمية) أو خارجية بيئية.
- المرحلة الثانية: يقيم الفرد الموقف و يحدد مستوى الضغط الناتج عنه و يقيم قدرته على التعامل معه، و قد يدرك الفرد أنه قادر على مواجهة الحدث كما قد يدرك العكس و بذلك يشعر بالضغط، و تلعب المعتقدات هنا دورا هاما في عملية التقييم.
- المرحلة الثالثة: تظهر استجابات الفرد المختلفة (المعرفية، السلوكية، الحسية، الانفعالية، النفسية...إلخ)، و قد تظهر محاولات لتغيير البيئة بهدف خفض مستوى الضغط.
- المرحلة الرابعة: تطبق استراتيجيات التعامل و هنا تلعب مدركات الفرد حول قدراته دورا هاما جدا.
- المرحلة الخامسة: وهي مرحلة التغذية الراجعة، فإذا كانت استراتيجيات التعامل التي يتبناها الفرد فعالة ينخفض الضغط و يعود التوازن النفسي، أما

إذا كانت الاستراتيجيات غير فعالة وجد الفرد نفسه تحت الضغط المستمر و قد يؤدي ذلك إلى الاضطرابات (مسعودي،2010: 32) (نقلا عن بومجان، 2016: 61).

و في ما يلي تمثيل للنموذج الإجرائي متعدد المراحل لبالمر و دريدن:

الشكل 4

النموذج الإجرائي متعدد المراحل لبالمر و دريدن (مسعودي، 2010: 33) (نقلا عن بومجان، 2016: 62).



و يتبين مما سبق أن النظريات المفسرة للضغط تتعدد و تختلف باختلاف الباحثين و اتجاهاتهم، فمنهم من فسره بطريقة بيولوجية بحتة و منهم من أعطى له تفسيرا نفسيا و آخر معرفيا، و منهم من بين أهمية التفاعل الذي يحدث بين الفرد و بيئته في تفسيره للضغط، و منهم من ركز على سمات الشخصية في تناوله للموضوع...و غيرها من النظريات التي اهتمت بدراسة الضغط و الكشف عن طبيعته و كيفية حدوثه و مصادره و الآثار الناتجة عنه. و بالرغم من الاختلاف بين النظريات و المقاربات إلا أنه يوجد إجماع و اتفاق على أن الضغط يؤثر على توازن الفرد و تكيفه، و يحدث تغييرات في جوانب متعددة منها العضوية و النفسية و المعرفية و السلوكية...إلخ، و يزيد تأثيره على صحة الفرد كلما كان الضغط مستمرا أو حادا و رأى الفرد أنه عاجز عن التعامل معه.

V. مصادر الضغط النفسي :

تختلف مصادر الضغط النفسي و تتعدد باختلاف نشاطات الفرد و تعددها. و تتفق البحوث و الدراسات على أن هذه المصادر لا تتسم فقط بالسلبية و إنما منها من تتسم بالإيجابية و تستثير حالة الفرد الجسمية و النفسية و تساعده على التكيف مع وسطه.

و تتمثل حسب سيلي في الأحداث المفرحة التي يعيشها الفرد في مختلف جوانب حياته، و التي تستثيره و تدفعه للعمل أكثر و تزيد من دافعيته مثل الترقية في العمل، الفوز بجائزة، النجاح في امتحان، نجاح علاقة حب، حدث مفرح في العائلة...إلخ (السيد،2001: 96).

صنف ألفن توفلر Alvin Toffler مصادر الضغط بعد تلخيصه لعدة أعمال و دراسات إلى:

- سرعة الزمن.
- كثرة المعلومات و الاتصالات.
- الحاجة المستمرة للجديد.
- زيادة المدن و زيادة عدد سكانها.
- الإنتاج و الاستهلاك.
- زيادة السرعة في النقل و زيادة سرعة السيارات.
- كثرة الاختراعات و الابتكارات.
- الإقامة (غير الدائمة) المغيرة.
- العمل في شركة (التهديد بالطرد).
- عدم تجنيد الأهداف.
- بعد السكن عن مكان العمل.
- انتقال العائلة إلى مكان جغرافي جديد.

- الحاجة إلى التغيير في كل عملية تنقل.
- قطع العلاقة مع فريق العمل.
- الخلافات الأبوية و العائلية (Chalwin, 1985: 36).

و يصنف حسن (1992) نقلا عن محمود (2006) مصادر الضغط النفسي في مجالات و هي:

- العمل
- الدراسة
- الصحة
- الأسرة
- الزواج
- ضغوط الوالدين
- الصداقة
- العلاقات العاطفية
- الجانب المادي
- العلاقات الاجتماعية عامة (محمود، 2006: 61).

أما باربار براون Barbar Brown فيرى أن مصادر الضغط النفسي تنقسم إلى:

- مصادر ضغط نفسية (كالصراعات التي تعيشها الهائلة).

- مصادر ضغط اجتماعية (كالقيود الحضارية).
- مصادر ضغط اقتصادية (كالفقر).
- مصادر ضغط فيزيولوجية (جاب الله، 1999: 234).

في حين تصنف شقير (2003) مصادر الضغط النفسي إلى:

- مشكلات في الصحة البدنية.
- مشكلات شخصية كانخفاض تقدير الذات و الطموح و صعوبة اتخاذ القرارات.
- مشكلات دراسية كمشاكل في العلاقات مع المعلمين و مع الزملاء، مشكلات التحصيل الدراسي، صعوبات في التركيز...إلخ (شقير، 2003: 9-10).

و انطلاقا مما سبق يمكن تصنيف مصادر الضغط النفسي إلى نوعين رئيسيين و هما:

- مصادر ضغط خارجية.
- مصادر ضغط داخلية.

و يتضمن كل من النوعين مصادر ضغط عديدة و تختلف حسب مجالات حياة الإنسان، إذ تتضمن مصادر الضغط الخارجية مجموعة من المشكلات التي تحدث في البيئة، الحياة الاجتماعية، الجانب الاقتصادي، المهني و الثقافي، الدراسة، الوضع الأسري، الإعلام...إلخ. بينما تشتمل مصادر الضغوط النفسية الداخلية على كل الضغوط التي تنبعث من داخل الفرد نفسه، كإصابة العضوية بمرض، إجهاد الجسم في الأعمال، نظام

حياة غير صحي، سوء استخدام الأدوية، مشكلات في الجانب النفسي و المعرفي و نمط شخصية الفرد كتقدير الذات المنخفض، مشاكل في اتخاذ القرارات، عدم الثقة في النفس...إلخ.

VI. أعراض الضغط النفسي:

يرى Vontana فونتانا (1989) نقلا عن عبيد (2008) أن آثار الضغط النفسي تتمثل في:

- آثار فيزيولوجية.
- آثار معرفية.
- آثار انفعالية.
- آثار سلوكية (عبيد، 2008: 36).

1. الأعراض الفيزيولوجية:

صنف كوبر و كارترايت Cartwright & Cooper (1998) تأثير الضغوط بمختلف مراحلها على وظائف الجسم في الجدول التالي :

جدول 1

تأثير الضغوط على الوظائف الحيوية في الجسم حسب كوبر و كارترايت (1998) نقلا عن (مسعودي، 2010، 88)

	حالة طبيعية (استرخاء)	ضغوط	ضغوط حادة	ضغوط مستمرة
الدماغ	تدفق الدم بكمية طبيعية	زيادة في كمية تدفق الدم	التفكير بوضوح	صراع، ارتجاف، حركات عصبية
المزاج	سعيد	حاد	زيادة في التركيز	توتر و فقدان روح المرح
اللعاب	طبيعي	يقلّ	يقلّ	-جفاف الفم -تقلص الحنجرة
العضلات	تدفق الدم بكمية طبيعية	زيادة في تدفق الدم	تحسن في الأداء	-توتر -آلام في العضلات
القلب	-معدل ضربات طبيعي -ضغط الدم طبيعي	زيادة في معدل ضربات القلب و ضغط الدم	تحسن في الأداء	-ارتفاع ضغط الدم -آلام في الصدر

الرئتان	تنفس طبيعي	زيادة معدل التنفس	تحسن في الأداء	-سعال و حساسية -ربو
المعدة	تدفق طبيعي للدم	-نقص كمية تدفق الدم -إفراز الأحماض	نقص إفراز الدم يقلل من عملية الهضم	قرحة معدية نتيجة الحموضة و سوء الهضم
حركة الأمعاء	طبيعية	-انخفاض تدفق الدم -زيادة حركة الأمعاء	انخفاض القدرة على الهضم	-آلام في المعدة -إسهال
المثانة	زيادة معدل التبول	زيادة معدل التبول	زيادة معدل التبول نتيجة لاستثارة الأعصاب	-زيادة الرغبة في التبول -أعراض اضطراب البروستاتا عند الرجال
الأعضاء التناسلية	طبيعية	-عجز جنسي للذكور نتيجة نقص تدفق الدم	انخفاض تدفق الدم	-العجز الجنسي -اضطراب الدورة الشهرية

		-اضطرابات الدورة الشهرية لدى الإناث		
الجلد	طبيعي	-نقص تدفق الدم -جفاف البشرة	انخفاض تدفق الدم	-الجفاف -الحساسية

2. الأعراض المعرفية:

يؤدي الضغط النفسي إلى إجهاد القدرات المعرفية و الإدراكية، و ذلك عن طريق تكريس الانتباه و استنزاف الإمكانات المعرفية للتركيز على الأحداث الضاغطة و التعامل معها، و بهذا تقل الطاقة للاهتمام و التركيز على جوانب الحياة الأخرى و الإنجازات.

و تكون هذه الآثار شديدة عندما يتعرض الفرد لأحداث لم يتنبأ بحدوثها و لا يستطيع السيطرة عليها (تايلور،2008: 372).

و قد صنف شافر Shafer(1992) و سبورلوك Spurlock(2002) آثار الضغط المعرفية كالآتي:

- ضعف في التركيز: إذ يقل تركيز الفرد على الجوانب الأخرى لحياته (دراسة، عمل، حياة أسرية...إلخ) نتيجة انشغاله بالضغط الذي يعيشه.

- ضعف في الذاكرة: حيث يصبح الفرد المنشغل بضغطه كثير النسيان، فمثلا ينسى واجباته و ينسى أين وضع أغراضه بالرغم من قصر الوقت الذي مرّ على استعماله لها.
- اضطراب التفكير: الذي يؤدي إلى تشويش فكر الفرد، فتختلط عليه الأمور و يصبح عاجزا عن تحديد ما يجب فعله و ما يريد فعله و كيفية القيام بذلك.
- الانشغال الداخلي بقضية الضغط و العجز عن الإنصات و التركيز مع الآخرين.
- اضطراب النوم بسبب الكوابيس التي لها علاقة بموضوع الضغط. نقلا عن(شريف، 2003: 45).

و يضيف كل من عبد العظيم و عبد العظيم (2006) آثارا أخرى تتمثل في :

- صعوبة اتخاذ القرارات.
- صعوبات في عملية التقييم المعرفي الصحيح للأحداث.
- صعوبة معالجة المعلومات و حل المشكلات.
- أفكار سلبية عن الذات و عن الآخرين.
- الاندفاعية و الحساسية المفرطة.
- النظرة السوداوية للحياة.
- سرعة الاستثارة و الخوف (عبد العظيم و عبد العظيم، 2006: 44-45).

3. الأعراض السلوكية:

يعتبر سلوك الفرد أول مؤشر دال على أنه تحت تأثير الضغط النفسي، و هو من أكثر الآثار الملاحظة حسب دبران (1990)Dubrin الذي ذكر مجموعة من الاستجابات السلوكية ، و هي:

- علامات تدل على عدم ارتياح الفرد أثناء مقابلة ما و تعبر عن توتره مثل هزّ الرجلين.
- انخفاض الأداء المهني بشكل مفاجئ.
- الزيادة في استهلاك القهوة و الكحول و التدخين و تناول لعقاقير.
- زيادة تناول المهدئات (إسماعيل، 2004: 98).

و يضيف عبد المنعم آثارا أخرى مثل :

- انخفاض مستوى الطاقة.
- الإهمال و اللامبالاة.
- مشاكل في الخطاب مثل التلعثم و التأتأة (محمود، 2006: 66).

كما يرى شافر Shafer أنه عادة ما تظهر علامات الضغط النفسي بشكلها السلوكي أكثر من أشكالها الأخرى، و يقسم الآثار السلوكية إلى : مباشرة و غير مباشرة.

تظهر الآثار المباشرة على شكل:

- التصرف باندفاعية نتيجة سبق انفعال الفرد لتفكيره.
- الحديث أكثر من العادة.
- الخوف الشديد بسرعة.
- التمتمة و التلعثم في الكلام نتيجة التوتر.
- صعوبة الجلوس في مكان واحد لفترة.
- الهجوم اللفظي حتى بدون داعٍ.
- فقدان الحيوية بسرعة.
- حدة الطبع و سرعة الغضب.
- الانسحاب و التجنب.
- نوبات البكاء و عدم القدرة على السيطرة عليها.

أما الآثار غير المباشرة فتظهر من خلال:

- زيادة التدخين.
- شرب الكحول بنسب متزايدة قد تصل إل حد الإدمان عليه.
- استهلاك المهدئات و المسكنات أو المنبهات.
- كثرة النوم هربا من المشاكل.
- مشاهدة التلفاز لأوقات طويلة بهدف نسيان المشاكل.
- استهلاك العقاقير المنومة و الذي قد يصل إلى حد الإدمان عليها.

- تعاطي المخدرات.
- زيارات الطبيب المتكررة بسبب الشعور بالألم و المرض(شريف، 2003: 43).

و يلجأ الفرد إلى تبني هذه السلوكيات محاولة منه لمقاومة الضغط و للتخفيف من الشدة و التوتر و الألم الذي يشعر بهم. و تجدر الإشارة إلى عدم ظهور كل هذه الآثار على الفرد في نفس الوقت ، كما أنها تختلف من شخص لآخر، فهناك من تظهر عليهم استجابات عند تعرضهم للضغط النفسي و هناك من لا تظهر عليهم رغم الضغوط التي تواجههم، و هذا راجع إلى الفروق الفردية بين الأفراد و لبنيتهم الجسدية و النفسية و الاجتماعية و الانفعالية.

VII. الضغط و المدرسة :

تعتبر المدرسة ثاني وسط ينشأ فيه الفرد بعد أسرته، ففيها يتلقى العلم و التربية و التنشئة النفسية و الاجتماعية. و بالرغم من أهميتها لاعتبارها حجر الأساس الذي يبني عليه الفرد معلوماته و قدراته المعرفية و العلمية و حتى النفسية و الاجتماعية، و الدور الذي تقوم به في تأهيل الفرد لمستقبل جيد و زاهر ، إلا أنه لا يمكن إنكار حقيقة الضغط الذي يعيشه التلميذ خلال مساره الدراسي و الذي تتسبب فيه المدرسة بشكل واضح. إذ يجد التلميذ نفسه عاجزا عن التوافق و التعامل مع وضعيات مختلفة مثل خوفه من المدرسة أو كرهه لها، الصعوبات المدرسية التي يعاني منها، خوفه من الامتحانات و من الفشل الدراسي، إضافة إلى طبيعة علاقاته الاجتماعية مع المعلمين و التلاميذ و الرفاق، و طرق المعلم في

التدريس و معاملته للتلاميذ و أساليب العقاب التي يمارسها عليهم. بالإضافة إلى ضغوط أخرى كالأسرية و الاجتماعية و الاقتصادية و تلك الناتجة عن مرحلة المراهقة و ما يصاحبها من تغيرات مختلفة التي قد يعيشها التلميذ.

و تعتبر كل هذه العوامل و غيرها من مسببات الضغوط النفسية للتلميذ التي تثير لديه التوتر و القلق و الخوف، و قد تؤدي به إلى المعاناة من اضطرابات جسمية و نفسية و سلوكية...إلخ. و بالرغم من إمكانية تأثير بعض الضغوط إيجابيا على التلميذ و دفعه إلى الاجتهاد و الانضباط و النجاح، إلا أن هناك الكثير من المواقف التي تؤثر عليه سلبا و تتسبب له في مشاكل مختلفة متفاوتة الشدة و الخطورة مثل المشاكل الصحية الجسمية منها الجلدية و الهضمية و التنفسية و غيرها، و المشاكل النفسية كالقلق و التوتر و الحساسية المفرطة و غيرها، و المشاكل المعرفية كانخفاض التركيز و النسيان و غيرها، و المشاكل السلوكية كالعنف المدرسي و التسرب المدرسي و استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول و هو من الآثار السلوكية الخطيرة للضغط على التلميذ.

و قد يؤدي الضغط الذي يعيشه التلميذ إلى النتائج و الآثار السلبية في حالة عدم تعامله بطريقة فعالة معه، و فشله في تبني استراتيجيات التعامل الملائمة مع الوضعية الضاغطة التي يعيشها. و سيتم التطرق إلى هذه الاستراتيجيات في الفصل الموالي.

الفصل الخامس

استراتيجيات التعامل

تمهيد:

إن تعرض الفرد للضغط يخلف نتائج كبيرة على توازنه النفسي و الانفعالي و حتى على صحته البدنية. و للتخلص من هذه الوضعية و الحد منها و من آثارها وجب على الفرد التعامل معها و مع متطلباتها لاستعادة راحته و توازنه، و ذلك باعتماده على استراتيجيات

التعامل التي سيتم التطرق إليها في الفصل الآتي بهدف تعريفها و فهمها من خلال النماذج و النظريات المفسرة لها، و من خلال التطرق إلى أنواعها و إلى محدداتها و فعاليتها.

I. تعريف استراتيجيات التعامل:

لقد تعددت الترجمات التي قدمت للكلمة الأنجلوسكسونية coping، و يرى بوالطمين (2011) أن الترجمة الجديرة بالاهتمام هي تلك التي اعتمدت عليها طايبي(2008) و التي تمثلت في "التعامل". و بررت الباحثة ترجمتها بانبثاق مصطلح coping من النموذج التفاعلي أو التعاملي الذي يرى أنه لا وجود للضغط بدون تفاعل الفرد مع محيطه و بدون التحليل المعرفي–الظواهري الذي يقوم به لنفسه و للحدث. و يضيف أنه بالتمعن في التعريفات المقدمة لاستراتيجيات التعامل يبقى هذا المصطلح أكثر ملائمة من حيث المعنى و البلاغة (بوالطمين، 2011: 145).

و فيما يلي عرض لبعض تعريفات استراتيجيات التعامل التي اختلفت من باحث لآخر.

فقد عرفها فريدمان Friedman (1963) كعمليات يتبناها الفرد لمواجهة التهديدات التي يتلقاها بناؤه النفسي و ذلك ليصبح قادرا على القيام بوظائفه بفعالية. نقلا عن (شويخ، 2007: 56).

كما عرفها كل من موس و بيلنجز(1983)Moos & Billings نقلا عن بولهان و بورجوا (1998) على أنها مجموع المعارف و السلوكيات المستخدمة من قبل الفرد بهدف

تقييم الحدث الضاغط و تعديل التوتر الانفعالي الناتج عنه (Paulhan et Bourgeois,1998 : 59).

و يذكر الشخانبة (2010) أن فلشمانFleshman (1984) يرى استراتيجيات التعامل كمجموع السلوكيات التي يتبناها الفرد للتقليل من الضغط النفسي، و قد تكون ظاهرة أو مخفية (الشخانبة، 2010: 35).

بينما يعرفها كل من لازاروس و فولكمان (1984) على أنها مجهودات معرفية و سلوكية دائمة التغيير، يبذلها الفرد لإدارة و تسيير متطلبات داخلية كانت أم خارجية قدّرها أنها مهددة أو تفوق و تستنزف مصادره. نقلا عن (Schweitzer, 2002: 356) .

في حين يرى موس(1993) Moos نقلا عن شويخ (2007) أن استراتيجيات التعامل هي تلك الأساليب المستخدمة بوعي من الفرد الذي يوظفها في التعامل الإيجابي مع مصادر القلق أو الأحداث المسببة للمشقات النفسية أو الأحداث الصدمية (شويخ، 2007: 56).

و من جهتها، تعرفها شويخ (2007) على أنها استراتيجيات توجه الفرد للاستجابة للموقف الضاغط المدرك و التصدي له. و تعمل هذه الاستجابات إما على تلبية مطالب الموقف الضاغط المدركة أو على تخفيف الانفعالات السلبية الناتجة عنه (شويخ، 2007: 315).

و تعرف الباحثة استراتيجيات التعامل على أنها طريقة أو أسلوب يتبعه الفرد ليتعامل مع حدث ما و ذلك بعد تقييمه الفرد و تحديد مدى خطورته و تهديده له و يحدث ذلك أثناء تفاعله مع بيئته. و تختلف استراتيجيات التعامل من فرد لآخر و من وضعية لأخرى كما قد تكون فعالة أو غير فعالة.

II. نبذة عن تطور مفهوم استراتيجيات التعامل :

لقد ظهر مفهوم التعامل منذ عدة قرون و يعتبر من جهة وريثا للتحليل النفسي و سيكولوجية الأنا(ego psychology) و نموذج التكيف.

ففي نهاية القرن التاسع عشر ناقشت نظرية التحليل النفسي مفهوم آليات الدفاع، و أكدت النصوص الأولى لفرود Freud و بروير Breuer و آنا فرود Anna Freud أن الأفكار المزعجة و المقلقة لا يمكنها الوصول إلى الوعي، و على هذا الأساس تم وصف مختلف الآليات التي يخفي بواسطتها الفرد مشاعره التي يرى أنها غير مقبولة. و تطور مفهوم القبول أو التقبل تدريجيا نحو مفهوم القمع الذي يعتبر من بين آليات الدفاع و أكثرها تحديدا.

كما افترضت سيكولوجية الأنا التي تحدثت عنها هارتمان (1940)Hartmann وجود أنا غريزي و أنا آخر أكثر استقلالية و تطورا و تكيفا مثلما يتصوره التقليد السلوكي، و منه و عن طريق العلاج النفسي التحليلي يمكن لأي فرد أن يقوي هذا الأنا و يحسنه و يزيد من قدراته على التعامل.

و بالتالي فإن تنظير التعامل Coping جاء متأخرا بكثير عن نشأة مفهوم آليات الدفاع، ففي عام 1896 كان فرود Freud قد تطرق إلى مفهوم الدفاع الذي اعتبره مركزيا و حوله ينتظم الأداء العصابي بالارتباط مع عمليات تنظيم الأنا .

و في سنة 1915 ظهرت عبارة آليات الدفاع في "الكبت، العرض و القلق" inhibition, symptôme et angoisse (Freud,1926) أين اقترح إعادة تعريفها من خلال تمييزها عن القمع.

و في وقت لاحق جاءت أعمال محللون نفسيون آخرون بحيث اهتمت بعضها بالدفاعات المبكرة Défenses précoces و ارتباطها بالنمو مثل أعمال بارجوري Bergeret (1972) المركزة على دور هذه الدفاعات في تنظيم هيكل الشخصية.

و يقع المفهومان في مجالين نظريين مختلفين تماما، إذ ينتمي مفهوم آليات الدفاع من جهة إلى التحليل النفسي في حين يندرج مفهوم استراتيجيات التعامل Coping ضمن المجال المعرفي السلوكي. و هما بالنسبة للبعض مفهومان مختلفان تماما، فآليات الدفاع غير مرنة و عشوائية و لا يمكن مقاومتها كما أنها لا شعورية و تدل على كفاح الأنا مع الصراعات النفسية الداخلية التي عادة ما تكون قديمة و تشوه الواقع. في حين تتميز استراتيجيات التعامل بالمرونة و تكون بوعي من الفرد، و متمايزة و متكيفة مع الموقف الذي ينشأ عن التفاعل بين الفرد و بيئته. و يشير المفهوم إلى استراتيجيات مرنة و مُوجهة للواقع الخارجي

أو الداخلي بهدف السماح للفرد بالتعديل أو حتى السيطرة على العواقب الناتجة عن المواجهة مع الحدث الضاغط.

و تعتبر النماذج التفاعلية مثل نموذج لازاروس و نموذج علم النفس الصحة التعامل Coping كعملية تعتمد على التغيرات الوضعية، فهو بذلك مفهوم يشمل جميع الجهود المعرفية و السلوكية دائمة التطور.

و بهذا فإن مفهوم التعامل يتعارض بوضوح مع مفهوم آليات الدفاع اللاشعورية المستقرة نسبيا، أو حتى الساكنة مقارنة باستراتيجيات التعامل المتنوعة و التي تفرضها الحاجة إلى التكيف (Parrocheti, 2011, p 75-77).

III. التناولات النظرية المفسرة لاستراتيجيات التعامل:

أولا. التناولات القديمة :

1. النموذج الحيواني :

يستند هذا النموذج على النظرية التطورية الداروينية، ويعرف التعامل على أنه مجموعة من النشاطات التي تراقب و تتحكم في شروط و ظروف المحيط العدائية بهدف الإنقاص من الاضطرابات السيكوفيزيولوجية (زناد، 2013: 200).

و يقتصر بذلك التعامل بالنسبة لهذا النموذج على الاستجابات السلوكية سواء كانت فطرية أو مكتسبة، يقوم بها الفرد لمواجهة أي تهديد بهدف خفض الاستثارة الفيزيولوجية و بالتالي آثار المثيرات الضاغطة.

و لا يعتبر هذا الأسلوب ملائما لكل المواقف التي يواجهها الفرد لأنه لا يجسد العنصرين الانفعالي و المعرفي خلال عملية الاستجابة للضغط (شقير، 1998: 133).

و يرى كل من لازاروس و فولكمان (1984) أن البحوث التي تعتمد على هذا النموذج عامة ما تركز على التجنب و الهروب، الأمر الذي لا يسمح بالكشف عن باقي السلوكيات التي يتضمنها مفهوم استراتيجيات التعامل (lazarus & Folkman, 1984 : 118)

2. النموذج التحليلي:

يعتبر فرود Freud(1933) ميكانيزمات الدفاع من أهم استراتيجيات التعامل التي يعتمد عليها الفرد لمواجهة الضغط و حماية نفسه من التوتر و الصراعات الناتجة عن

المحتويات المكبوتة، و هي عملية لا شعورية تعمل على تشويه إدراك الواقع و تزييف الأفكار بهدف خفض التوتر.

و يرى فرود أن الفرد يلجأ لتبني أكثر من أسلوب دفاعي للتخفيف من التوتر و القلق و الصراع الداخلي (عبد العظيم وعبد العظيم، 2006: 86) الذي يكون بين الهو، الأنا، و الأنا الأعلى. و قد يكون القلق الناتج عن هذا الصراع عصابيا نابعا من خوف الفرد من عدم قدرته على ضبط رغباته، أو أخلاقيا ناتجا عن الشعور بالذنب من السلوكيات الغريزية، أو واقعيا ناجما من الخوف من تهديد العالم الخارجي (شويخ، 2007: 59).

و ترى آنا فرود Anne Freud(1936) التي تابعت التطور النظري للمفهوم، انه يجب اعتبار ميكانيزمات الدفاع كعملية تكيف للأنا الذي يواجه قيود العالم الخارجي، إضافة إلى المتطلبات الغريزية الكبيرة (Parrocheti, 2011: 76).

و قسمت ميكانيزمات الدفاع إلى قسمين:

- ميكانيزمات الدفاع السوية التي تمكن الفرد من مواجهة الضغط.
- ميكانيزمات الدفاع غير السوية التي تسبب المشاكل و حتى الأمراض النفسية (عبد العظيم و عبد العظيم، 2006: 85).

و من بين ميكانيزمات الدفاع التي يعتبرها نموذج التحليل النفسي عملية لا شعورية تهدف إلى التخفيف أو الحد من مسببات القلق هناك الإنكار، العزل، و العقلنة

(Paulhan & Bourgeois,1998: 42)، إضافة إلى ميكانيزمات أخرى مثل الكبت، الإسقاط، النكوص...إلخ (شويخ، 2007: 59).

و تشير زناد (2013) إلى أن الفرق الجوهري بين النموذجين الحيواني و التحليلي في دراستهما للتعامل يكمن في تفكير الفرد و كيفية إدراكه فيما يتعلق بعلاقته بمحيطه. و تضيف أنه مهما كانت السلوكيات مهمة فإن المعارف cognitions تبقى أهم منها(زناد، 2013: 200).

3. نموذج سمات الشخصية:

و هو مستوحى من نظرية الدفاعات التي تعتبر التعامل سمة للشخصية و ترى أن تبني الفرد لطريقة معينة للتعامل مع الضغط يرجع إلى مميزات شخصيته الثابتة و سماتها (بوالطمين، 2011: 150).

و انطلاقا من هذا المبدأ تم اقتراح مقاييس تصنف الأفراد وفقا لسماتهم بهدف وضع مؤشرات تنبؤية لاستراتيجيات التعامل التي يلجئون إليها (حسب هذه السمات)، لأن هذه الخصائص الثابتة هي التي تهيئ الفرد بطريقة معينة للتعامل مع الضغط.

و لكن المصادقة على فرضية أن الفرد يعتمد دائما على نفس الاستراتيجيات و يسلك دائما نفس الطريق في تعامله مع الأحداث الضاغطة مهما كانت طبيعتها و ظروفها، لم تتم من قبل الكثير من الباحثين الذين بينوا أن مقاييس سمات الشخصية هي مؤشرات

ضـعيفة لاسـتراتيجيات التعامـل التـي يتبناهـا الفرد(شـويخ، 2007: 61)، و ذلـك لعـدة أسباب، منها:

- طبيعة تعدد الأبعاد للتعامل: فهو عبارة عن صيرورة تحتاج إلى عدة استراتيجيات ، و مثالا على ذلك و في حالة المرض الجسدي، يجد الفرد نفسه ملزما على التعامل مع عدة موارد كالألم و الضغط و العجز و العلاج و ظروف الاستشفاء، و يحاول الحفاظ في نفس الوقت على توازنه الانفعالي و صورة الذات و ظروفه المالية و غيرها، و لا يمكن قياس كل هذا بمقاييس أحادية الأبعاد كقياس سمة واحدة.
- طبيعة التعامل المتحركة و المتغيرة التي تتأثر حسب لازاروس و فولكمان(1988) بالسياق الوضعي، و هذا ما يجعل الفرد يغير من استراتيجيات تعامله حسب الوضعية الضاغطة (زناد، 2013: 209).

4. النموذج المعرفي:

كما ذُكِر سابقا في تفسير الضغط النفسي حسب الاتجاه المعرفي، عندما يجد الفرد نفسه أمام وضعية ضاغطة يقوم بعملية التقييم التي تتم في مرحلتين. تتضمن المرحلة الأولى تحديد معنى الحدث الضاغط و تقييمه، و تتأثر بمعتقدات و قيم و دوافع الفرد و تعطي تقييما لنفس الحدث، و من هذا المنطلق يختلف تقييم نفس الحدث من فرد لآخر، فيمكن أن يعتبر تهديدا مُولّدا للخوف و القلق المرتبطين بخسارة أو فقدان(مادي أو عاطفي مثلا)

و المصحوبين بانفعالات كالحزن، الكره، الغضب، الخجل...إلخ، كما يمكن أن يُعتبر هذا الحدث تحديا يثير الحماس و الإثارة و نوعا من الفرح. أما في المرحة الثانية فيقوم الفرد بتقييم موارده الخاصة و قدرته على الاستجابة، كما يقيم فعاليته و نتائج محاولاته لتخفيف آثار الضغط. و هكذا يختار الفرد من بين مجموعة متنوعة و عديدة من السلوكيات و المعارف ما يراه ملائما للتعامل مع الوضعية الضاغطة (جمع المعلومات، وضع خطة عمل، تقييم الموارد الاجتماعية، التعبير عن الانفعالات، تجنب أو إنكار المشكل، الاستمتاع بالوقت، ممارسة رياضة...إلخ) (Parrocheti, 2011 : 82).

