



الجمهورية العربية السورية

جامعة دمشق

كلية التربية

قسم الإرشاد النفسي

الحوار الذاتي وعلاقته بالمناعة النفسية -

دراسة مقارنة لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء

رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالبة

رند محمد عبدالله نضر

إشراف

الدكتورة صباح السقا

الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي

كلية التربية - جامعة دمشق

العام الدراسي

2022 - 2021

شكر وتقدير

أود أن أتقدم في بداية هذه الدراسة بالشكر الجزيل إلى أستاذتي ومعلمتي الفاضلة:

الدكتورة صباح السقا

الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي

التي تكرمت بقبولها الإشراف على رسالتي، وكان لها الفضل في إنارة طريقي، وفي تعليمي المنهجية العلمية، فكانت خير مرشدٍ بخبرتها العلمية، وخير متابعٍ وموجهٍ لي في كل خطوتي، ولها الفضل في تذليل الكثير من الصعوبات لإنجاز هذا العمل.

والشكر الجزيل لأعضاء لجنة الحكم الموقرة التي ستثري هذه الدراسة وتغنيها بملاحظاتهم القيمة وتوجيهاتهم السديدة جزاهم الله عني كل خير.

كما أتوجه بالشكر إلى أساتذة ودكاترة كلية التربية، بخاصة دكاترة قسم الإرشاد النفسي، الذين قدموا لي التوجيهات المفيدة لهذا العمل، وأشكر كل من قدم لي يد العون ولم يتوان في تقديم أي معلومة تسهم في إنجاز هذه الدراسة.

والشكر موصول لكل من أسهم في تسهيل تنفيذ الدراسة، وأخص بالذكر العاملين في وزارة الصحة، والعاملين في مشفى المواساة، وفي المشافي الحكومية الأخرى، لما قدموه من تسهيلات لحصولي على المعلومات اللازمة لتحديد عينة الدراسة، وتسهيل التطبيق في مشافيهها وعياداتها.

وأخيراً وليس آخراً، كل الشكر لعائلتي وفي مقدمتها والدتي التي لم تتوقف أبداً عن دعمي ومساندتي وتشجيعي لإنجاز هذه الرسالة، وفي مختلف مراحل دراستي.

فهرس المحتويات

أ	فهرس المحتويات
د	فهرس الجداول
و	فهرس الأشكال
ز	فهرس الملاحق
ح	ملخص الدراسة باللغة العربية
الفصل الأول: التعريف بموضوع الدراسة	
1	مقدمة
2	1-1 إشكالية الدراسة
4	2-1 أسئلة الدراسة
5	3-1 فرضيات الدراسة
5	4-1 أهداف الدراسة
6	5-1 أهمية الدراسة
7	6-1 مصطلحات الدراسة
10	7-1 حدود الدراسة
الفصل الثاني: دراسات سابقة	
12	1-2 دراسات عربية
19	2-2 دراسات أجنبية
23	3-2 تعقيب على الدراسات السابقة.
الفصل الثالث: الإطار النظري	
36-26	1-3 الحوار الذاتي
26	1-1-3 مفهوم الحوار الذاتي.
27	2-1-3 وظيفة الحوار الذاتي.
28	3-1-3 بنية الحوار الذاتي.
30	4-1-3 مصادر الحوار الذاتي.
31	5-1-3 خصائص الحوار الذاتي.

32	3-1-6 نماذج تفسر الحوار الذاتي.
35	3-1-7 الحوار الذاتي والأمراض المزمنة.
46-36	3-2-2-1 المناعة النفسية.
36	3-2-1-1 مفهوم المناعة النفسية.
37	3-2-2-2 العوامل المؤثرة في المناعة النفسية.
40	3-2-3-1 أنواع المناعة النفسية.
41	3-2-4-1 علاقة المناعة النفسية ببعض المتغيرات.
45	3-2-5-1 المناعة النفسية والأمراض المزمنة.
57-47	3-3-1-1 الأمراض المزمنة.
47	3-3-1-1 مفهوم الأمراض المزمنة.
50-47	3-3-2-1 التصلب المتعدد.
47	3-3-2-1-1 مفهوم التصلب المتعدد.
48	3-3-2-2-1 مظاهر التصلب المتعدد.
49	3-3-2-3-1 العوامل المؤدية إلى مرض التصلب المتعدد.
50	3-3-2-4-1 آثار التصلب المتعدد في المريض.
54-50	3-3-3-1 داء السكري.
50	3-3-3-1-1 مفهومه.
52	3-3-3-2-1 مظاهر داء السكري.
52	3-3-3-3-1 عوامل الإصابة بداء السكري.
53	3-3-3-4-1 آثار داء السكري في المريض.
57-54	3-4-3-1 القصور الكلوي المزمن.
54	3-4-3-1-1 مفهومه.
55	3-4-3-2-1 العوامل المؤدية إلى القصور الكلوي المزمن.
56	3-4-3-3-1 مظاهر القصور الكلوي المزمن.
57	3-4-3-4-1 آثار القصور الكلوي المزمن في المريض.
57	3-4-4-1 الحوار الذاتي وعلاقته بالمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة.

الفصل الرابع: إجراءات الدراسة وأدواتها	
61	1-4 منهج الدراسة.
61	2-4 مجتمع الدراسة.
62	3-4 عينة الدراسة.
63	4-4 العينة السيكومترية.
63	5-4 أدوات الدراسة.
64	1-5-4 استبانة الحوار الذاتي.
67	2-5-4 استبانة المناعة النفسية.
70	6-4 إجراءات الدراسة.
71	7-4 صعوبات الدراسة.
71	8-4 أدوات التحليل الإحصائي.
الفصل الخامس: نتائج الدراسة وتفسيرها	
73	1-5 أسئلة الدراسة.
77	2-5 نتائج فرضيات الدراسة.
92	3-5 ملخص نتائج الدراسة.
93	4-5 مقترحات الدراسة.
95	المراجع
	الملاحق
	ملخص الدراسة باللغة الانكليزية

فهرس الجداول

رقم الجدول	المحتوى	رقم الصفحة
1	حجم المجتمع الأصلي.	61
2	توزع مجتمع مرضى الأمراض المزمنة وفق مشافي دمشق.	62
3	عينة الدراسة.	62
4	عينة الدراسة وفق متغير الجنس.	63
5	توزيع درجات استبانة الحوار الذاتي وفق الاتجاهين الإيجابي والسلبي.	64
6	صدق الاتساق الداخلي لاستبانة الحوار الذاتي.	65
7	الصدق التمييزي لاستبانة الحوار الذاتي.	66
8	الثبات بالاتساق الداخلي لاستبانة الحوار الذاتي.	66
9	توزيع درجات استبانة المناعة النفسية وفق الاتجاهين الإيجابي والسلبي.	68
10	صدق الاتساق الداخلي لاستبانة المناعة النفسية.	68
11	الصدق التمييزي لاستبانة المناعة النفسية.	69
12	الثبات بالاتساق الداخلي لاستبانة المناعة النفسية.	69
13	حساب الربيعات لمتغير المناعة النفسية وفق الأمراض المزمنة.	74
14	مستوى المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة.	75
15	نوع الحوار الذاتي المستخدم لدى عينة الدراسة.	76
16	الارتباط بيرسون بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية.	77
17	اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الأصحاء ومرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي.	79
18	نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسط درجات أفراد العينة في الحوار الذاتي وفق الأمراض المزمنة.	81
19	نتائج اختبار (ف) ليفين لتجانس التباين في الحوار الذاتي وفق الأمراض المزمنة.	81
20	نتائج اختبار LSD لتحديد اتجاه الفروق في الحوار الذاتي وفق الأمراض المزمنة.	82

21	اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الأصحاء ومرضى الأمراض المزمنة في المناعة النفسية.	83
22	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمتوسط درجات أفراد العينة في المناعة النفسية وفق متغير الأمراض المزمنة.	85
23	نتائج اختبار ف ليفين لتجانس التباين في المناعة النفسية وفق متغير الأمراض المزمنة.	86
24	نتائج اختبار (Games-Howell) لتحديد اتجاه الفروق في المناعة النفسية وفق متغير الأمراض المزمنة.	86
25	اختبار (ت) لدلالة الفروق في الحوار الذاتي لدى الأصحاء وفق متغير الجنس.	88
26	اختبار (ت) لدلالة الفروق في الحوار الذاتي لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء وفق متغير الجنس.	88
27	اختبار (ت) لدلالة الفروق في المناعة النفسية لدى الأصحاء وفق متغير الجنس.	90
28	اختبار (ت) لدلالة الفروق في المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء وفق متغير الجنس.	90
29	الإحصاءات الوصفية للمتغيرات المستخدمة في معادلة الانحدار البسيط.	92
30	تحليل التباين ANOVA	93
31	جدول تحليل الانحدار	93

فهرس الأشكال

الرقم	المحتوى	رقم الصفحة
1	آلية تعديل البنى المعرفية.	29
2	العلاقة بين الصحة النفسية وبين المناعة النفسية والبيولوجية.	45
3	تراكم النقائص العصبية لدى مريض يعاني تصلباً منتشرأً معتدل الشدة.	50
4	فعالية الأنسولين في جسم الإنسان.	52
5	دائرة العلاقة المتبادلة بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية والصحة الجسدية.	59
6	نوع الحوار الذاتي المستخدم لدى عينة الدراسة.	76
7	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في استبانة الحوار الذاتي تبعأً لمتغير الحالة الصحية.	79
8	المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في استبانة المناعة النفسية تبعأً لمتغير الحالة الصحية.	84

فهرس الملاحق

الرقم	المحتوى	الصفحة
1	أسماء السادة المحكمين لاستبانة الحوار الذاتي والمناعة النفسية	1
2	استبانة الحوار الذاتي بصورتها الأولية مع التعديلات	2
3	استبانة المناعة النفسية بصورتها الأولية مع التعديلات	4
4	استبانة الحوار الذاتي بصورتها النهائية	6
5	استبانة المناعة النفسية بصورتها النهائية	8
6	جدول مورغان لتحديد حجم العينة	10

الملخص

هدفت الدراسة إلى اختبار العلاقة بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء، والكشف عن الفروق في الحوار الذاتي والمناعة النفسية وفق متغير الجنس والحالة الصحية، والكشف عن مدى تأثير الحوار الذاتي في متغير المناعة النفسية. تكونت العينة من 1283 فرداً (384 أصحاء، 378 مريض سكري، 309 مريض تصلب متعدد، 212 مريض قصور كلوي). ولتحقيق أهداف الدراسة أعدت الباحثة استبانتي الحوار الذاتي والمناعة النفسية، وحللت البيانات باستخدام SPSS-26 وأظهرت النتائج وجود علاقة بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية بمعامل ارتباط بيرسون (6.68)، وتبين أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الحوار الذاتي والمناعة النفسية، وأظهرت النتائج وجود فروق في الحوار الذاتي وفق متغير الحالة الصحية لصالح الأصحاء ومرضى السكري، ووجود فروق في المناعة النفسية وفق متغير الحالة الصحية لصالح الأصحاء ومرضى السكري والتصلب المتعدد. وتبين أن للحوار الذاتي قدرة تنبئية بمستوى المناعة النفسية بنسبة 47%، وبينت النتائج أن العينة لديها مناعة نفسية بمستوى متوسط، ولديها حوار ذاتي إيجابي بنسبة 57%. وتم اقتراح عدد من التوصيات.

الكلمات المفتاحية: الحوار الذاتي، المناعة النفسية، مرضى الأمراض المزمنة، الأصحاء



الفصل الأول

التعريف بموضوع الدراسة

مقدمة.

- 1-1 إشكالية الدراسة.
- 2-1 أسئلة الدراسة.
- 3-1 فرضيات الدراسة.
- 4-1 أهداف الدراسة.
- 5-1 أهمية الدراسة.
- 6-1 مصطلحات الدراسة.
- 7-1 حدود الدراسة.

مقدمة:

تختلف الطريقة التي يحاور بها الناس أنفسهم من فرد لآخر، فبعضهم قد يتحدثون إلى أنفسهم بطريقة إيجابية داعمة لقدراتهم وإمكاناتهم، وقد يتحدث آخرون إلى أنفسهم بطريقة سلبية موجهين إلى أنفسهم النقد واللوم، مستخدمين كلمات قاسية تجاه أنفسهم. وهذا الحوار الذاتي سواء أكان إيجابياً أم سلبياً يؤثر في شخصية الفرد ونظرته وتقييمه لذاته. وتتأثر طريقة هذا الحوار بطريقة تفكير الفرد وكيفية تفسيره للأحداث والمواقف والتجارب التي اختبرها في مراحل حياته، ولا سيما في مرحلة طفولته؛ فما يستقيه في هذه المرحلة من بيئته وأسرته ولا سيما والديه وطريقتهم في حوارهم وتوجيههم له يؤثر في الطريقة التي يتحدث فيها إلى نفسه لاحقاً، ويمتد هذا التأثير إلى مشاعره سواء أكانت إيجابية أم سلبية، وينعكس ذلك على سلوكه وعلى صحته ومناعته النفسية والبيولوجية. والمناعة النفسية تعمل بجانب المناعة البيولوجية على حماية الفرد نفسياً وجسدياً، عند مواجهته الأحداث والمواقف المرهقة في حياته بما يمتلكه من مهارات وقدرات نفسية كالنقاؤل والمرونة، ويستطيع الفرد من خلالها النظر للأمور نظرة إيجابية يتمكن من خلالها إيجاد حلول لمواجهة الصعوبات والأزمات أو التكيف معها. والمناعة النفسية نظام متكامل يتأثر بعوامل عدة؛ فإما أن يمتلك الفرد مناعة نفسية مرتفعة أو منخفضة لتؤثر في كلا الحالتين بمناعته البيولوجية.

ويتعرض مرضى الأمراض المزمنة للمعاناة الجسدية وللضغوط الناجمة عن طول مدة مرضهم وما يتبعها من معاناة نفسية وتكاليف، وذلك لأن المرض المزمن يفرض تغييراً في أسلوب الحياة، ويزيد من شدة الضغط النفسي؛ فقد يجد المريض صعوبة في التكيف مع هذا التغيير فيعاني المشاعر السلبية (كالقلق والخوف والحزن والغضب والإحباط...) التي تحمّل الجسم نشاطاً مضاعفاً مستهلكة الطاقة التي يحتاجها جهاز المناعة للمحافظة على سلامته (بيفر، 2011، ص. 166). وبذلك يؤثر المرض المزمن في مشاعر المرضى وتفكيرهم، فيما يقولونه لأنفسهم، وهو بدوره يؤثر في مناعتهم النفسية التي هي أشد ما يحتاجونه لتدعيم ورفع مناعتهم البيولوجية للتصدي لآلام مرضهم ومواجهته.

وهذه الدراسة تقوم على دراسة العلاقة بين الحوار الذاتي وبين المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء في مشافي دمشق الحكومية وبعض مراكزها التخصصية.

1-1 إشكالية الدراسة:

يؤثر الحوار الذاتي بنوعيه الإيجابي والسلبي في سلوك الإنسان، ويغير البنية المعرفية التي تعطي نسق المعاني والمفاهيم، وتسهم في ظهور مجموعة معينة من الجمل أو العبارات الذاتية (بلان، 2015، ص.388). وهذا التأثير في النواحي المعرفية والسلوكية ينعكس على المناعة النفسية والصحة الجسدية للإنسان فيما بعد، فقد بينت دراسة ويلش وآخرين (Welsh et al., 2009) أن كبت التوتر يزيد من إفراز الكورتيكوستيرون (Corticosterone) الذي يؤدي إلى ضعف المناعة البيولوجية وتطور أمراض المناعة الذاتية لدى مرضى التصلب المتعدد.

ومن خلال الحوار الذاتي يمكن التعامل مع بعض المشكلات كالانعزال الاجتماعي، والتعامل المباشر والمحدد مع خلل التنظيم الذاتي (Meichenbaum, 1977, p.28,32)، فالحوار الذاتي السلبي الناقد للذات يؤدي إلى ظهور القلق والاندفاع الحركي (Ren et al., 2016)، ويصبح مشكلة عندما يصبح محرضاً لانخراط الفرد بسلوكات سلبية هازمة للذات (كانتقاد الذات في حالة الغضب - الانزعاج - الاكتئاب)، أو في حالة الخوف من الفشل، وتزداد خطورته عند تكراره لأنه يدفع بالفرد إلى تصديقه (D.flaxington, 2013, p.11) ويجعله أكثر عرضة للمعاناة من الاضطرابات النفس جسمية (بلان، 2015، ص.391). وللحوار الذاتي الإيجابي دور في تقليل التوتر وحصول الاسترخاء والتحفيز الذاتي (Spak, 2014)، وتحسين مهارات التكيف مع المرض المزمن والتعامل معه؛ إذ أظهرت دراسة هاملتون وآخرين (Hamilton et al., 2011) تأثير الحوار الذاتي الإيجابي في تعزيز قدرة مرضى سرطان الثدي على مواجهة السرطان والمشكلات الناتجة عنه؛ فنوع الحوار الذاتي الذي يستخدمه المريض له دور كبير في المساهمة بحصول التحسن لديه. ويمكن تأكيد دور الحوار الذاتي الإيجابي في المناعة النفسية والبيولوجية من خلال الحديث عن البلاسيبو - (blacebo) العلاج الوهمي - ويقوم

على أساس الإيحاء للمريض وإعطائه حبة (ليس لها أي تأثير) وإقناعه بأنها فعالة لمرضه، وقد تبين أن 50% من المرضى يخف الألم لديهم، فافتناع الفرد وأمله بالشفاء مع تقبله للإيحاء وحديثه مع نفسه بأن الشفاء سيحصل يحدث أثراً كيميائياً حيوياً فيه وفي جهازه العصبي، ويؤدي إلى تفاعلات بيو كيميائية تجعله مستعداً للشفاء، ويسهم بإفراز الأندروفينات التي تسبب شعوراً بالبهجة والارتياح (السباعي، 2010، ص.60، 63).

ولا يمكن إغفال التأثير الكبير للصحة الجسدية في الصحة النفسية. فالمرض الجسدي طويل الأمد (المزمن) ينتج عنه معاناة لفترة طويلة، ويعيش المرضى درجات مختلفة من الضغط والإرهاق النفسي وذلك حسب شدته ومدته، وتمتد هذه المعاناة بدءاً من المخاوف ومشاعر اليأس والحزن والمشكلات بشأن صورة الجسد، ومفهوم الذات ومشكلات الهوية، وانتهاءً باضطرابات القلق والاكتئاب والصراعات الأسرية؛ فقد تبين أن مرضى السرطان والقلب، والسكري، والأمراض المزمنة للرئة، والأمراض العصبية، مستهدفين لخطر المعاناة من المشكلات والاضطرابات النفسية بنسبة 90%، وذلك حسب المرض الجسدي (شلوتكه وآخرون، 2016، ص.16، 17). وقد بين جورجاني وباباتسيكو (Gerogianni & Babatsikou, 2014) أن مرض القصور الكلوي يرتبط بتأثيرات نفسية طويلة المدى ولاسيما على الذين يخضعون لغسيل الكلى؛ إذ يواجهون صعوبات في الحفاظ على وظائفهم وحياتهم الاجتماعية ومرونتهم المالية. وتؤدي الموارد الأسرية والاجتماعية وقدرة الفرد على التعبير عن مشاعره وتقبل الوقائع دوراً مهماً في تقليل الضغوطات النفسية والحفاظ على نوعية الحياة وتحسينها، وإلا فإن المريض سيعاني درجة كبيرة من الإرهاق النفسي، وسيؤدي ذلك إلى معاناته من الأمراض النفسية ومن العزلة الاجتماعية (شكوتله وآخرون، 2016، ص.19)، ومن ارتفاع هرمونات الإرهاق الرئيسية، كالكاتيكولامينات (Catecholamine) والكورتيزول (Cortisol) (Glaser et al., 2002, p.543).

وهذه المعاناة الجسدية والنفسية المستمرة تؤثر في المناعة النفسية للمريض، وفي قدرته على مواجهة الأزمات، وتحمل الصعوبات، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار لاعقلانية، ومشاعر كالغضب والعداء (مرسي، 2000، ص.96) وتتجلى العلاقة المتبادلة بين النفس والجسد، في دراسة قام بها فلوي وآخرون (Foley et al., 1988) لدى مرضى التصلب المتعدد، أكدت تأثير الحالة المزاجية في المناعة البيولوجية، وارتباط الضيق

النفسي بخلل تنظيم المناعة البيولوجية لديهم. فالإرهاق النفسي والاكتئاب وما ينتج عنهما من مشاعر سلبية تؤدي إلى إطلاق هرمونات الغدة النخامية والغدة الكظرية التي لها تأثيرات متعددة في المناعة البيولوجية، فإما أن تزيد أو تنقص إفراز السيبتوكينات الالتهابية¹ التي تؤثر في الشفاء من الالتهابات الطويلة أو المزمنة، أو في تأخير التئام الجروح. (Glaser et al., 2002, p.543) وهذا يؤكد دور المناعة النفسية في تقوية أو خفض المناعة الجسمية. (مرسي، 2000، ص.56)

وقد حُدِّدت الأمراض المزمنة الثلاث (داء السكري، التصلب المتعدد، القصور الكلوي) لنتاؤها بالدراسة، بعد اجراء دراسة استطلاعية تكونت من 20 فرداً من مرضى الأمراض المزمنة في إحدى مشافي دمشق الحكومية، وتألفت من (4 مرضى تصلب متعدد، 8 قصور كلوي، 8 مرضى سكري) وتم تطبيق استبانتي الحوار الذاتي والمناعة النفسية، وتبين أن لدى 64% من مرضى التصلب المتعدد حوار ذاتي سلبي ونقد ولوم للذات، وكانت نسبة المناعة النفسية لديهم 49%، وكان لدى 38% من مرضى القصور الكلوي حوار ذاتي سلبي، ونسبة المناعة النفسية لديهم 43%، أما بالنسبة لمرضى داء السكري كان لدى 30% منهم حوار ذاتي سلبي ونسبة المناعة النفسية لديهم 36%.

وبذلك تتجلى مشكلة الدراسة بالسؤال الآتي:

هل توجد علاقة بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء؟

1-2 أسئلة الدراسة:

تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة التالية:

1-2-1 ما مستوى المناعة النفسية لدى الأشخاص الذين يعانون الأمراض المزمنة؟

1-2-2 ما نوع الحوار الذاتي المستخدم لدى أفراد العينة؟

¹ هي مركبات بروتينية يفرزها جهاز المناعة، وتدخل في عدد من العمليات مثل تنظيم البيئة الداخلية للجسم والمشاركة في عملية الالتهاب والشفاء.

3-1 فرضيات الدراسة:

تحاول الدراسة اختبار صحة الفروض التالية:

1-3-1 الفرضية العلمية:

كلما كان الحوار الذاتي إيجابياً ارتفعت المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء، وكلما كان الحوار الذاتي سلبياً انخفضت المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء.

2-3-1 الفرضيات الإحصائية:

1-2-3-1 لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة في الحوار الذاتي ودرجاتهم في المناعة النفسية.

2-2-3-1 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الأمراض المزمنة وبين الأصحاء في الحوار الذاتي.

3-2-3-1 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الأمراض المزمنة وبين الأصحاء في المناعة النفسية.

4-2-3-1 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الحوار الذاتي لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء وفق متغير الجنس.

5-2-3-1 لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء وفق متغير الجنس.

6-2-3-1 يمكن التنبؤ بمستوى المناعة النفسية من خلال الحوار الذاتي لدى أفراد عينة الدراسة.

4-1 أهداف الدراسة:

تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف الآتية:

1-4-1 الكشف عن العلاقة بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء.

1-4-2 الكشف عن الحوار الذاتي المستخدم لدى عينة الدراسة.

1-4-3 الكشف عن مستوى المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء.

1-4-4 الكشف عن الفروق بين الجنسين في الحوار الذاتي والمناعة النفسية لدى أفراد العينة.

1-4-5 الكشف عن الفروق بين مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء في الحوار الذاتي والمناعة النفسية.

1-4-6 الكشف عن تأثير الحوار الذاتي في المناعة النفسية.

1-5 أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة في النقاط الآتية:

1-5-1 أهمية نظرية:

1-1-5-1 تعد الدراسة من الدراسات القليلة (في حدود علم الباحثة) التي تناولت العلاقة بين متغيري الحوار الذاتي والمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء.

1-5-1-2 أهمية الفئة التي تناولها الدراسة وهي فئة مرضى الأمراض المزمنة.

1-5-1-3 أهمية الحوار الذاتي الإيجابي في رفع مستوى المناعة النفسية.

1-5-1-4 كونها دراسة مقارنة بين عينة من المرضى المزمنين والأصحاء.

1-5-1-5 أهمية دراسة أثر الحوار الذاتي على المناعة النفسية.

1-5-1-6 تخصيص فقرة للحديث عن الحوار الذاتي وعلاقته بالمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة.

1-5-2 أهمية عملية:

1-2-5-1 قد تفيد نتائج الدراسة في بناء البرامج الإرشادية التي تتصل بالتدريب على الحوار الذاتي الإيجابي،

ورفع المناعة النفسية، الذي يمكن أن يؤدي إلى تحسن الحالة الجسدية للمرضى.

1-2-5-2 توفير أدوات لقياس الحوار الذاتي والمناعة النفسية.

1-5-2-3 قد تفيد نتائج الدراسة المشافي والجهات الصحية وطلبة الطب البشري، في إجراء دراسات تتناول العلاج البيولوجي للأمراض وتأثير استخدام تقنيات العلاج النفسي المعرفي في تعزيز مناعة المريض النفسية والبيولوجية.

6-1 مصطلحات الدراسة:

1-6-1 الحوار الذاتي (Self-Talk):

يعرّف ميكنباوم² (Meichenbaum) الحوار الذاتي: بأنه "الكلام غير المعدّ للسامعين، ويتضمن الغناء والترنيم، والكلمات ذات المعنى أو التي لا معنى لها، والخيال، وكذلك التعبير عن الدوافع والحالات الوجدانية" (Meichenbaum, 1977, p.24).

وتعرّف الباحثة الحوار الذاتي إجرائياً: بالطريقة التي يتحدث بها المرء إلى نفسه سواء أكانت إيجابية داعمه لقدراته وإمكاناته، أم سلبية يسود فيها النقد واللوم الذاتي. ويعبّر عنها بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على استبانة الحوار الذاتي، ويكون سلبياً عندما يحصل المفحوص على درجة تتراوح بين (19- 47) ويكون إيجابياً عندما يحصل المفحوص على درجة تتراوح بين (48- 76).

1-6-1 المناعة النفسية (Psychological Immunity):

يعرّف مرسى المناعة النفسية بأنها "مفهوم فرضي، يقصد به قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب، وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار، ومشاعر غضب وسخط، وعداوة وانتقام، ومشاعر يأس وعجز وانهزامية وتشاؤم" (مرسى، 2000، ص.96).

وتعرّف الباحثة المناعة النفسية إجرائياً بأنها: مجموعة من القدرات والإمكانات النفسية (كالمرونة النفسية، والفكاهة، والتفاؤل، والتفكير الإيجابي) التي تساعد الفرد على التصدي ومواجهة المشكلات والعقبات

² أحد أعلام العلاج المعرفي السلوكي، وصاحب طريقة التدريب على التعليمات الذاتية.

التي تعترضه، وما ينجم عنها من مشاعر سلبية. ويعبّر عنها بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على استبانة المناعة النفسية، وتكون منخفضة عندما يحصل المفحوص على درجة تتحصر بين (17-34) وتكون متوسطة عندما تتحصر الدرجة بين (35-51)، وتكون مرتفعة عندما تتحصر بين (52-68).

1-6-2 مرضى الأمراض المزمنة (Chronic disease patients):

تعرف منظمة الصحة العالمية مرضى الأمراض المزمنة "بالأفراد الذين يعانون أمراضاً صحية تستمر أوقات طويلة، وتتطلب درجة معينة من الرعاية الصحية، ويدخل ضمنها السكري والأمراض القلبية وغيرها من الاعتلالات البدنية المستمرة". (منظمة الصحة العالمية، 2002، ص.5).

وتعرف الباحثة مرضى الأمراض المزمنة إجرائياً: بالأفراد الذين شخّصوا طبياً بأن لديهم مرضاً مزماً في مشافي دمشق الحكومية وعياداتها التخصصية، سواء كان تصلباً متعدداً، أم داء السكري، أم القصور الكلوي المزمن.

1-3-6-1 مرضى التصلب المتعدد (Multiple sclerosis):

يعرف O'Connor مرضى التصلب المتعدد "بأنهم مرضى يعانون مرضاً عصبياً يؤثر في الجهاز العصبي المركزي، ويؤدي إلى إزالة المايلين (Myelin)³ المحيط بالخلايا العصبية الذي يعدّ بروتيناً يسهم في نقل الرسائل العصبية على طول المحاور العصبية، ويؤدي تضرر هذا البروتين إلى تدمير المحور العصبي، ويصبح وصول السيالات العصبية بطيئاً، أو قد لا تصل على الإطلاق". (O'Connor, 2014, p.7).

