

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي.

كلية الآداب والعلوم الإنسانية
قسم علم النفس وعلوم التربية

جامعة الحاج لخضر
باتنة

مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس الصحة

تحت إشراف الدكتور:

جباري نور الدين.

من إعداد الطالبة:

عزوز إسمهان.

لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الجامعة	الصفة
أمزيان الوناس	أستاذ محاضر - جامعة الحاج لخضر باتنة	رئيسا
جباري نور الدين	أستاذ محاضر - جامعة الحاج لخضر باتنة	مشرفا و مقرا
بوعون السعيد	أستاذ محاضر - جامعة الحاج لخضر باتنة	عضوا مناقشا
بوفولة بوخميس	أستاذ محاضر - جامعة عنابة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2008 - 2009

فهرس المحتويات

المحتويات	الصفحة
- شكر و تقدير	
- ملخص البحث باللغة العربية	أ-ب
- ملخص البحث باللغة الفرنسية	ت-ث
- فهرس الجداول	ج-ح
- فهرس الأشكال	ح
- مقدمة	خ-د

الجانب النظري

الفصل الأول : التعريف بموضوع البحث

أولا : إشكالية الدراسة	2
ثانيا : أهداف الدراسة	5
ثالثا : أهمية الدراسة	5
رابعا : الدراسات السابقة	5
خامسا : التعليق على الدراسات السابقة	9
سادسا : فرضيات الدراسة	10
سابعا : التعريف الاجرائي لمصطلحات الدراسة	11

الفصل الثاني : مصدر الضبط الصحي

أولا : تعريف مصدر الضبط	13
1- مصدر الضبط لدى Rotter	13
2- مصدر الضبط لدى سيكولوجيين آخرين	15
ثانيا : تصنيف أبعاد مصدر الضبط	16
ثالثا : العوامل المؤثرة في مصدر الضبط	18
1- مصدر الضبط ومراحل العمر	18
2- مصدر الضبط عند الجنسين	18
3- مصدر الضبط والمعاملة الوالدية	19
4- مصدر الضبط والعوامل الاجتماعية والثقافية	20
رابعا : الخصائص الشخصية لذو التحكم الداخلي والتحكم الخارجي	21
1- الخصائص الشخصية لذوى التحكم الداخلي	21
2- الخصائص الشخصية لذوى التحكم الخارجي	22
خامسا : مصدر الضبط الصحي	23

- 1- مفهوم مصدر الضبط الصحي 23
- 2- نظرية مصدر الضبط الصحي 23
- 3- أنماط مصدر الضبط الصحي 25
- سادسا : فعالية مصدر الضبط الصحي 26

الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

- أولا : تعريف استراتيجيات المواجهة 29
- ثانيا : تطور مصطلح المواجهة 30
- 1- المواجهة والدفاع 30
- 2- المواجهة والتكيف 31
- ثالثا : التناولات النظرية لمفهوم المواجهة 32
- 1-التناول التقليدي للمواجهة 32
- 1-1 النموذج الحيواني 32
- 2-1 النموذج التحليلي 32
- 2- النظرية التفاعلية للضغط والمواجهة 34
- رابعا : محددات المواجهة 36
- 1- المحددات الفطرية 36
- 2- المحددات المعرفية 37
- 3- المحددات الشخصية 37
- 4- المحددات الموقفية 38
- خامسا :التصنيف الوظيفي لاستراتيجيات المواجهة 38
- 1- المواجهة المركزة على المشكل 39
- 2- المواجهة المركزة على الانفعال 40
- 3- المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية 40
- سادسا :فعالية استراتيجيات المواجهة 41
- 1- فعالية المواجهة على الضغط الانفعالي 41
- 2- فعالية المواجهة على الصحة الجسدية 42
- سابعا :التداخل بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة 43

الفصل الرابع : القصور الكلوي المزمن

- أولا : تعريف القصور الكلوي المزمن 46
- ثانيا :أسباب القصور الكلوي المزمن 46
- ثالثا : أعراض القصور الكلوي المزمن 47
- رابعا : مضاعفات القصور الكلوي المزمن 48
- خامسا : سيكولوجية مريض القصور الكلوي المزمن 49
- سادسا: علاج القصور الكلوي المزمن 51

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس :إجراءات البحث وأدواته

أولا :منهج الدراسة.....	56
ثانيا :حدود الدراسة.....	56
ثالثا :عينه الدراسة وكيفية اختيارها.....	56
رابعا :الأدوات المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكمترية.....	58
خامسا : إجراءات الدراسة.....	68
سادسا :الأساليب الإحصائية المستخدمة.....	69

الفصل السادس عرض وتحليل نتائج الدراسة

أولا عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى.....	71
ثانيا عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.....	72
ثالثا عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.....	73
رابعا عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.....	74
خامسا عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.....	77

الفصل السابع : مناقشة وتفسير النتائج

أولا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الاولى.....	82
ثانيا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية.....	84
ثالثا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة.....	84
رابعا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة.....	86
خامسا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة.....	88
خاتمة.....	92
توصيات واقتراحات.....	93
المراجع.....	95
الملاحق.....	100

شكر وتقدير

بداية أتوجه بالشكر والحمد الجزيل إلى المولى سبحانه عز وجل الذي انعم عليا بهذا و
اعاننى على انجاز هذا البحث واليه يرجع الفضل كله , كما توجه بالشكر والتقدير إلى
الأستاذ المشرف - جبالى نور الدين - وجزاه الله عنى كل خير , كما أوجه شكري لجميع
اساتذتى بقسم علم النفس - باتنة - بدون استثناء .
كما أتوجه بالشكر إلى الطاقم الطبي من أطباء وممرضين الذين كانوا عوناً إلى فى هذا العمل
واذكر الممرضة سامية والممرض فتحي لدعمهما لي مع كل تقديري لجميع المرضى الذين
استقبلوني بصدر رحب فجزأهم الله خيراً وشكر خاص لزميلة سارة أشواق ولكل من قدم
النصيحة والدعم لي فى لحظات الضعف والفشل التي كانت تنتابني .
فشكراً جزيلاً

ملخص البحث :

هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن , وذلك من خلال الإجابة على التساؤلات التالية :

- توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة .

- توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض عند أفراد العينة .

- توجد علاقة ارتباطيه في نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض عند أفراد العينة .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس والمستوى التعليمي لدى أفراد العينة .

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف الجنس والمستوى التعليمي عند أفراد العينة .

ولقد تم تناول متغيرات الدراسة في الجانب النظري في فصول مستقلة هي مصدر الضبط الصحي , استراتيجيات المواجهة, القصور الكلوي المزمن , أما الجانب الميداني خصص للإجابة على تساؤلات الدراسة, وقد تضمن منهج الدراسة , تحديد خصائص العينة والتي اشتملت على 72 مريض بالقصور الكلوي المزمن (29 امرأة, 43 رجل), التعريف بالمقاييس التي تم اعتمادها في الدراسة , وكذا الأساليب الإحصائية التي تم استخدامها للإجابة على تساؤلات الدراسة (SPSS13), وكذا عرض ومناقشة النتائج المتحصل عليها .

واستخدمت الأدوات التالية :

- مقياس مصدر الضبط الصحي ل (Wallston & al 1978) والذي أعده جبالي نور الدين.

- مقياس استراتيجيات المواجهة ل (Cousson & al 1996)

وانتهت الدراسة إلى النتائج التالية :

- وجود علاقة ارتباطيه جزئية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة , أين وجدنا علاقة ارتباطيه بين استراتيجيات المواجهة المركزة

على المساندة الاجتماعية وبعدي الضبط الخارجي لذوى النفوذ والحظ حيث بلغ معامل الارتباط (0.20 و 0.24) .

- عدم وجود علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض .
- وجود علاقة ارتباطيه جزئية بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض أين وجدنا العلاقة بين استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال واستراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية ومدة المرض حيث بلغ معامل الارتباط (0.35, 0.19) على التوالي, في حين لم تثبت العلاقة فيما يخص المواجهة المركزة على المشكل ومدة المرض.
- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي حسب الجنس والمستوى التعليمي

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة حسب الجنس والمستوى التعليمي

Résumé de l'étude

Le but de cette étude était la connaissance de la relation entre le lieu de contrôle de la santé et coping chez les malades d'insuffisances rénal chronique pour cette raison en a proposée les questionnements suivants :

- Est que il y a une corrélation significative entre lieu de control de la santé et coping chez l'échantillon de l'étude
- Est que il y a une corrélation significative entre le lieu de control de la santé et la chronicité chez l'échantillon de l'étude
- Est que il y a une corrélation significative entre coping et la chronicité chez l'échantillon de l'étude
- Est que il y a des différences significatives de sexe et de niveau intellectuelle dans les dimensions du lieu de contrôle de la santé chez l'échantillon de l'étude
- Est que il y a des différences significatives de sexe et de niveau intellectuel dans les styles de coping chez l'échantillon de l'étude

* En a traité dans la partie théorique et dans les chapitres indépendants les variables de l'étude : lieu de control de la santé, coping, l'insuffisance rénal chronique

*La partie pratique a été réservée pour répondre aux questionnements de cette étude, il comprend : la méthode de l'étude, la délimitation des caractéristique de l'échantillon, qui est composée de 72 malades de IRC (29 femme, 43 homme), et les définition des échelles qui on été utilisée dans cette étude ainsi que les formules statistique qui on été

utilisée pour reprendre aux questionnement de l'étude (SPSS13), et
présentation et la discussion des résultats

On a utilisée les questionnaires suivants

- health locus of control scale de wallston qui a été traduit en arabe par
jabali.

- Ways Coping Check list (Cousson et al1996)

1-nous avons trouvé qu'il existe une corrélation significative entre le
lieu de control externe (PHLC, CHLC) et coping centré sur le soutien
sociale chez les malades d'insuffisance rénale chronique

2- nous avons trouvé qu'il n existe pas de corrélation significative
entre les dimensions de lieu de contrôle de la santé et la chronicité
chez les malades de IRC

3- nous avons trouvé une corrélation significative entre le coping
centré sur l'émotion et coping centré sur le soutien social et la
chronicité

4- il n'existe pas des différences significatives de sexe et de niveau
intellectuel dans les dimensions de lieu de control de la santé

5- il n'existe pas des différences significatives de sexe et de niveau
intellectuel dans les styles de coping chez l'échantillon de l'étude

فهرس الجداول

الرقم	المحتوى	الصفحة
01	خصائص العينة حسب الجنس ومدة المرض	57
02	توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي	58
03	معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي والدرجة الكلية للبعد	59
04	معاملات الارتباط بين بنود بعد ضبط الحظ والدرجة الكلية للبعد	60
05	معاملات الارتباط بين بنود بعد ذوى النفوذ والدرجة الكلية للبعد	60
06	معامل ثبات ألفا كرومباخ لأبعاد مصدر الضبط الصحي	61
07	ثبات أبعاد مصدر الضبط الصحي بطريقة التجزئة النصفية	62
08	معاملات الارتباط بين بنود بعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل والدرجة الكلية للبعد	65
09	معاملات الارتباط بين بعد استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والدرجة الكلية للبعد	65
10	معاملات الارتباط بين بعد البحث عن المساندة الاجتماعية والدرجة الكلية للبعد	66
11	معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة	71
12	معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى أفراد العينة	73
13	معامل الارتباط بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض	73
14	نتائج اختبارات للفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى الجنسين	74

15	نتائج تحليل التباين الأحادي في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي	76
16	اختبارات للفروق بين نوع استراتيجيات المواجهة المعتمدة لدى الجنسين	78
17	نتائج تحليل التباين الأحادي في نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي	79

فهرس الأشكال

01	النموذج التفاعلي للمواجهة	36
----	---------------------------	----

المقدمة

أدى انتشار الأمراض المزمنة في السنوات الأخيرة , إلى لفت انتباه الباحثين في مجال الصحة على العموم وفي مجال علم نفس الصحة على الخصوص , إلى دور العوامل النفسية والاجتماعية في الصحة المتعلقة بالأشخاص حيث تدرس السلوكيات المتبناة من قبل المريض ونتائجها على حالتهم الصحية من الجوانب النفسية المعاشة نتيجة للمرض , وكيفية تعامل الأشخاص مع الضغوط وتأثيرها على نمط حياتهم , فالأسلوب الذي يعتمد عليه الفرد في حياته والعادات الصحية التي يمارسها تعد من المتغيرات الأساسية المؤثرة على حالته الصحية حيث تشير أحدث التقارير الطبية في هذا الشأن إلى وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة (عثمان يخلف, 2001, ص19)

ومنه فإن العديد من المتغيرات الوسيطة بين السلوك الصحي ونتائجه والتي تساهم في التنبؤ بالسلوك الوقائي والإذعان للمتابعة الطبية تحدد نتائج العلاج الطبي ومن هذه المتغيرات ارتأينا تناول مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة اللذان يعتبران مفهومان هامان في المجال الصحي , فمصدر الضبط الصحي يتعلق بمعتقدات الفرد حول مصدر صحته هل هي مسؤولية ذاتية وان نتائج أفعاله هي التي تحدد صحته أم أنها راجعة إلى عوامل خارجية عن إرادة الفرد كذوي النفوذ أو القدر أو الحظ , ولكون معتقدات الشخص تؤثر في كيفية استجابته وتكيفه تجاه المرض , فالمواجهة مجموعة من المعارف والسلوكيات الناتجة للتعرض لموقف ضاغط فالشخص يستطيع التركيز على المشكل في حالة المواجهة الفعالة أو البحث عن تعديل انفعالاته بالهروب من الوضعية الضاغطة كمواجهة تجنبية , فالفرد يعطى الأولوية أو الثقة لشكل المواجهة الدفاعية في أوقات ولاستراتيجيات مركزة على المشكل في محاولة تعديل شكل العلاقة شخص- بيئة في أوقات أخرى. فالشعور بالمسؤولية تجاه ما يحدث واعتقاد الفرد انه يستطيع الاستجابة للمشكل المفروض عليه يكون لديه تحكم داخلي يحفز له بذل جهد بنشاط ويلجأ إلى أسلوب مواجهة مركزة على المشكل بحيث يجعل الفرد يبذل جهداً لتحليل الوضع وتحديد استجابته بإيجاد حلولاً للوضعية يؤكد كل من Anderson et Parkes أن التحكم الداخلي خاصية ترتبط بالقدرة على حل المشكل والمواجهة. (رشاد عبد العزيز موسى, 1988, ص100)

وحسب (S Thompson & Spacapan) 1991 فإن شعور الفرد بالقدرة على التحكم بالأحداث الضاغطة يرتبط بالصحة الانفعالية والتعامل الناجح مع الحدث الضاغط , وبالصحة الجسمية الجيدة , وبتغيير السلوك بما يساعد على الارتقاء بالصحة , وتحسن الأداء في المهام المعرفية. (شيلي تايلور , 2008,ص425)

ومن هنا نستدل على أهمية مصدر الضبط الصحي في التأثير على استراتيجيات المواجهة وبالأخص لدى مرضى القصور الكلوي المزمن وكيفية تقديرهم لوضعيتهم المرضية واستعمالهم لإمكاناتهم لمواجهتها .

ما جعل الباحثة تتناولهما بالبحث لأهميتهما في مواجهة المرض.

وقد تضمنت الدراسة جانبين : جانب نظري وجانب تطبيقي .

حيث تناولنا أربع فصول في الجانب النظري :

تطرقنا في الفصل الأول : لإشكالية البحث , أهداف وأهمية الدراسة , الدراسات السابقة وفرضيات الدراسة , والتعريف الاجرائي لمتغيرات البحث .

الفصل الثاني : مفهوم مصدر الضبط , تصنيف أبعاد مصدر الضبط , العوامل المؤثرة على مصدر الضبط , الخصائص الشخصية لذو التحكم الداخلي والتحكم الخارجي , مصدر الضبط الصحي , فعالية مصدر الضبط الصحي .

أما الفصل الثالث :تناولنا استراتيجيات المواجهة ,تطور مصطلح المواجهة والتناولات النظرية لمصطلح المواجهة ,محددات المواجهة ,التصنيف الوظيفي لاستراتيجيات المواجهة فعالية استراتيجيات المواجهة وأخيرا التداخل بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة.

- الفصل الرابع فقد تناولنا: مفهوم القصور الكلوي المزمن ,أسبابه ,أعراضه , مضاعفاته , سيكولوجية مريض القصور الكلوي المزمن وعلاجه.

أما في الجانب التطبيقي فقد تناولنا في الفصل الخامس :لإجراءات البحث وأدواته , من منهج البحث حدود الدراسة عينة الدراسة ,الأدوات المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكمترية و إجراءات الدراسة الميدانية , الأساليب الإحصائية المستخدمة .

أما الفصل السادس : عرضنا النتائج وتحليلها , الفصل السابع :مناقشة النتائج وتفسيرها.

الجانب النظرى

الفصل الأول :التعريف بموضوع البحث

أولا : تحديد اشكالية الدراسة

ثانيا: اهداف البحث

ثالثا :اهمية البحث

رابعا :الدراسات السابقة

خامسا: التعليق على الدراسات السابقة

سادسا :فرضيات البحث

سابعا :التعريف الاجرائى لمصطلحات البحث

أولاً: تحديد الإشكالية

شهدت السنوات الأخيرة تفاقم خطر الأمراض المزمنة , إذ أصبحت تهدد حياة الأفراد والشعوب بما تلحقه من أذى مادي ومعنوي على حياة المريض ومن يحيطون به , فيجعل التعايش معه تحدياً كبيراً , مما جعل موضوع الصحة لا يقتصر على الجانب الطبي بل لفت انتباه الباحثين النفسانيين إلى محاولة معرفة دور السلوك في صحة المريض وتبنيه لأساليب حياة صحية تخفف من حدة الظروف المحيطة به سواء الاجتماعية والوظيفية والنفسية مما ساهم في خلق علم جديد يهتم بالجانب الصحي ألا هو علم نفس الصحة .

ومن بين هذه الأمراض نجد القصور الكلوي المزمن الذي يرجع إلى إصابة الكلى فيؤدي إلى فساد خطير في تركيب السوائل داخل الجسم فينتج عنه ارتباط دائم بآلة التصفية قد تستمر لسنوات أو تدوم مدى الحياة فيسبب معاش نفسي صعب فمن جهة التصفية الدموية التي أصبحت طريقة ضرورية لعلاج , فحياته مقترنة بصفة غير مستقلة بها , ومن جهة أخرى العلاج بحد ذاته جسدياً مصحوب بأعراض غير مرغوبة (كالغثيان , والتشنجات... الخ) بالإضافة إلى الحمية الغذائية الصعبة الاحترام (خاصة فيما يتعلق بمحدودية المشروبات) هذا السياق اليومي قد يقود إلى مشاكل نفسية واجتماعية , تختلف من شخص لآخر , فهناك من يعيش وضعية المرض على أنها وضعية حياتية عادية وهناك من لا يتقبلها انطلاقاً من متغيرات تختلف من شخص لآخر حسب تقدير الفرد لها , نظرته حول مسببات المرض وعلاقته ودوره في تفسير مرضه , وبما أن الإنسان ميال للتحكم في مجريات حياته والسيطرة على بيئته يظهر بعد هام من أبعاد الشخصية الذي لقي اهتمام الباحثين في علم النفس الصحة والمتمثل في مصدر الضبط الصحي الذي تعود جذوره إلى أعمال Rotter سنة 1966 عن مصدر الضبط الذي يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث والمواقف التي يخبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله وتوجهها . (أمل الأحمد , 2001 . ص 209)

ومن هذا المفهوم قام (Wallston & al 1978) باستنباط مفهوم مصدر الضبط الصحي الذي يعتبر كمجموعة معتقدات الشخص حول مصدر صحته , فهناك من يعزو صحته سواء

الايجابية أو السلبية منها إلى سلوكاته الخاصة (مصدر ضبط داخلي) , ومنهم من لا يعتقد بوجود صلة بين ما يصيبهم وسلوكاتهم أى أن هناك قوى خارجية هي المسؤولة عنها كالحظ أو القدر أو الطاقم الطبي وأفراد العائلة (مصدر الضبط الخارجي) . ولقد دلت العديد من الدراسات حول أهمية الضبط الداخلي في مجال الصحة منها دراسة (Strikland , Debs , kinsht) أوضحت أن التحكم الداخلي يحسن الصحة لأنه متصل بالسلوك التنبؤي . كما تمت ملاحظة العديد من المرضى فوجدوا أن ذوو الضبط الداخلي للصحة يتميزون بصحة جيدة لديهم معلومات أكثر عن مرضهم ويتسمون بسلوكيات وقائية عن ذوو الضبط الخارجي. (Schweitzer, 2001, p31) .

وبما أن المريض بالقصور الكلوي المزمن يعيش الحالة المرضية التي تسبب له التوتر والضغط فتؤدي إلى مواقف اكبر من إمكانياته مما قد تخل بتوازن الشخص فتجعله يسعى جاهدا إلى التخفيف منها عن طريق تبني أساليب تكيف مع المرض , فالمريض قد لا يستسلم فجأة للأحداث الضاغطة الناتجة عن الوضعية المرضية فهو يحاول جاهدا مواجهتها وبالتالي فاستراتيجيات المواجهة ضرورية لتحديد الاستجابات التي قد يستعملها الشخص بغية السيطرة أو تقبل الوضعية المؤلمة , فالمواجهة كما عرفها Lazarus & Folkman 1984 من خلال النظرية التفاعلية بأنها {المساعي أو الجهود المعرفية والسلوكية الدائمة التبدل, للتعامل مع المطالب أو المقتضيات النوعية الخارجية والداخلية أو الداخلية و الخارجية معا التي تستنزف احتياطات الفرد أو تتجاوزها . (سامر جميل رضوان , 2002 , ص 165) فالشخص لا يستطيع الهروب من الضغوط و بالتالي فانه بحاجة إلى تعلم كيفية التعامل معها بفعالية وذلك بتبنيه استراتيجيات مواجهة تتغير حسب تقييم الشخص لها سواء بالطرق ايجابية بناءة تتوجه مباشرة نحو حل المشكل أو الموقف الضاغط أو بأساليب أخرى سلبية تجنبية مركزة على الانفعال .

إن المعتقدات المستعملة للتحكم في الوضعية الضاغطة لها تأثير كبير على المواجهة ففي ملخص أبحاث Valentiner وآخرون سنة 1996 استنتجوا أن مصدر الضبط الخارجي

مرتبط أكثر بمواجهة انفعالية, في حين الضبط الخارجي مرتبط أكثر بمواجهة مركزة على المشكل. (Henri Chabrol , Stacey Callahan ,2004, p102)
كما أكدت دراسة Johnson & al 1984 أن مصدر الضبط يسهل تبني استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل (نشطة) فهي بصفة عامة فعالة فتأثيراتها تعزز قوى الشخص (Schweitzer, 2001, P 326)

كما وجد كل من Steptoe& Appels سنة 1989 أن الشخص الذي يدرك انه قادر على التحكم في الوضعية الضاغطة يقلل شعوره بالخطر و التهديد و بالتالي يقيم مصادره الشخصية بالإيجاب فيتوصل إلى تحديد و التحكم في استراتيجيات المواجهة .
(نسيمه مزاور , 2006 , ص 12)

فالأشخاص الذين يعتقدون بتحكمهم وضبطهم لمرضهم يتميزون بتحكم أكثر عن الآخرين توتر اقل و مواجهة أكثر فعالية. (Schweitzer, 2001, P 322)
وبالتالي يتضح دور مصدر الضبط الصحي بأبعاده في العمل على التأثير على تنمية شعور الفرد بالسيطرة على حياته و المحافظة على صحته وإتباع التعليمات الطبية التي تعزز التزامه بقواعد صحية سليمة ومساعدته على مواجهة فعالة متكيفة مع المرض.
فالدراسة الحالية تستدل على طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي بأبعاده واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي فحسب علم الباحثة الدراسات قليلة التي حاولت الربط بين هذين المتغيرين وبالتالي فقد تمخض عن ما سبق التساؤلات التالية:

-هل توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

-هل توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

- هل توجد علاقة ارتباطيه بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض لدى أفراد العينة .
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي لدى أفراد العينة باختلاف الجنس والمستوى التعليمي .

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة باختلاف الجنس والمستوى التعليمي .

ثانيا : أهداف الدراسة

يمكن حصرها فيما يلي :

1- التحقق من وجود علاقة ارتباطيه بين مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .

2- التحقق من وجود علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

3- التحقق من وجود علاقة ارتباطيه بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض لدى عينة الدراسة .

4- محاولة معرفة الفروق حسب الجنس والمستوى التعليمي لدى أفراد العينة في أبعاد مصدر الضبط الصحي .

5- محاولة معرفة الفروق حسب الجنس والمستوى التعليمي لدى أفراد العينة في أنواع استراتيجيات المواجهة .

ثالثا | أهمية الدراسة :

يكتسب البحث أهمية من خلال الأهداف التي يرمى إليها من جهة , ومن جهة أخرى فهو يكتسب أهمية في كونه الدراسة الاولى بحدود علم الباحثة التي تناولت بعد من أبعاد الشخصية وهو مصدر الضبط الصحي وارتباطه بكيفية تبني المرضى لاستراتيجيات المواجهة لدى فئة المرضى الذين يعانون من قصور كلوي مزمن .

كما يكتسب البحث أهمية من خلال مساعدة المختصين في مجال علم النفس, والمعالجين (أطباء وممرضين) في المجال الصحي لمعرفة أكثر للمعتقدات الصحية وبالتالي توعيتهم على أهمية مصدر الضبط, فيعطى فكرة عن أهمية الضبط الداخلي وبالتالي محاولة تدريب المرضى على تبني ضبط داخلي, ليعزز لديهم تكيف فعال ونشط تجاه مرضهم وبالتالي الإذعان للعلاجات الطبية المقترحة.

