

جامعة الجزائر  
كلية العلوم الإجتماعية  
قسم علم النفس وعلوم التربية

علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة  
و والإكتئاب عند المصابين بمرض الربو  
– دراسة مقارنة بين ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية –

مذكرة لنيل شهادة الماجستير  
تخصص علم النفس الإجتماعي

إعداد السيدة : إشراف الدكتور :  
عودية - ولديهي حورية رشيد مسيلي

السنة الجامعية :  
2002 - 2001

فهرس العناوين :

الصفحة:

العنوان:

أ	- كلمة الشكر
ب	- الإهداء
01	- مقدمة البحث
04	- اشكالية البحث
08	- فرضيات البحث

**الباب الأول**

**الجانب النظري**

**الفصل الأول : مرض الربو**

13	- تمهيد
13	1 - مفهوم الربو
14	1 - 1 - لمحات تاريخية حول مفهوم الربو
14	1 - 2 - تعريف الربو من الناحية الطبية
15	2 - مفهوم الربو الحساسي
15	2 - 1 - ميكانيزم الربو الحساسي
16	2 - 2 - مولدات الحساسية
19	3 - الأشكال العيابية للربو
20	3 - 1 - التصنيف حسب السن والتطور
20	3 - 2 - التصنيف حسب الشدة والمدة

20	3 - التصنيف حسب درجة خطورة التوبات
22	4 - الأعراض العيادية للربو
23	5 - الخصائص الإكلينيكية للربو و الوظيفية لنوبات الربو
23	5 - 1 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة الخفيفة
24	5 - 2 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة المتوسطة
24	5 - 3 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية للنوبة الحادة
25	5 - 4 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لتوقف التنفس المداهم
25	6 - العوامل المسببة للربو
26	6 - 1 - عوامل الاستعداد للربو
27	6 - 2 - العوامل المساعدة
30	6 - 3 - العوامل النفسية
31	7 - مضاعفات الربو
31	7 - 1 - المضاعفات الحادة
32	7 - 2 - المضاعفات المزمنة
33	7 - 3 - المضاعفات الخارجية
33	8 - الوفاة بسبب الربو
33	8 - 1 - الوفاة بسبب الربو في البلدان المصنعة
34	8 - 2 - الوفاة بسبب الربو في البلدان السائرة في طريق النمو
34	9 - العلاج الدوائي للربو
38	10 - وجهة النظر المختلفة في تفسير الربو
38	10 - 1 - وجهة نظر التناول السيكوسوماتي
40	10 - 2 - وجهة نظر التناول التحليلي
41	10 - 3 - وجهة نظر التناول السلوكى

## **الفصل الثاني : الإكتتاب**

46	- تمهيد
47	1 - مفهوم الإكتتاب
47	2 - تعاريف الإكتتاب
48	2 - 1 - التعريف الإكلينيكي
48	2 - 2 - التعريف السلوكي
48	2 - 3 - التعريف المعرفي
49	3 - أعراض التاذر الإكتتابي
54	4 - الأشكال العيادية للإكتتاب
56	5 - التناولات النظرية في تفسير الإكتتاب
57	5 - 1 - الإتجاه البيولوجي
57	5 - 2 - اتجاه التحليل النفسي
58	5 - 3 - الإتجاه السلوكي
60	5 - 4 - الإتجاه المعرفي
62	6 - أهم علاجات الإكتتاب
63	6 - 1 - العلاجات الكيميائية
64	6 - 2 - العلاجات النفسية
67	7 - العلاقة بين الضغط، الإكتتاب والمقاومة

## **الفصل الثالث : الضغط النفسي والمقاومة**

### **المبحث الأول : الضغط**

72	- تمهيد
73	1 - لمحات تاريخية عن مفهوم الضغط
75	2 - عوامل غموض مفهوم الضغط
75	3 - تعريف الضغط

77	4 - نظريات الضغط
77	4 - 1- التناول الفيزيولوجي
79	4 - 2 - التناول النفسي الاجتماعي
82	4 - 3 - التناول المعرفي
86	5 - الخصائص الشخصية المؤثرة في تقييم المواقف الضاغطة

## **المبحث الثاني : المقاومة**

90	- تمهيد
91	1 - تعريف المقاومة
92	2 - التناولات النظرية لمفهوم المقاومة
92	2 - 1 - النموذج الحيواني
93	2 - 2 - نموذج علم النفس الأنما
94	3 - أنواع استراتيجيات المقاومة
94	3 - 1 - استراتيجيات المقاومة المركزية حول الإنفعال
95	3 - 1 - استراتيجيات المقاومة المركزية حول المشكل
96	4 - فعالية المقاومة على الصحة الجسدية
99	5 - دور المساعدة الاجتماعية في التخفيف من التوتر الإنفعالي

## **الباب الثاني**

### **الجانب الميداني**

#### **الفصل الرابع : منهجية البحث**

104	1 - مكان اجراء البحث
104	2 - تصميم البحث
104	3 - عينة البحث
104	3 - 1 - طريقة اختيار العينة
105	3 - 2 - خصائص العينة

109	4 - وسائل القياس
109	4 - 1 - مقياس الإكتتاب
112	4 - 2 - مقياس ادراك الضغط
114	4 - 3 - مقياس المقاومة
117	5 - التقنيات المستعملة في المعالجة الإحصائية

### **الفصل الخامس : عرض ومناقشة النتائج**

123	1 - عرض النتائج الخاصة بمقياس الإكتتاب، باستبيان ادراك الضغط و مقياس المقاومة
140	2 - تحليل و مناقشة النتائج المتعلقة بوسائل القياس
150	3 - الخاتمة
152	4 - اقتراحات

### **- المراجع**

- 1 - قائمة المراجع باللغة العربية
- 2 - قائمة المراجع باللغة الفرنسية

### **- الملحق**

## فهرس الجداول

الصفحة	عنوانه	رقم الجدول
21	أنواع نوبات الربو، أعراضها و خصائصها	- الجدول رقم (01)
37	الأدوية الخاصة بكل شكل من أشكال الربو	- الجدول رقم (02)
106	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	- الجدول رقم (03)
106	توزيع أفراد العينة حسب السن	- الجدول رقم (04)
107	توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية	- الجدول رقم (05)
107	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	- الجدول رقم (06)
108	توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي	- الجدول رقم (07)
109	توزيع أفراد العينة حسب المهنة	- الجدول رقم (08)
112	تقدير درجة الإكتتاب و مذلولتها باستخدام مقياس الإكتتاب لـ "باك"	- الجدول رقم (09)
الملحق (05)	درجات أفراد العينتين على استبيان ادراك الضغط لـ "ليفنستاين"	- الجدول رقم (10)

الصفحة	عنوانه	- رقم الجدول -
123	نتائج اختبار "t" للفروق في متوسط ادراك الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض	(11) - الجدول رقم (11)
(الملحق 05)	درجات أفراد العينتين على مقياس الإكتتاب لـ "باك"	(12) - الجدول رقم (12)
124	نتائج اختبار "t" للفروق في متوسط الإكتتاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض	(13) - الجدول رقم (13)
125	درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض على مقياس المقاومة	(14) - الجدول رقم (14)
126	درجات المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض على مقياس المقاومة	(15) - الجدول رقم (15)
127	نتائج اختبار "t" للفروق في متوسط استر اتجيات المقاومة المستعملة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض	(16) - الجدول رقم (16)

الصفحة	عنوانه	- رقم الجدول
130	معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض	- الجدول رقم (17)
132	معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين الضغط النفسي و استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض	- الجدول رقم (18)
135	معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة و الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض	- الجدول رقم (19)
138	معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض	- الجدول رقم (20)

## كلمة شكر

أقدم أصدق و أخلص شكراتي الى أستاذى الفاضل و المشرف على مذكوري الدكتور رشيد مسيلي الذي لم يدخل على بنصائحه القيمة و تشجيعاته التي لم تتوقف طيلة مدة انجاز هذه البحث العلمي مع كامل احتراماتي.

أود أن أقدم أعمق وأخلص شكراتي الى زوجي الكريم مولود على توجيهاته و تشجيعاته التي أنار بها درب هذا العمل مع كامل معانى العرفان على حسن تقديره للمجهود العلمي.

أقدم شكري الجزيل الى البروفيسور سليم نافتي رئيس مصلحة الأمراض التنفسية على التسهيلات والتوجيهات التي ساهم بتوفيرها لي خلال فترة انجاز العمل الميداني.

ولعل من أبسط مستلزمات الوفاء أن أقدم شakra خاصا الى كل الطاقم الطبي لمصلحة الأمراض التنفسية على المساعدات التي وفروها لنجاح هذا العمل.

أخص شakra جزيلا وتحية خالصة الى كل عينة البحث التي لولاها لما أجزنا هذه الدراسة.

شكرات مسبقة الى أعضاء اللجنة التي سوف تنفضل بمناقشة هذه المذكرة.

## الإهداء

الى من أضائت تشجيعاتهم و توصياتهم درب حياتي فكانت مصدرا للطمأنينة و السعادة و الأمان ...

الى روح أبي الطاهرة الزكية أسكنه الله فسيح جناته ...

الى مثلي الأعلى من ساحتني بسلاح الصبر و علمتني معنى المواضبة على الإجتهد فكانت ينبعا من الحنان والعطف أمي الحنون رعاها الله وأطال في عمرها وجزاها خيرا في الدنيا والآخرة ...

الى أحب وأصدق وأعز مخلوق الى قلبي زوجي الكريم مولود حفظه الله لي ورعاها ...

الى فلذة كبدى ابنتى الحنونة مريم حفظها الله لي ورعاها ...

الى اخوتي وأخواتي والصغيرين حمزة ونسرين ...

الى كل عائلة عونية صغيرا وكبيرا ...

الى صديقاني وأخواتي صفية، حبيبة، نسمة ونبيلة ...

الى كل أساتذتي في قسم علم النفس مع تحية عرفان، تقدير، واحلاص ...

الى كل شهيد ضحي في سبيل هذا الوطن العزيز ...

الى كل من يؤمن بأن العلم نور والجهل ظلام فیناضل بفكره ويجسد بقلمه ثمرة جهده حتى يبقى العلم كنزا لا يفنى أبدا ...

الى كل هؤلاء أهدي أغلى ثمرات تفكيري جعلها الله ثمرة مباركة وأرافقها بمحبتها انشاء الله

**مقدمة**

**الإشكالية**

**ذر خياراته البحث**

## مقدمة:

يمر الإنسان المعاصر بمرحلة تطور سريع في كل المجالات خاصة المجال التكنولوجي الذي سخر للإنسان كل وسائل الراحة والمنعة، لكن بالمقابل زاد تعقد أسلوب معيشته وتفاقمت مشكلاته، وأصبح الضغط الذي يعيشه عنصراً متحركاً مع الوقت وطابعاً يصبح حياته وسبباً في تعاسته وشقائه. ولعل الأمراض السيكوسومانية كمرض الربو من أخطر مخلفات هيمنة الضغط على حياة البشرية كلها. (مقدم، 1993)

و الواقع أن مرض الربو يتدرج تحت طائفة الأمراض المزمنة بسبب طبيعته الإنعكاسية والأليمة من جهة وتكليفه المادي والاقتصادية التي تنقل ميزانية العائلات والهيأكل الصحية التي تتضمن التكفل بالمرضى عن جهة أخرى. (جودار Godard و آخرون ، 1985)

يشكل الإنتشار المذهل لمرض الربو مشكلًّا بالغ الأهمية في العالم بأسره تعدت نسبته في فرنسا "حسب الأستاذ برنار" Bernard من 3% سنة 1968 إلى 13% سنة 1992 بمعدل يتراوح من 8% إلى 10% عند الطفل وهو ما يمثل 4 أطفال من بين 30 طفل متدرس في كل قسم. (برنار Bernard، 2000، ص 5)

و قد أظهر التحقيق الوطني الصحي الذي أجري سنة 1990 من طرف المعهد الوطني للصحة العمومية أن الأمراض التنفسية تحتل المكانة الأولى في الجزائر، و أكثرها تواتراً داء الربو.

(أيت خالد Ait Khaled ، 1992) إذ أثار انتشاره في مجتمعنا ردود فعل جزائريين أمثال الأستاذ "نفتي" Nafti الذي صرَّح أن مرض الربو من الأمراض الشائعة في عصرنا الحالي تقدر نسبته في الجزائر بين 2% و 5% أي حوالي 500000 حالة من جميع الأعمار من بينها 350000 راشد أي ما يعادل 5000 حالة سنويًا. (نفتي Nafti و آخرون، 1998، ص 24) كل ما سبق ذكره جعلنا ننظر إلى داء الربو على أنه مشكل الصحة العمومية، ليس لفريط انتشاره فقط، وإنما نظراً للتكليف المادي الذي يتطلبها علاجه، وكذا إنعكاساته على الفرد ومحبيه.

وفي البلدان الصناعية أظهرت الدراسات العالمية مستوىً كفايةً معتبرةً فيما يخص الهيمنة على الربو مقارنةً بالبلدان السائرة في طريق النمو، إذ بلغت كل من نيوزيلندا، أستراليا و جزر المالديف نسبة 5% في درجة التحكم في هذا المرض، أما بلدان البحر المتوسط فقد بلغت نسبة سيطرتها عليه أقل من 2%. (فيالات Vialatte ، 1983)

و يعتبر مرض الربو تأثر ذو سببية متعددة العوامل ( بريتي Pretei ، 1986 ) منها العوامل الاستعدادية، سوابق الحساسية، العوامل المساعدة كالبيئة، التلوث، والتدخين وكذا العوامل النفسية. يتحلى عامل الحساسية بأهمية كبيرة، فقد أظهرت العديد من الدراسات وجود سوابق الحساسية لدى مرضى الربو و من بينها دراسة ترنيادي Nardiadi ٠ و آخرون (1990) و دراسة "شيجينوبو " Shigenobu ٠ (1994).

و رغم أهمية الظاهرة و خطورتها في تطوير لاحق للربو فإنها لم تحض بالقدر الكافي من الاهتمام و لم تتعرض للبحث العلمي الذي تستحقه. ( نقلًا عن أيت حمودة، 1999 )

يظهر أن الاهتمام بالجانب العضوي لوحده لم يكف لأنّه لم يصل إلى تقديم التفسير الكامل للربو. هذا ما دفع الباحثين إلى افتراض وجود أسباب نفسية تلعب دوراً مهماً في تغييره، قد تكون مرتبطة بعوامل شتى كالصدمات النفسية، الإحباطات المادية والمهنية و الإنفعالات..الخ. ( فيلات Vialatte ، 1983 )

و كذا عوامل أخرى تساهم في تطوير مرض الربو منها الضغوطات و علاقتها بالمرض و نوعية استراتيجيات المقاومة المستعملة، و الحالات الإنفعالية السلبية كالقلق و الإكتاب و تأثيرها على الصحة الجسدية. إذ يشير " زاريت " Zarit ٠ (1980) في هذا الصدد إلى أن الضغط الناجم عن الإصابة بأمراض مزمنة يمكن أن يجعل بظهور تدهورات على مستوى الصحة تتعكس سلباً على التوافق السيكولوجي مع المرض. ( شويتر Schweitzer ، دانتر Dantzer ، 1994 )  
بناء على ذلك فإن من المصابين بالربو من يتوصّل إلى مستوى من التوافق السيكولوجي مع المرض من خلال طريقة تعامل ملائمة مع الضغط الذي يشعرون به تحت تأثير وضعية المرض الضاغطة و وضعيات الحياة الأخرى الضاغطة، في حين قد يعجز الآخرين عن إيجاد طرقاً ملائمة للتعامل مع تلك الضغوطات و الإنفعالات السلبية المترتبة عنها الأمر الذي قد يعزّز و ضعّفهم النفسي المتأزم.

و من هذا المنطلق جاءت فكرة أهمية تناول علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة والإكتاب من خلال دراسة مقارنة بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض بهدف الكشف عن الفروق الموجودة بين المجموعتين في بعض المتغيرات النفسية الاجتماعية التي تبدو كفيلة بالتأثير على المريض بالربو، و من بين هذه المتغيرات الضغط النفسي، الإكتاب و المقاومة، و كذلك الكشف عن علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة و الإكتاب عند المصابين بالربو من المجموعتين.

و للنطرق إلى كل هذه الجوانب قسمنا البحث إلى بابين:

خصصنا الباب الأول للجانب النظري، و خصصنا الباب الثاني للجانب التطبيقي. فاستهل الباب الأول بمقيدة البحث، فأشكاليته ثم طرح مختلف فرضياته. و تضمن الجانب النظري ثلاثة فصول، نطرقنا في الفصل الأول منه إلى الجانب الطبي لمرض الربو من حيث تعريفه إكلينيكيا ووظيفيا، تعريف الربو الحساسي و مولاته، الأشكال العيادية للربو، أعراضه و الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبات الربو ثم عرض للعوامل المسببة للربو و التي تجمع بين عوامل الاستعداد و العوامل المساعدة، فمضاعفات الربو ثم الوفيات بسبب الربو في البلدان المصنعة والبلدان السائرة في طريق النمو فالعلاج الدوائي للربو و أخيرا تقديم بعض وجهات النظر النفسية في تفسير الربو.

بينما تضمن الفصل الثاني الإكتتاب، من خلال تعريفاته، و صفات أعراض التاذر الإكتتابي، أشكاله العيادية، مع النطرق إلى بعض التحاولات النظرية في تفسير الإكتتاب، و أهم علاجاته وأخيرا وصف العلاقة بين الضغط، الإكتتاب و المناعة.

في حين شمل الفصل الثالث مبحثين خصص المبحث الأول للضغط و عرضنا فيه لمحنة تاريخية عن مفهوم الضغط عوامل غموضه، تعريفه و مختلف التحاولات النظرية للضغط. أما المبحث الثاني فشمل المقاومة، إذ تناولنا فيه تعريفها، بعض التحاولات النظرية لمفهوم المقاومة ثم عرض أنواعها، ففعالية المقاومة على الصحة الجسدية، وأخيرا نطرقنا إلى دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من التوتر الانفعالي. وتضمن الباب الثاني الجانب الميداني للدراسة و يتكون من فصلين، خصصنا الفصل الأول منه لمنهجية الدراسة من وصف لمكان الدراسة، تصميم البحث، العينة و خصائصها، أدوات القياس المستعملة و عرض مختلف التقنيات المستعملة في المعالجة الإحصائية.

بينما خصصنا الفصل الثاني منه لعرض نتائج الدراسة ثم تحليلها و مناقشتها اعتمادا على ما توصلت إليه الدراسات السابقة في الموضوع. و أخيرا عرضنا خاتمة البحث و قدمنا بعض التوصيات و الاقتراحات التي تفتح آفاق البحث في الموضوع أمام الباحثين مستقبلا.

## الأشكالية :

يلعب الجسد الدور الأول والأساسي في نجاح حياة الفرد. فكل عنصر من جسمنا يؤدي دوره المنسوب إليه، ووظيفته المحافظة على الإتصال المستمر بين عالمنا الداخلي والعالم الخارجي. وعليه فإذا ألم ضرر بعضو ما فإن هذا يؤثر حتماً على الجانب الجسدي بشكل عام والجانب النفسي بشكل خاص. ( نافتي و آخرون *Nafti et al*, 1998, ص 23 )

تعمل الوظيفة التنفسية على تزويد الكائن الحي بالأكسجين. وترتبط هذه الوظيفة الأساسية بمدى سلامة العضوية، و بمدى صحة مختلف التنظيمات الوظيفية للجهاز العصبي المركزي المرتبطة بمختلف الحالات النفسية، حيث يرتبط الزفير بالراحة، و يتعلق الشهيق بالحركة والنشاط. كما تلتزم الأعراض التنفسية بالحالات الوجданية للفرد، فالإنفعال يلهث والقلق يختنق، والمفاجأة تقطع النفس، والإكتئاب ينزع التمهيدات، في حين يصاحب الهدوء استقرار التنفس. ( أيت حمودة، 1999، ص 4 )

وتتخلل الوظيفة التنفسية في بعض الحالات اضطرابات تجعل من التنفس عملية شاقة ومرهقة. ومن هذه الإضطرابات " الربو " الذي يعد من الأمراض الشائعة في عصرنا الحالي تقدر نسبة انتشاره في بلدان المغرب العربي حسب نتائج المؤتمر المغاربي للدراسة الوبائية للربو (1986) بين 5% و 12% في حين تقدر نسبته في الجزائر بين 2% و 5% أي حوالي 500000 حالة من جميع الأعمار من بينها 350000 راشد أي ما يعادل تقريباً 5000 حالة سنوياً.

( نافتي و آخرون *Nafti et al*, 1998, ص 24 )

يتميز مرض الربو من الناحية الإكلينيكية بمجموعة نوبات ضيق تنفسية صفيرية تلقائية، ويعد من الناحية الوظيفية تنازلاً إنسانياً تلقائياً للتغير، من خصائصه فرط في نشاط الشعب الرئوية تجاه المثيرات. ( هديبل، 1999 )

ويرى " كوترو و آخرون " Cottraux et al ( 1981 ) أن نوبة الربو تكون مصحوبة بنقص في قطر القصبات الهوائية الموجودة في الرئتين مع زيادة في الإفرازات المخاطية مما يجعل عملية التنفس صعبة و بالتالي يصبح الشهيق بطبيعه أما الزفير فيتميز بالصفير. ( كوترو 1981، Cottraux

في حين يؤكد " شاربن " Charpin ( 1986 ) على أنه رغم التقدم الكبير في ميدان الرعاية الإجتماعية والصحية و في الطب الوقائي و العلاجي ، و كذا التقدم المتزايد للبحث في ميدان الربو ، الا أن العوامل المسيبة له و المتحكمه في ميكانيزماته لا تزال غير محددة بدقة

وضوح. (Charpin، 1986، ص 10)

وقد توصلت الهيئة التربوية لأبحاث الأمراض الصدرية (1984) إلى أن الربو يعرف بالحساسية النفسية أحياناً، وترى أنه أكثر تعقيداً من ذلك، وأن الحساسية ليست مصدراً له بقدر ما هي من بين مسبباته وليست السبب الوحيد في كل الحالات. (بوشارب، 1997)

عادةً ما نجد سوابق حساسية عائلية مثل الربو والتهاب مخاطية الأنف والطفح الجلدي، أو سوابق شخصية مثل الإكزيما الإستعدادية التي تظهر خلال الطفولة الأولى وتحتفي بمجرد أن يظهر الربو أو تتناسب معه. (أيت حمودة، 1999، ص 77)

إن دور هذه السوابق تم توضيحيها في العديد من الدراسات. ففي دراسة أجرها "براي" Bray (1932) على عائلات تتميز بالحساسية توصل من خلالها إلى أن عضو من عائلة ذات حساسية له سبعة احتمالات أن يصاب بالربو بالمقارنة مع عضو من عائلة عادية. (باربيتي و شوبراك Bariety et Choubrac، 1961، ص 267)

وفي دراسة مسحية أجرها الباحث تريكو مساح Trecumseh (1985) بمستشفى Brompton على مرضى الربو توصل من خلالها إلى أن 70% من المصابين صرحاً بوجود سوابق حساسية لديهم.

وقد كشفت دراسة "هلبرن و ريفيلارد" Halpern et Revillard (1989) عن دور سوابق الحساسية في ظهور مرض الربو. ( هلبرن و ريفيلارد Halpen et Revillard ، 1989 )

نظراً لكون مرض الربو مرض مزمن فإنه يشكل عائق في حياة الشخص المصاب به يجعله في تبعية دائمة للمحيطين به من جهة، كما تجعله في حالة خضوع مستمر لفرقعة الطبية بغضون المتابعة وتقديم العلاج الصارم الذي يتطلبه من جهة أخرى.

تؤكد "أيت خالد" Ait Khaled (1996) أن هذه التبعية تسبب في عدم الرضا إذ تجعل المصاب به في حالة قلق ناتج عن عرقلة نشاطه اليومي، كما تشعره أنه فقد لحريته واستقلاليته خاصة وأن مرضه يحمل في طياته تعقيدات وتطورات مرضية سريعة قد تكون خطيرة في بعض الأحيان. (أيت خالد Ait Khaled ، 1996 )

إلى جانب المشاكل التي يطرحها مرض الربو، فإنه يشكل مصدر ضغط عالٍ ينعكس على نمط حياة المصابين به، فيؤثر على سلوكهم و يجعلهم في حالة مواجهة شبه دائمة في التعامل اليومي مع ظروف الحياة. وكباقي الأمراض المزمنة ودرجات مقاومتها يؤثر مرض الربو على

اليومي مع ظروف الحياة. و كباقي الأمراض المزمنة و بدرجات متفاوتة يؤثر مرض الربو على المعاش النفسي للمصاب به ترتب عنه مشكلات نفسية كالقلق، الخوف، الأرق و الإكتئاب. ( هلين ريفيلارد 1987 ، Halpern et Revillarrd )

كشفت دراسة " يلويس Yellowless و آخرون " ( 1987 ) أن القلق و الإكتئاب من أهم الأعراض النفسية المميزة لمرضى الإنسداد المزمن للمرات التنفسية. ( يلويس Yellowless و آخرون ، 1987 ، ص 349 )

و حسب " كلينرت Klinnert و آخرون " ( 1994 ) يعد الضغط عامل منبئ بظهور الربو خاصة عند الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية للمرض. كما أكد " هيربرت " Herbert ( 1994 ) على وجود علاقة بين الضغط و الإصابة بالمرض، إذ يرى أن الضغط يؤدي إلى الحالات الإنفعالية السلبية بالإكتئاب التي تؤثر بدورها على الصحة الجسدية. ( كوهين Cohen ، 1994 ) و في هذا الصدد يرى " باك " Beck ( 1967 ) أنه إذا كان المرض العضوي خطيراً ومزمناً، فإنه يؤدي حتماً إلى الإصابة بالإكتئاب، و يرجع ذلك إلى الأفكار السلبية التي تظهر نتيجة هذا المرض. ( عطوف، 1981 )

أما " سيليجمان " Seligman ( 1975 ) فتوصل إلى أن السبب الرئيسي لظهور مشاعر العجز و السياس هو غياب القدرة على التحكم في الحوادث و ليست الحوادث ذاتها المسؤولة عن ذلك. ( كوترو Cottraux ، 1990 )

انطلاقاً من المعطيات السابقة و اعتماداً على نموذج " لازاروس Lazarus " الخاص " بالضغط و المقاومة " نستخلص أن مرض الربو يشكل مصدر ضغط نفسي يفرض على المصابين به استعمال استراتيجيات مقاومة معينة ضد المرض. و هذا ما أكد " Lazarus " Lazarus ( 1966 ) بقوله : " أن الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض ترتبط إلى حد كبير بنوع الاستجابة التي يبيدها الشخص المريض في تعامله مع الضغط الناتج عن وضعية المرض و المعبر عنها بمصطلح " Coping strategies " . ( فولكمان Folkman ، 1984 )

و حسب " لازاروس " Lazarus ( 1988 )، تعتبر الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط المؤثر الأول على الصحة النفسية و الجسدية و ليس الضغط في حد ذاته. ( لازاروس Lazarus ، 1993 )

في هذا الصدد يرى " كوراز " Corraze ( 1998 ) أن التفكير التشاوئي يمثل عامل خطر سيكولوجي بالنسبة للعضوية. ( دانتزير و شويتر Dantzer Et Schweitzer ، 1994 )

و توصل "لومبومركي و هوكميما " Lumbomirsky et Hoeksema (1993) إلى أن التفكير غير المتكيف يساعد في تأزم الوضع الاكتابي أكثر فأكثر. (موس و فالنتير Moos et Valentiner ، 1994 )

و بناءاً على مدى تكيف الأفراد مع ظروف الحياة الضاغطة ميزت "شوفريي" "Chevrier" (1994) بين "فئة فعالة التكيف" تقاوم و تواجه ظروف الحياة بطريقة فعالة و فئة تقاوم "بطريقة غير فعالة" يتربّع عنها الشعور باليأس و العجز. و يشير "ديماتيو" Dimatteo (1991) إلى أن استراتيجية ما تكون فعالة إذا سمحت للفرد بالتحكم أو التخفيف من فعل العذوان الذي يهدد صحته الجسدية و النفسية. ( دانتزير و شويتزر Dantzer et Schweitzer ، 1994 ) و استناداً على كل ما سبق ذكره نطرح التساؤلات التالية:

1. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية لمرض دون سوابق عائلية لمرض؟
2. هل توجد فروق ذات دلالة إكتاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية لمرض؟
3. هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المقاومة المستعملة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية لمرض و دون سوابق عائلية لمرض؟
4. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية لمرض؟
5. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية لمرض؟
6. هل توجد علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة الاكتاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية لمرض؟
7. هل توجد علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة الاكتاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية لمرض؟
8. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الاكتاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية لمرض؟
9. هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الاكتاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية لمرض؟

## فرضيات البحث :

و كاقتراح مبدئي إلى حين إثبات صحته أو عدمه فقد كانت فرضيات البحث كالتالي:

1. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.
2. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في شدة الإكتئاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المقاومة المستعملة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض.
4. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.
5. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.
6. توجد علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.
7. توجد علاقة ارتباطية موجبة وذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.
8. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.
9. توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

المبادئ الأول

الجانب النظري

الفصل الأول

مرض الربو

- تمهيد

1 - مفهوم الربو

1 - 1 - لمحات تاريخية عن مفهوم الربو

1 - 2 - تعريف الربو من الناحية الطبية

2 - مفهوم الربو الحساسي

2 - 1 - ميكانيزم الربو الحساسي

2 - 2 - مولدات الحساسية

3 - الأشكال العيادية للربو

3 - 1 - التصنيف حسب السن والتطور

3 - 2 - التصنيف حسب الشدة والمدة

3 - 3 - التصنيف حسب درجة خطورة التوبات

4 - الأعراض العيادية للربو

5 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبات الربو

5 - 1 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبة الخفيفة

5 - 2 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبة المتوسطة

5 - 3 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبة الحادة

5 - 4 - الخصائص الإكلينيكية و الوظيفية لتوقف التنفس المداهم

6 - العوامل المسببة للربو

6 - 1 - عوامل الاستعداد للربو

6 - 2 - العوامل المساعدة

6 - 3 - العوامل النفسية

7 - مضاعفات الربو

7 - 1 - المضاعفات الحادة

7 - 2 - المضاعفات المزمنة

7 - 3 - المضاعفات الخارجية

8 - الوفاة بسبب الربو

8 - 1 - الوفاة بسبب الربو في البلدان المصنعة

8 - 2 - الوفاة بسبب الربو في البلدان السائرة في طريق النمو

9 - العلاج الدوائي للربو

10 - وجهات النظر المختلفة في تفسير الربو

10 - 1 - وجهة نظر التناول السيكوسوماتي

10 - 2 - وجهة نظر التناول التحليلي

10 - 3 - وجهة نظر التناول السلوكى

## تمهيد :

تمر الجزائر بمرحلة انتقالية فيما يخص الأوبئة (*Une période de transition épidémiologique*) والدليل على ذلك استمرار بعض الأمراض المميزة للدول الفقيرة كمرض السل (*La tuberculose*) و ظهور أمراض الدول المصنعة كمرض الربو (*L'asthme*). .

اذ توصل التحقيق الوطني حول الصحة سنة 1990 الى أن نسبة الأمراض التنفسية في الجزائر تصل 18.4 % ويمثل الربو 50 % من هذه الأمراض اي بنسبة 10.1 % من النسبة الكلية.

وتعتبر نوبة الربو من المضاعفات الأكثر انتشارا، وهي تمثل السبب الرئيسي لطلب الفحص واللجوء المستمر الى مصلحة الإستعجالات، بحيث وصلت نسبة طلب الفحص على مستوى الإستعجالات بسبب الربو في كل من العيادة المتعددة الخدمات ببراقى والعيادة المتعددة الخدمات بياش جراح في سنة 1996 الى 13.6 % و 17.4 % على التوالي. ان هذه الأرقام لدليل حي على ضرورة توظيف أحسن سبل الكفالة بشريلة المصابين بالربو. ولهذا الغرض تم خلال العشرية الأخيرة تبني عدة اتفاقيات (*Consensus*) حول الربو عند كل من الطفل والراشد ولكن للأسف تبقى كل التوجيهات التي انتهت اليها هذه الإتفاقيات والتي تعتبر ثمرة تجربة طويلة موجهة للدول الغنية التي تتوفر عندها وسائل التشخيص والعلاج. (شهاب Chiheb 2000)

## ١ - مفهوم الربو :

### ١ - ١ - لمحات تاريخية حول مفهوم الربو:

الربو (L'asthme) كلمة يونانية تعني "تنفس قصير" أو "تنفس بجهد" استعملت عدة قرون لتشير إلى تنفس صعب. وفي القرن 16 حل محل كلمة الربو كلمة ضيق التنفس، لكن لوحظ أن كل النوبات ليست متماثلة، فعند بعض المرضى لا يصاحب الإختناق سرعة في التنفس بل يصاحبتها تباطؤ في التنفس وهو ناتج عن صعوبة قصوى في الزفير، وعلى مثل هذه النوبات أطلق تسمية "الربو".

وفي بداية القرن 19 كتب "لينك" Laennec "عن حالات النزلة (التهاب الأغشية المخاطية مع افراط في الإفراز) التي تظهر على شكل نوبات اختناق جد خطيرة والتي تستحق اسم "الربو" وتذوم عادة عدة أيام. (نقلًا عن أيت حمودة ، 1999)

### ٢ - تعريف الربو من الناحية الطبية :

تعرف المنظمة العالمية للصحة (O.M.S) (1975) الربو على أنه: "اصابة التهابية تميز بنوبات عسر التنفس نتيجة لعدة عوامل مختلفة أو خلال التدريب، مصحوبة بعلامات اكلينيكية كدليل على انسداد كلي أو جزئي في الشعيبات الهوائية قابل للانقلاب ما بين النوبات." (لاميناجي Lamenager وبران Brun ، 1980 )

أما الإنقافية العالمية حول التكفل بمرض الربو ( 1996 ) فتقول الربو على أنه : « اصابة التهابية في المسالك الهوائية باشتراك العديد من الخلايا لاسيما من نوع "مستويت" Mastocytes ، " ايوزينوفيل " Eosinophiles و "ت.لمفوسيت" T.Lymphocytes ". فعند الأفراد الذين لديهم استعداد وراثي لهذا المرض يولد الإلتهاب تكرار نوبات من الصفير" Siflements "، من عسر التنفس" Dyspnée "، ضيق في التنفس" Gène Respiratoire ، وكذا السعال خاصة في الليل و/أو في الصباح الباكر. وعادة ما تكون هذه الأعراض مرتبطة بانسداد واسع في القصبات الهوائية وحدتها متغيرة قد تختفي بشكل تلقائي أو تحت تأثير العلاج. يولد هذا الإلتهاب أيضا زيادة في النشاط الرئوي كنتيجة لتدخل مثيرات متعددة. » (أيت خالد Ait Khaled ، 1999 ، ص 5)

ويعرف "شاربان" Charpin "الربو من الناحية الوظيفية على أنه:  
تنادر انسدادي متغير بفرط نشاط الممرات الهوائية وبالاخص الشجرة الشعبية تجاه  
مثيرات مختلفة." (شاربان Charpin، 1986)

## 2 - مفهوم الربو الحساسي :

عرف "كnight" Knight "الربو الحساسي على أنه" مرض فصلي أو متناوب يظهر عندما تكون المادة التي يكون لها الشخص حساسا موجودة في الهواء.  
وإذا تعلق الأمり بموجدة على طول السنة في الهواء مثل: شعر الحيوانات والغبار المنزلي أو المواد الكيماوية في مقر العمل، فإن التوبات الربوية تحدث عندها في كل الفصول.  
(Knight، 1984)

بينما يرى "لميناجي" Lamenager " و "برون" Brun " أن الربو الحساسي يمس الشخص الشاب، ويتميز بنوبات عابرة ذات عسر تنفس صفير يختلف وقتا متغيرا عادة ما يكون موجز. ويشير هذان الباحثان الى أن الربو الحساسي يظهر على أرضية استعدادية أتوبية، ويعبر عن استجابة مناعية أي افراز الغلوبينات المناعية من النوع "Immunoglobulines Ige" Appelées Ige"  
(لاميناجي Lamenager، وبرون Brun، 1980)

اما "جييل" Gell " و "كومبز" Coombs " فيعتبران الربو الحساسي بمثابة رد فعل ناتج عن مولدات مضادة متعددة كالغبار واللقاحات ... الخ.

## 2 - 1 - ميكانيزم الربو الحساسي :

يشير "جييل" Gell " و "كومبز" Coombs " الى وجود ميكانيزمات مناعية تتدخل في الربو الحساسي، وهي في نظرهما استجابة مباشرة لها علاقة بتركيب مفرط للغلوبينات المناعية من النوع "Ige". بناءا على ذلك يعتبران الربو تعبير اكلينيكي عن الحساسية، وهو ناتج عن الصراع مولد مضاد - جسم مضاد. يوجد المولد المضاد في البيئة وغالبا ما يتم استنشاقه، أما الأجسام المضادة المتمثلة في الغلوبينات المناعية "Ige" خاصة موجودة في الدم وبالاخص تلك المثبتة على سطح الخلايا الشعبية المستهدفة.

ينجر عن الصراع مولد مضاد - جسم مضاد تحرير وسائط كيماوية كالهستامين التي تؤدي إلى ظهور عوامل الإنسداد الشعبي بما في ذلك انفاس الغشاء المخاطي، انقباض وتشنج الألياف العضلية الملساء وفرط في افراز المادة المخاطية. (شاربان Charpin, 1984)

## 2 - مولدات الحساسية : Les allergènes :

تطلق تسمية مولدات الحساسية على كل المواد الغريبة التي قد تدخل إلى العضوية، والتي تؤدي إلى احداث تظاهرات الحساسية المختلفة. وهناك أنواع كثيرة من مولدات الحساسية ونميز من بينها ما يلي :

### 2 - 1 - مولدات الحساسية المنزلية : Allergènes domestiques :

وتشمل كل من غبار المنزل، القرديات **Les Acariens** و ريش وأوبار الحيوانات.

#### 2 - 1 - 1 - غبار المنزل والقرديات :

من بين أسباب التلوث المنزلي " غبار المنزل " الذي يلعب دوراً مهماً في الكثير من حالات الربو عند الطفل نظراً لتعقيده ومكوناته المختلفة التي ذكر من بينها القرديات **Les acariens** ومن أكثرها انتشاراً نجد : " ديرماتوفاجوبيد فارينا " "Dermatophagoides Farinae" ، " ديرماتوفاجوبيد بتيرونسيموس " "Dermatophagoides Pteronyssimus" و "اوروجليفوس مليني" "Euroglyphus Maynei" ، هذه الأخيرة التي تتطور بشكل مستمر على مستوى عدة الفراش ولوازمه ، هذا ما يفسر الطابع الليلي للربو.

كما أن استعمال جهاز التنفس المنزلي خلال فصل الشتاء يساعد على تكاثر القرديات وبالتالي تعزيز حدوث نوبات الربو . وعليه فإن اطفاء المدفأة في فصل الربيع ، يفسر انخفاض شدة حالات الربو الناتجة عن الحساسية للغبار و اختفائها بشكل واضح في فصل الصيف .

وأمام هذا المولد للحساسية **Acarien** الذي يصل حجمه إلى 500 وحدة في 1 غرام من غبار المنزل هناك احتمال كبير ل تعرض المصايب بالربوالي نوبة ربوية عنيفة.

نظراً لذلك فإن هناك عدة "إجراءات وقائية" اقترحت لتخفيض عدد هذه القرديات في البيئة وبالتالي تقليل النوبات التي تتنبأ المريض ، ومن بينها نميز :

- تخفيض درجة الرطوبة المنزلية.
- التهوية اليومية للغرف ولعدة السرير.

والجدير بالذكر أن نوبات الربو قابلة للتحسن في المرتفعات أين تكون القرديات أقل غزاره.

(فيالات Vialatte، 1983، ص26)

## 2 - 1 - 2 - شعر وريش الحيوانات :

يعتبر ريش وشعر الحيوانات بما في ذلك الحيوانات المنزلية ( القط، الأرنب، الكلب ) من بين مولدات الحساسية التنفسية المسؤولة عن 10 إلى 60 % أن حالات الربو. وفي الكثير من الأحيان تشارك مع مولدات حساسية أخرى كغبار المنزل مما يؤدي إلى احداث نوبات ربو حادة. كما يلعب الإحتكاك بحيوانات أليفة أخرى من نوع الأحصنة ، البقر ، أو الدواجن دورا لا يستهان به في ظهور الحساسية وبالتالي احداث نوبات الربو.

بالإضافة إلى ذلك فأن استعمال شعر وريش الحيوانات في صنع بعض الألبسة، كمعاطف الفرو وبعض لعب الأطفال ، قد يزيد من الحساسية التنفسية عند المصابين بمرض الربو.  
 ( فيالات Vialatte ، 1983 ، ص 27 )

ويعتبر الريش الموجود في الوسادة أيضاً كعامل مفسر لحدوث نوبات الربو في الليل. اذ قد يتعلق الأمر بحساسية لنوع معين من الريش كريش البط أو بحساسية متشابكة مرتبطة بأنواع مختلفة. لذلك فلتتجنب مثل هذه المشاكل ينصح المصابين بالربو باستعمال الإسفنج بدلاً من الريش.

( Tunon ، 2000 )

## 2 - 2 - مولدات الحساسية الجوية : Allergènes atmosphériques :

وأهمها اللقاحات ( Les Pollens ) والعنف الفطري ( Les Moisissures ) وهي من بين مولدات الحساسية الطبيعية التي تنتقل عن طريق الهواء.

## 2 - 2 - 1 - اللقاحات : Les pollens :

تلعب العديد من اللقاحات دوراً مهماً في توليد الحساسية ، وهي غالباً ما تكون مسؤولة عن ظهور وتكرار نوبات الربو. وتعد اللقاحات الصغيرة الحجم سهلة الدخول إلى المجرى التنفسية مقارنة بغيرها، اذ تميز من بينها اللقاحات الريحية الناقية ( Anémophilie )، كالقاح الأشجار ولقاح الأعشاب. عموماً تعتبر اللقاحات مسؤولة عن حالات الربو الربيعية والصيفية. ( ميشال Michel ، 1995 )

## 2 - 2 - 2 - العفن وأبوااغ الفطريات :

### Moisissures et spores de champignons

يطلق مصطلح العفن على مختلف الفطور التي تتمتع بقدرة على توليد الحساسية من خلال أبواغها (Spores) المبعثرة في الهواء. وهي جزيئات ذات حجم صغير يتراوح من 3 إلى 10 ميكرومتر تتسلب بعمق في الجهاز التنفسي محدثة التهابات مخاطية الانف وحالات الربو. وقد توصل معهد باستور (L'institut Pasteur) إلى تحديد أكثرها انتشاراً بحيث لخصها في الأنواع الأربع التالية:

#### A- عفن المنازل الرطبة :

ونجده تحت الأشكال التالية:

Pénicillium، Aspergillus، Alternaria...الخ.

#### B- العفن الجوي :

ونجده تحت الأشكال التالية:

Botrytis، Rhizopus، Mucor...الخ.

#### C- عفن البضائع :

ونجده تحت الأشكال التالية:

Pollularia، Chaetomium، Neurospora، Sitophylia...الخ.

#### D- العفن الريفي :

ونجده تحت الأشكال التالية:

(1983، Vialatte...الخ. فيials) Trichothecium، Epicoccum

## 2 - 2 - 3 - مولدات الحساسية المهنية:

توصلت دراسة كل من "شينمان" "Scheinmann" و "دوبليك" "Deblieck" إلى أن 10% من حالات الربو التي تظهر في سن الرشد مصدرها مهني. كما يرى كليهما أن جميع المهن التي تجعل المصاب بالربو عرضة لمولد الحساسية المسؤول عن حدوث النوبة يجب الإبعاد عنها. (شينمان Scheinman، دوبليك Deblieck، 2000، ص 15) في المهن الريفية مثلاً نميز بعض هذه المواد المولدة للحساسية كأغذية الماشي و المواد الكيماوية الموجودة في الأسمدة.

