



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس و الأرتفونيا

أطروحة

للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم

في علم النفس

طبيعة لزمة الضغط الصدمي

في ضوء نمط الشخصية، مركز الضبط و الدعم الاجتماعي.

- دراسة مقارنة بدلالة أنواع الحوادث الصدمية -

تحت إشراف الأستاذ:

بن طاهر بشير

من إعداد الطالبة:

زريوح أسيا زينب

لجنة المناقشة

الاسم و اللقب	الرتبة	المؤسسة الأصلية	الصفة
ابراهيم ماحي	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران	رئيسا
بن طاهر بشير	أستاذ محاضر - أ -	جامعة وهران	مشرفا و مقرا
هامل منصور	أستاذ التعليم العالي	جامعة وهران	مناقشا
قيدوم احمد	أستاذ محاضر أ	جامعة مستغانم	مناقشا
عبد الفتاح ابي ميلود	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مناقشا
سيكوك قويدر	أستاذ	جامعة مستغانم	مناقشا

السنة الجامعية: 2015 - 2016

# المأثورات

«كل إناء يضيق بما جعل فيه إلا وعاء العلم فإنه يتسع»

علي بن أبي طالب كرم الله وجهه

# الزهراء

أهدي هذه الرسالة إلى كل من كان ينتظر إنجازها

إلى الوالدين الكريمين أملا حياتي لأمي وأبي

إلى بنيتي الغالية على حياتي الزهراء شهرآية

إلى كل أفراد عائلتي سنري في حياتي كبيرا وصغيرا من عائلة زريوح

إلى كل من يسعى إلى خير هذه الأمة وصلاتها حتى البراعم مشعل الأمة

ناوية، وهيبة، فاتن، فاطمة، وابتسام، كريم، نجيم، وليد، يونس، زهور، سهام،

وائل، نائل، شرار، فرح، ليان، ميار، نضال، شير، لارا

عائلة زريوح

# كلمات شكر و تقرير

الحمد لله وحده ، و الصلاة و السلام على أفضل خلقه سيدنا ونبينا محمد صلى  
الله عليه و على آله و سلم و بعد :

يطيب لي أن أشكر كل من شارك في إنجاز هذا العمل . و أخص بالذكر :  
الأستاذ بن طاهر بشير الذي لم يبخل علي إطلاقا بتوجيهاته في إنجاز هذه الرسالة ،  
حيث كنت أتحرك من خلاله في إنجاز هذا العمل ، فجزاه الله عني كل الخير .  
كما لا يفوتني أن أشكر السادة و السيدات المرضى الذين شملتهم الدراسة  
بالمستشفى الجامعي بوهران و تلمسان .

كما أتوجه بالشكر الجزيل للسادة أعضاء لجنة المناقشة الذين قبلوا بمناقشة هذه  
الرسالة .

أسيه زينب زريوع

## قائمة المحتويات

محتويات البحث	الصفحة
المأثورات.....	أ.....
الإهداء.....	ب.....
كلمات شكر و تقدير.....	ج.....
قائمة المحتويات.....	د.....
قائمة الجداول.....	ح.....
مقدمة البحث:.....	1.....

### الفصل الأول

#### تقديم البحث

1. إشكالية البحث:..... 8
2. فرضيات البحث:..... 10
3. أهداف البحث:..... 11
4. أهمية البحث:..... 11
5. التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث الأساسية:..... 11

### الفصل الثاني

#### تحليل البنية المفاهيمية لمنغبرات البحث

- أ- ماهية الإضطرابات التالية للضغط الصدمي TSPT:..... 18
- ماهية الضغط : Stress..... 19
- تأثير العوامل الفردية على صيرورة التفاعل:..... 21
- تأثير عوامل الموقف على صيرورة التقييم:..... 22
- دور الأحداث خارج الإطار « Off time »:..... 23

23	ماهية الضغط الصدمي SPT:
25	النماذج التفسيرية للاضطرابات التالية للضغط الصدمي:
32	ب- نمط الشخصية (الطراز أ- ب لنمط السلوك):
32	المقصود بالنمط والسمة:
35	ماهية الطراز (أ-ب) لنمط السلوك:
38	عوامل القصور في تشخيص سلوك النمط أ في علاقته بالصحة
40	ج- لدعم الاجتماعي Social support :
40	تعريف الدعم الاجتماعي:
41	أنواع الدعم الاجتماعي:
42	وظائف الدعم الاجتماعي:
42	- مصادر الدعم الاجتماعي :
43	د- مركز الضبط Locus of Control
44	تأثير المعاملة الوالدية على مركز الضبط:
46	مركز الضبط و بعض مقومات الشخصية:

## الفصل الثالث

### العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة

48	و المتغيرات الشخصية و الوراثية.
49	1. عوامل الضغوط التالية للصدمة بشكل عام:
57	2. المتغيرات الفردية و اضطرابات الضغط التالي للصدمة:
59	3. العوامل الشخصية و اضطرابات الضغط التالي للصدمة:
59	1.3 علاقة الدعم الاجتماعي باضطرابات الضغط التالية للصدمة:
65	2.3 علاقة مركز الضبط باضطرابات الضغط التالية للصدمة:
66	3.3 علاقة نمط الشخصية باضطرابات الضغط التالية للصدمة:

## الفصل الرابع

### الطريقة و الإجراءات المنهجية

1. الدراسة الاستطلاعية: ..... 74
- 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية: ..... 74
- 2- مكان وزمان إجراء الدراسة الإستطلاعية: ..... 74
- 3- منهج و ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية: ..... 75
- 4- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية: ..... 77
- 5- وصف وسائل القياس: ..... 78
- أ- مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة: ..... 78
- خطوات بناء مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة: ..... 79
- الخصائص السيكومترية للمقياس: ..... 81
- ب- مقياس نمط الشخصية: ..... 87
- وصف المقياس: ..... 87
- الخصائص السيكومترية لمقياس نمط الشخصية: ..... 88
- ج- مقياس الدعم الاجتماعي: ..... 90
- الخصائص السيكومترية لمقياس الدعم الاجتماعي: ..... 91
- د- مقياس مركز الضبط: ..... 91
- الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط: ..... 92
- ثبات و وسائل القياس: ..... 93
- 2-2- طريقة إعطاء الأوزان في مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة: ..... 94
2. الدراسة الأساسية: ..... 95
- زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية: ..... 95
- ظروف إجراء الدراسة الأساسية: ..... 96
- خصائص عينة الدراسة الأساسية: ..... 96
- الأساليب الاحصائية المعتمدة في البحث: ..... 98

## الفصل الخامس

### عرض و نأبل و مناقشة نتائج البحث

102	التحليل الاحصائي لنتائج البحث:
103	مستويات متغيرات الدراسة بشكل عام و مستويات أبعادها:
113	تفسير و مناقشة نتائج البحث:
127	الخلاصة و استنتاجات
129	أقترحات و توصيات
131	المراجع
132	المراجع باللغة العربية:
134	المراجع باللغة الأجنبية:
141	الملاحق
148	النتائج الاحصائية الملحقة

## قائمة الجداول

رقم الجدول	أ. عناوين جداول الدراسة الاستطلاعية	الصفحة
01	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة أنواع الأحداث الصادمة و المستشفى	77
02	توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بالنسبة لعاملي الجنس والحالة المدنية	78
03	قائمة بفقرات مقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة في صورته الأولية	80
04	معاملات الارتباط بين فقرات المقياس و الدرجة الكلية للمقياس	82
05	مصفوفة تشبعات فقرات مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي عن طريق المحاور الأساسية قبل وبعد التدوير المتعامد بطريقة فريماكس	84
06	العوامل المستخلصة من التحليل العاملي بعد التدوير المتعامد ومضمونها وتشبعاتها مرتبة تنازليا	85
07	مصفوفة الارتباطات بين فقرات مقياس نمط الشخصية و بعديه	89
08	قيم ثبات وسائل القياس	93
09	توزيع العينة بدلالة الجنس و السن.	97
10	توزيع العينة بدلالة السن و نوع الحادث الصادم	97
11	المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمتغيرات الدراسة	103
12	( دلالة الفروق بين الذكور و الاناث في مستويات نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة.	104
13	قيم معاملات الارتباط بين السن و نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعادها الأربعة على التوالي	105
14	دلالة الفروق بين فئات الحوادث الصدمية في مستويات نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة.	107

108	ترتيب الفئات الثلاثة على حسب مستويات الميل لنمط الشخصية أ أو ب، الدعم الاجتماعي، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة (الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة و القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم).	15
111	دلالة الفروق بين فئتي الاضطرابات الحادة و المزمنة في مستويات الطراز السلوكي ، الدعم الاجتماعي و مركز الضبط	16

## مقدمة البحث:

إن المشاكل النفسية و الضغوط الحياتية المختلفة أصبحت تشكل جزءا هام من الحياة اليومية للمواطن، وأصبح يترتب عنها اضطرابات صحية خطيرة مهددة للحياة الفردية وللإقتصاد الوطني بفعل ما ينجر عن ذلك من تراجع لفعالية الفرد في مستويات المشاركة في ادارة الحياة الاقتصادية والاجتماعية و التربوية للمجتمع . فالإصابة بأمراض الضغط الشرياني هي في تزايد مستمر و بشكل ملفت للانتباه كما هو الحال بالنسبة للإصابة بأمراض السرطان بأنواعها ، والأمر سيان بالنسبة لظاهرة حوادث الطرق بالنسبة للذكور والانات على حد سواء، فظاهرة حوادث المرور أضحت تحصد من الأرواح في نفس مستويات ما تحصد الحروب و النزاعات أو أكثر ( جندر و هلت. Gender & Health, 2002 ). فحسب التقرير السنوي للمركز الوطني للإحصاء ، فقد سجل سنة 2009 عن ما يربو عن 18351 حادث مرور بالمناطق الحضرية و المناطق الريفية ، حادث مرور فيه حوالي 21197 و موت 778 فرد ، ناهيك عن الكلفة النفسية و المادية التي تترتب عن تلك الحوادث. فالإصابات الخطيرة الناتجة عن هذه الظاهرة من تشوهات و اعاقات جسدية أو حسية حركية و التي قد تتطور إلى مستوى أعراض الضغط التالي للصدمة بشكليه الحاد والمزمن.

إن دراسة موضوع اضطرابات الضغط التالي للصدمة على فئات مرضى السرطان مرضى الضغط الشرياني و ضحايا حوادث الطرق ، أصبحت تفرض نفسها وبالإحاح، حيث أصبحت محور أحاديث العامة و الخاصة و تشكل أهم العناوين للجرائد اليومية. كما يمكن الإشارة لملاحظة استخلصتها الطالبة الباحثة من خلال الدراسة الاستطلاعية ، مفادها أنه حتى بالنسبة للأفراد الذين تعرضوا لحوادث مرور و لم يصابوا بأي أذى جسدي ، كانت لديهم أعراض اضطرابات الضغط التالي للصدمة كقرار عدم السياقة بالنسبة للسائقين ورهاب السفر في سيارات الأجرة و الحافلات بالنسبة لغير السائقين و هم في ذلك عادة ما يفضلون السفر في القطار متى كان لهم خيار في ذلك. فالتعرض لحادث مروري يمكن أن يولد لدى الحالة اضطراب متعدد كالخوف العميق والشعور بالعجز و التهديد الحقيقي للحياة

و التي يمكن أن تتطور الى اضطرابات الضغط التالي للصدمة. غير أن هناك ملاحظة لا بد من الإشارة إليها ، و هو أن الكثير من الناس تستثيرهم الخسائر المادية و متطلبات الاستشفاء على مستوى المؤسسات الرسمية و على مستوى العائلة و من طرف الآخرين الذين يدخلون في دائرة علاقات الفرد اليومية . غير أنه و بحكم تجربة الطالبة الباحثة المتواضعة في التعامل مع الحالات بفئاتها الثلاثة ، هو أن الشغل الشاغل للحالات هو التجربة الصدمية في حد ذاتها، و و كأنها في مواجهة يومية مع الموت.

وبما أن الأحداث الصدمية لم تعد من الأمور النادرة الحدوث في الحياة اليومية سواء كانت طبيعية أو كانت للإنسان يد فيها، فإنه من المعروف علميا أن الضغط الصدمي أو تطور الضغط المرتبط بحادث مرضي قد تكون لهما نفس ميكانيزمات تشكل و تطور الاضطرابات الخاصة بلزمة الضغط الصدمي، اين يتشكل لدى المصاب نوع من الانقطاع عن الوسط المادي و الاجتماعي و خاصة عن الصورة المطمئنة التي كان يكونها عن علاقته بالعالم الخارجي و يعود ذلك لحالة القلق و الاختلال في تنظيمه النفسي (شمببوب وآخرون ( Chemtob et al (1988)، كما يعود إلى غياب الدعم النفسي القوي ، حيث يغدو الفرد مواجهها لواقع الموت المفاجئ أو المحتوم .

تحاول الطالبة الباحثة من خلال هذا الطرح أن تنقل تجربتها المتواضعة من خلال عملها كإخصائية نفسانية بالمستشفى الجامعي بوهرا، و التي مفادها أن هذه الفئات الثلاث من الحالات المقصودة من الدراسة ، لاحظت أنها تفتقد معنى أو دلالة الحدث الصادم تعلق الأمر بمرضى السرطان و الضغط الشرياني أو بضحايا حوادث الطرق، بالشكل و المستوى الذي يجردهم من امكانية توظيف النظام الدلالي في حماية الذات من الصدمة. فعدم توقع المرض أو الحصول على خبر المرض بدون سابق انذار و بدون مقدمات ، أو التعرض لأزمة قلبية ينقل صاحبها مباشرة إلى المستشفى لتلقي الاسعافات الأولية والعلاج أو التعرض لحادث مرور كلها تشترك في خاصية واحدة و هي أنها تمثل تهديدا لوحدة الفرد النفسية و الجسدية بشكل غير منتظر و لا متوقع، الشيء الذي يعمل على تثبيت و استقرار عامل الرعب . فشدة الحدث تعطل ما يسمى بقلق الاستثارة الذي يندر أنا الفرد بغرض

التعامل معه، غير أن وقع الصدمة يكون أسرع من فعل تحريك الآليات الدفاعية السوية والمعهودة لدى الفرد، و بذلك يعجز الفرد عن تصنيفها الأمر الذي يؤدي إلى ظهور مظاهر اضطرابات الضغط التالي للصدمة.( اليان . Eliane 2005 ، ماربلي جاك . 2008 .(Marblé . Jacques,

كما لاحظت الطالبة من خلال اطلاعها على جملة من الدراسات و كما هو مبين في الاطار النظري للدراسة ، أن دراسة اضطرابات الضغط التالي للصدمة و بالرغم كثرة وتعدد التصورات النظرية و التعاملات الاجرائية إلا أنه لا زال يخيم على الكثير من نتائجها بعض الغموض و القصور في فهم الظاهرة وبالتالي كيفية التعامل معها ، فهناك التناول السلوكي المعرفي و التناول التحليلي و التناول التكاملي و التناول الفزيوبيولوجي ، تم من خلال الدراسات الوصفية الاحصائية أو من خلال دراسة الحالات و هي دراسات لا تختلف في مشاكلها المنهجية والمعرفية عن دراسة ظاهرة الضغط و التي أسيل فيها حبر كثير- وفي ذلك يشير ( بن طاهر بشير 2005) وجود قصور في التوجه التقليدي القائم على العلاقات الخطية الجامدة، والتصور السلبي لمفهوم الضغط في علاقته بالصحة ، كون تلك الدراسات لم تقوى على فهم موقع العوامل الفردية والدعم الاجتماعي من تلك العلاقة، على اعتبار أنه يوجد أفراد يتعرضون لضغوط مرتفعة ومع ذلك يحافظون على سلامة صحتهم النفسية والسيكوسوماتية والسلوكية . و قد ذكرت الطالبة الباحثة هذا الاشكال المفاهيمي والمنهجي في عنصر اشكالية البحث لهذه الدراسة، عن كيفية ادارة البحث المتعلق بهذه الظاهرة. من جملة الملاحظات التي وقفت عليها الطالبة و جعلت فكرة دراسة الضغط التالي للصدمة تختمر لديها باستمرار في اطار معادلة العلاقات المتبادلة بين نمط الشخصية ومركز الضبط و الدعم الاجتماعي و في ضوء متغيرات فردية بدلالة الجنس و السن و نوع الحدث الصادم و شدته مايلي:

1. هناك الكثير من الدراسات التي سعت لحصر العوامل المنبئة لاضطرابات الضغط التالي للصدمة، و ذلك بغرض فهم الكيفية التي يتشكل و يتطور بها هذا الاضطراب بما يسمح باعداد استراتيجيات صحيحة للتكفل و العلاج ، غير أن هناك الكثير من الدراسات

استخدمت وسائل قياس مختلفة و ببنيات متباينة تفتقد في أغلبها للخصائص السيكمترية التي تسمح لها بجمع المعلومات الموضوعية عن الظاهرة وعن ميكانيزمات تطورها. (طلينات فوا. 2006 Tolinet Foa).

2. هناك دراسات لها طابع تاريخي ، حيث أنها تختبر الاضطراب بعد عدة سنوات من التعرض للحدث الصادم، و هناك من تختبره مباشرة بعد الاصابة و لا ترقى إلى مستوى الكشف عن الاضطراب المزمن أو الحاد في بعض الحالات ، و هناك من تتضمن عينات غير ممثلة للمجتمع الأصلي بالنظر إلى التباين في فئاتها في الوقت الذي لا يأخذ فيه بعين الاعتبار الخصائص الفردية أو ما يسمى بالمستوى التصنيفي في القياس و التقويم.

3. هناك من الدراسات التي لم تتمكن من الفصل في قضية أن الهدف من دراستها هو الاضطراب التالي للضغط الصدمي في ارتباطه بالصدمة المقصودة في البحث الجاري ام بصدمات تعرض لها الفرد في مراحل سابقة من حياته ، و بالتالي هذا النوع من الدراسات تجد صعوبة في الكشف عن الأسباب الحقيقية التي تعود من وراء تشكل و تطور اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

4. هناك الكثير من الدراسات التي تمحور موضوع بحثها على عينات أكثر من غيرها كالجنود و ضحايا حوادث الطرق وعلى ممن تعرضوا للكوارث الطبيعية أو الاعتداء الجنسي و الجسدي ، في مقابل النزر القليل من الدراسات التي اهتمت بدراسة الظاهرة على مرضى السرطان و مرضى الضغط الشرياني - في حدود علم الطالبة الباحثة - .

5. كما انه لا توجد في حدود علم الطالبة الباحثة دراسة سابقة درست نفس الموضوع في اطار التصور النظري المتضمن لعوامل شخصية و فردية كنمط الشخصية ، الدعم الاجتماعي و مركز الضبط ، السن و الجنس و شدة الاضطراب و نوع الحدث الصادم مجتمعة، بالرغم من وجود نتائج هزيلة تشير إلى اهمية كل عامل على حدة في حصول و تطور اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

في ظل هذه الملاحظات و التحليل النقدي للدراسات السابقة تم اعداد هذه الدراسة المتواضعة و التي اعدت و بنيت في خمسة فصول هي كالتالي:

الفصل الأول : و عنون ب: تقديم البحث ، وفيه تم عرض لإشكالية البحث المتمحورة حول ماهية العلاقات المتبادلة بين المتغيرات الأساسية للبحث ، و تم في ضوئها و استنادا على الخلاصة المستوحاة من الدراسات السابقة بناء مجموعة من الفرضيات الارتباطية والفرقية كإجابات مؤقتة عن تساؤلات الدراسة ، كما تم تبيان أهمية البحث العلمية و العملية والأهداف المقصودة من وراء انجازه، و ختم الفصل بتقديم التعاريف الاجرائية لمفاهيم البحث الأساسية ومتغيراته الفردية التصنيفية و الخاصة بالعينة.

الفصل الثاني : و عنون ب: تحليل المفاهيم ، و فيه قامت الطالبة الباحثة برصد جملة الدراسات السابقة التي سمحت بالقيام تحليل نقدي لماهية اضطرابات الضغط التالي للصدمة من خلال تعاريفه و تناولاته التنظيرية و الاجرائية وفق رؤى نمذجية منظرية . كما قامت بنفس الشيء في ما يخص بمفاهيم الطراز السلوكي لنمط الشخصية و الدعم الاجتماعي ومركز الضبط ، و التي سمحت بتكوين خلفية نظرية عن وسائل القياس و اجراءات تطبيقها في الميدان، و تفسير النتائج بعد اجراء القياس.

الفصل الثالث: و عنوانه: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة ومتغيرات العوامل الشخصية والفردية. و تضمن هذا الفصل اجابات عن العلاقات المفترضة بين كل من الجنس والسن و نمط الشخصية ، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، نوع الحدث الصادم و شدة الاضطراب و اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

الفصل الرابع: و عنوانه: الطريقة و الاجراءات المنهجية. و تضمن هذا الفصل دراسة استطلاعية تم فيها الكشف عن أهمية الدراسة الاستطلاعية و ظروف و مكان و زمان اجراءاتها و عن خصائص عينتها و خطوات الكشف عن الخصائص السيكومترية لوسائل القياس من صدق و ثبات و عن الأساليب الحصائية المعتمدة في اختبار الفرضيات ، والفصل في عمومه يعبر عن المنهجية المعتمدة و كيف تم تبنيها وفق مجموعة من الخطوات كما هي

مبينة في هذا الفصل.

الفصل الخامس: و عنون ب: عرض التحليل الاحصائي و تفسير ومناقشة النتائج . وفيه تم عرض لنتائج البحث وفق اجرائين أحدهما وصفي يبرز مستويات متغيرات البحث والثاني استدلالي تم من خلاله اختبار فرضيات أبحاث أما الجزء الثاني من الفصل فقد تم فيه تفسير و مناقشة النتائج المحصل عليها في ضوء الدراسات السابقة.

و قد ختم البحث بخلاصة و استنتاجات و بجملة من الاقتراحات والتوصيات في ضوء النتائج المحصل عليها.

الفصل الأول

نقد اسم البحث

## 1. إشكالية البحث:

إن التعرض للأحداث الصادمة لم يعد من الظواهر النادرة في أيامنا هذه. و بالرغم من تزايد مسببات الضغوط التالية للصدمة إلا أنه و في حدود علم الطالبة لا توجد معطيات تتعلق بحجم انتشار الإصابة بالاضطرابات التالية للصدمة، بالرغم من تعرض المجتمع الجزائري في السنوات الأخيرة لعدة هزات و أحداث صدمية طبيعية كالزلازل و الفيضانات و أخرى غير طبيعية كحالات سرقة الأطفال، حالات الاغتصاب و التعدي الجنسي الأمراض القاتلة كتزايد الأمراض السرطانية و الأمراض المزمنة و خاصة بعد العشرية السوداء و ما إلى ذلك من الأحداث المؤلمة و التي لا زالت تتغذى بفعل الجو الجيوسياسي والأمني المضطرب بعد ظهور ما يعرف بالربيع العربي و التي قد تعمل على استمرار وتطور الاضطرابات التالية للصدمة باختلاف أنواعها.

إن أهم ما يمكن أن توصف به الضغوط التالية للصدمة، أنها تخرج عن إطار الخبرة الإنسانية العادية مقارنة بما يمكن أن يواجهه الفرد عبر مختلف محطاته النمائية، لما لها من آثار مباشرة و غير مباشرة على اختلال نظامه التكيفي. فالأحداث الصادمة تنتج عن تهديد حقيقي أو مدرك لحياة الشخص أو الآخرين كما تنتج عن إصابته هو أو غيره. والاستجابة النموذجية لمثل هذه المشاعر والمدركات هي الخوف العميق والشعور بالعجز إزاء تلك الأحداث وربما ظهور استجابات رعب حقيقي. و بالرغم من وجود اتفاق شبه تام في تحديد مظاهر اضطرابات الضغط التالي للصدمة، إلا أن الإشكال الذي رافق الدراسات والبحوث التي اهتمت بكشف طبيعة الضغط لم يسلم منها هذا المفهوم، حيث يوجد اتفاق بين الباحثين أقرته الجمعية الأمريكية للطب العقلي ( 1994 ) و المنظمة العالمية للصحة (1994) مفاده أن الخبرة الصدمية هي تجربة فردية أكثر منها موقفية و بالتالي لا توجد سببية مطلقة تفسر العلاقة بين الحدث و الاضطراب. و هذا اشكال يعيدنا إلى الطرح السطاتيكي الذي عانى منه التناول الاجرائي للضغط في بداياته؟ كما أكد (فوا و آخرون . Foa et al,1989 ) صعوبة تفسير تطور الاضطراب التالي للصدمة من منظور فارقي بسبب عدم تضمن الدراسات لدور الوسائط الفردية و الشخصية بين الحدث الصادم والأعراض المرضية . ومن جملة

العوامل التي هي محل اهتمام الباحثين فيما يتعلق بالدور الذي تلعبه في فهم استمرارية وتطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمة نجد عامل مركز الضبط ، عامل نمط الشخصية و عامل الدعم الاجتماعي.

وهو ما يتفق إلى حد كبير مع الطرح المعرفي السلوكي ، فبالرغم من أن الإقتران بين المثير و الانفعالات المشعور بها بعد التجربة الصدمية هي بمثابة العامل الأساسي من وراء اضطراب الضغط التالي للصدمة. ( ماورر، (1960)، فوا و آخرون (1989) شامبوتوب و آخرون (1988)، جونس و آخرون (1990)). إلا أن اثر الصدمة على التصورات والقيم الذاتية للفرد هو العامل المتسبب في الأعراض التالية للضغط الصدمي (جانوف و بولمان . (1985). هذه الرؤية تتضمن عامل أساسي يتمثل في الترجمة التي تتوسط المثير و الاستجابة والتي تعطي معنى للخطر و تكون بمثابة المكون الأساسي لتطور اضطرابات الضغط الصدمي. كما أن تطور الاضطراب يتم وفق التصور القاضي بأهمية التجربة الشخصية ازاء الحدث الصادم و التي اتسمت بالصعوبة أو أنها كانت غير متوقعة ، خصائص الحدث الصادم ، الخصائص الفردية و مستوى القابلية للإصابة، مستوى التقيد بالمعتقدات الشخصية خصائص بنية الخوف و مدى ايجابية ردود الفعل.

و بالنظر لهذا التصور القاضي باختبار الدور الذي يمكن أن تمارسه العوامل الثلاثة منفردة و مجتمعة في تحديد الطبيعة التي تتشكل وفقها اضطرابات الضغوط التالية للصدمة فإن هذا البحث نتوقع له أن يكون إضافة متواضعة لنتائج البحوث ذات التوجه السلوكي المعرفي.

و يمكن تلخيص إشكالية البحث من خلال التساؤلات التصورية التالية:

1. ما هي مستويات متغيرات الدراسة بشكل عام و مستويات أبعادها؟

2. هل الاختلاف في الجنس يرافقه إختلاف دال في مستويات متغيرات الدراسة وإبعاده: ( الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة والقابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم)؟
3. هل توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين السن و نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة وأبعاده الأربعة على التوالي؟
4. هل الاختلاف في نوع الحادث الصادم يرافقه إختلاف دال في مستويات نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة على التوالي؟
5. هل توجد فروق دالة بين فئتي الاضطرابات الحادة و المزمنة في مستويات الطراز السلوكي ، الدعم الاجتماعي و مركز؟

## 2. فرضيات البحث:

في ضوء إشكالية البحث و تساؤلاته أمكن بناء الفرضيات التالية:

- الفرضية الأولى:** إن الاختلاف في الجنس يرافقه إختلاف دال في مستويات متغيرات الدراسة و إبعاده: ( الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة والقابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم).
- الفرضية الثانية :** توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين السن و نمط الشخصية الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة وأبعاده الأربعة على التوالي؟
- الفرضية الثالثة:** إن الاختلاف في نوع الحادث الصادم يرافقه إختلاف دال في مستويات نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس

اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة على التوالي.

**الفرضية الرابعة:** هل توجد فروق دالة بين فئتي الاضطرابات الحادة و المزمنة في مستويات الطراز السلوكي ، الدعم الاجتماعي و مركز.

### 3. أهداف البحث:

يستهدف هذا البحث التعرف على جوانب اضطرابات الضغوط التالية للصدمة والكشف عن مظاهرها بدلالة الفروق في الجنس، و بدلالة التباين في نوع الطراز السلوكي لنمط الشخصية ، مستوى الدعم الاجتماعي المدرك و نوع مركز الضبط، و فئة الاضطراب من حيث هو حاد أو مزمن و بدلالة نوع الحدث الصادم.

### 4. أهمية البحث:

تأتي أهمية هذا البحث من حيث أنه يقدم تفسيراً لطبيعة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة في ضوء متغيرات الجنس، الطراز السلوكي لنمط الشخصية ، مستوى الدعم الاجتماعي المدرك و نوع مركز الضبط، و فئة الاضطراب من حيث هو حاد أو مزمن وبدلالة نوع الحدث الصادم. و بالتالي و في ضوء النتائج يمكن الخروج باقتراحات تتعلق بالبعد المنهجي و المعرفي للبحث و متغيراته و اقتراحات أخرى تتعلق بأفكار للحد أو التقليل من مظاهر هذه الظاهرة.

### 5. التعريف الإجرائي لمفاهيم البحث الأساسية:

#### 1.5. الطراز السلوكي (أ - ب) لنمط الشخصية:

ويقصد به جملة الصفات السلوكية التي تميز تفاعل الفرد مع محيطه المادي والاجتماعي. ويتكون هذا المفهوم من نوعين من الصفات على متصل، ينعتان بالطراز السلوكي (أ) الطراز السلوكي (ب) وقد اشتمل مقياس الطراز السلوكي لنمط الشخصية في الدراسة الحالية على عاملين:

- العامل الأول: التوحد والتسلط والعجلة الإنفعالية:

ويقصد بهذه الصفات، أن الفرد من الطراز السلوكي (أ) ينزع للتفرد ولا يكون اجتماعيا إلا من خلال ما يمكن أن يحقق به ذاته، وهو في ذلك يتسلط على الآخرين ويريد أن يتحكم في زمام أمورهم، وهو كثير الاستعجال ودائما في انفعالية حتى وإن كان الأمر لا يتطلب ذلك.

- العامل الثاني: التوتر والشعور بالعبء والإستغراق في العمل:

وتعتبر صفة التوتر كدافع داخلي في الطراز (أ) لنمط السلوك، وهو يلجأ في غالب الأحيان إلى الاستغراق في العمل، ونظرا لرغبته الملحة في الفعالية والإنجاز، فهو يشعر بالعبء.

ويعتبر الطراز السلوكي (ب)، كواجهة نظيرة للطراز (أ)، وهو سلوك يتميز صاحبه بالهدوء والطمأنينة والتريث والمرونة والصبر، ويوصف بأنه إنسان واقعي.

## 2.5. الدعم الاجتماعي:

ويقصد به المساعدة والمساندة الفعلية التي يتلقاها الفرد من محيطه الاجتماعي والمهني. والتي على ضوءها يتكون لدى الأستاذ(ة) إعتقاد راسخ وثابت عن مدى الدعم الذي يقدم له من قبل: الزوج(ة)، الخطيب (ة) الأبناء، الوالدين، الإخوة، الأصدقاء، الجيران وطاقم المؤسسة التي يعمل لصالحها.

## 3.5. مركز الضبط:

ونعني به الطريقة التي يدرك بها الفرد مصدر التدييمات: فالأفراد ذوو الضبط الداخلي يعتقدون أن التدييمات الإيجابية أو السلبية التي يستعينون بها في حياتهم ترتبط بالدرجة الأولى بعوامل داخلية تتعلق بشخصية الفرد مثل الذكاء و القدرات و المهارات والكفاءات و سمات الشخصية، أما الأفراد ذوو الضبط الخارجي فيعتقدون أن التدييمات ترتبط في

المقام الأول بعوامل خارجية مثل الحظ و القدر و تأثير الآخرين.

#### 4.5. اضطرابات الضغوط التالية للصدمة:

ويقصد بها في هذه الدراسة بأنها متلازمة مكونة من جملة الاضطرابات النفسية والانفعالية و النفس اجتماعية والسيكوسوماتية التي تميز سلوك و ردود أفعال الأفراد الذين تعرضوا لأحداث أو مواقف صادمة كحوادث المرور ، مرض السرطان و مرض الضغط الشرياني، و التي تم التعبير عنها في أربعة عوامل وفق نتائج التحليل العملي لهذه الدراسة والتي جاءت كما يلي: الشعور بتكرار الحدث، تجنب التفكير بالصدمة، الاضطرابات الانفعالية و القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم.

##### 1.4.5 . الشعور بتكرار الحدث:

تتلخص أعراض هذا الاضطراب من حيث أن المصاب تستحوذ عليه فكرة معاودة الصدمة، فيلازمه شعور الخوف و التوتر و الاستثارة كلما وجد نفسه في مواقف أو أماكن لها ارتباطات مباشرة أو غير مباشرة بظروف الصدمة التي تعرض لها، و كأنه يعيش حيثيات الصدمة مرة أخرى بنفس ردود الفعل على مستوى الإدراك و الاحساس.

##### 2.4.5 . تجنب التفكير بالصدمة:

يتميز سلوك الفرد المصدوم بتجنب كل ما يمكن أن يذكره بالصدمة كالحديث عنها أو عن ما يرتبط بها من أفكار و مشاعر أو مواقف أو عن حالات تعاني من اضطرابات شبيهة.

##### 3.4.5 . الاضطرابات الانفعالية:

تتمظهر أعراض هذا البعد في جانب يتعلق بالاضطراب الانفعالي كسرعة الغضب والتوتر وتقلب المزاج و صعوبة التركيز، و جانب يخص حالة من الانسحاب الاجتماعي كالعجز عن تبادل مشاعر المودة و تناقص الاهتمامات الاجتماعية ، الانعزالية و الشعور بالذنب و الحزن و الخوف من الموت.

## 4.4.5 . القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم:

تتمظهر أعراض هذا العامل في الاستثارة الانفعالية المبالغ فيها و التي تظهر في ردود الفعل والمعاملات مع الذات و المحيط ، كما تظهر من خلال اضطرابات النوم وخاصة الأحلام المزعجة و الكوابيس.

## الفرد المصاب بلزمة الضغط الصدمي:

وهو الفرد الذي تظهر عليه الأعراض التي تتميز بها اضطرابات الضغط التالي للصدمة، باعتبار أنه متلازمة مكونة من ثلاث مجموعات من المؤشرات والأعراض: الشعور بالصدمة بصورة متكررة (تذكر لا إرادي للأحداث، كوابيس)، خدر انفعالي (يجد المصاب صعوبة في الشعور بانفعالات إيجابية)، وتجنب الأنشطة والمثيرات المتصلة بالصدمة، واستثارة حادة (ردود أفعال رعب مبالغ فيها، أرق). كما أن قبول تصنيف الفرد ضمن عينة الدراسة يستوجب أن تكون هذه الأعراض ظاهرة يمكن ملاحظتها بعد شهر على الأقل من التعرض للصدمة وأن تؤدي إلى تعطيل أو إعاقة فاعلية المصاب أو تتسبب له في درجة جوهرية من الضيق، كما تحدها المقابلة الاستمارة في شطرها الأول الخاص بالخصائص الفردية.

## فنتي الضغط الصدمي الحاد و المزمن:

يكون الاضطراب حادا اذا استمرت الاعراض اقل من ثلاثة أشهر و مزمننا اذا استمرت الاعراض لمدة ثلاثة اشهر فأكثر.

## فنتي النمط أ و ب :

الأفراد من الطراز السلوكي – أ - هم الأفراد الذين يحصلون على درجة أربعة وخمسة من سلم ليكرت والأفراد الذين يتبنون الطراز ب هم الذين يحصلون على الدرجة اثنين وواحد من نفس السلم. مع العلم أن سلم بدائل الاجابة للمقياس يمتد من واحد إلى خمسة

مرورا بالمتوسط النظري ثلاثة.

### فنتي الدعم الاجتماعي المرتفع و الدعم الاجتماعي المنخفض:

فئة الدعم الاجتماعي المرتفع هم الذين يحصلون على درجة أربعة و خمسة من سلم ليكرت، وفئة الدعم الاجتماعي المنخفض هم الذين يحصلون على الدرجة اثنين و واحد من نفس السلم. مع العلم أن سلم بدائل الاجابة للمقياس يمتد من واحد إلى خمسة مرورا بالمتوسط النظري ثلاثة.

### فنتي مركز الضبط الداخلي و الخارجي:

فئة مركز الضبط الخارجي هم الذين يحصلون على درجة أربعة و خمسة من سلم ليكرت، وفئة مركز الضبط الداخلي هم الذين يحصلون على الدرجة اثنين و واحد من نفس السلم. مع العلم أن سلم بدائل الاجابة للمقياس يمتد من واحد إلى خمسة مرورا بالمتوسط النظري ثلاثة.

### ضحايا حوادث المرور :

ويقصد بهم في هذه الدراسة ، الأفراد ذكورا و اناثا ممن تعرضوا بشكل مباشر لحوادث مرور غير متعمدة ، و التي كانوا فيها بصفتهم كسائقين أو كركاب مسافرين في السيارات ، الحافلات و الشاحنات ، و حيث واجهوا الشعور بالموت الوشيك.

### مرضى السرطان:

ويقصد بهم الحالات التي تعاني من مرض السرطان بأنواعه الثلاثة التالية: سرطان الدم، سرطان الرحم و سرطان الثدي. و الذين انتهوا من العلاج الكيميائي و يتابعون العلاج عن طريق العلاج بالأشعة.

**مرضى الضغط الشريانى:**

وتتضمن فئة الأفراد الذين تعرضوا لنوبات قلبية و الذين تعرضوا لضغط شريانى عال و تم تنقلهم على اثرها إلى المستشفى للفحص و العلاج، واكتشفوا حينها أنهم مصابون بأمراض قلبية أو أمراض الضغط غير الأساسية، كما تتضمن فئة المصابين بالضغط الشريانى الذين اكتشفوا الاصابة خلال الفحص الروتينى.

**1- حدود الدراسة:**

تتمحور هذه الدراسة حول موضوع اختبار دور الجنس و نمط الشخصية، الدعم الاجتماعى، مركز الضبط ، نوع الحدث الصادم و نوع الاضطراب من حيث أنه حاد أو مزمن فى الكشف عن مستويات الاضطراب التالى للصدمة بشكل عام و على مستوى الأبعاد المكونة له. على عينة من 150 مصاب يعادون بمستشفى تلمسان وهران الجامعيين و ذلك خلال فترة اجراء الجانب الاجرائى من الدراسة والممتدة من بداية شهر مارس 2014 إلى يوم الخميس 03 جويلية من نفس السنة.

الفصل الثاني  
نحو الينة المفاهيمية  
لمنغبرأت البات

قامت الطالبة الباحثة برصد مختلف الدراسات و البحوث السابقة التي تناولت مفاهيم: الإضطرابات التالية للضغط الصدمي TSPT، نمط الشخصية، مركز الضبط والدعم الاجتماعي - تناولا نظريا و إجرائيا . و تم الوقوف على خصوصيات هذه المفاهيم و أهم الاختلافات الموجودة بين الباحثين في تعريفها و بالتالي كيفية التعامل معها إجرائيا . و فيما يلي العناصر الأساسية المشخصة لكل مفهوم :

### أ- ماهية الإضطرابات التالية للضغط الصدمي TSPT:

يعود الاهتمام بموضوع اضطرابات الضغط التالية للصدمة أو ما يعرف بلزمة الضغط التالي للصدمة حديثا، فهو لم يعرف بشكل رسمي حتى سنة 1980، كما هو موثق في الطبعة الثالثة لدليل DMS III . و بالرغم من وجود محاولات بحث سابقة و بمفاهيم قريبة من هذا المفهوم كعصاب الصدمة، عصاب التعويضات و صدمة القذائف نسبة للصدمة التي كان يصاب بها المحاربون (فورباس و آخرون ، 1994 ، forbes et al)، إلا أنه وبفعل حادثته ، فإن التباين لا زال مسيطرا على تصورات الباحثين التنظيرية والاجرائية و بالتالي محدودية فهم الظاهرة و محدودية التشخيص و العلاج. كما أنه يوجد مفهوم آخر وهو مفهوم الضغط Stress الذي أسس لمفهوم الضغط الصدمي حيث درس بشكل متواتر في ارتباطه بالصحة العامة و الإضطرابات النفسية و السلوكية تقريبا على نفس شاكلة التصور و تناول الخاص بالضغط الصدمي ، و بشيء من التداخل خاصة فيما يتعلق بالضغط الحاد و الضغط المستمر ، كما ضمنت تلك الاهتمامات بنفس التصور الخاص بتشكل الاجهاد مع الاخذ بعين الاعتبار المتغيرات الوسيطة الفردية و النفس اجتماعية في فهم لزمة الضغط. و عليه جاءت هذا التحليل النقدي في شقين: الأول و يناقش طرق التقييم المنهجي للدراسات الخاصة بموضوع الضغط، كما يناقش حدود المؤشرات المستخدمة في فهم ظاهرة الضغط و تذليل صعوبات التأسيس لتلك المؤشرات، أما الشق الثاني و فيه تم التعرض لماهية الضغط الصدمي ضمن تحليل للتصورات النظرية والاجرائية التي استهدفت الكشف عن خاصية هذه الظاهرة و تبيان طرق و تقنيات التعامل معها على مستوى التشخيص و العلاج و على مستوى تطوير البحث العلمي الخاص بها.

## ماهية الضغط : Stress

إن المطلع على خبايا ظاهرة الضغط و الصحة يجد أنه ، و عبر الزمن، أعتبر الضغط بشكل متواتر كمنبه (سبب للمرض) و كاستجابة (رد فعل بيولوجي لمنبه من المحيط) وكذلك كإدراك لعدم توافق متطلبات موقف معين وقدرة العضوية على الاستجابة المناسبة . و بهذا المعنى يمكن القول أنه توجد تصورات مختلفة حول هذا المفهوم تطرح إشكالات في التصور و المعالجة، كالتصور القائم على تناول السببي الخطي، التصور القائم على الوسائط و التفاعل بين المتغيرات الأساسية للضغط و الصحة بالإضافة إلى الطرح القاضي بمعالجة ظاهرة الضغط ضمن صيرورة الزمن مع الأخذ بعين الاعتبار الخصائص الموقفية الضاغطة. (بشير بن طاهر 2007، 2003)

عموما فالدراسات التقليدية حول الضغط ركزت على نماذج : الأسباب (المثير والاستجابة) كتصور سطاتيكي لا يسمح بالفهم الواضح للظاهرة و بالتالي حدث شبه اتفاق غير معلن بين الباحثين يقضي بضرورة تجاوزه بالرغم أن هذا التصور لا يزال يسيطر على اهتمامات بعض الباحثين في انجازهم لبعض البحوث الأكاديمية ( بشير بن طاهر، 2007). وبظهور النموذج التفاعلي الذي يتضمن الفرد و المحيط في علاقة ديناميكية و متفاعلة بشكل متكافئ، أخذ البحث العلمي منحى جديد سمح بإدخال متغيرات وسيطية ساعدت بشكل واضح في تطور الرؤية، و هو ما ينعت بالتصور التفاعلي الذي أسسه أصحاب النظرية المعرفية القاضي بان المعنى أو التفسير الذي يعطيه الفرد لحدث ما، هو الذي يحدد طبيعة الاستجابة الانفعالية و السلوكية. ثم عزز لاحقا بفكرة مفادها أن خصائص منفصلة عن الفرد و المحيط تتلاقى لتعطي معاني جديدة فيما يخص صيرورة تقييم الوضعية أو الموقف.