وتعرف الباحثة مرضى التصلب المتعدد إجرائياً: بالمرضى الذين شخّصوا طبياً بأن لديهم تصلباً متعدداً في مشافي دمشق الحكومية وعياداتها التخصصية.

1-3-6-2 مرضى القصور الكلوي المزمن (Chronic renal failure):

³ مادة دهنية تحيط بالمحور العصبي، مكونة طبقة عازلة كهربائياً هي "غمد المايلين"، وهي ضرورية لحسن سير السيالة في الجهاز العصبي.

تعرف (National Kidney Foundation) مرضى القصور الكلوي "بأنهم مرضى يعانون تلفاً في الكليتين؛ فلا تستطيع الكلى تصفية الدم من السموم، ولا تستطيع القيام بوظائفها، وعند تراكم هذه السموم بمستويات عالية في الدم؛ يؤثر ذلك في صحة الجسم كله" (National Kidney Foundation, 2013, p.4) وتعرف الباحثة مرضى القصور الكلوي إجرائياً: بالمرضى الذين شخّصوا طبياً بأن لديهم قصوراً كلوياً في مشافي دمشق الحكومية وعياداتها التخصصية.

1-3-6-3 مرضى داء السكري (Diabetes)

يعرف ديفيدسون مرضى داء السكري "بأنهم مرضى يعانون متلازمة سريرية تتميز بفرط سكر الدم الناجم عن عوز الأنسولين النسبي أو المطلق، ويؤثر هذا النقص في استقلاب السكريات والبروتين والدهن ويسبب اضطراباً هاماً في استقرار الكهارل⁴ والماء". (ديفيدسون، 2005 ج، ص.13).

وتعرف الباحثة مرضى داء السكري إجرائياً: بالمرضى الذين شخّصوا طبياً بأن لديهم داء السكري في مشافي دمشق الحكومية وعياداتها التخصصية.

1-4-6-4 الأصحاء :

هم الأفراد الذين لا يعانون أي مرض مزمن من الأمراض المزمنة الثلاثة (داء السكري، التصلب المتعدد، القصور الكلوي) أو من أي مرض عضوي مزمن آخر.

وتعرف الباحثة الأصحاء إجرائياً: بالأفراد العاملين في القطاع الصحي بمختلف اختصاصهم الوظيفي، والمرافقين للمرضى، الذين لا يعانون أي مرض عضوي مزمن، ويتم تحديد الحالة الصحية للمشاركة على ورقة الاستبانة (انظر ملحق 4، 5).

⁴ الكهارل (الالكتروليتات) هي المعادن والأملاح الموجودة في الجسم (كالصوديوم والبوتاسيوم، الكالسيوم، الكلور، الفوسفات، المنغنيزيوم)، ولها شحنة كهربائية، وتوجد في الدم والبول والأنسجة وسوائل الجسم الأخرى.

7-1 حدود الدراسة:

1-7-1 الحدود المكانية:

طبقت الدراسة على مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء في مشافي دمشق الحكومية (مشفى المواساة، مشفى المجتهد، مشفى الهلال الأحمر، مشفى ابن النفيس، مشفى الكلية الجراحية)، وبعض المراكز الطبية الحكومية التخصصية.

2-7-1 الحدود البشرية:

تناولت الدراسة عينة محددة من مرضى الأمراض المزمنة (القصور الكلوي، داء السكري، التصلب المتعدد)، والأصحاء من العاملين في القطاع الصحي، والمرافقين للمرضى الذين لا يعانون أي مرض عضوي مزمن.

3-7-1 الحدود الزمانية:

طبقت الدراسة في الفترة الممتدة من 2021/10/10 حتى 2021/11/11

4-7-1 الحدود الموضوعية: تقتصر الدراسة على دراسة العلاقة بين الحوار الذاتي وبين المناعة النفسية.

ملخص الفصل:

عرض هذا الفصل مشكلة الدراسة وأهم المسوغات التي استدعت هذه المشكلة، بالإضافة إلى أهمية الدراسة وأهدافها، كما تم عرض أسئلة وفرضيات الدراسة، والتعريف بالمصطلحات، وذكر حدود الدراسة.





الفصل الثاني

دراسات سابقة

مقدمة.

- 1-2 دراسات عربية.
- 2-2 دراسات أجنبية.
- 3-2 تعقيب على الدراسات السابقة.

مقدمة:

على الرغم من وجود دراسات لكل من الحوار الذاتي والمناعة النفسية، إلا أنه لم يتم تناول علاقة كل منهما بالآخر، ولا بد للباحثة من الاطلاع على بعض الدراسات ذات الصلة بالدراسة الحالية. وسيتم استعراض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيري الحوار الذاتي والمناعة النفسية، ومن ثم التعقيب عليها.

1-2 دراسات عربية:

1-1-2 دراسة شامخ (2009)، العراق:

عنوان الدراسة: التحدث مع الذات وعلاقته باضطراب التوافق والقلق من المستقبل لدى مرضى الجهاز الدوري.

هدف الدراسة: تعرف العلاقة بين التحدث مع الذات واضطراب التوافق والقلق من المستقبل، وقياس التحدث مع الذات لدى أفراد عينة الدراسة وتعرف الفروق بينهما، وتعرف درجات القلق من المستقبل لدى العينة وفق متغير التحدث مع الذات والجنس ونوع المرض.

عينة الدراسة: تكونت من 200 مريضاً (100 ذكر، 100 أنثى) من المرضى المصابين بالذبحة القلبية وارتفاع ضغط الدم.

أدوات الدراسة: مقياس التحدث مع الذات (الباحث)، ومقياس اضطراب التوافق (الباحث)، ومقياس القلق من المستقبل (الباحث).

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج أن التحدث السلبي مع الذات له مساهمة في التنبؤ باضطراب التوافق والقلق من المستقبل، وتبين وجود علاقة طردية بين التحدث مع الذات بصورته السلبية واضطراب التوافق والقلق من المستقبل، ووجود علاقة عكسية بين التحدث الإيجابي مع الذات واضطراب التوافق والقلق من المستقبل. وأظهرت النتائج أن عينة الدراسة لديها حديث ذات سلبي مرتفع، أما الحديث الإيجابي فقد كان منخفضاً، وتبين وجود فروق بين الجنسين في التحدث مع الذات بصورته السلبية لصالح الإناث، وفي صورته الإيجابية لصالح الذكور.

ووجود فروق في التحدث مع الذات تبعاً لمتغير نوع المرض، ففي صورة الحديث السلبي كانت الفروق لصالح مرضى الذبحة الصدرية، وفي صورته الإيجابية لصالح مرضى ارتفاع ضغط الدم. وبالنسبة لمتغيري اضطراب التوافق، والقلق من المستقبل فقد أظهرت النتائج وجود فروق بين درجات الأفراد ذوي التحدث الإيجابي والتحدث السلبي لصالح الأفراد ذوي التحدث السلبي.

2-1-2 دراسة عبد الجبار (2010)، العراق:

عنوان الدراسة: المناعة النفسية وعلاقتها بالكفاءة الشخصية وسمو الذات لدى المصابين بالغدة الدرقية.

هدف الدراسة: تعرف مدى إسهام المناعة النفسية في الكفاءة الشخصية وسمو الذات لدى عينة من المصابين بالغدة الدرقية والأصحاء.

عينة الدراسة: تكونت من 200 فرداً (100 مصابون بالغدة الدرقية، 100 غير مصابين).

أدوات الدراسة: مقياس المناعة النفسية (الباحث)، ومقياس الكفاءة الشخصية وسمو الذات (الباحث).

نتائج الدراسة: تبين أن الكفاءة الشخصية وسمو الذات لهما دور في التنبؤ بالمناعة النفسية، كما تبين انخفاض مستوى المناعة النفسية والكفاءة الشخصية وسمو الذات لدى مرضى الغدة الدرقية مقارنةً بالأصحاء.

2-1-3 دراسة خميسة (2013)، الجزائر:

عنوان الدراسة: الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

هدف الدراسة: الكشف عن طبيعة العلاقة القائمة بين الاستجابة المناعية والدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان.

عينة الدراسة: تكونت من 60 مريضاً بالسرطان في المشفى الجامعي.

أدوات الدراسة: اختبار الدعم الاجتماعي المدرك (زايمة، داهليم وفورلاي، 1988)، واختبار الرضا عن الحياة (الدسوقي، 1996)، الاختبار البيولوجي للغلوبولينات المناعية.

نتائج الدراسة: تبين أنه توجد علاقة بين الغلوبولين المناعي IgG والدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان من كلا الجنسين، وأنه لا توجد فروق وفق متغير الحالة الاجتماعية في درجة كل من الاستجابة المناعية والدعم الاجتماعي المدرك، والرضا عن الحياة.

2-1-4 دراسة نسيم (2017)، الجزائر (أصحاء)

عنوان الدراسة: الحوار الذاتي وعلاقته بالثقة بالنفس وفق النتائج المحققة لدى لاعبي كرة القدم.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة الموجودة بين الحديث الذاتي والثقة بالنفس لدى عينة الدراسة.

عينة الدراسة: تكونت من 40 لاعباً من فريقي (أهلي برج بوعرييج)(مولودية العلة).

أدوات الدراسة: مقياسا الحديث الذاتي (ألبرت أر أي، ترجمة طارق محمد بدر الدين و وهبة محمد نديم)، ومقياس الثقة بالنفس (روبين فيلي، ترجمة محمد حسن علاوي).

نتائج الدراسة: كلما كان الحديث الذاتي إيجابياً لدى اللاعب الرياضي كانت النتائج الرياضية المحققة جيدة. وكلما كان الحديث الذاتي سلبي لدى اللاعب الرياضي كانت النتائج الرياضية المحققة ضعيفة، وكلما كان الحديث الذاتي إيجابياً لدى اللاعب الرياضي كانت الثقة بالنفس مرتفعة والعكس صحيح.

2-1-5 دراسة صباح والشجيري (2017)، العراق: (أصحاء)

عنوان الدراسة: جودة الحياة الروحية وعلاقتها بالمناعة النفسية لدى طلبة الجزائر والعراق.

هدف الدراسة: الكشف عن مستوى جودة الحياة الروحية والمناعة النفسية لدى طلبة الجزائر والعراق، ومعرفة الفروق بينهما، ومعرفة العلاقة بين المناعة النفسية وجودة الحياة الروحية.

عينة الدراسة: تكونت من 187 طالباً وطالبة من جامعة الجزائر 88 طالباً وطالبة، ومن العراق 99.

أدوات الدراسة: مقياس جودة الحياة الروحية وفق بعدين (فعالية الذات - خطة الحياة)، ومقياس المناعة النفسية (سويعد).

نتائج الدراسة: تبين أن طلبة العراق لديهم مستوى مرتفع على مقياس جودة الحياة الروحية أما طلبة الجزائر فكان لديهم مستوى منخفض. كما تبين أن العينتين لديهما مستوى مرتفع من المناعة النفسية، ووجدت فروق في مستوى جودة الحياة الروحية والمناعة النفسية لصالح طلبة العراق، ووجود علاقة طردية بين المتغيرين.

2-1-6 دراسة مسحل (2018)، مصر: (أصحاء)

عنوان الدراسة: المناعة النفسية وعلاقتها بكل من الكفاءة المهنية والضغط المهنية لدى العاملين بالجهاز الإداري بالدولة.

هدف الدراسة: تعرف المناعة النفسية وعلاقتها بكل من الكفاءة المهنية والضغط المهنية لدى العاملين في الجهاز الإداري بالدولة.

عينة الدراسة: تكونت من 203 من العاملين بالجهاز الإداري (ذكوراً وإناثاً).

أدوات الدراسة: مقياس المناعة النفسية (زيدان، 2013)، مقياس الكفاءة المهنية (الباحث)، مقياس الضغوط المهنية (الباحث).

نتائج الدراسة: تبين وجود علاقة إيجابية بين المناعة النفسية والكفاءة المهنية، ووجود علاقة سالبة بين المناعة النفسية والضغط المهنية لدى العاملين بالجهاز الإداري في الدولة، كما تبين وجود فروق بين متوسط درجات المناعة النفسية تبعاً لمتغير النوع (ذكور - إناث) لصالح الذكور، ونوع العمل (فني - إداري) لصالح العمل الفني.

2-1-7 دراسة الجزائر (2018)، مصر: (أصحاء)

عنوان الدراسة: المناعة النفسية لدى طلبة الجامعة وعلاقتها بالذكاء الأخلاقي والأداء الأكاديمي.

هدف الدراسة: تعرف العلاقة بين المناعة النفسية وكل من الذكاء الأخلاقي والأداء الأكاديمي لدى طلاب الجامعة.

عينة الدراسة: تكونت من 195 طالباً وطالبة.

أدوات الدراسة: مقياس المناعة النفسية (زيدان، 2013)، مقياس الذكاء الأخلاقي (الباحث).

نتائج الدراسة: تبين وجود علاقة إيجابية بين المناعة النفسية والذكاء الأخلاقي لدى طلبة الجامعة، كما تبين وجود ارتباط موجب بين ضبط النفس (أحد أبعاد المناعة النفسية) والأداء الأكاديمي لدى طلبة الجامعة.

2-1-8 دراسة علي (2018)، مصر:

عنوان الدراسة: الفروق بين مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء في الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر⁵.

هدف الدراسة: تعرف الفروق بين مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء في الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر.

عينة الدراسة: تكونت من (300) فرداً منهم (150) مريضاً بالسكري من النمط الثاني، و(150) فرداً من الأصحاء.

أدوات الدراسة: مقياس الصمود النفسي (الباحث)، اختبار عمه المشاعر (بورموند فورست، ترجمة علي)، ومقياس تنظيم الذات، اختبار المعتقدات الصحية (الباحث).

نتائج الدراسة: من النتائج وجود فروق بين مرضى السكري من النمط الثاني والأصحاء في مستوى الصمود النفسي لصالح الأصحاء.

2-1-9 دراسة العطار (2019)، مصر (أصحاء)

عنوان الدراسة: الحوار الذاتي الإيجابي وعلاقته بالتدفق النفسي والهزيمة النفسية لدى طلاب كلية التربية.

هدف الدراسة: معرفة العلاقة بين الحديث الذاتي الإيجابي والتدفق النفسي والهزيمة الذاتية لدى طلاب كلية التربية جامعة كفر الشيخ، وتعرف مدى مساهمة الحديث الذاتي الإيجابي بأبعاده المختلفة في التنبؤ بكل من التدفق النفسي والهزيمة النفسية.

عينة الدراسة: تكونت من 893 طالباً وطالبة.

⁵ صعوبة وصف الفرد لمشاعره وتحديدها والتعبير عنها، وصعوبة التمييز بين المشاعر والإحساسات الجسدية والاستثارة الانفعالية، والامكانيات التخيلية المحدودة.

أدوات الدراسة: مقياس الحديث الذاتي الإيجابي، مقياس التدفق النفسي، مقياس الهزيمة النفسية إعداد (أبو حلاوة ومرزوق ورزق، 2013).

نتائج الدراسة: بينت وجود علاقة طردية بين الحديث الذاتي الإيجابي والتدفق النفسي، كما وجدت علاقة عكسية بين الحديث الذاتي الإيجابي وأبعاد الهزيمة النفسية لدى أفراد العينة.

2-1-10 دراسة ناجي وآخرين (2019)، العراق: (أصحاء)

عنوان الدراسة: المشكلات النفسية وعلاقتها بالحديث الذاتي لدى طلبة جامعة المثنى.

هدف الدراسة: تعرف العلاقة بين المشكلات النفسية والحديث الذاتي لدى طلاب جامعة المثنى في كلية التربية البدنية والعلوم الرياضية.

عينة الدراسة: تكونت من 335 طالباً وطالبة.

أدوات الدراسة: مقياس المشكلات النفسية (الباحث)، مقياس الحديث الذاتي (الباحث).

نتائج الدراسة: تبين وجود ارتباط بين المشكلات النفسية المرتفعة والحديث الذاتي السلبي، كما تبين وجود ارتباط بين انخفاض المشكلات النفسية والحديث الذاتي الإيجابي.

2-1-11 السعيد (2020)، مصر: (أصحاء)

عنوان الدراسة: فاعلية برنامج للحديث الذاتي الإيجابي (عن بعد) على تحسين مستوى الثقة بالنفس لناشئي السباحة في ظل مواجهة جائحة فيروس كورونا المستجد.

هدف الدراسة: وضع برنامج للحديث الذاتي الإيجابي لتعرف فاعليته في تحسين مستوى الثقة بالنفس لناشئي السباحة في ظل مواجهة جائحة فيروس كورونا المستجد، وتعرف العلاقة بين الحوار الذاتي الإيجابي والثقة بالنفس لدى ناشئي السباحة.

عينة الدراسة: تكونت من (20) سباحاً من ناشئي السباحة بنادي الشعب الرياضي بالمنصورة.

أدوات الدراسة: مقياس الحديث الذاتي للرياضيين (ألبرت أر أي، ترجمة طارق محمد بدر الدين و وهبة محمد نديم)، مقياس الثقة بالنفس للرياضيين (روبين فيلي، ترجمة محمد حسن علاوي)، البرنامج المقترح للحديث الذاتي الإيجابي.

نتائج الدراسة: من النتائج وجود علاقة ارتباطية طردية بين الحديث الذاتي الإيجابي والثقة بالنفس لدى ناشئي السباحة.

2-1-12 دراسة الحرايزة (2020)، الأردن: (أصحاء)

عنوان الدراسة: مستوى المناعة النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة الرياضيين في جامعة البلقاء التطبيقية.

هدف الدراسة: قياس المناعة النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة الرياضيين.

عينة الدراسة: تكونت من 75 طالباً وطالبة.

أدوات الدراسة: مقياس المناعة النفسية (الباحث)، ومقياس الصحة النفسية (الباحث).

نتائج الدراسة: تبين وجود علاقة بين مستوى المناعة النفسية والصحة النفسية لدى الطلبة، ووجود فروق في مستوى المناعة النفسية والصحة النفسية وفق متغير الجنس لصالح الذكور، ووفق متغير نوع اللعبة لصالح الألعاب الجماعية.

2-1-13 دراسة الحلبي (2021)، السعودية: (أصحاء)

عنوان الدراسة: المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالتوجه الإيجابي نحو المستقبل لدى عينة من طالبات جامعة القصيم.

هدف الدراسة: تعرف دور المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبؤ بالتوجه الإيجابي نحو المستقبل لدى عينة الدراسة، وتعرف مستوى المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية والتوجه الإيجابي نحو المستقبل، وتعرف الفروق بين منخفضي ومرفعي المناعة النفسية في التوجه الإيجابي نحو المستقبل.

عينة الدراسة: تكونت من (275) طالبة من كلية التربية.

أدوات الدراسة: مقياس المناعة النفسية (الباحث)، مقياس المساندة الاجتماعية (ديون وآخرون، 1978) ترجمة

السرسى، مقياس التوجه الإيجابي نحو المستقبل (أبو بكر وعبد الرسول، 2020).

نتائج الدراسة: تبين أن عينة الدراسة لديها مستوى مناعة نفسية أعلى من المتوسط، كما أن للمناعة النفسية قدرة

تنبؤية بالتوجه الإيجابي نحو المستقبل، ومن النتائج أيضاً وجود فروق بين منخفضي ومرفعي المناعة النفسية في

التوجه الإيجابي نحو المستقبل لصالح مرتفعي المناعة النفسية.

2-2 دراسات أجنبية:

2-2-1 دراسة فولى وآخرون (1988) نيويورك:

عنوان الدراسة: خلل التنظيم المناعي النفسي لدى مرضى التصلب المتعدد.

Psych-immunological dysregulation in multiple sclerosis.

هدف الدراسة: تزويد البحوث النفسية بدراسة العلاقة بين الحالة المزاجية والمناعة النفسية لدى مرضى التصلب

المتعدد.

أدوات الدراسة: مقياس المناعة النفسية، استبانة لقياس المزاج والضغط النفسي، فحص الحالة النفسية والعصبية

والمناعية.

عينة الدراسة: تكونت من 15 مريضاً من مرضى التصلب المتعدد.

نتائج الدراسة: تبين وجود علاقة طردية بين الضغط النفسي وخلل المناعة؛ أي إن ارتفاع مستوى الضغط النفسي

يؤدي إلى ضعف المناعة لدى مرضى التصلب المتعدد، ولم يكن لشدة ودرجة المرض تأثير في ذلك.

2-2-2 دراسة كونروي وميتزلر (2004)، أمريكا: (أصحاء)

عنوان الدراسة: أنماط الحوار الذاتي وعلاقته بأشكال القلق التنافسي.

Patterns of self-talk associated with different forms of competitive anxiety.

هدف الدراسة: تعرف العلاقة بين أنماط الحوار الذاتي (في حال الفشل، النجاح، التمني، الخوف) والأشكال المختلفة للقلق التنافسي (الخوف من الفشل، الخوف من النجاح، القلق الرياضي) في الرياضة.

عينة الدراسة: تكونت من 440 طالباً وطالبة جامعيين.

أدوات الدراسة: مقياس أنماط الحوار الذاتي، مقياس سمات القلق التنافسي.

نتائج الدراسة: أظهرت النتائج ارتباط الحوار الذاتي بالقلق التنافسي في الرياضة؛ إذ ارتبط بشدة بالخوف من الفشل وبالقلق من الرياضة، وارتبط باعتدال بالخوف من النجاح، كما أن الحديث الذاتي السلبي التلقائي، مثل اللوم الذاتي والهجوم الذاتي وإهمال الذات كان لها علاقة إيجابية بسمات القلق، في حين أن الحديث الذاتي الموجه نحو الهدف، كتأكيد الذات وحماية الذات وضبط النفس ارتبطت سلبياً بسمات القلق.

2-2-3 دراسة هاميلتون وآخرين (2011)، كندا:

عنوان الدراسة: استخدام الحوار الذاتي الإيجابي في تعزيز مهارات التكيف لدى الناجيات من سرطان الثدي.

Using a positive self-talk intervention to enhance coping skills in breast cancer survivors.

هدف الدراسة: تقييم فاعلية الحوار الذاتي الإيجابي في تعزيز قدرات المواجهة وتحسين الرفاهية النفسية لدى الناجيات من سرطان الثدي.

أدوات الدراسة: استبانة الحالات المزاجية القصير (poms-sf)، استطلاع التقرير الذاتي (r-sopar) لتقييم المشكلات الجسدية والعاطفية والادراكية.

عينة الدراسة: تكونت من 38 سيدة مصابة بسرطان الثدي، أخضعن لاختبار قبلي لآلية التدخل بالحوار الذاتي الإيجابي، وتلقين بعدها ورشة عمل لمدة ساعتين عن الحوار الذاتي الإيجابي، كما تلقت المشاركات جلسة دعم نفسي لمدة 10 دقائق عن طريق الهاتف.

نتائج الدراسة: تبين أن للحوار الذاتي الإيجابي تأثيراً كبيراً في قدرة المرضى على مواجهة السرطان والعواقب المرتبطة به، كما استخدمت جميع المشاركات الحوار الذاتي الإيجابي في الحياة اليومية، وتمكن من تقديم وصف دقيق لآلية عمله.

2-2-4 دراسة سباك (2014)، نيويورك: (أصحاء)

عنوان الدراسة: فحص الحوار الذاتي والقلق المعرفي لدى الرياضيين الجامعيين:

The examination of self-talk and cognitive anxiety among collegiate athletes.

هدف الدراسة: تحديد مستوى الحالة المعرفية للقلق لدى الرياضيين في مرحلة الجامعة، وذلك قبل المنافسة، ومعرفة إستراتيجيات الحوار الذاتي التي يستخدمونها، وتحديد العلاقة بين مستوى القلق قبل المنافسة والحوار الذاتي المستخدم في أثناء المنافسة.

عينة الدراسة: تكونت من 11 طالبة رياضية من السنة الثالثة في جامعة Ithaca college

أدوات الدراسة: استخدم مقياس حالة القلق للتنافس المعدلة (CSAI-2R)، واستبانة الحوار الذاتي (STUQ)

نتائج الدراسة: تبين عدم وجود علاقة بين الحالة المعرفية للقلق وأي شكل من أشكال الحوار الذاتي الذي يستخدمه الرياضيون، كما أفادوا أنهم يستخدمون الحديث مع النفس للتهدة والاسترخاء والتحفيز الذاتي والتركيز.

2-2-5 دراسة بونا (2014)، هنغاريا: (أصحاء)

عنوان الدراسة: استكشاف نظام المناعة النفسية لدى لاعبي الجمباز الهنغاريين.

An Exploration of the psychological immunity system in Hungarian gymnasts.

هدف الدراسة: معرفة الموارد الشخصية للاعبي الجمباز الشباب، واستكشاف مساهمة العوامل الشخصية والمناعة النفسية في تحسين أدائهم ومشاعر الرضا لديهم.

عينة الدراسة: تكونت من 67 فرداً من لاعبي الجمباز.

أدوات الدراسة: استبانة الأداء (أفضل نتيجة، نتائج آخر 3 سنوات في المباريات الوطنية)، استبانة الرضا عن

الأداء، مقياس المناعة النفسية (PISI).

نتائج الدراسة: تبين أنه لا توجد علاقة بين مستوى الأداء والمناعة النفسية، وتبين أن هناك ارتباطاً موجباً بين المناعة النفسية والرضا عن الأداء لدى الفرد.

2-2-6 دراسة فارغي وآخرون (2019)، هنغاريا:

عنوان الدراسة: خصائص وتغيرات كفاءة المناعة النفسية لدى مرضى سرطان الثدي الذين يتلقون التنويم المغناطيسي أو الموسيقى أو الاهتمام الخاص.

The characteristics and changes of psychological immune competence of breast cancer patients receiving hypnosis, music or special attention.

هدف الدراسة: فحص خصائص وتغيرات كفاءة المناعة النفسية لدى مرضى سرطان الثدي الذين يتلقون تدخلات نفسية مختلفة (التنويم المغناطيسي، والموسيقى، والاهتمام الخاص).

عينة الدراسة: تكونت من 61 مريضة بسرطان الثدي، قسمت إلى ثلاث عينات (21 مريضة خضعت لتدخل بالتنويم المغناطيسي، 23 مريضة تدخل بالموسيقى، 17 تلقت تدخل الاهتمام الخاص).

أدوات الدراسة: مقياس المناعة النفسية (PICI) ويتكون من 16 مقياساً فرعياً. قيس المناعة النفسية خلال 4 فترات للقياس. القياس الأول تم بعد التشخيص والجراحة، ولكن قبل التدخلات العلاجية والنفسية، وأخذ القياس الثاني بعد 12 أسبوعاً من العلاج الكيميائي، والقياس الثالث في نهاية العلاج الكيميائي، أي بعد 24 أسبوعاً من التشخيص والجراحة، والقياس الرابع بعد سنة من التشخيص. وقد تلقت المشاركات التدخل النفسي في مرحلة العلاج الكيميائي.

نتائج الدراسة: تبين وجود فروق بين المجموعات الثلاث في مقياس المناعة النفسية في نهاية العلاج الكيميائي، لصالح مجموعة التنويم المغناطيسي (القياس الثالث)، ولم تظهر فروق بين المجموعات الثلاث في القياس الرابع (أي بعد سنة من التشخيص، وعندما لم تعد أي مريضة تتلقى علاجاً كيميائياً أو تدخلاً نفسياً). وبالنسبة للمقاييس الفرعية للمقياس، من بين 16 مقياساً؛ أظهرت قدرة حل المشكلات فرقاً وفق القياس الأول لصالح التنويم المغناطيسي. كما تبين ازدياد مستوى المناعة النفسية مع تقدم علاج السرطان على نحو مستقل عن هذه

التدخلات، خلال فترة علاج السرطان. وقد يعكس هذا أن التعامل والتعايش الناجح مع المرض نفسه يؤدي إلى إدراك المريض لذلك وينتج عنه زيادة كفاءة المناعة النفسية.

3-2 تعقيب على الدراسات السابقة:

أفادت الدراسات السابقة المتصلة بالحوار الذاتي وعلاقته ببعض المتغيرات، وكذلك المناعة النفسية وعلاقتها ببعض المتغيرات، في صوغ مشكلة الدراسة وفرضياتها، بالإضافة إلى مساهمتها في تحديد منهج الدراسة، وفي بناء أدواتها، وفي تفسير النتائج من خلال مقارنة نتائج الدراسة بنتائج الدراسات السابقة.

وقد اختلفت الدراسة عن هذه الدراسات في تناولها متغيرات لم تدرس سابقاً؛ إذ تناولت العلاقة بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء، وهذه المتغيرات (وفق حدود علم الباحثة) لم يسبق دراستها معاً، وأيضاً اختلفت في عينتها عن الدراسات السابقة، وذلك من حيث طبيعة الأمراض المزمنة التي اختيرت ومقارنتها مع الأصحاء.

