



جامعة وهران 2
كلية العلوم الاجتماعية
أطروحة للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم
في علم النفس العمل والتنظيم

أثر بعض المؤشرات المحيطية على الجانب النفسي و البيولوجي للفرد

(دراسة ميدانية على بعض أحياء مدينة غليزان)

مقدمة ومناقشة علنا من طرف الطالب: عويسي عبد السلام
أمام لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة وهران 2	أستاذ	ماحي ابراهيم
مشرفا و مقررا	جامعة وهران 2	أستاذ	فؤاد عبد الغني
مناقشا	جامعة وهران 2	أستاذ	محمد عبد العزيز
مناقشا	المركز الجامعي - غليزان -	أستاذ محاضر قسم أ	زقاوة أحمد
مناقشا	جامعة عنابة	أستاذ	لعريظ بشير
مناقشا	جامعة تلمسان	أستاذ	بشلاغم يحي

السنة: 2017 - 2018

كلمة شكر

بسم الله الرحمن الرحيم (وَوَصَّيْنَا الْإِنْسَانَ بِوَالِدَيْهِ حَمَلَتْهُ أُمُّهُ وَهْنًا عَلَىٰ وَهْنٍ وَفِصَالُهُ فِي عَامَيْنِ أَنِ اشْكُرْ لِي وَلِوَالِدَيْكَ إِلَيَّ الْمَصِيرُ) الآية 14 من سورة لقمان.

أسمى عبارات التقدير و الشكر والامتنان، أتوجه بها إلى:

- أستاذي المشرف الذي رافقتي طوال مشواري الدراسي ورحلة بحثي، وذلك على جميل صبره وكرم أخلاقه وحسن توجيهه.
- إلى جميع أعضاء لجنة المناقشة.
- إلى جميع أفراد عينة الدراسة.
- وفي الأخير إلى جميع من ساعدني من قريب أو من بعيد على انجاز هذا العمل.

إهداء

أهدي هذا العمل إلى روح أبي الطاهرة رحمه الله وأسكنه فسيح جنانه

إلى أغلى ما في الوجود أمي أطل الله في عمرها

إلى بناتي خديجة وتسليم

إلى جميع أفراد عائلتي إلى جميع أساتذتي

ملخص الدراسة

- تهدف الدراسة إلى البحث في موضوع أثر بعض المؤشرات المحيطية على الجانب البيولوجي والنفسي للفرد، وقد تمحورت إشكالية الدراسة حول اختبار الفرضيات التالية:
1. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني وضغط الدم لدى أفراد العينة.
 2. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني والقلق لدى أفراد العينة.
 3. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني والاكتئاب لدى أفراد العينة.
 4. يوجد تباين في مستويات ضغط الدم تبعاً لفئات الحيز السكني.
 5. يوجد تباين في مستويات القلق تبعاً لفئات الحيز السكني.
 6. يوجد تباين في مستويات الاكتئاب تبعاً لفئات الحيز السكني.

تبنى الباحث في دراسته المنهج الوصفي التحليلي، ولغرض اختبار فرضيات الدراسة تم اختيار عينة حجمها 459 فرد بطريقة مقصودة، شملت خمسة أحياء اثنان راقية وثلاثة أحياء شعبية من ولاية غليزان. ولجمع البيانات عن متغيرات الدراسة تم الاعتماد على مقياسين أساسيين هما مقياس تايلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب و جهاز قياس ضغط الدم.

وللمعالجة الإحصائية للبيانات واستناداً لطبيعة الفرضيات (العلاقة الارتباطية، التنبؤ، التباين، الفروق)، تمّ الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية: معامل الارتباط بيرسون، معامل الانحدار، تحليل التباين، اختبار "ت".

وتوصلت الدراسة إلى:

- 1- قبول كل من الفرضية الأولى، الثانية، الثالثة، بمعنى وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة إحصائياً بين الحيز السكني وبين كل من ضغط الدم، القلق، الاكتئاب لدى أفراد العينة.

2- استخراج معادلات الانحدار للتنبؤ لكلّ من ضغط الدم، القلق، الاكتئاب بدلالة الحيّز السكني،

$$\text{وهي كالتالي:} \quad \checkmark \quad \text{ضغط الدم} = \text{ه} \left[4.749 + \frac{1.876}{\text{الحيّز السكني}} \right]$$

$$\checkmark \quad \text{القلق} = \text{ه} \left[2.532 + \frac{3.950}{\text{الحيّز السكني}} \right]$$

$$\checkmark \quad \text{الاكتئاب} = \text{ه} \left[1.870 + \frac{8.976}{\text{الحيّز السكني}} \right]$$

3- وجدنا أن ساكني الحيّز السكني أقلّ من 8 م² كان لديهم ضغط دم، قلق، اكتئاب أعلى من ساكني الحيّز السكني الأكبر من ذلك.

Résumé :

L'objectif de cette étude est d'apprécier l'effet de quelques indices environnementaux sur les aspects psychologique et physiologique de l'individu.

La problématique de l'étude s'articule autour du test des hypothèses suivantes :

1. Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'espace résidentiel et la tension artérielle chez les individus de l'échantillon.
2. Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'espace résidentiel et l'anxiété chez les individus de l'échantillon.
3. Il existe une corrélation statistiquement significative entre l'espace résidentiel et la dépression chez les individus de l'échantillon.
4. Il existe une variance d'intensité de la pression artérielle en fonction des catégories des espaces résidentiels.
5. Il existe une variance du niveau d'anxiété en fonction des catégories des espaces résidentiels.
6. Il existe une variance du degré de dépression en fonction des catégories des espaces résidentiels.

En guise d'approche méthodologique, il a été opté pour une méthode descriptive-analytique, et en vue de tester les variables relevant de cette étude il a été procédé au choix délibéré d'un échantillon constitué de 459 individus répartis sur cinq quartiers de la ville de Relizane, dont deux situés en zones privilégiées et les trois autres en zones dites populaires.

S'agissant de la collecte de données inhérentes aux variables de cette étude, il a été recouru essentiellement à deux tests : le test de l'anxiété de Taylor et le test de la dépression de Beck, auxquelles s'ajoute l'usage du tensiomètre.

Concernant le traitement statistique des données, et vue la nature des hypothèses de la présente étude, (corrélation, prévision, variance, différences) il a été recouru aux procédés statistiques suivants : Le coefficient de Corrélation Pearson, Le coefficient de Régression, l'analyse de variance et le T test.

Cette étude a abouti aux résultats suivants :

1. La validation de la première, deuxième et troisième hypothèse, dans le sens où il a été relevé l'existence d'une corrélation négative statistiquement significative entre l'espace résidentiel et entre la tension artérielle, l'anxiété et la dépression chez les individus de l'échantillon.

2. Extraction des coefficients de régression pour la tension artérielle, l'anxiété, la dépression sous l'indice Espace résidentiel, calculés comme suit :

$$\text{Tension Artérielle} = e^{\left(\frac{1.876}{\text{Espace Résidentiel}} + 4.749\right)}$$

$$\text{Anxiété} = e^{\left(\frac{3.950}{\text{Espace Résidentiel}} + 2.532\right)}$$

$$\text{Dépression} = e^{\left(\frac{8.976}{\text{Espace Résidentiel}} + 1.870\right)}$$

3. La présente étude a révélé que les individus occupant un espace résidentiel inférieur à 8m² présentent une pression artérielle, un niveau d'anxiété et de dépression supérieurs à celui des individus occupant un plus vaste espace résidentiel.

Abstract:

The objective of this research is to appreciate the effect of some environmental indices on the psychological and physiological aspects of the individual.

The problematic of the study is based on the test of the following hypotheses:

7. There is a statistically significant correlation between residential space and blood pressure among the individuals in the sample
8. There is a statistically significant correlation between residential space and anxiety in the individuals of the sample.
9. There is a statistically significant correlation between residential space and depression in the individuals of the sample.
10. There is a variance in the intensity of blood pressure in relation to the categories of residential spaces.
11. There is a variance in the level of anxiety according to the categories of residential spaces.
12. There is a variance in the degree of depression in relation to the categories of residential spaces.

As a methodological approach, it was opted for a descriptive-analytical method, and to test the variables of this study, a deliberate selection was made of the sample was made and it touched 459 individuals spread over five located in the city of Relizane , two from well-to-do areas and the rest from popular ones.

In order to collect data inherent in the variables of this study, two tests were used: the Taylor's Anxiety test and Beck's Depression test, plus the use of the blood pressure monitor.

Concerning the statistical treatment of the data, and concurrent with the assumptions of this study (correlation, prediction, variance, differences), was resorted to the following statistical procedures: Pearson Correlation coefficient of Regression coefficient, the analysis of variance and the T test.

The results of this study are:

- 1- The validation of the first, second and third hypothesis, in the sense that there was a statistically significant negative correlation between residential space and between blood pressure, anxiety and depression in the sample.
- 2- Extraction of regression coefficients for blood pressure, anxiety, depression under the Residential space index, calculated as follows:

$$\begin{aligned} \text{➤ Blood Pressure} &= e^{\left(\frac{1.876}{\text{Residential Spaces}} + 4.749\right)} \\ \text{➤ Anxiety} &= e^{\left(\frac{3.950}{\text{Residential Spaces}} + 2.532\right)} \\ \text{➤ Depression} &= e^{\left(\frac{8.976}{\text{Residential Spaces}} + 1.870\right)} \end{aligned}$$

- 3- This study found that individuals with less than 8m² of residential space had higher blood pressure, higher levels of anxiety and depression than those living in larger residential spaces.

قائمة المحتويات	
أ	إهداء
ب	كلمة شكر
ت	ملخص البحث باللغة العربية
ث	Résumé
ج	Abstract
ح	قائمة المحتويات
خ	قائمة الجداول
ذ	قائمة الأشكال
01	مقدمة
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي	
03	الإشكالية
04	فرضيات البحث
05	أهداف البحث
05	أهمية البحث
05	تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث
07	الدراسات السابقة
الفصل الثاني: القلق	
10	تمهيد
10	تعريف القلق
11	أسباب القلق
12	أعراض القلق
13	أنواع القلق
16	اضطراب القلق
16	تشخيص القلق

17	آثار القلق
17	أهم الأمراض التي تندرج تحت القلق
18	أهمية القلق
18	علاج القلق
20	علاقة العمر والجنس بالقلق
23	خلاصة
الفصل الثالث: الاكتئاب	
25	تمهيد
25	مفهوم الاكتئاب
27	أسباب الاكتئاب
29	أعراض الاكتئاب
31	أنواع الاكتئاب
34	النظريات المفسرة للاكتئاب
37	طرق علاج الاكتئاب
40	خلاصة
الفصل الرابع: ضغط الدم	
42	تمهيد
42	تعريف ضغط الدم
43	تعريف ارتفاع ضغط الدم
43	العلاقة بين الضغط النفسي وفرط ضغط الدم
44	أعراض ارتفاع ضغط الدم
45	أنواع ارتفاع ضغط الدم
46	أسباب ارتفاع ضغط الدم
48	انعكاسات مرض ارتفاع ضغط الدم على صحة الفرد
49	قياس ضغط الدم
50	علاج مرض ارتفاع ضغط الدم
52	خلاصة
الفصل الخامس: الإطار المنهجي	
54	تمهيد
54	المجال المكاني للدراسة
54	المجال الزمني للدراسة
54	مجتمع البحث وطريقة اختيار العينة
54	طريقة جمع البيانات
57	المنهج
57	أدوات جمع البيانات
60	الأساليب الإحصائية المستخدمة
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج	
62	تمهيد

62	1. عرض لبعض المؤشرات الوصفية لمتغيرات الدراسة
67	2. عرض نتائج اختبار الفروق للمتغيرات (التابعة) تبعاً للجنس

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
-------	--------------	--------

68	3. عرض نتائج اختبار الفروق للمتغيرات (التابعة) تبعاً للحالة العائلية
69	4. عرض وتحليل ومناقشة نتائج اختبار الفرضيات
86	التفسير الفسيولوجي للنتائج
87	خاتمة
88	التوصيات والاقترحات
89	قائمة المصادر والمراجع
94	الملحق 01: استمارة البيانات الشخصية
95	الملحق 02: مقياس الاكتئاب
100	الملحق 03: مقياس القلق
102	الملحق 04: مفاتيح التصحيح لمقاييس (الاكتئاب، القلق، ضغط الدم)
103	الملحق 05: البيانات الشخصية وقيم المتغيرات المدروسة للعينة
114	الملحق 06: نتائج المعالجة الاحصائية للبيانات ببرنامج spss

50	يوضح تصنيف ضغط الدم على حسب شدته.	01
55	خصائص عينة الدراسة.	02
57	مفتاح التصحيح لمقياس القلق.	03
58	مفتاح التصحيح لمقياس الاكتئاب.	04
59	دليل قراءات نتائج جهاز قياس ضغط الدم.	05
62	قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغيرات الدراسة.	06
63	قيم بعض المؤشرات الإحصائية للمتغيرات النفسية والبيولوجية والحيز السكني.	07
67	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب) حسب الجنس.	08
67	نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق بين الجنسين في المتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب).	09
68	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب) حسب الحالة العائلية.	10
68	نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق في المتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب) تبعاً للحالة العائلية.	11
69	العلاقة الارتباطية بين الحيز السكني و ضغط الدم.	12
69	قيم عناصر معادلة التنبؤ في تحليل الانحدار لنموذج البحث.	13
69	نتائج تحليل التباين للانحدار (ضغط الدم، الحيز السكني).	14
70	نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر الحيز السكني على ارتفاع ضغط الدم.	15
73	العلاقة الارتباطية بين الحيز السكني والقلق.	16
73	قيم عناصر معادلة التنبؤ في تحليل الانحدار لنموذج البحث.	17
73	نتائج تحليل التباين للانحدار (القلق، الحيز السكني).	18
74	نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر الحيز السكني على مستوى القلق.	19
76	العلاقة الارتباطية بين الحيز السكني والاكتئاب.	20
76	قيم عناصر معادلة التنبؤ في تحليل الانحدار لنموذج البحث.	21
76	نتائج تحليل التباين للانحدار (الاكتئاب، الحيز السكني).	22
77	نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر الحيز السكني على مستويات الاكتئاب.	23

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
79	المتوسط الحسابي لضغط الدم حسب فئات الحيز السكني.	24
80	تحليل التباين لتأثير فئات الحيز السكني على ضغط الدم.	25

80	المتوسط الحسابي لمتغير القلق حسب فئات الحيز السكني.	26
81	تحليل التباين لتأثير فئات الحيز السكني على مستويات القلق.	27
82	المتوسط الحسابي لمتغير الاكتئاب حسب فئات الحيز السكني.	28
82	تحليل التباين لتأثير فئات الحيز السكني على مستويات الاكتئاب.	29

الصفحة	عنوان الشـ	الرقم
31	أهم أعراض الاكتئاب.	01
56	توزيع العينة حسب الجنس.	02
56	توزيع العينة حسب الحالة العائلية.	03
56	توزيع العينة حسب نوع الحي.	04
56	توزيع العينة حسب فئات الحيّز السكني للفرد.	05
59	جهاز omron لقياس ضغط الدم.	06
64	ضغط الدم حسب الحالة العائلية.	07
64	ضغط الدم حسب الجنس.	08
64	ضغط الدم حسب فئات الحيّز السكني.	09
64	ضغط الدم حسب نوع الحي.	10
65	القلق حسب الحالة العائلية.	11
65	القلق حسب الجنس.	12
65	القلق حسب فئات الحيّز السكني.	13
65	القلق حسب نوع الحي.	14
66	الاكتئاب حسب الحالة العائلية.	15
66	الاكتئاب حسب الجنس.	16
66	الاكتئاب حسب فئات الحيّز السكني.	17
66	الاكتئاب حسب نوع الحي.	18
72	المنحنى البياني لمعادلة الانحدار لضغط الدم بدلالة الحيّز السكني.	19
75	المنحنى البياني لمعادلة الانحدار لمتغير القلق بدلالة الحيّز السكني.	20
78	المنحنى البياني لمعادلة الانحدار لمتغير الاكتئاب بدلالة الحيّز السكني.	21

مقدمة

إنّ أهم ما يميّز هذا العصر هو السّـرعة والتطوّر في شتى المجالات، إضافة إلى كثرة المشاكل الاقتصادية والاجتماعية (البطالة، الفقر، أزمة السكن...الخ) وهي ظواهر في مجملها تشمل العديد من دول العالم عموماً والثالث خصوصاً وبدرجات متفاوتة، والفرد الجزائري له نصيب منها بفعل تداخل العديد من الأسباب (السياسية والاقتصادية) انعكست سلباً على واقعه الاجتماعي المعاش.

إنّ ضعف المستوى الاقتصادي تسبّب في انخفاض مستويات الدخل الفردي ممّا انجر عنه العديد من المشاكل وبشكل مباشر عدم القدرة على توفير السكن الملائم، وهي أزمة تعاني منها نسبة كبيرة من الجزائريين ولفترات طويلة، هذه المعاناة تضاف إليها مع الوقت زيادة في حجم الأسرة المستمر والذي تساهم فيه المعتقدات والعادات والتقاليد.

مشكل السكن وزيادة حجم الأسرة عاملين من شأنهما أن يشكلا ضغطاً نفسياً مستمراً لدى الفرد الذي هو في أمس الحاجة إلى حيّز سكني يوفر له الاستقلالية، ويتولّد عن ضيق المسكن العديد من الأمراض العضوية (ارتفاع ضغط الدم، داء السكري، أمراض القلب) إضافة إلى الأمراض النفسية كالقلق والاكتئاب الذين هما محورا دراسة الباحث، ولمعالجته قام بتصميم بحثه وفق خطة منهجية في ما يلي أبرز محاورها:

الفصل الأوّل وهو عبارة عن تقديم البحث ويحتوي على الإشكالية، الفرضيات، أهداف وأهمية البحث، التعاريف الإجرائية للمتغيرات الرئيسية للبحث بالإضافة إلى الدراسات السابقة.

الفصل الثاني وأتمّ فيه الباحث بمتغيّر القلق من خلال العناصر التالية: تعريف القلق، مصادر القلق، النظريات المفسرة للقلق، المظاهر و الأعراض الإكلينيكية للقلق...الخ.

الفصل الثالث تناول الباحث فيه متغيّر الاكتئاب مبرزاً العناصر التالية: مفهومه، أسبابه، أعراضه، وأهم النظريات المفسرة له...الخ.

الفصل الرابع وخصّصه الباحث لمتغيّر ضغط الدّم متطرقاً لتعريفه، أسباب ارتفاعه، أعراضه، مضاعفاته...الخ.

الفصل الخامس ويتمثّل في الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية (مجالها المكاني والزمني، منهجها، أدواتها وأهم الأساليب الإحصائية المستخدمة).

الفصل السادس وهو عبارة عن عرض وتفسير ومناقشة نتائج اختبار فرضيات البحث.

وفي الأخير قدّم الباحث مجموعة من الاقتراحات استخلصت أساساً من نتائج البحث.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي

- 1- الإشكالية
- 2- الفرضيات
- 3- أهداف البحث

- 4- أهمية البحث
- 5- تحديد المفاهيم الإجرائية
- 6- الدراسات السابقة

1- الإشكالية

تكتسي مسألة تأثير المحيط على الفرد أهمية بالغة التعقيد، كما أنها تشغل حيزا كبيرا من اهتماماته الحياتية والمعيشية، الأمر الذي جعل منها وجهة بحثية للكثير من الدارسين في شتى العلوم، خاصة البحوث التي عنيت بالعلوم السلوكية والطبية، وذلك لما يكتنف الموضوع من تأثير عميق على صحة الفرد النفسية والفكرية والاجتماعية والبيولوجية... الخ، وعلى اعتبار أن الأسرة هي المحيط الأول الذي يحتك به الفرد منذ ولادته فإنه يقع على عاتقها مسؤولية توفير محيط ملائم يضمن للفرد الاستقرار والراحة، لذا عُدَّ المسكن من أهم الحاجات الضرورية للفرد باعتباره مكانا يتمتع فيه بالخصوصية ويشعر فيه بالراحة والأمان، ويلبي فيه حاجاته البيولوجية الأساسية كالأكل، والنوم، والاستحمام... الخ، ومع التطور التكنولوجي الذي شهده العالم في مختلف جوانب الحياة، لم تعد الحاجات الفسيولوجية هي المطلوب إشباعها فحسب، وإنما تعدى الأمر ذلك إلى إشباع الحاجات الاجتماعية والنفسية، وفي ظل هذا المعطى أصبحت اهتمامات الأفراد في العقود الأخيرة من القرن العشرين تتبع قواعد خاصة تعرف بـ: "الأرغونوميا" لمواكبة التطورات الحاصلة والوصول إلى مسكن آمن وصحي، تتناسب مساحته مع حجم أفراده أي حيز سكني مناسب للفرد، ليلبي مختلف احتياجاته بما يتوافق وإمكانات ومسؤوليات كل أسرة، الأمر الذي يدفع ببعض الأفراد الذين لديهم مستوى مادي مريح إلى اللجوء للمكاتب الهندسية بُغية الحصول على مخططات هندسية مدروسة تتوافق مع عدد أفراد أسرهم بما يغطي احتياجاتها المختلفة.

والجدير بالذكر، أن الفرد يؤثر ويتأثر بمتغيرات محيطه، و عليه فإن انعدام الانسجام بين حجم الأسرة ومساحة المسكن ينعكس سلباً على الحيز السكني المخصص لكل فرد، مما يؤدي في بعض الأحيان إلى ظهور أمراض مختلفة قد تكون نفسية كالقلق والاكتئاب أو بيولوجية كضغط الدم.. الخ، وللوقوف على طبيعة محيط الفرد ومدى تأثيره على الجانب النفسي و البيولوجي ننطلق من جملة التساؤلات التالية:

1. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني وضغط الدم لدى أفراد العينة؟
 2. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني والقلق لدى أفراد العينة؟
 3. هل توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني والاكتئاب لدى أفراد العينة؟
 4. هل يوجد تباين في مستويات ضغط الدم تبعاً لفئات الحيز السكني؟
 5. هل يوجد تباين في مستويات القلق تبعاً لفئات الحيز السكني؟
 6. هل يوجد تباين في مستويات الاكتئاب تبعاً لفئات الحيز السكني؟
- للإجابة على هذه التساؤلات تم صياغة مجموعة من الفرضيات قصد اختبارها إحصائياً.

2- فرضيات البحث

7. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني وضغط الدم لدى أفراد العينة.
8. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني والقلق لدى أفراد العينة.
9. توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الحيز السكني والاكتئاب لدى أفراد العينة.
10. يوجد تباين في مستويات ضغط الدم تبعاً لفئات الحيز السكني.
11. يوجد تباين في مستويات القلق تبعاً لفئات الحيز السكني.
12. يوجد تباين في مستويات الاكتئاب تبعاً لفئات الحيز السكني.

3- أهداف البحث

- التعرف على طبيعة العلاقة بين متغير الحيز السكني و مستويات كل من المتغيرات التالية: (القلق والاكتئاب وضغط الدم) كلاً على حدى.
- التعرف على طبيعة تأثير المتغيرات المحيطة (الحيز السكني، نوع الحي) على الجانب النفسي والبيولوجي للفرد.
- الكشف عن الحيز السكني المناسب لتحقيق التوازن النفسي والبيولوجي للفرد.

4- أهمية البحث

تتجلى الأهمية النظرية والتطبيقية لهذا البحث في ما يلي :

- محاولة الالمام بجمللة من الانعكاسات التي يُحدثها المحيط (الحيّز السكني – نوع الحي) على الناحية النفسية والبيولوجية للفرد وتشمل كل من : القلق، الاكتئاب، ضغط الدم.
- الاستفادة من النتائج المتوصل اليها ومحاولة توظيفها في مجال المساعدة النفسية للأفراد.
- تعد هذه الدراسة محاولة منا لجمع ماكتب عن موضوع الأسرة والمسكن من جهة، والأمراض السيكوسوماتية (القلق، الاكتئاب)، ضغط الدم من جهة أخرى.
- تقديم تغذية راجعية لميدان البحث عن طبيعة المحيط السائد في المجتمع الجزائري ومدى انعكاساته على الناحية النفسية والبيولوجية للفرد.
- لفت انتباه الأسرة الى الدور الكبير الذي يلعبه المحيط الملائم والمتوازن في بناء وتقويم سلوك الشخصية السوية للفرد.

5- تحديد المفاهيم الإجرائية للبحث

المؤشرات المحيطية : وهي كثيرة ومتعددة واقتصر الباحث في دراسته على الحيّز السكني ونوع الحي.

✓ **الحيّز السكني للفرد:** هو حاصل قسمة المساحة الإجمالية المغطاة للمسكن على عدد أفراد الأسرة (حجم الأسرة).

✓ **فئات الحيّز السكني:** اعتمد الباحث على ثلاث مجموعات وهي

- أ- **حيّز سكني ضيق:** وتكون المساحة المخصصة للفرد أقل من 8م².
- ب- **حيّز سكني متوسط:** وتكون المساحة المخصصة للفرد بين [8م² - 15 م²].
- ت- **حيّز سكني واسع:** وتكون المساحة المخصصة للفرد أكبر من 15 م².

نوع الحي: وينقسم إلى قسمين وهما

✓ **الحي الراقى:** هو الحي الذي تكون مساكنه مستقلة و مساحتها أكثر من 120م².

✓ **الحي الشعبي:** هو الحي الذي تكون مساكنه تقل مساحتها عن 120م²، و عادة ما تكون في عمارة أو سكنات فوضوية.

المؤشرات النفسية : ويقصد بها في هذا البحث مؤشري القلق والاكتئاب والمعرفين كما يلي.

✓ **القلق:** هو حالة انفعالية، ترافقها أعراض نفسية سلوكية كالإحساس بالتعاسة، اضطراب النوم، كثرة المخاوف... الخ، التوتر والتي يعبر عنها بالتفصيل مقياس القلق للدكتور مصطفى فهمي ومحمد أحمد غالي المقتبس من مقياس تايلور للقلق الصريح.

✓ **الاكتئاب:** هو اضطراب انفعالي أعراضه: فقدان الشهية، التفكير في الانتحار من حين لآخر، فقدان الاهتمام بالحياة، انخفاض الروح المعنوية، اضطراب في النوم والأكل، انخفاض في الدافع الجنسي وهي ما يعبر عنها بالاستجابة الاكتئابية في بحثنا عن طريق مقياس بيك.

المؤشر البيولوجي: ويقصد به في هذا البحث مؤشر ضغط الدم والمعرف كما يلي.

✓ **ضغط الدم:** هو الضغط الذي يندفع به الدم في الشرايين، ولقياسه يعتمد الباحث على جهاز omron، وسيعتمد الباحث على قراءة مؤشر ضغط الدم الانقباضي (systolique).

6- **الدراسات السابقة:** نظرا لعدم وجود دراسات ذات ارتباط مباشر بموضوع تأثير الحيز السكني على الفرد من الناحية النفسية (القلق، الاكتئاب) والبيولوجية (ضغط الدم) اكتفينا ببعض الدراسات يمكن تلخيصها كما يلي:

1-6- **دراسة رحاب عبد الوهاب سنة 2010:** حول أعراض الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة تكريت هدفت الدراسة إلى:

- التعرف على مستوى أعراض الاكتئاب لدى طلبة الجامعة، وفيما إذا كانت فروقا تبعا للجنس (ذكور، إناث) والاختصاص (إنساني، علمي) على عينة بلغ عددها (93) فرد (51) طالبا و(42) طالبة، وقد تبنت الباحثة قائمة (بيك) Beck للاكتئاب وتوصلت الدراسة إلى أن :

متوسط أعراض الاكتئاب لدى الذكور هو: 16.49 ومتوسط الإناث 17.48، كما بينت نتائج التباين الثنائي، أنه لا توجد فروق دالة بين الذكور والإناث وكذلك تبعا للاختصاص.

6-2- دراسة فارس محمد، إيمان عبد الوهاب_2005 حول العوامل الاجتماعية المؤدية لظهور المرض النفسي (الاكتئاب)

تهدف الدراسة إلى تشخيص أهم العوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المسببة لظهور الاكتئاب، فضلا عن تشخيص الخصائص الاجتماعية والأسرية والمهنية لمرضى الاكتئاب، حيث أجريت الدراسة على عينة من المرضى الراقدين في مصحة الأمراض النفسية بمستشفى ابن سينا بالموصل، بلغ عددها 12 حالة، تم دراستهم باستخدام منهج دراسة حالة، وباستخدام أدوات المقابلة والملاحظة، توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

-أن أكثر العوامل المؤدية لظهور مرض الاكتئاب هو سوء الحالة المادية ويعقبه التفكك الأسري والفشل في الدراسة والعمل ثم البطالة وانعدام السكن.

6-3- دراسة حسن فالح حسين 2005 حول:الخصائص العصابية لمرضى ارتفاع ضغط الدم

وتهدف الدراسة إلى بناء أداة لقياس الخصائص النفسية العصابية (القلق، الكآبة، الوسواس) لمرضى ارتفاع ضغط الدم، كذلك للتعرف على مدى إسهام متغير الجنس في الخصائص النفسية لدى المصابين بارتفاع ضغط الدم. ولتحقيق أهداف الدراسة تم اختيار عينة مكونة من (50) مصابا تعاني من ارتفاع ضغط الدم والمشخصين من قبل الأطباء، تراوحت أعمارهم ما بين (20-50) سنة، وبالنسبة لأدوات البحث تم الاعتماد على استمارة بها (50) فقرة موزعة على التوالي:القلق 12 فقرة، الكآبة 14 فقرة، الوسواس 12 فقرة الرهاب 12 فقرة.وقد أسفرت النتائج على ما يلي:

أن هناك نسبة قليلة من المصابين بارتفاع ضغط الدم، قد ظهر عليهم خصائص عصابية كالقلق، الرهاب، الوسواس، الكآبة.

أن ظهور هذه الخصائص لدى هؤلاء الأفراد هو نتيجة تعرضهم إلى ضغوطات أو ظروف بيئية صعبة، إضافة إلى طبيعة شخصياتهم التي تكون أكثر عرضة للإصابة بمثل هذه الأمراض.

كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا لمتغير الجنس، إذ يرى الباحث بأن هذه الخصائص ليست لها علاقة بدرجة قابلية استعداد الفرد للإصابة بهذه الخصائص.

6-4- دراسة سامر جميل رضوان 2001:الاكتئاب والتشاؤم، دراسة ارتباطية مقارنة

هدفت الدراسة إلى: البحث العلاقة بين الاكتئاب والتشاؤم من جهة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية وبالسن والجنس وتحديد الفروق بين الجنسين والفئات العمرية المختلفة في كل من الاكتئاب والتشاؤم من جهة أخرى، وتحديد نسب انتشار الاكتئاب والتشاؤم لدى طلاب الجامعة وطلاب المرحلة الثانوية، وقد اعتمد على عينة تكونت 1134 طالبا وطالبة من كليات جامعة دمشق المختلفة و522 تلميذ وتلميذة من ثانوية مدينة دمشق، حيث استخدمت في هذه الدراسة قائمة (بيك) Beck للاكتئاب، ومقياس التشاؤم لأنصاري، وأسفرت النتائج على ما يلي:

- وجود علاقة ايجابية دالة بين كل من الاكتئاب والتشاؤم، وجود فروق دالة بين الجنسين في بعض بنود قائمة الاكتئاب والتشاؤم، ووجود فروق بين طلاب المرحلة الجامعية والثانوية، فيما يتعلق بالاكتئاب والتشاؤم.

الفصل الثاني: القلق

تمهيد

- 1- تعاريف القلق.
- 2- أسباب القلق
- 3- أعراض القلق
- 4- أنواع القلق
- 5- اضطرابات القلق
- 6- تشخيص القلق
- 7- آثار القلق
- 8- أهم الأمراض التي تندرج تحت القلق

- 9- أهمية القلق
10- علاج القلق
11- علاقة العمر والجنس بالقلق

خلاصة

تمهيد:

كثير من علماء النفس يعتبرون القلق هو نتيجة بعض الأمراض النفسية بمختلف درجاتها وأنواعها، وهي استجابات الأفراد بفعل مشكلات واجهوها في الماضي أو يواجهونها في الوقت الحاضر أو توقعهم لمخاطر مستقبلا.

1- تعاريف القلق:

- 1-1- في معجم علم النفس الإنجليزي: يرى أنجلس أن للقلق 6 معاني:
- حالة انفعالية أليمة يُبدي الباعث فيها رغبة قوية ومستمرة على وشك أن يخطأ هدفه.
 - مزيج من الخوف وتوقع أن الشر مقبل.
 - خوف ملحوظ ومستمر.
 - خوف مستمر ذو شدة منخفضة.
 - شعور بالتهديد خصوصا بالتهديد المخيف حيث يعتقد الشخص أنّ كياناً ما يتهدهه.
 - هو باعث ثانوي واستجابة لقشرة المخ حيث ينخفض معدل الاستجابات المعتادة في موقف ما ويُحدث أنواع سلوك أخرى للموقف (فيصل الصباغ، 1965، ص 38).

1-2

القلق عند أتورانك:

يفسره على أساس الصدمة الأولى وهي صدمة الميلاد، فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأول. فالنظام يستثير لدى الطفل القلق لأنه يتضمن الانفصال عن ندي الأم، فالقلق في رأي أتورانك هو الخوف الذي تتضمنه هذه الانفصالات المختلفة، ويذهب أتورانك إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته، هما خوف الحياة والخوف من الموت. (مكي أحمد ، 2005 ، 2006، ص 14)

1-3-

القلق عند ماي:

القلق عند ماي هو توجس يصحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد ويعتقد أنها أساسية، وترى ماي أن للقلق أساسين هما: الاستعداد الفطري، والأحداث الخاصة التي تستحضر للقلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة وإن استجابة القلق تكون سوية إذا كانت متناسبة مع الخطر الموضوعي والخوف عند ماي هو عبارة عن استجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديدا للقيم الأساسية للفرد.

1-4-

القلق عند الفرد أدلر :

كان أدلر يؤمن بالتفاعل الديناميكي بين الفرد والمجتمع، هذا التفاعل يؤدي إلى نشأة القلق، ويرى أن الطفل عادة ما يشعر بضعف وعجز بالنسبة للكبار وللبالغين بصفة عامة، وللتغلب على هذا العجز يسلك الطريق السوي. فالإنسان السوي يتغلب على شعوره بالنقص والقلق عن طريق تقوية الروابط الاجتماعية التي تربط الفرد بالآخرين المحيطين به يستطيع الفرد أن يعيش بدون أن يشعر بالقلق إذا تحقق هذا الانتماء إلى المجتمع الذي يعيش فيه.

1-5-

القلق عند إيريك فروم:

يرى فروم أن الطفل يقضى فترة طويلة من الزمن معتمدا على الكبار وخاصة والديه، وهذا الاعتماد يقيد بقيوده يلتزم بها حتى لا يفقد حنانهما ، وبازدياد نمو الطفل يزداد تحرره واعتماده على نفسه، والذي يولد شعورا بالعجز والقلق نتيجة ما يود إنجازه من الأعمال وعدم اكتمال قدراته لانجاز هذه الأعمال، وهكذا يرى فروم أن القلق ينشأ عن الصراع بين الحاجة للتقرب من الوالدين والحاجة إلى الاستقلال.(فاروق، السيد عثمان 2001، ص 22،21).

