

تقدير الذات وعلاقته بمستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة

الأستاذ: بغيجة لياس

جامعة الجزائر 2

ملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة طبيعة التفاعل بين مستوى تقدير الذات والمصابين بالأمراض المزمنة في المواقف الضاغطة، حيث يؤثر طبيعة المرض على أداء الفرد ومهامه في الحياة اليومية، وعليه فإن بعض التأثيرات تنشأ من هذا التفاعل، على شكل اضطرابات نفسية كالقلق والاكتئاب التي هي انعكاس بالدرجة الأولى على مستوى تقدير الذات.

وإستخدام في هذه الدراسة ثلاثة مقاييس لجمع المعلومات مع استبيان، يتمثل في مقياس القلق ل سبيلبرجر ومقياس الاكتئاب ل بيك ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث، وكانت نتائج الدراسة كالتالي:

- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين تقدير الذات ومستوى حالة القلق لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.
- وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين تقدير الذات ومستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين مستوى تقدير الذات ومتغير الجنس لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.
- هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات ومتغير السن لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

– عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق ومتغير السن.

مقدمة

إن الصحة الجسدية تلعب دور بالغ الأهمية في حياة الإنسان فهي ضرورية لتأدية كافة النشاطات في الحياة اليومية وتعتبر أساسية في تأدية الواجبات الحياتية والمهنية، لها دور حيوي في النمو الحركي والمعرفي الذي يعتمد على قدرة الفرد على الحركة والنشاط وأداء المهام والتعامل مع المحيط بكل تعقيداته وتناقضاته، فالإصابة ببعض الأمراض كانت عضوية أم مزمنة سوف يؤثر على قدرة الفرد على الأداء الطبيعي للأعمال والمهام سواء الشخصية أم العائلية أو المهنية، فتؤثر بذلك الأمراض على سلوكيات الفرد وانفعالاته حيث يصبح الشعور بالنقص والعجز عاملاً فعالاً في النفس وتنشأ عنها اضطرابات نفسية مختلفة تعيق الحياة الطبيعية للفرد. وتتلخص هذه الدراسة في البحث عن العلاقة بين تقدير الذات وظهور بعض الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب.

الإشكالية:

تعرف الاضطرابات النفسية انتشاراً واسعاً بين مختلف الفئات العمرية والاجتماعية، وتختلف هذه الاضطرابات باختلاف شخصية الفرد وردود أفعاله، فطبيعة الشخصية تختلف باختلاف تصرفات الفرد، وسلوكياته نحو غيره، إذ تتضمن مجموع القوى الموجودة في الشخص وتشمل عوامل قوة هذه الأفكار والمشاعر والسلوك والأهداف والميولات والقدرات العقلية والجسمية. ويعد البناء الجسدي أو المظهر العام أو الحالة الصحية للفرد كمتغير، له تأثير على تفاعل الفرد مع بيئته ومع الآخرين. ومن بين الأمراض المؤثرة على سلامة الجسم وتؤثر على وظائف الفرد من مهام وأعمال الأمراض المزمنة، إذ تشكل عبئاً على شخصية الفرد من خلال زيادة الانفعالات وتغيير المزاج ومختلف الانفعالات المرتبطة بالمتغيرات الاجتماعية والنفسية وتفاعلها مع طبيعة الشخصية، ويؤكد "كرتشمير" أن هناك ارتباطاً بين الحالة الجسمانية وطبيعة الشخصية.

إن الإصابة بإحدى الأمراض المزمنة لدى الفرد تعتبر بداية لسلسلة من الضغوط النفسية وما يصاحبها من شعور بالذنب والتقصير والخجل والاكتئاب وفي بعض الأحيان الغضب والقلق والخوف ولوم الذات تارة وإلقاء اللوم تارة أخرى على الآخرين، والخوف

من المستقبل وهكذا تختفي الكثير من الأحلام والطموحات والتوقعات المرتبطة بالفرد عندما يدرك أبعاد إصابته ومدى محدودية نشاطه وأدائه.