و في حالة تلاؤم تقدير الفرد لمطالب الموقف الضاغط مع إمكانياته للمواجهة و التعامل فإنه لن يشعر بالضغط، أما إذا أظهر تقييمه فجوة بين المطالب و الإمكانيات نتيجة تفوق الأولى عن الثانية، فسيشعر بضغط. و بعد تقييم الفرد الأوّلي للحدث على أنه ضاغط تبدأ عملية التخطيط للمواجهة أو التعامل الذي يتأثر بعوامل منها الخارجية كطبيعة الحدث الضاغط، و منها الداخلية كشخصية الفرد و ثقافته...إلخ (يخلف، 2001: 53).

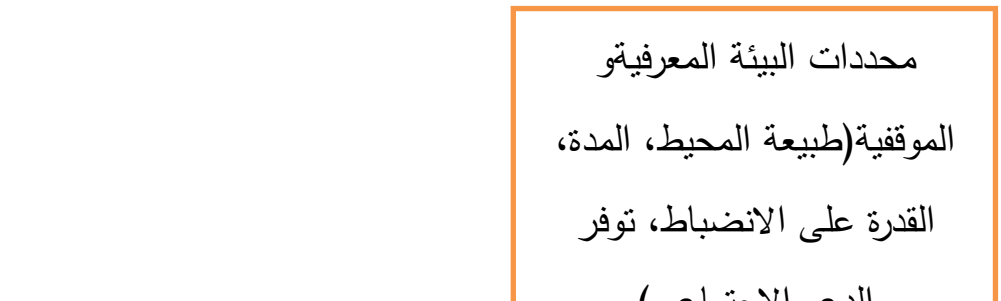
و يوضح لازاروس (1993) تعريفه الأولي لاستراتيجيات التعامل مؤكدا على الحاجة إلى النظر إلى المفهوم كعملية تهدف إلى التدخل بين الفرد و الحدث الضاغط بهدف التخفيف أو الحد من الآثار الضارة المحتملة. و حسب لازاروس فإن البعد المعرفي يبقى مركزيا و يعتبر أهم بعد و يشير إلى تصميم تفاعلي يستطيع من خلاله الفرد التحكم في البيئة بدلا

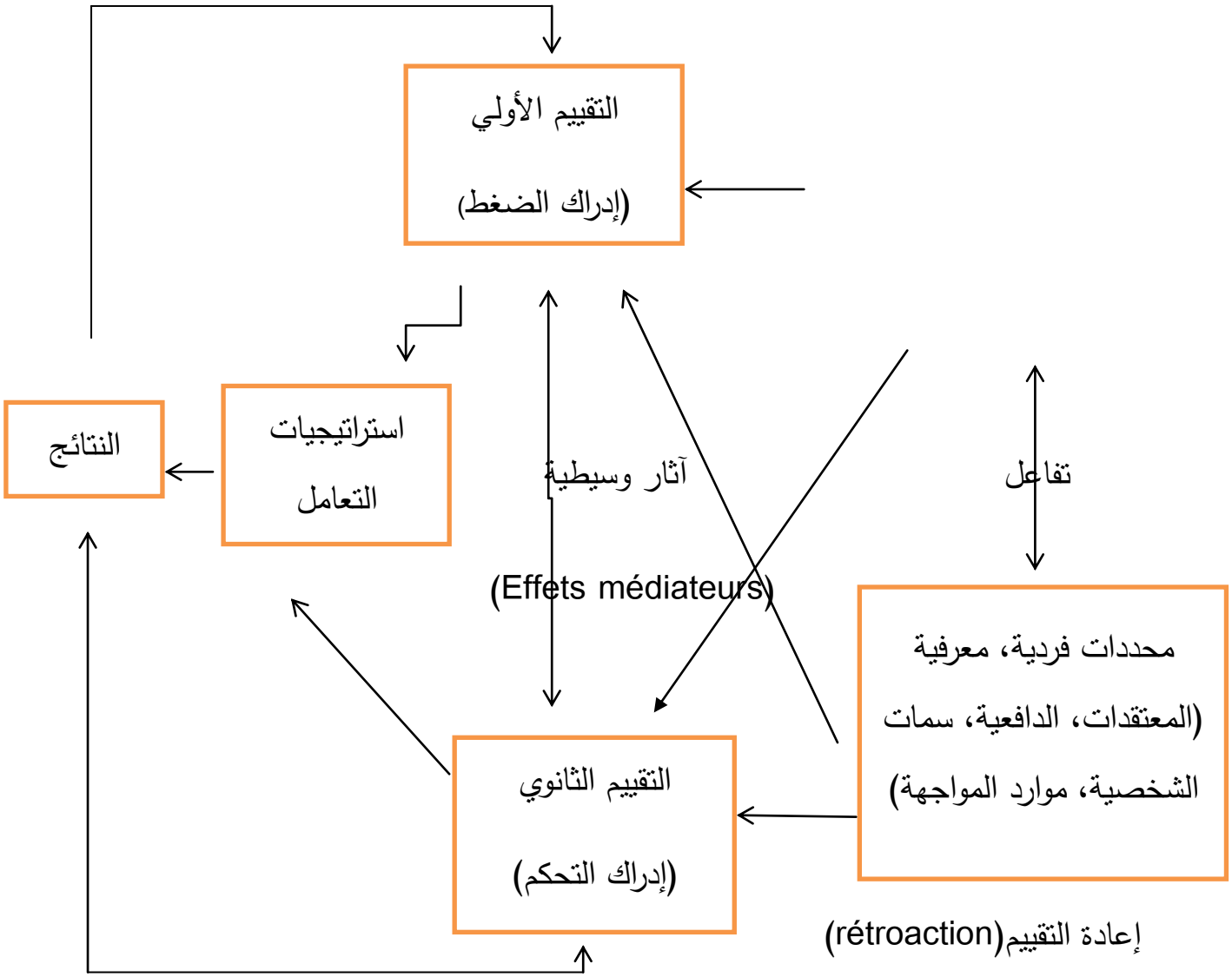
مـن أن يتغيـر بسـببها، و مـن المفتـرض أن تكـون المعـارف دائمـا سـابقة للسـلوكيات (Parrocheti, 2011: 82).

و يمكن توضيح عملية التعامل coping من خلال المخطط الآتي:

الشكل 5

مخطط موضح لسيرورة التعامل حسب النموذج المعرفي التفاعلي (Schweitzer, 2001: 74)





ثانيا: التناولات الحديثة :

قدم بان Ben(2010) ملخصا للنماذج الأساسية الحديثة المفسرة لاستراتيجيات التعامل و المتمثلة في :

1. **نموذج تناسق(انسجام) الموارد للتعامل Resource-congruence model of coping :**

هو نموذج مشتق من النظرية المعرفية للضغط لـلازاروس و فولكمان، و يرى أن التعامل يرتكز على تحقيق الانسجام أو التناسق بين موارد الفرد و استراتيجيات تعامله السابقة و بين متطلبات الحدث الضاغط السابقة. كما يعتبر التناسق كوظيفة يتم من خلالها استخدام استراتيجيات التعامل بما يتماشى مع قيم الفرد و ممارسته الثقافية الضمنية.

و في هذا النموذج يتم تصنيف سلوكيات التعامل إلى استراتيجيات تعامل إبداعية، تفاعلية، و استباقية وقائية، و تظهر أهمية خاصية الثقافة في استراتيجيات التعامل الإبداعية التي ترتبط ارتباطا وثيقا بموارد الفرد الفكرية، الروحية، الوجودية، العلائقية، الجسدية، المالية، الثقافية، و البيئية، و تشكل كلها جزءً لا يتجزأ من الظروف الثقافية.

و منه فإن هذا النموذج يعطي أهمية لبعد الثقافة و يرى أنها تؤثر على عملية التعامل مع الضغط .

2. النموذج متعدد المحاور للتعامل Multi axial model of coping

يرتكز هذا النموذج على منظور أنتولوجي اجتماعي للضغط، و يركز على الجوانب المشتركة بين استراتيجيات التعامل مع الضغط التي تعبر عن حاجة الأفراد إلى ضمان البقاء الجماعي (ضمن مجموعة أو مجتمع أو أمة). و على هذا النحو أكد هوبفول Hobfoll (1998) على أنه في إطار الهياكل الاجتماعية المنظمة ثقافيا، و في إطار

الأدوار و الانتقالات المتوقعة على مدى الحياة، تخلق الثقافات سياقا يتم من خلاله تحديد استجابة الضغط و استراتيجيات التعامل معه.

و بالتالي فإن السياقات الاجتماعية و الثقافية للتعامل تشمل علاقة الأفراد مع أسرهم، و علاقتهم مع الدين و المؤسسات و منظمات التوظيف و المؤسسات الخيرية و الأحياء و المجموعات العرقية.

3. النموذج التفاعلي للضغط الثقافي و استراتيجيات التعامل Transactional model of cultural stress and coping:

يؤكد النموذج على أن ضغط الوسط الثقافي يؤثر على خمسة جوانب متتالية و متفاعلة فيما بينها، كما يؤكد على الجماعية و الفردية كأبعاد نفسية و ثقافية جوهرية يتم من خلالها تنظيم مختلف التجارب الثقافية التكيفية.

و تتمثل الجوانب التي تتأثر بضغط الوسط الثقافي في: البيئة، الجانب الشخصي للفرد (القدرات المعرفية، سمات الشخصية، الكفاءات الاجتماعية)، الظروف المؤقتة أو الضواغط (أحداث الحياة و تغيراتها)، التقييم المعرفي و مهارات التعامل مثل استراتيجيات التعامل الإقدامية أو التجنبية (approach or avoidancecoping)، و الصحة و الرفاهية.

فحسب هذا النموذج، يمكن أن تتفاعل العوامل البيئية و الشخصية فيما بينها للتنبؤ بأحداث الحياة الضاغطة، و تتم عملية تقييم مدى قدرة الأنظمة السابقة على الاستجابة لمتطلبات الحدث الضاغط، و تحدد النتيجة النهائية صحة و رفاهية الفرد.

و في هذه النظرية تعتبر الجماعية (الاعتماد المتبادل) و الفردية (الاستقلال) كأبعاد ثقافية أكثر بروزا و أكثر تأثيرا على الاختلافات الثقافية في أنماط استراتيجيات التعامل و على النتائج.

4. النموذج الاجتماعي الثقافي للضغط و استراتيجيات التعامل و التكيف Sociocultural model of stress,coping, and adaptation:

وضع ألدوينAldwin (2005) مفهوما اجتماعيا ثقافيا لاستراتيجيات التعامل مع الضغط و الذي يركز على السياق الاجتماعي للضغط و استراتيجيات التعامل معه.

و وفقا له فإن السياق الاجتماعي متجذر بعمق في السياق الثقافي. و ينظر هذا النموذج لاستراتيجيات التعامل على أنها عملية تقييم الأفراد للضغط، لمواردهم للتعامل معه، الدعم الاجتماعي، و الموارد التي توفرها ثقافتهم و ردود أفعال الآخرين في السياق الاجتماعي.

و في ظل هذا المنظور، فإن تجارب الأفراد مع التوقعات و الموارد الثقافية تؤثر على إدراكهم لمتطلبات عامل الضغط و الموارد المتاحة لديهم لتلبيتها(السوابق/الخبرات السابقة)، و يؤثر هذا بدوره على تقييمهم للضغط. و في نفس الوقت يفترض النموذج أن المعتقدات

و القيم الثقافية العامة هي التي تبني المعتقدات و القيم (المبكرة) إضافة إلى ردود أفعال الآخرين اتجاه الوضعيات الضاغطة.

و التأثيرات الجماعية لهذه العناصر تؤثر بدورها على تقييم الأفراد للضغط ، و في غضون ذلك يعمل كل من الدعم الاجتماعي للأفراد و استراتيجيات التعامل كوسيط بين الضغط و بين نتائج التعاملcoping التي لا تؤثر فقط على الفرد المعني و إنما يمتد تأثيرها إلى غاية بيئته أو محيطه، مما يؤدي إلى عواقب ثقافية، ظرفية، نفسية، و جسدية (Ben, 2011 : 1086-1088).

IV. أنواع استراتيجيات التعامل:

حسب لازاروس و فولكمان (1984) و لونيي Launier (1987) فإن لاستراتيجيات التعامل وظيفتين أساسيتين:

- يمكنها أن تسمح بتعديل المشكل الذي يسبب الضغط.
- يمكنها أن تسمح بتنظيم الاستجابات الانفعالية المرتبطة بهذا المشكل (Schweitzer, 2001 : 71).

1. استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل:

يهدف هذا النوع من الاستراتيجيات إلى التقليل من متطلبات الوضعية و/أو الزيادة في مواردها الخاصة لمواجهة أحسن، و الحياة اليومية مليئة بالأمثلة حول هذا النوع من استراتيجيات التعامل مثل المفاوضة حول موعد دفع فاتورة، البحث عن وظيفة بدخل أفضل،

استشارة طبيب، تطوير المعارف و المهارات في مجال ما، وضع مخطط أو جدول عمل، البحث عن معلومات...إلخ

و تركز استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل عل عاملين و هما: حل المشكلات(البحث عن المعلومات و وضع خطة عمل) و مواجهة المشكلة و التصدي لها (بذل مجهود و اتخاذ إجراءات مباشرة لتعديل المشكلة)(Schweitzer, 2001: 71) .

و يرى كل من لازاروس و فولكمان (1984) أن استراتيجيات التعامل المتمركزة حول حل المشكلة أوسع من عمليات حل المشكلات. فلا يقتصر اهتمامها على هدف واحد فقط؛ فإضافة إلى الاستراتيجيات الموجهة نحو المحيط الخارجي التي تتضمنها عمليات حل المشكلات (كتغيير ضغوطات المحيط، أو تغيير الصعوبات، أو الإجراءات...إلخ)، توجد الاستراتيجيات الموجهة نحو الذات ضمن استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل و تشمل إجراء تعديلات في مستوى الطموح أو الدافعية أو النواحي المعرفي الأخرى، أو تعلم سلوكيات و خبرات جديدة...إلخ) (Lazarus et Folkman, 1984 : 141-152-153)

و منه يمكن القول أن استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل تضم عمليات معرفية معقدة تسمح للفرد بالتفكير المعمق لفهم الوضعية الضاغطة و التخطيط للتعامل معها بهدف التخفيف من حدتها أو خطورتها أو تهديدها أو التخلص منها نهائيا.

2. استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال:

و يهدف هذا النوع من الاستراتيجيات إلى تسيير و إدارة الاستجابات الانفعالية الناتجة عن الوضعية الضاغطة. و يمكن أن تتم هذه العملية بطرق مختلفة(انفعالية، فيزيولوجية، معرفية، سلوكية).

و هناك العديد من الاستجابات التي تندرج ضمن استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال مثل: استهلاك المؤثرات العقلية كالتبغ و الكحول و المخدرات، صرف الانتباه من خلال ممارسة نشاطات كالرياضة و القراءة و مشاهدة التلفاز، لوم الذات نتيجة الشعور بالذنب، التعبير عن المشاعر(الغضب، القلق...إلخ).

و ترتكز الطريقة المعرفية لهذا النوع من استراتيجيات التعامل على تحويل معنى الوضعية transformation de la signification de la situation ، و ذلك من خلال التعديل أو التقليل من خطورتهاminimisation، أو إنكار الواقع ...إلخ

و هناك عوامل صغيرة تتعلق باستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال و هي :

- التقليل من أهمية التهديد و الابتعاد(تصرفت و كأن شيئا لم يحدث و قلت لنفسي أن الأمر لم يكن سيئا بالفعل).
- إعادة التقييم الإيجابي(خرجت أقوى من هذه التجربة) بهدف تخفيف التهديد عن طريق تغيير معنى الوضعية.

- اتهام الذات(فهمت أنه أنا من تسبب في المشكلة).
- التجنب و الهروب(حاولت أن أشعر بالتحسن من خلال التدخين أو الشرب، حاولت أن أنسى كل شيء).
- البحث عن الدعم العاطفي(قبلت تعاطف و تفهم شخص ما).

و يشير كل من لازاروس و فولكمان إلى إمكانية استعمال استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل و أخرى متمركزة حول الانفعال في وقت واحد و أمام نفس الحدث الضاغط (Schweitzer, 2001 :71-72).

و يعتبر باحثون آخرون البحث عن الدعم الاجتماعي كنوع ثالث لاستراتيجيات التعامل (Hartmann, 2008: 286). و هو ذلك الجهد الذي يبذله الفرد بإيجاد أشخاص يمكن أن يثق بهم للوقوف بجانبه و مساعدته على التعامل مع الضغط الذي يعيشه. و قد يأتي الدعم الاجتماعي من كل شخص تواصل اجتماعيا مع الفرد المحتاج للدعم بشكل أو بآخر، مثل الأسرة التي تعتبر أول مصدر للدعم الاجتماعي، الرفاق و الأصدقاء، الزملاء و غيرهم.

لقد اتسع نطاق الأبحاث حول الوظائف المختلفة لاستراتيجيات التعامل و حول أنواعها، و ظهرت اتجاهات جديدة و قامت بأبحاث عديدة في هذا المجال، جعلت من الممكن التغلب على القيود المتعلقة بالنهج التقليدي. و قد تم التطرق إلى هذه الاتجاهات في مقال لفولكمان و موسكويتز Folkman & Moskowitz (2004) تحت عنوان Coping: pitfalls and promise، و من أهم النقاط التي تركز عليها هذه الاتجاهات الحديثة :

- اهتمام المنظور الكلاسيكي لاستراتيجيات التعامل على الأحداث الماضية أو الحالية ، بينما تقوم نظريات استراتيجيات التعامل الاستباقية proactif coping بدمج الجوانب الزمنية للتعامل و خاصة التعامل مع الأحداث المستقبلية.
- غالبا ما يتم إهمال عنصر التأثيرات الإيجابية في نموذج الضغط، أما الأبحاث الحديثة فتبين وجودها مع التأثيرات السلبية الناتجة عن الوضعية الضاغطة.
- تطور البحوث حول الانفعالات جلب منظورا آخر حول استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال، و ذلك بالتركيز على الوظيفة التكيفية للانفعالات. و تسلط هذه البحوث الضوء على استراتيجية تنظيم الانفعالات و على الفصل بين استراتيجيات التجنب و استراتيجية مواجهة الانفعالات Stratégie d'affrontement des émotions.
- هناك ثلاث مقاربات approches تتبنى فكرة إمكانية وجود استراتيجيات محددة بمواقف معينة و هي :

-استراتيجيات التعامل المخصصة للحداد.

-الجوانب الاجتماعية لاستراتيجيات التعامل.

-استراتيجيات التعامل الدينية (Hartman, 2008: 287).

V. محددات استراتيجيات التعامل:

يرى لازاروس و زملاؤه أن استراتيجيات التعامل هي مجموعة من الاستجابات لمواقف ضاغطة معينة، و هي عملية ديناميكية تتغير حسب الوضعية و حسب تقييم الفرد لها.

و تنقسم محددات استراتيجيات التعامل إلى نوعين أساسيين :

و يرى البعض منهم أن محددات استراتيجيات التعامل هي محددات dispositionnelles (معرفية ذات تأثير على الفرد)، أما البعض الآخر فيرى أن استراتيجيات التعامل تتحدد من خلال خصائص ظرفية situationnelles كطبيعة المشكل ، إمكانية التحكم فيه...إلخ.

1. محددات استراتيجيات التعامل الثابتة dispositionnelles:

يرى العديد من الباحثين أمثال كوستا و آخرون Costa et al (1996) أن استراتيجيات التعامل لا تحدد تبعا لخصائص الأحداث (المتغيرة) و إنما تحددها خصائص الأفراد الثابتة كسمات الشخصية. كما أن أساليب التعامل تكون خاصة بكل فرد، و هذا ما يفسر تفضيل كل شخص استراتيجيات معينة على أخرى أثناء تعامله مع المواقف الصعبة و الضاغطة. و السبب يعود حسب كوهان و آخرون Cohen et al (1983)إلى اختلاف الأفراد في إدراكهم و تفسيرهم و تقييمهم للأحداث.

كما يرى أصحاب هذه المقاربة أن التقييمين (الأولي و الثانوي) يتأثران و يتحددان بالسوابق النفسية الاجتماعية للفرد التي تكون أساسا على شكل سوابق و محددات معرفية و شخصية .

فأما المحددات المعرفية فهي تشمل المعتقدات (حول النفس، العالم، الموارد، القدرات على حل المشكلات...إلخ)، و الدافعية العامة(القيم، الأهداف، المصالح...إلخ)، و مركز الضبط (الداخلي و الخارجي)، فعالية الذات المدركة، العجز المكتسب، الإسناد السببيattribution causale ...إلخ.

و أما المحددات الشخصية فتشمل السمات (الاستعادادات) الشخصية كالصلابة، الالتزام، الضبط المدرك...إلخ. و لقد تبين أن هناك سمات شخصية عديدة يمكن اعتبارها كمنبئات جيدة لاستراتيجيات التعامل مثل القلق و العصابية و الاكتئاب و العدائية (سمات تنبئ بتقييمات خاصة كارتفاع مستوى الضغط المدرك، و فعالية الذات المنخفضة)، و تنبئ بدورها باستراتيجيات تعامل متمركزة حول الانفعال. أما الجلد و اللطف و التحلي بالضمير فهي سمات ترتبط بتقييمات أفضل و أكثر ملائمة و تنبئ باستراتيجيات متمركزة حول المشكل، و هذا ما يجعل الربط بين الشخصية و التكيف بارزا و واضحا (Costa et al, 1996 : 51).

و يمكن القول أنه و حسب هذه المقاربة فإن تقييم الحدث الذي يقوم به الفرد و استراتيجيات التعامل التي يتبناها تحدد بواسطة خصائص ثابتة و متعلقة بالفرد لا

بالحدث الضاغط، و تتمثل في مجموعة من المحددات المعرفية كدافعية الفرد و معتقداته حول نفسه و موارده و قدراته و فعاليته...إلخ، و أخرى شخصية كسمات الشخصية مثل الصلابة و الالتزام و القلق و العدائية و الجلد...إلخ. و هذه المحددات هي التي تسمح بمعرفة ما إذا كان الفرد يركز على المشكل أو على الانفعال في تعامله مع المواقف الضاغطة.

2. المحددات الوضعيةsituationnelles و التعاملية transactionnelles للتعامل:

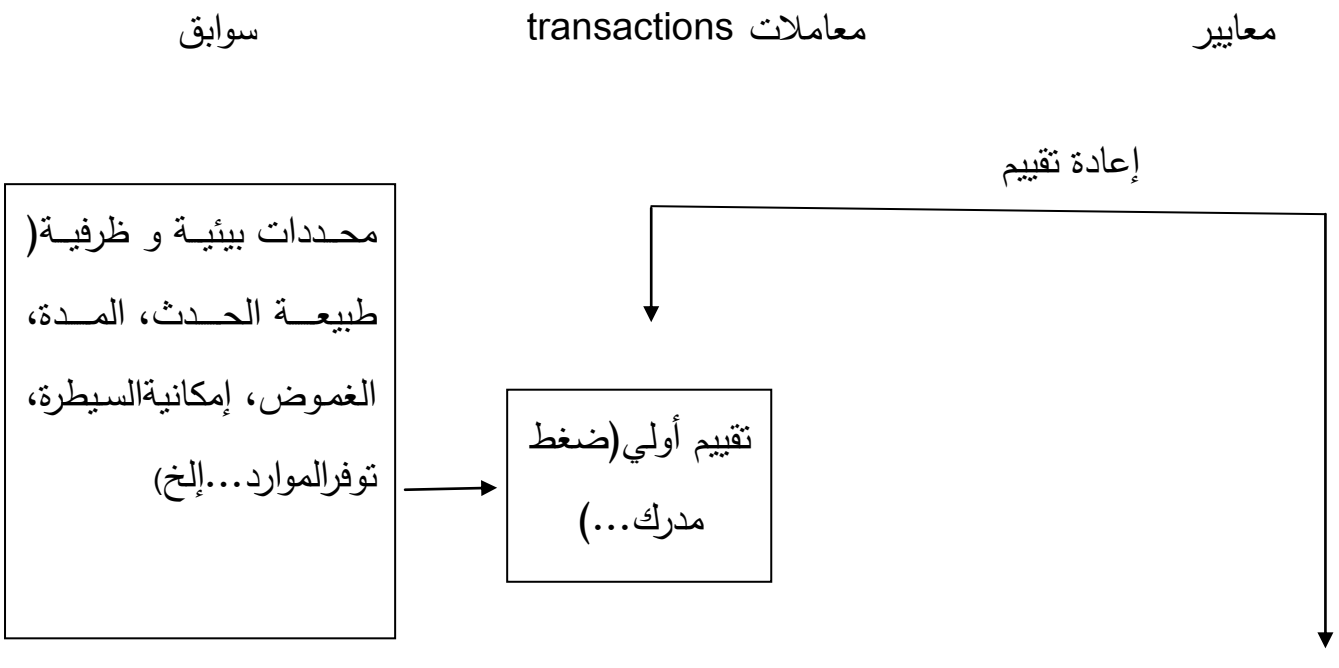
يعتقد الكثير من الباحثين أن التقييم و التعامل عمليتين تعتمدان على خصائص كل من الأفراد و الأحداث الضاغطة، مما يجعل عملية التقييم قابلة للتأثر بمختلف خصائص البيئة كطبيعة التهديد، الغموض، المدة، إمكانية السيطرة على الضاغط، توفر و نوعية الدعم الاجتماعي...إلخ. و لهذا فإن التقييمات و استراتيجيات التعامل يمكن أن تحدد على الأقل جزئيا من خلال متغيرات ظرفية. و خلال التعامل مع حدث لا يمكن السيطرة عليه سيحاول الفرد معالجة مشاكله الانفعالية، أما إذا كانت الوضعية قابلة للسيطرة فسيعتمد على استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل.

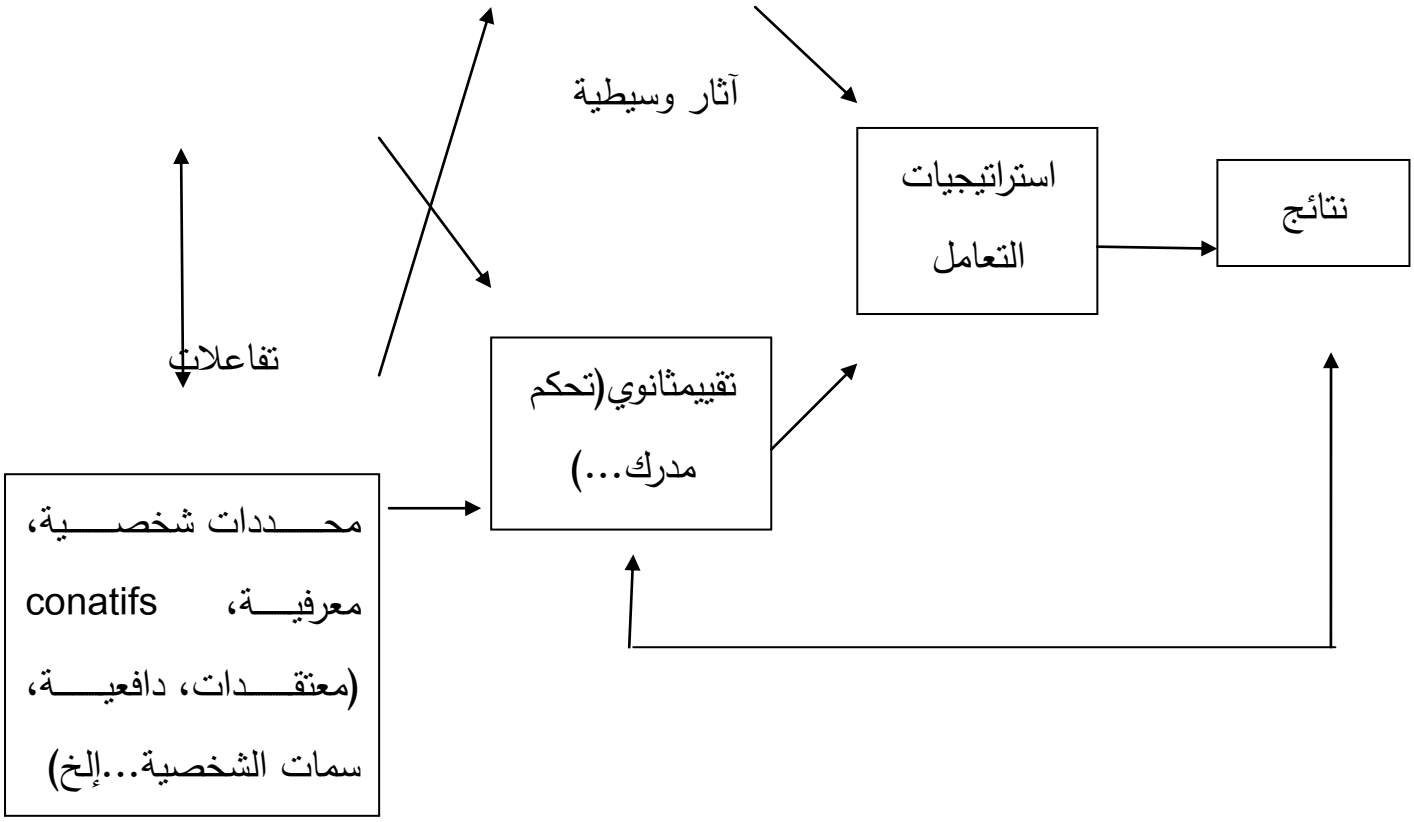
و فيما يلي ملخص لمراحل و محددات عملية التعامل، حيث يوضح المخطط التسلسلات المختلفة لعملية التكيف التي تحدث من اليسار إلى اليمين:

سـوابق بيئيــة و شخصـية، تقييمـات أوليــة و ثانويــة، اسـتراتيجيات التعامـل و تأثيراتهـا المباشرة و غير المباشرة، و آثار التفاعل بين مختلف المتغيرات. و اعتمادا على النتيجة الوظيفية للتعامل (حل المشكل أو عدم حله) يمكن أن تكون هناك حلقة من ردود الأفعال مع إعادة التقييم.

الشكل 6

مراحل و محددات عملية التكيف(Schweitzer,2001 : 73-74)





إعادة تقييم(rétroaction)

فمن خلال ما يراه أصحاب هذه المقاربة يمكن القول أنه بالإضافة إلى تأثر عمليتي التقييم و التعامل بالخصائص الفردية الشخصية الثابتة، تلعب خصائص البيئة كطبيعة الحدث الضاغط و شدته أيضا دورا هاما في التأثير على العمليتين. و يعتمد اختيار الفرد لإحدى استراتيجيات التعامل المتمركزة على المشكل أو على الانفعال على مدى إمكانية السيطرة على الوضع الضاغط، فإذا كان من الممكن التحكم و السيطرة على الحدث يستخدم الفرد استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل، أما إذا كان من غير الممكن السيطرة عليه فإن الفرد يتجه نحو تبني استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال.

VI. فعالية استراتيجيات التعامل:

يمكن الحكم على استراتيجية تعامل أنها فعالة إذا سمحت للفرد بالسيطرة على الوضعية الضاغطة و/أو التقليل من تأثيرها على سلامته الجسدية و النفسية.

أشارت الدراسات حسب شويتزر Schweitzer (2002) إلى أن استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل تكون وظيفية و مرتبطة بمؤشرات الصحة النفسية الإيجابية في حالة ما إذا تعلق الأمر بالوضعيات التي يمكن السيطرة عليها و التحكم فيها. و لكن عندما يخرج الوضع عن سيطرة الفرد فإن الجهود المتكررة تصبح غير ضرورية و مرهقة و ربما ضارة بالصحة، و في حالات مماثلة تصبح استراتيجيات التعامل المتمركزة على الانفعال فعالة نسبيا على المدى القصير و لكنها قد تؤدي إلى حالات الاكتئاب على المدى البعيد.