خامسا | الدراسات السابقة :

تعد الدراسات السابقة من أهم ركائز البحث لكونها تساعد الباحث على معرفة ما توصل إليه الباحثين من نتائج تمهد له معرفة الايجابيات والسلبيات التي وقع فيها من قبله . وما لمسناه من خلال البحث عن الدراسات السابقة قلة الدراسات العربية التي تناولت مصدر الضبط واستراتيجيات المواجهة في الوطن العربي حسب علم الباحثة إذ أن أغلبية الدراسات أجنبية والتي تم تلخيصها في الدراسات التالية , إذ تناولتها الباحثة حسب تسلسل زمني من الأقدم إلى الأحدث .

* الدراسات التي تناولت مصدر الضبط :

1- دراسة (Poll & Kaplan de Nour , 1980)

هدفت الدراسة لمعرفة مصدر الضبط الصحي لدى مرضى التصفية الدموية , على عينة من مرضى الخاضعين للتصفية الدموية تراوحت أعمارهم بين (20 – 65 سنة) . بينت نتائج الدراسة أن المرضى الذين طبق عليهم مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لـ Wallston & al لديهم درجات مرتفعة في مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين مقارنة بالبعدين الآخرين (بعد الحظ والداخلي) . وانتهت الدراسة إلى أن المرضى يعتقدون بأنهم غير قادرين على التحكم في وضعيتهم الصحية . (Lucy Yardely , 1997 , p 76)

2- دراسة فؤاده محمد على هدية (1982)

هدفت الدراسة لمعرفة الفروق بين الجنسين في وجهة الضبط تكونت العينة من 427 طالب وطالبة بلغ عدد الذكور 172 طالب وعدد الإناث 255 طالبة طبق عليهم مقياس وجهة الضبط , وجاءت النتائج أن الذكور مالوا أكثر إلى الوجهة الخارجية في إدراكهم لمصدر التدعيمات أكثر من الإناث . (فؤاده محمد على هدية , 1994 , ص 76)

- دراسة (Jamison & al 1987)

هدف الدراسة تقييم مصدر الضبط المرتبط بالمرض ومدة المتابعة لمرضى السرطان .

شملت العينة 59 مريض بسرطان الثدي , أثبتت النتائج أن المرضى الذين لديهم ارتفاع في مصدر الضبط الخارجي (للحظ) لديهم دلالة بعيش اقل في المدة القصيرة للمرض .

4- - دراسة (1988 Pruyn & al)

والتي كان من أهدافها دراسة دور مصدر الضبط والتكيف مع المرض. على عينة من 118 مريض بالسرطان, الأشخاص الذين لديهم إدراك في الضبط الداخلي أعلى من خلال مقياس مصدر الضبط السرطان (CLCS Cancer locus of control) scale (يتكيفون أحسن مع المرض عن الآخرين. حيث أوجدت النتائج أنهم يمثلون سلوكيات أكثر صحية, يحصلون على مساندة اجتماعية ولديهم تقدير ذات عالي, وقلق اقل. (Schweitzer, 2002,p321))

5-- دراسة (1988 Lao et al)

هدف الدراسة معرفة الفروق بين الجنسين في أبعاد الضبط الداخلي الخارجي تمت الدراسة على عينة صينية مكونة من 517 طالبا جامعيًا بواسطة مقياس ليفنسون , وجاءت النتائج كما يلي أن الذكور حصلوا على درجات عالية في الضبط الداخلي مقارنة بالإناث مع ذلك حصلت الإناث على درجات منخفضة في بعد أصحاب النفوذ كما حصلن على درجات مرتفعة في بعد الحظ

6- - دراسة (1991 Ckristensen, Turner & al)

هدف الدراسة دراسة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والاكتئاب . تمت الدراسة على عينة من 96 مريض في مراكز تصفية الدم, من بين الفرضيات هل الارتباط يختلف بسبب التاريخ العلاجي للأشخاص وخطورة مرضهم. النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن مصدر الضبط الداخلي يرتبط باكتئاب اقل عند الأشخاص الذين يتلقون التصفية لأول مرة .

7- دراسة (1992 Morris & al)

من أهدافها دراسة مصدر الضبط ومدة المتابعة الطبية .

تمت الدراسة على 88 مريض بسرطان الثدي ومتابعة لمدة 5 سنوات , النتائج لم تجد أي ارتباط دال بين التحكم في المرض المقاس بمقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد ل 1978 Wallston & al ومدة المتابعة الطبية.

(Schweitzer, B Quintard, 2001, p61)

8- - دراسة (Murphy, 1997)

هدفت لدراسة مصدر الضبط لدى مرضى السكري.

تمت على 40 مراهق مريض بالسكري , بينت النتائج أن الأفراد الذين لديهم ضبط داخلي ضعيف أو أقل مرتبط بصحتهم , يلجئون إلى استدلالات (خارجية , الصدفة , سوء الحظ) لتفسير الأحداث السلبية التي يواجهونها .

(Schweitzer, B Quintard, 2001, p101)

* الدراسات التي تناولت استراتيجيات المواجهة

1- دراسة (Taylor, Lichtman, Wood, 1984)

هدفها معرفة محددات التكيف الحسن مع مرض سرطان الثدي.

على عينة من مريضات سرطان الثدي , لقد أظهرت النتائج بان التكيف في هذا السياق كان جيدا لدى اللواتي يمارسن التحكم في حياتهن (خاصة التحكم المعرفي والسلوكي) من خلال إتباع القواعد الصحية السليمة كممارسة النشاط الرياضي وتناول الغذاء الصحي وتجنب الضغوط قدر الإمكان .

2- دراسة (Smari & Valysdottir, 1997)

استهدفت هذه الدراسة تقييم أثر أسلوب المواجهة على التكيف الانفعالي للمرض.

تمت الدراسة على 120 راشد مريض بالسكري النوع الأول , باستخدام قائمة مواجهة المواقف الضاغطة (Coping inventory of stressful situation)

دلت النتائج أن الذين يلجئون لتفضيل إستراتيجية مركزة على المشكل يتنبئون بنتيجة انفعالية ايجابية ملائمة , في حين الذين اختاروا بصفة عامة إستراتيجية مركزة على الانفعال بينت النتائج لديهم اضطرابات تكيف انفعالي (حالات قلق واكتئاب) .

(Schweitzer, Quintard, 2001, p 101)

3 - دراسة (2000 Sun & Stewart)

هدفها دراسة التوافق مع مرض السرطان , شملت العينة 152 مريض صيني من هونغ كونغ النتائج بينت اشتهار الثقافة الصينية بأهمية العلاقات العائلية (مواجهة مركزة على المساندة الاجتماعية تجاه المرض) . كما أشارت النتائج إلى انه في الثقافة الصينية أين المعتقدات في ما فوق الطبيعة شائعة إلا أن مصدر الضبط الداخلي ارتبط ايجابيا مع التكيف في حين المعتقدات في الصدفة مرتبطة سلبيا مع التكيف.

(Gustave N Fisher, 2002, p274)

4- دراسة (2000 Haltenhof & al) من أهدافها دراسة العلاقة بين مصدر الضبط وسلوكيات المواجهة لدى مرضى الرعاش العصبي.

على عينة من 45 مريضا , تناولت العلاقة بين سلوكيات المواجهة ومركز الضبط والاكنتاب ومتغيرات ذات صلة بالمرض , لقد أظهرت نتائجها وجود ارتباط وثيق بين مركز التحكم الداخلي وأسلوب المواجهة الايجابية التي يمارسها المريض للتعامل مع حالته المرضية والحفاظ على استقراره وصحته . (عثمان يخلف , 2001 , ص 97)

سادسا | التعليق على الدراسات السابقة

اعتمدت الباحثة على الدراسات التي تناولت مصدر الضبط من جهة واستراتيجيات المواجهة من جهة أخرى كون غياب الدراسات حسب علم الباحثة التي تناولت المتغيرين معا - من حيث الأهداف بحثت الدراسات السابقة عن مصدر الضبط لدى عينات مختلفة حيث كانت أهدافها مختلفة عن أهداف الدراسة الحالية ما عدا دراسة 2000 Haltenhof et al التي تقترب أهدافها من أهداف الدراسة الحالية , كما تفاوتت الدراسات لدى عينات مرضية مختلفة في حين مرض السرطان تناوله العديد من الباحثين كدراسة Pruy et al ودراسة 1987 Jamison et al ودراسة 1992 Morris et al ودراسة Sun et Stewart ودراسة 1984 Taylor et Lichtman et Wood.

- من حيث حجم العينة تراوحت أحجام عينات الدراسة بين الصغيرة التي لم يتجاوز عددها 100 فرد كدراسة Jamison et al ودراسات كل من Haltenhof et Morris et al , Murphy وبين متوسطة تراوحت بين 118-152 كدراسات كل من Pruyn, Smari et Valysdottir , Sun et Stewart وعينات ذات أحجام كبيرة تجاوزت 400 كدراسة فؤاده محمد على هدية ودراسة Lao et al

- من حيث النتائج اتفقت معظم الدراسات على أهمية مصدر الضبط الداخلي وارتباطه بسلوكات صحية كدراسات كل من Poll & Kaplan de Nour , Pruyn et al , Ckristensen et al

كما بينت النتائج المتعلقة بدراسات المواجهة أهمية الدور الفعال للمواجهة النشطة المركزة على المشكل كدراسة Smari et Valysdottir , Haltenhof & al أما استنتاجنا من الدراسات السابقة أنها :

- أكدت أغليبتها أهمية مصدر الضبط الداخلي ودوره الفعال في تبني أساليب حياة صحية واتصالها باستراتيجيات مواجهة فعالة .
- إن معظم الدراسات أكدت أهمية استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل بالمقارنة مع المواجهة المركزة على الانفعال .

- كما لمسنا قلة الدراسات التي تناولت شريحة المرضى الخاضعين للتصفية الدموية .
وباعتبار مصدر الضبط الصحي من المتغيرات الهامة, إذ يعتبر بعد من أبعاد الشخصية الذي يتصل بالمعتقدات التي يكونها الفرد حول صحته أو مرضه, جاءت هذه الدراسة لمحاولة بحث طبيعة العلاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.

سابعاً | فرضيات الدراسة

في ضوء الدراسات السابقة وفي ضوء إشكالية الدراسة قامت الباحثة بصياغة الفرضيات التالية :

- 1- توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .
- 2- توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن.
- 3- توجد علاقة ارتباطيه بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .
- 4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس والمستوى التعليمي لدى أفراد العينة .
- 5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف الجنس والمستوى التعليمي عند أفراد العينة .

ثامنا | التعريف الاجرائي لمصطلحات البحث :

- 1- **مصدر الضبط الصحي:**مجموع معتقدات الأشخاص حول مصدر صحتهم , بمعنى ميل الأفراد إلى عزو نتائج مرضهم إلى سلوكياتهم فهم مسئولون على ما يحدث لهم (ضبط داخلي) , في حين يعتقد آخرون في تحكم وتأثير الآخرين كالأطباء أو العائلة في تحديد صحتهم (ضبط خارجي لذو النفوذ) , بينما يعتقد البعض الآخر بالحظ والصدفة أو القدر فيما يتعلق بصحته وانه ليس له أي علاقة بين نتائج أفعاله وسلوكياته (ضبط خارجي للحظ) ويتم قياسه وفق الدرجات المحصل عليها المرضى على مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد ل Wallston & al والذي أعده إلى العربية جبالي نور الدين .
 - 2- **استراتيجيات المواجهة :** هي مجموعة من الأساليب السلوكية أو المعرفية التي يستعملها مرضى القصور الكلوي المزمن , الهادفة إلى تخفيض حدة الضغط الناتج عن الوضعية المرضية .
- وهي الدرجة التي يتحصل عليها المريض على مقياس المواجهة (Copping ل Cousson 1996 G Florance & al) والتي تأخذ فيها استجابات المريض على بنود الاختبار محور عام للمواجهة ينقسم إلى :

* مواجهة مركزة على المشكل :وهى مجموعة من العمليات التي تسعى للبحث عن مصدر المشكلة ومعالجتها وهى تشمل الجهود المبذولة للتحكم في الوضعية لإيجاد الحلول للمرض المعاش .

*مواجهة مركزة على الانفعال : وهى مجموعة العمليات التي تسعى لتخفيض الانفعالات المترتبة عن المرض .

*مواجهة مركزة على المساندة الاجتماعية :مجموعة المعلومات التي يستعملها المريض للحصول على الإنصات والمساندة المعلوماتية فيما يتعلق بمرضه والحصول على النصائح من المقربين ويشمل المساندة الانفعالية.

3- **القصور الكلوي المزمن** : حالة تتميز بفقدان كلى لوظيفة الكلى , مما ينتج عنه فشل غير معوض لعملها ويؤدى إلى الغسيل الكلوي الدموي.

الفصل الثاني :مصدر الضبط الصحي

أولا : تعريف مصدر الضبط

ثانيا :التصنيف الوظيفي لأبعاد مصدر الضبط

ثالثا : العوامل المؤثرة على مصدر الضبط

رابعا : الخصائص الشخصية لذوى الضبط الداخلي والضبط الخارجي

خامسا : مصدر الضبط الصحي

سادسا : فعالية مصدر الضبط الصحي

يعتبر مصدر الضبط بعدا هاما من أبعاد الشخصية الذي لقي اهتمام الباحثين في مجال علم النفس, ولقد تعددت الترجمات لـ Locus of control إلى اللغة العربية حيث يعبر عنه بمركز التحكم, أو مصدر التحكم, وأحيانا يشار إليه بوجهة الضبط أو مركز الضبط.

1- **تعريف مصدر الضبط لدى Rotter** : نشأ مفهوم مصدر الضبط من خلال أعمال (Julian Rotters) في التعلم الاجتماعي (1954, 1957) والتي تستند إلى أعمال مدرستين كبيرتين من مدارس علم النفس هما المدرسة السلوكية والمدرسة المعرفية وقد طور من قبل كل من (phares & Gemes) حيث احتل مكانة جد هامة في دراسات الشخصية منذ ذلك الحين.

وينظر علماء النفس المهتمون بنظرية التعلم الاجتماعي إلى مصدر الضبط بوصفه متغيرا أساسيا من متغيرات الشخصية يشير إلى كيفية إدراك الفرد للعوامل التي تتحكم بالأحداث و المواقف التي يخبرها والشروط التي تضبط أحداث البيئة من حوله و توجهها.

(أمل الأحمد, 2001 ص 209)

ويعتبر مفهوم الضبط الداخلي و الخارجي للتعزيز احد التوقعات المعممة, فمدى اعتقاد الفرد انه يستطيع أن يسيطر على ما يحدث له يمكن أن يشار إليه انه اعتقاد في السيطرة الداخلية على التعزيز, ويشار إلى الاعتقاد بسيطرة الحظ أو القدر أو الآخرين على انه اعتقاد بالسيطرة الخارجية على التعزيز. (فؤاده هداية, 1994, ص 83).

وقد قدم Rotter مفاهيم أساسية في نظريته للتعلم الاجتماعي و التي انبثق منها مفهوم مصدر الضبط الداخلي الخارجي و هي :

1- الطاقة السلوكية " إنها إمكانية حدوث السلوك في موقف أو مواقف معينة كما هي محسوبة في العلاقة بأي تعزيز واحد أو مجموعة من التعزيزات".
فالطاقة السلوكية مفهوم نسبي, حيث أن الفرد يحسب إمكانية حدوث أي سلوك بالارتباط مع بدائل أخرى متوفرة للفرد.

2| التوقع : انه الاحتمالية الموجودة لدى الفرد بأن تعزيزا معيناً سوف يحدث كوظيفة لسلوك معين يصدر عنه في موقف أو مواقف معينة ويكون التوقع مستقلاً بشكل منتظم عن قيمة أو أهمية التعزيز.

3| قيمة التعزيز : وهو درجة تفضيل الفرد لحدوث أي تعزيز معين , إذا كانت إمكانات الحدوث لهذه التعزيزات متساوية جميعاً ويؤثر التعزيز على حدوث واتجاه أو نوع السلوك .

4| الموقف السيكلوجي :يشير Rotter إلى أن السلوك لا يحدث من فراغ, فالفرد يتفاعل باستمرار مع مظاهر بيئته الداخلية والخارجية. ويحدث هذا التفاعل لعدد من أنواع المثيرات الداخلية و الخارجية, بطريقة تتفق مع خبرته الفريدة.

والموقف النفسي هو تلك البيئة أو ذلك الموقف الداخلي أو الخارجي الذي يحفز الفرد أو يثيره لكي يتعلم كيف يمكن الوصول إلى أكبر اشباعات في ظروف معينة .

وقد قام Rotter بتطوير ست فئات من الحاجات العريضة التي تتضمن معظم السلوك النفسي المتعلم مع تعاريفها :

- الحاجة إلى الاعتراف والمكانة : ويقصد به حاجة الفرد إلى التفوق, وان يكون كفوًا مثل الآخرين أو أفضل منهم في المدرسة, أو العمل, أو المهنة, أو النشاط الرياضي, أو المكانة الاجتماعية...الخ

- الحاجة إلى السيطرة : ويقصد بها حاجة الفرد إلى التحكم في أعمال الآخرين , بما في ذلك الأسرة والأصدقاء , وان يكون الفرد في مركز القوة , وان يتبع الآخرون أفكاره ورغباته الخاصة .

-الحاجة إلى الاستقلال : ويقصد بها حاجة الفرد إلى أن يتخذ قراراته, وان يعتمد على نفسه , وان يطور المهارة اللازمة للحصول على الإشباع, وان يصل إلى الأهداف دون مساعدة الآخرين.

- الحاجة إلى الاعتماد على الآخرين : ويقصد بها حاجة الفرد إلى فرد آخر أو أفراد آخرين يساعدونه على مواجهة الإحباط, ويوفرون له الحماية والأمن, ويساعدونه على الحصول على الأهداف الأخرى المرغوبة.

- الحاجة إلى الحب أو العطف :ويقصد بها حاجة الفرد إلى تقبل الآخرين وحبهم, وان يحظى باحترامهم وانتباههم واهتمامهم وإخلاصهم.
- الحاجة إلى الراحة الجسمية : ويقصد بها حاجة الفرد إلى الاشباعات الجسمية التي ارتبطت بالأمن وتجنب الألم , والرغبة في الملذات الجسمية .

(رشاد على موسى , ص ص 322 , 323)

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

2- مفهوم مصدر الضبط لدى سيكولوجيين آخرين :

ظهرت عدة تفسيرات لمصدر الضبط لكونه استعمل بكثرة في العديد من الأبحاث

- (1984Lefcourt) : اعتبره بعد من أبعاد الشخصية يؤثر في العديد من أنواع السلوك و أن الاعتقاد لدى الفرد بأنه يستطيع التحكم و السيطرة في أموره الخاصة و العامة يسمح له بالاستمرار على قيد الحياة دون ضغط ,و يتمتع بحياته ومن ثم يمكنه التوافق مع البيئة التي يعيش فيها . (الجوهرة الزواد , 2002, ص128).

- فحسب (1986Rodin) :إدراك موقف معين ممكن التحكم فيه كتقدير ذاتي يمكن الفرد من اخذ قرار تجاهه و مواجهته .(Schweitzer , Dantzer ,2003,p 68)

- أما صفوت فرج (1986) فقد عرفه : بمتغير أساسي من متغيرات الشخصية يتعلق بتفكير الفرد و أي العوامل هي الأقوى و الأكثر تحكما في النتائج الهامة في حياته العوامل الذاتية من مهارة و قدرة و كفاءة أم عوامل خارجية عن نطاق الفرد كالمصادفة و الآخرين الأقوياء.

- رجاء خطيب (1990) : هو إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج و الأحداث هل هي مسؤولية داخلية يأخذ الفرد على عاتقه فيها مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة و قدرته الشخصية ؟ أم أنها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق الفرد.

-Horrecks& Jackson: مصدر الضبط ظاهرة نفسية تعتمد على إدراك و تفسير ينبعان من الشخص نفسه ومن أفعاله و كنتيجة لتأثيره و تحكمه في الظواهر المحيطة به

سواء كانت داخلية أو خارجية و يتجه تفسير الفرد للأفعال مباشرة إلى كيفية استجابة الشخص. (فاروق عبد الفتاح موسى, 1988, ص212).

- أما **Dubois** فمفهومها عن مصدر الضبط : درجة تصور الفرد حول العلاقة الموجودة ما بين السلوكيات أو المميزات الشخصية و التعزيزات الايجابية و السلبية التي يتلقاها . (Schweitzer , Dantzer , 2003 ,P 69) .

بناء على ما ذكر فان جوهر مصدر الضبط هي المعتقدات , و التي تعتبر كمجموعة من التصورات و المعارف التي يملكها الفرد حول موضوع معين, قد يكون هذا الموضوع أشخاصا أو مواقف أو أشياء أو أفكار. ومنه يمكن أن نستنتج أن مصدر الضبط متغير أساسي من متغيرات الشخصية يرتكز على اعتقادات كونها الفرد حول الأوضاع المعاشة ومن خلال التفسيرات السببية التي يبنها في علاقته مع الحدث الخارجي و على أساسها يحدد توقعاته للاستجابة السلوكية , فمدى اعتقاد الفرد في تحكمه بما يحيط به من أحداث , وان المواقف التي تحدث له نتيجة أفعاله الخاصة فهو ذو ضبط داخلي , في حين إذا اعتقد الفرد بأنه لا يملك أي قدرة فيما يتعرض له من مواقف بل إن المحيطين به هم الذين يتحكمون في صحته كالأطباء أو أفراد العائلة مثلا فهو ذو ضبط خارجي لنفوذ الآخرين أما إذا اعتقد بان مسألة صحته أو مرضه عائدة إلى القدر أو الحظ أو الصدفة فهو ذو ضبط خارجي للحظ .

ثانيا | تصنيف أبعاد مصدر الضبط:

اعتبر الباحثين الأوائل في مصدر الضبط أمثال Phares , Rotter, Franklin أن مصدر الضبط متغير أحادي البعد , حيث كشف Rotter 1966 أن المقياس الداخلي الخارجي (I-E للضبط هو أحادي البعد وقد توصل إلى هذه النتيجة باعتماده على نتائج التحليلات العاملية التي قام بها (1978 Garry , Marsh, Franklin) وظل افتراض أحادية البعد مسلم به حتى ظهر تقرير (Gurin et al1969) الذي كشف أن مقياس (I-E) يحتوى على عوامل عديدة , أهمها الضبط الشخصي الذي يتضمن بنودا يعبر عنها بضمير الأول (أنا- نحن) والضبط الايديولوجي والذي يتضمن بنودا تستخدم الضمير الثالث (هم - هن - هو - هي) وهي تتعلق بضبط الناس على المواقف بصورة عامة .

هذا بالإضافة إلى عامل ايدولوجية السلالة أو العنصر وعامل الاعتقاد في إمكانية تعديل النظام , نتيجة لذلك ثار الجدل بين العلماء حول كون مصدر الضبط أحادي البعد أو متعدد الأبعاد , إلى أن الدراسات الحديثة التي تناولت هذا المفهوم أوضحت انه متعدد الأبعاد , فقد كشف (Sehnuder, Parsons 1970) عن خمسة أبعاد لمصدر الضبط أو خمس تصنيفات فرعية لمقياس Rotter وهى :

- الحظ و القدر
- القيادة و النجاح
- الاحترام
- السياسة
- الاكاديمية

وقد استخلص Mirels 1970 عاملين هما : الضبط الشخصي و الضبط الاجتماعي السياسي.

وكشف (Sanger, Alker 1972) من خلال التحليل العاملى لمقياس روتر عن ثلاث عوامل :

- الأول : الإيديولوجية الأنثوية
- الثاني : الضبط الشخصي

الثالث : الإيديولوجية الأخلاقية البروتستانية

أما (Levenson 1973) فقد اقترحت ثلاث عوامل للضبط هي :

- الاعتقاد في الضبط الداخلي
- الاعتقاد في الآخرين ذوو النفوذ
- الاعتقاد في الصدفة

وتوصل (Collins 1974) إلى أربعة عوامل هي :

- العالم الصعب
- العالم العادل

- العالم القابل للتنبؤ وهو الاعتقاد بان العالم يمكن التنبؤ به وانه غير محكوم بالعشوائية والحظ أو القدر

- العالم المستجيب سياسيا وهو يوضح عقيدة الفرد في الحساسية السياسية في بيئته.
(نور الدين جبالي 2007, ص ص 45 , 46)

-ثالثا : العوامل المؤثرة على مصدر الضبط

يتأثر مصدر الضبط بالعديد من العوامل, نذكر منها ما يلي :

1- **مصدر الضبط و مراحل العمر** : قد تبين من دراسة (Rohner&al 1980) إن الضبط الداخلي يزداد بدلالة إحصائية مع الزيادة في عمر الأطفال و أن الأطفال الذين يدركون أنفسهم على أنهم مقبولون من خلال علاقتهم بالوالدين يزداد نمو الضبط الداخلي بينهم في عمر 9-11 سنة في حين الأطفال الذين يشعرون أنهم منبوذون لا يحدث لهم أي تغيير في نفس العمر.

كما كشفت نتائج دراسة (Lao 1974) باستخدام مقياس روتر أن هناك زيادة دالة إحصائية في الإحساس بالكفاءة و الفعالية الشخصية (الضبط الداخلي) في مرحلة الشباب إلى مرحلة الرشد واشتقت هذه النتائج مع نتائج الدراسة التي قام بها

(Rychman & Malkikioski 1975) باستخدام مقياس ليفنسون متعدد الأبعاد إلى استقرار الاعتقاد في الضبط في مرحلة وسط العمر في السن من 30 إلى 40 سنة .
(صلاح الدين أبو ناهية, 1989, ص ص 187, 188).

نستخلص أهمية مرحلة الطفولة لنمو مصدر الضبط الداخلي أين يبدو منخفض في المراحل الاولى للطفولة , ثم يزداد مع تقدم العمر ليستقر في مرحلة الرشد .