وعليه فإن من مضاعفات انتشار الأمراض المزمنة الشعور بالقصور والضعف وهي جوانب من جوانب تقدير الذات المرتبط بالشخصية، إذ يخضع تقييم الذات إلى الكثير من التأثيرات الداخلية والخارجية التي تتعرض لها الفرد في حياته من أحداث وإصابات عضوية وجسدية تؤثر على هذا التقييم للذات كما يرى "شولر" أن التفكير الذي لا يرى صاحبه في ضله شيئاً مستحيلاً لا يمكن أن يتواجد في المرء ما لم يكن تقدير ذاته بدرجة عالية ويؤمن بما يمكن أن يكون. (Rangit, S, Robert. W : 2005, p 15) وفي نفس السياق يرى "ناثيل برادين" فيما يخص تقدير الفرد لذاته يخضع إلى عوامل حيث يقول: أن عملية تقدير الذات هي اتجاه المرء نحو الشعور بذاته مؤهلة وقادرة على التكيف مع المؤهلات الأساسية في الحياة والإيمان بأنها جديرة بالسعادة.

إذن تشكيل الرؤية التي يحملها الفرد عن رؤيته لذاته تكمن في التقييم الكلي للذات إما إيجاباً أو سلباً ويعود على مدى إيمان الفرد بنفسه وبأهليتها وقدرتها واستحقاقها للحياة خاصة إذا كانت تعاني من تدني في الوضع الصحي، أو الإصابة بأحد الأمراض المزمنة. إن الأمراض المزمنة من ربو وسكري وأمراض القلب تشكل أهم الأمراض العضوية والأمراض السيكوسوماتية التي أصبحت تصيب مختلف الفئات العمرية من كل الطبقات الاجتماعية، فتغير الأوضاع الحياتية وتعقيدات الحياة والمشاكل الأسرية والاجتماعية كلها عوامل ساهمت في زيادة نسبة الأمراض المزمنة في الجزائر خاصة في العشرية الأخيرة.

واستناداً إلى ما سبق ذكره نطرح التساؤل الرئيسي التالي:

• هل توجد علاقة بين تقدير الذات ودرجة القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة؟

أما التساؤلات الفرعية فهي كالآتي:

(1) هل هناك علاقة ارتباطية بين تقدير الذات ومستوى حالة القلق لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة؟

(2) هل هناك علاقة ارتباطية بين تقدير الذات ومستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة؟

(3) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بسن مستوى تقدير الذات ومتغير الجنس لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة؟

(4) هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات والسن لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة؟

(5) هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس لدى الأمراض المزمنة؟

(6) هل هناك علاقة ارتباطية بين مستوى حالة القلق ومتغير السن؟
الفرضيات:

الفرضية العامة

توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات ومستوى القلق والاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

الفرضيات الجزئية:

(1) هناك علاقة ارتباطية بين تقدير الذات ومستوى حالة القلق لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

(2) هناك علاقة ارتباطية بين تقدير الذات ومستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

(3) هناك فروق ذات دلالة إحصائية بسن مستوى تقدير الذات ومتغير الجنس لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

(4) هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات والسن لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة.

(5) هناك علاقة ارتباطية بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس لدى الأمراض المزمنة.

(6) هناك علاقة ارتباطية بين مستوى حالة القلق ومتغير السن.

تحديد المفاهيم:

(1) تقدير الذات:

من خلال النتائج المتحصل عليها من تطبيق مقياس كوبر سميث لقياس درجة تقدير الذات نتبنى التعريف الإجرائي التالي في تقدير الذات الذي هو تقييم الفرد لنفسه انطلاقاً من اتجاهات شخصية نحو نفسه ومن خلال اتجاهات المجتمع نحوه، وبهذا

المعنى فإن تقدير الذات هو الصورة التي يحملها الشخص عن قيمته سواء بالسلب أو الإيجاب.

(2) قلق الحالة :

من خلال النتائج المتحصل عليها من تطبيق مقياس سبيلبرجر لقياس قلق الحالة نتبنى تعريف الإجرائي ل سبيلبرجر SPIELBERGER (1975) لقلق الحالة هو حالة إنفعالية تنصف بأحاسيس طارئة tranjutory من التوتر والإدراك والعصبية المصحوبة بنشاطات من الجهاز العصبي الذاتي (اللاإرادي)، ويختلف قلق الحالة من حيث حدوثه وحدوثه عبر الزمن كدالة عن الإجهاد الذي يلزم الفرد SPIELBERGER (1975) عن قاسم حسين (2002) .

