

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم النفس

دور استراتيجيات المواجهة كمتغير
وسيط في العلاقة مابين الصلابة
النفسية والذكاء الانفعالي ونوعية
الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه الطول الثالث ل.م.د في علم النفس

تخصص: علم النفس الصحة

تحت إشراف:

أ. د. زناد دليلة

من إعداد الطالبة:

خرايفية امينة

السنة الجامعية: 2015-2016.

الإهداء

✓ إلى أُمي الحبيبة التي أرضعتني حب العلم و العطاء و أطعمتني حلاوة لغة الضاد و ربّنتني على حب كل ما هو جميل.

✓ إلى أبي العزيز أطال الله في عمره، و الذي نمّى في أخلاق العلم و علمني لغة التسامح.

✓ إلى "غزلان" مصدر كل ما هو حلو في حياتي، رافقتني بابتسامتها، وتشجيعاتها، فدمت لي نعم الأخت.

✓ إلى زوجي.... ورفيق دربي وسندي لمستقبل مشرق

أقدم ثمرة جهدي

شكرا.

شكر و تقدير

- ✓ إلى التي وجدت لديها رحابة الصدر ولمست فيها كل معاني
العطاء و كرم الأخلاق.
- ✓ إلى التي رايتها دوما رمزا للكفاءة و الاقتداء.
- ✓ إلى أستاذتي الفاضلة الدكتورة دليلة زناد .
- ✓ إلى الأستاذ الفاضل الدكتور عبد الكريم بوحفص على اهتمامه
بالموضوع وتوجيهاته الأكاديمية البناءة والدعم المعنوي.
- ✓ أتقدم بشكر تخونني اللغة لأوصله بمقداره وتعجز الكلمات عن
وصف عمقه إلى كل من البروفسور عبادة بن ديب رئيسة
مصلحة طب الأعصاب و الدكتورة فرات والدكتور موسى
مختصين في طب الأعصاب والأخصائية النفسانية السيدة نجار

شكرا

على اهتمامكم الكبير بموضوعي و متابعتي خطوة بخطوة.

شكرا

على توجيهاتكم القيمة و إرشاداتكم النيرة.

فكثر الله من أمثالكم.

آمنة

فهرس المحتويات

الإهداء

الشكر والتقدير

فهرس الجداول

فهرس الأشكال

مقدمة

الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة..... 21
- 2- فرضيات البحث 35
- 3- أهداف البحث..... 36
- 4- أهمية البحث. 37
- 5- مصطلحات الدراسة..... 38

الجانب النظري

الفصل الاول: التصلب المتعدد La sclérose en plaques

- 1- تقديم الجهاز العصبي..... 42
- 2- وظيفة الجهاز العصبي المركزي..... 49
- 3- اضطرابات الجهاز العصبي..... 50
- 4- تعريف التصلب المتعدد..... 51
- 5- اعراض التصلب المتعدد..... 52
- 6- اسباب الاصابة بمرض التصلب المتعدد..... 57
- 7- الفحوصات التشخيصية لمرض التصلب المتعدد..... 60
- 8- انواع مرض التصلب المتعدد..... 65

- 9-علاج مرض التصلب المتعدد.....66
- 10-مسار مرض التصلب المتعدد.....72
- 11-سيكولوجية مرضى التصلب المتعدد.....73

الفصل الثاني: الصلابة النفسية

- 1-تعريف الصلابة النفسية.....85
- 2-المصطلحات المتداخلة مع الصلابة النفسية.....88
- 3-النظريات المفسرة للصلابة النفسية.....91
- 4-ابعاد الصلابة النفسية.....98
- 5-خصائص ذوي الصلابة النفسية.....105
- 6-اهمية الصلابة النفسية.....108
- 7-قياس الصلابة النفسية.....111
- 8-الصلابة النفسية والصحة.....113
- 9-الصلابة النفسية والتكيف.....113
- 10-الصلابة النفسية ومرض التصلب المتعدد.....114

الفصل الثالث: الذكاء الانفعالي والانفعالات

- 1-مفهوم الانفعالات.....119
- 2-مكونات الانفعال.....121
- 3-الاساس البيوعصبي للانفعالات.....125
- 4-وظائف الانفعالات.....131

5-تسيير الانفعالات	132
6- الذكاء الانفعالي	134
7-خصائص الافراد مرتفعي ومنخفضي الذكاء الانفعالي	146
8-قياس الذكاء الانفعالي	147
9-الانفعالات والتصلب المتعدد	156
10-الذكاء الانفعالي وسمات الشخصية	157
11-الذكاء الانفعالي والصحة	161

الفصل الرابع: استراتيجيات المواجهة

1-الضغط النفسي	169
2-تاريخ مفهوم الضغط النفسي	170
3-تعريف الضغط النفسي	172
4-اعراض الضغط النفسي	173
5-النظريات المفسرة للضغط النفسي	176
6-العوامل المؤثرة في الضغط النفسي	185
7-اصل وتطور مفهوم المواجهة	186
8-تعريف استراتيجيات المواجهة	189
9-النظريات المفسرة لمفهوم المواجهة	190
10-تصنيف استراتيجيات المواجهة	197
11-وسائل وعوائق المواجهة	201
12-محددات استراتيجيات المواجهة	202

13-فعالية المواجهة.....	203
14-استراتيجيات المواجهة ومرض التصلب المتعدد.....	205
15-استراتيجيات المواجهة و الاضطرابات المعرفية.....	207
16-استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة.....	207
17-استراتيجيات المواجهة و الشخصية.....	208

الفصل الخامس:نوعية الحياة

1-تاريخ وتطور مفهوم نوعية الحياة.....	212
2-تحديد المفهوم وتعريفه.....	218
3-مجالات ومكونات نوعية الحياة.....	226
4-قياس وتقدير نوعية الحياة.....	243
5-نوعية الحياة المتعلقة بمرضى التصلب المتعدد.....	249
6-نوعية الحياة وابعاد الشخصية.....	252
7-نوعية الحياة والاضطرابات المعرفية.....	252
8-نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة.....	253

الجانب التطبيقي

الفصل السادس:الاجراءات المنهجية

1-حدود الدراسة.....	257
2-منهج البحث.....	258
3-الدراسة الاستطلاعية.....	260
4-مقاييس الدراسة.....	263

5- عينة الدراسة وخصائصها..... 287

6- ادوات البحث..... 297

7- المعالجة الاحصائية..... 301

الفصل السابع: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

1- عرض وتحليل نتائج المقاييس.. 306

1-1- عرض وتحليل نتائج مقياس الصلابة النفسية..... 306

1-2- عرض وتحليل نتائج مقياس الذكاء الانفعالي..... 307

1-3- عرض وتحليل نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة..... 308

1-4- عرض وتحليل نتائج مقياس نوعية الحياة..... 309

2- عرض البيانات وتحليل النتائج..... 310

2-1- عرض وتحليل الفرضية الاولى..... 310

2-2- عرض وتحليل الفرضية الثانية..... 310

2-3- عرض وتحليل الفرضية الثالثة..... 312

2-4- عرض وتحليل الفرضية الرابعة..... 313

2-5- عرض وتحليل الفرضية الخامسة..... 314

2-6- عرض وتحليل الفرضية السادسة..... 314

2-7- عرض وتحليل الفرضية السابعة..... 315

2-8- عرض وتحليل الفرضية الثامنة..... 316

316.....عرض وتحليل الفرضية التاسعة-9-2

317 عرض وتحليل الفرضية العاشرة-10-2

3-مناقشة النتائج

318.....1-3-مناقشة نتائج الفرضية الأولى

318.....2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثانية

321.....3-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة

322.....4-3-مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

322.....5-3- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة

323.....6-3-مناقشة نتائج الفرضية السادسة

323.....7-3- مناقشة نتائج الفرضية السابعة

323.....8-3-مناقشة نتائج الفرضية الثامنة

324.....9-3-مناقشة نتائج الفرضية التاسعة

324.....10-3-مناقشة نتائج الفرضية العاشرة

325.....الاستنتاج العام

330.....خاتمة

333.....قائمة المراجع

346.....الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
1	المقاييس العامة لنوعية الحياة	230
2	معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية للصلاية النفسية	266
3	معامل الثبات لمقياس الصلاية النفسية بطريقة التجزئة النفسية	267
4	توزيع البنود على العوامل الأربعة لمقياس الذكاء الانفعالي	269
5	معاملات الثبات للعوامل الأربعة لمقياس الذكاء الانفعالي	270
6	معاملات الصدق للعوامل الأربعة للذكاء الانفعالي	270
7	نتائج اختبار T في حالة مجموعتين مستقلتين ومتجانستين لمقياس الذكاء الانفعالي	272
8	معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الانفعالي	273
9	معامل الارتباط بين بعد استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية للبعد	277
10	معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال والدرجة الكلية للبند.	278
11	معامل الارتباط بين بعد البحث عن المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للبعد.	279
12	نتائج اختبار t في حالة مجموعتين مستقلتين ومتجانستين لمقياس استراتيجيات المواجهة	281
13	معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لاستراتيجيات المواجهة	282
14	معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية لنوعية الحياة	286
15	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	288
16	توزيع أفراد العينة حسب الوضعية العائلية	289
17	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	291
18	توزيع افراد العينة حسب الوضعية الاقتصادية	292

294	توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية	19
296	يمثل توزيع العينة حسب مدة الإصابة بالمرض	20
306	عرض نتائج مقياس الصلابة النفسية	21
307	عرض نتائج مقياس الذكاء الانفعالي	22
308	عرض نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة (Wcc)	23
309	عرض نتائج مقياس نوعية الحياة (WOQOL-BREF)	24
310	معامل الارتباط المتعدد	25
311	معامل الارتباط الجزئي للمتغيرات الثلاثة	26
	ثوابت معادلة الانحدار	27
313	لمعامل الارتباط بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة	28
313	معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل ونوعية الحياة	29
314	لمعامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل وصلابة النفسية	30
315	معامل الارتباط المتعدد R^2 .	31
315	معامل الارتباط الجزئي للمتغيرات الثلاثة	32
316	لمعامل الارتباط بين الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة	33
317	معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والذكاء الانفعالي	34
317	لمعامل الارتباط بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي	35

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
1	أجزاء المخ	49
2	تفاعلات الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة	94
3	يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية	95
4	نموذج Funk المعدل لنظرية Kobasa للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها	97
5	مكونات المخ	126
6	يوضح مسار الانفعالات	127
7	ساحات الانفعالات والأداء والانتباه	128
8	استثارة الجهاز الودي استجابة للضغط	130
9	الجهاز المسؤول عن الاستجابات الانفعالية	131
10	يوضح تسيير الانفعالات	133
11	نموذج بار-أون لمكونات الذكاء الوجداني	139
12	نموذج ماير وسالوفي والقدرات الفرعية للذكاء الوجداني مرتبة تطوريا من الاعلى الى الادنى وكذلك محتوياتها	142
13	مكونات الذكاء الانفعالي لدى جولمان	144
14	مخطط تفسير الضغط عند " وليام كانون 1935	177

179	المراحل الثلاثة للتأدار العام للتكيف (حسب سيلبي 1956)	15
180	يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية " هانز، سيلبي "	16
183	يمثل نموذج الاستعداد للضغط	17
220	المؤشرات المختلفة لنوعية الحياة المعبرة عن الحياة المرضية	18
225	التناول التكاملية لنوعية الحياة	19
289	توزيع افراد العينة حسب الجنس	20
290	توزيع افراد العينة حسب الوضعية العائلية	21
292	توزيع افراد العينة حسب المستوى التعليمي	22
293	توزيع افراد العينة حسب الوضعية الاقتصادية	23
295	توزيع افراد العينة حسب الوضعية المهنية	24
297	توزيع افراد العينة حسب مدة المرض	25
327	مخطط بحث بمتغير وسيط	26
328	متغيرات الدراسة	27
328	تصور نظري لنموذج العلاقات التفاعلية بين المنبئات والمحكات الصحية	28

مقدمة

يعتبر مرض التصلب المتعدد من الأمراض المزمنة التي لها تأثير على الصحة الجسمية والنفسية، وهو مرض غير ثابت حيث لا يمكن الحصول على نموذج واحد لمرض التصلب المتعدد كما يصعب التنبؤ بمساره.

وينجم عن التصلب المتعدد العديد من المشكلات في التكيف النفسي للمريض، وذلك بسبب كونه مرض مزمن تدوم آثاره لفترة طويلة، و ينتج عن أعراض المرض متطلبات تستلزم على المريض أن يتعامل معها وأن يواجهها بغية التخفيف من حدة الضغط الناتج عن المرض ، ولهذا يلجأ المريض لاستخدام أساليب للتعامل مع هذا المرض و تحقيق التوازن والراحة النفسية، وذلك تبعا لمعتقداته حول مساهمة المرض و محاولة التحكم في مساره، حيث أن معتقدات المريض وقدرته على استعمال مصادره النفسية والاجتماعية ومهاراته المعرفية لها دور أساسي في الحفاظ على صحته ومواجهة أي مرض قد يصيبه.

ومن ضمن السمات الجوهرية التي يتميز بها الفرد والتي تعتبر كمصدر من الموارد النفسية والاجتماعية ، الصلابة النفسية الذي يعتبر مركز الصدارة في الصحة النفسية و التي تعبر عن اعتقاد عام للفرد في فاعليته وقدرته على استخدام المصادر النفسية والاجتماعية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية ضغوطات المرض.

وفي نفس السياق لقد تصدت المجتمعات تاريخيا للمرض من خلال الأدوية والجراحة ولكن مع تزايد أهمية الدور الذي تلعبه العوامل النفسية و المصادر النفسية والاجتماعية في الإدراك والتفسير والتعامل بفاعلية الضغوطات الناجمة عن المرض. أصبح لهذه الأخيرة مكانة مهمة في القدرة على التعامل معه، وهو ما يعرف باسم المواجهة، وقد تكون الاستراتيجيات المستخدمة للتعامل ببناءة فيتعلم

بها الفرد على ما يسببه المرض من صراعات و إحباطات، كما قد تخفق هذه الاستراتيجيات وهذا ما يؤدي إلى تفاقم المترتبات النفسية للمرض الذي يواجهه الفرد.

وفي هذا الجانب يرى الباحثين ان المواجهة تشير إلى الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى مواجهة الأحداث التي ترهق قدرة الفرد على الضبط والتكيف، وقد ميز لازاروس وفولكمان بين نوعين أساسيين من استراتيجيات المواجهة وهما المواجهة المتمركزة حول المشكل، التي تتجه إلى حل المشكلة المعنية، أو على التأثير على الموقف الذي يعتقد بأنه مرهق، وبالتالي تعديل العلاقة المضطربة بين الشخص والمحيط. وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال التي تسعى إلى تنظيم الانفعالات السلبية، بحيث تتم محاولة تخفيض حالة التوتر التي يعيشها الفرد على أنها مرهقة له، والتي تتميز بالانفعالات المرهقة كالقلق والغضب.

وذهب آخرون إلى أن المواجهة المتمركزة حول المشكل والمواجهة المتمركزة حول الانفعال، هي ميول أو خيارات مواجهة خاصة بالموقف، تتأثر بدرجة ما بسمات الشخصية، ظروف المحيط بما في ذلك الثقافية، الاجتماعية أيضا. وتتشكل مثل هذه التفضيلات لاستراتيجيات المواجهة بناءا على الخبرات في المحيط مع مواقف مطلوبة مشابهة.

وقد بينت الدراسات الخاصة باستراتيجيات المواجهة للمواقف الضاغطة أن المواجهة المتمركزة حول المشكل لا تكون فعالة إلا إذا كانت الوضعية تحت الضبط والسيطرة، حيث يعتبر تقييم درجة القدرة على ضبط الموقف عاملا مهما لتحديد استراتيجيات المواجهة المناسبة. فقد بينت نتائج بعض الدراسات أن الأفراد الذين لديهم إحساس عالي بالضبط والقدرة على التأثير على الأحداث في حياتهم وكذا السيطرة على الضغوط التي يتعرضون لها يستخدمون استراتيجيات سلوكية معرفية محكمة لضمان نفوذهم وسيطرتهم على الأحداث.

كما اعتبر علماء النفس قديما أن الانفعالات والتفكير نقيضان، حيث اعتبرت الانفعالات عائقا أمام التفكير ويجب مقاومتها والحد منها لينمو تفكير الإنسان وذكائه. أما حديثا فإن علماء النفس ينظرون إلى الانفعالات على أنها سلوكيات منظمة تحكمها قوانين تعتمد بشكل كبير على المعرفة والبيئة المعرفية للفرد.

وفي بداية التسعينيات من القرن الماضي ظهر مصطلح الذكاء الانفعالي من حيث طبيعته ودوره في مجالات الحياة واعتقد بأن له قدرات غير معرفية تلعب دورا هاما في نجاح الأفراد وحددت تلك القدرات في الجوانب الانفعالية والاجتماعية. وقد افترض المختصين في مجال الانفعالات بأن الذكاء الانفعالي قدرة قابلة للتعلم وقسم الكفاية الانفعالية إلى قسمين هما: الكفاية الشخصية والتي تمكننا من إدارة أنفسنا والكفاية الاجتماعية والتي تمكننا من إدارة علاقاتنا مع الآخرين.

ومنذ ذلك الحين يحاول الباحثون إجراء دراسات عديدة حول هذا المفهوم وكيفية قياسه للتعرف على دوره في النجاح في الحياة عامة، فقد عرف التراث السيكلوجي دراسات وأبحاث عديدة في السنوات الأخيرة فيما يخص الاضطرابات المعرفية في الأمراض المزمنة وعلاقتها مع نوعية الحياة ، فتبين الاهتمام بدراسة العلاقات بين الاضطرابات الانفعالية والمعرفية واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة .

وفي نفس السياق فإن وجود اضطرابات معرفية قد يكون لديه تأثير هام على الوظائف اليومية مثل القدرة على العمل، على القيادة، على الحفاظ والاستمتاع بالعلاقات الاجتماعية وبالتالي يكون لهذا التأثير دور في تدهور نوعية الحياة.

تشير مختلف الأبحاث بكل وضوح لأهمية المهارات المعرفية والمصادر النفسية والاجتماعية في حياة الإنسان ومدى تأثيرها في نوعية الحياة للفرد السليم أو المريض بصفة خاصة. ونوعية الحياة كحالة آنية

مدركة في علاقتها بمرض مزمن ، واستراتيجيات التعامل مع الوضعية الضاغطة المتمثلة في المرض، بمعنى آخر تلك القيمة المعطاة لمدة الحياة من خلال المستوى الوظيفي، الإدراكات والطموحات الاجتماعية المحورة من قبل المرض، الإصابات، العلاجات أو السياسات الصحية وذلك بتقدير الأبعاد الأساسية المتمثلة في الحالة الجسمية، الأحاسيس الجسمية، الحالة النفسية، الانفعالات، والعلاقات الاجتماعية المقدر ذاتيا من طرف المريض وموضوعيا من طرف المعالج أو الاثنين معا.

ونظرا لأهمية الموضوع قررنا التطرق إليه و محاولة الكشف عن دور كل من الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي في تحديد نوعية حياة المصابين بالتصلب المتعدد، وعن الدور الوسيط الذي تلعبه استراتيجيات المواجهة في العلاقة بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي من جهة ونوعية الحياة من جهة أخرى. وذلك في إطار علم النفس الصحة ضمن النموذج الطبي-النفسي-الاجتماعي. هذه الدراسة تتفرع إلى جانبين نظري وتطبيقي. الجانب النظري يضم 6 فصول:

الفصل التمهيدي: نتعرض فيه لإشكالية البحث، فروض البحث، تحديد أهداف البحث وتوضيح أهميته وكذا تحديد مفاهيم البحث.

الفصل الأول خاص بمرض التصلب المتعدد نتعرض فيه لتقديم الجهاز العصبي، تعريف المرض، أسبابه، أنواعه، طرق التشخيص، العلاج، مسار المرض، سيكولوجية مرضى التصلب المتعدد.

الفصل الثاني لقد خصصته الباحثة للصلابة النفسية، سنتناول فيه تعريف الصلابة النفسية ، الخلفية النظرية للصلابة النفسية، خصائص الصلابة النفسية ، أبعاد وأهمية الصلابة النفسية، قياس الصلابة النفسية، الصلابة النفسية والصحة، الصلابة النفسية والتكيف، الصلابة النفسية ومرض التصلب المتعدد.

الفصل الثالث خصص للانفعالات و الذكاء الانفعالي نتعرض فيه إلى مفهوم ومكونات الانفعالات،الاساس البيوعصبي للانفعالات،وظائف وتسيير الانفعالات،الذكاء الانفعالي،خصائص الافراد مرتفعي ومنخفضي الذكاء الانفعالي،الانفعالات والتصلب المتعدد، الذكاء الانفعالي وسمات الشخصية،الذكاء الانفعالي والصحة.

الفصل الرابع خصص لاستراتيجيات المواجهة نتعرض فيه إلى الضغط النفسي من حيث التعريف،الاعراض،والنظريات المفسرة له والعوامل المؤثرة في الضغط،و أصل وتطور مفهوم المواجهة،تعريف استراتيجيات المواجهة،النظريات المفسرة لمفهوم المواجهة،تصنيف استراتيجيات المواجهة،وسائل وعوائق المواجهة،محددات استراتيجيات المواجهة وفعاليتها، استراتيجيات المواجهة ومرض التصلب المتعدد،استراتيجيات المواجهة والاضطرابات المعرفية،استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة،واستراتيجيات المواجهة وأبعاد الشخصية.

الفصل الخامس نخصه لنوعية الحياة ، ونتناول فيه تاريخ وتطور مفهوم نوعية الحياة ، مجالات ومكونات نوعية الحياة،قياس وتقدير نوعية الحياة،نوعية الحياة المتعلقة بمرضى التصلب المتعدد،نوعية الحياة وأبعاد الشخصية،نوعية الحياة والاضطرابات المعرفية،نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة.

أما الجانب التطبيقي،فيتضمن الفصل السادس الذي يعني بمنهجية البحث وإجراءاته ، والمتمثلة في تحديد المنهج المتبع،خصائص العينة،أدوات البحث وخصائصها وكيفية تطبيقها،مختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة.

والفصل السابع الذي نتناول فيه عرض وتحليل ومناقشة النتائج المتوصل إليها باستخدام أدوات القياس الخاص بمناقشة النتائج المتوصل إليها، الاستنتاج العام، ثم تأتي الخاتمة وقائمة المراجع المعتمدة عليها ثم تليها الملاحق.

الإطار العام للدراسة

إشكالية الدراسة:

تصدت المجتمعات لمواجهة الأمراض المزمنة في السنوات الأخيرة التي تهدد حياة الأفراد والمجتمعات بما تلحقه من أذى مادي ومعنوي في حياتهم ومن يحيطون بهم، فيصبح التعايش مع هذه الأمراض تحديا كبيرا، ويشير تعبير الأمراض المزمنة إلى أي حالة تتضمن قدرا من الإعاقة التي تحدث نتيجة لتغيرات مرضية، والتي تتطلب تدريبا ودافعية من جانب المرضى للعناية بأنفسهم. (تايلر، 2008).

يعتبر التصلب المتعدد من الأمراض الالتهابية الخطيرة التي تصيب الجهاز العصبي المركزي للمريض ويؤثر على القدرات الذهنية للمصاب، كما يؤدي إلى اضطرابات جسمية كثيرة ومتنوعة كالشعور بالإعياء، التشنجات، اضطرابات بولية وجنسية، اضطرابات بصرية، الآلام وحالات من التعب الغير عادي والمستمر. (كيفوركين، 2011).

و تصدت المجتمعات تاريخيا للمرض بمجموعة من الوسائل العلمية الطبية والجراحية بالإضافة إلى أن هناك مميزات شخصية ومهارات معرفية تعمل على حماية الفرد من عدة عوامل تؤدي إلى تفاقم الأمراض في حالة وجودها وبالتالي فهي ترجع بفائدة كبيرة على صحة الفرد واستقراره النفسي.

وتوجد في هذا السياق معتقدات وأنماط معرفية مشتقة من تناولات اجتماعية -معرفية-سلوكية للشخصية (التفاوض،مركز التحكم،الفعالية الذاتية،.....الخ). ومن أهم متغيرات الوقاية أو المقاومة للآثار النفسية السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للضغوط النفسية واحداث الحياة الضاغطة والأزمات والاحباطات نجد متغير الصلابة النفسية Hardiesse أو Robustesse أو Endurance أو ما يعرف بقوة التحمل ، وتتكون الصلابة من مجموعة من الخصائص النفسية وهي: التحكم،الالتزام،والتحدي وهذه الخصائص من شأنها المحافظة على الصحة النفسية للأفراد و تجنب تدهور الحالة الصحية للمرضى ومساعدة الفرد

على التقليل من عواقب المرض ومرتباته ومواجهة كل التغيرات الحياتية الناتجة عن المرض. وبما أن مرض التصلب المتعدد مرض مزمن ناجم عن التهاب الجهاز العصبي المركزي، والاضطرابات الناجمة عنه تؤدي إلى تغيرات في الذاكرة، والانفعالات، واضطرابات في الحركة والتوازن والمريض يفقد التحكم في أعضائه، بالإضافة إلى أن مرض التصلب المتعدد لا يتوفر على علاج نهائي فالمريض يلجأ إلى تبني استراتيجيات للتكيف مع المرض ومواجهته و احد المتغيرات المتأثرة بالمرض والتي رأت اهتماما من رواد علم النفس الايجابي وهو متغير الصلابة النفسية الذي يرتبط بديناميكية ايجابية للتعامل مع الأوضاع الضاغطة عامة ووضعية المرض التي تمثل حالة من الضغط الدائم والمتواصل.

و قد قام الباحثون Z.G.Movaghar,J.Aslani,M.Mazdeh (2015)، بدراسة تنبؤية فيما يخص الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي لدى المرضى المصابين بالتصلب المتعدد،و التي شملت 108 مصابا ومصابة بالتصلب المتعدد و التي توصلت إلى نتائج أوضحت الدور الوقائي والمناعي للصلابة النفسية حيث أن المصابون بالتصلب المتعدد ذوي صلابة نفسية مرتفعة يساهمون في التقليل من الآثار السلبية للضغط وذوي الدعم الاجتماعي يتميزون بصلابة نفسية مرتفعة وإدراك الدعم الاجتماعي يؤثر ايجابيا في الجانب الفيزيولوجي والنفسي ويحسن من الوضعية الاجتماعية للمصابين لأنه يؤدي إلى التكيف مع الوضعيات باختلافها والمرض خصوصا.

وبين Hadavand Khani et al ان للصلابة النفسية علاقة ايجابية قوية مع الصحة العقلية للمصاب كما ان وجود الدعم الاجتماعي يؤدي إلى درجات مرتفعة في معدل نوعية الحياة وهذا يدل على الأثر الايجابي للصلابة النفسية في الصيرورة التكيفية للفرد مع أحداث الحياة الضاغطة و المرض .

(Avicenna.J Neuro Psych Physio,2015).

كما أظهرت العديد من الدراسات في الآونة الأخيرة أن اختلاف الأفراد في مواجهة المرض أو الضغوط الناجمة عنه قائم على اختلاف الأفراد في استعمالهم لمصادرهم النفسية ومهاراتهم المعرفية للتأقلم والتعايش مع المرض.

وفي هذا الجانب يرى كل من لازاروس و فولكمان (1984) أن المواجهة تشير إلى الجهود المعرفية والانفعالية والسلوكية التي تهدف إلى إدارة الأحداث التي ترهق قدرة الفرد على الضبط والتكيف، وقد ميز لازاروس وفولكمان بين نوعين أساسيين من المواجهة وهما المواجهة المتمركزة حول المشكل، التي تتجه إلى حل المشكلة المعنية، أو على التأثير على الموقف الذي يعتقد بأنه مرهق، وبالتالي تعديل العلاقة المضطربة بين الشخص والمحيط. و فيما يخص إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال فتسعى إلى تنظيم الانفعالات السلبية، حيث تتم محاولة تخفيض حالة التوتر التي يعيشها الفرد على أنها مرهقة له، والتي تتميز بالانفعالات المرهقة كالقلق والغضب.

ويرى شفارتسر وآخرون سنة 1989 أن المواجهة المتمركزة حول المشكل والمواجهة المتمركزة حول الانفعال، هي ميول أو خيارات مواجهة خاصة بالموقف، تتأثر بدرجة ما بسمات الشخصية، ظروف المحيط بما في ذلك الثقافية، الاجتماعية أيضا. وتتشكل مثل هذه التفضيلات لاستراتيجيات المواجهة بناء على الخبرات في المحيط مع مواقف مطلوبة مشابهة. (موسى، رشاد، 1998).

وقد بين لازاروس و فولكمان سنة (1984) أن المواجهة المتمركزة حول المشكل لا تكون نشطة إلا إذا كانت الوضعية تحت الضبط والسيطرة، حيث يعتبر تقييم درجة القدرة على ضبط الموقف عاملا مهما لتحديد استراتيجيات المواجهة المناسبة. فقد بينت نتائج بعض الدراسات أن الأفراد الذين لديهم إحساس عالي بالضبط والقدرة على التأثير على الأحداث في حياتهم وكذا السيطرة على الضغوط التي يتعرضون لها يستخدمون استراتيجيات سلوكية معرفية محكمة لضمان نفوذهم وسيطرتهم على الأحداث.

و ظلت فعالية المواجهة صعبة التقييم من الناحية الصحية والمرضية، ولكن يمكنها أن تؤثر في الصحة من خلال طريقتين واضحتين، فقد أثبت لازاروس وفولكمان (1984) أن المواجهة يمكن أن يكون لها تأثير على الصحة الجسمية، في حالة ما إذا استطاعت التأثير على تواتر، شدة، مدة ردود الفعل الفيزيولوجية المتعلقة بالضغط، وهذا لاسيما إذا كان الفرد يتعامل مع موقف غير متحكم فيه ولا يستطيع التصرف مع الوضعية الضاغطة. أو يمكن للمواجهة عموما التأثير مباشرة وسلبا على الصحة، حين يكون للفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوكيات الخطر. (Fischer et Tarquinio, 2014)

وفعالية المواجهة ليس لها أي ميزة آلية، ويجب أن تقدر بناء على تعددية المعايير التي تصبح وظيفية في حالة وليس بالضرورة في حالات أخرى. فالفعالية تبدو إذا مرتبطة بالشروط وبالكيفية التي تسمح فيها المواجهة للفرد أن يعدل أو ينقص من تأثير الوضعية الضاغطة على راحته الجسمية والنفسية. ومن هنا يتعين فحص ومعاينة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال في كل حالة. (Fischer et Tarquinio, 2014).

جاء هذا منذ سنوات التسعينات فالكثير من الأبحاث تناولت استراتيجيات المواجهة للمصابين بالتصلب المتعدد، الاستعمال المتكرر لاستراتيجيات المواجهة التجنبية (Evitant) لوحظ عند المصابين بالتصلب المتعدد النوع المتردد (Forme Rémittente)، حسب Warren et al (1999).

اما Wineman et al (1994) قارنوا المصابين بالتصلب المتعدد بمصابين ب Traumatisme Medullaire لم يلاحظوا فرق بين المجموعتين ولابدين أنواع استراتيجيات المواجهة المستعملة، لكن فيما يخص المجموعتين برز متغير عدم القدرة على التنبؤ (L'imprevisibilité) الذي يمثل استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال وهذا مهما كان نوع المرض.

أما فرقة بحث Beatty et al (1998) لاحظت أن المصابين بالتصلب المتعدد يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال عندما يتواجدون في وضعية ضاغطة لها علاقة مع المرض مقارنة بالوضعيات الضاغطة اليومية، أبرزت نتائج هذه الدراسة علاقة ارتباط مابين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والحصر النفسي.

ووجد الباحثون أيضا علاقة مابين مهارات المصابين بالتصلب المتعدد وقدرة التكيف مع المشاكل اليومية والاستعمال الانتقائي لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل. وفي نفس الدراسة تبين وجود علاقة ارتباطيه ايجابية مابين المستوى الروحي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي. (Coupè, 2010).

حسب Jean et al (1997)، هناك علاقة ارتباطيه موجبة مابين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والاكتئاب.

ودراسة Kroencke et Deney (1999) حول استراتيجيات المواجهة للمصابين بالتصلب المتعدد في الوضعيات الضاغطة، تضمنت الدراسة ثلاثة مجموعات من المصابين: المصابين في مرحلة الهجمات المصابين في مرحلة سبات ومصابين مزمنين وبينت النتائج عدم وجود فرق بين المجموعات الثلاثة.

ونجد في الأدبيات التي تناولت موضوع التصلب المتعدد دراسات عديدة تبحث في إبراز نماذج لاستراتيجيات المواجهة الفعالة وغير الفعالة بالنسبة للتوظيف النفسي والمواجهة مع المرض. أما إعادة البناء المعرفي، البحث عن المعلومات، خطة العمل أو إعداد أهداف معينة (استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل) فتعد استراتيجيات تعامل نشطة. (Aikens et al(1997), Baker et al(1998), Mohr et al(2001)).

لكن عكس ذلك بعض استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مثل: الإنكار، التجنب، تأنيب الذات تدل على مواجهة سلبية ونوعية حياة متدهورة. (Motel et al,1999),Schwartz(1997),Jean et al (2007) Burnenger (2007). نقلا عن (Coupé,2010).

و ظهرت أبحاث أخرى متعلقة بأساليب المواجهة لدى المصابين بالتصلب المتعدد أظهرت أن نوع استراتيجيات المواجهة يتأثر بنوعية المعلومات المدركة من طرف المريض حين الإعلان عن التشخيص. حسب (Lode et al,2007)، فالمصابين الذين تكون لديهم ادراكات حسنة ومرضية للمعلومات المقدمة في أول المرض يستعملون اقل الاستراتيجيات التجنبية ويميلون أكثر للاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل (البحث عن المعلومات، تخطيط النشاطات). (Coupé,2010).

وبين Couson-Gelie (2000)، في دراسة تنبؤية لـ 75 مراهقة تعاني من سرطان الثدي ان استراتيجيات المواجهة تلعب دور وسيط في العلاقة ما بين شخصية الافراد (المصابين) ونوعية الحياة لديهم بعد سنتين من التأكد من تشخيص المرض. المصابين يتميزون بقلق سلبي يؤدي بهم لاستعمال استراتيجيات مواجهة للتشخيص من نوع اليأس وهذا ماينتج نوعية حياة متدهورة. والدور الوسيط الذي تلعبه استراتيجيات المواجهة يبرز ما بين الصحة الجسدية ونوعية الحياة. (N.Rasclé,S.Irachabel,2001)، Vol64، PUF، ص 97-118).

ويرز الدور الوسيط لاستراتيجيات المواجهة في مجال الضغط المهني، والحراك الوظيفي وثقة الفرد في قدراته لضبط الأحداث (مركز الضبط الداخلي)، الذي يحفز استعمال استراتيجيات المواجهة الیقظة وينمي الرضي المهني وفي نفس السياق غياب السند الاجتماعي المدرك يؤدي إلى استعمال استراتيجيات مواجهة تجنبية وهذا ما يزيد من الضغط ويقلل من الجودة المدركة (Rasclé,2000).

وتشمل مهارات الاتصال تلك العملية التي يتقاسم من خلالها الأفراد مع بعضهم البعض المعلومات والأفكار والمشاعر عبر تبادل الرسائل اللفظية وغير اللفظية، وتتكون هذه المهارات من أخرى فرعية (أوجزئية) تتعلق بادراك الرسائل اللفظية وغير اللفظية، وتنظيم الانفعالات، والإصغاء، وامتلاك البصيرة خلال التواصل والتضامن. وهي في جملتها تشكل المبادئ الأساسية للتواصل، وهي ذات الأهمية الكبرى، إذ يؤدي نقصانها إلى الشعور بالوحدة، والقلق الاجتماعي والاكتئاب (Ghorbanshiroudjet al, 2001).

ويزخر علم النفس بالأمثلة التي تبين مدى تأثير الخبرات الانفعالية الايجابية على الطريقة التي يدرك بها الأفراد ويترجمون بها سلوكياتهم الاجتماعية، وكذا على الكيفية التي يبدوون بها تفاعلاتهم، فلقد توصل Sedikides (1995) et Forgas (2002) إلى أن ذوي الوجدان الايجابي أكثر ايجابية في تقييمهم لأنفسهم وللآخرين، وأنهم متسامحون ويتصرفون بثقة، ومتفائلين وكرماء ضمن علاقاتهم الاجتماعية، وبالتالي فإن للمشاعر الايجابية تأثيرا على الأداء الإدراكي وكذا على التقييم المعرفي والعلاقات الاجتماعية.

إن اكتشافات كهذه تدعم دون شك نظرية "توسيع وبناء الانفعالات الايجابية" (Frederickson's) والتي تفترض بان التأثير الانفعالي الايجابي المتكرر يوسع من العمليات المعرفية، ويؤسس لمصادر مواجهة دائمة. (Huppert, 2005).

ولقد أدى التقدم التكنولوجي إلى تغييرات كبرى في نمط الحياة، ومع تزايد المواقف العصبية المحبطة وغير السارة (ذات تأثير سلبي) على صحة الفرد نلاحظ أن الشعور بالعجز والانفعالات السلبية كالضغط و الاكتئاب، تضعف الجهاز المناعي، فالضغط يسرع ويصعب من عملية ضخ الدم للقلب عبر الشرايين فتتجم عنها حالة (قصور تروية عضلة القلب). وبالمقابل تساهم الانفعالات الايجابية بشكل كبير في الصحة النفسية والجسدية، فالضحك يولد انفعالات ايجابية والتي بدورها تساعد في تحسين وظيفة الجهاز

المناعي، إذ تعمل الدعابة والضحك كدفاعات أولية في المواقف الضاغطة، وتشير الدراسات إلى أن الأشخاص القادرين على الاحتفاظ بميزاج إيجابي، يتمتعون بجهاز مناعي قوي.

وتتأثر الصحة النفسية والجسدية بتقدير الذات، وبفاعلية الذات، ويسرع التفاؤل الشفاء في حالات جراحة القلب وسرطان الثدي، ويعزز التكافل الاجتماعي من خلال السعادة والرؤية الذاتية الإيجابية وبطيل الحياة ويدعم مواجهة المواقف الضاغطة. (Luneski, Panagios et al, 2008).

ويرى Gardner (2005) أن العواطف (الانفعالات) الجيدة تجعلنا نمتلك إدراكا إيجابيا والعكس صحيح، فالعمليات الانفعالية تؤثر على الوظائف العصبية النفسية، فحينما نكون بحالة ميزاجية حسنة نتذكر اللحظات المفرحة في حياتنا، وحينما نكون بحالة ميزاجية سيئة نتذكر تلقائيا اللحظات المحزنة. (Darwish, Nasrollah, 2011)

ولقد تزايد الاهتمام خلال السنوات الأخيرة بالكيفية التي تؤثر بها الخبرات والاستجابات الانفعالية على كل من الصحة النفسية والجسدية، فقد أشارت الأبحاث في هذا المجال إلى أن الحالة الانفعالية السلبية ترتبط بأنماط غير صحية من الأداء النفسي، في حين ترتبط الحالة الانفعالية الإيجابية بأنماط الاستجابات الصحية في كل من نشاط القلب والجهاز المناعي.

وبالإضافة إلى ذلك فقد اثبتت الدراسات الموسعة في علم النفس الصحة تأثير الحالة الميزاجية السلبية والخبرات الانفعالية غير السارة على عدد من العادات والسلوكيات غير الصحية كالتدخين والخمر (Mohammady et al, 2009).

وتؤكد دراسة Kamran Nazhat أن الانفعالات المشوشة ضارة بالصحة، إذ تبين أن أفراد العينة كانوا يعانون من ضغط مزمن وفترات طويلة من الحزن والتشاؤم، وتوتر دائم أو عداوة أو طباع حادة

وشكوك، هؤلاء يتعرضون ضعف ما يتعرض له غيرهم لخطر الإصابة بالأمراض أو التهاب المفاصل والصداع، وقرح المعدة ومرض القلب، وهذا يجعل الانفعالات المزعجة تماثل سموما خطيرة كالتدخين وارتفاع نسبة الكوليسترول (ابو رياش، وآخرون، 2006).

ولقد تبين أن أحد الوسائط الفيزيولوجية الكامنة وراء العلاقة بين التأثير الإيجابي والبقاء على قيد الحياة هو الجهاز المناعي، فعلى سبيل المثال فإن الإفراز المطول وبمستويات عالية لهرمون الكورتيزول أثناء الضغط يضر بوظيفة الجهاز المناعي.

ذهب Davidson إلى القول بأن ذوي الانفعالات الإيجابية لديهم مستوى أعلى في الوظيفة المناعية مقارنة بذوي الانفعالات السلبية، وأثبت أن التدخل الذي يزيد من العواطف الإيجابية يرتبط بتعزيز وظائف الجهاز المناعي وينطوي هذا التدخل على تدريب المتطوعين في مجال تقنيات التأمل الذهني ثم إعطاؤهم لقاح الأنفلونزا لدراسة مدى قوة رد فعل الأجسام المضادة للقاح، وبعد 6 أشهر أنتج الفريق المدرب على التأمل الذهني أجساما مضادة ضعف ما أنتجته المجموعة الضابطة وهي النتيجة التي تعزز بقوة فكرة أن الحالات الانفعالية الإيجابية تدعم وظيفة الجهاز المناعي. (Huppert, 2005).

وتوصلت Fataneh Naghavi et al (2010) إلى وجود علاقة ارتباطية بين الذكاء الانفعالي والاكسيتيميا (العجز عن التعبير عن العواطف)، فالمشكلة ليست في غياب الانفعالات وإنما في غياب القدرة عن التعبير في كلمات عن الانفعالات، إن هذا النموذج يعاني من القصور الشديد في المهارة الرئيسية للذكاء الانفعالي وهي الوعي بالذات ويترتب عن ذلك تجنبهم لأي خبرات مثيرة للانفعالات.

وهذا الاضطراب الشديد فيما يتعلق بالانفعالات يؤدي بهم إلى الشكوى الدائمة من المشكلات الصحية والتي هي في الحقيقة وفي معظم الأحوال مشاكل انفعالية، وهي الظاهرة المرضية التي تعرف بتحويل الأعراض النفسية لأعراض جسمية يمكن أن نطلق عليها السيكوسوماتية. (الأعسر، كفاي، 2000)

وأخيرا تشير بعض الأدلة إلى أن الأفراد الواعين بحالاتهم الانفعالية لهم أفضل انجازا تحت الضغوط مقارنة بمن يفتقرون لتلك القدرة، فلقد توصل Worchel (1979) إلى أن الأفراد القادرين على معرفة ووصف ردود أفعالهم الفسيولوجية التي يختبرونها تحت الضغط، يشعرون بكرب اقل حيالهم. وأشار كل من Gohm, Bauman et Shiezak (2001) إلى أن الأفراد القادرين على معرفة وتسمية ردود أفعالهم الانفعالية اتجاه الأحداث الضاغطة يمتلكون مصادر أكثر للانتباه والإخلاص في المهام.

وعليه فإن التقييم المعرفي هو واحد على الأقل من الآليات التفسيرية، فمن المرجح أن أولئك الذين بإمكانهم الاستبصار أو التأمل، وكذا تاطير خبراتهم معرفيا يطورون إحساسهم بالسيطرة والقدرة على التنبؤ بردود أفعالهم مقارنة بمن لا يستطيعون القيام بذلك. (Staal, 2004).

وفي هذا الجانب اهتم الباحثون في الفترة الأخيرة اهتماما كبيرا بمفهوم الذكاء الانفعالي وعلاقته بالمرض لما له من أهمية كبيرة في التنبؤ بكفاءة الأفراد في عملهم وحياتهم بصفة عامة. ودراسات اهتمت بالبروفيل الانفعالي والمعرفي في بداية التصلب المتعدد: تأثير فارق للانفعالات على الاداءات المعرفية (Petropoulou, 2006).

ولقد برز فيما يخص الأمراض المزمنة عامة تأثير العوامل الشخصية، المعرفية، الانفعالية في نوعية الحياة ، وبما أن مرض التصلب المتعدد مرض مزمن يحد من الأمل في العيش l'espérance de vie وهو مرض ذي اثر هام وجذري في حياة الشخص المصاب فهو يؤثر في استقلالية الفرد وعاداته اليومية وسلوكاته في العمل وفي المحيط العائلي و الاجتماعي ، وفي نوعية حياة الأشخاص المحيطين بهم . عموما تأثير التصلب المتعدد على الأشخاص المصابين هام جدا ويظهر مع التشخيص و بدايات المرض، وتفسيرات عديدة ممكن أن تسند للدرجات المنخفضة لنوعية الحياة للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد ابتداء من الملاحظات في السنوات الأولى من الإصابة مع الرغم انه في هذه المرحلة التأثير

لا يكون كبيراً بالنسبة للاستقلالية الجسمية - الحركية ، ولهذا فإن نوعية الحياة ترتبط مع المعوقات الناجمة عن الإصابة في الحياة اليومية .

حسب Rothwell et al (1994)، الصحة العقلية والصحة العامة والنشاط هي أبعاد نوعية الحياة الأكثر تأثراً بالنسبة للمجتمع عامة، ودراسة Vernay et coll (2000) توصلت انه عامة تأثير المرض على نوعية الحياة كان هاما جدا ، الباحثين وجدوا أن الأبعاد الأكثر تأثراً وتدهوراً هي النشاط الجسدي، محدودية الحالة الجسمية و الرضا الجنسي، في هذه الدراسة الرفاهية الانفعالية، الدعم الاجتماعي، الألم والنشاطات المعرفية كانت اقل تضرراً.

ورأى Nicoll et al (2001) أن نوعية الحياة متدهورة جدا عند 96 مصاب بالتصلب المتعدد خاصة فيما يخص البعد الجسدي. عموماً نوعية الحياة للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد كانت متدهورة جدا مقارنة بعامة المجتمع والمرضى الآخرين. (Coupè, 2010)

كما قام Mc Cabe et Mc Kern (2002) بمقارنة نوعية الحياة لـ 291 مصاب بالتصلب المتعدد و 381 فرد من المجتمع عامة، كان الهدف الأساسي من هذا البحث دراسة تأثير التصلب المتعدد على نوعية الحياة الذاتية والموضوعية للمرضى المصابين بهدف بناء برامج لمساعدتهم على التعامل الأمثل مع المرض ومعوقاته. ووجد الباحثون أن مستوى نوعية الحياة (الذاتية والموضوعية) كان متدهوراً جداً بالنسبة للمجتمع عامة والأبعاد الأساسية كانت نفسية وجسمية.

أما البحث الذي قام به Miller et Dishon (2006) وجد فروق معتبرة بين المجموعتين وخاصة في البعد الجسدي أكثر من البعد النفسي بالنسبة لنوعية الحياة، فرق بحث أخرى وجدت نفس النتائج فيما

يخص التصلب المتعدد الحميد (la forme bénigne) وبمدة مرض قصيرة. (Gottenberg et al, 2007).

وفي مجتمع يضم 135 مصاب بالتصلب المتعدد أوضحت دراسة لـ Montel et Bungener (2007) إن نوعية الحياة تتأثر فقط في الأبعاد الجسمية ولا تتأثر في الأبعاد النفس-اجتماعية.

لاحظ Dulovic et al (2007) أن النتائج المتحصل عليها في سلم نوعية الحياة SF-36 للمصابين بالتصلب تكون منخفضة مقارنة مع المصابين بداء السكري نوع II فيما يخص أبعاد التوظيف الجسدي والبعد الاجتماعي وتفسر هذه النتائج بأن داء السكري تنجم عنه معوقات أقل فيما يخص البعد الجسدي والتأثر يكون في مراحل متقدمة من الإصابة بداء السكري.

يرتبط النشاط الجسدي في معظم الأحيان بتحسين في نوعية الحياة فيما يخص التصلب المتعدد (Motl et Gosney, 2008) وهناك عوامل تؤثر في نوعية الحياة بصفة غير مباشرة وهي النشاط الجسدي (Motl et al, 2006; Motl et Snook, 2008).

درس Motl et al (2009) المتغيرات التي يمكن أن تفسر العلاقة بين النشاط الجسدي ونوعية الحياة لعينة تضم 292 مصاب بالتصلب، بالإضافة إلى نوعية الحياة والنشاط الجسدي تطرق الباحثون إلى التعب، الإعاقة، التعب، المزاج، الألم، الفعالية الذاتية والدعم الاجتماعي وأظهرت النتائج أن المصابين الذين يمارسون نشاطات جسمية كانت لديهم نتائج منخفضة فيما يخص الإعاقة والاكتئاب والتعب والألم، ونتائج مرتفعة في الدعم الاجتماعي والفعالية الذاتية والنشاط الجسدي الدائم، وبالتالي هؤلاء المرضى يتمتعون بنوعية حياة جيدة، وكنتيجة النشاط الجسدي له تأثير غير مباشر على نوعية الحياة.

(Chahraoui et al, 2010) أجريت تقييما لنوعية الحياة الذاتية لدى 61 مصاب بالتصلب المتعدد بالأخذ بعين الاعتبار مؤشرات الرضا والضرورة لمختلف مجالات الحياة.

أما في دراسة لبروفيل نوعية الحياة الذاتي (PQDVS) يظهر أن التعب والألم مؤثران مدركان من طرف المصابين بعدم الرضا ووجد الباحثين أيضا مستويات منخفضة جدا فيما يخص الأبعاد النفسية (تركيز، تفكير، تقدير الذات، المعاش النفسي والقدرات المعرفية والفكرية) وكذلك الأبعاد الاجتماعية (العلاقات مع الأفراد، الأصدقاء الحياة المهنية) والبعد الجسمي (الصحة الجسمية، التنقل، الحياة الجنسية) (Coupé, 2010).

والمصابين بالتصلب المتعدد يعبرون عن الرضا فيما يخص الفريق العلاجي من حيث المعلومات والنصائح المقدمة في مجال العلاج والدعم الاجتماعي والعائلي والحياة الزوجية والعلاقات مع المقربين وهذه المجالات تدرك من طرف المصابين بأنها أكثر ضرورة بالإضافة إلى الحياة المهنية والمجال الجسمي، لا يوجد فرق بين النساء والرجال فيما يخص الرضا عامة المرتبط بنوعية الحياة الذاتية ولكن عدم الرضا كان مرتبط بالتعب بالنسبة للنساء والحياة الزوجية بالنسبة للرجال.

لاحظ الباحثون (Charaoui et al, 2010) إن المصابين المعبرين بعدم الرضا كانوا يتميزون بدرجات قلق معتبرة واكتئاب والدراسات تعبر عن علاقة بين درجة الإعاقة ونوعية الحياة، وأخيرا المصابين الذين يحافظون على العمل يمثلون درجات رضا مرتفعة وبالتالي يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة. (Coupé, 2010).

ومما تم التطرق اليه وكل هذه المعطيات تجعلنا نطرح التساؤلات التالية:

1. هل هناك علاقة ارتباطيه متعددة دالة إحصائيا بين كل من الدرجة الكلية للصلابة

النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة

لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

2. ماهو دور الصلابة النفسية في العلاقة المتعددة بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية

واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى

المصابين بالتصلب المتعدد؟

3. هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين كل من الدرجة الكلية للصلابة النفسية

والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

4. هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة

حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

5. هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة

حول حل المشكل والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

6. هل هناك علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائيا بين كل من الدرجة الكلية للذكاء

الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية

الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

7. ماهو دور استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل في العلاقة المتعددة بين

الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل

والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

8. هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي

والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

9. هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي

واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

10. هل هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للصلاية

النفسية والدرجة الكلية للذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد؟

2-فرضيات البحث:

للإجابة عن التساؤلات السابقة نطرح الفرضيات الآتية:

1. توجد علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للصلاية النفسية

واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى

المصابين بالتصلب المتعدد.

2. الصلاية النفسية هو المتغير الأكثر وزنا في العلاقة المتعددة بين الدرجة الكلية

للصلاية النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية

لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

3. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للصلاية النفسية والدرجة

الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

4. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول

حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

5. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والدرجة الكلية للصلابة النفسية لدى المصابين بالتصلب المتعدد.
6. توجد علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.
7. استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل هو المتغير الأكثر وزنا في العلاقة المتعددة بين الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.
8. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.
9. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل لدى المصابين بالتصلب المتعدد.
10. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية للذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

أهداف وأهمية البحث:

يهدف البحث إلى:

*التعريف بهذه الفئة من المجتمع والتعرف على معاناتهم الجسمية، النفسية والاجتماعية.

*التحقق من مساهمة الصلابة النفسية في تحديد نوعية حياة المصابين بالتصلب المتعدد.

*التحقق من مساهمة الذكاء الانفعالي في تحديد نوعية حياة المصابين بالتصلب المتعدد.

*التحقق من دور الوسيط الذي تلعبه استراتيجيات المواجهة في العلاقة بين الذكاء الانفعالي ونوعية

الحياة للمصابين بالتصلب المتعدد.

*ونأمل أن يساهم هذا البحث في إثراء بحوث أخرى لها علاقة بالموضوع.

أهمية البحث:

إن هذا البحث يعتبر ذا أهمية نظرا للعلاقة الوطيدة التي تربطه بإشكالية التخصص، إذ نعالج احد المحاور الأساسية لعلم النفس الصحة، فطرح إشكالية مدى مساهمة الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي في تحديد مستوى نوعية حياة المرضى المصابين بالتصلب المتعدد والدور الذي ممكن أن تلعبه استراتيجيات المواجهة في العلاقة ما بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي من جهة ونوعية الحياة من جهة أخرى تحمل إجابات فيما يخص تناول علم النفس الصحة للفرد من الناحية البيولوجية- النفسية - الاجتماعية، ومن ناحية إيجاد وسائل تمكن الفرد من التكيف مع المرض والاستغلال الأمثل لمصادره النفسية والانفعالية بهدف الوقاية والتقليل من معوقات المرض.

ومن جهة أخرى: تبرز أهمية هذا الموضوع لكونه يترجم إلى حد ما فضولي كباحثة استوقفتني تساؤلات حول العلاقة التي ممكن أن نرصدها ما بين أبعاد الصلابة النفسية ومكونات الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة لدى المرضى المصابين بالتصلب المتعدد ودور استراتيجيات المواجهة في هذه العلاقة، والتي رايتها دراسة تستحق أن تكون موضوع لبحث في قسم الدكتوراه ممكن أن أفيد به مكتبة كلية علم النفس فتكون مصدر لدراسات نغنى بها تخصص علم النفس الصحة.

*وتكمن أيضا: أهمية هذا الموضوع في كونه يحمل إجابات لمشكل صحي زاد انتشاره في المجتمع الجزائري وأصبح ضمن قائمة أمراض الصحة العمومية فيتطلب منا تناوله بالتحليل والدراسة لمساعدة الفاعلين في الميدان على التعامل مع هذا المرض وتطوراتهِ.

مصطلحات الدراسة :

***الصلابة النفسية:** مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد او اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية كي يدرك بفاعلية احداث الحياة الضاغطة ادراكا فير محرفا او مشوها، ويفسرهما بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو ايجابي. (Maddi, 2013).

-**التعريف الإجرائي للصلابة النفسية:** تعرف الصلابة النفسية اجرائيا في البحث الحالي من خلال الدرجات التي يتحصل عليها الفرد بعد اجابته على بنود مقياس الصلابة النفسية الذي وضعها:

مخير.ع (2002) والتي تقيس الصلابة النفسية في ثلاثة ابعاد : الالتزام-التحكم-التحدي.

***الذكاء الانفعالي:** يعرف الذكاء الانفعالي بانه قدرة الفرد على ادراك مشاعره ومشاعر الاخرين من اجل تحفيز نفسه وادارة انفعالاته بطريقة جيدة داخل نفسه وفي علاقته مع الاخرين. (Golman, 2011)

-**التعريف الإجرائي للذكاء الانفعالي:** يعرف الذكاء الانفعالي إجرائيا في البحث الحالي من خلال التقدير الذاتي للفرد لدرجة الذكاء الانفعالي التي يتحصل عليها الفرد من درجات مقياس الذكاء الانفعالي التي وضعها: Schutt et all (1998) والمعدل من قبل Austin et all (2004) وهو يقيس الذكاء الانفعالي من خلال 4 عوامل: عامل استخدام الانفعالات-عامل تقدير الانفعالات-عامل تنظيم الانفعالات-عامل المهارات الانفعالية الاجتماعية.

***نوعية الحياة:** كما تعرفها منظمة الصحة العالمية بأنها حالة من الكمال والراحة الجسمية،العقلية،والاجتماعية وليست فقط غياب المرض والعجز.(OMS ,1984).

-التعريف الإجرائي لنوعية الحياة: تعرف نوعية الحياة إجرائيا في البحث الحالي من خلال قياس ناتج الصحة الذي يشتمل على تقييم التغيير الإكلينيكي ورفاهية أوسع ومدى قدرة الأفراد على إدراكهم لموقعهم ولأهدافهم،توقعاتهم،ومعاييرهم واهتمامهم،وهذا من خلال مقياس نوعية الحياة المعتمد من منظمة الصحة العالمية والذي يقيس نوعية الحياة من خلال 5محاور: الصحة العامة-الصحة الجسمية-الصحة النفسية-المحيط-العلاقات الاجتماعية.

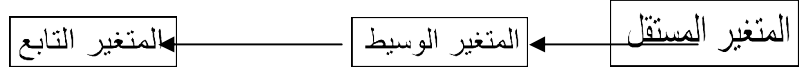
*** استراتيجيات المواجهة:**هي عمليات مرنة،شعورية،تختلف وتتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف،متجهة نحو الواقع سواء داخليا او خارجيا،وظيفتها تسمح للفرد بتسيير وتخفيض او تحمل الضغوط الناتجة عن احداث الحياة.(Schweitzer,2014).

-التعريف الاجرائي لاستراتيجيات المواجهة: تعرف استراتيجيات المواجهة اجرائيا في البحث الحالي بعد تقييم استراتيجيات المواجهة التي يلجا اليها الفرد في وضعية ضاغطة من خلال الاجابة على بنود مقياس استراتيجيات المواجهة من اعداد : Cousson et all (1996) ويضم 3استراتيجيات :

مواجهة متمركزة حول حل المشكل-مواجهة متمركزة حول الانفعال-مواجهة متمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي.

***التصلب المتعدد:** يعرف مرضى التصلب المتعدد في هذا البحث، بأنهم المرضى الذين شخصوا بمرض التصلب المتعدد من قبل أطباء متخصصين في طب الأعصاب، وذلك بعد القيام بمجموعة من الفحوصات اللازمة وتكون الأعراض قد دامت أكثر من 6 اشهر .

***المتغير الوسيط:** المتغير الوسيط هو متغير يتوسط متغيرين (مستقل وتابع). يكون المتغير المستقل (المنبه) نقطة بداية تأثير المتغير الوسيط الذي بدوره يؤثر في المتغير التابع (الاستجابة).



تظهر أهمية المتغيرات الوسيطة في البحوث الكشفية فهي تشرح كيف ولماذا تظهر تأثيرات المتغير المستقل في المتغير التابع. هي متغيرات خاصة بالفرد (سياقات معرفية: بناء المعنى)، إذا كانت المتغيرات المعدلة تحدد الظروف التي تظهر فيها بعض التأثيرات فإن المتغيرات الوسيطة تشرح لماذا وكيف تظهر هذه التأثيرات. (بوحفص، ع، 2016).

الجانب النظري

الفصل الأول:

التصلب المتعدد

محتوى الفصل :

تمهيد

1. تقديم الجهاز العصبي
2. وظيفة الجهاز العصبي المركزي.
3. اضطرابات الجهاز العصبي.
4. تعريف التصلب المتعدد.
5. أعراض التصلب المتعدد.
6. أسباب الإصابة بمرض التصلب المتعدد.
7. الفحوصات التشخيصية لمرض التصلب المتعدد.
8. أنواع مرض التصلب المتعدد.
9. علاج مرض التصلب المتعدد.
10. مسار مرض التصلب المتعدد.
11. سيكولوجية مرضى التصلب المتعدد.

خلاصة الفصل

تمهيد

بما ان مرض التصلب المتعدد مرض عصبي التهابي مزمن يصيب الجهاز العصبي المركزي فتجدر الإشارة الى مختلف الاجهزة العصبية، فلا بد من تعريف الجهاز العصبي (الارادي واللاارادي) وذلك لان الاصابة في التصلب المتعدد تشمل الجهاز العصبي المركزي، المخ، والحبل الشوكي.

1. تقديم الجهاز العصبي:

هو الجهاز الذي ينظم أوجه النشاط المتباين الذي تقوم به أعضاء الجسم المختلفة ويتعاون في هذا المجال مع الجهاز الهرموني ويعتبر الجهاز العصبي من أهم الأجهزة بالجسم وأكثرها تعقيداً، يقسم الجهاز العصبي إلى ثلاثة أجزاء:

* **الجهاز العصبي المركزي:** ويتألف من المخ وهو الدماغ والحبل الشوكي .

* **الجهاز العصبي الطرفي:** ويقع خارج الجهاز العصبي المركزي ويتكون من الأعصاب الدماغية والأعصاب الشوكية ويقوم هذا الجهاز بنقل الإشارات العصبية من أعضاء الحس وأعضاء الجسم الأخرى إلى الجهاز العصبي المركزي ومن الجهاز العصبي المركزي إلى أعضاء الحركة.

* **الجهاز العصبي الذاتي:** ويرتبط هذا الجهاز بغدد الجسم المختلفة والعضلات اللاإرادية الموجودة بالأحشاء.

* **الخلية العصبية:** تعتبر الخلية العصبية خلية متخصصة بلغت أعلى درجات التخصص.

* **خصائص الخلية العصبية:** وللخلية العصبية خاصيتان أساسيتان هما: الاستثارة،

التوصيل. (عكاشة، 2005).

فالخلية العصبية قادرة على استقبال المؤثرات الحسية سواء من البيئة الخارجية أو الداخلية ولها القدرة على توصيل الإشارات العصبية إلى أجزاء الجسم المختلفة التي تستجيب لتلك المؤثرات وبذلك تعمل الخلية العصبية على التنسيق والتكامل بين نشاطات الأعضاء المختلفة، والخلية العصبية صغيرة الحجم جداً وتتكون من جسم الخلية وبروزات بروتوبلازمية تخرج من جسم الخلية تسمى زوائد الخلية. ويحتوي جسم الخلية على نواة صغيرة بداخلها نوية أصغر ويحيط بالنواة سائل السيتوبلازما الذي يحتوي على حبيبات دقيقة تسمى حبيبات نيسل التي لا توجد إلا في الخلايا العصبية فقط وأيضاً يحتوي السيتوبلازما على جهاز جولجي والميتوكوندريا.

***الفعل الانعكاسي:** هو أبسط أنواع النشاط العصبي ويظهر هذا النشاط على شكل حركة أو إفراز وأساس هذا الفعل الانعكاسي هو ما يسمى بالقوس الانعكاسية وأبسط مثال للفعل الانعكاسي هو ما يحدث عندما تلمس اليد جسماً ساخناً حيث يلاحظ أن اليد تتحرك بسرعة بعيداً عن الجسم. (Kinugawa, 2006).

ويتكون القوس الانعكاسي من خمسة أجزاء وهي:

1. عضو الاستقبال مثل أحد أعضاء الحس.

2. خلية عصبية حسية.

3. خلية عصبية رابطة.

4. خلية عصبية حركية.

5. عضو استجابة مثل عضلة أو غدة.

***الجهاز العصبي المركزي:** يتكون الجهاز العصبي المركزي من: المخ، الحبل الشوكي.

-**المخ:** يعد المخ أكبر جزء في الجهاز العصبي المركزي ويشغل حيزاً كبيراً من الجمجمة ويبلغ وزن المخ عند الولادة 350 غرام ولكن يزن في الرجل البالغ حوالي 1400 غرام ويقل وزنه قليلاً في المرأة و تحيط

بالمخ ثلاثة أغشية وظيفتها الوقاية والتغذية وهي من الداخل إلى الخارج الأم الحنونة والعنكبوتية والأم الجافية ويطلق على هذه الأغشية مجتمعة اسم الأغشية السحائية.

-**الأم الحنونة:** وهي عبارة عن غشاء رقيق جداً يغلف المخ مباشرة ويتخلل جميع تجاعيده وعن طريق هذا الغشاء تنتشر الأوعية الدموية في المخ.

-**الأم الجافية:** وهي عبارة عن غشاء سميك ليفي يبطن السطح الداخلي لعظام الجمجمة.

-**الأم العنكبوتية:** وهي تلي الأم الجافية إلى الداخل غشاء رقيق يفصل بينها وبين الأم الحنونة ويسمى العنكبوتية ويفصل بين هذا الغشاء والأم الحنونة فراغ يسمى الفراغ تحت العنكبوتية ويملاً هذا الفراغ سائل يسمى السائل المخي الشوكي ويوجد هذا السائل أيضاً في قناة الحبل الشوكي، كما يملأ تجاويف المخ ويحمي هذا السائل المخ من آثار الحركات العنيفة والصدمات المختلفة كما يساعد على المحافظة على ضغط ثابت داخل الدماغ.

ويتألف المخ من ثلاثة أجزاء رئيسية هي نصفي الكرة المخي والمخيخ وساق المخ:

-**نصفي الكرة المخي:** تمثل الجزء الأكبر من المخ وتتركب من نصفين أيمن وأيسر يتوسطهما شق طولي ويطلق على كل فص اسم نصف الكرة المخي ويتميز السطح الخارجي للقشرة المخية بوجود عدة تعرجات وينقسم كل نصف كرة مخي إلى أربعة فصوص بواسطة شقوق غير عميقة وهذه الفصوص هي الأمامي والجداري والصدغي والخلفي وتقوم القشرة المخية بوظائف هامة ترتبط بالأمور التالية:

. الإحساس الشعوري ، الحركات الإرادية.، التعلم والذاكرة.(عكاشة،2005).

ويلاحظ أن كلاً من هذه الوظائف يرتبط بمركز خاص يقع في مكان محدد من القشرة المخية فمركز الإبصار يقع في الفص الخلفي للمخ بينما يوجد مركز السمع في الفص الصدغي ومركز الحركة في الفص الجداري ومركز الإحساس بالحرارة واللمس والضغط في الفص الأمامي.

***المخيخ:** يعتبر المخيخ أكبر جزء في المخ بعد نصفي الكرة المخي وكلمة مخيخ تعني المخ الصغير،

ويوجد المخيخ في الجهة الخلفية للمخ أسفل الفص الخلفي للمخ ويحتوي المخيخ على مادة بيضاء في الداخل مكونة من ألياف عصبية ومادة رمادية في الخارج مكونة من أجسام الخلايا العصبية تسمى بقشرة المخيخ، ويؤدي المخيخ دوراً هاماً في تنظيم الحركات الإرادية وإذا أصيب الإنسان بورم في المخيخ فإنه يفقد توازنه ولا يستطيع القيام بحركات إرادية متزنة والمخيخ يحفظ توازن الجسم بالتعاون مع الأذن الداخلية وعضلات الجسم بالإضافة إلى أنه ينظم الحركات الإرادية ويعمل على التنسيق بينهما.

***ساق المخ:** هو أصغر أجزاء المخ ويتألف من المخ الأوسط والقنطرة والنخاع المستطيل. تمر خلال ساق المخ الألياف الحسية التي تنقل الإشارات العصبية من الحبل الشوكي إلى أجزاء المخ الأخرى كما تمر فيه الألياف الحركية التي تحمل الإشارات العصبية من المخ إلى النخاع الشوكي بالإضافة إلى ذلك توجد في ساق المخ عدة مراكز انعكاسية ضرورية للحياة يطلق عليها مجتمعة اسم المراكز الحيوية وأهم هذه المراكز، المراكز التالية:

1. المراكز التنفسية.
2. المراكز القلبية.
3. المراكز المنظمة لحركة
4. الأوعية الدموية.
5. مراكز البلع والقيء والسعال.

ويتضح من ذلك أن ساق المخ جزء هام وضروري للحياة لوجود المراكز الحيوية فيه.(Perkin,2002).

***الحبل الشوكي:** هو جزء من الجهاز العصبي المركزي الذي يمتد داخل القناة الشوكية، والقناة الشوكية عبارة عن قناة توجد داخل الفقرات على طول العمود الفقري يبدأ الحبل الشوكي من النخاع المستطيل في جذع المخ ويمتد إلى نهاية الثلثين العلويين من العمود الفقري ويبلغ طوله نحو 45 سم والحبل الشوكي مجوف من الداخل لوجود قناة ضيقة فيه تسمى القناة المركزية ويجري فيها السائل الدماغي الشوكي.

يوجد في منتصف السطح الظهري للحبل الشوكي شق وسطي يقابله شق آخر في منتصف السطح البطني ويقسم هذان الشقان الحبل الشوكي إلى نصفين متماثلين تماماً ويتركب نسيج الحبل الشوكي من طبقتين ، الداخلية منها هي المادة الرمادية وبها أجسام الخلايا العصبية والزوائد الشجرية والخارجية هي المادة البيضاء وقوامها الألياف العصبية.

تبدو المادة الرمادية للحبل الشوكي أن لها قرنين ظهريين رفيعين وقرنين بطنيين عريضان يدخل الحبل الشوكي بالقرب من السطح الجذر الظهري للعصب الشوكي في القرن الظهري بينما يخرج الجذر البطني للعصب الشوكي من القرن البطني توجد ألياف المادة البيضاء للحبل الشوكي على شكل حزم أو مسارات لكل منها وظيفتها الخاصة ويطلق على المسارات التي تحمل الإشارات العصبية إلى المستويات العليا من الحبل الشوكي إلى المخ اسم المسارات الصاعدة بينما تسمى المسارات العصبية من المخ إلى الحبل الشوكي المسارات النازلة.

وظائف الحبل الشوكي: إن الحبل الشوكي هو المركز الرئيسي للأفعال الانعكاسية، وتقوم المادة الرمادية الموجودة بالحبل الشوكي بهذه الوظيفة وتوجد في الحبل الشوكي مراكز لمئات الأقواس الانعكاسية ويطلق على الأفعال الانعكاسية التي تنتج عن أقواس انعكاسية تقع مراكزها في الحبل الشوكي اسم انعكاسات الحبل الشوكي.

كما يعمل الحبل الشوكي كناقل أو موصل للإشارات العصبية حيث ينقل الإشارات العصبية من أجزاء الجسم المختلفة إلى المراكز الرئيسية في المخ كما يوصل الإشارات العصبية من المخ إلى أجزاء الجسم

المختلفة، وتقوم المادة البيضاء بهذه الوظيفة (Richard,Camps,Eugèn,Gauthier,et)

(Gioanny,2013).

الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي) : ينظم هذا الجهاز النشاطات التي لا تقع تحت إرادة الإنسان فهو

يتصل بغدد الجسم المختلفة وعضلة القلب والعضلات الملساء وغير الإرادية التي توجد في جدار

الأعضاء التي تكون في مجموعها ما يعرف باسم الأحشاء مثل القناة الهضمية والمثانة والحالبين

والقصبية الهوائية والأوعية الدموية.

ويتكون الجهاز العصبي الذاتي من جزئين: الجهاز السمبتاوي والجهاز جار السمبتاوي ويتكون كل جزء

بدوره من مجموعة من العقد العصبية والأعصاب.

الجهاز العصبي السمبتاوي:ويمكن مشاهدته بالعين المجردة في الجهاز العصبي لحيوان مشرح ويتكون

الجهاز من جذعين سمبتاويين يوجدان على طول جانبي العمود الفقري وعلى امتداد كل جذع توجد عدة

انتفاخات هي العقد السمبتاوية وتوجد هذه العقد في المنطقتين الصدرية والقطنية فقط من الحبل الشوكي.

وظائف الجهاز العصبي السمبتاوي:يعمل هذا الجهاز عمل جهاز الطوارئ فالإشارات العصبية التي

تحملها الألياف السمبتاوية تسيطر على العديد من أعضاء الجسم الداخلية وتحدث فيها من التغييرات ما

يساعد الجسم على مجابهة الظروف الطارئة أو المفاجئة التي يتعرض لها مثل الغضب أو الخوف أو

الكره أو القلق أو الحزن أو الفرح ومن هذه الوظائف:

. إيقاف شعر الجسم بانقباض العضلات الموجودة في جذور الشعر.

. اتساع حدقة العين وبذلك يتسع حقل الرؤية والإبصار أمام الشخص.

. اتساع الشعب الهوائية فيسهل عملية التنفس.

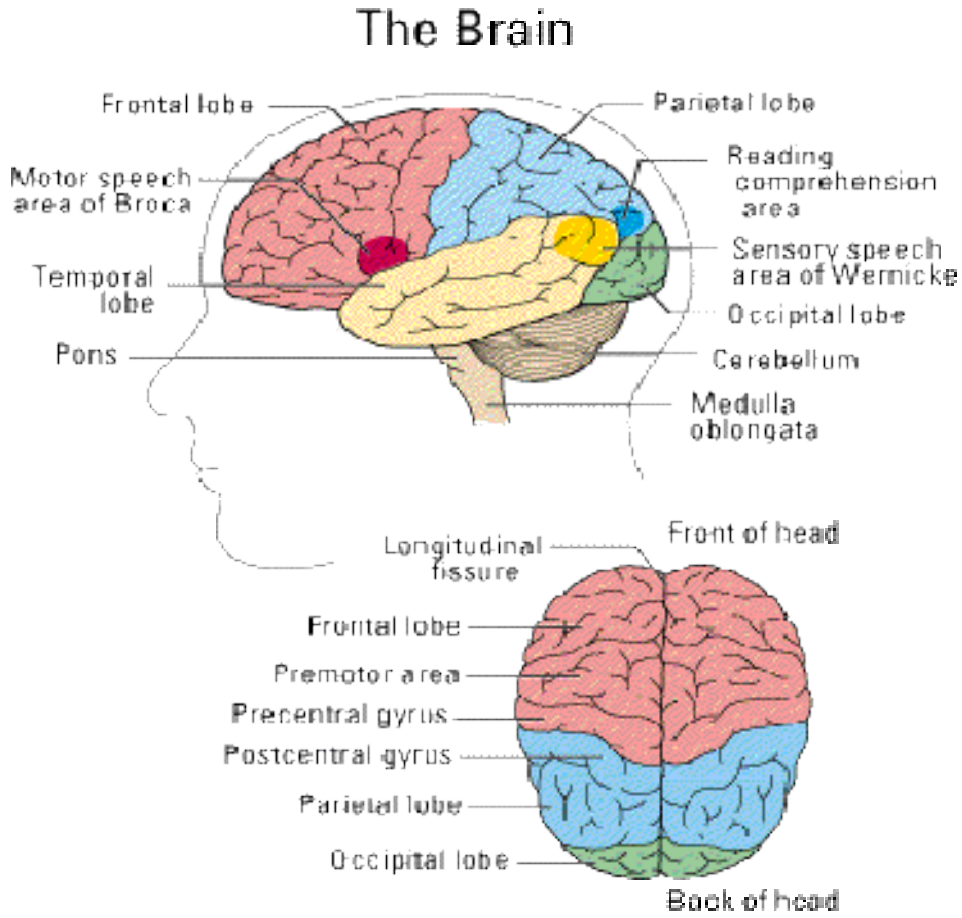
. زيادة ضربات القلب في العُدَدِ والقوة.

. ارتخاء عضلات القناة الهضمية وانخفاض نشاطها.

. توسيع شرايين القلب والعضلات الإرادية في حين يسبب انقباض شرايين الجلد والمنطقة الداخلية وبذلك

يزيد من قوة وكمية الدم المندفَع إلى الأعضاء ذات القيمة الحيوية الكبيرة.

- . يحول الغلوكوجين المختزن في الكبد إلى سكر في الدم.
- . يسبب إفراز العرق، ولهذا يمكن القول بأن هذا الجهاز يحدث من التغيرات الفيزيولوجية في الجسم ما يجعله مستعداً للقيام بمجهود عضلي شاق. (عكاشة، 2005)
- الجهاز العصبي جار السمبثاوي:** ويتكون هذا الجهاز من العصب الدماغي الثالث والسابع والتاسع والعاشر وكذلك من ألياف عصبية تخرج من الحبل الشوكي في منطقة العجزية ووظائف هذا الجهاز:
- . يسبب ضيق إنسان العين.
- . يسبب ضيق الشعب الهوائية.
- . يقلل عدد ضربات القلب وقوتها.
- . يسبب ضيق شرايين القلب.
- . يسبب انقباض عضلات القناة الهضمية ويزيد من نشاطها.
- . يسبب إفرازاته في القناة الهضمية.
- . يسبب انقباض عضلات المثانة البولية والمستقيم وبذلك يساعد عمليتي التبول والتبرز.



الشكل-1-: يوضح اجزاء المخ.

(Richard,Camps,Eugèn,Gauthier,et Gioanny,2013)

2. وظيفة الجهاز العصبي المركزي:

يتكون الجهاز العصبي المركزي من الدماغ والحبل الشوكي. وهو عبارة عن الكمبيوتر الذي يجعلنا نتصل بالعالم الخارجي ومن خلال الجهاز العصبي نستطيع أن نستقبل الإشارات من العالم المحيط مثل الأصوات والرائحة والطعم والحس والشم، ومن مهام الجهاز العصبي أن ينسق بين النشاطات الإرادية

والإرادية مثل التفكير، الحركة، الكلام، الذاكرة والنشاطات المعاكسة لها التي يعملها الجسم من دون حتى التفكير فيها.

ويتكون الجزء الخارجي من الدماغ من خلايا عصبية متجمعة تكون نسيج من الخلايا العصبية المسماة بالمنطقة الرمادية، ومن مهام هذه الخلايا أن ترسل الإشارات العصبية من المخ إلى أجزاء الجسم بواسطة الغمد العصبي المغطى بمادة دهنية تدعى الميلين أو النخاعين La myéline، والتي تسمى كذلك بالغمدة الشمعي وبالتالي يتحرك الجسم بطريقة طبيعية وسليمة، وعند إصابة هذه المنطقة المسماة بالمادة البيضاء بالتهاب فإنه يصعب عليها أن ترسل الإشارات العصبية من و الى أجزاء الجسم وبالتالي يحدث مرض التصلب المتعدد. (انتل، 2008).

