



جامعة غليزان
RELIZANE UNIVERSITY

جامعة غليزان

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه ل. م. د

في علم النفس الصحة

العلاقة بين إدراك الضَّغط والصحة العامة في ضوء متغيرات الشخصية الحامية للصحة
(الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي) دراسة مقارنة بين عينة من ذوي الأمراض المزمنة
والأصحاء.

مقدمة ومناقشة علناً من طرف

الطالب: حوي عمر

أمام لجنة المناقشة

اللقب والاسم	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
بوزيان يعقوب	أستاذ محاضر أ	جامعة غليزان	رئيساً
المسوس يعقوب	أستاذ محاضر أ	جامعة غليزان	مشرفاً ومقرراً
بن خليفة فطيمة	أستاذ محاضر أ	جامعة غليزان	مناقشاً
بوفارس عبد الرحمن	أستاذ محاضر أ	جامعة أدرار	مناقشاً
شعبي نور الدين	أستاذ محاضر أ	جامعة معسكر	مناقشاً

السنة: 2023/2022

إهداء

أهدي ثمرة هذا العمل إلى الوالدين الكريمين.

إلى زوجتي مليكة وإخوتي وأخواتي.

إلى كل الأصدقاء والزملاء.

إلى كل من قدّم لي يد المساعدة من قريب أو بعيد

إلى كل الأسرة الجامعية.

إلى أفراد عينة الدراسة المرضى المزمّنين أسأل الله لهم الشفاء،

والأصحاء أسأل الله أن يديم لهم نعمة العافية.

شكر

أحمد الله سبحانه وتعالى وأشكره على أن وفقني لإتمام هذا العمل
أتقدم بخالص شكري وامتناني لكلّ من قدّم المساعدة من قريب أو بعيد
الشكر الجزيل للأستاذ المسوس يعقوب الذي كان المشرف والأخ
أشكر كل الأساتذة الأفاضل الذين تكونت على أيديهم في مساري
التعليمي.

وأقدم خالص شكري وامتناني لكلّ الذين كانوا ضمن عينة الدراسة.

"العلاقة بين إدراك الضَّغط والصحة العامة في ضوء متغيرات الشخصية الحامية للصحة (الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي) دراسة مقارنة بين عينة من ذوي الأمراض المزمنة والأصحاء"

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية للبحث عن العلاقة بين إدراك الضغط والصحة العامة في ضوء متغيرات الشخصية الحامية للصحة (الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي) لدى عينة مكونة من (200) فرد من بينهم (128) مصاب بأمراض مزمنة (أمراض القلب، السكري) بكل من مستشفى فرانتز فانون بولاية البليدة، مستشفى فارس يحيى بمدينة القليعة. و(72) فرد من الأصحاء، وقد استخدم الباحث الأدوات التالية لجمع البيانات: مقياس إدراك الضغط، ومقياس الفعالية الذاتية، مقياس مصدر الضبط الصحي ومقياس الصحة العامة. وأجريت الدراسة وفق المنهج الوصفي. وبعدها تم التأكد من الخصائص السيكومترية، والتأكد من دلالتها قبل تطبيق الدراسة الأساسية، عولجت البيانات باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية Spss النسخة 22، و SPSS-AMOS النسخة 22، وقد تم استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- الأساليب الوصفية: بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والنسب المئوية.
- اختبار مان ويتي لحساب الفروق بين الفئات العليا والدنيا في المقارنة الطرفية.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد.
- تحليل المسار.

وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى أفراد العينة.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك الضغط والفعالية الذاتية لدى أفراد العينة.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين إدراك الضغط ومصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة.
- توجد وساطة جزئية لكل من الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين إدراك الضغط والصحة العامة.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات إدراك الضغط بين الأصحاء والمرضى المزمنين.
- **كلمات مفتاحية:** إدراك الضغط، الفعالية الذاتية، مصدر الضبط الصحي، الصحة العامة، المرضى المزمنين.

«La relation entre stress perçu et santé général a la lumière des variables protectrices de la santé (l'auto efficacité et le lieu de contrôle de la santé) une étude comparative entre des patients chroniques et des sujets en bonne santé.

Résumé :

La présente étude vise à révéler la relation entre le stress perçu et la santé générale à la lumière des variables de personnalité protectrices de la santé (l'auto-efficacité et le lieu de contrôle de la santé) chez un échantillon de (200) personnes, dont (128) parmi eux souffrent des maladies chroniques (maladie cardiaque, diabète), Hospitalisées à l'hôpital Frantz Fanon à Blida, l'Hôpital Fares Yahya à Kolea. et (72) personnes en bonne santé. Le chercheur a utilisé l'échelle de stress perçu, l'échelle d'auto-efficacité, l'échelle de lieu de contrôle de la santé et l'échelle de santé générale. L'étude a été menée selon la méthode descriptive.

Après avoir vérifié les caractéristiques psychométriques des échelles, et vérifié leur indication avant l'application de l'étude de base, les données ont été traitées à l'aide de la Trousse statistique des sciences sociales Spss, version 22, et de la version 22 de SPSS-AMOS. Les méthodes statistiques suivantes ont été utilisées:

- Méthodes descriptives : fondées sur des moyennes arithmétiques, un écart-type.
- Test U Mann-Whitney pour calculer les différences entre les catégories supérieures et inférieures dans la comparaison périphérique.
- Analyse de régression linéaire simple et multiple.
- path analyse

Les résultats de l'étude étaient les suivants :

- Il existe une corrélation statistiquement significative entre le stress perçu et la santé générale chez l'échantillon.
- Il existe une corrélation statistiquement significative entre stress perçu et auto efficacité chez l'échantillon.
- Il existe une corrélation statistiquement significative entre le stress perçu et le lieu de contrôle de la santé chez l'échantillon.
- il existe une médiation partielle de l'auto efficacité et le lieu de contrôle de la santé dans la relation entre le stress perçu et la santé générale.
- Il existe des différences statistiquement significatives dans les niveaux de stress perçu entre les patients en bonne santé et les patients chroniques

Mots clés : le stress perçu, l'auto efficacité, le lieu de contrôle de la santé, la santé générale, les patients chroniques.

«The relationship between stress perceived and general health in light of health protecting variables of personality (self-efficacy and health locus of control) comparative study between patients with chronic diseases and healthier persons.

Abstract :

The current study aims to investigate the relationship between the stress perceived and general health in the light of the variables of personality protecting health (self-efficacy and health locus of control) in a sample of (200) people, (128) of them living with chronic diseases (heart disease, diabetes), hospitalizing in Frantz Fannon Hospital in Blida and Fars Yahya Hospital in kolea. Variables are measured by The stress perceived scale, the self-efficacy scale, the health locus of control scale and the general health scale. The study was conducted according to the descriptive method.

Having ascertained the psychometric characteristics and ascertained their indication before the application of the basic study, the data were processed using the Spss Social Science Statistical Package Version 22, and SPSS-AMOS Version 22, the following statistical methods were used:

- Descriptive methods: based on arithmetic mean, standard deviation.
- Mann–Whitney U test: to calculate the differences between the higher and lower categories in the peripheral comparison.
- Simple and multiple linear regression analysis.
- path analysis.

The study's findings were as follows:

- There is a direct statistically significant correlation between the stress perceived and the general health of the sample individuals.
- There is a direct statistically significant correlation between the perception of pressure and the subjective effectiveness of sample members.
- There is a direct statistically significant correlation between the perception of pressure and the health control source of the sample.
- Partial mediation exists for both self-effectiveness and the source of health control in the relationship between stress perception and public health.
- There are statistically significant differences in stress perception levels between healthy and chronic patients

Key words: stress perceived, self-efficacy, health locus of control, general health, chronic patients.

قائمة المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر وإهداء.
أ	ملخص.
ب	الجانب النظري الفصل التمهيدي -الإطار العام للدراسة-.
01	مقدمة.
03	1- إشكالية.
08	2- التحديد الإجرائي للمفاهيم.
09	3- أهداف الدراسة.
10	4- أهمية الدراسة.
11	5- الدراسات السابقة.
21	الفصل الأول: إدراك الضغط.
23	تمهيد.
24	1- مفهوم إدراك الضغط.
25	2- لمحة تاريخية لتطور مفهوم إدراك الضغط.
28	3- أشكال الضغط النفسي.
30	4- مصادر الضغط النفسي.
31	5- محددات إدراك الضغط.
32	6- الاستجابة الفيزيولوجية للضغط.
24	7- النماذج النظرية المفسرة للضغط النفسي.
44	8- قياس إدراك الضغط.
46	9- العلاقة بين إدراك الضغط والصحة.
49	خلاصة الفصل.
50	الفصل الثاني: الفعالية الذاتية.
51	تمهيد.

52	1- الإطار النظري لتطور مفهوم الفعالية الذاتية.
53	2- مفهوم فعالية الذات.
56	3- بعض المفاهيم ذات الصلة بفعالية الذات.
56	4- النظرية المعرفية الاجتماعية لباندورا.
58	5- نظرية فعالية الذات لباندورا.
64	6- مصادر فعالية الذات.
66	7- أبعاد فعالية الذات.
78	8- فعالية الذات والحالة الصحية.
80	خلاصة الفصل.
82	الفصل الثالث: مصدر الضبط الصحي.
83	تمهيد.
84	1- الخلفية التاريخية لمفهوم مصدر الضبط.
86	2- تعريف مصدر الضبط.
88	3- سمات الأفراد في فئتي الضبط الداخلي والخارجي.
91	4- قياس مصدر الضبط.
95	5- مصدر الضبط الصحي.
96	6- أبعاد مصدر الضبط الصحي.
97	7- مصدر الضبط والحالة الصحية.
100	خلاصة الفصل.
101	الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة.
102	1- الدراسة الاستطلاعية.
104	2- العينة الاستطلاعية.
105	3- أدوات جمع البيانات.
105	4- الدراسة الأساسية.
105	4-1- منهج الدراسة.

108	4-2- مجتمع الدراسة.
121	4-3- العينة.
119	5- الأساليب الإحصائية.
120	الفصل الخامس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.
126	1- عرض النتائج.
137	2- مناقشة النتائج.
148	3- الاستنتاج العام.
149	خاتمة.
150	توصيات واقتراحات.
152	قائمة المراجع.
162	قائمة الملاحق.

قائمة الجداول

الصفحة	الجدول
104	جدول 01: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية الأصحاء من حيث الجنس.
105	جدول 02: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية الأصحاء من حيث الفئة العمرية.
105	جدول 03: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية المرضى المزمنين من حيث الجنس.
106	جدول 04: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية المرضى المزمنين من حيث الفئة العمرية.
109	جدول 05: ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمقياس الفعالية الذاتية.
110	جدول 06: ارتباط مقياس الفعالية الذاتية بمقياس توقع الكفاءة الذاتية العامة.
112	جدول 07: ارتباط بنود البعد الداخلي مع البند الذي تنتمي إليه.
112	جدول 08: ارتباط بنود بُعد ذوي النُفوذ مع البعد الذي تنتمي إليه.
112	جدول 09: ارتباط بنود بُعد الحظّ مع البعد الذي تنتمي إليه.
113	جدول 10: يمثل الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق لمقياس مصدر الضبط الصحي.
113	جدول 11: الثبات من خلال معامل ألفا كرونباخ.
114	جدول 12: ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس.

115	جدول 13: ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس.
115	جدول 14: الثبات حساب معامل ألفا كرونباخ.
117	جدول 15: ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمحورها من خلال العينة الاستطلاعية.
118	جدول 16: ارتباط نتائج استبيان الصحة العامة مع سُلم الحالة الصحية.
119	جدول 17: الثبات حساب معامل ألفا كرونباخ.
121	جدول 18: خصائص أفراد عينة الأصحاء من حيث الجنس.
122	جدول 19: خصائص أفراد عينة الأصحاء من حيث الفئة العمرية.
122	جدول 20: خصائص عينة الأصحاء من حيث الحالة المدنية.
123	جدول 21: خصائص أفراد العينة من حيث الحالة الصحية.
123	جدول 22: خصائص أفراد عينة المرضى المزمنين من حيث الجنس.
123	جدول 23: خصائص أفراد عينة المرضى المزمنين من حيث الفئة العمرية.
124	جدول 24: خصائص أفراد عينة المرضى المزمنين من حيث الحالة المدنية.
126	جدول 25: نتائج مستوى إدراك الضغط.
127	جدول 26: نتائج طبيعة الصحة العامة.
128	جدول 27: مستوى فعالية الذات لدى المشاركين في الدراسة.
128	جدول 28: نتائج اختبار فريدمان لدلالة الفروق بين أكثر مصادر الضبط الصحي استخدامًا.
129	جدول 29: نتائج الاختبار البعدي لاختبار فريدمان.
131	جدول 30: قيمة الارتباطات بين متغيرات الدراسة.
132	جدول 31: التأثيرات غير مباشرة بين متغيرات الدراسة.
132	جدول 32: التأثيرات الكلية.
132	جدول 33: التأثيرات غير المباشرة بين متغيرات الدراسة.
135	جدول 34: نتائج اختبار مان ويتني لاختبار الفروق بين المرضى والأصحاء في متوسط رتب إدراك الضغط.
135	جدول 35: نتائج اختبار مان ويتني لاختبار الفروق بين المرضى والأصحاء في متوسط رتب الصحة العامة.

قائمة الأشكال

الصفحة	الشكل
130	الشكل رقم 01 مصدر الضبط الصحي الأكثر استخداما.

الجانب النظري

الفصل التمهيدي - الإطار العام للدراسة -

مقدمة:

لقد كان للتطور السريع الذي عرفته البشرية في شتى مجالات الحياة انعكاسات على النمط المعيشي فمن جهة أدى هذا التقدم في المعرفة العلمية إلى نتائج إيجابية على مختلف جوانب الحياة وأهمها الصحة، فبعدما كان يُنظر في القدم للصحة والمرض نظرة ميتافيزيقية أو روحانية، تغيرت النظرة وأصبحت الكثير من مسببات المرض أكثر وضوحاً وقابلية للمعاينة المباشرة وغير المباشرة، مما سمح بالقضاء على الأمراض التي كانت تتسبب في وفاة الكثير من الناس سابقاً، ولازال التطور في مجال الطب مستمراً، ومع بدايات القرن العشرين بدأ الإتجاه شيئاً فشيئاً إلى محاولة البحث في عوامل أخرى غير تلك التي ضمن النموذج الطبي بسبب قصوره عن التعامل مع الكثير من المشاكل الصحية، ومنها العوامل النفسية. ومن جهة أخرى ظهرت انعكاسات سلبية لذلك التطور السريع على النمط المعيشي للفرد بحيث أصبح يعاني من ضغوط نفسية شديدة من عدة مصادر، والتي ساهمت في ظهور سلوكيات ومتغيرات نفسية اجتماعية غير صحية ترافقت مع ظهور نمط جديد من الأمراض لم تكن معروفة سابقاً، وهي الأمراض المزمنة، في إطار ما يُسمى بالتحوّل الوبائي والتي لازالت تتنامى وتتسع رقعة انتشارها بشكل يدعو للقلق، حيث تتسبب هذه الأمراض بوفاة ما يقارب (60%) من مجموع الوفيات حول العالم، وتأتي في مقدمتها الإضطرابات القلبية، وهذا ما شجع على التركيز على النموذج البيونفسي-إجتماعي والذي يتناول الصحة من مختلف الزوايا (البيولوجية، والطبية، والنفسية، والإجتماعية).

وكنتيجة لهذا التوجّه ظهر علم النفس الصحي والذي يهدف إلى فهم الظواهر النفسية والسلوكية التي يمكن أن ترتبط بالصحة من جهة للعمل على الجانب الوقائي، والعوامل التي يمكن أن ترتبط بالمرض من جهة أخرى للعمل على التربية العلاجية. وللوقاية مكانة أساسية في هذا المنظور، فالتحصين ضدّ الأمراض وخاصةً المزمنة منها يمكن أن يوفر مجهودات كبيرة وأموالاً طائلة تُصرف على التكفل بالمرضى، فضلاً عن الأعباء النفسية التي يتحملها المريض ومن يقومون على رعايته. ويظهر الجانب الوقائي هنا من خلال تعزيز العوامل والمتغيرات ذات الأثر الحامي للصحة ومن بينها الفعالية الذاتية وهي المتغير الذي من شأنه أن يُؤثر في الحالة الصحية من خلال اعتقاد الفرد في مدى امتلاكه للقدرات والمؤهلات التي تُمكنه من الحفاظ على صحته، ومصدر الضبط الصحي وهو المتغير الذي له بدوره تأثير على الحالة الصحية من خلال طريقة الفرد في عزو نتائج ومسببات الأحداث فيما إن كانت مرتبطة به أو أنها مرتبطة بعوامل خارجة عن سيطرته، وهذه الاعتقادات تُحدّد إلى حدّ ما قابلية الفرد للإقدام على تبني سلوكيات وقائية أو الإنخراط في العلاج تبعاً لتقديره للجدوى من ذلك، وفي الدراسة الحالية سنحاول

القائمة حول العلاقة بين إدراك الضغط والصحة العامة في ضوء بعض متغيرات الشخصية الحامية للصحة (الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي) دراسة مقارنة بين الأصحاء والمرضى المزمنين. إذ نحاول من خلال هذا البحث إلقاء الضوء على إمكانية وجود علاقات إرتباط بين هذه المتغيرات، وعليه قمنا بتقسيم الدراسة الحالية إلى قسمين:

الجزء الأول خصصناه للجانب النظري والذي يتضمن أربعة فصول، بدءاً بالفصل التمهيدي وهو الإطار العام للدراسة، ثم الفصل الأول الذي تناولنا فيه إدراك الضغط ليليه الفصل الثاني عن الفعالية الذاتية وبعده الفصل الثالث تطرقنا فيه لمصدر الضبط الصحي.

أما الجزء الثاني فقد خصصناه للجانب التطبيقي، بدايةً بالدراسة الإستطلاعية ومنهج البحث وإجراءاته وهو الفصل الرابع، ثم في الفصل الخامس عرض نتائج الفرضيات وبعدها مناقشة وتفسير النتائج في ضوء الدراسات السابقة وما ورد في الجانب النظري يرفق ذلك استنتاج عام، وأخيراً خاتمة البحث وعرض بعض الإقتراحات.

الإشكالية:

تُعتبر الصحة الدعامية الأساسية التي يقوم على وجودها المجتمع واستمرار أفرادها في العمل والإنتاج بفعالية، كما يُمكن اعتبارها المكسب الأعلى الذي يعمل كل إنسان للحفاظ عليه وتجنُّب الوقوع في المرض خاصّةً المزمن، لذلك اجتهد الأطباء والباحثين في مجال الصحة والمرض منذ القدم في البحث عن أسباب الوقوع في المرض وكيفية علاجه، ورغم ذلك تستمرّ معدّلات الإصابة بالأمراض المزمنة في الارتفاع ممّا يُشير إلى وجود نوع من القصور في هذا النموذج الطبّي في التفسير. ولقد ساهم التعريف الذي قدّمته منظمة الصحة العالميّة (1984) للصحة بأنّها مجموعة الموارد الاجتماعيّة، الشخصيّة والجسميّة التي تسمح للفرد بتحقيق طموحاته وإشباع حاجاته (Schweitzer, 2002, p. 65) في تغيير هذه النظرة الأحادية للصحة والمرض والتي كانت قائمة على النموذج الطبّي الذي ثبت عدم كفايته في تفسير أسباب المرض وعوامل الحفاظ على الصحة، ومنه تركزت الجهود من مختلف التخصصات لإيجاد شرح مقبول لثنائية الصحة والمرض، تمخض عنها النموذج الإدماجي. هذا الذي يقدم رؤية لدمج مختلف العوامل العضوية (إصابات، فيروسات، وراثية..)، النفسية (الإنفعالية، المعرفية، والسلوكية) والاجتماعية (المعايير الاجتماعيّة والضغط...) في تفسير الصحة والمرض (Ogden.J, 2004, pp. 4-5). وهي عوامل تتفاعل فيما بينها وتتأثر ببعضها البعض، وقد تبنى هذا النموذج علم النفس الصحي وهو التخصص الذي لا يزال يلعب دوراً هاماً في شرح السببية الإراضية وسبل الوقاية والعلاج، وهذا من خلال تناوله بالبحث لمختلف العوامل التي يمكن أن تؤثر في الحالة الصحية للفرد من جهة، ومن خلال دراسة العلاقة بين الصحة والشخصية من جهة أخرى، فهو يرى بأنّ الشخصية يمكن أن تكون ببعض العوامل أو المتغيرات التي تحملها إما عامل خطورة على الصحة (مثل الضغط النفسي) وإما عامل حماية ووقاية لها (مثل الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي) (الزروق، 2015، ص. 27). إذ نجد أنّ من بين العوامل التي تراكمت الأدلّة على أنّها عامل خطورة على الصحة الضّغط النفسي، والذي هو خبرة إنفعاليّة سلبية يترافق ظهوره مع حدوث تغيّرات بيوكيميائيّة، فيزيولوجيّة، معرفيّة وسلوكيّة، ولم يعد هناك شكّ في الأهميّة البالغة لتأثير الضّغط على حسن الحال والقدرة على التكيف الاجتماعي والصحة الجسميّة (Lazarus et al, 1985, p. 770).

وقد بدأت الأبحاث المعاصرة تركز على الآثار الصحيّة التي يمكن أن تحدث لاحقاً بسبب التعرّض للضغوط، حيث تبين أنّ الضّغط الشّديد والمتكرّر يُهدّد بالإصابة بالأمراض مع مرور الزمن، فقد يتطوّر مثلاً لدى أطفال الأسر التي يكثر فيها الصّراع مبالغة في ردود الأفعال السمبثاويّة واستجابة

الكورتيزول لدى مواجهة الضغوط، ونظرًا لتدخل أجهزة الضغط هذه وما يحدث فيها من اضطراب في العديد من الأمراض فليس من المستغرب أن تؤدي الضغوط الشديدة في الأعمار المبكرة إلى حدوث أضرار لاحقة، والدلائل التي تدعم وجهة النظر هذه كثيرة، ففي دراسة (Felliti et al, 1998) استخدم فيها منهج الرجوع إلى تاريخ الحالة، طلب من مجموعة من الراشدين تعبئة إستبانة حول ظروف بيئاتهم الأسرية المبكرة تضمنت أسئلة عن مدى توفر الدفء والمساندة في الأسرة، مقابل عدم الدفء، النقد، العدوانية والصراع، فتبين أن الأشخاص الذين كانوا أكثر عرضة لهذه المشاكل هم أكثر قابلية للمعاناة في سن الرشد من أمراض الرئة، السرطان أمراض القلب والسكري. وقد تتبين أيضًا العلاقة ما بين الضغط والإصابة بالمرض من خلال العلاقة بين الضغط والسلوكيات غير الصحية والتي عادةً تكون ناتجة عن عدم تبني قناعات ومعتقدات في مجال الصحة تُغذي احتمال إقدام الأفراد على الانخراط في السلوك الوقائي، فقد وجد (S. Cohen et Williamson, 1988) أن الناس الذين أقرؤا أنهم أكثر تعرُّضًا للضغط أفادوا أيضًا أنهم ينامون ساعات أقل، وهم أقل ميلًا لتناول طعام الفطور وأكثر استهلاكًا للكحول والعقاقير المثبطة من أولئك الذين يتعرضون لضغط أقل. لذلك فإن مقدار التغيير الذي يمكن أن يحدث في العادات الصحية نتيجة التعرض للضغط يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالأمراض (وهنا عندما نتحدث عن الضغط فإنه من المهم الإشارة إلى أن نفس التجربة الضاغطة لا تُثير نفس الاستجابة عند جميع الأفراد المعرضون لها) (تايلور، 2008).

وقام (McEwen et Stellar, 1993) بتطوير مفهوم التآلف الناتج عن العبء المتراكم، بحيث يحدث التآلف في أجهزة الجسم لدى محاولتها المحافظة على التوازن فيما يُعرف بالتكلفة الفيزيولوجية للضغط الناتجة عن التعرض المزمن للتغيير. وبيّنت إحدى الدراسات (Perna et Mcdowell, 1995) أن العمليات الفيزيولوجية المسؤولة عن العودة إلى الحالة الطبيعية التي تلي التعرض للضغط لها أهميتها لأن عدم توفر القابلية للعودة إلى الحالة الطبيعية بسرعة بعد التعرض للأحداث الضاغطة قد تكون إشارة لتراكم التلف الذي يُسببه الضغط. ففي إحدى الدراسات تم تقسيم مجموعة من الرياضيين إلى مجموعتين، تعرّضت إحداها إلى مستويات عالية من الضغط في حياتهم، في حين تعرّضت المجموعة الثانية إلى ضغوط متدنية، وتم قياس مستوى الكورتيزول لديهم بعد قيامهم بتدريبات قاسية. وقد استغرق الرياضيون الذين سبق أن تعرّضوا إلى مستويات عالية من الضغط وقتًا أطول للتوقف عن إطلاق الكورتيزول. وبناءً على ذلك اقترح الباحثون بأن الضغط يمكن أن يزيد من إمكانية التعرض للمرض والإصابة بسبب التأثير الذي يحدثه في إمكانية الرجوع إلى الحالة الطبيعية (تايلور، 2008، ص 306-307).

وينظر Selye للضَّغَط باعتباره الحالة الفيزيولوجية للإنهاك والتمزُّق في الجسم، هذه الحالة قام بشرحها في كتابه "ضغوط الحياة" فيما سمَّاه بزملة التكيف العام (General Adaptation Syndrom) (عبد المعطي، 2006، ص. 24). والتي تتكوّن من ثلاث مراحل لاستجابة الضَّغَط، تبدأ بمرحلة التنبية ثم مرحلة المقاومة، ثم مرحلة الإنهاك وفشل العضوية والتي يُعتبر وصول الفرد إليها بمثابة الإنهيار الصحي والمعاناة من تلف أو ضرر في الجسم وقد يصل إلى الموت (Cosnier, 1994, p. 127). ولا يُعتبر مصدر الضَّغَط كافيًا لوحده لكي تعتلّ الصحة النفسية والجسدية بقدر ما تُؤثّر طريقة تقييم الأفراد وإدراكهم لمصادر الضَّغَط (مسيلي وفاضلي، 2013، ص. 307). وهو ما أشار إليه كل من (Lazarus (1984) et Folkman عندما أكّدا على انخراط الأفراد لدى تعرُّضهم للضَّغَط في عمليّات تقييم أولية وثانوية، ومنها جاء مفهوم إدراك الضَّغَط. فمن وجهة نظر لازاروس وفولكمان فإنّه لا يكون هناك ضغط إلا عندما يتمّ إدراك وتقييم الوضعية من طرف الفرد على أنّها خطر أو أنّها تُهدّد وتستنزف إمكانياته التكيفية (Guillet et Morel, 2010, p. 6). فالضَّغَط هو نوع خاصّ من العلاقة بين الفرد ومحيطه بحيث يرى الفرد أنّ الأحداث تستهلك أو تفوق بكثير قدراته التكيفية (Lazarus.R., 1990, p. 3).

وحسب Lazarus (1993)، يتمّ تقييم الأحداث الضاغطة بناءً على ثلاث أنواع من المدركات وهي، الأذى (Harm)، التهديد (Threat)، التحدي (Challenge). فالأذى يرمز إلى تقييم الأضرار النفسية الناتجة عن الحدث، أما التهديد فيشير إلى تقييم لما يمكن حدوثه من أضرار مستقبلية ناتجة عن الحدث، وقد تُقيّم الأحداث من منطلق ما تُسببه من تحديّ (Challenge)، ومن منطلق ما يملكه الفرد من إمكانيات للتخفيف من المشكلة، أو حتى في الاستفادة من الحدث، فقد يُدرك الشَّخص الذي فقد وظيفته على سبيل المثال وجود قدر معيّن من الأذى أو التهديد، ولكنّه قد يرى أيضًا في فقدان الوظيفة فرصةً لكي يُجرب شيئًا جديدًا (Lazarus, 1993, p. 5).

وحسب هذا الطرح إذن ليست الخصائص الموضوعية للوضعية الضاغطة (الطبيعة، الشدّة، التكرار والمدة...) ولكن تقييم هذه الوضعية من طرف كلّ فرد هي ما يتوسّط العلاقة بين الحدث الضاغط والحالة الإنفعالية والجسمية (Schweitzer, 2014, p. 437). وتتضمّن ردود الفعل المعرفية إزاء الضَّغَط نتائج عمليّات التقييم، مثل المعتقدات الخاصة حول ما ينطوي عليه الحدث من أذى أو تهديد، والمعتقدات حول أسبابه أو إمكانيّة التحكم به.

ومع ذلك تظلّ هناك فروق فردية يتقرّر في ضوئها ما إذا كان التعرُّض للضَّغَط سيؤدّي إلى الإصابة بالأمراض أم لا، لأنّ النَّاس يختلفون في تفاعلاتهم مع الضَّغَط، فبعض الأفراد يُظهرون ردود فعل بسيطة

إزاء الأحداث الضاغطة في حين يُظهر آخرون ردود فعل شديدة. فالناس يُقدّمون أوصافاً متشابهة لدرجات الضّغط التي يتعرّضون لها إلا أنّهم يُظهرون أنماطاً مختلفة من التغيّرات الفيزيولوجيّة. لذلك قد يتفاعل الضّغط مع جوانب الضّعف الموجودة أساساً فيؤثّر بشكل سلبي على العادات الصحيّة.

وتشكّل الأحداث الخارجة عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط أكثر من تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها. فعندما يشعر الأفراد بأنهم قادرون على التنبؤ أو على تعديل أو إنهاء حدث مزعج فإنّ شعورهم بالضّغط يكون أقلّ (شيلي تايلور، 2008). لذلك تحظى المتغيّرات المعرفيّة للشخصيّة مثل (الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي وغيرها) باهتمام كبير في الآونة الأخيرة نظراً لأهميّة المدركات التي يحملها الأفراد حول قدراتهم وإمكاناتهم في تقرير حالتهم الصحيّة، فالفعالية الذاتية والتي تُعد من العوامل المهمة في حماية الصحة ومن أهم محددات السلوك الصحي يعتقد (باندورا) أنّ لها تأثيراً إيجابياً على الصحة، وذلك لأنّ فعالية الذات تعمل على ضبط السلوك الصحي وتنظيمه، فهي توفر للفرد إحساساً عالياً بالقدرة على الإرتقاء بالصحة وترفع من مستوى دافعيته للمثابرة على النشاط السلوكي الذي يضمن الحفاظ على الصحة (الزروق، 2015، ص. 30)، وبالتالي تجنّب الوقوع في المرض.

كما يؤكد Bandura (1999) في هذا السياق أنّ المرض العضوي يمكن أن يكون خلفه العديد من الأسباب، لكن تعتبر السلوكيات غير الصحيّة مثل التدخين وشرب الكحول والتغذية غير المتوازنة والإجهاد البدني وغيرها من العادات السيئة، من أهم الأسباب التي تؤدي إلى المرض والتعقيدات الصحيّة، وتلعب الفعالية الذاتية في المقابل دوراً أساسياً في الإقبال على ممارسة السلوكيات الصحيّة (Bandura, 1999, p. 262).

وذكر بوريجي، (2016) في دراسة أجراها أنّ الفعالية الذاتية لها دور مفتاحي في تعديل العلاقات وتدعيم السمات التي تخدم الصحة، ممّا يجعلها متغيّراً يُعتمد عليه في التّدخلات الصحيّة الوقائيّة، وكذلك في التّدخلات العلاجيّة. وقد اتضح في ذات الشّأن ومن خلال دراسة ستيرشد وآخرون، (1986) أنّ للفعالية الذاتية دوراً إيجابياً في إحداث تغيير على سلوك التدخين بالنسبة للذين أقلعوا عن التدخين من عينة الدراسة (مفتاح، 2010، ص. 168).

وبالنسبة لمصدر الضبط الصحي ببعديه (الداخلي والخارجي) يمكن أن يرتبط بالحالة الصحيّة عن طريقين، الأولى أن ذوي مصدر الضبط الداخلي أكثر ميلاً للحفاظ على صحتهم من ذوي مصدر الضبط الخارجي، والثانية أنه في حالة الإصابة بالمرض فإن ذوي مصدر الضبط الداخلي أكثر قدرة على

التعامل مع وضعية المرض من ذوي مصدر الضبط الخارجي (Thimothy.W.S,2011, p. 89). وفي دراسة قام بها Stumar and amlang,(2006) على عينة من النساء ما بين (40) و(50) سنة يتمتعن بصحة جيدة تمت متابعتهم لمدة(8 سنوات)، ظهر أن النساء ذوات مصدر الضبط الصحي الداخلي كان معدل أمل الحياة لديهن أعلى وأن نسبة التعرض للأمراض أقل لديهن من ذوات مصدر الضبط الخارجي. وفي دراسة أخرى لنيكولسون وآخرين، (2007) على عينة تعاني من الصداع النصفي تبين أن ذوي مصدر الضبط الداخلي يبذلون جهداً أكبر في إدارة الألم والإلتزام بالعلاج من ذوي مصدر الضبط الخارجي (Schweitzer, 2014, p. 300).

وقد توجهت بعض الدراسات للبحث في علاقة مصدر الضبط الصحي مع السلوكيات الصحية ذات الصلة بالرعاية الصحية الأولية، حيث أثبتت دراسة (Seeman and Seeman 1983) أن ذوي مصدر الضبط الخارجي هم أقل ميلاً إلى ممارسة سلوكيات صحية وقائية. في حين توجهت دراسات أخرى إلى البحث في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوكيات الخطيرة على الصحة مثل (التدخين) كدراسة (Walston and Walston 1978) والتي توصلت إلى أن فئة غير المدخنين والذين يمارسون سلوكيات صحية سليمة وينجحون في ضبط وزنهم هم من ذوي الضبط الداخلي بينما فئة المدخنين هم من ذوي مصدر الضبط الخارجي.

وفي هذا السياق بحث (Mc-Donald, Miszcakletal, 2000) في أيّ الأبعاد أكثر ارتباطاً بالصحة العامة من بين الأبعاد الثلاثة لمصدر الضبط الصحي وتوصل إلى أن ذوي مصدر الضبط الداخلي يميلون أكثر إلى الإلتزام بالقواعد الصحية السليمة مقارنةً بذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي (مفتاح، 2010، ص. 154).

وبالنظر لهذه الدراسات فإنّ نتائجها تشير عمومًا إلى كون كل من الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي يُعتبران من محددات السلوك، فهما يُمثلان من جهة عامل حصانة نفسيّة من خلال مدركات الفرد حول إمكاناته وقدراته للحفاظ على صحّته أو قابلية الشفاء في مقابل الظروف الداخلية والمحيطية، ومن جهة أخرى الخلفية التي تغذي احتمالية إقدام الفرد على تبني سلوكيات صحية أو غير صحية وفي التخلّي عن ممارسة السلوك الصحيّ، بحيث تظهر تلك السلوكيات في شكل إستجابات للأحداث الحياتية وفقا لطريقة إدراكه لها، وهنا نشير إلى أنّ تلك المدركات تُحدّد بدرجة كبيرة استجابة الفرد للضغوط، ومنه جاءت الدراسة الحاليّة لتتناول موضوع العلاقة بين إدراك الضغط والصحة العامة في ضوء متغيّرات الشخصية الحامية للصحة والتي نطرح من خلالها التساؤلات التالية:

1- هل توجد علاقة ارتباط بين إدراك الضَّغط ودرجات الصِّحة العامَّة لدى عَيِّنة الدراسة مجموعة الأصحاء؟

2- هل توجد علاقة ارتباط بين إدراك الضَّغط والفعالية الذاتية لدى عينة الدراسة؟

3- هل توجد علاقة ارتباط بين إدراك الضَّغط ومصدر الضبط الصِّحي لدى عينة الدراسة؟

4- هل توجد وساطة لكلِّ من الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصِّحي بين إدراك الضَّغط والصِّحة العامَّة لدى عينة الدراسة؟

5- هل توجد فروق في إدراك الضَّغط بين عينة الأصحاء وعينة ذوي الأمراض المزمنة؟

فرضيات الدراسة:

1- توجد علاقة ارتباط دالَّة إحصائيًّا بين إدراك الضَّغط ودرجات الصِّحة العامَّة لدى عَيِّنة الدراسة مجموعة الأصحاء.

2- توجد علاقة ارتباط دالَّة إحصائيًّا بين إدراك الضَّغط والفعالية الذاتية لدى عينة الدراسة.

3- توجد علاقة ارتباط دالَّة إحصائيًّا بين إدراك الضَّغط و مصدر الضبط الصحي لدى عينة الدراسة.

4- توجد وساطة لكلِّ من الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصِّحي بين إدراك الضَّغط والصِّحة العامَّة لدى عينة الدراسة.

5- توجد فروق دالَّة إحصائيًّا في درجات إدراك الضَّغط بين الأصحاء وذوي الأمراض المزمنة.

التحديد الإجرائي للمفاهيم:

يُقصد بالتحديد الإجرائي للمفاهيم تبيان معناها بالاعتماد على كميَّات قياسها من خلال ما يُدُلُّ عليها من ظواهر سلوكية و معرفية وانفعالية والتي تُصاغ على شكل بنود في أداة القياس.

- الفعالية الذاتية:

الفعالية الذاتية هي توقُّعات يحملها الفرد حول قدراته والتي تمكِّنه من التعامل مع المواقف ومواجهة المشكلات ومدى قدرته على المثابرة بصورة فعالة، وهو مجموع الدِّرجات التي يحصل عليها الفرد على مقياس الفعالية الذاتية المستخدم في الدراسة الحالية.

- مصدر الضبط الصحي:

مصدر الضبط الصحي هو توقُّعات يحملها الفرد حول الأسباب المحتملة لحالته الصحيَّة إن كانت تعود إلى عوامل داخلية تتعلق بشخصيَّته فيوصف بأنَّه من ذوي مصدر الضبط الصِّحي الداخلي، أو أنَّها تتعلق بعوامل خارجة عن إرادته فيوصف بأنَّه من ذوي مصدر الضبط الصِّحي الخارجي. وهو

مجموع الدّرجات التي يحصل عليها الفرد على كل بعد من أبعاد استبيان مصدر الضبط الصحي المُستخدم في الدراسة الحالية.

- إدراك الضّغط:

هو التفسير الذي يتبنّاه الفرد لموقف معيّن فيما إذا كان مؤذي ومهدّد أو أنّه لا يملك القدرة على مواجهته فتظهر إستجابة الضّغط. فهي نتيجة فقدان التّوازن بين المتطلّبات الداخليّة والخارجيّة وقدرات الفرد على المواجهة. ويمكن تعريفه في هذه الدّراسة بأنّه مجموع الدّرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود استبيان إدراك الضّغط.

- الصّحة العامّة:

الصحة العامّة ليست مجرد الخلو من المرض أو العجز بل هي حالة من الرفاهية النفسية وحسن الحال مصحوبة بالتمام والاكتمال جسدياً وعقلياً واجتماعياً. وهي تقاس في الدراسة الحاليّة من خلال مؤشرات فرعيّة تُدلّ على وجود مضاعفات أو احتمال وجود خطر الإصابة بالاضطرابات التي عادةً ما تكون متلازمة مع الأمراض العضويّة، وهذا عن طريق استبيان الصّحة العامّة لغولدبرغ (1978) (28- General Health Questionnaire) وهو مقياس معتمد من طرف منظمّة الصّحة العالميّة (OMS)، والمتكوّن من 28 بند. هذه الاداة تقيس الصّحة بصفة عامّة من خلال أربعة أبعاد وهي:

- البعد الأوّل يقيس الأعراض الجسميّة العضويّة والإعاشيّة.

- البعد الثاني يقيس أعراض القلق واضطرابات النّوم.

- البعد الثالث يكشف عن المشكلات والصّعوبات الاجتماعيّة.

- البعد الرابع يقيس الاكتئاب والاستجابة الاكتئابيّة للمرض.

أهداف الدّراسة:

تهدف الدراسة الحالية إلى:

- الكشف عن مستويات وجود متغيرات الدراسة لدى العينة.

- الكشف عن العلاقة بين متغيرات الدراسة (الفعالية الذاتية، مصدر الضّبط الصحي، إدراك الضّغط والصّحة العامّة) في البيئّة الجزائريّة.

- الكشف عن قوّة واتّجاه هذه العلاقة.

- الكشف عن وساطة متغيرات الشخصية الحامية للصّحة بين إدراك الضّغط والصّحة العامة لدى عينة الدراسة.

- الكشف عن مدى وجود فروق بين عينة الأصحاء والمرضى المزمنين.

أهمية الدراسة:

تتمثل أهمية الدراسة الحالية من خلال المتغيرات التي تتناولها، فعلم النفس الصحي يهتم بتأثير العوامل التي تقع ضمن النموذج البيونفسي اجتماعي على الحالة الصحية ويقترح في هذا الخصوص أنّ هناك عوامل انفعالية، سلوكية ومعرفية تؤثر سلباً على الحالة الصحية من خلال الاستجابات التي تنتج عنها ويُعدّ إدراك الضغط أحد أهم تلك العوامل، ذلك أنّه يمثل رد الفعل الأول في مواجهة المواقف الحياتية ذات الطابع السلبي بحيث يشكّل جزء من تلك الاستجابة الجانب الانفعالي، السلوكي والمعرفي في حين يشكّل الجزء الآخر الجانب الفيزيولوجي، فإذا تميّزت هذه الاستجابة بالتكرار فإنّها ستترك آثارها بسبب استمرار الإفرازات الهرمونية وما يتبعها من نشاط عضوي، وفي الجانب الآخر يقترح علم النفس الصحي عوامل تحمل طابعاً إيجابياً تُسمى متغيرات الشخصية الحامية للصحة والتي من بينها الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي. ويمكن عموماً تقسيم أهمية الدراسة الحالية إلى ناحيتين أساسيتين:

الناحية العلمية:

تتناول هذه الدراسة موضوع إدراك الضغط وعلاقته بالحالة الصحية في ضوء متغيرات الشخصية الحامية للصحة، وهي المتغيرات التي يطرحها علم النفس الصحي على اعتبار أنّها تلعب دوراً في حماية الصحة، فالنماذج النظرية لهذا التخصص تقترح فكرة أنّ الحالة الصحية للفرد هي نتاج عملية معرفية سلوكية، تجعله يُقدم على تبني سلوكيات صحية أو ممارسة سلوكيات غير صحية تؤدي صحته، وبالتالي الدراسة الحالية يمكن أن تُقدّم إضافةً للدلائل المقدّمة بهذا الخصوص.

الناحية الميدانية:

تظهر أهمية الدراسة الحالية ميدانياً من خلال المتغيرات التي يدرسها، فالفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي يُعتبران من العوامل الحامية للصحة من جهة وعوامل مساعدة على حسن التعامل مع وضعية المرض وإدارته بشكل عام.

كما أنّ للدراسة الحالية بعد وقائي من خلال دراستها إن كان يمكن لمتغيرات الشخصية الحامية للصحة تعديل العلاقة بين إدراك الضّغط والصحة وبالتالي التّركيز عليها في بناء برامج وقائية موجهة لفئات مختلفة.

ومن خلال التحقق من إمكانية التنبؤ بحدوث مشكلات صحية انطلاقاً من متغيرات نفسية إن تم التأكد من صدق فرضيات الدراسة، بحيث أن المستويات المنخفضة في متغيرات الشخصية الحامية للصحة قد تُنبئ بحدوث مشكلات صحية في حالة التعرض للضغط.

الدراسات السابقة:

يتناول هذا العنصر الدراسات التي بحثت في متغيرات الدراسة الحالية وقد تم سرد الدراسات السابقة بدءاً بالدراسات التي تناولت إدراك الضغط العربية والأجنبية، ثم الدراسات التي تناولت الفعالية الذاتية في علاقتها بمصدر الضبط الصحي وعلاقتها بالحالة الصحية، تليها الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي في علاقته بالحالة الصحية وأخيراً تعليق على الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية منها. وسنعرضها كالتالي:

أولاً) الدراسات الخاصة بإدراك الضغط

- الدراسات العربية

(1) دراسة أيت حمودة حكيمة (2007)

بعنوان علاقة تقدير الذات بإدراك الضغوط النفسية وإستراتيجية مواجهتها لدى فئة من المدمنين على المخدرات، ولتحقيق هذا الهدف عملت على عينة مكونة من (47) مدمن على المخدرات من الجنسين تراوحت أعمارهم بين (18 - 38 سنة)، تم اختيارهم بطريقة عشوائية من بين المفحوصين المترددين على مركز معالجة الإدمان بوحضرة بمدينة عنابة، وتم استخدام المنهج الوصفي الإرتباطي لإيجاد العلاقة بين المتغيرين، مستعملة في ذلك استبيان إدراك الضغط واستبيان أساليب المواجهة ومقياس تقدير الذات، أوضحت نتائج الدراسة وجود ارتباط سالب بين مستوى تقدير الذات وإدراك الضغط النفسي، كما جاء الارتباط موجبا ودال بين مستوى تقدير الذات واستخدام بعض استراتيجيات المواجهة من مخططات حل المشكلة والبحث عن السند الإجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي.

(2) دراسة فاضلي أحمد (2009)

كانت هذه الدراسة تحت عنوان أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها بكل من الاكتئاب واليأس، بلغ عدد عينة الدراسة (75) حاولوا الانتحار على الأقل لمرة واحدة، موزعين حسب الجنس بين (40) ذكور و(35) إناث، ولتحقيق أهدافها استخدم المنهج الوصفي، واستعمل مجموعة من المقاييس المتمثلة في مقياس "بيك" للاكتئاب ومقياس "بيك" لليأس، ومقياس إدراك الضغط لـ"ليفنستاين"، وأسفرت هذه الدراسة على نتائج تتمثل في عدم وجود ارتباط بين إدراك الضغط

النفسي واستخدام مختلف إستراتيجيات التعامل المركزة على حل المشكل لدى فئة من محاولي الانتحار مع وجود ارتباط موجب بين درجة إدراك الضغط النفسي ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس لدى أفراد عينة الدراسة.

(3) دراسة بلخير رشيد (2018)

دار موضوعها حول علاقة إدراك الضغط النفسي بالقلق حالة أو سمة لدى أعوان الحماية المدنية، تكونت عينة الدراسة (60) فردا من مركز الحماية المدنية بتييزي وزو من مجتمع دراسة قدر بـ (326) ما يعادل (18.40%) من المجتمع الأصلي، اعتمد في اختيارها على الطريقة العرضية استجابوا على كل من مقياس إدراك الضغط لـ"ليفنستاين" ومقياس القلق حالة وسمة لـ"سبليجر"، أجريت اعتمادا على المنهج الوصفي، وأسفرت نتائجها على أن هناك علاقة طردية بين إدراك الضغط النفسي والقلق لدى أعوان الحماية المدنية، بمعنى أنه كلما ارتفع عامل إدراك الضغط النفسي كلما زاد مستوى القلق لديهم، وذلك لتأثرهم بالمواقف المثيرة للخطيرة أو المهددة.

-الدراسات الأجنبية

(1) دراسة Lazarus et al., (1988)

بعنوان أثر إدراك الضغط على الصحة والمزاج، دراسة للموارد الشخصية والاجتماعية كعوامل وسيطة، شملت عينة مكوّنة من (75) فرد استجابوا على مقياس تقدير الأعراض المرضية (HUS)، مقياس إدراك الضغط، مقياس التقدير اليومي للصحة (DHR) والذي يضمّ بنود حول أعراض مرضية، ويُطلب من المستجيب أن يحدّد أيّ أعراض أو انزعاج بدني شعر به خلال ذلك اليوم وتمحورت الأسئلة حول آلام الرأس، آلام أخرى في الجسم أعراض الهيكل الجسمي، أعراض الجهاز التنفسي، وأعراض الجهاز الهضمي، ومقياس تمّ إعداده للتقدير الذاتي للحالة المزاجية (ESS)، توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة إرتباطية بين إدراك الضغط وتواتر ظهور مشكلات صحية تمثلت في (آلام الرأس، آلام الصدر، وآلام الظهر، كما توصلت الدراسة إلى أنّ الأفراد الذين يفتقرون للموارد الشخصية والاجتماعية كانوا أكثر تعرّضا للمشكلات المزاجية والمشكلات الصحية وهو ما دفع بالباحثين لاستنتاج أنّ الأفراد الذين يفتقرون للموارد النفسية والاجتماعية يعانون من إدراك الضغط أكثر من الآخرين.

(2) دراسة Jeffery Robert (2003)

بعنوان العلاقة بين إدراك الضغط وممارسة السلوكيات الصحيّة لدى عينة من الراشدين العمال، شملت عينة الدراسة (12110) من العمال موزعين على (26) مهنة، استجابوا على كل من مقياس إدراك

الضغط لـ "كوهن" (PSS) ومقياس لقياس السلوك الصحي المتمثلة في: مقياس السمعة (BFS) ومقياس ممارسة النشاطات البدنية (GLTTES) واستخدام أسئلة محدّدة لقياس كل من سلوكيات التدخين وتعاطي الكحول، وتوصلت هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين ارتفاع مستوى إدراك الضغط وكل من عدم ممارسة الرياضة والتدخين وعدم إشباع الحميّة الغذائية، وإلى انخفاض مُدركات الفعاليّة الذاتية التي تُعتبر متغير أساسي في ممارسة السلوكيات الصحيّة.

3) دراسة (Walburg Vera et al., 2008)

وقد دار موضوعها حول العلاقة بين المخططات المبكرة غير المتكيفة وإدراك الضغط، أُجريت هذه الدراسة على عينة مكونة من (132) طالبا جامعيًا تتراوح أعمارهم بين (21 و 29 سنة)، استعملت مقياس التشوهات المعرفية (SQII)، ومقياس إدراك الضغط لـ: "كوهن" (PSS-14)، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود ارتباطًا قويًا بين المخططات المبكرة غير المتكيفة وإدراك الضغط خاصة مخططات الإهمال والهجر الذّي يُؤثر على إدراك الأفراد، من خلال توقع تخلي المقربين منهم مما يولد لديهم الإحساس بالضغط، والخوف من عدم القدرة وفقدان التحكم في الموقف.

4) دراسة (Flores Elma et al., 2008)

حول العلاقة إدراك التمييز العنصري وإدراك الضغط وكل من الصحة النفسيّة والجسميّة عند عينة من الراشدين ذوي الأصول المكسيكية، استخدمت في هذه الدراسة مقياس التمييز العنصري (DSS) ومقياس إدراك الضغط "لكوهن" (PSS)، ومقياس الاكتئاب (CEDDS) وتمّ تقييم الصحة والأعراض الجسميّة من خلال أسئلة مفتوحة، توصلت هذه الدراسة أن هناك علاقة طردية بين إدراك التمييز العنصري وإدراك الضغط، وتوصلت إلى أنّ المستويات المرتفعة من إدراك الضغط ارتبطت بشكل ملاحظ بكل من الاكتئاب وسوء الحالة الصحيّة، وأيضا ارتفاع إدراك الضغط ارتبط بصفة ملاحظة بظهور الأعراض الجسميّة.

5) دراسة (Nielson Line et al., 2008)

بعنوان ماهي خصائص الأشخاص ذوي المستوى المرتفع من إدراك الضغط؟ وكان هدف الدراسة تقدير مستوى إدراك الضغط وكذا تحديد الخصائص التي يتميز بها ذوي المستوى المرتفع من إدراك الضغط، تضم هذه الدراسة عينة مكونة من (11232) فرد في إطار دراسة وطنية عامة في دولة الدنمارك تُعرف بدراسة (NHIS)، تم سؤالهم عن إدراكهم للضغط وعن خصائص عامة نفسية وجسمية، استجاب أفراد العينة على مقياس إدراك الضغط (PSS)، وبالنسبة لتقدير الخصائص العامة فقد تمّ إعداد

استبيان يحتوي على مجموعة من الأسئلة تقيس تواتر ظهور تلك الخصائص وهي (التدخين، العلاقات الاجتماعية، النشاطات البدنية، وجود أعراض المرض، السلوكيات غير الصحية...)، توصلت النتائج إلى ارتباط المستوى المرتفع من إدراك الضغط بارتفاع مؤشرات المرض الجسمي، بالإضافة إلى خصائص أخرى تمثلت في كثرة التدخين، نقص النشاط البدني، خلل في العلاقات الاجتماعية، وعند بعض أفراد العينة ظهرت ميول إجرامية، واستنتج الباحثون أنّ ارتفاع مستوى إدراك الضغط يؤدي إلى آثار سلبية على نوعية الحياة، زيادة السلوكيات غير الصحية وارتفاع خطر الإصابة بالأمراض الجسمية.

6) دراسة (Rod. N et al., (2009)

بعنوان إدراك الضغط كعامل خطورة لإتباع سلوكيات غير صحية وللإصابة باضطرابات قلبية، وكان الهدف من إجراء هذه الدراسة معرفة الآثار بعيدة المدى لإدراك الضغط على إتباع سلوكيات غير صحية وزيادة خطورة الإصابة باضطرابات قلبية عند عينة مكونة من (7066) رجل وامرأة شاركوا في دراسة كوبنهاغن للأمراض القلبية (CCHS) تمّ سؤالهم عن إدراكهم للضغط، الأعراض المرضية والسلوكيات غير الصحية (التدخين، ممارسة النشاطات البدنية، السمنة، شرب الكحول...)، وعوامل الخطر للإصابة باضطرابات القلب (ارتفاع ضغط الدم، ارتفاع نسبة الكوليسترول، مرض السكري...)، واستجابوا على كلّ من مقياس إدراك الضغط (PSS) لتقدير درجات إدراك الضغط، ومقياس التقدير الذاتي (SAQ) لتقدير وجود السلوكيات غير الصحية، ومقياس طبي لنسبة الكوليسترول في الدم، قياس دوري للضغط الدموي، ونسبة السكر في الدم، لتقدير بروفيل الإصابة بمرض في القلب، مع الإشارة إلى أنّ هذه الدراسة كانت تتبعية فقد كانت هذه القياسات تتمّ بشكل متكرّر، وقد توصلت نتائج الدراسة إلى أنّ ذوي إدراك الضغط المرتفع كانوا أكثر ميلا لممارسة سلوكيات غير صحية، واستنتج الباحثون من خلالها إلى أنّ هذه النتائج تدعم المعطيات السابقة حول العلاقة السببية بين إدراك الضغط والأمراض القلبية.

ثانياً): الدراسات الخاصة بالفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي :

1) دراسة (Dina N.& al, 2015)

تركز إهتمام هذه الدراسة حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالفعالية الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني (Type 2)، وقد تكونت عينة الدراسة والتي تمتّ وفق المنهج الوصفي من (793) مريضاً. وتوصلت نتائجها إلى وجود علاقة إرتباط موجبة دالة بين مركز الضبط الصحي والفعالية الذاتية، كما أشارت إلى أنّ أفراد العينة يحملون معتقدات بأن صحتهم مرهونة بالآخرين أكثر مما هي مرهونة بسلوكهم الشخصي مما يشير إلى سيطرة بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي الخارجي.

وفي نفس الوقت كشفت هذه الدراسة عن إنخفاض في مشاعر فعالية الذات لديهم، وهو ما يتناسب مع سيادة مصدر الضبط الصحي الخارجي الذي يشير إلى أنّ الفرد يعتقد أنّ صحّته مرهونة بما يفعله الآخرون وليس ما يفعله هو.

(2) دراسة عليوة سمية (2007)

حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالفعالية الذاتية لدى مرضى السكري: تكونت عينة الدراسة من (86) مريضا بالسكري، وقد توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية دالة بين الفعالية الذاتية والبعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي، بينما توصلت إلى وجود إرتباط سالب بين الفعالية الذاتية وبعدي ذوي النفوذ والحظ لمصدر الضبط الصحي.

(3) دراسة قارة سعيد (2015)

حول مصدر الضبط الصحي وعلاقته بكل من الفعالية الذاتية، وتقبل العلاج لدى مرضى إرتفاع ضغط الدم: تكونت عينة الدراسة من (123) مريضا وتوصلت إلى وجود علاقة إرتباطية دالة بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي والفعالية الذاتية، ولم تجد هذه الدراسة علاقة دالة بين الفعالية الذاتية وبعدي ذوي النفوذ والحظ لمصدر الضبط الصحي.

ثالثاً): الدراسات الخاصة بالفعالية الذاتية والحالة الصحية:

(1) دراسة قريشي فيصل (2011)

حول علاقة التدين بالفعالية الذاتية لدى المرضى المصابين بالإضطرابات القلبية الوعائية: بحيث تكونت عينة الدراسة من (62) مريضا وتوصلت نتائجها إلى أنّ إزمان المرض ارتبط بانخفاض مشاعر الفعالية الذاتية .

(2) دراسة جبالي نورالدين وعدودة صليحة (2012)

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الفعالية الذاتية وأسلوب الحياة لدى مرضى قصور الشريان التاجي: شملت الدراسة عينة مكونة من (40) مريضا وتوصلت إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة بين الفعالية الذاتية وكل من عامل التغذية الصحية (ذوي فعالية الذات المرتفعة يقبلون أكثر من غيرهم على نظام تغذية صحية) وعامل الرياضة (مرتفعي فعالية الذات يداومون على ممارسة الرياضة بانتظام ويوظفون على حلقات التأهيل القلبي).

(3) دراسة رشيد رزقي (2012)

حول الفعالية الذاتية وعلاقتها بالإنضباط الصحي لدى مرضى القصور الكلوي المزمن: تكونت عينة الدراسة من (20) مريضا من الجنسين وتوصلت إلى وجود علاقة إرتباط موجبة بين الفعالية الذاتية والإنضباط الصحي وبين الفعالية الذاتية وكل من الإلتزام بحصص تصفية الدم واتباع الحمية الغذائية وتناول الأدوية والمتابعة الطبية وعدم الإجهاد البدني لدى هؤلاء المرضى.

(4) دراسة شاكر بوريجي (2016)

وقد هدفت هذه الدراسة إلى معرفة علاقة بعض المتغيرات النفسية الإجتماعية والمعرفية (فعالية الذات، سمات الشخصية والرفاهية الذاتية) بالصحة العامة. تكونت عينة الدراسة من (273) فردا يتراوح سنهم بين (19) و(59) سنة ذكور وإناث، وأظهرت النتائج وجود علاقة إرتباطية دالة بين الفعالية الذاتية والصحة العامة بحيث تبين أن فعالية الذات من العوامل المنبئة بالصحة، وأن فعالية الذات لها دور مفتاحي في تدعيم السمات التي تخدم الصحة مما يجعلها متغير يعتمد عليه في التدخلات الصحية الوقائية وكذلك في التدخلات العلاجية (كتبني سلوك الملائمة العلاجية والمثابرة عليه).

رابعاً): الدراسات الخاصة بمصدر الضبط الصحي والحالة الصحية:

(1) دراسة إسمهان عزوز (2009)

حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن: تكونت عينة الدراسة من (72) مريضا وتوصلت إلى وجود علاقة إرتباط دالة بين بعدي ذوي النفوذ والحظ لمصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الإجتماعية، وعدم وجود علاقة إرتباط دالة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده الثلاثة ومدة المرض .

(2) دراسة عيادي نادية (2009)

حول علاقة مصدر ضبط الصحة بالسلوط الصحي لدى طلبة الجامعة: بحيث شملت عينة الدراسة (280) طالبا وطالبة، وتوصلت إلى وجود علاقة إرتباط جزئية موجبة بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي وممارسة سلوكيات صحية وتوصلت كذلك إلى وجود علاقة إرتباطية جزئية موجبة بين بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي.

دراسات أجنبية:

(1) دراسة Kaplan, and Cowles, A. (1978)

تمت هذه الدراسة والتي كانت بعنوان مصدر الضبط الصحي والصحة ودوره في التنبؤ بالتخلي عن سلوك التدخين، وقد شملت عينة عددها (35) مشاركًا في برنامج الإقلاع عن التدخين الذي دام لمدة سبعة أسابيع في مجموعات صغيرة، ثم تم تكليفهم بواحد من أربعة إجراءات، ثم تمت المتابعة لمدة ثمانية أسابيع. بعد الحصول على معلومات عن مستويات التدخين في بداية البرنامج كقياس قبلي، وفي نهاية فترة العلاج البالغة سبعة أسابيع، وفي نهاية فترة المتابعة لمدة شهرين، وخلال فترة متابعة إضافية مدتها خمسة أشهر. كما هو مفترض من نظرية التعلم الاجتماعي، كان الأفراد الذين لديهم مصدر ضبط صحي داخلي والذين يُقدرون الصحة بدرجة عالية أكثر نجاحًا في تحقيق التغييرات في سلوكهم في التخلي عن التدخين والحفاظ على المكتسبات، وتُساهم هذه النتائج من حيث آثارها على القدرة الذاتية للحفاظ على التغييرات السلوكية التي تحققها برامج الإقلاع عن التدخين.

