

ارتفاع ضغط الدم الأساسي وعوامل الشخصية: العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والنمط السلوكي (د) - نموذجاً-

Essential hypertension and personality factors: The relationship between health locus of control and behavioral pattern (D) - model-

رمزي صمادي^{1*}، مخبر سيكولوجية مستعمل الطريق، (جامعة باتنة 1)، ramzi.smadi@univ-batna.dz
يوسف عدوان²، مخبر تطوير نظم الجودة في مؤسسات التعليم العالي والثانوي، (جامعة باتنة 1)
Youcef.adouane@univ-batna.dz

2023-05-22	تاريخ القبول	2023-01-09	تاريخ الاستلام
------------	--------------	------------	----------------

الملخص

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والنمط السلوكي (د)، على عينة قوامها 47 مريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي، بالاعتماد على التصميم الارتباطي. وتوصلت نتائجها إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين بعد مصدر الضبط الصحي الداخلي وبعدي النمط السلوكي (د)، ووجود علاقة ارتباطية موجبة بين بعدي مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ والحظ وبعدي النمط السلوكي (د).
الكلمات المفتاحية: مصدر الضبط الصحي، النمط السلوكي (د)، ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

Abstract

The current study aimed to reveal the relationship between the source of health control and the behavioral pattern (d) on a sample of 47 patients, with essential hypertension, based on the relational design. Its results reached the following: There is a negative correlation between the dimension of the source of internal health control and the dimensions of the behavioral pattern (d), and the existence of a positive correlation between the dimensions of the source of health control for those with influence and luck and the dimensions of the behavioral pattern (d).

Keywords: Health locus of control, The behavioral type (D), Hypertension.

مقدمة

لقد أدى التطور في الدراسات التي أجريت حول العلاقة بين العقل والبدن إلى ظهور فروع واهتمامات جديدة في مجال علم النفس والطب، لإعادة صياغة وجهة نظر شاملة عن الإنسان وسلوكه، هذه الاتجاهات الحديثة في الحقيقة هي ما نادى بها فلاسفة وأطباء الإغريق منذ آلاف السنين، وإنما تكمل الحداثة في تغيير نظرنا إلى طبيعتنا الإنسانية الحقبة التي لا يكمن اختزالها في النموذج البيوطبي (سامي عبد القوي، 2002؛ 47) الذي يعتبر أن جميع الأمراض يمكن تفسيرها على أساس العمليات الجسمية الظاهرة، كحالات عدم التوازن البيو كيميائي، أو الشذوذ في العمليات العصبية الفسيولوجية مفترضا بذلك ثنائية العقل والجسم.

وقد تجسدت هذه الفروع والاهتمامات في ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، الذي أحدث وثبة كبيرة في مجال البحث عن فكرة الوحدة الكلية للإنسان في الصحة والمرض، إذ أكد هذا النموذج أن العناصر البيولوجية والسيكولوجية والاجتماعية على درجة متساوية من الأهمية في الوظائف والاستجابات الإنسانية، مما أسهم في فهم أكثر عمقا لما يتعرض له الإنسان من أمراض، ووسع مجالات التشخيص والعلاج، وأصبح الباحثون واعون أكثر بضرورة فحص العلاقات المتداخلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية في فهم الأمراض المزمنة. (تايلور، 2008؛ 49-50)

كما ازداد الاهتمام أكثر في السنوات الأخيرة، من قبل العلماء والباحثين والهيئات العالمية ومؤسسات الصحة العمومية، في مختلف مجالات البحث الطبي والنفسي والاجتماعي، وحتى الأنتروبولوجيا المرتبطة بالصحة والمرض، وغيرها من التخصصات العلمية بإبراز دور وأهمية علم نفس الصحة، حيث درس الباحثون فيه العديد من الأمراض العضوية، وبحثوا في أسبابها البيولوجية والنفسية والاجتماعية وانعكاساتها السيكولوجية والمعرفية والسلوكية. (مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة، 2018)

ومن بينها الأمراض القلبية الوعائية، من خلال بروز واسهامات إحدى التخصصات الدقيقة لديه، علم النفس القلبي (10؛ Marlies&al, 2016)

كما أن البحث في الأنماط السلوكية للفرد في استجابته للمواقف المختلفة، لا يقتصر في حصرهم وفق نماذج من الخصائص السلوكية والنفسية والاجتماعية، بل البحث عن أسس تمكننا من فهم العلاقة بين السلوك والصحة، للوقاية من مختلف الأمراض ذات الصلة بطريقة الحياة. (الزروق، 2015؛ 94)

ونظرا لحداثة مفهوم النمط السلوكي (د)، وعدم وجود دراسات جمعت بين المتغيرين، فقد كان ذلك هو دافع الباحثين إلى محاولة الكشف عن طبيعة العلاقة بين النمط السلوكي (د) ومصدر الضبط الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي، من خلال ما تطرحها وفق المحددات المنهجية لها، تكتسب أهميتها التي تدرسه في إطار علم نفس الصحة، كما تتجلى أهميتها العملية في محاولة لترجمة سلم النمط السلوكي (د)، وما تكشف عنه من نتائج يمكن أن تكون منطلقا يستند إليه اهتمام

المختصين والباحثين، وتكون تلك النتائج في حد ذاتها هي مادة للإثراء والتطوير أو النقد، تحقيقا لمزيد من الموضوعية والدقة العلمية.

- الإشكالية

إنّ تفاقم وتزايد وانتشار خطر الأمراض المزمنة غير السارية كالسرطان والسكري والرئة، والقلب والأوعية الدموية، تجاوزت الأمراض السارية، وأصبحت السبب الرئيسي للوفاة في العالم. فالأمراض القلبية الوعائية وفق منظمة الصحة العالمية، كانت سببا في وفاة 17 مليون حالة سنويا على مستوى العالم، وهو ما يقارب ثلث إجمالي حالات الوفاة، ومن بينها المضاعفات المترتبة عن ارتفاع ضغط الدم التي تشكل (09.4) مليون حالة وفاة، وفي سنة 2008م تم تشخيص مليار شخص مصاب بمرض ارتفاع ضغط الدم، بعد أن كان يقدر بـ 600 مليون سنة 1980م. (Who, 2013 ; 09-10).

أما في الجزائر فقد كشف المسح الوطني للصحة (الانتقال الصحي والنظام الصحي (TAHINA,2007) أن الإصابة به تشكل أعلى نسبة بين الأمراض المزمنة الأخرى، وقدرت بنسبة (24.58%) لكلا الجنسين بنسبة (20.21%) للذكور، و (27.83%) للإناث، وبالنسبة لتوزيعه حسب السن، فحوالي (25.87%) من الأشخاص البالغين 15 سنة فما فوق يعانون من هذا المرض في مقابل (0.72%) بالنسبة للأشخاص الأقل من 15 سنة، كما أظهر المسح العنقودي (MICS4,2013-2012 أن نسبته قدرت بـ (7.5%) لدى الإناث و(3.7%) لدى الذكور، كما أنه يرتفع في الفئة العمرية 70 سنة فما فوق بمعدل انتشار (32.4%). (قوارح, 2017: 52)

وكشفت إحصائيات الجمعية الجزائرية لارتفاع ضغط الدم (SAHA) لسنة 2007م، وجود 16 ألف حالة وفاة بالجلطة الدماغية (AVC) كمضاعف رئيسي لارتفاع ضغط الدم الأساسي. (Ait Hamlat ; 2007)

فالمضاعفات المرتبطة به وفق منظمة الصحة العالمية تنطوي على تدخلات باهظة التكلفة كإجراء جراحة مجازة الشرايين في القلب، والغسيل الكلوي وهو ما يستنزف ميزانيات الأفراد والحكومات على حدٍ سواء (Who,2013 ; 06).