3. اضطرابات الجهاز العصبي: تضر بعض الأمراض والإصابات بالجهاز العصبي، ويصعب

إصلاح محاور الجهاز العصبي المركزي بعد تلفها الكبير، ولكن يمكن لبعض الأعصاب في

الجهاز العصبي المحيطي استرداد وظيفتها إذا كان الضرر طفيفاً.

تتجمع معظم العصبونات التي تؤدي وظيفة محددة في منطقة واحدة من الدماغ، وبسبب هذا الانتظام التجميعي الذي يسمى توزيع الوظيفة، فإن العطب أو الضرر الجزئي في الدماغ، لا يؤدي إلا لفقدان تلك الوظائف المسؤول عنها ذلك الجزء. ولكن قد يصدف أن تتولى بعض الأجزاء السليمة من الدماغ عمل تلك الأجزاء التالفة مؤدية إلى ما يُسمى باستعادة الوظيفة.

السكتة الدماغية: من أخطر اضطرابات الجهاز العصبي، وتحدث عندما يتوقف سريان الدم إلى بعض

أجزاء الدماغ، مما يؤدي لموت الخلايا العصبية وعدم القدرة الدائمة أو المؤقتة على أداء بعض

الوظائف مثل الكلام أو تحريك الأطراف. وقد يموت الإنسان في حالة تلف مراكز التحكم في التنفس أو

أية وظيفة حيوية أخرى.

ومن أمراض الجهاز العصبي المعدية الشائعة بعض الإصابات الفيروسية البسيطة التي تستمر لأيام قليلة

فقط مسببة الصداع أحياناً، ولكن هنالك أيضاً بعض الأمراض الخطيرة مثل : التهاب الدماغ والتهاب

السحائي تسببها بعض البكتيريا، والفيروسات والميكروبات الأخرى.

وكذلك يصاب الجهاز العصبي المركزي بمرض الصَّرْع الذي تحدث فيه اختلاجات عضلية قد تكون

مصحوبة بتغيير أو فقدان مؤقت للوعي ، تحدث النوبات الصرعية عند انبثاق عدد هائل من الدفعات

العصبية من بعض العصبونات في أحد مناطق الدماغ. ويصف الأطباء بعض الأدوية للتقليل من هذه

النوبات أو منعها نهائياً.

وإضافة لهذا فقد يصاب الجهاز العصبي بمرض شلل الأطفال الذي يسببه فيروس شلل الأطفال. وهو

يتلف العصبونات الحركية في النخاع الشوكي وجذع الدماغ مؤدية بذلك إلى الشلل في بعض الأحيان.

ولكن بعد اكتشاف لقاحات هذا المرض وتطويرها قلت الإصابة به.(Kinugawa,2006).

وتؤدي اضطرابات الجهاز العصبي إلى بعض الأمراض العقلية أو التخلف العقلي، ومن الأمراض

الشائعة للجهاز العصبي المركزي نذكر مرض التصلب المتعدد.

4. تعريف التصلب المتعدد La sclérose en plaques :

يعرف "التصلب المتعدد" بأنه مرض التهابي مزمن، يصيب الجهاز العصبي المركزي، عادة ما يبدأ

في سن الشباب، غير أنه قد يصيب جميع الأعمار وخاصة بين 20 و30 سنة.

(علما انه سجلت بعض الحالات النادرة في سن 9 سنوات من عمر الطفل إضافة إلى بعض

الحالات في سن الشيخوخة)، وهو أكثر شيوعا عند النساء مقارنة بالرجال.

وصف التصلب المتعدد لأول مرة من طرف الأخصائي الفرنسي في علم الأعصاب Jean Martin Charcot ، في عام 1868 و استخلص الأعراض التي تتجم عنه و التي مازال يعتمد عليها إلى حد الآن في تشخيص المرض.(Dubernard et al,2006).

داء التصلب المتعدد يعتبر مرض ذاتي المناعة حيث أن جهاز المناعة عند الإنسان بدلا من أن تقتصر وظيفته على مهاجمة المواد الغريبة التي تدخل جسمه (الفيروسات والبكتيريا)، يقوم هنا بمهاجمة خلايا الجهاز العصبي المركزي.

ويتمثل مرض التصلب المتعدد بقيام جهاز المناعة بمهاجمة غمد المحور العصبي في أماكن متعددة، مما يؤدي إلى إصابتها بالالتهاب وبعد ذلك يتكون مكان الالتهاب ندوب تعرف علميا باسم التصلب وقد يؤدي الالتهاب في بعض المناطق إلى زوال النخاعين كلياً، ما يؤدي أحيانا الى تلف المحور وهذا يؤدي بدوره إلى خلل واضطراب في مقدرة الدماغ على إرسال واستلام الإشارات الكهربائية ، بين أجزائه المختلفة من جهة، وبينه وبين أجزاء الجسم المختلفة من جهة أخرى. وهذا الخلل يؤدي إلى ضعف أو فقدان الدماغ والحبل الشوكي لمقدرتهما على القيام بالعديد من وظائفهما العصبية المختلفة. (بار، 2011).

5. أعراض التصلب المتعدد:

تتميز بداية مرض التصلب المتعدد بنوبات من الأعراض الدالة على إصابة الجهاز العصبي المركزي، والتي ما تلبث وأن تتلاشى لفترة من الزمن لتعود عند معظم المرضى بشكل أشد ومتزايد ما يؤدي مع الزمن إلى تدهور الوظيفة العصبية.

وتعتمد الصورة السريرية على مكان ومدى إصابة الألياف العصبية في الدماغ والحبل الشوكي. حوالي 81 في المئة من الحالات تكون لديها إصابة في الحبل الشوكي وإصابة في الدماغ أيضا في حين نجد 56 إلى 76 في المئة من مرضى التصلب المتعدد يصابون في مرحلة من مراحل المرض بتلف الأعصاب الشوكية. وأن نحو 25 في المئة من مرضى التصلب المتعدد يصابون في منطقة العصب البصري في المرحلة المبكرة من المرض، في حين يصاب 42 في المئة من مرضى التصلب المتعدد في مرحلة من مراحل المرض بأعراض بصرية. (Dubernard et al,2006)

تظهر أعراض وعلامات المرض على شكل نوبات (هجمات) متعاقبة من الشدة. فتارة نراها تشدد وتارة نراها تخف أو تضعف أو تتلاشى كليا. وتسمى الفترة التي تكون فيها أعراض وعلامات المرض في أشدها "تكسة" أما الفترة التي تختفي أو تضعف فيها الأعراض فتسمى "خمود". وتتراوح فترة الخمود من عدة أسابيع إلى عدة أشهر وأحيانا قد تصل إلى سنوات.

وأكثر الأعراض والعلامات شيوعا والتي يشترك فيها معظم المرضى هي:

1. **Troubles sensitifs** : paresthésie, hypoesthésie, névralgie
اضطرابات حسية .
du trijumeaux ,signe de l’Hermite(décharge électrique lors de la flexion
du cou par atteinte de la moelle cervical) ,hypopallesthésie ,ataxie
proprioceptive.
2. **Troubles moteurs** :spasticité pyramidale,trouble de la
اضطرابات حركية .
marche,deficit moteur (hémiplegie,paraplegie),paralysie faciale,syndrome
cerebelleux.
3. **Troubles visuels** : baisse d’acuité visuelle,diplopie,douleur
اضطرابات الرؤية .
occulaire,nevrite optique retrobulbaire(NORB)est une baisse d’acuité

visuelle brutale, douleur oculaire ; fond d'œil normal puis pâleur papillaire, phénomène de Marcus Gunn avec mydriase paradoxale à l'éclairage, ophtalmoplégie internucléaire (convergence normale mais déficit de l'abduction de l'œil atteint).

4. **Atteinte des nerfs crâniens**: diplopie, névralgie du V avec hypoesthésie et absence de réflexe cornéen, paralysie faciale, syndrome vestibulaire périphérique, syndrome pseudobulbaire (troubles de la déglutition, dysarthrie par atteinte de IX, X, XI).

5. **Troubles génito-sphinctériens**: impériosité mictionnelle, dysurie, rétention urinaire, impuissance.

6. **Troubles psychiques**: asthénie, troubles cognitifs, anxiété, dépression.

7. **Signe d'Uthoff**: aggravation clinique ou nouvelle poussée en cas d'effort physique soutenu, chaleur, fièvre. (Kinugawa, Roze, 2008).

وفي ما يلي سنتطرق بالتفصيل إلى أهم الأعراض المرضية لكل جهاز من أجهزة الجسم على حدة:

التهاب العصب البصري:

إن ربع المرضى المصابون بالتصلب المتعدد، يكون العرض الأول للمرض عندهم هو التهاب العصب البصري وتورمه نتيجة ذلك. وغالبا ما يصاب أحد العصبيين البصريين أي إحدى العينين

فقط، و من النادر أن تصاب كلتا العينين في آن واحد. ويسبب التهاب العصب البصري الأعراض التالية:

*ألم خلف مقلة العين، عمى الألوان وأحيانا فقدان الكامل لحاسة البصر، ازدواج الرؤية، وقد يعاني المريض من وميض (شرارة) في العين.

التهاب الحبل الشوكي:

يؤدي التهاب الحبل الشوكي إلى مجموعة من الأعراض والعلامات. وأكثر الأقسام من الحبل الشوكي المعرضة للإصابة بالتصلب المتعدد هو القسم الرقبى. كما تصاب الأعصاب الحسية والحركية والمستقلة . (يوسيلي، 2003).

الإعياء :

يختلف الإعياء المصاحب لمرض التصلب المتعدد من شخص لآخر، حيث قد يؤدي إلى الإرهاق لدى البعض، بينما يزيد من تفاقم أعراض المرض لدى آخرين لتشمل اضطراب الرؤية ومواجهة مشكلات فيما يخص التركيز والذاكرة والقدرة على الحركة.

يعاني نحو 91 في المئة من مرضى التصلب المتعدد من التعب والإرهاق نتيجة أدنى جهد جسدي وعقلي. وعادة ما يصف المريض حالته بالكسل وعدم القدرة على العمل وبذل أي جهد فكري أو جسدي، وهذا كله قد يسبب فقدان المريض لوظيفته وعمله . وقد تفقد ربة البيت مقدرتها على القيام بواجباتها اليومية والعائلية. (يجب عدم الخلط بين الإرهاق والتعب هنا، وبين عدم وجود الرغبة والدافع للعمل عند المريض المصاب بالاكتئاب) . (يوسيلي، 2003).

تشنج العضلات:

قد يؤدي تلف الألياف العصبية في الجهاز العصبي المركزي الى نوبات من تقلص وتشنج أو تيبس العضلات الهيكلية، ما يؤدي إلى الشعور بالألم وعدم القدرة على الحركة بحرية، وهذا ما يسمى بالشلل التشنجي وهو راجع للإصابة بقطع التوصيل العصبي بفعل بقعة تقع في المخ أو النخاع الشوكي، ويمكن أن تحدث الإصابة به في أي فترة من فترات الإصابة بالمرض، ويحدث الشلل التشنجي نتيجة عدم توازن بين الإشارات الاستثارية والمثبطة الواردة من المخ أو الحبل الشوكي، وترسل الإشارات الاستثارية رسائل إلى الخلايا العصبية الأخرى تحثها على العمل، بينما تعمل الإشارات المثبطة على توقف الخلايا العصبية عن العمل وتعمل على إخماد استجابتها بشكل عفوي، وتتمثل النظرية الأولية في أنه ثمة انقطاع يحدث للإشارات المثبطة بطول الحبل الشوكي وفي المخ مما يسفر عن زيادة الاستثارة ومن ثم عدم التوازن. (هوتشينسون، 2008).

الألم والأوجاع:

ظاهرة الألم والأوجاع شائعة جدا عند مرضى التصلب المتعدد، وتكون إما كنتيجة لتشنج العضلات، أو نتيجة الاعتلال العصبي الذي يصيب الألياف العصبية المركزية، ويكون على هيئة وخز أو حرق.

اضطراب التوازن والتناسق الحركي:

إضافة إلى عدم القدرة على الحركة بحرية نتيجة تشنج العضلات، قد يعاني المريض من فقدان التوازن والتناسق الحركي، مما يجعل السير والحركة صعبة نوعا ما. وتكون صعوبة التحرك والتنقل من مكان إلى آخر على شكل ثلاث صور، هي: ترنج Ataxia، رعاش، ودوار. (كوتش، 2009).

الإدراك والمعرفة:

في حال كون التصلب المتعدد شديد الوقعة على المريض، نراه يعاني من النسيان واضطراب التفكير والتركيز والانتباه، وبالتالي يعاني من الارتباك. وقد تكون هذه المشاكل إما مؤقتة وعابرة أو دائمة وراسخة.

اضطرابات الجهاز التناسلي:

قد يعاني المريض المصاب بالتصلب المتعدد من عدم القدرة على التحكم بعملية التبول والإخراج، وهذه تكون إما على شكل صعوبة في التبول والإخراج (إمساك)، أو على النقيض على شكل سلس البول والغائط.

الوضع النفسي:

قد يعاني المريض نتيجة المشاكل الصحية المذكورة أعلاه من الإحباط والحزن والقلق والأرق والرغبة في الانعزال وفقدان الشهية للأكل، وبالتالي فقدانه للوزن وفقدانه للرغبة الجنسية، وللدافع على العمل وعدم التركيز وقد تساوره أفكار انتحارية. وكل ذلك يتفق مع الصورة السريرية للاكتئاب. (بوسيلي، 2003).

6. أسباب الإصابة بمرض التصلب المتعدد:

ما زال سبب قيام جهاز المناعة بمهاجمة خلايا الجهاز العصبي المركزي غير معروفا وما زال الأطباء يجهلون سبب إصابة بعض الناس بمرض التصلب المتعدد ونجاة الآخرين منه،

ومع ذلك فإن الأطباء يعتقدون بأن العوامل الجينية (المورثاتية) والبيئية (عوامل خارجية)، مجتمعة قد تلعب دورا في نشوء هذا المرض، أو تجعل الفرد معرضا للإصابة به أكثر من غيره من الناس وهذه العوامل هي:

6-1-العوامل الجينية:

لا يعتبر مرض التصلب المتعدد بأنه مرض جيني، لأنه لا يوجد جين (مورث) واحد مسؤول عن حدوثه، ولا يورث بطريقة مباشرة، مع أن بعض الدراسات والأبحاث أشارت إلى أن أقارب الشخص المصاب بالتصلب المتعدد أكثر عرضة للإصابة به مقارنة مع غيرهم من الناس. وتبلغ نسبة إصابة الطفل بالتصلب المتعدد في حال معاناة أحد أبويه من المرض، نحو 2 في المئة.

6-2-العدوى:

قد تؤدي العدوى بالحمى الغدية Glandular Fever والمسماة أيضا بداء وحيدات النواة الخمجي (Infectious Mononucleosis) إلى حدوث مرض التصلب المتعدد. (بار، 2011)

6-3-البيئة:

أشارت الدراسات العديدة أنه كلما ابتعد الإنسان عن خط الاستواء كلما زادت إمكانية إصابته بالتصلب المتعدد، فمثلا سكان كندا وشمال الولايات المتحدة والدول الاسكندنافية أكثر عرضة للإصابة بالمرض مقارنة مع سكان ماليزيا والإكوادور.

4-6-أمراض معينة:

هنالك بعض الأمراض التي يكون الأشخاص المصابون بها أكثر عرضة للإصابة بالتصلب المتعدد مقارنة مع غيرهم من الناس، نذكر منها على سبيل المثال: أمراض الغدة الدرقية، داء السكري من النوع الأول، والتهاب الأمعاء المزمن (التهاب الأمعاء التقرحي على سبيل المثال).

هناك نظريات تتبنى الفيروس الذي من المحتمل أن يكون خاملاً في الجسم والذي قد يلعب دوراً في حدوث المرض و إعاقه الجهاز المناعي أو يبدأ بشكل غير مباشر عملية ذاتية المناعة.

وقد اهتم البحث العلمي بمحاولات تعريف الفيروس المسبب لمرض التصلب المتعدد. ومن المحتمل أنه لا يوجد فيروس واحد يسبب المرض ولكنه قد يكون بسبب أحد الفيروسات الشائعة مثل الحصبة أو الهيريس قد يعمل كمحرك لحدوث مرض التصلب المتعدد. وهذا الفيروس المحرك للمرض ينشط خلايا الدم البيضاء (الليمفاوية) في مجرى الدم، والذي يدخل المخ عن طريق الحاجز بين المخ والدم والذي يعمل عادة كأحد الأجهزة الدفاعية في المخ، والذي يصبح بعد الإصابة بالفيروس عرضة للمرض. وعندما تصل خلايا الدم البيضاء الليمفاوية إلى المخ تبدأ في تنشيط عناصر أخرى في جهاز المناعة بالطريقة التي تسمح لها بمهاجمة وإتلاف الميلىن. (بار، 2011).

5-6-فيتامين "D":

أشارت بعض الدراسات الغربية إلى أن نقص فيتامين "D" في الجسم يؤدي إلى إمكانية إصابة الشخص بالتصلب المتعدد. غير أن دراسة قام بها الدكتور جابي كيفوركين وزميله الدكتور علي ازحيمان في القدس المحتلة وضواحيها عام 2010، أشارت إلى أن 99,1 من نساء القدس المحتلة يعانين من نقص فيتامين "D" غير أن نسبة إصابتهن بمرض التصلب المتعدد كانت 0,001 في المئة وهذه النتيجة تدل على أنه لا علاقة لنقص فيتامين "D" بالتصلب المتعدد. (كيفوركين، 2011).

7. الفحوصات التشخيصية لمرض التصلب المتعدد:

لا يوجد فحص معين سواء كان مخبري أو غير مخبري لتشخيص التصلب المتعدد، لذلك يعتمد التشخيص على نفي واستثناء وجود أمراض ذاتية المناعة أو أمراض أخرى. لذلك تجرى أولاً الفحوصات المخبرية والشعاعية الخاصة بأمراض أخرى، وفي حال دلت هذه الفحوصات على عدم وجود هذه الأمراض، يبقى المجال مفتوحاً لتجميع الصورة السريرية والتاريخ المرضي واستنتاج التشخيص المطلوب. ومن هذا المنطلق تجرى فحوصات مخبرية (دم) وشعاعية، (فحص السائل المخي والشوكي) وصورة IRM وذلك لتأكيد أو نفي وجود أمراض أخرى عدا داء التصلب المتعدد. على عكس الكثير من الأمراض الأخرى، لا يوجد اختبار مباشر لتشخيص مرض التصلب المتعدد سلباً أو إيجاباً ولا يوجد فحص واحد من مجموعة الاختبارات يصلح لتشخيص مرض التصلب المتعدد 100% بشكل نهائي. و يعني هذا أن الطبيب سوف يشخص مرض التصلب المتعدد بطريقة اقصائية عن طريق المزج بين ملاحظة أعراض المرض واستثناء احتمالات أخرى. (أرامبيد، 2011).

ولسوء الحظ تصل أقلية من الناس إلى 10-15 % وهي نسبة هامة يتعذر تشخيص مرض التصلب المتعدد لديها بشكل محدد حتى بعد إجراء كل الفحوصات والتحاليل المتاحة ولكنه يمكن استثناء الأمراض التي تعطي أعراضاً شبيهة بأعراض مرض التصلب المتعدد وهي أمراض خطيرة (B7,SLA ..). وبمرور الوقت ومع الفحوصات الدورية ومراقبة التغيرات التي تطرأ على حالة المريض فإن تشخيص مرض التصلب المتعدد يصبح ممكناً في أغلب الحالات.

إن الهيئة الدولية لمرض التصلب المتعدد وبمجلسي إدارتها الطبي والعلمي قد وضعت معايير جديدة لمساعدة الأطباء والعاملين بالحقل الطبي للتمييز بين مرض التصلب المتعدد والحالات الأخرى والتي يصاحبها أعراض مشابهة لمرض التصلب المتعدد.

وقد شملت هذه المعايير الجديدة نتائج الفحص بأشعة الرنين المغناطيسي (IRM) وأصبح ممكنا تشخيص مرض التصلب المتعدد عندما يصاب المريض بنوبة واحدة من الأعراض . وباستخدام هذه المعايير الجديدة أمكن تصنيف المريض على أنه مصاب بمرض التصلب المتعدد أو محتمل إصابته بالمرض أو غير مصاب بمرض التصلب المتعدد. (أراميد، 2011).

7-1- التشخيص السريري (الإكلينيكي):

يقدم المرض نفسه في بدايته كتاريخ مرضي لمجموعة من الأعراض المبهمة والتي قد تحدث فرادى على المدى الطويل . وقد تعزى هذه الأعراض لعدد من الحالات المرضية الأخرى. إن بعض الأعراض غير المرئية والذاتية يصبح تشخيصها صعبا بالنسبة للطبيب أو القائمين على الرعاية الصحية. و في كثير من الحالات لا يحظى مرضى التصلب المتعدد بالتعاطف معهم في المراحل المبكرة جدا للمرض، ولا تؤخذ الأعراض التي يعانون منها بشكل جدي.

وحتى عندما يصاب المريض بالنموذج التقليدي من أعراض التصلب المتعدد فإنه على هذه الأعراض أن تتوافق مع المعايير المتفق عليها قبل أن يشخص الطبيب أو متخصص الأمراض العصبية الحالة على أنها حالة مرض التصلب المتعدد بشكل محدد إكلينيكيًا، وهذه المعايير هي كالآتي:

- إصابة منطقتين مختلفتين من الجهاز العصبي المركزي بالمرض.
- تكون الإصابات قد تكررت في مناسبتين منفصلتين ومتباعدتين بمدة شهر على الأقل.
- يكون الشخص المصاب بالمرض في المدى العمري الطبيعي لمرض التصلب المتعدد.

وبذلك، فإنه من الممكن أن يتم التشخيص بأن الشخص مصاب بشكل محدد بمرض التصلب المتعدد في زيارته الأولى للطبيب المتخصص في الأمراض العصبية. وأنه من المحتمل أيضا أن يصبح التشخيص غير مؤكد ويحال المريض لإجراء المزيد من الفحوص. (أرامبيد، 2011).

7-2- الاختبارات التشخيصية:

يطلب الطبيب أو أخصائي الأمراض العصبية من المريض أن يجتاز كل الفحوصات قبل أن يتوصل للتشخيص الإكلينيكي للمرض

*** التاريخ الطبي:**

يسأل الطبيب عن تفاصيل التاريخ الطبي للمرض والذي يتضمن السجل المرضي من أعراض وعلامات مرضية في الماضي والحالة الصحية الحاضرة. وغالبا ما يكون نمط الأعراض التي عانى منها المريض لمدة طويلة من الوقت يشير إلى مرض التصلب المتعدد . ومع ذلك فإن الكشف الجسماني الكامل والاختبارات الطبية لا غنى عنها من أجل تأكيد التشخيص.

*** فحص الأعصاب:**

يستخدم الكشف العصبي لمعرفة كيف يعمل الجهاز العصبي . ويبحث المتخصص في الأمراض العصبية عن أي تلف في المسارات العصبية والتي توصل الرسائل من المخ إلى أجزاء الجسم المختلفة. فهو يبحث عن تغيرات في حركة العين أو عدم تناسق الأطراف أو ضعف أو خلل في الاتزان أو الإحساس أو التخاطب أو ردود الأفعال.

ويكشف هذا الفحص عن أعراض تمكن من تشخيص مرض التصلب المتعدد ، لكنه في نفس الوقت لا يستخدم في تحديد سبب حدوث أي من هذه المشاكل. أما الحالات الأخرى التي تتسبب في حدوث أعراض مماثلة لمرض التصلب المتعدد، فيجب استبعادها.

***اختبارات الجهد المستثار البصري والسمعي والبدني الحسي:**

يتم قياس سرعة مرور الرسائل بالجهاز العصبي عن طريق وضع منفذ كهربائي صغير علي الرأس والذي يراقب موجات المخ استجابة لمؤثرات بصرية وسمعية وحسية. وأهم هذه الاختبارات الثلاث يتمثل في الجهد المستثار البصري، ولكن زيادة استخدام الأشعة بالرنين المغناطيسي قد أدت، في الآونة الأخيرة، إلى انخفاض في الحاجة إلى اختبار الجهد المستثار وليست هذه الاختبارات من النوع الغازي أو المؤلم، ولذلك لا تحتاج إلى المكوث بالمستشفى. فالوقت الذي تحتاج إليه الأعصاب لتمرير الرسائل من المخ يعد مؤشرا على حالة الجهاز العصبي ويستخدم لمعرفة ما إذا أصيبت طبقة الميلين المغطية والحامية للعصب أم لا. (أرامبيد، 2011).

***التصوير بأشعة الرنين المغناطيسي IRM :**

يعد جهاز الأشعة بالرنين المغناطيسي من الأدوات التشخيصية الحديثة والتي تأخذ صور تفصيلية للغاية لشرائح ومقاطع من المخ والنخاع الشوكي وتظهر مساحات التصلب (البقع). وفي أثناء إجراء الأشعة بالرنين المغناطيسي، يتسطح المفحوص ساكنا تماما على منضدة تتحرك داخل أنبوب كبير وتعد جزءا من الآلة التي تحتوي على المغناطيس. أما الشخص الذي يقوم بإجراء الاختبار فيجلس في غرفة منفصلة لمراقبة الجهاز الذي يستقبل الصور، ويستطيع أيضا أن يرى المريض المفحوص من خلال شباك زجاجي كبير. ولا يصاحب إجراء الأشعة بالرنين المغناطيسي أي ألم ولكن يجدها الكثير من الناس تجربة غير عادية، يصاحبها رهاب الأماكن المغلقة الضيقة لدى البعض.

ويمكن التغلب على عدم الارتياح المصاحب لذلك باستخدام مهدئ خفيف . وفي بعض الأحيان يتم إعطاء حقنة في الوريد تحتوي على عامل مضاد وذلك من أجل إظهار مساحات جديدة من الالتهاب والذي من شأنه المساعدة في التوصل إلى تشخيص المرض. ويجدر التذكير هنا بأن الشخص الذي يقوم

بإجراء الأشعة لا يستطيع عادة أن يعطي فكرة عن نتيجة الفحص، ويقوم بإرسال الصور للطبيب المختص من أجل تحليلها والتوصل إلى نتيجة الفحص.

وبالرغم من أن هذا الفحص هو الاختبار الوحيد الذي يمكن بواسطته رؤية أماكن التلف الذي يحدثها مرض التصلب المتعدد فإنه لا ينظر إليه على أنه نهائي. فالماسح قد لا يتوصل إلى كل أماكن التلف بالأعصاب وخصوصا في المراحل الأولى للمرض، وفي حالات أخرى قد تتماثل التغيرات التي تحدث في الجهاز العصبي مع أمراض أخرى. ويستطيع جهاز الأشعة بالرنين المغناطيسي أن يظهر بوضوح حجم وكمية وتوزيع التلف في الأعصاب، ويستخدم ذلك مع ما يسانده من دليل من التاريخ المرضي والفحص العصبي ، وهي مؤشرات هامة من أجل تأكيد تشخيص مرض التصلب المتعدد. وهو غير طبيعي في أكثر من 95% من الحالات التي تم تشخيصها كحالات محددة إكلينيكية. ويعتبر جهاز الأشعة بالرنين المغناطيسي أداة مفيدة للغاية في المحاولات الإكلينيكية من أجل تقييم قيمة العلاجات الجديدة وذلك بسبب قدرته على إظهار التغيرات التي تطرأ على نشاط المرض .(أرامبيد،2011).

*النقبة القطني:

يوجد العديد من الاختبارات التي يمكن إجراؤها على السائل المخي الشوكي (وهو السائل الذي يتدفق حول المخ والحبل الشوكي) وفي حالات مرض التصلب المتعدد يتم فحص الأنماط التي تتكون من البروتينات. ويتم الحصول على السائل من الحبل الشوكي عن طريق غرس إبرة في أسفل الظهر، ويتم إعطاء مخدر موضعي لتخدير الجلد وبالرغم من أنها وسيلة غير مريحة، إلا أنها عادة لا تكون مؤلمة. وعلى المريض الذي يتم فحصه أن يبقى مسطحا لعدد من الساعات بعد إجراء الاختبار، أما الأعراض الجانبية لهذا الاختبار فتتمثل في حدوث صداع نتيجة للجفاف . ويمكن التغلب على هذا الصداع بشرب السوائل مباشرة بعد إجراء العملية لمساعدة الجسم على استبدال السائل المخي الشوكي

الذي فقدته بسرعة. وقد يحتاج بعض الناس للمكوث لمدة ليلة بالمستشفى و تليها فترة قصيرة من الاستجمام.

وتقوم البروتينات في السائل الشوكي لدى معظم الناس المصابين بمرض التصلب المتعدد (90% منهم) بتكوين نمط أو نموذج مميز كلما يمرر تيار كهربائي عبرها. وبذلك يمكن استخدام هذه الطريقة لتأكيد تشخيص مرض التصلب المتعدد. ومع ذلك، فإن السائل المخي الشوكي وما يحتويه من بروتينات قد لا يظهر هذا النمط في الناس الذين يعانون من مرض التصلب المتعدد بشكل طفيف أو في الحالات المرضية المبكرة ، ولذلك قد لا يكون هذا الاختبار نهائياً، ولكنه يستخدم عادة عندما تكون نتائج الأشعة بالرنين المغناطيسي غير نهائية . (أرامبيد،2011).

8. أنواع التصلب المتعدد:

من الصعب جداً التنبؤ بمسار أعراض التصلب المتعدد، إذ أن عند بعض المرضى تبدأ بالتطور لتسوء وتزداد شدة مع مرور الزمن، في حين عند البعض الآخر تظهر الأعراض وتنتلشى على نحو دوري. وبناء على ذلك فمن الممكن تقسيم التصلب المتعدد الى ثلاثة أنواع ، هي:

8-1- تصلب متعدد انتكاسي وخمودي Sclérose en plaques récurrente rémittente

يعتبر التصلب المتعدد الانتكاسي ألخمودي أكثر أنواع المرض شيوعاً (85% من الحالات)، ويتميز بحدوث انتكاسات عديدة وخمود متكرر . وقد يستمر الانتكاس لمدة أيام، أسابيع أو حتى أشهر. وفي فترة الانتكاس قد تتكرر نفس الأعراض السابقة، أو قد تظهر أعراض جديدة. وبعد كل انتكاسة قد يتعافى المريض كلياً، وقد سجلت حالات تحسنت فيها الأعراض غير أنها لم تختفي تماماً.

(Kinugawa, Roze,2008).

8-2- تصلب متعدد مترقي ثانوي Sclérose en plaques secondaire progressive

يعتبر التصلب المتعدد المترقي الثانوي من حيث الحدوث بعد النوع السابق ويتميز بتدهور الوضع الصحي بشكل ثابت، مع حدوث أو عدم حدوث انتكاسات.

وقد أشارت الدراسات العديدة إلى أن هذا النوع من المرض يحدث بعد 15-20 عاما من بدء الأعراض والعلامات الأولى للمرض. (Kinugawa, Roze, 2008).

8-3- تصلب متعدد مترقي أولي Sclérose en plaques primaire progressive

يعتبر التصلب المتعدد المترقي الأولي نادر الحدوث (10% من الحالات) ويتميز هذا النوع بتدهور الوضع الصحي بشكل ثابت دون حدوث انتكاس أو خمود ملحوظين (Kinugawa, Roze, 2008).

8-4- التصلب المتعدد الحميد La sclérose en plaques bénigne

في حال اختفاء أعراض المرض لمدة تتراوح بين 10-15 سنة، تسمى الحالة : "تصلب متعدد حميد" وهذا النوع من المرض يتميز بعدد ضئيل من الانتكاسات يتبعها تحسن كامل كل مرة (كوستيلو، 2009).

9. علاج التصلب المتعدد:

9-1- العلاج الدوائي:

بما أن السبب المباشر والدقيق للإصابة بداء التصلب المتعدد ما زال مجهولا، فإن الوقاية منه أو علاجه يبقيان صعبا المنال، لذلك يقتصر التدخل العلاجي على تخفيض شدة الأعراض والتقليل من حدوث الانتكاسات وإطالة مدة استمرار فترة الخمود.

أما الأدوية التي تستخدم أثناء الانتكاسات للتخفيف من الالتهاب الذي يصيب الأعصاب هي الستيرويدات القشرية Corticostéroïdes، ومن أهم هذه الأدوية Prednisone (عن طريق الفم) و Methylprednisolone (عن طريق الوريد).

« Bolus de corticoides : méthylprednisolone (Solumédrol), 500mg à 1000mg/jr en IV, pendant 3-5 jours ».

الهدف هو التقليل من حدة الهجمات او النوبات ومدتها ولكنها لا تمنع حدوث النوبات،

الأدوية التي تستخدم للتقليل من حدوث الانتكاسات وتبطئ من سرعة تقدم المرض، هي:

و Natalizumab (Tizabri) و "الن" SC ou IM : Interferon Beta (Betaferon, Avonex, Rebif) : voie SC tous les jours، les immunosupresseurs : Acétate de Glatiramère (Copaxone) une perfusion IV/mois pendant 6 mois, Cyclophosphamide (Endoxan). (Kinugawa, Roze, 2008).

إلا أن هذه الأدوية تكون مصحوبة بتأثيرات جانبية، لذلك يجب أن تجرى للمريض فحوصات معينة قبل استخدامها. كذلك من الممكن ممارسة العلاج الطبيعي Physiotherapy وتناول الأدوية المضادة للألم ولتقلص العضلات، كما تستخدم الأدوية المقاومة للالتهاب مثل الكورتيكوزون ومشتقاته، وأنواع أخرى عديدة تعالج كل عرض على حدة. (هيتشينسون، 2011).

Traitement Symptomatique : الادوية التي توصف لعلاج الاعراض:

*Traitement des douleurs neurogène « الألم » : clonazepam (Rivotril),

carbamzepine (Tegrètol), gabapentine (Neurontin), lamotrigine (Lamictal).

*Medicament à visée urinaire « اضطرابات الاخراج » : antibiotiques si infection urinaire .

- *Antidepressants et anxiolytiques « لعلاج القلق والاكتئاب » et psychothérapie de soutien.
- *Medicaments contre la spasticité « التشنج » : baclofene (Lioresol), dantrolène (Dantrium).
- *Tremblement « الرعشة » : propranolol (Avlocardyl), trihexyphénidyl (artane).
- *Anti-asthéniques « مضادات التعب » .
- *sexothérapie : للاضطرابات الجنسية
- *Laxatifs ou antispasmodiques : للاضطرابات الامعاء (kinugawa, Roze,2008).

9-2-العلاج الطبيعي:

يلعب العلاج الطبيعي دورا هاما في التعامل مع مرض التصلب المتعدد، فخلال المراحل الأولى التي تلي اكتشاف المرض، كان هناك تأكيدا قويا على التعليم والإدارة الذاتية مع تقديم النصائح حول التوقيت الأنسب لطلب تقييم العلاج الطبيعي، وتجدر الإشارة إلى اختلاف نوع وطريقة العلاج الطبيعي وكثافة العلاج تبعا لاحتياجات الشخص المصاب بمرض التصلب المتعدد ونتائج تقييم العلاج الطبيعي. ولا يحتاج الأشخاص المصابون بمرض التصلب المتعدد إلى الحصول على العلاج الطبيعي بشكل مستمر، إلا أن الانخراط في إعادة التأهيل عقب معاودة المرض أو حدوث تغيير في القدرة على الأداء له فوائده، ويمكن إجراء العلاج الطبيعي في أماكن متعددة منها وحدات إعادة التأهيل بالمستشفى مثل العيادات الداخلية أو الخارجية للمرضى وفي بعض الدول، يمكن أن يتم توفير خدمات إعادة التأهيل بالمنزل. (Perkin,2002).

ويكون العلاج الطبيعي مفيدا في علاج العديد من أعراض مرض التصلب المتعدد كما أن أخصائي العلاج الطبيعي سوف يتعاون مع الشخص المصاب أثناء إعادة التأهيل للعمل على تحقيق الأهداف

الوظيفية، ومن بين الأعراض التي ساعد العلاج الطبيعي في تخفيفها بالاشتراك مع غيره من التخصصات:

-الضعف impuissance :

وهو أحد أبرز أعراض مرض التصلب المتعدد ويؤدي إلى تقليل القدرة على المشي أو الوقوف أو التنقلات بالإضافة إلى المشاكل المصاحبة لأنشطة الحياة اليومية لأطراف الجسم العلوية، ويمكن أن تشمل أساليب العلاج الطبيعي لتحسين القوة على تعامل أخصائي العلاج الطبيعي مع الشخص المصاب بمرض التصلب المتعدد بغية توفير مقاومة يدوية للحركات؛ ومن بين التمارين استخدام وزن الجسم ضد الجاذبية أو التمارين باستخدام الأوزان أو العصابات المرنة لتوفير مقاومة تدريجية، وخلال مرحلة إعادة التأهيل، تتركز تمارين التقوية على استعادة السيطرة على العضلات الضعيفة وتصحيح اختلال العضلة لاستعادة وضع الاستقرار.

ويعتقد أن الضعف يعد أحد العوامل المسببة للإعياء نظرا لأن العضلات الضعيفة تعمل بشكل أقل كفاءة ويصيبها التعب بشكل أسرع ومن ثم يساعد تدريب القوة على الحد من الإصابة بالإعياء، ويؤثر الضعف أيضا على التوازن والتناسق وقد أوضحت الدراسات الحديثة حول مزايا التدريب على القوة تحقيق تحسن على صعيد المهام الوظيفية.

ويمكن أن يحدث ضعف التحكم في حركة أو شلل أحد الساقين أو الذراعين نتيجة تلف المسار العصبي الذي يغذي العضلات المتحركة في الطرف، وتتوقف استعادة التحكم على مكان حدوث التلف وشدة هذا التلف، وقد يساعد العلاج الطبيعي في استعادة الحركة المفقودة عندما يظل هناك إمكانية لنبض العصب مما ينشط العضلات الضعيفة، وإذا لم تكن استعادة الحركة ممكنة، فعندئذ قد يوصي أخصائي العلاج الطبيعي أحد تطبيقات تقويم العظام التي تساعد على حركة الأطراف مثل استخدام

جبيرة القدم لتحسين القدرة على المشي. وتجدر الإشارة إلى أن اختلال التوازن يحدث عندما يكون هناك مشكلة بالجهاز الدهليزي للمخ أو فقدان الإحساس أو الضعف، ويتمتع أخصائيو العلاج الطبيعي بالمهارة في تقييم العوامل المساهمة في مشكلة التوازن ومن ثم يقومون بوصف أساليب علاجية. (Perkin,2002).

يعتبر الشلل التشنجي أحد الأعراض التي يتعرض لها العديد من الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد نتيجة حدوث تغيرات في الإشارات العصبية إلى العضلات مما يسفر عن حدوث التشنجات والتيبس، ويشارك أخصائيو العلاج الطبيعي في تعليم الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد ومقدمي الرعاية لهم أساليب تحديد المواقع والتمدد التي تساعد في تخفيف التشنجات والوقاية من ضعف العضلات المعرضة للتشنجات، وغالبا ما تجدر الحاجة إلى وجود أدوية. للمساعدة في السيطرة التشنجات كما يتسم دور أخصائيي العلاج الطبيعي بالأهمية وذلك لفحص فعالية الدواء الذي يتم وصفه مع مرور الوقت.

هذا ويمكن الشعور بالألم الناتج عن الإصابة بمرض التصلب المتعدد من خلال المناطق المصابة بالجهاز العصبي المركزي وهذا ما يطلق عليه في الغالب الألم العصبي أو الألم الاعتلالي العصبي؛ ويتم علاج هذا الألم باستخدام أدوية المذكورة سابقا، بينما تعود أنواعا أخرى من الألم المصاحب للإصابة بمرض التصلب المتعدد إلى التشنجات العضلية وتوتر المفاصل ويمكن علاجها بنجاح باستخدام العلاج الطبيعي، وبالنسبة للأشخاص المصابين بمحدودية القدرة على الحركة من المهم بالنسبة لأخصائيي العلاج الطبيعي أن يقوموا بتقييم مستوى التزويد بمقاعد والدعم الموضعي اللازم وأن يقدموا الاستشارات الخاصة كيفية تخفيف الضغط بشكل كاف، كما يمكن أن يكون الارتجاف من الأعراض الصعبة التي تحد من القدرة على الأداء.

يمكن أن نقوم بتجربة مجموعة متنوعة من العلاجات ومنها تتميط التحركات المتكررة التي تهدف إلى تحسين التناسق وإضافة أوزان إلى المعاصم لتقليل نطاق الارتجاج بالإضافة إلى تعليم كيفية تحديد المواقع لزيادة استقرار الذراع أو الساق (Richard,Camps,Eugène,Gauthier,et Giovanni,2013).

يعمل أخصائيو العلاج الطبيعي عن كثب مع غيرهم من الأخصائيين الصحيين في فريق إعادة التأهيل، وغالبا ما يكون هناك تداخل، حيث يتم توجيه الأهداف الوظيفية من خلال أحد التخصصات للمساعدة في تحقيق أهداف تخصص آخر، وأفضل مثال على التعاون المشترك هو عندما يقوم أخصائيو العلاج الطبيعي والمعالجون المهنيون بأداء تقييمات للمقاعد والكراسي المتحركة؛ حيث تضمن الخبرات المجموعة لكلا التخصصين أنه تتم تلبية الاحتياجات الموضعية واحتياجات العناية بالضغط والقدرة على الأداء خلال تنفيذ نفس فعاليات عملية التقييم. ويكون أخصائيو العلاج الطبيعي مسؤولين عن تعزيز أسلوب الحياة الفعال والصحي للأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد للمساعدة في تقليل تأثير أي انتكاسات وتعزيز الشفاء، وفي الماضي، لم يكن الأشخاص المصابون بمرض التصلب المتعدد يملكون الشجاعة على ممارسة التمارين، ولا سيما أولئك الذين يشعرون بالإعياء؛ ولكن العديد من الأبحاث الحديثة التي أجريت على ممارسة التمارين قد ألقت الضوء على آثارها الإيجابية ووجدت أن الإعياء يقل بالفعل مع ممارسة أسلوب حياة أكثر نشاطا، وبالنسبة للأشخاص الذين لم يعد لديهم القدرة على ممارسة التمارين بأنفسهم. (كرافت،2006).

يكون لأخصائيي العلاج الطبيعي دورا هاما في تعليم مقدمي الرعاية كيف يؤدون أساليب تحديد المواقع والمدة المنتظمة. ومع اكتمال فترة إعادة التأهيل في إحدى العيادات الداخلية، يكون من المهم بالنسبة لأخصائيي العلاج الطبيعي توفير برنامج منزلي مناسب أو الاستشارات المتعلقة بالأنشطة والتمارين المناسبة وذلك لتعزيز الرفاهية المستمرة. ويلعب أخصائيو العلاج الطبيعي دورا أساسيا في

برنامج إعادة التأهيل الشامل. ويكون العلاج الطبيعي مناسباً في مراحل مختلفة من المرض بالنسبة للأشخاص المصابين بمستويات مختلفة من الضعف، كما يمكن أن يتسم بالفعالية في علاج العديد من المشاكل التي لها علاقة بمرض التصلب المتعدد أو الناتجة عنه. (كرافت، 2006).

10. مسار مرض التصلب المتعدد:

إنه لمن المستحيل التنبؤ بدقة بمسار مرض التصلب المتعدد لدى أي شخص وإن كانت الخمس سنوات الأولى تعطي بعض الدلائل على كيفية استمرار المرض لهذا الشخص. ويعتمد هذا على مسار المرض خلال هذه السنوات ونوع المرض، هل سيكون من النوع الراجع المتكرر أو المتقدم. ويستخدم مستوى الإعاقة الذي يصل إليه المريض بعد خمس وعشر سنوات ككاشف يعتمد عليه لمستقبل مسار المرض.

ومع ذلك توجد متغيرات كثيرة في هذا التصور:

توجد نسبة كبيرة من مرضى التصلب المتعدد (حوالي 45%) مصابين بشكل غير خطير بالمرض ويحيون حياة طبيعية و منتجة. كما توجد نسبة هامة (40%) يتحول المرض بها من الراجع المتكرر إلى حالة متقدمة بعد مرور سنوات.

يعتبر السن التي بدأ عندها حدوث المرض وجنس المريض من الدلائل التي تشير إلى مسار المرض على المدى البعيد وقد توصلت بعض الأبحاث إلى أنه كلما كان سن المريض صغيرة عند بدء المرض (أقل من 16 كلما كانت الحالة التي سيصبح المريض عليها فيما بعد مفضلة أكثر. (HAS, 2007).

11. سيكولوجية مرضى التصلب المتعدد:

إن مرض التصلب المتعدد يمكنه التأثير على ما هو أكثر من القدرات البدنية، إذ يمكنه تغيير الطريقة التي يشعر بها الأشخاص بأنفسهم ويغيروا وظائفهم الإدراكية، وبالنسبة للعديد من الأشخاص، تمثل الآثار الإدراكية والعاطفية للمرض أكبر تحدياته.

11-1- التغيرات العاطفية:

لا يكون مرض التصلب المتعدد مصحوبا بمجموعة محددة من المراحل التي تؤدي إلى التعديل، ولكن ثمة عدد من الاستجابات العاطفية التي تبدو شائعة خلال تعلم الأشخاص التعامل مع المرض. ويبدأ الشعور بعدم اليقين والقلق عندما تظهر أولى الأعراض ويستمر هذا الشعور حتى يتم التأكد من التشخيص، وتجدر الإشارة إلى أنه لا يمكن توقع هذا المرض لذا، يتم توجيه الدعوة للأشخاص المصابين به غالبا للتكيف مع حالة عدم اليقين التي ستستمر طوال الحياة. وقد يجد الشخص المصاب بمرض التصلب المتعدد أن المرض قد قضى على العديد من مظاهر صورته الذاتية، وغالبا ما توجد فترة من الأسى بالنسبة لأولئك الذي يخسرون صورتهم الذاتية قبل نشوء الصورة الذاتية الجديدة، وهي عملية قد تحدث عدة مرات خلال مسار مرض التصلب المتعدد، ويعد الحزن بمثابة عملية تصالحية وشفائية غير أنها تكون مصحوبة بالألم. (Coupe, 2010).

ويضيف التصلب المتعدد قدرا كبيرا من الضغط الراجع للإصابة به إلى الضغوط الحالية للحياة الحديثة، ويعد تعلم كيفية التغلب على الضغط من التحديات الرئيسية، قد ينتاب الأشخاص المصابون بهذا المرض قلق من أن الضغط نفسه قد يؤدي إلى تفاقم المرض من خلال التفاعلات السريعة، وقد أسفر البحث الذي أجري على مسألة الضغط كمثير لنوبات مرض التصلب المتعدد عن نتائج متداخلة، ولكن الضغط يعد جزءا من أجزاء الحياة التي لا يمكن تجنبها كما يمكن للشخص خلق ضغط إضافي

غير ضروري من خلال محاولة تجنب ما لا يمكن تجنبه، وثمة عدد من التغيرات العاطفية الأخرى التي قد تحدث في مرض التصلب المتعدد تتضمن الاكتئاب السريري والاضطراب ثنائي القطب والتقلبات المزاجية، وتعد جميع هذه التغيرات أكثر شيوعا بين الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد عنها بين عامة السكان. (Coupè, 2010).

ويمثل الاكتئاب الرئيسي إحدى الحالات الخطيرة التي تهدد الحياة في بعض الأحيان، ويتسم هذا العرض من بين الأعراض الأخرى بوجود حلقات اكتئابية رئيسية يمكن أن تكون مسببة للإعاقة مثل أعراض مرض التصلب المتعدد، ويعد الاكتئاب الرئيسي مختلفا عن "الاكتئاب اليومي" الذي يمكن أن يعاني منه العديد من الأشخاص لعدة ساعات خلال وقت معين، إذ أنه يكون عبارة عن حالة شديدة ومستمرة قد تصحبها أفكار أو أعمال انتحارية، ويتطلب هذا الشكل عناية محترفة وعلاجات فعالة تتضمن الأدوية المضادة للاكتئاب والعلاج النفسي، ويعتقد أن مرض التصلب المتعدد قد يحدث تغيرات في المخ مما يحث على الإصابة بالاكتئاب الرئيسي غير أن الدليل على ذلك الأمر لا يزال محدودا. ويعد الاضطراب ثنائي القطب حالة نادرة تتسم بفترات متناوبة من الاكتئاب والهوس أو الهوس فقط، وخلال فترات الهوس، قد ينخرط الشخص المصاب به في سلوكيات غير مناسبة مثل إنفاق مبالغ كبيرة من المال، ويمكن أن يكون مثل هذا الاضطراب مزعجا للغاية بالنسبة لأفراد الأسرة، وكما هو الحال مع الاكتئاب الرئيسي، قد يتطلب الاضطراب ثنائي القطب عناية فائقة كما تتم معالجته غالبا باستخدام مجموعة من العقاقير المضادة للاكتئاب والمثبتة للحالة المزاجية. إن التقلبات المزاجية متعددة الأنواع تبدو شائعة في مرض التصلب المتعدد، وعلى غرار هذا المرض، يشير المصطلح "تقلبات مزاجية" إلى عدد من الظواهر منها عدم الاستقرار العاطفي والشعور بالنشاط. (Couvreux, Moreau, 2002).

ويشير مفهوم عدم الاستقرار العاطفي إلى تغيرات متكررة في الحالة المزاجية من السعادة إلى الحزن إلى الغضب، الخ، ولا تختلف هذه التغيرات كثيرا عن التقلبات المزاجية التي يعاني منها معظم الأشخاص

ولكنها تبدو أكثر شيوعاً وربما أشد من مرض التصلب المتعدد، ويعتقد أن الأسباب المؤدية إليها تتمثل في الضغط الإضافي الناجم عن الإصابة بمرض التصلب المتعدد وكذلك التغيرات العصبية التي تحدث في العمل. (لاروكا، 2004).

ويعد الضحك والبكاء الذي لا يمكن السيطرة عليه اضطراباً لا يصيب أكثر من 10 ٪ من الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد، ويتسم هذا الاضطراب بفترات يضحك خلالها الشخص أو يبكي بشكل لا يمكن السيطرة عليه وبما لا يتماشى مع الموقف، ويعتقد أن هذا الاضطراب ناجم عن التغيرات التي يحدثها المرض ويعد الشعور بالنشاط من الأعراض شديدة الندرة في مرض التصلب المتعدد حيث لا يعاني منه أكثر من خمسة إلى عشرة في المائة من الأشخاص المصابين بهذا المرض ويتسم هذا العرض بشعور غير حقيقي بالتفاؤل وهو ما يمكن التعبير عنه بالتزامن مع سوء الحظ والمشاكل الخطيرة، ويمكن أن يظهر الشعور بالنشاط من خلال الضحك على نحو غير مناسب كما يلاحظ بصفة عامة في الأفراد المصابين بضعف إدراكي شديد. وعلى الرغم من أن مرض التصلب المتعدد قد يكون مصحوباً بمجموعة متنوعة من ردود الفعل العاطفية وبعض الاضطرابات، إلا أنه لا وجود "لشخصية مرض التصلب المتعدد" في حد ذاته ، ويواجه الأشخاص المصابين بهذا المرض تحديات خاصة جداً، إلا أنهم مثلهم مثل أي شخص آخر يحاولون بذل أقصى ما في وسعهم للتغلب على ما ألقته الحياة في طريقهم، وفي أغلب الأحيان، يتعاملون بشكل جيد ويكونون أقوياء غالباً في مواجهة هذه التحديات الخاصة. (لاروكا، 2004).

11-2- التغيرات الإدراكية:

يشير الإدراك إلى أعلى وظائف المخ مثل الذاكرة والتفكير، ولا يعاني ما يقرب من نصف الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد من تغيرات إدراكية واضحة. وتشتمل مناطق الأداء الإدراكي التي تكون أكثر عرضة للتأثر عند الإصابة بمرض التصلب المتعدد على ما يلي:

•الذاكرة

•الانتباه والتركيز

• إيجاد الكلمات المناسبة

•سرعة معالجة المعلومات

•استخلاص التفكير وحل المشاكل

•القدرات البصرية المكانية

•الوظائف التنفيذية

ونظرا لأن مرض التصلب المتعدد قد يؤثر على أي جزء من المخ، فيمكن أن تتعرض أي وظيفة إدراكية للإضعاف، ويؤثر هذا المرض عادة على بعض الوظائف الإدراكية ولكنه يترك الوظائف الأخرى سليمة نسبيا، ولهذا السبب، من غير المحتمل أن يؤدي هذا المرض إلى نوع من الانحطاط الإدراكي الذي نجده في مرض الزهايمر، ولكن في بعض الحالات يمكن للتغيرات الإدراكية الناجمة عن الإصابة بمرض التصلب المتعدد أن تكون أكثر تفشيا مما يجعل الفرد غير قادر على التعامل بكفاءة مع المسؤوليات اليومية. (Perkin,2002).

يمكن أن تؤثر التغيرات الإدراكية تأثيرا شديدا على قدرة المرء على العمل وإنجاز المسؤوليات الأسرية، ولا يكون أفراد الأسرة في الغالب مدركين أن مرض التصلب المتعدد يمكن أن يتسبب في إحداث

مشاكل إدراكية كما يمكن لسوء الفهم هذا أن يسفر عن حالة من الغضب والارتباك، وفي مثل هذه الحالات، من الأحسن أن يتم الحصول على تقييم احترافي لتوضيح طبيعة وسبب هذه المشاكل.

يجد العديد من الأشخاص حديثي الإصابة أنفسهم يتساءلون " لماذا أنا؟ " و " ما الذي سيحدث لي؟ " وتكون هذه التساؤلات على وجه الخصوص صعبة الإجابة بالنسبة لمرض مثل مرض التصلب المتعدد. وعند سماع التشخيص لأول مرة، يكون رد فعل العديد من الأشخاص كما لو كانوا يفقدون السيطرة على حياتهم، وحتى إذا اختفت الأعراض عقب الانتكاسة، يمكن أن يعني عدم القدرة على توقع مرض التصلب المتعدد وجود قلق وخوف بشأن المستقبل، ومن الطبيعي لمثل هذه المشاعر الشديدة أن تولد الغضب وكذلك الحزن، ومن الطبيعي أيضا لبعض الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد أن يحاولوا تجاهل وجود المرض في حياتهم بينما سيسعى الآخرون بنشاط للحصول على معلومات حول هذا المرض منذ البداية. (لاروكا، 2004).

يكون رد فعل الأشخاص مختلفا للغاية في أوقات الأزمات ولكن هناك شيء مشترك فيما بينهم :القدرة على الاستفادة من موارد القوة وتفعيل إستراتيجيات خاصة بالتأقلم، ويقوم الأشخاص بناءا على خبرات حياتهم بإنشاء موارد معينة كجزء من شخصيتهم، ويتضمن هذا الأمر على سبيل المثال توقعات متفائلة أو الاعتقاد الراسخ بأن المرء لا يمكنه التغلب على أية أزمة، وبالنسبة للآخرين الذين قد وضعوا رؤية تفاؤلية بصفة عامة للحياة، قد تسود مشاعر العجز والضعف عندما يعلمون بإصابتهم بالمرض، وقد أوضحت عدة دراسات أجريت على هذا المرض أن هذه الاعتقادات الأساسية لها تأثير على جودة حياة الشخص وصحته وعلى كيفية مشاركته بنشاط في التعامل مع المرض.

وعلى الرغم من أن الشخصيات وأنماط التفكير والمواقف تكون متسقة بشكل نسبي، إلا أنه يمكن أن يقوم الأخصائيون بمساعدة الأشخاص على خلق مهارات تأقلم جديدة. فعلى سبيل المثال، يمكن لأخصائي

علم النفس مساعدة الشخص على بناء الثقة وتحفيز الفرد على تولي دور أكثر فعالية في التعامل مع المرض. (HAS, 2012).

ومن أجل استعادة المرء الشعور بالثقة في امتلاك بعض السيطرة على حياته أو الحفاظ على هذا الشعور، فمن المهم للغاية أن يصبح الشخص المصاب بمرض التصلب المتعدد على دراية بإصابته بالمرض، ويعد جمع المعلومات والتحدث بشأن الآخرين المصابين بالمرض وطرح أسئلة مهنية تتعلق بمرض التصلب المتعدد طرقا يقوم الشخص من خلالها بتكوين كم كبير من المعلومات حول هذا المرض، ويمكن للأشخاص أيضا اكتساب الشعور بالسيطرة والمشاركة بفعالية في اتخاذ قرارات الرعاية الصحية من خلال التعرف على العلاجات المتوفرة وإستراتيجيات التعامل مع الاعراض .

يلعب الأمل دورا هاما في التغلب على أي مرض، إذ أنه يعد مصدرا يستمد المصابين بالمرض منه القوة والتفاؤل والطاقة، ومع ذلك، ليس من السهل دائما أن يوازن المرء بين أن يكون مفعما بالأمل والحفاظ على التوقعات الواقعية، ويمكن للتوقعات غير الواقعية أن تؤدي إلى خيبة أمل مريرة ولاسيما عندما لا يعطي دواء أو علاجا معينا النتيجة المتوقعة. ويمكن أن تحدث هذه التوقعات غير الواقعية من خلال المعلومات الخاطئة التي يتم تقديمها للفرد وعدم فهم قدرات العلاج أو من خلال رغبة قوية خاصة في اعتقاد أن هذا العلاج سوف يكون قادرا على عمل شيء لم يكن مقصودا القيام به بالفعل أو يكون قادرا على العمل. ولهذه الأسباب، من المهم للغاية بالنسبة للشخص أن يتلقى تعليما مناسباً ويحصل على المعلومات قبل بداية أي علاج أو دواء من أجل تجنب خيبة الأمل التي تحدث نتيجة للتوقعات غير الواقعية، ومن الجدير بالذكر أن التوقعات غير الواقعية يمكن أن تؤدي إلى اتخاذ بعض الأشخاص قرار بقطع نظام علاجي قبل أن يتم التحقق من تأثيره التام. (Richard et al, 2002).

نادرا ما يجبر مرض التصلب المتعدد أي شخص على اتخاذ قرارات بالمشاركة، كما أنه من النادر أن يكون توقيت حدوث انتكاسة حادة أو أزمت أخرى هو التوقيت المناسب لاتخاذ قرارات هامة أو صعبة

المثال، ولكن يكون الشخص المصاب بمرض التصلب المتعدد عرضة خلال هذه الأوقات العصبية لإجراء تغييرات تؤدي إلى تغيير الحياة، مثل اتخاذ قرار بترك مكان العمل في الوقت الذي يعاني فيه من انتكاسة جراء الإصابة بهذا المرض.

11-3-التوتر:

يقوم كل شخص بتعريف التوتر بطريقته الخاصة، ويعد ما هو معروف على العلاقة بين مرض التصلب المتعدد والتوتر ليس كاملاً، ويكون مستوى توتر الشخص أعلى خلال الإصابة بانتكاسات هذا المرض، ويبدو أن التوتر له تأثير سلبي على الرفاهية كما يعرض صحة الشخص وعلاقاته للخطر، ويعد تلقي خبر الإصابة بمرض التصلب المتعدد مصدراً رئيسياً للتوتر بالنسبة لأي شخص، كما أن عدم القدرة على التنبؤ والتعامل مع العديد من الأعراض والتعرف على المعلومات وتغير الأدوار تعد بعضاً من العديد من مصادر التوتر الأخرى التي تصحب التشخيص. وثمة طرق للتغلب بنجاح على مشاكل الحياة اليومية التي سوف تعمل على تقليل الشعور بالإرهاق والإحباط والغضب، ومن المهم أن يتم تشجيع الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد على إجراء تغييرات هامة في حياتهم بناءً على المفهوم الذي يقول بأن التوتر يؤدي إلى تفاقم هذا المرض ومن ثم يجب تجنبه.

وبدلاً من ذلك، ينبغي أن يوصى باستخدام إستراتيجيات للحد من التوتر التي يمكن أن تختلف أيضاً من شخص إلى شخص تبعاً لأسلوب حياة المرء، وربما تشمل هذه الإستراتيجيات على النشاط البدني أو متابعة هواية أو أساليب الاسترخاء أو مجموعات المساعدة الذاتية الخ. (ستريتمر، 2004).

11 -4-الاكتئاب:

الجميع يمر بفترات من الشعور بـ اليأس "أو" انخفاض العزيمة"، ولكن يعد الاكتئاب أحد الاضطرابات التي تتسم باستمرار حالة مزاجية منخفضة تحدث معظم الوقت وتستمر لعدة أسابيع أو أكثر وهذا يعد كافيا لإحداث القلق أو التأثير على الأداء في العمل أو الأداء الاجتماعي، وعادة ما يكون انخفاض الحالة المزاجية مصحوبا بمشاعر الحزن أو الفراغ. ويظهر لدى الأشخاص المصابون بالاكتئاب عادة فقد الاهتمام والمتعة عند أداء الأنشطة اليومية وقد يشعرون بعدم القيمة والذنب، وفي بعض الأشخاص، ولاسيما الرجال يظهر الاكتئاب الذي يصيبهم في شكل غضب متزايد وتهيج، وقد تتم المبالغة في هذا الأمر عندما تعمل الإعاقة البدنية على تحجيم الأداء، وقد تكون العلامات الظاهرية للاكتئاب مرئية في بعض الأشخاص، وتشتمل هذه العلامات على البكاء وفقد الاهتمام بالمتعة الشخصية، وقد يصاب الأشخاص بالهياج والعصبية وانخفاض النشاط البدني. (ARSEP, 2015).

يكون الأشخاص المصابون بمرض التصلب المتعدد عرضة للاكتئاب حيث يعاني ما يقرب من نصفهم فترة من الاكتئاب الحاد مرة واحدة على الأقل خلال حياتهم، وتكون هذه النسبة مرتفعة بالمقارنة بتقدير السكان بصفة عامة إذ أنه يبلغ نحو 15 ٪، ويعتقد أن نسبة تتراوح من 15 إلى 30 ٪ من الأشخاص المصابين بهذا المرض قد يصابون بالاكتئاب في أي وقت. ومن المهم التأكيد على أن خطر الانتحار عموما يبقى ضعيفا جدا بين عامة السكان منهم الأشخاص المصابين بهذا المرض، ولكن الدراسات الحديثة أوضحت لأول مرة أن معدل الانتحار بين الأشخاص المصابين بهذا المرض تكون أعلى بشكل كبير من عامة السكان، وقد ذكر عدد كبير من الأشخاص المصابين بهذا المرض أنهم قد فكروا بالانتحار ذات مرة أو أخرى. (ARSEP, 2015).

إن الأسباب المؤدية للاكتئاب غير معلومة، وقد يتم فهمها بأنها حالة من شذوذ وظيفة المخ يمكن إثارتها من خلال الضغوط الخارجية ومن خلال مرض كامن في المخ، وثمة عدد من وسائل الإثارة الخارجية الواضحة في مرض التصلب المتعدد منها الألم وآثار المرض على الأسرة والسكن والعمل والأمور المالية، كما يوجد أيضا دليل على الخلل الوظيفي بالمخ متضمنا زيادة الاكتئاب بين الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد في أجزاء معينة من المخ. (ARSEP,2015).

يعاني الأشخاص المصابون بالاكتئاب في الغالب من أعراض بدنية، وتشتمل هذه الأعراض على اضطرابات الشهية والنوم والخلل الوظيفي الإدراكي والإعياء والألم وفقد الرغبة الجنسية، كما يوجد أيضا آثار شائعة جدا لمرض التصلب المتعدد ومن الصعب التكهن بأيها سوف يسبب حدوث المشكلة، وإذا كانت هذه المشاكل ترجع في الغالب إلى الإصابة بالاكتئاب، فعندئذ يحتمل أن يؤدي العلاج المناسب إلى بعض التحسن. إن التعرف على الاكتئاب بين الأشخاص المصابين بمرض التصلب المتعدد يعطي قدرا كبيرا من الأمل، فعلى النقيض من العديد من المضاعفات المصاحبة للمرض التي لا يوجد لها سوى علاجات محدودة، تكون معظم حلقات الاكتئاب غير دائمة، وينبغي أن يكون التعامل مع الاكتئاب مناسباً لكل مريض، وتتمثل أولى الخطوات الهامة في التعرف على الاكتئاب والتغلب على الآثار المصاحبة له، ويبنى العلاج على الجمع بين تناول المشاكل العاجلة والأدوية المضادة للاكتئاب والاستشارات الدوائية، وتشتمل المشاكل العاجلة على مسائل اجتماعية. وقد يكون هناك مشاكل خاصة بالعلاقات بحاجة لأن يتم تناولها، ويؤثر مرض التصلب المتعدد على كلا المشاركين في علاقة ما، وقد يؤثر فقد القدرات البدنية والأداء الجنسي والعمل إلى غير ذلك على كلا الشخصين، وكذلك رعاية شخص ما مصاب بمرض التصلب المتعدد تفرض ضغوطا على كلا الشخصين، وفي هذه الحالات، قد يكون انخراط الشريكين في الاستشارات من الأمور المفيدة (HAS,2012).

خلاصة الفصل:

تم تخصيص هذا الفصل لمرض التصلب المتعدد، فقد حاولت الباحثة من خلال العناصر المتناولة في الفصل تقديم مختلف المعنوية بالاصابة بمرض التصلب المتعدد (الجهاز العصبي، وظيفته، واضطراباته)، وكذا عرض مختلف اعراض المرض واسباب ظهوره بالاضافة الى جملة الفحوصات التشخيصية الخاصة بالتصلب المتعدد والعلاجات المتوفرة للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد واخيرا تطرقت الباحثة الى سيكولوجية المرضى المصابين بالتصلب المتعدد حيث ابرزت مختلف الدراسات والملاحظة الميدانية على تميز المرضى المصابين بخصائص سيكولوجية معينة وخاصة بالمرض (التغيرات العاطفية-التغيرات الادراكية-التوتر-الاكتئاب) وكل هذه الخصائص تمثل لوحة تشخيص مرضى التصلب المتعدد.

الفصل الثاني:

الصلابة النفسية

محتوى الفصل:

تمهيد

1. تعريف الصلابة النفسية
2. المصطلحات المتداخلة مع الصلابة النفسية
3. النظريات المفسرة للصلابة النفسية
4. أبعاد الصلابة النفسية
5. خصائص ذوي الصلابة النفسية
6. أهمية الصلابة النفسية
7. قياس الصلابة النفسية
8. الصلابة النفسية والصحة
9. الصلابة النفسية والتكيف
10. الصلابة النفسية ومرض التصلب المتعدد

خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر آخر نقطة من الفصل السابق نقطة البداية في الخوض في المتغيرات النفسية المعرفية محور البحث في الدراسة الحالية ،ويعد متغير الصلابة النفسية من المتغيرات الأساسية والتي تلعب دور منبئ عن نوعية الحياة وهذا من خلال الطبيعة الوقائية للصلابة النفسية وهذه الخصائص ادت بروج هذا المتغير في علم النفس عامة ولدى المختصين في علم النفس الصحة وسوف نتعرف على مختلف التعاريف والنظريات المفسرة للصلابة النفسية وتطبيقاتها الميدانية من خلال هذا الفصل.

1. تعريف الصلابة النفسية:

تعد الصلابة النفسية إحدى عوامل الشخصية المهمة والأساسية في تحسين الأداء النفسي و الحفاظ على السلوك الصحي ، حيث أشارت العديد من الدراسات إلى أهمية الصلابة النفسية كأحد عوامل المقاومة ضد الضغوط والأزمات .

(Kardum,Hudek-Knezevic ; Krapic, 2012)

استطاعت " S.Kobasa " من خلال الدراسات التي قامت بها في السنوات (1979) و من خلال اعمالها مع " S.Maddi " في السنوات (1979،1984) ان تحدد مفهوم الصلابة النفسية ،ولقد استهدفت هذه الدراسات معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء احتفاظ الاشخاص بصحتهم الجسمية والنفسية رغم تعرضهم للضغوط وتعرف " S.Kobasa " الصلابة النفسية على انها " الاعتقاد العام للفرد في

فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئة المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة (Maddi, 2013).

كما يعرف " S.Maddi " الصلابة النفسية أيضا بأنها مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة الشاقة إدراكا غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو ايجابي، وتتضمن ثلاثة أبعاد وهي: الالتزام، التحكم، التحدي. (Maddi, 2013).

ويعرف " S.C.Funk (1992) " متغير الصلابة النفسية بأنه "خصلة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتتميتها الخبرات البيئية المتنوعة (المعززة) المحيطة بالفرد منذ الصغر. (S.C.Funk, (1992)p335-345).

ويعرفها " M.F.Scheier و C.S.Carver " بأنها ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها حيث تعمل الصلابة النفسية كمصدر واق ضد العواقب الجسمية السيئة للضغوط. (حمادة، حسن، 2000).

ويقول حمادة وعبد اللطيف ان الصلابة النفسية هي مصدر من المصادر الشخصية الذاتية، لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة، والتخفيف من أثارها على الصحة النفسية والجسمية، حيث تساهم الصلابة النفسية في تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقويم والمواجهة الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلفته الظروف الضاغطة.

(حمادة، 2002).

ويقول البهاص بان الصلابة النفسية هي "ادرام الفرد وتقبله للتغيرات او الضغوط النفسية التي يتعرض لها فهي تعمل كوقاية من العواقب الحسية والنفسية للضغوط، وتساهم في تعديل العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغوط وتنتهي بالانهك النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط" (البهاص، 2002).

كما يعرف محمد جيهان الصلابة النفسية بانها مجموعة متكاملة من خصال الشخصية ذات الطليعة النفسية والاجتماعية وهي خصال فرعية تضم الالتزام، والتحدى، والتحكم يراها الفرد على انها خصال مهمة له في التصدي للمواقف الصعبة او المثيرة للمشقة وفي التعايش معها. (جيهان، 2000).

و حسب " M.B.Schweitzer " مصطلح الصلابة النفسية ظهر بتفاقم الازمة الاقتصادية في الولايات المتحدة الامريكية وتزايد نسبة المسرحين عن العمل في شركة الهاتف (IBT) في 1981 وفي مدة ستة سنوات تلي هذه المشاكل نصف الاطارات القيادية في هذه الشركة عانوا من اضطرابات منها: التغيب، العنف، الطلاق، نوبات قلبية، سرطان، اضطرابات نفسية وانتحار. اما النصف الاخر تمتع بصحة جيدة واطهر سلوكيات ابداعية. وهذا ما ادى بكل من " S.Kobasa " و " S.Maddi " بالوصول الى نتائج تعبر عن الفرق بين الفوجين وتتمثل في: التحكم: الاعتقاد باننا نستطيع التأثير فيما يحصل لنا.

الالتزام: الالتزام او العمل برضا في نشاطات

التحدى: رؤية التغيرات كفرص للارتقاء والتقدم لا كتهديد او عائق.

وقد عرفوا الصلابة بتجمع (3C)، والاعتقادات والسلوكيات بالاضافة الى الصلابة النفسية تحمي الاشخاص من العواقب السلبية للاحداث الضاغطة.

(Schweitzer, 2014).

ويلاحظ من تلك التعريفات إجماع العلماء والباحثين على كون الصلابة النفسية مصدر من مصادر الشخصية الذاتية المقاومة للآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من أثارها على الصحة النفسية

والجسمية، حيث يتقبل الشخص التغيرات والضغوط التي يتعرض لها وينظر لها على أنها نوع من التحدي وليس تهديدا فيركز جهوده على الأعمال التي تؤدي إلى هدف معين وتعود عليه بالفائدة.

2. المصطلحات المتداخلة مع الصلابة النفسية:

*الارجاعية: La Résilience

ظهر مصطلح الارجاعية اول مرة عام 1970 على يد Emmy Werner من خلال دراستها على مجموعة من الاطفال باحد الاحياء الفقيرة لهاواي، حيث نشأ هؤلاء الاطفال في كنف اسر عانى فيها الالباء البطالة والادمان، زيادة عن الاضطرابات النفسية، وقد لاحظت ان ثلثي العينة ابدوا سلوكيات مدمرة خلال مراقبتهم كتعاطي المخدرات والانجاب خارج العلاقة الزوجية، مقابل الثلث والذي لم يظهر افرادة سلوكيات مشابهة. اطلقت Werner عليهم المجموعة المقاومة، واكتشفت ان لدى اطفال هذه المجموعة ولعائلاتهم سمات تجعلهم مختلفين عن غيرهم، وان تطوير تلك السمات يحقق افضل النتائج على المدى الطويل، وذلك بزيادة فرص الاطفال في التكيف الايجابي مستقبلا حتى في غياب الظروف البيئية المثلى للنمو. وقد عرفت الارجاعية (1984) بانها القدرة على التعامل الفعال مع الضغوط وكذا اظهار درجة غير معتادة من القوة النفسية مقارنة بسن الفرد وبمجموعة الظروف التي يواجهها. (Werner, 1993). ويذهب كل من (Luthar et Cicchetti, 2000) الى القول بانها "عملية ديناميكية يظهر خلالها الافراد تكيفا ايجابيا اتجاه الخبرات المؤلمة او الصادمة، والمصطلح لا يمثل سمة الشخصية فهو بناء ثنائي الابعاد يتضمن التعرض الى الشدائد مع اظهار نواتج تكيفية ايجابية.

في حين يشير كل من (Davidson et Connor, 2003) الى ان الارجاعية هي مجموعة الصفات التي تمكن الفرد من التطور والنمو عند مواجهة الشدائد، فهو خاصية متعددة الابعاد تتغير بتغير السياق والزمن والجنس كما وتتغير داخل الشخص المعرض لظروف الحياة المختلفة.

ويذهب (Newman, 2005) الى اعتبارها قدرة بشرية على التكيف مع مختلف ضغوطات الحياة التي يعاني منها الافراد كالصدمات والشدائد.

ترتكز الارجاعية حسب (Luthar, Cicchetti et Becker, 2000) على العمليات الدينامية للتكيف الايجابي في سياق الشدائد، وتتضمن العمليات الوقائية التي تساهم في تكوينها سمات الفرد والاسرة والمحيط الاجتماعي كما وتفسر الكيفية التي تؤثر من خلالها تلك العوامل على النواتج السلوك. اما (Fredrickson et al, 2004) فينظرون لعملية الارجاعية على انها استخدام للانفعالات الايجابية للتعافي من الاحداث السلبية وذلك بالتفاؤل كونه التعبير المثالي للانفعال الايجابي.

وتعرف المواجهة المرنة (Resilient coping) بانها ميل للاستخدام الفعال للمهارات التقييم المعرفي غي اتجاه مرن وملتزم فصد تفعيل حلول للمشكلات بالرغم من الظروف الضاغطة.

ويتسم الاشخاص مرتفعي المواجهة المرنة بالتفاؤل والالتزام وهم مبدعون ولديهم القدرة على حل المشكلات فهم يؤمنون بقدرتهم على الوصول لنتائج ايجابية وناجحة في مواجهتهم للشدائد. (Luthar, Cicchetti, 2000).

*فعالية الذات: L'auto-efficacité

يعرف (الشعراوي، 2000) مفهوم فعالية الذات على انها مجموعة الاحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكيات معينة، ومرونته في هذا التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحدي الصعاب، ومدى مثابرتة للانجاز ويتضمن هذا المفهوم الابعاد التالية: الثقة بالنفس ، المقدرة على التحكم في الضغوط الحياتية، تجنب المواقف التقليدية والصمود امام الخبرات الفاشلة والمثابرة للانجاز. (م.حنصالي، 2014، ص124).

ويشير (Bandura, 1977) الى ان فاعلية الذات تساعد على المثابرة في اداء العمل حتى يتحقق النجاح بينما يؤدي عدم الفاعلية الى عدم المثابرة ،واضاف ان مفهوم فاعلية الذات ذو طبيعة تنبؤية انتقائية فمن

المفترض ان الفاعلية تؤثر في اختيار السلوك الفعال والمجهود المبذول والاستمرار في مواجهة العقبات واداء العمل.

اما (Wolman,1989) فقد عرفها من خلال نتائجها اذ يرى بان الناس الذين يشكون في فاعليتهم الذاتية يقابلون صعوبة في مواجهة متطلبات البيئة،اما ذوي الثقة الكبيرة في فاعليتهم الذاتية فيمكنهم مواجهة المواقف بالشكل الذي تتطلبه،وتدفعهم المعوقات الى زيادة المجهود وزيادة روح التحدي.بينما يذهب(Goldenstone,1984)الى اعتبارها احساس عام بقدرة الشخص وفاعليته وقوته،وانها تعمل بمثابة قوة دافعة للحصول على نتائج مرغوبة.

(Bandura,2003)

*لقد اهتم (Almedom,2006)بخصائص الشخصية الحامية للأفراد المعرضين لوضعيات ضاغطة او صادمة.وهذه المصطلحات لقت اهتمام الكثير من الباحثين وكانت محور العديد من المقالات في السنوات الاخيرة:

*الصلابة النفسية (Hardiness ou Endurance) Kobasa et Maddi.

* Croissance post-traumatique de Tedeschi et Calhoun(1996).

*.Recovery (Guerison) de Harvey(1996).

* L'auto-efficacité de Bandura (1977).

* Sens of Coherence (SOC) de Antonovsky(1987).

معظم هذه المفاهيم تبرز التحكم المدرك في أحداث الحياة الضاغطة ولكنها تختلف بالنسبة للأطر النظرية والتطبيقات المعتمدة على سلوكيات معينة،ونجاح هذه المفاهيم في التراث السيكولوجي راجع لارتباطها بالصحة والرفاهية الذاتية (Bien être) من جهة وارتباطها بالحصر والمشاكل السوماتية من جهة أخرى.(Schweitzer,2014).

3. النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

أولاً : نظرية Maddi و Kobasa : لقد قدم كل من (Maddi و Kobasa) نظرية رائدة في مجال الوقاية من الاصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية،تناول خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوما حديثا في هذا المجال واحتمالات الاصابة بالامراض.

واعتمدت هذه النظرية على عدد من الاسس النظرية والتجريبية،تمثلت الاسس النظرية في اراء بعض العلماء امثال "Franklin, Maslow, Rogers"، والتي اشارت الى ان وجود هدف للفرد او معنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الاولى على قدرته على استغلال امكاناته الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة (Maddi, 2013).