وفي المهن الصناعية تميز الغازات "اكسيد الكاربون" و"الفورمول" وكذا "النيكل" و"الكروم"، هذه الأخيرة التي تعمل على اثارة المخاطية التنفسية، أما في المهن الحرفية فتميز الطحين (La farine)، فرو الحيوانات والخشب... الخ.

#### 2 - 4 - مولدات الحساسية الغذائية :

تحتوي الأغذية على العديد من المواد المولدة للحساسية، تميز من بينها السمك، البيض، الفراولة، الطماطم، الشكولاتة، والحلب بجميع مشتقاته التي تعتبر مواداً لا يستهان بدورها في تطوير نوبات الربو. (Vialatte، 1983، ص 37)

كما أن الحمية الغذائية المتضمنة لمثل هذه الأغذية المسيبة للحساسية الغذائية قد تؤدي إلى حدوث نوبات الربو عند الأفراد المصابين بالمرض.

#### 2 - 5 - مولدات الحساسية الدوائية :

إن تناول الأفراد الذين يعانون من الحساسية الدوائية لبعض الأدوية كالأسبرين، والبيبيسيلين يؤدي إلى ما يسمى بحالات الربو الدوائي.

وتعتبر حالات الربو الناتجة عن تناول الأسبرين من أكثر الإصابات خطورة.

( أيت خالد Ait Khaled، 1996 )

### 3 - الأشكال العيادية للربو :

يأخذ مرض الربو أشكالاً متعددة مما أدى إلى تصميم تصنيفات مختلفة من طرف العديد من الباحثين. إذ نجد من صمم تصنيفه على أساس السن كتصنيف كل من "تروسو"

"Parrot" و"بلرو" "Trousseau" اللذان ميزا بين مختلف الأشكال العيادية عند الراشد.

نجد أيضاً تصنيف آخر للربو عند الطفل حسب المراحل التطورية، و كذا تصنيفات أخرى

قائمة على أساس الشدة والمدة والأسباب المفجرة. (Rees، Price، 1989)

أما عن آخر ما توصلت إليه البحوث العلمية فتلمسه من خلال ما ورد في الإتفاقية العالمية

حول التكفل بمرض الربو سنة 1996 إذ تم تصنيف الربو حسب درجة خطورة نوباته. (Nafti

وآخرون، 1998، ص 26)

### 1-3 - التصنيف حسب السن والتطور :

يعتبر الربو عند الطفل اكثر انتشارا بالمقارنة مع الربو عند الراشد، وهو يظهر غالبا بين سن الثالثة و سن السابعة عند 80% من الأطفال وفي ثلث الحالات قبل سن الثانية.

ويعتبر الذكور أكثر عرضة للربو مقارنة بالإإناث (2 ذكرين/1 أنثى)، ولكن سرعان ما تظفر هذه الأخيرة تطورا في المرض في سن المراهقة، ثم هناك تجانس بين الجنسين في سن الرشد. كما أن أغلبية الأطفال المصابين بالربو يتحسنون في سن المراهقة إلا أن مستقبلهم يبقى مرتبط بخطورة المرض، وأقل من نصف هؤلاء اللذين يظهرون نوبات نادرة يختفي عندهم الربو في سن "الواحد والعشرين" تقريبا.

ولكن عند الذين يعرفون نوبات خطيرة متكررة سوى 20% منهم يختفي المرض عندهم في سن "الواحد والعشرين" ، و 20% آخرون تتطور عندهم الإصابة بشكل متواصل، وعند 15% من الحالات يصبح الربو أكثر خطورة في بداية سن الرشد. (Rees وBriscoe 1989 ، ص ص 5 - 25 )

### 2-3 - التصنيف حسب الشدة والمدة :

يميز "شاربان" Charpin بين أربعة أنماط من الربو وهي:

- **النمط الأول :** وتكون فيه النوبات صدفية (Occessionnelle).
- **النمط الثاني :** يتميز بأكثر من نوبة واحدة في الشهر.
- **النمط الثالث :** يتميز بأكثر من نوبة واحدة في الأسبوع.
- **النمط الرابع :** و يتميز بتكرار النوبات عدة مرات في اليوم. (Giacobi 1975 ، ص 139)

### 3 - 3 - تصنيف الربو حسب درجة خطورة النوبات :

حددت الإتفاقية العالمية حول التكفل بمرض الربو (1996) أربعة سالم ممثلة لخطورة نوبة الربو وهي كالتالي :

**Crise bénigne**

أ - السلم الأول : نوبة خفيفة

**Crise modéré**

ب - السلم الثاني : نوبة متوسطة

**Crise sévère**

ج - السلم الثالث : نوبة حادة

**Arrêt respiratoire imminent**

د - السلم الرابع : توقف التنفس المداهم

( أيت خالد Ait Khaled ، 1996 ، ص 16 )

وبحسب نفس الإتفاقية تظهر خصائص ومميزات كل نوبة من خلال ما يوضحه الجدول

التالي: الجدول رقم ( 01 ) : أنواع نوبات الربو، أعراضها وخصائصها .

توقف التنفس المداهم	نوبة حادة	نوبة متوسطة	نوبة خفيفة	البرامترات
<b>Arrêt Respiratoire Imminent</b>	<b>Crise Sévère</b>	<b>Crise Modérée</b>	<b>Crise Bénigne</b>	<b>Les Paramètres</b>
	مستمرة	يومية	أسبوعية	الأعراض Les Symptômes
	منحني نحو الأمام <b>Penché En Avant</b>	جالس Assis	مستلق Allongé	وضعية المريض Position Du Malade
لا يستطيع الكلام <b>Il Ne Peut Pas Parler</b>	أحادي المقطع <b>Monosyllabe</b>	متقطعة Entrecoupée	سهل Facile	الكلام La Parole
موجودة بشكل واضح ++	موجودة +	غير موجودة -	غير موجودة -	الزرقة Cyanose
	30+/دقيقة	30-25	25	تواتر التنفس Fréquence Cardiaque
غائب <b>Absent</b>	ضعيف جدا <b>Très Faible</b>	قوي Fort	خفيف Modérée	الصفير Siffllement
<b>Bradycardie</b>	أكثر من 120/دقيقة	مساوي ل 120	أقل من 120/دقيقة	نبض القلب Le Rythme Cardiaque
من الصعب جدا قياسه .	أقل من %50	%70 - 50	% 80	معدل الزفير Dep

( نافتي Nafti وآخرون، 1998 ، ص ص 26 - 28 )

## 4 - الأعراض العيادية للربو :

### Les symptômes cliniques de l'asthme

يجمع الجدول العيادي للربو كمرض مزمن بين مجموعة من الأعراض العيادية تتمثل فيما يلي :

#### 1 - 4 - نوبة الربو كعنصر أساسي في الإضطراب :

تحدث نوبة الربو غالبا في المساء أو في الليل، ويكون ذلك دفعه واحدة أو مسبوقة ببعض العلامات أثناء الساعات أو الأيام التي تسبقها، نميز من بينها :

- آلام الرأس.
- زكام.
- ضيق تنفسى مقلق مصحوب بسعال غالبا ما يكون جافا في البداية، ويتنفس صفيرى.
- الشهيق يكون موجز، و الزفير متعب، طويل وقليل الفعالية.
- المريض يكون شاحب الوجه، مزرقا قليلا، تحيط بشفتيه قطرات من العرق وكذا على جبينه.
- يكون جالسا أو واقفا، منحنيا نحو الأمام أو متلئما على أثاث.

أما عن مدة النوبة فهي متغيرة، وقد تختفي بشكل تلقائي بعد عدة ساعات أو تحت تأثير

العلاج. ( فيالات Vialatte، 1983، ص 46-47 )

#### 2 - 4 - أعراض تنفسية:

تتجلى في الأعراض التالية :

- سرعة التنفس (Polypnée).
- صعوبة الزفير.
- نوبات سعالية.
- زرقة الشفتين والأظافر نتيجة لنقص الأكسجين ( Hypoxie ) وأحيانا تنتشر الزرقة شيئا فشيئا إلى كل أنحاء الوجه والأطراف. ( مولينا Molinal، 1980، ص 58 )

#### ٤-٣ - أعراض قلبية عرقية :

تتجلى من خلال المظاهر التالية :

- ارتفاع في نبضات القلب (120 نبضة في الدقيقة أو أكثر).**(Tacky cardie)**
- اضطرابات في الإيقاع التنفسي بحيث تصحب بتوقف حقيقي في الدورة الدموية بينما يستنشق المريض الهواء بصعوبة كبيرة. (أيت خالد Ait Khaled, 1996, ص 8)

#### ٤-٤ - أعراض عصبية نفسية:

تتمثل فيما يلي :

- كثرة الإستشارات.
  - القشعريرة.
  - التعب.
  - الفشل.
  - الأوجاع والإضطرابات الطبيعية السلوكية .
- كل هذه الأعراض تؤدي في بعض الأحيان إلى حالة الغيبوبة (**Le coma**) (مولينال Molinal, 1980, ص 58)

#### ٥ - الخصاخص الإكلينيكية و الوظيفية لنوبات الربو :

##### ٥ - ١ - الخصاخص الإكلينيكية و الوظيفية للتوبة الخففة :

- Bradypnée** يشعر المريض بعسر تنفسى أثناء الراحة (عسر الزفير وتباطئه **(expiratoire)**)
- يستطيع الاستلقاء على الفراش.
  - يتكلم بسهولة.
  - توائر النفس عنده لا يتعدى 25 حركة في الدقيقة.
  - لا تظهر عليه الزرقة **(Cyanose)**.
  - نبض القلب لا يصل 100 نبضة في الدقيقة.
  - يشعر المريض بصفير في الصدر.

- شدة الزفير ( *La mesure du débit expiratoire de pointe* ) عند أكابر أو تساوي 80 % من القيمة النظرية المجدولة التي يتم الحصول عليها انتلاقاً من السن، الجنس و الطول ( انظر الملحقين رقم 06 و 07 ).

### 5 - 2 - الخصائص الأكلينيكية و الوظيفية للنوبة المتوسطة :

#### 5 - 2 - 1 - النوبة المتوسطة من الدرجة الأولى :

- يشعر المريض بعسر تنفس أثناء الراحة.
- يجلس ولكن لا يستطيع الاستلقاء.
- يتكلم باستعمال جمل متقطعة.
- توائر التنفس عنده يتراوح بين 25 و 30 حركة في الدقيقة.
- لا تظهر عليه الزرقة.
- نبض القلب عنده يصل إلى 120 نبضة في الدقيقة.
- يشعر المريض بصفير شديد في الصدر.
- تتراوح شدة الزفير بين 60 و 70 % من القيمة النظرية المجدولة.

#### 5 - 2 - 2 - النوبة المتوسطة من الدرجة الثانية :

- في هذه النوبة ترداد الأعراض السابقة الذكر (الأعراض من الدرجة الأولى).
- الإيقاع التنفسي ( *Le rythme respiratoire* ) يصبح سريع وسطحي بعدها كان بطيء وعميق.
- تظهر الزرقة على مستوى شفتى و أظافر المريض.
- تعتبر الزرقة العلامة الأساسية الدالة على الخطورة.
- تتراوح شدة الزفير بين 50 و 60 % من القيمة النظرية المجدولة.

### 5 - 3 - الخصائص الأكلينيكية و الوظيفية للنوبة الحادة :

- يشعر المريض بعسر تنفس أثناء الراحة.
- يجلس منحني نحو الأمام.
- لا يستطيع الاستلقاء على الفراش.
- يستعمل المريض كلمات متقطعة.

- يتعرق كثيراً ويظهر عليه التعب.
- توادر التنفس عنده يتعدى 30 حركة في الدقيقة.
- تظهر الزرقة على المريض بشكل واضح جداً.
- نبض القلب يتعدى 120 نبضة في الدقيقة.
- يرتفع الصفير (**Sifflement**) و يصبح واضحاً للمحيطين بالمريض.
- شدة الزفير أقل من 50% من القيمة النظرية المجدولة.

#### 5 - الخصائص الإكلينيكية والوظيفية لتوقف التنفس المداهم :

##### Arrêt respiratoire imminent

- يجلس المريض منحني نحو الأمام.
- يشعر بالنعاس (**Somnolent**) ويكون في حالة غيبوبة.
- لا يستطيع الكلام.
- توادر التنفس عنده ضعيف.
- يتخلل التنفس فترات توقف (**Des pauses respiratoires**).
- تكون الزرقة أكثر وضوحاً على المريض.
- نبض القلب بطيء (**Brady cardie**).
- غياب الصفير.
- شدة الزفير من الصعب جداً قياسها. (نافتي Nafti وآخرون، 1992، ص 11-14)

#### 6 - العوامل المسببة للربو :

يعتبر التنفس أول عملية بيولوجية يمارسها الكائن الحي بعد الميلاد، يأخذ فيها الأكسجين ويطرح ثاني أكسيد الكاربون. كما يعتبر أيضاً أول مظاهر من مظاهر الإنفصال التي يمارسها الوليد بعد الوضع بعد أن كان يعتمد داخل بطن أمه على تغذيتها له وامداده ب حاجياته من الأكسجين .  
ويعتبر الربو من المنظور الطبي من بين أهم أمراض الجهاز التنفسي نظراً لإزمانه، كما أنه من بين أمراض الحساسية التي يطورها الفرد وينميها أمام ظروف معينة.

يرجع مرض الربو إلى قابلية الجسم للإستئارة ببعض المثيرات العضوية المولدة للحساسية (**Allergens**) التي تثير في الجسم مادة الهرستامين (**Histamine**) متسبة في أشكال عديدة من الحساسية التي تحتاج في علاجها إلى "مضادات الهرستامين" (**Les anti-histaminiques**)

وهي مواد تلعب دوراً مهماً في علاج الحالات المريضة بالموازاة مع إزالة العوامل النفسية المؤثرة فيها اعتماداً على العلاج النفسي. (عطفوف، 1986)

أمام هذه العناصر المختلفة المتدخلة في الربو جاءت مساهمات بعرض الكشف عن العوامل المسببة له، بحيث تجسدت في أبحاث كثيرة عبر التاريخ، وانتهت إلى وجود عوامل الإستعداد من جهة والعوامل المساعدة من جهة أخرى.

## 6 - 1 - عوامل الإستعداد للربو: Les facteurs prédisposant à l'asthme

### 6 - 1 - 1 - دور سوابق الحساسية :

شغل موضوع الطابع الوراثي للربو اشغالات العديد من الباحثين منذ عدة سنين، إذ أوضحت دراسة "سينرت" " Sennert " (1650) وجود ربو عائلي، وتوصلت دراسة "تروسو" Trousseau (1870) إلى نفس النتيجة، في حين يعتبر " ويمان " Wyman (1872) أول من تحدث عن وراثة الإستعداد للإصابة بالحساسية.

وفي بداية القرن العشرين وبالضبط سنة 1916 توصل كل من الباحثان " كوك " Cooke و " فاتدرفيير " Venderveer إلى الكشف عن أول نتائج موضوعية دالة على وراثة الحساسية.

فمن خلال دراسة على عينة مكونة من 594 مصاب بالحساسية وجد كل من " كوك " Cooke و " فاتدرفيير " Venderveer أن 48.4% من الحالات تتتوفر عندها السوابق العائلية، في حين 14.5% فقط من عينة ضابطة مكونة من 76 شخص غير مصاب وجدت عندها هذه السوابق العائلية.

كما أثبتت الدراسات الإبديولوجية العلمية الحديثة دور سوابق الحساسية لدى العائلات والتوائم، إذ توصل "براي" Bray إلى أن عضو من عائلة ذات حساسية له سبعة احتمالات أن يصاب بالربو مقارنة بعضو من عائلة عادية.

وأظهرت تحقيقات عائلية منتظمة أن انتشار الربو بين أولياء المريض بالربو يكون أكبر مقارنة بأولياء الشخص غير المصاب بالربو.

نفس التحقيقات توصلت إلى أن احتمال الإصابة بالربو لدى الطفل يكون أكبر عندما يكون

أحد الوالدين مصاباً بالربو أو كليهما معاً. ( فيالات Vialatte ، 1983 )

ويكون احتمال الإصابة أكبر عندما يكون للأولياء سوابق اكتيزيا طفولية مع تأثير السوابق من جهة الأم بشكل أكبر مقارنة بالسوابق من جهة الأب. ( نقلًا عن أيت حمودة، 1999 )

في حين توصلت دراسات أخرى أجريت على التوائم (Les jumeaux) إلى أن نسبة التوافق في الربو لدى التوائم المتماثلة (Les homozygotes) تكون أكبر مقارنة بالتوائم غير المتماثلة (Les dizygotes). (Labbe، 1998).

#### ٤-٢-١-٦ - القيمة التنبؤية للاختبارات الجلدية :

تلعب الاختبارات الجلدية دوراً لا يستهان به في التنبؤ باحتمال تطوير الربو. وفي هذا الصدد توصلت الدراسات التي أنجزها كل من "هاجي" Hagy و"ستيبان" Settipane إلى أن خطر الإصابة بالربو خلال متابعة لمدة 7 سنوات يقدر بـ 5% إذا كانت الاختبارات الجلدية إيجابية، ويقدر بـ 1.5% فقط إذا كانت الاختبارات الجلدية سلبية.

#### ٤-٣-١-٦ - القيمة التنبؤية لنسبة الغلوبيلينات المناعية من النوع "Ige" :

من خلال تحقيق طولي قام به كل من "ميشال" Michel وأخرون حديثاً بغرض تحديد مدى انتشار أمراض الحساسية وفقاً لنسبة "Ige" في الحبل السري، إلى أن نسبة الغلوبيلينات المناعية من النوع "Ige" عند الميلاد لها قيمة تنبؤية لظهور لاحق لمرض الحساسية.

#### ٤ - ١ - ٦ - فرط الاستجابة الشعبية اللاذعة :

##### Hyper-réactivité bronchique non spécifique

إن أغلب مرضى الربو لديهم فرط في الاستجابة الشعبية يتميز بانسداد الشعب عند التعرض لمثيرات فيزيائية وكيمائية أو دوائية، بينما لا يستجيب الشخص العادي إلا لأكثرها شدة، وقد لا يظهر أية استجابة ماعدي في حالة تعرض ممراته التنفسية لعدوى فيروسية. وتعتبر ميكانيزمات هذا النشاط الشعبي المفرط في الربو جد متعددة، فقد يتعلق الأمر بتقلص قطر الشعب، أو شذوذ على مستوى العضلات الشعبية الملساء، أو أيضاً الإلتهاب الشعبي الذي يلعب دوراً مهماً حالياً. (بوسكي Bousquet وأخرون، 1982)

#### ٦ - العوامل المساعدة:

إن عوامل الإستعداد عوامل أساسية في نشأة الربو لا أنها غير كافية بدون تدخل عامل أو أكثر من تلك التي تكون معايدة، وهي قد تأخذ أشكالاً مختلفة ذكر من بينها :

## 1 - 2 - التلوث الجوي : La pollution atmosphérique

يلعب التلوث الجوي دوراً مهماً في تطوير الحساسية التنفسية، كما يساهم في التهاب مخاطية الحنجرة والرئتين ويدفع إلى تفجير نوبات الربو. (تونو Tunon, 2000, ص 12) نظراً لكون قصبات وأسناخ مرضي الربو مفتوحة على الوسط الخارجي هذا يجعلها عرضة لمثيرات قوية التركيز كدخان السيارات، دخان المصانع، والتلوث الجوي في مقر العمل بسبب الغازات وبعض المواد الكيمائية.

ضف إلى ذلك فإن حمض الكبريت الناتج عن احتراق المحروقات كالبترول والفحم يؤدي إلى التهاب الشعب لدى مرضى الربو ذوي الحساسية، كما يؤدي أيضاً إلى الإنسداد الشعبي (L'obstruction bronchique) عند نفس الفئة من المرضى.

كما يتسبب حمض الأزوت الناتج عن دخان السيارات خاصة في صعوبات تنفسية ومن ثم تفجير نوبات ربومقاوطة الخطورة لدى المصابين بالربو. (بوحاديبة Bouhadiba و آخرون ، 1997، ص 67)

## 2 - 2 - التدخين : Le tabagisme

يمثل دخان السجائر العامل الأكثر أهمية في إثارة المخاطية الشعبية مما يعرقل عمل أهدابها ويجعلها عاجزة على آداء وظيفتها في دفع المادة المخاطية نحو الحنجرة، فتتجمع بذلك على مستوى الشعب وتحدث الإنسداد الشعبي ومن ثم تعرقل حركة الهواء وتجعل الرئتان أكثر عرضة للعدوى. كما يدفع التدخين إلى إفراز مفرط في المادة المخاطية للشعب مما يؤدي إلى احداث سعال مزمن بغرض التخلص منها. (جياكوبى Giacobi, 1975)

بصفة عامة تحتوي السجائر على مواد سامة كثيرة جداً تقدر بحوالي 500 مركب أكثرها أهمية هو القطران، النيكوتين، وغاز أول أكسيد الكربون التي يحملها الهواء معه وينقلها إلى كل عضو من أعضاء الجسم بل وإلى كل خلية من خلايا الجسم لأنها ترافق الأكسجين في دورته داخل جسم الإنسان. ونظراً لأن 80% إلى 85% من الدخان الداخل إلى الجسم يمر عن طريق الرغامي إلى القصبات الهوائية فان تأثيره المباشر يكون على الغشاء المخاطي السائب لها وذلك باحداث تخريش فيه، وتنuttle نتيجة ذلك وظيفة خلايا الأهداب المهوترة للمخاطية التنفسية مما يجعلها غير قابلة على حمل الفضلات الناجمة عن تلوث الهواء فيؤدي تراكمها إلى تخريش مستمر للأغشية القصبية التي تصاب بالإلتهاب، وهو ما يعرف بالتهاب القصبات الهوائية عند المدخنين، ولا يلبث

هذا الإنذار أن يتحوال إلى التهاب مزمن يظهر على صاحبه نوبات من السعال، التفاسع وضيق التنفس.

وتتكرر هذه الحالة مرات عديدة في السنة وبعد عدة سنين تؤدي إلى اصابة المدخن بقصور تنفسى قد يتعدى ويؤدى إلى الإصابة بأمراض مختلفة أهمها: الربو والسرطان. (دردار، 1999)

### 2 - 3 - تغيرات الطقس : Les changements de temps :

تؤثر التغيرات الجوية على المصابين بالربو في أغلب الأحيان مما يؤدي إلى تغيير نوبات منفاونة الخطورة حسب طبيعة الطقس من جهة ودرجة مقاومة الأفراد من جهة أخرى.

وقد توصلت الدراسات التجريبية على المصابين بالربو إلى أن غياب الرياح وانخفاض الضغط الجوي تعارض انتشار ملوثات خاصة في الجو إذا كان الموقع الجغرافي مساعد.

أما "ترومب" Tromp (1968) فقد توصل من خلال ملاحظاته اليومية لمرضى الربو إلى أن انخفاض درجات الحرارة يحدث نوبات ضيق التنفس. نفس النتيجة استخلصها كل من "سلفاجيو" Salfaggio و "كوهن" Cohen . (نقلًا عن أيت حمودة، 1999)

كما أشارت "أيت خالد" Ait Khaled إلى أن تغيرات الطقس كالبرودة والرطوبة وكثرة الضباب تؤدي إلى تغيير نوبات الربو. (أيت خالد Ait Khaled، 1996، ص 7)

### 2 - 4 - تغيرات بكتيرية أو فيروسية :

#### Les infections bactériennes ou virales

تؤدي التغيرات البكتيرية أو الفيروسية التي تمس المسالك الهوائية العليا (الأنف-الفم) إلى تغيير نوبات الربو. إذ أظهرت الدراسات الإيدميولوجية بأن أكثر من 10 % من نوبات الربو لدى المراهق أو الراشد مرتبطة بفيروسات تنفسية، وأن الفيروسات المسببة للربو تختلف باختلاف السن.

فقبل سن العامين يطلق على الفيروس التنفسى المسيطر مصطلح "Syncytial V.R.S" ونجد أنه في 40 % إلى 70 % من الحالات.

أما عند الطفل فالفيروسات المسئولة عن الربو فهي من النوع "Rhinovirus" و "Coronavirus" و "Parainfluenzoe". بينما عند الراشد فإن الفيروس المسئول للربو هو في الغالب فيروس "الزكام" (La grippe). (جودار Godard وأخرون، 1985)

## ٦ - ٥ - العوامل الهرمونية :

أن للعوامل الهرمونية دورا لا يُستهان به في تغير نوبات الربو وخاصة منها الهرمونات الجنسية . وفي هذا الصدد توصل 'تورييف' Turiaf من خلال أبحاثه في هذا الصدد إلى أن 60% من نوبات الربو عند النساء مرتبطة باضطراب في إفراز مادة 'الديسفلوكولين' Dysfoliculine على مستوى البوياضة أثناء مرحلة النشاط الجنسي. كما قد تتضاعف شدة النوبات في الأيام التي تسبق العادة الشهرية أو خلالها.

أما بعد انقطاع الطمث (La ménopause) فلحوظ عند بعض النساء ظهور نوبات الربو من جديد بعد فترة زمنية من الخمود قد تصل إلى سنوات. وقد لوحظ عند بعض النساء الحوامل تفاقم حالتهن الربوية. (أيت خالد Ait Khaled, 1996)

أما فيما يخص الرجال فتم تسجيل تلازم بين تفاقم حالة الربو وخمود النشاط الجنسي بعد سن الخمسين لكن يبقى أثر هذا العامل (خمود النشاط الجنسي) نسبي في حضور عوامل أخرى مساعدة كالمشاكل المهنية والوجودانية أو الاستمرار في عادة التدخين طويلا. (جيلاكوفي Giacobi, 1975)

## ٦ - ٣ - العوامل النفسية:

كشفت جهود المختصين النفسيين التي اهتمت بتسير الأمراض الجنسية عن كون الإضطرابات الإنفعالية الناتجة عن التفاعل بين الفرد وبينه وكل ما تحويه من ضغوط ذات دور فعال في تغير المرض الجسدي. (شويتزر Schweitzer, دانتزر Dantzer, 1994)

ونظراً لكون مرض الربو من الأمراض النفسجنسية المزمنة فإن العوامل النفسية تلعب دوراً لا يُستهان به في ظهوره وتطوره. (توماس Thomas, 1990، ص 62)

يشكل عام يعتبر الربو كصرخة أو شكوى تعكس الالم داخلي غير شعوري لا يستطيع الفرد أن يعبر عنه بواسطة الكلام، وإنما يتم التماสه من خلال إشارة ابتدائية تتمثل في ضيق التنفس الصفيرى الذي يرمى إلى رفض الهواء بسبب تقلص في القصبات الهوائية. (جودار Godard, 1985)

كما أن المصايب بالربو يتربّط الخطير في كل آونة مما يجعله عديم القدرة على التحكم في حدوث الأزمة. (فيالات Vialatte, 1983)

نتيجة لهذه ظروف تتولد عند المصاب بالربو استجابات انفعالية شتى أكثرها شيوعا حالات التقلق التي تسم بمشاعر ذاتية تتضمن التوتر، الخشية، العصبية توكيدا الإلزاج، وهي ناتجة عن تشطيط الجهاز العصبي الثاني و زيادة تتبيله. (عبد الخالق، 1987، ص 29)

بناءا على ذلك تكون استجابات المصاب بالربو وثيقة الصلة بالمرض ووجهة نحو التخفيف من الإنفعالات المترتبة عنه.

## 7 - مضاعفات الربو : Les complication de l'asthme :

من أهم مضاعفات الربو نميز:

- **المضاعفات الحادة** وتتضمن: نقص التنفس الحاد، مضاعفات ميكانيكية و مضاعفات قلبية حادة.
- **المضاعفات المزمنة** وتتضمن : نقص التنفس المزمن، التشوهات الصدرية والمضاعفات القلبية المزمنة.
- **مضاعفات أخرى** تظهر نتيجة للعلاج الدوائي الذي يتطلبه المرض.

### 1-7 - المضاعفات الحادة: Les complication aiguës

#### 1-1-7 - نقص التنفس الحاد: Insuffisance respiratoire aigüe

وهو نتيجة لعوامل مستقلة عن المرض كالإلتهابات، العمليات الجراحية، التعرض المستمر لمولدات الحساسية بشتى أنواعها، الإنفعالات الشديدة، والأخطار العلاجية نتيجة لتناول المريض لأدوية دون اللجوء إلى الاستشارة الطبية.

من أعراض نقص التنفس الحاد ضيق تنفس شديد، الزرقة، التعرق، وأحيانا اضطرابات في الوعي..

يمثل نقص التنفس الحاد خطورة على حياة المريض وهو يحتاج عادة إلى امكانيات مراقبة وعلاج داخل مصلحة الإنعاش.

#### 2-1-7 - مضاعفات ميكانيكية : Les complications mécaniques :

ويقصد بها الإنفراخات الرئوية الصدرية (Pneumothorax) وانفراخ الحجاب الحاجز (Le pneumo- médiastin)، و كذا اضطرابات التهوية (ventilation) التي قد تمس فص من الرئة أو الرئة ككل.

### 1-3- مضاعفات قلبية حادة : Le cœur pulmonaire aiguë

و تظهر نتيجة لنقص التففس الحاد، تتجلّى مظاهرها في ما يلي :

- زرقة واضحة.

- انفاس الكبد الذي يصبح مؤلم.

- علامات قلبية وعائية (Cardio-vasculaire) وأهمها :

- انخفاض ضغط الدم (Hypotension).

- ارتفاع نبض القلب (Tachycardie).

- اضطراب الإيقاع التفصي (Trouble du rythme).

### 2- المضاعفات المزمنة : Les complications chroniques

تظهر هذه المضاعفات الثانوية بعد مدة زمنية من تطور المرض وتتضمن مايلي:

#### 1- نقص التففس المزمن: Insuffisance respiratoire chronique

من علاماته ضيق التففس، عدم القدرة على بذل جهد، وعسر تنفس متواصل (Dyspnée).

(Vialatte 1983). (فيالات chronique)

#### 2- تشوّهات صدرية: Les déformations thoraciques

وهي تشوّهات غير مألوفة ناتجة عن تكرار نوبات الربو خاصة الحادة منها في حالة الربو

الحاد الذي يظهر في مرحلة مبكرة من الطفولة. (Rees و Pries 1989)

#### 3- مضاعفات قلبية مزمنة : Le cœur pulmonaire chroniques

وتتجسد في العلامات التالية :

- نقص في نشاط النصف الأيمن من القلب (Insuffisance du cœur droit).

- عسر التنفس.

- زرقة دائمة تستد لأنني مجهد يبنله المريض.

- ازدياد تواتر نبض القلب بحيث يتعدى مئة 100 نبضة في الدقيقة.

- انفاس الكبد الذي يصبح أكثر حساسية.

تظهر هذه المضاعفات عند الأفراد المسنين الذين ظهر عندهم الربو منذ مدة طويلة

.(Asthme ancien)

### 7 - المضاعفات الخارجية : Les complications iatrogènes

تعتبر المضاعفات الخارجية حصيلة للحوادث المترتبة عن تناول الأدوية الخاصة بعلاج الربو، والحوادث التي ترجع إلى صعوبة في انعاش المرضى أو نتيجة للصدى السيكولوجي المترتب عن نكرار استشفاءات المريض أو طول مدتها. (فيالات Vialatte 1983)

### 8 - الوفاة بسبب الربو : La mortalité par l'asthme

ان نسبة المصابين بالربو في ارتفاع مستمر في جميع القارات وقد كشف التقرير الذي نشرته المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 1995 عن وجود 160 مليون مصاب بالربو في العالم. اذ تتراوح نسبة انتشار الربو في قارة أوروبا من 3 الى 6 %، وفي قارة آسيا تصل نسبة الربو بالصين الى 5%. أما في قارة أمريكا اللاتينية فتصل نسبته الى 3.38% بالأرجنتين، 4.09% بكوبا، 5.63% بالأرجواي و 5.53% بالمكسيك. في حين تسجل نسبة 6.45% في كندا ونسبة 7.8% في الولايات المتحدة الأمريكية. أما فيما يخص المغرب العربي فتقارب نسبة الربو في كل من تونس والمغرب 3%.

(شهاب Chihab 2000 )

ان هذه النسب تدق ناقوس الخطر وتجعل من موضوع الوفاة بسبب الربو حقل اهتمام الأطباء المختصين في الميدان الطبي خلال العشرية الأخيرة.

فبالرغم من الإهتمام الجيد بالميكانيزمات الفيزيوباثولوجية للربو، وبالرغم من فعالية الأدوية المتوفرة لمداواته تبقى نسبة الوفيات في ارتفاع مستمر في أغلب البلدان نظرا لإزمان المرض من جهة، وتكليفه المادي المعتربرة من جهة أخرى.

### 8-1 - الوفاة بسبب الربو في البلدان المصنعة :

تتراوح الوفيات في البلدان المصنعة من 1 الى 3/100000 ساكن لتصل الى 7/100000 ساكن في كل من ألمانيا و نيوزلندا. أما في فرنسا فتسجل من 2000 الى 2500 حالة وفاة سنويا ، في حين تسجل 2000 حالة في إنجلترا.

## 8 - الوفاة بسبب الربو في البلدان السائرة في طريق النمو:

يقدر عدد الوفيات بسبب الربو في البلدان ذات الدخل الضعيف بين 40000 الى 50000 حالة سنويا وهذا يرجع في الكثير من الأحيان الى سوء الكفالة بالمصاب بالربو (Une prise en charge insuffisante).

وقد توصلت دراسة اجريت حول موضوع الوفاة خلال الاستشفاء على مستوى مصلحة الاستعجالات الطبية الجراحية " لمستشفىبني موسى " سنة 1990 الى أن 18.2 % من حالات الوفاة ترجع الى نوبات الربو، لتصل هذه النسبة الى 21.7 % سنة 1997 في نفس المصلحة.  
( شهاب Chiheb, 2000, ص 1، ص 4 - 5 )

## 9 - العلاج الدوائي للربو : Le traitement de l'asthme

يحتاج المصاب بالربو ككل المصابين بأمراض مزمنة الى علاج متواصل خلال عدة سنوات ان لم نقل طوال حياته مما يجعل مرض الربو يطرح مشاكل عديدة كمشكلة التكاليف، التنظيم في الكفالة ( L'organisation de la prise en charge ) ، وكذا التزود بالأدوية (L'approvisionnement en médicaments) .  
(أيت خالد Ait Khaled, 1996, ص 16)

و قد عرف الإهتمام بعلاج مرض الربو تطولا سريعا مما أدى الى اكتشاف مستحضرات كيميائية حديثة، فادرج "الكورتيزون" (La cortisone) سنة 1951 علاجا للربو و غدا مرجعا علاجيا في أشكال الربو الحادة. ثم استعمل بخاخ "السولباتامول" (Le solbitamole) كدفع علاجي صارخ عام 1969. واستحضر "البيكلاميتازون" Dipropionate de بيكلاميتازون " Ketotifene ) لنزع الحساسية العضوية. أما في التسعينات فخلص البحث العلاجي الى تسويق دواء " سالميتيرول " ( Salmétérole ) لمعاوات الربو. ( بوشارب، 1997، ص 43 )

بصفة عامة يرتكز علاج الربو عند الراشد على استعمال سلاحين أساسيين وهما :

- الأدوية . Les médicaments

- والأكسجين L'oxygène . ( نافتي Nafti وآخرون، 1992، ص 17 )

#### **٩ - ١ - الأدوية الأساسية في علاج الريبو عند الراشد:**

حتى تتم متابعة المصابين بمرض الربو بشكل سليم يجب أن يتناول المصاب نوعين من الأدوية بشكل مستمر وهما :

تساعد هذه الأدوية على ارتخاء العضلات المحيطة بالقصبات الهوائية، ولا تستعمل كعلاج دائم للربو بل يلجئ إليها عند الحاجة فقط، نميز من بينها ما يلى:

- بيتا2سامباتوميميتيك ( Les Béta2 Sympathomimétiques )
  - ميثيلكسانتين (La Méthylxanthine)
  - ليبينيفرين (L'Epiniphrine )

Les Béta2 Sympathomimétiques : بيتا2 سامباتو ميميتيك - 1 - 1 - 1 - 9

وتتجسد في نوعين من المواد :

## **أ - مواد ذات مفعول مباشر : Produits à action immédiate :**

وهي : "السالبيتامول" (Salbutamol) ويستعمل عن طريق الإستنشاق، وكذا "التيربيتالين" (Terbutaline) ويستعمل عن طريق الإستنشاق أو الحقن.

#### **بـ- مواد ذات مفعول طويل الأمد : Produits à action prolongée**

ونمیز من بینها : "التریبیتالین (Terbutaline Lp) و هي على شكل أقراص.

## **Les methylxanthines : ميثيلكسانتين - 2 - 1 - 1 - 9**

وتتجسد في نوعين من المواد :

### أ - مواد ذات مفعول مباشر :

. مثل تيو فيلين (Sérum en perfusion) (Théophylline) وتضاف الى المصل (الماء)

### **بـ - مواد ذات مفعول طويل الأمد :**

و هي "تيفيلين" من النوع (Théophylline Lp) وتكون على شكل أقراص.

L'épinéphrine ou l'adrénaline : 3 - 1 - 1 - 9

.(Voie sous cutanée ) وهي مواد تستعمل عن طريق الحقن تحت الجلد

تسمح المواد انسابقة الذكر بالحصول على الراحة سريعا وتخفيض الآثار الجانبية كخفقان القلب ، آلام الرأس و الإرتجاف.

### **1 - 2 - مضادات الالتهابات : Les anti - inflammatoires**

تسمح هذه المواد بالوقاية من الالتهابات على مستوى القصبات الهوائية وكذا السيطرة على المرض . نميز من بينها :

#### **1-2-1- مضادات من نوع "كورتيكويد" : Les corticoïdes**

تأخذ هذه المواد أشكالا مختلفة تتلخص فيما يلي :

أ - ايدروكورتيزون      Hydrocortisone

ب- بريدينيزولون      Prednisolone

ج- بيتاميتازون      Bétaméthasone

د - بيدونوسيد      Budenoside

و تستعمل عن طريق الاستنشاق ، الحقن ، أو على شكل أقراص .

### **1 - 2 - 2 - الكرومونات : Les cromones**

ونميز من بينها كل من الأشكال التالية :

أ - كروموجليكت      Cromoglycate

ب- نيدوكروميلا      Nedocromil

و تستعمل عن طريق الاستنشاق .

### **2 - الأكسجين : L'oxygène**

يوصل الأكسجين المنبعث من وحدة مركبة ( Unité centrale ) بمبار أنفي ( Une

أو بقناع ( Un Masque ) ويقدم بكمية تعادل 6 لتر في الدقيقة .

يقدم هذا الأكسجين سواء في مركز الكفالة بالمصاب بالربو ، أو عند نقله باتجاه مركز صحي

بغرض انعاشه . ( نافتي Nafti وأخرون، 1992، ص 19-17 )

والجدير بالذكر أن كل من أشكال الربو له أدوية خاصة به وهي موضحة في الجدول

رقم ( 02 ) .

الجدول رقم ( 02 ) : الأدوية الخاصة بكل شكل من أشكال الربو.

الربو الحاد <b>L'asthme Sévère</b>	الربو المتوسط <b>L'asthme Modéré</b>	الربو الخفيف <b>L'asthme Bénin</b>
1 - بريدينزون Prédnisone - / 0.5 - مغ / كغ / اليوم.	1 - بيكلوميتازون Béclométhasone - 2000 مغ في اليوم للمدة أسبوعين.	Béclométhasone 1000 مغ في اليوم لمدة أسبوعين. التقليل إلى 500 مغ إذا خفت الأعراض .
2 - بيكلوميتازون Béclométhasone . 2000 مغ في اليوم .	- التقليل إلى 1000 مغ في اليوم اذا قلت الأعراض.	سالبيتامول مستنشق Salbutamol - Inhalé
سالبيتامول مستنشق -3	سالبيتامول مستنشق -2	ليس أكثر من 3 مرات في اليوم .
Salbutamol Inhalé ليس أكثر من 3 إلى 4 مرات في اليوم .	Salbutamol Inhalé ليس أكثر من 3 إلى 4 مرات في اليوم .	

( أ يت خالد Ait Khaled, 1996, ص 20 )

و يجب على المعالج أن يشرح أهداف العلاج للمفحوص منذ بداية الكفالة، وفي نفس الوقت عليه أن يفهمه أن الأمر يتعلق بعلاج طويل المدى و أنه يستحيل عليه تحديد مباشر لوقت الكافي والضروري لتحقيق الأهداف المرجوة من العلاج.

يمكن القول أن الربو متحكم فيه عندما يتم تحقيق الأهداف التالية :

#### 1- الأهداف臨床的 : Les objectifs cliniques

- التقليل أو التخلص التام من الأعراض خاصة تلك التي تظهر ليلا.
- عدم اللجوء إلى الإستعجالات.

- عدم الالهاد من النشاطات اليومية مهما كان نوعها.

## 2- الأهداف توظيفية : Les objectifs fonctionnels

- معدل الزفير يكون معتدل أو قريب من المتوسط تبعاً للمتغيرات التالية :  
السن، الجنس، الوزن، والطول. (أنظر الم奴ج رقم 07)

## 3- الأهداف العلاجية : Les objectifs thérapeutiques

- التقليل من الحاجة إلى دواء تمديد الشعب الهوائية إلى مرتين في اليوم (عند الضرورة فقط).

يظهر من الأهداف السابقة أنك أنها بسيطة و الغرض منها تحقيق أفضل النتائج الممكنة.

(أيت خالد Ait Khaled, 1996, ص 16)

## 10 - وجهة النظر المختلفة في تفسير دور العوامل النفسية في الربو :

منذ زمن بعيد نظر الباحثون في سيكولوجية الصحة وفي الدور الذي تلعبه الحياة النفسية في التوظيف الجسمي عند المصابين بالربو فاتباع عن ذلك وجهة نظر مختلفة نقشت موضوع الربو. وبالرغم من ذلك يبقى السبب الحقيقي في حدوثه مجهولاً.

و نظراً للتاثير المتبادل بين النفس والجسد، يدفعنا الأمر للحديث عن تأثير ظهور المرض وارتباطه بعده عوامل نفسية . (توماس Thomas, 1990)

## 1- 10 - وجهة نظر التناول السيكوسوماتي في الربو :

يشير العالم "سترينج" Strange في كتابه : **Abnormal psychology** إلى أن الأمراض النفسية هي أمراض سيكوسوماتية وتتضمن : الحمى الربيعية، النزلات الشعيبة، التهابات الجيوب الأنفية، حمى القش، السل الرئوي، الربو الشعبي، وكافة اصابات البرد المعتادة. كما وجد "سترينج" Strange أن الإضطرابات الانفعالية وعلى رأسها القلق المزمن والإعتماد المصرف على الألم منذ الطفولة تلعب دوراً لا يستهان به في احداث الخلل على مستوى وظائف ورد فعل خلايا الجسم للهيستامينية " التي تنير مادة " الهستامين " L'histamine في الجسم والتي تسبب أشكال الحساسية المختلفة.

وقد توصل كذلك الى أنه في كل حالة من حالات الربو يمكن تقليل الإستجابة المرضية بازالة الحالة الإنفعالية ، وفي نظره يفيد العلاج النفسي كثيرا في ازالة هذه الحالة مع استخدام بعض الأدوية المضادة للحساسية التي تؤدي الى تعديل نسبة المادة التي تسبب أشكال الحساسية المتنوعة.

( عطوف، 1986 )

و يعتبر المنظور السيكوسوماتي مرض الربو كنمط ارتكاسي يظهر كرد فعل عن البنية العامة للفرد من جهة، وعن ميكانيزمات الدفاع الخاصة بنفس الفرد من جهة أخرى. ( مارتي Marty ، 1976 ، ص 7 )

ان النظرية السيكوسوماتية بزعماء " بيار مارتي " P.Marty " لا تنظر للمريض نظرة جامدة تقتصر فقط على فترة ظهور المرض وانما تتبع الإنسان في مختلف مراحل حياته ، أثناء مرضه، وأثناء توازنه النفسي الجسدي وكذلك أثناء اختلال وتيرة هذا التوازن .