(3) الإكتئاب :

من خلال النتائج المتحصل عليها من تطبيق مقياس بيك لقياس درجة الاكتئاب نتبنى التعريف الذي وضعه " بيك BECK" (1979) والذي يرى أن الإكتئاب عبارة عن اضطراب في التفكير في الناحية المعرفية تنتج عنها أنماط تفكير خاطئة و سلبية تؤدي إلى ضعف في كل من غرائز الحفاظ على الذات وإختفاء بعض الدوافع البيولوجية الأساسية كالغضب و الجنس .

الجانب التطبيقي

1- منهجية البحث: تم الاستعانة بالمنهج الوصفي في تحليل المعطيات الكمية المرتبطة بالمقاييس التي استعملت والمتمثلة في مقياس تقدير الذات والاكتئاب والقلق.

1-1- مكان إجراء البحث :

تم تحديد مكان إجراء الدراسة من طرف الباحث في مواقع محددة من قبل، وتتمثل هذه الأماكن في مستشفى بني مسوس ومستشفى مصطفى باشا ومستشفى مايو (محمد دباغين)، أيضا جمعيات مكافحة الربو والسكري.

1-2- عينة البحث :

قمنا باختيار عينة البحث على أساس عاملين هما :

1-2-1- السن :

يتراوح سن أفراد العينة ما بين 17 و65 سنة و هذا لدراسة الفروق بين الفئات العمرية وتقدير الذات وتأثيرها على مستوى القلق و الإكتئاب .

1-2-2-2- طبيعة المرض :

و يقصد بها تصنيف المرضى و تحديد فئات العمرية حسب الجنس. وقد تم إنتقاء أفراد العينة بصفة عشوائية إذا توفرت الخصائص التي ذكرت من قبل وبذلك فان إختيارها يخضع للصدفة أو الإختيار العشوائي. ومعنى هذا أننا نسمح بإعطاء كل الأفراد نفس الفرصة في الإنتماء إلى عينة البحث .

1-3- خصائص عينة البحث :

في بداية الدراسة تم تحديد أفراد العينة بـ 390 ثم اكتفينا بـ 320 نظرا لغياب المتكرر لأفراد العينة والتماطل في الاستجابة، واختفاء وفقدان الاتصال مع الباحثين، واستطعنا التباحث مع 320 حالة مرضية تم الاتصال بهم في المستشفيات والعيادات وجمعيات مكافحة الأمراض المزمنة وتتوزع أفراد العينة حسب نوعية الأمراض إلى 160 حالة تعاني من مرض السكري و100 حالة تعاني من مرض الربو و60 حالة تمثل مرضى أمراض القلب.

عرض نتائج الفرضيات :**الفرضية الأولى :**

لإختبار الفرضية الأولى التي مفادها أن هناك علاقة ارتباطية بين تقدير الذات ومستوى حالة القلق لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة اعتمدنا على اختبار بيرسون وكانت النتائج وفق الجدول التالي:

جدول رقم 01: يبين العلاقة بين تقدير الذات ومتغير حالة القلق.

المتغير	حالة القلق	حجم العينة	مستوى الدلالة
تقدير الذات	0,178	320	0,01 دالة إحصائية

نلاحظ من خلال هذا الجدول رقم 01 أن قيمة معامل ارتباط بيرسون تقدر بـ 0,178 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01، بمعنى أنه توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات وحالة القلق لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة التي تتراوح أعمارهم ما بين (17 سنة إلى 65 سنة) مما يشير إلى تحقيق الفرضية الأولى.

الفرضية الثانية:

لاختبار الفرضية الثانية التي مفادها أن هناك علاقة ارتباطية بين تقدير الذات ومستوى الاكتئاب لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، اعتمدنا على اختبار "بيرسون" وكانت النتائج وفق الجدول التالي:

جدول رقم 02: يبين العلاقة بين تقدير الذات ومستوى الاكتئاب.

المتغير	الاكتئاب	حجم العينة	مستوى الدلالة
تقدير الذات	0,241	320	0,01
			دالة إحصائية

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن قيمة معامل "بيرسون" تقدر بـ 0,241 وهي قيمة دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,01، بمعنى أنه توجد علاقة موجبة ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات وحالة القلق لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، مما يشير إلى تحقق الفرضية الثانية.

الفرضية الثالثة:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجات تقدير الذات حسب الجنس.

وقصد التحقق من صحة هذه الفرضية اعتمدنا على اختبار t. test لدراسة الفروق في

درجات تقدير الذات تبعا لمتغير الجنس والجدول التالي بين نتائج الفرضية

جدول رقم 03: يبين الفروق في درجات تقدير الذات حسب الجنس.