و تؤكد هارتمان (2008) على ضرورة إعادة النظر في استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال و تقترح الأخذ بعين الاعتبار استراتيجيات التنظيم الانفعالي stratégies de régulation émotionnelles، و فصل الاجترار الذهني la rumination mentale عن استراتيجيات التعامل الانفعالية التكيفية. كما تصف توجهات جديدة في مجال استراتيجيات التعامل مثل دور البحث عن المعنى و التقبل la recherche de sens et l'acceptation.

كما تحدث كل من رانر و برانستادتر Branststadter et Renner (1990) عن وجود صحة نفسية أفضل عند الأفراد القادرين على دمج إستراتيجيتي تعامل و في وقت واحد، كالعمل على استيعاب الواقع ثم مراجعة التطلعات و الأولويات و القيم.

و يؤكد عدة باحثين على الطابع النشط و التكيفي للتخلي lâcher–prise الذي يدل على تحول و تغير داخلي.

و من جهة أخرى يقترح سليجمان Seligman(2011) أن الاستراتيجيات المرتبطة بمكونات الرفاهية أثبتت ملائمتها و مواتاتها في جميع الحالات و الأوقات، و يرى أن استراتيجيات التجنب غالبا ما تكون ضارة خاصة إذا تجلت الضغوط مع نوع من الإزمان.

و منه فإن استراتيجيات التعامل المرتبطة بالرفاهية تكون فعالة في جميع الأوقات مقارنة بتلك المركزة على التجنب و التي تكون غير فعالة، كما أن استراتيجيات التعامل المركزة حول المشكل تكزن فعالة في حالة الوضعية القابلة للسيطرة، بينما التجنب يكون فعالا في الحالات التي يستحيل فيها التحكم في الوضع. نقلا عن(CôTé, 2013: 41) .

و يضيف كل من شويتزر و دانتزر Schweitzer & Dantzer (2003) أن فعالية استراتيجيات التعامل ترتبط بخصائص الحدث الضاغط كمدته الزمنية مثلا، حيث تكون استراتيجيات التجنب فعالة على المدى القصير (من 0 إلى 3 أيام من الحدث الضاغط)،

في حين تظهر فعالية الاستراتيجيات النشطة على المدى البعيد ابتداء من أسبوعين على الحدث الضاغط و أكثر (Schweitzer et Dantzer, 2003: 116).

أما لازاروس و فولكمان (1984) فيريان أنه من الضروري أن تتوافق جهود استراتيجيات التعامل مع قيم الفرد و أهدافه و اعتقاداته و أنواع استراتيجيات التعامل المفضلة لديه، و ذلك حتى تتحقق المقاومة الفعالة. أما إذا حدث تعارض بين هذه العناصر فسينشأ صراع و بدل أن تكون هذه الاستراتيجيات فعالة ستصبح مصدرا إضافيا للضغط. نقلا عن (Paulhan, 1994 : 204).

خلاصة:

أصبحت الضغوط جزء لا يتجزأ من حياة الفرد اليومية، و نظرا لتأثيراتها على توازنه و راحته و صحته، اهتم بدراستها الكثير من الباحثين من تخصصات و اتجاهات مختلفة، بهدف الكشف عن الحقائق المتعلقة بطبيعتها و كيفية حدوثها و مصادرها و أعراضها

و نتائجها. و هذا ما تم التطرق إليه في فصل الدراسة الحالية المخصص للضغط و استراتيجيات التعامل معه.

فهو تلك الحالة التي تجعل الفرد يشعر بعدم التوازن النفسي و الانفعالي و الجسدي، و هذا أثناء تفاعله مع بيئته و نتيجة تعرضه لأحداث يقيم أنها تتعدى إمكانياته و قدراته و موارده.

و مهما اختلفت مصادر و أسباب و أنواع هذه الضغوط فإنها تستدعي تعامل الفرد معها و هذا لاستعادة حالة التوازن التي كان عليها من قبل و لتفادي الأضرار التي قد تنجم من التعرض للضغط.

و التعامل هو تلك الطريقة التي يعتمد عليها كل فرد ليتكيف و يتأقلم مع الأحداث الضاغطة- و تشمل مجموع الجهود المعرفية و السلوكية التي يبذلها الفرد للتصدي لهذه الأحداث و إدارة مطالبها التي قيمها على أنها مهددة و تستنزف مصادره، و هو مسار ديناميكي معقد و متعدد الأبعاد و في تغير مستمر.

و تختلف استراتيجيات التعامل من فرد لآخر و هذا راجع إلى عملية تقييم الحدث التي تتأثر بعدة عوامل متعلقة بالفرد كسمات شخصيته و معتقداته و خبراته و غيرها، و أخرى تتعلق بالحدث نفسه كطبيعته و درجة تهديده و خطورته و تكراره...إلخ.

و بالرغم من انقسام استراتيجيات التعامل إلى مجموعتين أساسيتين تتمركز أولاهما حول المشكل و الأخرى حول الانفعال، إلا أن هدفها يبقى واحدا و هو التصدي للحدث الضاغط و التقليل أو الحد منه و من نتائجه و آثاره التي يمكن أن تضر بالفرد.

و كما سبق و ذكر فإن الضغط قد طغى على حياة الفرد و آثاره باتت واضحة على صحته الجسدية و النفسية و الانفعالية، و الأبحاث العديدة الدالة على تأثير الضغط على صحة الفرد خير دليل على ذلك. هذا بالإضافة إلى أن آثاره مست كل شرائح المجتمع و طبقاته و فئاته، فحتى الشباب يعاني منه بسبب مختلف الظروف التي يعيشها في حياته الأسرية، الاجتماعية، الصحية، و المدرسية و غيرها و التي أدت إلى تزايد المشكلات و اختلافها عند هذه الفئة من المجتمع مثل الأمراض العضوية المختلفة التي يساهم الضغط في ظهورها أو تفاقم أعراضها، الاضطرابات النفسية بشتى أنواعها، و المشكلات السلوكية كالعنف، العزلة، التسرب المدرسي، الانحراف و استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول...إلخ.

و يرجع هذا إلى تأثر الأفراد بالضغط و خاصة الشباب منهم الذين يتميزون بعدم النضج و قلة الخبرة في الحياة، إضافة إلى عدم تبنيهم لاستراتيجيات تعامل فعالة و ملائمة تساعدهم على التغلب على الضغط و تحميهم من آثاره السلبية و تكسبهم خبرة إيجابية في التعامل مع منغصات الحياة و مصاعبها.

الجانب الثاني

الجانب التطبيقي

الفصل السادس

الجانب المنهجي للدراسة

تمهيد:

تتكون كل دراسة علمية ميدانية من جانبين نظري و تطبيقي، بحيث يحتوي الأول على إشكالية البحث و المعلومات النظرية المتعلقة بمتغيرات الدراسة، أما الجانب الثاني فيشمل إجراءات الدراسة التي يتم من خلالها استثمار تلك المعلومات النظرية و التحقق من صحة فرضيات البحث أو عدمها و بذلك التوصل إلى حقائق جديدة حول موضوع البحث.

و من خلال هذا الفصل سيتم التطرق إلى الدراسة الاستطلاعية و منهج الدراسة، و على عينتها و على أدواتها، و سيتم التطرق أيضا إلى برنامج التربية الصحية والتعرف عليه و على أهم ما جاء في محتواه.

أولا: الدراسة الاستطلاعية:

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى مساعدة الباحث في جمع المعلومات حول مجتمع الدراسة و مكان إجرائها، و التعرف أكثر على العينة و كيفية اختيارها ، و معرفة مدى ملائمة أدوات الدراسة مع موضوعها و متغيراتها.

و للمباشرة في الدراسة الاستطلاعية، توجهت الباحثة إلى مديرية التربية لوسط الجزائر بهدف الحصول على الموافقة على إجراء البحث الميداني وتطبيق برنامج التربية الصحية الوقائي و دراسة أثره على تلاميذ المدرسة المتوسطة التي حصلت على قبول مبدئي من قبل مديرها لإجراء البحث فيها، و ذلك بتقديم شهادة الباحث المتحصل عليها من قسم علم النفس إضافة إلى طلب خطي قدمته الباحثة لمدير التربية الوطنية الذي منح لها الموافقة لإجراء البحث في متوسطة عمار ياسف ببلدية المدنية في الجزائر العاصمة. و قد تمت هذه الإجراءات في الفترة الممتدة من 19 ديسمبر 2017 إلى غاية 14 جانفي 2018. و بعد ذلك توجهت الباحثة لمتوسطة عمار ياسف للمباشرة في الدراسة الاستطلاعية.

و تم تخصيص حصة في الأسبوع لإجراء الدراسة التي تمت خلال الفترة الممتدة بين 15 جانفي و 15 فبراير 2018.

I. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

هدفت الدراسة الاستطلاعية إلى:

- التعرف على مكان إجراء البحث (المدرسة المتوسطة) و الأوقات التي يمكن الاجتماع فيها مع التلاميذ.
- التحقق من فهم التلاميذ لبنود المقاييس المستعملة في الدراسة.
- معرفة مدى فهم التلاميذ لمحتوى البرنامج و مدى تقبلهم له و تفاعلهم معه.
- معرفة ما إذا كانت الباحثة قادرة على الإلقاء و الشرح و المناقشة مع التلاميذ مع احترام الوقت و إيصال المعلومة كما هي في البرنامج بالاحتفاظ بمعناها.

II. تطبيق الدراسة الاستطلاعية:

تم اختيار قسم سنة أولى متوسط لمشاركة تلاميذه في التطبيق التجريبي، واجتمعت بهم الباحثة خلال أربع حصص.

في الحصة الأولى و بعد أن قدمت الباحثة نفسها و وضحت ما ستقوم به مع التلاميذ في إطار بحثها، قامت بتوزيع المقاييس على التلاميذ للإجابة على بنودها بهدف معرفة ما إذا كانت ملائمة و خاصة مفهومة من قبل التلاميذ. و تمثلت المقاييس في مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith (المدرسي)، مقياس الضغط النفسي لليفستاين Levenstein، و مقياس استراتيجيات التعامل CISS لباركر Parker و اندلر نورمان Endler S Norman.

ثم قامت الباحثة بالتجريب الأولي للبرنامج على مجموعة الدراسة الاستطلاعية، و ذلك من خلال ثلاث حصص تعرفت من خلالها على مدى فهم التلاميذ لمواضيع البرنامج و

مضمونها و تفاعلهم معها، و تدربت على الإلقاء و التدريس و استخدام بعض الوسائل و التقنيات اللازمة، و احترام الوقت المخصص لكل عنصر من عناصر المحاور التي يقيدها بها البرنامج.

III. نتائج الدراسة الاستطلاعية:

من خلال الدراسة الاستطلاعية تبين أن التلاميذ لم يواجهوا صعوبة في فهم بنود المقاييس و قد أجابوا عليها بسهولة، كما كان تفاعلهم مع برنامج التربية الصحية LST إيجابيا بحيث شاركوا و أجابوا على الأسئلة و تناقشوا بينهم و تبادلوا أفكارهم و معلوماتهم بأريحية، و قد تم احترام الأوقات المخصصة لكل فقرة من فقرات حصص و مواضيع البرنامج.

ثانيا: الدراسة الأساسية:

I. منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة على المنهج شبه التجريبي و تحديدا التصميم القبلي و البعدي لمجموعة واحدة، و في هذا التصميم توجد مجموعة واحدة يطبق عليها الاختبار مرة قبل التجربة و مرة أخرى بعد التجربة ثم يقاس الأثر الناتج باستخراج الفرق في الأداء على الاختبارين و ذلك بإتباع الخطوات التالية :

- إجراء اختبار قبلي على المجموعة قبل إدخال المتغير المستقل.
- إدخال المتغير المستقل بهدف إحداث تغييرات معينة في المتغير التابع.
- إجراء اختبار بعدي بهدف قياس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.
- حساب الفرق بين الاختبار البعدي و الاختبار القبلي ثم اختبار دلالة الفرق الناتج بطريقة إحصائية (ملحم، 2017: 422).

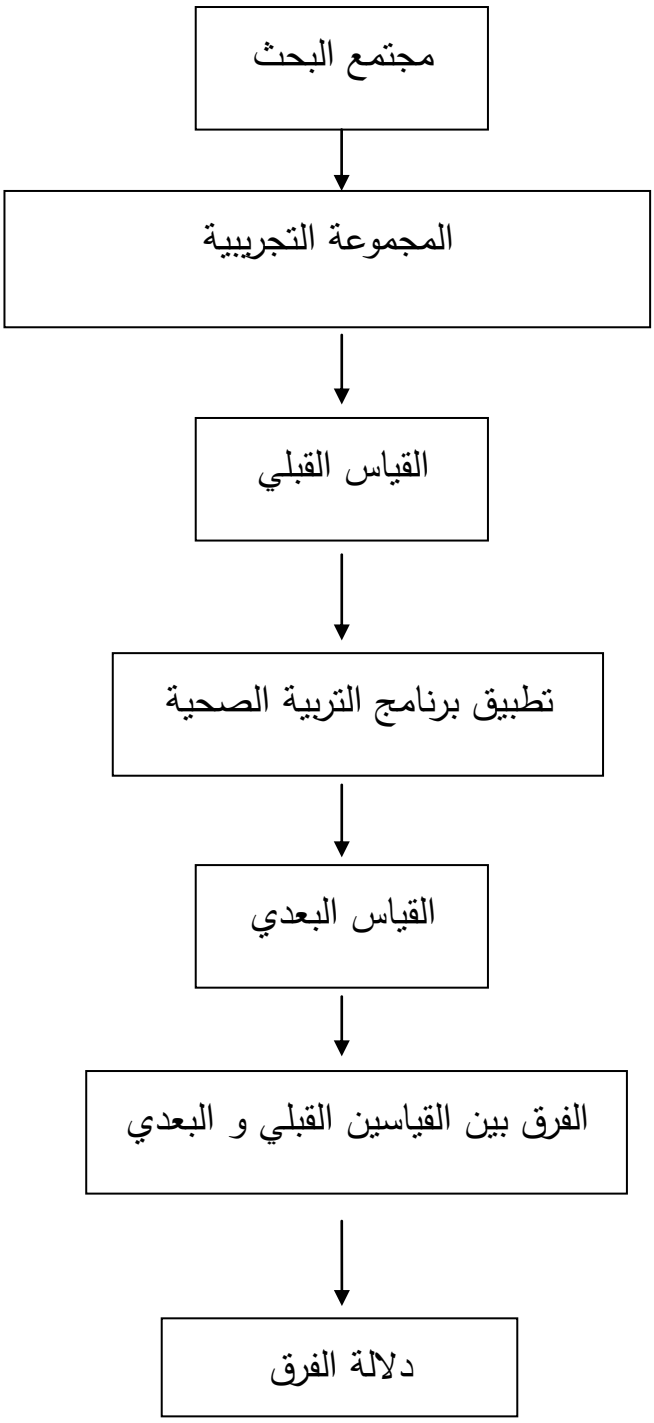
وقداعتمدت الباحثة على هذا المنهج للتحكم في المتغير المستقل وهو برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي وقياس المتغيرات التابعة له المتمثلة في تقدير الذات و الضغط النفسي و استراتيجيات التعامل معه من خلال إتباع الخطوات التالية:

- تطبيق مقياس كل من تقدير الذات و الضغط النفسي و استراتيجيات التعامل.
- تطبيق برنامج التربية الصحيةLST للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على عينة الدراسة.
- إعادة تطبيق أدوات البحث على أفراد العينة لاستخراج الفروق بين القياسين القبلي و البعدي.
- تفريغ النتائج المتحصل عليها وتحليلها و تفسيرها.

و كان ذلك وفق التصميم الآتي:

شكل7

تصميم المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجموعة الدراسة الواحدة



II. المجموعة التجريبية:

تكونت المجموعة التجريبية من 21 تلميذ و تلميذة في السنة الأولى سُجِّلوا خلال السنة الدراسية 2017- 2018 في متوسطة عمار ياسف ، و بلغ عمرهم 11 سنة. و بسبب

انسحاب بعض التلاميذ من المشاركة في البرنامج و التغيب المستمر للبعض الآخر، بلغ عدد التلاميذ الذين طبق عليهم القياسين القبلي و البعدي و الذين شاركوا في البرنامج بجميع حصصه و مستوياته 12 تلميذ و تلميذة (5 تلاميذ) و (7 تلميذات)، و قد تم ذلك من خلال دراسة تتبعية تمثلت في تطبيق برنامج التربية الصحية LST لمدة ثلاث سنوات.

وتم اختيار أفراد المجموعة التجريبية بطريقة قصدية، و ذلك حسب خصائص البرنامج التي تستدعي تطبيقه على تلاميذ التعليم المتوسط خلال ثلاث سنوات بدءً من سنتهم الأولى في المدرسة المتوسطة.

III. أدوات الدراسة:

IV. أدوات الدراسة:

اعتمدت الباحثة على مجموعة من الأدوات بهدف اختبار فرضيات بحثها و هي:

1. المقاييس:

1.1. مقياس تقدير الذات ل كوبر سميث Cooper Smith

1.1.1. وصف المقياس:

صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي كوبر سميث Cooper Smith سنة (1967)، حيث تستمد فقرات الاختبار جذورها من اختبار "روجرز و دايموند". كما توجد نسخة مبسطة و مصغرة لاختبار "كوبر سميث" و تتكون من 25 فقرة مختارة من 50 فقرة الأصلية.

و أجريت دراسة سنة (1977) أكدت الخصائص السيكومترية لهذا الاختبار المبسط (فراحي فيصل،2011) نقلا عن (حمزاوي، 2017: 173) . و قد تم بناء اختبار تقدير الذات لكي يقيس الاتجاهات التقيمية لدى الفرد اتجاه نفسه في الميدان الاجتماعي, الأسري، الشخصي و المدرسي أو المهن

2.1.1. طريقة تصحيحالمقياس:

يتكون المقياس من :

- 17 عبارة سلبية و هي: 2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25. إذا أجاب المفحوص ب "لا تنطبق" فإنه يعطى درجتين، و إذا أجاب ب"تنطبق" تعطى له درجة واحدة.
- 8 عبارات موجبة و هي: 1-4-5-8-9-14-19-20. إذا أجاب المفحوص ب "لا تنطبق" تعطى له درجة واحدة، أما إذا أجاب ب"تنطبق" فتعطى له درجتين.

و تفسر درجات الاستبيان المتحصل عليها كالآتي:

جدول 2

تفسير درجات استبيان تقدير الذات لكوبر سميث(حمزة و حمزة، 2018: 111).

الدرجات	الفئة (الدرجة)	المستوى
الدرجات	37,5-25	ضعيف
	45-37,5	متوسط
	45 فما فوق	مرتفع
عدد البنود (25)		

3.1.1. الخصائص السيكومترية لمقياس كوبر سميث لتقير الذات على عينة جزائرية:

بعد إجراء التطبيق و تصحيح إجابات المفحوصين على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث و الاستبيانات المطبقة معها، و أسفرت هذه العملية عن النتائج التالية:

الصـدق:

يتميـز المقيـاس بمسـتوى مقبول مـن الصـدق حيـث اسـتخدم الباحـث عـدة طـرق لحسـاب الصدق و هي :

أ- الصدق التمييزي: الذي أكدت نتائجه أنه دال إحصائيا عند مستوى دلالة 0,01 بالنسبة للذكور و الإناث.

ب- الصـدق الاتفـاقي: اعتمـد الباحـث علـى قائمـة (غريـب عبـد الفتـاح غريـب، 1995،و قائمـة فعاليـة الـذات (مـن إعـداد الباحـث 2001)،و قائمـة تكسـاس لتقـدير الذات لعادل عبد الله محمد (2000).و أسفرت النتائج عن وجود معاملات ارتباط بين المقاييس الثلاثة موضحة بالترتيب0,29، 0,24،0,75 دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0,01 و 0,05.

ت- الصـدق التعارضـي: اسـتخدم الباحـث اسـتبيان أحمـد محمـد عبـد الخـالق، (2000)،و قائمة اليأس ل "بيك" (بدر محمد الأنصاري، 2001). و أسفرت النتائج عن وجود معاملات صدق مرتفعة0,43،0,54عند مستوىالدلالة الإحصائية 0,01.

الثبات:

قام الباحث بحساب الثبات بطريقتين:

أ- طريقـة إعادة تطبيـق الاختبـار: أسـفرت النتـائج عـن معامـل ثبـات يسـاوي 0,70 عنـد مستوى الدلالة 0,01.

ب- معامـل ألفـا: أسـفرت النتـائج عـن معامـل ثبـات يسـاوي 0,82(بشـير معمريـة، 2012: 103) نقلا عن (حمزاوي، 2017: 173-175).

و يتبـين مـن معـاملات الصـدق و الثبـات أن مقياس "كـوبر سميـث لتقـدير الـذات المقنن مـن طـرف الدكتور معمرية بشير (أستاذ بجامعة خيضر بباتنة)يتميـز بشـروط سـيكومترية

مرتفعة على عينات البيئة الجزائرية (حمزاوي، 2017: 175). و نظرا لاستخدامه في العديد من الدراسات في الجزائر، أصبح يتمتع بمستوى جيد من المصداقية. و هذا ما جعل الباحثة تعتمد عليه.

2.1. مقياس الضغط النفسي للفنستاين Leventein:

1.2.1. وصف المقياس:

صمم من طرف ليفنستاين Levensteinو آخرون سنة 1993 لقياس مؤشر إدراك الضغط، و يشمل المقياس 30 عبارة تتوزع وفقا لنوعين من البنود:

- البنود المباشرة: تتضمن 22 عبارة و تستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط منخفض عندما يجيب المفحوص بالرفض، و تتمثل هذه البنود في العبارات التالية: 2-3-4-5-6-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30.

و تنقط هذه العبارات من 1 إلى 4 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة)

- البنود غير المباشرة: تضم 8 عبارات و تستدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالرفض، و تتمثل هذه البنود في العبارات التالية: 1-7-10-13-17-21-25-29.

و تنقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين (تقريبا أبدا) إلى اليسار (عادة)

2.2.1. كيفية تنقيط المقياس:

تنقط بنود هذا المقياس وفقا ل 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي:

(1) نقطة واحدة ⟵ تقريبا أبدا

(2) نقطتين ⟵ أحيانا

(3) ثلاث نقاط ⟵ كثيرا

(4) أربع نقاط ←———— عادة

و يتغير التنقيط حسب نوع البنود (مباشرة أو غير مباشرة) و تحسب قيمة مؤشر إدراك الضغط في هذا المقياس وفق المعادلة التالية:

$$\text{مؤشر إدراك الضغط} = \frac{\text{مجموع القيم الخام} - 30}{90}$$

و يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار من البنود المباشرة و غير المباشرة، و تتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) إلى (1).

و تدل الدرجة (0) على أدنى مستوى ممكن من الضغط، أما الدرجة (1) فتدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط. (Levenstein & Pantera : 1993) (نقلا عن أيت حمودة).

3.2.1. الخصائص السيكومترية للمقياس:

يتميز المقياس بدرجة مرتفعة من الثبات، حيث أن:

الارتباط بين تطبيق الاستبيان و إعادة تطبيقه يساوي 0,82، الارتباط مع مقياس القلق سمة يساوي 0,7، الارتباط مع مقياس كوهن لإدراك الضغط يساوي 0,73، الارتباط مع مقياس الاكتئاب يساوي 0,5 (Jornal of psychosomatic research, 1993 : 19-32) نقلا عن (زايدي، 2011: 151).

ثبات المقياس:

قامت زايدي (2011) بحساب ثبات المقياس اعتمادا على طريقة التطبيق و إعادة التطبيق بفاصل زمني قدره 15 يوم على 35 طالب، و قد قامت بحساب درجة الارتباط بين نتائج التطبيقين الأول و الثاني باستعمال معامل برسون للارتباط البسيط.

و تم التوصل إلى أن الثبات يساوي 0,86 مما يدل على أن المقياس ثابت.

3.1. مقياس استراتيجيات التعامل CISS:

1.3.1. وصف المقياس:

قامببناء مقياس (coping invontoryof stress- fullsituations, CISS)كل من Norman S.Endler و Parker ، حيث احتوى في بادئ الأمر على 120 فقرة تشمل مختلف الأساليب السلوكية لمواجهة الموقف الضاغط، ليتم تقليصها إلى 70 فقرة بعد استبعاد ما تبقى نظرا لكونها مسهبة و لا تخدم المقياس، وتم تطبيق المقياس بشكله هذا على 559 طالب (284 انثى ، 275 ذكر) من طرف Endler.S Normanو Parkerسنة 1990/1988 ليعتمدا في تفريغه على سلم ليكرت : نقطة واحدة غير موافق تماما إلى خمس نقاط موافق تماما.

وبعدها تم عزل 26 عبارة ليشمل 44 فقرة موزعة على الأبعاد بالنحو التالي :العمل:19 عبارة، الانفعال: 12 عبارة، التجنب:13 عبارة.

وبعد ذلك اشتمل المقياس على 66 عبارة بإضافة 12 لبعد الانفعال و 13 لبعد التجنب، ثم تم تطبيقه على 394 طالب (119 ذكر، و275 أنثى) ليتم عزل في النهاية 18 عبارة لا تستوفي الصدق الكافي من أجل الاحتفاظ بها، ليصبح عدد عبارات هذا المقياس في صورته النهائية 48 عبارة موزعة على النحو التالي:

- بعـد العمـل 16 عبـارة و هـي: 1-2-6-10-15-21-24-26-27-36-39-41-42-43-46-47.
- بعد الانفعال 16 عبارة و هي: 5-7-8-13-14-16-17-19-22-25-28-30-33-34-38-45.
- بعـد التجنـب 16 عبـارة و هـي: 3-4-9-11-12-18-20-23-29-31-32-35-37-40-44-48.

مع احتواء هذا الأخير على بعدين فرعيين :

-التسلية 8 عبارات و هي: 9-11-12-18-20-40-44-48.

- الدعم الاجتماعي 5 عبارات و هي: 4-29-31-35-37.

و قد ترجم هذا المقياس و قنن حسب البيئة الجزائرية في مركز البحث في الأنتروبولوجيا الثقافيـة و الاجتماعيـة (crasc) فـي ولايـة وهران بسنة 2006 من طرف البـاحثين: كبداني خديجة، فراحي فيصل، قويدري مليكة، و شعبان الزهرة.

و تتم الإجابة على بنود الاختبار وفق خمسة اختيارات:

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة موافق تماما.
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة موافق.
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة أحيانا.
- 2 نقاط إذا كانت الإجابة نادرا.
- 1 نقطة إذا كانت الإجابة إطلاقا.

2.3.1. الخصائص السيكومترية للمقياس:

لقد تم الاعتماد على مقياس CISS بسبب توفره مقننا على المجتمع الجزائري و بسبب استخدامه في العديد من الدراسات و الرسائل الجامعية الجزائرية، و يذكر عريس (2017)

منها دراسة كبداني خديجة حول التوظيف النرجسي لدى حالات الاكتئاب الارتكاسي، دراسة سماني مراد حول استراتيجيات التعامل لدى الأطباء المقيمين المعانين من الاحتراق النفسي، دراسة زريبي أحلام حول استراتيجيات التصرف اتجاه الضغوط المهنية و علاقتها بفاعلية الأداء، دراسة معروف محمد حول استراتيجيات التعامل مع الاحتراق النفسي عند أساتذة التعليم الثانوي (عريس، 2017: 115)، بالإضافة إلى دراسة هذا الباحث حول استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستعجالات في وضعيات الضغط النفسي، و ذلك لتمتع المقياس بخصائص سيكومترية مرتفعة مما جعله مقبولا لدى الباحثين.

3.3.1. صدق و ثبات المقياس على العينة الأمريكية:

ثبات المقياس:

استعمل معامل الثبات ألفا كرونباخ على العينة الأمريكية و التي شملت فئتين حسب ما يوضحة الجدول التالي:

جدول 3

معامل ثبات ألفا كرونباخ لمقياس استراتيجياتالتعامل على العينة الأمريكية.

العينة	الجنس	العمل	الانفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي
الراشدين	ذكور:249	0.90	0.90	0.81	0.72	0.74
	إناث:288	0.87	0.90	0.82	0.72	0.78

طلبة القسم التحضيري	ذكور:471	0.90	0.87	0.85	0.78	0.79
	771	0.90	0.88	0.83	0.79	0.78

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معامل ثبات ألفا كرونباخ مرتفع جدا عند كلا العينتين، حيث أنه يفوق 0,70(عريس، 2017: 116)، و حسب عبد الخالق (2002) فإن معامل الثبات الذي يساوي أو يزيد على 0.70 يعد مقبولا في المقاييس الشخصية (عبد الخالق، 2002: 49-50).

و تم حساب ثبات المقياس بطريقة إعادة التطبيق على عينة متكونة من 238 طالب من القسم التحضيري فكانت النتائج كالتالي:

جدول 4

معامل ثبات مقياس استراتيجيات التعاملCISSبطريقة إعادة التطبيق

العينة	الجنس	حل المشكل	الانفعال	التجنب	التسلية	الدعم الاجتماعي
طلبة القسم التحضيري	ذكور:74	0.73	0.68	0.55	0.51	0.54
	إناث:164	0.72	0.71	0.60	0.59	0.60

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن معامل الثبات كان مرتفعا في استراتيجيةحل المشكل و استراتيجية الانفعال لدى كلا الجنسين(0.73،0.86)، في حين أن معامل الثبات انحصر بين (0.51 و0.60) في باقي الاستراتيجيات (التجنب، التسلية، الدعم الاجتماعي) ولدى كلا الجنسين. كما قدر صدق الاختبار على نفس العينة (الاتساق الداخلي) بحساب درجة الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس ودرجة كل عبارة من عباراته، وأظهرت النتائج ارتفاع معاملات الارتباط(عريس، 2017: 117).

4.3.1. صدق وثبات المقياس على العينة الجزائرية:

تم تقنين اختبار استراتيجيات التعامل من قبل مجموعة من الأساتذة بجامعة وهران على عينة متكونة من 888 فردا (479 نساء ،409 رجال) بمتوسط قدر ب 33.39 و انحراف معياري 9.71 بمعدل عمر (15 سنة كأصغر سن ، و 64 سنة كأكبر سن)، وتم تطبيقه بطريقة فردية حيث أشارت معاملات الصدق و الثبات إلى ما يلي:

- **صدق الارتباطات المتعددة:**

بينت النتائج وجود ارتباطات دالة إحصائيا مابين الأبعاد الثلاثة للمقياس عند مستوى الدلالة 0.01 ،حيث كانت قيمة برسون بين المشكل و الكوبينغ 0.634 ،بين الانفعال و الكوبينغ0.701 بين التجنب و الاختبار 0.700. و بينت الارتباطات أيضا ضعف العلاقة مابين بعد المشكل و الانفعال (ر=0,238) مما يفسر استقلالية البعدين.في حين ارتبط البعدين الفرعيين (التسلية و الدعم الاجتماعي) مع بعضهما البعض(ر =0.420)لأنهما يشتقان من بعد واحد و هو بعد التجنب(كبداني و آخرون، 2006: 52).

- **ثبات التناسق الداخلي Consistanceinterne:**

معاملات ألفا كرونباخ للأبعاد الأساسية كانت كالتالي:

المشكل0.817

الانفعال: 0.819

التجنب: 0.812

في حين كان معاملαللاختبار الكلي0.847، بينما كانت معاملاتαعلى البعدين الفرعيين على التوالي:

للدعمالاجتماعي 0.665 ، و للتسلية 0.732

و جاءتهذه المعاملات مقاربة لنتائج الدراسة الفرنسية ل Rolland ، و يبين الجدول التالي نتائج التناسق الداخلي لاختبار استراتيجيات التعامل CISS في كل من الدراسة الجزائرية و الفرنسية.