ويعد نموذج Lazarus (1961) من اهم النماذج التي اعتمدت عليها هذه النظرية حيث انها نوقشت من خلال ارتباطها بعدد من العوامل، وحددها في ثلاثة عوامل رئيسية وهي:

➤ البنية الداخلية للفرد

➤ الاسلوب الادراكي المعرفي

➤ الشعور بالتهديد والاحباط

ذكر Lazarus ان حدوث خبرة الضغوط يحددها في المقام الاول طريقة ادراك الفرد للموقف، واعتباره ضغطا قابلا للتعايش، تشمل عملية الادراك الثانوي وتقييم الفرد لقدراته الخاصة وتحديد لمدى كفائتها في تناول المواقف الصعبة.

فتقييم الفرد لقدراته على نحو سلبي والجزم بضعفها وعدم ملائمتها للتعامل مع المواقف الصعبة أمر يشعر بالتهديد، وهو ما يعني عند Lazarus توقع حدوث الضرر سواء الجسدي او النفسي، ويؤدي

الشعور بالتهديد بدوره الى الشعور بالإحباط متضمنا الشعور بالخطر او بالضرر الذي يقرر الفرد وقوعه بالفعل.

وترتبط هذه العوامل الثلاثة ببعضها، فعلى سبيل المثال يتوقف الشعور بالتهديد على الاسلوب الادراكي للمواقف والقدرات ومدى ملاءمتها لتناول الموقف، كما يؤدي الادراك الايجابي الى تضائل الشعور بالتهديد، ويؤدي الادراك السلبي الى زيادة الشعور بالتهديد، ويؤدي ايضا الى التقييم لبعض الخصال الشخصية كتقدير الذات. اما الاساس التجريبي لصياغة النظرية فقد استطاعت Kobasa من خلال اعتمادها على نتائج نظريتها والتي استهدفت الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد على الاحتفاظ بصحته الجسمية والنفسية رغم تعرضه للمشقة، كما استهدفت معرفة دور هذه المتغيرات في ادراك الضغوط والاصابة بالمرض، وذلك على عينة متباينة الاحجام والنوعيات من شاغلي المناصب الادارية المتوسطة والعليا ومن المحامين ورجال الاعمال ممن تراوحت اعمارهم بين 32 و65 سنة، ثم تم تطبيق عدد من الاختبارات عليهم كاختبار الصلابة النفسية بابعادها الثلاثة لـ Kobasa، واختبار Wayler للمرض النفسي والجسمي، واختبار Holmes و Rah لاحداث الحياة الضاغطة، مما جعلها تنتهي الى عدد من النتائج التي ساعدتها في صياغة الاسس التي اعتمدت عليها في وضع نظريتها.

ومن هذه النتائج مايلي:

➤ الكشف عن مصدر ايجابي جديد في مجال الوقاية من الاصابة بالاضطرابات النفسية

والجسمية، وهو الصلابة النفسية بابعادها وهي: "الالتزام، التحكم، التحدي"

➤ يكشف الافراد الاكثر صلابة عن معدلات اقل للاصابة بالاضطرابات على الرغم من تعرضهم

للضغوط، وذلك مقارنة بالافراد الاقل صلابة، وقد يعود ذلك الى الدور الفعال الذي يقوم به متغير

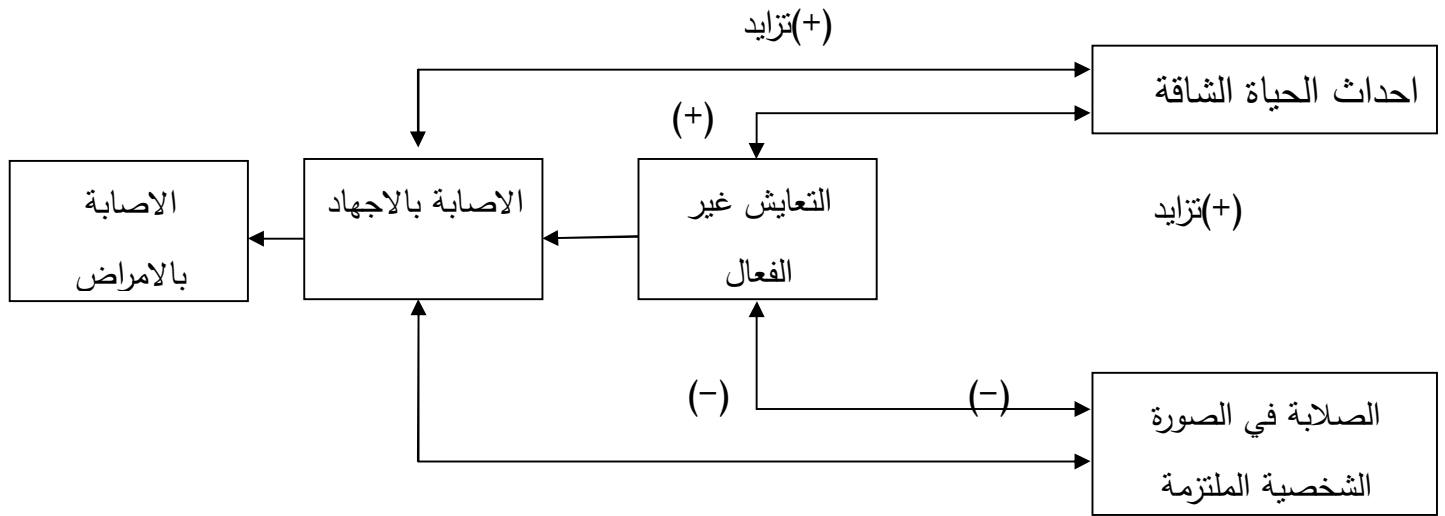
الصلابة في ادراك ضغوط الاحداث الشاقة للحياة وتفسيرها وترتيبها على نحو ايجابي (Maddi, 2013).

وطرحت Kobasa الافتراض الاساسي لنظريتها، والقائل بان التعرض للاحداث الحياتية الضاغطة يعد امرا ضروريا، بل انه حتمي لابد منه لارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي والاجتماعي، وان المصادر النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى وتزداد عند التعرض لهذه الاحداث، ومن ابرز هذه المصادر الصلابة النفسية بابعادها الثلاثة التي سبق ذكرها. (Puccetti, Maddi, Kobasa, 1985).

وقد فسرت Kobasa الارتباط القائم بين الصلابة والوقاية من الاصابة بالامراض، خلال تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة، ومن خلال توضيحها للدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من اثار التعرض للضغوط.

كما ذكرت Kobasa ان افراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية يكونون اكثر نشاطا ومبادرة وقيادة وضبط داخلي، واكثر صمودا ومقاومة لآعباء الحياة الضاغطة، واشد واقعية وسيطرة وقدرة على تفسير الاحداث، كما انهم يجدون ان تجاربهم ممتعة وذات معنى، فهذه الفئة من الافراد تضع تقييما متفائلا لتغييرات الحياة، وتميل للقيام بالافعال الحاسمة للسيطرة عليها، وتؤيد معرفة المزيد من الخبرات لتعلم كل ماهو مفيد للحياة المستقبلية، وعلى العكس فان الاشخاص الاقل صلابة يجدون انفسهم والبيئة من حولهم بدون معنى، ويشعرون بالتهديد المستمر، والضعف في مواجهة احداثها المتغيرة، ويعتقدون ان الحياة تكون افضل عندما تتميز بالثبات في احداثها، او عندما تخلو من التجديد، ولذلك لا توجد لديهم اعتقادات راسخة بضرورة الارتقاء، فهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة، وتكون للظروف الشاقة اثر سلبي على الحالة الصحية لهؤلاء الاشخاص لعجزهم عن تخفيف الاثر السيء الناتج عن التعرض لهذه الاحداث. (Maddi et al., 1982).

وفيما يلي بعض المخططات توضح تفاعلات الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة:



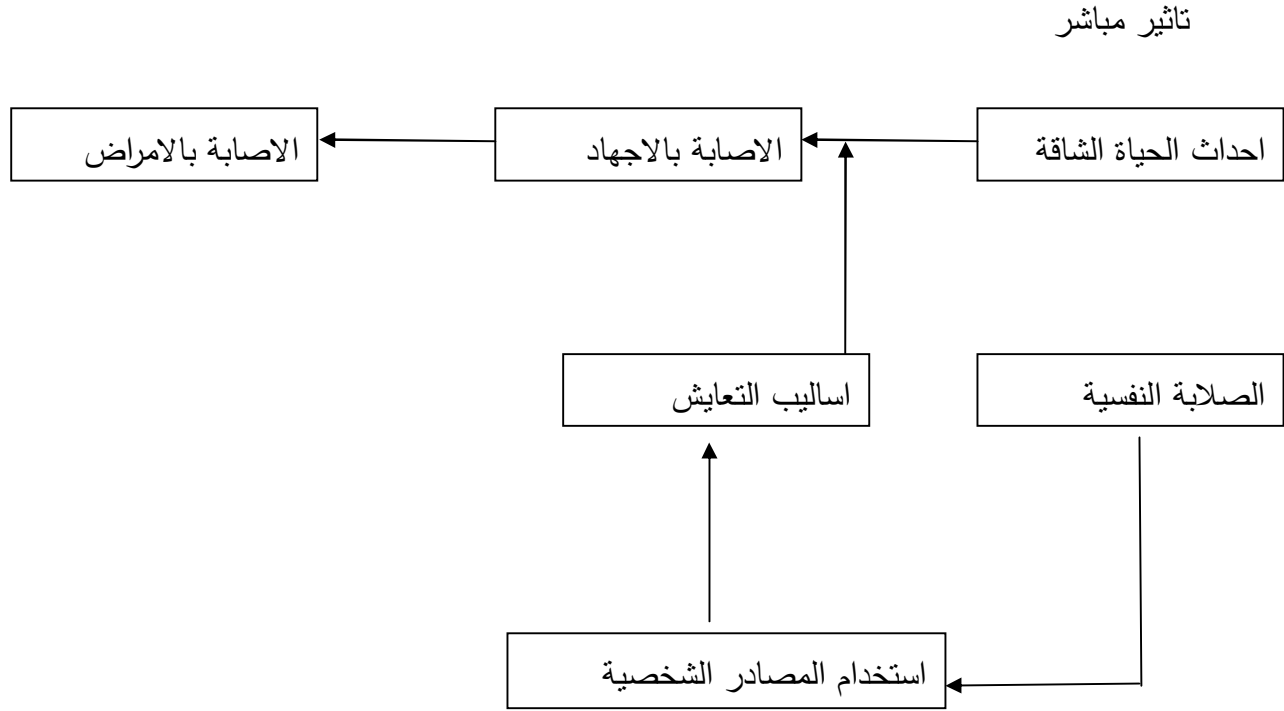
(Maddi, Kobasa, 1982)

يوضح الشكل (2): اثار الصلابة في صورة الشخصية الملتزمة التي تقلل بشكل مباشر من التأثير

السلبي للاحداث الحياتية الضاغطة اذا انخفضت اساليب التعايش غير الفعالة.

الشكل (3): يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية :

(Kobasa et Puccetti,1983)



يوضح الشكل رقم (3) ان الصلابة النفسية تعمل كمتغير مقاومة ووقائي حيث تقلل من الإصابة

بالاجهاد الناتج عن التعرض للضغط وتزيد من استخدام الفرد لاساليب التعايش الفعال، وتزيد ايضا من

العمل على استخدام الفرد لمصادره الشخصية والاجتماعية المناسبة اتجاه الظروف الضاغطة.

دور الصلابة النفسية:

- تغيير الإدراك المعرفي للأحداث اليومية إذا ما تم رؤيتها على نحو غير واقعي، فيعتقد الأفراد ذوي صلابة بانهم اكفاء في تناولهم للأحداث الضاغطة، ومن ثم فهم يرون الأحداث الضاغطة بصورة واقعية وتفاعلية.
- تخفف الصلابة النفسية من الشعور بالاجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث، وتحول دون وصول الفرد لحالة الاجهاد المزمن وشعوره باستنزاف طاقته.
- ترتبط الصلابة النفسية بطرق التعايش التكيفي الفعال، وتبتعد عن اعتياد استخدام التعايش او التعامل التجنبي والانسحابي للمواقف.
- تدعم الصلابة النفسية عمل متغيرات أخرى، وخاصة الوقائية حيث يميل الأفراد المتميزين بالصلابة النفسية الى التوجه الى اساليب التعايش التكيفي والتوافقي.

(Puccetti, Kobasa, 1983).

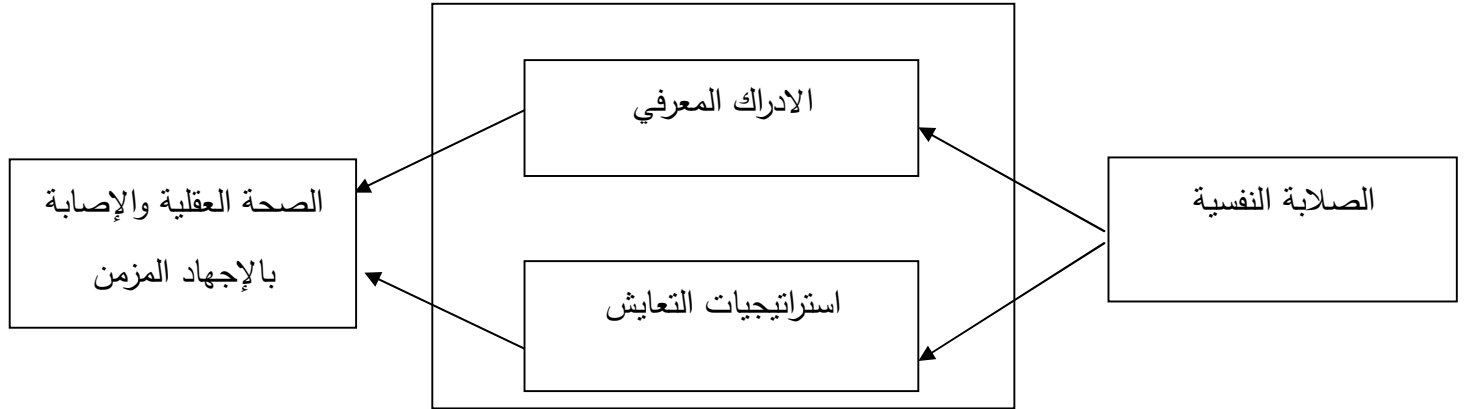
ثانيا : نظرية Funk المعدلة لنظرية Kobasa :

لقد ظهر حديثا في مجال الوقاية من الاصابة بالاضطرابات احد النماذج الحديثة الذي اعاد النظر في نظرية Kobasa وحاول وضع تعديل جديد لها، وهذا النموذج قدمه Funk (1992)، وتم تقديم هذا التعديل من خلال دراسته التي اجراها بهدف "بحث العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي والتعايش الفعال من ناحية، والصحة العقلية من ناحية أخرى، وذلك على عينة من الجنود، واعتمد الباحث على المواقف الشاقة الواقعية في تحديد دور الصلابة النفسية.

وقد توصل الباحث من هذه الدراسة الى نتائج مهمة وهي:

ارتباط بعد الالتزام والتحكم فقط بالصحة العقلية الجيدة للأفراد، فارتباط الالتزام جوهريا بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستخدام استراتيجيات التعايش الفعال خاصة استراتيجية ضبط الانفعال. كما ارتبط بعد التحكم ايجابيا بالصحة العقلية من خلال ادراك الموقف على انه اقل مشقة، واستخدام استراتيجية حل المشكلات للتعايش.

وقام Funk بدراسة ثانية في عام (1995) لها نفس اهداف الدراسة الاولى، وذلك على عينة من الجنود ايضا، ولكن في فترة تدريبية عنيفة. اين تم خلالها تنفيذ الاوامر المطلوبة رغم ميولهم واستعداداتهم الشخصية، وذلك بصفة متواصلة، وبقياس الصلابة النفسية وكيفية الادراك المعرفي للاحداث الشاقة الواقعية وطرق التعايش قبل فترة التدريب وبعد فترة التدريب ثم توصل الى نفس نتائج الدراسة الاولى فطرح نموذجه موضحا في الشكل التالي:



الشكل (4): نموذج Funk المعدل لنظرية Kobasa للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها

(Mikulince Taubman, Floriar, 1995).

4. أبعاد الصلابة النفسية:

توصلت دراسة Kobasa (1979) الى ان الافراد ذوي صلابة نفسية يحاولون ان يكون لديهم التأثير على مجرى بعض الاحداث التي يمرون بها، وهذه الابعاد هي:

✓ الالتزام

✓ التحكم

✓ التحدي

وترى Kobasa ان هذه الابعاد الثلاثة ترتبط بارتفاع قدرة الفرد على تحدي المشقات والضغوط واحداث الحياة الضاغطة، وتحويل هذه الاحداث الى فرص للنمو الشخصي.

كما ان الضعف في هذه الابعاد يؤدي الى ارهاق نفسي ويوصف بالاحتراق النفسي.

ولا يكفي بعد واحد من ابعاد الصلابة النفسية ليمد الشخص بالدافعية لتحويل الضغوط والقلق لامور اكثر ايجابية، فالصلابة النفسية مركب يتكون من ثلاثة ابعاد مستقلة وتعمل بتفاعل فيما بينها لتحقيق الوقاية وهي قابلة للقياس:

1.4. الالتزام:

يعتبر بعد الالتزام من اكثر ابعاد الصلابة ارتباطا بالدور الوقائي لمتغير الصلابة النفسية بوصفه للصلابة كمصدر لمقاومة المثيرات الشاقة، وقد عرف الالتزام بأنه اعتقاد الفرد في حقيقة واهمية وقيمة ذاته، ويمكن ان يتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ، والقيم واعتقاده ان لحياته هدف ومعنى يعيش من اجله. (السيد، 2001).

وقد اشار Johnson et Sarson (1978) الى هذه النتيجة من خلال دراستهم، حيث تبين لهم ان غياب هذا البعد يرتبط بالكشف عن الاصابة بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب، كما اشار Hunk الى اهمية هذا البعد لدى من يمارسون مهنة شاقة كالطب، التمريض والمحاماة. (Hydon, 1986)

ويرى (مخير، 1997): انه نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه واهدافه وقيمة والآخرين من حوله. (علي، 2000).

وتعرفه (جيهان حمزة، 2002) بأنه اتجاه الفرد نحو معرفة ذاته، وتحديد اهدافه، وقيمه في الحياة، وتحمله المسؤولية، واعتقاد الفرد بقيمة وفائدة العمل الذي يؤديه لذاته او للجميع. (ابو ندى، 2007).

وقد اشارت Kobasa الى ان الالتزام يمثل القدرة على ادراك الفرد لقيمه واهدافه وتقدير امكانيته ليكون لديه هدف يحققه، وكذلك صنع القرارات التي تدعم التوازن والتراكيب الداخلية، فالالتزام يمثل الالتزام الذاتي من جانب الفرد نحو نفسه واهدافه وقيمه والآخرين.

وهو يمثل التزام الفرد نحو التعامل بايجابية مع الاحداث الضاغطة ورؤيتها كمواقف هادفة وذات معنى، فالفرد الذي لديه نزعة قوية نحو الالتزام يندمج مع الناس والاشياء والاحداث التي تدور من حوله، ويمثل الانفصال والانعزال مضيعة وقت والالتزام يمثل رؤية الفرد ان النشاطات في الحياة لها معنى وفائدة واهمية (عباس، 2010).

فالالتزام يمثل التوجه نحو ادماج الذات، فيما يقوم به الفرد او يواجهه، وهو بالاضافة الى ذلك يتضمن الاندماج بنشاط في مظاهر الحياة المتنوعة، فالفرد القوي في الالتزام يعتمد على نفسه في

ايجاد الطرق التي تحول تجاربه مهما كانت الى شيء ممتع ومهم لديهم، ويندمج فيها بدلا من الشعور بالاغتراب، فالالتزام الفرد يمثل نوع من التقييم المعرفي الذي يزوده بالاحساس العام بالهدف، والذي يسمح له بفهم وايجاد معنى للاحداث (عباس، 2010).

ومن خلال التعاريف السابقة تبين ان الالتزام هو تبني الفرد لقيم ومبادئ ومعتقدات وتمسكه بها وتحمله المسؤولية اتجاهها واتجاه نفسه ويؤدي بالفرد الى القيام بنشاطاته واعماله بنوع من البهجة (Schweitzer, 2014).

2.1.4. انواع الالتزام:

اشارت Kobasa, Maddi, et Puccetti (1985) الى ان الالتزام الشخصي او النفسي يضم كلا من:

➤ الالتزام نحو الذات:

وعرفته بأنه اتجاه الفرد نحو المعرفة الذاتية وتحديد اهدافه وقيمه الخاصة في الحياة، وتحديد اتجاهاته الايجابية على نحو تميزه عن الآخرين.

➤ الالتزام اتجاه العمل:

وعرفته بأنه اعتقاد الفرد بقيمة العمل واهميته سواء له او للآخرين، واعتقاده بضرورة الاندماج في محيط العمل وبكفائته في انجاز عمله، وضرورة تحمله مسؤوليات العمل والالتزام بنظمه. (Kobasa, Maddi, Puccetti, 1985).

وقد صنف ابو ندى (2007) الالتزام الى ثلاثة انواع هي:

➤ الالتزام القانوني:

ويتمثل في تقبل الفرد للقوانين الشرعية ثم الوضعية السائدة في مجتمعه وامثاله لها وتجنبه مخالفتها. وقد ارتبطت طبيعة الالتزام القانوني ببعض المهن وميزت محدداته طبيعة المهن ومن ابرزها المحاماة، فنجد ان ممارسي هذه المهنة يلتزمون بالجوانب القانونية بوصفها محددة لطبيعتها الشاقة، كما يلتزمون بنفس المحددات القانونية اثناء ممارسة حياتهم الشخصية.

ويشير ابوندى الى ان الالتزام قد ياتي مصدره من داخل الفرد نفسه وئذ يفرض عليه جبرا كالاتزام القانوني، ومن ثم فلانستطيع الحسم بكون الالتزام يمثل بعدا عاما لم مجموعة من الابعاد الفرعية، ولكن كل مايكفينا الانتهاء اليه هو ان كل المعاني السابقة تتجسد نفسيا في مفهوم الالتزام الذي يعد بدوره احد مكونات الصلابة النفسية (ابوندى، 2007).

➤ الالتزام الاخلاقي:

وقد عرفه Johnson (1991) بأنه اعتقاد الفرد بضرورة الاستمرار في علاقته الشخصية والاجتماعية، ويحمل هذا التعريف للالتزام في مضمونه هذا معنى الاكراه الذاتي الذي اشار اليه Johnson بوصفه داخليا يرتبط بالقيود الاجتماعية، الا ان التزام الفرد بعلاقة ما يرتبط بوجود قيمة او هدف داخلي اتجاه العلاقة ولا يرتبط بالجوانب الاخلاقية الاجتماعية، فالفرد حين يلتزم بمجموعة من العلاقات الاجتماعية الحميمة فانه يلتزم بها من واقع سعادته ورضاه عنها (راضي، 2008).

➤ الالتزام الديني:

ويعرفه الصنيع بالتزام المسلم بعقيدة الايمان الصحيح، وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما امر الله به والانتها عن اتيان ما هو عنه. (الصنيع، 2002).

2.4. التحكم:

تعرفه Kobasa بأنه اعتقاد الفرد بمدى قدرته على التحكم فيما يواجهه من احداث حياتية ضاغطة وقدرته على تحمل المسؤولية الشخصية على ما يحدث له، فادراك التحكم يمثل توجه الفرد نحو احساس بالفعالية والتاثير في ظروف الحياة المتنوعة والمتغيرة التي يتعرض اليها الفرد كأمور متوقعة ويمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها. (Schweitzer, 2014).

كما يعرف Weib (1991) التحكم بأنه: اعتقاد الفرد بتوقع حدوث الاحداث الضاغطة ورؤيتها كمواقف واحداث شديدة قابلة للتناول والتحكم فيها اوامكانية التحكم الفعال فيها. ويعني الاستقلالية او القدرة على اتخاذ القرار ومواجهة الازمات (السيد، 2001).

ويرى مخيمر (1996) بان التحكم هو اعتقاد الفرد بالتحكم والسيطرة فيما يلقاه من احداث وانه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، وانه يتضمن القدرة على اتخاذ القرارات، والاختيار بين البدائل، وتفسير وتقدير الاحداث والمواجهة الفعالة. (مخيمر، 1996).

ويشير Folkman (1984) الى ان التحكم يتضمن اعتقاد الفرد بامكانية تحكمه في المواقف الضاغطة التي يتعرض لها (راضي، 2008).

1.2.4. اشكال وصور التحكم:

يتضمن التحكم حسب عزة الرفاعي (2003) اربع صور رئيسية وهي:

➤ القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة:

ويحسم هذا التحكم المتصل باتخاذ القرار طريقة التعامل مع الموقف سواء بانهاؤه او تجنبه او بمحاولة التعايش معه، ولذا يرتبط هذا التحكم بطبيعة الموقف نفسه وظروف حدوثه حيث يتضمن الاختيار من بين البدائل، فالمريض هو الذي يقرر اي الاطباء سوف يذهب اليهم ومتى يذهب والاجراءات التي يتبعها. (الرفاعي، 2003)

➤ التحكم المعرفي (المعلوماتي):

استخدام العمليات الفكرية في التحكم في الحدث الضاغط يعد التحكم المعرفي اهم صور التحكم التي تقلل من الاثار السلبية للضغوط اذا ما تم على نحو ايجابي، فيختص هذا التحكم بالقدرة على استخدام بعض العمليات الفكرية بكفاءة عند التعرض للضغوط كالتفكير في الموقف، وإدراكه بصفة ايجابية ومتفائلة، وتفسيره بصورة منطقية وواقعية، وبمعنى اخر ان الشخص يتحكم في الحدث الضاغط باستخدامه بعض الاستراتيجيات العقلية مثل تشتيت الانتباه بالتركيز في امور اخرى، او عمل خطة للتغلب على المشكلة، ويختص التحكم المعلوماتي بقدرة الفرد على استغلال كافة المعلومات المتاحة عن الموقف لمحاولة ضبطه والسيطرة عليه وتساعد هذه المعلومات على التنبؤ بالمواقف قبل حدوثها فينها الفرد لتناوله ويقل القلق المصاحب للتعرض له وتسهل السيطرة عليه. (الرفاعي، 2003).

➤ التحكم السلوكي:

وهو القدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للانجاز والتحدي، ويقصد به التعامل مع المشكلة بصورة فعلية ملموسة، والتحكم في اثار الحدث الصادم بالقيام ببعض السلوكيات المخططة والمنهجية لتعديل وقع الحدث الصادم.

➤ التحكم الاسترجاعي:

ويرتبط التحكم الاسترجاعي بمعتقدات الفرد واتجاهاته السابقة عن الموقف وطبيعته، فيؤدي استرجاع الفرد لمثل هذه المعتقدات الى تكوين انطباع محدد عن الموقف، ورؤيته على انه موقف ذو معنى وقابل للتناول والسيطرة عليه، ومعنى اخر نظرة الشخص للحدث الضاغط ومحاولة ايجاد معنى له في حياته، مما قد يؤدي لتخفيف اثر الضغوط.

ومن يتسم بقوة التحكم سيكون لديه اعتقاد بانه يمكن ان يتحكم في احداث حياته ويحمل نفسه مسؤولية ما يحدث له من اجل التأثير فيما يحدث حوله، حتى لو كان في سياق صعب، ويزعجه الاحساس بانعدام الحيلة والسلبية، ويميل للتصرف بطريقة تؤثر في احداث الحياة بدلا من الشعور بالعجز عندما تقابله الشدائد والمحن.

3.4. التحدي:

تعرف Kobasa (1983) ان التحدي هو اعتقاد الفرد بان التغير المتجدد في احداث الحياة وهو امر طبيعي بل حتمي لا بد منه لارتفاعه، اكثر من كونه تهديدا لامنه وثقته بنفسه وسلامته النفسية. (راضي، 2008).

ويعرفه مخيمر (1997) بأنه اعتقاد الشخص ان مايطرا من تغيير على جوانب حياته هو امر مثير وضروري للنمو اكثر من كونه جديدا مما يساعده على المبادرة والاستكشاف البيئية ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط عليه(مخيمر،1997).

ويتضح من ذلك ان التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة،وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة اوضارة،باعتبارها امورا طبيعية لابد من حدوثها لنموه وارتقائه،مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية،وهذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف السريع في مواجهة احداث الحياة الضاغطة المؤلمة،وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة،واذا تميز الفرد بقوة التحدي فهذا يعني اعتقاد الفرد ان مايطرا من تغيرات على جوانب حياته هو امر مثير وضروري ويشكل فرصة للنمو وللنضج،وليس امرا باعثا على التهديد فانه يستمر في التعلم من تجاربه السابقة والموجبة ،ويعتبرها مصدرا للنمو والانجاز،وعلى ذلك فان الحرص على المرور بتجارب مألوفة والاحساس بالتهديد نتيجة للتغيير تبدو له امورا حتمية.

5. خصائص ذوي الصلابة النفسية:

حصر Taylor (1995) خصائص ذوي الصلابة النفسية بمايلي:

- ✓ الاحساس بالالتزام اتجاه المبادئ والقيم التي يتبناها الفرد والدفاع عنها.
- ✓ الاعتقاد بالسيطرة،اي احساس الشخص بانه نفسه هو سبب المواقف التي تحصل له في حياته وهو وحده قادر على التحكم في بيئته والتاثير فيها.
- ✓ الرغبة في احداث تغيير ومواجهة الانشطة الجديدة ورفع التحدي امام مايمكن ان يواجه الفرد في حياته،مع اعتبار انها بمثابة فرصة للنمو والتطور. (Taylor,1995)

واكد عماد مخيمر(1997) على هذه الخصائص من خلال دراساته التي قام بها في مجال الصلابة النفسية،واعتمد على هذه الخصائص في دراساته كابعاد قياس الصلابة النفسية،واستنادا الى تعريف ومقياس الصلابة النفسية الذي طورته Kobasa (مخيمر،1997).

ولقد تمثلت هذه الخصائص في فئتين من الناس،افراد ذوي صلابة نفسية مرتفعة،وافراد ذوي صلابة نفسية منخفضة،واشتملت الفئتين على مجموعة من الخصائص:

1.5.خصائص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

توصلت Kobasa (1979) من خلال الدراسات السابقة التي اجرتها في الاعوام (1979-1982-1983-1985)الى ان الافراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يتمتعون بالخصائص التالية:

- ✓ القدرة على الصمود والمقاومة
- ✓ لديهم انجاز افضل
- ✓ ذوي وجهة داخلية للضبط
- ✓ اكثر اقتدارا ويميلون للقيادة والسيطرة
- ✓ اكثر مبادرة ونشاط وذوي دافعية افضل(راضي، 2008)

وبين كل من Delad (1990) و Cozy (1991) و Krelestotr(1996) ان اصحاب الصلابة النفسية المرتفعة لديهم اعراض نفسية وجسمية قليلة،وعير منهكين، ولديهم تركز حول الذات، ويتمتعون بالانجاز الشخصي،ولديهم القدرة على التحمل الاجتماعي، وارتفاع الدافعية نحو

العمل، ولديهم نزعة تفاؤلية، وأكثر توجهاً للحياة ومواجهة للآحداث الضاغطة، ويمكنهم التغلب على الاضطرابات النفسجسدية كما انهم لا يحسون ابداً بالاجهاد. (ابو الندى، 2007).

ويرى حمادة وعبد اللطيف ان الافراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية بانهم:

- ✓ هؤلاء الافراد ملتزمون بالعمل الذي عليهم اداؤه بدلاً من شعورهم بالاغتراب
- ✓ يشعرون ان لديهم القدرة على التحكم في الاحداث بدلاً من شعورهم بفقدان القوة
- ✓ ينظرون الى التغير على انه تحد عادي بدلاً من ان يشعروا بالتهديد
- ✓ يجد هؤلاء الافراد في ادراكهم زقويمهم لآحداث الحياة الضاغطة الفرصة لممارسة اتخاذ القرار (حمادة ر، حسن، 2002).

ونستخلص من هذه الخصائص السابقة ان الافراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية المرتفعة يتصفون بالحكمة والمرونة في اتخاذ القرارات، عدم فقدان توازنهم في الازمات، الاحتفاظ بالهدوء والثبات في اشد واقسى المواقف والضغوط، لديهم القدرة على وضع الخطط لمواجهة المشكلات، لديهم القدرة على التكيف مع المواقف الحياتية الجديدة والمبادرة لحل المشكلات، وبذلك يكون ذوي صلابة مرتفعة ملتزمون بالقيم والمبادئ والمعتقدات السليمة ويتمسكون بهذا يكون لحياتهم معنى وقيمة ايجابية.

2.5. خصائص ذوي صلابة نفسية منخفضة:

يتصف ذوي الصلابة النفسية المنخفضة بعدم الشعور بهدف لانفسهم، ولا معنى لحياتهم، ولا يتفاعلون مع بيئتهم بايجابية، ويتوقعون التهديد المستمر والضعف في مواجهة الاحداث الضاغطة المتغيرة ويفضلون ثبات الاحداث الحياتية، وليس لديهم اعتقاد بضرورة التحديث

والارتقاء، كما انهم سلبيون في تفاعلهم مع بيئتهم وعاجزون عن تحمل الاثر السيء للاحداث
الضاغطة (جيهان، 2000).

ويتضح مما سبق ان ذوي الصلابة النفسية يتصفون ب:

- ✓ عدم القدرة على الصبر وتحمل المشقة
- ✓ عدم القدرة على تحمل المسؤولية
- ✓ قلة المرونة في اتخاذ القرارات
- ✓ فقدان التوازن في الازمات
- ✓ الهروب من مواجهة الاحداث الضاغطة
- ✓ سرعة الغضب والحزن الشديد ويميلون الى الاكتئاب والقلق
- ✓ ليس لديهم قيم ولا مبادئ معينة
- ✓ التجنب والبحث عن المساندة الاجتماعية
- ✓ عدم القدرة على التحكم الذاتي

6. اهمية الصلابة النفسية:

قدمت Kobasa (1979) عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من
حدة الضغوط التي تواجه الفرد، ويمكن فهم العلاقة من خلال فحص اثر الضغوط على الفرد، وفي
هذا الخصوص ترى Kobasa ان الاحداث الضاغطة تقود الى سلسلة من الارجاع تؤدي الى
استثارة الجهاز العصبي الذاتي والضغط المزمن يؤدي فيما بعد الى الارهاق وما يصاحبه من
امراض جسمية واضطرابات نفسية، وهنا تأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية
الدائرية، والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالارهاق (حمادة حسن، 2002).

ومن هنا يأتي دور الصلابة النفسية، حيث أنها تقوم بتعديل هذه العلة التي بدأت بالضغط لتنتهي بالارهاق، وتعمل الصلابة النفسية وابعادها كمتغير سيكولوجي يخفف من وقع الاحداث الضاغطة على السلامة النفسية والجسمية للفرد، فالافراد قد يتعرضون لنفس الظروف والمواقف الضاغطة ولكن الاشخاص الاكثر صلابة من بينهم لا يمرضون ولا يتاثرون من جراء هذه الضغوط.

فالصلابة النفسية تعدل من ادراك الفرد للاحداث وتجعلها اقل حدة، كما تؤدي الى اعتماد اساليب مواجهة نشطة ونقل الفرد من حال الى حال دون الاخلال بصحته النفسية والجسدية، وتؤثر على اسلوب التعامل بطريقة غير مباشرة من خلال تاثيرها على الدعم الاجتماعي للفرد، وقد تقود الفرد الى التغيير في الممارسة الصحية باتباع نظام غذائي معين او القيام بالنشاطات الرياضية، وهذا بالتأكيد يقود الى التخفيف من الاصابة بالامراض الجسمية والنفسية (مخير، 1996).

وقد وجد كل من Maddi و Kobasa ان الاشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يكونون اكثر قدرة على الاستفادة من اساليب مواجهتهم للضغوط بحيث تقيدهم في خفض تهديد الاحداث الضاغطة من خلال رؤيتها من منظور واسع وتحليلها الى مركباتها الجزئية ووضع الحلول المناسبة لها (Maddi, 2013).

وتتفق Kobasa مع Lazarus و Folkman في الخصائص النفسية للصلابة، فهي تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لامنه وصحته النفسية وتقديره لذاته، كما تؤثر ايضا في تقييم الفرد لاساليب التعامل مع الحدث الضاغط (مواجهة المشكلات، الهروب، تحمل المسؤولية، البحث عن المساندة الاجتماعية، التحكم الذاتي). (مخير، 1996).

ويرى بعض الباحثين انه حتى لوقام الافراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة النفسية لتقدير الضغوط بانها تشكل لهم ضغطا بالفعل الا ان سمات شخصيتهم تظل تعمل كواق من تاثير الضغوط عن طريق تسهيل اختيار اساليب التعامل التوافقية او عن طريق كف السلوك غير التوافقي، فالافراد المتميزين بصلابة نفسية مرتفعة نظريا يميلون الى استخدام اسلوب التعامل التحويلي، وفيه يقومون بتغيير الاحداث التي يمكن ان تولد ضغطا الى فرص نمو ونتيجة الى ذلك نجدهم يتوافقون مع الاحداث الضاغطة بطريقة متفائلة وفعالة، وعلى العكس من ذلك يعتمد الافراد ذوي صلابة نفسية منخفضة الى اسلوب تعامل تراجعى، او الذي يتضمن نكوصا وفيه يقومون بتجنب او الابتعاد عن المواقف الضاغطة. (راضي، 2008).

ومما سبق نستنتج ان الصلابة النفسية نابعة من مقارنة فلسفية وتقترب من مفاهيم ومصطلحات من اطر نظرية مختلفة (Contrôle, Auto-efficacité, Sens de la Cohérence)، فالصلابة النفسية تعتبر احيانا سيرورة تفاعلية مع المواقف الضاغطة ومعدلة للآثر الناجم عنها، لكن النتائج المتحصل عليها تكون غير دقيقة.

وقد تكون الصلابة النفسية سمة من سمات الشخصية لان لها علاقة سلبية مع العصابية (Nevrosisme) مثلا حسب: Cox et Ferguson (1991)، Sinclair et Tetrick (2000)، ولكن هذا التعريف عدل ووضح من طرف Maddi (2002).

واصبح مصطلح الصلابة النفسية اقل استخداما مقارنة بالمصطلحات المتعلقة بالصحة (Salutogènes) مثل: (Sens de la Coherence, La Resilience, ou L'auto efficacité). لانها مصطلحات اكثر حداثة وتفسر بطريقة دقيقة الظواهر النفسية وتأثيرها على

الصحة وهي مصطلحات رائجة في مجال علم النفس الصحة وتعتبر عن الرؤية التكاملية للصحة (Schweitzer, 2014).

7. قياس الصلابة النفسية:

عرف متغير الصلابة النفسية العديد من المقاييس لتقييم وتقدير الصلابة النفسية كمثال على ذلك:

✓ مقياس La CHS, Cognitive Hardiness Scale : (1990) Nowack

✓ مقياس La PVS , Personal Views Survey: (1990) Maddi

✓ مقياس La DRS, Dispositional Resilience Scale: (1991) Bartone

وكانت هناك مقاييس متعلقة بفئات معينة ،منها صور طويلة (أكثر من 45 بند) و اتسمت بالخصائص السيكمترية لكن لم تؤكد العلاقة ما بين الابعاد الثلاثة للصلابة النفسية (Duquette et al, 1997)، ولهذا ظهرت تعديلات للمقاييس من طرف Funk (1992) و Kaddour (2003).

اما Maddi و Koshaba (2001)، Maddi (2006) فقاموا ببناء مقياس للصلابة النفسية معدل في 18 بند (PVS III –R) يقر 3 ابعاد للصلابة النفسية.

وفي (2005) قام Maddi وآخرون بحساب الاتساق الداخلي للابعاد الثلاثة.

(.88 : endurance totale ; .71 : defi ; .84 : contrôle ; .75 : implication) وهناك

باحثين آخرين لا يعتبرون الابعاد الثلاثة منفصلة فيعتمدون على القيمة الكلية للصلابة النفسية. (Schweitzer, 2014).

ونذكر ايضا مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2002) وهو المقياس المعتمد عليه في هذه الدراسة، الاداة تتكون من 47 عبارة تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد وتكون الاجابة على المقياس وفق ثلاثة مستويات (دائما - احيانا - ابدا)، وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاثة درجات ودرجة واحدة، بمعنى اذا كانت الاجابة (تتطبق دائما 3- اذا كانت تنطبق احيانا 2- اذا كانت لا تنطبق ابدا 1)، يتراوح المجموع الكلي للاداة ما بين 47 و 141 درجة حيث يشير ارتفاع الدرجة الى زيادة ادراك المستجيب لصلابته النفسية وللتقليل من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات.

تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الاخرى، وتشير العبارات المعكوسة الى الجانب السلبي للصلابة النفسية وبالتالي ان مثل هذه العبارات ينبغي ان تصحح في الاتجاه العكسي، وبلغ هدد العبارات التي ينبغي ان توضع لها الدرجة المعكوسة 15 عبارة اي 31% من مجموع عبارات الاستبيان والتي تتمثل في البنود

التالية: 7، 11، 16، 21، 23، 25، 28، 32، 35، 36، 37، 38، 42، 46، (مخيمر، 2002) .

ثبات وصدق المقياس:

تم حساب ثبات وصدق المقياس على عينة من طلاب الجامعة من كلية آداب الزقازيق وبلغ عددها (ن=80) منهم 45 أنثى ، و35 ذكر تراوحت أعمارهم ما بين 19 - 24 بمتوسط عمري قدره

20.875 وانحراف معياري قدره 1.03

الصلابة النفسية والصحة:

منذ سنوات 1980 وضح عدد من الباحثين التأثير الايجابي للصلابة النفسية وعلاقتها المباشرة بالصحة، بحيث انها تقلل من اعراض الضغط على الصحة والاداء وبصفة غير مباشرة فيما يخص تأثيرها في اختيار استراتيجيات التعامل الفعالة.

والعديد من الابحاث تناولت فئات معينة من المجتمع، اطارات، اساتذة، رياضيين محترفين، ممرضين وعاملين في قطاع الصحة. ومتغير الصلابة النفسية والادوات التقديرية لها (المقاييس) طورت مجالات تطبيقية عديدة منها:

الرياضيين المحترفين (Golby et Sheard, 2003)، المجال العسكري (Bartone et al, 2008)، وتوصلت نتائج هذه الدراسات الى ان الافراد ذوي الصلابة المرتفعة في حالات الضغط والحالات الشاقة يجدون طرق متكيفة للتعامل مع الضغط.

اما Klag et Bradley (2010)، درسوا الصلابة النفسية عند اطارات سامية في الجامعة ولم يلمسوا التأثير المباشر للصلابة النفسية على الصحة الانفعالية عند التحكم في الانفعالات السلبية. اما بالنسبة للدور المعدل للصلابة النفسية فحسب Cohen et Edwards (1989) فيظهر ضعيف وغير مستقر ولا يلاحظ الا عند الذكور. (Schweitzer, 2014).

8. الصلابة النفسية والتكيف:

تؤثر الصلابة النفسية على القدرات التكيفية، فالافراد ذوي الصلابة المرتفعة لديهم كفاءة ذاتية اكثر، ولديهم قدرات ادراكية من ناحية ان الشخص المتمتع بالصلابة النفسية يدرك ضغوطات الحياة اليومية على انها اقل ضغطا، ولديهم استجابات تكيفية اكثر.

كما ان الافراد الاكثر صلابة لا يظهر لديهم نفس اثار المرض لانهم يتلقون الضغوط لكن باقل تكرارية، وينظرون الى الاحداث الضاغطة الصغيرة على انها غير ضاغطة ويتميزون بادراك افضل لصحتهم العقلية والاجتماعية . (راضي، 2008).

وتعد الصلابة النفسية عامل وسيط للسلامة من خلال الميكانيزمات السلوكية، طرق التكيف العامة، ومن خلال الاثر الفيسيولوجي على اداء المناعة ومن خلال متغير ثالث وهو الدعم الاجتماعي (ياغي، 2006).

9. الصلابة النفسية ومرض التصلب المتعدد:

بما أن مرض التصلب المتعدد مرض مزمن ناجم عن التهاب الجهاز العصبي المركزي، والاضطرابات الناجمة عنه تؤدي إلى تغيرات في الذاكرة، والانفعالات، واضطرابات في الحركة والتوازن والمريض يفقد التحكم في أعضائه، وبما ان التصلب المتعدد لا يتوفر على علاج نهائي فالمريض يلجأ الى تبني استراتيجيات للتكيف مع المرض و احد المتغيرات المتأثرة بالمرض والتي رأت اهتماما من رواد علم النفس الايجابي وهو متغير الصلابة النفسية الذي يرتبط بديناميكية ايجابية للتعامل مع الازواج الضاغطة عامة ووضعية المرض التي تمثل حالة من الضغط الدائم والمتواصل.

وحسب Z.G.Movaghar, J.Aslani, M.Mazdeh (2015)، الباحثين الذين قاموا بدراسة تنبؤية فيما يخص الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي لدى المرضى المصابين بالتصلب المتعدد، وشملت هذه الدراسة 108 مصاب ومصابة بالتصلب المتعدد وتوصل الباحثين الى نتائج اوضحت الدور الوقائي للصلابة النفسية حيث ان المصابين بالتصلب المتعدد ذوي صلابة نفسية

مرتفعة يساهمون في التقليل من الآثار السلبية للضغط وذوي الدعم الاجتماعي يتميزون بصلابة نفسية مرتفعة وإدراك الدعم الاجتماعي يؤثر إيجابيا في الجانب الفيزيولوجي والنفسي ويحسن من الوضعية الاجتماعية للمصابين لأنه يؤدي إلى التكيف مع الوضعيات باختلافها والمرض خصوصا.

وحسب Hadavand Khani et al فإن للصلابة النفسية علاقة ايجابية قوية مع الصحة العقلية للمصاب و وجود الدعم الاجتماعي يؤدي إلى درجات مرتفعة في معدل نوعية الحياة وهذا يدل على الأثر الإيجابي للصلابة النفسية في السيولة التكيفية للفرد مع أحداث الحياة الضاغطة و المرض. (Avicenna.J Neuro Psych Physio,2015).

خلاصة الفصل:

تم تخصيص هذا الفصل إلى متغير الصلابة النفسية الذي يعتبر من أهم متغيرات الدراسة ، فقد حاولت الباحثة أن تتناول في هذا الفصل مختلف التعاريف والنظريات المفسرة للصلابة النفسية وكذا عرض مختلف المصطلحات المتداخلة مع الصلابة النفسية وإبراز خصائص ذوي الصلابة النفسية وأهمية وأخيرا علاقة الصلابة النفسية بالصحة والتكيف وخاصة بمرض التصلب المتعدد التي تعد علاقة ايجابية قوية مع الصحة العقلية للمصاب وتؤدي إلى درجات مرتفعة من نوعية الحياة والصلابة النفسية تترك أثر إيجابي في السيولة التكيفية للفرد مع الأحداث الضاغطة ومعوقات المرض.

الفصل الثالث:

الانفعالات والذكاء الانفعالي

محتوى الفصل:

تمهيد

1. مفهوم الانفعالات
2. مكونات الانفعالات
3. الأساس البيوعصبي للانفعالات
4. وظائف الانفعالات
5. تفسير الانفعالات
6. الذكاء الانفعالي
7. خصائص الأفراد مرتفعي ومنخفضي الذكاء الانفعالي
8. قياس الذكاء الانفعالي
9. الانفعالات والتصلب المتعدد
10. الذكاء الانفعالي وسمات الشخصية
11. الذكاء الانفعالي والصحة

خلاصة الفصل

تمهيد:

عرف W.James (1884) ، الانفعال بأنه حالة وجدانية حادة وفجائية، مضطربة وغير منظمة، تختلف عن الحالة الاعتيادية للفرد، تتسم بالاستثارة والتنبيه والتوتر والرغبة في القيام بعمل ما، وللانفعال مكونات داخلية (فسيولوجية وشعورية ومعرفية)، ومكونات خارجية سلوكية مثل تعبيرات الوجه، وتعتمد هذه الحالة على مواقف معينة، وتستثير ردود أفعال الفرد المتطرفة والتي توجه عادة نحو مصدر الانفعال، ويشمل الانفعال بوجه عام مشاعر قوية أو حالات وجدانية إيجابية أو سلبية.، والانفعالات تساعد الفرد على التكيف أمام مواقف الحياة ذات الصلة بالبقاء. (Siksou, 2012) .

إن حياة الإنسان في قلب مستمر وتغير دائم، فلا تمضي حياته على وتيرة واحدة، أو على نمط انفعالي واحد.

فالإنسان يشعر بالحب أحياناً وبالكراهية أحياناً أخرى، ويشعر بالأمن والطمأنينة أحياناً وبالخوف والذعر أحياناً. وللانفعالات قيمة كبيرة في التفاعلات الاجتماعية فهي تساعد على فهم الآخرين، وبالتالي التعامل معهم، تساعد الآخرين على أن يدركوا ويفهموا ما نرمي إليه وما نريد التعبير عنه، وتزيد الانفعالات من الشحنة الوجدانية التي تساعد الفرد على مواجهة المواقف والتعامل معها.

(Bellisa, 2013) .

1. مفهوم الانفعالات :

يعود الأصل اللغوي للانفعال إلى الكلمة اللاتينية "Motere" بمعنى يتحرك، بالإضافة إلى البادئة "e" التي تعني التحرك بعيداً، في إشارة إلى أن كل انفعال يتضمن نزوعاً إلى القيام بفعل ما. هذه الانفعالات هي التي تقود الأفعال، فهي دوافع لأفعالنا (السمادوني، 2007).

ويشير الانفعال إلى ما يتعرض له الكائن الحي من تهيج أو استثارة تتجلى فيما يطرأ عليه من تغيرات فسيولوجية، وما ينتابه من مشاعر وأحاسيس وجدانية، ومن رغبة في القيام بسلوك للتخفيف من هذه الاستثارة، سواء كان مصدر الاستثارة الانفعالية داخلياً أو خارجياً.

ويعرف قاموس Oxford الانفعال بأنه "اضطراب أو تهيج في العقل أو المشاعر أو العواطف، أو بمعنى آخر استثارة في الحالة العقلية". ويعرف قاموس علم النفس الانفعال على أنه "استثارة وجدان الفرد وتهيج مشاعره، وهو أمر متعلق بحاجات الكائن الحي ودوافعه، حيث يستثار الانفعال عندما يستثار الدافع، و يأخذ الشكل الذي يناسبه و يتفق معه" (السمادوني، 2007).

2.1. تعاريف المختصين:

تعريف ماك دوغال (Mac Dogal) (1908): الانفعال هو المظهر الوجداني للغريزة و الأساس الفطري للدوافع النفسية، ويعريفها شوند (Shond) (1914) "الانفعال استعداد فطري معقد ينظم الغرائز و المظاهر الحسية و الحركية". أما ليندا دفيدوف (Linda Davidove) (1976): ترى ان الانفعالات أو الوجدانات حالات داخلية تتصف بجوانب معرفية خاصة و إحساسات و ردود أفعال فسيولوجية، وسلوك تعبيرية معين، وهي تنزع للظهور فجأة ويصعب التحكم فيها". ويعرف يونغ (Young, P, T)

(1979): الانفعالات على انها حالة وجدانية تتسم بالاضطراب الشديد لدى الفرد ويشتمل على ثلاثة عناصر أساسية هي: السلوك والخبرة الشعورية، والعمليات الفسيولوجية الداخلية".

ويرى إدوارد موري (Edward Murray) (1998): " هو استجابة فسيولوجية وسيكولوجية تؤثر في الإدراك والتعلم و الأداء". من خلال ما سبق يمكننا القول أن التعريفات المذكورة سابقا، جزء منها ركز على جانب من جوانب الانفعال، وجزء آخر حاول تعريفها تعريفا شاملا، إلا أن هذه التعاريف الشاملة أولت اهتماما بجانب من الجوانب على حساب الآخر وقد يرجع هذا إلى الإطار النظري الذي يتبناه المعرف. أما ماير (Mayer) و سالوفي (Salovey) (1900): فيعرفان الانفعال هو استجابات لحدث ما بشكل داخلي أو خارجي ذات معاني ايجابية أو سلبية".

ويعرف جولمان (Goleman) (1995): "الانفعال هو حالة من المشاعر تقوم بنقل المعلومات و الأفكار للآخرين". ويبرز برنز (2004) (Prinze) في موضوع الانفعالات حقيقتين أساسيتين في موضوع الانفعالات، الأولى تتعلق بالصيغة التعبيرية للانفعال، ويرى وجود علاقة موروثة بين الانفعال وجسم الإنسان، إذ يصاحب الانفعال دائما تغيرات فسيولوجية وبدنية في الجسم. والحقيقة الثانية ترتبط بمحتوى الانفعال، فالانفعال لا يحدث فقط بسبب تغيرات فسيولوجية بل لأسباب أخرى.

فمثلاً إن الخوف دليل على وجود خطر ما يهدد الشخص، والحزن يعبر عن فقدان شيء، وكذا الحال في الانفعالات الأخرى فهي مصممة للتعبير عن حالات محددة، فالخوف مصمم لمواجهة التهديد ترافقه مجموعة محددة من التغيرات البدنية وأنماط سلوكية تناسب حالة التهديد والتغيرات البدنية، وكذلك الحال في الغضب مصمم لمواجهة أية إساءة أو إزعاج ترافقه أيضا مجموعة محددة من التغيرات البدنية وأنماط سلوكية، وهكذا لا يخلو انفعال من هذه الحقائق.

2. مكونات الانفعال:

تتألف العملية الانفعالية كباقي الظواهر النفسية الأخرى من مزيج من مكونات مختلفة في أنواعها و درجاتها، قد حددتها ليندا دفيدوف (2000) في ثلاث مكونات:

***المكون الفسيولوجي:** لقد أشار العالم النفسي الأميركي ولتر كانون، أن الاستجابات الفسيولوجية المرتبطة بالانفعالات تزود الحيوانات بالطاقة لمواجهة الطوارئ، ومن دراساته خلص إلى أن المواقف التي تثير الألم، الغضب الشديد، أو الخوف تؤدي إلى تغيرات جسمية معينة تعد الكائنات للتعامل بنشاط مع التحديات التي تواجههم. وأثناء الحالات الوجدانية، تتولد ردود الأفعال الفسيولوجية من الجهاز العصبي المستقل والغدد الصماء.

***المكون الذاتي:**

يعتقد الكثير من علماء النفس أن تفسير الأفراد للموقف المباشر الذي يتعرضون له هو المحدد لاسم الانفعال الذي يطلقونه على ما يشعرون به، رغم أن ردود أفعال الجهاز العصبي السمبتاوي تكون متشابهة تماما لدى كل منهم (Bellisa, 2013).

***المكون السلوكي:**

يشتمل الجانب السلوكي على الاستجابات الجسمية، التي تتمثل في الحركات الصادرة عن الجسم، والأوضاع التي يتخذها الشخص من تعبيرات حركية، ألفاظ، إيماءات، وحركات (B.Bellisa,(2013),p25).

ولقد صنف الباحث السويسري Klaus Scherer (2001) مختلف تداعيات الانفعالات إلى خمسة أبعاد أساسية:

*البعد الاول: يرتبط بالافكار الناتجة عن الحالة.

*البعد الثاني : يرتبط بالتغيرات البيولوجية.

*البعد الثالث: يرتبط بالميل الى الفعل،يعني كل انفعال يكون بدافع معين.

*البعد الرابع: يرتبط بالتغيرات السلوكية والتعبيرية.

*البعد الخامس: يرتبط بالتجربة الذاتية للانفعال(Desseilles, 2012).

وتجدر الإشارة إلى أن هذه الجوانب في تحليل الانفعال هي جوانب متفاعلة يؤثر بعضها في بعض كما يتأثر بها الإنسان، لأنه وحدة متكاملة فهو كله الذي يفرح أو يبكي وهو كله الذي يغضب أو يرضى ويحب أو يكره.

إن الانفعال وبهذه المكونات لا تحدث بالصدفة، وإنما يجب من توفر شروط لحدوثه وهذا ما سنوضحه في نقطة موائية.

*شروط حدوث الانفعال:

لحدوث الانفعال لابد من توفر ثلاثة شروط تتكامل فيما بينها:

- المنبه أو المثير الذي يؤدي إلى حدوث الانفعال، وقد يكون خارجيا كدرجات الحرارة أو خبر، أو داخليا كاستعادة ذكرى.

- كائن حي: يستقبل المثير وينفعل اتجاهه، ويشترط سلامة الجهاز العصبي المستقل.

- الاستجابة الانفعالية للمثير بمصاحبتها الوجدانية كالفرح أو الجسمية كاضطرابات دقات القلب، وإفراز

الغدد، أو ظواهر سلوكية خارجية كارتعاش الأطراف. (Sander et Sherer, 2009).

مراحل السلوك الانفعالي:

يمر السلوك الانفعالي للفرد بمراحل مُتداخلة ومُتكاملة مع بعضها، وأغلبها يمر بالمراحل الآتية :

*مرحلة الإدراك: تمثل إدراك الموقف المثير للانفعال .

*مرحلة التقدير: إصدار الفرد حكماً على المثير إذا كان المثير للخوف أو السرور .

*مرحلة الانفعال: نتيجة لإدراك الفرد للمثير وتقديره أو تقييمه له يتولد لديه ميل إلى الإقدام عليه أو الإحجام عنه.

*مرحلة التعبير: وفي هذه المرحلة تحدث التغيرات الفسيولوجية الداخلية التي تسهم وتهيء الإنسان للعمل، بما يلائم طبيعة الموقف المثير للانفعال.

*مرحلة العمل: في هذه المرحلة يقوم الإنسان بالعمل الذي هيأته لاتخاذ تلك التغيرات

الفسيولوجية مثل الهجوم أو الهرب أو الإقدام أو الابتسام أثناء السلام على الآخر .

وترتبط الانفعالات بكل من عمليتي الإحساس والإدراك، إذ كيف يمكن أن ننفع إذا لم نحس بالمصادر المسببة للانفعال، إذ أننا نحس أولاً بمسببات الانفعال، ثم نعطي تفسيراً معرفياً لها لاحقاً، ثم ننفع للخبرات الانفعالية المتراكمة لدينا.

أو أن هذه الخبرات السابقة تلعب دوراً في تحديد نوع الانفعال ودرجته، فالانفعالات نتاج تفاعل بين

المكونات البيولوجية والنفسية والبيئية المتنوعة والمختلفة في نوعها وشدتها. وبناءً على ذلك، فإن الفروق في الانفعالات من حيث أنواعها وشدتها ودرجتها، ناتج عن الاختلاف في الاقتران بين هذه المكونات (البيولوجية، المعرفية، البيئية). (Siskou, 2012).

*أنواع الانفعالات:

تُصنف الانفعالات إلى تصنيفات عديدة، منها التصنيفات الآتية:

* **انفعالات ايجابية:** وهي الانفعالات التي تعمل على زيادة النشاط والحيوية والنشاط والطاقة والحماس

كما تعمل على زيادة ضربات القلب وضغط الدم ومن هذه الانفعالات الحب والسرور والحنين وهذه

الانفعالات تكون شدتها مرتفعة ونتائجها حميدة بالنسبة للصحة النفسية والجسمية .

* **انفعالات سلبية:** وهي الانفعالات الباعثة للتعاسة التي تكون شدتها ضعيفة وتعمل على التقليل من

النشاط والحيوية مثل الكره والضجر ونتائجها غير حميدة بالنسبة للصحة النفسية والجسمية .

* **انفعالات فطرية:** تظهر مبكرة في حياة الفرد ومثيراتها بسيطة، وهي أولية لا يمكن ردها إلى أبسط

منها مثل الخوف والحزن.

* **انفعالات مكتسبة:** تظهر في وقتٍ متأخرٍ نسبياً من حياة الفرد، وهي مركبة من عدة انفعالات كالازدراء

الذي يمكن اعتباره مزيج من الغضب والاشمئزاز، والغيرة التي تتألف من الغضب والخوف والشعور

بالنقص وحب التملك. ومن الانفعالات ما هو منشط كالفرح والغضب، ومنها مثبط كالحزن والاكتئاب .

(Cosnier, 2015)

3- الأساس البيو-عصبي للانفعالات:

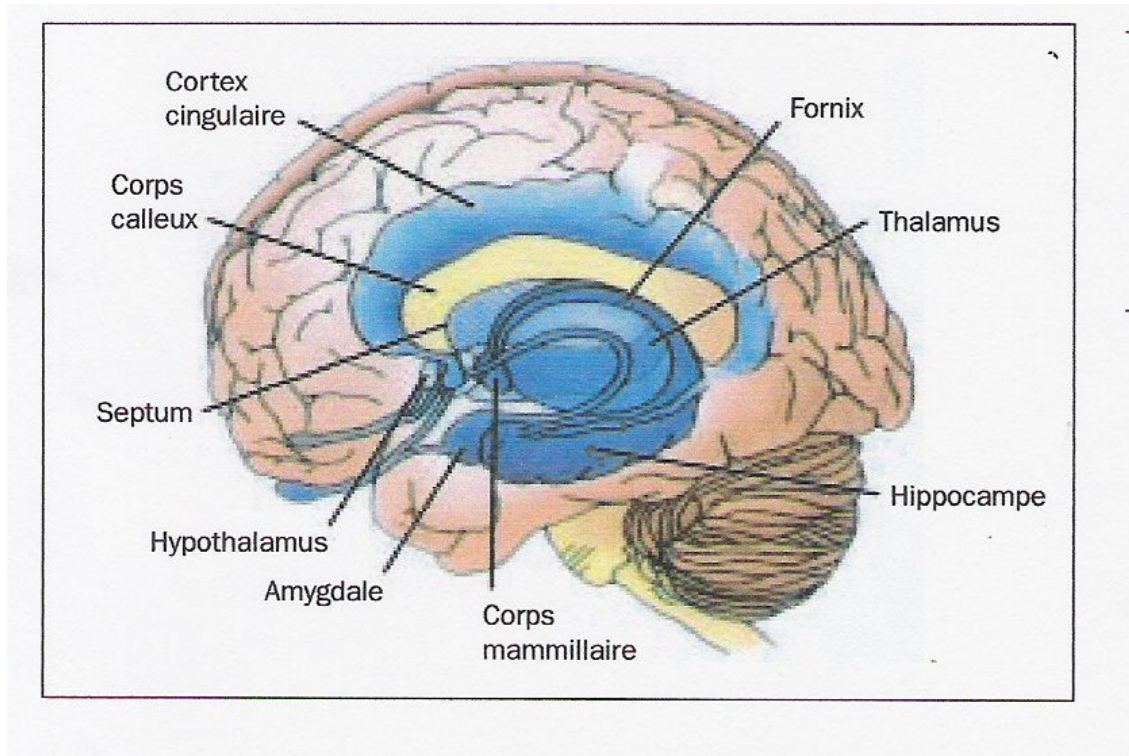
عادة ما يصاحب اي انفعال تغيرات في الجهاز العصبي اللاإرادي، وقد أكد كانون في أبحاثه الدور الكبير، الذي يلعبه الجهاز السمبتاوي في الحالات الانفعالية خصوصا في القلق والخوف، فتزيد ضربات القلب، ويرتفع ضغط الدم، وتتسع حدقة العين، وينتصب الشعر، وترتفع نسبة السكر في الدم، كذلك يساعد على ظهور هذه الأعراض إفراز الأدرنالين مع نخاع الغدة فوق الكلوية، ولكن المشكلة ليست بهذه البساطة، لانه كثيرا ما يقوم الجهاز الباراسمبتاوي بدوره. (عكاشة، 2005).

الركائز العصبية: المسار الانفعالي للإنسان يعني بالاتصالات الأحادية والثنائية الاتجاه بين الهياكل. ومن أهم هياكل نذكر: Le Noyaux ، Le Cortex Préfrontal ، L'Amygdale ، accumbens .

* **L'Amygdale** : اللوزة ، هي نواة تقع في منطقة المهادية الأمامية والفص الصدغي في المعقف أمام الحصين والقشرة المخية إلى اللوزة.

وهو جزء من الجهاز الجوفي، وتشارك في الاعتراف وتقييم العواطف من المحفزات الحسية في التعلم والاستجابات السلوكية و المنعكسات اللاإرادية ،وظيفة اللوزة كنظام تحذير ومن شأنه أيضا أن تشارك

في المتعة والاستشعار. (Mikolajczak, 2014).

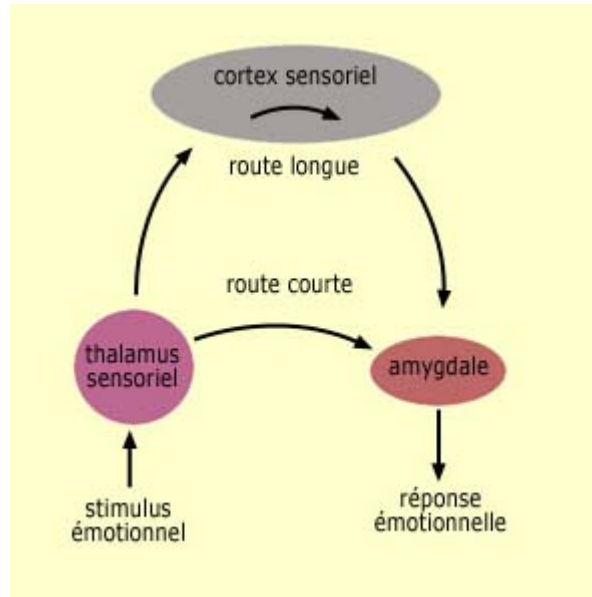


الشكل-5-: يوضح مكونات المخ (Mikolajczak, 2014)

يتضح من الشكل اهم مكونات المخ التي تتدخل في الانفعالات:

amygdale, hypothalamus, hippocampe, thalamus corps mamillaire, septum,

corps calleux, fornix, cortex cingulaire.



الشكل-6:-يوضح مسار الانفعالات (Mikolajczak,2014)

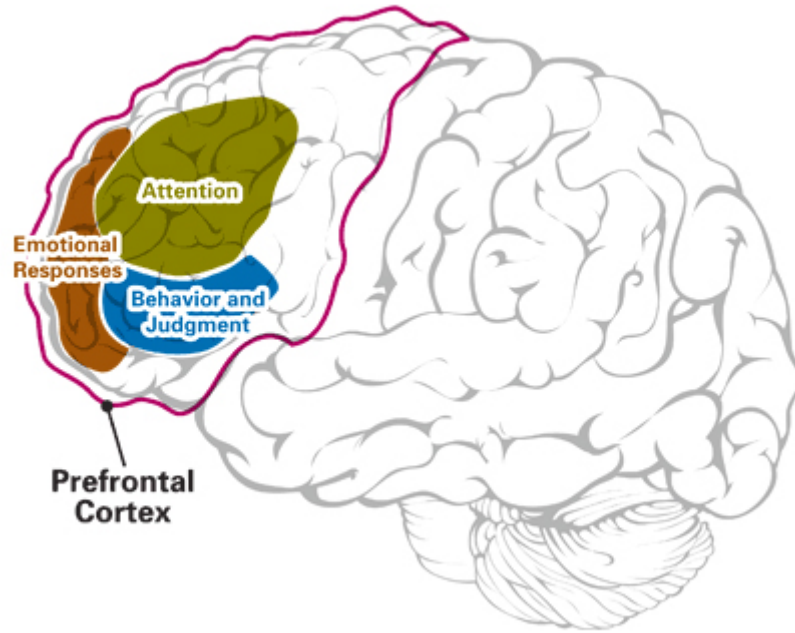
يتضح من الشكل اهم الاجهزة او الاعضاء التي تشكل مسار الانفعالات فتتعرض العضوية الى استثارة انفعالية ، يستقبلها التالاموس الحسي Thalamus Sensoriel ومن ثم تسلك المعلومة مسارين اما المسار القصير حيث انها من التالاموس الحسي تستقبل مباشرة من طرف الاميقدال Amygdale الذي يستقبل الاستجابة الانفعالية،وان الاستثارة الانفعالية تسلك المسار الطويل فتتطلق من التالاموس الحسي Thalamus Sensoriel الى الفص الحسي Cortex Sensoriel واخيرا تستقر في الاميقدال Amygdale مركز الاستجابات الانفعالية.

*** Le cortex préfrontal :** القشرة الأمامية الجبهية هي القشرة الأمامية من الفص الجبهي من

الدماغ، وتقع في الجبهة أمام المناطق الحركية. هذه المنطقة هي موطن لمختلف الوظائف المعرفية

العليا بما في ذلك اللغة والذاكرة ، والمنطق، وبشكل أعم الوظائف التنفيذية وهي أيضا منطقة الطعم

والرائحة. (Mikolajczak, 2014).



الشكل-7-: يوضح ساحات الانفعالات والاداء والانتباه (Mikolajczak, 2014)

يتضح من الشكل ان ساحات الانفعالات والاداء والانتباه تتمركز في الفص الجبهي الامامي.

*** Le Noyaux accubens** : النواة المتكئة، المعروف أيضا تحت مصطلح النواة المتكئة

اللاتينية السابعة (بمعنى حلقة يتكئ على الحاجز) ومجموعة من الخلايا العصبية في قشرة الدماغ

الأمامي، ويبدو أنها تلعب دورا هاما في التعود والإدمان، والضحك والمتعة والخوف .

هذا هو هيكل متناظرة وهذا يعني، كل نصف الكرة المخية لديه النواة المتكئة. وهي تقع عند تقاطع

غيبض من نواة المذنب و putamen الأمامية، الكرة الشاحبة أفقيا. النواة المتكئة والحديبة المسؤولة

عن حاسة الشم معا تشكل المخطط البطني، الذي هو جزء العقد Base3.، النواة المتكئة يمكن

تقسيمها إلى هيكليين: القلب (الجزء الخلفي، على مقربة من الخلف) وقذيفة (شل، الجزء البطني)،

هذه الهياكل من الأشكال التضاريسية وظائف مختلفة. (Mikolajczak, 2014).

الركائز العصبية-الغددية: مسؤولة عن الاستجابات الفيزيولوجية للانفعال .

* **Le Système Sympathique** : يعمل الجهاز العصبي الودي على نموذج مع اثنين من

الخلايا العصبية: الخلايا العصبية قبل العقدة (الذي يقع في الظهرية والقطنية الحبل الشوكي خلايا

الجسم) المشبك على الخلايا العصبية التالية للعقد (الذي يقع في عقدة خلايا الجسم) التي نفسها

لوازم النسيج المستهدف، يتم تنظيم العقد متعاطفة إلى اثنين من أزواج من القنوات، على كل جانب

من العمود الفقري هي سلسلة أمام الأبر (أو ما قبل الفقري) والفقرة الأورطي سلسلة (أو مجاور

للفقر)، ملحقات من الخلايا العصبية قبل العقدة هي قصيرة لأنها عصب الغدد التي تقع بالقرب من

سلسلة متعاطفة، ومع ذلك الملحقات من الخلايا العصبية تالية للعقد لمدة طويلة جدا، تنتهي في

الهيئات.

الناقل العصبي من خلايا عصبية قبل العقدة (تلك التي تقع في الحبل الشوكي) هو الأستيل كولين،

في حين أن الخلايا العصبية بعد العقدية (تلك التي تقع في سلاسل الغدد الليمفاوية) هو عادة بافرار

ولكن في بعض الحالات أستيل، ومن لوازم النخاع الكظري ويمارس تأثيره على الخلايا والأعضاء

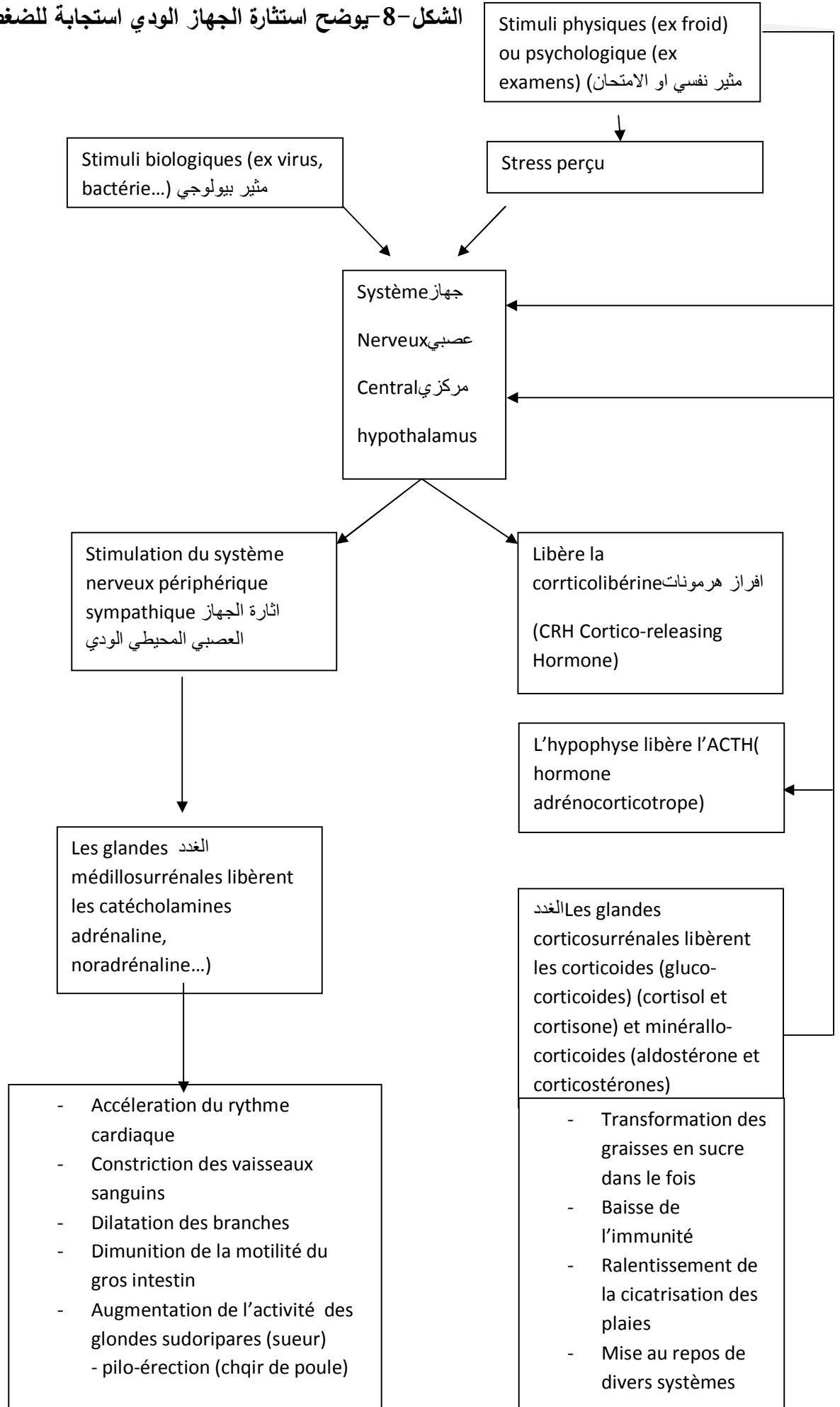
المستهدفة، وذلك أساسا عن طريق الكاتيكولامين الناقلات العصبية تسمى (في المقام الأول بافرار،

وإلى حد أقل، الأدرينالين)، ومع ذلك، فإن الجهاز السمبثاوي لا تتداخل تماما نظام الأدرينالية، من

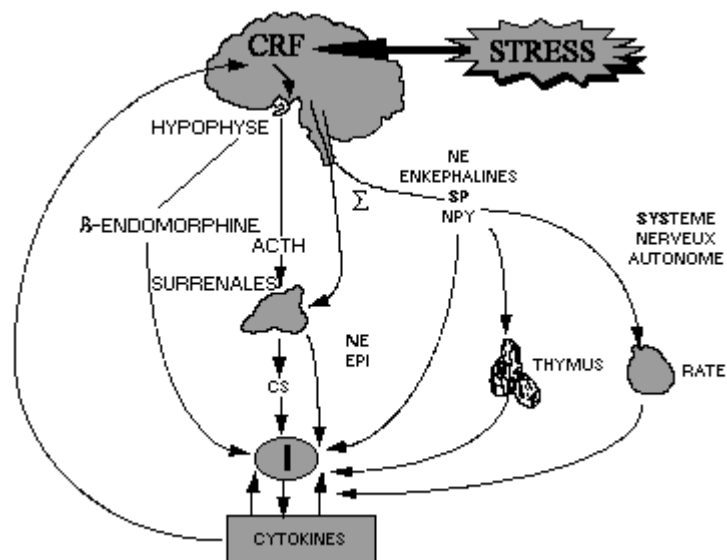
خلال عملها في بعض الأحيان (بعض الأوعية والغدد العرقية) من خلال إفراز الأستيل كولين.

(Mikolajczak, 2014).

الشكل-8- يوضح استثارة الجهاز الودي استجابة للضغط



الاستجابات الانفعالية الا انه لا يستثير في كل الانفعالات على عكس الجهاز السمبتاوي ، فجهاز HHS يستثار في القلق،الخوف. فالجهاز يؤدي الى زيادة الطاقة في العضوية خاصة في حالة تاهب او خطر ، فالجسم يحتاج الى استجابة معينة. (fight or flight) ، فالقلق يعطي استثارة تلقائية لجهاز HHS بالموازاة مع استثارة الجهاز السمبتاوي.(M.Mikolajczak, 2014).



4. وظائف الانفعالات:

1.4.1. الانفعال بوصفه وسيلة اتصال : تعمل الكثير من ردود الفعل الانفعالية المبكرة كوسائل

131

2.4. الانفعال بوصفه مسهل للفعل (النشاط): تزود الاستجابات الفيزيولوجية المرتبطة بالانفعال

الكائن الحي بالطاقة لمواجهة الطوارئ والتحديات التي يتعرض لها وبالتالي تسهل قيامه بالفعل.

3.4. الانفعال كدعم لاتخاذ القرار : تساعد بعض الانفعالات في إثارة دوافع الفرد وتنشيط سلوكه

في آن واحد , فمشاعر الغضب تولد الرغبة في إيذاء الآخر .والتصرف بعنوانية . ومشاعر الحب تستثير الدافع الجنسي , ويبدو أن سبب ارتباط الانفعالات بالدوافع يعود الى ارتباطهما معا بمناطق التكوينات تحت القشرية في المخ , اي ان الأساس الفيزيولوجي لهما واحد .