2- أسباب القلق:

2-1- الأسباب الوراثية: توجد عوامل وراثية واضحة في القلق النفسي مرتبطة بجوانب

فيزيولوجية (إفرازات بعض الغدد) وقد تختلط هذه العوامل بالعوامل البيئية.

2-2- الأسباب العادية والحضارية: ينشأ القلق عن ظروف العصر والحضارة، فالتطور السريع

في المجتمع و التغيرات الحديثة التي هي من مميزات المجتمع المعاصر، تثير قلق الإنسان كما أن الحياة الاجتماعية تفرض على الإنسان مواقف عديدة تؤثر بشكل مباشر وغير مباشر على الإنسان مما يدفع به إلى حالة القلق.

2-3- أسباب تربوية: تؤثر أساليب التربية على الطفل و الأبناء في سن المراهقة تأثيرات عميقة الجذور فالأسرة التي تعيش في شجار و منازعات دائمة قد تجعل حالة من القلق تعترى أبنائها نظرا للتهديد الذي يهدد كيان الأسرة أو مستقبلها كما أن التربية بالتوبيخ واللوم والعقاب الشديد أو النقد الدائم يجعله يحس بالحرمان من الحب والعطف فينطوي على ذاته. (صموئيل حبيب، 1962، ص 13.12).

2-4- الافتقار إلى الأمن: "Insécurité" إن السبب الرئيسي للقلق هو انعدام الشعور بالأمن و الشكوك هي مصدر آخر.

2-5- عدم الثبات: "Inconsistance" إن عدم الثبات في المعاملة سواء كان ذلك في المحيط الداخلي أو الخارجي هذا سبب آخر في القلق (سعيد حسن العزة ، 2009).

2-6- أسباب ناتجة عن عوامل حيوية: هناك أسباب ناتجة عن عوامل حيوية تثير الجهاز العصبي الذاتي مما يؤدي إلى ظهور أعراض جسمية وذلك بتأثير مادة "الابن فيرين" على الأجهزة المختلفة و قد وجد ثلاثة نواقل في الجهاز العصبي تلعب دورا هاما في القلق النفسي وهي: "النورابنفرين، السيروتونين" و هناك أيضا أسباب ناتجة عن العوامل السلوكية باعتبار سلوكا مكتسبا مبينا على ما يعرف بالتجاوب الشرطي وكذلك الأساليب الناتجة عن الأفكار المكبوتة والنزعات والغرائز مما يؤدي إلى القلق وهي عوامل ديناميكية (نبيهة صالح السامراتي، 2007، ص49).

فالاستعداد النفسي سبب واضح حيث أن الإنسان يشعر بتهديد داخلي أو خارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية بالنسبة لمكانة الفرد وأهدافه والتوتر النفسي والصدمات النفسية والشعور بالذنب والشعور بالخوف. (أحمد عبد الكريم، 2010، ص 38).

3- أعراض القلق:

يشتمل القلق على عدة مكونات، مكون انفعالي أو وجداني يتمثل في مشاعر الخوف والفرع والتوتر والانزعاج وعادة ما يصاحبه الغموض و التوجس (محمد السيد محمد الزعبلوي، 1997 ص 476) ويمكن حصرها في مايلي:

3-1 - الأعراض السيكوسوماتية :

تتضمن كل من الأعراض العضوية الناتجة عن القلق النفسي وكذا الأمراض التي تزداد شدتها وأعراضها بسبب المرور بتجربة انفعالية شديدة تتطلب علاجا نفسيا مكثفا للفرد وتقسم الأعراض السيكوسوماتية إلى بدنية ونفسية (سعيد حافظ يعقوب ، 1994 ، ص 28) .

أ/ أعراض بدنية :

ارتفاع ضغط الدم ، وزيادة سرعة دقات القلب، ونوبات من الدوخة والإغماء، ارتعاش في اليدين والذراعين، غثيان واضطراب المعدة ، الشعور بألم في الصدر فقدان السيطرة على الذات وسرعة النبض أثناء الراحة ، والأحلام المزعجة، والتوتر الزائد والبول السكري، زيادة افراز الغدة الدرقية والقرحة المعدية، والتهاب القولون التقرحي، الصداع النصفي (فاروق السيد عثمان ، 2001 ، ص 30).

ب/ الأعراض النفسية :

الانفعال الزائد نوبات من الهلع الاكتئاب وضعف الأعصاب نسيان الأشياء زيادة الميل إلى العدوان عدم القدرة على الإدراك والتمييز واختلاط الأفكار وعدم الشعور بالأمن (صالح السامرتي، 1988، ص152).

أنواع القلق:

القلق الموضوعي :

-4

أ-

هو تجربة انفعالية ناتجة عن خطر مهدد لشخصية قائمة على العالم الخاص وتم إدراكها من طرف الفرد (محمد فتحي الشطبي، 1970، ص 75) فالقلق الموضوعي هو قلق حقيقي لموضوع حقيقي واقع أو رد فعل لشيء معروف فهو ظاهرة عامة في الإنسان السوي حينما يواجه خطراً أو تهديد القلق الطبيعي لموضوع معروف فهو يرتبط هنا بالواقع وسيضل قائماً مادام الإنسان حياً. القلق الطبيعي أو السوي أو الموضوعي هو نعمة من نعم الإله على الإنسان يحقّزه على التحرك ويدفعه إلى العمل فهو قدرة ممتازة حيث يحتاج لها السوي (صموئيل حبيب، 1962، ص 21، 23).

القلق العصابي :

ب-

يميز التحليل النفسي بين نوعين من العُصاب: العُصاب النفسي كالهستيريا والعُصاب العقلي كالقلق.

القلق العصابي رد فعل لإدراك ظروف غير معروفة وغير واضحة تحتمل وجودها أو عدم وجودها، قد ينشأ عن توقعات يصعب إثباتها وقد يرتبط بخيالات وهمية غير معقولة وظاهرة. فالقلق العصابي هو القلق الذي يزيد عن القلق الطبيعي، ويشتد جداً مما يقلل كفاءة الإنسان وقدرته على التركيز وحل المشكلات فهو يؤدي إلى إعاقة التفكير والسلوك واضطرابات في الشخصية، ويصيبه بأمراض جسمية ونفس جسمية فهو يرجع إلى اضطراب الأعصاب فالأعصاب محصنة قد ينشأ تعب الإغماء وفساد الدورة الدموية وكثرة الأملاح التي عجزت الوسائل الطبيعية عن طردها ويرتبط القلق العصبي بعدم استقرار العواطف ويتغير الفهم ويخطئ في استيعاب المواقف وهو يؤثر على الإرادة فكم من الأفراد تحطموا على صخرة القلق العصبي في النهاية. (الأزرق بن علو، 2003 ، ص 89).

ج- القلق الخلفي :

ينشأ من عقاب الوالدين و الأنا الأعلى هو مصدر القلق في حالة مصدر الخطر في حالة القلق الخلفي حيث أنه يهدد الأنا مثلاً : إذا كان هناك فعلاً أو عملاً في الأنا أو دار الأنا ما يتعارض مع معايير الوالدين فالعقاب ينتظر الأنا العليا في صورة مشاعر الإثم والخجل. (نبيهة صالح السامرتي ، 2006 ، ص47).

د- القلق الاجتماعي:

يلعب القلق الاجتماعي دوراً في تطور السلوك التجنبي و الانسحابي، مؤدياً إلى ضياع الفرص المناسبة لإكتساب خبرات التنشئة الاجتماعية العادية ويؤدي أيضاً إلى مشكلات أخرى في العلاقات مع الأقران. والقلق الاجتماعي هو استجابة انفعالية ومعرفية وسلوكية لموقف اجتماعي، يدرك على أنه يتضمن تهديداً للذات وخوفاً من التقييم السلبي للآخرين الذي يؤدي إلى مشاعر الانزعاج والضيق وقد يؤدي إلى الانسحاب الاجتماعي والتحفظ والكف. (دافيد شيهان ، 1978 ، ص 45) .

* بداية ظهور القلق الاجتماعي:

بدأ الاهتمام بدراسة القلق الاجتماعي عام (1969) مع ظهور مقياس الضيق والتجنب الاجتماعي (Social Avoidance and Distress Scale) من إعداد واطسون وفريند وهو الأول انتشاراً كمقياس مصمم لقياس القلق الاجتماعي العام (1993) ومنذ نشره توالى ظهور العديد من المقاييس الأخرى في القلق الاجتماعي والمفاهيم المتصلة به كالخجل والتحفظ الاجتماعي والارتباك وغيرها من المقاييس التي أكد بعضها على الخبرة الذاتية subjective experience للقلق الاجتماعي، وأكد البعض الآخر على الجوانب السلوكية منه وغيرها أكد على الجانبين السلوكي والانفعالي.

* جوانب القلق الاجتماعي:

القلق الاجتماعي ظاهرة نفسية واجتماعية تتضمن ثلاثة جوانب وجدانية، معرفية وسلوكية وهي جوانب مرتبطة فيما بينها وأوجه مختلفة لعملية واحدة ونوضحها فيما يلي:

أ/الجانب الوجداني: مشاعر القلق الذاتي ومشاعر الضيق والانزعاج التي تتبع إدراك موقف اجتماعي متخيل أو فعلي على أنه يمثل تهديداً لحضور الذات.

ب/الجانب المعرفي: يقصد به المعلومات الاجتماعية التي يدركها الفرد عن ذاته وعن الآخر في الموقف الذي أثار قلقه الاجتماعي فالنشاط المعرفي وسيط بين مثير القلق والسلوكيات الدالة عليه ومحور هذا النشاط هو شدة الانتباه للذات.

ج/ الجانب السلوكي: هو السلوكيات اللفظية وغير اللفظية التي تظهر نتيجة للشعور بالضيق والقلق والانزعاج من المواقف الاجتماعية وبالتالي فهو يميل إلى تبني إستراتيجية سلوكية تهدف إلى حماية ذاته من تقييم الأخر السلبي، ورغم أن الشعور الذاتي في القلق الاجتماعي متشابه لدى الأفراد إلا أن السلوكيات الدالة على تلك المشاعر تختلف من شخص لآخر وتُصنف إلى نوعين: سلوكيات لفظية وغير لفظية (فاطمة الشريف، 2004، ص ص 26 28).

5- اضطراب القلق:

اضطراب القلق حالة مزمنة أو متكررة من الشعور بالتوتر والخوف والانزعاج والارتباك والقلق وعدم الاستقرار نتيجة فهم خاطئ للخطر والصراع أو نتيجة خطر غير حقيقي وغير معروف من أنواع هذا الاضطراب :

أ- اضطراب القلق العام :

يتميز بالتوتر الحركي والخوف من المستقبل والنشاط الذاتي الزائد وعدم القدرة على التركيز والأرق وسرعة الغضب والانفعال وعدم القدرة على التحمل بصفة عامة.

ب- الاضطراب العصبي الوسواسي:

الذي يتميز بالأفكار الثابتة غير المرغوب فيها والوسواس والقيام بالأفعال القهرية النمطية غير المعقولة مثل غسل اليدين بين الحين والآخر ولعق الشفاه بصورة مستمرة بهدف التغلب على القلق وإطفاء مشاعر الذنب.

ج- الرهاب : وهو الخوف المرضي من الأماكن المفتوحة كالميادين والصحاري.

د- الرهاب الاجتماعي: وهو الخوف المستمر من الوقوع عرضة لملاحظة الآخرين.(هبة محمد عبد الحميد 2009 ص 24، 25).

ت

6-

شخيص إقلق

في حالة وجود الأعراض الجسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى والاضطرابات العصبية الأخرى مثل الهستيريا أو الاكتئاب. كما يجب التفريق في عملية التشخيص بين القلق والفصام في مراحله الأولى والفارق الأساسي بينهما وجود اضطراب الإدراك والتفكير في الفصام وعدم وجوده في القلق (أحمد عبد الكريم، 2010، ص 39).

كما يجب التشخيص بعد العناية والفحص الطبي الدقيق وفي حالة وجود أعراض جسمية يجب عدم الخلط بين القلق والاضطرابات العضوية الأخرى.

يلاحظ أن بعض المرضى يذكرون الأعراض الجسمية ويذكرون أي شيء مثل الإجهاد المتكرر عند النساء التي لم يسبق لهن الولادة هذا نفسي وهمي يريدون بذلك الدفاع عن أنفسهن وإنهن مرضى نفسياً ويجب الأخذ بعين الاعتبار الفرق بين هذا وبين الفصام في المرحلة الأساسية الأولى وبين وجود اضطرابات الإدراك والتفكير في الفصام وعدم وجوده القلق. (نعيم الرافعي، 1979، ص 187-188).

7- آثار القلق:

يؤدي القلق إذا طال إلى اضطرابات في السلوك ينتج عنها هدر للطاقات، فالإنسان عندما يواجه الرفض والقسوة من المجتمع فإنه يشعر أنه مهدد بالفناء غير أن قلقه هذا لا يسمح له بالقتال أو الفرار كما يفعل ضعيف الشخصية ولهذا يوجه طاقاته مرغماً للتكيف مع المحيط وإرضاء أولى الأمر مهما نزعاته الداخلية التي تحفزه على تحقيق الذات، وهكذا يؤدي القلق إلى تجنيد طاقات البدن واستخدامها لأهداف ثانوية ولكن البدن لا يقدر على أن يظل مجتهداً متحفزاً لمدة طويلة مهما كانت الأخطار المتوقعة لأن ذلك يستنزف طاقات المرء ويؤدي إلى الوهن والتعب والمرض ونلاحظ أن الشخص القلق يشكو من توتر مستمر في جزء ما من أجزاء بدنه ومن عصبية عامة ومن هنا تبدى عندهم الأمراض الناتجة والتي تندرج تحت القلق بالظهور (الأزرق بن علو، 2003، ص 123).

8- أهم الأمراض التي تندرج تحت القلق :

- أمراض عصابية: مثل الأمراض الهستيرية بنوعها التحولية والانفصالية، الاكتئاب التفاعلي، الإعياء النفسي، النبو رشينا، عصاب الحوادث التوهم المرضي بأنواعه المختلفة .

- أمراض ذهانية : مثل اكتئاب سن اليأس أو الارتداد السوداوي ويبدأ بالقلق والتوتر والخوف وكثرة الحركة.

- أمراض عضوية: مثل أورام الغدة فوق الكلوية ويكون المريض معرضاً لنوبات من قلق حاد وشديد، مع ارتفاع ضغط الدم وشحوب في اللون وزيادة السكر في الدم وزيادة إفراز الغدة الدرقية وفيه ظواهر التوتر العصبي والقلق النفسي وسرعة التأثر والتهيج مع ارتجاف الأطراف والعرق الساخن في الأطراف مع جحوظ في العينين وورم بالغدة الدرقية تصلب شرايين المخ ويتضح ذلك في ثورة المسنين لأتفه الأسباب والشلل الاهتزازي ونقص السكر في الدم والكثير من الحميات مصحوبة بالقلق مع الارتجاف في المخ وسن اليأس وفترة ما قبل الطمث (خليل أبو فرحة، 2000، ص117،118).

09- أهمية القلق:

القلق قوة للإستعداد والتهيؤ للمواقف والمشكلات الحياتية وهو ايجابي وقد يكون للقلق أثر سلبي في تشويه نفسية الفرد إذ يعقد المواقف والمشكلات ويجعلها رغم كونها اعتيادية تهدد راحة وطمأنينة الفرد فالطفل أو المراهق الذي يؤدي به القلق إلى التلعثم في موقف دراسي قد يجد نفسه وقع ضحية لقلقه واثر في موقفه الدراسي قد يشكل حالة تجمد في مواجهة الخطر بدلا من الاستعداد له والقلق الايجابي له وظيفة هامة يمكن الاستفادة منه كما يلي:

1- القلق ينشط المراكز العصبية العليا فتزيد من قوة التركيز والاستنتاج وحل المشكلات باتخاذ قرارات بعد تفكير عميق .

2- يشكل القلق دافعا للإنجاز والإبداع ومواجهة الخبرات والاستفادة منها.

3- يشكل القلق دافعية نحو السلوك الهادف (نبيهة صالح السامراني، 2006 ص 51).

لأن القلق في هذه الحالة يثير بعض الخبرات لدى هذا الأخير فيكشف بعمق عن طبيعة العلاقة والإجابة ككل ولهذا يلعب دورها م في الدفاعية نحو السلوك الهادف وقد يوجه الفرد إلى إدراك التهديدات بحساسية شديدة وينبئه للقيام بعمل توافقي (مكي أحمد ، 2005 2006 ، ص 11).

10- علاج القلق:

العلاج النفسي: يهدف إلى تطوير شخصية المريض وإزالة مخاوف وخفف توتره وهناك عدة طرق للعلاج النفسي منها:

● التحليل النفسي : ويهدف إلى تطهير شخصية المريض وزيادة بصريته وتحقيق التوافق، ويهدف إلى تقوية الأنا للمسترشد ولكونها الجزء المسيطر على حفرات (الهوا) والمنسق بينهما وبين ضوابط الأنا العليا كما يهدف إلى إظهار الذكريات والأحداث المكبوتة بمعنى تحديد أسباب القلق النفسية الذهنية في الشعور ونقلها إلى حيز الشعور ويتم ذلك عن طريق تفسير الأحلام وزلات اللسان حتى يصل المسترشد إلى الاستبصار وباستخدام التنفيس والإيحاء والإقناع والتدعيم والمشاركة الوجدانية والتشجيع وإعادة الثقة في النفس وقطع دائرة المخاوف المرضية والشعور بالأمن من خلال علاقة المسترشد بالمعالج بحيث يحاول المحلل النفسي معاونة المريض من خلال الحكم العقلي محل الكبت اللاشعوري .

● العلاج السلوكي : وهو ما يعرف بالعلاج السلوكي الحديث القائم على أساس الكف بالنقيض حيث يقول فوليه إذا استطعنا أن نجعل استجابة مناقضة للقلق تحدث في حضور مثيرات باعثة للقلق بحيث تكون الاستجابة مصحوبة بقمع كلي أو جزئي لاستجابات القلق فإن الوصلة بين هذه المثيرات والاستجابات سينتابها الضعف ولذلك يتم تدريب مرضى القلق العصبي على استجابات الاسترخاء العضلي وهي مناقضة للتوتر المصاحب للقلق في حضور مثيرات القلق حضورا واقعيا ومتخيلا .

● العلاج العقلاني الانفعالي: ويقوم هذا النوع من العلاج على مناقشة الأفكار المنطقية لدى المريض وتنفيذها وإدخال أفكار منطقية بدلا عنها. وتنفيذ المناقشة والشرح والتفسير والتعليم والتفهيم وكشف الأسباب وديناميكتها وشرح الجهاز العصبي خاصة الجهاز العصبي المركزي والذاتي والتغيرات

الفسولوجية المصاحبة لقلق المسترشد. إن الإرشاد العلاجي والإرشاد الزوجي يحل مشكلات المريض ويعلمه كيف يحلها ويهاجمها دون الهرب منها.

● **العلاج البيئي :** ويعتمد على تعديل العوامل البيئية التي تؤثر على المسترشد مثل تغيير نوع العمل وتعديل البيئة الأسرية من حيث اتجاهاتها نحو المريض وإرشاد أفراد الأسرة لتغيير أنماطهم السلوكية مما يساعد المريض على الشفاء وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر ومن أساليبه النشاط الرياضي والرحلات والصدقات والتسليّة والموسيقى والعلاج بالعمل .

● **العلاج الطبي :** يعتمد العلاج الطبي في حالات القلق العصبي على استخدام العقاقير التي تسمى بالمطمئنات الصغرى واستخدام المسكنات مثل: الباربيتورات أميتال Amyntas واستخدام المهدئات مثل: ستيلازين والعقاقير المضادة للقلق مثل البيريوم وهنا يجب تعريف المريض أن هذه المسكنات والمهدئات حتى لا يعتقد أن مرضه عضوي المنشأ ، وطمأنته لأنه لا يوجد لديه مرض جسدي أو جسمي ويجب عدم الإسراف في استخدام هذه العقاقير حتى لا يحدث إدمان لدى المريض لهذه العقاقير وكذلك يتم علاج الأعراض المصاحبة للقلق مثل الأرق وفقدان الشهية وقد وجد أن العلاج النفس. المختصر مع استخدام العقاقير النفسية الوهمية placebo وهي أقرص من النشا أو الدقيق والسكر وليس لها مواد دوائية في تحسين بعض حالات القلق كذلك يستخدم علاج التنبيه الكهربائي والعلاج المائي في بعض الأحيان (نبيل صالح سفيان، 2004 ص 388، 389).

11- علاقة العمر والجنس بالقلق

- **علاقة العمر بالقلق:** تشير الدراسات إلى أن مستويات القلق تزداد عند الأطفال في دور الأيتام، والأطفال الذين يسمعون قصصاً أو يشاهدون أفلاماً عن المعارك والدمار والموت تشير قلقهم على أنفسهم أو على من يحبون مع ملاحظة أن سلوك القلق يظهر بدرجة مرتفعة عند الإناث أكثر من الذكور وفي فترة المراهقة يرتفع مستوى العصاب والقلق لديهم وتنخفض معدلات القلق في مرحلة الرشد والشباب ثم يرتفع مستوى القلق في مرحلة الشيخوخة مما يعني إن القلق يتزايد كلما ازداد التوتر والأزمات النفسية الانفعالية المصاحبة لبعض مراحل العمر.

- **علاقة الجنس بالقلق:** دلّت الدراسات على أنّ الإناث أكثر قلقاً من الذكور وقد يرجع ذلك إلى ثقافة المجتمع الذي أجريت فيه الدراسة، فمثلاً في المجتمع العربي الذكور أقل تعبيراً لسلوك القلق من الإناث لأن المجتمع لا يتقبل سلوك القلق من الذكور بينما قد يتقبل سلوك القلق من الإناث غير أن مجالات القلق كالجزع أو الرعب أو الهلع المؤقت أو المزمن وحالات القلق العام الذي يُظهر في سلوك الأفراد توتراً عضلياً ويزداد النشاط الاستثماري في الجهاز العصبي مثل الشكوى من ضيق التنفس والتعرق وجفاف الفم وزيادة دقات القلب وتوقع الشر.. الخ فهي حالات قلق يتساوي فيها الذكور والإناث على حد سواء كما يتساوون في قلق الوسواس والعصبية القهرية التي تتضح في:

1- سيطرة أفكار محددة من الصعب التخلص منها كوسواس العنف \ إيذاء الطفل \ والتلوث \ الخوف الشديد من المرض والتفكير كإطفاء النار تحت القدم.

2- الأفعال القهرية: كتكرار غسل اليدين أو عد الأشياء التافهة.

وفي مجمل تفسير نتائج ما توصلت له الأبحاث تشير إلى أن:

المرأة تُظهر قلقاً أكثر من الرجل لأن الرجل قلماً يُظهر انفعالاته نتيجة للتنشئة الاجتماعية وثقافة المجتمع الموروثة التي ترفض الرجل السريع القلق والكثير الهلع لذا فهو يقاوم القلق، أضف إلى ذلك أن المرأة عندما تشعر بالضغط النفسي أو الإحباط فهي تطلب مشاركة الآخرين لها وهو ما تسمح به التنشئة الاجتماعية أو ثقافة المجتمع الموروثة لذا فهي تبدي قلقها مشيرة إلى طلب المساعدة وهي تؤمن أن المجتمع يسمح لها بذلك.

المرأة أكثر قلقاً من الرجل لان لها دوراً أكثر من الرجل وأدوار المرأة كأم وزوجة أو موظفة تشير صراعات وتوترات تثير انفعال القلق فلكل دور من الأدوار واجبات ومتطلبات قد تتداخل وتتعارض مما يجعلها تشعر بعدم الاستقرار فيثار قلقها لذلك، أضف إلى ما سبق التغيرات البيولوجية التي تصاحب حياة المرأة منذ ابتداء الدورة الشهرية ثم انقطاعها، وما بين البداية والانقطاع تتسم حياة المرأة ما قبل الدورة الشهرية ب(7-10) أيام بالقلق الاكتئابي القلق المزوج بالاكتئاب والتوتر المؤقت، وزيادة نشاط الغدد الدرقية الذي يعمل على احتباس السوائل في جسدها، وتغلب على حياة المرأة عند انقطاع الدورة الشهرية تغييران بيولوجية مصحوبة بتغيرات مزاجية سريعة تتسم بالقلق والتوتر النفسي والمشاعر السلبية ومصدر هذه المشاعر ناتج اجتماعي نفسي تشعر المرأة وهي في عمر متأخر أنها فقدت أهميتها ولم يعد من يحتاج لها في البيت أو حتى في المجتمع. وشعورها أنها غير قادرة على الإنجاب، تفقد الجاذبية الجنسية، غير أن أغلب هذه المشاعر السلبية التي تجسدها المرأة هي وليدة البيئة الاجتماعية التي تؤدي إلى ارتفاع مستوى القلق والتغلب الانفعالي، والتوتر النفسي. ويمكن التقليل من المشاعر السلبية لدى المرأة في الفترة التي تكثر انفعالاتها بدعمها انفعالياً ونفسياً وطبياً مما يساعد على اجتياز هذه الفترة التي تكثر فيها الكثير من المعتقدات الاجتماعية الخاطئة (نبيه صالح السامر ان.2006. ص53.55).

- **القلق والألم والحزن:** إننا نعرف إلا قليلاً عن سيكولوجية العمليات الانفعالية، إن المشكلة التي تواجهنا إنما تنشأ عن النتيجة التي توصلنا إليها، وهي أن القلق عبارة عن رد فعل خطر فقدان الموضوع. ونحن نعرف من قبل أحد ردود الفعل لفقدان الموضوع، إلا وهو الحزن والألم. فالطفل مثلاً الذي يجد نفسه مع شخص غريب بدلاً من أمه أنه سيظهر القلق الذي نسبناه إلى فقدان الموضوع. ولكن قلقه بلا شك أكثر تعقيداً من ذلك، وهو يستحق إن يناقش بكثير من الدقة. إنه ليوجد شك في أن يظهر قلقاً، ولكن تعبير وجهه وبكاءه يدلان على أنه يشعر بالألم أيضاً. ويبدو أنه توجد أشياء في نفس الطفل مختلطة ببعضها البعض، ولكن ستأخذ فيما بعد في الانفصال بعضها عن بعض. فالطفل مثلاً لا يستطيع أم يميز بين الغياب المؤقت والفقدان الدائم. فبمجرد إن يفقد الطفل أمه فإنه يتصرف كأنه لن يراها أبداً مرة أخرى، ومن الضروري تكرار خبرات المواساة التي تؤكد له عكس ذلك حتى يتعلم إن غياب أمه سيعقبه عادة ظهورها مرة أخرى. وتقوم أمه بتشجيع هذه المعرفة التي تكون في غاية الأهمية له ومعرفتنا عن الألم أيضاً قليلة جداً. إن الحقيقة الوحيدة التي نعرفها جيداً هي إن الألم يحدث بطريقة أولية ومنتظمة حينما يقع مؤثر على سطح الجسم وينفذ خلال الحاجز الواقعي من المؤثرات، ويعمل مثل مؤثر غريزي مستمر، ويضعف

أمامه النشاط العضلي الذي يكون في العادة ناجحاً لأنه يقوم بإبعاد المكان المتأثر عن المؤثر. وإذا لم يبد الألم من جزء من الجلد، وإنما بدا من عضو داخلي فإن الحالة تظل واحدة . وكل ما يحدث هو أن جزءاً من سطح الجسم الداخلي قد حل محل السطح الخارجي . ومن الواضح أن الطفل مرت به أحياناً خبرات بألم من هذا النوع، وهي خبرات مستقلة عن خبراته بالحاجة ومع ذلك، فإن هذا العامل المسبب للألم يبدو قليل الشبه بفقدان الموضوع . (سيجموند فرويدك، 1989، ص 150 ، 152).

- مفهوم قلق الموت: قال الله تعالى: " كل نفس ذائقة الموت " آل عمران 185.

قد يعد تعريف قلق الموت مشكلة لأنه يشير بشكل تقليدي إلى خوف محدد. ولكنه نوع من القلق العام غير الهائم أو الطليق، والذي يتركز حول موضوعات متصلة بالموت والاحتضار لدى الشخص أو ذويه ولكننا نرى أن القول بأن قلق الموت لا يشير إلى خوف محدد أمر يمكن نقده.

فالموت مفهوم مجرد حقاً، ولكنه حقيقة مادية وفعل واقعي، شأنه في ذلك شأن مفاهيم أخرى مجردة كالخوف من الوحدة، أو التقدّم في العمر، أو غيرهما مما يمكن أن يؤثر فينا ونخشاه، كما توجد فروق فردية في الاستجابة لمقاييسه. ويعد التعريف الذي قدمه "تمبلر" من أكثر التعريفات المقدسة لقلق الموت، إذ يعرفه بأنه " حالة انفعالية غير سارة يجعل بنا نأمل الفرد في وفاته هو" كما يعرفه "هولت" أنه استجابة انفعالية تتضمن مشاعر ذاتية من عدم السرور والانشغال المعتمد على تأمل أو توقع أي مظهر من المظاهر العديدة المرتبطة بالموت بينما يعرفه "ديكستين" بأنه التأمل الشعوري في حقيقة الموت والتقدير السلبي لهذه الحقيقة (محمد أحمد عبد الخالق 1987، ص 37، 38).

- قلق الموت لدى كبار السن:

قام "فيفل" بإجراء مقابلة شخصية لمجموعة من كبار السن الذكور المقيمين داخل إحدى المؤسسات، وتشير نتائج هذه المقابلات إلى وجود اتجاهين أساسيين نحوى الموت لدى كبار السن، الاتجاه الأول يدل على أن الموت نهاية كل شيء، والثاني يدل على أن الموت بداية وجود جديد وقد نظر عدد قليل منهم على الموت أنه راحة من الألم أو أنه "نوم في سلام". وعندما سئل عن السن التي يعتقدون أن الناس تخاف فيها من الموت أكثر، اختار 45% منهم سن السبعين وما بعدها واختار 15% الحلقة الثالثة من العمر بينما اختار 15% منهم الحلقة الخامسة ولم يرتبط هذا الاختبار بالاتجاه المعين الذي يعتنقه هؤلاء الكبار اتجاه الموت عادة.

كما كشفت دراسة أخرى عن ارتفاع قلق الموت لدى كبار السن. بمعنى أنه كلما زاد عمر الشخص زاد انشغاله بالموت. بينما اتضح من دراسة أخرى أن قلق الموت يزداد لدى كبار السن الذين يعتنقون اتجاهات غير منسقة تجاه الموت.

ويُعتبر " وقت الفراغ " متغيراً هاماً يرتبط بقلق الموت لدى كبار السن، فقد بيّنت إحدى الدراسات أن كبار السن ممن لديهم أنشطة قليلة لشغل فراغهم كانوا أكثر خوفاً من الموت. ووجد "كلود فر

"إن الخوف من الموت لدى الأشخاص الذين يقيمون في بيوت رعاية المسنين كان أقل. بينما أسفرت دراسة أخرى على أن كبار السن من ذوي الاهتمامات الخارجية (أي الموجهة إلى الخارج كالأنشطة الاجتماعية) يميلون إلى التهرب من قلق الموت كما يفعل أولئك الذين هم في صحة جيدة ، ومن ناحية أخرى فإن أولئك الذين هم في صحة سيئة ينظرون إلى قلق الموت بطريقة ايجابية أكثر. ويدحض ذلك دراسة بيّنت أن كبار السن الذين يتمتعون بصحة جيدة يخافون من الموت بدرجة أقل.(محمد أحمد عبد الخالق ، 1987 ص ص84،82).

خلاصة:

يعتبر القلق من الأسباب التي تخلق اضطرابات نفسية وإخلال في الوظائف العضوية لدى الأشخاص وبالأخص أولئك المسنين ذوي البنية الضعيفة، وهذا الاعتلال النفسي قادر على أن يمتلك الإنسان في أي فترة من حياته. ويكون القلق نتيجة الصراعات القائمة بين نزوات الفرد وكذلك لإشباع كثير من الحاجيات البيولوجية وحتى الاجتماعية وهذا كله بغية تحقيق التوازن الداخلي أي الراحة النفسية والتكيف الاجتماعي وأن عدم قدرة الفرد وخصوصاً المسنين على إنشاء ذلك التوازن النفسي سوف يُسبب لهم الكثير من الأمراض السيكوسوماتية مثل داء السكري .

الفصل الثالث: الاكتئاب

تمهيد

1. مفهوم الاكتئاب

2. أسباب الاكتئاب

3. أعراض الاكتئاب

4. أنواع الاكتئاب

5. النظريات المفسرة للاكتئاب

6. طرق علاج الاكتئاب

خلاصة

تمهيد:

يعد الاكتئاب من الأمراض التي شاع انتشاره منذ القدم، إلا أنه لم يكن بنفس الانتشار الذي هو عليه في وقتنا الحاضر، وعليه فقد تعددت الأبحاث والدراسات بشأن موضوع مرض الاكتئاب من أجل التعرف على مختلف العوامل المسببة في ظهوره حتى يسهل لنا تشخيصه من جهة و استبعاد الأضرار التي تلحق بالفرد من جهة أخرى.

و لهذا سوف نتناول في هذا الفصل: مفهوم الاكتئاب ،أسبابه،أعراضه،أنواعه ،كما سيتم تقديم شرح وجيز لأهم نظرياته، وأخيراً توضيح طرق علاجه.

1- مفهوم الاكتئاب:

يستخدم مصطلح الاكتئاب على نطاق واسع في اللغة الانجليزية واللغات الأجنبية، ففي علم الاقتصاد يدل هذا المصطلح على الكساد و الانكماش في المعاملات المالية و في علم الأرصاد الجوية يعبر عن حالة الطقس ويعني حدوث منخفض جوي ،وفي علم الوظائف هو تعبير عن تناقض في وظائف بعض الأجهزة الحيوية ،وفي علم النفس يدل على تقلبات المزاج استجابة لموقف يحدث في حياتنا(لطي الشريبي، 2001، ص18)

1-1- لغة: يشتق اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الفعل الثلاثي "كأب" ويشير هذا الفعل إلى اسم "الكآبة"

وتعني سوء الحال و الانكسار من الحزن (مدحت عبد الحميد ،عباس محمود ،2000،ص22).ويقال اكتأب فلان أي حزن، اغتم وانكسر، و الكآبة تغير النفس إما بالانكسار من شدة الهم والحزن، و الكآبة هي الحزن الشديد. (سرحان الخطيب ، 2001 ، ص11).