كما أن تلازم المريض ومن يحيطون به فتجعل التعايش معها تحديا كبيرا، لتصبح مشكلة صحية أساسية، يحاول اغلب العلماء والباحثين فهمها وتفسيرها من العلوم الطبية التي تشير أحدث التقارير الطبية وجود صلة مباشرة بين السلوك والصحة) يخلف، 19:2001). كدراسة (Smith&Williams 1992,Smith 1992,Kewley&Friedman 1987)، مما جعل الأطباء يدرجونه ضمن قائمة العوامل الخطيرة على الصحة، وأصبح مفهوما يحظى بنفس الأهمية والمكانة التي تحتلها عوامل الخطر البيولوجية من حيث تأثيرها على صحة الفرد والمجتمع (يخلف، 2001، ص24-25).

كما أن للشخصية في متغيراتها وأبعادها المختلفة دور في تكوين العادات الصحية المختلفة كدراسة (Horner, 1998) التي تبين أن مصدر الضبط الداخلي يسهل عملية تبني السلوكيات الصحية الوقائية، وأنه يؤثر إيجابا وبشكل مباشر على الحالة الانفعالية للأفراد، حينما يكونون تحت وضعية ضغط، ليققل من شعورهم بالتوتر والتهديد على عكس ذوي مصدر الضبط الخارجي، الذين لديهم

اضطرابات انفعالية، وهذا ما أشارت إليه دراسة (Hurrell&al1991,Thompson&collins1995). (الزروق، 2015:31-32).

كما دلت دراسة (Platre&al) على وجود علاقة ارتباطيه موجبة بين التحكم الخارجي والعصبية، وبيئت دراسة (Robert,Archer&al1979) أن ذوي مركز التحكم الخارجي كانوا أعلى قلقاً بكثير من ذوي مركز التحكم الداخلي. (يخلف، 2001; 91).

والملاحظ أن هناك ارتباط بين البعد الخارجي لضبط الصحي بالسلوك غير الصحي، وارتباط البعد الداخلي لضبط الصحي بالسلوك الإيجابي وتأثيرهما، وهذا ما يدفع إلى التساؤل عن دور البيئة في تكوين سلوكيات الفرد وتوجيه خصوصياته الجسدية والنفسية، فالمحيط يضغط ويوجه سلوك الإنسان بالشكل الذي يتماشى مع متطلباته، وضمن هذا يوظف الفرد طاقاته وقدراته ساعياً لمجاراة ما يتطلب منه. (مجدي، 2008:70)

ففي دراسة كل من (Stroeb, & Helsing) دلت النتائج على وجود علاقة ارتباطيه بين أحداث الحياة المثيرة للمشقة والاضطرابات الجسمية كالذبحة الصدرية وأمراض الشريان التاجي وآلام البطن، والسكري، وضغط الدم، كما أشار (BruceMcEwen) إلى أن مجموعة من التأثيرات الفيزيولوجية تحدث نتيجة التعرض للضغوط، وأن وظيفة المناعة قد تغيرت إلى درجة تسارع فيها العامل المسبب للسرطان، وازدادت سرعة التأثر بالعدوى الفيروسية، وتفاقم تكوّن الصفائح المسببة لتصلب الشرايين، وتجلط الدم المؤدي إلى الذبحة الصدرية، لكن الملاحظات تشير إلى أن الأفراد يتعرضون لضغوط حياتية مرتفعة، ولا يمرون بأزمات نفسية أو جسدية. (Harber & al; 1984)، وهو ما دفع (Rice) للتساؤل حول أسباب اختلاف ردود الأفعال رغم أن الموقف الضاغط واحد، وهو ما فيه إشارة إلى دور الخصائص الشخصية في تحديد نوعية استجابة الفرد تحفيزاً أو تثبيطاً. (أحمان، 2012:24).

وقد اتضح أن التعرض للضغوط النفسية أو البيئية لم يعد هو المتغير الوحيد المؤثر في نشاط الفرد وارتقائه، بل هناك متغيرات أخرى أكثر تأثيراً كأهداف الفرد وغاياته التي يسعى إلى تحقيقها، والتي تجعله يقيّم مصدر الضغوط تقييماً معرفياً، ويسلك طريقة معينة في مواجهة هذه الضغوط، ما بين المرونة والفعالية، وبين الجمود والسلبية والمرض، أن تكون الشخصية ببعض الأبعاد والمتغيرات التي تحملها، إما عامل حماية ووقاية لها كالصلابة والفعالية الذاتية ومصدر الضبط الداخلي، وإما عامل خطورة لها كالعدائية والعصبية، والحبسة التعبيرية والانفعالية السلبية وغيرها... (الزروق، 2015:27).

ومنها ما تأكد ارتباطها بالإصابة ببعض الأمراض المزمنة حتى أصبح الحديث عن أنماط من الشخصية يرتفع بوجودها احتمال الإصابة بالمرض (الزروق، 2015:33) كارتباط الإصابة بالذبحة الصدرية وأمراض الشرايين التاجية مع النمط السلوكي (أ)، ودراسة العوامل المهيئة سيكولوجياً وفزيولوجياً للإصابة بهذه الأمراض هو ما قادت إليه دراسة (Rosenman& Friedman) وأثبتته العديد من الدراسات. (الحجار، 1987:164)

وارتباط السرطان بالنمط السلوكي (ج) في أبحاث (Greer&Morris,1980) (Temoshok&al) في إثبات القيمة التنبؤية للنمط السلوكي (ج) في تطور السرطان، وسرعة انتشاره. (سامي عبد القوي، 2002:19). إلى (Denollet&al2005) حول النمط السلوكي (د) وعلاقته بالأمراض القلبية الوعائية، ومدى انتشاره، ففي هولندا وبلجيكا بنسبة (27% ، 31%)، بينما في الدانمارك بنسبة (16 % (Denollet& johan,2005)، وفي دراسة كل من (Grande & al., 2004; (Gremigni&Semmaruga, 2005 أن النسبة تصل إلى (28%) بإيطاليا و(25%) بألمانيا، وفي بريطانيا وإيرلندا (38.50%) (Williams&al,2008)، وفي الصين (31%) (Yu&al,2010)، وجنوب إفريقيا (41%) (Michéle, 2010 ;50)

وتشير دراسة (Horwood &al2017) بأستراليا إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين بعدي النمط السلوكي (د) ومقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. (Horwood &al,2017 ;117) والملاحظ أن بدايات الدراسات البحثية للنمط السلوكي (د) كانت في البيئة الأجنبية الأوروبية، كما تمت دراسته في مجتمعات أخرى كجنوب إفريقيا، وكوريا، والصين، وإيران، وأستراليا، وبينت تأثيره في التنبؤ بحدوث الإصابة بالأمراض القلبية الوعائية.