4.4. الانفعال كوسيلة أساسية للتكيف: ركز معظم الباحثين على الدور التكيفي الذي تلعبه

الانفعالات ،خاصة فيما يخص الوضعيات الضاغطة ،فدورها يتمحور حول برنامج للاستعداد للخطر.(Mikolajczak, 2014).

5.تسيير الانفعالات : ويمكن تعريف تسيير الانفعالات كعملية حيث يتغير انفعال الشخص بالخبرة

والتعبير الانفعالي والحالات التي تثير مثل هذه المشاعر من أجل تحسين الرعاية وأفضل تلبية للمتطلبات البيئية ، وهناك ثلاثة أنواع من استراتيجيات تسيير الانفعالات عموما في علم النفس المعرفي:

*استراتيجيات إعادة تقييم المعرفية للوضع.

*استراتيجيات الانفعالات.

*استراتيجيات مبنية على تقبل الانفعالات .

قد تكون ذات صلة، في بعض النماذج بمتغيرات:

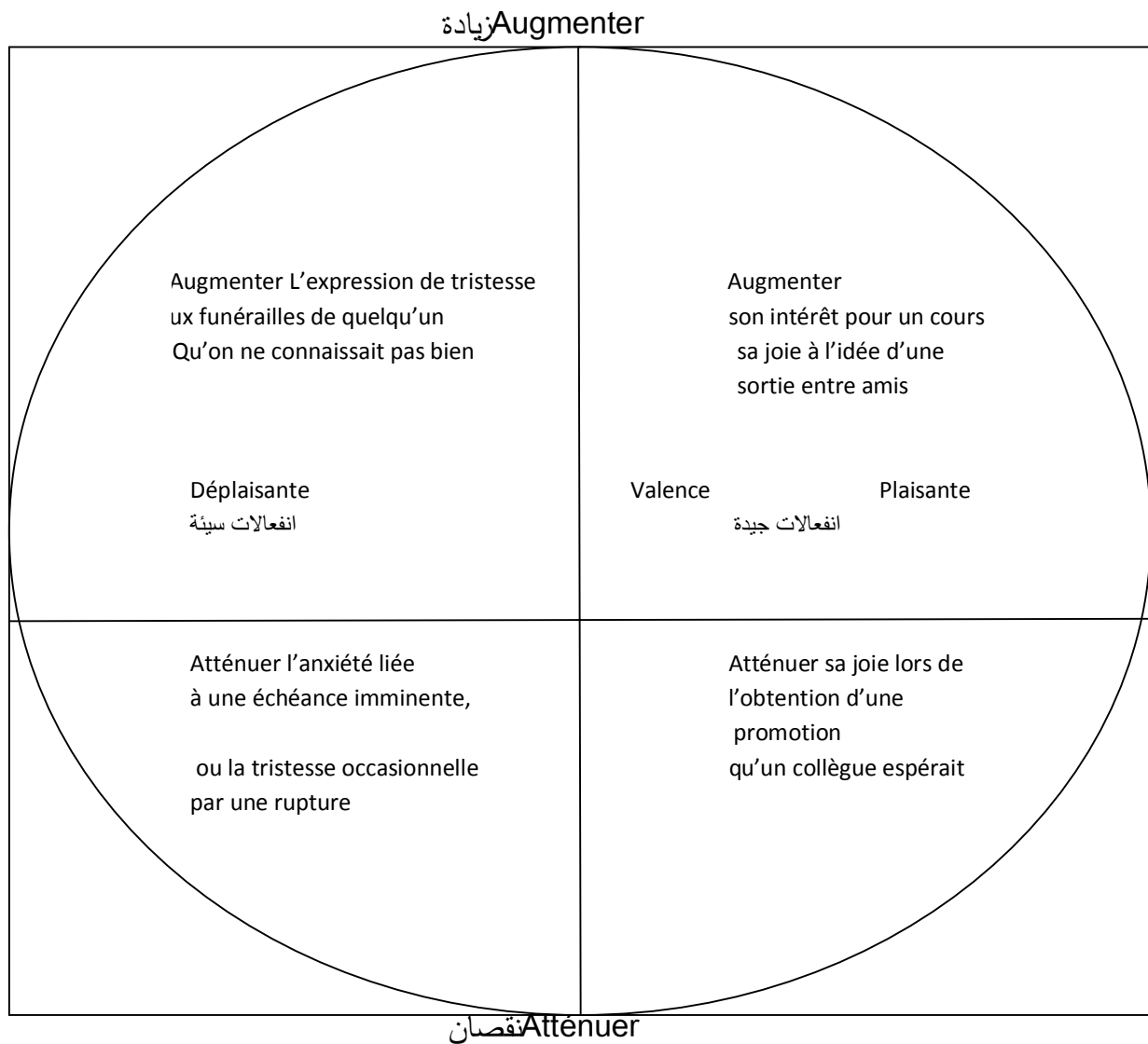
* تجربة انفعالية ذات كثافة عالية

* فهم منخفض للعواطف

* الاستجابة السلبية للخبرة الانفعالية

* استخدام غير كافي للانفعالات استراتيجيات لإدارة الوضعيات الضاغطة .

(M.Desseilles, 2012). الشكل -10:- يوضح تسيير الانفعالات



6. الذكاء الانفعالي: لقد اهتم الباحثون في الفترة الاخيرة اهتماما كبيرا بتعريف الذكاء الانفعالي لما له

من أهمية كبيرة في التنبؤ بكفاءة الافراد في عملهم وحياتهم بصفة عامة.

يذكر (Golman,1997)، أن « Emotional Intelligence » أن الذكاء الانفعالي مصطلح شامل

حيث يضم الخبرات الانفعالية السارة وغير السارة وذكاء المشاعر يدل على الجانب الحسي من الخبرة الانفعالية كالشعور بالدفع أو الراحة.

ونتيجة لذلك تعددت تعريفات الذكاء الانفعالي فعرف على أنه قدرات أو مهارات أو سمات شخصية

وفيما يلي سنتناول البعض من هذه التعريفات.

حيث عرف ماير Mayer و سالوفي Salovey الذكاء الانفعالي عام 1997 على أنه " قدرة الفرد

على أن يدرك ويعبر عن الانفعالات وأن يفهم فهما جيدا كيف تؤثر الانفعالات على الفكر وكيف ينظم الفرد انفعالاته ويتحكم في حجم انفعالات الآخرين".

وعرفه ماير Mayer وديپاولو Dipaolo وسالوفي Salovey (1990) بأنه " الأسلوب المتبع في

معالجة المعلومات الانفعالية التي تتضمن تقييماً دقيقاً لانفعالات الفرد وانفعالات الآخرين والتعبير

المناسب عن هذه الانفعالات والتنظيم التكيفي لها الذي يؤدي إلى النجاح وتحسن الحياة".

(Gagnon, 2009)

ويعرفه جولمان Goleman (2001)، بأنه "القدرة على إدراك مشاعرنا ومشاعر الآخرين من أجل

تحفيز أنفسنا وإدارة انفعالاتنا بطريقة جيدة داخل أنفسنا وأيضاً في علاقتنا مع الآخرين". (Golman,2011).

وعرفه عثمان وعبد السميع (2002) بأنه " القدرة على الانتباه والادراك الجيد للانفعالات والمشاعر

الذاتية وفهمها وصياغتها بوضوح وتنظيمها وفقاً لمراقبة وإدراك دقيق لانفعالات الآخرين ومشاعرهم

للدخول معهم في علاقات انفعالية اجتماعية ايجابية تساعد الفرد على الرقي العقلي والانفعالي والمهني

وتعلم المزيد من المهارات الايجابية للحياة في ضوء خمسة أبعاد اساسية للذكاء الانفعالي وهي : المعرفة الانفعالية - ادارة الانفعالات - تنظيم الانفعالات - التعاطف - التواصل". (الجهني، عدد22، 2011، ص346).

ويرى "بار-اون" (Bar-on, 2000) ان الذكاء الانفعالي يشكل مقطعا عرضيا مترابطا من الكفاءات الاجتماعية والانفعالية، والمهارات التي تحدد كيف نفهم ونعبر عن انفسنا وكيف نفهم الآخرين ونتواصل معهم وكيف نتحمل ضغوط الحياة اليومية . (Bar-on, 2000).

1.6. جذور الذكاء الانفعالي: على الرغم من حداثة مفهوم الذكاء الانفعالي حيث ينتسب الى النصف الثاني من القرن العشرين وأصبح الذكاء الانفعالي موضوع الساعة على الا ان هناك نظريات قديمة مهدت لظهور هذا المفهوم نذكر اهمها : نظرية "شارلز داروين" Chales Darwin الذي قام بالتعرض لهذا الموضوع منذ عام 1837 ونشر أول كتاب عام 1871 حيث تكلم عن "التعبير الوجداني (العاطفي)" الذي يلعب دورا هاما في السلوك التوافقي الذي يظل بديهية حقيقية وهامة للذكاء الانفعالي حتى الان. (Darwin, 1982).

وبعد ذلك بدأت المنشورات العلمية في الظهور حيث اعتبر ثورندايك Thorndike (1920-1930) أن الذكاء الاجتماعي أي القدرة على فهم الآخرين والسلوك الحكيم في العلاقات الانسانية مظهرا من مظاهر الذكاء وقدم هذه الفكرة في مجلة Harper's Magazine، و فسر بعض السيكولوجيين في ذلك الوقت الذكاء بأنه القدرة على جعل الآخرين يتصرفون تبعا لما تريده، وقد تناول "ثورندايك" الذكاء الاجتماعي باعتباره القدرة المتعلقة بتفكير الاشخاص وعلاقاتهم واقترح أنه كأداء عقلي هو عنصر منفصل ومستقل الى حد ما عن بقية العناصر الاخرى ولكنه قد يشترك مع كثير من

العناصر في بعض المظاهر، لذا يمتد الذكاء الاجتماعي بأصوله الى إدوارد ثورندايك في كتاباته المبكرة عام 1925 عن الذكاء وخاصة تمييزه الشهير بين الذكاء الاجتماعي والميكانيكي والمجرد. (Nugier, 2009).

وتناول سترنبرغ Sternberg (1985) مفهوم الذكاء الاجتماعي في كتابه الهام "ما بعد الذكاء الاجتماعي" فذكر أنه مستقل عن القدرات الأكاديمية وأنه مفتاح أساسي للأداء الناجح في الحياة. وفي نفس السنة أكد هاورد جاردنر Howard Gardner في كتابه عن الذكاءات المتعددة أن فهم الانسان لنفسه وللآخرين وقدرته على استخدام وتوظيف هذا الفهم يعد أحد نماذج الذكاء الشخصي والذكاء في العلاقة بالآخرين وكلاهما مهارات ذات قيمة في الحياة. (Sternberg, 2009).

وقدم كل من بيتر سالوفي P.Salovey وجون ماير J.Mayer نموذجا للذكاء الانفعالي في كتابهما "الخيال، المعرفة، الشخصية" « Imagination, Cognition and Personality » وبالتالي يعتبران أول من استخدموا مصطلح الذكاء الانفعالي ويصنفانه نوعا من أنواع الذكاء الاجتماعي الذي يتضمن القدرة على مراقبة الانفعالات والمشاعر الخاصة بالفرد وبالآخرين والتمييز بين المشاعر والانفعالات المختلفة واستخدام هذه القدرات لتوجيه طريقة التفكير والأفعال الخاصة وذلك أثناء محاولتهما تطوير طريقة علمية لقياس الفروق بين الافراد في مجال الانفعالات وتوصلا الى أن الافراد الذين لديهم مهارات ذكاء انفعالي يعبرون عن انفعالاتهم ويدركون انفعالات الآخرين وينظمون عواطفهم. (Sander et Sherer, 2009).

وفي بداية التسعينيات من القرن الماضي يشير الى أن جولمان (Golman, 1995) اهتم بأعمال ماير وسالوفي وقدم في كتابه "الذكاء الانفعالي" « Emotional Intelligence » رؤيته للذكاء الانفعالي من حيث طبيعته ودوره في مجالات الحياة واعتقد بأن هناك قدرات غير معرفية تلعب

دورا هاما في نجاح الافراد وحدد تلك القدرات في الجوانب الانفعالية والاجتماعية. وقد افترض جولمان Golman بأن الذكاء الانفعالي قدرة قابلة للتعلم وقسم الكفاية الانفعالية الى قسمين هما: الكفاية الشخصية والتي تمكننا من ادارة أنفسنا والكفاية الاجتماعية والتي تمكننا من ادارة علاقاتنا مع الآخرين. ومنذ ذلك الحين يحاول الباحثون اجراء دراسات عديدة حول هذا المفهوم وكيفية قياسه للتعرف على دوره في النجاح في الحياة عامة. (Golman, 1997).

2.6. نماذج الذكاء الانفعالي:

من خلال التعريفات المستعرضة سابقا، حدد الباحثون أبعاد الذكاء الانفعالي، متضمنة في نماذج نظرية، حاولت شرح وتفسير الذكاء الانفعالي من خلال تحليله إلى مكونات نفسية وقدراته الفرعية. وتتجسد هذه النماذج النظرية من خلال اتجاهين أساسيين؛ يعرف الأول باتجاه القدرة، الذي ينظر إلى الذكاء الانفعالي بأنه قدرة عقلية خالصة مثله مثل أي نوع من أنواع الذكاء. أما الثاني فيعرف بالاتجاه المختلط، ويجمع بين القدرة العقلية والخصائص الشخصية. و يمثل هذين الاتجاهين حاليا أشهر ثلاث نماذج، هي: نموذج القدرة لـ ماير وسالوفي (Mayer and Salovey)، ونموذجان مختلطان، الأول لـ بار اون (Bar-On)، و الثاني لـ جولمان (Goleman). (Mikolajczak, 2014).

و فيما يلي سنعرض هذه النماذج الثلاث.

*نموذج بار أون (Bar-On):

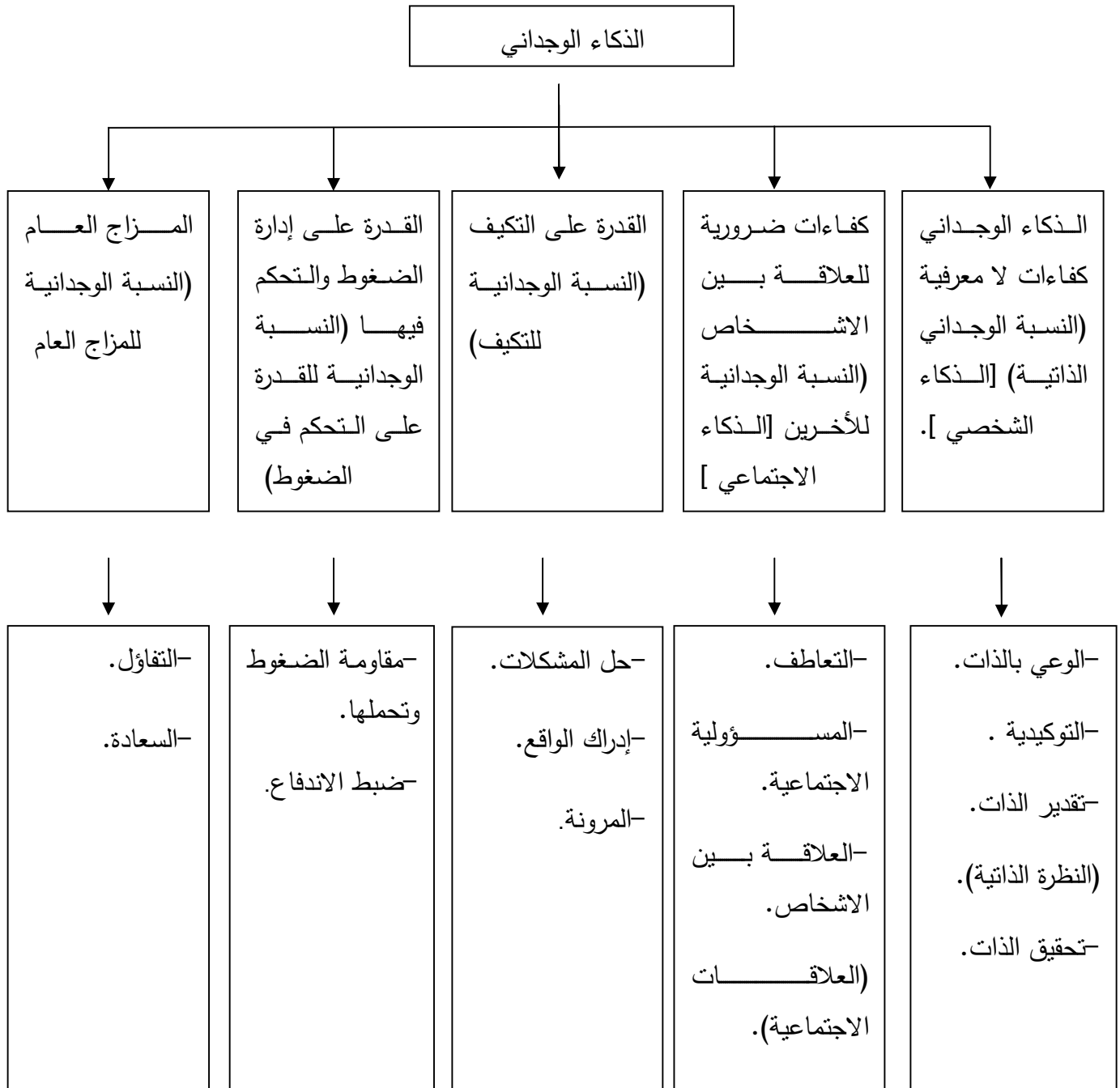
يعتبر أول النماذج التي فسرت الذكاء الانفعالي، و كان ذلك عام 1988 عندما قام بار أون في رسالته للدكتوراه بصياغة مصطلح النسبة الانفعالية (EQ)، كنظير لمصطلح الذكاء العقلي (IQ) (Bar-on,2000).

وقد حدد بار أون خمسة كفاءات للذكاء الانفعالي، كما سنعرضها فيما يلي:

- كفاءات ذاتية: تتضمن احترام الذات، الوعي بالانفعالات الذاتية، الحزم، الاستقلالية وتحقيق الذات.
- كفاءات بينشخصية: تتضمن التعاطف، المسؤولية الاجتماعية والعلاقات بينشخصية.
- القدرة على التكيف: تتضمن اختبار الوقائع، المرونة و حل المشكلات.
- إدارة الضغوط: تتضمن تحمل الضغوط والتحكم في الاندفاعات.
- المكونات المزاجية العامة: تتضمن التفاؤل والسعادة. (Bar-on,2000).

شكل رقم (11): نموذج بار-أون لمكونات الذكاء الوجداني.

(في السمادوني، 2007).



*.نموذج سالوفي (Salovey) و ماير (Mayer) :

بنى سالوفي وماير نموذج القدرة في الذكاء الانفعالي عن طريق إدماج الأفكار الأساسية الواردة في كل من نظريات الذكاء والبحوث حول الانفعال. فمن خلال نظريات الذكاء جاءت الفكرة أن الذكاء يتضمن القدرة على التفكير المجرد، ومن خلال البحوث حول الانفعالات أنها نقل منظم للإشارات وإدراك للمعاني المتعلقة بالعلاقات، والعديد من الانفعالات تعتبر عالمية. من ثم افترضنا أن الأفراد يختلفون في قدرتهم على ترجمة المعلومات المتعلقة بحالة انفعالية معينة، وفي قدرتهم على ربط الانفعالات بالمعارف. وتتجسد هذه القدرة في بعض السلوكيات التكيفية. واقترحنا أن الذكاء الانفعالي ينقسم إلى مجالين أساسيين:

- الأول: خبراتي؛ يتضمن القدرة على إدراك، الاستجابة ومعالجة المعلومات الانفعالية دون الحاجة إلى فهمها.

- الثاني: استراتيجي؛ يتضمن القدرة على فهم وإدارة الانفعالات دون الحاجة إلى إدراك المشاعر واختبارها. (Salovey et Mayer, 1990).

وينقسم كل مجال بدوره إلى قسمين، تتراوح من أبسط العمليات النفسية إلى أكثرها تعقيدا لدمج الانفعالات بالمعارف. ليكون بذلك عدد الأبعاد المكونة لهذا النموذج أربعة، سنعرضها فيما يلي:

- إدراك الانفعالات: وهو القدرة على الوعي الذاتي بالانفعالات والتعبير عن الانفعالات والحاجات الانفعالية للآخرين. ويتضمن الإدراك الانفعالي أيضا القدرة على التمييز بين التعبيرات الانفعالية الصادقة وغير الصادقة.

- تمثيل الانفعالات (إدماج الانفعال): وهو القدرة على التمييز بين الانفعالات المختلفة، والتعرف على الانفعالات التي تؤثر على عملية التفكير.

- فهم الانفعالات: وهو القدرة على فهم الانفعالات المعقدة (مثل الشعور بانفعاليين في وقت واحد)، والقدرة على التعرف على كيفية الانتقال من حالة انفعالية إلى أخرى.
 - إدارة الانفعالات: و هو القدرة على ربط أو الانفصال عن انفعال ما حسب فائدته في موقف معين، ونشير إلى أن هذه القدرات تستعمل على المستوى الذاتي، وعلى مستوى العلاقات مع الآخرين.
- (معمرية، 2007).

والشكل (12): يوضح نموذج ماير وسالوفي والقدرات الفرعية للذكاء الوجداني مرتبة تطوريا من الاعلى الى الادنى

وكذلك محتوياتها.

(عن معمريه، 2008)،



*نموذج دانييل جولمان في الذكاء الانفعالي: قدم جولمان (1995) Goleman نموذجا في الذكاء الانفعالي حيث إهتم بأعمال ماير وسالوفي وقدم في كتابه "الذكاء الانفعالي" Emotional Intelligence « رؤية للذكاء الانفعالي من حيث طبيعته ودوره في مجالات الحياة واعتقد بأن هناك قدرات غير معرفية تلعب دورا هاما في نجاح الافراد وحدد تلك القدرات في الجوانب الانفعالية والاجتماعية. و يتضمن الذكاء الانفعالي حسب جولمان Goleman خمسة أبعاد تم تصنيفها ضمن مكونين رئيسيين هما: المكونات الشخصية وتضم ثلاثة أبعاد وهي: الوعي الذاتي الانفعالي و تنظيم وإدارة الانفعالات والدافعية وحفز الذات) والمكونات الاجتماعية وتضم بعدين هما: التعاطف والمهارات الاجتماعية. (العلوان،المجلد 7،2011).

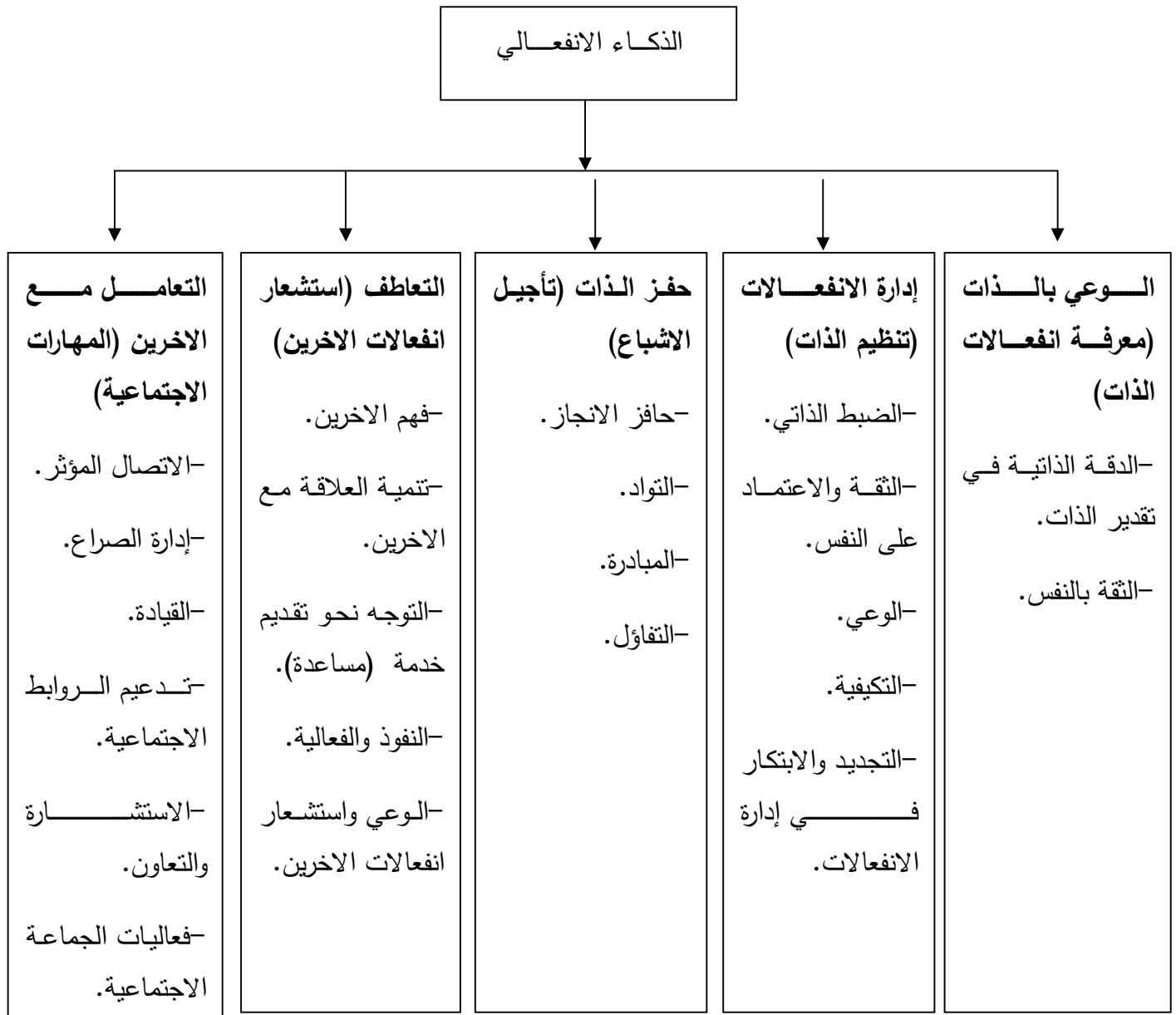
ويشير الوعي الذاتي الى قدرة الفرد على مراقبة المشاعر وملاحظتها والانتباه الدقيق لحالته الانفعالية والقدرة على تجاوز انفعالاته السلبية والسارة. ويشير تنظيم وإدارة الانفعالات الى قدرة الفرد على التحكم في انفعالاته ومعالجتها لتصبح ملائمة للموقف وقدرته على تحمل الإحباطات وإدارة الانفعالات غير السارة مثل كبح جماح الغضب أو الافكار اللاعقلانية ومواجهة الضغوط. (Golman, 1995). أما الدافعية أو حفز الذات فتشير الى توظيف الانفعالات في تيسير التفكير والقدرة على اتخاذ القرار وتأجيل الاشباع من أجل تحقيق أهدافه.

في حين يشير التعاطف الى القدرة على إدراك انفعالات الآخرين و فهم مشاعرهم وانفعالاتهم والتناغم معهم.وتعتبر المهارات الاجتماعية أو التواصل الاجتماعي قدرة الفرد على التأثير الايجابي والقوي في الآخرين عن طريق إدراك انفعالاتهم ومشاعرهم ومعرفة الفرد متى يقود ومتى يتبع الآخرين ويساندهم والتصرف معهم بطريقة لائقة (Kramer, 2015).

والشكل التالي مدخل لتوضيح مكونات الذكاء الانفعالي لدى جولمان وذلك بشكل مختصر:

شكل رقم (13): مكونات الذكاء الوجداني لدى جولمان.

(عن السمدوني، 2007).



3.6. مكونات الذكاء الانفعالي:

لقد توصلت مجموعة من الدراسات التي تناولت الذكاء الانفعالي بأنه يتكون من عدة مكونات تتشابه

فيما بينها في المفهوم والدلالة، وقد أشار جولمان إلى وجود خمس مكونات أساسية للذكاء الانفعالي

وهي:

*الوعي بالانفعالات والمشاعر الذاتية (المعرفة الانفعالية): ويقصد به كما يذكر وعي الفرد

بانفعالاته الشخصية وحالته المزاجية كما هي. وهذا الوعي بالأفكار والمشاعر والانفعالات تولد

لدى الفرد القدرة على التحكم في الانفعال وضبط النفس. (مغربي،2007) .

*إدارة الانفعالات:وتعني كما يشير قدرة الفرد على إدارة أفعاله وأفكاره ومشاعره بطريقة متوافقة ومرنة

عبر مواقف وبيئات مختلفة سواء أكانت اجتماعية أو مادية. ويشير تنظيم الذات الى ترشيد

الانفعالات بصورة تساعد الفرد على التوافق السليم مع الموقف. (السمادوني،2007).

*تنظيم الانفعالات(التحفيز الذاتي):يذكر أن الدافعية الذاتية والتحكم في الانفعالات والقدرة على

تأجيل الاشباع جوانب هامة في الذكاء الوجداني. و يعرفه عثمان و رزق (2001) بأنه يشير

الى القدرة على تنظيم الانفعالات والمشاعر الذاتية وتوجيهها الى تحقيق الانجاز والتفوق

واستعمال المشاعر والانفعالات في صنع أفضل القرارات وفهم كيف يتفاعل الآخرون بالانفعالات

المختلف. (معمرية،2009).

-التفهم:يشير الى قدرة الفرد على قراءة مشاعر الآخرين (الغير) كما يذكرواالتعرف عليها والاستجابة

لها وذلك من أصواتهم أو تعبيرات وجوههم وليس بالضرورة مما يقولون، ويبنى التفهم على الوعي

بالذات وكل علاقة ودية وكل اهتمام بالغير ينبع من القدرة على التعاطف والتفهم ولها دور اساسي

في شتى جوانب الحياة. (حسونة وأبو ناشي،2006).

-المهارات الاجتماعية:وهي القدرة على قراءة وفهم كل من السلوك الاجتماعي ومهارة المشاركة

الاجتماعية مثل التعبير اللفظي والانفعالي والقدرة على لعب الدور الاجتماعي بكفاءة وذلك كما يذكر

حسونة وأبو ناشي (في نفس المرجع السابق).

7. خصائص الافراد مرتفعي ومنخفضي الذكاء الانفعالي:

يشير جولمان (1995) Golman أن أصحاب الذكاء الانفعالي المرتفع لديهم وعي بانفعالاتهم، حيث أن الناس يمكن تقسيمهم من حيث تناولهم لانفعالاتهم الى ثلاثة أنماط هي: الواعون بالذات والغارقون في انفعالاتهم (المنجرفون) والمتقبلون لمشاعرهم. (Golman, 1995).

أما ماير Mayer فوجد أن الناس تنوزع الى نماذج متنوعة فيما يختص بالانتباه لمشاعرهم والتعامل معها وفيما يلي هذه النماذج المتنوعة:

*الواعون بالذات:

يذكر أن الواعون بالذات لديهم وعي بحالاتهم المزاجية كما تحدث وهؤلاء لديهم ثراء فيما يخص حياتهم الوجدانية ووضوح رؤية انفعالاتهم و يمكن أن يكون الاساس لسمات شخصية أخرى وهم على يقين بحدودهم ويتمتعون بصحة نفسية جيدة ولديهم رؤية ايجابية للحياة، وحين يصابون بحالة مرضية سلبية فإنهم لا يتوقفون عندها بل يكونون قادرين على الخروج منها بسرعة وباختصار فان تقديرهم للامور يساعدهم على معالجة مشاعرهم ووجداناتهم. (الاعسر وكفافي،2000).

*الغارقون في انفعالاتهم (المنجرفون):

يذكر جولمان أن هؤلاء الاشخاص هم من يشعرون غالبا بأنهم غارقون في انفعالاتهم، عاجزون عن الخروج منها وكأن حالتهم النفسية قد تملكتهم تماما. هم أيضا متقلبو المزاج، غير مدركين تماما لمشاعرهم الى الدرجة التي يضيعون فيها ويتوهون عن أهدافهم الى حد ما. ومن ثم فهم قليلا ما يحاولون الهرب من حالتهم النفسية السيئة كما يشعرون بعجزهم عن التحكم في حياتهم العاطفية. (الجبالي،2000).

*المتقبلون لمشاعرهم :

هؤلاء على الرغم من وضوح رؤيتهم بالنسبة لمشاعرهم فإنهم يميلون لتقبل حالتهم النفسية دون محاولة لتغييرها ويبدو أن هناك مجموعتين من المتقبلين لمشاعرهم:

المجموعة الاولى: تشمل من هم عادة في حالة مزاجية جيدة ومن ثم ليس لديهم دافع لتغييرها.
المجموعة الثانية: تشمل من لهم رؤية واضحة لحالتهم النفسية ومع ذلك فحين يتعرضون لحالة نفسية سيئة يتقبلونها كأمر واقع ولا يفعلون أي شيء لتغييرها. (الجبالي،2000).

8.قياس الذكاء الانفعالي:

لم يكن قياس الذكاء الانفعالي محل اهتمام مبكر من قبل الباحثين مقارنة بالذكاء العقلي،ولقد بدا الاهتمام بالذكاء الانفعالي في التسعينات من القرن العشرين،عندما اهتم ماير وسالوفي Mayer et Salovey به ووضعوا تعريفا علميا له،ونظرية تفسر مكوناته واداة تقيسه.(السمادوني،2007).

طرح كل من (Dulewics et Higgs,1999) سؤال مهم فيما يخص الذكاء الانفعالي وهو: هل الذكاء الانفعالي قابل للقياس؟

استلزمت الاجابة على هذا السؤال مجموعة من الابحاث،ويرى بعض الباحثين ان الطبيعة المعقدة للذكاء الانفعالي تمثل عاملا يتعارض مع امكانية قياسه قياسا فعالا وموضوعيا، ويذكر Golman انه على عكس تعدد اختبارات الذكاء العقلي،فانه لا يوجد اختبارات مكتوبة للذكاء الانفعالي يمكن عن طريقها قياسه.(Golman,1996).

لكن رغم هذا التأكيد من طرف الباحث Golman لم يمنع من ظهور العديد من الاختبارات ومقاييس الذكاء الانفعالي،تنوعت بتنوع نماذج التفسير سواء تلك التي تركز على الذكاء الانفعالي كقدرة أو تلك

التي تركز عليه كسمة، وهكذا ظهر اتجاهان في قياس الذكاء الانفعالي الأول يتمثل في الاختبارات الأدائية والتي تقيس الذكاء الانفعالي كقدرة والثانية تتمثل في اختبارات التقرير الذاتي والتي تقيس الذكاء الانفعالي كسمة.

1.8. الاختبارات الأدائية للذكاء الانفعالي:

1.1.8. مقياس الذكاء الانفعالي المتعدد العوامل: Multi Factor Emotional Intelligence Scale (MEIS).

اعد هذا المقياس كل من ماير وسالوفي وكاروزو (2000) وهو يعتبر اول بطارية شاملة تعتمد على نموذج القدرة للذكاء الانفعالي، وتشتمل على اربعة مجالات اساسية، وتتضمن 12 اختبار قدرة:

المجال الاول: الادراك الانفعالي ويتضمن ادراك التغيرات الانفعالية للوجوه Faces والتقييم المعرفي للانفعالات المتضمنة في المهن Professions والموسيقى Music والتصاميم Designs، والقصص Stories ويشمل هذا المجال 4 اختبارات فرعية.

المجال الثاني: ويتضمن استيعاب الانفعالات والقدرة على فهمها وتفسير الانفعالات للتفكير وذلك من خلال اختبارين فرعيين او مهمتين فرعيتين هما:

* اختبار الوعي باحكام الاختبار المصاحب

* اختبار الحكم على تحيزات المشاعر

المجال الثالث: ويتضمن القدرة على الفهم وتحليل الانفعالات (الفهم الوجداني) وذلك من خلال 4 اختبارات فرعية حول القدرات التالية:

*فهم خليط الانفعالات

*فهم التقدم في الانفعالات

*فهم الانتقالات بين الانفعالات

*فهم نسبة الانفعالات

المجال الرابع: مهارة ادارة الانفعالات الذاتية وانفعالات الاخرين، ويتكون من اختبارين فرعيين حول قدرتين هما:

*ادارة المشاعر الاخرين

*ادارة المشاعر الذاتية

2.1.8. اختبار الذكاء الانفعالي المعدل لماير وسالوفي وكاروزو: Mayer et Salovey et

Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT)

يعد هذا الاختبار اكثر حداثة، وقد اعد لحل بعض المشاكل المتعلقة باختبار الذكاء الانفعالي متعددة العوامل (MEIS)، فلقد جرى تحسين الخصائص السيكمترية له، ويتضمن 8 اختبارات فرعية بدلا من 12 كما هو الحال في اختبار (MEIS)، ويشير السمادوني (2007) الى ان اختبار الذكاء الانفعالي المعدل (MSCEIT) يمكن ان يحدد مستوى الاداء الكلي للفرد، وفي نفس الوقت يمكن ان ينقسم الى ابعاد فرعية للذكاء الانفعالي. وتقاس الخبرة الشعورية للذكاء الانفعالي بقدرة الشخص على الادراك والاستجابة ومعالجة المعلومات الانفعالية وتلك المعلومات تعكس قدرة الشخص على ان يقرأ ويعبر عن انفعاله وتجعله يقارن بين الاستثارة الانفعالية المرتبطة بالخبرة الحسية وخبرات حسية اخرى (كالألوان

والاصوات)، اما الاستراتيجيات الانفعالية فهي تقيس قدرة الشخص على فهم وإدارة انفعالاته دون ادراكها جيدا او دون ان تكون لديه خبرة كاملة بالمشاعر .

انها تحدد من هو الشخص الأكثر دقة في فهم الانفعالات، كما تحدد قدرته على كيفية ضبط وإدارة انفعالاته وانفعالات الآخرين، ويتكون اختبار (MSCEIT) (السمادونى، 2007).

من 141 بند، ولكل مجال أو مقياس فرعي من مقاييسه الفرعية الأربعة اختبارين فرعيين:

*المجال الأول: (المقياس الفرعي الأول) و يقيس القدرة على الادراك الدقيق للانفعالات (الادراك الوجداني) ويتضمن ادراك الانفعالات في الوجوه والتصاميم .

*المجال الثاني: (المقياس الفرعي الثاني) و يقيس القدرة على استخدام الانفعالات لتفسير التفكير وحل المشكلات والابداع، انه يقيس الاحساسات (من خلال ربط علاقات بين الذوق مثلا وانفعالات معينة)، والتفسير (تحديد الكيفية التي تؤثر فيها الحالات المزاجية في العمليات المعرفية كاسلوب حل المشكلات، والابداع، والاستدلال.... وغير ذلك.

*المجال الثالث: (المقياس الفرعي الثالث) و يقيس القدرة على فهم الانفعالات (الفهم الوجداني) وذلك بقياس التوليفات، والتبدلات.

*المجال الرابع: (المقياس الفرعي الرابع) القدرة على ادارة الانفعالات (الادارة الوجدانية) و يقيس ادارة الانفعالات لدى الشخص ولدى الآخرين (ادارة العلاقات). (Salovey et al, 2001).

3.1.8. مقياس تحديد مستوى الوعي الانفعالي: Level of Emotional awareness Scale (LEAS)

اعد هذا المقياس لايين واخرون (Lane et al,1990)، يتكون من 20 مشهدا سينمائيا او تيليفزيونيا، تشتمل كل منها على مجموعتين من الافراد احدهما لديها القدرة على احداث اربعة انفعالات مختلفة: الغضب، الخوف، السعادة، الحزن والآخرى ليس لها القدرة على احداث تلك الانفعالات. يتم عرض كل مشهد على الشخص (المفحوص) ثم يسأل بعد انتهاء المشهد: مالذي تشعر به؟ وماالذي تشعر به الشخص الآخر الذي في المشهد؟ وتعطى درجتين مستقلتين للانفعال الذي تم عرضها احدهما تعبر عن ذاته والآخرى عن الآخرين.

4.1.8. مقياس مهارة التعبير الانفعالي: Measuring Emotion Expression Skills

لقد حاول بعض الباحثين قياس مهارة التعبير عن العواطف والانفعالات للافراد والذي يعتبر من مظاهر الذكاء الانفعالي ويتم ذلك بطرق هي:

الطريقة الاولى: ان يطلب من الافراد اتخاذ وضع اساسي للتعبيرات الانفعالية عن الحدث، مثل: "اجعل وجهك الان غاضبا"، "اجعل وجهك الان مبتسما"... وتسجل تلك التعبيرات فوتوغرافيا، وتوضع مجموعة من الضوابط والمعايير وتحول التعرف عليها، وبذلك يكون الشخص الذكي انفعاليا هو ذلك الشخص الذي يكون قادرا على التعبير عن الانفعالات الاساسية التي تحددها المعايير والضوابط.

الطريقة الثانية: وفيها تقاس مهارة التعبير الانفعالي من خلال فحص كيف يعبر الناس عن انفعالاتهم تلقائيا؟ ومن ذلك ان يفحص كيف ان بعض الاشخاص يملكون مهارة اخفاء مشاعرهم المناسبة الموقف (كان يخفون سعادتهم في موقف ما).

وهناك نتائج تشير الى مهارة التعبير الانفعالي يمكن ان تقاس بدقة عندما يكون ارتباطها بمتغيرات اخرى ضعيفا مثل الميل الى مراقبة الشخص لسلوكه. كما تشير نتسجة اخرى الى ان الافراد الذين لديهم قدرة على التعبير الانفعالي يميلون الى القيام بتقييم افضل في المواقف الاجتماعية (السمادوني، 2007).

2.8. اختبارات التقرير الذاتي: Self Report-Tests

يعتبر التقرير الذاتي الطرسقة الاكثر شيوعا من بين مقاييس الشخصية، ومن اشهر مقاييس التقرير الذاتي التي وضعت لقياس الذكاء الانفعالي:

* قائمة النسبة الوجدانية: EQI (Bar-on, 1997): لقد استخدم Bar-on قائمة لقياس الذكاء الانفعالي تحمل اسمه وتعتمد على التقرير الذاتي للفرد وتقيس تلك القائمة 5 ابعاد للذكاء الانفعالي، تنقسم الى 15 مقياسا فرعيا، وتتمثل الابعاد فيما يلي:

* العلاقات الشخصية وتتضمن: الوعي بالذات الانفعالية (Emotional Self Awareness)، التوكيدية (assertiveness)، النظرة الذاتية (Self-Regard)، تحقيق الذات (Self Actualization)، الاستقلالية (Independence).

* العلاقات الاجتماعية وتتضمن: التعاطف (Empathy)، المسؤولية الاجتماعية (Social Responsibility)، العلاقات البينشخصية (Interpersonal Relationship).

* ادارة الضغوط وتتضمن: تحمل الضغوط (Stress Tolerance)، ضبط الاندفاع (Impulse Control).

* التكيفية وتتضمن: السعادة (Happiness)، التفاؤل (Optimism). (Bar-on, 2001)

تطبق هذه القائمة على الافراد من سن 16 سنة فما فوق، وتوسيعها لقياس الكفاءات والمهارات الانفعالية والاجتماعية التي تعطي تصورا واضحا عن الذكاء الانفعالي والاجتماعي للفرد ويهدف المقياس الى تقييم قدرة الفرد على النجاح في التعامل مع المتطلبات والضغوط البيئية والتكيف معها، وتحتوي القائمة على 133 عبارة في صورة مقياس تقرير ذاتي، وتتم الاجابة عليه من خلال سلم لكرت 5 نقاط (نادر جدا - ليس صحيح - صحيح غالبا - يحدث احيانا - تماما) وقد ترجم الى 22 لغة.

3.8. مقياس ادراك الانفعال لبارنت: Barnet Perception of Affect Scale

يتكون من 93 بند ويعتمد على قدرة الشخص على الاتجاه بسرعة وبذل مجهود لادراك مشاعره وذلك على اساس الذكاء الانفعالي ويقيس المقياس تفضيلات المفحوصين في الانماط الثلاثة التالية:

* النمط الخاص بالجسم المعتمد على ادراك الانفعال

* تقييم الادراك المعتمد على الانفعال

* ادراك الانفعال على اساس منطقي

4.8. مقياس خريطة الذكاء الانفعالي لكوبر والصواف: EQ Map Test

لقد عرض Cooper et Swaf (1997) في كتابهما Executive EQ اختبار لخريطة الذكاء الانفعالي تتكون من اكثر من 250 عبارة موزعة على 21 مقياسا فرعيا ويعتمد المقياس على 5 سمات للذكاء الانفعالي هي:

البيئة الحالية، المعرفة الانفعالية، كفاءة الحاصل الانفعالي (كفاءة معامل الذكاء الانفعالي)، قيم الحاصل الانفعالي واتجاهاته (القيم والاتجاهات المتضمنة في معامل الذكاء الانفعالي)، محصلات مجال خريطة الحاصل الانفعالي (تمثل النواتج المرتبطة بخريطة معامل الذكاء الانفعالي). (Mayer et al, 2000).

5.8. مقياس مؤسسة الصحة والطاقة الانسانية:

تستخدم كاداة لتحديد نسبة الذكاء الانفعالي، من اعداد (Warren Bennis) اهتم بمجال القيادة وقد اكج على اهمية الذكاء الانفعالي قائلا: "في المجالات التي قمت بدراستها وجدت ان الذكاء الانفعالي يعتبر اكثر قوة من الذكاء العقلي في تحديد من سيكون القائد الناجح، فالذكاء العقلي قدرة محايدة، سوف تحتاجها ولكنها لا تجعلك نجما لامعا الا ان الذكاء الانفعالي يستطيع تحقيق ذلك".

وفي تعليمات تطبيق المقياس تساؤل هام: هل تجد ان الخوف، الشك، والقلق، والطريقة التي يسلك بها الاخرين تؤثر على قدرتك على التعامل مع صعوبات الحياة ام تجعلك تؤدي افضل ما عندك ام تمنعك من الحصول على ما تريده حقا من الحياة؟ (السمادوني، 2007).

6.8. مقياس الذكاء الانفعالي للمتدربين لدولويكز وهيجز (1998):

تكون المقياس من 69 بند تم اختيارها من المقاييس المنشورة سابقا والتي تقيس السلوكات المتعلقة بالكفاءات الشخصية موزعة على ابعاد او مقاييس فرعية للذكاء الانفعالي وهي:

* الوعي بالذات 12 بند، المرونة الانفعالية 11 بند، الدافعية 10 بنود، الحساسية للعلاقات الشخصية 12 بند، التأثير في الاخرين 10 بنود، القدرة على صنع القرار 7 بنود، الوعي والتكامل 7 بنود. (Dulwicz et Higgs, 1999).

7.8. مقياس الذكاء الانفعالي لسكوت واخرين (1998):

لقد اعد سكوت واخرون في 1998 مقياس الذكاء الانفعالي واستخدم استخداما واسعا في بحوث الذكاء الانفعالي، وتعتمد الدراسة الحالية على النسخة العربية المعدلة ل (سكوت واخرين 1998) والتي اعدّها نبيل محمد زايد وفقا لنموذج الذكاء الانفعالي كسمة.

8.8. المقاييس المستخدمة بناء على نموذج Golman للذكاء الانفعالي:

من اهم المقاييس المعتمدة على هذا النموذج نذكر:

*مقياس الكفاءة الوجدانية (الانفعالية) ل Boyotzis et Golman :لقد قام بتصميم وتأسيس وتطوير مقياس الكفاءة الانفعالية لقياس وتقسم الذكاء الانفعالي، اعتمادا على الكفاءات المتعلقة بالذكاء العام، والذي كان يستخدم لتقييم اداء المدراء والقادة حيث كان يسمى باستفتاء التقييم الشخصي لمؤلفه Boyotzis (1994)، ويقيم المقياس 20 كفاءة تم تصنيفها والتي قدمها Golman في نموذج المذکور سابقا.

*مقياس تقييم الذكاء الانفعالي لبراد بيرري وزملائه (Brad Berry et al): يتكون المقياس من 28 عبارة لتقييم المكونات الرئيسية التي يتضمنها Golman للذكاء الانفعالي وهي: الوعي بالذات، تنظيم الذات (ادارة الانفعالات)، ادراك الذات (الدافعية)، الوعي الاجتماعي.

*استفتاء الاداء-نسخة الذكاء الانفعالي: تم تصميم مقياس الذكاء الانفعالي التابع للاستفتاء، بتقييم الاداء كمقياس يعتمد على التقرير الذاتي، ويقيس 7 كفاءات يتضمنها نموذج Golman، يقيس المقياس الكفاءات الضرورية لتحسين مستوى الاداء الوظيفي حيث شتمل على 84 سؤال موزع على 7 كفاءات منها: الابداع، الاختراع، الوعي بالذات، التحفيز، التعاطف، والمهارات الاجتماعية.

وهناك مجموعة من المقاييس التي اعدت لقياس الذكاء الانفعالي اعدت من طرف باحثين عرب منها:

مقياس الذكاء الانفعالي لفاروق عثمان(2001)، عزت كواسة(2002)، سليمان حمود ومطر(2002)، السيد السمدوني(2006)، عبد المنعم الدريز(2003)، سامية الانصاري وحلمي الفيل(2009). مع العلم ان معظم المقاييس العربية هي مقاييس التقرير الذاتي الا ان المقياس الاخير هو ذو صبغة ادائية يعتمد فيها على المواقف المصورة وهو موجه لطلاب الجامعة.

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على تطبيق مقياس سكوت المعدل للعربية من طرف نبيل محمد زايد، وهو مقياس تقرير ذاتي اعتبارا من ان الابعاد التي يتضمنها هي: الانفعالات، تنظيم الانفعالات، تقدير الانفعالات، المهارات الانفعالية الاجتماعية هي ابعاد مواتية تماما لدراسة الذكاء الانفعالي كسمة في علاقته بالبنشخصية.

9. الانفعالات و مرض التصلب المتعدد:

*نوبات الضحك والبكاء المتقطعة: Rire et pleur Spasmodiques

حرفيا يشير المصطلح الى مبالغة ناجمة عن اي استثارة انفعالية ،وهي في الغالب على عكس طبيعة المثير وتعتبر عن انشطار لارادي ما بين التعبير الانفعالي والميزاج الذاتي ، بالتالي يكون الاضطراب مفسر بطريقة خاطئة من طرف المريض لانه لا يدرك الوضع الانفعالي، ولا يقيم وضعيته الانفعالية كوضعية لتكيفية، وجود هذه الاعراض عند المصابين بالتصلب المتعدد يكون بنسبة 10% وهو مرتبط بالاضطرابات المعرفية الناجمة عن المرض، خاصة الوظائف الادائية منها .(Petropoulou,2006).

*المرونة الانفعالية : La labilité émotionnelle et l'incontinence

affective المرونة الانفعالية عبارة عن تغيير دائم وتلقائي وسريع للحالة الانفعالية ،وهذا

عكس التي تكون مفاجئة و سريعة وغير متوقعة ولا يمكن التحكم فيها. وترتبط هذه الاضطرابات بالبعد الاكتابي لمرض التصلب المتعدد. (Petropoulou, 2006).

***التوظيف الالكسيتيمي للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد: Le Fonctionnement**

Alexithymique

نلاحظ عند المصابين بالتصلب المتعدد عدم الوعي بالمشاعر والانفعالات ، وصعوبة التعبير عن المعاش الانفعالي وفقر هوامي. هذا العرض يمثل 50% من المصابين ولا ترتبط بمدة المرض او بالاضطرابات المعرفية الناجمة عنه، بل وجد ان له علاقة وطيدة بالاضطرابات المورفولوجية والوظيفية لعضلة Le Corps Calleux ففي هذه الحالة هي تتميز بالتقلص. (Marie de Jouvencel, 2002).

10. الذكاء الانفعالي وسمات الشخصية:

لقد تم استكشاف الشخصية حسب (Mayer, 1998)، والتي تعني الطريقة التي يفكر بها الانسان ويظهر بها انفعالاته .
والسمات هي انماط مميزة من السلوك او التصرفات لاختبار المشاعر وللتصرف بطريقة
تميز شخص عن الاخر ويعتقد ان السمات ثابتة ومستقرة طوال الحياة وانها تشكل نمودجا
لسلوك الفرد.

في اول دراسة علمية محكمة هن الذكاء الانفعالي،استخدم Mayer et Salovey سمتي الانبساط والعصابية كمحك للادراك الانفعالي.وقد قاما باستخدام بعض البنود من قائمة ايزنك وتوصلا الى ان العصابية سمة ميزاجية تجعل اصحابها يميلون للتشويه الانفعالي لذا ترتبط بالادراك الانفعالي،اما الانبساط فقد افترضوا انه يرتبط بالادراك الانفعالي باعتبار ميل الفرد للاجتماعية.(عثمان،2009).

ويذهب العالمان الى القول بان العلاقات الدقيقة بين الذكاء الانفعالي والعوامل الكبرى الخمس للشخصية لم نخبرنا الكثير عن خصائص الافراد مرتفعي الذكاء الانفعالي،ومن خلال تطبيق (MSCEIT) مقياس Mayer,t Salovey,et Cruso للذكاء الانفعالي قصد الكشف عن هذه العلاقة توصلوا الى ان الافراد مرتفعي الذكاء الانفعالي هم مقبولون من طرف الاخرين،ومنفتحين على الخبرات الجديدة وذوي ضمير يقظ،اما عن العلاقة بين الانبساط والعصابية فقد كانت اقل دلالة من الناحية الاحصائية.

(Mayer, Salovey, Cruso,2004).

يعتقد Gilbert et Milles (2000) بان العصابية ترتبط بالوعي بالذات وبالاخرين وتتنبا بالعوامل المترتبة عن عمليات الضغط المختلفة،فالافراد طوي استعداد للقلق الاجتماعي يتميزون بالحساسية للنقد او للتعرض للقمع من قبل الاخرين،وفي ذات السياق يرى Mac Cabe,Bankstein,et Milles (1999) بان الحساسية بين الاشخاص وهي جانب من الشخصية يتميز بالوعي المفرط بالاخرين وهو مرتبط عادة بالاكئاب وبالقصور الاجتماعي

في مهارة حل المشكلات وبالتقدير المنخفض للذات (Matthews, Zeidner,)

(Roberts,2003)

وتوصل كل من Costa et Mac Crae (1992) الى ان سمة الشخصية (الانبساط/الانطواء) تتداخل مع العديد من الجوانب الايجابية للذكاء الانفعالي،والتي تضم تأكيد الذات،الصلابة النفسية،الانفعالية الايجابية.

ترتبط الصفات الاجتماعية الايجابية بالمقبولية وهي الى جانب سمات الشخصية تعد مكون من مكونات الذكاء الانفعالي حسب نموذج Golman الذي يؤكد على دور التعاطف في تعزيز النضج الانفعالي والايثار والاخلاق وفي هذا الصدد يؤكد Bar-on (2000) من خلال مقاييس الشخصية على التعاطف والمسؤولية الاجتماعية والعلاقات بينشخصية.ومع ذلك فان مراجعة الادبيات تبين بان بعض تلك السمات ليست تكيفية في اغلب الوضعيات، ومثل المقبولية يغزز التعاطف التفاعل الاجتماعي والافراد الاكثر تعاطفا هم في الواقع اكثر دقة في ادراكهم للآخرين ، كما يمكن ان لايساعد التعاطف على التكيف خاصة في الازواضع التي تتطلب درجة معينة من التخلص من الانفعالات الاخرين او الانفصال عنهم.

(Matthews, Zeidner, Roberts,2003).

ويذكر Elias et Weissberger (2000) مجموعة من المهارات الاجتماعية والانفعالية الضرورية للنجاح في الحياة:التواصل بكفاءة،التحكم في الذات والتعبير المناسب عن

المشاعر والتفاؤل والوعي بالذات، القدرة على التعامل مع الآخرين، القدرة على التخطيط وتحديد الاهداف والمثابرة في اداء الاعمال.

ويذكر Bourey et Miller (2001) ان الاشخاص مرتفعي الذكاء الانفعالي اكثر مرونة وانفتاحا وتقمصا عاطفيا اتجاه الآخرين، ولديهم احساس كبير بالمسؤولية الاجتماعية واكثر مهارة في فهم انفعالاتهم الشخصية، وهذه الكفاءات الانفعالية تعد مفتاح النجاح في العمل، كما ان الوعي بالذات وهو احد المكونات المهمة في الذكاء الانفعالي يجعلنا نحسن انفسنا وارادتنا خاصة في اوقات الازمات (الدريد، 2004).

اما مجال الصحة النفسية فقد توصل Friedman Tucker et al (1993) الى ارتباط يقضة الضمير بالتقدم في السن لان ذوي الضمير الحي، والافراد الاكثر وعيا يتخذون احتياطات صحية اكثر ويتجنبون السلوكات غير صحية او الخطيرة، ويتعاملون بشكل جيد مع الضغط، وتتنخفض معدلات اصابتهن بامراض القلب والشرابين والسرطان، وبالإضافة الى تجنب اخطار صحية توصل Marshal et al (1994) الى وجود علاقة ارتباطية بين يقضة الضمير وبعض السمات ذات الصلة بالصحة الجسدية كالتفاؤل وانخفاض التعبير عن الغضب (Haslam, 2007).

11. الذكاء الانفعالي والصحة:

يتألف الذكاء الانفعالي حسب Mayer et Salovey (1997) من القدرة على ادراك الانفعالات والتعبير عنها والتعرف عليها، وإدارتها في النفس ولدى الآخرين، ويؤكد Palm (2002) ارتباط الذكاء الانفعالي بجودة العلاقات البينشخصية.

وتشمل مهارات الاتصال تلك العملية التي يتقاسم من خلالها الافراد مع بعضهم البعض: المعلومات والافكار والمشاعر عبر تبادل الرسائل اللفظية وغير اللفظية، وتتكون هذه المهارات من اخرى فرعية (أجزئية) تتعلق بادراك الرسائل اللفظية وغير اللفظية، وتنظيم الانفعالات، والاصغاء، وامتلاك البصيرة خلال التواصل والتضامن. وهي في جملتها تشكل المبادئ الاساسية للتواصل، وهي ذات الاهمية الكبرى، اذ يؤدي نقصانها الى الشعور بالوحدة، والقلق الاجتماعي والاكتئاب (Ghorbanshiroudjet al, 2001).

يزخر علم النفس بالامثلة التي تبين مدى تأثير الخبرات الانفعالية الايجابية على الطريقة التي يدرك بها الافراد ويترجمون بها سلوكياتهم الاجتماعية، وكذا على الكيفية التي يبدوون بها تفاعلاتهم، فلقد توصل Sedikides (1995) et Forgas (2002) الى ان ذوي الوجدان الايجابي اكثر ايجابية في تقييمهم لانفسهم وللآخرين، وانهم متسامحون ويتصرفون بثقة، ومتفائلين وكرماء ضمن علاقاتهم الاجتماعية، وبالتالي فان للمشاعر الايجابية تأثيرا على الاداء الادراكي وكذا على التقييم المعرفي والعلاقات الاجتماعية. ان اكتشافات كهذه

تدعم دون شك نظرية "توسيع وبناء الانفعالات الايجابية" (Frederickson's) والتي تقترض بان التأثير الانفعالي الايجابي المتكرر يوسع من العمليات المعرفية، ويؤسس لمصادر مواجهة دائمة. (Huppert, 2005).

لقد ادى التقدم التكنولوجي لتغيرات كبرى في نمط الحياة، ومع تزايد المواقف العصبية المحبطة وغير السارة (ذات تأثير سلبي) على صحة الفرد نلاحظ ان الشعور بالعجز والانفعالات السلبية كالضغوط و الاكتئاب، تضعف الجهاز المناعي. اذ يسرع الضغط ويصعب من عملية ضخ الدم للقلب عبر الشرايين فتتجم عنها حالة (قصور تروية عضلة القلب).

وبالمقابل تساهم الانفعالات الايجابية بشكل كبير في الصحة النفسية والجسدية، فالضحك يولد انفعالات ايجابية والتي بدورها تساعد في تحسين وظيفة الجهاز المناعي، اذ تعمل الدعابة والضحك كدفاعات اولية في المواقف الضاغطة، وتشير الدراسات الى ان الاشخاص القادرين على الاحتفاظ بميزاج ايجابي، يتمتعون بدهاز مناعي قوي.

وتتأثر الصحة النفسية والجسدية بتقدير الذات، وبفاعلية الذات، ويسرع التفاؤل الشفاء في حالات جراحة القلب وسرطان الثدي، ويعزز التكافل الاجتماعي من خلال السعادة والرؤية الذاتية الايجابية وبطيل الحياة ويدعم مواجهة المواقف الضاغطة.

(Luneski, Panagios et al, 2008).

ويرى Gardner (2005) ان العواطف (الانفعالات) الجيدة تجعلنا نمثل ادراكا ايجابيا والعكس صحيح، فالعمليات الانفعالية تؤثر على الوظائف العصبية النفسية، فحينما نكون بحالة مزاجية حسنة نتذكر اللحظات المفرحة في حياتنا، وحينما نكون بحالة مزاجية سيئة نتذكر تلقائيا اللحظات المحزنة. (Darwish, Nasrollah, 2011)

ولقد تزايد الاهتمام خلال السنوات الاخيرة بالكيفية التي تؤثر بها الخبرات والاستجابات الانفعالية على كل من الصحة النفسية والجسدية، فقد اشارت الابحاث في هذا المجال الى ان الحالة الانفعالية السلبية ترتبط بانماط غير صحية من الاداء النفسي، في حين ترتبط الحالة الانفعالية الايجابية بانماط الاستجابات الصحية في كل من نشاط القلب والجهاز المناعي.

وبالاضافة الى ذلك فقد اثبتت الدراسات الموسعة في علم النفس الصحة تاثير الحالة المزاجية السلبية والخبرات الانفعالية غير السارة على عدد من العادات والسلوكيات غير الصحية كالتدخين والخمر (Mohammady et al, 2009).

وتؤكد دراسة Kamran Nazhat ان الانفعالات المشوشة ضارة بالصحة، اذ تبين ان كن يعامون من ضغط مزمن وفترات طويلة من الحزن والتشاؤم، وتوتر دائم او عداوة لاتفتقر او طباع حادة وشكوك، هؤلاء يتعرضون ضعف ما يتعرض له غيرهم لخطر الاصابة بالامراض

او التهاب المفاصل والصداع، وقرح المعدة ومرض القلب، وهذا يجعل الانفعالات المزعجة تماثل سموما خطيرة كالتدخين وارتفاع نسبة الكولسترول (ابو رياش، واخرون، 2006).

ولقد تبين ان احد الوسائط الفيزيولوجية الكامنة وراء العلاقة بين التأثير الايجابي والبقاء على قيد الحياة هو الجهاز المناعي، فعلى سبيل المثال فان الافراز المطول وبمستويات عالية لهرمون الكورتيزول اثناء الضغط يضر بوظيفة الجهاز المناعي.

ذهب Davidson الى القول بان ذوي الانفعالات الايجابية لديهم مستوى اعلى في الوظيفة المناعية مقارنة بذوي الانفعالات السلبية، واثبت ان التدخل الذي يزيد من العواطف الايجابية يرتبط بتعزيز وظائف الجهاز المناعي وينطوي هذا التدخل على تدريب المتطوعين في مجال تقنيات التأمل الذهني ثم اعطاؤهم لقاح الانفلونزا لدراسة مدى قوة رد فعل الاجسام المضادة للقاح. وبعد 6 اشهر انتج الفريق المدرب على التأمل الذهني اجساما مضادة ضعف ما انتجته المجموعة الضابطة وهي النتيجة التي تعزز بقوة فكرة ان الحالات الانفعالية الايجابية تدعم وظيفة الجهاز المناعي. (Huppert, 2005).

وتوصلت Fataneh Naghavi et al (2010) الى وجود علاقة ارتباطية بين الذكاء الانفعالي والاكسييتيميا (العجز عن التعبير عن العواطف)، فالمشكلة ليست في غياب الانفعالات وانما في غياب القدرة عن التعبير في كلمات عن الانفعالات، ان هذا النموذج

يعاني من القصور الشديد في المهارة الرئيسية للذكاء الانفعالي وهي الوعي بالذات ويترتب عن ذلك تجنبهم لاي خبرات مثيرة للانفعالات.

وهذا الاضطراب الشديد فيما يتعلق بالانفعالات يؤدي بهم الى الشكوى الدائمة من المشكلات الصحية والتي هي في الحقيقة وفي معظم الاحوال مشاكل انفعالية،وهي الظاهرة المرضية التي تعرف بتحويل الاعراض النفسية لاعراض جسمية يمكن ان نطلق عليها السيكوسوماتية.(الاعسر ، كفاي،2000)

واخيرا تشير بض الادلة الى ان الافراد الواعين بحالاتهم الانفعالية لهم افضل انجازا تحت الضغوط مقارنة بمن يفتقرون لتلك القدرة،فلقد توصل Worchel (1979)الى ان الافراد القادرين على معرفة ووصف ردود افعالهم الفيسيولوجية التي يختبرونها تحت

الضغط،يشعرون بكرب اقل حيالهم.واشار كل من Gohm,Bauman et Shiezak (2001)الى ان الافراد القادرين على معرفة وتسمية ردود افعالهم الانفعالية اتجاه الاحداث الضاغطة يمتلكون مصادر اكثر للانتباه والاخلاص في المهام.

وعليه فان التقييم المعرفي هو واحد على الاقل من الاليات التفسيرية،فمن المرجح ان اولئك الذين بإمكانهم الاستبصار او التأمل،وكذا تأطير خبراتهم معرفيا يطورون احساسهم بالسيطرة والقدرة على التنبؤ بردود افعالهم مقارنة بمن لا يستطيعون القيام بذلك.(Staal,2004).

خلاصة الفصل:

خلصت جهود الباحثين حول التعرف على مدى تأثير الجانب الانفعالي على الجانب المعرفي وعلى الأداء ونوعية الحياة للأفراد الأصحاء والمرضى والتفاعل بين الانفعالات والميول لتبني إستراتيجية مواجهة معينة في وضعيات ضاغطة، وقد أدى هذا إلى ميلاد مقاربة جديدة فيما يخص التفسير البيو-نفسي -اجتماعي للأمراض ، وخاصة دور الانفعالات في الأمراض المزمنة الذي مازال يكتنفه بعض الغموض،الواضح في التباين في التعريفات المقدمة كما رأينا في هذا الفصل، إضافة إلى اختلاف النماذج النظرية يؤكد وبذلك مازالت الدراسات في ميدان الذكاء الانفعالي سارية، تبحث عن محاولة لتحديد هذا المفهوم.

الفصل الرابع:

استراتيجيات المواجهة

محتوى الفصل

تمهيد

1. الضغط النفسي
2. تاريخ مفهوم الضغط النفسي
3. تعريف الضغط النفسي
4. أعراض الضغط النفسي
5. النظريات المفسرة للضغط النفسي
6. العوامل المؤثرة في الضغط النفسي
7. أصل وتطور مفهوم المواجهة.
8. تعريف إستراتيجية المواجهة.
9. النظريات المفسرة لمفهوم المواجهة.
10. تصنيف استراتيجيات المواجهة
11. وسائل وعوائق المواجهة
12. محددات استراتيجيات المواجهة
13. فعالية المواجهة
14. استراتيجيات المواجهة و مرض التصلب المتعدد
15. استراتيجيات المواجهة والاضطرابات المعرفية
16. استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة
17. استراتيجيات المواجهة وأبعاد الشخصية

خلاصة الفصل

تمهيد:

يلاحظ في معظم مجتمعات العالم كثرة الحديث عن الضغط النفسي وكثرة المقالات المنشورة والبرامج والمؤتمرات التي اهتمت بمناقشة موضوع الضغوط وطرق مواجهتها، حيث يزعم البعض ان عصرنا هذا هو عصر الضغوط.

ويواجه الكثير من الاطباء وعلماء النفس والمختصين في مجال الصحة بشكل يومي افراد يعانون من مشاكل صحية ناتجة عن الضغوط، وخاصة في مجال الامراض المزمنة حيث ان المرض يشكل عاملا اساسيا للضغط النفسي وهذا ما يدفع العديد من الباحثين للبحث عن الاسباب التي تؤدي الى التاثر بالضغوط ومصادرها وكيفية مساعدة الافراد على مواجهة الضغوط واختيار الاساليب الانسب والانجع للتكيف معها وهذا ما سيتم التطرق اليه في الفصل التالي.

1. الضغط النفسي:

ظهر الضغط منذ العصور الوسطى القديمة ولا يعتبر جديدا في عصرنا الحديث إلا أن وطأته غدت في العشریات الأخيرة إذ يرى الكثير من الباحثين أننا أصبحنا نعيش في قرن الضغط والأزمات النفسية نظرا للتعقيدات التي خلفتها الحضارة من مشاكل إجتماعية أو بيئية وأمراض، مما جعل بنسات (Benssbat) (1980) يلقبه بمرض الحضارات الحديثة الذي يؤدي لإنهاك العضوية وظهر العديد من الأمراض السيكوسوماتية، كما أنه يعد من الأسباب الأولى للوفاة. فالضغط ظاهرة إنسانية وجدت منذ وجود الإنسان، إذ يواجه الفرد يوميا أحد اثا ضاغطة ك وفاة شخص عزيز، أو تسريح من العمل وطلاق، أو إستقبال مولود جديد إلى غير ذلك من الاحداث التي قد تخل بتوازنه النفسي وتشكل إضطرابا.

ويعد الضغط النفسي حسب **بنديكت (Benedict) (2005)** (**Servant et Parquet ، 1995**) كل ما يحدث إضطراباً نفسياً أو جسدياً عند الإنسان، ينتج من عد اتزان مدرك بين متطلبات الموقف الجديد وقدرة الفرد على الاستجابة له، تحت ظروف يصبح فيها الخوف من مواجهة المتطلبات هو النتيجة المتوقعة.

يسعى الفرد أمام الأوضاع الضاغطة إلى إيجاد الحلول المناسبة كما لها أو على الأقل محاولة التخفيض من التوثر الناجمين عنها باتخاذ أسلوب يتناسب وقدراته وشخصيه وتسمى الموارد النفسية والسلوكية والمعرفية التي يستعملها الفرد لمواجهة موقفا ضاغطا " استراتيجيات المواجهة" والتي

يعرفها **كوهين ولازاروس Cohen ، Lazarus (1978)** (**Paulan et Bourgeais 1998**) على أنها أي جهد يبذله الفرد للسيطرة على الضغط وإعادة إترانه النفسي، ولأن العلاقة وثيقة بين الضغط والمواجهة فضلنا الحديث عنهما في فصل واحد لا سيما إذا تعلق موضوع البحث بمرض كالقصور الكلوي المزمن الذي يعد مزقفا ضاغطا يترتب عنه العديد من المضاعفات الخطيرة.

2. تاريخ مفهوم الضغط:

يرجع تاريخ مفهوم الضغط إلى العصور القديمة حيث ذكر **ابنيدوكل (Empèdocle)** أن المادة تتشكل من عناصر متعددة، تعيش في حركة دائمة تتعارض ووتتحالف فيما بينها ويعد الانسجام والتكيف شرطا أساسيا في بقاء العضويات الحية على قيد الحياة.

كما تتمثل الصحة حسب **هيبوقراط** حالة من التوازن والانسجام أما المرض أو الإعتلال فينتج من عدم التوازن. ويشير مفهوم الضغط في الفيزياء إلى القوة، الشدة الضغط أي الشحنة الفيزيائية التي تمارس على الأجسام وتؤدي بذلك إلى تغيير في شكلها أو تحطيمها (**Servant, Parquet, 1995**).

إنقل استعمال هذا المفهوم إلى الفيزيولوجيا خلال القرن التاسع عشر. حيث ساهم رائد الطب التجريبي **كلود بارنار Claude Bernard (1888)** (**Schiwob, 1999**) في تقدم الأبحاث حول القدرة

الطبيعية للجسم على الإحتفاظ بتوازنه واستمرار الوسط الداخلي الذي تضمنه ميكانيزمات عديدة التعديل الذاتي.

لم يحدد مصطلح الضغط بصورة واضحة إلا في القرن العشرين وذلك من خلال المساهمة الكبيرة للباحثين الفيزيولوجيين هما:

والتر كانون **Walter Cannon (1932)** وهانرسيلي **Hans Selye (1936)**، ركز الباحث والتر كانون في أعماله على ما أسماه بالتوازن الداخلي (Homéostasie) ذو الأصل الإغريقي وهو يعني: Homoïos: مشابه ومماثل Stasis، Sémblable وضعية Position

وبعد كانون **Canon (نقلا عن 2004، Graziani)** من الأوائل الذين استخدموا عبارة الضغط وعرفه برد الفعل في حالة الطوارئ (Emergency Response) حيث يعتبر أول من أظهر أن الأعراض الجسمية المصاحبة لسلوك الهرب أو الهجوم إما خطر ناتج عن إفراز هرمون الأدرينالين في الدم وذلك لتجنب حالة الضيق والعذاب.

كما يؤكد **كانون** ، أن إستجابة الضغط ليست فيزيائية فحسب (نقص الأوكسجين وانخفاض السكر والنزير) بل أيضا انفعالية مرتبطة بالعلاقات الاجتماعية (**Shiwob، 1999**).

وفي هذا الإطار بين الطبيب وليام أوسلر **Willian Osler (نقلا عن 1997، Stora)**، طبيب أخصائي في أمراض القلب أن العمل الشاق والمثقل بالمسؤوليات يؤدي إلى حالة من الإنزعاج والحصص والاستمرار فيه يحدث مشاكل صحية خطيرة. ولم يصبح لمصطلح الضغط شرعية عملية ونجاح إلا بفضل أعمال **هانرسيلر Hans Selye (1936)** والتي استمرت إلى غاية عام 1956 وهو طبيب كندي من أصل مجري.

لاحظ **سيللي Selye (1936)** من خلال أبحاثه في الطب التشابه في الأعراض الإكلينيكية الناتجة عن الإعتداءات المختلفة التي تتعرض لها العضوية كضمور في الغدة التيموسية والتقرحات المعدية وإنخفاض

في حجم الغدد اللمفاوية وكذا تضخم حجم الغدة الكظرية عند الأفراد المصابين بالحروق والتعفنات وبالنزيف.

لاحظ أيضا في تجارب لاحقة ظهور نفس الأعراض عند الفئران حينما حقنها بخلاصات غددية مما جعله ينسب هذا إلى استجابة غير متميزة لدفاع العضوية وهذا ما أسماه سيلبي **Selye** بالتآدر العام للتكيف (SGA) يحدث هذا الأخير في ثلاث مراحل متعاقبة (مؤحلة الإنذار، مرحلة المقاومة، مرحلة الإنهاك). وقد أصبح سيلبي **Selye** أبا للضغط في الخمسينيات، وهو أول من إستعمل كلمة ضغط في كتابه الأول والذي يحمل عنوان " الضغط".

كما وسع سيلبي **Selye** في الخمسينيات مفهوم الضغط ليشمل الإعتداءات البسيكولوجية والاجتماعية.

3. تعريف الضغط النفسي:

يعتبر الضغط النفسي من أمراض العصر بارتباطه بالتغيرات الاجتماعية السريعة ما يترتب عنها من متطلبات التكيف، زلقد أثار المصطلح كمفهوم، إهتمام العديد من العلماء والباحثين في مجال الطب وعلم النفس لشرح الأمراض والاضطرابات (Calheras,Rousset، 1988).

درس علماء الطب والفيزياء عبر التاريخ ظاهرة الضغط في القرن الرابع عشر وعرفت بمجموعة من المصطلحات نذكر منها: الشدة، المصيبة، والمحنة.

ومما تجدر إليه الإشارة في هذه الفترة عدم التحديد الدقيق للمصطلح، فقد استعمل للتعبير عن التجاوز في الجهد الناتج عنه إضطراب ، ويؤكد (Coperich، 1988) على الفرق الموجود بين مفهوم الإجهاد المعالف بمفهوم خارجي وشديد ينتج عن إستجابة بدنية، ومفهوم تجاوز الجهد، أو التوتر الذي يتميز بالتأثير في المدى لبطويل وينجم عنه إضطراب.

نتيجة للبحوث والدراسات العديدة وإهتمام العلماء بموضوع الضغط ظهرت تعريفات عديدة لهذا المفهوم:

يعرف لازروس **Lazarus** (1969) (القدافي، 1998) الضغط على أنه أي ظرف خارجي يضع على الفرد أعباء ومتطلبات فائقة، ويهدده أو يعرضه للخطر بشكل أو بآخر.

ويعرفه إليوت **Eliot** (Fontaine & al ، 1996)، بأنه إستجابة العضوية لكل حدث حقيقي أو خيالي ينتج ضغطا ويتطلب من الفرد أن يحشد قواه لمواجهة العضوية والتكيف معها.

ويعد الضغط حسب الطيريري (1994) حالة يعاينها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود إستطاعته، أو حين يقع في موقف صراع حاد.

ويحدد غريب عبد الفتاح (1999) (نقلا عن محمد ، 2000)، الضغط في تلك الغستجابة الفيزيولوجية والنفسية والسلوكية لفرد الذي يسعى إليها أن يتوافق ويتكيف مع كل الضغوط الداخلية والخارجية (Pressure).

ويرى **Pierre Marty** الضغط عل أنه عامل خارجي يدركه الشخص في وقت معين يجعله يوظف دفاعاته العقلية لمواجهة هذه الوضعية والتي تكون مصاحبة بآليات بيولوجية.

يمكن أن تضطرب الحياة النفسية للفرد نتيجة ذلك مؤدية إلى خطر تكون ترجمته عن المستوى الجسدي، وفقا لماله البنية النفسية للفرد والسياق الجسمي والإجتماعي له.

يصف الدوين **Aldwin** (1994) الضغط بنوعية التجربة التي يمر بها الفرد في حياته إذ يعتبره ناتج عن علاقة تبادلية بين الشخص ومحيطه تحي فيه التجارب السابقة والسلبية مما يؤدي به إلى الشعور بالشدّة لأو ضيق نفسي (Dètresse) أو فيزيولوجي أو الإثنين معا.

وقد إرتأينا أن نتبنى في بحثنا هذا تعريف الضغط الذي قدمه لازروس وفولكمان **Lazarus & Folkman** (1984) وذلك نظرا للأفكار التي يتضمنهت حيث ينظران إلى الضغط على أنه علاقة دينامية بين الفرد والمحيط يتوسطهما الإدراك أو التقييم المعرفي.