إن مفهوم التقييم المعرفي للضغط يأخذ مرجعيته من الصيرورة المعرفية التي تتوسط الموقف المواجه و الاستجابة، و بالتالي فالتقييم المعرفي للوضعية يعكس العلاقة الفردية و العلاقة المتغيرة التي تأخذ مكانها بين الفرد (مع بعض الخصائص المميزة: قيم، الولاء الاندماج ، أنماط الإدراك و التفكير) و المحيط. (بن طاهر بشير، 2007)

## 1. تقييم الوضعية الضاغطة:

حدد لازاروس ، و فولكمان ( 1984 ) ثلاثة مخارج للتقييم المعرفي يمكن تلخيصها فيما يلي:

التقييم الأولي: يطرح الفرد على نفسه الأسئلة التالية : هل أنا في خطر؟ و هل الوضع مهم بالنسبة لي الآن و في المستقبل و في أي حدود و بأي مستوى؟

في هذه الحالة يتعلق الأمر بحكم أولي عن الوضعية و التي تسمح بتحديد إمكانية تأثير الموقف المواجه على القيمة الذاتية و الصحة و يأخذ هذا الموقف ثلاثة أشكال :

الشكل الأول: التعرض لحادث مادي أو معنوي و الشعور المباشر بالأثر المترتب على ذلك كالمرض ، الطلاق...

الشكل الثاني: الشعور بخطر من أمر ما لم يحدث بعد ولكن متوقع الحدوث. يمكن الاستنتاج بأن الشكل الأول و الثاني يؤديان إلى تعبئة عامة بغرض اعتماد إستراتيجيات تكيف معينة.

الشكل الثالث: كما قد يأخذ شكل وضع تحدي أي إمكانية الكون في مستوى متطلبات المرحلة التي يتحكم فيها الموقف.

التقييم الثاني: ( الثاني ) ويتعلق بصيرورة تقييم معقدة، و التي تأخذ في الحسبان كل الخيارات الممكنة على احتمال أن آلية إستراتيجية تكيف ما قد تؤدي إلى حسم الموقف واحتمال الاستخدام الكلي لمجموعة معينة من الإستراتيجيات و تقييم النتائج المترتبة عن ذلك على حسب المتطلبات أو الصعوبات الداخلية أو الخارجية المرتبطة بالفرد و المحيط، وهي (طريقة تقييم الوضعية ) أشبه بالطرق المستخدمة في حل المشكلات. يستخدم التقييم الثانوي للكشف عن فعالية بعض الاستراتيجيات المنتقاة و التقييم الأولي للرهانات التي تتخلل الاستراتيجيات من أجل تحديد درجة الضغط و قوة و نوعية الاستجابة الانفعالية.

إن إعادة التقييم : تخص تغيير في التقييم الأولي المرتكز على المعلومات الجديدة التي مصدرها المحيط أو الفرد نفسه. و في بعض الحالات ، تكون إعادة التقييم نتيجة دور الاستراتيجيات و في هذه الحالة تأخذ اسم إعادة التقييم الدفاعي. و ما يمكن التأكيد عليه في هذا المقام هو وجود صعوبة لتمييز عملية إعادة التقييم المرتكز على المعلومات الجديدة.(بشير بن طاهر ، 2011).

### تأثير العوامل الفردية على صيرورة التفاعل:

من أهم ما يمكن أن يؤثر على التقييم المعرفي للموقف نجد المعتقدات والالتزامات الشخصية. فالالتزام الشخصي يترجم و يحدد ما هو مهم بالنسبة للناس و يحدد الاختيارات التي يقومون بها. كما أن الالتزامات تتوقف على نوعية الحوافز. فالالتزامات تدفع الأفراد من ناحية لمواجهة أو تجنب المواقف التي تهددهم، و من ناحية أخرى تعدل حساسيتهم للمؤثرات. كما أن رهانات الفرد تؤثر على قابليته للشعور بالضغط. فكلما زاد التزام الفرد كلما كان الجهد المبذول أكبر كرد فعل عن زيادة في إدراك أهمية التهديد أو التحدي. كما أن أهمية الالتزام يمكن أن تستثير رغبة الفرد لتنمية أفعال و ردود فعل محسنة لأدائه في مواجهة المواقف الضاغطة.

أما المعتقدات فهي تحدد كيف يقيم الأفراد ما يجري و ما يحصل و ما هو على أهبة الحصول، غير أنه عادة ما يكون تأثيرها ضمني. و بالمقابل فإنه من الصعب تحديد التأثير الدقيق للمعتقدات في تقييم الوضعية أو الموقف. ففي ما يخص الضبط الذاتي ( داخلي - خارجي ) و المعتقدات الوجودية لهما أهداف مختلفة . فالمعتقدات الوجودية تسمح للأفراد بإعطاء معنى للأحداث الجارية العادية و الاحتفاظ بالأمل في الأحداث الصعبة. كما يمكن أن تكون غير ذات تأثير من الناحية الوجدانية و العاطفية، و لكن يمكن لها أن تستثير الانفعال عندما يتعلق الأمر بالتزام مهم في موقف ضاغط خاص. كما أن الضبط يعرف في اطار هذا التصور، فقد يدرك كتقييم ذاتي لحكم الفرد فيما يخص ضبطه الممكن للموقف. أي أن الإدراك يتم وفق المعتقدات و توقعات الفرد المعني. إذن، عدة متغيرات ( التقييم، الثقة

بالنفس، الكفاءة الذاتية، نمط الشخصية، السن والحالة الاجتماعية و الاقتصادية) لها دور لا يجب إغفاله في تفسير متغير الضغط. و من هنا نستنتج أنه هناك مجموعة من العوامل الفردية تساهم بجزء من مستويات الضغط. كما أن قدرة الفرد على مراقبة و ضبط الموقف تحدد تقدير تقييمه للموقف، فعدم قدرته على ضبط و إدارة الموقف تصبح جزء من الضغط في حد ذاته. (بشير بن طاهر، 2011)

### تأثير عوامل الموقف على صيرورة التقييم:

يمكن للعوامل الفردية بصفاتها كعوامل وسيطية ( في تفاعلها مع الموقف ) أو مستقلة أن تساهم في تحديد مستوى التهديد أو التحدي المدرك. لهذا يجب أن نأخذ في الحسبان الطابع غير المتوقع للحدث، فالجانب المجدد للحدث يستثير الأدلة التقييمية القائمة على تجارب سابقة أو معلومات عامة. فالقدرة على التنبؤ درست لدى الحيوانات، و النتائج تشير إلى أفضلية المثيرات المتوقعة ، و هو أمر لا يصلح تطبيقه على الإنسان. غير أن النتائج تشير إلى أن عدم التأكد و الشك في طبيعة الموقف و ما يترتب عنه يؤدي إلى شعور عال بالضغط، و يؤدي إلى توقف صيرورة التكيف الأولية و خلط عقلي. مما سبق نستنتج أن جل الباحثين تأثروا بنظرية لزمة التكيف العام لهنس سيللي، و خاصة فيما يتعلق بموضوع الفترة الزمنية التي تسبق الاستجابة و أن هناك ثلاثة عوامل مؤقتة مهمة: قرب حدوث التنبيه، فترة الموقف مواجهه و عدم التحكم أو الشك، فكلما دنا و قرب حدوث الحدث، كلما كان التقييم عاجلا و مكثفا. كما يمكن أن نستنتج أن المواقف الضاغطة المزمنة لا تؤدي للإرهاك، فالتعود الانفعالي يعطي الفرد امكانية التكيف كما هو الحال بالنسبة للحيوان. كما أن تكرار الضغوط تؤدي إلى ظهور استراتيجيات تكيف مسبقة. غير أن هذا يطرح إشكال آخر يتعلق بآثار تراكم الأحداث و آثار إعادة التقييم المصاحبة و المستمرة للحدث مواجهه؟. ففي هذا المقام نسجل وجود نتائج دراسات عربية تقرر أن تكرار الأحداث يؤدي إلى اضطراب الصحة ( بن طاهر بشير ، 2007، 2003 ). و قد يكون الإشكال متعلق بالمنهج المعتمد في معالجة الظاهرة كما كان حال العلاقة الخطية بين الضغط و الصحة؟. كما أن الغموض هو خاصية أغلب المواقف المواجهة في الحياة الحقيقية. فكلما كان الموقف غامضا ، كلما زاد

تدخل العوامل الفردية في تحديد المعنى المعطى للموقف. فالغموض يمكن أن يزيد من شعور تهديد الموقف إذا كان الفرد من النوع الذي يسهل شعوره بالتهديد. و أخيرا يمكن القول بأن ريثم الأحداث الضاغطة خلال دورة الحياة يمكن أن يكون له دور في تقييم الموقف.

### دور الأحداث خارج الإطار « Off time »:

تعتبر الأحداث المنعوتة بأحداث خارج الإطار أكثر تهديدا لأنها غير متوقعة، وفي نفس الوقت تحرم الفرد من الحصول على الدعم من المحيط ( العائلة، الزوج.. ) و من مدى الشعور بالرضا في حالة ما إذا لم يحدث الموقف في الوقت المناسب، كما يحرم الفرد من إمكانية استخدام استراتيجيات التكيف المتوقعة مسبقا. كما يأخذ بعين الاعتبار ريثم بعض الأحداث في علاقتها بأحداث أخرى، فآثر حدث معطى يمكن أن ينجلي و يحى إذا ما وقع هذا الحدث بشكل متزامن مع أحداث أخرى، حيث يكون للفرد تفسير شخصي مختلف.

ثم حدث و أن عرفت هذه التصورات بشكل ضمني صيرورة تتضمن التغير الذي يحدث عبر الزمن ،وبالتالي أصبحت هناك صعوبة في إمكانية التفارقة بين النتائج أو الأعراض الآنية و النتائج أو الأعراض ذات المدى البعيد على عملية التكيف، و التي تمت معالجتها في النماذج المنظرة لظاهرة الاضطرابات التالية للضغوط الصدمية TSPT كما سيتبين لاحقا في العنصر الخاص بالضغط الصدمي.

### ماهية الضغط الصدمي SPT:

إن لزمة الضغط الصدمي SSPT أو اضطرابات الضغط التالي للصدمة TSPT تأخذ نفس المعنى تقريبا و إن كان الأمر يخص ضمنا نوع من تناول الكلي للضغط والاضطرابات بالنسبة للزمة للضغط الصدمي . و لكن يبدو ظاهريا أن المفهوم الثاني TSPT يتضمن الأعراض فقط ، و لكن الدراسات التي تناولته بالبحث لم تتعرض للأعراض بشكل مستقل و انما تعرضت للاضطرابات من خلال الأسباب و ميكانيزمات التفاعل الفردية معها و مع الاضطرابات في حد ذاتها. و السؤال الذي يطرح نفسه هو: ما هو المقصور باضطرابات الضغط التالي للصدمة؟ و ماهي طرق و تقنيات التعامل معها على

مستوى الفحص و التشخيص و التقويم؟

حسب تصنيف الجمعية الأمريكية للطب العقلي و في ضوء الدليل التشخيصي الاحصائي يمكن اعتبار الاعراض التالية كمؤشرات لاضطرابات الضغط التالية للصدمة:

أ. التعرض لحادث صادم أدى إلى الموت أو مشاهدة حادث مميت أو مهدد للكيان الذاتي أو للأشخاص الذين لهم معنى في حياتنا، على أن يصاحب ذلك خوف شديد و شعور بالعجز.

ب. تكرار معايشة الفرد لخبرة صدمية حقيقية أو خيالية من خلال الأحلام المزعجة والكوابيس، التصرف بشكل كما لو أن الحدث الصادم معاش بالفعل، مع وجود نوع من التيقظ العام أثناء التعرض لمثيرات شبيهة داخلية كانت أم خارجية مع الشعور بألم نفسي.

ج. سلوك التجنب باستمرار للمثيرات المرتبطة بالحدث الصادم تعلق الأمر بالأفكار أو المشاعر و الأحاديث و الأنشطة و الأمكنة و الناس و كل ما له علاقة بالحدث، و يصاحب ذلك شعور بالعزلة ، عدم مشاركة الآخرين نشاطاتهم و مشاعرهم و فقدان الأمل في المستقبل.

د. استمرار سلوك فرط الاستثارة و التهيج مع شدة في الانتباه و التركيز على ما يمكن أن يؤدي إلى الصدمة و القيام بردود فعل مفاجئة .

هـ. استمرار اضطرابات في العنصر الثاني ، الثالث و الرابع لمدة أكثر من شهر.

و. المعاناة من الاضطرابات السابقة مع تجنب واضح للأنشطة الاجتماعية و تقلص واضح في مجال الاهتمامات ، و يكون حادا اذا استمرت الاعراض اقل من ثلاثة أشهر ومزمننا اذا استمرت الاعراض لمدة ثلاثة اشهر فأكثر.

### النماذج التفسيرية للاضطرابات التالية للضغط الصدمي:

تعتبر الاضطرابات التالية للضغط الصدمي من الاضطرابات النادرة التي تتبين فيها الأسباب الحقيقية للإضطراب، فحسب الجمعية الأمريكية للطب العقلي ( 1994 ) و المنظمة العالمية للصحة ( 1994 ) فإن الخبرة الصدمية هي تجربة فردية أكثر منها موقفية و بالتالي لا توجد سببية مطلقة تفسر العلاقة بين الحدث و الاضطراب. و هذا اشكال يعيدنا إلى الطرح السطاتيكي الذي عانى منه تناول الاجرائي للضغط في بداياته كما هو مبين في بداية هذا المقال. و في ضوء هذا الاطار نجد أنه من الضروري تطوير علاج فعال للحالات ضحايا العنف و الأحداث الصادمة تقتضي فهم ميكانيزمات تشكل و تطور اضطرابات الضغط الصدمي . و للقيام بذلك تم تلخيص جملة من نتائج بعض الدراسات في شكل نماذج تفسيرية تم تناولها من منظور تحليلي نقدي.

#### 1. نموذج العاملين لـ : مورار (1960) Mowrer

يقوم هذا النموذج على تصور مفاده أن الاشرط الكلاسيكي ( تعلم استجابات الخوف ) والاشراط الاثابي ( تعلم استجابات التجنب ) هي التي تسمح بتفسير تطور واستمرارية اضطرابات الضغط الصدمي. فالمثيرات المحايدة و التي تكون موجودة في الوقت نفسه ضمن المثيرات الطبيعية ( الحدث الصادم ) تكتسب نفس خصائص الألم للمثير الصادم وبالتالي فإن وجود تلك المثيرات في المحيط المادي و النفس اجتماعي للفرد يسبب استجابة شرطية مماثلة لتلك الناجمة عن الحادث الصادم الأصلي. كما أن هذه المثيرات الشرطية قد تكون لها قدرة في اكساب مثيرات أخرى مشابهة أو متزامنة مع صفة الاثارة الشرطية وبهذا الشكل فإن عدد كبير من المثيرات المحايدة يصبح لها نفس خصائص الحدث الأصلي أي القدرة على استثارة مجموعة من الاضطرابات الانفعالية و الفزيولوجية كالقلق و الخوف .. وبالموازاة مع هذا التعلم، فإن الفرد يتعلم من خلال اشراط اجرائي استخدام سلوك التجنب وهو ما ينعت بسلوك التعزيز السلبي.

إن هذا النموذج يمكن من فهم كيف يمكن لأحداث ومواقف سابقة أن تصبح صادمة

ومتسببة في اضطرابات صحية ، بالرغم من أنها لم تكن كذلك سابقا، كما يسمح بفهم سبب تطوير الحالة لاستجابات صدمية لمثيرات لم تقترن بالحدث الصادم. بالإضافة إلى ذلك فإن مبادئ الاضطراب و الاشرط المتعدي تفسر استمرار و خطورة الأعراض المرضية، لأنه وبشكل متزايد تستمر المثيرات في استثارة استجابات اكراه مشرطة. كما أن قدرة سلوك التجنب في الحد من استجابات القلق و الخوف تلعب دور المعزز لهذا السلوك ، و بالتالي فإن مفهوم التعزيز السلبي يسمح بتفسير تطور واستمرارية آليات المواجهة السلبية كسلوك التجنب، الانسحاب الاجتماعي، العدوانية و الاستهلاك المفرط للكحول و المهدئات تتبين محدودية هذا النموذج في صعوبة تفسير تطور الاضطراب التالي للصدمة من منظور فارقى، حيث لم يتضمن أي وسيط بين الحدث الصادم و الأعراض المرضية. كما يقر فوا وآخرون ( Foa et al, 1989 ) أن ضعف هذا النموذج يكمن في عدم قدرته على تبيان الفرق بين أعراض الضغط الصدمي و الخوف المرضي.

## 2. نموذج المعالجة الانفعالية للمعلومات لـ فوا و آخرون ( Foa et al, 1989 ):

يعتقد اصحاب هذا النموذج أن أعراض الاضطرابات التالية للضغط الصدمي يمكن معالجتها من خلال بنية معقدة تتضمن ثلاثة أنظمة للإستجابات : معرفية عاطفية، سلوكية و فزيولوجية ، تسمح بربط ذكريات الحادث بالإستجابات الفزيولوجية و السلوك. كما ان هذه البنية تتضمن عامل إضافي يتمثل في الترجمة التي تتوسط المثير و الاستجابة ، والتي تعطي معنى للخطر و تكون بمثابة المكون الأساسي لتطور اضطرابات الضغط الصدمي. كما أن تطور الاضطراب يتم وفق التصور القاضي بأهمية التجربة الشخصية ازاء الحدث الصادم و التي اتسمت بالصعوبة أو أنها كانت غير متوقعة. كما أن اصحاب هذا الطرح يعتقدون أن البنية المعرفية لأفراد يعانون من اضطرابات الضغط الصدمي يختلفون عن الأفراد الذين يعانون من الخوف المرضي و ذلك تبعا لثلاثة خصائص : أن الاستجابات تكون جد حادة وأن البنية تكون معقدة ، منظمة و مطاطية، هذه الخصائص تبين بشكل ما أن بنية الخوف يمكن إعادة إنتاجها بكل بساطة و سرعة لأن المثيرات المتعرض إليها داخلية كانت أم خارجية هي شبيهة بتلك التي هي مسجلة في البنية، فهي تنشط كل معلومات البنية بشكل

تفاعلي، هذا التنشيط أو الاثارة يؤدي إلى اعادة استحضر الحدث الصادم وجل الأعراض والاستجابات الفزيولوجية و السلوكية ذات العلاقة. يتميز هذا النموذج بإضافته معنى للحدث الصادم أو الخطر ضمن العلاقة مثير --- إستجابة ، و الذي سمح بتعميم امكانية الاصابة بالخوف نتيجة التعرض لمواقف غير مرتبطة بالحدث الاصلي الصادم. وتتمثل محدودية هذا النموذج في عدم قدرته على تفسير سلوك فرط النشاط اللاارادي المشتركة مع اضطرابات الضغط الصدمي.

### 3. النموذج البيو سيكوسوسيولوجي لـ جونس و بارلاو (1990، 1992) Jones et

**:Barlow**

هذا النموذج يتضمن خمسة عوامل أساسية ذات طبيعة بيولوجية، معرفية و سلوكية تفسر تطور و استمرار اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

العامل الأول: و يتمثل في القابلية البيولوجية و السيكلوجية ، فالتاريخ المرضي للفرد او عائلته تعلق الأمر بما هو بيولوجي أو بما هو نفسي ( مركز الضبط الداخلي والخارجي ) و حضور اضطرابات انفعالية سابقة للتجربة الصدمية أو تجارب و خبرات صدمية سابقة هي بمثابة مؤشرات مبدئية للقابلية للإصابة بالاضطراب التالي للصدمة.

العامل الثاني: و يتعلق بطبيعة الصدمة من حيث شدتها و آثارها و مدى القدرة على توقعها و التحكم فيها و احتمالية ما تشكله من تهديد لحياة الفرد. هذه الخصائص تستثير ظهور حالة انذار حقيقية باستجابات خوف شديدة و تظهر عندما يواجه الفرد خطرا حقيقيا . وبالتالي فهي تؤثر بشكل ذا دلالة على تشكل و تطور الاضطراب التالي للضغط الصدمي كما يتبين ذلك من خلال العامل الثالث.

العامل الثالث: و يتشكل من الدور الذي يلعبه الانذار المتعلم ، فهذا الأخير يكون بمثابة استجابة مشرطة لمثير داخلي أو خارجي مرتبط بالانذار الحقيقي و لكنه يظهر في غياب الخطر الحقيقي و يتمظهر من خلال نوبات رعب و اعراض مرضية اخرى. و لكن في ذات السياق يرى اصحاب هذا النموذج أن وجود انذارات متعلمة غير كاف لظهور

اضطرابات الضغط الصدمي، وهم في ذلك يشترطون وجود قلق غير محدد لظهور هذه الانذارات. و بما أن الفرد يكتف سلوكات تجنب اتجاه عوامل ذات علاقة بالإنذار الحقيقي الأول مع تنمية الحذر بشكل مفرط و حالة من سلوك فرط النشاط اللاارادي اتجاه مختلف المؤشرات الداخلية و الخارجية ، فهذا الحذر المبالغ فيه ، يستثير بدوره انذارات متعلمة من خلال صور و أفكار مقحمة من خلال ميكانيزمات استرجاع ايجابية . و تلعب العوامل الفردية الخاصة بإدارة الضغط و نوعية الدعم الاجتماعي المحصل عليه الدور الوسيط في تطور الاضطراب التالي للصدمة.

ما يمكن قوله حيال هذا النموذج أنه تبنى طرحا وظف فيه مفهوم الاستعداد والعوامل الوسيطة و التي سهلت عملية تفسير التطور الفارقي لاضطرابات الضغط التالي للصدمة إلا أن الاستعداد للإصابة و مفهوم القابلية البيو نفسية لا زال محل جدل بين الباحثين بالرغم من أنها كانت موضوع لكثير من الدراسات الامبريقية. (Fontana et Rosenbeck, 1993) و أخيرا فإن مفهوم القلق غير المحدد هو مفهوم مستنبط من ماهية نوبات الرعب و هو في ذلك يشكل إضافة مفاهيمية تساعد على فهم ظاهرة اضطرابات الضغط التالي للصدمة، كما أن هذا النموذج يسمح بتغيير أعراض سلوك فرط النشاط اللاارادي و التي غفلها نموذج مورر (1960) Mowrer و لم يستطيع تقديم تفسير واضح لها.

#### 4. نموذج الفعل المعرفي لـ شمببوب و آخرون (1988) Chemtob et al

هذا النموذج مستوحى من نتائج الدراسات النفسية المعرفية الأساسية الحديثة ، وهو يقوم على تصور مفاده أن المخ مركب معقد من عقد عصبية بسيطة تقوم بمعالجة المعلومات: الأفكار ، الصور، الأفعال ، الانفعالات و السلوكات و التي تكون مترابطة وذات معنى في شبكة معلومات عصبية بشكل تراتبي. هذه العقد العصبية المعلوماتية تتفاعل مع بعضها البعض على حسب احتمالات الاثارة و التثبيط. وأن تنشيط عقدة عصبية ما يتم في ظل المراقبة عن طريق المثيرات التي يستقبلها الفرد من المحيط و عن طريق التنشيط أو التثبيط المحصل عليه من قبل عقدة عصبية من مسوى عال. وفق هذا التصور فالفرد الذي اختبر موقف صادم يكون في حالة ادراك يقض و نشط بشكل مستمر حيال

الشعور بتهديد خطر ما و لو كان بسيطاً. هذا التنشيط يفترض أنه مراقب بفعل مثبت مصدره عقدة عصبية غير ملائمة ، الشيء الذي ينجر عنه اعادة تنشيط خاصية الشعور بتهديد خطر ما. إن اعادة التنشيط هذه تقوم تبعا لذلك بتنشيط توقع الخطر و كل عقد المعلومات المرتبطة به، و هذا ما يؤدي إلى اثاره حالة من الاضطراب و ردود فعل سلوكية و نفسية في حالة تاهب على مستوى التفكير و الصور الذهنية. فحالة التيقظ العام التي تعزز من فكرة وجود خطر يهدد الذات يكون في حد ذاته مؤشر لبداية مرحلة من مراحل الاضطراب التالي للصدمة. إن الأفراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة يصلون إلى مستويات عالية و بشكل غير عادي من التنشيط ، و في ذات الحين نجد أن المعلومات التي تمثل عندهم بدائل في تفسير الخطر تكون أقل فعالية لتنشيط هذا الإدراك. و من جملة الخصائص السلوكية التي تميز الافراد الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة عن غيرهم مايلي: 1. لديهم حالة تفعيل قاعدية للخطر المهدد ، الشيء الذي يجعلهم مهيين للبحث و تفسير مدلولات الخطر. 2. لديهم استعداد لتفعيل دورة ردود الفعل الايجابية 3. يصلون إلى مستويات تفعيل التهديد المتوقع من الموقف الخطر بشكل أكثر حدة.

و بهذا الشكل فحلقة رد الفعل الايجابية تسمح بتفسير حالة التيقظ العام المفرط وسلوك فرط النشاط اللاارادي.

5. نموذج المفاهيم الأساسية المرتجة لـ جانوف بولمان Janoff

**Bulman(1985)**

يعتقد أصحاب هذا النموذج أن الحدث الصادم يعمل بشكل خاص على زعزعة مفهوم الواقع لدى الحالة، و ذلك من خلال افساد ماهية ثلاثة مفاهيم أساسية و هي :

1- علاقته بالعالم: فعلاقة الفرد بالعالم تتوقف على اعتقاده في مناعته الشخصية فالشخص الذي لم يسبق له و أن اختبر أحداث صادمة فإنه يبالغ في تقدير توقعاته حيث يعتقد أنه شخص ذا مناعة و أن مستقبل معاشه كله وروود، و في ذات الوقت يقلل من

توقعاته السلبية حيال حياته المستقبلية . هذا التصور عادة ما يترجم لدى هذا الفرد باعتقاد غير واع مفاده أن " هذا لا يحصل لي أنا".

2- إدراك للعالم: يتصور أن العالم بطبيعته منطقي ، مفهوم ، عادل و يمكن التحكم فيه . فالشخص الذي لم يسبق له أن اختبر حادثا صادما ، يفترض و يسلم بإمكانية وجود رابط بين الحدث و السلوك و بالتالي يتكون لديه نوع من الشعور بالسيطرة و فهم الواقع لأنه يعتقد أن كل فرد لا يحصل إلا على ما يستحقه، و أن تصرفه بشكل مناسب يجعله في غنى عن كل سوء. كما أن الاحداث السلبية ينظر إليها كنوع من العقاب و الأحداث السارة كنوع من المكافآت .

3- مفهوم الذات: حيث يكون مفهوم الذات مضخم، و فيه يعتقد الفرد أنه شخص ذا قيمة، محترم، كفؤ و أنه شخص لا يستحق أن يكون موضوعا لحادث غير سار.

إن التعرض لحادث صادم يعمل على زعزعة هذه المفاهيم و يصبح للصدمة معنى مريع لدى الحالة أكثر مما هو عليه في الواقع. فالشعور بالمناعة الشخصية يفسح الطريق أمام شعور مكثف من الاحباط و الخوف من اعادة معايشة الحدث الصادم، بالاضافة إلى ذلك يختل مفهومه للعالم العادل و المنطقي ، حيث أن الحادث الصادم أهم ما يميزه الألم و الأذى و بهذا الشكل فالتجربة الصادمة تؤدي إلى تغيير هام في الصورة الذاتية للفرد ، و من جملة مظاهر التغيير نذكر شعوره بعدم الكفاءة و بالتشوش و التبعية و اصدار أحكام قاسية بحق نفسه من حيث أنه عاجز و ضعيف و مذنب فيما حدث له . إن تجربة الأذى تقوض بشدة معنى الاتساق الداخلي للضحية ، حيث تجد نفسها مضطرة إلى إعادة النظر في تصوراتها السابقة للعالم . إن اختلال العالم في اطاره المعرفي و الانفعالي يتسبب في ظهور الأعراض التالية للضغط الصدمي.

إن نموذج جانوف – بولمان هو الوحيد الذي يركز على التصورات و قيم ما قبل الصدمة و أثر هذه الصدمة على زعزعة هذه التصورات، و التي تؤدي بدورها الى اختلال في توقعات الفرد و عدم ثقته في قدراته في المواجهة و بالتالي تصبح لديه قابلية للاصابة و ظهور اضطرابات الضغط التالي للصدمة. هناك عدة دراسات امبريقية دعمت و أكدت

التصورات التفسيرية لهذا النموذج نذكر منها دراسة بورفوف ( 1983 ) Porfoff و ابستين ( 1990 ) Epstein حيث أن التصورات الغير متطابقة مع طبيعة المعاش الحقيقي عادة ما تكون سببا من وراء حدوث اضطرابات أكثر مرضية. غير أنه يمكن القول أن هذا النموذج هو الآخر محدود في قدرته على تفسير سلوك فرط النشاط اللاارادي و سلوك التجنب لدى افراد يعانون من اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة.

بالنظر إلى الأفكار الواردة في النماذج السابقة يمكن القول أنها تتفق عموما على أن الإقتران بين المثير و الانفعالات المشعور بها بعد التجربة الصدمية هي بمثابة العامل الأساسي من وراء اضطراب الضغط التالي للصدمة. ماورر، (1960)، فوا وآخرون(1989)، شامبطوب و آخرون ( 1988 )، جونس و آخرون ( 1990 ). و نجد أن جانوف و بولمان ( 1985 ) هو الوحيد الذي يعتبر أن اثر الصدمة على التصورات و القيم الذاتية للفرد هو العامل المتسبب في الأعراض التالية للضغط الصدمي. كما تظهر هذه النماذج العوامل التي تفسر التطور الفارقي للاضطرابات التالية للصدمة : خصائص الحدث الصادم ، الخصائص الفردية و مستوى القابلية للإصابة، مستوى التقيد بالمعتقدات الشخصية خصائص بنية الخوف و مدى ايجابية ردود الفعل. بالكشف عن هذه الميكانيزمات الكامنة من وراء تطور اضطرابات ما بعد الصدمة، تكون هذه النماذج قد سمحت بتطوير التدخلات العلاجية المعرفية و السلوكية . إن العلاج يستهدف تقليل الاستثارة و الحساسية الممنهجة اتجاه المثير المتسبب في حالة القلق و ذلك وفق تقنيات التعرض المباشر للصدمة او التعرض لمواقف تجريبية اصطناعية (شابرو و Shapiro .1989 ).

كما يؤكد فاو و آخرون (1989) على ضرورة العلاج عن طريق تعريض الحالة لمواقف صدمية تجريبية و ذلك من أجل تعطيل بنية الخوف و التحسين الاكلينيكي للأعراض و ذلك من خلال : 1. تزويد الحالة بمعلومات ذات الصلة بالصدمة تسمح بتفعيل بنية الخوف 2. تزويد الحالة بمعلومات معرفية و انفعالية متعارضة مع تلك المسجلة في البنية. و بتغيير البنية المعرفية يتغير الادراك و بالتالي التعامل. و بالموازاة مع ذلك يخضع الفرد المصدوم لتقنيات الاسترخاء التي تساعد على التقليل من شدة الاستجابات المشرطة. أما فيما يخص

ادارة الضغط فانها تسمح باعادة اخضاع تداعيات الضغط التالي للصدمة لحوار داخلي موجه، و تغيير الأفكار المرتبطة أوتوماتيكيا بالخطر الشيء الذي يؤدي إلى التقليل من شدة الانفعالات. كم أن العلاجات المعرفية تعزز عمليتي الاستيعاب و التلائم لمعنى التجربة الصدمية و ذلك لاعادة انتاج تصور ذا معنى للواقع، يسمح للحالة بالشعور بالأمن والسكينة كما تعمل على اعادة بناء مفهوم الذات و ما يتعلق بها من معتقدات كالدونية و الخجل والشعور بالذنب بسبب الصدمة. وفقا للدراسات الامبريقية فالعلاجات المعرفية السلوكية للاضطراب التالي للضغط الصدمي و العلاجات القائمة على اعادة معايشة الخبرة الصدمية بشكل مباشر هي الأساليب التي كانت فعالة بشكل دال في التقليل من أعظم أعراض اضطرابات الضغط التالية للصدمة. (كيان و آخرون. 1989. Keane et al، فوا و بخرون. 1991. Foa et all، بودوينس و هيار. 1990. Boudewins et Hyer). و يبدو أن هذه الأساليب أكثر فعالية من طرق العلاج الأخرى كذلك القائمة على الدعم الاجتماعي أو العلاج التحليلي. (كوترو. 1992. Cottraux). يمكن القول أن التصورات المعرفية السلوكية ساعدت بشكل مهم في فهم الكيفية التي ينشأ بها و يتطور الاضطراب التالي للصدمة، و لكن هذا لا يمنع من الاشارة إلى وجود نماذج أخرى ذات تأثير في فهم هذه الظاهرة و لكن ذات توجهات تصورية أخرى كالنماذج البيولوجية و التحليلية و النوروفزيولوجية و غيرها. إن التحليلي هذا يعطي فكرة عن مستوى الافكار السائدة التي تسمح بفهم الميكانيزمات المسؤولة عن تشكل و تطور اضطرابات الضغط الصدمي. كما قد تسمح المساهمات المستقبلية في اقتراح نموذج تصوري اكثر تكاملا و أكثر صلاحية.

### ب-نمط الشخصية (الطراز أ- ب نمط السلوك):

#### المقصود بالنمط والسمة:

تشير الدراسات السابقة على أن مفهوم النمط يتضمن مفهوم السمة، حيث يعرفه (آيزنك و آيزنك . 1985 . Eysenk &Eysenk ) بأنه مجموعة من السمات المترابطة معا. وبهذا المعنى فإن الفرق بين مفهومي السمة والنمط يكمن في إشتمال مفهوم النمط للسمة وتضمنه لها، أي أن النمط مفهوم أعم وأشمل من السمة.

كما يرى ( ماتيسوس . 1982 . Matthews ) أن السمة العامة تمثل استعداد عام أو مجموعة خصائص تظهر في الميل للاستجابة للمثير المحدد بلزمة من السلوكيات والخواص النفسية تظهر في السلوك التعبيري والمنافسة والسرعة والاندفاع والنشاط العالي.

وتعتبر فكرة تصنيف الشخصية وفق صفات أو سمات أو حتى أنماط ، كطرح منهجي استهدف الباحثون المهتمون بالشخصية من خلاله وضع صورة لمنحى سلوكي يسمح لهم بفهمها ضمن سياقات سلوكية متعددة و مواقف مختلفة في ضوء الفترات النمائية او المهام أو الانجازات، و كذلك جاءت تلك التصنيفات بهدف التنبؤ بالمرض أو السلوك بشكل عام.

ومن جملة تلك التصنيفات نجد الأنماط الجسمية والمزاجية والمعرفية والشخصية . واهم النظريات جدلا التي ظهرت في العصر اليوناني ، تلك التي نادى بها أبيقراط في القرن الخامس قبل الميلاد، و التي صنف الناس من خلالها إلى أنماط تعكس و تعبر عن التصور القاضي بان جسم الانسان به مجموعة من الاخلاط و أن الفرد يكون ضمن نمط معين متى ظهرت عليه واحدة من تلك الأخلاط ، فقد يكون الفرد صفراويا ، سوداويا، بلغميا أو دمويا. و اهم ما يمكن قوله حيا ل هذه النظرية او التصور أنها في جوهرها تقرن خصائص الشخصية بخصائص العضوية، و بالنظر إلى طبيعة بنية الشخصية و تعقيداتها ، فإنه من الصعب أن نفسر و نصنف أو نمط للصفات السلوكية وفق منطق العضوية لوحده.( بشير بن طاهر . 2005 ) .

ويذكر (مخائيل نعيمة . 1977.ص: 42 ) أنه ظهرت تاليا فكرة لا تختلف كثيرا من حيث تصورها و أبعادها عن فكرة أبقراط ، و هي تعود لصاحبها شلدون و هي فكرة تقوم على أساس يقضي بربط كل طبع سلوكي ببنية جسمية معينة، و هي نظرية كالتى سبقتها يعتقد فيها أن كل نمط يعبر عن وجود استعداد بنيوي لدى صاحبه ، ينبأ بالمرض النفسي المرتبط بتلك البنية. و تتمثل تلك النماط في النمط الاعتياشي مقابل النمط الحشوي، النمط العظمي مقابل النمط الرياضي و النمط العصبي الحسي مقابل النمط العصبي. غير أنه لوحظ من خلال نتائج البحوث المتواترة في تلك الفترة و ما بعدها وجد أن فكرة شلدون لم

تكن بمنى عن الانتقادات مثلها مثل نظية أبقراط ، و يعود السبب في ذلك إلى كون أن الباحثين لاحظوا وواجهوا صعوبة جوهرية في مسألة القياس وخاصة فيما يتعلق بفئة الافراد ذوو الانحرافات البنيوية العرضية. فبالرغم من أن هذا التصور ساعد في جمع قاعدة بيانات اثمرت إلى حد ما في فهم بعض المنطلقات السلوكية و بعض مخرجاتها، غلا أنها لم تكن يقينية كما كان متوقع لها في تفسير العلاقة بين النمط الجسمي و الطبع والمرض النفسي.

"ومن أمثلة النظريات الحديثة التي تبنت فكرة تنميط السلوك، نجد نظرية (كارل يونغ 1933) والتي يصنف فيها الأفراد في فئتين: فئة المنطويين وفئة المنبسطين. وهي كغيرها من الأطروحات وجهت لها انتقادات كثيرة تخص تعقدها وتداخل السمات التي يتكون منها النمطين، بالإضافة إلى إشكالية التوزيع المتصل أو المنفصل الذي بات يشكل نقطة خلاف بين الباحثين. وهناك نظرية أخرى يصنف فيها الناس على حسب المرحلة العمرية السلوكية حيث قدم فرويد تنميطة يقوم على أساس الارتباط بين نوع السلوك ومدى تناسبه مع مرحلة النمو الجنسي النفسي، وتتمثل هذه الأنماط في: النمط الفمي، النمط الشرجي والنمط القضيبى، وهي تشير إلى حالات تثبيت لسلوك يتميز بالنمطية في مرحلة نمو نفسي جنسي معينة" (بشير بن طاهر 1992).

كما توجد تصنيفات أخرى حديثة تربط الاصابة بنوع معين من الأمراض بنمط سلوكي له متلازمة خاصة به و بالاضطراب المصاحب له، يمكن تلخيصها فيمايلي:

1. النمط السلوكي المؤدي للإصابة بالذبحة القلبية والأمراض الإنسدادية، ويعرف بالنمط السلوكي (أ) (Shema comportemental de type (A)(S.C.T.A)

2. النمط السلوكي لمريض القرحة

3. النمط السلوكي لمريض ارتفاع الضغط

4. النمط السلوكي لمريض السكري
5. النمط السلوكي لمريض الايدز
6. النمط السلوكي لمريض السل.
7. النمط السلوكي لمرضى الاضطرابات الغددية
8. النمط السلوكي لمرضى السرطان.

غير ان المطلع على التراث النظري لهذا النوع من الدراسات يجد أن مشكلة القياس هي بيت القصيد في كل الصعوبات التصنيفية و التنميطية ، و خاصة ما يتعلق بفصل تلك النماط بشكل عمودي كما يمكن أن نسميه وفق المفهوم العملي الاحصائي.

### ماهية الطراز (أ-ب) لنمط السلوك:

يعود ظهور مصطلح سلوك النمط (أ) Type (A) behavior في منتصف الخمسينات عندما وضع إثنان من إختصاصيي أمراض القلب وهما (ماير فريدمان و راي روزنمان 1974 Ray Rosenman et Meyer friedman ) وصفا للشخصية يقوم على مسلمة أساسية مفادها وجود نماذج شخصية معينة لديها الاستعداد للإصابة بمجموعة من الأعراض مثل فقدان الشهية، تدخين السجائر، ضغط الدم المرتفع و خصوصا مرض القلب التاجي (CHD) Coronary Heart Disease ومرض الشريان التاجي (CAD) Coronary Artery Disease. و يرى ( روزنمان و آخرون 1988 Rosenman et al ) أن سلوك النمط (أ) مركب محدد من الفعل والانفعال المتضمن في القابلية السلوكية الظاهرة في الطموح و العدوانية ، نمطية التوتر و الاستعجال و نمطية التهيج و الغضب المميزة لاستجاباته العادية. و هو نفس ما ذهب إليه ( جهنسن 1991 Johnston 1991 ) من أن الطراز السلوكي (أ) هو شكل من السلوك المتميز بالتوتر والشعور بالخطر والعدوان وأن صاحبه مهيب للإصابة بأمراض القلب.

و قد وردت في الدراسات السابقة جملة من التعاريف للطراز السلوكي أ و ب يمكن تلخيصها فيمايلي:

عرف (جابر عبد الحميد علاء كفاي. 1996) سلوك نمط أ بأنه نمط في أسلوب الحياة يرتبط مع الاحتمال المرتفع للإصابة بمرض القلب التاجي و يتميز بالميل إلى الميل للقيام أكثر من شيء في نفس الوقت ، له ردود فعل سريعة و نمطية ، قليل الصبر و كثير التوتر و الانقباض. كما أنه مفهوم يشير الى الأشخاص المنافسون الى درجة كبيرة سواء في الانشطة الترويحية او في الانشطة الخاصة بالعمل و يمحون الشعور بالتعب و يظهرون العدوانية و الغضب عندما تفشل الجهود للوفاء و الالتزام بانهاء الاعمال في المواعيد المحددة . خلاف ذلك فإن الافراد من الطراز السلوكي ب يتميزون بالتححرر من العدوان والكراهية كما يتميزون بغياب او نقص الحاجة التنافسية لاطهار القدرات او مناقشة انجازاتهم . فالأشخاص من هذا النوع يعتبرون مثاليون في سلوكا تهم فهم يتميزون بالنجاح و التوافق و الصحة الجيدة و التكيف الاجتماعي و روح التسامح ، و حالة الضغط عندهم تكون متوسطة و معتدلة

فصاحب النمط (ب) يستطيع أن يسترخي بدون الشعور بالذنب و يعمل بدون أن يتعرض للإحباط بسهولة و يشارك في الأنشطة الترويحية الأخرى بدون الشعور بالحاجة إلى البرهنة على تفوقه و على قدراته. كما تكون لديه القدرة على الاسترخاء و سهل الانقياد وليس له ميل شديد للمنافسة، و اقل عرضة للشعور بالإحباط ، وينخفض معدل احتمال إصابته بأمراض القلب. كما يعرفه (جمعة يوسف ومعتز عبد الله، 1996) بأنه تعبير عن زملة Syndrome من السلوك الصريح أو أسلوب حياة يتميز بالتطرف في المنافسة والدافع للإنجاز والعدوانية و نفاذ الصبر والتعجل والتيقظ الحاد والحديث الإنفعالي وضغط الوقت . و بأنه أسلوب سلوكي وإنفعالي مبالغ فيه، يعكس أسلوبا سلوكيا أكثر منه إستجابة للضغط ويتشكل وينمو من خلال التفاعل بين متطلبات البيئة وخصائص الشخصية. وفي هذا السياق يرى: ( روزنمان و آخرون 1988 Rosenman et al ) أن النمط (أ) ليس مرادفا للإنعصاب ، بمعنى أنه لا يعتبر موقفا مسببا للضغوط أو استجابة مسببة للضيق

والتوتر، وإنما معطيات الموقف كما يدركها على أنها متعارضة مع طموحه هي التي تتسبب في الاستجابات المدعمة للشعور بالضغط.