ويقال كئب بمعنى تغيرت نفسه أو انكسرت من شدة الحزن والهم.(عبد المنعم الحقي:1990،ص25)

والاكتئاب هو : "مرض نفسي يتميز بتغير عميق في الحالة المزاجية من الحزن والألم النفسي والتباطؤ النفسي والحركي" (Blanch et ALGRAND 1993 P176)

1-2- اصطلاحا:

ينطوي تحت مفهوم مصطلح الاكتئاب العديد من التعاريف نورد البعض منها في مايلي:

الاكتئاب هو حالة مزاجية تتسم بالإحساس بعدم القيمة و الشعور بالكآبة والحزن و التشاؤم و نقص النشاط وتتضمن الاضطرابات الاكتئابية طيفا من الاختلالات النفسية التي تختلف في التكرار والمودة و الشكل (حسين فايد،2004،ص165)

ويعرف أيضا على أنه:"حالة من الحزن الشديد المستمر،تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة و يعبر عن شئ مفقود،وان كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه"(الخالدي أديب،2001،ص118)

و الاكتئاب هو:مفهوم لحالة انفعالية يعاني فيها الفرد المريض من الحزن وتأخر الاستجابة و الميول التشاؤمية و أحيانا تصل الدرجة في حالات الاكتئاب إلى درجة الميول الانتحارية،كذلك تعلق درجة الشعور بالذنب إلى درجة أن الفرد لا يذكر إلا أخطأؤه وذنوبه وقد يصل إلى درجة البكاء الحار.(موسى عبد العزيز ،1993،ص19)

ويعرف أيضا على أنه:"شعور بالحزن والكدر واليأس وفقدان الاهتمام وعدم القدرة على الاستمتاع بأي شعور سار أو ممتع، فمريض الاكتئاب يفقد الرغبة في الشهية والإحساس لكل ما كان يشتهيهِ من قبل،بل لا يجد طعم أو لذة لأي شئ في الدنيا"(سرحان الخطيب ،2001،ص24)

وحسب الباحثة "مارسيلا -Marsella" الاكتئاب هو:مصطلح لوصف المزاج وجملة أعراض خاصة باضطرابات وجدانية. فالإكتئاب كمزاج ، يشير إلى حالة عابرة من الشعور بالحزن، والكآبة واليأس، وفقدان السعادة، وانقباض الصدر. أما الاكتئاب كعرض يشير إلى شكوى غالبا تصاحب مجموعة من المشكلات البيولوجية النفسية الاجتماعية. و الاكتئاب كجملة أعراض، يشير إلى طائفة أعراض من الاختلالات البيولوجية النفسية التي تختلف في التكرار، و الشدة، و الفترة الزمنية. (عبد المطلب أمين ،1998،ص398).

بينما"روكلين- Roেকেlein" يرى أن الاكتئاب " هو حالة مزاجية تتسم بإحساس بعدم القيمة، و الشعور بالكآبة، و الحزن، و التشاؤم، ونقص النشاط. و تتضمن الاضطرابات الاكتئابية طيفا من الاختلالات النفسية، التي تختلف في التكرار، و المدة،و الشدة". (مدحت عبد الحميد، 2001، ص24).

على الرغم من تنوع التعاريف القائمة حول مفهوم الاكتئاب إلا أنها تشترك في معنى واحد وهو: أن الاكتئاب هو انفعال وجداني يتصف بالمشاعر السلبية المبالغ فيها ،وعموما فمريض الاكتئاب يتسم بملامح مرضية ،يمكن تلخيصها فيما يلي:

-شعور بالحزن واليأس،ظهور علامات البلادة لديه.

-يبالغ في مثيرات الحزن ،يميل إلى الشعور بانخفاض الروح المعنوية .

-يشعر بعدم القيمة لديه،قلق،له مفهوم سالب عن ذاته...وغيرها من الملامح المرضية.

ومنه يمكن القول أن الاكتئاب عبارة عن احد الاضطرابات التي تصيب المزاج و تظهر في جملة أعراض كالشعور بالحزن، و الفراغ، و نقص الشهية، و صعوبة النوم، و الإجهاد، و فقد الطاقة، و الشعور بالذنب، و كل ما يخص المفهوم السلبي للذات مما يؤدي بأغلب الحالات إلى الانتحار. فعندما تكون هذه الأعراض خفيفة أو متوسطة يكون الاكتئاب عصابي أما إذا كانت شديدة يكون الاكتئاب ذهاني لكن شرط أن تكون هذه الأعراض مصاحبة بهلاوس و هذات ل فترة طيلة من الزمن.

2. أسباب الاكتئاب : يقتصر ظهور مرض الاكتئاب على عدة عوامل منها

1-2 الأسباب النفسية: ويمكن إيجازها فيما يلي:

- التوتر الانفعالي و الظروف المحزنة و الخبرات الأليمة و الكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن برئ أو هزيمة... الخ)، و الانهزام أمام هذه الشدائد.
- الحرمان، فقد الحب و المساندة العاطفية و فقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة حيوية و الفقر الشديد.
- الصراعات اللاشعورية.
- الإحباط و الفشل و خيبة الأمل و الكبت و القلق.
- ضعف الأنا الأعلى و اتهام الذات و الشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق، و العنوسة و سن اليأس و تدهور الكفاية الجنسية و التقاعد و الشيخوخة.
- الخبرات الصادمة و التغيير الخاطئ غير الواقعي للخبرات.
- التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة و التسلط و الإهمال... الخ).
- عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي أو المدرك و بين مفهوم الذات المثالي. (حامد زهران، 1997، ص،37).

2-2 الأسباب الوراثية:

ساد الضن مدة طويلة بأن الاكتئاب يميل إلى الانتقال ضمن العائلات فقد كتب الكاتب صمويل جنسون مايلي " ورثت السوداوية الخسيصة من والدي، الأمر الذي جعلني مخبولا طول حياتي" و قد كشفت معظم الدراسات عن أقرباء من أصيبوا بالاكتئاب أحادي القطب أكثر ميلا من باقي الناس إلى إظهار اكتئاب أحادي القطب، أما الاكتئاب الذي يحدث داخل العائلات، فاحتمال أكبر أن يكون ثنائي القطب، و توصل العلماء مؤخرا إلى نتائج تشير إلى أن الخطأ الوراثي يمكن أن يجعل الناس أكثر عرضة إلى الاكتئاب، وأن الخطأ يحدث في جين يسمى (ناقلة السيروتين)، الذي يلعب دورا مهما في نقل الإشارات بين الخلايا العصبية في الدماغ، كما تجدر الإشارة إلى أن الأسباب الوراثية يتم في مرحلة مبكرة. (ماكلرين، 2009، ص59)، وقد وجد أن حوالي 50 % من حالات الاضطراب الوجداني (ثنائي القطب) يكون فيها أحد الوالدين مصابا بالمرض نفسه، فإذا كان الأب أو الأم مصابا بهذا المرض فإن طفلها يكون عرضة للإصابة بنسبة 25-30 % أما إذا كان الوالدان مصابان بالمرض نفسه فإن نسبة إصابة طفلها ترتفع إلى 60 % . (الميلادي عبد المنعم، 2004، ص37).

2-3- عوامل كيميائية:

لقد تقدم العلم في مجال اكتشاف أسرار كيمياء المخ ، ومن خلال تتبع المواد الكيميائية الموجودة في الجهاز العصبي للإنسان ، و رصد التفاعلات الطبيعية التحدث في حالة الصحة و في حالة المرض حيث أمكن تحديد بعض المواد في الدم و في السائل النخاعي بالجهاز العصبي بحيث لوحظ أن هناك علاقة مباشرة بوجود أعراض الاكتئاب و مواد كيميائية مثل "نوربينيفرين " Neurepiniphrin ومادة " اليسروتين Serotonin " و هذه الأخيرة هي التي تقوم بوظيفة الموصلات العصبية داخل المخ ، و أمكن تحديد مستوى هذه المواد في الدورة الدموية، كما تشير الأبحاث، إلى إمكانية إجراء بعض التحاليل الكيميائية للإصابة بالاكتئاب(الشربيني لطفي، 2001،ص63)

2-4- العوامل الاجتماعية و البيئية :

يرتبط الإنسان بعلاقات اجتماعية مع أسرته ومن حوله و مع المجتمع الذي يعيش فيه، وهو يتفاعل معهم فيؤثر فيهم و يؤثرون فيه، و ترجع معظم الإضطرابات النفسية إلى اختلال التوازن بين الفرد و المجتمع ، و بين الفرد و الآخرين. من أهم لأسباب الضاغطة التي قد تسبب في إصابة بالاكتئاب :

- الحرمان وفقدان الحب و المساندة العاطفية كفقدان حبيب أو مفارقتة أو فقدان وظيفة أو ثروة أو مكانة اجتماعية.
 - امتصاص الطفل أسلوب الوالدين الخاطيء في مواجهة المشاكل .
 - التربية الخاطئة كالترقة في المعاملة و التسلط و الإهمال.
 - علاقة الطفل بأمه فإن كانت الانطباعات التي كونها عن هذه العلاقة حسنة فإن الحياة مبتهجة و إذ لم تكن كذلك فإن الحياة قاسية و مملوءة بالألم.
 - أسلوب التنشئة في المدرسة.
 - الوحدة و العنوسة و الطلاق و الفشل العاطفي.(أسيا بن علي،2000، ص 36)
- بناء على ما تقدم نستطيع القول أنه على الرغم من أن الاكتئاب مرض نفسي، إلا أن أسبابه لم تكن نفسية محضة ، وإنما تتعدى إلى أسباب قد تكون وراثية أو بيولوجية أو اجتماعية بيئية.

فحينما نكون أمام تشخيص حالة ما تعاني من الاكتئاب، فإنه لا ينطبق على هذه الحالة ما يصدق على الحالات الأخرى التي تعاني من نفس المرض وبعبارة أخرى لا بد وأن ننظر لكل حالة بنظرة خاصة بها، مادام الأفراد لا يتشابهون فيما بينهم في الكثير من الظروف حتى في الصحة النفسية وعليه فإنه لا يمكن حصر حالة اكتئاب في سبب واحد فقد تكون حالة اكتئاب مردها أسباب متداخلة مادامت الأسباب متعددة.

3. أعراض الاكتئاب :تتنوع أعراض الاكتئاب بين النفسية والجسمية والسلوكية والوجدانية والمعرفية يمكن عرضها فيما يلي:

3-1- الأعراض النفسية :

يميل الشخص الذي يعاني حالة اكتئاب نفسي إلى العزلة وقلة النشاط، وعدم الإقبال على الحياة بصفة عامة ويلاحظ على مرضى الاكتئاب أنهم يميلون إلى اليأس و الانفعال و الانطواء و الوحدة و الشرود الذهني كما يتميزون كذلك بالتشاؤم المفرط و خيبة الأمل و نظرة تشاؤمية سوداء، والاعتقاد بأنه لا أمل في الشفاء بالإضافة إلى عدم ضبط النفس و ضعف الثقة فيها و الشعور بالنقص و عدم الأهمية (clarisse.2009.p14)

3-2- الأعراض الجسمية :ويمكن حصرها فيما يلي:

- انقباض الصدر و الشعور بالضيق، فقدان الشهية و رفض الطعام و نقص الوزن و الإمساك
 - الصداع و التعب و الإرهاق و آلام الظهر و الجسم دون أن تكون أسباب عضوية واضحة تبرر ذلك
 - ضعف النشاط العام و التأخر النفسي الحركي و الضعف الحركي و البطء و تأخر زمن الرجوع
 - الرتابة الحركية و الأزمات الحركية
 - نقص الشهوة الجنسية و الضعف الجنسي عند الرجال و البرود الجنسي و اضطراب الدورة الشهرية عند النساء.(حامد عثمان .2010،ص29)
- ### 3-3- الأعراض السلوكية و تشمل :

- المظهر الخارجي الإرهاق الظاهر على الوجه و العينين.
- السلوك الخارجي الذي يشمل نقص قدرة الفرد على العمل و الذهاب إليه و العزوف عن متابعة الراديو و التلفاز.
- الكسل العام و الخمول الذهني ، و أحيانا العكس مثل التهيج و سرعة الاستثارة .
- الانعزال الاجتماعي، وإهمال النظافة، التفكير في الانتحار من حين لآخر.

3-4- الأعراض الانفعالية:

بالنسبة للجانب الانفعالي فيرى كل من (عبد الستار إبراهيم، 1999) و(سنا محمد سليمان، 2008) أنها كالتالي:

- الحزن والبكاء بحرقة .
- اليأس.

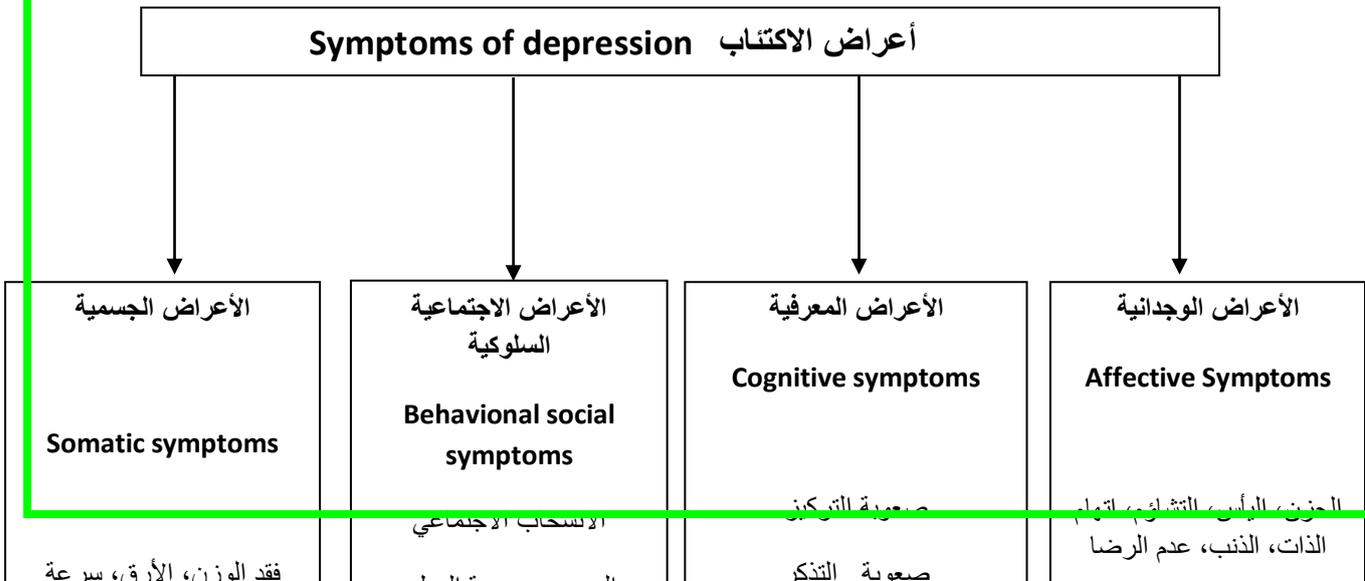
- الشعور بالحزن.
- فقدان الاستمتاع بالأنشطة السارة.
- الشعور بعدم الكفاءة و الرداءة.
- انخفاض الطاقة.
- فقد الاهتمام بالأنشطة السارة.
- انحراف المزاج و تقلبه و الانطفاء النرجسي على الذات.
- عدم ضبط النفس و ضعف الثقة بالنفس و الشعور بالنقص و القلق و التوتر.
- الشعور بخيبة الأمل.

في حين يسرد "بيك-Beck"، 1997، P 85 الأعراض الاكتئابية في 21 عرض هي :

- | | |
|---------------------------------------|------------------------------------|
| - التشاؤم pessimism | - الحزن sadness |
| - نقص الرضا lack of satisfaction | - الشعور بالفشل feeling of failure |
| - الإحساس بالعقاب sense of punishment | - الذنب guilt |
| - اتهام الذات self accusation | - كره الذات self dislike |
| - نوبات البكاء crying spells | - رغبات انتحارية suicidal wishes |
| - الانسحاب الاجتماعي social withdraw | - التهيج irritability |
| - تغير صورة الجسم body distrotion | - التردد indecisiveness |
| - الأرق insomania | - صعوبة العمل work inhibition |
| - فقد الشهية loss of appetite | - سرعة التعب fatigability |
| - الانشغال الجسمي somatic_n | - فقد الوزن loss of weight |
| | - فقد الليبدو loss of libido |
- 3-5- الأعراض المعرفية: و تتمثل في

- الإحساس العميق بتشاؤم حول المستقبل، فقدان الاهتمام، نقص الطاقة، فقدان الفعالية للعمل مع أي موقف. وتصبح المسؤوليات مهام جسيمة يتجنبها الفرد، إضافة إلى ذلك اتهام الذات بعدم الكفاءة و صعوبة التركيز في اتخاذ القرار.

أعراض الاكتئاب Symptoms of depression



الشكل (1): أهم أعراض الاكتئاب (القريطي عبد المطلب، 1998، ص 92)

و مما سبق يمكن القول أن للاكتئاب عدة أعراض جسمية، و انفعالية، و معرفية، و سلوكية ، و اجتماعية تختلف من فرد إلى آخر، وبذلك لا نستطيع أن نحكم على فرد بأنه يعيش حالة اكتئاب من خلال عرض واحد، وإنما بمجموعة من الأعراض، التي يطلق عليها بمفهوم الزملة الاكتئابية. أي قد تجتمع في الظهور أو قد تظهر بعضها دون الأخرى.

4. أنواع الاكتئاب :

توجد العديد من التصنيفات المختلفة للاكتئاب و يرجع هذا الاختلاف و التباين إلى تباين الخلفيات و التوجيهات النظرية للعلماء ، فهناك من ينظر إلى الاكتئاب في ضوء شدته على ثلاثة مستويات هي: الاكتئاب الخفيف، الاكتئاب الحاد، الاكتئاب الذهولي .

- 1- **الاكتئاب الخفيف**: هو شعور خفيف نسبيا من الحزن، والإجهاد وعدم الشعور باللذة حيث يكون المريض راضيا وسعيدا في بقائه وحيدا بعيدا عن الناس ويحب أن يجلس ساكنا.
- 2- **الاكتئاب الحاد**: هو شعور قوي بالكراهية والعدوان ضد نفسه، فالمريض يتهم نفسه بارتكاب أفجع الجرائم.
- 3- **الاكتئاب الذهولي**:_ فهو حاد الشدة حيث يعزف المريض عن الأكل والشرب، ويُهمل المريض عمليات الإخراج تماما، ليس لديه استعداد للكلام .
ويصنف بيك الاكتئاب على أساس المظاهر التالية:

- **المظاهر الانفعالية**: حيث يفقد المريض القدرة على الاستمتاع بمرح الحياة، ضعف الثقة بالنفس.
 - **المظاهر المعرفية**: وتتضمن سلبية مفهوم المريض لذاته، وتوجيه اللوم لنفسه و تضخيم المشكلات وانعدام القدرة على اتخاذ القرارات والحسم وضعف الإحساس بالقيمة الذاتية.
 - **المظاهر الدافعية**: وتتضمن ضعف القدرة على الانجاز، وانعدام الميل نحو المثابرة و الطموح لتحقيق أهداف الحياة و متطلباتها ،والشلل في الإرادة والرغبة في الهروب من ا لواقع وتحبيذ فكرة الموت وتزايد الميول الاتكالية.
 - **المظاهر الجسمية**: و تتضمن الشعور السريع بالتعب والإرهاق وفقدان الطاقة الجنسية و كثرة نوبات الأرق. (أديب الخالدي: 2001، ص345، 344).
- وهناك من يصنف الاكتئاب إلى نوعين:

- 1- **اكتئاب داخلي المنشأ Endogenous Depression**:يرجع هذا النوع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي، ويطلق عليه الاكتئاب الذهاني.
- 2- **اكتئاب خارجي المنشأ Exogenous Depression**:يرجع هذا النوع إلى فعل الظروف الخارجية كموت شخص عزيز، أو حدوث كارثة مالية و يطلق عليه بالاكتئاب التفاعلي،أي رد فعل طبيعي للظروف الخارجية المسببة له،فهو اكتئاب نفسي خارجي. (أديب الخالدي:2001،ص345،344).

كما يمكن تصنيفه إلى:

- 1- **اكتئاب عادي**:حيث يشير هذا النوع إلى تقلبات المزاج التي يعبر عنها كل فرد كمشاعر الحزن ،فهو يُرادف الاكتئاب الذي ينظر له حالة عارضة و أعراضه جميع أنواع الاكتئاب ماعدا المزاج الحزين ويطلق عليه عادة الاكتئاب الإستجابي لأنه ناتج عن كارثة معينة،كما أنه قصير المدى .
- 2- **اكتئاب إكلينيكي الفرعي**: هو أكثر حدة من الاكتئاب العادي ومن أعراضه حسب معايير كتيب التشخيص الإحصائي DSM3 ,1987 :
 - مزاجه حزين أغلب اليوم.
 - انخفاض ملحوظ في العادة و في الأنشطة تقريبا كل يوم.
 - زيادة أو نقص ملحوظ في الوزن دون عمل رجيم
 - أرق أو أرق مفرط
 - الهبوط أو التهيج النفس-حركي
 - الإرهاق أو التعب أو نقص الطاقة تقريبا كل يوم.
 - ضعف القدرة على التركيز
 - تجدد الأفكار عن الموت أو محاولة الانتحار.
 - مشاعر عدم القيمة و الشعور المفرط غير الملائم بالذنب. (حسين فايد،2004،ص67-69)

الاكتئاب الإكلينيكي: فهو على نقيض الإكلينيكي الفرعي ،حيث يشير الاكتئاب الإكلينيكي إلى اكتئاب شديد إلى حد يتطلب التدخل والعلاج وطبقا لمعايير DSM3 على الأقل تتوافر فيه خمسة أعراض من الأعراض السابقة الذكر لمدة أسبوعين على الأقل،وسمات الاكتئاب الإكلينيكي هي:

- 4- أن يكون أكثر حدة
- 5- أن يستمر لفترات طويلة
- 6- أن يعوق الفرد بدرجة جوهرية عن أداء نشاطاته وواجباته المعتادة (ابراهيم عبد الستار،1998،ص117).

وهناك أيضا اكتئاب أحادي القطبية و اكتئاب ثنائي القطبية

الاكتئاب أحادي القطب:يشير إلى وجود نوبة اكتئابية جسدية واحدة بشرط أن تستمر لمدة أسبوعين على الأقل و تتضمن خمسة أعراض على الأقل من الأعراض السابقة الذكر (حمودة عبد الرحمن، 1990، ص 317).

ومن أشكاله الديسيثيما التي تتمثل في عسر المزاج ،حيث يبدو المريض إنسان عادي يمارس كل نشاطات حياته المختلفة ولكنه يشعر بمرارة وغصة وعدم سعادة ويدفع نفسه دفعا لأداء واجباته ومسؤولياته(الميلادي عبد المنعم، 2004،ص76).

- **الاكتئاب ثنائي القطب** هو حالة من الاكتئاب عكس الاكتئاب الجسيم أو أحادي القطب يتسم بحدوث نوبة اكتئابية جسدية واحدة أو أكثر من مرة أو أكثر من هوس ،كما تصاحبه نوبات المرح الزائد مع وجود نفس أعراض الاكتئاب الجسيم ،ويتضمن هذا النوع من الاكتئاب السيكلوثيما وهي عكس الديسيثيما تماما إذ يتسم المريض بالوجدان المضطرب المترامن الذي يستمر على الأقل سنتان .(الميلادي عبد المنعم، 2004،ص78).

وهناك من يميز بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني حيث:

- **الاكتئاب العصابي (النفسي):** يمكن اعتباره معتدل الشدة ،مصحوبا بالقلق و يخلو من الأعراض الذهانية وملامحه الرئيسية تتجلى في :شعور الفرد بالحزن،الرغبة في البكاء،اضطراب النوم،انهيار الطاقة الجنسية،نقص واضح في الوزن والإمساك الانسحاب ،الشك،الشعور بالتشاؤم و ندرة التفاؤل وسرعة التعب ...الخ.

- **الاكتئاب الذهاني:** ويعتبر حاد الشدة مقارنة بالاكتئاب العصابي و يحتوي على أعراض ذهانية وبيولوجية وملامحه الرئيسية تتضمن :العزلة التامة،الشعور الدائم بالقلق دون أسباب واضحة،وتشاؤم مستمر،وانعدام النوم مع كثرة الكوابيس،فقدان الميول والرغبات والأصدقاء،أفكار انتحارية وغيرها. (أديب الخالدي، 2002،ص346)

5.النظريات المفسرة للاكتئاب:

تعددت النظريات المفسرة لمرض الاكتئاب بين الاتجاه الفرويدي، الاتجاه السلوكي و الاتجاه المعرفي و الاتجاه البيوكيميائي. وفيما يلي نحاول استعراض هذه النظريات على النحو التالي:

5-1- نظرية التحليل النفسي:

يرى " فرويد" بأن الاكتئاب هو نكوص أثناء المرحلة الفمية السادية في التطور الجنسي للشخصية و أن المكتئب يحمل شعورا متناقضا من ناحية الحب الأول (الأم) و نتيجة للإحباط و عدم الإشباع في مراحل نموه الأولى يتولد عنده الإحساس بالحب و الكراهية و النبذ ، و عندما يصاب المريض بفقدان عزيز أو خيبة أمل عند نموه، تتناقص عواطفه اتجاه الحب المفقود فتمتص طاقته و يدمجها نحو ذاته ، نحو الأنا و من هنا يبدأ المكتئب في الانطلاق و العدوان و اتهام الأنا و الإحساس بالعدوانية التي تطلق الميول الانتحارية ، و تؤكد النظرية التحليلية أن الإشباع الزائد و الضئيل خلال المرحلة الأولى عند الطفل ، يولد شخصية مهياة للمرض ، حيث أن الاكتئاب يكون نتيجة لفشل الفرد في تحقيق أو إشباع حاجاته و تكون مرتبطة بالاشعور نتيجة خبرات الطفولة المبكرة (رشاد عبد العزيز. 1998. ص:21)

5-2- النظرية السلوكية:

يرى الباحث " ليونسون" و زملاءه أن الاكتئاب و التعزيز ظاهرتان تتعلق كلاهما بأخرى ، ويرون السلوك و الشعور الوجداني للمكتئب ،دالة لانخفاض معدل الاستجابة المتوقعة على التعزيز ،حيث أن التعزيز يعرف هنا بوجود تفاعلات الفرد مع البيئة.

إن الافتراض الرئيسي للنظرية السلوكية عن الاكتئاب هو: أن انخفاض السلوك الناتج و ما يتعلق به من مشاعر القلق و عدم الارتياح ينتج عن انخفاض معدل التعزيز ، يعني أن حالة الاكتئاب عن انخفاض الثواب المرغوب فيه أو زيادة الأحداث الغير سارة ، كلها تؤدي إلى حالة الاكتئاب ، و الفكرة الرئيسية عن النظرة السلوكية عن الاكتئاب أنه يحدث نتيجة لتشكيلة من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئته و الجدير بالذكر هنا نذكر: إسهامات "بافلوف" في تفسير الاكتئاب ، حيث أثبت تجاربه و دراسته العلمية أن أعراض الاكتئاب المتمثلة في أتساع حدقة العين ، سرعة النبض ، ارتفاع في ضغط الدم ، فقدان الوزن ، توقف الحيض عند النساء أثناء نوبات المرض جميع هذه الأعراض ترجع لتأثير الجهاز السمبثاوي. (معمرية بشير، 2009، ص،75)

5-3- النظرية المعرفية :

تمثل و جهة نظر "بيك" من أهم النظريات المعرفية المفسرة للاكتئاب ،حيث يرى أن طريقة التفكير الخاطئ هي الأصل في نمو للاكتئاب ، إذ يبين من دراساته الأولى ارتباط الاكتئاب بخطأ في أدراك الأمور ، و في أسلوب التفكير فيها ، وأن المكتئبين يرون أن فشلهم يرجع إلى أخطاء فيهم و يضمن ذلك إلى درجة الاكتئاب. وقد طور بيك نظريته المعرفية اعتمادا على نتائج الأبحاث الميدانية مرجعا إياها إلى ثلاثة عناصر: شملت الطرق السلبية لإدراك الفرد لذاته ، و الميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية ، و النظرة السلبية للمستقبل مؤكدا ،ارتباط هذه العناصر بالبنية المعرفية للفرد ومشيرا إلى أن المجموعات المعرفية تفسر سبب ميل البعض إلى تكوين اتجاهات سالبة نحوى ذاته أو تكوين اتجاهات مؤلمة له بالرغم من إمكانية وجود بعض الجوانب الإيجابية في

حياته، و نعني بالمجموعات المعرفية هنا الطرق أو النماذج التي يستخدمها الأفراد لتفسير الأحداث و المثيرات ، هذه النماذج تحدد الطرق التي يبني بها الأفراد خبراتهم، و المشكلة لدى المكتئبين تكمن في ربطهم ما يتعرضون له من أحداث آنية بالخبرات المؤلمة السابقة مما يحرمهم من ضم الخبرات المعرفية الجديدة الى مجموعات أكثر مناسبة و أكثر إيجابية، وذلك كنتيجة لفقدهم السيطرة البنية المعرفية لديهم ، كما يعمدون إلى إختيار المجموعات الغير مناسبة لتفسير الأحداث الحالية.(حامد عثمان،2010، ص،68-69).

4-5- النظرية الوجودية:

يشير فرانكل - Frankl رائد مدرسة علم النفس، وصاحب تيار العلاج بالمعنى logotherapy إلى ظاهرة الفراغ الوجودي كعرض رئيسي في الاكتئاب، وهي ظاهرة واسعة الانتشار في القرن العشرين، و يمكن إرجاعها إلى فقدان ذي شقين مما كان محتوما على الإنسان أن يمر به منذ أصبح كائنا بشريا بحق، ففي بداية التاريخ الإنساني فقد الإنسان بعض الغرائز الحيوية الأساسية مما يكمن فيه سلوك الحيوان، ومما يستشعر الحيوان بواسطته الأمن و الطمأنينة، وهذا الأمان كالجنة ، و أغلق بابه في وجه الإنسان و صار على الإنسان أن يأتي بخيارات، إلا أنه بالإضافة إلى ذلك فإن الإنسان قد عانى من فقدان آخر في تطوره الحديث و يتمثل هذا فيما يجري الآن بسرعة كبيرة من تناقض في الاعتماد على التقاليد التي أدت إلى دعم سلوكه، فليس هناك من غريزة ترشده إلى ما يجب أن يفعله، و لا من تقليد يوجهه إلى الطريقة التي يتخذها في سلوكه وأفعاله، وسوف يجهل عما قريب ما يريد فيه أو يريد أن يفعله، ومن ثم يخضع أكثر و أكثر إلى تحكم ما يريده الآخرون منه أن يفعله، و بالتالي سوف يقع بشكل متزايد فريسة للمسايرة و الامتثال. (صلاح المكاوي، 1997، ص،88).

وهذا الفراغ الوجودي يؤدي إلى القلق الوجودي، الذي يؤدي تباعا إلى تزايد الاكتئاب و اللجوء إلى الإدمان و بالتالي المرض النفسي.

وإذا كان الوجود تواملا ديالكنتيا بين الذات و العالم، ببعد الزمان (الآن) و المكان (هنا)، بمفهوم وجودي، فإن اضطراب الوجود لدى المكتئب يؤدي بدوره إلى اضطراب الزمان و المكان، حيث تنسحب الذات من العالم بشقيه الزماني و المكاني، وذلك ما يبدو في وصف الاكتئاب لخبراته قائلا " فراغ في الزمان، فراغ في المكان".

نخلص من هذا أن الاكتئاب النفسي تعبيراً عن اضطراب شرعية الوجود، و هي التي تستلزم وجوداً أصيلاً في العالم، في حركة دياليكتية توامله على طريقة التقدم و الصيرورة، و التي تبعث على الأمن و الأمان وتقدير الذات و تحقيق المعنى. (عبد الله عسكر، 1988، ص،113).

وطبقاً للمنظور الوجودي فإن ثمة علاقة موجبة بين النرجسية و الاكتئاب، وهذا مردود إلى أن النرجسية كعشق للذات و التمركز عليها تبدي في تلك الحساسية المفرطة إزاء احباطات الحياة. و على القدرة على تحمل الألم. و الإثابة المفرطة، ومن ثمة فإن أي إحباط يتعرض له النرجسي سيسهره و كأنه فقدان لمعنى وجوده، أو كأنه جرح نرجسي يتخذ شكل الوجاعة، أي أن كل خيبة أمل تستشعر فقداناً و النرجسية على هذا تعتبر عامل تنبؤي بالاكتئاب، وما يصاحبه من مشاعر بؤس و

كمد و هم و حزن عميق و وهن للقوة و تضائل للاستجابة النفسية، و الحركية ، و تحريفا للواقع و إحساس مفرط بالدونية و محاولات دفاعية ضد هذا الاكتئاب بعوارض الهوس الاكتئابي. (محمد عيد، 1997، ص.28).

5-5- النظرية البيوكيميائية :

اكتشف عقار إبرونيازيد iproniazid المضاد للاكتئاب في الخمسينات و الذي كان يستخدم في علاج الدرن و قد لوحظ أن تأثيره في إزالة الكآبة ، يتناسب تناسباً طردياً مع حجم الجرعة المستخدمة مما أدى إلى الاعتقاد بوجود ارتباط بين التغيرات الكيميائية و الانفعالية

و يعتقد "زيور" بان هناك أدلة على هذا الارتباط، حيث أتضح أن إفراز الأمينات يزداد تحت الظروف النفسية و التي تتحكم في إفراز النورادرينالين و أدرينالين ، و مما يشير إلى وجود دليل بيولوجي للتغير الكيميائي في علاقته بأعراض الاكتئاب وأنه بالرغم من التباين بين الحضارات، و الأعمار و الجنس، إلا أن هناك انسجام في الأعراض وهناك دليل بيولوجي آخر يتمثل في قلة نسبة الذهان قبل البلوغ ، و يلاحظ أن الأعراض الاكتئابية تزيد أثناء و قبل فترة الطمث ، و قد يحصل اضطراب أو توقف للطمث في أثناء التغيرات الانفعالية، و تتزايد الأعراض الاكتئابية في سن اليأس، و تظهر أعراض الذهان الدوري بعد الولادة و أثناء التغيرات الهرمونية و الفسيولوجية ... و قد قام علماء العصر الحديث بضبط المکانيزمات البيوكيميائية و تنظيمها في الجسم عن طريق اكتشاف الأدوية النفسية (إبراهيم عبد الستار، 1998، ص، 92-93)

يمكن القول عن ما سبق أن رغم تعدد النظريات المفسرة لمرض الاكتئاب إلا أن كل نظرية تركز على جانب واحد فقط ولم تقدم لنا فهم كلي و عليه لا يمكن الاعتماد على نظرية واحدة لفهم مرض الاكتئاب لأنه لا يمكن فصل جوانب السلوك عن بعضها، و بذلك يتوجب علينا الوقوف على جميع النظريات حتى يسهل علينا تشخيص الحالة المرضية .

6. طرق علاج الاكتئاب:

للطبيب و الأخصائي النفسي دور كبير في علاج مريض الاكتئاب ، حيث يجتهد كل منهم ببناء خطة علاجية تتناسب مع حالة و ظروف كل مريض و من بين الأساليب العلاجية نجد:

6-1- العلاج بالتحليل النفسي:

إن علاج الاكتئاب من المنظور التحليل النفسي، يتم عن طريق البحث عن الأسباب المؤدية للإصابة بالاكتئاب، وإزالتها وذلك بمحاولة تخفيف حدة التثبيت على المرحلة الفمية، ومحاولة حل الصراع الأوديبي وتقوية دفاعات الأنا و تخفيف قسوة الأنا العليا الباعثة على الذنب، مع إعادة التنظيم الانفعالي وتوظيف الطاقة النفسية سعياً لعمل علاقات خارج نطاق نرجسية الذات وتعديل مسار الطاقة العدوانية، الموجهة إلى الداخل كي تعبر عن نفسها بطريقة سلوكية إلى الخارج.