فإذا كانت غريزة الحياة بما فيها الدفاع عن البقاء عن طريق التناول بمثابة عامل مساعد على استقرار التوازن النفسي - الجسدي، فإن غريزة الموت بما فيها من رغبة في تدمير الذات تعتبر عامل مهدد لهذا الاستقرار. ومن ثمة فان هيمنة غريزة الحياة تؤدي الى التوازن والصحة الجسدية، في حين أن هيمنة غريزة الموت تؤدي الى اختلال التوازن و تدهور الصحة الجسدية. ( النابسي، 1992 )

ضف الى ذلك فان "مارتي" Marty " يرجع مرض الربو الى فكر الانسان. ففي نظره تعتبر البيئة العقلية للمريض بمثابة مؤشر لا يستغني عنه أبدا في تزويدنا بمعلومات عن أبعاد الشخصية و خصوصياتها. كما يمكنها أيضا أن تبين نمط استجابة المريض لمختلف الصدمات الخارجية التي تتعرض له.

وفي نظر " مارتي " Marty " أيضا ما يمثل صدمة فعلية بالنسبة لشخص ما لا يعبر بالضرورة عن صدمة بالنسبة لشخص آخر .

وبحسب نفس المنظور المارتي حضور العامل المسبب للمرض لا يرافقه بالضرورة المرض. يتضح من خلال ما سبق ذكره أن اسلوب التنظيم العقلي عند المصاب بالربو يعتبر مؤشر يدل على الحالة الحقيقة لجانبه الجسدي و كل ما يمكن أن يحدث فيه معأخذ بعين الاعتبار وحدته السيكوسوماتية لذلك يؤكد " مارتي " على التشخيص النفسي و على ضرورة القيام به. ( مارتي Marty ، 1976 )

كما يرکز أتباع هذا المنظور على ضرورة اعتماد علاج نفسي من نوع خاص لحل المشاكل النفسية التي يعيشها المصاب بالربو بحيث يعتمد في هذا العلاج على عدة طرق تحدد مدتها تبعاً للحالة النفسية التي يعاني منها المريض. (الكسندر Alexander، 1977، ص 230)

## **10 - وجهة نظر التناول التحليلي في الربو:**

يرجع علماء التحليل النفسي معضلة الربو إلى حرمان الفرد من الأم، أو عنایتها الزائدة به على حساب استقلال شخصيته، أو كذلك إلى اهتمامه والقسوة عليه، بالإضافة إلى موجات القلق والرعب والإحباط التي بامكانه أن يعاني منها. ولا تعد نوبات السعال وحرشجة الصدر في نظرهم إلا رمزاً (Symbol) للخيبة والبكاء وطلبًا للأم.

حسب المنظور التحليلي يعكس تميز المصاب بالربو بالتردد والتذبذب الإنفعالي وحالات المزاج المتقلب السريع التغير فهو تارة متقائل وأخرى متشائم، وطوراً شديد الثقة بنفسه والآخرين، وطوراً منهار الثقة بنفسه وشديد الشك بالأخرين وهذا يعكس نوع من الصراع (Conflit) وهو مرتبط برغبته في التواكل والإعتماد على الأم من جهة، والرغبة في الإستقلال عنها من جهة أخرى. بمعنى آخر يكره المصاب بالربو أن يتحمل المسؤولية، وينتظر من الآخرين أن يؤدوا له أعماله، ويتوقع منهم الكثير تعبيراً عن انكاليته واعتماده الطفلي على الأم . فهو يرى في كل شخص حوله شكل الأم، يطمح في اهتمامها، ويريد الإنقاذ حين لا يصل إلى ذلك الاهتمام. ويمكن ملاحظة التواكل والإعتماد على الآخرين في حل مشكلاته وقضاء أعماله وفي جميع أنماط سلوكه.

يرجع المنظور التحليلي تعلق المريض بأمه إما إلى حرمانه من عطفها عليه لأن الأب كان قاسيًا جدًا معها، أو لأن الأم فرغت الحصيلة العاطفية التي بحوزتها من حب واهتمام بشكل غير متوازن على ابنها، وفي كلتا الحالتين يصاب الإبن بالربو.

حسب نفس المنظور يبدو المريض بالربو شديد التمسك برأيه ولا يمكنه تقبل وجهة نظر الناس من حوله، كما أنه يحب المناقشة العدوانية لأنها تفتح له المجال لإبراز نفسه.

وقد كشفت دراسات العالمين "French" و "Alexander" عن العلاقة بين الطفل المصاب بالربو وبين الوالدين وأسلوبهما الخاطئ في تنشئة الطفل، فتجسدت في الاستنتاجات التالية:

- 1- أن معظم مرضى الربو عاشوا محرومين من الحب الأبوى وغالباً ما يفتقدون أهمياتهم في سن مبكرة بوفاة أو طلاق أو حوادث مؤلمة.

- 2- معظم أمهات مرضى الربو كن شديدات القسوة مع أطفالهن (المصابين بالربو منهم) ويبدين لهم العداء، الغضب، التهديد، النبذ، القلق، والتسلط . وقد تعكس الأم من خلال قسوتها على ابنها ظروفها و مشاكلها القديمة.
- 3- معظم آباء المرضى بالربو كانوا مستسلمين لسيطرة الأم ولا يظهرون مشاعر التعاطف مع الطفل المريض الا بعد وقوعه فريسة للمرض .
- 4- يتصرف المرضى بالربو أحياناً بالغيرة الشديدة و رد الفعل العنيد تجاه مختلف المواقف التي تتعرض لهم. ( عطوف، 1986، ص ص 183-184 )

### 10 - 3 - وجهة نظر التناول السلوكي في الربو:

يعتبر المنظور السلوكي من المنظورات التي قدمت عدداً معتبراً من المعطيات فيما يخص مرض الربو.

يرى "ترنبيل" **Trunbull** أنه إذا كانت الاستجابة بالنوبة الربوية متباينة بانخفاض في درجة القلق أو تسمح بتجنب بعض الآلام عندها يمكن أن تصبح شديدة المقاومة للانطفاء . كما يرى أيضاً أن النوبة الربوية هي "استجابة تجنب" (*Réponse d'évitement*) بدلاً من كونها عنصراً فطرياً لـ الاستجابة انفعالية.

وفي نظر "ترنليل" **Trunbull** يعتبر صرخ الطفل أو اصداره لنداءات تنفسية دون تلقي العناية والرعاية الكافية من طرف الأم بمثابة اشارات للحصول على رعاية من نوع أفضل، وعليه فان التنفس عند المصاب بالربو يمكن أن يعكس أحسن طريقة للفت الإنتماه المرغوب فيه. بعبارة أخرى يعتبر تنفس الربوي استجابة اجرائية يصدرها بعرض التخفيف من حدة القلق الذي ينتابه من جهة، وبعرض الحصول على اهتمام أكبر وأفضل من جهة أخرى.

ويرى "ولب" **Wolpe** أنه ما دامت النوبات الربوية تبدو كاستجابات شرطية للقلق أو لمولدات حساسية معينة أو أيضاً لتجنب وضعية ما، باستطاعتنا اذن اللجوء الى "تقنيات الإشراط" بهدف إزالة حساسية العميل للمنبهات الشرطية التي كانت السبب في حدوث النوبة.

كما أشار "ترنليل" **Trunbull** (1962) و "يوركستون" **Yorkston** (1975) إلى الدور الذي يلعبه التعلم لدى المصاب بالربو.

ويعدم "لشمان" **Lachman** (1972) الذي يرى أن "تعزيز" أنواع مختلفة من التنفس يمكن أن يؤدي إلى "اكتساب" نمط تنفسي ربوبي.

أما "ليفسون" Levenson (1979) فيرى أنه يمكن للعوامل الإنفعالية أن تلعب دوراً هاماً في تغيير نوبات الربو أكثر من العوامل ذات طبيعة حساسية أو عنوان مرضية. وقد بين أن تلك يستلزم استجابة خاصة. إذ توصل إلى أن استجابة مرضي الربو تجاه مختلف الضغوطات تتمثل في المقاومة النفسية ففي حين توصل إلى أن استجابة غير الربويين تجاه الضغط تتمثل في الإيقاع القلبي. (نقلًا عن أيت حمودة، 1999)

وقد أثبتت العلاجات السلوكية فعاليتها في ضبط الأسباب التي تحدث صعوبات نفسية عند المصاب بالربو. إذ استعمل "كوبير" Cooper (1964) و"مور" Moore (1965) تقنية سلب الحساسية المنظم " التي تقوم على اختبار الوضعيات التي تعتبر مثيرات خاصة بالنسبة للمصاب بالربو والعمل على كفها و التحكم فيها مثلًا باستعمال العبارات: لديك صعوبات في احداث الزفير" أو "أنت مسجون داخل غرفة ضيقة الأبعاد "

يمكن أن تتولد لدى المصاب بالربو نوبات الربو، ولكن بالإعتماد على كف الحساسية لهذه المثيرات بشكل منتظم يمكن ضبط القدرة النفسية و الإيقاع النفسي. ( خير الزاد فيصل، 1986 ) كما أشار كل من "راتيس" Rathus (1973)، "سيروتا" Sirota و"مهوني" Mahoney (1974) إلى أن التدريب على "الاسترخاء" يحدث تحسنات دالة على مستوى قياسات القراءة النفسية. وعليه تعتبر تقنية الاسترخاء من التقنيات ذات الفعالية الإيجابية في ضبط القدرة على التنفس وتعويد المريض على أحسن سبلها ومن ثمة تخفيف أعراض القلق الإنفعالية التي تنتابه. ( فونتن Fontaine وآخرون، 1984 )

ان مختلف التقنيات السلوكية المستعملة في علاج الربو يمكن أن يكون لها أثر مشترك يتمثل في تقليل شدة القلق الناتج عن العلامات القلبية للنوبة. في هذا الصدد توصل كل من "کراوفورد" Crawford وجماعته (1975) إلى أن التدريب الذي يخضع له المصابين بالربو يسمح بتقليل حساسيتهم للأعراض السابقة للنوبة. أما "راتيس" Rathus فيشير إلى أن الضغط سواء كان من طبيعة حساسية أو نفسية فإنه يحدث نتيجة لتدبيه الهيبوتلاموس مما يتربّع عنه اثارة فيزيولوجية تتجسد في مظاهر شتى أهمها سرعة خفقان القلب، الشنج الشعبي وكذا القلق. وكلما كان الفرد قلقاً ومتورطاً كلما كان تنفسه شاقاً ومتعباً.

كما يرى "راتيس" Rathus أن المشكل الأساسي للمصاب بالربو متعلق بعملية الزفير بالدرجة الأولى وليس بعملية الشهيق، ويعتبر كل من الغضب والقلق كعاملان أساسيان في جعل عملية التنفس أكثر صعوبة عنده (المصاب بالربو).

بناءً على ما سبق يوجه "راتيس" Rathus (1973) الأضواء إلى استخدام تقنية الإسترخاء للتحكم في عملية التنفس وجعلها أكثر سهولة. (فونتان Fontaine وأخرون، 1984)

### خاتمة :

يعتبر مرض الربو من الأمراض التي جلبت اهتمام العديد من الأطباء المختصين والباحثين في ميدان علم النفس نظراً لتدخل ميكانيزمات متعددة في حدوثه من جهة، ونظراً لأنعكاساته الاقتصادية، الاجتماعية، التربوية، والمهنية وكذا تكاليفه المادية التي تتغلق ميزانية العائلات والهيئات الصحية من جهة أخرى.

بناءً على ما سبق يظهر أن التكفل بشريلة المصابين بالربو أصبح ضرورة تفرض نفسها قصد التوصل إلى أفضل سبل العلاج وبالتالي التحكم في انتشار هذا المرض مستقبلاً.

الفصل الثاني  
الأحكام

- تمهيد

1 - مفهوم الإكتئاب

2 - تعاريف الإكتئاب

2 - 1 - التعريف الإكلينيكي

2 - 2 - التعريف السلوكي

2 - 3 - التعريف المعرفي

3 - أعراض التنادر الإكتئابي

4 - الأشكال العيادية للإكتئاب

5 - التناولات النظرية في تفسير الإكتئاب

5 - 1 - الإتجاه البيولوجي

5 - 2 - اتجاه التحليل النفسي

5 - 3 - الإتجاه السلوكي

5 - 4 - الإتجاه المعرفي

6 - أهم علاجات الإكتئاب

6 - 1 - العلاجات الكيميائية

6 - 2 - العلاجات النفسية

7 - العلاقة بين الضغط ، الإكتئاب و المناعة

## تمهيد :

ان المراحل التي يجتازها المجتمع الانساني تتسم بمشكلات معقدة، قد تعرض الإنسان في أي لحظة من اللحظات الى أزمات أكثر تعقيداً من شأنها زلزلة استقراره الجسمي والنفسي وبالتالي ادخاله في سجل السيكوباثولوجيا، و يعد الإكتئاب من أهم العناصر المصاحبة للعديد من الأمراض مما جعله يشغل اهتمام العديد من الباحثين في مختلف التخصصات. ( شيفر Scheirer 1978 ، ص 26 )

يعتبر الإكتئاب حسب " دوكى " Douki " وأخرون، المرض العقلي الأكثر انتشاراً في الوسط الطبي مقارنة بالأمراض العقلية الأخرى. وقد بينت المنظمة العالمية للصحة OMS أن عدد المصابين بالإكتئاب في العالم يقدر ب 200 مليون مكتب، حيث هناك احتمال اصابة فرد واحد من عشرة من المجتمع العام بحالة اكتئاب.

كما وضح السيكاتري الجزائري " كاشا " Kacha " بأن الحالات الإكتئابية من التقدّرات السيكاتيرية الأكثر تواتراً، وأن مدى انتشاره في ارتفاع مستمر يرجع ذلك لأسباب مختلفة أهمها: الارتفاع التدريجي لمعدل الحياة، انتشار الأمراض الجسدية المزمنة و كذا تعقد و تستتب الحياة الاجتماعية. وأشار أيضاً الى أن احتمال تطوير حالة اكتئابية خلال مسار الحياة يصل الى 10% عند الرجال و 20% عند النساء.

أما بالنسبة لكل من " كوغلسكي " Kourilsky " و " ألبي " Alby " فيعبر الإكتئاب عن اضطراب المزاج الذي غالباً ما يصاحب الأعراض الجسدية للربو أو مظاهر من مظاهر الحساسية الأخرى، ويصران على ضرورة الإعتراف بوجوده و معالجته حتى لا تستمر أعراض الربو و تتفاقم. ( نقلًا عن أيت حمودة، 1999، ص 164 )

ومن هذا المنطلق تتضح أهمية دراسة عامل الإكتئاب و علاقته بظهور أعراض الربو .

## 1- مفهوم الإكتئاب :

يستخدم الإكتئاب في ثلاثة معانٍ مختلفة وهي:

**المعنى الأول** : يربط الإكتئاب بالمزاج المضطرب غير السوي الذي يختل نتيجة تعرض المريض الى سلسلة متلاحقة من الإحباطات والفشل .

**المعنى الثاني** : يتميز الإكتئاب كتاذر باضطرابات في المزاج بالإضافة الى جميع أعراض الإكتئاب البدنية والوظيفية المصاحبة له .

**المعنى الثالث** : يتميز الإكتئاب كمرض بما فيه التاذر الذي ذكرناه آنفا بعجز يصيب المريض فيمنعه من أداء واجباته وأعماله اليومية كليا أو جزئيا.

ان التمعن في هذه المعاني الثلاثة للإكتئاب يكشف عن وجود اختلاف فيما بينها من حيث شدة الإضطراب ومدى تأثيره على النشاطات اليومية للفرد.

ففي المعنى الاول يمس الإضطراب مزاج المريض بالدرجة الاولى، حيث يبدو حزينا، محبطا ولكن دون أن يؤثر ذلك على أداء وظائفه اليومية. بينما في المعنى الثاني تشتت الحالة المرضية فبالإضافة إلى المزاج المكتتب الحزين، تظهر على المريض أعراض بدنية مختلفة أهمها التباطؤ النفسي الحركي. أما في المعنى الثالث فيتفاقم الإضطراب ويصبح أكثر تعقيدا، حيث يظهر المزاج المكتتب والأعراض البدنية الوظيفية وتشتد الحالة إلى درجة تصيب المريض بالعجز مما يؤثر على آداء نشاطه وأعماله اليومية . ( الحجار، 1989 )

## 2- تعاريف الإكتئاب :

تعددت وتتنوعت تعاريف الإكتئاب لا أن ايجاد تعريف دقيق وموحد له يبقى مهمة صعبة أمام المختصين لحد الآن.

يؤكد " أدولف مایر " Odolf Mayer " هذه الفكرة اذ يقول: " لا نعرف كيف نعرف الإكتئاب ". ويرجع ذلك في نظره إلى صعوبة الكشف عن أسبابه وتعقد أعراضه وكذا كثرة تصنيفاته. ( شيفر Scheirer ، 1978 )

لا أن هذا لا يمنعنا من التطرق إلى بعض التعريفات التي تناولت الإضطراب، فمعجم علم النفس يعرف الإكتئاب " حالة مرضية مزمنة نسبيا، يميزها أساسا الحزن، انخفاض الجهد والطاقة، عدم القدرة على مواجهة أدنى الصعوبات، ضعف القدرة على التركيز والتذكر مما يزيد من تأزم الوضع الإكتئابي ". ( سيلامي Sillamy ، 1996 )

## **1-2 - التعريف الاكاديمي للاكتتاب :**

يعرف الإكتئاب أكلينيكيًا حسب الدكتور "الحجار" على أنه "تذاكر يهيمن على الشخص تتجلى مظاهره بوضوح في مشاعر الحزن، القلق، الغضب والتأنيب الذاتي". (الحجار، 1989)

أما في الطب العقلي فيعرف الإكتئاب بحالة مرضية ترتكز أساساً على حدوث تغيير كبير في المزاج الذي يغلب عليه التسائماً، الشعور بعدم القدرة على الإنجاز، واحتقار الذات وتأنيتها. بالإضافة إلى ذلك تباطؤ في النشاط العام، في السلوكات النفسية الحركية وفي الوظائف العقلية. إلا أن وجود تباطؤ على مستوى هذه الوظائف لا يدل حتماً على وجود اضطراب حقيقي على مستوى الذاكرة، الحكم والإنتباه. (جيوتا Guyotat, 1990)

## 2 - التعريف السلوكى للأكتاب :

يعرف "سكيينر" Skinner "الكتاب" كظاهرة انطفاء ناتجة عن حرمان كبير من التعزيزات الاجتماعية الإيجابية، مما ينجر عنه فقر أو انخفاض المعلومات حول السلوكيات الإيجابية، وطغيان وضعية العزلة مما يجعل التظاهرات الإكتتابية هي الوحيدة المعززة .

ويضيف "فرستر" Frester (1973) عنصرا هاما الى ما قدمه "سكينر" Skinner يتمثل في الظروف المساعدة على ظهور السلوكيات الإكت ABIة كالعجز الذي يلاقيه الفرد أو تفاديه الوضعيات الاجتماعية المعقدة والمنفردة . ( كزافي Xavier وآخرون، 1977 )

### **3 - 2 - التعريف المعرفى للكتاب :**

يعرف "باك" Beck الإكتتاب على أنه "اضطراب في التفكير، ويعتبر أعراض التنازد الإكتتابي كنتائج لتنشيط أنماط معرفية سلبية." (كوترو Cottraux، 1997)

يرجع الإكتئاب حسب هذا التناول إلى اضطراب الناحية المعرفية ووجود أنماط تفكير خاطئة سلبية تنتج عنها أعراض التناول الإكتئابي للعيان.

على وجه العموم تختلف تعريفات الإكتاب المذكورة آنفاً من حيث تناولها للإضطراب، فالتعريف الطبي يركز على الأعراض الإكتابية، بينما يركز التناول السلوكي على فقدان التعزيز الإيجابي مما يجعل الفرد عاجزاً عن القيام بنشاطات تجلب له المكافأة، في حين يركز التناول المعرفي على الناحية المعرفية للإضطراب التي تتربّع عليها أعراض التناول الإكتابي.

### 3 - أعراض التنازد الإكتابي:

تتميز اللوحة العيادية للتنازد الإكتابي بأعراض مختلفة مصدرها اضطرابات انفعالية، نفسية، حركية، ارادية، معرفية واعاشية. تلخص هذه الأعراض فيما يلي :

#### 1-3 المزاج المكتتب : L'humeur dépressive

يعتبر المزاج المكتتب الإضطراب الإنفعالي الأكثر تعبيراً عن التنازد الإكتابي وهو غالباً ما يوصف بأنه احساس غامض صعب تفسيره، حيث يجعل المعاش العادي للفرد مشوه بحزن عميق، باليأس وبالإحباط. والجدير بالذكر أنه لما تشتت هذه الإحساسات وتستمر فانها تؤدي إلى آلم نفسي يعذب الفرد .

بصفة عامة يتجلّى هذا الحزن في مظاهر شتى يوصفها المريض بصرامة مثل قوله :

"أني حزين" أو من خلال الإحساس بالإنهاك المعبر عنه بالدموع وعدم تحمل ذلك .

كما يتميز هذا المزاج بالإحساس بالملل، اللامبالات، عدم الاهتمام بكل الأمور، انهاك عاطفي وبرودة انفعالية، حيث يشعر الفرد بأنه عاجز عن الإحساس باللذة في النشاطات التي تكون في العادة سارة. كما تصيب قدرته على الشعور بالإحساس الوج다ً العادلة ويتولد لدى الفرد احساس غير محتمل من التخدير العاطفي، وهذه اللامبالات العاطفية تغطي حتى الأحداث المؤلمة بمعنى أن الفرد يكتشف بأنه لم يصبح يشعر بالألم تجاه الضراء. (Ferreri فييري وأخرون، 1993)

بالإضافة إلى ذلك ينتاب المريض شعور بعدم الرضا وباحتقار الذات وبانخفاض تقدير الذات مع نوبات البكاء وميل للعزلة والاستقلالية عن الآخرين، وكل مجهود يقوم به يرى أنه لا جدوى منه. وبالنسبة له الماضي مفجع والمستقبل مقلق ولا أمل فيه. (Kashalov، 1996)

#### 3 - الأعراض النفسية الحركية : Les troubles psychomoteurs

تشير هذه الأعراض إلى تباطؤ حركي ونفسي شامل يتجلى في شكل كف يعيش المريض ومن السهل ملاحظته من طرف المحيطين به، كما يمكن للعيادي استخلاصه من خلال المظهر العام للمكتتب وبعض الشكاوى الذاتية التي يصرح بها .

### 1 - 2 - 3 - التباطؤ الحركي : Ralentissement moteur :

بصفة عامة يبدو في حركات الشخص التي تكون بطيئة خالية من الحيوية وخطوات متئقة يميل صاحبها إلى الإنحساء وإلى إبقاء كتفيه متلبيتين. كما يعبر عن نفسه ببطء وتغلب عليه فترات الصمت التي يجمعها بالتهيدات.

ضف إلى ذلك فإن إيماءاته تبدو فقيرة، وحركات رأسه قليلة أما كلامه فشحيح بحيث يكتفي بتقديم إجابات موجزة وناقصة عند السؤال ويكون ذلك بصوت منخفض وبعد اصرار وتفكير مطول.

### 1 - 2 - 3 - التباطؤ الفكري : Ralentissement mental :

تظهر المقابلة العيادية أن فكر الفرد المكتتب يكون متعباً وفقيراً، فهو لا يقدم أفكار جديدة سوى تلك التي تدور حول معاناته الحالية والتي يركز عليها. ويؤكد على مشاعر الألم التي تتنابه باستمرار مما يجعله يدور في نفس الحلقة دون التمكن من المرور إلى شيء آخر. كما يشكو المكتتب من عدم قدرته على تتبع تفكير الآخرين، ويصرح بأنه يشعر بفراغ الرأس، ويحكم على تفكيره بأنه بطيء جداً.

### 3 - اضطرابات الإرادة : Les troubles de volonté :

تجمع هذه التسمية مجموعة الأعراض الناتجة عن نقص قدرات بذل الجهد والمبادرة وترابع أو ارتخاء الميولات نحو التصرف.

تثار هذه الإضطرابات من خلال شكاوى المريض التي تشمل احساساً بفقدان الشجاعة، افتقار المبادرات التلقائية التي تسمح للفرد بمواصلة حياته بصفة عادلة، وكذلك العجز العميق على التصرف والمواجهة والدفاع عن مستحقاته الاجتماعية والمهنية، السلبية ومقاومة النشاط والحركة، كل هذه الأعراض تجعل منه فائداً للإرادة وعرضة للخمول. (فيريري Ferreri و آخرون، 1993)

### 4 - الإضطرابات المعرفية : Les troubles cognitifs :

تمس الإضطرابات المعرفية الوظائف المعرفية العامة، التصورات والتفكير الذي يحددهم وتمثل فيما يلي :

### 1 - 4 - الوظائف المعرفية العامة : Les fonctions cognitives globales

يعرف الشخص المكتتب اضطرابا في الوظائف المعرفية العامة بحيث يقل انتباذه ويضعف تركيزه، كما يجد صعوبة في التفكير وفي التذكر. ( ستروف Stroud, 1997 )

### 2 - 4 - التصورات ومحتويات الفكر :

#### Les représentations et les contenus de pensée

يظهر على تصورات ومحتويات الفكر تشوهات مرضية واضحة تطبع مختلف مظاهر حياة المصاب نميز من بينها الشعور بالنقص، الانهيار، الفشل، الحرمان، العجز، سوء تقدير الذات، التشاؤم، الميل إلى الخيال، الشعور بالذنب الذي يتحول إلى اتهام الذات وذمها والتفرز منها. ويشعر المكتتب بأنه حمل ثقل على الآخرين وعديمفائدة ، وكل ما يقوم به في نظره لا يستحق القيمة، ومن ثمة ينتابه شعور بعدم فعالية ذاته .

أما رؤية المكتتب للعالم فهي مشوهة بنفس السلبية ويمكن أن تشحن بالغموض والعدوانية، في حين يطبع نظرته للمستقبل عدم التفائل وعدم الأمل وكل ما يمكن أن يحدث غير مرغوب فيه وكل شيء مفقود مسبقا بالنسبة له. ( عيسوي، 1994 )

### 3 - 4 - التدهورات المرضية في التفكير :

#### Les altérations pathologiques de résonnement

- وتنجس في المظاهر التالية :
- فقدان المرونة في تقييم المواقف.
- سيطرة الأفكار السلبية.
- التقسيير الذاتي للأحداث مما يعكس وجود صعوبات في الإعتماد على الموضوعية.
- انخفاض القدرة على النقد.
- تكرار آلي للنظرية التشاؤمية تجاه التجارب.

### 5 - الأعراض الإعائية : Les symptômes végétatifs

تبرز التظاهرات الإعائية للإكتتاب مبكرا وغالبا ما تسبق الظهور الصريح للأعراض النفسمرضية، بحيث يمكن أن تعمل على تأخير التخمين الذي يتوجه عن خطأ إلى المرض العضوي. ومن بين هذه التظاهرات نميز ما يلي :

### 3 - 5 - 1 - الانهك أو التعب النفسي : L'asthénie

- يمثل التعب النفسي أحد الأعراض العامة الأكثر شيوعا في الأوساط الإكتابية.
- ومن أهم العلامات الدالة عليه :
- مظهر المكتب الذي يطبعه وجه مرهق وشاحب تعكسه النظرة الحزينة و فقدان العين لإشرافتها .
  - صعوبات في بذل أدنى جهد أو السعي إلى القيام بأي نشاط .

### 3 - 5 - 2 - اضطرابات النوم : Les troubles de sommeil

عادة ما يكون النوم مضطربا عند أغلب الحالات الإكتابية نظراً لوجود الأرق الذي يكون متغيراً و مصحوباً بتوتر نفسي، اثاره نفسية حركية مع استرخاء عصبي عضلي صعب خاصة عندما يكون مستوى القلق مرتفع.

كما يمكن أن يظهر القلق في أوقات مختلفة من الليل، قد يكون في منتصفه أو بدايته أو في آخر الليل مما يتربّع عنه استيقاضات ليلية وصعوبة في الرجوع إلى النوم.

وقد تأخذ اضطرابات النوم شكل نوم شديد أي فرط في النوم (Hypersomnie) مع استيقاظ متأخر وميل إلى القيلولة. (لوشيميا Lechemia ، 1995)

### 3 - 5 - 3 - الاضطرابات الهضمية : Les troubles digestifs

تتجسد في احساسات مختلفة من تباطؤ هضمي، التطبّل، وامساك مستمر .

### 3 - 5 - 4 - اضطرابات الشهية : Les troubles de l'appétit

من الإضطرابات الأكثر شيوعاً فقدان الشهية للطعام (Anorexie) مما يتربّع عنه فقدان مهم في الوزن.

تجدر الإشارة إلى أنه نادراً ما يلاحظ افراط في الشهية (Boulimie) بغرض تسكين الإنزعاج الإكتابي ولو مؤقتاً عند بعض الحالات.

### 5 - 5 - الاضطرابات البولية : Les troubles urinaires

وتضم حالات الإفراط في التبول أين يكون التحسس للبول كبير لكن كمية البول المطروحة قليلة، أو حالات عسر التبول (Dysurie).

### 5 - 6 - الاضطرابات الجنسية : Les troubles sexuelles

لا يظهر المكتتب اهتماما بالنشاط الجنسي، وبدلا منه يغلب عليه التقرز والنفور مما يؤدي إلى العجز أو البرود الجنسي.  
ورغم تكرر هذه الظاهرة إلا أنه قليلا ما يصرح بها المكتتب نظرا للشعور بالذنب اتجاه الشريك.

### 5 - 7 - الاضطرابات العصبية العضلية : Les troubles neuromusculaires

وتمثل في ما يلي:

- ضعف القوة العضلية .
- التشنجات.
- آلام منتقلة في الجسم الذي يصبح ثقيلا وضعيفا.
- الإرتعاش.
- تشویش الحس.
- احساس بالدوار.

### 6 - القلق المصاحب : Angoisse associée

كل حالة اكتئابية يصاحبها و بدرجات مختلفة ظاهرات عرضية لقلق عام تبرز فيما يلي:

- توتر عصبي.
- اهتزازات عضلية.
- ارتعاشات.
- ضيق تنفسى.
- خفقان القلب.
- جفاف الفم.

- الغثيان.

- زيادة الإثارة والتهيج. ( فيريري Ferreri وآخرون، 1993 )

#### 4 - الأشكال العيادية للإكتاب :

تتعدد الأشكال العيادية التي يمكن أن تأخذها الحالات الإكتابية بحيث تم وصفها من طرف العديد من العياديين وذلك حسب الشدة، الثقافات، والأعراض.

##### 4 - 1 - أشكال الإكتاب حسب الشدة :

تعتبر انعكاسات أعراض الإكتاب على الوظيفة التنفسية والتكييف أو التوافق العائلي والإجتماعي - المهني بمثابة المعايير الأساسية لتقدير درجة خطورة الحالة الإكتابية.

##### 4 - 1 - 1 - الأشكال البسيطة : Les formes légères

و تتضمن الحالات التي يطغى عليها من مجرد تعب بسيط غير عادي ومستمر وغير مفسر الى نوبة كآبة، وذلك التي يميزها تهيج عرضي مما يتربّع عنه اعاقة النشاطات اليومية للفرد، لكن في مرحلة لاحقة يمكن ان تتطور هذه الأعراض بحيث تعيق قدرات الفرد على الانجاز والانسراح محدثة بذلك آثار العجز.

##### 4 - 1 - 2 - الأشكال الخطيرة : Les formes sévères

تظهر الأعراض الإكتابية بوضوح في هذه الأشكال محدثة عجز غير مباشر على مستوى التوافق العائلي والمهني . ومن بين الحالات الأكثر خطورة تميز الإكتابات التي تصاحبها الأعراض الذهانية التي تشير الى وجود تدهورات هامة على مستوى الوظائف المعرفية، مما يمنع الفرد من المشاركة العالية في وسطه الإجتماعي الثقافي. ( العفيفي، 1990 )

##### 4 - 2 - أشكال الإكتاب حسب الثقافات:

يعتبر مرض الإكتاب حالياً مرض عالمي معروف به، ويمكن للأعراض الإكتابية أن تتغير وفقاً للثقافات لكن في حدود ضيقة نوعاً ما. تمثل الأعراض الأساسية للتاذر الإكتابي كاضطرابات المزاج، اللامبالاة ، التباطؤ النفسي الحركي، فقدان المبادرة، الأرق و الأعراض الإعائية جزءاً من الأعراض الثقافية العالمية للحالات الإكتابية. إلا أن هناك البعض منها ذات تأثير واضح بالعامل الثقافي منها احتقار الذات، الشعور

بالذنب المفرط، الأفكار والأفعال الانتحارية اذ نجدها أكثر تكرارا في الثقافات الغربية. ( نقل عن أيت حمودة، 1999 )

#### 3 - 4 - أشكال الإكتئاب حسب الأعراض :

##### 1 - 3 - 4 - الإكتئاب العصبي :

وهو اضطراب نفسي يتطور نتيجة تكوين غير سوي في شخصية المصاب به.

( موساوي Moussaoui، 1987 ) اذ تطبعه سمات عصبية كالقلق والظاهرات الوسواسية. ( كاشا Kacha، 1996 ) وتنجلى أهم أعراض الإكتئاب العصبي في ما يلي :

- الاستجابة الحركية البطيئة.
- صعوبة في النوم.
- نقص التركيز.
- التوتر.

عادة ما يصبح المريض واعيا بمرضه عندما يتحقق من أنه لم يشف من تأثير صدمة ما بعد مرور وقت كافي عليها . ( عبد المعطي، 1998 ، ص 351 )

##### 3 - 2 - الإكتئاب الارتكاسي :

يعتبر الإكتئاب في هذه الحالة بمثابة استجابة لحدث ما مثل الإصابة بمرض خطير، وفاة شخص عزيز، فقدان، صراع عائلي، عاطفي، أو مهني، فشل مدرسي .. الخ و هو يستقر مباشرة بعد الصدمة النفسية. و غالبا ما يصيب الإكتئاب الارتكاسي الأشخاص ذوي البنية النفسية الهشة والذين لا يتحملون الإحباطات.

أهم ما يميز صاحبه العلامات التالية :

التعب، فقدان كامل للشهية أو افراط في الأكل، عجز جنسي، قلة النشاطات المنتجة مع احتمال ظهور محاولات انتحارية حسب حدة الصدمة.

##### 3 - 3 - الإكتئاب الإعيائي :

يظهر الإكتئاب الإعيائي نتيجة الإجهاد الكبير مصحوبا بقلق شديد، آلام في الرأس، اضطرابات النوم، اضطرابات هضمية، ومشاكل تنفسية. (موساوي Moussaoui، 1987، ص 65 )

#### 4 - 3 - 4 - الإكتئاب المختلط :

يسمى عادة ذهان الهوس الإكتئابي، ويلاحظ فيه تناوب بين الحالتين الهوسية والإكتئابية تتوسطهما مرحلة هدوء مؤقت.

تتميز الحالة الهوسية بالمرح، نشاط مفرط، تفكير سطحي جد سريع، تقائل غير مناسب، والكلام في عدة مواضيع في آن واحد. في حين يميز الحالة الإكتئابية انخفاض في الطاقة والجهد، ظهور الأرق، ضعف القدرة على التفكير و التركيز، وفقدان الثقة بالنفس.

#### 4 - 3 - 5 - الإكتئاب الذهاني الملائاوي الذهاني :

##### Dépression psychotique mélancolie délirante

إن الإقتناعات السلبية عند المكتب تؤدي إلى تكوينات ذهانية، كهزيان الشعور بالذنب، بالخطأ، بالعار و الفضيحة، هزيان العقاب، الهلاك والإمتلاك الشيطاني ، الفقر الذهني، هزيان توهם المرض وعدم الشفاء. تتطور هذه الذهيانات مع تطور الحالة التي تشجع السمات الأساسية للتفكير الإكتئابي . ( فيريري Ferreri 1993 )

#### 4 - 3 - 6 - الإكتئاب الناتج عن الإصابة بأمراض حسمية :

يظهر هذا النوع من الإكتئاب عند الأشخاص المصابةين بأمراض مزمنة، كالعجز الكلوي المزمن، الربو، الأمراض الوعائية القلبية، التسمم عن طريق الكحول والمخدرات. ( كوترو Cottraux 1990 ). ويظهر أيضا في الأمراض العصبية كمرض " بركنسون " مصحوبا بأضطرابات على مستوى السلوك والقدرات العقلية والمعرفية. و في الأمراض الغددية مثل قصور الغدة الدرقية أو في حالات الإصابة بالسرطان . ( كاشا Kacha 1996 )

#### 5 - التناولات النظرية المختلفة في تفسير الإكتئاب :

تناول الباحثون موضوع الإكتئاب من وجهات نظر مختلفة مما سمح بظهور تناولات عديدة انبثقت منها طرق لها دور هام في علاجه. ورغم احتواء هذه التناولات على نسب كبيرة من التداخل الا انها تبدو متصارعة في أكثر من مجال ،لعل ذلك يعود الى أن كل اتجاه ركز على جانب واحد من الإضطراب - الإكتئاب - وأهمل الجوانب الأخرى. ( فيريري Ferreri وآخرون 1987 )

## ٥ - الاتجاه البيولوجي :

ما يميز الاتجاه البيولوجي أنه يصب اهتمامه على الوراثة كعامل أساسى وأولى في ظهور الإكتئاب. فهناك من يذهب إلى أن الجينات المختلفة تعمل على انتقال مرض الإكتئاب والى أن ظهوره ناتج عن التشبع بالعامل الوراثي، الا أن هذا التشبع يبقى ضعيفا أمام ظهور الإكتئاب بعد سن الخمسين.

وقد دلت التقنيات العلاجية العصبية على أن مواد النقل العصبي في مناطق الإشتباك للخلايا العصبية مسؤولة عن التغيرات التي تطرا على صنع الأمينات الدماغية واستقلاباتها " كالدوبامين" Dopamine ، " السيروتونين" Serotonin ، و "النور أدرينالين" Nor Adrenaline ، وهذه التغيرات يفترض أنها تلعب دورا هاما في حدوث الإكتئاب. ( الحجار، 1989، ص 85 )

## ٥ - اتجاه التحليل النفسي :

تناول رائد المدرسة التحليلية " فرويد" Freud موضوع الإكتئاب سنة 1957 من خلال كتابه " الحداد والملائخوليا " اذ وصفه على أنه حالة نفسية يوجه الفرد فيها عدوانية نحو نفسه عوض أن يوجهها نحو الشخص الذي يمثل حقيقة موضوع مشاعره العدوانية، وفي نظره كل احباط وكراهيته يرتبطان بهذا الشخص، وأمام ضرورة تحرير هذه العدوانية المكبوتة يحولهما الفرد إلى نفسه.

ولقد ركز " فرويد" Freud من خلال كتابه " الحداد والملائخوليا " على أن مفهومي " الحداد " و " الميلانخوليا " هما استجابة ناتجة عن فقدان موضوع الحب، وأن هذا فقدان يمكن أن يكون حقيقيا أو وهميا بحيث ينتج عنه يأس مصحوب بتقدير واطئ للذات ونظرة سلبية نحو المحيط مما يؤدي إلى انطواء الطاقة الليبية داخل الأنما ويسبب آلام التهديد للأنا. إن الخاصية الأساسية للإكتئاب حسب " فرويد" هي اضطراب تقدير الذات الذي يعتبر العنصر الوحد الذي يترجم الوضع السيكولوجي الأليم للمكتب.

وتتظر ميلاني كلين M.Klein إلى الإكتئاب على أنه مرحلة جد أساسية للنمو السيكولوجي للفرد، ويرتبط في نظرها بأول تجربة فقدان موضوع الحب الأولى - الألم - التي يعيشها الطفل في حوالي الشهر الرابع. وتشير " ميلاني كلين " إلى أن الطفل بلوغه سنة من عمره يتعداها.

في حين يعيشها بعض الأشخاص مجدداً خلال سن الرشد، وهذا ينجم أما نتيجة للتغيير النفسي داخلي خاص أو نظراً لظروف معيشية معينة . ( فريدين Freden، 1982، ص 16-17 )

### ٣ - ٣ - الاتجاه السلوكي :

يرى أنصار المنظور السلوكي أن معظم السلوكات الإنسانية سواءً كانت سويةً أو شاذة هي سلوكات متعلمة نتيجة لتفاعلات الفرد بيئته بحيث تخضع لقوانين الإشراط الإجرائي والإشراط الكلاسيكي.

يعتقد السلوكيين بأن السلوك الشاذ يحدث نتيجة لخلل في عملية الإشراط (التعلم) وغالباً ما يكون ذلك على شكل تعزيز للسلوك غير التكيفي. ( الخطيب، 1987 ) عموماً يشرح الاتجاه السلوكي الإكتتاب من وجهة نظر مختفين تجذان مصدرهما في إطار نظرية التعلم.

### ٣ - ١ - الإكتتاب و فقدان التعزيز الإيجابي :

أشار الباحثين إلى أن غياب الأحداث السارة في البيئة يعمل على فقدان دافعية الفرد تدريجياً فيغلب عليه الخمول والحزن .

اذ يؤكد " فيستيري " Festier ( 1974 ) و " سوهن " Sohn ( 1974 ) على أن مختلف الإستجابات الإكتتابية تنتج أما عن وجود عدد كبير من الأحداث السلبية في محيط المريض كتغير السكن، الفشل في اظهار المهارات الاجتماعية والمهنية، أو عن انخفاض مذهل للأحداث السارة الأمر الذي يؤدي إلى نقص في التعزيز الإيجابي بسبب عنصر " فقدان ".

ويذهب كل من " ليفنسن " Levinson ( 1974 )، " اسكل " Akiskal ( 1975 ) إلى أن الإكتتاب يحدث أمام فقدان الشخص للتعزيز الإيجابي وتلقيه التعزيز السلبي. بناءً على ذلك فالشخص المكتتب يبدي ظاهرة " الانطفاء " الناتجة عن حرمان كبير للتعزيز الإيجابي بمعنى أنه لا يجد أي دعم من المحيط كتعزيز لسلوكاته من جهة، وتكون النظاهرات الإكتتابية هي فقط المعززة عنده الأمر الذي يعمل على استمرارها من جهة أخرى. ( كوترو Cottraux، 1990 )

اما " سكينر " Skinner فيصف السلوك الإكتتابي بظاهرة انطفاء ناتجة عن حرمان كبير من التعزيزات الاجتماعية الإيجابية مما يتربّع عنه فقر أو انخفاض المعلومات حول السلوكات الإيجابية، وبالتالي تعزيز وضعية العزلة وكذا النظاهرات الإكتتابية مما يساعد على استمرارها.

( نقلًا عن أيت حمودة، 1999، ص 178 )

### - 3 - العجز المكتسب :

يعتبر " مارتن سلجمان " M.Seligman ( 1975 ) الإكتتاب كنتيجة لفقدان القرة على التحكم في وسائل اكتساب التعزيز الإيجابي أو السلبي، ويطلق " سلجمان " . Learned helplessness على هذه الظاهرة اسم " العجز المكتسب " .  
ويضيف الباحث أيضاً أن الأشخاص الذين لا يملكون القرة على التحكم في مواقف النجاح والفشل يكونون عرضة للعجز المكتسب، وفي هذه الحالة يبدو المكتتب غير قادر على القيام بسلوكيات مشتركة ياقو الثواب عليها، وفي غياب هذا التعزيز يستقر الإكتتاب. ( كوترو Cottraux ، 1984 )

إن توصل " سلجمان " Seligman إلى تفسير تجريبي للإكتتاب كان نتيجة لاختبار دور الحوائط الضاغطة عند مجموعة من الكلاب بحيث قام بوضعها داخل قفص ذو مقصورتين ( Une cage avec deux compartiments )، فوضع المجموعة الأولى من الكلاب داخل القسم الأول من القفص في حين بقيت المجموعة الثانية داخل القسم الثاني من القفص، وفي كل مرة كان الباحث يعرض المجموعة الأولى إلى صدمات كهربائية متتالية، فيما تبقى المجموعة الثانية في مأمن من الصدمة.