4. أعراض الضغط النفسي:

يظهر الضغط بأعراض مختلفة ويجدر التنبيه هنا إلى أنها لا تظهر جميعها في وقت واحد وعلى جميع الأشخاص، فكل فرد بإمكاناته الخاصة وإدراكه المتميز للمواقف الحياتية، وقد صنفها ابراهم

Abraham (1994) (نقلا عن علي عسكر 2003) كما يلي:

- الأعراض الجسدية (Physial Symptoms):

- العرق الزائد.
- التوتر العائلي.
- الصداع بأنواعه (نصفي، دوري، توتري).
- ألم في العضلات وبخاصة في الرقبة والأكتاف.
- عدم الإنتظام في النوم (الأرق، النوم الزائد، الاستيقاظ المبكر على غير العادة).
- تطبيق الفكين أو احتكاك.
- الإمساك.
- آلام الظهر وبخاصة في الجزء السفلي منه.
- الإسهال والمغص.
- إلتهاب الجلد/ طفح جلدي.
- عسر الهضم.
- القرحة.
- التغير في الشهية.
- التعب أو فقدان الطاقة.
- زيادة التعرض للحوادث التي تؤدي إلى إصابات جسمية.

- الأعراض الإنفعالية (Emptional Symptoms) :

- سرعة الإنفعال.
- تقلب في المزاج.
- العصبية.
- سوءة الغضب.
- العدوانية واللجوء إلى العنف.
- الشعور بالإستنزاف أو الإحتراق النفسي.
- الإكتئاب.
- سوءة البكاء.

- الأعراض الفكرية أو الذهنية (Intellectual Symptoms):

- النسيان.
- الصعوبة في التركيز.
- الصعوبة في إتخاذ القرارات.
- الإضطراب في التفكير.
- ذاكرة ضعيفة أو صعوبة في إسترجاع الأحداث.
- استحواذ فكرة واحدة على الفرد.
- انخفاض في الانتاجية أو دافعية منخفضة.
- انجاز المهام بدرجة عالية من التحفظ.
- تزايد عدد الأخطاء.
- إصدار أحكام غير صائبة.

– الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية (Interpersonal Symptoms):

- عدم الثقة غي المبررة بالآخرين.
- لوم الآخرين.
- نسبان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة.
- تصييد أخطاء الآخرين.
- التهكم والسخرية من الآخرين.
- تبني سلوك واتجاه دفاعي في العلاقات مع الآخرين.
- تجاهل الآخرين.
- التفاعل مع الآخرين بشكل آلي (غياب الإهتمام الشخصي / تفاعل يكتنفه البرود).

5. النظريات المفسرة للضغط النفسي:

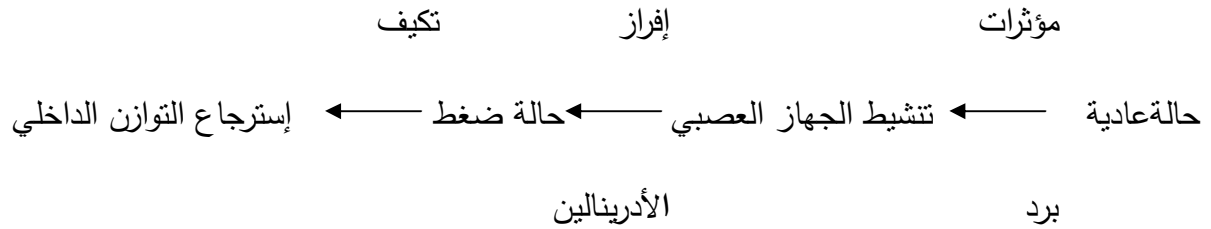
*النظرية الفيزيولوجية:

نجد في النظرية الفيزيولوجية من روادها الأوائل (Claude Bernard) الذي يعتبر أول من بحث في الضغط وبين أهمية التوازن عند الفرد لمواجهة حوادث الحياة اليومية حيث قال: " إن إستقرار المحيط الداخلي هو الشرط الضروري لحياة مستقرة حرة". (Chalin، 1991).

ما أكد (Lyer) على الإستقرار الداخلي للتوافق مع التغيرات الخاصة بالمحيط حيث يلخص فكرته في القانون الآتي: هدف كل حاجة للكائن الحي هو تحقيق هذه الحاجة.

أما وليام كانون (w.Cannon، 1935) فلقد حدد مفهوم التوازن الداخلي للجسم، مرزا على الإستجابة البدنية للخوف أو الفرع بإفراز في غدة الأدرينالين وفي كتابه (la sagesse du corps) يعتبر أن الإستجابة للضغط تظهر تحت تنشيط الجهاز العصبي المستقل، وتعتبر إستجابة فيزيولوجية للتكيف مع الجهد المبدول أ الهروب أثناء الحالات الضاغطة، وكان يدرس الضغط تحت تأثير مؤثرات معينة مثل:

البرد، الحرارة، نقص الأكسجين، وكان حينئذ يستعمل مصطلح حالات موضوعة تحت الضغط/ وبالتالي وضع نظرية التوازن الداخلي مع شرح الظواهر اللازمة لتحقيق التكيف وإسترجاع توازن الجسم. إن الهدف من دراسة كانون هو توضيح الدور الفيزيولوجي للخرف، وبالتالي قياس الضغط في حالات مختلفة ، ليقوم في الأخير بتحديد التوازن الداخلي والمخطط التالي يبين ذلك.



الشكل(14): مخطط تفسير الضغط عند " وليام كانون 1935"

هذه النظرية فيزيولوجية بحثة ولم تعط أهمية لتأثير العوامل الداخلية (النفسية) بل إعتبرت سبب الضغط عامل خارجي (البرد) الناتج عن إفراز غدة الأدرينالين.

أما هانس سيللي H.Selye فلقد أثرت عليه طبيعة تخصصه الدراسي الأولي في الفيسيولوجيا والأعصاب تأثيرا كبيرا باستجابات الجسم الفسيولوجية الناتجة عن الضاغط " stressor " ويتألف النسق الفكري لنظرية سيللي في الضغوط، أن الضغط متغير غير مستقل، وهو إستجابة لعامل ضاغط stressor، يميز الشخص ويصفه على أساس إستجابته للبيئة الضاغطة. ويعتبر H.Selye أن أعراض الاستجابة الفسيولوجية للضاغط عالمية وهدفها هو المحافظة على الكيان والحياة.

كما يربط بين تقدم الفعل او الدفاع هذا الضغط وبين التعرض المستمر المتكرر للضاغط.

صاغ سيللي بين سنة 1964 - 1950 لامجمل نظرياته التي يتصور فيها فرضيته أن الأمراض المدعوة أمراضا تكيفية يمكن أن تنشأ عن ردود فعل تكيفية شادة يسببها الضغط (Stora، 1977).

ويلجح H.Sely (1956) في نظريته للضغط على الطبيعة غير المميزة للإستجابة العضوية وذلك مهما كانت طبيعية العامل (فيزيائي أو كيميائي أو نفسي) ، وتكون إجابة العضوية موحدة وتهدف إلى إعادة التوازن كما تحدث الإستجابة في ثلاث مراحل:

1- مرحلة الإنذار (Phase d'alarme):

تتمثل مرحلة الإنذار في مجموع التغيرات الفيزيولوجية التي تطرأ على العضوية من أجل مواجهة الوضعية الضاغطة.

1-1 - الصدمة (Le choc):

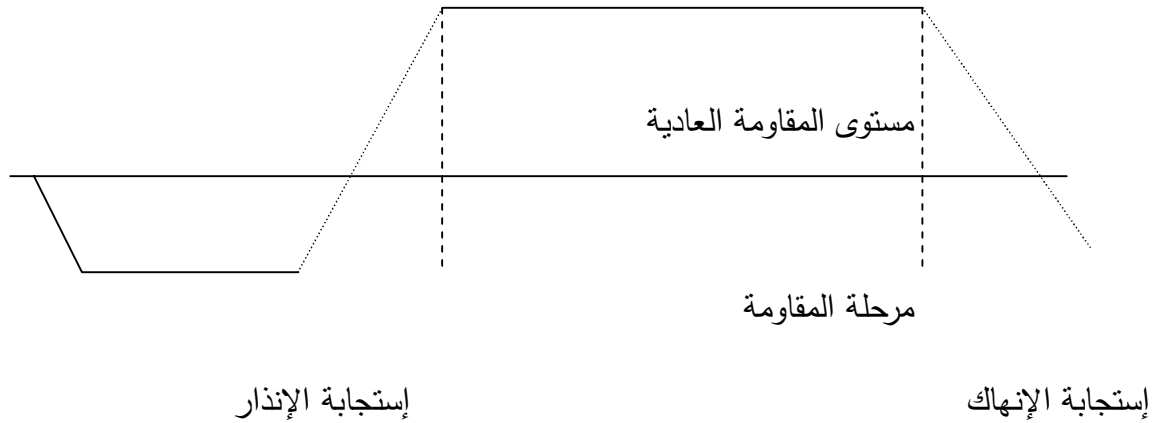
تعتبر الصدمة في حالة الغندهاش التي يصاب بها الفرد أثناء تعرضه لإعتداء مفاجئ، تتميز هذه الحالة بأعراض تدل على اضطراب التوازن الوظيفي للعضوية معبرة عن معاناة شديدة على المستوى العام، تظهر في إزدياد ضربات القلب و إنخفاض المقوية العضلية وإنخفاض ضغط الدم وكذا قرحة المعدة والأمعاء وتكون اودمات بالإضافة إلى الإكتئاب.

وقد تدوم هذه المرحلة من بضع دقائق إلى يوم كامل إذا لم يتوفى الشخص وتتبع هذه المرحلة بأخرى تدعى مرحلة الصدمة المضادة.

1-2 - الصدمة المضادة (Le contre choc):

تتميز هذه المرحلة بالنشاط الزائد للجهاز العصبي اسمبتاوي حيث توظف العضوية في هذه الحالة وسائل دفاعية نشطة (Graziani, 2003).

ويضيف أن هذه الدفاعات تتمثل في إرتفاع حجم القشرة الكظرية وكذا نشاط الخلايا بداخلها، كما تظهر الصدمة المضادة من خلال الإنخفاض الواضح في حجم الغدة المعوية (Zhymus) والأعضاء اللمفاوية الأخرى وارتفاع درجة الحرارة .



الشكل (15): المراحل الثلاثة للتنادر العام للتكيف (حسب سيللي 1956) عن (Schweitzer, 1994)

2- مرحلة المقاومة (Phase de résistance):

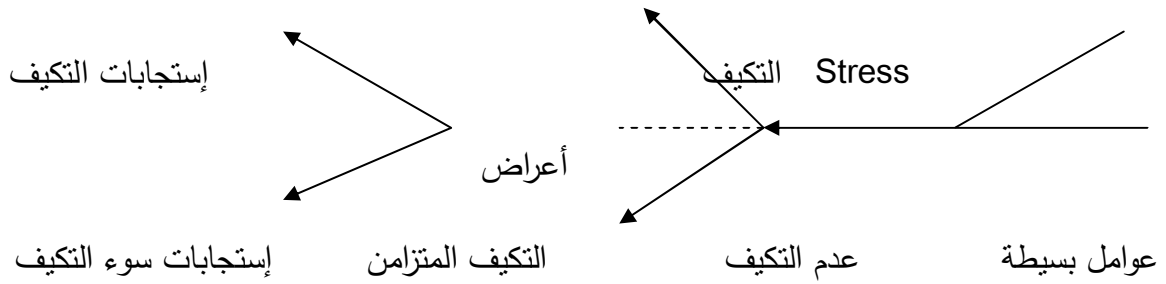
تتكون هذه المرحلة من مجمع الإستجابات غير المتميزة المثارة من طرف التعرض المكثف والمستمر للعضوية إلى منبهات ضارة والتي تكيفت معها أثناء إستجابة الإنذار المضاد. ويحاول الفرد في هذه المرحلة مواجهة الموقف الضاغط وإعادة تخزين الطاقة المفقودة والوصول إلى حالة من الإتزان النفسي من خلال تقنيات معينة تعرف بعمليات تحمل الضغوط (Coping processus) فإذا كانت هذه الهليات غير ملائمة تصبح المقاومة غير فعالة (Schweitzer, 2003). بعدها يصل الفرد إلى مرحلة أخرى وهي:

3- مرحلة الإنهاك (Phase d'épuisement):

تبرز هذه المرحلة في بضعة أسابيع ، أو تظهر في بضعة شهور قليلة من بداية الإعتداء وقد يفقد التوافق إذا كان العامل الضاغط هاما وحاضرا لمدة طويلة، تتكرر في هذه المرحلة بعض الإستجابات الفيزيائية لمرحلة الصدمة (Graziani ، 2003).

ويؤكد جود فروا Gode froide (2001) أن إستمرار هذه المرحلة يؤدي إلى إضطرابات خطيرة جسمية وعقلية قد تصل إلى الوفاة.

ويختتم سيلبي نظريته بتعريف الضغط على أنه: " حالة من حالات الكائن الحي التي تشكل أساس التفاعلات التي يبدي فيها تكيف أو التي يبدي فيها تكيف سوء التكيف".



الشكل (16) : يوضح حدوث الضغوط النفسية طبقاً لنظرية " هاتر، سيلبي "

(سيلبي بتصريف الرشيد 1995،)

لقد كشف " سيلبي " في هذه النظرية عن ديناميكية البيئة الجسمية والفيزيولوجية والضغوط، فاعتبر منشأ الضغوط السموم والأمراض والتعرض لإجراء العملية الجراحية، وتنشأ حالة الإنضغاط من فشل المقاومة، وركزت هذه النظرية على الجانب الفيزيولوجي للضغط، ولم تتعرض للمسببات الأخرى للضغط، بالرغم من أنها بالغة الأهمية منها العوامل والجوانب النفسية والإجتماعية والمعرفية ولكن هناك نظريات أخرى ركزت على الجانب المعرفي والمتمثلة في نظرية " Lazarus, Ellis, Bech".

4-2- النظرية المعرفية للضغط:

يهتم علم النفس المعرفي أساساً بكيفية فهم الواقع وتغيير مؤثرات المحيط الخارجي إلى تصورات وأفكار للإستعمال ولهذا فالسلوك غير مباشرة مع الخارج بل هو نتيجة أفكار وإعتقادات وشروحات، وهذا التناول المعرفي يفسر الظواهر النفسية بكيفية تصور الفرد وإدراكه لهذه الظواهر، حيث يرى "Ellis"

من ناحيته أن السلوك يتحدد بالإعتقادات والأفكار التي يكونها الفرد عن واقع الحياة التي يتعرض إليها، فيكتسب أفكار غير منطقية إستنادا لتعلم خاطئ وغير منطقي يلقيه إياه الوالدين وتصبح التجارب الماضية مؤثرات غير منطقية في التفكير هذه بالأخيرة طريقته في التفكير وتسبب في ظهور إضطرابات سلوكية (Speilberger, 1983).

يختار الفرد المؤثرات التي تستجيب إليها ذاته ويصيغها ضمن صور، أفكار ، كلمات لها معنى معين يتوقعها ويصل إلى إدراك معناها الكامل، تحدد هذه الوقائع العقلية سلوكه وتؤثر عليه، تعد الوقائع العقلية تعبير ذاتي للفرد يلجأ إليه في نفسه وهي أنواع، منها قصير المدى زمنها طويل المدى وهي عمليات شعورية تشمل التوقعات ، التقويمات وتعين الأسباب.

فالتوقعات: هي عملية التنبؤ بالأحداث أي توقع النتيجة قبل الإنتهاء من المقدمات مع الشك في القدرات الذاتية لإنجاز ذلك النشاط (الشعور بالعجز).

أما التقييم: فهو عبارة عن نشاط يقوم به الفرد عن وعي أو غير وعي وعادة ما يكون هذا النشاط قبل وبعد حدوث الأفعال وفي تعيين الاسباب يعين ويحدد الفرد أسباب النشاطات السلبية أو الفاشلة ويرجعها إلى نفسه أو إلى الآخرين، المحيط مثلا، علما أن تحديد وتعين الأسباب عملية عقلية معقدة ترتبط بكل السياقات الفكرية للفرد وبتصوراته للأشياء، يمكن أن تكون هذه الأسباب ذات مصدر داخلي (عدم فعالية الذات) كما أنه يمكن أن تربط بميزات ثابتة وخاصة بجوانب الميدان وعجز معين للفرد في مجال ما، أو ترجع لتغيرات نفسية أو تكون أيضا عامة وشاملة لكافة جوانب حياة الفرد، تتفاعل هذه الأسباب وفقا للحالات وللظواهر المولدة لها (Speildbeiger, 1983).

لقد بينت عدة دراسات العلاقة بين قدرة الفرد على المراقبة والضغط النفسي حيث أنه بمجرد المراقبة أو التفكير في قدرة المراقبة تخفف من شدة الضغط.

التناول المعرفي:

هناك نظريات أخرى تدخل في سياق النظرية المعرفية للضغط النفسي نذكر منها نظرية Lazarus الهيرة، حيث أنه يعتبر الضغط نتيجة للتفاعل الديناميكي بين الفرد والمحيط، أيا لتفاعل بين كل العوامل المتعلقة بالظاهرة، باعتبارها مؤثرا واستجابة، والعمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد للفهم والتحكم في الظاهرة لتحديد المؤثر المهدد ويعتبر Lazarus الضغط نتيجة عن عملية معرفية تتمثل في التقييم: المعرفي أو العاطفي للإمكانيات المتوفرة والمتطلبات ونتيجة أيضا للتعامل ، Le Coping الذي يتمثل في تحضير إستراتيجية مواجهة.

يعتبر التقييم العامل الاساسي للضغط، فهو مجموعة من التقييمات المرحلية **Une chaîne d'évaluation** التي تؤدي إلى إضفاء معنى للحدث، فهو التفسير المعرفي والعاطفي للأحداث، ولقد قدم لنا Lazarus في 1968 نوعين من التقييم، التقييم الأولي الذي يحكم على الوضعية ما إذا كانت مهددة للفرد الموجود فيها أم لا ويخض التقييم الأولي متطلبات الوضعية مقابل موارد وإمكانات الفرد، أما التقييم الثانوي فهو يكشف عن المواجهة المتوفرة لدى الفرد للتعامل مع متطلبات الوضعية أي مواجهة الموقف.

وبما أن هذه العملية ديناميكية (التقييم) فكل عنصر أو معلومة جديدة من الوضعية تؤدي إلى إعادة تقييم لها (Lassare, 2005) ، مما يؤدي بالفرد إلى استعمال خطة جديدة، أو إيجاد مواجهة فعالة تقضي على حالة الإنفعال السلبي الذي قد يولده الموقف.

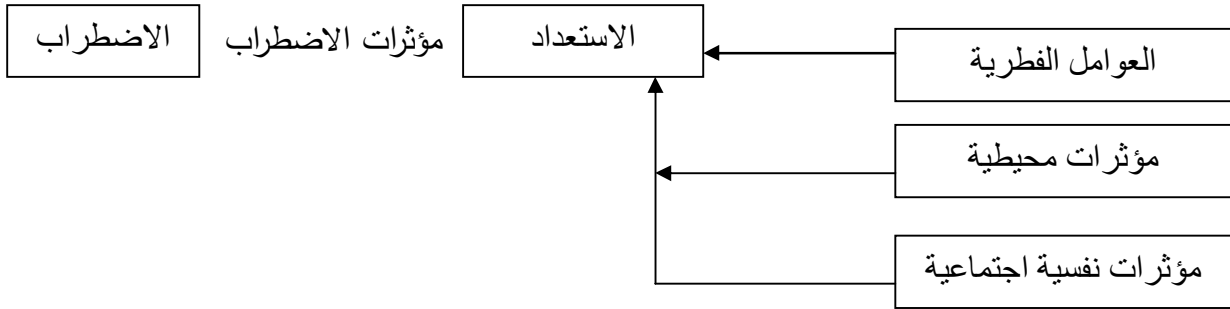
ليس هناك فرق في استعمال التقييم الأولي والثانوي لا على المستوى **Hiérarchique** ولا على مستوى الزمن، فمن الضروري أن نذكر أن عملية التقييم هي في نفس الوقت عملية معرفية.

وإنفعالية **Eotionnelle** حيث أن Lazarus & Folkman (1987) (1991، 1999) أعطوا مكانة هامة للإنفعال **L'émotion** ، واعتبروه عنصرا أساسيا في السيرورة المعرفية.

تعتبر الانفعالات المؤشر للتفاعلات الثابتة بين الفرد والمحيط (Lazarus,2001) المعرفة والانفعالات في تبادل وتفاعل مستمر وكلاهما يؤثر في الآخر. (lassarre ,2005).

4-3 - نظرية الاستعداد والضغط:

بالإضافة إلى العوامل النظرية والفيزيولوجية المحيطة ، هناك عوامل تؤثر على الفرد مباشرة خاصة بين السنوات الأولى من حياته الصدمات، نقص الحرمان، التفكك العائلي وبعض الأمراض البدنية التي تسبب خلل في وظائف الأجهزة . للفرد قدرات خاصة تساعده على التوافق على عوامل الضغط المختلفة ويواجه الإنسان الوقائع والأحداث وفقا لظموحاته وميوله المعلقة بالعوامل الوراثية منها المكتسبة، وينجم عن عدم توافق المحيط وظموحاته صراع يستعمل الفرد فيه ميكانيزمات فيزيولوجية ونفسية، ويتضح من الشكل الآتي تداخل العوامل المسببة للاضطراب وتفاعلها المستمر .



الشكل (17) : يمثل نموذج الاستعداد للضغط (Bakal , 1979).

تقوم نظرية الاستعداد للضغط على التفاعل الموجود بين العوامل المسببة للضغط تهتم بجميع المتغيرات في دراسة الفرد باعتبارها وحدة متكاملة تتفاعل فيما بينها العوامل البيولوجية ، النفسية، والاجتماعية. تختلف ردود الفعل للضغط باختلاف المواقف والوضعيات المعاشة وباختلاف الأفراد، فهي مرتبطة بعدة عوامل وخصائص تحدد شدتها وأهميتها منها: خصائص الوضعية الضاغطة، الخصائص السيكولوجية والبيولوجية لكل فرد، خصائص الأنظمة الاجتماعية التي تلعب دور الحدود الحامية للأفراد.

ويذكر " Stora " في نفس السياق بأن بعض الأشخاص الخاضعين إلى وضعيات وأحداث ضاغطة على غرار البعض الآخر يعانون من أمراض مزمنة واضطرابات عقلية.

إن خصائص الضاغطة أو العامل الضاغطة Stréssor الذي يؤدي إلى وقوع الأمراض يرتبط بحدة هذه الوضعية، مدتها، استمرارها وعدم توقعها.

تقاس شدة أو حدة العامل الضاغطة وفقا لاختلاف التغيرات المدركة في وضعية خاصة بالفرد أو في المحيط العام للمجتمع، كما أن البعد الذي تتخذه الأحداث الضاغطة أي أهميتها والتي يتم تقديرها انطلاقا من وضعيات ضاغطة مدركة على أنها متوسطة أو عادية، لها تأثير بسبب استمرارها على الاضطرابات الفيزيولوجية والنفسية للفرد.

توصلت مجمل الأبحاث في ذا الميدان إلى مايلي:

ليس بإمكان الأشخاص المعرضين إلى وضعيات شديدة الضغط وعلى المدى الطويل الرجوع إلى النفسية التي كانوا عليها مسبقا.

تختلف آثار الوضعيات الضاغطة وفقا لفترة حدوثها، أو مدى استمرارها، نجد في بعض الحالات أن تجربة قصيرة المدى أو موجزة قد تكون شديدة الوقع وذات آثار مدمرة أو وخيمة مماثلة لتلك التي قد تخلفها وضعيات الضغط المستمرة، يكون للأحداث غير المتوقعة والمفاجئة تأثيرا كبيرا على الفرد، أكثر من الأحداث التي تم التهيؤ له نفسيا، وإن مفعول الحدة أو الحداثة يرفع من تأثير الوضعيات الضاغطة وإذا ما تجمعت كل العوامل الضاغطة في آن واحد ولفترات متعاقبة، يظهر هناك تأثيرا تراكم (Accumulation) مهما كانت المقاومة ويمكن أن يؤدي إلى عواقب وخيمة.

6. العوامل المؤثرة في الضغط النفسي:

لقد أشارت عدة نظريات للضغط النفسي عن وجود مجموعة من المؤثرات الخارجية التي قد تؤدي إلى استجابة الجسم لها عن طريق عملية التكيف والتي بدورها تساهم في اختلال التوازن الداخلي، ومن

هذه المؤثرات أو العوامل نجد العوامل الاقتصادية كالفقر والبطالة، انخفاض الإنتاج، عدم توزيع الناتج القومي، التفاوت الطبقي.

ويكون معنى الضغط هنا التباين بين المتطلبات التي ينبغي أن يؤديها الفرد وقدرته على الاستجابة لها، كما أن الشعور بالعبء وعدم الرضا وعدم التوافق مع الأوضاع الاقتصادية (الراشدي، 1999).

كما أن للعوامل الذاتية أثر نفسي وتتمثل في الفروق الفردية الموجودة بين الأشخاص من طول، قصر، جمال، حيوية، ضغط كذلك البنية المعرفية، الذكاء والعمليات العقلية العليا، وتختلف هذه العوامل حسب نمط الشخصية (الراشدي، 1999).

إضافة إلى ذلك هناك العوامل التي يعود منشؤها إلى مهنة الفرد وما يقوم به من عمل مثل: النزاعات مع الزملاء، ضغط قواعد العمل، عدم الرضا عن المركز الوظيفي، المرتب، الترقية، التميز غير المبرر، الرؤساء، الجمهور. ويكون معنى الضغوط الشعور بالوطأة والعبء والنقل الناشئ من مهنة الفرد ومجموعة الصعوبات المباشرة وغير المباشرة التي يواجهها إضافة إلى هذا نجد العوامل الاجتماعية والمتمثلة في الطلاق، التفكك الأسري، القيم، اضطرابات العلاقات الأسرية، الإصابة بالأمراض، موت شخص عزيز..... وبالتالي تؤدي بالفرد إلى الضغط الحاد الذي بدوره يؤثر على حالته النفسية والجسدية. كما نجد هناك عوامل تربوية تتمثل في ضغط المناهج، المدرسي الإمتحانات، العقوبات، الواجبات المنزلية.... ما ينتظره الأهل من التلميذ، الفشل الدراسي.

تلعب العوامل السياسية أيضا دورا في حدوث الضغط كعدم الرضا عن نظام الحكم، الصراعات السياسية... الخ، كما أن للعوامل النفسية دورا كذلك في حدوث الضغط عندما تكون هناك اختلالات في الميكانيزمات الدفاعية، قصور في إشباع الحاجات، وعندما تكون النفس في حالة صراع أو قلق أو شعور بالإحباط وعدم توافق وتكيف نفسي (الراشدي، 1999).

7. أصل وتطور مفهوم المواجهة:

ترجع كلمة إستراتيجية إلى الكلمة اليونانية إستراتيجوس "strategos" والتي تعني فنون الحرب وإدراك المعارك، ويعرف قاموس ويبستر "Webster" new world dictionary الإستراتيجية على أنها علم تخطيط وتوجيه العمليات العسكرية. (المغربي، 1999).

ظهر مصطلح المواجهة لأول مرة في أبحاث Richard Lazarus سنة 1966 في كتابه "الضغوط النفسية والمواجهة" وقد عرفها بأنها "مجموعة ردود الأفعال والإستراتيجيات المبذولة من طرف الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة".

لقد استمد هذا المفهوم أصله من أبحاث وميادين مختلفة جدا من علم نفس الظواهر المعرفية الانفعالية وبالتحديد من بحوث Lazarus et Folkman في علم نفس الضغوط. (Fisher, 2014). وتاريخيا يتصل هذا المفهوم بمصطلحين اثنين:

بإستراتيجيات الدفاع الذي تطور مع نهاية القرن 19 من طرف التحليل التقليدي وبالتكيف الذي تطور بدوره مع النصف الثاني من القرن 19، معتمدا في ذلك على البيولوجيا، وعلم نفس الحيوان (لاسيما خلال ظهور نظرية داروين). (Schweitzer, 2002).

-**المواجهة وميكانيزمات الدفاع:** ظهر مصطلح الدفاع مع نهاية القرن 19، مرتبطا بصفة محددة بعلم نفس الأنا "L'égopsychologie" خلال تطور التحليل النفسي التقليدي وعلم النفس الدينامي.

تحدث كل من فرويد وبروير (Freud et Breuer) في أبحاثهم الأولى عن بعض الأفكار المضطربة والمشاعر المؤلمة التي بإمكانها أن تتسرب إلى الشعور عندما يفشل الكبت في السيطرة عليها. كما وصف فرويد الميكانيزمات الدفاعية المختلفة التي يلجأ إليها الإنسان للمحافظة على كيانه واتزانه النفسي، وبعد تطور مفهوم الدفاع تطرق فرويد إلى مفهوم الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم في معظم الآليات الدفاعية الأخرى. وقد ظهر هذا الدور بالأخص في نصوص فرويد في كتابه المشهور "الكف و العرض والقلق" سنة 1926. (Schweitzer, 2014).

وقد عرف فرويد مصطلح الدفاع بأنه: "تحدي أو محاربة الأنا للأفكار والمشاعر المؤلمة والصراعات النفسية الحادة، معتبرا الكبت واحدا من أهم هذه الميكانيزمات الدفاعية".

وانطلاقا من سنوات الستينيات والسبعينيات كشفت العديد من الأبحاث والدراسات الممتدة خلال هذه الفترة عن الرابطة الانتقالية بين ميكانيزمات الدفاع واستراتيجيات المواجهة، حيث بدأ الباحثون استخدام مصطلح المواجهة بدل الدفاع. فرأى "بيري" و "كوبر" بأن كل إنسان يملك مجموعة من الميكانيزمات الدفاعية الوظيفية والغير وظيفية، معتبرين ميكانيزم الإعلاء أكثر نضجا من الميكانيزمات الأخرى. (Schweitzer, 2014).

أما الفترة الممتدة بين 1960-1980 لوحظ فيها تداخل كبير بين مصطلح المواجهة والدفاع، سعت بعض المحاولات النظرية للفصل بينهما في أوجه الفرق التالية:

- **ميكانيزمات الدفاع:** هي عمليات صارمة، تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لأن تتعدل وتتغير حسب ما يتطلبه الموقف، ضعيفة المقاومة، ترتبط بصراعات بينفسية أو بينشخصية وبأحداث الحياة القديمة، وتعمل عموما على تشويه وتحريف الواقع بهدف الحد من التوتر والقلق الذي يسببه الموقف السائد، وإبقاؤه عند مستوى معين يتلاءم وقدرة الفرد على التحمل.
- **استراتيجيات المواجهة:** هي عمليات مرنة، شعورية، تختلف وتتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف، متجهة نحو الواقع سواء داخليا أو خارجيا، وظيفتها تسمح للفرد بتسيير وتخفيض أو تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة.

ولعل جوهر الفصل بينهما يكمن في أن استراتيجيات المواجهة تتفصل شيئا فشيئا عن ميكانيزمات الدفاع بالتحديد لكونها محاولات شعورية (إرادية) لمواجهة مشاكل حالية حديثة.

وقد أكد هذا الفصل الكثير من العلماء الساعين للبحث في هذا المجال، متفقين على أن البحث في

ميادين المواجهة مستقل بل يختلف تماما عن البحث في مجال ميكانيزمات الدفاع وخاصة في المواقف الضاغطة. (Schweitzer, 2014).

-المواجهة والتكيف:

أخذ أيضا مفهوم المواجهة مرجعيته من نظريات التكيف وتطور النوع، التي ترى بأن الفرد يمتلك رصيد من الاستجابات وردود الأفعال الفطرية والمكتسبة (الهجوم،الهروب....) تسمح له بالاستمرار والبقاء عندما يواجه مختلف التهديدات خاصة عندما يتعرض لموقف أو عدو خطير. وهذا ما أكده العديد من الباحثين بتصورهم أن العملية الدينامية التي ترتبط بين الضغوط والمواجهة تنطوي على جزء كبير يعمل على تكريس عمليات وميكانيزمات التكيف عند التصدي لصعوبات الحياة. وحسب لازاروس وفولكمان (1984)، التكيف هو مصطلح واسع يحوي معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجيا أيضا، إذ أنه يمثل كل ردود أفعال العضويات الحية التي تتفاعل مع ظروف ومتغيرات البيئة عند الإنسان (الإدراك أو الانفعال أو الدافعية أو التحكم).

على النقيض فالمواجهة مفهوم محدود وخاص بفئة معينة من هذا التفاعل ورغم انه يضم مختلف استجابات التوافق عند الأفراد، إلا أنه لا يهتم إلا بردود الأفعال الخاصة بالاستجابة للمواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له، بينما يندرج تحت مفهوم التكيف ردود أفعال أوتوماتيكية توافقية (متكررة). في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية سلوكية شعورية متغيرة وثابتة أحيانا أخرى جديدة بالنسبة إليه. (Schweitzer, 2002)

8. تعريف إستراتيجية المواجهة:

إستراتيجية المواجهة هي مجموعة الجهود والعمليات النفسية التي توظف في تسيير الضغوط والتقليل من آثارها السلبية.

أما من الناحية اللغوية فقد اختلفت تسميتها، بالرغم من أنها تتفق جميعها في إنجاز نفس المهام، فترجمت (coping) (to cope) من اللغة الانجليزية إلى الفرنسية بعدة مصطلحات أهمها:

Processus d'ajustement .

Processus de faire face.

Processus de maîtrise .

. Stratégies de coping التي اعتمدت في الأدبيات الفرنسية منذ سنة 1999 .

وفي المقابل استخدمت في اللغة العربية مصطلحات مثل:

استراتيجيات أو عمليات المواجهة.

استراتيجيات التوافق أو المواجهة.

استراتيجيات التأقلم.

ميكانيزمات الدفاع. (الشناوي، 1998).

ومنه من تناولها على أنها استراتيجيات مقاومة الضغوط النفسية، وأحيانا أخرى على أنها أساليب تعامل،

وأحيانا ثالثة على أنها عمليات تحمل الضغوط، وكلها تسميات لمعنى واحد، وخلال البحث اعتمدنا على

مصطلح المواجهة لانه براينا الانسب للتعبير عن ما يقابله باللغة الاجنبية.

ونظرا لتعدد الاتجاهات النظرية للباحثين تعددت التعاريف النظرية المتعلقة بهذا المفهوم وفيما يلي أهمها:

تعريف كرينك وآخرون: المواجهة مع الضغوط هي عملية غير جاهزة الاستعداد ومختلفة في الأسلوب

أي البحث عن المعلومات، ومختلفة في الوظيفة (حل المشكلة، وخفض الضغط)، ومختلفة في النتيجة

(سلبية أو ايجابية).

أما كوهين ولازاروس فيعرفانها على أنها أي جهد يبذله الإنسان للسيطرة على الضغط. ويعرفها كل من فولكمان ولازاروس بأنها مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المتغيرة باستمرار، والتي تهدف إلى السيطرة، أو التخفيض أو تحمل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تدرك على أنها تهدد أو تتجاوز قدرات الفرد، ويتركز مفهوم المواجهة على ما يدركه الفرد، وما يفعله في مواجهة الوضعية الضاغطة، وكيف يعتقد أنه بإمكانه تغييرها. ولا يعتبر المواجهة بعدا ثابتا في الشخصية (Schweitzer, 2002).

ويمكن أن تعبر إستراتيجيات المواجهة عن الكيفية التي نفكر بها في الأحداث والطريقة التي نستجيب بها للأحداث المسببة للتوتر و كل من الاستراتيجيات السلوكية و المعرفية للمواجهة تكون فعالة في تعديل آثار التوتر (السيد، 2000).

نستنتج مما سبق أن المواجهة هو مجموعة الأساليب التي يستخدمها الفرد لإحداث توازن بينه وبين محيطه في حالة تعرضه لموقف ضاغط، وهي تعمل على التخفيف من حدة الموقف الضاغط أو القضاء عليه وبالتالي تحقيق الراحة النفسية.

9. النظريات المفسرة لمفهوم المواجهة:

اختلف مفهوم المواجهة وتعددت تعاريفه تبعا للتوجهات النظرية المختلفة، حيث تعتبر النظرية هي المنبع الأساسي لكل تعريف، سنتناول في البداية مفهوم المواجهة من المنظور التحليلي، الاجتماعي، المعرفي وأخيرا التفاعلي.

9-1- المقاربات التقليدية:

9-1-1- النموذج الحيواني:

بالاستناد إلى هذا النموذج، حدد مفهوم المواجهة كاستجابة سلوكية فطرية أو مكتسبة للتعامل مع للخطر.

مثال الهرب أو التجنب ناجم عن الخوف. والمواجهة أو الهجوم ناجم عن الغضب. والمعيار الأساسي

لنجاح المواجهة عند الحيوان يتمثل في بقاءه حيا. (Schweitzer, Dantzer, 1994)

9-1-2 سمات الشخصية:

تصور آخر يندرج تحت نظرية الدفاعات، يعتبر المواجهة كسمة شخصية، ويعتبر ان بعض

الخصائص الثابتة للشخصية مثل القمع، الحساسية المرفهة، الحتمية او التحمل، تعد الفرد للتعامل مع

الضغط بطريقة ما غير انه لم تثبت الفرضية القائلة ان الفرد يسلك دائما بطريقة مماثلة مهما كان الحدث.

وفي الواقع أظهرت أبحاث عديدة أن مقاييس السمة هي منبئات ضعيفة لاستراتيجيات المواجهة وهناك

عدد من الأدلة يمكن ذكرها لشرح ذلك. (Schweitzer, Dantzer, 1994)

• الطبيعة المتعددة الأبعاد للسياق الحالي للمواجهة:

مثلا: في حالة مرض جسمي، يتوجب على المريض المواجهة مع مختلف مصادر الضغط: الم،

عجز، ظروف الاستشفاء، في نفس الوقت عليه أن يحافظ على توازنه الانفعالي وعلى صورة جيدة عن

الذات، مع مراعاة مصادره المالية، علاقات جيدة مع العائلة. هذه الاهتمامات المتعددة تتطلب استخدام

استراتيجيات تعامل جد متنوعة، والتي لا يمكن التنبؤ بها بواسطة مقياس أحادي البعد مثل مقياس السمة.

• الطابع المتحرك المتغير لسيروية المواجهة:

في الواقع، يؤثر السياق الوضعي بشكل كبير على المواجهة، كذلك يمكن لنفس الشخص أن

يستعمل في عدد من وضعيات استراتيجيات المواجهة معرفية تهدف لخفض التوتر، وفي وضعيات أخرى

يستعمل أكثر استراتيجيات تعامل سلوكية تهدف إلى حل المشكل.

يبدو أن تبني الاستراتيجيات المعرفية يكون أكثر في الحالات التي يكون فيها الحدث غير قابل للتحكم (مرض خطير مثلاً)، بينما تبني الاستراتيجيات السلوكية يكون في الحالات التي يمكن للجهد المبذول إحداث تغيير في الوضعية (مثلاً فقدان العمل). (Schweitzer, Dantzer, 1994)

تبعاً لهذه النتائج، يبدو أنه من الصعب النظر إلى المواجهة من وجهة نظر ثابتة، فحسب لازاروس وفولكمان (1984)، ما تظهره سمات الشخصية غير كاف للتنبؤ بالطريقة التي يواجه بها الفرد الضغط. هذا يجعلنا إذاً لا نهتم فقط "بمن يكون الشخص" ولكن أيضاً "ماذا يفعل".

9-2- النظرية التحليلية:

تعد آليات الدفاع من المنظور التحليلي من أهم استراتيجيات المواجهة ومقاومة الضغوطات النفسية، حيث يرى "سيجموند فرويد" أن الناس يلجئون إليها لحماية أنفسهم، وتساعدهم على معالجة الصراعات والاحباطات، وبالتالي فهي أساليب عقلية لاشعورية تقوم بتشويه الخبرات وتزييف الأفكار والصراعات التي تمثل تهديداً، وتساعد على خفض التوتر والقلق حين المواجهة مع المعلومات.

وتشمل عملية المواجهة حسب النظرية التحليلية على سلسلة من الاستراتيجيات التي تتطور انطلاقاً من ميكانيزمات أولية غير ناضجة إلى ميكانيزمات ناضجة، فالمواجهة عبارة عن نمط أو سمة كما يرى العديد من الباحثين الذين قدموا عدة مقاييس للتعامل طبقاً للنمط أو السمة التي يتميز بها كل فرد للتمييز بين الأفراد في أسلوب المواجهة.

ولقد اقترح (Widlocher, 1971) تعريفاً حول آليات الدفاع، ورأى بأن الدفاع هو مجموعة العمليات الهادفة للتقليل والإنقاص من حدة الصراع النفسي الداخلي، وعدم تمكنه من الخروج إلى حيز الشعور.

(Chabrol et Callahan, 2004)

تكلم فرويد عن ستة آليات دفاعية وهي كالاتي: النكوص، الكبت، التكوين العكسي، العزل، الإلغاء الرجعي، الاجتياف، الارتداد على الضد، الإسقاط، الارتداد على الذات.

أما الآليات التي يستعملها الأشخاص المصابين بالأمراض الخطيرة فهي كالاتي:

-**الكبت:** هو عملية عقلية لا شعورية يلجأ إليها الفرد للتخلص من الشعور بالقلق، وباستخدام هذه

الآلية فإن الإنسان يحرر نفسه ولو مؤقتا من الضغوط المتسلطة عليه، فيهرب منها من خلال كبته

للحصول على توازنه النفسي وفي هذا يرى علماء النفس أن الكبت الناجح هو الذي يؤدي إلى حل

الصراع وتحقيق التوازن النفسي بينما يؤدي الكبت الفاشل إلى حالة من الاختلال ثم المرض النفسي.

-**التصعيد:** آلية دفاعية يلجأ إليها الإنسان عندما تضيق عليه الأمور ويزداد التوتر بأعلى درجات

الشدة، ويعتبر استخدام هذه الآلية الدفاعية من أفضل الحيل وأهمها بل أكثرها دلالة على الصحة النفسية

العالية حيث تمثل النشاطات الفكرية (الفنية، الشعرية والأدبية) وخاصة الدينية أفعال تم التسامي بها

وإعلانها من دوافع ورغبات داخلية مكبوتة في النفس إلى أعمال مقبولة وتجد الرضا من الفرد والمجتمع.

-**النكوص:** وهو الرجوع إلى استخدام أنماط سلوكية مميزة أو ملائمة لمرحلة نمائية سابقة أو طفلية

وغالبا مايسمى النكوص و الحنين إلى ظل وسند الطفولة إلا أنه ليس من الضروري أن يمثل النكوص

بالرجوع إلى مراحل نمائية سابقة، فقد أثبتت الدراسات النفسية بأن النكوص استجابة شائعة للإحباط، وهو

في جوهره تعثر في المهمة النمائية يعجزها من أن تكون استجابة ملائمة للظروف الراهنة للفرد، ويجعلها

تبدو كما لو كانت ممثلة لمرحلة سابقة. (Chabrol et Callahan,2004)

9-3- النظرية الاجتماعية:

يعتبر كل موقف سلوكي بالنسبة للإنسان هو موقف اجتماعي في حقيقته سواء كان هذا فرد أو

جماعة من الناس، إذ أن تواجد الإنسان مع شخص آخر يكون له تأثيرا على كيفية سلوكه واستجاباته

وتحديد الوظائف السيكولوجية إزاء المواقف الاجتماعية، فهي تؤثر في ما نتعلمه وكيف نتعلمه، كيف

ندرك ونحكم على البيئة والأحداث وأكثر تحديدا في كيفية تصورنا للأحداث وفي الكيفية التي نصفها بها وفي دوافعنا والطريقة التي بها نتوافق ومطالب الحياة، وفي اللغة التي مر بها نعبر عن مشاعرنا اتجاه الآخرين والطريقة التي نخبر بها الاستجابات الانفعالية ونعبر عنها.

ومن جهة أخرى تطرق ممثلو هذا الاتجاه إلى تحديد هذه الميكانيزمات بصفة مغايرة، ولو أنها تبقى دائما ذات تأثير اجتماعي على أسلوب مواجهة الفرد للمواقف الحياة بطريقة أو بأخرى:

الأول: يتصل باحتمال عدم الموافقة أو الرفض من جانب الجماعة الأمر الذي يشكل قوة على الفرد بموجب حاجاته إلى الانتماء، وبسبب تحكم الجماعة وسيطرتهم على موارده الخاصة.

الثاني: يتصل بحاجة الفرد على تأكيد الآخرين لأحكامه.

الثالث: يركز على الاستعدادات الشخصية لإقامة الدفاعات واستخدامها في المواقف التي يلزم فيها

الفرد تهديدا بينه وبين الجماعة. (Schweitzer et Dantzer, 1994).

كما توصل الباحثون الاجتماعيون في دراساتهم حول أساليب المواجهة الفردية والجماعية إلى أن الفرد عند إحساسه بالنقص يسلك اتجاهين متعاكسان يتمثلان في تقبل أو رفض الواقع، وينعكس ذلك من خلال إستراتيجيات متعلقة بدرجة طموح الفرد وقدراته ونذكر من بين هذه الأساليب:

-الهروب: وهو الانسحاب والابتعاد عن المقارنة بالغير.

-التطابق: توافق الفرد مع القيم الاجتماعي.

-التعويض: هو إدخال عوامل جديدة، وفرضها في الجماعة بغرض جعلها تحضى بالقبول.

-سد العجز: محاولة الوصول إلى مستوى الآخرين بتأكيد الذات.

(Charbol et Callahan, 2004).

9-4- النظرية المعرفية:

ان تفسير الحدث الضاغط يكون على أساس تقييمات معرفية ، لذلك توصل Lazarus لتعريف كامل للضغط ونموذجه الذي يعتبر النموذج الأهم للضغط في الوقت الحالي. ونموذج الضغط الذي صاغه Lazarus وزملاؤه نموذج معرفي، وقد تمت صياغته أول مرة عام (1970) ولكنه استمر ليكون أكثر النظريات أهمية. وفي هذا النموذج المعرفي يعرف الضغط بأنه ليس مثير بيئي خاص بالفرد ولا استجابة، ولكنه علاقة بين مثير "حاجة ملحة" واستجابة تتمثل في " القدرة على المواجهة مع الضغط دون عواقب هدامة "

وهكذا يوجد الضغط عندما تفوق المتطلبات البيئية قدرة الفرد على المواجهة، فإن تهامل الفرد مع مثل هذه المتطلبات بكل كفاءة، لا تحدث ضغوط وعلى العكس، إذا كانت مهارات تعامل الفرد ضعيفة وغير فعالة فقد يحدث الضغط.

واعتقد Lazarus أن التفاعل بين الفرد والبيئة يعتمد على ثلاث مراحل للتقييم : التقييم الأولي، والتقييم الثانوي، وإعادة التقييم.

ففي التقييم الأولي يرى الفرد أن تعامله مع الموقف الضاغط يضمن بعض المخاطر الشخصية حيث يتساوى التقييم الأولي مع تساؤلنا "نحن في مشكلة" والنتيجة أن الحدث قد يفسر بأنه مصدر للضغط والتهديد. أما التقييم الثانوي فإنه يجيب على التساؤل " ماذا يمكن أن نفعله من أجل هذه المشكلة" وفي هذه النقطة يقارن الفرد بين مهاراته التكيفية وبين المتطلبات الخارجية فإذا كانت المهارات مناسبة للمتطلبات يحدث قليل من الضغط أو قد لا يحدث على الإطلاق، أما إذا كانت المهارات أقل، فمن المحتمل أن ينتج الضغط. وفي النهاية في عملية إعادة التقييم يستخدم الفرد التغذية الراجعة لمدركاته الجديدة أو لنتائج جهود مواجهته السابقة لاختبار دقة كل من التقييم الأولي والثانوي.

واتجاه Lazarus في تعريف الضغط له عدة مميزات أولها أن أي حدث قد يفسر كموقف ضاغط من فرد وليس من جميع الأفراد، وثانيها أن نفس الفرد قد يفسر أحداثا متشابهة كمواقف ضاغطة في وقت ما ولكنه لا يفسرها في أي وقت آخر (Fischer, 2002).

9-5- النظرية التفاعلية:

يستمد هذا النموذج اسمه من لفظ "Transactionnel" بمعنى تفاعلي، ويرجع ذلك إلى أن الفرد والمحيط متغيرين لعلاقة دينامية وثنائية الاتجاه، تركز مرة واحدة على التفاعل بين الفرد والبيئة و المتغيرات البيئية وخصائص الفرد وتقييمه للموقف، ومجموعة الجهود التي يستعملها في المواجهة. وفي ضوء النظرية التفاعلية عرفت استراتيجيات المواجهة على أنها: مجموعة الجهود المعرفية والسلوكية المعرفية المتغيرة باستمرار التي يستخدمها الأفراد لتسيير مجموعة من المتطلبات الداخلية والخارجية، التي يقيمها على أنها مهددة لموارده ومصادره الشخصية. (Schweitzer, 2002)

لقد غير هذا النموذج جذريا في تناولات الباحثين النظرية، حيث كانت الأنظار متجهة منذ فترة طويلة للمظاهر السلبية للضغوط مثل: العجز، الاضطرابات النفسية المرتبطة بها، قدرات التكيف و المعتقدات الشخصية المتبناة عند مواجهة الموقف الضاغط.

حيث بين رواد هذه النظرية في دراساتهم أن قدرات الفرد على المواجهة ومقاومة الضغط النفسي تتطور وتحسن بالواجهة الفعال والمتكرر للمواقف الضاغطة، وأن النجاح في التصدي للمواقف المتأزمة يعتمد على خبرة الشخص في المواجهة. فالموقف المتأزم من شأنه أن يولد قدرات مواجهة جديدة تؤدي بدورها إلى البحث عن وسائل اجتماعية وشخصية جديدة.

المقاربة التفاعلية للمواجهة تختلف عن المقاربات السابقة التي تمحورت حول الميكانزمات الدفاعية وسيرورة التكيف. فبالنسبة للنموذج التفاعلي لا توجد إستراتيجية مواجهة فعالة بدون الرجوع إلى مميزات الحالة الضاغطة الواجب المواجهة معها. وفعالية إستراتيجية ترجع إلى مؤشرات معينة :

(التوازن الانفعالي، الرفاهية الذاتية، نوعية الحياة، الصحة الجسمية..)، واستراتيجيات المواجهة تستطيع حماية الفرد من الانفعالات السلبية لكن بصفة مضرّة للصحة (التدخين، الكحول). (Schweitzer, 2014)

10. تصنيف استراتيجيات المواجهة:

هناك العديد من تصنيفات للمواجهة، وأشارت معظمها إلى الانقسام بين المواجهة المتمركز حول الانفعال والمواجهة المتمركز حول المشكلة كما اقترحه (Lazarus et Folkman 1984). وقد قدم آخرون أمثال Moss and Billings (1984). بتوسيع هذا التصنيف وذلك بإضافة مجموعة مثل: المواجهة المتمركز حول التقييم. وقد كان لتقسيم Schooler and Pearlin (1978)، بعد مماثل أسموه المواجهة المتمركز حول الإدراك. ميز Moss and Cronkite (1984) بين أسلوبين من المواجهة هما "الاقترب" و"التجنب"، Parker and Endler (1990)، ميزا بين المواجهة المتمركز حول المشكل، المواجهة المتمركز حول الانفعال، والمواجهة بالتجنب.

أما Carver et All (1989)، ميزوا أربعة عوامل تتضمن استراتيجيات تعامل نشطة، إنكار وانفصال تقبل، وتركيبية من البحث عن الدعم الاجتماعي، والتركيز كتنفيس عن الانفعالات. ويصنف Atkinson et all (1990)، المواجهة إلى استراتيجيات سلوكية وأخرى معرفية.

ويصنفها Holahan and Moss (1985)، إلى المواجهة إقدام ومواجهة تجنب. (Fischer, 2002). هذه نظرة موجزة وليست شاملة، تبين أنه لا يوجد إجماع على الإطلاق على عدد ونوع الأبعاد المستخدمة. ولهذا الاختلاف علاقة بمشكلة أن نفس المصطلحات لا تدل على نفس المفهوم، ومثال على هذا: استهلاك الكحول، الأكل، التدخين، أحيانا هي جزء من عامل التجنب أو الإنكار وذلك بالنسبة مثلا: Andler et Parker لكنها أحيانا تعود إلى عامل مركز على العاطفة وهذا بالنسبة ل Moos et Schaefer.

ونظرا لكون تصنيف Lazarus et Folkman هو أكثر التصنيفات تداولاً، ولأن صنف المواجهة في هذا التقسيم هما أكثر استعمالاً في الوضعيات الضاغطة، حيث أنها تمكن من تغيير المشكل المسبب للضغط أو يمكنها أن تعدل الاستجابات الانفعالية المرتبطة بالمشكل إذن إحداث تغيير ذاتي . هذا ما وضعته Schweitzer ضمن استراتيجيات المواجهة العامة. (Schweitzer,2014)

10-1- استراتيجيات المواجهة العامة:

10-1-1- المواجهة المتمركزة حول المشكل:

يهدف هذا النوع من المواجهة إلى مواجهة المشكلة التي تسبب الضغط، وفيما يسعى الفرد إلى تغيير الموقف مباشرة بغرض تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وكذلك المواجهة مع الآثار الملموسة للمشكلة. ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكالاً تتمثل في:

- البحث عن معلومات أو طلب النصيحة: أي البحث عن معلومات أكثر حول الموقف، أو

الحصول على توجيه من شخص مسؤول والتحدث مع شخص آخر وطلب المساعدة.

- اتخاذ إجراء حل المشكلة: وتشمل إعداد خطط بديلة واتخاذ تصرف محدد للتعامل مع الموقف،

وتعلم مهارات موجهة نحو المشكلة والتفاوض للتوفيق لحل المشكلة.

- تطوير مكافأة أو إثباتات بديلة: عن طريق تغيير أنشطة الفرد وإيجاد مصادر جديدة للرضا، كبناء

علاقات اجتماعية، استقلالاً ذاتياً، وتنمية وجهة ذاتية. (Schweitzer,2002).

المواجهة المتمركزة حول المشكل يضم بعدين مميزين وهما:

* حل المشكل (البحث عن المعلومة، التخطيط وبناء برنامج عملي...)

* مواجهة المشكل أو الحالة (مجهودات وأفعال مباشرة لتغيير المشكل)

بعض الباحثين يسمونه المواجهة النشطة (Actif) ، المباشر (Direct) والبعض الآخر يطلقون عليه

اسم المواجهة اليقظ (Vigilant) حسب Suls et Fletcher (1985) . (Schweitzer,2014).

10-1-2- المواجهة المتمركزة حول الانفعال:

يهدف هذا الأسلوب إلى المواجهة مع الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط والاحتفاظ بالتوازن وجداني، وعادة ما يكون هذا النوع من المواجهة مفيد في المواقف التي تتجاوز قدرة الفرد على ضبطها والتحكم فيها. ومن ثم لا يمكن تغييرها من خلال أساليب مناسبة لحل المشكلة.

مثلا المواجهة مع مرض يفضي إلى الموت عادة ما تكون سلبية مركزة على العواطف المصاحبة كالرضا بالقضاء والقدر. ويأخذ هذا النوع من المواجهة أشكالا منها:

-**التنظيم الوجداني:** مثل الضبط الانفعالي، معاشة الانفعالات والمواجهة معها وعدم الانشغال بالانفعالات المتصارعة.

-**التقبل المذعن:** كالانتظار بعض الوقت مع توقع الأسوأ، وتقبل الموقف كما هو والإقرار بان لا شيء يمكن عمله والاستسلام للقدر.

-**التفريغ الانفعالي:** يدخل فيه الأساليب المشتملة على التعبيرات الكلامية والبكاء، والتدخين، وزيادة الوزن والانغماس في أنشطة اندفاعية موجهة إلى الخارج. (السيد، 2000).

في الأخير يجب الإشارة إلى ثلاث نقاط حسب ما تعرض له "لازاروس":

1- إن الفصل بين المواجهة المتمركزة حول المشكلة والمواجهة المتمركز حول الانفعال مثلما تناولته

الدراسات في أدبيات المواجهة هو فصل سطحي فقط، كما أن استخدامها يتعرض دوما مع النتيجة أو الفائدة المرجوة منها.

2- الاستراتيجيات التي يوظفها الأفراد للتعامل مع اغلب المواقف الضاغطة تتحدر أو تؤدي دور

الوظيفتين معا، بغض النظر عما إذا كانت إحداها تساعد أو تعيق عمل الأخرى .

3- نجاح استراتيجيات المواجهة سواء تنتمي إلى الوظيفة الأولى أو الثانية، يعتمد أساسا على العديد من

العوامل المتداخلة في الموقف وليس عامل واحد فقط (Schweitzer, 2014).

يستطيع الافراد تغيير استراتيجية المواجهة مع نفس الوضعية الضاغطة وهذا يكون برهان على ليونة في تبني استراتيجيات المواجهة. وعامة هؤلاء الأفراد يتعاملون أحسن مع الضغوط من غيرهم. والفرد يستطيع عدم اللجوء إلى أي إستراتيجية أي لا يتعامل مع الموقف بالتمركز حول المشكل ولا بالتمركز حول الانفعال وهذا في حالة ما إذا كان التقييم الثانوي كافي للتعامل مع الموقف.

حسب Chabrol et Callahan (2004) وعدم اللجوء إلى أي إستراتيجية للتعامل مع الموقف يسمى بالواجهة السلبي (coping passif) وهذا قد يرتبط بحالة انفعالية سلبية وسلوك إنكار. (Schweitzer, 2014).

10-1-3- المواجهة المتمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي:

يظهر البحث عن السند الاجتماعي أحيانا كإستراتيجية عامة تالفة للتعامل، وهي تعكس محاولات ومجهودات الفرد لكسب مساعدة الآخرين وهذا لعلقة له بالمساندة الاجتماعية أو العلاقات والمحيط الاجتماعي، بالنسبة للتعامل بالبحث عن السند الاجتماعي هو محاولات لاكتساب إصغاء، معلومات، أو مساعدات مالية. فهي إذن إستراتيجية للتعامل للفرد وليست مصدر مدرك أو موجود . (Schweitzer, 2002).

10-3-1- إستراتيجيات المواجهة الخاصة:

نعلم أن استراتيجيات المواجهة تحدد بمميزات الفرد وبإبعاد الحالة الضاغطة ، فمقابل ضواغط معينة تختلف استراتيجيات المواجهة وتعدد وهذا ما سوف نوضحه .
فمقابل ضواغط طبية (المرض، الدواء، الاستشفاء، العمليات الجراحية..). نجد استراتيجيات المواجهة الأساسية هي المتمركزة حول المشكل (البحث عن المعلومات، الموائمة العلاجية، روح المقاومة..). وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي. أما المتمركزة حول الانفعال فتتعدد عند الأفراد الذين يعانون من حالة ضاغطة ناتجة عن المرض وفي هذه الحالة تنتج استراتيجيات تعامل خاصة :

*الضعف، اليأس،(حصر،فقدان سيطرة،دراما،...)

*تأنيب الذات(العزو الداخلي ، الإحساس بالمسؤولية،تأنيب الضمير،سلوك البطل)

*التجنب الانفعالي

*التعبير عن الانفعالات

*التجنب السلوكي والمعرفي

*العدائية

11. وسائل وعوائق المواجهة:

لفهم ما الذي بإمكان الفرد أن يسخره لمجابهة المواقف الصعبة التي يدركها على أنها مهددة لكيانه النفسي أو الجسدي من الضروري الكشف عن بعض المتغيرات المرتبطة بالفرد والبيئة المحيطة، والتي أمكن تصنيفها إلى مجموعتين متضادتين:

-الوسائل.

-العوائق.

من أهم ما يصنف ضمن الوسائل التي يستخدمها الأفراد خلال شعورهم بالضغط يشير "لازاروس" إلى: الصحة الجسدية والطاقة النفسية، وعدد المعتقدات والقيم الإيجابية والكفاءات والخبرات المتصلة مباشرة بحل المشكلات، الذكاء العقلي والذكاء الاجتماعي والعاطفي، والمهارات الاجتماعية الأخرى، السند الاجتماعي وأخيرا الوسائل والموارد المادية. (Lazarus et Folkman,1984)

أما المجموعة الثانية تتمثل في العوامل التي تعيق الفرد على الاستخدام الأمثل لهذه الوسائل وهي:

1- **العوائق الشخصية:** بعض المعتقدات أو الاتجاهات التي يتبناها الشخص مثل: الحاجة إلى الاستقلال والخوف من النجاح أو الفشل.

2- **العوائق البيئية:** نقص الوسائل المتاحة، المنافسة الفردية حول استعمال هذه الوسائل.

وعلى مستوى المواقف المتأزمة التي تشكل تهديد مرتفع لا يجد الأفراد منفذ أو سبيل للوصول حتى لوسائلهم ومواردهم الخاصة. (Lazarus et Folkman,1984).

12. محددات استراتيجيات المواجهة:

تتأثر سيرورات التقييم للعلاقات فرد-محيط بالخصائص الشخصية (موارد شخصية)، والمتغيرات المحيطية (متغيرات الوضعية)، هذا ما يفسر لماذا يقيم نفس الحدث كتهديد بالنسبة لفرد وبالنسبة لآخر. (Paulhan,1992)

12-1- الخصائص الشخصية: وتمثل في التالي:

12-1-1- المعتقدات: كالمعتقدات الدينية (يلبس الحدث معنى اختبار أو بلاء مفروض من الله علينا تقبله). أو أيضا معتقدات الفرد حول قدرته على التحكم في الأحداث، والتي أطلق عليها روتر اسم مركز الضبط الداخلي، حيث نجد أن الأشخاص ذوي مركز الضبط الداخلي يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكلة بكثرة. (Schweitzer,2014)

12-1-2- التحمل الشديد: يشير إلى السيطرة الشخصية للأحداث الضاغطة في الحياة. والأشخاص الذين يتسمون بالتحمل الشديد "الصلابة" يعتقدون أن بإمكانهم التأثير أو معالجة المشكلات بدلا من الإحساس بالعجز أمامها. كما أنهم يدعون الأحداث المختلفة كفرصة للتطور الشخصي. ولديهم قدرة على تحمل الضغوط السيكوساجتماعية أكثر من الغير. (Schweitzer,2014).

12-1-3- القلق كسمة: وهي مركب ثابت في الشخصية، وهي ميل للقلق، أي ميل عام لإدراك الوضعيات كوضعيات مهددة. فالأشخاص الذين لديهم سمة قلق ضعيفة، يدركون الأحداث الضاغطة على أنها أقل تهديد، ولديهم تنبؤ كبير بالتحكم مقارنة بالأشخاص ذوي سمة قلق عالية. (Schweitzer,Dantzer,2003).

حسب المقاربة التفاعلية، المواجهة هو مجموع استجابات لحالات ووضعيات ضاغطة معينة، وهو مسار دينامي يتغير حسب الوضعيات وكيفية تقييم الفرد لها .

وبعض الباحثين يميزون أنواع للمحددات فمنها: طبيعية معرفية أو تقييمية للفرد والبعض الآخر يرى أن المحددات هي مميزات وضعية (نوعية المشكل، الرقابة..).

12-2-المحددات المحيطة (خصائص الوضعية): وهي:

12-2-1-خصائص الوضعية: وتشمل طبيعة الضرر أو التهديد، وإذا كان الحادث الذي يتعرض

الشخص مألوفاً له أو جديداً عليه، وما هي احتمالات حدوثه، والوقت المتوقع فيه، وإلى أي درجة من الوضوح والغموض تبدو النتيجة المتوقعة. (Schweitzer, 2014).

وتستعمل استراتيجيات المواجهة المتمركزة على الانفعال في الوضعيات المقدرة على أنها غير قابلة للتحكم، في حين أن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل تستعمل في الوضعيات القابلة للتغيير والتطور. (Schweitzer, Dantzer, 2003).

12-2-2-الموارد الاجتماعية: ويطلق عليها "المساندة الاجتماعية" وهي توفر المحيط العائلي، العملي

والأصدقاء أمام الصعوبات التي يصادفها الفرد. وقد دلت الأعمال على أن مستوى ضعيف من المساندة في حياة الفرد هو عامل انجراف، في حين أن مستوى مرتفع من المساندة الاجتماعية يرفع من التحكم المدرك ويقلل آثار الضغط، ويجعل الفرد قادراً على المواجهة (Schweitzer, Dantzer, 2003).

13. فعالية المواجهة:

يشير مفهوم الفعالية إلى التأثير النفسي للتعامل. يعني النتائج المترتبة عن الطريقة التي يتصرف بها الفرد في الوضعية، والآثار الناجمة على راحته الجسمية والنفسية.

ولتبيان هذا نتطرق إلى فعالية المواجهة مع الضغط الانفعالي والصحة الجسمية للفرد.

13-1-فعالية المواجهة مع الضغط الانفعالي:

يسمح المواجهة المتمركز حول المشكل بتخفيض الضغط المعاش. فقد أظهرت دراسة Schmidt (1988)، أنه قبل التدخل الجراحي، المرضى اللذين بحثوا عن معلومات و طوروا استراتيجيات فعالة كانوا أقل قلقا، وكانت لديهم تعقيدات أقل بعد الجراحة من الذين لجأوا إلى استراتيجيات المواجهة السلبية مثل الاستسلام. غير أن فعالية استراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل تعتمد عموما على عدد من العوامل مثل: التحكم في الوضعية. فإذا كانت الوضعية متحكم فيها، يصبح هذا النوع من المواجهة فعال، بينما في الوضعيات غير المتحكم فيها فإن تأثيرها يميل ليصبح سلبيا.

يعتبر المواجهة المتمركز حول الانفعال عموما أقل فعالية بفعل أشكاله التعبيرية المختلفة، مثل قمع الانفعالات، أو العجز مرتبطان بارتفاع الضيق النفسي. وبينت دراسات أن بعض مظاهر المواجهة المتمركزة حول الانفعال لها اثر ذو فائدة وواق لجودة الحياة على مدى قصير، حتى لو أن الكثير من أشكاله يبدو عموما لديه أثر سلبي: العجز، فقدان الأمل، اتهام الذات، الاستسلام... لوحظت هذه النتائج في أمراض مختلفة، وكشفت عن آثار غير وظيفية، التي يمكنها في حد ذاتها أن ترتبط بسلوكات تقريبا ملائمة مثل: عدم التقيد، عدم إدراك الأعراض، وعدم احترام آجال العلاج. (Schweitzer, 2014)

13-2- فعالية المواجهة على الصحة الجسمية:

ظلت فعالية المواجهة صعبة التقييم من الناحية الصحية والمرضية، ولكن يمكنها أن تؤثر في الصحة من خلال طريقتين واضحتين. فقد أثبت لازاروس وفولكمان (1984) أن المواجهة يمكن أن يكون له تأثير على الصحة الجسمية، في حالة ما إذا استطاعت التأثير على تواتر، شدة، مدة ردود الفعل الفيزيولوجية المتعلقة بالضغط، وهذا لاسيما إذا كان الفرد يتعامل مع موقف غير متحكم فيه ولا يستطيع التصرف مع الوضعية الضاغطة. أو أن المواجهة غير ملائمة يمكن للتعامل عموما التأثير مباشرة وسلبا على الصحة، حين يكون للفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوكات الخطر. (Fischer et Tarquinio, 2014)

وفعالية المواجهة ليس لها أي ميزة آلية، ويجب أن تقدر بناءً على تعددية المعايير التي تصبح وظيفة في حالة وليس بالضرورة في حالات أخرى. الفعالية تبدو إذا مرتبطة بشروط وبالكيفية التي يسمح فيها المواجهة للفرد أن يعدل أو ينقص من تأثير الوضعية الضاغطة على راحته الجسمية والنفسية. ومن هنا يتعين تفحص ومعاينة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال في كل حالة. (Fischer et Tarquinio, 2014).

14. استراتيجيات المواجهة والتصلب المتعدد:

منذ سنوات التسعينات الكثير من الأبحاث تناولت استراتيجيات المواجهة للمصابين بالتصلب المتعدد. الاستعمال المتكرر لاستراتيجيات المواجهة التجنبية (Evitant) لوحظ عند المصابين بالتصلب المتعدد النوع المتردد (Forme Rémittente)، حسب Warren et al (1999).

اما Wineman et al (1994) قارنوا المصابين بالتصلب المتعدد بمصابين ب Traumatisme Medullaire لم يلاحظوا فرق بين المجموعتين ولابن انواع استراتيجيات المواجهة المستعملة، لكن فيما يخص المجموعتين برز متغير عدم القدرة على التنبؤ (L'imprevisibilité) الذي يمثل استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال وهذا مهما كان نوع المرض.

فرقة بحث Beatty et al (1998) لاحظت ان المصابين بالتصلب المتعدد يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال عندما يتواجدون في وضعية ضاغطة لها علاقة مع المرض مقارنة بالوضعيات الضاغطة اليومية، ابرزت نتائج هذه الدراسة علاقة ارتباط مابين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والحصص النفسي. ووجد الباحثين ايضا علاقة مابين مهارات المصابين بالتصلب المتعدد وقدرة التكيف مع المشاكل اليومية والاستعمال الانتقائي لاستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل. وفي نفس الدراسة تبين وجود علاقة ارتباطية ايجابية مابين المستوى الروحي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول السند الاجتماعي. (Coupe, 2010).

حسب Jean et al (1997)، هناك علاقة ارتباطية موجبة ما بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال والاكتئاب. ودراسة Kroencke et Deney (1999) حول استراتيجيات المواجهة للمصابين بالتصلب المتعدد في الوضعيات الضاغطة على ثلاثة مجموعات من المصابين:

1/ المصابين في مرحلة الهجمات (Période de poussée, 6 mois de symptômes sep
continuellement présent)

2/ المصابين في مرحلة سبات (Période de remission, absence de symptômes sep
pendant plus de 6 mois)

3/ مصابين مزمنين (Patients chroniques, présences de symptômes plus de 6 mois)
النتائج تبين عدم وجود فرق بين المجموعات الثلاثة.

نجد في الأدبيات التي تناولت موضوع التصلب المتعدد دراسات عديدة تبحث في إبراز نماذج لاستراتيجيات المواجهة الفعالة وغير الفعالة بالنسبة للتوظيف النفسي والواجهة مع المرض. أما إعادة البناء المعرفي، البحث عن المعلومات، خطة العمل أو إعداد أهداف معينة (استراتيجيات تعامل متمركزة حول المشكل) فتعد استراتيجيات تعامل فعالة. (Aikens et al(1997), Baker et al(1998), Mohr et al(2001), Cox).

لكن عكس ذلك بعض استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال مثل: الإنكار، التجنب، تانيب الذات تدل على تعامل سيء ونوعية حياة متدهورة. (Jean et al(1997), Schwartz(1999), Motel et al(2007) Burnenger). نقلا عن (Coupé, 2010).

وأبحاث أخرى متعلقة بأساليب المواجهة لدى المصابين بالتصلب المتعدد أظهرت أن نوع استراتيجيات المواجهة يتأثر بنوعية المعلومات المدركة من طرف المريض حين الإعلان عن التشخيص.

حسب (Lode et al, 2007)، فالمصابين الذين تكون لديهم ادراكات حسنة ومرضية للمعلومات المقدمة

في اول المرض يستعملون اقل الاستراتيجيات التجنبية ويميلون اكثر للاستراتيجيات المتمركزة حول حل المشكل (البحث عن المعلومات، تخطيط النشاطات). (Coupé, 2010)

15. استراتيجيات المواجهة والاضطرابات المعرفية:

يرى Arnett et Rabinwitz (2009)، ان العلاقة ما بين الاضطرابات المعرفية والاكتئاب تسند لنوع استراتيجيات المواجهة المستعملة. حيث ان استراتيجيات المواجهة الفعالة تحمي الفرد من الاكتئاب الناتج عن الاضطرابات المعرفية، اي عندما يستعمل المصابين بالتصلب المتعدد اساليب اعامل غير فعالة يرتفع احتمال الاضطرابات المعرفية وبالتالي يظهر الاكتئاب.

لكن في دراسة احدث ل Gorett et al (2010) لم يجد اختلاف بين استراتيجيات المواجهة التي يتبناها المرضى المصابين بالتصلب المتعدد الذين يعانون من اضطرابات معرفية والذين لا يعانون من اضطرابات معرفية. (Coupé, 2010).

16. استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة:

ابحاث عديدة اظهرت علاقة موجبة ما بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل ونوعية الحياة الجيدة على عكس استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال التي تؤدي الى نوعية حياة سيئة. وهذا من خلال ابحاث:

(Hickey)

et Green (1989), Aikens et al (1997), Pakenham et al (1997/1999), Jean et al (1999).

لكن ابحاث اخرى ترى ان استراتيجيات المواجهة التجنبية مثل: (Pensée magique او wishful thinking) وتائب الذات ترتبط بدرجات ضعيفة لنوعية الحياة.

حسب (Aikens et al (1997), Pakenham (1999), Mc Cabè et Mc Kern (2002), Mc Cabè et al (2004).

وعامة ابحاث Mc Cabè et Mc Kern (2002)، اظهرت ان كل استراتيجيات المواجهة تكون مؤشرات تنبؤية لنوعية حياة المصابين بالتصلب المتعدد.

وابحاث Montel et Brngener (2007) قامت بمقارنة لاستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة 135 مرضى يعانون من التصلب المتعدد حسب نوع التصلب، اظهرت النتائج ان المواجهة المتمركز حول الانفعال يؤدي الى نوعية حياة سيئة خاصة فيما يخص المواجهة التعايشي والبنود المتعلقة بالحياة الاجتماعية. (Montel et Burgener, 2011).

17. استراتيجيات المواجهة وخصائص الشخصية:

في سنة 2000 بدا الاهتمام بمميزات الشخصية وتأثيرها باستراتيجيات المواجهة فيما يخص المرض، ومن بين الدراسات دراسة Ridder (2000) التي اظهرت نتائجها ان التشاؤم يؤدي الى استعمال استراتيجيات تعامل متمركزة حول الانفعال على عكس التفاؤل.

واستراتيجيات التجنب تكون الانسب في المواجهة مع مرض مجهول المال ولانستطيع التحكم فيه وفي تطوره. (Econ, 1992).

اما Grotti et al (2009)، درسوا العلاقة ما بين المميزات النفسية وتأثيرها في اختيار استراتيجيات المواجهة وتأثيرها على نوعية حياة مصابين بالتصلب المتعدد هذه الدراسة كانت تخص 104 مصاب. اظهرت النتائج ان هناك استعمال كبير لاستراتيجيات المواجهة التجنبية، اذن استعمال استراتيجيات تعامل ايجابية يؤثر على النفسية او التوظيف النفسي للمصاب وعلى نوعية حياة المصابين اما الاكتئاب فله تأثير سلبي في كل المجالات الخاصة بنوعية الحياة والقلق له تأثير على المجال النفسي فقط. واكد الباحثين على ان وجود اكتئاب وسمات شخصية عصابية يرتبط باستراتيجيات تعامل غير فعالة ونوعية حياة سيئة ومتدهورة. (Montel et Burgener, 2011).

خلاصة الفصل:

تم التطرق في هذا الفصل الى الضغط واستراتيجيات المواجهة كمفهوم عن طريق تعريفه، والنظريات المفسرة للضغط واساليب مواجهته ونظرا لاهمية المفهوم توضح ايضا الدور الاساسي لاستراتيجيات المواجهة في الحفاظ على الصحة والتقليل من معوقات المرض.

الفصل الخامس:

نوعية الحياة

محتوى الفصل:

تمهيد

1. تاريخ وتطور مفهوم نوعية الحياة
2. تحديد المفهوم وتعريفه
3. تعاريف نوعية الحياة
4. مجالات ومكونات نوعية الحياة
5. قياس وتقدير نوعية الحياة
6. نوعية الحياة المتعلقة بمرضى التصلب المتعدد
7. نوعية الحياة وأبعاد الشخصية
8. نوعية الحياة والاضطرابات المعرفية
9. نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة

خلاصة الفصل

تمهيد

إن تناول نوعية الحياة كمفهوم معقد، متشابك الأبعاد مرن وممتع أحيانا، يضع الباحث أمام إشكالية كبرى كضبطه، تعريفه وتحديد أبعاد استخداماته، ذلك لأن أصل ونشأة هذا الأخير رغم امتداداته التاريخية، تعود إلى الستينيات في مجال الاقتصاد والسياسة ، ليبرز فيما بعد في مجالات الصحة باستخدامات متعددة ومتغيرة كشاهد ودال على التغيرات والتطورات التي شهدتها الميدان الطبي، في طرق التشخيص والعلاج من جهة أو في طرق التعامل مع المريض والأهداف من جهة ثانية، وعمليا في مجال البحث العلمي والطبي مما يجعل المتتبع يجزم أن الميدان يعيش فترة المراهقة الفكرية، من منظور عشوائي ما هي نوعية الحياة؟ ما تعريفها؟ حدودها؟ مجالات استخدامها؟ كيف تعرف في مجال الصحة؟ ما هي المعايير المستخدمة؟ وكيف يمكن تقديرها؟.

هذا الفصل هو محاولة متواضعة لرصد، تحديد وتعريف المفهوم بدءا من وضع النقاط على تطوره التاريخي، تعريفه نظريا وإجرائيا وكذا قياساته المتعددة والمتنوعة.

1. تاريخ وتطور مفهوم نوعية الحياة:

مصطلح نوعية الحياة ليس حديث الوجود، فرغم استخدامه يعرف انتشارا واسعا منذ الخمس عشرة سنة الماضية، تاريخا أشار (Martin, 1999) إلى تواجد أربع مقاسات أساسية يمكن عرضها رغم اختلافاتها، يمكن اعتبار مراحل تداول واهتمام بالموضوع حسب الميدان والمنظور الذي تتناول من خلاله نوعية الحياة وهي التناول أو المقاربة الفلسفية، التناول النفسي والسياسي وأخيرا التناول الطبي، هذه المقاربات تناولت نوعية الحياة حسب الاختصاص ومجال الاهتمام.

1-1. المقاربة الفلسفية:

تكشف هذه المقاربة أن مفاهيم السعادة اللذة، الرغبة والراحة أو الوجود الجيد هي عناصر مكونة ومتداخلة في مفهوم نوعية الحياة، مع ضرورة التفريق والتمييز بينها لضبط المفاهيم.