فمرضى الاكتئاب لديهم رؤية سلبية لأنفسهم ولبيئتهم و للمستقبل، وهم يعتبرون أنفسهم بلا قيمة غير ملائمين وغير محبوبين وعاجزين. كما يعتبرون بيئتهم غير ودية، و بها عوائق لا يمكن التغلب عليها وتؤدي دائما إلى فشل أو خسارة يضاف إلى ذلك نظرتهم للمستقبل بلا أمل. وفقا للتطورات الحديثة في النموذج المعرفي تعد المخططات المبكرة عاملا مهيا مهما لدى الكثيرين من مرضى الاكتئاب. (عسكر عبد الله، 1998، ص 177).

6-2- العلاج السلوكي:

يرجع الفضل " لبيتر لوينسون " بأنه أول من طور الإتجاه السلوكي في علاج الاكتئاب، و ذلك في أواخر عام 1970 ،حيث يفسر "لوينسون" الاكتئاب من خلال تشبيهه بظاهرة التعلم المسماة بالانطفاء أو جهد معدل التدعيم، ويكمن الخلل الأساسي في فقد أو نقص استجابة التعزيز الشرطي الإيجابي. و التشابه هنا في كون العلاقة أو الموضوعات المهمة في الحياة ما هو الا فقدان لمصدر الإرضاء و التعزيز الذي ينظم الأنشطة السلوكية و الدافعية اليومية لدى الأفراد، فعندما يكون التعزيز مفقودا أو غير كافيا فإن نقصا في النشاط سيتبع ذلك و الذي سينجم عنه بعد ذلك أعراضا اكتئابية . و هناك اتجاه يهدف إلى تعديل السلوك الاكتئابي الذي يقوم على أساس أن يتعلم الفرد التخلص من أعراضه الاكتئابية من خلال ملاحظة سلوك الآخرين و تعريضه بصورة منتظمة للنماذج، و يطلب منه أداء نفس العمل الذي يقوم به النموذج (حامد عثمان . 2010، ص، 98)

6-3- العلاج الأسري:

الخلفية الأسرية للمريض لها دور هام في نجاح العلاج ، بحيث أن ظروف المريض و مشكلاته و مدى مساندته من المحيطين من أفراد أسرته و أقاربه و الرعاية التي يتلقاها لها دور أساسي من الخروج من أزمته النفسية ، وتلعب العلاقات الاجتماعية و المساندة الأسرية دورا فعال للاستجابة للعلاج و الخروج من أزمة الاكتئاب (لطفى الشربيني ، 2001، ص، 238).

6-4- العلاج الكميائي:

و يركز على مضادات الاكتئاب و التي تتمثل في الأدوية الرئيسية المستخدمة في علاج الاكتئاب وهي:

- عقاقير منبهة للجهاز العصبي: ومن أمثلتها مشتقات الأمفيتامين مثل (ديكسيدرلين، بريلودين ، و الرثالين ، ميكساتون) وتعمل هذه العقاقير على تنبيه المراكز العصبية لإزالة حالة التأخر و بعث الطاقة الحيوية.
- العقاقير الخفيفة المضادة لإكتئاب : مثل النياميد Niamid و الماربلان Marplan و النارديل Nardil وتعمل على تغيير كمية الهرمونات العصبية في مراكز الإنفعال .

- العقاقير الشديدة المضادة لإكتئاب: ومن أمثلتها عقار نوفريل Noveril و هو ذو فائدة في علاج الإكتئاب النفسي و الذهاني وكذلك عقار التوفرانيل Tofranil (Lévy.2002 P.115-116)

(

6-5- العلاج الكهربائي :

يستخدم هذا العلاج على نطاق واسع في الولايات المتحدة الأمريكية ، و تقوم نظرية العلاج الكهربائي على مرور تيار كهربائي محدود الشدة من خلال قضيبين يوضعان على جانبي الرأس فيحدث لذلك تشنج يتبعها تحسن لحالة النفسية للمريض ولا يستغرق التيار سوى ثواني معدودة ، و يفيد العلاج الكهربائي في تعديل الهيبتولاموس و هو المركز الأعلى الذي يتحكم في الجهاز العصبي اللاإرادي ، ويستخدم العلاج الكهربائي في حالات الاكتئاب الشديد التي لا يستجيب للعلاج الدوائي، ويعتبر هذا النوع من العلاج آمن لسيدات أثناء الحمل و كبار السن. (Bernard et .P. 200) (Brisset.19

من خلال ما تقدم نستطيع القول أنه على الرغم من التنوع في طرق العلاج بين العلاج النفسي و العلاج الأسري و السلوكي و الكهربائي و العلاج الأدوية إلا أنه لا يمكننا إغفال بعض الطرق التي لم تحظى اهتمام الباحثين كالطب البديل (الأعشاب)، ممارسة الرياضة كاليوجا لمدة نصف ساعة يوميا، و التي تساعد على الاسترخاء، الرقص حسب رغبة المريض، كتابة مذكرات يومية ، القيام ببعض العبادات كالصيام وصلاة الرواتب والنوافل ،قراءة القرآن، الرقية الشرعية وما إلى ذلك ما يساهم في تهذيب النفس، لكن لا ننسى دور يبقى مهم جدا في العملية العلاجية و هو دور المريض الذي يستلزم عليه أن يكون متعاوناً مع الطبيب المعالج وذلك لمراعاة بعض العوامل والظروف المتعلقة به.

خلاصة:

يعد الاكتئاب من أشد الاضطرابات النفسية التي يواجهها الفرد خلال مراحل مرضه ، نتيجة تعرضه لضغوط و احباطات مستمرة ، تكمن وراءها أسباب و عوامل متعددة منها: النفسية ، الاجتماعية الكيميائية ،ويأخذ الاكتئاب أنواع عدة من حيث الشدة (الحفيف،المتوسط،الشديد) : و على الرغم من انتشار هذا المرض بكثرة في العصر الحالي،أصبحت هناك حاجة ماسة للوقوف و التعرف على مختلف الأساليب العلاجية لهذا المرض وعليه فقد تعددت بتعدد الحالات المرضية نذكر منها:

العلاج بالتحليل النفسي، العلاج السلوكي، العلاج الأسري، العلاج الكيميائي وأخيرا العلاج الكهربائي.

الفصل الرابع: ضغط الدم

تمهيد

- 1- تعريف ضغط الدم.
- 2- تعريف ارتفاع ضغط الدم.
- 3- العلاقة بين الضغط النفسي وفرط ضغط الدم.
- 4- أعراض ارتفاع ضغط الدم.
- 5- أنواع ارتفاع ضغط الدم.
- 6- أسباب ارتفاع ضغط الدم.
- 7- انعكاسات مرض ارتفاع ضغط الدم على صحة الفرد.
- 8- قياس ضغط الدم.
- 9- علاج مرض ارتفاع ضغط الدم.

خلاصة

تمهيد

يعد مرض ضغط الدم من العوامل التي تتسبب في العديد من الأمراض الخطيرة لا سيما منها: أمراض القلب و الأوعية والفشل الكلوي وغيرها من الأمراض الأخرى،ولهذا ارتأينا الوقوف في هذا الفصل حول مفهوم مرض ضغط الدم،و أعراضه وأسبابه حسب أنواعه ثم التعرف على انعكاساته على صحة المريض وكيفية تشخيصه ثم طرق علاجه وذلك بشأن الوقاية منه و التحكم في علته.

1- تعريف ضغط الدم:

هو الضغط الذي يندفع به الدم في الشرايين. (حسان شمسي باشا، 1994، ص14) حيث تحتوي جدرانها على ألياف عضلية تتيح لها الاتساع أو الضيق حسب كمية الدم المدفوعة داخلها (إبراهيم حامد المغزى، 2004، ص21). وتعرف أعلى قيمة يبلغها الضغط أثناء كل ضربة من ضربات القلب بضغط الدم الانقباضي، ويحدث هذا الضغط نتيجة انقباض البطين الأيسر للقلب، ويتأثر هذا الضغط الانقباضي بالعوامل التالية : كمية الدم المندفعة من القلب، درجة لزوجة الدم، مدى ليونة جدران الشرايين. أما أدنى قيمة يصل إليها الضغط هي التي تحدث بين ضربات القلب، فتعرف بضغط الدم الانبساطي، وينتج عن ارتخاء البطين الأيسر للقلب ويتوقف هذا الضغط من حيث الشدة على طول مدة الانقباض والمقاومة الدموية الطرفية.

وهناك ضغط النبض، وهو الفرق بين قيمتي الضغط الانقباضي والضغط الانبساطي.(إبراهيم حامد المغزى، 2004، ص21، 23). ويعبر عن ضغط الدم عادة برقمين، فضغط الدم الطبيعي مثلا لا يتجاوز (90/140)، فالرقم الأعلى(140)يسمى بالضغط الانقباضي، ونعني بذلك ضغط الدم أثناء انقباض القلب ودفعه للدم في الشرايين.

أما الرقم الأدنى (90) فيدعى الضغط الانبساطي، ونعني به ضغط الدم في الشرايين أثناء انبساط القلب فيما بين الضربتين. إذا كان ضغط الدم مادون (140/90)ملم زئبقي قلنا انه ضغط طبيعي، وإما إذا زاد عن (160/90) ملم زئبقي فهو ضغط مرتفع.

ملاحظة: إذا كان الرقم الأعلى (الضغط الانقباضي) ما بين (140، 160) زئبقي، نقول انه ارتفاع ضغط انقباضي حدي. (حسان شمسي باشا، 1994، ص 15، 14). ويؤدي ضغط الدم في جهاز الدوران غرضين اثنين :

- **الأول:** دفع الدم في الأعلى، ضد الجاذبية الأرضية، في الشرايين السباتية المتجهة إلى الرأس والدماغ.

- **الثاني:** يدفع الدم عبر الشعيرات الدقيقة في الأنسجة، حيث تبلغ هذه الشعيرات من الضيق، بحيث لا يستطيع الدم الجريان خلالها من دون ضغط شرياني معقول، يكاد لا يذكر. (حسان شمسي باشا، 1994، ص 13، 14، 15).

2- تعريف ارتفاع ضغط الدم :

يحدث ارتفاع أو فرط ضغط الدم حين تتدفق كميات كبيرة من الدم عبر الشرايين، فتغط بشدة على جدرانها كما انه يحدث استجابة لمقاومة الشرايين الصغرى في الجسم لتدفق الدم. وقد يؤدي تكرار فرط ضغط الدم إلى تصلب في الجدران الرئيسية للشرايين، وحدث أضرار في أنسجتها وخلاياها. (شيلي تايلور، 2008، ص 740).

وضغط الدم المرتفع يتمثل يستمر في ارتفاع ضغط الدم داخل الشرايين أكثر من معدله الطبيعي عند الفرد في حالة الاسترخاء. (إبراهيم حامد المغزى، 2004، ص 23). وما نعينه بارتفاع الضغط أو الضغط العالي (أي ارتفاع لأي من الضغطين الانقباضي أو الانبساطي أو كليهما معا) فوق المعدل الطبيعي للضغط. وفي كثير من الأحيان يرتفع الضغط الأعلى والضغط الأدنى معا. غير أن هذه الظاهرة ليست قاعدة. فبعض الناس، وخصوصا المسنين، يرتفع عندهم الرقم الأعلى (الضغط الانقباضي)، في حين يظل الرقم الأدنى (الضغط الانبساطي)، طبيعيا تماما وبشكل عام، فان ارتفاع ضغط الدم الانبساطي هو أكثر خطورة من ارتفاع ضغط الدم الانقباضي. (حسان شمسي باشا، 2004، ص 14، 15).

3- العلاقة بين الضغط النفسي وفرط ضغط الدم:

إن العوامل الانفعالية هي جزءا من عوامل الخطورة للإصابة بفرط ضغط الدم قد وجد أن الانفعال السلبي يتنبأ بتطور فرط ضغط الدم، وأن النزعة إلى الغضب، ومشاعر عدم الثقة والشك والارتياب والسعي المتواصل في مواجهة احتمالات خسارة عالية، ترتبط أيضا بتطور فرط ضغط الدم. كما يمكن للبيئة الأسرية أن ترسخ مشاعر الغضب المزمن، والإصابة لاحقا بفرط ضغط الدم. مما يؤكد أهمية التدخل المبكر على مستوى العائلة.

منذ سنين والعلاقة ما بين الضغوط النفسية وارتفاع ضغط الدم تثير اهتمام العلماء ودراساتهم. إذ يرتبط ارتفاع ضغط الدم بالصراعات الاجتماعية المزمنة، وبضغوط العمل، خصوصا حين تجتمع متطلبات العمل القاسية مع ضعف الإحساس بالسيطرة.

كما اتضح أن الأماكن المزدحمة ذات الضغط والضوضاء العالية، تؤدي إلى ارتفاع في معدل ضغط الدم. فهناك بين ضغوط العمل والبطالة من جهة وارتفاع ضغط الدم من جهة أخرى. وفيما يخص النساء، فقد وجد أن ارتفاع ضغط الدم يرتبط بزيادة المسؤوليات العائلية، وان

الزيادة في المسؤوليات العائلية مع ضغوط العمل لها علاقة أيضا بارتفاع ضغط الدم. (شيلي تايلور، 2008، ص.ص 742، 751).

4- أعراض ارتفاع ضغط الدم:

يعاني مرضى ضغط الدم بأعراض بسيطة، بطيئة الظهور ومألوفة، لذلك يسمى بالقاتل الصامت، ومن هذه الأعراض نجد:

- الصداع: الذي يكون في صورة وجع بطني ليتنقل إلى ألم، ودق شديد في الرأس خاصة عند الاستيقاظ من النوم.

- الإحساس بالتعب عند القيام بأقل مجهود.

- وفقدان الاتزان

- الشعور بالدوار

- زغللة العين ووجود نزيف في شبكية العين

- الصعوبة أحيانا في التنفس وأحيانا نزيفا من الأنف أو من الفم.

- زيادة في كمية البول مع التبول الكثير ليلا.

وقد لا تكون هناك أعراض محددة لارتفاع ضغط الدم، وكثيرا ما يكتشف وللأسف بعد حدوث أحد المضاعفات الناجمة عنه. (إبراهيم حامد المغزي، 2004، ص 43، 44).

5- أنواع ارتفاع ضغط الدم:

أ- من حيث السبب

- **ضغط الدم الأولي:** يصنف المريض بأنه مريض بضغط الدم الأولي عندما لا يعرف سبب ارتفاع ضغط الدم.

- **ضغط الدم الثانوي:** يصنف صنف المريض بأنه مريض بضغط الدم الثانوي عندما يكون ارتفاع ضغط الدم بسبب حالة مرضية في جسمه مثل اختلال وظائف الكلى، ورم الغدة الكظرية، اختلال وظيفية الغدة الدرقية أو الحمل. (كلية الصيدلة، جامعة حائل، 2014).

ب - من حيث القياسات

أ- ارتفاع ضغط الدم الخبيث: إذا ترك ارتفاع ضغط الدم دون علاج، فقد يصل إلى مرحلة شديدة تسمى بارتفاع ضغط الدم الخبيث. ويطلق هذا الاسم على ضغط الدم حين يرتفع فوق 200/140 وحين يرافق ذلك وذمة في حليلة العصب البصري حيث يراها الطبيب بمنظار قعر العين.

ب- ضغط الدم المنخفض: بعض الناس يشكو بالمقابل، من ضغط دموي منخفض، فضغطهم عادة ما يكون ما دون 60/100 ملم زئبقي، ونادرا ما تسبب هذه الحالة مشاكل للإنسان، إلا أن البعض قد يشكو من التعب أو الإغماء. وقد يحدث الإغماء حين يهبط ضغط الدم فجأة من الحصول على كمية كافية من الدم. وما أن يضطجع الإنسان حتى تعود تروية الدماغ بالدم إلى طبيعتها، ويستعيد المرء وعيه. كما أن معظم الناس ذوي الضغط المنخفض لا يشكو أية أعراض، ويكتشف انخفاض ضغط الدم عندهم أثناء إجراء فحص روتيني (حسان شمسي باشا، 1994، ص، 17، 16).

لا يعتبر تدني ضغط الدم أو هبوط الضغط مشكلة طبية. على العكس فالهبوط دلالة على التمتع بالحظ للحياة أطول. إن الصدمة الناجمة عن نوبة قلبية، أو نزيف دم قوي تحدث هبوطا مفاجئا وأحيانا خطيرا في ضغط الدم. وفي هذه الحالة كما ذكرنا سابقا قد يحدث الإغماء لعجز القلب عن توصيل الدم بقدر كاف إلى الدماغ. وعند وضع المصاب بشكل أفقي يتحسن جريان الدم إلى الدماغ ليبدأ المصاب بالاستفاقة. وفي حالات قليلة نادرة، يكون ضغط الدم المنخفض مؤشرا على مرض يحتاج إلى العلاج. (روبرت بكمان 2001، ص13).

6- أسباب ارتفاع ضغط الدم:

لا يعرف بالضبط سبب لارتفاع ضغط الدم في معظم الحالات. إلا أن هناك مجموعة من العوامل التي قد تهيأ لحدوث هذا المرض أو تتوافق بارتفاع ضغط الدم من بينها نجد :

6-1- العوامل أو الأسباب النفسية: من المعروف أن الانفعالات النفسية ترفع ضغط الدم لفترة قصيرة. ولكن ضغط الدم يعود إلى طبيعته عند زوال الضغوط النفسية. فاستمرار الضغوط النفسية التي ليس منها مخرج يؤدي إلى ارتفاع مستمر في ضغط الدم. فالغضب هو أكثر خطر من القلق أو الهمود النفسي. فالغضب يرفع ضغط الدم نتيجة ارتفاع مستويات الأدرينالين في الدم. (حسان شمسي باشا، 1994، ص33، 34).

فقد أشار فولكوف في نظريته التي تركز على الاعتراف بما يسمى التفاعلات الدفاعية التي تظهر في منطقة معينة من الدماغ، إلى أن سببه هو التوتر العصبي، والتأزم النفسي خلال حياة الإنسان العادية. هذه التفاعلات تؤدي إلى زيادة تدفق الدم في القلب باتجاه الأوعية الدموية، كذلك إلى تأقلم هذه الأوعية مع الضغط الدموي الجديد والى ارتفاع في الضغط الشرياني. (معن ريشة، 1992، ص18).

من المؤكد أن الانفعالات تؤدي إلى إفراز كميات كبيرة من الأدرينالين الذي يؤدي إلى ارتفاع في ضغط الدم ولكن من المفترض أن يعود ضغط الدم إلى طبيعته بعد زوال المؤثر، إلا أن تكرار النوبة الانفعالية يؤدي إلى استمرار الضغط مرتفعا حتى بعد زوال الانفعالات، إذ أن ضغط الدم

يكتسب خاصية الأوتوماتكية أي استمرار الارتفاع في الضغط بعد زوال الأسباب التي كانت قد أدت إليه. هذا ويعتقد بعض الممارسين الإكلينيكين أن استمرار ارتفاع في مستوى ضغط الدم بفعل الحالة الانفعالية قد يؤدي إلى تغيرات كلوية وقلبية وعائية ثانوية، وهذه بدورها تؤدي إلى المزيد من حدة ارتفاع ضغط الدم وخطورته. (إبراهيم حامد المغزي، 2004، ص 41، 42)

2-6- الوراثة : تلعب الوراثة دورا هاما في حدوث هذا المرض فمعظم الدراسات تؤكد دور الوراثة المتعدد العوامل في إحداث مرض ارتفاع ضغط الدم. فأبناء المصابين بارتفاع ضغط الدم أكثر عرضة للإصابة بهذا المرض من أبناء أناس ذوي ضغط طبيعي أول شيء يتطرق الطبيب للسؤال عنه هو تاريخ العائلة، وما إذا كان أحد الأبوين أو الإخوة أو الأخوات مصابا بارتفاع الضغط. فإذا كان هناك سوابق مرضية في العائلة، وجب الفحص والمعالجة في وقت مبكر (حسان شمسي باشا، 1994، ص 26). بالإضافة إلى انه من الواضح أن هناك ميلا وراثيا للإصابة بارتفاع ضغط الدم، فالذي جاء من أسرة تنتشر بينها الإصابة بارتفاع ضغط الدم أكثر قابلية من غير ممن جاء من أسرة تتميز بضغط معتدل أو منخفض. والإحصائيات تقول : إذا كان أحد الوالدين مصابا بارتفاع ضغط الدم تكون فرصة الأبناء للإصابة بهذا المرض حوالي 55%. أما إذا كان كلا الأبوين مصابا بارتفاع ضغط الدم فتكون فرصة أكبر من ذلك.

ولكن يجب الأخذ بعين الاعتبار حقيقة هامة وهي أن مرض ارتفاع ضغط الدم لا ينتقل بالجينات الوراثية، أي اكتساب الأبناء له ليس أمرا حتميا، وإنما ما ينتقل هو الميل للإصابة. وهذا الميل يكون قويا في حالة وجود عوامل أخرى مساعدة على الإصابة، مثل السمنة وارتفاع مستوى الدهون. (أيمن الحسيني، 2003، ص 6، 7).

3-6- العوامل البيئية : تلعب هذه العوامل دورا في ارتفاع ضغط الدم، فزيادة تناول ملح الطعام يلعب دورا بارزا في حدوث هذا المرض وقد لا تكون زيادة ملح الطعام وحدها كافية لرفع ضغط الدم، فان وجود استعداد وراثي لهذا المرض مع الإفراط في تناول ملح الطعام يلعبان دورا بارزا في حدوث هذا المرض. (حسان شمسي باشا، 1994، ص 26).

لقد توصلت الإحصاءات في هذا المجال، إلى أن هناك شخصا واحدا من ثمانية أشخاص يتمتعون بحساسية معينة ضد ملح الطعام ويصاب بارتفاع الضغط الشرياني. أما السبعة الباقون فإذا ما أصيبوا بارتفاع الضغط المزمن، فذلك لكونهم تناولوا كمية من الملح اكبر من التي أشرنا إليها.

من هنا نستطيع القول أن الإفراط في تناول ملح الطعام، يؤدي إلى ارتفاع الضغط الشرياني، عند فئة من الناس يقال أنها حساسة اتجاه هذه المادة. (معن ريشة، 1992، ص 22، 23). كما أن البدانة عامل هام جدا في التأهب لإحداث ارتفاع ضغط الدم، أو في تفاقمه. فقد أظهرت الدراسات العلمية أن هناك علاقة وثيقة بين مرض شرايين القلب التاجية والبدانة من خلال حدوث أمراض أخرى، كارتفاع ضغط الدم، وارتفاع دهون الدم، وليس من المستغرب أبدا أن ترفع البدانة ضغط الدم، وتزيد من سكر الدم ومن مستوى الدهون في الدم. وقد أشارت دراسات سابقة أن كل 10% من وزن

الجسم زيادة عن الوزن المثالي تترافق بزيادة تبلغ 2 الى 6 ملم زئبقي في ضغط الدم، وزيادة تبلغ 12ملغ في كولسترول الدم، وزيادة بمقدار 2ملغ في سكر الدم.

إن ارتفاع ضغط الدم أكثر شيوعا عند البدنيين، فالأطفال أكثر عرضة لتأثير البدانة في رفع ضغط الدم. ولهذا تجنب البدانة عند الأطفال أمر مهم في الوقاية من حدوث ارتفاع الضغط في المستقبل. (حسان شمسي باشا، 1994، ص26، 27). كما أثبتت الدراسات العلمية الحديثة أن البدانة السيئة هي تلك التي تصيب النصف العلوي من الجسم بشكل خاص (أي البطن والصدر) سواء كان ذلك عند النساء أو عند الرجال، أما البدانة التي تصيب النساء في الوركين فليست من النوع الذي يترافق بمشاكل قلبية. (حسان شمسي باشا، 1994، ص 28).

7- انعكاسات مرض ارتفاع ضغط الدم على صحة الفرد :

- **على العين :** يؤثر ارتفاع ضغط الدم على البصر بشكل جدي إلا إذا كان عاليا جدا. ويمكن أن تكون الأوعية الدموية في الشبكية غير طبيعية حتى وجود ضغط دم غير معتدل، وفي هذه الحالة تكون مؤشر على ارتفاع دم سابق. (روبرت بكمان، 2001، ص 25). فضغط الدم يسبب بعض التغيرات في شبكية العين كالنزيف. وقد يشكو بعض المرضى من غشاوة في الرؤية. وبما أن شبكية العين هي النسيج الوحيد الذي يمكن فيه رؤية الشريينات مباشرة، فإن تكرار إجراء فحص قعر العين يعطي فرصة لمراقبة تطور تأثيرات ارتفاع ضغط الدم الوعائية. وليس من خلال قياس ضغط الدم. وذلك لان هذا الارتفاع الشديد يؤثر على الشرايين المغذية للعين وخاصة بالشبكية فيجعلها تتآكل وتذبل، وقد يؤدي ذلك لنزيف بالشبكية، وهذه التأثيرات يمكن أن تؤدي للتأثير على الرؤية بدرجة كبيرة، قد تصل إلى حد فقد الأبصار. (ايمن الحسيني، 2003، ص13).

- **على الكليتين:** قد يحدث في الكليتين بعض الاضطرابات التصليبية في الشريينات أو الشعيرات الدموية. وربما يظهر البروتين أو الدم لمجهري في البول. (حسان شمسي باشا، 1994، ص59). وظيفة الكلية استخلاص المواد الزائدة والفضلات من الدم الواردة إليها عبر الشرايين ثم طرحها خارج الجسم مع البول. .. وهي وظيفة شبيهة تماما بعمل المصفاة. يؤدي الانخفاض في كمية الدم الواردة إلى الكلية بسبب تقلص أو تصلب الشرايين نتيجة الإصابة بارتفاع ضغط الدم إلى انكماش للكلية وتقل كفاءتها في استخلاص المواد الزائدة والفضلات من الدم، وبالتالي سترفع بالدم نسبة السموم فيحدث ما يسمى بالفشل الكلوي وهذه المشكلة تحدث عادة بصورة مزمنة على مدى فترة طويلة من الزمن، ويمكن تجنبها إلى حد كبير بالوقاية من ارتفاع ضغط الدم لفترة طويلة. (ايمن الحسيني، 2003، ص 13).

- **على الدماغ :** قد يصاب البعض بارتفاع ضغط شديد في الدماغ نتيجة وجود حالة غير مستقرة من ارتفاع ضغط الدم. بسبب تشكل أمهات دم مجهرية في أوعية الدماغ. الذي ينجم عنه اعتلال الدماغ وهي حالة نادرة، وتحدث عادة بوجود ارتفاع شديد في ضغط الدم، وقد تحدث اختلاجات، وذمة في حليلة العصب البصري، واعتلال في شبكية العين (حسان شمسي باشا، 1994، ص 58، 59). كما يمكن لارتفاع ضغط الدم أن يحدث مضاعفات تصيب المخ بسبب تجلط الدم بشرايينه، ثم تصلبها

ونزيف داخل الجمجمة أو تحت الطبقة العنكبوتية، واضطرابات في المخ كالانقباض المفاجئ في الشرايين الصغيرة الذي يؤدي إلى استسقاء بالمخ وزيادة في الضغط الداخلي.

- **تأثيراته على القلب** : إن وجود حالة مستمرة من ارتفاع ضغط الدم يزيد من العبء الملقى على القلب. فيجد القلب نفسه مضطرا لضخ الدم أمام مقاومة اعلي من جانب الشرايين. ولهذا فقد تتصلب عضلة القلب وتتضخم. وإذ لم يعالج ارتفاع ضغط الدم، فقد يتوسع القلب، ويحدث بما يسمى (هبوط القلب) فشل القلب. وعندئذ يشكوا المريض من ضيق النفس عند القيام بجهد بدني. وقد تحدث أعراض الذبحة الصدرية عند البعض، بسبب تضيق الشرايين التاجية، وتضخم عضلة القلب ذاتها. ويحدث تضخم البطين الأيسر في 10- 20 % من المصابين بارتفاع ضغط الدم المزمن. ويعتمد ذلك على مستوى الضغط، ومدة الإصابة بارتفاع الضغط، وطريقة تشخيصه تكون عن طريق تصوير القلب بالأشعة الصوتية. وقد يؤدي تضخم القلب إلى فشله أو اضطراب في نظمه، أو نقص في ترويته. وكثيرا ما يحدث اختلال في وظيفة البطين الأيسر أثناء فترة الانبساط نتيجة تيبس البطين الأيسر، ومقاومته للامتلاء بالدم (حسان شمسي باشا، 1994، ص 57، 58).

8- قياس ضغط الدم:

كان أول من قاس ضغط الدم بطريقة علمية، هو رجل الدين ستيفن هالز وقد أجرى تجاربه سنة 1679، أي قبل أن يصف هارفي مبادئ الدورة الدموية بواحد وخمسين عاما. (حسان شمسي باشا، 1994، ص 138).

يقاس ضغط الدم بجهاز يسمى (sphygmomanometre) ويسجل قياس ضغط الدم على هيئة رقمين يسمى الأول بالضغط الانقباضي systolique (أعلى قيمة يقرأها الجهاز). الضغط الناتج عن انقباض عضلة القلب. أما الثاني فيسمى بالضغط الانبساطي diastolique (أقل قيمة يقرأها الجهاز) الضغط الناتج عن انبساط عضلة القلب (ربي عوني السعيد، 2008، ص 170).

ورغم أن الطريقة المثالية تتجلى في قياس ضغط الدم داخل الشرايين، يتضح جليا أنها ليست عملية إلى حد كبير لأنها تستلزم استعمال الإبرة. إلا انه يمكن الحصول على فكرة دقيقة عن الضغط الذي يضخ الدم بموجبه. يعمد الشخص الذي يجري الفحص إلى لف كفة مبطنة بالمطاط، تشكل جزءا من جهاز قياس الضغط المعروف بمقياس ضغط الدم الشرياني، حول عضدك، ثم ينفخها بواسطة مضخة يدوية صغيرة لوقف تدفق الدم مؤقتا إلى ذراعك. يضع بعدها الطبيب سماعة فوق الشريان، مباشرة تحت الكفة، للاستماع إلى الأصوات فيما الكفة تفرغ ببطء ويعود تدفق الدم إلى ذراعك. عند نفخ الكفة حتى يصل الضغط إلى قيمة معينة بين الضغطين الانقباضي والانبساطي، يتدفق الدم في الشريان لجزء فقط من كل نبضة، ويكون هذا التدفق المتقطع وراء الأصوات. والواقع أن الضغط الموجود في الكفة عند ظهور الأصوات للمرة الأولى يتطابق مع ضغط الدم الانقباضي. أما اختفاء الأصوات فيتطابق مع ضغط الدم الانبساطي وهو الضغط أثناء ارتخاء القلب.

في بعض الأحيان قد لا يكون ضغط الدم هو نفسه في كلا الذراعين، ولذلك يفضل استخدام الذراع الأقرب لتوفير الراحة. ومن المستحسن أحيانا التحقق من كلا الذراعين دفعة واحدة لضمان عدم وجود اختلاف نظامي جولي (صليبا، 2002، ص.ص، 12، 15).

كما يفضل بعض الباحثون قياس ضغط الدم بعد أن يستلقي المريض لمدة 5 دقائق على الأقل، لأنه يمكن أن يرتفع بمقدار يصل إلى 24 ملم زئبقي حين يقوم الطبيب بقياس ضغط الدم، ويعود ضغط الدم إلى مستواه الأصلي عادة بعد 10 دقائق من قياس الطبيب لضغط الدم. (حسان شمسي باشا، 1994، ص140، 141).

الجدول رقم (1): تصنيف ضغط الدم من حيث الشدة (حسب موسوعة ويكيبيديا):

التصنيف	الضغط الانقباضي	الضغط الانبساطي
الضغط الطبيعي	أقل من 120	أقل من 80
مستوى ما قبل المرضي	120 - 139	80 - 89
المرحلة الأولى من فرط ضغط دموي (متوسط الشدة)	140-159	90 - 99
المرحلة الثانية من فرط ضغط دموي (شديد)	أكثر من 160	أكثر من 100

9- علاج ارتفاع ضغط الدم:

9-1- العلاج الكيماوي : هو العلاج الأكثر شيوعا خصوصا العلاج بالعقاقير التي غدت اليوم متنوعة وعديدة ومختلفة المفعول. ومن بينها ما يعالج زيادة إدرار البول عن طريق عقاقير محفزة على هذه العملية، ونذكر منها فورسميد، انداباميد، ثيازيد. كما نجد عقاقير أخرى تسمى مضادات بيتا حيث تقوم بإعاقة عمل مستقبلات بيتا التي تحت القلب على زيادة نبضاته وتأمّر بانقباض الشريان ونذكر منها اتينولول وبروبرانولول. وتوجد عقاقير مضادات ألفا ووظيفتها إعاقة عمل مستقبلات ألفا على مستوى جدران الأوعية الدموية التي تأمر بقبض الأوعية، وبفعل مضادات ألفا تبقى الأوعية الدموية متمددة. بالإضافة إلى مضادات ACE = Angiotension Converting Enzyme) وهي عقاقير تعيق تحوّل الأنجيوتنسين 1 إلى أنجيوتنسين 2 الخاص بقبض الأوعية. كما توجد عقاقير أخرى كمضادات أو مغلقات مسارات الكالسيوم و أدوية أخرى لها مفعول على مستوى المخ الذي تشتبك فيه العقاقير مع مستقبلات الخلايا العصبية المسؤولة عن نشاط الجهاز العصبي السمبثاوي ممّا يؤدي إلى خفض ضغط الدم.(أيمن الحسيني، 2003، ص.ص، 66، 73).

9-2-العلاج المعرفي السلوكي : لقد أحرز العلاج النفسي المعرفي السلوك نجاحات كبيرة في مجالات علم النفس الصحي، في اللجوء إلى أساليب تعديل الجوانب المعرفية والسلوكية في علاج فرط ضغط الدم. ومع أن هذه المعالجات قد لا تحل محل المعالجة بالعقاقير كليا، إلا أن اللجوء إلى مستويات ادني من العلاج بالعقاقير إذا ما اقترن بأساليب العلاج المعرفي السلوكي سيبرهن من دون شك على نجاح كبير. ولدى تقييمهم لعدد من الأساليب السلوكية والمعرفية، ومدى نجاحها في

التخفيف من ضغط الدم المرتفع، وجد الباحثون أن هذه الأساليب المستخدمة، كالاسترخاء الذي يعتمد بالدرجة الأولى إلى التنفس العميق، التأمل، التدليك المريح، التخيل. وكذلك التغذية الراجعة هي من العوامل التي استطاعت التخفيف من ارتفاع ضغط الدم وذلك بأحداث حالة متدنية من الإثارة. ومع ذلك، ما يزال التقييم الكلي لهذه الطرق يشير إلى حدود متواضعة من النتائج الإيجابية، علما أنها لم تمارس من قبل المرضى بالمقدر المطلوب، هذا وقد ثبت أن إعطاء المريض تغذية راجعة حول مدى ضعف التزامه، يمكن أن يحسن من سيطرته على ضغط الدم.

كما استخدمت أساليب إدارة الضغوط النفسية في علاج فرط ضغط الدم. وشملت هذه الأساليب تدريب الأشخاص على التعرف على المثيرات الضاغطة في حياتهم، ووضع الخطط المناسبة للتعامل معها. كما تضمنت التدريب على أساليب تعزيز الذات، والحديث الذاتي وصياغة الأهداف، وإدارة الوقت.