وبعد الإنتهاء من الخطوة الأولى، وضع مجموعتي الكلاب داخل قسم واحد من القفص وقام من جديد بإصدار صدمات كهربائية، فتوصل إلى أن ثلثي 3 الكلاب التي تلقت الصدمات الكهربائية المتواترة لم تتعلم الفرار إلى القسم الآمن من القفص عكس الكلاب التي لم تتعرض للصدمات أثناء إجراء التجربة.

وأوضح " سلجمان " Seligman أن هذه الكلاب التي سبق وأن تعرضت لصدمة كهربائية لم تتمكن من الهروب منها لذلك استخلص أنها تعلمت أن أي سعي للهروب هو فعل لا جدوى منه فاستسلمت للسلبية والقنوط واليأس. ( كوترو Cottraux ، 1990 )

وفي تفسيره لهذه الظاهرة السلوكية السلبية يرى أن الصدمة الكهربائية لم تكن السبب الذي خلق الإستجابة السلبية عند الكلاب وإنما عدم قدرتهم على السيطرة على الصدمة ذاتها.

انطلاقاً من هذه الملاحظات حاول " سلجمان " Seligman " بالتعاون مع زميله " ماير " Mayer " ربط ظاهرة " العجز المكتسب " بالإضطراب الإكتتابي الذي يظهر عند الإنسان. وفي هذا الصدد يقول سلجمان " Seligman " عندما شاهدت الحيوانات اليائسة لأول مرة، فكرت أن هذه الظاهرة يمكن أن تساهم في تفسير حالة القنوط عند الإنسان، وبالتالي نستطيع أن نفهم بشكل أفضل نوع اليأس المشاهد عند الأفراد الذين يعانون من الإكتتاب. »

ومن خلال تجربة " سلجمان " Seligman في المستشفيات السينكانتيرية لدراسة مرض الإكتتاب توصل إلى أن الإنسان يسلك نفس مسلك الحيوان في سلوكه نحو اليأس والقنوط. فتعرض الإنسان لصدمات حنفية أو متكررة يؤدي إلى نقص السلوكات المنتجة.

الا أن نظرية " سلجمان " Seligman عن الناظر القائم بين الإكتتاب والعجز المتعلم تعرضت إلى نقد من قبل زميله " جوجنهيم " Guggenheim وانحصر هذا النقد في نقطتين هامتين هما :

1- ان التعرض إلى حادث خارجية سيئة تصعب السيطرة عليها إلا يؤدي حتى إلى الإكتتاب أو اليأس .

2- ان نظرية " العجز المكتسب " لا تفسر انخفاض درجة تقدير الذات الذي غالبا ما نراه عند مرضى الإكتتاب.

لقد أثار هذا النقد حواجز " سلجمان " Seligman ليعيد النظر من جديد في نظريته وفي تفسير أسباب عدم قدرة الفرد على السيطرة على الحادثة المزعجة. فتوصل إلى أن للناس طرق خاصة بهم في تفسير الحوادث السيئة، إذ يفسرونها على أساس أشياء ثابتة معمقة و يصدرون أحکاما سببية داخلية أمامها. ففي حالة وجود الشخص أمام اخفاق مثلا فإنه يحمل نفسه مسؤولية هذا الإخفاق ويعتبره مطلقا، ثم يتوقع هذا الأخير ويعمله في كل مجالات حياته. أما في حالات النجاح فالشخص يصدر أحکاما مرتبطة بعوامل خارجية كالصدفة أو تدخل أشخاص آخرين في نجاحه، وأحكاما أخرى غير ثابتة مثلا : " لن يطول هذا النجاح طويلا ".

حسب " سلجمان " Seligman يعتبر الفرد الذي يميل إلى تفسير الأشياء السيئة انطلاقا من أحکام داخلية ثابتة و شاملة أكثر الأفراد تعرضا للإكتتاب عندما تلم به المصائب وتعترض سبيل حياته الصعبويات و الشدائد . (الحجر، 1989 )

#### 5 - 4 - التناول المعرفي :

ينكرا التناول المعرفي للإكتتاب حسب " بيك " Beck (1979) بنموذج معالجة المعلومة، وتقوم الفرضية الأساسية لهذا النموذج على أن الأشخاص المكتتبون يظهرون مخططات معرفية غير واعية يحتظرون بها في الذاكرة طويلة المدى التي تنتهي بدورها المعلومات بباباتها على الجوانب السلبية للتجارب المعاشرة. كما تتحقق المخططات المعرفية بمجموعة من القوانين الصارمة الكامنة تظهر على شكل أوامر تذكر من بينها على سبيل المثال :

- يجب أن أنجح في كل وقت و دائمًا.  
- يجب أن أكون محبوباً من طرف الجميع.

بالإضافة إلى ذلك يجد المكتتبون صعوبات في اتخاذ القرارات كما يغلب عليهم النشأة واليأس غير المنطقين وتراودهم أحالم اكتابية غريبة، مع انخفاض في تقدير الذات.

كل هذه المظاهر ما هي إلا ترجمة اكلينيكية لإضطراب في معالجة المعلومات من طرف هذه المخططات المعرفية. (كوترو Cottraux: 1990)

وتنظر الإختلالات المعرفية عند المكتتب على شكل مجموعة من الأخطاء المنطقية المختلفة منها :

#### أ- الاستنتاج الاعتباطي : Inférence arbitraire

ويعتبر الخطأ المنطقي الأكثر ترددًا ووضوحًا عند الشخص المكتتب ويتمثل في استنتاجات بنىت على أساس قاعدة من المعلومات غير المنسجمة كما يوضحها المثال الآتي :

عندما يترأس شخص مكتتب اجتماعاً مثلاً يكون لديه احساس أنه مرغوب من طرف الحضور إذا تحدث كثيراً أثناء الاجتماع، وإذا لم يفعل يرفضونه أيضاً لأنه بذلك الشكل لم يقدم لهم شيئاً.

فالكرة الرئيسية بالنسبة لهذا المكتتب أنه في كل حال من الأحوال يعتبر شخص غير ملائم لئل الوضعية (ترأس اجتماع).

#### ب- التحريد الانفعالي : Abstraction selective

ويكون ذلك بالتركيز على جزء ما من موضوع معين، بحيث يكون هذا الجانب خارج أو بعيد عن الموضوع بشكل يجعل من الفهم العام لطبيعة الوضعية عملية غير مدركة.

#### ج- التعميم المفرط : Sur généralisation

انطلاقاً من مؤشر واحد يقوم الفرد المكتتب بتعميم أخلاقاته على كل الظروفيات الأخرى مع توقعه لأخلقيات أخرى في المستقبل.

#### د- التعظيم والتضييق : Maximalisation et minimisation

كان يعظم المكتتب ما أصابه ويصغر نفسه، أو يعطي قيمة للحوادث السلبية ولا يبالى بالحوادث المفرحة.

## ٥- الذاتية : La personnalisation :

وتنتمي في القاء المسؤلية على النفس والإفراط في تقدير العلاقات بين الحوادث السلبية (كالإخفاق أو العجز...الخ) والذات أي تفسير الأمور من وجهة نظر شخصية.(عبد المعطي، 1998)

ويرى "بك" Beck (1979) أن الإكتتاب اضطراب في التفكير، أما أعراضه فهي نتاج لتشييف أنماط معرفية سلبية في وضعيات توتر أو حزن. ويتضمن المخطط الإكتتابي في نظر "بك" Beck ثلاثة معرفية تعتبر النواة الأساسية للإكتتاب وهي تشمل :

### ١- النظرة السلبية للذات :

فالمكتتب ينظر إلى نفسه على أنه فرد غير كفؤ وغير قادر على الوصول إلى السعادة.

### ٢- النظرة السلبية للعالم الخارجي :

ينظر المكتتب إلى العالم الخارجي على أنه مليء بالعراقل التي تعيق مسار تحقيق مشاريعه المستقبلية.

### ٣- النظرة السلبية للمستقبل :

ان المكتتب غير متفائل بما ينتظره في المستقبل إلى درجة أنه لا يرى حل للوضعية المتأزمة التي يعيشها.

بصفة عامة ترتبط الإستجابة الإكتتابية بالجوانب المعرفية، أما شدتها فوثيقة الصلة بالطبع المنطقي والعقلاني لهذه المعرف عند الفرد. (كوترو Cottraux، 1990)

## ٦ - أهم علاجات الإكتتاب : Les thérapies de la dépression :

يلعب الصراع الإبيولوجي القائم في عالمنا المضطرب حول مفهوم الأمراض النفسية، العقلية منها والسيكوسومانية التي يتعرض لها أغلبية الناس في كل مجتمع دوراً بالغ الأهمية في ظهور مناهج لتقدير و علاج تلك الأمراض أملأ في الوصول إلى تكوين صورة شاملة ومتكلمة لشخصية المريض.

## ٦ - العلاجات الكيميائية :

تعتبر هذه العلاجات ضرورية لبعض الحالات الإكتئافية ذكر منها:

### ٦ - ١ - العقاقير النفسية : Les psychotropes

تعتبر أحد أكثر العلاجات المضادة للإكتئاب نجاعة بحيث تؤثر على الجهاز العصبي المركزي بطريقة مباشرة أو غير مباشرة وهي تصنف إلى :

#### ٦ - ١ - ١ - مضادات الإكتئاب : Les anti-dépresseurs

وهي أدوية خاصة بالمزاج الإكتئافي يعود استعمالها في ميدان الطب العقلي إلى سنة 1957 تتجسد في مثيرات لها أثر في تعديل المزاج تميز من بينها :

##### أ- مضادات الإكتئافية الثلاثية الحلقة : Les anti-dépresseurs tricyclique

لها أثر على الجهاز نظير الودي بحيث ينعكس مفعولها على المزاج الإكتئافي وكذا الأعراض السوماتية المختلفة المرتبطة بالإكتئاب.

##### ب- مضادات الكافـة للحمض الأميني الأحادي المؤكسد : Inhibiteur de la monoamine

وتلعب دوراً مهماً في التخفيف من التعب النفسي.

#### ٦ - ١ - ٢ - المهدئات : Les tranquillisants

وهي أدوية تعمل على التخفيف من الأعراض السوماتية كالإضطرابات القلبية الوعائية (كارتفاع الضغط الشرياني)، الذبحة الصدرية، والإضطرابات الهضمية .. الخ.

تتمثل خاصية المهدئات في التخفيف من الحصرة المصاحبة للإكتئاب، في حين ليس لها أثر على الإكتئاب ذكر من بينها: **Fexomil**، **Librium**، **Lysamix**، **Ferreri** ( فيريري )

( 1987 )

#### ٦ - ١ - ٣ - المنومات : Les hypnotiques

لا تستعمل المنومات إلا في الحالات التي يشكو فيها المريض من الأرق الشديد. وأهم ما يستخدم منها مشتقات كل من **Benzodiazépine** و **L'hénothiazines**.

## Le lithium : 4 - 1 - 1 - 6

وهو معدل ومثبت للمزاج يستعمل عادة في ذهان هوس الإكتئاب اذ ي العمل على التخفيف من الانكماش.

## Les neuroleptiques : 5 - 1 - 1 - 6

يعود استعمالها الى سنة 1952 و لها دور مضاد للذهان (Antipsychotique) يتمثل في قدرتها على التخفيف من الهباءات والهلاوس. كما تعتبر بمثابة مسكنات اذ تسمح بتخفيف الإثارات الحصرية، النفسية الحركية واضطرابات النوم، ضف الى ذلك تلعب دورا لا يستهان به في التصدي للتباطؤ النفسي الحركي.

## La cure de sommeil : 6 - 1 - 1 - 6

يستعمل هذه التقنية العلاجية في المستشفى تحت عناء شديدة بحيث تتم اثاره النوم عند المريض لمدة طويلة عادة ما تكون في حدود أسبوع. و تستخدم في حالات "الميلاخوليا" أين يكون الألم الفكري غير مطاق. (Ferreri, 1987)

## 2 - العلاجات النفسية :

تعتبر العلاجات النفسية ذات دور فعال في علاج الإكتئاب وهي قد تأخذ طابع فردي أو جماعي، اذ منها ما يستغرق شهورا ومنها ما يستغرق أسابيع قليلة. كما أن مدة العلاج تتوقف إلى حد كبير على حدة الإضطراب من جهة وأهداف العلاج من جهة أخرى، إضافة إلى شروط التطبيق مع الخلفية النظرية للمعالج.

ومهما كان شكل البرامج العلاجية في مجال الصحة النفسية، ومهما تتنوع الأهداف المنشودة، ثمة هدف أسمى يصبو إليه كل معالج ألا وهو التخلص من الإضطرابات النفسية و إعادة التوازن الإنفعالي للمفحوص.

وما دام الإطار النظري لبحثنا يعتمد على النموذج المعرفي سواء من حيث المفاهيم المستعملة أو من حيث أدوات القياس لإختبار الفرضيات المطروحة سيتم التركيز على "أهم التقنيات المعرفية في علاج الإكتئاب وعلى مدى فعاليتها".

## ٦ - ١ - العلاج المعرفي أمام الإكتتاب :

يركز العلاج المعرفي على دور العمليات العقلية بالنسبة للد الواقع والإنفعالات والسلوك حيث تتحدد الإستجابات الإنفعالية و السلوكيه الخاصة بشخص ما عن طريق كيفية ادراكه وتفسيره، والمعنى الذي يعطيه لحدث معين. ويسلم العلاج المعرفي بأن كثيرا من الإستجابات الوجدانية والسلوكيه والإضطرابات النفسيه تعتمد الى حد كبير على معتقدات فكرية خاطئة بينها الفرد عن نفسه وعن العالم المحيط به ومن ثم فان الإكتتاب عادة ما يصاحب طرقا غامضة متناقضة من التفكير فيما يتعلق بالذات والبيئة على حد سواء. ولهذا يجب أن تعتمد سياسة العلاج المعرفي على تغيير مفاهيم المريض، واعادة تشكيل مدركانه حتى يتيسر له التغيير في سلوكه.

(ابراهيم، 1983 )

ولقد ظهرت فنيات علاجية متنوعة في اطار العلاج المعرفي نذكر منها :

العلاج المعرفي الذي أرساه " أرون باك " Beck حيث يسلم بأن المريض بالإكتتاب يستحدث آراءا عن نفسه وعن العالم وعن الماضي، الحاضر والمستقبل يجعل عقله مليئا بمعارف ومقدمات خاطئة.

بصفة عامة يعتبر " باك " Beck النزوع الى الخبرات الخيالية المشوهة مبررا للإنحراف الحاد في البناء المعرفي في حالة الإضطرابات النفسية، ومن ثم ترتكز أهم أهداف العلاج المعرفي من وجهة نظر " باك " Beck على تصحيح نمط التفكير لدى المريض بالتعامل مع التفكير غير المنطقي، والتعامل مع عملية تحريف الواقع والحقائق، والتعامل مع المشكلات والمشاركة في تخفيفها معتمدا على عدة أسس أهمها: المشاركة العلاجية، اختزال المشكلة التي يعاني منها المريض، ومعرفة كيفية العمل على حلها.

يتضح مما سبق أن فنيات العلاج المعرفي عند " باك " Beck تقوم على رصد عمليات التفكير غير السوية، وملئ الفراغ المعرفي، وحمل المريض على اختبار الواقع وتدقيق الإستنتاجات، وتغيير القواعد المعتمدة على:

" يجب أن، لابد من، من المفروض أن...الخ" وصولا بالمريض الى رؤية الواقع بصورة ايجابية.

في هذا الصدد يشير " البرت اليس " Ellis الى أن الأفراد المضطربين يعانون من التعasse لأنهم لا يستطيعون تحقيق أمنياتهم بسبب ما يفرضونه على أنفسهم من حتميات ترتبط بعبارات مثل:

- يجب أن يكون الإنسان محبوبا دائما.

- ينبغي أن يكون الشخص أكثر كفافة وانجازا.
  - من المفروض أن يكون هناك حل صحيح وكامل لكل مشكلة ... الخ.
- وفي نظر "اليس" Ellis يظهر الإكتتاب عندما يثير موقف معين اعتقدات غير عقلانية، ويعتبر أن الحوادث الخارجية ليس لها صلة بانفعالاتنا وأنزعاجاتنا وإنما أدراكتنا لتلك الحوادث وتقييمنا لها، والتوقعات التي تنتج عن هذا التقييم هي التي تخلق الانفعالات سواء كانت سارة أم مزعجة .
- بناء على ذلك أرسى "أبرت اليس" Ellis اتجاهها آخر في العلاج المعرفي أطلق عليه تسمية "العلاج العقلاني الانفعالي" الذي يسمح بتزويد المريض بالطرق التي تمكنه من التحليل المنطقي لأفكاره معتمدا على عدة فنيات منها :
- أساليب معرفية تسمح بمساعدة المريض على التخلص من الأفكار المتعلقة بطلب الكمال، كما تسمح بالفصل بين معتقداته اللاعقلانية ومشكلاته .
  - أساليب انفعالية اظهارية تقوم على التقبل، لعب الدور، الفكاهة والمرح ومواجهة مشاعر الدونية.
  - أساليب سلوكية في صورة واجبات منزلية . (عبد المعطي، 1998، ص 381-382)

## **6 - 2 - 2 - مميزات العلاج المعرفي أمام الإكتتاب :**

بصفة عامة يتميز العلاج المعرفي بجملة من الخصائص :

- 1- أنه علاج قصير المدى يستغرق من 15 إلى 22 حصة لمدة تتراوح من 4 إلى 5 أشهر.
- 2- تقوم كل حصة على تسهيل التعامل مع المفهوم وجعله أكثر فعالية.
- 3- أسلوبه تعاوني، فالمعالج والمفهوم يعملان معاً لتحديد وحل المشاكل.
- 4- يتبنى المعالج أثناء مراحل العلاج دوراً فعالاً ومبشراً أحياناً ودوراً ارشادياً أحياناً أخرى لتحديد وحل المشاكل انطلاقاً من أسئلة غير مباشرة.

5- منهجه تجريبي في حل المشاكل وتعديل الأفكار الخاطئة والعادات المضطربة.

وتقود المعالج المعرفي في مواقفه النفسية العلاجية ستة أهداف رئيسية هي :

- 1- يجب أن يكون المفهوم على وعي بأفكاره الآلية السلبية.
- 2- يجب أن يدرك المفهوم العلاقة بين أفكاره، انفعالاته، وسلوكاته.
- 3- يجب أن يتعلم المفهوم أن يختبر مدى صلاحية أفكاره الآلية ويعيد النظر فيها.

٤- يجب على المفهوم أن يصل إلى تفسيرات واقعية لأفكاره الآتية التي تطغى عليها السلبية.

٥- عند اقتراب نهاية العلاج يجب أن يحدد المفهوم ويغير مخططاته المضطربة.

٦- يربط المعالج دائمًا النقاط الهامة التي لها علاقة بالمشاكل المطروحة. ( كوترو

( 1990, Cottraux )

### ٦ - ٣ - فعالية العلاج المعرفي أمام الكتاب :

منذ سنة 1977 أوضحت عدة أعمال القيمة العلاجية والوقائية للعلاج المعرفي أمام الكتاب، ومن بين النتائج المستخلصة عن 7 دراسات قارنت بين العلاج المعرفي ومضادات الكتاب ما يلي :

- أثبت العلاج المعرفي فعالية كبيرة على المدى القصير مقارنة مع مضادات الكتاب في دراستين.

- أكدت خمسة دراسات على أن للعلاج المعرفي ومضادات الكتاب نفس الفعالية.

- اجتماع العلاج المعرفي مع مضادات الكتاب يعطي نفس النتائج التي يحققها العلاج المعرفي وحده وهذا ما أوضحته أربعة دراسات.

- أكدت ثلاثة دراسات من بين أربعة قامت بتتبع حالة لمدة سنة الفعالية العالية للعلاج المعرفي وحده أو بمشاركة مضادات الكتاب . ( كوترو 1990، ص 198 )

### ٧ - العلاقة بين الضغط والإكتاب والمناعة :

في إطار الكشف عن العلاقة القائمة بين الضغط والإكتاب والمناعة قام كل من " سلجمان " Seligman " و " فرمير " Overmeir " ( 1967 ) باجراء تجربة على طلبة خلال فترة الامتحانات وتجربة أخرى على مجموعة من الأشخاص يمررون بظروف صعبة ( طلاق، مرض خطير، وفاة قريب... الخ ) فتبين لهما أن مثل هذه الحوادث يتبعها نقص في الكريات المفاوية وكثيراً ما لاحظ الباحثان هذا النقص عند الأشخاص المكتتبين.

وقد توصل " نجل " Engel " و " شمال " Schmal " ( 1967 ) إلى أنه تحت تأثير الحوادث الضاغطة قد ينبع الكتاب هذا الأخير قد يؤدي إلى الإصابة بمرض عضوي.

دراسة أخرى لـ "لبورסקי" Luborsky وآخرون (1973) حول مجموعة من الأمراض العضوية، أظهرت أنه في حالة النظر في السوابق المرضية للأشخاص المصابين بمتلازمة الإكتئاب، 13% يعانون من الإكتئاب، 12% يعانون من مشاعر اليأس والعجز، 9% يعانون من حالات الإنفصال، 17% يعانون من مشاعر العداونية و13% يعانون من مشاعر الرفض. وفي نفس السياق كشف " كالابريس" Calabres (1987) عن وجود علاقة بين الإكتئاب والإفراط في افراز هرمون "الكورتيزول" L'hypercortizolémie (كوترو 1990، Cottraux )

وأظهرت دراسات أخرى علاقة حوادث الحياة بالوظيفة المناعية إذ توصل كل من "اروين" Irwin و " ويبر" Weiner (1977) إلى أنه يمكن لحوادث الحياة أن تسبب اكتئاباً ونقصاً في فعالية الوظائف المناعية. كما توصل كل من "مورفي" Murphy و " ليجتن" Leighton (1987) من خلال دراستهما التي أجريت على 1003 راشداً إلى وجود علاقة بين الإكتئاب و معدل الوفاة عند هؤلاء. ( شوتز Schweitzer ، دانتز Dantzer ( 1994 )

#### خاتمة :

يعد الإكتئاب من الحالات الإنفعالية السلبية الناتجة عن الإصابة بأمراض مزمنة و لعل مرض الربو من بين هذه الأمراض التي تحدث تغيراً جذرياً في حياة المريض مما يولد لديه الأعراض النفسية المصاحبة للإكتئاب من تعب، أرق و تقدير واطئ للذات...الخ وقد تتدخل عوامل عديدة تعمل على تعزيز انفعال الإكتئاب عند المصاب بمرض الربو خاصة منها تطورات المرض التي تكون أحياناً مفاجئة، تأثير المرض على سير الحياة العادي للمريض لما يفرضه من تبعية للأخرين وخضوع لنظام دوائي مستمر و كذا شخصية المريض و موقفه إزاء المرض. هذه العناصر تجعل من شدة الإكتئاب و الإستجابة له تختلف من مصاب إلى آخر.

الفصل الثالث  
الضغط النفسي  
و المقاومة

**المبحث الأول**

**الضغط النفسي**

- تمهيد

1 - لمحات تاريخية عن مفهوم الضغط

2 - عوامل غموض مفهوم الضغط

3 - تعريف الضغط

4 - نظريات الضغط

4 - 1 - التناول الفيزيولوجي

4 - 2 - التناول النفسي الاجتماعي

4 - 3 - التناول المعرفي

5 - الخصائص الشخصية المؤثرة في تقييم المواقف الضاغطة

### تمهيد :

ان الإنسان كائن مزدوج "روح وجسد" فهو يمثل وحدة نفسجسمية متناسقة، يرجع توازن هذه الوحدة الى عوامل داخلية وأخرى خارجية، ولكن قد يحدث ويختل توازنها فيعرف الإنسان أمراضًا مختلفة قد تكون عضوية كما قد تكون نفسية مما يسبب له آلاماً جسمية ومعاناة نفسية نظراً لشدة ارتباط الجانبين فيما بينهما، وفي هذا الصدد يقول "ليريش"

"Leriche" : « ان الألم الجسمي ليس مجرد عمل السيالة العصبية التي تسير بسرعة معينة في العصب، وإنما هو أيضاً نتيجة الصراع بين المثير والإستجابة.» ( جاتي Jeannet وآخرون، 1980 )

ويمر الكائن البشري خلال حياته بوضعيات ومواقيف ضاغطة متعددة ومختلفة لكل منها تأثيرها الخاص عليه. اذ يرى الباحث "لوك" Locke (1982) أن أثر المواقف الضاغطة على الجهاز المناعي والتغيرات التي تحدث له ترتبط أساساً بحداثة المواقف والمدة الزمنية التي يستغرقها الحدث.

وفي دراسة أخرى لكل من "كروس" Krauss و "لوك" Locke (1982) اتضح أنه كلما زادت مدة الضغط كلما زاد الأثر، وأنه في حالة استمرار الوضعية الضاغطة لفترة تفوق 12 شهراً فان هذا يقلل من النشاط الخلوي القاتلة الطبيعية من نوع N.K. ( نقا عن وندلوس، 2000، ص 51 )

ويعتبر الضغط أحد العوامل النفسية التي درست في التفسيرات الطبية بما في ذلك ميدان الطب السيكاثري وبالضبط في الدراسات التي اهتمت بموضوع الفحص والإكتتاب وكذا ميدان الأمراض النفسية الجسمية . فالكثير من الباحثين يعتقدون بأن الضغط مرتبط بالصحة والمرض مما جعل موضوع آثار الضغط على الصحة يشغل أهمية بالغة في الوقت الحديث.

اذ أشار "بنسبات" Bensabat وآخرون (1980) الى أن الإنسان في هذه الأيام يرى صحته أكثر تعرضاً للتهديدات من خلال المتطلبات اليومية للحياة الاجتماعية والمهنية ومن خلال صعوبات التكيف . فالضغط مرض الحضارات الحديثة أصبح من الأسباب الأولى للإجهاد العضوي، المرض وكذا الوفاة. ( نقا عن أيت حمودة ، 1999 )

## 1 - لمحات تاريخية عن مفهوم الضغط :

ان الضغط او الإجهاد حالة غير جديدة في حياة الإنسان، غير أن الجديد فيها أنها حالة أكثر شيوعاً وانتشاراً، وأنها في تزايد مستمر، وهي كالقلق أصبحت من سمات هذا العصر. (كمال، 1983، ص 291)

فالناس بمختلف شرائحهم يشكون اليوم من الضغط حتى أصبح يشار إليه عند العامة "بعلة نهاية القرن". ونظراً لشيوع هذه الظاهرة في الحياة العامة وفي العمل، أصبح البحث فيها يستقطب اهتمام الكثير من الباحثين في علم النفس والطب، غير أن الإشكال الذي أضحت يقف كعائق أمام تطور البحث، هو خصوصيات مفهوم الضغط من حيث القياس، التناول، وحتى التصور، وفي بعض الحالات على مستوى التخصص الواحد. (بن طاهر، 1998 ، ص 654)

وقد عرف مصطلح "الضغط" استعمالات عديدة عبر الأزمنة المختلفة اذ استخدم هذا المصطلح في أوائل القرن 14 للدلالة على حالات المشقة والضيق والحزن. (نقلًا عن أزروق، 1997)

واستعمل في القرن 17 من طرف الإنجليز للدلالة على حالات الأسى "Affliction"، المحنة "Adversité" ، الصعوبات "Difficultés" والشقاء "Malheur". ثم استعمل من طرف المنظرين في ميدان الفزياء أمثال "بويل" Boyle "لدراسة الغازات، وكذا المنظرين في ميدان الهندسة أمثال "هوك" Hooke "لدراسة مرنة النواص.

وابتداءً من القرن 19 استعمل "كوشي" Cauchy "مصطلح الضغط في ميدان الفزياء لدراسة الأجسام الصلبة ( Les corps solides ) للدلالة على القوة الداخلية الناشئة داخل الجسم الصلب نتيجة لقوة تهدهد بالتشويه. (بولهان Bourgeois، Paulhan، بورجوا 1998 ، ص 8) كما أدخل مفهوم الضغط في ميدان الطب أين اعتبر كقاعدة مهمة لتفسيير الإضطرابات الصحية، يظهر ذلك من خلال ما كتبه "هنكل" Hinkle " (1977) نقلًا عن "وليام أوسلر" William Osler (1910) حول الإضطرابات الصحية التي يتعرض لها الرجل اليهودي، اذ يقول :

«يعاني الرجل اليهودي من الإجهاد والتعب إلى أقصى حد في طاقاته العصبية، نتيجة للعيش في حياة متوتة، وانهماكه في العمل، وتكريسه وقتاً وجهداً كبيرين لتسخير شؤون بيته. كما أن جهازه العصبي معرض للضغط والتوتر اللذان سيصبحان العامل القاعدي للعديد من حالات النوبة الصدرية. »

فابتداء من عام 1914 يستعمل "ولتر كاتون " Walter Cannon " مصطلح الضغط " Stress للدلالة على كل استجابة فiziولوجية تولد نتيجة لإنفعالات . وفي عام 1928 يرجع " كاتون " Cannon هذه الاستجابة الى كل الإعتداءات التي من شأنها عرقلة نشاط الجهاز الإعاسي " . ( بولهان Paulhan Système neurovégétatif . ) بورجوا Bourgeois 1998 )

ومنذ بداية الثلاثينات وبالضبط في عام 1932 استخدم " ولتر كاتون " مصطلح الضغط في دراسته لفزيولوجيا الإنفعالات، واعتبر الضغط اضطرابا في الإتزان البدني ينشأ تحت ظروف معينة كالعرض للبرد، نقص الأكسجين أو انخفاض السكر في الدم. ( نгла عن ازروق ، 1997 )

وجاء بعده " هاتس سيلي " Hans Selye ( 1936 ) ليتحدث عن مصطلح الضغط معتبرا اياد كمجموعة من الإنفعالات الفيزيولوجية التي تحدثها حاجة بيئية معينة أو أي عدوان يهدد كيان الفرد أو توازنه . ( ليفكورت Lefcourt و آخرون ، 1984 )

بعدها وفي فترة الأربعينات و الخمسينات، اتسع مجال استخدام مصطلح الضغط ليشمل ميداني علم النفس و علم الاجتماع اذ أطلق علماء الاجتماع أمثال " ريبو " Ribots ، " بانكس " Panics " لازاروس " Lazarus و " فولكمان " Folkman ( 1984 ) مصطلح الضغط على المستوى الاجتماعي لشرح ارتفاع نسبة الانتحار، الجريمة و الأمراض العقلية في مجتمع ما .

وكانت نقطة التحول الكبرى والمهمة في البحث حول مصطلح الضغط في فترة السبعينات، اذ تميزت بصدور عدة مؤلفات كانت تتوفر على جانب كبير من المنهجية والتنظيم بالمقارنة مع ما سبقها .

ومن خلال مؤلفات " ماك قراث " Mc Grath ( 1970 ) و " ليفين و سكوث " Levine and scoth ( 1970 ) تم الإعتراف بأهمية الضغط على أنه مظهر من مظاهر الحياة الإنسانية، لا يمكن تجاهله .

وعلى الرغم من توفر عدد لا يأس به من البحوث والدراسات التي دارت حول مصطلح الضغط، الا أنه لم يتم التوصل الى تعريف محدد له في تلك الفترة.

وفي هذا الصدد أشار كل من " اليو " Elliot و " ايزودوفر " Eisodofer ( 1982 ) الى عدم وجود مثل هذا التعريف في قولهما :

« بعد مرور خمسة وثلاثين سنة من البحث، لم يتوصل أي باحث إلى صياغة تعريف خاص بمصطلح الضغط من الممكن أن يحصل على اجماع واتفاق معظم الباحثين حوله.»  
( نقلًا عن ازروق، 1997)

و يرجع ذلك ربما إلى الصعوبات المنهجية التي يفرضها التعامل مع مصطلح الضغط كمصطلح واسع ومعقد.

## 2 - عوامل غموض مفهوم الضغط :

ان مصطلح الضغط أو الإجهاد من المصطلحات الخاصة التي يمكن أن يفهمها عامة الناس عندما يستعمل في سياقه العام . ولكن يفهمه القليل منهم عندما يستعمل في سياقه العلمي نظرا لتعاريفه المتباينة واستعمالاته الموقفية المتناقضة . فبناءً على الفوضى المفاهيمية التي يتميز بها هذا المفهوم ، نجد بعض الباحثين يدعون إلى ضرورة الإستغناء عنه، واستبداله بمفهوم آخر أكثر وضوحا و تحديدا ، عوض الغوص في مناقشات عقيمة. ( بن طاهر، 1998، ص 654 )

و من جملة عوامل غموض مفهوم الضغط ما يلي :

- استعماله بمعاني مختلفة من طرف الباحثين، فهناك من يعتبره كسبب وهناك من يعتبره كاستجابة مصاحبة لظرف معين.
- اهتمام بعض الدراسات بالجوانب النفسية المصاحبة للضغط و اهتمام البعض الآخر بالجانب الفيزيولوجي في الضغط. ( بولهان Bourgeois ، Paulhan ، 1998 )
- تميز الدراسات والبحوث التي تناولته بالتكلارية وعدم الغوص في أبعاده الأساسية، وفشلها في النظر إليه كعملية فردية تتبع من تفاعل الشخص مع بعض المواقف.
- استعمال مصطلح الضغط كمرادف لظواهر انفعالية كالقلق، الإحباط، التوتر...الخ.
- تباين استعمالاته اللغوية، حيث يشار إليه في البحوث الأجنبية بعدة ألفاظ تذكر منها على سبيل المثال مايلي : **Contrainte** ، **Tension** ، **Distress** ، **Pression** ، **Astreinte** .  
( كاسل Kasl ، 1984 )

## 3 - تعريف الضغط :

بصفة عامة يعكس مصطلح الضغط مرض العصر لإرتباطه بالتغيرات الاجتماعية السريعة والمستمرة، وما يترتب عنها من متطلبات ضرورية للتكييف. ( نقلًا عن عيطور، 1997 )

اذن ليس الضغط بظاهرة جديدة في حياة البشرية فقد كان موجوداً منذ آلاف السنين لارتباطه بسيرورة الحياة. (كمال، 1983)

يعرف "لازاروس" Lazarus "الضغط Stress" في أول أبحاثه على أنه : "مجموعة من الإضطرابات البدنية والنفسية التي تولدتها المؤثرات الضاغطة مثل البرد، المرض، الإنفعال والصدمة الجراحية." (أوبرت Aubert، 1989)

كما عرفه "بنسبات" Bensabat (1980) في نفس السياق مستبدلاً مصطلح "المؤثرات الضاغطة" "بعامل الضغط" و يتجسد تعريفه في اعتباره الضغط « كاستجابة تكيف أمام متطلبات جد متباعدة تدعى عوامل الضغط مثل البرد، الصدمات الجسدية، المرض، التعب، الإكراه و الفشل ... الخ.

و يعتبر "بنسبات" Bensabat (1980) مثل هذه الحالة من الضغط المهدد كعامل مسؤول عن ظهور ما يسمى بأمراض التكيف أو ارهاق العضوية، مؤكداً على أن الضغط عملية فيزيولوجية طبيعية لإثارة و استجابة و كذا لتكيف و ارتقاء الإنسان. (بنسبات Bensabat، سيلي Seyle، 1980)

و يشير "لازاروس" Lazarus و "فولكمان" Folkman (1984) في تعريفهما للضغط إلى أنه "عبارة عن علاقة خاصة بين الفرد و البيئة، يقدر الفرد حدود تلك العلاقة على أنها حدود تتجاوز امكانياته و مؤهلاته و تزعج راحته و هدوءه".

يركز "لازاروس" Lazarus و "فولكمان" Folkman من خلال هذا التعريف على أهمية العلاقة الكائنة بين الفرد و البيئة بما تحتويه من متغيرات تتوسط تلك العلاقة. تتجسد هذه المتغيرات في نظرهما في عمليتين جوهريتين هما : التقدير المعرفي و المقاومة. أما عن عملية "التقدير المعرفي" فهي عملية معرفية تقديرية تسمح للفرد بتحديد طبيعة المثير الذي يشكل مصدر ضغط بالنسبة له في تعامله مع بيئته و بالكشف عن ماهية العناصر التي تجعل منه مصدر ضغط مهدد.

في حين تعكس عملية "المقاومة" العملية التي يلجأ إليها الفرد بعرض معالجة المتطلبات التي تفرضها عليه علاقته مع بيئته في إطار الضغط الذي تم تقديره سابقا. (لازاروس Lazarus، فولكمان Folkman 1984)

بناءً على معطيات "لازاروس" Lazarus و "فولكمان" Folkman في تعريفهما للضغط، يتضح أن هذا الأخير لا يتوقف فقط على الموقف الخارجي المثير - الموقف الضاغط - بقدر ما يتوقف على الإستجابة المعرفية، وطبيعة التفاسير و المعاني التي يضفيها الفرد على هذا

الموقف، والآليات التي يجندها لمواجهة الضغط المترتب عنه، كل هذه العناصر تدخل في إطار دراستنا الحالية.

#### **4 - نظريات الضغط :**

شكل مفهوم الضغط موضوعاً لعدد كبير من المحاولات النظرية مما ترتب عنه اختلاف التعاريف ووجهات النظر في تفسيره، تجسدت هذه الأخيرة في تناولات نظرية متعددة تلخصها في ما يلي :

#### **1-4 - التناول الفزيولوجي:**

يعتبر " هانس سيلي " Hans Selye من الرواد الأوائل في دراسة " الضغط " اذ كتب 38 كتاباً وأكثر من 1700 مقالاً حوله. ذكر من بينها أول كتاب له سنة 1936 تحت عنوان : « زملة مصدرها العديد من العوامل المؤذية . »

ويعرف " سيلي " Selye " الضغط في آخر كتاباته سنة 1982 على أنه: " نتيجة محتملة لكل المطالب المفروضة على الجسم بالقوة سواءً تعلق التأثير بالناحية العقلية أو الجسدية. "

ويشير " سيلي " Selye إلى أنه منذ السنوات الأولى من مزاولته للطب كان مندهشاً للإنسجام النمطي ( La réponse stéréotypée ) المترتبة عن إصابة الفرد بمرض معين. ففي نظرة تؤدي الأمراض على تعدداتها واختلافها إلى أعراض متشابهة تتجسد في :

نقص الوزن ( Perte d'appétit )، فقدان الشهية ( Perte de poids )، نقص القوة العضلية ( Manque de force musculaire ) ... الخ.

كما توصل " سيلي " Selye من خلال أول التجارب التي قام بها في جامعة " ماك جيل " Mac Gill " بمونتريال ( Montreal ) بكندا ( Canada ) و التي أجريت على بعض الفئران بعرض البحث عن هرمونات جديدة تفرزها مبايض ( Les ovaires ) ( إناث الفئران بعد أن زرع بدلها مبايض لمامية إلى ثلاثة نتائج رئيسية :

- 1- افراط في إفراز الغدة الكظرية.
- 2- ظمور الأعضاء المقاوية كالطحال.
- 3- تقرحات معدية.

و اتضح " سيلي " Selye أن هذه التغيرات تحدث بطريقة نمطية مهما كانت المواد السامة التي تهدد الجسم من جهة، و بعض العوامل التي تتعرضه كالبرد، الحرارة، التعذيب، الصدمات، النزيف الدموي و الإلتهابات العصبية من جهة أخرى.

تمثل هذه العناصر في نظر سيلي " Selye " علامات ثابتة تدل على اصابة الجسم و ذلك مهما كانت الأمراض التي يعاني منها الفرد دون استثناء.

ويرى " سيلي " Selye بأن هذه التغيرات تعبر عن علامات موضوعية للضغط الذي يعني منه الفرد اذ أطلق عليها اسم : " الزملة العامة للتكيف " Syndrome générale أو اسم : " الزملة البيولوجية للضغط " Syndrome biologique ( SGA ) او اسم : " الزملة العامة للضغط " d'adaptation . ( SBS ) de stress .

يتضح مما سبق أن " سيلي " Selye لم يستعمل مصطلح الضغط في بداية أبحاثه بل استعمل مصطلح " الزملة " Syndrome . ( بولهان Paulhan ، بورجوا Bourgeois 1998 )

ويعتبر " سيلي " Selye الزملة العامة للتكيف ( SGA ) على أنها تفاعل بين قوة المؤثر ونوعية المواجهة التي يوضفها الجسم لاسترجاع توازنه الأساسي من جهة ولتكييفه مع الواقع الجديدة من جهة أخرى.

ويضيف " سيلي " بأن الزملة العامة للتكيف - الضغط - تتجسد في مجموعة من الاستجابات يمكن التماสها خلال ثلاثة مراحل هي :

### 1- مرحلة الإنذار : Réaction d'alarme :

عند حدوث صدمة ما يضطر جسم الإنسان ويصبح غير متكيف مما يؤدي إلى خلل في افرازات الغدد الباطنية ويتولد عن ذلك اضطرابات في التوازن تعبر على شدة الصدمة . في هذه الحالة تنشط الغدة النخامية ( L'hypophyse ) الغدتان الكظريتان ( Les glandes surrénales ) لإفراز هرمونات التكيف بغرض مقاومة الواقع بواسطة قوى الفرد وطاقته المجندة لذلك . ( بين

( 1984 ، Berne )

### 2- مرحلة المقاومة : La phase de résistance :

إذا ما دامت الصدمة وقتا طويلا يدخل الجسم في مرحلة المقاومة وهي امتداد للوسائل الدفاعية المستعملة في المرحلة الأولى . كما يسجل خلال هذه المرحلة تجديد مستمر للهرمونات المفرزة من الغدد الباطنية . ويعمل هذا الجهد المستمر على تقوية حساسية الجسم للمؤثرات الخارجية

الأخرى مما يؤدي إلى تكيفه معها . ولكن اذا دام الفعل المؤثر على الجسم يدخل هذا الأخير في مرحلة الإنهاك. (بيرن Berne، 1984)

### 3- مرحلة الإنهاك : La phase d'épuisement :

اذا تواصل الاعتداء الذي يهدد العضوية من حيث مدته وشدة فانها تفقد قدراتها على التكيف وتكون عرضة لاضطرابات شتى . ويرى " سيلي " Selye أنه عندما تكون محاولات التكيف غير فعالة وغير ملائمة لطبيعة الضغوطات ومتطلباتها حينئذ يمكن حدوث أمراض التكيف ، كارتفاع الضغط الدموي ، داء السكري والقرحة المعدية ... الخ. ( سولومون Solomon وآخرون ، 1988 )

ويقارن " سيلي " Selye المراحل الثلاثة السابقة بالمراحل الثلاثة في حياة الإنسان :

### 1- مرحلة الطفولة : L'enfance :

ويتميز الطفل في هذه المرحلة بضعف مقاومته والإفراط في نشاطه أمام مختلف المثيرات التي تواجهه.

### 2- مرحلة الرشد : L'age adulte :

في هذه المرحلة ينضج جسم الإنسان ويصبح قادر على المقاومة.

### 3- مرحلة الشيخوخة : La vieillesse :

وتنمیز بالفقدان التدريجي لقدرات التكيف وطغيان التعب والعياط . وبالنسبة ل " سيلي " لا يسمح النوم ولا الراحة بترميم كلي للمقاومة بعد تجارب ضاغطة ومجده ، فكل نشاط بيولوجي يؤدي الى التهدم يترك في نظره " ندبات " (Des cicatrices) أو بقايا كيميائية ينتهي تراكمها بظهور اعراض الشيخوخة. (بولهان Paulhan ، بورجوا Bourgeois ، 1998 ، ص 10)

### 2- التناول النفسي الاجتماعي :

تدخل نظرية " راه " Rahe و " هولمز " Holms ضمن التناول النفسي الاجتماعي للضغط وهي تدرس السياقات النفسية الاجتماعية لهذه الظاهرة تبعاً لطبيعة الحوادث الضاغطة التي تعيشها الأفراد . يرى " راه " Rahe و " هولمز " Holms أن تراكم الأحداث الحياتية الضاغطة يؤدي إلى ظهور اضطرابات تمس كل من الصحة النفسية والبدنية للفرد . وهم يميزان ثلاثة أنواع من الحوادث :

-1 **الحوادث المفاجئة** : كفقدان قريب أو شخص محظوظ أو أيضا الإصابة بمرض خطير.