(2) دراسة Pourhoseinzadeh, et al (2017)

هدفت إلى التحقيق في العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والسلوك الصحي في الطاقم الطبي للطوارئ وهي دراسة وصفية، بدأت في أغسطس 2016 ودامت لمدة ستة أشهر شملت (215) من أفراد الطوارئ الطبية في الأهواز الذين تم اختيارهم بشكل عشوائي. وتم جمع البيانات من خلال استبيان ديموغرافي، واستبيان مصدر الضبط لروتر، واستبيان السلوك الصحي وتحليلها باستخدام برنامج SPSS، الإصدار 22. تم تقدير الارتباط بين المتغيرات بواسطة معامل الارتباط لبيرسون واختبار t المستقل. وقد توصلت إلى أنه يمكن أن يؤثر مصدر الضبط الصحي على المعتقدات الفردية بناءً على التجارب السابقة فيما يتعلق بالحالة الصحية والسيطرة الخارجية أو الداخلية عليها، ويلعب مصدر الضبط الصحي دورًا في السلوكيات الصحية، علاوة على ذلك، كان 79.5% من موظفي الطوارئ، بشكل عام لديهم سلوكيات صحية سيئة.

(3) دراسة Mercer, D et al (2018)

أكدت هذه الدراسة على أن الخمول البدني والتدخين والإفراط في تعاطي الكحول عوامل خطر معترف بها في التسبب في أمراض القلب والأوعية الدموية (CVD)، ومع ذلك فإن اتباع استراتيجيات للتخفيف من هذه السلوكيات السيئة يختلف اختلافًا كبيرًا بين المرضى الذين يعانون من أمراض القلب والأوعية الدموية، ويمكن تفسير جزء من هذا الاختلاف من خلال مصدر الضبط الصحي (HLOC)،

شملت الدراسة عينة قدرها (599) مريضاً بالقلب استجابوا على استبيان مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد واستبيان السلوك الصحي المنظم لتقييم النشاط البدني والتدخين وتعاطي الكحول. تم تقييم العلاقات بين السلوكيات الصحية و HLOC على أساس مقطعي وطولي باستخدام النماذج الخطية العامة ونماذج ووُجد أن HLOC الداخلي العالي مرتبط بمستويات أعلى من النشاط البدني لوقت الفراغ، بينما ارتبط انخفاض HLOC الداخلي بانخفاض مستويات استهلاك الكحول بمرور الوقت. وقد لوحظ أنّ هناك ارتباطات بين HLOC والسلوكيات الصحية المتعددة في عينة كبيرة من مرضى القلب إذ تشير النتائج إلى أن تقييم واستهداف معتقدات HLOC لمرضى القلب قد يكون ذا صلة بتغيير السلوك ذو العلاقة بالصحة، عن طريق برامج إعادة التأهيل التي تستهدف السلوكيات غير الصحيّة.

تعليق على الدراسات السابقة:

من خلال ما سبق نلاحظ أن الدراسات السابقة تشير في عمومها إلى دور كل من مصدر الضبط الصحي الداخلي، والفعالية الذاتية، وانخفاض مستوى الضغط النفسي باعتبارها عوامل مرتبطة بالحالة الصحية وبالتعامل مع وضعية المرض، فقد كان التوجه العام للدراسات السابقة يميل إلى اعتبار مصدر الضبط الصحي الداخلي من عوامل حماية الصحة وأنه مرتبط بالتعامل الفعال مع المرض، في حين اعتبرت كل من مصدر الضبط الخارجي بأبعاده (ذوي النفوذ والحظ والصدفة) عوامل تحمل مؤشرات الخطورة على الحالة الصحية، باعتبارها تحد من ثقة الفرد في قدرته على التدخل والتأثير في الأحداث لأنه يربط النتائج بأسباب خارجية لا يملك السيطرة عليها، ونفس الأثر نجده عند انخفاض مدركات الفعالية الذاتية، وكذلك في حالة ارتفاع درجة الضغط النفسي، بحيث ارتبطت هذه المتغيرات بتدهور الصحة من جهة وبسوء التعامل مع وضعية المرض من جهة أخرى. كما ظهر من خلال الدراسات السابقة أنّ لمدركات الفعالية الذاتية آثار مشابهة لمصدر الضبط الداخلي، ذلك أنهما يشتركان في شعور الفرد بامتلاكه قدرات ومؤهلات ذاتية تسمح له بتخطي الصعوبات والتحكم في حالته الصحية. بينما يشترك كل من انخفاض الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الخارجي بأبعاده في فقدان الفرد الشعور بقدرته وإمكانيته على التأثير في الأحداث أو في قدرته على التحكم في صحته.

وبالرجوع إلى الدراسة الحالية حول علاقة إدراك الضغط وكل من الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي نلاحظ أنّها تسير في نفس اتجاه الدراسات السابقة المذكورة والتي تدعم التصور العام لفرضيات بحثنا رغم أنها لم تحمل نفس عنوان الدراسة الحالية، إلا أننا استفدنا منها لاحتوائها على متغيرات بحثنا والتي نحاول دراستها لنقدم نتائج قد تدعم هذا التوجه أو قد تأتي مخالفة له.

الفصل الأول

إدراك الضغط

تمهيد

تتعرض صحة الفرد اليوم إلى الكثير من الأخطار بسبب سلوكه ونمط حياته وتصرفاته من جهة، والمتطلبات اليومية للحياة الإجتماعية والمهنية وصعوبات التوافق من جهة أخرى، ومن الصعب على الإنسان المعاصر أن يهرب من التزاماته ومشكلاته، وتكون النتيجة أن يستمر في حالة من الانفعال الداخلي الذي يشكل حملا على الأعضاء الداخلية بكل نتائجه السلبية على الصحة الجسدية والنفسية للفرد وهنا ينشأ الضغط.

فالضغط هو الحمل الذي يقع على كاهل الكائن الحي وما يتبعه من استجابات من جانبه ليتكيف أو يتوافق مع التغير الذي يواجهه، وإنّ مواجهة الأفراد لمختلف العناصر والظروف المحيطة بهم، تجعل منهم كطرف من عناصر التفاعل بينهم وبين البيئة المتواجدين فيها، ويرافق هذا التفاعل مجموعة من العوامل المعرفية والنفسية والسلوكية والفيزيولوجية، يكون الحدث ضاغطا بالنسبة للفرد فقط إذ أدركه أنّه يهدد كيانه أو يُشكل خطورة عليه ومدى قدرته على مواجهتها، وهو ما يجعل الأفراد يختلفون في حساسيتهم لبعض الأحداث وفقا لتقييماتهم، وتنتج هذه الأخيرة بناءً على بُنى معرفية مُحدّدة عند الأفراد، ويتبعها استجابات عضوية قد تزيد عن حدّها إذ توصل الفرد في نهاية تقييمه للوضع برؤيتها على أنّها تتعدى إمكانية في التعامل معها أو عجزه لإصدار سلوكيات توافقية وملائمة، الذي من الممكن أن تؤثر على صحته النفسية والجسدية سلبا.

فالإنسان يجب أن يتعلم كيف يتحكم ويتعلم كيف يواجه ويتكيف معه، وإلا سوف يكون عرضة للفشل والمرض أو الموت المبكر، وإنطاقا من هذا سوف نقوم بتقديم أهم ما يتضمنه هذا المفهوم من عناصر نظرية.

1- مفهوم إدراك الضغط

1-1 مفهوم الضغط النفسي

تعددت واختلفت الكتابات والآراء حول ما يعنيه الضغط النفسي Stress من جانب المهتمين بالصحة النفسية والجسدية، كلُّ بما يرى حسب ما ينطلق منه، لحق ذلك أنّ الكثير من تلك الآراء تأطرت في شكل توجهات ونماذج نظرية أعطت تفسيرات مختلفة ومنه زوّدت الحقل المعرفي والرصيد النظري الخاص بمفهوم الضغط النفسي بعناصر مختلفة ساهمت في إعطاء تصورات جديدة له.

وذكر "سيلي" Selye أنّ مصطلح الضغط مثله مثل مصطلحات النجاح والفشل والسعادة تحمل عدّة معاني وذلك باختلاف الأشخاص، فهل الضغط هو الكرب؟ هل هو المجهود أم التعب أم الألم أم صعوبة التركيز؟.. الجواب هو نعم ولا في نفس الوقت، وهذا ما يجعل من الصعب إيجاد تعريف دقيق للضغط، والحقيقة أنّ كل واحد من تلك المفاهيم أو الشروط يمكن اعتبارها من مسببات الضغط إلاّ أنّها ليست هي الضغط في حدّ ذاته. (Selye, 1974, p. 12)

وتعرف "تايلور" Taylor الضغط النفسي على أنّه خبرة انفعالية سلبية تترافق مع ردود فعل جسمية كيميائية، فيزيولوجية، معرفية وسلوكية الموجهة لمواجهة الحدث الضاغط أو التكيف معه (Taylor, 2015, p. 115)

ويعرفه "كورتين" Corten (2009) وفق العناصر التالي:

- هو حالة من الشدّ المزمن المعاش سلبيا.
- أثنائها يكون الفرد أو يشعر بأنّه غير قادر على الاستجابة بطريقة ملائمة وكافية للمواجهة.
- أثنائها يكون عدم القدرة على الاستجابة الملائمة له آثار سلبية ملاحظة.
- نلاحظ خلالها ردود أفعال فيزيولوجية، انفعالية، واجتماعية سلبية. (Mikolajczak, 2009, p. 03)
- ويُعرّف أيضا بأنّه حالة من الشعور بالضييق وعدم الارتياح يشترك في تكوينها عوامل عدّة نفسية، اجتماعية وبيولوجية متضافرة كتزايد إفراز الأدرينالين والشعور بالإحباط الناتج عن موقف حرج لا مخرج منه أو نقص التفهّم من قبل الأهل والأصدقاء والمحيط العام للفرد. (السيد عبيد، 2008، ص. 20)
- ويعبر إلى حالة من الكرب تتعلق بـ قسوة الحياة والشدائد، ويشير حاليا إلى حالة من عدم الراحة والضييق النفسي والجسدي تعود إلى ضغوط خارجية مختلفة مثل النزاعات، والانفصال أو المشاكل الصحية، (Servant, 2007, p. 153) وعموما يشير مصطلح الضغط إلى وجود معاناة واضطراب ناتج عن تأثير عوامل خارجية. (Grébot, 2009, p. 7)

كما أنه قد شاع في التراث السيكولوجي عدة تعاريف للضغط، إذ يعرفه "سيلي" بأنه الإستجابة غير النوعية للجسم لأي مطالب خارجية، وهو جزء من حياتنا اليومية إلا أنه مرتبط بمجموعة كبيرة ومتنوعة من المشكلات مثل الصدمات، والإثارة العاطفية، والجهد العقلي أو البدني، والإرهاق، والألم، والخوف، الحاجة للتركيز، والإحباط، والتعرض للخسارة غير المتوقعة والتي تتطلب من الفرد إعادة صياغة أسلوب حياته، كما أنه الطريقة اللاإرادية التي يستجيب بها الجسد باستعداداته العقلية والبدنية لأي دافع. (Selye, 1976, p. 15).

كما تعرفه الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA بأنه الاستجابة الفسيولوجية أو النفسية لضغوط داخلية أو خارجية، ينطوي على تغييرات تؤثر على كل نظام الجسم، فقد يتجلى عن طريق الخفقان والتعرق وجفاف الفم وضيق التنفس، والتمللم، والكلام المتسارع، ومدة أطول من التعب الإجهاد، وأكدت على أن الضغط يساهم بشكل مباشر في الاضطرابات النفسية والاضطراب الفيزيولوجي، ويؤثر على الصحة العقلية والصحة الجسدية، وتقليل نوعية الحياة وصفت لأول مرة في سياق علم النفس عام (1940) من قبل عالم الغدد الصماء الكندي "هانز سيلي". (APA, 2015, p. 1036)

وفي نفس السياق يعرفه "يخلف عثمان" على أنه استجابة الفرد النفسية والفيزيولوجية والسلوكية للأحداث التي يتعرض لها في حياته اليومية سواءً أكانت أحداثاً عادية أو أحداث رئيسية، وتتمثل الاستجابة النفسية للأحداث الضاغطة في الإجهاد الذهني والإحساس بالقلق والاكنتاب والشعور بالشدة، أما الاستجابة الفيزيولوجية فتتسم بإفرازات لبعض الهرمونات المنشطة للوظائف الفيزيولوجية الضرورية لمواجهة الأخطار التي قد يتعرض لها الإنسان في حياته ونتيجة لهذه الإفرازات المتكررة يزداد نشاط الوظائف الفيزيولوجية العادية كالتنفس مثلاً ودقات القلب فتخرج عن وضعها الطبيعي متسببة في اختلال الأنسجة وأعراض مرضية مختلفة. (يخلف، 2001، ص. 45)

ويشير كل من "مكاي" Mackay و"كوكس" Cox إلى أن الضغط ظاهرة تنشأ من مقارنة الشخص للمتطلبات التي تتطلب منه قدرته على مواجهتها، وعندما يحدث خلل أو عدم التوازن في الآليات الدفاعية الهامة لدى الشخص وعدم التحكم فيها، أي الاستسلام لأمر الواقع يحدث ضغطاً، كما تدل محاولات الشخصية لمقاومة الضغط في كلتا الحالتين النفسية والفسيولوجية المتضمنة على حيل دفاعية سيكولوجية على حضور الضغط.

فالضغط النفسي يعني وجود عوامل خارجية ضاغطة على الفرد وتحدث لديه إحساساً بالتوتر أو تشويهاً في تكامل شخصيته، وحيثما تزداد حدة هذه الضغوط فإن ذلك يُفقد الفرد قدرته على التوازن ويُغيّر

من نمط سلوكه، ويعرفه "لوفين" Levin و"سكوت" Scott (1970) بأنه حالة من الاضطراب وعدم كفاية الوظائف المعرفية، ويتضمن المواقف التي يدرك فيها الفرد أنّ هناك فرقاً بين ما يطلب منه سواءً كان داخلياً أو خارجياً وقدرته على الاستجابة لها. (مفتاح، 2010، ص. 90)

ويُعرّف أيضاً على أنّه مجموع ردود الأفعال غير المحددة للجسم مقابل متطلبات التكيف، إذ يتعلق الأمر بعملية معقدة من ردود الفعل المرتبطة بالحالة الفيزيولوجية الناتجة كاستجابة لمختلف المثيرات الخارجية التي تسمّى ضواغط Stresseurs، ومنه فإنّ الضغط ينتج من مقاومة الجسم في مواجهة محيط مهدد. (Tarquinio, 2015, p. 116)

ومن خلال التعاريف السابقة نلاحظ أنّها اختلفت في المعنى الذي يحمله الضغط النفسي، وعموماً تدور كل التعريفات حول ثلاث محاور رئيسية هي: تعريف الضغط كمثير، كاستجابة، كعلاقة تفاعلية بين الفرد ومحيطه، ووفقاً لذلك يتم قياس الضغط النفسي حسب اختلاف وجهات نظر الناس، فهناك من يصف لك حالة الضغط يرجعها لظروف محيطه فيقول مثلاً "عملي يشكل لي ضغطاً كبيراً"، وهناك من يركز على الحالة الفيزيولوجية فيقول "قلبي يخفق بشدة عندما أعيش حالة ضغط"، وهناك من يعتبر الضغط كنوع خاص من العلاقة بين الفرد ومحيطه والمثيرات فيقول مثلاً "أشعر بضغط شديد عندما يكون على اتخاذ قرارات مالية في مجال عملي غير أنّ هناك قرارات أخرى لا تشعرني بالضغط".

1-2 مفهوم إدراك الضغط

ظهر مفهوم إدراك الضغط من خلال أعمال "لازاروس" الذي أكّد على أنّ الأفراد في مواجهة أحداث الحياة ليسوا سلبيين يتلقون الحدث مباشرة وينفعلون بل إنّهم يجرون تقييمات معرفية يعطون من خلالها معنى لما يحدث وفق طريقتهم في التفكير ونظام معتقداتهم، فوفق الطرح المعرفي فإنّ الأشخاص يستجيبون للأحداث التي يمرون بها خلال حياتهم من خلال مكتسبات معرفية سابقة تشكّل الأساس الذي يُطلقون من خلاله أحكامهم على ما يحدث.

وفي هذا الشأن يرى أنّ هناك مطالب من المحيط تسبّب الضغط عند الكثير من الناس، ويختلف الأفراد والجماعات في حساسيتهم وانجراحيّتهم لبعض أحداث الحياة وفقاً لتقييماتهم لها، فالبعض يستجيب بالغضب وآخر بالاكتئاب والبعض بالقلق، في حين يستجيب آخرون على أنّ هذا الموقف تحدّي. (Lazarus et Folkman, 1984, p. 22)

إذ يكون الحدث ضاعطاً بالنسبة للفرد فقط إذا أدركه على أنّه يهدد كيانه أو يشكل خطورة عليه، ولهذا نجد أنّ نفس الحدث يستجيب له الأفراد بطرق مختلفة تماماً، وما يشكّل ضغطاً بالنسبة لشخص ما

قد يكون تحدي ودافع لشخص آخر، هذه الفكرة تبلورت في أعمال "لازاروس" منذ سنة (1970) لفهم استجابة الضغط بتوظيف العوامل النفسية والمعرفية بإدخال فكرة التقييم المعرفي Appaisal والتي عرض من خلالها نموذج التقييم الأولي والثانوي، ويكون التقييم الأولي وفق أربع خصائص وهي هل الحدث يعنيه مباشرة أو لا يعنيه، عادي أو إيجابي، مخيف ويشكل تهديد، مخيف ويشكل تحدي، بينما يتضمن التقييم الثانوي تقييم إمكانات الفرد وقدراته على المواجهة، وبالتالي يتعلق التقييم الأولي بالحدث الخارجي بينما يتعلق التقييم الثانوي بالشخص في خد ذاته، وهي ما يحدّد إن كان الشخص سيرى الحدث ويقيمه على أنّه ضاغط أو لا، وحسب نموذج صاحب النظرية تأخذ استجابة الضغط عدة أشكال فيحدث إما ردّ فعل سلوكي مباشر، البحث عن معلومات متعلقة بالحدث، عدم فعل أي شيء، تطوير أساليب واستراتيجيات للمواجهة. (Ogden, 2004, p. 238)

كما أكد "لازاروس" على أهمية العمليات المعرفية وعلاقتها بالانفعالات السلبية وتبني استراتيجيات موجهة للأحداث الضاغطة (Cottraux, 2007, p. 14)، ويشير مفهوم إدراك الضغط إلى علاقة تفاعلية خاصة بين الشخص والمحيط أين يتم تقييم الموقف على أنّه مُهدد ويتجاوز إمكاناته التكيّفية (Lzarus et Folkman, 1984, p. 21).

فوفق هذا الطرح فإنّه ليست الخصائص الموضوعية للموقف الضاغط هي ما يسبب تغيير في العلاقة بين الفرد ومحيطه بل تقييمه وإدراكه لذلك الموقف، لذلك من الضروري التفريق بين الضواغط الموضوعية الموقفية وبين الأثر الشخصي للموقف، وهو ما يُعرف بإدراك الضغط، بحيث يرى الفرد بأنّ إدراك الضغط وفق النموذج التفاعلي يتعلق بجملة التقييمات والأحكام المتعلقة ليس فقط بالمواقف المهددة ولكن أيضا بالموارد الشخصية التكيّفية والتي يشعر الفرد أنّها غير كافية لمواجهة الموقف، فهي عملية دينامية متفرّدة، لذلك نجد أنّ عدة أشخاص يتعرّضون لنفس الموقف إلا أنّهم يستجيبون بطرق مختلفة تماما، إذا ما يسبب الضغط هو عدم التكافؤ بين متطلبات الموقف وقدرات الشخص، وعدم التكافؤ هذا قد يكون حقيقيا وقد يكون مجرد إدراك خاطئ، فالشخص الذي يعتقد أنّ قدراته المعرفية لا تكفي لنجاحه في امتحان ما سيكون تحت الضغط حتى وإن كان هذا الإدراك خاطئاً. (Schweitzer et Bonjut, 2014, pp. 437-438)

وحسب المركز الأوروبي للصحة والأمن المهني AESST يحدث إدراك الضغط عندما يكون هناك فقدان التوازن بين إدراك الفرد بوجود متطلبات يفرضها عليه المحيط وبين إدراكه لإمكاناته الشخصية لمواجهة تلك المطالب، وفي هذه الحالة يكون الفرد قادراً على تسيير وإدارة الضغط على المدى القصير إلا أنّه

يواجه صعوبات في مواجهة تلك المتطلبات في حالة استمرارها أو تكرارها. (Coutanceau et al., 2016, p. 6)

من خلال التعريفات السابقة لمفهوم إدراك الضغط نجد أنها تتسق في مجملها مع التصور المعرفي الذي أكد على تأثير الأفكار والمعتقدات التي يتبناها الفرد على طريقته في الحكم على الأشياء وتقييمه لها بناءً على نظام معرفي قد يكون مشوّه وبالتالي يترك أثراً سلبياً عليه، فيكون المعاش الشخصي له ناتج عن ذلك التقييم وليس عن الحدث في حدّ ذاته، وبناءً على ذلك يمكن تعريف مفهوم إدراك الضغط بأنه الحكم الذي يُطلقه الفرد على موقف معيّن على أنه يُشكّل خطورة ويُهدّد وجوده أو يُعرّض ممتلكاته أو علاقاته للفقدان فينتج عن هذا التقييم انفعالات (سلبية أو إيجابية)، سلوكيات تهدف للتعامل مع الموقف (تكيفيّة أو غير تكيفيّة) بالإضافة إلى الاستجابة الفيزيولوجية التي تُحرّك العضوية لحماية الذات.

2- لمحة تاريخية لتطور مفهوم إدراك الضغط

عرف مفهوم إدراك الضغط عدّة محطات تاريخيّة حتى اكتسب المعنى الذي نعرفه به حالياً، فقد اعتُبر من أكثر المفاهيم التي عرفت غموضاً في المعنى فرغم أنّه تبناه عدّة باحثين من مختلف التخصصات إلا أنّ هناك اختلافات جوهرية وردت في تعريفه على حسب كل باحث، فقد ذكر عدد من المؤرخين أنّ هناك اتفاق ضئيل حول مفهوم الضغط، فقد كان في نهايات القرن السابع عشر يحمل معنى المشقة، وبدأ شيئاً فشيئاً يأخذ طابع تقنياً بعد أبحاث "هوك" Hook في القياس الهندسي وكيف يصنع الإنسان الهياكل، من خلال قانون المرونة law of elasticity الذي يشير إلى الفرق بين النّقل الممارس على البنية والتغيير الناتج في شكلها أو كتلتها بسبب ذلك المطلب أو القوة الممارسة عليها والتي تسمى الضغط (Cooper et Dewe, 2004, 3)، واستمرار التعرّض لعامل خارجي والقوة التي يمارسها هذا الأخير على الجسم. (Berthier, 2014, p. 2)

وفي سنة (1929) وصف "كانون" Cannon ردّ الفعل الفوري للحيوانات في مواجهة خطر معين (الهروب أو المواجهة) والمرتبب بتحرير هرمون الأدرينالين، بعدها بسنوات أصبح مصطلح الضغط يشير إلى رد الفعل الهرموني من الجسم كاستجابة لعامل ضاغط خارجي (Servant, 2007, p. 29)، وقد بدأت بوادر أول اهتمام بمفهوم الضغط النفسي خلال الحرب العالمية الثانية من خلال دراسة الاثر الذي يُحدثه في جودة حياة الجنود وكفاءتهم وأصبح الاهتمام بالتخلص من أعراض الضغط النفسي يحمل معنى النجاة من الموت (Lazarus, 1999, pp. 31-32).

ويُعتبر "هانز سيللي" الأب المؤسس لمفهوم الضغط، كما أشار إلى طبيعتها المزدوجة، إذ أنّها تُعتبر استجابة تكيفيّة على المدى القصير إلا أنّها تحدث تغييرات غير تكيفيّة على المدى البعيد. وقد وصف منذ سنة (1936) مفهوم زملة التكيف العام Syndrome général d'adaptation وهي الاستجابة التي تُفعل فيها هرمونات الغدة الكظرية Hormones surréaliennes والتي تسمح بالمحافظة على توازن الجسم. وتوصل إلى أنّ حقن الفئران بخليط من خلايا المبيض Mélange de Sérum tissus ovariens يؤدي إلى نفس الآثار الناتجة عن الحقن بمصل فيزيولوجي physiologique وتمثلت الآثار الملاحظة في جروح المعدة والأمعاء، تضخم الغدة الكظرية Hypertrophie des glandes surrénales، تضؤل الغدة التيموثية Involution du thymus، ثم قام بإعادة التجارب على تلك الفئران بوضعها تحت ضواغط مختلفة مثل: التغيير المفاجئ في درجة الحرارة، التعريض لمواد سامة، الضجيج.. إلخ، وفي كل مرة كانت تظهر نفس الأعراض الجسمية السابقة، ومنها توصل "سيللي" لفرضية أنّه مهما كان نوع العامل الضاغط فإنّه توجد نفس الاستجابة النمطية للجسم للنظام الهرموني والذي يهدف للمحافظة على التوازن (L'Homéostasie) الذي اختلّ بفعل تدخل عامل خارجي وأطلق على هذه العملية زملة التكيف العام. (Servant, 2007, p. 29)

ويشرح "سيللي" الضغط باستجابة قشرة الغدة النخامية الأمامية واستنتج أنّ الضواغط تعمل على تحفيز إفراز هرمون قشرة الغدة الكظرية (ACTH) من طرف الغدة النخامية الأمامية، حيث يُطلق (ACTH) بدوره مواد سكرية من قشرة الغدة الكظرية والذي بدوره ينتج العديد من مكونات استجابة الضغط، حيث تُعتبر مستوى سكريات القشرة الكظرية أكثر العوامل اعتمادًا في قياس الضغط الفيزيولوجي، وتجاهل سيللي إلى حد كبير مساهمة الجهاز العصبي السمباثوي في استجابة الضغط، فالضواغط تنشط الجهاز العصبي السمباثوي وبالتالي تحفّز إفراز هرمونات الإبينيفيرين والنورابينيفيرين من طرق قشرة الغدة الكظرية. (Pinel, 2014, pp. 438-439)

وفي الخمسينات من القرن الماضي بدأت أعمال سيللي حول الضغط تخرج للمجتمع العلمي بداية بكتابه "ضغوط الحياة" Stress of Life ومنه بدأ مفهوم الضغط يأخذ مكانته ليشير إلى كل وضعية يستجيب لها الجسم بتجنيد ميكانيزماته التكيفية، ظهرت بعدها أعمال "هولمز" Holmes و"راه" Rahe والذي تحدث عن أحداث الحياة والتي تكلفت بقائمة أحداث الحياة الضاغطة ومقياس الانجراحية للضغوط. (Cosnier, 1994, pp. 127-128)

بعد سيلي ظهرت أعمال "هارولد-وولف" Harold Wolff (1953) الذي اقترح أنّ ضغط الحياة تلعب دورًا هامًا في ظهور الأمراض، في كتابه "الضغط Stress والاضطراب Disease" الذي كتب فيه أنّه أصبح من المتعارف عليه أنّ التغير السلبي للظروف المحيطة يؤدي بالناس للمرض، وبين كيف يمكن أن يكون التعرض لتغيرات فجائية وحادة دورا في الضغط، وأكد على أنّه حالما يواجه الفرد تهديدًا خصوصًا ما يُهدد قيمهم معتقداتهم قد تظهر ردود أفعال غير مناسبة كمًا ونوعًا فرغم أنّ ردود الأفعال هذه تكون لغرض وقائي، إلا أنّ استعمالها بشكل غير مناسب يؤدي إلى اختلالات وظيفية والوقوع في المرض، وكانت المفهوم الرئيسي في أعمال "وولف" هو مصطلح "ردود فعل استجابة الحماية" Protective Reaction Response والتي تشير إلى تفعيل الإمكانيات للمواجهة، وهي تعني أنّه عند مواجهة خطر حقيقي أو متوقع أو التعرض للهديد فإنّ الجسم يقوم بمجموعة من ردود الأفعال للتخلص من هذا التهديد، ورغم أنّ أعمال "وولف" غنية من حيث المعنى والتفسير إلا أنّها لم تلق اهتماما كبيرا في الأوساط الأكاديمية.

وابتداءً من سنة (1950) أصبح الضغط موضوع العصر من حيث عدد الدراسات التي أنجزت، وتم إدخاله لمجال علم النفس ليتم دراسته بين (1960-1970) ضمن الدراسات السيكوسوماتية التي تناولت مختلف المتغيرات التي يمكن أن تؤثر على الحالة الصحية، لتظهر نماذج نظرية جديدة تأخذ بعين الاعتبار متغيرات جديدة في تفسير الضغط مثل نموذج أحداث الحياة لدى كل من Dhrenwend (1979)، بعد نموذج Wolff (1950)، ثم توصل كل من راه وهولمز (1967) Holmes and Rahe لبناء مقياس إعادة التوافق الاجتماعي Social Readjustment Scale، الذي يصف (43) حدث من أحداث الحياة التي يمكن أن تسبب الضغط، ليتم تعديل هذا النموذج سنة (1974) بإضافة فكرة الكمية والمدة الزمنية التي يستغرقها التغيير في أحداث الحياة، وابتداءً من سنة (1984) بدأ كل من "لازاروس" و"فولكمان" بتسليط الضوء على طريقة إدراك الفرد وتفسيره والمعنى الذي يعطيه للأحداث المحيطة به، وأوضح أنّ الضغط ليس نتيجة لطبيعة الظروف أو الأحداث بقدر ما هو نتيجة للمعنى الذي نعطيه لتلك الأحداث أو لتقييمنا وإدراكنا له، ومن هنا ظهر مصطلح إدراك الضغط Perceived Stress (Cooper & Dewee, 2004, p. 43-54)، حيث أنّ نموذج إدراك الضغط تم بناؤه على تحليلات للنماذج النظرية العديدة التي تناولت الضغط إذ يقترح وفق التيار المعرفي الدور الذي تلعبه تقييمات الأفراد للوضعيات التي يعيشونها على أنّها ضاغطة أم لا. (Lazarus, 1991, p. 13)

نلاحظ مما سبق أنّ مفهوم إدراك الضغط لم يصل إلى مرحلة الوضوح والتحديد إلاّ بعد أعمال "لازاروس" و"فولكمان" والتي قامت على تحليلات للنقائص التي ظهرت في عدّة تناولات نظرية، وبالاعتماد على النموذج التفاعلي الذي تأثر بمبادئ النظرية المعرفية وأكد على أهمية التفكير في علاقة الفرد بمحيطه، فبعد أن كان الضغط عبارة عن نوع من الاستجابة المباشرة من الأفراد نتيجة تعرّضهم لأحداث الحياة، أعطى هذان المنظران تصوّرًا مختلفًا يقوم على إعطاء الأهمية البالغة لمدرجات الأفراد وتقييماتهم لتلك الأحداث والتي من خلالها يبيّن الفرد علاقته بمحيطه ويكوّن نظام معرفي يستجيب من خلاله، وتكون النتيجة لانهائية الانفعالية، السلوكية، والفيزيولوجية نتاج لذلك النمط من التفكير.

3- أشكال الضغط النفسي

يظهر الضغط النفسي بأشكال متعددة تختلف تبعًا لاختلاف المواقف الضاغطة، كما تختلف الإستجابة تبعًا للموقف الضاغط، أو تبعًا لشدة هذا الضغط النفسي وتبعًا للفروق الفردية في الإستجابة للضغط، ومن هذه الأشكال نميز ما يلي:

3-1 الضغط النفسي المتوقع

هو إستجابة الفرد لضغط نفسي متوقع، فيحضر الذهن والجسم سلفًا للتغيير، أو لتغيير مفاجيء نحو الأفضل أو ربما نحو الأسوء، مثل ذلك التوتر قبل الدخول إلى الامتحان، والخوف من إعصار على وشك الحدوث، والخوف من عقاب الأهل عند خرق قوانين معنية. ويتميز هذا الضغط بأنه يحضر الجسم والذهن سلفًا لأحداث على وشك الحدوث، لكنه قد يكون ضارًا عندما تضخم الأحداث بنتائجها السلبية وتعطى أهمية أكثر مما تستحق. (Taylor, 2018, p. 124)

3-2 الضغط النفسي المتبقي

هو الضغط النفسي الذي يتراكم أو يبقى بعد انتهاء تجربة الموقف الضاغط، إذ يبقى الجسم في حالة من اليقظة لبعض الوقت بعد زوال الموقف الضاغط، أي فرط الإثارة سواء أكانت سارة أم غير سارة لها النتائج نفسها على الفرد.

3-3 الضغط النفسي الحاد

هو الإستجابة الفورية لحادث يهدد الفرد أو موقف ضاغط سريع الحدوث وربما سريع الانتهاء مثل حادث سيارة، أو تسريح أو طرد من العمل، أو فقدان شخص عزيز وما شابه، وتكرار المواقف الحادة للضغط النفسي، فإن تأثيراته السلبية تظهر لتأخذ دورًا مهمًا من خلال الأعراض النفسية والجسدية والسلوكية، أي أن الضغط النفسي الحاد هو ما ينتج عن تهديد فوري ومباشر لحياة الفرد، وتأخذ إستجابة

الجسد للضغط النفسي الحاد الآلية التالية: تزداد دقات القلب وتتسرع، ويتسرع التنفس، ويرتفع ضغط الدم ويزيد الكبد في إفراز سكر الدم، أما الإستجابة النفسية تظهر من خلال ارتجاف اليدين، وتسارع في حديث، وحدة الطبع وتشويش التفكير.

وهذا الشكل من الضغط غالبا ما يتضمن اعتداء عنيف جسدي أو نفسي -انفعالي، لكن محدد من حيث الزمن، كأنفجار مفاجئ، والتعرض لبرد قارص، وانفعال قوي سلبي أو إيجابي، فاستجابة العضوية تكون مباشرة وعنيفة وشديدة، إنها إستجابة بقاء، ويمكن للضغط الحاد أن يحدث في بعض الحالات اضطرابات نفسية جسدية مثل قرحة معدة حادة، وتسمى قرحة الضغط، وغالبا ما تكون نزفية، أو صدمات قلبية وعائية مميتة خاصة لدى المسنين حيث يكون الجهاز القلبي هش وضعيف (Greenberg, 2016, p. 10).

3-4 الضغط النفسي المزمن

هو دور طويل من الإنهاك تتلاحق فيه أحداث صغيرة أحيانا، لكنها تتراكم مع الزمن لتشكل سلسلة من الضغوط المتواصلة، والتي تجعل الجسم مستنزفا و غير قادر على الاستمرار في المواجهة، بل تضعف مقاومته وهذا ما يحدث في بيئة العمل، أو استمرار الزواج الفاشل أو المشاحنات الزوجية. وإن استجابات الفرد للضغط النفسي المزمن تكون على شكل أمراض جسدية كثيرة تتسلل تدريجيا وتزداد لتؤدي إلى هلاك مبكر، أي أنها عملية تراكم للضغط النفسي عبر الزمن، ويحضر الجسد ليكون حساسا وبالتالي مهيبا للإصابة بالأمراض الجسدية أو النفس. فالضغط المزمن هو مجموع ضغوط صغيرة تتراكم لتكون على المدى الطويل مقدار ضغط كلي مفرط تفوق عتبة مقاومة الفرد، مما يحدث إنهاك نفسي وغدي تدريجي مسؤول عن أمراض التكيف. (واكلي، 2019، ص ص. 98-99).

من خلال ما سبق نستنتج أنّ الأشكال المختلفة للضغط (المتوقع، الحالي، الحاد والمزمن) تصف الحالات التي يكون عليها الفرد من الناحية المعرفية، الانفعالية، السلوكية والعضوية أثناء معاشته للموقف الضاغط، بحيث يسبق الإدراك كل تلك العمليات وهو المحدد لوجود استجابة الضغط من عدمها لكن في الحقيقة هذه الحالات هي للوصف والتفصيل النظري فقط وليست منفصلة عن بعضها البعض، فالفرد بعد خبراته الحياتية يُدرك المواقف التي قد تُشكّل تهديدا له وبالتالي يتوقع النتيجة بغض النظر عن الحدوث الفعلي للمشكل، وبعد حدوث الضغط ورد الفعل الفوري فإنّ الاستجابة الذي يُعتبر الضغط الحاد لا يتراجع الجسم بنفس السرعة التي حدث بها بل يختفي تدريجيا وهو ما يمثّل الضغط المتبقي، بينما يُمثّل الضغط المزمن حالة من الاستمرار والتكرار لنفس تلك الاستجابة.

4- مصادر الضغوط

تتعدد مصادر إدراك الضغط حسب المواقف والظروف المحيطة التي يعيش ضمنها الفرد فيمكن أن ترتبط بالشروط المادية والعلائقية في مكان العمل مثل (التسيير، نظام العمل، سلوك الزبائن...) ضغط الوقت والأهداف، العزلة الاجتماعية، فقدان الاستقلالية، وغيرها مما يتطلب من الفرد بذل مجهود لمواجهة والذي قد يصل به إلى الانهيار كلما كان أقوى وأطول من حيث المدة الزمنية (Lefbve et al., 2015, p. 10)، وتأتي استجابة الضغط عموماً من أربع مصادر رئيسية هي:

4-1 مصادر إجتماعية

حيث على الفرد أن يستجيب لمتطلبات تفرضها عليه تواجهه ضمن مجتمع يتفاعل معه إذ عليه تنظيم وقته واهتماماته، جماعة العمل، المنافسة مع الآخرين، فقدان المقربين، الصراعات الشخصية، المشاكل المالية. (Grebott, 2010, p. 57)

4-2 مصادر محيطية

حيث أنّ المحيط الذي يعيش فيه الفرد يفرض عليه يوماً مجموعة من المتطلبات التي ينبغي عليه أن يتعامل معها مثل (حالة الطقس وتقلباتها، الضوضاء، تلوث الهواء، حركة المرور...)

4-3 مصادر فيزيولوجية

ردود الفعل الفيزيولوجية إزاء الأحداث الخارجية والتهديدات والتغيرات الاجتماعية تؤدي إلى أعراض مرهقة مثل الصداع وآلام الرأس، توتر العضلات، اضطرابات المعدة... كما يواجه الفرد متطلبات فيزيولوجية تحدث في جسمه عليه التكيف معها مثل التغيرات الجسدية ابتداءً من المراهقة، التغيرات الهرمونية لدى النساء، عدم ممارسة الرياضة، سوء التغذية، قلة النوم، التعرض للإصابات، الشيخوخة... كل هذه التغيرات تمثل مطالب فيزيولوجية على الجسم مواجهتها.

4-4 مصادر معرفية

إذ يقوم دماغ الإنسان بإعطاء تفسيرات وتقييمات للتغيرات المعقدة التي تحدث في محيط الفرد وداخل جسمه إذ أنّ ما يُحدّد استجابة الضغط هو كيف تفسّر خبراتك الحالية، كما أنّ توقعاتك حول مستقبلك وما يتعلّق به هي ما يُحدّد إذا كنت ستشعر بالاسترخاء والراحة أو بالضغط. (Davis et al., 2019, pp. 1-2)

رغم أنّ معايشة الضغط هو عملية معرفية في المقام الأول إلاّ أنّها تتعلّق بمواقف معيّنة يخبرها الفرد في حياته ويجري تقييماته وأحكامه عليها، فإدراك الضغط لا يأتي من العدم بل يكون نوع من الاستجابة المعرفية لحدث أو موقف معيّن وإدراكه على أنّه ضاغط (يشكّل تهديد وخطورة على كيانه).

5- محددات إدراك الضغط

يتحدد إدراك الضغط بعاملين أساسيين فردي وموقف، فيما يخص العامل الفردي يمكن أن يكون معرفي أو دافعي، ويمكن تحديد العوامل المعرفية المتدخلة في التخفيف أو زيادة خبرة إدراك الضغط بـ (الفعالية الذاتية والانبساطية في الحالة الأولى والعجز المكتسب في الحالة الثانية) فبالنسبة للدافعية فقد أثبتت بعض الدراسات بأنّه كلما كانت الرهانات الخاصة بالأحداث المهمة صعبة كلما عايشها الفرد كخبرة مرهقة، ومن ناحية أخرى فإنّه مثلما تعمل متغيرات الشخصية مثل الانبساطية والانفعالية الإيجابية على التخفيف من حدة إدراك الضغط، فإنّ متغيرات أخرى مثل القلق والاكتئاب والانطوائية تعمل على تعزيزه،

وبالنسبة للخصائص الموقفية التي يمكن أن تؤدي إلى إدراك الضغط يأتي في المقام الأول خاصية الفجائية أو عدم القابلية للتنبؤ *imprévisibilité* والتي لا تسمح للفرد باتخاذ إجراءات استباقية للمواجهة، (الكوارث مثلا يمكن أن تتسبب في درجة كبيرة من الخوف والقلق ليس فقط بسبب تهديدها لحياة الفرد بل أيضا بسبب طابعها الفجائي حيث أننا لا نكون مستعدين لمواجهتها، والخاصية الثانية للمواقف الضاغطة هي أنّ تهديدها للفرد مباشر وقريب، وأغلب التعاملات الحياتية (ابتداءً من الذهاب للمدرسة أول مرة، الجامعة، بداية العمل، تغيير المهنة، التحويل من مكان العمل، الخروج للتقاعد، الترحال، الزواج، إنجاب الأطفال، الفراق...) كلها أحداث يمكن اعتبارها ضاغطة والتي تتضمن الدخول في تجارب جديدة، لكن ليست الخصائص الموضوعية للحدث هي ما يسبب الضغط وإنما طريقة إدراكها (Schweitzer et Bonjut, 2014, p. 439)

والغموض *l'Ambiguïté* أيضا من خصائص الموقف الضاغط، فمثلا غموض الدور يعتبر من أحد العوامل الضاغطة في العمل، وفي الأخير من بين أهم خصائص المواقف الضاغطة عدم القابلية للتحكم *l'Incontrolabilité* الحقيقية أو المدركة، كما أنّ الضغط ليس حقيقة فردية فقط بل يمكن أن يشمل فريق العمل ككلّ ويأخذ طابع دوراني فيؤثر الفرد في الفريق كما يؤثر الفريق في الفرد الواحد أو ينتقل من فرد لآخر مثل الفيروس فتظهر سلوكيات غير تكيفية مثل التجنب، العدائية، التلاعب، التغيب عن العمل... (Lugan, 2010, p. 129)

6- الاستجابة الفيزيولوجية للضغط

أكدت البحوث الاستجابة المعرفية للضغط تتضمن الرعب، التفكير غير التكيفي الكارثي أو كارثية التفكير واضطراب العمليات المعرفية (Larkin, 2005, p. 68)، فكل من مرّ سابقاً بحادث خطير ومهدد لكيانه مثل التعرض لحادث مرور يكون قد علم أنّ هناك ردود أفعال فيزيولوجية تجاه الضغط، فتزداد سرعة ضربات القلب، تشدّ العضلات، ويكون كل الجسم في حالة تأهب لمواجهة الخطر، ويكون وراء هذه التغيرات الجهاز العصبي السمبثاوي والجهاز الغددي وبعد فترة الاستجابة الإستجابية تهدأ تلك الاستثارة، ويُدعى الجزء الفيزيولوجي من استجابة الضغط بالتفاعلية Reactivity والذي يقوم الباحثون بقياسه بالمقارنة مع فترة الهدوء وعدم الاستثارة، كما تلعب العوامل الوراثية دوراً في درجة حساسية الأفراد للضغوط، والأشخاص الذين يعانون من ضغط مزمن يكونون تحت وطأة درجة عالية من الاستثارة الجسدية في حالة التعرض للضغوط ويستغرق العودة لحالة الراحة وعدم الاستثارة مدة زمنية أطول، وقد قام "كانون" Cannon بشرح هذه الاستجابة من خلال نموذج التفسير للضغط المبني على استجابة الكرّ أو الفرّ Fight or Flight Response، ويؤدي الضغط إلى تغيرات جسمية قد تنشأ عنها آثار قصيرة الأمد أو طويلة الأمد على الصحة، ويؤدي التعرض للضغط إلى تدخل من قبل اثنين من أجهزة الجسم التي تتبادل التأثير وهما الجهاز العصبي السمبثاوي المنشط لنخاع الأدرينالية وأجهزة الهيبتوتالاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرينالية. (Contrada et al., 2011, p. 11)

6-1 الفعالية السمبثاوية

يتم إدراك وتصنيف الأحداث التي يواجهها الفرد بأنها مؤذية أو مهددة بواسطة القشرة الدماغية التي تقوم بدورها بوضع الأساس لسلسلة من ردود الأفعال التي تتقرر بفعل هذه التقييمات إذ تنتقل المعلومات من القشرة الدماغية إلى الهيبتوتالاموس الذي يبادر إلى القيام بواحدة من أكثر الاستجابات المبكرة لدى التعرض للضغط وبشكل خاص استثارة الجهاز العصبي السمبثاوي وفق ما يسمى استجابة الكرّ والفرّ، بحيث يؤدي هذا التنبيه إلى استثارة نخاع الغدة الأدرينالية التي بدورها تقوم بإفراز الكاتيكولامينات والإيبينيفيرين والنورايبينيفيرين مما يؤدي إلى زيادة ضغط الدم وتسارع ضربات القلب وزيادة التعرق، تضيق الأوعية الدموية إضافة إلى تغيرات أخرى (McCubin et al., 1991, pp. 29-30).

ويقوم الهيپوتالاموس بإطلاق العامل المحفز لقشرة الأدرينالية (CRF) الذي بدوره يستحثّ الغدة النخامية لإطلاق الهرمون المنشط للقشرة الأدرينالية (ACTH) وهذا الهرمون له تأثير محفز لقشرة الأدرينالية لإطلاق هرمون Gluco-corticosterids ويعتبر هرمو الكورتيزول Cortisole من أكثر الهرمونات أهمية حيث يعمل على الحفاظ على مخزون الكربوهيدرات ويساعد على التخفيف من الالتهاب عند التعرض للإصابات ويساعد الجسم على العودة إلى حالة الاستقرار بعد التعرض للضغط، كما أن نشاط الهيپوتالاموس والغدة النخامية المنشطة لقشرة الأدرينالية يزيد من إفراز هرموني النمو Growth Hormone والبرولاكتين اللذان تفرزهما الغدة النخامية. (Timothy, 2011, p. 64).

كما وُجد أنّ مستوى المورفينات Beta Endorphin and Enkephaline يزيد في الدماغ بعد التعرض للضغط، وهذه المواد قد تلعب دوراً في تعرض جهاز المناعة للاضطراب وفي الإصابة بالاضطرابات الانفعالية. (Perrewé, Ganster, p. 2006, p. 3).

6-2 الآثار الناتجة عن التعرض الدائم للضغوط

تحدث التغيرات الفيزيولوجية في الجسم كرد فعل على إدراك الفرد لما يتعرض له من ضغوط، وعلى الرغم من أنّ التغيرات قصيرة المدى تهدف أساساً لحماية الكينونة، لكن على المدى البعيد فإنّ زيادة إفراز الإبينيفرين Epinephrine والنورإبينيفرين Nor-Epinephrine يمكن أن تقود إلى كبح وظائف الخلايا المناعية مسببة تغيرات دينامية دموية Hemodynamic مثل زيادة ضغط الدم ومعدل نبض القلب كما يؤدي إلى تغيرات بطنية غير منتظمة Ventricular Arrhythmias وعدم اتزان في المواد الكيميائية العصبية التي يمكن أن تساهم في تطور الاضطرابات، كما أنّ الكاتيكولامينات قد تؤثر أيضاً في البروتينات الدهنية التي تشكل عوامل مهمة في الإصابة بتصلب الشرايين، كما وُجد أنّ لاسترويدات القشرة Corticostreoids تأثير مثبط للمناعة. (Pinel, 2014, p. 442)

6-3 التلف الناجم عن العبء المتراكم

قد تكون الاستثارة أول رد فعل يقوم به الجسم استجابة للأحداث الضاغطة ولكن هذه الاستجابة قد تقود على المدى البعيد إلى حدوث الإنهاك Exhation مما يؤدي إلى تراكم حدوث التلف لدى العضوية واستناداً على هذا التصور تم تطوير مفهوم التلف الناجم عن العبء المتراكم Allostatic Load ويعود هذا المفهوم إلى حقيقة مفادها أنّ التغيرات في الوظائف الفيزيولوجية التي تحدث في أجهزة الجسم لمواجهة المطالب التي تنشأ عن التعرض للضغط ولدى محاولة أجهزة الجسم المحافظة على التوازن تتراكم نتائج التغيرات الكيميائية والعضلية وهو ما يُعرف بالتكلفة الفيزيولوجية الناتجة عن التعرض

المزمن للتغيير أو عن الزيادة في الاستجابة العصبية التي تحدث نتيجة التعرض المزمن والمتكرر للضغط. (تايلور، 2008، ص. 307)

تُعتبر الاستجابة الفيزيولوجية للضغط إحدى ردود الفعل الأولية المباشرة والتلقائية التي تحدث في مواجهة الضغوط، كما يمكن اعتبارها سيف ذو حدين، فهي من جهة تسمح للجسم بأن يكون مستعدًا لمواجهة الخطر المفترض وذلك بتوفير الطاقة اللازمة ومن جهة أخرى تشكل هي نفسها خطرا عليه في حال استمرارها أو تكرارها بحيث لا تسمح للجسم باستعادة توازنه والعودة إلى الحالة الطبيعية.

7- النماذج النظرية المفسرة لضغط النفسي

من المعروف أن تعدد النماذج النظرية في مجال دراسة وتفسير ظاهرة معينة نابعا من تعقدها وصعوبة تفسيرها، بالإضافة إلى اختلاف التوجهات النظرية التي لها أسسها ومصطلحاتها، فيكون الاختلاف في التفسير الذي يتبناه كل باحث من أسس هذا التعدد في الطرح، ودليلاً على الإطار النظري الذي ينطلق منه.

ويُعتبر الضغط النفسي من الظواهر التي قُدمت بشأنها عدة تفسيرات بُنيت على أسس بيولوجية، معرفية، نفسية، اجتماعية ومحيطية، هذه الاختلافات في تصور معنى الضغط تظهر في شكل تصورات أو نماذج نظرية مختلفة للضغط، فمنها ما يتناول الضغط النفسي في شقّه الفيزيولوجي وما يلحق به من أحداث بيولوجية، ومنها ما ينطلق من منطلق إدراكي ما يصاحبه من معتقدات وأفكار يتبناها الفرد ويُفسّر من خلالها تجاربه، كما يوجد من النماذج ما يتمحور حول الجانب الانفعالي والسلوكي كاستجابة للمواقف الضاغطة أو مواجهته لمصادر الضغط، وسوف نتناول فيما يلي بعض من النماذج النظرية العديدة للضغط النفسي.

7-1 نموذج "هولمز راه" Holmes Rahe

يؤكد هذا النموذج على أن أحداث الحياة والتغيرات البيئية الخارجية سواءً كانت إيجابية أو سلبية من شأنها أن تُشكّل ضغوطاً على الفرد، فأحداث الحياة لها تأثيرات على الأفراد ولها ردود أفعال ضاغطة، ويفترض هذا الاتجاه أن رد فعل الضغط يحدث عندما يمرّ الفرد بشيء يتطلب منه استجابة تكيفية أو سلوك مواجهة، والحدث الضاغط قد يكون إيجابياً أو سلبياً، ويتضمن أي جانب من جوانب حياة الفرد بما في ذلك الحياة الأسرية والمهنية، كما يفترض أن تأثير أحداث الحياة يختلف من حيث قدرته على إحداث الضغط وأنّ المقدار الكلي للتأثير يحدد مقدار الجهد الذي يجب على الفرد القيام به للمواجهة، وتم إعداد مقياس إعادة التوافق الاجتماعي SRRS وهو المصطلح الذي يشير إلى التغيرات

اللازمة للاستجابة للضغط، يحتوي على قائمة أهم أحداث الحياة الضاغطة بحيث يُعتبر فقدان شريك الحياة أكثر أحداث الحياة إثارة للضغط، ويضم (43) بند تقيس مختلف التغييرات في الوضعيات الحياتية وينطوي هذا النموذج على أمرين أساسيين وهما أنّ الضواغط يمكن تصورها على أنّها أحداث الحياة الرئيسية وأنّ التكيف يكون مسؤول عن استجابة الضغط وأنّ هناك خصائص للأحداث الضاغطة الرئيسية والتي تبدو مسؤولة عن العلاقة بين هذه الأحداث وظهور أعراض الضغط النفسي.

ويتفق هذا النموذج مع نموذج سيللي على أنّ الضغوط النفسية يمكن أن يكون لها تأثيرات على الجسم غير أنّه ركز على ضغوط أحداث الحياة وقام بتحديد أحداث الحياة التي يمكن أن تسبب ردود أفعال الضغط وتوصل لإعداد نموذج أحداث الحياة المسببة للضغوط The Stressfull Life Events. (Larkin, 2005, pp. 76-77)

7-2 نظرية "والتر كانون" Walter Cannon

يعدّ نموذج والتر كانون من أوائل النماذج التي حاولت تفسير الضغوط من خلال الحديث عن استجابة الكر والفرّ أو الهجوم والهروب (Fight or Flight response)، واقترح كانون أنّه عندما يدرك الكائن أنّه في خطر فإنّ الجسم يستجيب بسرعة من خلال الجهاز العصبي السمباثاوي والجهاز Endocrine system ويتضمن ذلك الاستجابة الفيزيولوجية التي تحرك الجسم للهجوم على مصدر التهديد أو الفرار بعيداً عنه وهو ما يسمى باستجابة الكرّ أو الفرّ.

واستخدم كانون في دراساته على الحيوانات مفهوم الضغط الانفعالي ليصف عملية رد الفعل النفسي الفيزيولوجي، فبين أنّ مصادر الضغط الانفعالية كالألم والخوف والغضب تسبب تغيراً في الوظائف الفيزيولوجية للكائن الحي، وهذا يرجع إلى التغيرات في إفرازات عدد من الهرمونات، مثل هرمون الأدرينالين Adrenaline Hormone ويُعرف أيضاً بهرمون الإبينيفيرين Epiniphirine الذي يهيئ الجسم لمواجهة المواقف الطارئة.

في البداية استجابة الكرّ أو الفرّ كانت تعني الهجوم أو الهروب عند مواجهة حدث ضاغط مثل التعرض لهجوم كائن، لكن حالياً أصبحت استجابة الكرّ أو القتال تعني استجابة عنيفة للضغط مثل الغضب أو الإقدام على سلوك للمواجهة في حين تعني استجابة الفرّ اللجوء لكلّ ما يعتقد الفرد أنّه يمكن أن يحمي به مثل السند الاجتماعي أو الأدوية أو نشاطات التشتيت، فمن جهة تُعتبر استجابة الكرّ أو الفرّ استجابة تكيفيّة لأنها تسمح للكائن باتخاذ ردّ فعل سريع تجاه التهديد، ومن جهة أخرى فإنّها تعتبر ضارة لأنها تستدعي عمليات انفعالية فيزيولوجية والتي تؤدي إلى مشكلات صحية والإصابة باختلالات

على مستوى أعضاء الجسم في حالة استمرّ الضغط لمُدّة طويلة أو تكرر دون القدرة على التكيف معه أو مواجهته. (Taylor, 2015, p. 115)

7-3 نظرية "هانز سيلبي" Hanz Selye

ابتداءً من ثلاثينيات القرن الماضي وحتى وفاته سنة (1982) قام هانز سيلبي بإجراء عدة بحوث شرح من خلالها طبيعة الضغط النفسي موضحاً علاقته بالمشكلات الصحية، واعتبر في البداية الضغط كمثير وركز اهتمامه على الشروط المحيطية التي تنتج الضغط، وابتداءً من (1950) ركز عليه باعتباره استجابة تصدر عن الجسم، وللتفريق بين المفهومين استعمل سيلبي مصطلح الضواغط للإشارة إلى المثيرات، ومصطلح الضغط للإشارة إلى الاستجابة الناتجة.

وقام سيلبي في بحوثه ببناء نموذج حول كيف يدافع الجسم عن نفسه أثناء الوضعيات الضاغطة، وحسب هذا النموذج فإنّ الضغط هو استجابة غير محددة من طرف الجسم أمام مجموعة كبيرة من الضواغط، ورغم تنوع المثيرات إلا أنّ الاستجابة تبقى نفسها. (Brannon et al, 2013, p. 95)

كان لـ "Selye" إسهام هام في تفسير الضغط النفسي بفضل أبحاثه وملاحظاته المخبرية، وتوصل سنة (1936) إلى صياغة أول نموذج لاستجابة الضغط تحت اسم "التناذر الناتج عن مختلف العوامل السلبية" (Syndrome produced by various nocuous agents) ثم تطور هذا النموذج ليصبح تحت اسم تناذر التكيف العام (General Adaptation Syndrome) أو التناذر البيولوجي للضغط Syndrome Biological Stress، وتُعبّر هذه الفكرة عن أنّ الجسم لا يستجيب بشكل خطّي للضواغط وإنما تمرّ الاستجابة بمراحل، تبدأ بالإنذار والذي يستمرّ لفترة قصيرة لتبدأ المرحلة الثانية من التكيف، إذ أنّه من غير الممكن لأي كائن أن يبقى لمُدّة طويلة في مرحلة الإنذار لأنّ طول فترة الاستئارة قد تصل به إلى الموت، بعدها المرحلة الثانية وهي مرحلة المقاومة والتي فيها يبدأ الجسم في عملية استعادة التوازن، وفي حالة الفشل في تجاوز هذه المرحلة يدخل الجسم في مرحلة الاستنزاف إذا استمرّ الضغط لفترة طويلة (Selye, 1976, 5)، وسنعرض فيما يلي هذه المراحل الثلاث (مرحلة استجابة الإنذار Alarm Reaction، مرحلة المقاومة Stage of Resistance، ثم مرحلة الاستنزاف Stage of Exhaustion).

• المرحلة الأولى: إستجابة الإنذار Alarm Phase

في هذه المرحلة يستدعي الجسم كل قواه الدفاعية لمواجهة الخطر الذي يتعرض له، فهي تمثل رد الفعل الأول تجاه الموقف الذي يدركه الفرد على أنّه مهدد، فتنتقل سيالة عصبية إلى الغدة النخامية

Pituitary Gland والتي ترسل رسائل عصبية وكيميائية لمختلف الأجهزة المعنية بإصدار استجابة الضغط، فتحدث مجموعة من التغيرات العضوية والكيميائية، حيث تفرز الغدة الكظرية هرمون الأدرينالين فترتفع نسبة السكر في الدم، ويتسارع نبض القلب، ويرتفع الضغط الشرياني، والشد العضلي.. فيكون الجسم في حالة إستنفار وتأهب كاملين من أجل الدفاع والتكيف مع العامل المهدد.

• المرحلة الثانية: مرحلة المقاومة Resistance Phase

إذا استمر الموقف الضاغط، فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المواجهة لهذا الموقف وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي يكون الكائن الحي قد اكتسب القدرة على التكيف معها، وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف، ويحدث ذلك خاصة عندما تعجز قدرة الفرد على مواجهة الموقف عن طريق رد فعل تكيفي كاف، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب التوازن الداخلي مما يحدث مزيداً من الخلل في الإفرازات الهرمونية المسببة للاضطرابات العضوية. (Selye, 1974, pp. 25-26)

• المرحلة الثالثة: مرحلة الإنهاك أو الإعياء (الاستنفاد) Exhaustion Phase

إذا طال تعرض الفرد للضغوط لمدة أطول فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الاستمرار في المقاومة ويدخل في مرحلة الإنهاك، ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل وفي هذه المرحلة تنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم، وتصاب الكثير من الأجهزة بالعطب، ويسير المريض نحو الموت بخطى سريعة.

بالإضافة لهذه المراحل الثلاثة التي قدمها سيلبي والتي يشرح من خلالها عملية الاستجابة للضغط فإنه قدّم مفهومين يتعلّقان بطبيعة الضغط في حد ذاته وهما الضغط الإيجابي والذي سماه Eustress والضغط السلبي والذي سماه Dsitress وشرح كيف يمكن لهذين البعدين أن يعملوا سوياً في استجابة الضغط حيث يمثل الضغط الإيجابي الاستجابة الناتجة عن تحدي الظروف من خلال السعي للمواجهة وتحقيق الأهداف في حين يعني الضغط السلبي الاستجابة غير التكيفية لمتطلبات الموقف. (Christensen et al., 2017, p. 91)

إذاً هذه المراحل الثلاثة وفق الطرح الذي قدّمه هانز سيلبي تُشير إلى أنّ الفرد لا يستجيب لمصدر الضغط أو الموقف الضاغط بشكل مباشر أو خطّي وإنّما يستجيب عبر تدريج يبدأ من الاستجابة الأولية التي تُعتبر الحدّ الفاصل الذي يتقرّر من خلاله إن كان الموقف مهدّد أو خطير وينبغي تجنبه، أو أنّه مجرد حدث عارض لا يُشكّل تهديداً، وفي حالة إدراكه على أنّه مُهدّد تأتي المرحلة الثانية والتي تستعدّ خلالها

العضوية للمواجهة من خلال نظام دفاعي فيزيولوجي تكون الغدد هي محرّكه كنوع من تجهيز الجسم لأي خطر محتمل كالإصابات والصدمات، تليها مباشرةً مرحلة الإنهاك والتي تُعبّر عن استنفاد طاقة الجسم على المواجهة وعدم قدرته على التحمّل.