ملخص الفصل:

تم في هذا الفصل استعراض الدراسات العربية والأجنبية التي تناولت متغيري الحوار الذاتي والمناعة النفسية وعلاقتها بمتغيرات مختلفة، ثم عرض نقاط التشابه والاختلاف بين الدراسة والدراسات السابقة وما أفادته الباحثة من هذه الدراسات.



الفصل الثالث

الإطار النظري

مقدمة.

- 1-3 الحوار الذاتي.
- 1-1-3 مفهوم الحوار الذاتي.
- 2-1-3 وظيفة الحوار الذاتي.
- 3-1-3 بنية الحوار الذاتي.
- 4-1-3 مصادر الحوار الذاتي.
- 5-1-3 خصائص الحوار الذاتي.
- 6-1-3 نماذج تفسر الحوار الذاتي.
- 7-1-3 الحوار الذاتي والأمراض المزمنة.
- 2-3 المناعة النفسية.
- 1-2-3 مفهوم المناعة النفسية.
- 2-2-3 العوامل المؤثرة في المناعة النفسية.
- 3-2-3 أنواع المناعة النفسية.
- 4-2-3 علاقة المناعة النفسية ببعض المتغيرات.
- 5-2-3 المناعة النفسية والأمراض المزمنة.
- 3-3 الأمراض المزمنة.
- 1-3-3 مفهوم الأمراض المزمنة.
- 2-3-3 مرض التصلب المتعدد.
- 1-2-3-3 مفهومه.
- 2-2-3-3 مظاهره.
- 3-2-3-3 العوامل المؤدية إلى مرض التصلب المتعدد.

3-3-2-4 آثار مرض التصلب المتعدد في المريض.

3-3-3 داء السكري.

3-3-3-1 مفهومه.

3-3-3-2 مظهره.

3-3-3-3 عوامل الإصابة بالسكري.

3-3-3-4 آثار داء السكري في المريض.

3-3-4 القصور الكلوي المزمن.

3-3-4-1 مفهومه.

3-3-4-2 العوامل المؤدي إلى القصور الكلوي المزمن.

3-3-4-3 مظهره.

3-3-4-4 آثار القصور الكلوي في المريض.

3-4 الحوار الذاتي وعلاقته بالمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة.

مقدمة:

يؤثر حوار الفرد الذاتي وطريقة تفكيره في مناعته النفسية، وفي قدرته على التصدي للصدمات والصعوبات والأزمات التي تعترضه، وتتأثر صحته ومناعته البيولوجية وقدرتها على حماية الجسم ومواجهة الأمراض بدرجة تمتع الفرد بالمناعة النفسية التي تدعم مناعته البيولوجية وتقويها. وسيتم الحديث عن الحوار الذاتي والمناعة النفسية، والأمراض المزمنة، وعلاقة الحوار الذاتي بالمناعة النفسية.

1-3 الحوار الذاتي (Self-Talk):

1-1-3 مفهوم الحوار الذاتي:

حاولت العديد من الدراسات إيجاد مفهوم للحوار الذاتي ولعل أقدمها ما قدمه أفلاطون؛ إذ عرّف التفكير بأنه "الحوار داخل روح المرء، والكلمات المنطوقة بصمت"، وعلى الرغم من أنّ مصطلح الحوار الذاتي قد استخدم في العصور القديمة، إلا أن أصل هذا المصطلح يرجع إلى وليام هامبولت⁶ Humboldt von Wilhem الذي كتب عن الشكل الداخلي للكلام، ولكنه لم يحدده عملياً. كما أيد فيجوتسكي⁷ Vygotsky نظرية الحوار الذاتي وأشار إليه بطرائق عدة مثل: "مشروع عقلي"، "حوار داخلي"، "التواصل بلا كلمات"، "مستوى متميز من الفكر اللفظي"، "صوت في الرأس"، وأداة للتفكير ناتجة عن استيعاب الكلام الاجتماعي. (Guerrero, 2005, p.215) ثم تلاه ميكنباوم ليهتم في هذا المجال متأثراً بدراسات لوريا⁸ (Luria) وفيجوتسكي، فعرف الحوار الذاتي "بالكلام غير المعدّ للسامعين" واستخدمه نهجاً للتعامل مع الأطفال ذوي النشاط الزائد ومرضى الفصام (Meichenbaum, 1977, p.27). كذلك اهتم أليس⁹ (Ellis) بالحوار الذاتي؛ ورأى أنّ نظام المعتقدات والحوار الذاتي والسلوك الذي يقوم به الفرد، إما أن يعمل على ظهور المرض النفسي لديه أو لا، فحديث الأفراد

⁶ فيلسوف في مجال اللغة.

⁷ عالم نفس سوفيتي، من أبرز أعماله العلاقة بين اللغة والفكر.

⁸ هو عالم نفس سوفيتي، اهتم بدراسة العلاقة التطورية بين اللغة والتفكير والسلوك.

⁹ عالم نفس، طور نظرية العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي.

مع أنفسهم بعقلانية يساعدهم على التخلص من الشعور بالغضب والهلع، بينما معتقداتهم غير العقلانية تقود إلى حوار ذاتي غير عقلائي ومَرَضِي (H.Manning, 1991, p.55, 57) وسبب الاضطرابات الانفعالية كالقلق والغضب تتبع من التصورات المشوهة والتفكير غير العقلاني، ونتيجة للحوار الذاتي السلبي الذي يستخدمه الفرد مع نفسه (Ellis, 1997, p.103)

وقام العديد من الباحثين فيما بعد بدراسة الحوار الذاتي وتعريفه، منهم جينسن¹⁰ Jensen الذي عرّفه بأنه وساطة لفظية تتكون من تحدث المرء إلى نفسه بطريقة ترتبط بما واجهه وبما يجب تعلمه، وبالمشكلات التي يتعرض لها، وتصبح هذه العملية ضمنية وتلقائية في مرحلة الرشد؛ ويكون التفكير بصوت عال وإنما دون مستوى الوعي (Meichenbaum, 1977, p.29) أما سكولوف¹¹ Sokolov فيرى أنه كلام مع الذات بألفاظ ضمنية، وهو ناجع في معالجة المعلومات الحسية بشكل منطقي، وفي استيعابها وإدراكها من خلال نظام محدد من المفاهيم والأحكام (المرجع السابق، ص.211)

فالحوار الذاتي يقوم على فكرة مؤداها أن الأشياء التي يقولها الناس لأنفسهم تحدد الأفعال التي يقومون بها، فسلوك الإنسان يتأثر بالجوانب المختلفة لأنشطته التي توجّه بافتراضات متنوعة، كالاستجابات البدنية، وردود الفعل الانفعالية، والمعرفية، والتفاعلات البيئية. والحوار الذاتي الداخلي أحد هذه الافتراضات (السقا، 2005، ص.75).

3-1-2 وظيفة الحوار الذاتي:

رَكَز ميكنباوم على أهمية الحوار الذاتي عند الإنسان وتأثيره في العمليات الاستعرافية (Cognitions)، وكيف يمكن بتغييره (الحوار) وتغيير التفكير والمشاعر تعديل السلوك من خلال التوجيه الذاتي (السقا، 2005، ص.75) فالحوار الذاتي هو الحد الفاصل بين الحياة الصحية وغير الصحية؛ إذ يؤدي الحديث السلبي إلى تأجيج المشاعر السلبية وتعظيمها، أما الحديث الإيجابي فيساعد على إخماد تلك المشاعر (D.flaxington, 2013, p.12) ويسهم ذلك في تحسين الصحة العقلية، من خلال مساعدة الفرد على إدراك المعتقدات غير

¹⁰ عالم نفس أمريكي.

¹¹ عالم نفس روسي، اهتم بدراسة الحوار الذاتي.

المنطقية، وتحويلها لأخرى منطقية، ويولد حواراً ذاتياً عقلانياً، ينتج عنه سلوك صحي (H.Manning, 1991, p.56).

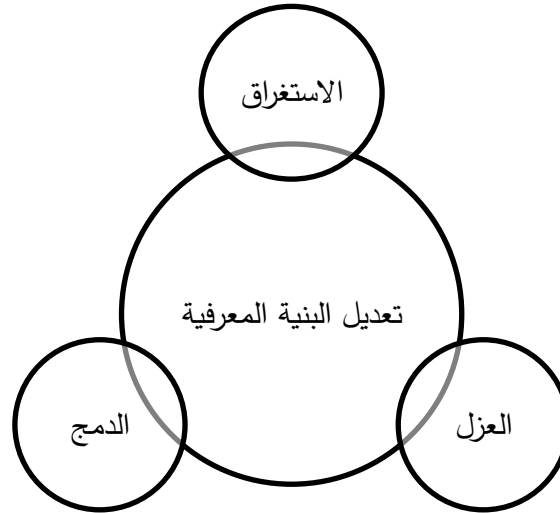
ويستخدم الحوار الذاتي وسيلة لمساعدة المسترشدين في مواجهة العديد من المشكلات كقلق الامتحان والكلام، وفطط النشاط عند الأطفال، وحالات الفصام (Foreyet& Rathjen, 1987, p.15) ومع حالات الاكتئاب الشديد، والغضب، الشعور بالذنب والكمالية (Andreas, 2014, p.52). ويتجلى تأثير الحوار الذاتي في بنية الفرد المعرفية وفي تعديل سلوكه من خلال مساعدة المسترشد على استبدال الحوار الذاتي السلبي بآخر إيجابي متكيف، ينتج عنه تكوين بناءات معرفية جديدة، تسهم في إنتاج السلوك المرغوب فيه وتثبيته وتعميمه. (السقا، 2005، ص.76)

3-1-3 بنية الحوار الذاتي:

يعدّ الحوار الذاتي من العوامل المعرفية المؤثرة في سلوك الفرد، ولمعرفة سبب تغيير الناس لسلوكهم ينبغي الانتباه للطريقة التي يتبعونها إزاء المواقف، وحوارهم الذاتي، وتناسبهما مع البنية المعرفية. فتغيير الناس لحوارهم الذاتي يرتبط ببنيتهم المعرفية، يرى بياجيه أن تغيير البنى المعرفية يحدث وفق ثلاثة أصناف هي:

- الاستغراق: يتم تطوير البنى المعرفية الجديدة متضمنة البنى المعرفية القديمة.
- العزل: تظهر البنى المعرفية الجديدة وتلغي البنى القديمة، فلا تستمر البنى المعرفية القديمة والجديدة بالتواجد جنباً إلى جنب.
- الدمج: وهو على مستوى أكثر شمولية؛ إذ تحتوي البنى المعرفية الجديدة على أجزاء من البنى المعرفية القديمة، لتظهر البنية المعرفية بشكل جديد.

ويتوقف ظهور أي من هذه العمليات على: القيمة والعمر الزمني للبنى المعرفية القديمة، بالإضافة لقيمة وتطور البنى المعرفية الجديدة. ويقود التغيير في البنى المعرفية القديمة إلى حوار ذاتي جديد وسلوكات جديدة وتعزيز للبنى المعرفية الجديدة. (Meichenbaum, 1977, p.211, 213)



الشكل (1) آلية تعديل البنى المعرفية

تعتمد درجة تأثير البنية المعرفية في الفرد على درجة ثبات معتقداته، ومدى ما يراه الفرد أساسياً لسعادته ووجوده، وما تعلمه سابقاً في مواجهة مخططاته، والبداية المبكرة التي انبثقت فيها المخططات واندمجت في الذات، وقوة تعزيزها ومن قبل من (السقا، 2005، ص.74).

يمكن توضيح الطريقة التي تسهم بها عملية الحوار الذاتي والبنى المعرفية في عملية التغيير لدى الفرد؛ إذ يمتلك الفرد مجموعة من المعتقدات، بعضها غير واضح (العقل اللاواعي) بينما المعتقدات الأخرى واضحة. وتؤدي المعتقدات (أو البنى المعرفية) حول المواقف المختلفة إلى تفكير واعي (حوار ذاتي). فالحوار الذاتي يؤثر في كيفية تفسير وتقييم هذه المواقف. والحوار الذاتي المتكيف يزيد الوعي والإدراك لدى الفرد (خلال عملية تفسير الأحداث فيساعده على إدراك نقاط جديدة ومختلفة)، ويؤدي إلى تغيير السلوك وإنتاج سلوك جديد. فمن الأمور الرئيسية في عملية تغيير السلوك: 1- طبيعة البنى المعرفية 2- ما يصاحبه من حوار ذاتي 3- النتائج السلوكية (نتائج أفعال المرء)، وما يقوله الفرد عن النتائج السلوكية يحدد إمكانية تغيير البنية المعرفية لديه (معتقداته). (Meichenbaum, 1977, p.214)

3-1-4 مصادر الحوار الذاتي:

هناك العديد من المصادر التي يتولد عنها الحوار الذاتي، وتشكل ما يسمى بالخرائط الصوتية Voice Mapping وهي عبارة عن رسائل على شكل موجبات Should تُستمد من مصادر متنوعة مثل (الإعلام، الأصدقاء، الأسرة... الخ)، وهي موجودة في دماغ الفرد وتستمر في توجيهه، ويصفها بعضهم بأنها مزعجة، وتؤثر في المشاعر وردود الأفعال والقرارات التي تتخذ، وقد يكون بعضها واضحاً دون غيرها مما يصعب تمييزه عن الموجبات؛ وذلك لوجود العديد من الرسائل التي تعمل بأن واحد وبشكل خفي، فالخريطة الصوتية تكشف العديد من الرسائل التي تؤثر في الفرد ولا بد من معرفة مصدرها، وذلك يعني التعرف إلى الحوار الذاتي الحالي من أين يأتي مع ضرورة تحديد "هم" و "أنا" أي ماذا أفكر وماذا أريد. (Gantor et al., 2004, p.8,10)

وللأسرة تأثير كبير في تشكيله؛ إذ يقوم الوالدان بتثنية الأبناء كما نشأ بواسطة آبائهما، فيقومان ببرمجة الأبناء سلبياً أو إيجابياً، ويقول تاد جيمس "عندما نبلغ السابعة من عمرنا تكون أكثر من 90% من قيمنا قد تخزينت في عقولنا، وعندما نبلغ سن الحادي والعشرين تكون جميع قيمنا قد اكتملت واستقرت في عقولنا" وبهذا يكون الفرد قد نشأ على نحو مبرمج إما سلبياً أو إيجابياً. وكذلك تؤثر المدرسة في طريقة حوار الفرد مع ذاته من خلال نوعية المواقف (الإيجابية والسلبية) التي تعرض لها. كما يتأثر (الحوار) بالأصدقاء من خلال تقليد الأقران لبعضهم، وتأثرهم ببعضهم. (الفقي، 2000، ص.23، 24) وللإعلام دورٌ كبيرٌ، فما يقوله شخص مشهور عن طلاقه المتعدد، يبقى في عقل الفرد ليدخل ضمن حواراته الذاتي لاحقاً. (Gantor et al., 2004, p.8, 9) وأيضاً يعدّ الشخص نفسه مصدراً مهماً في تشكل الحوار الذاتي من خلال برمجته الذاتية لنفسه ونوعية حديثه مع نفسه الذي يتأثر كثيراً بالمصادر السابقة (الفقي، 2000، ص.25) كما أن لخبراته السابقة في مواجهة صعوبات الحياة دوراً في تشكل حواراته الذاتي، فالحوار الذاتي يحدد الطريقة التي سيقم بها الفرد المواقف الضاغطة، ويحدد الكيفية التي سيتعامل بها مع هذه الأحداث؛ فيساعد على طمأننة الذات ودرء الأفكار المزعجة والدخيلة والتحكم بها (Meichenbaum, 1977, p.201, 210).

ومن الناحية البيولوجية، عند استخدام الفرد الحوار الذاتي يحدث تنشيط لعدد من المناطق الدماغية المسؤولة عن توليده وإخراجه، فإذا كان تكراراً صماً للكلمات والجمل تنشط منطقة بروكا (وهي مسؤولة عن إنتاج الحديثين الداخلي والخارجي)، وإذا كان حديثاً داخلياً تلقائياً يظهر نشاطه في مؤخرة الفص الصدغي في تلفيف هيشل Heschl's gyrus. (فيرنيهو، 2017)

مما سبق، ترى الباحثة أن للأسرة ولا سيما الوالدين (المربي) الدور الأكبر في تشكيل الحوار الذاتي لدى الفرد، وذلك من خلال الطريقة التي يتبعانها في حوارهما معه، والكلمات التي يتحدثان بها معه، وطريقة توجيههما له، فإنه سيستخدم هذه الكلمات في حوار وتقييمه لذاته. كما أن للسمات الشخصية كطريقة تفكير الفرد والتفاؤل والإيجابية، دوراً مهماً في تشكيل الحوار الذاتي لديه، ولها تأثيرها الكبير في تشكله سواء أكان إيجابياً أم سلبياً بغض النظر إن كانت البيئة الأسرية داعمة ومشجعة أم لا.

3-1-5 خصائص الحوار الذاتي:

لاحظ بيك¹² Beck العديد من الخصائص لعملية الحوار الذاتي التي تستحق التركيز، مستخدماً مصطلح الأفكار التلقائية (Automatic thoughts) لوصف هذا الحوار. والأفكار التلقائية هي المعرفيات التي تخطر في البال عندما يكون الشخص في حالة ما، ولا تكون هذه الأفكار عرضة للتحليل العقلاني، وغالباً ما ترتكز على منطق خاطئ، إلا أنه يمكن الوصول إليها من خلال أساليب الاستجواب المستخدمة في العلاج المعرفي (السقا، 2005، ص.72) ولأن الأفكار تبدو وكأنها تظهر تلقائياً وبسرعة كبيرة، يصف بيك خصائصها على النحو التالي:

1. تكون الأفكار التلقائية غير غامضة فهي محددة ومستقلة ومختزلة.

¹² مؤسس العلاج المعرفي السلوكي.

2. لا تنشأ الأفكار نتيجة التأني والتفكير، أو نتيجة المنطق، أو انعكاس لحدث أو موضوع. ولا يوجد

تسلسل منطقي للخطوات مثل التفكير الموجه نحو الهدف أو حل المشكلات. إنما الأفكار " فقط

تحدث" بشكل مستقل ونسبي ولا يبذل المريض أي جهد لبدئها.

3. يميل المريض إلى اعتبار هذه الأفكار التلقائية معقولة ومنطقية، مع أنها قد تكون مستبعدة لدى شخص

آخر. ومحتواها - ولا سيما القوية منها والمكررة - لها طابعها الخاص (Meichenbaum, 1977, p.210).

).

يذكر فيرنيهو Fernyhough أربعة سمات رئيسة للحوار الذاتي هي: الطبيعة الحوارية - نزوعه إلى

الإيجاز - إلى أي مدى يمكن أن تشارك فيه أصوات أشخاص آخرين - دوره في تقييم السلوك أو تحفيزه. واتفق

بذلك مع فيجوتسكي بأن الحوار الذاتي يميل لأن يكون مختصراً مقارنةً بالكلام المنطوق الموجه نحو شخص ما،

فعند التحدث إلى الذات لا يتعين علينا قول جمل كاملة، أو توضيح للتفاصيل، وإنما يُكتفى بقول كلمة تدل على

المقصود (فيرنيهو، 2017).

وترى الباحثة أن الحوار الذاتي لدى الفرد له دور كبير في توجيهه وتقييم أفعاله، ويمكن أن يسمى

(بالضمير)، والحوار الذاتي يتشكل بدايةً بأصوات الآخرين الذين كان لهم تأثير في حياته. وفي المراحل العمرية

التالية تتطور هذه الأصوات ليصبح الحوار الذاتي بصوت الفرد نفسه، ومن سمات هذا الحوار الإيجاز، ومن

الممكن أن يكون ناقداً أو مشجعاً للفرد، وذلك يتوقف على طريقة تفكيره، وعلى خبراته السابقة في تعزيز هذا النوع

من الحوار الذاتي.

3-1-6 نماذج تفسر الحوار الذاتي:

حاول علماء النفس إيجاد تفسيرات عديدة لآلية تفسر الحوار الذاتي ومدى تأثيره في سلوك الفرد، ومن

هذه النماذج:

3-1-6-1 نموذج الحوار الذاتي عند فيجوتسكي:

يرى فيجوتسكي أن التفكير واللغة مستقلان عن بعضهما ويؤثران ببعضهما، فالعلاقة ارتباطية وليست سببية. فاللغة تعكس الفكر لأننا لا نستطيع الحديث عن شيء لا نستطيع التفكير فيه؛ فالألفاظ اللغوية هي تعبير عن الأفكار المناظرة لها في عقل الإنسان، وبالمقابل لا نستطيع التفكير بأشياء لا نستطيع التعبير عنها لغوياً، ويؤكد رؤيته وجود علاقة ديناميكية تبادلية بين اللغة والتفكير وما ينجم عنهما من سلوك (الزغول والزرغول، 2014، ص.263)، ويذكر أن هناك ثلاثة مراحل للسيطرة اللفظية تؤثر في ظهور سلوك معين أو إزالته هي:

1- السيطرة اللفظية التي تبدأ بحوار لفظي ضابط وموجه للسلوك من قبل موجه خارجي (البالغين) يتحكم في سلوك الطفل ويوجهه.

2- حوار الفرد العلني مع ذاته بشكل منظم للسلوك.

3- الحوار الذاتي الداخلي الذي يقوم بدور الحكم الذاتي. (Meichenbaum, 1977, p.18)

3-1-6-2 نموذج الحوار الذاتي عند هيلمستر:

يؤمن هيلمستر Helmstetter¹³ بأن ما نقوله لأنفسنا هو المحدد الأكبر لكيفية نجاحنا بأي شيء نختار فعله، ووفق ممارسته الاكلينيكية يبين أن 77% مما نقوله لأنفسنا له نتائج عكسية ويمكن أن يعمل ضدنا. وينشأ هذا الحوار من تنظيمنا المعرفي السابق الذي ساهمت التفاعلات الاجتماعية في تكوينه. فثلاثة أرباع حديثنا عن النفس سلبي، وبحلول الوقت الذي نبلغ فيه الثامنة عشرة من العمر (وإذا كنا قد نشأنا في بيئات منزلية متوسطة إلى حد ما)، فإن عدد ما قيل لنا من كلمة لا أو ما لا نستطيع عمله كان أكثر مئة وثمان وأربعين ألف مرة. ونتيجة السماع المتكرر للأفكار والكلمات نفسها حول ما لا يمكن القيام به وما لا يمكن تحقيقه؛ تنشأ البرمجة السلبية Negative Programming لدى الفرد، ويعتقد أن ما قيل له من قبل الآخرين وما قاله لنفسه كان صحيحاً، فيبدأ في عيش الصورة التي أنشأها في ذهنه (Helmstetter, 1987, p.20,22) لأن العقل الباطن يقبل دون أي تقييم أو محاكمة ما يقال له، وبذلك تتأثر النواحي الصحية والعلاقات الشخصية عند الفرد، وكذلك الناحية المهنية لديه، وينعكس ذلك على مستقبله، وهذا وفق الرسائل التي تلقاها الفرد خلال تنشئته. وبذلك

¹³ دكتور وباحث في الحوار الذاتي وله العديد من المؤلفات.

عرّف الحوار الذاتي الإيجابي بأنه طريقة لتجاوز البرمجة السلبية عن طريق محوها أو استبدالها باتجاهات إيجابية جديدة وواعية. (H.Manning, 1991, p.63)

3-1-6-3 نموذج الحوار الذاتي عند فارمر وشابمان (Farmer, chapman):

يرى (فارمر وشابمان، 2016) أنّ الحوار الذاتي يأخذ شكلاً أكثر رسمياً للنمذجة في اكتساب أي سلوك أو مهارة، ويتضمن خمس مراحل:

- النمذجة الإدراكية: يلاحظ المسترشد أحد النماذج لدى قيامه بمهمة ما وهو يدلي بصوت عال تفاصيل المهمة.
- النمذجة المعرفية: يقوم المسترشد بأداء المهارة، وهو يتلقى التعليمات من موجه خارجي.
- الحوار الذاتي العلني: يبدأ المسترشد بتوجيه نفسه بصوت مرتفع علني.
- همس المسترشد التعليمات لنفسه.
- أداء المسترشد المهارة أو السلوك دون أي كلام (Farmer & chapman, 2016, p.190)

3-1-6-4 نموذج الحوار الذاتي عند بيرنز (Burn's):

بيرنز هو أحد العاملين في مجال العلاج المعرفي السلوكي، ويعد الحوار الذاتي أسلوباً علاجياً من خلال تحدث الفرد إلى صوته الداخلي المزعج (الناقد الداخلي)، وذلك لتعرّف الأفكار الناقدة واللاعقلانية وتحديدها، وملاحظة محتوى هذه الأفكار التلقائية، ومعرفة سبب تشوّه هذه الأفكار، وتحديد نوع التشوّه المعرفي، وأخيراً توليد استجابة عقلانية. فمثلاً الفكرة التلقائية "أنا لا أفعل أي شيء بشكل صحيح". والتشويه هو التعميم المفرط والاستجابة المنطقية أن ذلك "غير صحيح لأنني أفعل العديد من الأشياء بطريقة صحيحة" (Burn's, 1980, p.59).

مما سبق من نماذج تفسر الحوار الذاتي ترى الباحثة أن الحوار الذاتي ينطوي على عملية معقدة، تمتد جذوره إلى مرحلة الطفولة، ويستمد كلماته من الوالدين ومن طريقة تعاملهما، ومن الأسرة المحيطة، ثم المدرسة

والأصدقاء؛ حيث يتدعم من خلالهم طريقة حوارهم الداخلية سواء أكانت سلبية أم إيجابية. ولا يمكن إنكار الدور الكبير للعوامل الشخصية كبنية الفرد المعرفية وطريقة تفكيره، في التأثير بطبيعة الحوار الذاتي لديه، وفي تمثيل حوار الآخرين معه. وأخيراً تؤدي التجارب الشخصية دوراً مهماً في تدعيم طبيعة الحوار وشكله الذي أسهمت العوامل السابقة كلها في تشكيله.

3-1-7 الحوار الذاتي والأمراض المزمنة:

تؤدي سيطرة القلق والإحباط على الفرد، أو عند تعرضه لأحداث ضاغطة (كفقدان قريب، فقدان وظيفة، طلاق..) إلى ضعف الجهاز المناعي فيصبح أكثر عرضة لإصابته بالأمراض. إن أي تغيير عنيف في أسلوب الحياة سيشكل ضغطاً نفسياً؛ والفرد الذي يجد صعوبة في التكيف مع التغيير قد يصبح مريضاً؛ فالقلق والخوف والحزن والغضب والإحباط والكراهة كلها مشاعر تسبب المرض؛ فهي تحمّل الجسم نشاطاً مضاعفاً، مستهلكاً بذلك الطاقة التي يحتاجها جهاز المناعة للمحافظة على سلامته. فمثلاً خوف المرء من مرض ما، يعني أنه يفكر فيه بطريقة سلبية، وكلما ازداد الخوف زاد احتمال جذب هذا المرض فعلياً. ويرجح أن 70% من الأمراض هي تعبير عن الضغط النفسي. أما التفكير الإيجابي والقيام بالاسترخاء والتأمل فلهما تأثير في عمل وظائف المخ؛ حيث يقوم بإرسال موجات "ألفا" وهي مشابهة للموجات التي يرسلها خلال النوم وينعكس ذلك إيجاباً على صحة الفرد؛ إذاً لطريقة التفكير دور حاسم في التأثير على الجسد، فطريقة التفكير السلبية تثير مشاعر قوية يكون لها نتائج واضحة على صحة الجسد. (بيفر، 2011، ص. 165، 188)

ولفهم تأثير خبرة الألم الجسدي في الفرد وفي طريقة تفكيره وحواره الذاتي، لا بد من معرفة مكونات هذه الخبرة وهي:

1. **المكون الحسي:** وهو ما يشعر به المريض من إحساسات جسدية ناتجة عن أعراض مرضه، ويمكن للفرد التحكم في المكونات الحسية للألم من خلال الاسترخاء الجسدي والعقلي، والتركيز على التنفس البطيء والعميق.

2. **المكون العاطفي:** يشتمل على المشاعر التي يشعر بها الفرد عند إحساسه بالألم، كمشاعر اليأس

وغياب السيطرة؛ وذلك يؤدي إلى تفاقم الشعور بالخبرة المؤلمة، ويمكن التخفيف من ذلك من خلال

مساعدة المريض على تحويل الانتباه والتركيز على أشياء أخرى غير الألم، كإجراء العمليات الحسابية

الذهنية، أو الاهتمام بموجودات في البيئة (عدّ البلاط الموجود في الغرفة).