2- **مصدر الضبط عند الجنسين** : كشفت البحوث و الدراسات التي تعرضت للفروق بين الجنسين في الضبط الداخلي الخارجي عن نتائج مختلفة . فقد تبين من نتائج دراسة (Shaw & Uhl 1981) على عينة مكونة من 211 طفلا من الجنسين متوسط أعمارهم 8 سنوات من طبقات مختلفة , وجمعت البيانات بواسطة مقياس بيلر وكروميل للأطفال , انه لا توجد فروق بين الذكور و الإناث في الضبط الداخلي الخارجي .

وفى دراسة لـ Zerga & al 1976 على 541 تلميذ في المدرسة الثانوية , باستخدام مقياس روتر أن الإناث كن أكثر خارجية من الذكور وكان الفرق بينهما دالا إحصائيا .
أما دراسة (Lao & al 1977) لأبعاد الضبط الداخلي الخارجي لدى الجنسين على عينة صينية مكونة من 517 طالبا جامعييا بواسطة مقياس ليفنسون إن الذكور حصلوا على درجات عالية في الضبط الداخلي مقارنة بالإناث .

نستخلص من الدراسات السابقة وجود اختلاف في نتائجها ولعلها راجعة لكون الدراسات طبقت في بيئات مختلفة بالإضافة لكونها تختلف من حيث العينة فكل دراسة مركزة على مرحلة عمرية معينة دون أن تشمل المراحل العمرية الأخرى .

3- مصدر الضبط و المعاملة الوالدية :

خلال فترة الطفولة تلعب الأسرة دور مهم من خلال النماذج والتعزيزات التي تقدمها لأبنائها , فلآباء الذين يصغون لأبنائهم و يكافئونهم و متماسكون في قراراتهم تسهل نمو مصدر الضبط الداخلي عند أبنائهم . (Schweitzer , 2002, p231)

فالمعاملة الوالدية الايجابية التي فيها علاقة الطفل – الوالدين تعتمد بصفه أساسية على الدفء , والتقبل , والحماية المعقولة , والشعور بالأمن , والنقد القليل , والتفاعل الايجابي , والعداء القليل , ترتبط بالضبط الداخلي , في حين أساليب الرفض والعقاب والسيطرة , والنقد والعداية والتسلطية , ترتبط بالضبط الخارجي أي أنها تقرران وجهة موضع الضبط تكون متأثرة ببيئة الطفل الاولى بحيث يكون الدور البارز في هذه البيئة لوالدي الطفل مثل دراسة Davis&Phares 1969 ودراسات أخرى اتفقت مع هذه النتيجة كدراسة Nowicki & Segal 1974 , ومنها ما يؤيد هذه العلاقة ولكنه لا يتسق في نتائجها مع الدراسات السابقة فبعض هذه النتائج تشير إلى أن العداية والضغط من جانب الآباء ترتبط بالداخلية لدى الإناث مثل دراسة Solomon & al , وبعضها يشير إلى أن الدفء والحماية الأموية لكل من الذكور والإناث ترتبط بالخارجية مثل دراسة كروميل 1963 .

(صلاح أبو ناهية, 1989, ص 60)

أن مصدر الضبط متغير هام من متغيرات الشخصية تحدده الأساليب الوالدية، فالوالدين بتربيتهم يغرسان التحكم الداخلي أو الخارجي لأبنائهم فكلاهما يساهمان في بناء وتشكيل معتقدات ابنهم إما بالخضوع أو الاستسلام أو بتقوية الحرية الاستقلالية لأبنائهم التي تعزز الضبط الداخلي وتحمل مسؤولية أفعالهم .

4-مصدر الضبط والعوامل الاجتماعية والثقافية : تعددت الدراسات التي أكدت العلاقة بين مركز التحكم والعوامل العرقية والسوسيو-اقتصادية، فقد أشار Rotter إلى دراسة (Franklin 1963) حيث توصل إلى أن الأشخاص الأكثر تحكما داخليا ينتمون إلى فئات سوسيو اقتصادية راقية , كما توصل (Walk) إلى أن الوضعية المرغمة والمحيط القاسي يجعل من الفرد خارجي التحكم عكس المحيط الملائم والمريح لان التحكم الداخلي يرتبط بالتوافق وبالرضي .

توصل (Rotter et Battle) إلى وجود فروق بين السود والبيض في مركز تحكمهم، وذلك أن السود يتميزون بالتحكم الخارجي عكس البيض، كما أن الأفراد المنتمين إلى طبقات متدنية سواء كانوا من السود أو البيض، يتميزون بالتحكم الخارجي أكثر من المنتمين للطبقة المتوسطة. (نسيمة مزاور، 2006، ص 96)

كما توصل 1969 Hsieh et al بين عدة مجموعات من الطلاب في ثقافات مختلفة، فوجدوا أن مجموعة الطلاب الانجلو أمريكيين كانت الأكثر داخلية , في حين إن مجموعة الطلاب الصينيين (من هونج كونج) كانت الأكثر خارجية .

كما درس 1974 Reitz & Groof مجموعات من العمال في الولايات المتحدة واليابان , والمكسيك , وتايلاند فوجد أن العمال في البلاد المتقدمة اقتصاديا (أمريكا واليابان) أكثر داخلية من العمال في البلاد النامية (المكسيك وتايلاند) . (صلاح أبو ناهية، 1992، ص211)

فبناء على الدراسات السابقة، فمصدر الضبط بعد هام من أبعاد الشخصية يتداخل مع العديد من المتغيرات فهو بعد مكتسب يتأثر بالمحيط الاجتماعي والاقتصادي والعوامل الثقافية

للمجتمعات وهو يختلف من ثقافة لأخرى وبين أفراد الثقافة الواحدة نتيجة التداخل الكبير بينه وبين العوامل الخارجية عن الفرد (البيئية).

رابعاً | الخصائص الشخصية لذوى التحكم الداخلي و التحكم الخارجي :

أجريت العديد من الدراسات لمعرفة الخصائص الشخصية المميزة لكل من ذوى الضبط الداخلي و الضبط الخارجي.

1 – الخصائص الشخصية لذوى الضبط الداخلي :

تتفق نتائج الدراسات (دراسات 1977 Lefcourt & strickland , 1966 Rotter) وآخرون إلى أن :

أفراد الضبط الداخلي يتميزون بدلالة واضحة عن أفراد الضبط الخارجي في المجالات التالية :

- البحث و الاستكشاف للوصول إلى المعلومات , ثم استخدام هذه المعلومات بفعالية في الوصول إلى حل المشكلات التي تعترضهم في بيئتهم , فضلاً عن قدرتهم على استرجاع هذه المعلومات ومعالجتها بأشكال مختلفة .

- القدرة على تأجيل الإشباع , ومقاومة المحاولات المغرية للتأثير عليهم .

- المودة و الصداقة في علاقاتهم مع الآخرين , فهم أكثر احتراماً وحباً من قبل الآخرين , وأكثر تعاوناً ومشاركة للآخرين , وأكثر توكيدية تجاه الآخرين على الرغم من مقاومتهم لتأثيراتهم عليها

- العمل و الأداء المهني, حيث تبين أن لديهم معرفة شاملة بعالم العمل الذي يعملون فيه و البيئة المحيطة بهم, كما أنهم أكثر إشباعاً و رضا عن عملهم وأكثر انهماكاً و اهتماماً بهذا العمل.

- التحصيل و الأداء الأكاديمي حيث تبين ارتفاع مستوى تحصيلهم الدراسي و أساليبهم في حل المشكلات كما أنهم أكثر تفتحاً و مرونة في التفكير و أكثر إبداعاً و أكثر تحملاً للمسائل و المشكلات الغامضة و أكثر توقعاً للإجابات الصحيحة .

- الصحة النفسية و التوافق , فهم أكثر احتراماً للذات و أكثر قناعة ورضا عن الحياة , وأكثر اطمئناناً و هدوءاً و أكثر ثقة بالنفس و أكثر ثباتاً انفعالياً و اقل قلقاً , و اقل اكتئاباً و اقل إصابة بالأمراض النفسية . (صلاح الدين أبو ناهية, 1989 ص 59).
- أكثر حذراً و انتباهاً لتلك النواحي المختلفة من البيئة التي تزوده بمعلومات مفيدة لسلوكه المستقبلي. (فؤادة محمد على هدية , 1994 , ص 84) .
- يأخذ خطوات تتميز بالفعالية و التمكن لتحسين حالة بيئته.
- يعطى قيمة كبيرة لتعزيزات المهارة و الأداء, ويكون عادة أكثر اهتماماً بقدراته و بفشله أيضاً.

2- الخصائص الشخصية لذوى الضبط الخارجي :

- يتميز الفرد ذوى الضبط الخارجي بما يلي :
- يكون لديه سلبية عامة و قلة في المشاركة و الإنتاج .
- ينخفض لديه الإحساس بالمسؤولية الشخصية عن نتائج أفعاله الخاصة .
- يرجع الأحداث الايجابية و السلبية إلى ما وراء الضبط الشخصي , ويفتقر إلى الإحساس بوجود سيطرة داخلية على هذه الأحداث.

(فؤادة محمد على هدية , 1994 , ص 84)

- الشعور بالدونية و النقص و عدم الثقة بالنفس و العصابية .
- لا توجد لديهم الرغبة في المثابرة , أو التحمل كما يشعرون بالملل و التعب بعد فترة قصيرة من بداية أي عمل يقومون به.
- عدم الراحة و التوتر النفسي.
- التصلب في تفكيرهم حيث الالتزام بوجهة عقلية محددة
- يفشلون في توقعاتهم للأحداث و بالتالي يتصرفون في الموقف بأسلوب غير ملائم.
- ضعف القدرة على استخلاص المعلومات أو استخدامها بأسلوب جيد و فعال.
- (صلاح أبو ناهية, 1987, ص 139) .

و أخيرا فالضبط الداخلي و الضبط الخارجي بعدين متصلين يمتدان بين نهاية الضبط الداخلي و نهاية الضبط الخارجي , وكما أشار Mc connell 1977 إلى انه لا توجد أنماط نقية من الفئتين ولا يجب أن يكون إما من فئة الضبط الداخلي أو الضبط الخارجي فلكل منا درجته على خط يمتد بين الناهيتين , و الاختلاف في الدرجة وليس في النوع. (صلاح أبو ناهية, 1986, ص 128)

خامسا / مصدر الضبط الصحي :

عرف مفهوم التحكم الذاتي تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية, حيث قام العديد من الباحثين و الدارسين بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية, وتوصلت نتائج البحوث بان السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته. (عثمان يخلف , 2001 , ص 93) فمصدر الضبط الصحي شأنه شأن غيره من أنواع إدراك الضبط النوعي اخذ مرجعيته من نظرية التعلم الاجتماعي لروتر .

1- مفهوم مصدر الضبط الصحي : هو درجة اعتقاد الأشخاص بان صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية , فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات , أو التعابير مثل أنا المسئول المباشر فيما يتعلق بصحتي , أشخاص آخرون يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض , بقاء بصحة جيدة مجرد حظ. Glenn Sanders & Jevry Sul 1989, p67

2- نظرية مصدر الضبط الصحي

1-2 تطور النظرية : إن تركيب مصدر الضبط الصحي مستمد من نظرية التعلم الاجتماعي ل Rotter's , فالأشخاص لديهم اتجاه أو نزعة لعزو الأحداث السارة أو الغير السارة في حياتهم إلى عوامل داخلية تبعا لإرادتهم و سلوكهم, أو إلى عوامل خارجية كالحظ, الصدفة, أو قوى أخرى لها تأثير كبير عليهم. (Andrè Grimaldi 2004 , P 24) .

- تعتبر الفترة من منتصف الخمسينات وحتى أوائل السبعينات الفترة التي نشطت فيها البحوث لقياس الفروق الفردية في التوقع المعمم أو الاعتقاد في الضبط الداخلي الخارجي.(صلاح أبو ناهية, 1989, ص113).

و بذلك أسس Rotter مقياس مصدر الضبط الداخلي الخارجي أحادي البعد (Internalité/ Externalité) يتكون من 29 بند، أين يقيس الخصائص ثنائية القطب (biopolair) للشخصية، والذي يسمح بتقييم اختلاف الأشخاص حسب معتقداتهم و درجة تعزيزاتهم. بمعنى أن كل ما يحدث لهم تحت سيطرتهم (مصدر الضبط الداخلي) أو ترجع إلى عوامل خارجية لا يستطيعون التحكم بها (مصدر الضبط الخارجي). (Schweitzer & Dantzer, 2003, p 69)

لكن العديد من المنظرين لمصدر الضبط في السنوات الأخيرة انطلقوا من فرضيتين :
- إن إمكانية الحصول على التنبؤ بسلوك أفضل في وضعيات خاصة , يرجع إلى محاولة استعمال استبيان لقياس مصدر الضبط خاص لتلك الحالات .

- ما يتضح في البداية كسمة أحادية البعد بسيطة قد تشمل على أبعاد منفصلة , ومختلفة لا ترتبط مع بعضها البعض. (George Campbell , 1984 p79).

وبذلك وبإتباع مقياس Rotter طور Wallston , wallston , Kaplan , Maides (1976) مقياس مصدر الضبط الصحي أحادي البعد (Unidimensionnel health locus of control) يتكون من 11 بند يصحح بطريقة ليكرت .

(Glenn Sanders & all , 1989, p 68) .

ففي دراساتهم الاولى Wallston & all بينوا أن المقياس (HLCs) يعمل أفضل من مقياس (I/ E) ل Rotter بالتنبؤ بأهمية المعلومات المتعلقة بالصحة , وبالأخص الأشخاص الذين لديهم تقدير عالي للتعزيزات المتعلقة بصحتهم الجيدة .

(Norman B Anderson , 2004 , p 217) .

وفي هذه الفترة Hannah Levenson (1973 , 1974 , 1976) شككت في أحادية البعد حيث قامت بتطبيق مقياس Rotter على العديد من العينات و أثبتت أن التنبؤ و الفهم يمكن تحسينه بدراسة القضاء والقدر بمعزل عن التحكم الخارجي وقوى الآخرين , و بالتالي قامت بتقسيم مقياسها إلى ثلاثة أبعاد سنة 1974 (داخلي , ذوى النفوذ , الحظ) . ومن خلال نموذج

ليفنسون Wallston , wallston , Devllis 1978 تبناوا فكرتها وقاموا ببناء

مقياس جديد متعدد الأبعاد للصحة (Multidimensional Health Locus of Control Scale) لمعتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم , يتكون من نوعين من الخيارات A&B يتضمن 18 عبارة مقسمة إلى ثلاثة أجزاء , كل جزيئه إلى ست عبارات لمعرفة القياسات في الصحة العادية .

فمقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد يقيس ثلاثة أبعاد :

- البعد الداخلي : يشير إلى اعتقاد الأشخاص بان سلوكهم الخاص يؤثر على حالتهم الصحية.

- بعد ذوى النفوذ :يعزون صحتهم إلى الاختصاصيين في الصحة (كالأطباء , المرضى) أو الأصدقاء أو أفراد العائلة .

- بعد الخارجي للحظ : توجهاتهم لا ترى بان وضعيتهم الصحية متحكم بها , على العكس فهم يؤمنون بان وضعيتهم الصحية محددة بالعديد من العوامل كالحظ و الصدفة . (Thomas 217,p 2001, Allen C Sherman , G Plante) .

وابتداء من سنة 1996 Dixon ,Ingel , Adkins, Welton طوروا مقياس لتقييم الضبط الإلهي (God Control) بصفة عامة واعتبروه البعد الرابع .

إن نظرية مصدر الضبط الصحي تتبنى فكرة اختلاف الأفراد في كيفية نظرته لصحتهم , وسلوكاتهم الصحية . فمعتقدات الأفراد حول مصادر التعزيزات المتعلقة بالصحة و ارتباطها بالسلوكات الناتجة عنها هي التي تحدد درجة عزو الفرد لما يحدث له سواء لنفسه أو إلى الآخرين .

2-2- أنماط مصدر الضبط الصحي

ركزت معظم الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي في أبعاده الثلاث منفصلة أن الدرجات المتحصل عليها بعد استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي تقسم الأفراد إلى 08 أنماط محتملة كما يقترح (Wallston et al 1978) انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد وهذه الأنماط هي

- 1- داخلي خالص (درجات مرتفعة على مصدر الضبط الداخلي و منخفضة على بعد نفوذ الآخرين والحظ)
- 2- نفوذ الآخرين خالص (درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعدى الداخلي والحظ)
- 3- حظ (صدفة) خالص (درجات مرتفعة على بعد الحظ ومنخفضة على بعدى الداخلي ونفوذ الآخرين)
- 4- خارجي مزدوج (درجات مرتفعة على بعدى الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على بعد الداخلي)
- 5- الاعتقاد في الضبط (درجات مرتفعة على بعدى نفوذ الآخرين والداخلي ومنخفضة على بعد الحظ)
- 6- النمط السادس (درجات مرتفعة على بعدى الداخلي الحظ ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين)
- 7- المجيب بنعم (درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة)
- 8- المجيب بلا (درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة).

(جبالي نور الدين, 2007, ص 61)

سادسا :فعالية مصدر الضبط الصحي

من خلال المقارنة بين ذوى الضبط الداخلي , والضبط الخارجي من حيث التحكم تبين أن الداخليين أكثر ايجابية و أكثر محاولة لمواجهة الضغوط وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات و الآراء لبعض الباحثين - ففي دراسة ل (Wallston& all 1987, Fowers 1994) أوضحت انه من بين الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة مختلفة (كالتهاب المفاصل , القصور الكلوي , الأمراض القلبية... الخ) الذين يتميزون ببعد ذوى النفوذ و خاصة بعد الحظ يمثلون نتائج عالية من الضيق مقارنة بالداخليين. (Schweitzer, 2002 , p 320) .

- أما Phares 1976 في دراسة قديمة حول مصدر الضبط الخارجي وجد أن الأشخاص الذين لديهم ضبط خارجي كانوا أكثر خضوع , يمثلون قلق أكثر و تقدير ذات منخفض.

- في حين Rotter 1966 وجد أنهم يمثلون قلق أكثر و مشاكل تكيف و اضطرابات نفسية , كما توصل كل من 1991 Shaufeli & Ormel إلى نفس النتيجة , في المقابل الذين لديهم ضبط داخلي لديهم مستوى من الارتياح (الرضي) أكثر من ذوى الضبط الخارجي . (Michel H, 2004 ,P156) .

- أما دراسة (Cohen & Edward) توصلوا إلى أن التحكم الداخلي يخفف الاضطرابات الناجمة عن وضع ضاغط بينما التحكم الخارجي يضاعفها . (محمد خليفة عبد اللطيف , 1998, ص 123,

أيضا في دراسة ل (Brosschot & all) فذوى الضبط الداخلي يرتبط بصحة جسدية جيدة و أساليب حياة صحية , واستراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل .

فمعظم الدراسات تؤيد ان البعد الداخلي ذو نفع على الصحة الجسدية وذلك بدون شك لأنه يخفف الجهود المؤذية للأحداث الضاغطة . أما من ناحية أساليب الحياة الصحية فالداخليين يبدون أكثر تفضيل لتبنى سلوكيات صحية (تمارين رياضية , تغذية متوازنة , العلاجات الطبية , إذعان طبي , امتناع عن التدخين... الخ) . (Sarafino 1994, Hornner1998).

وبالتالي ومن خلال الدراسات السالفة الذكر فإننا نستطيع القول أن مصدر الضبط الداخلي يبدو كورقة رابحة فمن خلاله يستطيع الفرد تحمل مسؤولية أفعاله وسلوكياته فيما يتعلق بصحته وبالتالي يبذل مجهودات ذاتية للحفاظ على صحته , بينما يبدو الضبط الخارجي كإعاقة أو اقل تكيف مع الأحداث المعاشة (الضاغطة منها كالمريض) .

الفصل الثالث: استراتيجيات المواجهة

أولا : تعريف استراتيجيات المواجهة

ثانيا : تطور مصطلح المواجهة

ثالثا :التناولات النظرية لمفهوم المواجهة

رابعا : محددات المواجهة

خامسا :التصنيف الوظيفي لاستراتيجيات المواجهة

سادسا : فعالية استراتيجيات المواجهة

سابعا : التداخل بين استراتيجيات المواجهة ومصدر الضبط الصحي

أولاً | تعريف استراتيجيات المواجهة :

يتعرض الإنسان طوال مشوار حياته إلى مجموعة من الأحداث المتتالية والمتفاوتة الأهمية (كفقدان العمل الإصابة بمرض خطير , فقدان شخص عزيز) , هذه الأحداث قد تدرك على أنها تهديد للفرد فتتجر عنها اضطرابات انفعالية تؤثر بدورها على صحته الجسدية أو النفسية , وأمام كل ما يحدث لا يبقى الفرد سلبياً تجاه هذه المواقف الصعبة بل يسعى جاهداً في محاولة لإعادة توازنه كي يحقق تكيفه مع ذاته ومع محيطه وفي هذا الصدد نتحدث عن المواجهة "Coping" هذا المصطلح الذي ظهر سنة 1966 وقد اختلفت ترجمته فمنه من استعمل استراتيجيات التوافق ومنهم من فضل استراتيجيات التعامل أو استراتيجيات التأقلم أو المقاومة .

من بين أهم التعاريف التي تناولت مفهوم المواجهة ما يلي :

- **1984 Lazarus & Folkman** : مجموعة الجهود المعرفية السلوكية الموجهة للسيطرة أو التقليل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتعدى قدرات الفرد (Didier truchot, 2004, p 50)

- أما **1987Lazarus & Lanier** : فالمواجهة تشير إلى مجموع السياقات التي يضعها الفرد بينه وبين الحدث المدرك على أنه ضاغط من أجل التحكم أو تقبل أو التقليل من حدة تأثير هذا الأخير على صحته الجسمية والنفسية. (Schweitzer , 2002 , p 289) .

- **1992 Latack Havlovic** : قدم تعريف للمواجهة يقترب في مضمونه من التعريف السابق :

المواجهة تغيير مستمر للجهود المعرفية والسلوكية , من أجل البحث عن الحاجات أو المطالب الداخلية والخارجية التي تؤثر أو تتجاوز مصادر الشخص .

(Didier T ,2004 , p 50) .

- **1986 Shroeder, 1990 Scheuch & schroeder** : المواجهة تشتمل على

عمليات معرفية وخبرانية وسلوكية وفيزيولوجية وغددية ومناة نفسية عصبية , وترتبط

مع المحيط الاجتماعي للشخص المعنى في علاقة نشطة متبادلة . (سامر جميل رضوان 2002 ص 169) .

- في حين عرفها **Norbert Sillamy** : طريقة تكيفيه واضحة لإعادة تقييم المشكل بأخذ بالحسبان كيفية تقدير مصادر الشخص (المعرفية و الانفعالية) بين الشخص و المحيط , فهي ليست حالة وإنما سياق أو سيرورة . (Norbert Sillamy , 1999 , p 68) .
من خلال تعدد التعاريف السابقة نستخلص منها أن المواجهة ليست سمة ثابتة وإنما هي عملية موجهة تعنى بتركيز الاهتمام على أفكار الفرد وسلوكاته التي يصدرها وفق شروط خاصة , كما أنها عملية مرنة وقابلة للتغيير حسب نوع الضغط الذي يواجهه الفرد , بالإضافة إلى أنها سلسلة من التفاعلات بين الشخص والبيئة كل واحد يؤثر في الآخر في علاقة متبادلة .

ثانيا | تطور مصطلح المواجهة : تاريخيا يتصل مفهوم المواجهة بمصطلحين اثنين :
استراتيجيات الدفاع الذي تطور بنهاية القرن 19 من طرف التحليل التقليدي , و بالتكيف الذي تطور بدوره مع النصف الثاني من القرن 19 , معتمدا في ذلك على البيولوجيا و علم نفس الحيوان (لا سيما خلال تطور نظرية داروين) . (Schweitzer, 2002, p 335)
1- المواجهة و الدفاع (Coping et défense) : ظهر مصطلح الدفاع مع نهاية القرن 19 مرتبطا بصفة محددة بتطور التحليل النفسي , وعلم النفس الدينامي , وعلم نفس الأنا .
- لاحظا Breuyer & Freud أن بعض الأفكار المزعجة و المضطربة أحيانا منيعة أو متعذرة على الشعور . في كتاباته الأولى Freud تحدث عن مختلف الميكانيزمات الدفاعية المستعملة من قبل الأشخاص لتغيير , تبديل , أو إنكار الأفكار المرفوضة , وبعد تطور مفهوم الدفاع تطرق فرويد إلى مفهوم الكبت مشيرا إلى الدور الكبير الذي يلعبه هذا الميكانيزم في معظم الآليات الدفاعية وبالأخص في كتابه عام 1926 " الكف و العرض و القلق " . وقد عرف فرويد مصطلح الدفاع بأنه تحدى الأنا للأفكار و المشاعر المؤلمة و الصراعات النفسية الحادة معتبرا الكبت واحد من أهم هذه الميكانيزمات الدفاعية .

- ابتداء من سنوات الستينيات و السبعينيات , الأبحاث المركزة على ميكانيزمات الدفاع , بدأ الباحثين استخدام مصطلح المواجهة بدل الدفاع , بشرح ميكانيزمات الدفاع الأكثر نضجا أو تكيفا (التسامي أو الإغلاء) .

- أما الفترة الممتدة بين 1960 – 1980 لوحظ تداخل كبير بين المواجهة و ميكانيزم الدفاع حيث سعت بعض المحاولات للفصل بينهما كمحاولة Haan 1977 بتلخيص أهم الفروق بين المواجهة و الدفاع بالطريقة التالية :

- ميكانيزمات الدفاع هي عمليات صارمة , تعمل على مستوى اللاشعور غير قابلة لان تتغير حسب ما يتطلبه الموقف , ترتبط بصراعات بين نفسية intrapsychique و بأحداث الحياة القديمة , وتعمل على تشويه و تحريف الواقع , وظيفتها الحد من القلق , و إبقاؤه عند مستوى معين (للتحمل).