وفي نفس الاتجاه يرى ( ستراب و ورنار ( Strube ,M&Werner,C 1985 ) أن أصحاب النمط (أ) وبحكم رغبتهم الجامحة لبلوغ أقصى درجات الانجاز و الأداء و رغبتهم في السيطرة و التحكم في دقائق الأمور و بحكم طبيعة تفاعلهم الخالص مع طبيعة المهام التي يعتقدون أنهم مسؤولين عن أدائها، يصاحب سلوكهم ذلك نوع من التوتر و الشد العصبي الشيء الذي يميزهم عن غيرهم و يجعلهم صعبى الميراس و شديدي المنافسة و في أغلب الأحيان عدوانيين، فهم يدركون البيئة المحيطة بهم على أنها ضاغطة بطبيعتها أكثر مما يدركها أصحاب النمط (ب). و في ذات السياق يرى

( يرى ( ف رايزر ( T.M. Fraser 1983 ) أن الأفراد من الطراز (أ) لنمط السلوك يتسمون بالدينامية والالتزام المبالغ فيه و الذهنية التنافسية والخوف من تضيع الوقت والخوف من عدم الوصول إلى إنجازات حقيقية. فعدم انجازهم للمهام في وقتها ، أو يمكن القول قبل وقتها المحدد أو الموضوعي ، يجعلهم يعتقدون بأنهم ليسوا في المستوى أو أنهم فاشلين، الشيء الذي يدفعهم للعمل اكثر و باستمرارية، حيث يحرمون فيها انفسهم من تجديد الطاقة، و تعتقد الطالبة الباحثة أنه قد يرجع السبب في شعورهم بالضغط و بحالة من الانهاك و الانهيار بسبب عدم منح أنفسهم نفس من الراحة و إلى رؤيتهم المثالية لنتائج الأعمال والمهام التي يقومون بها.

ويلخص (تيعزي امحمد1991) أهم صفات الطراز (أ-ب) لنمط السلوك كالتالي: " أن أفراد الطراز (أ) لنمط السلوك يتصفون بالميل التلقائي للمبالغة في الطموح والعدوان والتنافس وعدم القدرة على تحمل الإنتظار، ونشاط وخفة الحركة، وسرعة الاستثارة والإفصاح عن الانفعال والاهتمام الزائد بالعمل، والاهتمام بكمه أكثر من كيفه، والقيام بأكثر من عمل في آن واحد وفرض آجال صارمة على من يقومون به، وعدم القابلية للاسترخاء والراحة، والغياب النسبي لهذه الخصائص السلوكية تمثل الطراز (ب) لنمط السلوك". غير

أنه و من ناحية اخرى تشير الدراسات أن ذوي النمط أ يتسمون بتبني الاستراتيجيات التي تركز على المشاعر الايجابية النشطة المتفاعلة مع الأحداث، و يتمشى مع هذه الرؤية الدليل الذي يربط النمط السلوكي مع مستوى النشاط الأساسي و مقاييس المزاج القياسية المتعارف عليها , حيث أن ذوي النمط أ ليسوا فقط أكثر نشاطا من الناحية الفسيولوجية فحسب عن النمط ( ب ) بل نادرا ما يشكون الإرهاق بعد بذل جهد كبير. لذلك نجد أن أصحاب النمط (أ) يحققون مكانة عالية في وظائفهم ( بيرن و روزنمان Byrne & Rosenman 1986 ) ، حتى و ان كان بعض الباحثين يرد ذلك إلى طبيعة العمل ومدى إرتباطه بخصائص وسمات كل من نمطي الشخصية (أ و ب). و من ضمن هؤلاء الباحثين نجد (روز ماري شاهين، 1993) الذي ذكر في النمط أ صفات أخرى إلى جانب الصفات السلوكية الشائعة كالطموح و العدائية و الرغبة الشديدة في المنافسة و الامحدودية الطموح و التشنج و ما لإلى ذلك من صفات ، فقد أقر أن هذا النمط فيه صفات قد تكون ايجابية في حالة ما رافقتها ظروف مواتية ، و من ضمن هذه الخصائص : أن صاحب النمط أ طراز السلوك هو منظم ومرتب و يتفاعل مع محيطه بشكل جيد، متحكم في ذاته واثق منها و من كفاءته، وهو مستعد لأن يعمل وحيدا إذا اقتضت الظروف ذلك، فهو لا يتراجع عن أهدافه، يدرك مفهوم الوقت و يعي مروره، ولذلك فهو لا يريد مرور الزمن دون أن يحقق شيئا ولذلك تراه نافذ الصبر و مستعجلا لتحقيق طموحاته ، يظهر الوداعة أمام العراقيل التي تعترضه ولكنه لا يتراجع ، يرفض الهزيمة ولا يعترف بها و يقوم بمحاولة جديدة.

### عوامل القصور في تشخيص سلوك النمط أ في علاقته بالصحة.

من جملة الملاحظات التي تمكنت الطالبة الباحثة من جمعها فيما يخص بعض المشاكل المعرفية و المنهجية التي لا زالت تعيق امكانية الفهم و البحث العلمي في موضوع الطراز السلوكي لنمط الشخصية و التي نوردها في النقاط التالية:

(1) " بالرغم من غزارة البحوث التي تؤكد تهيء الأفراد من النمط (أ) للمرض والإضطرابات السلوكية، إلا أنها لم تجزم في تحديد طبيعة هذا النمط من السلوك

في علاقته ببعض الأمراض وتحديد أي جانب أو بعد من أبعاده هي المسؤولية عن الإضطراب". (بشير بن طاهر. 2005)

(2) يري الكثيرون أمثال (ميلر 1991 وماتيوس 1988) أن غالبية المقاييس التي استهدفت قياس الطراز السلوكي أ - ب تكونت من خلال المقابلة للحالات المرضية وبذلك وضعت البنود الأصلية للأسئلة بصفة مرضية و أن غالبية الحالات كانت في أعمار زمنية متقدمة

(3) يؤكد كل من ( ديمبروسكي وزاجكوسكي Dembroski & Zajkowski . 1989 ) أن النمط السلوكي (أ) يحتاج إلي مزيد من الدراسة لإزالة الغموض عن بعض العوامل الأخرى التي تميز الخصائص التي وردت في الكثير من مقاييس تقدير الطراز السلوكي (أ).

(4) أوضح كل من ( فريدمان وبوث كولي Freedman & Booth Kewley 1987 ) أن الإعاقة الأساسية في البحث في الطراز السلوكي (أ) هي المفاهيم الغامضة والواسعة لبناء هذا النموذج السلوكي والتي تمتد بين الإجهاد والعدوانية وأيضا إلي الأساليب التعبيرية الخاصة.

(5) عندما يزداد الضبط في معالجة الموقف يميل النمط السلوكي (أ) إلي الظهور وعند الفشل في عملية الضبط يصبح كتهديد لتقدير الذات، أي أن النمط أ بحكم نزوعه للاستقلالية و الفردانية و رغبته في العمل وتحمل المسؤولية، يمكن تصنيفه ضمن مركز الضبط الداخلي و هذا أمر يتعارض مع شبكة العلاقات الارتباطية التي توّطر لمعادلة الضغط و الصحة في ضوء المتغيرات الشخصية وهنا تكمن الاشكالية و التي سيتم الاجابة عنها في الجانب التطبيقي من البحث. فقد أكد (جلاس 1987. Glass ) أن الأفراد ذوي النمط السلوكي (أ) يميلون إلي ضبط المواقف إلي تميزهم بوجهة الضبط الداخلية ولا يميل إلي طلب المساعدة.

### ج- الدعم الاجتماعي Social support :

يحتاج كل منا إلى الدعم الاجتماعي حتى يخفف من العناء ويزيد من الشعور بالسعادة وهذا الدعم يوفر تقديراً عالياً للذات والثقة بها، ويولد المشاعر الإيجابية ويقلل من التأثير السلبي للأحداث الخارجية. والعلاقات الاجتماعية عموماً هي من أهم مصادر السعادة التي يحتاجها الإنسان يومياً خلال حياته العملية مع الأصدقاء وفي العمل، وبهذا يوفر لنفسه السعادة والراحة النفسية. فالعلاقات الاجتماعية من أهم مصادر الدعم الاجتماعي والحماية من تأثير ضغوطات الحياة على اختلاف أنواعها.

#### تعريف الدعم الاجتماعي:

لقد عرف الدعم الاجتماعي وقيس بطرق متباينة، وهذا يعود لاختلاف الأطر والمرجعيات النظرية للباحثين الذين اهتموا بدراسته. وبشكل عام عرف الدعم الاجتماعي بأنه مد يشعر فيه الشخص بالرعاية والمساعدة من المحيطين به. وقد يكون هذا الدعم عاطفي، محسوس، ومن خلال تقديم المشورة والنصح، المرافقة والمصاحبة وأن نشعره بالانتماء وأنه متقبل و جزء من الشبكة الاجتماعية. ويمكن أن يقاس الدعم الاجتماعي عن طريق إحساس المرء بأن هناك مساعدة متاحة له، أو بالمساعدة الفعلية التي حصلت له، أو عن طريق قياس درجة اندماج الشخص مع الشبكة الاجتماعية. وتتعدد مصادر الدعم فقد يأتي الدعم من الأسرة والأصدقاء، والمؤسسات الرسمية وغير الرسمية، الجيران ووزملاء العمل.... و بهذا يمكن القول أن الدعم الاجتماعي بمصدره المادي والمعنوي، الرسمي وغير الرسمي يتجلى في تقديم المساعدة والعون على حسب حاجة الفرد في الزمان والمكان والظروف التي يتطلبها موقف الحاجة للدعم، ومدى إدراك الفرد لكفايته ورضاه عن ذلك الدعم.

ويعرفه (كوهين و آخرون . 1986 . Cohen , et al) بأنه ينطوي على تحقيق الفرد لمتطلباته من المساندة الاجتماعية من البيئة المحيطة به، سواء من الأفراد أو الجماعات والتي تتيح له امكانية المشاركة الاجتماعية و امكانية المواجهة الفعالة لأحداث الحياة

الضاغطة. و يعرفه ( ساراسون و آخرون . 1986 . Sarason et al ) بأن المساندة الاجتماعية تعني شعور الفرد بوجود بعض المقربين منه و الذين يثق بهم في الوقوف بجانبه وقت الحاجة. أما ( ليبور. 1994 . Lepore ) فيرى أن الدعم الاجتماعي هو الامكانيات الفعلية و المدركة التي تتيحها البنية الاجتماعية للفرد، و التي يمكن استخدامها وقت الحاجة.

وفي نفس السياق يرى (ليفاسك و كوسات 1991 , Levesque , L et Cossette ,S) أن الدعم الاجتماعي يأخذ مرجعيته من صيرورة التفاعل في العلاقات بين الأفراد، و أن هذه الأخيرة تسمح للفرد من التكيف مع متطلبات الواقع و الشعور بالانتماء والكفاءة في التحكم في إمكانيات تبادل الموارد المادية والسيكولوجية الحالية أو المتوقعة مع الآخرين.

### أنواع الدعم الاجتماعي:

يوجد نوعان من الدعم: الدعم المادي أو المحسوس كمساعدة مالية، وهناك الدعم المعنوي كالمواساة مثلا. ولكن هذه التفرقة تعتبر نسبية بحكم التفاعل البديهي الموجود بين ما هو مادي وما هو معنوي، فمثلا منح سلفة مالية أو منح وسيلة نقل هي من النوع المادي ولكن في نفس الوقت هي مساعدة ذات بعد معنوي.

و يمكن أن يتمظهر الدعم الاجتماعي من خلال أربعة مظاهر هي :

1. الدعم الوجداني : و يقصد به اظهار المودة و المحبة و الحنان و التقدير اتجاه الفرد المعني بالدعم.
2. الدعم الملموس: و يقصد به تقديم المساعدة الملموسة والفعلية للمعني بالمساعدة كتقديم دعم مالي أو خدماتي .
3. الدعم المعلوماتي : و يعنى تقديم يد المساعدة و النصح في فهم و حل المشاكل وأساليب التعامل معها.

1. دعم المصاحبة: و يعنى به ، مصاحبة الفرد و الاندماج معه بالشكل الذي نشعره فيه بأنه جزء من الشبكة الاجتماعية و أنه متقبل و مرغوب في سلوكه و أنه مؤثر و فعال . كما نجعله يعتقد بأنه ليس وحيدا و ذلك من خلال العمل على انخراطه في النشاط الاجتماعي بشكل عام من خلال الأسرة و الجمعيات الثقافية و الرياضية و الدينية و السياسية و المناسبات على اختلافها.

### وظائف الدعم الاجتماعي:

وفيما يخص الدور الذي يقوم به الدعم في تكيف الفرد وتحقيق الصحة، فإن الباحثين يضعون خطأ عريضا تحت الكيفية التي يعرف بها الفرد هذا الدعم والذي يتحدد من خلال:

1. درجة حاجة الفرد لهذا الدعم.

2. مدة الدعم الممنوح.

3. مدى التطابق بين الدعم الممنوح والدعم المتوقع.

فالعوامل هذه، هي التي تحدد إدراك الفرد للدعم الاجتماعي كعامل سلبي أو إيجابي وبالتالي ما قد يترتب عنه من آثار على مستوى السلوك والصحة.

ومن أهم وظائف الدعم الاجتماعي ، نجد أنه يساهم في حماية الشخص لذاته و زيادة الاحساس بالفعالية، و أن الدعم الاجتماعي يلعب دور مهم في تجاوز الفرد لأية أزمة قد تواجهه. كما أن الدعم الاجتماعي يؤدي إلى زيادة تقدير الذات و الثقة بها و الشعور بالسيطرة على الموقف، و يزيد من مستوى المشاعر الايجابية و التي تجعل الفرد يدرك الأحداث التي يتعرض لها على انها أقل ضغطا و خاصة بالنسبة للاناث (بطرس. 2005).

### - مصادر الدعم الاجتماعي :

إن أبعاد الدعم الاجتماعي كشبكة أو كسلوك أو كمدرک ذاتي لها خصوصيات على حسب النوع والمصدر، فالنوع يهدف إلى تحديد نوع المساعدة وحجمها بينما يهدف المصدر

إلى تحديد القائم بتقديم هذا الدعم.

- **مصادر الدعم:** يعتبر تحديد مصادر الدعم الاجتماعي مهما ، خاصة فيما يتعلق بقياسه، وفي هذا المقام يصر ( سترينر و فرانكلين . Streeter et Franklein1992 ) على أهمية التفرقة بين المصادر الرسمية والمصادر غير الرسمية للدعم الاجتماعي، حيث أن الدعم غير الرسمي يعتبر أكثر مرونة وتأثيراً على التكيف وتحقيق الذات. و تجمع الدراسات السابقة على أن أهم مصدر من مصادر الدعم الاجتماعي تتمثل في الأسرة ثم الأصدقاء ثم الجيران و زملاء العمل و المؤسسات غير الرسمية و الرسمية. ( بطرس. 2005).

### د- مركز الضبط Locus of Control

نشأ هذا المفهوم كامتداد طبيعي لنظرية التعلم الاجتماعي لـ Rotter ، و قد نشأت هذه النظرية أساساً مرتكزة على بحوث التعلم و الشخصية، و هي تسعى للبحث في السلوك المعقد للأفراد كما يتشكل خلال المواقف الاجتماعية المختلفة، تؤكد النظرية أن أنماط السلوك التي يجري تعلمها يتأثر نمط تعلمها بفعل التفاعل بين مجموعة من التغيرات المعرفية و هي متغيرات التوقع، و متغيرات الدافعية و تمثل متغيرات التدعيم، و ما يعنيه ذلك من متضمنات مثل قوتها و اتجاه تأثيرها، كل هذا في ظل وعي مؤداه أن هذه المتغيرات تتأثر بشدة بسياق الموقف الذي تحدث فيه.

يذكر ( روتر. Rotter سنة 1966 ) أنه إذا أدرك الفرد أن التعزيز الذي يحصل عليه يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة فإنه يكون ذو ضبط داخلي أما إذا أدرك الفرد أن التعزيز لا يعتمد على سلوكه أو خصائصه الدائمة و لكنه يعتمد على بعض العوامل الخارجية كالحظ أو الفرص أو القدر فإنه يكون ذو ضبط خارجي.

و يضيف موريس. Morris 1979 أن مركز الضبط يعتمد على كيفية تأثير التعزيز في السلوك حيث يرى ذو التحكم الداخلي أنهم سادة على أقدارهم و أنهم سبب لما يتلقونه من تعزيز و يعتقدون أن الترقيات تعتمد على العمل الجاد بينما ذوو الضبط الخارجي يميلون

إلى التأكيد على الصدفة أو القدر و ذلك في جميع أحداث حياتهم حتى الزواج فيرون أنه يعتمد على الحظ و الصدفة.

وتذكر (فاطمة حلمي، 1984) أن مركز الضبط عبارة عن إدراك لمصدر المسؤولية عن النتائج و الأحداث و هل هي مسؤولية داخلية حيث يأخذ الفرد على عاتقه مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة و قدراته الشخصية، أو أنها مسؤولية خارجية تخرج عن نطاق الفرد.

وفي ضوء نتائج عدة بحوث استطاعت الطالبة الباحثة أن تحدد عدة عوامل لمركز الضبط تشمل ما يلي :

1. الضبط الشخصي، الذي يضم التمكّن- العالم العادل و الدافعية الداخلية.
2. ضبط قوة الآخرين و الذي يضم أصحاب النفوذ و العجز و العالم المضبوط سياسياً.
3. ضبط الحظ و الذي يشمل القدرية و العالم الصعب، الغير قابل للتنبؤ و الفرصة.

### تأثير المعاملة الوالدية على مركز الضبط:

تشير الكثير من الدراسات (صلاح أبو ناهية، 1989، و إبراهيم عبد الرحمن، 1986، والديب، 1990) إلى أن المعاملة الوالدية الإيجابية كالوفاء و التقبل و الحماية والشعور بالأمن و التفاعل الاجتماعي تشجع الاعتماد على الذات و التدريب على تحمل المسؤولية والدفء و الاستقرار العائلي تدعم الاتجاه الداخلي للضبط، في حين أن أساليب المعاملة الوالدية السلبية مثل الرفض و العقاب و السيطرة و العدائية و التسلطية و التبعية و حتى الإفراط في الحنان و الحماية الزائدة تؤدي كل منها أو بعضها مجتمعة إلى تكوين ودعم وجهة الضبط الخارجية.

## تأثير القيم السائدة في المجتمع على مركز الضبط:

تتشكل قيم الفرد و توجهاته من خلال المؤثرات الثقافية و الاجتماعية، ففي المجتمعات التي يشيع لدى أفرادها الاعتقاد بمحدودية طموحات الفرد و إنجازاته و أن هذه الطموحات يجب أن لا تتجاوز حدود الطبقة التي ينتمي إليها أو أن الفرد لا يمكن أن يكون إلا كما يراد له أن يكون فإن هذه المجتمعات ترسب لدى أفرادها قيم الولاء و الانتماء والخضوع للرموز الحاكمة فيها و من ثمة تتقلص لديها قيم الإنجاز و يتأصل لدى أفرادها الضبط الخارجي.

أشارت دراسة Gray,1974 إلى وجود فروق دالة إحصائية بين المجموعات العرقية للتوجه الإنجازي ما بين الاعتماد على الذات أو الاعتماد على الآخرين و أن التوجه الإنجازي لدى الأمريكيين المكسيكيين الأصل هو الاعتماد على الآخرين بينما كان التوجه الإنجازي لدى الأنجلو أمريكيين هو الاعتماد على الذات ، سواء في مواقف الإنجاز المنزلية أو المدرسية.

علاوة على ذلك ،فإن (دراسة Weiner .1973)، توصلت إلى وجود علاقة دالة موجبة بين قيم العمل كما قيست بالاعتقاد في أهمية العمل الجاد و المستمر و بين وجهة الضبط فكانت وجهة الضبط الداخلي، أعلى لدى الذين يسود لديهم الاعتقاد بأهمية العمل الجاد و المستمر و أن جهد الفرد و ليس أي شيء آخر هو المحدد لنجاحه.

و عليه يمكن ربط كل من مفهوم توجه الإنجاز Orientation of Achivement التي أشار إليها Gray و النظام القيمي الذي أشار إليه weiner بوجه الضبط.

و يمكن أن نذكر في هذا المجال النظام السياسي القائم و القيم التي يكرسها و النظام الديني و القيم التي يحض عليها و يدعو إليها ، كما يمكن أن يختلف في هذا المجال المجتمع الزراعي أو الرعوي عن المجتمع الصناعي أو ذلك الذي يغلب عليه الطابع التجاري.

### مركز الضبط و بعض مقومات الشخصية:

1. أصحاب الوجة الخارجية أكثر مسايرة Conformity و قابلية للإيحاء Suggestibility و أقل استقلالية Indépendance، من ذوي وجهة الضبط الداخلي ( Rotter ،1996 ) ، و لا يخفى ما لهذه الصفة من أهمية في مقاومة الانسياق وراء أخطاء خاصة المتطرفة منها.

2. أصحاب الوجة الخارجية أقل تعبيراً عن الأحاسيس بالذنب المرتبط بالتعبير عن النزعات العدوانية و نزعات الكراهية ، و هم أكثر تعبيراً عن العدوانية و الكراهية بشتى صورها حيث ظهرت فروق دالة في جانبهم في خمسة معايير فرعية من مجموع ثمانية مقاييس تكون قياس Bass-Durlcee للكراهية ( Williams & Ventress, 1969 )، و لاشك أن هذا يوضح لنا كيف أن المجتمعات التي تدعم الوجة الخارجية و أبنائها تكون أكثر عرضة للهزات الاجتماعية و ربما تتعرض للحروب الأهلية.

3. أصحاب الوجة الداخلية لديهم قوة أنا مرتفعة ، و التي هي مرادف لمصطلح الثبات العاطفي Emotional Stability أو الاتزان الوجداني و تشير إلى التوافق مع الذات و مع المجتمع و هي القطب المقابل للعصابية Nouratism ، و لديهم تقديراً أعلى للذات وثقة مرتفعة في النفس (رشيدة عبد البدون.1985).

4. يتميز أصحاب وجهة الضبط الخارجية بالقلق، و سوء التكيف .

5. أظهرت دراسات (رايت و آخرون. Wright et Al, 1980) أن الأفراد الضبط الداخلي يسعون في محاولات عديدة لضبط البيئة و السيطرة عليها و البحث عن المعلومات المتعلقة بها و يسلكون في المواقف الاجتماعية أسلوباً ملائماً. أما الأفراد ذوي الضبط الخارجي يتميزون بالسلبية العامة و قلة المشاركة و كثرة الشكوى.

6. فيما يخص علاقة الجنس بمركز الضبط، فقد تم تسجيل تباينا واضحا في نتائج الدراسات، ففي حين نجد بعض الدراسات تقر بوجود فروق غير دالة بين الذكور و الإناث على درجات مقياس مركز الضبط مثل أبحاث (صلاح الدين أبو ناهية (1989)، نجد دراسات أخرى تفيد أن الإناث يملن إلى الضبط الخارجي أكثر من الذكور (علاء الدين كفاقي 1982).

كما يتبين من الدراسات السابقة أن البنات اللواتي يعتقدن في الضبط الداخلي يتميزن بضبط الذات و الاستقرار الانفعال و الثقة بالنفس و الدهاء و المشاركة الاجتماعية و يقظة الضمير، وأنهن أكثر محافظة .

# الفصل الثالث

العلاقات المتبادلة بين اضطرابات  
الضغط الناتجة للصدمة  
والمغبرات الشخصية و الفروية.

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبريات الشخصية والفردية

لقد تبين للطالبة الباحثة وجود النزر القليل من الدراسات و النتائج التي يمكن اعتمادها في التأطير النظري لمتغيرات الدراسة مجتمعة، و عليه حاولت تحاشي الإطناب و الإسهاب في جمع كل ما قيل حول موضوع و متغيرات البحث، و اقتصرت فقط على النتائج ذات العلاقة المباشرة و التي يمكن أن تقدم فائدة للموضوع.

### 1. عوامل الضغوط التالية للصدمة بشكل عام:

من أهم الأحداث الضاغطة و المتسببة في تشكل اضطرابات الضغط التالية للصدمة والتي كانت تعد من أسباب اضطرابات الضغوط سابقا قبل أن يظهر مفهوم الضغط التالي للصدمة ما يلي: وفاة الزوج أو الزوجة، فسخ الخطوبة أو الانفصال التغير في مسؤوليات العمل، مخالفات جسيمة للقانون، وفاة أحد أفراد العائلة، بداية الزوجة للعمل أو امتناعها عنه إصابة أو مرض، حوادث العمل والمرور، مشكلات مع الرؤساء في العمل، التقاعد أو الإحالة على المعاش، مرض أحد أعضاء الأسرة حمل الزوجة، دين أو سلفة كبيرة الطلاق دخول السجن، ترك الابن أو البنت للمنزل، المشكلات الجنسية انضمام عضو جديد للأسرة (مولود)، وفاة صديق عزيز، التغير في عدد أفراد الأسرة المقيمين معا، الانتقال لعمل آخر الوقوع في خلافات مع شريك الحياة و العجز عن سداد الديون (جمعة سيد يوسف 1991 زينب محمود شقير 1998، السيد إبراهيم السمدوني 1991).

فالموقف الصدمي يعبر عن درجة تهديد الحياة و الأسى و الحزن المرتبط بالحدث ودرجة الصراع النفسي الذي يعيشه الفرد جراء التعرض للحدث و مدى ارتباطاته بالآخرين و المسؤوليات المختلفة و الضرورية ازائهم. فكلما زادت الآثار التي يعتقد فيها المصاب بأنها تؤثر سلبا على كفاءته و أدواره و بالتالي على ادائه في علاقته بالآخرين كلما تفاقمت حدة الاضطراب و زادت مدة إستمراريته. كما أن الفرد عندما يختبر الصدمة لوحده يكون وقعها عليه أكبر من لو أنه يشاركه الآخرون نفس الحدث. ( و هناك مثل عام يقول: إذا عمت خفت) . فاختبار الحدث الصادم وحيدا يجعل الفرد يشعر بالخوف أكثر و بحالة من العجز

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصحة والمنغبرات الشخصية والأهربية

كما لو أنه ضحية او أنه مستهدف .

فالتغير في مجرى الحياة يجعل الفرد كما لو أنه يعيش في عالم متناقض مع قيمه وتقديراته وحساباته ، أي انه يعجز عن تسيير عمليتي الاستيعاب و التلائم و بالتالي يكون عاجزا على التكيف بكل ما تتضمنه الكلمة من معنى. و في سياق الكلام عن تغير مجرى الحياة أورد ( بشير بن طاهر . 2005 ) مجموعة من الدراسات عن عوامل الضغط وارتباطاتها بالاضطرابات النفسية و العقلية والسيكوسوماتية نلخصها فيما يلي :

" دراسة لـ ( هولمز و راه Holmes,T& Rahe,R.1967 ) على عينة من 200 طبيب تبين من خلالها أن أمراض الحساسية، ومشكلات الجهاز العضلي الهيكلي والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية كانت ذات ارتباط عال بدرجات وحدة تغير الحياة. و هي نفس النتيجة التي أقرتها دراسة ( كليرمن Kleirman,A 1977 و جاكوبسون Jakobson 1983) و التي تبين فيها أن المطلقين لديهم معدلات مرتفعة من الاضطرابات الانفعالية ومرض القلب والأرق وضعف الشهية وزيادة التدخين واستهلاك العقاقير، مقارنة بالراشدين غير المطلقين، و أوعز المطلقون هذه الإختلالات الصحية إلى التغير في مجرى حياتهم، حيث تظهر مسؤوليات جديدة مباشرة و غير متوقعة. ومن أهم الآثار المترتبة على التغير في الحياة بالنسبة لفئة النساء ذكر ( باركم Berkman,P.L 1979): ارتفاع ضغط الدم، اضطرابات القلب، التهاب شعبي مزمن، ربو، روماتيزم مفصلي، بول سكري، قرحة المعدة والأنثى عشر، اضطراب الحرارة واضطراب كبدي مزمن.

كما توصلت ( كوباسا Kobasa,S 1982 ) إلى وجود علاقة بين أحداث الحياة الضاغطة التي عانا منها 259 من مديري الأعمال (رجال ونساء) على مدى خمسة سنوات والمتمثلة في التقييمات غير الموضوعية للعالمين والعاملات في المهن المختلفة، ومرض أحد أفراد الأسرة. وفي نفس السياق كشفت دراسة (كوبرودفيندسون Cooper & Davindson 1982 ) على عينة من السيدات الإداريات بالمملكة المتحدة عن وجود الأعراض الجسمية

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبربات الشخصية والفردية

والنفسية التي تعتمد في تشخيص اضطرابات الضغوط التالية للصدمة كالإرهاك الجسمي القابلية للانفعالات، الشعور بالقلق، الإحساس بالتوتر، الشعور بالغضب، الإصابة باضطرابات النوم، الإحساس بالإحباط، عدم القناعة بالحياة، انخفاض احترام الذات والإحساس بالاكتئاب. ويتفق الباحثون أن الضغط طويل المدى أكثر وقعا من الضغط قصير المدى فالضغوط الممتدة والمتكررة كالتعطل عن العمل تكون مرتبطة بمرض القلب وضغط الدم الجوهري والتهاب المفاصل الروماتيزي ونقص المناعة المرتبطة بها ( واد و ترافيس Wade,C & Travis 1987). وفي دراسة لـ: (حسن مصطفى 1989) بحث فيها علاقة الأثر النفسي لضغوط أحداث الحياة على المرضى السيكوسوماتيين مقارنة بعينة من الأسوياء، كشف على أن الأحداث المرتبطة بالعمل والدخل والأسرة كانت من أهم الأحداث المؤثرة على المرضى السيكوسوماتيين. وفيما يخص الفروق بين فئات المرض في إدراكهم للأحداث الضاغطة إنتهى إلى أن مرضى القرحة المعدية كانوا أكثر تأثرا بأحداث العمل ومرضى ضغط الدم أكثر تأثرا بالأحداث الشخصية. وكشف (هاوس وآخرون House,J et al 1979 عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين الضغوط المهنية والمشاكل الأسرية والاضطرابات السيكوسوماتية التي تمثلت في: قرحة المعدة، زيادة ضغط الدم وأمراض القلب والذبحة الصدرية-. كما كشفت دراسة (طانق وهمونتري Tang & Hammontree 1992 ) على عينة من 60 ضابط شرطة في ولاية تينيس بالولايات المتحدة الأمريكية بأنه كلما زاد تعرض ضباط الشرطة لضغوط الحياة كلما زاد معدل إصابتهم بالأمراض السيكوسوماتية. وهي نفس النتيجة التي توصل إليها (حسن مصطفى 1989).

وفي دراسة لـ: (حسن مصطفى عبد المعطي، 1992) حول أحداث الحياة الضاغطة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية على عينة من 168 شخص، والتي إنتهى فيها إلى النتائج التالية: اقرار الارتباط الفردي بين أحداث الحياة الضاغطة والأعراض المرضية:( السيكوباتية، القلق الاكتئاب، العدوانية، العصاب القهري، الهستيريا، توهم المرض، الأرق الليلي، الفوبيا، الحساسية. كما إنتهت الدراسة إلى نتيجة مفادها أن نوي

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبرات الشخصية والهرمبية

الضغوط المنخفضة كانوا في مستوى أفضل للصحة النفسية. كما أسفرت الدراسة أن المتمتعين بالصحة النفسية أقل معاناة للضغوط. وقد كانت أعلى متوسطات الضغوط لدى مرتفعي الأعراض المرضية. وفي نفس السياق والأهداف، توصل (أحمد عبد الخالق 1993) إلى نتائج مفادها أن أعلى مستويات الاضطرابات النفسية والعضوية توجد لدى الأفراد الذين يتعرضون لضغوط بيئية مرتفعة، وأن التعرض لأحداث الحياة الضاغطة لفترة طويلة ومستمرة، لا تؤدي إلى القلق فحسب بل تزيد من معدل الاضطرابات النفسية وتؤدي إلى الوفاة ، كما كشفت دراسة (آدم العتيبي 1997) عن نتائج مشابهة تقر العلاقة الطردية بين ضغوط أحداث الحياة اليومية والاضطرابات النفسية والسيكوسوماتية. "

و بالنظر لنتائج الدراسات الحديثة ، فإنه تقريبا، نفس الأسباب التي كان يشار إليها على أنها تعود من وراء اضطرابات الضغوط ، تعتبر حاليا من الأسباب التي تؤدي إلى اضطرابات الضغوط التالية للصدمة مع وجود فروق في الشدة و طبيعة العوامل المرتبطة بالحدث نفسية كانت أو سوسيوديموغرافية . ومن جملة هذه الأسباب نجد ردود الفعل الاكتئابية لدى ضحايا حوادث المرور ضغوط الحياة اليومية كفقد العمل، صعوبات مادية مشاكل جنائية أو مع العدالة، فقدان قريب بالاضافة إلى حالة الضغط المزمن.

إن المطلع على التراث النظري لموضوع اضطرابات الضغوط التالية للصدمة يلاحظ أن بعض نتائج الدراسات تشير إلى انه ليس بالضرورة أن كل انسان تعرض لموقف صادم ستظهر عليه اضطرابات الضغوط التالية للصدمة. فقد توجد عوامل متعددة و متباينة في تأثيرها و تفاعلاتها مع الموقف الصادم، و على حسب طبيعة المعادلة المشكلة للزمة الضغط الصدمي، فقد تكون تلك العوامل مساعدة على النجاة من الاضطراب كما قد تساعد على ظهوره. فطبيعة و بنية الفرد الشخصية وسوابقها الصحية ، و طبيعة الموقف الصادم ونوعه و مدى استمراريته و دور البيئة الاجتماعية و الاقتصادية والمهنية و الاستشفائية في اطار فردي أو تفاعلي هي التي يمكن أن تعطي تفسيراً لطبيعة تشكل لزمة الضغط الصدمي و هي التي تحدد شدته و مداه. وقد حددت الدراسات السابقة: (كوترونا و آخرون Cutrona,C.E)

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمات والمنغبرات الشخصية والهرمبية

et al 1987 ، مارتين و مارشو . Martin & Marchand .2006 ،بولان و شنطال .  
2010. Poulain & chantal ) أهم هذه الأسباب فيما يلي:

1. حدة ومدى خطورة الحدث الصدمي و مدى قدرة الفرد على السيطرة. فقد تكون هناك أحداث صدمية تعيق على الفرد امكانية المواجهة الصحيحة مثل المرض المزمن الاغتصاب الجنسي والتهديد بالموت..
2. مدة التعرض للحدث الصادم و الملابس النفسية و الاجتماعية و الاستشفائية المصاحبة .
3. مدى تكرار الحدث الصدمي أو حوادث ذات علاقة أو مصاحبة الصدمة لمضاعفات مرضية أخرى ، كما هو حال مرضى السرطان ، الضغط الشرياني و ضحايا حوادث الطرق.
4. عيش الفرد المصدوم في ظروف حياة تتوفر على مثيرات ذات العلاقة.
5. الطابع غير المتوقع للحدث الصادم ، و القابلية الفردية للاصابة.
6. مسؤولية الفرد في الحدث الصادم ، كالتهور بالنسبة للسائقين و عدم اخذ احتياطات السلامة، و الحماية الغذائية و الصحية بالنسبة لمرضى السرطان والضغط الشرياني.
7. عامل الجنس حيث تشير الدراسات السابقة في أغلبها أن الاناث أكثر قابلية للاصابة باضطرابات الضغوط التالية للصدمة من الذكور.
8. عامل السن، حيث تتفق الدراسات السابقة على وجود علاقة طردية بين السن وزيادة حدة الاضطراب و استمراريته لدى الراشدين ، و علاقة عكسية بين السن و الاضطراب لدى الأطفال.

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبرات الشخصية والهرمبية

9. عامل التجنب باعتباره آلية دفاعية سلبية قد تسهم هي الأخرى في تفاقم الاضطراب وديمومته.

10. الحالة الصحية و بنية الشخصية لدى الفرد قبل أن يتعرض للحدث الصادم.

11. الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه الفرد أو يحصل عليه بالفعل من محيطه المادي والاجتماعي.

12. نمط شخصية الفرد ، فالأفراد من الطراز السلوكي أ عادة ما يكونون أكثر قابلية للإصابة بالاضطراب مقارنة بغيرهم .

كما يمكن القول من زاوية أخرى، أن الفرد يمكنه أن يصاب باضطرابات ضغط شبه صدمية و المتميزة برد فعل يتمظهر من خلال حالة من الاضطراب الانفعالي و الذي يمكن ان يكون شديدا ومرتبطا باعراض فصامية. كما يجب الأخذ في الحسبان عوامل أخرى ترتبط بالتقييم الذاتي للاضطرابات التالية للضغط الصدمي و خاصة مسألة التعويضات التي يتوقعها الحالة و التي قد تؤثر على مجريات التشخيص و العلاج.

كما ان يمكن ان يكون الاضطراب عابرا و إن كان حادا، و هو عادة ما يحدث لدى فرد لا يشكو من اي اضطراب عقلي ، يظهر تبعا لعامل صادم فزيائي أو نفسي خاص ويختفي عادة خلال ساعات أو خلال بضعة أيام. إن خطورة ردة الفعل الحادة عن عامل ضاغط هي معززة بعوامل تتعلق بالهشاشة الفردية و مدى قدرة الفرد على مواجهة الموقف الصادم. فالأعراض المرضية تكون مختلطة ومتغيرة بشكل نمطي و تتضمن بشكل خاص حالة بلادة متميزة بنوع من الانقباض لمساحة الوعي والانتباه، و عجز و صعوبة في ادماج و استيعاب المثيرات و اضطراب في التوجه. هذه الحالة يمكن أن تتبع بانسحاب متزايد من المحيط غلى درجة الذهول الانفصامي ، أو حالة هيجان مع فرط النشاط . والاضطراب عموما تصاحبه أعراض لا ارادية لحالة قلق و هلع ( زيادة ضربات القلب

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبربات الشخصية والهرموية

التعرق الشعور بحرارة في الجسم..). و العراض هذه تظهر عادة خلال الدقائق الأولى التي تلي التعرض للحدث الصادم، و تختفي في حدود يمويين أو ثلاثة ايام و غالبا خلال ساعات. كما يمكن أن تحدث حالة فقد الذاكرة الجزئي أو الكلي.

وهناك فئة أخرى من الاضطرابات مختلفة عن الفئات الأخرى ، حيث أن الكشف عنها يتوقف على احد العاملين التاليين: حادث ضاغط او مجهد يتسبب في ردة فعل حادة، أو نتيجة تغير واضح في مجريات حياة الفرد يكون متضمنا لنتائج غير مريحة و مؤدية إلى اضطرابات في التكيف.

كما يمكن أن يكون التعرض لعوامل ضغط نفس اجتماعية ذات شدة إلى حد ما، خلال أحداث الحياة، ان يعمل على استعجال ظهور أعراض مرضية كثيرة ، و لكن لا يمكن أن نعزي ذلك دائما إلى اسباب محددة. بالاضافة إلى ذلك يجب الأخذ في الحسيان عوامل أخرى مرتبطة بقدرة الفرد على المواجهة و التكيف. فغالبا ما تكون هناك خصوصية لكل فرد. من جهة أخرى و ما هو شائع ، هو القبول بفكرة مفادها أن الاضطرابات التالية للضغط الصدمي هي دائما النتيجة المباشرة لعامل ضاغط حاد و مهم ، أو نتيجة صدمة مستمرة أو ظروف مؤلمة . (كسلر آخرون. 1995. Kessler et al).

إن اغلب الباحثين ، و على وجه التحديد في الدراسات الخاصة بالأمراض المتنقلة التي أوردتها (كسلر و آخرون . 1995) تؤكد ظهور أعراض غير متميزة ، و خاصة الاستهلاك المبالغ فيه للكحول ، النوبات الاكتئابية ، اعراض القلق العام، اضطرابات خاصة بالمخاوف المرضية أو حالات رعب وشكاوي جسدية و ذلك عقب التعرض لحادث صدمي.

كما أنه ، يمكن أن ترتبط الاضطرابات العقلية بطبيعة الاستجابة للحدث الصادم فتقييم النتائج المترتبة عن الحدث الصادم ، يتطلب البحث عن الامراض التي قد تكون في الغالب مرتبطة بحالة الضغط الصدمي. فهذه الأمراض يمكنها أن تكون السائدة أو المهيمنة على طبيعة الأمراض والاضطرابات التالية للضغط الصدمي.

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمنغبرات الشخصية والهرمبية

و فيما يخص الأعراض العامة لاضطرابات الضغط التالي للصدمة يرى ( كسلر وآخرون . 1995) أن الاكتئاب يأتي في المرتبة الأولى من حيث حجم الإصابة ، حيث يصيب 36.6 بالمائة من الأشخاص المعرضين للاحداث الصادمة، و بعد الاكتئاب يأتي سلوك التبعية .

كما يقر و ياك ( أكيندو و آخرون. 2005. Oquendo et al ) بأن الأفراد المعرضين للضغط الصدمي أكثر قابلية و تعرضا لحالات الانتحار ، وذلك حتى في غياب اضطرابات تتعلق بالاكتئاب او القلق. كما كشف ( فاييفا و بخرون. 2004. Vaiva et al) في دراسة حول الصحة العقلية على عينة عامة قوامها 36000 ممثلة لمجتمع دراسة في حدود 45000000 فرنسيتزيد أعمارهم عن 18 سنة ، خلال الفترة الممتدة من 1993 إلى 2003 ، على أن السلوك الانتحاري هو في ارتباط دال مع مجموع الاضطرابات المرتبطة بالحدث الصادم.