-2 **الحوادث المزمنة** : ومن مميزاتها التواصل والإستمرارية كالصراع العائلي أو الصراع بين الأجيال.

-3 **الحوادث المترتبة عن المراحل الانتقالية في الحياة كالزواج مثلًا.**

يعتبر "راه" Rahe و "هولمز" Holms الضغط مرضًا في التكيف ترتبط آثاره ارتباطاً وثيقاً بالطرق التي يجدها الفرد للتعامل معه من جهة وبمدى توفيره للطاقة الكافية لمواجهة هذا الضغط من جهة أخرى. ( دانتزر Dantzer، شويتزر Schweitzer، 1994 )

درس كل من "هولمز" Holms و "راه" Rahe العلاقة بين التغيرات الحياتية التي تطرأ على الأفراد والتي تتطلب التكيف مع الأمراض التي تظهر عليهم بناءً على ذلك. وللهذا الغرض تم إنجاز استبيان أو سلم تغيير الأحداث الحياتية لـ "Holms" و "Rahe" (1967)

#### **. "SRE" (Schedule of recent experrience )**

ويتضمن سلم تغيير الأحداث الحياتية قائمة تجمع بين 43 حادث ضاغط تم اختيارهم بعد اجراء دراسة منتظمة على عينة مكونة من 5000 فرداً، وترتبط الحوادث بنمط حياتهم.

وباعتراف "هولمز" Holms و "راه" Rahe أن الحوادث الحياتية التي تعيشها الفرد ليست متساوية سواءً من حيث درجة تغيرها أو درجة التكيف الذي تتطلبه، حدد وزناً لكل بند من بنود السلم الذي تم تصميمه بعد أن طلب من 394 فرداً إعطاء درجة للتكيف الشخصي الذي يتطلبه كل حادث يعيشونه في حياتهم اليومية بحيث تتراوح الدرجات بين 0 و 100. ومن بين النتائج التي تم التوصل إليها إعطاء درجة 100 لوفاة أحد الزوجين، درجة 73 للطلاق، درجة 50 للزواج ... الخ.

وبعد مراجعة هذا المقياس أعيد تسميته "سلم تقييم التكيف الاجتماعي" ( Social reajustement rating scale) ( d'évaluation du réajustement social ) أو "SRRS".

أما عن الدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على نفس السلم ف تكون بجمع درجات الفرد على حوادث الحياة التي يصرح بمواجهته لها في فترة زمنية تتراوح بين 6 إلى 24 شهراً الأخيرة.

و باستناد هاذان الباحثان على نظريات الضغط لكل من "كتون" Cannon (1932) و "سيني" Selye (1956) توصلوا إلى فرضية مفادها أن الضغط هو نتيجة لترابع الأحداث الحياتية الضاغطة في حياة الفرد سواء كان مرغوب فيها كتحصُل على منصب عمل أو غير مرغوب فيها كوفاة أحد الزوجين وهي في كلتا الحالتين تحتاج إلى تكيف. وقد سمحت دراسات "راه" Rahe و "هولمز" Holms (1967) بالكشف عن وجود علاقات بين حوادث الحياة وأمراض مختلفة.

كما توصلت دراسة "راه" Rahe، "مهان" Mahan و "أرثور" Arthur (1970) التي أجريت على مجموعة مكونة من 2500 بحار كانوا في رحلة بحرية لمدة تتراوح بين 6 إلى 8 أشهر إلى وجود علاقة ذات دلالة بين عدد حوادث الحياة التي واجهت البحارة قبل بداية الرحلة و عدد الأمراض التي صرخ بها هؤلاء البحارة خلال الرحلة والدليل على ذلك طلبات الفحص المتكررة وطلبات الأدوية... الخ.

وقد وجد نفس الباحثين أن 70% من الأفراد الذين تحصلوا على علامة تتعدى 300 نقطة، و 50% من الأفراد الذين تحصلوا على علامة تتراوح بين 150 و 300 نقطة طوروا مرضًا مزمنًا خلال السنة المولالية للرحلة.

وانتهي "راه" Rahe (1988) إلى وجود تغيرات حياتية كثيرة في السننان اللتان تسبقان الإصابة بمرض خطير دون أن تعكس طبيعة المرض واعتبرها ذات دلالة. (ريفولي Rivolier ، 1989 ،

رغم النتائج القوية التي انتهت إليها استعمالات سلم "راه" و "هولمز" إلا أنه كان عرضة لانتقادات شتى. إذ صرخ العديد من الباحثين أمثال "براون" Brown (1974)، "ميشانيك" De Monchaux (1975)، "سلاسون" Sarason، "دومونشو" Domenchou، "Mechanic" و "هنت" Hunt (1975) بأن الحوادث القاسية كان لها تأثير أكثر شدة على الصحة من الحوادث المفرحة. كما توصلت دراساتهم إلى علاقات أكثر دلالة (Correlations plus significatives) باستعمال سالم الضغط الذي تحتوي في مجلتها على حوادث قاسية.

تفق هذه النتائج مع ما توصلت إليه بحوث كل من "بايكيل" Paykel، "بروسوف" Prusoff و "اهلنبوث" Uhlenhuth (1971) باستعمال علم تغيرات الحياة لـ "بايكيل" Paykel و "آخرون" (1971) الذي يضم 61 حادث والذي طبق على عينة مكونة من 373 فرد من بينهم 213 مريض في حالة استشفائية بمصلحة الأمراض النفسية، و 160 فرد شاهد من أفراد

عائلاتهم . بحيث كان على الأفراد تنفيط كل بند من 0 الى 20 حسب درجة التوتر الإنفعالي الذي يامكان الحادث الذي يعكسه ذلك البند أن يتسبب فيه .

ف كانت أعلى الدرجات المحصل عليها مرتبطة بالحوادث غير المرغوب فيها

، وكانت أعلى الدرجات التي تترتب عنها تغيرات كثيرة، في حين كانت ( **Evénements indésirables** )

درجات التوتر الإنفعالي أمام الحوادث المفرحة ( **Evénements agréables** ) ضعيفة.

وعليه خلص كل من " بايكيل " Paykel و آخرون الى ضرورةأخذ بعين الإعتبار تأثير الحوادث القاسية على الفرد دون الحوادث المفرحة. ( دانتزر Dantzer، شويتزر Schweitzer، 1994، ص 49 )

بينما دراسات لاحقة اهتمت بعلاقة الأحداث الحياتية الضاغطة ببعض الأمراض الجسدية أو النفسية بالنظر إلى متغيرات الشخصية من تقبل الحدث وتوقع حدوثه، مدة دوامه و أهميته ومدى القدرة على ضبطه والتحكم فيه.

وفي هذا الصدد نشير إلى أعمال كل من " كوهان " Cohen ( 1973 )، " شسني " Chesney ( 1983 ) و " روزنمان " Rosenman ( 1983 )، " تيتر " Thaits ( 1983 )، " فولكمان " Folkman ( 1984 )، " سميث " Smith ( 1993 ) " لازاروس " Lazarus و " فولكمان " Lazarus التي كشفت أن أثر الحدث ليس نفسه بالنسبة لشخصين نظراً لاختلاف طرائقهما في التحكم في الوضعية من جهة وهو مرتبط بالسند والدعم الذي يقدمه لهما المحيط من جهة أخرى. وعليه فان الأحداث الحياتية لا تسمح بالتنبؤ بالإضطرابات التي سيعاني منها الأشخاص أي هل هي من نوع القلق أو الإكتئاب أو الأمراض السيكوسوماتية.

اذن لا ترتبط الاستجابة الوجدانية لضغط اجتماعي بحدث معين وإنما ترتبط بفرد ما. ( نقلًا

عن وندلوس، 2000، ص 118 )

#### 4 - 3 - التناول المعرفي :

تدرج نظرية " لازاروس " Lazarus ضمن التناول المعرفي وتعتبر الضغط نتيجة للتفاعل الديناميكي بين الفرد والمحيط . بهذا فهي تختلف عن النظريات السابقة القائلة بالإتجاه الأحادي للضغط والتي تعتمد على المثير والاستجابة .

وتتركز هذه النظرية على دور التفاعل والتداخل الديناميكي بين العوامل المتعلقة بالظاهرة باعتبارها مؤثراً وكذا العمليات العقلية والمعرفية التي يستعملها الفرد لفهم وتحكيم في المؤثر المهدد لكيانه ومن ثمة تحديده لأساليب المقاومة التي يامكانه استخدامها لمواجهته.

وتشير نظرية "لازروس" Lazarus إلى العلاقة التبادلية المستمرة بين الفرد والمحيط وبناء على ذلك فهي ترتكز على التقدير المعرفي والمقاومة. ( لازروس Lazarus ، فولكمان Folkman

( 1984. Folkman

ان الضغط لا يتوقف على الموقف الخارجي بقدر ما يتوقف على طبيعة التفاسير والمعاني التي يعطيها الفرد لهذا الموقف و على الاستجابة المعرفية التي يتبنّاها بناءً على تلك التفاسير .  
اذن فالاستجابة للضغط لا تتوقف فقط على جهاز العضوية وإنما على الجهاز المعرفي كذلك ، وهي ترتبط بالفكرة التي يكونها الفرد عن المكان الذي يشغلة، وعن توقعاته الخاصة بمتطلبات المحيط، وكذا امكانياته تجاه ما هو منتظر منه. ( بن طاهر، 1998 )

وبحسب "لازروس" Lazarus " و " فولكمان " Folkman ( 1986 ) يشعر الفرد بالضغط عندما يقيم موقف ما على أنه يتعدى قدراته الشخصية وبإمكانه أن يلحق به ضرراً ، وتعتبر هذه الاستجابة كنتيجة لإختلال التوازن بين متطلبات الموقف المثير وقدرات الفرد الموظفة بغرض المقاومة. ( فولكمان Folkman ، لازروس Lazarus وآخرون، 1986 )

وتنتمي النظرية المعرفية للضغط والمقاومة كما تصفها الباحثة " فولكمان " Folkman "

( 1984 ) بميزتين أساسيتين وهما :

### 1 - العلاقة :

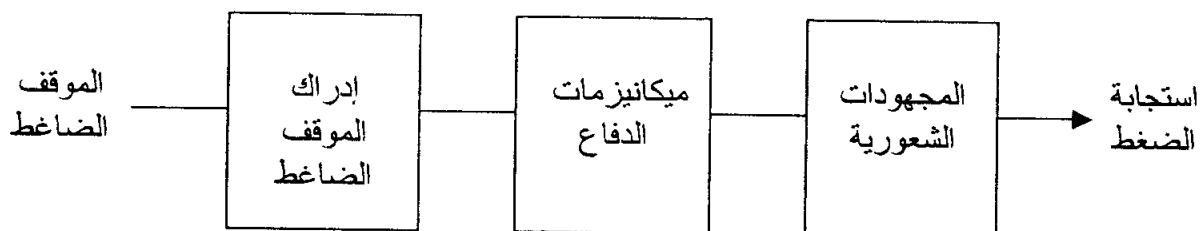
ويتجسد مدلولها في العلاقة بين الفرد والبيئة .

ترى " فولكمان " Folkman ( 1984 ) أن العلاقة تمثل الحد الفاصل بين هذه النظرية في تناولها للضغط والنظريات الأخرى التي تتصور الضغط كمثير ( Stimulus ) ، أو كنتيجة لصراع نفسي داخلي يقوم على أساس حاجيات الفرد ، رغباته وتزواته ، أو كاستجابة ( Response ) فيزيولوجية أو انفعالية .

### 2 - التوجيه :

وهو صفة تابعة لميزة العلاقة و يعني أن الفرد ينشط في إطار علاقة ديناميكية دائمة ومستمرة موجهة للتحرك نحو تغيير بعض الظروف البيئية، ويدخل هذا ضمن المعنى الأول لميزة التوجيه. أما المعنى الثاني لها فيعني أن العلاقة بين الفرد والبيئة موجهة بشكل متوازن أو متباين ،

أو أنها حسب تعبير "فولكمان" Folkman (1984) "مزدوجة التوجيه" حيث يؤثر ويتأثر كل من طرفيها (الفرد والبيئة) بالأخر. (فولكمان Folkman ، لازاروس Lazarus ، 1984 ، Arthur "Rahe" و "Arthur" حسب هذا النموذج الإجرائي للضغط، تمر الضواط عبر سلسلة من المرشحات لأجل تعديل العلاقة ضغط - توتر، وفي هذا الصدد حدد كل من "راه" Rahe و "أرتور" Arthur "Filtres" (1978) ثلاثة مرشحات (Filters) رئيسية كما يوضحها الشكل التالي :



شكل يوضح آلية ترشيح الميكانيزمات التي تتدخل في تأثير الموقف الضاغط على الفرد .

يتأثر ادراك الفرد للموقف الضاغط بتجاربه الداخلية مع الضواط المتشابهة، بالمساندة الاجتماعية التي يحصل عليها وبمعتقداته بما في ذلك الدينية منها.

أما الميكانيزمات الدافعية للأثا كالإنكار (Le déni) والقمع (La répression) (إلى غير ذلك فتعمل بطريقة لا شعورية).

بينما تتجسد المجهودات الشعورية في وضع خطة عمل مناسبة كاللجوء إلى عدة نشاطات كإجراء تمارينات رياضية، الإسترخاء، التداوي بالأدوية...الخ.

بالإضافة إلى الدور الذي تؤديه هذه المرشحات كوسائل في العلاقة : موقف ضاغط - توتر انفعالي يشير لازاروس Lazarus و "فولكمان" Folkman (1988) إلى وجود عميقات أساسيات تؤثر بشكل كبير على علاقة الفرد بمحبيه الخارجي إلا وهم "التقييم والمقاومة" . (بولهان Paulhan ، بورجوا Bourgeois 1998، ص 47)

فالتقييم "L'évaluation" عملية معرفية يقدر الفرد بواسطتها امكانية تهديد وضعية ما لاستقراره وراحته مما يسمح له بتجنيد سبل المقاومة الملائمة أمام هذه الوضعية. يحدد "لازاروس" Lazarus و "فولكمان" Folkman (1984) شكلين للتقييم يسمح كلاهما بتعريف الموقف الضاغط وتحديد أشكال المقاومة المجندة لمواجهته:

### L'évaluation primaire :

ويسمح للفرد بتقييم العناصر الحساسة في الموقف الضاغط أي هل يتعلق الأمر بالفقدان (La perte ) " جسدي، علائقى أو مادى"...الخ، أو تهديد ( Une menace ) محتمل بالفقدان أو تحدي ( Un Défi ) يسمح بالحصول على مكاسب. مثلاً الضجيج الذي يحدثه جار طالب بقصد التحضير لإجراء امتحان يمكن أن يقيم - من طرف الطالب - كعامل مهدد لنجاحه مما يفسر شعور الطالب بالقلق، التخوف، والغضب أمام هذه الوضعية الضاغطة.

وأمام الوضعيات المتعلقة بالفقدان أو التهديد تتولد انفعالات سلبية كالخوف، الخجل، الغضب، القلق...الخ. بينما يتولد عن الوضعيات المتعلقة بالتحدي انفعالات ايجابية كالشغف، التسلية، التسوق...الخ.

### L'évaluation secondaire :

ومن خلاله يسائل الفرد عن الطرق التي تسمح له بتجاوز انعكاسات فقدان، التصدي للتهديد أو الحصول على مكاسب. ولتحقيق ذلك يستعمل الفرد عدة أشكال للمقاومة : كلاميتعاد عن الموقف الضاغط، تقبّله، الهروب، التجنب، البحث عن المزيد من المعلومات فيما يخص الموقف الضاغط أو البحث عن المساعدة الإجتماعية...الخ.

يوجه التقييم الثانوي الفرد إلى استراتيجيات المقاومة الملائمة لمواجهة الموقف الضاغط ، أي الإستراتيجيات التي من شأنها التخفيف المباشر من الضغط الإنفعالي دون أدنى تغيير في المشكل ( مقاومة مركزة حول الإنفعال " Coping centré sur l'émotion " ) أو الإستراتيجيات التي من شأنها التأثير بطريقة غير مباشرة على الإنفعال من خلال تغييرها للموقف أو تعديلها إياه ( مقاومة مركزة حول المشكل " Coping centré sur le problème " ).

في هذا الصدد نعيد نفس المثال المتعلق بالطالب الذي يحضر نفسه لإجراء امتحان مع ازعاج جاره له باحداث ضجيج.

ان اهتمام هذا الطالب بقراءة كتاب يثيري معارفه، أو عدم اعتباره للموقف أنه خطير، وتنقته بقدراته في النجاح كلها أمثلة على استراتيجيات مقاومة مركزة حول الإنفعال، في حين أن ذهابه إلى جاره بعرض مطالبته بالإنقاذه من الضجيج الذي يحدثه يدخل في إطار الإستراتيجيات المركزة حول المشكل. ( فيفر Feiffer ، فيفلاid Fifield ، 1987 )

## ٥ - الخصائص الشخصية المؤثرة في تقييم المواقف الضاغطة :

يشير "لازاروس" Lazarus و "فونكمان" Folkman (1988) إلى أن العلاقة فرد - محيط خارجي تتأثر بالخصائص الشخصية الداخلية ( Les ressources personnelles ) و المتغيرات المحيطية ( Les variables environnementales ) مما يفسر امكانية تقييم موقف معين من طرف فرد ما على أنه "مهندي" وتقييم نفس الموقف من طرف فرد آخر على أنه بمتابة "تحدي" .

وتجدد الخصائص الشخصية في ما يلي :

### أ - المعتقدات : Les croyances

ويتميز من بينها المعتقدات الدينية كأن يعطي الفرد لموقف ما معنى مؤداه أن الله وضعه تحت امتحان وعليه تقبيله، أو إيمانه بقدراته على التحكم في الموقف، وهذا ما سماه "روتر" Rotter (1966) "مركز التحكم الداخلي" ( Le lieu de contrôle interne ) في هذا الصدد يشير "لازاروس" Lazarus و "فولكمان" Folkman (1984) إلى أن الأفراد الذين ينسبون ما يحدث لهم إلى أسباب داخلية ممكن التحكم فيها يستعملون استراتيجيات مقلومة مركزة حول المشكل " بشكل كبير مقارنة بالأفراد الذين ينسبون ما يحدث لهم إلى أسباب خارجية من الصعب بالنسبة لهم التحكم فيها. ( شويتزر Schweitzer ، دانتز Dantzer (1994.

### ب - تحمل أو تمكينة : L'endurance

ويعني تجد الفرد المستمر حتى يقاوم ما يفرضه عليه المحيط الخارجي من متطلبات. بمعنى آخر يتعلق الأمر بقدرة الفرد على التحكم الشخصي أمام مواقف الحياة المختلفة. بصفة عامة يتميز النمط المكافد بقدرته على تحمل الضغط النفسي الاجتماعي بشكل أكثر فعالية. (كوبالسا Kobasa وآخرون، 1982 )

### ج - تقلق كسمة : L'anxiété trait

يتعلق القلق كسمة بتكوين مستمر في الشخصية وهو يتمثل في ميل عام إلى انراك المواقف التي تعرّض الفرد على أنها مهددة لكيانه.

حسب " سبيلبرجر " Speilberger ، " جورسون " Gorsuch ، " نوشان " Luschene ، " فاج " Vaag ، " جاكوبس " Jacobs ( 1983 ) يدرك الأفراد الذين يتميزون بقلق ضعيف المواقف الضاغطة على أنها أقل تهديداً لكيانهم وعليه يتمتعون بقدرات عالية للحكم فيها مقارنة بأولئك الذين يتميزون بقلق مرتفع .  
يؤكد " لازاروس " Lazarus و " فولكمان " Folkman ( 1984 ) أن هذه الخصائص الشخصية الثلاثة تؤثر بشكل كبير على ادراك الفرد للمواقف الضاغطة . ( بولهان Paulhan و بورجوا Bourgeois . 1998 )

وقد أشار " هيربرت " Herbert و " كوهن " Cohen في مقالهما تحت عنوان : « Stress and illness » ( 1994 ) إلى أن الأفراد يستجيبون لنفس الحدث الضاغط بطريق مختلف .  
كما بينت البحوث التي اهتمت بالضغط والمقاومة ( لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman 1984 ، كلابراس Kalabresse و جولد Gold 1987 ، كوهن Cohen و لوارنر Edwards 1989 ، وليامسون Williamson و كوهن Cohen 1991 ، أدر Ader 1991 ) بأن العلاقة بين الضغط والمرض تتأثر بالخصائص الشخصية والإجتماعية للفرد . هذه الأخيرة التي تجعل بعض الأفراد تحت وقایة نسبية من الضغط والمرض ، أو تجعل الآخرين نوبي قابلية للإصابة بالمرض .

كما يمكن لهذه الخصائص الفردية عند التعرض للأحداث الضاغطة أن تحدث انزعاج نفسي وانفعالات سلبية وتؤثر أيضاً على الإستجابات الفيزيولوجية والسلوكية . ( نقلًا عن آيت حمودة 1999 )

المبحث الثاني

المقاومة

## - تمهيد

- 1 - تعريف المقاومة
- 2 - التناولات النظرية لمفهوم المقاومة
  - 1 - النموذج الحيواني
  - 2 - نموذج علم النفس الأنما
- 3 - أنواع استراتيجيات المقاومة
  - 1 - استراتيجيات المقاومة المركزية حول الإنفعال
  - 2 - استراتيجيات المقاومة المركزية حول المشكل
- 4 - فعالية المقاومة على الصحة الجسدية
- 5 - دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من التوتر الإنفعالي

### تمهيد :

يساير الفرد باستمرار ضغوط الحياة، إذ يتعرض إلى سلسلة من الأحداث تتفاوت حدتها بين البساطة والتعقيد كمثلاً طفل، تغيير منصب الشغل، الإصابة بمرض ما... الخ.

فالحياة في المقام الأول وعاء يحوي هذه الضغوطات المختلفة والتي قد تترك من طرف الفرد على أنها وضعيّات مهدّدة لكيانه ولاستقراره، فتتولد عن ذلك اضطرابات انفعالية تتعدد تأثيراتها على الصحة الجسدية والنفسيّة. (دافيدوف : 1988)

والإنسان بطبيعة يعاني الألم ويسعى دائماً لتجنب مسبباته، فهو لا يستسلم للأمراض سواء كانت عضوية أم نفسية ويسارع دوماً حتى يسخر سبلًا ووسائلًا مناسبة للتخلص من مختلف الأعراض المرضية التي قد تتجزء عنها.

الآن هناك من الأفراد من يواجه المشاكل بقوة وفعالية باستعمال أساليب مقاومة توافقية إيجابية كحل المشكل بالمواجهة المباشرة، في حين هناك من تؤثر عليه سلباً فيستعمل أساليب توافقية سلبية كالهروب، الإسحاب، أواتهام الذات... الخ. (كارولين Tracey، تراساي Carolyn،

( 1987 )

ومهما اختلفت المواقف الجديدة التي يواجهها الفرد يومياً والتي تتراوح بسببها أحياناً صعوبات واجب عليه أن يتصدى لها يبقى هدفه الأساسي والرئيسي هو استعمال استراتيجيات متكيفة لمواجهة الموقف الصعب الذي يعترضه، ولحمايته ووقايته من الإعداءات الخارجية والداخلية بما فيها الأحداث الضاغطة ومن ثم يتحقق استقراره النفسي.

## 1 - التعريف بمفهوم المقاومة :

يعتبر مفهوم المقاومة "Coping" مفهوم كثير الاستعمال في ميداني علم النفس والطب النفسي (Psychiatrie) و بالخصوص في الدراسات حول الضغط. (شويتزر Schweitzer ، دانتر Dantzer ، 1994 ، ص 100)

" To Cope With " و من الناحية اللغوية تصعب ترجمة مفهوم المقاومة من الانجليزية إلى اللغات الأخرى. فباللغة الفرنسية مثلاً تستعمل كلمات "Faire avec" و "Faire face" وهي تعني "التعامل مع الشيء". أما باللغة العربية فنجد العديد من الكلمات الدالة على هذا المفهوم أهمها : استراتيجيات التوافق، الميكانيزمات الدفاعية، استراتيجيات التعامل، (Coping)

استراتيجيات التأقلم... الخ. (دانتشاف Dantchev ، 1989 ، ص 23) كما اختلفت استعمالات مصطلح المقاومة اذ نجد متداول عند الأنجلو ساكسونيون تحت اسم استراتيجيات المقاومة (Coping strategies )، في حين نجد معرف في الأدب العلمي الفرنسي ( La littérature scientifique française ) تحت اسم استراتيجيات التوافق ( Stratégies d'ajustement )

ان مفهوم المقاومة كما أشار اليه كل من "لازاروس" Lazarus و "لونيي" Launier ( 1978 ) « يحدد مجموع السياقات التي يستخدمها الفرد أمام الوضعية التي يراها كمهدهة لكيانه من أجل التحكم، تقبل أو التقليل من تأثيرها على صحته الجسمية والنفسية. » (شويتزر Schweitzer ، دانتر Dantzer ، 1994 ، ص 100)

اما "لازاروس" Lazarus و "فولكمان" Folkman ( 1984 ) فينظران إلى المقاومة على أنها « مجموع الجهد المعرفي والسلوكية المعرفية الموجهة للسيطرة، التقليل، أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتعدى موارد الفرد. » ( لازاروس Lazarus ، فولكمان Folkman ، 1984 ، ص 129 )

في حين يشير "دانتشاف" Dantchev ( 1989 ) إلى أننا نتكلم عن المقاومة لتحديد الطريقة التي يحقق بها الفرد توافقه أمام المواقف الصعبة التي تعترضه. ( دانتشاف Dantchev ، 1989 )

مما سبق يظهر أن استراتيجيات المقاومة تعتبر مجموعة من السلوكيات والسياسات النفسية التي يستعملها الإنسان للتحكم أو القضاء على التهديد الخارجي أو الداخلي الذي يعترضه، وهي تعبّر عن جهد الفرد المبذول في تعامله مع المتطلبات المحيطة والشخصية.

وبحسب "ستبوي" Stepöe (1991) فإن الاستجابات التي يظهرها الفرد لمواجهة الوضعيات الضاغطة يمكن أن تكون من طبيعة معرفية أو وجدانية مثلًا تحويل وضعية خطيرة على مستوى الخيال إلى فرصة ذات نفع شخصي، وقد تأخذ كذلك أشكالًا سلوكية مباشرة مثل مواجهة المشكل بشكل علني مباشر أو اتخاذ سلوك تجنبى. (نقلًا عن أیت حمودة، 1998)

## 2 - التناولات النظرية لمفهوم المقاومة :

إن دراسة استراتيجيات المقاومة يطرح تغيير إنساني في طريقة ادراكنا للضغط . بمعنى أن البحث متعلق الآن بالطريقة التي يواجه بها الفرد الموقف الضاغط وليس بوصف استجاباته للضغط المترتب عن المواقف الضاغطة التي تعرّضه في حياته اليومية.  
بناءً على ذلك تعددت الإتجاهات النظرية واختلفت وجهات النظر التي تناولت مفهوم "المقاومة" فميز من بينها :

### 2 - النموذج الحيواني : Le modèle animal :

تأثر النموذج الحيواني بالفكر الدارويني حول مبدأ الصراع من أجل البقاء، فاستقرَّ تناوله لمفهوم المقاومة من نتائج بحوثه التي أقيمت على الحيوان.  
تظهر المقاومة حسب هذا النموذج مقيدة بقوة الاستجابات السلوكية الفطرية أو المكتسبة بعد تعرض الفرد إلى تهديدات حيوية حيث يستعملها لمواجهة مواقف الضغط المهددة لبقاءه.  
ونجد نفس النموذج يستخدم مصطلح "المقاومة" للدلالة على "ميكانيزم التكيف" الذي يستعمله الفرد للدفاع ضد مختلف التهديدات التي تأتيه من العالم الخارجي أو للدفاع ضد انفعالات داخلية.  
يشير أتباع هذا النموذج إلى نوعين من "الميكانيزمات التكيفية" :

#### 1 - ميكانيزم التجنب أو الهروب :

ويستعمل في حالة الخوف أو الفزع .

#### 2 - ميكانيزم المواجهة أو الهجوم :

ويستعمل في حالة الغضب .

هذا ما لمسه "دانتر" Dantzer (1989) عندما خلص إلى أن محك المقاومة اعتبر ناجحاً عندما استطاعت "فيران المخبر" عن طريق التعلم أن تكتسب استراتيجية الهروب وتجنب الصدمات وبالتالي أن تكتسب قدرة على التحكم في الموقف الضاغط المتمثل في التيار الكهربائي الذي يولد صدمة كلما لامسته. بحيث توصلت في النهاية إلى التخفيض من نشاطها الفيزيولوجي المترتب عن الصدمات الكهربائية المتتالية. (شوويتزر Schweitzer، دانتر Dantzer، 1994)

وفي هذا الصدد يرى "Miller" (1980) أن هذا التناول ينظر إلى المقاومة على أنها عبارة عن سيرورة (Process) تتكون من السلوكات المتعلمة ذات الفعالية في تخفيف مستوى الإضطراب والتخفيف من حدته من خلال الوصول إلى إزالة أو الغاء خطر معين. (Miller, 1980, ص 149)

ومن خلال هذه المعطيات يتضح جلياً تركيز النموذج الحيواني على استراتيجيات التجنب والهروب أو ما يدعى بسلوك التفادي دون غيرها وهو أمر يحول دون فهم وكشف باقي الاستراتيجيات المندرجة تحت هذا المفهوم، كما أنه يخدم بعدها واحداً من أبعاد المقاومة والمتمثل في التخفيف من حدة الإضطراب السيكوفيزولوجي.

## 2 - نموذج علم النفس الأنما

### moi

تعلق المقاومة في هذا النموذج بداعيات الأنما المختلفة بمعنى مجموعة العمليات المعرفية اللاشعورية التي غايتها التخفيف أو التخلص من كل ما يمكن أن يترتب عنه نوع من القلق. كما ينظر نموذج سيكولوجية الأنما إلى المقاومة على أنها نمط أو سمة (Style ou trait) ومن هذا المنطلق قدم محاولة لقياسها تتحصر في عملية تصنيف الأفراد طبقاً للنمط أو السمة التي يتميز بها كل واحد منهم قصد ايجاد ثوابت يمكن الاعتماد عليها في التمييز بين الأشخاص، أو بهدف التمكن من وضع مؤشرات تنبؤية وتوقعات حول الطريقة أو الأسلوب الذي يلجؤون إليه لمقاومة مختلف أشكال الضغوطات.

بناءً على ذلك يعتقد هذا التناول أنه يمكن لإنسان ما أن يصنف على أنه ذو نمط خاضع أو امتنالي، أو أنه ذو نمط واع، أو أن يدرج ضمن فئة أصحاب النمط الوسواسي - القهري، أو مع الذين يتسمون بالكتب، أو مع أولئك الذين يتسمون بالتصعيد.

وفي هذا الصدد قدم "Ширио" (1965)، "ليوفينجر" (1976)، "Leovinger" (1977)، "Viallant" (1977) أعمالاً تمحورت حول تصنيف داعيات الأنما بغية التوصل إلى نماذج للشخصية مع الإشارة إلى أن هؤلاء المؤلفين أدخلوا في أعمالهم هذه عناصر من علم النفس المعرفي للحديث عن الميكانيزمات الدافعية التي يتضمنها سياق المقاومة.

وقد أشار كل من "لازاروس" (Lazarus) و "فولكمان" (Folkman) (1984) إلى حدود نموذج سيكولوجية الأنما في محاولة قياس المقاومة عند الأفراد وهي تتمثل في بعض الصعوبات المنهجية. إذ أن المقاييس التي وضعها لقياس المقاومة والتي ترتكز أساساً على فكرة

التصنيف لا تتوفر على عنصر جيد للتقب، ولا على عنصر الثبات وهم شرطان أساسيان في كل مقياس أو اختبار جيد . ( Lazarus، Folkman 1984 )

### 3 - أنواع استراتيجيات المقاومة :

تتعدد استجابات الفرد أمام مختلف الوضعيات الحياتية الضاغطة مما دفع العديد من الباحثين أمثال " وايت " White " و " ميكانيك " Mechanic " ( 1974 ) ، " بيرلين " Pearlin و " سكولر " Schooler " ( 1978 ) ، " راي " Ray و آخرون ( 1982 ) إلى دراسة الأشكال المتعددة للمقاومة. ولنفس الغرض قام كل من " لازاروس " Lazarus " و " فولكمان " Folkman ( 1984 ) بتوزيع قائمة استراتيجيات المقاومة المعروفة بـ " The ways of coping Checklist " المؤلفة من 69 بندًا على 100 فرداً تتراوح أعمارهم بين 45 و 64 سنة بغرض الكشف عن مختلف أساليب المقاومة عندهم خلال مدة زمنية تقدر بسبعة أشهر، فتوصل إلى وجود نوعين رئيسيين للمقاومة وهما :

**Problem - focused coping**

**1 - المقاومة المركزية حول المشكل**

**Emotion - focused coping**

**2 - المقاومة المركزية حول الإنفعال**

يستعمل هذين الشكلين للمقاومة في أغلب المواقف الضاغطة ويكون توزيع أنواع كل شكل حسب تقييم الفرد للموقف أو الحدث الضاغط. ( Paulhan و آخرون، 1994 )

#### 3 - 1 - استراتيجيات المقاومة المركزية حول الإنفعال :

يتضمن هذا النوع من المقاومة مجموعة واسعة جداً من العمليات السلوكية والمعرفية الموجهة نحو التخفيف من حالة التوتر الإنفعالي ( Emotional distress ) من بينها " التجنب " Avoidance وهي الإستراتيجية الأكثر استعمالاً فيمكن أن تتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي وهي نشاطات توعوية كالنشاطات الرياضية و الترفيهية، الاسترخاء، والتسلية...الخ والتي من شأنها السماح للفرد بتفريغ الشحنة العاطفية - التوتر الإنفعالي - وبالتالي شعوره بالإرتياح.

( Folkman و آخرون، 1986 )

و حسب " لازاروس " Lazarus ( 1966 ) فإن هذه الإستراتيجيات يمكن أن تؤثر على الإنفعال بطرق مختلفة فمن الممكن جداً أن يقود استعمال بعض هذه الإستراتيجيات إلى إعادة تقييم الوضعية محل المواجهة، وذلك بتغيير معناها أو اعطائها تفسيراً آخرًا.

وبهذا الأسلوب يصل الفرد إلى التقليل من قيمة أو أهمية الخطر المدحّق به والذي تشكّله تلك الوضعية. ( شويتزر Schweitzer، دانتر Dantzer، 1994 )

هناك مجموعة أخرى من استراتيجيات التجنب وهي أقل ملائمة أمام الوضعيات الضاغطة. يتعلّق الأمر بالهروب ( La fuite ) ويتجسّد في عدة مظاہر كتناول الفرد للأدوية أو الكحول أو لجوئه للتدخين مفكراً أن هذه العناصر أولية في التخفيف من حدة الضغط المترتب عن موقف ضاغط معين.

فحسب "شولس" Suls و "فليتشر" Fletcher ( 1985 ) لا يتحقق الهروب إلا راحة مؤقتة، ويظهر أنّه عديم الفعالية إذا تواصل الموقف الضاغط. وبينت أبحاث كل من "كوين" Coyne، "الدوين" Aldwin و "لازاروس" Lazarus ( 1981 ) وكذا "فولكمان" Folkman و آخرون ( 1986 ) أن الهروب يرتبط باعراض القلق والإكتئاب بالإضافة إلى اضطرابات نفسية جسدية. ( بولهان Paulhan، بورجوا Bourgeois، 1998 ، ص 50 )

عادة ما تعتبر استراتيجيات المقاومة المركزية على الإنفعال فعالة للتخفيف من حدة الإنفعال في حالات التجارب الضاغطة قصيرة المدى وخاصة عندما تكون المقاومة المركزية حول المشكل مستحبّلة مثل الإصابة بمرض خطير، فقدان شخص قريب... الخ.

ويشير "لازاروس" Lazarus في هذا المجال إلى أن فعالية هذه النشاطات المعرفية في تخفيف التوتر الإنفعالي تتوقف على مستوى أو درجة الضغط، فمن الصعب تحويل نشاط معرفي نحو فكرة التحدّي عندما يتعلّق الأمر بالوضعيات التي تهدّد حياة الفرد، حيث سرعان ما يظهر عجز هذه الإستراتيجيات على مواجهة تلك الوضعيات. كما يمكن لها أيضاً أن تؤثّر على الإنفعال فتعمل على احداث تغيير في درجة الانتباه والتركيز. فاستراتيجية التجنب مثلًا تحول دون الانتباه والتركيز على مصدر الضغط، وهو الشيء الذي ينجم عنه هدوء أو راحة إنفعالية مؤقتة.

ولهذا فإن "لازاروس" Lazarus يعتبر هذه الإستراتيجيات ذات دور مرحلّي مما يجعلها قليلة الفعالية. ( نقلًا عن أزروق، 1997 )

### 3 - 2 - استراتيجيات المقاومة المركزية حول المشكل :

تهدف مجهودات الفرد التي تركز على المشكل إلى التعرّف على المشكل، اختيار الحلول الملائمة أمامه حسب أولويتها وفائتها ثم العمل بها بغرض تغيير المشكلة مباشرة. ( نقلًا عن أمينة حمودة، 1999 )

وقد أظهرت دراسة "لازاروس Lazarus (1966)" أن معدل استخدام الأفراد لـ**الإستراتيجيات المقاومة المركزية** حول المشكل أعلى بكثير من استخدامهم للنوع الأول من الإستراتيجيات لأنها تسمح بالحصول على حلول بديلة لمشاكلهم.

تظهر استراتيجيات المقاومة المركزية حول المشكل في حالة **المواجهة Confrontation** أو **التخطيط Planning** وهي بذلك تمكن الفرد من الحصول على امكانيات تغيير الوضعية التي هو بعدها مواجهتها، الشيء الذي يؤدي مباشرةً إلى تغيير الحالة الانفعالية.

بالإضافة إلى ذلك تتضمن هذه الإستراتيجيات وضع مخططات عمل تسمح باعطاء الفرد الوسائل الملائمة لتحويل الموقف الذي يعيشه أو تعديله بإيجاد حلول بديلة، دراسة وتحديد فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة، ثم اختيار واحدة منها وتطبيقها. ولهذا السبب تقترب استراتيجيات المقاومة التي تركز على المشكل من الإستراتيجيات المستعملة لحل المشكل، غير أن المقاومة التي على المشكل حسب "لازاروس Lazarus" تشمل على فئة واسعة من الإستراتيجيات الخاصة بتوجيه المشكل بالمقارنة مع تلك التي تشمل عليها استراتيجيات حل المشكل.

كما أن الإستراتيجيات التي تركز على حل المشكل تحتوي على عملية تحليل ذاتية تركز بصفة أولية على المحيط أو البيئة، بينما تضم المقاومة التي تركز على المشكل استراتيجيات موجهة نحو الداخل (نحو الفرد ذاته) بهدف دراسة واختبار امكاناته وقدراته في حل المشكل المطروح.

( دانتشيف Dantchev 1989 )

وفي هذا الصدد أشار "كاين Kahn" وآخرون (1964) إلى أن هناك نوعين من الإستراتيجيات المقاومة المركزية حول المشكل : نوع موجه نحو المحيط ونوع موجه نحو الفرد .  
يشتمل النوع الأول على الإستراتيجيات المخففة من ضغط المحيط بما فيه من عرقل وألعاب العمل، أما النوع الثاني فيشتمل على أساليب دفاعية تسمح ببناء وتطوير نماذج أو معايير سلوكية جديدة، غالباً ما تستعمل هذه الإستراتيجيات عندما يكون الفرد واثقاً من نفسه وواثقاً في قدراته وامكاناته في احداث تغييرات ووصول إلى حلول مناسبة للمشكل. (نقل عن عيطور، 1997 )

#### 4 - فعالية المقاومة على الصحة الجسدية :

ترك تجارب الضغط التي يواجهها الفرد في حياته اليومية أثراً سلبياً على صحته. أمام هذه الوضعية يسعى جاهداً إلى توظيف استراتيجيات مقاومة تسمح بالتنقیل من حدة الضغط و بالتالي ضمان مداخل صحية إيجابية. ( يخلف Ikhlef ، 1995 )

و حسب " لابوريت " Laborit ( 1980 ) كلما كان تحكم الفرد في الحدث الضاغط فعال كلما كان أقل عرضة للاضطرابات البيولوجية والفيزيولوجية والسلوكية .

في هذا الصدد توصلت أبحاث " فولكمان " Folkman و " لازاروس " Lazarus في

" Revolier " ( 1984 ) ، " فولكمان " Folkman و آخرون ( 1986 ) ، " ريفولي " Revolier

( 1991 ) ، " دي ماتيو " De Mateo ( 1989 ) الى أن استراتيجية المقاومة تكون مناسبة اذا سمحت للفرد بالتحكم أو التقليل من تأثير الإعتداء على صحته النفسية و الجسدية . ( شوي策ر Schweitzer ، دانتر Dantzer ، 1994 )

اما في نظر " لازاروس " Lazarus و " فولكمان " Folkman ( 1984 ) فتؤثر المقاومة على الصحة الجسدية بثلاثة طرق مختلفة :

1 - تستطيع أن تؤثر على التوازن ، الشدة ، ردود الأفعال الفيزيولوجية ( نبضان القلب ، الضغط الشرياني ، التوتر العضلي ) و العصبية الكيميائية المرتبطة بوضعية الضغط ( Les réaction neurochimiques associés à l'état de stress الكاتيكولامين " في البول ( Catécholamines Urinaires ) ، وجود مادة " الكورتيزول " في

الدم ( Cortisol sanguin ) في الحالات التالية :

أ - عدم استطاعة الفرد تدارك أو تحسين الشروط البيئية الضاغطة ، وذلك لعدم فعالية أو مناسبة الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكل مثلا بسبب تعرض الجهد المبذول لمضايقة

: " Effort contrarié "

ب - أمام موقف تصعب مراقبته لا يستطيع الفرد التخفيف من التوتر الانفعالي المترتب عنه وفي هذه الحالة استراتيجيات المقاومة تكون غير فعالة .

ج - عندما يكون للفرد نمط حياة أو نمط مقاومة خطير ( Style de coping à risque ) فإن ذلك يؤثر على صحته الجسدية . أحسن مثال على ذلك نمط الحياة من نوع " أ " A الذي يوصف صاحبه بالسمات التالية :

قلة الصبر ، العدوانية ، و ادراك المواقف الضاغطة كتحدي .

2 - يمكن للمقاومة أن تؤثر مباشرة وبشكل سلبي على الصحة برفع احتمال الإصابة بمرض ما أو رفع احتمال الوفاة خاصة عندما يلجأ الفرد إلى القاء المفرط لبعض المواد المؤدية كالسجائر ، الكحول ، بجميع أنواعه و المخدرات ، أو عندما يخوض الفرد في نشاطات خطيرة كالإفراط في السرعة عند قيادة السيارة وبالتالي فهو ي GAMER بحياته ويدفع بنفسه إلى التهلكة .

وقد توصل " ويلس " Wills و " شيفمن " Shiffman ( 1985 ) إلى أن المخدرات كسلوك مستقل تعتبر مقاومة سلبية تضر بالصحة.

3 - يمكن لأشكال المقاومة المتمركزة حول الإنفعال أن تهدى صحة الفرد إذ تعرفه وتعيشه عن اتخاذ السلوك الأكثر تكيفا مع الموقف الضاغط. مثلا استخدام الفرد لمقاومة من نوع " الإكثار " Le Déni أو من نوع " التجنب " L'évitement قد تؤدي به إلى عدم ادراك أعراض المرض التي تبدو عليه أو إلى الاستشارة الطبية في مرحلة متاخرة. ( بولهان Bourgeois ، Paulhan 1998 ، ص ص 57 - 58 )

وقد بيّنت دراسة " شيميت " Schemdit ( 1988 ) التي تناولت فاعالية المقاومة أمام التوتر الإنفعالي من نوع " القلق " Angoisse و " الإكتئاب " Dépression والتي أجريت على مرضى في حالة استشفائية في انتظار إجراء عملية جراحية لهم، أن المرضى الذين يستعملون استراتيجيات مقلومة نشيطة ( Coping active ) كالبحث عن المعلومات حول كيفية إجراء العملية الجراحية، التساؤل عن نتائجها و انعكاساتها...الخ كانوا أقل قلقا و يظهرون مضامفات بعد جراحية قليلة مقارنة بالمرضى الذين استعملوا مقاومة غير نشيطة ( Coping passif ) كالكف أو تضخيم الوضع...الخ.