في حين استراتيجيه مواجهة هي عملية مرنة , شعورية , تختلف و تتغير تماشيا مع ما يتطلبه الموقف , متجهة نحو الواقع سواء (داخليا أو خارجيا) وظيفتها تسمح للفرد بتسيير و تخفيض أو تحمل الضغوط الناتجة عن أحداث الحياة . (Schweitzer, 2002, p 355)
إن استراتيجيات المواجهة تنفصل شيئا فشيئا عن ميكانيزمات الدفاع بالتحديد لكونها شعورية إرادية لمواجهة مشاكل حالية (حديثة) .

2- المواجهة والتكيف (Coping et adaptation) : مصطلح المواجهة اخذ مرجعيته أيضا من نظريات التكيف و تطور النوع (l' évolution des espèces) .

التي ترى بأن الفرد يمتلك رصيد من الاستجابات و ردود الأفعال الفطرية و المكتسبة (الهجوم و الهروب) تسمح له بالاستمرار و البقاء عندما يواجه مختلف التهديدات خاصة عندما يتعرض لموقف أو عدو خطير .

ما أكده العديد من الباحثين أن العملية التي ترتبط بين الضغوط و المواجهة تنطوي على جزء كبير يعمل على تكريس عمليات و ميكانيزمات التكيف عند التصدي لصعوبات الحياة .

- وحسب Lazarus & Folkman 1984 التكيف مصطلح واسع يحوى معظم جوانب علم النفس وحتى البيولوجيا أيضا . إذ انه يمثل كل ردود أفعال العضويات الحية التي تتفاعل مع ظروف ومتغيرات البيئة عند الإنسان (الإدراك أو الانفعال أو الدافعية أو التحكم) .

- على النقيض فالمواجهة مفهوم محدود و خاص بفئة معينة من هذا التفاعل ورغم انه يضم مختلف استجابات التوافق عند الأفراد إلا انه يهتم إلا بردود الأفعال الخاصة بالاستجابات للمواقف البيئية التي يدركها الفرد على أنها مهددة له , بينما يندرج تحت مفهوم التكيف ردود أفعال توافقية أو توماتيكية متكررة في حين يبذل الفرد عند المواجهة مجهودات معرفية وسلوكية شعورية متغيرة وخاصة , وأحيانا أخرى جديدة بالنسبة إليه , وقد فضل مؤخرا مصطلح توافق ((Ajustement) بدل مصطلح التكيف (adaptation) .

ثالثا | التناولات النظرية لمفهوم المواجهة :

لقد تم تناول مصطلح المواجهة من تيارات نظرية متعددة, ومن أهم النماذج التي تطرق إليها الباحثين :

- 1- **التناول التقليدي:** يندرج مصطلح المواجهة في البحث التقليدي في مجالين اثنين : أولهما التجريب الحيواني, أما الثاني فيختص بالتحليل النفسي للانا.
- 1-1- **النموذج الحيواني :** حسب هذا النموذج فالمواجهة تقتصر بالضرورة على الاستجابات السلوكية الفطرية المكتسبة المستعملة لمواجهة تهديد حيوي (Schweitzer,Dantzer,1994 ,p101)

ويشير هذا النموذج إلى نوعين من الميكانيزمات التكيفية

- ميكانيزم التجنب أو الهروب المستعمل في حالة الخوف أو الفرع .
 - ميكانيزم المواجهة أو الهجوم المستعمل في حالة الغضب .
- حيث أن معيار نجاح إستراتيجية مواجهة يتمثل في التحكم أو التخفيض في النشاط الفيزيولوجي الذي يترتب عنها (Dantzer 1989) .
- حسب هذا النموذج فان استراتيجيات المواجهة تتمثل في التجنب واستراتيجيات الهجوم , مما يحول دون فهم باقي الاستراتيجيات تحت مفهوم المواجهة .

1-2- النموذج التحليلي : لقد تم تناوله من وجهتي نظر : متعلقة بدفاعات الأنا , سمات الشخصية .

1-2-1- دفاعات الأنا : عمل التحليل النفسي منذ نشأته على تحديد و فهم أشكال المواجهة , ويشكل خاص الأشكال اللاشعورية منها , وسميت وسائل الدفاع الأولية , وقد ادخل مفهوم الدفاع للمرة الأولى في عام 1894, وعرفه لاحقا بأنه تسمية عامة لكل التقنيات التي يستخدمها الأنا في مواجهة الصراعات التي من المحتمل أن تؤدي للعصاب " فرويد 1926" في حين ابنته A Freud قد وسعت مجال وظائف الدفاع لتشمل الانفعالات و المثيرات المهددة للمحيط أيضا (سامر جميل رضوان , 2002 , 162)
لقد تم تشبيه المواجهة بدفاعات الأنا , حيث عرفت على أنها جملة عمليات معرفية لا شعورية , تهدف إلى التقليل أو إزالة كل من شأنه أن يثير تطوير القلق.

(Schweitzer& Dantzer ,1994,p102)

ولقد تم التعرف على مختلف السيورورات المعرفية الموجهة للتقليل من الحصر الناتج عن الحدث الضاغط ويمكن ذكر أعمال (Vaillant 1977) , التي دارت حول تصنيف دفاعات الأنا , حيث يشير إلى كل من : النفي (فالشخص يدرك ويقر بالواقع مع نفيه لبعض عناصره السلبية أو غير المحتملة , كخطورة المرض على سبيل المثال) , العزل (الذي يعنى توقف سير الفكر مانعا فهم الشيء الذي يحدث) , أو العقلنة (والتي من خلالها يبحث الفرد على تفسيرات متناسقة و معقولة لما يحدث) .

بالرغم من أن هذا النموذج يركز على ردود فعل الأشخاص تجاه الأحداث الضاغطة , إلا انه يبقى ناقصا لكونه يعتبر المواجهة كنظام دفاعي لإحداث التوازن الانفعالي , دون البحث عن حلول المشكل الناتج عن الضغوط .

1-2-2- سمات الشخصية : وهو تصور آخر يندرج تحت نظرية الدفاعات يعتبر المواجهة كسمة من سمات الشخصية, وان بعض الخصائص الثابتة للشخصية كالقمع (Bayrne 1961), الحتمية (Wheaton 1983), التحمل (Kobasa , Maddi & khan 1982)

بإمكانها تهيئة الفرد للتعامل مع الوضعية الضاغطة بطريقة ما , إلا أن الفرضية القائلة بأن التماثل في سمات الشخصية يليه حتما التماثل في التعامل مع نفس الحدث لم يثبت بعد .
- فالعديد من الدراسات بينت أن مقاييس سمات الشخصية هي ضعيفة لتحديد استراتيجيات المواجهة المستخدمة (Folkman & al 1986 , Cohen & Lazarus 1973) وهذه للأسباب التالية :

* الطبيعة المتعددة الأبعاد للسيرورة الحالية للمواجهة : ومثال ذلك الشخص الذي يعاني من مرض جسدي ففي هذه الحالة المريض عليه أن يواجه مصادر مختلفة من الضغط : الم , إعاقة , ظروف الإقامة في المستشفى و العلاج , وفي نفس الوقت عليه أن يحافظ على توازنه الوجداني وصورة مقبولة عن الذات مع السهر على عدم فقدان مصادره المالية , و الحفاظ على علاقات حسنة مع العائلةالخ. هذه الاهتمامات متنوعة لا يمكن التنبؤ بها بمقياس أحادي البعد مثل : سمة ما للشخصية (Moos & Tsu 1977)

* الطابع المتحرك و المتغير لسيرورة المواجهة حسب (Lazarus & Folkman 1988) فان استراتيجيات المواجهة متأثرة تأثيرا بليغا بسياق الوضعيات . وقد تبين من الدراسة بان نفس الشخص بإمكانه أن يوظف في بعض الوضعيات استراتيجيات معرفية للمواجهة هادفة إلى خفض أو التقليل من الضغط , وفي وضعيات أخرى استراتيجيات سلوكية ترمى لحل المشكل .

وحسب دراسة (Pearlin & Shooler 1978) فان الاستراتيجيات المعرفية تكون متبناة أكثر في حالة ما إذا كان الحدث غير متحكم فيه (مرض خطير مثلا) . في حين أن الاستراتيجيات السلوكية تكون في حالات أين يمكن للجهد أن يغير من الموقف (حالة فقدان منصب عمل) .

من خلال هذه النتائج يتبين انه من الصعب تصور المواجهة من وجهة نظر ثابتة , فهي تتضمن الاستعدادات الفردية الثابتة والأنماط السلوكية الموظفة في مختلف مواقف الضغط.

2- النظرية التفاعلية للضغط والمواجهة:(Transactionnelle)

اقترحت النظرية التفاعلية للضغط من قبل Lazarus و Folkman 1984 حيث اعتبرت كمحاولات ضرورية للشخص لمواجهة الاضطرابات الواقعية والمدركة من البيئة , فهذا النموذج يهتم بتفاعلات الحالية بين الشخص و البيئة , بمعنى الجهود المعرفية و الانفعالية و السلوكية المبذولة من قبل الأشخاص لمواجهة المواقف المؤلمة .

فالضغط تفاعل خاص بين الشخص و البيئة والذي يقيم من قبل الشخص كتجاوز لإمكاناته والذي قد يؤدي إلى خطر على حالته الصحية . (Gustave N F , 2002 , p 263)
ولكون العلاقة بين الشخص و البيئة علاقة دينامية ومتغيرة فإنها تستند على اتجاهين :
السياق التقييمي المعرفي , والسياق التكيفي (استراتيجيات المواجهة)

*** سياقات التقدير المعرفي :** حسب Lazarus & al 1984 يوجد شكلين للتقدير :
- التقدير الأولي والذي يقيم الشخص من خلاله اثر التفاعل من اجل راحته النفسية (الضغط المدرك). (Gustave N F, 2002, P263)

وفي هذه المرحلة يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد, ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية. (عثمان يخلف , 2001 , ص 52)

- التقدير الثانوي والذي من خلاله يقدر الشخص مصادره وقدراته للتحكم في وضعية ما (التحكم المدرك) في هذه المرحلة يقوم الفرد بتقييم مدى قدرة إمكانياته الشخصية على مواجهة الموقف الضاغط , وهكذا عندما يتلاءم كل من تقديرنا لمطالب الموقف وإمكانياتنا على مواجهته فلا نشعر بالضغط وعندما يعكس تقييمنا فجوة بين إمكانياتنا ومطالب الموقف أو المحيط , وخاصة عندما تفوق المطالب الإمكانيات المتوفرة لمواجهة الموقف الضاغط نختبر مستوى كبير من الضغط

*** استراتيجيات المواجهة :** في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى استعمال استراتيجيات معرفية أو سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط ولقد صنفت استراتيجيات المواجهة في نوعين أساسيين تكمن الاولى فيما يسمى بالفعل المباشر, ويشمل اتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف

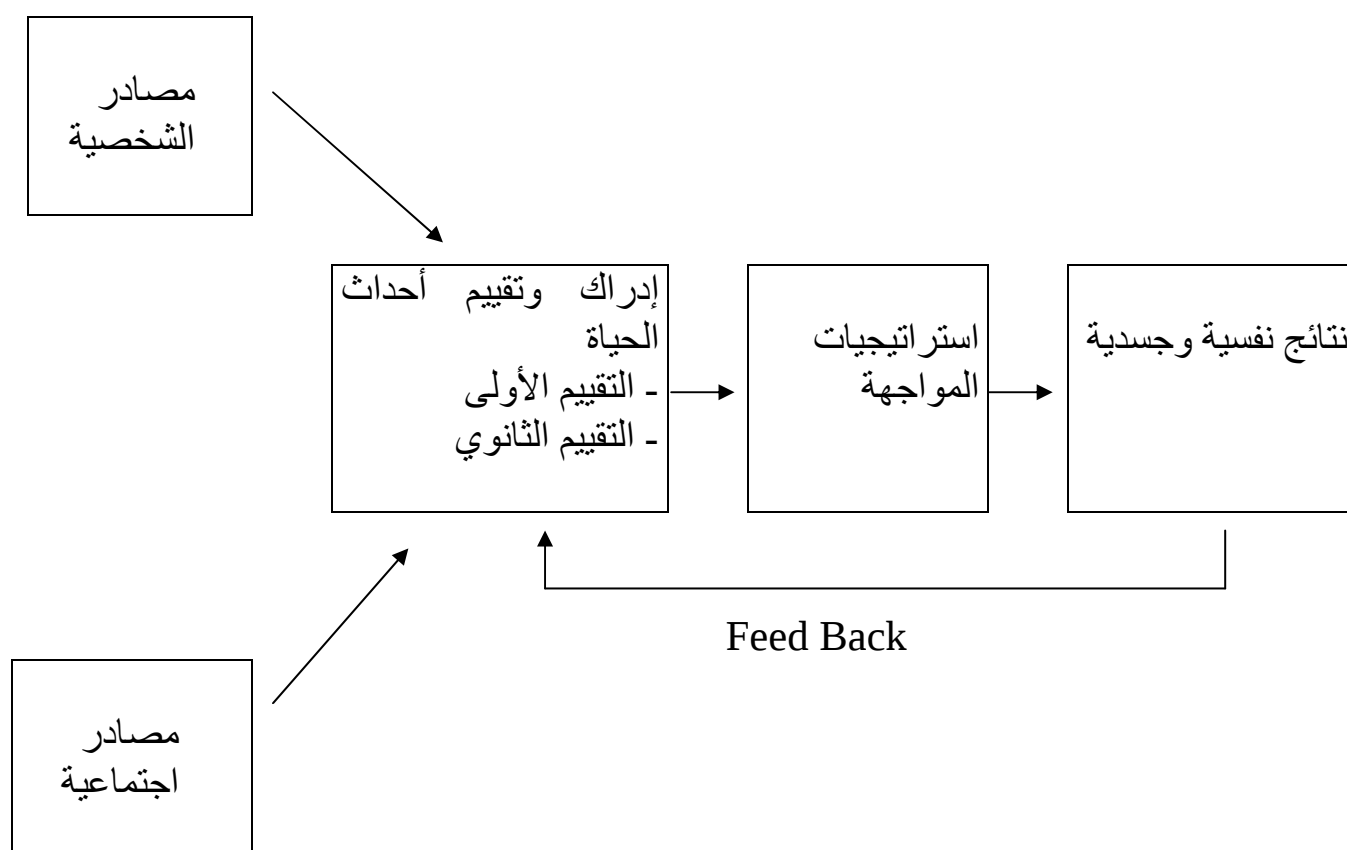
الضاغط وتنسم بطبيعة سلوكية تعتمد أسلوب حل المشكلات, الإستراتيجية الثانية تتمثل في ما يسمى بالفعل المخفف وهو فعل غير مباشر ذو طبيعة انفعالية.

(عثمان يخلف , 2001 , ص 53)

إن النظرية تنص على تعددية تغيرية بيئية intra individuelle وبين شخصية inter-individuelle بما أنها تتحدد بظروف التقييم المعرفي والإمكانات التي يضعها الشخص على اختلاف مراحل حياته , فالنظرية ترى بان الوضعيات أو المواقف هي التي تجبر الشخص اختيار استجابات مواجهة وليس العكس (Holahan, Moos , Saefer , 1996).

(Michelle Dumont & al, 2001 , p58)

إن المخطط التالي يمثل شرح مختصر للنموذج التفاعلي



النموذج التفاعلي (Transactionnelle)

رابعاً | محددات المواجهة :

1- المحددات الفطرية : حسب العديد من الباحثين , فان استراتيجيات المواجهة ليست خاصة بل عامة لأنها تتحدد بخصائص الفرد الفطرية (سمات الشخصية) أكثر منها بمتغيرات و عوامل الموقف أو الحدث , توجد أساليب مواجهة مستقرة نسبياً , كل شخص يحدد تفضيل بعض الاستراتيجيات على أخرى تجاه تعدد الوضعيات الصعبة في الحياة (Costa et al 1990 , Lu 1996 , Schwartz et al 1996)

- وقد ثبت مؤخراً أن خصائص الموقف ليست هي التي تؤثر على الفرد , وإنما الطريقة التي يدرك بها الفرد الموقف (والتي تعود إلى خصائص معرفية لكل شخص بالإضافة إلى تاريخه . 1983 (Cohen et a) . (Schweitzer, 2002, P361) .

2- المحددات المعرفية : توجد العديد من السياقات التي من خلالها نواجه المشكل أو الحدث أو وضعية صعبة و التي تنشط حسب طريقة تفسيرنا لها , كيفية تقبلنا لها , وكيف نشعر تجاهها.

من بين هذه العوامل نجد الطريقة التي يقيم بها الفرد ما يحدث له , وإحساسه بتحكمه بالحدث أم لا ؟

فالتقييم سياق معرفي من خلاله يقيم الفرد الوضعية التي يواجهها بالإضافة إلى مصادره المستعملة لمواجهتها , حيث نجد شكلين من التقييم :

أولى و ثانوي. (Gustave N F & Cyril T, 2006, P119) .

- Lazarus & Launier 1978 لاحظا أن نفس الحدث الضاغط قد يدرك لدى الأفراد بطرق مختلف , فالبعض قد يشعر انه فقدان (مادي , علائقي , روحي) فيسبب انفعالات و أحاسيس كالغضب , العجز الحزن , في حين آخرون قد يمثل لهم تهديد فيسبب قلقاً , بينما يعتبر كتحدي لدى البعض الآخر.

- ومن بين المحددات المعرفية للتقييم نجد معتقدات الشخص (نحو الذات , العالم , مصادره وقدراته على حل المشكل... الخ) , ودوافعه العامة (القيم , الأهداف... الخ) .

3- **المحددات الشخصية :** إن العلاقة بين المواجهة و الشخصية قوية وواضحة جدا (Costa & al 1995). لهذا أكد الكثير من الباحثين على أن عملية التقييم و اختيار استراتيجيات مواجهة تتحددان ولو جزئيا ببعض الخصائص و الاستعدادات النفسية و الاجتماعية الثابتة , وليس فقط بخصائص الموقف المتغيرة . الأمر الذي يفسر لماذا استجابات المواجهة تتغير من موقف لآخر . (Volrath & al 1995 , Mc Gare 1992) ومن بين خصائص الشخصية التي تؤثر في المواجهة نجد :

* **التحمل (L'endurance) :** سمة من سمات الشخصية تتميز بقدرة كبيرة لدى الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة بالخصوص . وتترجم باستراتيجيات مواجهة نشطة تركز على الاعتقاد بقدرته على التحكم في الأحداث . هذه السمة وصفت من قبل Kobasa 1982 وتشتمل ثلاث عوامل :

- **الالتزام (L'engagement)** يركز حول ما نفعل .
- **التحكم :** يرتبط باعتقاد الفرد بقدرته فيما يتعلق بما يحدث له .
- **التحدي :** انه طريقة لاستقبال الوضعية المنتقدة كفرصة من خلال التغييرات الايجابية التي قد تنتج .

إن التحمل يبدو كمفضل لاستراتيجيات المواجهة , فله دور وقائي في الوضعيات الضاغطة . * **التماسك (la cohérence)** انه تعبير شخصي يركز على الإحساس بالثقة في الذات , انطلاقا من تنظيم ادركات الفرد للأحداث , بالإضافة لإمكاناته لمواجهتها بأي طريقة على أن يفهمها . (Gustave N F, 2002 , P 121)

توجد العديد من سمات الشخصية كالعدوانية , القلق , الاكتئاب لها دور سلبي , وتخلق استراتيجيات مواجهة مركزة على الانفعال , في حين السمات السالفة الذكر لها تأثيرات ايجابية على نفس الاستراتيجيات .

4- **المحددات الموقفية :** الكثير من الباحثين اليوم يفكرون في التقييم (الأولى , الثانوي) والمواجهة كسياقات تفاعلية تقوم على خصائص الفرد و الوضعيات المعاشة , قد تتأثر عمليات التقييم أيضا بخصائص عديدة حقيقية و مدركة من البيئة (طبيعة التهديد , المدة التي

يستغرقها , القابلية للتحكم في الموقف , توفر الدعم الاجتماعي) , كما يمكن أن تتأثر وتتحدد عملية التقييم و المواجهة ولو جزئيا بخصائص الوضعية تجاه حدث غير مراقب أو غير محكم . فمثلا : الشخص يعمل على التحكم في انفعالاته لو أن الوضعية محكمة فيستعمل استراتيجيات مركزة على المشكل .

مما سبق ذكره فمحددات المواجهة لا ترتبط بخصائص الشخص فقط بل إن الخصائص البيئية أو المحيطية و التفاعلية بين البيئة | الفرد . قد تؤدي إلى تنوع أساليب المواجهة من شخص لآخر . فاستعمال استراتيجيه سوءا كانت ايجابية أو سلبية ترجع إلى عوامل متداخلة تدرك حسب تقييم الفرد لها و إعادة تقييمه للأحداث المعاشة وهذا ما يسمح بتنوع استراتيجيات لدى الأشخاص ولدى الفرد نفسه .

خامسا / التصنيف الوظيفي لاستراتيجيات المواجهة :

لقد تعددت طرق تصنيف استراتيجيات المواجهة باختلاف الإمكانات التي تتوفر لدى الفرد في مواجهة الأحداث الضاغطة في الحياة .

فحسب 1975 Mednick et al فقد قسم ردود فعل التكيف للضغط إلى : (1) ردود الفعل الموجهة نحو المشكل , (2) ردود الفعل الموجهة نحو الدفاع , (3) الاستجابات العصابية و الذهانية .

في حين صنفها 1972 Morris إلى المواجهة المباشرة و المواجهة الدفاعية , أما matheny and his associates (1986) صنفوا المواجهة إلى: (1) المواجهة الوقائية , (2) المواجهة القتالية . كذلك قسمها Martine et al (1992) إلى : استراتيجيات المواجهة الانفعالية , و استراتيجيات المواجهة المعرفية , في حين قسمها Cohen (1994) إلى التفكير العقلاني, و التخيل, و الإنكار, وحل المشكلة, و الفكاهة و الرجوع للدين.

(بشرى إسماعيل , 2004 , ص 83)

في حين Lazarus et Folkman 1984 من خلال المبدأ التعاملي اكتشفا شكلين رئيسيين للمواجهة :

المواجهة المركزة على المشكل , المواجهة المركزة على الانفعال , في حين Cousson G et al حسب النسخة الفرنسية فقد صنفوا الاستراتيجيات إلى ثلاث استراتيجيات عامة: المواجهة المركزة على المشكل والمواجهة المركزة على الانفعال , والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية .

وفيما يلي شرح مختصر للاستراتيجيات الثلاث :

1- المواجهة المركزة على المشكل : (Coping centré sur le problème)

هي مجموعة الجهود السلوكية و المعرفية للفرد لتغيير أو تعديل الوضعية الضاغطة , هذا الشكل من المواجهة يشمل عاملين رئيسيين : مواجهة الحدث الذي يترجم بالجهود من اجل تغيير الوضعية من جهة , وعزل المشكل الذي يترجم بالبحث عن الوسائل (كالمعلومات , المساعدة) والتي تسمح بتحقيق هذا الهدف من جهة أخرى .

(Gustave N F & Cyril T , 2004 ,p 280) .

في حين بعض الباحثين يطلقون عليها تسمية المواجهة اليقظة (Coping vigilant) (1985 Suls & Fletcher) . وآخرين يسمونها باستراتيجيات المقاربة , وأيضا المواجهة النشطة . (Schweitzer ,2002 , p 122) .

فاستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل تعتمد كثيرا على الجانب المعرفي و السلوكي , إذ تجعل الفرد يتقبل الوضع كحدث مفروض عليه يهدد وضعيته أو أهدافه , فيحاول تحليله لتحديد الاستجابات المناسبة لحله ببذل الجهود الممكنة .

2- المواجهة المركزة على الانفعال : (Coping centré sur l'émotion)

هي مجموعة الجهود التي تسعى للتخفيف وتحمل الحالات الانفعالية المثارة من الوضعية الضاغطة توجد العديد من التعبيرات لهذا الشكل من المواجهة : التجنب (عدم التفكير في المشكل) , الإنكار , التهويل..... الخ , إذ تعتبر أكثر السياقات الموجهة نحو النشاط البين النفسي (Gustave N F, 2002,p213),

- هذا الشكل من المواجهة يطلق عليه أيضا المواجهة المخففة (Coping palliatif) بمعنى اخذ مسافة, التجنب, وكل المحاولات والمسااعي لتنظيم ردود الأفعال الانفعالية و الشعور بالتحسن دون البحث عن حل للمشكل (Didier T, 2004, p51).

وقد استخرج Lazarus & Folkman 1984 ستة فئات بعدية صغرى تندرج تحت استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال : تخفيض التهديد , إعادة التقييم الايجابي , اتهام الذات , التجنب أو الهروب , وحسب Lazarus 1966 فان هذا النوع من الاستراتيجيات يؤثر على الانفعال بطرق مختلفة وتؤدي إلى إعادة تقدير الوضعية بتغير معناها و إعطائها تفسيراً آخر و بهذا الشكل يصل الفرد إلى التقليل من حدة الخطر المحدق به .

- كما تكمن تدخلاتها النفسية ذات نفع لتنشيط السياقات (السيرورات) لتقبل المرض و التكيف النفسي فهدفها تخفيض النتائج النفسية و الاجتماعية للمرض أو العلاج وتعديل التغيرات السلبية الناتجة عن المرض (Gustave N F, 2002 , p 280) .

3- البحث عن المساندة الاجتماعية :

البحث عن المساندة الاجتماعية كإستراتيجية ثالثة عامة, تتعلق بجهود الشخص للحصول على تعاطف ومساعدة الآخرين. إنها تتعلق بمحاولات ومسااعي فعالة للشخص للحصول على إنصات ومعلومات وأيضا مساعدة مادية فهي تقترح فعالية الشخص وليست مجرد وسيلة. فالمواجهة تتضمن جهود لطلب الحصول على مساعدة الآخرين فهي إذن إستراتيجية محضرة من قبل الشخص.