كذلك استخدمت أساليب التغذية الراجعة للمساعدة على السيطرة على ضغط الدم، خصوصا ضغط الدم المرتبط بالضغوط. وبما أن للبدانة علاقتها الوثيقة بفرط ضغط الدم، فإن المعالجات التي تهدف إلى التقليل من الوزن يمكن أن تؤدي إلى التخفيف من ارتفاع ضغط الدم ولكن بما أن معالجة السمنة نفسها ليست بالأمر السهل، فإن الطريقة المثلى للتوصل إلى تخفيف الوزن ربما تكون بالجمع بين الحماية الغذائية والتمارين والأساليب السلوكية.

وبما أن صعوبات التعبير عن مشاعر الغضب تعد من العوامل التي تساهم في ارتفاع ضغط الدم، فإن تدريب الأفراد على كيفية إدارة غضبهم له دور مهم في نجاح العلاج. وفي الحقيقة، تشير بعض الدراسات إلى أن تدريب المريض بفرط ضغط الدم على كيفية إدارة مواقف المجابهة من خلال أساليب سلوكية، كلعب الأدوار، يمكن أن يحسن من مهارة الفرد في إدارة مثل هذه المواقف، ويخفض من استعداده للإصابة لاحقا بفرط ضغط الدم.

خلاصة

استعرضنا في هذا الفصل جوانب مرض ضغط الدم الذي يعتبر مشكلة صحية، يحدث نتيجة ازدياد القوة التي تدفع الدم على جدران الشرايين، كما تناولنا أنواع هذا المرض التي تصنف ضمن ضغط الدم الأولي المجهول السبب وضغط الدم الثانوي الذي سببه مرض يعانیه المريض، ثم تعرضنا إلى أعراضه المتمثلة في الصداع، الإحساس بالتعب، الشعور بالدوار وغيرها من الأعراض الأخرى ثم أسبابه المتعددة بين الأسباب البيئية والاجتماعية والنفسية والعضوية بعدها وقفنا على الانعكاسات النفسية والعضوية التي يخلقها هذا المرض على صحة الفرد وخلصنا إلى كيفية تشخيص هذا المرض وطرق العلاج المتنوعة بين العلاج بالأدوية والعلاج بالعقاقير العلاجات النفسية.

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية

- تمهيد

- 1- المجال المكاني للدراسة.
- 2- المجال الزمني للدراسة.
- 3- مجتمع البحث وطريقة اختيار العينة.
- 4- طريقة جمع البيانات.
- 5- المنهج.
- 6- أدوات جمع البيانات.
- 7- الأساليب الإحصائية المستخدمة.

تمهيد:

يتناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة ,وسوف يتم فيه استعراض المجال المكاني و الزمني للدراسة و المنهج المتبع ومجتمع البحث وطريقة اختيار العينة ثم عرض أدوات جمع البيانات و الأساليب الإحصائية المستخدمة.

1- المجال المكاني للدراسة: أجريت الدراسة بمدينة غليزان، وشملت الأحياء التالية: حي الانتصار، حي محمّد السنوسي، حي أبو عبد القادر أحمر، حي الشهداء، الحي الفوضوي المتواجد بمحاذاة حي بن داود.

2- المجال الزمني للدراسة: استغرقت مدة الدراسة الميدانية سنة ابتداءً من شهر مارس 2014 إلى فيفري 2015. تماشيا و الصعوبات التي واجهت الباحث على مراحل مختلفة من انجاز الدراسة الميدانية من جهة، كما كانت أيضا فرصة ليتعايش الباحث مع عينة الدراسة، خاصة وان الباحث تعامل مع عدة متغيرات نفسية وبيولوجية لنفس الفرد.

3- مجتمع البحث وطريقة اختيار العينة: تم اختيار العينة والتي بلغت 459 فرد بطريقة قصدية والتي تعني أن الاختيار تم بطريقة عمدية حيث يلجأ الباحث إلى خبرته ومعرفته بالمجتمع المستهدف. محمد ونواف خندقجي (2012).

ونظرا لطبيعة الدراسة حيث تتطلب أن تشمل العينة أفرادا متباينة في معيشتهم فقد تم اختيار خمسة أحياء منها اثنان راقية (حي محمد السنوسي، حي ابو عبد القادر احمر) وثلاثة أحياء شعبية (حي الانتصار، حي الشهداء، الحي الفوضوي بن داود).

4- طريقة جمع البيانات: من أجل جمع البيانات من الأحياء المستهدفة وتماشيا مع خصوصيات الأسر من تحفظ وحرمة المرأة داخل الأسرة، قام الباحث بتشكيل فريق مساعد من الطلبة (05 أفراد من بينهم طالبتين) قاطني هذه الأحياء، حيث درب الباحث أعضاء الفريق على طريقة القياس وكيفية التعامل مع مختلف الحالات.

الجدول رقم 2: خصائص عينة الدراسة.

النسب المئوية	التكرار	الخصائص الشخصية	
37.91%	174	ذكور	الجنس
62.09%	285	إناث	
49.46%	227	أعزب	الحالة العائلية
50.54%	232	متزوج	
59.26%	272	حي شعبي	نوع الحي
40.74%	187	حي راقى	
29.85%	137	8م ² < (ضيق)	الحيّز السكني م ² للفرد
35.51%	163	[8م ² - 15م ²] (متوسط)	
34.64%	159	15م ² > (واسع)	

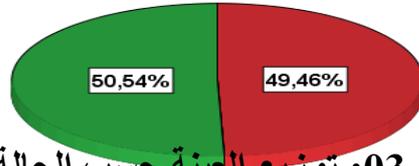
التعليق: يتضح لنا من خلال الجدول أنّ توزيع العيّنة من حيث الجنس حيث كان تثلثها يمثلون نسبة الإناث. أمّا بالنسبة للحالة الاجتماعية فكانت نسبة للمتزوجين ونسبة العزاب متقاربة، أما من حيث نوع المسكن نجد 59.26% من أفراد العينة يقيمون بأحياء شعبية و40.74% المتبقية من أفراد العينة من أحياء راقية. أما من حيث الحيّز السكني المخصص للفرد (ضيق - متوسط - واسع) كما هو معبر عنه في الجدول أعلاه فكان التوزيع شبه متقارب من المستويات الثلاثة.

ذكور
إناث



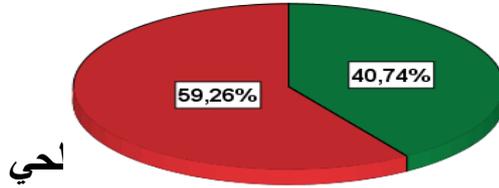
الشكل رقم 02: توزيع العينة حسب

أعزب
متزوج



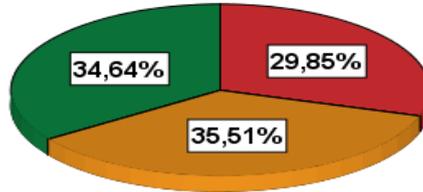
الشكل رقم 03: توزيع العينة حسب الحالة

حي راقبي
حي شعبي



حي

أقل من 8م2
بين (8 و 15) م2
أكبر من 15م2



مساحة السكن

اعتمد الباحث على المنهج الوصفي التحليلي كونه يتناسب وخصائص و طبيعة موضوع بحثنا. فالمنهج الوصفي لا يقف على الوصف الدقيق للظاهرة موضوع الدراسة فحسب، قمنا بجمع البيانات ووصف الظروف و الممارسات المختلفة المحيطة، ثم القيام بتحليلها و استخراج الاستنتاجات الممكنة و مقارنتها بالمعطيات و بالتالي التوصل إلى نتائج معتمدة على التقييم الكمي يمكن تعميمها (محمد عبيدات وآخرون 1999، ص56).

6- أدوات جمع البيانات:

نظرا لتعدد أدوات جمع البيانات في البحث العلمي بين مقابلة وملاحظة و استبيان و اختبارات بشتى أنواعها تم اختيار الأداة الأنسب لمتغيرات بحثنا، وبما أن الدراسة تهدف الى الكشف عن مستوى كل من الاكتئاب و القلق وضغط الدم فقد تم الاعتماد على:

أ- **مقياس تايلور للقلق الصريح:** وهو من اقتباس وإعداد مصطفى فهمي (أستاذ ورئيس الصحة النفسية بجامعة عين شمس) ومحمد أحمد غالي (أستاذ علم النفس بجامعة الأزهر). ويحتوي على خمسين (50) عبارة ببدائل إجابة (نعم) - (لا).

طريقة تفريغ نتائج المقياس: درجة القلق تساوي عدد مرات (نعم) ويتم تفسيرها كما يلي (انظر الملحق رقم 01)

الجدول رقم 3: مفتاح التصحيح لمقياس القلق.

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
أ	0 – 16	خال من القلق
ب	17 – 20	قلق بسيط
ج	21 – 26	قلق متوسط
د	27 – 29	قلق شديد
هـ	30 – 50	قلق شديد جدًا

ب- **مقياس بيك للاكتئاب:** حيث قام بوضع هذا المقياس العالم والطبيب النفسي الأمريكي المعروف **أرون بيك (Aaron Beck)** وهو أستاذ بجامعة بنسلفانيا وهو من المساهمين في تطوير حركة العلاج السلوكي المعرفي للاكتئاب وغيره من الأمراض النفسية وقام بترجمة هذا المقياس، إلى اللغة العربية الدكتور عبد الستار إبراهيم كلية الطب بجامعة الملك فيصل، ويتكون هذا المقياس من 21 مجموعة من الأسئلة، وكل مجموعة تصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه وتصف حالته ومشاعره بوضع دائرة حول رقم العبارة: ويتكون من 21 بعدا وهي كالآتي:

الإحساس بالذنب أو الندم، توقع العقاب، كراهية النفس، إدانة الذات، وجود أفكار انتحارية، البكاء، الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي، الانسحاب الاجتماعي، التردد وعدم الحسم، تغيير صورة الجسم، هبوط مستوى الكفاءة والعمل، اضطرابات النوم، التعب والقلبية للإرهاق، فقدان الشهية، تناقص

الوزن، الانشغال على الصحة، الحزن، التشاؤم من المستقبل، الإحساس بالفشل، السخط وعدم الرضا، الإحساس بالندم.

طريقة تفرغ نتائج المقياس: كل بعد يحتوي على مجموعة عبارات مرتبة ويقابلها أرقام بدءاً من الصفر ويقوم المفحوص بوضع دائرة أمام العبارة التي تناسب حالته، وعند التفرغ نقوم بجمع الأرقام المقابلة للعبارات المختارة (انظر الملحق رقم 02)

الجدول رقم 4: مفتاح التصحيح لمقياس الاكتئاب.

الدرجة	مستوى الاكتئاب
9-0	لا يوجد اكتئاب
15-10	اكتئاب بسيط
23-16	اكتئاب متوسط
36-24	اكتئاب شديد
37 فأكثر	اكتئاب شديد جداً

ملاحظة: بالنسبة لمتغير مساحة المسكن فقد تم إدماجه مع البيانات الشخصية ليملى من طرف أفراد العينة (انظر الملحق 02)

ج- جهاز قياس ضغط الدم: تم الاعتماد على جهاز الكتروني الموضح في الصورة أسفله، وذلك نظراً لسهولة استعماله بالإضافة



الجدول رقم 5 : دليل ا

التصنيف	الشكل رقم 06: جهاز omron لقياس ضغط الدم	الضغط الانقباضي	الضغط الانبساطي
الضغط الطبيعي		أقل من 120	أقل من 80
مستوى ما قبل المرضي		120 - 139	80 - 89
المرحلة الأولى من فرط ضغط دموي (متوسط)		140-159	90 - 99
المرحلة الثانية من فرط ضغط دموي (شديد)		أكثر من 160	أكثر من 100

7- الأساليب الإحصائية المستخدمة: بعد جمع المعلومات ثم تفرغ بيانات المقياسين إلى درجات خام قمنا بإدخالها إلى الحاسوب باستخدام برنامج spss 20 وتم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية:

أ – الإحصاء الوصفي : تم الاعتماد على مقاييس النزعة المركزية ومقاييس التشتت بالإضافة إلى الرسوم البيانية.

ب – الإحصاء الاستدلالي: معامل الارتباط بيرسون، معامل الانحدار ، تحليل التباين، اختبار "ت".

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة النتائج

تمهيد

1. عرض لبعض المؤشرات الوصفية لمتغيرات الدراسة
 2. عرض نتائج اختبار الفروق للمتغيرات (التابعة) تبعاً للجنس
 3. عرض نتائج اختبار الفروق للمتغيرات (التابعة) تبعاً للحالة العائلية
 4. عرض وتحليل ومناقشة نتائج اختبار الفرضيات
- التفسير الفسيولوجي للنتائج

تمهيد:

بعد الحصول على نتائج الدراسة الميدانية، قام الباحث بتفريغها ومعالجتها بمختلف الأساليب الإحصائية المناسبة لفرضيات البحث، وسيستعرضها الباحث في الجداول التالية، وفيما بعد سيتم مناقشة النتائج في ضوء فرضيات البحث

1. عرض لبعض المؤشرات الوصفية لمتغيرات الدراسة

حيث أنّ مفاتيح التصحيح للمقاييس لا تعتمد على الكسور العشرية لذلك قربنا نتائجنا إلى أقرب رقم صحيح.

الجدول رقم 6: قيم المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمتغيرات الدراسة (حجم العينة ن = 459)

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المتغيرات
11.07م ²	16م ²	الحيز السكني للفرد (م ²)
10.21	18	الاكتئاب
05.29	19	القلق
16.86	140	ضغط الدم

يلاحظ من خلال الجدول 6 أن المتوسط الحسابي للحيز السكني قد بلغ 16 م² بانحراف معياري قدره 11.07 م² وهذه القيمة المرتفعة ترجع لتباين مساحات السكن بين موضع الدراسة. في حين أظهرت المتوسطات الحسابية أنّ قيم القلق (19) والتي تدل على قلق بسيط أمّا الاكتئاب (18) تدلّ

على مستوى متوسط، كما تبين أنّ ضغط الدم (140) والذي ينتمي إلى مجال المرحلة الأولى من فرط الضغط الدموي.

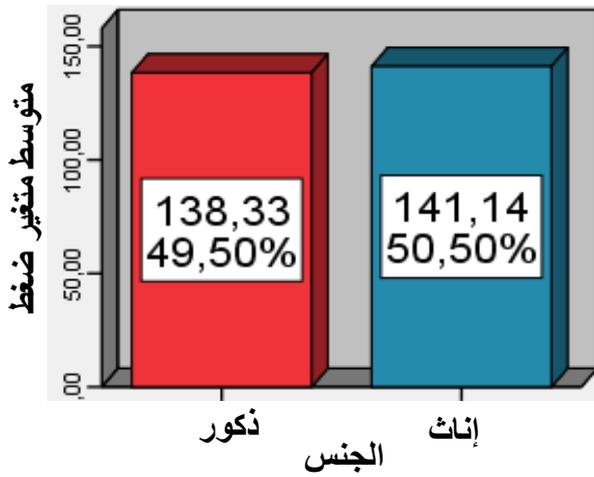
أما الانحرافات المعيارية فهي كبيرة بحيث يمكن أن ينتقل القلق أو الاكتئاب من متوسط إلى شديد أو عدم وجود، وكذلك يمكن أن نجد أفراد كثيرة في فرط ضغط الدم من المرحلة الثانية أو من المستوى الطبيعي.

الجدول رقم 7: قيم بعض المؤشرات الإحصائية (المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، الخطأ المعياري) للمتغيرات النفسية والبيولوجية والحيز السكني حسب الجنس، الحالة العائلية، نوع الحي وفئات الحيز السكني.

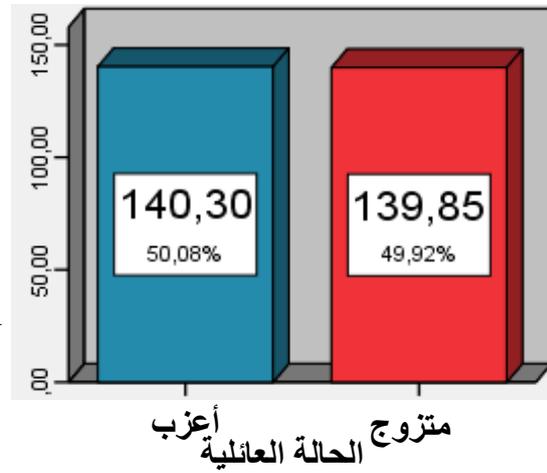
خصائص العينة	المتغيرات			ضغط الدم			القلق			الاكتئاب			الحيز السكني			
	المؤشرات الإحصائية	م.ح	إ.م	خ.م	م.ح	إ.م	خ.م	م.ح	إ.م	خ.م	م.ح	إ.م	خ.م	م.ح	إ.م	خ.م
الجنس	إناث	141.13	17.10	01.01	19.57	05.41	00.32	18.70	10.22	00.60	15.03	10.79	00.63			
	ذكور	138.32	16.35	01.23	18.74	05.06	00.38	18.10	10.22	00.77	16.40	11.51	00.87			
الحالة العائلية	أعزب	140.29	16.58	01.10	19.29	05.30	00.35	18.53	10.39	00.68	15.79	11.54	00.76			
	متزوج	139.85	17.16	01.12	19.22	05.30	00.34	18.42	10.06	00.66	15.31	10.62	00.69			
نوع الحي	راقي	125.94	06.49	00.47	15.34	01.27	00.09	10.20	03.72	00.27	27.21	08.21	00.60			
	شعبي	149.78	14.80	00.89	21.95	05.33	00.32	24.16	09.34	00.56	07.53	01.69	00.10			
فئات الحيز السكني	8م ² <	163.35	06.75	00.57	26.83	02.39	00.20	32.00	05.73	00.49	06.34	00.74	00.06			
	[8م ² - 15م ²]	135.90	04.22	00.33	16.88	01.58	00.12	15.44	04.30	00.33	09.36	02.06	00.16			
	15م ² >	124.28	05.31	00.42	15.16	01.17	00.09	09.93	03.72	00.29	29.82	05.73	00.45			

شرح الرموز في الجدول: * م.ح: المتوسط الحسابي - * إ.م: الانحراف المعياري - * خ.م: الخطأ المعياري
يلاحظ من خلال الجدول رقم 7 أن المتوسطات الحسابية للمتغيرات النفسية والبيولوجية متقاربة حسب الجنس والحالة العائلية، أما بالنسبة لنوع الحي فجاءت مرتفعة لدى قاطني المساكن

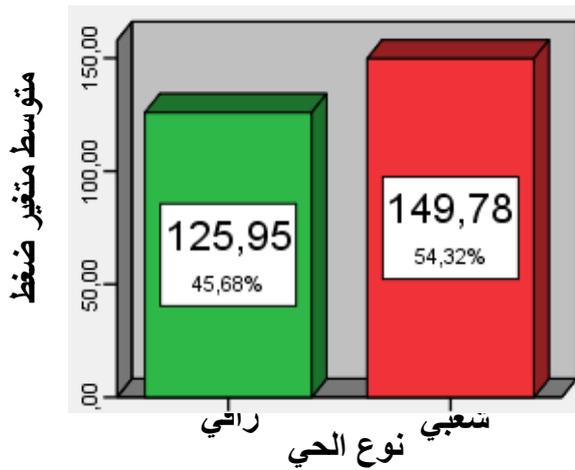
الشعبية. في حين نلاحظ أن المتوسط الحسابي لكل المتغيرات في تزايد من الاتجاه الباتولوجي كلما انتقلنا من مستوى حيّز سكني أكبر إلى مستوى آخر أقل. التباين في الحيّز السكني كان كبيراً وهذا يعطي مصداقية أكبر في دراسة هذا المتغير كمؤشر على الخصائص السيكومترية والبيولوجية للأفراد. وزيادة في التوضيح استعرض الباحث مجموعة من الرسومات البيانية المتمثلة في الأعمدة، والتي توضح المتوسطات الحسابية والنسب المئوية لمتغيرات الدراسة (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب) تبعاً لمواصفات الدراسة (الجنس، الحالة العائلية، نوع الحي، فئات الحيّز السكني).



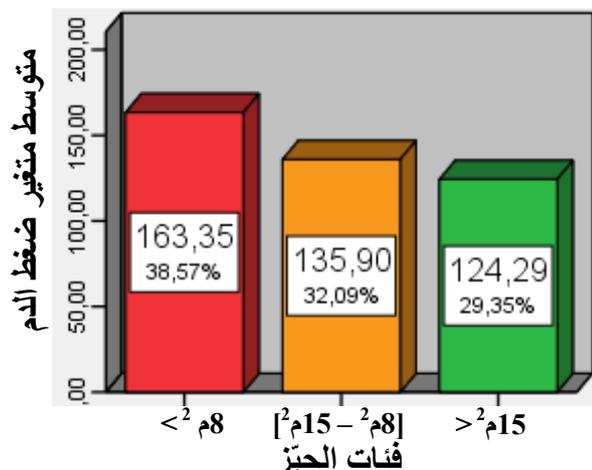
الشكل (08): ضغط الدم حسب



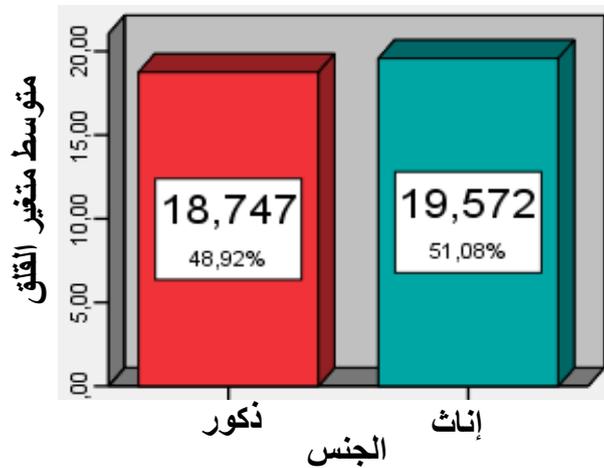
الشكل (07): ضغط الدم حسب الحالة



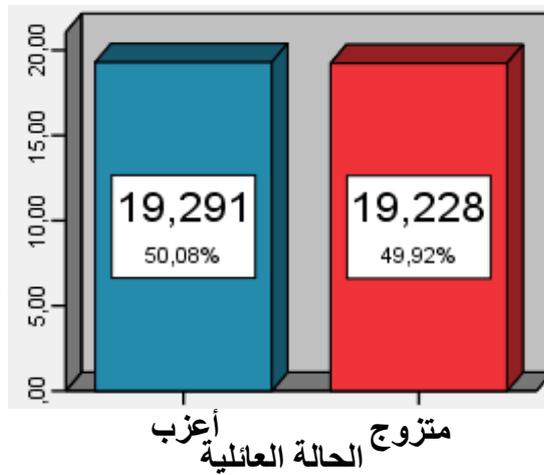
الشكل (10): ضغط الدم حسب نوع



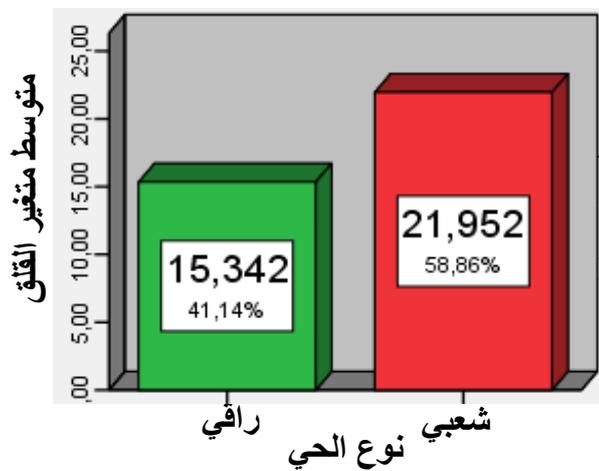
الشكل (09): ضغط الدم حسب فئات الحيّز السكني



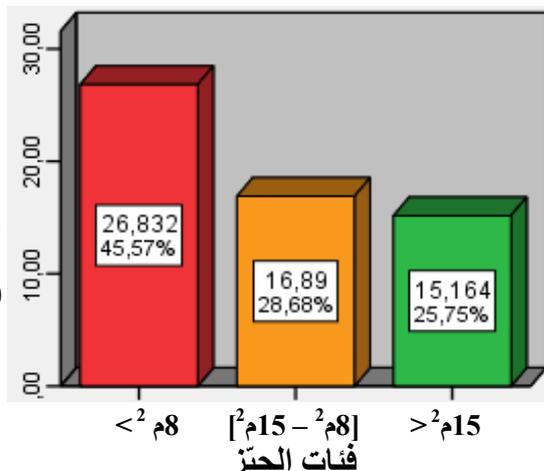
الشكل (12): القلق حسب الجنس



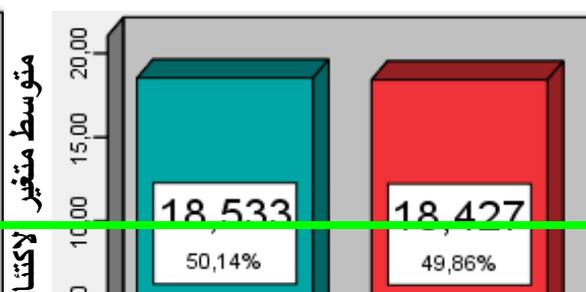
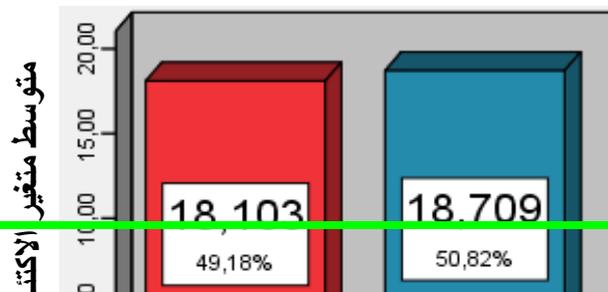
الشكل (11): القلق حسب الحالة



الشكل (14): القلق حسب نوع



الشكل (13): القلق حسب فئات الحي



2. عرض نتائج اختبار الفروق للمتغيرات (التابعة) تبعاً للجنس
الجدول رقم 08: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب)
حسب الجنس.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المتغيرات	
16.35	138.32	174	ذكور	ضغط الدم
17.10	141.13	285	إناث	

05.06	18.74	174	ذكور	القلق
05.41	19.57	285	إناث	
10.22	18.10	174	ذكور	الاكتئاب
10.22	18.70	285	إناث	

نلاحظ في الجدول 08 أن الفارق بين المتوسطين للجنسين في كل المتغيرات ضئيل جدًا. الجدول رقم 09: نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق بين الجنسين في المتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب).

المتغيرات	العينة	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية	النتيجة
ضغط الدم	459	-1.754	0.080	غير دالة
القلق	459	-1.648	0.100	غير دالة
الاكتئاب	459	-0.615	0.539	غير دالة

نلاحظ في الجدول 09 أن كل قيم الدلالة الإحصائية جاءت أكبر من 0.05 وبالتالي نقول أنه لا يوجد فروق بين الجنسين في المتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب).

3. عرض نتائج اختبار الفروق للمتغيرات (التابعة) تبعاً للحالة العائلية
الجدول رقم 10: المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للمتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب) حسب الحالة العائلية.

المتغيرات	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
ضغط الدم	أعزب	140.29	16.58
	متزوج	139.85	17.16
القلق	أعزب	19.29	05.30
	متزوج	19.22	05.30

10.39	18.53	227	أعزب	الاكتئاب
10.06	18.42	232	متزوج	

نلاحظ في الجدول 10 أن الفارق بين متوسطي المتزوجين وغير المتزوجين بالنسبة لكل المتغيرات ضئيل جداً.
الجدول رقم 11: نتائج اختبار "ت" لدراسة الفروق في المتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب) تبعاً للحالة العائلية.

المتغيرات	العينة	قيمة " ت "	الدلالة الإحصائية	النتيجة
ضغط الدم	459	0.280	0.779	غير دالة
القلق	459	0.126	0.900	غير دالة
الاكتئاب	459	0.111	0.911	غير دالة

نلاحظ في الجدول 11 أنه لا يوجد فروق بين متوسطي مجموعتي المتزوجين وغير المتزوجين بالنسبة لكل المتغيرات (ضغط الدم، القلق، الاكتئاب).

4. عرض وتحليل ومناقشة نتائج اختبار الفرضيات

سنعرض النتائج التي الخاصة باختبار الفرضيات الأولى والثانية والثالثة وذلك بحساب الارتباط بين الحيّز السكني والمتغير التابع، ثم تحليل التباين للانحدار واستخدام نتائجه لوضع نموذج رياضي للتنبؤ بمستوى المتغير بدلالة الحيّز السكني. ونستنتج قبول أو رفض الفرضية ونهي العرض بمنحنى بياني لمعادلة الانحدار للمتغير بدلالة الحيّز السكني.

1.4. عرض نتائج اختبار الفرضية الأولى

الفرضية الأولى: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الحيّز السكني للفرد وضغط الدم

الجدول رقم 12: العلاقة الارتباطية بين الحيّز السكني و ضغط الدم

المتغيرات	حجم العينة (ن)	قيمة (ر)	الدلالة الإحصائية	مستوى الدلالة
الحيّز السكني	459	- 0.718	0.000	0.01
ضغط الدم				

نلاحظ في الجدول 12 أن قيمة (ر) بلغت 0.718 - وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 حيث أن الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى الدلالة 0.01.

الجدول رقم 13: قيم عناصر معادلة التنبؤ في تحليل الانحدار لنموذج البحث

النموذج	قيمة ر	قيمة R ² معامل التحديد	قيمة R ² معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتنبؤ
S	0.852	0.725	0.724	0.062

- المتغير المستقل: الحيز السكني
 - المتغير التابع: ضغط الدم
- الجدول رقم 14: نتائج تحليل التباين للانحدار (ضغط الدم، الحيز السكني).**

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدلالة الإحصائية
الانحدار	4.574	1	4.574	1205.154	0.000
البواقي	1.735	457	0.004		
المجموع	6.309	458			

نلاحظ من خلال الجدول 13 و 14 أن قيمة ف 1202.154 ودالاتها الإحصائية (0.05 > 0.000)، مما يعني أنه يمكن التنبؤ بقيم ضغط الدم من خلال الحيز السكني.

الجدول رقم 15: نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر الحيز السكني على ارتفاع ضغط الدم.

النموذج	ب	الخطأ المعياري	بيتا	قيمة ت المحسوبة	مستوى دلالة ت
الثابت	4.749	0.006	0.852	781.064	0.000
الحيز السكني	1.876	0.054		34.715	0.000

- المتغير التابع: ضغط الدم

$$\left[4.749 + \frac{1.876}{\text{الحيز السكني}} \right] = \text{ضغط الدم} \quad \text{معادلة التنبؤ لمستويات ضغط الدم بدلالة الحيز}$$

2.4. تحليل ومناقشة الفرضية الأولى:

هـ هو عدد ثابت ويساوي 2.718281828

الجدول السابقة (12، 13، 14، 15) تجعلنا نقبل الفرضية الأولى حيث:

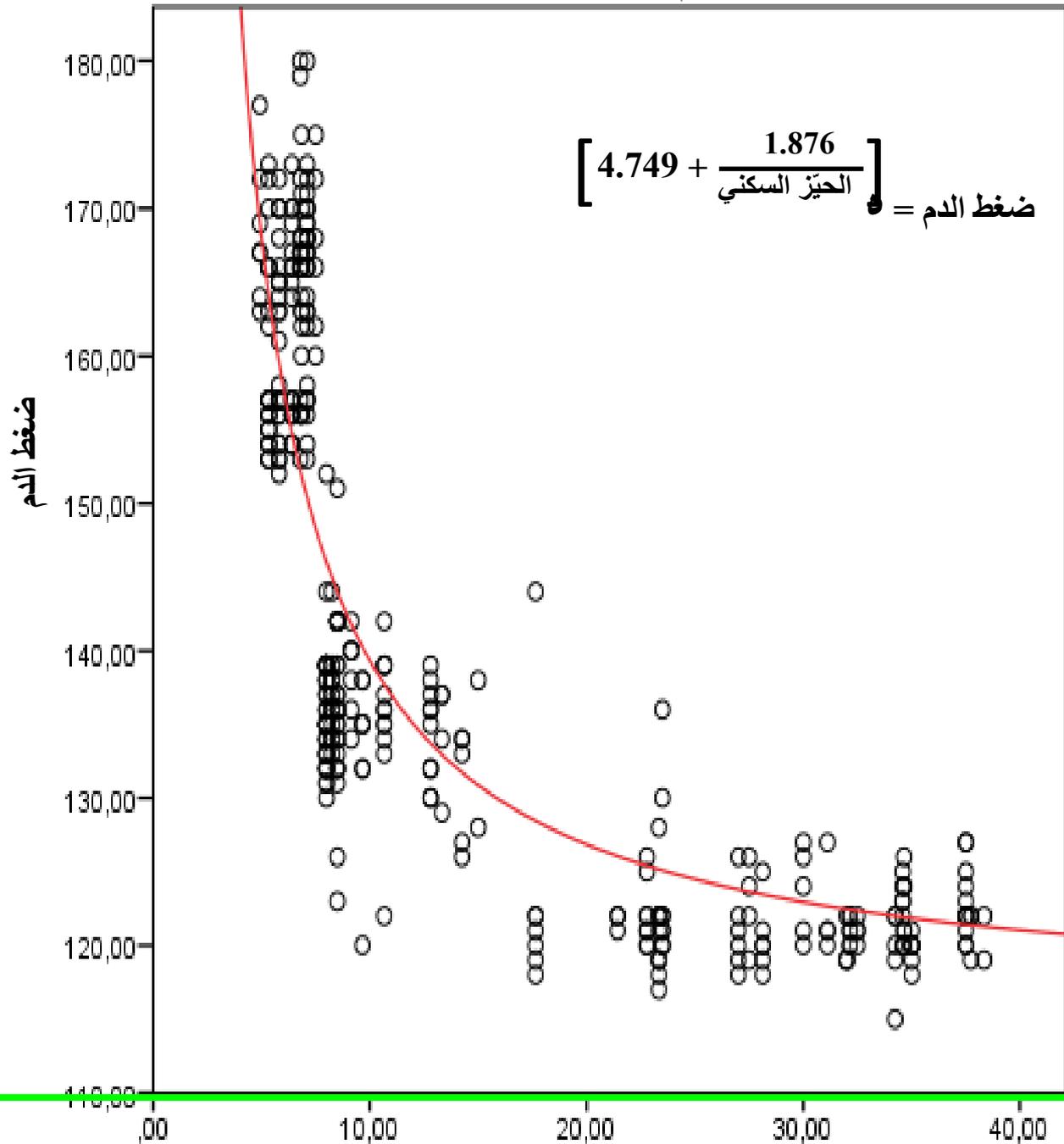
1- إن قيمة (ر) = 0.718 - تدلّ على وجود علاقة ارتباطية عكسية متوسطة بين المتغيرين، أي أنّ كلّما كان الحيز السكني واسع وفسيح كلّما كان متغير ضغط الدم طبيعياً وهي نتيجة منطقية يمكن ملاحظتها في واقعنا المعاش، إذ أنّ ضيق المسكن يساهم بصفة مباشرة في ظهور العوامل الانفعالية والتي هي جزء من العوامل الخطيرة التي تؤدي إلى الإصابة بضغط الدم.