و فيما يتعلق بحدة الاضطرابات التالية للصدمة ، هناك بعض الاختلافات بين نتائج الدراسات ، و التي يمكن ردها لاعتبارات منهجية و معرفية . فنجد مثلا ( شلاف و آخرون. 1996. Shalev et al ) يرون ان شدة الحدث أو الصدمة لا تشكل عامل اساسي في ظهور أعراض اضطرابات الضغط التالية للصدمة. خلاف ذلك هناك دراسات أخرى تقر بأن التعرض المفاجئ لحدث صدمي مهما كان نوعه يؤدي إلى ظهور اضطرابات الضغط التالي للصدمة سواء في شكله الحاد أو المزمن، ويعود ذلك في تصور هؤلاء الباحثين إلى عدة عوامل متداخلة شخصية و محيطية أو عوامل تتعلق بالحدث في حد ذاته. فقد وجد و أثبت أن مدة الحدث تستثير ردود الفعل للضغط التالي للصدمة. فكلما زادت مدة التعرض للحدث الصادم كلما كانت اعراض الضغط التالي للصدمة أكثر حدة.( شلار و آخرون. 1996. Chaler et al).

وتبعاً لنتائج الدراسات الاكلينيكية ، تبين أن الاحداث غير المتوقعة أو التي تضع حياة

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمتغيرات الشخصية والفردية

الفرد في خطر و التي يصابها انحدار في الصحة الجسدية و النفسية تكون من أكثر العوامل التي تساعد على تشكل اضطرابات الضغط التالي للصدمة، غير انها لا تكون بنفس المستوى مقارنة بالأحداث التي تتسبب في احداث جروح جسدية كحوادث الطرق مثلا.(ريستنيك و آخرون. 1993. Restnick et al .).

أما فيما يخص اشكالية الحدة مقابل الضغط الصدمي المزمن فقد اشار ( برطون بلانشار وهيكلينج. 1996. Barton, Blanchard et Hickling) إلى أن البحث في موضوع اضطرابات الضغط المزمن التالي للصدمة حديث جدا، خلاف الدراسات التي استهدفت موضوع الاضطرابات التالية للصدمة بالمفهوم الكلاسيكي ، و هذا يعود للفترة الزمنية القصيرة التي تم فيها تبني الاضطراب التالي للصدمة المزمن في الدليل الاحصائي الأمريكي للأمراض العقلية الرابع سنة 1994. و بالرغم من ذلك إلا أن ( هرفاي. 1999. Harvey) يؤكد على انه يمكن التنبؤ بالاضطرابات المزمنة أكثر من الاضطرابات التالية للصدمة غير المزمنة و ذلك من خلال العوامل المرتبطة بالقدرة على التكيف بعد التعرض للحدث الصادم.

### 2. المتغيرات الفردية و اضطرابات الضغط التالي للصدمة:

تعتبر المتغيرات الفردية ذات أهمية بالغة في الكشف عن الفروق في أسباب ومستويات الضغط التالية للصدمة و هي بذلك تكشف عن بعض الالتباسات المعرفية في فهم و تفسير هذه الظاهرة. وعموما هناك تباين إلى حد ما ما بين الباحثين فيما يخص طبيعة العلاقة بين أهم المتغيرات الفردية وظاهرة الضغط التالي للصدمة.

ففي دراسة لـ: ( باركس 1975 Parkes, C.M) على مجموعة من الأرامل من الجنسين وبالمقارنة مع مجموعة ضابطة مماثلة لها في العمر، وجد أن مجموعة الأرامل قضوا وقتا طويلا في فراش المرض و معانات مستمرة من اضطرابات الضغط التالي للصدمة مقارنة مع المجموعة الضابطة، وذلك نتيجة للعزلة الانفعالية التي يحدثها فقدان

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمنغبرات الشخصية والهرمبية

القرين. غير أن ( هارفت و بريان. 1999 . Harvey & Bryan ) أن العمر و الجنس لم يكونا ذا علاقة ارتباطية دالة بتطور اضطرابات الضغط التالية للصدمة. كما اشارت ( رشا حبيب. 2007 ) من خلال دراسة لها على عينة من 72 مصابين بداء السرطان ، أن هذا الأخير يتسبب في ارتفاع شدة الصدمة النفسية بعد تلقي الفرد لخبر الاصابة وأشار في ذات الوقت إلى أن نتائج الدراسة لم تكشف عن فروق ذات دلالة احصائية ما بين الذكور والاناث المصابين بمرض السرطان على مقياس الخوف من المرض. خلاف ذلك يشير (نوريس. 1992. Norris و كسلير و آخرون. 1995. Kessler et al. ، و طولين و فوا 2006 . Tolin & Foa ) أن الاناث أكثر قابلية من الذكور لتطور حالة الضغط التالي للصدمة إلى درجة الاضطراب الحاد ، لأن الاناث عادة ما يتعرضون لحوادث صادمة تختلف عن طبيعة الأحداث التي يتعرض لها الذكور. فالاناث عادة ما يتعرضون لحوادث صادمة كالتعدي الجنسي بينما يتعرض الذكور للتعدي الجسدي. غير أن الباحثين يقرون في ذات الوقت أن الحدث في حد ذاته يمكن أن يؤدي إلى خلق القابلية للاصابة بغض النظر عن كون الفرد هو ذكر أم أنثى. و عليه نجد أن الدراسات المعاصرة تقوم بدراسة الدور الذي يمكن أن تلعبه العوامل السوسيوديموغرافية كالسن و الجنس و العرق و المستوى الدراسي ، حيث تبين من خلال النتائج العديدة أن تلك العوامل تساعد في فهم لزمة الضغط الصدمي بالرغم من التباين في النتائج المتوصل إليها. كما أن التداخل بين العوامل السوسيوديموغرافية لا يتيح امكانية فهم ميكانيزمات تشكل الضغط التالي للصدمة ، اللهم إلا في حالة القيام بتحليل احصائية تصنيفية عميقة. ( مارتين و مارشو . 2006 . Martin & Marchand). كما اشارت نتائج دراسة تجريبية على عينة من المدنيين من الجنسين عايشة الحرب لمدة تزيد عن ستة اشهر ، أن النساء أكثر تعرضا من الرجال لأعراض الضغوط ما بعد الصدمة. ( أنس عمد قاسم . 1998). كما اقترت الدراسات التي أجريت بعد حرب الخليج أن الاناث كن أكثر عرضة لاضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بالرجال وبمعدل الضعف. غير أنه في نفس الوقت ، و بشكل يدعو للتساؤل ، و هو أن النساء ظهرت لديهن اعراض الاكتئاب و القلق و اضطرابات الشخصية أكثر من أعراض اضطرابات الضغط

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمنغبربات الشخصية والهرمبة

التالية للصدمة؟ (النفيعي عوض بن سالم. 2010).

### 3. العوامل الشخصية و اضطرابات الضغط التالي للصدمة:

#### 1.3. علاقة الدعم الاجتماعي باضطرابات الضغط التالية للصدمة:

بالرغم من وجود اتفاق مبدئي على أهمية الدعم الاجتماعي في الحد من أثر العلاقة بين الصدمة و اضطرابات الضغط التالية للصدمة ، إلا أن النتائج تبقى محدودة و غير قادرة على تفسير الدور الوسيطى لمتغير الدعم في هذه العلاقة ، و خاصة فيما يتعلق بنوعية الدعم و كفايته ، و التوقيت الذي يقدم فيه .

فالدعم الاجتماعي يساعد على تقليل الضغوطات النفسية لدى الأفراد الذين يحصلون عليه. وقد لوحظ أنه يعزز التحسن المعنوي لدى المصابين بالأمراض المسببة للتوتر المزمن مثل الأيدز السرطان، الجلطة الدماغية، أمراض تصلب شرايين القلب، كما سجل الأشخاص ممن يتلقون دعماً اجتماعياً قليلاً نسبة أعلى في ظهور أعراض القلق والاكتئاب مقارنةً بالأشخاص الذين يتلقون دعماً أكثر. بالإضافة إلى أن الأشخاص الذين يتلقون دعماً أقل مهددون بالإصابة بأمراض عقلية بنسبة أكبر ممن يتلقون دعماً أكثر و من هذه الأمراض اضطرابات ما بعد الصدمة.

فقد كشفت دراسة (حسن مصطفى 1981) أن المساندة الاجتماعية تلعب دور الوافي من اضطرابات التكيف و تبرز مظاهر الدعم الاجتماعي من خلال طبيعة العلاقات الانسانية و المهنية المتميزة بالود و التعاون و التشارك في المشاعر و التعاون في أداء المهام . وهي نفس النتيجة التي توصل إليها (بومبارغ و آخرون Bamberg,E et al 1986) من أن المساندة الاجتماعية تعمل على تكوين بنية تفاعلية ايجابية تذيب مظاهر الصراعات و الضن بين المستخدمين و تتوضح من خلالها العلاقات الانسانية و المهنية ، كما تسمح للأفراد بإمكانية التوقع فيما يتعلق بانتظاراتهم من الآخرين وكذى توقعات الآخرين منهم . وفي هذا الاطار أكد (كوباسا و بيستي Kobasa,s & Peccetti,M 1983) أنه، وبغض النظر

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبرات الشخصية والهرمبية

عن مستوى ونوع الضغوط التي يتعرض لها الفرد فإن المساندة الاجتماعية من الآخرين تعلق الأمر بالمحيط العائلي أو المهني أو المحيط الاجتماعي بشكل عام فإنها بلا شك قد تساهم بشكل فعال في الوقاية من أثر الضغط على الصحة و فعالية الفرد و أدائه. كما أظهرت دراسات أخرى ( ليفكورت و آخرون Lefcourt et al 1984 ، قنيلان و بلاناي Ganellen,R,J& Blaney ,P.H 1984 ، كوباسا Kobasa,S 1982 ) أن الصلابة النفسية تتفاعل مع المساندة الاجتماعية كي تخفق من وقع الضغوط على الفرد، كما أن المساندة الاجتماعية تقوي المصادر النفسية وتزيد من شعور الفرد بالقيمة والأهمية. فالأفراد الذين يتلقون دعما اجتماعيا من الزملاء والعائلة و المحيط بشكل عام خلال التعرض لضغوط صادمة أو أحداث صادمة أو بعدها بعدها مباشرة يكونون أقل احتمالية لتطوير اضطرابات الضغوط التالية للصدمة. ( ولسون و آخرون. 1997. Wilson ) . كما وجد على أن العائلة و الأصدقاء هم المصدر الأساسي و الفاعل للدعم الاجتماعي مقارنة بالجهات أو الفئات الأخرى، كما أكدت على أن حصول الفرد الذي تعرض لحدث صدمي على دعم نفسي من طرف الاخصائي النفسي و الاجتماعي و الذي تطغى عليه صفة استخلاص المعلومات والخبرات الصدمية لا يكون له اثر صحي قوي و لا يساعد على تخفي الصدمة كما هو حال فعل الدعم الذي مصدره المحيط العائلي و الاجتماعي للحالة. ( كارليي و خرون. 2000. Carlier et al ). فالأفراد المصدومين بحادث ما أو مرض ما ، ويجدون فرصا متاحة للحصول على الدعم المتوقع ويشعرون برضا كبير عن ذلك الدعم المتحصل عليه فعلا، بالإضافة للدعم العاطفي من الأقارب والأصحاب ، تتيح لهم فرصة فتح قلوبهم و التكلم عن مشاكلهم و التعبير عن مشاعرهم و احساسهم ازاء الوضع الجديد عليهم كما اختبروه فعلا أو كما يعتقدون أنهم اختبروه، فإن ذلك يساعدهم على تقبل واقعهم و بالتالي يسمح لهم بالتعامل مع الحدث و آثاره على حسب ما تقتضيه طبيعة العلة المرضية التالية للصدمة بالعلاج المتاح و الحماية الممكنة مع امكانية مزاولة النشاطات الاعتيادية ( كارليي و خرون. 2000. Carlier et al ). وفي دراسة ل ( مونرو Monroe,S et al 1986 ) استهدفت الكشف عن العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة و المساندة الاجتماعية والأعراض

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتج للصحة والمنغبرات الشخصية والهرمبية

الاكتئابية ، تبين من خلال نتائجها وجود علاقات ارتباطية دالة بين اضطرابات الاكتئاب والمساندة الاجتماعية الضعيفة كما وجدت أن المساندة الاجتماعية الضعيفة تساهم في تفاقم المشاكل المتعلقة بتماسك الأسرة و تضر بمتانة العلاقات الزوجية و بالتالي تصبح مصدرا من مصادر الاضطرابات السلوكية و الأمراض النفسية. فالمساندة الاجتماعية تعتبر كمنبئ جوهري للحالة الصحية البدنية و النفسية ، فالصحة الفردية النفسية والعقلية والسيكوسوماتية ترتبط بالتفاعل بين الضغوط والمساندة الاجتماعية، كما أن الاكتئاب المرتبط بأحداث الحياة الضاغطة يفتقد المصاب به للمساندة الاجتماعية في غياب العلاقة الدافئة سواء من داخل الأسرة أو في بيئة العمل. (براون و قاري و غاري 1987, Brown,D & Garry,L). وهي نفس النتائج التي توصل إليها (راتر 1990, Rutter,M ، دين وآخرون 1990, Dean,A et al ) من أن الدعم الاجتماعي هو بمثابة الواقي من تعرض الفرد للمواقف الضاغطة، كما أنه يساهم بشكل فعال في تقليل معاناة الفرد من الأمراض النفسية والسيكوسوماتية والاضطرابات السلوكية.

وعلى غرار دراسات السابقة، قام ( هولهان و موس Holahan,C & Moos,R ) بدراسة استهدف من خلالها فحص الدور الوسيط الذي تلعبه كل من المصادر الشخصية والاجتماعية بين ضغوط أحداث الحياة والأعراض الاكتئابية، حيث أجريت الدراسة على عينة من 254 راشدا وأظهرت النتائج على أن المساندة الاجتماعية الإيجابية هي بمثابة العامل الواقي و المخفف من آثار ضغوط أحداث الحياة على الأفراد. و تبين أن الأفراد ذوي الضغوط المرتفعة قد لا يعانون من الأعراض الاكتئابية خاصة في حالة وجود سمات شخصية متوازنة و قوية و مساندة أسرية في مستوى تطلعات هؤلاء الأفراد. وفي دراسة لـ (رواية محمود حسين دسوقي. 1996) اختبرت فيها النموذج السببي للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات كشفت عن وجود تأثير واضح لمساندة الأسرة والأصدقاء على الصحة النفسية للمرأة المطلقة، وعدم وجود تأثير دال لحجم المساندة ودرجة الرضا عنها على الصحة النفسية، وهي نتيجة ترى الطالبة

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمنغبربات الشخصية والفرديّة

الباحثة انها تتناقض مع نتائج الدراسات السابقة و التي تأكد على أن المساندة الاجتماعية من حيث نوعها والوقت الذي تقدم فيه والطريقة التي تقدم بها و كيف يمكن أن توفر الجو المناسب الذي يسمح للفرد المحتاج اليها لتقبلها هي العوامل التي تفضي عليها أهميتها. كما كشفت هذه الدراسة عن وجود فروق دالة إحصائيا في حجم المساندة الاجتماعية ودرجة الرضا عنها لصالح مرتفعي الصحة النفسية، و قد فسرت ذلك باحتمال أنهم يتلقون دعما وسندا إجتماعيا من قبل أسرهم وأصدقائهم بالمقارنة مع منخفضي الصحة النفسية الذين لا يدركون أي نوع من المساندة الاجتماعية سواء من ناحية الأسرة أو الأصدقاء. و في دراسة لت ( بريوين و آخرون . 2000 . Brewin et al ) اختبروا 14 عاملا من عوامل الخطر مستوحاة من 77 دراسة ، سمحت بلاحظة أن العوامل الأكثر تسببا في تطور اضطرابات الضغط التالي للصدمة هي شدة الصدمة في حد ذاتها ، الدعم الاجتماعي الفاشل و أحداث ضغط يكون قد تعرض لها الفرد سابقا. كما يرى أوزر و آخرون في ( بريوين و آخرون . 2000 . Brewin et al ) في دراسة سابقة تم فيها اختبار سبعة عوامل باعتبارها مؤشرات لتطور اضطرابات الضغوط التالية للصدمة و هي مستوحاة من 68 دراسة ، وجد على أن عوامل : ادراك الحادث كمهدد للحياة ، حالة التفكك وردود الفعل الانفعالية و الدعم الاجتماعي هي أهم العوامل التي تعود من وراء تشكل لزمة الضغط الصدمي.

وبهذا المعنى و بناء على ما سبق، يمكن القول أن الدعم الاجتماعي يلعب دور هام في تعديل العلاقة بين إدراك الأحداث الصدمية الضاغطة وبين الأعراض المرضية، فهو لا يخفف من وقع الصدمة فقط ، وإنما يساهم في الوقاية من أثارها، ومن قدرات الفرد على التحدي و المواجهة الموضوعية الصحيحة التي تقيه شر تلك الاضطرابات. فكلما كان الدعم الاجتماعي قويا كما وكيفما كان وقع الأحداث الضاغطة أخف و كلما كان التعامل مع متطلبات الاضطرابات واقعي و صحيح وكلما كان تفاعل الفرد مع المحيط مرنا و ايجابيا. (انقرام و آخرون. 2001 . Ingram et al).

غير أن مشكلة الدعم الاجتماعي كمفهوم و كاجراء تطرح بعض الاشكالات المنهجية

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتج للصدمة والمنغبرات الشخصية والفرديّة

بالنسبة للباحثين و الممارسين و الأفراد و الهيئات المعنية بتحمل مسؤولية ادارة فعل الدعم الاجتماعي على حد سواء و ذلك لعدة اعتبارات اهمها : الوضع الموقفي الذي تكون عليه الحالة المصدومة من جهة وخصائصها الشخصية و تجربتها النفس اجتماعية التي تعبر عن طبيعة ادراكها للمعاملات الاجتماعية كأخذ و عطاء و التي يحكمها ما يمكن أن نسميه " حدود الممكن و النية" من جهة أخرى.

فإذا كان هناك الكثير من الباحثين الذين أكدّو الدور الوقائي والعلاجي للدعم الاجتماعي لدى الأفراد المعرضين للضغط الصادمة وإحتمال الإصابة بالأمراض النفسية والسلوكية جراء ذلك التعرض هناك ملاحظات من باحثين آخرين بينوا على أن حدّة الضغوط يمكن أن تؤدي إلى انخفاض المساندة الاجتماعية، حيث أن الآخرين يبتعدون عادة عن الأشخاص الذين يعانون ضغوط الحياة عامة والأحداث الصادمة بدرجة قوية خاصة. وهذا يتقف مع ما ذهب إليه (بانك و هورانز Buunk,B & Hoorens,V 1992 ) من أن تعرض الفرد لضغوط حياتية حادة قد يؤثر بشكل سلبي في حجم الدعم المدرك لديه أو أنه لا يتجاوب مع الآخر الذي يقدم له الدعم، بشكل يوحي بأنه لا يرغب في ذلك لاعتبارات قد تكون اقتصادية أو طبيعة العلاقة السابقة مع هذا الفرد أو قد يعود ذلك لعزة النفس ورفض الاقرار بأنه مريض و يحتاج الى مساعدة، ومن ثم و بناء على ذلك يحدث انخفاض في حجم الدعم الاجتماعي بينما يكون الفرد في أشد الحاجة إليه.

فالضغوط تشكل مزاجا سلبيًا ، قد تجعل الآخرين يبدون أقل جاذبية وإيجابية، كما أن الظروف المصاحبة لاضطرابات الضغط التالي للصدمة قد تنقص من شعور الفرد بالانتماء الاجتماعي مع الآخرين بسبب الخوف من الظهور بطريقة غير مرغوب فيها. "إن الأشخاص قد يفضلون الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم. ونتيجة لذلك، فإن رفاق شخص يعاني من الضغوط يفضلون أن يتحولوا إلى آخرين يفضلونهم بدلا من استثمار الوقت والمجهود في مساعدة رفيقهم وفي هذا الصدد، يشير (بانك

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمنغبربات الشخصية والفردية

و آخرون. 1991. Buunk et al) إلى أن الأفراد الذين يعانون من الضغوط قد يفضلون الإتصال بأخرين أفضل منهم. لكنهم يحبطون بصفة خاصة في محاولاتهم في الحصول على الدعم الذي يرغبونه: فيشعرون بضغوط أكثر حدة. " ( عن بشير بن طاهر. 2005 ).

إنه و في حالات كثيرة فإن ذوي الاضطرابات التالية للصدمة قد يجدون نوع المساندة الاجتماعية و من مصادرها الطبيعية كالأقرباء والأصدقاء و زملاء العمل، وهذا ما قد يخفف من الآثار السلبية للحدث الصادم، غير أنه في حالات أخرى نجد أنه ليس كل من يتعرض لتلك الصدمات يتلقى الدرجة المناسبة من المساندة المتوقعة. وثانيا، أن الأشخاص العاديين قد يجهلون نوع المساندة الاجتماعية المناسبة أو المرغوبة من قبل المصاب. والأمر الثالث هو أن المؤشرات أو الأعراض قد تخفى على الأشخاص العاديين أو يخفى عليهم تفسيرها خاصة إن الكثير من الأعراض الناجمة عن الحوادث الصدمية لا تظهر بعد الحادث مباشرة. فعدم الحصول على الدعم الاجتماعي المتوقع و الكافي بعد التعرض لحادث صادم، يؤدي إلى تعقيد الوضع التكيفي و ينبؤ بظهور أعراض اضطرابات الضغط ما بعد الصدمة. كما أن غياب الدعم الاجتماعي يفسر وجود ظروف حياة سلبية أو سيئة في المحيط المهني او العائلي أو الاجتماعي للفرد. و عوض أن الفرد المصاب يحصل على الدعم و المساعدة فإنه يكون مطالب على حد ما بتقديم تنازلات من وجهة نظره، و بالتالي يصبح في حالة أكثر اضطرابا الشيء الذي يعقد وضعه الصحي الجسدي و النفسي والسيكوسوماتي وبالتالي يصبح الفرد هذا في حالة من القابلية الكبيرة للإصابة بأعراض اضطرابات الضغط التالي للصدمة. ( ولسون و آخرون. 1997. Wilson et al ). وفي هذا الاتجاه يشير (بريجارسون و آخرون. 2001. Prigerson et al ) إلى وجود تواز بين عدد حالات الطلاق و اضطرابات الضغط التالي للصدمة، أي ان الطلاق كان نتيجة للمعاش انفسى المضطرب للحالات المصابة. و اذا كانت أغلب الدراسات تؤكد الدور الفاعل للدعم الاجتماعي في الحد من آثار الضغط الصدمي ، فان هناك من الباحثين الذين يؤكدون من جهة أخرى أن تلك الدراسات لم تتم و لم تقيم العلة بين الدعم الاجتماعي و الاضطرابات

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبربات الشخصية والهرمونية

التالية للصدمة بشكل دقيق، وعليه فهم يصرون على ضرورة تطوير بحث جد محدد في اتجاه الدعم الاجتماعي و ذلك من خلال تحليل المعطيات المعرفية و الانفعالية بالشكل الذي يساعد على فهم استراتيجيات التشخيص والعلاج و خاصة فيما يتعلق بالعلاقات الزوجية.

### 2.3. علاقة مركز الضبط باضطرابات الضغط التالية للصدمة:

بينت جملة من الدراسات أن مركز الضبط يعتبر من العوامل الشخصية الأكثر أهمية في مقاومة الضغوط حيث أن مركز الضبط يقصد به في هذه الحالة مدى قدرة الفرد في التحكم في مجريات حياته. فالناس الذين يشعرون بأنهم مثقلون بحمل في حياتهم غالبا ما يتعاملون أكثر كفاءة مع المشكلات و القرارات مقارنة بالناس الذين تنقصهم هذه الخاصية مثل السيطرة و التمکن و يمثل الضبط الداخلي جهودهم للمواجهة والتأقلم اعتمادا على ما تكون عليه المشكلة، باختيار الوسيلة المناسبة من مدى واسع من الاحتمالات.

أما عن علاقة مركز الضبط بالضغط التالي للصدمة ، فقد بينت جملة من الدراسات أن مركز الضبط يعتبر من العوامل الشخصية الأكثر أهمية في مقاومة الضغوط حيث أن مركز الضبط يقصد به في هذه الحالة مدى قدرة الفرد في التحكم في مجريات حياته. فالناس الذين يشعرون بأنهم مثقلون بحمل في حياتهم غالبا ما يتعاملون أكثر كفاءة مع المشكلات والقرارات مقارنة بالناس الذين تنقصهم هذه الخاصية مثل السيطرة و التمکن و يمثل الضبط الداخلي جهودهم للمواجهة والتأقلم اعتمادا على ما تكون عليه المشكلة، باختيار الوسيلة المناسبة من مدى واسع من الاحتمالات.

وفي دراسة أجراها (كوكس COX 1978) على طلاب الجامعة و تبين له فيها وجود علاقة إرتباطية قوية بين ضغوط الحياة و القلق و لم يجد هذه العلاقة دالة بالنسبة للطلبة ذوي مركز الضبط الداخلي.

و في دراسات أخر تبين بأن مركز الضبط يفيد في التنبؤ بالسلوكات العامة في أي موقف كما أنه مهم في تحديد السلوك الاجتماعي من حيث تأثيره على الطريقة التي يحكم بها

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمنغبرات الشخصية والفردية

الفرد على الأفراد والأشياء و الأفكار و يؤيد هذا ما جاء به أدلر Adler في نظريته حول الشعور بالنقص، حيث أن ذوا الضبط الخارجي يرتفع لديهم مستوى العدوانية و الجهود وضعف الثقة بالنفس و هي صفات نجدها لدى الذين يعانون من اضطرابات الضغط التالي للصدمة. و هي نفس النتائج التي توصل إليها (صنعاء الأعسر (1978) ) من أن ذوي مركز الضبط الخارجي هم الأقل توافقا نفسيا و إجتماعيا و أقل تعبيراً عن الإحساس بالذنب المرتبط بالتعبير عن النزاعات العدوانية و الشعور بالأمن. فالأفراد الذين لديهم اعتقادات بأنهم يعيشون في عالم مثالي ، عادل و موضوعي و يعتقدون في قيمه قد يكونون عرضة أكثر من غيرهم لأعراض مرضية بعد التعرض لحادث صادم. فعدم القدرة على التقييم الصحيح و صعوبة التكيف مع متطلبات التجربة الموقفية تساعد على تطور و استمرارية أعراض اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

### 3.3. علاقة نمط الشخصية باضطرابات الضغط التالية للصدمة:

لقد أكدت الدراسات السابقة ، و التي تمت على عينات مختلفة ، أن الأفراد الذين يتصرفون بردود فعل انفعالية سلبية ( الخوف ، الشعور بالذنب ، الغضب ، الحزن والاحباط) أو ردود فعل فزيولوجية ( ضربات القلب السريعة، ارتفاع درجة حرارة الجسم..) خلال أو مباشرة بعد التعرض لحادث صادم هم أكثر قابلية لتطوير حالة الضغط التالي للصدمة.

ومن جملة مكونات العوامل قبل الضغط الصدمي يوجد ما يعرف بـ: "فقد التحكم" . كما ان الشعور بحالة الانفصال و غياب اعادة بعث النشاط الانفعالي ، الشعور بالتشويء تشكل أهم العامل لقابلية ظهور أعراض الضغط التالي للصدمة. ( أندرون و آخرون. 2000. Andrews et al ، مارتين ومارشو. 2006. Martin & Marchand ) . فالخوف والغضب و التوتر و ادراك الواقع أكثر ضغطاً عن ما هو عليه في الواقع هي أهم الصفات التي تميز الأفراد من الطراز السلوكي أ، لذلك يكونون أكثر قابلية للإصابة من غيرهم ممن يتصفون بصفات الطراز السلوكي ب. ففي دراسة على ضحايا أحداث المرور تبين بان

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبربات الشخصية والفردية

الشعور الأولي بالفزع الذي ينتاب الحالة يساهم بشكل واضح في تطوير اضطراب الضغط التالي للصدمة. و بالتالي يمكن اعتبار الطراز السلوكي أ كمييار تشخيصي قبلي للزمة الضغط الصدمي لأن الخوف والتوتر الشديد هو الفعل الذي يتقاسم بعض خصائص التفكك الصدمي. فالفزع أو الرهاب ينطوي اساسا على انعدام تام للعواطف و الأفكار و الكلمات أو الشعور بحالة من التوقف عن الشعور بالواقع خلال الحادث الصادم. ( فايفا و آخرون . Vaiva et al. 2003). و في دراسة أخرى على عينة من الأفراد الذين تعرضوا لاحتشاء عضلة القلب ، تبين وجود ارتباط دال بين حالة الفزع أو الرهاب الذي صاحب الحدث الصادم و اعراض اضطرابات الضغط التالية للصدمة ثلاثة اشهر من بعد الاصابة (بروداتي و آخرون . Brodaty et al. 2004). كما أكدت دراسة (فريدمان و روزنمان Friedman,M & rosenman,R 1974) هذا النتائج ، حيث اختبرا فيها فيها علاقة أزماة القلب بأنماط الشخصية على حوالي 200 شخص ممن لا يعانون من أمراض القلب، وقد تمت متابعة هذه العينة لمدة أربعة سنوات، وأوضحت النتائج أن الأشخاص الذين سجلوا درجات عالية في مقياس الطراز السلوكي (أ) ظهر لديهم المرض مرتين عن الذين سجلوا درجات منخفضة على نفس المقياس. وفي هذا السياق، أكدت دراسة (كوستا و دراغنس Costin,F & Draguns,J 1989) والتي استهدفت اختبار مدى فعالية تعديل سلوك النمط أ- في التقليل من الأمراض السيكوسوماتية، وتضمنت العينة حوالي 1000 شخص من المتطوعين ب: سان فراسيسكو بالولايات المتحدة الأمريكية، من غير المدخنين، والذين يعانون من تلف في خلايا عضلة القلب، وقد تعرض 862 فرد من عينة الدراسة إلى إرشاد علاجي بهدف تعديل سلوك النمط (أ)، ووافق 150 من العينة على الخضوع للاختبارات والفحوص الجسمية والتقويم السلوكي ولكنهم لم يتلقوا أي إرشاد علاجي. وبعد 24 شهر من التتبع كشفت الدراسة عن تحسن واضح لدى عينة الدراسة لا سيما بالنسبة للذين تلقوا الإرشاد العلاجي. وفي دراسة أجراها ( هيفن Heaven,P 1988) على عينة من 170 مراهق، بهدف الكشف عن علاقة سلوك النمط (أ) بالإضطرابات السلوكية، كشف عن ارتباط سلوك النمط (أ) بالعصابية والإنبساط والذهانية بالنسبة لعينة الإناث في حين كشفت

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمات والمنغبرات الشخصية والفردية

دراسة ( عبد الخالق وآخرون، 1992) عن علاقة ارتباطية طردية (موجبة) بين سلوك النمط (أ) والإنبساطية!؟ بينما لم تظهر عوامل الشخصية الأخرى (الذهانية، العصابية والجاذبية الاجتماعية) عن علاقة جوهرية مع سلوك النمط (أ). ومن جهة أخرى قام (جمعة يوسف 1994) بدراسة على عينة مصرية قوامها 387 فرد من الذكور والإناث، وقد أسفرت عن ارتباط سلوك النمط (أ) بالقلق وتوهم المرض والنشاط العام عند الذكور، وإرتبط بالقلق والإكتئاب والنشاط العام لدى الإناث. كما كشفت دراسة (عبد الرحمان الناصر 1996) عن وجود علاقة ارتباطية دالة بين سلوك النمط (أ) وكل من الإنبساطية والعصابية، و هذا أصبح يطرح بعض التساؤلات فيما يخص طبيعة الطراز السلوكي أ في علاقته بالمرض و خاصية فيما يتعلق بخاصية الصابة بأمراض القلب و الضغط الشرياني، فقد وردت مجموعة من الدراسات و كانها تشكك في تلك العلاقة و تطرح مشكلة قصور فهم خصوصية النمط أ . ففي دراسة قام بها (جينكنز وديفيد (Jenkins & David 1974) في جامعة بوسطن في مدرسة الطب عن إمكانية التنبؤ الكلينيكي بمرضي القلب التاجي باختيار النمط السلوكي وتم تطبيق اختبار جينكنز للنشاط الشامل (GAS) لقياس النموذج السلوكي (أ) وبمقارنة درجات المرضي التاجيين مع درجات ذوي النمط السلوكي (أ) من الرجال العاملين في وظائف هامة فلم تظهر فروق بين المجموعتين إلا أنهما وجدا من الخطورة الاقتراح بأن مرضي القلب التاجي يرتبط دائما بهذا النمط السلوكي.

وفي دراسة كينجسليرج ودانيال وآخرون Kenigslierg & Daniel, et al عن النمط السلوكي (أ) لدي المصابين بمرضي القلب التاجي وغيرهم من غير المصابين بأمراض القلب وتم المقارنة بين (42) رجلا وسيدة متوسط العمر الزمني (64) عاما من المقيمين في المستشفى أثر الإصابة بمرض القلب التاجي (42) آخرين من غير المصابين بأمراض القلب الوعائية أو من المقيمين لإجراء بعض العمليات الجراحية وتم تطبيق مقياس جينكنز للنشاط الشامل (JAS Jenkins Activity Survey) وأظهر المرضي بالشريان التاجي من الرجال والنساء النمط السلوكي (أ) (أكثر منه لدي المجموعة الأخرى. وتم تفسير

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصحة والمتغيرات الشخصية والهرمونية

الفروق بالاستعانة ببعض المتغيرات الديموغرافية الأخرى

وفي دراسة أخرى عن الأنماط السلوكية في جامعة اونتاريو Ontario بكندا وخصوصا المسالك الصحية المرتبطة بالنمط السلوكي (أ)، أكدت الدراسة علي أن هناك زملة من السلوكيات (أ) يرجع إليها الإصابة بأمراض القلب وتتميز بزيادة الدافع والطموح والتنافس وتمت الدراسة علي (236) مدير شركة من حوالي (12) شركة كندية مختلفة. وتم فحصها لمعرفة هذه الزملة أو مجموعة السلوكيات والعوامل الخطرة عند هؤلاء المرضى والتي تمثل ضغط الدم والكوليسترول وحمض اليوريك والجلسرين الثلاثي والتدخين والاضطراب العام وأظهرت العينة المختارة للنمط السلوكي (أ) أن لديهم ضغط عالي انقباضي وانبساطي ونسبة أعلى من الكوليسترول ومستوي عالي من الجلسرين الثلاثي ونسبة كبيرة من العينة مدخنه ، وبالنسبة لحمض اليوريك لا يوجد فروق ، ووجد ارتباط بين العمر الزمني ونوع الشركة وطبيعة العمل وأعراض الإجهاد . وأكدت الدراسة علي ارتباط النمط السلوكي (أ) بأنماط صحية خطيرة لها علاقة بالإصابة بأمراض القلب وذلك بمقارنتهم بالنمط السلوكي ب. وفي دراسة ورايت وارفينج (1976) Wriht & Irving تم مراجعة الأفكار الخاصة بتأثير النماذج السلوكية علي الإصابة بأمراض القلب حيث برهن علي وجود النمط السلوكي (أ) الذي يتصف بصفات خاصة مثل التنافس والعدائية والتردد وعدم الاستقرار والضيق وعدم التحمل مما يجعله عرضه للإصابة بالأزمات القلبية. وهناك النمط السلوكي (ب) الذي لا تظهر عليه آثار الكثير من الضغوط الثقافية والاجتماعية فهو أقل استجابة وحساسية لفعالية لهذه الضغوط. كما توصل كل من (كوبر و كيللي Cooper,C.L & Kelley,M 1993 ،ومحمد رفقي عيس 1996) إلى نتائج مشابهة أفادت أن الطراز السلوكي أ- لنمط السلوك يعدّ مؤشرا ذا قدرة تنبؤية عالية في حدوث عدم التوافق النفسي المهني كنتيجة حتمية لارتفاع الإحساس بالتأزم النفسي. فالفراد من النمط أ- لطرز السلوك يتشكل شعورهم بفقدان السيطرة والتحكم في المواقف التي يواجهونها، لذلك فهم يبذلون جهدا متزايدا للحفاظ على التحكم، وقوة هذه الحاجة لديهم تؤدي إلى خبرات متكررة من

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط الناتجة للصدمة والمنغبرات الشخصية والهرمبية

الشعور بالعجز والإحباط والاكئاب كاستجابة للمتطلبات الكثيرة التي يصعب التحكم فيها لهذا يلجأ هذا النوع من الأفراد إلى التنافس والعدوانية ضد الأشخاص الذين يتدخلون في عملية التحكم هذه.

وقد فسر (نورمن Norman, U 1980) ذلك من أن أفراد النمط (أ) لهم قدرة ضعيفة في مواجهة المشاكل التي تعترضهم، وهم في ذلك وكأنهم في نسق مغلق، تصعب عليهم عملية التكيف، بما يجعلهم عرضه لردود أفعال سلبية. فبالنظر إلى خصائص الطراز السلوكي - أ - الذي يتميز سلوكه بالانفعالية و التوتر و نفاذ الصبر ، فقد أكدت دراسات كثيرة كما سبقت الإشارة إلى ذلك على أن أفراد هذا النمط يدركون واقعهم بمستويات عالية من من الضغط عن ما هو عليه في الواقع الموضوعي. كما انهم يستخدمون استراتيجيات تكيف سلبية اساسها التجنب.

وبالنظر إلى كون التجنب هو عرض مرضي ضمن اضطرابات الضغط التالية للصدمة، فإن أصحاب هذا الطراز السلوكي ، يكونون أكثر قابلية لتطوير تلك الاضطرابات. فالخصائص الفردية لهذه الفئة تجعلهم يفسرون الوضع المواجه بطريقة سلبية ، بما يساعد على ظهور الاستجابات الانفعالية السلبية، وهذا خلاف الأفراد من الطراز السلوكي ب والذين عادة ما يتعاملون مع واقعهم بواقعية وبالتالي يكونون أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات تكيف أكثر ايجابية. زد على ذلك مستوى ثقتهم في أنفسهم يسمح لهم بالتكيف الايجابي و بالتالي لا تظهر عليهم أعراض اضطرابات الضغط التالي للصدمة بنفس الحجم الذي تظهر به لدى الأفراد من الطراز السلوكي أ ( بن طاهر بشير . 2005 سوتكر . 1995 Sutker ).

كما اشارت ( كرسنال و آخرون . 1991 Kristal et al ) أن نسبة الأدرينالين والنورأدرينالين تكون عالية لدى المرضى باضطرابات الضغوط التالية للصدمة، و هذا يتفق و طبيعة هذه الفئة التي لها قابلية أكثر للاصابة بأمراض القلب و الأمراض المرتبطة

## الفصل الثالث: العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالي للصدمة والمنغبرات الشخصية والهرمبة

بالاضطرابات الانفعالية. وفي ذات السياق أقرت دراسات أخرى أن الأفراد ذوي الخصائص الشخصية للطراز السلوكي أ تصاحب ردات فعلهم عند التعرض للضغط الصدمي زيادة في ضربات القلب و ارتفاع في ضغط الدم وزيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاارادي.

و هذا ما يسير في نفس الاتجاه القائل بأن الفرد عندما يواجه حدث صادم و هو يفتقد لمناعة نفسية فاعلة يكون أكثر قابلية لأن تظهر عليه اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

إن الشخصية المقاومة للضغط تسهل عملية التكيف بعد التعرض الموقف الصادم ويعود ذلك لتوفرها على آليات التحكم في الوضع و التي تجعلها قادرة على اتخاذ قرارات ايجابية و تتحمل مسؤوليتها ازاء الموقف الصادم، و ذلك بحكم المرونة التي تتميز بها و الثقة التي تضعها في قدراتها على التحدي و اعطاء معنى للحدث والتجاوب معه وفق متطلباته الموضوعية و التي تساعد على استيعابه تعلق الأمر بالمرض أو حادث مروري.

غير أن هذا الطرح قد يتعارض مع طرح آخر يقضي بصعوبة مواجهة الموقف الصادم اذا كانت لدى الفرد رؤية مثالية عن الواقع و ما يجب أن يكون عليه حاله، و في نفس الوقت يكون مفقدا لشخصية قوية و متوازنة و لها تجربة ايجابية ازاء ضغوط الحياة العادية و الحادة. ( سوتكار . 1995، Sutker، رجيهر و آخرون . 2003 . Regehr).

الفصل الرابع  
الطريقة و الإجراءات  
المنهجية

أ- الدراسة الاستطلاعية:

1- أهداف الدراسة الاستطلاعية.

2- مكان وزمان إجراء الدراسة الاستطلاعية

3- منهج و ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية

4- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية

5- وصف وسائل القياس:

أ. مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة

خطوات بناء مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة

الخصائص السيكومترية لمقياس اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

ب - مقياس نمط الشخصية.

وصف مقياس نمط الشخصية

الخصائص السيكومترية لمقياس نمط الشخصية

ج. مقياس الدعم الاجتماعي

الخصائص السيكومترية لمقياس الدعم الاجتماعي

د. مقياس مركز الضبط

الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط

ثبات وسائل القياس

طريقة اعطاء الأوزان

ب - الدراسة الأساسية:

1- زمان ومكان إجراء الدراسة الأساسية.

2- ظروف إجراء الدراسة الأساسية.

3- خصائص عينة الدراسة الأساسية.

د. الأساليب الاحصائية المعتمدة في البحث.

### 1. الدراسة الاستطلاعية.

#### 1- أهداف الدراسة الاستطلاعية:

يمكن تلخيص أهداف الدراسة الاستطلاعية في البحث الحالي في النقاط التالية:

أ- تلخيص الإطار النظري لوسائل القياس بشكل يمكننا من الفهم الجيد لمفاهيم الدراسة والصعوبات المتعلقة بقياسها .

ب- التأكد من السلامة اللغوية لوسائل القياس وبالتالي التأكد من أن عينة الدراسة الأساسية سوف لا تجد صعوبة في فهم المطلوب منها في التعامل مع الاختبارات، وبالتالي يمكن الحصول على معطيات صحيحة.

ت- التأكد من أن المقاييس تتوفر على الخصائص السيكومترية التي يقتضيها البحث العلمي ، أي أنها تتمتع بالثبات وتقيس ما وضعت لقياسه.

#### 2- مكان وزمان إجراء الدراسة الإسطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من يوم الخميس 14 مارس 2013 إلى يوم الأحد 15 سبتمبر 2013، بالمؤسسات الاستشفائية التالية التالية:

- المستشفى الجامعي بوهران.

- المستشفى الجامعي بتلمسان.