7-4 النموذج التفاعلي "لازاروس" Lazarus

ظهر هذا النموذج خلال السبعينات من القرن الماضي من طرف "لازاروس" والذي استمدّ فكرته من محاولات الناس للتكيف مع الاضطرابات الحقيقية والمدرّكة للمحيط. يؤكّد هذا النموذج على العلاقة التفاعلية بين الفرد والمحيط هذه العلاقة بين الفرد والمحيط ترتبط بنشاط الشخص (الإدراكي، التفكير، الانفعالي، السلوكي، الفيزيولوجي..). (Schweitzer, 2001, p. 288)

ويُعرف بنموذج التقييم المعرفي، وهو يقترح بأنّ الضغوط تحدث عندما يواجه الفرد مطالب تفوق قدراته على التكيف، وهي ترجع للطريقة التي يقيم بها الفرد علاقته بالمحيط، ويؤكد "لازاروس" أنّ المعنى الذي يطلقه الفرد على الحدث وتفسيره له يلعبان دوراً هاماً في مدى تأثير الحدث على الفرد، ويرى أنّ هناك عمليتين معرفيتين تتوسطان العلاقة بين الحدث المسبب للضغط ونتائجه وهما: التقييم المعرفي للحدث وتقييم الفرد لأساليب التعامل معه، ويؤكد أنّ للضغط ثلاث عمليات لا تحدث بالضرورة متتالية وهي: التقدير الأولي والذي يشير إلى إدراك الفرد لتهديد ما ثمّ تقييمه إمّا بأنّه مفيد وبالتالي لا يتطلب مجهود للمواجهة، وإمّا بأنّه ضاغط ومهدد وهنا تأتي العملية الثانية وهي التقدير الثانوي وهو تقييم الفرد لمدى قدرته على المواجهة ومدى ملائمة الطرق التي يستخدمها لخفض التوتر والألم، أما العملية الثالثة فهي المواجهة وتنفيذ الاستجابة. (فاضلي، 2009، ص. 107)

• التقييم الأولي Primary Appraisal

نتكلم عن التقييم الأولي أو إدراك الضغط للإشارة للطريقة التي يقيم بها الفرد وضعية معينة (طبيعتها، معناها..) ويقيم مختلف خصائصها (الخطورة، التحكم، المدة..).

في مواجهة حدث مفاجئ كالألم مثلاً يتساءل الشخص ما هو السبب ودرجة خطورة هذا الألم، كم سيستمر، ما هي نتائجها على الحياة اليومية؟، فنفس الوضعية يمكن أن تُدرك من طرف شخص ما على أنّها مهددة ومن طرف البعض الآخر على أنّها تحدي، فقدان أو فائدة.

إدراك الضغط لا يجب أن يخلط بينه وبين الخصائص الضاغطة الحقيقية للمحيط والتي تسمى الضواغط Stessors. (Schweitzer, 2001, pp. 288-289)

ويعني به تلك المحاولة التي يقوم بها الفرد لتقييم الحدث وللتعرف عليه هل هو سلبي أم إيجابي، فإذا أدرك بأنّ الموقف سلبي يقوم بتقييمه من حيث درجة الضرر Harm ومن حيث درجة التهديد Threat ومن حيث التحدي Challenge.

• التقييم الثانوي Secondary Appraisal

في هذا البعد يقوم الأفراد بتقييم مصادرهم الشخصية، المادية والاجتماعية ومدى قدرتهم على مواجهة المواقف التي يُدركونها على أنّها تُشكّل تهديداً على حياتهم، وبالتالي اعتبارها ضغطاً. بعد تقييم الفرد للحدث وإدراكه على أنّه ضاغط، يتوجه بتقييمه للآليات التي يتخذها للمواجهه (هل أملك الإمكانيات؟، من الذي يمكن أن يساعدني، ماذا يجب أن أفعل...) وهو ما يسمى التحكم المدرك، ويفترض "لازاروس" أنّ يجب أن يكون هناك توازن بين التقييم الأولي والتقييم الثانوي، فعندما يدرك الفرد أنّ التهديد أكبر من قدراته على المواجهة أو ما يسمى أساليب المواجهة Les Stratégie d'Affrontement في هذه الحالة يظهر رد الفعل الفيزيولوجي الاستعجالي الذي يعبر عن إدراك الفرد للضغط وأنّه في حالة خطر وتهديد وتظهر لديه كذلك ردود أفعال سلوكية وانفعالية (Lazarus et Folkman, 1984, p. 35).

من خلال هذا يمكن أن نقول أنّ "لازاروس وفولكمان" (1986) ينظران للضغط على أنّه يظهر حين يقيم الفرد موقفاً معيناً على أنّه يستنفذ قدراته الشخصية، وهذه الاستجابة تظهر كنتيجة لاختلال التوازن بين متطلبات الموقف المثير وقدرات الفرد الموظفة بهدف التعامل معه.

وحسب "triffaux 1996" فإنّ "Lazarus et coyne" قد قدما مفهوماً أساسياً وهو مفهوم التقدير المعرفي عام (1981)، هذا المفهوم الذي من خلاله تظهر استراتيجيات التكيف المشار إليها باستراتيجيات التعامل التي يقوم الفرد باستعمالها عند مواجهته للمواقف الضاغطة والتي تحدد من خلال التقييم لهذا الموقف والنتائج المترتبة عنه، إلى جانب المصادر الشخصية التي يمتلكها.

حسب هذا النموذج هناك أربع آليات أساسية تسمح للفرد بالاستجابة للضغط وهي:

- البحث عن المعلومات المتعلقة بخصائص المصدر الضاغط.
- تحديد الاستجابة المباشرة للموقف الضاغط.
- الكف الذي يمكن أن يؤثر سلباً على الفرد.
- تكوين سيرورة نفسية تسمح بتعديل العلاقة بين الفرد والمحيط. (فاضلي، 2009، ص. 108)

وهذا النموذج يمثل مفهوماً دينامياً للضغط أين يصبح المثير مرتبطاً بالقيمة التي يولها له الفرد، كما أنّ المتغيرات البيئية والشخصية في مواجهة الموقف الضاغط ليست ثابتة بل في محاولة مستمرة لإعادة التعريف والتنظيم. (Triffaux, 1996)

7-4 نموذج حماية الموارد Conservation of resources model

قدم هذا النموذج (Stevan Hobfoll (1989-1998) والذي ينطلق من فكرة أنّ لدى الأفراد مجموعة من الموارد يعملون على حمايتها والدفاع عنها، قد تكون هذه الموارد مادية (بيت، سيارة، أشياء مادية أخرى..). وقد تكون اجتماعية (وجود الأصدقاء، العمل، الزواج...) أو شخصية (رؤية إيجابية للعالم، مهارات أدائية، مكانة اجتماعية ومهنية...) وقد تكون عبارة عن ثروات (أموال، مجوهرات...) إذ أنّ الموارد هي كل ما يعتبره الشخص من الأشياء القيمة والضرورية في حياته.

يؤكد هذا النموذج على أنّ الناس يسعون دائماً للحفاظ على الموارد التي يمتلكونها ويعطونها قيمة مهمة في حياتهم، وحسب وجهة النظر هذه فإنّ إدراك الضغط يظهر عندما تكون هذه الموارد معرضة للتهديد أو الفقدان، أو عندما يستثمر الفرد موارده في مجال أو قضية معينة ويخسر في الحصول على ما كان ينتظره من عوائد هذا الاستثمار.

يشير (Hobfoll (1998) إلى أنّ خسارة الموارد هو أساس ظهور الضغط، والتهديد هو فقدان وشيك، وقد يفكر أحدهم في احتمالية خسارة استثمار معين على أنّه خسارة لمورد جديد محتمل. وبالتالي فإنّ هذا النموذج يتبنى وجهة نظر اقتصادية نفعية تختلف عن النماذج النظرية الأخرى من حيث الطرح، فالأفراد حسبه يسعون لاكتساب الموارد، ويعملون على الحفاظ عليها ثم يستعملونها للحصول على المزيد من الموارد، ويظهر الضغط فقط عندما تتعرض هذه الموارد للتهديد أو الفقدان (Freidman, 2011, p. 165)

7-5 نموذج العجز المكتسب Learned Helplessness

استخدم "سيليمان" مفهوم العجز المكتسب من خلال تجاربه في السبعينات ويشير هذا المفهوم إلى أنّ تكرار تعرض الفرد للضغوط مع إدراكه بأنّه لا يستطيع التحكم في المواقف الضاغطة أو مواجهتها فإنّ هذا من شأنه أن يجعل الفرد يشعر بالعجز وعدم القيمة أو الاستحقاق وأنّ هذا الشعور بالعجز يجعله يبالغ في تقييمه للأحداث والمواقف التي يمر بها ويشعر بالتهديد منها، وفي نفس الوقت يشعر بعدم قدرته على مواجهتها مما يجعله يتوقع الفشل بشكل مستمر، ويدرك أنّ ما يتعرض له من فشل وعدم القدرة على

المواجهة في الماضي والحاضر سوف يستمر معه في المستقبل ومن ثم يشعر باليأس ويترتب على ذلك الشعور بالسلبية والبلادة وانخفاض تقدير الذات ونقص الدافعية والاكنتاب.

وتتحدد أسباب العجز المتعلم في نوعين من العوامل: عوامل بيئية ضاغطة وعوامل ذاتية تتعلق بالفرد وخصائص شخصيته، والتي على أساسها يتحدد نوع الاستجابة التي تصدر عنه إزاء الأحداث الضاغطة. ويؤكد نموذج العجز المكتسب على الطريقة التي يدرك ويفسر بها الأفراد الأحداث الضاغطة والمؤلمة في حياتهم، وأن استجابة الأفراد إزاء الأحداث تعتمد على تفسيرهم لأسباب ومعنى ومغزى هذه الأحداث.

وانتبه "سيلينغمان 1975" حين قام بتجاربه على الحيوانات إلى أثر الضغوط على الإنسان من الناحية النفسية والجسمية إذ أشار إلى أن الحيوان إذا كان بلا حيلة حينما يمر بخبرة مؤلمة كالصدمة الكهربائية مثلا ولا يستطيع السيطرة ولا التنبؤ فإنه ينهار جسما، وهذا المبدأ ينطبق أيضا على الإنسان حيث وجد "سيلينغمان" أن الأفراد الذين كانوا يعيشون في مخيمات أثناء الحرب العالمية الثانية قد تعرضوا للانهايار الجسمي والنفسي. (فاضلي، 2009، ص. 111)

6-7 النموذج البيونفسي إجتماعي "لإنجل" Engel

تم اقتراح هذا النموذج من قبل Engel 1977 وما يزال مستعملا في الدراسات الحديثة ويُعتمد عليه في تفسير مخلفات وآثار الضغط على الصحة النفسية. وحسب هذا النموذج فإن كل استجابة لا بد أن يتم تناولها من عدة نواحي وهذا بسبب اللحمة والتفاعل المستمر بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية التي تؤثر على وجود الفرد وميكانيزماته التكيفية. (Straub, 2014, p. 108)

وكان هذا النموذج البيونفسي إجتماعي ثمرة للأعمال السابقة، وقد أوضح أن تأثير الضغط على الصحة النفسية والجسمية ليس خطي مباشر فنفس الوضعية يمكن أن تأخذ أبعاد مختلفة على حسب:

- خبرات الحياة السابقة للفرد (الشخص الذي لديه ضغط كبير في العمل سيكون هذا الضغط أثقل إذا كان هذا الشخص يعاني مشكلات سابقة في حياته الشخصية).

- شخصيته وكفاءته (الشخص الذي لديه ضغط في العمل سوف يكون هذا الضغط أثقل عليه إذا كان يفتقر للمهارات اللازمة للقيام بعمله، أو يفتقر للمهارات الانفعالية اللازمة لتسيير الضغط).

- عوامل بيولوجية (الأشخاص الذين لديهم هشاشة وراثية للضغوط سيكونون تحت وطأة الضغوط أكثر من غيرهم).

- عوامل اجتماعية (يكون الشخص أكثر تأثراً بالضغط إذا لم يكن لديه سند اجتماعي يقدم له الدعم).

- عوامل اجتماعية ديمغرافية (الرجال عادة أكثر قدرة على تسيير الضغط مقارنة بالنساء).

هذه المتغيرات تأثر بدورها في عمليات استجابة الضغط على المستوى:

- المعرفي (زيادة كمية العمل سيدركها الشخص على أنها ضاغطة إذا ما قيمها على أنها حمل ثقيل بدل أن يقيّمها على أنها تحدي).

- Neuroendocrinien (يشعر الفرد بالضغط أكثر كلما كان تفعيل النشاط Neuroendocrinien أكبر).

- السلوكي (يشعر الشخص أكثر بوطأة الضغط إذا كان يواجهه عن طريق الانسحاب والانطواء مقارنة بما إذا واجهه باتخاذ إجراءات للتخفيف من الضغط أو التخلص منه، أو يستغل أوقات الفراغ خارج العمل للاسترخاء).

ومنه فإنّ ردود الفعل المعرفية، السلوكية والفيزيولوجية هي ما يحدد أثر الضغط على الجسم والذي يؤدي إلى تأثيرات على الصحة الجسمية مع مرور الوقت.

يوفر لنا النموذج البيونفسي اجتماعي رؤيتين أساسيتين في التعامل مع الضغوط:

- الرؤية الأولى هي شرح أنّ نفس الموقف أو الوضعية ليس لها نفس التأثير للجميع، وأنّ هذا الاختلاف قد يكون لدى نفس الفرد حسب الفترة الحياتية التي يمرُّ بها، مستوى النضج المعرفي، معتقداته وحسب الظروف المحيطة به في الوقت الحالي. وهذا بمثابة إلغاء للتوجُّه الأحادي في تفسير الصحة والمرض على أساس عضوي محض.

- الرؤية الثانية هي أنّه يُقدّم خارطة تدخّل للتخفيف من الضغط النفسي، حتى وإن لم نتّمكن من التخلص نهائياً منه، وإحدى هذه المجالات هي العمل على تنمية المهارات الانفعالية لتعديل طريقة إدراك وتقييم الضواغط واستراتيجيات التعامل. (Mikolajczak, 2009, pp. 5-6)

7-7 نموذج "كوكس ماكاي" Cox Mackay

يرى هذا النموذج أنّه يمكن وصف الضغوط على أنّها جزء من النظام الدينامي والمعقد للتفاعل بين الشخص وبيئته في إشارة إلى أنّ استجابة الضغط تعني أنّ هذا الفرد يتفاعل مع المخرجات المحيط أو البيئة التي يعيش فيها، ويشير إلى أنّ الضغوط هي ظاهرة مدركة فردياً ومتأصلة في العمليات النفسية، كما يعطي أهمية لمكونات التغذية الراجعة للنظام.

يتكون هذا النموذج من خمس مراحل هي:

● **المرحلة الأولى:** تمثل مصادر المطالب المرتبطة بالشخص وهي جزء من بيئته، ويُشار إلى المطالب عادةً على أنه عامل في بيئته الشخصية الخارجية، وهي بذلك تميز بين المطالب الخارجية والداخلية، فالشخص له حاجات نفسية فيزيولوجية، وتحقيق هذه الحاجات يكون مهماً في تحديد سلوكه.

● **المرحلة الثانية:** تنشأ الضغوط عندما يكون هناك عدم توازن بين المطالب المدرك Perceived demand وإدراك الشخص لقدرته على مواجهة المطالب، ومن الضروري الإشارة إلى أنّ التوازن أو عدم التوازن لا يكونان بين المطالب والقدرة الفعلية، ولكن بين المطالب والقدرة المدركة، والشيء الهام بالنسبة للفرد هو تقييمه المعرفي للموقف الضاغط وقدرته على التغلب، ويجب على الفرد أن يعرف حدوده.

● **المرحلة الثالثة:** وهي التغييرات النفسجسمية والتي تمثل استجابة الضغط، وفي الغالب تعتبر استجابة الضغوط مهمة من حيث أنها نقطة النهاية في عملية الضغوط، ولكن يجب أن يُنظر إليها على أنها إحدى الطرق المتاحة للتغلب على الضغوط.

● **المرحلة الرابعة:** تتمثل هذه المرحلة في عواقب استجابات التغلب على المواقف الضاغطة، حيث أنّ الضغوط يمكن أن تحدث فقط عندما يفشل الكائن في مواجهة المطالب، أو من خلال توقع العواقب المعادية المنبثقة عن الفشل في مواجهة المطالب.

● **المرحلة الخامسة:** وتتمثل في التغذية المرتدة والتي تحدث من خلال المراحل السابقة في مواجهة الضغوط، فهي تمثل محصلة تلك المراحل، فمثلاً تحدث التغذية الراجعة عندما تؤثر الاستجابة الفيزيولوجية مثل إفراز الأدرينالين على إدراك الكائن للموقف الضاغط، أو عندما تعدل الاستجابة السلوكية من الطبيعة الفعلية للمطالب. (مفتاح، 2010، ص ص. 216-217).

من خلال ما سبق نرى أنّ النماذج النظرية المفسرة للضغط قدمت تفسيرات تراوحت بين التفسيرات ذات الطابع الفيزيولوجي المحض وذات الطابع النفسي اجتماعي والسلوكي، ومنها ما ركّز على الخبرات المحيطة وأحداث الحياة غير أنّ الكثير منها لم يقدم تفسيرات لأسباب الاختلافات الجوهرية في استجابات الأفراد لنفس الحدث، وهو ما تداركته النماذج الأكثر حداثة والتي أعطت أهمية بالغة أو أسندت الدور الأساسي في معايشة الخبرة الضاغطة إلى دور المعتقدات والتقييمات التي يحملها كلّ فرد سواءً كانت واقعية أو مشوهة وبالتالي الحكم على الحدث على أنه ضاغط وفق الاختلافات في الأنماط الإدراكية.

8- قياس إدراك الضغط

يوجد عدّة أنواع من المقاييس الموجهة لتقدير إدراك الضغط، إذ يوجد مقاييس أحداث الحياة لتقدير الشدّة المدركة لكل حدث من أحداث الحياة التي تُعرض على شكل بنود في قائمة يستجيب عليها المفحوص، مقاييس التقدير العام لإدراك الضغط، ومقاييس التقدير الخاص لموقف محدد، وسنعرض فيما يلي بعض تلك المقاييس:

8-1 مقياس تقدير أثر أحداث الحياة

المقاييس التي تسمح بتقييم الأثر الشخصي لأحداث الحياة والمستوحاة من من القائمة الأصلية لـ "راه وهولمز" (Holms et Rah, 1967) على المفحوص تقييم مدى الأثر الذي يتعرض له من الأحداث وما يعنيه بالنسبة له، ومن أمثلة هذا النوع من المقاييس:

- مقياس أثر خبرات الحياة (Life Experience Survey (LEF) لـ "ساراسون" وآخرون Sarason et al, (1978) المتكون من قائمة (57) حدث، على الفرد أن يقدم تقييم كل حدث من الأحداث الواردة في المقياس مكوّن من 7 نقاط تتراوح بين (-3) أقصى أثر سلبي، إلى (+3) أقصى أثر إيجابي.

- مقياس الأحداث لـ "أميال ليبيرج" (Amiel Lebirge 1990) والذي يقيّم الأثر الانفعالي الناتج عن الأحداث مكوّن من (52) حدث التي عايشها الفرد خلال السنتين الأخيرتين، والتي نقيّمها على مقياس من (0 إلى 100) ويتمّ ذلك خلال مقابلة عيادية موجهة (Schweitzer et Bonjut, 2014, p. 440-441).

8-2 مقاييس التقدير العام لإدراك الضغط

مقاييس أحداث الحياة تستعمل على شكل مقاييس تنبؤية عامة تعطي تصوّر على مختلف الضواغط التي يتعرّض لها الفرد في حياته اليومية، لذلك تم بناء مقاييس إدراك الضغط لتقدير الأثر الشخصي الذي يدركه الفرد في مواجهة الأحداث، وترتكز هذه المقاييس على النموذج التفاعلي "للازاروس" ومن أمثلة هذا النوع من المقاييس نجد:

- مقياس إدراك الضغط لـ "كوهن" (PSS) Cohen et al., 1983 قام كوهن وزملاؤه بتصميم عدة نسخ من استبيان إدراك الضغط (PSS-4, PSS-10, PSS-14) حيث قاموا ببنائها اعتمادا على النموذج التفاعلي "للازاروس وفولكمان" (1984)، حيث أنّ الحدث أو الموقف يُعتبر ضاغط عندما يُقيّمه الفرد على أنّه خطر ويُهدد وجوده وغير قابل للتحكّم، PSS-14 الأكثر استعمالا في الوقت الحالي على مستوى العالم، والذي تمّ بناؤه والتحقّق منه على عينة مكوّنة من (2400) فرد، والبنود تمّت صياغتها

بشكل يحدّ من تأثير العامل الثقافي عليها وتشمل عرض لعدّة مواقف وسهلة الفهم ومتمكّرة في الحياة اليومية، والاستجابة عليها تتوزع على خمسة بدائل هي (أبدأ، تقريباً أبدأ، أحياناً، كثيراً، كثيراً جداً). (Sheldon et al., 1983)

- مقياس إدراك الضغط لـ "ليفينستين" وآخرون (Levenstein et al., 1993), (PSQ), صمّم هذا المقياس من طرف (Levenstein et al., 1993) لقياس مؤشر إدراك الضغط Perceived stress index ويشتمل الإستبيان على (30) عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود منها، المباشرة وغير المباشرة، تضم البنود المباشرة (22) عبارة تنقط من (01) إلى (04) من اليمين إلى اليسار وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول إتجاه الموقف، بينما تشمل البنود غير المباشرة ثمانية (08) عبارات تنقط بصفة معكوسة من (04) إلى (01) من اليمين إلى اليسار، يستجيب الفرد على البنود وفق سلّم من أربعة بدائل هي (تقريباً أبداً، أحياناً، كثيراً، عادة) ويتغير التقييط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة. (Levenstein et al., 1993)

- مقياس تقييم أحداث الحياة (ALES Ferguson et al., 1999) يهدف هذا المقياس من جهة لتقدير مفهوم "التقييم الأولي" وأبعاد إدراك الضغط من جهة أخرى (تهديد وتحدي وفقدان) التي طوّرها "الازاروس" و"فولكمان" (1985)، وقد تم صياغة البنود بحيث تعبّر عن أبعاد التهديد، التحدي أو الفقدان، يتميز هذا المقياس على خصائص سيكومترية جيّدة، ويمكن استخدامها لتقدير إدراك الضغط من خلال مجموعة من أحداث الحياة الضاغطة.

3-8 مقاييس التقييم الخاص بموقف محدّد

تمّ بناء هذا النوع من المقاييس ليتم استخدامه في وضعيات خاصة ومع فئات معيّنة، مثل (Boujut & Schweitzer., 2009) (FSS) الموجّه لقياس إدراك الضغط عند طلبة السنة أولى جامعي K وفي مجال قياس إدراك الضغط المدرسي يوجد (Burnet & Fanshawe, 1997) (HSSS) وكذلك مقياس "دانج وهيون" (d'Ange & Huan, 2006) المُعدّ لتقدير إدراك الضغط عند تلاميذ المدارس.

وفي مجال العمل يوجد مقياس ضغط العمل (1994) الذي يقوم على نموذج التفاعلي "للزاروس"، والذي يسمح بتقييم تواتر بعض الضواغط في مجال العمل Stressors والأثر الشخصي للفرد أو إدراك الضغط. (Schweitzer et Boujut, 2014, pp. 443-444)

بعد عرض عينة من نماذج المقاييس التي تم إعدادها لقياس إدراك الضغط يتبين أن الاختلاف مازال قائماً حول تحديد مفهوم إدراك الضغط وهو ما يعكسه التنوع في المحددات المعتمدة للقياس، فتوجد مقاييس تعتمد على سرد مجموعة من أحداث الحياة التي توصف بأنها ضاغطة وفي المقابل توجد مقاييس تعتمد على المعاش الشخصي لتحديد إدراك الضغط على اعتبار أن نفس الحدث قد يؤدي إلى استجابات مختلفة، ورغم ذلك فإن هذا التنوع يعكس ثراء التراث النظري الإمبريقي بالدراسات التي تتناول مفهوم إدراك الضغط في مختلف مجالات الحياة وهو ما يعكسه وجود مقاييس خاصة بمواقف محددة مثل إدراك الضغط المدرسي للأطفال، إدراك الضغط في مجال العمل.

9- العلاقة بين إدراك الضغط والصحة

انطلاقاً من الأبحاث التي أجراها هانز سيلبي والتي يشرح فيها نمط الاستجابة الفيزيولوجية التي تصدر عن الجسم عند إدراك الفرد للضغط تبين أن تلك الاستجابة رغم أنها ضرورية ومفيدة من أجل التكيف وتهيئة الجسم ليكون في كامل طاقته للمواجهة بهدف الحفاظ على الحياة إلا أنه يمكن أن يتبعها أثر غير مرغوب أو سلبي على الحالة الصحية، إذ أن الجسم من أجل الحفاظ على توازنه يحتاج الإبقاء على نظام دقيق من الإفرازات الهرمونية وحدّ معين من فترة الشدّ العضلي. إذ يُعتبر إدراك الضغط من محددات الصحة، بحيث تلعب المعاناة الناتجة دوراً في تقليل الدفاعات المناعية وتؤثر في العديد من التعقيدات الصحية مثل الآلام المختلفة، والمعتقدات الخاطئة حول الصحة والمرض، والخوف من عدم القدرة على مواصلة العمل أو ممارسة نشاطات بدنية (Gatto F, 2005, p. 36)، وتتداخل استجابة الضغط مع كل من العوامل المرتبطة بالشخصية، المحيطة وكذا التكوين البدني والخصائص البيولوجية للتأثير في الإنجراحية المرضية وقابلية الإصابة بأمراض جسمية بسبب الخلل الذي يحدثه استمرار وتكرار الاستجابة الفيزيولوجية على مستوى وظائف الأعضاء (Anisman, 2015, p. 11)، ويعتبر التنشيط الانفعالي *La Réactivité émotionnelle* هو مركز استجابة الضغط، وهي المسؤولة عن الاختلالات المرتبطة بوظائف الأعضاء، مثل ارتفاع الضغط الدموي، الآلام بمختلف أنواعها، اضطرابات المعدة، أمراض القلب، واختلالات المناعة، وذلك من خلال قوة واستمرارية هذه الاستجابة لمدة زمنية أطول فتعمل على الحد من كفاءة عمل مختلف أجهزة الجسم وإضعافها وعلى كل المستويات (المعرفية: من خلال التأثير في القدرة على الإدراك والتذكر، الانفعالية: من خلال اضطراب الانفعالات والمزاج والقلق، سلوكياً انخفاض القدرة على تسيير الضغط ورد الفعل..). (Cottraux, 2012, p. 153)

وترجع فكرة تفسير بعض الأمراض العضوية كقرحة المعدة والتهاب المفاصل والصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم والاضطرابات القلبية الوعائية، إلى النصف الأول من القرن الماضي، وجاءت فكرة الضغط كمتغير نفسي اجتماعي مؤثر في الصحة في العقود الأخيرة على يد الأطباء والإكلينيكين الذين لاحظوا أنّ العامل المشترك والبارز بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة كالسكري والسرطان والتهاب المفاصل وأمراض القلب قرحة المعدة، يكمن في تعرضهم لمواقف ضاغطة في حياتهم ومعاناتهم من حالة الضغط النفسي قبل حدوث المرض، الأمر الذي أدّى بالعلماء والباحثين إلى طرح فرضية مفادها أنّ الضغط هو المسبب الرئيسي لأمراض العصر.

وقد أشارت بعض البحوث أنّ الضغط النفسي سبب مباشر لألم الظهر وألم الرقبة والأطراف، وأعراض الضغط النفسي تظهر في جزء منها عند الأفراد المعرّضين للضغط النفسي كل على حسب استعداده للمرض وحساسيته تجاهه (واكلي، 2019، ص. 113)، وقد دلت نتائج العديد من الدراسات إلى أنّ الضغط يُعتبر عامل منبئ بحدوث اضطرابات على مستوى الجهاز الدوراني وارتفاع ضغط الدم سواء من حيث التنشيط الفيزيولوجي المتكرر أو من حيث السلوكيات الناتجة والتي تأخذ طابع غير صحي مثل التدخين، سوء التغذية وقلة النشاط البدني (Chantler et Larkin, 2020, p. 11)، كما تبين أنّ الضغط كان خلف العديد من الأمراض المهنية والتغيبات في ميدان العمل (Dewe al., 2010, p. 8).

ويمكن للضغط أن يسبب المرض الجسدي من خلال التأثيرات الفيزيولوجية المباشرة التي تحدث في الجسم (ضرر القلب، إضعاف الجهاز المناعي، والكثير من النظريات التي تناولت الضغط اهتمت بالتغيرات الفيزيولوجية في الجسم والتي ترافق الضغط النفسي، فرغم أنّ هذه العمليات تعمل على تجهيز الجسم لمواجهة حالة التهديد إلا أنّ المشكلة تكون عند استمرار الضغط لمدة زمنية طويلة أو تكرار التعرض له. (Gurung, 2013, p. 133)

ويتدخل إدراك الضغط في عدة أمراض، فيوجد علاقة بين الضغط وارتفاع ضغط الدم حسب استنتاجات سبارينجر وزملاؤه (Sparrenger et al., p. 1999) ويمكن اعتباره كعامل منبئ بحدوث مشكلات قلبية وعائية على المدى الطويل (Cottraux, 2011, 295)، وفي مجال السرطان يرتبط إدراك الضغط بالسلوكيات الخطيرة على الصحة مثل قلة النشاط البدني وعدم الامتثال العلاجي ويرتبط ببعض الاستجابات الفيزيولوجية والهرمونية الالتهابية والمناعية التي تتدخل في تطور السرطان (Scheitzer & Boujut, 2014, p. 444)

كما دلت نتائج دراسات على مرضى السكري دور إدراك الضغط في ظهور وتطور المرض، إذ توجد علاقة بين الضغط وإفراز الأنسولين مما قد يسرّع من تطور السكري، وبين الضغط ومختلف العوامل التي ترفع من خطورة الإصابة به مثل السمّنة (Fisher et al, 2007). وفيما يتعلق بالألم المزمن توصلت دراسات إلى وجود علاقة بين إدراك الضغط والألم المزمن (Treharne et al, 2007). وتُعتبر الشروط الناتجة عن حالات الضغط المزمن من العوامل التي تسبب الإلجراحية للألم المزمن (Chadi et Geha, 2017, p. 5).

إلّا أنّه من الصعب إجراء الأبحاث التي تحاول إيجاد العلاقة بين الضغط المزمن والآثار السلبية على الصحة، إذ يصعب دائماً أن نبيّن بأنّ ضغوطات مزمنة معينة هي العامل المؤثر في إحداث المرض، ومع ذلك فإنّ هناك ثروة من الدلائل التي تتسق مع الفكرة القائلة بأنّ الضغط المزمن يؤثر في إحداث المرض، إضافة إلى ذلك فإنّ كثيراً من الاضطرابات النفسية كالكتابة مثلاً قد تكشف عن نمط العلاقة ذاتها فالأشخاص الذين ينحدرون من طبقات اجتماعية متدنّية على سبيل المثال يحتلون في العادة مهناً مكانتها الاجتماعية متدنية مما يجعلهم أكثر عرضة للصراعات الناجمة عن العلاقات مع الآخرين وإلى درجات أعلى من الاستثارة ممّا يمكن أن يؤدي إلى زيادة المعاناة النفسية وتغيير بالمؤثرات القلبية الوعائية إضافة إلى نتائج أخرى لها علاقة بالتعرض للضغط النفسي. (تايلور، 2008، ص. 334) وقد أصبح حالياً من المتعارف عليه في المجتمع العلمي أنّ الضغط المزمن يمكن أن يسبب ظهور وتطور الألم المزمن مثلاً Analgesia. (Linn, 2010, p. 8)

ويمكن لإدراك الضغط أن يُعدّل من مدى حساسية الأفراد للألم، فاستجابة الضغط تحمل جانبيين فهي من جهة عنصر مهم ومفيد على المدى القصير إلّا أنّها تصبح ضارة إذا استمرت مع الوقت، وكذلك الألم إذا كان إحساس الألم نابع من إصابة مؤقتة وواضحة يكون علامة مفيدة من أجل التدخل لإزالة الضرر إلّا أنّ إذا كان مستمرّاً يصبح مؤرقاً للحياة فكيف يؤثر الضغط في الألم. (Spolsky, 2010, pp. 43-44).

في حالة إدراك الفرد لوضعية معينة على أنّها ضاغطة يتم تفعيل تلقائي لنوعين من الأجهزة داخل الجسم هي: Hypothalamic Pituitary و the Sympathitic adrenomedullary system (HPA) adrenalocortical system وهذه الاستجابات تعمل على تحضير الجسم للمواجهة (الكرّ أو الفرّ) وقد أوضحت العديد من الدراسات أنّ الاختلال في نظام عمل (HPA) يؤدي إلى ظهور وزيادة إحساس الألم. (Contrada et Baum, 2011, p. 464)

عندما يدرك الفرد الوضعية على أنها ضاغطة (خطيرة ومهددة) يتفاعل جسمه مع هذا الإدراك من خلال الرسائل العصبية التي يرسلها الدماغ لمختلف الأعضاء المسؤولة عن إصدار رد فعل فوري لحماية الجسم من الخطر والتهديد، ويحدث ذلك من خلال إفرازات الغدد، إلا أن الجسم يمكنه أن يتحمل التغيرات الناتجة عن رد الفعل لفترة زمنية قصيرة وبعد ذلك يتطلب العودة للحالة الطبيعية، وفي حالة الاستمرار لمدة طويلة وتكرار تلك الاستجابة لا يتمكن الجسم من مسايرة ذلك التغير ويصبح فريسة للوقوع في تعقيدات صحية مختلفة منها (أمراض القلب، الآلام المزمنة، القرحة المعدية، السكري، السرطان).

خلاصة الفصل

تبين لنا من خلال هذا الفصل إنَّ الضغط رغم أنه ينتج كاستجابة لمواقف وخبرات الحياة، إلا أنَّ هذه المواقف لها دور ثانوي فقط في تلك الاستجابة، فبعد تحليلات الباحثين لوجود فروق بين الأفراد في الاستجابة لنفس الموقف تبين أنَّ الضغط هو عبارة عن عملية معرفية مبنية على طريقة الفرد في تفسير الأحداث ووجهة نظره عنها، وذلك عندما يقيم الموقف على أنه خطير ويُهدد وجوده وهو ما يُسمى "إدراك الضغط"، فإذا كانت تقييمات الفرد منطقيّة تكون الاستجابة الفيزيولوجية صحيّة تكيفيّة، لكن في حالة ما إذا كانت التقييمات غير منطقية ومبنية على تفكير سلبي أو قراءة خاطئة للواقع وناتجة عن نظام معتقدات ثابت يتبنّاه الفرد في تفسيره للواقع يُصبح إدراكه للضغط متكرّر يميل إلى الإزمان ومبالغ فيه، وبالتالي تكون الاستجابة الفيزيولوجية غير توافقيّة ومستمرّة ممّا يجعلها مُهدّدة لتوازن الجسم وبالتالي الأثير السلبي على العضويّة بما في ذلك التسبّب في ظهور أو في شدّة واستمرار المرض الجسمي.

الفصل الثاني الفعالية الذاتية

- تمهيد

يعد مفهوم الفعالية الذاتية من المفاهيم المنبثقة عن نظرية التعلم الإجتماعي المعرفي لباندورا، والتي باتت تحظى في السنوات الأخيرة باهتمام متزايد في مجال علم النفس الصحي لإسهامها كعامل وسيط في تعديل السلوك. وبما أن الفعالية الذاتية لها دور أساسي في تعديل السلوك فيمكن إعتبارها من عوامل حماية الصحة، فهي عبارة عن قناعات ذاتية حول امتلاك المؤهلات والكفاءات الضرورية للأداء والتغلب على الضغوط والمصاعب الحياتية والتحكم في الوضعيات المختلفة وتمنح الفرد الثقة في نفسه من جهة، وفي ممارسة عادات أو سلوكيات تحفظ له صحته وتدفعه إلى الإبقاء عليها من جهة أخرى، ولهذا سنحاول في هذا الفصل الوقوف على مفهوم الفعالية الذاتية ومدى إمكانية مساهمته في الحفاظ على الصحة، وكذلك في التعامل مع وضعية المرض.

1- الإطار النظري لتطور مصطلح فعالية الذات

لقد أشار العديد من الباحثين والمنظرين مثل (piajet, 1954)، (montgomrey, 1954)، (berlinm 1950)، إلى أنه يوجد ميل لدى كل من الأطفال والحيوانات لاكتشاف البيئة الخارجية والتحكم فيها، لأنّ هذا النشاط يؤدي إلى الشعور بالرضا. وافترض السيكولوجي الأمريكي (r.white, 1959)، أنّه يوجد دافع أساسي بيولوجي لدى كل الأفراد يدفعهم نحو التأثير والسيطرة على البيئة، وأطلق عليه دافع الكفاءة (compétence motive) والمفهوم المرادف للكفاءة هو مفهوم فعالية الذات (معمرية، 2012، ص ص. 193، 195).

وتعود الجذور الأولى لظهور مصطلح فعالية الذات إلى دراسات (albert bandura)، من خلال التجارب التي كان يقوم بها في إطار نظرية التعلم الاجتماعي (social learning theory 1976-1952)، وكانت هذه النظرية في البداية قليلة الاهتمام بالجانب المعرفي، وكانت تصب كل اهتمامها على الجانب السلوكي الآلي والطابع الاجتماعي الذي يأخذه هذا السلوك معتمدة على جميع قوانين التعلم التي تربط المثير بالاستجابة (الدوافع، التعزيز، الانطفاء، العادة، التعميم...). وتدرجيا من السبعينيات إلى الثمانينيات بدأ باندورا في التخلي عن المفاهيم السلوكية لنظرية التعلم الاجتماعي. وبعدما نشر كتابه "الأسس الاجتماعية للمعتقدات والسلوك" شهدت نظرية باندورا تحولا جذريا من خلال آخر أبحاثه في إطار مقارباته المعرفية والاجتماعية الجديدة التي تعرف بالنظرية المعرفية الاجتماعية للشخصية (socio-cognitif theory of personality)، (bandura, 1986, 1999)، وأصبح اهتمامها متزايدا من ذلك الحين بالمتغيرات المعرفية في ظل التطورات العلمية المعرفية التي جاءت بها الدراسات المعرفية مثل نظرية (Ellis, 1975)، (Aeron Beck, 1976)، وتعتبر هذه النظرية همزة وصل بين النظريات السلوكية والنظريات المعرفية (Carré, P., 2004, p. 14).

وقد توصل باندورا من خلال أبحاثه التجريبية (تجربة الدمية bobo)، إلى أنّه يمكن تعلم استجابات سلوكية في غياب المكافآت من خلال مشاهدة النموذج، ولا يتطلب اكتساب هذه الاستجابات معايشة الخبرة المباشرة، فكثير مما نحبه أو نكرهه، ومما نجذب إليه أو نخاف منه يكون من خلال التعلم بالعبارة أكثر من معايشة الخبرة على نحو مباشر.

وفي سنة (1977) أضاف باندورا مفهوم فعالية الذات (self-efficacy) إلى نظريته في الشخصية والتعلم (Bandura, Ross et Ross, 1963) وهو مفهوم يتصل مباشرة بما يصدره الأفراد من أحكام

تركز على قدراتهم على الفعل وهم بصدد إنجاز مهمة معينة في وقت معين، وتؤثر في الأفكار والمشاعر والإنفعالات.

ويقول باندورا " لقد كان اهتمامي بالكفاءة الذاتية المدركة تطورا تلقائيا لمسار البحث والسير في اتجاه مختلف عما هو سائد". فقد حاولت أساليب العلاج النفسي التقليدية أن تغير السلوك الإنساني معتمدة على الكلام والتحدث مع العميل. أما وجهة النظر المعرفية الاجتماعية فقد سعت إلى تعديل السلوك بإدخال العميل في خبرات متقنة الإعداد وليس باستخدام الحوار. وكنترجمة لهذه الفكرة إلى ممارسات علاجية مع مرضى المخاوف المرضية، طور باندورا وتلامذته طريقة فعالة للعلاج الموجه، هذه الطريقة تقطع السلوك المتصل بالمخاوف واستجابات المشقة البيوكيميائية، وتزيل الأفكار المتصلة بالمخاوف وتخلق اتجاهها إيجابيا نحو ما كان يستثير سابقا تهديدات مخيفة، ويمكن لأي شخص أن ينجز هذه التغيرات المدهشة في فترات قصيرة ويجعلها دائمة وثابتة.

وعليه أعاد باندورا توجيه جهوده البحثية ليصل إلى فهم أعمق للكفاءة الشخصية، ولإنجاز هذا التطلع الجديد وضع نظرية تمثل مدخلا ومفتاحا لفهم مختلف جوانب الكفاءة الإنسانية، والتي تشمل جذور معتقدات الكفاءة من حيث بنائها ووظيفتها، وتأثيراتها المتعددة والعمليات النفسية التي تصاحبها. كما امتد أيضا التنظير والبحث في كفاءة الذات المدركة في اتجاهات متعددة، وتدرس معتقدات كفاءة الذات الآن في علاقتها بمحددات أخرى داخل الإطار الواسع للنظرية المعرفية الاجتماعية، وسوف يضيف تحليل محددات السلوك الغنساني إلى فهمنا كيف تعمل الكفاءة الشخصية (لورانس وبرافين، 2010، ص ص. 215، 217).

2- مفهوم فعالية الذات

مصطلح الفعالية الذاتية تُرجم من الكلمة الإنجليزية (Self efficacy) ويقابله في اللغة الفرنسية مصطلح (Auto-efficacité) أو (efficacité personnelle) وقد نجده أيضا في بعض المقالات تحت تسمية (Efficacité de soi) وقد تُرجم إلى اللغة العربية في عدة صيغ منها فعالية الذات، الفعالية الذاتية، الكفاءة الذاتية... وكثيرا ما ترد على شكل أوصاف معرفية أو وجدانية أو سلوكية فيقال لها فعالية الذات المدركة أو معتقدات فعالية الذات أو مشاعر الفعالية الذاتية، وهي كلها مسميات لنفس المفهوم. ففعالية الذات هي عبارة عن معتقدات يترتب عنها مشاعر، فنتكلم عن مشاعر فعالية الذات عندما يتعلق الأمر بالأثر الوجداني مثل مشاعر الفخر (الناتجة عن فعالية الذات) ونتكلم عن معتقدات فعالية الذات أو فعالية الذات المدركة عندما يتعلق الأمر بالجانب المعرفي. وقد اخترنا في هذا البحث مصطلح فعالية

الذات نظراً لشيوع استعماله في البيئة الجزائرية تحت هذه التسمية وتوحيداً للمصطلح مع أغلب الدراسات الحديثة في البيئة الجزائرية مثل دراسة آيت حمودة (2006) ودراسة بشير معمريّة (2012) (بوريجي، 2016، ص. 148).

وقد عرّف (Bandura, 1977) فعالية الذات بأنها حكم يكونه الفرد حول قدراته على إمكانية تنظيم والقيام بمجموعة من الأنشطة المعيّنة ومجموعة من الأفعال المطلوبة لتحقيق أنماط معينة من الأداء (Bandura, 1977, p. 296).

ثم ورد في تعريف باندورا (1986) أنّ فعالية الذات هي اعتقاد الفرد بأنّه قادر على إنجاز ما يريده، وهذا الاعتقاد هو أحد العناصر المحددة للسلوك وطرق تعديله وتوظيف استراتيجيات متكيفة مع مختلف الوضعيات، وينتج عنه حالة من الرفاهية النفسية والجسمية.

وأضاف باندورا (1988) أن فعالية الذات هي قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين والتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أدائه للمهام والأنشطة التي يقوم بها، والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط أو العمل. فالذين يتميزون بفعالية ذات عالية يعتقدون أنهم يقدرّون على عمل شيء لتغيير الأحداث البيئية، أمّا أولئك الذين يتصفون بفعالية ذات متدنية فهم ينظرون إلى أنفسهم باعتبارهم عاجزين عن القيام بسلوك يحدث تغييرات مرغوبة في البيئة. وقد عاد باندورا ليورد تعريفاً آخر لمفهوم فعالية الذات هو ذلك التعريف الذي ورد في مرجعه تحت عنوان فعالية الذات (1997) (Self efficacy) وعرفها على أنها المعتقدات التي يحملها الناس عن قدرتهم على التحكم في الأحداث التي تدور من حولهم. وتشكل فعالية الذات جوهر نظرية التحكم (human agency) فإذا اعتقد الناس أنهم لا يستطيعون إحداث النتائج التي يرغبونها بمجهودهم الخاص أمام وضعية معينة فإنهم سوف لا يفعلون شيئاً ولا يثابرون إذا واجهوا صعوبات (Bandura, 1997, p. 25).

وقد قدم (Maddux, 1998) نقلاً عن شاكّر بوريجي (2016) تعريفاً لفعالية الذات حيث وصفها بأنها إعتقاد الفرد بقابليته العامة على عمل الأشياء التي ستوصله إلى ما يريده في الحياة (بوريجي، 2016، ص. 148).

كما يرى (Schwarser, 1994) أن الفعالية الذاتية عبارة عن بعد ثالث في أبعاد الشخصية وتتمثل في قناعات ذاتية في القدرة على التغلب على المتطلبات والمشكلات الصحية التي تواجه الفرد من خلال التصرفات الذاتية (رزقي، 2012، ص. 11).

وفي تعريفٍ آخر يرتبط مفهوم الفعالية الذاتية باعتقاد الفرد حول ما الذي يستطيع عمله بالمهارات والإمكانات التي لديه والتوقعات حول ما يقدر على إنجازه في مواقف معينة (Mimi et Einar, 2003, p. 5).

ويعرف الشعراوي (2000) فعالية الذات على أنها مجموعة الأحكام الصادرة عن الفرد والتي تعبر عن معتقداته حول قدراته على القيام بسلوكات معينة ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة، وتحدي الصعاب ومدى مثابرتة للإنجاز.

ويعرف زيدان (2000) فعالية الذات على أنها إدراك الفرد لقدرته على إنجاز السلوك المرغوب فيه بإتقان ورغبته في أداء الأعمال الصعبة وتعلم الأشياء الجديدة والتزامه بالمبادئ وحسن تعامله مع الآخرين وحل ما يواجهه من مشكلات، واعتماده على نفسه في تحقيق أهدافه بمثابرة وإصرار (قريشي، 2011، ص ص. 93-94).

الفعالية الذاتية هي اعتقاد الفرد في قدرته على استعمال المصادر الضرورية للتحكم في حل الوضعيات بنجاح، وهي تشير إلى التحكم المدرك للفرد على المحيط وعلى سلوكاته وتحديد أهداف عالية والإعتقاد في قدرته على تحقيقها (Schweitzer, 2014, p. 317).

يشير مصطلح الفعالية الذاتية إلى اعتقاد الفرد بقدرته على تسخير الإمكانيات الذاتية الضرورية للتحكم الموفق في الوضعيات التي يخضع لها، والسيطرة على الأحداث التي يتعرض لها في حياته (الزروق، 2015، 30).

ويرى مفتاح عبد العزيز (2010) أن فعالية الذات هي توقع الفرد بأنه قادر على أداء السلوك الملائم والمناسب الذي يحقق نتائج مرغوبة تخدم صحته وتزيد من ثقته وقدرته على مواجهة التحديات (مفتاح، 2015، ص. 161).

وبالنسبة لكل من لورانس وبرافين (2010) فإن مفهوم الفعالية الذاتية يرتبط بالقدرة المدركة على التوافق مع المواقف النوعية، فهي تتصل بما يصدره الأفراد من أحكام تركز على قدراتهم على الفعل وهم بصدد إنجاز مهمة معينة في موقف معين، حيث تؤثر أحكام فعالية الذات عند باندورا في اختيار أي الأنشطة نمارسها وكم من الجهد نبذله في الموفق وإلى أي حد نثابر على أداء المهمة، وما هي ردود الفعل الإنفعالية التي تصدر عنا حين نتوقع ما سيحدث في موقف ما، أو حين نندمج في هذا الموقف (لورانس و برافين، 2010، ص. 212).

ولقد اشتقت نظرية فعالية الذات من النظرية المعرفية الإجتماعية لآلبرت باندورا، والتي تنصّ على أنّ السلوك يتم تعلّمه في مواقف إجتماعية، وأكدت على أهمية الجانب المعرفي في عملية التعلّم، لذلك رأينا من المناسب التطرق لنبذة عن نظرية التعلّم الإجتماعي التي تعتبر الأساس الذي انبثقت منه نظرية الفعالية الذاتية.

3- بعض المفاهيم ذات الصلة بفعالية الذات:

إنّ مصطلح فعالية الذات في الحقيقة ليس مفهوماً مستقلاً في حدّ ذاته ولكنّه مفهوم متّصل بمفاهيم عديدة وأصبح جزءاً لا يتجزّء من تناولات نظريّة عديدة مثل نظريّة توقّع النتيجة والتحكّم المدرك وغيرها، وفيما يلي سنعرض أهمّ النظريات في شكل مفاهيم مرتبطة مع معتقدات فعالية الذات ومُستقلّة عنها في نفس الوقت.

3-1 فعالية الذات ومفهوم الذات

يتكوّن مفهوم الذات من خلال الخبرات المباشرة التي يعيشها الفرد شخصياً من خلال التقييمات والأحكام التي يطلقها عليه الآخرين المهمّين من حوله. ويمكن رصد وقياس مفهوم الذات إذا طلبنا من المفحوص أن يقدّم لنا إلى أي مدى يمكن لبعض الصّفات أن تنطبق عليه، ثمّ مقارنتها بما يمكن لآخرين أن يصفونه بها، وهل يتطابق وصفه على نفسه مع وصف الآخرين له. هذه الطريقة تُمكننا من معرفة الهوة بين الذات المدركة والذات الحقيقيّة. ويُمكن للمختصّ تحليل مختلف العمليّات التي من خلالها ينسب العميل إلى نفسه تلك الصفات، ويُمكننا هذا التحليل أيضاً من معرفة الذات المثاليّة التي يطمح إليها العميل. هذه العمليّة تسمح بفهم أفضل للسلوك واتّجاهات الأفراد نحو ذواتهم وإلى الطريقة التي يمكن أن يُدركوا بها العالم من حولهم. ولكن هذه النّظريّة قاصرة على التنبؤ وتفسير السلوك لأنّها تهتمّ بصورة الذات بشكل شمولي وتجمع بين العديد من وحدات الشخصيّة في مفهوم واحد وهذا يسبب نوعاً من الاختلاط عند قياس جزء معيّن من هذه الوحدات. وحتى إن كان مفهوم الذات يرتبط ببعض المجالات الوظيفيّة للفرد إلاّ أنّه لا يعطينا فكرة واضحة عن تعقّد مشاعر فعالية الذات التي تختلف حسب المجالات والأنشطة وحسب مستويات السهولة والصعوبة داخل نفس المجال وتحت نفس الظروف أو ظروف مختلفة.

وقد يعطينا مفهوم الذات صورة ضعيفة عن مشاعر فعالية الذات ولكنّها تبقى غير كافية للتنبؤ بالسلوك بالدقّة الكافية التي تعطيها نظرية فعالية الذات. وقد أثبتت الدراسات المقارنة (Pajares et Kranzler, 1995, Pajares et Miller, 1994, 1995) بين اختبارات مفهوم الذات وفعالية الذات أنّ

نموذج فعالية الذات أكثر قدرة على التنبؤ بالسلوك من اختبارات مفهوم الذات (Bandura, 2007, pp. 23-24).

ويؤكد باندورا على التأثير المتبادل بين فعالية الذات ومفهوم الذات لدى الفرد، ففعالية الذات تحسن من مفهوم الذات، والمفهوم الإيجابي للذات يساهم في رفع مستوى فعالية الذات (أبو غزال وعلاونة، 2010، ص. 290).

3-2 فعالية الذات وتقدير الذات

بالرغم من أنّ فعالية الذات وتقدير الذات غالباً ما تُستعمل كمترادفات وكأتهما يُمثّلان نفس الظاهرة إلاّ أنّهما في الحقيقة يبعثان إلى متغيّرين مختلفين تماماً. فإذا كانت فعالية الذات هي إدراك الفرد لإمكاناته وقدراته ومدى ثقته بهما لإنجاز عمل معين، فإنّ تقدير الذات هو تقييم الفرد لشخصه ككل. إذ لا توجد بالضرورة علاقة بينهما. فبعض الناس يعتبرون أنفسهم غير فعّالين تماماً في أنشطة معينة دون أن يفقدوا تقديرهم لذواتهم، وقد لا يبذلون أدنى جهد تجاه هذا النشاط لغياب كلّ من الدافعية والميول إلى مثل تلك النشاطات. فاعتراف الشخص مثلاً أنّه لا يُجيد الرقص لا يُنقص من تقديره لذاته، وعكس ذلك تماماً فإنّه يمكن أن يشعر شخص ما أنّه فعّال جداً في نشاط معين دون أن يفخر بذلك (مثلاً مُحاضر قضائي كفؤ جداً في عمله ويكفّل بإخراج عائلة من مسكنها تُعاني صعوبات ماليّة). ومن جهة أخرى قد يُعبّر تقدير الذات المرتفع جداً عن اضطرابات في الشخصية كالشخصيّة النرجسيّة أو الهذائيّة.

ولكنّ الناس غالباً ما تميل إلى الأنشطة التي تبعث فيهم درجة من تقدير الذات. ومع ذلك يحتاج الناس إلى أكثر من تقدير الذات المرتفع لإنجاز أمور مهمّة في حياتهم، والكثير من الناس تقسو على أنفسهم لأنّهم حدّدوا لأنفسهم أهدافاً صعبة التحقيق وتفوق قدراتهم وإمكاناتهم، وآخرون يتمتّعون بتقدير مرتفع للذات بالرغم من بساطة إنجازاتهم لأنّهم لا يفرضون على أنفسهم قواعد صارمة ونشاطات قهريّة، وقد يستمدّون تقدير الذات من مصادر أخرى غير النجاحات والإنجازات.

كما أنّ مصطلح تقدير الذات لا نستطيع أن نتنبأ من خلاله بالسلوكيات أو الاستجابة السلوكية للمراقف مثلما نتنبأ من خلال فعالية الذات المدركة للأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم بما يتماشى مع قدراتهم (Mone Baker et Jeffries, 1995). ويميل بعض المختصّين إلى اعتبار تقدير الذات كصيغة معمّمة لفعالية الذات المدركة، مثل (Harter, 1990) في حين أنّه ليس كذلك تماماً (Bandura, 2007, pp. 23-24).

3-3 فعالية الذات ودافع الكفاءة

يرى وايت (1959) أنّ جميع الأفراد يولدون ولديهم دافع أولي نحو السيطرة على البيئة، وأطلق عليه دافع الكفاءة (Motivation d'effectance)، وفي رأيه أنّ افتراض هذا الدافع يساعد على تفسير أنماط كثيرة من السلوك، مثل إبداء الأطفال لعلامات الفرح والابتهاج عندما يحركون لعبهم فتحدث صوتا. فالذي يُفرحهم في هذه الحالة حسب وايت هو شعورهم بالقدرة على التأثير في البيئة، إنّه إدراك الطفل أنّ نشاطه يمكن أن يجعل البيئة تستجيب له بطريقة يقع زمامها في يده هو. كما تظهر فائدة افتراض أنّ هذا الدافع في تفسير أنماط سلوكية أخرى هادفة للطفل، مثل إصراره على الوقوف بمفرده والمشي وركوب الدراجة، وشعوره بالزهو إثر كل سلوك يتعلّمه لأنّه يُشبع دافعه إلى الكفاءة والسيطرة.

إنّ دافع الكفاءة لوايت يُشير إلى أنّنا جميعا في حاجة إلى أن نتعامل بفعالية وكفاءة مع البيئة، ولا فرق هنا بين بيئة مادية وبيئة اجتماعية. وأننا لا نستطيع أن نتعامل بكفاءة مع البيئة إلاّ إذا عرفناها. فالنشاط الاستطلاعي والاستكشافي للبيئة وغيره من النشاطات الأخرى التي يقوم بها الفرد لمحاولة معرفتها والسيطرة عليها هي كلّها بالدرجة الأولى نشاطات معرفية تكيفية، الهدف منها تحقيق الكفاءة. وفي هذا المعنى يقول وايت: "إنّ الكفاءة أو الجدارة تعني الملاحظات المستمرة والصعبة للأحداث في البيئة من قبل بعض الأفراد، والتي تجعلهم يشعرون بالرضى عن الذات أكثر من أولئك الذين يميلون إلى ممارسة حياتهم بأكثر قدر من البساطة (أبو ناهية، 1984، ص. 61).

ويرى وايت أنّ الفرد في مسعاها لتحقيق الكفاءة والسيطرة على البيئة يمرّ بمرحلتين هما: مرحلة تحقيق دافعية التأثير ومرحلة تحقيق دافعية الكفاءة.

ودافعية التأثير حسب وايت، إسم لنوع من الدافعية تُحرّك الفرد إلى أداء من البحث والممارسة التي تهدف إلى إنتاج تأثير على البيئة. ويرى أنّ هذا الدافع يُلاحظ في سلوك الأطفال منذ الطفولة، وقد استشهد على ذلك بنشاط الطفل في اللعب الذي يقضي فيه أكثر ساعات يومه، ويُعبّر فيه عن رغبته في التجكّم في البيئة وإبداء جدارته في السيطرة عليها. وكلّما كبر الطفل كلّما زادت محاولاته في التأثير على البيئة، ممّا يجعله ذا خبرة ومعرفة من خلال هذا التفاعل المستمر. فالمجتمع يطلب منه أداء بعض الواجبات بمفرده، وعليه أن يُنجز ويُحقّق أهدافه في الحياة. وهنا يجد المرء نفسه أنّه لا بُدّ أن يكون جديرا وذا كفاءة. فالتحوّل من دافعية التأثير إلى دافعية الكفاءة عملية وظيفية، لأنّ الفرد يُصبح ذا فعالية في تفاعله مع البيئة (معمريّة، 2012، ص ص. 24-25).

ولكن نظرية دافع الكفاءة يصعب تمييزها من نظريات الدافعية الأخرى خاصةً من الجانب القياسي وافتقارها لأدوات قياس تُميّزها عن نظريات الدافعية الأخرى، كما أنّها تختلف في نقاط عديدة مع النظرية المعرفية الاجتماعية، فحسب هذه الأخيرة فإنّ اختيار النشاط والجهد المُخصّص له والمثابرة ترتبط مباشرة بمعتقدات فعالية الذات وليس بدافع الكفاءة، ولا يتطلب القيام بمهام معيّنة كفاءة أو خبرة سابقة ناجحة بالضرورة، وإنّما يمكن التعلّم بالخبرات البديلة أو عن طريق النَمْذجة وملاحظة أشخاص يملكون نفس الخصائص تقريبا ثم إعادة إنتاج أثر التعلّم إنطلاقاً من معتقدات فعالية الذات، أي أنّ الفرد الملاحظ إذا اعتقد أنّ بإمكانه إنتاج ذلك الأثر المرغوب يُؤدّي به ذلك إلى المحاولة وفي حال الفشل يرفع من مستوى الفعالية الذاتيّة ويزيد في قوتها (يزيد في التحدي) لإنتاج ذلك الأثر المرغوب مع الإصرار والمثابرة إلى أن يصل إلى نتائج طيّبة (Bandura, 2007, p. 28).

3-4 فعالية الذات وتوقُّع النتيجة

مع ظهور النظريّات المعرفيّة السلوكيّة أخذ مفهوم "توقُّع النتيجة" بالتوسُّع تدريجيّاً إلى أن أصبح جزءاً مهمّاً في تفسير السلوك البشري، وأصبحت النظريات تُسلّم أنّ التوقُّعات تؤثّر على توجيه السلوك، مثل نظريّة الفعل المُبرّر (Erwin, 1971).