جدول 5

نتائج التناسق الداخلي لاختبار CISS

الدراسة / الأبعاد	الدراسة الجزائرية	الدراسة الفرنسية
المشكل	0.81	0.88
الانفعال	0.81	0.87
التجنب	0.81	0.86
التسلية	0.73	0.77
الدعم الاجتماعي	0.66	0.76

يتبين من خلال النتائج المدونة في الجدول أعلاه ، أن معاملات ألفا التي تقيس معامل الثبات (التناسق الداخلي كرونباخ) فيما يخص العينتين الجزائرية و الفرنسية متقاربة من حيث ارتفاع شدة معاملαمما يبين مصداقية الأداة سيكومتريا(كبداني و آخرون، 2006: 53).

- **التجزئة النصفية (Split Half (Bissection:**

استعملت طريقة التجزئة النصفية لحساب ثبات الأبعاد المكونة لاختبارCISS، وبينت النتائج أن قيم سبيرمان–براون كانت مرتفعة .

جدول 6

نتائج الثبات بواسطة التجزئة النصفية

الأبعاد	قيم سبيرمان براون
المشكل	0.789
الانفعال	0.798
التجنب	0.747
التسلية	0.661
الدعم الاجتماعي	0.660

يبين الجدول أن قيم الثبات تتراوحمابين0.66 و 0.79 مما يفسر قوة شدة معاملات الثبات الخاصة بطريقة التجزئة النصفية، و هذا يفسر أيضا مدى صلاحيةالمقياسسيكومتريا (كبداني و آخرون، 2006: 53).

2.برنامج التربية الصحية :

1.2. وصف برنامج التربية الصحيةLST :

هو برنامج للتدريب على مهارات الحياة Lifeskills training، طوره الدكتور الأمريكي بوتفين جلبرت JBotvin Gilbertخبير فيمجال الوقاية من تعاطي التبغ والكحول والمخدرات و ذلك منذ أكثر من ثلاثين سنة.

يطبق البرنامج في المدارس من قبل المعلمين أو المختصين في علم النفس و التربية و الصحة، و يهدف إلى الوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي(sécurité publique canada, 2018).

يهدف برنامج LST أساسا إلى مقاومة استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول، و ذلك من خلال اكتساب:

- مهارات تساعد على مقاومة المخدرات من خلال تصحيح المعلومات و المعتقدات الخاطئة حولها و من خلال التمرن و التدرب على هذه المهارات للتعامل مع الضغط الذي يمارسه المحيط على الفرد حتى يستهلك التبغ و المخدرات و الكحول.
- مهارات التسيير الذاتي و ذلك من خلال تعرف التلاميذ على طريقة تقييمهم لأنفسهم و نظرتهم و تقديرهم لها و تأثيرها على السلوكيات. و تعلم استراتيجيات و تقنيات تساعد على اتخاذ القرارات و حل المشكلات و التعامل مع القلق و الغضب و التوتر.
- المهارات الاجتماعية العامة للتغلب على الخجل و التواصل مع الآخرين بثقة و أريحية فعالية، و إجراء المحادثات و التعامل مع مختلف الطلبات و الدعوات المرغوبة و غير المرغوبة و ذلك بطريقة ملائمة و حازمة (national health promotion associates).

هناك ثلاث برامج LST أساسية و هي:

- برنامج مخصص للمدرسة الابتدائية: يطبق في القسم بمعدل ثماني حصص في السنة، و ذلك مع تلاميذ السنوات الثلاثة الأخيرة من التعليم الابتدائي.
- برنامج مخصص للمدرسة المتوسطة (و هو البرنامج الذي تم تطبيقه في الدراسة الحالية): و يطبق خلال ثلاث سنوات بمعدل:
  - 15 وحدة في السنة الأولى (إضافة إلى ثلاث حصص اختيارية مخصصة للوقاية من العنف).
  - 10 وحدات في السنة الثانية.
  - 5 وحدات في السنة الثالثة. علما أن مدة الحصة هي 45 دقيقة و هناك وحدات تقدم في حصتين.
- برنامج مخصص للمدرسة الثانوية: بمعدل عشر حصص تطبق خلال سنة واحدة.

إضافة إلى برامج أخرى مثل التي تخصص للأولياء و غيرها (sécurité publique canada, 2018).

و فيما يخص برنامج LST المطبق في الدراسة الحالية فهو مصمم أساسا للاستخدام مع طلاب المدارس المتوسطة كما ذكر سابقا، و تعتبر جلسات المستوى الأول (السنة الأولى) أساسية و رئيسية. أما حصص المستوى الثاني (السنة الثانية) و الثالث (السنة الثالثة) فهي عبارة عن جلسات تقوية و دعم تساعد في تعزيز التأثيرات الإيجابية للبرنامج والحفاظ عليها.

و نموذج التدخل المثالي للمدرسة المتوسطة يتضمن إجراء البرنامج في الصف الأول متوسط ، مع جلسات تقوية إضافية يتم إجراؤها في الصفين الثاني و الثالث(Botvin, xv).

2.2. الاختلاف بين برنامج التربية الصحية LST و البرامج الوقائية الأخرى:

يختلف برنامج LST عن غيره من البرامج الوقائية في مجموعة من النقاط:

- أساس البحث: يعتمد برنامج LST على أسس علمية، وقد تم تصميمه بعناية لاستهداف الأسباب الأساسية لاستخدام المواد المخدرة بعد مراجعة موسعة لأدبيات البحث حول الموضوع. في حين تستند العديد من برامج الوقاية على التخمينات والحدس حول ما قد ينجح. فالبرنامج يستند على ما تبينه آخر الأبحاث و الدراسات حول أسباب تعاطي المخدرات.
- الشمولية: لا يركز البرنامج فقط على جانب واحد من مشكلة تعاطي المخدرات و إنما يتناول جميع العوامل الأكثر أهمية التي تدفع المراهقين إلى استخدام مخدر أو أكثر، من خلال تعليمهم مزيجًا من المعلومات الصحية ومهارات الحياة العامة ومهارات مقاومة المخدرات.

- فعال: يستخدم البرنامج مجموعة متنوعة من أساليب التدريس، مع التركيز على أساليب التدريب على المهارات التي أثبتت جدواها و فعاليتها.
- أثبت فعاليته و تأثيره: تم توثيق فعالية البرنامج من خلال أكثر من 30 عامًا من البحث التقييمي الدقيق. لم يتم إثبات تأثيره على عوامل الخطر والحماية المرتبطة بتعاطي المخدرات فحسب ، بل إنه أيضًا أحد برامج الوقاية الوحيدة التي ثبتت قدرتها على الحد من استخدام التبغ والكحول والمخدرات الأخرى. بالإضافة إلى ذلك ، أثبتت الأدلة أن البرنامج فعال مع مجموعة واسعة من الطبقات العرقية والاجتماعية والاقتصادية (Botvin, viii).

a. نشأة البرنامج:

يعتبر برنامج LST لمهارات الحياة الخاص بالمدرسة المتوسطة الأول من نوعه. صممه جيلبرت بوتفين سنة 1979 و عرفانتشارا واسعا سنة 1995 بعد خضوعه لدراسات تقييمية صارمة خلال سنوات عديدة. و بلغ عدد المشاركين فيه منذ ذلك الوقت ب 50000 أستاذ وحوالي 3 ملايين تلميذ.

تطور البرنامج من خلال 30 دراسة شملت أكثر من 330 مدرسة في المدن والأرياف، و أجريت معظم الدراسات حول البرنامج من طرف صاحبه الدكتور جيلبرت بوتفان وزملائه في جامعة كورنل Weill Medical College Of Cornel University ـ كما أجريت على الأقل 7 دراسات ارتباطيه حول البرنامج من طرف خبراء خارج الجامعة.

منذ نشأة البرنامج وإلى يومنا هذا،طبق برنامج التربية الصحية LST في 50 ولاية أمريكية (مقاطعة كولومبيا، بورتوريكو، فيرجينيا...)،أما خارج الولايات المتحدة الأمريكية فاعتمدت عليه 32 دولة أجنبية منها (أستراليا، كندا، تركيا، السويد، كوريا الشمالية..).وبالنسبةللبلدان العربية فقد طبق في السعودية وقطر فقط(Botvin et al, 2008: 3).

4.2. فعالية البرنامج:

أظهرت نتائج الدراسات التي اختبرت البرنامج أنه يقلل من تعاطي التبغ والكحول والقنب.

كما أظهرت أيضًا أن البرنامج يعمل مع مجموعة متنوعة من المراهقين، وأن تأثيره على معدلات استهلاك المواد المخدرة و خفضهايدوم طويلاً، و تكون نتائجه جيدة عندما يتم تدريسه وحداته من قبل المعلمين أو المهنيين الصحيين.

نُشرت نتائج الدراسات التي تُقيِّم فعالية البرنامج في المجلات العلمية الكبرى و عرضت في المؤتمرات الصحية الوطنية والدولية على مدى العقود الثلاثة الماضية. و صمدت هذه الدراسات ونتائجها أمام تدقيق الخبراء واختبار الوقت وقدمت مجموعة رائعة من الأدلة التي تدعم فعالية البرنامج.

و يمكن تلخيص النتائج الرئيسية لهذه الدراسات التقييمية في النقاط التالية:

- يحد من تعاطي التبغ والكحول والقنب بنسبة تصل إلى 80٪.
- تحافظ الجلسات الداعمة على الأثر الوقائي.
- يستمر أثره حتى ل 6 سنوات.
- يحد من التعاطي المتعدد(أكثر من مادة مخدرة) بنسبة تصل إلى 66٪.
- يقلل من استخدام المستنشقات والمخدرات والمواد المهلوسة.
- فعال مع الشباب الأبيض والأفريقي والأمريكي والإسباني (مختلف العروق و الأصول).
- فعال عندما تدرس وحداته من قبل المعلمين أو قادة الأقران أو المهنيين الصحيين (Botvin, ix).

V. الحدود المكانية للدراسة:

تمت دراسة أثر برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل معه في متوسطة عمار ياسف ببلدية المدنية في الجزائر العاصمة. و تم تطبيق المقاييس و البرنامج بمستوياته الثلاثة في قسم اقترحه مدير المؤسسة على الباحثة بعد اجتماعه معها للاطلاع العام على موضوع البحث و محتوى و أهداف البرنامج و ما يتطلبه تطبيقه. و تم اختيار القسم لعدة اعتبارات و هي: موقعه الجيد (بعده عن الأقسام الأخرى و بالتالي عن الضوضاء و الحركة)، كبر مساحته و توفر الإضاءة و الستائر من جهة أخرى و التهوية الجيدة فيه و التيار الكهربائي، إضافة إلى توفره المستمر(لا يدرس فيه التلاميذ دائما)، و هذا حتى لا يتأثر تطبيق البرنامج و نتائج الدراسة بكل العوامل سالفة الذكر.

و غيرت الباحثة أماكن طاولات القسم، فبعدما كانت الواحدة خلف الأخرى على شكل صفوف جعلتها جنب بعضها البعض على شكل حرف U و هذا بسبب طبيعة البرنامج التفاعلية بالدرجة الأولى، فبهذه الطريقة يسهل التواصل بين التلاميذ و مع الباحثة أيضا و يسهل القيام بمختلف أنشطة البرنامج. و قد لقي الأمر استحسانا من قبل التلاميذ و بدت الراحة عليهم و كانت النتائج واضحة أثناء الحصص.

IV. الحدود الزمنية للدراسة:

استغرق إجراء الدراسة الرئيسية بأكملها مدة قدرها ثلاث سنوات دراسية (2017-2018)،(2018-2019)، (2019-2020) بمعدل:

- حصة للتعارف مع التلاميذ و شرح عام لمحتوى البرنامج و الهدف منه.
- حصة لإجراء القياس القبلي.
- 15 حصة للمستوى الأول للبرنامج (حصتين في الأسبوع، مدتها 45 دقيقة).
- 11 حصة للمستوى الثاني للبرنامج (حصة في الأسبوع، مدتها 45 دقيقة).

- 8 حصص خلال للمستوى الثالث للبرنامج (حصة في الأسبوع، مدتها 45 دقيقة).
- حصة لإجراء القياس البعدي و تقييم التلاميذ للبرنامج.

و تجدر الإشارة إلى أنه من الممكن تطبيق حصة أو حصتين من برنامج التربية الصحية في الأسبوع، و قد خصصت الباحثة في السنة الأولى للبرنامج حصتين في الأسبوع بسبب عامل الوقت الذي داهمها، بحيث بدأت التطبيق في أواخر شهر فيفري 2018 و كان عليها إجراء الحصص كلها قبل شهر جوان مع الأخذ بعين الاعتبار أسابيع الامتحانات المغلقة و العطل المدرسية التي لا يمكن تطبيق البرنامج خلالها.

أما بالنسبة للسنة الثانية فقد طبق برنامج التربية الصحية خلال الفترة الممتدة بين أكتوبر 2018 و أواخر جانفي 2019. و ما بين جانفي 2020 و مارس 2020 فيما يخص تطبيق البرنامج في سنته الثالثة و الأخيرة.

و من المهم معرفة أن حصص المستوى الأول للبرنامج هي الأساسية و الرئيسية، أما المستويين الأول و الثاني فهما عبارة عن تدعيم للبرنامج و ترسيخ للمعلومات و المهارات المكتسبة.

V. تدريس وحدات برنامج التربية الصحية LST:

يتكون المستوى الأول من برنامج LST من 12 وحدة تدرس بالترتيب الذي وضعت عليه، و هناك 3 وحدات إضافية و تدريسها اختياري و هي: وحدة التعامل مع الغضب، وحدةالعنف و وسائل الإعلام، و وحدة حل النزاعات. و قد استغنت الباحثة على الوحدتين الأخيرتين لعدم تركيز موضوع الدراسة عليهما و درّست و حدة التعامل مع الغضب لكونها تندرج ضمن أحد متغيرات الدراسة (استراتيجيات التعامل)، ليصبح عدد وحدات المستوى الأول للبرنامج 10 وحدات درست خلال 16 حصة (هناك 3 وحدات تدرس في حصتين).

VI. الأدوات اللازمة لتدريس الوحدات:

– دليل المعلم: و هو دليل شامل و مفصل خطوة بخطوة مع تعليمات لتنفيذ البرنامج.

– دليل الطالب: و هو دليل إعلامي يزود الطلاب بالمواد اللازمة لإكمال البرنامج. يتضمن معلومات هامة و أنشطة للقيام بها في جميع وحدات البرنامج.

– قرص فيديو رقمي (dvd) للتدخين والارتجاع البيولوجي: و هو مخصص للاستخدام مع وحدة التدخين والارتجاع البيولوجي،و تثبتت التجارب الموجودة ضمنه بوضوح التأثيرات الفورية للتدخين على الجسم.

–قرص (cd) لتقنيات إدارة الضغط: يستخدم التسجيل الصوتي الموجود ضمنه مع وحدة التعامل مع القلق (الضغط). و يرشد المستمعين (التلاميذ) خلال التدريبات الخمسة للحد من الضغط.

VII. تقنيات التدريس:

يتميز برنامجLSTبالديناميكيةو المتعة و يستخدم مجموعة متنوعة من تقنيات التدريس التفاعلي. يتم استخدام الرموز من خلال التعليمات الموجودة في دليل المعلم لتسليط الضوء على استراتيجيات التدريس ولمساعدة المعلمين على تحديد المواد بسهولة. يتم تقديم رمز رئيسي لأيقونات مهارات التدريس في الصفحة الافتتاحية لكل وحدة و هي :

- Facilitation (F): ينطوي على تقديم هدف النشاط وتوجيه المناقشة.
- Coaching (C) (التدريب) : يعطي إرشادات واضحة (خطوة بخطوة) حول السلوك ويوضح تطبيقه الصحيح. غالبًا ما تتضمن هذه الإستراتيجية ممارسة مجموعة صغيرة للمهارات ، وتعزز السلوك الفعال ، وتسمح لمطبق البرنامج بإعادة ربط المناقشة بأهداف النشاط.

- Behavioral Rehearsal (BR) (الممارسة أو التمرن على السلوك) و هي طريقة فعالة للطلاب لاستيعاب مهارة تم التفكير فيها وممارسة السلوك المؤيد للصحة، بحيث يقوم التلاميذ باستخدام كلماتهم الخاصة لإظهار المهارات التي تعلموها.
- Assessment (A) (التقييم): و يتم تسهيل القيام به من خلال الأسئلة المفتوحة والمناقشات الجماعية ، وكذلك من خلال أوراق العمل في دليل الطالب.

VIII. حصص برنامج التربية الصحية LST :

قبل المباشرة في تطبيق برنامج LST ، تم اللقاء مع التلاميذ خلال الحصة الأولى التي خصصتها الباحثة للتعرف عليهم و تقديم نفسها كباحثة في علم النفس الصحة تهتم بموضوع الوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول من قبل التلاميذ في الوسط المدرسي، و ذلك من خلال تطبيق برنامج وقائي. و قد قدمت الباحثة شرحا عاما و مختصرا أولا لمختلف مهام المختص النفسي و مجالات تدخلاته مركزة بذلك على الجانب الوقائي الذي يهتم به موضوع بحثها، و ثانيا لمحتوى برنامج التربية الصحية و محاوره بمواضيعها المختلفة و طريقة سير الحصص و مدتها و...إلخ. و ذلك لبناء علاقة و ثقة مع التلاميذ و للسماح لهم بتكوين فكرة و صورة واضحتين حول ما سيجري في الحصص المقبلة مع الباحثة.

و في الحصة الثانية قامت الباحثة بالقياس القبلي و ذلك بتوزيع المقاييس التي تم الاعتماد عليها في البحث و التي تمثلت في :

- مقياس تقدير الذات لكوبر سميث.
- مقياس الضغط النفسي لليفنستاين.
- مقياس استراتيجيات التعامل لنورمان و أندلر.

و قامت الباحثة بقراءة تعليمات المقاييس على التلاميذ و شرحها لهم. و بعد انتهاءهم من الإجابة على بنود المقاييس و تأكدهم من عدم نسيان أي واحد منها جمعت الباحثة الأوراق

معلنة بذلك عن نهاية الحصة الثانية و عن بداية تطبيق برنامج التربية الصحة انطلاقا من الحصة المقبلة .

و فيما يلي عرض لحصص برنامج LST للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي بمستوياته الثلاثة :

برنامج LST للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و المحول في الوسط المدرسي (المستوى الأول)

الوحدة	الموضوع

الوحدة الأولى	تقدير الذات و تطويرها
الوحدة الثانية	اتخاذ القرارات (حصتين)
الوحدة الثالثة	التدخين الحقائق و الخرافات
الوحدة الرابعة	التدخين و الارتجاع البيولوجي
الوحدة الخامسة	الكحول الحقائق و الخرافات
الوحدة السادسة	القنب الحقائق و الخرافات
الوحدة السابعة	الإعلان (الإشهار)
الوحدة التاسعة	التعامل مع القلق (حصتين)
الوحدة العاشرة	التعامل مع الغضب
الوحدة الحادية عشر	مهارات التواصل
الوحدة الثانية عشر	المهارات الاجتماعية (أ)
الوحدة الثالثة عشر	المهارات الاجتماعية (ب)
الوحدة الرابعة عشر	الحزم

الوحدة الأولى: تقدير الذات و تطويرها

المفاهيم الرئيسية للوحدة: تقدير الذات، المعتقدات، السلوك

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) : نشاط منزلي حول اتخاذ القرارات اليومية (دليل الطالب، النشاط 4

أهداف الوحدة:

يساعد برنامج LST التلاميذ على تنمية قدراتهم الشخصية لتحقيق النجاح و السعادة مستقبلا. و هذه الوحدة تهتم بنقطة أساسية و هي صورة الذات أو كيف ينظر كل فرد لنفسه. و تطوير نظرة إيجابية و قوية للذات له تأثير إيجابي على الشعور و على السلوك. و من خلال هذه الوحدة سوف يتم:

-تعريف صورة الذات.

-النقاش حول كيفية تشكل صورة الذات.

-تحديد طرق لتنمية و تحسين صورة الذات.

-إيجاد التلاميذ ما يجعلهم فخورين بأنفسهم.

عناصر الوحدة	**المدة الزمنية**
1.مقدمة حول البرنامج و الحديث عن هدفه.(F)	5 دقائق
2.تعريف صورة الذات.(F)	10 دقائق
3.تشكل صورة الذاتو علاقتها بالسلوك.(F)	10 دقائق
4.تحسين صورة الذات (F) -مشروع التطوير الذاتي	20 دقيقة

-كيفية تسطير الأهداف -نصائح لتحقيق الأهداف -ملخص.	

الوحدة الثانية: اتخاذ القرارات (حصتين)

المفاهيم الرئيسية للوحدة: القرار، التأثير، الضغط، طرق الإقناع
الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، السبورة و القلم.

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) : أسبابي لكي لا أدخن ، النشاط 5

أهداف الوحدة:

عندما يكبر التلاميذ سيجدون أنفسهم أمام مواقف أكثر تعقيدا وأهمية تستدعي اتخاذ قرارات. و هذه المهارة تحتاج إلى تمرن.

و هذه الوحدة موجهة لتُنجز في حصتين ليحصل التلاميذ على الوقت الكافي للتمرن على مهارة اتخاذ القرارات.

و سيقوم التلاميذ في هذه الوحدة ب:

-عرض كيفية تأثر القرارات بضغوط الجماعة (المحيط)

-التحدث عن أسباب تأثر الأفراد بالجماعة أو المحيط.

-التعرف على القرارات اليومية.

-شرح كيفية اتخاذ القرارات المهمة.

-التعرف على المراحل اللازمة لاتخاذ القرارات.

عناصر الوحدة	**المدة الزمنية**
1.مقدمة صغيرة حول موضوع الوحدة و حول ما سيكتسبه التلاميذ من خلالها.	
2.القرارات اليومية(**F**): -مراجعة النشاط المنزلي رقم 4 حول القرارات اليومية مع التلاميذ الذين	5 دقائق

سيذكرون في الأخير ما إذا كانوا يتخذون قراراتهم تحت تأثير ما أم لوحدهم. -استنتاج	
3.القرارات الصعبة**(F)**: - وصف أصعب قرار تم اتخاذه مؤخرا(إن كان من الممكن التكلم عنه بدون عقدة). -التحدث عن كيفية اتخاذ القرار و ماذا أو من أثر في هذا القرار النهائي. -الطريقة المثلى لاتخاذ أي قرار في رأي التلاميذ.	10 دقائق
4.اتخاذ أحسن القرارات و أصوبها**(C)(F)**: -شرح الفرق بين الأنواع الثلاثة للقرارات (البسيطة، اليومية، و المهمة) -المراحل الثلاثة لاتخاذ القرار الصحيح (the 3 Cs of effective decision-making) مع أمثلة و تمارين: -تطبيق كتابي**(BR)** (التمرين الأول-دليل الطالب ص19) -تطبيق شفهي**(BR)** (التمرين الثاني-دليل الطالب ص20) -تطبيق شفهي**(BR)** على السبورة.	10 دقائق 10 دقائق 10 دقائق 20 دقيقة
5.ضغوطات الجماعات و اتخاذ القرارات**(BR)**: -سؤال التلاميذ عن مدى تأثر قراراتهم بالآخرين. - إجراء تجربةGroupe conformoty التي بينت بفعالية قوة تأثير و ضغط المحيط (الأصدقاء مثلا) على الفرد و على قراراته و التي تم تعديلها في هذه الوحدة لتتماشى و تتلاءم مع تلاميذ التعليم المتوسط، علما أن التحضير للتجربة تم قبل بدء الحصة. - تعريف الضغط و ذلك بعد مناقشة نتائج التجربة مع التلاميذ.	25 دقيقة

–تشجيع التلاميذ على الحديث عن مواقف حدثت معهم اضطروا فيها لاتخاذ قرارات تتماشى مع قرار الجماعة مع ذكر أسباب تأثرهم بالآخرين. –ملخص عام.	

الوحدة الثالثة: التدخين الحقائق و الخرافات

المفاهيم الرئيسية للوحدة: الأقلية، المدى البعيد، عامل الخطر، الإدمان، مقبول اجتماعيا، التدخين غير المباشر.

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، السبورة و القلم.

أهداف الوحدة:

يظن الكثير من المراهقين أن الأغلبية الكبرى من الناس تدخن. و هذه الوحدة تساعد على رفع اللبس الذي يدور حول استهلاك التبغ و الخرافات المتعلقة به، و ذلك بتزويد التلاميذ بالإحصائيات التي تبرهن أن المدخنين لا يشكلون الأغلبية العامة، إضافة إلى الحديث عن حقوق غير المدخنين و كيفية تجسيدها و المطالبة بها في الواقع. و سيقوم التلاميذ في هذه الوحدة ب:

-معرفة أن أغلبية المراهقين و الشباب ليسو مدخنين.

-مناقشة الأسباب التي تدفع الشباب إلى التدخين أو عدمه.

-التعرف على حقائق ما يمكن أن تفعله السيجارة و ما لا يمكن أن تحققه.

-مناقشة آثار التدخين قصيرة و طويلة المدى على المدخنين.

-وصف كيف يصبح الفرد مدخنا.

-معرفة أن التدخين صار غير مقبول اجتماعيا و التطرق إلى حقوق غير المدخنين .

عناصر الوحدة	**المـــــــدة الزمنية**
1.مقدمة حول موضوع الوحدة بأهدافها.	

2.شيوع التدخين.**(F)** –طرح أسئلة لمعرفة أفكار و آراء التلاميذ حول نسب المراهقين و الراشدين المدخنين و غير المدخنين في المجتمع. – المبالغة في التركيز على أن المدخنين من المراهقين و الشباب يشكون الأقلية في المجتمع. –إنجاز النشاط 7 (دليل الطالب). –استنتاج (نسبة المدخنون في الحقيقة هي أقل مما نعتقد و هم يشكلون الأقلية فقط)	5 دقائق
3.أسباب التدخين و عدمه.**(F)** –فتح نقاش مع التلاميذ حول الأسباب التي تدفع الأفراد إلى التدخين من عدمه و تسجيل آرائهم كما قدموها و بنفس التعبير على السبورة في جدول.(و تم التركيز على التدخين لأن أغلب التبغ المستعمل هو عبارة عن سجائر و لكن هذا لا يمنع من الحديث عن التبغ الموضعي أو المستنشق (الشمة)) –إضافة الأسباب التي لم يذكرها التلاميذ. –الطلب من التلاميذ التفكير في الإجابات المدونة على السبورة و هل يعتقدون أن السجائر تحقق فعلا ما تم ذكره من قبلهم. –خلاصة حول الأكاذيب التي تروج لصالح السجائر من قبل الأفراد و الإعلانات و حقيقة أن الأسباب المؤدية لعدم التدخين تكون دائما أحسن من التي تؤدي إليه.	20 دقيقة
4.تكلفة التدخين.**(C)(F)** –تقييم السعر المتوسط لعلبة سجائر –حساب التكلفة الأسبوعية ثم الشهرية ثم السنوية لتدخين علبة سجائر كل يوم. –التفكير في طرق أخرى لاستغلال الأموال التي تصرف سنويا على السجائر.	

5.آثار التدخين على المدى البعيد**(F)** –فتح نقاش مع التلاميذ حول الآثار السلبية للتدخين و الأمراض المحتمل الإصابة بها بسببه.	
6.التدخين و جسمك.**(F)** –الحديث عن آثار التدخين بالاعتماد على دليل الطالب. – ذكر الآثار قصيرة المدى و بعيدة المدى للتدخين على الجسم. –استنتاج.	
7.كيف تصير مدخنا.**(F)** –المناقشة حول المراحل التي يمر عليها الفرد حتى يصبح مدخنا و حول سهولة أو صعوبة الإقلاع عن التدخين.	10 دقائق
8.القبول الاجتماعي للتدخين.**(F)** –هل التدخين مقبول اجتماعيا حاليا؟ –حقوق غير المدخنين –التدخين غير المباشر و حقوق غير المدخن في العيش في محيط خال دخان السجائر. **9.**أسبابي لعدم التدخين.**(C)** –مراجعة النشاط المنزلي و تبادل الآراء. –ملخص عام	5 دقائق 5 دقائق

الوحدة الرابعة: التدخين و الارتجاع البيولوجي

المفاهيم الرئيسية للوحدة: ارتجاع بيولوجي biofeedback، أحادي أكسيد الكربون، النيكوتين، تسارع نبضات القلب

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، dvd player، قرص dvd.

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) : كلمات متقاطعة حول التدخين، النشاط 10

أهداف الوحدة:

تكشف هذه الوحدة عن التغيرات الفورية الناجمة عن التدخين و توضع أن التدخين لا يلعب دور المهدئ في جسم الإنسان. و سيقوم التلاميذ في هذه الوحدة ب:

-وصف نتائج تسارع نبضات القلب على الجسم.

-التعرف على الوضعيات التي يتسبب تسارع نبضات القلب.

-التحدث عن الاختلاف في معدل ضربات القلب قبل و بعد التدخين.

-التحدث عن سبب الاختلاف في مدى ثبات اليد قبل و بعد التدخين.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة	
2.الآثار الفورية لتدخين سيجارة(**F**) -استذكار آثار التدخين بعيدة المدى باختصار.	10 دقائق

	-فتح نقاش مع التلاميذ حول الآثار الفورية للتدخين على الجسم و على القلب خاصة (بالاعتماد على دليل الطالب) -خلاصة حول ما يسببه نيكوتين و أحادي أكسيد الكربون في السيجارة على القلب. -تمرين حول سرعة نبضات القلب (دليل الطالب) -حقائق مهمة حول الجسم و حاجاته من الأكسجين أثناء نشاطه و القيام بتمارين رياضية و كيف يؤثر التدخين على نسبة الأكسجين و يتسبب في تعب الجسم و عادة في استحالة قيامه بالنشاطات البدنية -خلاصة. -تأثير التدخين على ثبات اليد .طرح بعض الأسئلة لمعرفة معتقدات التلاميذ حول ما إذا كان التدخين يساعد الفرد على الاسترخاء بفضل المواد التي يحتويها أم العكس و ذلك بهدف تصحيح المعتقدات إن كانت خاطئة.	
	3.قياس سرعة نبضات القلب **(C)(BR)** -معلومات حول نبضات القلب .لمعرفة سرعتها يجب حسابها باتباع طريقة الأطباء و هي حساب عدد نبضات القلب في الدقيقة. . لمعرفة الأسباب المؤدية إلى اختلاف معدلاتها (التمارين البدنية، ردات الفعل الانفعالية كالغضب...،الاسترخاء، الراحة...إلخ)	
10 دقائق	**4**.كيف تقيس نبضك **(C)(BR)** -شرح كيفية قياس نبض القلب (بالاعتماد على دليل الطالب) -تمرين قياس النبض: . يسترخي التلاميذ قليلا و يقيسون نبضهم و يسجلوا النتائج .يقومون بجهد بدني (المشي السريع في القسم مع بعض القفزات) ثم	

يقسون نبضهم و يسجلون النتائج .يقارنون بين معدلات نبضاتهم .يجيبون عن الأسئلة: (لماذا هذا الاختلاف في رأيك؟ ما هي العوامل التي تزيد من معدل نبضك؟ ما هي العوامل الصحية و الأخرى غير الصحية ؟) -استنتاج.	
5.تجربةالDVDللتدخين و الارتجاع البيولوجي**(C)(F)** -مشاهدة فيديو يوضح التأثيرات الفورية للتدخين على سرعة نبض القلب و على ثبات اليد باستعمال جهاز قياس النبضpulsemeter و جهاز قياس الهزات tremor tester ، و ذلك بتقسيمها على 3 أجزاء (إيقاف الفيديو عند خلاصة كل جزء). -طرح أسئلة حول الجزء الأول للفيديو (آثار التدخين قصيرة و طويلة المدى) و تدوين الإجابات و الملاحظات على دليل الطالب(الفرق بين التأثيران طويل المدى و بعيد المدى، ذكر مثالين لكل تأثير، إلى مدى يمكن أن تجعل الآثار الفورية ممارستك للرياضة أو تركيزك في الدراسة أو استمتاعك بالوقت مع أصدقاءك صعبا؟). -طرح أسئلة حول الجزء الثاني للفيديو (التدخين يسبب تسارع نبضات القلب) و تدوينها (ماذا لاحظتم؟ كيف تتصورون معدل سرعة نبضات قلب المدخنين في التجربة إن استمروا في التدخين طوال اليوم، الأسبوع، الشهر، السنة؟) -طرح أسئلة حول الجزء الثالث للفيديو (آثار التدخين الفورية على الجهاز العصبي المركزي) و تدوين الإجابات (ماذا لاحظتم؟ أي من الخرافات و الحقائق التي ذكرناها سابقا توضحها هذه التجربة؟) -استنتاج ملاحظة (إذا سأل التلاميذ "لماذا يسمح للتلميذين المشاركين في التجربة	20 دقيقة

بالتدخين؟" يجب التوضيح أنهما ممثلان و يفوق عمرهما ال 18 عشر سنة) –تمرين إضافي للكلمات المتقاطعة (دليل الطالب) في القسم و إن لم يكف الوقت ينهيه التلاميذ في المنزل و تناقش إجاباتهم في الحصة المقبلة. ملخص عام.	