### 3- منهج و ظروف إجراء الدراسة الاستطلاعية:

باشرت الطالبة الباحثة بإجراءات الدراسة الاستطلاعية يوم 14 مارس 2013، و ذلك في ضوء الاتفاق الذي تم مع المؤسسات المعنية، حيث تم إجراء لقاءات مع أفراد العينة بمتوسط أربعة حالات إلى خمسة في الأسبوع . وبحكم العلاقات الشخصية مع بعض مستخدمي الصحة العمومية للمستشفيات ، و التي تعود لفترة خدمتي بالمستشفى الجامعي لوهران لمدة تزيد عن العشر سنوات، بصفتي كأخصائية نفسانية و بالضبط بمصلحة الأمراض الجلدية. كنت أحصل على كل المعلومات التي يسرت تسريع إجراءات التطبيق. كما كان يطلب منهم أن يحددوا لها مواعيد زمنية على حسب مواعيد الفحص و المتابعة وخاصة وأنه كنت أتوقع إجراء تطبيقات الدراسة الأساسية في نهاية شهر سبتمبر من نفس السنة. وقد لقيت الطالبة الباحثة كل التشجيع والتفهم والمساعدة من قبل كل المرضى تقريبا.

لقد تم اعتماد المنهج الوصفي الإحصائي ، و ذلك في ضوء أهداف البحث التي تقتضي وصف مستويات متغيرات الدراسة بشكل عام وفي ضوء المتغيرات الفردية و الشخصية ثم اختبار الفروق الفردية بين الفئات التي تم تحديدها وفق أهداف البحث و النتائج الوصفية الظاهرية التي تم الحصول عليها. كما تم الأخذ بعين الاعتبار شدة وحدة اضطرابات الضغط التالي للصدمة و المدة الزمنية التي قضاها الفرد في المعانات بعد حصول الحدث الصدمي . كما تم الأخذ بعين الاعتبار طبيعة الأعراض التي تتميز بها اضطرابات الضغط التالي للصدمة، باعتبار أنه متلازمة مكونة من ثلاث مجموعات من المؤشرات والأعراض: الشعور بالصدمة بصورة متكررة (تذكر لا إرادي للأحداث، كوابيس)، خدر انفعالي (يجد المصاب صعوبة في الشعور بانفعالات إيجابية)، وتجنب الأنشطة والمثيرات المتصلة بالصدمة، واستثارة حادة (ردود أفعال رعب مبالغ فيها، أرق). كما يتطلب تشخيص اضطراب ما بعد الصدمة أن تكون هذه الأعراض ظاهرة يمكن ملاحظتها بعد شهر على

الأقل من التعرض للصدمة وأن تؤدي إلى تعطيل أو إعاقة فاعلية المصاب أو تتسبب له في درجة جوهرية من الضيق.

و بغرض تسهيل عملية الكشف عن الحالات توجب على الطالبة الباحثة العمل كل مرة على اشعار الحالات بحالة من الأمان التام ، بالشكل الذي سمح لها بالكشف عن المعلومات المتعلقة بخصوصياتها و حالات الاضطراب الوظيفي المميزة لسلوكاتها، و خاصة فيما يتعلق باللقاء الأول الذي قد تتوقف عليه كل اللقاءات اللاحقة و بالتالي فان جعل الحالة تشعر بالأمان ، و بانها متقبلة و مدعومة و مفهومة و أنها غير معزولة و مرغوب فيها، كلها تساعد الحالة لسردها جزئيات الحدث الصادم دون مقاومة. و في هذا الاطار يشير (كارلسون. 1997. Carlson ) في ( ستيفان قاي و أندري مارشوند . 2006. Stephane .G.et Andre.M) أنه يستحسن أن لا يتم عرض الأسئلة على الحالة في شكل استجواب ، و يجب أن يتأكد الفاحص في مقابته مع المفحوص فيما إذا كان المفحوص يمكنه التعبير عن المعاش الواقعي للصدمة ، التسلسل الزمني للحدث ، التعرض للموت أو الجرح، ثم تجربته الانفعالية و خاصة مشاكل العجز ، الخوف و الرعب، و بناء على ذلك يحدد المدة الزمنية التي تسمح للحالة بالتعبير.

وهذه الدراسة لاحظت الطالبة الباحثة ، أن هناك بعض الحالات كانت لديها صعوبات في التعبير اللفظي عن مشاعرها ازاء الحدث الصادم. و قد ارجعت ذلك إما إلى رغبتها في تجنب الكلام أو لأنها تشعر بأنها مذنبية فيما وقع لها. فالبعض كانت تظهر مشاعر قليلة ومحدودة ، خلاف ذلك هناك حالات أخرى كان لديها نوع من الوعي بأنها تعرضت للحدث الصادم أو أنها صدمت. و هناك فئة ثالثة من الحالات و هي قليلة و قد تم تحاشي حشرها ضمن العينة ، و التي تعذر عليها الكلام بشكل صحيح عن حالتهم الانفعالية بالاضافة إلى تأثرها بحالات من فقدان الذاكرة الجزئي. بالاضافة الى حالات اخرى لا تضع رابط بين الحادث الصادم و الصعوبات النفسية و العضوية و من البداية لا ترغب في الكشف عن مدى اختبارها للحادث الصادم و لا على ما يترتب عنه من آثار.

#### 4- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 100 حالة مرضية ممن يخضعون للعلاج الكيميائي بسبب الإصابة بداء السرطان و ممن يتابعون العلاج بسبب الإصابة بمرض الضغط الشرياني و عينة ممن تعرضوا لحوادث الطرق ، و هم في ذلك يتوزعون بشكل غير متساو على مؤسستين إستشفائيتين بمدينتي : وهران و تلمسان، تمتد أعمارهم ما بين (27-62 سنة) بمتوسط حسابي قيمته 38.66 سنة وانحراف معياري قيمته 13.33 سنة.

جدول رقم (1) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بدلالة أنواع الأحداث الصادمة والمستشفى .

المجموع	ضحايا حوادث الطرق	مرضى ارتفاع الضغط الشرياني	مرضى السرطان			
				عدد الحالات	المستشفى الجامعي بوهران	المستشفى
64	17	22	25	عدد الحالات	المستشفى الجامعي بوهران	
64%	17%	22%	25%	%		
36	07	17	12	عدد الحالات	المستشفى الجامعي بتلمسان	
36%	07%	17%	12%	%		
100	24	39	37	المجموع		
100%	24%	39%	37%	النسبة المئوية		

يتضح من الجدول رقم ( 01 ) أن التوزيع النسبي للعينات الجزئية بدلالة المستشفى الذي يتابع فيه عملية الاستشفاء هو متساو إلى حد كبير، حيث لا نلاحظ تباين واضح بين عدد الحالات الثلاث على مستوى المستشفى الجامعي بوهران، و نفس الشيء يصدق على توزيع عدد الحالات بالمستشفى الجامعي بتلمسان، كما يتضح من نفس الجدول وجود تباين ظاهري بين عدد أفراد العينتين لصالح عينة المستشفى الجامعي بوهران. و بالنسبة للعينة ككل نجد أن المصابين بضغط الشريان التاجي هم ابر نسبة بنسبة 39 %، تليها نسبة المصابين بداء السرطان بنسبة 37 % و في الأخير ضحايا المرور بنسبة 24%.

جدول رقم (02) توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية بالنسبة لعاملي الجنس والحالة المدنية.

المجموع	مطلق	متزوج	أعزب			
				عدد الحالات	ذكور	الجنس
45	01	38	06	%		
45%	01%	38%	06%	%		
55	00	34	21	عدد الحالات	إناث	
55%	00%	34%	21%	%		
100	01	72	27	المجموع		
%100	01%	72%	27%	النسبة المئوية		

يتضح من خلال الجدول رقم ( 02 ) أنه لا يوجد فرق ظاهري كبير بين الذكور والإناث و إن وجد فهو بفارق نسبته 10% لصالح الإناث، كما تشير النتائج أن أغلب العينة من المتزوجين بنسبة 72%، تليها عينة العزاب بنسبة 27% و تأتي في الأخير عينة المطلقين بنسبة لا تتعدى 01%.

## 5- وصف وسائل القياس:

### أ- مقياس اضطراب الضغوط التالية للصدمة:

إن المطلع على التراث النظري لمصطلح لزمة الضغط الصدمي أو اضطراب الضغوط التالية للصدمة، يجد أن قياسه خضع لعدة تغيرات معرفية و منهجية و اصطلاحية و إجرائية عبر تاريخ التعامل معه، و ذلك تحت تسميات مختلفة كعصاب التعويضات (لريجلر 1963 Rigler)، و مصطلح صدمة القذائف (لموت 1919 Mott) و عصاب الصدمة (لكاردينار. 1941 Kardiner). و لم يعرف بشكل واضح حتى سنة 1980 في الطبعة الثالثة لدليل DMS III تحت مسمى اضطرابات القلق Anxiety Disorders . وفي هذا الإطار نشير أن قياس اضطرابات الضغط التالي للصدمة تم بأشكال و وسائل

مختلفة، و هذا تبعا للاتجاهات البحثية من جهة و على حسب الأهداف الخاصة بالبحث من جهة أخرى. و من جملة هذه الأساليب نذكر مقياس ضغوط الحرب التالية للصدمة ( قرادي و آخرون، Grady et al 1989 )، برفيل الحالات الميزاجية و قائمة بك للإكتئاب و قائمة مسح المخاوف ( كينغ و آخرون .1993. King et al ). كما تم اعتماد المقابلات المحددة و الملاحظات في الكشف عن اضطرابات الضغط التالي للصدمة، إلى جانب بعض الاختبارات الإسقاطية ( فوربس. 1994. Forbes ). و هناك أسلوب شائع يستعان فيه بالدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية DMS الذي وضعته و أقرته الرابطة الأمريكية للأطباء النفسيين سنة 1994 ، و الذي يتضمن جملة الأعراض التي يجب أن تظهر على الفرد حتى يصنف بأنه شخص يعاني من اضطرابات الضغط التالية للصدمة (الآن .1994. Alain).

### خطوات بناء مقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة:

بما أن المقياس يستهدف الكشف عن اضطرابات الضغط التالية للصدمة لدى شريحة من الأفراد تعرضوا لأحداث صادمة مختلفة، فإنه تم التركيز على أعراض الاضطرابات التي تتوحد فيها هذه الاضطرابات بغض النظر عن طبيعة الأحداث التي تعود من ورائها. و تتمثل هذه الأحداث الصادمة فيما يلي: الإصابة بداء السرطان، الإصابة بمرض الضغط الشرياني التاجي و حوادث الطرق.

قامت الباحثة بانتقاء بعض العبارات الواردة في المقاييس المتاحة و التي صممت بغرض قياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة، كما تمت صياغة فقرات المقياس وفق المحكات التشخيصية التي وردت في الدليل التشخيصي و الإحصائي الرابع DMS - IV للأمراض العقلية و التي تتضمن الجوانب التالية:

- 1- شدة الصدمة و مدى علاقة الفرد بها من حيث أنه ضحية مباشرة أو غير مباشرة .
- 2- مدى استمرارية الفرد في معايشة الحدث الصادم عن طريق التخيلات و الكوابيس أو الأحلام المزعجة.

3- مدى استمرار سلوك التجنب للمثيرات التي لها علاقة بالحدث الصادم و مدى انطوائية الفرد و انسحابه الاجتماعي.

4- استمرار سلوك الاستثارة المفرطة و حالة التيقظ العام من حدوث أو تكرار الحدث الصادم.

ووفق ما سبق تم انتقاء و صياغة 31 فقرة هي كالتالي:

جدول رقم ( 3 ) قائمة بفقرات مقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة في صورته الأولية.

الرقم	العبارات
01	أشعره فجأة أن الصدمة ستحدث مرة ثانية
02	أشعر بالتوتر كلما اقتربت الذكرى السنوية
03	أشعر بالخوف أن تتكرر الأحداث مرة أخرى
04	أصبحت أواجه صعوبة في تركيز انتباهي
05	أشعر أنني أعيش ما حدث لي مرات أخرى
06	تناقصت اهتماماتي بالأنشطة الاعتيادية
07	أنزعج بشدة عندما أتعرض لمواقف تذكرنني بالصدمة
08	أشعر بدنو الأجل و أنني لن أعيش طويلا
09	أتجنب جميع الأماكن و الشوارع التي تذكرنني بالصدمة
10	أصبحت سريع الغضب
11	مزاجي متقلب و شعوري متغير
12	لدي الرغبة في الانعزال عن الآخرين
13	أصبحت متوترا و عصيبا
14	أشعر بالضيق و الحزن
15	ألوم نفسي و أشعر بالذنب و التقصير

أجد صعوبة في النوم	16
أشعر بأنني أصبحت عاجزا عن تبادل مشاعر المودة	17
أحاول جاهدا ان أتجنب كل ما يذكرني بالصدمة	18
أبذل جهدي لتجنب الحديث عن الصدمة	19
أحاول جاهدا أن أتجنب الأفكار و المشاعر عن الصدمة	20
تلح على الصدمة و أتذكرها	21
أتجنب المواقف التي تشبه الصدمة	22
أخاف عند اقترابي من المكان الذي وقعت به الصدمة	23
أشعر أحيانا أن هذه الصدمة لم تحدث في الحقيقة	24
أشعر بالضيق عندما أتذكر ما حدث لي	25
تفاصيل الصدمة تفرض نفسها على تفكيري	26
احلم أحلاما مزعجة (كوابيس) عن الصدمة	27
أصبحت بعد الصدمة أشكو من بعض الآلام الجسمية	28
أجد صعوبة في النوم	29
أصبح نومي متقطعا و مضطربا	30
أنزعج و أفزع من مكاني عند سماع الأصوات العالية	31

## الخصائص السيكومترية للمقياس:

### 1. صدق المضمون:

بعد عرض المقياس على الأستاذ المشرف، و من خلال اللقاءات المتعددة تبين أن المقياس و كأنه يخص فئة ضحايا حوادث المرور أكثر من فئات مرض السرطان و الضغط الشرياني التاجي ، و في ضوء الملاحظات المقدمة من طرف المشرف فيما يخص مدى قياس كل فقرة لما وضعت لقياسه و مدى وضوح العبارات و سلامة بنيتها اللغوية و بغرض توحيد المقياس على الفئات الثلاثة، تم إدخال التعديلات التالية:

1. تم إلغاء الفقرة رقم 01 و الفقرة رقم 23 لأنهما لا يناسبان فئتي مرض السرطان والضغط الشرياني التاجي، كما تم إلغاء الفقرة رقم: 24 لأن مضمونها غامض. كما تم تغيير صياغة الفقرة رقم 02 بحيث أصبحت على الصيغة التالية: أشعر بالتوتر كلما ذهبت إلى المستشفى أو الأماكن الشبيهة ، كما تغيير الفقرة رقم 22 حيث أصبحت على الشكل التالي: أتجنب المواقف التي تذكرني بالصدمة . و في ضوء هذه التعديلات أصبح المقياس يتضمن 28 فقرة.

## 2. الاتساق الداخلي للمقياس:

لقد تم في هذا المقام تبني أسلوب إحصائي يتمثل في حساب معاملات الارتباط الخطي بين كل فقرة و الدرجة الكلية للمقياس كما يتبين ذلك من خلال الجدول التالي:  
جدول رقم: ( 4 ) معاملات الارتباط بين فقرات المقياس و الدرجة الكلية للمقياس.

رقم الفقرة	2	3	4	5	6
الدرجة الكلية	**0.65	**0.66	**0.64	**0.76	**0.55
رقم الفقرة	7	8	9	10	11
الدرجة الكلية	**0.59	**0.62	**0.68	**0.57	**0.64
رقم الفقرة	12	13	14	15	16
الدرجة الكلية	**0.55	**0.44	**0.66	**0.70	**0.65
رقم الفقرة	17	18	19	20	21
الدرجة الكلية	**0.66	**0.56	**0.58	**0.68	**0.64
رقم الفقرة	22	25	26	27	28
الدرجة الكلية	**0.62	**0.64	**0.68	**0.67	**0.66
رقم الفقرة	29	30	31		
الدرجة الكلية	**0.61	**0.67	**0.58		

\*\* دال عند مستوى دلالة 0.01

كما يظهر من الجدول رقم: ( 4 ) فإن كل معاملات الارتباط الخطية بين فقرات مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة بالدرجة للمقياس جاءت دالة عند مستوى دلالة 0.01 . و قد تراوحت معاملات الارتباط بين : 0.44 و 0.76 . و هي نتائج تدل على وجود اتساق بين فقرات المقياس و درجته الكلية. و بما أن كل درجات الارتباط تزيد عن 0.30 ، فقد تم الإبقاء على كل الفقرات بعددها الثماني و العشرين.

### 3. الصدق العاملي:

قبل البدء في إجراء التحليل الإحصائي العاملي، تم التأكد من توفر الشروط التي يقتضيها تطبيق هذا الأسلوب الإحصائي. حيث كشف التحليل الإحصائي أن:

1- قيمة كايزر ماير أولكين KMO بلغت قيمتها 0.88 و هي بذلك تدل على كفاية التعيين لأنها أكبر من 0.50.

2- أن القيمة المطلقة لمحدد مصفوفة الارتباطات Déterminant تساوي 0.022 و هي أكبر من 0.00001

3- و أن مقياس اختبار بارتليت دال عند مستوى 0.0001

4- كما دلت نتائج قياس كفاية التعيين MSA أن كل قيم الخلايا القطرية قد تراوحت ما بين 0.68 و 0.75 و أكبر من 0.50 و عليه يمكن الإقرار بأن العينة صالحة لإجراء التحليل العاملي.

تم إجراء التحليل العاملي الاستكشافي بطريقة المحاور الأساسية و استخدم محك الجذر الكامن أكبر من واحد صحيح للعوامل التي تم استخراجها و أعقب ذلك تدوير متعامد بطريقة فريماكس و أمكن على ضوءها تفسير أربعة عوامل.

الجدول رقم : ( 5 ) مصفوفة تشبعات فقرات مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي عن طريق المحاور الأساسية قبل وبعد التدوير المتعامد بطريقة فريماكس.

قيم الشبوع	عوامل المقياس بعد التدوير				عوامل المقياس قبل التدوير				رقم الفقرة
	04	03	02	01	04	03	02	01	
0.73	0.17	0.23	0.33	<b>0.78</b>	0.001	0.19	0.15	0.66	02
0.66	0.10	0.18	0.27	<b>0.73</b>	0.009	0.06	0.02	0.77	03
0.74	0.25	0.26	0.23	<b>0.75</b>	0.14	0.008	0.05	0.73	05
0.68	0.27	0.25	0.27	<b>0.67</b>	0.02	0.07	0.08	0.84	07
0.63	0.15	0.45	0.24	<b>0.62</b>	0.009	0.02	0.09	0.66	09
0.61	0.17	0.40	0.22	<b>0.60</b>	0.06	0.006	0.14	0.67	21
0.74	0.12	0.37	<b>0.66</b>	0.17	0.10	0.18	0.17	0.74	04
0.57	0.16	0.41	<b>0.63</b>	0.18	0.21	0.11	0.18	0.65	06
0.66	0.15	0.22	<b>0.61</b>	0.09	0.17	0.09	0.09	0.77	08
0.51	0.31	0.19	<b>0.58</b>	0.19	0.01	0.13	0.19	0.69	10
0.47	0.34	0.40	<b>0.56</b>	0.22	0.06	0.11	0.22	0.73	11
0.56	0.23	0.36	<b>0.55</b>	0.19	0.01	0.07	0.19	0.71	12
0.64	0.27	0.15	<b>0.45</b>	0.32	0.10	0.44	0.08	0.58	13
0.63	0.12	0.21	<b>0.44</b>	0.16	0.01	0.27	0.08	0.62	14
0.65	0.20	0.17	<b>0.43</b>	0.39	0.12	0.25	0.13	0.75	15
0.59	0.31	0.32	<b>0.37</b>	0.29	0.10	0.19	0.08	0.65	17
0.53	0.12	<b>0.77</b>	0.33	0.28	0.05	0.07	0.07	0.77	18
0.77	0.28	<b>0.73</b>	0.42	0.42	0.09	0.01	0.17	0.70	19
0.64	0.21	<b>0.66</b>	0.42	0.40	0.03	0.14	0.17	0.64	20
0.60	0.36	<b>0.64</b>	0.41	0.26	0.33	0.06	0.17	0.77	21

0.66	0.08	<b>0.57</b>	0.25	0.28	0.17	0.002	0.16	0.71	22
0.61	0.13	<b>0.44</b>	0.20	0.38	0.04	0.01	0.04	0.79	25
0.62	0.29	<b>0.43</b>	0.29	<b>0.43</b>	0.13	0.02	0.09	0.76	26
0.77	<b>0.78</b>	0.42	0.33	0.43	0.15	0.10	0.03	0.69	27
0.61	<b>0.66</b>	0.34	0.37	0.28	0.38	0.03	0.46	0.62	28
0.67	<b>0.61</b>	0.13	0.24	0.21	0.32	0.03	0.36	0.55	29
0.71	<b>0.55</b>	0.17	0.22	0.24	0.33	0.39	0.59	0.35	30
0.59	<b>0.43</b>	0.06	0.01	0.02	0.21	0.23	0.29	0.44	31
نسبة التباين الكلي	<b>2.23</b>	<b>3.55</b>	<b>3.66</b>	<b>6.23</b>	1.06	1.20	1.59	12.98	الجذر الكامن
<b>51.63</b>	<b>6.82</b>	<b>12.83</b>	<b>12.98</b>	<b>23</b>	3.8	4.4	5.8	49	نسبة التباين

### 2-1-2- عوامل اضطرابات الضغط التالي للصدمة :

جدول رقم (6) العوامل المستخلصة من التحليل العاملي بعد التدوير المتعامد ومضمونها وتشعباتها مرتبة تنازليا. (ن = 150).

رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التشعب
02	أشعر بالتوتر كلما ذهبت إلى المستشفى أو الأماكن الشبيهة	<b>0.78</b>
03	أشعر بالخوف أن يتكرر الحدث مرة أخرى	<b>0.73</b>
05	أشعر أنني أعيش ما حدث لي خلال الأزمة	<b>0.75</b>
07	أنزعج بشدة عندما أتعرض لمواقف تذكرنني بالصدمة	<b>0.67</b>

09	أتجنب جميع الأماكن و الشوارع التي تذكرني بالصدمة	0.62
21	تلح علي الصدمة و أتذكرها	0.60
<p><b>العامل الثاني: الاضطرابات الانفعالية</b> إستوعب 12,98% من التباين الكلي وتشبعت عليه 10 فقرات. تتمظهر أعراض هذا البعد في جانب يتعلق بالاضطراب الانفعالي كسرعة الغضب و التوتر وتقلب المزاج و صعوبة التركيز، و جانب يخص حالة من الانسحاب الاجتماعي كالعجز عن تبادل مشاعر المودة و تناقص الاهتمامات الاجتماعية ، الانعزالية و الشعور بالذنب و الحزن و الخوف من الموت.</p>		
رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التشبع
04	أصبحت أواجه صعوبة في تركيز انتباهي	0.66
06	تناقصت اهتماماتي بالأنشطة الاعتيادية	0.63
08	أشعر بدنو الأجل و أنى لن أعيش طويلا	0.61
10	أصبحت سريع الغضب	0.58
11	مزاجي متقلب و شعوري متغير	0.56
12	لدي الرغبة في الانعزال عن الآخرين	0.55
13	أصبحت متوترا و عصيبا	0.45
14	أشعر بالضيق و الحزن	0.44
15	ألوم نفسي و أشعر بالذنب و التقصير	0.43
17	أشعر بأنى أصبحت عاجزا عن تبادل مشاعر المودة	0.37
<p><b>العامل الثالث : تجنب التفكير بالصدمة</b> استوعب 12,83% من التباين الكلي وتشبعت عليه 07 فقرات. و فيه يتميز سلوك الفرد المصدوم بتجنب كل ما يمكن أن يذكره بالصدمة كالحديث عنها أو عن ما يرتبط بها من أفكار و مشاعر أو مواقف أو عن حالات تعاني من اضطرابات شبيهة.</p>		
رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التشبع
18	أحاول جاهدا ان أتجنب كل ما يذكرني بالصدمة	0.77
19	أبدل جهدي لتجنب الحديث عن الصدمة	0.73
20	أحاول جاهدا أن أتجنب الأفكار و المشاعر عن الصدمة	0.66
21	تلح علي الصدمة و أتذكرها	0.64

22	أتجنب المواقف التي تذكرني بالصدمة	0.57
25	أشعر بالضيق عندما أتذكر ما حدث لي	0.44
26	تفاصيل الصدمة تفرض نفسها على تفكيري	0.43
العامل الرابع : القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم، استوعب 06,82% من التباين الكلي وتشبعت عليه 05 فقرات. تتمظهر أعراض هذا العامل في الاستثارة الانفعالية المبالغ فيها و التي تظهر في ردود الفعل و المعاملات مع الذات و المحيط ، كما تظهر من خلال اضطرابات النوم و خاصة الأحلام المزعجة و الكوابيس.		
رقم الفقرة	محتوى الفقرة	التشبع
27	احلم أحلاما مزعجة (كوابيس) عن الصدمة	0.78
28	أصبحت بعد الصدمة أشكو من بعض الآلام الجسمية	0.66
29	أجد صعوبة في النوم	0.61
30	أصبح نومي متقطعا و مضطربا	0.55
31	أنزعج و أفض من مكاني عند سماع الأصوات العالية	0.43

### ب- مقياس نمط الشخصية:

#### وصف المقياس:

يرى مجموعة من الباحثين نذكر منهم على سبيل الذكر ( جهنسن Johnston 1991 ، تيغزي امحمد. 1991 ، و بشير بن طاهر. 2005) أن الأفراد من الطراز (أ) لنمط السلوك يتصفون بجملة من الصفات تتمثل فيما يلي: الالتزام المبالغ فيه ، الذهنية التنافسية الخوف من تضيع الوقت، و من عدم الوصول إلى إنجازات حقيقية، والشعور بالخطر والعدوان ، الشعور بضغط الوقت، والتنبه الزائد وسرعة الحديث ، و نفاذ الصبر وعدم التأني وسرعة الاستثارة والإفصاح عن الانفعال والاهتمام الزائد بالعمل و النشاطات الحياتية وعلى العكس تماما فإن صاحب نمط السلوك (ب) هو متحرر من الشعور بالضغط والتوتر وله قدرة على الاسترخاء و يشارك في نشاطات مختلفة من دون أن يشعر بالحاجة إلى إثبات التفوق. و يتكون حسب صيغته المطبقة في هذه الدراسة من بعدين هما:

العامل الأول: و ينطوي على صفات التوحد، التسلط والعجلة الانفعالية .

العامل الثاني: و ينطوي على صفات التوتر، الشعور بالعبء والاستغراق في العمل.

### الخصائص السيكومترية لمقياس نمط الشخصية:

لقد تم اختيار و اعتماد مقياس الطراز السلوكي لنمط الشخصية في الصورة النهائية التي انتهت اليها دراسة ( بن طاهر بشير . 2005) حيث طبق المقياس على عينة من الأساتذة أجزائريين يفترض أن لهم نفس المواصفات العامة لعينة الدراسة الحالية عدى صفة الاصابة المرضية التالية للصدمة. حيث تمت معالجة المقياس ضمن مجموعة من الاجراءات التي أثبتت تمتعه بمستويات مقبولة من الصدق و الثبات من خلال نتائج الصدق العملي و ثبات الاتساق الداخلي. و قد تم استخلاص عاملين مكونين هما:

"العامل الأول: التوحد، التسلط والعجلة الانفعالية ، استوعب 58% من التباين الكلي

وتشبع عليه سبعة (07) فقرات."

"العامل الثاني: التوتر، الشعور بالعبء والاستغراق في العمل واستوعب 8.2 من

التباين الكلي وتشبع عليه 05 فقرات. فقد "استوعب العامل الأول الجزء الأكبر من التباين الكلي، وهو يقيس التوحد (بمعنى الانطواء على الذات والتمركز عليها وربط كل ما يجري حوله بنفسه) والتسلط (بمعنى الرغبة الملحة للتفوق على الآخرين، والرغبة في التحكم فيهم وإدارتهم) والعجلة الانفعالية بمعنى أنه في تسابق ذهني مع الزمن)، أما العامل الثاني فهو متصل بالتوتر كسمة مميزة لسلوكه وشعوره، بالعبء وقد يرتبط ذلك بانشغاله المركز على عمله، كما يبدو من مضمون فقراته". (بشير بن طاهر. 2005 )

-3-1-2- الاتساق الداخلي: وبغرض التأكد و تعزيز نتائج الصدق النظرية كما

وردت في رسالة الدكتوراه ل: ( بن طاهر بشير . 2005) تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس من خلال معطيات الدراسة الحالية التي قامت بانجازها الطالبة الباحثة، و كشفت الدراسة على النتائج التالية :

جدول رقم ( 7 ) مصفوفة الارتباطات بين فقرات مقياس نمط الشخصية و بعديه.

الدرجة الكلية	العامل الثاني	العامل الأول	العوامل رقم الفقرة
0.71		0.77	9
0.80		0.74	10
0.85		0.84	4
0.74		0.79	12
0.66		0.80	11
0.74		0.85	17
0.83		0.84	3
0.75	0.77		13
0.72	0.84		1
0.85	0.82		2
0.76	0.76		15
0.73	0.79		19
	0.82	0.89	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول رقم (7) أن ارتباطات فقرات القياس بالدرجة الكلية تراوحت ما بين (0.66 و 0.85) وأن الارتباطات بين الفقرات والعامل الذي أدرجت تحته تراوحت ما بين (0.74 و 0.86) بينما تراوحت قيم الارتباطات بين عاملي نمط الشخصية والدرجة الكلية على التوالي (0.82 و 0.89) وهي قيم دالة عند مستوى يقل عن 0.0001، بما يعني أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق، وأنه فعلا يقيس ما وضع لقياسه.

### 3.1.3. الصدق التلازمي:

كما تم تعزيز هذه النتائج من خلال قياس الصدق التلازمي للمقياس من خلال الكشف عن مستويات علاقاته الارتباطية مع متغيرات الدراسة الربعة ، و كشفت عن وجود ارتباطات دالة عند مستوى دلالة 0.01 بالنسبة لكل قيم الارتباطات ، حيث بلغت قيم

الارتباط ما بين مقياس نمط الشخصية و متغيرات : اضطرابات الضغط التالي للصدمة: 0,38 ، مركز الضبط : 0.32 و مع الدعم الاجتماعي : - 0.58 . و هي تدل على أن الطراز السلوكي أ يرتبط ايجابيا مع الاضطرابات و مركز الضبط ، أي أن الأفراد من النمط أ يعانون من الاضطرابات التالية للصدمة و يميلون لمركز الضبط الخارجي ، و أنهم يعانون من نقص في مستوى الدعم الاجتماعي المدرك . وهو أمر تمت الإشارة إليه في العنصر الأول من التحليل الاحصائي الوصفي لنتائج هذه الدراسة في الفصل الخامس. والملاحظ أن الارتباطات جاءت متواضعة و يعود ذلك في اعتقادنا إلى طبيعة توزيع المعطيات بدلالة الفروق الفردية للعينة المدروسة.

و عموما فإن النتائج هذه تدل على تمتع المقياس بمستويات مقبولة من الصدق بما يؤهله لجمع معطيات موضوعية .

### ج - مقياس الدعم الاجتماعي:

يستهدف هذا المقياس الكشف عن الدور الذي يساهم به المحيط المادي الاجتماعي في مد الفرد الذي يعاني من اضطرابات الضغط التالي للصدمة بالدعم . و قد اعتمدت الطالبة في بنائها للمقياس على جملة من الدراسات السابقة (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمان 1994، ستريتر و فرانكلين . 1992 Streeter et Franklein) و التي تمت فيها الإشارة إلى المصادر و نوع المساعدة التي يحتاجها الفرد الذي يعاني من اضطرابات الضغط التالي للصدمة. و التي تتمحور حول الأبعاد التالية:

1.مدى ما تمثله الزوجة و الأبناء و الأبوين و الخطيبة أو الخطيب كسند حقيقي في التعامل مع ما يترتب على ( الاصابة / الحدث).

2.مدى وقوف أفراد الأسرة بجانبه في التعايش مع الحدث الصادم.

3.مدى وقوف الأصدقاء والزملاء و مساندهم له في التكيف و مده بالمعونات التي يحتاجها منذ التعرض لـ ( الاصابة / الحدث)

4. مدى و مستوى المساندة من طرف الجيران متى احتاج اليهم.

5. مستوى التفهم و المساعدة من طرف محيطه المهني في أداء المهام التي كان يقوم بها سابقا قبل (الاصابة / الحدث)

6. الاعتقاد العام و الانطباع الذي يكونه ازاء الدعم الممنوح له من طرف الآخرين بعد (الاصابة / الحدث)

### الخصائص السيكومترية مقياس الدعم الاجتماعي:

تم اعتماد أسلوب الاتساق الداخلي لفقرات مقياس الدعم ، من خلال قياس العلاقات الارتباطية بين كل فقرة من فقراته و الدرجة الكلية للمقياس ، حيث اسفرت النتائج عن وجود ارتباطات دالة تمتد من 0.65 إلى 0.70 و جاءت كلها دالة عند مستوى 0,01. كما تم اعتماد طريقة الصدق التلازمي الذي كشفت الدراسة من خلاله عن وجود علاقات ارتباطية سالبة دالة عند مستوى دلالة 0.01 بين الدعم الاجتماعي و متغيرات الدراسة : اضطرابات الضغط ، نمط الشخصية و مركز الضبط: - 0.49، - 0.58 و - 0.47 على التوالي و بالترتيب. وهذه القيم الارتباطية تدل على وجود علاقات ارتباطية سالبة ، أي أن التناقص في الدعم الاجتماعي ترافقه زيادة في مستويات الاضطرابات التالية للضغط الصدمي ، و زيادة في تبني الطراز السلوكي أ و ميلا أكثر لتبني سلوك مركز الضبط الخارجي . و هذا ما تم الكشف عنه كما يظهر في العنصر الخاص بالتحليل الاحصائي الوصفي بالفصل الخامس لهذه الدراسة. و بهذا الشكل يمكن القول بكل تواضع أن المقياس قد توفر على القدر المطلوب من الصدق الذي يسمح باعتماده في جمع معطيات الدراسة الاساسية الخاصة بهذا المتغير.

### د - مقياس مركز الضبط:

يعتبر مركز الضبط بشقيه الداخلي و الخارجي مفهوم على متصل، فالأفراد قد يختلفون في الدرجات و ليس في النوع كما هو الحال بالنسبة لإختلافاتهم في أية صفة شخصية أخرى.

إن مركز الضبط الداخلي Internal Locus of Control هو إعتقاد الفرد بأن الأحداث الإيجابية و السلبية التي يعيشها هي نتيجة منطقية للأعمال التي يقوم بها خلاف

مركز الضبط الخارجي External Locus of Control الذي يعتقد فيه الفرد أن الآخر والصدفة و الحظ هم الذين يتحكمون و يقررون الأحداث في محيطه، أي أنه يدرك نتائج سلوكه و كأنها خارج نطاق ضبطه الشخصي.

إنطلاقاً من هذا التعريف و بالعودة إلى أهم المقاييس و الدراسات العاملة لمركز الضبط مثل:

- مقياس مواضع الضبط من إعداد صلاح الدين أبو ناهية (1984)
- مقياس وجهة الضبط من إعداد علاء الدين كفاي.

و هما مقياسين مستوحيان من المقاييس التي أعدها روتر (1966) J.B.Rotter و مقياس وليام جيمس (1973) W.James.

تم بناء مقياس مركز الضبط الداخلي و الخارجي من 18 عبارة موزعة على ثلاثة أبعاد عامة و هي: الضبط الشخصي، ضبط الآخرين و ضبط الحظ. و بعد عرضها على المشرف بغرض تقييم البناء، و بالنظر لطبيعة الموضوع الذي يستهدف اختبار طبيعة لزمة الضغط الصدمي في ضوء مركز الضبط، و بالنظر إلى طبيعة التطبيق التي تقتضي أسلوب الاستمارة المقابلة، فقد تم استبعاد الفقرات العامة الموهة التي عادة ما تتضمنها اختبارات و مقاييس مركز الضبط ، كما تم استبعاد الفقرات المكررة و الإبقاء فقط على العبارات التي تفي بالغرض، و هو التمييز بين الحالات التي لها مركز ضبط داخلي و الحالات التي لها مركز ضبط خارجي. و في ضوء ذلك تم الإبقاء على 10 فقرات من أصل 18 فقرة، و قد صيغت الفقرات صياغة متسقة مع السياق العام للموضوع.

وتلافياً للاستجابات النمطية، تمت صياغة أربعة عبارات في اتجاه الضبط الداخلي وهي الفقرات التي تحمل الأرقام التالية: 1، 3، 10، 9 كما تمت صياغة ستة عبارات في اتجاه الضبط الخارجي و هي التي تحمل الأرقام التالية: 2، 4، 5، 6، 7، 8 .

### الخصائص السيكومترية لمقياس مركز الضبط:

تم حساب الصدق عن طريق الاتساق الداخلي لفقرات المقياس من حساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للاختبار و تراوحت نتائج الارتباطات بين 0.62

و0.82 و كانت كلها دالة عند مستوى دلالة 0.05 و 0.01 على التوالي. كما تم حساب الصدق عن طريق الصدق التلازمي من خلال قياس العلاقة الارتباطية بين مقياس مركز الضبط و مقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و كشفت الدراسة عن وجود ارتباط قيمته: 0.44 و هو دال احصائياً عند مستوى دلالة 0.01 . م تدل هذه النتيجة على أن الميل لمركز الضبط الخارجي يرافقه زيادة في اضطرابات الضغط التالية للصدمة وهو ما يتفق و التراث النظري فيما يخص العلكة بين المتغيرين. وهي نتائج تدل على أن الاختيار يتمتع بمستوى عال من الصدق.

### ثبات و وسائل القياس:

والقصد منه التأكد من ثبات الاختبارات التي تم استخدامها في جمع معطيات الدراسة الميدانية الخاصة بالدراسة الأساسية و قد اعتمدنا في الكشف عن مستويات الثبات لمقاييس الدراسة الأربعة على الأسلوب الإحصائي التالي: الاتساق الداخلي لفقرات الاختبار باستخدام معادلة ألفا كرونباخ.

جدول رقم ( 8 ) قيم ثبات وسائل القياس:

وسائل القياس	قيمة ألفا كرونباخ
مقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة	0.75
مقياس الطراز السلوكي أ - ب	0.68
مقياس مركز الضبط	0.84
مقياس الدعم الاجتماعي	0.81

يتضح من الجدول رقم ( 8 ) أن كل القيم تدل على تمتع وسائل القياس الأربعة بمستويات عالية من الثبات. وهذا يعزز النتائج السابقة الخاصة بالصدق، ويجعلنا أكثر ثقة في موضوعية المعطيات الخاصة بالدراسة الأساسية.

## - طرق تصحيح وسائل القياس ( طريقة إعطاء الأوزان):

### 2- طريقة إعطاء الأوزان في مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة:

بما أن مقياس الاضطرابات التالية للصدمة يتكون من 28 عبارة كما تكشف عن ذلك نتائج التحليل العاملي في صورته النهائية ، و بما أن استجابات الأفراد تكون على سلم من بدائل سبعة و هي : دائما، تقريبا دائما ، غالبا ، بشكل اعتيادي ، أحيانا، نادرا و لا على الاطلاق. حيث تمتد الدرجات التي تأخذها بدائل اجابات الأفراد من سبعة إلى واحد على التوالي وبالترتيب. و حيث أن الدرجة القصوى تبلغ قيمتها : 196 و المتوسط النظري : 112 و الدرجة الدنيا : 28.

### 2-5- طريقة إعطاء الأوزان في مقياس نمط الشخصية:

يتكون مقياس الطراز السلوكي (أ-ب) من صورتين متناقضين من السمات السلوكية وهي على متصل، يمثل فيها الوسط فئة ثالثة تسمى بالفئة ذات النمط (أ-ب). وكما يتضح من تعليمات المقياس، أن الفرد الذي يضع إشارة (×) جهة اليمين (أ) في خانة توافكك أكثر يأخذ الدرجة 05، وإذا وضع إشارة (×) في خانة توافكك فإنه يحصل على الدرجة 04، بينما يأخذ الدرجة 3 إذا وضع إشارة (×) في خانة توافقي بنفس الدرجة، ويأخذ درجتان إذا وضع إشارة (×) جهة اليسار (ب) في الخانة توافقي، ودرجة واحدة في حالة وضعه للإشارة (×) في خانة توافقي أكثر جهة اليسار (ب). وبما أن المقياس ككل ويتكون من 12 عبارة، فإن درجته القصوى هي ، 60 ودرجته الدنيا هي 12 بمتوسط نظري قيمته 36.

### 3-5- طريقة إعطاء الأوزان في مقياس الدعم الاجتماعي:

يجيب الحالة على مقياس الدعم الاجتماعي من خلال 05 خمسة بدائل، يعبر من خلالها على مدى الدعم الذي يلقاه من محيطه الاجتماعي والأسري والمهني، بمعنى مدى حدوث فعل الدعم الحقيقي من قبل الفئات المعنية من زوج (ة) وأبناء، والوالدين، الاخوة، الأصدقاء

الجيران .

فإذا وضع الحالة إشارة (×) في خانة يحدث هذا دائما فإنه يحصل على الدرجة 1، وإذا وضع إشارة (×) في الخانة لا يحدث هذا على الاطلاق فإنه يحصل على الدرجة القصوى 05.

وبما أن المقياس يتكون من 06 فقرات، فإن درجته القصوى تساوي 30 ودرجته الدنيا تتساوى 06 بمتوسط نظري يساوي 18.

## -2- طريقة إعطاء الأوزان في مقياس مركز الضبط:

بما أن مركز الضبط يستهدف تمييز الأفراد وفق المركز الذي يفسرون في ضوءه الأحداث التي يواجهونها، فقد تم بنائه وفق ما ما يسمح بمعرفة الحالات المدروسة من حيث هي من ذوي مركز الضبط الخارجي أو مركز الضبط الداخلي. و بما أن المقياس يتكون من 10 فقرات مصاغة في الاتجاهين الداخلي و الخارجي ، و الاستجابات فيه موزعة على خمسة بدائل على سلم ليكرت و بالتالي فإن الفرد الذي يحصل على الدرجة أربعة و خمسة يكونون ضمن فئة الضبط الخارجي ، أما الذين يحصلون على الدرجة اثنين و واحد فيكونون ضمن فئة الضبط الداخلي .ومن يحصل على درجات تقع بين اثنين و أربعة يكون ضمن الفئة الوسطى.

## 2. الدراسة الأساسية:

### زمان ومكان إجراء الدراسة .

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية خلال الفترة الممتدة من يوم الخميس بداية شهر مارس 2014 إلى يوم الخميس 03 جويلية من نفس السنة، بالمؤسستين الاستشفائيتين التاليتين: المستشفى الجامعي بوهران والمستشفى الجامعي بتلمسان، على عينتين قوامها 150 حالة موزعة بشكل متجانس إلى حد ما بدلالة الجنس ، السن ، المستشفى الذي يتابعون فيه العملية الاستشفائية وشدة الإصابة و نوع الحدث الصادم، كما هو موضح لاحقا في عنصر خصائص العينة.