2- معادلة التنبؤ بمستوى ضغط الدم بدلالة الحيز السكني والمحسوبة من قيمة R^2 تجعل مفهوم الفرضية الأولى يتحوّل من مجرد قبولها بوجود ارتباط إلى استخدامها كمياً في صورة معادلة رياضية تسمح لنا بمعرفة التأثير الكمي للحيز السكني على ضغط الدم.

وقد دُعمت دراسة (شيلي تايلور، 2008) هذه النتيجة التي توصلنا إليها إذ أنّ الأماكن المزدحمة ذات الضغط والضوضاء العالية تساهم في ارتفاع ضغط الدم. ويشير الباحث إلى أنّ الحيز السكني لا يكتسب خاصية الضيق إلاّ إذا كان عدد أفراد الأسرة مرتفعاً ممّا يجعل الحيز السكني المخصص للفرد ضيقاً وبالتالي يكون أكثر عرضة للإصابة بضغط الدم وبأمراض أخرى مع الأخذ في الاعتبار أنّ الفروق الفردية التي تشترك فيها مجموعة من العوامل الشخصية التي تجعل من استجابات الأفراد نحو الضغوط الاجتماعية والنفسية مختلفة لاعتماد كلّ منهم على ميكانيزمات وآليات دفاعية مختلفة تتناسب وطبيعتها. كما لا يمكن نفي دور الاستعدادات الوراثية (حسان شمسي باشا، 1994) والعادات الغذائية السيئة مثل الإفراط في تناول ملح الطعام في ارتفاع ضغط الدم، وإضافة إلى أمراض البدانة التي تصيب كلا الجنسين.

كما تجدر الإشارة إلى تأثير بعض العوامل الثقافية، منها أنّ المجتمعات العربية تولي أهمية بالغة لاستقبال الضيوف ويكون ذلك على حساب غرف المعيشة (الحيز السكني للفرد)، وهذه النتيجة تتوافق مع ما توصل إليه الباحث عدنان عبد الله (بدون سنة)، حيث خلص في بحثه إلى أنّ متوسط الحيز السكني للفرد هو 1.3 غرفة بالنسبة للأفراد المقيمين في فيلا (حي راقى)، و0.8 غرفة بالنسبة للمقيمين بالأحياء الشعبية، وهي نسبة غير ملائمة لتلبية وإشباع احتياجات أفراد الأسر تعززها نتائج دراسة حسين محمّد (2013) الذي وجد أنّ ثلاثة أخماس (5/3) المبحوثين مساكنهم لا تشبع احتياجات أسرهم (الحماية من العوامل الطبيعية، الحماية الأمنية، الحماية الاجتماعية، الخصوصية، أداء وظائف الحياة).

ومن الشكل (19) نلاحظ أنّه بداية من حيز السكن أقل من 10 م² يكون الارتفاع في ضغط الدم حاداً ومع أقل من 8 م² نلاحظ ثباتاً، وهذا يوضح مدى حدية 8 م² كحيز سكني مطلوب لكلّ فرد.



3.4. عرض نتائج اختبار الفرضية الثانية
الفرضية الثانية : توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين الحيز السكني للفرد و القلق

الجدول رقم 16: العلاقة الارتباطية بين الحيز السكني والقلق

المتغيرات	حجم العينة (ن)	قيمة (ر)	الدالة الإحصائية	مستوى الدلالة
الحيز السكني	459	- 0.636	0.000	0.01
القلق				

نلاحظ في الجدول 16 أن قيمة (ر) بلغت 0.636 - وهي قيمة دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 حيث أن الدلالة الإحصائية 0.000 أصغر من مستوى الدلالة.

الجدول رقم 17: قيم عناصر معادلة التنبؤ في تحليل الانحدار لنموذج البحث

النموذج	قيمة ر	قيمة ر ² معامل التحديد	قيمة ر ² معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتنبؤ
S	0.822	0.675	0.674	0.146

• المتغير المستقل: الحيز السكني

• المتغير التابع: القلق

الجدول رقم 18: نتائج تحليل التباين للانحدار (القلق، الحيز السكني).

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة الإحصائية
الانحدار	20.289	1	20.289	948.745	0.000
البواقي	09.773	457	0.021		
المجموع	30.062	458			

نلاحظ من خلال الجدول 17 و 18 صلاحية نموذج اختبار فرضيات الدراسة و بالنظر إلى قيمة ف ودالاتها الإحصائية ($0.05 > 0.000$)، و عليه نستطيع القول بأنه يمكن التنبؤ بالتباين الحاصل في قيم القلق.

الجدول رقم 19: نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر الحيز السكني على مستوى القلق

النموذج	ب	الخطأ المعياري	بيتا	قيمة ت المحسوبة	مستوى دلالة ت
الثابت	2.532	0.014		175.436	
الحيز السكني	3.950	0.128	0.822	30.802	0.000

• المتغير التابع: القلق

$$\left[2.532 + \frac{3.950}{\text{الحيز السكني}} \right]$$

القلق = هـ

معادلة التنبؤ لمستويات القلق بدلالة الحيز

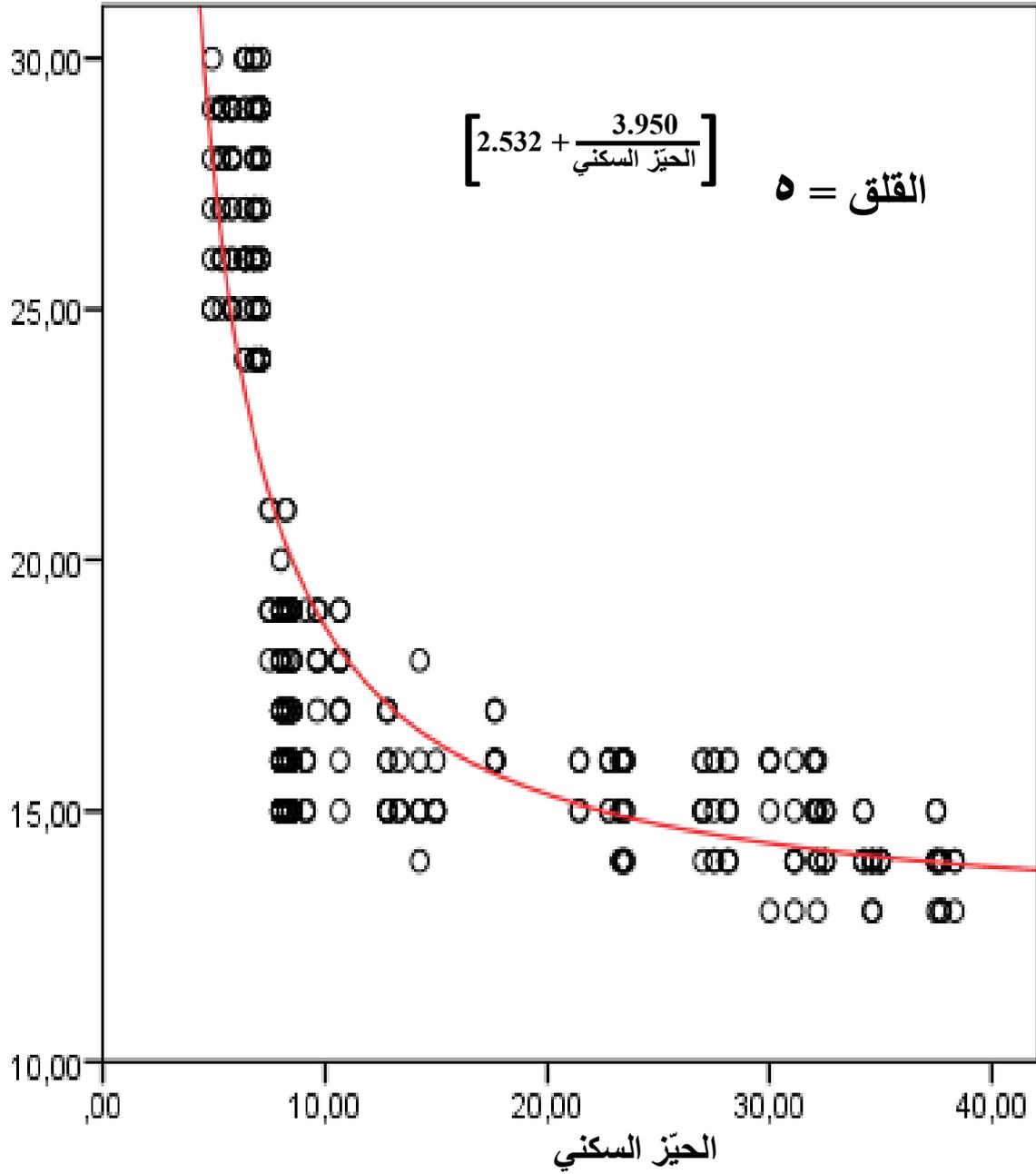
هـ هو عدد ثابت ويساوي 2.718281828

4.4. تحليل ومناقشة الفرضية الثانية

الجدول (16، 17، 18، 19) تجعلنا نقبل الفرضية الثانية، حيث قيمة (ر) = 0.636 - تدلّ على وجود علاقة ارتباطية عكسية متوسطة ، يعني كلما اتسع الحيز السكني كلما انخفضت درجة القلق، هذه النتيجة يمكننا مناقشتها بتسليط مزيد من الضوء على متغير القلق الذي أصبح السمة البارزة في هذا العصر. وهو نتيجة أو محصلة للعديد من الأسباب والتي نذكر منها الوراثية، الحضارية (التطور التكنولوجي السريع) والذي يشكل لبعض الأفراد مصدرا للقلق، كما توجد أسباب تربية تتعلق أساساً بطريقة تنشئة الطفل في الأسرة ونقصد به الجوّ العائلي السائد (صراع - اتفاق) (صموئيل، 1962)، إضافة إلى الافتقار إلى الأمن الذي أصبح أيضاً من مميّزات هذا العصر.

ويعتبر الحيز السكني وعاءاً مناسباً لظهور تأثير العوامل السابقة على درجة القلق لدى الأفراد وهذا ما يتفق مع دراسة (إيمان عبد الوهاب موسى، باسمه فارس محمد، 2003) حيث وجدت أنه مع ضيق المسكن تظهر مشاكل أسرية بين الأفراد كالطلاق وسوء المعاملة التوتر، الغضب الذي قد يؤدي إلى العنف اللفظي والجسدي. كلّ هذه العوامل تخل بالتوازن النفسي للفرد وترفع من مستويات الإصابة بالأمراض النفسية، ومن هذا المنطلق يلزم العناية بجعل حجم المسكن وعدد عناصره ومساحته تتماشى والاحتياج الوظيفي الحقيقي لأفراد الأسرة من جهة، ويحقق لها المكانة الاجتماعية ضمن إمكانياتها ومقدرتها المالية.

ومن الشكل (20) نلاحظ أنه بداية من حيز السكن أقل من 10 م² يكون الارتفاع في القلق حاداً ومع الحيز السكني أقل من 8 م² نلاحظ ثباتاً، وهذا يوضح مدى حدية 8 م² كحيز سكني مطلوب لكل فرد.



5.4. عرض الشكل (20): المنحنى البياني لمعادلة الانحدار لمتغير القلق بدلالة الحيز

الفرضية الثالثة : توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائيا بين الحيز السكني للفرد و الاكتئاب

الجدول رقم 20: العلاقة الإرتباطية بين الحيز السكني والاكتئاب

المتغيرات	حجم العينة (ن)	قيمة (ر)	الدالة الإحصائية	مستوى الدلالة
الحيز السكني الاكتئاب	459	- 0.653	0.000	0.01

نلاحظ في الجدول 20 أن قيمة (ر) بلغت 0.653 - وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 حيث أن الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى الدلالة.
الجدول رقم 21: قيم عناصر معادلة التنبؤ في تحليل الانحدار لنموذج البحث

النموذج	قيمة ر	قيمة R ² معامل التحديد	قيمة R ² معامل التحديد المعدل	الخطأ المعياري للتنبؤ
S	0.837	0.701	0.700	0.313

- المتغير المستقل: الحيز السكني
 - المتغير التابع: الاكتئاب
- الجدول رقم 22: نتائج تحليل التباين للانحدار (الاكتئاب، الحيز السكني).

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة ف	الدالة الإحصائية
الانحدار	104.747	1	104.747	1070.255	0.000
البواقي	44.727	457	0.098		
المجموع	149.475	458			

نلاحظ من خلال الجدول 21 و 22 صلاحية نموذج اختبار فرضيات الدراسة و بالنظر إلى قيمة ف ودالتها الإحصائية ($0.05 > 0.000$)، وعليه نستطيع القول بأنه يمكن التنبؤ بالتباين الحاصل في قيم الاكتئاب.

الجدول رقم 23: نتائج تحليل الانحدار البسيط لاختبار أثر الحيز السكني على مستويات الاكتئاب

النموذج	ب	الخطأ المعياري	بيتا	قيمة ت المحسوبة	مستوى دلالة ت
الثابت	1.870	0.031	0.837	60.562	0.000
الحيز السكني	8.976	0.274		32.715	

- المتغير التابع: الاكتئاب

$$\left[1.870 + \frac{8.976}{\text{الحيز السكني}} \right]$$

الاكتئاب = 0

معادلة التنبؤ لمستويات الاكتئاب بدلالة الحيز

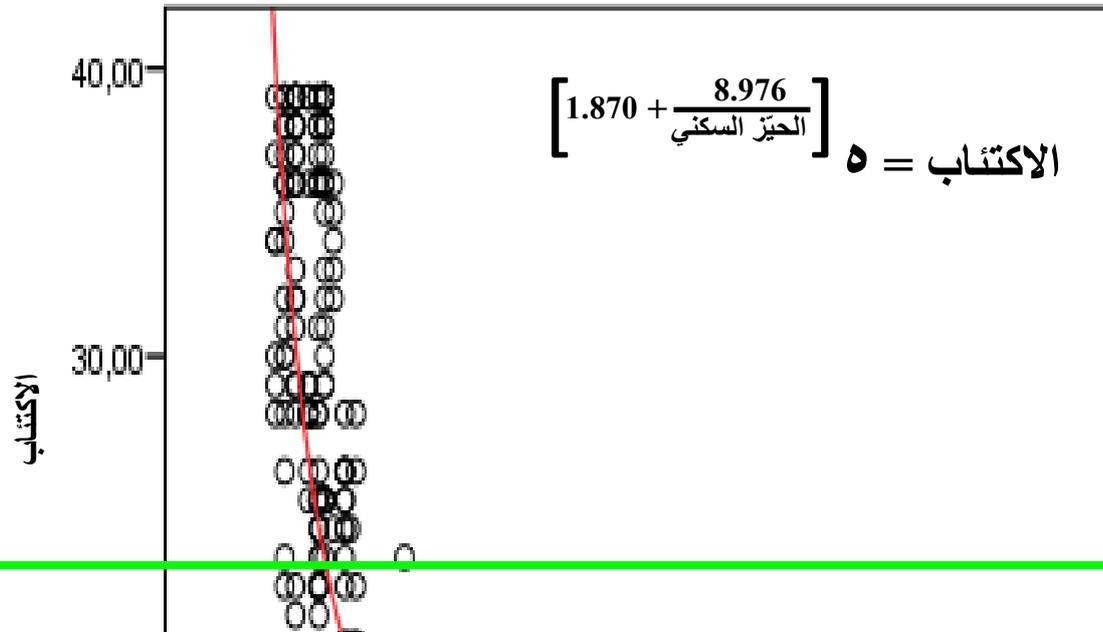
6.4. تحليل ومناقشة الفرضية الثالثة

من الجداول (20، 21، 22، 23) نستنتج قبول الفرضية الثالثة، حيث كانت قيمة (ر) = 0.653 - والتي تعبر عن علاقة ارتباطية عكسية متوسطة بين الحيز السكني والاكنتاب الذي يمكن أن يتجلى في بعض المظاهر مثل الانسحاب الاجتماعي، اضطرابات النوم، وكراهية النفس... الخ ويمكن أن يتدرّج من الخفيف إلى الشديد (حامد عثمان، 2010) حسب درجة تضرر الفرد من أزمة السكن والتي يعاني منها عدد كبير من الجزائريين ولفترات طويلة والتي تعود أسبابها إلى :

- ثقافية: حيث أنّ قيم المجتمع الجزائري تدعو إلى كثرة الإنجاب وبالتالي ارتفاع حجم الأسرة من ناحية، وضيق المسكن من ناحية أخرى (الأحياء الشعبية) يدفع بالعديد من الأسر إلى إجراء تعديلات على تصميم المسكن يكون في أغلب الأحيان على حساب الحيز السكني المخصص للفرد.
- اقتصادية: إن انخفاض مستويات الدخل يجعل من توفير المسكن اللائق والمتميّز بالتهوية، الإضاءة، التدفئة، فراغات كافية... الخ سهام وناسي (2009) والمناسب لأفراد الأسرة أمراً صعباً ومستحيل التحقيق في كثير من الأحيان.
- اجتماعية: ميل العديد من الأفراد للسكن وسط العائلة الكبيرة نظراً لبعض الظروف (مثل العناية بالوالدين) وفق ما تفرضه أساليب التنشئة الاجتماعية.

وبما أن الباحث اعتمد على مقياس "بيك" فإن هذا الأخير ركّز على نتائج بعض الأبحاث الميدانية في تفسير الاكنتاب وصنّفها إلى ثلاثة أنواع: الطرق السلبية لإدراك الفرد لذاته، الميل إلى إدراك الخبرات الحالية بطرق سلبية، النظرة السلبية للمستقبل وعليه وفي ضوء هذا التفسير فإنّه على الفرد الاعتماد على بعض السمات الشخصية واستغلال العوامل الاجتماعية والبيئية كمحفزات للخروج ومواجهة حالة الاكنتاب.

ومن الشكل (21) نلاحظ أنّه بداية من حيز السكن أقل من 10 م² يكون الارتفاع في مستوى الاكنتاب حاداً ومع أقل من 8 م² نلاحظ ثباتاً، وهذا يوضح مدى حدية 8 م² كحيز سكني مطلوب لكل فرد.



سنعرض نتائج الفرضيات الرابعة والخامسة والسادسة بوضع ثلاثة فئات للحيز السكني

- فئة الحيز السكني الأقل من 8 م².
- فئة الحيز السكني من 8 م² إلى 15 م².
- فئة الحيز السكني أكبر من 15 م².

وفي كل فئة نحسب المتوسط الحسابي للمتغير وكيفية تصنيفه وفقاً لمفاتيح التصحيح الخاصة بالمقاييس المستخدمة، ثم نجري تحليل التباين على مستويات كل متغير ونوضح موقفنا من الفرضيات بالقبول أو الرفض.

7.4. عرض نتائج اختبار الفرضية الرابعة

الفرضية الرابعة: يوجد تباين في مستويات ضغط الدم تبعاً لفئات الحيز السكني.
الجدول رقم 24: المتوسط الحسابي لضغط الدم حسب فئات الحيز السكني.

التصنيف (حسب الجدول 05)	متوسط ضغط الدم	المتغير فئات الحيز السكني
المرحلة الثانية من فرط دموي (شديد)	163	أقل من 8 م ²
مستوى ما قبل المرضي	136	[8م ² - 15م ²]
مستوى ما قبل المرضي	124	أكبر من 15 م ²

نلاحظ في الجدول 24 أن متوسط ضغط الدم يرتفع كلما انتقلنا من حيّز واسع إلى مستوى آخر أقل مساحة منه، حيث نجد أن متوسط ضغط الدم لفئة الحيّز السكني أقل من 8 م² يقع ضمن المرحلة الثانية من فرط ضغط الدم (شديد)، أمّا الفئة [8م² – 15م²] فكان متوسط ضغط الدم بها في المستوى ما قبل المرضي ويقترب من حدّها الأعلى (139)، في حين فئة الحيّز السكني أكبر من 15 م² فكان متوسط ضغطها الدموي في فئة ما قبل المرضي وأقرب إلى الطبيعي وهذا حسب الجدول 5 لدليل قراءات نتائج ضغط الدم.

الجدول رقم 25: تحليل التباين لتأثير فئات الحيّز السكني على ضغط الدم.

الدلالة الإحصائية	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.000	1960.647	58339.162	2	116678.324	بين المجموعات
		29.755	456	13568.304	داخل المجموعات
			458	130246.628	المجموع

يُلاحظ في الجدول 25 الذي يوضح تحليل التباين، معنوية التباين الحاصل في مستويات ضغط الدم تبعاً لفئات الحيّز السكني المخصص للفرد، حيث كانت الدلالة الإحصائية مساوية لـ (0.000) والتي هي أقل من مستوى الدلالة 0.01 فهذا يعني أنه يوجد اختلاف دال إحصائياً بين متوسطات ضغط الدم حسب فئات الحيّز السكني عند مستوى الدلالة 0.01، وعليه نقبل الفرضية الرابعة.

8.4. عرض نتائج اختبار الفرضية الخامسة

الفرضية الخامسة: يوجد تباين في مستويات القلق تبعاً لفئات الحيّز السكني.

الجدول رقم 26 : المتوسط الحسابي لمتغيّر القلق حسب فئات الحيّز السكني.

التصنيف (حسب الجدول 03)	متوسط القلق	المتغيّر فئات الحيّز السكني
الفئة (د) قلق شديد	27	أقل من 8 م ²
الفئة (ج) قلق متوسط	17	[8م ² – 15م ²]
الفئة (أ) خال من القلق	15	أكبر من 15 م ²

نلاحظ في الجدول 26 أن متوسط القلق يرتفع كلما انتقلنا من حيّز واسع إلى مستوى آخر أقل مساحة منه. حيث نجد أن متوسط القلق لفئة الحيّز السكني أقل من 8 م² يقع ضمن مجال الفئة (د) الذي يعبر عن قلق شديد، أمّا الفئة [8م² – 15م²] فكان متوسط القلق بها ضمن مجال الفئة (ج) أي قلق متوسط، في حين فئة الحيّز السكني أكبر من 15 م² فكان متوسطها للقلق أقرب إلى الطبيعي الذي يقع ضمن الفئة (أ) أي خال من القلق وهذا حسب الجدول (3) لمفتاح التصحيح لمقياس القلق المستخدم في البحث.

الجدول رقم 27: تحليل التباين لتأثير فئات الحيّز السكني على مستويات القلق

الدالة الإحصائية	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
0.000	1853.827	5719.624	2	11439.249	بين المجموعات
		3.085	456	1406.899	داخل المجموعات
			458	12846.148	المجموع

يُلاحظ في الجدول 27 معنوية الاختلاف في متوسطات متغير القلق حسب فئات الحيّز السكني حيث كانت الدلالة الإحصائية مساوية لـ (0.000) وهي أقل من مستوى الدلالة 0.01 فهذا يعني أنه يوجد اختلاف دال إحصائياً بين فئات الحيّز السكني في مستويات القلق عند مستوى الدلالة 0.01. وعليه فإننا نقبل الفرضية الخامسة.

9.4. عرض نتائج اختبار الفرضية السادسة

الفرضية السادسة: يوجد تباين في مستويات الاكتئاب تبعاً لفئات الحيز السكني.
الجدول رقم 28 : المتوسط الحسابي لمتغير الاكتئاب حسب فئات الحيز السكني.

التصنيف (حسب الجدول 04)	متوسط الاكتئاب	المتغير فئات الحيز السكني
اكتئاب شديد	32.00	أقل من 8 م ²
اكتئاب بسيط	15	[8م ² - 15م ²]
اكتئاب بسيط	10	أكبر من 15 م ²

نلاحظ في الجدول 28 أن متوسط الاكتئاب يرتفع كلما انتقلنا من حيزٍ واسع إلى مستوى آخر أقل مساحة منه. حيث نجد أن متوسط الاكتئاب لفئة الحيز السكني أقل من 8 م² يقع في مستوى الاكتئاب الشديد، أمّا الفئة [8م² - 15م²] فكان متوسط الاكتئاب بها يقارب الحد الأعلى لمجال الاكتئاب البسيط، في حين فئة الحيز السكني أكبر من 15 م² فكان متوسطها قريب من الحد الأدنى لمجال الاكتئاب البسيط وهذا حسب الجدول (4) لمفتاح التصحيح لمقياس الاكتئاب المستخدم في البحث.
الجدول رقم 29: تحليل التباين لتأثير فئات الحيز السكني على مستويات الاكتئاب.

الدالة الإحصائية	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين
.000	899.227	19072.438	2	38144.876	بين المجموعات
		21.210	456	9671.678	داخل المجموعات
			458	47816.554	المجموع

يُلاحظ في الجدول أعلاه الذي يوضح تحليل التباين معنوية الاختلاف بين متوسطات متغير الاكتئاب تبعاً لفئات الحيز السكني، حيث كانت الدلالة الإحصائية مساوية لـ 0.000 و بما أنها أقل من مستوى الدلالة 0.01 فهذا يعني أنه يوجد اختلاف دالّ إحصائياً بين متوسطات متغير الاكتئاب حسب فئات الحيز السكني عند مستوى الدلالة 0.01. وعلى هذا الأساس نقبل الفرضية السادسة.

في ما يلي سيناقدش الباحث الفرضيات الرابعة، الخامسة، السادسة مجتمعة على اعتبار أنها تدرس الفروق لكل من المتغيرات النفسية (القلق، الاكتئاب)، والبيولوجية (ضغط الدم).
10.4. تحليل ومناقشة الفرضيات الرابعة، الخامسة، السادسة والسابعة
الفرضية الرابعة: يُوجد تباين في مستويات ضغط الدم تبعاً لفئات الحيز السكني.

الفرضية الخامسة: يُوجد تباين في مستويات القلق تبعاً لفئات الحيز السكني.

الفرضية السادسة: يُوجد تباين في مستويات الاكتئاب تبعاً لفئات الحيز السكني.

من خلال النتائج المتوصل إليها لاسيما المبيّنة في الجدول 25 والتي تؤكد على أنه يوجد تباين دال إحصائياً في مستويات ضغط الدم تبعاً لفئات الحيز السكني عند مستوى الدلالة 0.01. بحيث كلما انتقلنا من فئة الحيز السكني الضيق إلى الفئة الأعلى منها انخفض متوسط ضغط الدم. وهذا ما أكدته (شيلي تايلور، 2008) في دراستها على أن الازدحام في الأماكن الضيقة يساهم في ارتفاع ضغط الدم وهذا الازدحام ناتج أساساً من عدم إشغال لائق للمساكن بالنسبة للأسر كبيرة الحجم عابدة جغار (2012) ومنه نستخلص أن المسكن الضيق يخلق نوع من الحرج والضغط النفسي وارتفاع نسبة توقع الخطر وبالتالي يؤدي إلى عدم توازن كيميائية الفرد الأمر الذي ينجر عنه ارتفاع في الضغط الدموي، إضافة إلى بعض الآثار على الصحة الجسدية كارتفاع نسبة الحوادث والحرائق عن المعدلات العادية، وارتفاع نسبة المرضى بأمراض الجهاز التنفسي والالتهاب الرئوي رانية محمّد (2010)، كما أن العيش في الأماكن الضيقة والمزدحمة يساهم بشكل كبير في ظهور وانتشار الأمراض المعدية.

إنّ من مميّزات الأحياء الشعبية هو ضيق الحيز السكني المخصص للفرد إذ نلاحظ ارتفاع في مستويات ضغط الدم لدى قاطني الأحياء الشعبية مقارنة بقاطني الأحياء الراقية، وعليه قد توفر الأحياء الشعبية ظروفًا بيئية ضاغطة والتي من شأنها الإخلال بالتوازن الكيميائي لدى الفرد من خلال الضجر والانزعاج والتوتر الناجم عن التشارك الدائم للفضاء الشخصي وعدم الإحساس بالتواجد ضمن حدود تؤمن للفرد نوع من السيادة والفردية والاستقلالية. ما يجعل هذه الفئة والتي تعيش في ظروف بيئية صعبة أكثر عرضة للإصابة بمختلف الأمراض وخاصة ارتفاع ضغط الدم حسن فالج حسين (2005).

من خلال النتائج المتوصل إليها في الجداول رقم 27 و 29، يتبيّن وجود تأثير دال إحصائياً لفئات الحيز السكني المخصص للفرد على مستويات القلق والاكتئاب عند مستوى دلالة 0.01، حيث أظهرت النتائج أنه كلما تقلص الحيز السكني كلما ارتفعت مستويات القلق والاكتئاب، وذلك نظراً إلى أنّ المسكن يؤثر على الأفراد من الناحية السيكولوجية والاجتماعية كما أنّ نوعيته وتصميمه ومقدار الخصوصية والمساحات المكشوفة تؤثر على الصحة العقلية والارتضاء بالحياة الأسرية رانية محمّد (2010).

إذ نجد أنّ الظروف السكنية مرآة عاكسة لواقع الفرد اتجاه نفسه واتجاه الآخرين، حيث أن ضيق الحيز السكني المخصص للفرد يؤدي إلى الإحساس بالتوتر وفقدان هامش الحرية الشخصية، مما قد يولد شعور بالتهديد لدى الفرد. وكل هذه العوامل غير مساعدة على الاستقرار والتوازن النفسي. وبالتالي يمكننا القول أن للبيئة الأسرية آثار واضحة على شخصية الفرد، فالمستوى

الاجتماعي والاقتصادي المرتفع للأسرة ومسكنها الراقي والواسع مؤشر على مكانتها العالية حيث يكون أفرادها أقل عرضة للصراع والقلق. محذب رزيقة، (2011).

كما أثر التطور الاجتماعي الذي شهدته العائلة من تقليدية إلى نووية. السيد رمضان (2002)، حيث لم يصاحب هذا التطور توفير مسكن ملائم الذي تساهم مجموعة من العوامل المختلفة في اختياره و يمكن حصرها حسب فابريس لارسونو (2010) في مايلي:

1- عدد أفراد الأسرة (حجم الأسرة).

2- السن.

3- مستوى دخل الأسرة.

4- المعايير والعادات الاجتماعية.

5- التغير المهني، توقع نمو حجم الأسرة (الأطفال).

يقترن نوع الحي بالحيز السكني المخصص للفرد، فأغلب المساحات الضيقة والتي تقل عن 8 م² لوحظت بالأحياء الشعبية، وعليه فإنّ نوع الحيّ يساهم في تباين مستويات كل من القلق والاكتئاب. هذا ما يتفق مع ما توصلت إليه الباحثين إيمان عبد الوهاب وباسمة فارس (2003) وهذه النتيجة المتوصل إليها في دراستنا تفسّر لنا كثرة (الشجارات، التفكك الأسري، العدوانية... الخ) في الأحياء الشعبية مقارنة بالأحياء الراقية. إضافة إلى انتشار الآفات الاجتماعية (الإدمان على المخدرات والكحول والأقراص المهلوسة) والتي تعبر عن هروب من الواقع المعيشي السيء. كما نجد أن الفرد يعكس مدى افتخاره بالحي الذي يسكنه عند المقارنة بسكان الأحياء الشعبية ويظهر ذلك جليا من خلال سلوكياته التي يبدي فيها نوع من التحضر والطمأنينة والارتياح النفسي، حيث يؤكد فروم على أن الذات هي منبع للصراعات التي تنشأ نتيجة محاولة الفرد للانعزال والاستقلال النسبي عن الآخرين لتحقيق الفردية (نزيم صرداوي، 2005) وممارسة هامش الحرية الشخصية دون ضغوط بيئية، وهذا ما يفتقره الفرد في الحي الشعبي المزدحم.

التفسير الفسيولوجي للنتائج:

وإذا نظرنا إلى الحيز السكني على أنه أحد الضغوطات الحياتية، فربما نشير إلى فسيولوجيا الضغوطات والتي قد تساعد على فهم التغيرات البيولوجية مثل ضغط الدم، الاكتئاب والقلق حيث أن الضغوطات الحياتية المختلفة تؤثر فسيولوجيا على محورين:

1- المحور الأول عندما تكون الضغوطات من النوع الحاد (acute) وهو محور تحت المهاد – الأعصاب السمبثاوية – نخاع فوق الكلية وهو محور عصبي ينتهي بعصب سمبثاوي على نخاع فوق الكلية لتفرز الأدرينالين المطلوب للمواجهة السريعة للضغوطات وحيث أن الأدرينالين في هذه الحالة يدخل إلى الدم، فإن تكرار ردود فعل هذا المحور للضغوطات المتكررة هو زيادة في مستوى الأدرينالين لفترات طويلة، وهذا يصاحبه تأثيرات سلبية على الجهاز الهضمي والتناسلي والدموي وعلى الأخص القلب والشريان، مؤديا إلى رفع الضغط الدموي وهي الحالة التي يمكن ملاحظتها في نتائجنا سواء اعتبرنا أن الضغوطات الحياتية تساهم بدرجة كبيرة في القلق والاكتئاب ومن ثم على ضغط الدم خلال المحور السابق الإشارة إليه أو سواء أن القلق والاكتئاب هما في حدّ ذاتهما يؤثران على الدورة الدموية من خلال نفس المحور أي أنه في الحالتين سيكون هناك توازي بين قيم القلق والاكتئاب والضغط الدموي.

2- المحور الثاني الذي يستجيب للضغوطات الحياتية المزمنة (chronic) وهو محور هرموني بين تحت المهاد – الغدة النخامية – قشرة فوق الكلية حيث تفرز تحت المهاد (CRH) الذي يحفز الغدة النخامية لإخراج (ACTH) الذي ينشط قشرة فوق الكلية لإفراز الكورتيزول (Cortisol) و المشتقات الكورتكويدية الأخرى. والمشكلة هنا أن Cortisol على مستويات عالية وفترات طويلة

يؤثر سلبيًا على الجهاز المناعي مما يعرض الشخص للأمراض الفيروسية والميكروبية والفطريات وكذلك الطفيليات، مما يفسر تعرّض الطبقات الفقيرة بما تعانيه من ضغوطات الحياة التي تؤثر على المحور السابق الإشارة إليه من خلال الجهاز الحافى وخاصة تحت المهاد إلى كثير من الأمراض.

وفي دراستنا هذه يمكن أن نتوقع بأن الساكنين في مساحات أقل هم من الناس الذين يعيشون صعوبات حياتية ومستويات تغذية ربما أقل من الطبيعي.

خاتمة

إن التطورات التي مرت بها المجتمعات بصفة عامة، والأسرة بصفة خاصة كانت لها انعكاسات ايجابية وسلبية وساهمت بصفة مباشرة في ظهور بعض الأمراض النفسية مثل القلق والاكتئاب والعضوية مثل ضغط الدم. ومما ساهم في زيادة انتشارها هو أزمة السكن ومن ثم تقلص المساحة المخصصة للفرد داخل المسكن والتي لا تساعد على استقراره وراحته النفسية.

كما أن هذا المشكل يزداد تعقيداً حسب الجنس والحالة العائلية تبعاً للأدوار الاجتماعية والمسؤوليات الملقاة على عاتق كل فرد داخل الأسرة بالإضافة إلى مختلف الضغوطات التي تولدها هذه الأدوار على الفرد، أي عدم تناسب المسؤوليات مع الإمكانيات المتاحة للفرد.

وما تجدر الإشارة إليه أن مشاكل وضغوط الحاضر والخوف من المستقبل عاملان أساسيان في ظهور القلق والاكتئاب عند الفرد.