الوحدة الخامسة: الكحول الحقائق و الخرافات

المفاهيم الرئيسية للوحدة: الأفكار الخاطئة، الامتناع، التقبل
الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، السبورة و القلم.

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) : أسبابي لعدم تعاطي المخدرات، النشاط 11

أهداف الوحدة:

يعتقد الكثير من المراهقين أن شرب بعض أنواع المشروبات الكحولية مثل الجعة (la bière) غير مؤذٍ مقارنة بالمشروبات الأخرى الأكثر تركيزا و بالتالي فالأمر غير خطير.

من خلال هذه الوحدة سيتم الكشف عن آثار الكحول بمختلف أنواعه على الجسم و عن السبب الذي يجعل الكثير من الناس لا يشربون الكحول و سيتم:

-إدراك أن الكحول نوع من المخدرات التي تبطئ عمل العقل و الجهاز العصبي.

-التحدث عن الأسباب التي تؤدي بالأفراد إلى شرب الكحول من عدمه.

-التعرف على الحقائق المتعلقة بالكحول و بما يمكن أن يفعله بالفرد أو لا.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة	
2.الكحول و آثاره.**(F)** -ما هو الكحول؟	5 دقائق

–هل هو من المخدرات؟ –هل هو منشط أو مثبط؟ –كيف يؤثر على الجسم؟ –استنتاج –إذا كان الكحول مثبطا أو معطلا لنشاط المخ فما هي تأثيراه على السلوكيات و على حركات الجسم؟ (ذكر الآثار بالاعتماد على دليل الطالب)	
3. انتشار شرب الكحول.**(F)** –الطلب من التلاميذ اقتراح عدد أو نسبة الجزائريين المستهلكين للكحول على العموم و ما هي نسب الذين يشربونه فقط لتجربة الإحساس و الشعور – تزويدهم بمعلومات حول آخر الإحصائيات حول استهلاك الكحول في الجزائر	5 دقائق
4.أنماط الشرب.**(F)** – فتح مناقشة مع التلاميذ حول أشكال الشرب التي ربما رأوها أو سمعوا بها و تسجيلها على السبورة (الشرب مع العشاء، ليلة رأس السنة...إلخ) –ذكر أنماط الشرب (الامتناع، عادات الشرب و تكون في المناسبات الدينية بالنسبة لغير المسلمين و في المناسبات العائلية...إلخ، الشرب حسب المجتمع، الإدمان على شرب الكحول) –المشاكل الناتجة عن شرب الكحول –استنتاج	10 دقائق
5.أسباب شرب الكحول/ عدم شرب الكحول **(F)** –ذكر الأسباب التي تؤدي بالفرد غل عدم الشرب و تدوينها على السبورة (ذوقه السيئ، ممنوع قانونيا، بسبب الوازع الديني، الرغبة في البقاء فطنا و	10 دقائق

بصحة جيدة...إلخ) -ذكر الأسباب التي تؤدي ببعض المراهقين إلى شرب الكحول و تدوينها على السبورة (الضغط، ليبدوا كبارا و مثيرين للانتباه، ليكونوا أكثر شعبية، الملل...إلخ) -ذكر الأسباب التي تؤدي بالأفراد إلى الإدمان (محاولة التعامل مع الضغط، محاولة نسيان المشاعر السلبية، مخالطة أصدقاء مدمنين على الشرب...إلخ) -استنتاج	
6. التقبل الاجتماعي للشرب.**(F)** -تقبل ظاهرة شرب الكحول من ناحية (الدين، العائلة، المجتمع) -ردود فعل المجتمع اتجاه المدمنين على شرب الكحول و يسببونه من مشاكل. -استنتاج	5 دقائق
7.تصحيح الأفكار الخاطئة عن شرب الكحول.**(F)** هناك العديد من المعتقدات الخاطئة المتعلقة بشرب الكحول و هي ناتجة عن أفكار غير صحيحة، و فهمها يمكن أن يساعد في إنقاص الرغبة لدى المراهقين للجوء إلى الشرب. -ذكر مختلف الخرافات و الأكاذيب المتعلقة بشرب الكحول و تصحيحها بذكر الحقائق .	5 دقائق
8.أسبابي لعد شرب الكحول.**(F)** -مراجعة النشاط المنزلي و ذكر الأسباب الشائعة لعدم شرب الكحول. ملخص	5 دقائق

الوحدة السادسة: القنب الحقائق و الخرافات

المفاهيم الرئيسية للوحدة: القنب، النشوة، غير شرعي، المؤثرات النفسية.

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب.

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) : طرق الإشهار المعروفة، تمرين حول تحليل الإعلانات عن التبغ و الكحول (النشاط 13).

أهداف الوحدة:

لتعاطي القنب تأثير فوري و آخر طويل المدى. سيتم اكتساب معلومات عن هذا المخدر من خلال:

-تعريف القنب.

-معرفة أن معظم المراهقين و البالغين لا يستهلكون القنب.

-معرفة أسباب تعاطي بعض المراهقين للقنب.

-معرفة حقيقة ما يفعله القنب و ما لا يستطيع فعله.

-معرفة آثار القنب الفورية و طويلة المدى.

- التعرف على الإطار القانوني للقنب.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة.	
2.طبيعة القنب.**(F)** -تعريف القنب و مما يتكون و كيف يمكن أن يسمم مستهلكيه	5 دقائق

3.شيوع القنب كما هو الحال بالنسبة للتدخين و الكحول، سيتم التركيز على تبيين أن المدخنين للقنب من المراهقين و الراشدين يشكلون فئة قليلة.	5 دقائق
4.أسباب تدخين القنب.**(F)** -أسباب تدخين بعض المراهقين للقنب (الفضول، ضغط الجماعة، الرغبة في تباهي و الظهور بسن أكبر، للتعامل مع القلق...إلخ) -أسباب عدم تدخين المراهقين للقنب (النشاط المنزلي على دفتر الطالب) استنتاج	10 دقائق
5.آثار القنب الفورية.**(F)** تكون سجائر القنب على شكل سجائر لينة ملفوفة و كغيرها من المخدات فهي تؤثر على الجسم بأشكال مختلفة(تسارع نبضات القلب، احمرار العينين، جفاف الفم و الحلق، تأثير على الجهاز العصبي المركزي،على الذاكرة قصيرة المدى...إلخ) و كلما زادت قوة القنب زادت شدة الآثار	10 دقائق
6.آثار القنب طويلة المدى.**(F)** (بينت نتائج أجريت على قردة دخنوا القنب 5 أيام في الأسبوع و ذلك لمدة 6 أشهر تغيرات في خلايا الدماغ،أمراض الرئتين...إلخ)	10 دقائق
7.الموقف القانوني اتجاه القنب.**(F)** -إعلام التلاميذ و تزويدهم بمعلومات حول القانون الجزائري و مواده المتعلقة بالقنب.	5 دقائق
8.القنب و مخدرات أخرى.**(F)**	

لا يوجد تأكيد بأن تدخين القنب يؤدي إلى استهلاك أنواع أخرى من المخدرات، و لكن أغلب الدراسات تبين أن التدخين و شرب الكحول يسبقان استهلاك القنب. و مع ذلك فإن التدخين المبكر للقنب يزيد من احتمال استهلاكه أكثر فأكثر و احتمال تجربته مع مخدرات أخرى. -ملخص	

الوحدة السابعة: الإعلان (الإشهار)

المفاهيم الرئيسية للوحدة: المستهلك، يؤثر، السوق المستهدف

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب.

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) :النشاط 14.

أهداف الوحدة: -تعلم كيفية تصميم الإعلانات لكي توجه لفئة معينة. -تحليل الإعلانات الإشهارية للتمكن من مقاومة إغرائها و خاصة بالنسبة لإعلانات التدخين و الكحول. -تحديد أهداف و غاية الإشهار. -التعرف على التقنيات المشتركة للإعلانات.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة.	
2.الهدف من الإشهار.(F) و هل ما يقدم من معلومات عن المنتج صحيح؟	5 دقائق

-الإشهار عن طريق وسائل الإعلام بمختلف أشكاله.(F) استنتاج.	
3.تقنيات الإشهار.**(F)** -ذكر مختلف التقنيات بشرحها و توضيحها.	15 دقيقة
4.التمرن على تحليل تقنيات الإشهار عبر وسائل الإعلام.**(C)(F)** -خلاصة	15 دقيقة
5.تحليل إعلانات السجائر و الكحول.**(C)(F)**و استخراج التقنيات المستخدمة فيها ليصلوا وحدهم إل نتيجة أن معظم الإعلانات كاذبة و خاصة تلك التي تدعو إلى التدخين و شرب الكحول -ملخص عام	10 دقائق

الوحدة التاسعة: التعامل مع (القلق)(حصتين)

المفاهيم الرئيسية للوحدة: القلق، التعامل، الاسترخاء
الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، cd لتقنيات تسيير الضغط، audio player

أهداف الوحدة:

-تعلم كيفية التعامل مع القلق من خلال:

-تعريف القلق.

-تحديد الوضعيات المسببة للقلق.

-تعلم التقنيات الخاصة للتعامل مع القلق.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة	
2.الشعور بالقلق.**(F)** (إخبار التلاميذ بأن مدير المدرسة سيحضر الحصة و سيطرح عليهم أسئلة بخصوص البرنامج و كل واحد منهم ملزم بالإجابة) -الطلب من التلاميذ التعبير عما شعروا به -تعريف القلق	10 دقائق
3.آثار و أعراض القلق الجسدية.**(F)** (تسارع ضربات القلب، رعشة في الصوت، شد في العضلات، جفاف الفم...إلخ)	5 دقائق
4.الوضعيات المسببة للقلق.(F) -تحديد الوضعيات التي عادة ما تجعل التلاميذ يشعرون بالقلق و تدوين أكثر	15 دقيقة

الإجابة تكرارا على السبورة. – ذكر مختلف الأعراض التي يشعرون بها جراء تعرضهم للمواقف المقلقة.	
5.التعامل مع الوضعيات المسببة للقلق.**(F)** –كيف تتعاملون مع الوضعيات المقلقة. –حسب اعتقادكم كيف يتعامل أصدقاؤكم أو أقرباؤكم مع الوضعيات المقلقة. (الأكل، النوم، التنفس العميق، التأمل، التدخين، تعاطي المخدرات، شرب الكحول...)	15 دقيقة
6.تقنيات للتعامل مع الوضعيات المقلقة.**(F)(BR)** –تقنيات تستعمل للتخفيف من القلق بعد الوضعية المقلقة. –تقنيات تستعمل للتخفيف من القلق أثناء الوضعية المقلقة أو مباشرة بعدها. –شرح التقنيات و تطبيقها في القسم مع التلاميذ مع تشجيعهم على الاعتماد عليها كلما يجدون أنفسهم أمام وضعية مقلقة. أ–تقنية التنفس العميق(أثناء أو مباشرة بعد الوضعية المقلقة) ب–تقنية الاسترخاء التدريجي للعضلات(يخصص لها حوالي 12 دقيقة للقيام بها في القسم مع إطفاء الأنوار) و يجب التأكيد على تطبيق هذه التقنية في مكان ملائم و هادئ و عدم محاولة تطبيقها في الوضعيات الصعبة بل يجب البدء بالسهل ج–تقنية التدريب الذهني (التي يستطيع التلاميذ الاعتماد عليها قبل حدوث الوضعيات المقلقة كعرض بحث شفهيا، إلقاء خطاب...إلخ) و تعتمد بالدرجة الأولى على التخيل و التدرب المتكرر حتى يتمكن الفرد من خفض شدة قلقه.	45 دقيقة

الوحدة العاشرة: التعامل مع الغضب

المفاهيم الرئيسية للوحدة: الغضب، التحكم.

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب.

أهداف الوحدة:
التعرف على انفعال الغضب. -تحديد الوضعيات التي تسبب الغضب. -تعلم كيفية التعامل مع الغضب للسيطرة عليه و التحكم فيه.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة	
2.الشعور بالغضب.**(F)** -خلق وضعية تُغضب التلاميذ (توبيخهم) -تركهم لمدة دقيقة ثم التوضيح بأن الأمر غير صحيح و إنما هي تجربة لجعلهم يشعرون بالغضب. -فتح مجال للمناقشة حول شعورهم اتجاه ما سمعوه. -استنتاج. -تعريف الغضب.	10 دقائق
3.الأعراض الجسدية الناتجة عن الغضب.**(F)** (تسارع نبضات القلب، احمرار الوجه، شد العضلات ...إلخ)	10 دقائق

–الوضعيات التي تتسبب في الغضب (تلقي الإهانة، عدم حصول الفرد على ما يريد، الغيرة، الإغاظة...إلخ) –استنتاج	
4.لماذا يجب السيطرة على الغضب.**(F)** –ذكر الأسباب من قبل التلاميذ. –استنتاج	5 دقائق
5.التعامل مع الغضب و آثاره.**(F)** –طرح أسئلة حول الطرق التي يتبعها التلاميذ و أصدقاؤهم و أقرباؤهم للتعامل مع غضبهم(الصراخ، المهاجمة، كسر الأشياء، الصمت...إلخ) –استنتاج مع التأكيد على أن فقدان السيطرة على الغضب يزيد من حدة الموقف و يجعله أصعب و يخلق النزاعات و يجب السيطرة عليه لتفادي نتائجه السلبية.	5 دقائق
6.تقنيات التعامل مع الغضب.**(BR)(C)** – التعرف على طرق التلاميذ للسيطرة على الغضب(تمزيق الأوراق، العنف، التفكير...إلخ) أحسن وقت للسيطرة على الغضب عندما يكون الأمر بسيطا (كي لا تفاقم الأمور) –التأكيد على إمكانية استخدام نفس تقنيات التعامل مع القلق لأنها مهمة و فعالة. –تقنيات أخرى مثل: –تقنية ضوء التحذير (تخيل وجود ضوء على الرأس ينبه التلميذ عند الغضب حتى يتدارك الوضع و لا يغضب) –تقنية الحساب حتى 10 للتحكم في الغضب	15 دقيقة

–تقنية الحوار مع الذات للتمكن من الحفاظ على الهدوء. –تقنية إعادة النظر في الوضعية المغضبة. –التمرن على التقنيات في القسم.	

الوحدة الحادية عشر: مهارات التواصل

المفاهيم الرئيسية للوحدة: التواصل، شخصي، رسالة، جواب، التواصل الفعال، لفظي، غير لفظي، سوء الفهم، غامض، تناقض، نص (فقرة)

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، بطاقات (مكتوب عليها مختلف الانفعالات لتمثيلها).

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) :النشاط 21 حول المهارات الاجتماعية.

أهداف الوحدة: تعلم كيفية استخدام طرق التواصل اللفظية و غير اللفظية لتجنب سوء الفهم و لإيصال رسالتهم بوضوح، و ذلك من خلال: -تعريف التواصل. -التطرق إلى أنواع التواصل (اللفظي و غير اللفظي). -تعريف سوء الفهم. -التعرف على كيفية تطور سوء الفهم. -تعلم كيفية تجنب سوء الفهم.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة (عن طريق لعبة "الهاتف": يقف التلاميذ و يشكلون صفا أو حلقة، و تبدأ اللعبة بهمس جملة في أذن التلميذ الأول الذي يهمسها بدوره للتلميذ الثاني و هكذا...) ثم تتم المقارنة بين الجملة التي انطلقت بها اللعبة ، ثم المناقشة حول سبب تغير الجملة أو الرسالة	

2.ما هو التواصل؟**(F)** -متى يكون فعالا؟	5 دقائق
3.أنواع التواصل.**(F)** -التواصل الفظي التواصل غير اللفظي الذي يتم عن طريقه 65 % من تواصلنا -تطبيق حول أنواع التوصل **(C)**باستعمال بطاقات المشاعر التي حضرت من قبل و التي تحمل كل منها تعبيرا عن انفعال معين (غضب، فرح...إلخ) و توزيعها عل مجموعة من التلاميذ ليمثل كل واحد منهم الانفعال بطريقة غير لفظية و تخمن المجموعة الأخرى من التلاميذ -استنتاج	15 دقيقة
4.التواصل بوضوح.**(F)** -تجنب سوء الفهم**(A)** .تعريفه .فتح نقاش مع التلاميذ ليحكوا عن تجاربهم مع سوء الفهم و ليشخصوا سببه و كيفية تجنبه .مهارات لتفادي سوء الفهم (تعليمات و توجيهات و نصائح و تقنيات) .تطبيق (دليل الطالب)	15 دقيقة
5.أهمية طرح الأسئلة.**(C)** -توضيح مدى أهمية طرح الأسئلة لتفادي سوء الفهم -تطبيق -استنتاج -ملخص عام	10 دقائق

الوحدة الثانية عشر: المهارات الاجتماعية (أ)

المفاهيم الرئيسية للوحدة: الثقة بالنفس، المبادرة (البدء)، الاستمرار، المجاملة (الإطراء)

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، هاتف محمول، سبورة.

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) : نشاط 22

أهداف الوحدة: -تعلم التقنيات التي تساعد على الثقة بالنفس و زيادة الجاذبية الاجتماعية و التغلب على الخجل. - التدرب على بناء علاقات و اتصالات اجتماعية. -التدرب على تقديم و تلقي الإطراء و المجاملة. -التدرب على البدء و مواصلة و إنهاء الحوار أو المحادثة.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة	
.التغلب على الخجل**(F)(C)** فتح نقاش مع التلاميذ حول الخجل و ذلك بتعبيرهم عن معتقداتهم حول نفسهم و هل يرون أنهم خجولين و هل سبق و أن شعروا بعدم الارتياح في وضعية	10 دقائق

اجتماعية معينة، و حول ما يمكن فعله للتغلب على الخجل و تعليمهم استراتيجيات لتحقيق ذلك (دليل الطالب) مثل التدرب على وضعيات اجتماعية من خلال تحضير سيناريو للوضعية، لعب الأدوار ، التمرن أمام المرآة. -استنتاج		
3.المبادرة في التواصل الاجتماعي.**(BR)(C)(F)** **أ-البدء في التحاور (الحديث) و إلقاء التحية** (أهم خطوة للتغلب على الخجل) -تطبيق في القسم (مكالمة شخص لا يعرفه التلميذ و الحديث معه و طلب معلومات معينة) -تطبيق خارج القسم (السؤال في الشارع عن عنوان معين، سؤال تلاميذ من أقسام أخرى عن كتاب معين، المحل الذي اشتروا من عنده ثيابهم...إلخ) **ب-المجاملة (تقديمها أو تلقيها)** -فتح نقاش حول الصعوبات التي يواجهها الأفراد لمجاملة غيرهم أو عند تلقيهم للمجاملة و الإطراء -تقنيات مجاملة الغير -تقنيات عند تلقي المجاملة تطبيق التقنيات في القسم عن طريق لعب الأدوار (تقسيم التلاميذ إلى مجموعتين: مجاملون و مجامَلين و تدوين مجموعة من عبارات المجاملة على السبورة ليختار كل تلميذ واحدة منها و يقدمها لزميله باحترام التقنيات و من جهة أخرى يجيبه التلميذ بطريقة ملائمة. ثم تقلب الأدوار على التلاميذ) **ج-مهارات البدء و مواصلة و إنهاء الحديث:** -تقنيات للبدء و المبادرة في الحديث -تقنيات للاستمرار في الحديث و مواصلته. -تقنيات لإنهاء الحديث -تطبيق	35 دقيقة

الوحدة الثالثة عشر: المهارات الاجتماعية (ب)

المفاهيم الرئيسية للوحدة: مواصفات، التفاعل، العلاقة.

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، هاتف محمول، سبورة.

واجبات منزلية (للحصة المقبلة) : نشاط 23 حول التحكم في الوضعيات الصعبة

أهداف الوحدة:

-معرفة المميزات التي تجعل الأشخاص ينجذبون إلى بعضهم البعض.

-معرفة أهمية هذه المميزات.

-تطبيق المهارات الاجتماعية للتعامل مع من نحب.

-التعرف على نشاطات اجتماعية جيدة مختلفة.

-التعرف على طرق الرد على دعوى لنشاط اجتماعي..

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة.	
2. التجاذب.**(F)** -مناقشة إجابات التلاميذ على أسئلة الواجب المنزلي (حول المواصفات الجسدية و غير الجسدية ا للأفراد الذين يحبون أن يتواجدوا معهم.	5 دقائق

-استنتاج	
3. التحدث مع شخص تحبه.**(F)** -تطبيق المهارات الاجتماعية المكتسبة من الوحدة السابقة لجعل الحديث مع من نحب بناء صداقة معهم و نريد أن نعجبهم أسهل (لعب الأدوار). -تعريف العلاقة -أنواع العلاقات -استنتاج	5 دقائق
4.النشاطات الاجتماعية.**(A)(C)(F)** -ذكر مجموعة من النشاطات الاجتماعية التي يفضلها التلاميذ و يستمتعون بالقيام بها و تدوينها على السبورة. -دعوة أحد للمشاركة في نشاط اجتماعي (اقتراح التلاميذ أحسن الطرق للدعوة و تدوينها و مناقشتها) -أمثلة لطرق لدعوة الآخرين للمشاركة في نشاط اجتماعي و التمرن عليها. -إجابة الدعوة.**(BR)(C)** -المناقشة حول الطرق التي يمكن الاعتماد عليها (عندما يمكن تلبية الدعوة و العكس) -طرق و تقنيات لإجابة الدعوة (في حالة القبول و في حالة الرفض) -التمرن على التقنيات و تذكير التلاميذ بإمكاني استخدام مختلف التقنيات المكتسبة من الوحدات السابقة للتعامل مع القلق و الغضب و التدريب الذهني...إلخ -ملخص.	35 دقيقة

الوحدة الرابعة عشر: الحزم

المفاهيم الرئيسية للوحدة: حازم، عنيف

الأدوات المعتمد عليها: دليل الطالب، السبورة و القلم.

أهداف الوحدة:

-تحديد المواقف الشائعة التي غالبًا ما يفشل فيها الناس في أن يكونوا حازمين.

-التعرف على تقنيات الإقناع.

-معرفة و التمرن على مهارات الحزم.

- مناقشة طرق بديلة للتعامل مع المواقف التي يتم فيها الضغط على المراهقين للتدخين و تعاطي القنب و الشرب.

عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1.مقدمة حول موضوع الوحدة	
2.المواقف الحازمة.**(F)** مناقشة إجابات التلاميذ على أسئلة النشاط المنزلي المتعلقة بذكر و وصف الوضعيات التي يجدون فيها صعوبة في التصرف بحزم و شرح الأسباب و كيف يتعاملون معها	10 دقائق
3.فهم الحزم.**(F)** -كيفية تعامل الأفراد مع هذه الوضعيات (السلبية و الخضوع، العنف، الحزم) -تعريف الحزم	5 دقائق

4. أسباب عدم الحزم**(F)** تحديد أسباب عدم الحزم و المطالبة بالحقوق و التعبير عن المشاعر و الأفكار.	5 دقائق
5.فوائد الحزم.**(F)**	5 دقائق
6.مهارات الحزم اللفظية.**(A)(BR)(C)** **أ-مهارات الرفض** -التمرن على المهارات من خلال تطبيقها في القسم و تشجيع التلاميذ على استعمال التقنيات اللفظية و غير اللفظية (لعب الأدوار). **ب-مهارات المطالبة بالحقوق** -التمرن على المهارات من خلال تطبيقها في القسم و تشجيع التلاميذ على استعمال التقنيات اللفظية و غير اللفظية (لعب الأدوار). **ج-التعبير عن الشعور** استعمال عبارات معينة للتعبير عن الشعور و تبدأ دائما ب "أنا" (أنا أشعر، أنا أريد، أنا أستطيع، أنا لا أحب...إلخ). --التمرن على المهارات من خلال تطبيقها في القسم و تشجيع التلاميذ على استعمال التقنيات اللفظية و غير اللفظية (لعب الأدوار).	20 دقيقة
7.مهارات الحزم غير اللفظية -مناقشة و توضيح سلوكيات الحزم غير اللفظية الملائمة. -التمرن على المهارات بالاستعانة بالوضعيات و العبارات المسجلة في السبورة سابقا مع التأكيد على المهارات غير اللفظية (لعب الأدوار). -تشجيع التلاميذ على استغلال هذه المهارات و استعمالها في حياتهم اليومية إن تطلب الأمر ذلك.	15 دقيقة
8.مقاومة ضغط الأقران.**(F)**	

–ضرورة مهارات الحزم و مهارات الرفض و أهميتها في حالة ضغط الأفراد و خاصة في المواقف الخطيرة. –تحديد المواقف التي من المحتمل أن يتعرض فيها الطلاب لضغط الأقرانللتدخين و تعاطي المخدرات و إعداد قائمة للاستجابات الحازمة الأكثر ملائمة و فعالية مع هذه الوضعيات. –التمرن عليها و على تقنيات الرفض عند دعوة التلاميذ للتدخين و استهلاك المخدرات و الكحول. –تحديد المواقف عالية الخطورة و الاستجابات الحازمة الملائمة لها.	20 دقيقة
9.التمرن على مهارات رفض المخدرات.**(A)(BR)(C)** (لعب الأدوار لوضعيات يقوم فيها تلاميذ بالضغط على آخرين للتدخين و تعاطي المخدرات و شرب الكحول، و يرفض فيها التلاميذ الآخرون الدعوة بتطبيق مهارات الرفض) و تشجيع التلاميذ على استخدام هذه المهارات في حياتهم اليومية.	
10.تطوير خطة عمل.**(BR)(C)** –صياغة خطة عمل (تتضمن استجابات حازمة) لمجموعة من الوضعيات التي يمكن أن يعيشها التلميذ و مناقشتها مع التلاميذ.	10 دقائق

لقد كان هذا عرض لوحدات المستوى الأول (السنة الأولى) لبرنامج التربية الصحية و الذي يعتبر الأساس و الأهم، لهذا تعمدت الباحثة التعمق في ذكر عناصر محتوى كل موضوع من مواضيعه. و فيما يلي عرض لوحدات المستويين الداعمين (الثاني و الثالث) على التوالي و اللذان يتميزان بتكرار وحدات المستوى الأول و ذلك بهدف ترسيخ و تثبيت المعلومات و تدعيم و تعزيز السلوكيات و المهارات التي اكتسبها التلاميذ سابقا و النتائج الإيجابية للبرنامج، فهي عبارة عن جلسات تقوية كما سبق و ذكر.

برنامج LST للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و المحول في الوسط المدرسي (المستوى الثاني)

الوحدة (الحصة)	الموضوع	عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1	تعاطي المخدرات و العنف: الأسباب و الآثار	1.مقدمة 2.ماذا يعني تعاطي المخدرات؟(F) – تعريف –المواد المخدرة الأكثر شيوعا (النيكوتين في السيجارة، الكحول، القنب، الكوكايين...إلخ) –الفرق بين التعاطي و الإدمان –استنتاج 3.تحديد أسباب تعاطي المخدرات(F) 4. كيف يصبح الفرد متعاطيًا للمخدرات(F) 5. آثار تعاطي المخدرات.(F) 6. قياس سرعة نبضات القلب و ثبات اليد.(F) 7. ماذا يعني العنف؟(F) 8.أسباب العنف.(F) 9.أسباب رفض العنف.(F)	5 دقائق 5 دقائق 5 دقائق 5 دقائق 10 دقائق 5 دقائق 5 دقائق 5 دقائق

		خلاصة	
2	اتخاذ القرارات	1.مقدمة. 2.كيفية اتخاذ القرار.(F) 3.التمرن على اتخاذ القرارات.(BR)(F) 4.ما الذي يؤثر على قراراتنا؟(F) 5.اتخاذ القرار الجماعي.(A)(BR)(C) خلاصة	5 دقائق 10 دقائق 5 دقائق 25 دقيقة
3	تأثير الإعلام	1.مقدمة 2.تقنيات الإشهار: الأسواق المستهدفة.(F) 3.إعلانات السجائر و الكحول.(C)(F) 4.مقاومة تقنيات الإعلان الشائعة.(C)(F) خلاصة	20 دقيقة 10 دقائق 15 دقيقة
4	التعامل مع القلق(حصتين)	1.مقدمة 2.الوضعيات المسببة للقلق.(F) 3.لماذا يشعر الناس بالقلق.(F) 4.التعامل مع	5 دقائق 5دقائق 5 دقائق 5 دقائق

		القلق.(F) 5.تقنيات التعامل مع القلق.(BR)(C) – التنفس العميق. –الاسترخاء العضلي التدريجي. –التحضير و التمرن. –التدريب الذهني. –التفكير الإيجابي. خلاصة	10 دقائق 15 دقيقة 5 دقائق 15 دقيقة 15 دقيقة
5	التعامل مع الغضب	1.مقدمة 2.تعريف الغضب.(F) 3. الوضعيات المسببة للغضب.(F) 4.أسباب التحكم و عدم التحكم في الغضب.(F) 5. تقنيات التحكم في الغضب.(BR)(C)(F)	5 دقائق 5 دقائق 10 دقائق 25 دقيقة
6	مهارات الاتصال/التواصل	1.مقدمة –أنواع التواصل.(F) 2.مكونان التواصل الفعال.(F) –مهارات الإرسال.(BR)(C)(F) –مهارات التلقي/الاستقبال.	5 دقائق 15 دقيقة

		(F)(C)(BR) 3.تجنب سوء الفهم.(F) 4.تحسين مهارات الاتصال	10 دقائق 10 دقائق
7	المهارات الاجتماعية	1.مقدمة 2.التغلب على الخجل و المبادرة أو البدء في الاتصالا الاجتماعية. (F)(C)(BR) 3.مهارات التخاطب(F) (البدء، الاستمرار، و إنهاء الحوار) 4.التمرن على المهارات الاجتماعية.(A)(BR)	5 دقائق 10 دقائق 15 دقيقة 15 دقيقة
8	الحزم	1.مقدمة. 2.ماذا يعني الحزم؟(C)(F) 3. الوضعيات التي تستدعي الحزم.(F) 4.تقنيات لاستخدام مهارات الحزم اللفظية. (F)(C)(BR)(A) 5.تقنيات لاستخدام مهارات الحزم اللالفظية (F)(C)(BR)	10 دقائق 5 دقائق 20 دقيقة 10 دقائق
10	مقاومة قرن الأقران(حصتين)	1.مقدمة	

		2.ضغط الجماعة.(F)	5 دقائق
		3.تكتيكات مقنعة.(F)	10 دقائق
		4.مقاومة الإقناع.(C)	10 دقائق
		5.قول "لا" للدعوة للتدخين، للشرب،أو تعاطي المخدرات.(C)	20 دقيقة
		6.مقاومة الضغط المباشر.(A)(C)	30 دقيقة
		7.مقاومة ضغط الأقران. (A)	15 دقيقة

برنامج LST للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و المحول في الوسط المدرسي (المستوى الثالث)

الوحدة	الموضوع	عناصر الوحدة	المدة الزمنية
1	تعاطي المخدرات: الأسباب و الآثار	1.مقدمة 2.مشكل تعاطي المخدرات؟(F) 3.لماذا يتعاط الناس المخدرات(F) 4. كيف يبدأ تعاطي للمخدرات(F) 5. كيف يصبح الفرد متعاط للمخدرات.(F) 6. مخاطر تعاطي المخدرات.(F)(C) 7. التقليل من خطر تعاطي المخدرات. (F)(C)	5 دقائق 5 دقائق 10 دقائق 5 دقائق 5 دقائق 5 دقائق 10 دقائق
2	اتخاذ القرارات	1.مقدمة. 2.كيفية اتخاذ القرارات و حل المشكلات.(F) 3.مراحل اتخاذ القرار الفعال.(C)(F) 4.التمرن على اتخاذ القرار؟(BR)(C)	5 دقائق 5 دقائق 35 دقائق
3	تأثير الإعلام	1.مقدمة 2.تعريف وسائل الإعلام.(F)	5 دقائق

		3.كيف تؤثر وسائل الإعلام علينا. (F) 4.مقاومة تأثير وسائل الإعلام 5.تأثير الإعلام لتعاطي المخدرات.(F) 6. مقاومة تأثير الإعلام لتعاطي المخدرات.(BR)(C)(F)	10 دقائق 30 دقيقة
4	التعامل مع القلق	1.مقدمة 2.التقييم الذاتي للقلق.(F) 3.تقنيات جسدية للحد من القلق.(BR)(C)(F) 4.تقنيات معرفية للحد من القلق.(BR)(C)(F) 5. التعامل مع القلق– تطبيق المهارات.(BR)(C)	5 دقائق 20 دقيقة 15 دقيقة 5 دقائق 10 دقائق
5	التعامل مع الغضب	1.مقدمة 2.ما الذي يغضبنا؟(F) 3. الحفاظ على السيطرة على الغضب.(F) 4.تقنيات للتحكم في	5 دقائق 10 دقائق 25 دقيقة

		الغضب.(BR)(C)(F)	
6	المهارات الاجتماعية	1.مقدمة 2.تقييم المهارات الاجتماعية.(C)(F) 3.التحيات و التبادلات (الحوارية) الموجزة.(BR)(C)(F) 4.الحوارات السطحية مقابل الحوارات العميقة.(F) 5. تطبيق المهارات الاجتماعية.(BR)(C)	5 دقائق 20 دقيقة 5 دقائق 15 دقيقة
7	الحزم	1.مقدمة 2.مراجعة مهارات الحزم اللفظية. (BR)(C)(F) 3.مهارات الحزم غير اللفظية.(F) 4.الحزم: التمرن.(A)(BR)(C)	5 دقائق 20 دقيقة 5 دقائق 15 دقيقة
8	مقاومة ضغط الجماعة	1.مقدمة. 2.المواقف التي يمارس فيها ضغط الأقران.(C)(F) 3. التمرن على مقاومة	15 دقيقة 30 دقيقة

		ضغط الأقران.(BR)(C)	

وتجدر الإشارة إلى أنه:

- أساليب و أدوات تدريس الحصص لا تختلف من مستوى لآخر بل تبقى نفسها.
- تمت الاستعانة بدليل الطالب في كل الوحدات و ذلك للتقييم المستمر.
- تم القيام بالتطبيق و التمارين في كل الوحدات.
- تم الاعتماد على النقاش و الحوار و الأسئلة المفتوحة أثناء كل الحصص.
- تم توزيعاستمارة تقييمية أعدتها الباحثة للسماح للتلاميذ بتقييم محتوى البرنامج و مدى استفادتهم منه، انطلاقا من مجموعة من الأسئلة المستوحاة من الأهداف التي بني البرنامج من أجلها و من المهارات التي يركز على التدريب عليها (بعد الانتهاء من التطبيق البعدي لمقاييس الدراسة).