### ظروف إجراء الدراسة الأساسية.

لقد تم إجراء الدراسة الأساسية في ظروف عادية، حيث استفادت الطالبة الباحثة من تجربة التطبيق الامبريقي في الدراسة الإستطلاعية ، فكانت اجراءات التطبيق سلسلة ومتناغمة مع حب الاستطلاع لدى أفراد العينة للاستفادة من المقابلة الاستمارة و الرغبة في التعبير عن معاشهم الصحي و الاجتماعي بعد الصدمة و خاصة ما يتعلق بعلاقاتهم مع الآخرين من أصدقاء و زملاء في العمل و بعض أفراد عائلاتهم و التي اقرروا فيها بأهمية المحيط الاجتماعي في التعامل مع ما أصابهم. و بحكم خبرتي المتواضعة كإخصائية نفسية كما أشرت إليه سابقا في عنصر الدراسة الاستطلاعية و عملي لمدة تزيد عن عشرة سنوات بالمستشفى الجامعي بوهران ، فقد استفدت من علاقتي مع مستخدمي الصحة بالمستشفى في الحصول على الحالات المقصودة بالدراسة و القيام بالبحث في ظروف مناسبة .

### خصائص عينة الدراسة الأساسية.

في ضوء نتائج الأسئلة المفتوحة لمقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة كما هي مبينة في المقياس ( أنظر في الملاحق. الصفحة: ) فقد تم الإبقاء على 150 نسخة من أصل 170 حالة و التي توفرت فيها الشروط المنهجية للبحث، و التي تقتضي أن تظهر على كل حالة مظاهر اضطرابات الضغط التالي للصدمة و أن تكون مدة الإصابة أو الصدمة تزيد عن الشهر بالنسبة للاضطراب الحاد و أن لا تقل عن ثلاثة أشهر بالنسبة للاضطراب المزمن.

تم إجراء البحث على عينة قوامها 150 حالة تتوفر فيها شروط اضطرابات الصدمة بشكل عام، يتراوح سنها ما بين 21 سنة و 62 سنة بمتوسط حسابي قيمته 41.30 سنة وانحراف معياري قيمته 08.76 سنة، منها 71 ذكر بمتوسط سن قدره 40.54 و انحراف معياري قدره 07.84 ، و 79 أنثى بمتوسط سنهن 41.97 سنة بانحراف معياري قدره 9.52 سنة . كما يظهر ذلك من خلال الجدول رقم (9) .

الجدول رقم ( 9 ) توزيع العينة بدلالة الجنس و السن.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	السن و الجنس
07.84	40.54	71	الذكور
09.52	41.97	79	الاناث
08.76	41.30	150	العينة الكلية

و تظهر هذه النتائج الظاهرية أن التوزيع بدلالة الجنس و السن جاء متجانسا إلى حد كبير، فعدد الذكور يتساوى تقريبا مع عدد الاناث و أن السن متساو تقريبا في متوسطه وحتى في مستويات تشتته لدى فئتي العينة من الذكور و الاناث.

الجدول رقم ( 10 ) توزيع العينة بدلالة السن و نوع الحادث الصادم.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	التكرار	السن و الحادث الصادم
9,96081	44,8868	53	مرضى السرطان
4,21285	41,4211	57	مرضى الضغط الشرياني
9,67335	36,3750	40	ضحايا حوادث المرور
8,76827	41,3000	150	المجموع

يظهر من خلال الجدول رقم ( 10 ) أن أفراد العينة يتوزعون بشكل متساو إلى حد ما بدلالة نوع الحدث الصادم، كما تظهر النتائج أن مرضى السرطان هم الأكبر سنا يليهم مرضى الضغط الشرياني و في الأخير ضحايا حوادث الطرق. كما يظهر أن التشتت كان بمستويات متقاربة و بالتالي المقارنة بين هذه الفئات تكون ممكنة، على أساس ان التشتت هو متجانس داخل كل مجموعة و بنفس النسبة تقريبا في الفئات الأخرى. و أن متوسطات العمر هي على العموم قريبة من المتوسط الحسابي العام ما عدى بالنسبة لفئة ضحايا حوادث

المرور. و قد يعزى ذلك إلى كون أن حوادث المرور قد لا تتميز بين الأفراد على حسب جنسهم أو سنهم ، خلاف ذلك فإن مرضى السرطان و الضغط الشرياني هي عادة ما يصاب بها الكبار من السن.

#### د. الأساليب الاحصائية المعتمدة في البحث.

لقد تم اعتماد الأساليب الاحصائية التالية في وصف خصائص العينة و الكشف عن مستويات متغيرات البحث و اختبار الفرضيات:

- التكرارات و النسب المؤوية.
- المتوسطات الحسابية و الانحرافات المعيارية.
- معامل الفا كرونباخ.
- معامل ارتباط برسون براون.
- اختبارات.
- تحليل التباين الأحادي .
- معادلة شيفه .

# الفصل الخامس

## عرض و تحليل و مناقشة نتائج البحث

## 1. التحليل الاحصائي لنتائج البحث

## 2. تفسير و مناقشة نتائج البحث

## 1. التحليل الاحصائي لنتائج البحث:

سيتم تحليل نتائج البحث من خلال إجرائين هما:

**الإجراء الأول (وصفي):** و فيه تم وصف مستويات متغيرات الدراسة على حسب التساؤلات الواردة في إشكالية البحث و ذلك بغرض توضيح الاختلافات النوعية الظاهرية والتي تساعد على فهم نتائج البحث الخاصة باختبار الفرضيات و نعتمد في هذا الإجراء على الأساليب الإحصائية التالية:

المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري.

**الإجراء الثاني (استدلالي):** يتم في ضوءه اختبار فرضيات البحث بالاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

معامل ارتباط بارسون، اختبارات و تحليل التباين الأحادي و معادلة شيفي للكشف عن اتجاه الفروق.

الإجراء الأول (وصفي):

1/ مستويات متغيرات الدراسة بشكل عام و مستويات أبعادها:

جدول رقم (11) المتوسط الحسابي و الانحراف المعياري لمتغيرات الدراسة.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتوسط النظري	الدرجة القصوى	الدرجة الدنيا	
25.96	140.62	112	196	28	الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة
6.89	30.36	24	42	06	الشعور بتكرار الحدث
13.57	50.60	40	70	10	الاضطرابات الانفعالية
09.15	34,49	28	49	07	تجنب التفكير بالصدمة
05,83	25.16	20	35	05	القبالية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم
15.67	40.88	36	60	12	نمط الشخصية
06.52	16.20	18	30	06	الدعم الاجتماعي
15.52	36.68	30	50	10	مركز الضبط

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم ( 13 ) أن كل المتوسطات الحسابية الخاصة بلزمة الضغط الصدمي جاءت أكبر من المتوسطات النظرية لنفس المتغيرات ، و هذا يعني عموماً أن العينة الكلية بغض النظر عن الفروق الموجودة بينها تتوفر فيها شروط القياس في العلاقة بمعيار الإصابة باضطرابات الضغوط التالية للصدمة. كما يتبين أيضاً أن العينة عموماً تميل للطراز السلوكي - أ - و لا تتمتع بدعم اجتماعي و أنها تميل إلى تفسير الأحداث وفق مركز الضبط الخارجي . و بغض النظر على انها نتائج وصفية لا ترقى إلى مستوى الاستدلال ، إلا أنها توفر منهجياً القبول بإمكانية اجرا الدراسة على اساس أن العينة المستهدفة لا بد أن تكون من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة. أما بالنسبة لنتائج متغيرات نمط الشخصية ، الدعم و مركز الضبط فقد جاءت بتلك النسب

لأن صفاتها في علاقتها بالضغط التالي للصدمة يقتضي ذلك. كما أن النتائج هذه وخاصة الانحرافات المعيارية و التي تبين وجود نوع من التشتت فإن ذلك يدل على أن العينة تتوزع بشكل متباين إلى حد ما وفق الخصائص الفردية كالجنس و السن و نوع الحادث الصادم وشدة الإصابة من حيث هي حادة أو مزمنة، و هذا كله يشجع على امكانية الوقوف على فهم طبيعة لزمة الضغط الصدمي في ضوء تلك الفروق كما سيتم اختبارها لاحقاً.

الإجراء الثاني (استدلالي): و سيتم في ضوءه اختبار فرضيات البحث التالية:

الفرضية الأولى : إن الاختلاف في الجنس يرافقه إختلاف دال في مستويات متغيرات

الدراسة و إبعادها.

الجدول رقم ( 12 ) دلالة الفروق بين الذكور و الاناث في مستويات نمط الشخصية،

الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة ( الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة والقابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم). عدد الذكور = 71 و عدد الإناث = 79.

درجة الحرية = 148 .

مستوى الدلالة	قيمة ت	الإحتراف المعياري	المتوسط الحسابي	الجنس	
غير دال	- 0.98	16,77480 14,61802	39,5493 42,0759	ذ أ	نمط الشخصية
غير دال	1.74	7,09791 5,87197	17,1831 15,3291	ذ أ	الدعم الاجتماعي
غير دال	- 1.01	16,89275 14,17798	35,3239 37,8987	ذ أ	مركز الضبط
غير دال	0.87	7,86593 5,91087	30,8873 29,8987	ذ أ	الشعور بتكرار الحدث
غير دال	- 0.63	16,16813 10,78545	49,8592 51,2658	ذ أ	الاضطرابات الانفعالية
غير دال	1.18	10,00237 8,29564	35,4225 33,6582	ذ أ	تجنب التفكير بالصدمة
0.01	- 2.62	5,98792 5,47189	23,8732 26,3291	ذ أ	القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم
غير دال	- 0.26	31,63246 19,72379	140,0423 141,1519	ذ أ	الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة

تظهر نتائج الجدول رقم ( 12 ) وجود فروق غير دالة بين الذكور و الاناث في كل

من : نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة ، ما عدى الفرق بين الذكور و الاناث في متغير القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم جاء دالا عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الاناث. و تعني هذه النتائج أن عامل الجنس لم يكن له تأثير واضح على مستويات تشكل العوامل الشخصية واضطرابات الضغط التالي للصدمة ، ما عدى فرق واحد بين على أن الاناث يعانين بشكل اكثر من الذكور من اضطرابات القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم. كما أن النتائج الظاهرية تبين أن الاناث أكثر ميلا للطراز السلوكي - أ - و أكثرا تبنيا للضبط الخارجي و أقل دعما اجتماعيا. كما أن الذكور أكثر معاناة من اضطرابات الشعور بتكرار الحدث و تجنب التفكير بالحدث ، في حين أن الاناث كن أكثرا معاناة من الاضطرابات الانفعالية ، كما جاءت متوسطات درجاتهم في مقياس اضطرابات الضغط التالي للصدمة أكبر من الذكور.

**الفرضية الثانية:** توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين السن و نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة وأبعاده الأربعة على التوالي.

الجدول رقم : ( 13 ) قيم معاملات الارتباط بين السن و نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة وأبعاده الأربعة على التوالي. ن = 150 .

العمر	درجة الإرتباط	مستوى الدلالة
نمط الشخصية	0.09	غير دالة
الدعم الاجتماعي	- 0.23	0.04
مركز الضبط	0.25	0.01
الشعور بتكرار الحدث	0.13	غير دالة
الاضطرابات الانفعالية	- 0.03	غير دالة
تجنب التفكير بالصدمة	- 0.17	غير دالة
القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم	0.30	0.0001
الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة	0.02	غير دالة

تظهر نتائج الجدول رقم ( 13 ) عن وجود ارتباطات غير دالة بين متغير العمر والمتغيرات التالية على التوالي : نمط الشخصية، الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة و الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، و هذا يعني أن عامل السن لم يظهر له أثر واضح في زيادة حدة الاضطرابات أو تناقصها ، و الاستثناء كان فقط بالنسبة لمتغير القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم والذي كانت علاقته بالسن موجبة دالة عند مستوى 0.0001 ، بما يعني أن الزيادة في العمر يرافقها تزايدا في حدة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، بالرغم من أن شدة و قوة الارتباط لم تتعدى 09 % . كما جاءت معاملات الارتباط بين العمر و متغيري الدعم ومركز الضبط دالين عند مستوى دلالة 0.04 و 0.01 على التوالي و بالترتيب ، و هي في ذلك تبين على أن الزيادة في العمر ترافقها زيادة في الميل لمركز الضبط الخارجي و دعم اجتماعي متناقص .

**الفرضية الثالثة:** إن الاختلاف في نوع الحادث الصادم يرافقه اختلاف دال في مستويات نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة على التوالي.

جدول (14) : دلالة الفروق بين فئات الحوادث الصدمية في مستويات نمط الشخصية الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة.

مستوى الدلال	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
0.001	20.385	3973.794	2	7947.589	بين المجموعات	نمط الشخصية
		194.940	147	28656.251	داخل المجموعات	
			149	36603.840	المجموع	
0.001	37.574	1073.127	2	2146.255	بين المجموعات	الدعم الاجتماعي
		28.560	147	4198.338	داخل المجموعات	
			149	6344.593	المجموع	
	2.418	571.782	2	1143.564	بين المجموعات	مركز الضبط
		236.456	147	34759.076	داخل المجموعات	
			149	35902.640	المجموع	
0.001	56.820	21894.503	2	43789.005	بين المجموعات	اضطرابات الضغط التالية للصدمة
		385.334	147	56644.088	داخل المجموعات	
		26.309	149	100433.093	المجموع	
0.001	61.297	1612.687	2	3225.373	بين المجموعات	الشعور بتكرار الحدث
		26.309	147	3867.460	داخل المجموعات	
			149	7092.833	المجموع	
0.001	40.462	8472.288	2	9744.577	بين المجموعات	الاضطرابات الانفعالية
		120.418	147	17701.423	داخل المجموعات	
			149	27446.000	المجموع	
0.001	44.513	2355.056	2	4710.113	بين المجموعات	تجنب التفكير بالصدمة
		52.907	147	7777.380	داخل المجموعات	
			149	12487.493	المجموع	
0.001	91.828	1408.247	2	2816.493	بين المجموعات	القابلية للاستشارة و اضطرابات النوم
		15.336	147	2254.340	داخل المجموعات	
			149	5070.833	المجموع	

كشفت الدراسة كما يظهر من خلال الجدول رقم (14) عن وجود فروق دالة بين فئات الحوادث الصدمية الثلاثة في المتغيرات التالية: نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي و الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة (الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة و القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم).

و كشفت عن وجود فروق غير دالة بين فئات الحوادث الصدمية في متغير مركز الضبط فقط. أي لم تظهر فروق حقيقية بين فئات الحدث الصادم فيما يخص التأويلات التي تقوم بها الحالات ازاء الحدث الذي تعرضت له أو أصيبت به.

و بعد تطبيق معادلة شيفي للكشف عن اتجاه الفروق بين فئات الحوادث الصدمية (الملحق: ص:138) كشفت نتائج المقارنات المتعددة عن مايلي:

جدول (15): ترتيب الفئات الثلاثة على حسب مستويات الميل لنمط الشخصية أ أو ب، الدعم الاجتماعي، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة (الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة و القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم).

المجموعات الفرعية ألفا = 0.5		عدد الحالات	نمط الشخصية
2	1		
50.1053		57	فئة الضغط الشرياني
	36.2264	53	فئة مرضى السرطان
	33.9000	40	فئة ضحايا حوادث المرور
المجموعات الفرعية ألفا = 0.5		عدد الحالات	الدعم الاجتماعي
2	1		
	11.56	57	فئة الضغط الشرياني
17.90		53	فئة مرضى السرطان
20.57		40	فئة ضحايا حوادث المرور
المجموعات الفرعية ألفا = 0.5		عدد الحالات	اضطرابات الضغط التالية للصدمة
2	1		
36.22		57	فئة الضغط الشرياني
	26.03	53	فئة مرضى السرطان

	27.75	40	فئة ضحايا حوادث المرور
المجموعات الفرعية ألفا = 0.5		عدد الحالات	الشعور بتكرار الحدث
2	1		
36.22		57	فئة الضغط الشرياني
	26.03	53	فئة مرضى السرطان
	27.75	40	فئة ضحايا حوادث المرور
المجموعات الفرعية ألفا = 0.5		عدد الحالات	الاضطرابات الانفعالية
2	1		
60.87		57	فئة الضغط الشرياني
	43.77	53	فئة مرضى السرطان
	45.00	40	فئة ضحايا حوادث المرور
المجموعات الفرعية ألفا = 0.5		عدد الحالات	تجنب التفكير بالصدمة
2	1		
39.80		57	فئة الضغط الشرياني
	27.09	53	فئة مرضى السرطان
36.72		40	فئة ضحايا حوادث المرور
المجموعات الفرعية ألفا = 0.5		عدد الحالات	القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم
3	2	1	
	25.52		
		57	فئة الضغط الشرياني
29.71		53	فئة مرضى السرطان
	18.62	40	فئة ضحايا حوادث المرور

يظهر كذلك من خلال الجدول رقم : ( 15 ) المتعلق باتجاهات الفروق، وجود فروق غير دالة في نمط الشخصية بين فئتي مرضى السرطان و ضحايا حوادث المرور، في حين جاءت الفروق دالة عند مستوى دلالة 0.05 بين المصابين بمرض الضغط الشرياني و فئتي مرضى السرطان و ضحايا حوادث المرور على التوالي و بالترتيب لصالح مرضى الضغط الشرياني. كما كشفت عن فروق دالة بين فئة الضغط الشرياني و فئتي حوادث المرور و مرضى السرطان عند مستوى دلالة 0.05 في متغير الدعم الاجتماعي و متغير اضطرابات الضغط التالية للصدمة لصالح مرضى الضغط الشرياني، غير أنه لم يكن الفرق دالا بين فئتي ضحايا حوادث المرور و مرضى السرطان في هذين المتغيريين. أما فيما يتعلق بدلالة الفروق في أبعاد اضطرابات الضغوط التالية للصدمة بين الفئات المرضية الثلاثة فقد تبين

وجود فروق دالة عند مستوى 0.05 بين فئة المصابين بالضغط الشرياني و فئتي مرضى السرطان و ضحايا الحوادث في مستويات كل من الأبعاد التالية: الشعور بتكرار الحدث ، بعد تجنب التفكير بالصدمة و الاضطرابات الانفعالية لصالح فئة الضغط الشرياني، أما فيما يخص بعد القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم فقد جاءت فيها الفروق دالة عند مستوى 0.05 بين الفئات الثلاثة لصالح مرضى السرطان ثم مرضى الضغط الشرياني ثم فئة حوادث المرور على التوالي.

كما أن تصنيف المصابين بالضغط التاجي الشرياني هم أكثر ميلا للطراز السلوكي أ بمستوى يوازي بدلي الاجابة (توافقي) و ( توافقي أكثر) في حين جاءت مستويات فئتي مرض السرطان و حوادث المرور في حدود المتوسط ، و هذا يدل على أن فئة الضغط الشرياني يتميزون عن غيرهم بصفات النمط أ و التي يغلب عليها التوتر و التسرع و تضخيم الأمور و ادراك الواقع على أنه مليء بالمثيرات الضاغطة أكثر عن ما هو عليه في الواقع. كما يظهر من الجدول رقم ( 15 ) أن قيم مستويات الحصول على الدعم الاجتماعي جاءت متباينة و بشكل واضح بالنسبة لفئة مرضى الضغط الشرياني حيث تدل القيمة 11.56 أن هذه الفئة نادرا ما تحصل على دعم اجتماعي يلبي لها احتياجاتها المادية و المعنوية. كما يظهر من نفس الجدول أن فئة حوادث المرور هم الأكثر حظا في الحصول على مستوى من الدعم يزيد عن المتوسط بقيمة قدرها 20.57 . و نفس الشيء يصدق على الفروق بين الفئات الثلاثة فيما يخص مستويات الاضطرابات التالية للصدمة، حيث أن فئة الضغط الشرياني جاءت الأولى من حيث الترتيب بقيمة قدرها 162.43 و هي قيمة تقابل تقريبا البديل السادس على سلم ليكرت ، فهي فئة تعاني بشكل متواصل تقريبا من اضطرابات الضغط التالي للصدمة. و قد جاءت نتائج الفروق في أبعاد اضطرابات الضغط التالي للصدمة بدلالة الحوادث الصدمية متناغمة مع نتائج المقياس ككل ، حيث أظهرت النتائج كما يتبين من الجدول رقم ( 15 ) أن فئة الضغط الشرياني هم الأكثر معاناة من اضطرابات الضغط التالي للصدمة و بمستويات عالية تصل إلى حدود الدرجة القصوى تقريبا، فقد بلغت قيم مستويات هذه الفئة 36.22 بالنسبة الشعور بتكرار الحدث ، 39.80 بالنسبة لبعث تجنب التفكير

بالصدمة و 60.87 بالنسبة لبعء الاضطرابات الانفعالية . و قد ظهر استثناء بسيط بالنسبة لبعء القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم ، حيث جاء في المرتبة الأولى من حيث الترتيب في مستويات المعاناة من هذا النوع من الاضطرابات فئة مرضى السرطان بدرجة قيمتها 29.71 تليها فئة الضغط الشرياني بدرجة قيمتها 25.52 و هما درجتان تبينان أن هذين الفئتين غالباً ما تعاني من هذه الاضطرابات، بينما كشفت الدراسة أن فئة حوادث المرور تعاني أحياناً تقريباً من الاستثارة المرتفعة و اضطرابات النوم و ذلك بمستوى قيمته 18.62 و هو يقل عن المتوسط النظري 20.

**الفرضية الرابعة:** توجد فروق دالة بين فئتي الاضطرابات الحادة و المزمنة في مستويات الطراز السلوكي ، الدعم الاجتماعي و مركز الضبط .

الجدول رقم ( 16 ) دلالة الفروق بين فئتي الاضطرابات الحادة و المزمنة في مستويات الطراز السلوكي ، الدعم الاجتماعي و مركز الضبط. درجة الحرية = 148 .

مستوى الدلالة	قيمة ت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي		
0.001	4.58 -	14.75	36.75	ذوو الاضطرابات الحادة ن= 96	الشخصية نمط
		14.64	48.22	ذوو الاضطرابات المزمنة ن= 54	
0.001	7.30	5.59	18.71	ذوو الاضطرابات الحادة ن= 96	الاجتماعي نمط
		5.63	11.74	ذوو الاضطرابات المزمنة ن= 54	
غير دالة	0.67 -	17.01	36.04	ذوو الاضطرابات الحادة ن= 96	الضبط نمط
		12.51	37.81	ذوو الاضطرابات المزمنة ن= 54	

كشفت الدراسة كما يظهر من الجدول رقم ( 16 ) عن وجود فرق دال في الطراز السلوكي لنمط الشخصية بين ذوي الاضطرابات الحادة و الاضطرابات المزمنة عند مستوى 0.001 لصالح فئة ذوي الاضطرابات المزمنة. و بمقارنة مستويي نمط الشخصية بين

الفنتين نجد أن ذوي الاضطرابات الحادة يميلون إلى النمط أ - ب المختلط أي في الوسط، بينما ذوي الاضطرابات المزمنة فهم أكثر ميلا للطراز السلوكي أ . كما تكشف الدراسة في نفس الجدول عن وجود فرق دال في مستويات الدعم الاجتماعي بين ذوي الاضطرابات الحادة و الاضطرابات المزمنة عند مستوى 0.001 لصالح فئة ذوي الاضطرابات المزمنة، بما يعني أن هذه الفئة ناذرا ما تحصل على الدعم لاجتماعي ، بالرغم من أن ذوي الاضطرابات الحادة أحيانا ما تحصل على الدعم الاجتماعي و ذلك بالنظر لقيم المتوسطات الحسابية الظاهرة بالجدول رقم ( 16 ) . كما كشفت الدراسة عن وجود فروق غير دالة بين فنتي الاضطرابات في مركز الضبط ، بالرغم من أن الفنتين تميلان إلى مركز الضبط الخارجي. إلا أن النتائج الظاهرية تبدي أن فئة ذوي الاضطرابات المزمنة أكثر ميلا لمركز الضبط الخارجي . و عموما فإن نتائج الدراسة كما تظهر بالجدول رقم ( 16 ) تبين أن فئة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المزمنة أكثر ميلا للطراز السلوكي - أ - و أقل حصولا على الدعم الاجتماعي و أكثر تبنيا لمركز الضبط الخارجي . تبدو هذه النتائج منطقية مع التصنيف الطبي لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة و مع طبيعة النمط أ و مركز الضبط الخارجي و قلة الدعم المعبر عن الانسحاب و العجز عن التفاعل الاجتماعي الايجابي.

## 2. تفسير و مناقشة نتائج البحث.

## الإجراء الأول (وصفي):

## 1/ مستويات متغيرات الدراسة بشكل عام و مستويات أبعادها:

كشفت الدراسة الحالية أن كل مستويات اضطرابات الضغط التالي للصدمة جاءت أكبر من المتوسطات النظرية لنفس المتغيرات ، و هذا يعني أن العينة التي شملتها الدراسة تتوفر فيها شروط القياس في العلاقة بمعيار الإصابة باضطرابات الضغوط التالية للصدمة. أي أن الدراسة هذه تستهدف اختبار بعض المتغيرات الشخصية و الفردية على عينة من الأفراد الذين يعانون فعلا من اضطرابات الضغط التالي للصدمة. و لولا توفر هذا الشرط ما كان بالإمكان مواصلة البحث ، لأنه حينها لا يمكن إجراء البحث على عينة هي غير موجودة. وبغض النظر على انها نتائج وصفية لا ترقى إلى مستوى الاستدلال ، إلا أنها توفر منهجيا القبول بإمكانية إجراء الدراسة على اساس أن العينة المستهدفة تتشكل من الأفراد الذين يعانون من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة.

كما كشفت الدراسة من خلال نتائجها الوصفية الأولية ( الجدول رقم (11) أن العينة عموما تميل للطراز السلوكي - أ - و لا تتمتع بدعم اجتماعي و أنها تميل إلى تفسير الأحداث وفق مركز الضبط الخارجي . و قد جاءت النتائج بتلك المستويات لأن صفاتها في علاقتها بالضغط التالي للصدمة يقتضي ذلك. كما أن النتائج هذه وخاصة الانحرافات المعيارية والتي تبين وجود نوع من التشنت فإن ذلك يدل على أن العينة تتوزع بشكل متباين إلى حد ما وفق الخصائص الفردية كالجنس و السن و نوع الحادث الصادم و شدة الإصابة من حيث هي حادة أو مزمنة، و هذا كله يشجع على امكانية الوقوف على فهم طبيعة لزمة الضغط الصدمي في ضوء تلك الفروق كما سيتم اختبارها لاحقا. لأن البحث الحالي هدفه الأساسي هو الكشف عن الدور الذي تلعبه تلك المتغيرات في تحديد مستويات الاضطرابات التالية للصدمة. وبالتالي نجد بأن الاجراء الوصفي ضروري للإجراء الاستدلالي فهو ممهده له.

الإجراء الثاني (استدلالي): و تم في ضوءه اختبار فرضيات البحث التالية:

**الفرضية الأولى :** إن الاختلاف في الجنس يرافقه إختلاف دال في مستويات متغيرات الدراسة و إبعادها.

### منطوق الفرضية:

و يقصد من هذه الفرضية أنه توجد فروق دالة احصائيا بين الذكور و الاناث الذين تعرضوا لحوادث صادمة بفعل المرض: بالسرطان و ارتفاع الضغط الشرياني و كذلك الذين تعرضوا لحوادث المرور و ذلك في الطراز السلوكي أ و ب ، مركز الضبط الذي يميز التفسير التي يعطونها لواقع الأحداث التي يواجهونها، و في الحالة هذه المقصود باتجاه الضبط هو التفسير الذي تعطيه هذه الفئات المصدومة للحدث الصدمي و لواقع الحال الذي تعيشه مع متطلبات المرض و تداعياته، و مستوى الدعم الاجتماعي في صورته المختلفة الذي تلقاه فعلا من المحيط المادي والاجتماعي الذي تعيش فيه، و كذلك الفروق في مستويات الاضطرابات بشكل عام و على مستوى أبعاده الأربعة: الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة و القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم.

وقد كشفت الدراسة كما يظهر في الجدول رقم ( 12 ) وجود فروق غير دالة بين الذكور و الاناث في كل من : نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة ، ما عدى الفرق بين الذكور و الاناث في متغير القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم جاء دالا عند مستوى دلالة 0.01 لصالح الاناث. وتعني هذه النتائج أن عامل الجنس لم يكن له تأثير واضح على مستويات تشكل العوامل الشخصية و اضطرابات الضغط التالي للصدمة ، ما عدى فرق واحد بين أن الاناث يعانين بشكل اكثر من الذكور من اضطرابات القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم. كما أن النتائج الظاهرية تبين أن الاناث أكثر ميلا للطراز السلوكي - أ - و أكثرا تبنيًا للضبط الخارجي و أقل دعما اجتماعيا. كما أن الذكور أكثر معاناة من اضطرابات الشعور بتكرار الحدث و تجنب التفكير بالحدث ، في حين أن الاناث كن أكثرا معاناة من الاضطرابات

الانفعالية ، كما جاءت متوسطات درجاتهم في مقياس اضطرابات الضغط التالي للصدمة أكبر من الذكور.

وتتفق هذه النتائج مع اغلب الدراسات السابقة التي تقر أن الإناث عموماً أكثر تعبيراً من الذكور عن الاضطرابات التالية للصدمة، وأنهن أكثر حاجة للدعم و المساندة، وأنهن غالباً ما يميلون لمركز الضبط الخارجي في تفسير الأحداث الصادمة. وفي هذا الصدد يشير ( نوريس .1992. Norris و كسلير و آخرون. Kessler et al. 1995 وطولين و فوا ( Tolin & Foa . 2006 ) أن الإناث أكثر قابلية من الذكور لتطوير حالة الضغط التالي للصدمة إلى درجة الاضطراب الحاد. كما اشارت نتائج دراسة تجريبية على عينة من المدنيين من الجنسين عايشة الحرب لمدة تزيد عن ستة اشهر ، أن النساء أكثر تعرضاً من الرجال لأعراض الضغوط ما بعد الصدمة. ( أنس عمد قاسم . 1998). كما اقترت الدراسات التي أجريت بعد حرب الخليج أن الإناث كن أكثر عرضة لاضطراب ما بعد الصدمة مقارنة بالرجال وبمعدل الضعف. غير أنه في نفس الوقت ، و بشكل يدعو للتساؤل ، و هو أن النساء ظهرت لديهن اعراض الاكتئاب و القلق و اضطرابات الشخصية أكثر من أعراض اضطرابات الضغط التالية للصدمة؟ ( النفعي عوض بن سالم. 2010 ).

غير أنه توجد تحفظات لدى دراسات أخرى فيما يخص الفروق في تلك المتغيرات يعزى لعامل الجنس. حيث أقر ( هارفت و بريان. 1999. Harvey & Bryan ) أن العمر و الجنس لم يكونا ذا علاقة ارتباطية دالة بتطور اضطرابات الضغط التالية للصدمة. كما اشارت ( رشا حبيب. 2007 ) من خلال دراسة لها على عينة من 72 مصابين بداء السرطان، أن نتائج الدراسة لم تكشف عن فروق ذات دلالة احصائية ما بين الذكور و الإناث المصابين بمرض السرطان على مقياس الخوف من المرض.

**الفرضية الثانية:** توجد علاقة ارتباطية موجبة دالة بين السن و نمط الشخصية، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة على التوالي، و علاقة ارتباطية سالبة دالة مع الدعم الاجتماعي.

**منطوق الفرضية:** تتضمن هذه الفرضية ثمانية فرضيات جزئية ، و تقضي بأن السن يرتبط طرديا مع متغيرات الدراسة . أي أن الزيادة في السن يرافقها زيادة في الميل لتبني الطراز السلوكي أ ، و زيادة في الميل لتبني ضبط خارجي و تناقص في الدعم المحصل عليه من المحيط المادي و الاجتماعي، و زيادة في اضطرابات الضغط التالي للصدمة و في أبعاده الأربعة: الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة والقابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم.

وقد أظهرت النتائج كما هو مبين في الجدول رقم ( 13 ) وجود ارتباطات غير دالة بين متغير العمر و المتغيرات التالية على التوالي : نمط الشخصية، الشعور بتكرار الحدث الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة و الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، و هذا يعني أن عامل السن لم يظهر له أثر دال وواضح في زيادة حدة الاضطرابات أو تناقصها ، و الاستثناء كان فقط بالنسبة لمتغير القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم والذي كانت علاقته بالسن موجبة ، بما يعني أن الزيادة في العمر يرافقها تزايدا في حدة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، بالرغم من أن شدة و قوة الارتباط لم تتعدى 09 % . كما جاءت معاملات الارتباط بين العمر و متغيري الدعم ومركز الضبط دالين على التوالي و بالترتيب ، و هي في ذلك تبين على أن الزيادة في العمر ترافقها زيادة في الميل لمركز الضبط الخارجي و دعم اجتماعي متناقص . و السبب في كشف الدراسة لهذه النتائج بهذه المستويات في الارتباطات يعود لكون أن سن العينة عموما هو في حدود متوسط 41.30 سنة و بانحراف معياري قدره: 08.76 سنة ، بالرغم من أن السن لدى العينة يتراوح ما بين : 21 و 62 سنة. و بالنظر للانحراف المعياري نجد أن العينة عموما تتجمع في حدود ذلك المتوسط، أي أنه لا يوجد تشتت كبير ينبأ بوجود فوارق كبيرة بين أفراد العينة بدلالة السن. أما فيما يخص علاقة السن بمركز الضبط و الدعم الاجتماعي و التي تبين فيها أن الزيادة في السن ترافقها زيادة في الميل للضبط الخارجي و الإدراك المتزايد للفقر في مستويات الدعم المحصل عليه، فهو يعود حسب اعتقاد الطالبة الباحثة إلى كون أن الزيادة في العمر تتناقص معه امكانات الفرد الذاتية و كفاءاته الجسمية و قدراته على

الاستقلالية في تدبر اموره ، فكيف يكون الأمر بالنسبة للفرد الذي يمر بأزمة حياتية مرتبطة بالموت أو على الأقل هي مرتبطة بصدمة غيرت من مجرى حياته بدرجة عالية جدا. فالفرد في هذه الحالة يصبح يشعر أكثر بالعجز و الحاجة إلى الآخرين ، كما أن عجزه ذلك يجعله يجد صعوبة في اعطاء معنى موضوعي للواقع الذي يعيشه و لمتطلبات مواجهة ما ترتب عن الموقف الصدمي من اضطرابات. أما بالنسبة لمتغير القابلية المرتفعة للاستشارة واضطرابات النوم والذي كانت علاقته بالسن موجبة دالة، فكذلك نجد أن السن لدى الكبار وكما هو متعارف عليه، يرتبط بشكل عكسي مع حاجة الفرد للنوم عكس الأطفال و الشباب ونفس الشيء بالنسبة للاضطرابات الانفعالية التي يصبح فيها الفرد أكثر قابلية للاستشارة والتوتر و خاصة في ظل حالة صحية متميزة بالاضطراب. حيث أنه تبين في نتائج هذه الدراسة كما يظهر ذلك في الجدول رقم ( 11 ) أن مستويات الاضطرابات التالية للضغط جاءت عالية إلى حد ما بالنسبة للعينة ككل. و تتفق نتائج هذه الدراسة إلى حد ما مع أغلب نتائج الدراسات السابقة التي تقر هي الأخرى أن عامل السن لوحده لم يبرز دوره في تحديد مستويات الاضطراب و ذلك لاعتقاد مفاده تدخل عوامل متعددة سوسيوديموغرافية و بشكل متفاعل في رسم طبيعة الاضطرابات. فالتداخل بين العوامل السوسيوديموغرافية لا يتيح امكانية فهم ميكانيزمات تشكل الضغط التالي للصدمة ، اللهم إلا في حالة القيام بتحليل احصائية تصنيفية عميقة. ( مارتين و مارشو . 2006 . Martin & Marchand ). هذا ما ستجيب عليه الطالبة الباحثة من خلال اختبار الفرضيات اللاحقة.

**الفرضية الثالثة:** إن الاختلاف في نوع الحادث الصادم يرافقه اختلاف دال في مستويات نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط ، الدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة على التوالي.

**منطوق الفرضية:** تتضمن الفرضية هذه هي الأخرى ثمانية فرضيات جزئية، و تقضي بان التباين في نوع الحادث الصادم : أي فئات : مرض السرطان، مرض الضغط الشرياني أو حوادث المرور يرافقها تباين دال في الطراز السلوكي لنمط الشخصية ، و في مستوى الميل لأحدي مركز الضبط الداخلي أو الخارجي ، مستوى الدعم الاجتماعي المتحصل عليه

ومستويات اضطرابات الضغط التالي للصدمة بشكل عام و على مستوى أبعاد تلك الاضطرابات: (الشعور بتكرار الحدث، الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة والقابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم).

كشفت الدراسة كما يظهر من خلال الجدول رقم (14) عن وجود فروق دالة بين فئات الحوادث الصدمية الثلاثة في المتغيرات التالية: نمط الشخصية، الدعم الاجتماعي والدرجة الكلية لمقياس اضطرابات الضغط التالية للصدمة و أبعاده الأربعة (الشعور بتكرار الحدث الاضطرابات الانفعالية، تجنب التفكير بالصدمة و القابلية المرتفعة للاستثارة و اضطرابات النوم).

وقد كشفت الدراسة عن وجود فروق غير دالة بين فئات الحوادث الصدمية في متغير مركز الضبط فقط. أي لم تظهر فروق حقيقية بين فئات الحدث الصادم فيما يخص التأويلات التي تقوم بها الحالات ازاء الحدث الذي تعرضت له أو أصيبت به. هذا يعني أن فئات الحوادث الصادمة تشترك إلى حد ما مع بعضها في خاصية الإدراك و التفسير الذي تعطيه للحدث سواء كان مرضاً أو حادث مرور. مع العلم أن العينة ككل و بغض النظر عن الحادث الصادم تميل إلى الاعتقاد في الضبط الخارجي كما يظهر ذلك في النتائج الوصفية الظاهرية بالجدول رقم (11). فالأفراد الذين لديهم اعتقادات بأنهم يعيشون في عالم مثالي عادل و موضوعي و يعتقدون في قيمه قد يكونون عرضة أكثر من غيرهم لأعراض مرضية بعد التعرض لحادث صادم. فعدم القدرة على التقييم الصحيح و صعوبة التكيف مع متطلبات التجربة الموقفية تساعد على تطور و استمرارية أعراض اضطرابات الضغط التالي للصدمة. ففي دراسة أجراها كوكس COX (1978) على طلاب الجامعة تبين له فيها وجود علاقة إرتباطية قوية بين ضغوط الحياة و القلق و لم يجد هذه العلاقة دالة بالنسبة للطلبة ذوي مركز الضبط الداخلي. وحيث أن ذنوا الضبط الخارجي يرتفع لديهم مستوى العدوانية و الجهود و ضعف الثقة بالنفس و هي صفات نجدها لدى الذين يعانون من اضطرابات الضغط التالي للصدمة (دفيد . DAVID (1976) . كما توجد دراسات أخرى تقر بأن التعرض المفاجئ لحدث صدمي مهما كان نوعه يؤدي إلى ظهور اضطرابات

الضغط التالي للصدمة سواء في شكله الحاد أو المزمن، ويعود ذلك في اعتقاد أصحاب هذه الدراسات إلى وجود عدة عوامل متداخلة شخصية و محيطية أو عوامل تتعلق بالحدث في حد ذاته. (شالر و آخرون. 1996. Chaler et al.).

أما فيما يخص اتجاه الفروق بين فئات الحوادث الصدمية في المتغيرات الأخرى و بعد تطبيق معادلة شيفي للكشف عن تلك الفروق، تبين وجود فروق دالة بين المصابين بمرض الضغط الشرياني و فئتي مرضى السرطان و ضحايا حوادث المرور على التوالي وبالترتيب لصالح مرضى الضغط الشرياني في متغير نمط الشخصية و لم يكن الفرق دالا في نفس المتغير بين فئتي مرضى السرطان و ضحايا حوادث المرور . أي أن فئة المصابين بارتفاع الضغط الشرياني جاؤوا أكثر من غيرهم في الفئات الأخرى في ميلهم لتبني الطراز السلوكي أ. و ذلك بالرغم من أن العينة الكلية بغض النظر عن فئة الحدث الصدمي يميلون بشكل عام لنفس الطراز السلوكي. كما أن تصنيف المصابين بالضغط التاجي الشرياني هم أكثر ميلا للطراز السلوكي أ بمستوى يوازي بديلي الاجابة (توافقي) و (توافقي أكثر) في حين جاءت مستويات فئتي مرض السرطان و حوادث المرور في حدود المتوسط ، و هذا يدل على أن فئة الضغط الشرياني يتميزون عن غيرهم بصفات النمط أ و التي يغلب عليها التوتر و التسرع و تضخيم الأمور و ادراك الواقع على أنه مليء بالمشكلات الضاغطة أكثر عن ما هو عليه في الواقع.. فالخوف و الغضب و التوتر و ادراك الواقع أكثر ضغطا عن ما هو عليه في الواقع هي أهم الصفات التي تميز الأفراد من الطراز السلوكي أ، لذلك يكونون أكثر قابلية للإصابة من غيرهم ممن يتصفون بصفات الطراز السلوكي ب. ففي دراسة على ضحايا أحداث المرور تبين بان الشعور الأولي بالفزع الذي ينتاب الحالة يساهم بشكل واضح في تطوير اضطراب الضغط التالي للصدمة. و بالتالي يمكن اعتبار الطراز السلوكي أ كمعيار تشخيصي قبلي للزمة الضغط الصدمي لأن الخوف والتوتر الشديد هو الفعل الذي يتقاسم بعض خصائص التفكك الصدمي. فالفزع أو الرهاب ينطوي اساسا على انعدام تام للعواطف و الأفكار و الكلمات أو الشعور بحالة من التوقف عن الشعور بالواقع خلال الحادث الصادم. (فايفا و آخرون . 2003 . Vaiva et al.). و تعزي الطالبة الفرق الشاسع

بين فئات الحوادث الصدمية لصالح مرضى الضغط الشرياني ، لكون أن خصائص الطراز أ هي من خصائص الشخصية المصابة بمرض الضغط بشكل عام، فكل الدراسات تقريبا تؤكد الارتباط الوثيق بين أمراض القلب على اختلافها و ارتفاع الضغط الشرياني بالطراز السلوكي أ. ففي دراسة على عينة من الأفراد الذين تعرضوا لاحتشاء عضلة القلب ، تبين وجود ارتباط دال بين حالة الفزع أو الرهاب الذي صاحب الحدث الصادم و اعراض اضطرابات الضغط التالية للصدمة ثلاثة اشهر من بعد الإصابة ( بروداتي و آخرون . Brodaty et al .2004). وفي دراسة لكينجسليج ودانيال وآخرون Kenigslierg & Daniel, et al عن النمط السلوكي (أ) لدي المصابين بمرضى القلب التاجي وغيرهم من غير المصابين بأمراض القلب حيث تمت المقارنة بين (42) رجلا وسيدة متوسط العمر الزمني (64) عاما من المقيمين في المستشفى أثر الإصابة بمرض القلب التاجي (42) آخرين من غير المصابين بأمراض القلب الوعائية أو من المقيمين لإجراء بعض العمليات الجراحية وتم تطبيق مقياس جينكنز للنشاط الشامل (JAS Jenkins Activity Survey) وأظهر المرضى بالشريان التاجي من الرجال والنساء النمط السلوكي أ. كما اشارت (كرستال و آخرون . 1987 . Kristal et al ) أن نسبة الأدرينالين و النورأدرينالين تكون عالية لدى المرضى باضطرابات الضغوط التالية للصدمة، و هذا يتفق و طبيعة هذه الفئة التي لها قابلية أكثر للإصابة بأمراض القلب و الأمراض المرتبطة بالاضطرابات الانفعالية. و في ذات السياق أقرت دراسات أخرى أن الأفراد ذوي الخصائص الشخصية للطراز السلوكي أ تصاحب ردات فعلهم عند التعرض للضغط الصدمي زيادة في ضربات القلب وارتفاع في ضغط الدم و زيادة في نشاط الجهاز العصبي اللاارادي.