تاريخيا هذا المفهوم، جلب اهتمام الفلاسفة خلال قرون، كأرسطو، سقراط وبيقور الذين ركزوا على مفهوم السعادة الذي كان الموضوع الرئيسي لاهتماماتهم عبر تساؤلات عديدة، ما هو؟ هل يمكن الوصول إليه؟ وكيف؟

لأن السعادة كمفهوم نتطلع إليه ونرغب أكثر مما هو حقيقة متحصل عليها ومحقة، مما يصعب ويجعل من تعريفه وتحديد استحالة ينبغي قبلها. هذه الصعوبات تكمن في اختلاف نظرة الفلاسفة والمفكرين، فكانت (Kant) يختصره في اللذة وآخرون في الشرف والثروة، بالنسبة لـ (Aristote) السعادة رغبة عليا لأي إنسان (Schweitzer, 2002)، مع وجود شروط خاصة:

أولا حياة تامة حتى نهايتها بالإضافة إلى عدم تحدها في الفضيلة لأنها لا تكتمل دون الإحساس بالراحة التامة للجسم (صحة، كمال) وهي أبعاد معتبرة في تقدير وجود الحياة.

بعدها وتدرجيا، بدا أن مفهوم اللذة هو أكثر تغييرا من مفهوم السعادة التي تبقى نقصا عند الإنسان حتى إن امتلك كل شيء، صحيح أننا لا يمكن أن نكون سعداء لأننا ننتظر أن نكون كذلك، أنها دائرة النقص أين تكون السعادة حتما غائبة أو ناقصة، بمعنى مؤقتة الوجود، وغيابها نقص أنها تعني فقط غياب المعاناة والغياب لا يعد شيئا، ينبغي الإشارة إلى أن مفهوم اللذة انفصل وتميز عن السعادة لإمكانية فهمه، أصبح فيما بعد جزءا ضمنيا منها، لكن التساؤل الذي يبقى مطروحا هنا هو: ما هي الرغبة؟ أنها نقص وحاجة، ما دامت كذلك فالسعادة بدورها نقص ما دامت رغبة حسب Aristote. Schopenhauer بدوره حاول إيجاد علاقة ربط بين السعادة والرغبة، بتأكيد على أن السعادة ليست إيجابية أو حقيقية، أنها فقط غياب المعاناة والغياب لا يعد شيئا، في حين تتحقق الرغبة عند الإشباع

وتفقد السعادة في هذه اللذة، تغيب السعادة عند وجود المعاناة، حتى عندما لا تغيب فهناك ضجر أو ملل، مقارنة بالسعادة التي تعد سلبية والرغبة التي تعد كذلك لأنها نقص، أما اللذة الإيجابية حقيقية تدفعنا للعيش أنها كما يختبره أي فرد أو إنسان.

بالنسبة لـ Epicure و Spinoza وخلافا لـ Schopenhauer, Pascal, Palton اللذة تتموضع قبل

السعادة، إنها نقص وعليه ينبغي الانطلاق من اللذة لذة الجسم (الإنشاء) ولذة الروح (الفرح).

هذه المفاهيم أدت تدريجيا إلى مفهوم الراحة والوجود الجيد الذي يشكل جزءا من السعادة تمام كاللذة والرغبة في اتصالهما بنوعية الحياة، وهو ما يجرنا إلى مفهوم KANT الذي مفاده أن الوجود الجيد لا ينفصل عن السعادة رغم عدم تفريقه بين مفهومي الوجود الجيد واللذة.

من هنا حسب التداول الفلسفي يمكن القول أنه من المهم عدم الخلط بين الحياة والسعادة، وبين لذة ووجود جيد، حتى وإن كانوا يشكلون تركيبة هامة، بنفس الكيفية نوعية الحياة لا تختصر في الصحة كما سيتبين لاحقا. (Sweitzer, 2002).

1-2. المقاربة النفس الاجتماعية:

عكس الفلاسفة، علماء النفس الاجتماعي لم يركزوا اهتمامهم على حقيقة نوعية الحياة، لكن على حقيقة ومفهوم كل فرد لنوعية الحياة، فتركيزهم انصب على تقدير مدى أو مستوى نوعية الحياة لدى الأفراد، في تناولهم فروقا دراسيا وتدرجيا بين مفهوم السعادة وجودة الوجود الذاتي والراحة والوجود المادي الجيد، والرضى عن الحياة)، يعتقد المختصون أن السعادة تقدر في زمن ما لأنها حالة عابرة، متغيرة في حين يعتبر الرضى مستديم ويشكل الحياة بأكملها لذلك حددوا نمطين من العناصر التي يمكن أن تؤثر على الوجود الجيد، خارجية (كالتغيرات الاجتماعية، الديموغرافية، الاقتصادية، أحداث الحياة والاندماج الاجتماعي ... إلخ) وداخلية (كتقديرات الذات، الحاجات والرغبات، فعالية الذات المدركة والتوازن الانفعالي ... إلخ). (Schweitzer, 2002).

في حين أهملوا المكونة السلوكية التي نالت اهتمام علم النفس التجريبي من خلال مفهوم الكفاءات الذي استخدمه علماء الاجتماع فيما بعد للدلالة على وجود الحياة فيما بعد، وهو مفهوم ظهر في سنوات السبعينات من خلال أعمال (Bradburn, 1969) حيث شهد الميدان الابتعاد عن مفهوم السعادة والاهتمام أكثر بالوجود الجيد ونوعية الحياة، وحاولوا التمييز بين الصحة الجسمية، الصحة العقلية والانفعالية والاندماج الاجتماعي مما سمح بدراسة مستويات الضغط، الدوافع، الرضى عن الأهداف المسطرة في الحياة ووجود العلاقات الاجتماعية وكل ذلك في علاقته بالصحة.

1-3. المقاربة الاقتصادية والسياسية:

اقتصاديا وسياسيا مفهوم نوعية الحياة أخذ مرجعيته من مستوى أفضل للحياة، للشروط والظروف المادية للوجود الجيد والتي ينبغي لأي فرد أن يحققها ويصل إليها. خلال حملته الانتخابية الرئاسية في الولايات المتحدة عام (1932) Hoover، أحد المرشحين للرئاسيات وعد المواطنين بسيارة داخل كل مرآب ودجاجة على كل صحن كمؤشر لتحسين مستوى حياتي جيد، أو وجود حياة مرتفعة أما (Flanagan, 1982) المكلف بتقدير جودة الحياة لدى الأمريكيين فاقترح الأخذ بعين الاعتبار بالإضافة إلى مؤشرات شروط الحياة (مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي والاجتماعي ..) عوامل أخرى كالوجود الذاتي الجيد (الصحة المدركة، الآمال، الإحساس بالحرية).

في الدول الديمقراطية ذات النمو الاقتصادي الكبير ومنذ زمن طويل أكد المسؤولون السياسيون على أن حقوق المواطن لا ينبغي أن تقتصر على إشباع حاجاتهم المادية (Thomas Jefferson, 1809) رئيس و.م.أ (1809-1881) اقترح أن يضاف للدستور الحق في السعادة لكل أمريكي، كل هذا يشير إلى الثنائية المستقبلية لمفهوم الوجود الجيد ونوعية الحياة اللذان لا يمكن حصرهما في عواملها الموضوعية (الكيفية) التي يتبادلها المهتمون (Schweitzer, 2002).

1-4. المقاربة الطبية:

يعود الفضل للأطباء والباحثين في الصحة العمومية، المختصين في علم الأوبئة والطب العقلي، في ضمان نجاح وانتشار مفهوم نوعية الحياة الذي انتهى بضمه لمفاهيم مجاورة (الراحة، الصحة، السعادة، الرضى) إلى حد الاتساع، الانتشار والتعقيد. فإن الأطباء في السابق يركزون في تقديراتهم على معايير بسيطة، صحة، مرض (إصابة، موت، طول عمر) تحت تأثير النموذج الطبي المسيطر لمدة طويلة، فإن ثغرات وانقلابات كثيرة غيرت مجالات البحث من أجل تحليل أكثر دقة وموضوعية. (Schweitzer, 2002).

التطورات الطبية في مجال علاج الأمراض الإنسانية خصوصا، والمتمثلة في السعي لإطالة عمر المصابين وتخفيض نسبة انتشار بعض هذه الأمراض المزمنة، ذات العواقب الجديدة والمتعددة (جسمية، عقلية واجتماعية) والتي تصيب راحة وجود المرضى أكثر من نجاتهم من الموت، عوامل أجبرت المختصين على التركيز على الحفاظ وتقدير نوعية الحياة لدى هؤلاء الأشخاص وتكوين وسائل تسمح بتقدير الأثر الجسدي، العقلي والاجتماعي الذاتي لهذه الأمراض وعواقبها وكذا أثر العلاجات والأدوية المتعلقة بها.

من هذا المنطلق طرح التساؤلات حول أثار أنماط الأدوية للأمراض المزمنة من منظور كيفي (راحة المرضى) منه منظور كمي (عدد السنوات المكتسبة) خصوصا في مجال الأمراض الخطيرة كالسرطان وعلاجاته المعقدة وصعوبة التحمل (أشعة كيميائية، جراحية)، إن الأهم هو الفوائد العائدة للمريض، أكثر دقة وتطور التقنيات عند اختيار العلاج، ذلك عند تقدير الوضع الصحي للمريض من قبل الأطباء والمحيط، ويقابله تقدير ذاتي من قبل المرضى مختلف يعبر عن رضا وارتياح.

ففي مقال له (koch, 2000) قدم نتائج غير متوقعة، فإذا كان 18% من محترفي الصحة والمكلفين بالمصابين بصدمات دماغية، يقدرون أن هؤلاء يتمتعون بنوعية حياة مقبولة فإن تقييم إيجابي

للحياة ظهر لدى 92% عند نفس المرضى رغم أن غالبيتهم لا يستطيعون المشي. التغييرات التي مست التداول الطبي مرتبة أيضا بدرجة الوعي لدى المرضى، الذين يتصرفون كمستهلكين (مستفيدين) في (أمريكا الشمالية خصوصا) إنهم يطلبون إشراكهم في القرارات الخاصة بعلاجهم، وفي التدخلات الطبية والعلاجية الممكنة، يتجلى ذلك أيضا في شكوك المرضى حول فعالية الطب وكذا في معتقدات المرضى والأطباء المتناقضة والمتعكسة أحيانا، إذا فإن تقديرات موضوعية وذاتية لنوعية الحياة قبل وبعد التدخلات تسمح بتقدير دقيق لتطور العلاجات المرتبطة بدواء ما، وتسهل من جهة أخرى التواصل بين الأطباء، ومرضاهم (Schweitzer, 2002).

بدورها الهيئات المكلفة بالتحكم في الكلفة الصحية (التأمين الاجتماعي... إلخ) تحاول أن تقوم بتسوية وتوازن بين متطلبات جودة خدمات مصلحة ما للمستخدمين والحواجر الاقتصادية، هنا نتحدث على تحليل الضرورة والأولوية بمعنى حل إشكالية التحكم في ميزانية الصحة دون التضحية بتدابير وتقديرات نوعية الحياة (الراحة، الوجود الجيد المرتبط بالصحة، أي نوعية الحياة المرتبطة بالصحة). منذ عشرات السنين اقتنع العياديون والباحثون في مجال الصحة العمومية بأن نوعية الحياة لا تضم فقط الحالة الوظيفية (الموضوعية) للمرضى لكن أيضا الراحة الذاتية، وهي أبعاد متميزة، الواضح أن الارتباط بين عناصر نوعية الحياة متواضع جدا عند المرضى كما هو لدى عموم المجتمع .

تعريف المنظمة العالمية للصحة عام (1946) للصحة: "كحالة من الكمال للراحة وليس فقط غياب المرض، يسير في نفس السياق".

أخيرا فإن إدراك الأعراض وتقديرها وقرار طلب الفحص والاستشارة الطبية والإذعان للعلاج تربط أساسا بإدراك المرضى منه لحالتهم الوظيفية الحقيقية.

بقي أن نشير إلى أن تقدير نوعية الحياة يتم باستخدام معايير متعددة الأبعاد لتقدير مثلاً فعالية علاج ما، وأن المشكل الكبير المواجه لحد الآن هو عدم وجود اتفاق حول تعريف وتحديد مصطلح نوعية الحياة كما نلاحظ وجود أكثر من 80 سلم تقدير أو قياس لهذا الأخيرة (Schweitzer, 2002).

2- تحديد المفهوم وتعريفه:

2-1. تحديد المفهوم:

رفع مدى الحياة وإطالة العمر، التحسن الملحوظ لتقنيات العلاج، تغيرات اتجاهات الناس نحو الصحة، شهدت في نفس الوقت ظهور مميزة في مجال العلاجات الطبية، مفاهيم جديدة كنوعية الحياة، أين وضعت الإشارة على الحياة المضافة بالسنوات (كيفاً) منه على السنوات المضافة للحي (كما)، حول هذه النقطة يكمن التساؤل الذي مفاده ما الذي يعنيه أو يغطيه مفهوم نوعية الحياة؟ في غياب اتفاق حول تعريف محدد له، كما هو الحال بالنسبة للاتفاق حول الوجود الجيد أو الصحة باستثناء التعريف الذي قدمته المنظمة العالمية للصحة عام 1947 ثم عام 1984 "حالة من الكمال والراحة الجسمية، العقلية والاجتماعية وليست فقط غياب المرض أو العجز" (OMS, 1947).

صعوبة إيجاد تعريف دقيق ومضبوط ومتفق عليه لمفهوم يستخدم في مجالات وتخصصات علمية عديدة (اقتصاد، سياسة، فلسفة، أخلاق، صحة)، كيف يمكن تعريف مصطلح يصعب الفعل في المجال الذي ينتمي إليه، ويصعب وضع حدود مقبولة وواضحة بينه وبين مفاهيم لا تزال تعريفاتها بعيدة عن الاتفاق كالسعادة، اللذة، الرضى، الوجود الجيد، الراحة، نوعية الحياة الشمولية، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، وهل تعني في معناها الصحة المدركة أو الصحة الذاتية...؟، وضعية جعلت الباحثين في مجال نوعية الحياة ينطلقون من مسلمة مفادها "انطلاقاً من استحالة تعريف نوعية الحياة، نصارع وندخل اللعبة لأن المفهوم معقد ومتشابك الجوانب، والمعايير التي بحوزتنا هي أكثر ذاتية، ليست نهائية، قائمتها ما تزال مفتوحة وغير محددة" (Schweitzer, 2014).

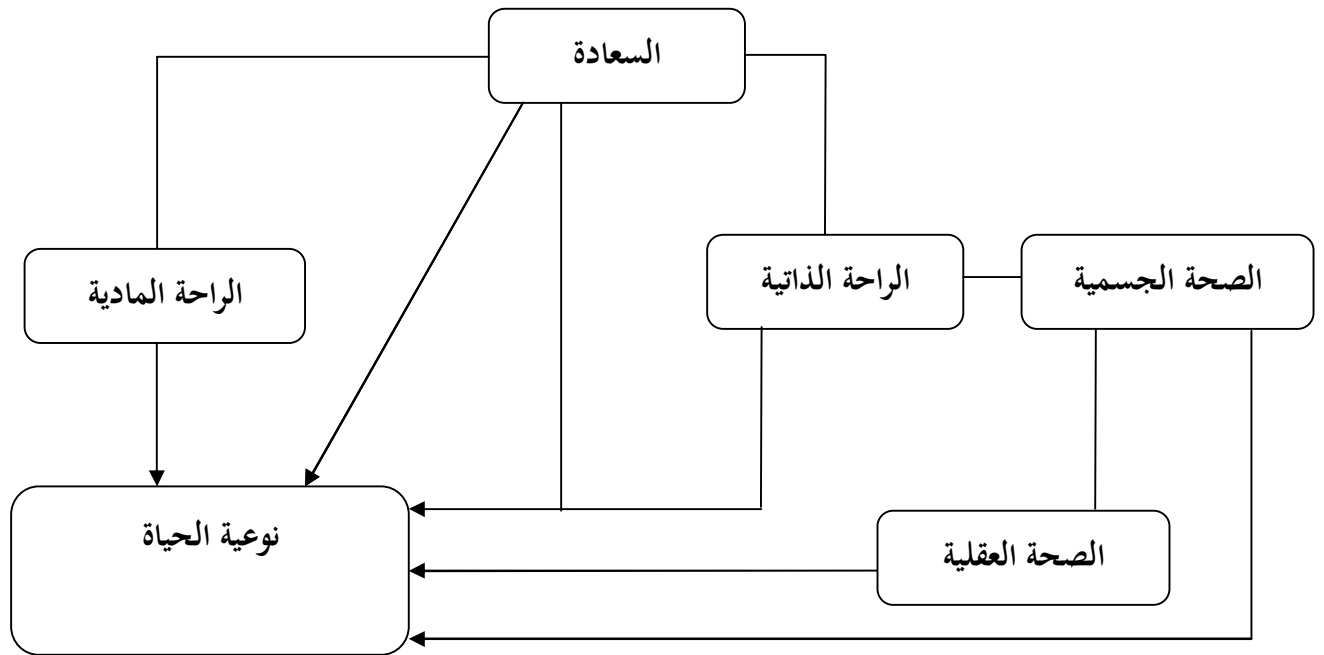
مفهوم نوعية الحياة في استخدامه البسيط والعام كمفهوم يعني مجموعة التدابير، الشروط، الاجتماعية، الاقتصادية والمحيط للوجود، في الطب هو مفهوم طور من قبل العياديين الأطباء، علماء أصل المعرفة، والمختصين في تربية النفس وحركية للاستخدام في مجال تقدير الحالات الصحية أو الراحة والوجود الجيد، لكن استخدامه في المجال الطبي والصحي، يواجه بتعقيدات ويستلزم دقة وتحديد حسب المجال والأهداف المرجوة من التقدير والتي تتغير من مجال لآخر ومن هدف لآخر أيضا، كتقدير الوضعية الصحية أو نوعية الحياة تحت تأثير مرض ما أو مدى فعالية تدخل علاجي ما أو أثره على حياة المريض، أو تقدير الصحة المدركة أو الذاتية للمريض بغرض تعديل أو تحسين البرنامج العلاجي. هذه العوامل من شأنها تغيير أو تعديل مفهوم أو تعريف نوعية الحياة من مستخدم لآخر هذا ما استوجب التطرق الى :

3-تناولات نوعية الحياة:

حسب (Nordenfelt, 1994) نوعية الحياة مفهوم يخلط غالبا مع مفاهيم عديدة مثل: نوعية الحياة المتعلقة بالصحة (Health relates quality of life)، الحالة الصحية (Health status) الراحة الذاتية أو الوجود الجيد (well being) لكن في الواقع نوعية الحياة هو المصطلح الأكثر اتساعا والأكثر تكاملا لأنها تجمع لأبعاد.في (Schweitzer,2002).

بالنسبة لأغلبية الباحثين المعاصرين نوعية الحياة والمفاهيم المجاورة ترتبط بتوظيف أعلى للأفراد في مجالات مختلفة من حياتهم، وهو مفهوم أكثر عمومية وأكثر استخداما في هذا العصر.

من خلال ما سبق، مفهوم نوعية الحياة تكون تدريجيا بإدماج مختلف المؤشرات عبر الزمن، السعادة ذات الأصل الفلسفي، الراحة المادية والوجود الذاتي ذوي الأصل الاجتماعي والنفسي، الصحة الجسمية ذات الأصل الطبي والصحة العقلية سليمة الطب العقلي، المخطط المقترح من قبل (Nordenfelt, 1994) يلخص جيدا هذا التناول التجميعي.



الشكل -18-

المؤشرات المختلفة لنوعية الحياة المعبرة عن الحياة المرضية، عن (Nordenfelt, 1994)

لتحديد أدق وتعريف أشمل بمفهوم نوعية الحياة سوف نتناول التعاريف وفق مفاهيم ثلاث:

3-3-1. المفاهيم أو التناولات الموضوعية:

شهد تطور مفهوم نوعية الحياة المرتبط أولاً بالظروف المادية (من نظر سياسية أو اقتصادية)

وغياب الأمراض الجسمية في هذا الإطار توجد تعاريف عديدة وكثيرة منها:

تقديرات نوعية الحياة لا ينبغي أن تختلط بمستوى طموحات ورغبات الفرد (..) لكن ترتبط بوضوح

وأساس بالوضع الحالية للأفراد، جسمياً، نفسياً واجتماعياً (Rapley, 2003)، ودراسات الوحدة الاممية

لتطوير الابحاث (2011) UNDP اسست مؤشر التنمية البشرية IDH مكون من ثلاثة عناصر :

الصحة، التربية، ومستوى المعيشة. وهذا المؤشر يمكن من تصنيف الدول وتقدير مستوى التنمية البشرية

والاجراءات الموجب اتخاذها للتقليل من سلوكيات الخطر نحو المحيط والامساواة بالنسبة للأجيال القادمة.

هذه المقاربة الموضوعية والوظيفية (الممكنة التقدير من قبل ملاحظ آخر) تعاكسها وتضاف إليها مقارنة ذاتية ظاهرية مقدرة ذاتيا، لكن يبقى الاقتناع الواضح اليوم أن نوعية الحياة ترتبط في جزء كبير بالوضعيات والظروف لكن وحده الفرد القادر على تقديرها (Schweitzer, 2014).

3-3-2. المفاهيم او التناولات الذاتية:

هذه المقاربة تركز في تناولها على التقدير الذاتي لنوعية الحياة، وهو ما ذهب إليه (Nordenfelt, 1994) في تعريفه لنوعية الحياة بأنها درجة الرضى أو السعادة الشمولية التي يحسها فرد ما في حياته، وهو تعريف لا يتناول في حقيقته سوى الوجود الذاتي الجيد (الراحة) أو الرضى عن الحياة وهو مفهوم ضيق وبسيط.

بالنسبة للكثيرين نوعية الحياة ترتبط بإشباع الحاجات والرغبات، لكن المشكل أن الباحثين يختلفون حول قائمة هذه الحاجات والرغبات ف (MASLOW, 1994) مثلا يضع ترتيبا وتسلسلا للحاجات انطلاقا من الحاجات الحياتية (الأكل، الشرب، النوم والسكن) إلى الحاجات العليا (الحاجة للأمن، للحب، للتقدير، ولكمال الذات) وبالنسبة لـ (Griffin, 1988) مجموع الحاجات والرغبات الإنسانية تتعلق بنظام معايير (مكتسب) يعطي الحياة معناها وبنيتها، تأكيد الذات والنجاح، تحقيق الاستقلالية والحرية، فهم العالم وفهم الذات، تقدير الفرح وجمال الحياة، وبناء علاقات شخصية مع الآخرين).

حسب Leplège (1999) هذا التداول يواجه بإشكال يخص التعريف بين الحاجات القاعدية والضرورة للحياة المشتركة لدى الجنس البشري والرغبات الأكثر ذاتية وتعقيدا لارتباطها بقيم أكثر ذاتية وشخصية، تفريقها يكون اصطلاحيا دون شك. في (Schweitzer, 2002).

وفي نفس السياق الذاتي يأتي تعريف المنظمة العالمية للصحة (WHOQOL Group, 1994) بنظرته التقديرية للفرد "ادراك الفرد لمكانته في الوجود" بالنسبة لمعظم الباحثين نوعية الحياة لا تقتصر على الحالات الموضوعية (ظروف الحياة، الحالة الصحية..)، بل لابد من الاخذ بعين الاعتبار ان هذه الحالات

تكون مرضية بالنسبة للفرد من خلال حاجاتهم، طموحاتهم، وتطلعاتهم. فالبعد بين الواقع والمدرّك يكون هام أحياناً. فنوعية الحياة الجيدة تكون مرتبطة بإحساس شامل من الرضا، أي الإجابة الإيجابية للسؤال البديهي "كيف حالك؟" بالإضافة إلى الرضا عن مختلف مجالات الحياة. (Schweitzer, 2014).

3-3-3- نوعية الحياة المتعلقة بالصحة: عند ظهور الحاجة لتقدير نوعية الحياة فإن تقديرات نوعية الحياة المرتبطة بالصحة لم تكن موجودة لأن الدراسات والبحوث كانت تركز على تقدير الحالة الصحية، أما مصطلح نوعية الحياة المرتبطة بالصحة فتم وضعه وابتكاره لتبرير استخدام وسائل التقدير المتوفرة بتغيير وتحويل تسميتها، المنطق السائد كان ينطلق من أن التقديرات تركز على عوامل الوجود المتدهور بفعل الصحة السيئة تسمح بالحصول على مؤشرات أثر المرض على نوعية الحياة. هذا المصطلح يعني أنه بإمكاننا تحليل نوعية الحياة في مكوناتها المرتبطة بالصحة أو مكوناتها غير المرتبطة بها (Cumins, 2004 ; Leplège, 1999, 2008) المشكل المطروح يتمثل في كونها لا تأخذ بعين الاعتبار تداخل الحالة الحياتية مع عوامل نوعية الحياة والوجود الأخرى مثل: تغيرات صورة الذات، العادات الحياتية، العلاقات الشخصية، المسؤوليات، الوضعية المهنية والمداخل مما يعقد من تفسير وتحليل النتائج. (Schweitzer, 2014).

بالنسبة لأغلبية الباحثين نوعية الحياة المرتبطة بالصحة تقدم طبع متعدد الأبعاد، تحديدها، قيمتها المتسلسلة أثناء التقدير يشمل عموماً أربعة أبعاد وهي:

1. الحالة الجسمية للفرد (الاستقلالية والقدرة الجسمية).
2. أحاسيسه الجسمية (أعراض، آثار وعواقب الصدمات أو التدابير العلاجية، آلام).
3. حالته النفسية (انفعالية، حصر، اكتئاب).
4. علاقاته الاجتماعية وعلاقاته بالمحيط العائلي، الصدمات والمحيط المهني.

لكن من المهم الإشارة أنه إذا كانت الوسائل المستخدمة لتقدير نوعية الحياة تعطي قيمة ووزنا للعوامل الوظيفية، ربما بسبب سيطرة النموذج الطبي الذي يركز على كفاءات القيام بوظائف ومهام يومية، واستقلالية لمتطلبات الأدوار الاجتماعية والمهنية، فإن هذا التوجه يهمل تعدد القيمة التي يعطيها الأفراد لهذه الأدوار أيضا وتحت مبرر الحصول على إدراكات المفحوصين قد يصل الباحث أو المقدر إلى تحصيل أحكام المهنيين فقط (زناد، 2008) .

هذا لأن تقديرات الأفراد قد تخالف تماما تقديرات المهنيين، كما أن للأفراد كفاءات مختلفة في التعايش مع الأمراض المزمنة، وقد يكون تقدير المستوى الوظيفي من قبل الطبيب بدرجة ضعيف في حين يعبر المريض عن مستوى تعايش جيد ونوعية حياة عالية. إدراك كما وضعته الـ OMS إدراك وتقدير يرتكز أساسا وبوضوح على الوضعية الحالية والحقيقية للفرد، جسدية، نفسية واجتماعية حسب (Leplège, 2008) بمعنى آخر نوعية الحياة المدركة في ارتباطها بالصحة المقدرة ذاتيا رغم عدم إهمال الباحث للتقدير الطبي، عبر الملفات والنتائج المقدمة من طرف الأطباء، إنه تقدير ذاتي للعلاقة أو التدهور الذي يصيب عناصر نوعية الحياة المرتبطة بوضعية صحية. في (Schweitzer, 2014).

3-3-4. المفاهيم و التناولات التكميلية:

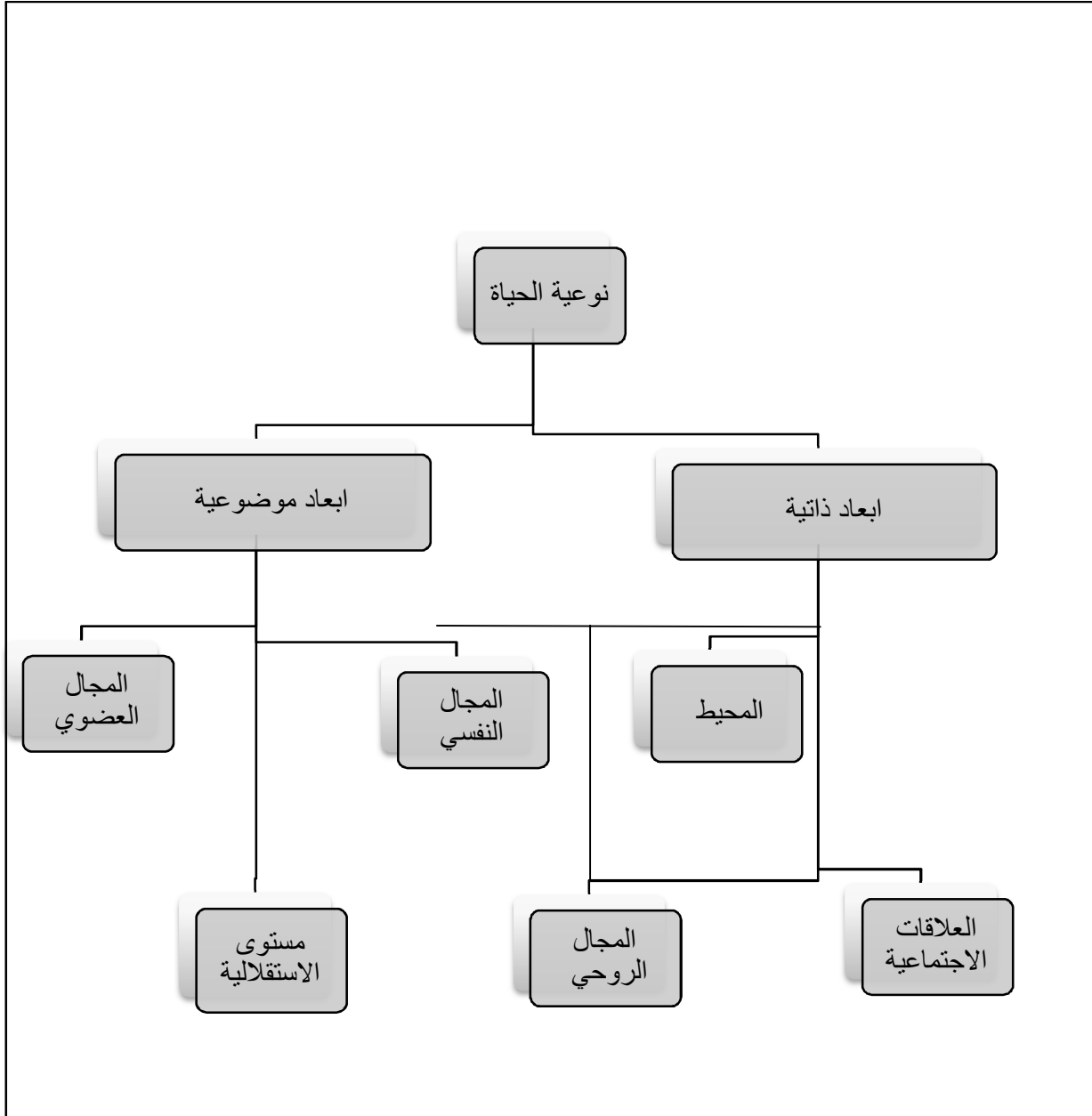
في هذا التناول يوجد اتجاهين أحدهما تجميعي فحسب والآخر دينامي، فمن بين التعاريف التجميعية نجد تعريف المنظمة العالمية للصحة (نوعية الحياة هي مفهوم واسع جدا يتأثر بشكل معقد بالصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية وعلاقاته الاجتماعية، درجة استقلاليته وعلاقته بالعوامل الأساسية لمحيطه) (OMS, 1994).

إذا كان هذا التعريف يبدو متكاملًا ويحوي مكونات نوعية الحياة، فإنه لا يخلو من بعض الجمود، بعض هذه التعريفات يلح في التأكيد على العوامل التوظيفية (ما يعتبره الفرد في ما هو عليه) معرفًا نوعية

الحياة بأنها: " محل المصادر والطاقات الاجتماعية الشخصية والاجتماعية الضرورية لفرد ما كي يحقق طموحاته ويشبع حاجاته" (OMS, 1994).

من جهة أخرى تعريفات تكاملية أخرى بعين الاعتبار التفاعلات بين الفرد والمحيط وتعتبر نوعية الحياة كنسق ونظام حقيقي: "هو التقدير المتعدد من جهة، من خلال المعايير الاجتماعية والمحيطية المعمارية، والمعايير الذاتية لنظام فرد محيط"، (Lawton ; 1977).

وللتوضيح نعتمد على الشكل-19 - :



الشكل-19-:التناول التكامل لنوعية الحياة (Definition de l'OMS,1995) حسب :

(Urzua et Caqueo-Urizar,2012).عن: (Schweitzer,2014).

هذه التعاريف تحقق جملة من الإيجابيات:

- الأخذ بعين الاعتبار للمكونات الخارجية مثل الصحة، الشروط الحياتية والمكونات الداخلية مثلا:
- كالإشباع، الراحة الذاتية، .. لهذا الكل المعقد (نوعية الحياة).
- تقدير نوعية الحياة من خلال تقييم ذاتي (شخصي) أو موضوعي (غيري).
- الاهتمام بالتفاعل الدينامي بين المكونات. (Schweitzer,2002)

4- مجالات ومكونات نوعية الحياة:

يتفق الباحثون والمختصون في مجال الصحة أن نوعية الحياة كل أو تجميع مركب ومعقد، يضم ميادين عديدة جسمية، عقلية واجتماعية على وجه الخصوص. ميادين تقدر حسب معيارين، موضوعي من طرف الملاحظ، طبيب أو فاحص، تشخيص طبي شمولي، فحوص شبه عيادية، أشعة، تخطيط دماغ، تحاليل، وآخر ذاتي من قبل المريض ذاته أو ما يعرف بالصحة المدركة، وذلك بهدف الوصول إلى تقدير أكثر دقة وموضوعية.

حسب OMS عن (WHOQOL Group,1994) نوعية الحياة في معناها الشمولي تضم من ثلاثة إلى ستة ميادين، منها أربعة أساسية: الكفاءات الوظيفية، الاستقلالية، العلاقات والنشاطات الاجتماعية وأخيرا الراحة المادية المكانة الاجتماعية والاقتصادية (Schweitzer, 2002)، وهناك من يضيف المجال الروحي المرور من تقدير الحالة الصحية إلى تقدير نوعية الحياة (Schweitzer,2014).

عرف مفهوم أول منذ 20 سنة ، ارتبط بعدها بالصحة ليدل على الحالة الوظيفية للأفراد وأثرهم على توظيفهم الجسدي والنفسي والاجتماعي (Patrick et Erickson, 1992) هي تقدير للجوانب الوظيفية، العلائقية والنفسية للحياة في ارتباطها بالمرض (صدمة أو إعاقة) بالعلاجات والمساعدات المالية (التأمين على المرض). (Schweitzer,2003).

أما وسائل التقدير فلا تحدد دوما في قياساتها تعلق الأمر بالنوعية المرتبطة بالصحة وتركز غالبا على العموم على (مقياس الراحة ونوعية الحياة)، في حين نوعية الحياة تركز غالبا وتهتم بالقدرات

الوظيفية للأفراد كالقيام بمهام أو وظائف أو نشاطات يومية، وظائف عالية، اجتماعية أو مهنية، وهو الحال في مقياس MOS-36 أو SIP مثلا.

4-1. المجالات النفسية لنوعية الحياة:

تضم نوعية الحياة الانفعالات، الحالة العاطفية الإيجابية، وبالنسبة للآخرين تضم أيضا غياب الوجدانيات السلبية (حصر، اكتئاب)، وهم بذلك يقتربون أكثر من مفهوم الصحة النفسية أو الراحة الذاتية كمفاهيم واسعة نوعا ما، لأنها تضم تفاعلات معرفية كالرضى عن الحياة. (Schweitzer, 2002)

أما الكفاءات والقدرات العصبية النفسية، المعرفية والنفس حركية، فيصفها بعض الباحثين في البعد النفسي، وآخرون ضمن بند الصحة الجسمية والقدرات الوظيفية تقول: نضمن أنه من الأكثر وضوحا تصنيف كل الاختلالات والاضطرابات المتعلقة بالتوظيف النفسي للفرد أو بالعلاجات التي يتلقاها بعض الباحثين يضيف مفاهيم دينامية فاعلة كالنمو الشخصي، تحديد وتحقيق الذات، الإبداع، معنى الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية وفهم العالم، في حين يقترح آخرون وضع قيم الإنسان في بعد إضافي خاص.

أخيرا يقترح المختصون لضمان تقدير ذاتي جيد للبعد النفسي لنوعية الحياة بإضافة وسائل تقدير مكملة، كالاختبارات التي تقيس الفقدانات أو الفعاليات المتعلقة بالقدرات العقلية، بواسطة الملاحظ مثلا، أو سلال تقدير موضوعية من قبل ملاحظين آخرين، لتقديم توضيحات وتفسيرات للأعراض أو المشكلات النفسية. (Schweitzer, 2014).

4-2. المجال الجسدي (الفيزيقي) لنوعية الحياة:

يضم هذا البعد عناصر عديدة للصحة أهمها الصحة الجسمية والوظيفية، والكفاءات الوظيفية التي تنقسم بدورها إلى مكونات جد دقيقة، فالصحة الجسمية تضم الطاقة الحيوية (التعب، النوم، الراحة، الآلام، الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية)، في حين تشمل القدرات الوظيفية: الوضعية الوظيفية، حركية الفرد، النشاطات اليومية التي بإمكانها القيام بها ومدى استقلالية أو ارتباطه (حاجته للمساعدة)،

لذا يظهر أن فصل الاختلال النفسي عن الجسمي والاجتماعي في تداخلهم وتأثيراتهم المتبادلة، افتراضي أو اصطناعي لتسهيل التداول لا غير. (Schweitzer, 2014)

عمليا تقدر العوامل الجسمية والكفاءات الوظيفية بطريقتين: موضوعية خارجية (طبية مثلا، فحوصات عيادية، وشبه عيادية، وأخرى ذاتية)، داخلية تسمح بالكشف عن التمثيلات، الادراكات والمعاش الذاتي للصحة من قبل الفرد ذاته. ذلك أن تقديرات الصحة الأكثر استعمالا كمعايير، هي عبارة عن معطيات عادية تجمع من الملفات الطبية للمرضى، نتائج التحاليل والفحوصات، وسلام تقدير يملؤها الأطباء، مكونة عادة من قائمة وأعراض أو اضطرابات نذكر منها:

SIRS (Seriousness of illness rating scale)، لـ (Wyler et al, 1968) الذي يتكون من 126 مرض أو عرض، لكن لأغراض أكثر عملية (التكلفة)، منها نظرية (اهتمام برأي المريض)، تستخدم سلام تقدير ذاتي دقيقة أبسطها سلام Likert أين يقدر المفحوص من صحة (سيئة) إلى (ممتازة) ... أو لمدى استخدامه أو استفادته من المصالح العلاجية (عدد الفحوص، الاستشفاءات على مدى زمني معين) كما توجد تقنيات أكثر دقة وتعقيد يقوم من خلالها المفحوص بتقدير تواتر أو شدة الأعراض (سلم، 90 JSCL) لـ (Derogatis, 1994) المكون من 90 عرضا.

أحيانا في سلم واحد أو أداة، يقدر كل من الأطباء والمرضى الوظيفة بملء الوثيقة أو الاستبيان، كما هو الحال في سلم (Karnafsky et Chenal, 1994) الذي يسمح بتقدير الكفاءات الوظيفية للمرضى في علاقاتها باستقلاليتهم أو مدى ارتباطهم في النشاط اليومي.

يتوفر الميدان أيضا على سلام تقدير لنوعية الحياة المدركة مثل (Sickness Impact SIP) لـ Berner et al (1981) وغيره وهي بروفيلات تجزم أنها تأخذ بعين الاعتبار وجهة نظر المريض لحالته الصحية، لأثر الأمراض والعلاجات على قدرته الوظيفية.

رغم تلقيها لاعتراضين: الأول عدم القدرة على التفريق بين المرضى الذين يعانون مرضا شديدا، وعدم تكييفها لملائمة عامة الناس، والاعتراض الثاني المتمثل في عدم قدرتها على القيام الفعلي للخبرة الذاتية للمفحوصين أي الصحة المدركة (Bukert et al, 1996) وضعها من قبل مختصين دون الرجوع إلى تحليلات حوار المريض.(Schweitzer,2002).

وللتوضيح أكثر نعرض الجدول التالي: الذي يضم المقاييس العامة لنوعية الحياة ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة، ويحتوي على الشرح حسب (Mc Dowell,2006). جدول رقم-1-

Nom, اسم, الاداة, outils, Auteurs, اعداد Dates تاريخ النشر publication , originelle versions النسخة	Items, بنود, Dimension الابعاد Evalueur s, Durée مدة التمرير		Sante mentale الصحة العقلية	Santé sociale الصحة الاجتماعية	Autres	Qualités psychomét riques الخصائص السيكومترية Etudes réalisées, الدراسات Utilisation, استعمالات Sites المواقع
European Quality of life Instrument (EQ-5D). EUROQOL Group, 199 0, 2004	5+VAS Santè Globale, A uto , entretien ou observate ur. 5mn	Mobilité Douleurs prendre soin de soi	Anxiete Depressio n (pas d'items cognitifs)		Activités habituelles	Fidélité++ +Validité+ + Etudes+++ Instrument simple et court de QDVLS generique,

Versions dans plusieurs langues						developè par euroqol. Profils ou index (scores d'utilité pondérés), essais cliniques et recherche s,pour patients ayant maladies severes.
Flangan Quality of life Scale Flangan,1 982 Burckhardt	15items+1 5mn Auto,entret ien, ou observate ur	Santè physique Autonomie	Capacités cognitives comprehe nsion de soi	Relations sociales activités sociales role profession	Loisirs créativités bien-être materiel	Fidélité +++ Validité++ Etudes++ Mesure la QDVLS

2003a,2003b				nel		Population generale(15items) et malades chroniques (item d'autonomie en plus) Trois facteurs(relations sociales, bien-être physique et matériel, activités civiques)
Medical Outcome Study Short-form36(SF)	36 ou(12) dimensions Auto ou entretien	Fonctionnement physique Douleurs Vitalité	Santé mentale, generale detresse et bien-	Fonctionnement social	Limitations dues a santé physique Limitations	Fidélité++ + validité ++ etudes +++ Evaluer la

-36) Ware,199 0,1992,19 96 Formes:S F-20,SF- 12,SF- 8,SF-36et SF- 12,version s dans de nombreus es langues	<10mn (ou<4mn)	,energie ,fatigue	etre		dues a santè mentale perception globale santè	santè physique et mentale des population s (enquetes, politiques de santè) Echelle de QDVLS tres populaire. Large applicabilit è (pratique clinique,re cherche)
Nottingha m health profile (NPH)	38+7 Auto <15mn	Capacités physiques Douleurs Sommeil	Réactions Emotionne lles	Isolement Social	Effet santè sur travail,loisi rs,relations	Fidélité ++ Validité ++ Etudes +++

Hunt,1981 1985 Versions dans plusieurs langues don't le français (Bucquet et al,1990)		Energie			sociales,v acances sexualité,e ct.	Echelle QDVLS tres utilisée en europ (comme issue enquetes, essais cliniques) Un peu redondant e
Quality of life index(ql-l) Spitzer,19 81 Existe en4langue s don't le français	5 Auto et clinicien 5mn	Santè Autonomie	Etat emotionnel	Soutien social	activités	Fidélité ++Validité ++ Etudes++ Echelle courte de QdLS Destinée à des patients

						en phase terminale Evaluer l'effet des traitements.
QWBS(quality of well-being scale) Bush et Kaplan,1973 Kaplan,1988 Version longue et courte	27 ou 18 Symptômes ou problèmes auto ou entretien 18mn (7mn)	Symptômes Douleurs Fatigue	Anxiété Dépression Troubles du sommeil Troubles de la pensée, apprentissage	Activités sociales	Sexualité	Fidélité++ +validité ++ Etudes +++ Applicable à des patients(maladie aiguë chronique) et à la population générale. Symptôme et incapacités : index QALY.

						Mesure QDVLS,util le diagnostic et pronostic Detresse emotionnel le sous- représenté e
Sickness impact profile (SIP) Bergner ,1976,198 1 Version courte(SIP 68) Peut servir de grille	136 12catègori es Auto,obser vateur ou entretien < 30mn	Mobilité Locomotio n Prendre soin de soi	Pbs cognitifs troubles de l'expressio n et des emotions	Relations sociales	Travail Sommeil Alimentati on Loisirs	Fidélité++ + Validité++ + Etudes+++ Repercuss ion maladie et traitement sur problèmes emotionnel

pour l'entretien Versions dans 11 lan gues dont le français Formes abregées						,cognitifs,s ociaux. Mesure laQDVLS un peu long. SIP sertsouven t de critère de validation Application s larges(groupes,p ays,maladi es)
WHO disability assessem ent Schedule(WHODAS II)	36 10mn Auto , entretien (proche)	Prendre soin de soi se deplacer	Comprend re et communiq uer	Sociabilité participatio n sociale	Activités quotidienn es	Instrument relativeme nt recent de QdVLS Evaluent les limitations

WHO,2001 Traduit en 16 langues						dues aux pbs de santé dans six domaines Basè sur la classificati on ICF de OMS ,2001
WHOQOL-100 WHOQOL-BREF WHOQOL Group,1994 6domaines et 4domaines	100 (ou 26) Auto ou (entretien) 20à25mn (10mn)	Santè physique (et autonomie - dependance)	Santè psychique et spiritualité	Relations sociales	Environnement	Fidèlitè++ + Etudes++ Validitè++ + Echelle de QDV utilisèe mondialem ent tres nombreux

						application en clinique et dans la recherche. structure factorielle discutée

بعض مقاييس نوعية الحياة ونوعية الحياة المتعلقة بالصحة حسب: (Mc Dowell, 2006)

الصحة والثبات: ممتازة+++، حسنة++، رديئة+. الدراسات المحققة: كثيرة جدا+++، كثيرة++، قليلة+.

نقلا عن: (Schweitzer, 2014).

3-4. المجال الاجتماعي لنوعية الحياة:

تشكل العلاقات والنشاطات الاجتماعية الميدان الثالث الهام لنوعية الحياة، عموما تتعارض الحياة الاجتماعية مع الانعزال والانسحابية وهذا في جوانب عديدة: عائلية، صداقة، مهنية، مواطنة ..، هذا اعتبارا من أن التوظيف الاجتماعي يفترض شبكة علاقات كافية كما (الاندماج الاجتماعي الفعلي)، وكيفا (المساندة الاجتماعية).

لتقدير وقياس الصحة اجتماعيا أي الجانب الاجتماعي والمعرفة بالمشاركة والاهتمام بالنشاطات الاجتماعية (عائلية، صداقة، تسلية، حياة مهنية، علاقات مهنية، حياة مدنية) توجد سلالم عديدة مثل سلم NHP، أو WHOQOL-26 أو المائة (100) بند.

نوعية الحياة الاجتماعية، تقدر عموما بواسطة وسائل واسعة (عامة)، مع وجود سلالم خاصة تستكشف التوظيف الاجتماعي للأفراد، الذي مكن تقديره من طرف شخص لآخر (قياس غيري)، خصوصا في الوضعيات العلاجية، وهو ما يسمح به سلم، من قبل الفرد نفسه كتقدير ذاتي كما هو حال سلم SAS،

الذي يقيس الضبط أو التكيف الاجتماعي ، لـ (Weissman, Bothwell, 1976) لذا فمن المهم تقدير التوظيف الاجتماعي للأفراد بتكيف التقنيات ووسائل القياس ووجهات النظر. (Schweitzer, 2014).

بالإضافة إلى المجالات الثلاثة المشكلة لنوعية الحياة يضيف المختصون أحيانا الراحة المادية أو القيم الروحية والمعنوية، كما يخصص البعد جانبا لمكونات خاصة مثل الرضى عن الحياة، الراحة أو نوعية الوجود الذاتي أو الصحة، التي تعتبر مرادفات لمصطلح نوعية الحياة، هذه العناصر هي:

4-4. الرضى أو الارتياح في الحياة:

بداية، ركزت الدراسات الاجتماعية على الارتياح المادي والظروف الوجودية (الحياتية) المؤدية إلى تقدير إيجابي للحياة من قبل الأفراد، لتهتم فيما بعد بالرضى والارتياح في الحياة، هذا التفعيل المعرفي يضم المقارنات بين حياة الفرد ومعايير المرجعية (القيم المثالية)، إنها التقدير الشمولي لحياته حسب (Pawoot et all, 1991)، أما بالنسبة لـ (Dinner, 1994) فمفهوم الرضى يدل على حكم واع شمولي للفرد عن حياته، ويمكن تحليله بدوره إلى مجموعة من الميادين الخاصة (مهنة، صحو، عائلة، مال، ذات، جماعة، انتماء ..)، يمكن تقدير هذا المجال بقياس أو سلم SWLS أي سلم تقدير الرضى عن الحياة لـ (Dinner et all, 1995) عن (Schweitzer, 2002).

4-5. السعادة:

مفهوم نشأ وترعرع في ميدان الفلسفة، وظل سنوات الستينات يعني حالة شخص، تميزه الوجدانيات الإيجابية عن السلبية، تدريجيا تطور ليستبدل بمكونات الراحة الذاتية، أو الوجود الجيد وغياب الوجدانيات السلبية ووجود الإيجابية، الإشباع أو الرضى الشمولي.

بعض الباحثين في علم النفس منذ الثمانيات اعدوا لهذا المفهوم اعتباره فهو يعني: "استعداد أو حضور شخصي مستقر نسبيا يتمثل في الإحساس المتواتر بأحاسيس وانفعالية ممتعة أو سعيدة (فرح،

لذة، بهجة، انتشاء..)، الإحساس بالرضى عن الحياة، وأخيرا الإحساس النادر بوجودانيات سلبية (ضيق، حصر، اكتئاب، عدوانية)".

أما Muss Chehenga (1997) فيرى أن السعادة : "مفهوم متعدد يضم ثلاث مكونات أساسية، انفعالية إيجابية (متعة)، معرفية تقديرية (الرضى تقدير النجاح في تحقيق الأحلام)، وسلوكية (الجودة والامتياز)، تقدير ذاتي للنجاح في النشاطات"، يفصل في تحليله للمكونات الذاتية المذكورة سلفا، وظروف تحقيقها (المصادر المالية، القدرات والكفاءات الشخصية، الحظ)، وهو لا يعتبرها عنصرا أساسيا أكثر من غيره، لكن إسهاماتها قد تكون موجودة لدى بعض الأشخاص على الأقل عن: (Schweitzer2002) .

من أشهر مقاييس تقدير السعادة نذكر OHI سلم السعادة لـ (Oxford Happiness Inventory) لـ (Argy et all, 1989) والمتكون من 29 بنداً.

4-6. الراحة أو الوجود الجيد:

يضم بدوه تفعيلات معرفية (رضى عن الحياة) وانفعالية (عاطفية، إيجابية وسلبية) عبر معايير أساسية ثلاثة:

- ذاتي لأنه تقدير ذاتي لا علاقة له بالظروف الحياتية الموضوعية (الراحة المادية).
 - مرتبط بتقدير إيجابي شمولي لحياة الفرد (رضى عن الحياة).
 - لا ينحصر في غياب الانفعالات السلبية (التي تقيسها سلم الحصر، الاكتئاب، أو العدوانية)
- لارتباطه بوجودانيات سعيدة (عاطفية إيجابية). (Shankland, 2014).

ربط Dinner (1999) بين الراحة ونوعية الوجود والخبرة الشمولية كالاستجابات الإيجابية اتجاه حياة الفرد بعينها ويدمج بين الخاصية الدنيا مثل الرضى أو الإشباع في الحياة ودرجة المتعة أو الاستمتاع والتلذذ.

نموذج Dinner تم اعتماده ميدانيا وتم التحقق من صدقه بنجاح، فهو يكتسي أهمية دمج التفاعلات المعرفية (التقدير، الأحكام، الموازنات) والسيرورات الانفعالية، وذلك بالاهتمام بالانفعالية الإيجابية والسلبية، لأن الإحساس بالراحة ونوعية الوجود لا يرتبط فقط بغياب الأعراض النفسية (وهو التعريف الأول) ولكن أيضا بوجود انفعالات وحالة متعة (لذة، فرح، إشباع، سعادة، اهتمام، فضول ..) مضاف إليها الرضى عن الحياة الذي يتم تقديره بمقاييس نوعية الوجود الأكثر انتشارا.

تقدير نوعية الوجود يتم بواسطة مقاييس عديدة تعتبر أنها تقدر هذا المجال، في ميدانين أحدهما واسع (نوعية الحياة) وآخر ضيق (الرضى عن الحياة الصحة)، منها مثلا: مقياس GPWB لـ Duppay (1984) وهو مقياس ذاتي مكون من 22 بنداً، ويضم ستة أبعاد (الحصر، الاكتئاب، نوعية الوجود الذاتي، النوعية العامة الحيوية، والتحكم وضبط الذات)، لكن ثب أنه ضعيف حسب ومقياس الوجود QWBS لـ (fansh et Bush, 1970) والذي سمي في البداية (Heath Statut Index). يضم قائمة تشمل 23 مشكل صحي وثلاثة مقاييس تحتية تتناول التحديات والصعوبات الوظيفية التابعة لها.

هناك مقاييس أخرى كمقياس (Bradly, 1994) المسمى استبيان الوجود الجيد (أو نوعية الوجود)، (Well Being Questionnaire) الذي يقيس 4 أبعاد هي: الحصر، الاكتئاب، نوعية الوجود (الإيجابي)، والطاقة، من عيوبه عد استقرار البيئة العملية من فوج مرضي لآخر ومن بعد لآخر (Power et all, 2000, Pincu et all, 1977).

للإشارة إذا كان تعريف Dinner (1994) لنوعية الحياة لها غير متصلة أو مرتبطة بتعريفه لها، لأن الكثير منها لا يحتوي على تقدير خاص بالرضى أو قد قوبل بالرضى، فإن سلاّم تقديره الإشباع، وبعضها ركز على جانب كالصحة الحيوية، والطاقة مهملا جوانب أخرى مهمة، رغم اعتماد البنية الثلاثية الأبعاد من قبل أغلبية الدراسات والأبحاث حسب (Roland). (Schweitzer, 2002)

من هنا يمكن اعتبار نوعية الوجود حسب هذا التناول، مفهوما مركبا ومتعدد الأبعاد بندا تحتيا لنوعية الحياة، التي إذا كانت تضم ما يسمى بالسعادة والرضى عن الحياة فهي لا تختلط مع مفهوم الرخاء أو الراحة المادية أو مع ما يسمى اليوم بمفهوم الصحة حسب

(Wang, Schalock, Verdugo et Jenaro, 2010) عن (Schweitzer, 2014).

5- قياس وتقدير نوعية الحياة:

بدا واضحا أن نوعية الحياة مفهوم معقد، يتشكل من تشابك مجموعة من الميادين والأبعاد التي يصعب ضبطها أحيانا وتحديدها، لكن من المتفق عليه بوضوح الآن، أن نوعية الحياة المرتبطة بالصحة أو الحالة الصحية هي مصطلح يستخدم للدلالة على أن التقدير يركز على عوامل متصلة مباشرة بالصحة، في حين تضمن نوعية الحياة عناصر أخرى من الحياة مما يعني اتساع مفهومها وشموليته.

تقدر نوعية الحياة عبر مقاييس وصفها (Jean Michel Benoit, 2000) بأنها ليست:

- مؤشر أو مقياس خطورة مرض.
- ولا تقدير كفاءة جسمية أو عقلية.
- ليست قائمة رصد أو ضبط أعراض وتصنيفها.
- أو تحديد لقائمة آثار ثانوية.
- أو وسيلة تقدير أعراض.

تعرف بأنها: "تقدير لآثار رضى أو عدم رضى محسوس، من قبل المريض عن حياته الحالية، بعيدا عن تقدير مهنيي الصحة" (Charlow, 1977).

الباحثون والمختصون في مجال نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، يتفقون بأن تقديراتهم تتم عبر تحليل إجابات أو استجابات أفراد على استبيانات مقننة، وكل استبيان يتكون من أربع: (Leplège, 1999)

1. مجموعة من الأسئلة، تسمح بتعريف وتحديد مختلف حالات الصحة، أسئلة تجمع في أبعاد أو مصطلحات يسلم أو يعتقد أنها مرتبطة بنوعية الحياة، كالحركة، الحياة والعلاقات مع الآخرين.
2. مجموعة قيم ذاتية مرتبطة بحالات ممكنة، يفترض أنها تعكس التدرج الضمني في علاقته بالصحة.
3. وظيفة إعطاء قيمة ما لكل حالة ممكنة، مما يسمح بتقدير درجة أفراد أو حاصل يثبت العلاقات بين إجابات الأفراد على الأسئلة وتقدير مختلف المصطلحات المستفسر عنها.
4. العنصر الأخير ويتمثل في الأدبيات المرجعية التي تسمح بفهم وتفسير دلالة التقديرات المتحصل عليها. (Schweitzer, 2014)

5-1. أنماط ووسائل التقدير المستخدمة:

يمكن تصنيفها كالآتي:

5-1-1. مصادر الأسئلة: الأسئلة ونسق جمع الإجابات التي يمكن أن تأتي من مصادر مختلفة:

- الخبراء: كالمختصين في القياس النفسي الذين أعدوا وسيلة القياس.
- جماعات المرضى أو المفحوصين.
- الأطباء.
- العاملين الاجتماعيين وآخرين.

5-1-2. حسب طرق تقدير وحساب النتائج:

إذ يمكن حساب النتائج بكل بساطة بجمع قيم إجابات الأفراد عن كل سؤال، قد تكون القيمة مثلا مقدرة بواحد عن الجواب بنعم وصفر عن الإجابات بلا، أو حسب تفضيلات الأفراد موضوع الدراسة أو مجموعة من المجتمع الأصلي أو بطرق إحصائية بالرجوع إلى الجماعة المرجعية.

3-1-5. حسب نمط القياس المتحصل عليه:

أين نجد نمطين من الوسائل هما:

- الفهرسة التي تسمح بحساب نتيجة عامة شمولية.
- البروفيل أو الصفحة، الذي يعطي نتيجة لكل بعد مدروس لنوعية الحياة.

4-1-5. حسب العينة أو المجتمع المعني:

القياسات العامة أو الجنسية التي تقدر الحالة العامة للمفحوصين مهما كان مرضهم، وهي قياسات نالت رضى وتشجيع مقرري الصحة العمومية، لأنها تسمح بالمقارنة بين جماعات المرضى بأمراض مختلفة.

القياسات المتخصصة لمرض أو لمجموعة تعاني مرضا معينا، أي سلم خاص لقياس نوعية حياة مرض معين، هنا ينبغي الإشارة أن لكل مقياس مزايا وعيوب. فالقياسات الجنسية تتسم بالصدق وتسمح بالكشف عن التغيرات التي تمس الأبعاد المختلفة، كما تسمح بالمقارنات بين مرضى يعانون من اضطرابات مختلفة، لكن من عيوبها عدم التخصص، عدم الحساسية للتغيرات وطول الاستبيان وتكلفته.

أما القياسات المتخصصة، فهي قريبة للتقدير والحكم العيادي، حساسة للتغيرات، لكن يعاب عليها عدم السماح بالمقارنات، محدودية الاستخدام لأمراض معينة وعدم تقديرها لآثار منتظرة ومتوقعة.

أمام هذه الإشكالية يقترح المختصون حلا لضمان تقدير قريب من الدقة والموضوعية يتمثل في استخدام مقياسين معا، عام ومتخصص. (Fischer,2002)

5-1-5. حسب نمط القياس:

بمعنى أن كل وسائل القياس ترتكز على عناصر نوعية الحياة وفق عمليات إحصائية وحسابية مطبقة للقياسات التي تقوم مختلف الوسائل، هذه الأخيرة إسمية، رتيبة، قياسات فروق أو نسب.

(Fischer,2002)

5-2. أنواع التقديرات:

5-2-1. القياسات الجنيصة لنوعية الحياة:

قائمة هذه القياسات طويلة (Leplège (1999 و Nordenfelt (1999، الكثير من الباحثين يستخدمون مفاهيم وأسماء مطاطة ومرنة، فمقياس تقدير نوعية الوجود أو الصحة أو ما يسمى مقياس تقدير نوعية الحياة أو العكس، لذا لا ينبغي الثقة في اسم الوسيلة لكن في الأبعاد والميادين التي تقيسها، فبعضها يخص نوعية الحياة الشمولية وآخر نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، تحديدا هي تختص بتقدير عواقب وأثار الحالة الصحية على نوعية الحياة وليس نوعية الحياة بصفاتها الشمولية. هي عامة وجنيصة لأن المحاور مصاغة بشكل ومصطلحات عامة ملائمة لأفواج وجماعات مختلفة، معظم هذه التقديرات عبارة عن تقييم ذاتي خاص بنوعية حياة ذاتية مقدرة من قبل الفرد (Schweitzer, 2002).

5-2-1-1. الـ MOS- SF- 36 لتقدير نوعية الحياة، الشكل المختصر:

هو أحد أشهر هذه المقاييس، وهو وسيلة التقدير في هذا البحث، لما يتميز به من الصدق والثبات، لعدد محاوره المضبوطة وكذا عدد الأسئلة لملائم، يمكن تطبيقه على جميع فئات المرضى، يعد أحد مشاريع الـ IQOLA، الهيئة الدولية لنوعية الحياة.

5-2-1-2. مقياس نوعية الحياة للمنظمة العالمية للصحة:

وسيلة موجهة للاستخدام عالميا، تدخل ضمن مشروع طموح للمنظمة العالمية للصحة (OMS) الهادف إلى بناء وسيلة تقدير تأخذ بعين الاعتبار تباين الثقافات (العوامل الخاصة لنوعية الحياة) وإمكانية المقارنات عالميا.

يتكون الـ WHOQOL من 100 بند أو سؤال، وهو الشكل المفصل وآخر مختصر من 26 بندا، تم إعدادها وتكييفها في 15 دولة بإشراف المنظمة نفسها .

(Leplège et al (2000) ; McDowell (2006) ; OMS (1997) ; Quemada (1995))

يسمح المقياس في نسخته المطولة بتقدير 6 ميادين لنوعية الحياة وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، الاستقلالية، العلاقات الاجتماعية، المحيط والجانب الروحي. أما النسخة المختصرة فتقيس أربعة ميادين أو أبعاد وهي: الصحة الجسمية، الصحة النفسية، العلاقات الاجتماعية، والمحيط وهي نسخة تتسم بجودة وخصائص سيكومترية مرضية.

أما النسخة الفرنسية المعدة من طرف (Leplège et al, 2000) فتم تطبيقها على عينة من 2012 فردا يعانون من مرض عصبي - عضلي، تتسم بحساسية مميزة، إنها السلم الأكثر أهمية في الوقت الحالي لحساسيته وصدقه العالي ولعدم كلفة تطبيقه، تمت ترجمته لـ 20 لغة مختلفة، علما أن هناك بنودا إضافية بصدد الإضافة وهي تخص أمراض معينة. يستخدم المقياس بنسخته المختصرة في ميادين طبية عديدة، الممارسة الطبية، البحث، تقدير وتقييم العلاجات واختيار بعض الأدوية والعلاجات .. إلخ، في علم نفس الصحة لتقدير نوعية الحياة كمياري يمكن التنبؤ به. ينبغي الإشارة أخيرا إلى وجود العديد من المقاييس الجنيصة لتقدير نوعية الحياة تتمتع بصدق وثبات عاليين منها على سبيل المثال: SIP, IAD2, PQWS (Schweitzer, 2014).

5-2-2. مقاييس نوعية الحياة المتخصصة:

هي مقاييس تقدير أو قياس متخصصة، أعدت لتعريف وتحديد مجتمعات عيادية خاصة أو معينة بصفة دقيقة وحساسة (مرضى يعانون الألم، السرطان، القلب، الأرق، أو آلام المفاصل... إلخ)، تستخدم لتقدير أثر مرض ما بصفة دقيقة أو أثر طرق علاجية ما، وفقدانات أو تطور مرضي في إطار التسلسل الزمني (schweitzer, 2002).

هي تقديرات تسمح بالحصول على الفروق داخل نفس الفوج أو الجماعة، أي أفراد من نفس المرض فقط دون إمكانية مقارنتهم بمرضى آخرين يمكن ذكر الأمثلة التالية:

5-2-2-1. مقياس تقدير أثر داء المفاصل (L'AIMS): أي (Arthritis impact measurement)، أعد من طرف مركز أبحاث جامعة بوسطن (Meenan et al, 1982).

تكون المقياس في البداية من 57 بندا تجتمع في 9 أبعاد أو محاور وهي: الحركة، النشاط الجسمي، النشاطات اليومية، الأعراض، الصحة المدركة الشمولية، الانزعاج الوظيفي، شدة الألم.. إلخ.

تطبيق المقياس تم على عينة مكونة من 625 مفحوص، مما مكن الباحثين من تحسين المقياس واقتراح نسخة ثانية (L'AIMS R.2)، في شكلها المطول، لتضم النسخة الجديدة 78 بندا و12 بعد، وهي النسخة المعدلة والمراجعة (L'AIMS R.2) التي صدرت عام 1995.

الفرنسيون كيفوا النسخة بالتطبيق على عينة من مرضى التهاب المفاصل (Guillemin, 1997) وقد قدموا نسخة أي سلم أثر داء المفاصل الروماتيزمي (L'EMIR) المكون من 26 سؤالاً أو بند، يسمح بتقدير جملة من الأبعاد الصادقة الثابتة ممثلة في: الحالة الجسمية، النفسية، الاجتماعية، المهنية والأعراض. استخدم L'EMIR للتقدير الذاتي لنوعية الحياة لتقديرات بيوطبية وعيادية، تقدير الحالة الوظيفية لدى 60 فرنسياً، ذكورا تلقوا متابعة طبية لمدة سنتين، التحليل العاملي للعناصر عند نهاية العلاج مكن من تحديد عنصرين هامين مفادها: تقدير جيد نوعية الحياة الجسمية التي تضم المؤشرات الموضوعية المدركة، ونوعية عالية للحياة النفسية أي البعد النفسي (Schweitzer, 2014).

5-2-2-2. مقياس قياس نوعية الحياة لدى السرطانيين (QLQ-C30):

مقياس أعدته الـ (EROTEC)، المنظمة الأوروبية للبحث وعلاج سرطانات الرئة (Aron et al 1993) تم تكييفه وتعديله فيما يشمل بقية أنواع السرطانات.

يتكون المقياس من 30 سؤالاً، مقسمة على تسع أبعاد أو محاور تخص نوعية وهي: الحياة الجسمية، التحديدات في النشاط والحركة، الحالة المعرفية، الحالة الانفعالية، الحالات الاجتماعية،

الغثيان، التعب، الألم والحالة الصحية العامة، التحليل الذي تم بتطبيق المقياس على 500 حالة سرطان أكد ثبات وتوازن وصدق السلم.

طبق الاختبار في فرنسا على 75 امرأة مصابة بسرطان متطور بعد متابعة طبية دامت سنتين، أين تم تقدير نوعية الحياة بواسطة مؤشرات ذاتية وأخرى غيرية (موضوعية)، التحليل العاملي للنتائج سمح بعزل عنصرين أساسيين: أحدهما موضوعي يخص المعطيات البيوطبية وآخر ذاتي يخص المؤشرات المقدرة ذاتيا (Cousson, 1987).

بقي أن نشير أن المقاييس المخصصة عديدة وتعرف الآن انتشارا واهتماما بالغين منها ما تم اعتماده كمقياس بروفيل السكريين (DHP 32)، المتكون من 32 سؤالا ويضم 3 أبعاد، سلم (N H P) الخاص بمرضى السيدا وسلم الـ (GLAUQOL) الخاص بمرض الغلوكوم، بعض المقاييس ما تزال قيد البحث والقياس من حيث الصدق والثبات. (Schweitzer, 2002)

6- نوعية الحياة المتعلقة بمرضى التصلب المتعدد:

أن مرض التصلب المتعدد مرض مزمن يحد من الأمل في العيش l'espérance de vie وهو مرض ذي اثر هام وجذري في حياة الشخص المصاب فهو يؤثر في استقلالية الفرد وعاداته اليومية وسلوكاته في العمل وفي المحيط العائلي و الاجتماعي ، وفي نوعية حياة الأشخاص المحيطين بهم . عموما تأثير التصلب المتعدد على الأشخاص المصابين هام جدا ويظهر مع التشخيص و بدايات المرض. وتفسيرات عديدة ممكن أن تسند للدرجات المنخفضة لنوعية الحياة للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد ابتداء من الملاحظات في السنوات الأولى من الإصابة مع الرغم انه في هذه المرحلة التأثير لا يكون كبيرا بالنسبة لاستقلالية الجسمية – الحركية ، ولهذا فان نوعية الحياة ترتبط مع المعوقات الناجمة عن الإصابة في الحياة اليومية .

حسب Rothwell et al (1994)، الصحة العقلية والصحة العامة والنشاط هي ابعاد نوعية الحياة الأكثر تأثراً بالنسبة للمجتمع عامة، ودراسة Vernay et coll (2000) توصلت انه عامة تأثير المرض على نوعية الحياة كان هاما جدا ، الباحثين وجدوا أن الأبعاد الأكثر تأثراً وتدهورا هي النشاط الجسمي، محدودية الحالة الجسمية و الرضا الجنسي، في هذه الدراسة الرفاهية الانفعالية، الدعم الاجتماعي، الألم والنشاطات المعرفية كانت اقل تضررا.

ورأى Nicoll et al (2001) أن نوعية الحياة متدهورة جدا عند 96 مصاب بالتصلب المتعدد خاصة فيما يخص البعد الجسمي. عموما نوعية الحياة للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد كانت متدهورة جدا مقارنة بعامة المجتمع والمرضى الآخرين. (Coupè, 2010)

كما قام Mc Cabe et Mc Kern (2002) بمقارنة نوعية الحياة ل 291 مصاب بالتصلب المتعدد و 381 فرد من المجتمع عامة، كان الهدف الأساسي من هذا البحث دراسة تأثير التصلب المتعدد على نوعية الحياة الذاتية والموضوعية للمرضى المصابين بهدف بناء برامج لمساعدتهم على التعامل الأمثل مع المرض ومعوقاته. ووجد الباحثون أن مستوى نوعية الحياة (الذاتية والموضوعية) كان متدهورا جدا بالنسبة للمجتمع عامة والأبعاد الأساسية كانت نفسية وجسمية.

أما البحث الذي قام به Miller et Dishon (2006) وجد فروق معتبرة بين المجموعتين وخاصة في البعد الجسمي أكثر من البعد النفسي بالنسبة لنوعية الحياة، فرق بحث أخرى وجدت نفس النتائج فيما يخص التصلب المتعدد الحميد (la forme bénigne) وبمدة مرض قصيرة. (Gottenberg et al, 2007).

في مجتمع يضم 135 مصاب بالتصلب المتعدد أوضحت دراسة ل Montel et Bungener (2007) إن نوعية الحياة تتأثر فقط في الأبعاد الجسمية ولا تتأثر في الأبعاد النفس-اجتماعية.

لاحظ Dulovic et al (2007) ان النتائج المتحصل عليها في سلالمة نوعية الحياة SF-36 للمصابين بالتصلب تكون منخفضة مقارنة مع المصابين بداء السكري نوع II فيما يخص أبعاد التوظيف الجسمي والبعد الاجتماعي وتفسر هذه النتائج بان داء السكري تنجم عنه معوقات اقل فيما يخص البعد الجسمي والتأثر يكون في مراحل متقدمة من الإصابة بداء السكري.

يرتبط النشاط الجسمي في معظم الأحيان بتحسين في نوعية الحياة فيما يخص التصلب المتعدد (Motl et Gosney, 2008) وهناك عوامل تؤثر في نوعية الحياة بصفة غير مباشرة وهي النشاط الجسمي (Motl et al, 2006 ; Motl et Snook, 2008).

درس Motl et al (2009) المتغيرات التي يمكن أن تفسر العلاقة بين النشاط الجسمي ونوعية الحياة لعينة تضم 292 مصاب بالتصلب، بالإضافة إلى نوعية الحياة والنشاط الجسمي تطرق الباحثون إلى التعب، الإعاقة، التعب، المزاج، الألم، الفعالية الذاتية والدعم الاجتماعي وأظهرت النتائج أن المصابين الذين يمارسون نشاطات جسمية كانت لديهم نتائج منخفضة فيما يخص الإعاقة والاكنتاب والتعب والألم، ونتائج مرتفعة في الدعم الاجتماعي والفعالية الذاتية والنشاط الجسمي الدائم، وبالتالي هؤلاء المرضى يتمتعون بنوعية حياة جيدة، وكننتيجة النشاط الجسمي له تأثير غير مباشر على نوعية الحياة.

(Chahraoui et al, 2010) أجريت تقييما لنوعية الحياة الذاتية لدى 61 مصاب بالتصلب المتعدد بالأخذ بعين الاعتبار مؤشرات الرضا والضرورة لمختلف مجالات الحياة.

بروفيل نوعية الحياة الذاتي (PQDVS) يظهر أن التعب والألم مؤثران مدركان من طرف المصابين بعدم الرضا ووجد الباحثين أيضا مستويات منخفضة جدا فيما يخص الأبعاد النفسية

(تركيز، تفكير، تقدير الذات، المعاش النفسي والقدرات المعرفية والفكرية) وكذلك الأبعاد الاجتماعية (العلاقات مع الأفراد، الأصدقاء الحياة المهنية) والبعد الجسمي (الصحة الجسمية، التنقل، الحياة الجنسية) (Coupé, 2010).

والمصابين بالتصلب المتعدد يعبرون عن الرضا فيما يخص الفريق العلاجي من حيث المعلومات والنصائح المقدمة في مجال العلاج والدعم الاجتماعي والعائلي والحياة الزوجية والعلاقات مع المقربين. وهذه المجالات تدرك من طرف المصابين بأنها أكثر ضرورة بالإضافة إلى الحياة المهنية والمجال الجسمي. لا يوجد فرق بين النساء والرجال فيما يخص الرضا عامة المرتبط بنوعية الحياة الذاتية ولكن عدم الرضا كان مرتبط بالتعب بالنسبة للنساء والحياة الزوجية بالنسبة للرجال.

لاحظ الباحثون (Charaoui et al,2010) إن المصابين المعبرين بعدم الرضا كانوا يتميزون بدرجات قلق معتبرة واكتئاب والدراسات تعبر عن علاقة بين درجة الإعاقة ونوعية الحياة، وأخيرا المصابين الذين يحافظون على العمل يمثلون درجات رضا مرتفعة وبالتالي يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة.

(Coupé,2010).

6- نوعية الحياة وأبعاد الشخصية:

قام Kramp et al (2008) بدراسة طولية لـ 31 مصاب بالتصلب المتعدد لمعرفة العلاقة بين مؤشرات الشخصية وتطور مرض التصلب المتعدد ولاحظ الباحثين ان نوعية الحياة تتدهور كلما كانت خطورة في الاعراض وقصور عصبي والمصابين الذين تحصلوا على نتائج مرتفعة فيما يخص بعد الشخصية يتمتعون بنوعية حياة مرتفعة رغم طول مدة المرض في بداية الدراسة لكن بدات النتائج تتدهور مع الوقت بالنسبة للمصابين ذوي درجات منخفضة في بعد الشخصية . فالنتائج اظهرت ان بعد الشخصية له تاثير على نوعية الحياة للمصابين بالتصلب المتعدد.(Coupé,2010).

7-نوعية الحياة والاضطرابات المعرفية:

المصابين الذين يعانون باضطرابات في المجال المعرفي ولو اضطرابات طفيفة ،في معظم الاحيان يتخلون عن العمل وعن النشاطات الترفيهية ويشكون من الاعراض الجسمية والنفسية اكثر من المصابين

الذين لا يعانون من اضطرابات معرفية، لكن مستوى الاعاقة ودرجة تطور المرض نفسها حسب (Rao et al, 1991).

ودراسة Amato et al (2001) بينت ان القصور المعرفي يؤدي الى محدودية في مجال العلاقات الاجتماعية و النشاطات المهنية، وحسب Castro et al (2002) وجود اضطرابات معرفية له عواقب مهمة على نوعية حياة المصابين ، والاضطراب المعرفي له مؤشر هام عن نوعية حياة متدهورة، وغياب نشاط مهني، وعن حصر نفسي لاقارب المصابين بالتصلب المتعدد حسب (Benedict et al, 2004). يرى Buchanan et al (2005) ان الاضطرابات المعرفية لها تأثير سلبي على نشاطات الحياة اليومية وعلى نوعية حياة المصابين بالتصلب المتعدد لانهم يظهرون اضطرابات خطيرة وتبعية تامة للاقارب وعدم قدرتهم على اتخاذ قرارات. (Coupe, 2010).

8- نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة:

يعد التفاؤل مؤشر تنبؤ هام فيما يخص التعامل والتوظيف السيكولوجي للمصابين بالتصلب المتعدد فالمصابين الاكثر تفاؤلا هم الاكثر تعامل وتكيف (De Ridder et al, 2000)، ومن جهة اخرى يرى الباحثون ان التفاؤل يصاحبه استعمال استراتيجيات تجنبية التي ترتبط بالتكيف. حسب Mc Cabe et Mc Kern (2002) كل استراتيجيات التعامل سواء كانت نشطة او سلبية تمثل مؤشرات تنبؤية هامة لنوعية الحياة المصابين بالتصلب المتعدد، وفي دراسة حديثة (2009) حول علاقة نوعية الحياة باستراتيجيات التعامل لمدة سنتين لعينة من 382 مصاب بالتصلب المتعدد بالمقارنة مع مجموعة من الاصحاء، مجموعة المصابين اظهرت نتائج منخفضة في نوعية الحياة العامة، الاستقلالية، نوعية الحياة الاجتماعية والروحية وكذلك نتائج منخفضة في استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال. ومنه نوعية الحياة للمصابين بالتصلب المتعدد يتمتعون بنوعية الحياة مرتفعة مقارنة مع المجموعة الضابطة ومع الوقت اظهر المصابين

بالنضلب المتعدد ارتفاع في نوعية الحياة العامة واستعمال احسن لاستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الدعم الاجتماعي وحول الانفعال.(Coupè ,2010).