سادسا / فعالية استراتيجيات المواجهة

هل تعتبر استراتيجيات المواجهة فعالة ؟ فمصطلح الفعالية يشير إلى التأثير النفس اجتماعي للمواجهة بمعنى نتائج الطريقة التي يتصرف بها الشخص لمواجهة وضعية أو موقف و تأثيراتها حول راحته الجسدية و النفسية.

ففعالية المواجهة ليست تلقائية , فهذه الأخيرة لا تعود فقط لشكل الإمكانيات المستعملة , لكن أيضا لمتغيرات سياقية التي تستطيع إيقافها أو منعها . فالباحثين الذين ركزوا على التقييم

المقارن للفعالية استنتجوا أن المواجهة المركزة على المشكل و المواجهة المركزة على الانفعال ليست لها نفس الفعالية فيما يتعلق بالصحة الجسدية أو الحالة الانفعالية وبالتالي من الضروري معرفة الاستراتيجيات الأكثر فعالية لتعديل العلاقة ضغط / اضطراب .

1- فعالية استراتيجيات المواجهة على الضغط الانفعالي :

تبدو المواجهة المركزة على المشكل أكثر فعالية, في حين تبدو المواجهة المركزة على الانفعال غير وظيفية وأكثر سلبية.

ففي دراسة على مرضى متواجدين بالمستشفى في انتظار تدخل جراحي , فالمرضى الذين بحثوا عن معلومات وطوروا استراتيجيات ايجابية نشطة كانوا اقل قلقا و اقل تعقيدات بعد العملية الجراحية عن المرضى الذين لجئوا لاستراتيجيات سلبية كالاستسلام (Schmidt 1988) . (Gustave N F& Cyril T , 2004, P 123).

كما قام كل من 1986 Holahan & Moos بمتابعة مجموعة من الأشخاص لمدة سنة , فوجدوا انه من بين الأشخاص الذين تعرضوا لأحداث ضاغطة خلال هذه الفترة و استخدموا استراتيجيات تجنبية كانوا أكثر عرضة لأعراض سيكوسوماتية في نهاية الدراسة (صدادع الرأس , آلام في المعدة...الخ) عن الذين استعملوا استراتيجيات متيقظة أو نشطة .

(Schweitzer , 2002, p 378) .

كما أن فعالية المواجهة المركزة على المشكل تتحدد كذلك بالعديد من العوامل الأخرى كالتحكم في الوضعية , فلو أن الوضعية محكمة فالمواجهة فعالة , بينما في الوضعيات الغير محكمة فتأثيراتها تكون سلبية , وبصفة عامة فالمواجهة المركزة على الانفعال صنفّت اقل فعالية لا سيما بفعل تعبيرات أشكالها المختلفة : ككبت الانفعالات أو العجز مرتبطون بزيادة الاكتئاب .

بالإضافة إلى أن الفعالية مرتبطة بخصائص الحدث الضاغط كمدته , فالتجنب يحمي الشخص من التجارب الضاغطة على الأقل في الآجال القصيرة (فمثلا في بداية إعلان التشخيص لمرض خطير) في حين الاستراتيجيات اليقظة تبدو أكثر فعالية في الآجال الطويلة . (Schweitzer , 2002 , p378)

وهذا ما اتفقت عليه دراسات Greer & Coll 1979 بينوا أن العديد من عوامل المواجهة المركزة على الانفعال لها تأثير حامى أو وقائي على نمط الحياة في الآجال القصيرة , حتى لو أن العديد من تعبيراتها تبدو بصفة عامة ذات تأثير سلبي (عجز , تشاؤم , اتهام الذات , استسلام) . (Gustave N F, Cyril T, 2004 , p378) .

وهكذا نستطيع القول بان هناك تداخل كبير بين فعالية المواجهة وبين خصائص الشخصية الإدراكية و المعرفية للفرد وكذا خصائص الأحداث الضاغطة التي تؤثر في حياة الأفراد .

2- فعالية استراتيجيات المواجهة على الصحة الجسدية : إن فعالية المواجهة تبدو صعبة التقييم في الحالات الصحية أو المرضية , ولكنها تستطيع أن تؤثر على الصحة الجسدية بطريقتين متميزتين , ف Lazarus & Folkman 1984 اثبتوا أن المواجهة تستطيع * التأثير على الصحة الجسدية بتأثيرها على تواتر (fréquence) و شدة (L'intensité) ومدة ردود الأفعال الفيزيو عصبية المرتبطة بحالة الضغط وهذا في المواقف التالية :

- عندما يجد الشخص نفسه في مواجهة حدث ضاغط غير محكم ولا يستطيع التصرف نحوه , أو أن مواجهته غير ملائمة أو غير وافية بالغرض .

(Gustave N F & Cyril T, 2004 , p 124)

- عندما يكون لدى الفرد أسلوب حياة مرتبط بسلوكيات خطر , وأحسن مثال على ذلك هو نمط (A) الذي يوجد في مضمونه جملة الصفات التالية : عدم الصبر , المنافسة , إدراك الأحداث الضاغطة كتحديات وهي تزيد من خطر الإصابة القلبية و ارتفاع ضغط الدم .

- يمكن لأشكال المواجهة المركزة على الانفعال أن تهدد الصحة الجسدية حين تعيق اتخاذ السلوكيات التكيفية , فقد تجعل الفرد لا يدرك الأعراض كما لا يحترم مواعيد العلاج (1996 Maes & Coll)

* يمكن أن تؤثر مباشرة و سلبيا على الصحة , كتزايد مخاطر الوفاة أو المرض وهذا بالاستعمال المفرط للمواد الضارة : الكحول و التبغ أو المخدرات الخ , أو عندما تدفع الفرد إلى أعمال ذات مخاطر كبيرة (كاستعمال السرعة في السياقة) .

وبهذا نستطيع القول بان فعالية استراتيجيات المواجهة لا تملك أي ميزة تلقائية , فلا بد أن تكون محددة للعمل بمحكات التي تجعلها وظيفية وفعالة في وضعية ما , وغير فعالة في وضعية أخرى أو العكس ومنه فالمواجهة تسمح للشخص بتخفيض الوضعية الضاغطة و تأثيراتها على راحته الجسدية و النفسية ولا يمكننا القول بأنها مواجهة جيدة أو ضعيفة .

سابعا | التداخل بين مصدر الضبط الصحي و استراتيجيات المواجهة :

تحديد إستراتيجية مواجهة ملائمة لطبيعة المشكل تتوقف على الاعتقادات التي كونها الفرد حول طبيعة هذا الوضع ومدى اعتقاده في إمكانياته وقدرته على التحكم و تجاوز المشكل. ترى كل من (Paulhan & Quintard 1994) أن الفرد الذي يدرك الوضعية الضاغطة كمتحكم فيها , تسمح له بتقييم مصادره الشخصية بالإيجاب , وتقل درجة شعوره بالخطر , فإدراك التحكم و الشعور بالقدرة على تجاوز المشكل يقلل من شدة الضغط و التهديد , وبالتالي يقيم الفرد إمكانياته على أنها تسمح له بإيجاد حلا للمشكل لذلك يستجيب لها بمواجهتها بشكل فعال .

أما (Lazarus & Folkman) يرون أن الأفراد الذين ينسبون ما يحدث لهم لأسباب داخلية ومتحكم فيها يستعملون استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل , عكس الذين ينسبون ما يحدث لهم لأسباب خارجية غير متحكم فيها مثل القدر , الصدفة , الحظ..... الخ (نسيمه مزاور, 2006, ص 106).

فوجهة نظر Lazarus & Folkman تحديد خصوصية العلاقة بين المواجهة ومصدر الضبط , إذ يعتبران الشعور بالمسؤولية تجاه ما يحدث و اعتقاد الفرد انه يستطيع الاستجابة للمشكل المفروض عليه , يكون لديه تحكم داخلي يحفزه لبذل جهد بنشاط , و يلجا إلى أسلوب مواجهة مركزة على المشكل بحيث يجعل الفرد يبذل جهدا لتحليل الوضع و تحديد استجاباته بإيجاد حلولاً للوضعية .

- أما Strickland 1978 بينت نتائج دراسته أن الأفراد الذين يتمتعون باتجاه تحكم داخلي يتوفرون على حظ أوفر لجمع معلومات لمواجهة المرض, أو فيما يخص المحافظة على الصحة, عكس الذين يتميزون بتحكم خارجي, أي الذين يسندون أمر

التحكم في الوضعية التي يواجهونها إلى قوى خارجية كالخط أو القدر وينفون قدرتهم الذاتية على التحكم فيها.

هذه الدراسة تعكس العلاقة الايجابية التي تربط المواجهة المركزة على المشكل بمصدر الضبط الداخلي . فالفرد يميل إلى التحكم الداخلي وبالتالي يقيم قدراته بالإيجاب ويدرك أهمية بذله جهود أكثر لحل مشاكله التي تعترضه لأنه يشعر بالمسؤولية إزاء ما يقع له من أحداث في الحياة .

الفصل الرابع :القصور الكلوى المزمن

أولا : تعريف القصور الكلوي المزمن

ثانيا :أسباب القصور الكلوي المزمن

ثالثا : أعراض القصور الكلوي المزمن

رابعا : مضاعفات القصور الكلوي المزمن

خامسا : سيكولوجية القصور الكلوي المزمن

سادسا : علاج القصور الكلوي المزمن

أولاً | تعريف القصور الكلوي المزمن

يعد القصور الكلوي المزمن من الاضطرابات الخطيرة لأن عجز الكلى من التخلص من كميات كافية من البول سيؤدي إلى تراكم الفضلات المتخلفة عن العمليات الأيضية , والمواد الفائضة من الأملاح غير العضوية والماء في الجسم فيسبب حالة من الإزعاج وعدم الارتياح لدى المرضى لتقبل العيش مع وضعية مرضية مضنية تسبب إعاقة الفرد من القيام بمهامه المعتادة في حالة الصحة . ويشكل النيفرون وحدة التركيب الوظيفية الأساسية في الكلية .

1- **تعريف القصور الكلوي المزمن :** هو فقدان الحرية الاستقلالية المستخدمة من قبل كلية سليمة , إذ يعتبر النتيجة الإلزامية لكل الأمراض الكلوية التي تمس الكلى عن طريق فساد أو تلف متقدم في وظيفتها الإفرازية . (Jhon B , 1998 , p 75) .

- انه انخفاض عدد النيفرونات الوظيفية , هذا الانخفاض سريع و غير معوض للنشاط الافرازي للكلى نتيجة تلف العديد من النيفرونات أيا كان مستوى سيرورة الخلل في الترشيح الكبيبي (انخفاض استصفاء الكرياتينين و اليوريا) . (Gilles B & al , 1994 , p 377) وبالاعتماد على معدل الترشيح الكبيبي (Filtration glomérulaire) الطبيعي حوالي 110 مل/د, فان القصور الكلوي المزمن يقسم إلى خمس مراحل هي :

- 1- المرحلة الاولى :أذية كلوية بسيطة مع معدل ترشيح كبيبي اكبر من 90مل/د
- 2- المرحلة الثانية :نقص خفيف بمعدل الترشيح الكبيبي حيث يكون (60-89مل/د)
- 3- المرحلة الثالثة :نقص متوسط بمعدل الترشيح الكبيبي حيث يكون(30-59 مل/د)
- 4- المرحلة الرابعة : نقص شديد بمعدل الترشيح الكبيبي حيث يكون (15-24مل/د)
- 5- المرحلة الخامسة : قصور كلوي نهائي يكون فيها معدل الترشيح الكبيبي اقل من

15مل/د.(<http://medical.sitamol.net/news/536.html>)

ثانيا : أسباب القصور الكلوي المزمن

إن أسباب القصور الكلوي المزمن متعددة فكل الأمراض التي تصيب الكلى قد تتطور نحو قصور كلوي مزمن ومن أهم الأسباب نجد:

* التهاب الكلية الكبيبي (Glomérulonéphrites) فهو مرض ينتج عن ردود فعل الأجسام المضادة لمولد المضادات (Antigène- Anticorps), مما يؤدي إلى حدوث التهاب قوى في الكبيبات . وهذه الالتهابات قد تحدث انسدادا كاملا أو جزئيا لعدد كبير من الكبيبات , مسببا زيادة القابلية النفاذية في أغشيتها , فيتسع المجال لكميات كبيرة من البروتين للخروج , وعندما يحدث تمزق في الغشاء فان كميات كبيرة من خلايا الدم الحمراء قد تعبر إلى رشيحات الكبيب. وفي الحالات الشديدة يحدث انغلاق كلوي كامل.

إن التهاب الكلية الكبيبي الحاد يحدث في العادة بسبب الإصابة بالبكتيريا العقدية .

*النخر الانبوبي (Nécrose Tubulaire) الذي يتضمن تحطم الخلايا الظهارية , أو حدوث صدمة حادة في الدورة الدموية من أكثر أسباب الانغلاق الكلوي الحاد شيوعا أمراض سكري الكلى, والكلية متعددة الكيسات.(شيلي تايلور, 2008 , ص 99)

* التسمم الناتج عن طريق بعض الأدوية , في حالة عدم معالجتها و التي تسبب قصور كلوي .

* أمراض القنوات الإفرازية (كالمثانة , الاحليل (مجرى البول)) .

*الأمراض الوراثية و التشوهات .

* الأمراض الوعائية الثانوية.

*قصور كلوي من أصل مبهم (غامض) غير معروف مما يؤدي إلى تلف عدد كبير من النيفرونات أو يتحطم بشدة مما يعيق عمل النيفرونات المتبقية من أداء وظائفها الطبيعية .

(Jaques cinqualbre, 2004 , p 142)

* ارتفاع ضغط الدم الغير متحكم به. (Lilian Sholtis B & al , 2004 , p 440)

* ارتفاع مستوى الكالسيوم.

*انسداد القنوات البولية (الحصى.....الخ). (Nicolas costrini , 1991 , p 50)

ثالثا أعراض القصور الكلوي المزمن

قد لا يشعر المريض بالأعراض إلا بعد فترة طويلة إذ أحيانا كثيرة يشخص القصور بطريقة عرضية فجائية عن طريق فحوصات طبية , كتحليل ارتفاع ضغط الدم الشرياني (وجود

- بروتينات في البول , أو وجود الدم في البول (بيلة دموية) . وخلال الاطار الملاحظ للأمراض الأخرى , أين القصور الكلوي المزمن يبدأ بالتعقيدات :
- لون شاحب , فقر الدم , حكة تصيب الجلد .
 - تبدلات في الجهاز التنفسي من تنفس سريع و عميق و خاصة أثناء الزفير , ضيق في التنفس , و التهاب رئوي .
 - أعراض قلبية : تتمثل في ارتفاع الضغط الشرياني , اضطراب في نظم القلب سببه في أكثر الأوقات زيادة كمية البوتاسيوم في الدم , وذمة في الأطراف السفلى سببها ضعف القلب و نقص البروتين .
 - في الجهاز الهضمي يظهر غثيان و قيء و تقرحات في باطن الفم (مع نزيف هضمي) والتي لا تتجاوب مع العلاجات الهضمية , الآلام الباطنية التي قد تكون خفيفة أو شديدة.
 - في الجهاز الدموي يترافق القصور مع فقر الدم ونزيف بجميع أشكاله من الأنف (رعاف) من المعدة (قيء الدم) .
 - في الجهاز العصبي يظهر تخدر الأعضاء مع تنملها حتى يصل إلى نوبات الكزاز , ويعتبر نقص الكالسيوم من أهم المسببات لهذه الأعراض العصبية .
 - في الجهاز العظمى تصبح العظام لينة قابلة للكسر بسهولة مع التهابات عظمية متكررة لا تستجيب هذه الأعراض بسهولة للفيتامين.
 - في الجهاز الكلوي قد تكون الأعراض البولية بارزة أو متخفية , عند إجراء الفحوص المخبرية تظهر النتائج التالية :
- * زيادة في اليوريا و الكرياتينين .
 - * ارتفاع كمية الصوديوم في البول .
 - * ارتفاع كمية البوتاسيوم في الدم .
 - * نقص كمية كالسيوم الدم و زيادة الفوسفات .
 - * ازدياد كمية المغنيزيوم . (محمد عبد الرؤوف السماك , 1998 , ص 1128)

رابعاً مضاعفات القصور الكلوي المزمن :

تبدأ التعقيدات في القصور الكلوي المزمن عندما يكون مستوى الترشيح الكبيبي ادني من 60 مل / د.

* فقر الدم : (Anémie) يعاني مرضى القصور الكلوي المزمن من فقر الدم فهو ناتج عن انخفاض في إنتاج الكريات الحمراء الكلوية مما يترتب عنه اضطرابات وعائية قلبية .

* اختلال استقلاب الفوسفو كالسيوم (Désordre du Métabolisme phosphocalcique) : إن الاختلالات الملاحظة في القصور الكلوي المزمن معقدة وهي ناتجة عن : - نقص الكالسيوم نتيجة عجز في فيتامين D النشط .

- فرط الفوسفات في الدم ناتج عن انخفاض قدرة الكلية في طرح الفوسفات.

وتعتبر هذه الاضطرابات الاستقلابية صعبة التحكم

* حماض (Acidose) : قلة قلووية (قاعدية) الدم و الأنسجة وذلك نتيجة إنقاص قدرات عزل أو طرح الايونات H من قبل الكلية .

* فرط البوتاسيوم في الدم (hyper kaliémie) .

* تعقيدات أخرى والتي تظهر متأخرة أو بطيئة , والتي لا ترى إلا إذا كان مستوى الترشيح الكبيبي أدنى من 15 مل / دقيقة وهي :

- اختلال التغذية (Dénutrition) .

- اضطرابات هضمية من شكل سوء التغذية (غثيان وقيء) .

- التهاب الشغاف التبولني (une péricardite urémique) .

- اعتلال الجهاز العصبي الطرفي من شكل (التهاب الأعصاب) (neuropathie

périphérique type de polynévrite) والتي تلاحظ عند تقدم القصور الكلوي المزمن.

- غيبوبة يوريمائية (تسمم الدم بالبولة) Coma urémique .

- كما يعاني المرضى من انخفاض في المناعة مسؤولة عن صعوبات كثيرة فقد يتعرضون

إلى التهاب الكبد . (William Berrebi , 2003 , p 78)

- زيادة الانتانات .

- نقص الرغبة الجنسية. (<http://medical.sitamol.net/news/536.html>)

خامسا : سيكولوجية المريض بالقصور الكلوي المزمن

إن المرضى الذين يعانون من أمراض مزمنة, يمرون من الناحية النفسية عبر أربع مراحل :

1- الصدمة أو الإنكار (choc – dénégalion) : كقول المريض مثلا هذا التشخيص غير ممكن لست مريضا بهذا المرض ؟ فردة فعله عنيفة وهذا ليحمي نفسه من القلق الناتج عن المرض.

2- مرحلة تمرد أو عصيان (révolte) : اتهام المرض بحد ذاته , إلقاء مسؤولية مرضه على الآخرين , أين يبحث عن كبش فداء bouc – émissaire .

3- التأمل (Réflexion) : أين يبدو انعكاس جديد في سياق التقبل , فالمريض أكثر هدوء , وتعاون يبحث عن معلومات عن العلاج.

4 – التقبل (acceptation) : وهو النتيجة النهائية لسياق النفسي المتعب و الصعب.

(André G &Julie Cosserat ,2004 ,p 81)

إلا أن معاناة مريض القصور الكلوي المزمن أكثر حدة من الأمراض المزمنة الأخرى , لأن مرضه لا يحتاج إلى دواء يتناوله عن طريق الفم أو حقنة يستعملها , لكنه يحتاج إلى ملازمة الآلة مما يخلق لديه نوعا من التوتر و القلق , فتناول الأطعمة مقيد بتعليمات الطبيب بان لا يتجاوز كميات معينة , بالإضافة إلى السوائل ومحدودية حركته فلا يستطيع التنقل أو السفر , كل هذه المشاكل تخلق لديه غضب و خوف من الموت فيحدث لديه صراع , فمن ناحية انه مجبر على حضور حصص التصفية الدموية وتقبل العلاج ومن جهة أخرى تقبل استقلالته و مشاركته في إدارة الآلة لمرضه في الوقت نفسه مما يخلق صعوبات في التقبل.

(Malcolm Mac lachlan , 2003 ,p 229)

فالمريض يجد نفسه بين أمور متعارضة من جهة واجب الخضوع لمتطلبات العلاج باستسلام و بالمقابل تحمل حياة شخصية مستقلة كيفما أمكن في هذا المأزق تبدو رسالة واحدة , فالمريض يتبنى نمط حياة مبالغ و سلبي ومستسلم أو يلجا إلى عصيان وتمرد على العلاج مع الأخطار الحيوية التي قد تنجم عن ذلك . (Maurice P, 1988, p158)

كما تهتز صورة الجسم حيث توصلت اختبارات و مقابلات نفسية إلى مشاعر هجوم , ومحدودية الجسم مع مشاكل الحاجات و متطلبات داخلية و خارجية للجسم . فيحس كأنه مسلوب الشخصية لان الداخل من المفروض شيء عزيز وسرى ولكنه يظهر باستمرار بدوران الدم خارج الجسم . فيظهر كل اضطراب يؤدي إلى قلق وعدوانية تتعلق بالمحيطين بالمريض من أفراد العائلة أو الطاقم الطبي .

فقد وجد كل من Mothny وآخرين في دراساتهم أن هؤلاء المرضى كانوا مرهقين بسبب خطر الموت الدائم نتيجة الفشل الكلوي ومشكلات القيمة الذاتية الواضحة وتضرر العلاقات الزوجية , إضافة إلى ارهاقات متنوعة متعلقة بالعلاج (الخوف من الإصابة) والمخاوف الناجمة عن عدم إتباع تعليمات العلاج .

ويذكر Black وفق متوسط المراجع المتخصصة الارهاقات التالية عند مرضى الديلزة التهديد الكامن بالموت والمشكلات الجنسية والأسرية والاكتئاب والقلق والسلوك الانتحاري والخوف من المضاعفات . ([http:// de geocities. com/ psychoarab/044](http://degeocities.com/psychoarab/044))

يصبح المرضى الذين يخضعون لعمليات الغسيل الكلوي بمرور الزمن أكثر انطوائية وأكثر كفا في التعبير عن عدوانيتهم . (سامر جميل رضوان, 2001, ص107)

كما أظهرت المظاهر النفسية و الجسدية لهؤلاء المرضى اكتئاب , أين يعبر بدرجات متفاوتة في المرحلة الاولى حتى تصبح لدى الكثيرين نمط حياة , فالشخص يعلن الحداد لقدراته , ويتجاوز إصابته النرجسية التي تمثلها بانخفاض النشاط الجسدي , كما تبدو الأفكار الانتحارية بكثرة إلى حد المرور للفعل بحد ذاته .

سادسا : علاج القصور الكلوي المزمن :

القصور الكلوي المزمن لا علاج نهائي له , فلا بد للمريض من متابعة حمية غذائية فقيرة أو خالية من البروتينات و أحيانا الصوديوم (الملح) و المكونات الغنية بالبوتاسيوم .

- أما العلاج الدوائي فانه يستعمل ضد أعراض القصور الكلوي :

كمضادات لارتفاع ضغط الدم (Antihypertenseurs) , dérivés de vitamine D ,

و أدوية لتخفيض نسبة الفوسفور , و البوتاسيوم في الدم .

- في حين تبدو التصفية (الغسيل) ضرورية فهي الحل الوحيد في غياب عملية زرع الكلى يوجد شكلين من الغسيل الكلوي :

1- **التصفية البيروتونية (Dialyse péritonéal)** : الذي يستخدم به الغشاء البيروتوني (الصفاقي) الموجود في جوف البطن كغطاء لجدار البطن أو الأحشاء , كفاصل بين الإنفاذ و الدم وتتم الطريقة كالاتي :

يغرز في أسفل البطن (تحت السرة و فوق العانة) قسطرة خاصة بعد التخدير الموضعي , ثم يتم تسريب سائل الإنفاذ من خلالها (لتر واحد أو لترين) إلى جوف البطن ويترك ساعات (4- 5 ساعات) , ونتيجة لفرق التركيز بين سائل الإنفاذ و الدم تنفذ المواد السامة إلى السائل من خلال الشعيرات الدموية الموجودة في جوف البطن (في غشاء البيروتوني) , ومن ثم يصرف السائل إلى الخارج و تتكرر هذه العملية عدة مرات في اليوم مع الأخذ بعين الاعتبار وجوب توقف العملية إثناء نوم المريض .

تمتاز هذه الطريقة بسهولة وقلّة تكلفتها وعدم حاجتها إلى الآلات المعقدة , فالمريض لا يحتاج إلى الحمية الغذائية , ولا إلى النوم في المستشفى حيث يمكن بالتدريب أن يقوم بالعملية بنفسه في البيت , لكن من أهم وخطر عيوب هذه الطريقة (مما يجعلها منتشرة إلا في اروسيا و أمريكا) هي إمكانية حدوث التهاب بيرتوني للمريض إذ أنها تحتاج إلى درجة عالية من التعقيم و التدريب عليها .

2- **الإنفاذ الدموي (hémodialyse)** : تتم هذه الطريقة بإخراج دم المريض من جسمه و تمريره عبر جهاز الإنفاذ الذي يقوم بتنقيته ثم يتم إعادته إلى جسم المريض , وجهاز الإنفاذ يحتوى على غشاء رقيق يسمى المنفاذ (dialyser) الذي يفصل بين الدم وسائل الإنفاذ , كما يحتوى الجهاز على مضخة لضخ الدم في جهاز الإنفاذ ومن ثم إعادته إلى المريض ويحتوى أيضا على مصيدة الفقاعات الموجودة في الدم التي يمكن أن تسبب مضاعفات خطيرة للمريض إذا ما عادت إلى الدورة الدموية , كما يحتوى على عدة أجهزة إنذار للتنبيه إذا ما حدث خطأ ما في دائرة الإنفاذ ومن مميزات ه الطريقة كفاءتها العالية في

التخلص من السموم المتراكمة في الجسم, ومن عيوبها تكلفتها العالية ووجوب عملها في المستشفى مرتين إلى ثلاث أسبوعياً, وفي كل مرة يبقى المريض دون حراك لفترة مابين 4 – 5 ساعات كما يشعر المريض بضعف جسدي و جنسي.