3. **المكون المعرفي:** يتضمن ما يتصوره ويعتقده المريض حول التجربة المؤلمة، ومساعدة المريض على

فهم هذه الخبرة وعدّها مكونة من مراحل عدة وما تحويه من ضغوط، ومساعدته وتوجيهه إلى الآلية

لمواجهة هذه الضغوط والتعامل معها، والتعامل المباشر مع المشاعر الناجمة عنها، والقيام بتعزيز الذات

بعد التعامل مع هذه الخبرة. ومن الضروري توضيح العمليات المعرفية المسيطرة على طريقة تفكير الفرد

وعلى حوار الذاتي (كآلية عمل القلق)، لجعله مسيطراً على أفكاره ومشاعره. (Meichenbaum, 1977, p.174, 176).

وقد اهتم ميكنباوم بطريقة الحوار الذاتي لدى المسترشد والمريض الذي يعاني من الآلام الجسدية الناجمة

عن الأحداث المرهقة، وذلك من خلال تثقيف المريض بكيفية الاستجابة الفيزيولوجية لهذه الأحداث، وما تتضمنه

من زيادة في الإثارة الفيزيولوجية، وظهور للأفكار التجنبية، والحوار الذاتي المسبب للقلق، ومساعدته على تعديله

من خلال مراقبته لعباراته الذاتية المسببة للقلق والهزيمة للذات بأخرى إيجابية تنعكس عليه بالإيجاب.

(Meichenbaum, 1977, p.150,156) فالحوار الذاتي الإيجابي يخفف من الألم الجسدي حسب ميكنباوم.

3-2 المناعة النفسية (Psychological Immunity):

3-2-1 مفهوم المناعة النفسية:

انطلق الاهتمام بالمناعة النفسية من خلال توجيه الانتباه إلى البحوث والدراسات التي أجريت في نطاق

علم المناعة العصبية النفسية، وهو علم يُعنى بدراسة التغيرات المناعية المرتبطة بالسلوك، والتغيرات السلوكية

المرتبطة بالمناعة الناتجة عن التفاعلات المتبادلة بين الجهاز العصبي والغدد الصماء والجهاز المناعي وتأثير

الضغوط النفسية في هذه التفاعلات (Ader, 2007, p.2) التي تضعف المناعة وتسهل المرض العضوي. فالمناعة تؤثر في الدماغ والناحية النفسية على حدٍ سواء، كما تتأثر بعدد من العوامل منها معتقدات الشخص وممارسته لنشاطه الاجتماعي، وطريقة تعبيره عن مشاعره، وطريقة استرخائه، والتمارين الرياضية، وعاداته الغذائية (Daruna, 2015, p.250)

ويمكن تعريف المناعة النفسية بأنها قدرة الفرد على تحمل التوتر والتعامل معه على نحو فعال، وقدرته على التأقلم مع المواقف المجهدة بما يملكه من إمكانيات وقدرات كالنفيكثير الإيجابي، والشعور بالتماسك وبالنمو الذاتي (Bona, 2014, p.7)، كما يعرفها دوبي وشاهي بأنها مجموعة من الموارد النفسية (كالنفاؤل، والتفكير الإيجابي، والفكاهة، والمرونة) تحمي الفرد من السموم الناتجة عن القلق والأرق المستمر، والتوتر العصبي الذي يعاني منه يومياً. (Dubey& shahi, 2011, p.36)

3-2-2 العوامل المؤثرة في المناعة النفسية:

المناعة النفسية بمنزلة جهاز امتصاص للصدمات والتحديات والأزمات، وتحليلها والرد عليها إيجابياً، يحفظ توازن الفرد نفسياً وعقلياً وجسدياً واجتماعياً، ويجعله يمتلك القدرة والإرادة على تحويل القوى السلبية الضارة إلى قوة إيجابية نافعة، ومن هذه العوامل:

3-2-2-1 العوامل البيولوجية:

يحصل لدى بعض الأفراد اضطرابات جسمية منها ولادية تحدث أثناء فترة الحمل، أو بفعل عوامل واستعدادات وراثية، ومنها غير ولادية تحدث بعد فترة الولادة بفعل التأثيرات الفيزيائية للبيئة المحيطة، وتتمثل هذه الاضطرابات بالضعف العقلي أو النقص والتشوهات الجسمية، أو حدوث تلف في الجهاز العصبي أو الخلل في إفرازات الغدد الصم وغيرها من الاضطرابات، تؤدي إلى علل نفسية تؤثر في الحالة الانفعالية للفرد وتسيطر على شخصيته وتقوده نحو التوتر وعدم الاتزان الانفعالي، وهذا يعني أن الاضطراب النفسي والجسدي للشخصية بفعل العوامل الاستعدادية والبيئية بآنٍ واحد (الداهري، 2010، ص.146).

وتعدُّ القشرة الدماغية من العوامل المؤثرة في المناعة النفسية؛ لأنَّ قشر الدماغ هو المسؤول عن تكوين الفعل المنعكس الشرطي، والقشرة الدماغية عند الإنسان معقدة ومسؤولة عن تنظيم السلوك ومركز الذاكرة، ومقر الأفعال الإرادية، كما تقوم بعمليات التفكير وما تتضمنه من قدرات عقلية نوعية كالمحاكمة والإدراك والتخيل والانتباه والاستدلال. وهذه القدرات العقلية النوعية تبسط سلطانها على الرغبات والدوافع التي يمتلكها الفرد، فتعدلها وتغير من ترتيبها وأهميتها، بل قد تلغي بعضها وتدخل دوافع جديدة (الدوافع المكتسبة) بناءً على مجموعة الآراء والمواقف والمبادئ التي يتبناها الفرد خلال تنشئته الاجتماعية. (الملوحي، 2013، ص.164)

وترى الباحثة أن سلامة الجسد من الأمراض والعيوب الخلقية، وامتلاك مفهوم ايجابي نحو الجسد، والعناية الصحية بالجسم لها دور مهم في تمتع الفرد بمناعة نفسية عالية.

3-2-2-2 العوامل المعرفية:

تتضمن الطريقة التي يتبعها الفرد في تفسيره للمواقف والأحداث، فالتفكير الإيجابي الذي يجعله ينظر للأمور نظرة إيجابية وتفاؤل ويحاول تجاوز عقباته وحل مشكلاته يسهم في تمتعه بصحة نفسية وجسدية جيدة؛ لأنَّ أخطاء التفكير التي قد يتبناها الفرد في تفسير مختلف الأمور والأحداث، وما يحمله أسلوب تفكيره من انهزامية وسلبية تولد اضطرابات نفسية وجسدية واجتماعية. (إبراهيم، 2008، ص.67)

3-2-2-3 العوامل الاجتماعية:

هي عوامل تؤثر في الفرد لأنه من البشر، وبالتالي تكون غريزية كظاهرة النوم التي تلجأ إليها العضوية للتخلص من ضغط المثيرات التي قد تسبب له العصاب كالنوتر، الهيجان.. (الملوحي، 2013، ص.158) أو نتيجة عيشه مع المجتمع فتتأثر بفعل المحيط والبيئة الاجتماعية. ومنها ظروف التنشئة الاجتماعية المختلفة؛ التي تشكل الأساس الذي يستمد منه الفرد قيمه ومعاييره، فالأشقاء في الأسرة الواحدة يخضعون لظروف ومؤثرات واحدة لا يتبنون قيماً ومعايير متطابقة وذلك وفق مبدأ الفروق الفردية، وينعكس ذلك على طريقة تعاملهم مع المواقف والظروف والمشكلات المختلفة، فالفرد يمتلك قدراته وإمكاناته من البيئة المحيطة التي إما أن تشجع

ظهور ونمو هذه الإمكانيات أو العكس من ذلك. (المرجع السابق، ص.161) والبيئة خلال الطفولة المبكرة تؤثر في الصحة في مرحلة الرشد. فقد تبين أن الخلل الوظيفي في المنازل (خلل العلاقات والأدوار الأسرية) خلال مرحلة الطفولة يؤدي إلى زيادة المخاطر الصحية، وتعاطي الكحول والمخدرات، والمعاناة من الاكتئاب، ومحاولات الانتحار، والتدخين، والإصابة بأمراض القلب، والسرطان، ومرض الرئة المزمن، وأمراض الكبد في مراحل العمر اللاحقة. (Ader, 2007, p.713) كما تمتد العوامل البيئية إلى ما بعد مرحلة الطفولة؛ فثمة علاقة بين الصحة السيئة وتدهور الوضع المعيشي والبيئي؛ فالتعرض لمسببات تثير الحساسية داخل المنزل (الصراسير والفئران)، والملوثات البيئية (كدخان التبغ والجزيئات المرتبطة بالديزل)، والملوثات الكيماوية (مثل الأدوية والمبيدات الحشرية)، والملوثات الصناعية تؤدي إلى تعطيل مسارات الغدد الصم العصبية، وتؤثر في قدرة الفرد على التعامل مع الضغط النفسي والتوتر والتحديات المرهقة الأخرى. (Yan, 2012, p.8)

إن وجود محيط اجتماعي داعم يزيد من تقدير الفرد لذاته ويولد المشاعر الإيجابية التي تخفف من مشاعر القلق والاكتئاب، ويقلل من تأثير الأحداث الخارجية فلا يشعر الفرد بجسامتها؛ لأنه يشعر بوجود من يدعمه وبقدرته من مواجهة هذه المشكلة. (المطيري، 2005، ص.34) فالدعم الاجتماعي يعزز العمليات الفسيولوجية، ويزيد الممارسات الصحية المفيدة مثل: البحث المبكر عن العلاج الطبي المناسب، المشاركة في برنامج التمرين، التقليل من استخدام الكحول والسجائر، توفير نظام غذائي أفضل، تحسين نمط النوم، وقد ثبت أن الدعم الاجتماعي له تأثير في المواقف التجريبية. فقد أبدى الأشخاص الذين كلفوا بمهمة تثير التوتر انخفاضاً في معدل ضربات القلب وضغط الدم عند تواجد صديق معهم مقارنةً بالمواقف التي نفذت دون وجود صديق، وهذا يشير إلى ضرورة تواجد عنصر من الألفة والراحة التي يوفرها الصديق الداعم. (Ader, 2007, p.714)

3-2-2-4 العوامل النفسية:

تتضمن فهم الفرد لمشاعره، وتقبله لذاته وتكوين مفهوم إيجابي عن ذاته، وقدرته على التعامل مع المشاعر المختلفة (الحقد - الحسد - الكره - الغضب..)، والالتزان الانفعالي، والسيطرة والقدرة على ضبط النفس، والطموح والاعتماد على النفس والتفاؤل والإيجابية. فامتلاك الفرد لسمات التفاؤل والإيجابية، والقدرة على ضبط

الذات وتحقيق النجاح في العديد من المستويات، وامتلاكه قدرة عالية من الاحتمال النفسي، والقدرة على التعامل مع الأزمات الشديدة دون أن يختل توازنه النفسي، ودون استخدام طرائق غير سوية للتعامل معها كالعدوان، والاستسلام، وأحلام اليقظة.. الخ. (المطيري، 2005، ص.39، 42) تؤثر في تكوين مناعة الفرد النفسية؛ فقد تبين أنَّ الأفراد الذين لديهم نسبة عالية من التفاؤل يقل لديهم خطر الإصابة بأمراض القلب، ومن المرجح أن يتعافوا بعد جراحة الشريان التاجي أسرع من المتشائمين، ويقل لديهم خطر الإصابة بالسكتة الدماغية. كذلك الأمر لمرضى نقص المناعة يحول التفاؤل دون انخفاض المناعة وذلك عندما يعاني الفرد من مستويات معتدلة وليست عالية من التوتر والضغط النفسي. كما يعدّ الغضب والعدوانية والتفاؤل المنخفض؛ عاملاً خطراً يزيد من تطور المرض، وهم أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب. (Ader, 2007, p.713)

3-2-2-5 العوامل الدينية والأخلاقية:

تؤثر أخلاق الفرد وإيمانه ورضاه وقبوله لمختلف الأحوال التي يتعرض لها في تخفيف مشاعر العجز والانهازمة، وفي تخفيف مشاعر القلق والتوتر، وتؤدي إلى تنشيط المناعة النفسية والجسدية، اللتين تجعلان الإنسان نشيطاً متمتعاً بصحة نفسية وجسدية تحميه من الأمراض والاضطرابات. (مرسي، 2000، ص.215) وقد وجد أن العوامل الدينية ترتبط بالصحة العقلية والبدنية، وتسهم في تخفيض الاكتئاب؛ وفي الامتناع عن تعاطي الكحول والمخدرات، وفي خفض نسبة العدائية والقلق، وتحسين الرضا عن الحياة، والرضا الزوجي، والرفاهية ونوعية الحياة. (Ader, 2007, p.714)

3-2-3 أنواع المناعة النفسية:

تقسم المناعة النفسية إلى ثلاثة أنواع:

3-2-3-1 مناعة نفسية طبيعية: وهي مناعة ضد التأزم والقلق، موجودة عند الإنسان في طبيعة تكوينه

النفسية الذي ينشأ من التفاعل بين الوراثة والبيئة، فالشخص صاحب التكوين النفسي الصحي يتمتع بمناعة نفسية طبيعية عالية ضد الأزمات والكروب، وعنده قدرة عالية على تحمل الإحباط، ومواجهة الصعاب وضبط النفس، فلا يتأزم ولا يضطرب بسرعة. (مرسي 2000، ص.96) وتشير الدراسات

الطبية إلى أن منطقة الحصين Hippocampus العصبية الموجودة في قاعدة الدماغ لها دور هام في التعامل والاستجابة للشدة لأنها تحوي أقوى نقاط الارتباط والتفاعل مع الهرمونات التي يسببها التوتر النفسي في الدماغ. (الملوحي 2013، ص.134)

2-3-2-3 **مناعة نفسية مكتسبة طبيعياً:** وهي مناعة ضد التوتر والقلق، يكتسبها الإنسان من الخبرات والمهارات والمعارف التي يتعلمها من مواجهة الأزمات والصعوبات السابقة، وتعدّ هذه الخبرات والمهارات تطعيمات نفسية، تنشط جهاز المناعة النفسي وتقويه. وبذلك يعدّ تعرض الإنسان للإحباط والصعوبات والعوائق المحتملة مفيداً في تنمية قدرته على التحمل خلال الأزمات وفي اكتساب الخبرات التي تنشط المناعة النفسية لديه.

3-3-2-3 **مناعة نفسية مكتسبة صناعياً:** وهي تشبه المناعة الجسمية التي نكتسبها من حقن الجسم بالجرثومة المسببة للمرض بعد الحد من خطورتها (اللقاحات)، كذلك المناعة النفسية المكتسبة صناعياً يكتسبها الإنسان من تعرضه لمواقف مثيرة للقلق والتوتر والغضب، مع تدريبه على السيطرة على انفعالاته وأفكاره ومشاعره، وتعويدته على طرد وساوس القلق والجزع والغضب، وإبدالها بأفكار ومشاعر مفرحة في هذه المواقف، وهذا ما يهدف إليه العلاج السلوكي بالغمر، والعلاج بالتحصين التدريجي المنظم، والعلاج بالنمذجة. (مرسي، 2000، ص.96)

3-2-4 علاقة المناعة النفسية ببعض المتغيرات:

تعدّ المناعة النفسية الأساس الذي تركز عليه صحة الفرد النفسية والجسدية، وتتأثر قوتها بعدد من العوامل والمتغيرات التي تنعكس عليها إما سلباً فتتقص من مناعة الفرد النفسية، أو إيجاباً فتزداد قوة، ويصبح قادراً على مواجهة مختلف الأزمات والصعوبات التي تعترضه، ومقاومة بعض الأمراض نتيجة تمتعه بمناعة نفسية قوية، تزيد من قوة مناعته الجسدية. ومن هذه المتغيرات:

3-2-4-1 المناعة النفسية والمناعة البيولوجية:

أظهرت الملاحظات التجريبية والسريية أن العوامل الجسدية والنفسية، تؤثر ببعضها. فالمواقف الحياتية والدعم الاجتماعي يمكن أن تؤثر في احتمالية الإصابة بالأمراض وفي متوسط العمر المتوقع. كما أن الأنماط السلوكية ونظام الحياة قد يحسنان من النتائج العلاجية. ومن جهة أخرى، قد يؤدي المرض الجسدي إلى تغيرات نفسية في المزاج والسلوك والذاكرة (Yan, 2012, p.4). وللحالات النفسية كالمشاعر السلبية تأثير في الناحية العضوية، ويؤدي التوتر المزمن إلى حدوث القلق والاكتئاب؛ ويرفع من مستوى السيوتوكينات المؤيدة للالتهابات،¹⁴ ويحدث خللاً في وظائف هرمون السيروتونين¹⁵ (Serotonin). ويمكن للكرب النفسي أن يبطئ من عملية التئام الجروح، ويزيد من قابلية الإصابة بالعدوى، ويقلل من فاعلية الاستجابة المناعية للقاح. فقد وجد أن الضغط النفسي والتوتر مرتبطان بانخفاض الاستجابات المناعية لدى النساء المصابات بخلل التنسج العنقي¹⁶ (Cervical intraepithelial neoplasia) ويعود السبب في ذلك أن التوتر يؤثر سلباً في كل من الأجسام المضادة ومناعة الخلايا التائية (Yan, 2012, p.5)، وتؤثر الشدة النفسية في الاستجابة المناعية عند الإنسان تجاه الفيروسات والبكتيريا، ففي دراسة أجريت على متطوعين أعطوا جرعة معيارية من فيروس الزكام، تبين أن الأفراد الذين تعرضوا تزامنياً للشدة أصيبوا بعدد أكبر من الجسيمات الفيروسية مقارنةً بالذين لم يتعرضوا للشدة. (الملوحي، 2013، ص.137)

¹⁴ هو نوع مركب من (السيوتوكين) الذي يتم إفرازه من الخلايا المناعية مثل الخلايا التائية (تشكل مجموعة من الخلايا اللغافية الموجودة بالدم وهي تلعب دوراً أساسياً في المناعة الخلوية) والبلعمة (خلية حية تتغلب وتحطم الدخيل الغريب عن الجسم). ويساهم الإنتاج المفرط من السيوتوكينات الالتهابية في الإصابة بالأمراض الالتهابية، مثل تصلب الشرايين والسرطان. كما ارتبط عدم انتظام إفرازها بالاكتئاب وبأمراض عصبية أخرى. فالتوازن بين السيوتوكينات المنشطة للالتهابات والمضادة للالتهابات ضروري للحفاظ على الصحة.

¹⁵ أحد الناقلات العصبية وتلعب هذه المادة دوراً مهماً في تنظيم مزاج الإنسان (إذا يسمى أيضاً بهرمون السعادة)؛ حيث لوحظ أن معظم المصابين بمرض الكآبة يمتلكون نسبة أقل من المستوى الطبيعي للسيروتونين في الدماغ.

¹⁶ هو ورم محتمل الخباثة؛ حيث تنمو خلايا شاذة على سطح عنق الرحم.

2-4-2-3 المناعة النفسية والحالة الانفعالية لدى الفرد:

عندما تكبت المشاعر يختل الاتزان النفسي؛ ويؤدي ذلك إلى ظهور أعراض جسدية، ويمكن لهذه الأعراض أن تكون رمزاً للمشكلة الداخلية، فكبح المشاعر يؤدي إلى الإمساك، وعدم التعبير عن الغضب خارجياً يجعله يتحول داخلياً؛ ويؤدي في نهاية المطاف إلى الاكتئاب، فعند شعور الفرد بتهديد ما يمرض؛ وهذه طريقة ليتجنب التعامل مع الحدث المهدد، وكلما ازدادت شدة الخوف من الحدث ازدادت شدة الأعراض، وكلما سيطر خوف الفرد من إصابته بمرض ما جذب المرض نحوه. (بيفر، 2011، ص.167)

3-4-2-3 المناعة النفسية والتفكير:

يمكن للضغوط الخفيفة أن تعزز انتباه الفرد وذاكرته وقدرته على التفكير؛ وذلك للتكيف مع تغيرات البيئة الخارجية والتعامل معها، فهو رد فعل إيجابي تجاه الضغط النفسي، لكن الضغط القوي يمكن أن يسبب ردود فعل سلبية تجاه الضغط النفسي مثل: الارتباك، والاضطراب في درجة الوعي، وقلة الانتباه، وضعف الذاكرة والتفكير وقوة التخيل، ويمكن أن يحدث لدى الفرد تشوهات معرفية، كالمبالغة المفرطة في تقدير العواقب السلبية المحتملة عند التعرض للضغط. (جمعية الصحة النفسية الصينية، 2020، ص.6)

4-4-2-3-3 المناعة النفسية والعلاج الوهمي :Placebo Effect

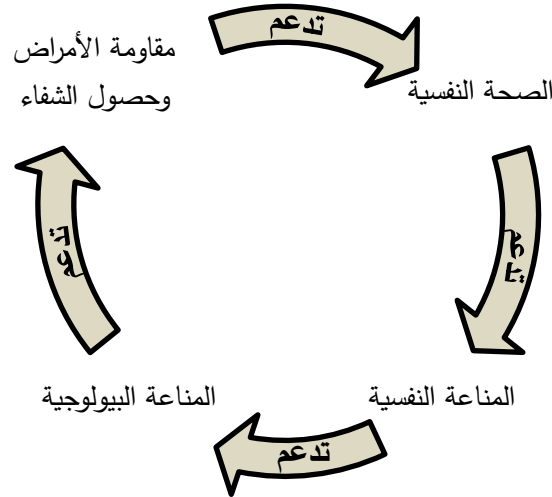
تقوم فكرته على أساس الإيحاء للمريض وإعطائه حبة (ليس لها أي تأثير) وإقناعه بأنها فعالة لمرضه، فاقتناع الفرد وأمله بالشفاء مع تقبله للإيحاء وحديثه مع نفسه بأن الشفاء سيحصل يحدث أثراً كيميائياً حيوياً فيه وفي جهازه العصبي يؤدي إلى تفاعلات كيميائية تجعله مستعداً للشفاء، كما يسهم بإفراز الأندروفينات التي تسبب الشعور بالبهجة والارتياح. (السباعي، 2010، ص. 60، 63) كما أن إعطاء الدواء المموه ينتج عنه إفراز مادة الغاليوم (البنزوديازيبينات) في المخ، وهي مادة مهدئة ومزيلة للتوتر وتساعد على استرخاء العضلات والإحساس بتحسن الحال وزوال الألم. (صادق، 1986، ص. 205) ولأن تدخلات الدواء الوهمي، تخلق عند الفرد توقع الراحة؛ تنشط مناطق دماغية متعددة ترتبط بالمعالجة الانفعالية والمعرفية لإشارات الألم المحيطية. والمناطق التي

تتأثر بالعلاج الوهمي، تشمل مقدمة القشرة الحزامية، والنواة المتكئة (Nucleus accumbens)، واللوزة، والمهاد، والرمادي حول القناة السمعية، والنخاع الخلفي المركزي الذي تقوم مخرجاته بتعديل إشارات المستقبل داخل الحبل الشوكي؛ فتأثير الدواء الوهمي يعتمد على نشاط المسارات الأفيونية والدوبامينية، فالأفراد الذين تكون لديهم مركبات (الأفيون والدوبامين) مرتفعة يتأثرون بهذا النوع من العلاج، وتكون شخصيتهم أكثر قابلية للإيحاء. وقد أثبت تأثير الدواء الوهمي في مجموعة واسعة من الدراسات؛ إذ استفاد بين 20% إلى 60% من المشاركين فيها منه، وتقدم هذه الدراسات دليلاً وإثباتاً على وحدة العقل والجسد. (Daruna, 2012, p.252)

3-2-4-5 المناعة النفسية والصحة النفسية:

كثيراً ما يتم الخلط بين المناعة النفسية والصحة النفسية واعتبارهما وجهان لعملة واحدة، إلا أن هناك اختلافاً بينهما، فالصحة النفسية هي حالة نفسية تتسم بالثبات النسبي، ويكون فيها الفرد متمتعاً بالتوافق الشخصي والاجتماعي والالتزان الانفعالي، خالياً من التأزم والاضطراب مليئاً بالحماس، ويكون إيجابياً يشعر بالسعادة والرضا قادراً على تأكيد ذاته وقادراً على التغلب على العوائق التي تواجهه. (المطيري، 2005، ص.22) أما المناعة النفسية فهي ما يملكه من قدرات تمكنه من مواجهة الظروف والأزمات والعوائق، وتسهم في تقوية الجسم وتنشيط أجهزته وتحسين وظائفه. فالصحة النفسية تنمي وتدعم المناعة النفسية التي تعطي الجسم مناعة إضافية تسهم في تنشيط المناعة الجسمية فتحميه من الفيروسات والبكتريا والجراثيم، وتعمل على سرعة الشفاء من الأمراض. (مرسي، 2000، ص.156)

ويمكن تلخيص العلاقة بين الصحة النفسية والمناعة النفسية من خلال المخطط التالي:



الشكل (2) العلاقة بين الصحة النفسية والمناعة النفسية والبيولوجية (إعداد الباحثة)

3-2-4-6 المناعة النفسية والضغط النفسية:

تؤثر الضغوط النفسية في الرفاهية والصحية والعقلية للفرد، ولها تأثيرها في الجسد والأفكار والأحاسيس، وتسبب آلاماً جسدية، وترتبط بالعديد من الأمراض المزمنة، كالقلب والشرابين والسرطان والسكري والتهاب المفاصل والربو؛ (عبيد، 2008، ص.35، 38) فالضغوط النفسية تؤثر في عملية الشفاء من الأمراض التي تسبب مشكلات عديدة لدى المريض عضوياً، وهذه الضغوط ترتبط بشدة المرض؛ وغياب الموارد الفردية والاجتماعية الداعمة؛ وعدم اليقين بمآل المرض لديه؛ وفقدان التحكم والاستقلالية الناتج عنه؛ فيمكن أن يواجه الفرد أزمة نفسية ووجودية (المغزى والمعنى من الحياة) نتيجة إصابته بالمرض، أو تطور اضطراب سابق لديه نتيجة ازدياد التدهور الصحي. (شلوتكه وآخرون، 2016، ص.22) وهنا تسهم المناعة النفسية في بناء التكيف الذاتي لدى الفرد، وفي مواجهة الأعباء وحل المشكلات، فالتكيف الذاتي يمثل مجموعة من الاستجابات وردود الفعل التي تمكن الفرد من تحقيق الانسجام والتوافق النفسي والاجتماعي. (شاهين، 2021، ص.103)

3-2-5 المناعة النفسية والأمراض المزمنة:

ترتبط المناعة النفسية بالمناعة البيولوجية؛ فهي تعمل على تدعيمها في مقاومة الأمراض الجسدية والشفاء منها، وترتبط القدرة على الشفاء بالجينات الوراثية وبمناعة الفرد النفسية التي تؤثر فيها تجربته الشخصية

مع المرض وكيفية تفاعله معه؛ فردود الفعل تجاه الأمراض تختلف من فرد لآخر، فقد يثار القلق لدى أشخاص، وقد يشعر آخرون بالاكتئاب، في ينتاب آخرين شعور اللامبالاة. هذه الحالات الذاتية التي قد يشعر بها الفرد (كالقلق - الافتقار إلى المعنى والهدف..). ووجود محيط اجتماعي داعم يشجعه على التغلب على المرض، وامتلاكه معتقداً دينياً قوياً عوامل مهمة تسهم في تشكيل المناعة النفسية لديه ولها تأثيرها في الجسد. (W. Kusnecov& Anisman, 2014, p.284) فالمرض المزمن يؤثر في نواح عديدة منها العمل والطموح والاهتمام والمشاعر لدى المريض، وينعكس ذلك على الشخصية؛ لهذا يعيد المريض تكيفه مع الحياة الجديدة في ظل المعاناة الطويلة والصعوبات الجديدة، فيصبح أقل مرونة وأكثر عناداً وبعداً في عواطفه عن الآخرين، وتصبح شخصيته أكثر حدة. كما أنه قد يعاني الاكتئاب، أو الاكتئاب المقنع فيبتسم ويؤكد بأنه لا يشعر بأي حزن ولكن هناك أشياء كثيرة تشير إلى أنه قد زهد في الحياة، كما يتسبب المرض المزمن بحصول متاعب في الحياة الزوجية ومع الأبناء، وأحياناً قد ينقلب المريض ضد نفسه مثلما ينقلب جهاز المناعة ضد الجسم (كالتصلب المتعدد)، فتظهر لديه نزعة تحطيم الذات وهي حالة تشبه الانتحار؛ إذ يهمل المريض العلاج ويهمل وزنه وصحته ويتعمد السلوك الذي يسيء إلى حالته العضوية ويؤدي إلى تدهورها. (صادق، 1986، ص.145،

(151)

يتبين مما سبق، يواجه المريض المزمن العديد من الصعوبات والتحديات التي قد يفرضها مرضه عليه في مختلف جوانب حياته، فيسبب له الإرهاق والضغط النفسية التي تؤثر في صحته الجسدية والنفسية فيما بعد، وهنا يأتي دور وأهمية المناعة النفسية في تدعيم المناعة البيولوجية، من خلال التصدي والتعامل مع هذه الضغوط بما يملكه من قدرات وإمكانات نفسية واجتماعية، وامتلاكه فكراً إيجابياً يساعده على التعامل مع الآثار السلبية الناجمة عن مرضه.