ومجمل ما تمّ التطرق إليه والتي تشير إلى دور العوامل والأبعاد المختلفة للشخصية في التنبؤ بالمرض، ويمكن أن تكون عوامل حماية لها، فقد تعدد العوامل، وتختلف التأثيرات، إلا أنه لا يمكن الجزم في الارتباط بينهما في ظل عدم وجود دراسات سابقة جمعت بين المتغيرين، ومن هنا جاءت هذه الدراسة الحالية لتستدل على العلاقة بين النمط السلوكي (د) ومصدر الضبط الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي، حيث يسعى الباحثان إلى معرفة شدة هذه العلاقة وقوتها واتجاهها.

- فرضيات الدراسة

- 1-لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- 2- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- 3- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- 4-لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- 5-لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.
- 6- لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي للحظ وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

مصطلحات الدراسة

1 - مصدر الضبط الصحي

يعرفه (Wallston&al1978) أنه الدرجة التي يعتقد الفرد فيها أن صحته تتحكم فيها عوامل داخلية (ذاته) أو خارجية كالحظ أو الصدفة، أو الآخرون من الأطباء والعاملين في ميدان الصحة (جبالي، 2007، 67).

ويتفق مع (Bennet&Norman,1998)، الذي يشير إلى درجة اعتقاد الأفراد أن صحتهم تتحكم فيها عوامل داخلية وخارجية (أحمان، 2012، 132).

فمصدر الضبط الصحي، يشير إلى إدراك الفرد بأن صحته يتحكم فيها هو (ذاته)، أو تتحكم فيه قوى خارجية كالحظ، الصدفة، العائلة، الأصدقاء، وهذا يركز على تحديد ما إذا كان الفرد يمتلك اعتقاداً صحياً داخلياً أو خارجياً، من خلال مقياس مصدر الضبط الصحي الذي أعده (Wallston&al)، وأعده إلى العربية جبالي نورالدين.

وهو المفهوم الذي تبناه الباحثان لمصدر الضبط الصحي لـ (Wallston&al) في أبعاده الثلاثة: (الداخلي، ذوي النفوذ، الحظ).

2- النمط السلوكي (د)

يشير (Denollet,2005)، على أنه عامل من عوامل الخطورة المنبئ للإصابة بالأمراض القلبية لدى الأفراد الذين يظهرون مستويات عالية من الانفعالية السلبية (Affectivity Negative)، إلى جانب مستويات عالية من التثبيط الاجتماعي (Social Inhibition)، في التعبير عن المشاعر السلبية خلال المواقف والتفاعلات الاجتماعية (Denollet 2005 ;89)، وهو المفهوم الذي تبناه الباحثان للنمط السلوكي (د) لـ (Denollet)، في بعدي الانفعالية السلبية والتثبيط الاجتماعي.

3-ارتفاع ضغط الدم الأساسي

وفق منظمة الصحة العالمية (WHO)، فإنه الارتفاع في أرقام قياسات، أو درجات ضغط الدم المتدفق عبر الشرايين، وهذا الارتفاع تجهل أسبابه وفي كل عملية قياس نحصل على قراءتين أو ضغطتين:

- ضغط الدم الانقباضي: وهو ضغط الدم الناتج عن كل ضخة قلب ويمثل القراءة الكبرى ويعتبر عالياً إذا كانت القراءة تساوي أو تفوق (140ملمترزئبقي).

-ضغط الدم الانبساطي: وهو ضغط الدم الناتج بين كل ضختين للقلب ويمثل القراءة الصغرى، ويعتبر عالياً إذا كانت القراءة تساوي أو تفوق (90مليمتر زئبقي).

وبالتالي يتم اعتبار ارتفاع ضغط الدم انقباضي وانبساطي، أي مستوى الضغط الدموي أكبر أو يساوي (140 / 90)مليمتر زئبقي (Who,2013 ;17)

- مصدر الضبط الصحي في الصحة والمرض

- مصدر الضبط الصحي في الصحة

عرف استعمالا واسعا في المجالات الصحية المختلفة، انطلاقا من فكرة مفادها، أن ذوي الضبط الداخلي أكثر استعدادا ورغبة في تنفيذ السلوكيات الصحية، وتوصلت إلى نتائج ذات دلالة علمية وإكلينيكية تخدم بشكل عام صحة الفرد والمجتمع، وتساهم في جعل برامج التربية الصحية أكثر فعالية (يخلف، 2001 ; 95)، مثل دراسة (Donald&al, 2000)، على عينة قوامها 90 مسنا، يعانون من اعتلالات صحية مختلفة، وبتطبيق مقاييس مصدر الضبط الصحي والصحة العامة، ومقياس مدى التزام المريض بالإرشادات الطبية، أظهرت نتائجها وجود علاقة إيجابية بين مصدر الضبط الداخلي، والتزام المريض بالقواعد الصحية السليمة (يخلف، 2001 ; 95) كما بينت دراسة (Wallston,1978)، أن الطلاب الذين لا يدخنون ولديهم تحكم في وزنهم، هم من ذوي مصدر الضبط الداخلي. (عبد العزيز، 2010، ; 153)

- مصدر الضبط الصحي في المرض

توجد عدة دراسات تطرقت إلى مصدر الضبط الصحي في سياق الأمراض المزمنة، كالسكري والسرطان وأمراض القلب، كما أشار إليها (DeVellis، Wallston1980)، ومن بينها: مصدر الضبط الصحي والسرطان كدراسة (Marks& al, 1986)، حول العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والتكيف مع السرطان، وأظهرت نتائجها أن المرضى ذوو الضبط الداخلي حققوا أعلى المستويات في التكيف، وأقل اكتئابا. كما بينت دراسة (Taylor,Lichtman,Wood1984) على مرضى سرطان الثدي والتكيف، وأظهرت نتائجها أن التكيف جيد للواتي يمارسن تحكما في حياتهن خاصة التحكم المعرفي السلوكي (Behaviora control- Cognitive)، من خلال اتباع النشاط الرياضي وتناول الغذاء الصحي، وتجنب الضغوط. (يخلف، 2001، ; 97)

- مصدر الضبط الصحي والسكري

ومن بينها دراسة (Gillibrand&flynn2001) التي هدفت لكشف ووصف العلاقة بين إدراك المرضى لمصدر الضبط لديهم، والإصابة بالسكري، على عينة قوامها 18 راشدا وتوصلت نتائجها أنهم ذوو مصدر ضبط خارجي (نفوذ الآخرين). (عليوة، 2015، ; 15)

- مصدر الضبط الصحي والقولون وكراون

كدراسة (Hobis & turpin, 2003)، حول العلاقة بين السلوك المرضي ومصدر الضبط لدى المرضى الذين يعانون من تهيج القولون، والتي أُجريت على عينة تتكوّن من 50 فردا، ومرضى كراون وتتكوّن العيّنة من 53 فردا، وأظهرت نتائجها ارتفاع درجات الضبط الخارجي لديهم، بينما ارتفعت درجات الضبط الداخلي لدى الأصحاء (احمان، 2012، ; 42)

- مصدر ضبط الصحة والإيدز

من بينها دراسة (Simoni & ming,2002) حول مصدر الضبط كمتغير وسيط لدى عينة مصابات بالإيدز، وعددهن 230 مصابة من نيويورك، ينحدرن من أصول إفريقية وإسبانية، وأظهرت ارتفاع نتائجهن على بعدي الحظ ونفوذ الآخرين وانخفاض في بعد الضبط الداخلي. (عليوة، 2015، ; 16)