الجنس	عدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	نسبة F	مستوى الدلالة	T	مستوى الدلالة لقيمة T	درجة الحرية
ذكر	190	87.50	7.89	0.536	0.431	0.110	0.836	371
أنثى	130	86.31	8.22					

نلاحظ من خلال الجدول رقم 03 أن الفئتين متجانستين، ونلاحظ من خلال النسبة المتحصل عليها 0.536 أما مستوى الدلالة الإحصائية فقدت بـ 0.431 وهي تتجاوز بكثير الدلالة الإحصائية المعتمدة وهي 0.05.

أما نتائج اختبار T. TEST لدلالة الفروق فقد قدرت بـ 0.110 عند مستوى الدلالة 0.836، ودرجة الحرية 371 وهي أكبر من مستوى الدلالة المعتمدة 0.05، وهذا يؤكد عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الطات تبعا للجنس.

وبالتالي لم تتحقق الفرضية الثالثة وبالتالي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات ومتغير الجنس
الفرضية الرابعة:

عرض نتائج الفرضية الرابعة التي مفادها:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متسوى تقدير الذات ومتغير السن.

والجدول التالي بين نتائج الفرضية:

جدول رقم 4 يبين الفروق في درجات تقدير الذات تبعاً لمتغير السن:

درجة الحرية	مستوى الدلالة T	قيمة T	مستوى الدلالة الإحصائية	قيمة F	الإنحراف المعياري	المتوسط الحسابي	حجم العينة	فئات السن	
262	0.01	3.572	0.709	0.806	0.162	87.31	60	17 - 33	الذكور
						107.36	112	34 - 50	
						136.18	148	51 - 65	

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 04 أن قيمة F المتحصل عليها والمقدرة بـ 0.806، أما مستوى الدلالة الإحصائية فلقد بلغت 0.709، أما نتائج اختبار "ت" لدلالة الفروق فقد قدرت بـ 3.572- عند مستوى الدلالة 0.01 ودرجة الحرية 262، وعليه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئات السن ودرجات أو مستوى تقدير الذات، ويتضح هذا أيضاً من خلال المتوسط الحسابي لمرتفعي تقدير الذات والمقدر بـ 136.18 و 87.31 بالنسبة لمنخفضي تقدير الذات.

وعليه فإن الفرضية الرابعة قد تحققت والتي تفيد أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات ومتغير السن.

الفرضية الخامسة :

لاختبار الفرضية الخامسة التي مفادها ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب و متغير الجنس ، قمنا باستعمال معامل التوافق ، وجاءت النتائج مبينة من خلال الجدول التالي:

جدول رقم 05 يبين العلاقة بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس :

المتغير	N	X ²	معامل التوافق	مستوى الدلالة
الاكتئاب	190	4.398	0.195	0.222
الجنس :				
ذكر				
أنثى	320			

من خلال النتائج المبينة في الجدول يتضح أن العلاقة بين مستوى الإكتئاب والجنس جاءت ضعيفة تقدر بـ: $C=0.19$ وهي غير دالة إحصائيا ، وبالتالي لم تتحقق الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الإكتئاب ومتغير الجنس .
الفرضية السادسة :

لإختبار الفرضية السادسة التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير السن ، قمنا باستعمال معامل التوافق و تحصلنا على النتائج التالية :

جدول رقم 06 يبين العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير السن :

المتغير	N	قيمة X ²	معامل التوافق C	مستوى الدلالة
حالة القلق	320	5.664	0.220	0.129
السن				

من خلال النتائج التي جاءت في الجدول رقم 5 يتبين لنا أن الفروق المعبر عنها

$$x^2 = 5.664$$

هي قيمة غير دالة ، و جاءت العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير السن بقيمة 0.22 $C =$ وهي غير دالة إحصائيا .

و عالية لم تتحقق الفرضية التي مفادها أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى حالة القلق و متغير السن .