9. الأساليب الإحصائية :

تمثلت الأساليب الإحصائية التي اعتمدت عليها الباحثة في دراستها في:

- إختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط تقدير الذات، الضغط النفسي و استراتيجيات التعامل بين القياسين القبلي و البعدي.
- معادلة (r) لدراسة حجم الأثر للعينات المرتبطة.

الفصل السابع

عرض و مناقشة النتائج

تمهيد :

تحاول الباحثة في هذا الفصل عرض نتائج الدراسة بناءا على التساؤلاتالمطروحة، حيث أنه للإجابة على تساؤلات الدراسة و لمعرفة أثر برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول على تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل معه، استخدمت الباحثة أساليب إحصائية المتمثل في اختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط التقدير الذاتي ، الضغط النفسي و استراتيجيات التعامل بين القياسين القبلي و البعدي، و معادلة (r) لدراسة حجم الأثر للعينات المرتبطة.

و فيما يلي عرض و مناقشة لمختلف النتائج :

I. عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

و التي مفادها:**يساهم برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في تنمية تقدير الذات لدى تلاميذ أقسام المدرسة المتوسطة.**

و للتحقق من الفرضية استخدمت الباحثةإختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط التقدير الذاتي بين القياسين القبلي و البعدي ، و فيما يلي عرض لمختلف النتائج .

جدول 7

نتائج تطبيق إختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط التقدير الذاتي بين القياسين القبلي و البعدي.

الأفراد	القياس القبلي	القياس البعدي	الفروق	الفروق بالقيمة المطلقة	رتب الفروق	الرتب مع الاشارة
1	76	80	4-	4	4	4-
2	60	68	8-	8	8.5	8.5-
3	28	48	20-	20	12	12-
4	74	76	2-	2	1	1-
5	76	80	4-	4	4	4-
6	68	72	4-	4	4	4-
7	70	76	6-	6	7	7-
8	64	68	4-	4	4	4-
9	76	80	4-	4	4	4-
10	66	74	8-	8	8.5	8.5-
11	56	66	10-	10	10	10-
12	64	76	12-	12	11	11-

	حجم العينة	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة z	الدلالة الاحصائية
الرتب الموجبة	00	00	00	−3.84	دالة عند 0.01
الرتب السالبة	12	6.5	78		

جدول 8

نتائج تطبيق معادلة (r) لدراسة حجم الأثر للعينات المرتبطة

	قيمة الأثر حسب معادلة (r) $r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$	حجم الأثر (منخفض = 0.2) (متوسط = 0.5) (مرتفع = 0.8)
تقدير الذات	0.89	مرتفع

التعليق على النتائج:

يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ولكوكسن) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط تقدير الذات في القياسين القبلي و البعدي، أنه توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى (0.01) ، حيث أن قيمة (z) المحسوبة و المساوية (-3.084) **أكبر من القيمة المجدولة، و هذا يعني أن برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي له تأثير على مستوى تقدير الذات لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

و لدراسة حجم أثر تطبيق البرنامج الوقائي للعينات المرتبطة (القياس القبلي – القياس البعدي) طبقت الباحثة معادلة (r) ، حيث يتبين من الجدول (8) ، أن **الأثر يفوق 0.8 ، و هذا يعني أن حجم أثر تطبيق برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على مستوى تقدير الذات لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة مرتفع.**

و هكذا يمكن القول كجواب لتساؤل البحث الأول : " فعلا لبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة**أثر كبير** (مرتفع) في تنمية مستوى تقدير الذات لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.

و تتوافق النتيجة مع تلك التي أظهرتها دراسة جيسال روزاريو Gissel Rosario (2015) التي هدفت إلى تقييم برنامج LST لبوتفين في ألبرتا بكندا في الفترة الممتدة بين 2010 و 2014، و ذلك بالاعتماد على المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجموعتين. و تم تطبيق مقياس تقدير الذات لروزنبرج، مقياس اتخاذ القرارت، مقياس تقييم المهارات الحياتية، و أداة لقياس تعاطي المخدرات و شرب الكحول، إضافة إلى استبيان برنامج LST. و تكونت المجموعة التجريبية التي شاركت في البرنامج بمستوياته الثلاثة من 13 فرد (بعد أن كانت تتكون من 160 في البداية، و شارك 116 منهم في البرنامج ثم تنازل عدد كبير منهم خلال السنوات الثلاثة ليبلغ مشارك13). و بينت النتائج أن المشاركون في البرنامج أظهروا قدرتهم عل اتخاذ القرارات، إضافة إلى ارتفاع مستوى تقدير الذات لديهم، و في القدرة على التعامل مع الضغوط، و اكتسابهم للمعارف المتعلقة بالمخدرات و التصدي لها و مهارات التحكم في الذات و المهارات الاجتماعية و القدرة على مقاومة ضغط الأقران للتدخين و تعاطي المخدرات و الكحول...إلخ. و كذا دراسة موليي فيرجيني و آخرون Moulier Virginie et al (2019) التي هدفت إلى التحقق من فعالية تدريب التلاميذ المراهقين على مهارات الحياة، و ذلك من خلال اعتمادها على المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجموعتين، و تطبيقها لمقياس تقدير الذات لكوبر سميث على عينة تكومن من 160 تلميذ قسموا على مجموعتين (80 فردا في المجموعة الضابطة و 80 فردا في المجموعة التجريبية). و أظهرت النتائج أن التدريب على

مهارات الحياة ساهم بشكل كبير في رفع مستوى تقدير الذات لدى تلاميذ المجموعة التجريبية مقارنة بالمجموعة الضابطة، و منه فإن هذا النوع من برامج التربية الصحية و خاصة المركزة على التدريب على مهارات الحياة يمكن أن يعزز و ينمي المهارات اللازمة التي تساعد التلاميذ و تحد من المشكلات النفسية و التربوية و الدراسية.

و هذا ما بينته الدراسة الحالية، و هو أن مستوى تقدير الذات لدى التلاميذ ارتفع بشكل ملحوظ. و يمكن تفسير ذلك بأن التدخل ببرنامج التربية الصحية للتدريب على مهارات الحياة LST لبوتفين أثر إيجابيا على مستوى تقدير الذات، الذي شهد ارتفاعا بعد المشاركة في البرنامج و الاستفادة منه و من المهارات التي يركز على تدريبها، بحيث سمحت للتلاميذ بمعرفة ذاتهم و فهمها و القدرة على تقييمها، و الثقة بها و بقدراتهم و فعاليتهم الذاتية، كما سمحت لهم هذه المهارات بتقدير ذاتهم تقديرا إيجابيا و بالعمل على تطويرها المستمر. مما يعني أن البرنامج استطاع أن يحقق الهدف منه في رفع مستوى تقدير الذات لدى التلاميذ المتدربين عليه، بفضل مختلف مهارات الحياة التي يركز على تلقينها و التدريب عليها من مهارات تحسين الذات، تحقيق الأهداف الشخصية، اتخاذ القرارات، تحديد تقنيات الإعلان و تحليلها، التعامل مع القلق و الغضب، مهارات التواصل و أهم المهارات الاجتماعية، إضافة إلى مهارات الحزم و تأكيد الذات.

و يركز برنامج التربية الصحية LST لبوتفين على التدريب على المهارات التي تعمل على الرفع من مستوى تقدير الذات، لاعتباره من أهم الحاجات السيكولوجية للفرد و لما

له من آثار على سلوكه و على طريقته في التعامل مع مختلف المواقف التي يواجهها في حياته. بحيث أشارت آيت حمودة (2007) إلى اتفاق الكثير من الباحثين على ضرورة تمتع الأفراد بمستوى عال من تقدير الذات حتى يسهل عليهم التكيف مع مواقف الحياة، و هذا لأن وجوده يشعر الفرد بالأمن و يزوده بالقدرة على توظيف قدراته للتعرف على الأحداث و فهمها و لحل المشكلات. و تضيف أن كوبر سميث أشار إلى ارتباط تقدير الذات العالي بالثقة في النفس و المشاركة الاجتماعية و توقعات سلوك الفرد، كما أن المتمتعين بتقدير ذات مرتفع يرون أنهم أشخاص هامون يستحقون الاحترام و التقدير و الاعتبار، و يكونون صورة طيبة عن أنفسهم إضافة إلى تميزهم بالتحدي (آيت حمودة، 2007: 106).

و من هنا جاءت ضرورة الاهتمام بتقدير الذات و العمل على رفع مستواه لدى الأفراد عامة و التلاميذ خاصة، و ذلك لضمان تكوين نشء واثق من نفسه قادر على مواجهة منغصات الحياة و التعامل معها بكل فعالية، خاصة و أن العديد من الدراسات أكدت ارتباط استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية مع متغير تقدير الذات و ذلك بتوقع أن منخفضي تقدير الذات يعانون من الضغوط بشكل مرتفع مقارنة مع ذوي تقدير الذات المرتفع، و يرجع السبب حسب كوبر سميث (1993) إلى أن الأفراد ذوي تقدير الذات المنخفض يكونون أكثر استهدافا للمرور بمزيد من أحداث الحياة السلبية و منغصاتها و هذا بسبب تفكيرهم السلبي فيما يتعلق بأي شيء (Smith, 1993: 108)، كما أنهم أكثر تبنيا لاستراتيجيات التجنب

و لوم الذات و الهروب مقارنة بمرتفعي تقدير الذات الذين يلجئون إلى استراتيجيات تعامل أكثر فعالية للتغلب على الوضعيات الضاغطة (Terry, 1994 : 895). و هذا ما يجعلهم عرضة للكثير من المشكلات النفسية و السلوكية، التي كثيرا ما تتطلب المساعدة من قبل المختصين. و لهذا أصبح التدريب على مهارات الحياة حلا جيدا لمعالجة مشاكل تقدير الذات المتدني و غيره و حتى للوقاية منها، عن طريق برامج التدريب على مهارات الحياة مثل برنامج LST لبوتفين الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول الذي يهتم بتلقين المهارات الحياتية و تدريب التلاميذ عليها لزيادة الثقة في النفس و رفع مستوى تقدير الذات و تلقين مهارات اتخاذ القرارات و حل المشكلات و التعامل مع الضغط ...إلخ و ذلك بهدف الوقاية من استهلاك هذه المواد، و قد كان أثره واضحا على مستوى تقدير الذات عند التلاميذ المستفيدين منه في الدراسة الحالية.

II. عرض و مناقشة الفرضية الثانية:

و التي مفادها: **يساهم برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي في التخفيف من مستوى الضغط النفسي لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

و للتحقق من الفرضية استخدمت الباحثةإختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الضغط النفسي بين القياسين القبلي و البعدي ، و فيما يلي عرض لمختلف النتائج .

جدول 9

نتائج تطبيق إختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الضغط النفسي بين القياسين القبلي و البعدي.

الأفراد	القياس القبلي	القياس البعدي	الفروق	الفروق بالقيمة المطلقة	رتب الفروق	الرتب مع الاشارة
1	0.2	0.2	**0**	**00**	–	–
2	0.2	0.2	**0**	**00**	–	–
3	0.4	0.5	**-0.1**	**0.1**	**2**	**-2**
4	0.5	0.4	**0.1**	**0.1**	**2**	**2**
5	0.1	0.1	**0**	**00**	–	–
6	0.2	0.6	**-0.4**	**0.4**	**8**	**-8**
7	0.4	0.1	**0.3**	**0.3**	**6.5**	**6.5**
8	0.3	0.1	**0.2**	**0.2**	**4.5**	**4.5**
9	0.2	0.2	**00**	**00**	–	–

10	0.3	0.4	**−0.1**	**0.1**	**2**	**−2**
11	0.8	0.5	**0.3**	**0.3**	**6.5**	**6.5**
12	0.4	0.2	**0.2**	**0.2**	**4.5**	**4.5**

	حجم العينة	**متوسط الرتب**	**مجموع الرتب**	**قيمة z**	**الدلالة الاحصائية**
الرتب الموجبة	**5**	**4.8**	**24**	**−0.846**	**غير دال**
الرتب السالبة	**3**	**4**	**12**		

التعليق على النتائج:

يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ولكوكسن) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط الضغط النفسي في القياسين القبلي و البعدي ، أنه لا توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى (0.05) ، حيث أن قيمة (z) المحسوبة و المساوية (0.846−) أصغر من

القيمة المجدولة و هذا يعني أن**برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي ليس له تأثير على مستوى الضغط النفسي لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

و هكذا يمكن القول كجواب لتساؤل البحث الثاني : **برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي ليس له أثر في مستوى الضغط النفسي لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

و هو عكس ما بينته دراسة غاسميان أيوب و كومار. ج فنكاتش Ghasemian, Kumar, G. Venkatesh(2017)&Ayub التي هدفت إلى معرفة أثر التدريب على المهارات الحياتية على مستوى الضغط النفسي بين الطلاب المراهقين (ذكور و إناث). و تكونت العينة من 200 طالب مراهق (100 ذكر و 100 أنثى) تم اختيارهم عشوائيا و تقسيمهم إلى مجموعتين ضابطة و تجريبية. و تلقت المجموعة التجريبية تدريبا على مهارات الحياة خلال 8 جلسات، أما المجموعة الضابطة فلم تتلق أي تدريب. و تم تطبيق مقياس الضغط لكيسلر و آخرون Kesseler et al (2002) قبل و بعد التدريب على مهارات الحياة.

و أوضحت النتائج أن التدريب على مهارات الحياة قلل بشكل ملحوظ من مستوى الضغط النفسي عند المجموعة التجريبية. و دراسة هيمنتا كومارا. ف Hemantha Kumara , F (2020) التي هدفت إلى معرفة تأثير التدريب على مهارات الحياة على الضغط المدرسي و

على الاكتئاب و على السعادة عند الطلاب المراهقين. تكونت عينة الدراسة من 160 طالب (80 ذكر و 80 أنثى) سجلوا: درجات عالية من الضغط المدرسي الذي تم قياسه بمقياس الضغط المدرسي لكومار سينها Kumar Sinha (2014)، و درجات عالية في الاكتئاب الذي تم قياسه بمقياس بيك Beck (1996)، و درجات منخفضة في السعادة التي قيست بمقياس أكسفورد لمايكل أريل و بيتر هيلز.

تم تدريب المجموعة التجريبية على مهارات الحياة خلال 12 أسبوع، و بعد القياس البعد تبين أن البرنامج كان له أثر إيجابي في التقليل من الضغط الأكاديمي و شدة الاكتئاب، و في تعزيز السعادة لدى الطلاب المراهقين. كما بينت دراسة غارامالكي ناصر صبحي و رجبي صوران Gharamalki Nasser Sobhi & Rjabi Soran (2010) التي هدفت إلى التحقق من آثار التدريب على مهارات الحياة في تعزيز الصحة النفسية و تقدير الذات لدى طلاب الجامعة بالاعتماد على المنهج شبه التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجوعتين. شمل المجتمع الإحصائي للدراسة جميع الطلاب الذكور المسجلين في سنة 2009 للدراسة في جامعة مهاغي أردابيلي، و أجريت هذه الدراسة فقط على الأفراد الذين تحصلوا على درجة 28 في استبيان DAAS (الذي يقيس كل من القلق و الاكتئاب و الضغط) و الذي بلغ عددهم 120 طالبا. ثم تم اختيار 40 طالب عشوائيا و تقسيمهم إلى (طالب20 في المجموعة الضابطة و 20 طالب في المجموعة التجريبية). ثم دربت المجموعة التجريبية على مهارات الحياة خلال 8 جلسات (في أربع أسابيع) و أُقصي 3

طلاب منها. و أظهرت النتائج في الأخير أن التدريب على مهارات الحياة أدى إلى تقليل أعراض الاضطرابات النفسية خاصة الاكتئاب و القلق والضغط لدى الطلاب المشتبه بإصابتهم باضطرابات نفسية. و أظهرت هذه الدراسة أن التدريب على مهارات الحياة طريقة جيدة للتقليل من أعراض الاضطرابات النفسية لدى الطلاب المشتبه بإصابتهم بالاضطرابات النفسية.

و الملاحظ من خلال هذه الدراسات أن التدريب على مهارات الحياة ساهم بشكل ملحوظ في التخفيف في شدة الضغط لدى أفراد عيناتها، و هذا ما توقعته فرضية الدراسة الحالية خاصة و أن برنامج LST لبوتفين يعتبر من أفضل البرامج العالمية الوقائية و أكثرها فعالية في الوقاية من استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول، و ذلك من خلال تركيزه على التدريب على مجموعة من مهارات الحياة. غير أن الفروق بين متوسط الدرجات التي تحصل عليها أفراد المجموعة في القياسين القبلي و البعدي على مقياس الضغط النفسي غير دالة إحصائيا، و لكن هذا لا يعني عدم ترك البرنامج أي أثر على مستوى الضغط لدى التلاميذ، و إنما يمكن أن تكون النتيجة راجعة إلى حجم المجموعة التجريبية التي شاركت في البرنامج بمستوياته الثلاثة و التي تكونت من 12 فردا فقط، ما يجعلها صغيرة مقارنة بالمجموعات التجريبية التي شاركت في الدراسات سالفة الذكر و التي كانت نتائجها دالة إحصائيا. كما يمكن تفسير ذلك بمجموعة من الخصائص المتعلقة بالمنطقة الجغرافية التي أجريت فيها الدراسة بحيث يتميز سكانها بمستوى اقتصادي حسن إلى جيد على العموم، و بالمستوى

الثقافي و العلمي لأولياء التلاميذ المشاركين في البرنامج الذي كان مقبولا إلى جيد و المناصب المحترمة التي يشغلونها، و بحجم عائلات التلاميذ و بنيتها أيضا فقد كانت صغيرة (عدد صغير للأطفال) و كان الأولياء على قيد الحياة و غير منفصلين . فكل هذه العوامل يمكن أن تكون السبب في عدم وجود الفروق الدالة إحصائيا في متوسط الدرجات التي تحصل عليها التلاميذ في مقياس الضغط النفسي، و ذلك بلعبها دورا في عدم الشعور و المعاناة الكبيرين للتلاميذ من الضغوط الاقتصادية، و العائلية بسبب الصراعات و النزاعات أو الإهمال الوالدي. إضافة إلى اهتمام الأولياء بأبنائهم و القلق على مستقبلهم و السهر على راحتهم و على متابعة دراستهم و نتائجهم، و الحرص على التنفيس و الترويح عنهم من خلال تسجيلهم في نوادي رياضية و أخذهم للنزهات و غيرها، الأمر الذي قد يعفي التلاميذ من التفكير بمختلف المشكلات التي قد تفوق قدراتهم و التي قد تسبب لهم الضغوط، و قد يجعلهم مركزين أكثر على دراستهم و واجباتهم و امتحاناتهم. أي أن الضغط الذي يعيشه التلاميذ يصبح محصورا داخل الوسط المدرسي وما يدور فيه و لا يتعداه، و بالتدريب على مهارات الحياة من خلال برنامج LST لبوتفين و اكتسابها يكون من السهل التخفيف من حدة الضغوط البسيطة نوعا ما مقارنة يتلك المتعلقة بالحياة الأسرية و الاقتصادية...إلخ.

و بالرغم من عدم توفر معطيات إحصائية، إلا أن أجوبة التلاميذ في النشاطات المختلفة الموجودة في دليل التلميذ لكل سنة، بيّنت اكتسابهم لمجموعة من المهارات المعرفية

السلوكية الحياتية التي تسمح لهم بالتعرف على مصادر الضغط ، التغلب على الخجل و اكتساب الثقة بالنفس، و مقاومة الضغط الذي يمارسه الأقران للتدخين و تعاطي المخدرات و الكحول من خلال تقنيات الرفض و الحزم، طرق الاسترخاء و التنفس العميق و التخيل و غيرها من الطرق التي تساعد على التعامل مع المواقف الضاغطة. و هذا ما بينته دراسة ويك و بنجامان Wick & Benjamin (2006) التي هدفت إلى تحليل المهارات الحياتية للمنهاج الدراسي في كولومبيا و ذلك بمقارنتها معتلكالتي يهتم برنامج LST لبوتفين بتعليمها و تدريب التلاميذ عليها. وبينت الدراسة أن المناهج الكولومبية تتضمن تطوير مجموعة من المهارات الحياتية الأساسية، و المتمثلة خاصة في مهارات التطوير الشخصي ومواجهة المشكلات، ومهارات النقد، إضافة إلى المهارات الوظيفية ومهارات التأكيد على المسئولية الفردية.

و ساهمت هذه المهارات –حسب ما لاحظه التلاميذ على أنفسهم و شعروا به– في تخفيف الضغط الذي يشعرون به في وضعيات اجتماعية مختلفة. و هذا بفضل عمليتي التقييم الأولي و الثانوي اللتان تتفاعلان فيما بينهما لتحديد درجة الضغط و نوعية الموارد و المهارات المتوفرة، و مدى قوتها و قدرتها على الحد من الضغط أو تخفيف شدته. و تتأثر عمليتي التقييم الأولي و الثانوي بمجموعة من العوامل المتعلقة بطبيعة الحدث نفسه و بعوامل أخرى مثل معتقدات الفرد و مهاراته و خبراته الشخصية، التي تطورت عند التلاميذ (أفراد المجموعة التجريبية) بفضل برنامج LST الذي ركز على تلقينهم مجموعة من مهارات

الحياة لمساعدتهم على تحسين كفاءاتهم المعرفية والسلوكية من أجل مقاومة الضغوط الاجتماعية للتدخين و المخدرات و الكحول و الوقاية من استهلاكها. و هذا ما يوحي أن البرنامج المعرفي السلوكيLST كان له دورا واضحا في توعية التلاميذ بالضغوط و مصادرها و مظاهرها و تأثيراتها على صحة الفرد الجسدية و النفسية، و الطرق الملائمة و الصحية و الفعالة للتعامل معها بهدف الوقاية من أضرارها و التي يندرج كل من التدخين و تعاطي المخدرات و شرب الكحول ضمنها.

و تجدر الإشارة إلى أنه بالرغم من عدم دلالة تأثير برنامج LST إحصائيا على مستوى الضغط لدى التلاميذ، إلا أنه لم يتم تسجيل نتائج دالة على ارتفاع فيه في القياس البعدي، أي أنه ساهم عموما في الحفاظ على مستوى الضغط الذي تم تسجيله عند التلاميذ في القياس القبلي، و لم يشهد ارتفاعا خلال السنوات الدراسية الثلاثة المتزامنة مع مرحلة المراهقة المتميزة بتغيراتها الفيزيولوجية و النفسية و الانفعالية، و ما تخلفه من ضغوطات يعيشها التلاميذ، إضافة إلى الضغوط المدرسية و غيرها.

و إن دل الأمر على شيء فهو يدل على الأثر الإيجابي الذي تركه برنامج التربية الصحية في التلاميذ، فيما يتعلق بتحديدهم و إدراكهم للضغط الذي يعيشونه و الذي يمارس عليهم من قبل أقرانهم، و هو ما عبر عنه التلاميذ من خلال إجاباتهم على الأسئلة التقييمية التي أعدتها الباحثة بعد الانتهاء من تطبيق البرنامج للتعرف على مدى استفادة التلاميذ منه، و مدى تطبيقهم للمهارات التي تعلموها و تدربوا عليها في القسم في حياتهم اليومية. و ما

لاحظته الباحثة خلال حصص البرنامج بمستوياته الثلاثة على مدار ثلاث سنوات من تصحيح للمعتقدات و اكتساب للمهارات النفسية و الانفعالية و السلوكية و للمهارات التحليلية و المعرفية.

فمن الناحية الإحصائية لم يؤثر برنامج LST على مستوى الضغط لدى التلاميذ، أما من الناحية النوعية فقد كان الفرق واضحا عليهم من خلال تطور استجاباتهم مع محاور البرنامج و استغلال مكتسباتهم في حياتهم اليومية، و من خلال ما عبروا عنه بخصوص التغيرات التي لاحظوها على أنفسهم فيما يتعلق بتحديدهم و إدراكهم للضغط الذي يعيشونه و الذي يمارس عليهم من قبل أقرانهم.

III. عرض و مناقشة الفرضية الثالثة:

و التي مفادها: **يساهمبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسيعلى استراتيجيات التعامل لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

وللتحقق من الفرضية استخدمت الباحثةإختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط استراتيجيات التعامل و أبعاده (العمل ، الانفعال ، التجنب ، التسلية ، الدعم) بين القياسين القبلي و البعدي ، و فيما يلي عرض لمختلف النتائج .

جدول 10

نتائج تطبيق إختبار (ولكوكسن) لعينتين مترابطتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط استراتيجيات التعامل و أبعاده بين القياسين القبلي و البعدي.

استراتيجيات التعامل		**حجم العينة**	**متوسط الرتب**	**مجموع الرتب**	**قيمة z**	**الدلالة الاحصائية**
العمل	الرتب الموجبة	**2**	**1.5**	**3**	**– 2.67**	**دالة عند 0.01**
	الرتب السالبة	**9**	**7**	**63**		
الانفعال	الرتب الموجبة	**8**	**6.29**	**49.5**	**1.47**	**غير دال**

	الرتب السالبة	3	5.50	16.5		
التجنب	الرتب الموجبة	10	5.95	59.50	-1.61	غير دال
	الرتب السالبة	2	9.25	18.50		
التسلية	الرتب الموجبة	6	6.17	37	-0.97	غير دال
	الرتب السالبة	4	4.50	18		
الدعم	الرتب الموجبة	7	4.93	34.50	-0.35	غير دال
	الرتب السالبة	5	8.70	43.50		
استراتيجيات التعامل	الرتب الموجبة	7	7	49	-	غير دال

					0.78	
	الرتب السالبة	**5**	**5.80**	**29**		

جدول11

نتائج تطبيق معادلة (r) لدراسة حجم الأثر للعينات المرتبطة لإستراتيجيات التعامل المركزة على العمل.

	قيمة الأثر حسب معادلة (r) $r = \frac{Z}{\sqrt{n}}$	**حجم الأثر (منخفض = 0.2) (متوسط = 0.5) (مرتفع = 0.8)**
استراتيجيات العمل	**0.8**	**مرتفع**

التعليق على النتائج:

يتبين من الجدول و من تطبيق اختبار (ولكوكسن) لعينتين مستقلتين لدراسة دلالة الفروق في متوسط استراتيجيات التعامل و أبعاده (العمل ، الانفعال ، التجنب ، التسلية ، الدعم) في القياسين القبلي و البعدي أنه:

توجد فروق دالة إحصائيا عند مستوى (0.01) في متوسط استراتيجيات التعامل في بعده المرتبط بالعمل بين القياس القبلي و القياس البعدي، حيث أن قيمة (z) المحسوبة و المساوية (-2.67) **أكبر من القيمة المجدولة** و هذا يعني **أن برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي له أثر على استراتيجيات التعامل المركزة على العمل لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

و لدراسة حجم أثر تطبيق برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي للعينات المرتبطة على استراتيجيات التعامل المركزة على العمل (القياس القبلي – القياس البعدي) طبقت الباحثة معادلة (r) ، حيث يتبين من الجدول رقم 11 ، أن الأثر يفوق 0.8 ، و هذا يعني أن **حجم أثر تطبيق برنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي على استراتيجيات التعامل المركزة على العمل مرتفع.**

بينما لا توجد فروق دالة إحصائيا في متوسط استراتيجيات التعامل في بعدها المرتبط بالانفعال ، التجنب ، التسلية و الدعم بين القياس القبلي و القياس البعدي، حيث أن قيمة (z) المحسوبة و المساوية على التوالي : 1.47 ، 1.61 ، 0.97 ، 0.35 ، 0.78

أصغر **من القيمة المجدولة** و هذا يعني **أن برنامج التربية الصحية الوقائي من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسيليس له أثر على استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال ، التجنب ، التسلية و الدعم لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

و بالرغم من عدم دلالة الفروق إحصائيا بين متوسط الدرجات التي تحصل عليها التلاميذ في بعد الانفعال و التجنب، فإن دليل التلميذ و ما يحتويه من إجابات للتلاميذ على أسئلة مختلف الأنشطة التي تدور حول استراتيجيات التعامل، بين أن المهارات التي اكتسبوها و تدربوا عليها و مارسوها في حياتهم اليومية ساعدتهم في تنمية قدراتهم المعرفية و الانفعالية و السلوكية، و استغلالها في التعامل مع المواقف الضاغطة و مع القلق و الغضب و الضغوطات التي يمارسها الأقران للتدخين و تعاطي المخدرات و شرب الكحول بطريقة فعالة و صحية و سليمة. و تمثلت هذه المهارات في اتخاذ القرارات، حل المشكلات، مهارات التعامل مع الضغط و القلق و الغضب، و مهارات الاتصال الفعال. و قد ساهمت التمارين و الواجبات اليومية في ترسيخها لدى التلاميذ و جعلها سهلة التطبيق شيئا فشيئا مع التدريب.