ونفس الشيء بالنسبة لمتغير الدعم الاجتماعي ، فقد كشفت الدراسة عن فروق دالة بين فئة الضغط الشرياني و فئتي حوادث المرور و مرضى السرطان في متغير الدعم الاجتماعي و متغير اضطرابات الضغط التالية للصدمة لصالح مرضى الضغط الشرياني. غير أنه لم يكن الفرق دالا بين فئتي ضحايا حوادث المرور و مرضى السرطان في هذين المتغيريين. فكما يظهر من الجدول رقم ( 15 ) فإن قيم مستويات الحصول على الدعم

الاجتماعي جاءت متباينة و بشكل واضح بالنسبة لفئة مرضى الضغط الشرياني و التي تدل على أن هذه الفئة ناذرا ما تحصل على دعم اجتماعي يلبي لها احتياجاتها المادية و المعنوية. كما أظهرت النتائج أن فئة حوادث المرور هم الأكثر حظا في الحصول على مستوى من الدعم يزيد عن المتوسط بقيمة قدرها 20.57 ، و ذلك لكون التعرض لحدث المرور هو أقرب ما يكون إلى نوع من الأحداث التي تستتفر كل من هو من قريب أو بعيد، فتقدم المواساة للحالة فور وبعد حدوث الحدث مباشرة، و بالتالي فإن ذلك يشعر الحالة بالأهمية وقد يجعله أكثر قابلية لتقبل الدعم الاجتماعي مقارنة بالفئات المرضية الأخرى. بينما حالة ارتفاع الضغط الشرياني قد لا يسمع بها الكثير إلا بعد مرور الكثير من الوقت و هي عادة لا تأخذ نفس طابع المواساة و المساندة الاجتماعية كما هو الحال بالنسبة لمرض السرطان أو التعرض لحدث مرور. كما أن الضغوط تشكل مزاجا سلبيا ، قد يجعل الآخرين يبدون أقل جاذبية وإيجابية، كما أن الظروف المصاحبة لاضطرابات الضغط التالي للصدمة قد تنقص من شعور الفرد بالإنتماء الاجتماعي مع الآخرين بسبب الخوف من الظهور بطريقة غير مرغوب فيها. هذه الموصفات قد نجدها لدى فئة مرضى الضغط الشرياني أكثر من غيرهم لأنهم قد يعود سبب الإصابة بالضغط الشرياني إلى عوامل نفسية ، ناهيك عن تميز هذه الفئة أكثر من غيرها بالنمط أ و الذي له قابلية كبيرة للإصابة مقارنة بالفئات الأخرى. كما أن حدّة الضغوط يمكن أن تؤدي إلى انخفاض المساندة الاجتماعية، نتيجة اعتقاد الآخرين في عدم رغبة المصاب في دعمهم له، أو أنه غير راض عن نوع الدعم أو توقيتته أو حجمه. وهذا يتقف مع ما ذهب إليه (بانك و هورانز Buunk,B & Hoorens,V 1992 ) من أن تعرض الفرد لضغوط حياتية حادة قد يؤثر بشكل سلبي في حجم الدعم المدرك لديه أو أنه لا يتجاوب مع الآخر الذي يقدم له الدعم، بشكل يوحي بأنه لا يرغب في ذلك لاعتبارات قد تكون اقتصادية أو طبيعة العلاقة السابقة مع هذا الفرد أو قد يعود ذلك لعزة النفس و رفض الاقرار بأنه مريض و يحتاج الى مساعدة، ومن ثم و بناء على ذلك يحدث انخفاض في حجم الدعم الاجتماعي بينما يكون الفرد في أشد الحاجة إليه.

أما فيما يتعلق بدلالة الفروق في أبعاد اضطرابات الضغوط التالية للصدمة بين الفئات

المرضية الثلاثة فقد تبين وجود فروق دالة بين فئة المصابين بالضغط الشرياني وفئتي مرضى السرطان و ضحايا الحوادث في مستويات كل من الأبعاد التالية: الشعور بتكرار الحدث ، بعد تجنب التفكير بالصدمة و الاضطرابات الانفعالية لصالح فئة الضغط الشرياني، و قد يعود هذا حسب اعتقاد الطالبة إلى كون الأفراد المرضى بالضغط الشرياني لا يحصلون في العادة على تشخيص دقيق عن السبب من وراء مرض الضغط الشرياني الذي يعانون منه على أساس أنه ذو طابع أساسي، و بالتالي يكونون في حيرة من أمرهم وهم في ذلك يتساءلون باستمرار عن ما يجب أن يفعلونه و ما لا يجب أن يفعلونه تعلق الأمر بالحمية الغذائية أو طبيعة النشاط الذي يقومون به . لهذا نجد أن فئة مرض الضغط الشرياني أكثر محاولة لتجنب كل ما يذكرهم بمرضهم لأنهم هم أنفسهم يعيشون نوع من الاجترار في التفكير حول الصدمة التي تعرضوا لها بكشفهم الأول عن الإصابة.

أما فيما يخص بعد القابلية المرتفعة للاستشارة و اضطرابات النوم فقد جاءت فيها الفروق دالة بين الفئات الثلاثة لصالح مرضى السرطان ثم مرضى الضغط الشرياني ثم فئة حوادث المرور على التوالي.

ونفس الشيء يصدق على الفروق بين الفئات الثلاثة فيما يخص مستويات الاضطرابات التالية للصدمة، حيث أن فئة الضغط الشرياني جاءت الأولى من حيث الترتيب بقيمة تقابل تقريبا البديل السادس على سلم ليكرت ، فهي فئة تعاني بشكل متواصل تقريبا من اضطرابات الضغط التالي للصدمة. و قد جاءت نتائج الفروق في أبعاد اضطرابات الضغط التالي للصدمة بدلالة الحوادث الصدمية متناغمة مع نتائج مع الدرجة الكلية للمقياس ، حيث أظهرت النتائج أن فئة الضغط الشرياني هم الأكثر معاناة من اضطرابات الضغط التالي للصدمة و بمستويات عالية تصل إلى حدود الدرجة القصوى تقريبا. و يعود سبب تفرد هذه الفئة مقارنة بغيرها من الفئتين إلى كون عينة مرضى اضطرابات الضغط الشرياني تتجمع فيهم صفات الاضطرابات أكثر من غيرهم ، فهم أكثر تبنيًا للطراز السلوكي أ و أقل دعما وأكثر ميلا للضبط الخارجي و هذه مؤشرات تنبؤ بزيادة مستويات الإصابة باضطرابات الضغط التالي للصدمة. و قد ظهر استثناء بسيط بالنسبة لبعده القابلية المرتفعة للاستشارة

واضطرابات النوم ، حيث جاء في المرتبة الأولى من حيث الترتيب في مستويات المعاناة من هذا النوع من الاضطرابات لدى فئة مرضى السرطان تليها فئة الضغط الشرياني ، بينما كشفت الدراسة أن فئة حوادث المرور تعاني أحيانا تقريبا من الاستثارة المرتفعة واضطرابات النوم و ذلك بمستوى يقل عن المتوسط النظري للمقياس. و هذا يتعارض بعض الشيء مع نتائج بعض الدراسات الاكلينيكية ، التي بينت أن الأحداث غير المتوقعة أو التي تضع حياة الفرد في خطر و التي يصاحبها انحدار في الصحة الجسدية و النفسية تكون من أكثر العوامل التي تساعد على تشكل اضطرابات الضغط التالي للصدمة، غير انها لا تكون بنفس المستوى مقارنة بالأحداث التي تتسبب في احداث جروح جسدية كحوادث الطرق مثلا. (ريستنيك و آخرون. 1993. Restnick et al).

و ما يمكن أن تنوه به الطالبة في هذا المقام أنها اعتمدت على التحليل الاستنتاجي في ضوء نتائج هذه الدراسة بسبب وجود النزر القليل من الدراسات المقارنة السابقة التي استهدفت الفئات الثلاثة المعنية في هذا البحث.

**الفرضية الرابعة:** توجد فروق دالة بين فئتي الاضطرابات الحادة و المزمنة في مستويات الطراز السلوكي ، الدعم الاجتماعي و مركز الضبط .

منطوق الفرضية: و هي فرضية تتضمن ثلاثة فرضيات جزئية ، تستهدف الكشف عن مستويات الطراز السلوكي و مركز الضبط و الدعم الاجتماعي على التوالي بين فئتي ذوي اضطرابات الضغط التالي للصدمة الحاد و ذوي اضطرابات الضغط التالي للصدمة المزمن. و ينتظر من نتائج الفرضية العامة هذه أن تدعم و تؤكد نتائج الدراسة كما تم الكشف عنها من خلال اختبار الفرضيات العامة الثلاثة السابقة.

كما كشفت الدراسة عن وجود فرق دال في الطراز السلوكي لنمط الشخصية بين ذوي الاضطرابات الحادة و الاضطرابات المزمنة ، لصالح فئة ذوي الاضطرابات المزمنة. وبمقارنة مستويي نمط الشخصية بين الفئتين نجد أن ذوي الاضطرابات الحادة يميلون إلى النمط أ - ب المختلط أي في الوسط، بينما ذوي الاضطرابات المزمنة فهم أكثر ميلا للطراز

السلوكي أ ، فأصحاب هذا الطراز السلوكي ، يكونون أكثر قابلية لتطوير تلك الاضطرابات من غيرهم. فالخصائص الفردية لهذه الفئة تجعلهم يفسرون الوضع المواجه بطريقة سلبية بما يساعد على ظهور الاستجابات الانفعالية السلبية، وهذا خلاف الأفراد من الطراز السلوكي ب و الذين عادة ما يتعاملون مع واقعهم بواقعية ، و بالتالي يكونون أكثر ميلا لاستخدام استراتيجيات تكيف أكثر ايجابية. زد على ذلك مستوى ثقتهم في أنفسهم يسمح لهم بالتكيف الايجابي و بالتالي لا تظهر عليهم أعراض اضطرابات الضغط التالي للصدمة بنفس الحجم الذي تظهر به لدى الأفراد من الطراز السلوكي أ ( بن طاهر بشير . 2005، سوتكر. 1995. Sutker ).

كما تكشف الدراسة في نفس الجدول عن وجود فرق دال في مستويات الدعم الاجتماعي بين ذوي الاضطرابات الحادة و الاضطرابات المزمنة لصالح فئة ذوي الاضطرابات المزمنة، بما يعني أن هذه الفئة ناذرا ما تحصل على الدعم لاجتماعي ، بالرغم من أن ذوي الاضطرابات الحادة أحيانا ما تحصل على الدعم الاجتماعي و ذلك بالنظر لقيم المتوسطات الحسابية الظاهرة بالجدول رقم ( 16 ) . كما كشفت الدراسة عن وجود فروق غير دالة بين فئتي الاضطرابات في مركز الضبط ، بالرغم من أن الفئتين تميلان إلى مركز الضبط الخارجي. إلا أن النتائج الظاهرية تبدي أن فئة ذوي الاضطرابات المزمنة أكثر ميلا لمركز الضبط الخارجي . و عموما فإن نتائج الدراسة كما تظهر بالجدول رقم ( 16 ) تبين أن فئة اضطرابات الضغوط التالية للصدمة المزمنة أكثر ميلا للطراز السلوكي - أ - و أقل حصولا على الدعم الاجتماعي و أكثر تبنيا لمركز الضبط الخارجي . تبدو هذه النتائج منطقية مع التصنيف الطبي لاضطرابات الضغوط التالية للصدمة و مع طبيعة النمط أ و مركز الضبط الخارجي و قلة الدعم المعبر عن الانسحاب و العجز عن التفاعل الاجتماعي الايجابي . كما أن هذه النتائج جاءت متسقة مع نتائج اختبارا لفرضيات الثلاثة السابقة ومع نتائج التحليل الاحصائي الوصفي.

وبالرغم من أن الدراسة الحالية كشفت على أن الاضطرابات التالية للصدمة المزمنة هي اكثر ارتباطا بالطراز السلوكي أ و الدعم الضعيف و الضبط الخارجي و فئة الاناث

والزيادة في العمر إلا أن هناك بعض الاختلافات بين نتائج الدراسات السابقة والتي يمكن ردها لاعتبارات منهجية ومعرفية . فنجد مثلا (شلاف و آخرون. 1996. Shalev et al ) يرون ان شدة الحدث أو الصدمة لا تشكل عامل اساسي في ظهور أعراض اضطرابات الضغط التالية للصدمة، كما أن هناك دراسات أخرى تقر بأن التعرض المفاجئ لحدث صدمي مهما كان نوعه يؤدي إلى ظهور اضطرابات الضغط التالي للصدمة سواء في شكله الحاد أو المزمن، ويعود ذلك في تصور هؤلاء الباحثين إلى عدة عوامل متداخلة شخصية ومحيطية أو عوامل تتعلق بالحدث في حد ذاته. فقد وجد و أثبت أن مدة الحدث تستثير ردود الفعل للضغط التالي للصدمة. فكلما زادت مدة التعرض للحدث الصادم كلما كانت اعراض الضغط التالي للصدمة أكثر حدة. (شالر و آخرون. 1996. Chaler et al .

وبالتالي فإن البحث في اشكالية الحدة مقابل الضغط الصدمي المزمن هي حديثة نسبيا خلاف الدراسات التي استهدفت موضوع الاضطرابات التالية للصدمة بالمفهوم الكلاسيكي وهذا يعود للفترة الزمنية القصيرة التي تم فيها تبني الاضطراب التالي للصدمة المزمن في الدليل الاحصائي الأمريكي للأمراض العقلية الرابع سنة 1994. ( برطون بلانشار وهيكلينج. 1996. Barton, Blanchard et Hickling). و بالرغم من ذلك إلا أن (هرفاي. 1999. Harvey) يؤكد على انه يمكن التنبؤ بالاضطرابات المزمنة أكثر من الاضطرابات التالية للصدمة غير المزمنة و ذلك من خلال العوامل المرتبطة بالقدرة على التكيف بعد التعرض للحدث الصادم.

حلالة و استنتاجات

## خلاصة و استنتاجات البحث

كما يظهر من اشكالية البحث و فروضه، فإن الدراسة الحالية استهدفت اختبار دو العوامل الفردية التصنيفية ممثلة في السن، الجنس نوع الحدث الصادم و درجته من حيث هو حاد أو مزمن ، و العوامل الشخصية المتمثلة في نمط الشخصية و الدعم الاجتماعي ومركز الضبط في تحديد مستويات اضطرابات الضغط التالي للصدمة.

و قد كشفت الدراسة على العموم أن العينة تعاني بشكل واضح من اضطرابات الضغط التالي للصدمة . و أن العوامل الفردية كالجنس و السن لم تفصح بشكل واضح عن الدور الذي تلعبه في تحديد مستويات الاضطرابات بالرغم من وجود مؤشرات في النتائج أظهرت أن الاناث و كبار السن اكثر قابلية للإصابة. كما أظهرت النتائج أن مرضى الضغط الشرياني هم اكثر تعبيراً للاضطرابات يليهم ذوا الأمراض السرطانية ثم ضحايا حوادث الطرق. كما بينت الدراسة أن الأفراد من النمط أ و الدعم الضعيف و الضبط الخارجي هم الفئة التي تكون اضطراباتها مزمنة ، و أن الميل للطراز ب لنمط السلوك والضغط الداخلي و التعبير عن حصول دعم اجتماعي مقبول يميل فيه أصحاب هؤلاء الخصائص نحو الاضطرابات الحادة أو أقل من ذلك.

و عليه، و بناء على هذه النتائج فإن الطالبة الباحثة تدعم أطروحات الدراسات السابقة الداعية إلى ضرورة التقيد بالشروط المنهجية و خاصة فيما يتعلق بالقياس و طبيعة العينة و خصائصها و التاريخ الطبي الذي قد يخفي الكثير من المعلومات التي تجعل الباحث يعتقد أن الاضطراب هو ناتج عن الصدمة و لكن في واقع الحال قد يكون مرتبطاً بماض صدمي آخر لا يرتبط بشكل فعلي وموضوعي بالأسباب التي تختبر في علاقتها بذلك الاضطراب.

أقرارات و توصيات

ترى الطالبة الباحثة أنه من الضروري أن نشرح للمصابين وعائلاتهم أن المشاعر وردود الأفعال الأولية التي تصاحب الحدث الصادم هي طبيعیه وأنها قد تتلاشى مع الوقت لكن إذا استمرت لفترة زمنية تجاوزت الشهر أو كانت حدثها مقلقة بدرجة ملحوظة فمن المهم عند ذلك إحالة المصاب للخدمات النفسية لعلاجه من اضطراب ما بعد الصدمة.

كما ترى ضرورة عدم الاقتصار على الاهتمام بالآلام الجسدية بالمعالجة وتناسي الآلام النفسية.

نشر الوعي الوقائي الصحي و الغذائي و السلوكي المرتبط بأمراض الضغط الشرياني و السرطان، ونشر الوعي الوقائي لمستخدمي الطرق من المخاطر الصحية للحوادث المرورية.

تطوير المقاييس المهمة بتحديد أنماط شخصية الأفراد الذين تكون لديهم قابلية الاصابة باضطرابات الضغط التالي للصدمة.

دراسة موضوع الاضطرابات بالنسبة لنوع محدد من الأحداث باعتماد منهج دراسة الحالة.

تشجيع البحث الأساسي المنظر لماهية اضطرابات الضغوط التالية للصدمة، و خاصة ما يتعلق بالمنظور النمذجي.

القيام بدراسات تتبعيه للأفراد الذين يعانون من اضطرابات الضغوط التالية للصدمة.

الكشف عن الدور الوسيط الذي تلعبه المتغيرات الفردية و الشخصية في استمرار وتطور اضطرابات الضغط التالي للصدمة باعتماد الأسلوب النمذجي.

# المراجع

## المراجع باللغة العربية:

- 1- أبو ناهية ، صلاح الدين محمد ( 1989 ) العلاقة بين الضبط الخارجي – الداخلي وبعض اساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة. مجلة علم النفس. العدد العاشر . الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 2- ابراهيم أحمد عبد الرحمان ( 1986 ) بعض اساليب المعاملة الوالدية في التنشئة الأسرية وعلاقتها بموضع الضبط لدى الأبناء. رسالة ماجستير غير منشورة. كلية التربية . جامعة الزقازيق.
- 3- احمد النابلسي: مبادئ البسيكوسوماتيك و تصنيفاته،(1992)،سوريا.
- 4- أحمد محمد عبد الخالق. عبد الفتاح محمد دويدار. مايسه أحمد النيال وعادل شكري (1992): سلوك النمط (أ) وعلاقته بأبعاد الشخصية. دراسة عاملية. مجلة العلوم الاجتماعية. الكويت. ص ص: 09-30.
- 5- انتصار يونس (1991): السلوك الإنساني. دار المعارف. القاهرة الطبعة الثامنة.
- 6- أنس محمد قاسم أحمد ( 1998 ) أطفال بلا أسر . مركز الكتاب القاهرة.
- 7- بطرس، حافظ بطرس ( 2005 ) المساندة الاجتماعية و أثرها في حفظ حدة الضغوط النفسية للأطفال المتفوقين عقليا ذوي صعوبات القراءة. المؤتمر السنوي الثاني عشر للإرشاد النفسي. الإرشاد النفسي من اجل التنمية في عصر المعلومات . المجلد الأول . 25 – 27 ديسمبر . ص ص: 575- 633. جامعة عين شمس.
- 8- بن طاهر بشير ( 2007 ) ماهية استراتيجيات التكيف مع الضغط في الدراسات النفسية المعاصرة .مجلة التنمية البشرية . مجلة علمية محكمة تهتم بالدراسات التربوية و النفسية و الاجتماعية.العدد: 01 .
- 9- بن طاهر بشير ( 2011 ) إشكالية مفهوم الضغط بين التصورات النظرية والمعالجات الإجرائية . مداخلة قدمت في إطار فعاليات الملتقى الدولي الموسوم ب: الأزمنة في العلوم محدداتها و تجلياتها الابيستولوجية . منظم من طرف : مخبر الفلسفة و تاريخها بجامعة وهران . يومي: 20 و 21 نوفمبر 2011.
- 10- بن طاهر بشير (2003): الضغط النفسي وتجليات قصور البحث التربوي. منشورات مخبر العمليات التربوية والسياق الاجتماعي. جامعة وهران. ص ص: 129-139.
- 11- جمعة سيد يوسف (1994): الفروق بين الذكور والإناث في إدراك أحداث الحياة المثيرة للمشقة. مجلة علم النفس ، الهيئة المصرية العامة للكتاب. العدد:30 ص ص: 60-76.

- 12- جمعة سيد يوسف ومعتز عبد الله (1996): دراسة ثقافة مقارنة بين مجموعتين من المصريين والسعوديين في أبعاد نمط السلوك (أ). مجلة كلية الآداب. جامعة القاهرة. المجلد (56). العدد 03. ص ص. 89-118.
- 13- حبيب رشا (2008) الصدمات النفسية لدى العراقيين بعد الحرب. جامعة دمشق. سوريا.
- 14- حسن مصطفى عبد المعطي (1992): ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية. مجلة كلية التربية. العدد. 19 ص ص: 261-323.
- 15- الديب، علي محمد (1990) علاقة بعض الاتجاهات الوالدية بالثقة المتبادلة بين الأفراد و المسؤولية عن التحصيل الدراسي،مجلة علم النفس . العدد الثالث عشر . السنة الرابعة. الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 16- راوية محمود حسين دسوقي(1996): النموذج ألسببي للعلاقة بين المساندة الإجتماعية وضغوط الحياة والصحة النفسية لدى المطلقات. مجلة علم النفس. القاهرة.ع: 39 ص- ص : 44.
- 17- روز ماري شاهين (1993): الأنماط النفسية للمرضى الجسديين. الثقافة النفسية والنفس الجسدية. دار النهضة العربية. بيروت: ص ص: 33-44.
- 18- روز ماري شاهين: (1995)، قراءات متعددة للشخصية ، دار مكتبة الهلال،لبنان.
- 19- زينب محمود شقير (1998): مقياس مواقف الحياة الضاغطة في البيئة العربية (مصرية-سعودية) كراسة التعليمات مكتبة النهضة العربية القاهرة.
- 20- السيد ابراهيم السامدوني ( 1991 ) مقياس الضغوط المهنية للمعلمين. كراسة التعليمات. كلية التربية جامعة طنطا. مكتبة النهضة المصرية. ص ص: 01 – 20.
- 21- صنعا الأعرس ( 1978 ) دراسات سيكولوجية في المجتمع القطري . بحوث ميدانية. مكتبة الأنجلو مصرية.
- 22- عبد الرحمان الناصر (1996):سلوك النمط (أ) وعلاقته بالعصابية والانبساطية- دراسة للارتباطات بين البنود. مجلة العلوم الاجتماعية. المجلد: 24. العدد: 04 ص ص: 57-60.
- 23- علاء الدين كفاي ( 1982 ) دراسات حول وجهة الضبط و عدد من المتغيرات النفسية. القاهرة. الأنجلو مصرية.
- 24- فاطمة حلمي حسن مزيد ( 1981 ) دراسة مركز التحكم و علاقته بالتفكير الابتكاري لدى طلاب المرحلة الثانوية العامة. رسالة ماجستير غير منشورة . كلية التربية جامعة الزقازيق.

- 25- فخرية يوسف محمد الجالرودي: سلوك الشخصية من النمط (أ) و علاقته ببعض المتغيرات النفسية.(2001)، القاهرة.
- 26- كلاوس غرافي:مستقبل العلاج النفسي،(1999)،طرجمة،سامر جميل رضوان،منشورات وزارة الثقافة، سوريا.
- 27- محمد رفقي عيسى (1996): مصادر التأزم النفسي لدى معلمي اللغة العربية بالمرحلة الابتدائية بالكويت وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية.مجلة الإرشاد النفسي جامعة عين شمس، العدد الخامس ص ص 147-161.
- 28- محمد مهدي:الاضطرابات النفسية بعد الولادة،مجلة العربي العدد 569 (2006) الكويت.
- 29- النعيمي عواض بن سالم ( 2010 ) الشرطة وحماية حقوق الجريمة. جامعة النايف العربية.
- 30- تيغزى محمد (1991) الاجهاد المهني لدى رؤساء الأقسام بالجامعات الجزائرية. إقتراح نموذج تنظيري- مجلة التعريب. المركز العربي للترجمة. المنظمة العربية للتربية والثقافة والعلوم. العدد: 01. ص ص : 95-111.

### المراجع باللغة الأجنبية:

30. American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ème éd.). Washington, OC: American Psychiatric Association.
31. ANDREWS, B., C. R. Brewin, S. Rose et M. Kirk.(2000) « Predicting PTSD symptoms in victims of violent crime : the role of shame, anger, and childhood abuse », Journal of Abnormal Psychology, vol.109, n°1, p. 69-73.
- 32 .Bamberg, E and Ruckert,D.Y ( 1983): interactive effects of social support from wife, no worth activities and Blie- collar occupational stress. International review of applied psychology .pp: 397-413
33. Barton, K. A, Blanchard, E. B., & Hickling, E. J. (1996). Antecedents and consequences of acute stress disorder among motor vehicle accident victims. Behaviour Research and Therapy, 34, 805-813.
34. Boudewins, P.A., Hyer, L., (1990), Physiological response to combat memories and preliminary treatment outcome in Vietnam veteran PTSD patients treated with direct therapeutic exposure, Behavior Therapy, 21, 1,63-87.
35. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Petersen E.( 1991) Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry;48:216-22
36. Breslau, N. et G. C. Davis.( 1992) « Posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults : Risk factors for chronicity », American Journal of Psychiatry, vol.149, p.

671-675.

37. Brewin, C. R., B. Andrews et J. D. Valentine.( 2000) « Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.68, n°5 , p. 748-766.
38. Brodaty, H., C. Joffe, G. Luscombe et C. Thompson. (2004)« Vulnerability to posttraumatic stress disorder and psychological morbidity in aged holocaust survivors », *International Journal of Geriatric Psychiatry*, vol.19, p. 968-979.
39. Brown, D. and Garry, L (1987). Stressful life events, social support networks and physical and mental health of urban adults. *Journal of human Stress*. Winter publisher . pp: 165-174.
40. Buunk et al ( 1991):Social comparison and the drive up ward revisited : Affiliation as response to marital stress. *European Journal of social psychology*. V. 21. pp: 529-549.
41. Byrne, D.G. and Rosenman, R.H (1986) : The Type-A- behavior pattern as a recurs or to stressful life events : A confluence of coronary risks. *British Journal of Medical psychology*.v.59 pp: 75-82.
42. Carlier, I. V. E., R. D. Lamberts, A. J. Van Uchelen et B. P. R. Gersons.( 1998) « Disasterrelated post-traumatic stress in police officers: A field study of the impact of debriefing », *Stress Medicine*, vol.14, p. 143-148.
43. Carlier, I. V. E., A. E. Voerman et B. P. R. Gersons.( 2000) « The influence of occupational debriefing on post-traumatic stress symptomatology in traumatized police officers », *British Journal of Medical Psychology*, vol.73, n°1, p. 87-98.
44. Chemtob, C, Roitblat, H. C, Hamada, R. S., Carlson, J. G., Twentyman,C. T.,( 1988), A cognitive action theory of posttraumatic stress disorder, *Journal of Anxiety Disorders*, 2, 253-275.
45. Cohen, S., Sherrod, D. R., & Clark, M. S. (1986): Social Skills and the stress: protective. vol of social support. *Journal of personality and social psychology*. vol. (50)No. (5). u.s.a.
46. Cohen, S.&wills. T.(1985): stress social support and the buffering hypothesis *psychological bulletin*,vol.(98)no.(2) pp.336-375.
47. Cooper, C,L. and Kelly, M. ( 1993): Occupational stress in head teachers, a national U,K study – *British Journal of education psychology* 36-130-143.
48. Costin, F and Draguns, J. ( 1989): *Abnormal psychology: patterns, issues, interventions*. N.Y: w: ley.
49. Cottraux, J., (1995), *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, Masson.
50. Cox,T. (1978) : *Stress* : London. Marchillon
51. Cutrona, C. E, and Russel, D. (1987). The provisions of social relationships and adaptation to stress in W. H. Jones and . Periman (eds) *advances in personal relationships*. Vo. 1, pp:37-67.
52. Dean, A et al. (1990): Detecting psychiatric disorders in medical practice using the general health questionnaire, why do cut- off scores vary? *Psychological medicine*, 25(1): pp: 165-170.
53. Epstein, S., (1990), *Beliefs and symptoms in maladaptive resolutions of the traumatic*

neurosis, in Ozer, D., Healy, J. M., Stewart, A. J., eds., Perspectives on Personality, Vol.3, Londres, Jessica Kingsley Publishers.

54. Eysenk.H. and Eysenk.M. (1985) : Personality and individual differences N.Y. Plenum Press.

55. Fergut, Eliane. ( 2005) Emotion et traumatisme, le corps et la la parole, Masson. Paris.

56. Foa, E. B., KOZAK, M. J., (1986), Emotional processing of fear: Exposure to corrective information, Psychological Bulletin, 99, 20-35.

57. Foa, E. B., ROTHBAUM, B. O., RIGGS, D. S., MURDOCK, T. B., (1991), Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: A comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59, n0 5, 715-723.

58. Foa, E. B., STEKETEE, G., ROTHBAUM, B. O., (1989), Behavioral-cognitive conceptualizations of posttraumatic stress disorder, Behavior Therapy, 20,155-176.

59. Fontana, A., Rosenbeck, R., (1993), A causal model of the etiology of warrelated PTSD, Journal of Traumatic Stress, 6, 475-500.

60. Forbes ,D.,creamer, M . Rycroft,P. ( 1994). The psychophysiology of motor vehicle accident related to post- traumatic stress disorder biofeed back and self regulation.

61. Frazer, T.M. (1983) : Multiple identifies : Examining gender and marital statut differences in distress : American Sociological review. Pp: 259-272.

62. Friedman, M and Rosenman, R ( 1974): Type-A. behaviour and your Heart. New york: KNOFF.

Ganellen, R.J Blaney , P H (1984):Hardiness and social support as moderators of the effect of life stress. Journal of personality and social psychology .vol.47n° 1.pp:156-163.

63. Harvey, AG., & Bryant, R A (1999). Predictors of acute stress following motor vehicle accidents. Journal of Traumatic Stress, 12,519-525.

64. Heaven, P. ( 1988): The type-A- behaviour pattern and impulsiveness Among adolescents personality and individual differences- 10. p: 105-110.

65. Holahan, C and Moos ,R. (1991):life stressors, personal and social resources and depression: A.4 year structural model journal of abnormal psychology. Vol(100), n°1.pp: 31-38.

66. Hurst, M. W., Jenkins, C. D., & Rose, R M. (1978). The assessment of life change stress: A comparative and methodological inquiry. Psychosomatic Medicine, 40,126-141.

67. Ingram, K. M., N. E. Betz, E. J. Mindes, M. M. Schmitt et N. G. Smith.( 2001)  
« Unsupportiveresponses from others concerning a stressful life event: development of the unsupportive social interactions inventory », Journal of Social and Clinical Psychology, vol.20, n°2,, p. 173-207.

68. Janoff-bulman, R.,( 1985), The aftermath of victimization: Rebuilding shattered assumptions, in C. R. Figley, éd., Trauma and its Wake, VoLl : The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder, Brunner/Mazel, New York, 5-14.

69. Johnston .D.W. (1991):the management of stress in the prevention of coronary health

disease international review of health psychology.

70. Johnston .D.W. and Derek.W. (1986):could and should type-A- behaviour be changed? Post graduate medical Journal. 1.pp: 785-788.

71. Jones, J. C, Barlow, D. H., (1990), The etiology of posttraumatic stress disorder, Clinical Psychology Review, 10, 299-328.

72. Jones, J. C, Barlow, D. H., (1992), A new model of posttraumatic stress disorder: Implications for the future, in Saigh, P. A., éd., Posttraumatic Stress Disorder, Macmillan, New York, 147-165.

73. Keane, T. M., Faibank, J. A., Caddell, J. M., Zimmering, R. T., (1989), Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans, Behavior Therapy, 20, 245-260.

74. Kessler, R C., Sonnega, A, Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048-1060.

75. Kobasa , S.C. And Puccetti. M.C (1983):Personality and social resources in stress resistance. Journal of personality and social psychology. Vol.45. N° 4. pp: 839-850.

76. Kobasa ,S.C (1982):commitment and coping in stress resistance among lawyers. Journal of personality and social psychology .Vol 42.n° 4. pp: 707-717.

77. Krystal, J. H., S. W. Woods, C. L. Hill et D. S. Charney.( 1991) « Characteristics of panic attack subtypes - Assessment of spontaneous panic, situational panic, sleep panic, and limited symprom attacks », Comprehensive Psychiatry, vol.32, n°6, p. 474-480.

78. Lazarus, R.S. et Folkman, s. (1984). Stress, appraisal and coping. IN : M.Bruchon Schweitzer and Dantzer (1994): introduction à la psycho e la santé. Paris. PUF.

79. Levesque.L. et Cosette. S. (1991). Le soutien social et sa relation avec le bien être de personnes atteinte de dénonce Canadien. Journal of Community mental Health.vol.10. N°2, pp:65-92.

80. Marblé; Jacque ( 2008) le traumatisme : violence passé, violence présente. www.apjl.org.

81. Martin, M.. Germain, V., & Marchand, A (2006). Facteurs de risque et de protection dans la modulation de l'état de stress post-traumatique. In S. Guay & A Marchand (Éds), Les troubles liés aux événements traumatiques: Dépistage, évaluation et traitements (pp. 51-86). Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.

82. Mon Roe, S.M. etal (1986) :Social support. Life events and depressive symptoms.aone year prospective study, journal of consulting and clinical psychology vol: 154.pp:18-24.

83. Mowrer, O. H., (1960), Learning Theory and Behavior, Wiley, New York.

OMS, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1994, Le CIM-IO: Classification internationale des maladies, dixième révision, Masson, Paris.

84. Norman Undsay ( 1980) :traitement de l'information et comportement humain. Une

introduction à la psychologie ( ED) : étude vivante. Montreal. Paris.

85. Norris, F. H.( 1992) « Epidemiology of trauma : Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups », Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol.60, p. 409-418.

86. Perloff, L. S.(1983) Perceptions of vulnerability to victimisation, Journal of Social Issues, 39, 2, 41-61.

87. Poulain . Chantal( 2010) quelques repères théoriques du syndrome de stress post-traumatique,  
[www.chantalpoulain.fr](http://www.chantalpoulain.fr).

88. Regehr, C., J. Hill, T. Knott et B. Sault. (2003) « Self-efficacy, Social Support and Trauma in Experienced Firefighters and New Recruits », Stress and Health : Journal of the International Society for the Investigation of Stress, vol.19, p. 189-193.

89. Regeh, C., J. Hill et G. Glancy. (2000) « Individual predictors of traumatic reactions in firefighters », Journal of Nervous and Mental Disease, vol.188, p. 333-339.

90. Resnick, H. S., D. G. Kilpatrick, B. S. Dansky, B. E. Saunders et C. L. Best.( 1993) «Prevalence of civilian trauma and posttraumatic stress disorder in a representative national sample of women », Journal of Consulting and Clinical Psychology, vol.61, n°6, p. 984-991.

91. Rosenman, R.H. swan.G & Car Melli, D. (1988) : Definition, assessment and evolution of the Type A behavior, current trends and future direction. N.y. Willey.

92. Roter,J,(1966) Generalize Expectancies for internal versus External control of reinforcement,, psychological Monographs General and applied Vol.80,No.1.whole no.609.1966.1-27.

93. Rutter, M. (1990):Psychological resilience and protective mechanisms, IN: J. Rolf et al. Risk and Protective factors in the development of psychopathology. Cambridge University. Press. Pp: 181-214.

94. Shalev, A., T. Peri, M. Canetti et P. Schreiber.( 1996) « Predictors of PTSD in injuredtrauma survivors: a prospective study », American Journal of Psychiatry, vol.153,p. 219-225.

95. Shapiro, E, (1989), Eye movement desensitization: Anew treatment for posttraumaticstress disorder, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20, 211-217.

96. Sutker, P. B., J. M. Davis, M. Uddo et S. R. Ditta. (1995) « War zone stress, personal resources and PTSD in Persian Gulf War returnees », Journal of Abnormal Psychology, vol.104, p. 444-452.

97. Streeter, C.L. franklin (1992) :Defining and measuring social support: Guidelines for

social work practitioners : research in social work practice.vol:02 n° 1 pp: 81-98.

98. Strube, M, and Werner.C.(1985) Relinquishment of control and the type\*A- behaviour pattern, journal of personalité and social psychology vol 48(3).pp: 688-701.

99. Tolin, D. F. et E. B. Foa.( 2006) « Sex differences in trauma and posttraumatic stress disorder: A quantitative review of 25 years of research », Psychology Bulletin, vol.132, n°6, p. 959-992.

100. Vaiva, G., A. Brunet, F. Lebigot, V. Boss, F. Ducrocq, P. Devos, et al.( 2003 ) « Fright (effroi)and other peritraumatic responses after serious motor vehicle accident : Prospectiveinfluence on acute PTSD development », Canadian Journal of Psychiatry, vol.48, n°6, p. 395.

101. Weiner ,B. ( 1973) Form each according to his abilities : the role of effort in a a normal society , human development , 53-60.

102. Williams , C& Vantressn F: ( 1969) relation between internal, external control and aggression , the journal of psychology p-59-61.

103. Wilson, F. C., A. D. Poole et K. Trew.( 1997) « Psychological distress in police officers following critical incidents », The Irish Journal of Psychology, vol.18, n°3, p. 321-340.

104. Writh, T.: Holman ,Osteele, W silverstein , (1980) Locus of control and mastery in a reformatory : Afeild study of defensive externality J, et personality and social psychology, p38.100.

الملاحق

## وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

### جامعة وهران 2

#### كلية العلوم الاجتماعية

#### قسم علم النفس و الأطفونيا

تحية إجلال واحترام ... أما بعد؛

في إطار إعداد رسالة تخرج لنيل شهادة الدكتوراه علوم في علم النفس ، يسعدني أن أتوجه إليكم بمجموعة من الأسئلة حول موضوع الصدمات النفسية المرتبطة بأحداث قد تكون قد واجهتكم مؤخرا و أثرت بشكل واضح على مجرى حياتك. عموما فإن الأسئلة تتمحور حول تجربتك الشخصية و حيثيات معاشتك للحدث و كيف تقوم بتفسير الحدث و دورك الفردي ومعتقداتك الشخصية في تسيير المشاعر و السلوكات التي لا تزال مرتبطة به، و كيف تقيم الدور الذي قام به محيطك المادي و الاجتماعي في مساعدك على التعامل مع الحدث الصادم. نحيطك بأن نتائج هذه الدراسة تستخدم لغرض علمي يستهدف فهم هذه الظاهرة و تقديم التوصيات التي قد تساعد في تشخيصها و بالتالي تقديم المساعدة الاستشفائية المناسبة لنوي العلاقة مع هذه الظاهرة من مرضى و مستخدمي الصحة. نطلب منكم فقط أن تتعاونوا معنا بغرض الحصول على حقائق علمية تسمح بالفهم الصحيح لهذه الظاهرة. و لكم منا كل الشكر على حسن التعاون.

الطالبة الباحثة

## 1- العوامل الفردية

ملاحظة : لا داعي لذكر الاسم واللقب.

- السن :

- الجنس : ذكر :  أنثى

- الحالة المدنية : أعزب :  زوج(ة) :  ق(ة) :  مل(ة)

• ما هو الحدث الذي غير مجرى حياتك بشكل كلي ؟

.....

• متى حدث ذلك؟

.....

• هل تتلقى علاجاً أو متابعة منتظمة بالمستشفى؟ .....

• هل تتلقى تكفل نفسي ؟ .....

• كيف تقيم معاشك النفسي بشكل عام: جيد  عادي  سيء

## 1. مقياس اضطرابات الضغوط التالية للصدمة:

الرقم	العبارات	الإطلاق لا على	نادرا	أحيانا	بشكل اعتيادي	غالبا	تقريبا دائما	دائما
	<b>العامل الأول : الشعور بتكرار الحدث</b>							
02	أشعر بالتوتر كلما ذهبت إلى المستشفى أو الأماكن الشبيهة							
03	أشعر بالخوف أن يتكرر الحدث مرة أخرى							
04	أصبحت أواجه صعوبة في تركيز انتباهي							
05	أشعر أنني أعيش ما حدث لي خلال الأزمة							
06	تناقصت اهتماماتي بالأنشطة الاعتيادية							
07	أنزعج بشدة عندما أتعرض لمواقف تذكرني بالصدمة							
08	أشعر بدنو الأجل و أنى لن أعيش طويلا							
09	أتجنب جميع الأماكن و الشوارع التي تذكرني بالصدمة							
	<b>العامل الثاني : الاضطرابات الانفعالية</b>							
10	أصبحت سريع الغضب							
11	مزاجي متقلب و شعوري متغير							
12	لدي الرغبة في الانعزال عن الآخرين							
13	أصبحت متوترا و عصيبا							
14	أشعر بالضيق و الحزن							
15	ألوم نفسي و أشعر بالذنب و التقصير							
16	أجد صعوبة في النوم							
17	أشعر بأنى أصبحت عاجزا عن تبادل مشاعر المودة							
	<b>العامل الثالث : تجنب التفكير بالصدمة</b>							
18	أحاول جاهدا ان أتجنب كل ما يذكرني بالصدمة							
19	أبذل جهدي لتجنب الحديث عن الصدمة							
20	أحاول جاهدا أن أتجنب الأفكار و المشاعر عن الصدمة							
21	تلح علي الصدمة و أتذكرها							
22	أتجنب المواقف التي تشبه الصدمة							
25	أشعر بالضيق عندما أتذكر ما حدث لي							
26	تفاصيل الصدمة تفرض نفسها على تفكيري							
	<b>العامل الرابع : القابلية المرتفعة للاستشارة</b>							
27	احلم أحلاما مزعجة (كوابيس) عن الصدمة							
28	أصبحت بعد الصدمة أشكو من بعض الآلام الجسمية							
29	أجد صعوبة في النوم							
30	أصبح نمومي متقطعا و مضطربا							
31	أنزعج و أقفز من مكاني عند سماع الأصوات العالية							

## 2. مقياس الطراز السلوكي لنمط الشخصية أ - ب

المطلوب منك الآن أن تبين الدرجة التي توافق اعتقادك فيما يخص كل عبارة من عبارات العمود - أ - و ما يقابلها من عبارات العمود - ب - . أي أن تختار عبارة من كل عبارتين متقابلتين مع تبيان الدرجة التي تتوافق مع اعتقادك الشخصي فيما يخص تصرفاتك اليومية.