- مصدر الضبط الصحي والمناعة النفسية العصبية

أشارا كل من (Cohen & Herbert, 1996- Leonard & Song, 1996) أن روتر يرى أن وجهة الضبط الداخلية تضمن لنا مستوى مرتفعاً من الصحة، وهو ما أكدته (Maddi & Cobasa, 1994) في مفهوم التحدي والسيطرة في دراستها عن عوامل المقاومة للمرض من خلال مفهوم الصلابة النفسية (Hardiness)، ووجدت أن الشعور بالسيطرة يعد عنصراً هاماً وحاسماً لصحة الفرد. كما أن علماء علم المناعة العصبية النفسية يرون أن استجابة الفرد تقع على متصل أحد طرفيه مصدر ضبط داخلي والآخر خارجي، وموضع الفرد على هذا المتصل يحدد مستوى صحته، فمصدر الضبط الداخلي والشعور بالسيطرة يؤثر إيجاباً على التوازن البيو كيميائي في الجسم، ومن ثم الاحتفاظ بمستوى مرتفع في الصحة الجسمية بينما يؤدي افتقاد السيطرة إلى إفراز ثلاث موصلات عصبية ذات أثر سيء على الصحة وهذه الموصلات كالسيروتونين الذي تتضمن وظائفه تنظيم المزاج وإزالة الألم عن طريق تنشيط إفراز الأندورفين، بينما الدوبامين المسؤول عن الإثابة والسعادة، والنورابنفرين الذي يؤدي تكسيه في المشتبكات العصبية إلى حالة اكتئاب، ويعد الابنفرين والدوبامين من أهم الموصلات العصبية المسؤولة عن النشاط والنوم والشهية والمزاج والجنس والتدعيم واللذة، وعندما يقل إحساسنا بالسيطرة ينخفض مستوى هذين الموصلين ويحدث نتيجة لذلك العديد من الاضطرابات في الوظائف السابقة، كما أن إفراز الكورتزون الذي يقلل من المناعة فتصبح أكثر عرضة للإصابة بالأمراض. (سامي عبد القوي، 2002، 39)

- مصدر الضبط الصحي والأمراض القلبية الوعائية

من بينها دراسة (Buckerte & Consolis 2004) التي دارت حول العلاقة بين فرط الكوليسترول ومصدر الضبط الصحي على عينة قوامها 1398 مريضاً، وأظهرت نتائجها أن نسبة (42.4%) من العينة تحصلوا على درجات مرتفعة على بعد مصدر الضبط الداخلي، بينما بلغت نسبة مصدر الضبط الخارجي (47.6%) ببعديه نفوذ الآخرين (30.5%)، والخط (27.1%)، كما ارتبط مصدر الضبط الداخلي ارتباطاً سالباً مع السن وارتباطاً موجباً مع المستوى التعليمي للعينة (أحمان، 2012؛ 42)

وأشار (Moser & Dracup, 1995) في دراستهما لتحديد مشاعر مريض القلب بالسيطرة ومدى تحسنه، أن هناك فروقا دالة بين المرضى من حيث درجة التحسن، وارتباط الدرجة المرتفعة على مشاعر السيطرة المدركة بنسبة التحسن، وأقل قلقاً وعدائية واكتئاباً، مع ارتفاع درجة التوافق النفسي والاجتماعي. (سامي عبد القوي، 2002، 94)

- النمط السلوكي (د) والأمراض القلبية الوعائية

لاحظ (Denollet & sys 1996) أن مرضى القلب الذين لديهم ارتفاعاً في مستوى القلق والكف الاجتماعي أكثر عرضة أربعة أضعاف للوفاة من غيرهم، مما أكد على العلاقة الارتباطية بين النمط السلوكي (د) وأمراض القلب. أما دراسة (Denollet & al 2005) التي أجراها للتحقق من مقياس (DS14) على عينة قوامها 3813 فرداً (2508 من عامة السكان، 573 مرضى القلب، 732 مرضى ارتفاع

ضغط الدم) فقد أظهرت نتائجها وجود بعدين للنمط السلوكي (د) هما الانفعالية السلبية والتثبيط الاجتماعي، وارتباط بعد الانفعالية السلبية إيجابا مع العصابية وبعد التثبيط الاجتماعي ارتباطا سلبيا مع الانبساطية.

كما أكد تحليل عامل المستوى على صحة مقياس (DS14) والذي استخدم 10 بنود (السلبية $10 \leq$ والتثبيط الاجتماعي ≤ 10) ، وتم تصنيف 1027 فردا (28%) من ذوي النمط السلوكي (د) ، و(21%) لدى عامة السكان، مقابل (28%) للمرضى بالشريان التاجي، و(53%) للمرضى بارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبالتالي فإن (DS14) هو مقياس يمكن استخدامه في الدراسات الوبائية والسريية. (Denollet,2005)

وبينت دراسة (Schiffer & al, 2009) التي هدفت إلى معرفة القيمة التنبؤية للنمط السلوكي (د) لوفيات مرضى فشل القلب بسويسرا في مدة ثلاثة سنوات (2003-2006) على عينة قوامها 232 مريضا باستخدام مقياس (DS14) وأظهرت نتائجها ارتفاع معدل الوفيات لدى المرضى ذوي سمات النمط السلوكي (د) عن غيرهم، إضافة إلى دراسة (Denollet, & al 2006) التنبؤية على عينة قوامها 337 فردا، وبعد خمس سنوات من المتابعة أظهرت نتائجها أن النمط السلوكي (د) لديه القدرة التنبؤية على المدى الطويل لأمراض القلب، كما أن الأفراد الذين لديهم سمات النمط السلوكي (د) أكثر عرضة ثلاث مرات للإصابة بأمراض القلب.

وفي دراسة أخرى لعينة من 51 مريضا بالقلب أظهرت نتائجها أن النمط السلوكي (د) أعلى بأربعة أضعاف في معدل الوفيات (973- 970; Denollet& pedersen, &al,2006) ودلت دراسة (Howar&al) حول دور النمط السلوكي (د) من خلال دراسة الأنماط التكيفية القلبية الوعائية مع الإجهاد المختبري المتكرر، لعينة قوامها 76 طالبا بإيرلندا، وبعد فترة أولية مدتها 10 دقائق خضعت للإجهاد الذهني تم فحص التكيف من الاستجابة للقلب والأوعية الدموية إلى الإجهاد المتكرر من خلال إجراء التدقيق في التغيرات للضغط الدم الانقباضي، وضغط الدم الانبساطي، ومعدل ضربات القلب، وأظهرت نتائجها أن النمط السلوكي (د) يعتبر آلية مباشرة محتملة للإصابة بأمراض القلب لدى الذكور (455-450; Howard&al,2013)

إلى دراسة (Unterrainer& al,2016) التي هدفت لمقارنة القيمة التنبؤية للنمط السلوكي (د) وبعديه على تخطيط الأداء لدى الأفراد الذين يعانون من الأمراض القلبية الوعائية أو بدونها (2012-2014) ،على عينة من 4026 فردا اشتملت على 549 مريضا يتراوح سنهم بين (40 و80 سنة) من الجنسين، وأظهرت نتائجها أن مرضى القلب الذين لديهم سمات النمط (د) يظهرون بشكل ملحوظ انخفاضا في الوظيفة المعرفية المحددة للتخطيط مقارنة مع غير النمط (د) لأن الدماغ يعتمد بشكل حاسم على إمدادات الأوعية الدموية أي وظيفة الرئة والقلب (256-261; Unterrainer, &al ;2016)، كما أظهرت نتائج دراسة (Habra & al 2003) أن الانفعالية السلبية والكف الاجتماعي تؤدي إلى تغيرات فزيولوجية كتباطؤ معدل نبضات القلب مع ارتفاع ضغط الدم. (Habraa, & al 2003 ; 235,245)