مناقشة عامة للنتائج:

من خلال الجدول رقم واحد يتبين لنا أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين تقدير الذات ومستوى حالة القلق وهذا نظراً لعملية التقييم التي غالباً ما تأثر على صورة الذات مما يجعلها تكتسب تأثيرات نفسية سلبية تتمثل في التوتر والعصبية التي غالباً ما يتميز بها الفرد عندما يواجه أوضاعه الحياتية وعندما يواجه موقف ما. وقد ميز كوبر سميث (Cooper Smith) بين نوعين من تقدير الذات، تقدير الذات الحقيقي يكون لدى الأشخاص الذين ينتابهم إحساس بالأهمية لذاتهم نظراً للمكانة التي يحتلونها أو يتميزون بها، وتقدير الذات الدفاعي الذي يوجد لدى الأشخاص الذي ينتابهم إحساس بتدني القيمة والمكانة أمام أسرهم والآخرين لكنهم لا يستطيعون مواجهة هذا الحكم والتعامل به مما يؤدي إلى نشأة الصراع النفسي، فالقلق والتوتر والخوف من المستقبل عوامل ناتجة على عملية التقييم للذات من حيث مستوى تقدير الذات. (مدثر سليم أحمد، 2002).

من خلال الجدول رقم 02 يتبين لنا أن هناك علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين تقدير الذات ومستوى الاكتئاب، إن الإصابة بأحد الأمراض المزمنة سوف يؤثر حتماً على نفسية الشخص المصاب وعلى أسلوب حياته فيتغير تفاعل الفرد مع نفسه ومع محيطه نتيجة المعاناة من المرض، (إبراهيم إسماعيل، 1989)، فتتغير نظرة الفرد لذاته، لهذا فالطريقة التي يفكر بها الناس حول أنفسهم هي التي تؤدي إلى التغييرات السلبية الأخرى، ويفسر بيك Beck الاضطرابات النفسية أنها تنشأ على أساس الاضطرابات الاكتئابية وهي عبارة عن تشوهات وأخطاء معرفية تتصف بأنها استنتاجات عشوائية وتعميمات مفرطة ومبالغ فيها ويصبح محتوى هذه عند المكتئبين مشحونة بالنظرة السلبية للذات والعالم والمستقبل الذي يسميه "بيك" بالتالوث المعرفي. ومن نتائج ذلك ظهور بعض الهلوس وأحلام لدى المرضى غالباً ما تحتوي على أفكار حول معاينة الذات، والفقدان والحرمان، وهذه النزعة السلبية التي يرى فيها الفرد نفسه ضعيفاً فاقداً للمكانة والقوة والاهتمام وعاجزاً عن أداء المهام هي السبب الرئيسي للاكتئاب.

وخاصة ما توصل إليه بيك في محتوى عمليات التفكير لدى المكتئبين أن هؤلاء الأفراد يعانون من وجود مفاهيم غير حقيقية ومشوهة والحرمان، وفقدان الذات، وتأنيب الضمير ولوم الذات، إضافة إلى احترام الذات المنخفض، والهروب من الواقع بالاستغراق في التخيل، والميول أو الرغبات الانتحارية (أوديل حسين، 2001). وعليه فإن الكثير من المرضى ونتيجة لغياب الكفالة الصحية اللازمة في المستشفيات والعيادات

والظروف الاجتماعية والاقتصادية من ضعف الأجور والمداخيل، يشعر المرضى بالأسى والحزن، وفقدان الموضوع المحبب نحو الذات والتردد وعدم إمكانية على الجسم، وضعف اتخاذ القرار وإتهامات يوجهها نحو الذات تارة أو نحو الآخرين بصاحبه الشعور بالعجز والقصور وعدم القدرة على مواجهة أحداث والمواقف الحياتية فيزيده اليأس ويلوم ذاته ويستخف بها.

من خلال الجدول رقم 03 نلاحظ عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات ومتغير الجنس، لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة، رغم أن العديد من الدراسات أكدت هذه الفروق في تقدير الذات خاصة لدى النساء الذين يعانون من الضغوطات اليومية ومن التمييز في المعاملات في مختلف المجتمعات، لكن نتائج هذه الدراسات أظهرت عدم وجود فروق في تقدير الذات للمرضى تبعاً لمتغير الجنس، وهذا راجع بالدرجة الأولى إلى مختلف الظروف الاجتماعية والاقتصادية والمجالية الذي يتعرض لها المرضى دون استثناء فالمعاناة هي السمة المشتركة بين الجنسين بغض النظر عن الفوارق الجنسية.