3-3 الأمراض المزمنة (Chronic diseases):

1-3-3 مفهوم الأمراض المزمنة:

الأمراض المزمنة هي أمراض غير سارية لا يمكن انتقالها من فرد إلى آخر، وتستمر لفترات طويلة، كما تحتاج إلى درجة معينة من الرعاية الصحية، ويمكن عدّ الأمراض المزمنة إعاقات إلى حد ما. إذ يمكن لظروف الحياة وأنماطها والسلوك غير الصحي أن تؤدي إلى نشوء المرض واستمراريته والتنبؤ به إلى جانب الاستعدادات الوراثية. وما يميزها محدودية الشفاء الكامل. (شلوتكه وآخرون، 2016، ص.16)

وهناك العديد من الأمراض التي تعدّ مزمنة منها: التصلب المتعدد وداء السكري و القصور الكلوي المزمن.

2-3-3 التصلب المتعدد (Multiple sclerosis):

1-2-3-3 تعريفه:

سمي بالمتعدد؛ لأنه يختلف من فرد لآخر في شكل الانتكاس (النوبة) الذي قد يكون حاداً أو متدرجاً، كما أن أعراضه تتجلى في مناطق مختلفة من الجهاز العصبي المركزي خلال الهجمات فتظهر فجأة ثم تتلاشى، ويعدّ التصلب المتعدد سبباً لمعاناة المريض من إعاقة عصبية كبرى، وآفة هذا المرض زوال الميالين من الجهاز العصبي المركزي وليس المحيطي، أي إن الأذية تكون في (المخ - جذع الدماغ - المخيخ - الحبل الشوكي - العصبين البصريين) وهذا يفسر تأثير التصلب المتعدد في العصب البصري بينما لا يحدث في الأعصاب الأخرى مثل الأعصاب القحفية والنخاعية والمحيطية والأطراف (ولكنسون، 2002، ص.128)، كما أنه مرض التهابي عصبي مزيل للنخاعين، يصيب 1 من 1000 من السكان، ويعدّ مرضاً مناعياً ذاتياً سببه زيادة الخلايا للمفاوية التائية في السائل الدماغي، وزيادة تركيب الغلوبين المناعي ضمن الجهاز المناعي المركزي (ديفيدسون، 2005، ص.143)، ومن المحتمل أن يكون محرضاً من الفيروسات. سن بداية المرض يكون بين 20 - 50 سنة (مطر والسباعي، 2001، ص.159)، وهو أكثر شيوعاً لدى الإناث 1.5 أنثى/ 1 ذكر. (ولكنسون، 2002، ص.138)

3-2-2 مظاهره:

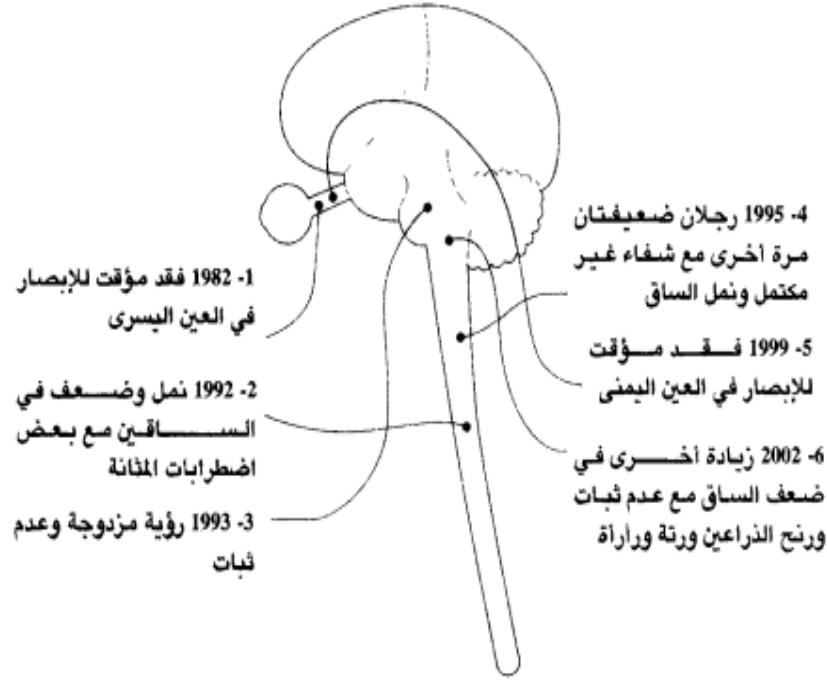
- ينطوي مرض التصلب المتعدد على عدد من المظاهر التي تؤثر في المريض، وتظهر على شكل نوبات تستمر أياماً قليلة أو أسابيع ثم تستقر تدريجياً، وتتجلى هذه المظاهر بـ:
- التهاب العصب البصري: يؤثر المرض على الابصار ويسبب تغييراً في الرؤية، ويؤثر في الإبصار المركزي، وتنشأ عتامة مركزية وتصبح رؤية الألوان باهتة، وفي الحالات الشديدة يفقد المريض بصره.
 - تأثر الدماغ المتوسط والجسر والنخاع المستطيل: تسبب نوبات إزالة الميالين حدوث رؤية مزدوجة تعزى إلى خلل وظيفة الأعضاء القحفية الفردية في الدماغ المتوسط والجسر، نمل وضعف وجهي، دوار وغثيان وقيء و رنج، عسر كلام وصعوبة بلع مصاحبة، نقائص حركية في أي طرف من الأطراف الأربعة، نقائص حسية في أي طرف من الأطراف الأربعة.
 - تأثر الحبل الشوكي: فزوال الميالين يسبب ثقل وجر أو ضعف في الذراعين والجذع والساقين، النمل والخدر والاحساس بالبرودة وبالبلى وشد الجلد، العشوائية في اليدين بسبب فقد حس الوضع، وتمييز الأشياء، خلل وظيفة الأمعاء والمثانة والوظيفة الجنسية. (المرجع السابق، ص.133، 134)
 - شلل العصب السادس القحفي، الفقد تحت الحاد لوظيفة الطرف العلوي (ديفيدسون، 2005، ص.145)
- وقد اختلف العلماء في المظاهر العقلية والنفسية المصاحبة للمرض؛ إذ تبدأ بتغير في السلوك ويصبح المريض متقلب المزاج، ويميل للتظاهر مع عدم تناسب الانفعال، وقد وجد أن ثلثي المرضى يعانون من التدهور العقلي والذي يتراوح بين اضطراب ذاكرة بسيط إلى اضمحلال عقلي. كما أن ربع المرضى يصابون باكتئاب نفسي كتفاعل للأعراض العصبية الشديدة، والنسبة نفسها تعاني من الشعور بحسن الحال والنشوة، ويرتبط حسن الحال ارتباطاً قوياً بدرجة التدهور العقلي. كما لوحظ أن ثلثي المرضى يعانون اضطراباً في الشخصية مع مبالغة في التعبير عن الانفعال لدى 10% من الحالات، وبذلك عُدَّ التدهور العقلي وتغير الشخصية ومبالغة الانفعال، والشعور بحسن الحال أعراضاً مشابهة للأعراض الجسمية، وإحدى العلامات المهمة التي سببها تلف وعطب الجهاز العصبي. (عكاشة وعكاشة، 2010، ص.508)

وتظهر هذه المظاهر على نحو تحت حاد قبل أن تتصرف كلياً أو جزئياً خلال أسابيع، ويفاقم الحمار الأعراض الحركية ولو مؤقتاً، كما يتميز بالسير المتردد الناكس، مع أن 15% يحدث لهم الشكل المتفاقم المزمّن. (مطر والسباعي، 2001، ص.159) وبعد فترة زمنية متفاوتة قد يحدث النكس الذي يكون غالباً خلال سنتين. (ديفيسون، 2005، ص.145)

3-2-3-3 العوامل المؤدية إلى مرض التصلب المتعدد:

مرض التصلب العصبي سببه غير معلوم، لكن هناك تفاعل بين عدد من العوامل وهي:

- **عوامل جينية:** هناك زيادة في حدوث التصلب المتعدد بين الأقارب، وهو أكثر شيوعاً لدى التوائم المتطابقة أكثر منه في غير المتطابقة.
- **عوامل بيئية:** المرض يحدث في المناطق المعتدلة أكثر من المناطق الاستوائية، والمهاجرون من أماكن ذات خطورة عالية إلى أماكن ذات خطورة منخفضة (مثلاً من أوروبا إلى بلدان الشرق الأوسط) تحت سن البلوغ يكتسبون خصائص الخطورة المنخفضة والعكس صحيح. (ولكنسون، 2002، ص.138)
- **مستويات الغلوبين المناعي IgG أعلى في السائل النخاعي لمرضى التصلب المتعدد، والأجسام المضادة لفيروس الحصبة وبعض الفيروسات الأخرى تزيد معدلاتها في السائل النخاعي لمرضى التصلب المتعدد، وكذلك زيادة مستويات الخلايا اللمفاوية التائية المفعلة في السائل الدماغي الشوكي.**
(ديفيسون، 2005، ص.143)



الشكل (3) تراكم النقائص العصبية لدى مريض يعاني تصلباً منتشرًا معتدل الشدة (ولكنسون، 2002، ص. 135)

3-2-4 آثار التصلب المتعدد في المريض:

إنَّ عدم وجود علاج أو إمكانية الشفاء لدى مرضى التصلب المتعدد، وحدوث انتكاسات مختلفة في الزمان والشدة، وعدم يقين المريض بما سيؤول إليه حاله، يعود عليه بآثار نفسية متعددة ناجمة عن مرضه وما يفرضه من تغيرات في نوعية حياة المريض منها: صعوبة في تركيز الانتباه وسهولة التشتت، وعدم الرضا عن النفس، والمعاناة من الاكتئاب، والشعور بالتوتر، كما تتأثر القدرات المعرفية بالمرض وينعكس ذلك على العلاقات الاجتماعية، والقدرة على العمل، وعلى نوعية الحياة ونمطها. (Hoang & B.shepherd, 2010, p.339,)

(340)

3-3-3 داء السكري (Diabetes):

3-3-3-1 تعريفه:

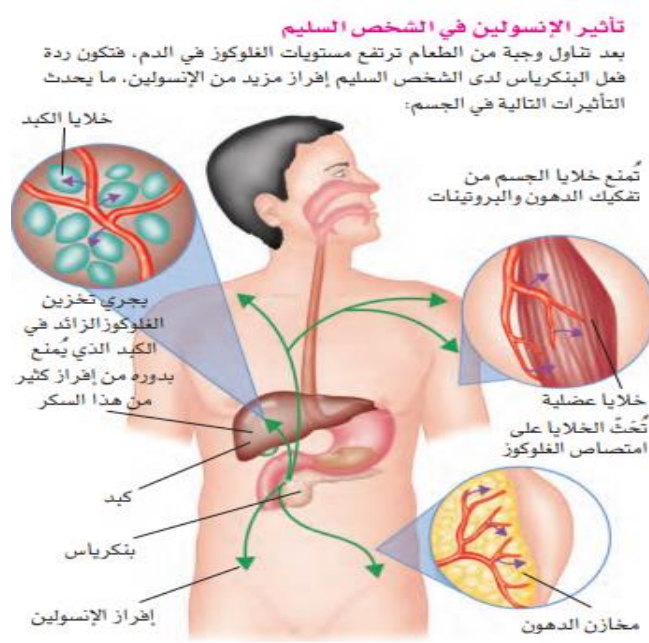
هو تغير دائم في كيمياء الشخص الداخلية ينتج عنه زيادة كبيرة في معدلات الجلوكوز في الدم، ويعود السبب إلى نقص في هرمون الأنسولين الذي ينتجه البنكرياس في مجرى الدم؛ فيكون هناك فشل تام في إفراز

الأنسولين كما في النوع الأول من السكري، وأما النوع الثاني فيكون هناك فشل جزئي في إفراز الأنسولين مصحوباً بانخفاض في استجابة الجسم للهرمون وهو ما يسمى بـ "مقاومة الأنسولين". (بيلوس، 2013، ص.4)

تبلغ نسبة الإصابة بالسكري في العالم من 1 - 3% من مجموع السكان، ويختلف انتشاره وفق بنية المجتمع، فالمجتمعات التي تتسم بالبدانة تصاب أكثر، ويعد الاختلاط الكلوي هو السبب الأول للوفاة في الولايات المتحدة بينما تعدّ الوفاة بالحمض الكيتوني السبب الأول في البلدان النامية. (الملوحي، 2013، ص.298)

ينقسم داء السكري إلى:

- النوع الأول يسمى النوع المعتمد على الأنسولين.
- النوع غير المعتمد على الأنسولين. (عيدروس، 1993، ص.45)
- داء السكري نفسي المنشأ، يصاب به المرء نتيجة التعرض للشدائد النفسية، مثل (الحزن الشديد، الغضب، القلق الشديد، عدوان..) فكل شدة تعرض الجملة الودية على إفراز الأدرينالين، والخطر على إفراز الكورتيزون، وهذه تزيد نسبة سكر الدم، الأمر الذي يتطلب زيادة في عمل البنكرياس، لزيادة إفراز الأنسولين من أجل انقاص غلوكوز الدم. واستمرار هذا الميكانيزم في حالة الانفعال الشديد يجهد البنكرياس ويرهق الكبد نتيجة المجهود المضاعف في امتصاص السكر الزائد عن حاجة الجسم الذي لم يتم تصريفه من خلال الجهد. وبذلك تتسبب الانفعالات النفسية في حدوث اختلال في توازن سكر الدم، ما يؤدي إلى فتح المجال للإصابة بداء السكري. (الملوحي، 2013، ص.299)



الشكل (4) فعالية الأنسولين في جسم الإنسان (بيلوس، 2013، ص.6)

3-3-3-2 مظاهره:

تختلف حدة مظاهر داء السكري ومعدل تطورها؛ اعتماداً على نوع المرض الذي يعاني منه المريض وتشمل مظاهر النوعين الأول والثاني من السكري: الشعور بالظمأ، الجفاف، كثرة إدرار البول، عدوى المسالك البولية (مثل التهاب المثانة)، فقدان الوزن، التعب والبلادة، ضبابية الرؤية بسبب جفاف عدسة العين (بيلوس، 2013، ص.7)، البوال الليلي، تشوش الرؤية، الحكّة الفرجية، التهاب الحشفة (داء المبيضات التناسلي)، الغثيان، الصداع، فرط الأكل، الميل لتناول الأطعمة السكرية. (ديفيدسون، 2005، ج، ص.26)

3-3-3-3 عوامل الإصابة بداء السكري:

للسكري عوامل عدة تسهم في حدوثه منها:

- الوراثة: للعامل الوراثي دور مهم في الإصابة بالنوعين الأول والثاني، وثمة احتمال بنسبة 50% لإصابة الفرد الثاني من التوائم بالنوع الأول من السكري إن كان الأول مصاباً به، وهناك فرصة بنسبة 5% لإصابة الطفل بالمرض إن كان أحد الوالدين يعاني، أما بالنسبة للنوع الثاني فمن المؤكد إصابة الفرد الثاني من التوائم إن كان الأول مصاباً به. (بيلوس، 2013، ص.9)

- العدوى: يعرف أن لبعض الفيروسات مثل فيروس النكاف وفيروس كوكسكي¹⁷ القدرة على إلحاق الضرر بالبنكرياس والتسبب في السكري. (بيلوس، 2013، ص.10)
- حليب البقر: حليب الأم يحوي مكونات تساعد على تنظيم الجهاز المناعي تمنع الإصابة بالسكر عند الأطفال. (الحميد، 2008، ص.31)
- السمنة: ثمة ارتباط بين وزن الجسم والإصابة بالسكري من النوع الثاني (بيلوس، 2013، ص.10) وتعدّ الدهون المختزنة في الجسم من عوامل الخطورة للإصابة بالسكري. (الحميد، 2008، ص.34)
- الكرب والضغط النفسي: يؤدي الكرب إلى تطور النمط الأول من داء السكري، عن طريق تثبيبه إفراز الهرمونات المنظمة المضادة، وقد يكون عن طريق تعديل النشاط المناعي. (ديفيدسون، 2005، ص.34)
- السكري الثانوي: يحدث نتيجة التهاب البنكرياس وتلف جزء منه، كما أن معاناة بعض الأفراد من أمراض هرمونية مثل متلازمة كوشينغ (Cushing's syndrome) حيث ينتج الجسم كميات كبيرة من هرمون النمو، فيصاب المريض بالسكري كأثر جانبي لمرضهم. (بيلوس، 2013، ص.11)
- نقص الوزن عند الولادة: أظهرت الدراسات أن نقص الوزن عند الولادة يشكل عامل خطورة لحدوث الإصابة بالنوع الثاني من السكر. (المرجع السابق، ص.38)
- احتمال حدوث خلل في عملية تخليق الجلوكوز من مصادر أخرى بالكبد. (عيدروس، 1993، ص.47)

3-3-4 آثار داء السكري على المريض:

ينتج عن إصابة الفرد بداء السكري العديد من الآثار، منها:

¹⁷ فيروس كوكسكي ينتمي إلى عائلة من فيروسات الحمض النووي الريبوزي الإيجابية غير المحاطة بغلاف الخيطية وهو من الفيروسات البيكورناوية ، وهو من جنس الفيروسات المعوية. مجموعة فيروسات كوكسكي (ب) تميل لإصابة القلب، غشاء الجنب، البنكرياس، والكبد، ويسبب وجع الجنب (ألم في الصدر)، والتهاب عضلة القلب، والتهاب التامور، والتهاب الكبد.

- ضعف الإبصار فنسبة 50% من المرضى يضاعف إبصارهم، ويعدّ السكري السبب الرئيسي لحالات فقدان البصر الجديدة لدى الأشخاص البالغين من سن 20 حتى 74 سنة، وهم أكثر عرضة للإصابة بعتامة العدسة وارتفاع الضغط داخل العين.
- المعاناة من الضعف الجنسي. (الحמיד، 2008، ص.63، 76)
- المعاناة من الاعتلال العصبي في القدمين، وهذا الاعتلال يجعل القدمين أقل حساسية تجاه الألم والحرارة. (بيلوس، 2013، ص.118، 121)
- المعاناة من المشاكل النفسية، كالاكتئاب والاضطراب العاطفي المرتبط بالسكري، فقد لوحظ ازدياد أعراض الاكتئاب لدى مرضى السكري مقارنةً بالأفراد غير المصابين به، ويرتبط ازدياد الاكتئاب باستمرار مضاعفات المرض. (Lloyd et al., 2013, p.182)
- حدوث صدمة نفسية لدى المريض عند إجراء عملية البتر لأحد أطرافه، وتتجلى تأثيراتها بالخوف والقلق، واضطرابات الشهية والنوم، ونقص التركيز، والعزلة. (ميمونة، 2017)
- الشعور بالإرهاق والهزيمة بسبب داء السكري، والشعور بالغضب، والإحباط من نظام الرعاية الذاتية. (Barnard et Lloyd, 2012, p.14)

4-3-3 القصور الكلوي المزمن (Chronic renal failure):

3-4-1 تعريفه:

يُعرّف بأنه تدهور لا عكوس في الوظيفة الكلوية يتطور على مدى السنوات، يؤدي إلى تخریب الكلى، ويسبب فقد الوظائف الإطراحية والاستقلابية والغدية الصماوية للكلى، وتتطور الأعراض لتصل إلى حالة اليوريميا¹⁸ "تبولن الدم" (ديفيدسون، 2005، ص.53) ويعدّ القصور الكلوي المزمن النهاية المحتومة لكل أمراض الكلى التي لا تبرا. (صبور، 1994، ص.17) ففشل الكلية في أداء عملها يدفع إلى استخدام التنقية

¹⁸ تعني وجود مستويات عالية من اليوريا في الدم، واليوريا هي أحد مكونات البول.

الدموية أو البروتينية لإزالة السموم، وعندما يصل أداء الكلية إلى أقل من 15 مل / دقيقة يطلق مصطلح الفشل الكلوي. (السويداء، 2010، ص.25)

3-4-2 العوامل المؤدية إلى القصور الكلوي المزمن:

هناك عدد من العوامل التي تسهم في حدوث القصور الكلوي المزمن وتسرع من وصوله إلى مراحله

النهائية وهي:

- أمراض خلقية ووراثية (مثل الكلية عديدة الكيسات) بنسبة 5%.
- تضيق الشريان الكلوي 5%.
- ارتفاع التوتر الشرياني 5 - 25%.
- الأمراض الكبية (الأوعية الدموية الصغيرة للكلية) 10 - 20%.
- الأمراض الالتهابية الجهازية (التهاب الأوعية) 5% . (ديفيدسون، 2005، ص.54)
- أمراض أيضية مثل فرط كالسيوم الدم، فرط الفيتامين د، النقرس، الداء النشواني¹⁹
- مرض انسداد المسالك البولية، الحصوات، عيب خلقي بحوض الكلية، تليف الحالبين، الأورام، تضخم البروستاتا، ضيق مجرى البول، ضيق المثانة.
- أمراض نبيبات الكلية الخلالية²⁰ (الأنابيب الصغيرة في الكلية): كالتسمم بالعقاقير أو المعادن الثقيلة. (صبور، 1994، ص.21)
- السكري، يعد السبب الرئيسي لدى 35 - 40% من الحالات.
- التهابات المسالك البولية المزمنة. (السويداء، 2010، ص.25)

¹⁹ يعني ترسب البروتين النشواني في الأنسجة الحية والأعضاء، ويتحول البروتين إلى الحالة النشوانية عندما يطرأ تغيير أو تشوه في بنيته الثانوية ما يجعله غير قابل للذوبان.

²⁰ هو التهاب يصيب نبيبات الكلية والأنسجة المحيطة بها (نسيج خلالي).

3-4-3 مظاهر القصور الكلوي المزمن:

هناك عدد من المظاهر والأعراض التي ترافق القصور الكلوي المزمن التي تسبب معاناة المريض، ولا بد من الانتباه لها والعمل على الحد منها، إذ تختفي معظم الأعراض عند المعالجة بالديليزة²¹ أو زرع كلية سليمة في الوقت المناسب، وهذه الأعراض هي:

- فقر الدم الذي ينتج عنه نقص إنتاج ومعدل حياة الكريات الحمر، وارتفاع التوتر الشرياني الناجم جزئياً عن احتباس الصوديوم.
- الحثل العظمي الكلوي المنشأ²² وكذلك يحدث تخلخل العظام وتصلبها.
- اعتلال العضلات والأعصاب - التهاب الأعصاب الطرفية، وينجم عن زوال النخاعين من الألياف المغمدة وقد يحصل تحسن بعد البدء بالديليزة.
- اختلال الوظيفة الغذائية الصماوية: مثل فرط نشاط غدد جارات الدرق، انقطاع الطمث عند النساء، خلل في عمل الأنسولين.
- الخمج²³: ضعف المناعة الخلطية والخلوية يجعل المريض أكثر أهبة للإصابة بالخمج.
- الاضطرابات الهضمية: كالحقن المتبوع بالغثيان والإقياء، وتزداد نسبة إصابة المريض بالقرحة الهضمية.
- (ديفيدسون، 2005، ص. 59) والشكوى المستمرة من العطش وجفاف الحلق واللسان والجلد. (صبور، 1994، ص. 18، 20) وتغير لون البول إلى الأحمر، ووجود البروتين فيه، وكثرة التبول أثناء فترة النوم، وقلة البول. (السويداء، 2010، ص. 31)
- الجهاز العصبي الحركي: يشكو المريض من التعب والإعياء، ويحدث له اضطراب في النوم، كما يعاني من الصداع، وتقلص العضلات، والرجفة، والكسل، والبلادة، والتشنج العصبي، الغيبوبة.
- تأثيرات على الجلد: شحوب - حكة - ظهور الكدمات التلقائية - كثرة الأنزفة مكان الحقن.

²¹ جهاز غسيل الكلى.

²² هو مزيج من تليين العظام والتهاب العظم المليف، وينجم عن فرط جارات الدرق.

²³ هو دخول أحد الكائنات الحية الدقيقة "بكتيريا - فيروس - فطريات" لجسم الإنسان.

- التأثير في الجهاز التنفسي: سرعة التنفس وتظهر الارتشاحات في الرئة. (صبور، 1994، ص.18،

(20)

3-4-4 آثار القصور الكلوي المزمن لدى المريض:

ينتج عن إصابة الفرد بالقصور الكلوي العديد من الآثار، منها على المستوى الصحي والجسدي من تفاقم للمرض، ومنها ما هو نفسي، ومن هذه الآثار:

- الصدمة النفسية لدى المصابين بالقصور الكلوي المزمن، بسبب الظروف المحيطة، وتبعيتهم المطلقة

لآلة تصفية الدم، كما أن المرض يعد عاملاً ضاعطاً على المرضى بسبب طول مدة جلسات الغسيل

الكلوي، وضرورة الالتزام بالحمية الغذائية. (نسيمة ووفاء، 2016)

- معاناة المريض من القلق والاكتئاب بدرجاته المختلفة؛ نتيجة طبيعة مرضه وخضوعه للديلة، وشعوره

بأن حياته مرتبطة بهذا الجهاز، كما يرتبط قلقهم بالمدة التي سيخضع فيها لعملية التصفية. (خيرة

وخديجة، 2016)

- نتيجة تجمع السوائل في الجسم؛ قد يصاب المريض بتورم في الأرجل أو صعوبة في التنفس في المراحل

المتقدمة.

- عدم انتظام ضربات القلب نتيجة ارتفاع ملح البوتاسيوم.

- الإصابة بأمراض العظام، والتهاب الأعصاب وما ينجم عنه من ضعف الإحساس والتمثيل.

- الضعف الجنسي، وضعف القدرة على الإنجاب. (السويداء، 2010، ص.35، 36)

3-4 الحوار الذاتي وعلاقته بالمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة:

إنَّ طريقة حوار الفرد مع نفسه وما يحمله من أفكار تفاؤلية، ومن رضا وسرور، وفرح، تؤثر وترتبط

بمناعته النفسية التي تنشط أجهزة الجسم وتقويها؛ فالأفكار التشاؤمية والمشاعر الانهزامية ومشاعر الحزن

والغضب واليأس تؤدي إلى ضعف المناعة النفسية والجسدية على حدٍ سواء؛ وتؤدي إلى خلل في وظائف أعضاء

الجسم ووظائف الجهاز العصبي (السمنثاوي) خاصة، (مرسي، 2000، ص.156، 157) فالانفعال حالة نفسية

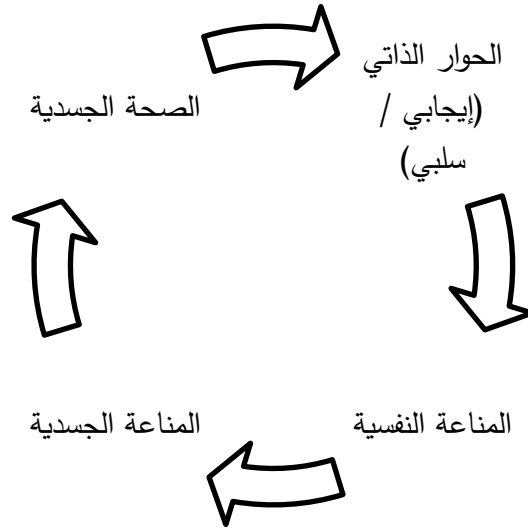
جسمية تصاحبها اضطرابات فيزيولوجية حشوية، فإن حدث وأعيقت هذه الطاقة الحشوية عن الانطلاق والتعبير عنها خارجياً؛ يزداد تراكمها ويشد ضغطها، فتتضخم التوترات الحشوية، وتختل إفرازات الغدد الصم، ويؤدي استمرار هذه الحالة إلى تحولها لمرض مزمن والمعاناة منه كالسكري، قرحة المعدة، وقرحة الاثني عشر، وضغط الدم، والتهاب المفاصل والصداع النصفي، وغيرها من الأمراض. (الداهري، 2010، ص.244)

فالعديد من الأمراض المزمنة تتأثر بالعوامل النفسية؛ وتتجلى في طريقة تفكير الفرد وطريقة حواراته مع ذاته، وما يعانيه من ضغوط ترتبط بمرضه، لذلك فإن حوار الفرد وتفكيره الإيجابي يساعده على السيطرة على انفعالاته السلبية، وعلى التغلب على ضغوطاته ومشكلاته، ويقوي مناعته وصحته النفسية؛ فالمناعة النفسية ضرورية للصحة الجسدية لأن الجسم السليم في العقل السليم. (مرسي، 2000، ص.157) وهذا ما أثبتته دراسة (هاملتون، 2011) التي بينت تأثير الحوار الذاتي الإيجابي في قدرة مرضى السرطان على مواجهة مرضهم، ودراسة (دوبي وشاهي، 2011) التي بينت أن المناعة النفسية تعمل بالتوازي مع المناعة الحيوية، ويمكن عن طريقها التغلب على الضغوط النفسية.