(ب)	توافقي أكثر	توافقي	توافقي بنفس الدرجة	توافقي	توافقي أكثر	(أ)
أقوم بأعمالي ونشاطاتي دون تكلف						أجد أنني أكلف نفسي فوق طاقتها
أميل إلى العمل بشكل عادي حتى وإن كان لدي متسع من الوقت						أميل إلى السرعة في أداء الأشياء لشعوري بأن الوقت ضيق حتى وإن كان لدي متسع من الوقت
أمنح الآخرين الوقت الكافي لالتهاء مما يريدون قوله						أستعجل الآخرين كي ينتهوا مما يريدون قوله
بتواجدي مع الآخرين فإن أخذي للكلمة لا يكون مستمرا، ولا يكون على حساب الآخرين						بتواجدي مع الآخرين أسعى دائما لأخذ الكلمة واحتكارها
أقبل النقد والنصيحة وأقرأها متى اقتضت الضرورة						لا أقبل النقد من الآخرين وأجد أن أفكاري وتصرفاتي هي الصحيحة
لا أميل إلى أن أكون متنافسا حول أي شيء أقوم به						أشعر دائما بالرغبة في التفوق على الآخرين
أجد أنني أتسم بالهدوء في الكلام أو السياقة أو الأداء						إنني متسرع في الكلام أو السياقة أو الأداء
لا أستغرق في عملي على حساب راحتي وصحتي						أهتم بمتطلبات عملي ولو على حساب راحتي وصحتي
عادة ما أكون هادئا وعضلاتي مستريحة						عادة ما أجد نفسي مشدودا وعضلاتي منقبضة
أميل إلى الهدوء والتريث وعدم الاستعجال						تجدني دائما في عجلة من أمري حتى عندما لا تكون هناك ضرورة تستدعي ذلك
أنني أتعامل مع المواعيد بمرونة حسب مقتضيات الظروف دون استعجال أو تسرع						أشعر بالقلق قبل المواعيد المهمة بوقت طويل
في حديثي مع الآخرين أراعي موضوع النقاش ولا أرى ضرورة ملححة للكلام عن أمر يخصني.						أحاول دائما توجيه الحديث مع الآخرين نحو موضوعات تخصني

## 1. مقياس الدعم الإجتماعي.

المطلوب منك تقييم حجم المساعدة والدعم الفعلي الذي تلقاه من محيطك المهني والاجتماعي منذ أن تعرضت للحدث أو الإصابة . نرغب في تحدد إجابتك على ضوء الدعم الحقيقي الذي تلقاه من (الأسرة، الأصدقاء، زملاء العمل...).

يحدث هذا إطلاقاً	يحدث هذا نادراً	يحدث هذا أحياناً	يحدث هذا غالباً	يحدث هذا دائماً	العبرة
					1 أن زوجتي (زوجي) أو خطيبي أو خطيبي وأبنائي يمثلون سندا حقيقيا لي في التعامل مع يترتب مع ( الإصابة / الحدث).
					2 إن أفراد أسرتي (والدي وإخوتي) يفتقون بجانب في التعايش مع الحدث الصادم.
					3 إن أصدقائي و زملائي يساندونني منذ تعرضي ( الإصابة / الحدث)
					4 هناك مساندة حقيقية من جراني كلما احتجت إليهم
					5 هناك تفهم و مساندة من طرف محيطي المهني في أداء المهام التي كنت أقوم بها سابقا قبل ( الإصابة / الحدث)
					6 أعتقد أن لا أحدا يقف بجانب بعد ( الإصابة / الحدث)

## 4. مقياس مركز الضبط

يحدث هذا إطلاقاً	يحدث هذا نأذراً	يحدث هذا أحياناً	يحدث هذا غالباً	يحدث هذا دائماً	العبرة	
			2	1	يعود سوء الحظ لدى الناس إلى الأخطاء التي يرتكبونها	1
1	2	3	4	5	حصولك على العناية المناسبة يعود للحظ أو الصدفة	2
					إنما يفشل في اكتساب مودة الآخرين من لا يعرف كيف يندمج معهم.	3
					يبدو لي أن بعض الناس قد ولدوا ليفشلوا بينما ولد البعض الآخر لينجحوا بغض النظر عما يفعلون.	4
					أجد أن كثير من الناس هم ضحايا لظروف خارجة عن إرادتهم.	5
					ليس من الحكمة أن تخطط كثيراً للمستقبل لأن كثيراً من الأمور تصبح في معظم الأحيان مجرد حظ سعيد أو سيء	6
					عندما تسير أموري بشكل لا يدعو للقلق، فأنا أعتقد أن ذلك يعود إلى حسن الحظ.	7
					معظم الناس لا يستطيعون معرفة إلى أي حد تتحكم الأحداث الطارئة في حياتهم.	8
					أعتقد أن الإنسان يمكنه أن يكون سيد مصيره	9
					بمرور الوقت يستطيع الفرد أن يظفر بالاحترام الذي يستحقه	10

## النتائج الإحصائية الملحق

### Moyennes

#### age \* genre

Age

genre	Moyenne	N	Ecart-type
M	40,5493	71	7,84272
F	41,9747	79	9,52322
Total	41,3000	150	8,76827

#### age \* maladie

Age

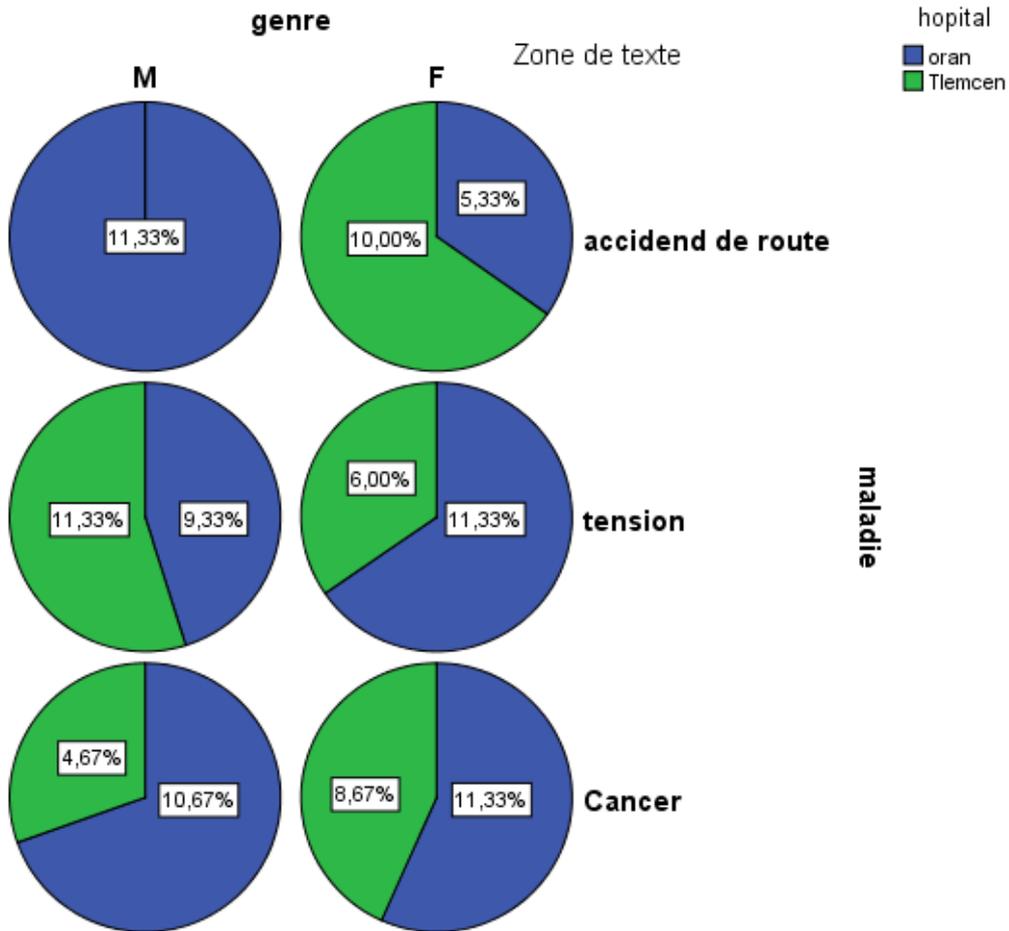
maladie	Moyenne	N	Ecart-type
Cancer	44,8868	53	9,96081
tension	41,4211	57	4,21285
accident de route	36,3750	40	9,67335
Total	41,3000	150	8,76827

#### age \* type de maladie

Age

type de maladie	Moyenne	N	Ecart-type
aigue	39,6458	96	7,83512
chronique	44,2407	54	9,60922
Total	41,3000	150	8,76827

## Diagramme



## Tableaux croisés

Tableau croisé hopital \* genre \* maladie

Maladie				genre		Total
				M	F	
Cancer	hopital	oran	Effectif	16	17	33
		% du total		30,2%	32,1%	62,3%
	Tlemcen	Effectif	7	13	20	
		% du total	13,2%	24,5%	37,7%	
	Total		Effectif	23	30	53
			% du total	43,4%	56,6%	100,0%
tension	hopital	oran	Effectif	14	17	31
		% du total	24,6%	29,8%	54,4%	
	Tlemcen	Effectif	17	9	26	
		% du total	29,8%	15,8%	45,6%	
	Total		Effectif	31	26	57
			% du total	54,4%	45,6%	100,0%
accident de route	hopital	oran	% du total	42,5%	20,0%	62,5%
		Effectif	0	15	15	
	Tlemcen	% du total	0,0%	37,5%	37,5%	
		Effectif	17	23	40	
	Total		% du total	42,5%	57,5%	100,0%
			Effectif	47	42	89

		% du total	31,3%	28,0%	59,3%
	Tlemcen	Effectif	24	37	61
		% du total	16,0%	24,7%	40,7%
	Total	Effectif	71	79	150
		% du total	47,3%	52,7%	100,0%

**Tableau croisé hopital \* type de maladie \* maladie**

Maladie			type de maladie		Total	
			aigue	chronique		
Cancer	Hopital	oran	Effectif	17	16	33
			% du total	32,1%	30,2%	62,3%
	Tlemcen	Effectif	9	11	20	
		% du total	17,0%	20,8%	37,7%	
	Total	Effectif	26	27	53	
		% du total	49,1%	50,9%	100,0%	
tension	Hopital	oran	Effectif	20	11	31
			% du total	35,1%	19,3%	54,4%
	Tlemcen	Effectif	15	11	26	
		% du total	26,3%	19,3%	45,6%	
	Total	Effectif	35	22	57	
		% du total	61,4%	38,6%	100,0%	
accident de route	Hopital	oran	Effectif	25	0	25
			% du total	62,5%	0,0%	62,5%
	Tlemcen	Effectif	10	5	15	
		% du total	25,0%	12,5%	37,5%	
	Total	Effectif	35	5	40	
		% du total	87,5%	12,5%	100,0%	
Total	Hopital	oran	Effectif	62	27	89
			% du total	41,3%	18,0%	59,3%
	Tlemcen	Effectif	34	27	61	
		% du total	22,7%	18,0%	40,7%	
	Total	Effectif	96	54	150	
		% du total	64,0%	36,0%	100,0%	

**Tableau de bord**

	TypeAB	sot	centre	sentimentrepley	troublesem	evitement	vulnérabilité	tspt
Minimum	12,00	6,00	10,00	12,00	20,00	14,00	15,00	71,00
Maximum	60,00	28,00	50,00	42,00	70,00	49,00	35,00	186,00
Moyenne	40,8800	16,2067	36,6800	30,3667	50,6000	34,4933	25,1667	140,6267
Ecart-type	15,67365	6,52542	15,52280	6,89949	13,57208	9,15471	5,83373	25,96243

**Test-t**[Ensemble\_de\_données1] C:\Users\client\Desktop\Doctorassia.sav

**Statistiques de groupe**

	Genre	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
TypeAB	M	71	39,5493	16,77480	1,99080
	F	79	42,0759	14,61802	1,64466
Sot	M	71	17,1831	7,09791	,84237
	F	79	15,3291	5,87197	,66065
Centre	M	71	35,3239	16,89275	2,00480
	F	79	37,8987	14,17798	1,59515
sentimentrepley	M	71	30,8873	7,86593	,93351
	F	79	29,8987	5,91087	,66502
troublesem	M	71	49,8592	16,16813	1,91880
	F	79	51,2658	10,78545	1,21346
evitement	M	71	35,4225	10,00237	1,18706
	F	79	33,6582	8,29564	,93333
vulnérabilité	M	71	23,8732	5,98792	,71063
	F	79	26,3291	5,47189	,61564
Tspt	M	71	140,0423	31,63246	3,75408

**Test d'échantillons indépendants**

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
TypeAB	Hypothèse de variances égales	3,222	,075	-,986	148	,326	-2,52665	2,56339	7,59222	2,53892
	Hypothèse de variances inégales			-,978	139,740	,330	-2,52665	2,58228	7,63205	2,57874
sot	Hypothèse de variances égales	4,682	,032	1,749	148	,082	1,85398	1,05981	-,24034	3,94831
	Hypothèse de variances inégales			1,732	136,313	,086	1,85398	1,07053	-,26301	3,97098
centre	Hypothèse de variances égales	6,222	,014	1,014	148	,312	-2,57479	2,53823	7,59064	2,44106
	Hypothèse de variances inégales			1,005	137,302	,317	-2,57479	2,56198	7,64082	2,49124
sentimentrepley	Hypothèse de variances égales	1,475	,226	,875	148	,383	,98859	1,12917	1,24279	3,21997
	Hypothèse de variances inégales			,863	129,212	,390	,98859	1,14617	1,27910	3,25628
troublesem	Hypothèse de variances égales	26,066	,000	-,633	148	,528	-1,40667	2,22395	5,80147	2,98813
	Hypothèse de variances inégales			-,620	119,967	,537	-1,40667	2,27031	5,90173	3,08839
evitement	Hypothèse de variances égales	1,665	,199	1,180	148	,240	1,76431	1,49512	1,19023	4,71885
	Hypothèse de variances inégales			1,168	136,488	,245	1,76431	1,51004	1,22180	4,75041
vulnérabilité	Hypothèse de variances égales	,073	,787	2,625	148	,010	-2,45587	,93569	4,30491	-,60683

tspt	Hypothèse de variances inégales			- 2,612	142,478	,010	-2,45587	,94022	- 4,31445	-59730
	Hypothèse de variances égales	32,228	,000	- ,261	148	,795	-1,10965	4,25903	- 9,52601	7,30672
	Hypothèse de variances inégales			- ,254	114,878	,800	-1,10965	4,36091	- 9,74787	7,52858

## Corrélations [Ensemble\_de\_données1]C:\Users\client\Desktop\Doctorassia

### Corrélations

		age	TypeA B	sot	centr e	sentimentrepl ey	troublesem	evitem ent	vulnérabili té	Tspt
age	Corrélation de Pearson	1	,095	-,234**	,257*	,130	-,036	-,179*	,305**	,021
	Sig. (bilatérale)		,246	,004	,001	,112	,658	,028	,000	,798
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
TypeAB	Corrélation de Pearson	,095	1	-,583**	,325*	,564**	,191*	,284**	,154	,384**
	Sig. (bilatérale)	,246		,000	,000	,000	,019	,000	,060	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
sot	Corrélation de Pearson	-,234**	-,583**	1	-,479*	-,471**	-,462**	-,135	-,336**	-,490**
	Sig. (bilatérale)	,004	,000		,000	,000	,000	,100	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
centre	Corrélation de Pearson	,257**	,325**	-,479**	1	,397**	,333**	,245**	,329**	,440**
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000		,000	,000	,003	,000	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
sentimentrepl ey	Corrélation de Pearson	,130	,564**	-,471**	-,397*	1	,522**	,698**	,113	,810**
	Sig. (bilatérale)	,112	,000	,000	,000		,000	,000	,170	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
troublesem	Corrélation de Pearson	-,036	,191*	-,462**	-,333*	-,522**	1	,558**	,083	,877**
	Sig. (bilatérale)	,658	,019	,000	,000	,000		,000	,310	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
evitement	Corrélation de Pearson	-,179*	,284**	-,135	-,245*	,698**	,558**	1	-,211**	,782**
	Sig. (bilatérale)	,028	,000	,100	,003	,000	,000		,010	,000
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150

vulnérabilité	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,305**	,154	,336**	,329*	,113	,083	-,211**	1	,224**
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
tspt	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale)	,021	,384**	,490**	,440*	,810**	,877**	,782**	,224**	1
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150

\*\* . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

\* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

## A 1 facteur

### ANOVA à 1 facteur

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
TypeAB	Inter-groupes	7947,589	2	3973,794	20,385	,000
	Intra-groupes	28656,251	147	194,940		
	Total	36603,840	149			
sot	Inter-groupes	2146,255	2	1073,127	37,574	,000
	Intra-groupes	4198,338	147	28,560		
	Total	6344,593	149			
centre	Inter-groupes	1143,564	2	571,782	2,418	,093
	Intra-groupes	34759,076	147	236,456		
	Total	35902,640	149			
sentimentrepley	Inter-groupes	3225,374	2	1612,687	61,297	,000
	Intra-groupes	3867,460	147	26,309		
	Total	7092,833	149			
troublesem	Inter-groupes	9744,577	2	4872,288	40,462	,000
	Intra-groupes	17701,423	147	120,418		
	Total	27446,000	149			
evitement	Inter-groupes	4710,113	2	2355,056	44,513	,000
	Intra-groupes	7777,380	147	52,907		
	Total	12487,493	149			
vulnérabilité	Inter-groupes	2816,493	2	1408,247	91,828	,000
	Intra-groupes	2254,340	147	15,336		
	Total	5070,833	149			
tspt	Inter-groupes	43789,005	2	21894,503	56,820	,000
	Intra-groupes	56644,088	147	385,334		
	Total	100433,093	149			

## Tests post hoc

### Comparaisons multiples

Scheffe

Variable dépendante	(I) maladie	(J) maladie	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
						Borne inférieure	Borne supérieure
TypeAB	Cancer	tension	-13,87885	2,66423	,000	-20,4672	-7,2905
		accident de route	2,32642	2,92432	,729	-4,9051	9,5580

		Cancer	13,87885 <sup>+</sup>	2,66423	,000	7,2905	20,4672
	tension	accident de route	16,20526 <sup>+</sup>	2,87985	,000	9,0837	23,3268
	accident de route	Cancer	-2,32642	2,92432	,729	-9,5580	4,9051
		tension	-16,20526 <sup>+</sup>	2,87985	,000	-23,3268	-9,0837
		tension	6,34426 <sup>+</sup>	1,01977	,000	3,8225	8,8660
	Cancer	accident de route	-2,66934	1,11932	,061	-5,4373	,0986
sot		Cancer	-6,34426 <sup>+</sup>	1,01977	,000	-8,8660	-3,8225
	tension	accident de route	-9,01360 <sup>+</sup>	1,10230	,000	-11,7395	-6,2877
	accident de route	Cancer	2,66934	1,11932	,061	-,0986	5,4373
		tension	9,01360 <sup>+</sup>	1,10230	,000	6,2877	11,7395
		tension	-5,23204	2,93425	,207	-12,4881	2,0241
	Cancer	accident de route	,94340	3,22069	,958	-7,0211	8,9078
centre		Cancer	5,23204	2,93425	,207	-2,0241	12,4881
	tension	accident de route	6,17544	3,17171	,154	-1,6679	14,0188
	accident de route	Cancer	-,94340	3,22069	,958	-8,9078	7,0211
		tension	-6,17544	3,17171	,154	-14,0188	1,6679
		tension	-10,19033 <sup>+</sup>	,97876	,000	-12,6107	-7,7700
	Cancer	accident de route	-1,71226	1,07431	,284	-4,3689	,9444
sentimentrepley		Cancer	10,19033 <sup>+</sup>	,97876	,000	7,7700	12,6107
	tension	accident de route	8,47807 <sup>+</sup>	1,05797	,000	5,8618	11,0943
	accident de route	Cancer	1,71226	1,07431	,284	-,9444	4,3689
		tension	-8,47807 <sup>+</sup>	1,05797	,000	-11,0943	-5,8618
		tension	-17,10361 <sup>+</sup>	2,09395	,000	-22,2817	-11,9255
	Cancer	accident de route	-1,22642	2,29836	,867	-6,9100	4,4572
troublesem		Cancer	17,10361 <sup>+</sup>	2,09395	,000	11,9255	22,2817
	tension	accident de route	15,87719 <sup>+</sup>	2,26341	,000	10,2800	21,4744
	accident de route	Cancer	1,22642	2,29836	,867	-4,4572	6,9100
		tension	-15,87719 <sup>+</sup>	2,26341	,000	-21,4744	-10,2800
		tension	-12,71268	1,38797	,000	-16,1450	-9,2804
	Cancer	accident de route	-9,63066 <sup>+</sup>	1,52346	,000	-13,3980	-5,8633
evitement		Cancer	12,71268 <sup>+</sup>	1,38797	,000	9,2804	16,1450
	tension	accident de route	3,08202	1,50029	,125	-,6281	6,7921
	accident de route	Cancer	9,63066 <sup>+</sup>	1,52346	,000	5,8633	13,3980
		tension	-3,08202	1,50029	,125	-6,7921	,6281
		tension	4,19067 <sup>+</sup>	,74726	,000	2,3428	6,0386
	Cancer	accident de route	11,09198 <sup>+</sup>	,82021	,000	9,0637	13,1203
vulnérabilité		Cancer	-4,19067 <sup>+</sup>	,74726	,000	-6,0386	-2,3428
	tension	accident de route	6,90132 <sup>+</sup>	,80774	,000	4,9039	8,8988
	accident de route	Cancer	-11,09198 <sup>+</sup>	,82021	,000	-13,1203	-9,0637
		tension	-6,90132 <sup>+</sup>	,80774	,000	-8,8988	-4,9039
		tension	-35,81595 <sup>+</sup>	3,74576	,000	-45,0788	-26,5531
	Cancer	accident de route	-1,47736	4,11142	,938	-11,6445	8,6898
tspt		Cancer	35,81595 <sup>+</sup>	3,74576	,000	26,5531	45,0788
	tension	accident de route	34,33860 <sup>+</sup>	4,04890	,000	24,3261	44,3511
	accident de route	Cancer	1,47736	4,11142	,938	-8,6898	11,6445
		tension	-34,33860 <sup>+</sup>	4,04890	,000	-44,3511	-24,3261

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

## Sous-ensembles homogènes

**TypeAB**

Scheffe

Maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
accidend de route	40	33,9000	
Cancer	53	36,2264	
Tension	57		50,1053
Signification		,713	1,000

**Sot**

Scheffe

maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
tension	57	11,5614	
Cancer	53		17,9057
accidend de route	40		20,5750
Signification		1,000	,051

**centre**

Scheffe

maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05
		1
accidend de route	40	34,0000
Cancer	53	34,9434
tension	57	40,1754
Signification		,143

**sentimentrepley**

Scheffe

maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
Cancer	53	26,0377	
accidend de route	40	27,7500	
tension	57		36,2281
Signification		,260	1,000

**troublesem**

Scheffe

maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
Cancer	53	43,7736	
accidend de route	40	45,0000	
tension	57		60,8772
Signification		,859	1,000

**evitement**

Scheffe

maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
Cancer	53	27,0943	
accidend de route	40		36,7250
tension	57		39,8070
Signification		1,000	,115

## Vulnérabilité

Scheffe

maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05		
		1	2	3
accident de route	40	18,6250		
tension	57		25,5263	
Cancer	53			29,7170
Signification		1,000	1,000	1,000

tspt

Scheffe

maladie	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05	
		1	2
Cancer	53	126,6226	
accident de route	40	128,1000	
tension	57		162,4386
Signification		,933	1,000

## Test-t

### Statistiques de groupe

	type de maladie	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
TypeAB	Aigue	96	36,7500	14,75484	1,50591
	Chronique	54	48,2222	14,64893	1,99347
sot	Aigue	96	18,7188	5,59831	,57138
	Chronique	54	11,7407	5,63743	,76716
centre	Aigue	96	36,0417	17,01016	1,73609
	Chronique	54	37,8148	12,51878	1,70359
sentimentrepley	Aigue	96	29,8229	8,17183	,83403
	Chronique	54	31,3333	3,55549	,48384
troublesem	Aigue	96	50,2083	14,43528	1,47329
	Chronique	54	51,2963	11,98211	1,63056
evitement	Aigue	96	36,9583	9,25079	,94416
	Chronique	54	30,1111	7,18664	,97798
vulnérabilité	Aigue	96	23,7500	4,92042	,50219
	Chronique	54	27,6852	6,49477	,88383
tspt	Aigue	96	140,7396	29,63080	3,02418
	Chronique	54	140,4259	17,92079	2,43871

### Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t pour égalité des moyennes								
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
TypeAB	Hypothèse de variances égales	,666	,416	4,583	148	,000	11,47222	2,50341	16,41927	-6,52517

sot	Hypothèse de variances inégales			-	110,647	,000	11,47222	2,49833	16,42301	-6,52143
	Hypothèse de variances égales	1,782	,184	7,309	148	,000	6,97801	,95468	5,09144	8,86457
	Hypothèse de variances inégales			7,295	109,339	,000	6,97801	,95656	5,08221	8,87381
centre	Hypothèse de variances égales	33,394	,000	-	148	,504	-1,77315	2,64538	7,00073	3,45444
	Hypothèse de variances inégales			-	137,507	,467	-1,77315	2,43233	6,58276	3,03646
sentimentrepley	Hypothèse de variances égales	24,837	,000	1,290	148	,199	-1,51042	1,17102	3,82450	,80367
	Hypothèse de variances inégales			-	141,065	,119	-1,51042	,96422	3,41660	,39577
troublesem	Hypothèse de variances égales	,521	,471	-	148	,639	-1,08796	2,31472	5,66213	3,48620
	Hypothèse de variances inégales			-	127,466	,621	-1,08796	2,19757	5,43641	3,26048
evitement	Hypothèse de variances égales	,880	,350	4,698	148	,000	6,84722	1,45761	3,96681	9,72763
	Hypothèse de variances inégales			5,037	133,255	,000	6,84722	1,35936	4,15850	9,53594
vulnérabilité	Hypothèse de variances égales	11,798	,001	4,179	148	,000	-3,93519	,94168	5,79605	-2,07432
	Hypothèse de variances inégales			-	87,649	,000	-3,93519	1,01653	5,95545	-1,91492
tspt	Hypothèse de variances égales	17,413	,000	,071	148	,944	,31366	4,43112	8,44278	9,07009
	Hypothèse de variances inégales			,081	147,173	,936	,31366	3,88497	7,36387	7,99119

## Test-t

### Statistiques de groupe

	Type	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
--	------	---	---------	------------	-------------------------

sentimentrepley	A	83	33,3012	4,93058	,54120
	B	52	27,0385	8,25325	1,14452
troublesem	A	83	51,8072	15,07255	1,65443
	B	52	49,0385	12,87338	1,78522
evitement	A	83	35,5904	9,20371	1,01024
	B	52	31,7308	9,64084	1,33694
vulnérabilité	A	83	26,2048	5,71638	,62745
	B	52	24,7115	6,21616	,86203
tspt	A	83	146,9036	24,10931	2,64634
	B	52	132,5192	29,72521	4,12214

### Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
sentimentrepley	Hypothèse de variances égales	19,600	,000	5,523	133	,000	6,26274	1,13394	4,01985	8,50563
	Hypothèse de variances inégales			4,947	74,054	,000	6,26274	1,26603	3,74016	8,78533
troublesem	Hypothèse de variances égales	8,480	,004	1,097	133	,275	2,76877	2,52366	-2,22294	7,76048
	Hypothèse de variances inégales			1,138	120,801	,258	2,76877	2,43395	-2,04997	7,58750
evitement	Hypothèse de variances égales	,000	,989	2,328	133	,021	3,85959	1,65783	,58048	7,13871
	Hypothèse de variances inégales			2,303	104,648	,023	3,85959	1,67571	,53684	7,18234
vulnérabilité	Hypothèse de variances égales	,017	,895	1,428	133	,156	1,49328	1,04577	-,57521	3,56177
	Hypothèse de variances inégales			1,401	101,616	,164	1,49328	1,06620	-,62162	3,60819
tspt	Hypothèse de variances égales	,313	,577	3,080	133	,003	14,38438	4,66984	5,14763	23,62114
	Hypothèse de variances inégales			2,936	91,984	,004	14,38438	4,89849	4,65554	24,11323

## Test-t

### Statistiques de groupe

	Soutien	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
sentimentrepley	S+	25	26,5200	8,50549	1,70110
	S=	30	32,5333	3,89282	,71073
troublesem	S+	25	41,2000	16,41138	3,28228
	S=	30	52,3333	12,78019	2,33333
evitement	S+	25	31,5200	10,64237	2,12847
	S=	30	30,8667	8,17791	1,49307
vulnérabilité	S+	25	21,0000	4,78714	,95743
	S=	30	25,5000	4,97407	,90814
Tspt	S+	25	120,2400	29,25218	5,85044
	S=	30	141,2333	18,61531	3,39868

### Test d'échantillons indépendants

		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
Sentimentrepley	Hypothèse de variances égales	26,197	,000	3,466	53	,001	-6,01333	1,73505	9,49341	-2,53326
	Hypothèse de variances inégales			3,262	32,296	,003	-6,01333	1,84360	9,76728	-2,25939
troublesem	Hypothèse de variances égales	,001	,982	2,828	53	,007	11,13333	3,93672	19,02940	-3,23727
	Hypothèse de variances inégales			2,765	44,897	,008	11,13333	4,02713	19,24490	-3,02176
evitement	Hypothèse de variances égales	3,004	,089	,257	53	,798	,65333	2,53863	4,43851	5,74517
	Hypothèse de variances inégales			,251	44,511	,803	,65333	2,59994	4,58480	5,89146
vulnérabilité	Hypothèse de variances égales	,002	,966	3,398	53	,001	-4,50000	1,32430	7,15621	-1,84379
	Hypothèse de variances inégales			3,410	51,867	,001	-4,50000	1,31961	7,14816	-1,85184
tspt	Hypothèse de variances égales	3,066	,086	3,227	53	,002	20,99333	6,50539	34,04150	-7,94517

Hypothèse de variances inégales			3,103	39,234	,004	20,99333	6,76599	34,67622	-7,31044
---------------------------------	--	--	-------	--------	------	----------	---------	----------	----------

## Test-t

### Statistiques de groupe

	centreeint	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
sentimentrepley	EX	30	27,6333	8,26494	1,50896
	Int	72	33,0000	5,82128	,68604
troublesem	EX	30	44,0000	17,34041	3,16591
	Int	72	54,8611	11,86699	1,39854
evitement	EX	30	32,4000	10,23382	1,86843
	Int	72	37,6944	8,26266	,97376
vulnérabilité	EX	30	21,3333	4,72217	,86215
	Int	72	26,5972	6,21371	,73229
tspt	EX	30	125,3667	31,16085	5,68917
	Int	72	152,1528	23,61049	2,78252

### Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t pour égalité des moyennes								
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
									Inférieure	Supérieure
sentimentrepley	Hypothèse de variances égales	4,660	,033	3,729	100	,000	-5,36667	1,43931	8,22222	-2,51111
	Hypothèse de variances inégales			3,238	41,504	,002	-5,36667	1,65760	8,71302	-2,02031
troublesem	Hypothèse de variances égales	5,677	,019	3,653	100	,000	10,86111	2,97310	16,75966	-4,96256
	Hypothèse de variances inégales			3,138	40,788	,003	10,86111	3,46105	17,85196	-3,87027
evitement	Hypothèse de variances égales	3,798	,054	2,744	100	,007	-5,29444	1,92957	9,12265	-1,46624
	Hypothèse de variances inégales			2,513	45,521	,016	-5,29444	2,10695	9,53672	-1,05216
vulnérabilité	Hypothèse de variances égales	,634	,428	4,162	100	,000	-5,26389	1,26486	7,77334	-2,75443

tspt	Hypothèse de variances inégales			4,653	70,872	,000	-5,26389	1,13117	7,51945	-3,00833
	Hypothèse de variances égales	1,495	,224	4,736	100	,000	26,78611	5,65575	38,00696	-15,56526
	Hypothèse de variances inégales			4,229	43,517	,000	26,78611	6,33317	39,55379	-14,01844

## A 1 facteur

### ANOVA à 1 facteur

Tspt

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	73531,278	5	14706,256	78,720	,000
Intra-groupes	26901,815	144	186,818		
Total	100433,093	149			

## Tests post hoc

### Comparaisons multiples

Variable dépendante: tspt  
Scheffe

(I) TCACE	(J) TCACE	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
cc	CE	33,38462	3,75560	,000	20,7125	46,0567
	TC	,59091	3,92568	1,000	-12,6551	13,8369
	TE	-32,02857	3,50098	,000	-43,8416	-20,2156
	AC	25,20000	6,65453	,017	2,7463	47,6537
	AE	13,42857	3,50098	,015	1,6156	25,2416
CE	cc	-33,38462	3,75560	,000	-46,0567	-20,7125
	TC	-32,79371	3,95943	,000	-46,1536	-19,4338
	TE	-65,41319	3,53878	,000	-77,3537	-53,4726
	AC	-8,18462	6,67450	,912	-30,7057	14,3365
	AE	-19,95604	3,53878	,000	-31,8966	-8,0155
TC	cc	-,59091	3,92568	1,000	-13,8369	12,6551
	CE	32,79371	3,95943	,000	19,4338	46,1536
	TE	-32,61948	3,71879	,000	-45,1674	-20,0715
	AC	24,60909	6,77166	,026	1,7602	47,4580
	AE	12,83766	3,71879	,041	,2897	25,3856
TE	cc	32,02857	3,50098	,000	20,2156	43,8416
	CE	65,41319	3,53878	,000	53,4726	77,3537
	TC	32,61948	3,71879	,000	20,0715	45,1674
	AC	57,22857	6,53462	,000	35,1795	79,2777
	AE	45,45714	3,26731	,000	34,4326	56,4817
AC	cc	-25,20000	6,65453	,017	-47,6537	-2,7463
	CE	8,18462	6,67450	,912	-14,3365	30,7057
	TC	-24,60909	6,77166	,026	-47,4580	-1,7602
	TE	-57,22857	6,53462	,000	-79,2777	-35,1795
	AE	-11,77143	6,53462	,663	-33,8205	10,2777
AE	cc	-13,42857	3,50098	,015	-25,2416	-1,6156
	CE	19,95604	3,53878	,000	8,0155	31,8966

TC	-12,83766	3,71879	,041	-25,3856	-,2897
TE	-45,45714	3,26731	,000	-56,4817	-34,4326
AC	11,77143	6,53462	,663	-10,2777	33,8205

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

## Sous-ensembles homogènes

tspt

Scheffe

TCACE	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05			
		1	2	3	4
CE	26	109,6154			
AC	5	117,8000	117,8000		
AE	35		129,5714	129,5714	
TC	22			142,4091	
cc	27			143,0000	
TE	35				175,0286
Signification		,724	,323	,184	1,000

## A 1 facteur

ANOVA à 1 facteur

Tspt

	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	73531,278	5	14706,256	78,720	,000
Intra-groupes	26901,815	144	186,818		
Total	100433,093	149			

## Tests post hoc

Comparaisons multiples

Variable dépendante: tspt

Scheffe

(I) TCACE	(J) TCACE	Différence de moyennes (I-J)	Erreur standard	Signification	Intervalle de confiance à 95%	
					Borne inférieure	Borne supérieure
cc	CE	33,38462	3,75560	,000	20,7125	46,0567
	TC	,59091	3,92568	1,000	-12,6551	13,8369
	TE	-32,02857	3,50098	,000	-43,8416	-20,2156
	AC	25,20000	6,65453	,017	2,7463	47,6537
CE	AE	13,42857	3,50098	,015	1,6156	25,2416
	cc	-33,38462	3,75560	,000	-46,0567	-20,7125
	TC	-32,79371	3,95943	,000	-46,1536	-19,4338
	TE	-65,41319	3,53878	,000	-77,3537	-53,4726
TC	AC	-8,18462	6,67450	,912	-30,7057	14,3365
	AE	-19,95604	3,53878	,000	-31,8966	-8,0155
	cc	-,59091	3,92568	1,000	-13,8369	12,6551
	CE	32,79371	3,95943	,000	19,4338	46,1536
TE	AC	-32,61948	3,71879	,000	-45,1674	-20,0715
	AE	24,60909	6,77166	,026	1,7602	47,4580
	cc	12,83766	3,71879	,041	,2897	25,3856
	CE	32,02857	3,50098	,000	20,2156	43,8416
AC	AE	65,41319	3,53878	,000	53,4726	77,3537
	TC	32,61948	3,71879	,000	20,0715	45,1674
	TE	57,22857	6,53462	,000	35,1795	79,2777
	cc	45,45714	3,26731	,000	34,4326	56,4817
AC	cc	-25,20000	6,65453	,017	-47,6537	-2,7463
	CE	8,18462	6,67450	,912	-14,3365	30,7057
	TC	-24,60909	6,77166	,026	-47,4580	-1,7602

	TE	-57,22857	6,53462	,000	-79,2777	-35,1795
	AE	-11,77143	6,53462	,663	-33,8205	10,2777
	cc	-13,42857	3,50098	,015	-25,2416	-1,6156
	CE	19,95604	3,53878	,000	8,0155	31,8966
AE	TC	-12,83766	3,71879	,041	-25,3856	-,2897
	TE	-45,45714	3,26731	,000	-56,4817	-34,4326
	AC	11,77143	6,53462	,663	-10,2777	33,8205

\*. La différence moyenne est significative au niveau 0.05.

## Sous-ensembles homogène

Scheffe		tspt			
TCACE	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05			
		1	2	3	4
CE	26	109,6154			
AC	5	117,8000	117,8000		
AE	35		129,5714	129,5714	
TC	22			142,4091	
cc	27			143,0000	
TE	35				175,0286
Signification		,724	,323	,184	1,000

## لزمة الضغط الصدمي

في ضوء نمط الشخصية، مركز الضبط و الدعم الاجتماعي.

-دراسة مقارنة بدلالة أنواع الحوادث الصدمية -

استهدفت هذه الدراسة الكشف عن العلاقات المتبادلة بين اضطرابات الضغط التالية للصدمة و الجنس و السن و نوع الحدث الصادم و شدته و بعض المتغيرات الشخصية: نمط الشخصية ، الدعم الاجتماعي و مركز الضبط. و قد تم اجرائها على عينة من مرضى السرطان ، مرضى الضغط الشرياني و ضحايا حوادث الطرق بمستشفى تلمسان و وهران الجامعيين. و تم فيها استخدام وسائل قياس كشفت الدراسة الحالية انها تتمتع بمستويات عالية من الصدق و الثبات. و قد كشفت الدراسة على العموم أن العينة تعاني بشكل واضح من اضطرابات الضغط التالي للصدمة . و أن العوامل الفردية كالجنس و السن لم تفصح بشكل واضح عن الدور الذي تلعبه في تحديد مستويات الاضطرابات بالرغم من وجود مؤشرات في النتائج أظهرت أن الاناث و كبار السن اكثر قابلية للإصابة. كما أظهرت النتائج أن مرضى الضغط الشرياني هم اكثر تعبيراً للاضطرابات يليهم ذوا الأمراض السرطانية ثم ضحايا حوادث الطرق. كما بينت الدراسة أن الأفراد من النمط أ و الدعم الضعيف و الضبط الخارجي هم الفئة التي تكون اضطراباتها مزمنة .

**الكلمات المفتاحية:** اضطرابات الضغط التالي للصدمة ، نمط الشخصية ، الدعم الاجتماعي ، مركز الضبط و نوع الحوادث الصادمة.

**Abstract:****Posttraumatic stress disorder**

**In light of the personality type, the control center and social support.**

**-A Comparative study in terms of the types of traumatic events -**

This study aimed to detect interactions between post-traumatic stress disorder and, sex, age, traumatic event and its intensity, the type of event, type A – B of personality, social support and the control center. This research was conducted on a sample of cancer patients, blood pressure and victims of road accidents. It was held at The Hospital of Tlemcen and Oran.

The study found that the measures have high levels of loyalty and reliability.

The study found that, on the whole sample, the level of disorders has been very significant. And individual factors such as gender and age have not clearly demonstrated the role they play in determining the levels of unrest despite the presence of indicators in the results which showed that women and elderly are the most vulnerable. The results also showed that patients with high blood pressure are the most affected by PTSD, followed by cancer patients and victims of road accidents. The study also showed that the type of patient A, who received a low social support and have an external control type are constituents of the class who have acute PTSD.

**Key words:** PTSD, Type A-B of Personality, Control Center, Social Support and types of traumatic events.

**Résumé:****Le syndrome de stress post-traumatique**

**À la lumière du type de personnalité, le centre de contrôle et le soutien social.**

**-Une étude comparative en termes de types d'événements traumatisant -**

Cette étude visait à détecter les interactions entre les troubles de stress post-traumatique et, le sexe, l'âge , l'événement traumatisant et son intensité , le Type d'événement, le type A – B de la personnalité, le soutien social et le centre de contrôle.

Cette recherche a été effectuée sur un échantillon des patients atteints de cancer, la tension artérielle et les victimes d'accidents de la route. Elle a été déroulée à l'Hôpital universitaire de Tlemcen et d'Oran.

L'étude a révélé que les outils des mesures ont des niveaux élevés de fidélités et de fiabilité. L'étude a dévoilé que, sur la totalité de l'échantillon, le niveau des troubles a été très significatif. Et que les facteurs individuels tels que le sexe et l'âge n'ont pas démontré clairement le rôle qu'ils jouent dans la détermination des niveaux de troubles, malgré la présence d'indicateurs dans les résultats qui ont montré que les femmes et les personnes âgées sont les plus vulnérables. Les résultats ont également montré que les patients de la pression artérielle sont les plus touchés par les TSPT, suivie par les patients du cancer et les victimes d'accidents de la route. L'étude a également montré que les patients de type A, qui ont reçu un faible support social et qui ont un type de contrôle externe sont les constituants de la catégorie qui ont des TSPT aiguë.

**Mots Clés :** TSPT, le type A –B de personnalité, le centre de control, le support social et le type d'événement traumatisant.