أما دراسة (Denollet & al, 2010) فقد بينت أن النمط (د) لا يؤثر فقط على الأمراض القلبية الوعائية وإنما أيضا على الأمراض الأخرى (الربو، تذبذبات التنفس أثناء النوم، إصابات الدماغ، سرطان الجلد، السكري)، كما يرتبط مع سوء الحالة الصحية البدنية والعقلية، وضعف الإدارة الذاتية للمريض (Denollet & al, 2010; 66-72)

- النمط السلوكي (د) والمناعة النفسية العصبية

تشير الدراسات الحديثة إلى أن النمط السلوكي (د) يرتبط بزيادة مستوى السيروتونين، عامل النخر الورمي (TNF- a) والمستقبلات القابلة للذوبان فيه (sTNFR1- sTNFR2) في مرض فشل القلب (HF).

(Edited by Alexander & al; 2014; 51)

- النمط السلوكي (د) وبعض المتغيرات

من خلال الدراسات حول ذوي النمط السلوكي (د)، أظهرت نتائجها أنهم أكثر تعرضا للمستويات المرتفعة في المتغيرات السلوكية الآتية:

- القلق والاكتئاب (Oginska-Bulik, 2006)

- إدراك المشقة (Denollet 1998, 2005, Oginska-Bulik, 2006)

- المشكلات الاجتماعية والوجدانية (Denollet, 1998, 2005)

- الإجهاد (Franck, 2015 Oginska-Bulik, 2006)

- الضائقة النفسية (Pedersen & Denollet 2003 Polman et al., 2010)

(Mommersteeg, & al, 2012; 35-40)

- إجراءات الدراسة

- حدود الدراسة

هناك جملة ملاحظات أساسية ترتبط بموضوع الدراسة، إذ تعتبر بمثابة حدود لهذه الدراسة عند تناول النتائج المتحصل عليها أو التعامل معها، من أجل تحقيق أدنى شروط الموضوعية، التي يجب أن تتوفر في إجراء البحوث العلمية وهي:

أ- خصوصية العينة من حيث التمثيل هذا من جهة وحجم العينة من جهة أخرى، انحصرت في مدينة باتنة

ب- المدة الزمنية للدراسة، والتي يمكن أن تكون لها آثارها التي تنعكس على نتائج الدراسة.

ج- القدرة التنبؤية لأدوات الدراسة خاصة ترجمة سلم النمط السلوكي (د) ، وبمدى فاعلية

الأساليب الإحصائية المستخدمة

ومن هذا المنطلق يرى الباحثان أن استخدام نتائجها خارج حدودها، يجب أن يؤخذ بعين

الاعتبار.

- منهج الدراسة

نظرا لكون الدراسة الحالية تسعى لمعرفة العلاقة بين النمط السلوكي (د) ومصدر الضبط الصحي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم، تم استخدام التصميم الارتباطي، لاستكشاف شدة هذه العلاقة وقوتها واتجاهها، بين المتغيرين، النمط السلوكي (د) ومصدر الضبط الصحي.

- عينة الدراسة

اعتمد في الدراسة على عينة قصدية، قوامها 47 مريضا بارتفاع ضغط الدم، بالاعتماد على ملفاتهم، وتشخيص الطبيب المعالج، وأقربائهم، وتم توزيع العينة وفق مجموعة من الخصائص، تبدو ذات أهمية في تفسير النتائج، والجدول التالية توضح ذلك:

جدول رقم (01): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسبة المئوية
ذكور	21	%44.68
إناث	26	%55.32
المجموع	47	%100

جدول رقم (02): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية

الفئات العمرية	40-30	50-41	60-51	70-61	المجموع
العدد	04	11	26	06	47
النسبة المئوية	%08.51	%23.40	%55.31	%12.76	%100

جدول رقم (03): يمثل توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية

الحالة الاجتماعية	أعزب	متزوج	مطلق	أرمل	المجموع
العدد	07	17	09	14	47
النسبة المئوية	%14.89	%36.17	%19.14	%29.78	%100

- جدول رقم (04): يمثل توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	أمي	ابتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	المجموع
العدد	22	11	07	05	02	47
النسبة المئوية	46.8 %0	%23.40	%14.89	10.63 %	%04.25	%100

جدول رقم (05): يمثل توزيع العينة حسب مدة المرض

مدة المرض	أقل من عام	1-5 سنوات	5-10 سنوات	أكثر من 10 سنوات	المجموع
العدد	08	21	13	05	47
النسبة المئوية	%17.02	%44.68	%27.65	%10.63	%100

- أدوات الدراسة

تم استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي لـ (Wallston&al) ، وسلم نمط السلوكي (د) لـ (Denollet).

- مقياس مصدر الضبط الصحي

أعدّه (Wallston&al) وكيفه وقننه على البيئة الجزائرية (جبالي، 2007)، ويضم (18) عبارة تقيس ثلاثة أبعاد:

- البعد الداخلي: العبارات (1-6-8-12-13-17)

- بعد ذوي النفوذ: العبارات (3-5-7-10-14-18).

- بعد الحظ: العبارات (2-4-9-11-15-16)

- تتم الإجابة على بنود الاختبار وفق خمسة بدائل:

موافق تماما، موافق، غير متأكد، غير موافق، غير موافق تماما.

- يتم تصحيح الإجابات كما يلي:

- موافق تماما (05 نقاط)، موافق (04 نقاط)، غير متأكد (03 نقاط)، غير موافق (02)، غير موافق تماما (01 نقطة).

وتعتبر الدرجات المحصل عليها في كل مقياس الدليل على اتجاه الفرد في مصدر ضبطه الصحي.

- ثبات المقياس

قام (جبالي، 2007) بحساب ثبات المقياس على البيئة الجزائرية من خلال طريقة الاتساق الداخلي وطريقة التجزئة النصفية، بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان، كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول رقم (06): معامل الثبات لأبعاد مقياس مصدر الضبط الصحي في البيئة الجزائرية

معامل الارتباط	معامل ألفا كرونباخ	البعد
0.71	0.70	الداخلي
0.58	0.62	نفوذ الآخرين
0.43	0.53	الحظ

- صدق المقياس

قام (جبالي، 2007) بحساب صدق المقياس على البيئة الجزائرية من خلال صدق التكوين والصدق التمييزي.