و من خلال إجابات التلاميذ على الأسئلة التقييمية للبرنامج، تبين أنهم صاروا يركزون أكثر على حل مشكلاتهم و اتخاذ قراراتهم الخاصة بكل ثقة بقدراتهم و فعاليتهم، و انخفض مستوى استجاباتهم الانفعالية اتجاه مختلف المواقف الضاغطة التي يرون أنهم

قادرين على التحكم فيها، و ذلك بفضل التقنيات المختلفة التي تدربوا عليها لاتخاذ القرارات و حل المشكلات و الثقة بالنفس و الرفع من مستوى تقديرها، و تقنيات التحكم أو الخفض من شدة الضغط و القلق و الغضب، إضافة إلى المعارف المكتسبة من حصص برنامج LST لبوتفين التي علمتهم تحديد المواقف الضاغطة و ما تتميز به من خصائص، و ما تتطلبه من استراتيجيات للحد منها أو للتخفيف من شدتها. كما سمحت لهم بمعرفة ذاتهم و قدراتهم و معتقداتهم و سماتهم...إلخ، و فهمها و تقديرها إيجابيا. و قد أشارت شويتزر (2001) في هذا السياق إلى اعتقاد الكثير من الباحثين أن التقييم و التعامل هما عمليتان تعتمدان على خصائص كل من الأفراد و الأحداث الضاغطة، مما يجعل عملية التقييم قابلة للتأثر بمختلف خصائص البيئة كطبيعة التهديد، الغموض، المدة، إمكانية السيطرة على الضاغط، توفر و نوعية الدعم الاجتماعي...إلخ. و لهذا فإن التقييمات و استراتيجيات التعامل يمكن أن تحدد على الأقل جزئيا من خلال متغيرات ظرفية. فخلال التعامل مع حدث لا يمكن السيطرة عليه سيحاول الفرد معالجة مشاكله بالتركيز على الاستراتيجيات الانفعالية، أما إذا كانت الوضعية قابلة للسيطرة فسيعتمد على استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل(Schweitzer, 2001: 74). و منه فإن اختيار التلميذ لاستراتيجيات التعامل المتمركزة على العمل و المشكل أو على الانفعال يتوقف على مدى إدراكه لإمكانية على السيطرة على الوضع الضاغط، فإذا قدر التلميذ أنه يستطيع التحكم و السيطرة على الحدث سيتبنى استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل و العمل على حله،

و إذا رأى أنـه مـن غيـر الممكـن السـيطرة عليـه فسـيتجه نحـو تبنـي اسـتراتيجيات التعامـل المتمركزة حول الانفعال. و هذا ما يفسر ارتفاع معدل الاعتماد على الاستراتيجيات المركزة حـول العمـل مـن قبـل تلاميـذ المجموعـة التجريبيـة، الـذين نعتقـد أن ضـغوطاتهم –و بفضـل خصائصـهم الاقتصـادية و الأسـرية و الاجتماعيـة سـالفة الـذكر و مـا تـوفره لهـم مـن رعايـة– تتحصـر فـي الوسـط المدرسـي و مـا يسـببه مـن ضـغط الدراسـة و الامتحانـات و الـزملاء و الأصدقاء، و هو ما يمكن السيطرة عليه بالعمل و بذل الجهد و حل المشكلات و اتخاذ القرارات الصـحيحة بكل ثقـة و فعاليـة، و الحـزم لمقاومـة ضـغوط الأقران للتدخين و تعـاطي المخدرات و شرب الكحول.

و مـن خـلال تركيـزه علـى تلقـين مهـارات الحيـاة، يهـدف برنـامج التربيـة الصـحية LST لبوتفين إلى الرفع من قدرة التلاميذ على التعامل مع المواقف الضاغطة بكل فعالية و ثقة و بطريقة صحية و آمنة، و ذلك من أجل الوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول.

و حسب النتائج المتحصل عليها، تبين أن برنامج LST لبوتفين أثر على استراتيجيات التعامل و ذلك من خـلال رفعـه لمستوى التمركز حول العمل فـي التعامل مـع الوضـعيات الضـاغطة. و تتوافق النتيجـة مـع دراسـة خوسرافي و أغاجاني KHOSRAVI & AGHAJANI (2019) التـي هـدفت إلـى الكشـف عـن فعاليـة التـدريب علـى مهـارات الحيـاة علـى اسـتراتيجيات التعامـل مـع الضـغوط لـدى الطالبـات، و ذلـك بالاعتمـاد علـى المـنهج شـبه

التجريبي ذو التصميم القبلي و البعدي لمجوعتين تكونتا من 15 فرد (في كل واحدة).و تم الاعتماد على مقياس لازاروس لاستراتيجيات المواجهة (1985)، بحيث بينت النتائج أن التدريب على المهارات الحياتية لعب دورًا مهمًا في تحسين استراتيجية المواجهة التي تركز على المشكلة. إضافة إلى دراسة باغري و آخرون Bagheri et al(2017) التي هدفت إلى اختبار فعالية التدريب على المهارات الحياتية (إدارة الغضب ، الحزم والتواصل الفعال) على مجموعة من المراهقين. و تم الاعتماد على المنهج شبه لتجريبي ذو التصميم القبلي والبعدي لمجموعتين، كما تألف مجتمع الدراسة من جميع الأيتام المراهقين في مراكز الرعاية الاجتماعية بمحافظة مازندران بإيران لسنة (2015–2016) و بلغ عددهم 112. ثم تم اختيار 30 يتيما من بينهم بطريقةالعينات العشوائية البسيطة و الذين قسموا على مجموعتين ضابطة و أخرى تجريبية تلقت الدريب على مهارات الحياة خلال 8 حصص. تمثلت أدوات القياس في مقياسي الصلابة واستراتيجيات المواجهة للازاروس.

و أظهرت نتائج تحليل البيانات أن التدريب على المهارات الحياتية (إدارة الغضب ، والحزم ، والتواصل الفعال) لزيادة الصلابة واستراتيجيات المواجهة للأيتام الصغار فعال.

و كذا دراسة زينب و عزت (2015) التي هدفت إلى البحث في فعالية التدريب على المهارات الحياتية على أسلوب التعامل مع الضغط بين طالبات الصف الأول الثانوي في المنطقة 2 من طهران. كان منهج البحث شبه تجريبي ذو التصميم القبلي ذو المجموعتين. بحيث تم اختيار 40 فردًا كحجم عينة قسموا على مجموعتين تجريبية (20 فردًا) وضابطة

(20 فردًا) باستخدام أسلوب أخذ العينات العشوائي. تم تدريب المجموعة التجريبية لمدة 8 جلسات في مجال المهارات الحياتية ولم تتلق المجموعة الضابطة أي علاج. كما استخدم استبيان استراتيجيات التعامل مع الضغط ل(Lazarus & Folkman). و أشارت النتائج إلى أن التدريب على المهارات الحياتية يؤدي إلى زيادة تبني استراتيجيات التعامل المركزة على العمل وتقليل استراتيجيات التعامل المركزة حول الانفعال لدى الطلاب.

و أيضا دراسة بوتفين و ويليام Botvin & Williams (1980) الذي هدفت إلى اختبار فعالية البرنامج المكون من 10 جلسات للوقاية من تدخين السجائر في الصف الثامن والتاسع والعاشر على عينة من 281 تلميذ في ضواحي نيويورك. و تم تصميم البرنامج لمعالجة العوامل الاجتماعية والنفسية التي تعزز بدء التدخين من خلال محاولة: (أ) زيادة قدرة الطلاب على التعامل مع الضغوط المباشرة للتدخين ، (ب) تقليل تعرضهم للتأثيرات الاجتماعية غير المباشرة المؤيدة للتدخين، و (ج) تحسين قدرتهم على التعامل مع القلق. و طبق البرنامج من قبل متخصصين صحيين بحث اعتمدوا على المناقشة الجماعية والنمذجة و التدريبات السلوكية. و أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة من حيث نسبة "المدخنين التجريبيين" الجدد. علاوة على ذلك، كانت هناك فروق ذات دلالة إحصائيةبين الاختبار القبلي والبعدي للمجموعة التجريبية على العديد من المقاييس المعرفية والنفسية ، مما يشير إلى أن الانخفاض في بداية سلوك التدخين بين الأشخاص التجريبيين قد حدث للأسباب المفترضة.

و منـه يمكـن القـول أن التـدريب علـى مهـارات الحيـاة يسـاهم بشـكل فعـال فـي تحسـين استراتيجيات التعامل لدى التلاميذ المراهقين، و هذا ما بينه برنامج LST لبوتفين من خلال المهارات و التقنيات المختلفة حول حل المشكلات و اتخاذ القرارات، و طرق التعامل مع الضغط و القلق و الغضب و الحد من شدتهم، إضافة إلى طرق و تقنيات الحزم و فرض الذات لمقاومة ضغط الأقران للتدخين و تعاطي المخدرات و الكحول، مما يوحي أن برنامج التربية الصحية LST لبوتفين المركز على تلقين مهارات الحياة و التدريب عليها من أجل الوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول أثر على استراتيجيات التعامل المركزة حول العمل.

و هكذا يمكن القول كجواب لتساؤل البحث العام: **فعلا لبرنامج التربية الصحية للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي أثر كبير (مرتفع) في تنمية مستوى تقدير الذات و استراتيجيات التعامل المركزة على العمل لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.**

ومـن خـلال الاسـتمارة التـي تسـمح للتلاميـذ بتقيـيم برنـامج LST لبـوتفين للوقايـة مـن الاسـتهلاك المبكـر للتبـغ و المخـدرات و الكحـول علـى تقـدير الـذات و الضـغط و استراتيجيات التعامل معه، تم التأكد من أثره الإيجابي و فعاليته، و هذا حسب آراء جميع التلاميذ المشاركين و ما لاحظوه من تغيير في:

- نظرتهم إلى ذاتهم و تقديرهم لها.

- مهاراتهم اللازمة للحزم و مقاومة الضغوط الاجتماعية للتدخين ،الشرب وتعاطي المخدرات.
- مهارات التعامل الفعال مع القلق و الضغط و الغضب.
- معرفتهم بالعواقب المختلفة للتدخين و لإدمان المخدرات و شرب الكحول.
- كفاءاتهم المعرفية والسلوكية الهادفةللتقليل والوقاية من السلوكيات الخطيرة.
- قدراتهم على اتخاذ القرارات و حل المشكلات.
- مهاراتهم الاجتماعية و قدراتهم على التواصل بشكل فعال و بكل ثقة.
- بالإضافة إلى عدم تجربتهم أو استهلاكهم اليومي للتبغ و المخدرات و الكحول.

و هي الأهداف الرئيسية التي يسعى برنامج LSTالبوتفين أن يحققها بهدف تقليل المخاطر و الوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول، و ذلك عن طريق تقليل الدوافع الشخصية لاستخدامها، و تقليل ضعف الشباب أمام العوامل الاجتماعية التي تشجع على الاستهلاك، و تشجيع تبني الحلول البديلة الصحية بدل السلوكيات المحفوفة بالمخاطر.

خاتمة

خاتمة:

يعتبر انتشار استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول من أهم الأسباب المؤدية إلى ارتفاع معدلات الإصابة بالأمراض الخطيرة و المزمنة كأمراض القلب و الشرايين، السرطان و خاصة سرطان الرئتين و اللثة، التهاب الكبد الفيروسي، فيروس السيدا HIV، و الاضطرابات النفسية و السلوكية، و العنف و الجرائم و الحوادث. الأمر الذي أثقل كاهل الدول بسبب الخسائر البشرية الناتجة عن هذه السلوكيات الخطيرة، و الخسائر المادية و المالية الموجهة لمكافحة هذه الظواهر. مما أدى إلى الاهتمام المتزايد بالوقاية عن طريق برامج تطبق للتربية الصحية، بهدف نقل المعلومات المتعلقة بالصحة و تلقينها للأفراد و تشجيعهم على تبني السلوكيات الصحية و الابتعاد عن تلك المحفوفة بالمخاطر، و التي تؤثر على سلامتهم الجسدية و النفسية و الانفعالية و تمس جميع جوانب حياتهم الشخصية و الأسرية و المهنية و الاقتصادية...إلخ.

و تختلف برامج التربية الصحية باختلاف المشكل الذي تهدف إلى الوقاية منه و باختلاف أسبابه و العوامل المؤدية إلى ظهوره، و الأخرى المؤثرة عليه و الناتجة عنه. و فيما يخص مشكل استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول، أظهرت البرامج الوقائية المركزة على التدريب على مهارات الحياة نتائج فعالة في الوقاية من هذه السلوكيات الخطيرة، ذلك لأن افتقار الأفراد إلى هذا النوع من المهارات الهامة يعتبر من بين أهم المحددات الرئيسية للسلوكيات غير الصحية و الخطيرة مثل التدخين و استهلاك المخدرات و المشروبات

الكحولية بأنواعها، السلوكيات العنيفة، و الجنسية الخطيرة و التي تعتبر في حد ذاتها من مسببات الاضطرابات (الإدمان، الأمراض و الفيروسات المنتقلة جنسيا، الاضطرابات السلوكية...إلخ).و منه فإن الاهتمام بمهارات الحياة و التدريب عليها يساهم في الوقاية من هذه المشاكل.

و تعددت برامج التربية الصحية المركزة حول هذه المهارات، و قد اهتمت الدراسة الحالية ببرنامج LST لبوتفين للوقاية من الاستهلاك المبكر للتبغ و المخدرات و الكحول في الوسط المدرسي، لاعتباره من أشهر البرامج المعرفية السلوكية و أكثرها فعالية في المجال الوقائي من هذه السلوكيات الخطيرة، و ذلك بفضل تركيزها على مجموعة من مهارات الحياة التي تهدف إلى إكساب التلاميذ مهارات تساعدهم على مقاومة المخدرات من خلال تصحيح المعلومات و المعتقدات الخاطئة حولها، و من خلال التمرن و التدرب على هذه المهارات للتعامل مع الضغط الذي يمارسه المحيط على الفرد حتى يستهلك التبغ و المخدرات و الكحول، و تعليمهم مهارات التسيير الذاتي و ذلك من خلال تعرف التلاميذ على طريقة تقييمهم لأنفسهم و نظرتهم و تقديرهم لها و تأثيرها على السلوكيات. و تعلم استراتيجيات و تقنيات تساعدهم على اتخاذ القرارات و حل المشكلات و التعامل مع القلق و الغضب و التوتر.

إضافة إلى المهارات الاجتماعية العامة للتغلب على الخجل و التواصل مع الآخرين بثقة و أريحية و فعالية، و إجراء المحادثات و التعامل مع مختلف الطلبات و الدعوات المرغوبة

و غير المرغوبة و ذلك بطريقة ملائمة و حازمة. و انطلاقا من محاور برنامج LST لبوتفين التي تركز عموما على تقدير الذات و تحسينها و تطويرها، و على الضغط و القلق و الغضب و استراتيجيات التعامل معهم للحد منهم أو تخفيف شدتهم، و على المهارات الاجتماعية المختلفة، هدفت الدراسة الحالية إلى اختبار أثر هذا البرنامج على مستوى تقدير الذات و على الضغط و استراتيجيات التعامل لدى تلاميذ المدرسة المتوسطة.

و توصلت الدراسة إلى وجود أثر إيجابي لبرنامج التربية الصحية LST لبوتفين على مستوى تقدير الذات و استراتيجيات التعامل المركزة على العمل و لم يظهر الأثر على الضغط النفسي، و ذلك من خلال النتائج المتحصل عليها من بعد تطبيق مقاييس الدراسة في القياس البعدي.

و من جهة أخرى بينت الاستمارة التي تسمح للتلاميذ بتقييم برنامج LST لبوتفين ، أنه أثر إيجابيا عليهم و على معارفهم و مهاراتهم في التعامل مع الضغط و القلق و الغضب، و حل المشكلات و اتخاذ القرارات، و مقاومة ضغط الأقران للتدخين و استهالاك المخدرات و الكحول بفعالية، و على تقديرهم لذاتهم و زيادة ثقتهم بأنفسهم، كما أن المعلومات المتعلقة بالتدخين و المخدرات و الكحول و عواقبهم ساهمت في خفض الدوافع الشخصية لديهم لاستخدامها أو حتى تجربتها، و التغلب على ضعفهم أمام العوامل الاجتماعية التي تشجع على الاستهلاك، كما ساعدهم على التعرف على الحلول البديلة الصحية و تفضيلها عن

السلوكيات المحفوفة بالمخاطر، و منه عدم تجربة أو استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول بكل أنواعها من قبل كل التلاميذ المشاركين في برنامج التربية الصحية LST لبوتفين.

و في الأخير و نظرا لعدم إمكانية تعميم النتائج المتوصل إليها بسبب صغر المجموعة التجريبية، تطمح الباحثة إلى التعمق في الموضوع مستقبلا و إجراء دراسات شبه تجريبية أخرى حول هذا البرنامج، مستهدفة بذلك مجموعات أكبر، على أمل أن تُدعَّم الدراسات من قبل الوزارات و المنظمات المعنية كوزارة التربية و التعليم و وزارة الصحة و الديوان الوطني لمكافحة المخدرات و إدمانها...إلخ، مثل ما فعلته الولايات المتحدة الأمريكية و كندا و غيرها من الدول الأخرى التي أصبحت تتبنى الاستراتيجيات الوقائية أكثر من العلاجية لمكافحة مشكل استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول، من خلال دعم تطبيق البرامج الوقائية ماديا من حيث توفير المال و المراكز أو المدارس للتطبيق و توفير النقل ليتمكن سكان المناطق البعيدة من القدوم للاستفادة من التدريب على البرامج، و بشريا و ذلك بجمع و تكوين المتخصصين لتطبيق البرامج الوقائية و لدراسة آثارها، و تسهيل العملية التربوية الوقائية، و محاولة إدراجها ضمن المناهج الدراسية قدر المستطاع، و هذا لما للمدرسة و صغر السن من تأثير إيجابي على ترسيخ المعلومات و المعارف و السلوكيات الصحية.

و من هنا تدعو الباحثة إلى:

- الاهتمام أكثر بالتربية الصحية من الناحية العملية، و ذلك من خلال تطبيق برامج للوقاية من مختلف المشكلات التي يعاني منها المجتمع الجزائري، سواء بتبني أنجح البرامج و أشهرها عالميا أو الاستفادة منها لبناء برامج جزائرية وقائية.
- إدراج التدريب على مهارات الحياة ضمن المنهج الدراسي الجزائري منذ التعليم الابتدائي، لما لها من أهمية بالغة في ترسيخ العادات السليمة و الطيبة و تكوين نشء مثقف صحيا و متوازن نفسيا و عقليا و انفعاليا و سلوكيا، و متمتعا بصحة جسدية جيدة.
- الاهتمام بالوقاية من استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول بالاعتماد على برامج التربية الصحية الهادفة إلى تنمية الوعي و تقدير الذات، و تعزيز الثقة في النفس و في قدراتها و فعاليتها، و التدريب على التعامل مع مشكلات و ضغوطات الحياة بفعالية، لدعم جهود الدولة بمختلف منظماتها الصحية و الأمنية و القضائية الساهرة على مكافحة هذه الظواهر، التي تعرف انتشارا و تطورا كبيرين في التهريب و التوزيع و البيع و إغراء الفئة الهشة من المواطنين و على رأسهم المراهقين. و هكذا سيكون من الممكن مكافحة هذه الظواهر بالطرق الردعية كالعقوبات و الغرامات و غيرها، و بالطرق العلاجية كالكفالة النفسية و الطبية للمدمنين على التدخين أو المخدرات أو الكحول، و كذلك بالطرق الوقائية كالبرامج التي تغرس في

الفـرد المبـادئ الصـحية و النفسـية و الاجتماعيـة و الدينيـة، و التـي مـن شـأنها أن تحصّن الفرد و تجعله غير متأثر بضغوطات الحياة من جهة، و بمغرياتها التي قد تؤدي به إلى تبني السلوكيات الخطيرة من جهة أخرى.

المراجع

المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- أبو حبيب، نبيلة أحمد. (2010).*الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها و علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى أبناء الشهداء في محافظة غزة* [رسالة ماجستير منشورة]. جامعة الأزهر.

-أبو الحصين، محمد مسلم فرج الله. (2010). *الضغوط النفسية لدى الممرضين والممرضات العاملين في المجال الحكومي و علاقتها بكفاءة الذات*[أطروحة ماجستير غير منشورة]. الجامعة الإسلامية.

- أبو مغلي، سميح، و سلامة، عبد الحافظ. (2002). *علم النفس الاجتماعي*. دار اليازوري.

- الأحمد، أمل. (2001). *بحوث و دراسات في علم النفس* (ط1). مؤسسة الرسالة.

-الإذاعة الجزائرية. (2018، ماي، 30). التدخين في الجزائر يتسبب في وفاة 15000 شخصا سنويا. https://radioalgerie.dz/news/ar/article/20180530/142905.html

- إسماعيل، بشرى. (2004). *ضغوط الحياة و الاضطرابات النفسية*. مكتبة الأنجلو مصرية.

- أمزيان، زبيدة. (2007). *علاقة تقدير الذات للمراهق بمشكلاته و حاجاته الإرشادية*

دراسة مقارنة في ضوء متغير الجنس[رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة باتنة.

-الأمم المتحدة مصر.(2021، يونيو، 25). تقرير المخدرات العالمي 2021 الصادر عن مكتب الأمم المتحدة المعني بالمخدرات و الجريمة: تأثيرات الجائحة تزيد مخاطر المخدرات مع عدم أخذ الشباب خطر القنب على محمل الجد. الأمم المتحدة مصر. /https://egypt.un.org/ar

- آيت حمودة، حكيمة. (2007). علاقة تقدير الذات بإدراك الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى فئة من المدمنين على المخدرات. *مجلة الوقاية و الأرغنوميا*، 2. 105-130.

- بديرينة، عامر، و فكار، عثمان. (2021). تعزيز دور التربية الصحية المدرسية في ضوء تفشي كوفيد-19. *مجلة دراسات و أبحاث المجلة العربية في العلوم الإنسانية و الاجتماعية*،*13*(4). 199-209.

-البلاد نت. (2018، سبتمبر، 24). منظمة الصحة العالمية: 93.5 بالمائة من الجزائريين لم يقربوا الخمر يوما. https://www.elbilad.net/national/

- برزوان، حسيبة.(2016).فعالية استراتيجيات المواجهة في تسيير الضغط النفسي. *مجلة العلوم الانسانية و الاجتماعية*،(24).102.

- بن درف، سماعين. (2020). تقدير الذات في بيئة العمل. *مجلة الباحث في العلوم الإنسانية و الاجتماعية*. *12*(03). 143-158.

- بن صالح هداية(2015). الضغط النفسي وتأثيره على التوافق المدرسي لدى المراهق

المتمدرس، دراسة ميدانية في المدرسة الثانوية.*مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية*، (11). 86-97.

- بن عمور، جميلة. (2010).*تقدير الذات وعلاقته بأساليب مواجهة المواقف الضاغطة* [رسالة ماجستير]. كلية العلوم الاجتماعيةوهران .

- بوبعاية، يمينة. (دس). دور الإدارة المدرسية في تفعيل أهداف التربية الصحية وفقا لحاجيات و ميول التلاميذ. *مجلة حقائق للدراسات النفسية و الاجتماعية*، (5). 87-96.

- بو الطمين، سمير. (2011). *العلاقة بين دافعية الانجاز و التحكم المدرك و قلق الامتحان و استراتجيات التعامل و التحصيل الدراسي عند الطلبة المقبلين على شهادة البكالوريا* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.

- تايلور، شيلي. (2008). *علم النفس الصحي* (وسام درويش بريك، و فوزي شاكر طعيمة، ترجمة؛ ط 1). دار الحامد.(1995).

- الترتوري، محمد عوض، و القضاة، محمد فرحان. (2006): المعلم الجديد: *دليل المعلم في الإدارة الصفة الفعالة*.دار الحامد.

- جاب الله، شعبان. (1999). *أساليب تربية الطفل –بين النظرية و التطبيق-*. مركز الإسكندرية للكتاب.

- الجسماني، عبد الله. (1994). *سيكولوجية الطفولة و المراهقة و خصائصها الأساسية*.

الدار العربية للعلوم.

- جمعة، سيد يوسف. (2001). *دراسات في علم النفس الإكلنيكي*. دار غريب للطباعة و النشروالتوزيع.

- جمعة، مايسة. (2007). *تعاطي المخدرات بين مشاعر المشقة و تقدير الذات* (ط1). مكتبة الدار العربية للكتاب.

- جيرنبرج، جيرالد، و بارون، روبرت. (2009). إدارة السلوك في المنظمات (إسماعيل علي بسيوني، و محمد رفاعي رفاعي، ترجمة، ط1). دار المريخ للنشر و التوزيع.

- حمزاوي، زهية. (2017). *صورة الجسد و علاقتها بتقدير الذات عند المراهق دراسة ميدانية لتلاميذ الثانوية بولاية مستغانم*[رسالة دكتوراه]. جامعة وهران 2.

- حمزة، أحلام، و حمزة، فاطمة. (2018). تقدير الذات لدى المراهق و علاقته بالتحصيل المدرسي دراسة ميدانية بمتوسطة قالمة. *مجلة تطوير العلوم الاجتماعية، 11*(1).100-120.

- خير الله، سيد. (1981). *مفهوم الذات أسسه النظرية و التطبيقية*. دار النهضة العربية للطباعة و النشر.

- الداهري، صالح. (2008).*سيكولوجية رعاية الكفيف والأصم*. دار صفاء للنشر والتوزيع.

-دبلة، عبد العالي، و صدراتي، فضيلة. (2013). واقع تطبيق التربية الصحية في الأوساط

المدرسية. مجلة علوم الإنسان و الاجتماع،(6). 103-140.

-الدريني، حسين، و سلامة، محمد، و كامل، عبد الوهاب. (1983). مقياس تقدير الذات. دار الفكر العربي.

- الدغيم، محمد دغيم.(2016). مستوى القلق و تقدير الذات و الدوافع نحو التدخين لدى المراهقين. *مجلة العلوم التربوية، 1*(2). 184-204.

- دويدار، عبد الفتاح محمد. (1999). *العلاقة بين مفهوم الذات و الاتجاهات*. دار الفكر العربي.

- الرحمان، محمد سيد. (1998). *نظريات الشخصية*. دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.

- رشاد، نادية. (2000). *التربية الصحية و الأمان*. منشأة المعارف.

- الرشيدي، هارون توفيق. (1999). *الضغوط النفسية-طبيعتها نظرياتها*-. زهراء الشرق.

- رفعت، محمد. (1989). *إدمان المخدرات: أضرارها و علاجها* (ط3). دار المعرفة.

- الركابي، لمياء ياسين. (د س). أسباب تعاطي المواد المخدرة لدى طلبة المرحلة الإعدادية. *مجلة العلوم النفسية*، (19). 78-109.

- زناد، دليلة. (2013). *علم النفس الصحي تناولات حديثة للأمراض العضوية المزمنة، العجز الكلوي المزمن و علاجه الهيمودياليز نموذجا*. دار الخلدونية.

- زهران، حامد. (1982). *التوجيه و الإرشاد النفسي*. عالم الكتب.

- سايل، وحيدة حدة. (2015). *الإدمان على المخدرات و المؤثرات العقلية دوافعه و أضراره على الصحة النفسية و الجسدية و علاجه* (ط1). دار التنوير.

- ستورا، جان بنجمان. (1997). *الإجهاد أسبابه و علاجه* (هاشم أنطوان، ترجمة). منشورات عويدات.

-سلامة، بهاء الدين. (2007). *الصحة و التربية الصحية*. دار الفكر العربي.

- سلامة، ممدوحة. (1991). المعاملة الاقتصادية في تقدير الذات و الشعور بالوحدة النفسية لدى طلبة الجامعة. *مجلة دراسات نفسية*، (3). 475-496.

- سليم، مريم. (2003). *تقدير الذات و الثقة بالنفس*. دار النهضة العربية.

- سليمان، عبد الرحمن السيد. (1999). مقياس تقدير الذات في مرحلة الطفولة مقارنة بين أربع مقاييس. *مجلة الارشاد النفسي*، 11(7). 87-132.

- سليمان ،عبد الرحمن السيد. (1992). بناء مقياستقدير الذات لدى عينة من أطفال المرحلة الابتدائية بدولة قطر، دراسة سيكومترية.*مجلة علم النفس، الهيئة العامة للكتاب*،*24*(6). 88-103.

-السمادوني، سيد إبراهيم. (1990). *إدراك المتفوقين عقليا للضغوط و الاحتراق النفسي*.

-السمادوني، سيد إبراهيم. (2007). *الذكاء الوجداني "أسسه-تطبيقاته-تنميته"*. دار الفكر.

- سمارة، عزيز، و النمر، عصام، و الحسن، هشام. (1993). *سيكولوجية الطفولة*. دار الفكر للنشر و التوزيع.

-السهيلي، عبد الله بن حميد. (2009).أساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى الشباب من المرضى المترددين على مستشفى الطب النفسي بالمدينة المنورة وغير المرضى [رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة أم القرى.

- السيد، فاروق عثمان. (2001). القلق و إدارة الضغوط النفسية (ط2). دار الفكر العربي.

-شبكة RT الإخبارية. (2021، مايو، 29). إحصائيات استعمال التبوغ في العالم منذ 30 عاما. https://arabic.rt.com/health/1236269

- الشخانبة، أحمد عيد مطيع. (2001). التكيف مع الضغوط النفسية. دار الحامد للنشر و التوزيع. عمان.

-شريف، ليلى. (2003). *أساليب مواجهة الضغط النفسي و علاقتها بنمطي الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة (القلبية و العصبية و العامة) دراسة مقارنة*[رسالة دكتوراه]. جامعة دمشق.

- شعيب، علي محمود علي. (1988). نمذجة العلاقة السلبية بين تقدير الذات و القلق و التحصيل الدراسي لدى المراهقين في المجتمع السعودي. *مجلة العلوم الاجتماعية*، *16*(2). 135-156.

- شقير، زينب.(1998). *مقياس مواقف الحياة الضاغطة*. دار الكتاب الحديث.

- شقير، زينب محمود. (2003أ). *مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية*

(مصر- السعودية). مكتبة النهضة المصرية.

- شقير، زينب. (2003ب). *الشخصية السوية و المضطربة* (ط2). مكتبة النهضة المصرية.

- الشناوي، محمد محروس. (2001). بحوث في التوجيه الإسلامي للإرشاد و العلاج النفسي. دار غريب للطباعة و النشر.

- شويخ، هناء أحمد. (2007). أساليب التخفيف من الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية (ط1). إيتراك للطباعة و النشر.