وفي ختام هذه الرسالة ندعو إلى توفير الظروف المحيطة المناسبة لكل فرد لمساعدته على القيام بواجباته ومسؤولياته في ظروف مريحة وعلى رأسها مسكن يتناسب وحجم الأسرة.

الاقتراحات و التوصيات

في ضوء النتائج التي أسفرت عنها الدراسة فإن الباحث يوصي بما يلي:

- نلفت نظر الجهات المهتمة بالإسكان عند تصميم المساكن الشعبية بأن 8 م² كحيز سكني مخصص للفرد داخل الأسرة هو الحدّ الذي يحافظ على مستوى معاش نفسي مقبول وانعكاسات بيولوجية جيّدة.
- نوصي الباحثين المهتمين بهذا المجال بإجراء دراسات محكمة يتم فيها دراسة كلّ مؤشر بيئي مفصّلاً عن المؤشرات الأخرى وعلاقته بالمعاش النفسي للفرد.
- توفير مسكن صحي آمن يضمن السكنية الجسمية والنفسية لساكني الأحياء الفوضوية (القصديرية) .
- عند إعداد التصاميم المنزلية يجب مراعاة عدد الغرف الذي يتلاءم وحجم الأسرة المستفيدة مع الأخذ بعين الاعتبار ازدياد عدد أفراد الأسرة .
- تصميم منازل تراعى احتياجات الأفراد بما فيها الحرية الفردية وهامش من الاستقلالية.
- إيجاد ميكانيزمات و آليات تساعد الأسر على تغيير وضعيتهم السكنية تبعاً لنمو حجم الأسر.
- تعزيز دور الأخصائيين النفسانيين و المرشدين الاجتماعيين لمرافقة كل من الفرد و الأسرة خاصة بالأحياء الشعبية. مع تقريب مراكز الصحة الجوارية بالأحياء الشعبية .
- توفير مساحات خضراء وأخرى للرياضة وللترفيه لخلق مناخ من شأنه أن يمتص ضغوطات أفراد الأسرة الناجمة عن المسكن غير الملائم.

قائمة المصادر و المراجع

1. القرآن الكريم
2. إبراهيم حامد المغزى، ضغط الدم المرتفع من منظور، المكتب الجامعي الحديث الإسكندرية، مصر، 2004.
3. أحمد عبد الكريم، محمد احمد خطاب، الإرشاد النفسي والاضطرابات الانفعالية للأطفال و المراهقين، دار الثقافة، ط1، عمان، الأردن، 2010.
4. أديب الخالدي، الصحة النفسية، ط1، الدار العربية للنشر والتوزيع، المكتبة الجامعية، ليبيا 2002.
5. أسامة ربيع أمين سليمان، التحليل الاحصائي للمتغيرات المتعددة باستخدام برنامج spss، قسم الاحصاء والرياضيات والتأمين، بدون طبعة، جامعة المنوفية، القاهرة، مصر، 2008.
6. أسيا بن على راجح، بركات، العلاقة بين أساليب المعاملة الوالدية لدى بعض المراهقين رسالة ماجستير، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية، 2000.
7. ايمان عبد الوهاب موسى، باسمه فارس محمد، العوامل الاجتماعية المؤدية لظهور المرض النفسي (الاكتئاب نموذجاً)، مجلة دراسات موصلية، العدد 10، العراق، 2005
8. أيمن الحسيني، علاج ضغط الدم بدون دواء، مكتبة الساعي للنشر والتوزيع، المملكة العربية السعودية، 2003.
9. الأزرق بن علو، كيف تتغلب على القلق وتنعم بالحياة، دار قباء للنشر والتوزيع، القاهرة مصر، 2003.
10. القريطي عبد المطلب، الصحة النفسية، دار الفكر العربي، القاهرة، مصر، 1998.
11. المكاوي صلاح فؤاد محمد، فاعلية برنامج للعلاج بالمعنى في خفض مستوى الاكتئاب لدى عينة من الشباب الجامعي، رسالة دكتوراه، جامعة عين شمس- مصر، 1997.
12. الميلادي عبد المنعم، الأمراض و الاضطرابات النفسية، مؤسسة شباب الجامعة، الإسكندرية مصر، 2004.
13. بشير معمري، القلق الاجتماعي، مجلة شبكة العلوم النفسية العربية، العدد 21-22 شتاء-ربيع 2009
14. بشير معمري، دراسات نفسية في الذكاء الوجداني، الاكتئاب، اليأس، قلق الموت، السلوك العدوانى، الانتحار، ط1، المكتبة العصرية السلسلة، المنصورة، مصر، 2009.
15. جولي صليبا، ضغط الدم، بدون طبعة، أكاديميا، بيروت، لبنان، 2002.
16. حامد عبد السلام زهران، الصحة النفسية و العلاج النفسي، عالم الكتب، ط3، مصر 1997.
17. حامد عثمان، الإكتئاب وعلاقته بتقدير الذات لدى الشباب، دار الفكر الجامعي، الإسكندرية مصر، 2010.
18. حسان شمسي باشا، ارتفاع ضغط الدم، دار القلم للطباعة والنشر والتوزيع، ط4، دمشق سوريا، 2007.
19. حسين علي فايد، مدخل إلى علم النفس المرضي، ط1، دار النفائس، عمان، الأردن، 2004.

20. حسين محمّد نهامي، دراسة تقييمية للمسكن بإحدى قرى التوطين بمحافظة أسوان، قسم علم الاجتماع الريفي – شعبة الدراسات الاقتصادية والاجتماعية – مركز بحوث الصحراء، مصر، 2013.
21. حمودة محمود عبد الرحمن، النفس أسرارها، وأمراضها، مكتبة الفجالة، القاهرة، مصر، 1990.
22. خليل أبو فرحة، الموسوعة النفسية، دار أسامة للنشر والتوزيع، ط1، البيادر، الأردن، 2000.
23. دافيد شيهان، مرض القلق، ترجمة د.عزت شعلان، مراجعة د. أحمد عبد العزيز سلامة سلسلة كتب ثقافية شهرية، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، العدد 124، الكويت 1988.
24. رانية محمّد علي طه، التأثير المتبادل بين الواقع العمراني للمساكن والهوية الثقافية الاجتماعية للسكان، مذكرة ماجستير في الهندسة المعمارية، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية، نابلس، فلسطين، 2010.
25. ربي عون السعيد، الفسيولوجيا المرضية، مكتبة المجتمع العربي للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2008.
26. رحاب عبد الوهاب، أعراض الاكتئاب لدى عينة من طلبة جامعة تكريت، مجلة جامعة تكريت للعلوم الإنسانية، مجلد17، العدد07، العراق، 2010.
27. رشاد عبد العزيز موسى، دراسات في علم النفس المرضي، مؤسسة المختار للنشر و التوزيع، ط2 القاهرة، مصر، 1989.
28. روبرت بكمان، باتسي وستكوت، ضغط الدم المرتفع، ترجمة هيئة تحرير أكاديميا أنترناشيونال، أكاديميا للنشر والتوزيع، لبنان، 2001.
29. سرحان الخطيب حباشة، الاكتئاب، دار المجدلاوي، عمان، الأردن، 2001.
30. سعيد حسني العزة، التربية الخاصة للأطفال ذوي الاضطرابات السلوكية، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ط1، عمان – الأردن، 2009.
31. سناء محمد سليمان، الأمراض النفسية و الأمراض العقلية، عالم الكتب، ط1، القاهرة مصر، 2008.
32. سهام وناسي، النمو الحضري ومشكلة السكن والإسكان، مذكرة ماجستير في علم الاجتماع الحضري، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2009.
33. سهل ادريس، المنهل، منشورات دار الآداب للنشر والتوزيع، ط42، بيروت، لبنان، 2010.
34. سيجموند فرويد، الكف والعرض والقلق، بإشراف د. محمد عثمان نجاتي، دار الشروق ط4، القاهرة – مصر، 1989.
35. شيلي تايلور، ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاکر طعيمة، علم النفس الصحي، دار الحامد للنشر والتوزيع، ط1، عمان – الأردن، 2008.
36. صمويل حبيب، القلق حالة وجدانية تبني أو تهدم النفس، دار الثقافة، القاهرة، مصر، 1962.
37. عايدة جغار، الحراك السكن بأحياء السكن الجماعي، كراسة مخبر الدراسات والبحوث حول المغرب والمتوسط، العدد 100، جامعة قسنطينة، 2012.
38. عبد الستار إبراهيم، الاكتئاب، عالم المعرفة، الكويت، 1998.
39. عبد الستار إبراهيم، الاكتئاب، عالم المعرفة، د ط، الكويت، 1998.

40. عبد الستار إبراهيم، علم النفس الإكلينيكي، مكتبة الأنجلو المصرية، ط1، القاهرة، مصر 1999.
41. عبد الكريم بوحفص، الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام برنامج spss الجزء الأول، ديوان المطبوعات الجامعية، بدون طبعة، الجزائر 2013.
42. عبد الكريم بوحفص، الأساليب الإحصائية وتطبيقاتها يدويا وباستخدام برنامج spss الجزء الثاني، ديوان المطبوعات الجامعية، بدون طبعة، الجزائر 2013.
43. عبد اللطيف بن عبد الملك آل الشيخ، دليل المسكن الميسر، الهيئة العليا لتطوير مدينة الرياض – مركز المشاريع والتخطيط، السعودية، بدون سنة.
44. عبد الله عسكر، الاكتئاب النفسي بين النظرية و التشخيص، مكتبة الأنجلو المصرية القاهرة، مصر، 1998.
45. عبد المطلب أمين القبطي، الصدمة النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة، مصر 1998.
46. عبد المنعم الحقي، موسوعة الطب النفسي، المجلد الأول، ط2، مكتبة بدولي، القاهرة، مصر 1990.
47. عيد محمد إبراهيم، دراسة مدى الإحساس بالاغتراب لدى طلاب و طالبات الفنون التشكيلية من ذوي المستويات العليا، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة عين شمس، مصر 1983.
48. عدنان عبد الله، الطلب على السكن للعشرين سنة القادمة، قسم التخطيط الحضري والإقليمي، جامعة الملك فيصل، بدون سنة.
49. فاروق السيد عثمان، القلق وإدارة الضغوط النفسية، دار الفكر العربي، ط1، القاهرة مصر، 2001.
50. فاطمة الشريف الكتاني، القلق الاجتماعي والعدوانية ودور كل منهما في الرفض الاجتماعي ، دار وحي القلم، ط1، بيروت، لبنان، 2004.
51. فيصل الصباغ ،القلق ،معجم علم النفس الانجليزي، دار المعرفة، ط 1، القاهرة، مصر 1965
52. كلية الصيدلة، جامعة حائل، وزارة التعليم العالي، مطوية تثقيفية عن ارتفاع ضغط الدم، المملكة العربية السعودية. 2014
53. لطفي الشربيني:الاكتئاب، المرض،العلاج، دار علاء الدين للنشر والتوزيع، الاسكندرية مصر، 2001
54. ليز ماكلارين، الاكتئاب أعراضه و أسبابه، ترجمة أحمد رامي، دار علاء الدين لنشر و التوزيع، ط2، دمشق، سوريا، 2009.
55. محذب رزيقة، الصراع النفسي الاجتماعي للمراهق المتمدرس وعلاقته بظهور القلق، رسالة ماجستير، جامعة تيزي وزو، الجزائر، 2011.
56. محمد احمد عبد الخالق ، قلق الموت ، سلسلة كتب ثقافية شهرية يصدرها المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب ،العدد رقم 111، الكويت ،1998.
57. محمد السيد محمد الزعبلوي، تربية المرافق بين الإسلام وعلم النفس، مؤسسة الكتب الثقافية، بيروت، لبنان، 1994.
58. محمد عبيدات وآخرون ، منهجية البحث العلمي، القواعد، المراحل، التطبيقات، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن، 1999.
59. مدحت عبد الحميد أبو زيت،عباس محمود عوض، الاكتئاب دراسة سيكوباتومترية، دار المعرفة الجامعية،الاسكندرية، مصر، 2001.

60. معن ريشة، ارتفاع الضغط، منشورات برس طرابلس، لبنان، 1992.
61. مكي أحمد، القلق وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المقبلين على شهادة البكالوريا، رسالة ماجستير جامعة وهران، 2006.
62. موسى عبد العزيز علي راشد، علم النفس المرضي، دار المعرفة، القاهرة، مصر، 1993.
63. نافذ محمد بركات، التحليل الإحصائي باستخدام برنامج spss، الجامعة الإسلامية، قسم الاقتصاد والإحصاء التطبيقي، غزة، فلسطين، 2006-2007.
64. نبيل صالح سفيان، المختصر في الشخصية والإرشاد النفسي، دار ايتراك للنشر والتوزيع، القاهرة، مصر، 2004.
65. نبيهة صالح الصامراتي، أعراض أمراض النفسية العصابية، ط1، دار المناهج عمان الأردن، 2007.
66. نعيم الرفاعي، الصحة النفسية، دار المعارف، ط5، القاهرة، مصر، 1979.
67. نزييم سرداوي، المحددات غير الذهنية للتفوق الدراسي، أطروحة دكتوراه، جامعة الجزائر، 2008.
68. هاتيم صالح الصامرتي، مدخل في علم النفس، كلية التربية، الجامعة المستنصرية، بغداد، العراق، 1988.
69. هبة محمد عبد الحميد، معجم مصطلحات التربية وعلم النفس، دار البداية ناشرون وموزعون، ط1، القاهرة، مصر، 2009.
70. Beck Aaron, cognitive therapies, essential papers psychoanalysis, University press, New York, U.S.A, 1997.
71. Clarisse Fondacci, les dépressions, springer, paris, 2009.
72. Fabrice Larceneux. les facteurs psycho-sociologiques de l'achat d'un logement. Marketing del'immobilier, Dunod, France , 2010
73. Henri Ey, Paul Bernard et charles Brisset, Manuel de psychiatrie, Masson, 6^{ème} édition. Paris, 1989.
74. Henriette Bloch, Roland Chemama, Eric Dépret, la rousse: Grand dictionnaire de la psychologie, Québec, Canada, 1999.
75. <https://ar.wikipedia.org>, consultée le 22/04/2017 a 10 h et 28 mn.

الملحق رقم 01: استمارة البيانات الشخصية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة - وهران -

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس والأرطوفونيا وعلوم التربية

أخي المواطن، أختي المواطنة

في إطار إعداد بحث لأطروحة شهادة دكتوراه علوم في علم النفس حول تأثير المحيط على الفرد من الناحية النفسية والبيولوجية نقدم لكم هذه الاستمارة ونرجو منكم الإجابة عليها بكل صداقية كما نعلمكم أنه لا

توجد إجابة صحيحة أو خاطئة وإنما الإجابة التي ترونها مناسبة بوضع علامة (X) في الخانة الملائمة ابتداء من البيانات الشخصية في الصفحة الأولى إلى آخر صفحة .

نعلمكم أخي وأختي أنّ هذه المعلومات لا تستخدم إلا لغرض علمي أكاديمي وهي في غاية السرية.

البيانات الشخصية:

السن : الجنس : ذكر أنثى

الحالة الاجتماعية : متزوج أعزب

عدد أفراد الأسرة في مسكن :

مساحة السكن (المغطاة فقط) : م²

متوسط ضغط الدم الانقباضي: الملحق رقم 02: مقياس الاكتئاب

رقم البعد	رقم العبارة	العبارة	الإجابة
الحزن	1	لا أشعر بالحزن	
	2	أشعر بالحزن والكآبة	
	3	الحزن يسيطر علي طوال الوقت، وأعجز عن التخلص منه	
	4	أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة مؤلمة	
	5	أشعر بالحزن والتعاسة لدرجة مؤلمة جدًا	
التشاوم من المستقبل	1	لا أشعر بالقلق والتشاوم من المستقبل	
	2	أشعر بالتشاوم من المستقبل	
	3	لا يوجد ما أتطلع إليه في المستقبل	
	4	لا أستطيع أبدا أن أتخلص من متاعبي	
	5	أشعر باليأس من المستقبل ، وأن الأمور لن تتحسن	
الإحساس بالفشل	1	لا أشعر بأنني فاشل	
	2	أشعر أن نصيبي من الفشل أكثر من العاديين	
	3	أشعر أنني لم أحقق شيئا له معنى	
	4	عندما أنظر إلى حياتي في السابق أجد أنها مليئة بالفشل	
	5	أشعر أنني شخص فاشل تماما	

	لست ساخطا على حياتي	1	السخط و عدم الرضا
	أشعر بالملل أغلب الوقت	2	
	لا أستمتع بالأشياء كما كنت من قبل	3	
	لم أعد أجد شيئا يحقق لي المتعة و الرضا	4	
	إنني غير راض و أشعر بالملل من أي شيء	5	
الإجابة	العبارات	رقم العبارة	رقم البعد
	لا ينتابني إحساس خاص بالندم أو الذنب عن شيء	1	الإحساس بالندم أو الذنب
	أشعر بأنني سيئ أو تافه أغلب الوقت	2	
	ينتابني إحساس شديد بالندم أو الذنب	3	
	أشعر أنني سيئ أو تافه أغلب الأوقات تقريبا	4	
	أشعر بأنني سيئ و تافه للغاية	5	
	لا أشعر بأن هناك عقابا يحل بي	1	توقع العقاب
	أشعر بأن شيئا سيئا سيحدث أو سيحل بي	2	
	أشعر بأن عقابا يقع علي بالفعل	3	
	أستحق أن أعاقب	4	
	أشعر برغبة في العقاب	5	
	لا أشعر بخيبة الأمل في نفسي	1	كراهية النفس
	يخيب أمني في نفسي	2	
	لا أحب نفسي	3	
	أشمنز من نفسي	4	
	أكره نفسي	5	
	لا أشعر بأنني أسوء من أي شخص آخر	1	إدانة الذات
	أنتقد نفسي بسبب نقاط ضعفي أو أخطائي	2	
	ألوم نفسي بسبب ما ارتكبه من أخطاء	3	

	ألوم نفسي على كل ما يحدث	4	
الإجابة	العبارات	رقم العبارة	رقم البعد
	لا تتتابني أي أفكار للتخلص من نفسي	1	وجود أفكار انتحارية
	تراودني أفكار للتخلص من حياتي ولكن لا أنفذها	2	
	أفضل لي أن أموت	3	
	أفضل لعائلتي أن أموت	4	
	لدي خطط أكيدة للانتحار	5	
	سأقتل نفسي في أية فرصة متاحة	6	
	لا أبكي أكثر من المعتاد	1	البكاء
	أبكي أكثر من المعتاد	2	
	أبكي هذه الأيام طوال الوقت و لا أستطيع أن أتوقف عن ذلك	3	
	كنت قادرا على البكاء ولكني أعجز عنه الآن حتى لو أردت	4	
	لست منزعجا هذه الأيام عن أي وقت مضى	1	الاستثارة وعدم الاستقرار النفسي
	أنزعج هذه الأيام بسهولة	2	
	أشعر بالانزعاج و الاستثارة دوما	3	
	لا تغضبني الآن حتى الأشياء التي كانت تسبب ذلك مسبقا	4	
	لم أفقد اهتمامي بالناس	1	الانسحاب الاجتماعي
	أنا الآن أقل اهتماما بالآخرين عن السابق	2	
	فقدت معظم اهتمامي و إحساسي بوجود الآخرين	3	
	فقدت تماما اهتمامي بالآخرين	4	
	لدي الآن القدرة على اتخاذ القرارات بنفس الدرجة سابقا	1	التردد وعدم الحسم
	أؤجل اتخاذ القرارات أكثر من قبل	2	
	أعاني من صعوبة واضحة في اتخاذ القرارات	3	
	أعجز تماما عن اتخاذ أي قرار بالمرّة	4	
الإجابة	العبارات	رقم العبارة	رقم البعد
	لا اشعر أن شكلي أسوء من قبل	1	تغير صورة الجسم

	أشعر بالقلق من أني أبدو أكبر سنا و أقل جاذبية	2	والشكل
	أشعر بوجود تغيرات دائمة في شكلي تجعلني أبدو أقل جاذبية	3	
	أشعر بأن شكلي قبيح و منفر	4	
	أعمل بنفس الكفاءة كما كنت من قبل	1	هبوط مستوى الكفاءة والعمل
	أحتاج لمجهود خاص كي أبدأ شيئا	2	
	لا أعمل بنفس الكفاءة التي كنت أعمل بها من قبل	3	
	أدفع نفسي بمشقة لكي أعمل أي شيء	4	
	أعجز عن أداء أي عمل على الإطلاق	5	
	أنام جيدا كما تعودت	1	اضطرابات النوم
	أستيقظ مرهقا في الصباح أكثر من قبل	2	
	أستيقظ 2-3 ساعات مبكرا من ذي قبل وأعجز عن استئناف النوم	3	
	أستيقظ مبكرا جدا و لا أنام بعدها حتى إن أردت	4	
	لا أتعب بسرعة أكثر من المعتاد	1	التعب والقابلية للإرهاق
	أشعر بالتعب و الإرهاق أسرع من ذي قبل	2	
	أشعر بالتعب حتى لو لم لأعمل شيئا	3	
	أشعر بالتعب الشديد لدرجة العجز عن عمل أي شيء	4	
	شهيتي للطعام ليست أسوء من قبل	1	فقدان الشهية
	شهيتي ليست جيدة كالسابق	2	
	شهيتي أسوأ بكثير من السابق	3	
	لا أشعر برغبة في الأكل بالمرة	4	

رقم البعد	رقم العبارة	العبارة	الإجابة
تناقص الوزن	1	وزني تقريبا ثابت	
	2	فقدت أكثر من 3 كغ من وزني	
	3	فقدت أكثر من 6 كغ من وزني	
	4	فقدت أكثر من 10 كغ من وزني	
تأثر الطاقة	1	لم ألاحظ أي تغيرات حديثة في رغبتني الجنسية	

	أصبحت أقل اهتماما بالجنس من السابق	2	الجنسية
	نقصت رغبتى الجنسية بشكل ملحوظ	3	
	فقدت تماما رغبتى الجنسية	4	
	لست منشغلا بصحتي أكثر من السابق	1	الانشغال على الصحة
	أصبحت منشغلا على صحتي بسبب الأمراض و اضطرابات المعدة و الإمساك	2	
	انشغل بالتغيرات الصحية التي تحدث لي لدرجة أنني لا أستطيع أن أفكر في أي شيء آخر	3	
	أصبحت منشغلا تماما بأموري الصحية	4	

الملحق رقم 03: مقياس القلق

الرقم	العبارة	نعم	لا
1	نومي مضطرب ومتقطع		
2	مخاوفي كثيرة جدا بالمقارنة بأصدقائي		
3	يمر عليا أيام لا أنام بسبب العمل		
4	أعتقد أنني أكثر عصبية من الآخرين		
5	أعاني كل عدة ليالي من كوابيس مزعجة		
6	أعاني من الألام بالمعدة في كثير من الأحيان		
7	كثيرا جدا ألاحظ أن يدي ترتعش عندما أقوم بأي عمل		
8	أعاني كثيرا من الإسهال		
9	تثير قلقي أمور العمل و المال		
10	نصيبني نوبات من الغثيان		
11	أخشى أن يحمر وجهي خجلا		
12	دائما أشعر بالجوع		
13	أنا لا أثق في نفسي		

		أُتعب بسهولة	14
		الانتظار يجعلني عصبي جدا	15
		كثيرا أشعر بالتوتر لدرجة أعجز عن النوم	16
		عادة لا أكون هادئا، و أي شيء يستثيرني	17
		تم بي فترة من التوتر لا أستطيع الجلوس طويلا	18
		أنا غير سعيد في كل وقت	19
		من الصعب عليا جدا التركيز أثناء أداء العمل	20
		دائما أشعر بالقلق دون مبرر	21
		عندما أشاهد مشاجرة أبتعد عنها	22
		أتمنى أن أكون سعيدا مثل الآخرين	23
		دائما ينتابني شعور بالقلق على أشياء غامضة	24
		أشعر بأنني عديم الفائدة	25

الرقم	العبارة	نعم	لا
26	كثيرا أشعر بأنني سوف انفجر من الضيق و الضجر		
27	أعرق كثيرا بسهولة حتى في الأيام الباردة		
28	الحياة بالنسبة لي تعب و مذايقات		
29	أنا مشغول دائما أخاف من المجهول		
30	أنا بالعادة أشعر بالخجل من نفسي		
31	كثيرا ما أشعر أن قلبي يخفق بسرعة		
32	أبكي بسهولة		
33	خشيت أشياء و أشخاص لا يمكنهم ايدائي		
34	أتأثر كثيرا بالأحداث		
35	أعاني كثيرا من الصداع		
36	أشعر بالقلق على أمور و أشياء لا قيمة لها		
37	لا أستطيع التركيز في شيء واحد		
38	من السهل جدا أن أرتبك و أخط لما أعمل شيء		
39	أشعر بأنني عديم الفائدة ، أعتقد أحيانا أنني لا أصلح بالمره		
40	أنا شخص متوتر جدا		
41	عندما أرتبك أحيانا أعرق و يسقط العرق مني بصورة تضايقتني		
42	يحمّر وجهي خجلا عندما أتحدث للآخرين		
43	أنا حساس أكثر من الآخرين		
44	مرت بي أوقات عصيبة لم أستطع التغلب عليها		
45	أشعر بالتوتر في العادة		
46	يديا و قدماي باردتان في العادة		
47	أنا غالبا أحلم بحاجات من الأفضل أن لا أخبر أحد بها		

48	تنقصني الثقة بالنفس
49	قليلا ما يحصل لي حالات إمساك تضايقني
50	يحمّر وجهي من الخجل

الملحق رقم 04 : مفاتيح التصحيح لمقاييس (الاكتئاب، القلق، ضغط الدم)

مفتاح التصحيح لمقياس الاكتئاب

الدرجة	مستوى الاكتئاب
0-9	لا يوجد اكتئاب
10-15	اكتئاب بسيط
16-23	اكتئاب متوسط
24-36	اكتئاب شديد
37 فأكثر	اكتئاب شديد جدا

مفتاح التصحيح لمقياس القلق

الفئة	الدرجة	مستوى القلق
أ	0 - 16	خال من القلق
ب	17 - 20	قلق بسيط
ج	21 - 26	قلق متوسط
د	27 - 29	قلق شديد
هـ	30 - 50	قلق شديد جدًا

دليل قراءات نتائج جهاز قياس ضغط الدم.

التصنيف	الضغط الانقباضي	الضغط الانبساطي
الضغط الطبيعي	أقل من 120	أقل من 80
مستوى ما قبل المرضي	120 - 139	80 - 89
المرحلة الأولى من فرط ضغط دموي (متوسط)	140-159	90 - 99
المرحلة الثانية من فرط ضغط دموي (شديد)	أكثر من 160	أكثر من 100

الملحق رقم 05 : البيانات الشخصية وقيم المتغيرات المدروسة للعينة

Numé	genre	situafamil	espbat	Anx	depr	hta	styl	groupespace
1	1	2	4,92	29	39	169	2	1
2	1	1	4,92	28	34	164	2	1
3	1	1	4,92	25	34	163	2	1
4	1	1	4,92	25	29	167	2	1

5	2	2	4,92	30	28	167	2	1
6	2	2	4,92	27	30	177	2	1
7	2	2	4,92	26	37	172	2	1
8	1	2	5,33	29	30	156	2	1
9	1	2	5,33	29	37	154	2	1
10	1	2	5,33	29	35	157	2	1
11	1	1	5,33	29	39	157	2	1
12	1	1	5,33	27	34	156	2	1
13	2	1	5,33	29	38	166	2	1
14	2	1	5,33	29	39	154	2	1
15	2	1	5,33	29	28	162	2	1
16	2	2	5,33	29	39	170	2	1
17	2	1	5,33	29	26	157	2	1
18	2	2	5,33	28	22	157	2	1
19	2	2	5,33	28	23	155	2	1
20	2	2	5,33	28	38	166	2	1
21	2	1	5,33	28	38	163	2	1
22	2	1	5,33	27	32	155	2	1
23	2	2	5,33	27	30	153	2	1
24	2	1	5,33	26	36	153	2	1
25	2	2	5,33	26	36	172	2	1
26	2	2	5,33	26	36	173	2	1
27	2	2	5,33	25	31	166	2	1
28	1	2	5,81	29	21	154	2	1
29	1	2	5,81	29	39	157	2	1
30	1	1	5,81	29	39	153	2	1
31	1	2	5,81	28	38	168	2	1
32	1	2	5,81	28	38	170	2	1
33	1	1	5,81	27	36	165	2	1
34	1	2	5,81	25	29	163	2	1
35	1	2	5,81	25	29	164	2	1
36	1	2	5,81	25	31	161	2	1
37	1	2	5,81	25	32	165	2	1
38	2	2	5,81	29	33	170	2	1
39	2	2	5,81	29	37	158	2	1
40	2	1	5,81	29	39	157	2	1
41	2	1	5,81	29	39	154	2	1
42	2	1	5,81	29	39	170	2	1
43	2	2	5,81	29	39	157	2	1
44	2	1	5,81	29	39	153	2	1
45	2	1	5,81	28	22	157	2	1

Numé	genre	situafamil	espbat	Anx	depr	hta	styl	groupespace
46	2	2	5,81	28	38	156	2	1
47	2	1	5,81	28	38	157	2	1
48	2	2	5,81	28	28	165	2	1

49	2	2	5,81	27	37	166	2	1
50	2	1	5,81	26	36	152	2	1
51	2	1	5,81	26	36	156	2	1
52	2	2	5,81	25	32	172	2	1
53	2	1	5,81	25	29	163	2	1
54	1	2	6,4	30	26	170	2	1
55	1	2	6,4	30	29	154	2	1
56	1	2	6,4	29	39	154	2	1
57	1	1	6,4	29	39	157	2	1
58	1	1	6,4	26	28	157	2	1
59	1	2	6,4	26	28	156	2	1
60	1	2	6,4	25	28	166	2	1
61	1	1	6,4	24	29	164	2	1
62	1	1	6,4	24	28	169	2	1
63	2	1	6,4	30	25	157	2	1
64	2	2	6,4	30	29	156	2	1
65	2	1	6,4	27	28	167	2	1
66	2	2	6,4	27	28	166	2	1
67	2	2	6,4	26	36	156	2	1
68	2	1	6,4	26	28	165	2	1
69	2	1	6,4	26	28	157	2	1
70	2	1	6,4	26	28	154	2	1
71	2	2	6,4	26	28	156	2	1
72	2	1	6,4	26	28	173	2	1
73	2	2	6,4	25	28	170	2	1
74	1	1	6,8	30	31	179	2	1
75	1	2	6,8	29	39	166	2	1
76	1	2	6,8	29	39	166	2	1
77	1	2	6,8	28	38	153	2	1
78	1	2	6,8	26	36	180	2	1
79	1	1	6,8	26	36	167	2	1
80	2	2	6,8	30	28	167	2	1
81	2	2	6,8	30	22	167	2	1
82	2	1	6,8	28	38	168	2	1
83	2	1	6,8	27	37	156	2	1
84	2	1	6,8	26	25	157	2	1
85	2	2	6,8	26	36	156	2	1
86	2	1	6,8	26	36	172	2	1
87	2	2	6,8	25	25	166	2	1
88	1	1	6,85	29	24	168	2	1
89	2	2	6,85	29	24	166	2	1
90	2	1	6,85	28	22	175	2	1

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
91	2	2	6,85	27	25	167	2	1
92	2	1	6,85	27	26	160	2	1

93	2	1	6,85	27	25	163	2	1
94	2	2	6,85	27	28	164	2	1
95	2	1	6,85	26	22	170	2	1
96	2	1	6,85	25	23	156	2	1
97	2	1	6,85	24	21	163	2	1
98	2	2	6,85	24	23	171	2	1
99	2	1	6,85	24	22	156	2	1
100	2	1	6,85	24	24	162	2	1
101	1	1	7,11	29	39	170	2	1
102	1	2	7,11	29	39	170	2	1
103	1	1	7,11	28	38	168	2	1
104	1	2	7,11	26	36	180	2	1
105	2	1	7,11	30	35	167	2	1
106	2	1	7,11	30	33	169	2	1
107	2	2	7,11	29	39	169	2	1
108	2	2	7,11	29	39	156	2	1
109	2	1	7,11	29	39	168	2	1
110	2	1	7,11	29	39	157	2	1
111	2	2	7,11	29	39	154	2	1
112	2	1	7,11	28	32	166	2	1
113	2	1	7,11	28	38	163	2	1
114	2	1	7,11	28	30	170	2	1
115	2	1	7,11	28	38	168	2	1
116	2	1	7,11	28	38	168	2	1
117	2	2	7,11	27	29	153	2	1
118	2	2	7,11	27	37	166	2	1
119	2	2	7,11	26	36	167	2	1
120	2	2	7,11	26	36	173	2	1
121	2	1	7,11	26	36	168	2	1
122	2	1	7,11	25	25	167	2	1
123	2	1	7,11	25	38	157	2	1
124	2	1	7,11	25	31	166	2	1
125	2	1	7,11	25	29	158	2	1
126	2	2	7,11	24	23	172	2	1
127	2	1	7,11	24	25	171	2	1
128	2	1	7,11	24	25	164	2	1
129	2	2	7,11	24	25	157	2	1
130	2	1	7,11	24	25	162	2	1
131	2	2	7,11	24	25	163	2	1
132	1	1	7,5	21	34	162	2	1
133	1	1	7,5	21	33	160	2	1
134	1	2	7,5	19	36	172	2	1
135	1	1	7,5	18	35	166	2	1

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
136	2	2	7,5	19	24	175	2	1
137	2	2	7,5	19	32	168	2	1
138	1	2	8	19	18	139	2	2
139	1	1	8	19	14	135	2	2
140	1	1	8	19	15	152	2	2
141	1	1	8	19	24	134	2	2
142	1	1	8	18	23	133	2	2
143	1	1	8	18	18	132	2	2
144	1	1	8	19	12	132	2	2
145	1	1	8	19	26	138	2	2
146	1	1	8	17	22	136	2	2
147	1	2	8	19	20	135	2	2
148	1	2	8	19	17	134	2	2
149	1	1	8	17	18	135	2	2
150	1	2	8	19	16	139	2	2
151	1	2	8	16	15	135	2	2
152	1	2	8	16	16	135	2	2
153	1	2	8	16	15	139	2	2
154	1	2	8	15	17	130	2	2
155	1	2	8	15	14	138	2	2
156	1	2	8	15	28	137	2	2
157	1	1	8	15	19	133	2	2
158	1	1	8	15	16	139	2	2
159	1	2	8	15	16	144	2	2
160	1	1	8	17	19	132	2	2
161	1	2	8	16	16	132	2	2
162	1	1	8	15	15	139	2	2
163	2	2	8	17	20	135	2	2
164	2	1	8	19	19	136	2	2
165	2	2	8	20	25	133	2	2
166	2	2	8	19	19	139	2	2
167	2	2	8	19	24	131	2	2
168	2	1	8	19	26	139	2	2
169	2	1	8	19	19	139	2	2
170	2	2	8	19	19	134	2	2
171	2	2	8	19	14	135	2	2
172	2	1	8	18	26	139	2	2
173	2	1	8	18	17	134	2	2
174	2	1	8	18	19	135	2	2
175	2	1	8	18	25	139	2	2
176	2	1	8	18	15	138	2	2
177	2	1	8	17	14	137	2	2
178	2	2	8	17	12	137	2	2
179	2	2	8	17	13	138	2	2
180	2	2	8	17	26	136	2	2