- صدق التكوين

من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند والمقياس الفرعي الذي ينتمي إليه، كما هو موضح في الجدول الآتي:

جدول رقم (07): يوضح معاملات الارتباط بين بنود كل بعد والدرجة الكلية للبعد

مستوى الدلالة	رقم العبارة ومعامل ارتباطها						البعد
	17	13	12	8	6	1	
0.01	0.77	0.78	0.70	0.56	0.55	0.50	البعد الداخلي
	18	14	10	7	5	3	
0.01	0.51	0.52	0.64	0.58	0.60	0.67	بعد ذوي النفوذ
	16	15	11	9	4	2	
0.01	0.54	0.41	0.76	0.58	0.56	0.63	بعد الحظ

- الصدق التمييزي

بعد ترتيب درجات الأفراد على كل بعد تصاعديا، تم اختيار مجموعتين على طرفي المنحنى ويمثلان (27 %) لكل مجموعة بواقع 55 فردا لكل مجموعة، وتم بعدها حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا والدنيا، كما هو موضح في الجداول الآتية:

جدول رقم (08): قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا في بعد الضبط الداخلي

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف	المتوسط	الفئة
0.01	17.54	1.21	25.21	العليا
		3.69	16.09	الدنيا

جدول رقم (09): قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد نفوذ الآخرين

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف	المتوسط	الفئة
0.01	24.90	2.49	23.50	العليا
		1.52	13.71	الدنيا

جدول رقم (10): قيمة (ت) بين متوسطات الفئة العليا والفئة الدنيا على بعد ضبط الحظ

مستوى الدلالة	قيمة (ت)	الانحراف	المتوسط	الفئة
0.01	24.48	2.64	19.79	العليا
		1.14	10.29	الدنيا

- سلم النمط السلوكي (د):

أعده (Denollet, 2005)، ويضم (14) عبارة تقيس بعدين:
- بعد الانفعالية السلبية: العبارات (2-4-5-7-9-12-13)
- بعد التثبيط الاجتماعي: العبارات (1-3-6-8-10-11-14).
يضم خمسة بدائل، كما يوضحها الجدول الآتي:

جدول رقم (11): يمثل بدائل سلم النمط السلوكي (د)

صحيح	صحيح نوعاً ما	محايد	خاطئ نوعاً ما	خاطئ
4	3	2	1	0

يتم تصحيح الإجابات وفق مقياس ليكرث الخماسي، بحيث تحسب الدرجات حسب البعدين:
- بعد الانفعالية السلبية: يحسب مجموع الدرجات من البنود (2+4+5+7+9+12+13)
- بعد التثبيط الاجتماعي: يحسب مجموع الدرجات من البنود،
بحيث 1(معكوس)+3(معكوس)+6+8+10+11+14.
- يصنف الفرد ذو النمط السلوكي (د)، إذا تحصل على الدرجات (الانفعالية السلبية ≤ 10 والتثبيط الاجتماعي ≤ 10).

- ثبات المقياس

تم حساب ثبات سلم نمط السلوكي (د) عن طريق التجزئة النصفية، بتجزئته إلى نصفين متكافئين (بنود فردية، وبنود زوجية)، حيث نتحصل على مجموعتين، مجموعة تخص النصف الفردي، والأخرى النصف الزوجي، وبعدها ننتقل لحساب معامل الارتباط بين البنود الفردية والزوجية بمعامل الارتباط لبيرسون، وبعد التصحيح باستخدام معادلة سبيرمان براون، وكانت النتيجة: $r=0.70$
- صدق المقياس

- صدق الاتساق الداخلي

وذلك لمعرفة معاملات ارتباط البنود وارتباطها مع الدرجة الكلية لبعدي السلم، والنتائج كما هي موضحة في الجدول الآتي:

- جدول رقم (12): معاملات الارتباط بين بنود بعد الانفعالية السلبية والدرجة الكلية للبعد

البنود	البنود 2	البنود 4	البنود 5	البنود 7	البنود 9	البنود 12	البنود 13
معامل الارتباط	0.59	0.70	0.72	0.56	0.79	0.60	0.62
مستوى الدلالة	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	0.01

- جدول رقم (13): معاملات الارتباط بين بنود بعد التثبيط الاجتماعي والدرجة الكلية للبعد

البند14	البند11	البند10	البند8	البند6	البند3	البند1	البنود
0.69	0.56	0.59	0.64	0.70	0.04	0.32	معامل الارتباط
0.01	0.01	0.01	0.01	0.01	غير دال	0.01	مستوى الدلالة

- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة

تم اختبار التحليلات الإحصائية طبقا لخصائص العينة وفرضيات الدراسة، بمساعدة برنامج SPSS (الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية)

* معامل بيرسون للارتباط

- لحساب صدق وثبات أدوات الدراسة، التي انحصرت في السلم السلوكي (د)، وأما مصدر الضبط الصحي تم استخدام المقياس وفق خصائصه السيكو مترية في البيئة الجزائرية.

* معادلة سبيرمان براون

بهدف تصحيح معامل الثبات الذي تم حسابه عن طريق التجزئة النصفية.

- المتوسط الحسابي

- النسب المئوية

وذلك بهدف تحديد خصائص العينة.

- عرض نتائج الدراسة

- الفرضية الأولى

يشير نص الفرضية أنه:

- لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ضبط الصحة الداخلي وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- عرض النتائج

- جدول رقم (14): يبين معامل الارتباط بين مصدر ضبط الصحة الداخلي وبعد الانفعالية السلبية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة
0.01	-0.55	47

- الفرضية الثانية

يشير نص الفرضية أنه:

- لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ضبط الصحة الداخلي وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

ارتفاع ضغط الدم الأساسي وعوامل الشخصية: العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والنمط السلوكي (د)
-نموذجاً-

- عرض النتائج

جدول رقم (15): يبين معامل الارتباط بين مصدر ضبط الصحة الداخلي وبعد التثبيط الاجتماعي

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة
0.01	-0.54	47

-الفرضية الثالثة

يشير نص الفرضية أنه:

- لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ضبط الصحة الخارجي لذوي النفوذ وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- عرض النتائج

جدول رقم (16): يبين معامل الارتباط بين مصدر ضبط الصحة الخارجي لذوي النفوذ وبعد

الانفعالية السلبية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة
0.01	0.51	47

-الفرضية الرابعة

يشير نص الفرضية أنه:

- لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ضبط الصحة الخارجي لذوي النفوذ وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- عرض النتائج

جدول رقم (17): يبين معامل الارتباط بين مصدر ضبط الصحة الخارجي لذوي النفوذ وبعد التثبيط

اجتماعي

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة
0.01	0.46	47

- الفرضية الخامسة

يشير نص الفرضية أنه:

- لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ضبط الصحة الخارجي للحظ وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- عرض النتائج

جدول رقم (18): يبين معامل الارتباط بين مصدر ضبط الصحة الخارجي للحظ وبعد الانفعالية

السلبية

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة
0.05	0.23	47

- الفرضية السادسة

يشير نص الفرضية أنه:

- لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ضبط الصحة الخارجي للحظ وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

- عرض النتائج

جدول رقم (19): يبين معامل الارتباط بين مصدر ضبط الصحة الخارجي للحظ وبعد التثبيط

الاجتماعي

مستوى الدلالة	معامل الارتباط بيرسون	العينة
0.01	0.41	47

- تفسير النتائج

يمكن الاستناد على نتائج بحثية تطرقت للمتغيرين كل على حدي، تدعم نتائج الدراسة الحالية حول العلاقة الارتباطية بينهما؛

- تفسير نتائج الفرضية الأولى

لم تتحقق الفرضية الأولى والتي مفادها أنه لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر ضبط الصحة الداخلي وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي، أي عكسيا توجد علاقة ارتباطية سالبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبعد الانفعالية السلبية لأن مصدر الضبط الصحي الداخلي كما تم التطرق إليه سابقا، يؤثر إيجابا وبشكل مباشر على الحالة الانفعالية نحو الإيجاب.