كذلك توصل كل من " ميكولينسر " Mikulincer و " سولومون " Solomon ( 1989 ) إلى أن خطورة الإضطرابات ما بعد الصدمية ( Troubles de stress post traumatisante ) إلى أن خطورة الإضطرابات ما بعد الصدمية ( Troubles de stress post traumatisante ) عد " الجنود " ترتبط ايجابيا مع استراتيجيات المقاومة المركزة حول الإنفعال. وانتهى كلامهما إلى أن نمط المقاومة النشط المتمركز حول المشكل يكون أكثر فاعالية من نمط المقاومة غير النشط المتمركز حول الإنفعال لتخفيف حدة الضغط الإنفعالي الناتج عن الموقف الضاغط .

ترتبط فاعالية استراتيجيات المقاومة بالصحة الجسمية وبخصائص الموقف الضاغط كالمندة التي يستغرقها الحدث الضاغط ، ومدى قدرة الفرد على التحكم فيه. إذ أن التجنب مثلا يكون أكثر فاعالية على المدى القصير ( من 0 إلى 3 أيام بعد الموقف الضاغط )، وتكون الإستراتيجية النشيطة أكثر فاعالية على المدى البعيد ( ابتداء من أسبوعين بعد الموقف الضاغط ) .

وبحسب " لازاروس " Lazarus و " فولكمان " Folkman ( 1984 ) لا تكون استراتيجيات المقاومة النشيطة فعالة إلا إذا كان الموقف الضاغط تحت سيطرة الفرد، لأنه في حالة عدم تمكن الفرد من التحكم في الحدث حينئذ تعد الإستراتيجيات غير النشيطة كالتجنب أكثر تكيفا.

وفي حالة الأمراض الخطيرة كالسرطان مثلاً بينت دراسات كل من "موريس" Morris و "بيتنجال" Pettingale ( 1979 ) و "دين" Dean و "سيرتيس" Surtees ( 1989 ) أن الهروب أو الإنكار أو أيضاً إعادة التقييم الإيجابي للمرض هي استراتيجيات مقاومة تسمح بتكييف أفضل عند المصابين بسرطان الثدي. ( سولومون Solomon وآخرون، 1989 ) تتحقق فعالية مقاومة حسب وجهة نظر "لازاروس" Lazarus و "فولكمان" Folkman ( 1984 ) بوجود الإنسجام الجيد بين جهود مقاومة وعناصر أخرى تتمثل في القيم، الإعتقادات والأهداف... الخ. فعندما تتعارض استراتيجيات مقاومة بشكل كبير مع قيم الفرد ينبع عن ذلك صراع وتصبح استراتيجيات مقاومة بدورها مصدراً لضغوطات جديدة.

وفي نفس المضمون يشير كل من "شولس" Suls و "فليتشر" Fletcher ( 1989 ) إلى أن فعالية استراتيجية ما تتوقف على خصائص الوضعية الضاغطة من جهة وعلى رقابة الحدث الضاغط من جهة أخرى. ( شويتزر Schweitzer، دانتر Dantzer، 1994 ) مما سبق يظهر أنه لا وجود لإستراتيجيات مقاومة مستقلة بذاتها عن المميزات الشخصية الإدراكية والمعرفية للفرد وعن خصوصيات الوضعيات الضاغطة.

وفي هذا الإطار يوضح "ليت" Litt ( 1988 ) بأن تصورات الفرد وادراكاته حول فعالية الذات تجاه المواقف تحدد استجابات مقاومة.

فالفرد الذي لديه اعتقاد بامكانية مواجهة متطلبات الموقف يلجأ لاستعمال استراتيجيات حل المشكل، في حين الفرد الذي لديه مستوى فعالية الذات منخفض من المحتمل أن يدرك وجود افتقار في قدراته فيستعمل استراتيجيات تؤدي إلى احداث الضيق والتوتر الانفعالي. ( نقلًا عن أيت حمودة، 1999 ، ص 146 )

## 5 - دور المساعدة الاجتماعية في التخفيف من التوتر الانفعالي :

توصلت البحوث التي أجريت لحد الآن إلى أن المساعدة الاجتماعية تسمح بتحقيق تخفيف الأثر النفسي الناتج عن المواقف الضاغطة.

اذ قام "دو أروجو" De Araujo و آخرون ( 1973 ) بتقييم دور المساعدة الاجتماعية وأثرها على المستقبل الطبي ( Le devenir médical ) ل 50 مصاب بالربو فتوصلوا بعد سنة واحدة من تقييم المساعدة الاجتماعية وموافق الحياة الضاغطة إلى أن ارتفاع نسبة "الستيرويدات" Corticosteroides يعكس اضطرابها.

كما لاحظ كل من "دو أروجو" De Araujo و آخرون أن المصابين بالربو الذين تعرضوا إلى عدد قليل من الحوادث الضاغطة يبدون انخفاض في نسبة "الستيرويدات" مهما كانت درجتهم على سلم المساندة الإجتماعية.

أما المصابين بالربو الذين تعرضوا إلى عدد كبير من الحوادث الضاغطة فيبدون ارتفاع في نسبة "الستيرويدات" إذا كانت درجتهم على سلم المساندة الإجتماعية منخفضة.

نتائج مماثلة توصلت إليها دراسة "نوكولس" Nuckolls و آخرون (1972) على مجموعة مكونة من 170 امرأة حامل، فالنساء اللواتي تحصلن على درجة ضغط مرتفعة قبل وبعد الحمل و درجة منخفضة على سلم المساندة الإجتماعية تظاهرن نسبة أكبر من المضاعفات بعد الحمل مقارنة بمعيلاتهن اللواتي تحصلن على درجة ضغط مرتفعة و درجة مرتفعة على سلم المساندة الإجتماعية.

كما توصل "سندرل" Sandler و آخرون (1982) وكذا "لفكورت" Lefcourt و آخرون (1984) إلى أن المساندة الإجتماعية أكثر فعالية عند الأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي منه عند الأفراد الذين لديهم مركز تحكم خارجي. وكتدعيم لذلك يفسر هؤلاء هذه النتائج باعتبارهم أن الأفراد الذين لديهم مركز تحكم داخلي يستعملون المساندة الإجتماعية بشكل فعال كوسيلة تسمح لهم بمواجهة الموقف الضاغط كمحاولة الحصول على معلومات مثلاً . بينما الأفراد الذين لديهم مركز تحكم خارجي يستعملون المساندة الإجتماعية بشكل أقل فعالية.

أما "ساراسون" Sarason و آخرون (1986) فتوصلوا من خلال أبحاثهم إلى أن انخفاض درجة المساندة الإجتماعية في حياة الفرد يعتبر عامل مهدد بالإضطراب. ( ساراسون Sarason و آخرون، 1986)

#### ختامة :

يعتبر الضغط من بين العوامل النفسية الإجتماعية التي تأثر على الصحة الجسدية و النفسية للمصابين بالربو. فعندما يلاقي المصاب بالربو موقفاً ضاغطاً فإنه يحاول أن يراقبه و يتحكم فيه عن طريق مختلف الاستجابات التي من شأنها أن تأثر على هذا الحدث الضاغط و تخفف من شدته. وعندما يتعلق الأمر باصابته (مرض الربو) فإنه يحاول أن يلجأ إلى عدد من الإستراتيجيات التي تمكنه من التكيف و التوافق مع متطلباته، وتكون عملية المقاومة هذه بناءً على تقديره المعرفي للمرض.

الباب الثاني

الجانب الميداني

الفصل الرابع

منهجية البحث

- 1 - مكان اجراء البحث
- 2 - تصميم البحث
- 3 - عينة البحث
  - 3 - 1 - طريقة اختيار العينة
  - 3 - 2 - خصائص العينة
- 4 - وسائل القياس
  - 4 - 1 - مقياس الإكتئاب ل " باك " Beck
  - 4 - 2 - مقياس ادراك الضغط ل " ليفنستاين " Levenstein
  - 4 - 3 - مقياس المقاومة ل " بولهان " Paulhan و آخرون
- 5 - التقنيات المستعملة في المعالجة الإحصائية

## 1 - مكان اجراء البحث :

بغرض إقتصاد الوقت والجهد، قررت الطالبة الباحثة اجراء البحث الحالي في أقرب وأكثر المصالح التي يتردد عليها المصابين بمرض الربو قصد المتابعة الطبية أو العلاج أو قصد الحصول على الأدوية الخاصة بالمرض، يتعلق الأمر بمصلحة الأمراض التنفسية لمستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر الوسطى.

والجدير بالذكر أن استقبال المرضى بالربو وحصولهم على الإستشارة الطبية من طرف الأطباء المختصين في علاج الأمراض التنفسية ومرض الربو يكون خارج المصلحة التابعة لمستشفى مصطفى باشا الجامعي وبالضبط في مستوصف ضد مرض السل ( Dispensaire ) ( DAT Leond Bernard – anti- tuberculeux ) أين يتم تشخيص الحالات، تقديم الوصفة الطبية المناسبة لها وتقدير مدى فعالية العلاج على فترات يحددها الطبيب المختص . ( Le pneumo-phtisiologue traitant)

وقد استغرقت الدراسة الميدانية للحصول على عينة البحث مدة 07 أشهر وبالتحديد من نوفمبر 2000 إلى ماي 2001.

## 2 - تصميم البحث :

اعتمدت الباحثة في الدراسة الحالية على التصميم البعدى « Ex-post-facto-design » لأنها بقصد قياس تأثير متغيرات مستقلة ليس لها أي تدخل في إحداثها في متغير تابع موجود مسبقاً. وتستخدم هذه الطريقة في الحالات التي لا يمكن فيها إخضاع المتغيرات المستقلة للتصميم التجريبي المحكم. ( عيسوي، 1974 )

## 3 - عينة البحث :

### 3 - 1 - طريقة اختيار العينة :

يقوم اختيار أفراد عينة البحث التي تبنتها الطالبة الباحثة على محكين أساسين :

3 - 1 - 1 - الجانب الطبي : وممثل بتشخيص الأطباء المختصين في متابعة وعلاج الأمراض التنفسية للحالات المصابة بمرض الربو.

3 - 1 - 2 - الجانب الوثائقي : وهو ممثل بالملفات الطبية للمرضى والتي تثبت وجود الإصابة وطبيعتها.

وقد تحددت أوصاف اختيار عينة البحث بعنصرتين أساسين :

أ- السن: ويتراوح بين 18 و 40 سنة نظراً لكون مرض الربو يمس الفئة الشابة من المجتمع.

ب- طبيعة الإصابة: ويقصد بها تصنيف المفحوصين الذين اختارتهم الطالبة بمعنى توزيعهم في مجموعتين :

1 - تمثل "المجموعة الأولى" المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

2 - وتمثل "المجموعة الثانية" المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

بناءً على هذه الأوصاف تدخل العينة المختارة من طرف الطالبة الباحثة ضمن العينات

#### المقيدة « Controlled samples ».

تتميز العينة المقيدة حسب " محمد الحسن " (1986) بالخصائص التالية :

- لا يخضع انتقاءها للصدفة أو الإختيار العشوائي.

- لا تسمح بإعطاء أفراد مجتمع الدراسة نفس الفرصة في الإنتماء إلى عينة البحث المراده بالإختبار.

- تزود الباحث بالأفراد الذين يعتقد أنهم يستوفون الشروط التي تسمح بتحقيق أهداف البحث

المسطرة. ( الحسن، 1986 )

#### 2 - خصائص عينة البحث :

شملت عينة البحث 106 مفحوصاً مصاباً بمرض الربو يتراوح سنهم ما بين 18 و 40 سنة،

صنفوا إلى مجموعتين :

- المجموعة الأولى : تمثل المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

- المجموعة الثانية : تمثل المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

بعد تفريغ أجوبة أفراد المجموعتين فيما يخص الخصائص العامة لكل مجموعة تحصلنا على

الجدوال التالية:

الجدول رقم (03) : توزيع أفراد العينة حسب الجنس.

الجنس	المجموع	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض	مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض	الجنس
الذكور	% 44,33	47	% 46,77	29
الإناث	% 55,66	59	% 53,23	33
المجموع	% 100	106	% 58,49	62

يوضح الجدول رقم ( 03 ) أن المجموعة الأولى التي تمثل المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض تشمل 44 مفحوصا أي ما يعادل 41,51 % من العينة الكلية، وتشمل المجموعة الثانية التي تمثل المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض 62 مفحوصا أي ما يعادل 58,49 % من العينة الكلية.

#### الجدول رقم (04) : توزيع أفراد العينة حسب السن

الفئة العمرية	مرضي الريبو ذوي سوابق عائلية للمرض	مرضي الريبو ذوي سوابق عائلية للمرض	مرضى الريبو دون سوابق عائلية للمرض
23-18	18	% 40,91	% 24,19
29-24	08	% 18,18	% 29,03
35-30	11	% 25,00	% 25,81
40-36	07	% 15,9	% 20,97
المجموع	44	% 100	% 100

يوضح الجدول رقم (04) أنَّ أغلبية مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض تتراوح أعمارهم بين 18 و 23 سنة أي ما يعادل نسبة 41% تقريباً من المجموع الكلي لأفراد المجموعة الأولى.

أي ما يعادل 29,03 % من المجموع الكلى لأفراد المجموعة الثانية.

و يبلغ متوسط سن المصابين بالربو نوي سوابق عائلية للمرض 27 سنة، بينما يبلغ متوسط سن المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض 29 سنة.

**الجدول رقم (05) : توزيع أفراد العينة حسب الحالة المدنية**

مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو نوي سوابق عائلية للمرض		الحالة المدنية
% 64,52	40	% 79,55	35	أعزب
% 30,64	19	% 20,45	09	متزوج
% 04,84	03	00	00	مطلق
% 100	62	% 100	44	المجموع

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن نسبة المتزوجين ضعيفة ضمن مجموعتي الدراسة، إذ تقدر ب 20,45 % عند مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض و ب 30,64 % عند دون سوابق عائلية للمرض . في حين نسجل نسبة مرتفعة عند فئة غير المتزوجين بالنسبة للمجموعتين بحيث تصل عند نوي سوابق عائلية للمرض إلى 79,55 %، وتصل عند دون سوابق عائلية للمرض إلى 64,52 %.

**الجدول رقم (06) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.**

مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو نوي سوابق عائلية للمرض		المستوى التعليمي
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
% 17,74	11	% 13,64	06	ابتدائي
% 22,58	14	% 34,09	15	متوسط
% 48,39	30	% 45,45	20	ثانوي
% 11,29	07	% 06,82	03	جامعي
% 100	62	% 100	44	المجموع

يبين الجدول المدون أعلاه أنَّ أغلبية أفراد مجموعة مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض وأغلبية أفراد مجموعة مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض لهم مستوى دراسي ثانوي وذلك بنسبي 45,45% و 48,39% على التوالي، بينما يحتل المستوى الدراسي المتوسط المركز الثاني بنسبي 34,09% و 22,58% على التوالي، فالمستوى الدراسي الابتدائي بنسبي 13,64% و 17,74% على التوالي، ثم أخيراً نجد المستوى الدراسي الجامعي بأقلة نسبة في المجموعتين ممثلاً بـ 06,82% و 11,29% على التوالي.

الجدول رقم (07) : توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي .

مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		المستوى الاقتصادي
% النسبة	العدد	% النسبة	العدد	
% 43,55	27	% 27,27	12	ضعيف
% 43,55	27	% 59,09	26	متوسط
% 12,90	08	% 13,64	06	جيد
% 100	62	% 100	44	المجموع

نلتمس من خلال الجدول رقم (07) أنه أكثر من نصف أفراد مجموعة المرضى بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض لهم مستوى اقتصادي متوسط أي ما يعادل 59,09% من العدد الإجمالي، في حين يشغل المستوى الاقتصادي الضعيف والجيد المركز الثاني والثالث على التوالي بنسبي 27,27% و 13,64%.

أما في مجموعة المرضى بالربو دون سوابق عائلية للمرض فنجد توافق بين نسبة الأفراد ذوي المستوى الاقتصادي المتوسط والضعيف بنسبة 43,55%， ثم يشغل المستوى الاقتصادي الجيد المركز الثالث بنسبة 12,90% كما هو الشأن بالنسبة للمجموعة الأولى.

**الجدول رقم (08) : توزيع أفراد العينة حسب المهنة .**

مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض		مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض		<b>المهنة</b>
% النسبة	العدد	% النسبة	العدد	
% 12,91	08	% 27,27	12	תלמיד/متربيص/طالب
% 53,22	33	% 45,46	20	عامل
% 33,87	21	% 27,27	12	بدون عمل
% 100	62	% 100	44	المجموع

يوضح الجدول رقم (08) أن نسبة العاملين عند مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض وعند مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض تمثل أكبر نسبة بـ 45,46 % و 53,22 % على التوالي. ثم تلي ذلك نسبة المتمدرسين والعاطلين عن العمل بـ 27,27 % عند مرضى الربو ذوي سوابق عائلية. أما عند مرضى الربو دون سوابق عائلية للمرض فتلي نسبة فئة العاملين نسبتي فئة العاطلين والمتمدرسين بـ 33.87 % و 12,91 % على التوالي.

#### 4 - وسائل القياس :

##### 1 - 4 - مقياس الإكتتاب ل Beck :

يعتبر مقياس "بك" BECK للاكتتاب من أكثر مقاييس الإكتتاب شيوعا واستعمالا في مجال العلاج والطب النفسي. (غريب، 1985)

وقد تم تصميمه من طرف الإكلينيكي الأمريكي "بك" BECK سنة 1961 بغرض تزويد الباحث بتقدير سريع وصادر لمستوى الإكتتاب عند العميل. تضمنت الصورة الأولى للمقياس (21) مجموعة من الأعراض تتكون كل مجموعة منها من أربعة 04 عبارات متسلسلة، تعكس درجة الإضطراب.

وجعل "بك" BECK المقياس متدرج من 0 إلى 3 للإشارة إلى شدة الإكتتاب مع العلم أن انتقاء عباراته كان بناءا على ملاحظات إكلينيكية مكتفة ومنظمة وكذا العديد من التسجيلات المرتبطة بمواصفات الإكتتاب.

أما المقياس في صورته الحالية فيكون من ثلاثة عشر (13) مجموعة من العبارات، ويُعد الصورة المختصرة لمقياس الأصلي الذي أعدَّ "باك" "BECK" نفسه :  
بعد إعداد الصورة الجديدة للمقياس اختبر الباحث معامل الارتباط بين المقياس في صورتيه القديمة والحديثة فكان مقداره 0,96 .

تتمثل العبارات المدرجة في النسخة الجديدة للمقياس فيما يلي :

- (1) الحزن
- (2) التساؤم
- (3) الشعور بالفشل
- (4) عدم الرضا
- (5) الشعور بالذنب
- (6) عدم حب الذات
- (7) إيذاء الذات
- (8) الانسحاب الاجتماعي
- (9) التردد
- (10) تغير تصور الذات
- (11) صعوبة العمل
- (12) التعب
- (13) فقدان الشهية

#### ٤ - ١ - ١ - مميزات مقياس "باك" "BECK" للاكتتاب :

- يمكن تلخيص مميزات مقياس "باك" "BECK" في العناصر الآتية :
- أعدَّ لقياس الإكتتاب وليس أي اضطراب آخر.
  - تسهل الإجابة عليه من طرف المفحوصين.
  - لا يتطلب مهارات ولا كفاءات عالية من الفاحص.
  - أكثر اتصالاً بالتعريف الإكلينيكي للاكتتاب الذي يرتبط بالنظرية المعرفية لـ "باك" "BECK".

- يساعد في الحصول على درجات كمية عند قياس الإكتتاب بحيث يكمل هذا التقدير، التقدير الإكلينيكي.

- يمكن استخدامه في الدراسات المقارنة.

- يستخدم بغرض التشخص واختبار مدى فعالية العلاج.

- لا يتأثر بخلفية نظرية معينة.

- له معامل صدق وثبات عاليين بإجماع مختلف الدراسات التي أجريت حول صلحته.

\* **BECK** فنظرًا لتماشي المميزات مع المنطقات النظرية للبحث تم اختبار مقياس "بك" لقياس شدة الإكتتاب عند أفراد عينة البحث.

وقد تمت الإستعانة بالصورة العربية للمقياس والتي قدمها غريب عبد الفتاح غريب (1985)

(انظر الملحق رقم (03)). (غريب، 1985)

#### ٤ - ١ - ٢ - كيفية تطبيق المقياس :

إن مقياس "بك" للأكتتاب قابل للتطبيق الفردي والجماعي.

إذ تحتوي كراسة الأسئلة الخاصة بالمقياس على تعليمات مفصلة توضح كيفية الإجابة، وكيفية تسجيلها على نفس الكراسة.

فإذا طبق المقياس بشكل "فردي" يطلب الباحث من المفحوص قراءة التعليمات الواردة في كراسة الأسئلة ثم البدء في الإجابة. أما إذا طبق المقياس بشكل "جماعي" في هذه الحالة يطلب الباحث من المفحوصين - بعد أن يكون قد وزع عليهم كراسات الأسئلة التي تتضمن اسم العميل، سنه، مستوى التعليمي و تاريخ الإجابة - أن يقرؤوا التعليمات لأنفسهم، في الوقت الذي يتولى فيه الباحث قراءة التعليمات بصوت مرتفع حتى يزول الغموض أو الالتباس.

و ليس هناك زمن محدد الإجابة على المقياس، ولكن لا ينبغي للباحث أن يخبر المفحوصين بهذا ما لم يسألوا عن الزمن المحدد للإجابة.

#### ٤ - ١ - ٣ - طريقة تصحيح المقياس :

يتكون مقياس من ثلاثة عشر (13) مجموعة من العبارات تتكون كل مجموعة من أربعة

(04) عبارات متردجة من (0) إلى (3).

و للوصول إلى النرجة الكلية على المقياس يتم جمع النرجات التي يحصل عليها المفحوص في المجموعات الثلاثة عشر. إذ تتراوح النرجات على المقياس بين 0 و 39 وهي أعلى درجة للإكتتاب.

لا يتبع مقياس BECK الطريقة الكلاسيكية بتحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية وإنما الأسلوب المتبعة في تقييم حدة الإكتتاب هو أسلوب الدرجات الفاصلة كما يوضحه الجنول التالي :

**الجدول رقم (09) : تقييم درجة الإكتتاب ومنلونها باستخدام مقياس باك Beck**

مدون درجة الإكتتاب	درجة الإكتتاب
لا يوجد إكتتاب	4 - 0
إكتتاب معتدل	7 - 5
إكتتاب متوسط	15 - 8
إكتتاب حاد	16 فما فوق

على العموم تشير الدرجة التي تتراوح بين 0 و 4 إلى عدم وجود إكتتاب، والدرجة التي تتراوح بين 5 و 7 إلى وجود إكتتاب خفيف، في حين تشير الدرجة التي تتراوح بين 8 و 15 إلى وجود إكتتاب متوسط، أما ابتداءً من الدرجة 16 فما فوق فنقول أن المفحوص يعاني من إكتتاب حاد. (غريب، 1985)

#### **4-2- استبيان ادراك الضغط ليفنستلين Levenstein و آخرون (1993):**

##### **4-2-1- وصفه:**

وضع من طرف "ليفنستلين" Levenstein و آخرون (1993) لقياس مؤشر ادراك الضغط ( Perceived stress index ) ويشمل 30 عبارة تتضمن نوعين من البنود:

أ - بنود مباشرة.

ب - بنود غير مباشرة.

**١ - البنود المباشرة:** و عددها 22، و تدل على وجود مؤشر ادراك ضغط مرتفع عندما يجيز المفحوص بالقبول ازاء الموقف الذي يصفه البند، و الى مؤشر ادراك ضغط منخفض عندما يحبب بالرفض.

و تتمثل هذه البنود في العبارات رقم: 18. 16. 15. 14. 12. 11. 9. 8. 6. 5. 4. 2.3 . و تنقسم من 1 إلى 4 من اليمين (تقريباً أبداً) إلى اليسار (عادة).

**٢ - البنود غير المباشرة:** و عددها 8 تتمثل في العبارات رقم : 21. 17. 13. 10. 7. 1. و 29. 25.

و تدل على وجود مؤشر ادراك ضغط مرتفع عندما يجيز المفحوص بالرفض، و على مؤشر ادراك ضغط منخفض عندما يجيز المفحوص بالقبول. و تنقسم هذه البنود بصفة معكوسه من 4 إلى 1 من اليمين (تقريباً أبداً ) إلى اليسار (عادة) ( انظر الملحق رقم (02)).

#### ٤ - ٢ - ٢ - كيفية تنقيط الاستبيان :

تنقسم بنود الاختبار وفقاً ل 4 درجات من 1 إلى 4 كما يلي:

- تقريباً أبداً ————— نقطة (1)
- أحياناً ————— نقطتين(2)
- كثيراً ————— ثلاثة (3) نقاط
- عادة ————— أربعة (4) نقاط

و يتغير التنقيط حسب نوع البنود (مباشرة أو غير مباشرة)، تحسب قيمة مؤشر ادراك الضغط في هذا الاختبار وفقاً للمعادلة التالية :

$$\text{مؤشر ادراك الضغط} = \frac{\text{مجموع القيم الخام}}{30} - \frac{90}{30}$$

و يتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاختبار أي من البنود المباشرة و غير المباشرة. و تتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر ادراك الضغط من 0 إلى 1 إذ تدل الدرجة (0) على أدنى مستوى ممكن للضغط ( Lowest possible level of stress )

.( Highest possible level of stress ) على أعلى مستوى ممكن للضغط (Levenstein، 1993، ص ص 19 - 20)  
وتدخل الدرجة (1) على أعلى مستوى ممكن للضغط (ليفنستاين، 1993، ص ص 19 - 20)

### 3 - 3 - مقاييس المقاومة ل بولهان Paulhan و آخرون :

إن أصل هذا المقاييس هو مقاييس المقاومة لكل من لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman وقد تضمن خطوات عملهما في اختبار صدق المقاييس إستجواب 100 فردا ( 52 امرأة ، 48 رجل ) تتراوح أعمارهم بين 40 و 65 سنة و ذلك كل شهر و لمدة سنة. إذ يطلب منهم وصف وضعية ضاغطة و الإشارة إلى الإستراتيجيات الأكثر إستعمالاً لمواجهة تلك الوضعية. وقد كشفت نتائج التحليل العاملی عن وجود 8 سلالم فرعية تتضمن كل منها عدة بنود و هي كالتالي :

- 1 - حل المشكل
- 2 - روح المقاومة أو تقبل المواجهة
- 3 -أخذ الاحتياط أو تصغير التهديدات
- 4 - إعادة التقييم الإيجابي
- 5 - التأنيب الذاتي
- 6 - الهروب أو التجنب
- 7 - البحث عن الدعم الاجتماعي
- 8 - التحكم في الذات

### 3 - 1 - النسخة المختصرة لهذا السلم ل فيتاليانو Vitaliano و آخرون (1985) :

والتي تحمل نفس تسمية مقاييس لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman : The Ways Of Coping check List " و تكون هذه النسخة من 42 بندلا . كشف التحليل العاملی بعد تدوير الفاريماكس " Rotation varimax " عن وجود خمسة سلالم فرعية تتمثل في :

- 1 - حل المشكل

- 2 - التأثير الذاتي
- 3 - إعادة التقييم الإيجابي
- 4 - البحث عن الدعم الاجتماعي
- 5 - التجنب

### آخرون - 3 - 2 - الصورة المكيفة حسب البيئة الفرنسية لـ بولهان Paulhan

: (1994)

قامت كل من بولهان Quintard ، نويسي Nuissier ، كاتلار Vitaliano Bourgeois ، و بورجوا Cousson و آخرون (1985) المتألفة من 42 بندًا ، فكانت النتيجة إستبقاء 29 بندًا. و كان الهدف من هذا العمل هو البحث عن فعالية المقاومة في تعديل العلاقة ضغط – توتر ، و توضيح أنواع الإستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية.

و قد تضمنت خطوات التكيف:

ترجمة السلم من طرف مخبر اللغات بجامعة بوردو Bordeaux ثم تطبيقه على عينة مكونة من 501 راشد، بين طلاب، و عاملين من الجنسين (1722 رجل ، 329 إمرأة) تتراوح أعمارهم ما بين 20 و 35 سنة.

و بإستعمال التحليل العائلي مع تنوير الفاريماكس تم التوصل إلى نتيجتين: تأخذ بنود الإختبار بين الإعتبار محور عام للمقاومة يضم إستراتيجيات مقاومة مركزية حول المشكل و أخرى مركزية حول الإنفعال.

تعكس بنود المقياس (05) خمسة مستويات للمقاومة مكونة الصورة النهائية للسلم و هي :

<b>La résolution du problème</b>	1 - حل المشكل
<b>L'évitement avec pensée positive</b>	2 - التجنب مع التفكير الإيجابي
<b>La recherche du soutien social</b>	3 - البحث عن الدعم الاجتماعي
<b>La réévaluation positive</b>	4 - إعادة التقييم الإيجابي
<b>L'auto- accusation</b>	5 - التأثير الذاتي

(بولهان PAULHAN وآخرون، 1994 ، ص295)

### 4 - 3 - كافية تطبيق المقاييس :

يطبق مقاييس بولهان Paulhan و آخرون بصفة فردية أو جماعية و تتبع في ذلك التعليمية

الآتية :

1. صف موقفاً مؤثراً عشته خلال الأشهر الأخيرة.
2. حدد شدة الإزعاج والتوتر الذي سببه لك هذا الموقف.

<input type="checkbox"/> مرتفع	<input type="checkbox"/> متوسط	<input type="checkbox"/> منخفض
--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

و ذلك بوضع العلامة (x) أمام المستوى المناسب.

3 . أشر بالعلامة (x) إلى الإستراتيجيات التي كنت قد استعملتها في مواجهة الموقف علماً بأن الإستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند 1 إلى البند 29 ويجب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من 4 احتمالات وهي :

- |    |               |
|----|---------------|
| .1 | نعم           |
| .2 | إلى حد ما نعم |
| .3 | لا            |
| .4 | إلى حد ما لا  |

يضم هذا المقاييس كما أسلفنا ذكره 5 مستويات، يحتوي كل مستوى على عدد معين من البنود

و هي كالتالي :

- 1 . استراتيجية حل المشكل وتضم 8 بنود هي (1. 4 . 13 . 16 . 18 . 24 . 27 .).
- 2 . استراتيجية التجنب وتضم 7 بنود هي (7 . 8 . 11 . 17 . 19 . 22 . 25 .).
- 3 . استراتيجية البحث عن الدعم الاجتماعي وتضم 5 بنود هي (3 . 10 . 15 . 21 .).
- 4 . استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي و تضم 4 بنود هي (14 . 20 . 26 . 29 .).

(أنظر الملحق رقم (04))

على العموم لا يتم وضع وقت محدد للإجابة على أسئلة المقاييس مع مراعاة الا تطول مدة  
شكك مبالغ فيه.

#### 4 - 3 - 4 - كيفية تنفيط المقاييس :

يتم التنفيط وفق سلم متدرج من 1 الى 4 اذ تمنح :

- نقطة (1) اذا كانت الإجابة : لا

- نقطتين (2) اذا كانت الإجابة : الى حد ما لا

- ثلاثة (3) نقاط اذا كانت الإجابة : الى حد ما نعم

- أربعة (4) نقاط اذا كانت الإجابة : نعم

وهو تنفيط معتمد في جميع البنود ماعدا البند رقم ( 15 ) الذي ينقط بعكس ما ذكر أعلاه أي من العلامة (4) الى العلامة ( 1 ). ( بولهان Paulhan و آخرون، 1994، ص ص 298-299)

#### 5 - المعالجات الإحصائية :

يهدف البحث الحالي الى الكشف عن علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة والإكتتاب عند المصابين بمرض الربو، و بالضبط تحديد وجود أو عدم وجود فروق في هذه العلاقة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و بين دون سوابق عائلية للمرض من الجنسين. وإختبار صحة الفرضيات المطروحة في البحث لجانا الى مجموعة من التقنيات الإحصائية

وهي كالتالي:

#### 1 - المتوسطات الحسابية :

يلعب المتوسط الحسابي (  $\bar{X}$  ) دوراً بالغ الأهمية في التحليلات الإحصائية، وهو يحسب بقسمة مجموع قيم العينة المعنية بالدراسة وليكن من  $X_1$  الى  $X_n$  على عددها ويعطى بالقانون

التالي :

$$\bar{X} = \frac{\sum_{i=1}^{i=n} X_i}{n}$$

حيث يمثل :

$$\sum_{i=1}^n X_i : \text{مجموع قيم الأفراد}$$

$$n : \text{عدد الأفراد (حجم العينة)}$$

وقد حسبت المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد مجموعتي البحث في كل متغير من متغيرات الدراسة اعتماداً على نفس القانون المدون أعلاه باستعمال الحاسوب الآلي.

### 5 - الانحرافات المعيارية :

يعتبر الانحراف المعياري الأكثر استعمالاً كمقياس للتشتت، وهو يعبر على الفرق بين قيم المشاهدات  $X_i$  و المتوسط الحسابي  $\bar{X}$  لهذه القيم. ونحصل عليه بتطبيق القانون التالي :

$$S = \sqrt{\frac{\sum_{i=1}^n (X_i - \bar{X})^2}{n-1}}$$

يمكن تلخيص العمليات الحسابية المطلوبة لإيجاد الانحراف المعياري بالخطوات التالية :

- 1 - استخدام المتوسط الحسابي للمعطيات الخاصة بالعينة ( $\bar{X}$ ).
  - 2 - إيجاد انحرافات القيم ( $X_i$ ) عن المتوسط الحسابي ( $\bar{X}$ ).
  - 3 - تربيع كل انحراف من الانحرافات المعنية.
  - 4 - إيجاد مجموع مربعات الانحرافات.
  - 5 - تقسيم مجموع مربعات الانحرافات على عدد القيم ( $n-1$ ) فنحصل على التباين ( $S^2$ ).
  - 6 - نأخذ الجذر التربيعي للتباين ( $S^2$ ) فنحصل على الانحراف المعياري ( $S$ ).
- ( البلداوي، 1997، ص 119-120)

وقد حسبت الانحرافات المعيارية لدرجات أفراد مجموعتي البحث في كل متغير من متغيرات الدراسة - ادراك الضغط، الإكتتاب و استراتيجيات المقاومة اعتماداً على الحاسوب الآلي.

### 3 - اختبار الدالة t.test :

و الهدف منه هو اختبار ما إذا كان الفرق بين متسطين حسابيين يرجع إلى الصدفة أو أنه فرق جوهري يدل على أن العينتين مسحوبتين من مجتمعين مختلفي المتوسطات فعلاً.

ولمعرفة الدالة الإحصائية لفرق بين متقطعين يسمح اختبار الدالة **t.test** بتحويل الفرق إلى قيمة معيارية تالية **t**.

وقد اعتمدت الباحثة على اختبار **t** لقياس الدالة الإحصائية للفروق بين متقطعتي البحث المستقلتين في المتغيرات التالية : ادراك الضغط، الإكتئاب واستراتيجيات المقاومة ( مع

العلم أن حجم العينتين مختلف  $n_1 = 62$  ،  $n_2 = 48$  ،  $n_1 \neq n_2$  .

نحسب قيمة **t** اعتماداً على القانون التالي:

$$t = \frac{\overline{X}_1 - \overline{X}_2}{\sqrt{\left[ \frac{(n_1-1)S_1^2 + (n_2-1)S_2^2}{n_1+n_2-2} \right] \left[ \frac{n_1+n_2}{n_1 \times n_2} \right]}}$$

$$Df = n_1 + n_2 - 2$$

وقد تمت الاستعانة بالحاسوب الآلي في ذلك.

#### ملاحظة :

يفترض هذا القانون تجانس العينتين أي عدم اختلافهما من حيث التباين.

#### ٤ - معامل ارتباط pearson الخاص بمعطيات كمية :

يهدف معامل ارتباط **pearson** إلى معرفة إن كانت هناك علاقة بين متغيرين، مع تحديد درجة الارتباط بينهما، واستخدام هذه الدرجة لوصف طبيعة العلاقة الإرتباطية. و يمكن التعبير عن صيغة معامل الإرتباط البسيط و الذي يدعى بمعامل ارتباط "بيرسن" "pearson" بالقانون التالي:

$$r = \frac{n \sum_{i=1}^{n} X_i Y_i - \sum_{i=1}^{n} X_i \sum_{i=1}^{n} Y_i}{\sqrt{\left[ \left( n \sum_{i=1}^{n} X_i^2 - \left( \sum_{i=1}^{n} X_i \right)^2 \right) \left( n \sum_{i=1}^{n} Y_i^2 - \left( \sum_{i=1}^{n} Y_i \right)^2 \right) \right]}}$$

( البلداوي، 1997، ص 455)

و للحصول على معاملات الإرتباط بين متغيرات الدراسة تم استعمال الحاسوب الآلي  
لإنقاصاد الوقت و الجهد معا.

**الفصل الخامس**

**عرض ومناقشة النتائج**

- 1 - عرض النتائج الخاصة بمقاييس الإكتئاب، باستبيان ادراك الضغط و مقاييس المقاومة
- 2 - تحليل ومناقشة النتائج المتعلقة بوسائل القياس
- 3 - الخاتمة
- 4 - توصيات و اقتراحات

## ١ - عرض النتائج :

### ١ - ١ - إدراك الضغط :

بعد تطبيق مقياس إدراك الضغط لـ " ليفنستين " Levenstein على عينتي البحث (المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض " العينة ١ " والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض " العينة ٢ " ) فمنا بتفریغ الدرجات المحصل عليها في الجدول رقم (10) (أنظر الملحق رقم ٥٥) .

يتضح من الجدول رقم (10) أن درجات أفراد العينة (١) على المقياس تتراوح بين ٠,١٤ و ٠,٧٣ ، في حين أن درجات أفراد العينة (٢) على المقياس تتراوح بين ٠,١٩ و ٠,٧١ . و لاختبار الفرضية الأولى للبحث التي مفادها توجد فروق ذات دلالة احصائية في شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض استعملت الباحثة اختبار t لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق بين أفراد العينتين من حيث شدة الضغط فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (11) .

الجدول رقم (11) : نتائج اختبار t للفروق في متوسط إدراك الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.

مستوى الدلالة $\alpha$	قيمة (t)	المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض		المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض		المجموعة
		الإنحراف المعياري $S$	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	الإنحراف المعياري $S$	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	
0,05	-1,662	0,1360	0,4761	0,1274	0,4327	إدراك الضغط

يوضح الجدول رقم (11) المتوسطات الحسابية والإنحرافات المعيارية والدرجة الثانية للفروق بين متوسطي درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودرجات دون سوابق عائلية للمرض على مقياس الضغط .

حيث بلغت قيمة  $t_c$  المحسوبة  $-1,66$  ، في حين بلغت قيمة  $t_c$  المجدولة  $1,98$  عند درجة الحرية  $Df = 104$  ، و مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$ .

بالمقارنة بين قيمة  $t_c$  المحسوبة وقيمة  $t_c$  المجدولة يتضح أن قيمة  $t_c$  المحسوبة أقل من قيمة  $t_c$  المجدولة هذا يدل على غياب فروق ذات دلالة احصائية بين متواسطي عينتي البحث من حيث شدة الضغط .

تنافي هذه النتيجة مع الفرضية الأولى للبحث بمعنى لا توجد فروق في شدة الضغط بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

## ١ - ٢ - الإكتتاب :

تتصدّر الفرضية الثانية المتعلقة بالإكتتاب على ما يلي :

توجد فروق ذات دلالة احصائية في شدة الإكتتاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

فبعد تطبيق مقياس الإكتتاب ل باك BECK على عينتي البحث تراوحت درجات أفراد العينة(1) على المقياس بين 0 و 34 ، في حين تراوحت درجات أفراد العينة (2) على نفس المقياس بين 03 و 37 و يظهر ذلك من خلال الجدول رقم (12) (انظر الملحق رقم 05).

ولاختبار الفرضية الثانية للبحث تم استعمال اختبار لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق بين أفراد العينتين من حيث شدة الإكتتاب فكانت النتائج كما يوضحها الجدول رقم (13).

الجدول رقم (13) : نتائج اختبار للفروق في متواسط الإكتتاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض.

مستوى الدلالة $\alpha$	قيمة (t)	المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض		المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض		المجموعة الإكتتاب
		المتوسط الإتحراف $S$	الإتحراف المعياري $\bar{X}$	المتوسط الإتحراف المعياري $S$	المتوسط الإتحراف المعياري $\bar{X}$	
0,05	-1,093	9,0747	17,2419	8,7225	15,3182	

يوضح الجدول رقم (13) المتosteats الحسابية والإنحرافات المعيارية و الدرجة الثانية للفرق بين متوسطي درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض على مقاييس الإكتتاب.

اذ بلغت قيمة  $t_c$  المحسوبة 1,09 - في حين بلغت قيمة  $t$  المجدولة 1,98 عند درجة الحرية  $Df = 104$  و مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$

بالمقارنة بين قيمة  $t_c$  المحسوبة و قيمة  $t$  المجدولة يظهر أن قيمة  $t_c$  المحسوبة أقل من قيمة  $t$  المجدولة و عليه نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين متوسطي عينتي البحث من حيث شدة الإكتتاب .

تنافي هذه النتيجة مع الفرضية الثانية للبحث بمعنى لا توجد فروق في شدة الإكتتاب بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

### 1 - 3 - استراتيحيات المقاومة اوامة :

يتضمن مقاييس المقاومة ل بولهان Paulhan وآخرون خمسة (5) مقاييس جزئية يقيس كل منها طرقة من طرق المقاومة.

تنص الفرضية الثالثة للبحث و المتعلقة باستعمال استراتيحيات المقاومة على ما يلي:  
توجد فروق ذات دلالة احصائية في استراتيحيات المقاومة المستخدمة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و تلك المستخدمة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.  
فبعد تطبيق مقاييس المقاومة على عينتي البحث قمنا بتفریغ النتائج المحصل عليها في الجدولين رقم (14) ورقم (15) على التوالي :

الجدول رقم (14) : درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض على مقاييس المقاومة

القيمة القصوى	القيمة الدنيا	حجم العينة	الاستراتيحيات
32.00	10.00	44	حل المشكل
28.00	10.00	44	التجنب
20.00	5.00	44	البحث عن مساندة اجتماعية
20.00	9.00	44	اعادة التقييم الإيجابي
16.00	4.00	44	التأثير الذاتي

يوضح الجدول رقم (14) درجات المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض على مقاييس المقاومة الذي يعكس استراتيجيات المقاومة التي يستعملونها و المتمثلة في استراتيجيات حل المشكل، التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، اعادة التقييم الإيجابي والتأنيب الذاتي على التوالي.

**الجدول رقم (15) : درجات المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض على مقاييس المقاومة**

الإستراتيجيات	الحجم العينة	القيمة الدنيا	القيمة القصوى
حل المشكل	62	11.00	32.00
التجنب	62	11.00	28.00
البحث عن مساندة اجتماعية	62	7.00	20.00
اعادة التقييم الإيجابي	62	8.00	25.00
التأنيب الذاتي	62	4.00	16.00

يوضح الجدول رقم (15) درجات المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض على مقاييس المقاومة الذي يعكس استراتيجيات المقاومة التي يوضفونها والتي تتجسد في استراتيجيات حل المشكل، التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، اعادة التقييم الإيجابي، والتأنيب الذاتي على التوالي. و لاختبار الفرضية الثالثة للبحث استعملت الباحثة اختباراً لعينتين مستقلتين لقياس دلالة الفروق بين أفراد العينتين من حيث استعمال استراتيجيات المقاومة. فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول رقم (16).