والعلاقة بين طريقة حوار الفرد ومناعته النفسية وصحته الجسدية علاقة تأثير وتأثر، يؤثر كل منهما في الآخر ويتأثر به - دائرة مفرغة - فكما تبين تأثير طريقة تفكير الفرد وحالته النفسية في صحته الجسدية، كذلك تؤثر الحالة الصحية في طريقة حواراته الذاتية والمناعة النفسية لديه، كنشاط الغدد الصماء الذي يؤثر تأثيراً واضحاً في النشاطات النفسية؛ على سبيل المثال إن زيادة نشاط الغدة الدرقية يؤدي إلى حالة من القلق وعدم الاستقرار، والإفراط في الحركة، وسرعة الانفعال، في حين نقص نشاطها يؤدي إلى البلادة وبطء التفكير والحركة، كما أن إصابات المخ العضوية تؤثر في التفكير والانفعال والسلوك، فإذا حدث تهتك في المخ، أو إصابة بعدوى فيروسية أو بكتيرية يؤثر في الفرد وشخصيته. (المهدي، 2002، ص.118) فمدى سلامة الفرد من الناحية الجسدية يؤثر في انفعالاته وحواره الذاتي، وعيوب الجسد وأمراضه تزيد من إمكانية حصول الاضطرابات الانفعالية لدى الفرد، كما تجعله خجولاً متهيباً من الآخرين. (الداهري، 2010، ص.245)

إذاً ترتبط طريقة حوار الفرد مع ذاته بمناعته النفسية التي تدعم أو تضعف مناعته الجسدية، وتنعكس على تمتعه بالصحة الجسدية. وتؤثر الصحة الجسدية بطريقة حوار الفرد مع ذاته التي تحدد مدى قوة مناعته النفسية وتمتعه بصحته الجسدية التي تنعكس بدورها على صحته الجسدية وهكذا.....

ويمكن توضيح ما سبق من خلال الشكل (5):



الشكل (5) دائرة العلاقة المتبادلة بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية والصحة الجسدية (إعداد الباحثة)

ملخص الفصل:

في هذا الفصل تم إلقاء الضوء على أهم المبادئ النظرية التي تقوم عليها متغيرات الدراسة، فقد تم التطرق إلى مفهوم الحوار الذاتي وخصائصه، والمصادر التي يتشكل منها، وأهم النماذج التي تفسره، كما تم عرض مفهوم المناعة النفسية ومكونات الجهاز المناعي النفسي، وأهم العوامل المؤثرة فيه، وعلاقة المناعة النفسية ببعض المتغيرات الأخرى. الأمراض المزمنة (داء السكري، التصلب المتعدد، القصور الكلوي المزمن)، مفهومها، وأبرز مظاهرها، والعوامل المساهمة في الإصابة بهذه الأمراض، وآثارها لدى المريض. كما تم تخصيص فقرة للحديث عن الحوار الذاتي وعلاقته بالمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة.





الفصل الرابع

اجراءات الدراسة وأدواتها

مقدمة.

- 1-4 منهج الدراسة.
- 2-4 مجتمع الدراسة.
- 3-4 عينة الدراسة.
- 4-4 أدوات الدراسة.
- 5-4 إجراءات الدراسة.
- 6-4 صعوبات الدراسة.
- 7-4 أدوات التحليل الإحصائي.

مقدمة:

يتناول هذا الفصل إجراءات تطبيق الدراسة ميدانياً، متضمناً العينة السيكومترية المعتمدة في التحقق من صدق الأدوات وثباتها، وأبرز الصعوبات في تطبيق الأدوات.

1-4 منهج الدراسة:

اعتمدت الدراسة المنهج الوصفي؛ إذ يعدّ المنهج المناسب لهذه الدراسة لأنه يدرس الظواهر النفسية دراسة كيفية توضيح خصائص الظاهرة، ومقدار حجمها وتغيراتها، ومن أنواعه الدراسات الارتباطية الوصفية، التي تهدف إلى الكشف عن العلاقة بين متغيرين أو أكثر لمعرفة مدى الارتباط بين هذه المتغيرات، والتعبير عنها بصورة رقمية. (الشماس وميلاد، 2011، ص. 41، 49)

2-4 مجتمع الدراسة:

يتكون المجتمع الأصلي للدراسة من مرضى الأمراض المزمنة (داء السكري، التصلب المتعدد، القصور الكلوي) والأشخاص الأصحاء من العاملين في المشافي الحكومية بدمشق بمختلف اختصاصاتهم الوظيفية (مشفى المواساة، مشفى المجتهد، مشفى الهلال الأحمر، مشفى ابن النفيس، مشفى الكلية الجراحية)، وبعض المراكز الطبية الحكومية التخصصية. وقد تم الحصول على البيانات بالاستناد إلى إحصائيات وزارة الصحة، ومشفى المواساة، حتى الشهر السادس من العام 2021، أما بالنسبة لمجتمع الأصحاء فهو غير معلوم.

جدول(1) يوضح حجم المجتمع الأصلي

المجتمع الأصلي			
الأصحاء	مرضى السكري	مرضى التصلب المتعدد	مرضى القصور الكلوي
غير معلوم	23398	1598	474

والجدول الآتي (2) يوضح حجم مجتمع مرضى الأمراض المزمنة وفق مشافي دمشق الحكومية:

جدول (2) توزيع المجتمع الأصلي لمرضى الأمراض المزمنة وفق مشافي دمشق

المراكز الطبية الحكومية التخصصية (الزاهرة)	مشفى الكلية الجراحي	مشفى ابن النفيس	مشفى الهلال الأحمر	المجتهد	المواساة	مجتمع
23255					143	داء السكري
		1439			159	التصلب المتعدد
	309		61	60	44	القصور الكلوي

3-4 عينة الدراسة:

سحبت عينة الدراسة بطريقة مقصودة، ممن تحقق لديه شروط معينة تشابه المجتمع الأصلي في العيادات والمشافى الحكومية، وحدد حجم العينة وفق جدول مورغان (انظر ملحق 6)، بحسب المجتمع الأصلي لكل متغير. اعتمد هذا الجدول حتى تكون العينات متقاربة في عددها، نظراً للتفاوت الكبير في مجتمع الدراسة. وهذا يسمح بدراسة الفروق وفق متغير "الحالة الصحية" دون وجود فروق كبيرة في أحجام العينات. وبما أن المجتمع الأصلي للأصحاء غير معلوم؛ اعتمد أكبر حجم للعينة وفق جدول مورغان، لأنه كلما كان حجم العينة كبيراً كان تمثيلها أفضل لمجتمع الدراسة (أبو النصر، 2017، ص.166). وبذلك سحب (384 فرداً من الأصحاء، 378 من مرضى داء السكري، 309 من مرضى التصلب المتعدد، 212 من مرضى القصور الكلوي). لتتكون عينة الدراسة من (1283) فرداً.

جدول (3) يوضح عينة الدراسة

عينة الدراسة			
الأصحاء	مرضى داء السكري	مرضى التصلب المتعدد	مرضى القصور الكلوي
384	378	309	212

جدول (4) عينة الدراسة وفق متغير الجنس

عينة الدراسة وفق متغير الجنس				
الجنس	الأصحاء	مرضى داء السكري	مرضى التصلب المتعدد	مرضى القصور الكلوي
ذكر	194	188	152	109
أنثى	190	190	157	103

طبقت أدوات الدراسة (استبانة الحوار الذاتي، استبانة المناعة النفسية) على مرضى الأمراض المزمنة المتواجدين في المشافي الحكومية (مشفى المواساة، مشفى المجتهد، مشفى الهلال الأحمر، مشفى ابن النفيس، مشفى الكلية الجراحي) وبعض المراكز الطبية الحكومية التخصصية. أما عينة الأصحاء فطبقت أدوات الدراسة على المرافقين للمرضى، وعلى العاملين في القطاع الصحي مهما كان اختصاصهم الوظيفي الذين لا يعانون أحد الأمراض المزمنة الثلاثة أو من أي مرض عضوي مزمن آخر، فمعيار اختيار هذه العينة خلو الشخص من أي مرض عضوي مزمن. وقد مُيز الأفراد المرضى من الأصحاء بتحديد الحالة الصحية في الاستمارة التي وزعت على أفراد العينة. (انظر ملحق 4، 5)

4-4 العينة السيكومترية:

لإجراء الدراسة السيكومترية والتأكد من صدق وثبات الأدوات؛ طبقت أدوات الدراسة (استبانة الحوار الذاتي، المناعة النفسية) على عينة مكونة من خمسين فرداً، لم تشملهم عينة الدراسة الأساسية.

4-5 أدوات الدراسة:

لتحقيق الهدف المرجو من الدراسة صممت أدواتها بعد اتباع الخطوات التالية:

4-5-1 استبانة الحوار الذاتي:

4-5-1-1 خطوات تصميم وتكييف الاستبانة:

اطلعت الباحثة على بعض المقاييس الأجنبية التي تناولت الحوار الذاتي مثل:

- مقياس الحوار الذاتي (Alderson-Day et al., 2018).

- مقياس الحوار الذاتي (Brinthaupt et al., 2009).

4-5-1-2 وصف الاستبانة:

أعدت استبانة مكونة من عشرين بنداً في صورتها الأولية، استناداً إلى المقاييس التي أطلع عليها في اختيار البنود الملائمة للدراسة، وإضافة بنود أخرى استناداً إلى الدراسات والبحوث المتصلة بالحوار الذاتي، روعي فيها صياغة العبارات بطريقة بسيطة واضحة، وباتجاهين سالب وموجب. وبعد ذلك عرضت على المحكمين لتشتمل في صورتها النهائية على تسعة عشر بنداً.

البنود ذات الاتجاه السلبي (2 - 3 - 4 - 6 - 12 - 13 - 15)

البنود ذات الاتجاه الإيجابي (1 - 5 - 7 - 8 - 9 - 10 - 11 - 14 - 16 - 17 - 18 - 19).

تمت الإجابة وفق متدرج رباعي (أبداً - نادراً - غالباً - دائماً) وتحتصر الدرجة الكلية للاستبانة بين 19 - (76).

جدول (5) جدول يوضح توزيع درجات استبانة الحوار الذاتي وفق الاتجاهين الإيجابي والسلبي

	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً	
اتجاه إيجابي	1	2	3	4	الدرجة
اتجاه سلبي	4	3	2	1	

4-5-1-3 الخصائص السيكومترية لاستبانة الحوار الذاتي:

4-5-1-3-1 صدق استبانة الحوار الذاتي:

4-5-1-3-1 صدق المحتوى:

للتأكد من صدق المحتوى عرضت الاستبانة على المحكمين، وكان عددهم أحد عشر محكماً، وحذفت البنود غير المناسبة، وعدلت صياغة بعض العبارات، وبلغت نسبة اتفاق المحكمين على بنود الاستبانة 96.84% (وفق معادلة Lawshe) وهذا يدل على صلاحية الاستبانة لقياس ما وضعت لقياسه. (انظر ملحق 2)

4-5-1-3-2 صدق الاتساق الداخلي:

قيس من خلال حساب معاملات ارتباط درجة كل بند مع الدرجة الكلية للاستبانة، كما في الجدول

الآتي:

جدول (6) يوضح صدق الاتساق الداخلي لاستبانة الحوار الذاتي

ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
**0.670	13	**0.502	7	**0.479	1
**0.466	14	**0.538	8	**0.520	2
**0.408	15	**0.606	9	**0.446	3
**0.512	16	**0.533	10	**0.415	4
**0.407	17	**0.606	11	**0.666	5
**0.500	18	**0.654	12	**0.546	6
**0.488	19				

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الارتباط الداخلي بين البند والدرجة الكلية كلها دالة إحصائياً

عند مستوى الدلالة 0.01، وقد انحصرت بين (0.407 - 0.670)، وتقدم مؤشراً لصدق الارتباط الداخلي للاستبانة.

4-5-1-3-1 الصدق التمييزي:

رتبت درجات أفراد العينة ترتيباً تصاعدياً، ثم حُسب الصدق التمييزي بأخذ (25%) ممن حصلوا على درجات عليا، وعددهم 13 فرداً، و(25%) ممن حصلوا على درجات دنيا وعددهم 13 فرداً، وبحساب الفروق بين مجموعتي أدنى الدرجات وأعلىها، كانت النتائج وفق الجدول الآتي:

جدول(7) الصدق التمييزي لاستبانة الحوار الذاتي

المجموعتان الطرفيتان	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة الدنيا	47.76	4.96	14.74	24	0.000
المجموعة العليا	68.38	1.80			

يتبين من الجدول السابق أن قيمة "ت" بلغت (14.74) ودرجة الحرية (24) ومستوى الدلالة أقل من 0.05 أي هناك فرق بين المجموعتين، وللاستبانة صدق تمييزي.

4-5-1-3-2 ثبات استبانة الحوار الذاتي:

4-5-1-3-1 ثبات معامل الاتساق الداخلي:

تم التأكد من ثبات الاستبانة من خلال معاملات الثبات ألفا كرونباخ وفيما يلي جدول رقم (8) يبين نتائج معاملات الثبات:

جدول(8) الثبات بالاتساق الداخلي لاستبانة الحوار الذاتي

ألفا كرونباخ	الحوار الذاتي
0.851	

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات الاتساق الداخلي بلغت 0.851 وهي معاملات ثبات يمكن

الوثوق بها.

4-5-1-2-2 الثبات بالتجزئة النصفية:

حُسب الثبات بالتجزئة النصفية، بتقسيم البنود إلى بنود فردية وأخرى زوجية، وتم استخدام معادلة جوتمان؛ لعدم التساوي بين نصفي الاختبار، وبلغ معامل جوتمان (0.907) وهي نتائج ثبات جيدة؛ لأن أعلى قيمة للثبات "1" (غنيم، 2004، ص.79، 70)

4-5-2 استبانة المناعة النفسية:

4-5-2-1 خطوات تصميم وتكييف استبانة المناعة النفسية:

اطلعت الباحثة على بعض المقاييس التي تناولت المناعة النفسية مثل:

- مقياس Connor-Davidson Resilience Scale (نجاتي، 2016)

- مقياس Psychological Immune System Inventory -olah (Bona, 2014)

- مقياس (خضير وحسين، 2016)

4-5-2-2 وصف الاستبانة:

أعدت استبانة مكونة من عشرين بنداً في صورتها الأولية، استناداً إلى المقاييس التي أُطِيعَ عليها في اختيار البنود الملائمة للدراسة، وإضافة بنود أخرى استناداً إلى الدراسات والبحوث المتعلقة بالمناعة النفسية، روعي فيها صياغة العبارات بطريقة بسيطة واضحة، وباتجاهين سالب وموجب. وبعد ذلك عرضت على المحكمين لتشتمل في صورتها النهائية على سبعة عشر بنداً.

البنود ذات الاتجاه السلبي (3- 10- 13- 14- 16)

البنود ذات الاتجاه الإيجابي (1- 2- 4- 5- 6- 7- 8- 9- 11- 12- 15- 17).

تمت الإجابة وفق متدرج رباعي (أبداً - نادراً - غالباً - دائماً) وتتحصر الدرجة الكلية للاستبانة بين (17 - 68). وتشير أدنى درجة إلى مناعة نفسية منخفضة، وأعلى درجة إلى مناعة نفسية مرتفعة.

جدول (9) يوضح توزيع درجات استبانة المنة النفسية وفق الاتجاهين الإيجابي والسلبي

	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً	
الدرجة	1	2	3	4	اتجاه إيجابي
	4	3	2	1	اتجاه سلبي

4-5-2-3 الخصائص السيكومترية لاستبانة المنة النفسية:

4-5-2-3-1 صدق استبانة المنة النفسية:

4-5-2-3-1-1 صدق المحتوى:

تم التأكد منه بعد عرض الاستبانة على المحكمين، وكان عددهم أحد عشر محكماً، وحذفت البنود غير المناسبة، وعدلت صياغة بعض العبارات، وبلغت نسبة اتفاق المحكمين على بنود المقياس 92.94% (وفق معادلة Lawshe) وهذا يدل على صلاحية الاستبانة لقياس ما وضعت لقياسه. (انظر الملحق 3)

4-5-2-3-2 صدق الاتساق الداخلي:

قيس بحساب معاملات ارتباط درجة كل بند مع الدرجة الكلية للاستبانة، كما في الجدول الآتي:

جدول (10) صدق الاتساق الداخلي لاستبانة المنة النفسية

البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية
1	**0.576	7	**0.763	13	**0.645
2	**0.622	8	**0.631	14	**0.536
3	**0.527	9	**0.516	15	**0.505
4	**0.427	10	**0.788	16	**0.612

**0.667	17	**0.658	11	**0.797	5
		**0.754	12	**0.653	6

يلاحظ من الجدول السابق أن معاملات الارتباط الداخلي بين البند والدرجة الكلية كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01، وقد انحصرت بين (0.427 - 0.788)، وتقدم مؤشراً لصدق الارتباط الداخلي للاستبانة.

3-1-3-2-5-4 الصدق التمييزي:

رتبت درجات أفراد العينة ترتيباً تصاعدياً، ثم حُسب الصدق التمييزي بأخذ (25%) ممن حصلوا على درجات عليا، وعددهم 13 فرداً، و(25%) ممن حصلوا على درجات دنيا وعددهم 13 فرداً، وبحساب الفروق بين مجموعتي أدنى الدرجات وأعلىها، كانت النتائج وفق الجدول الآتي:

جدول (11) الصدق التمييزي لاستبانة المناعة النفسية

المجموعتان الطرفيتان	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة
المجموعة الدنيا	46.06	5.93	10.52	24	0.000
المجموعة العليا	63.61	1.93			

يتبين من الجدول السابق أن قيمة "ت" بلغت (10.52) ودرجة الحرية (24) ومستوى الدلالة أقل من 0.05 أي هناك فرق بين المجموعتين، وللاستبانة صدق تمييزي.

2-3-2-5-4 ثبات استبانة المناعة النفسية:

1-2-3-2-5-4 ثبات معامل الاتساق الداخلي:

تم التأكد من ثبات الاستبانة من خلال معاملات الثبات ألفا كرونباخ وفيما يلي جدول رقم (12) يبين

نتائج معاملات الثبات:

جدول (12) الثبات بالاتساق الداخلي لاستبانة المنة النفسية

ألفا كرونباخ	المنة النفسية
0.89	

يتبين من الجدول السابق أن معاملات ثبات الاتساق الداخلي بلغت 0.89 وهي معاملات ثبات يمكن

الوثوق بها.

4-5-2-2-3-2 الثبات بالتجزئة النصفية:

حُسب الثبات بالتجزئة النصفية، بتقسيم البنود إلى بنود فردية وأخرى زوجية، واستخدام معادلة جوتمان؛

لعدم تساوي نصفي الاختبار، وبلغ معامل جوتمان (0.934) وهي نتائج ثبات جيدة.

4-6 إجراءات الدراسة:

اتبعت الخطوات الآتية في الدراسة:

- إجراء مسح للدراسات المرتبطة بموضوع الدراسة، لإعداد الإطار النظري والاستدلال بها في توجيه فروضها ومناقشة نتائجها.

- إعداد استبانة الحوار الذاتي واستبانة المنة النفسية.

- إجراء الدراسة السيكومترية للأدوات، ثم تطبيق أدوات الدراسة على عينة من مرضى الأمراض المزمنة

والأصحاء في مشافي وعيادات دمشق الحكومية، وقد طبقت الاستبانة الأولى وشرحت التعليمات المعطاة

لأفراد العينة ثم طبقت الاستبانة الثانية، واستمر تطبيق الأدوات مدة شهر واحد، في الفترة الواقعة بين

2021/10/10 و2021/11/11.

- إجراء المعالجة الإحصائية للنتائج باستخدام برنامج (SPSS-26).

- عرض النتائج وتفسيرها.
- تقديم مقترحات الدراسة.

4-7 صعوبات الدراسة:

واجهت الباحثة بعض الصعوبات عند تنفيذ الدراسة منها:

- اعتذار بعض أفراد العينة عن تطبيق الأدوات (قبل التطبيق)، وتعليقهم ذلك بعدم توفر الوقت، أو نتيجة معاناتهم من الألم وخصوصاً مرضى غسيل الكلى.

4-8 أدوات التحليل الإحصائي:

استخدم البرنامج الاحصائي (SPSS-26) لمعالجة البيانات إحصائياً، واستُعين بالأساليب الإحصائية

التالية:

- المتوسط الحسابي.
- الانحراف المعياري.
- الرُبيعات.
- مُعامل الارتباط "بيرسون".
- مُعامل ألفا كرونباخ.
- طريقة التجزئة النصفية.
- اختبار "ت" لدلالة الفروق.
- معامل الانحدار البسيط.
- اختبار التباين ANOVA
- اختبار ليفين لتحديد التجانس.
- اختبار Games Howell لتحديد اتجاه الفروق.
- اختبار LSD لتحديد اتجاه الفروق.

ملخص الفصل:

تضمن هذا الفصل عرضاً للمنهج المتبع، وإجراءات تصميم أدوات الدراسة (الحوار الذاتي، المناعة النفسية)، والخطوات التي اتبعت في إعداد هذه الأدوات، والهدف من ذلك التأكد من الدقة والمنهجية العلمية المتبعة في الدراسة، وعرض مجتمع وعينة الدراسة بالتفصيل، وأهم الإجراءات التي اتبعت لتحديد العينة، وإجراء الدراسة السيكومترية للأدوات.





الفصل الخامس

نتائج الدراسة وتفسيرها

مقدمة:

1-5 النتائج الخاصة بالإجابة عن أسئلة الدراسة وتفسيرها.

2-5 النتائج الخاصة باختبار الفرضيات وتفسيرها.

3-5 ملخص النتائج النهائية للدراسة.

4-5 مقترحات الدراسة.

مقدمة:

يتضمن الفصل الحالي عرضاً لأهم النتائج المرتبطة بأسئلة وفرضيات الدراسة، والتي تم التوصل إليها بعد إجراء المعالجات الإحصائية اللازمة، والتي تتناول الحوار الذاتي وعلاقته بالمناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء.

وسيتم في البداية بعرض النتائج المتعلقة بأسئلة الدراسة والإجابة عنها، ومن ثم نتائج الفرضيات التي تم التوصل إليها.

5-1 الإجابة على أسئلة الدراسة:

5-1-1 ما مستوى المناعة النفسية لدى الأشخاص الذين يعانون من الأمراض المزمنة؟

للإجابة عن هذا السؤال، تم تحديد مستويات المناعة النفسية بالاستناد إلى قانون تحديد طول الفئة (المدى ÷ عدد الفئات) (المزاح، 2013، ص.45)، وتم حساب المدى من خلال طرح أدنى درجة للمقياس وهي (17) من أعلى درجة وهي (68) وبالتالي كان الناتج (51) الذي تم تقسيمه ثلاثة (وفقاً للمستويات المقترحة) وكان الناتج (17)، وعليه تكون مستويات المناعة النفسية؛ منخفضة من (17 - 34)، متوسطة (35 - 51)، مرتفعة (52 - 68). ولتحديد مستوى المناعة النفسية لدى عينة الدراسة، صنفنا الدرجات الكلية للاستبانة اعتماداً على الربيعات، وتم تحديد عدد الأفراد وفق كل ربيع، والجدول الآتي (13) يوضح ذلك:

جدول (13) حساب الربيعات لمتغير المناعة النفسية وفق الأمراض المزمنة

العينة	الربيع	الفئات	عدد الأفراد	النسبة المئوية
مرضى السكري (378) فرداً	الأول	43 - 17	118	%31
	الثاني	50-44	151	%40
	الثالث	64-51	109	%29
مرضى التصلب المتعدد (309) فرداً	الأول	40 - 17	82	%26.5
	الثاني	51 - 41	145	%47
	الثالث	63 - 52	82	%26.5
مرضى القصور الكلوي (212) فرداً	الأول	39 - 17	54	%25.4
	الثاني	49 - 40	101	%47.6
	الثالث	61 - 50	57	%27

المناعة
النفسية

يتبين من الجدول السابق، أن النسبة الأكبر لاستجابة أفراد عينة مرضى السكري على استبانة المناعة النفسية، وقعت في الربعين الأول والثاني، وكان المتوسط الحسابي للربيع الأدنى أعلى من (50%) من الدرجة العظمى للاستبانة، ووقعت النسبة الأكبر لاستجابة عينة مرضى التصلب المتعدد في الربع الثاني وكان المتوسط الحسابي للربيع الأدنى أعلى من (50%) من الدرجة العظمى للاستبانة، أما مرضى القصور الكلوي فقد وقعت النسبة الأكبر لاستجابة أفراد العينة على استبانة المناعة النفسية في الربع الثاني والثالث، وكان الربع الأول أقل من (50%) من الدرجة العظمى للاستبانة. وما سبق يشير إلى تأثر المناعة النفسية بالحالة الصحية للمريض، وبنوع المرض.

ومن أجل تحديد مستوى المناعة النفسية وفق كل عينة، تم الاستناد إلى الربيعات المستخرجة في الجدول السابق، واستخراج المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لكل عينة، ثم تحديد المستوى وفق مستويات المناعة النفسية المحددة مسبقاً، والجدول الآتي (14) يوضح ذلك:

جدول (14) مستوى المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	مستوى المناعة النفسية
مرضى السكري	378	46.58	6.72	متوسطة
مرضى التصلب المتعدد	309	46.43	8.21	متوسطة
مرضى القصور الكلوي	212	44.57	8.56	متوسطة

يتبين من الجدول السابق أن المتوسط الحسابي لدى عينة مرضى السكري بلغ (46.58)، ولأفراد عينة مرضى التصلب المتعدد بلغ (46.43)، أما المتوسط الحسابي لدى مرضى القصور الكلوي فقد بلغ (44.57) أي أن عينة الدراسة لديها مستوى متوسط من المناعة النفسية. وتعزو الباحثة ذلك إلى أن للحالة الصحية ونوع المرض المزمن ودرجة تطوره تأثيراً مباشراً في مناعة الفرد النفسية، فالمرض المزمن يسبب القلق والتوتر لدى المريض، ويرافقه العديد من المشاعر السلبية التي قد تتناوبه نتيجةً لذلك، ويؤثر ذلك وينعكس على مناعته النفسية. ومن خلال حديث الباحثة مع المرضى، أدلى العديد منهم بأن ما يعطيهم القوة والصمود؛ ويسهم في تمتعهم بالمناعة النفسية رغم المعاناة النفسية والجسدية عدد من العوامل أبرزها؛ العامل الديني، فالكثير من المرضى بينوا أن إيمانهم بالقضاء والقدر هو ما جعلهم قادرين على الصمود، وتحمل ما يحمله المرض المزمن من معاناة. كما بين بعض المرضى أن لعوائلهم نصيباً كبيراً في رغبتهم بالتمسك بالحياة، وفي التصدي ومقاومة مرضهم، ولهم دور كبير في دعمهم وتشجيعهم على المثابرة في تلقي العلاج. ومنهم من يرى أن لتقاؤلهم ونظرتهم الإيجابية نحو المرض، ولحوارهم الذاتي الإيجابي المشجع والمحفز لذواتهم دوراً كبيراً في رفع مناعتهم النفسية رغم الصعوبات التي يتعرضون لها.

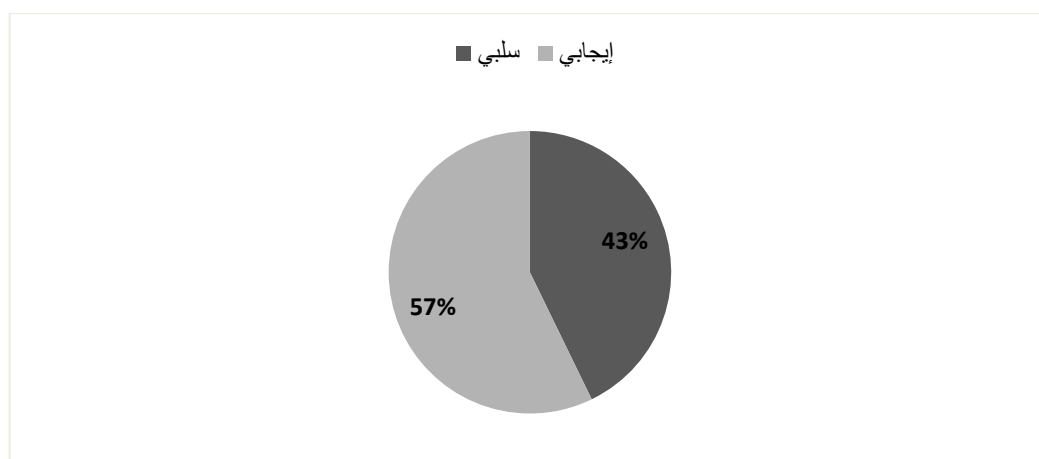
5-1-2 ما نوع الحوار الذاتي المستخدم لدى أفراد العينة؟

للإجابة عن هذا السؤال، قُسم أفراد العينة إلى نوعين للحوار الذاتي (إيجابي وسلبي) بحسب درجاتهم على مقياس الحوار الذاتي، استناداً إلى قانون تحديد طول الفئة (المدى ÷ عدد الفئات) (المزاح، 2013، ص.45)، وحُسب المدى بطرح أدنى درجة على المقياس وهي (19) من أعلى درجة (76) فكان الناتج (57) وقسم الناتج على 2 فكان الناتج 28.5 وعليه تكون الدرجات من (19 - 47) حواراً ذاتياً سلبياً، ومن (48 - 76) حواراً ذاتياً إيجابياً، وبناء على هذا المعيار؛ حُسبت النسبة المئوية لكل نوع وجاءت النتائج كالآتي:

جدول (15) نوع الحوار المستخدم لدى عينة الدراسة

نوع الحوار الذاتي	العدد	النسبة
سلبي	549	43%
إيجابي	734	57%

يتضح من الجدول السابق أن 57% من أفراد العينة لديهم حوار ذاتي إيجابي، و 43% لديهم حوار ذاتي سلبي. والشكل التالي يوضح نسبة الحوار الذاتي المستخدم لدى أفراد العينة.