من خلال الجدول رقم 4 نلاحظ وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مستوى تقدير الذات ومتغير السن وهذا راجع إلى رؤية الفرد ومدى تقييمه لذاته إذ أن المرض المزمن مرض دائم يلزم الفرد يتأثر به الأشخاص من خلال مدى تفاعلهم مع الحياة اليومية فالطبيعة الإنسانية تقتضي الاستمرارية في الحياة رغم المشاكل والعوائق الصحية لكنها تخضع إلى عوامل تعود بالدرجة الأولى إلى الفروق العمرية التي تميز استجابات الأفراد ومن خلال سلوكياتهم وطموحاتهم المستقبلية، ففي الغالب فإن فئات العمرية الشبابية تتميز بالتكيف، ومواجهة الحياة بمتطلباتها والعوائق التي تعترض السير الطبيعي لها فالحركية الاجتماعية تأثر بالإيجاب على تقدير الذات من خلال التفاعل اليومي مع الآخرين، ومحاولة إعطاء انطباع عن السير الطبيعي لحياة الفرد المريض، بينما الفئات العمرية الكبيرة المتمثلة بالأخص في مراحل الكهولة المتأخرة وبداية الشيخوخة فتميل إلى العزلة والتشاؤم من المستقبل والشكوى المستمرة من الأوضاع.

أما بالنسبة للعلاقة الإرتباطية بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس ، فقد كشفت نتائج الدراسة عن عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى الاكتئاب ومتغير الجنس وبالتالي لم تتحقق الفرضية ، وهذا ما يتناقض مع العديد من الدراسات التي أكدت هذه العلاقة خاصة ما جاء في الإطار النظري حول الاكتئاب والتي بينت أن

الاكتئاب يختلف مستوياته تبعاً لمتغير الجنس ، حيث ترى منظمة الصحة العالمية أن نسبة الإصابة بالاكتئاب عند النساء أكثر من الرجال ، ويرى البعض الآخر أن افتقار الفرد الآن إلى كثير من مصادر الدعم والحماية .

إضافة إلى ذلك ، فإن دراسات أخرى تؤكد أن الاكتئاب في أي من مستوياته يرتبط بالضعف في الوظائف البدنية والاجتماعية جميعاً ، كما أن دراسات أخرى أظهرت أن المرأة تعاني أكثر من الرجل من الأعراض الدالة على الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب ، ويؤكد كالبرتون CALBERTON (1997) إن النساء قد تفوق الرجال من حيث المعاناة والإصابة بالاكتئاب بما يعادل الضعف ، وفي دراسة أخرى عند " سامر رضوان " (2001) حول انتشار الأعراض الاكتئابية عند الذكور والإناث وجد أن نسبة الاكتئاب عند الذكور تبلغ 4.9 % وعند الإناث 7.9 % كما تشير هذه الدراسة المذكورة إن الإناث يعانون من الاكتئاب درجة أشد ، مقارنة بالذكور . وفي دراسة لـ: عبد الستار إبراهيم (1997) حول الاكتئاب أظهرت أن جنس الشخص ذكر أو أنثى ليس هو المسؤول في حد ذاته عن ارتفاع مستوى الاكتئاب . وإنما تبدو الضغوط النفسية والاجتماعية التي تصيب فئات من المجتمع دون آخر ، والاحباطات المرتبطة بالتفاعل الاجتماعي والحواجز والصعوبات التي يلاقها الأفراد في تحقيق رغباتهم وطموحاتهم في الحياة ، وهذه الصعوبات والعوائق تصيب فئة المرضى دون غيرهم خاصة مشكلة التنقل والتصاميم الهندسية في الطرق والبنائات التي تعيق الحركة لديهم ، وبالتالي تحد من عملية التكيف وتشكل عامل إحباط وتمنعه من التحصيل المعرفي وتقلص من تفاعله الاجتماعي ، مما يضعف من خبراته الحياتية وتقلص من قدراته العقلية و تشعره باليأس والعزلة .

وهذا ما توصلت إليه دراسة فان روي VAN ROY (1957) والتي أكدت على أن الإصابة العضوية تحمل معها كل الشروط التي تؤدي إلى الإحباط وتعرقل إشباع الحاجات المختلفة و تحد من استقلالية الفرد وتعيق تحقيقه لذاته ، وتؤدي إلى ظهور استجابات عدوانية وانفعالات حادة .

** كما أن هنالك اعتقاد من أن الضغوط والاحباطات النفسية لها دور أكثر من الفروق الجنسية والبيولوجية بين الذكور والإناث .

ويرى سكينر SKINER أن الاكتئاب ناتج عن الانطفاء الذي يحدثه عدم وجود التعزيزات الاجتماعية الايجابية ويترتب عليه نقص المعلومات حول السلوكات الايجابية وعليه فان عزلة المصاب تزيد من حدتها مما يدعم الحالة الاكتئابية .