كما أن أفراد مصدر الضبط الصحي الداخلي أكثر ميلا في اتباع القواعد الصحية وتكيفها مع

المرض، وهو ما يتفق مع دراسة كل من (Gillibrand&flynn2001) و (Buckerte و Consolis2004). كما أن مدة الإصابة بالمرض لأفراد العينة أقل من 05 سنوات (44.68%) ، وهذا

ما يدعم النتيجة الحالية، بأهمية مصدر ضبط الصحة الداخلي ، كعامل وقائي صحي.

- تفسير نتائج الفرضية الثانية

لم تتحقق الفرضية الثانية والتي مفادها أنه لا توجد علاقة ارتباطيه بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي، وبالمعنى المعاكس توجد علاقة ارتباطية سالبة لأنه حسب (Denollet1998, 2005) أن الاستراتيجيات التي تزيد من تأثير

الانفعالية السلبية على المجابهة الناجحة هو التثبيط الاجتماعي، كما أنهم عرضة للمشاكل الاجتماعية والوجدانية بسبب قصورهم في التفاعلات الاجتماعية.

- تفسير نتائج الفرضية الثالثة

لم تتحقق الفرضية الثالثة والتي مفادها أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي. والصحيح أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ وبعد الانفعالية السلبية، وهذا ما يتفق مع ما توصل إليه (Platre&al, Robert,Archer&al) حول وجود علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الخارجي والعصابية، وأن المرضى عرضة كذلك للقلق والاكتئاب وإدراك المشقة، وهذا ما يتفق مع دراستين لـ (Denollet,1998,2005)، ودراسة (Oginska-Bulik, 2006)، كما أن السن لدى أفراد العينة (51-60) (55.31 %) و(61-70) (12.76 %)، أي ما يشكل نسبة (68.07 %) فوق الخمسين، حيث دلت الدراسات أن مصدر ضبط الخارجي يزداد مع التقدم في السن، وأنهم عرضة للعجز المرضي المكتسب. كما أن الحالة الاجتماعية لأفراد العينة (مطلق 19.14 %) و(أرمل 29%)، وأن غالبية أفراد العينة إناث (55.32 %) مما تزيد من الانفعالية السلبية، في ضوء المستوى التعليمي المنخفض (أمي 46.80 % ، ابتدائي 23.40 %)

- تفسير نتائج الفرضية الرابعة

لم تتحقق الفرضية الرابعة والتي مفادها أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي، والصحيح أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ وبعد التثبيط الاجتماعي. وهو ما يتفق مع دراسة (ErlaSvansdottir& al, 2006) حول وجود علاقة ارتباطية سلبية مع الانبساطية، $r = -0.63$.

- تفسير نتائج الفرضية الخامسة

لم تتحقق الفرضية الخامسة والتي مفادها أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ وبعد الانفعالية السلبية لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي. ومفادها أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ وبعد الانفعالية السلبية، حيث يتسمون بالتشاؤم، ويتضح أكثر في اعتقادهم أن مرضهم بارتفاع ضغط الدم مقدر سلفاً، وأن ما بقي من حياتهم إلا القليل، وأن الحظ جعلهم في وضعهم الاجتماعي الحالي والسابق، مقارنة مع غيرهم، وهذا ما يدعم الفرضية الأولى في انخفاض تكيفهم مع المرض في اتخاذ استراتيجيات إدارة المرض.

- تفسير نتائج الفرضية السادسة

لم تتحقق الفرضية السادسة، والتي مفادها أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

ومفادها أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة بين مصدر الضبط الصحي الخارجي للحظ وبعد التثبيط الاجتماعي، حيث يتسمون بالقصور في التفاعلات الاجتماعية، وهذا ما يدعم الفرضية الرابعة.

- مناقشة النتائج

من خلال نتائج الدراسة الحالية، ووفق خصائص العينة، وانطلاقاً من محددات المرض في البيئة المحلية، فالأفراد يختلفون في مدى قدرتهم على التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكهم. حيث دلت الدراسة الحالية على وجود علاقة ارتباطية سالبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي والنمط السلوكي (د) في بعدي الانفعالية السلبية والتثبيط الاجتماعي لدى أفراد العينة، وارتباط موجب بين مصدر الضبط الصحي الخارجي لذوي النفوذ والحظ والنمط السلوكي (د).

وإذا كان هناك نوع من التباين النسبي بين مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ ومصدر الضبط الصحي للحظ، رغم أنهما مصدر ضبط خارجي، فقد أرجعهما الباحثان إلى البيئة المحلية في ثقافتها، وإلى خصوصية مرضى ارتفاع ضغط الدم.

فأفراد العينة من كبار السن الذين يتجهون إلى مصدر ضبط خارجي، وهذا ما دلت عليه أغلب الدراسات.

كما أن ارتفاع عوامل الخطر النفسية والسلوكية تزداد بانخفاض المستوى التعليمي، وانخفاض المستوى الاقتصادي والحالة الاجتماعية لأفراد العينة، وما يستتبع ذلك من ضغوط أحداث الحياة التي تؤثر على كلا الجنسين.

فالتعامل الفعال مع أحداث الحياة تتطلب استراتيجيات تنمو مع الفرد من خلال ما يمر به من أحداث، وما يتعرض له من مثيرات، لكن أفراد العينة حسب الدراسة لا يملكون هذه الاستراتيجيات. وما تشير إليه كذلك أن مدة المرض، حيث أنهم أقل من خمس سنوات، إضافة إلى أن السمات المميزة لهم كالانفعالية السلبية والتثبيط الاجتماعي، أدت إلى المرض، وهذا مما يزيد من انخفاض تكيفهم مع المرض، وحسن إدارته.

ومن جهة أخرى فإنّ نتائج الدراسة، تبقى دائماً منحصرة في حدود الدراسة المتعلقة بتمثيل العينة، والمدة، واستهداف مختلف الفئات العمرية، ومناقشتها أكثر في إطار محددات مرض ارتفاع ضغط الدم الأساسي في البيئة المحلية ودور عوامل الخطر السلوكية في ذلك.

خاتمة

إن موضوع هذه الدراسة يستند إلى مبدأ أساسي يفترض أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية تتفاعل جميعها حتى تؤدي إلى الاستجابة العضوية، فالأمراض المزمنة القلبية الوعائية من ضمن قائمة الأمراض المباشرة للوفيات بين الأفراد.

كما أكدت العديد من الدراسات أن الشخصية يمكن أن تكون ببعض العوامل أو المتغيرات التي تحملها إما عامل خطورة على الصحة أو عامل حماية لها.

حيث اتضح أن هناك العديد من العوامل المعرفية والنفسية والاجتماعية التي تدخل في تحديد نوع السلوك، هذه العوامل هي نفسها التي تشكل المحتوى النظري لمختلف النماذج المفسرة للعلاقة بين السلوك والصحة والتي يطرحها علم نفس الصحة.

ومن بين المفاهيم التي يبحث فيها علم نفس الصحة مصدر الضبط الصحي، حيث يعتقد أفراد مصدر الضبط الصحي الداخلي أن حماية صحتهم والارتقاء بها هي مسؤولية تقع عليهم وحدهم، بما يقومون به من ممارسات سلوكية صحية وقائية، على عكس أصحاب مصدر الضبط الصحي الخارجي في بعدي ذوي النفوذ وبعد الحظ، الذين يرون أن الصحة تتأثر بعوامل خارجية، كالحظ وأن حماية صحتهم، وترقيتها تقع على عاتق الآخرين، كالأسرة أو العاملين في مجال الصحة.