الشكل (6) نوع الحوار الذاتي المستخدم لدى أفراد العينة

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الحوار الذاتي بنوعيه الإيجابي والسلبي؛ يرتبط ببنية الفرد المعرفية (المخططات، المعتقدات)، وبالبداية التي تشكلت فيها، وبدرجة ثبات هذه المعتقدات والمخططات، وبدرجة تعزيزها ومن قبل مَنْ، وأيضاً بما يراه الفرد أساسياً لسعادته ووجوده، فهذه البنية المعرفية تشكلت من خلال التجارب الحياتية التي مرَّ بها الفرد بدءاً من مرحلة الطفولة؛ التي كان للأسرة ولاسيما الوالدين دور كبير في تشكيلها، وبتحديد نوع الحوار الذاتي لدى الطفل، ويبدأ هذا النمط من الحوار بالتطور ليندمج ضمن بنيته المعرفية لاحقاً، ثم تعمل تجاربه في المدرسة ومع أقرانه على تدعيم وتثبيت معتقداته عن نفسه وعن الآخرين، وبذلك تتشكل البنية المعرفية لديه لتؤثر في أفكاره ونوع حواراته الذاتي وتقييمه لنفسه. ويتبين مما سبق تأثير البنية المعرفية في الحوار الذاتي الذي يستخدمه الفرد مع نفسه مهما كانت حالته الصحية.

5-2 نتائج فرضيات الدراسة:

5-2-1 نتائج الفرضية الأولى وتفسيرها:

لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد عينة الدراسة في الحوار الذاتي ودرجاتهم في المناعة النفسية.

استخدم اختبار بيرسون لمعرفة الارتباط بين درجات أفراد العينة في استبانتي الحوار الذاتي والمناعة النفسية، وكانت النتائج وفق الجدول رقم (16) كالآتي:

جدول (16) الارتباط بين الحوار الذاتي وبين المناعة النفسية

القرار	قيمة Sig	معامل الارتباط	العينة	الحوار الذاتي - المناعة النفسية
دال	0.000	*0.687	1283	

يتبين من الجدول السابق، أن معامل الارتباط بيرسون بلغ (0.687) وهي دالة عند مستوى الدلالة

0.01، مما يشير إلى وجود ارتباط إيجابي دال إحصائياً بين درجات أفراد العينة في استبانة الحوار الذاتي

ودرجاتهم في استبانة المناعة النفسية، أي هناك علاقة طردية بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية؛ فكلما كان الحوار الذاتي إيجابياً ارتفع مستوى المناعة النفسية لدى الفرد، والعكس صحيح. وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات منها دراسة هاملتون (2011) التي بينت أن للحوار الذاتي الإيجابي تأثيراً إيجابياً في قدرة مرضى السرطان على مواجهة مرضهم من خلال التصدي للضغوط الناجمة عنه. ودراسة السعيد (2020) التي بينت وجود علاقة ارتباطية بين الحوار الذاتي الإيجابي والثقة بالنفس. كما بينت دراسة العطار (2019) وجود علاقة طردية بين الحديث الذاتي الإيجابي والتدفق النفسي. ويؤكد ناجي وآخرون (2019) أن انخفاض المشكلات النفسية لها ارتباط بالحوار الذاتي الإيجابي.

القرار: ترفض الفرضية الصفريّة وتقبل الفرضية البديلة أي توجد علاقة دالة إحصائية بين الحوار الذاتي والمناعة النفسية لدى أفراد العينة.

يمكن تفسير هذه النتيجة بأن الحوار الذاتي لدى الفرد يرتبط بطريقة تفكيره، وكيفية تفسيره للمواقف والأحداث التي يمرّ بها ونظراته لها؛ فالحوار الذاتي ينبع من التفكير، وطريقة تفكير الفرد وحواره مع ذاته لها تأثير في الناحية النفسية، والقلق والحوار الذاتي السلبي يولدان عدداً من المشاعر السلبية كالشعور بالانهزامية والحزن والغضب واليأس، ولهذه المشاعر تأثيرها في المناعة النفسية؛ لأن تراكم الضغوط النفسية وعدم قدرة الفرد على التعامل معها يؤدي إلى إضعاف المناعة النفسية فتضعف قدرته على التصدي للأزمات التي يتعرض لها، أما التفكير والحوار الذاتي الإيجابي فيولدان المشاعر الإيجابية، ويشعران الفرد بالسعادة والرضا، وذلك من شأنه أن يقوي مناعته النفسية وقدرته على مواجهة الصعوبات والعقبات؛ فمدى تمتع الفرد بالمناعة النفسية يرتبط بتفكيره وحواره الذاتي؛ فإن كان إيجابياً تمتع بمناعة نفسية مرتفعة، وإن كان سلبياً انخفضت مناعته النفسية، وما سبق يؤكد ارتباط الحوار الذاتي بالمناعة النفسية.

5-2-2 نتائج الفرضية الثانية وتفسيرها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الأمراض

المزمنة وبين الأصحاء في الحوار الذاتي.

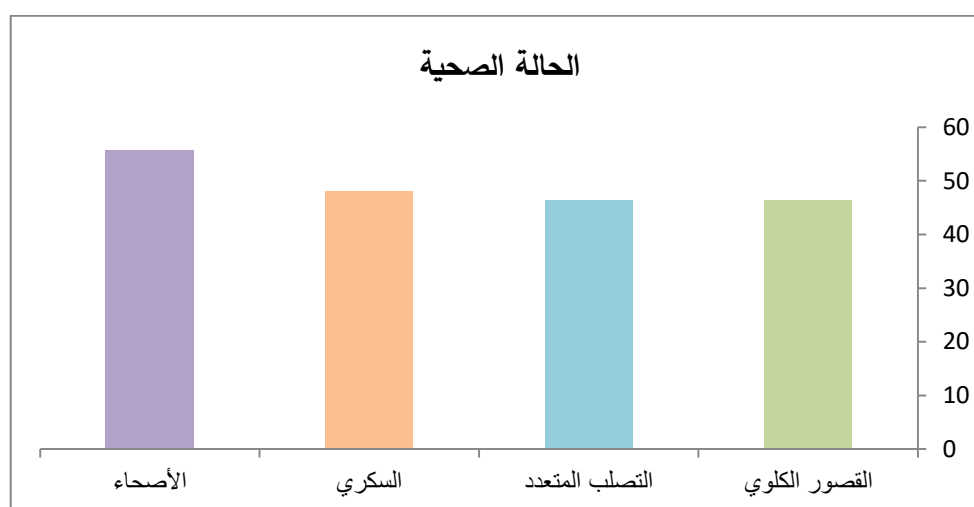
لمعرفة الفروق بين الأصحاء ومرضى السكري، والفروق بين الأصحاء ومرضى التصلب المتعدد، والفروق بين الأصحاء ومرضى القصور الكلوي، أجري اختبار "ت" ستودنت لمعرفة الفروق بين المتغيرات السابقة، وكانت النتائج كما في الجدول (17):

جدول (17) الفروق بين الأصحاء ومرضى السكري، والتصلب المتعدد، والقصور الكلوي في الحوار الذاتي

المتغير	الحالة الصحية	العدد	المتوسط	الانحراف	ح.د ($2n_1 + n_2 - 2$)	(ت)	قيمة Sig	القرار
الحوار الذاتي	الأصحاء	384	55.63	10.27	760	10.79	0.000	دال
	مرضى السكري	378	48.01	9.27				
	الأصحاء	384	55.63	10.27	691	12.34	0.001	دال
	التصلب المتعدد	309	46.32	9.33				
	الأصحاء	384	55.63	10.27	594	11.09	0.000	دال
	القصور الكلوي	212	46.40	8.63				

والشكل (7) يوضح المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في استبانة الحوار الذاتي تبعاً لمتغير

الحالة الصحية:



الشكل (7) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في استبانة الحوار الذاتي تبعاً لمتغير الحالة الصحية

يتبين من الجدول السابق أن قيمة (ت) عند الكشف عن الفروق بين الأصحاء ومرضى السكري هي (10.79) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية 0.000، وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وتبين عند الكشف عن الفروق بين الأصحاء ومرضى التصلب المتعدد، أن قيمة (ت) كانت (12.34) عند القيمة الإحصائية (0.001) وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وعند الكشف عن الفروق بين متوسط درجات مرضى القصور الكلوي والأصحاء، تبين أن قيمة (ت) هي (11.09) عند الدلالة الإحصائية (0.000) وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05 أي هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الأصحاء وبين مرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي لصالح الأصحاء. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المرض الجسدي يضعف الجهاز المناعي، ويصاب المرء نتيجة مرضه بالقلق والإحباط، كما يؤدي إلى تغيير في أسلوب الحياة الذي يشكل ضغطاً نفسياً على المريض، وهذا الضغط يؤثر في طريقة تفكيره، فينتابه القلق والخوف والحزن والغضب والعديد من المشاعر السلبية؛ (بيفر، 2011، ص. 165، 188) التي تؤثر في أفكاره وحواره لذاته، وتجعله ضمن دائرة مفرغة من الأفكار والمشاعر والحوار السلبي؛ فتمتع الفرد بالصحة الجسدية له تأثيره في طريقة تفكيره ونوعه؛ فإن كان الفرد يفكر وهو في حالة صحية جيدة، أو كان متفائلاً وسعيداً؛ تضطرم الفصوص الجبهية بالنشاط وتزيد كمية الأفكار الإيجابية، أما الحزن والكآبة فيخمدان نشاط المخ ويقللان من كمية النشاط الذهني (إبراهيم، 2008، ص. 32، 33) وهذا يفسر وجود فروق بين مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء في نوعية الحوار الذاتي.

ولمعرفة الفروق بين مرضى الأمراض المزمنة (السكري، القصور الكلوي، التصلب المتعدد) في الحوار

الذاتي، أجري اختبار Anova للكشف عن الفروق بين المتغيرات الثلاثة في الحوار الذاتي، وكانت النتائج وفق

الجدول (18):

جدول (18) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمتوسط درجات أفراد العينة في الحوار الذاتي وفق متغير

الأمراض المزمنة

القرار	قيمة Sig	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	الحوار الذاتي
دال	0.02	3.65	302.488	2	604.975	بين المجموعات
			82.833	896	74218.462	داخل المجموعات
				898	74823.437	الإجمالي

يتبين من الجدول السابق أن قيمة (F) بلغت (3.65) وكانت القيمة الإحصائية (0.02) وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.05، أي هناك فروق بين مرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي، ولتحديد جهة الفروق، تم استخدام اختبار المقارنات، واختبار التباين الأحادي للتحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وكانت النتائج وفق الجدول (19):

جدول (19) نتائج اختبار (ف) ليفين لتجانس التباين في الحوار الذاتي وفق متغير الأمراض المزمنة

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية 2	درجة الحرية 1	قيمة ف ليفين	الحوار الذاتي
غير دال	0.575	896	2	0.553	

يتبين من الجدول السابق أن قيمة ف ليفين بلغت (0.553) وهي غير دالة إحصائياً، تشير إلى تجانس التباين بين المجموعات، لذا استخدم اختبار (LSD) لتعرف مقدار الفروق بين المتوسطات ودلالاتها، وكانت النتائج وفق الجدول (20):

جدول (20) نتائج اختبار (LSD) لتحديد اتجاه الفروق في الحوار الذاتي وفق متغير الأمراض المزمنة

الحالة الصحية	فرق المتوسط	الخطأ المعياري	قيمة Sig	القرار	
تصلب	1.692	0.698	0.016	دال	السكري
قصور كلوي	1.614	0.780	0.039	دال	
سكري	1.692-	0.698	0.016	دال	التصلب
قصور كلوي	0.077-	0.811	0.924	غير دال	
السكري	1.614-	0.780	0.039	دال	قصور الكلى
التصلب	0.077	0.811	0.924	غير دال	

يتبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في الحوار الذاتي وفق متغير الأمراض المزمنة، وكانت الفروق لصالح مرضى داء السكري، ويتبين من المتوسطات أن الحوار الذاتي لمرضى السكري أكبر منه لدى مرضى التصلب المتعدد والقصور الكلوي، وهذا يعني أن الحوار الذاتي لديهم أكثر إيجابية من مرضى التصلب المتعدد والقصور الكلوي، كما تبين أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى التصلب المتعدد والقصور الكلوي في الحوار الذاتي. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (شامخ، 2009) التي بينت وجود فروق في نوعية الحوار الذاتي بين مرضى الذبحة الصدرية ومرضى ارتفاع ضغط الدم لصالح مرضى ضغط الدم. القرار: ترفض الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق بين مرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي وتقبل الفرضية البديلة بوجود فروق بين مرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي لصالح مرضى السكري.

ويمكن تفسير وجود فروق بين مرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي لصالح مرضى السكري، بأن لطبيعة المرض تأثيراً في الحوار الذاتي بما يحمله من ألم ومعاناة وطول فترة العلاج، وبمقارنة مرضى السكري بمرضى القصور الكلوي المضطرين للالتحاق بجلسات غسيل الكلى وما يرافقها من ألم ومعاناة في الانتظار وجاهزية الأجهزة؛ وكذلك الأمر مع مرضى التصلب المتعدد وما يعانونه من هجمات على الجهاز العصبي التي

تؤدي إلى معاناة المريض من العديد من الآثار الجسدية والصحية الناجمة عنها، نجد مرضى السكري أقل معاناة جسدياً وطبياً من مرضى القصور الكلوي والتصلب المتعدد؛ فمقدار الألم والمعاناة الناجمين عن المرض (التصلب المتعدد، القصور الكلوي) يولدان العديد من المشاعر السلبية لدى المريض التي تؤثر في أفكاره وحواره لذاته، وعلى الرغم من أن المريض قد يكون حواره لذاته إيجابياً؛ إلا أن طول فترة المعاناة والألم تؤثر بشكل أو بآخر في مستوى إيجابية ذلك الحديث. وإن ما يتصوره ويعتقده المريض بشأن التجربة المؤلمة التي يمر بها، وما تتطوي عليه من مراحل علاجية وضغوط نفسية، وما ينجم عنها من مشاعر سلبية، وكيفية تعامله مع هذه المشاعر ومع الأفكار المقلقة، تؤثر في طريقة تفكيره وحواره الذاتي.

5-2-3 نتائج الفرضية الثالثة وتفسيرها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الأمراض

المزمنة وبين الأصحاء في المنة النفسية.

لمعرفة الفروق في المنة النفسية بين الأصحاء ومرضى السكري، والفروق بين الأصحاء ومرضى التصلب المتعدد، وكذلك الفروق بين الأصحاء ومرضى القصور الكلوي، أجري اختبار "ت" ستيودنت لمعرفة الفروق بين المتغيرات السابقة، وكانت النتائج وفق الجدول (21):

جدول (21) اختبار (ت) لدلالة الفروق بين الأصحاء ومرضى السكري، والتصلب المتعدد، والقصور الكلوي في

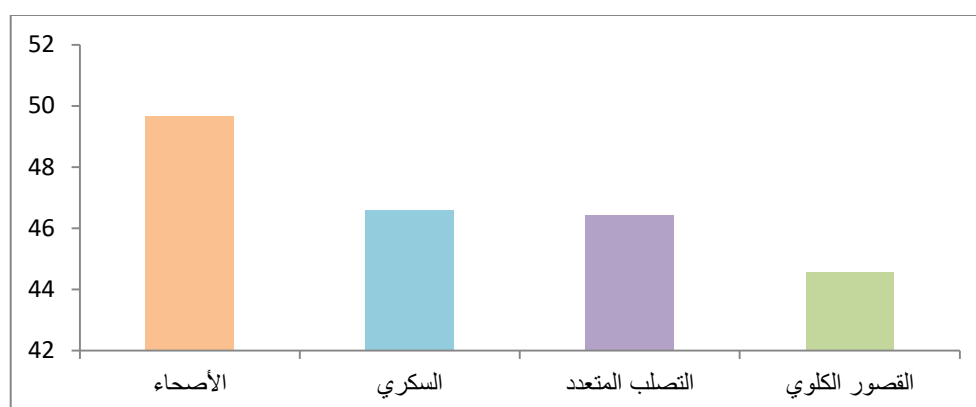
المنة النفسية

المتغير	الحالة الصحية	العدد	المتوسط	الانحراف	د.ح ($n_1 + n_2 - 2$)	(ت)	قيمة Sig	القرار
المنة النفسية	الأصحاء	384	49.65	9.63	760	5.09	0.000	دال
	مرضى السكري	378	46.58	6.72				
	الأصحاء	384	49.65	9.63	691	4.67	0.000	دال
	التصلب المتعدد	309	46.43	8.21				
	الأصحاء	384	49.65	9.63	594	6.41	0.010	دال

المتغير	الحالة الصحية	العدد	المتوسط	الانحراف	د.ح	(ت)	قيمة	القرار
	القصور الكلوي	212	44.57	8.56	$(2^{-2}n+1)$		Sig	

والشكل (8) يوضح المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في استبانة المناعة النفسية تبعاً لمتغير

الحالة الصحية.



الشكل (8) المتوسطات الحسابية لدرجات أفراد العينة في استبانة المناعة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الصحية

يلاحظ من الجدول السابق أن قيمة (ت) عند الكشف عن الفروق بين الأصحاء ومرضى السكري هي

(5.09) وكانت قيمة الدلالة الإحصائية 0.000 وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وتبين عند الكشف عن

الفروق بين الأصحاء ومرضى التصلب المتعدد أن قيمة (ت) كانت (4.67) عند الدلالة الإحصائية (0.000)

وهي أصغر من مستوى الدلالة 0.05، وعند الكشف عن الفروق بين متوسط درجات مرضى القصور الكلوي

والأصحاء، تبين أن قيمة (ت) هي (6.41) عند الدلالة الإحصائية (0.010) وهي أصغر من مستوى الدلالة

0.05 يتبين أن ثمة فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الأصحاء وبين مرضى الأمراض المزمنة في المناعة النفسية

لصالح الأصحاء. القرار: ترفض الفرضية الصفرية وتقبل الفرضية البديلة بوجود فروق بين الأصحاء ومرضى

الأمراض المزمنة في المناعة النفسية لصالح الأصحاء. ويمكن تفسير النتيجة السابقة، بأن تمتع الجسد

بالصحة وسلامته من الأمراض والعيوب الخلقية له دور كبير في تمتع الفرد بمناعة نفسية عالية، فالمرض

المزمن يسبب القلق والتوتر لصاحبه حيال مآل مرضه، وما يتبعه من ضغوط نفسية واجتماعية واقتصادية ناجمة

عنه؛ فينعكس ذلك على مناعته النفسية. كما أن تقبل المريض لمرضه له أهمية كبيرة في تقبل العلاج والالتزام به، ويساعده ذلك على تخطي العقبات والصعوبات التي تواجهه خلال مراحل مرضه. كما أن نمط تفكير الفرد في تفسير الأحداث الخارجية والمواقف التي يتعرض لها، ونظراته الإيجابية والمتفائلة؛ تساعده كثيراً على التعامل مع الأزمات الشديدة واحتمالها، وتؤثر في مستوى مناعته النفسية. فالصحة الجسدية لها تأثيرها في المناعة النفسية، وعلى الرغم من أن الأصحاء ومرضى الأمراض المزمنة يتمتعون بمستوى متفاوت من المناعة النفسية، إلا أن الأصحاء قد تتأثر مناعتهم بالمشكلات والأزمات التي يتعرضون لها مؤقتاً، إلا أنهم لا يسيطر عليهم القلق والتفكير المستمر حيال مرض مزمن يعانون منه. أما مرضى الأمراض المزمنة فإن مرضهم وقلقهم منه مستمر، فيؤثر على مناعتهم النفسية إلى جانب الظروف والعقبات المحيطة بهم. إلا أن العامل الحاسم في تمتع الفرد بمناعة نفسية أو لا، تمتعه بتفكير وحوار ذاتي إيجابي، كونه إيجابياً متفائلاً، ولديه قدر كبير من المرونة النفسية. وبذلك إما أن يستهلك المريض طاقته النفسية بالتفكير السلبي والقلق حيال صحته، وعدم اقتناعه بنجاعة اتباع النظام العلاجي، وإما أن يفكر بإيجابية، ويحاول النظر لمرضه نظرة إيجابية، ويتقبله ويلتزم بالعلاج المناسب وبالحمية الصحية، ولذلك تأثيره وانعكاسه المباشر على مناعته النفسية.

ولمعرفة الفروق بين مرضى الأمراض المزمنة (السكري، القصور الكلوي، التصلب المتعدد) في مستوى المناعة النفسية، أجري اختبار Anova للكشف عن الفروق بين المتغيرات الثلاثة في مستوى المناعة النفسية، وكانت النتائج وفق الجدول (22):

جدول (22) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لمتوسط درجات أفراد العينة في المناعة النفسية وفق متغير

الأمراض المزمنة

القرار	قيمة Sig	F	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	المناعة النفسية
دال	0.006	5.199	309.370	2	618.741	بين المجموعات
			59.506	896	53317.135	داخل المجموعات
				898	53935.875	الإجمالي

يتبين من الجدول السابق أن قيمة (F) بلغت (5.199) وكانت القيمة الإحصائية (0.006) عند مستوى الدلالة 0.05، أي هناك فروق بين مرضى الأمراض المزمنة في مستوى المناعة النفسية، لذا ترفض الفرضية الصفرية. ولتحديد جهة الفروق، استخدم اختبار المقارنات، واختبار التباين الأحادي للتحقق من تجانس التباين بين المجموعات، وكانت النتائج وفق الجدول الآتي:

جدول (23) نتائج اختبار (ف) ليفين لتجانس التباين في المناعة النفسية وفق متغير الأمراض المزمنة

القرار	مستوى الدلالة	درجة الحرية 2	درجة الحرية 1	قيمة ف ليفين	المناعة النفسية
دال	0.000	896	2	9.878	

يتبين من الجدول السابق أن قيمة ف ليفين بلغت (9.878) ومستوى الدلالة (0.000) وهي دالة إحصائياً، وتشير إلى عدم تجانس التباين بين المجموعات، لذا استخدم اختبار (Games Howell) لتعرف مقدار الفروق بين المتوسطات ودلالاتها، وكانت النتائج وفق الجدول (24):

جدول (24) نتائج اختبار (Games Howell) لتحديد اتجاه الفروق في المناعة النفسية وفق متغير

الأمراض المزمنة

القرار	قيمة Sig	الخطأ المعياري	فرق المتوسط	الحالة الصحية	العينة
غير دال	0.959	0.581	0.159	التصلب المتعدد	السكري
دال	0.009	0.682	2.019	القصور الكلوي	
غير دال	0.959	0.581	0.159-	السكري	التصلب المتعدد
دال	0.036	0.751	1.859	القصور الكلوي	
دال	0.009	0.682	2.019-	السكري	القصور الكلوي
دال	0.036	0.751	1.859-	التصلب المتعدد	

يتبين من الجدول السابق وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات أفراد العينة في المناعة النفسية وفق متغير الأمراض المزمنة، وكانت الفروق لصالح كل من مرضى السكري والتصلب المتعدد، وذلك لأن متوسط المناعة النفسية لديهم أعلى من متوسط المناعة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي؛ وبذلك ترفض الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق بين مرضى الأمراض المزمنة في المناعة النفسية، وتقبل الفرضية البديلة بوجود فروق بين مرضى الأمراض المزمنة في المناعة النفسية. أي إن المناعة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي أخفض مما هي لدى مرضى السكري والتصلب المتعدد.

ويمكن عزو ذلك إلى طبيعة المرض ومآله وما ينطوي عليه من معاناة وألم. فالقصور الكلوي يعدّ عاملاً ضاعطاً على المريض بسبب طول مدة جلسات الغسيل الكلوي، وضرورة الالتزام بالحمية الغذائية، وينعكس ذلك على الناحية النفسية لديه ولاسيما أنه يشعر بأن حياته مرتبطة بهذا الجهاز، ويتأثر نتيجةً لذلك أدائه الاجتماعي والأسري وحتى الوظيفي، ويسيطر عليه القلق بشأن المدة التي سيستمر فيها بالخضوع لعملية التصفية؛ فمعاناته لا تنتهي إلا بإيجاد متبرع بالكلية ونجاح عملية الزرع. أما مرضى السكري فعلى الرغم من الإرهاق الذي يؤدي إليه مرضهم، وشعورهم بالخوف والقلق من تداعيات المرض، إلا أن اتباعهم الحمية الصحية والنظام العلاجي يسهم في الحد من تطور المرض بدرجة كبيرة، كما أن حياتهم اليومية لا تتعطل كما هو شأن مرضى القصور الكلوي. وكذلك الأمر لمرضى التصلب المتعدد على الرغم مما يحمله مرضهم من معاناة وقلق وتوتر، إلا أن المواظبة على تلقي الدواء واتباع الحمية الصحية يمكّن المريض من السيطرة على مرضه والحد نوعاً ما من تطوره، وإنّ تلقيه العلاج لا يعيقه عن استمرار حياته اليومية، ولا يؤثر في أدائه كما هو حال مريض القصور الكلوي.

ويتبين مما سبق أن هناك فروقاً بين مرضى الأمراض المزمنة في المناعة النفسية لصالح مرضى السكري والتصلب المتعدد، ووجود فروق بين مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء في المناعة النفسية لصالح الأصحاء، وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (عبد الجبار، 2010) التي بينت وجود فروق في مستوى المناعة النفسية

بين مرضى الغدة الدرقية والأصحاء لصالح الأصحاء. وتتفق مع دراسة (علي، 2018) التي بينت وجود فروق في الصمود النفسي بين مرضى السكري والأصحاء، لصالح الأصحاء.

4-2-5 نتائج الفرضية الرابعة وتفسيرها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الحوار الذاتي وفق متغير الجنس لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء.

لمعرفة إن كان هناك فروق بين الجنسين في الحوار الذاتي، استخدم اختبار "ت" ستودنت، وكانت النتائج كما في الجدول الآتي:

جدول (25) اختبار (ت) لدلالة الفروق في الحوار الذاتي لدى الأصحاء وفق متغير الجنس

المتغير	العينة	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف	ح.د ($n_1 + n_2 - 2$)	(ت)	قيمة Sig	القرار
الحوار الذاتي	الأصحاء	ذكر	194	55.48	10.61	382	0.27	0.16	غير دال
		أنثى	190	55.77	9.94				

جدول (26) اختبار (ت) لدلالة الفروق في الحوار الذاتي لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء وفق متغير الجنس

المتغير	العينة	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف	ح.د ($n_1 + n_2 - 2$)	(ت)	قيمة Sig	القرار
الحوار الذاتي	السكري	ذكر	188	47.67	9.45	376	0.72	0.49	غير دال
		أنثى	190	48.35	8.87				
	التصلب المتعدد	ذكر	152	45.68	9.28	307	0.63	0.95	غير دال
		أنثى	157	46.65	9.39				
	القصور الكلي	ذكر	109	46.33	8.86	210	0.12	0.66	غير دال
		أنثى	103	46.47	8.43				
	الأصحاء	ذكور وإناث	384	55.63	10.27	1281	14.83	0.000	دال

القرار	قيمة Sig	(ت)	ح.د (2^{-2n+1})	الانحراف	المتوسط	العدد	الجنس	العينة	المتغير
				9.12	47.05	899	ذكور وإناث	مرضى الأمراض المزمنة	

يتبين من الجدول (25) أن دلالة الفروق بين الجنسين في الحوار الذاتي لم تكن دالة إحصائياً؛ إذ كانت قيمة "ت" لدى الأصحاء (0.27) عند القيمة الإحصائية (0.16) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وبالتالي لا توجد فروق في الحوار الذاتي لدى الأصحاء وفق متغير الجنس.