فالطريقة التي يسلكها الفرد تُحدّد النتائج التي سيحصل عليها، كما أنّ النتائج التي يتوقَّعها الفرد تجعله يختار السلوك المناسب للحصول على النتائج المتوقَّعة. وتتأثّر النتائج التي يتوقَّعها الفرد وينتظر حدوثها بأحكام الآخرين حول قدرته على النجاح في عمل مُعيّن أو نشاط في مواقف محدّدة، وقد أكّد الباحثين (Eastman et Marziller, 1984) أنّ الإنسان يستحضر في ذهنه أولاً النتائج المُحتملة التي يمكن أن تترتّب عن السلوك الذي يرغب في القيام به (توقُّع النتيجة)، ثمّ يُراجع في المرحلة الثانية مدى قدرته على إصدار هذا السلوك والطريقة التي يسلكها (فعالية الذات). هذه العمليات المعرفيّة تسبق الفعل (السلوك). وفعالية الذات هي حكم يُطلقه الفرد على قدراته كي يُنظّم ويُنفذ مهام محدّدة (للقيام بالسلوك) في حين أنّ توقُّع النتيجة هو حكم على النتائج المُحتملة لهذا السلوك وما يترتّب عنه. فالشخص الذي يعتقد أنّ بإمكانه القفز عالياً في منافسة ما سيُعبّر عن هذا الاعتقاد من خلال فعالية الذات، أمّا توقُّع النتائج فيكون في انتظار المكافآت الماديّة والعرفان وتقدير الجمهور في حالة النّجاح، أمّا في حالة الفشل فيتوقُّع فقدان كلّ هذه المُعزّزات (Bandura, 2007, pp. 39-40).

والعلاقة بين معتقدات فعالية الذات وتوقُّعات النتيجة هي علاقة شرطية بحيث تشترط فعالية الذات وجود نتيجة يتوقَّعها الفرد لكي يُصدر سلوكاً ويكتيفه في الجهد (المستوى) والقوّة ويُعمِّم معتقداته حول

قدراته للقيام بذلك السلوك بنجاح في جميع الوضعيات، وللقيام أيضًا بالسلوكيات التي تتطلب مهارات مُشابهة.

ويمكن تقديم مثال على إنقاص الوزن، فالأشخاص لا يُحاولون إنقاص الوزن لأجل فقدان كيلوغرامات من الوزن وإنما من أجل النتائج التي تترتب عن فقدان الوزن وتأثيراته الفيزيولوجية (على مستوى الصحة) والاجتماعية (إعجاب الآخرين) والذاتية (تحسين صورة الذات). أما إذا كانت خسارة الوزن لا تترتب عنها تلك المكاسب فإنّ الناس سوف لن يجدوا أي ميول للتخلّص من الكيلوغرامات (Bandura, 2007, pp. 39-41).

وقد وضّح باندورا أنّ فعالية الذات وتوَقُّع النتيجة يلعبان دورًا مهمًّا في التحكُّم المدرك. فالفرد عند قيامه بعمل ما فإنّه سيتوقَّع نتائج ذلك العمل حسب معتقدات فعالية الذات، وبحسب البدائل المُتاحة يتغيّر سلوك الفرد، فإذا كانت معتقدات فعالية الذات مرتفعة وتوَقُّعه للنتائج إيجابي فإنّ الفرد سيميل إلى الإنتاج والإبداع وتحقيق طموحاته وإشباع حاجاته إلى تحقيق الذات، في حين إذا كان توَقُّع الناتج سلبي ومعتقدات فعالية الذات عالية فيظهر على الفرد المطالبة والاحتجاج ومحاولات التحدي والتأثير في المحيط، في حين يميل إلى احتقار الذات والفشل والاستسلام والعجز إذا كانت معتقدات فعالية الذات سلبية وفي وجود توَقُّع سلبي للنتائج، وهنا يدخل متغيّر آخر وهو مركز التحكُّم.

3-5 فعالية الذات ومركز التحكُّم

مركز التحكُّم (Locus of control) هو مفهوم يشير إلى توَقُّع مُعمَّم حول اعتقاد الفرد في الجهة التي يعزو إليها تحكُّم أسباب حصوله على التعزيز، وهو اختلاف الأفراد في تعميم توَقُّعاتهم حول مصادر التعزيز فيعتقد الأفراد ذوي الضبط الداخلي أنّ التدعيمات التي تحدث في حياتهم تعود إلى سلوكهم وقدراتهم بعكس الأفراد ذوي الضبط الخارجي الذين يعتقدون أنّ التدعيمات والمكافآت في حياتهم تسيطر عليها قوى خارجية كالحظّ والصدفة والقضاء والقدر (بحري وشويعل، 2014، ص. 152).

فالأفراد يكتسبون إعتقادات تُوجّه توَقُّعاتهم فيما إذا كانت التعزيزات التي يحصلون عليها تعتمد على أسباب شخصية كالذكاء والمهارة والمثابرة وغيرها، أم تعتمد على عوامل أخرى بعيدة عن تحكُّمهم الشخصي كالحظّ والقدر والصدفة... وتتمو لدى الأفراد توَقُّعات عامّة تبعاً لمدى استطاعتهم التحكُّم في الأحداث البيئية، حيث يوجد من يُدركون أنّ أفعالهم وطريقة عملهم وخصائصهم الشخصية الدائمة نسبياً تؤثر في شكل معيشتهم وطريقتهم. فهم يعتقدون بأنهم أسياد أقدارهم ويتحمّلون مسؤولية ما يحدث لهم، هؤلاء يُطلق عليهم فئة الضبط الداخلي، بينما الأفراد الآخرون يُدركون أنّ أسلوب معيشتهم وطريقتهم لا

حول ولا قوة لهم فيها، فهم يعتبرون أنفسهم خاضعين لتحكم قوى خارجية لا يستطيعون التأثير فيها، وهؤلاء يُطلق عليهم فئة الضبط الخارجي.

ويرى لازاروس (Lazarus, 1966) أنّ الفرد صاحب مركز التحكم الداخلي يعتقد في كفاءته وقدرته على التحكم في النتائج في عالمه وله توقعات إيجابية فيما يتعلق بالثقة والاعتماد على الآخرين، أمّا صاحب مصدر الضبط الخارجي فله توقعات سلبية فيما يتعلق بكفاءته على التحكم في نتائج الأحداث ولديه اعتقاد بأنّه يعمل في عالم عدائي. ويشير ماك كونيل (Mc Konnell, 1975) إلى أنّه على الرغم من أنّ بعض الناس يعتقدون أنّهم أسياد على أقدارهم ويتحملون مسؤولية ما يحدث لهم ويعتقد آخرون أنّهم لا حول ولا قوة لهم فيما يتعلق بأقدارهم فإنّه لا توجد أنماط نقيّة من الفئتين، بل لكل فرد درجة على خطّ مُتصل يمتدّ على الطرفين، طرف التحكم الداخلي وطرف التحكم الخارجي. فلا يُصنّف الأفراد إلى فئتين وفق هذا المنظور، وإنّما هناك بعض الدلالات الشخصية لبعض الخصائص العامّة للأفراد الذين يُصنّفون على أنّهم مرتفعون أو منخفضون على بُعد الاعتقاد في التحكم الداخلي مقابل التحكم الخارجي (معمريّة، 2012، ص ص. 12-17).

ويتميّز ذوي مركز التحكم الداخلي باعتقادهم القويّ بأنّهم يستطيعون أن يسيطروا على البيئة ويتحكّموا في مصيرهم، ويضعون قيمة كبيرة لتعزيز المهارات والاداء ويكونوا عادةً أكثر اهتمامًا بقدراتهم وتطويرها، كما يتميّزون بفعالية الذات المرتفعة أثناء القيام بواجبات ونشاطات تتطلب مهارات معيّنة، وحين تكون المهام الموجهة إليهم أكبر من قدراتهم وإمكاناتهم فإنّهم يعترفون بذلك ويحاولون إدراكها بطرق مختلفة كالتدريب أو التكوين لتحسين التمكن، وفي حالة الفشل تعمل مشاعر فعالية الذات عملها في توجيه السلوك والمثابرة على النّجاح ويمكنهم العودة إلى نقاط الضعف في فشلهم ودراستها واستدراكها.

أمّا ذوي مركز التحكم الخارجي فيعتقدون أنّهم يخضعون خضوعًا تامًا لقوى خارجية بيئية تتحكّم بمصيرهم، ويضعون قيمة كبيرة للحظّ والصدفة ويولون اهتمامًا زائدًا للشخصيات القوية كونها من المؤثرات الخارجية التي يمكنها التحكم في مجرى حياتهم، ويجب التودّد إليها كي ترفق بهم وتُساعدهم، ويميلون غالبًا إلى العجز وإنساب الفشل إلى الميتافيزيقيات. ويتميّز هؤلاء الأفراد بانخفاض فعالية الذات، وحين القيام بنشاطات تتطلب مهارات معيّنة فإنّهم يبدون غير مسؤولين عن النتائج لأنّهم لا يتوقّعون النّجاح، وفي حالة الفشل فإنّه ينزوي وينسحب من النّشاط ويدور حديث مع ذاته في شكل حوار داخلي بأنّه كان يعلم من البداية أنّه لن ينجح أو أنّ الحظّ والقدر يعاكسه، لذلك يُفضّل ألاّ يبذل جهدًا.

وهناك علاقة ارتباطية موجبة بين معتقدات فعالية الذات ومركز التحكم الداخلي، ومع ذلك فإن مركز التحكم الداخلي إذا كان عامًا وثابتًا قد يجعل الفرد يشعر بالمسؤولية اتجاه كل ما يحدث له، ويميل إلى التأنيب المفرط للذات في حالة الفشل.

وتختلف معتقدات فعالية الذات عن مركز التحكم خاصة في تعميم التوقعات، فمركز التحكم الداخلي أو الخارجي يُعبّر عن معتقدات معيّنة حول الجهة التي يعزو إليها الفرد نجاحه وفشله، في حين معتقدات فعالية الذات تخصّ مهارات معيّنة أو مواقف محدّدة تتطلب مهارات ويُدرك الفرد أنّه كفؤ أو غير كفؤ للقيام بها بمعزل عن مواقف أخرى، وقد يكون له معتقدات فعالية الذات مرتفعة في مواقف وتنخفض في مواقف أخرى.

3-6 فعالية الذات والعجز المكتسب

يرجع الفضل في إدخال مفهوم العجز المكتسب (L'impuissance apprise) إلى ميدان علم النفس لسليغمان من خلال أبحاثه التي أجراها على الحيوان. فقد أجرى تجارب على الكلاب مستخدماً الصدمات الكهربائية لاختبار كيف تتعلم الكلاب تجنب الصدمة. وقد وجد بعد عدة تجارب أنّ الكلاب التي لم تكن لديها طريقة للسيطرة على الصدمات أظهرت عجزاً واستسلاماً وتقبّلت الصدمة بدلاً من أن تقفز إلى مكان الأمان ووقدت على الأرض وهي تعوي. لقد فشلت في تعام استجابة هروبية، وفسر سليغمان ذلك بالافتقار إلى السيطرة على الصدمة حيث تعلّمت العجز وعدم الحيلة في تجنب موقف مؤلم.

أمّا بالنسبة للإنسان فقد وجد أنّ بعض الأفراد في حالة موجهتهم للأحداث الصعبة والخارجة عن سيطرته أو ضبطهم الشخصي يستجيبون بممارسة العجز، ويبدو سلوكهم في هذه الحالة لا يتناسب مع الأحداث الواقعة عليهم. وبدلاً من القيام بسلوك قد يساعدهم على استعادة السيطرة على الأحداث في بيئتهم فإنّهم يتميزون بالسلبية ويتقبّلون التهديدات النفسية والعقاب وما يحدث لهم ويشعرون أنّه ليس هناك ما يستطيعون فعله. ويبدو كأنّهم فقدوا الرغبة في الحياة، وبعضهم يعتبر أنّ الحياة انتهت، وعند محاولة إقناعهم بأنّ لديهم مهارات فإنّهم غالباً ما يقابلون ذلك بالمقاومة والاعتذار والتبريرات، ما يعكس إحساسهم العميق بالعجز فيحدث نقصان الدافع للسيطرة على النتيجة، ينتج عن الخوف من عدم القدرة على السيطرة لاعتقاد الفرد بأنّه لا يستطيع السيطرة على النتيجة (عبد الله عسكر، 1988). ويضيف سليغمان أنّ الفرد الذي يتصف بالعجز تتميز شخصيته بثلاث صفات: الأولى هي الفشل بإصدار أو على الأقلّ محاولة إصدار استجابات ملائمة في حضور المثير المزعج. أمّا الثانية فهي عدم قدرة الفرد على

استيعاب بأنه يمكن السيطرة على الأحداث في بيئته. ثالثا هي تلك الاستجابات الانفعالية السلبية كالقلق والاكتئاب (رشاد، 1989).

والعجز المكتسب هو استجابة لموقف مؤلم سبقت مواجهته على نحو لم يمكن السيطرة عليه، ويعكس اعتقاد الفرد في فعالية الاستجابة فالشخص العاجز يعتقد أنّ استجابته سوف لن تكون فعّالة في إنهاء الأحداث المؤلمة، بينما الشخص غير العاجز يعتقد أنّ استجابته سوف تكون فعّالة في إنهاء مثل هذه الأحداث. لأنّ هناك أفراد تعلّموا من تجاربهم عبر مواقف الحياة المختلفة أنّ استجاباتهم يمكن أن تُبدّل وتُغيّر الأحداث يف البيئة بحيث نمت لديهم توقّعات معمّمة بأنّه يمكن التحكم في الأحداث البيئية والسيطرة عليها (Cols, 1992) (معمرية، 2012، ص ص. 33-34).

وهنا تظهر معتقدات فعالية الذات كالكطب الآخر الذي يقابل معتقدات العجز المكتسب، لأنّ إدراك الفرد لتدنيّ فعاليته الذاتيّة يوّد لديه التوتّر الذي يحدّ بدوره من الاستخدام الفعال للقدرات المعرفية من خلال تحويل الانتباه عن كيفية القيام بما هو مطلوب منه على أفضل نحو ممكن إلى إثارة القلق حول العجز الشخصي، فالشخص الفعال يستطيع أن يفكّر بطريقة إيجابية ويوقف نفسه عن اجترار الأفكار المزعجة ويستطيع أن يفكّر بالجوانب الإيجابية للأحداث ويتجاوز التفكير الخاطئ وينتقل بتفكيره من موضوع لآخر، كما يستطيع أن يتحكّم بالعبارات الذاتيّة (الحوار الداخلي)، إذ يستخدم عبارات ترفع من روحه المعنويّة، كما أنّه قادر على التحكم بمشاعر الغضب والكراهية أو مشاعر السوداوية بشكل عام، كما أنّه قادر على وضع نفسه في حالة من الاسترخاء عندما يشعر بالتوتّر في مواجهة الضغوط المختلفة.

إنّ وجود القدرة لدى الفرد على ضبط مشاعره وانفعالاته في مواجهة ضغوط الحياة المختلفة ووجود القدرة على الاسترخاء تُمكن الفرد من التعامل مع مشكلات الحياة اليومية بشكل فعال، إذ أنّ طاقته الشخصيّة سوف تتّجه إلى حلّ المشكلات بكفاءة بدلا من أن تتجه إلى الانشغال بالأفكار والمشاعر السلبية التي تُعطلّ الأداء (آل دهام، 2013، ص. 884).

وبالمقابل يُسبّب العجز المكتسب أضرارا لا يُستهان بها على عدّة أصعدة، فعلى الصعيد المعرفي بالاعتقاد في عدم امتلاك الكفاءات والمهارات، أو مدركات تحقير الذات، وانغلاق أفق التفكير لإنتاج الحلول للمواقف الضاغطة التي يمرّ بها الفرد... وعلى الصعيد السلوكي من خلال تجنّب الاقدام على ممارسة الأنشطة السلوكيّة في غياب أدنى معتقدات إيجابية حول فعالية الذات التي تحوّل بين الفرد والأداء نظراً للتوقّع السلبي للنتيجة.

3-7 فعالية الذات واستراتيجيات التعامل مع الضَّغط

لقد توصل لازاروس (Lazarus, 1966) من خلال عمله في المختبر أنّ الضَّغط ينشأ من التعامل بين الفرد والبيئة، عندئذٍ تُدرَك المنبهات على أنّها تهديد وأذى، أو تحدّي، وأنّ إدراك المتطلّبات للمواقف الضّاغطة تُشكّل عبئاً أو تجاوزاً للوسائل المُتاحة له فضلاً عن أنّ هذه الضّغوط المفروضة على الفرد تكون بأنماط وأشكال مختلفة، فقد تكون حضارية أو نفسية أو فيزيولوجية، وأنّ أساس أيّ تغيير في التوازن يتطلّب منه وسائل أخرى للتعامل معها (Sutterley, 1981). وأكّد لازاروس على التنظيم المعرفي أولاً، وتقييم الانفعال ثانياً، واعتبر التفاعل مع الضّغوط عمليّة تتّصف باستخدام استراتيجيات مناسبة لها، وأنّ هذه الاستراتيجيات أو أساليب التعامل مع الضّغوط تتضمّن السلوك المحرك التعبيري بهدف الحفاظ على تكامل الشخصية (Lazarus, 1981) ووضع كل من لازاروس وفولكمان نموذجاً يتمّ بموجبه النظر إلى استراتيجيات التكيف لأحداث الحياة الضّاغطة على أنّها جهود معرفية أو سلوكية متغيرة ومستمرة لتنظيم متطلّبات الفرد الداخلية أو الخارجية. وأنّ التقييم المعرفي عند لازاروس هو المفهوم الأساس الذي تستند إليه النظرية، بحيث أشار إلى وجود مرحلتين للتقييم:

- التقييم الأولي: وهو إصدار الفرد حكم حول نوع الضَّغط ودرجة تهديده، ويكون هذا الحكم بناءً على خبرات سابقة.

- التقييم الثانوي: يُحدّد الفرد فيه مصادر التعامل مع المواقف الضّاغطة وطُرق التعامل المُتاحة ونتائج اختيار أي منها واحتمال نجاحها (Coyne, 1980)

وتتأثر عملية التقييم المعرفي بعدد من العوامل من أهمّها خبرات الفرد السابقة، خصائصه الشخصية، ومستوى فعالية الذات. إذ تُعدّ هذه الفعالية من المفاهيم الأساسية التي تحتلّ مركزاً رئيسياً في تحديد الطاقة الإنسانية وتفسيرها وأنّها تتضمّن سلوك المبادرة والمثابرة لدى الفرد، ومدى كفايتها للتعامل مع الضغوطات وتحديات البيئة والظروف المحيطة، فهي تُؤثّر في الحدث من خلال عمليات دافعية معرفية ووجدانية (Bandura, 1977)، وتؤدي دوراً مهماً في استراتيجيات التعامل مع الضغوط. فالأفراد الذين لديهم إحساس قوي بفعاليتهم الذاتيّة يركّزون انتباههم في تحليل المشكلة ويحاولون التوصل إلى حلول مناسبة لها، وبالمقابل فإنّ الأفراد الذين يُساورهم الشكّ في فعاليتهم الذاتيّة يُحوّلون انتباههم إلى الدّاخل ويُغرقون أنفسهم في الهموم عندما يواجهون مطالب البيئة الصعبة الضّاغطة (آل دهام، 2012، ص 883-884).

ويختار الأشخاص الذين يؤمنون بقدراتهم مهام وانشطة صعبة وفيها نوع من التحدي، ويُقيّمون أحداث الحياة على أنها تحدي أكثر مما يُقيّمونها على أنها تهديد أو ضرر يجب تفاديه، ولهذا فإنهم يتوجّهون نحو استراتيجيات الموجهة نحو حل المشكل أكثر مما يلجؤون إلى استراتيجيات التجنب ونقادي الحلول (Lecompte, 2004, p. 60).

3-8 فعالية الذات والدافعية

لقد أشار باندورا إلى أنّ اعتقادات فعالية الذات تُساهم في تحديد مستويات الدافعية لديهم، ففعالية الذات تحدد الأهداف التي يضعها الأفراد لأنفسهم وكمية الجهد المبذول في مواجهتها أو حلها ودرجة إصرار الأفراد ومثابرتهم عند مواجهة تلك المشكلات، فالأشخاص مرتفعو الفعالية يبذلون جهدا عظيما عند فشلهم في مواجهة التحديات وبالتالي يؤثر الإيمان بفعالية الذات بقوة على مستوى الإنجاز الذي يمكن تحصيله، ومن ثمة يمكن التنبؤ بالإنجاز من خلاله. كما أنّ المثابرة المرتبطة بفعالية الذات العالية من المحتمل أن تؤدي إلى الاداء الذي يقود بدوره إلى رفع الروح المعنوية والإحساس بالفعالية، بينما الاستسلام المرتبط بفعالية الذات المنخفضة يساعد على الفشل الذي يُخفّض الثقة والروح المعنوية (Bandura, 1986). وإدراك فعالية الذات والإحساس بقوة الكفاءة يُسهّل العمليات المعرفية والاداء في اماكن مختلفة مُتضمّنًا جودة هذا الاداء اتّخاذ القرار، وعندما يتعلّق الأمر بإصدار السلوك الذي يتطلبه الموقف فإنّ المعرفة المرتبط بالذات وفعاليتها مكوّن رئيسي لعملية الدافعية، ومن هنا يتبين أنّ فعالية الذات يمكن أن تُحسّن أو تُعيق الدافعية فيختار ذوي الفعالية الذاتية العالية المهام الصعبة ويضعون لأنفسهم أهدافًا أعلى ويلتزمون بها. ويكوّن الناس سيناريوهات متفائلة أو متشائمة متوافقة مع مستوى فعالية الذات لديهم، وفي العمل نجد ذوي الفعالية الذاتية المرتفعة يستثمرون مجهودًا أكبر ويتأثرون مدة أطول، وعندما تحدث نكسات يتعافون بسرعة أكبر ويحافظون على مواصلة الالتزام بأهدافهم ويملكون القدرة على الاختيار واستكشاف بيئاتهم وخلق الجديد على عكس منخفضي فعالية الذات (Bandura, 1997).

وتلعب مشاعر فعالية الذات دورا أساسيا في خلق مستوى من الدافعية للإنجاز. وحتى يُقدّم الفرد على إنجاز فعل معين يجب أن تكون اعتقاداته حول إمكانية القيام بهذا الفعل قائمة وفعالة بحيث تكون كافية إلى دفعه ليس فقط للقيام بهذا العمل ولكن للاعتقاد أيضًا أنه كفؤ، ثم إنّ هذه الاعتقادات قد لا ترسخ في الذهن إذا لم يكن لها نتائج ملموسة في الأخير أو تكون النتائج مخالفة تماما لما كان يتوقعه (Elodia, et Petot, 2004, p. 138).

4- النظرية المعرفية الإجتماعية لباندورا

بين (Bandura) بأن نظرية فعالية الذات اشتقت من النظرية المعرفية الإجتماعية التي تؤكد على أن الأداء الإنساني يمكن أن يُفسَّر من خلال المقابلة بين السلوك ومختلف العوامل، وقد نشأت هذه النظرية من التقاليد الواسعة لكل من نظرية التعلم ونظرية الشخصية وهي تبحث في السلوك المعقد للأشخاص في الوضعيات المعقدة كما أنها تُحدث تكاملاً بين ثلاثة إتجاهات واسعة في علم النفس هي السلوك، المعرفة والدافعية، وتؤكد على أنماط السلوك التي يجري تعلمها والتي تتحدد في نفس الوقت بفعل متغيرات (التوقع وقيمة التعزيز). والمبدأ الأساسي للنظرية المعرفية الإجتماعية هو الإفتراض القائل بأن الكثير من السلوك الإنساني إنما يحدث في بيئة مليئة بالمعاني ويكتسب من خلال التفاعل الإجتماعي مع الناس الآخرين (حجاج، 1986، ص. 186).

وفيما يلي عرض للإفتراضات النظرية والمحددات المنهجية التي تقوم عليها النظرية المعرفية الإجتماعية لباندورا:

- إن معظم أنواع السلوك ذات هدف معين، كما أنها موجهة عن طريق القدرة على التفكير المستقبلي، كالتنبؤ أو التوقع وهي تعتمد بشكل كبير على القدرة على عمل الرموز.
- يتعلم الفرد عن طريق ملاحظة سلوكيات الآخرين ونتائجها، والتعلم عن طريق الملاحظة يقلل بشكل كبير من الإعتدال على التعلم عن طريق المحاولة والخطأ ويسمح بالإكتساب السريع للمهارات المعقدة التي ليس من الممكن اكتسابها فقط عن طريق الممارسة.
- يمتلك الفرد القدرة على عمل الرموز والتي تسمح بإنشاء نماذج داخلية للتحقق من فاعلية التجارب قبل القيام بها وتطوير مجموعة مبتكرة من الأفعال والإختيار لهذه المجموعة من الأفعال من خلال التنبؤ بالنتائج والإتصال بين الأفكار المعقدة وتجارب الآخرين.
- يمتلك الأفراد القدرة على التنظيم الذاتي عن طريق التأثير على التحكم المباشر في سلوكهم وعن طريق إختيار أو تغيير الظروف البيئية التي تؤثر على السلوك، كما يضع الأفراد معايير شخصية لسلوكهم، وقيمونه بناء على هذه المعايير، وهذا يمكّنهم من بناء حافز ذاتي يدفع ويرشد السلوك.
- يمتلك الفرد القدرة على التأمل الذاتي والقدرة على تحليل وتقييم الأفكار والخبرات الذاتية وهذه القدرات تتيح التحكم الذاتي في السلوك.
- إن قدرات الفرد هي نتيجة تطور الميكانيزمات والأبنية النفسية العصبية المعقدة التي تتفاعل مع بعضها لتحديد السلوك ولتزويده بالمرونة اللازمة.

- تتفاعل الأحداث البيئية والعوامل الداخلية مع السلوك بطريقة متبادلة. فالأفراد يستجيبون معرفيا وانفعاليا وسلوكيا إلى الأحداث البيئية، ومن خلال القدرات المعرفية يمارسون التحكم في سلوكهم الذاتي والذي يؤثر على الحالات المعرفية والإنفعالية، وهذا يترجمه مبدأ الحتمية المتبادلة الذي يعتبر من أهم إفتراضات النظرية المعرفية الإجتماعية، والتي تنص على أن المعرفة تؤثر على الإنفعال والسلوك ويؤثر كل من السلوك والإنفعال والأحداث البيئية على المعرفة. (Bandura, 1999, pp. 28-29)

وطبقا لهذا النموذج فإن المتعلم يحتاج إلى عدد من العوامل المتفاعلة (شخصية، سلوكية وبيئية) وتطلق العوامل الشخصية على معتقدات الفرد حول قدراته واتجاهاته، أما العوامل السلوكية فتتضمن مجموعة الإستجابات الصادرة عن الفرد، وأما عوامل البيئة فتشمل الأدوار التي يقوم بها من يتعاملون مع الطفل ومنهم الآباء والمعلمين والأقران.

ويشير باندورا إلى عدم وجود أفضلية لأي من العوامل الثلاثة المكونة لنموذج الحتمية التبادلية في إعطاء الناتج النهائي للسلوك، وأن كل عامل من هذه العوامل يحتوي على متغيرات معرفية، ومن بين هذه المتغيرات التي تحدث قبل قيام الفرد بالسلوك ما يسمى التوقعات أو الأحكام سواء كانت هذه التوقعات أو الأحكام خاصة بإجراءات السلوك أو الناتج النهائي له، وهو ما سماه باندورا فعالية الذات والتي تعني أحكام الفرد أو توقعاته عن أدائه للسلوك في مواقف تتسم بالغموض، وتتعكس هذه التوقعات على اختيار الفرد للأنشطة المتضمنة في الأداء والمجهود المبذول ومواجهة المصاعب وإنجاز السلوك. كما يرى باندورا أن الأفراد يقومون بمعالجة وتقدير ودمج مصادر المعلومات المتنوعة المتعلقة بقدراتهم وتنظيم سلوكهم الإختياري وتحديد الجهد المبذول اللازم لهذه القدرات وبالتالي تمتلك التوقعات المتعلقة بالفعالية الذاتية القدرات الخلاقة والإختيار المحدد للأهداف والأحداث ذات الأهداف الموجهة والجهد المبذول لتحقيق الأهداف والإصرار في مواجهة الصعوبات والخبرات الإنفعالية (النفيعي، 2009، ص 35-36).

يتوضح إذن أن نظرية الفعالية الذاتية تؤكد على أن جميع العمليات التي تحدث التغيرات النفسية والسلوكية تعمل على تعديل الشعور بفعالية الذات، كما أنها تشير إلى معتقدات الفرد في قدرته على ممارسة التحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته، فهذه النظرية لا تهتم بالمهارات التي يمتلكها الفرد فحسب وإنما تهتم أيضا بما يستطيع الفرد عمله بتلك المهارات التي يمتلكها.

5- نظرية فعالية الذات لباندورا

يشير باندورا في كتابه أسس التفكير والأداء للنظرية المعرفية الإجتماعية بأن نظرية فعالية الذات اشتقت من النظرية المعرفية الإجتماعية التي وضع أساسها (حدان، 2015، ص. 31).. وقد جاء مصطلح الفعالية الذاتية في إطار مفاهيم التحكم التي تنطلق من فكرة أن الناس متعلمين في الحياة ومقلدين ماهرين يسعون إلى استخلاص العبر من تجاربهم أو من تجارب الآخرين، ويمكنهم تسيير حياتهم عن طريق ملاحظة الذات عند القيام بعمل جديد ثم يقيمون نتائجه من خلال النجاح والفشل والأخذ بآراء الآخرين، ولذلك يميل الناس إلى الأنشطة التي ترفع من درجات تقدير الذات وتعزز المكانة الإجتماعية ويتجنبون بالمقابل الدخول في نشاطات تحد من قدرتهم وتسبب لهم حالة من ضيق الحال. ويقصد باندورا بفعالية الذات قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين والتحكم في الأحداث التي تؤثر على حياته وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أدائه للمهام والأنشطة التي يقوم بها والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط أو العمل.

ونظرية فعالية الذات حسب (bandura, 1997), تقوم على أساس الأحكام الصادرة من الفرد عن قدرته على تحقيق أو القيام بسلوكات معينة، والتقييم من جانب الفرد لذاته عما يستطيع القيام به ومدى مثابرتة وللجهد الذي سيبدله ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقدة وتحديده للصعاب ومقاومته للفشل (Bandura, 1997, p. 26).

ويرى محمود أبوغالي (2012) أن معتقدات الفعالية تؤثر على الأفراد في كيف يشعرون ويفكرون ويسلكون وعلى دافعيتهم. وقد اكتشف باندورا وتلامذته فعالية الذات بعدما أجرى سلسلة من الدراسات حول سبل تقليل فرص الإستهداف للوقوع في غمرة الخبرات السيئة المتصلة بالتهديدات الناشئة عن المخاوف المرضية التي قد تحدث في المستقبل. وقد افترضوا أن المرضى إذا لم يعيشوا خبرات بقدر معين من التهديدات المتصلة بالمخاوف بعد الإستعادة الكاملة لوظائفهم النفسية فإن هذه الخبرات السلبية قد تعيد ثانية معاناتهم من المخاوف، أما إذا عاشوا عدداً من المواقف التي تتيح لهم مواجهات بارعة وفعالة بعد إتمام العلاج فإن تأثير الخبرات السلبية التالية يمكن أن يصبح طبيعياً نتيجة معايشتهم للخبرات الإيجابية. ولاختبار هذا الفرض هياً باندورا فرصاً لمعايشة المرضى خبرات ناجحة تتصل بتوجيه الذات في مواجهة تهديدات المخاوف المختلفة بعد أن تم استئصال إضطرابات المخاوف من المرضى وبينت التقارير وتقديرات المتابعة أن المشاركين لم يحافظوا على ما جنوه فقط من مكتسبات علاجية ولكن طرأ عليهم تغيير أيضاً في مجالات نفسية لا تتصل إطلاقاً بتلك الإضطرابات المهدة. على سبيل المثال بعد

السيطرة على المخاوف المتصلة بالحيوان قل لدى المشاركين كذلك خجلهم الإجتماعي وكذلك وظفوا ما لديهم من كفاءات في مجالات أخرى مختلفة (بوريجي، 2016، ص ص. 153-154).

لم يتوصل باندورا إلى وضع نظرية فعالية الذات إلا بعد سلسلة طويلة من الدراسات التي أسفرت على مجموعة من الإنجازات النظرية المترابطة فيما بينها إنطلاقاً من المسلمات السلوكية إلى نظرية التعلم الاجتماعي وصولاً إلى النظرية الاجتماعية المعرفية.

ولا يمكننا فهم مصطلح فعالية الذات إلا بمعرفة مفاتيح هذه المجموعة من النظريات.

5-1 التعلم الاجتماعي:

نظرية التعلم الاجتماعي (1976) تتناول مجموعة من مبادئ التعلم المعروفة عند السلوكيين ولكنها تضيف إليها عدة مبادئ جديدة بتأكيداتها على دور الجوانب المعرفية والرمزية في اكتساب الأنماط السلوكية الجديدة وفي تنظيم توقيت ظهورها وتوافرها. وحسب باندورا فإن الفرد يمكنه التعلم من دون التجربة المباشرة وإنما من خلال ملاحظة تجارب الآخرين وهو ما يطلق عليه اسم التعلم البديل (L'apprentissage vicariant). ولكي يحدث هذا التعلم يتطلب وجود شرطين أساسيين:

- القدوة أو النموذج

ويتم ملاحظته وتقليد سلوكه إذا كان هذا النموذج يملك خصائص متشابهة (السن، الجنس...) ويحمل قيمة عاطفية أو اجتماعية أو نفعية (اقتصادية) يرغبها الملاحظ، وله من الجاذبية أو الإبداع ما يجلب الانتباه والتميز

- مفهوم الفرد عن قدراته

وهو نظام معرفي عند الملاحظ يتمثل في مشاعر ومعتقدات حول قدرته على الإنجاز وفعاليتها في إعادة إنتاج الأثر من نجاح.

ونتيجة ملاحظة هذا النموذج وتقليده يطلق عليه اسم النمذجة (Le modling)، وهو العملية التي من خلالها يلاحظ الشخص أنماط سلوك الآخرين ويكون فكرة عنها وعن نتائجها وتعلمها عن قصد وإرادة أو عن غير قصد، ويتم ذلك عبر المراحل التالية:

- **الملاحظة والانتباه:** وهي عملية إدخال المعطيات، تبدأ عند جلب اهتمام الملاحظ عن طريق خصائص القدوة والنتائج المرغوبة. ويكون الانتباه ضعيفا إذا كان الملاحظ شارد الذهن، مريض، كثير الحركة أو نال منه التعب فيؤثر عهلى عملية إدخال المعلومات والتعلم.

- **التخزين:** وتتمثل في عملية ترميز المعلومات، إنتقائها وتخزينها في الذاكرة بعد تنظيمها تنظيمًا معرفيًا وترتيبها حسب الأولوية (الميل) مع إمكانية استحضارها عند الحاجة إليها.

- **إعادة إنتاج الأثر:** في هذه المرحلة يستعمل الفرد كامل قدراته المعرفية والجسمية في خدمة إنقائ عملية إعادة إنتاج الأثر المرغوب فيه بالدقة اللازمة وهنا تدخل أهمية معتقدات فعالية الذات.

- **الدافعية:** وهو تعزيز مباشر أو غير مباشر يرتبط بتوقع النتيجة.

وكل سلوك يصدر عن الفرد إنما هو نتاج لعملية تفاعل بين ثلاث مجموعات من العوامل، وقد أطلق باندورا على هذه العملية في نظريته المعرفية الاجتماعية "نظام السببية المتبادل" (Carré, P., 2004, pp. 21-23).

5-2 نظام السببية المتبادل

يُقصد بالسببية هنا تلك التبعية الوظيفية بين ثلاث مجموعات من العوامل: العوامل الشخصية (وتشمل جميع العمليات المعرفية والانشطة الانفعالية الوجدانية والبيولوجية)، السلوك والعوامل البيئية. والتبادل يعني وجود علاقة تأثير وتأثر بين هذه العوامل، وهذا لا يعني أنهم يملكون بالضرورة نفس الوزن والقوة في التأثير، ولا تعمل بالضرورة نعا في آن واحد ولكن الأثر الناتج هي حاصلة حتمية لهذا التفاعل.

ويُستعمل مصطلح الحتمية (Déterminisme) هنا للإشارة إلى الأثر الذي ينتجه نظام السببية المتبادل والذي يأتي كنتيجة لتداخل واحتدام كل تلك العوامل الشخصية (الأحداث والخبرات المعرفية، الانفعالية والبيولوجية) مع السلوك والعوامل البيئية. أما حرية الفرد وإمكانية التحكم فهي ذلك الجزء من العوامل الشخصية المعرفية الذي يُمكننا من التأثير في مجرى التبادل الثلاثي (بين هذه العوامل الثلاثة) والتغيير عن قصد (Bandura, 2007, pp. 17-18).

فهناك علاقة سببية بين كل من السلوك من جهة والعوامل الشخصية التي تتضمن جميع الخبرات المعرفية والانفعالية والبيولوجية من جهة ثانية والعوامل البيئية التي تتضمن هي الأخرى عددا كبيرا من العوامل الموقفية الثقافية الاجتماعية الاقتصادية وآراء وأحكام الآخرين وتوقعاتهم منه...ويُقصد بالعلاقة السببية علاقة تأثير وتأثر. وهذا معناه أنه حتى السلوك الذي يقوم به الفرد في مكان وزمان محددين يهدف بدوره إلى التأثير في بيئته وفي تعزيز فعالية الذات لديه رغم أن هذا السلوك هو نتاج البيئة والعوامل الشخصية. فالشخص البدين مثلا يقوم بتمارين رياضية (سلوك) الهدف منها إنقاص الوزن لتحسّن صورة الذات (عوامل شخصية معرفية) وينتج عنها الزيادة في الاستحسان والقبول الاجتماعي

والتقليل من التعليقات والسخرية (التأثير في بيئته) هذا يُشكّل له شعورا إيجابيا يبعث بالرفاهية الجسمية والذاتية (عوامل شخصية إنفعالية و فيزيولوجية) فيزيد من شعوره بفعالية الذات مما يدفعه دائما إلى المثابرة على القيام بالتمارين الرياضية (تكرار السلوك).

3-5 مفهوم التحكم

يُشير هذا المفهوم إلى أنّ الفرد ليس مجرد مستجيب لمثيرات البيئة التي يسعى فقط إلى التكيف معها والخضوع لها، كما أنّه ليس موضوعا تمارس عليه البيئة ما تشاء من إكراه وضواغط ويكتفي هو فقط بتسييرها والتعايش وفق قوانينها ولا مجرد مجموعة من الغرائز الفطرية والبيولوجية التي تضادف الفرد من الأعماق وتسيّره لا شعوريا، بل الإنسان كائن حيوي في حركة مستمرة يؤثّر في بيئته ويتأثّر بها، وله خيارات يقوم بها أمام كل مثير تحدد استجاباته ويمكنه اتخاذ القرارات ورفع مستوى الدافعية ويحاول التحكم في زمام أموره عن وعي. فالفرد من هذا المنظور عنصر نشط وفعال له دور مهم في توجيه حياته الشخصية وهو في تفاعل مستمرّ مع العوامل الموقفيّة، الاجتماعية، الثقافية، الاقتصادية... (Carré, 2004, pp. 22-23).

وتتحدد معظم سلوكيات البشر بعدد كبير من العوامل التي تتفاعل فيما بينها، ومن هذه العوامل يعود جزء مهم منها إلى مفهوم الفرد عن قدراته على التغيير والتأثير في بيئته وحياته، فإن كان الفرد يعتقد أنّه لا يستطيع إنجاز أمر ما أو تغيير شيء معين في حياته فإنّه منذ البداية سوف لن يحاول أن يبذل جهدا أو يخصّص وقتا لذلك. وحسب النظرية المعرفية الاجتماعية فإنّ هذا المفهوم الذي يُكوّنه الفرد عن قدراته هو لبّ مفهوم التحكم ويُسمّى "معتقدات فعالية الذات" (Les croyances d'efficacité personnelle)، والتي تشكّل نظاما وظيفيا يهدف إلى تسيير مختلف الوقائع والاحداث والتطلّعات التي يعيشها الفرد (Bandura, 2007, p. 13).

إنّ مفهوم التحكم يُشير إلى معتقدات يحملها الفرد على أنّه يملك زمام المبادرة، وهي قضية أساسية فيما يخصّ تبني السلوكيات الصحيّة لأنّ الفرد الذي لا يعتقد أنّه مُتحكّم في حالته الصحيّة لا يمكن أن يُفكّر في ممارسة سلوكيات من شأنها الحفاظ على صحّته أو حتى الامتثال للعلاج في حالة إصابته بالمرض فيصبح سلبي يراقب فقط ما يحدث له.

5-4 فعالية الذات

جاء هذا المصطلح في إطار مفاهيم التحكّم التي تنطلق من فكرة أنّ الناس متعلّمين في الحياة ومقلّدين ماهرين يسعون إلى استخلاص العبر من تجاربهم أو من تجارب الآخرين، ويمكنهم تسيير حياتهم عن طريق ملاحظة الذات عند القيام بعمل جديد، ثمّ يقيّمون نتائجهم من خلال النجاح والفشل والأخذ بآراء الآخرين، ولذلك يميل الناس إلى الأنشطة التي ترفع من درجات تقدير الذات وتُعزّز المكانة الاجتماعية ويتجنّبون بالمقابل الدخول في نشاطات تحط من قدرهم وتسبب لهم حالة من ضيق الحال (Carré, P., 2004, 25). ويقصد باندورا بفعالية الذات قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين والتحكّم في الأحداث التي تؤثر على حياته وإصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أداءه للمهام والأنشطة التي يقوم بها والنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيق ذلك النشاط أو العمل (معمرية، 2012، ص. 196).

ونظرية فعالية الذات تقوم على أساس الاحكام الصادرة من الفرد عن قدرته على تحقيق أو القيام بسلوكات معينة، والتقويم من جانب الفرد لذاته عما يستطيع القيام به، ومدى مثابرتة وللجهد الذي سيبدله، ومرونته في التعامل مع المواقف الصعبة والمعقّدة، وتحديه للصعاب ومقاومته للفشل (Bandura, 1995, 179). وتؤثّر معتقدات الفعالية على الأفراد في كيف يشعرون، ويفكّرون، ويسلكون وعلى دافعيتهم (عطاف ، 2012، ص. 620).

وقد اكتشف باندورا وتلامذته أهميّة فعالية الذات بعدما أجرى سلسلة من الدراسات حول سبل تقليل فرص الاستهداف للوقوع في غمرة الخبرات السيئة المتصلة بالتهديدات الناشئة عن المخاوف المرضية التي قد تحدث في المستقبل. وقد افترضوا أنّ المرضى إذا لم يعيشوا خبرات بقدرٍ معيّن من التهديدات المتصلة بالمخاوف بعد الاستعادة الكاملة لوظائفهم النفسية فإنّ هذه الخبرات السلبية قد تعيد ثانية معاناتهم من المخاوف. أمّا إذا عايشوا عددا من المواقف التي تتيح لهم مواجهات بارعة وفعالة بعد إتمام العلاج فإنّ تأثير الخبرات السلبية التالية يمكن أن يصبح طبيعيا نتيجة معاشتهم للخبرات الإيجابية. ولاختبار هذا الفرض هيأ باندورا فُرصاً لمعايشة المرضى خبرات ناجحة تتصل بتوجيه الذات في مواجهة تهديدات المخاوف المختلفة بعد أن تمّ استئصال اضطرابات المخاوف من المرضى. وبيّنت التقارير وتقديرات المتابعة أنّ المشاركين لم يُحافظوا على ما جنوه فقط من مكتسبات علاجية، ولكن طرأ عليهم تغيير أيضاً في مجالات نفسية لا تتصل إطلاقاً بتلك الاضطرابات المهذّدة. على سبيل المثال، بعد السيطرة على المخاوف المتّصلة بالحيوان، قلّ لدى المشاركين كذلك خجلهم الاجتماعي، وكذلك وظّفوا ما

لديهم من كفاءات في مجالات أخرى مختلفة، ومارسوا مغامراتهم بطرق متنوعة (لورانس و برفين، 2010، ص ص. 215-216).

وذكر أنّ معتقدات فعالية الذات مبنية على أربعة مصادر أولية للمعلومات التي يتلقاها الفرد ويكون منها معتقدات حول قدراته.

5-5 فعالية الذات القومية أو الجماعية

إنّ النظرية الاجتماعية المعرفية لا تقتصر فقط على فعالية الذات وقدرة الفرد على التحكم في حياته، بل تشمل أيضا التحكم الجماعي لأنّ الفرد لا يعيش بمعزل عن الآخرين، وعن طريق النمذجة تُؤثر إنجازات البعض في أداء الآخرين، وقد تحدث ظاهرة الفعالية الجماعية. هذه الظاهرة ليست مجرد مجموع معتقدات لعدد من الأشخاص ولكنها الخصائص التي تُحدّد قوة الجماعة وتماسكها وتخلق ديناميكية بداخلها قائمة على التفاعل المتبادل بين أفرادها الفعّالين فترفع لنفسها أهدافاً وتهدف إلى تحسين نوعية الحياة (Bandura, 2007, p. 18).

والفعالية الجماعية هي مجموعة تؤمن بقدراتها وتعمل في نظام جماعي لتحقيق المستوى المطلوب منها. ويُشير باندورا إلى أنّ الأفراد يعيشون غير منعزلين اجتماعياً، وأنّ الكثير من المشكلات والصعوبات التي يواجهونها تتطلب الجهود الجماعية والمساندة لإحداث تغيير فعال، وإدراك الأفراد لفعاليتهم الجماعية يؤثر فيما يُقبلون على عمله كجماعات ومقار الجهد الذي يبذلونه وقوتهم التي تبقى لديهم إذا فشلوا في الوصول إلى النتائج، وأنّ جذور فعالية الجماعة تكمن في فعالية أفراد هذه الجماعة (الجبوري، 2013، ص. 69).

إنّ معتقدات الفرد عن فعاليته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات الشخصية، والخبرات المتعددة سواء أكانت المباشرة أو غير المباشرة، كما تعكس تلك المعتقدات قدرة الفرد على أن يتحكم في معطيات البيئة من خلال الأفعال، والوسائل التكوينية التي يقوم بها، والثقة بالنفس في مواجهة ضغوط الحياة (Bandura, 1986). وتُعدّ فعالية الذات إحدى موجهات السلوك، فالفرد الذي يعتقد في قدرته يكون أكثر نشاطاً وتقديراً لذاته. ويُمثّل ذلك مرآة معرفية للفرد، تُشعره بقدرته على التحكم في البيئة. وفعالية الذات من أهمّ ميكانيزمات القوى الشخصية للأفراد، حيث تُمثّل مثيراً مهماً في دافعية الأفراد للقيام بأيّ نشاط، وتُساعد الأفراد على مواجهة الضغوط التي تعترضهم في مراحل حياتهم (عطاف، 2012، ص. 621).

6- مصادر فعالية الذات:

لا يأتي إحساس الفرد بالفعالية وإدراكها أو معرفتها من فراغ بل يعتمد على تفاعل الفرد السليم مع البيئة المحيطة به والخبرات الإجتماعية التي يكتسبها في هذا المجال. ويرى باندورا (Bandura, 1999) في هذا الشأن أنّ فعالية الذات مبنية على أربعة مصادر أساسية للمعلومات التي يتلقاها الفرد ويكون منها معتقدات حول قدراته. وهذه المصادر هي:

أ- الخبرات الشخصية

يعتبر باندورا أن هذا هو أهم المصادر للفعالية الذاتية، ويرى أن الناس إذا كانوا يخبرون تجارب سهلة وينجحون في الأداء دون أية صعوبات فإن هذا على عكس ما يبدو فهو أمر سلبي لأنه يجعل الأشخاص يميلون إلى توقع الحصول على نتائج سريعة ببساطة فيكونون أكثر عرضة لمشاعر الإحباط والإستسلام في حالة فشلهم في مواقف معينة تتطلب بذل مجهودات كبيرة ووقتا أطول، وفي مقابل ذلك فإن مواجهة الصعاب والوصول إلى النتائج المرغوبة بعد بذل المجهود اللازم لذلك يجعل الأفراد أكثر إدراكا وفهما لإمكاناتهم الحقيقية وقدراتهم وهذا من شأنه أن يرفع من الفعالية الذاتية.

ب- التعلم الإجتماعي

يمكن للفرد أن يتعلم عبر الإقتداء عندما يلاحظ على الآخرين ظواهر يمكن أن تحدث له فيستخلص منها ويتعلم، فملاحظة الآخرين وهم ينجحون في مواقف معينة، وملاحظة ما يبذلونه من جهد لأجل ذلك يجعله يفكر في أنه يمكنه هو أيضا النجاح، ويبدأ في الإستبصار في إمكاناته، وتتم هذه العملية وفق نموذج التعلم بالنمذجة (Bandura, 1999, p. 3).

ويضيف جاك لوكونت (Jacques Lecompte, 2004) أن اكتساب الفعالية الذاتية وفق نموذج التعلم بالملاحظة يتطلب أن يكون النموذج الملاحظ من نفس الفئة العمرية للفرد ومن نفس جنسه ومستواه الإقتصادي والعلمي.. فمثلا يكتسب الأطفال مشاعر الفعالية الذاتية بملاحظتهم لأداء أطفال آخرين مثلهم يمتلكون مواهب معينة أكثر من ملاحظتهم لأشخاص راشدين (Lecompte, 2004, p. 62).

ج - إحياءات الآخرين

هي أيضا مصدر مهم لرفع مستوى فعالية الذات، إذ يرى باندورا أن الشخص عندما يُسمعه الآخرين باستمرار كلاما عن إمتلاكه لإمكانات وقدرات أو مواهب تؤهله للقيام بأداءات في مواقف معينة فإن هذا الشخص يميل إلى تصديق ذلك ويبدأ في بذل المجهودات والثقة أكثر في إمكاناته ويعمل على تطوير ما يمتلكه من مهارات وقدرات (Bandura, 1999, p. 4).

ويضيف جاك لكونت (Iecompte Jacques,2004) أنه من السهل أن تزيد مشاعر فعالية الذات إذا واجه الفرد صعوبات ووجد بجانبه أشخاصاً آخرين ذوي مكانة وأهمية بالنسبة له يعبرون له عن ثقتهم في إمكانياته، أو يُبدون افتخارهم وثناءهم عليه، إلا أنّ هذا الأثر يتوقّف على ما إذا كان هذا الشخص يدرك ويعي وجود مؤشرات تدل على أنّه يستطيع فعلاً أن ينجح (Lecompte, 2004, p. 62).

د- الحالة الفيزيولوجية والإنفعالية

من خلال حكم الفرد على إمكانياته فإنه يكتسب أو قد لا يكتسب الفعالية الذاتية، فالناس يميلون إلى ترجمة مشاعر القلق والضغط على أنّها دلائل إنجراحية وضعف نفسي ويفسرون تعرضهم للإرهاك والتعب والآلام على أنّها مؤشرات ضعفهم البدني. ومثلما تؤثر الإنفعالات السلبية فإن الإنفعالات الإيجابية أيضاً لها أثر بالغ في اكتساب الفعالية الذاتية، لذلك يعتبر المصدر الرابع من مصادر الفعالية الذاتية هو حسن الحالة البدنية والنفسية والإدراك السليم لهذه الحالة. ويرى باندورا في هذا الشأن أن طريقة إدراك الفرد لما يملكه من قدرات بدنية وإنفعالية هو ما يساعده على اكتساب الفعالية الذاتية وليست الحالة الفعلية للنفس والبدن. وتلعب المؤشرات الفيزيولوجية والنفسية دوراً كبيراً في الحفاظ على الصحة وممارسة السلوكات الصحية (Bandura, 2009, p. 5).

يركز الفرد عند تقييمه لقدراته بدرجة كبيرة على المعلومات التي يتلقاها من داخل الجسم حول حالته الفيزيولوجية والإنفعالية، فإذا انتابته مشاعر الخوف والتردد أمام وضعية ما، سيشعر بحالة فيزيولوجية لا تبعث على الإرتياح وتيار إنفعالي يحثه على تجنب تلك الوضعية. هذه الحالة الفيزيولوجية والإنفعالية إنما تحاول إخبارنا أنّنا لا نستطيع القيام بهذا الأمر فلا نغامر بذلك خاصة إذا تعلق الأمر بالنشاطات التي لها علاقة بالصحة والأمن والنشاطات الجسمية التي تتطلب تسيير الضغط. وقد تكون غير عقلانية في بعض الأحيان مما يسبب تدني في مشاعر فعالية الذات وقد تصل إلى مخاوف مرضية (بوريجي، 2016، ص. 155).

إن هذه المصادر الأربعة لاكتساب الفعالية الذاتية (الخبرات الشخصية، إichاءات الآخرين، التعلم الإجتماعي، الحالة الفيزيولوجية والإنفعالية) ليست ذات أثر مباشر وحتمي، فمن جهة وحسب نموذج (إليس) حول التفكير العقلاني والتفكير اللاعقلاني فإنه ليست المواقف والأحداث هي التي تؤثر في الفرد ولكن طريقة تفسيره لتلك المواقف هي التي تحدد كيفية إستجابته لها، فالأمر يعتمد إذا على أحكام مسبقة يحملها الفرد حول نفسه والآخرين والعالم المحيط به، ومن جهة أخرى فإن الأمر يعتمد على متغيرات

أخرى عديدة تتوسط بين تلك المصادر واكتساب الفعالية الذاتية مثل مستوى صعوبة المهام أو المواقف ومدى ملائمتها لقدرات الشخص، ويلعب التوقع دوراً كبيراً في التعلُّم حسب باندورا لذلك يعتبر التوقع الصحيح والسليم للمجهود المطلوب للأداء والتوقع العقلاني للنتائج هو أيضاً متغير أساسي يتوسط اكتساب الفعالية الذاتية، هذا بالإضافة إلى الوضعية الفعلية للحالة الإنفعالية والبدنية وقت حصول الموقف والذي قد يتطلب مهارات وقدرات معينة يمتلكها الفرد فعلاً، كما أن السند الاجتماعي ليس دائماً عامل إيجابي فقد يقنع المجتمع الفرد بأنه يمكنه النجاح والتغلب على صعوبات معينة في حين أنه لا يملك أصلاً أي مؤهلات تساعد على ذلك، فيتعرض لإحباط مضاعف (خيبة أمله هو وتخيبه للآخرين ذوي المكانة بالنسبة له).

7- أبعاد فعالية الذات

في طرحه لمفهوم فعالية الذات كنموذج نظري للسلوك البشري يُساهم في شرح الممارسات السلوكية حدد باندورا ثلاثة أبعاد تتغير فعالية الذات تبعاً لها من حيث القوة وكذا من حيث شمولية المفهوم على مختلف جوانب الحياة وتعميم النتائج على مواقف عديدة، وهذه الأبعاد هي:

7-1- مقدار أو مستوى فعالية الذات

يعبر هذا البعد عن الكمية التي يضعها الفرد عندما يتأهب للقيام أو لإنجاز مهام معينة وما يتطلبه من جهد، ويمكن تغيير مقدار فعالية الذات تبعاً لصعوبة المواقف وطبيعتها، ويتضح مقدار فعالية الذات بصورة أكبر عندما تكون مُرتبة وفقاً لمستوى الصعوبة، ووفقاً للاختلاف بين الأفراد في توقعات الفعالية الذاتية. فهذا البعد يُشير إلى أن مقدار أو مستوى فعالية الذات ليس ثابتاً وإنما يتغير تبعاً لشروط معينة تتحدد من خلال طبيعة الموقف وما ينطوي عليه من اختلافات عن المواقف السابقة من حيث الصعوبة/ السهولة، كما يتحدد من خلال القدرة الذهنية للفرد والتي تُشير إلى تقديره للفرق بين ما يمتلكه من إمكانيات متاحة وبين مدى صعوبة الموقف.

7-2- العمومية

يشير هذا البعد إلى انتقال فعالية الذات من موقف ما إلى مواقف مشابهة، فالفرد يمكنه النجاح في أداء المهام مقارنة بنجاحه في أداء أعمال ومهام مشابهة، وأنها تختلف باختلاف عدد من المكونات مثل درجة تشابه الأنشطة والطرق التي نعبر بها عن الإمكانيات وعن القدرات السلوكية والمعرفية والوجدانية ومن خلال التفسيرات الوصفية المتصلة بالمواقف وخصائص الشخص المتعلقة بالسلوك الموجّه (منصور وزيا، 2015، ص. 29).

يتحدد بعد القوة في خبرة الفرد ومدى ملائمتها للمواقف، فالفرد الذي يمتلك توقعات مرتفعة يمكنه الإصرار والإجتهاد في العمل وبذل أقصى طاقاته لمواجهة الخبرات اللاحقة والمواقف الصعبة القادمة، كما أن الشعور بفعالية الذات يمكن الفرد من اختيار الأنشطة التي سينجزها بنجاح (قريشي وصوني، 2016، ص. 226).

إن المعتقدات الضعيفة عن الفعالية تجعل الفرد أكثر قابلية للتأثر بما يلاحظه ويتابعه، ولكن الأفراد مع قوة الاعتقاد بفعالية الذات في أنفسهم يثابرون في مواجهة الأداء الضعيف، ولهذا فمن الممكن أن يتعرض شخصان لنفس المرض (كأحد الإضطرابات القلبية مثلاً)، أحدهما أكثر قدرة على مواجهة الموقف وهذا تكون فعالية الذات لديه مرتفعة ويوظف إمكاناته لتجاوز المشكل والآخر لا يستطيع المواجهة لذلك تكون فعالية الذات لديه منخفضة، ففوق فعالية الذات تتحدد في ضوء خبرات الفرد السابقة ومدى ملائمتها للموقف.

- تأثير فعالية الذات على مختلف جوانب الإنسان

تعمل الفعالية الذاتية على التأثير على مختلف جوانب حياة الإنسان من خلال تأثيرها في أربع عمليات رئيسية (العمليات المعرفية، عمليات الدافعية، العمليات الإنفعالية وعمليات الاختيار)

- العمليات المعرفية

يرى باندورا أن الفرد من خلال قدرته على التفكير يستطيع التنبؤ بالأحداث ومعرفة العوامل المؤدية إلى وقوع هذه الأحداث، فكثير من الوضعيات في الأحداث اليومية تعتمد على الإستدلال من طرف الأشخاص لتقييم الأحداث وتنظيم السلوك الإنساني، وكل فشل في العمليات المعرفية الإستدلالية يضعف من فعالية الذات وهذا على عكس الأشخاص الذين لديهم مرونة في الشعور بفعالية الذات والذين يكونون أكثر إستعادة للشعور بالفعالية الذاتية في حالة الفشل.

- عمليات الدافعية

من خلال نتيجة تأثير الشعور بفعالية الذات على تنظيم وضبط السلوك فإنه يجب على الأفراد التمتع بقدر من الدافعية التي تسمح لهم بالوصول إلى نتائج مرغوبة. وكُلَّمَا تمتع الفرد بقدر عالي من فعالية الذات كلما كانت لديه دافعية كبيرة لتحقيق أهدافه، بمعنى أن فعالية الذات تزيد من دافعية الفرد للإنجاز من خلال المثابرة والعزيمة ووضع الأهداف وتعديل كمية الجهود للوصول إلى الأهداف المرجوة. وفي المقابل فإنّ الوضعيات التي ترافقها حالات الشك وعدم الثقة في القدرات، أي إحساس ضعيف

بفعالية الذات تجعل الأفراد لا يبذلون جهداً لرفع الصعوبات والتحديات التي تواجههم وبالتالي يحصلون على نتائج ضعيفة (Bandura, 1999, pp. 48-49).

– العمليات الإنفعالية

يمكن أن تواجه الأشخاص حالات ووضعية صعبة، ففي هذا الإطار فإن الإحساس بفعالية الذات يكون له تأثير على كمية الضغط والقلق والحالات الإنفعالية الأخرى، والأفراد الذين يحسون أنفسهم قادرين على مواجهة الوضعيات الصعبة لا يضطربون إنفعالياً، بينما نجد الأفراد الذين لا يتمتعون بفعالية ذات عالية يتأثرون بسهولة بحالات الضغط والقلق في الوضعيات الصعبة التي تواجههم، فالإحساس بفعالية الذات يسمح للفرد بتعديل الطريقة التي من خلالها يدرك ويعالج معرفياً وضعية ما على أنها مهددة.

– عمليات الاختيار

بإمكان الأفراد التأثير في حياتهم من خلال تعديلهم وضبطهم لبيئتهم، فالإحساس بفعالية الذات له دور في اختيار الفرد للبيئة التي يريد أن يتفاعل معها. فالأفراد الذين لديهم شكوك في قدراتهم لا يتفاعلون جيداً مع بيئتهم، وفي المقابل فإن الأفراد ذوي فعالية ذات مرتفعة تكون لديهم إختيارات كثيرة (قارة سعيد، 2015، ص ص. 47-48).