الجدول رقم (16) : نتائج اختبار  $t$  للفروق في متوسط استراتي吉ات المقاومة المستعملة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض

قيمة (t)	مستوى الدلاة $\alpha$	المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض		المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض		الاستراتيجيات
		الانحراف المعياري $S$	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	الانحراف المعياري $S$	المتوسط الحسابي $\bar{X}$	
0,031	0,05	5,2623	23,6935	5,9037	23,7273	حل المشكل
-1,942	0,05	4,4258	23,0484	4,9244	21,2727	التجنب
1,95	0,05	3,7263	14,0161	3,7631	15,4545	البحث عن مساندة اجتماعية
-0,404	0,05	3,3763	16,5484	2,8577	16,2955	اعادة التقييم الإيجابي
-1,300	0,05	3,3034	11,1935	3,7700	10,2955	التأثير الذاتي

يوضح الجدول رقم (16) المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والدرجة الثانية للفرق بين مجموعتي البحث في استعمال مختلف استراتيجيات المقاومة.

### 1 - 3 - 1 - استراتيجية حل المشكل :

بعد تطبيق اختبار  $t$  للفروق بين متوسطي عينتي البحث فيما يتعلق باستعمال استراتيجية حل المشكل بلغت قيمة  $t_c$  المحسوبة 0,031 ، أما قيمة  $t$  المجدولة من أجل درجة حرية  $Df = 104$  ومستوى دلالة  $\alpha = 0,05$  فبلغت 1,98 ( انظر الجدول رقم 16 ).

بالمقارنة بين قيمة  $t_c$  المحسوبة وقيمة  $t$  المجدولة يظهر أن قيمة  $t_c$  المحسوبة أقل من قيمة  $t$  المجدولة، وعليه نستنتج أنه لا توجد فروق دالة احصائيا بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للربو و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمال استراتيجية حل المشكل.

### ٣ - ٢ - التجنب :

من خلال نتائج تطبيق اختبار  $t$  للفرق بين متوسطي عينتي البحث حول استعمال استراتيجية التجنب الموضحة في الجدول رقم (16) أعلاه يظهر أن القيمة التئية المحسوبة  $t_c$  بلغت ١,٩٤ - في حين أن القيمة التئية المجدولة  $t$  من أجل درجة الحرية  $Df = 104$  ومستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  فبلغت ١,٩٨.

بالمقارنة بين قيمة  $t_c$  المحسوبة وقيمة  $t$  المجدولة يظهر أن قيمة  $t_c$  المحسوبة أقل من قيمة  $t$  المجدولة مما يدل على عدم وجود فروق دالة احصائية بين المصابين بالربو نوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمال استراتيجية التجنب.

### ٣ - ٣ - البحث عن مساندة اجتماعية :

أسفرت نتائج تطبيق اختبار  $t$  للفرق الموضحة في الجدول رقم (16) حول استعمال استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية عن قيمة تئية محسوبة  $t_c$  مقدارها ١,٩٥ و قيمة تئية مجدولة  $t$  مقدارها ١,٩٨ عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  و درجة الحرية  $Df = 104$ .

بالمقارنة بين قيمة  $t_c$  المحسوبة وقيمة  $t$  المجدولة يتضح أن قيمة  $t_c$  المحسوبة أقل من قيمة  $t$  المجدولة وهذا ان دل على شيء فانما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المصابين بالربو نوي سوابق عائلية للمرض والمصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض في استخدام استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

### ٣ - ٤ - اعدة التقييم الايجابي :

تبين نتائج اختبار  $t$  الموضحة في الجدول رقم (16) عدم وجود فروق جوهريّة بين المصابين بالربو نوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجية اعدة التقييم الايجابي . نستدل على ذلك بقيمة  $t$  المحسوبة التي قدرت ب ٠,٠٤ - وهي أقل من قيمة  $t$  المجدولة التي قدرت ب ١,٩٨ وهذا عند درجة الحرية  $Df = 104$  ومستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  .

نستنتج أنه لا وجود لفروق ذات دلالة احصائية بين مجموعتي البحث في استخدام هذه الاستراتيجية .

### ١ - ٣ - ٥ - التأثير الذاتي :

بيت نتائج اختبار  $t$  المدونة في الجدول رقم (16) عدم وجود فروق جوهرية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجية التأثير الذاتي اذ بلغت قيمة  $t_c$  المحسوبة  $-1,30$  و بلغت قيمة  $t$  المجدولة  $1,98$  وهذا عند درجة الحرية  $Df = 104$  و مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$ .

نستنتج أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في استعمال استراتيجية التأثير الذاتي.

نستخلص مما نقدم أن الفرضية الخاصة باستعمال استراتيجيات المقاومة و التي تنص على وجود اختلاف جوهري بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجيات المقاومة لم تتحقق. اذ أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة احصائية بين المجموعتين في استعمال استراتيجيات حل المشكل، التجنّب، البحث عن مساندة اجتماعية، إعادة التقييم الإيجابي و التأثير الذاتي على التوالي.

### ١ - ٤ - علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو

#### ذوي سوابق عائلية للمرض:

تنص الفرضية الرابعة للبحث على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين شدة الضغط النفسي و طبيعة إستراتيجيات المقاومة المستعملة عند الصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض. و من أجل إختبار هذه الفرضية استعمل معامل ارتباط " Pearson " البسيط ( r ) لتحديد العلاقة بين الضغط و كل طريقة من طرق المقاومة على حدٍ. فكانت النتائج كما هي مدونة في الجدول التالي:

الجدول رقم (17) : معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الارتباطية بين الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض

التأثير الذاتي	اعادة التقييم الإيجابي	البحث عن مساندة اجتماعية	التجنب	حل المشكل		الاستراتيجيات
-0,054	**0,456	**0,410	**0,395	1,000		حل المشكل
**0,499	**0,459	-0,076	1,000	**0,395		التجنب
**-0,393	0,165	1,000	-0,076	**0,410		البحث عن مساندة اجتماعية
0,180	1,000	0,165	**0,459	**0,456		اعادة التقييم الإيجابي
1,000	0,180	**-0,393	**0,499	-0,054		التأثير الذاتي
**0,417	-0,242	-0,233	0,245	-0,113		الضغط

\* العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$

\*\* العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.01$

#### ١ - ٤ - ١ - العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية حل المشكل :

بينت نتائج تطبيق معامل ارتباط "بيرسن" وجود علاقة ارتباطية سالبة بين شدة الضغط و استراتيجية حل المشكل، وهي علاقة ليست لها دلالة إحصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط التي بلغت  $r = -0,11$  كما هو موضح في الجدول رقم (17).

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال استراتيجية حل المشكل عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

#### ١ - ٤ - ٢ - العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية التجنب :

بينت نتائج تطبيق معامل ارتباط "بيرسن"  $r$  وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الضغط و استراتيجية التجنب، وهي علاقة ليست لها دلالة إحصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط المدونة في الجدول رقم (17) والتي بلغت  $r = 0,24$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال استراتيجية التجنب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

#### ٤ - ٣ - العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية :

أوضحت نتائج تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r = 0,23$  وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية، وهي علاقة ليست لها دلالة إحصائية تستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط المدونة في الجدول رقم (17) والتي بلغت  $r = 0,23$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

#### ٤ - ٤ - العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي :

أسفرت نتائج تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r = 0,24$  عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، وهي علاقة ليست لها دلالة إحصائية تستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي يوضحها الجدول رقم (17) والتي بلغت  $r = 0,24$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

#### ٤ - ٥ - العلاقة بين الضغط النفسي و استراتيجية التأنيب الذاتي :

من خلال تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r = 0,417$  تبين أنه توجد علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط وإستراتيجية التأنيب الذاتي، وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  تستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي يوضحها الجدول رقم (17) والتي بلغت  $r = 0,417$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال استراتيجية التأنيب الذاتي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

مما سبق يتضح أن الفرضية الرابعة للبحث تحققت جزئياً بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  بين الضغط النفسي و استراتيجية التأنيب الذاتي، في حين لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي و إستراتيجيات حل المشكل،

التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية و إعادة التقييم الإيجابي على التوالي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٥ - علاقة الضغط النفسي ب استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو

#### دون سوابق عائلية للمرض:

تتصن الفرضية الخامسة للبحث على وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي و إستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.  
و من أجل اختبار هذه الفرضية يستخدم معامل ارتباط "بيرسن"  $r^2$  لتحديد العلاقة بين الضغط و كل طريقة من طرق المقاومة على حدى عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض فتحصلنا على النتائج المدونة في الجدول رقم (18).

الجدول رقم (18) : معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الارتباطية بين الضغط النفسي واستراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض

التأثير الذاتي	اعادة التقييم الإيجابي	البحث عن مساندة اجتماعية	التجنب	حل المشكل	الاستراتيجيات
0,053	**0,407	-0,09	0,235	1,000	حل المشكل
*0,252	0,148	0,084	1,000	0,235	التجنب
-0,085	-0,054	1,000	0,084	-0,09	البحث عن مساندة اجتماعية
-0,098	1,000	-0,054	0,148	**0,407	اعادة التقييم الإيجابي
0,252	-0,098	-0,085	*0,252	0,053	التأثير الذاتي
*0,282	**-0,376	-0,043	*0,300	*-0,323	الضغط

\* العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.05$

\*\* العلاقة الارتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0.01$

### ١ - ٥ - ١ - العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية حل المشكل :

أسفرت نتائج تطبيق معامل ارتباط "بيرسن"  $r$  عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية حل المشكل وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$ .  
 تستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط المدونة في الجدول رقم (18) والتي بلغت  $r = -0,32$ .  
 نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل إستعمال إستراتيجية حل المشكل عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٥ - ٢ - العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية التجنب :

تبين من خلال تطبيق معامل ارتباط "بيرسن"  $r$  وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و إستراتيجية التجنب وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$ .  
 تستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط المدونة في الجدول رقم (18) والتي بلغت  $r = 0,30$ .  
 نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال إستراتيجية التجنب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٥ - ٣ - العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية :

أوضحت نتائج تطبيق معامل ارتباط "بيرسن"  $r$  وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية وهي علاقة ليست لها دلالة إحصائية .  
 تستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط المدونة في الجدول رقم (18) والتي بلغت  $r = -0,04$ .  
 نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل استعمال إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض .

### ١ - ٥ - ٤ - العلاقة بين الضغط النفسي و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي :

أسفرت نتائج تطبيق معامل ارتباط "بيرسن"  $r$  عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الضغط و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$ .  
 تستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط التي يوضحها الجدول رقم (18) والتي بلغت  $r = 0,376$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل استعمال إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

### ٥ - ٥ - العلاقة بين شدة الضغط النفسي و إستراتيجية التأنيب الذاتي :

بينت نتائج تطبيق معامل ارتباط "بيرسن"  $r$  وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و إستراتيجية التأنيب الذاتي وهي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$ . نستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط التي يوضحها الجدول رقم (18) والتي بلغت  $r = 0,28$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال إستراتيجية التأنيب الذاتي من طرف المصابين بالربو عديمى سوابق عائلية للمرض .

ما سبق يتضح أن الفرضية الخامسة للبحث تحققت جزئياً بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الضغط النفسي و إستراتيجيات حل المشكل ، التجنب ، إعادة التقييم الإيجابي والتأنيب الذاتي على التوالي، في حين لا توجد علاقة إرتباطية بين الضغط النفسي و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

### ٦ - ٦ - علاقة الضغط النفسي بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض:

كشف معامل ارتباط "بيرسن"  $r$  الذي بلغت قيمته  $r = 0,617$  عن وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب و هي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$ .  
نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زادت شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و بالتالي تتحقق الفرضية السادسة للبحث التي مفادها توجد علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط النفسي و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

## ١ - ٧ - علاقة الضغط النفسي بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون

### سوابق عائلية للمرض:

تبين من خلال حساب معامل ارتباط "بيرسن"  $r = 0,642$  وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب و هي ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زادت شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض و وبالتالي تتحقق الفرضية السابعة للبحث التي مفادها توجد علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الضغط و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

## ١ - ٨ - علاقة استراتيجيات المقاومة بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو

### ذوي سوابق عائلية للمرض :

تنص الفرضية الثامنة للبحث على وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض، و من أجل اختبار هذه الفرضية تم حساب معامل ارتباط "بيرسن" لتحديد العلاقة بين شدة الإكتئاب و كل استراتيجية من استراتيجيات المقاومة على حد كذا هو مدون في الجدول رقم (19).

الجدول رقم (19) : معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة والإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض

الإكتئاب	الإستراتيجيات
*-0,341	حل المشكل
0,217	التجنب
-0,277	البحث عن مساعدة اجتماعية
-0,176	اعادة التقييم الإيجابي
*0,341	التأثير الذاتي

\* العلاقة الإرتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$

### ١ - ٨ - ١ - العلاقة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية حل المشكل :

بيت نتائج تطبيق معلم ارتباط "بيرسن"  $r = 0,2$  وجود علاقة ارتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية حل المشكل و هي علاقة لها دلالة احصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  وقد بلغت قيمة معامل الارتباط  $r = -0,34$  كما يوضحها الجدول رقم (19) نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل استعمال استراتيجية حل المشكل عن المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٨ - ٢ - العلاقة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية التجنب :

كشفت نتائج تطبيق معلم ارتباط "بيرسن"  $r = 0,2$  عن وجود علاقة ارتباطية موجبة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية التجنب وهي علاقة ليست لها دلالة احصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط التي بلغت  $r = 0,22$  كما يوضحه الجدول رقم (19). نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد استعمال استراتيجية التجنب من طرف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٨ - ٣ - العلاقة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية :

أسفرت نتائج تطبيق معلم ارتباط "بيرسن"  $r = 0,2$  عن وجود علاقة ارتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية، وهي علاقة ليست لها دلالة احصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط التي بلغت  $r = -0,28$  كما هو موضح في الجدول رقم (19). نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل اعتماد المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض على استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

### ١ - ٨ - ٤ - العلاقة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية اعادة التقييم الاجهلي :

بيت نتائج تطبيق معلم ارتباط "بيرسن"  $r = 0,2$  وجود علاقة ارتباطية سالبة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية اعادة التقييم الاجهلي وهي علاقة ليست لها دلالة احصائية نستدل على ذلك بقيمة معامل الارتباط الموضحة في الجدول رقم (19) والتي بلغت  $r = -0,176$ . نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل استخدام استراتيجية اعادة التقييم الاجهلي من طرف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٨ - ٥ - العلاقة بين شدة الإكتئاب و استراتيجية التأييب الذاتي :

أسفرت نتائج تطبيق معامل الإرتباط "بيرسن"  $r^2$  عن وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الإكتئاب واستراتيجية التأييب الذاتي. نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط  $r = 0,34$  المدونة في الجدول رقم (19) وهي علاقة ذات دلالة احصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$ .

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد استعمال استراتيجية التأييب الذاتي من طرف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

ما سبق يتضح أن الفرضية الثامنة للبحث تحققت جزئياً بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة احصائية بين شدة الإكتئاب و استراتيجية حل المشكل و التأييب الذاتي على التوالي، في حين لا توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة احصائية بين شدة الإكتئاب وإستراتيجيات : التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية و إعادة التقييم الإيجابي على التوالي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٩ - علاقة استراتيجيات المقاومة بشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو

#### دون سوابق عائلية للمرض:

تنص الفرضية التاسعة للبحث عن وجود علاقة إرتباطية ذات دلالة احصائية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض. و من أجل اختبار هذه الفرضية استعمل معامل إرتباط "بيرسن" لتحديد العلاقة الإرتباطية بين شدة الإكتئاب و كل استراتيجية من استراتيجيات المقاومة على حدى فكانت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (20).

الجدول رقم (20) : معامل ارتباط "بيرسن" لقياس العلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة وشدة الإكتتاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض

الإكتتاب	الإستراتيجيات
**-0,337	حل المشكل
*0,308	التجنب
-0,216	البحث عن مساندة اجتماعية
**-0,378	اعادة التقييم الإيجابي
**0,391	التأثير الذاتي

\* العلاقة الإرتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$

\*\* العلاقة الإرتباطية لها دلالة عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$

#### ١ - ٩ - ١ - العلاقة بين شدة الإكتتاب و استراتيجية حل المشكل :

بعد تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r$  " تبين أن هناك علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الإكتتاب و استراتيجية حل المشكل و هي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط  $r = -0,337$  الموضحة في الجدول رقم .(20)

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتتاب كلما قل إستعمال استراتيجية حل المشكل من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

#### ١ - ٩ - ٢ - العلاقة بين شدة الإكتتاب و استراتيجية التجنب :

بعد تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r$  " تبين أن هناك علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الإكتتاب و استراتيجية التجنب و هي علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط  $r = 0,308$  الموضحة في الجدول رقم (20).

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتتاب كلما زاد إستعمال استراتيجية التجنب من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٩ - ٣ - العلاقة بين شدة الإكتتاب و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية :

أسفرت نتائج تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r$  عن وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الإكتتاب و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية، و هي علاقة ليست دلالة إحصائية حسب ما توضحه قيمة معامل الإرتباط  $r = -0,216$  المدونة في الجدول رقم (20).

نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتتاب كلما قل إستعمال إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

### ١ - ٩ - ٤ - العلاقة بين شدة الإكتتاب و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي :

يتضح من خلال تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r$  وجود علاقة إرتباطية سالبة بين شدة الإكتتاب و إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي، و هي علاقة لها دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  حسب ما توضحه قيمة معامل الإرتباط  $r = -0,378$  المدونة في الجدول رقم (20).  
نستنتج أنه كلما زادت شدة الإكتتاب كلما قل إستعمال إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض .

### ١ - ٩ - ٥ - العلاقة بين شدة الإكتتاب و إستراتيجية التأنيب الذاتي :

تبين من خلال تطبيق معامل إرتباط "بيرسن"  $r$  وجود علاقة إرتباطية موجبة بين شدة الإكتتاب و إستراتيجية التأنيب الذاتي و هي علاقة لها دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  نستدل على ذلك بقيمة معامل الإرتباط  $r = 0,39$  المدونة في الجدول رقم (20).  
نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد إستعمال إستراتيجية التأنيب الذاتي عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

مما سبق يتضح أن الفرضية التاسعة للبحث تحققت تقريباً كلياً بحيث توجد علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتتاب و إستراتيجيات : حل المشكل، التجنب، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي على التوالي، في حين لا توجد علاقة بين شدة الإكتتاب و إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

## 2 - تحليل و مناقشة النتائج :

بيّنت نتائج البحث عدم وجود فروق بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية للمرض في إدراك الضغط ربما يرجع ذلك إلى اشتراك أفراد عينة البحث في عناصر عديدة كالسن (يتراوح بين 18 و 40 سنة) الجنس، المستوى الاقتصادي و التعليمي، الحالة المدنية و المنطقة الجغرافية إذ أغلبهم يقطنون في الجزائر العاصمة أو ضواحيها. ضف إلى ذلك تماثل كبير في الوضعيّات الضاغطة التي تعرض لها أفراد مجتمع البحث، إذ تلخصت مجمل الظروف التي شكلت مصدر ضغط بالنسبة لهم و التي وردت في إجاباتهم على مقياس " بولهان " Paulhan " وأخرون في ما يلي :

- مشاكل مادية إذ أغلبهم ذوي دخل متوسط لا يكفي لسد متطلبات العيش من جهة ولسد تكاليف المتابعة الطبية و الأدوية التي يعتبرها جل المرضى باهضة الثمن من جهة أخرى.

- مشاكل نفسية جلها مرتبطة بنوبات الربو التي تشكّل مصدر خوف و رعب بالنسبة للمرضى.

- مشاكل عائلية.

- مشكلة السكن.

- فشل العلاقات العاطفية التي يشكل المرض مصدراً لها في أغلب الأحيان خاصة بالنسبة للإناث.

في هذا السياق توصلت بحوث كل من " بويس " Boyce " و آخرون (1977)، " ليفتان " Levitan " (1985) و " تيرما " Teirmaa (1986) إلى وجود علاقة بين الأحداث الحياتية الضاغطة و ظهور الربو، و أنه كلما زادت الضغوطات كلما كان احتمال الإصابة أكبر عند الأفراد الذين لديهم قابلية وراثية لتطوير المرض. (كلينرت klinnert و آخرون، 1994) كما توصلت دراسة "بنسبات" Bensabat " و آخرون (1980) إلى أن الإنشغالات المادية و المهنية، الإحباطات المتتالية، الفشل و المشاكل العائلية و العاطفية من بين العوامل النفسية والإفعالية المولدة للضغط كونها تتطلب من الفرد زيادة في التكيف الجسدي، النفسي و البيولوجي، و هي بذلك مسؤولة عن إستجابات الفرد غير التكيفية. (بنسبات Bensabat، 1980)

وقد بين "كوهان" Kohen و "هربرت" Herbert (1994) بأن الضغط يمكن أن يؤثر على الصحة إذا لم يلتزم الفرد بالنصائح الطبية، و أكثر من اللجوء إلى بعض السلوكيات اللاصحية كالتدخين مثلاً. (هربرت Herbert، 1994)

أما "لازاروس" LAZARUS (1988) فيرى أن ما يؤثر على الصحة النفسية والجسدية ليس الضغط في حد ذاته وإنما الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط (شويترز Herbert و دانترز Dantzer ، Schweitzer 1994). وفي نفس الصدد يرى "هربرت" Herbert و "كوهان" Cohen (1994) أن الضغط لا يعرف من خلال الحدث البيئي ولا من خلال الإستجابة الفيزيولوجية للفرد اتجاه الحدث، بل يعرف الضغط من خلال إدراك الفرد للحدث البيئي. فالضغط في نظر "هربرت" ينشأ عندما يقيم الفرد الموقف بأنه مهدد وأنه من المهم الإستجابة له ولكن لا يملك استجابة مقاومة ملائمة. (هربرت Herbert ، 1994)

إذن يتفق الباحثون بأن هناك متغيرات وسيطة بين أثر الضغوطات و النتيجة التكيفية للفرد و صحته النفسية و الجسدية و تتجسد في التقدير المعرفي الذي يعطي للحدث معنى مهدد و ضاغط، و المقاومة التي تمثل الإستراتيجية المستعملة كاستجابة للضغط المدرك معرفياً من طرف الفرد.

إن عدم وجود اختلاف بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في إدراك الضغط يمكن أن يفسر بعدم وجود فروق في التقدير المعرفي المعطى للمرض. وقد تبين من خلال إجراعنا لهذه الدراسة عدم وجود فروق بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الإكتئاب ربما يرجع ذلك إلى عدم القدرة على التحكم في تطورات المرض كحدث ضاغط.

في هذا الصدد يشير "سلجمان" Seligman (1975) إلى أن السبب الرئيسي في ظهور مشاعر العجز و اليأس يرجع إلى غياب القدرة على التحكم في الحوادث و ليست حوادث ذاتها المسئولة عن ذلك (كوترو Cottraux، 1990). هذا ما ذهبت إليه دراسة "Liborstyet Call" (1973) في البحث عن السوابق المرضية لبعض الأمراض العضوية التي كشفت عن وجود 13% من حالات اكتئابية كسوابق مرضية . (كوترو Cottraux، 1990)

ضف إلى ذلك فإن "باك" Beck (1979) يرى أن الإكتئاب اضطراب في التفكير ويعتبر أعراضه كنتائج لتنشيط أنماط معرفية سلبية في وضعيات توتر أو حزن .

و يتضمن المخطط الإكتابي حسب "باك" "Beck" ثلاثة معرفية تعتبر النواة الأساسية للإكتاب و هي تشمل : النظرة السلبية للذات، النظرة السلبية للعالم الخارجي و النظرة السلبية للمستقبل.

اتضح من خلال نتائج الدراسة على مقاييس باك للإكتاب توفر هذه الثلاثية المعرفية التي تمثل النواة الأساسية للإكتاب، إذ أن نسبة كبيرة من المصابين بالربو ينظرون إلى أنفسهم على أنهم لا يتمتعون بقدرات وإمكانيات تسمح لهم بتأكيد ذواتهم، و يرون في العالم الخارجي مصدرًا للخطر كونه مليئا بالصعوبات والحواجز التي تحول دون بلوغهم لأمنياتهم و أهدافهم المسطرة، كما تغلب على المصابين بالربو سواءً ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض نظرة شاؤمية فيما يتعلق بما يخبوه المستقبل من مفاجئات، و يبلغ بهم الأمر في الكثير من الأحيان درجة فقدان الأمل في ايجاد حلول للمواقف الصعبة التي تعترضهم.

و قد بين كل من "كابتين" "Kaptein" (1982) و "فريدمان" "Friedman" و آخرون (1987) بأن بعض مرضى الربو يظهرون مستويات عالية من الإكتاب النفسي، ضف إلى ذلك تكرار تصريحات باليس فيما يتعلق بمرضهم و كذا المستقبل. (نقلًا عن أيت خالد، 1999، ص 239) و لاحظ "يلوليس" "Yellowlees" و آخرون (1987) تكرار كبير لإضطرابات القلق بنسبة 22% أما نسبة انتشار الإكتاب فقدر بـ 52%.

أما دراسة "بيتنجال" "Pettingale" و آخرون (1988) حول الإكتاب عند المصابين بأمراض مزمنة فتوصلت إلى أن حضور الإكتاب أمام عدة أمراض مزمنة يعود إلى الصراعات الداخلية التي يعاينها المريض و هي تعتبر بمثابة مؤشر هام لوجود اضطراب داخلي. (كوترو 1990، Cottraux

ما سبق نستنتج أن هناك تماثل بين نتيجة البحث الحالي و ما توصلت إليه الدراسات السابقة من حيث تكرار عنصر الإكتاب عند المصابين بالربو.

أما فيما يخص استعمال استراتيجيات المقاومة للتعامل مع الوضعيات الضاغطة فقد بينت نتائج الدراسة الحالية عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجيات حل المشكل و الإستراتيجيات المركزية حول الإنفعال بما في ذلك استراتيجية التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي.

يمكن أن نفترض عدم وجود فروق بين مجموعة الدراسة في المقاومة التي تركز على المشكل باشتراك المصابين بالربو من المجموعتين في طبيعة المواقف الضاغطة التي تحول دون

استقرارهم و توازنهم النفسي الاجتماعي. إذ يتعلّق الأمر في أغلب الحالات بمشاكل مادية، بحيث 86,79 % من أفراد مجموعتي الدراسة يتراوح دخلهم بين الضعيف و المتوسط، 18,87 % منهم متدرسين و 31,13 % منهم بدون عمل.

كما يشتر� المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في طبيعة المشاكل النفسية المرتبطة بالمرض بما في ذلك القلق و الخوف من النوبات أو تأزم الحالة المرضية في حالة عدم توفر الدواء في السوق أو عدم تمكن المريض من اقتائه لعدم توفر الإمكانيات المادية.

كما يعاني المصابين بالربو من المجموعتين من نفس المشاكل العائلية تقريباً، و كذا من مشكلة عدم الاستقرار العاطفي ومشكلة السكن و البطالة التي تعيقهم - المصابين بالربو- في الإعتماد على أنفسهم بحيث 90,56 % من أفراد مجموعتي الدراسة يتراوح مستواهم الدراسي بين الإبتدائي، المتوسط و الثانوي و 09,43 % فقط منهم ذوي شهادات جامعية تؤهّلهم للحصول على عمل أكثر استقراراً و ملائمة، في حين تصعب مهمة الفتاة الأولى في إيجاد عمل وان تم الحصول عليه يبقى غير مستقر.

كما تعيق مشكلة البطالة عدد كبير من المصابين بالربو عن الاستقرار النفسي الاجتماعي بينما أسرة إذ 70,75 % منهم غير متزوجين.

و يرتبط عدم اختلاف المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال المقاومة التي ترتكز على المشكل بمدى قدرتهم على التحكم في الحوادث الضاغطة. إذ وضح " ميكولنسر " " Mikulincer " و " سولومون " Solomon (1989)، " لازاروس " Lazarus و " فولكمان " Folkman (1980)، " كارفر " Karver و آخرون (1989) " الدوين " Aldwin (1991) أن فعالية استراتيجيات المقاومة على الصحة الجسدية للفرد تترتّب بخصائص المواقف الضاغطة، كالمرة التي يستغرقها الحدث الضاغط و مدى قدرة الفرد على ضبطه و التحكم فيه. حيث تكون استراتيجية حل المشكل أكثر فعالية عند ما تكون هناك إمكانية لضبط الحدث. ( Terry ، 1994 )

إذن فالمشكلات التي يعاني منها المصابين بالربو من مجموعتي الدراسة من الصعب إيجاد حلول مناسبة بسهولة في وسط جغرافي مليء بالعرافيل . و بالتالي فإن التخطيط لحل المشكل في هذه الحالة يبقى عديم الفعالية لأن استعماله يقتضي قابلية ضبط الحدث الضاغط.

أما ما يفسر أكثر عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمالهم لإستراتيجيات المقاومة المركزية

على الإنفعال بما في ذلك التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي فهو غياب قابلية لضبط الأحداث الضاغطة المشتركة التي تعترضهم و من ثم تكون هذه الإستراتيجيات أكثر تكيفاً لمواجهتها .

وقد أظهر "ستيبتوبي" Steptoe " و "أبلس" Appels " (1989) أن مجرد نفقة الفرد بامتلاكه لاستجابات نوعية لمواجهة المواقف الضاغطة بالرغم من عدم توظيفها بشكل فعال يساهم في تخفيف أثر الضغط عليه. ( ستيبتوبي Steptoe ، 1989 )

و توصل "لازاروس" Lazarus " و "فولكمان" FOLKMAN " إلى أن الإستراتيجيات النشيطة تبدو فعالة في حالة ما إذا كان الحدث الضاغط تحت رقابة الفرد. أما في حالة غياب تلك الرقابة تصبح الإستراتيجيات غير النشيطة كإستراتيجية التجنب أكثر تكيفاً.

( لازاروس Lazarus و فولكمان Folkman ، 1984 ) . و يكون التجنب فعالاً حسب "جرير" Greer " و "موريس" Moris " (1979) عندما يظهر في شكل سلوكيات بديلة ونشاطات تعويضية (Activités de substitution) كالنشاطات الرياضية، الألعاب، الإسترخاء و المطالعة مما يسمح بتصريف الضغط الإنفعالي و وبالتالي مساعدة الفرد على الشعور بتحسين نوع من المواجهة ضد المشكل. ( دانتزير Dantzer و شويتزر Schweitzer ، 1994 )

و حسب "شولس" Suls " و "فليتشر" Fletcher " (1985) لا يوفر الهروب الذي يمثل شكلاً من أشكال التجنب الا هدوءاً انفعالياً مؤقتاً و يبدو ضعيف الفاعالية أمام استمرار الوضعيات المهددة ( شولس Suls ، فليتشر Fletcher ، 1985 ) كما هو الشأن بالنسبة للمصاب بالربو الذي تستمر عنده الإصابة كوضعية مهددة مما يجعل من عملية التكيف معها عملية صعبة .

أما فيما يخص استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية فإن عدم وجود فروق بين مجموعتي الدراسة في استعمالها يرجع حسب ما توصلت إليه دراسة " ماريون ميرال دو " Marion Merell Dow " (1993) إلى كون مرضى الربو بحاجة إلى الحماية

والمساعدة. ( نقلًا عن آيت خالد، 1999 )

و في هذا الصدد أشار " دانتزير " Dantzer " (1994) إلى حاجة المصاب بالربو إلى الشعور بالإطمئنان والإحساس بقدراته و قيمته و وبالتالي فإن تشجيعه و مساعدته على ذلك تهدف إلى استرجاع ثقته بنفسه أمام المواقف الضاغطة التي تتضمن متطلبات تفوق قدراته و إمكانياته.

( دانتزير Dantzer ، 1994 )

و قد بينت دراسة كل من "سيمي" Syme و "بير كمان" Berkman (1979) و دراسة "ملتزنر" Metzner ، "روبينس" Robbins و "هوس" House (1982) أن بعض العلاقات الاجتماعية تلعب دوراً مهماً في حماية الأفراد من الأمراض و من تطورها في حالة ظهورها. كما توصلت نفس الدراسات إلى أن المرضى الذين يقيمون علاقات اجتماعية كثيرة يعيشون أكثر من أقرانهم الذين يقيمون علاقات اجتماعية ضئيلة.

و تأخذ المساعدة الاجتماعية في نظر "هوس" House و "كاهن" Kahn (1985) أشكالاً مختلفة حسب ما تفرضه الوضعيات الضاغطة التي تتعرض المريض (مساندة مرتبطة بالتقدير الذاتي، مساندة مادية، مساندة إعلامية ... الخ). و في حالة ضعف المساندة الاجتماعية يزيد شعور المريض بتنفسه من الناحية العضوية فيؤثر ذلك على توازنه النفسي. في حين أشار "هوبفول" Hobfoll (1986) إلى أن عدد العلاقات الاجتماعية ليس مهم بالنسبة للمريض بقدر ما يهمه استفادته من علاقة أو علاقتين منها بشكل أفضل. (شويتزر Schweitzer 1994)

يتضح من النتائج التي خلصت إليها الدراسات السابقة الدور الذي تلعبه المساندة الاجتماعية في وقاية المريض بالربو بصفة خاصة من الآثار السلبية للضغط و دورها في الحفاظ على صحته النفسية مما يفسر عدم وجود فروق بين مجموعة الدراسة من حيث استعمال استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

أما عدم وجود فروق جوهرية بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض في استعمال استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي فيرجع إلى رغبة المرضى في التحلي بالقوة في مواجهة المرض بإعطائه معنى إيجابي و وبالتالي تحويل التهديد إلى تحدي من أجل التكيف مع المرض بشكل أفضل.

و في هذا الصدد توصلت دراسة "جريير" Greer و "موريس" Morris و "بينتجال" Pettingale (1979) و دراسة "دين" Dean و "سورتيس" Surtees (1989) إلى أن استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي تسمح بتكيف أفضل مع ما تفرضه الوضعية الضاغطة في حالة الأمراض المزمنة كالربو إذ عن طريقها يبحث المريض عن شرح مقبول و منطقي للوضعية الضاغطة التي يعيشها. (شويتزر Schweitzer ، دانتزير Dantzer ، 1994)

و أسفرت نتائج دراستنا عن عدم وجود فروق دالة بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث استعمال استراتيجية التأثير الذاتي ربما يرجع ذلك

إلى مستوى فعالية الذات المنخفض لدى مرضى الربو الذين يدركون عجزهم الصحي بمثابة عائق أمام تحقيق أهدافهم مما يولد شعورا بالذنب أو انتقاد الذات رغم عدم مسؤولية المريض في اصابته بهذا المرض.

في هذا الإطار توصل " ليت " Litt (1988) إلى أنه من المحتمل أن يرجع انخفاض مستوى فعالية الذات عند الفرد إلى افتقاره في القدرات الخاصة بالمواجهة فيستعمل بذلك استراتيجيات تؤدي إلى أحداث التوتر الإنفعالي. ( نقلًا عن أيت خالد، 1999 )

في حين توصل " بيترسن " Peterson و سلجمان " Seligman " (1988) إلى أن الأشخاص الذين يستعملون استراتيجية التأنيب الذاتي عادة ما يكونون عرضة للإكتئاب. ( شويتزر 1984، Dantzer, Schweitzer

و أظهر كل من " الدوين " Aldwin ، " روفسون " Revenson (1987) و تيري Terry (1991) بأن هناك ارتباط بين الإستراتيجيات التي تركز على الإنفعال والصحة النفسية السيئة ( تيري Terry ، 1994 ). بمعنى آخر ممكن لهذه الإستراتيجيات أن تعيق الفرد عن إدراك أعراض المرض من جهة و عن اتخاذ السلوك التكيفي السليم من جهة أخرى و وبالتالي القيام باستشارة متأخرة.

أما عن العلاقة الإرتباطية بين الضغط النفسي و كل استراتيجية من استراتيجيات المقاومة على حدى عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض فقد كشفت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  بين الضغط النفسي و استراتيجية التأنيب الذاتي إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط  $r = 0,417$  ، بمعنى أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض لاستراتيجية التأنيب الذاتي. أما باقي الإستراتيجيات و المتمثلة في حل المشكل، التجنب، إعادة التقييم الإيجابي و البحث عن مساندة اجتماعية فلم يسجل أي ارتباط ذو دلالة إحصائية بينها و بين الضغط النفسي عند المصابين بالربو ذوي سوابق عالية للمرض. هذا ما لا يتفق مع الفرضية الرابعة للبحث التي مفادها توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجيات المقاومة المستعملة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

و فيما يخص المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض توصلنا إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  بين الضغط النفسي واستراتيجية حل المشكل إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط  $r = -0,32$  . و وبالتالي يمكن القول أنه كلما زادت شدة

الضغط كلما قل استعمال المصابين بالربو من هذه المجموعة لإستراتيجية حل المشكل، و قد سبق تفسير ذلك ب مدى قدرة الفرد على ضبطحدث الضاغط الذي تعرض له.

كما سجل ارتباط دال عند مستوى الدالة  $\alpha = 0,05$  بين كل من إستراتيجية التجنب والضغط النفسي إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط  $r = 0,30$ . و عليه فكلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال إستراتيجية التجنب من طرف المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض. و سجلت علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية بين إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي والضغط النفسي عند مستوى الدالة  $\alpha = 0,01$  إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط  $r = -0,376$ . و هذا يدل على أنه كلما زادت شدة الضغط كلما قل استعمال إستراتيجية إعادة التقييم الإيجابي عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض.

في حين سجلت علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدالة  $\alpha = 0,05$  بين إستراتيجية التأنيب الذاتي و شدة الضغط إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط  $r = 0,28$ . و من ثم يمكن القول أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زاد استعمال المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض لإستراتيجية التأنيب الذاتي . أما فيما يخص إستراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية فلم يسجل ارتباط ذو دلالة إحصائية بينها و بين الضغط النفسي و هذا ما يؤكّد جزئياً الفرضية الخامسة للبحث.

كما سجلت علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدالة  $\alpha = 0,01$  بين شدة الضغط و شدة الإكتتاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة الإرتباط  $r = 0,32$ .

و سجلت علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدالة  $\alpha = 0,01$  بين شدة الضغط و شدة الإكتتاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط  $r = 0,64$  و بالتالي نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زادت شدة الإكتتاب عند المصابين بالربو من المجموعتين و هذا ما يؤكّد الفرضيتين السادسة و السابعة للبحث.

و في هذا الصدد توصل " إنجل " Engel " و " شمال " Schmale " (1967) إلى أن تأثير الحوادث الضاغطة قد يؤدي إلى اكتتاب، هذا الأخير بدوره قد يؤدي إلى الإصابة بمرض عضوي. ( كوترو Cottraux، 1990 )

و أشار " باك " Beck (1967) إلى أنه إذا كان المرض العضوي خطيراً أو مزمناً ( كما هو الشأن بالنسبة لمرض الربو ) فإنه يؤدي حتماً إلى الإصابة بالإكتئاب ، و في نظره يرجع ذلك إلى الأفكار السلبية التي تولد نتيجة هذا المرض . ( عطوف ، 1981 )

أما فيما يتعلق بالعلاقة الارتباطية بين الإكتئاب و استراتيجيات المقاومة عند مجموعتي البحث ، فسجلت علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  بين كل من استراتيجية حل المشكل و شدة الإكتئاب إذ قدرت قيمة معامل الارتباط  $r = -0,34$  . بمعنى أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل استعمال استراتيجية حل المشكل عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض .

كما سجلت علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  بين استراتيجية حل المشكل و شدة الإكتئاب إذ قدرت قيمة معامل الارتباط  $r = -0,337$  . و هذا يعني أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما قل لجوء المصابين دون سوابق عائلية للمرض إلى استراتيجية حل المشكل .

في نفس السياق أظهر " فيتاليانو " Vitalicano و آخرون ( 1985 ) بأن هناك علاقة ارتباطية سلبية بين شدة الإكتئاب و استراتيجية حل المشكل . ( Lazarus ، فولكمان 1984 ، Folkman

ووضح " فيتاليانو " Vitalicano ، " مايرو " Mairo ، " روسو " Russo و " كاتون " Katon ( 1990 ) بأن المقاومة التي تركز على المشكل تنبأ بإكتئاب ضعيف ، بينما المقاومة التي تركز على الإنفعال فتنبأ بإكتئاب شديد و ذلك في حالة تقييم الفرد للأحداث الضاغطة على أنها موندة للضغط . ( فالنتينر Valentiner ، و آخرون ، 1994 )

و قد سجلت علاقة ارتباطية ليست لها دلالة إحصائية بين استراتيجية التجنب و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض . في حين سجلت علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  بين استراتيجية التجنب و شدة الإكتئاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الارتباط  $r = 0,308$  يدل ذلك على أنه كلما زادت شدة الإكتئاب كلما زاد استعمال المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض لاستراتيجية التجنب .

إذ توصل " فيتاليانو " Vitalicano و آخرون ( 1985 ) إلى أن هناك علاقة ايجابية بين استراتيجية التجنب و شدة الإكتئاب كما خلص كل من " لازورس " Lazarus و فولكمان "

(Folkman 1986) إلى أن الأشخاص ذوي أعراض إكتابية شديدة كثيرا ما يستعملون مقاومة التجنب. (لزورس Lazarus و فولكمان Folkman ، 1988)

أما فيما يخص العلاقة الإرتباطية بين استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية و شدة الإكتتاب، فقد وجدنا علاقة ارتباطية ليست لها دلالة إحصائية بين هاذين المتغيرين سواء عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض.

و فيما يتعلق بالعلاقة الإرتباطية بين استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي و شدة الإكتتاب فقد سجلنا علاقة ارتباطية ليست لها دلالة إحصائية بين هاذين المتغيرين عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض. في حين سجلنا علاقة ارتباطية سالبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  بين هاذين المتغيرين عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب  $r = -0,378$  و بالتالي يمكن القول أنه كلما زادت شدة الإكتتاب كلما قلل استعمال استراتيجية إعادة التقييم الإيجابي عند أفراد هذه المجموعة .

و سجلنا علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,05$  بين كل من استراتيجية التأنيب الذاتي و شدة الإكتتاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب  $r = 0,34$  . يعني ذلك أنه كلما زادت شدة الإكتتاب كلما زاد استعمال أفراد هذه المجموعة لاستراتيجية التأنيب الذاتي .

كما سجلنا أيضاً علاقة ارتباطية موجبة و ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة  $\alpha = 0,01$  بين استراتيجية التأنيب الذاتي و شدة الإكتتاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إذ قدرت قيمة معامل الإرتباط ب  $r = 0,391$  . و هذا يعني أنه كلما زادت شدة الإكتتاب كلما كان لجوء أفراد هذه المجموعة إلى استعمال استراتيجية التأنيب الذاتي أكبر .

يتضح من النتائج السابقة وجود فروق في استعمال استراتيجيات المقاومة التي ترتكز على الإنفعال أمام الإكتتاب بين المجموعتين بحيث تمثل مجموعة المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض إلى استعمال استراتيجية التجنب كلما زادت شدة الإكتتاب، في حين تمثل مجموعة المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إلى استعمال استراتيجية التجنب و التأنيب الذاتي على التوالي .

يتضح أن النتائج المتعلقة بالعلاقة الإرتباطية بين استراتيجيات المقاومة و شدة الإكتتاب عند مجموعتي الدراسة تتفاوت مع الفرضيتين الثامنة و التاسعة للبحث .

صممت هذه الدراسة لمعرفة علاقة الضغط النفسي ب استراتيجيات المقاومة والإكتتاب عند المصابين بالربو و كان الهدف منها فحص مدى وجود فروق بين مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الضغط ، شدة الإكتتاب و استراتيجيات المقاومة.