(<http://www.seha.com/diseases/ut/crf1.htm>)

* في حين تبدو زراعة الكلية (greffe) الوسيلة الوحيدة و النهائية للقصور الكلوي, تتعلق بالأشخاص الشباب (حتى سن 60 سنة).

فهي تساعد المريض على العيش حياة طبيعية دون اللجوء إلى الحمية الغذائية الصارمة لكن لا يمكن أن تتم زراعة الكلى لجميع المرضى, بسبب عامل السن أو بسبب عدم تطابق بين المتبرع والمستفيد, أو لغياب المتبرع, كما أن بعض الأمراض تعيق عملية التبرع والزرع إما بصفة دائمة أو مرحلية.

لقد بدأت المحاولات الأولى لزراعة الكلية منذ بداية القرن العشرين ولكن كلها باءت بالفشل وذلك نتيجة رفض الجسم للكلية المزروعة إلى أن تم البدء في اكتشاف الأدوية المستخدمة لمنع الجسم من رفض الكلية المزروعة في بداية الستينات، مثل البريدنيزولون Prednisolone، الأزاثيوبيرين Azathiopurine و السيكلوسبورين Cyclosporine حيث أنها تخفض مناعة الجسم.

انتشرت هذه العمليات بعدها وكانت نسبة نجاحها بعد مرور عام عن العملية تصل إلى حوالي 95 في المائة إذا كان المتبرع حي ومن أحد أقرباء المريض وحوالي 80 في المائة إذا كانت الكلية من شخص متوفى .

من محاسن هذه العملية أنها تحسن من مستوى حياة المريض مقارنة بعملية الغسيل الكلوي الذي يجب أن يرتبط بجهاز الإنفاذ ثلاث مرات أسبوعياً، فيستطيع بذلك السفر بحرية أكبر ويزيد من قدرته على العمل والإنتاج، ويستعيد قدرته أو قدراته الجسدية والجنسية وتتحسن حالته النفسية، وأيضاً إذا نظرنا إلى كلفة عملية زرع الكلى وكلفة عملية الغسيل الكلوي على المدى البعيد فإننا نجد أن الكلفة النهائية لعملية الغسيل الكلوي أعلى من كلفة زرع الكلية .

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس

- أولا :منهج الدراسة
- ثانيا :حدود الدراسة
- ثالثا : عينة الدراسة وكيفية اختيارها
- رابعا :الأدوات المستخدمة في الدراسة وخصائصها السيكمترية
- خامسا : إجراءات الدراسة
- سادسا :الأساليب الإحصائية المستعملة

لا تخلو أي دراسة ميدانية من جانب نظري باعتباره أساس قاعدي لها , يتبع بجانب تطبيقي الذي يمكنه من استثمار معلوماته , وبالتالي تناولنا في هذا الفصل إجراءات الدراسة من المنهج المتبع , وحدود الدراسة و العينة المستخدمة وخصائصها , كما تناولنا المقاييس المستخدمة وخصائصها السيكمترية , وأخيرا الأساليب الإحصائية .

أولا / منهج الدراسة :

إن اختلاف المناهج يعود أساسا إلى اختلاف المواضيع المتناولة قصد الدراسة , كما يتحدد بطبيعة الموضوع الذي يتناوله الباحث بالدراسة , فكل موضوع منهج خاص به ولكل منهج وظيفته و خصائصه التي يستند إليها .

فالمنهج المناسب لطبيعة الدراسة الحالية هو المنهج الوصفي الارتباطي لأنه يوضح العلاقة بين الظواهر المختلفة و العلاقة في الظاهرة نفسها , أيضا يقدم معلومات وحقائق عن واقع الظاهرة الحالي بغرض الوصول إلى نتيجة واضحة .

(سامي محمد ملحم , 2000 , ص 325)

فالمنهج الوصفي يسعى إلى معرفة العلاقة الكامنة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة وفيما إذا كانت هناك ارتباطات دالة بين هذه المتغيرات .

ثانيا / حدود الدراسة :

- **مكانيا** : أجريت الدراسة الحالية في المستشفى الجامعي الهاشمي التوهمي باتنة , و بعيادة المغرب للتصفية الدموية بولاية باتنة .

- **زمنيا** : تم إجراء الدراسة ابتداء من شهر جويلية إلى غاية سبتمبر 2008

- **بشرىا** : اشتملت عينة الدراسة على 72 فردا يعانون من القصور الكلوي المزمن و الخاضعين لتصفية الدم .

ثالثا / عينة الدراسة وكيفية اختيارها :

1 / التعريف بالعينة :

تكونت العينة الإجمالية للدراسة من 72 مريض يتراوح المدى العمري من 20 – 60 سنة , وقد تم اختيارها انطلاقا من المرضى المتواجدين بالمستشفى الجامعي – باتنة – و عيادة

التصفية الدموية المغرب – باتنة , أين اهتمنا باختيار السن ابتداء من 20 سنة وذلك لاستبعاد فترة المراهقة لما لها من خصائص بالإضافة لكون مصدر الضبط يزداد بزيادة العمر فهو مرتبط بالنضج , ولقد استبعدنا عينة من كبار السن الذين تجاوزوا 60 سنة نظرا لعدم تمكنهم من الإجابة على الاستبيانات فمنهم من لم يتمكن من فهم الأسئلة ومنهم من رفض الإجابة على كل بنود الاستبيان لذا حرصنا على العينة الموجودة والتي قدمت إجاباتها .

- عينة الذكور : تكونت من 43 مريض , يتراوح المستوى التعليمي لهم من الأميين 13,95% , ابتدائي 18,60% , متوسط 25,85% , ثانوي 25,85% , جامعيين 16,27% , وبالنسبة لمدة المرض فتوزعت على مدى 1- 10 سنوات , والمدى الثاني من 11 – 20 سنة.

- عينة الإناث : وتكونت من 29 مريضة , يتراوح المستوى التعليمي لهم من الأميين 27,58% , من الابتدائي 20,68% , من المتوسط 27,58% , من الثانوي 10,34% , و الجامعيات 13,79% و بالنسبة لمدة المرض فتوزعت على مدى 1- 10 سنوات , والمدى الثاني من 11 – 20 سنة .

2 / خصائص العينة

جدول رقم 1 يبين خصائص العينة حسب الجنس و مدة المرض

الجنس	ذكور		إناث		المجموع	النسبة %
	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %		
مدة المرض						
1- 10 سنوات	30	69.76%	20	68.96%	50	69.44%
11- 20 سنة	13	30.23%	9	31.03%	22	30.55%
المجموع	43	100%	29	100%	72	100%

جدول رقم 2 يبين توزيع أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي

النسبة المئوية	المجموع	إناث		ذكور		الجنس المستوى التعليمي
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
%19.44	14	%27. 58	08	%13. 95	06	أمي
%19.44	14	%20. 68	06	%18. 60	08	ابتدائي
%26.38	19	%27. 58	08	%25. 58	11	متوسط
%19.44	14	%10. 34	03	%25. 58	11	ثانوي
%15.27	11	%13. 79	04	%16. 27	07	جامعي
%100	72	%100	29	%100	43	المجموع

رابعاً / المقاييس المستخدمة في الدراسة :

تم اختيار أداتين لقياس متغيرات الدراسة هما :

* مقياس مصدر الضبط الصحي

* مقياس استراتيجيات المواجهة

1- وصف مقياس مصدر الضبط الصحي و الخصائص السيكومترية

1-1 وصف مقياس مصدر الضبط الصحي :

استخدمنا في الدراسة الميدانية على استبيان مصدر الضبط الصحي الذي أسسه Wallston & al (1978), واعده جبالي نور الدين, ويتكون الاستبيان من 18 عبارة, تقيس ثلاثة أبعاد كالآتي :

* البعد الداخلي : العبارات الخاصة به 1, 6, 8, 12, 13, 17.

* بعد ذوى النفوذ : العبارات الخاصة به 3, 5, 7, 10, 14, 18 .

* بعد الحظ : العبارات : الخاصة به 2, 4, 9, 11, 15, 16. (انظر الملحق الأول)

وتتم الإجابة على بنود الاختبار وفق اختيارات خمس

موافق تماماً, موافق, غير متأكد, غير موافق, غير موافق تماماً, ويتم تصحيح الإجابات كما يلي :

- 5 نقاط إذا كانت الإجابة موافق تماماً
- 4 نقاط إذا كانت الإجابة موافق
- 3 نقاط إذا كانت الإجابة غير متأكد
- 2 نقاط إذا كانت غير موافق
- 1 نقطة إذا كانت الإجابة غير موافق تماماً

2- الخصائص السيكمترية للاستبيان :

لحسابه تم تطبيقه على عينة من المرضى تتكون من 30 فرداً, ثم تم حساب الصدق والثبات

1- حساب الصدق : تم حساب الصدق بطريقة الصدق التكويني

1-1 صدق التكوين : وتم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند و المقياس

الفرعي الذي ينتمي إليه, و الجدول التالي يوضح معاملات الارتباط المحسوبة.

جدول رقم (3) يوضح معامل الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي و الدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدالة
سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	0.75	0.01
اعتقد أنني متحكم في صحي	0.48	0.01
لا ألوأ إلا نفسي عند إصابتي بالمرض	0.39	0.05
تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحي	0.37	0.05
إذا اعتنيت بصحتي جيداً يمكنني تجنب المرض	0.64	0.01

يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسني	0.64	0.01
--	------	------

- نلاحظ من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 و 0.05 وتراوحت معاملات الارتباط بين 0.37 و 0.75 .

جدول رقم (4) يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد ضبط الحظ و الدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
إذا قدر لي أن امرض فأنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه	0.65	0.01
أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة	0.72	0.01
يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض	0.65	0.01
حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة	0.59	0.01
أعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه	0,71	0.01
القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة	0.06	/

نلاحظ من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0,01 , ما عدا البند الأخير وتراوحت بين 0.59 و 0.72

جدول رقم (5) يوضح معاملات الارتباط بين بنود بعد ذوى نفوذ الآخرين والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادى المرض	0.46	0.01
عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا	0.32	0.05

/	0.29	لأسرتي دور كبير في اصابتي بالمرض أو بقائي سليما
0.01	0.59	يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي
0.01	0.68	يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء , الأقارب , الأصدقاء)
0.01	0.55	إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي

- نلاحظ من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 وتراوح بين 0.32 , 0.68 ما عدا البند الثالث.

* من خلال النتائج الموضحة في الجداول لمعاملات الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي و بنوده يمكن القول بان هناك اتساق داخلي للاستبيان, وبالتالي فهو يمتاز بصدق مقبول.

2- حساب الثبات :

2-1- بمعامل ألفا كرومباخ: تم حساب ثبات الاختبار بمعامل ألفا كرومباخ.

الجدول رقم (6) يوضح معاملات ثبات ألفا لأبعاد مصدر الضبط الصحي

البعد	معامل ثبات ألفا
الداخلي	0.62
الحظ (الصدفة)	0.45
نفوذ الآخرين	0.56

نلاحظ من خلال الجدول أن المقاييس الفرعية لبعد الداخلي, وبعد ذوى نفوذ الآخرين يتمتعان بثبات مقبول إذ يتراوح بين 0.56 لبعد نفوذ الآخرين, و 0.62 للبعد الداخلي , في حين بلغت درجة معامل ألفا كرومباخ لبعد الحظ 0.45 وهي درجة منخفضة عن المستوى المطلوب . وبالتالي يمكن القول أن مقياس مصدر الضبط الصحي يمتاز بالثبات .

- 2-2 التجزئة النصفية : تم حساب الثبات مرة ثانية من خلال التجزئة النصفية (فردى – زوجي) والجدول التالي يوضح معاملات الثبات بعد تصحيح الطول بمعادلة سيبرمان – براون .

* جدول رقم (7) يوضح ثبات أبعاد مصدر الضبط الصحي بطريقة التجزئة النصفية

البعد	ر
الداخلي	0.68
الحظ	0.46
نفوذ الآخرين	0.56

يتضح من خلال الجدول أن معاملات الارتباط (الثبات) لبعد الداخلي و بعد نفوذ الآخرين تراوحت بين 0.56 لبعد نفوذ الآخرين, و 0.68 لبعد الداخلي وهى درجات مقبولة تعكس ثبات الاختبار , في حين بعد الحظ اتسم بالانخفاض في كلتا الطريقتين .

ب / استبيان استراتيجيات المواجهة (Coping)

1- وصف استبيان استراتيجيات المواجهة :

قام كل من 1982 Lazarus et Folkman بمقابلات عيا دية وإحصاء مختلف الأساليب التي يستعملها الأفراد في التعامل مع مختلف الوضعيات في جميع الميادين , توصل الباحثين إلى إيجاد تباين كبير في الاستراتيجيات المعتمدة انطلاقا من نتائج التحليل العاملى المأخوذ من عينة كبيرة الحجم , تبين وجود نمطين من المواجهة وهما

- المواجهة المركزة حول الانفعال .

- المواجهة المركزة حول المشكل .

ويستعمل هذين النمطين في اغلب المواقف الضاغطة, إذ تتغير المستويات الخاصة بكل نمط حسب نوعية تقدير الموقف الضاغط.

وفى مقابل ذلك هناك أعمال لكل من (Suls et Fletcher) 1985, انطلاقا من تحليل البحوث السابقة الخاصة بالمواجهة والتي أجريت في فترة ما بين 1960 و 1985, وتوصل من خلالها الباحثان إلى شكلين من المواجهة وهما

1- المواجهة المتجنبة (Coping évitant)

2- المواجهة اليقظة (Coping vigilant)

وانطلاقا من هذه الأعمال تم إنشاء سلالمة عدة بهدف تقييم المواجهة حسب النمطين الموضوعين من طرف (Lazarus et Folkman) من بينها The Ways of coping check list لكل من Lazarus et Folkman 1984 يتألف من 64 بندا , ولصدق هذا المقياس تم تطبيقه على 100 امرأة و 48 رجل تتراوح أعمارهم ما بين 40 و 65 سنة , وذلك كل شهر لمدة سنة , وكان يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة والإشارة لنوع الاستراتيجيات الأكثر استعمالا لمواجهة ذلك الضغط , ويحتوى على ثمانية سلالمة فرعية تحتوى كل منها على عدة بنود حسب ما كشفت عنه نتائج التحليل العاملى :

- حل المشكل , روح المقاومة وتقبل المواجهة , اخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات , إعادة التقييم الايجابي , التأنيب الذاتي , الهروب والتجنب , البحث عن الدعم الاجتماعي , التحكم في الذات .

النسخة المختصرة لهذا السلم (Vitaliano et al , 1985).

- حل المشكل , التأنيب الذاتي , إعادة التقييم الايجابي , البحث عن الدعم الاجتماعي , التجنب .

- وفى فرنسا تم تبني النسخة المختصرة ل (WCC) من قبل Vitaliano et al 1985 والتي قدمت أحسن نوعية سيكومترية وذلك بالتحليل العاملى لإجابات 468 راشد فرنسي (247 امرأة و 221 رجل) بمتوسط عمري 27 سنة من 42 بند تم عزل 3 عوامل واضحة :

- مواجهة مركزة على المشكل

- مواجهة مركزة على الانفعال و البحث عن المساندة الاجتماعية فقد كانت معاملات الثبات الداخلي أكثر رضا (0,71 إلى 0,82) , ومعاملات الصدق بقيت لمدة أسبوع فاصل على التوالي (0,75 , 0,84 , 0,90)

وفي الأخير نجد النسخة النهائية من 27 بند ل (1996 Cousson G F et al) وجدت مواجهة مركزة على المشكل حيث بلغ متوسط الحسابي للرجال 28,04 بانحراف معياري 5,71 وعند النساء بلغ المتوسط 27,79 بانحراف معياري 6,78 .

- مواجهة مركزة على الانفعال بلغ المتوسط الحسابي عند الرجال 20,22 بانحراف معياري 5,49 , وعند النساء 21,70 للمتوسط , [بانحراف معياري 5,60 .

- مواجهة مركزة على المساندة الاجتماعية بلغ المتوسط الحسابي للبعد بالنسبة للإناث 20.2 بانحراف معياري 4,76 في حين بلغ المتوسط الحسابي للذكور 25,5 بانحراف معياري 5,04 . (Schweitzer , 2001 , p 368) .

ولقد اعتمدت الباحثة على النسخة النهائية ل WCC ل 1996 Cousson et al .
ترجمة المقياس قامت الباحثة بالترجمة الأولية لبنود المقياس من الفرنسية إلى العربية وقد عرضت الترجمة على مجموعة من أساتذة علم النفس الذين يتحكمون في اللغة الفرنسية من جامعة باتنة وبعد إبداء ملاحظاتهم على الترجمة قامت الباحثة بتعديل صياغة العبارات التي يجب تغييرها وأعيدت صياغة العبارات مرة أخرى .

وتدور بنود الاستبيان على محور عام من 3 أبعاد :

* المواجهة المركزة على المشكل وتضم 10 بنود وهي : 1- 4 - 7 - 10 - 13 - 16 - 19 - 22 - 25 - 27 .

* المواجهة المركزة على الانفعال وتضم 9 بنود وهي : 2 - 5 - 8 - 11 - 14 - 17 - 20 - 23 - 26 .

* المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية وتضم 8 بنود وهي : 3 - 6 - 9 - 12 - 15 - 18 - 21 - 24 . (انظر الملحق 2)

وتتم الإجابة على بنود الاستبيان وفق اختيارات 4 :

من 1 إلى 4 نقاط , ماعدا البند 15 يتم تقييمه بالعكس .

- 4 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا جدا .

- 3 نقاط إذا كانت الإجابة كثيرا

- 2 نقاط إذا كانت الإجابة إلى حد ما .

- نقطة إذا كانت الإجابة ب إطلاقا .

2- الخصائص السيكومترية للاستبيان :

لحسابه تم تطبيقه على عينة من المرضى والمتكونة من 30 فردا .

1-2 حساب الصدق :

صدق التكوين تم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط الخطى لكارل بيرسون بين كل

بند والدرجة الكلية لكل بعد وقد كانت النتائج موضحة في الجداول التالية

جدول رقم (8) يبين معامل الارتباط بين بنود بعد استراتيجيات المواجهة المركزة على

المشكل والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدالة
وضعت خطة عمل واتبعتها	0.57	0.01
كافحت للحصول على ما أريد	0.38	0.05
تغيرت بشكل ايجابي	0.41	0.05
عالجت الأمور واحدة بواحدة	0.83	0.01
ركزت على جانب ايجابي قد يظهر فيما بعد	0.70	0.01
خرجت اقوي من هذه الوضعية	0.50	0.01
غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة	0.56	0.01

0.01	0.47	حاولت عدم التصرف بطريقة متسرفة أو أن اتبع الفكرة الأولى
0.01	0.56	وجدت حلاً أو اثنين للمشكلة
0.01	0.51	عرفت ما ينبغي القيام به لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك

من خلال الجدول يتضح لنا بأن معاملات الارتباط بين كل بند وبعده دالة عند مستوى 0.01 و 0.05، حيث تراوحت بين 0.38 و 0.83 .

جدول رقم (9) يبين معامل الارتباط لكارل بيرسون بين بعد استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال و الدرجة الكلية للبعد

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدالة
تمنيت لو أن الوضعية تختفي أو تنتهي	0.52	0.01
تمنيت لو أستطيع تغيير ما حدث	0.56	0.01
تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة	0.04	غير دالة
تمنيت لو أن معجزة تحدث	0.43	0.05
شعرت بالذنب	0.57	0.01
فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أشعر بتحسن	0.45	0.05
حاولت نسيان كل شيء	0.42	0.05
تمنيت لو أستطيع تغيير موقفي	0.37	0.05
وبخت وانتقدت نفسي .	0.55	0.01

من خلال النتائج الملاحظة في الجدول نجد أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى 0.01 و 0.05 ما عدا البند الثاني وبالتالي عدد البنود الدالة هي 9 / 8 جدول رقم (10) يبين معامل الارتباط بين بعد البحث عن المساعدة الاجتماعية و الدرجة الكلية للبعد

البند	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدالة
حدثت شخصا عما أحسست به	0.58	0.01
التمست مساعدة اختصاصي وقمت بما نصحني به	0.09	/
طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام و اتبعتها	0.87	0.01
تكلمت مع شخص لاستعلم أكثر عن الموضوع	0.66	0,01
احتفظت بمشاعري لنفسي	0.73	0.01
تكلمت مع احد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة	0,45	0.05
حاولت أن لا انعزل	0.75	0.01
لقد تقبلت تعاطف احدهم وتفهمه	0.58	0.01

يتضح من الجدول أن معاملات الارتباط بين كل بند وبعده دالة عند مستوى 0,01 و 0,05 ما عدا البند 2 فهو غير دال وبالتالي عدد البنود الدالة 8/7 من مجموع البنود وهذا يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للاستبيان .
نستنتج مما سبق أن الاستبيان يتميز بصدق تكوين مرتفع نوعا ما يمكن الوثوق به .

2-2 | حساب ثبات الاستبيان :

* ثبات الاستبيان بمعادلة ألفا كرومباخ

بلغت قيمة ألفا كرومباخ 0.75 لبعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل .
في حين بلغت قيمتها 0.45 لبعد استراتيجيات المركزة على الانفعال , أما بعد استراتيجيات
المركزة على المساندة الاجتماعية 0.56 . وهي درجات مقبولة وتعكس ثبات الاختبار

* **التجزئة النصفية** : تم حساب الثبات من خلال التجزئة النصفية (فردى و زوجي)
وكانت نتائج معاملات الارتباط (الثبات) بعد تصحيح الطول بمعادلة سبيرمان – براون .
معامل الارتباط (الثبات) لبعد استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل 0.76 , أما
بعد المواجهة المركزة على الانفعال بلغ 0.42 , في حين بعد المواجهة المركزة على
المساندة الاجتماعية 0.57 .

* نستنتج من خلال الطريقتين أن المقاييس الفرعية متفاوتة في درجات الثبات إذ كان بعد
المواجهة المركزة على الانفعال منخفض مقارنة مع البعدين الآخرين في كلتا الطريقتين .

خامسا | إجراءات تطبيق الدراسة

تم تطبيق الدراسة ابتداء من شهر جويلية إلى غاية شهر سبتمبر أين توجهت إلى المستشفى
الجامعي باتنة , وعيادة التصفية المغرب بباتنة , حيث قدمت لي المساعدات من قبل الطاقم
الطبي من أطباء وممرضين , فكان تطبيق أداتي الدراسة (مقياس مصدر الضبط الصحي
ومقياس استراتيجيات المواجهة) في صورة بطارية واحدة شملتهما , حيث كان التطبيق
فردى , حسب تواجد المريض بوحدة التصفية فمنهم من تم تطبيق المقياس عليه في مكتب
الطبيبة المختصة قبل بدأ التصفية , ومنهم من طبق عليهم أثناء فترة التصفية الدموية في
السرير وما لاحظته اهتمام المرضى بفهم الأسئلة وإبداء رأيهم في محاولة لفت انتباه الأطباء
والمختصين النفسانيين حول ما يعانونه من مشاكل نفسية وجسدية .

حيث قدمت للمرضى البطارية وقرأت الأسئلة أولا , وملاحظة مدى استيعابهم لها ثم تركت
المريض يعاود قراءة الأسئلة مرة ثانية أين طلبت من المريض وضع العلامة على الإجابة
التي تخطر في ذهنه والتي يعتقد أنها الأقرب إليه , وان إجابته تبقى محل سرية البحث

العلمي, حيث لم اكتب أسماء المرضى بل رمزت لهم بأحرف معينة أين لاحظت ارتياح المريض بعدم كتابة اسمه, وطلبت من المريض الإجابة على كل الأسئلة وان لا يتركوا سؤال واحد بدون إجابة وهذا شمل الفئة المتعلمة , أما فئة الأميين فقد قمت بقراءة الأسئلة وتبسيطها لجعل المريض يفهم ما المقصود منها وقد كنت أدون الإجابة التي يختارها المريض أين وجدت صعوبة لديهم في فهم الأسئلة مباشرة حيث اكرر السؤال لعدة مرات , وقد تم استبعاد 20 حالة لرفضهم الإجابة على كل الأسئلة , وبعدها قمنا بعملية التصحيح .

سادسا / الأساليب الإحصائية المستخدمة

لقد تم معالجة النتائج الإحصائية للدراسة باستعمال النظام الإحصائي SPSS 13 لحساب العلاقات والفروق بين المتغيرات , وقد استخدمت الاختبارات التالية لما يتناسب مع فرضيات البحث

بالنسبة للإحصاء الوصفي استخدم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري .

في حين الإحصاء الاستدلالي استخدمت

* اختبار T test للكشف عن الفروق بين متوسطات المجموعات.

* اختبار تحليل التباين الأحادي Anova للكشف عن الفروق بين المجموعات .

* معامل ألفا كرومباخ لحساب الاتساق الداخلي للاختبار .

* معامل ارتباط بيرسون لحساب الارتباط بين المتغيرات .

الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج

أولا | عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى
ثانيا | عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
ثالثا | عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
رابعا | عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
خامسا | عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة

بعدما تطرقنا في الفصل السابق إلى الاطار المنهجي الذي اعتمدت عليه هذه الدراسة , سوف نحاول في هذا الفصل الكشف عن العلاقة القائمة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة , وذلك بتوضيح النتائج التي تم التوصل إليها.