8- العلاقة بين فعالية الذات والحالة الصحية

لقد تحولت النظرة إلى كلِّ من الصحة والمرض في الآونة الأخيرة من النظرة الأحادية العضوية إلى النظرة التكاملية للنموذج الإدماجي الذي يفترض تفاعل مجموعة من العوامل لتشكيل حالة من الصحة أو المرض، وكنتيجة لهذا التوجّه بدأ الإهتمام بمتغيرات نفسية تحمل إما آثاراً إيجابية على الصحة أو أنها تحمل آثاراً سلبية، ومن بين هذه المتغيرات نجد الفعالية الذاتية.

فصحة الأشخاص تعتمد بشكل كبير عليهم هم أنفسهم، إذ أنّ الكثير من الناس يموتون بسبب عادات صحية سيئة ساهمت في تعرّضهم لاضطرابات صحية خطيرة كالإضطرابات القلبية على اختلاف أنواعها، أيّ بسبب سلوكيات غير صحية يمارسونها ويتعودون عليها مثل (التدخين، شرب الكحول، الغذاء غير الصحي وغيرها)، ولهذا يمكن اعتبار الفعالية الذاتية من العوامل ذات الأهمية البالغة في حماية الصحة والإرتقاء بها، وفي هذا الصدد يمكن الإشارة إلى وجود مستويين يظهر من خلالهما مدى تأثير الفعالية الذاتية على حالة الصحة، يتمثل المستوى الأول في المعتقدات التي يحملها الفرد حول فعالية إمكاناته وثقته في قدرته على مواجهة الضغوط الحياتية وهذا من شأنه تفعيل النّظام البيولوجي الذي يلعب

دور الوسيط بين الصحة والمرض، أما المستوى الثاني فيتعلق بممارسة التحكم المباشر في إمكانيات تغيير وتطوير السلوكيات الصحية الوقائية (Bandura, 1999, p. 26).

وفي هذا الشأن يعتقد باندورا (Bandura, 1988) أن للشعور بالفعالية الذاتية تأثيراً إيجابياً على الصحة وذلك لأنّ فعالية الذات تعمل على ضبط السلوك الصحي وتنظيمه، فهي توفر للفرد إحساساً عالياً بالقدرة على الإرتقاء بالصحة وترفع من مستوى دافعيته إلى المثابرة على النشاط السلوكي الذي يضمن الحفاظ على الصحة.

كما أنّ النجاح في تنفيذ السلوكيات الوقائية التي ترتقي بالصحة يرفع بدوره من مستوى الشعور بالفعالية الذاتية ويحقق للفرد حالة من التوافق والراحة الإنفعالية ويمنحه الإعتقاد مجدداً بقدرته على الضبط والتحكم. ولعل ذلك يظهر من خلال نتائج العديد من الدراسات التي اعتمدت على متغير الفعالية الذاتية في الإقلاع عن بعض السلوكيات غير الصحية كالتدخين (Gritz et al, 1992) وفي خفض الوزن (Weinberger et al, 1984) وفي إدارة المرض (Clark and Dodge, 1999) (الزروق، 2015، ص. 30).

وترتبط مشاعر فعالية الذات بتحسّن الحالة الصحية في مجال إعادة تأهيل المرضى، فقد لوحظ عند مرضى التصلّب اللويحي (Sclérose en plaques) أنّ المرضى الذين يتمتعون بقدر مرتفع من مشاعر فعالية الذات أظهروا أداءً أحسن على المستوى الوظيفي والعلاجي وكانوا أكثر تحمّساً لتحسين بعض الوظائف الفيزيولوجية والنفسية التي تؤثر بدورها على نوعية الحياة، وقد تم أيضاً رصد نسب ضئيلة من الإكتئاب عند هؤلاء المرضى الذين يتمتعون بفعالية الذات.

وقد تبين أيضاً عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق عدة مرات لاستبيان فعالية الذات عند مرضى التصلب اللويحي المقيمين بمراكز إستشفائية والخاضعين لعلاج مكثف نتيجة للنكسة وعدم نجاح الخطة العلاجية السابقة أن ارتفاع مشاعر فعالية الذات مرتبط ارتباطاً دالاً مع تحسن إدراك المرضى لقدرتهم على إمكانية المشي، وكذلك مع تحسن الحالة الجسمية والنفسية، وخلصت الدراسات إلى إمكانية تقدير مشاعر فعالية الذات وإدخال هذا العامل في البرامج العلاجية وإعادة تأهيل المرضى.

وفي دراسة تتبعية على مجموعة من المرضى المصابين بنوع من الروماتيزم بالنرويج على مدى سنتين لرصد مختلف مستويات فعالية الذات قبل التدخل ومع مختلف مراحل تغير الحالة الصحية، ارتبطت درجات فعالية الذات سلباً مع الألم وبالأعراض النفسية التي تظهر كنتيجة للمرض كالقلق والإكتئاب. ونفس النتائج تقريبا كان قد توصل إليها (بيكهام وآخرون، 1994) ووجدوا أنّ مستويات

ضعيفة من مشاعر فعالية الذات تصاحبها مشكلات نفسية معقدة وصعوبات على مستوى وظائف الجسم عند المرضى.

كل هذه الدراسات تبين مدارتباط فعالية الذات بالحالة الصحية، ويمكن تفسير ذلك عبر الميكانيزمات الفيزيولوجية الناتجة عن مشاعر التحكم الذي يدركه الفرد حين يثق في قدراته (بوريجي، 2016، ص ص. 173-174).

وفي دراسة أجريت من طرف (Lyszczynska and al, 2005) تمت ملاحظة أن الأفراد ذوي فعالية الذات مرتفعة ممن أجروا عملية جراحية على مستوى القلب قد استرجعوا عافيتهم بسرعة أكبر من غيرهم. أما دراسة (Sarkar and al, 2007) شملت (1024) مريض بالشريان التاجي، عند تقييم حالة القلب (فحص جهد القلب) ونوعية الحياة، الأعراض الإكتئابية والفعالية الذاتية، وبعد ضبط المثيرات المرتبطة بشدة المرض والأعراض الإكتئابية، إرتبطت الفعالية الذاتية لديهم بنوعية حياة أفضل ونشاط أفضل. وفي دراسة تتبعية من طرف نفس الباحثين على (1013) من هؤلاء المرضى لمدة أربع سنوات، وجدوا أن (124) منهم قد تعرضوا لأزمة قلبية خضعوا على إثرها لفترة إستشفاء بالمشفى و(235) منهم توفوا، وتوصل الباحثين إلى أن الفعالية الذاتية لم تكن عاملاً منبئاً بتكرار دخول المستشفى أو بالوفاة ولكنها كانت عامل منبئاً بزيادة شدة المرض القلبي (Schweitzer, 2014, p. 321).

تبين مما سبق أن معتقدات الفعالية الذاتية تلعب دوراً هاماً في الحالة الصحية للفرد، ويظهر هذا التأثير من خلال ارتفاع مستوى الثقة بالقدرات والإمكانات الذاتية مما يشجع الفرد على الإقدام على ممارسة سلوكيات صحية بالنسبة للأصحاء، كما يشجع المستوى المرتفع من الفعالية الذاتية المرضى على التغلب على وضعية المرض وعدم الاستسلام لليأس.

- خلاصة الفصل:

يعد مفهوم الفعالية الذاتية (Self efficacy) الذي وضعه باندورا (Bandura) من المفاهيم الأساسية في علم النفس الحديث وخاصة في علم النفس الصحي باعتباره متغيراً مهماً في التعلم وتعديل السلوك من خلال الأحكام التي يحملها الفرد فيما يتعلق بإمكاناته وفعالية أدائه في مواقف معينة، وقدرته على الإنجاز وتحقيق الأهداف المرغوبة. فهي تشكل دافعاً قوياً لتعديل السلوك، حيث يرى باندورا أن معتقدات الفرد عن فعاليته الذاتية تظهر من خلال الإدراك المعرفي للقدرات والكفايات الشخصية، ويمكنها أن تحدد المسار الذي يتبعه الفرد كإجراءات سلوكية. كما تعتبر الفعالية الذاتية من عوامل حماية الصحة والحفاظ عليها وهي أيضاً متغير مهم في التربية العلاجية والتأهيل العلاجي للمرضى، وخاصة لدى

المصابين بأمراض مزمنة وعلى رأسها الإضطرابات القلبية التي تترىع على عرش الأمراض غير السارية وأكثر العوامل المؤدية للوفاة حول العالم. حيث تلعب السلوكات غير الصحية والعادات السيئة دوراً أساسيا في نشأة هذه الأمراض، لذلك فإن بناء بعض برامج التكفل والرعاية القائمة على دور الفعالية الذاتية يمكن أن يؤدي إلى تعديل السلوكات الخطيرة على الصحة وتبني سلوكات صحية. كما أن مشاعر الفعالية الذاتية تمنح الفرد دافعاً قوياً لمواجهة الوضعيات الضاغطة والتغلب على الصعوبات بشكل عام.

الفصل الثالث

مصدر الضبط الصحي

تمهيد:

منذ ظهر مفهوم وجهة الضبط على يد جوليان روتر Julian Rotter 1966 والدراسات والبحوث تتوالى بشكا مكثف، وعلى مستوى موسع عبر العديد من المجالات والقطاعات مثل: المجال السيكولوجي، التربوي، الاقتصادي، الطبي... وبالمثل فإنّ المتغيرات التابعة التي ربطها الباحثون بمفهوم وجهة الضبط كانت هي الأخرى متنوعة ومتعددة، حيث شملت متغيرات مثل: النجاح المهني، النجاح الزواجي، الامتناع عن التدخين، الصحة العقلية، فعالية الذات وغيرها.

هذا التنوع والتعدد يُظهر إلى أيّ درجة يُمثّل مفهوم وجهة الضبط على الرغم من الجدل الكبير الذي دار حوله موضوعا له أهميته ومركزيته لفهم طبيعة السلوك الإنساني، ومدى عظمة وقدرة الإنسان على التكيف مع مختلف المواقف. إنّ مفهوم مركز التحكم يتطابق بدرجة كبيرة مع نموذج علم النفس الإيجابي، حيث أنّه يُؤكّد ويُحدّد بكل وضوح تلك المجالات التي يمكن للفرد أن يُمارس فيها نوعًا من التحكم والسيطرة على نموه وشعوره بحسن الحال، ويعترف بأنّ بعض المواقف أو الأحداث قد تكون خارج سيطرته (وربما لا يكون هناك فائدة من المحاربة من أجلها). هذه النظرة أيضا تشير إلى مدى أهمية الجوانب الذاتية في إدراكنا للتشابه والتعدد بين القوى الداخلية والخارجية التي تحدّد ما يحدث للإنسان، والتي قد تجعله يختار السلوك الذي يُساعده على المواجهة. ولذلك فإنّ أحد الأهداف التي تجعل الممارس (المتخصص) يركو بدرجة كبيرة على مفهوم مركز التحكم هو مساعدة الناس على اكتشاف وإملاك جوانب القوة لديهم، وبالتالي اختيار كل ما من شأنه أن يُساعد على تحقيق الصحة والسلامة النفسية.

وعلى الرغم من حجم الدراسات التي أُجريت على مفهوم وجهة الضبط فإنّه لا يوجد سوى اتفاق محدود حول نتائج هذه الدراسات، هذه الندرة في الاتفاق بين النتائج يمكن تفسيرها في ضوء التباين الكبير في الأدوات المستخدمة في دراسته، حيث يرجع هذا التباين بالدرجة الأولى إلى الاختلاف بين الباحثين والمنظرين في فهمهم لهذا المفهوم البنائي. لقد أثار مفهوم وجهة الضبط العديد من التساؤلات النظرية السيكومترية. لذلك فإنّ الهدف من هذا الفصل هو تلخيص ومراجعة الأدبيات تطوّر هذا المفهوم، واستعراض أهمّ القضايا الإمبريقية والمفاهيمية المرتبطة بهذا المفهوم، وأيضًا استعراض مجموعة متنوعة من الأدوات والأساليب التي استُخدمت لقياس الجوانب المختلفة لهذا المفهوم.

1- الخلفية النظرية لمفهوم مصدر الضبط

لقد ظهر مفهوم مصدر الضبط في ثنايا نظرية التعلم الإجتماعي لروتر، وقد بدأت هذه النظرية تأخذ شكلها الحالي في أواخر الأربعينات وبداية الخمسينات من القرن العشرين. وكأي نظرية أخرى لم تبرز متكاملة مرة واحدة بل نمت ببطء، أين قاد جوليان روتر تلامذته في الدراسات العليا لبحث واختبار فرضياتها المختلفة في جامعة أوهايو، وتُوّجت جهودهم في منتصف الخمسينات بصدر كتاب روتر بعنوان التعلم الإجتماعي وعلم النفس العيادي عام (1954). واستمر البحث حول جوانبها المختلفة بعد ذلك. وفي سنة (1966) ظهرت الصيغة النهائية لمفهومها الأكثر شهرة التوقعات المعجمة للضبط الداخلي- الخارجي للتعزيز، ثم تدعّمت هذه النظرية في بداية السبعينات (1972) بصدر كتاب روتر وآخرون بعنوان تطبيقات نظرية التعلم الإجتماعي في الشخصية.

ولتفسير الفروق بين الأفراد في إدراكهم للجهة المسؤولة عن نتائج أعمالهم طرح روتر مفهوم الضبط الداخلي في مقابل الضبط الخارجي، وهو متغير إدراكي يتوسط العلاقة بين التوقع والتعزيز، ويعني أن الأفراد يحملون معتقدات وتوقعات يحدّدون من خلالها الجهة التي يعزّون إليها نتائج الأحداث في حياتهم فيما إذا كانت تعتمد على سلوكهم أم على عوامل خارجية (Ian et Munafò, 2008, p. 107).

وينظر علماء النفس المهتمين بنظرية التعلّم الإجتماعي إلى مركز الضبط بوصفه متغيراً أساسياً من متغيرات الشخصية يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم في الأحداث والمواقف التي يخبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها.

فمصدر الضبط ينشأ من خلال موقف أو وضع تتفاعل فيه خصائص الفرد مع الحادث، حيث يقسم الأفراد تبعاً للدرجة التي يقبلون عندها المسؤولية الشخصية عن نواتج أو مترتبات هذا الموقف خلال طرفين متباعدين هما الضبط الداخلي والضبط الخارجي.

ورغم تأكيد روتر لأهمية قيم التعزيز، وتفرد التوقعات عبر مختلف المواقف، فإنه يشير أيضاً إلى تطوير الأفراد بشكل دائم لتوقعاتهم بتنوع المواقف والتي يُطلق عليها التوقعات المعجمة، وأحد هذه التوقعات المعجمة التي أشار إليها روتر هي الثقة بين الأشخاص، والتي يقصد بها درجة ثقة الفرد في الآخرين وفي عالمهم، فلدى مرتفعي الثقة في الآخرين توقع معمم يسمح لهم بالثقة في الحفاظ على عالمهم الخاص دون التخلي عن الآخرين. وفي مقابل الإهتمام الضئيل الذي لقيه هذا المفهوم، فقد لقي

توقع معمم آخر إهتماماً بحثياً أكبر وهو ما يعرف بمصدر الضبط (لورانس وبرافين، 2010، ص. 189).

فقد اقترح روتر اعتماداً على نظريته عن التعلم الإجتماعي أن احتمالات قيام فرد ما بأداء أو سلوك معين لإشباع حاجة ما يتوقف على توقعاته للحصول على تدعيم معين والقيمة التي يعزوها هذا التدعيم، كما أشار إلى أن هذا التوقع يعتمد كثيراً على اتجاهات الفرد نحو الموقف أكثر من حقيقة الموقف ذاته. هذا الإتجاه يتشكل عادة من خلال نظرة الفرد وإدراكه لمدى قدرته وتأثيره للوصول إلى النتائج للحصول على التعزيز المرغوب. ويمكن القول بأن هناك بعض الناس يعتقدون بأن لديهم القدرة للتأثير على الأحداث والظروف المحيطة بهم، في حين أن هناك آخرين يعتقدون أنه ليس لديهم قدرات أو إمكانيات للتأثير على الظروف المحيطة. وقد اقترح روتر فكرة وجهة الضبط على النحو الآتي: عندما يدرك الفرد أن التعزيز الذي تلقاه ليس نتيجة أدائه الشخصي فإن ذلك حسب اختلاف الثقافات يفسر على أنه نتيجة للحظ أو الصدفة أو قوة الآخرين..أو غيرها، أو أنه لا يمكن التنبؤ به أصلاً نظراً لشدة تعقد القوى المحيطة بالموقف، وعندما يفسر الفرد الموقف على هذا النحو فإننا نسمي ذلك الإعتقاد بمصدر الضبط الخارجي، أما عندما يدرك الفرد أن الأحداث هي نتيجة مباشرة لسلوكه أو لخصائصه الشخصية الثابتة، فإننا في هذه الحالة نسمي ذلك الإعتقاد بمصدر الضبط الداخلي (شين وسنايدر، 2013، ص. 256-257).

ويتم إكتساب مصدر الضبط عن طريق التعلم الإجتماعي، لاسيما تجارب النجاح والفشل وعن طريق ملاحظة سلوكيات الآخرين ونتائجها، فخلال مرحلة الطفولة مثلاً تكون العائلة هي المصدر الأساسي للتعزيز والنمذجة (Schweitzer, 2014, p. 292).

إذن ووفقاً لما سبق عرضه حول نشأة مفهوم مصدر الضبط يمكننا القول أنّ هذا المفهوم يُعتبر من أهم المفاهيم التي اقترحتها نظرية التعلم الإجتماعي لروتر (Rotter) والتي قامت بالبحث في سلوك الأفراد في المواقف الإجتماعية المختلفة، وقد قدمت هذه النظرية متغيرات أساسية تساهم في فهم أفضل للسلوكيات التي يتم تعلمها وتتمثل هذه المتغيرات في:

أ- الطاقة السلوكية

يعرف روتر نقلاً عن بينوا (Benoit,2006) الطاقة السلوكية بأنها إمكانية حدوث السلوك في موقف أو مواقف معينة بأي تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيزات، والطاقة السلوكية مفهوم نسبي حيث

يحسب الفرد إمكانية حدوث أي سلوك بالإرتباط مع بدائل أخرى متوفرة. فيقرّر على ضوء ذلك إن الجدوى من السلوك وكمية الجهد الذي يبذله للقيام به.

ب- التوقع

التوقع هو المكون الرئيسي لهذه النظرية، وهو التوقع بأن أنواعا معينة من السلوك سوف تؤدي إلى إشباعات أو أهداف لها قيمتها لدى الفرد، و يُعرّف التوقع بأنه الإحتمالية الموجودة لدى الفرد بأن تعزيزا معيناً سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في مواقف معينة، وبالتالي يحمل التعزيز هنا قيمة دافعة والتي يتوقع الفرد حصولها بعد قيامه بسلوك معين بالاعتماد على التصورات المعرفية التي يتبناها من خلال خبرات الحياة، أو ما يعرف بالمعتقدات (Benoit .D, 2006, p. 10). ومع تطور هذا التوقع، يتعلم الأفراد التمييز بين السلوكيات والنتائج، وتعميم هذه التوقعات للمستقبل. هذا التعميم للتوقع لضبط التعزيزات يحدد ويصوغ لاحقاً مصدر الضبط (April et al, 2012, p. 125).

ج- قيمة التعزيز

يعرفها روتر على أنها درجة تفضيل الفرد لحدوث تعزيز معين إذا كانت إمكانات الحدوث لهذه التعزيزات متساوية جميعاً، فيختار الفرد التعزيزات التي تحمل قيمة نفسية أو اجتماعية بالنسبة له. على سبيل المثال ينتج عن التصرف بطريقة عدوانية في مقابل التصرف بطريقة اعتمادية العديد من النواتج المحتملة، كل منها يرتبط بقيمة محددة للمعزز، ومن ثمة تظهر أهمية المعزز للتعلم والأداء. فضلاً عن ذلك تتشكل (محمد خالد، 2009، ص. 493).

د- الموقف السيكولوجي

هو تلك البيئة أو ذلك الموقف الذي يحفز الفرد أو يثيره لكي يتعلم كيف يمكن الوصول إلى أفضل التعزيزات في ظروف معينة (مرازقة، 2009، ص. 42).

2- تعريف مصدر الضبط

يعرف روتر (Rotter, 1966) نقلاً عن قارة سعيد (2015) مصدر الضبط في نظريته للتعلم الاجتماعي على أنه التعزيزات التي تمثل العلامات الأساسية لمواقف الفرد على المدى الطويل. ويضيف قارة سعيد تعريفاً آخر لروتر مفاده أنّ مصدر الضبط هو الدرجة التي يدرك من خلالها الفرد أن المكافأة أو التدعيم مضبوطة أو متحكم فيها إمّا بأفعاله وخصائصه الشخصية وإمّا بقوى خارجية، أو قد تكون مستقلة عن سلوكه، وبعبارة أخرى فإن مصدر الضبط هو مدى إدراك الفرد للعلاقة السببية بين سلوكه وبين ما يتبع هذا السلوك من مكافأة وتدعيم.

ثم عاد روتر (Rotter, 1990) وعرفه على أنه درجة توقع الأشخاص إما بأن التعزيز أو السلوك هو نتاج أفعالهم وتصرفاتهم أو خصائصهم الشخصية، أو هو توقع بأنه ناتج عن الحظ أو القدر والمصير، أو تحت تأثير أشخاص آخرين ذوي النفوذ، أو هو غير متنبأ به، وهو بهذا التعريف يكون قد طرح نموذجًا متعدد الأبعاد لمصدر الضبط.

وفي ذات الشأن يُقدّم فلورانس تعريفًا آخر لمفهوم مصدر الضبط على أنه اعتقاد يُكوّنه الفرد حول الأحداث الحياتية بأنها متحكم فيها إما بعوامل خارجية عن سيطرته مثل (الحظ، الصدفة، الأشخاص المحيطين..) أو أنها خاضعة لتحكمه هو وسيطرته (قدرات الفرد وإمكاناته وموارده الذاتية) (Florence.C, 2016, p. 50).

ومن جهته يعرفه ستروزر (Strauser, 2002) بأنه يشير إلى معتقدات الأفراد في قدراتهم على ضبط ومراقبة أحداث الحياة.

ويعرفه إيردوغان (Erdogan, 2003) بأنه يشمل فكرة بأن الأفراد خلال حياتهم يقومون بتحليل الأحداث والمواقف ويعتقدون أنها ناتجة عن سلوكياتهم، أو عن الحظ والقدر أو عن قوى خارجية. والتحليل الذي يقوم به الأفراد للمواقف إنما هو ناتج عن نظام من المعتقدات التي يتبناها الأفراد، والتي من خلالها يقدمون التفسيرات والآراء تجاه الناس والأحداث والذات.

ويعرفه كل من (بحري وشويعل، 2014) بأنه نسبة الشخص للإنجازات والنجاحات أو الفشل والإخفاق إما إلى قدراته وجهوده وما يتخذه من قرارات وإمّا نسبتها إلى عوامل خارجية كالصدفة والحظ والقدر.

أمّا ليفكورت (Lefcourt 1976) فقد عرّف مصدر الضبط على أنه توقع تعميم الضبط الداخلي في مقابل الضبط الخارجي للتعزيزات، كما يرجع مصدر الضبط إلى تعميم الفرد لتوقعاته الخاصة بالتحكم التابع للنتائج المحصل عليها

وتُضيف شويتزر (2014) تعريفًا آخر بأنه الاعتقاد المعمم بأن الأحداث والمواقف مرتبطة إما بعوامل داخلية (أفعال، مجهودات وإمكانات ذاتية) أو بعوامل خارجية (الحظ، الصدفة، ذوي النفوذ..) (Schweitzer, 2014, p. 192). وهنا نشير إلى فكرة التعميم والتي تعني أنّ الفرد يميل عادةً إلى إعطاء نفس التوجه التفسيري لكل أو معظم المواقف.

ما نلاحظه على التعريفات السابقة سواء تعريفات روتر أو تلامذته والباحثين المهتمين بمفهوم مصدر الضبط، أنها تتفق على فكرة واحدة وهي أنه عملية عقلية تتضمن إدراك أو اعتقاد يتبناه الفرد حول

مصدر نجاحاته، فإن اعتقد أنه هو المسؤول عن ذلك يوصف هذا الشخص بأنه من ذوي بمصدر الضبط الداخلي، وإن اعتقد بوجود قوى خارجة عن سيطرته مسؤولة عما يحدث (الآخرون ذوي النفوذ، الحظ، الصدفة) له يوصف ذلك الشخص بأنه من ذوي بمصدر ضبط خارجي. وسنحاول في العنصر الموالي التعرّض لسمات الأفراد من ذوي مصدر الضبط الداخلي، وسمات الأفراد من ذوي مصدر الضبط الخارجي.

3- سمات الأفراد في فئتي الضبط الداخلي والخارجي

عموما أصحاب الضبط الداخلي يعتقدون أنّ لديهم سيطرة أكبر على البيئة مقارنةً بأصحاب الضبط الخارجي، فمن المتوقع نتيجةً لذلك أن يظهروا دافعية أكبر للإنجاز، أمّا أصحاب الضبط الخارجي فيعتقدون أنّهم تحت رحمة الظروف وغير قادرين على السيطرة أو التحكم بالأحداث التي تمر بهم، لذلك فهم يعزّون الأخطاء إلى قوى ومؤثرات خارجة عن إرادتهم ويميلون إلى اختيار التحديات الأسهل ويستسلمون سريعا ويصبح لديهم إحساس بالعجز وعدم القدرة على تبادل العواطف مع الآخرين (بحري وشويعل، 2014، ص. 148).

وتشير العديد من الدراسات حسب كورني (Corné, 2009) إلى أن ذوي مصدر الضبط الداخلي أقل عرضة لاستجابة القلق في وضعيات الضّغط ويميلون لاستخدام إستراتيجيات مواجهة مركزة على حلّ المشكل ويعتمدون في ذلك على دافعتهم الناتجة عن إحساس القدرة على التحكم، بينما يقع ذوي مصدر الضبط الخارجي في القلق والميل لتبني استراتيجيات مركزة على الانفعال (Corné.E, 2009, p. 21). ويمكن تلخيص السمات الظاهرة لكل من أفراد فئتي الضبط الداخلي والخارجي على النحو الآتي:

أ- سمات الأفراد من فئة الضبط الداخلي

أشار روتر إلى أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي يميلون إلى:

- الثقة بالنفس والإتزان الإنفعالي والخلو من الأعراض العصابية والتوافق مع الذات والمجتمع.
- الطموح والمثابرة في سبيل تحقيق النجاح والإمتياز والتحمل من أجل الوصول إلى الهدف وتحقيق النجاح.
- الإعتقاد في أنّهم يستطيعون تحديد ما سوف يحدث لهم، وبالتالي فهم يستطيعون الهيمنة على قدراتهم ومصيرهم.
- هم أكثر دافعية ولديهم القدرة على الإستفادة من الفرص والمعلومات، بالإضافة إلى ذلك ترتبط الدافعية لديهم بعدد من المتغيرات كالضبط الذاتي والفاعلية في مواجهة المواقف.

- تركيز الإهتمام بشكل أكبر على تعزيزات المهارة في الأداء وعلى كفاءتهم الداخلية التي تحقق لهم الوصول إلى الأهداف المرجوة.

- لديهم مفاهيم إيجابية عن الذات مقارنةً بغيرهم.

- لديهم قدر أكبر من المهارات المهنية والكفاءة التدريبية (بلوم وحلاسة، 2016، ص. 336).

والفرد الذي يعتقد أنّ الحصول على التعزيز سواء كان سلبيا أو إيجابيا يرتبط بالقوى الداخلية، أي بذواتهم، فإنّ مؤشرات هذه القوى حسب روتر تتمثل في الذكاء أو المهارة، الجهد أو سمات الشخصية المميزة. ومؤشرات فئة الضبط الداخلي تجعل الفرد يحتفظ باعتقاد مؤداه أنّ مصادر النجاح أو الفشل تحركهما قوى داخلية ذاتية، ومن ثمة يُقبل على مواجهة المواقف الحياتية، ويكون ذلك دافعا قويا نحو الإنجاز في مجالات حياته لأنّه يُدرك أنّه بإمكانه الهيمنة والسيطرة على الأحداث وباستطاعته تغيير مجرياتها بيده (بن زاهي وبن الزين، 2012، ص. 28). كما يثق هؤلاء في قدرتهم على تحقيق أهدافهم وفي إمكانيتهم لإحداث التغيير (April et al, 2012, p. 124).

تشير العناصر السابقة في مجملها إلى فكرة اعتقاد الفرد في أنّه هو المسيطر ويمتلك زمام المبادرة بناءً على المصادر الذاتية التي يمتلكها والتي تُؤهله للتأثير في نتائج الأحداث، وهي تشكّل في حدّ ذاتها دافعا له للإقدام على الفعل وتبني السلوكيات التي يعتقد أنّها ستعود عليه بالنفع، وهذا يندكرنا بفكرة توقع التعزيز التي ناقشناها في موضع سابق.

ب- سمات الأفراد من فئة الضبط الخارجي:

بالمقابل يمكن جمع سمات الأفراد من ذوي مصدر الضبط الخارجي فيمايلي:

- إنخفاض درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم.

- هم أكثر ميلا لإلقاء مسؤولية وقوع الأحداث على عوامل خارج أنفسهم مثل (القدر والحظ والصدفة...).

- تنخفض لديهم درجة الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعالهم الخاصة فهم يرجعون الأحداث الإيجابية أو السلبية إلى ما دون الضبط الشخصي.

- تكون لهم سلبية عامة وقلة في الإنتاج والمشاركة. (عماد والطفيلي، 2015، ص. 30).

- هم أكثر قلقاً وإحساساً بالضغط وأقلّ حفاظاً على صحتهم من ذوي مصدر الضبط الداخلي (Craig A, 1989).

والفرد الذي يدرك أنّ ما يناله من عقاب أو ثواب مرتبط بالقوى الخارجية فإنّ مؤشرات هذا الاعتقاد تتمثل في كل من (الحظ، الصدفة، الآخرين، القضاء والقدر) وهذه المؤثرات تجعل الفرد يعتقد أنّ

مصادر النجاح والفشل تكمن خارج ذاته وهو بذلك يخضع في تسيير شؤونه للقوى الخارجية كونه لا يؤمن بأنه يملك الامكانية لإحداث التغيير (بن زاهي وبن الزين، 2012، ص. 28).

الملاحظ ممّا سبق أنّ العديد من الدّارسين لمفهوم مصدر الضبط الصحي ظهر في التصور العامّ وكأنّهم يسيرون في اتجاه التركيز على فكرة أنّ البعد الداخلي يؤثر إيجاباً على الصحة بينما يلعب البعد الخارجي دوراً سلبياً في التأثير على الصحة، وقد ظهر هذا التوجه مثلاً في دراسات كل من (Martin,1991. Dina,2015. Craig ,1989)، ودراسات (عليوة سمية، 2007. قارة سعيد، 2015. عيادي نادية، 2009)، بينما ظهر أنّ مصدر الضبط الخارجي له أثر إيجابي على استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الإجتماعية مثل دراسة (عزوز، 2009)، وعدم وجود أيّ فروق تُذكر بين الأبعاد الثلاثة لمصدر الضبط الصحي (بيزاري، ج، 2011). كما أنّ هناك حالات لا يكون فيها احتمال تدخل الفرد وتحكمه في الوضعية مُمكناً إلا بالإعتماد على من يُوصفون بذوي النفوذ مثل الأطباء والقائمين على الرعاية الصحيّة في حالة ضرورة طلب العلاج، والتقدّم بطلب إجراء فحص دوري...

فعلى الرغم من حجم الدراسات التي أُجريت على مفهوم مصدر الضبط فإنّه لا يوجد سوى اتّفاق محدود حول نتائج هذه الدّراسات، وهذه النُدرة في الاتّفاق بين النتائج يمكن تفسيرها في ضوء التباين الكبير في الأدوات المستخدمة في دراسته، كما قد يرجع هذا التباين بالدرجة الأولى إلى الاختلاف بين الباحثين والمنظرين في فهمهم لهذا المفهوم، وقد يكون للعامل الثقافي كلمته في هذا الاختلاف كذلك. من خلال هذا العرض يتضح لنا أنّ مفهوم مصدر الضبط تعرّض لسوء فهم كبير من قبل العديد من الدارسين والباحثين في هذا المجال بحيث يعتبرونه إمّا حالة إيجابية داخلية (بُعد داخلي) وإمّا حالة سلبية خارجية (بُعد خارجي)، وبسبب هذه النظرة فقد تصور البعض أنّ مفهوم التحكم الداخلي يعني أنه يرتبط بالضرورة بنتائج إيجابية، وأنّ التحكم الخارجي يرتبط بالضرورة بعواقب سلبية، إضافة إلى نظرة العديد من الباحثين لمفهوم مصدر الضبط على أنّه سمة ثابتة في الشخصية، وهذه الرؤية تؤدي إلى سوء تقدير للمفهوم وسوء تفسير النتائج. ويرى في هذا الشأن ماك كرو (MacCrew, 2001, p. 93) أنّه عندما يوصف مصدر الضبط بأنّه داخلي أو خارجي فهذا لا يعني أنّ شخصية الفرد إمّا داخلية فقط أو خارجية فقط، بل أنّ الأشخاص يتسمون بدرجات مختلفة من التوجّه نحو الضبط الداخلي أو الخارجي أو كليهما معاً.

والجدير بالذكر أنّ الملاحظ على مفهوم مصدر الضبط أنّه تطوّر تطوُّراً ملحوظاً في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من العلماء والباحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة، وقد توصلت

تلك البحوث والدراسات التي أجريت في هذا السياق إلى أنّ السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته، أو الأسباب المحتملة الكامنة وراء الحالة الصحية التي هو فيها، من خلال إرجاعها إلى عوامل داخلية تتعلق به شخصياً أو لعوامل خارجية عن تحكّمه مثل ذوي النفوذ (أطباء أو القائمين على الرعاية الصحية)، أو إلى الحظ والصدفة، وكلا البعدين لهما تأثير على توجه الفرد لتبني سلوكيات صحية أو إعراضه عنها. ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى بريارا وكينث والستون (1978) حيث قاموا بإعداد مقياس يقيس معتقدات الفرد حول مصدر صحته (مفتاح، 2010، ص. 151).

4- قياس مصدر الضبط

يعتبر التعريف الذي يقدمه الباحث لمفهوم مصدر الضبط الأساس في الأسلوب الذي سيستخدمه لقياس هذا المفهوم، وبناءً على ذلك سوف نقدم مجموعة من المقاييس أحادية البعد ومتعددة الأبعاد والتي صُمّمت لقياس مصدر الضبط في مجالات مختلفة.

- مقياس Rotter

والمعروف بمقياس مصدر الضبط الداخلي-الخارجي (IE). يُعتبر هذا المقياس المقدم في شكل استبيان هو الأكثر شيوعاً واستخداماً، وفي إحدى دراسات المراجعة للمفهوم عام (1991) أشار (Lefcourt) إلى أنّ 50% من الدراسات اعتمدت على مقياس روتر، هذا المقياس العام للمفهوم يشتمل على (23) بند، ويساعد على تقييم توقعات الأفراد لمصدر الضبط لديهم بصورة عامة من منظور أحادية البعد حيث أنّ كل بند يشتمل على عبارتين تصف إحداهما الضبط الخارجي والأخرى الضبط الداخلي (Lefcourt, 1991)، حيث يُطلب من الأفراد تحديد أيّ العبارتين يُمثّل نوعية أو أسلوبه في الضبط في مواقف مختلفة، كما يشتمل الاختبار على (6) بنود لا تقيس مصدر الضبط هدفها التمويه على الهدف من الاختبار، وأيضاً للحدّ من تأثير فكرة المرغوبة الاجتماعية عند اختيار الاستجابة. ويُعبّر عن درجة الفرد على هذا المقياس من خلال إعطاء درجة كليّة واحدة تعبّر عن مستوى الضبط الخارجي.

تمّ إعداد مقياس (IE) اعتماداً على مقياسين سابقين كان قد أعدّهما (James, 1957) و(Phares, 1966) وقد تضمّنت محاولة روتر الأولى لإعداد مقياس مصدر الضبط فكرة الاختبار المتعدد المقاييس الفرعية، والتي يمكن من خلالها تقدير توقعات الضبط المختلفة في علاقتها بالعديد من المجالات مثل: الأداء (السلوك، العاطفة، الاتجاهات الاجتماعية والسياسية) غير أنّ عمليات التحليل السيكومترية أدت إلى تخفيض عدد البنود التي يشملها المقياس (IE) من (100) إلى (23) بند، وخلال

إعداد المقياس فإنّ معاملات الارتباط التي تمّ الحصول عليها بين البنود من مختلف المجالات أدّت ب (Rotter) إلى أن يتخلّى عن فكرة إعداد مقياس لمصدر الضبط متعدد المجالات (Lange et Tiggemen, 2010).

وقد أكّدت تحليلات تحديد الثبات التي تمّت بواسطة روتر للمقياس درجة اتساق داخلي مقبولة وصلت إلى (0.70)، وفي تحليل آخر باستخدام إعادة التطبيق بعد شهر للمقياس على مجموعة فرعية مكونة من (60) تلميذ وصل معامل الثبات إلى (0.76) وكما وصل معامل الثبات بإعادة التطبيق بعد شهرين إلى (0.55) مع عينة عددها (177) تلميذ، وقد أظهرت علاقة الارتباط المنخفضة بين مقياس الضبط الداخلي والضبط الخارجي أنّ هناك درجة عالية من الاستقلالية بين العاملين. ومعنى هذا أنّ فردًا واحدًا قد يمتلك من المعتقدات المرتبطة بالضبط الداخلي وتلك المرتبطة بالضبط الخارجي بالنسبة إلى قضية محدد أو موقف معيّن، وعلى مرّ السنين فإنّ العديد من التحليلات العامليّة أُجريت على مقياس الضبط الداخلي-الخارجي (IE) أظهرت أنّه مقياس متعدد الأبعاد عكس ما اعتقده روتر (Zerega et al, 1976).

وعلى الرغم من أنّ مقياس (IE) تمّ إعداده منذ عقود من الزمن فإنّ الدراسات التي تمّت للتحقق من صدقه محدودة.

- مقاييس الضبط الداخلي-ذوي النفوذ، الصدفة أو الحظّ

يشتمل هذا المقياس على (24) بند، وقد أعدّه (Levenson) وهو يُعدّ من المقاييس التي تتعامل مع مصدر الضبط باعتباره مفهومًا متعدد الأبعاد، هذا المقياس المعدّ في ضوء نظريات التعلم الاجتماعي ساعد على تحليل ووضع بروفيل للمعتقدات السببيّة لسلوك الأفراد، وذلك من خلال التمييز بين خصائص ذوي الضبط الداخلي وأيضًا بإضافة نمطين آخرين من القوى الخارجية للضبط وهما الصدفة وذوي النفوذ، هذا المقياس يأخذ في اعتباره تأثير بعض العوامل الموقفية الخاصّة وأيضًا السياق الثقافي، لذلك فإنّ وجهة نظر ليفنسون عن مصدر الضبط لها بُعدان أحدهما موقعي والآخر عامّ.

كلّ من هذه المقاييس الفرعية يشتمل على ثمانية بنود متدرجة إلى سبع نقاط على مقياس ليكرت، وتشير الدرجة العالية على أحد المقاييس إلى أنّ المستجيب يرى أنّ مصدر الضبط له تأثير كبير على ما مرّ به من تجارب وخبرات، في حين أنّ الدرجة المنخفضة تشير إلى أنّه ينظر إلى مصدر الضبط باعتبار أنّ تأثيره ضعيف.

وعلى الرغم من أنّ بعض البنود أعيدت صياغتها بحيث تكون أكثر تحديدًا لكل بعد من أبعاد العزو الثلاثة، فإنّ البنود التي طوّرها ليفنسون استمدّها أساسًا من مقياس روتر، وكاستجابة للنقد الذي قدم لمقياس الضبط (الداخلي/الخارجي) لروتر، تمّ مراجعة بنود المقياس الحالي بحيث يمكن أن تكون أكثر تعبيرًا عن الفرد من أن تكون معبّرة عن معتقدات إيديولوجية أو مواقف ليست قابلة للتغيير أو التعديل، وقد اشتملت النسخة الأصلية من مقياس ليفنسون على (32) بند واختُصرت فيما بعد إلى (24) بند.

وقد أشار ليفنسون إلى أنّ درجة الاتساق الداخلي للمقياس باستخدام معادلة (Kr-20) كانت للبعد الأول (0.64)، وللبعد الثاني (0.77) والبعد الثالث (0.78) وذلك لعينة من التلاميذ بلغ عددها (152) تلميذ، أما بحساب الثبات على عينة من البالغين فجاءت أقلّ بدرجة ضعيفة. هذه النتائج المعبرة عن درجة معقولة من الثبات يمكن مقارنتها بما أظهرته نتائج تحديد الثبات على مقياس روتر التي تراوح معامل الثبات فيها بين (0.60) إلى (0.79) خلال فترة أسبوع، وتتراوح بين (0.66) إلى (0.73) خلال سبعة أسابيع، وقد دعمت بعض الدراسات وجود العوامل الثلاثة التي اقترحتها مُعدّ المقياس، رغم أنّ العلاقة بين بعض البنود والعوامل الثلاثة لم تكن بدرجة عالية كما كان متوقّعًا. وقد وصل معامل الارتباط بين المقياس ومقياس روتر إلى (-0.41 -0.25 -0.56) وذلك بالنسبة للمقاييس الفرعية (الضبط الداخلي، ذوي النفوذ، الحظ) على التوالي. وهي تعبّر عن صدق المقياس أيضًا.

- قياس مصدر الضبط في مجال العمل

أعدّ هذا المقياس سبيكتر، وهو يشتمل على (16) بند ترتبط بعدد من المصادر للضبط موجودة في بيئة العمل، ويجب الفرد على المقياس باختيار من متعدد وفق (6) درجات على مقياس ليكرت، نصف العبارات مصاغة بطريقة تعبّر عن الضبط الخارجي، والنصف الآخر يعبّر عن الضبط الداخلي وذلك للتخفيف من تأثير المرغوبية الاجتماعية. والدرجة القصوى التي يمكن أن يحصل عليها الفرد هي (96) علمًا أنّ الدرجة المرتفعة تعبّر عن الضبط الخارجي (Spector, 1988).

وكان المقياس الأصلي يشتمل على (49) بند تمّ اختصارها بناءً على التحليل العامل على عينة من التلاميذ وصلت إلى (149)، وإيضًا في ضوء معاملات الارتباط بين النتائج ومقياس المرغوبية الاجتماعية، وعلى الرغم من أنّ هذا المقياس (WLCS) يمكن اعتباره مقياس أحادي البعد لمصدر الضبط فإنّ نتائج بعض الدراسات أدت إلى التوصل إلى تحديد عاملين (داخلي/خارجي) وكانا على درجة ضعيفة من الاستقلالية، اعتمادًا على الدراسة، وقد تراوح معامل الارتباط ألفا بين (0.75 -0.85)،

وفي دراسة (Ln, Kao, Cooper et Spector, 2000) تم الحصول على نتائج وصلت إلى مستوى معتدل إلى عال من الاتساق الداخلي.

وفي دراسة أخرى لسبيكتور (1992) وصل معدل الاستقرار إلى مدة (6 شهور) لتطبيق المقياس إلى (0.70).

وقد تمت دراسة الصدق بالاتفاق Convergent لمقياس WLCS وذلك من خلال تحديد درجة الارتباط مع مقاييس أخرى لمصدر الضبط، أو المتغيرات ذات العلاقة في مجال العمل، كما تم الحصول على معاملات ارتباط مقبولة إلى حدّ ما (-0.38 - 0.54) مع مقياس (IE) ومع مقياس (IPC) (0.33).

- مقياس مصدر الضبط المهني

أعدّ هذا المقياس (فوربور وآخرون) اعتمادًا على تبني وجهة نظر متعددة الأبعاد خاصة لهذا المفهوم، صُمم هذا المقياس بناءً على تصميم هرمي يتضمّن خمسة مستويات متدرّجة في الرتبة منها (3) مستويات خارجية وهي (مدافع، معتمد، متأمّل) ومستويان داخليان هما (مسئول، مبادئ) ويشتمل المقياس على (90) بند، كل بند منها ينتمي إلى مستوى من المستويات الخمسة لمصدر الضبط، وتُعطى الاستجابات بناءً على مقياس متدرج من (4) نقاط تبدأ من (أرفض تمامًا إلى أوافق تمامًا).

هذا المقياس تمّ إعداده بهدف تحديد خمسة مستويات لمصدر الضبط في مجال المهنة، هذه المستويات تمّ تحديدها من خلال عملية تحليل المضمون لبعض المقابلات الشخصية مع عينة وصل عددها إلى (70) فردًا من الشباب، وهي ترتبط بمعتقداتهم عن بيئة العمل، متطلبات العمل وقد استخدمت فيما بعد كأساس لصياغة عدد من البنود الأساسية وصل عددها إلى (606) بند وفي خطوة لاحقة تم اختصار هذه البنود إلى (140) باستخدام تحليل البنود لعينة من (142) فرد، أما التحليل الثاني للبنود فقد تمّ إجراؤه بعد تطبيق المقياس بصورة مكثفة لعينة وصل عددها إلى (1100) وقد ساعد ذلك في الوصول بعدد فقرات المقياس إلى (90) بند.

وقد تمّ تحديد ثبات المقياس باستخدام الاتساق الداخلي، وقد تراوحت معاملات الارتباط ما بين معتدلة إلى عالية، وكان معامل ألفا الكلي هو (0.90).

وقد تمّ تحديد صدق المحتوى لمقياس (VLCS) بالاستعانة بمحكمين من المتخصصين الذين طُلب منهم أن يوضّحوا درجة العلاقة بين البند ومستواه، وبين البند والفكرة أو النمط الذي يقيسه، وقد

جاءت نتائج الاتفاق بين المحكمين مرضية بدرجة كبيرة. وقد دعمت فكرة تعددية أبعاد المقياس من خلال استخدام التحليل العاملي، وقد أظهرت النتائج أنّ هناك عوامل داخلية وأخرى خارجية. وأظهرت التحليلات العاملية المتتالية ظهور العوامل الخمسة المقترحة. وقد ظهر أيضاً أنّ المستوى المتوسط من الضبط الخارجي أقلّ استقلالية من العوامل الأخرى. وبلغت معاملات الارتباط بين العوامل الفرعية والدرجة الكلية لمقياس روتر (0.40) مما يشير إلى صدق المقياس.

5- مصدر الضبط الصحي

نظراً لأهمية مفهوم مصدر الضبط فقد تم تكييفه ودراسته في مجال الصحة الجسمية تحت تسمية مصدر الضبط الصحي (health locus of control)، والذي يشير إلى أنّ الأفراد يحملون معتقدات حول قدرتهم على التحكم في الأحداث المؤثرة في صحتهم (مصدر ضبط صحي داخلي) أو أنّهم لا يستطيعون التأثير فيها (مصدر ضبط صحي خارجي). وقد قام كل من والستون ووالستون بتطوير مقياس مصدر الضبط الصحي بحيث يضم بُعداً داخلياً (يعتقد الفرد أنّه هو من يتحكم في حالته الصحية وأنّه مسؤول عنها) وبعداً خارجياً ينقسم إلى قسمين (بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي، بحيث يعتقد الفرد أنّ صحته متعلقة بالخط، أو بعد ذوي النفوذ بحيث يعتقد الفرد أنّ أشخاصاً يتحكمون في حالته الصحية مثل الطبيب أو القائمين على الرعاية الصحية) (Ogden, 2004, pp. 20-21).

ويمكن تعريف مصدر الضبط الصحي بأنه درجة إعتقاد الأشخاص بأنّ صحتهم متحكم فيها عن طريق عوامل داخلية تتعلق بشخصية الفرد أو خارجية لا تخضع لإرادته، فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات أو التعابير مثل (أنا المسؤول المباشر فيما يتعلق بصحتي، أشخاص آخرون يلعبون دوراً كبيراً فيما يتعلق بصحتي) وغيرها من الأحاديث الذاتية (عزوز، 2011، ص. 27).

وتُضيف في نفس السياق نادية لعيايدي (2011) تعريفاً آخر مفاده أنّ مصدر ضبط الصحة هو درجة إعتقاد الفرد أنّ صحته متحكم فيها بواسطة عوامل داخلية أو أنّها مُتَحَكَّمٌ فيها بواسطة عوامل خارجية (لعيايدي، 2011، ص. 15).

كما يعرف والستون (Walston, 1982) مصدر الضبط الصحيّ بأنه إعتقادات الأفراد حول من أو ما هو العامل المحدد لحالتهم الصحية.

وهو نفس المعنى الذي ذهب إليه (قارة، 2015، ص. 29)، حينما عزّفه على أنّه درجة إحساس الفرد بأنّه متحكم في صحته أو أنّ صحّته متحكم فيها من طرف عوامل خارجية أخرى كالحظ أو القدر أو أشخاص آخرين.

يتضح من خلال التعريفات السابقة لمصدر الضبط الصحي أنّه لا يوجد في تعريفه إختلافا جوهريا عن تعريف مصدر الضبط الذي جاء به روتر، كما أنّه يُشير إلى نفس الأبعاد، غير أنّه ينطبق بشكل خاص على مجال الصحة والمرض وذلك لاعتماده على استخلاص اعتقادات الفرد وآرائه فيما يخص صحته ومرضه فقط وسلوكه تجاههما من حيث الحفاظ على الصحّة، تفسير المرض وطلب العلاج، وهذا ما يشير إلى المرونة التي يتمتع بها مفهوم مصدر الضبط من حيث قابليته على التطبيق في عدة مجالات دون الحاجة إلى إدخال تعديلات قد تخل بمعناه، ماعدا التعديلات المتعلقة بالمجال والتي تتضح من خلال بنود الاستبيانات المستخدمة في مجال الصحة مثلا، إذ تأخذ في عمومها طابع جمع معلومات خاصة بالحالة الصحية.

6- أبعاد مصدر الضبط الصحي

أشار جوليان روتر من خلال نظريّته أنّه ليس بالضرورة أن يكون السلوك محكوما بالتعزيز ولكن الناس لديهم القدرة على أن يروا أو يكتشفوا أو يتوصّلوا إلى علاقة سببية بين سلوكهم الخاص وبين ما يكتسبونه أو يحصلون عليه من تعزيز، وعليه فقد أقام روتر فكرته الأساسية عن مركز الضبط على الإفتراضات التالية:

- إن الأفراد يحاولون جاهدين تحقيق أهدافهم بسبب التعميم التوقعي القائم على أن محاولاتهم وجهودهم سوف تُكلّل بالنجاح.

- أن الأفراد يختلفون في إدراكهم وتفسيرهم للعلاقات السببية بين جهودهم الذاتية وبين النتائج المترتبة على ذلك.

وعليه يشير مصدر الضبط إلى مدركات الفرد للنتائج كجزء من عملية التحكم، حيث تعتبر مدركات الفرد المتصلة بذاته وما تتضمنه من أحكام تقييمية موجّهات أساسية لسلوكه وتكيفه وإلى أي درجة يدرك الفرد أن التعزيز مترتب على أفعاله.

وانطلاقا من ذلك يتضح أن بعض الأفراد يكون لديهم ميل إلى اعتبار التعزيزات تنجم عما هم عليه أو ما قاموا بفعله، بينما البعض الآخر يكون لديه ميل للنظر بأنّ هذه التعزيزات ترتبط بقوى خارجة عن إرادته (بادي، 2011، ص. 29).

وقد قدّم روتر في البداية بُعدين لمركز الضبط هما (الداخلي والخارجي)، ثم تعرض هذا العرض للانتقاد من طرف باحثين آخرين أمثال (pharse, levenson, spector) وذلك لعدم قابليته لقياس متغيرات أخرى بطريقة ملائمة. فقد رأى فارز مثلاً (pharse, 1976) بأنه لا بُدّ للباحثين أن يطوّروا مقاييس نوعية وخاصةً بمجال وموضوع الدراسة. ومن جهتها فقد طورت ليفنسون (levenson, 1973) مقياس روتر إلى مقياس مصدر الضبط الصحيّ ذو ثلاثة أبعاد هي البعد الداخلي - بُعد ذوي النفوذ - بُعد الحظ أو الصدفة، وقد أُدرجت فيه بُعدي الضبط لذوي النفوذ والحظ ضمن البعد الخارجي (قارة، 2015، ص. 28).

6-1- البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي

يُشير هذا البعد إلى درجة إعتقاد الفرد أن حالته الصحية تتأثر بسلوكه الخاص، فالفرد الذي يحرص إرتفاعاً في مصدر الضبط الداخلي له إحساس بالمسؤولية الذاتية على صحته، فيُجري أحاديث ذاتية مثل (بوسعي أن أتحمك في المحافظة على صحتي) (لعيادي، 2011، ص. 65).

مع الإشارة إلى أنّ الإحساس بامتلاك القدرة على التأثير على الأحداث وامتلاك درجة من التحكم يمنح الفرد دافعية أكبر لممارسة النشاطات الهادفة للحفاظ على صحته مثل ممارسة الرياضة والتغذية الصحية والمداومة على الفحص الدوري، لأنّ الفرد هنا يعتقد أن حالته الصحية متوقفة عليه هو وأنّ العوامل الخارجية لها تأثير ضئيل مقارنة بسلوكه الشخصي.

6-2- بعد ذوي النفوذ

ويرتبط بدرجة إعتقاد الفرد بأن صحته مُتحمكٌ فيها من طرف أشخاص آخرين مثل (العائلة، الأصدقاء، العاملين بالقطاع الصحي..).

6-3- بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي

يُشير بُعد الحظّ لمصدر الضبط الصحيّ إلى درجة إعتقاد الفرد بأن صحته متحكم فيها بواسطة الحظّ أو القضاء والقدر (عليوة، 2007، ص. 15).

وعلى الرّغم من هذا التّقسيم في عرض أبعاد مصدر الضبط الصحيّ الثلاثة إلا أنّ بُعدي (ذوي النفوذ والحظ) يندرجان تحت البعد الخارجي لمصدر الضبط، لكن في مقابل ذلك توجد مجموعة لا يمكن إغفالها من الأفراد يتوزعون في الوسط، ويعتقدون أنّ كلاً من العوامل الداخلية والخارجية لها تأثير على الأحداث، وبالتالي فهم لا ينتمون نهائياً وبشكل ثابت إلى أيّ من هذه الأبعاد الثلاثة.

7- مصدر الضبط والصحة:

يُحب الناس ذلك الشعور بامتلاكهم قدر من التحكم في الأحداث المتعلقة بهم، ويميلون إلى اتخاذ إجراءات عندما يعتقدون أنّ ما يفعلونه له تأثير مباشر على الأحداث. ويوجد طريقتين يمكن من خلالهما أن يرتبط مصدر الضبط بالصحة، الطريق الأول هو أنّ الأشخاص الذين يعتقدون في قدرتهم على التحكم في الأحداث يميلون لاتخاذ سلوكيات والقيام بنشاطات تساعدهم على الحفاظ على صحتهم، أمّا الطريق الثاني فإنّه في حالة التعرض للمرض فعليا فإنّ الأشخاص الذين يعتقدون في قدرتهم على التحكم هم أكثر إمتثالاً للعلاج وأكثر تكيفاً مع المرض من الأشخاص الذين يعتقدون أنّهم ليس لديهم القدرة على التحكم. وقد تمت دراسة هذه العلاقة في العديد من الأعمال والتي من أشهرها النموذج متعدد الأبعاد لمصدر الضبط الصحي الذي طوّره كل من والستون وزملائه (Walston, walston and Devellis 1978) بحيث قاموا بقياس إعتقاد الناس حول مصادر صحتهم من خلال مقياس متعدّد الأبعاد يضم (18) بند موزعة على ثلاثة أبعاد هي:

- البعد الداخلي، وينصّ على إعتقاد الفرد في أنّ صحته متعلقة به هو.

- بُعد ذوي النفوذ، وينصّ على إعتقاد الفرد أن صحته يتحكم فيها الآخريين (القائمين على الرعاية الصحية مثلا).

- بُعد الحظ، وينصّ على إعتقاد الفرد في أن صحته ومرضه هي مجرد حظ.

إذ يندرج بعدي (ذوي النفوذ والحظ) تحت بعد واحد وهو البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي والذي أظهرت العديد من الدراسات أن هذه الفئة من الناس أكثر ميلا لممارسة عادات سيئة وسلوكيات مُضرة بالصحة وهم أكثر عرضة للمرض وأقل توجهها لممارسة نشاطات في سبيل الحفاظ على الصحة وترقيتها مقارنة بالأشخاص ذوي مصدر الضبط الداخلي. وبالمقابل فقد بيّنت دراسة لديفنز وآخرين (Devins et al 1981) على عينة من مرضى السرطان أنّ المرضى الذين تحصلوا على درجات عالية على بعد الضبط الداخلي وكذا على درجات مرتفعة على بُعد ذوي النفوذ كانوا أقلّ عرضة للإستجابة الإكتئابية والقلق في مواجهة مرضهم مقارنة بمن تحصلوا على درجات مرتفعة على بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي (Timothy et al, 2011, pp. 89-90).

وفي نفس السّياق أثبتت دراسات أخرى أيضا أن الحالة الصحية لذوي مصدر الضبط الداخلي عموما أحسن من ذوي مصدر الضبط الخارجي، ففي دراسة في البيئة الألمانية من طرف Sturmer et al (2006) شملت عينة كبيرة من النساء بلغت (5114) امرأة ما بين (40-65 سنة) في حالة صحية

جيدة تمّت متابعتهمّ لمدة ثماني سنوات أظهرت أنّ النساء ذوات مصدر الضبط الداخلي يتمتعن بصحة أفضل من ذوات مصدر الضبط الخارجي. كما بينت دراسات أخرى أنّ للبعد الداخلي تأثيرات وقائية مثل دراسة (جيراند وستيفنسون 2006, Gillirand et Stevenson) ودراسة تشامبر لاين وكينتار (Chamberlain et Quintard, 2001) على مرضى السكري، ودراسات كاتز وزملائه Katz et al (2002) حول مرضى الربو. ويظهر أنّ ذوي مصدر الضبط الداخلي يكونون أقلّ توتراً في مواجهة المرض المزمن مقارنةً بذوي الضبط الخارجي.

ويمكن تفسير الأثر النفعي لمصدر الضبط الداخلي على الصحة بأنّ هؤلاء الأفراد يبادرون إلى تبني سلوكيات صحية وقائية (ممارسة الرياضة بشكل منتظم، عدم التدخين، الأكل المتوازن) ولديهم إمتثال علاجي أفضل.

وبالنسبة للأبعاد الثلاثة لمصدر الضبط فإنّ البعد الداخلي يرتبط بصحة جسمية أفضل وطريقة حياة أكثر صحة، وهو عكس مصدر الضبط الخارجي (ذوي النفوذ) وخاصة بعد الحظ. لأنّ الإعتقاد في الحظ والصدفة يقود إلى عدم ممارسة سلوكيات وقائية. وفي هذا الشأن بيّنت دراسة لنيكولسن وآخرين (Nicholson et al 2007) على عينة تعاني من الصداع النصفي أنّ ذوي مصدر الضبط الخارجي يبذلون مجهودات أقلّ لإدارة الألم وإمتثالاً علاجياً أقلّ من ذوي مصدر الضبط الداخلي.

ومن جهة أخرى فقد أشارت شويتزر (Schweitzer,2014) أنّه يمكن القول أنّ بعد ذوي النفوذ لمصدر الضبط الصحي له آثار غير مرغوبة على الصحة النفسية والجسمية إلاّ أنّه قد يرتبط أحياناً بمُتغيّرات أخرى تجعله الأكثر فعالية، فمثلاً المرضى الذين تمّ تشخيصهم على أنّهم مصابين بالسرطان يعتقدون أنّ مرضهم يتحكم فيه الأطباء، هذا الإعتقاد قد يساعد لاحقاً في إمتثال هؤلاء بالعلاج (Schweitzer, 2014, pp. 299-300).

وفي دراسة لـ (Seeman and Seeman 1983) حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والميل إلى تنفيذ ممارسات وقائية ذات صلة بالرعاية الصحية الأولية أظهرت النتائج أنّ الأشخاص ذوي مصدر الضبط الخارجي هم أقلّ استعداداً لتنفيذ سلوكيات صحية وقائية مثل مراجعة الطبيب، وإجراء الفحوص الطبية، واتباع القواعد الصحية التي يوصي بها الطبيب وأقلّ تفاؤلاً فيما يخص نجاح العلاج ويعتقدون أنّهم أقلّ صحّةً مقارنةً بذوي مصدر الضبط الداخلي (بادي، 2011، ص ص. 48-49).