خلاصة الفصل:

عرفت منظمة الصحة العالمية نوعية الحياة على انها :”تصور الفرد لمكانته في الحياة وذلك في سياق الثقافة ونظام القيم الذي يعيش فيه ،والتي تكون مرتبطة باهدافه،ونوقعاته ومعايير ومخاوفه.

ومفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع الاستعمال،فهو يستخدم في العديد من التخصصات العلمية،وقد برز هذا المفهوم بشكل كبير في المجال الصحي،حيث يدمج هذا المجال جوانب موضوعية،وذاقية. وعليه فان نوعية الحياة المتعلقة بالصحة تهتم بالصحة الجسمية والنفسية والعلاقات الاجتماعية والعلاقات مع البيئة.

وهذا ما يحدد المجالات التي يهتم بها هذا المفهوم وهي على العموم: الوظائف الجسمية،الصحة العامة،الوظائف الاجتماعية،الصحة النفسية،الدور الانفعالي.

ونظرا لاهمية هذا المفهوم في المجال الصحي،وهو نفس الهدف الذي تسعى اليه الباحثة من خلال هذه الدراسة.

الجانِب التَطْبِيقِي

الفصل السادس:

الإجراءات المنهجية

تمهيد:

نتطرق في هذا الفصل إلى الإجراءات الميدانية للبحث مع تذكير بالمنهج المتبع و عينة البحث وكذا أدوات جمع البيانات و دراسة خصائصها السيكمترية من خلال الدراسة الاستطلاعية و انتهينا بالأساليب الإحصائية المستعملة لعرض النتائج.

1. حدود الدراسة :

زمنيا تسجل هذه الدراسة كإحدى الدراسات في علم النفس الصحة في مرحلة تعرف توجهات حديثة على مستوى الهيئات الدولية وعلى رأسها المنظمة العالمية للصحة تركيزا واهتماما بالأمراض المزمنة ومن بينها مرض التصلب المتعدد كمرض مزمن مسبب في إعاقات ولا يعرف ماله pronostic ويهدف الأخصائيون إلى الحد من معوقات المرض و المساهمة في تأجيل الأعراض المصاحبة للمرض وتطوره. والجزائر كدولة معنية تسعى لمواجهة الداء وضمان تكفل أحسن عبر تجهيز أقسام طب الأعصاب بالآلات وتجهيزات تسمح بالتكفل العام بالمرضى المصابين. وضمن هذا الإطار أضحى موضوع نوعية الحياة لدى المرضى احد اهتمامات المختصين عالميا وان الألوان أن يحظى باهتمام المختصين في الجزائر.

ضمن هذا الإطار يسجل البحث خلال فترة الدكتوراه بدءا بجمع المصادر و المراجع والتريص الميداني خلال 3 سنوات .

جغرافيا اجري البحث في ولاية الجزائر لان التطبيق اجري في المستشفى الجامعي بين عكنون و على مستوى مصلحة طب الأعصاب.

2. منهج البحث:

تم الاعتماد في هذا البحث على المنهج الوصفي الذي يعد أحد مناهج البحث العلمي والذي يهدف إما إلى رصد ظاهرة أو موضوع محدد بهدف فهم مضمونها أو مضمونه أو قد يكون هدفه الأساسي تقويم وضع معين لأغراض عملية.

وما يميز المنهج الوصفي عنايته برصد الحقائق المتعلقة بالظاهرة موضوع البحث رصدًا واقعيًا دقيقًا. وتعود أهمية هذا المنهج إلى أن الوصف يمثل ركنا أساسيا في البحث العلمي وذلك بجمع المعلومات والبيانات وتحليلها وتفسيرها بغية الإجابة على الأسئلة التي يطرحها الباحث وإيجاد الحلول للمشكلة التي تعترضه. (بوحفص، 2011).

ويعتمد المنهج الوصفي في الحصول على البيانات الخاصة بالظواهر والموضوعات التي يدرسها على الأدوات التي تساعد على جمعها وتصنيفها واستخلاص النتائج منها. فهو يعتمد على الملاحظة الدقيقة للواقع عن طريق استمارات الملاحظة، كما يعتمد على الاستبيانات والمقابلة الشخصية والاختبارات بأنواعها. وهو يستخدم هذه الأدوات حسب طبيعة البحث، فما يصلح لأحد البحوث قد لا يصلح لبحث آخر. وفي جميع الأحوال يكون الغرض من استخدام هذه الأدوات هو جمع البيانات حول هذه الظاهرة موضوع الدراسة كما هي موجودة أو كما يعبر عنها الأفراد الذين يعيشونها أو يمثلونها لإعطاء أدق وصف لها وللعوامل المؤثرة فيها. (العيسوي، 1996).

إضافة إلى ما سبق يمكن القول أن البحث الوصفي يجب أن يخضع للأسلوب العلمي في جمع البيانات والحقائق ووصف الظاهرة، وذلك بتحديد مجموعة من الخطوات التي يجب إتباعها في أي بحث من البحوث العلمية، هي كما يلي:

- أهمية الحاجة إلى حل هذه المشكلة.
 - صياغة الأهداف .
 - وضع فرضيات البحث والتساؤلات العلمية.
 - اختيار عينة البحث المناسبة.
 - اختيار أساليب جمع أو إعدادها وتقنياتها .
 - وضع قواعد لتصنيف البيانات تتسم بالدقة.
 - وصف النتائج وتحليلها وتفسيرها في عبارات واضحة ومحددة، في محاولة لاستخلاص تعميمات تؤدي إلى تقدم المعرفة، ووضع الحلول المناسبة للمشكلة موضوع الدراسة.(عوض ، 2002).
- وقصد الإجابة على السؤال المطروح في إشكالية البحث، وتوضيح العلاقة الموجودة بين متغيرات البحث فإننا اتبعنا " المنهج الوصفي"، كون أن أغلبية العلماء أجمعوا على اعتباره منهجا يهدف إلى وصف الظاهرة محل الدراسة، وتشخيصها وإلقاء الضوء على جوانبها المختلفة وجمع البيانات اللازمة عنها، مع فهمها وتحليلها من أجل الوصول إلى العوامل المتصلة بظواهر الحياة، أي الكشف عن الحقائق الراهنة التي تتعلق بالظاهرة مع تسجيل دلالتها وتصنيفها، وكشف ارتباطها بمتغيرات أخرى.(بركات،1997).
- في البحث الحالي تم الاعتماد على المنهج الوصفي للربط بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي ونوعية الحياة ، ومعرفة دور استراتيجيات المواجهة كمتغير وسيط في العلاقة ما بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد .

3. الدراسة الاستطلاعية:

توجهت الباحثة في بداية البحث إلى مستشفى بن عكنون مصلحة طب الأعصاب أين تم توزيع عدد من المقاييس على المصابين بالتصلب المتعدد، وهذا بعد الإلمام بالجانب النظري وتنظيم المقاييس المحددة للدراسة.

1.3. الهدف من إجراء الدراسة الاستطلاعية:

✓ التقرب أكثر من العينة والتعرف على المتغيرات الدخيلة التي يمكن ان تؤثر في نتائج البحث.

✓ تطبيق المقاييس على أفراد العينة للتعرف على مدى وضوح العبارات الواردة في البنود والتعليمية والمعاني الواردة.

✓ تحديد معايير وخصائص العينة الأصلية

✓ التحقق من الخصائص السيكومترية للمقاييس، من خلال حساب صدق وثبات كل المقاييس وهذا لضمان دقة النتائج على عينة الدراسة.

وأهم ما جاء في الدراسة الاستطلاعية هو تحديد أدوات الدراسة بدقة، إذ هناك العديد من المقاييس والاستبيانات التي تقيس متغيرات الدراسة، ولكل منها أغراض وأساليب معينة، وفي الأخير تم اختيار الأدوات التي تخدم الدراسة الحالية:

*مقياس الصلابة النفسية من إعداد : عماد مخيمر(2002)

*مقياس الذكاء الانفعالي من إعداد : سكوت وآخرون(2004) وتعريب نبيل محمد زايد(2010).

*مقياس استراتيجيات المواجهة من إعداد: كوسون وآخرون(1996) وتعريب عزوز أسمهان(2009)

*مقياس نوعية الحياة WHOQOL من إعداد : منظمة الصحة العالمية (OMS)، (1996) الصورة المختصرة، وتعريب بشرى إسماعيل احمد(2008).

نظرا لتوفر المقاييس باللغة العربية فقد تم حساب الصدق اعتمادا معامل الاتساق الداخلي للبند ومعامل الفاكرونباخ والثبات اعتمادا على التجزئة النصفية، الفا كرونباخ ومعامل جوتمان.

ولكي نختبر مدى جاهزية أدوات الدراسة وسلامتها والتأكد من فهم مفرداتها وطريقة صياغتها، وكذلك التأكد من خصائصها السيكومترية، تم تطبيق مجموعة من المقاييس (كما هي مبينة في قائمة الملاحق (5-1)) على عينة استطلاعية، فالغرض من العينة الاستطلاعية هو القيام ببحث مصغر في الميدان يمكن الباحث من التعرف على مجتمع البحث وضبط عينة الدراسة، واسلوب اختيارها، وكذلك التأكد من سلامة المقاييس المستعملة لجمع المعلومات والبيانات حول العينة محل الدراسة، وبالتالي فالدراسة الاستطلاعية توفر الوقت والجهد للتأكد من صحة صياغة الفرضيات والمعوقات التي قد تصادف الدراسة الاصلية.

واهم ما جاء في الدراسة الاستطلاعية هو تحديد ادوات الدراسة بدقة، اذ هناك العديد من المقاييس التي تقيس متغيرات الدراسة، ولكل منها اهداف واساليب معينة، وتناول نظري معين. وفي الاخير تم حصر الدراسة الاستطلاعية في عينة أولى مكونة من 40 مصاب بالتصلب المتعدد من الجنسين في مصلحة طب الأعصاب لمستشفى بن عكنون، كل المصابين بالغين سن الرشد بما أن المرض يتم تشخيصه في سن الرشد أي 20 سنة فما فوق، وتم اختيار الادوات التي تستخدم في الدراسة الحالية.

نظرا لتوفر المقاييس باللغة العربية والمتمثلة في:

*مقياس الصلابة النفسية الملحق رقم -2-

*مقياس الذكاء الانفعالي الملحق رقم -3-

*مقياس استراتيجيات المواجهة الملحق رقم -4-

*مقياس نوعية الحياة الملحق رقم -5-

وتميزت التعليمات والعبارات والبنود بالوضوح ولقت قابلية من طرف عينة البحث فالغرض من المقابلة يتمثل في عرض الهدف العلمي للبحث على المصابين بالتصلب المتعدد (العينة) وشرح بكل شفافية على اهمية الاجابة بكل حرية وتلقائية وموضوعية على اسئلة المقاييس وهذا مع ضمان السرية التامة، ثم التأكد من الفهم السليم للتعليمات وبنود المقاييس وكيفية الاجابة، وهذا لجمع المعلومات باكثر دقة وموضوعية ممكنة حول الادوات وظروف التطبيق.

اجراء المقابلة كان فرديا في معظم الاحيان وهذا لانه كان يجرى في قاعة الفحص او غرفة الاستشفاء، في مصلحة طب الاعصاب بمستشفى بن عكنون، ففي البداية تعرف الباحثة بنفسها وبهدف تواجدتها في قاعة الفحص مع الطبيب المسؤول عن حصة الفحص ،ثم تسليم بطارية المقاييس للمصابين ليتسنى لهم الاجابة بكل تلقائية وراحة .

وعلى ضوء هذه الملاحظات تم الانتقال بعد تمرير المقاييس الى الاجراءات الاحصائية التي تمثلت في حساب والتأكد من صدق وثبات المقاييس.

وكخلاصة للدراسة الاستطلاعية فانه تم القيام ببعض التعديلات على الفرضيات الرئيسية، فبعدما كانت تتمحور حول العلاقات الخطية البسيطة بين متغيرات الدراسة ،وباستعمال المنهج الوصفي تم الانتقال الى دراسة الارتباطات وتفاعلها مع وعلى بعضها ودور بعض المتغيرات الوسيطة كما جاء في الدراسة

الحالية فيما يخص متغير استراتيجيات المواجهة والدور التنبؤي الذي تلعبه الصلابة النفسية بالنسبة لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

4. مقاييس الدراسة:

1.4. مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2002):

وهي أداة تعطى تقديرا كميا لصلابة الفرد النفسية ويمكن تعريفها كالتالي:

هي اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية ضغوطات الحياة، والأداة مكونة من 47 عبارة تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد وتقع الإجابة على المقياس في ثلاث بدائل (دائما - أحيانا - أبدا).

وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة بمعنى إذا كانت الإجابة (تنطبق دائما 3 - إذا كانت تنطبق أحيانا 2- إذا كانت لا تنطبق أبدا 1)

يتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين 47 إلى 141 درجة حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية وللتقليل من الميل لاتخاذ نمط ثابت للاستجابات.

تم وضع بعض العبارات في عكس اتجاه العبارات الأخرى ، وتشير العبارات المعكوسة إلى الجانب السلبي للصلابة وبالتالي فإن مثل هذه العبارات ينبغي أن تصحح في الاتجاه العكسي بمعنى أن هذه العبارات تصحح كالتالي:

(تنطبق دائما 1- تنطبق أحيانا 2- لا تنطبق أبدا 3).

وبلغ عدد العبارات التي يجب أن توضع لها الدرجة المعكوسة

15 عبارة أي 31 % من مجموع عبارات الاستبيان و التي تتمثل في البنود التالية:

(7 ، 11 ، 16 ، 21 ، 23 ، 25 ، 28 ، 32 ، 35 ، 36 ، 37 ، 38 ، 42 ، 46 ، 47).

2.1.4. ثبات وصدق المقياس حسب معد المقياس: (مخير)

*الثبات تحقق منه بطريقتين هما:

*طريقة الاتساق الداخلي: حيث تراوح ما بين 0.60 - 0.82 للإبعاد والدرجة الكلية.

*طريقة الفاكرونباخ: حيث تراوح ما بين 0.69 - 0.76 .

تم إيجاد معامل الاتساق الداخلي للعبارات من خلال:

1- حساب معامل الارتباط بين درجة كل مفردة ومجموع درجات البعد الذي تنتمي إليه.

2- حساب معامل الارتباط بين درجة كل بعد وبين المجموع الكلي لدرجات المقياس.

وذلك من أجل إيجاد التجانس الداخلي للمقياس ولإيجاد هذه الارتباطات تم استخدام معادلة بيرسون

لحساب معامل الارتباط ، وتعود أهمية استخدام معادلة بيرسون إلى أنها تعتمد مباشرة على حسابها على

الدرجة الخامسة ومربعات هذه الدرجة ، فضلا عن دقتها وسرعتها وقد وجد ارتباط بين درجة كل مفردة

ودرجة البعد الذي تنتمي إليه ، وكذلك درجة كل بعد والدرجة الكلية للاستبيان وجميعها دالة عند مستوى

0.05 ومستوى 0.01

3- معامل ألفا: استخدم معامل ألفا لكرونباخ لحساب ثبات الاستبيان ، ومعامل ألفا

أداه إحصائية حساسة لأخطاء العينة والقياس يتم بها حساب اتساق وتجانس المقياس الواحد ، يشير

ارتفاع معامل ألفا إلى أن مفردات المقياس الواحد تعبر عن مضمون واحد ، كما أن معامل ألفا

يعطي الحد الأدنى لمعامل الثبات ، ومن ثم فارتفاع معامل ألفا يعطي دلالة واضحة على أن

مفردات الاختبار متجانسة.

*الصدق تحقق منه بطريقتين:

*الصدق الظاهري أو صدق المحكمين:

*الصدق التلازمي: حيث حسب الارتباط بين درجات أفراد العينة على المقياس ودرجاتهم على

مقياس قوة الأنا فبلغ 0.75 وحسب درجات أفراد العينة على المقياس ودرجاتهم على مقياس بيك

للاكتئاب فبلغ 0.63 .

3.1.4. الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

*صدق التجانس الداخلي: ويتمثل في حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس فيما بينها وبين

أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

وفيما يلي نتائج معاملات الارتباط.

جدول رقم (2): معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية

الأبعاد	الالتزام	التحكم	التحدي	الصلابة النفسية
الالتزام	1			
التحكم	0.50 **	1		
التحدي	0.45 **	0.62 **	1	
الصلابة النفسية	0.83 **	0.81 **	0.81 **	1

** الدلالة الإحصائية عند 0.01

يتضح من خلال الجدول (2) أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس فيما بينها كانت مرتفعة ودالة، كما أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية كانت كلها ذات دلالة إحصائية عند 0.01 بحيث تراوحت قيم معاملات الارتباط 0.81 و 0.83. وهذا يشير إلى صدق البنود لمقياس ما وضعت لمقياسه.

4.1.4. حساب درجات ثبات مقياس صلابة النفسية:

***الاتساق الداخلي عن طريق ألفا لكرونباخ, internal consistency Method,**

Cronbach's alpha

تم حساب درجات ثبات المقياس باستعمال معادلة ألفا لكرونباخ للاتساق الداخلي لأننا نريد معرفة مدى اتساق البنود لمقياس مفهوم الصلابة النفسية. كما أن عدد البدائل هو 4 بدائل وعليه نستطيع تطبيق طريقة ألفا لكرونباخ. وقد بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ لكل بنود المقياس 0.84 وهي تشير إلى درجة مرتفعة من الاتساق الداخلي للمقياس.

***ثبات التجزئة النصفية**

تم حساب درجات ثبات مقياس الصلابة النفسية باستخدام طريقة التجزئة النصفية على عينة استطلاعية قوامها 40 فرد. والجدول رقم (3) يبين معامل الثبات النصفى والمصحح باستخدام معادلة سبيرمان - براون.

جدول رقم (3): معامل الثبات لمقياس الصلابة النفسية بطريقة التجزئة النصفية

معامل الثبات النصفي	معامل الثبات المصحح	
0.73	0.84	الصلابة النفسية

نلاحظ من الجدول السابق أن معامل الثبات النصفي لمقياس الصلابة النفسية قد بلغ 0.73، كما أن

قيمة معامل الثبات المصحح بلغت 0.84 وهي مؤشر كافي لثبات المقياس.

2.4. مقياس الذكاء الانفعالي :

المقياس الذي تم تطبيقه في الدراسة الحالية هو المقياس الذي ابتكر في الأصل من قبل سكوت وآخرين Schutte et all (1998) والمعدل من قبل أوستين وزملائه Austin et all (2004) والذي تم تعريبه وتقنيته من قبل نبيل محمد زايد (2010)، والمقياس في نسخته الأصلية باللغة الانجليزية كان موضوعا تحت عنوان:

Modified Schutte Emotional Intelligence Scale وقد أبقى على نفس التسمية في

النسخة العربية. ونشير إلى أن المقياس في نسخته الأصلية قد طبق على فئات مختلفة مع العلم أن مقياس سكوت الأصلي قد قننه وأعدده للغة العربية نفس الباحث.

إن مقياس سكوت المعدل في نسخته الأصلية باللغة الانجليزية بني كما في المقياس الأصلي لسكوت (Schutte) على أساس الإطار النظري للذكاء الانفعالي كسمة (نبيل محمد زايد، 2010).

تتكون النسخة الأصلية المعدلة من 41 بند، بعد عكس 9 بنود من نسخة المقياس الذي أعده سكوت (Schutte, 1998) والتي كانت تتكون من 33 بنداً أضيفت لها 8 بنود جديدة، وفي الصورة العربية المعدلة تكون المقياس من 37 بنداً بعد حذف 4 بنود، وهو يقيس 04 عوامل هي:

عامل استخدام الانفعالات: اعرف متى اتكلم عن مشكلاتي الشخصية للآخرين، ابحث عن الأنشطة التي تجعلني سعيدا.

عامل تنظيم الانفعالات: ومن العبارات النموذجية المعبرة عنه: لا أتوقع عموما أن تحدث الأمور بشكل جيد، أجد صعوبة في ضبط انفعالاتي.

عامل تقدير الانفعالات: ومن العبارات النموذجية المعبرة عنه: لا أستطيع أحيانا تحديد مدى أهمية الشخص الذي أحاوره، أدرك الرسائل غير اللفظية التي أرسلها للآخرين.

عامل المهارات الانفعالية والاجتماعية: ومن العبارات النموذجية المعبرة عنه: اهتمامي قليل بالانطباع الذي اتركه لدى الآخرين، اشعر بالأحداث الهامة التي تحدث للناس وكأنها تخصني. وتتوزع بنود المقياس على العوامل الفرعية كما هي موضحة في الجدول الموالي:

العوامل	أرقام البنود	المجموع
استخدام الانفعالات	2-2-5-7-9-11-12-13- 15-18-26-27-33-34	14
تنظيم الانفعالات	3-10-14-21-23-24-25	07
تقدير الانفعالات	6-8-16-19-28-32-35	07
المهارات الانفعالية الاجتماعية	4-17-20-22-29-30- 31-36-37	09

جدول رقم: (4) يوضح توزيع البنود على العوامل الأربعة لمقياس الذكاء الانفعالي

2.2.4. مبررات اختيار المقياس:

لقد تم اختيار مقياس سكوت المعدل للذكاء الانفعالي لتطبيقه في الدراسة الحالية بناءً على مجموعة من المعطيات يمكن إجمالها في النقاط التالية:

* أنه مقياس-من ناحية بنائه-متوسط الطول لا يولد الملل لدى المبحوثين وتتميز عباراته بالوضوح مع العلم أن هناك جنوح في الدراسات الحديثة إلى تجنب المقاييس كثيرة البنود، بالإضافة إلى طبيعة أفراد العينة الذين هم مصابون بالتصلب المتعدد الذي يعد من الأمراض المزمنة والثقيلة بمعوقاتها المسببة لإعاقات كبيرة.

* إن المقياس مؤسس على الإطار النظري الذي ينظر إلى الذكاء الانفعالي كسمة (Trait model) وهو الإطار الذي تصب فيه الدراسة الحالية اعتباراً من أننا لانطلق من الإطار النظري الذي يركز على نموذج الذكاء الانفعالي كقدرة (Ability mode).

3.2.4. الخصائص السيكومترية للمقياس: لقد كانت معاملات الثبات الاعادة والاتساق الداخلي للمقياس في نسخته الأصلية باللغة الانجليزية بنفس التسمية (Modified Schutte Emotional Intelligence Scale) جيدة وأوضحت علاقة بالمقاييس الأخرى تطابقاً مع التوقعات النظرية، وكان الاتساق الداخلي للمقياس في إحدى الدراسات 0.85 وفي أخرى 0.87 (نبيل محمد زايد، 2010).

ومن ناحية العوامل تشابهت ثلاثة عوامل من أربعة في الصورة المعدلة مع الصورة الأصلية، وكان الاتساق الداخلي يتراوح بين 0.68 و 0.78 ولتحسين تعبير عامل استخدام الانفعالات تم إدخال بند إضافي خاص به فتحسن قيمته بالنسبة لمعامل الثبات من 0.57 إلى 0.68 في الصورة الأجنبية المعدلة، وفي الصورة العربية كانت معاملات الثبات على النحو التالي:

العوامل	معاملات الثبات
استخدام الانفعالات	0.75
تنظيم الانفعالات	0.62
تقدير الانفعالات	0.58
المهارات الانفعالية والاجتماعية	0.51

جدول رقم (5): يوضح معاملات الثبات للعوامل الأربعة لمقياس الذكاء الانفعالي

وفيما يتعلق بالصدق فقد كومت تلك العوامل عاملا واحدا بالتحليل العاملي بنسبة تباين 46.42%

وبتشعبات على النحو التالي:

العوامل	معاملات الصدق
استخدام الانفعالات	0.67
تنظيم الانفعالات	0.68
تقدير الانفعالات	0.65
المهارات الانفعالية والاجتماعية	0.72

جدول رقم (6): يوضح معاملات الصدق للعوامل الأربعة لمقياس الذكاء الانفعالي

4.2.4. الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

*صدق مقياس الذكاء الانفعالي في الدراسة الحالية:

عمدنا بالنسبة للتأكد من صدق مقياس الذكاء الانفعالي وثباته في الدراسة الحالية إلى نفس الطرق التي تعاملنا بها مع مقياس استراتيجيات المواجهة، أي إلى طريقة الصدق التمييزي وصدق التجانس الداخلي لعوامل المقياس الأربعة المتمثلة في استخدام الانفعالات، تنظيم الانفعالات، تقدير الانفعالات، والمهارات الانفعالية والاجتماعية. وذلك عن طريق حساب معامل الارتباط بين كل عامل من عوامل المقياس والمقياس ككل.

• الصدق التمييزي:

ويتم وفق المراحل التالية:

- ترتيب الدرجة الكلية للأفراد من الأصغر إلى الأكبر.
- تحديد عدد الأفراد لكل مجموعة طرفية والتي تمثل 27% من العدد الكلي للأفراد.
- حساب اختبار t للمقارنة الطرفية بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا.

جدول رقم (7): نتائج اختبار t في حالة مجموعتين مستقلتين ومتجانستين

المجموعات	حجم العينة	قيمة F المحسوبة	مستوى دلالة F	قيمة t المحسوبة	درجة الحرية	مستوى دلالة t
الدنيا	10	0,68	0,41	-2,06	18	0,05
العليا	10					

وبقراءة النتائج نجد أن قيمة F بلغت (0.68) بمستوى دلالة (0.41) مما يدل على أنها غير دالة أي يوجد تجانس بين المجموعتين مما يدفعنا إلى قراءة النتائج المقابلة لافتراض تساوي التباين، حيث بلغت قيمة t (-2.06) عند درجة حرية (18) ومستوى دلالة (0.05)، مما يجعلنا نرفض الفرض الصفري عند 0.05 أي أن الباحثة متأكدة بنسبة 95% بأن هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا، أي المقياس صادق في قياس ما وضع لقياسه أي التمييز بين أصحاب الذكاء الانفعالي المرتفع وأصحاب الذكاء الانفعالي المنخفض.

- **صدق التجانس الداخلي:** ويتمثل في حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

وفيما يلي نتائج معاملات الارتباط.

جدول رقم (8): معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية

الأبعاد	استخدام الانفعال	تقدير الانفعال	مهارات الانفعال	تنظيم الانفعال
الذكاء الانفعالي	** 0.68	** 0.61	** 0.42	** 0.44

** الدلالة الإحصائية عند 0.01

يتضح من خلال الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية لمقياس الذكاء الانفعالي كانت كلها ذات دلالة إحصائية عند 0.01 بحيث تراوحت قيم معاملات الارتباط 0.42 و 0.68. وهذا يشير إلى صدق البنود لقياس ما وضعت لقياسه.

5.2.4. حساب درجات ثبات مقياس الذكاء الانفعالي:

• الاتساق الداخلي عن طريق ألفا لكرونباخ, internal consistency Method,

Cronbach's alpha

تم حساب درجات ثبات المقياس باستعمال معادلة ألفا لكرونباخ للاتساق الداخلي لأننا نريد معرفة مدى اتساق البنود لقياس مفهوم الذكاء الانفعالي. كما أن عدد البدائل هو 5 بدائل وعليه نستطيع تطبيق طريقة ألفا لكرونباخ. وقد بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ لكل بنود المقياس 0.58 وهي تشير إلى درجة جيدة من الاتساق الداخلي للمقياس.

3.4. مقياس استراتيجيات المواجهة:

قام كل من Lazarus et Folkman 1982 بمقابلات عيادية وإحصاء مختلف الأساليب التي يستعملها الأفراد في التعامل مع مختلف الوضعيات في جميع الميادين ،توصل الباحثين إلى إيجاد تباين كبير في الاستراتيجيات المعتمدة انطلاقاً من نتائج التحليل العاملي المأخوذ من عينة كبيرة الحجم، تبين وجود نمطين من التعامل وهما:

-التعامل المركز حول الانفعال

-التعامل المركز حول المشكل

ويستعمل هذين النمطين في اغلب المواقف الضاغطة، إذ تتغير المستويات الخاصة بكل نمط حسب نوعية تقدير الموقف الضاغط.

وفي مقابل ذلك هناك أعمال لكل من Fletcher et Suls 1985 ،انطلاقاً من تحليل البحوث السابقة الخاصة بالواجهة والتي أجريت في الفترة ما بين 1960 و1985 وتوصل من خلالها الباحثان إلى شكلين من المواجهة وهما:

-المواجهة التجنبية (Coping évitant)

-المواجهة اليقظة (Coping vigilant)

وانطلاقاً من هذه الأعمال تم إنشاء سلاسل عديدة بهدف تقييم المواجهة حسب النمطين الموضوعين من طرف Lazarus et Folkman (1984)، من بينها :

The ways of coping (check list) لكل من Lazarus et Folkman (1984) يتألف من

64 بنداً، ولصدق هذا المقياس تم تطبيقه على 100 امرأة و48 رجل تتراوح أعمارهم ما بين 40 و65

سنة، وذلك كل شهر لمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة إلى نوع

الاستراتيجيات الأكثر استعمالاً لمواجهة ذلك الضغط، ويحتوي على ثمانية سلاسل فرعية تحتوي كل منها على عدة بنود حسب ما كشفت عنه نتائج التحليل العاملي:

حل المشكل، روح المقاومة وتقبل المواجهة، أخذ الاحتياطات أو تصغير التهديدات، إعادة التقييم الإيجابي، التأنيب الذاتي، الهروب أو التجنب، البحث عن الدعم الاجتماعي، التحكم في الذات.

النسخة المختصرة لهذا المقياس ل Vitaliano et al (1985):

حل المشكل، التأنيب الذاتي، إعادة التقييم الإيجابي، البحث عن الدعم الاجتماعي، التجنب.

وفي فرنسا تم تبني النسخة المختصرة ل WCC من قبل Vitaliano et al (1985) والتي كانت

أحسن من حيث الخصائص السيكومترية وذلك بالتحليل العاملي لاجابات 468 راشد فرنسي (247

امراة و 221 رجل) بمتوسط عمري 27 سنة من 42 بند تم عزل 3 عوامل واضحة:

- مواجهة مركزة على المشكل

- مواجهة مركزة على الانفعال

- مواجهة مركزة على البحث عن السند الاجتماعي

فقد كانت معاملات الثبات الداخلي أكثر رضا (0.71 إلى 0.82)، ومعاملات الصدق بقيت لمدة

أسبوع فاصل على التوالي (0.75، 0.84، 0.90).

وفي الأخير نجد النسخة النهائية من 27 بنداً ل Cousson et al (1996) وجدت -مواجهة

مركزة حول المشكل حيث بلغ المتوسط الحسابي للرجال 28.04 بانحراف معياري 5.71 وعند

النساء بلغ المتوسط الحسابي 27.79 بانحراف معياري 6.78.

-مواجهة مركزة حول الانفعال بلغ المتوسط الحسابي عند الرجال 20.22 بانحراف معياري 5.49

، وعند النساء 21.70 للمتوسط الحسابي بانحراف معياري 5.60.

-مواجهة مركزة حول السند الاجتماعي بلغ المتوسط الحسابي للبعد بالنسبة للنساء 20.2 بانحراف معياري 4.76 ،في حين بلغ المتوسط الحسابي للذكور 25.5 بانحراف معياري 5.04 .
(Schweitzer,2014).

ولقد اعتمدت الباحثة على النسخة النهائية ل WCC : Cousson et all (1996).

1.3.4. الخصائص السيكومترية للمقياس:

لقد تمت ترجمة المقياس من طرف عزوز أسهمان (2009)، فقد قامت بترجمة أولية لبنود المقياس من الفرنسية إلى العربية وعرضت الترجمة على مجموعة من أساتذة علم النفس الذين يتحكمون في اللغة الفرنسية من جامعة باتنة وبعد إبداء ملاحظاتهم على الترجمة قامت الباحثة بتعديل العبارات التي يجب تغييرها وأعيدت صياغة العبارات مرة أخرى.

وتدور بنود الاستبيان على محور عام من 3 أبعاد:

*المواجهة المركزة حول المشكل وتضم 10 بنود وهي: 1-4-7-10-13-16-19-22-25-27.

*المواجهة المركزة حول الانفعال وتضم 9 بنود وهي: 2-5-8-11-14-17-20-23-26.

*المواجهة المركزة حول السند الاجتماعي وتضم 8 بنود وهي: 3-6-9-12-15-18-21-24 وتتم

الإجابة على بنود الاستبيان وفق الاختيارات 4: من 1 إلى 4 نقاط، ما عدا البند 15 فيتم تقييمه بالعكس.

-4 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا جدا

-3 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا

-2 نقاط إذا كانت الإجابة إلى حد ما

-1 إذا كانت الإجابة إطلاقا

***حساب الصدق:** صدق التكوين تم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط لكارل بيرسون بين كل

بند والدرجة الكلية لكل بعد وقد كانت النتائج موضحة في الجداول التالية:

جدول رقم (9) يبين معامل الارتباط بين بنود بعد استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل

والدرجة الكلية للبعد.

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدالة
وضعت خطة عمل واتبعتها	0.57	0.01
كافحت للحصول على ما أريد	0.38	0.05
تغيرت بشكل ايجابي	0.41	0.05
عالجت الأمور واحدة بواحدة	0.83	0.01
ركزت على الجانب ايجابي قد يظهر فيما بعد	0.70	0.01
خرجت أقوى من هذه الوضعية	0.50	0.01
غيرت أموراً لتكون النهاية حسنة	0.56	0.01
حاولت عدم التصرف بطريقة ومتسرة وان اتبع الفكرة الأولى	0.47	0.01
وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة	0.56	0.01
عرفت ما ينبغي القيام به لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك	0.51	0.01

من خلال الجدول (9) اتضح بان معاملات الارتباط بين كل بند وبعده دالة عند مستوى 0.01 و0.05 حيث تراوحت بين 0.38 و0.83.

جدول رقم (10) يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال والدرجة الكلية للبند.

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبند	الدالة
تمنيت لو أن الوضعية تختفي أو تنتهي	0.52	0.01
تمنيت لو أستطيع تغيير ما حدث	0.56	0.01
تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة	0.04	غير دالة
تمنيت لو أن معجزة تحدث	0.43	0.05
شعرت بالذنب	0.57	0.01
فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أشعر بتحسن	0.45	0.05
حاولت نسيان كل شيء	0.42	0.05
تمنيت لو أستطيع تغيير موقفي	0.37	0.05
وبخت وانتقدت نفسي	0.55	0.01

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول نجد أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 و 0.05 ما عدا البند الثاني وبالتالي وعد البنود الدالة هي 9/8 .

جدول رقم(11)يبين معامل الارتباط بين بعد البحث عن المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للبعد.

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدالة
حدثت شخصا عما أحسست به	0.58	0.01
التمست مساعدة اختصاصي وقمت بما نصحني	0.09	/
طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها	0.87	0.01
تكلت مع الشخص لاستعلم أكثر عن الموضوع	0.66	0.01
احتفظت بمشاعري لنفسي	0.73	0.01
تكلت مع احد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة	0.45	0.05
حاولت أن لانا عزل	0.75	0.01
لقدت تقبلت تعاطف احدهم	0.58	0.01

اتضح من الجدول (11) أن معاملات الارتباط بين كل بند وبعده دالة عند مستوى 0.01 و 0.05 ماعدا البند 2 فهو غير دال وبالتالي عدد البنود الدالة 8/7 من مجموع البنود وهذا يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان.

نستنتج مما سبق أن الاستبيان يتميز بصدق التكوين مرتفع نوعا ما يمكن الوثوق به حسب مترجمة الاستبيان. (عزوز، 2009).

* حساب الثبات:

- طريقة معادلة ألفا كرومباخ:

بلغت قيمة ألفا كرومباخ 0.75 لبعء استراتيجيات المواجهة المركزة حول المشكل، في حين بلغت قيمتها 0.45 لبعء استراتيجيات المواجهة المركزة حول الانفعال، أما بعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية 0.56 وهي درجات مقبولة وتعكس ثبات الاختبار.

- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب الثبات من خلال التجزئة النصفية (فردية و زوجية) وكانت نتائج معاملات الارتباط (الثبات) بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان براون.

معامل الارتباط لبعء استراتيجيات المواجهة المركزة حول المساندة الاجتماعية 0.57.

نلاحظ من خلال الطريقتين أن المقاييس الفرعية متفاوتة في درجات الثبات إذ كان بعد المواجهة المركزة حول الانفعال منخفض مقارنة مع البعدين الآخرين في كلتا الطريقتين.

2.3.4. الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

*صدق مقياس استراتيجيات المواجهة في الدراسة الحالية:

عمدنا بالنسبة للتأكد من صدق مقياس استراتيجيات المواجهة وثباته في الدراسة الحالية الى نفس الطرق التي تعاملنا بها مع مقياس الذكاء الانفعالي أي إلى طريقتي صدق التجانس الداخلي لأبعاد استراتيجيات المواجهة المتمثلة في استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل، استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال، واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي. والصدق التمييزي .

• الصدق التمييزي:

ويتم وفق المراحل التالية:

- ترتيب الدرجة الكلية للأفراد من الأصغر إلى الأكبر.
- تحديد عدد الأفراد لكل مجموعة طرفية والتي تمثل 27% من العدد الكلي للأفراد.
- حساب اختبار t للمقارنة الطرفية بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا.

جدول رقم (12): نتائج اختبار t في حالة مجموعتين مستقلتين ومتجانستين

المجموعات	حجم العينة	قيمة F	مستوى الدلالة	قيمة t	درجة الحرية	مستوى الدلالة
الدنيا	10	0,86	0,36	-3,48	18	0,01
العليا	10					

وبقراءة النتائج نجد أن قيمة F بلغت (0.86) بمستوى دلالة (0.36) مما يدل على أنها غير دالة أي يوجد تجانس بين المجموعتين مما يدفعنا إلى قراءة النتائج المقابلة لافتراض تساوي التباين، حيث بلغت قيمة t (-3.48) عند درجة حرية (18) ومستوى دلالة (0.01)، مما يجعلنا نرفض الفرض الصفري عند 0.01 أي أن الباحثة متأكدة بنسبة 99% بأن هناك فروق دالة إحصائية بين المجموعة الدنيا والمجموعة العليا، أي المقياس صادق في قياس ما وضع لقياسه.

• **صدق التجانس الداخلي:** ويتمثل في حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس.

وفيما يلي نتائج معاملات الارتباط.

جدول رقم (13): معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية

العلاقات	للانفعال	للمشكل	الأبعاد
0.64 **	0.21	0.76 **	استراتيجيات المواجهة

** الدلالة الإحصائية عند 0.01

يتضح من خلال الجدول السابق أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية لمقياس استراتيجيات المواجهة كانت مقبولة. وهذا يشير إلى صدق البنود لقياس ما وضعت لقياسه.

3.3.4. حساب درجات ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة:

• الاتساق الداخلي عن طريق ألفا لكرونباخ, internal consistency Method,

Cronbach's alpha

تم حساب درجات ثبات المقياس باستعمال معادلة ألفا لكرونباخ للاتساق الداخلي لأننا نريد معرفة مدى اتساق البنود لقياس مفهوم استراتيجيات المواجهة. كما أن عدد البدائل هو 4 بدائل وعليه نستطيع تطبيق طريقة ألفا لكرونباخ. وقد بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ لكل بنود المقياس 0.33 وهي تشير إلى درجة مقبولة من الاتساق الداخلي للمقياس.

4.4. مقياس نوعية الحياة:

يعرف القانون الأساسي لمنظمة الصحة العالمية WHO (1947) الصحة على أنها "حالة من الرفاهية الكاملة البدنية والعقلية والاجتماعية، ليس فقط غياب المرض..". لذا فان قياس ناتج الصحة يجب أن يشمل ليس فقط تقييم التغيير الإكلينيكي ولكن رفاهية اوسع والصحة مرتبطة بنوعية الحياة who في تعاون مع 15 مركزا عالميا، طوروا جهازان لقياس نوعية الحياة WHO-QOL-100 و WHOQOL-BREF والمفروض استخدامها في مدى واسع لمجالات ثقافية، لتمكين مختلف السكان للمقارنة (whoqol Group) (1994,1996)

وفي أثناء تطوره للاستخدام في المجال الإكلينيكي، فان الأبحاث الإكلينيكية والسياسية على الناتج وكذلك على تدقيق الحسابات، قد صممت أجهزة WHOQOL عموما لتعكس تعريف مجموعة (1993) WHOQOL لنوعية الحياة على أساس إدراك الفرد لموقعهم في المجال لأجهزة الثقافة والقيم، وفي علاقة لأهدافهم، توقعاتهم، معاييرهم واهتمامهم. لقد نظروا إلى نوعية الحياة على أنها لا تقتصر على الأبعاد

الصحية ولكن لمدى واسع وتتأثر بالصحة البدنية للشخص، الحالة النفسية، المعتقدات الشخصية، العلاقات الاجتماعية وعلاقتهم بالبيئة المحيطة.

مقياس WHOQOL-BREF هي نسخة مختصرة من 26 فقرة طورت باستخدام بيانات من الأبحاث عن الجهاز الأصلي (WHOQOL.GROUP, 1998). ولا تزال الأبحاث مستمرة على الخصائص النفسية للأجهزة.

مقياس WHOQOL يقيم نوعية الحياة من خلال المواقف وقد طبق في 23 دولة في إطار بحث عن مقارنات دولية لخصائص نوعية الحياة وهذا على فئات مختلفة من المجتمع (كبار السن، اللاجئين، مرضى التهاب، مرضى السرطان، الإيدز وخاصة الأمراض العصبية).

ترجم المقياس إلى 20 لغة في العالم واختبرت كل ترجمة للتوازن الثقافي منها النسخة المختصرة منه التي تضم 26 بند الفرنسية ل (Leplège et al, 2000).

تستغرق مدة تمرير المقياس 10-20 دقيقة من زمن الاستخدام ويقاس أربعة أبعاد أساسية بالإضافة إلى الصحة العامة، الصحة الجسدية، المجال النفسي، العلاقات الاجتماعية والمحيط.

ودرجات نوعية الحياة تستخدم كتقديرات تنبؤية في المجال الطبي والأكاديمي.

والمقياس يتمتع بدرجات مرتفعة من الثبات والصدق وهو الأكثر استعمالاً في المجال الإكلينيكي والدراسات. (Schweitzer, 2014).

والنسخة المختصرة للمقياس تظهر ارتباطاً عالياً مع أبعاد الأربعة ل whoqol-100 وهذه النسخة المختصرة تظهر تميزاً جيداً وصدق محتوى، واتساقاً داخلياً وثباتاً للاختبار -إعادته في المسح العرضي

ل23 دولة ضمن مشروع طموح للمنظمة العالمية للصحة (Skevington,Lofty et al 2006; Mc Dowell,2004; O'Connell).

وكما ذكر سابقا فقد نرجم المقياس إلى عدة لغات واعتبر وسيلة تقدير تأخذ بعين الاعتبار التباين الثقافي، واعتمدنا في هذه الدراسة على النسخة المعربة للمقياس التي أعدتها الدكتورة بشرى إسماعيل احمد (2008) في جامعة أم القرى. ونشر المقياس في مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة (2013).

1.4.4. الخصائص السيكومترية للمقياس:

لقد درست الخصائص السيكومترية من طرف فرق تابعة لمنظمة الصحة العالمية Girolamo et al (2000) في دراسة بايطاليا: وقد نقلوا ارتباطات بين 0.76 و 0.39 للمجالات، كما نقلوا اتساقا داخليا بمعامل ألفا (0.65-0.80) في دراية على 2000 مريض في فرنسا في مختلف العيادات، نقل Leplège et al (2000) أن تناسق النسخة المختصرة كان منخفضا عن النسخة المطولة، ولكنه مقبول: ارتباط فقرات المقياس كان اكبر من 0.40 لثلاثي بالفقرات و الفا كرونباخ كان أعلى من 0.65 لكل المجالات في WHOQOL-BREF.

في دراسة Pibernic-Ocanovic (2001) على مرضى السكري في كرواتيا وجدوا أن الفا كرونباخ (0.76-0.95) للمجالات الأربعة. (Sergy, 2012).

2.4.4. الخصائص السيكومترية للمقياس في الدراسة الحالية:

*صدق مقياس نوعية الحياة في الدراسة الحالية:

عمدنا بالنسبة للتأكد من صدق مقياس نوعية الحياة وثباته في الدراسة الحالية إلى نفس الطرق التي تعاملنا بها معوباقي المقاييس أي إلى طريقتي التجانس الداخلي لمجالات نوعية الحياة المتمثلة في:

مجال الصحة العامة، المجال الجسمي، المجال النفسي، مجال العلاقات الاجتماعية و مجال المحيط. و الصدق التمييزي .

• **صدق التجانس الداخلي:** ويتمثل في حساب معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس فيما

بينها وبين أبعاد المقياس والدرجة الكلية للمقياس. وفيما يلي نتائج معاملات الارتباط.

جدول رقم (14): معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية

الأبعاد	الصحة العامة	الصحة الجسمية	الصحة النفسية	المحيط	العلاقات
الصحة العامة	1				
الصحة الجسمية	0.29	1			
الصحة النفسية	**0.46	**0.49	1		
المحيط	**0.36	**0.55	**0.47	1	
العلاقات	**0.51	**0.53	**0.77	**0.73	1
نوعية الحياة	**0.54	**0.72	**0.89	0.89	**0.88

** الدلالة الإحصائية عند 0.01

يتضح من خلال الجدول (14) ان قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس فيما بينها كانت

مرتفعة ودالة، كما أن قيم معاملات الارتباط بين أبعاد المقياس والدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية

كانت كلها ذات دلالة إحصائية عند 0.01 بحيث تراوحت قيم معاملات الارتباط 0.54 و 0.89. وهذا

يشير إلى صدق البنود لقياس ما وضعت لقياسه.

3.4.4. حساب درجات ثبات مقياس نوعية الحياة:

• الاتساق الداخلي عن طريق ألفا لكرونباخ, internal consistency Method,

Cronbach's alpha

تم حساب درجات ثبات المقياس باستعمال معادلة ألفا لكرونباخ للاتساق الداخلي لأننا نريد معرفة مدى اتساق البنود لقياس مفهوم نوعية الحياة. كما أن عدد البدائل هو 5 بدائل وعليه نستطيع تطبيق طريقة ألفا لكرونباخ. وقد بلغت قيمة معامل ألفا لكرونباخ لكل بنود المقياس 0.87 وهي تشير إلى درجة مقبولة من الاتساق الداخلي للمقياس.

5-العينة:

لاختبار فرضيات الدراسة تم اختيار عينة البحث بطريقة قصدية، والمعاينة القصدية (العمدية،النمطية،الهادفة اوما يسمى بمعاينة التحكيم) ويتم سحب مفردات البحث، بهذه المعاينة من الذين يحكم عليهم الباحث بكونهم نموذجيين اومثاليين،فيما يتعلق بهدف البحث، حيث يتم سحبها حسب مواصفات ومعايير يضعها الباحث فيحدد أفراد العينة على أساس أنهم يحققون أهداف البحث . وتمكن العينة من إعطاء المعلومات التي يتطلبها البحث وتجيب على التساؤلات المطروحة في إشكالية الدراسة وفي اختبار الفرضيات (معمرية،2013).

ومع ذلك تعتبر طريقة العينة القصدية أساس متين للتحليل العلمي ومصدر ثري للمعلومات التي تشكل قاعدة مناسبة للباحث حول موضوع الدراسة.

5-1- شروط الانتقاء في البحث الحالي:

*مصابين بالتصلب المتعدد

*بالغين سن الرشد لان المرض يصيب الشباب الراشد إلا في حالات نادرة

*أن يكون قادرا على قراءة وفهم المقاييس

5-2. حجم العينة وخصائصها:

حتى نختبر فرضيات بحثنا، ونظرا لطبيعة الدراسة القائمة على المنهج الارتباطي التحليلي الذي يبحث في العلاقات والدور التي تلعبه المتغيرات معا وعلى بعضها البعض، حاولنا الحصول على أكبر عدد ممكن من المرضى المصابين بالتصلب المتعدد حدود الإمكانيات، إذ تم تطبيق مجموعة من المقاييس والاستبيانات على 86 مصاب بالتصلب المتعدد ، موزعين كالتالي:

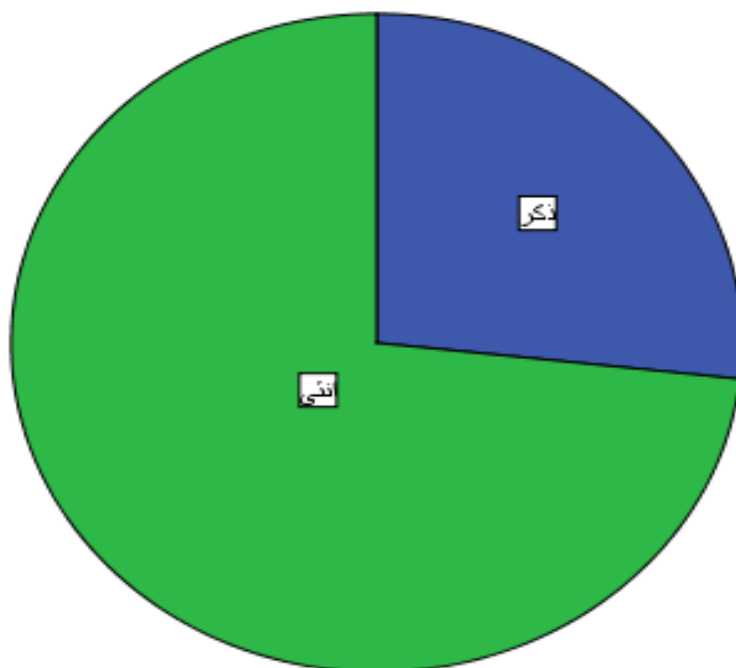
➤ حسب الجنس:

جدول رقم (15) توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	23	26.7%
إناث	63	73.3%
المجموع	86	100%

تمثل نسبة الإناث 73% والذكور 26% ، ونسبة الإناث اكبر من نسبة الذكور هذا لان مرض التصلب

المتعدد يصيب الإناث أكثر من الذكور.



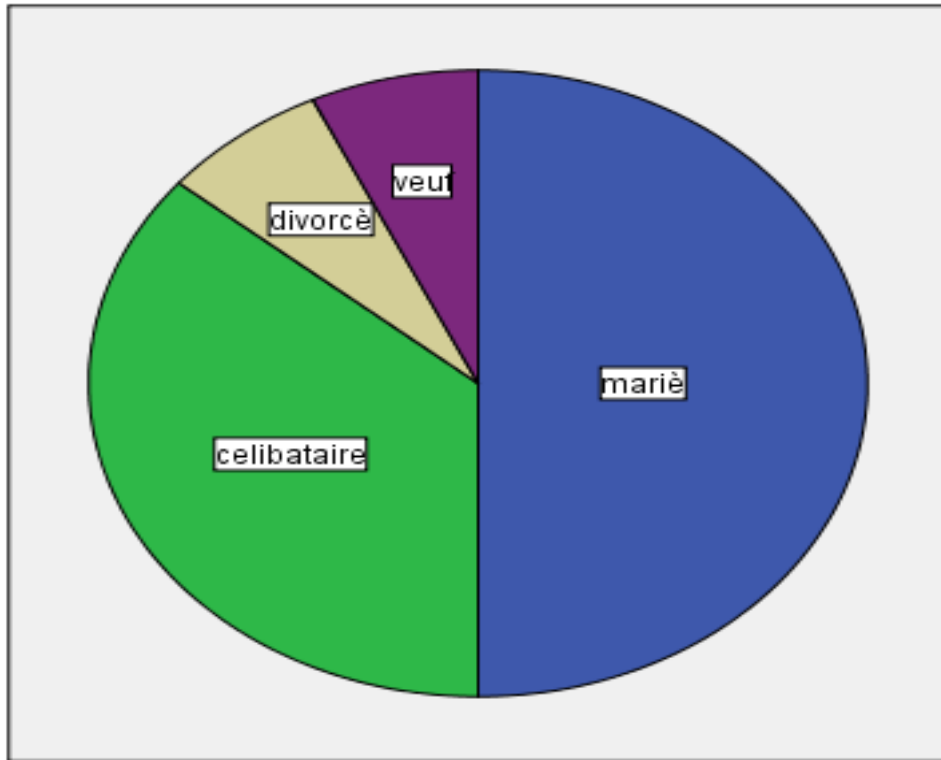
شكل رقم (20): توزيع أفراد العينة حسب الجنس

➤ حسب الوضعية العائلية:

النسبة المئوية	العدد	الحالة العائلية
50%	43	متزوج
36%	31	أعزب
7%	06	مطلق
7%	06	أرمل
100%	86	المجموع

جدول رقم (16) توزيع أفراد العينة حسب الوضعية العائلية

تمثل نسبة الافراد المتزوجين 50% وهذا راجع الى ان المرض يصيب الشباب الراشد ويصيب النساء اكثر من الرجال فانواع كثيرة من التصلب تظهر بعد الولادة، ونسبة العازبين تمثل 36% لان المرض خطير ومزمن واثاره غير معروفة فقد يؤدي الى تاخر في الزواج.



شكل رقم (21): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية العائلية

➤ حسب المستوى التعليمي :

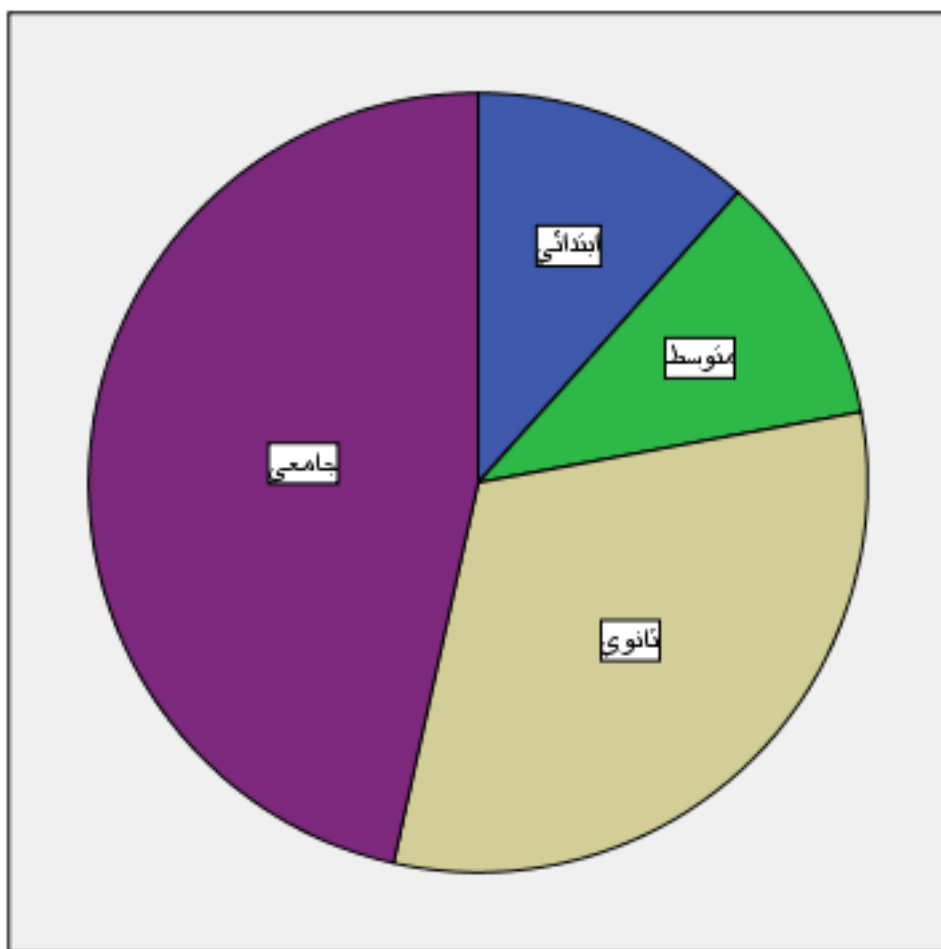
النسبة المئوية	العدد	المستوى التعليمي
11.6%	10	ابتدائي
10.7%	09	متوسط
31.4%	27	ثانوي
46.5%	40	جامعي
100%	86	المجموع

جدول رقم (18): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

تمثل نسبة الجامعيين 46.5% ونسبة ذوي المستوى الثانوي 31.4% وذوي المستوى المتوسط 10.7%

أما المستوى الابتدائي فتمثل 11.6% ، عموماً تمثل نسبة ذوي التعليم العالي أكبر نسبة وهذا ما جعل

فهم تعليمات المقاييس سهلاً والتعاون مع إجراءات البحث.



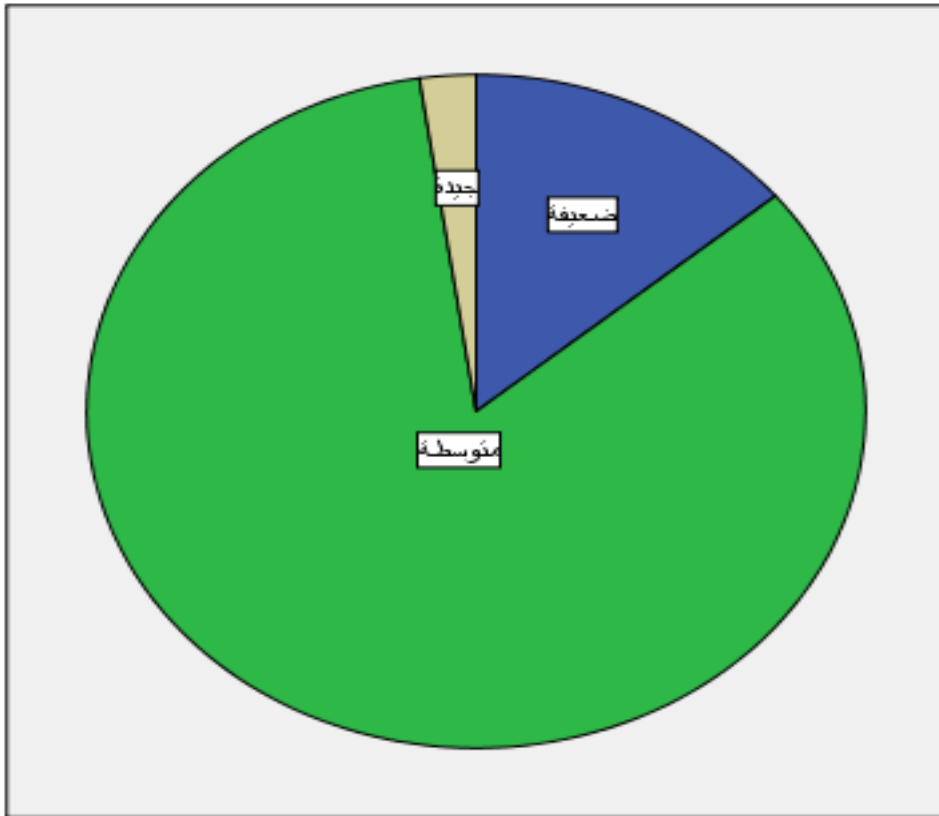
شكل رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

➤ حسب الوضعية الاقتصادية:

الوضعية الاقتصادية	العدد	النسبة المئوية
ضعيفة	12	14%
متوسطة	72	83.7%
جيدة	02	2.3%
المجموع	86	100%

جدول رقم (19): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية الاقتصادية

تمثل نسبة الافراد ذوي وضعية اقتصادية متوسطة 83.7% وهي اكبر نسبة وهذا راجع الى عدم التصريح من طرف المفحوصين والنسبية وهذا مايولد شيء من الاحراج خاصة بالنسبة للوضعية الاقتصادية، ويمثل افراد ذوي وضعية اقتصادية ضعيفة 14% .



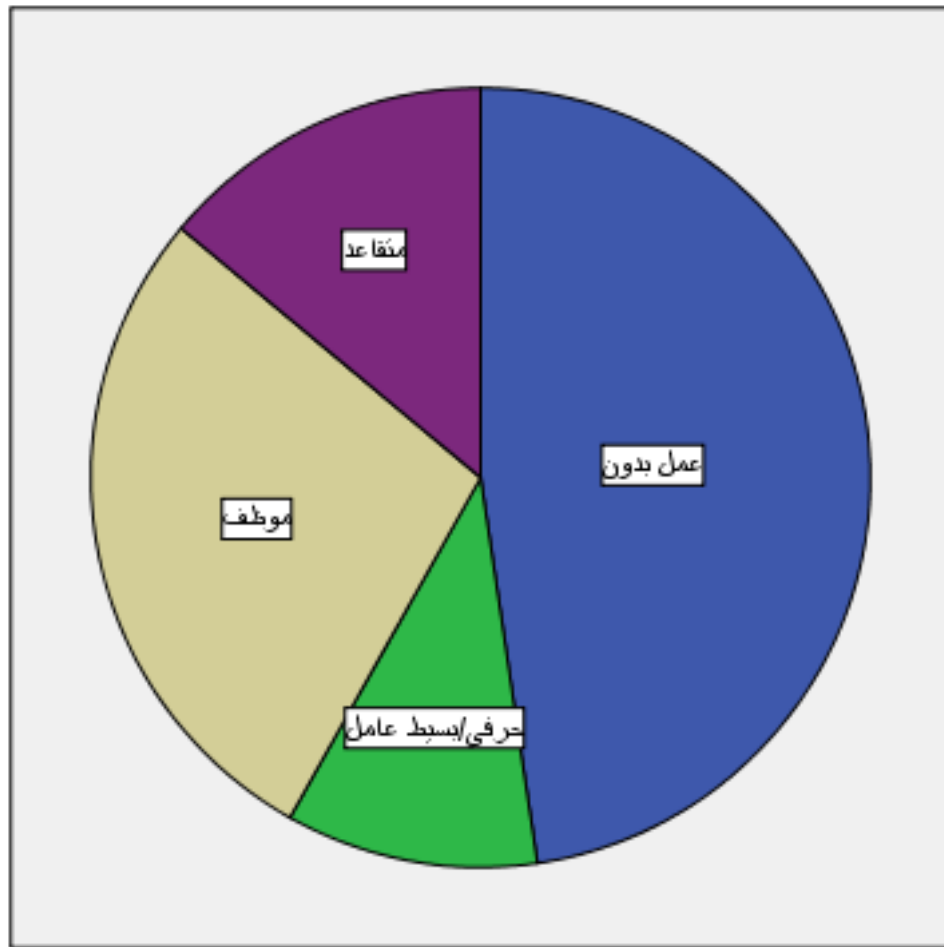
شكل رقم (23) توزيع أفراد العينة حسب الوضعية الاقتصادية

➤ حسب الوضعية المهنية:

الوضعية المهنية	العدد	النسبة المئوية
بدون عمل	41	47.7%
عامل بسيط/حرفي	09	10.5%
موظف	24	27.9%
متقاعد	12	14%
المجموع	86	100%

جدول رقم(19):توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية

تمثل نسبة الافراد بدون عمل 47.7% وهي اكبر نسبة وهذا راجع الى خطورة المرض وطبيعته من حيث الاعراض والمخلفات وهو مرض مزمن يسبب اعاقات دائمة هذا مايؤدي بالافراد الى التخلي عن عملهم ونسبة الافراد الحرفيين تمثل نسبة 10.5% والموظفين 27.9% وهذه النسب تعبر عن امكانية الافراد المرضى من العمل لصالحهم وفق قدراتهم الجسدية والمعرفية وفيما يخص الموظفين في القطاع العام فالعمل غير متعب وتتوفر لدى غالبيتهم مناصب خاصة بالمعوقين تستوفي قدراتهم،اما نسبة المتقاعدين تمثل 14% .



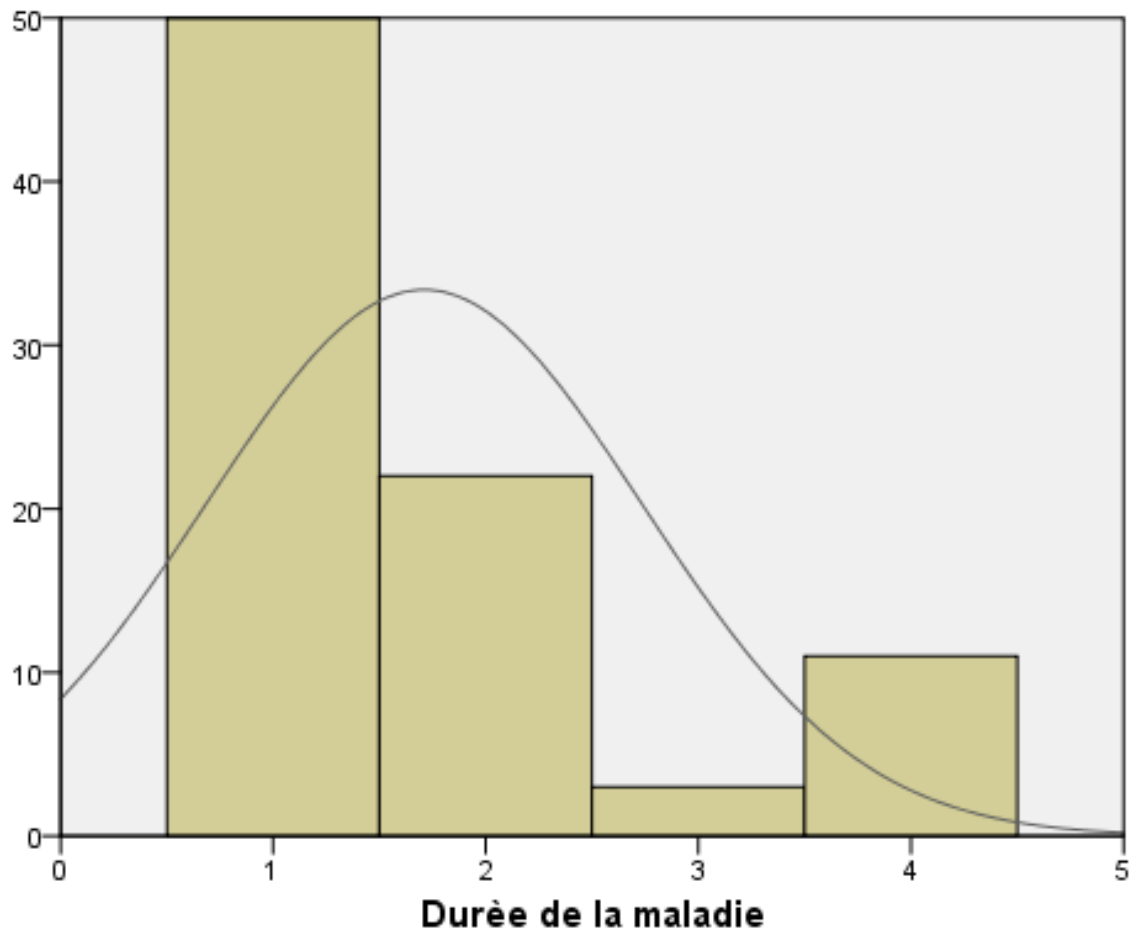
شكل رقم (24): توزيع أفراد العينة حسب الوضعية المهنية

➤ حسب مدة الإصابة بالمرض:

النسبة المئوية	العدد	مدة الإصابة بالمرض
58.1%	50	اقل من 5 سنوات
25.6%	22	بين 6 و10 سنوات
3.5%	03	بين 11 و15 سنة
12.8%	11	اكثر من 15 سنة
100%	86	المجموع

جدول رقم(20) يمثل توزيع العينة حسب مدة الإصابة بالمرض

فيما يخص مدة الإصابة بالمرض فنسبة الافراد ذوي الاصابة اقل من 5سنوات 58.1% ونسبة ذوي الاصابة ما بين 6 و10 سنوات تمثل 25.6% اما نسبة ذوي الاصابة اكثر من 15 سنة فتمثل 12.8% والافراد ذوي الاصابة ما بين 11 و15 سنة فتمثل 3.5%، استنادا على هذه النسب نستنتج ان عدد الافراد ذوي الاصابة قصيرة المدة تمثل اعلى نسبة لان في البحث الخالي كان من الضروري الاعتماد على اشخاص لايزالون يحتفظون بقدراتهم المعرفية وهذا ما يمكنهم من فهم التعليمات وامكانية الاجابة على البنود الخاصة بمقاييس الدراسة،بالاضافة الى انه لم يعتمد على مدة الاصابة بالمرض في اة البحث الحالي لان مدة التشخيص قد تكون طويلة ومدة المرض لايمكن التنبؤ بها ولكن الاعراض الناجمة عن الهجمات قد تكون خفيفة في مدة طويلة او تسبب اعاقة في مدة قصيرة وهذا راجع الى اختلاف انواع التصلب المتعدد وعدم امكانية التحكم بالمرض واعراضه.



شكل رقم (25): توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض

توزيع افراد العينة حسب الجنس،الوضعية العائلية،المستوى التعليمي،الوضعية الاقتصادية،الوضعية المهنية،ومدة الاصابة بالمرض،رغم ان هذه المتغيرات غير مدرجة ضمن فرضيات البحث الا ان اهتمامنا بها يرجع الى اهميتها في تفسير بعض النتائج.

6- أدوات البحث:

يرتكز البحث العلمي على أدوات ومقاييس تمكن الباحث من جمع البيانات و المعطيات المتعلقة بأفراد عينته و اختبار فرضياته في الميدان وقياسها كمياً وفي هذا البحث تم تطبيق المقاييس التالية:

*المقابلة

*مقياس الصلابة النفسية

*مقياس الذكاء الانفعالي

*مقياس استراتيجيات المواجهة

*مقياس نوعية الحياة

الهدف من المقابلة يتمثل في عرض الغرض العلمي للبحث على أفراد العينة بالدرجة الأولى وشرح أهمية الإجابة بكل حرية وكامل الموضوعية في التعبير عن الشعور وكيف يقيمون أنفسهم ذاتياً كما يرون أنفسهم وليس كما يتوقع منهم الآخرون أن يكونوا، وهذا مع ضمان الاحتفاظ بالسرية التامة، أو اختيار عدم المشاركة، ثم التأكد من الفهم السليم للتعليمات وبنود المقاييس وكيفية الإجابة، وهذا قصد جمع البيانات بأكثر دقة وموضوعية ممكنة.

وإجراء المقابلة كانت بصفة فردية خلال حصص الفحص الاعتيادية للمصابين بالتصلب المتعدد

6-1- المقابلة :

أصبحت المقابلة في العصر الحديث أداة بارزة من أدوات البحث العلمي وقد ظهرت كأسلوب هام في ميادين عديدة. وهي تعتبر من أهم الوسائل المستخدمة في البحوث النفسية والاجتماعية كما أنها تعتبر

المحور الأساسي الذي تدور حوله عمليات التوجيه التربوي والمهني وعمليات الاستشارة النفسية والعلاج النفسي فالمقابلة الإكلينيكية وسيلة هامة في جمع المعلومات والبيانات وتهيئة الفرصة أمام الأخصائي الإكلينيكي للقيام بدراسة متكاملة للحالة المطروحة.

وتعرفها كولت شيلوند (Colette Chiland) على أنها " طريقة حوارية تقوم على النظر والتحدث والسمع وليس فحص جسدي والهدف الأساسي من المقابلة هو الكشف على ديناميات سلوك المريض حتى نستطيع أن نفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى حالته الراهنة". (C.Chiland ,1985).

وحسب لويس كامل مليكة المقابلة الإكلينيكية هي " محادثة تتم وجها لوجه بين العميل والأخصائي النفسي الإكلينيكي غايتها العمل على حل المشكلات التي يواجهها الأول والإسهام في تحقيق توافقه ويتضمن ذلك التشخيص والعلاج". (كامل ، 1980).

ويشير عبد السلام عبد الغفار إلى أن المقابلة العيادية هي " نوع من المحادثة تتم بين المريض والأخصائي النفسي الإكلينيكي في موقف مواجهة حسب خطة معينة غايتها الحصول على معلومات عن سلوك المريض والعمل على حل المشكلات التي يواجهها والإسهام في تحقيق توافقه الشخصي وبناءا على ذلك تصاغ الأسئلة التي تهدف إلى الحصول على المعلومات عن تاريخ وخصائص شخصية المريض وطبيعة المشكلة المطروحة" (عباس، 1994). وواضح من التعريف أن المقابلة الإكلينيكية تنطوي على عناصر أساسية أهمها:

- وجود هدف رئيسي للمقابلة وهو الذي يحدد الموضوعات التي تدور حولها المناقشة ويرسم الإطار العام للأسئلة التي توجه خلالها.
- الاعتماد على التبادل اللفظي.
- توفر عنصر المواجهة.

وتبرز أهمية المقابلة الإكلينيكية بشكل خاص في أنها عملية ديناميكية تتيح للمريض فرصة التعبير عن مشاعره وآرائه واتجاهاته كما أنها في الوقت نفسه ترمي إلى تشخيص حالة المريض وملاحظة سلوكه كليا وتتحقق ديناميكية المقابلة عن طريق إقامة الثقة والتفاعل المتبادل بين الأخصائي والمريض. وللمقابلة العيادية أشكال متعددة ونجد أن الباحثة كولت شيلوند (Colette Chiland) قد ميزت بين ثلاث أنواع من المقابلة:

1. **المقابلة الموجهة:** الأكثر هيكلية في نوع المقابلات، يستعمل فيها استبيان تكون فيه الأسئلة مغلقة والمفحوص لا يستطيع الإجابة إلا بـ (نعم) أو (لا) أو الإشارة بعلامة (X) داخل الخانة.
 2. **المقابلة نصف موجهة:** تشمل على طرح أسئلة محددة مصاغة من قبل. يكون فيها المفحوص حرا في الإجابة كما يريد ولكن في حدود الأسئلة المطروحة
 3. **المقابلة غير الموجهة (حرة):** يتمتع فيها المفحوص بحرية أكبر في الكلام بصفة تلقائية والأسئلة المطروحة من قبل الفاحص تكون مرنة وغير مصاغة من قبل.
- ويعتمد اختيار نوع المقابلة على معيارين أساسيين :

❖ وقت البحث Le moment de recherche فالبحوث الاستطلاعية تتطلب تقنية مختلفة

عن البحوث التي تم تحديد متغيراتها.

❖ نمط البحث ونوع المعلومات المراد البحث عنها: فالأبحاث التي تتطلب عددا أكبر من الحالات

تستعمل فيها مقابلات بأسئلة مغلقة على عكس البحوث التي تهتم بدراسة السير والهيئة تطالب

مقابلات أكثر حرية وتعمق. (Chiland, 1985) .

وقد تم الاعتماد في البحث الحالي على المقابلة الموجهة المحددة بالمقاييس لان هذه الاخيرة اكثر دقة وهيكلية تمكن من جمع المعلومات والبيانات التي تخدم البحث (السن،الجنس،الوضعية العائلية،الوضعية المهنية،المستوى التعليمي،مدة المرض،الوضعية الاقتصادية،الاستجابات الاولى نحو المرض،سن تشخيص المرض،بالاضافة الى امكانية تسجيل استجابة المريض بدقة و تهيئة المفحوص للاجابة على بنود المقاييس وشرح التعليمات لكل عبارة من العبارات التالية،ضع علامة(X) في الخانة التي تصف اكثر ماينطبق عليك عموما واعلم ان اجابتك ستكون سرية ولن تستعمل الا لغرض البحث العلمي" وبالنسبة لمقياس استراتيجيات المواجهة فالتعليمية "صف من فضلك موقفا او وضعية ضاغطة عايشتها خلال الاشهر الاخيرة وحدد شدة الازعاج والتوتر التي سببتها المشكلة وبين اي من استراتيجيات المواجهة لجأت اليها لمواجهة المشكلة".

6-2. طريقة تطبيق المقاييس: تم تطبيق المقاييس الاربعة في نفس الحصة،ويكون ذلك خلال مدة تقديرية 45د، وذلك بعد توضيح التعليمات في آخر المقابلة الموجهة والتي تتضمن اسئلة مباشرة تستلزم إجابة بنعم/لا او تنطبق او لا تنطبق...، لقت مبادرة الباحثة في تسليم بطارية المقاييس للمصابين الممثلين لعينة البحث خلال حصة الفحص استحسن افراد العينة و الاطباء ايضا حيث ان المصابين كان يتوفر لديهم الوقت الكافي للاجابة على بنود المقاييس بكل تلقائية ومن تم تسليم المقاييس للباحثة وبناءا على هذا يكون تصنيف المعلومات وتحليلها سهلا.

7.المعالجة الإحصائية:

قمنا باستخدام الاساليب الإحصائية ، الهدف منها هو التوصل إلى مؤشرات كمية تساعدنا على التحليل والتفسير و تمثلت في الدراسة في البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية ، وقد تم اختياره برنامج

SPSS في نسخته 22.0 باعتباره برنامج يساعد على إدخال ومعالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد وكذلك يساعد على اختصار الكثير من الجهد والوقت.

إن التقنيات التي استعملناها في هذا البحث، تتمثل في :

* **المتوسط الحسابي**: الهدف منه هو معرفة متوسط قيم كل الدرجات المتحصل عليها، ويتم حسابه بالقانون التالي:

$$\bar{X} = \sum x / N$$

$\bar{x}$: المتوسط الحسابي

X : القيم التي تحصلنا عنها

N : حجم العينة (بوحفص، 2007).

* **الانحراف المعياري**:

يعتبر الانحراف المعياري من أهم وأفضل مقاييس التشتت ومن أكثرها شيوعا واستخداما في التحليل الإحصائي وذلك لما يتمتع به من خصائص وصفات إحصائية جيدة. ويعرف على أنه الجذر التربيعي للتباين ويرمز له بالرمز S .

يتم حسابه وفقا للصيغة التالية:

$$S = s^2 = \sqrt{\sum_{i=1}^n (x_i - \bar{x})^2 / n-1}$$

$\bar{X}$: المتوسط الحسابي.

X_i : القيم المتحصل عليها.

N : حجم العينة. (نفس المرجع)

***معامل الارتباط كارل بيرسون** : يرمز له ب r ويدل على قوة العلاقة بين المتغيرات البحث و على اتجاه هذه العلاقة موجبة او سالبة ولقد تم الاعتماد عليه في البحث الحالي لأنه من اهم المعاملات واكثرها شيوعا و دقة، وعن طريقه نصل إلى إيجاد القيمة الارتباطية بين متغيرات البحث ويتم بموجبه قبول او رفض الفرضية.

***معامل الارتباط المتعدد** : يرمز له ب R لدراسة العلاقة بين متغيرات البحث وهذا لان البحث الحالي يتمحور حول أربع متغيرات قابلة للدراسة ويتم بموجبه قبول او رفض الفرضيات.