عرض وتحليل نتائج الدراسة :

أولاً | عرض وتحليل نتائج الفرضية الاولى :

تشير الفرضية إلى انه { يتوقع وجود علاقة ارتباطيه دالة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة }

الجدول رقم (11) يبين معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى عينة الدراسة

مصدر الضبط الداخلي	مصدر الضبط الخارجي لذوى النفوذ	مصدر الضبط الخارجي للحظ		
0.16	0.12	0.06	معامل الارتباط	المواجهة المركزة على المشكل
غ دالة	غ دالة	غ دالة	الدالة	
-0.11	-0.16	0.18	معامل الارتباط	المواجهة المركزة على الانفعال
غ دالة	غ دالة	غ دالة	الدالة	
0.10	0.20	0.24	معامل الارتباط	المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية
غ دالة	0.05	0.05	الدالة	

يتضح من الجدول رقم (11) أن عدد معاملات الارتباط الدالة اثنتين وهى على الشكل التالي :

- معامل الارتباط بين مصدر الضبط الخارجي لذوى النفوذ (PHLC) و المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية يساوى 0.20 وهى قيمة دالة عند مستوى 0,05 وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطيه بين بعد نفوذ الآخرين لمصدر الضبط والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية .

- ومعامل الارتباط بين البعد الخارجي للحظ (CHLC) والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية يساوى 0.24 وهى قيمة دالة عند مستوى 0.05, وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطيه بينهما .

في حين معاملات الارتباط غير الدالة فهي كالتالي :

- معامل الارتباط بين البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي (IHLC) والمواجهة المركزة على المشكل 0.16 وهى قيمة غير دالة , هذا يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين البعد الداخلي و المواجهة المركزة على المشكل .

- و معامل الارتباط بين بعد نفوذ الآخرين لمصدر الضبط (PHLC) والمواجهة المركزة على المشكل يساوى 0,12 وهى قيمة غير دالة وهذا يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين بعد ذوى النفوذ والمواجهة المركزة على المشكل

- ومعامل الارتباط بين بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي (CHLC) و المواجهة المركزة على المشكل يساوى 0.18 وهى قيمة غير دالة , يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بينهما .

- في حين معامل الارتباط بين البعد الداخلي (IHLC) و المواجهة المركزة على الانفعال يساوى 0.11- وهى قيمة غير دالة , وهذا يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بينهما .

- و معامل الارتباط بين بعد ذوى النفوذ (PHLC) و المواجهة المركزة على الانفعال يساوى 0.16 – وهى قيمة غير دالة , وهذا يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بينهما .

- ومعامل الارتباط بين بعد الخارجي للحظ (CHLC) والمواجهة المركزة على الانفعال يساوى 0.18 وهى قيمة غير دالة وهذا يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بينهما .

- أما معامل الارتباط بين البعد الداخلي (IHLC) والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية يساوى 0.10 وهى قيمة غير دالة وبالتالي فلا توجد علاقة ارتباطيه بينهما .

ثانيا | عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية :

تشير الفرضية انه {توجد علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى عينة الدراسة } .

يوضح الجدول رقم 12 معامل الارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى عينة الدراسة.

مصدر الضبط الداخلي	مصدر الضبط الخارجي	مصدر الضبط الخارجي للحظ	معامل الارتباط بيرسون	مدة المرض
-0.11	-0.04	-0.05		
غير دال	غير دال	غير دال		
72	72	72	العينة (N)	

نجد من نتائج الجدول رقم (12) أن:

* معامل الارتباط بين مصدر الضبط الداخلي ومدة المرض تساوى 0.11 - , وهى قيمة غير دالة مما يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين بعد الضبط الداخلي ومدة المرض .

* ومعامل الارتباط بين مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين ومدة المرض تساوى 0.04- وهى قيمة غير دالة وهذا يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين ومدة المرض.

* ومعامل الارتباط بين الضبط الخارجي للحظ ومدة المرض تساوى 0.05- وهى قيمة غير دالة وهذا يعنى عدم وجود علاقة ارتباطيه بينهما .

ثالثاً | عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة :

تشير الفرضية إلى انه { توجد علاقة ارتباطيه بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض }

يوضح الجدول 13 معامل الارتباط بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض

المواجهة المركزة على المشكل	المواجهة المركزة على الانفعال	المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية
-----------------------------	-------------------------------	--

معامل الارتباط بيرسون	0.07	0,35	-0,19
الدلالة الإحصائية	غير دال	0,01	0,05
العينة (N)	72	72	72

من خلال نتائج الجدول 13 يتبين لنا أنه :

* لا توجد علاقة ارتباطية بين المواجهة المركزة على المشكل ومدة المرض, إذ أن معامل الارتباط بينهما يساوى 0.07 وهى قيمة غير دالة .

* فى حين معامل الارتباط بين المواجهة المركزة على الانفعال ومدة المرض تساوى 0.35 وهى قيمة دالة عند مستوى 0.01 مما يعنى وجود علاقة ارتباطية بينهما .

* و معامل الارتباط بين المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية و مدة المرض تساوى -0.19 وهى قيمة دالة عند مستوى 0.05 وهذا يعنى وجود علاقة ارتباطية بينهما .

رابعاً | عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

تشير الفرضية إلى {توقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة باختلاف الجنس و المستوى التعليمي } .

قامت الباحثة بتقسيم الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين :

أ- يتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف الجنس عند أفراد العينة.

جدول رقم 14 يبين نتائج اختبار T للفروق بين أبعاد مصدر الضبط الصحي بين الجنسين.

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	ت	الدلالة
الإناث	29	15.41	3.43	1.01	غير دال

	1.06	4.45	14.42	43	الذكور	IHLC
غير دال	0.91	3.92	24.86	29	إناث	PHLC
	0.86	2.97	24.12	43	ذكور	
غير دال	2.17	2.92	16.76	29	إناث	CHLC
	2.15	2.77	15.28	43	ذكور	

من خلال الجدول 14 نلاحظ ما يلي :

*** الفروق في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي بين الذكور والإناث :**

عدم وجود فروق دالة إحصائية في البعد الداخلي لمصدر الضبط الصحي بين الجنسين, فقد بلغ متوسط درجة البعد الداخلي عند الإناث (15.41) وبانحراف معياري (3.43) , وعند الذكور بلغ متوسط درجة البعد الداخلي (14.42) بانحراف معياري (4.45) , في حين كانت نتيجة T المحسوبة (1.01) للإناث و (1.06) للذكور وهى قيم غير دالة إحصائية بمعنى انه لا توجد فروق بين الجنسين في البعد الداخلي للصحة .

*** الفروق في بعد الخارجي لنفوذ الآخرين بين الذكور والإناث :**

عدم وجود فروق دالة في بعد نفوذ الآخرين بين الجنسين, فقد بلغ متوسط درجة البعد الخارجي لنفوذ الآخرين عند الإناث (24.86) وبانحراف معياري (3.92) , وعند الذكور بلغ متوسط درجة البعد (24.12) وبانحراف معياري (2.97) , في حين بلغت قيمة T المحسوبة عند الإناث (0.91) وعند الذكور (0.86) وهى قيم غير دالة إحصائية مما يدل على غياب فروق بين الجنسين في بعد نفوذ الآخرين.

*** الفروق بين الجنسين في بعد الخارجي للحظ :**

بلغ متوسط درجة بعد الحظ عند الذكور (15.28) بانحراف معياري (2.77) , وعند الإناث بلغ المتوسط (16.76) وبانحراف معياري (2.92) , في حين بلغت قيمة ت المحسوبة عند الإناث (2.17) , بينما عند الذكور فبلغت قيمة ت (2.15) وهى قيم غير دالة إحصائياً بمعنى انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في بعد الحظ لمصدر الضبط الصحي .

ب - يتوقع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى عينة الدراسة .

جدول رقم 15 يبين نتائج تحليل التباين الاحادى في أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي لدى أفراد العينة .

الدالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
غير دالة	0.41	7.21	28.86	4	داخل المجموعات	مصدر الضبط الداخلي
		17.22	1153.79	67	بين المجموعات	
			1182.653	71	المجموع	
غير دالة	1.49	16.63	66.52	4	داخل المجموعات	مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين
		11.11	744.97	67	بين المجموعات	
			811.50	71	المجموع	
غير دالة	0.38	3.39	13.56	4	داخل المجموعات	مصدر الضبط الخارجي للحظ
		8.75	586.30	67	بين المجموعات	

			599.87	71	المجموع	
--	--	--	--------	----	---------	--

من خلال الجدول 15 نجد أن :

تحليل التباين الأحادي كشفت عن عدم وجود فروق في درجات أبعاد مصدر الضبط الصحي باختلاف المستوى التعليمي عند مرضى القصور الكلوي المزمن.

* إذ أن قيمة F المحسوبة فيما يتعلق بمصدر الضبط الداخلي تساوى (0.41) وهى قيمة غير دالة إحصائيا كما أن المتوسط داخل المجموعات وبينها لم يكن متباعد كثيرا , مما يؤكد عدم وجود فروق بين المجموعات في مصدر الضبط الداخلي للصحة لمرضى القصور الكلوي المزمن باختلاف مستواهم التعليمي .

* وقيمة F المحسوبة بالنسبة لبعد نفوذ الآخرين (1.49) وهى قيمة غير دالة إحصائيا كما أن المتوسط داخل المجموعات وبينها لم يكن متباعد بل تقريبا متساو , وهذا يلغى وجود أي فروق بين المجموعات في مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين بالنسبة لأفراد العينة باختلاف مستواهم التعليمي

* في حين قيمة F المحسوبة لبعد الحظ لمصدر الضبط الصحي تساوى (0.38) وهى قيمة غير دالة إحصائيا , كما أن المتوسط داخل المجموعات وبينها لم يكن متباعد وبالتالي هذا يلغى وجود فروق بين الضبط الحظ و الاختلاف في المستوى التعليمي .

خامسا | عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة :

{يتوقع وجود فروق ذات دلالة في نوع استراتيجيات المواجهة المعتمدة لدى عينة الدراسة باختلاف الجنس والمستوى التعليمي }

وقد ارتأينا إلى تقسيم الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين :

أ- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف الجنس لدى عينة الدراسة

الجدول رقم 16 يبين نتائج اختبار T للفروق بين نوع استراتيجيات المواجهة المعتمدة لدى الجنسين .

الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	T	الدلالة
الذكور	43	19.49	5.29	0.86	غير دال
	29	20.72	6.35	0.89	
الإناث	43	29.30	2.88	0.50	غير دال
	29	29.69	3.43	0.51	
الذكور	43	17/58	4/82	2.74	غير دال
	29	20.41	3.88	2.63	

من خلال نتائج الجدول 16 نلاحظ ما يلي :

- **الفروق بين الذكور والإناث في نوع استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل :**
 عدم وجود فروق بين الإناث والذكور في نوع استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل , فقد بلغ متوسط درجة المواجهة المركزة على المشكل عند الإناث 20.72 وبانحراف معياري 6.35 , وعند الذكور كان متوسط درجة استراتيجيات المواجهة 19.49 وبانحراف معياري 5.29 وكانت نتيجة ت المحسوبة 0.86 وهى قيمة غير دالة إحصائيا مما يعنى غياب فروق بين الجنسين في نوع استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل .

- الفروق بين الجنسين في استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال :

بلغ متوسط درجة استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال عند الذكور 29.30 وبانحراف معياري 2,88 في حين بلغ متوسط درجة المواجهة المركزة على الانفعال 29,69 بانحراف معياري 3,43 وكانت نتيجة ت المحسوبة هي 0.50 وهى قيمة غير دالة مما يعنى عدم وجود فروق في المواجهة المركزة على الانفعال بين الإناث والذكور .

- الفروق بين الجنسين في المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية :

عدم وجود فروق بين الإناث والذكور في المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية, فقد بلغ متوسط درجة المساندة الاجتماعية عند الذكور 17.58 بانحراف معياري 4.82 في حين بلغ المتوسط عند الإناث 20.41 بانحراف معياري 3.88 , وكانت نتيجة ت المحسوبة 2.74 وهى قيمة غير دالة مما يعنى غياب فروق بين الجنسين في المساندة الاجتماعية .

ب – توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي لدى أفراد العينة

يبين الجدول رقم 17 نتائج تحليل التباين الاحادى في نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي عند عينة الدراسة

الدالة	قيمة F	متوسط المربعات	مجموع المربعات	درجة الحرية	مصدر التباين	
غير دال	0.65	21.86	87.45	4	داخل المجموعات	المواجهة المركزة على المشكل
		33.57	2249.53	67	بين المجموعات	
			2336.98	71	المجموع	
غير دال	1.09	10.41	41.66	4	داخل المجموعات	المواجهة المركزة على الانفعال
		9.55	640.21	67	بين المجموعات	

			681.87	71	المجموع	
غير دال	1.08	23.37	93.48	4	داخل المجموعات	المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية
		21.59	1446.96	67	بين المجموعات	
			1540.44	71	المجموع	

من خلال تحليل التباين الأحادي كشفت عن عدم وجود فروق في درجات نوع استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي .

- إذ أن قيمة F المحسوبة بالنسبة لنوع المواجهة المركزة على المشكل تساوى 0.65 وهى قيمة غير دالة إحصائيا , كما أن متوسط داخل المجموعات وبينها غير متباعد كثيرا , مما يلغى وجود فروق بين المجموعات في المواجهة المركزة على المشكل لأفراد العينة باختلاف المستوى التعليمي .

- وقيمة F المحسوبة بالنسبة لنوع المواجهة المركزة على الانفعال تساوى 1.09 وهى قيمة غير دالة إحصائيا , كما أن المتوسط داخل المجموعات وبينها تقريبا متساوي وهذا يعنى وجود تجانس داخل العينة وهذا يلغى وجود فروق بين المجموعات فى المواجهة المركزة على الانفعال .

- أما قيمة F بالنسبة لنوع المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية تساوى 1,08 وهى قيمة غير دالة بينما كان متوسط داخل المجموعات غير متباعد وبالتالي هذه النتائج تؤكد عدم وجود فروق بين الجنسين في المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية .

الفصل السابع: مناقشة وتفسير النتائج

- أولا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الاولى
- ثانيا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
- ثالثا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثالثة
- رابعا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرابعة
- خامسا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الخامسة

- مناقشة وتفسير النتائج :

بعد أن تطرقنا في الفصل السادس إلى عرض نتائج الفرضيات في الجداول السابقة, في هذا الفصل سنتعرض إلى مناقشة النتائج وفق الدراسات السابقة والإطار النظري.

أولا : مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الاولى

تنص الفرضية على " وجود علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة " . بعد عرض النتائج في الجدول 11 تبين من خلاله وجود علاقة ارتباطيه جزئية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ونوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة وهذا ما كنا ننتظره كون المواجهة تتأثر باعتقادات الفرد فكلما أدرك الفرد انه متحكم في صحته كلما كانت مواجهته للضغوط أفضل .

وبما انه لا توجد دراسات حسب علم الباحثة تناولت العلاقة بين المواجهة ومصدر الضبط فقد وجدنا هذا الارتباط بين البعد الخارجي للضبط الحظ وذوى النفوذ والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية , في حين لم تثبت العلاقة فيما يتعلق بالأبعاد الثلاثة لمصدر الضبط والمواجهة المركزة على الانفعال والمواجهة المركزة على المشكل , فالعديد من الأبحاث بينت بان الأشخاص الذين يعانون من ألام مزمنة , لديهم مصدر ضبط خارجي وإدراكهم بان الأحداث غير متحكم بها . (Schweitzer, Quintard , 2001,p83)

فالأشخاص الذين يعتقدون بتحكمهم وضبطهم لمرضهم يتميزون بتحكم أكثر عن الآخرين توتر اقل ومواجهة أكثر فعالية. (Schweitzer, 2002 , p 322)

ودرستنا الحالية لم تجد رابطة بين مصدر الضبط الداخلي والمواجهة الفعالة , إلا انه يمكن تحليل النتيجة بكون المرضى يشعرون بعجزهم من إيجاد حل جذري لمشاكلهم ومواجهة احتياجاتهم وهذا ما يبدو من خلال معاناتهم ورفض واقعهم لأنه يخفف طموحاتهم وآمالهم مما يدفعهم إلى الضبط الخارجي وهذا ما أكدته دراسة Poll and Kaplan de nour 1980 أن مرضى التصفية الدموية لديهم درجات عالية في مصدر الضبط الخارجي

(Lucy Yardley,1997, p76)

فعلم المريض بان مصيره محدد بالأطباء والممرضين يجعله يدرك غياب أي علاقة له بصحته فيلجأ إلى الضبط الخارجي لذو النفوذ من أطباء كونهم المسؤولون عن عملية التصفية والمراقبة بالإضافة إلى ذلك التوجه نحو التمسك بالقوى الغيبية والتقليدية في المجتمع , فالمرض مسألة قدر ولا بد من تقبل هذا المصير فالتنشئة الاجتماعية في بيئتنا لا تركز على الاستقلالية وتحمل المسؤولية واتخاذ القرارات , وهذا ما لمسناه في الدراسة الميدانية فمصدر الضبط مرتبط بثقافة المجتمع وبيئته التي ينشأ فيها ولهذا نجد المرضى يبحثون عن المساندة الاجتماعية من الحديث مع الأخصائيين عن حالتهم كمساندة معلوماتية

حيث وجد Berkman et syme 1979 في دراسة تحليلية لقياس المساندة الاجتماعية لدى 4700 رجل وامرأة متابعين لمدة 9 سنوات أن ارتفاع المساندة كإستراتيجية سمح ب انخفاض مستوى الوفيات مما يدل على أهمية المساندة الاجتماعية على الصحة فارتباط مصدر الضبط الخارجي بإستراتيجية المساندة الاجتماعية باعتبارها إستراتيجية فعالة فلها دور كبير في التكيف مع المرض فOlsen et Sutlon (1998) وجدوا في دراساتهم أن المساندة التي تبدو من الفريق الطبي , والتي تكون لمدة طويلة (مساندة تقديرية بإعطاء الثقة للمريض) , والمساندة المعلوماتية التي تقدم من قبل المعالجين مرتبطة بأفضل متابعة طبية (علاجية) فأهمية الفريق الطبي (يحسن من مشاكل المريض) .

(Schweitzer, B Quintard , 2001 , p 173)

كما وجد كل من Vitaliano et al أن المشاكل الصحية تقود الناس إلى البحث عن المساندة الاجتماعية. (شيلي تايلور , 2008 , ص434)

فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونون على الأغلب أكثر تقييدا بالنظام العلاجي الخاص بهم. (Wallston et al 1983)

وكما نعلم أن الثقافة الجزائرية تؤكد أهمية العلاقات العائلية فالحديث مع أفراد الأسرة عن مشاعر المريض حول مرضه ومشاركته معاناته تلعب دور كبير لدى المريض وبالتالي فان نتائج الفرضية تبدو معقولة كون المريض لا يشعر بمسؤوليته فيما يتعلق بمرضه وبالتالي لجوءه إلى التمسك بالقدرية ولجوءه إلى المساندة الاجتماعية كونها تخفف حدة

المرض والآلام المعاشة مما تساعد على تخفيض النتائج النفسية للمرض والعلاج وتساعدهم على تعديل التغيرات السلبية الناتجة عن تغيير نمط الحياة... الخ.

ثانياً: مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية

تنص الفرضية على « وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض لدى أفراد العينة »

فمن خلال النتائج الملاحظة في الجدول 12 نجد أنها لم تثبت وجود ارتباط بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض , وهذا عكس توقعات الباحثة بأن مدة المرض تؤثر في نظرة المريض لمرضه إذ أن مدة التصفية في بدايتها واستمرارها لسنوات تختلف بين المرضى فالتعرض لأي صدمة في البداية تختلف مع مرور الوقت , إلا أن النتائج جاءت عكس توقعاتنا , ولكون غياب الدراسات التي تناولت العلاقة بين مصدر الضبط ومدة المرض حسب علم الباحثة ماعدا دراسة Morris et al سنة 1992 على مرضى السرطان أين ألغت الارتباط بين مدة المتابعة والتحكم في المرض وبالتالي فنتائج دراستنا تتفق معها في النتيجة فمصدر الضبط الصحي كما لمسناه من خلال الاطار النظري يعتمد على تفسير ينبع من الشخص وكنتيجه لتأثيره وتحكمه في الظواهر المحيطة بمرضه فمعارف المريض ومدرسته حول مرضه تتأثر نتيجة للإخفاقات والنجاحات التي تحدث له طوال مدة المتابعة قد تؤثر في اعتقاداته حول شروط العلاج الطبي التي تتطلب إذعان لمقترحات الأطباء , كما أن مشاريع المريض تصبح محدودة لاتصاله بعملية التصفية الدائمة فكل هذه العوامل تؤثر في اعتقادات الفرد وربما لكون العينة غير متجانسة من حيث الجنس والمستوى التعليمي أثرت على النتيجة وكما لاحظنا عند تطبيق المقياس إن كل العينة كانت تؤمن بأنها لا تملك أي تحكم فيما يتعلق بصحتها وأنها مرتبطة بالطاقم الطبي في المستشفى من ممرضين وأطباء.

ثالثاً مناقشة نتائج الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية على وجود علاقة ارتباطية بين نوع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض

فالنتائج الظاهرة في الجدول رقم (14) أثبتت وجود علاقة ارتباطية جزئية بين المواجهة المركزة على الانفعال والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية ومدة المرض. في حين لم تثبت العلاقة الارتباطية بين المواجهة المركزة على المشكل ومدة المرض إن نتائج الفرضية السابقة لم تثبت وجود علاقة بين مصدر الضبط الصحي ومدة المرض نستطيع القول ان الخصائص المرتبطة بالمرض والعلاج لها تأثير على السياق التقييمي للمريض ولتكيفه فحسب Lazarus فان تقييم المريض لحالته هي التي تحدد كيفية استجابته ولكون نتائج القصور الكلوي المزمن حتمية ومؤلمة كلها تؤثر في تقديره لمرضه . وكما يرى DeRidder,Leventhal, Maes بان تآزر العوامل السياقية من خصائص المرض والعلاج والخصائص الشخصية تحدد استراتيجيات المواجهة تجاه المرض المزمن . (Gustave N F , 200 , p 265)

فالمواجهة تتأثر بالعوامل البيئية, فكلما زاد الضغط والتهديد الناتج عن المرض فالمريض يلجأ إلى أساليب مواجهة تخفف من شدة التوتر الانفعالي وبالتالي تقليل الخطر المحدق وهذا ما لمسناه بارتباط المواجهة المركزة على الانفعال ومدة المرض, إذ أن المشاكل الصحية تقود الناس إلى استخدام استراتيجيات مركزة حول الانفعال , ولعل ذلك راجع إلى أن التهديد الصحي الذي يتعرض له الفرد هو في حد ذاته يجب تحمله , ولكن لا يسهل إخضاعه لفعل مباشر. (شيلي تايلور, 2008, ص434)

فمسار العلاج يبقى ثابتا وقابلية المريض للتنبؤ بفعاليته أمر صعب مما يخلق ضغطا جديدا واستعانت المريض بالمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية تخفف من المعاناة وبالتالي تساعد على تقدير الوضعية تقديرا ايجابيا يجعل التكيف مع المرض مقبول . فدراسة Hetherington 1986 حيث ترى بان الأفراد الذين لديهم إمكانية للمساندة الاجتماعية المناسبة تكون لديهم القدرة على المواجهة الفعالة للضغوط النفسية والاجتماعية. كما أن المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية لها دور كبير في التكيف النفسي مع المرض ولكون مدة المرض تطول فالبحت عن المساندة المعلوماتية سواء من قبل الأطباء أو المساندة العائلية أو الأصدقاء لها الأثر الكبير في نفسية المرضى مهما اختلفت مدة تلقى

المرضى للعلاج لهذا وجدنا من خلال دراستنا علاقة ارتباطيه بينهما . كما أن دراسة Obsen et Sutton 1998 على مجموعة من مرضى السكري النوع الأول أن المساندة الاجتماعية كإستراتيجية من مساندة تقديرية (إعطاء ثقة للمريض) والمساندة المعلوماتية التي تزود من قبل المعالجين مرتبطة بأفضل متابعة طبية. (Schweitzer , 2002,p 360) لذا يمكننا القول أن المواجهة تتأثر بمدة المرض فأزمان المرض وصعوبته تجعل المريض يبحث عن تخفيف معاناته دون البحث عن الحلول المناسبة لمرضه لذا غياب الارتباط بين المواجهة المركزة على المشكل ومدة المرض نظرا لان صحته مرتبطة بالآخرين (الأطباء) وحسب ما لاحظته الباحثة عند تطبيق الاستبيان على العينة أن جميعهم رفضوا احتمالية قيامهم بشيء يغير مصيرهم سواء من الطبقة المتعلمة أو غير المتعلمة

رابعا :مناقشة نتائج الفرضية الرابعة

أ- تنص الفرضية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط الصحي عند أفراد العينة باختلاف الجنس

حسب الجدول رقم 15 فان قيم (ت) المحسوبة لكل بعد من أبعاد مصدر الضبط الصحي قيم غير دالة إحصائيا وهذا يعنى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين في أبعاد مصدر الضبط الصحي , حيث أن البحوث والدراسات التي تناولت الفروق بين الجنسين في مصدر الضبط كشفت نتائج غير متناسقة .

- فقد دلت دراسة فؤاده على هدية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين عینتي الذكور والإناث, فكانت عينة الذكور أكثر توجهها للضبط الخارجي مقارنة بالإناث. (فؤاده محمد على هدية , 1994, ص 75)

كما بينت دراسة علاء الدين كفافى (1982) عن اختلاف الذكور والإناث في وجهة الضبط حيث كان الذكور أكثر ميلا إلى الواجهة الخارجية في إدراكهم لمصدر التدييمات أكثر من الإناث . بالإضافة لدراسة Lao et al (1988) التي أكدت نفس النتيجة.

إلى جانب دراسة Zerga et al (1976) أن الإناث أكثر خارجية من الذكور وكان الفرق بينهما دال إحصائيا واتسقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة (Strickland et Haley

(1980) على الطلبة الجامعيين أظهرت الطالبات ضبطاً خارجياً مرتفعاً بالمقارنة بالطلاب وكان الفرق بينهما دال إحصائياً.