وفيما يخص التكيف مع المرض المزمن فقد بينت الدراسة التي قام بها ماركس وآخرون Marks & al (1986) بأنّ المرضى الذين لديهم مشاعر التحكم في ما يحدث لهم حققوا أعلى مستويات التوافق

والتكيف، وكانت معاناتهم من حالات الإكتئاب أقل نسبياً من ذوي مصدر الضبط الخارجي. ومن جهتها بينت الدراسة التي أجراها والتسون ووالستون (Walston and Walston,1978) حول علاقة مصدر الضبط بسلوك التدخين عند عينة من الطلاب أعمارهم أقل من (28 سنة) أنّ الطلاب الذين لا يدخنون والذين لديهم ممارسات صحية سليمة هم من فئة مصدر الضبط الداخلي كما أنّهم ينجحون في ضبط وزنهم مقارنة بالطلاب ذوي مصدر الضبط الخارجي (مفتاح، 2010، ص ص. 153-154).

مما سبق يظهر أنّ مصدر الضبط الصحي وحسب ما تشير إليه الكثير من الدراسات له أثر كبير على الحالة الصحية للفرد من حيث أنّه يحدد بدرجة ما مدى اعتقاد الفرد في جدوى ما يقوم به من سلوك وما يتّخذه من إجراءات تهدف للحفاظ على صحته، وذلك بناءً على الخبرات السابقة، وطريقته في تفسير المواقف التي يتعرّض لها حسب أسلوبه في عزو الأسباب التي تكون وراءها، وفي هذا الشأن ووفقاً لكارمن (Karmen et al,1978) نقلاً عن (الزروق، 2015، ص. 14) فإنّ نموذج نظريّة العزو (Théorie de l'attribution)، يُشير إلى أنّ الناس إن كانوا يميلون إلى تفسير وعزو المواقف السلبية التي يتعرضون إليها إلى أسباب داخلية وأنها أسباب ثابتة وتتأثر بها مجمل المواقف في حياتهم فإنّ هذا التفكير السلبي يرفع من مستوى شعورهم بالعجز والتشاؤم، وعلى المستوى الجسدي الصحي فإنّ تأثير التفكير السلبي المصحوب بالانفعالات السلبية يؤثر على وظيفة الجهاز المناعي ويقلل من قدرته على حماية الجسم من الأمراض.

خلاصة الفصل:

من خلال هذا العرض لمفهوم مصدر الضبط يظهر أنّ له أهمية كبيرة في مجال الصحة نظراً لأنّه يشير إلى المعتقدات التي يتبناها الشخص حول مصادر صحته ومرضه، وتمنحه فكرة ليختار السلوك الذي يساعده على المواجهة، ولذلك فإنّ أحد الأهداف التي تجعل الممارس في علم النفس الصحي يركز على مفهوم مصدر الضبط الصحي هو مساعدة الناس على اكتشاف وامتلاك جوانب القوة لديهم، وبالتالي إختيار ما من شأنه أن يساعد على تحقيق الصحة والسلامة. وبالرغم من كثرة الدراسات التي تمت حول هذا المفهوم إلا أنّها لم تنزع الكثير من اللبس الذي يعتري بعض الجوانب المتعلقة بالمفهوم مثل صعوبة تقدير ما إذا كانت الدرجة العالية على البعد الداخلي تُعبّر أو لا تعبر عن صعوبات في التكيف، والميل العام لاعتبار مصدر الضبط الداخلي خاصية إيجابية مقارنة بالخاصية السلبية التي يحملها البعد الخارجي، ففي حين تشير الدرجة العالية على البعد الداخلي إلى اعتقاد الفرد بأنّ لديه القدرة على التحكم في الأحداث فإنّه قد تكون الحقيقة أنّ هذا الفرد غير قادر على إدراك فشله وليس أنّه لديه

قدرة على مواجهة الفشل، ونفس الشيء بالنسبة للبعد الخارجي والذي قد يكون خاصية إيجابية في المواقف التي تكون فعلاً خارجة عن قدرة الفرد على التحكم، وحول ما إذا كان مصدر الضبط سمة ثابتة في الشخصية أو أنه يتغير حسب المواقف وغيرها من الإشكالات التي لازالت لم تلقى إتفاقاً واضحاً عليها بين الباحثين المهتمين بمفهوم مصدر الضبط.

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

1- الدراسة الاستطلاعية

الغرض من الدراسة الاستطلاعية هو القيام ببحث مصغر في الميدان، إذ تساعدنا على الدراية بمجتمع الدراسة، إمكانية الحصول على العينة، وفي التحقق من أدوات الدراسة، وصياغة الفرضيات والتعرف على الميدان ومختلف العوائق التي يمكن أن تعترض الباحث أثناء قيامه بالدراسة الأساسية وبالتالي الاستعداد لها أو حلها قبل الشروع في الدراسة.

أهداف الدراسة الاستطلاعية

التقرب من الميدان.

تحديد خصائص العينة (عينة المرضى عينة الأصحاء).

استكشاف العراقيل المحتملة.

التأكد من مقروئية المقاييس.

التحقق من الخصائص السيكمترية للأدوات.

حدود الدراسة الاستطلاعية

الحدود الزمانية: تم إجراء الدراسة الاستطلاعية في مدة 3 أشهر، وذلك ابتداءً من شهر مارس 2021 إلى شهر ماي 2021، وقد تم ذلك على مرحلتين بحيث في المرحلة الأولى قمنا بعرض الأدوات على العينة استطلاعية، ثم في المرحلة الثانية تم إعادة عرض الأدوات على نفس الأفراد في أماكن تواجدهم بغرض إعادة التطبيق لدراسة الخصائص السيكمترية للأدوات.

الحدود المكانية: تمت الدراسة الاستطلاعية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالبلدية ومستشفى فارس يحيى بالقلعة.

الحدود البشرية: شملت العينة الاستطلاعية عدد (41) فرد من بينهم (21) أصحاء من موظفي شبه الطبي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالبلدية من الجنسين و(20) من المرضى المزمين المتواجدين في حالة استشفاء بكل من مستشفى فارس يحيى بالقلعة ومستشفى فرانتز فانون بالبلدية.

2- العينة الاستطلاعية

تكمن أهمية العينة الاستطلاعية في كونها تُكسب الباحث خبرة مسبقة حول موضوع بحثه وتجربة الأدوات التي سيستخدمها في الدراسة الأساسية للوقوف على جوانب الصعوبة من أجل البدء في الدراسة الأساسية بقدر أكبر من السلاسة، لذلك وبهدف التحقق من أدوات الدراسة من حيث مقروئيتها

وخصائصها السيكمترية، تم تطبيقها على عينة استطلاعية من الأصحاء والمرضى المزمنين، مكونة من (41) أصحاء ومرضى مزمنين من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 20 و 50 سنة، تمّ تحديدهم بشكل عشوائي من موظفي شبه طبي في القطاع الصحي بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الأمراض العقلية بالبلدية بالنسبة للأصحاء ومن المصابين بأمراض مزمنة متواجدين في حالة استشفاء بكل من مستشفى فارس يحيى بالقلية ومستشفى فرانتز فانون بالبلدية.

وقد تمثّلت شروط اختيار أفراد العينة الاستطلاعية من الأصحاء فيما يلي:

- أن يكون ذو مستوى تعليمي يسمح له بقراءة البنود وفهماها.
- ألا يكون مصاب بأحد الأمراض المزمنة.
- ألا يتجاوز عمره 70 سنة لتفادي الاضطرابات المعرفية العصبية التي يمكن أن يتزامن بداية ظهورها مع اقتراب سن الشيخوخة.

أما المرضى المزمنين فيُشترط فيهم إضافة للشروط السابقة في عينة الأصحاء أن يكون مصاب بأحد الأمراض المزمنة المشخصة طبياً.

تمّ عرض الأدوات على أفراد العينة مع مقابلة لمدة ربع ساعة في المتوسط من أجل شرح الهدف من الدراسة، وطريقة الاستجابة والحرص على الإجابة على كل البنود، مع التأكيد على السرية، والتأكد من قدرتهم على قراءة البنود وفهماها وهذا من أجل جمع المعطيات حول ظروف التطبيق والصعوبات المحتملة التي يمكن مواجهتها أثناء تطبيق الدراسة الأساسية.

وفيما يلي سنقوم بعرض خصائص أفراد العينة الاستطلاعية من الأصحاء.

من حيث الجنس

جدول 01: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية من حيث الجنس

الجنس	العدد	النسبة
ذكور	08	38.09%
إناث	13	61.91%
المجموع	21	100%

يظهر من خلال الجدول أنّ عدد الإناث أكثر من الذكور حيث بلغت نسبتهنّ 61.91%، في حين بلغت نسبة الذكور 38.09%.

من حيث الفئة العمرية

جدول 02: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية من حيث الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	النسبة
19-29 سنة	04	19.04%
30-40 سنة	12	57.15%
41-50 سنة	05	23.81%
المجموع	21	100%

نلاحظ من خلال الجدول أنّ الفئة العمرية ما بين 30 إلى 40 سنة هي الأكثر تمثيلاً من بين أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية الأصحاء بنسبة تقدر بـ 57.15%، في حين أنّ الفئة العمرية ما بين 19 إلى 29 سنة هي الأقل تمثيلاً حيث لم تتعدى نسبتها 19.04%.

تمّ عرض الأدوات على أفراد العينة مع مقابلة لمدة ربع ساعة في المتوسط من أجل شرح الهدف من الدراسة، وطريقة الاستجابة والحرص على الإجابة على كل البنود، مع التأكيد على السرية، والتأكد من قدرتهم على قراءة البنود وفهمها وهذا من أجل جمع المعطيات حول ظروف التطبيق والصعوبات المحتملة التي يمكن مواجهتها أثناء تطبيق الدراسة الأساسية.

وفيما يلي سنقوم بعرض خصائص أفراد العينة الاستطلاعية من المرضى المزمنين.

من حيث الجنس

جدول 03: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية من حيث الجنس

الجنس	العدد	النسبة
ذكور	15	75%
إناث	05	25%
المجموع	20	100%

يظهر من خلال الجدول أنّ عدد الذكور أكثر من عدد الإناث حيث بلغت نسبتهم 75%، في حين بلغت نسبة الإناث 25%.

من حيث الفئة العمرية

جدول 04: خصائص أفراد العينة الاستطلاعية من حيث الفئة العمرية

الفئة العمرية	العدد	النسبة
19-29 سنة	02	10%
30-40 سنة	07	35%
41-50 سنة	11	55%
المجموع	20	100%

نلاحظ من خلال الجدول أنّ الفئة العمرية ما بين 41 إلى 50 سنة هي الأكثر تمثيلاً من بين أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية من المرضى المزمنين بنسبة تقدر بـ 55%، في حين أنّ الفئة العمرية ما بين 19 إلى 29 سنة هي الأقل تمثيلاً حيث لم تتعدى نسبتها 10%.

3- أدوات جمع البيانات

اعتمدنا في الدراسة الحالية على الأدوات التالية (مقياس الفعالية الذاتية، مصدر الضبط الصحي، إدراك الضغط والصحة العامة. الدراسة) وقد قمنا خلال الدراسة الاستطلاعية بالتحقق من خصائصها السيكومترية بعد أن قمنا بترجمتها من النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية. بعد الترجمة قمنا بعرض النسخ المترجمة مع النسخة الأصلية على مجموعة من الأساتذة والأخصائيين في مجال الصحة من مختلف الجامعات بهدف التأكد من سلامة الترجمة من الناحية اللغوية وملائمتها لغرض الدراسة. وتتمثل هذه الأدوات في:

- استبيان البيانات العامة ويحتوي على البيانات الشخصية العامة لأفراد العينة الاستطلاعية.

- مقياس إدراك الضغط لـ (Levenstein, 1993) Stress perceived scale.

- مقياس الفعالية الذاتية (Sherer et Maddox, 1982) Self-efficacy scale.

- استبيان مصدر الضبط الصحي (Waltson and Waltson, 1978) Health locus of control scale.

- مقياس الصحة العامة (Goldberg, 1972) General health questionnaire.

عملية التحقق من الخصائص السيكومترية مرت بمرحلتين، إذ استهدف في المرحلة الأولى عينة استطلاعية قدرها 41 فرد من الجنسين، ثم في المرحلة الثانية تم إعادة تطبيق المقاييس على أفراد العينة بفارق شهر إلى شهر ونصف.

بالنسبة لمقياس الصحة العامة تم تطبيقه على عينة المرضى المزمنين المقيمين بكل من مستشفى فارس يحيى بالقلعة، مستشفى فرانتز فانون بالبليدة، وهذا بهدف دراسة الصدق التمييزي لهذا المقياس بمقارنته مع مجموعة متجانسة من الأصحاء.

وكخلاصة للدراسة الاستطلاعية فإنه تم القيام ببعض التعديلات على الفرضيات الرئيسية للدراسة. كما أعيدت صياغة بعض بدائل الإجابات بسبب صعوبة فهمها من طرف أفراد العينة الاستطلاعية، وهي بدائل مقياس فعالية الذات (1- أرفض تماما = لا أبداً، 2- أرفض دون حماس = نادراً، 3- أوافق دون حماس = غالباً، 4- أوافق تماماً = دائماً).

3-1- الخصائص السيكومترية السابقة للأدوات:

3-1-1-3 مقياس إدراك الضغط (Levenstein, 1993)

بلغ معامل الصدق التلازمي بمقارنته مع مقاييس أخرى لإدراك الضغط وأظهر ارتباط قوي مع سمة القلق قدر بـ 0.75، ومع مقياس إدراك الضغط لـ 0.73 cohen، وبلغ معامل الاتساق الداخلي 0.90، وقُدِّر الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بفاصل زمني قدره 8 أيام (0.82 Levenstein, 1993).

وفي الجزائر بلغ معامل الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق في دراسة فاضلي (2011) 0.51.

3-1-2-3 مقياس الفعالية الذاتية (Sherer et Maddox, 1982)

يظهر من خلال الدراسات أن مقياس الفعالية الذاتية لديه صدق وثبات جيدين وبإمكانه التنبؤ، فقد تراوح الاتساق الداخلي بين 0.42 و0.66، أما الصدق التمييزي مع مقياس آخر يقيس الفعالية الذاتية وهو استبيان توقع الكفاءة الذاتية العامة فقد بلغ 0.70. أما الثبات بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق فقد بلغ 0.88، وبلغ معامل ألفا كرونباخ 0.80، وبطريقة التجزئة النصفية بلغ 0.87 (بوريجي، 2016، ص. 223).

3-1-3- استبيان مصدر الضبط الصحي (Waltson and Waltson, 1978)

بلغ معامل ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية 0.81، وبلغ معامل ألفا كرونباخ 0.85، أما الصدق فقد بلغ بطريقة الصدق الذاتي 0.90، في حين بلغت القيمة التائية المحسوبة للصدق بالمقارنة الطرفية 3.28 وهي أكبر من القيمة المجدولة التي بلغت 2.70 (نوار وحشاني، 2020، ص. 381).

3-1-4- مقياس الصحة العامة (Goldberg, 1972)

لقد أثبت هذا الاستبيان خصائص سيكومترية جيدة فقد كانت نتائج التطبيق وإعادة التطبيق ما بين 0.73 و0.80، واتساق البنود 0.91. وللاستبيان تماسك داخلي مرتفع يتراوح ما بين 0.78 و0.93، وأظهر التطبيق وإعادة التطبيق في دراسة أخرى بعد فاصل زمني قدر بـ 3 أشهر (Langevin et al, 2011, p. 678)

أما في البيئة العربية فقد درس عبد العزيز موسى ثابت 2005 بفلسطين الخصائص السيكومترية للأداة باستخدام معامل ألفا كرونباخ لحساب الاتساق الداخلي وقد بلغ 0.93، وبطريقة التجزئة النصفية 0.85.

وفي الجزائر توصلت دراسة بوريحي (2016) إلى أن الأداة تتمتع بخصائص سيكومترية جيدة حيث تراوح الاتساق الداخلي بين 0.58 و0.90، أما الصدق التمييزي من خلال تطبيقه على عينة من المرضى وعينة من الأصحاء فقد بلغت القيمة التائية المحسوبة 2.09 وهي أكبر من القيمة التائية المجدولة 1.76 مما يعني أن الاستبيان حقق الصدق التمييزي. كما تبين من خلال التحليل العاملي أن البنود تمثل محاورها. وبالنسبة للثبات فقد بلغ معامل ألفا كرونباخ 0.83، وبطريقة التجزئة النصفية 0.87.

3-2- التحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات:

تم الإعتماد في هذه الدراسة على كل من مقياس الفعالية الذاتية، مقياس إدراك الضغط، استبيان مصدر الضبط الصحي واستبيان الصحة العامة (GHQ-28). وسيتم التعريف بكل هذه المقاييس وخصائصها السيكومترية كالتالي:

3-2-1- مقياس الفعالية الذاتية

صمم مقياس الفعالية الذاتية أول مرة الباحثين (Sheirer, M. et Madox, 1982)، لتقييم المستوى العام لتوقعات واعتقادات الأفراد حول قدراتهم وكفاءاتهم وفعاليتهم الذاتية دون ارتباطها بوضعيات أو سلوكيات خاصة، ويفترض هذا المقياس أن التوقعات الفردية هي المحدد الأساسي للتغير السلوكي،

كما أن الفروق الفردية في التجارب الماضية والإنتساب تجاه النجاح تؤدي إلى الفروق في المستويات العامة لتوقعات الفعالية الذاتية. وهناك عدّة نُسخ لمقياس الفعالية الذاتية، من بينها النسخة الحالية.

- **التطبيق وطريقة التنقيط وتفسير النتائج:** يتكون مقياس فعالية الذات من (17) عبارة تهدف لقياس إدراك فعالية الذات، وتتنوع العبارات إلى بنود مباشرة وبنود غير مباشرة. تضم البنود المباشرة العبارات رقم (1،3،8،9،13،15) أما البنود غير المباشرة فتشمل العبارات رقم (4،2،5،6،7،10،11،14،16،17)، تنقط البنود وفق (4) درجات من (1 إلى 4) كالتالي (1) أبداً، (2) أحياناً، (3) غالباً، (4) دائماً، هذا بالنسبة للبنود المباشرة، أما البنود غير المباشرة فيكون التنقيط عليها من (1 إلى 4) كالتالي (1) دائماً، (2) غالباً، (3) أحياناً، (4) أبداً.

تتراوح الدرجة الكلية للمقياس ما بين (17) درجة كحد أدنى إلى (68) درجة كحد أقصى، وتعد الدرجة (43) الوسيط الذي يفصل بين مرتفعي ومنخفضي فعالية الذات.

تستغرق الإجابة على جميع بنود الأداة من (3دقائق) إلى (7دقائق) كحد أقصى.

- **خصائصه السيكومترية:** قمنا بالتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس كما يلي:

الصدق

صدق المحكمين:

تم عرض الاستبيان الحالي على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الصحة والصحة العمومية يتقنون لغة أجنبية (الإنجليزية) إضافة إلى اللغة العربية.

يهدف هذا الإجراء إلى التأكد من سلامة الترجمة، وكذا التأكد من صلاحية البنود وتمثيلها

لأبعادها. وقد كانت ردود المحكمين تؤكد سلامة الترجمة وتمثيل البنود لأبعادها.

طريقة الإتساق الداخلي: تم حساب صدق الإتساق الداخلي، بحيث تم حساب إرتباط البنود بالدرجة الكلية

للمقياس عن طريق معامل ارتباط بيرسون، وكانت النتائج كمايلي.

جدول 05: ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس

البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	البند	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.42	0.01	10	0.51	0.01
2	0.45	0.01	11	0.56	0.01
3	0.47	0.01	12	0.44	0.01

0.01	0.45	13		0.01	0.44	4
0.01	0.53	14		0.01	0.68	5
0.01	0.56	15		0.01	0.46	6
0.01	0.56	16		0.01	0.52	7
0.01	0.48	17		0.01	0.33	8
				0.01	0.36	9

من خلال الجدول يتضح أنّ جميع البنود ترتبط ارتباط دالّ إحصائياً، وبالتالي يُحقّق المقياس اتّساق داخلي جيّد للبنود.

الصدق التلازمي: وتمّ ذلك بتطبيق استبيان آخر يقيس الفعالية الذاتية هو استبيان توقّع الكفاءة الذاتية العامة، على نفس العينة الاستطلاعية ثمّ حساب معامل الارتباط بيرسون بين الأداتين، وكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول 06: ارتباط مقياس الفعالية الذاتية بمقياس توقّع الكفاءة الذاتية العامة

الارتباط	(QAEP-G)	(SES)
مقياس الفعالية الذاتية (SES)	,708	1
مقياس توقّع الكفاءة الذاتية العامة (QAEP-G)	1	,708

من خلال الجدول نلاحظ أنّ هناك ارتباط موجب دالّ إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 بين مقياس الفعالية الذاتية ومقياس توقّع الكفاءة الذاتية العامة.

الثبات

طريقة التطبيق وإعادة التطبيق: تمّ تقدير ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية وهذا بفارق زمني قدره شهر بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتمّ تقديره باستعمال معامل الارتباط بيرسون وكانت النتيجة (0.81) وهي نتيجة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01).

طريقة ألفا كرونباخ: تمّ التحقق من الثبات باستعمال معامل ألفا كرونباخ على العينة الاستطلاعية فأظهرت النتيجة أن معامل الثبات هذا بلغ (0.83)، وهو ما يُشير إلى معامل ثبات جيد.

طريقة التجزئة النصفية: تم الاعتماد أيضا لتقدير الثبات طريقة التجزئة النصفية على العينة الاستطلاعية وقد بلغ معامل الارتباط (0.76) وعند تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون بلغ الثبات (0.89).

يتمتع مقياس الفعالية الذاتية بخصائص سيكومترية جيدة، وتستغرق الإجابة على كل بنود المقياس حوالي 7 دقائق، إلا أنها تبقى أداة تقرير ذاتي أي أنها تخضع لمدى موضوعية الشخص في التعبير عن حقيقة مدركاته ومشاعره.

3-2-2- إستبيان مصدر الضبط الصحي

تمّ في هذه الدراسة استخدام استبيان مصدر الضبط الصحي لـ (Waltson 1978) ويقيس هذا الإستبيان ثلاثة أبعاد لمصدر الضبط الصحي وهي (البعد الداخلي، البعد الخارجي لذوي النفوذ، بعد الحظ). كلّ بعد يحتوي على (6) بنود، وبذلك فإنّ عدد بنود الإستبيان هي (18) بند، لكلّ منها (5) خيارات هي:

موافق تماماً، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماماً.

- طريقة التصحيح

تُعطى الدرجات التالية على كل خيار:

- موافق تماماً: 5.

- موافق: 4.

- غير متأكد: 3.

- غير موافق: 2.

- غير موافق تماماً: 1.

الخصائص السيكومترية: قمنا بالتحقق من الخصائص السيكومترية للأداة كمايلي:

الصدق

صدق المحكمين:

تم عرض الاستبيان الحالي على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الصحة والصحة العمومية يتقنون لغة أجنبية (الإنجليزية) إضافة إلى اللغة العربية.

يهدف هذا الإجراء إلى التأكد من سلامة الترجمة، وكذا التأكد من صلاحية البنود وتمثيلها لأبعادها. وقد كانت ردود المحكمين تؤكد سلامة الترجمة وتمثيل البنود لأبعادها.

طريقة الاتساق الداخلي: تم تقدير الصّدق من خلال صدق الإتساق الداخلي، وذلك بحساب معاملات الإرتباط بين بنود كل بعد والدرجة الكلية التي تنتمي إليها، فكانت النتائج كمايلي:

- البُعد الداخلي: تراوحت معاملات الإرتباط بين (0.41) و(0،663) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0،01) و(0،05)، وهذا يعني أن البعد الداخلي لاستبيان مصدر الضبط الصحي يتمتع بصدق المحتوى.

جدول 07: ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه

البند17	البند13	البند12	البند8	البند6	البند1	البُعد الداخلي
0.52	0.66	0.41	0.48	0.44	0.59	معامل الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة

- بُعد ذوي النفوذ: تراوحت معاملات الارتباط من (0.38) إلى (0،72)، وهي دالة عند مستوى الدلالة (0،01) و(0،05) باستثناء البند الرابع، وبالنظر لمعاملات الارتباط فإنّ البعد يتمتع بصدق المحتوى.

جدول 08: ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه

البند18	البند14	البند10	البند7	البند5	البند3	بُعد ذوي النفوذ
0.38	0.72	0.58	0.61	0.55	0.70	معامل الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة

- بُعد الحظ: تراوحت معاملات الإرتباط من (0،49) و(0.77) وهي دالة عند مستوى الدلالة (0،01) و(0،05) باستثناء البند الثاني، وبالنظر إلى معاملات الإرتباط ودالاتها نستنتج أنّ بعد الحظّ يتمتع بالصدق الداخلي.

جدول 09: ارتباط البنود مع البعد الذي تنتمي إليه

البند16	البند15	البند11	البند9	البند4	البند2	بُعد الحظ
0.66	0.59	0.77	0.52	0.62	0.49	معامل الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	مستوى الدلالة

من خلال معاملات الارتباط بين كلّ بند والدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه فإنّ هناك اتساق داخلي بين بنود الاستبيان وأبعاده.

الثبات

طريقة التطبيق وإعادة التطبيق: تم تقدير ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على أفراد العينة الاستطلاعية بعد شهر من التطبيق الأول وتم تقديره باستعمال معامل الارتباط بيرسون وكانت النتيجة حسب الأبعاد كالتالي:

جدول 10: الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق

أبعاد المقياس	ارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق	مستوى الدلالة
البعد الداخلي	0.88	0.01
بُعد ذوي النفوذ	0.94	0.01
بُعد الحظ	0.89	0.01

من خلال الجدول يتضح أن الأداة تحقق ثبات جيد من خلال ارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق حسب الأبعاد وهذا لأن كل بعد يعتبر كمقياس مستقل عن الآخر.

طريقة ألفا كرونباخ: بحيث تم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد من الأبعاد الثلاثة وتوصلت النتائج إلى أن معامل ثبات البعد الداخلي بلغ (0.85)، ومعامل ثبات بُعد ذوي النفوذ بلغ (0.72)، أما معامل ثبات بُعد الحظ فقد بلغ (0.76).

جدول 11: الثبات حسب معامل ألفا كرومباخ

معامل الثبات	البعد الداخلي	بعد ذوي النفوذ	بعد الحظ
	0.85	0.72	0.76

إذاً ومن خلال قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد نلاحظ أن جميع الأبعاد المقياس تتمتع بالثبات.

3-2-3- استبيان إدراك الضغط:

صمم من طرف "Levenstein (1993) وآخرون" لقياس مؤشر إدراك الضغط (Perceived stress index) ويشتمل الاستبيان على 30 عبارة تتوزع وفق نوعين من البنود، المباشرة وغير المباشرة، تضم البنود المباشرة 22 عبارة منها عبارات رقم 2-3-4-5-6-8-9-11-12-14-15-16-18-19-20-22-23-24-26-27-28-30 وتتقط هذه العبارات من 1 إلى 4 من اليمين إلى اليسار وتدل على وجود مؤشر إدراك ضغط مرتفع عندما يجيب المفحوص بالقبول إتجاه الموقف، بينما تشمل البنود غير المباشرة 8 عبارات منها رقم 1-7-10-13-17-21-25-29 وتتقط هذه البنود بصفة معكوسة من 4 إلى 1 من اليمين إلى اليسار.

-طريقة التصحيح: تنتقط بنود هذا الإختبار وفق 4 درجات من 1 إلى 4 كمايلي:

1-تقريباً أبدا.

2-أحياناً.

3-كثيراً.

4-عادةً

ويتغير التتقيط حسب نوع البنود مباشرة أو غير مباشرة.

الخصائص السيكومترية: قمنا بالتحقق من الخصائص السيكومترية للأداة كمايلي:

الصدق:

صدق المحكمين:

تم عرض الاستبيان الحالي على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الصحة والصحة العمومية يتقنون لغة أجنبية (الإنجليزية) إضافة إلى اللغة العربية.

يهدف هذا الإجراء إلى التأكد من سلامة الترجمة، وكذا التأكد من صلاحية البنود وتمثيلها

لأبعادها. وقد كانت ردود المحكمين تؤكد سلامة الترجمة وتمثيل البنود لأبعادها.

طريقة الصدق التلازمي: لقد تم التحقق من الصدق بإستخدام الصدق التلازمي الذي يركز على مقارنة

مقياس إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط فأظهر وجود إرتباط يقدر بـ 0.67 مع مقياس إدراك

الضغط لـ Cohen.

طريقة التجانس الداخلي للبنود

اسفرت طريقة التجانس الداخلي للبنود عن ارتباط جميع البنود بالدرجة الكلية للمقياس نوضّحه فيما يلي:

جدول 12: ارتباط البنود بالدرجة الكلية للمقياس

البند	درجة الارتباط	مستوى الدلالة	البند	درجة الارتباط	مستوى الدلالة
1	0,71	0.01	17	0,60	0.01
3	0,60	0.01	18	0,62	0.01
4	0,63	0.01	19	0,65	0.01
5	0,54	0.01	20	0,56	0.01
6	0,57	0.01	21	0,55	0.01

0.01	0,43	22		0.01	0,43	7
0.01	0,76	23		0.01	0,76	8
0.01	0,64	24		0.01	0,64	9
0.01	0,66	25		0.01	0,66	10
0.01	0,65	26		0.01	0,65	11
0.01	0,62	27		0.01	0,62	12
0.01	0,62	28		0.01	0,62	13
0.01	0,65	29		0.01	0,65	14
0.01	0,66	30		0.01	0,66	15
				0.01	0,65	16

من خلال الجدول يتبين أن جميع البنود ترتبط مع الدرجة الكلية للمقياس وهذا يعني أنه يحقق صدقاً مقبولاً.

طريقة التطبيق وإعادة التطبيق: تم تقدير ثبات المقياس بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق على العينة الاستطلاعية وهذا بفارق زمني قدره شهر بين التطبيق الأول والتطبيق الثاني، وتم تقديره باستعمال معامل الارتباط بيرسون وكانت النتيجة تقدر بـ 0.81 وهي نتيجة دالة احصائياً عند مستوى الدلالة 0.01

جدول 13: الثبات من خلال التطبيق وإعادة التطبيق

الأداة	الارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق	مستوى الدلالة
استبيان إدراك الضغط	0.81	0.01

من خلال الجدول يتضح أن الأداة تحقق ثبات جيد من خلال ارتباط بين التطبيق وإعادة التطبيق مما يعني أن الأداة مقبولة.

طريقة ألفا كرونباخ: تم حساب معامل ثبات ألفا كرونباخ لاستبيان ادراك الضغط وكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول 14: الثبات حساب معامل ألفا كرومباخ

الأداة	عدد البنود	ألفا كرومباخ
استبيان إدراك الضغط	30	0.92

من خلال الجدول نلاحظ أنّ قيمة معامل ثبات ألفا كرونباخ بلغت 0.92 ممّا يُشير إلى أنّ الأداة تتمتع بثبات جيّد.

طريقة التجزئة النصفية: تم الاعتماد أيضا لتقدير الثبات طريقة التجزئة النصفية على العينة الاستطلاعية تقدر بـ 41 مبحوث، وقد بلغ معامل الارتباط (0.77).

3-2-4- أستبيان الصحة العامّة 28- General Health Questionner

صُمم استبيان الصحة العامّة (GHQ-28) لأوّل مرّة من قِبَل (Goldberg, 1972). ويهدف للكشف عن الاضطرابات السيكاترية ولكنه يقدر أيضاً الصحة العامّة والمشكلات النفسيّة المرتبطة بالصحة أو المصاحبة للإصابات العضويّة المزمنة والحادة، كما أنّ هذه الأداة حسّاسة للمؤشرات النفسيّة والإعاشيّة التي تُدلّ على وجود أو احتمال خطر الإصابة بالمرض. طريقة التصحيح وتفسير النتائج:

الاستبيان عبارة عن تقييم ذاتي يتعلّق بشعور الفرد حول حالته الصحيّة في الأسابيع القليلة الماضية، ويُمكن أن يُملأ دون حضور المختصّ، ويشمل 28 بند تتوزّع على أربعة محاور:

- المحور الأوّل يشمل البنود 1-2-3-4-5-6-7، وقيس الأعراض الجسميّة العضويّة والإعاشيّة.
- المحور الثّاني يشمل البنود 8-9-10-11-12-13-14، وقيس كُلاً من القلق واضطرابات النّوم.
- المحور الثّالث ويشمل البنود 15-16-17-18-19-20-21، وقيس الصّعوبات الاجتماعيّة الناتجة عن ظهور المرض والتي لم يكن يُعاني منها من قبل.
- المحور الرّابع يشمل البنود 22-23-24-25-26-27-28، وقيس الاستجابة الاكثابيّة الحادة. ولكُلّ منها بدائل مُحتَملة يختار منها المفحوص واحداً حسب ما يشعر به في الأسابيع القليلة الماضية. يُنقّط الاستبيان وفق 4 درجات على سُلّم ليكرت Likert من (0) إلى (3) كالآتي:

(0) لا أبدا.

(1) ليس كالمعتاد.

(2) أكثر قليلاً من المعتاد.

(3) أكثر من المعتاد.

تتراوح الدّرجة الكليّة على المقياس بين (0) الافتراضي والذي يدلّ على حالة التّوازن الصحيّ الجيّد، و(84) التي تدلّ على وجود اعتلال أو خلل صحيّ. وتُعتبر الدّرجة (29) الحدّ الفاصل بين وجود وعدم وجود اعتلال صحيّ.

كما يمكن حساب نتيجة كل محور على حدة باعتباره بعد من أبعاد المقياس، ويُنقَط بنفس طريقة تنقيط الاستبيان ككل. وتتراوح الدرجة بين (0) الافتراضي الذي يدل على حالة توازن صحي جيد و (21) التي تدل على وجود أو احتمال وجود خلل صحي، وتُعتبر الدرجة (8) الحد الفاصل بين وجود وعدم وجود تلازم مرضي أو اعتلال صحي.

تمت ترجمة الاستبيان إلى اللغة العربية من النسخة الأصلية باللغة الإنجليزية، بحيث تم اعتماد طريقة الترجمة والتّرجمة العكسيّة. وقد أثبت هذا الاستبيان خصائص سيكومترية جيدة في العديد من الدراسات، واعتمدت عليه منظمة الصحة العالمية في جمع البيانات في الحالات الوبائية أو لرصد عوامل الخطر النفسية الاجتماعية، وطُبق في 15 بلد وكانت نتائج التطبيق وإعادة التطبيق تتراوح بين 0.73 و0.82، واتساق البنود عن طريق ألفا كرونباخ 0.91 (Langevin et al, 2011, p. 678).

وللاستبيان تماسك داخلي جيد يتراوح بين 0.78 و0.95 وأظهر التطبيق وإعادة التطبيق بفواصل زمني قدره شهر وجود معامل ثبات قوي قدره 0.9، وتبين أن للمقياس تماسك داخلي ومعامل ثبات مرتفع في معظم الدراسات، وفي دراسات أخرى قدر ثبات المقياس عن طريق التطبيق وإعادة التطبيق 0.78 واتساق البنود عن طريق ألفا كرونباخ تراوح بين 0.90 و 0.95 (Sterling., 2011, p. 259).

الخصائص السيكومترية: قمنا بالتأكد من الخصائص السيكومترية للاستبيان على البيئة الجزائرية كمايلي:
الصدق:

صدق المحكمين:

تم عرض الاستبيان الحالي على مجموعة من المختصين في مجال علم النفس الصحة والصحة العمومية يتقنون لغة أجنبية (الإنجليزية) إضافة إلى اللغة العربية. يهدف هذا الإجراء إلى التأكد من سلامة الترجمة، وكذا التأكد من صلاحية البنود وتمثيلها لأبعادها. وقد كانت ردود المحكمين تؤكد سلامة الترجمة وتمثيل البنود لأبعادها.

الاتساق الداخلي:

يُقصد بالاتساق الداخلي مدى ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للاستبيان، أو بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، ومن أجل ذلك طُبّق الاستبيان في الدراسة الاستطلاعية على أفراد العينة، بحيث تم حساب ارتباط البنود بمحاورها الأربعة التي تنتمي إليها فكانت النتائج كما يوضحها الجدول التالي:

جدول 15: ارتباط البنود بالدرجة الكلية لمحورها من خلال العينة الاستطلاعية

المحور الأول		المحور الثاني		المحور الثالث		المحور الرابع	
البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط	البنود	معامل الارتباط
1	0.58	8	0.59	15	0.71	22	0.67
2	0.33	9	0.75	16	0.47	23	0.65
3	0.41	10	0.70	17	0.64	24	0.79
4	0.54	11	0.61	18	0.66	25	0.89
5	0.62	12	0.69	19	0.51	26	0.68
6	0.67	13	0.60	20	0.74	27	0.49
7	0.70	14	0.65	21	0.60	28	0.84

من خلال الجدول نلاحظ أنّ جميع البنود ترتبط بمحاورها التي تنتمي إليها ارتباطاً دالاً إحصائياً

عند مستوى الدلالة 0.01.

الصدق المحكّي:

يُشير الصدق المحكّي إلى مقارنة الباحث لنتائج أدواته مع نتائج أداة أخرى تقيس نفس الخاصية

للتحقّق من أنّ الأداة تقيس فعلاً ما وُضعت لقياسه وذلك على نفس العينة بحساب معامل الارتباط.

وقد تلازمت في الدراسة الاستطلاعية الحالية نتائج استبيان الصحة العامة مع نتائج سلم الحالة

الصحية، وجاءت نتائج الارتباط كما يوضحها الجدول التالي:

جدول 16: ارتباط نتائج مقياس الصحة العامة مع مقياس سلم الحالة الصحية

الارتباط	درجة الارتباط	مستوى الدلالة
نتائج استبيان الصحة العامة	-,479	0.01
نتائج سلم الحالة الصحية		

من خلال النتائج نلاحظ أنّ هناك ارتباط سالب دالّ إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01 بين

الدرجة الكلية لاستبيان الصحة العامة ودرجة سلم الحالة الصحية، مما يُشير إلى أنّه كلما زادت درجات

الحالة الصحيّة يقابلها انخفاض في درجات المشكلات الصحية.

أمّا الثّبات فقد تمّ التحقّق منه بطريقتين: **طريقة ألفا كرونباخ**: استخدمنا معامل ألفا كرونباخ للحصول للحصول على ثبات الاستبيان على العينة الاستطلاعية، وقد أظهرت النتائج معامل ثبات بلغ 0.81 وبالتالي فإنّ الاستبيان يتمتّع بثبات جيّد.

جدول 17: الثبات حساب معامل الفا كرومباخ

الأداة	عدد البنود	الفا كرومباخ
استبيان الصحة العامة GHQ-28	28	0.81

إذاً ومن خلال قيم معاملات ثبات ألفا كرونباخ لكل بعد نلاحظ أنّ جميع أبعاد المقياس تتمتع بالثبات.

طريقة التجزئة النصفية: تمّ أيضاً التحقّق من الثبات باستخدام طريقة التجزئة النصفية على العينة الاستطلاعية، بحيث بلغ معامل الارتباط 0.78 وعند تصحيحه بمعادلة سبيرمان براون بلغ الثّبات 0.88 وهذا ما يُؤكّد أيضاً ثبات الاستبيان.

تتمتع هذه الأداة بصدق وثبات عاليين، وبفضل سهولة تطبيقها وفهم محتواها من قبل المفحوصين من مختلف المستويات التعليمية، يستغرق الإجابة عن كل بنود الاستبيان من 5 إلى 10 دقائق، كما أنّه عابر للثقافات، كما أنّه حساس فقط للاضطرابات العابرة، وهو غير قادر على الكشف عن أعراض ثابتة ودائمة، خاصة إذا كان الشخص يمرّ بمرحلة من التوازن الجسدي والانفعالي.

4- الدراسة الأساسية:

بعد استكمال إجراءات الدراسة الاستطلاعية التي ساعدت الباحث في استطلاع الميدان والوقوف على مدى جاهزية الأدوات وأماكن الحصول على العينة وشروط اختيارها، قمنا بالشروع في الدراسة الأساسية والتي تزامنت مع فترة الوباء ومخافة انتقال العدوى لذلك التزمنا بالإجراءات الوقائية والتعليمات الطبية لتجنّب تعريض أفراد العينة لخطر العدوى وكذا حماية الذات.

4-1- منهج الدراسة

لا تخلُ أي دراسة من الاعتماد على منهج من أجل القيام بها وفق قواعد وأسس علمية، ولقد اعتمدنا في دراستنا هذه على المنهج الوصفي، الذي يعتبر بأنه من أكثر المناهج استخداماً في الدراسات والبحوث النفسية التي تهدف إلى جمع بيانات موضوعية حول الظاهرة المدروسة، ودراسة العلاقات بين

المتغيرات تتطلب استخدام المنهج الوصفي، الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع و يهتم بوصفها وصفا دقيقا. (عباس وآخرون، 2007، ص. 75).

ومثلما يهدف البحث الحالي لدراسة دور متغيرات الشخصية الحامية للصحة في توسط العلاقة بين إدراك الضغوط والصحة العامة، يهدف أيضًا لدراسة الفروق بين عيّنتين ولتحقيق هذا الهدف يعتمد الباحث على المنهج الوصفي الارتباطي والمقارن لفحص مدى دلالة الفروق ما بين عيّنتين إحداهما تمثل فئة الأصحاء والأخرى تمثل فئة المرضى المزمنين في متغيرات الدراسة.

حدود الدراسة:

الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الحالية بكل من مستشفى فرانتز فانون بالبليدة ومستشفى فارس يحيى بالقلية.

الحدود الزمانية: تمت الدراسة الأساسية على مدار (05) أشهر، في الفترة الممتدة من شهر جويلية 2021 إلى غاية شهر نوفمبر 2021.

الحدود البشرية: شملت الدراسة (200) فرد من الجنسين، من بينهم (128) فرد مصابين بأمراض مزمنة متواجدين في حالة استشفاء بكل من مستشفى فرانتز فانون بالبليدة ومستشفى فارس يحيى بالقلية، و(72) فرد من الأصحاء اخترناهم من بين الموظّفين في السلك الطبي وشبه الطبي بنفس المؤسساتين الاستشفائيتين.

4-2- مجتمع الدراسة:

هو مجموعة العناصر ذات الخصائص المشتركة المميزة والتي يجري عليها البحث (موريس أنجرس، 2008، ص. 298). وقد يكون المجتمع الإحصائي محدودًا أو غير محدود من حيث الحجم (بوعلاق، 2009، ص. 15).

والمجتمع الإحصائي في الدراسة الحالية غير معروف من حيث الحجم بالدقة اللازمة بسبب عدم امتلاك الديوان الوطني للإحصاءات أرقام دقيقة لعدد المرضى المصابين بأمراض مزمنة في الجزائر، لكون عدد كبير من المرضى غير مُصرّحين وبالتالي لا يمكن أيضًا تحديد عدد الأفراد الأصحاء في المجتمع.

4-3- العينة:

تتكوّن عيّنة الدّراسة الحاليّة من مجموعتين، المجموعة الأولى هي عيّنة من الأصحاء والمجموعة الثانية هي عيّنة من المرضى. ويعتمد الباحث في اختيار أفراد عينة البحث الحالي على أسلوب العينة المقصودة نظراً لأنّ البحث يستهدف أفراد يُعانون من ضغوط نفسيّة مختلفة. على أن يتمّ تنويع أماكن جمع أفراد هذه المجموعة بهدف الحصول على أفراد من الجنسين، من مستويات تعليمية مختلفة من طلاب ومتربّصين وموظفين لتكون المجموعة أكثر تمثيلاً. أمّا بالنسبة لعدد أفراد العينة فإننا مضطرون لاعتماد العينة المتاحة لعدم إمكانية الحصول على إحصائيات لعدد أفراد مجتمع الدراسة من جهة، ولصعوبة التواصل بسبب ظروف وباء كوفيد-19 وما يتطلّبه الأمر من إجراءات وقائيّة تجنّباً للتسبّب في نقل العدوى.

وقد حاولنا في الدراسة الحالية الحصول على أكبر قدر من الأفراد الذين يعانون من أمراض مزمنة، ونظراً لتزامن فترة تطبيق المقاييس مع أزمة وباء كوفيد-19 والتي استمرّت لمدّة طويلة فإننا اكتفينا بالعيّنة المتاحة، بحيث ورّعنا (200) استبيان لم نتمكّن من استرجاع سوى (150) استبعدنا منها (22) استبيان لعدم استيفاء الحد الأدنى المقبول من الاستجابات على بعض المقاييس، ليصبح العدد النهائي لعينة ذوي الأمراض المزمنة (128)، ونفس الأمر مع عيّنة الأصحاء قمنا بتوزيع (200) استبيان لم نسترجع منها سوى (120)، وقد استبعدنا (48) بسبب وجود عدد كبير من الإجابات الناقصة ليتبقّى لدينا (72) استبيان ليصبح المجموع (200) فرد تتوفّر فيهم الشروط المحدّدة، وهي بالنسبة لعينة الأصحاء:

- ألا يكون مصاباً بأحد الأمراض المزمنة.

- أن يكون ذو مستوى تعليمي يسمح له بقراءة البنود وفهم معناها.

- أن يكون قادراً على فهم التعليميّة والاستجابة عليها.

- إضافةً إلى كونه يتمتّع بنوع من الاستقرار النفسي بحيث لا يكون مصاب باضطراب عقلي.

أمّا عيّنة المرضى المزمنين فيشترط فيها مايلي:

- أن يكون الفرد مُصاب بأحد الأمراض المزمنة المشخّصة طبياً.

- أن يكون ذو مستوى تعليمي يسمح له بقراءة البنود وفهم معناها.

- أن يكون قادراً على فهم التعليميّة والاستجابة عليها.

- إضافةً إلى كونه يتمتّع بنوع من الاستقرار النفسي بحيث لا يكون مصاب باضطراب عقلي.

وستنطرق فيمايلي إلى عرض خصائص عيّنة الأصحاء

من حيث الجنس

جدول 18: خصائص أفراد عينة الأصحاء من حيث الجنس

النسبة المئوية	العدد	الجنس
62.5%	45	ذكور
37.5%	27	إناث
100%	72	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أنّ غالبية أفراد العينة ذكور إذ بلغت نسبة تمثيلهم 66.5%، في حين بلغت نسبة تمثيل الإناث 33.5%. أي أنّ عدد الذكور هو ضعف عدد الإناث

من حيث الفئة العمرية

جدول 19: خصائص أفراد العينة من حيث الفئة العمرية

النسبة المئوية	العدد	الفئة العمرية
30.55%	22	19-30 سنة
26.38%	19	31-42 سنة
23.61%	17	43-54 سنة
19.44.5%	14	55-66 سنة
100%	72	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أنّ غالبية أفراد العينة هم ضمن الفئة العمرية من 43 إلى 54 سنة بنسبة 30%، إذًا تركز معظم أفراد العينة ابتداءً من 31 سنة إلى غاية 54 سنة.

من حيث الحالة المدنية

جدول 20: خصائص أفراد العينة من حيث الحالة المدنية

النسبة	العدد	الحالة المدنية
65.27%	47	متزوج
34.72%	25	غير متزوج
100%	72	المجموع

حسب الجدول فإنّ المتزوجين هم الأغلبية إذ بلغت نسبة تمثيلهم 89.5%، بينما لدينا عدد قليل من أفراد العينة غير متزوجين بنسبة تمثيل بلغت 10.5% فقط.
من حيث الحالة الصحيّة

جدول 21: خصائص أفراد العينة من حيث الحالة الصحيّة

النسبة	العدد	الحالة الصحيّة
60%	128	مرضى مزمنين
40%	72	أصحاء
100%	200	المجموع

يظهر من خلال الجدول السابق أنّ فئة المرضى المزمنين هم الأكثر تمثيلاً في عيّنة الدراسة حيث بلغت نسبتهم 60%، بينما يمثّل الأصحاء نسبة 40% من مجموع أفراد العينة. بعد عرض خصائص عيّنة الأصحاء سننتظر فيمالي إلى عرض خصائص عيّنة المرضى المزمنين.

من حيث الجنس

جدول 22: خصائص أفراد عينة المرضى المزمنين من حيث الجنس

النسبة المئويّة	العدد	الجنس
60.93%	78	ذكور
39.07%	50	إناث
100%	128	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أنّ غالبية أفراد العينة ذكور إذ بلغت نسبة تمثيلهم 60.93%، في حين بلغت نسبة تمثيل الإناث 39.07%، أي أنّ عدد الذكور هو تقريباً ضعف عدد الإناث.

من حيث الفئة العمريّة

جدول 23: خصائص أفراد العينة من حيث الفئة العمريّة

النسبة المئويّة	العدد	الفئة العمريّة
8.59%	11	30-19 سنة
18.75%	24	42-31 سنة

40	31.26%	43-54 سنة
53	41.40%	55-66 سنة
128	100%	المجموع

من خلال الجدول نلاحظ أنّ غالبية أفراد العيّنة هم ضمن الفئة العمرية من 55 إلى 66 سنة بنسبة 41.40%، تليها الفئة العمرية من 43 إلى 54 سنة بنسبة 31.26%، ثمّ الفئة العمرية بين 31 إلى 42 سنة بنسبة تمثيل بلغت 18.75%، لتأتي الفئة العمرية الأقلّ تمثيلاً بنسبة 8.59% وهي الفئة ما بين 19 و30 سنة، إذًا تركّز معظم أفراد العيّنة ابتداءً من 43 سنة إلى غاية 66 سنة.

من حيث الحالة المدنيّة

جدول 24: خصائص أفراد العينة من حيث الحالة المدنية

النسبة	العدد	الحالة المدنية
28.90%	37	متزوج
71.10%	91	غير متزوج
100%	128	المجموع

حسب الجدول فإنّ المتزوجين هم الأغلبية إذ بلغت نسبة تمثيلهم 71.10%، بينما لدينا عدد أقلّ من أفراد العينة غير متزوجين بنسبة تمثيل بلغت 28.90%.

5- الأساليب الإحصائية

قام الباحث بتفريغ وتحليل المقاييس من خلال برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS النسخة (22) و SPSS -Amoss النسخة (22)، وقد تمّ استخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- الأساليب الوصفية: بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري والنسب المؤية.
- اختبار مان ويتني: لحساب الفروق بين الفئات العليا والدنيا في المقارنة الطرفية.
- معامل ألفا كرونباخ: لمعرفة ثبات درجات الأدوات المستعملة.
- تحليل الانحدار الخطي البسيط والمتعدد.
- تحليل المسار.

الفصل الخامس

عرض ومناقشة نتائج الدراسة

1- عرض النتائج

1-1- نتائج مستوى مؤشر إدراك الضغط لدى المشاركين في الدراسة

قمنا بحساب النسب المئوية والتكرارات ومقارنتها بالتكرارات المتوقعة من خلال اختبار كاي تربيع

كما هو موضح في الجدول الموالي

جدول 25: نتائج مستوى إدراك الضغط

الدالة الإحصائية	درجة الحرية	قيمة كاي ² مربع	التكرارات المتوقعة	النسبة المئوية %	التكرارات المشاهدة	مستوى مؤشر إدراك الضغط	مؤشر إدراك الضغط
0.0001	2	21.88	67	33%	66	منخفض	مؤشر إدراك الضغط
				20%	40	متوسط	
				47%	94	مرتفع	
				100%	200	المجموع	

من خلال قيم الموجودة في الجدول أعلاه نلاحظ بأن نسبة 47 % لديهم مستوى إدراك ضغط مرتفع . في حين نجد نسبة 33 % لديهم مستوى إدراك ضغط منخفض في حين نجد نسبة 20% من المشاركين في دراسة لديهم إدراك متوسط.

وقدرت قيمة كاي تربيع حسن المطابقة 21.88 عند مستوى دلالة 0.0001 وهو مستوى دلالة أقل من مستوى المعنوية 0.05 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائيا بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المتوقعة لصالح التكرارات المشاهدة المستوى المرتفع. وعليه يمكننا اتخاذ القرار بان مستوى مؤشر إدراك الضغط مرتفع.

1-2- نتائج متغير الصحة العامة

قمنا بحساب النسب المئوية والتكرارات ومقارنتها بالتكرارات المتوقعة من خلال اختبار كاي تربيع

كما هو موضح في الجدول الموالي

جدول 26: نتائج طبيعة الصحة العامة

طبيعة الصحة العامة	طبيعة الصحة العامة	التكرارات المشاهدة	النسبة المئوية %	التكرارات المتوقعة	قيمة كا ² مربع	درجة الحرية	الدلالة الإحصائية
طبيعة الصحة العامة	لا يوجد اعتلال	73	36.5%	100	14.58	1	0.0001
طبيعة الصحة العامة	يوجد اعتلال	127	63.5%				
المجموع		200	100 %				

من خلال القيم الموجودة أعلاه نلاحظ بأن نسبة 63.5 % من المشاركين في الدراسة لديهم اعتلال وخلل صحي، وهذا يتناسب تماما مع حجم عينة المرضى والتي بلغت 128 فرد، في حين نجد نسبة 36.5% لا تعاني من أي اعتلال او خلال صحي. وهي تتناسب بدورها مع حجم عينة الأصحاء والتي بلغت 72 فرد.

وبلغت قيمة اختبار كاي تربيع 14.58 عند مستوى دلالة 0.001 وهو مستوى اقل من مستوى الدلالة 0.05 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائيا بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المتوقعة لصالح التكرارات المشاهدة.

وعليه يمكننا القول أن طبيعة الصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة تنقسم إلى فئتين، الفئة الأولى وهي تمثل الأغلبية لديهم اعتلال، والفئة الثانية ليس لديهم اعتلال بدني.

1-3- نتائج متغير الفعالية الذاتية

بعد أن قمنا بحساب النسب المئوية والتكرارات ومقارنتها بالتكرارات المتوقعة من خلال اختبار كاي تربيع جاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي

جدول 27: مستوى فعالية الذات لدى المشاركين في الدراسة

الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	قيمة كاي ² مربع	التكرارات المتوقعة	النسبة المئوية %	التكرارات المشاهدة	مستوى فعالية الذات	
0.007	1	7.20	100	59.5 %	119	منخفضي	فعالية الذات
				40.5 %	81	مرتفعي	
				100 %	200	المجموع	

من خلال القيم الموجودة في الجدول أعلاه نلاحظ أن نسبة 59.5% من المشاركين في الدراسة لديهم مستوى فعالية ذاتية منخفض، ونسبة 40.5% منهم لديهم مستوى فعالية ذاتية مرتفعة. وبلغت قيمة اختبار كاي تربيع 7.20 عند مستوى دلالة 0.007 وهو مستوى أقل من مستوى 0.05 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائياً بين التكرارات المشاهدة والتكرارات المتوقعة لصالح التكرارات المشاهدة منخفضي الفعالية الذاتية. وعليه مستوى فعالية الذات لدى المشاركين في الدراسة هو مستوى منخفض.

1-4- نتائج متغير مصادر الضبط الصحي

قمنا بحساب اختبار فريدمان للتعرف على أكثر مصدر الضبط الصحي استخداماً من طرف المشاركين في الدراسة كما هو موضح في الجدول الموالي

جدول 28: نتائج اختبار فريدمان لدلالة الفروق بين أكثر مصادر الضبط الصحي استخداماً.

مستوى الدلالة	درجة الحرية	قيمة اختبار كاي تربيع	متوسط الرتب	الابعاد	عدد المشاركين	مصدر الضبط الصحي
0.0001	2	44.66	2.37	الداخلي	200	
			1.78	النفود		
			1.85	الحظ		

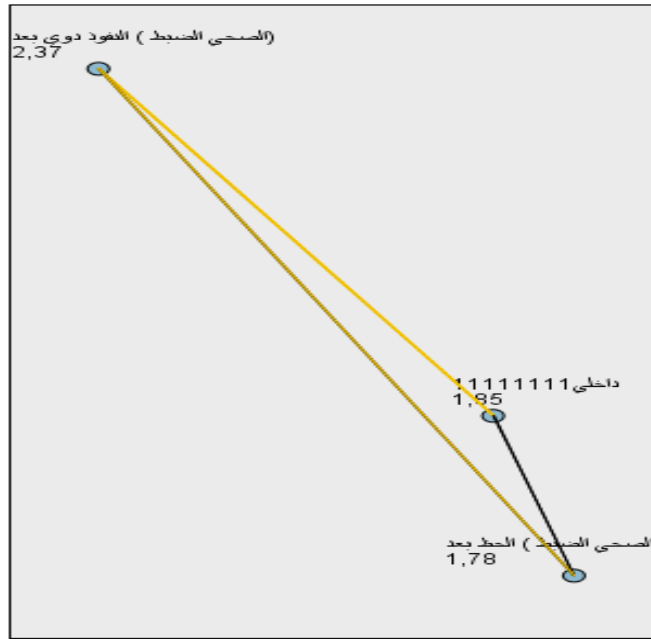
من خلال القيم الموجودة في الجدول أعلاه نلاحظ بأن قيمة كاي تربيع قدرت ب 44.66 عند مستوى دلالة 0.0001 وهو مستوى أقل من مستوى 0.05 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائيا في استخدام مصادر الضبط الصحي لدى المشاركون في الدراسة. وللتعرف على دلالة الفروق لصالح أي من المصادر نقوم بالمعالجة الإحصائية البعدية بهدف المقارنات الثنائية كما هو موضوع في الجدول الموالي.

جدول 29: نتائج الاختبار البعدي للاختبار فريدمان في مصدر الضبط الصحي الأكثر استخداما

Sig- ajus	مستوى الدلالة	الانحرافات المعيارية		المقارنات الثنائية	
1	0.468	0.725	0.072	البعد الداخلي - بعد الحظ	مصدر الضبط الصحي
0.000	0.000	5.950	0.595	بعد دوي النفود- بعد الحظ	
0.000	0.000	5.225-	0.522-	البعد الداخلي - دوي النفود	

من خلال القيم الموجودة أعلاه نلاحظ بأن بعد دوي النفود هو المصدر أكثر استخداما في الضبط الصحي لدى المشاركين في الدراسة بحيث نجد عدم وجود فروق دالة احصائيا بين البعد الداخلي وبعد الحظ لكون مستوى الدلالة 0.468 هو مستوى أكبر من 0.05. ووجود فروق دالة احصائيا بين المقارنات الثنائية الي موجود فيها بعد النفود بحيث نجد مستوى الدلالة بينه وبين بعد الحظ هو 0.000 وهو مستوى أقل من 0.05 ويعبر عن وجود فروق دالة احصائيا.

ومستوى دلالة بين بعد النفود وبعد الداخلي هو 0.000 وهو مستوى أقل من مستوى 0.05 وهو يدل على وجود فروق دالة احصائيا لصالح بعد النفود. وعليه يمكننا اتخاذ القرار بأن بعد النفود هو المصدر الأكثر استخداما كمصدر للضبط الصحي وهذا ما يبينه الشكل الموالي.



الشكل (01) مصدر الضبط الصحي الأكثر استخداما

المصدر (مخرجات SPSS)

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ بأن مصدر الضبط الصحي الأكثر استخداما هو بعد دو النفوذ وهذا كما يوضحه اللون الأصفر المبين في الخطوط التي تجمعها بالأبعاد الأخرى عند المقارنة التناثية بحيث نجد وجود فروق لصالحه بينه وبين البعد الداخلي، وبينه وبين بعد الحظ.

والخط ذو اللون الأزرق يبين عدم وجود الفروق دالة احصائيا بين البعد الداخلي وبعد الحظ.

1-5- نتائج العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط والصحة العامة في ضوء متغيرات الشخصية الحامية للصحة: في ضوء بعض المتغيرات الحامية للصحة (مصدر الضبط الصحي والفعالية الذاتية) كمتغيرات وسطية لدى المشاركين في الدراسة.

وللتحقق من هذه الدراسة تم استخدام تحليل المسار (Path analysis) لمعرفة تأثير إدراك الضغط على الصحة العامة من خلال مصدر الضبط والفعالية الذاتية لدى المشاركين في الدراسة، وذلك من خلال اعتماد الباحث على نموذج نظري، رقم (80) باستخدام حزمة Macro Process SPSS and SAS

وقد اتبع الباحث الخطوات التالية:

- اختيار نموذج الذي يحقق الهدف من الدراسة من خلال حزمة Macro Process SPSS and

SAS. (النموذج) للمتغيرات الوسطية (Mediation Witch process – model 80-)

- رسم نموذج تخطيطي يوضح لمسار العلاقات بين المتغيرات (النموذج 80)

- حساب معاملات المسار.