كما أسفرت نتائج دراستنا عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوي حالة القلق و متغير السن رغم أن العديد من الدراسات العربية أظهرت فروق بين فئات السن في مستوي القلق ، و يؤكد ذلك عبد الخالق (1994) إذ بينت أن المراهقة و تغيرات النمو ربما تكون مسؤولة إلي حد ما عن ارتفاع مستويات المرض النفسي بين المراهقين ، حيث بين لنا أن درجة القلق عند الإناث تبدأ منخفضة حتى سن 11 سنة ثم تبدأ في الارتفاع في سن المراهقة .

كما أن "هوس" و "شيفر" (1986) بينا أن التغيرات الانفعالية مرتبطة بالعمر و في الكيفية التي يقدر بها الأفراد المواقف الضاغطة عليهم ، كما وجد باحثون آخرون (POLTOM ET REVONFON 1989) أن الراشدين كانوا اقل احتمالا للتنفيس الانفعالي عن إحباطهم وأكثر ضبطا لانفعالاتهم اتجاه الضغوط. ويستخلص " رجب حمد " (1995) بان وهناك فروقا جوهرية في ردود الفعل الانفعالية للمواقف الضاغطة أو الأزمات لصالح الفئات الأكبر سنا بمعنى أن الأكبر سننا أكثر ضبطا انفعاليا .

لكن مع فئة المرضى أثبتت نتائج الدراسة عكس ذلك ، فان العلاقة بين مستوى حالة القلق و متغير السن جاءت قيمته ضعيفة قدرت ب: $C=0.22$ ويمكن تفسير ذلك بكون أن الصراعات والأفكار المؤلمة والخوف من المستقبل لدى هؤلاء يشمل جميع الفئات العمرية على العموم .

المراجع:

- 1- مدثر سليم أحمد (2002): الصحة النفسية ، المكتب العالمي للكمبيوتر ، الإسكندرية .
- 2- إبراهيم إسماعيل (1989): عوامل الصحة النفسية السليمة- جامعة التربية ، مصر .
- 3- فرويد سجموند (1962) : الكف و العرض و القلق ، ترجمة محمد عثمان نجاتي ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر .
- 4- يحي محمد نصر الدين (1991): الضغط و القلق و الحالات العصبية ، دار الهدى – عين مليلة –الجزائر .
- 5- شهبان دافيد (1988): مرض القلق ، عالم المعرفة –الكويت .
- 6- الخالدي أديب (2002): المرجع في الصحة النفسية ، الدار العربية للنشر ، الطبعة الثانية ، المكتبة الجامعية ، ليبيا .
- 7- منى حسن (2001): الصحة النفسية ، الدار الكندي للنشر و التوزيع .
- 8- أمين القريطي عبد المطلب (1998) دار الفكر العربي ، الطبعة الأولى ، القاهرة .
- 10- محمد شاذلي عبد الحميد (2001): في الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية ، المكتبة الجامعية ، الطبعة الثانية ، مصر .
- 11- الحجار محمد (1989): الطب السلوكي المعاصر ، دار العلم للملايين ، بيروت ، لبنان .
- 12-REID LOUISE (2001) : TARIR La source de l'anxiété : les éditons quebecor. CANADA .
- 13-BERNARD Pierre – schneider . RATO (1980) : la dépression , géneve .
- 14-POUTANIER Julliette (1947) : L'angoisse : press Univercitaire DE France , PARIS .
- 15-SCHWOB Marc (1999) : Le stress : dominos flamarion , France .
- 16-DESLANDE Rolandes, l'Eclerce danielle (2003) : ressource personnelle et detresse psychologique, CANADIEN JOURNAL OF BEHAVIOURAL SCIENCE .
- 17-TATOSSIAN .A (1984) : la vie faute de mieuse : les déprimés , midi prent édition ; France.
- 18-HUSAIN Odile , MERCERON COLLETTE . Rossel Frieda (2001) Psychopathologie et polysémie , édition payot Lausanne , France .
- 19-RAUILON Frederic , martineaux Caroline (1990) : De pression et rechute de pressive , ARDISE Medical , Paris .
- 20-SPIELBERGER C-D : Auxiety , current trends in thory and research ,new York ACADEMY press : p : 23-49 .
- 21- STORA.B (1991) : le stress ; edition dahleb Alger