***معامل الانحدار**: الهدف منه هو دراسة الدور التنبئي لمتغير الصلابة النفسية بالنسبة لنوعية الحياة

***النسب المئوية**: استخدمت في الإحصاء الوصفي للعينة المدروسة.

***حساب صدق المقاييس** اعتمادا على طريقة الاتساق الداخلي (**معامل الارتباط بيرسون**) و معامل الفا كرونباخ.

***حساب ثبات المقاييس** عن طريق معامل الفا كرونباخ، التصحيح بمعادلة سبيرمان براون في طريقة التجزئة النصفية و معامل جوتمان.

خلاصة الفصل:

لا يكتمل البحث الابجانبه الميداني،الذي يتم من خلاله تحويل المفاهيم المتناولة في الجانب النظري الى متغيرات في ميدان البحث،وهذا طبعا باختيار منهج مناسب بما يقتضيه البحث، وكان اختيارنا للمنهج الوصفي لمعالجة موضوع البحث الذي سمح لنا باتخاذ الاجراءات البحثية المتمثلة في اختيار اسلوب العينة المناسب المتمثل في العينة القصدية المتضمن المرضى المصابين بالتصلب المتعدد، ومن تم التطبيق على هذه العينة ادوات الدراسة المتمثلة في مقياس الصلابة النفسية،مقياس الذكاء الانفعالي،مقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس نوعية الحياة.وذلك بعد اختبار مدى صلاحيتهما من خلال الدراسة الاستطلاعية وبعد ذلك جاءت عملية معالجة البيانات الاحصائية للتأكد من صحة الفرضيات وهذا ماسيتم مناقشته في الفصل الموالي.

الفصل السابع:

عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد:

بعدما قمنا بتقديم مختلف الخطوات المتبعة لإجراء هذا البحث، سوف نعمل من خلال هذا الفصل على عرض النتائج التي توصلنا إليها في بحثنا الحالي. وقد جاءت هذه النتائج حول دور استراتيجيات المواجهة كمتغير وسيط في العلاقة ما بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد. وعرض النتائج التي توصلنا إليها يكون من خلال التحليلات الإحصائية الضرورية لاختبار فرضيات الدراسة للإجابة على هذه الفرضيات ومناقشة فرضيات الدراسة حسب الاطار النظري والدراسات السابقة.

1. نتائج المقاييس:

1-1. عرض وتحليل نتائج مقياس الصلابة النفسية:

عدد القيم الأكبر من العتبة	عدد القيم الأقل من العتبة	عتبة الاستبيان	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الدرجة الكلية للصلابة النفسية
66 (76.74 %)	20	100	15.27	112	

جدول رقم (21): عرض نتائج مقياس الصلابة النفسية

تبين نتائج مقياس الصلابة النفسية أن 76.74% من أفراد العينة يتمتعون بصلابة نفسية متوسطة الى مرتفعة، نسجل 66 فرد من عينة البحث تصل او تفوق نتائج اجوبتهم على المقياس الدرجة 100، وهي

العتبة التي تشير الى وجود صلابة نفسية متوسطة الى مرتفعة،اي في المقابل 20 من افراد العينة تقل نتائجهم عن الدرجة 100.وحسب المقياس فان هؤلاء الافراد يتمتعون بصلابة نفسية منخفضة.

1-2. عرض وتحليل نتائج مقياس الذكاء الانفعالي:

عدد القيم الأصغر من الوسيط النظري	عدد القيم الأكبر من أو يساوي الوسيط	الوسيط النظري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي
8	78(90.69%)	110	14.511	127.58	

جدول رقم(22): عرض نتائج مقياس الذكاء الانفعالي

تبين نتائج مقياس الذكاء الانفعالي أن 90.69% من أفراد العينة يتمتعون بذكاء انفعالي مرتفع. نسجل نسبة 90.69% من افراد العينة يتمتعون بذكاء انفعالي مرتفع اي تفوق نتائجهم في المقياس 110 درجة التي وهي العتبة التي تشير الى وجود ذكاء انفعالي مرتفع وبالمقابل نجد 8 افراد من العينة تقل نتائجهم عن الدرجة 110 وحسب المقياس فان هؤلاء الافراد يتمتعون بذكاء انفعالي منخفض.

1-3. عرض وتحليل نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة:

عدد القيم التي لم تصل العتبة	عدد القيم الأكبر من أو يساوي العتبة	عتبة الاستبيان (الأبعاد)	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
37	49(56.97%)	25	10.178	28.41	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكلة
41	45(52.32%)	22	5.017	21.45	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال
49	37(43.02%)	20	4.835	21.85	استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي

جدول رقم (23): عرض نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة (Wcc)

تبين نتائج مقياس استراتيجيات المواجهة ان : 43.02% من افراد العينة يستعملون استراتيجيات مواجهة متمركزة حول البحث عن السند الاجتماعي، و 52.32% من افراد العينة يستعملون استراتيجيات مواجهة متمركزة حول الانفعال، و 56.97% يستعملون استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكلة.

وعلى هذا الاساس تم مناقشة فرضيات الدراسة استنادا على الاستراتيجية السائدة لدى افراد العينة وهي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكلة والتي تبرز بالنسبة لطبيعة المرض (التصلب المتعدد) المزمن المسبب لاعاقات والمجهول المال بالاضافة الى طبيعة العلاج الذي يستوجب المكوث في المستشفى لفترات دورية والتخلي عن العلاج يولد اعراض خطيرة تلقائية وسريعة هذا ما يؤدي بالمصابين الاعتماد اكثر على استراتيجيات المواجهة الفعالة. وتتفق هذه النتائج ودراسات Aikens et all

(1997) Baker، (1998) Mohr et Cox (2002) التي اظهرت نتائجها ان المصابين بالتصلب المتعدد يميلون الى استعمال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل (Coupè, 2010).

1-4. عرض نتائج مقياس نوعية الحياة: (WOQOL-Bref)

عدد القيم اصغر من الوسيط النظري	عدد القيم الأكبر من أو يساوي الوسيط	الوسيط النظري	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
18	68 (79.06%)	06	1.438	6.83	بعد الصحة العامة
37	49 (56.97%)	21	3.908	20.17	بُعد الصحة الجسمية
35	51 (59.30%)	18	3.793	19.43	بُعد الصحة النفسية
33	53 (61.62%)	09	2.872	9.43	بعد العلاقات الاجتماعية
25	61 (70.93%)	18	4.535	19.26	بعد المحيط
63	23 (26.74%)	80	12.923	75.13	الدرجة الكلية لنوعية الحياة

جدول رقم (24): عرض نتائج مقياس نوعية الحياة (WOQOL-BREF)

تبين نتائج مقياس نوعية الحياة أن 26.74% من افراد العينة يتمتعون بنوعية حياة متوسطة ومعظم افراد العينة يعانون من نوعية حياة متدهورة وهذا راجع الى طبيعة المرض والاعراض المصاحبة له .

ويعاني 79.06 % من افراد العينة في بعد الصحة العامة ، و 70.93% من افراد العينة في البعد المتعلق بالمحيط حيث نجد ان في المجتمع الجزائري لاتتوفر الوسائل الخاصة بالاعاقات في مختلف الاماكن العمومية وحتى في اماكن العمل، و 61.62 % من افراد العينة يعانون من بعد العلاقات الاجتماعية وهذا لان مرض التصلب المتعدد مرض مزمن وتشكل الاعاقة هاجسا في العلاقات الاجتماعية بالاضافة ان الاعراض الاولى للمرض تكون في اعز مرحلة واهمها في حياة الفرد وهي

مرحلة الشباب والمرض يؤدي الى عزلة اجتماعية لان مثاله مجهول، و59.30% من افراد العينة يعانون من الجانب النفسي وهذا راجع الى اعراض المرض بالاضافة الى البعد الاكتتابي الناتج عن المرض و عن العلاج بحد ذاته، و56.97% يعانون من الجانب الجسمي . ونلاحظ من النتائج ان كل الابعاد المتعلقة بالآخرين والمحيط والصحة العامة والمجال الجسمي والنفسي هي المسؤولة عن تدهور نوعية حياة المصابين بالتصلب المتعدد.

2- عرض وتحليل النتائج:

1.2. الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية متعددة دالة احصائيا بين كل من الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد. للتحقق من هذه الفرضية معامل الارتباط المتعدد R^2 .

مستوى الدلالة	F	R^2	المتغيرات الثلاثة
0.01	19,37	0.32	

من خلال الجدول (25) يتضح أن قيمة معامل الارتباط المتعدد 0.32 وهي تشير إلى وجود علاقة متوسطة بين المتغيرات الثلاثة، كما نجد أن قيمة F كانت دالة عند 0.01 وبالتالي رفض الفرضية الصفرية. وعليه استنادا على النتائج، هناك علاقة متعددة بين المتغيرات الثلاثة مع احتمال خطأ 1%.

2.2. الفرضية الثانية: الصلابة النفسية هو المتغير الأكثر وزنا في العلاقة المتعددة بين الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط الجزئي، وتتمثل النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (26): معامل الارتباط الجزئي للمتغيرات الثلاثة

عزل متغير استراتيجيات المواجهة المتمركزة	نوعية الحياة	الدلالة الإحصائية
حول حل المشكل	0.39	0.01
الصلابة النفسية		

يظهر الجدول العلاقة بين متغير الصلابة النفسية ومتغير نوعية الحياة بعد عزل تأثير متغير استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل حيث يظهر أن معامل الارتباط متوسط ودال عند 0.01، كما يظهر من خلال مقارنة هذه النتائج بمعامل الارتباط البسيط الموجود في قائمة الملاحق أن متغير الصلابة النفسية هو المتغير الأكثر وزناً في العلاقة الارتباطية المتعددة.

إذاً: هناك علاقة ارتباطية متعددة بين الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد. بشرط أن يكون متغير الصلابة النفسية هو المتغير الوسيط للعلاقة المتعددة ما بين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل، أي أنه يفسر العلاقة ما بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة وبزواله تزول العلاقة ما بينهما.

وللتأكد من أن متغير الصلابة النفسية ينبئ بنوعية الحياة للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد تم حساب معامل الانحدار البسيط و نبين ذلك في الجدول رقم (27):

جدول رقم (27): يوضح ثوابت معادلة الانحدار

النموذج	المعاملات الغير معيارية		المعاملات المعيارية	اختبار ت	الدلالة الإحصائية
	A	الخطأ المعياري	Beta		
نوعية الحياة	84.88	9.36		9.06	0.01
	0.36	0.12	0.30	2.39	0.01

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن قيمة نقطة تقاطع خط الانحدار مع المحور y تمثل 84.88 كما

بلغت قيمة درجة ميل خط الانحدار 0.36 بخطاً معياري قدره (9.36، 0.12) وعليه يمكن كتابة معادلة

$$y^* = 84.88 + 0.36(x)$$

الانحدار كما يلي:

أي أن زيادة الصلابة النفسية وحدة واحدة يؤدي إلى زيادة نوعية الحياة 0.36 وحدة. وكلما زادت

الصلابة النفسية درجة معيارية واحدة زادت نوعية الحياة 0.12 درجة معيارية.

كما نجد أن قيمة اختبار ت الخاص بمعلمة الميل b دالة عند 0.01 وهذا يعكس أهمية متغير الصلابة

النفسية في النموذج. كما جاءت قيمة اختبار ت لمعلمة التقاطع a دالة عند 0.01 أي أنها تختلف عن

بشكل دال عن الصفر.

3.2. الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة احصائياً بين كل من الصلابة النفسية ونوعية

الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون Pearson للدرجات الخام، وكان معامل

الارتباط 0.30

جدول رقم(28): يوضح الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة

حجم العينة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
86	0.01	0.30	دال

هذه النتيجة تدل على أن هناك علاقة ارتباطية متوسطة ودالة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة، وبالتالي فإن الفرضية الثالثة تحققت، أي أن استنادا على النتائج يمكن التأكيد بنسبة خطأ 1% من أن زيادة الصلابة النفسية يؤدي إلى زيادة نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

4.2. الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون Pearson للدرجات الخام، وكان معامل الارتباط 0.007

جدول رقم(29): يوضح معامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل ونوعية

الحياة

حجم العينة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
86	0.95	0.007	غير دال

هذه النتيجة تدل على أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل ونوعية الحياة، وبالتالي فإن الفرضية الرابعة لم تتحقق.

5.2. الفرضية الخامسة: تنص الفرضية الخامسة على أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل

من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل وصلابة النفسية لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون Pearson للدرجات الخام، وكان معامل الارتباط 0.48.

جدول رقم (30): يوضح الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول

المشكل وصلابة النفسية

حجم العينة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
86	0.01	0.48	دال

هذه النتيجة تدل على أن هناك علاقة ارتباطية قوية ودالة بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول

المشكل وصلابة النفسية، وبالتالي فإن الفرضية الخامسة تحققت، أي يمكن التأكد بنسبة خطأ 1%

استنادا على النتائج أن زيادة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل يؤدي إلى زيادة صلابة

النفسية لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

6.2. الفرضية السادسة: توجد علاقة ارتباطية متعددة دالة إحصائية بين كل من الذكاء الانفعالي

واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط المتعدد R^2 .

مستوى الدلالة	F	R ²	المتغيرات الثلاثة
0.01	12,66	0.23	

من خلال الجدول (31) يتضح أن قيمة معامل الارتباط المتعدد 0.23 وهي تشير إلى وجود علاقة متوسطة بين المتغيرات الثلاثة، كما نجد أن قيمة F كانت دالة عند 0.01 وبالتالي رفض الفرضية الصفرية. وعليه استنادا على النتائج يمكن التأكد مع احتمال خطأ 1% بأن هناك علاقة متعددة بين المتغيرات الثلاثة .

7.2. الفرضية السابعة: استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل هو المتغير الأكثر وزنا في

العلاقة المتعددة بين الذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

للتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط الجزئي، وتتمثل النتائج في الجدول التالي:

جدول رقم (32): معامل الارتباط الجزئي للمتغيرات الثلاثة

عزل متغير نوعية الحياة	الذكاء الانفعالي	الدلالة الإحصائية
	0.48	0.01
استراتيجيات المواجهة لحل المشكل		

يظهر الجدول العلاقة بين متغير استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ومتغير الذكاء الانفعالي بعد عزل نوعية الحياة حيث يظهر أن معامل الارتباط مرتفع ودال عند 0.01، كما يظهر من خلال مقارنة هذه النتائج بمعامل الارتباط البسيط الموجود في قائمة الملاحق أن متغير استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل هو المتغير الأكثر وزنا في العلاقة الارتباطية المتعددة.

8.2. فرضية الثامنة: تنص الفرضية الثامنة على أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل من

الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون Pearson للدرجات الخام، وكان معامل

الارتباط -0.14.

جدول رقم (33): يوضح الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بين الذكاء الانفعالي ونوعية

الحياة

حجم العينة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
86	0.18	-0.14	غير دال

هذه النتيجة تدل على أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة، وبالتالي فإن

الفرضية الثامنة لم تتحقق.

9.2. الفرضية التاسعة: تنص الفرضية التاسعة على أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل

من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون Pearson للدرجات الخام، وكان معامل

الارتباط 0.48.

جدول رقم(34): يوضح الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بين استراتيجيات المواجهة

المتمركزة حول المشكل والذكاء الانفعالي

حجم العينة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
86	0.01	0.48	دال

هذه النتيجة تدل على أن هناك علاقة ارتباطية قوية ودالة بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والذكاء الانفعالي، وبالتالي فإن الفرضية التاسعة تحققت، أي أن الباحثة استنادا على النتائج متأكدة بنسبة 99% من أن زيادة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل يؤدي إلى زيادة الذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

10.2. الفرضية العاشرة: تنص الفرضية العاشرة على أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين كل

من الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون Pearson للدرجات الخام، وكان معامل

الارتباط 0.30

جدول رقم(35): يوضح الدلالة الإحصائية لمعامل الارتباط بين الصلابة النفسية والذكاء

الانفعالي

حجم العينة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الدلالة الإحصائية
86	0.01	0.30	دال

هذه النتيجة تدل على أن هناك علاقة ارتباطية متوسطة ودالة بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي، وبالتالي فإن الفرضية العاشرة تحققت، أي أن الباحثة استتادا للنتائج متأكدة بنسبة 99% من أن زيادة الصلابة النفسية يؤدي إلى زيادة الذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

3-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى: " توجد علاقة ارتباطية متعددة دالة احصائيا بين كل من الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد".

تتفق نتائج الفرضية مع دراسة Grotti et all (2009)، التي كانت حول العلاقة بين مميزات الشخصية وتأثيرها في اختيار استراتيجيات المواجهة وتأثيرها في نوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد، ضمت هذه الدراسة 104 مصاب وظهرت نتائجها ان هناك استعمال كبير لاستراتيجيات المواجهة التجنبية، اذن استعمال استراتيجيات مواجهة ايجابية تؤثر على النفسية او التوظيف النفسي للمصاب وعلى نوعية حياة المصابين. (Montel et Burgener, 2011). ودراسة Philippe Delmas et all (2000) والنتائج التي تؤكد العلاقة بين الصلابة النفسية، استراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى الممرضين في مصلحة الانعاش.

3-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية: "الصلابة النفسية هو المتغير الأكثر وزنا في العلاقة المتعددة بين الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد".

تظهر نتائج الفرضية الثانية ان هناك علاقة ارتباطية متعددة بين الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد. بشرط أن يكون متغير

الصلابة النفسية هو المتغير الوسيط للعلاقة المتعددة مابين نوعية الحياة واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل، أي أنه يفسر العلاقة ما بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة وبزواله تزول العلاقة ما بينهما.

وتتفق هذه النتائج مع تناول التكامل الحديث لعلم النفس الصحة يبرز ثلاثة عوامل لخطورة المآل والتكفل بالمرض وهي تتداخل في تفاعلاتها :

- **السوابق Antécédents:** وهي تشير إلى العوامل المحيطية والاجتماعية الديمغرافية التي تستطيع أن تهشش، تضعف أو تحمي الأفراد، والعوامل الاستعدادية (أنماط الحياة والسمات) وهي تشير إلى الشخصيات الأكثر استعدادا للوقوع في المرض.
- **الوسائط:** هي المعاملات التي يستعملها المرضى لمواجهة وضعيات خاصة (تقييم الوضعية والموارد الموجودة، تبني استراتيجيات المواجهة).
- **المحكات (المخارج):** حالة وظيفية (تقدير حالة الصحة) وهي متعددة حسب الأمراض والحالة الانفعالية (الرفاهية ونوعية الحياة). (زناد، 2013).

وفي الدراسة الحالية يمثل متغير الصلابة النفسية السوابق و المتغير الوسيط الذي يفسر العلاقة وبزواله تزول العلاقة (أي لوجود للعلاقة) ما بين متغير الصحة ونوعية الحياة، الذي يعني بتقدير الحالة الصحية و الوظيفية للفرد يعبر عن المخارج أو محك للصحة، ومتغير استراتيجيات المواجهة فيعبر عن الوسائط التي يستعملها المرضى لمواجهة الوضعيات الضاغطة الناجمة عن المرض.

الصلابة النفسية كعامل منبئ بنوعية الحياة : من خلال النتيجة التي توصلنا اليها، فإن الصلابة النفسية منبئ وعامل وقائي من شأنه التقليل من مترتبات المرض او المساهمة في تاجيل ظهور الهجمات وسرعة تطور المرض. وتساهم الصلابة النفسية في رفع نوعية الحياة

للمرضى المصابين بالتصلب المتعدد. ويعزز هذا البحث العديد من الدراسات التي خلصت الى ان الصلابة النفسية عامل منبئ بنوعية الحياة والصحة النفسية. ولمعرفة ان كان متغير الصلابة النفسية عامل منبئ بنوعية الحياة قام العديد من الباحثون بتناول فئات معينة من المجتمع، اطارات، اساتذة، رياضيين محترفين، ممرضين وعاملين في قطاع الصحة. ومتغير الصلابة النفسية والادوات التقديرية لها (المقاييس) طورت مجالات تطبيقية عديدة منها:

الرياضيين المحترفين (Golby et Sheard, 2003)، المجال العسكري (Bartone et al, 2008)، وتوصلت نتائج هذه الدراسات الى ان الافراد ذوي الصلابة المرتفعة في حالات الضغط والحالات الشاقة يجدون طرق متكيفة للتعامل مع الضغط.

اما Klag et Bradley (2010)، درسوا الصلابة النفسية عند اطارات سامية في الجامعة ولم يلمسوا التأثير المباشر للصلابة النفسية على الصحة الانفعالية عند التحكم في الانفعالات السلبية. اما بالنسبة للدور المعدل للصلابة النفسية فحسب Cohen et Edwards (1989) فيظهر ضعيف وغير مستقر ولا يلاحظ الا عند الذكور. (Schweitzer, 2014).

وفيما يخص مرض التصلب المتعدد وطبيعته الخطيرة والمزمنة والناجمة عن التهاب الجهاز العصبي المركزي، والاضطرابات الناجمة عنه تؤدي إلى تغيرات في الذاكرة، والانفعالات، واضطرابات في الحركة والتوازن والمريض يفقد التحكم في أعضائه، وبما ان التصلب المتعدد لا يتوفر على علاج نهائي فالمريض يلجأ الى تبني استراتيجيات للتكيف مع المرض و احد المتغيرات المتأثرة بالمرض والتي رأت اهتماما من رواد علم النفس الايجابي وهو متغير الصلابة النفسية الذي يرتبط بديناميكية ايجابية للتعامل مع الاوضاع الضاغطة عامة ووضعية المرض التي تمثل حالة من الضغط الدائم والمتواصل.

وحسب Z.G.Movaghar,J.Aslani,M.Mazdeh (2015)، الباحثين الذين قاموا بدراسة تنبؤية فيما يخص الصلابة النفسية والدعم الاجتماعي لدى المرضى المصابين بالتصلب المتعدد، وشملت هذه الدراسة 108 مصاب ومصابة بالتصلب المتعدد وتوصل الباحثين الى نتائج اوضحت الدور الوقائي للصلابة النفسية حيث ان المصابين بالتصلب المتعدد ذوي صلابة نفسية مرتفعة يساهمون في التقليل من الاثار السلبية للضغط وذوي الدعم الاجتماعي يتميزون بصلابة نفسية مرتفعة وادراك الدعم الاجتماعي يؤثر ايجابيا في الجانب الفيزيولوجي والنفسي ويحسن من الوضعية الاجتماعية للمصابين لانه يؤدي الى التكيف مع الوضعيات باختلافها والمرض خصوصا.

وحسب Hadavand Khani et al فان للصلابة النفسية علاقة ايجابية قوية مع الصحة العقلية للمصاب و وجود الدعم الاجتماعي يؤدي الى درجات مرتفعة في معدل نوعية الحياة وهذا يدل على الاثر الايجابي للصلابة النفسية في السيرة التكميلية للفرد مع احداث الحياة الضاغطة و المرض. (Avicenna.J Neuro Psych Physio,2015).

3-3-مناقشة نتائج الفرضية الثالثة: "توجد علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من الصلابة

النفسية ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد."

تتفق النتائج مع ما توصل إليه كل من : Golby et Sheard (2003) في دراسة لهم على الرياضيين المحترفين، ودراسة Bartone et al (2008)، التي توصلت الى ان الصلابة النفسية ترتبط بنوعية الحياة، وتتفق هذه النتائج مع الدراسة الطولية التي قام بها Kramp et al (2008) على 31 مصاب بالتصلب المتعدد لمعرفة العلاقة بين مؤشرات الشخصية اي السوابق وتطور مرض التصلب المتعدد ولاحظ الباحثين ان نوعية الحياة تتدهور كلما كانت خطورة في الاعراض والمصابين الذين تحصلوا على

درجات مرتفعة فيما يخص بعد الشخصية يتمتعون بنوعية الحياة مرتفعة رغم طول مدة المرض في بداية الدراسة ولكن بدأت النتائج تتدهور مع الوقت بالنسبة للمصابين ذوي درجات منخفضة في بعد الشخصية فالنتائج اظهرت ان بعد الشخصية له تاثير على نوعية الحياة للمصابين بالتصلب المتعدد (Coupè, 2010).

3-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة: "هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد".

لم تتحقق الفرضية الرابعة وهذا يتفق مع دراسة Ridder et al (2000) التي تنص نتائجها على ان المصابين بالتصلب المتعدد يميلون الى استعمال استراتيجيات مواجهة تجنبية ، ولا تتفق مع دراسة Mc Kabe et Kern (2002)، التي تنص نتائجها على ان كل استراتيجيات المواجهة النشطة او السلبية تمثل مؤشرات تنبؤية لنوعية الحياة للمصابين بالتصلب المتعدد. (Coupè, 2010).

3-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة: "هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والصلابة النفسية لدى المصابين بالتصلب المتعدد".

نتائج الفرضية تتفق مع ما توصل إليه كل من Ridder (2000) في دراسة اظهرت نتائجها العلاقة بين الصلابة النفسية واستعمال استراتيجيات المواجهة الفعالة ، ولكن دراسة Econ (1992) ان استراتيجيات المواجهة التجنبية تكون الانسب في المواجهة مع المرض المجهول المال ولا نستطيع التحكم فيه وفي تطوره.

3-6- مناقشة نتائج الفرضية السادسة: "توجد علاقة ارتباطية متعددة دالة احصائيا بين كل من

الذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين

بالتصلب المتعدد."

تتفق نتائج الفرضية معدراسة Coupè et all (2010) التي اظهرت نتائجها على وجود علاقة متعددة

دالة احصائيا مابين الانفعالات واستراتيجيات المواجهة ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد و

SLA وتؤثر كل من الانفعالات واستراتيجيات المواجهة في نوعية الحياة للمرضى.

3-7- مناقشة نتائج الفرضية السابعة: "استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل هو

المتغير الأكثر وزنا في العلاقة المتعددة بين الذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل

ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد."

نتائج الفرضية تتوافق و دراسة Rascle et Irachabal (2001) التي تمحورت حول الوسائط

والمعدلات في مجال الضغط وعلم النفس الصحة، ومتغير استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل

المشكل يمثل المتغير الوسيط حسب Kenny et Baron (1986) وهذا يتبع المفاهيم الاساسية النظرية

للمنموذج التعاقدى والتكاملي للشخصية. (Schweitzer et Quintard, 2001).

3-8- مناقشة نتائج الفرضية الثامنة: "هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من الذكاء

الانفعالي ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد."

لم تتحقق الفرضية الثامنة وهذا لايتفق مع نتائج دراسات Kerrin et Bodarwè (2008) التي اظهرت

علاقة بين الذكاء الانفعالي والانفعالات وتأثيرها على نوعية الحياة في الاصابات الجبهية وقد يكون هذا

راجع لطبيعة العينة.

3-9- مناقشة نتائج الفرضية التاسعة: "هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من

استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد."

نتائج هذه الفرضية تتفق مع الإطار النظري لهاته الدراسة وهذا ما توصل إليه Ponnelle (2012)

المتعلقة بحالات المنافسة ودراسة Cerin et Barnett (2006) و Burton et Naylor (1997)، و

Jones et all (1993).

3-10- مناقشة نتائج الفرضية العاشرة: "هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين كل من

الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد."

تتفق نتائج هذه الفرضية مع الإطار النظري لهاته الدراسة وهذا ما توصل إليه كل من

Smith,Lumley et Longo (2002) في دراسة على عينة من المرضى المزمنين التي اظهرت

النتائج العلاقة بين الانفعالات والتعبير عن الانفعالات مرتبط بالصلابة النفسية. (Mikolajczak et

Desseilles,2012).

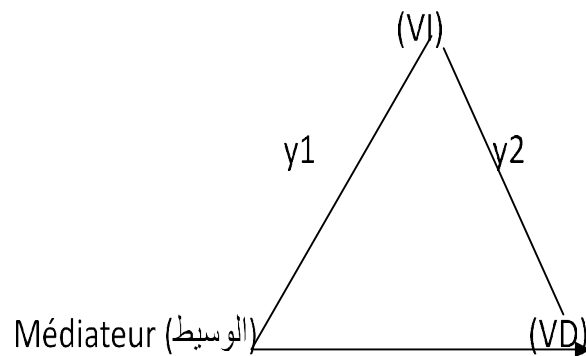
في ضوء ماسبق من عرض للنتائج في البحث الحالي ومناقشتها يمكن حصر أهم نتائجه فقد تبين من خلال مناقشة فرضيات البحث وجود علاقة متعددة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية للصلاية النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد، وبرزت النتائج ان استراتيجيات المواجهة السائدة لدى المصابين بالتصلب المتعدد هي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل، بالإضافة الى وجود علاقة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية للصلاية النفسية والدرجة الكلية لنوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد والدور الوقائي الذي تلعبه الصلاية النفسية زيادة على انها عامل من العوامل المنبئة بنوعية الحياة والصحة. والصلاية النفسية تلعب دور وسيط في العلاقة المتعددة بين الصلاية النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

وتبين ايضا وجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية للصلاية النفسية لدى المصابين بالتصلب المتعدد، بالإضافة الى وجود علاقة ارتباطيه متعددة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

ويمكن من خلال نتائج الدراسة ان تلعب استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل دور وسيط في العلاقة المتعددة بين الذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

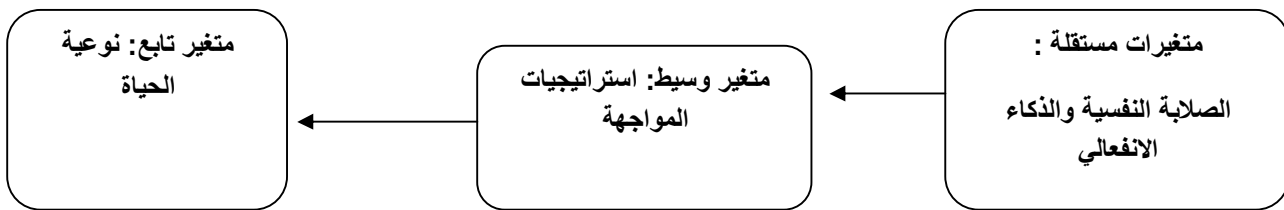
وهذا بوجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد، ووجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين كل من الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي لدى المصابين بالتصلب المتعدد.

ومن خلال النتائج وحسب بوحفص.ع (2016) ان مخططات البحث بمتغير وسيط ضمن النموذج التفسيري المعروف بنموذج التفاعل المتبادل تتدخل فيه العضوية بين المنبه والاستجابة بحيث تكون العلاقة بين الفرد والمحيط (الموقف) سياق يغير فيه كل طرف الطرف الآخر. يظهر الفرد في هذا النموذج التفسيري (ومن ذلك في مخطط بحث بمتغير وسيط) كعنصر نشيط يمكن أن يؤثر في الموقف من خلال إعادة تفسيره والتدخل فيه .



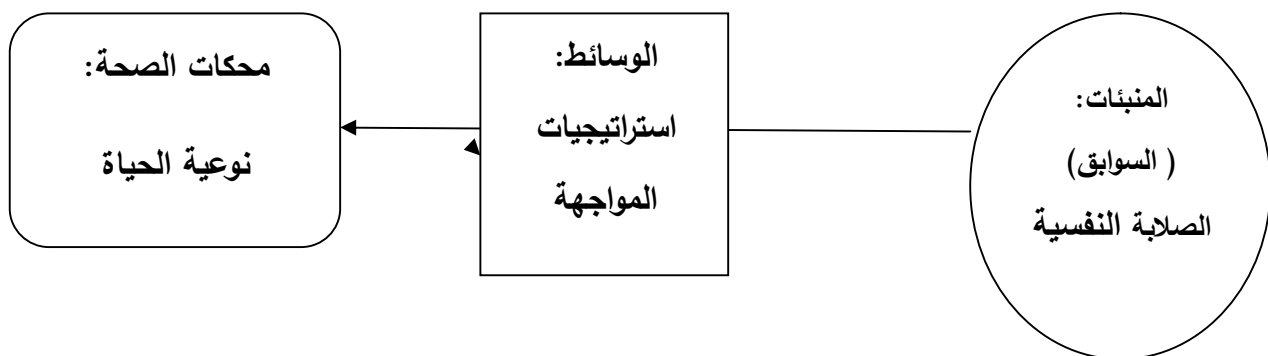
شكل رقم (26): مخطط بحث بمتغير وسيط

(بوحفص.ع ، 2016 ، مشكلات البحث العلمي باستخدام المخططات المركبة بمتغيرات وسيطة ومعدلة، مداخلة مقدمة من طرف ا.د. عبد الكريم بوحفص في اطار يوم دراسي).



الشكل رقم (27) : يمثل متغيرات الدراسة .

وفيما يلي تصور نظري للعلاقات التفاعلية بين المنبئات والمحكات في البحث الحالي:



الشكل رقم (28) : يمثل التصور النظري لنموذج العلاقات التفاعلية بين المنبئات والمحكات الصحية.

واستنادا الى نظريات علم النفس الصحة والنموذج التكاملي الحديث في تفسير الصحة والمرض يبرز

ثلاثة عوامل لخطورة المآل والتكفل بالمرض وهي تتداخل في تفاعلاتها :

• **السوابق Antécédents:** وهي تشير إلى العوامل المحيطة والاجتماعية الديمغرافية التي

تستطيع أن تهشش،تضعف أو تحمي الأفراد،والعوامل الاستعدادية (أنماط الحياة والسمات)

وهي تشير إلى الشخصيات الأكثر استعدادا للوقوع في المرض.

• **الوسائط:** هي المعاملات التي يستعملها المرضى لمواجهة وضعيات خاصة (تقييم الوضعية

والموارد الموجودة، تبني استراتيجيات المواجهة).

- المحركات (المخارج): حالة وظيفية (تقدير حالة الصحة) وهي متعددة حسب الأمراض والحالة الانفعالية (الرفاهية ونوعية الحياة). (زناد، 2013).

تناولت الدراسة موضوع دور استراتيجيات المواجهة في العلاقة ما بين الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد، وقد سمحت لنا النتائج المتحصل عليها الاجابة على التساؤلات المطروحة، حيث تبين ان وجود علاقة متعددة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية لنوعية الحياة وتبين كذلك ان استراتيجيات المواجهة السائدة لدى المصابين بالتصلب المتعدد هي استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل، ووجود علاقة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية والدرجة الكلية لنوعية الحياة، ووجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والدرجة الكلية للصلابة النفسية، واتفق ايضا ان الصلابة النفسية تلعب دور وسيط في العلاقة المتعددة بين الصلابة النفسية واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة، ووجود علاقة ارتباطيه متعددة دالة إحصائيا بين الدرجة الكلية للذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة و ابرزت النتائج ان استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل تلعب دور وسيط في العلاقة المتعددة بين الذكاء الانفعالي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة، ووجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل والذكاء الانفعالي، ووجود علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين كل من الصلابة النفسية والذكاء الانفعالي .

كما توضح من النتائج عدم وجود علاقة دالة احصائيا بين كل من استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد وعدم وجود علاقة دالة احصائيا بين الذكاء الانفعالي ونوعية الحياة لدى المصابين بالتصلب المتعدد، وقد يرجع هذا لتاثير عدد من العوامل ادت الى

عدم تحقيق الفرضيات المقترحة في هذه الدراسة ،وتثير نتائج الدراسة الى الاهتمام بضرورة اجراء المزيد من البحوث حول الخصائص النفسية التي تميز هذه الفئة.

ويبقى المجال مفتوحا امام الدراسات والبحوث،لتفسير الكثير من الغموض والاجابة على التساؤلات المطروحة من قبل الباحثين المهتمين بالصحة وتفسيرها على اساس تكاملي والمهتمين بموضوع التصلب المتعدد وماينجم عنه من معوقات مختلفة لدى المصاب.

قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

1. ابوسمهدانة.ت (2006) : " الصلابة النفسية وعلاقتها بالعنف الاسرائيلي لدى المرأة الفلسطينية في ظل انتفاضة الاقصى بالقطاع غزة" ،رسالة دكتوراه غير منشورة،جامعة الاقصى غزة.
2. ابوندى.ع (2007) : الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الازهر بغزة " ،رسالة دكتوراه غير منشورة ، كلية التربية،جامعة الازهر، غزة.
3. ابوندى .ع (2007) : الصلابة النفسية وعلاقتها بضغوط الحياة لدى طلبة جامعة الازهر،مجلة علم النفس،العدد56،صص6-27.
4. ابوھين،فضل: (1997) الصحة النفسية :دراسة للصحة النفسية في فلسطين، غزة،فلسطين.
5. البهاص.س (2002) : الناهك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة ، مجلة كلية التربية،جامعة طنطا،العدد31 ، المجلد 1 ،صص384-414 .
6. الحجار.ب و دخان .ن (2006) : الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الاسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديه" ،مجلة الجامعة الاسلامية ، سلسلة الدراسات الاسلامية، المجلد14، العدد2 ،صص369-398 .
7. الداهري صالح، (1999) : الشخصية والصحة النفسية، دار الكندي للنشر والتوزيع،الاردن.
8. السيد عثمان فاروق ،(2001) : القلق وادارة الضغوط ، الطبعة الاولى،دار الفكر العربي، القاهرة.

9. أرامبيد، جورجينا(2011). بحث عن تشخيص ومراقبة مرض التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، الاصدار 17. www.msif.org ، الصفحة 16-17.
10. اسماء عبد العزيز حسين : (2002) المدخل الميسر الى الصحة النفسية والعلاج النفسي، ط1، عالم الكتاب،الرياض،المملكة العربية السعودية.
11. انتل، جاك (2008).الخلايا الجذعية:فهم دورها في علاج التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، الاصدار 11، www.msif.org ، الصفحة 4-6.
12. ايت حمودة ، ح (2005-2006).دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية ، دراسة ميدانية بمدينة عنابة،مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي،جامعة الجزائر 2 .
13. ايمان فوزي:(2001) دراسات في الصحة النفسية،ط1،مكتبة زهراء الشرق،القاهرة ،مصر
14. بار، أميت (2011). الدراسات العلمية الأساسية للتصلب العصبي المتعدد: شرح للفروع الرئيسية، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd ، الاصدار 17، الصفحة 6-10. www.msif.org.
15. براساد، دون(2006).العلاج الطبيعي دوره في إعادة التأهيل، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd ، الاصدار 07 ، الصفحة 6-8. www.msif.org
16. بوحفص.ع، (2006)،الاحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية والانسانية،ديوان المطبوعات الجامعية،بن عكنون،الجزائر.
17. بوحفص.ع،(2011)،اسس ومناهج البحث في علم النفس،الجزائر،ديوان المطبوعات الجامعية.

18. بوحفص.ع،(2013)،الاساليب الاحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام Spss ،الجزء الاول،الجزائر،ديوان المطبوعات الجامعية.
19. بوحفص.ع،(2013)،الاساليب الاحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام Spss ،الجزء الثاني،الجزائر،ديوان المطبوعات الجامعية .
20. بوحفص.ع،(2016)،مشكلات البحث العلمي باستخدام المخططات المركبة بمتغيرات وسيطة ومعدلة، محاضرة غير منشورة في اطار يوم دراسي،جامعة الجزائر2.
21. تريمليت، هيلين (2009). مرض التصلب العصبي المتعدد التقدمي الثانوي، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd ،الاصدار14، الصفحة 13-14. www.msif.org .
22. جاريا، ساستر و تيننتور، (2011).العلاجات الدوائية لأعراض مرض التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd ،الاصدار18، الصفحة 16-19. www.msif.org .
23. حمادة.ع و عبد اللطيف.ع (2002) : الصلابة النفسية والرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، مجلة الدراسات النفسية،صص229-272.
24. خرف الله.ع،(2014)،نوعية العلاقة الزوجية وعلاقتها بالذكاء الانفعالي،اطروحة دكتوراه في علم النفس،جامعة حاج لخضر باتنة،الجزائر.
25. دويدار.ع. (2000)،مناهج البحث في علم النفس،دار المعرفة الجامعية،مصر.
26. روخاس.ا.(2009).مرض التصلب العصبي المتعدد التقدمي الأولي، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd ،الاصدار14، الصفحة 10-12. www.msif.org .

27. روفاريس. م(2009). مرض التصلب العصبي المتعدد الانتكاسي المتكرر، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار14، الصفحة 07-09 . www.msif.org .
28. زناد. د (2008)، سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية عند المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ، الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة،مذكرة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس العيادي، بجامعة الجزائر 2 .
29. زناد. د (2013)، علم النفس الصحي :سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته ببعض المتغيرات النفسية عندالمرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن ، الخاضعين لتصفية الدم عن طريق الآلة، الجزائر،دار الخلدونية.
30. ستيرتماتر، ريجين(2004).مشاكل الأشخاص حديثي التشخيص المتعلقة بالعاطفة، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر،المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار04، الصفحة 07-09. www.msif.org .
31. سولارو، كلوديو(2007).الألم عصبي المنشأ في التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار10، الصفحة 11-13. www.msif.org .
32. سيلبر، ايلي (2004). الاكتئاب ومرض التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار04، الصفحة 10-12.www.msif.org.
33. شيلي،ت (2008)،علم النفس الصحي،ترجمة وسام درويش بريك وآخرون (ط1)،دار الحامد للنشر والتوزيع عمان ،الاردن.
34. عسكر.ع :ضغوط الحياة واساليب مواجهتها.دار الكتاب الحديث.

35. عكاشة ا. (2005)، علم النفس الفيسيولوجي، القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية.
36. عزوز ا. (2014)، مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى المرضى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 210، ديسمبر، الجزائر.
37. كرافت، ج. (2006). مقدمة في إعادة التأهيل، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 07، الصفحة 04-05
www.msif.org .
38. كوتش، ماركوس (2009). ما المشكلة المتمثلة في الرعشة والترنج لدى مرضى التصلب العصبي المتعدد؟، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 13، الصفحة 07-09 .
www.msif.org .
39. كوستيلو. ل (2009). أشكال مرض التصلب العصبي المختلفة: الشكل الحميد والشكل العدوانى، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 14، الصفحة 15 .
www.msif.org .
40. كيفوركينان ،ج.بي. (2011). التصلب العصبي المتعدد في المشخص الطبي.
<http://www.altibbi.com/author/67/>
41. لاروكا. ن. (2004). تقديم المشاكل الإدراكية والعاطفية المتعلقة بمرض التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 04، الصفحة 04-06 .
www.msif.org .
42. لوبلين. ف (2009)، مقدمة في مسارات مرض التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 14، الصفحة 04-06 .
www.msif.org .

43. مالوني. ه، واين (2007). مقدمة للألم والتصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 10، الصفحة 04-07. www.msif.org
44. مخيمر.ص (1996) : ادراك القبول/الرفض الوالدي وعلاقته بالصلاية النفسية لطلاب الجامعة، مجلة دراسات نفسية، مجلد 6 ، ص ص 275-299 .
45. مخيمر.ص (1997) : الصلاية النفسية والمساندة الاجتماعية : متغيرات وسيطة في العلاقة بين ضغوط الحياة واعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي. المجلة المصرية للدراسات النفسية، المجلد 7 ، العدد 17 ، مكتبة الانجلو المصرية، ص ص 103-138.
46. مخيمر.ص. (2002) : المدخل الى الصحة النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
47. مفتاح.م. (2010)، مقدمة في علم النفس الصحة: مفاهيم - نظريات - نماذج - دراسات، عمان الاردن، الطبعة الاولى، دار وائل للنشر والتوزيع.
48. منسي.ع. (2003). مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية، الإسكندرية، مصر، دار المعرفة.
49. نايل العاسمي.ر. (2011)، علم النفس الصحة الاكلينيكي، الجزء الثاني، عمان ،دار الاعصار العلمي.
50. هادف.ك. (2010). 10 آلاف حالة للتصلب المتعدد في الجزائر، في جريدة الفجر أون لاين، الجزائر، 20 أكتوبر 2010.
51. هوتشينسون.ب. (2008). ما هو الشلل التشنجي وما الذي يسبب الإصابة به؟، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 12، الصفحة 06-08. www.msif.org

52. هيتشينسون.م. (2011). العلاج المناعي لمرض التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 18، الصفحة 08-11. www.msif.org.
53. يخلف.ع. (2001). علم النفس الصحة، الأسس النفسية والسلوكية للصحة، قطر، دار الثقافة للطباعة والنشر.
54. يوسف. ج (2001) : النظريات الحديثة في تفسير الامراض النفسية ، دار غريب ، مصر
55. يوسيلي.م. (2003).مقدمة عن الإعياء ومرض التصلب العصبي المتعدد، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 01، الصفحة 06-08. www.msif.org.
56. يوسيلي.م. (2007). نتائج دراسة المسح الاستطلاعية بخصوص الألم، في مجلة التصلب العصبي المتعدد تحت المجهر، المملكة المتحدة، Cambridge Publishers Ltd، الاصدار 10، الصفحة 24-25. www.msif.org.

المراجع باللغة الاجنبية:

57. Abdolhosseini.A,Komrosh.M,(2012),**The moderating role of hardiness and perfectionism variables and the relationship between stress and physiologic responses**,university of payam-noor,Teheran,Iran.
58. American Psychological Association(APA),2015,Université Cathololique de Louvain.
59. Anderson.N.J,(2014),**The influence of hardiness levels on the rate of return to work**,Master of science,university of regina.
60. Anne Fogat –Largeault,**Diversité humaine et qualité de vie**,conference à l’université de Tous,Sorbonne,2002.

61. Anne .F et all (2007),**Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques**,Urmel,France.
62. A.Leplege,(1993),**Les mesures de la qualité de vie,Que sais-je ?**,Paris.
63. Bellissa.B,(2013),**favoriser la maturité èmotive :l'intelligence èmotionnelle**,Canada,Quebec-Livres.
64. Bodarwè.K,(2008), **Existe-t-il une corrélation entre l'intelligenceèmotionnelle et l'asymétrie préfrontale ?Investigation sur les corrélats neuronaux de l'intelligenceèmotionnelle et sur les implications dysfonctionnellesprobables de celle-ci**,thèse doctorat, Université Catholique de Louvain.
65. Bouvard.M,Cottraux.J,(2000),**Protocoles et echelles d'evaluations en psychiatrie et en psychologie**,paris,2ed,Masson.
66. Bruchon-Schweitzer.M,Dantzer.R,(1994),**Introduction à la psychologie de la santé**,paris,PUF(psychologie d'aujourd'hui)
67. Bruchon-Schweitzer.M,(2002),**Psychologie de la santé : Modeles,Concepts et Methodes**,paris,Dunod.
68. Bruchon-Schweitzer.M,Quintard.B,(2001),**Personnalités et Maladies :Stress,coping et ajustement**,paris,Dunod.
69. Bruchon-Schweitzer.M,Boujut.E,(2014),**Psychologie de la santé :Concepts,Methodes et Modeles**,paris,2ed,Dunod.
70. Buaufils.B (2007) , **La qualité de vie**,CRIFS ,université paris8.
71. Celine .M et Jocelyne.F(2005),**La qualité de vie,perspectives thèoriques et empiriques,in Santé et Maladie**,Ecole des hautes etudes en sciences sociales,Paris.
72. Chabrol.H,Callahan.S,(2004),**Mecanismes de defense et coping**,paris,Dunod.
73. Cheneiweiss.L,(1999),**Les soignants Face à la psychologie des maladies**,Avenue de l'europe,edition Lamarre.
74. Coupè.c,(2010), **Etude des liens entre troubles émotionnels et cognitifs, stratégies de« coping » et qualité de vie dans la sclérose en**

- plaques de forme progressive et la sclérose latérale amyotrophique**, thèse de doctorat, université de paris8.
75. Delf, journal, **Qualité de vie et maladies chroniques**, santé éducation, n :1, Vol16, 2006.
 76. Delmas.p, Duquette.A, (2000), Hardiesse, **Stratégies de coping et qualité de vie au travail d'infirmières de réanimations**, Recherches , N60, Montreal.
 77. Dubernard, Jean Michel, Guérine, Jean Paul, Bouvenot, Gilles (2006). **Sclérose en plaques**, France, Guide -Affection de longue durée, Haute autorité de santé , (www.has-ante.fr.)
 78. Fischer.G.N (2002), **Traité de psychologie de la santé**, Dunod, Paris.
 79. Fischer.G.N, Tarquinio.C, (2014), **psychologie de la santé :applications et interventions**, paris, Dunod.
 80. Fischer.G.N, Tarquinio.C, (2014), **les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé**, paris, Dunod.
 81. Goleman.D, (1995), **L'intelligence emotionnelle :Accepter ses emotions pour developper une intelligence nouvelle**, tome1, New York, Bantam Books.
 82. Goleman.D, (1998), **L'intelligence emotionnelle :Aaccepter ses emotions pour s'epanouir dans son travail**, tome 2, New york, Bantam Books.
 83. Gonsette, Richard (2004). **La sclérose en plaques**, - La ligue belge de la sclérose En plaques, Communauté française ,l 'AWIPH.
 84. Hartmann.A, (2007), **Etude longitudinale de la qualité de vie et des stratégies d'ajustement des patientes avec un cancer du sein et de leurs accompagnants referents**, these de doctorat, université de haute bretagne rennes 2.
 85. J.G.Boula, (2004), **La qualité de vie du patient**, université de paris13.

86. J.M.Benoit ,(2001),**coup d'œil critique sur les echelles de qualité de vie,progrès en urologie,10,1258.**
87. keck, Sherry D. A. (2006) . **pain locus of control and quality of life , index scores in chronic pain patient** , Greensboro, a thesis for the degree master of science in nursing, university of north Carolina.
88. Kinugawa.K ,(2008).**Neurologie**,Masson,11eme édition,France.
89. Lunsden.B,(2011),**Hardiness,Stress,et Coping Strategies among mid-level nurse managers: implication for contining higher education**,dissertation prepared for degree of doctor of philosophy,university of north texas.
90. Mardaga.Solange,(2009),**La personnalité comme modulateur de la reactivité émotionnelle :une approche psychophysiologique**, thèse de doctorat,université de Liège.
91. Martin.K ,Tarquinio.C,(2011),**Traité de psychologie positive**,Bruxcelles,DeBoeck.
92. Marty.F,(2007),**le psychologue a l'hôpital**,paris,éditions in press.
93. Mikolajczak.M,Desseilles.M,(2012),**Traité de Régulation des émotions**,7ed,Bruxcelles,DeBoeck.
94. Mikolajczak.M,(2013),**Les interventions en psychologie de la santé**,Paris,Dunod.
95. Mikolajczak.M,Quoidbach.J,Kotsou.I,Nelis.D,(2014),**Les compétences émotionnelles**,Paris,Dunod.
96. Montel,S et Bungener,C (2008). **Coping et qualité de vie dans la sclérose en plaques ; La maladie de Parkinson : une réflexion clinique**,Paris, Laboratoire de Psychopathologie et de Neuropsychologie Cliniques, Institut de Psychologie, Université Paris Descartes.
97. Movaghar.G.Z,Aslani.J,Mazdeh.M,(2015),**Prediction of resiliency of social support in patients with Multiple sclerosis**,Avicenna J Neuro

- Psych Physio,I azad university of medical science,Iran,DOI:10.17795/ajnpp-24332.
98. Petropoulou.H,(2006), **Profil émotionnel et cognitif au début de la sclérose en plaques :Effets différentiels des émotions sur les performances ognitives**,thèse de doctorat,université paris8.
 99. Rasclé.N,Irachabal.S,(2001),Mèdiateurs et Moderateurs :Implications théoriques et Mèthodologiques dans le domaine du stress et la psychologie de la santé,Vol64,France,PUF,pp97-118.
 100. Reuclin.M,(1998),**les mètodes en psychologie**,Alger,Casbah éditions.
 101. Robichaud.S ,Vandal.S,Viens.C,Bradet.R,(2001)Mars,N64,Recherche ,Montreal.
 102. Seron.X,(1993),**La Neuropsychologie cognitive**,France,PUF.
 103. Shankland.R,(2014),**la psychologie positive**,paris,Dunod.
 104. Sillamy.N,(2003),**Dictionnaire de psychologie**,Quebec,Larousse-Vuef.
 105. Si Mousi.A,Benkhelifa.M,(2009)Novembre,**Les Bases de la mètodologie en psychologie :Modeles de recherches en psychologie clinique**,2eme journées d'études du laboratoire d'anthropologie psychanalytique et de psychologie,université d'alger2.
 106. Sirgy.J,(2012) ,**the psychology of quality of life:wellbeing,Life Satisfaction,and Eudaimonia**,Canada,2ed,Springer.
 107. Stora.J,(2007),**Le Stress**,France,PUF.
 108. Touba Nadia,(2013),**La Sclèrose en plaque**,in Santé Mag,Vol16,Algerie.
 109. Touchèque.M,(2011),**Etude des facteurs psychosociaux et des stratégies de coping sur l'ajustement des parents d'enfants atteints de mucoviscidose :Impact sur la qualité de vie**,thèse de doctorat, université de Liège.
 110. Tourette.C,(2006),**Description et premiers resultats du programme d'éducation thèrapeutique**,Motiv-Sep,Rouen,France.

111. Tribolet.S,(1997),**Lexique de santé mentale**,Toulouse,Privat éditions de santé.
112. Vanderlinden.M,Ceschi.G,(2008),**Traité de psychopathologie cognitive :Bases théoriques**,tome1,Marseille,ed Solal.
113. Zani.B,(2002),**Théorie et modele en psychologie de la santé**,Dunod,Paris.

الملاحق

ملحق رقم 01

صفحة البيانات

تعليمية :

في إطار بحث أكاديمي،يرجومنك الباحث أن تقرا كل عبارة بعناية،وان تضع علامة (X) أمام الإجابة التي تبدو أكثر ملائمة لك ا أنت وحدك ،لاتترك (ي) أي عبارة دون إجابة،واعلم(ي) أن إجابتك ستكون سرية ولن تستعمل إلا لغرض البحث العلمي.ولك الشكر والتقدير على حسن تعاونك.

معلومات ضرورية:

الاسم:(اختياري):.....

السن:.....

الجنس:أنثى () ذكر ()

الوضعية العائلية:

متزوج ☐ أعزب ☐ مطلق ☐ أرمل ☐

الوضعية الاقتصادية:

ضعيفة ☐ متوسطة ☐ جيدة ☐

المستوى الدراسي:

ابتدائي ☐ المتوسط ☐ الثانوي ☐ الجامعي ☐

الوضعية المهنية :

بدون عمل ☐ عامل بسيط ,حرفي ☐ موظف ☐ متقاعد ☐

سن تشخيص المرض:

الأعراض الأولى للمرض:

استجاباتك الأولى نحو المرض:

تكلم عن مرضك كما تراه أنت:

ملحق رقم 02

مقياس الصلابة النفسية

- لكل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (x) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك
عموما طبقا للأجوبة التالية: تنطبق دائما، أحيانا، لا تنطبق أبدا:

الرقم	العبارة	تنطق دائما	تنطق أحيانا	لا تنطبق أبدا
01	مهما كانت العقبات فأني أستطيع تحقيق أهدافي.			
02	أأخذ قراراتي بنفسي ولا تملي علي من مصدر خارجي			
03	أعتقد أن متعة الحياة وإثارتها تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها.			
04	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم.			
05	عندما أضع خططي المستقبلية غالبا ما أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها.			
06	أقحم المشكلات لحلها ولا أنتظر حدوثها.			
07	معظم أوقات حياتي تضيق في أنشطة لا معنى لها.			
08	نجاحي في أموري (دراسة-عمل... الخ) يعتمد على مجهودي وليس على الحظ أو الصدفة			
09	لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة ما لا أعرفه.			
10	أعتقد أن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من أجله.			
11	الحياة فرص وليست عمل وكفاح.			
12	أعتقد أن الحياة المثيرة هي التي تنطوي على مشكلات أستطيع أن أواجهها			

13	لدي قيم ومبادئ معينة التزم بها وأحافظ عليها.		
14	أعتقد أن الفشل يعود إلى أسباب تكمن في الشخص نفسه		
15	لدي قدرة على المثابرة حين أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني.		
16	لا يوجد لدي من الأهداف ما يدعوا للتمسك بها أو الدفاع عنها.		
17	أعتقد أن كل ما يحدث لي غالبا هو نتيجة تخطيطي.		
18	المشكلات تستنفر قواي وقدرتي على التحدي.		
19	لا أتردد في المشاركة في أي نشاط يخدم المجتمع الذي أعيش فيه.		
20	لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ.		
21	أشعر بالخوف والتهديد لما قد يطرأ على حياتي من ظروف وأحداث.		
22	أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة.		
23	أعتقد أن الصدفة والحظ يلعبان دورا هاما في حياتي		
24	عندما أحل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى		
25	أعتقد أن "البعد عن الناس غنيمة"		
26	أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي.		
27	أعتقد أن مواجهة المشكلات استبانة لقوة تحملي وقدرتي على المثابرة.		
28	اهتمامي بنفسني لا يترك في فرصة للتفكير في أي شيء آخر.		
29	أعتقد أن سوء الحظ يعود إلى سوء التخطيط		
30	لدي حب المغامرة والرغبة في استكشاف ما يحيط بي		
31	أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يخدم أسرتي أو		

			مجتمعي.	
32			أعتقد أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي	
33			أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها.	
34			أهتم كثيرا بما يجري من حولي من قضايا وأحداث.	
35			أعتقد أن حياة الأفراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها.	
36			الحياة الثابتة والساكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي	
37			الحياة بكل ما فيها لا تستحق أن حياها	
38			أؤمن بالحظ	
39			أعتقد أن الحياة التي لا تنطوي على تغيير هي حياة مملة وروتينية	
40			أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم.	
41			أعتقد أن لي تأثيرا قويا على ما يجري حولي من أحداث.	
42			أتوجس من تغييرات الحياة فكل تغير قد ينطوي على تهديد لي ولحياتي.	
43			أهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن.	
44			أخطط لأمر حياتي ولا أتركها تحت رحمة الصدفة والحظ والظروف الخارجية.	
45			التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح.	
46			أغير قيمي ومبادئني إذا دعت الظروف لذلك.	
47			أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث.	

ملحق رقم 03

مقياس الذكاء الانفعالي

- ضع علامة (x) امام الاجابة التي تبدو اكثر ملائمة لك ولا تترك اي عبارة دون اجابة واعلم ان اجابتك ستكون سرية ولن تستعمل الا لغرض البحث العلمى:

عبارات المقياس	لا اوافق بشدة	لا اوافق	لا استطيع ان اقرر	اوافق	اوافق بشدة
1 اعرف متى أتكلم عن مشكلاتي الشخصية مع الآخرين					
2 عندما أواجه عقبات أتذكر كيف تغلبت على العقبات المشابهة					
3 أتوقع أن افشل عموما عندما أحاول عمل شيء جديد					
4 لمزاجي تأثير قليل على كيفية معالجاتي للمشكلات					
5 يأتمني الآخرون على أسرارهم ويثقون بي					

					أجد صعوبة في فهم تلميحات و إشارات الآخرين غير اللفظية	6
					قادتني بعض الأحداث الهامة في حياتي إلى إعادة تحديد الأشياء المهمة وغير المهمة	7
					لا أستطيع أحيانا تحديد مدى أهمية الشخص الذي أحاوره	8
					عندما انفعل فأنتني أدرك انفعالاتي	9
					لا أتوقع عموما أن تحدث الأمور بشكل جيد	10
					عند محاولة حل مشكلة في حياتي، يصبح من المهم أن أتجنب الانفعالات بقدر الإمكان	11
					عندما أعيش انفعالا إيجابيا، أعرف كيف أجعله يستمر	12
					أرتب الأحداث التي تمتّع الآخرين	13

					14 غالبا ما اخطيء تحديد التصرفات الملائمة في المواقف الاجتماعية
					15 ابحت عن الأنشطة التي تجعلني سعيدا
					16 أدرك الرسائل غير اللفظية التي أرسلها لآخرين
					17 اهتمامي قليل بالانطباع الذي اتركه لدى الآخرين
					18 عندما تكون حالتي المزاجية ايجابية،يسهل قيامي بحل المشكلات
					19 اخطي في قراءة تعبيرات وجوه الناس
					20 لاتساعدني انفعالاتي في الوصول للأفكار الجديدة
					21 في أحيان كثيرة،لااعرف سبب تغير انفعالاتي
					22 وجودي في حالة

					مزاجية، لايساعدني على إدراك الأفكار الجديدة	
					أجد صعوبة في ضبط انفعالاتي	23
					أتعرف بسهولة على انفعالاتي عندما أعيشها	24
					يخبرني الناس أنهم يجدون صعوبة في مناقشتي والحديث معي	25
					أتخيل أنني سأؤدي مهامي بشكل جيد حتى ادفع نفسي لأدائها	26
					أهنيء الآخرين عندما يقومون بعمل جيد	27
					أدرك الرسائل غير اللفظية التي يرسلها الآخرون	28
					أشعر بالإحداث الهامة التي تحدث للناس وكأنها تخصني	29
					لاأعمل الانفعالات دورا كبيرا في كيفية	30

					تعاملي مع المشكلات	
					لاواجه التحديات حتى لاافشل	31
					اعرف مايشعر به الآخرون عند النظر إليهم	32
					أساعد الآخرين على الصمود عند الشدائد	33
					تساعدني الحالات المزاجية الجيدة على مواجهة العقبات	34
					أجد صعوبة في تحديد مشاعر الشخص من نبرة صوته	35
					أجد صعوبة في فهم مشاعر الناس	36
					أجد صعوبة في تكوين صداقة حميمية	37

ملحق رقم 04

مقياس استراتيجيات المواجهة

- من فضلك صف موقفا أو وضعية ضاغطة عايشتها خلال الأشهر الأخيرة:

.....

.....

.....

.....

- حدد شدة الازعاج و التوتر التي سببتها المشكلة:

منخفض () متوسط () مرتفع ()

من بين هذه الاستراتيجيات بين أي إستراتيجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة المشكلة

الاستراتيجيات المستعملة في مواجهة المشكلة	لا	نوعا ما لا	نوعا ما نعم	نعم
01 وضعت خطة عمل واتبعتها.				
02 تمنيت لو أن الوضعية اختفت أو انتهت.				
03 حدثت شخصا عما أحسست به.				
04 كافحت للحصول على ما أريد.				
05 تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث.				
06 التمسست مساعدة اختصاصي، وقمت بما نصحني به.				
07 تغيرت بشكل إيجابي (إلى الأحسن).				
08 تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة.				
09 طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها.				
10 عالجت الأمور واحدة واحدة.				
11 تمنيت لو أن معجزة تحدث.				
12 تكلمت مع شخص لاستعلم أكثر عن الموضوع.				
13 ركزت على جانب إيجابي قد يظهر فيما بعد.				
14 شعرت بالذنب.				
15 احتفظت بمشاعري لنفسي.				
16 خرجت أقوى من هذه الوضعية.				
17 فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أشعر بتحسن.				
18 تكلمت مع أحد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة.				
19 غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة.				
20 حاولت نسيان كل شيء.				
21 حاولت أن لا أعزل.				
22 حاولت عدم التصرف بطريقة متسرفة أو أن أتبع الفكرة الأولى.				
23 تمنيت لو أستطيع تغيير موقفي.				
24 لقد تقبلت تعاطف أحدهم وتفهمه.				

				وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة.	25
				وبخت وانتقدت نفسي.	26
				عرفت ما ينبغي القيام به. لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك.	27

ملحق رقم 05

مقياس نوعية الحياة

*اجب على أسئلة المقياس بوضع علامة على الإجابة التي ترى أنها مناسبة حسب رأيك:

1. ماهو تقديرك لنوعية الحياة ؟

- سيئة جدا ☐ سيئة الى حد ما ☐ جيدة الى حد ما ☐ لاسيئة ولا
جيدة ☐ جيدة جدا ☐

2. ماهو مدى رضاك عن حالتك الصحية؟

- راض جدا ☐ راضي نوعا ما ☐ غير راض نوعا ما ☐ لا راضي ولا غير
راضي ☐ غير راضي ابدا ☐

3. من رايك الى اي مدى يمكن ان يؤدي مرضك الى عجزك عن القيام بالعمل ؟

- ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐
بدرجة بالغة ☐

4. حتى تستمر حياتك ،ما مقدار الرعاية التي تحتاج اليها؟

- ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐
بدرجة بالغة ☐

5. ما مدى استمتاعك بالحياة ؟

ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة ☐

6. ما مدى شعورك بوجود معنى لحياتك؟

ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة ☐

7. الى اي مدى يمكنك تركيز عقلك ببساطة؟

ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة ☐

8. ما مدى شعورك بالامن في الحياة؟

ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة ☐

9. ما مدى الاهتمام الصحي في بيئتك الطبيعية؟

ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة ☐

10. هل لديك الكفاية والفاعلية الكافية للقيام بواجبات الحياة اليومية؟

ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة ☐

11. هل انت متقبل لبنائك الجسدي ؟

- ☐ سيء جدا ☐ سيء نوعا ما ☐ جيد نوعا ما ☐ لا سيء ولا جيد ☐ جيد جدا

12. انت كفء لاشباع احتياجاتك ؟

- ☐ سيء جدا ☐ سيء نوعا ما ☐ جيد نوعا ما ☐ لا سيء ☐ ولا جيد ☐ جيد جدا

13. ما مدى توافر المعلومات اللازمة والتي تحتاج اليها في حياتك اليومية؟

- ☐ ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة

14. الى اي مدى تتوافر لديك الفرصة للراحة والاسترخاء؟

- ☐ ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة

15. كم انت قادر على التنقل هنا وهناك؟

- ☐ ليس دائما ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيرا ☐ بدرجة بالغة

16. الى اي مدى انت راضي عن نومك؟

- ☐ غير راضي ابدا ☐ سيء نوعا ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعا
☐ راضي جدا ما

17. مامدى رضاك عن ادائك لواجباتك اليومية ؟

- ☐ غير راضي ابدا ☐ سيء نوعا ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعا
☐ راضي جدا ما

18. ما مدى رضاك عن قدرتك على العمل ؟

- ☐ غير راضي ابدا ☐ سيء نوعا ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعا
☐ راضي جدا ما

19. مامدى رضاك عن نفسك؟

- ☐ غير راضي ابدا ☐ سيء نوعا ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعا ما
☐ راضي جدا

20. ما مدى رضاك عن علاقتك الشخصية؟

- ☐ غير راضي ابدا ☐ سيء نوعا ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعا
☐ راضي جدا ما

21. ما مدى رضاك عن حياتك الجنسية؟

- ☐ غير راضي ابداً ☐ سيء نوعاً ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعاً ما ☐ راضي جداً

22. كم انت راضيا عن المساندة الاجتماعية التي يقدمها لك اصدقاءك ؟

- ☐ غير راضي ابداً ☐ سيء نوعاً ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعاً ما ☐ راضي جداً

23. ما مدى رضاك عن سكنك او المكان الذي تعيش فيه؟

- ☐ غير راضي ابداً ☐ سيء نوعاً ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعاً ما ☐ راضي جداً

24. ما هو مدى رضاك عن الخدمات الصحية التي يقدمها المجتمع ؟

- ☐ غير راضي ابداً ☐ سيء نوعاً ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعاً ما ☐ راضي جداً

25. ما هو مدى رضاك عن مزاجك ورحلاتك؟

- ☐ غير راضي ابداً ☐ سيء نوعاً ما ☐ لاراضي ولاغير راضي ☐ جيد نوعاً ما ☐ راضي جداً

26. كم مرة شعرت فيها بالحزن،الاكتئاب،والقلق؟

- ☐ ليس دائماً ☐ بدرجة قليلة ☐ بدرجة متوسطة ☐ كثيراً ☐ بدرجة بالغة

ملحق رقم 06

ألفا لكرونباخ لمقياس الصلابة النفسية

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,840	47

صدق التجانس الداخلي لمقياس الصلابة النفسية

Corrélations

		الصلابة	الالتزام	التحكم	التحدي
الصلابة	Corrélation de Pearson	1	,839**	,818**	,817**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	40	40	40	40
الالتزام	Corrélation de Pearson	,839**	1	,506**	,454**
	Sig. (bilatérale)	,000		,001	,003
	N	40	40	40	40
التحكم	Corrélation de Pearson	,818**	,506**	1	,624**
	Sig. (bilatérale)	,000	,001		,000
	N	40	40	40	40
التحدي	Corrélation de Pearson	,817**	,454**	,624**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,003	,000	
	N	40	40	40	40

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ثبات التجزئة النصفية لمقياس الصلابة النفسية

Statistiques de fiabilité

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,708
		Nombre d'éléments	24 ^a
	Partie 2	Valeur	,735
		Nombre d'éléments	23 ^b
		Nombre total d'éléments	
Corrélation entre les sous-échelles			,733
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,846
	Longueur inégale		,846

Coefficient de Guttman split-half	,844

a. Les éléments sont : VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024.

b. Les éléments sont : VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031, VAR00032, VAR00033, VAR00034, VAR00035, VAR00036, VAR00037, VAR00038, VAR00039, VAR00040, VAR00041, VAR00042, VAR00043, VAR00044, VAR00045, VAR00046, VAR00047.

ملحق رقم 07

صدق التجانس الداخلي لمقياس الذكاء الانفعالي

Corrélations					
	الذكاء الانفعالي	تنظيم	مهارات	تقدير	الاستخدام
الاستخدام	Corrélation de Pearson	-,182	-,243	,078	1
	Sig. (bilatérale)	,262	,131	,634	
	N	40	40	40	40
تقدير	Corrélation de Pearson	,366*	,555**	1	,078
	Sig. (bilatérale)	,020	,000	,634	
	N	40	40	40	40
مهارات	Corrélation de Pearson	,481**	1	,555**	-,243
	Sig. (bilatérale)	,002		,000	,131
	N	40	40	40	40
تنظيم	Corrélation de Pearson	1	,481**	,366*	-,182
	Sig. (bilatérale)		,002	,020	,262
	N	40	40	40	40
الذكاء الانفعالي	Corrélation de Pearson	,445**	,429**	,612**	,687**
	Sig. (bilatérale)	,004	,006	,000	,000
	N	40	40	40	40

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ألفا لكرونباخ لمقياس الذكاء الانفعالي

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,584	37

الصدق التمييزي لمقياس الذكاء الانفعالي

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes
		F	Sig.	T
VAR00053	Hypothèse de variances égales	,687	,418	-2,069
	Hypothèse de variances inégales			-2,069

ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
				Inférieure	Supérieure
18	,053	-15,80000	7,63472	-31,83994	,23994
16,248	,055	-15,80000	7,63472	-31,96484	,36484

ملحق رقم 08

ألفا لكرونباخ لمقياس استراتيجيات المواجهة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,333	27

صدق التجانس الداخلي لمقياس استراتيجيات المواجهة

Corrélations

		للمشاكل	للانفعال	للعلاقات	استراتيجيات
للمشاكل	Corrélation de Pearson	1	-,296	,293	,763**
	Sig. (bilatérale)		,067	,074	,000
	N	40	40	40	40
للانفعال	Corrélation de Pearson	-,296	1	-,079	,217
	Sig. (bilatérale)	,067		,631	,179
	N	40	40	40	40
للعلاقات	Corrélation de Pearson	,293	-,079	1	,644**
	Sig. (bilatérale)	,074	,631		,000
	N	40	40	40	40
استراتيجيات	Corrélation de Pearson	,763**	,217	,644**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,179	,000	
	N	40	40	40	40

**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الصدق التمييزي لمقياس استراتيجيات المواجهة

Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances	
		F	Sig.
VAR00005	Hypothèse de variances égales	,862	,366

	Hypothèse de variances inégales		

Test-t pour égalité des moyennes						
t	Ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart- type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
-3,480	18	,003	-13,10000	3,76490	-21,00975	-5,19025
-3,480	17,060	,003	-13,10000	3,76490	-21,04112	-5,15888

ملحق رقم 09

ألفا لكرونباخ لمقياس نوعية الحياة

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,874	26

ثبات التجزئة النصفية لمقياس نوعية الحياة

Statistiques de fiabilité

Statistiques de fiabilité			
Alpha de Cronbach	Partie 1	Valeur	,655
		Nombre d'éléments	13 ^a
	Partie 2	Valeur	,843
		Nombre d'éléments	13 ^b
	Nombre total d'éléments		26
	Corrélation entre les sous-échelles		,799
Coefficient de Spearman-Brown	Longueur égale		,889
	Longueur inégale		,889
Coefficient de Guttman split-half			,858

a. Les éléments sont : VAR00065, VAR00066, VAR00067, VAR00068, VAR00069, VAR00070, VAR00071, VAR00072, VAR00073, VAR00074, VAR00075, VAR00076, VAR00077.

b. Les éléments sont : VAR00078, VAR00079, VAR00080, VAR00081, VAR00082, VAR00083, VAR00084, VAR00085, VAR00086, VAR00087, VAR00088, VAR00089, VAR00090.

صدق التجانس الداخلي لمقياس نوعية الحياة

		الصحة العامة	الصحة الجسمية	الصحة النفسية	المحيط
الصحة العامة	Corrélation de Pearson	1	,294	,461**	,368*
	Sig. (bilatérale)		,066	,003	,020
	N	40	40	40	40
الصحة الجسمية	Corrélation de Pearson	,294	1	,493**	,557**

	Sig. (bilatérale)	,066		,001	,000
	N	40	40	40	40
	Corrélation de Pearson	,461**	,493**	1	,748**
الصحة النفسية	Sig. (bilatérale)	,003	,001		,000
	N	40	40	40	40
	Corrélation de Pearson	,368*	,557**	,748**	1
المحيط	Sig. (bilatérale)	,020	,000	,000	
	N	40	40	40	40
	Corrélation de Pearson	,515**	,530**	,775**	,739**
العلاقات	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40
	Corrélation de Pearson	,548**	,724**	,895**	,897**
نوعية الحياة	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40

العلاقات	نوعية الحياة
,515**	,548**
,001	,000
40	40
,530**	,724**
,000	,000
40	40
,775**	,895**
,000	,000
40	40
,739**	,897**
,000	,000
40	40
1	,887**
	,000
40	40
,887**	1
,000	
40	40

ملحق رقم 10

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,566 ^a	,321	,304	12,51983

Valeurs prédites : (constantes), لنوعية الحياة, للمشاكل

Changement dans les statistiques				
Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
,321	19,376	2	82	,000

Corrélations

Variables de contrôle		نوعية الحياة	الصلابة	للمشاكل
نوعية الحياة	Corrélation	1,000	,300	,007
	Signification (bilatérale)	.	,005	,952
	Ddl	0	83	83
الصلابة	Corrélation	,300	1,000	,483
	Signification (bilatérale)	,005	.	,000
	Ddl	83	0	83
للمشاكل	Corrélation	,007	,483	1,000
	Signification (bilatérale)	,952	,000	.
	Ddl	83	83	0
نوعية الحياة للمشاكل	Corrélation	1,000	,339	
	Signification (bilatérale)	.	,002	
	Ddl	0	83	
الصلابة للمشاكل	Corrélation	,339	1,000	
	Signification (bilatérale)	,002	.	
	Ddl	83	0	

a. Les cellules contiennent des corrélations simples (Pearson).

Corrélations

		نوعية الحياة	الصلابة
نوعية الحياة	Corrélation de Pearson	1	,305**
	Sig. (bilatérale)		,004
	N	86	86
الصلابة	Corrélation de Pearson	,305**	1
	Sig. (bilatérale)	,004	
	N	86	86

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		نوعية الحياة	للمشكل
نوعية الحياة	Corrélation de Pearson	1	,007
	Sig. (bilatérale)		,952
	N	86	86
للمشكل	Corrélation de Pearson	,007	1
	Sig. (bilatérale)	,952	
	N	86	86

Corrélations

		للمشكل	الصلابة
للمشكل	Corrélation de Pearson	1	,483**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	86	86
الصلابة	Corrélation de Pearson	,483**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	86	86

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,486 ^a	,236	,217	9,05687

Changement dans les statistiques				
Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
,236	12,669	2	82	,000

Valeurs prédites : (constantes), نوعية الحياة, الذكاء الانفعالي

Corrélations

Variables de contrôle			الذكاء الانفعالي	للمشكل	نوعية الحياة
-aucun ^a	الذكاء الانفعالي	Corrélacion	1,000	,480	-,146
		Signification (bilatérale)	.	,000	,183
		Ddl	0	83	83
	للمشكل	Corrélacion	,480	1,000	,007
		Signification (bilatérale)	,000	.	,952
		Ddl	83	0	83
	نوعية الحياة	Corrélacion	-,146	,007	1,000
		Signification (bilatérale)	,183	,952	.
		Ddl	83	83	0
نوعية الحياة	الذكاء الانفعالي	Corrélacion	1,000	,486	
		Signification (bilatérale)	.	,000	
		Ddl	0	83	
	للمشكل	Corrélacion	,486	1,000	
		Signification (bilatérale)	,000	.	
		Ddl	83	0	

a. Les cellules contiennent des corrélations simples (Pearson).

Corrélations

		الذكاء الانفعالي	نوعية الحياة
الذكاء الانفعالي	Corrélacion de Pearson	1	-,143
	Sig. (bilatérale)		,188
	N	86	86
نوعية الحياة	Corrélacion de Pearson	-,143	1
	Sig. (bilatérale)	,188	
	N	86	86

Corrélations

	الذكاء الانفعالي	للمشكل
Corrélacion de Pearson	1	,480**
الذكاء الانفعالي Sig. (bilatérale)		,000
N	86	86
Corrélacion de Pearson	,480**	1
للمشكل Sig. (bilatérale)		,000
N	86	86

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

	الذكاء الانفعالي	الصلابة
Corrélacion de Pearson	1	,305**
الذكاء الانفعالي Sig. (bilatérale)		,004
N	86	86
Corrélacion de Pearson	,305**	1
الصلابة Sig. (bilatérale)		,004
N	86	86

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

الانحدار البسيط:

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	95,0% % intervalles de confiance pour B	
	A	Erreur standard	Bêta			Borne inférieure	Limite supérieure
(Constante)	84,882	9,361		9,067	,000	66,266	103,498
1 qualité de vie	,361	,123	,305	2,939	,004	,117	,605

a. Variable dépendante : rigidité