إضافة إلى أن من بين المفاهيم الحديثة التي يبحث فيها علم نفس الصحة النمط السلوكي الذي يدل بشكل عام على الطريقة أو الأسلوب المميز للفرد في استجابته للمواقف المختلفة، كما أنه ينمو من خلال التفاعل بين خصال الشخصية ومتطلبات البيئة. وإذا كان البحث في الأنماط السلوكية يقوم على حصر الأفراد في نماذج من الخصائص والتراكيب السلوكية والنفسية والانفعالية، فإن هدفه الأساسي لا يقف عند هذا التصنيف، بل إنه يتوسع إلى البحث عن وضع أسس تمكنه من فهم العلاقة بين السلوك والصحة من أجل الوقاية من الإصابة ببعض الأمراض المزمنة وبغرض ترقية الصحة بشكل عام.

ومن بين تلك الأنماط السلوكية المعاصرة، النمط السلوكي (د)، لذلك كان هدف الدراسة الحالية الكشف عن العلاقة بين مصدر الضبط الصحي والنمط السلوكي (د) لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

من خلال فرضيات أساسية، انطلاقاً من الفرض الصفري، في ظل عدم وجود دراسات سابقة جمعت بين المتغيرين، ومفاده أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مصدر الضبط الصحي والنمط السلوكي (د) لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي وتوصلت نتائجها إلى أنه توجد علاقة ارتباطية سالبة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي وبعد الانفعالية السلبية، وبعد التثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

وتوجد علاقة ارتباطية موجبة كذلك بين مصدر الضبط الصحي الخارجي في بعدي ذوي النفوذ والحظ، والنمط السلوكي (د) في بعدي الانفعالية السلبية والتثبيط الاجتماعي لدى مرضى ارتفاع ضغط الدم الأساسي.

وعند إجراء الدراسة صادفت الباحثان جملة من الملاحظات، تم ذكرها في الاقتراحات.

■ اقتراحات

لقد أشارت الدراسة الحالية إلى مفهومين، وأثارت مشكلات، يمكن أن تكون مواضيع لدراسات مستقبلية، ومن كل ذلك يقترح الباحثان ما يلي:

- 1- إجراء المزيد من الدراسات حول العلاقة بين النمط السلوكي (د) ومصدر الضبط الصحي.
- 2- البحث في مدى انتشار النمط السلوكي (د) في البيئة المحلية.
- 3- البحث في العلاقة بين النمط السلوكي (د) والأمراض القلبية الوعائية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية

1. أحمان لبنى (2012)، دور كل من المساندة الاجتماعية ومصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة جامعة الحاج لخضر باتنة.
2. بن زروال فتيحة (2007)، أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد (المستوى الأعراض، المصادر واستراتيجيات المواجهة) أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي جامعة متنوري- قسنطينة-
3. تايلور شلي (2008) علم النفس الصحي ترجمة، وسام درويش برك. فوزي شاكر داود. ط1. دار الحامد للنشر والتوزيع- عمان-الأردن
4. جبالي نورالدين (2007)، علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط الصحي، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة - جامعة الحاج لخضر باتنة.
5. الحجار حمدي (1987)، ابحاث في علم النفس السريري والإرشادي، دار العلم للملايين.
6. الزورق فاطمة الزهراء (2015). علم النفس الصحي مجالاته نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه. ديوان المطبوعات الجامعية - الجزائر-
7. عليوة سمية (2015)، علاقة كل من مصدر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، النوع الأول أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي غير منشورة - جامعة الحاج لخضر - باتنة
8. سامي عبد القوي علي (2002). الاتجاهات الحديثة في العلاقة بين العقل والبدن. بحث مقدم للحصول على شهادة أستاذ في علم النفس - جامعة عين شمس- مصر
9. عبد العزيز مفتاح (2010). مقدمة في علم نفس الصحة مفاهيم نظريات نماذج. دراسات دار وائل للنشر والتوزيع عمان الأردن.
10. مجدي عبد الله (2008). علم نفس الصحة وعلاقته بالطب السلوكي، دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية
11. . يـخلف عثمان (2001)، علم نفس الصحة الأسس النفسية والسلوكية للصحة. دار الثقافة قطر
12. . قوارح يمينة (2017)، الأمراض المزمنة في الجزائر الواقع والآفاق - مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية العدد (28 ; 49-68)
13. . مخبر علم نفس الصحة والوقاية ونوعية الحياة (2018)، إعلان المؤتمر الدولي الأول حول: التطبيقات الحديثة لعلم نفس الصحة، أيام 10/11 أبريل 2018 بجامعة الجزائر02. <https://univ-alger2.dz> (31/03/2018 ;10h)

ثانياً: المراجع باللغة الأجنبية

14. Ait Hamlat, (2007), 07 millions d'Algériens sont hypertendus, journal d'Expression.
15. (23/12/2007).
16. Denollet, Johan (2005), DS14 : Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality-Psychosomatic Medicine, by the American Psychosomatic Society. (67:89 –97)
17. Denollet Johan & pedersen Vrints, (2006), Usefulness of Type D Personality in Predicting Five-Year Cardiac Events Above and Beyond Concurrent Symptoms of Stress in Patients with Coronary Heart Disease – Coronary Artery Disease/Type D, Stress, and Cardiac, Events the American Journal of Cardiology, (2006; 970–973)
18. -Denollet, Johan (2010), Type D personality mongnonc ardiovascular patient populations: asystematicreview- General Hospital Psychiatry, 32 (2010) 66–72
19. Edited by Alexander &. Kusnecov. w, & al. (2014), The Wiley-Black Wellh and book psychoneuroimmunology, New Delhi, India
20. -Horwood, S. & Anglim (2017), A Critical Analysis of the Assumptions of Type D- Personality: Comparing Prediction of Health-Related Variables with the Five Factor Model. Personality and Individual Differences, (117; 172–176)
21. -Howard &. Hughes (2013), Type D personality is associated with cardiovascular response to recurrent stress in men - Biological Psychology (94; 450–455)
22. -Habraa, Lindena, Andersona & al (2003), Type D personality is related to cardiovascular and neuroendocrine reactivity to acute stress- Journal of Psychosomatic Research (55; 235 – 245).
23. -Herber, A, Rayon (1984), psychology of Adjustment, new yourk, the dorsy press
24. -Michéle Willemse (2010), Type D Personality and cardiovascular disease, An exploratory study-In partial fulfillment of the requirements for the degree of Masters in Psychology-University of Pretoria.
25. -Marlies. E &, Alvarenga, & al, (2016) Handbook of Psych cardiology
i. World Health Organization, (2013) hypertension, Available from; <https://.www.who.int> 2017) ;15h/12/30(
26. -Mommersteeg, P, & Denollet. J., & al (2012), Type D personality, depressive symptoms and work-related health outcomes, Scandinavian Journal of Public Health, 40(1), 35–42.
27. Schiffer. & otto, pederson (2009), Type D personality and cardiac mortality in patients with chronic heart, International Journal of Cardiology, 142 (2010) 230–235.