- تحليل وتفسير النتائج

كما يمكن توضيح هذا النموذج لفظيا وهذا من خلال أن إدراك الضغط يرتبط بالصحة العامة، وأن مصدر الضبط الصحي والفعالية الذاتية إذا دخلت كمتغيرات وسطية بينهما، ربما تؤثر في طلبعة العلاقة، ومعرفة تأثير إدراك الضغط على الصحة العامة من خلال مصدر الضبط الصحي والفعالية الذاتية كمتغيرات وسطية. وهذا ما نوضحه من خلال الجداول رقم (25) (26) (27) (28)

جدول 30: قيمة الارتباطات بين متغيرات الدراسة

المتغيرات	قيمة معامل الارتباط r	قيمة معامل التحديد R ²	مستوى الدلالة
إدراك الضغط * مصدر الضبط الداخلي	0.145	0.021	0.03
إدراك الضغط * مصدر الضبط الخارجي	0.769	0.5916	0.000
إدراك الضغط * فعالية الذاتية	0.91	0.829	0.000
إدراك الضغط * الصحة العامة	0.935	0.874	0.000

من خلال القيم الموجودة في الجدول أعلاه الذي يتضمن الارتباطات الخطية بين متغيرات الدراسة

من خلال معامل ارتباط بيرسون للعلاقة الخطية كانت عالى النحو التالي:

- وجود علاقة ارتباطية طردية ضعيفة ودالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.05 بين إدراك الضغط ومصدر الضبط الصحي الداخلي بحيث قدرت قيمة معامل ارتباط 0.145 بمستوى دلالة 0.03.
- وجود علاقة ارتباطية قوية دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين إدراك الضغط ومصدر الضبط الخارجي قدرت قيمة معامل ارتباط 0.769 عند مستوى دلالة 0.000.
- وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين إدراك الضغط وفعالية الذاتية. بحيث قدرت قيمة معامل ارتباط 0.91 عند مستوى دلالة 0.000.
- وجود علاقة ارتباطية قوية دالة احصائيا عند مستوى دلالة 0.01 بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة، بحيث قدرت قيمة معامل ارتباط 0.93.

جدول 31: التأثيرات المباشرة بين متغيرات الدراسة

نوع التأثير	المتغير المؤثر	قيمة معامل الانحدار	الخطأ المعياري	الحد الأدنى للفترة الثقة	الحد الأعلى	مستوى الدلالة
التأثير المباشر	إدراك الضغط	0.426	0.47	0.330	0.520	0.000
	الصحة العامة					

من خلال القيم الموجودة في الجدول أعلاه نلاحظ بأن قيمة معامل الانحدار قدرت 0.426 عند مستوى دلالة 0.000 وعند فترة ثقة ما بين (0.520/0.330) وهذا يدل على وجود أثر مباشر بين إدراك الضغط والصحة العامة.

أي توجد علاقة ارتباطية مباشرة بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة.

جدول 32: التأثيرات الكلية

نوع التأثير	المتغير المؤثر	قيمة معامل الانحدار	الخطأ المعياري	الحد الأدنى للفترة الثقة	الحد الأعلى	مستوى الدلالة
التأثير الكلي (الإجمالي)	إدراك الضغط	0.3569	0.067	0.2261	0.4858	
	الصحة العامة					

جدول 33: التأثيرات غير مباشرة بين متغيرات الدراسة

نوع التأثير	المتغير المؤثر	قيمة معامل الانحدار	الخطأ المعياري	الحد الأدنى للفترة الثقة	الحد الأعلى	مستوى الدلالة
التأثيرات غير مباشرة (Path1)	إدراك الضغط	0.0038	0.0043	0.003-	0.0139	
	مصدر الضبط الصحي الداخلي					

					الصحة العامة	
					إدراك الضغط	لتأثيرات غير مباشرة (Path2)
					الضبط الصحي الخارجي	
	0.123	0.002	0.0306	0.0624	الصحة العامة	
					إدراك الضغط	لتأثيرات غير مباشرة (path3)
					الفعالية الذاتية	
	0.291	0.119	0.0436	0.2041	الصحة العامة	
					إدراك الضغط	لتأثيرات غير مباشرة (Path4)
					مصدر الضبط الداخلي	
	0.0056	0.0019-	0.0018	0.0008	الفعالية الذاتية	
					الصحة العامة	
					إدراك الضغط	لتأثيرات غير مباشرة (path05)
					مصدر الضبط الخارجي	
	0.1432	0.0416	0.0261	0.0857	الفعالية الذاتية	
					الصحة العامة	

من خلال القيم الموجودة أعلاه التي يوضح نلاحظ ما يلي :

- عدم وجود وساطة للمصدر الضبط الداخلي بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة بحيث كانت قيمة التأثير 0.0038 عند فترة ثقة ما بين (-0.032 / 0.0139) .

ونظراً لوجود الصفر (0) بين الحد الأدنى والحد الأعلى للفترات الثقة فهذا يدل على عدم وجود وساطة للمصدر الضبط الداخلي بين إدراك الضغط و الصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة.

- وجود وساطة جزئية للمصدر الضبط الخارجي بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة . بحيث قدرت قيمة التأثير 0.062 عند فترة ثقة ما بين (0.002 / 0.123) ونظراً لعدم وجود الصفر (0) بين فترات الثقة هذا يدل على وجود وساطة للمصدر الضبط الخارجي بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة.

- وجود وساطة جزئية للفعالية الذاتية بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة بحيث قدرت قيمة التأثير 0.204 عند فترة الثقة ما بين (0.119/0.291) ونظراً لعدم وجود الصفر (0) بين فترات الثقة فهذا يدل على وجود وساطة للفعالية الذاتية بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة.

- عدم وجود وساطة للمصدر الضبط الداخلي وفعالية الذاتية كمتغيرين وسطين بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة، بحيث قدرت قيمة التأثير 0.0008 عند فترة الثقة ما بين (0.0019 / 0.056) ونظراً لوجود الصفر (0) بين فترتي الثقة فهذا يدل على عدم وجود وساطة لمصدر الضبط الداخلي وفعالية الذاتية كمتغيرين وسطين بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى المشاركين في الدراسة.

- وجود وساطة جزئية للمصدر الضبط الخارجي والفعالية الذاتية كمتغيرين وسطين بين إدراك الضغط والصحة العامة، بحيث قدرت قيمة التأثير 0.0875 عند فترة ثقة ما بين (0.0416 / 0.1432) ونظراً لعدم وجود (0) بين فترتي الثقة فهذا يدل على وجود وساطة للمصدر الضبط الخارجي والفعالية الذاتية بين إدراك الضغط والصحة العامة.

1-6- عرض نتائج الفروق بين الاصحاء والمرضى المشاركون في متوسط رتب إدراك الضغط.

وللتحقق من فرضية الفروق بين الأصحاء والمرضى المزمين قمنا بحساب اختبار مان ويتي فجاءت النتائج كما هو موضح في الجدول الموالي.

جدول 34: نتائج اختبار مان ويتني لاختبار الفروق بين المرضى والأصحاء في متوسط رتب إدراك الضغط

البيان	الأفراد	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة
إدراك الضغط	مرضى	128	133.97	171480.00	324.00	-10.906	0.000
	أصحاء	72	41.0	2952.00			
المجموع		200	**	**			

من خلال القيم الموجودة في الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار مان ويتني u بلغت 324.00 عند مستوى دلالة 0.000 وهو مستوى أقل من مستوى دلالة 0.05 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائياً في متوسط الرتب في إدراك الضغط بين الأصحاء والمرضى لصالح المرضى المشاركون في الدراسة. وهذا ما يجعلنا نرفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل أي وجود فروق دالة احصائياً في متوسط رتب إدراك الضغط بين المرضى والأصحاء لصالح المرضى المشاركون في الدراسة. عرض نتائج الفروق بين الأصحاء والمرضى المشاركون في متوسط رتب الصحة العامة. وللتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب اختبار مان ويتني كما هو موضح في الجدول الموالي.

جدول 35: نتائج اختبار مان ويتني لاختبار الفروق بين المرضى والأصحاء في متوسط رتب الصحة العامة.

البيان	الأفراد	عدد الأفراد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة مان ويتني U	قيمة Z	مستوى الدلالة
الصحة العامة	مرضى	128	133.37	133.37	400.50	-10.71	0.000
	أصحاء	72	42.06	42.06			
المجموع		200	**	**			

من خلال القيم الموجودة في الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة اختبار مان ويتني تبلغت 400.50 عند مستوى دلالة 0.000 وهو مستوى أقل من مستوى دلالة 0.05 وهذا يدل على وجود فروق دالة احصائيا في متوسط الرتب في الصحة العامة بين الأصحاء والمرضى لصالح المرضى المشاركون في الدراسة.

وهذا ما يجعلنا نرفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل أي وجود فروق دالة احصائيا في متوسط رتب الصحة العامة بين المرضى والأصحاء لصالح المرضى المشاركون في الدراسة.

2- مناقشة النتائج

2-1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى

تنص هذه الفرضية على أنه توجد علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط والصحة العامة لدى عينة الأصحاء. وقد دلت النتائج على وجود علاقة ارتباطية، بحيث تُقدّر قيمة معامل الارتباط ب(0.93) عند مستوى الدلالة (0.000).

هذه النتيجة تدعم ماتوصلت إليه عدّة دراسات تناولت وجود علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط والصحة الجسمية مثل دراسة (Grossarth-Maticek) والتي تنقسم إلى أربع بحوث استمرت لمدة (20) سنة شملت أكثر من (1000) مشترك من الجنسين بمعدل عمر (50) سنة، طُبّق عليهم مقياس إدراك الضغط وبناءً على النتائج تمّ تقسيمهم لمجموعتين، تضمّ المجموعة الأولى الأفراد ذوي المستوى المرتفع من إدراك الضغط، والمجموعة الثانية هم أفراد ذوي مستوى منخفض من إدراك الضغط، وقد كشفت النتائج عن ارتفاع نسبة الوفيات لدى ذوي المستوى المرتفع من إدراك الضغط، كما كان هؤلاء أكثر عرضةً للمشكلات الصحية وعلى رأسها الأمراض المزمنة (السرطان، وأمراض القلب) بنسبة 46% مقارنةً بذوي المستوى المنخفض من إدراك الضغط بنسبة 11% (Grandmont, 1997). كما توصلت دراسة Antoni et al, 2008 حول فعالية برنامج سلوكي معرفي لتسيير الضغط النفسي والذي تمّ تطبيقه مع مجموعة من النساء المصابات بالسرطان ويعانين من الضغط النفسي، تمّ تقسيمهنّ إلى مجموعة تجريبية ومجموعة ضابطة، وتوصلت النتائج إلى أنّ النساء اللواتي تابعن البرنامج ولوحظ عليهنّ انخفاض مُعدّل الضغط النفسي رافق ذلك زيادة التكيّف النفسي وزيادة الاستجابة الفيزيولوجية التكيّفية للمواقف الضاغطة مقارنةً بالمجموعة الضابطة. ويوضّح استعراض الدراسات بداية من أعمال هولمز وراه وثيل (1975)، راه وثيرال (1971)، راه وليند (1967)، كيكولت وغوسلر وآخرون (1985)، ستيفنسون (1973) أنّ ضغوط أحداث الحياة ينتج عنها اضطراب الصحة النفسية والجسمية. كما أنّ المعاناة من الضغوط اليومية ولمدة طويلة قد يكون لها تأثيرات قوية على الصحة، بحيث تشير الأدلّة إلى أنّ الضغوطات اليومية قد يكون لها تأثيرات أكثر دلالة على صحّة الأفراد (فاضلي وميلي، 2013، ص. 321)، فالتعرّض المستمر للضغط في العمل مثلاً يرفع من خطر الإصابة بأمراض القلب للضعف (Houpe, 2017, p. 38). فلإدراك الضغط دور في تطوّر الأمراض المزمنة بما يستثيره من تأثير نشط على ارتفاع ضغط الدم، وأمراض مزمنة أخرى (Lemire et Garand, 2010, p. 24). إذ أنّ استمرار مصادر الضغط وعدم فعالية الاستراتيجيات المتبناة من قبل الفرد وفشل هذه الأساليب في مواجهة المواقف

الضاغطة تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الجسمية والنفسية، وهي التي تقابل مرحلة الإنهاك، المرحلة الأخيرة من زملة التكيف العام لنموذج هانز سيللي حيث أنّ فشل مرحلة المقاومة يؤدي إلى المرض الجسدي (فاضلي ومسيللي، 2013، ص. 308).

وفي دراسة حول علاقة بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية على عينة مكونة من (675) شخص تتراوح أعمارهم بين (18 و 71) سنة ترافق ارتفاع مستوى إدراك الضغط مع الزيادة في ظهور الأعراض المرضية، وفي المقابل كان الأشخاص ذوي المستوى المنخفض من إدراك الضغط يتمتعون بصحة أفضل بشكل عام (White et Amy, 2014). وفي دراسة تحليلية لعدد من الأبحاث توصل (Krantz et McCeny, 2002) إلى أنّ هناك عدد من المتغيرات النفسية الاجتماعية التي لها صلة بظهور وتطور أمراض القلب، كان إدراك الضغط من أهمّ هذه العوامل والذي كان له ارتباط إيجابياً بظهور أو زيادة تعقيد أمراض القلب بمختلف أنواعها والتي تصل إلى التوقف المفاجئ لعضلة القلب.

وأشارت بيانات لـ (420000) عامل بأنّ هؤلاء أظهرت استجاباتهم أنّهم يعانون من مستوى مرتفع من إدراك الضغط، الاكتئاب والقلق، وقد أفاد هؤلاء بأنّهم يعانون في نفس الوقت من مشكلات صحية خلال فترات الضغط النفسي في العمل (Dewee et cooper, 2010, p. 07)، وفي دراسة فلورز، تيكسان وآخرون (2008) بعنوان "إدراك التمييز العنصري، إدراك الضغط وكل من الصحة النفسية والجسمية لدى الراشدين من أصول مكسيكية، تم استخدام كل من مقياس إدراك التمييز العنصري الذي طوره ديماس وآخرون (1997)، مقياس إدراك الضغط لـ كوهن (1983) واستبيان الصحة العامة لـ ويليامز وآخرون (2003)، قدمت هذه الدراسة اختباراً لنموذج إدراك الضغط من خلال فحص ما إذا كان إدراك التمييز العنصري سيؤثر بشكل مباشر على النتائج الصحية عندما يؤخذ إدراك الضغط في الاعتبار بين (215) بالغاً من أصل مكسيكي، وقد تنبأ إدراك التمييز العنصري بالاكتئاب وضعف الصحة العامة، وتوقع الأعراض الصحية بشكل ضعيف، لكن عندما تم أخذ إدراك الضغط في الاعتبار تنبأ بالاكتئاب وضعف الصحة العامة، ودلت النتائج على أنّ المستويات المرتفعة من إدراك الضغط ارتبطت بسوء الحالة الصحية والأعراض الجسمية، وبالتالي تقدم نتائج هذه الدراسة أدلة أنّ تراكم هذين المصدرين للضغط يضر بالحالة النفسية والصحة البدنية للأفراد. كما تبين أنّ أفراد العينة من الأقليات العرقية يعانون ضغوطاً نفسية متعدّدة بيئية واجتماعية وهو العامل الذي يساهم في زيادة الانجرافية للإصابة بالاضطرابات النفسية والجسمية، وأنّ الخبرة الذاتية للتعرض للعنصرية تُعتبر عامل ضاغط مهمّ من شأنه أن يؤثّر بطريقة مباشرة وغير مباشرة على الحالة النفسية والصحية مثلما توصلت إليه دراسات (krieger)

(and sidney, 1996, wiliams and neighkbors, 2001) حول الأمريكيين من أصول إفريقية المعرضين لضغوطات لأسباب عرقية عنصرية أنهم أكثر عرضةً لأمراض القلب خاصة ارتفاع ضغط الدم، ذلك أن الجماعات العرقية المظطهدة يعيش أفرادها في حالة يقظة شديدة أو مستويات عالية من الضغط النفسي والذي يؤثر على الصحة (flores et al, 2008, pp. 401-413).

وتوصّلت دراسة (Cohen et al, 1985) إلى وجود تأثير مباشر لاستجابة إدراك الضغط على الحالة الصحيّة من جهة إضافة إلى تأثيره على السلوكيات الصحيّة، إذ وجدو أن هناك علاقة بين ارتفاع مستوى إدراك الضغط والميل لممارسة سلوكيات غير صحيّة مثل التدخين، شرب الكحول والنمط الغذائي غير الصحيّ في دراسة على عيّنة شملت (446) طالب وطالبة. ووجود علاقة ارتباطيّة بين كل من إدراك الضغط وتواتر أحداث الحياة الضاغطة مع زيادة الشكوى من الأعراض المرضيّة (Cohen et al, 1993). كما تمّ إجراء تحليل لبيانات عيّنة مكوّنة من (1022) مشارك في دراسة ألمانية ودلّت النتائج على وجود مجموعة واسعة من العوامل (المستوى التعليمي المنخفض، التدخين بكثافة، الخمول البدني، نقص الشبكات الاجتماعية، وظروف العمل السيئة) كانت مرتبطة بارتفاع مستويات الضغط النفسي على مقياس إدراك الضغط. والذي ارتبط بدوره بمؤشرات الاعتلال الصحيّ (Nielsen. L et al, 2008).

ويُعتبر إدراك الضغط من بين العوامل التي تزيد من قابلية التعرض لقرحة المعدة الناجمة عن تأثير عنصر *H. pylori*، إذ تبين أن قرحة المعدة تحدث أكثر لدى الأشخاص الذين يخبرون مواقف ضاغطة، وأظهرت نتائج تجارب معملية أن الضغوطات تنتج قرحة المعدة لدى حيوانات المختبر (Pinel, 2014, p. 440).

ويمكن أن تؤدي حالة الضغط الدائم إلى متلازمة التمثيل الغذائي Syndrome métabolique، بمعنى ارتباط أعراض مختلفة مثل ارتفاع ضغط الدم واضطرابات التمثيل الغذائي الدهون والسمنة ومقاومة الأنسولين التي يمكن أن تتطور إلى مرض السكري. هذه الاضطرابات الأيضية تُعتبر عوامل خطر على نظام القلب والأوعية الدموية (Grebote, 2008, p. 80). وقد ساعد حدثان في توضيح العلاقة بين الضغط النفسي ووظيفة المناعة. الأول كان التحليل التلوي لسيغريستروم وميلر (2004)، الذي استعرض حوالي 300 دراسة سابقة عن الضغط ووظيفة المناعة. وجد الباحثان أن تأثيرات الضغط على وظيفة المناعة تعتمد على نوع الضغط. ووجدوا أن الضغوطات الحادة (القصيرة) (أي تلك التي تستمر أقل من 100 دقيقة، مثل الخطابة أو المنافسة الرياضية أو الأداء الموسيقي) أدت في الواقع إلى تحسينات في وظيفة المناعة. في المقابل، أثرت الضغوطات المزمنة (طويلة الأمد)، مثل رعاية قريب مريض أو

المعانة من فترة بطالة سلباً على جهاز المناعة التكيفي. أما الحدث الثاني الذي ساعد في توضيح العلاقة بين الضغط ووظيفة المناعة كان الاكتشاف للدور ثنائي الاتجاه الذي تؤديه السيتوكينات في الجهاز المناعي. إذ تساعد الاستجابات الالتهابية قصيرة المدى التي يسببها السيتوكين في الجسم على مكافحة العدوى، في حين أنّ إطلاق السيتوكين على المدى الطويل مرتبط بمجموعة متنوعة من العواقب الصحية الضارة. ولقد كان من الصعب تحديد الآليات التي يؤثر بها الضغط النفسي المدرك على وظيفة المناعة لأن هناك الكثير من الاحتمالات. فالضغط النفسي ينتج تغيرات واسعة النطاق في الجسم من خلال آثاره على نظام القشرة الكظرية الأمامية، النخامية والجهاز العصبي الودي والجهاز الكظري والنخاعي، وهناك آليات لا حصر لها يمكن لهذه الأنظمة من خلالها التأثير على وظيفة المناعة. على سبيل المثال، كل من الخلايا التائية والخلايا البائية لديها مستقبلات للجلو كوكورتيكويد، والخلايا اللمفاوية لديها مستقبلات للإبينفرين والنورإبينفرين والجلو كوكورتيكويد. بالإضافة إلى ذلك، فإن العديد من الببتيدات العصبية التي تطلقها الخلايا العصبية يتم إطلاقها أيضاً بواسطة خلايا الجهاز المناعي. على العكس من ذلك، السيتوكينات، يعتقد في الأصل أنّ التي تنتجها هي خلايا الجهاز المناعي فقط، بينما وُجد أنها تنتجها خلايا الجهاز العصبي (Pinel, 2014, pp. 441-442).

2-2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية

تنصّ هذه الفرضية على أنه توجد علاقة ارتباطية بين إدراك الضغط والفعالية الذاتية. وقد دلّت نتائج المعالجة الإحصائية على وجود علاقة ارتباطية دالة احصائياً عند مستوى دلالة 0.01 بين إدراك الضغط وفعالية الذاتية. بحيث قدرت قيمة معامل ارتباط 0.91 عند مستوى دلالة 0.000. لقد أثبتت الدراسات الميدانية خصوصاً تلك التي أجريت على مرضى القلب (Schnall et al, 1996). Gerin et al, 1994 على وجود علاقة وثيقة بين التعرّض للضغوط خاصةً تلك الناجمة عن ظروف العمل من جهة والإصابة بمرض الشريان التاجي، وأثبتت تلك البحوث من جهة أخرى أنّ فعالية الذات تلعب دوراً هاماً في عملية المواجهة الإيجابية Active coping، تلك المواجهة التي تقى الفرد من مخاطر صحيّة أكيدة. (يخلف، 2011، ص. 115).

في دراسة (Bandura et Benight, 2004) بعنوان "النظرية المعرفية الاجتماعية للتعافي من الصدمة: دور مدركات الفعالية الذاتية" تبين من خلالها أنّ للفعالية الذاتية دور محوري للتعافي من الصدمة. إذ في هذه التحليلات المتعددة المتغيرات، تظهر الفعالية الذاتية في التكيّف كوسيط محوري للتعافي بعد الصدمة. يقدم التحقق من مساهمته المستقلة في التعافي بعد الصدمة عبر مجموعة واسعة

من الصدمات دعمًا للأهمية المركزية للوظيفة التمكينية والحمائية للإيمان بقدرة المرء على ممارسة قدر من السيطرة على المحن الصادمة (Bandura et Benight, 2004, p. 1129). وفي هذا السياق يشير كل من (Fox et Spector, 2006) إلى الدور المهم الذي تمنحه مدركات الفعالية الذاتية مثل الشعور بالقدرة على التحكم والسيطرة على المواقف في التخلص من الآثار السلبية لاستجابة الضغط في مجال العمل.

ويرى (Bandura et wood, 1989, p. 806) أنّ فعالية الذات من المفاهيم الأساسية التي تُحدّد درجة إدراك الضغط، وهو جزء من عملية التقييم المعرفي وتؤدي دورًا مهمًا في استراتيجيات التعامل مع الضغوط، فالأفراد الذين لديهم إحساس مرتفع بفعالية الذات يُركّزون انتباههم في تحليل المشكلة ويُحاولون التوصل إلى حلول مناسبة لها، وبالمقابل فإنّ الأفراد الذين يُساورهم الشكّ في فعاليتهم الذاتية يُركّزون انتباههم للداخل ويُغرقون أنفسهم في في الهموم والاحساس بالعجز عندما يُواجهون مطالب البيئة الصعبة الضاغطة. وإنّ من يدرك ضعف فعاليتهم الذاتية يزيد شعوره بالتوجُّس وترتفع لديه درجة القلق التي يعانيتها في مواجهة الأحداث الضاغطة ومواقف يدركها أكبر من قدراته (آل دهام، 2012، ص. 884)، كذلك تؤثر فعالية الذات للفرد على مستوى الضغط الذي يشعر به، فالفرد ذو فعالية الذات العادية (أي الذي لديه استبصار بإمكاناته في حدودها مع رغبة في تنميتها وتطويرها) هو الفرد الأقلّ تعرُّضًا للضغوط النفسية، ويختلف ذلك عن الفرد ذو فعالية الذات المنخفضة، حيث أنّه أكثر معاناةً للضغوط النفسية. (مفتاح، 2010، ص. 120) وبالتالي فإنّ انخفاض مدركات الفعالية الذاتية فيما يتعلق بالمجال السلوكي يُفترض أنه يؤدي إلى تجنب الإقدام على سلوكيات معيّنة، ضعف الأداء وميل إلى الاستسلام عند مواجهة الضغوط، الإحباط أو الفشل (Geisinger et al, 2013, p. 379). إذ تلعب الفعالية الذاتية دورًا رئيسيًا في ردود فعل الضغط النفسي ونوعية التعامل في المواقف الخطرة، كما أشار باندورا للدور المحوري للفعالية الذاتية في اضطراب الضغط مابعد الصدمة الناشئ عن أنواع متنوعة من التجارب المؤلمة، إذ تؤثر معتقدات الناس في فعاليتهم في التأقلم على اليقظة تجاه التهديدات المحتملة وكيف يتم إدراكها ومعالجتها بشكل معرفي. فالأشخاص الذين يعتقدون أنه يمكنهم ممارسة السيطرة على التهديدات والمخاطر لا تستحضر الكوارث عندهم استجابة فيزيولوجية غير تكيفية. لكن أولئك الذين يعتقدون أن التهديدات المحتملة لا يمكن السيطرة عليها يرون أن العديد من جوانب بيئتهم محفوفة بالمخاطر. إنهم يفكرون في أوجه القصور في التأقلم، ويضخمون شدة التهديدات المحتملة، ويقلقون حول المخاطر التي

نادرًا ما تحدث. من خلال مثل هذه التوقعات الفكرية غير الفعالة، فإنهم يضيعون أنفسهم ويقيدون ويضعفون مستوى أدائهم (Bandura et Benight, 2004, pp. 1131-1132).

وتؤثر الفعالية الذاتية لإدارة الضغوطات الشديدة ليس فقط على كيفية تفسير التهديدات، ولكن أيضًا في كيف يتعامل الناس معها بشكل جيد. فالناس منتجون لظروف الحياة وليسوا مجرد متفاعلين معها وأولئك الذين لديهم إحساس عالي بفعالية الذات لديهم قدرات تكيفية اعتمادًا على استراتيجيات ومسارات عمل مصممة لتغيير البيئات الخطرة إلى بيئات أقل خطورة. وفي هذا النمط من التأثير على المواقف، تخفف معتقدات الفعالية من التوتر والقلق من خلال تمكين الأفراد من تعبئة ومواصلة جهود المواجهة. وكلما كان الإحساس بالفعالية أقوى كان الأشخاص أكثر جرأة في مواجهة المواقف الضاغطة التي تولد التوتر (Bandura, Blanchard, & Ritter, 1969; Bandura, Taylor, Williams, Mefford, & Barchas, 1985; وويليامز، 1990). إذ تعمل الفعالية الذاتية كمنظم إدراكي للتوتر والقلق الذي يتم الكشف عنه في العلاقات على المستوى الجزئي بين المستويات المختلفة لمعتقدات الفعالية المغروسة وردود الفعل الذاتية والبيولوجية المقابلة للتعامل مع التهديدات المتفاوتة في مستويات التخويف. فهم يرفعون فعالية الذات لديهم إلى أعلى مستوى من خلال التجارب السابقة، مما يساعدهم على إدارة المستويات المختلفة من الضغوط مع تنشيط فسيولوجي منخفض. وباختصار، يصاحب الشعور القوي بفعالية الذات تقييمات موضوعية للتهديدات المحتملة، وردود فعل ضعيفة تجاهها، وانشغال أقل اجترارًا بها، وإدارة سلوكية أفضل للتهديدات، واسترداد أسرع للرفاهية (Bandura et Benight, 2004, pp. 1132-1133). وذلك ما يساهم في ضبط ردود الفعل إزاء الضغط باعتباره مجموعة تقييمات يقوم الفرد بإجرائها في مواجهة المواقف الضاغطة (Calendr, 2010, p. 01). وبالعودة للنماذج النظرية في علم النفس الصحي نجد أنّ نموذج السلوك المخطط له Health Action Proce Approach HAPA، يقترح أنّ الفعالية الذاتية متغيّر محوري في الحفاظ على الصحة كونه يمنح الفرد الدافعية للقيام بسلوكيات صحية تهدف لحماية الصحة (بورجي وزناد، 2017، ص. 14).

ولا تُعتبر مدركات الفعالية الذاتية صحيّة بالضرورة إذ أنّ الارتقاع المفرط في مدركات الفعالية الذاتية يصبح يحمل مؤشرات سلبية لأنه يمنح الفرد اعتقاد بأنّه يملك مؤهلات أو مقدرات بشكل غير واقعي، كما قد يُشير الإفراط في تقدير المؤهلات الشخصية إلى عدم القدرة على التقييم الواقعي للموقف أو إلى مدركات العظمة التي نجدها لدى الشخصية الهذائية والنرجسية.

2-3- مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص هذه الفرضية على أنه توجد علاقة ارتباطية بين إدراك الضَّغَط ومصدر الضبط الصحي لدى المشاركين في الدراسة.

وقد دلَّت نتائج المعالجة الإحصائية على وجود علاقة ارتباطية قوية دالة احصائياً عند مستوى دلالة 0.01 بين إدراك الضَّغَط ومصدر الضبط الصحي الخارجي وقُدِّرت قيمة معامل ارتباط 0.769 عند مستوى دلالة 0.000.

وجود علاقة ارتباطية طردية ضعيفة ودالة احصائياً عند مستوى دلالة 0.05 بين إدراك الضَّغَط ومصدر الضبط الصحي الداخلي بحيث قدرت قيمة معامل ارتباط 0.145 بمستوى دلالة 0.03.

تُشير هذه النتيجة إلى أنَّ الارتفاع في مستويات إدراك الضَّغَط يقابله ميل الأفراد لتبني مصدر ضبط صحي خارجي، وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه عدَّة دراسات، مثل دراسة (Ganjoo, et al, 2021) حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وإدراك الضَّغَط لدى (200) من طلبة الجامعة خلال فترة جائحة كوفيد-19، وتوصلت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وإدراك الضَّغَط، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط (-0.30) وهي دالة عند مستوى (0.001)، وفي المقابل أشارت النتائج إلى وجود علاقة ارتباطية طردية بين إدراك الضَّغَط وبعْد الحظِّ لمصدر الضبط الصحي الخارجي، إذ قُدِّرت قيمة معامل الارتباط ب (-0.30) عند مستوى الدلالة (0.001)، واستنتج الباحثون أنَّ ارتفاع في مستوى مصدر الضبط الداخلي يؤدي إلى انخفاض في مستوى إدراك الضَّغَط، في حين يتسبَّب الميل إلى تبني مصدر ضبط صحي خارجي في زيادة مستويات إدراك الضَّغَط. وفي نفس السياق وأثناء جائحة كوفيد-19 قام الباحثان (Chandra et Yagnik, 2022) بدراسة حول العلاقة بين إدراك الضَّغَط ومصدر الضبط الصحي لدى مجموعة من العاملين في مجالات مختلفة من بينها الرعاية الصحية، والتي أظهرت نتائجها أنَّ ذوي مصدر الضبط الصحي الخارجي كان مستوى إدراك الضَّغَط لديهم أكبر من ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي. وهو نفس ما توصلت إليه دراسة (Cha, N.H, 2013) حول العلاقة بين إدراك الضَّغَط ومصدر الضبط الصحي والتي توصلت إلى وجود علاقة عكسية بين إدراك الضَّغَط والتوجُّه الداخلي لمصدر الضبط الصحي لدى عينة (243) من طلبة شبه الطبي، كما كان مصدر الضبط الداخلي عامل مُخفِّض لإدراك ضغط العمل لدى عينة مكوَّنة من (425) عامل من مختلف المؤسسات الاقتصادية في باكستان (Qadri, 2017).

ولعلّ أبرز الدراسات في ذات الشأن تلك التي أجراها (Platt et al, 1971) على عيّنة مكوّنة من 1100 طالب وطالبة جامعيين، تناولت العلاقة بين مصدر الضبط وبعض سمات الشخصية كالانطوائية والانبساطية والذهانية والعصابية، وقد أظهرت نتائجها وجود علاقة ارتباطية موجبة بين التحكم الخارجي والعصابية مؤكّداً بذلك توقّعات المنظرين حول الآثار السلبية للزعة الخارجية لمصدر الضبط. وقد أُجريت دراسة أخرى في نفس التوجّه حول الأثر السلبي للضبط الخارجي على عيّنة من طلاب المرحلة الثانوية لفحص العلاقة بين مصدر الضبط وظاهرة القلق و التأكد من أنّ مصدر الضبط الخارجي يلعب دوراً في ظهور مشكلات الصحة النفسية (Robert, Archer and Tamba, 1979) وبعد تصنيف الطلاب إلى مجموعتين طرفيتين لمصدر الضبط الداخلي والخارجي وفقاً لدرجاتهم في مقياس روتر، تمّ بعد ذلك تطبيق اختبار القلق عليهم. وقد تبين بعد مقارنة المجموعتين أنّ ذوي مصدر الضبط الخارجي كانوا أعلى قلقاً بكثير من ذوي مصدر الضبط الداخلي (يخلف، 2011، ص. 91).

وفي هذا السياق يشير كل من (Fox et Spector, 2006) إلى الدور المهمّ الذي تمنحه مدركات التحكم مثل الشعور بالقدرة على السيطرة على المواقف في التخلّص من الآثار السلبية لاستجابة الضغط في مجال العمل، ليس من خلال القدرة على تغيير الأحداث وإنّما من خلال القدرة على ضبط الاستجابة الفيزيولوجية من جهة والتمكّن من القيام باستراتيجيات مواجهة تكيفية مع الموقف الضاغط. وقامت (Kobasa et al, 1982) بدراسة افترضت فيها أنّ متغيّرات شخصية كالصلابة النفسية ومصدر الضبط الصحي والتحدّي، يمكن أن تُخفّف من وقع الضغوط النفسية وذلك على عيّنة من (259) بالغين تراوحت أعمارهم بين (32- 65 سنة) وتوصّلت إلى اعتبار تلك المتغيّرات مصدرًا للتخفيف والوقاية من الأثر الذي يمكن أن تُحدثه الضغوط النفسية على الصحة النفسية والجسمية (مفتاح، 2010، ص. 131)

وتؤكد بعض الدراسات أنّ الأفراد الذين لديهم إحساس عالي بالضبط الذاتي لهم القدرة للتأثير على الأحداث في حياتهم وكذا السيطرة على ضغوط قد يتعرّضون لها (Eliot, Trief and Stein, 1986. Matheny and Cupp, 1983. Suls and Mullen, 1981. Cohen, Evans, Stokols and Krantz, 1986. Averill, 1973). (يخلف، 2011، ص. 89)

كما تمّ دراسة أثر أبعاد مصدر الضبط الصحي على عيّنات مختلفة ممّن يعانون من الأمراض المزمنة فكانت النتائج تشير إلى الآثار الصحية والعلاجية للبعد الداخلي بما فيها تخفيف الأثر السلبي للمواقف الضاغطة، بينما ارتبط البعد الخاجي بنوعيه بآثار غير صحية مثل (تطوّر الأعراض، استجابة

الضغط، القلق، الانفعالية السلبية، الاكتئابية، العدائية، ونوعية حياة سيئة.. (Schweitzer et .Bonjut, 2014, p. 291)

يعتبر مصدر الضبط الصحي من المتغيرات ذات الأهمية في التأثير على الصحة النفسية، حيث يرتبط البعد الخارجي بكُل من العصابية والقلق والسلبية في التفاعل الاجتماعي. بينما يزيد مستوى التوافق النفسي الاجتماعي كلما كان مصدر الضبط داخلياً.

كما يُشير مفهوم التحكم أو الضبط إلى القدرة على التصرف قصد التقليل من آثار الضغوط النفسية، ويتضمن ذلك تنفيذ سلوكيات من شأنها التخفيف من شدة الضغوط أو تخفيض مداها. بالإضافة إلى التحكم أو الضبط المعرفي الذي يتمثل في القدرة على استخدام استراتيجيات معرفية محكمة قصد التخفيف من تأثير الضغوط، وتتمثل هذه الاستراتيجيات في النظر إلى هذه الأحداث الضاغطة والتفكير فيها بطريقة مختلفة، وفي بعض المواقف الضاغطة تشمل التركيز على أفكار أو صور ذهنية سارة. ومفهوم التحكم في المعلومات الذي يتمثل في محاولة الحصول على معلومات كافية حول طبيعة الموقف الضاغط وأسبابه ونتائجه. وتُشير في هذا الصدد إلى أنّ الحصول على معلومات حول الأحداث الضاغطة من شأنه أن يعمل على تخفيف الضغط ويُساعد على التخفيف من حدة الخوف الذي يُبديه الفرد من المجهول، وذلك من خلال تحسين قدرته على التنبؤ بالنتائج المحتملة (يخلف، 2011، ص. 90).

في مصدر الضبط يتعلق الأمر في الاعتقاد في مدى التحكم في الوضعيات أم لا، حيث يحاول الفرد فهم ما يحدث له ويقوم بعزو سببي حول مصدر الأحداث والسلوكيات (Vallerand, 2006)، وهذا العزو هو عبارة عن محاولات للضبط والتحكم في الوضعيات.

وعموماً فإنّ القدرة على التحكم الفعال تحمي الأفراد من الأثر الضار للضغوط (لأنه يسمح بتجنّبها، محو أثرها أو التخفيف منها). كما اتضح أنّ الأفراد الذين يواجهون مواقف ضاغطة لكن لديهم اعتقاد بالقدرة على الضبط والتحكم يكونون في حالة صحّة مماثلة لأولئك الذين لا يعانون من أي ضغوطات. وعندما تكون الوضعيات الضاغطة غير قابلة للضبط المباشر فإنّه يوجد أشكال غير مباشرة للضبط والتي يمكن أن تتناسب مع الطرف مثل القدرة على الاختيار بين عدة استراتيجيات، أو الضبط المعرفي عن طريق الصورة الذهنية كنوع من صرف التركيز والانتباه عن الموقف الضاغط فمثلاً اقتراح استراتيجيات الضبط المعرفي لأفراد مقبلون على إجراء عمليات جراحية بحثهم على التفكير في المنافع التي يمكن أن تجلبها العملية بدلاً من التفكير في العواقب المزعجة للعملية، وتوصّلت النتائج إلى أنّ أفراد

عينة الدراسة كانوا أقل استجابةً للضغط ما قبل وما بعد العملية، وأقل حاجةً للأدوية مقارنةً بغيرهم (Safarino et Smith, 2011)، أو عن طريق الضبط من خلال المعارف والمعلومات وذلك ما أثبتته دراسات مثل (Miller et Mangan, 1983. Chau et Leung, 2004) والتي توصلت إلى أن الأشخاص أكثر قدرة على مواجهة وضعيات ضاغطة مثل الإقبال على إجراء عملية جراحية أو المقبولون على الفحص للكشف عن السرطان إذا كانوا يمتلكون المعلومات الكافية حول هذه الوضعيات فيكون لديهم شعور بالقدرة على ضبط استجاباتهم وسلوكياتهم، وهو ما يتناسب مع تبني مصدر ضبط صحي داخلي. (Schweitzer et Bonjut, 2014, p. 291)

كما يمكن اعتبار مصدر الضبط الصحي كنوع من التفاعل الخاص بين الفرد ووضعية أو مشكلة معينة، يكون فيها البعد الداخلي ذو نتائج صحية أكثر من البعد الخارجي (Schweitzer et Bonjut, 2014, p. 298)، ويعتمد ذلك على اتجاهات الفرد نحو الموقف أكثر من الموقف ذاته (شين لوبيز وسنايدر)، وقد اقترح روتر سابقاً فكرة أن يكون هناك احتمال لوجود تصنيفين مختلفين تماماً لمن يُطلق عليهم الأفراد ذوي مصدر الضبط الخارجي، إذ يُمكن أن يُطلق على الأول الضبط الخارجي الدفاعي، والثاني الضبط الخارجي السلبي، حيث يكون الأفراد من النوع الأول نشطين عندما يجدون انفسهم في مواقف تنافسية وذلك لخوفهم من الفشل، في حين أن الأفراد من النوع الثاني يتبنون اتجاهًا سلبيًا تجاه الأحداث، وعلى الرغم من أنه قد يكون هناك فردان من ذوي الضبط الخارجي يعطيان نفس القيمة لموقف معين، فإن هذين الفردين لن يكون رد فعلهما تجاه هذا الموقف بنفس السلوك. (شين لوبيز وسنايدر، 259) كما أن الكثير من الناس تتفاهم خبرة الضغط لديهم أو قد تكون ناتجة عن إحساسهم بعدم القدرة على التحكم.

2-4- مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على وجود وساطة للفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي بين إدراك الضغط والصحة العامة. وقد توصلت النتائج إلى وجود وساطة جزئية للمصدر الضبط الخارجي والفعالية الذاتية كمتغيرين وسطين للعلاقة بين إدراك الضغط والصحة العامة، بحيث قدرت قيمة التأثير 0.0875 عند فترة ثقة ما بين (0.0416 / 0.1432) ونظراً لعدم وجود (0) بين فترتي الثقة فهذا يدل على وجود وساطة للمصدر الضبط الصحي الخارجي والفعالية الذاتية في العلاقة بين إدراك الضغط والصحة العامة. ومن خلال ما تم عرضه في مناقشة الفرضية الثانية حول العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط والفعالية الذاتية والتي أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية، بالإضافة إلى ما تم عرضه من مناقشة في

الفرضية الأولى حول العلاقة الارتباطية بين إدراك الضغط والصحة العامة فإنّ هذه النتائج تدعم وجود وساطة جزئية للفعالية الذاتية بين إدراك الضغط والصحة العامة. وتتفق هذه النتيجة مع ما توصلت إليه دراسة (Bandura et Benight, 2004) حول دور مدركات الفعالية الذاتية في استجابة الضغط والتي توصلت إلى أنّ مدركات الفعالية الذاتية تلعب دوراً هاماً في التخفيف من حدة الاستجابة الفيزيولوجية للضغط وأنّ لها دوراً حامياً بسبب الشعور الذي تمنحه للفرد حول قدرته على ممارسة نوع من التحكم في الأحداث، وهو نفس ما توصلت إليه دراسة (Leary, 1992).

كما توجد عدّة دراسات حول الدور الوسيط للفعالية الذاتية بين إدراك الضغط وبعض المتغيرات النفسية الاجتماعية، مثل الوساطة بين الضغط النفسي والاحترق النفسي (Makara et al, 2019)، الدور الوسيط للفعالية الذاتية بين إدراك الضغط والإرجاعية (Akur et Ummet, 2021)، دراسة (Grasass et al, 2022) والتي كسفت عن مستويات منخفضة إجمالاً من الضغط بدرجة 0.29 ومع ذلك، ارتبط الضغط النفسي ارتباطاً سلبياً بكلّ من الرفاه البدني ($B = 25.60$)، والرفاه النفسي ($B = 38.43$)، والاستقلال الذاتي ($B = 28.84$)، والدعم الاجتماعي والأقران ($B = 21.05$)، والبيئة المدرسية ($B = 30.28$). وقد تمّ إيجاد وساطة للفعالية الذاتية في جميع هذه الرباطات، وتم تقدير أعلى درجة من الوساطة، على الرفاهية الجسدية.

وفي دراسة (Sahin et Setin, 2017) حول الدور الوسيط للفعالية الذاتية في العلاقة بين إدراك الضغط وبعض متغيرات الشخصية التي تمّ الكشف عنها باستخدام مقياس العوامل الخمس الكبرى للشخصية توصلت النتائج إلى وجود وساطة للفعالية الذاتية بين إدراك الضغط والعصابية والتي تُعتبر من بين العوامل ذات الخطورة على الصحة، وفي ذات السياق توصلت دراسة (Darzi et al, 2019) إلى وجود وساطة للفعالية الذاتية في العلاقة بين إدراك الخطر وهو أحد عناصر إدراك الضغط والانجراحية النفسية والانفعالية السلبية والتي أيضاً تُعتبر من بين العوامل ذات الخطورة على الصحة.

فالفعالية الذاتية باعتبارها من بين متغيرات الشخصية الحامية للصحة تمنح صاحبها نوع من الثقة في أنّه يمتلك القدرات التي تُساعده للحفاظ على صحته فيلجأ للقيام بسلوكيات وقائية من شأنها ترقية الصحة لأقصى حدّ ممكن من الفعالية والحماية من الوقوع في الأمراض، ولكون إدراك الضغط يُعبّر عن نوع من العلاقة بين الفرد ومحيطه أين يقوم بإجراء تقييمات للوضعيات الضاغطة إن كانت تُشكّل تهديد أو خطر أو أنّها تثير فيه التحديّ فإنّ الفعالية الذاتية تمنحه الثقة في أنّه يمكنه مواجهة التحديات وبالتالي تكون الاستجابة الفيزيولوجية تكيفية.

ويؤدي التعرُّض للضغوطات إلى تفاعلات هرمونية، عصبية، سلوكية ونفسية متنوعة بين الناس. ويمكن أن تغير الفعالية الذاتية الاستجابات الذاتية وتأثيراتها على الصحة. فقد لوحظت الآثار النافعة للفعالية الذاتية في التخفيف من الإثارة الفسيولوجية، وتحسين الأداء، وتناقص الأعراض المرضية. ويبدو أنّ دور الفعالية الذاتية ليس مفيدًا بشكل دائم، وأن المستويات الأعلى من الفعالية الذاتية يمكن أن تؤدي أحيانًا إلى زيادة استجابات الغدد الصماء العصبية والضغط النفسي وتناقص الأداء، وتشير هذه المعطيات إلى أن التدخلات العلاجية لا تحتاج دائمًا إلى تعزيز الفعالية الذاتية بشكل أساسي. في الوقت نفسه فإنّ الحفاظ على مستوى مرتفع من الفعالية الذاتية قد يكون ضارًا (Schonfeld, 2017)

وتتظم معتقدات الفعالية الذاتية عمل الإنسان من خلال الإدراك والتحفيز والانفعالات وعمليات اتخاذ القرارات. إنها تؤثر على ما إذا كان الأفراد يفكرون في تعزيز الذات أو إضعاف الذات، ومدى تحفيزهم ومثابرتهم في مواجهة الصعوبات، وفي جودة حياتهم العاطفية ومدى تعرضهم للتوتر والاكنتاب، والمرونة في مواجهة الضغط النفسي، والاختيارات التي يتخذونها في المراحل الحاسمة الهامة التي تحدد مسارات حياتهم، وبالتالي فإن الإيمان بقدرة المرء على ممارسة قدر من التحكم في مواجهة مصادر الضغط النفسي يعزز القدرة على التكيف معها (Bandura et Benight, 2004, p. 1131).

وفي دراسة لـ Helgeson (1992) شملت (80) مصاب بأمراض القلب متواجدين في حالة استشفاء، توصلت إلى أنّ مصدر الضبط الصحيّ يلعب دورًا وسيطًا بين إدراك الضغوطات وكُلّ من زيادة حدّة الأعراض ومدّة الاستشفاء، كما يُعتبر الميل الشديد للضبط الداخلي ذو أثر سلبي بسبب أنّ الفرد يُحمّل نفسه مسؤولية الفشل بشكل مبالغ فيه ممّا يُعرّضه لتأنيب الذات (Rasclé et Irachabal, 2001, p. 103).

وفي دراسة (Johnson et Holdsworth, 2009) تبين أنّ لمصدر الضبط الصحيّ وساطة بين سمات الشخصية ذات الخطورة على الصحة (مثل العصابية وعدم القدرة على مواجهة الضغوطات) والصحة العامة لدى عيّنة مكونة من (328) طالب وطالبة، وظهر أنّ مصدر الضبط الصحيّ يلعب دورًا في تعديل العلاقة بين تلك السمات ومدى تأثيرها على الحالة الصحيّة.

وتوجد دراسات تناولت الدور الوسيط لمصدر الضبط الصحيّ بين إدراك الضغط وبعض المتغيّرات، مثل (Roddenberry, 2010) والتي توصلت إلى وجود وساطة جزئية لمصدر الضبط الصحيّ في العلاقة بين إدراك الضغط وكُلّ من الأعراض الجسميّة، الأمراض المزمنة واللجوء لخدمات الرعاية الصحيّة لدى طلبة الجامعة، وساطة بعض خصائص الشخصية ومن بينها مصدر الضبط للعلاقة

بين إدراك الضغط والأعراض المرضية (Kobasa et al, 1981) الوساطة لمصدر الضبط الخارجي بين الضغط النفسي والأعراض النفسية (Hutner et Locke, 1984).

كما يعتبر مصدر الضبط الخارجي عند الكثير من الباحثين أنه يحمل خصائص سلبية تجعل الشخص يستسلم للظروف ويشعر بالعجز في مواجهة المواقف الضاغطة بينما توصلت الدراسة الحالية إلى أن مصدر الضبط الخارجي يلعب دوراً وسيطاً في تعديل العلاقة بين إدراك الضغط والصحة الجسمية، ويمكن تفسير هذه النتيجة بوضعها في الإطار الثقافي، فالمجتمع الجزائري يعطي أهمية كبيرة للأسرة ويسعى في كثير من الأحيان لإرضائهم حفاظاً على العلاقات أو لمسايرة الجماعة، كما أن الأفراد يحصلون عادةً على السند الاجتماعي ويأخذون الآراء من بعضهم البعض فيما يخص العلاج والوقاية وتتبع إرشادات الأطباء وغيرهم ممن يُسمون بذوي النفوذ في مصدر الضبط الخارجي، وبالتالي ما يبدو أنه توجه خارجي لمصدر الضبط قد يكون عبارة عن سلوك لمسايرة الجماعة، كما أن الإقدام على زيارة الطبيب وتتبع نصائحه قد يكون نوع من ممارسة الضبط والتحكم عندما يُقرر الفرد ويُجري تقييمات معرفية حول أهمية هذه الخطوة كإجراء وقائي وليس كنوع من الضبط الخارجي لذوي النفوذ.

إذ باعتبار أن بُعد ذوي النفوذ (الأسرة، مقدمي الرعاية...) في التوجه الخارجي لمصدر الضبط يُمكن أن يُمثل سند اجتماعي والذي يلعب دوراً أساسياً في إدراك الضغط وكيفية التعامل معه، حيث أن السند الاجتماعي الذي يمكن أن يكون من طرف الأسرة، الأصدقاء أو القائمين على الرعاية الصحية... يحمل للفرد معاني إيجابية كشعور الاهتمام، التقدير، والأمان الذي يأتي من إحساس الفرد بأنه يملك مصدر للمساعدة في حالة التعرض للتهديد والخطر وهو ما يعمل على تخفيض استجابة الضغط (Timothy et Safarino, 2011, p. 83). وقد أظهرت دراسات في هذا الشأن أجريت على مجموعات مختلفة من العمال أن الأشخاص الذين يملكون السند الاجتماعي ظهرت عليهم مستويات منخفضة من إدراك الضغط مقارنة بأولئك الذين يفتقرون للسند الاجتماعي (Karlín et Schwartz, 2003).

وبالعودة إلى التراث النظري نجد أن متغيري الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي يُعتبران من متغيرات الشخصية الحامية للصحة كونهما يمنحان للفرد إحساساً عالياً بالقدرة على التحكم في حالته الصحية والحفاظ عليها وبالتالي فإنه يعمل جاهداً لاتخاذ الإجراءات المناسبة لتحقيق هذا الغرض بما فيها إجراء التحاليل والفحص الدوري الوقائي، غير أن البعد الخارجي تُشير الكثير من الأعمال البحثية إلى أنه يحمل خصائص سلبية مثل التبعية للآخرين والاستسلام أو عدم الإقدام على ممارسة سلوكيات صحية لاعتقاد الفرد أن حالته الصحية ليست ناتجة عما يقوم به هو بل يتحكم فيها عوامل خارجة عن سيطرته

مثل الحظ، الصدفة وذوي النفوذ (الأطباء، العائلة، الأصدقاء....)، وفي المقابل أشارت أعمال بحثية أخرى إلى العكس حيث ظهر أن لمصدر الضبط الخارجي أيضًا بعد وقائي وذلك عندما يُقرّ الفرد بأن ذوي النفوذ مثل الأطباء والقائمين على الرعاية الصحية لديهم المعرفة الأفضل لكيفيات الحفاظ على الصحة وترقيتها وبالتالي يتبع نصائحهم وإرشاداتهم. بالإضافة إلى أن إدراك السند الاجتماعي يُعتبر من بين العوامل المهمة في ترقية الصحة والحفاظ عليها وذلك في دراسة شملت (3461) راشد من الجنسين في منطقة برشلونة (Dadvant et al, 2006).

بالنسبة لأولئك الأفراد الذين يُعطون للأسرة والألفة الاجتماعية أهمية كبيرة نجدهم يتصوّرون الإقامة في المستشفى مثلاً للعلاج مسببًا للعزلة والوحدة، وقد يتحفّظون على إجراءات عزل المريض والقواعد الخاصة بالزيارة ويعتبرون ذلك تهديدًا خطيرًا لحياتهم الاجتماعية، كما نلاحظ في ثقافات عديدة أنّ الناس لديهم توجّه نحو الحاضر لا المستقبل لذلك قد يرفضون التطعيم لاكتساب مناعة في المستقبل ضدّ الأمراض (سليمان، 2009، ص. 53).

2-5- مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تنصّ هذه الفرضية على وجود فروق دالة احصائياً في متوسط رتب إدراك الضغط بين المرضى والأصحاء لصالح المرضى المشاركين في الدراسة.

وقد دلّلت النتائج على وجود فروق بين الأصحاء والمرضى المزمّنين في مستوى إدراك الضغط، بحيث تبين أنّ المرضى المزمّنين لديهم مستوى أكبر من إدراك الضغط مقارنةً بالأصحاء.

وتتفق النتيجة الحالية مع نتائج العديد من الأبحاث التي تناولت العلاقة بين إدراك الضغط والصحة الجسميّة والتي أشارت إلى أنّ الأشخاص الذين يُظهرون مستويات منخفضة من إدراك الضغط يكونون أقلّ شكوى من الأعراض المرضيّة والآلام ويتمتّعون بصحة جسميّة جيّدة على العموم (Helhammer et al, 2004), (Rod et al, 2009), (Camara et al, 2012) كما أنّهم أكثر ميلاً لممارسة سلوكيات صحيّة وقائيّة وأكثر فعاليّة في التعامل مع الضغوط النفسيّة (Rueggeberg et al, 2012) في حين يميل ذوي المستوى المرتفع من إدراك الضغط لممارسة سلوكيات غير صحيّة والتي تُعتبر من العوامل المهمّة للإصابة بالأمراض المزمنة مثل (عدم ممارسة الرياضة، السمنة، التغذية غير الصحيّة..). (Ng et Jeffery, 2021) (Doron et al, 2014) وقد دلت نتائج دراسات على مرضى السكري دور إدراك الضغط في ظهور وتطور المرض، إذ توجد علاقة بين استجابة الضغط واضطراب إفراز الأنسولين مما قد يسرّع من تطور السكري، وبين الضغط ومختلف العوامل التي ترفع من خطورة

الإصابة به مثل السمنة (Fisher et al, 2007). وفيما يتعلق بالألم المزمن توصلت دراسات إلى وجود علاقة بين إدراك الضغط والألم المزمن (Treharne et al, 2007). وتُعتبر الشروط الناتجة عن حالات الضغط المزمن من العوامل التي تسبب الإنجراحية للألم المزمن (Chadi et Geha, 2017, p. 5). ويتدخل إدراك الضغط في عدة أمراض، فيوجد علاقة بين الضغط وارتفاع ضغط الدم حسب استنتاجات (Sparrenger et al., 1999) ويمكن اعتباره كعامل منبئ بحدوث مشكلات قلبية وعائية على المدى الطويل (Cottraux, 2011, p.295)، وفي مجال السرطان يرتبط إدراك الضغط بالسلوكيات الخطيرة على الصحة مثل قلة النشاط البدني وعدم الامتثال العلاجي ويرتبط ببعض الاستجابات الفيزيولوجية والهرمونية الالتهابية والمناعية التي تتدخل في تطور السرطان (Schweitzer et Boujut, 2014, p. 444)

كما يدعم نتيجة الدراسة الحالية ما ذهب إليه العديد من المنظرين في مجال الضغط النفسي فقد قام (McEwen et Stellar, 1993) بتطوير مفهوم التَلَف النَّاجم عن العبء المتراكم، بحيث يحدث التَلَف في أجهزة الجسم لدى محاولتها المحافظة على التوازن فيما يُعرف بالتكلفة الفيزيولوجية للضغط الناتجة عن التعرُّض المزمن للتغيير. وبيّنت إحدى الدراسات (Perna et Mcdowell, 1995) أنّ العمليات الفيزيولوجية المسؤولة عن العودة إلى الحالة الطبيعية التي تلي التعرُّض للضغط لها أهميتها لأنّ عدم توفّر القابلية للعودة إلى الحالة الطبيعية بسرعة بعد التعرُّض للأحداث الضاغطة قد تكون إشارة لتراكم التلّف الذي يُسببه الضغط. ففي إحدى الدراسات تمّ تقسيم مجموعة من الرياضيين إلى مجموعتين، تعرّضت إحداها إلى مستويات عالية من الضغط في حياتهم، في حين تعرّضت المجموعة الثانية إلى ضغوط متدنية، وتمّ قياس مستوى الكورتيزول لديهم بعد قيامهم بتدريبات قاسية. وقد استغرق الرياضيون الذين سبق أن تعرّضوا إلى مستويات عالية من الضغط وقتاً أطول للتوقّف عن إطلاق الكورتيزول. وبناءً على ذلك اقترح الباحثون بأنّ الضغط يمكن أن يزيد من إمكانية التعرُّض للمرض والإصابة بسبب التأثير الذي يحدثه في إمكانية الرجوع إلى الحالة الطبيعية (تايلور، 2008، ص ص. 306-307).

وينظر Selye للضغط باعتباره الحالة الفيزيولوجية للإرهاك والتمزق في الجسم، هذه الحالة الفيزيولوجية قام بشرحها في كتابه "ضغوط الحياة" فيما سمّاه بزملة التكيف العام General Adaptation Syndrom (عبد المعطي، 2006، ص. 24). والتي تتكوّن من ثلاث مراحل لاستجابة الضغط، تبدأ بمرحلة التنبيه ثمّ مرحلة المقاومة، ثمّ مرحلة الإنهاك وفشل العضوية والتي يُعتبر وصول الفرد إليها بحالة

الإنهيار الصحي والمعاونة من تلف أو ضرر في الجسم وقد يصل إلى الموت (Cosnier,1994, p. 127).

وحسب Lazarus,(1993) يتم تقييم الأحداث الضاغطة بناءً على ثلاث أنواع من المدركات وهي، الأذى(Harm) ، التهديد(Threat) ، التحدي (Challenge) فالأذى يرمز إلى تقييم الأضرار النفسية الناتجة عن الحدث، أما التهديد فيشير إلى تقييم لما يمكن حدوثه من أضرار مستقبلية ناتجة عن الحدث، وقد تُقيم الأحداث من منطلق ما تُسببه من تحديّ (Challenge) ، ومن منطلق ما يملكه الفرد من إمكانيات للتخفيف من المشكلة، أو حتى في الاستغادة من الحدث، فقد يُدرك الشخص الذي فقد وظيفته على سبيل المثال وجود قدر معين من الأذى أو التهديد، ولكنه قد يرى أيضًا في فقدان الوظيفة فرصةً لكي يُجرب شيئًا جديدًا.(Lazarus, 1993, p. 5)

وتُشكل الأحداث الخارجة عن السيطرة أو تلك التي يصعب التنبؤ بها مصدر ضغط أكثر من تلك الأحداث التي يمكن السيطرة عليها أو التنبؤ بها. فعندما يشعر الأفراد بأنهم قادرون على التنبؤ أو على تعديل أو إنهاء حدث مزعج فإن شعورهم بالضغط يكون أقل (تايلور، 2008).

الاستجابة الفيزيولوجية التي تصدر عن الجسم أثناء التعرض لمواقف ضاغطة ومع تكرار تلك الاستجابة تستنزف الأعضاء وتُساهم في تخفيض أدائها مع مرور الوقت فتكتسب نوع من الهشاشة التي تجعلها أكثر عرضة للمشاكل الصحية وفي مقدمتها الأمراض المزمنة (أمراض القلب، السكري، الألام المزمنة....).