بعد تطبيق مقاييس الدراسة و جمع النتائج و معالجتها إحصائياً أسفرت المعالجة الإحصائية عن عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المصابين بالربو سواء ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الضغط، شدة الإكتتاب و استراتيجيات المقاومة.

أما فيما يخص الفرضية الخاصة بعلاقة الضغط النفسي ب استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض فتوصلت نتائج الدراسة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و كل من استراتيجيات : حل المشكل، التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية و إعادة التقييم الإيجابي على التوالي. في حين سجلنا علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط واستراتيجية التأنيب الذاتي.

و قد كشفت نتائج الدراسة فيما يتعلق بعلاقة الضغط النفسي ب استراتيجيات المقاومة عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض عن وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط واستراتيجيات : حل المشكل، التجنب، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي على التوالي. في حين لم تسجل علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية. كما توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية بين شدة الضغط و شدة الإكتتاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض.

و فيما يعني علاقة استراتيجيات المقاومة بشدة الإكتتاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض ، توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتتاب واستراتيجيتي حل المشكل و التأنيب الذاتي على التوالي. في حين لم تسجل علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتتاب و استراتيجيات : التجنب، البحث عن مساندة اجتماعية و إعادة التقييم الإيجابي على التوالي.

أما من علاقة استراتيجيات المقاومة بشدة الإكتتاب عند المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض فأسفرت نتائج الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتتاب و استراتيجيات : حل المشكل، التجنب، إعادة التقييم الإيجابي و التأنيب الذاتي على التوالي. في حين لم تسجل علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين شدة الإكتتاب و استراتيجية البحث عن مساندة اجتماعية.

نستخلص من النتائج المتوصل إليها أنه لا يوجد اختلاف بين المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض و دون سوابق عائلية للمرض من حيث شدة الضغط، لشدة الإكتئاب و استراتيجيات المقاومة. كما نستنتج أنه كلما زادت شدة الضغط كلما زادت شدة الإكتئاب عند مجموعتي الدراسة و هذا ما نستدل عليه بالعلاقة الإرتباطية الموجبة ذات الدلالة الإحصائية بين المتغيرين.

و انتصح أن استراتيجية التأنيب الذاتي هي الأكثر تفسيراً لشدة الضغط و لشدة الإكتئاب عند المصابين بالربو ذوي سوابق عائلية للمرض. في حين يميل المصابين بالربو دون سوابق عائلية للمرض إلى استعمال استراتيجيتي التجنب و التأنيب الذاتي بشكل أكبر أمام الضغط و الإكتئاب.

تؤكد نتائج هذه الدراسة أن المصابين بالربو سواء ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض يحاولون التصدي لمختلف الضغوطات التي تعرضهم باستخدام طرق المقاومة المختلفة التي تسمح لهم بالتكيف مع المرض. إذ يشير "لازورس" ( Lazarus 1966 ) إلى أن الفروق الفردية في التوافق السيكولوجي مع المرض ترتبط إلى حد كبير بنوع الإستجابة التي يبديها المريض في التعامل مع الضغط الناتج عن وضعية المرض والمعبر عنها ب استراتيجيات المقاومة. ( فولكمان Folkman 1984 ) يتضح من نتائج الدراسة أن المقاومة تحتل موقعاً وسيطاً في العلاقة بين الضغط، الإكتئاب و المرض. فأمام الجهد الذي يبديها المصابين بالربو سواء ذوي سوابق عائلية للمرض أو دون سوابق عائلية للمرض للتكيف مع المرض و مخلفاته النفسية تتدخل سلسلة من المتغيرات أشارت إليها الباحثة "بولوك" ( Pollock 1989 ) من خلال دراستها للمتغيرات المؤثرة على الإستجابة التكيفية أمام المرض المزمن بحيث حددتها بثلاثة متغيرات تتجسد في تقدير الضغط، القدرة على التحمل و التكيف الفيزيولوجي مع المرض . و ترى الباحثة "بولوك" Pollock أن هناك علاقة بين المتغيرات الثلاثة، فالطريقة التي يدرك بها المريض وضعية مرضه ( تقدير الضغط ) و الأسلوب الذي يعالج به ذلك الضغط المدرك ( استراتيجيات المقاومة ) في نظرها عناصر تساعد إلى حد كبير في تحقيق التكيف الفيزيولوجي و التوافق السيكولوجي مع المرض.

( نقلًا عن أزروق، 1997 )

نستخلص من هذه الدراسة أن إدراك الفرد و تقديره المعرفي لمختلف الضغوطات التي تواجهه يومياً انطلاقاً من معارفه و معتقداته الخاصة عنصران يلعبان أهمية كبيرة في التأثير على استجاباته و صحته النفسية و الجسدية.

و الحقيقة أن البحث في هذا الموضوع يجب أن لا يتوقف عند هذه النتائج فلابد من مواصلته على عينات أكبر و أوسع، كما يجب إعادة النظر في طريقة تكفلنا بشريحة المصابين بالربو من الناحية النفسية من جهة بتامين كفالة نفسية في إطار علاج معرفي سلوكي يهدف إلى الحد من سلوكياتهم غير المتكيفة، و تامين كفالة طبية من جهة أخرى و هذا بالتركيز على مختلف العوامل التي من شأنها أن تحسن من الوضع الصحي للمصابين و ذلك باستعمال التقنيات الفعالة والناجعة في آن واحد.

# المراجع

## ١ - قائمة المراجع باللغة العربية :

- ١) البلاذاوي عبد الحميد عبد المجيد، (1997) ، الإحصاء للعلوم الإدارية و التطبيقية، دار الشروق ، عمان الأردن.
- ٢) الحجار محمد، (1989) ، الطب السلوكي المعاصر ، دار العلم للملائين، بيروت، لبنان.
- ٣) الحسن احسان محمد ، (1986)، الأسس العلمية لمناهج البحث الاجتماعي، دار الطبيعة للطباعة والنشر، بيروت لبنان.
- ٤) الخطيب جمال، (1987)، "تعديل السلوك ، القوانين و الإجراءات " ، جمعية عمال المطبع التعاونية، عمان الأردن.
- ٥) أزروق فاطمة الزهراء ، (1997)، الكفالة النفسية للمصابين بداء السكري ، إسثرانيجيات المقاومة الفعالة لتحقيق التوافق النفسي الاجتماعي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي (غير منشورة )، الجزائر.
- ٦) العيفي عبد الحكيم ، (1990)، الإكتئاب والإنتشار ، الطبعة الأولى، الدار المصرية اللبنانية.
- ٧) النابلسي محمود أسعد ، (1992)، مبادئ السيكوسوماتيك و تصنفياته ، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع ،الجزائر.
- ٨) أيت حمودة حكيمة، (1998)، العوامل النفسية الإجتماعية المساعدة على تطوير داء الربو ، دراسة مقارنة بين ملتهبي المخاطية الأنفية و مرضى الربو الحساسي، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي (غير منشورة )، الجزائر.
- ٩) بوئجة نسمة، (2000) ، أثر المتغيرات النفسية الإجتماعية على الاستجابة للعلاج الكميائي لدى المرضى بالسرطان، رسالة ماجستير في علم النفس الإجتماعي ( غير منشورة )، الجزائر.
- ١٠) بوشارب نجلة، (1997)، العوامل السيكوسوماتية لريبو الطفل، دراسة عاملية تحليلية ، رسالة ماجستير في علوم التربية، (غير منشورة )، الجزائر .
- ١١) بن طاهر بشير، (1998)، علم النفس و قضايا المجتمع الحديث ، عروض الأيام الوطنية الثالثة لعلم النفس و علوم التربية، (25 ، 26 ، 27 ماي 1998 ) ، منشورات جامعة الجزائر، الجزء الثاني.
- ١٢) جبور عبد النور، سهيل ابريس، (1985)، المنهل القريب قاموس فرنسي – عربي، دار العلم للملائين، بيروت لبنان.
- ١٣) خير الزاد فيصل، (1984)، علاج الأمراض العقلية ، دار المعارف، مصر.
- ١٤) دافييف لندال ، (1988) ، مدخل إلى علم النفس، ترجمة أنطوان محمد نهرو و آخرون، الطبعة الثالثة، دار ماكجرو جيل للنشر.
- ١٥) دردار فتحي حسين ، (1999)، الإنمان " المخدرات، التدخين، الخمر " ، مكتبة بغدادي، الجزائر.
- ١٦) رieux دانيال، (1983) ، معجم عربي فرنسي، فرنسي عربي ، مكتبة لاروس، السبيل.
- ١٧) عبد الخالق أحمد محمد ، (1987)، قلق الموت، عالم المعرفة.

- (18) عبد الستار إبراهيم ، (1983) ، العلاج النفسي الحديث ، مكتبة مدبولي القاهرة ، مصر.
- (19) عبد المعطي حسن مصطفى ، (1998) ، علم النفس الإكلينيكي ، دار قباء للطباعة و النشر والتوزيع ، القاهرة، مصر.
- (20) عطوف محمود ياسين ، (1981) ، علم النفس العيادي ، الطبعة الأولى ، دار العلم للملايين، بيروت لبنان.
- (21) عطوف محمود ياسين ، (1986) ، علم النفس العيادي ، الطبعة الثانية ، دار العلم للملايين، بيروت، لبنان.
- (22) علي كمال ، (1983) ، "النفس : إنفعالاتها، أمراضها وعلاجها " الجزء الأول، الطبعة الرابعة، دار أوسط للدراسات و النشر و التوزيع، بغداد، العراق.
- (23) عيسوي عبد الرحمن ، (1974) ، القياس و التجريب في علم النفس و التربية ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر و التوزيع ، مصر.
- (24) عيسوي عبد الرحمن ، (1994) ، الأمراض السيكوسوماتية ، دار النهضة العربية ، بيروت، لبنان.
- (25) عيطور نليلة ، (1997) ، الضغط النفسي الاجتماعي لدى الممرضين ، دراسة تطبيقية تحليلية، رسالة ماجستير في علم النفس العيادي، غير منشورة ، الجزائر.
- (26) غريب عبد الفتاح غريب، (1985 )، مقاييس الإكتئاب، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، مصر.
- (27) هدييل يمينة ، ( 1999 ) ، إتجاهات أمهات الأطفال المرضى بالربو و علاقتها بحدة التوبه ، رسالة ماجستير في علم النفس الاجتماعي ، غير منشورة ، الجزائر .

## 2 - قائمة المراجع الأجنبية :

- 28) Ait Khaled, N ; (1992), « L'asthme de l'adulte, données actuelles. E.N.A.G Edition. Alger.
- 29) Ait Khaled, N ; (1996), « Prise en charge de l'asthme de l'adulte. Guide pratique pour les pays à faible revenus.
- 30) Alexander, F ; (1977) , « La médecine psychosomatique. Ed Payot. Paris.
- 31) Andreoli, A ; Taban, CH ; et Garrone, L ; (1989), « Stress, dépression, et immunité : Nouvelles perspectives de recherche dans le domaine de la psycho-immunologie ». Ann – Med - Psychol, vol 147 n°1 ( pp. 37 – 40 ).
- 32) Aubert, N ; (1989) , « Le stress professionnel ». Ed klincksiek. Paris.
- 33) Bariety, M ; et Choubrac, P ; (1961) , « Les maladies de l'appareil respiratoire ». Paris.
- 34) Bensabat, S ; Selye, H ; (1980) , « stress : de grandes spécialistes répondent ». Edition HACHETTE. Paris.
- 35) Berne, M ; (1984) , « stress une définition impossible ». Revue de médecine et hygiène n°42 (p 2240 ) .
- 36) Bouhadiba, T ; et al ; (1997) , « Place de l'environnement dans la prise en charge de l'asthme chez l'enfant ». Journal Algérien de Médecine, vol 7, n°2, Avril 1997.
- 37) Bousquet, J ; Mervardo, J.L ; Bataille, A ; et Michel, F.B ; (1982) , « Les tests in vitro dans le diagnostic de l'allergie ». Revue de médecine et hygiène n°40 , (pp.98-109 ) .
- 38) Carolyn, M ; Tracey, A ; (1987) , « Does coping help ? A reexamination of the relation between coping and mental health ». Journal of personality and social psychology, vol 53, n°2 , (pp337-340 ).
- 39) Charpin, D, (1984), « Définition et épidémiologie de l'asthme ». Editions Techniques, Encycl - Med- Chir (Paris - France), Poumon - Plèvre - médiastin 6039 A 20. p7.

- 40) Charpin, D ; (1986) , « Signes, formes cliniques, diagnostic et pronostic de l'asthme ». Edition techniques, Encycl - Med - Chir (Paris – France), poumon-plèvre - médiastin 6039 A 35, p 10 .
- 41) Chihab, M , (2000) , « Evaluation de l'application du consensus national pour la prise en charge de l'asthme de l'adulte en urgence ». Thèse pour le diplôme de docteur en sciences médicales. Université d'Alger.
- 42) Cohen, S ; Tyrrell , D.A , and Smith, A , (1993) , « Negative life events , percieved stress , négative effect and susceptibility to the common cold ». Journal of personality and social psychology vol 64, n°1, p135.
- 43) Cottraux, J, (1979), « Les thérapies comportementales ». Edition Masson , médecine , thérapie . Paris.
- 44) Cottraux, J, (1981), « Psychosomatique et médecine comportementale ». Edition Masson. Paris.
- 45) Cottraux, J, (1984), « Clinique des thérapies comportementales ». Edition Pierre Mardaga.Belgique.
- 46) Cottraux, J, (1990), « Thérapie cognitive de la dépression ». Edition Masson. Paris.
- 47) Dantchev, N , ( 1989) , « Stratégies de coping et patern A .Coronarogene. Revue de médecine psychosomatique, 17/18. (pp 22.28 ) .
- 48) Delamare, G , (1992) , « Dictionnaire des termes techniques de médecine ». Vol n°1 + vol n° 2 . O.P.U. Alger.
- 49) Diday, E, et al, (1982) , « Eléments d'analyse de données » . Edition Bordas. Paris.
- 50) Fieffer, P ; Fifield , J, (1987) , « Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease » .Journal of personality and sosial psychology. Vol 53,n°2, p 273.
- 51) Ferreri, M ; Vacher,Y ; et Albey , J.M , (1993) , « Dépression et événements de vie ». EMC. Edition techniques. Paris.
- 52) Ferreri, M ; Bottero, A ; et Albey , J.M , (1993) , « Sémiologie des états dépressifs de l'adulte ». Edition technique. Encycl – Med – Chir. (Paris - France) psychiatrie,37110 A10, p20.

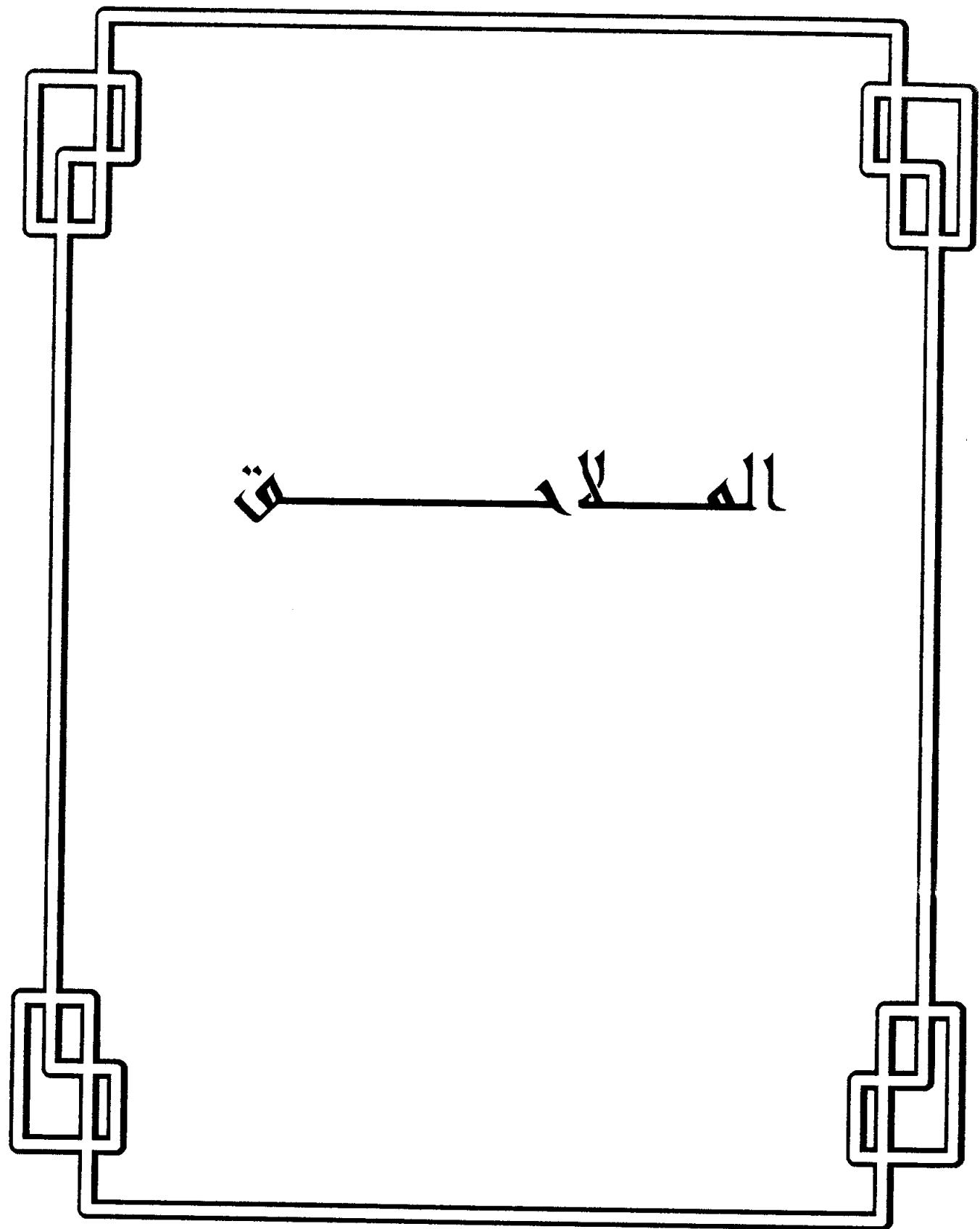
- 53) Folkman, S ; Lazarus, R.S ; (1984) , « Stress, appraisal and coping ». Springer . Publishing company.
- 54) Folkman, S ; Lazarus, R.S ; Gruen, R.J ; et Delongis, A , (1986) ,« Appraisal , coping , health status and psychological symptoms ». Journal of personality and social psychology n° 3, p571.
- 55) Fontaine, O ; et Rogment, J ; (1984) , « Les thérapies comportementales, approche théorique ». Edition techniques. Encycl- Med- Chir. (Paris-France) psychiatrie 37820 A40, p16.
- 56) Fortin, J ; (1973) , « Petit dictionnaire français ». Edition Larousse. .
- 57) Freden, L ; (1982) , « Les aspects psychosociaux de la dépression ». Edition Pierre Marguada .Belgique.
- 58) Giacobi, R ; (1975) , « L'asthme ». Edition Robert Laffont. Paris .
- 59) Godard, P.H ; Bousquet, J ; et Michel, F.B ; (1985) , « Etiopathogenie de l'asthme ». Edition Techniques. Encycl –Med- Chir .(Paris-France). Poumon 6039 A 30, p10.
- 60) Guyotat, J ; (1990) , « Etats dépressifs ». In encyclopedia universalis. Editeur A Paris.
- 61) Halperne, B ; et Revillard , J.P ; (1989) , « Allergie et hypersensibilité ». In encyclopédia universalis , vol n°1. Paris .
- 62) Herbert, T ; and Cohen , S ; (1994) , « Stress and illness ». Encyclopedia of human behavior , vol n°4 . (pp325-332) .
- 63) Horenby , A.S ; (1995) , « Oxford advanced learner's dictionary of current englisch ». Editor "Jonathan Crowther ". Assistant Editor "kathryn kavanagh ". Phonetics Editor " Michael Ashby ".Oxford University Press .
- 64) Ikhlef , A ; (1994/1995) , « Stress and illness, the prospective effects of coping efficacy ». Revue algerieene de psychologie et des sciences de l'éducation n 6, P109 .
- 65) Jeannet, P.H ; et al ; (1980) , « Abrégés psychologiques médicale ». Edition Masson . Paris .
- 66) Kacha , F; (1996); « Psychiatrie et psychologie médicale à l'usage de l'étudiant ». Entreprise nationale du livre. Alger .

- 67) Kasl , S.V ; (1984) ; « Stress and health ». Annual review of public health n° 5 , p 319 .
- 68) Knith , A ; (1994) ; « Comment vaincre l'asthme et resperer librement ». Les éditions la boetie des deux coqs d'or . Paris .
- 69) Labbe , A ; (1998) ; « Asthme du nourrisson et du petit enfant ». Edition Arnette Blackwell.
- 70) Lamenager , J ; et Brun , J ; (1980) ; « L'asthme ». Edition Masson. Paris .
- 71) Lazarus , R.S ; (1993) ; « From psychological stress to the emotions : A history of changing out looks ». Revue psychologique vol 44 , p 15 .
- 72) Lechemia , D ; (1995) ; « Les dépressions- de la prevention à la guerison ».Edition Dahlab , collection santé pour tous .
- 73) Lefcourt , H.M ; Martin, R.A ; et Saleh , W.E ; (1984), « Locus of control and social support : interactive moderators of stress ». Journal of personality and social psychology n 47 , p387.
- 74) Levenstein, S ; Prantera C ; et al ; (1993), « Developement of perceived stress questionnaire , a new tool for psychosomatic research ». Journal of psychosomatic research vol 37, n 1.
- 75) Maddi, S.R ; Kobasa , S.C ; et Kahn, S ; (1982), « Hardiness and health : a prospective study ». Journal of personality and social psychology n°42 , p168.
- 76) Marty, P ; (1976) , « Mouvements individuels de vie et de mort ». Essai d'économie psychiatriques. Edition Payot. Paris.
- 77) Michel, F.B ; Bousquet, J ; (1995), « Les allergies ». Edition Dominos Flammarion.
- 78) Miller, S.M ; (1980), « A perspective on the effects of stress and coping on disease and health ». In Levine , S ; and Hursin , H ; éditions . New York.
- 79) Molinal, R ; (1980) ; « Etat de mal astmatique ».Edition Masson . Paris .
- 80) Moussaoui, D ; (1992) ; « Manuel de psychiatrie du praticien magrebin ». Edition Masson . Paris .
- 81) Nafti, S ; et al ; (1992) ; « Guide pratique à l'usage du medesin generaliste , prise en charge de l'asthme de l'adulte). Consensus national .
- 82) Nafti, S ; et al ; (1998) ; « Revue medicopharmaceutique, guide pratique à l'usage du medecin generaliste », n° 1 .janvier-fevrier .

- 83) Paulhan, I ; et al ; (1994 ) ;« La mesure du coping:traduction et validation française de l'échelle de vitaliano et al (1985) ». Ann-Med-Psychol n° 5 .
- 84) Paulhan, I ; Verdoux, H ; Bourgeois, M ; et Schweitzer, M ; (1994) ; « Les styles de vie à risques: type (A), type (C). Annales medico-psychologiques ,p 152.
- 85) Paulhan, I ; Bourgeois, M ; (1998) ; « Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité ». Deuxième édition. PUF.
- 86) Paupe, J ; Scheinmann, P ; et Deblie, J ; (1994); «Allergologie pédiatrique ». Edition Flammarion .
- 87) Pretet, S ; (1986) ; « Surveillance de l'asthmatique ».La revue du praticien n ° 20, p 1111.
- 88) Rees, J ; et Price, J ; Trad: Bruno, F ;et Dhont, P ; (1991); «ABC de l'asthme». Le British medical journal. Premiere édition française.
- 89) Rivolier, J ;(1989) ; « L'homme stressé ». PUF. Paris.
- 90) Sarason, I.G ; Levine, H.M ; Basham, R.B ; et Sarason , B.R ; (1986) ; « Assessing social support : the social support questionnaire ». Journal of personality and social psychology, n°44, p127,p 139.
- 91) Scheirer, P ; (1978) ; « approche clinique de la psychiatrie ». SIMEP. Paris.
- 92) Schweitzer, M.B ; et Dantzer, R ; (1994) ; « Introduction à la psychologie de la santé ». Première édition .PUF. Paris .
- 93) Sillamy, N ;(1996) ; « Dictionnaire de psychologie».Librairie Larousse.
- 94) Solomon, Z ; Mikulincer, M ; et Flum, H ; (1998) ; « Negative life events , coping responses and combat related psychopathology: a prospective study ». Journal of abnormal psychology n° 97, p 302 .
- 95) Solomon, Z ; Mikulincer, M ; et Avitzeur, E ; (1988) ; « Coping, locus of control, social support and combat-related post-traumatic stress disorder : a prospective study ». Journal of personality and social psychology, n° 55, p 279, p 283.
- 96) Stroud, A.H ; (1997) ; « Vaincre l'anxiété et le stress ». , Edition connaissance du monde – collections sciences médicales et santé .
- 97) Thomas, J ; (1990) ; « Les maladies psychosomatiques ». Edition Hachette.
- 98) Tunon, M ; (2000) ; « L'asthme». Dossier spécial du figaro magazine , 25 mars 2000 .

- 99) Valentiner, D ; et Moos, H ; (1994) ; « Social support , appraisals of event controllability and coping ». Journal of personality and social psychology , vol 66 n° 6 .
- 100) Vialatte, J ; (1983) ; « l'asthme ». Edition Bouchène. PUF. Paris .
- 101) Xavier, S ; et al ; (1977) ; « Modification du comportement». Edition Margada et Dessart . Bruxelles .
- 102) Yellowees, P.M ; (1987), « The treatment of psychiatric disorders in patients with chronic airways obstruction ». Journal of australia ,vol 147, n°5 .
- 103) Longman : Active study dictionary of English ; (1991). New Edition .
- 104) Dictionnaire anglais-français ; français-anglais. Berlitz dictionaries ; (1996). Edition Hallwag. London .

الله لا إله إلا  
هُنَّا نَحْنُ الْمُعْلَمُونَ



# الملحق رقم (01)

## الإسْتِبْيَان

نحن بصدق إنجاز بحث علمي في إطار تحضير رسالة الماجستير في علم النفس بجامعة الجزائر.  
لهذا الغرض نضع أمامك هذا الإسْتِبْيَان الذي يحتوي على مجموعة من الأسئلة، بعضها مغلق و نرجو منك الإجابة عنها بـ "نعم" أو "لا" بوضع علامة (X) في الخانة المناسبة، و البعض الآخر مفتوح يتطلب منك ملأ الفراغ.  
ننتضر منك الإجابة على الأسئلة بكل صدق و صراحة، و نتعهد لك بالسرية التامة على كافة المعلومات التي ستفضل بتقديمها لنا.

رقم الملف

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

تاریخ الیوم

اليوم الشهر السنة

I/ بيانات شخصية :

1 - اللقب :

2 - الإسم :

ذكر

أنثى

3 - الجنس :

4 - السن :

5 - مقر السكن ( العنوان ) :

6 - الحالة المدنية :

<input type="checkbox"/>	مطلق	<input type="checkbox"/>	أعزب
<input type="checkbox"/>	مطلقـة	<input type="checkbox"/>	عـزيـاء
<input type="checkbox"/>	أرمـلـ	<input type="checkbox"/>	مـتزـوجـ
<input type="checkbox"/>	أرمـلـة	<input type="checkbox"/>	مـتزـوجـة

7 - المستوى التعليمي :

إبتدائي       متوسط       ثانوي       جامعي

8 - المـهـنة :

9 - الوضع الاقتصادي :

ضعيف       متوسط       جيد

10 - عدد أفراد الأسرة :

الملحق رقم (02)

## ( P.S.Q) LEVENSTEIN استبيان ادراك الضغط لـ ليفسنستاين

التعليمات

لكل عبارة من العبارات التالية، ضع علامة (X) في الخانة التي تصف أكثر ما ينطبق عليك عموماً و ذلك خلال السنة أو السنتين الماضيتين.

أحب بسعة بون أن تزعيج نفسك بمراجعة احبابك، وأحرض على وصف مسار حياتك خلال هذه المدة.

عادة	كثيراً	أحياناً	تقريباً أبداً	البنود	
				تشعر بالراحة	01
				تشعر بوجود متطلبات لديك	02
				أنت سريع الغضب أو ضيق الخلق	03
				لديك أشياء كثيرة ل القيام بها	04
				تشعر بالوحدة أو العزلة	05
				تجد نفسك في مواقف صراعية	06
				تشعر بأنك تقوم بأشياء تحبها فعلاً	07
				تشعر بالتعب	08
				تختلف من عدم استطاعتك إدارة الأمور لبلوغ أهدافك	09
				تشعر بالهدوء	10
				لديك عدة قرارات لإتخاذها	11
				تشعر بالإحباط	12
				أنت مليء بالحيوية	13

البنود	البنود	البنود	البنود	البنود	عادة
تشعر بالتوتر					كثيراً
تبدو مشاكلاً أنها ستتراكم					أحياناً
تشعر بأنك في عجلة من أمرك					تقريباً أبداً
تشعر بالأمن و الحماية					عادة
لديك عدة مخاوف					
أنت تحت ضغط مقارنة بالأشخاص الآخرين					
تشعر بفقدان العزيمة					
تمتع نفسك					
أنت خائف من المستقبل					
تشعر بأنك قمت بأشياء ملزماً بها و ليس لأنك تريدها					
تشعر بأنك وضع انتقاد و حكم					
أنت شخص حال من الهموم					
تشعر بالإنهاء أو تعب فكري					
لديك صعوبة للإسترخاء					
تشعر بعبء المسؤولية					
لديك الوقت الكافي لنفسك					
تشعر أنك تحت ضغط مميت					

# الملحق رقم (03)

مقاييس باك Beck للإكتاب ( B.D.I )

## التعليمات

إليك مجموعات من العبارات الرجاء أن تقرأ كل مجموعة على حدى. ثم قم بوضع دائرة ( ) حول رقم العباره 0 أو 1 أو 2 أو 3 و التي تصف حالي خلال الأسبوع الحالى بما في ذلك اليوم.

إن وجدت أنه في المجموعة الواحدة تبدو لك عدة عبارات ملائمة فضع دائرة على الأرقام الموافقة.

تأكد من قراءة عبارات كل مجموعة قبل أن تختار واحدة منها، و تأكد أنك قد أجبت على كل المجموعات.

(1) 0 أنا لاأشعر بالحزن.

1 أنا أشعر بالحزن والكآبة.

2 أنا مكتئب أو حزين طول الوقت ولا أستطيع أن أنزع نفسي من هذه الحالة.

3 أنا حزين و غير سعيد لدرجة أنني لا أستطيع تحمل ذلك.

(2) 0 أنا لست متشائما على وجه الخصوص أو لست مثبط الهمة فيما يتعلق بالمستقبل.

1 أنا أشعر بأن المستقبل غير مشجع.

2 أنا أشعر أنه ليس لدي شيء أتطلع إليه في المستقبل.

3 أنا أشعر بأن المستقبل لا أمل فيه وأن الأشياء لا يمكن أن تتحسن.

(3) 0 أنا أشعر بأنني شخص فاشل.

1 أنا أشعر بأنني فشلت في حياتي أكثر من الشخص المتوسط.

2 كلما أعود بذاكرتي إلى الوراء كل ما أستطيع أن أراه في حياتي الكثير من الفشل.

3 أنا أشعر بأنني شخص فاشل تماما.

(4) 0 أنا لست غير راضي.

1 أناأشعر بالملل أغلب الوقت.

2 أنا لا أحصل على الإشباع أو الرضا من أي شيء بعد الآن.

3 أنا غير راضي عن كل شيء.

(5) 0 أنا لاأشعر بأنني آثم أو مذنب.

1 أناأشعر بأنني رديء أو لا قيمة لي أغلب الوقت.

2 أناأشعر بالذنب أو الإثم تماماً.

3 أناأشعر كما لو أنني رديء جداً أو عديم القيمة.

(6) 0 أنا لاأشعر بخيبة الأمل في نفسي.

1 أنا فاقد للأمل في نفسي.

2 أنا مشمسئ من نفسي.

3 أنا أكره نفسي.

(7) 0 أنا ليس لدي أفكار للإضرار بنفسي.

1 أنا لدي أفكار للإضرار بنفسي ولكن لا أنفذ.

2 أناأشعر بأنه من الأفضل أن أموت.

3 لو استطعت .... لقتل نفسي.

(8) 0 أنا لم أفقد اهتمامي بالناس.

1 أنا أقل اهتماماً بالناس مما تعودت أن أكون من قبل.

2 أنا فقدت أغلب اهتماماتي بالناس ولدي مشاعر قليلة تجاههم.

3 أنا فقدت كل اهتماماتي بالناس ولا أهتم بهم على الإطلاق.

0 أنا أتخاذ القرارات بنفس الجودة كما تعودت أن أتخذها من قبل. (9)

1 أنا أحاول تجنب اتخاذ القرارات.

2 أنا لدى صعوبة شديدة في اتخاذ القرارات.

3 أنا لا أستطيع اتخاذ أي قرار بعد الآن.

0 أنا لاأشعر بأنني أظهر أسوأ مما اعتدت أن أظهر به من قبل. (10)

1 أنا مشغول وقلق على أنني أظهر كبير السن أو غير جذاب.

2 أناأشعر بأن هناك تغيرات ثابتة في مظهري يجعلني أظهر بطريقة غير جذابة.

3 أناأشعر بأنني قبيح أو كريه المنظر.

0 أنا أستطيع العمل بنفس الجودة كما تعودت من قبل. (11)

1 لا بد علي أن أبذل بعض الجهد لكي أبدأ العمل في بعض الأشياء.

2 يجب علي أن أدفع نفسي بقوة لأقوم بأي شيء.

3 أنا لا أستطيع أن أقوم بأي عمل على الإطلاق.

0 أنا لا أجده أكثر مما تعودت من قبل. (12)

1 أناأشعر بالإجهاد بسهولة أكثر مما تعودت من قبل.

2 أناأشعر بالإجهاد من أداء أي شيء.

3 أنا في منتهى الإجهاد لدرجة أنني لا أستطيع عمل شيء.

0 شهيتي للأكل ليست أسوأ من المعتاد. (13)

1 شهيتي للأكل أسوأ\_\_\_\_ وأ الآن.

2 شهيتي أصبحت أسوأ\_\_\_\_ وأ الآن .

3 أنا ليست لي شهية للأكل نهائيا.

# الملحق رقم (04)

مقياس المقاومة لبولهان PAULHAN و آخرون

## التعليمات

1- صُف موقفاً عَشْتَه خلال الأشهر الأخيرة ( موقف قد مسّك بالأخص أو أزعجك ).

2- حدد شدة الإنزعاج والتوتر الذي سببه لك هذا الموقف:

منخفض     مرتفع     متوسط     منخفض

3- أشر بالعلامة ( X ) إلى الإستراتيجيات الموالية إن كنت قد استعملتها أم لم تستعملها في مواجهة هذا

الموقف:

البنود	نعم	إلى حد ما نعم	لا	إلى حد ما لا
و ضعفت خطة عمل و اتبعتها				01
تمنيت لو كنت أكثر قوة و أكثر تفاءلاً و حسماً				02
حدثت شخصاً عما أحسست به				03
كافحت لتحقيق ما أردته				04
تغيرت إلى الأحسن				05
تناولت الأمور واحدة بوحدة				06
تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				07
تضاربت لعدم قدرتي على تجنب المشكل				08
ركزت على جانب إيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد				09

البنود	نعم	إلى حد مانع	لا	إلى حد ما لا
تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف				10
تمنيت لو حدثت معجزة				11
خرجت أكثر قوة من الوضعية				12
غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء بسلام				13
أنبتت نفسي				14
احتقطت بمشاعري لنفسي				15
تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف				16
جلست أو تخيلت مكاننا أو زمانا أفضل من الذي كنت فيه				17
حاولت عدم التصرف بتسرع أو اتباع أول فكرة خطرت لي				18
رفضت التصديق أن هذا قد حدث فعلا				19
أدركت بأنني سبب المشاكل				20
حاولت عدم البقاء لوحدي				21
فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن				22
قبلت عطف و تفهم شخص				23
و جدت حلا أو حلين لمشكلة				24
حاولت نسيان كل شيء				25
تمنيت لو استطعت تغيير موقفي				26
عرفت ما ينبغي القيام به و ضاعت مجاهداتي و بذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد				27
عدلت شيء في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل				28
نقدت نفسي أو وبختها				29

# الملحق رقم (05)

الجدول رقم ( 10 ) : درجات أفراد العينتين على استبيان ادراك الضغط لـ " ليفينستاين "

المجموع	العينة		الضغط
	2	1	
1		1	.14
1	1		.19
1	1		.22
1	1		.23
1		1	.24
1	1		.25
3	1	2	.27
2		2	.28
1	1		.29
4	3	1	.30
3	2	1	.31
1		1	.32
1	1		.33
2	1	1	.34
2		2	.35
3	2	1	.37
1		1	.38
3	2	1	.39
8	4	4	.40
1	1		.41
3		3	.42
4	2	2	.43
2		2	.44
3	1	2	.45
4	3	1	.46
3		3	.47
7	4	3	.48
3	3		.49
1	1		.50
2	2		.51
2	1	1	.52
1	1		.53
2	1	1	.54
1	1		.55
1	1		.57
3	3		.58
2	2		.59
3	2	1	.60
3	1	2	.61

1	1	1	.62
1	1	1	.63
2	2		.64
3	2	1	.65
1	1		.67
1	1		.68
1	1		.69
1	1		.70
1	1		.71
2		2	.73
106	62	44	

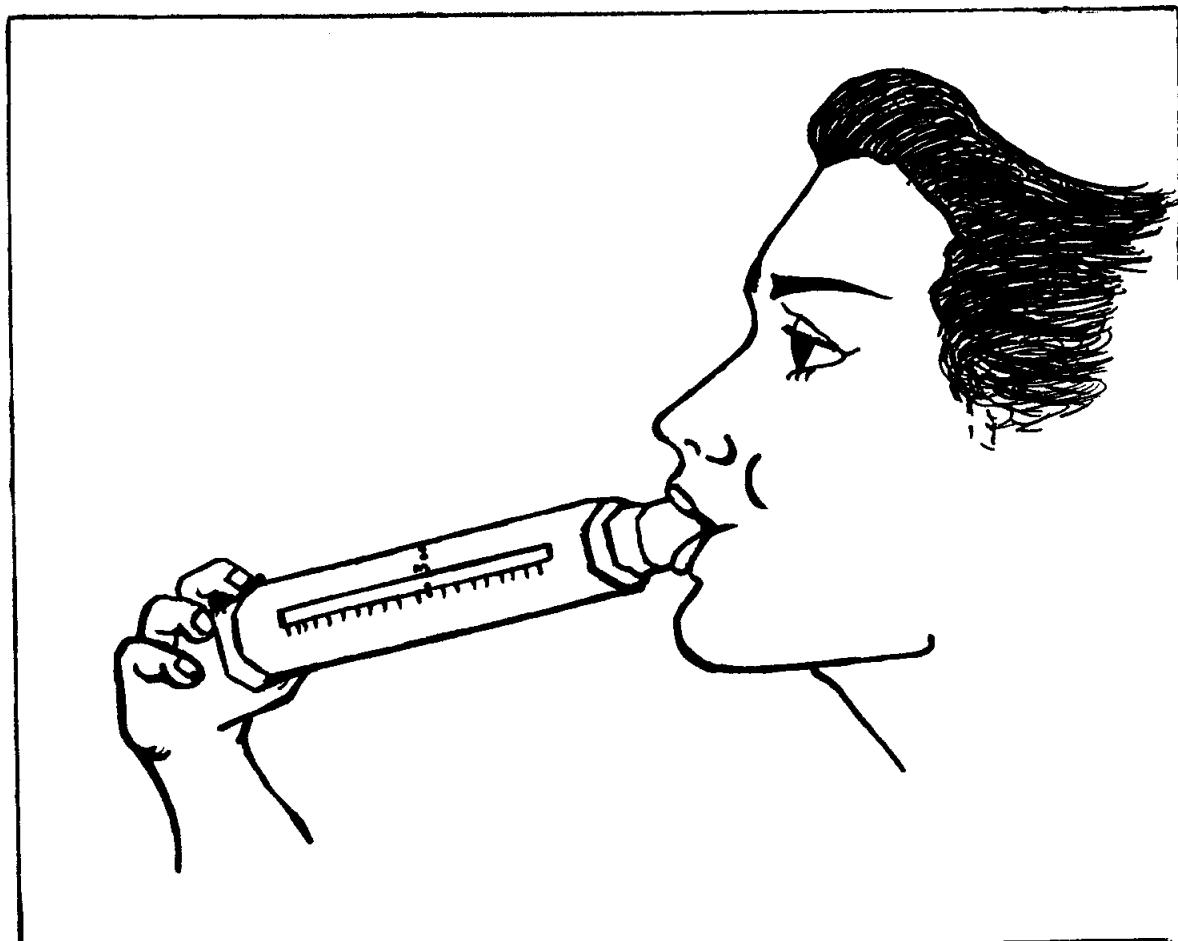
الجدول رقم ( 12 ) : درجات أفراد العينتين على مقياس الإكتتاب ل " باك "

المجموع	العينة		الإكتتاب
	2	1	
1		1	.00
1		1	1.00
1		1	2.00
3	2	1	3.00
1	1		4.00
3	1	2	5.00
3	2	1	6.00
5	4	1	7.00
3	2	1	8.00
4	3	1	9.00
7	3	4	10.00
4	1	3	11.00
6	5	1	12.00
6	3	3	13.00
4	1	3	14.00
5	3	2	15.00
4	2	2	16.00
3	1	2	17.00
3	3		18.00
2	2		19.00
1	1		20.00
5	2	3	22.00
3	2	1	23.00
4	2	2	24.00
2	2		25.00
5	2	3	26.00
2	1	1	27.00
3	2	1	28.00
2	1	1	29.00
1	1		30.00
3	3		31.00
2	2		32.00
1		1	33.00
1		1	34.00
1			35.00
1			37.00
106	62	44	

# الملحق رقم (06)

## كيفية استعمال أداة قياس معدل الزفير

- 1 – Placer un embout à l'extrémité du débit – mètre et le curseur sur le zéro ( en bas de l'échelle ).
- 2 – Dans la position debout, prenez le débit – mètre horizontalement dans la main en prenant garde de ne pas gêner le mouvement du curseur.
- 3 – prendre une inspiration profonde, serrer les lèvres autour de l'embout et expirer aussi rapidement que vous pouvez ( comme pour éteindre une bougie ou pour gonfler un ballon ).
- 4 – Noter le résultat donné par la nouvelle position du curseur.
- 5 – Recommencez 2 fois la manœuvre. Le résultat le plus élevé sera retenu et enregistré pour cette mesure.



# الملحق رقم (07)

**Valeurs normales prévus du débit expiratoire de pointe ( litres / minutes )**

Hommes ( déviation standard 48 litres / minute )												
Age Taille	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
1.60m	518	568	598	612	613	606	592	578	565	555	544	534
1.68m	530	580	610	623	623	617	603	589	577	566	556	546
1.75m	540	590	622	636	635	627	615	601	588	578	568	558
1.83m	552	601	632	645	646	638	626	612	600	589	578	568
1.90m	562	612	643	656	656	649	637	623	611	599	589	579

Femmes ( déviation standard 42 litres / minute )												
Age Taille	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70
1.45m	438	445	450	452	452	449	444	436	426	415	400	385
1.52m	450	456	461	463	463	460	456	448	437	425	410	396
1.60m	461	467	471	474	473	470	467	458	449	437	422	407
1.68m	471	478	482	485	484	482	478	470	460	448	434	418
1.75m	481	488	493	496	496	493	488	480	471	458	445	428

Enfants ( déviation standard 13 % )												
Taille Cm	91	99	107	114	122	130	137	145	152	160	168	170
Moins de 15 Ans	100	120	140	170	210	250	285	325	360	400	440	480