- الشيخ، خليل، و جواد، محمد. (2006). *السلوك العدواني و علاقته بتقدير الذات و توكيد*

الذات لدى طلبة المرحلة الثانوية في محافظة غزة [رسالة دكتوراه]. جامعة الدول العربية. القاهرة.

-شيخاني، سمير. (2003). الضغط النفسي، أسسه، طبيعته، أسبابه، المساعدة الذاتية، المداواة (ط1). دار الفكر العربي. المؤسسة الثقافية للطباعة و النشر و التوزيع.

- صالح، صالح محمد. (2002). فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية في تنمية التنور الصحي لدى تلاميذ المرحلة الإعدادية بشمال سيناء. *مجلة التربية العلمية، 5*(4). 51-99.

- صالح، محمود غازي، و عبد مطر، شيماء. (2011). *مفهوم الذات* (ط1). المجتمع

العربي للنشر و التوزيع.

- الطريري، عبد الرحمان بن سلمان. (1994). *الضغط النفسي –مفهومه، تشخيصه، طرق علاجه و مقاومته*– (ط1). مطابع شركة الصفحات الذهبية.

- طوبال، فطيمة.(2017).*فعالية برنامج إرشادي سلوكي معرفي في خفض أعراض الضغط النفسي لدى عينة من المراهقين المتمدرسين بالثانوية*[أطروحة دكتوراه غير منشورة].جامعة محمد لامين دباغين سطيف2.

- عاكيف، فؤاد. (2015). مدى تناول كتب علوم الحياة و الأرض للتعليم الثانوي الإعدادي بالمملكة المغربية لمفاهيم التربية الصحية. *مجلة جامعة القدس للأبحاث و الدراسات التربوية و النفسية،3*(11). 271-289.

- عالم الفكر. (2002). مقدمات لسوسيولوجيا الشباب. *مجلة دورية كويتية تصدر عن المجلس الوطني للثقافة و الفنون و آدابها، 30*(3).

- العايب، كلثوم. (د س). دور تقدير الذات في تسيير الضغط المدرسي لدى تلاميذ السنة الرابعة متوسط. *دراسات في العلوم الإنسانية والعلوم الاجتماعية، 31*. 38-52.

- عبد الخالق، أحمد محمد. (2002). *قياس الشخصية*.دار المعرفة الجامعية.

- عبد الرحمان، محمد السيد. (2000). موسوعة الصحة النفسية، *علم الأمراض النفسية و العقلية*. دار قباء للطباعة و النشر و التوزيع.

- عبد الستار، إبراهيم. (1998). *العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، أساليب و*

ميادين تطبيقه. الفجر للنشر و التوزيع.

- عبد العظيم، حسين طه، و عبد العظيم، سلامة. (2006). *استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية و النفسية* (ط1). دار الفكر للنشر و التوزيع.

- عبد القادر، جودة أمال. (2004). أساليب مواجهة أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة الأقصى. كلية التربية في الجامعة الإسلامية"التربية في فلسطين وتغيرات العصر".

- عبد القوي، سامي علي. (1996). *مدخل إلى علم الأدوية النفسي(سيكوفارماكولوجيا)*. مكتبة النهضة المصرية.

- عبد الله، عادل. (1991). *اختبار تقدير الذات للمراهقين و الراشدين*. مكتبة الأنجلو مصرية.

- عبيد، السيد بهاء الدين ماجدة.(2008). *الضغط النفسي و مشكلاته و أثره على الصحة النفسية*(ط1). دار الصفاء للنشر و التوزيع.

-عربيات، أحمد عبد الحليم.(2005). فعالية برنامج إرشادي يستند إلى استراتيجية حل المشكلات في تخفيف الضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية. *مجلة جامعة أم القرى للعلوم التربوية و الاجتماعية و الإنسانية*،17(2). 246-290

- عريس، نصر الدين. (2017). *استراتيجيات تكيف أطباء مصلحة الاستعجالات في وضعيات الضغط النفسي دراسة ميدانية على عينة من الأطباء بالمستشفى الجامعي بتلمسان* [رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة أبي بكر بلقايد.

- عسكر، علي. (1998). *ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها* . دار الكتاب الحديث.

- عسكر، علي.(2000). *ضغوط الحياة و أساليب مواجهتها* . دار الكتاب الحديث.

- عكاشة، محمود فتحي. (1986). تقدير الذات و علاقته ببعض المتغيرات البيئية و الشخصية لدى عينة من أطفال اليمن. *مجلة كلية التربية،4*(7). 78.

-عودية، ولد يحيى حورية. (2002). *علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة و الاكتئاب عند المصابين بمرض الربو*[أطروحة ماجستير غير منشورة]. جامعة الجزائر 2.

- الغرير، نايل أحمد ، و أبو أسعد، أحمد عبد اللطيف. (2009). *التعامل مع الضغوط النفسية*. دار الشروق.

- غيث، سعاد منصور، وبنات، سهيلة محمود، وطقش، حنان محمود. (2007). مصادر الضغط النفسي لدى طلبة المراكز الريادية للموهوبين والمتفوقين وإستراتيجيات التعامل معها. مجلة العلوم التربوية والنفسية.*كلية التربية، 10*(1). 245-268.

- فايد، حسين علي. (2005). *المشكلات النفسية و الاجتماعية رؤية تفسيرية* (ط1). دار طيبة للنشر و التوزيع.

- الفرماوي، حمدي علي، و عبد الله رضا. (2009). *الضغوط النفسية في مجال العمل و الحياة*. دار الصفاء للنشر.

- الفحل، نبيل محمد. (2000). دراسة تقدير الذات و دافعية الإنجاز لدى طلاب المرحلة الثانوية في كل من مصر و السعودية. *مجلة علم النفس*،54.

- قبقوب، عيسى، و سعيدي، عتيقة. (2015). الاغتراب النفسي و تعاطي المخدرات لدى المراهق المتمدرس (دراسة حالة). *مجلة العلوم النفسية و التربوية، 1*(1). 216-237.

- القص، صليحة. (2016). *فعالية برنامج تربية صحية في تغيير سلوكيات الخطر و تنمية الوعي الصحي لدى المراهقين*[أطروحة دكتوراه غير منشورة]. جامعة محمد خيضر-

بسكرة-.

- قماز، فريدة. (2009). *عوامل الخطر و الوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات* [رسالة ماجستيرغير منشورة]. جامعة منتوري.

--كبداني، خديجة، و قويدي، مليكة، و شعبان، الزهراء، و فراحي، فيصل. (2006). *تقنين اختبار الكوبينغ على المجتمع الجزائري*. مركز البحث في الانثروبولوجيا الاجتماعية و الثقافية.

- كفافي، علاء الدين. (1989). تقدير الذات في علاقته مع التنشئة الوالدية و الأمن النفسي، دراسة في عملية تقدير الذات. *المجلة العربية للعلوم الإنسانية، 39*(9). 100-129.

- كفافي، علاء الدين. (1997). *الصحة النفسية* (ط4). دار الاسلام للطباعة و النشر.

-كفافي، علاء الدين. (2006). *الارتقاء النفسي للمراهق*. دار المعرفة الجامعية.

- لقوقي، دليلة. (2016). *مستوى تقدير الذات لدى المراهق مجهول النسب المكفول في*

أسرة بديلة دراسة حالة لمراهقين مكفولين[رسالة ماجستير غير منشورة]. جامعة محمد خيضر بسكرة.

- محمد، سعيد عبد الرحمان. (2019). أساليب مواجهة الضغوط النفسية و علاقتها بتقدير الذات لدى الطلاب ذوي الإعاقة الحسية بالمرحلة الجامعية. *مجلة العلوم التربوية، 1*(4). 414-461).

- محمود، عبد المنعم أمال. (2006). *الإرشاد النفسي الأسري، مواجهة الضغوط النفسية لدى أُسر المتخلفين عقليا* (ط1).

- مسعودي، رضا. (2010). *بناد برنامج علاجي إرشادي سلوكي لمواجهة الضغوط النفسية لدى المعلمين*[رسالة دكتوراه غير منشورة]. جامعة الجزائر2.

- ملا، أمل. (2008). *تقدير الذات*. *مجلة تواصل*، (3). 216-222.

-منظمة الصحة العالمية.(2018، سبتمبر، 21). تعاطي الكحول على نحو ضار يحصد سنويا أرواح أكثر من 3 ملايين شخص، معظمهم من الرجال. https://www.who.int/ar/news/item/

- مهدي، كريمة عبد المنعم. (2015). بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالإدمان على الترامادول لدى الشباب الجامعي (دراسة مقارنة). *مجلة كلية الدراسات الإنسانية*. 15، 1 - 106.

- هيلات، مصطفى قسيم. (2007). أثر التعليم المختلط على تقدير الذات لدى عينة من

الطالبات في الأردن. *جامعة العلوم النفسية و التربوية،7*(1). 156-172.

-الوقفي، راضي. (2003). *مقدمة في علم النفس* (ط3). دار الشروق للنشر و التوزيع.

- يخلف، عثمان. (2001). *علم النفس الصحة الأسس النفسية و السلوكية للصحة*. دار الثقافة

المراجع باللغات الأجنبية:

- Arwidson, P., jaques, A, B., Choquet, M., De Paretti, C & Deccache, A. (2001). *Education pour la santé des jeunes : démarches et méthodes*. Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) graphiques , références bibliographiques disséminées.

- Baudin, N. (2009). Le noyau de l'évaluation de soi : revue de question. Pratiques psychologiques.

-Bednar, R. L., Wells, M. G., & Peterson, S. R. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice.* American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/10068-000

- Ben, C. H. KUO. (2010, September). *Culture'sconsequences on*

coping : Theories, and demontionalities. Journal of Cross-Cultural Psychology.(42)1084. http://jcc.sagebub.com/content/42/06/1084

-Botvin GJ, Eng A, Williams CL. Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training. Prev Med. 1980 Jan;9(1):135-43.

- Botvin, G. J. (2008). LifeSkills: *Stress management techniques*. White Plains, NY. Princeton Health Press.

- Botvin, G. J., Kenneth, Griffin. W & Christopher. W. (2015). Preventing Daily Substance Use among High School Students Using a Cognitive-Behavioral Competence Enhancement Approach. *World Journal of Preventive Medicine, 3*(3). 48-53.

-Bagheri, K., Mirzaian, B., Fakhri, M. K. (2017). the effectiveness of life skills training (anger management, assertiveness and effective communication) on hardiness and Coping derelict Adolescent. *JNIP, 1* (2) :55-62.

- Bourhis, C., Chantraine, A., Ferron, C .,Garreau, C., Joanny,

R., Landuren, M., Briand, A. L., Lemmonier, V., Marchetti, P., Prat, M., Sourimant, M & Stellio, F. (2009). *L'éducation pour la santé et la promotion de la santé*. Bretagne .

- Campbell, J., Trapnell, P., Heine, S., Katz, I., Lavallee, L & Lehman, D. (1996). Selfconcept clarity : measurement, Personality correlates, and cultural boundaries. *Journal of personality and social psychology, 70*(1). 141-156.

- Carlson, C. (2000). Ethnicdifferences in processcontributing to the self-esteem of earlyedolescent girls. *Journal of early adolescence,20*(1). 44-46.

- Carpenito, L. J. (1995). *Diagnostics infirmiers: applications cliniques*. Issy-les Moulineaux: Elsevier Masso.

- Centre national de prévention du crime (CNPC). (2009). La prévention de l'abus de dogue en Milieu scolaire : des programmes prometteurs et efficaces. Sécurité publique Canada.

- Chalwin, D. (1985). *Faire face au stress de la vie quotidienne*. Edition esf.

- Cohen, S., Kessler, R. C & Gordon, L. U. (1995). Measuring Stress . Oxford University Press, 3-28.

-Costa, P.T., Somerfield, M.R & Mc Crae, R.R. (1996). *Personality and coping : a reconceptualization*. In M. Zeinder., N.S. ENDLER (Eds). *Handbook of coping : Theory, research, Applications*. Wiley, 3. 44-61.

- Côté, L. (3013). Améliorer ses stratégies de coping pour affronter le stress au travail. *Psychologie Québec/Dossier, 30*(5), 41-44.

- Dorard, G., et al. (2013). *Estime de soi, soutien social perçu, stratégies de coping, et usage des produits psychoactifs à l'adolescence*. Psychol.Fr. http://dx.doi.org/10.2016/j.psfr.2013.01.003

- Doumont, D., France libion, M. (2008). Quelle est la place de l'éducation pour la santé dans les pratiques de médecine ? unité RESO, faculté de médecine. Université Catholique de Louvain.

-Fieffer, P., Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability

in adapting to a chronicdisease. *Journal of personality and social psychology,53*(2).273.

- Gadzella, B, M. (1984). Student life-stress invotory : Identification of reactions to stressors. *Issue,74* . 395-402 .

- Gaussel, M. (2011). *Education à la santé : vers une démocratie sanitaire. Dossier d'actualité veille et analyse*.

-Gharamalki, N. S & Rjabi, S. (2010). Efficacy of life skills training on increase of mental health and self esteem of the students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 5. 1818-1822.

- Ghasemian, A. , Kumar, G. V. (2017). Effect of life skills training – on psychological distress among male and female adolescent students.*Indian Journal of Health & Wellbeing, 8*(4). 279-282.

- Gisselle, R. (2015). *Sommaire d'évaluation du programme Life Skills Training, RAPPORT DE RECHERCHE : 2015-R013*. Division de la recherche, Sécurité publique Canada .

-Griffin, K.W., Botvin, G.J., Nichols, T.R & Doyle, M.M. (2003). Effectiveness of a universal drug abuse prevention approach for

youth at high risk for substance use initiation. *Prev Med, 36*(1). 1-7.

-Guiet-Silvain, J., Jourdan, D., Parayre, S., Simar, C., Pizon, F & Berger, D. (2011). Education à la santé en milieu scolaire, mise en perspective historique et internationale. *Carrefours de l'éducation*, 2(32), 105-127.

-Hartmann, A. (2008). Les orientations nouvelles dans le champ Du coping. *Pratiques psychologiques*, 14. 285-299.

-Hemantha, K. F. Impact of Life Skills Training on Academic Stress, Depression and Happiness among Adolescent Students. *Journal of Xi'an University of Architecture & Technology, 12*(4). 2417-2437.

-Jacquemin, S. P. (2016). Bien-être des élèves à l'école et promotion de leur santé, synthèse de la littérature internationale pour le conseil national d'évaluation du système scolaire (CNESCO). Université de Nantes.

- James, R. , Hafeti, s. (1999). School maladjustment in young children :teacher ratings in Rochester compared school psychology

international ,7.

-Karcher, C. (1994): post troamatic stress disorder in children as result of violence, doctoral, research paper. biola university.

-Khosravi, F., Aghajani, T. (2019). The Effectiveness of Life Skills Training on Adolescents' Coping with Stress and Psychological Capital. *Iranian Journal of Educational Sociology, 2* (2) :71-77.

- Lazarus, R. S., Folkman, S. F. (1984). *Psychological stress and the coping process*. MC Groww Hill.

- Lazarus, R. S., Folkman, S. F. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. Springer publishing comp.

- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford University Press.

- Lecigne , A., Tolve. R.(2013, JUIN, 01). *Normativité et mesure del'estime de soi, L'orientation scolaire et professionnelle.* http://journals.openedition.org

- Leselbaum, Nelly. (s a). *l'éducation à la santé en milieu scolaire « quelles approchs des conduites addictives* ?. université

Paris X.

-Lôo, H., Lôo, P.,&Galinovski, A. (2003). Le stress permanat, réaction, adaptation de l'organisme aux aléas existentiels (collection Médecine et psychothérapie). édition Masson.

-Meseret,Y., Alem, A. (2004). *Introduction to health education*. Jimmauniversity in collaboration with the Ethiopia Public Health, and the EthiopiaMinistry of education.

- Ministère délégué de la santé., CFES. (2001). *L'éducation pour la santé : un enjeu de santé publique.*

- Moulier, V., Guinet, H., Kovacevic, Z., Bel-Abbass, Z., Benamara, Y., Zile, N., Ourrad, A ., Arcella-Giraux, P., Meunier, Emmanuel., Thomas, F & Januel, D. (2019). Effects of a life-skills-based prevention program on self-esteem and risk behaviors in adolescents: a pilot study. BMC Psychology, (7)82. 1-10.

-National Health Promotion Associates.(s a).Botvin LifeSkills Training Middle School Program.

https://www.lifeskillstraining.com/botvin-lifeskills-training-middle-

school-program/

-Norman, S.E., Parker, M. A.(1998). *Inventaire de coping pour les situations stressantes*. Les éditions du center de psychologie appliquée.

-OMS. Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.

-OMS. (1990). *Manuel d'éducation pour la santé dans l'optique des soins de santé primaires*.

-OMS.(1999). *Glossaire de la promotion de la santé.*

-Parochetti, J, P. (2011). *Stress, coping et traits de personnalité (névrotisme et lieu de contrôle) chez les sauveteurs et les conseillers du pôle emploi* [thèse de doctorat]. Aix Marseille université de provence .

-Paulhan, I., Bourgeois, M. (1994). *Stress et coping*.

-Paulhan, I., Bourgeois, M. (1998). *Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité* (2ème éd). PUB.

-Piquemal-vieu, L. (2001). Le coping une ressource à identifier

dans le soin infirmier. *Recherche en soins infirmiers*, 67. 84-98.

-Rosenberg, M. (1981). The self-concept: Social product and social force. In Rosenberg, M & Turner, R. (Eds). Social psychology, Sociological perspective. *Routledge.* 593-624.

-Sahler, B., Douillet, Ph., Mary-Cheray, I & Berithet, M. (2007). *Prévenir le stress et les risques psychosociaux. Anact. au travail*.

- Schweitzer, M. B., Dantzer, R. (1994). *Introduction à la psychologie de la santé* (1ère éd). PUF.

-Schweitzer, M. B. (2001). Le coping et les stratégies d'ajustement face au stress. *recherche en soins infermiers*, 67. 71-72.

- Scwheitzer, M. B. (2002). *Psychologie de la santé, modèles, conceptes et méthodes*. Dunod.

-Schweitzer, M. B., Dantzer, R. (2003 A). *Introduction à psychologie de la santé* (4ème éd). Edition PUF.

-Sécurité publique Canada. (2018). *Le programme Life Skills*

Training – LST Prévention du crime en action.

https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrcs/pblctns/2014-lfskll-trnng-prgrm/index-fr.aspx.

- Selye, H. (1979). *The Stress of my life* (2nd ed). Van Nostrand Reinhold Company.

-Servant, D. (2000). *Pratiques en psychothérapie gestion du stress et de l'anxiété, concepts médicaux et psychologiques-Diagnostic-Prise en charge et traitement*.

- Servant, D . (2007). *Gestion du stress et de l'anxiété* (2ème éd). Elsevier Masson s.a.s.

-Smith, C. (1993). *Understanding stress and coping*. Macmillan Publishing Company.

-Sordes-Ade, F., Fsian, H., Tap, P & Esparbès, S. (1995). Les stratégies de coping: Support social et désirabilité sociale, RevistaAprendizagemDesenvolvimento, 15. 165-173.

- Spielberger, C. D., Sarason, I. G., Strelau, J., & Brebner, J. M. (2014). *Stress and anxiety*. Taylor & Francis.

-Stora, J , B. (1995). *Le stress* (2ème éd). Edition Dahlab.

- Strubbel, I. (1997). current uses of corporal punishment in American public school. journal of educational psychology, 76(3).

-Tamisier, J. C. (2000). *Grand dictionnaire de psychologie*. Edition Larousse-Bordas.

-Taylor, S. (1995). *Health psychology* (3rd ed). Mc Graw-Hill International Edition.

-Terry, D. I., Hymes, G. (1996). Depressive symptomatology in new mothers : A stress and coping perspective. *Journal of Health and Social Behavior*, 105(2). 143-159.

-Victor. R. W., Delores. E. S. (2005). *Stress, self esteem, and suicidal ideation in late* adolescence,40(157), 33-45.

-Sirous, Z. J., Ezzat, D. (2015). Effectiveness of life skills training on coping with stress. *International Journal of Learning and Development, Macrothink Institute,5*(4), pages 132-140.

الملاحق

مقياس تقدير الذات لكوبر سميث Cooper Smith

التعليمة:

إليك مجموعة من العبارات التي تصف رأيك و تصرفاتك في الحياة، اقرأها جيدا و عبر عن رأيك فيها إذا كانت تنطبق عليك أم لا، و ذلك بوضع علامة (X) في خانة الجواب المناسب في جدول الإجابة الخاص بها.

البند	العبارة	يشبهني	لا يشبهني
1	لا تضايقني الأشياء عادة		
2	أجد من الصعب أن أتحدث أمام مجموعة من الناس		
3	أود لو استطعت تغيير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6	أتضايق بسرعة في المنزل		
7	أحتاج وقتا طويلا كي أعتاد على الأشياء الجديدة		
8	أنا محبوب من الأشخاص من نفس سني		
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	أستسلم بسهولة		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		

12	من الصعب جدا أن أظل كما أنا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	يتبع زملائي أفكاري عادة		
15	لا أقدر نفسي حق قدرها		
16	أود كثيرا لو أترك المنزل		
17	أشعر بالضيق في المدرسة غالبا		
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19	إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فإنني سأقوله عادة		
20	تفهمني عائلتي		
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني		
22	أشعر عادة كما لو أن عائلتي تدفعني لعمل الأشياء		
23	لا ألقى التشجيع غالبا في ما أقوم به من أعمال		
24	أرغب كثيرا لو أكون شخصا آخر		
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي		

مقياس الضغط النفسي المدرك ل ليفينستاين"Levenstien "

التعليمة:

لكل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك وذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين، اجب بسرعة دون أن تزعج نفسك بمراجعة إجابتك واحرص علي وصف سير حياتك خلال هذه المدة .

البند	العبارة	تقريبا	أحيانا	كثيرا	عادة
1	تشعر بالراحة				
2	تشعر بأن لك متطلبات				
3	أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق				
4	لديك أشياء كثيرة للقيام بها				
5	تشعر بالوحدة				
6	تجد نفسك في مواقف صراعية				
7	تشعر بأنك تقوم بأساء تحبها فعلا				
8	تشعر بالتعب				
9	تخاف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك				
10	تشعر بالهدوء				
11	لديك عدة قرارات لاتخاذها				
12	تشعر بالإحباط				
13	أنت مليء بالحيوية				

14	تشعر بالتوتر				
15	تبدو مشاكلك أنها ستتراكم				
16	تشعر بأنك في عجلة من أمرك				
17	تشعر بالأمن و الحماية				
18	لديك عدة مخاوف				
19	أنت تحت ضغط مقارنة بأشخاص أخرين				
20	تشعر بفقدان العزيمة				
21	تمتع نفسك				
22	أنت خائف من المستقبل				
23	تشعر بأنك قمت بأشياء ملزم بها				
24	تشعر بأنك وضع انتقاد و حكم				
25	أنت شخص خال من الهموم				
26	تشعر بالإنهاك أو التعب الفكري				
27	لديك صعوبة الاسترخاء				
28	تشعر بعبء المسؤولية				
29	لديك الوقت الكافي لنفسك				
30	تشعر أنك تحت ضغط مميت				

اختباراستراتيجيات التعاملC.I.S.S:

Inventaire de coping pour situations stressantes.

Norman S. Endler, Ph.D.,F.R.S.C.

Adaptation Française par : Jean-Pierre Rolland

التعليمة :

لقد حدث على الأرجح وأن عشت وضعيات ضاغطة تورطت فيها شخصيا، والمخرج منها مهم بالنسبة لك (الوضعية الضاغطة هي حدث أو وضعية تضعك في صعوبة وتعيق استقرارك، و تتطلب منك جهدا مهما لتجاوزها) .يوجد عدة طرق لمواجهة هذه الوضعيات، أو التوافق معها.

المطلوب منك تحديدك ماذا تفعل و /أو تشعر به غالبا عندما تعاني من المشاكل، وتعيش أحداثا أو وضعيات صعبة .

أجب على النموذج التالي بوضع دائرة على الإجابة الموافقة لطريقة استجابتك المعتادة.

البند	العبارة	موافق تماما	موافق	أحيانا	نادرا	إطلاقا
1	التنظيم الجيد للوقت الذي بحوزتي					
2	التركيز على المشكل و التفكير في كيفية حله					
3	تذكر اللحظات السعيدة التي عشتها من قبل					
4	محاولة التواجد بصحبة أشخاص آخرين					
5	لوم نفسي على تضييع الوقت					
6	فعل ما أظنه الأفضل					
7	الانزعاج بسبب مشاكلي					
8	لوم نفسي على وجودي في وضعية كهذه					
9	مشاهدة واجهات المحلات، التسوق					
10	تحديد و إبراز أولوياتي					
11	محاولة النوم					
12	أمنح لنفسي أحد أطباقي أو غذائي المفضل					
13	الشعور بالقلق بسبب عدم تغلبي على الوضعية					
14	التوتر و /الانقباض أكثر					
15	التفكير في الطريقة التي استطعت بها حل مشاكل مشابهة من قبل					
16	القول أن هذا لا يحدث لي حقا					
17	لوم نفسي على أنني جد حساس و عاطفي أمام الوضعية					
18	الذهاب إلى المطعم أو تناول شيء ما					

19	الانزعاج أكثر فأكثر					
20	أشتري لنفسي شيئا ما					
21	تحديد طريقة عمل و اتباعها					
22	لوم نفسي لعدم معرفة ماذا أفعل					
23	الذهاب إلى سهرة أو حفلة عند الأصدقاء					
24	بذل جهد لتحليل الوضعية					
25	الانقباض و عدم معرفة ماذا أفعل					
26	المباشرة دون التأخر في النشاطات التكيفية					
27	التفكير فيما حدث و الاستفادة من أخطائي					
28	التمني لو أستطيع تغيير ما حدث أو ما أحسست به					
29	القيام بزيارة صديق أو صديقة					
30	القلق بسبب ما أفعله					
31	قضاء بعض الوقت مع شخص حميم					
32	القيام بنزهة					
33	القول بأن هذا لن يتكرر أبدا					
34	مراجعة نقائصي و سوء تكيفاتي العامة					
35	التحدث إلى شخص أقدر نصائحه					
36	تحليل المشكل قبل أي رد فعل					
37	مكالمة صديق أو صديقة بالهاتف					
38	الغضب					
39	تعديل أولوياتي					
40	مشاهدة فيلم					
41	الأخذ بزمام الوضعية					
42	بذل جهد إضافي لكي تتحسن الأمور					
43	إعداد مجموعة من الحلول المختلفة للمشكل					

44	البحث عن وسيلة لعدم التفكير لتجنب الوضعية					
45	التعدي على أشخاص آخرين					
46	استغلال الوضعية لكي أظهر ما أنا قادر على فعله					
47	محاولة تنظيم نفسي للسيطرة أحسن على الوضعية					
48	مشاهدة التلفزيون					

الاستمارة التقييمية لبرنامج LST

فيما يلي مجموعة من الأسئلة التي تهدف إلى معرفة تقييمك لبرنامج LST الوقائي، و مدى استفادتك منه و رضاك عن محتواه. الرجاء منك وضع علامة X في الخانة التي تعبر عن رأيك و الإجابة على كل الأسئلة بكل صراحة و بدون إحراج لأنك رأيك مهم جدا، كما أن أي ملاحظة تود إضافتها ستؤخذ بعين الاعتبار.

السؤال	نعم	لا
هل اكتسبت معلومات و معارف حول التبغ و المخدرات و الكحول و حول نتائجهم و أضرارهم؟		
هل تحسنت نظرتك إلى نفسك؟		
هل زاد تقديرك لذاتك؟		
هل تشعر أنك قادر على اتخاذ القرارات بكل سهولة و ثقة و فعالية؟		
هل تشعر أنك صرت قادرا على تحليل الإعلانات التي تدعو إلى استهلاك التبغ و المخدرات و الكحول، و عدم التأثر بها؟		
هل ترى أنك تتعامل مع الضغط و القلق و الغضب بطرق ملائمة و فعالة أكثر؟		
هل تشعر أنك غير قادر على التعامل مع الوضعيات التي تبدو صعبة بالنسبة إليك؟		
هل تحسنت مهاراتك في التواصل مع الآخرين بكل أريحية و فعالية و وضوح؟		
هل ترى أنك واثق من نفسك؟		

هل أنت قادر على رفض دعوة أو عرض لاستهلاك التبغ أو المخدرات أو الكحول أو للقيام بسلوكيات خطيرة، و تقول لا بكل وضوح و ثقة و حزم؟		
هل تعمل على تطبيق التقنيات و المهارات التي تعلمتها من البرنامج في حياتك اليومية؟		
هل تشعر بالتغيير بعد مشاركتك في برنامج التربية الصحية LST؟		
هل استمتعت بمشاركتك في برنامج التربية الصحية LST؟		
هل أنت راض عن تجربتك مع برنامج التربية الصحية LST؟		
هل تستهلك التبغ(مهما كان نوعه)أو المخدرات أو الكحول؟		
هل جربت و لو لمرة استهلاك التبغ أو المخدرات أو الكحول؟		
هل لديك الرغبة أو الفضول لتجربة التبغ أو المخدرات أو الكحول ؟		

المخرجات الاحصائية

Test de Wilcoxon

Rangs

		N	Rang moyen	Somme des rangs
takdird – takdir	Rangs négatifs	0[a]	,00	,00
	Rangs positifs	12[b]	6,50	78,00
	Ex aequo	0[c]		
	Total	12		

a. takdird < takdir

b. takdird > takdir

c. takdird = takdir

Test[a]

	takdird – takdir
Z	−3,084[b]
Signification asymptotique (bilatérale)	,002

a. Test de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs négatifs.

Test de Wilcoxon

Rangs

		N	Rang moyen	Somme des rangs
dartd − darte	Rangs négatifs	5[a]	4,80	24,00
	Rangs positifs	3[b]	4,00	12,00
	Ex aequo	4[c]		
	Total	12		

a. dartd < darte

b. dartd > darte

c. dartd = darte

Test[a]

	dartd − darte
Z	−,846[b]
Signification asymptotique (bilatérale)	,397

a. Test de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs positifs.

Test de Wilcoxon

Rangs

		N	Rang moyen	Somme des rangs
ameld − amel	Rangs négatifs	2[a]	1,50	3,00
	Rangs positifs	9[b]	7,00	63,00
	Ex aequo	1[c]		
	Total	12		
infeald − infeal	Rangs négatifs	8[d]	6,19	49,50
	Rangs positifs	3[e]	5,50	16,50
	Ex aequo	1[f]		
	Total	12		
tajanobd − tajanob	Rangs négatifs	10[g]	5,95	59,50
	Rangs positifs	2[h]	9,25	18,50
	Ex aequo	0[i]		
	Total	12		
tasliyad − tasliya	Rangs négatifs	6[j]	6,17	37,00
	Rangs positifs	4[k]	4,50	18,00
	Ex aequo	2[l]		
	Total	12		
damed − dame	Rangs négatifs	7[m]	4,93	34,50
	Rangs positifs	5[n]	8,70	43,50
	Ex aequo	0[o]		
	Total	12		

a. ameld < amel

b. ameld > amel

c. ameld = amel

d. infeald < infeal

e. infeald > infeal

f. infeald = infeal

g. tajanobd < tajanob

h. tajanobd > tajanob

i. tajanobd = tajanob

j. tasliyad < tasliya

k. tasliyad > tasliya

l. tasliyad = tasliya

m. damed < dame

n. damed > dame

o. damed = dame

Test[a]

	ameld − amel	infeald − infeal	tajanobd − tajanob	tasliyad − tasliya	damed − dame
Z	−2,669[b]	−1,469[c]	−1,609[c]	−,973[c]	−,354[b]
Signification asymptotique (bilatérale)	,008	,142	,108	,330	,723

a. Test de Wilcoxon

b. Basée sur les rangs négatifs.

c. Basée sur les rangs positifs.