3- الاستنتاج العام:

من خلال عرض ومناقشة نتائج فرضيات الدراسة توصلنا إلى أن إدراك الضغط هو فعلا من العوامل ذات الخطورة على الصحة إذ يمكن أن تؤدي الاستجابة الفيزيولوجية للضغط للتسبب في أضرار للجسم على المستوى المتوسط والبعيد، وهذا ما تمّ مناقشته في ظل نتائج الدراسات السابقة والناحية النظرية، وفي المقابل تعتبر الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي من بين المتغيرات ذات الأثر الحامي والوقائي على الصحة لما تمنحه للفرد من إحساس عالي بالقدرة على التأثير في نتائج المواقف التي يتعرض لها وفي كيفية إدراكه لتلك المواقف، ورغم توجه الكثير من المنظرين لاعتبار البعد الخارجي لمصدر الضبط الصحي ذو أثر سلبي على الصحة وهو رأي مدعوم بنتائج دراسات عديدة إلا أنه في مقابل ذلك توجد آراء مدعومة هي الأخرى بنتائج دراسات تُشير إلى أنّ مصدر الضبط الصحي الخارجي يمكن أن يكون له دور إيجابي فيما يتعلّق بالحفاظ على الصحة وممارسة السلوكيات الصحية، ذلك أنّ الأفراد يختلفون في تقديرهم لأهمية الدعم الذي يتلقونه من المحيط، ويختلفون حسب الثقافة التي ينتمون إليها في تقدير أهمية السند الاجتماعي من جهة ومن جهة أخرى يمكن اعتبار مثلا أنّ الفرد الذي يلجأ لطلب المساعدة من الآخرين (أطباء، أسرة..) هو بهذا يمارس فعلا نوعاً من الضبط والتحكّم وإدراك سليم لما يتطلبه الموقف من استراتيجيات لمواجهته. كما أنّ الميل لأحد أبعاد مصدر الضبط الصحي بشكل مبالغ فيه أو دائم هو ما يمكن أن يؤدي إلى استجابات غير تكيفية، إذ تختلف الاستراتيجيات المواجهة التي يجب أن يلجأ إليها الفرد باختلاف المواقف، فحسب نظرية العزو والتي اشْتُقّ منها مفهوم مصدر الضبط يعمل الأفراد على تفسير المواقف التي يتعرضون لها بحسب أسلوب العزو الذي يتبنونه، فإذا كانوا يميلون إلى تفسير وعزو المواقف السلبية التي يتعرضون لها إلى أسباب داخلية وأنها أسباب ثابتة، وتتأثر بها مجمل المواقف في حياتهم، فإنّ تفكيرهم السلبي هذا يرفع من مستوى شعورهم بالعجز والتشاؤم. وعلى المستوى الجسدي الصحي فإنّ تأثير التفكير السلبي المصحوب بالانفعالات السلبية كاليأس والشعور بالعجز، يؤثّر على وظيفة الجهاز المناعي ويقلّل من قدرته على حماية الجسم من الأمراض، ويرفع من استعداد الجسم لخطر الإصابة بالالتهابات والأمراض المعدية.

خاتمة:

انطلاقاً من الأبحاث التي أجراها هانز سيلبي والتي يشرح فيها نمط الاستجابة الفيزيولوجية التي تصدر عن الجسم عند إدراك الفرد للضغط تبين أن تلك الاستجابة رغم أنها ضرورية ومفيدة من أجل التكيف وتهيئة الجسم ليكون في كامل طاقته للمواجهة بهدف الحفاظ على الحياة إلا أنه يمكن أن يتبعها أثر غير مرغوب أو سلبي على الحالة الصحية، إذ أن الجسم من أجل الحفاظ على توازنه يحتاج الإبقاء على نظام دقيق من الإفرازات الهرمونية وحدّ معين من فترة الشدّ العضلي.

وترجع فكرة تفسير بعض الأمراض العضوية كقرحة المعدة والتهاب المفاصل والصداع النصفي وارتفاع ضغط الدم والاضطرابات القلبية الوعائية.. إلى النصف الأول من القرن الماضي، وجاءت فكرة الضغط كمتغير نفسي اجتماعي مؤثر في الصحة في العقود الأخيرة على يد الأطباء والإكلينيكين الذين لاحظوا أن العامل المشترك والبارز بين المرضى المصابين بأمراض مزمنة كالسكري، السرطان، التهاب المفاصل، أمراض القلب وقرحة المعدة.. يكمن في تعرضهم لمواقف ضاغطة في حياتهم ومعاناتهم من حالة الضغط النفسي قبل حدوث المرض، الأمر الذي أدّى بالعلماء والباحثين إلى طرح فرضية مفادها أن الضغط هو المسبب الرئيسي لأمراض العصر، وقد توصل لازاروس من خلال ملاحظاته أن الناس يختلفون في استجاباتهم بالرغم من تعرضهم لنفس المواقف فاستنتج أنه عندما يدرك الفرد الوضعية على أنها ضاغطة (خطيرة ومهددة) يتفاعل جسمه مع هذا الإدراك من خلال الرسائل العصبية التي يرسلها الدماغ لمختلف الأعضاء المسؤولة عن إصدار رد فعل فوري لحماية الجسم من الخطر والتهديد، ويحدث ذلك من خلال إفرازات الغدد، إلا أن الجسم يمكنه أن يتحمّل التغيرات الناتجة عن رد الفعل لفترة زمنية قصيرة وبعد ذلك يتطلب العودة للحالة الطبيعية، وفي حالة الاستمرار لمدة طويلة وتكرار تلك الاستجابة لا يتمكن الجسم من مسايرة ذلك التغير ويصبح فريسة للوقوع في تعقيدات صحية مختلفة منها (أمراض القلب، الآلام المزمنة، القرحة المعدية، السكري، السرطان). ومن أجل الوقاية من الإصابة بالأمراض المزمنة التي يلعب إدراك الضغط دوراً هاماً فيها جاء علم النفس الصحي ليعرض مجموعة من التصورات لكيفية الحفاظ على الصحة وتقديم تفسيرات للأسباب المختلفة التي تتظافر لتؤدي إلى حالة من الصحة أو المرض، ورغم أن هناك العديد من الدراسات التي توصلت إلى وجود علاقة بين إدراك الضغط والأمراض المزمنة إلا أن وجود دراسات أخرى تثبت أن هناك أفراد يعانون من ضغوط نفسية إلا أنها لا تؤثر على حالتهم الصحية جعلنا نتساءل فيما يختلف هؤلاء عن بقية الناس الذين ثبت أن إصابتهم بأمراض مزمنة لها علاقة بمستويات الضغط التي يعانون منها، فكان البحث حول وجود عوامل يمكن أن

تتوسط هذه العلاقة، إذ أنّ هناك متغيرات في الشخصية تتفاعل فيما بينها مع الحالة الصحيّة مثل متغيرا الشخصية الحامية للصحة والتي من شأنها أن تمنح الفرد إحساسا بالقدرة على المحافظة على صحته والارتقاء بها لأقصى درجات الفعالية ومن بينها الفعالية الذاتية ومصدر الضبط الصحي، لذلك جاءت الدراسة الحالية للبحث فيما إن كانت هذه المتغيرات تلعب دورا في حماية الصحة من خلال الوساطة في العلاقة بين إدراك الضغط والصحة العامة.

التوصيات والاقتراحات:

إنّ النتائج التي توصلنا إليها في الدراسة الحالية تجعلنا نوصي بتوجيه الدراسات لبناء برامج التربية الصحية من جهة لاستغلال متغيرات الشخصية الحامية للصحة في تنمية سلوكيات صحيّة تهدف بالدرجة الأولى إلى ترقية الصحة لأقصى درجات الفعالية فضلا عن حمايتها من الوقوع في المرض، ومن جهة أخرى بناء برامج التربية العلاجية والتي تستهدف التعامل مع وضعية المرض من حيث الالتزام العلاجي أولاً ثمّ تبني السلوكيات التي من شأنها تنمية اللياقة البدنيّة وتجنّب الوقوع في المزيد من التعقيدات الصحيّة.

كما يمكن أيضًا بناء برامج خاصّة بالأطفال والتي تستدعي أدوات وأساليب مختلفة عن الراشدين لتدريبهم على أهميّة السلوكيات الصحيّة ودورها في حماية الصحة الفردية والمجتمعيّة، فالأطفال هم حجر الأساس لبناء مجتمع واعي حول المسائل المتعلقة بالصحة. وتشمل البرامج التدريب على الرفع من مستويات متغيرات الشخصية الحامية للصحة، فالفعالية الذاتية تمنح إحساسًا عاليًا بالرغبة في امتلاك الكفاءة الذهنية، النفسية والبدنيّة والقدرة على توجيه السلوك بما يخدم الصحة والحفاظ عليها، كما أنّ الفهم الجيّد لمصدر الضبط الصحي يجعل الفرد قادرًا على حسن اختيار الاستراتيجية المناسبة للموقف، لأنّ تبني مصدر ضبط صحيّ ثابت يصبح عائق يمنع التعامل الفعّال مع الضغوطات، إذ لا يمكن عزو الأسباب دائمًا للذات كما لا يمكن عزوها دائمًا لمصادر خارجيّة وإنّما كلّ موقف يتطلّب عزو الأسباب الحقيقيّة للوصول لاستراتيجيات المواجهة الفعالة.

يمكن أن تشمل برامج التربية الصحيّة وبرامج التربية العلاجيّة محاور متعدّدة مثل التغذية الصحيّة، الأنشطة البدنيّة، السلوكيات المرورية السليمة والأمنة، النظافة الشخصية والمحيطيّة، الفحص الطبّي الدوري، صحّة الأسنان...

نقترح من خلال الدراسة الحالية توسيع مجال البحث حول المتغيرات المتعلقة بالصحة الفردية والمجتمعيّة، وهي المتغيرات التي يسعى علم النفس الصحيّ لإظهار دورها في الحماية من الأمراض

المزمنة، فبالرغم من تعدّد البحوث التي تناولتها إلاّ أنّه يبقى من الواجب التحقّق منها في البيئة الجزائريّة، وفي نفس الوقت السعي إلى تكييفها وفق العناصر الثقافية لأنّ السلوك الفعّال وأسلوب الحياة في المجتمع يتكوّنان بالدرجة الأولى على أساس الثقافة، لذلك يجب السعي لبناء نموذج ثقافي مبني على الوعي الصحيّ وجعله جزءًا من الحياة اليومية للمواطنين حتى يتشرّبه الطفل منذ الولادة، فمثلما يفتح الطفل فمه لا إرادياً منذ الولادة ليتنفسّ فله أيضاً كيان نفسي لا شعورياً في تمثّل الأشياء والعناصر التي نسمّيها عناصر ثقافية. وقد كان مالك بن نبي من الأوائل الذين لفتوا الانتباه إلى هذا الأمر حيث يسرد في كتابه مجاس دمشق موقفاً طريفاً له مع أحد أقربائه في مناسبة عائلية حين سأله وقد كانت ولدت له طفلة فقال له "كيف تُشير عليّ بتربيتها؟" فقال له مالك بن نبي منذ كم ولدت؟ قال منذ شهر، فردّ عليه مالك بن نبي فيما يشبه الدعابة لكنها في الحقيقة كانت إحدى أهمّ مبادئ التربية عندما قال له "إذاً فقد فاتك شهر من التربية والتثقيف".

قائمة المراجع

- آل دهام باسم رسول كريم. (2012). الأحداث الضاغطة وعلاقتها بفعالية الذات لدى طلبة المرحلة الإعدادية. مجلة الأستاذ، العدد 203، ص ص 873-905.
- بن زاهي منصور وبن الزين نبيلة. (2012). مركز الضبط (الداخلي/الخارجي) في المجال الدراسي، المفهوم وطرق القياس. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد السابع. الجزائر.
- بورجي شاكر أمير الدين وزناد دليلة. (2017). علم النفس الصحة: النماذج، المفاهيم والتطبيقات. مجلة دراسات في علم النفس الصحة، المجلد (2)، العدد (1). الجزائر.
- الزروق فاطمة الزهراء. (2016). علم النفس الصحي: مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر. ص: 16-17.
- سليمان بومدين. (2009). الثقافة والمرض. مجلة البحوث والدراسات النفسية، مجلد (3)، العدد (1). الجزائر.
- عباس محمد خليل، نوفل محمد بكر، العبسي محمد مصطفى، أبوعواد فريال محمد. (2007). مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس. الطبعة الأولى. عمان: دار المسيرة.
- فاضلي أحمد ومسيلي رشيد. (2013). الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية، دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 13،
- فاضلي أحمد. (2009). تصور الانتحار لدى الطلاب المقبلين على التخرج وعلاقته بإدراك الضغط النفسي وإستراتيجيات المقاومة، مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد (11).
- مفتاح محمود عبد العزيز. (2010). مقدّمة في علم نفس الصّحة: مفاهيم، نظريات، نماذج، دراسات. ط1. دار وائل للنشر. الأردن.
- نوار شهرزاد وحشاني سعاد، (2020)، مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السكري، دراسة ميدانية بمدينة ورقلة، مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي، المجلد 7 العدد2، الجزائر.
- واكلي آيت مجبر بديعة. (2019). استراتيجيات مواجهة الضغوط والاكتئاب. دار المجدد للطباعة والنشر والتوزيع. الجزائر.
- يخلف عثمان. (2011). علم نفس الصحة: الأسس النفسية والسلوكية للصّحة. دار الثقافة. الدوحة.

- Albert Bandura and Charles C. Benight. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy* 42 (2004) 1129–1148. Elsevier Ltd.
- American Psychiatric Association.(2015).Manuel Diagnostique Et Statistique Des Trouble Mentaux 5eme Edition DSM-5 . Masson. France.
- Anisman Hymie, (2015), *Stress and your Health from vulnerability to Resilience*, Wiley Blackwell.
- Antoni Michael H., Suzanne Lechner, Alain Diaz, B.S, Sara Vargas, B.S. Heather Holley, B.S, Kristin Phillips, M.S, Bonnie McGregor, Charles S. Carver, and Bonnie Blomberg. (2008). Cognitive behavioral stress management effects on psychosocial and physiological adaptation in women undergoing treatment for breast cancer. Elsevier Inc.
- April, K. A., Dharani, B., & Peters, K. (2012). Impact of locus of control expectancy on level of well-being. *Rev. Eur. Stud.*, 4, 124.
- Bandura, A., & Wood, R. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation of complex decision making. *Journal of personality and social psychology*, 56(5), 805.
- Bandura. Albert, Benight. Charles. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self efficacy. Elsevier. *Behavioral research and therapy* 42, 1129-1148.
- Brannon Linda, Feist Jess, John Updegraff. (2013). *Health Psychology, an introduction to behaviour and Health*. Wadsworth.
- Calender, A. (2010). Réflexions biologiques autour du concept de STRESS et de sa prise en charge. Plateforme d'Oncologie et de Neurogénétique. Hôpital Edouard Herriot. LYON. France.
- Camara, R. J., Schoepfer, A. M., Pittet, V., Begré, S., von Känel, R., & Swiss Inflammatory Bowel Disease Cohort Study (SIBDCS) Group. (2011). Mood and nonmood components of perceived stress and exacerbation of Crohn's disease. *Inflammatory bowel diseases*, 17(11), 2358-2365.

- Cha, N. H. (2013). The Relationships between Stress and Health Locus of control in Nursing College Students. *Journal of East-West Nursing Research*, 19(2), 177–185. <https://doi.org/10.14370/JEWNR.2013.19.2.177>
- Chandra Yamini and Ygnik Jignaso. (2022). Experience of Perceived Stress and Impact of Health Locus of Control During COVID-19 Pandemic: Investigating Entrepreneurs and Corporate Employees. *South Asian Journal of Human Resources Management* 9(1).
- Chantelier Paul, Larkin Kevin. (2020). *Cardiovascular Implication of Stress and Depression*. Elsevier Inc.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of health and social behavior*, 385-396.
- Cohen, S., Tyrrell, D. A., & Smith, A. P. (1993). Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *Journal of personality and social psychology*, 64(1), 131.
- Contrada Ritchard, Baum Andrew, (2011), *The Handbook of Stress Science: Biology, Psychology and Health*, New York.
- Contrada Ritchard, Baum Andrew. (2011). *The Handbook of Stress Science: Biology*, New York: Psychology and Health.
- Contrada Ritchard, Baum Andrew. (2011). *The Handbook of Stress Science: Biology*, New York: Psychology and Health.
- Cosnier Jaques, (1994), *Psychologie des émotion et de ses sentiments*, Retz.
- Cosnier Jaques. (1994). *Psychologie des émotion et de ses sentiments*. Retz.
- Cottraux Jean, (2007), *Therapy Cognitives Et Emotions: La Troisieme Vague*, France, Elsevier Masson.
- Cottraux Jean, (2011), *Les Psychothérapie Compertemental Et Cognitive*. 5eme Edition, France, Elsevier Masson.
- Cottraux Jean. (2012). *Psychologie Positive et bien être au travail*. Elsevier Masson.

- Coutanceau Roland, Bennegadi Rachid et Bornstein Serge, (2016), Stress, Burn out, Harcèlement moral, de la souffrance au travail au management qualitative. Dunod.
- Cristensen T. S., Rod. N. H, Gronbaek M., Schnohr P., Prescott. E. (2009). Perceived Stress As A Risk Factor For Changes In Health Behaviour Aand Cardiac Risk Profile: A Longitudinal Study. Blackwell Publishing Ltd Journal Of Internal Medicine, Vol (266).
- Dadvand, P., Bartoll, X., Basagaña, X., Dalmau-Bueno, A., Martinez, D., Ambros, A., ... & Nieuwenhuijsen, M. J. (2016). Green spaces and general health: roles of mental health status, social support, and physical activity. *Environment international*, 91, 161-167.
- Darzi Azadboni, M., Fakhri, M., & Mirzaian, B. (2019). The mediating role of self-efficacy in the relationship between risk perception and psychological vulnerability in Students with social anxiety disorder. *Iranian journal of educational sociology*, 2(3), 138-148.
- Dewe Philip, Driscall Michael, Coope Cary, (2010), Coping withe work stress: A review and Critique, Wiley-Blackwell Ltd.
- Dewe Philip, Driscall Michael, Coope Cary. (2010). Coping withe work stress: A review and Critique. Wiley-Blackwell Ltd.
- Dewe, P. J., O'Driscoll, M. P., & Cooper, C. (2010). Coping with work stress: A review and critique.
- Doron, J., Trouillet, R., Maneveau, A., Neveu, D., & Ninot, G. (2014). Coping profiles, perceived stress and health-related behaviors: a cluster analysis approach. *Health promotion international*, 30(1), 88-100.
- Eaton, S. E., Lenart, B. A., Jones, R., & Premji, Z. A. (2019). *APA 7th Edition Training*.
- Elena Flores, Jeanne M. Tschann, Juanita M. Dimas, Elizabeth A. Bachen, Lauri A. Pasch and Cynthia L. de Groat. (2008). Perceived Discrimination, Perceived Stress, and Mental and Physical Health Among Mexican-Origin

Adults. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, Volume 30 Number 4, November 2008 401-424, © 2008 Sage Publications 10.1177/0739986308323056 <http://hjbs.sagepub.com>, hosted at <http://online.sagepub.com>

Elisabeth Grebot. (2008). *Stress et burnout au travail : identifier, prévenir, guérir*. Groupe Eyrolles. Paris.

Fox Suzy and Spector Paul E. (2006). *Employee Health, Coping and Methodologies Research in Occupational Stress and Well Being*, Volume 5, 171–201 Copyright r 2006 by Elsevier Ltd.

Freidman Howards. (2011). *The Oxford handbook of Health Psychology*. Oxford University Press, Washington.

Ganjoo, M., Farhadi, A., Baghbani, R. et al. Association between health locus of control and perceived stress in college student during the COVID-19 outbreak: a cross-sectional study in Iran. *BMC Psychiatry* 21, 529 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03543-1>

Gatto Franck, (2005), *Enseigner la santé*, L'Harmantan.

Gatto Franck. (2005). *Enseigner la santé*. L'Harmantan.

Geisinger, Kurt F. Bruce A. Bracken, Janet F. Carlson, Jo-Ida C. Hansen, Nathan R. Kuncel, Steven P. Reise, and Michael C. Rodriguez. (2013). *APA handbook of testing and assessment in psychology*. American psychological association. Washington, DC.

Grandmont céline. (1997). *Etude comparative des caractéristiques de personnalité chez des sujets coronariens et en santé*. Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en psychologie. Université du Québec.

Grasaas, E., Skarstein, S., Mikkelsen, H.T. et al. (2022). The relationship between stress and health-related quality of life and the mediating role of self-efficacy in Norwegian adolescents: a cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes* 20, 162 (2022). <https://doi.org/10.1186/s12955-022-02075.w>

- Grebot Elisabeth. (2008). Stress et burn out au travail: identifier, prévenir, guérir. Eyrolles ed.
- Grebot Elisabeth. (2008). Stress et burn out au travail: identifier, prévenir, guérir. Eyrolles ed.
- Gurung Regan A.R, (2019), Health Psychology Well-Being In A Diverse World, California, SAGE,.
- Hellhammer, J., Schlotz, W., Stone, A. A., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. (2004). Allostatic load, perceived stress, and health: a prospective study in two age groups. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032(1), 8-13.
- Hutner, N. L., & Locke, S. E. (1984). Health Locus of Control: A Potential Moderator Variable for the Relationship between Life Stress and Psychopathology. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 41(4), 186–194. <http://www.jstor.org/stable/45115425>
- Ian P.Albery and Markus Munafò. (2008). Key concepts in health psychology. Sage publications LTD, London.
- Jean-Pierre Houppé. (2017). La psychocardiologie : une nouvelle spécialité. Hegel Vol. 7 N° 1. aln.editions.
- Johnson. S. J and Holdsworth. M. Batey. (2009). Personality and health : The mediating role of trait emotional intelligence and work locus of control. *Journal of personality and individual differences*. Vol (47). Elsevier.
- Kaplan, G. D., & Cowles, A. (1978). Health locus of control and health value in the prediction of smoking reduction. *Health Education Monographs*, 6(1), 129-137.
- Karlin, W. A., Brondolo, E., & Schwartz, J. (2003). Workplace social support and ambulatory cardiovascular activity in New York City traffic agents. *Psychosomatic Medicine*, 65(2), 167-176.
- Kobasa, S. C., Maddi, S. R., & Courington, S. (1981). Personality and Constitution as Mediators in the Stress-Illness Relationship. *Journal of*

Health and Social Behavior, 22(4), 368–378.
<https://doi.org/10.2307/2136678>

- Krantz, D. S., & McCeney, M. K. (2002). Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease. *Annual review of psychology*, 53(1), 341-369.
- Larkin Kevin, (2005), *Stress and Hypertension, Examining the relation between Psychological Stress and Hight Blood Pressure*. Yales University Press.
- Lazarus Ritchard and Folkman Susan, (1984), *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer Publishing.
- Lazarus Ritchard and Folkman Susan. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing.
- Lazarus Ritchard, (1990), *Emotion and Adaptation*, New York, Oxford University Press.
- Lazarus Ritchard, Folkman Susan, Grwe Rand, Delongis Anita, (1985), *Appraisal, Coping, Health statut and Psychological Symptomes*, *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol (50).
- Lazarus Ritchard. (1991). *Emotion and Adaptation*. New york: Oxford University Press.
- Lazarus. S. Ritchard, Folkman. Susan, Delongis Anita and Gruen Rand. (1986). *Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 50(03).
- Lefbver Buno et Poirot Mathiew. (2015). *Stress et risqué Psychosociaux au travail: Comprendre Prévenir, intervenir*. Elsevier Masson.
- Lefcourt, H. M. (1991). *Locus of control*. Academic Press.
- LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (2010). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, décembre 2010, 40 pages.

- Levenstein S, Prantera C, Varvo V, Scribano M and Berto E. (1992). Development of the Perceived Stress Questionnaire: A new Tool for Psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, vol (37).
- Levenstein S., C, Prantera, V. Varvo, M. L. Scribano, E. Berto, C. Luzi and A. Andreoli, (1993), Development of the Perceived Stress Questionnaire, A new tool for psychosomatic research. *Journal of Psychosomatic Research*, 37 (01).
- Linn Kristina Kuhl. (2010). Effects of Stress Mechanism on Pain Processing. Thesis Presented in department of Clinical Physiology, Institut of Biopsychology. University of Trier.
- Lugan Jean Paul. (2010). *Le changement sans stress*. France: Eyrolles ed.
- Makara-Studzińska, M., Golonka, K., & Izydorczyk, B. (2019). Self-efficacy as a moderator between stress and professional burnout in firefighters. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 183.
- Mercer, D. A., Ditto, B., Lavoie, K. L., Campbell, T., Arsenault, A., & Bacon, S. L. (2018). Health locus of control is associated with physical activity and other health behaviors in cardiac patients. *Journal of cardiopulmonary rehabilitation and prevention*, 38(6), 394-399.
- Mikolajczak Moira. (2013). *Les Intervention En Psychologie De La Santé*. Paris : Dunod.
- Ng, D. M., & Jeffery, R. W. (2003). Relationships between perceived stress and health behaviors in a sample of working adults. *Health psychology*, 22(6), 638.
- Nielsen. Line, Curtis. Tine, Kristensen. Tage, Nielsen. Rod. (2008). What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2008; 36: 369–379.
- Ogden Jane, (2004), *Health Psychology A Text Book*, Third Edition, New York, Library Of Congress Cataloging In Publication Data .

- Ogden Jane. (2004). Health Psychology A Text Book. Third Edition. New York : Library Of Congress Cataloging In Publication Data.
- Pinel John. (2014). Biopsychology, ninth edition, Person Education. Inc.
- Pinel. John. P. J. (2014). Biopsychology. 9th edition. Pearson education. Inc.
- Pourhoseinzadeh, M., Gheibizadeh, M., & Moradikalboland, M. (2017). The relationship between health locus of control and health behaviors in emergency medicine personnel. *International journal of community based nursing and midwifery*, 5(4), 397.
- Qadri, Usman Ahmed. (2017). The mediating role of internal locus of control and job stress between spiritual intelligence and job performance. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences* 2017, Vol. 11 (2), 623-643
- Rasclé, N., & Irachabal, S. (2001). Médiateurs et modérateurs: implications théoriques et méthodologiques dans le domaine du stress et de la psychologie de la santé. *Le travail humain*, 64(2), 97-118.
- Rod, N. H., Grønbaek, M., Schnohr, P., Prescott, E., & Kristensen, T. S. (2009). Perceived stress as a risk factor for changes in health behaviour and cardiac risk profile: a longitudinal study. *Journal of internal medicine*, 266(5), 467-475.
- Roddenberry, A., & Renk, K. (2010). Locus of control and self-efficacy: potential mediators of stress, illness, and utilization of health services in college students. *Child Psychiatry & Human Development*, 41(4), 353-370.
- Rueggeberg, R., Wrosch, C., & Miller, G. E. (2012). The different roles of perceived stress in the association between older adults' physical activity and physical health. *Health psychology*, 31(2), 164.
- Safarino Edward and Timothy Smith. (2011). Health psychology, biopsychosocial interactions. 7th ed. John wiley and sons, INC.
- Şahin, F., and Çetin, F. (2017). The mediating role of general self-efficacy in the relationship between the big five personality traits and perceived stress: A weekly assessment study. *Psychological Studies*, 62(1), 35-46.

- Sapolsky Robert, (2010), Stress and your Body, Course guidebook, The teaching Company Inc.
- Schönfeld, P., Preusser, F., & Margraf, J. (2017). Costs and benefits of self-efficacy: Differences of the stress response and clinical implications. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 75, 40-52.
- Schweitzer Marilou-Bruchon, (2001), *Psychologie de la santé, Concepts, méthodes et modèles*, Dunod.
- Schweitzer Marilou-Bruchon. (2001). *Psychologie de la santé, Concepts, méthodes et modèles*. Dunod.
- Schweitzer. Bruchon-Marilou et Emilie Bonjut. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles*. 2^{ème} édition. DUNOD.
- Selye Hans. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworths. London.
- Selye Hans. (1976). *Stress in Health and Disease*. Butterworths. London.
- Servant Dominique. (2007). *Gestion du stress et de l'anxiété*. Elsevier Masson.
- Sinan, O. K. U. R., & Ümmet, D. The Relationship Between Psychological Resilience and Perceived Stress in Adults: The Mediating Role of General Self Efficacy. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal*, 11(60), 67-84.
- Sparenberger Felipe, Cichelero Fabio, Ascoli Aline and Fuches Sandra, (2008), Does psychosocial stress cause Hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal of Human Hypertension*, vol (74).
- Straub Ritchard. (2014). *Health Psychology*. Fourth edition. Worth Publishers.
- Taylor Shelley. (2018). *Health Psychology*, tenth edition. New York: . McCraw-Hill education.
- White prudhomme barbara and Amy ma. (2014). Relationship among occupation/ Activity patterns, health and stress perception, and life orientation in well adults. *The open journal of occupational therapy*, vol (2).

قائمة الملاحق

إستبيان البيانات العامة

في إطار إعداد رسالة تخرج نرجو منك المساهمة في إنجازها، وذلك بالإجابة الصادقة حول نفسك، بوضع علامة (+) داخل الخانة المناسبة التي تبين مدى موافقتك على العبارة التي تصفك كما تعرف نفسك، ليست هناك أجوبة صحيحة وأخرى خاطئة، أجب على كل عبارة على انفراد .
تأكد أن المعلومات التي نتحصل عليها منك ستبقى سرية ولن تستعمل إلا لأغراض البحث العلمي، وشكرا على تعاونك معنا.

الجنس: ذكر أنثى

العمر:

المستوى التعليمي: ابتدائي متوسط ثانوي جامعي

الوضعية العائلية: أعزب متزوج (ة) أرمل (ة) طلق (ة)

نوع المرض:

سنة تشخيص المرض:

ملحق رقم 1 مقياس إدراك الضغط

البند	أبداً	أحياناً	غالباً	عادة/دائماً
01- تشعر بالراحة				
02- تشعر أنّ لديك الكثير من المتطلبات				
03- أنت سريع الانفعال أو متذمر				
04- لديك الكثير من الأشياء لتقوم بها				
05- تشعر بالوحدة أو العزلة				
06- تجد نفسك في حالات صراع				
07- تشعر أنك تفعل الأشياء التي تحبها حقاً				
08- تشعر بالتعب				
09- تخشى أنك قد لا تتمكن من تحقيق أهدافك				
10- تشعر بالهدوء				
11- لديك الكثير من القرارات لتتخذها				
12- تشعر بالإحباط				
13- أنت مليء بالطاقة والحيوية				
14- تشعر بالتوتر				
15- يبدو أن مشاكلك تتراكم				
16- تشعر أنك في عجلة من أمرك				
17- تشعر بالأمان والحماية				
18- لديك العديد من المخاوف				
19- أنت تحت ضغط من أشخاص آخرين				
20- تشعر بالإحباط				
21- تتمتع نفسك بنفسك				
22- أنت خائف على المستقبل				
23- تشعر أنك تفعل أشياء لأنك ملزم وليس لأنك تريدها				

24- تشعر أنّ الآخرين ينتقدونك أو يحكمون عليك

25- أنت خفيف الروح

26- تشعر بالإرهاق الذهني

27- لا تتمكن من الاسترخاء

28- تشعر بأنك محمل بالمسؤولية

29- لديك ما يكفي من الوقت لنفسك

30- تشعر أنك تحت ضغط قاتل

ملحق رقم 2: مقياس الفعالية الذاتية

البند	غير موافق بشدة	غير موافق	محايد	موافق	موافق بشدة
1- عندما أضع خططا، فأنا متأكد من أنني أستطيع تنفيذها.					
2- إحدى مشاكلي هي أنني لا أستطيع الإنشغال بالعمل عندما ينبغي عليّ ذلك.					
3- إذا لم أتمكن من القيام بعمل في المرة الأولى، أظل أحاول حتى أقوم به.					
4- عندما أضع أهداف مهمة بالنسبة لي، نادراً ما أحققها.					
5- أتخلى عن الأشياء قبل إكمالها.					
6- أتجنب مواجهة الصعوبات.					
7- إذا واجهني شيء معقدًا جدًا، فلن أزعج نفسي في تجربته.					
8- عندما يكون لدي عمل غير سار، لا أتركه حتى أنجزه.					
9- عندما أقرر أن أفعل شيئاً جديداً، أبدأ به مباشرة.					
10- عند محاولة تعلم شيء جديد، فإنني أتخلى عنه إذا لم أنجح فيه من البداية.					
11- عندما تحدث مشاكل غير متوقعة، لا أتعامل معها بشكل جيد.					
12- أتجنب محاولة تعلم أشياء جديدة عندما تبدو لي صعبة جداً.					
13- الفشل يحفزني للمحاولة أكثر.					
14- لا أثق في قدرتي على القيام بالأشياء.					
15- أنا شخص معتمد على نفسه.					
16- أستسلم بسهولة.					
17- يبدو أنني غير قادر على التعامل مع معظم المشاكل التي تظهر في الحياة.					

ملحق رقم 3: مقياس مصدر الضبط الصحي

البند	نختلف بشدة	نختلف باعتدال	محايد	نتفق باعتدال	نتفق بشدة
1- إذا مرضت، فإنّ سلوكي هو الذي يحدد مدى سرعة شفائي.					
2- مهما فعلت، إذا قُدِّر لي أن أمرض فسأمرض.					
3- التواصل المنتظم مع الطبيب هو أفضل طريقة لتجنب بالمرض.					
4- معظم الأشياء التي تؤثر على صحتي تحدث بالصدفة.					
5- عندما أشعر أنني لست على ما يرام، أستشير طبيباً.					
6- أنا متحكم في صحتي.					
7- عائلتي لها علاقة كبيرة بمرضي أو بقائي بصحة جيدة.					
8- عندما أمرض لا ألوم إلا نفسي.					
9- يلعب الحظ دوراً كبيراً في مدى سرعة شفائي من المرض.					
10- العاملون في مجال الصحة هم من يتحكمون بصحتي.					
11- صحتي الجيدة هي مسألة حظ جيد.					
12- ما يؤثر على صحتي هو ما أقوم به أنا شخصياً.					
13- إذا اعتنيت بنفسني، يمكنني تجنب المرض.					
14- شفائي من المرض، عادة ما يكون بسبب وجود أشخاص يهتمون بي جيداً (الأطباء والممرضين، العائلة والأصدقاء).					
15- أعتقد أنني سأمرض مهما بذلت لتجنب المرض.					
16- سأبقى بصحة جيدة إذا قُدِّر لي ذلك.					
17- إذا اتخذت الإجراءات الصحيحة، سأبقى بصحة جيدة.					
18- فيما يتعلق بصحتي، سأفعل كل ما يطلبه مني الطبيب.					

ملحق رقم 4: مقياس الصحة العامة

التعليمة:

نودّ أن نعرف إن كان لديك أيّ شكوى مرضيّة، وكيف كانت حالتك الصحيّة العامّة خلال الأسابيع القليلة الماضية فقط.

نرجو الإجابة على جميع الأسئلة التّالية بوضع دائرة () على الرّقم الذي يُعبّر عن الإجابة الأقرب انطباقاً على حالتك الصحيّة مؤخّراً.

1- هل شعرت بأنك في حالة صحيّة جيّدة؟

1- نعم أحسن من المعتاد 2- كالمعتاد 3- أقلّ من المعتاد 4- أقلّ بكثير من المعتاد

2- هل وجدت نفسك في حاجة إلى دواء؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

3- هل شعرت أنّك منهك ولست على ما يرام؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

4- هل شعرت أنّك مريض؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

5- هل شعرت بآلام في الرّأس؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

6- هل شعرت بأيّ شدّ أو ضغط في رأسك؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

7- هل شعرت بنوبات حرارة أو ارتعاش؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

8- هل قلّ نومك بسبب إهتمامات تشغلك؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

9- هل وجدت صعوبة للاستغراق في النّوم؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

10- هل شعرت أنّك متوتّر أو تحت ضغط مستمرّ؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

11- هل شعرت أنك سريع الاستئارة سيئ المزاج؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

12- هل انتابك خوف أو هلع دون سبب مقنع؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

13- هل شعرت أن الأحداث من حولك خرجت عن سيطرتك؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

14- هل شعرت باستمرار أنك متوتر وقلق؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

15- هل تمكنت من البقاء نشيطاً ومركّزاً على ادائك؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

16- هل أصبحت تستغرق وقتاً أطول للقيام بالأمور المعتادة؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

17- هل شعرت أنك تنجز الأمور بصورة جيدة؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

18- هل كنت راضياً عن كفاءته إنجازك لعملك؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

19- هل شعرت أنك لعبت دوراً فعالاً في حياتك؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

20- هل شعرت أنك كنت قادراً على اتخاذ القرارات؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

21- هل كان بإمكانك الاستمتاع بنشاطاتك اليومية الاعتيادية؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

22- هل نظرت لنفسك كشخص لا قيمة له؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

23- هل راودتك أحاسيس أن الحياة ميؤوس منها؟

1- لا أبداً 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

24- هل فكرت في أنّ الحياة لا تستحق أن تعيشها؟

1- لا أبدًا 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

25- هل فكرت أن تضع حدًا لحياتك؟

1- لا أبدًا 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

26- هل فكرت في أنك لا تستطيع فعل شيءٍ في بعض الأوقاتن لأنّ أعصابك مشدودة؟

1- لا أبدًا 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

27- هل حدث وتمنيت أن تكون ميتًا أو بعيدًا عن كلّ ما يُنهك؟

1- لا أبدًا 2- ليس أكثر من المعتاد 3- أكثر من المعتاد 4- أكثر بكثير من المعتاد

28- هل فكرة وضع حد لحياتك تُراودك باستمرار؟

1- أكيد لا 2- لا أظنّ ذلك 3- أظنّ ذلك 4- أكيد نعم

الملحق رقم (05): قائمة المحكمين

الاسم واللقب	الرتبة	المؤسسة
أحمد فاضلي	أستاذ محاضر أ	جامعة البلدية 2
أحمد زقاوة	أستاذ محاضر أ	جامعة أحمد زبانة غيليزان
رانيا بوبكيرية	أستاذ محاضر أ	جامعة تمنراست
سعد الحاج بن جندل	أستاذ محاضر أ	جامعة ابن خلدون تيارت
محمد الطاهر بوطغان	أستاذ محاضر أ	جامعة البلدية 2
جمال عطية الله	طبيب عام	المؤسسة الاستشفائية فرانتز فانون بالبلدية
أمير الدين شاكر بورجي	أستاذ محاضر ب	جامعة محمد لمين دباغين سطيف

الملحق رقم (05): جداول الخاصة بدراسة الخصائص السيكومترية

1- مقياس فعالية الذات

- الإتساق الداخلي للتأكد من صدق المقياس

		اضطرابات_ التفكير
البند1_	Corrélation de Pearson	1**2,4
	Sig. (bilatérale)	,001
	N	41
البند2_	Corrélation de Pearson	2*45,
	Sig. (bilatérale)	,014
	N	41
البند3_	Corrélation de Pearson	,475**
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	41
البند4_	Corrélation de Pearson	9*44,
	Sig. (bilatérale)	,049
	N	41
البند5_	Corrélation de Pearson	2**68,
	Sig. (bilatérale)	0,00
	N	41
البند6_	Corrélation de Pearson	2**6,4
	Sig. (bilatérale)	,004
	N	41
البند7_	Corrélation de Pearson	4*52,
	Sig. (bilatérale)	,016
	N	41
البند8_	Corrélation de Pearson	7*3,3

	Sig. (bilatérale)	,010
	N	41
البند_9	Corrélation de Pearson	8*6,3
	Sig. (bilatérale)	,050
	N	41
البند_10	Corrélation de Pearson	1*51,
	Sig. (bilatérale)	,020
	N	41
البند_11	Corrélation de Pearson	8*56,
	Sig. (bilatérale)	00,0
	N	41
البند_12	Corrélation de Pearson	2*44,
	Sig. (bilatérale)	,014
	N	41
البند_13	Corrélation de Pearson	5**5,4
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	41
البند_14	Corrélation de Pearson	1**53,
	Sig. (bilatérale)	,008
	N	41
البند_15	Corrélation de Pearson	3*56,
	Sig. (bilatérale)	,011
	N	41
البند_16	Corrélation de Pearson	5**56,
	Sig. (bilatérale)	,002
	N	41

البند_17	Corrélacion de Pearson	0**8,4
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	41

- الصدق التلازمي

	مقياس توقع الكفاءة الذاتية العامة	مقياس الفعالية الذاتية
Corrélacion de Pearson	1	**708,
Sig. (bilatérale)		,000
مقياس توقع الكفاءة الذاتية العامة N	41	41
Corrélacion de Pearson	7**56,	1
Sig. (bilatérale)	,000	
مقياس الفعالية الذاتية N	41	41

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- التطبيق وإعادة التطبيق للتأكد من صدق المقياس

	التطبيق الثاني	التطبيق الأول
Corrélacion de Pearson	1	**802,
Sig. (bilatérale)		,000
التطبيق الثاني N	41	41
Corrélacion de Pearson	**802,	1
Sig. (bilatérale)	,000	
التطبيق الأول N	41	41

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- معامل ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات المقياس

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
31,8	17

- التجزئة النصفية

	البنود السلبية	البنود الإيجابية
Corrélacion de Pearson	1	**763,
Sig. (bilatérale)		,000
البنود السلبية N	41	41
Corrélacion de Pearson	**763,	1
Sig. (bilatérale)	,000	
البنود الإيجابية		

N

41

41

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

2-استبيان مصدر الضبط الصحي:

- الاتساق الداخلي للتأكد من صدق المقياس

		البعد_ الداخلي
البند_1	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**590, ,001 41
البند_6	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**441, ,014 41
البند_8	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**87,4 ,002 41
البند_12	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	*412, ,049 41
البند_13	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**663, 0,00 41
البند_17	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**524, ,004 41

		بعد_ ذوي النفوذ
البند_3	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**701, ,001 41
البند_5	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	2**55, ,014 41
البند_7	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**617, ,002 41
البند_10	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	*584, ,049 41
البند_14	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	2**72, 0,00 41
البند_18	Corrélation de Pearson	**387,

Sig. (bilatérale)	,004
N	41

		بعد الحظ
البند_2	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**493, ,001 41
البند_4	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**625, ,014 41
البند_9	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**528, ,002 41
البند_11	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	9*77, ,049 41
البند_15	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**593, 0,00 41
البند_16	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**664, ,004 41

- طريقة التطبيق وإعادة التطبيق: 1- البعد الداخلي

	التطبيق الأول	التطبيق الثاني
Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) التطبيق الثاني N	**886, ,000 41	1 41
Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) التطبيق الأول N	**886, ,000 41	1 41

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

-2 بعد ذوي النفوذ

	التطبيق الأول	التطبيق الثاني
Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) التطبيق الثاني N	**942, ,000 41	1 41
Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) التطبيق الأول N	**942, ,000 41	1 41

N	41	41
---	----	----

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

3- بعد الحظ

	التطبيق الثاني	التطبيق الأول
Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	1	**894, ,000
التطبيق الثاني N	41	41
Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**894, ,000	1
التطبيق الأول N	41	41

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- معامل ألفا كرونباخ للتأكد من ثبات المقياس: 1- البعد الداخلي

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
51,8	6

2- بعد ذوي النفوذ

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
721,	6

3- بعد الحظ

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
761,	6

4- مقياس إدراك الضغط

- الإتساق الداخلي للتأكد من صدق المقياس

	اضطرابات التفكير
البند1_ Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**713, ,001 41
البند2_ Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	*609, ,014 41
البند3_ Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**607, ,002 41
البند4_ Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	*635, ,049 41
البند5_ Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	**542, 0,00 41
البند6_ Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**571, ,004

	N	41
البند7_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*433, ,016
	N	41
البند8_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*769, ,010
	N	41
البند9_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*643, ,050
	N	41
البند10_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	61*6, ,020
	N	41
البند11_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*656, 00,0
	N	41
البند12_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	2*62, ,014
	N	41
البند13_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**628, ,002
	N	41
البند14_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**652, ,008
	N	41
البند15_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	3*66, ,011
	N	41
البند16_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**657, ,002
	N	41
البند17_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**601, ,003
	N	41
البند18_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**626, ,010
	N	41
البند19_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*654, ,022
	N	41
البند20_	Corrélation de Pearson	**564,

	Sig. (bilatérale)	,003
	N	41
البند21_	Corrélation de Pearson	*255,
	Sig. (bilatérale)	,014
	N	41
البند22_	Corrélation de Pearson	*439,
	Sig. (bilatérale)	,041
	N	41
البند23_	Corrélation de Pearson	*761,
	Sig. (bilatérale)	,019
	N	41
البند24_	Corrélation de Pearson	*647,
	Sig. (bilatérale)	,023
	N	41
البند25_	Corrélation de Pearson	*665,
	Sig. (bilatérale)	,042
	N	41
البند26_	Corrélation de Pearson	**651,
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	41
البند27_	Corrélation de Pearson	**624,
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	41
البند28_	Corrélation de Pearson	**628,
	Sig. (bilatérale)	,006
	N	41
البند29_	Corrélation de Pearson	**654,
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	41
البند30_	Corrélation de Pearson	**667,
	Sig. (bilatérale)	,003
	N	41

- طريقة التطبيق وإعادة التطبيق

	التطبيق الثاني	التطبيق الأول
Corrélation de Pearson	1	**815,
Sig. (bilatérale)		,000
التطبيق الثاني	N	41
Corrélation de Pearson	**815,	1
Sig. (bilatérale)	,000	
التطبيق الأول		

N	41	41
---	----	----

- معامل ألفا كرونباخ للتطابق من ثبات المقياس

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
921,	30

- طريقة التجزئة النصفية

	البند_ السلبية	البند_ الإيجابية
Corrélation de Pearson	1	**773,
Sig. (bilatérale)		,000
N	41	41
البند_ السلبية		
Corrélation de Pearson	**773,	1
Sig. (bilatérale)	,000	
N	41	41
البند_ الإيجابية		

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

4-إستبيان الصحة العامة:

- الاتساق الداخلي للتأكد من صدق المقياس

	اضطرابات_ التفكير
البند_1	**580,
Corrélation de Pearson	,001
Sig. (bilatérale)	
N	41
البند_2	*31,3
Corrélation de Pearson	,014
Sig. (bilatérale)	
N	41
البند_3	**14,4
Corrélation de Pearson	,002
Sig. (bilatérale)	
N	41
البند_4	*547,
Corrélation de Pearson	,049
Sig. (bilatérale)	
N	41
البند_5	**628,
Corrélation de Pearson	0,00
Sig. (bilatérale)	
N	41
البند_6	**679,
Corrélation de Pearson	,004
Sig. (bilatérale)	
N	41
البند_7	*705,
Corrélation de Pearson	,016
Sig. (bilatérale)	
N	41
البند_8	*591,
Corrélation de Pearson	,010
Sig. (bilatérale)	

	N	41
البند9_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*752, ,050
	N	41
البند10_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	1*70, ,020
	N	41
البند11_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*612, 00,0
	N	41
البند12_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*694, ,014
	N	41
البند13_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**603, ,002
	N	41
البند14_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**655, ,008
	N	41
البند15_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	3*71, ,011
	N	41
البند16_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**476, ,002
	N	41
البند17_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**645, ,003
	N	41
البند18_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**669, ,010
	N	41
البند19_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*518, ,022
	N	41
البند20_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	**741, ,003
	N	41
البند21_	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	*609, ,014
	N	41
البند22_	Corrélation de Pearson	*674,

	Sig. (bilatérale)	,041
	N	41
البند23_	Corrélation de Pearson	*655,
	Sig. (bilatérale)	,019
	N	41
البند24_	Corrélation de Pearson	*790,
	Sig. (bilatérale)	,023
	N	41
البند25_	Corrélation de Pearson	*892,
	Sig. (bilatérale)	,042
	N	41
البند26_	Corrélation de Pearson	**687,
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	41
البند27_	Corrélation de Pearson	**491,
	Sig. (bilatérale)	,000
	N	41
البند28_	Corrélation de Pearson	**843,
	Sig. (bilatérale)	,006
	N	41

- الصدق المحكي

	سلم الحالة الصحية	استبيان الصحة العامة
Corrélation de Pearson	1	**479,-
Sig. (bilatérale)		,000
سلم الحالة الصحية	N	41
Corrélation de Pearson	**479,-	1
Sig. (bilatérale)	,000	
استبيان الصحة العامة	N	41

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

- معامل ألفا كرونباخ

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
11,8	28

-التجزئة النصفية

	البند_ السلبية	البند_ الإيجابية
Corrélation de Pearson	1	**784,
Sig. (bilatérale)		,000
البند_ السلبية	N	41

Corrélation de Pearson	**784,	1
Sig. (bilatérale)	,000	
البنود_الإيجابية	N	41

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

2-ملاحق التحليل الإحصائي للنتائج الدراسة

NPAR TESTS

/CHISQUARE=ind

/EXPECTED=EQUAL

/MISSING ANALYSIS.

ملاحظة

Sortie obtenue	18-OCT-2022 23:58:19
Commentaires	
Entrée	Données
	C:\Users\Omar
	SEBBAGH\Desktop\
	جدید اعادة البيانات
	- Copie.sav عمر
Jeu de données actif	Jeu_de_données1
Filtre	<sans>
Pondération	<sans>
Fichier scindé	<sans>
N de lignes dans le fichier	200
de travail	
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante
	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
Observations utilisées	Les statistiques pour chaque test sont basées sur toutes les observations dotées de données valides pour les variables utilisées dans le test.

	Syntaxe	NPAR TESTS
		/CHISQUARE=ind
		/EXPECTED=EQUAL
		/MISSING ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02
	Nombre d'observations autorisées ^a	196608

a. Basée sur la disponibilité de la mémoire de l'espace de travail.

Test du khi-deux

Fréquences

مستوى مؤشر إدراك الضغط

	Effectif observé	N théorique	Résidus
منخفض	65	65,0	,0
متوسط	40	65,0	-25,0
مرتفع	90	65,0	25,0
Total	195		

Tests statistiques

	مستوى مؤشر إدراك الضغط
Khi-deux	19,231 ^a
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

- a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 65,0.

		Remarques
	Sortie obtenue	19-OCT-2022 00:01:25
	Commentaires	
Entrée	Données	C:\Users\Omar
		جدید اعادة البيانات SEBBAGH\Desktop\
		- Copie.sav عمر
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	200
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques pour chaque test sont basées sur toutes les observations dotées de données valides pour les variables utilisées dans le test.
	Syntaxe	NPAR TESTS /CHISQUARE=ind /EXPECTED=EQUAL /MISSING ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02

Temps écoulé	00:00:00,02
Nombre d'observations autorisées ^a	196608

a. Basée sur la disponibilité de la mémoire de l'espace de travail.

Test du khi-deux

Fréquences

مستوى مؤشر غدارك الضغط

	Effectif observé	N théorique	Résidus
منخفض	66	66,7	-,7
متوسط	40	66,7	-26,7
مرتفع	94	66,7	27,3
Total	200		

Tests statistiques

	مستوى مؤشر غدارك الضغط
Khi-deux	21,880 ^a
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 66,7.

Tests non paramétriques

Remarques

	Sortie obtenue	19-OCT-2022 00:06:29
	Commentaires	
Entrée	Données	C:\Users\Omar
		جدید اقاعدۃ البیانات SEBBAGH\Desktop\
		- Copie.sav عمر
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	200
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques pour chaque test sont basées sur toutes les observations dotées de données valides pour les variables utilisées dans le test.
	Syntaxe	NPAR TESTS /CHISQUARE=ind /EXPECTED=EQUAL /MISSING ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,02
	Nombre d'observations autorisées ^a	196608

a. Basée sur la disponibilité de la mémoire de l'espace de travail.

Test du khi-deux

Fréquences

مستوى مؤشر غدارك الضغط

	Effectif observé	N théorique	Résidus
منخفض	66	66,7	-,7
متوسط	40	66,7	-26,7
مرتفع	94	66,7	27,3
Total	200		

Tests statistiques

	مستوى مؤشر غدارك الضغط
Khi-deux	21,880 ^a
ddl	2
Sig. asymptotique	,000

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 66,7.

FREQUENCIES VARIABLES= الحالة_الصحية
/ORDER=ANALYSIS.

Fréquences

Remarques

Sortie obtenue	19-OCT-2022 00:23:32
Commentaires	
Entrée	Données
	C:\Users\Omar
	SEBBAGH\Desktop\
	جدیدآقاعدة البيانات
	- Copie.sav عمر
Jeu de données actif	Jeu_de_données1
Filtre	<sans>
Pondération	<sans>
Fichier scindé	<sans>
N de lignes dans le fichier de travail	200
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante
	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
Observations utilisées	Les statistiques sont basées sur toutes les observations comportant des données valides.
Syntaxe	FREQUENCIES
	VARIABLES=
	الحالة_الصحية
	/ORDER=ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur
	00:00:00,02
	Temps écoulé
	00:00:00,01

Statistiques

الحالة_الصحية

N	Valide	200
	Manquant	0

الحالة_الصحية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	مريض	128	64,0	64,0	64,0
	غير مريض	72	36,0	36,0	100,0
	Total	200	100,0	100,0	

CROSSTABS

BY ind الحالة_الصحية /TABLES=

/FORMAT=AVALUE TABLES

/STATISTICS=CHISQ

/CELLS=COUNT

/COUNT ROUND CELL.

Tableaux croisés

Remarques

Sortie obtenue	19-OCT-2022 00:24:22
Commentaires	
Entrée	Données
	C:\Users\Omar
	جدید اعادة البيانات SEBBAGH\Desktop\
	- Copie.sav عمر
Jeu de données actif	Jeu_de_données1
Filtre	<sans>
Pondération	<sans>
Fichier scindé	<sans>
N de lignes dans le fichier de travail	200

Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques de chaque tableau sont basés sur toutes les observations avec données valides des plages spécifiées pour toutes les variables dans chaque tableau.
	Syntaxe	CROSSTABS BY ind الحالة_الصحية /TABLES= /FORMAT=AVALUE TABLES /STATISTICS=CHISQ /CELLS=COUNT /COUNT ROUND CELL.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,02
	Temps écoulé	00:00:00,04
	Dimensions demandées	2
	Cellules disponibles	174734

Récapitulatif de traitement des observations

	Observation					
	Valide		Manquant		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
الحالة_الصحية * مستوى مؤشر غدرارك الضغط	200	100,0%	0	0,0%	200	100,0%

Tableau croisé الحالة_الصحية * مستوى مؤشر غدرارك الضغط

Effectif

	مستوى مؤشر غدرارك الضغط			Total
	منخفض	متوسط	مرتفع	
مريض الحالة_الصحية	4	31	93	128
غير مريض	62	9	1	72
Total	66	40	94	200

Tests du khi-deux

	Valeur	ddl	Sig. approx. (bilatérale)
khi-deux de Pearson	149,124 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	177,459	2	,000
Association linéaire par linéaire	139,794	1	,000
N d'observations valides	200		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 14,40.

```
(0 thru 29=1) (30 thru 84=84) INTO nivsiha.الصحة.RECODE
VARIABLE LABELS nivsiha 'مستوى الصحة العامة.'
EXECUTE.

(0 thru 29=1) (30 thru 84=2) INTO nivsiha.الصحة.RECODE
VARIABLE LABELS nivsiha 'مستوى الصحة العامة.'
EXECUTE.

NPAR TESTS
/CHISQUARE=nivsiha
/EXPECTED=EQUAL
/MISSING ANALYSIS.
```

Tests non paramétriques

Remarques

	Sortie obtenue	19-OCT-2022 00:50:43
	Commentaires	
Entrée	Données	C:\Users\Omar
		جدید اعادة البيانات SEBBAGH\Desktop\
		- Copie.sav عمر
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	200
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques pour chaque test sont basées sur toutes les observations dotées de données valides pour les variables utilisées dans le test.
	Syntaxe	<pre> NPAR TESTS /CHISQUARE=nivsiha /EXPECTED=EQUAL /MISSING ANALYSIS. </pre>
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,05
	Temps écoulé	00:00:00,07
	Nombre d'observations autorisées ^a	196608

a. Basée sur la disponibilité de la mémoire de l'espace de travail.

Test du khi-deux
Fréquences

مستوى الصحة العامة

	Effectif observé	N théorique	Résidus
لا يوجد اعتلال	73	99,5	-26,5
يوجد اعتلال او خلل صحي	126	99,5	26,5
Total	199		

Tests statistiques

	مستوى الصحة العامة
Khi-deux	14,116 ^a
ddl	1
Sig. asymptotique	,000

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 99,5.

NPAR TESTS
/CHISQUARE=nivsiha
/EXPECTED=EQUAL
/MISSING ANALYSIS.

Tests non paramétriques

Remarques

	Sortie obtenue	19-OCT-2022 00:52:00
	Commentaires	
Entrée	Données	C:\Users\Omar
		جدید اقااعدة البيانات SEBBAGH\Desktop\
		- Copie.sav عمر
	Jeu de données actif	Jeu_de_données1
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier de travail	200
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
	Observations utilisées	Les statistiques pour chaque test sont basées sur toutes les observations dotées de données valides pour les variables utilisées dans le test.
	Syntaxe	NPAR TESTS /CHISQUARE=nivsiha /EXPECTED=EQUAL /MISSING ANALYSIS.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,00
	Temps écoulé	00:00:00,00
	Nombre d'observations autorisées ^a	196608

a. Basée sur la disponibilité de la mémoire de l'espace de travail.

Test du khi-deux

Fréquences

مستوى الصحة العامة

	Effectif observé	N théorique	Résidus
لا يوجد اعتلال	73	100,0	-27,0
يوجد اعتلال او خلل صحي	127	100,0	27,0
Total	200		

Tests statistiques

	مستوى الصحة العامة
Khi-deux	14,580 ^a
ddl	1
Sig. asymptotique	,000

a. 0 cellules (,0%) ont des fréquences théoriques inférieures à 5. La fréquence théorique minimum d'une cellule est 100,0.

GET

```
FILE='C:\Users\Omar SEBBAGH\Desktop\ جديد\امر حوي\قاعدة البيانات الخاصة بالضبط الصحي.sav'.  
DATASET NAME Jeu_de_données1 WINDOW=FRONT.
```

GET

```
FILE='C:\Users\Omar SEBBAGH\Desktop\ جديد\امر حوي\قاعدة البيانات.sav'.  
DATASET NAME Jeu_de_données2 WINDOW=FRONT.
```

NPAR TESTS

الداخلي النفود الحظ /FRIEDMAN=

/MISSING LISTWISE.

Tests non paramétriques

Remarques

Sortie obtenue	25-DEC-2022 16:53:59
Commentaires	
Entrée	Données
	C:\Users\Omar
	جدیدا عمر حوي اقاعدة SEBBAGH\Desktop\
	البيانات.sav
Jeu de données actif	Jeu_de_données2
Filtre	<sans>
Pondération	<sans>
Fichier scindé	<sans>
N de lignes dans le fichier	60
de travail	
Gestion des valeurs manquantes	Définition de la valeur manquante
	Les valeurs manquantes définies par l'utilisateur sont traitées comme étant manquantes.
Observations utilisées	Les statistiques de tous les tests sont basées sur les observations dépourvues de données manquantes dans les variables utilisées.
Syntaxe	NPAR TESTS
	الداخلي النفود الحظ /FRIEDMAN=
	/MISSING LISTWISE.
Ressources	Temps de processeur
	00:00:00,02
	Temps écoulé
	00:00:00,05
Nombre d'observations autorisées ^a	98304

a. Basée sur la disponibilité de la mémoire de l'espace de travail.

.sav حوي قاعدة البيانات [Jeu_de_données2] C:\Users\Omar SEBBAGH\Desktop\ جديد\

Test de Friedman

Rangs

	Rang moyen :
مصدر الضبط	1,73
النفود	2,33
الحظ	1,93

Tests statistiques^a

N	60
Khi-deux	11,586
ddl	2
Sig. asymptotique	,003

a. Test de Friedman

*Nonparametric Tests: Related Samples.

NPTESTS

) FRIEDMAN(COMPARE=PAIRWISE) الداخلي النفود الحظ /RELATED TEST(

/MISSING SCOPE=ANALYSIS USERMISSING=EXCLUDE

/CRITERIA ALPHA=0.05 CILEVEL=95.

Tests non paramétriques

Remarques

Sortie obtenue	25-DEC-2022 16:55:54
Commentaires	

Entrée	Données	C:\Users\Omar
		SEBBAGH\Desktop\
		البيانات.sav
	Jeu de données actif	Jeu_de_données2
	Filtre	<sans>
	Pondération	<sans>
	Fichier scindé	<sans>
	N de lignes dans le fichier	60
	de travail	
	Syntaxe	NPTESTS
) /RELATED TEST(
		الداخلي النفود الحظ
		FRIEDMAN(COMPARE=PAIRWISE)
		/MISSING SCOPE=ANALYSIS
		USERMISSING=EXCLUDE
		/CRITERIA ALPHA=0.05
		CILEVEL=95.
Ressources	Temps de processeur	00:00:00,34
	Temps écoulé	00:00:00,61

Avertissements

ne peuvent pas être appliquées aux tests الداخليnpar: La ou les variables nominales
RELATED spécifiés

Récapitulatif du test d'hypothèse

	Hypothèse nulle	Test	Sig.	Décision
1	Les distributions de الحظ and الشغور sont identiques.	Analyse de variance à deux facteurs par classement de Friedman d'échantillons associés	,003	Rejeter l'hypothèse nulle.

Les significations asymptotiques sont affichées. Le niveau d'importance 05.