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
181	2	2	8	16	12	133	2	2
182	2	1	8	16	15	132	2	2
183	2	2	8	16	15	131	2	2
184	2	2	8	16	17	132	2	2
185	2	1	8	16	16	133	2	2
186	2	1	8	16	15	139	2	2
187	2	2	8	15	10	139	2	2
188	2	1	8	15	11	133	2	2
189	2	1	8	15	10	134	2	2
190	2	1	8	15	15	135	2	2
191	2	2	8	16	17	135	2	2
192	1	2	8,25	21	19	138	2	2
193	1	2	8,25	19	24	137	2	2
194	1	1	8,25	19	17	134	2	2
195	1	2	8,25	19	16	138	2	2
196	1	1	8,25	17	14	138	2	2
197	1	1	8,25	16	20	144	2	2
198	1	2	8,25	15	14	136	2	2
199	1	2	8,25	15	16	139	2	2
200	1	2	8,25	15	14	133	2	2
201	1	2	8,25	15	17	138	2	2
202	1	2	8,25	16	17	139	2	2
203	1	1	8,25	17	14	138	2	2
204	1	2	8,25	16	17	136	2	2
205	2	2	8,25	21	17	134	2	2
206	2	1	8,25	19	18	134	2	2
207	2	2	8,25	19	18	139	2	2
208	2	1	8,25	18	17	136	2	2
209	2	1	8,25	17	18	138	2	2
210	2	1	8,25	17	18	137	2	2
211	2	1	8,25	16	15	134	2	2
212	2	2	8,25	16	14	136	2	2
213	2	2	8,25	16	14	134	2	2
214	2	1	8,25	16	13	138	2	2
215	2	2	8,25	15	13	137	2	2
216	2	1	8,25	15	13	135	2	2
217	2	2	8,25	17	16	138	2	2
218	2	2	8,25	16	15	136	2	2
219	2	1	8,25	17	15	136	2	2
220	1	1	8,5	19	13	135	2	2
221	1	2	8,5	18	16	137	2	2
222	1	2	8,5	18	15	134	2	2
223	1	1	8,5	19	15	136	2	2
224	1	2	8,5	19	17	126	2	2

225	1	2	8,5	19	16	132	2	2
-----	---	---	-----	----	----	-----	---	---

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
226	1	2	8,5	17	28	134	2	2
227	1	2	8,5	17	16	131	2	2
228	1	1	8,5	17	15	142	2	2
229	2	2	8,5	19	19	139	2	2
230	2	2	8,5	19	19	136	2	2
231	2	2	8,5	19	14	142	2	2
232	2	2	8,5	18	17	139	2	2
233	2	1	8,5	18	13	123	2	2
234	2	1	8,5	18	15	142	2	2
235	2	1	8,5	17	19	151	2	2
236	2	1	8,5	17	16	135	2	2
237	2	2	8,5	17	14	142	2	2
238	2	2	8,5	17	13	136	2	2
239	2	1	8,5	16	13	142	2	2
240	2	1	8,5	16	14	142	2	2
241	2	1	8,5	16	12	137	2	2
242	2	1	8,5	15	20	132	2	2
243	2	2	8,5	15	22	133	2	2
244	2	2	8,5	15	26	136	2	2
245	2	2	8,5	15	15	142	2	2
246	2	2	8,5	15	15	142	2	2
247	2	1	8,5	16	20	132	2	2
248	1	1	9,14	16	13	136	2	2
249	1	1	9,14	19	12	142	2	2
250	1	2	9,14	15	14	138	2	2
251	2	2	9,14	16	13	140	2	2
252	2	2	9,14	16	15	134	2	2
253	2	1	9,14	15	17	140	2	2
254	2	2	9,14	15	16	140	2	2
255	1	2	9,66	19	14	135	2	2
256	1	1	9,66	19	16	132	2	2
257	1	1	9,66	18	16	135	2	2
258	1	2	9,66	19	15	138	2	2
259	2	1	9,66	18	14	132	2	2
260	2	2	9,66	18	14	120	2	2
261	2	2	9,66	18	12	135	2	2
262	2	1	9,66	17	13	138	2	2
263	1	2	10,66	18	15	135	1	2
264	1	2	10,66	18	14	122	1	2
265	2	1	10,66	19	12	139	1	2
266	2	2	10,66	19	15	135	1	2

267	2	1	10,66	18	23	139	1	2
268	2	1	10,66	18	16	136	1	2
269	2	2	10,66	17	14	137	1	2
270	2	2	10,66	17	13	136	1	2

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
271	2	2	10,66	17	13	142	1	2
272	2	1	10,66	17	14	133	1	2
273	2	2	10,66	16	14	134	1	2
274	2	1	10,66	15	14	139	1	2
275	1	2	12,8	17	10	137	1	2
276	1	2	12,8	16	7	130	1	2
277	1	2	12,8	15	9	132	1	2
278	1	2	12,8	15	10	130	1	2
279	1	2	12,8	15	11	132	1	2
280	1	1	12,8	15	9	138	1	2
281	2	2	12,8	17	11	136	1	2
282	2	1	12,8	17	8	135	1	2
283	2	1	12,8	16	8	139	1	2
284	2	1	12,8	15	13	136	1	2
285	2	1	13,33	16	11	137	2	2
286	2	1	13,33	15	7	129	2	2
287	2	1	13,33	15	9	137	2	2
288	2	1	13,33	15	12	134	2	2
289	1	1	14,25	18	10	139	2	2
290	1	1	14,25	15	12	126	2	2
291	2	1	14,25	16	10	133	2	2
292	2	1	14,25	15	10	127	2	2
293	2	1	14,25	15	9	134	2	2
294	2	1	14,25	14	11	134	2	2
295	1	1	15	15	8	138	1	2
296	1	1	15	15	10	128	1	2
297	2	1	15	15	11	138	1	2
298	2	1	15	15	7	138	1	2
299	2	1	15	15	11	137	1	2
300	2	1	15	16	9	139	1	2
301	1	2	17,65	16	12	118	1	3
302	1	2	17,65	17	13	144	1	3
303	2	2	17,65	16	11	122	1	3
304	2	2	17,65	16	12	120	1	3
305	2	2	17,65	16	10	119	1	3
306	2	1	17,65	16	12	122	1	3
307	2	2	17,65	17	11	121	1	3
308	1	1	21,43	16	5	134	1	3

309	1	1	21,43	15	7	122	1	3
310	2	1	21,43	16	8	132	1	3
311	2	1	21,43	17	7	121	1	3
312	2	1	21,43	15	6	122	1	3
313	1	2	22,78	17	9	126	1	3
314	1	2	22,78	16	9	122	1	3
315	1	1	22,78	15	9	121	1	3

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
316	1	2	22,78	16	9	125	1	3
317	2	2	22,78	17	8	120	1	3
318	2	2	22,78	17	8	120	1	3
319	2	2	22,78	16	9	122	1	3
320	2	2	22,78	16	11	121	1	3
321	2	2	22,78	15	8	135	1	3
322	1	2	23,33	16	9	121	1	3
323	1	2	23,33	15	7	135	1	3
324	2	2	23,33	15	10	134	1	3
325	2	2	23,33	14	8	119	1	3
326	2	2	23,33	14	9	128	1	3
327	2	2	23,33	14	10	122	1	3
328	2	2	23,33	14	8	122	1	3
329	2	1	23,33	17	5	119	1	3
330	2	1	23,33	15	6	122	1	3
331	2	1	23,33	16	7	132	1	3
332	2	1	23,33	16	7	117	1	3
333	2	1	23,33	16	15	119	1	3
334	2	1	23,33	15	16	118	1	3
335	1	2	23,5	16	8	120	1	3
336	1	2	23,5	17	15	122	1	3
337	1	2	23,5	15	9	121	1	3
338	1	1	23,5	14	8	130	1	3
339	1	2	23,5	14	8	135	1	3
340	2	2	23,5	16	15	120	1	3
341	2	2	23,5	16	5	136	1	3
342	2	2	23,5	16	15	122	1	3
343	2	2	23,5	15	6	134	1	3
344	2	2	23,5	14	10	121	1	3
345	1	2	27	17	16	135	1	3
346	1	2	27	15	8	119	1	3
347	1	2	27	14	7	132	1	3
348	2	2	27	17	8	120	1	3
349	2	2	27	16	7	135	1	3
350	2	2	27	16	9	126	1	3

351	2	2	27	15	17	122	1	3
352	2	2	27	15	7	118	1	3
353	2	2	27	15	7	121	1	3
354	1	1	27,5	17	9	124	1	3
355	1	1	27,5	14	7	126	1	3
356	2	2	27,5	16	7	119	1	3
357	2	2	27,5	16	8	133	1	3
358	2	2	27,5	15	6	122	1	3
359	2	2	27,5	14	9	133	1	3
360	1	1	28,13	15	11	120	1	3

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
361	1	2	28,13	14	15	118	1	3
362	1	2	28,13	14	8	120	1	3
363	2	1	28,13	17	10	133	1	3
364	2	1	28,13	16	10	119	1	3
365	2	2	28,13	16	10	121	1	3
366	2	1	28,13	15	6	133	1	3
367	2	2	28,13	15	12	125	1	3
368	2	1	28,13	14	7	133	1	3
369	1	2	30	16	12	127	1	3
370	1	2	30	17	11	120	1	3
371	1	2	30	16	8	126	1	3
372	1	2	30	16	6	130	1	3
373	1	2	30	17	11	132	1	3
374	1	2	30	13	6	121	1	3
375	2	2	30	16	9	133	1	3
376	2	2	30	15	8	124	1	3
377	1	2	31,11	13	8	120	1	3
378	1	2	31,11	16	13	136	1	3
379	1	2	31,11	15	6	133	1	3
380	1	2	31,11	14	12	127	1	3
381	2	2	31,11	17	14	121	1	3
382	2	2	31,11	14	11	130	1	3
383	2	2	31,11	14	7	121	1	3
384	2	2	32	16	5	119	1	3
385	2	1	32	16	15	119	1	3
386	2	1	32	16	10	119	1	3
387	2	2	32	15	15	122	1	3
388	2	1	32	15	7	130	1	3
389	1	1	32,14	16	16	122	1	3
390	1	1	32,14	15	16	120	1	3
391	1	1	32,14	14	8	120	1	3
392	1	1	32,14	13	7	122	1	3

393	2	1	32,14	15	7	130	1	3
394	2	1	32,14	15	9	121	1	3
395	2	1	32,14	14	8	130	1	3
396	2	1	32,14	14	16	121	1	3
397	1	1	32,5	15	8	120	1	3
398	1	1	32,5	15	14	122	1	3
399	1	1	32,5	14	5	134	1	3
400	2	2	32,5	17	15	128	1	3
401	2	1	32,5	15	9	127	1	3
402	2	2	32,5	15	10	129	1	3
403	2	2	32,5	14	9	130	1	3
404	2	2	32,5	14	15	121	1	3
405	2	2	32,5	14	7	121	1	3

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
406	1	2	34,23	16	10	120	1	3
407	1	1	34,23	15	14	126	1	3
408	1	2	34,23	15	5	119	1	3
409	1	2	34,23	14	13	122	1	3
410	1	2	34,23	14	6	115	1	3
411	2	2	34,23	14	14	126	1	3
412	2	2	34,23	16	9	122	1	3
413	1	2	34,58	17	11	125	1	3
414	1	1	34,58	16	16	120	1	3
415	1	1	34,58	16	6	128	1	3
416	1	1	34,58	14	7	122	1	3
417	1	1	34,58	13	15	123	1	3
418	2	1	34,58	16	16	124	1	3
419	2	1	34,58	17	5	120	1	3
420	2	1	34,58	14	7	123	1	3
421	1	1	34,64	17	7	128	1	3
422	1	1	34,64	16	9	120	1	3
423	1	1	34,64	16	16	127	1	3
424	2	1	34,64	16	6	126	1	3
425	2	1	34,64	14	15	121	1	3
426	2	1	34,64	14	7	124	1	3
427	2	1	34,64	13	18	121	1	3
428	2	1	34,64	14	8	124	1	3
429	1	1	35	17	16	118	1	3
430	1	1	35	14	15	121	1	3
431	2	1	35	17	6	120	1	3
432	2	1	35	16	6	127	1	3
433	2	1	35	14	15	120	1	3
434	2	1	35	14	5	119	1	3

435	2	1	35	14	5	120	1	3
436	2	1	35	14	8	120	1	3
437	1	2	37,5	16	9	124	1	3
438	1	1	37,5	15	16	123	1	3
439	1	2	37,5	15	17	121	1	3
440	1	1	37,5	14	8	122	1	3
441	1	1	37,5	14	6	130	1	3
442	1	1	37,5	14	5	120	1	3
443	2	1	37,5	16	9	122	1	3
444	2	1	37,5	17	8	120	1	3
445	2	1	37,5	16	9	122	1	3
446	2	1	37,5	16	10	125	1	3
447	2	1	37,5	14	16	127	1	3
448	2	1	37,5	14	18	122	1	3
449	2	1	37,5	13	17	127	1	3
450	1	2	37,73	14	6	122	1	3

Numé	genre	situafamil	espbat	anx	depr	hta	styl	groupespace
451	1	2	37,73	14	17	128	1	3
452	2	2	37,73	16	15	122	1	3
453	2	1	37,73	14	6	119	1	3
454	2	2	37,73	13	5	132	1	3
455	2	2	37,73	13	18	130	1	3
456	2	1	37,73	13	8	129	1	3
457	1	2	38,33	14	5	119	1	3
458	1	2	38,33	14	16	122	1	3
459	2	2	38,33	13	16	130	1	3

SPSSالملحق رقم 06 : نتائج المعالجة الإحصائية للبيانات ببرنامج

Effectifs

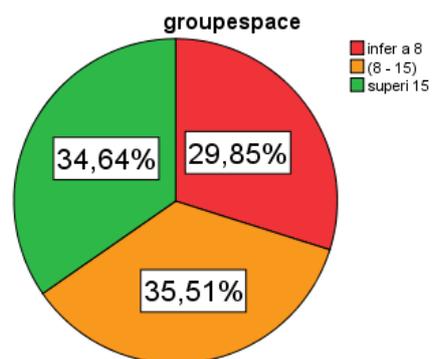
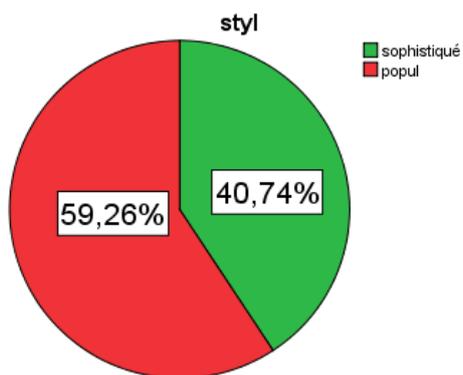
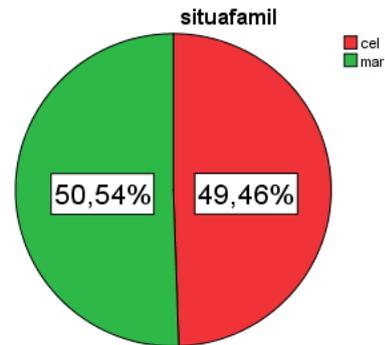
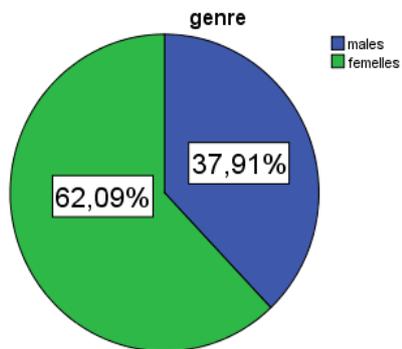
Statistiques					
		genre	situafamil	styl	groupespace
N	Valide	459	459	459	459
	Manquante	0	0	0	0

Tableau de fréquences

Genre					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumuli
Valide	males	174	37,9	37,9	37,9
	femelles	285	62,1	62,1	100,0
	Total	459	100,0	100,0	
Situafamil					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumuli
Valide	cel	227	49,5	49,5	49,5
	mar	232	50,5	50,5	100,0
	Total	459	100,0	100,0	
Styl					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumuli

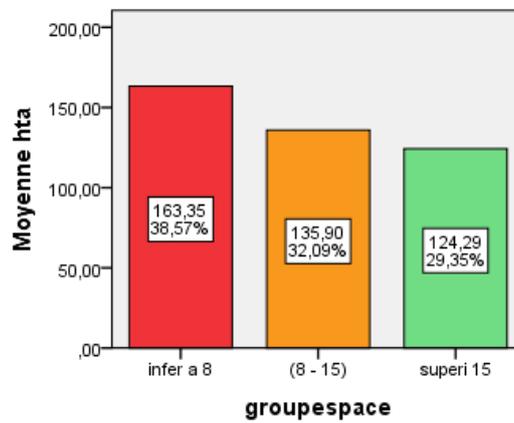
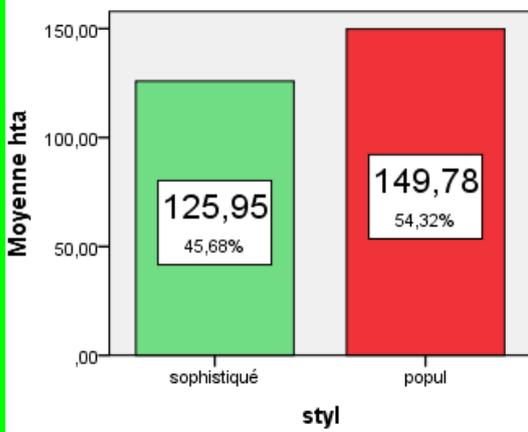
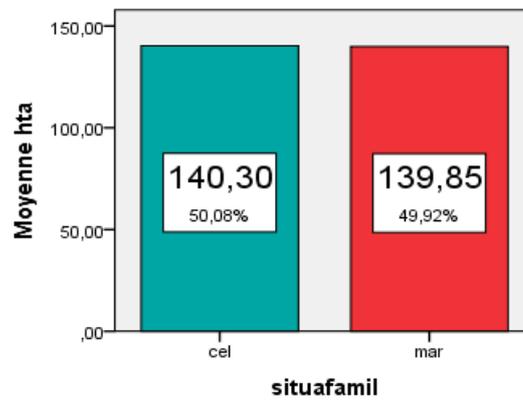
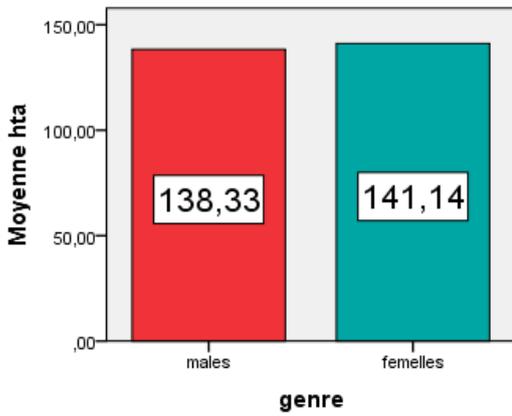
Valide	sophistiqué	187	40,7	40,7	40,7
	popul	272	59,3	59,3	100,0
	Total	459	100,0	100,0	
Groupeespace					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumuli
Valide	infer a 8	137	29,8	29,8	29,8
	(8 - 15)	163	35,5	35,5	65,4
	superi 15	159	34,6	34,6	100,0
	Total	459	100,0	100,0	

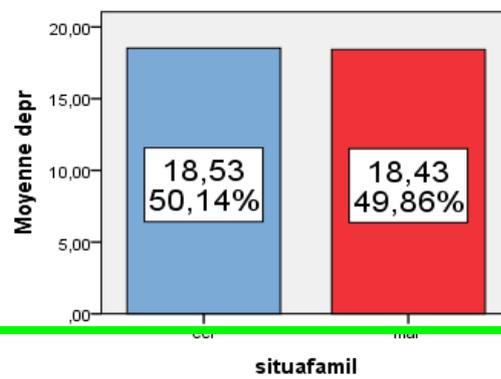
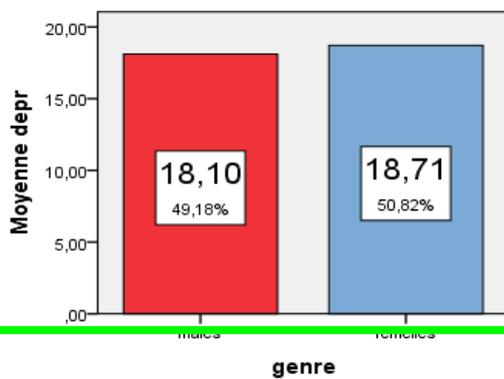
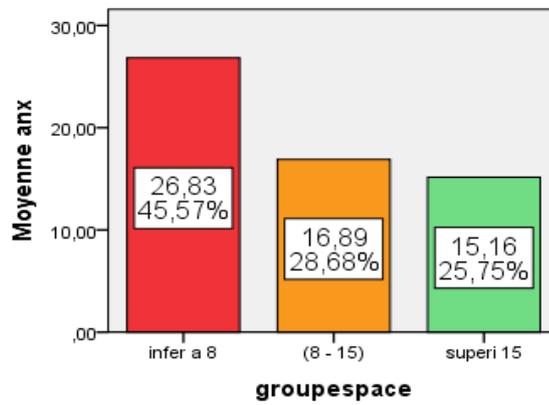
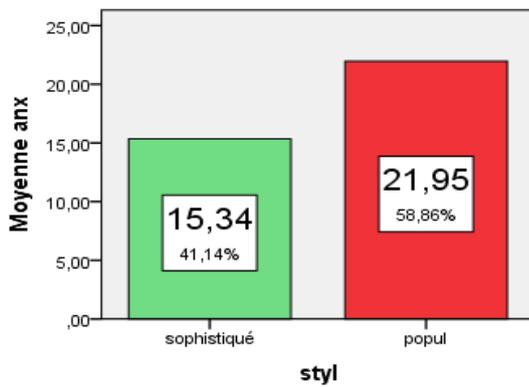
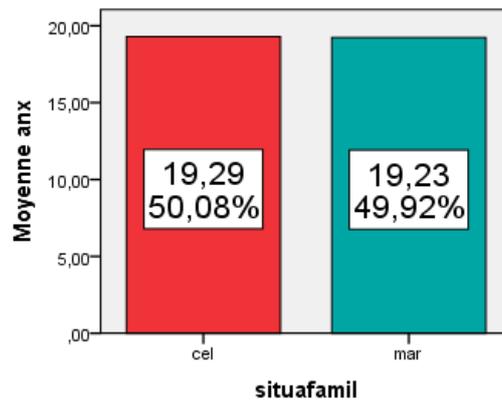
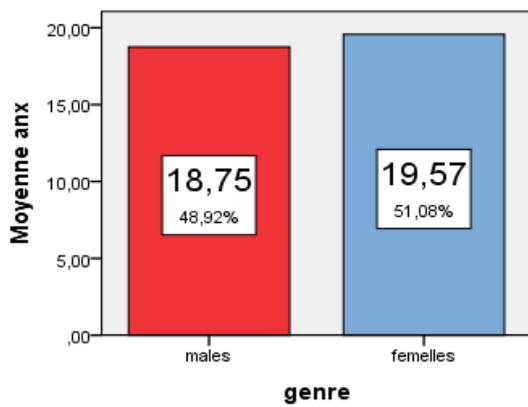
Diagramme en secteurs



Statistiques descriptive

	N	Moyenne	Ecart type
espbat	459	15,5540	11,07751
depr	459	18,4793	10,21778
anx	459	19,2593	5,29607
hta	459	140,0719	16,86361
N valide (listwise)	459		





hta	Hypothèse de var égales	3,554	,060	-1,735	457	,083	-2,80926	1,61886	-5,99058	,37207
	Hypothèse de vari inégales			-1,754	378,546	,080	-2,80926	1,60119	-5,95759	,33908
anx	Hypothèse de varégales	9,048	,003	-1,622	457	,106	-,82480	,50862	-1,82432	,17472
	Hypothèse de vari inégales			-1,648	384,880	,100	-,82480	,50034	-1,80855	,15894
depr	Hypothèse de vari égales	,371	,543	-,615	457	,539	-,60532	,98370	-2,53845	1,32780
	Hypothèse de i inégales var			-,615	365,568	,539	-,60532	,98380	-2,53994	1,32929

Statistiques de groupe

	situafamil	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
hta	cel	227	140,2952	16,58462	1,10076
	mar	232	139,8534	17,16523	1,12695
anx	cel	227	19,2907	5,30020	,35179
	mar	232	19,2284	5,30331	,34818
depr	cel	227	18,5330	10,39411	,68988
	mar	232	18,4267	10,06446	,66076

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
hta	Hypothèse de variégales	,029	,864	,280	457	,779	,44171	1,57593	-2,65526	3,53868
	Hypothèse de variinéégales			,280	456,928	,779	,44171	1,57534	-2,65410	3,53751
anx	Hypothèse égales	,110	,741	,126	457	,900	,06230	,49496	-,91038	1,03498
	Hypothèse inégales			,126	456,794	,900	,06230	,49496	-,91037	1,03498
depr	Hypothèse v égales	,389	,533	,111	457	,911	,10632	,95494	-1,77030	1,98293
	Hypothèse v inégales			,111	455,669	,911	,10632	,95527	-1,77097	1,98360

Corrélations

Corrélations					
		espbat	hta	anx	depr
espbat	Corrélation de Pearson	1	-,718**	-,636**	-,653**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000
	N	459	459	459	459
hta	Corrélation de Pearson	-,718**	1	,872**	,841**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000	,000
	N	459	459	459	459
anx	Corrélation de Pearson	-,636**	,872**	1	,875**

	Sig. (bilatérale)	,000	,000		,000
	N	459	459	459	459
depr	Corrélation de Pearson	-,653**	,841**	,875**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	
	N	459	459	459	459

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

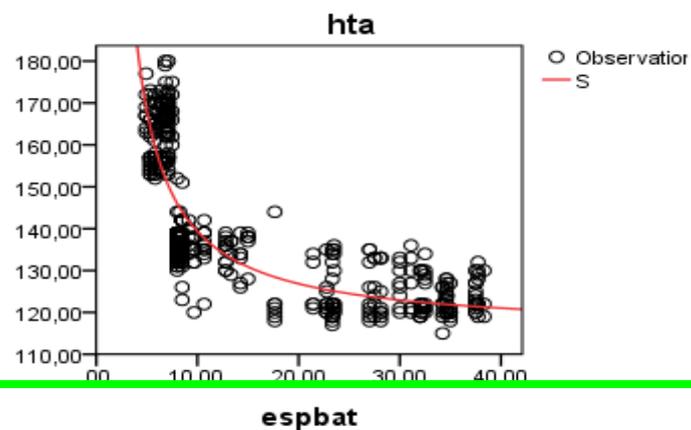
Ajustement de courbe

Récapitulatif du modèle et estimations des paramètres

Variable dépendante :: hta

Equation	Récapitulatif des modèles					Estimations de paramètres	
	R-deux	F	df1	df2	Sig.	Constante	b1
S	,725	1205,154	1	457	,000	4,749	1,876

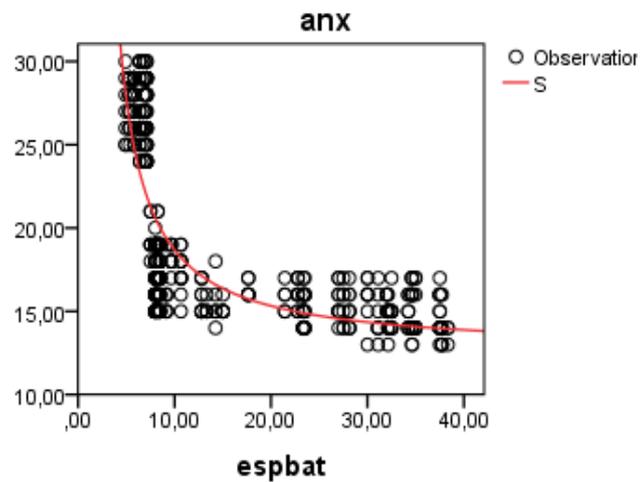
La variable indépendante est espbat.



Ajustement de courbe

Récapitulatif du modèle et estimations des paramètres							
Variable dépendante :: anx							
Equation	Récapitulatif des modèles					Estimations de paramètres	
	R-deux	F	df1	df2	Sig.	Constante	b1
S	,675	948,745	1	457	,000	2,532	3,950

La variable indépendante est espbat.



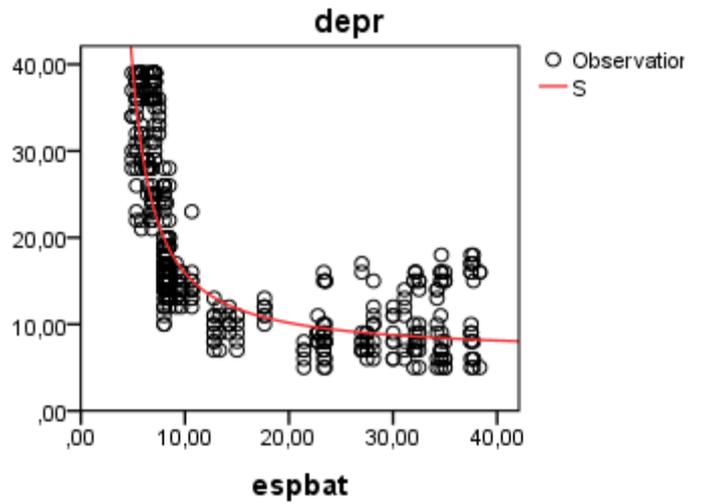
Ajustement de courbe

Récapitulatif du modèle et estimations des paramètres

Variable dépendante :: depr

Equation	Récapitulatif des modèles					Estimations de paramètres	
	R-deux	F	df1	df2	Sig.	Constante	b1
S	,701	1070,255	1	457	,000	1,870	8,976

La variable indépendante est espbat.



ANOVA à 1 facteur						
		Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
hta	Inter-groupes	116678,324	2	58339,162	1960,647	,000
	Intra-groupes	13568,304	456	29,755		
	Total	130246,627	458			
depr	Inter-groupes	38144,876	2	19072,438	899,227	,000
	Intra-groupes	9671,678	456	21,210		
	Total	47816,553	458			
anx	Inter-groupes	11439,249	2	5719,624	1853,827	,000
	Intra-groupes	1406,899	456	3,085		
	Total	12846,148	458			

Hta				
Scheffe				
groupespace	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05		
		1	2	3
superi 15	159	124,2893		
(8 - 15)	163		135,9018	

infer a 8	137			163,3504
Signification		1,000	1,000	1,000
Depr				
Scheffe				
groupespace	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05		
		1	2	3
superi 15	159	9,9371		
(8 - 15)	163		15,4479	
infer a 8	137			32,0000
Signification		1,000	1,000	1,000
Anx				
Scheffe				
groupespace	N	Sous-ensemble pour alpha = 0.05		
		1	2	3
superi 15	159	15,1635		
(8 - 15)	163		16,8896	
infer a 8	137			26,8321
Signification		1,000	1,000	1,000

العنوان: أثر بعض المؤشرات المحيطة على الجانب النفسي والبيولوجي للفرد

الملخص:

تهدف الدراسة إلى البحث في موضوع أثر بعض المؤشرات المحيطة على الجانب البيولوجي والنفسي للفرد، وقد تمحورت إشكالية الدراسة حول اختبار مجموعة من الفرضيات تمحورت أساساً في إيجاد العلاقة بين كل من الحيز السكني كمتغير مستقل، والمتغيرات التابعة: ضغط الدم، القلق والاكتئاب والتباين بين فئات الحيز السكني في مستويات المتغيرات التابعة، ولذلك تم اختيار عينة حجمها 459 فرد، شملت خمسة أحياء اثنان راقية وثلاثة أحياء شعبية من مدينة غليزان، استخدم الباحث مقياسين أساسيين هما مقياس تابلور للقلق ومقياس بيك للاكتئاب إضافة إلى جهاز قياس ضغط الدم. وللمعالجة الإحصائية للبيانات تم الاعتماد على الأساليب الإحصائية التالية: معامل الارتباط بيرسون، معامل الانحدار، تحليل التباين واختبار "ت". وتوصلت الدراسة إلى وجود ارتباطات دالة إحصائياً بين المتغير المستقل والمتغيرات التابعة، كما استنتجت معادلات التنبؤ لكل متغير تابع بدلالة الحيز السكني، و أثبتت النتائج وجود تباين في كل من ضغط الدم، القلق والاكتئاب تبعاً لفئات الحيز السكني.

كلمات مفتاحية: الحيز السكني، ضغط الدم، القلق، الاكتئاب.

Intitulé : l'impact de quelques indices environnementaux sur l'aspect psychologique et biologique de l'individu.

Résumé :

L'objectif de cette étude est d'apprécier l'effet d'indices environnementaux sur les aspects psychologique et physiologique de l'individu.

La problématique de l'étude s'articule autour du test d'un ensemble d'hypothèses axées essentiellement sur la mise en évidence du rapport de l'espace résidentiel, en tant que variable indépendante, aux variables dépendantes : tension artérielle, anxiété, dépression, et la variance entre les catégories – espaces résidentiels – appréciées aux niveaux des variables indépendantes.

A ce titre il a été procédé au choix d'un échantillon constitué de 459 individus répartis sur cinq quartiers de la ville de Relizane, dont deux situés en zones privilégiées et les trois autres en zones dites populaires.

Le chercheur a opté essentiellement pour deux tests, s'agissant précisément du test de l'anxiété de Taylor et du test de la dépression de Beck, auxquelles s'ajoute l'usage du tensiomètre.

Concernant le traitement statistique des données, il a été recouru aux procédés statistiques suivants : Le coefficient de Corrélation Pearson, Le coefficient de Régression, l'analyse de variance et le T test.

Cette étude a abouti à la mise en évidence de l'existence de corrélations statistiquement significatives entre la variable indépendante et les variables dépendantes, aussi les équations prévisionnelles ont été déduites pour toutes les variables dépendantes sous-indice de l'espace résidentiel, les résultats ont affirmé l'existence d'une variance entre la pression artérielle, l'anxiété et la dépression en fonction des catégories espaces résidentiels.

Mots clés: L'espace résidentiel, la pression artérielle, l'anxiété, la dépression.

Entitled: the impact of some environmental clues on the psychological and biological aspect of the individual.

Abstract:

The objective of this study is to assess the effect of environmental indices on the psychological and physiological aspects of the individual.

The problem of the study revolves around the testing of a set of hypotheses focusing mainly on the identification of the relation of the residential space, as an independent variable, to the dependent variables: blood pressure, anxiety, depression, and the variance between the categories - residential spaces - appreciated at the levels of the independent variables.

In this respect, a sample of 459 individuals was selected in five districts of the city of Relizane, two of which were located in privileged zones and the other three in so-called popular zones.

The researcher opted mainly for two tests, specifically Taylor's Test of Anxiety and Beck's Depression Test, to which is added the use of the tensiometer.

For statistical processing of data, the following statistical procedures were used: Pearson Correlation coefficient, Regression coefficient, analysis of variance and T test.

This study revealed the existence of statistically significant correlations between the independent variable and the dependent variables, also the forecast equations were deduced for all dependent variables sub-index of residential space, the results indicated a variance between blood pressure, anxiety and depression in terms of residential categories.

Key words: Residential space, blood pressure, anxiety, depression.