فأغلبية هذه الدراسات جاءت غير متناسقة مع دراستنا الحالية التي ألغيت فيها الفروق بين الجنسين في أبعاد مصدر الضبط إلا أنها تتسق مع دراسة Shaw et Uhl (1971) حيث بينت أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في أبعاد مصدر الضبط كما تتفق نتائج هذه الدراسة مع الدراسة العربية التي أجراها أبو ناهية (1984) على عينة مصرية أنه لا توجد فروق بين الذكور والإناث في أبعاد الضبط الثلاث .

(صلاح أبو ناهية, 1987, ص 198)

وهي نتيجة تتسق مع النتيجة التي انتهت إليها دراستنا , في حين كنا نعتقد بان نجد فروقا بينهما وخاصة في بعد الحظ لصالح الإناث لكون الأنثى تعتقد بالصدفة والحظ والقدر أكثر من الذكور وهذا اعتقاد الباحثة إلا أن النتائج جاءت معاكسة لها وهذا ربما يعود إلى أن المرأة في مجتمعنا فتحت أمامها أبواب التعليم والعمل وبالتالي أصبحت تعبر عن آراءها ومواقفها وبالتالي تغيرت معها معتقداتها فيما يتعلق بإدراكها لمصدر صحتها فكلاهما ينظر للمرض نظرة واحدة لا تختلف فيه المرأة عن الرجل .

ب- تنص الفرضية على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أبعاد مصدر الضبط باختلاف المستوى التعليمي لدى أفراد العينة

أظهرت النتائج التي تناولناها في الجدول رقم 16 انعدام الفروق بين الجنسين فيما يتعلق بالمستوى التعليمي في أبعاد مصدر الضبط الصحي.

إلا أننا كنا نعتقد بان المستوى التعليمي يؤثر في إدراك الفرد لمعتقداته المتعلقة بصحته ونتائج أفعاله . فان تفسير المتعلم لسلوكاته الصحية أو المرضية تختلف عن تفسير الغير متعلم لكون المتعلم يبحث عن كيفية المحافظة على صحته وبالتالي فهو يبحث عن التوعية الصحية من خلال النشرات الصحية , عكس الأمي الذي يلجأ لمعتقدات كالقدريّة وان مرضه مكتوب عليه . فدراسة Faustman et Mathew (1980) دلت على وجود ارتباط موجب بين التحصيل العالي والضبط الداخلي .

كما أوضحت دراسة الديب (1985) أن هناك فروقا في مركز الضبط بين الأفراد تعود إلى اختلاف مستوى ثقافتهم ودرجة تعليمهم الأكاديمي وكان من أهم النتائج التي أشارت إليها الدراسة أنه كلما انخفض مستوى مؤهلات الفرد العلمية انخفضت معها درجاتهم في الضبط الداخلي , ومالوا أكثر نحو الضبط الخارجي . (أمل الأحمد , 2001 , ص 220) .

فنتائج الدراسة الحالية ألغت الفروق وربما يرجع السبب إلى خصائص المرض , فحسب ملاحظات الباحثة خلال إجراء الدراسة الميدانية أن ردود الفعل والإجابات تقريبا كانت لدى فئة المتعلمين من التعليم العالي أو الثانوي إلى المستويات المنخفضة فإدراكهم بأن مرضهم لا يمكن التحكم به وان لا علاج نهائي لمعاناتهم باستثناء الزرع اثر على المرضى, فتجاربهم مع مرضهم والصعوبات التي يواجهونها يوميا سواء إذا تعلق الأمر بالسفر أو العملالخ أثرت كثيرا في اعتقاداتهم على حد سواء ومنه فالمستوى التعليمي لم يؤثر على نظرة وتفكير المرضى فيما يتعلق بصحتهم فكلهم يعيشون الألم والصعوبات ولم يشفع المستوى التعليمي في نظرتهم لوضعيتهم المرضية .

خامسا - مناقشة نتائج الفرضية الخامسة :

أ - الفرضية التي تنص على وجود فروق في نوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة حسب الجنس

بتحليل نتائج الجدول رقم 17 وجدنا غياب فروق بين الجنسين في نوع استراتيجيات المواجهة و هذه النتائج لا تتسق مع نتائج دراسة Crutchfield et Ash (1952) توصلت بان الذكور أكثر استعمالا لحل المشكل مقارنة بالإناث كما أن الإناث أكثر قابلية للخضوع أمام الضغوط الجماعية ,بالإضافة إلى أنهن أكثر تأثيرا من طرف الجماعة وهذا ما يعكس الفروق الثقافية في ادوار الجنسين حيث يعتقد أن الرجال أكثر كفاءة وتفوق على النساء في الأداءات المعرفية وخاصة حل المشكلات .

كما أن دراسة محمد سيد عبد الرحمان ومعتز سيد عبد الرحمان إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في اللجوء إلى إستراتيجية المساندة الاجتماعية لصالح الإناث , ويرجع ذلك إلى

اختلاف الطبيعة النفسية لكلا الجنسين فالإناث أقل تحملاً للضغط ويحتجن دائماً إلى المساندة من قبل الآخرين. (رشاد عبد العزيز, ص100)

أما فيما يتعلق بالمرض المزمن فدراسة Kvam et Lyons (1991) على راشدين مرضى بالسكري النوع الأول أكدت أن الذكور أكثر استعمالاً لاستراتيجيات مركزة على المشكل في حين النساء يستعملون استراتيجيات مركزة على الانفعال .

(Schweitzer et Quintard, 2001, p107)

كما أن دراسة 1996 Milousheva et al على مراقبين أثبتت أن الذكور أكثر تكيف واستعمال لاستراتيجيات تجنبية (مركزة على الانفعال), والتفكير في أمور أخرى غير المرض والاهتمام بنشاطات أخرى والابتعاد عن التفكير في المرض في حين الإناث يلجأن إلى استراتيجيات البحث عن المساندة الاجتماعية.

فهذه الدراسات لا تتسق مع نتائج دراستنا حيث لم نجد فروق بين الذكور والإناث في استراتيجيات المواجهة فربما لكون المرض غير مسيطر عليه من قبل المريض من جهة والصعوبات الناتجة عنه من تغيير في أسلوب حياتهم من إتباع الحمية الغذائية وكل المشاكل الصحية المذكورة في الجانب النظري من جهة أخرى تؤثر في تقييم المريض لمرضه فحسب النظرية التفاعلية فان كيفية تقدير المريض لمرضه هي التي تحتم إتباع أسلوب مواجهة مختلف من شخص لآخر سواء بشكل ايجابي أو سلبي لتعديل أو تخفيف حدة الألم الناتج عن المرض وبالتالي غياب الفروق بين الجنسين ربما يعود لكون المعاش اليومي لمريض القصور الكلوي من تحضير أغراضه للتنشئة الاجتماعية في العصر الحالي لا تفرق بين الذكور والإناث وبالتالي فالفتاة لا تشعر بالضعف وانخفاض قيمة الذات لمجرد كونها تعاني من مرض مزمن فهي مثلها مثل الذكر معرضين خلال حياتهم لتجارب المرض والعلاج .

ب- تنص الفرضية على وجود فروق في نوع استراتيجيات المواجهة لدى أفراد العينة باختلاف المستوى التعليمي

فمن خلال النتائج يتبين لنا غياب أي علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي واستراتيجيات المواجهة ولكون الباحثة لم تتمكن من إيجاد دراسات تناولت هذه العلاقة فيمكن أن نفسر النتيجة في ضوء خصائص العينة كون المرض المزمن يؤثر على إمكانية المرضى في التكيف مع المرض فيؤثر على نظرة المريض لمرضه فالمواجهة لا تتأثر بالمستوى التعليمي في حين كانت الباحثة تتوقع وجود علاقة ارتباطية , فالمتعلم لديه إمكانية تقييم الوضعية المرضية وتقديرها أفضل من غير المتعلم إلا أن العينة كانت غير متجانسة فيما يتعلق بالمستوى التعليمي إذ تراوحت بين الأميين : 13,59 % والجامعيين 27,16 % والمستوى متوسط والثانوي 25,58 % لدى الذكور كما أن الاختلافات في النسب أيضا ملاحظة عند الإناث لذا فربما أثرت على العلاقة .

فحسب 1991 A Booth et Amato فالنساء والرجال مع دخل عالي وإتمام تعليم عالي لديهم قلق منخفض , كما وجد كل من (Edward1989 , Cohen , Moos 1995) أن المواجهة تتأثر بالوقت والمال والعمل وأحداث الحياة الايجابية وغياب بعض المواقف الحياتية الضاغطة (Shelley Taylor , 2003,p75)

ومن هنا يمكننا القول بان غياب العلاقة بين المواجهة والمستوى التعليمي تتوسطه العديد من العوامل المتداخلة السالفة الذكر وكون المرض غير قابل لعلاج نهائي اثر على النتيجة.

الاستنتاج العام :

هدفت الدراسة للبحث عن طبيعة العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى القصور الكلوي المزمن .

وبعد مناقشة وتحليل نتائج الفرضيات توصلنا إلى :

- وجود علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة إذ تحققت الفرضية جزئياً ، بين أبعاد مصدر الضبط الخارجي لذوى النفوذ والحظ واستراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية باعتبارها إستراتيجية فعالة ، في حين لم نجد العلاقة بين الضبط الداخلي واستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل كون المرضى المزمين لديهم ميل لعزو ما يحدث لهم للآخرين وان صحتهم مسألة قدر ومكتوب .

- كما توصلنا إلى عدم وجود علاقة ارتباطيه بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض ربما لكون المرض المزمن بعد مرور السنوات ونتيجة للنجاحات والإخفاقات في العلاج اثر على نظرة المريض لمرضه وفي اعتقاداته الصحية .

- وجود علاقة ارتباطيه بين أنواع استراتيجيات المواجهة ومدة المرض ، أين ثبتت العلاقة بين إستراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال والمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية ومدة المرض وذلك لمحاولة التخفيف من المعاناة المعاشة نتيجة ضغط المرض وللبحث عن الدعم الاجتماعي سواء من أفراد العائلة أو الأصدقاء أو حتى المساندة المعلوماتية فيما يتعلق بسير المرض وتطوره من قبل الأطباء - في حين لم نجد فروق ذات دلالة إحصائية حسب الجنس والمستوى التعليمي فيما يتعلق بأبعاد مصدر الضبط الصحي أو استراتيجيات المواجهة.

- بالرغم من النتائج التي توصلنا إليها في هذه الدراسة كونها جاءت متسقة مع بعض الدراسات ومتناقضة مع دراسات أخرى إلا أنها تفتح مجال مهم للبحث في المستقبل عن أهم العوامل التي تنمى الضبط الخارجي في بيئتنا .

الخاتمة

من خلال النتائج المتوصل إليها من الدراسة نلمس مدى أهمية المعتقدات الشخصية في الصحة و تأثيرها في كيفية تبني الفرد لاستراتيجيات مواجهة فعالة إما بالتركيز على الاستراتيجيات الفعالة من مواجهة مركزة على المشكل أو المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية أو مواجهة غير فعالة سلبية متركزة على الانفعال , ومدى تأثير هذه المتغيرات في المتابعة الطبية وتعديل السلوكيات الخطرة وأهميتها للاذعان الطبي الذي يتطلب من مرضى القصور الكلوي شروط معينة للعلاج.

وما تم استنتاجه من الدراسة وجود علاقة ارتباطية بين أبعاد مصدر الضبط الخارجي (نوى النفوذ , الحظ) وإستراتيجية المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية , في حين لم تثبت العلاقة بين أبعاد مصدر الضبط الصحي ومدة المرض كما لم تثبت وجود فروق في الجنس والمستوى التعليمي في أبعاد مصدر الضبط الصحي لكون العينة لم تكن متجانسة فيما يتعلق بالمستوى التعليمي بالإضافة لعامل الجنس فمجتمعنا المحلي في باتنة يغلب عليه التوجه نحو الضبط الخارجي وذلك ربما لاعتبارات عدة كون التنشئة تعتمد أسلوب الإخضاع والتقييد بمعايير معينة ولا تشجع الحرية الفردية , فالمرضى لديهم إيمان قوى بالضبط الخارجي للطاغم الطبي أو بعزو مرضهم لمعتقدات دينية في القدر وان ما أصابهم ابتلاء من الله فهم لا يتحكمون بما يحدث لهم , ثقافة المجتمع وتأثير التنشئة الاجتماعية في بيئتنا ربما ساهم في تبني مجتمعنا للضبط الخارجي , عكس المجتمعات الغربية التي سبقتنا البحث في هذا المجال والتي وجدت سيطرة الضبط الداخلي في بعض دراساتهم كون مجتمعهم مجتمع يؤمن بالحرية في التعبير والاستقلالية , أما ارتباط مصدر الضبط بالمواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية كونها تخفف العبء النفسي المفروض من شروط علاج صعب كون المرض المزمن لا علاج له فقد يعيش المريض سنوات عدة وهو يعاني من تبعات العلاج , فعلم النفس الصحة يفتح المجال لدراسة المفاهيم النفسية الاجتماعية للمرضى المزمنين , لفهم التداخل الكبير بين هذه المتغيرات وتطور المرض ودور السلوك في المرض أو الصحة .

التوصيات والاقتراحات

كما اشرنا في الخاتمة إن مرضى القصور الكلوي في باتنة لديهم ميل للضبط الخارجي , والاعتماد على استراتيجيات مواجهة مركزة على المساندة الاجتماعية أو مواجهة مركزة على الانفعال لتخفيف الضغط الناتج عن المرض , ورغم هذه النتائج إلا أن دراستنا لم تخلو من بعض النقائص فصعوبة إفهام المرضى الأميين بنود المقاييس ربما اثر على النتيجة . لكن نقترح الباحثة بعض التوصيات

1- إن دراستنا ركزت على مرضى التصفية الدموية ككل دون التفريق بين مسببات المرض, ومنه نقترح من الباحثين في هذا المجال والذين لديهم ميل لدراسة هذه الفئة من المجتمع أن يحددوا عينة الدراسة جيدا. وان تتجه البحوث نحو عينة أكبر ولتشمل مناطق مختلفة من الجزائر.

2- إنشاء مقياس لمصدر الضبط الصحي خاص بمرضى القصور الكلوي المزمن على غرار المقاييس الخاصة لمصدر الضبط .

3- لفت انتباه الأطباء والأخصائيين النفسيين إلى ضرورة تدريب المرضى على تغيير معتقداتهم في الضبط الخارجي بالتركيز على تعزيز الضبط الداخلي لما له من إيجابيات في الجانب الصحي ومحاولة إعداد برامج لتدريب هذه الفئة من المجتمع لتغيير معتقداتها لما لمصدر الضبط الداخلي من أهمية في السلوكات الصحية.

4- الاهتمام نحو ضرورة إجراء مزيد من البحوث حول استراتيجيات المواجهة الخاصة بالمرضى القصور الكلوي , كون دراستنا تناولت المواجهة بصفة عامة في أبعادها الثلاث حسب مقياس Cousson.

5- دراسة هذه المتغيرات بربطها بمتغيرات أخرى كالحالة الاجتماعية, أو السن والمستوى الاقتصادي, لما لهذه المتغيرات من دور في التأثير على أبعاد مصدر الضبط

الصحي.

6 - دراسة عوامل الخطر أو السلوكات الصحية لدى عينة الدراسة (مرضى القصور الكلوي أين وجدنا في الدراسة الميدانية بعض المرضى الراضين التقيد بمعلومات الأطباء من حمية غذائيةالخ

المراجع

المراجع العربية

- 1- أمل الأحمد (2001) : بحوث ودراسات في علم النفس , ط1 , الرسالة للطباعة والنشر , بيروت.
- 2- الجوهرة عبد الله الزواد (2002) : دراسات عربية في علم النفس , العدد 3, دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع .
- 3- بشرى إسماعيل (2004) : ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية , ب ط , المكتبة الانجلو المصرية , القاهرة.
- 4- جبالي نور الدين(2008/2007) : علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي , أطروحة لنيل شهادة دكتوراه الدولة في علم النفس العيادي .
- 5- رشاد عبد العزيز موسى (1988) : سيكولوجية الفروق بين الجنسين , ب ط , مؤسسة المختار للنشر والتوزيع , القاهرة.
- 6- سامر جميل رضوان(2002) : الصحة النفسية , الطبعة الاولى , دار المسيرة للنشر والتوزيع , الأردن.
- 7- شيلي تايلور(2008) : ترجمة وسام درويش بريك وآخر , علم النفس الصحي , الطبعة الاولى , دار حامد للنشر والتوزيع , الأردن .
- 8- صلاح الدين ابوناهاية(1987) : الفروق في الضبط الداخلي –الخارجي لدى الأطفال والمراهقين والشباب والمسنين من الجنسين بقطاع غزة , مجلة دراسات تربوية , المجلد الثامن , الجزء التاسع , رابطة التربية الحديثة , القاهرة .
- 9- صلاح الدين ابوناهاية (1989) : العلاقة بين الضبط الداخلي الخارجي وبعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة , مجلة علم النفس , العدد العاشر , الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- 10- صلاح الدين ابوناهاية (1989) : تقنين مقياس الضبط الداخلي الخارجي للأطفال والمراهقين في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة , مجلة علم النفس , العدد التاسع , الهيئة المصرية العامة للكتاب .

- 11- عثمان يخلف (2001) : علم نفس الصحة, الطبعة الأولى, دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع, قطر.
- 10- فؤادة محمد على هدية (1994) : دراسة مصدر الضبط الداخلي الخارجي لدى المراهقين من الجنسين, مجلة علم النفس, العدد 32, الهيئة المصرية العامة للكتاب .
- 11- فاروق عبد الفتاح موسى (1988) : علاقة مستويات الذكاء بالتحكم الداخلي لدى المراهقين من الجنسين بالمملكة العربية السعودية, مجلة جامعة الملك فهد للعلوم التربوية, المجلد الأول, مركز النشر العلمي جامعة الملك فهد بن عبد العزيز.
- 12- محمد عبد الرؤوف السماك وآخرون (1994) : الموسوعة الطبية, المجلد 6, الشركة الشرقية للمطبوعات ,بيروت.
- 13- نسيمه مزاور (2006) : إستراتيجية المقاومة ومرض السرطان , دراسة مقارنة بين المصابين وغير المصابين , مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي المراجع باللغة الأجنبية
- 14- Andrew Baum and al (1997) : Cambridge handbook of psychology, health and medecine , cambridge university press
- 15- André Grimaldi et Julie Cosserat (2004) : la Relation medecin – malade , 4ième édition ,Elsevier SAS,paris
- 16- David S Cochman (1997) : Handbook of health Behavior research , provider determinants ,springer , New York
- 17- Didier Truchot (2004) : Epuisement professionnel et burnout concepts, modèles, interventions, Dunod, Paris
- 18- George Campbell (1984) : Heath education and youth ,first published, the falmer press , ,London
- 19- Glenn Sanders , Jevery Suls (1989) : Social psychology of health and illness , Lawrence erlbaum associates , New York

- 20- Gilles Bouvenot B , Devulder l et al (1994) : Pathologies médicale , masson , paris
- 21- Gustave Nicolas Fisher (2002) : Traité de psychologie de la santé , Dunod,Paris
- 22- Gustave Nicolas Fisher et Cyril Tarquinio (2006) : Les concepts fondamentaux de la psychologie de la santé ,Dunod ,Paris
- 23- Henri Chabrol, Stacey Callahan (2004) : Mécanismes de défense et coping , Dunod , Paris
- 24- John Binfeld (1988) : L'univers medico – chirurgical , première édition , GEP , Italie
- 25- Jaques Cinqualbre (2004) : Grefe d'organes , Masson , Paris
- 26- Jane Ogden, adaptation Française Olivier Des Richard (2008) : psychologie de la santé, première édition, Boeck université, Belgique
- 27- Lilian Sholtis Brunner et al (2002) : soin infirmiers – médecin et chirurgie, traduit par Marie Claude désorcy , Boeck Université , Belgique
- 28- Michelle Dumont, Bernard Plancherel (2001) : Stress et adaptation chez l'enfant, press de l'université du Québec
- 29- Martine Bouvard (2002) : Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité ,2 ième édition , masson , Paris
- 30- Mauris Port (1988) : Psychologie des maladies, Masson, Paris
- 31- Malcolm Mac Lachlan , Pamela Gallagher (2003) : Enabling technologies body- image and body function , Elsevier health science
- 32- Norman B Anderson (2004) : Encyclopedia of health & Behavior , SAG , United State , volume1

- 33-Nicolas Costrini , William M Thomson (1991) : Manuel de thérapeutique médicale , 22ieme édition , Office des Publication universitaire , Alger ,
- 34-Norbert Sillamy (1999) : Dictionnaire de psychologie, Larousse,Paris
- 35- Peter Tâte (2005) , traduit par Françoise Anthourad Trémolière , Soigner aussi sa communication , Boeck université , Belgique
- 36- Schweitzer Marilou Bruchon et Robert Dantzer (1994) : Introduction a la psychologie de la santé , Première édition ,press universitaire de France
- 37- Schweitzer Marilou B (2002) : psychologie de la santé (modèles , concepts et méthodes , Dunod , Paris
- 38- Schweitzer Marilou B et Bruno Quintard (2001) : Personnalité et Maladies, stress, coping et ajustement, Dunod, Paris
- 39- Shelley Taylor (2003) : Heath psychology, fifth edition, Mac – Graw Hill, New York
- 40- Thomas G Plante and Allen C Sherman (2001) : Faith hand Heath , Guildford press – New York
- 41- William Berrebie (2003) : Néphrologie, 4ième edition, Estem Paris

المواقع الالكترونية :

- 42-<http://www.seha.com/diseases/ut/crf1.htm> 2008/10/08
- 43-<http://de.geocities.com/psychoarabe/> 044 2008/11/12
- 44-<http://medical.sitamol.net/news/536.html> 2008/11/12

الملاحق

استبيان لقياس مصدر الضبط الصحي (الملحق الأول)

Health Locus of Control Questionnaire

إعداد جبالى نور الدين

الاسم (اختياري):

السن:

الجنس:

المستوى التعليمي : (أمي) (ابتدائي) (متوسط) (ثانوي) (جامعي)

مدة المرض:

التعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات نتحدث عن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض .
اقرأ كل عبارة على حدة جيدا , والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة (X) داخل الخانة التي تناسب سلوكك .
أرجو أن تجيب على كل العبارات ولا تترك عبارة بدون إجابة, اجب عن كل عبارة بمفردها بغض النظر عن إجابتك عن العبارة السابقة. اجب بصراحة وصدق لان هذا يخدم البحث العلمي, تأكد من أن إجابتك تبقى موضع سرية.

	العبارات	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
1	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض					
2	إذا قدر لي أن امرض فأننى لا استطيع فعل شيء لتفادى المرض					
3	المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادى المرض					
4	أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة					
5	عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا					
6	اعتقد أنني متحكم في صحتي					
7	لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقائي سليما					
8	لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض					
9	يلعب الحظ دور كبيرا في سرعة شفائي من المرض					
10	يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي					
11	حظي السعيد هو الذي جعلني أتمتع بصحة جيدة					
12	تصرفاتي الشخصية هي المسؤولة عن صحتي					
13	إذا اعتنيت بصحتي جيدا يمكنني تجنب المرض					
14	يرجع شفائي من المرض إلى العناية التي ألقاها من (الأطباء , الأقارب , الأصدقاء.....)					
15	اعتقد أنني معرض للإصابة بالمرض مهما بذلت لتفاديه					
16	القدر والمكتوب هما سبب تمتعي بصحة جيدة					
17	يمكنني المحافظة على صحتي إذا اعتنيت بنفسي					
18	إتباع إرشادات الطبيب حرفيا هي أفضل وسيلة للحفاظ على صحتي					

IHLC	PHLC	CHLC

استبيان استراتيجيات المواجهة (الملحق الثاني)
Ways Coping Check list (Cousson et al1996)

الاسم(اختياري): السن.....

الجنس : ذكر () , أنثى ()

المستوى التعليمي : أمي () ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()

مدة المرض :

التعليمة :

من فضلك صف لنا وضعية ضاغطة عايشتها خلال الأشهر الأخيرة

.....

.....

- حدد شدة التوتر التي سببتها الوضعية : منخفض () متوسط () مرتفع ()

- من بين هذه الاستراتيجيات بين أي إستراتيجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة المشكلة , ضع علامة

(x) في المكان المختار .

	الاستراتيجيات المستعملة	إطلاقا	إلى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				
2	تمنيت لو إن الوضعية اختفت أو انتهت				
3	حدثت شخصا عما أحسست به				
4	كافحت للحصول على ما أريد				
5	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
6	التمست مساعدة اختصاصي وقمت بما نصحني به				
7	تغيرت بشكل ايجابي (إلى الأحسن)				
8	تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة				
9	طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعها				
10	عالجت الأمور واحدة واحدة				
11	تمنيت لو أن معجزة تحدث				
12	تكلمت مع شخص لاستعلم أكثر عن الموضوع				
13	ركزت على جانب ايجابي قد يظهر فيما بعد				
14	شعرت بالذنب				
15	احتفظت بمشاعري لنفسي				
16	خرجت أقوى من هذه الوضعية				
17	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى اشعر بتحسن				
18	تكلمت مع احد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة				

				غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة	19
				حاولت نسيان كل شيء	20
				حاولت أن لا انعزل	21
				حاولت عدم التصرف بطريقة متسرعة أو أن اتبع الفكرة الاولى	22
				تمنيت لو استطيع تغيير موقفي	23
				لقد تقبلت تعاطف احدهم وتفهمه	24
				ووجدت حلا أو اثنين للمشكلة	25
				وبخت وانتقدت نفسي	26
				عرفت ما ينبغي القيام به لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك	27

جزء خاص بالمختص

مواجهة مركزة على المشكل	مواجهة مركزة على الانفعال	البحث عن المساندة الاجتماعية