وبالنسبة للفروق لدى مرضى الأمراض المزمنة يتبين من الجدول (26) أن قيمة "ت" بلغت (0.72) عند الدلالة الإحصائية (0.49) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لدى مرضى السكري، أما قيمة "ت" لدى مرضى التصلب المتعدد فبلغت (0.63) عند القيمة الإحصائية (0.95) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، أما قيمة "ت" لدى مرضى القصور الكلوي فقد بلغت (0.12) عند القيمة الإحصائية (0.66) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05؛ لذا تقبل الفرضية الصفرية، بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الحوار الذاتي. وبالمقارنة بين الأصحاء ومرضى الأمراض المزمنة يتبين وجود فروق لصالح الأصحاء في الحوار الذاتي، وتدعم هذه النتيجة ما توصلت إليه نتيجة الفرضية الثانية.

وتختلف هذه النتيجة عن دراسة شامخ (2009) التي بينت وجود فروق بين الجنسين في الحوار الذاتي بصورته السلبية لصالح الإناث. ويمكن عزو هذه النتيجة إلى أن الحوار الذاتي يرتبط أساساً ببنية الفرد المعرفية؛ إذ تؤثر في طبيعة الأفكار التلقائية واللاعقلانية التي قد تسبب تشوهاً معرفياً ينعكس على طريقة تفكيره وحواره لذاته. كما ينشأ الحوار الذاتي عن عدد من العوامل؛ منها طريقة تربية الوالدين وحوارهم معه، وطبيعة علاقاته الاجتماعية مع الأصدقاء، وتجارب النجاح والفشل لديه؛ وتعدّ عوامل مؤثرة في الحوار الذاتي. ويرى هيلمستر أن 77% مما يقوله الفرد هو المحدد لنجاحه أو فشله. وينشأ هذا الحوار من التفاعلات الاجتماعية

(Helmstetter, 1987, p.20) أي من خلال علاقة الفرد بأسرته، ثم بمدرسته وأصدقائه. وبذلك لا يعدّ الجنس عاملاً مؤثراً في الحوار الذاتي سواء أكان إيجابياً أم سلبياً مقارنةً بالعوامل السابقة.

5-2-5 نتائج الفرضية الخامسة وتفسيرها: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المناعة النفسية

لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء وفق متغير الجنس.

حُسِبَت الفروق بين الجنسين في المناعة النفسية باستخدام اختبار "ت" ستودنت لدلالة الفروق، وكانت

النتائج وفق الجدول (27):

جدول (27) اختبار (ت) لدلالة الفروق في المناعة النفسية لدى الأصحاء وفق متغير الجنس

المتغير	العينة	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف	ح.د ($2n_1 + n_2$)	(ت)	قيمة Sig	القرار
المناعة النفسية	الأصحاء	ذكر	194	49.45	9.74	382	0.41	0.81	غير دال
		أنثى	190	49.86	9.54				

جدول (28) اختبار (ت) لدلالة الفروق في المناعة النفسية لدى مرضى الأمراض المزمنة والأصحاء وفق متغير الجنس

المتغير	العينة	الجنس	العدد	المتوسط	الانحراف	ح.د ($2n_1 + n_2$)	(ت)	قيمة Sig	القرار
المناعة النفسية	السكري	ذكر	188	46.49	6.84	376	0.27	0.78	غير دال
		أنثى	190	46.68	6.68				
	التصلب المتعدد	ذكر	152	45.61	7.60	307	1.71	0.07	غير دال
		أنثى	157	47.21	8.71				
	القصور الكلي	ذكر	109	45.86	8.14	210	2.28	0.25	غير دال
		أنثى	103	43.20	8.74				

القرار	قيمة Sig	(ت)	ح.د ($n_1 + n_2 - 2$)	الانحراف	المتوسط	العدد	الجنس	العينة	المتغير
دال	0.000	7.06	1281	9.63	49.65	384	ذكور وإناث	الأصحاء	
				7.74	46.05	899	ذكور وإناث	مرضى الأمراض المزمنة	

يتبين من الجدول (27) أن دلالة الفروق في المناعة النفسية لدى الأصحاء وفق متغير الجنس لم تكن دالة إحصائية، حيث بلغت قيمة "ت" (0.41) عند القيمة الإحصائية (0.81) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي لا توجد فروق في المناعة النفسية لدى الأصحاء وفق متغير الجنس.

وبالنسبة للفروق لدى مرضى الأمراض المزمنة في المناعة النفسية وفق متغير الجنس يتبين من الجدول (28) أن قيمة "ت" بلغت (0.27) عند الدلالة الإحصائية (0.78) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05 لدى مرضى السكري، أما قيمة "ت" للفروق بين الجنسين في المناعة النفسية لدى مرضى التصلب المتعدد فقد بلغت (1.71) عند القيمة الإحصائية (0.07) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، وقيمة "ت" لدى مرضى القصور الكلوي قد بلغت (2.28) عند القيمة الإحصائية (0.25) وهي أكبر من مستوى الدلالة 0.05، لذا تقبل الفرضية الصفرية بعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في المناعة النفسية. وبالمقارنة بين الأصحاء ومرضى الأمراض المزمنة يتبين وجود فروق لصالح الأصحاء في المناعة النفسية، وتدعم هذه النتيجة ما توصلت إليه نتيجة الفرضية الثالثة.

وتختلف هذه النتيجة عن دراستي (مسحل، 2018) و(الحرايزة، 2020) اللتين أظهرتا وجود فروق في المناعة النفسية لصالح الذكور. ويمكن تفسير هذه النتيجة، بأن المناعة النفسية تؤثر فيها العديد من العوامل منها؛ ما يرتبط بالفرد نفسه، كال تفكير الإيجابي، والتفاؤل، والمرونة النفسية. كما ترتبط بمناعته النفسية المكتسبة طبيعياً التي تنشأ من الخبرات السابقة، ومن المهارات والمعارف التي يتعلمها من مواجهته للآزمات والصعوبات،

وتعتبر هذه الخبرات والمهارات تطعيمات نفسية تنشط جهاز المناعة النفسية وتقويه ضد التوتر والقلق (مرسي، 2000، ص.96). وبذلك تؤثر هذه العوامل في مستوى المناعة النفسية الذي يتمتع به الفرد، ولظروف التنشئة الاجتماعية دور في تنمية قدراته في مواجهة هذه الصعوبات، بما تقدمه من دعم ومساندة يؤدي إلى شعور الفرد بالراحة والانتماء لهذا المحيط وتوافقه معه؛ فالمناعة النفسية لا تتأثر بجنس الفرد بقدر ارتباطها بالعوامل السابقة.

5-2-6 نتائج الفرضية السادسة وتفسيرها: يمكن التنبؤ بمستوى المناعة النفسية من خلال الحوار الذاتي لدى أفراد العينة.

للكشف عن إمكانية التنبؤ بمستوى المناعة النفسية من خلال الحوار الذاتي، أجري اختبار الانحدار البسيط وكانت النتائج وفق الجدول (29):

جدول (29) الاحصاءات الوصفية للمتغيرات المستخدمة في معادلة الانحدار البسيط

المتغير	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري
الحوار الذاتي	1283	49.62	10.26
المناعة النفسية	1283	47.13	8.51

بالنظر إلى الجدول السابق نجد أن متوسط أداء العينة في استبانة الحوار الذاتي (49.62) بانحراف معياري (10.26)، كما بلغ متوسط أداء العينة في استبانة المناعة النفسية (47.13) بانحراف معياري (8.51) ثم فحص نموذج الانحدار الكلي باستخدام تحليل التباين (ANOVA) كما هو موضح في الجدول (30):

جدول (30) تحليل التباين ANOVA

النموذج	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	ف	قيمة Sig
الانحدار	43866.347	1	43866.347	1143.553	^b 0.000
البواقي	49138.783	1281	38.360		
الكلي	93005.130	1282			

يتبين من الجدول السابق أن النموذج العام لتحليل الانحدار البسيط دال إحصائياً للحوار الذاتي على المناعة النفسية لدى أفراد العينة؛ إذ جاءت قيمة (ف) مساوية (1143.553) وهي دالة إحصائياً. ثم حُسب معامل الانحدار لتحديد قدرة الحوار الذاتي على التنبؤ بمستوى المناعة النفسية، وكانت النتائج وفق الجدول (31):

جدول (31) تحليل الانحدار

النموذج	معامل الانحدار		معامل الانحدار المعياري	ت	قيمة Sig	R2 معامل التحديد
	B	الخطأ المعياري				
الثابت	18.861	0.854		22.09	0.000	0.47
الحوار الذاتي	0.570	0.017	0.687	33.81	0.000	

يتبين من الجدول السابق أن قيمة معامل الانحدار للحوار الذاتي بلغت (0.570)، وبلغت قيمة "ت" (33.81) وكانت دالة عند مستوى الدلالة 0.01 ما يشير إلى أن متغير الحوار الذاتي له تأثير في المناعة النفسية، ويمكن من خلاله التنبؤ بأن التباين في الحوار الذاتي يفسر (47%) من التباين في المناعة النفسية. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (شامخ، 2009) التي ترى أن الحوار الذاتي السلبي يسهم في التنبؤ باضطراب

التوافق والقلق من المستقبل. وتتفق مع دراسة العطار (2019) بأن للحوار الذاتي قدرة تنبئية في التدفق النفسي والهزيمة النفسية.

ويمكن عزو النتيجة، إلى تأثير الحوار الذاتي في المنة النفسية، ويمكن من خلاله التنبؤ بنسبة (47%) بالمنة النفسية. وبذلك يعدُّ الحوار الذاتي أحد أهم العوامل المؤثرة في المنة النفسية؛ فحوار الفرد لذاته سواء أكان إيجابياً أم سلبياً له تأثيره في مناعته النفسية؛ فإما أن يتمتع الفرد بمنة نفسية مرتفعة أو منخفضة. كما أن المنة النفسية تتأثر بعدد من العوامل إلى جانب الحوار الذاتي منها العوامل الاجتماعية وتتضمن تقديم الدعم من المحيط الاجتماعي للفرد، وتقديم المؤازرة له في أوقات الشدة والأزمات. فبيئة الفرد المحيطة به وأنماط العلاقات والأدوار الأسرية التي يعيشها تؤثر في مناعته النفسية؛ فإن كانت متزنة وسليمة ارتفعت مناعته النفسية، وإن كانت سيئة انعكس ذلك سلباً عليها. وللعوامل الدينية والأخلاقية (كالصبر، والرضا..)، وسمات الفرد الشخصية (كالتفاؤل والإيجابية) تأثيرها المباشر في منة الفرد النفسية.

3-5 ملخص النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

أظهرت نتائج الدراسة ما يلي:

- 43% من عينة الدراسة لديها حوار ذاتي سلبي، و57% كان حوارهم إيجابياً.
- لدى مرضى الأمراض المزمنة مستوى منة نفسية متوسط.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحوار الذاتي وبين المنة النفسية، بمعامل ارتباط بيرسون (0.68)
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية وفق متغير الجنس في الحوار الذاتي والمنة النفسية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأصحاء ومرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي لصالح الأصحاء، كما توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مرضى الأمراض المزمنة في الحوار الذاتي لصالح مرضى السكري إذ كان حوارهم الذاتي أكثر إيجابية من مرضى التصلب المتعدد ومرضى القصور الكلوي.

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأصحاء ومرضى الأمراض المزمنة في المنة النفسية لصالح الأصحاء، وتوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المنة النفسية بين مرضى الأمراض المزمنة لصالح مرضى السكري والتصلب المتعدد؛ إذ كانت المنة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي أخفض منها لدى مرضى السكري والتصلب المتعدد.
- تبين وجود تأثير دال لمتغير الحوار الذاتي في متغير المنة النفسية؛ إذ بلغت نسبة التأثير (47%)

4-5 مقترحات الدراسة:

- إجراء بحوث ودراسات تتناول متغيري الحوار الذاتي، والمنة النفسية على عينات أو فئات عمرية أخرى، كما يمكن دراستها لدى مرضى القصور الكلوي وفق متغيرات جديدة. أو لدى أفراد يعانون إعاقات مكتسبة.
- إمكانية الاستفادة من نتائج الدراسة الحالية في بناء برامج سلوكية معرفية تهدف إلى تحسين نوعية الحوار الذاتي لدى مرضى الأمراض المزمنة.
- التوجه نحو دراسة الحوار الذاتي لدى مرضى الأمراض السيكوسوماتية (الأمراض العضوية ذات المنشأ النفسي).

ملخص الفصل:

تضمن هذا الفصل عرضاً لنتائج أسئلة وفرضيات الدراسة والإجابة عنها، وتفسيرها، كما تضمن عرضاً لأبرز النتائج التي تم التوصل إليها، وما انبثق عن هذه النتائج من مقترحات.



المراجع

المراجع العربية:

- إبراهيم، عبد الستار. (2008). عين العقل دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني الإيجابي. (ط:1). القاهرة: مصر. دار الكاتب للطباعة والنشر.
- أبو النصر، مدحت. (2017). مناهج البحث في الخدمة الاجتماعية. المجموعة العربية للتدريب والنشر.
- بلان، كمال. (2015). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. (ط:1). عمان: الأردن. دار الإصدار العلمي.
- بيفر، فيرا. (2011). التفكير الإيجابي. ترجمة: مكتبة جرير. (ط:8). مكتبة جرير.
- بيلوس، رودي. (2013). مرض السكري. ترجمة: هنادي مزبودي. (ط:1). الرياض: السعودية. المجلة العربية.
- الجزار، رانيا. (2018). المناعة النفسية لدى طلبة الجامعة وعلاقتها بالذكاء الأخلاقي والأداء الأكاديمي. مجلة البحث العلمي، جامعة عين شمس، 19(15)، ص 493 – 535
- جمعية الصحة النفسية الصينية. (2020). دليل وقاية الصحة النفسية من فيروس كورونا. ترجمة: أمينة شكري. (ط:1). مجموعة بيت الحكمة للثقافة.
- الحرايزة، جعفر عبد العزيز. (2020). مستوى المناعة النفسية وعلاقتها بالصحة النفسية لدى الطلبة الرياضيين في جامعة البلقاء التطبيقية. مجلة دراسات العلوم التربوية، (47): 1، ص 118 – 128
- الحلبي، حنان. (2021). المناعة النفسية والمساندة الاجتماعية كمنبئات بالتوجه الإيجابي نحو المستقبل لدى عينة من طالبات جامعة القصيم. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، 9(2)، 469 – 487.
- الحميد، محمد. (2008). داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. الرياض: السعودية. مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية.
- خضير، أسامة، وحسين، كامل. (2016). تقنين مقياس المناعة النفسية لدى الرياضيين المتقدمين. مجلة علوم الرياضة، عدد خاص لبحوث الاستلال. ISSN :2074-6032

- خميسة، قنون. (2013). الاستجابة المناعية وعلاقتها بالدعم الاجتماعي المدرك والرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان. رسالة دكتوراه. كلية العلوم الانسانية. جامعة الحاج لخضر.
- خيرة، عيشوني. خديجة، بن لزرق. (2016). القلق والاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي الخاضعين لعملية تصفية الدم. رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية. مستغانم: الجزائر. جامعة عبد الحميد بن باديس.
- الداهري، صادق. (2010). مبادئ الصحة النفسية. (ط:2). عمان: الأردن. دار وائل للنشر.
- ديفيدسون. (2005-أ). الأمراض العصبية. ترجمة: عماد محمد زوكار. (ط:1). دمشق: سوريا. دار القدس للعلوم.
- ديفيدسون. (2005-ب). أمراض الكلية والجهاز التناسلي. ترجمة: محمد عبد الرحمن العينية. (ط:1). دمشق: سوريا. دار القدس للعلوم.
- ديفيدسون. (2005-ج). الداء السكري وأمراض الغدد الصم. ترجمة: عماد محمد زوكار. (ط:1). دمشق: سوريا. دار القدس للعلوم.
- الزغول، رافع، والزغول، عماد. (2014). علم النفس المعرفي. الشروق للنشر.
- السباعي، وائل. (2010). الاضطرابات السلوكية والعصبية عند الأطفال الوقاية والعلاج. (ط:1). القاهرة: مصر. العربي للنشر والتوزيع.
- السعيد، عمرو. (2020). فاعلية برنامج للحديث الذاتي الإيجابي (عن بعد) على تحسين مستوى الثقة بالنفس لناشئ السباحة في ظل مواجهة جائحة فيروس كورونا المستجد. المجلة العلمية للتربية البدنية وعلوم الرياضة، عدد:89. ص 1-26
- السقا، صباح. (2005). فاعلية برنامج علاجي معرفي - سلوكي في خفض حدة أعراض الاكتئاب. رسالة دكتوراه. كلية التربية. دمشق: سوريا. جامعة دمشق.

- السويداء، عبد الكريم. (2010). المرشد الشامل لمرض الفشل الكلوي. (ط:1). الرياض: السعودية. وهج الحياة للنشر.
- شامخ، بسمة. (2009). التحدث مع الذات وعلاقته باضطراب التوافق والقلق من المستقبل لدى مرضى الجهاز الدوري. رسالة دكتوراه. كلية التربية. العراق. الجامعة المستنصرية.
- شاهين، محمد. (2021). المناعة النفسية كمتغير وسيط بين الضغوط النفسية والاتزان الانفعالي لدى العاملات في الأجهزة الأمنية الفلسطينية. المجلة الدولية للدراسات التربوية والنفسية، العدد: 13. ص 101-137.
- شلوتكه، بيرتر، وكاسبار، فرنس، ورولر، بيرند. (2016). التشخيص النفسي الإكلينيكي 3. ترجمة: سامر جميل رضوان. (ط:1). ج: 2. الإمارات. دار الكتاب الجامعي.
- الشماس، عيسى وميلاد، محمود. (2011). مناهج البحث في التربية وعلم النفس. جامعة دمشق.
- صادق، عادل. (1986). الألم النفسي والعضوي. القاهرة: مصر. توزيع الأهرام.
- صباح، عايش. الشجيري، عمر. (2017). جودة الحياة الروحية وعلاقتها بالمناعة النفسية لدى طلبة الجزائر والعراق. مجلة جامعة الأنبار للعلوم الإنسانية، عدد: 3، العراق.
- صبور، محمد. (1994). أمراض الكلى أسبابها وطرق الوقاية منها وعلاجها. ط:1. القاهرة: مصر. دار الشروق.
- عبد الجبار، مواهب. (2010). المناعة النفسية وعلاقتها بالكفاءة الشخصية وسمو الذات لدى المصابين بمرض الغدة الدرقية. رسالة دكتوراه. كلية التربية. العراق. الجامعة المستنصرية.
- عبيد، ماجدة. (2008). الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية. (ط:1). دار صفاء للنشر.
- العطار، محمود. (2019). الحوار الذاتي الإيجابي وعلاقته بالتدفق النفسي والهزيمة النفسية لدى طلاب كلية التربية. المجلة المصرية للدراسات النفسية، 102 (29)، ص 389 - 432.

- عكاشة، أحمد، وعكاشة، طارق. (2010). الطب النفسي المعاصر. (ط:2). القاهرة: مصر. مكتبة الأنجلو المصرية.
- عليان، مصطفى. (2001). البحث العلمي. الأردن. بيت الأفكار الدولية.
- علي، محمد. (2018). الفروق بين مرضى النمط الثاني من السكري والأصحاء في الصمود النفسي والمعتقدات الصحية وتنظيم الذات وعمه المشاعر. المجلة المصرية لعلم النفس الإكلينيكي والإرشادي، 6(3)، 337 - 370.
- عيدروس، عقيل. (1993). مرض السكر بين الصيدلي والطبيب. السعودية. مؤسسة مكة المكرمة للطباعة والإعلام.
- غنيم، محمد. (2004). مبادئ القياس والتقويم النفسي والتربوي. جامعة حلوان.
- الفقي، إبراهيم. (2000). قوة التحكم بالذات. السعودية. المركز الكندي للتنمية البشرية.
- مسحل، رابعة. (2018). المناعة النفسية وعلاقتها بكل من الكفاءة المهنية والضغط المهنية لدى العاملين بالجهاز الإداري بالدولة. مجلة قطاع الدراسات الإنسانية، عدد:22، ص: 1165 - 1238.
- مرسي، كمال. (2000). السعادة وتنمية الصحة النفسية. (ط:1). الجزء الأول. القاهرة. دار النشر للجامعات.
- المزاح، محمد. (2013). مبادئ الإحصاء والاحتمالات للعلوم الإدارية والتطبيقية. (ط:3). صنعاء: اليمن. جامعة العلوم للتكنولوجيا للكتاب الجامعي.
- مطر، عامر. السباعي، عبد الرزاق. (2001). الدليل في الطب الباطني. (ط:1). دار شعاع للنشر والعلوم.
- المطيري، معصومة. (2005). الصحة النفسية مفهوما واضطرابات. (ط:1). مكتبة الفلاح للنشر والتوزيع.
- الملوح، ناصر. (2013). الطب النفسي الجسدي. سوريا. دار الغسق.

- منظمة الصحة العالمية. (2002). الرعاية المتكاملة للحالات المزمنة. دائرة الأمراض غير السارية والصحة النفسية.
- المهدي، محمد. (2002). مستويات النفس. (ط:1). الاسكندرية. الملتقى المصري للإبداع والتنمية.
- ميمونة، بداد. (2017). اضطراب ما بعد صدمة البتر لمريض السكري. رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. الجزائر. جامعة عبد الحميد بن باديس.
- ناجي، أسيل، ومحمد، رغداء فؤاد، واسماعيل، شذى عبد الحافظ. (2019). المشكلات النفسية وعلاقتها بالحديث الذاتي لدى طلبة جامعة المثنى. مجلة العلوم الرياضية، 12(7)، ص: 427 – 436.
- نجاتي، غنى. (2016). المناعات النفسية وعلاقتها بالتقبل الوالدي لدى عينة من طلبة كلية التربية. مجلة جامعة البعث، 38 (18)، ص: 143 – 171.
- نسيم، قجالي. (2017). الحديث الذاتي وعلاقته بالثقة بالنفس وفق مستوى النتائج الرياضية المحققة لدى لاعبي كرة القدم. رسالة ماجستير. معهد علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية. الجزائر. جامعة محمد بوضياف بالمسيلة.
- نسيم، فوغالي، ووفاء، أقران. (2016). الصدمة النفسية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم. رسالة ماجستير. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. الجزائر. جامعة ألكلي محند أولحاج.
- ولكنسون، د.إ.م.س. (2002). أساسيات طب الأعصاب. ترجمة: لطفي عبد العزيز شربيني وهشام صلاح الحناوي. (ط:1). الكويت. مركز تعريب العلوم الصحية.

المراجع الأجنبية:

- Ader, R. (2007). **Psychoneuroimmunology**. (4th ed). Vol: 1. Elsevier.
- Alderson-Day, B., Mitrenga, K., Wilkinson, S., McCarthy-Jones, S., Fernyhough, C. (2018). **The varieties of inner speech questionnaire – Revised (VISQ-R):**

Replicating and refining links between inner speech and psychopathology.

Consciousness and Cognition, no: 65, 48–58.

- Andreas, S. (2014). **More transforming negative self-talk.** W. W. Norton.
- Barnard, K., Lloyd, C. (2012). **Psychology and Diabetes care.** Springer London Dordrecht Heidelberg.
- Bona, K. (2014). **An Exploration of the psychological immune system in hungarian gymnasts.** Thesis of master. University of Jyvaskyla.
- Burns, D. D. (1980). **Feeling good the new mood therapy.** New American library.
- Brinthaupt, T., Hein, M., Kramer, T. (2009). **The Self-Talk Scale: Development, Factor Analysis, and Validation.** Journal of Personality Assessment, vol: 91. No: 1, P.82–92
- Conroy, D. E., Metzler, J. (2004). **Patterns of Self-Talk Associated With Different Forms of Competitive Anxiety.** Journal of Sport & Exercise Psychology, vol: 26. No: 1. p: 69–89.
- Daruna, J. (2012). **Introduction to Psychoneuroimmunology.** (2nded). Academic Press.
- D.flaxington, B. (2013). **Self-talk for a calmer you.** Adams Media.
- Dubey, A., Shahi, D. (2011). **Psychological immunity and coping strategies: a study on medical professionals.** Indian journal of science researches, 8 (1–2), p.36 – 47.

- Lloyd, C., Pouwer, F., Hermanns, N. (2013). **Screening for Depression and Other Psychological Problems in Diabetes**. Springer London Heidelberg.
- Ellis, A. (1997). **The Practice of Rational Emotive Behavior Therapy**. (2nded). USA. Springer Publishing Company.
- Farmer, R., Chapman, A. (2016). **Behavioral Interventions in Cognitive Behavior Therapy**. (2nded). Washington. American Psychological Association.
- Foley, F., Miller, A., Larocca, N., Scheinberg, L., Bedell, J., Lennox, S., Traugott, U. (1988). **Psych-immunological dysregulation in multiple sclerosis**. New York, p.398–403.
- Foreyt., J., Rathjen, D. (1987). **Cognitive behavior therapy**. Plenum Press.
- Gantor, D., Goodheart, C., Haber, S., McGrath, E., Rubenstein, A., Walker, L., Zager, K., Thompson, A. (2004). **Finding Your Voice A Woman's Guide to Using Self-Talk for Fulfilling Relationships**. Work and Life. W2W Psychologists Group.
- Gantor, D., Goodheart, C., Haber, S., McGrath, E., Rubenstein A., W., Walker, L., Gerogianni, S., Babatsikon, F. (2014). **Psychological aspects in chronic renal failure**. health science journal, vol: 8. No:2.
- Glaser, Ronald., Glaser, K.K. J., McGuire, L., Robles, T. (2002). **Psychoneuroimmunology: psychological influences on immune function and health**. journal of consulting and clinical psychology, vol: 70. No:3, p: 537–547.
- Guerrero, C.M. (2005). **Inner Speech – L2**. Springer Science.

- Hamilton, R., Miedema, B., MacIntyre, L., Easley, J. (2011). **Using a positive self-talk intervention to enhance coping skills in breast cancer survivors.**
Canada, vol: 18. No: 2. P.46–53.
- Helmstelter, S. (1987). **What to say when you talk to yourself.** Simon and Schuster.
- H.Manning, B. (1991). **Cognitive Self-Instruction for classroom processes.**
State University of New York.
- Hoang, P., Shepherd, R. (2010). **Neurological rehabilitation: Multiple sclerosis.** (2nd ed). Health Sciences division, pp. 335 – 350.
- Spak, J. (2014). **the examination of self-talk and cognitive anxiety among collegiate athletes.** master thesis. Ithaca College. New York.
- Meichenbaum, D. (1977). **Cognitive behavior modification.** Plenum Press.
- National Kidney Foundation. (2014). **about chronic kidney disease,** New York.
https://www.kidney.org/sites/default/files/11-50-0160_patientguideCKD.pdf
- O’connor, P. (2014). **Multiple sclerosis the facts you need.** (5thEd). Canada a Cataloguing.
- Ren. X., Wang. T., Jarrold, C. (2016). **Individual Differences in frequency of inner speech: Differential Relation with cognitive and non– cognitive factors.**
Huazhong University of science, china.
- Vargay, A., Jozsa, E., Pajer, A., Banyai, E. (2019). **The characteristics and changes of psychological immune competence of breast cancer patients**

- receiving hypnosis, music or special attention. Mentalhigiene es pszichoszomatika, vol: 20. No: 2, P. 139– 158.
- W. Kusnecov, A., Anisman, H. (2014). The wiley–blackwell handbook of Psychoneuroimmunology (1 ed). A John Wiley & Sons, Ltd., Publication
 - Welsh, C. J., Steelman, J. A., Mi, W., Young, C. R., Storts, R., Welsh, H. T& Meagher, W. M.(2009). Neuroimmune interactions in a model of multiple sclerosis. College of Veterinary Medicine and Biomedical Sciences, USA. Texas A&M University.
 - Yan, Q. (2012). Psychoneuroimmunology Methods and Protocols. Springer Science.

مواقع الانترنت:

فيرنيهو، تشارلز. (2018، تشرين الثاني 18). *التحدث إلى النفس يُطْلِعنا على أسرار الدماغ.* بنك المعرفة المصري، استرجعت بتاريخ 28 كانون الأول، 2020، من

<https://www.scientificamerican.com/arabic/articles/from-the-magazine/what-self-talk-reveals-about-the-brain>

الملاحق

الملحق 1 أسماء السادة المحكمين لاستبانة الحوار الذاتي والمناعة النفسية

الاسم	الدرجة العلمية
د. أمينة رزق	أستاذ في قسم علم النفس
د. أحمد الزعبي	أستاذ في قسم الإرشاد النفسي
د. صباح السقا	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي
د. منال الشيخ	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي
د. عائشة ناصر	أستاذ مساعد في قسم الإرشاد النفسي
د. سليمان كاسوكة	أستاذ مساعد في قسم علم النفس
د. رنا قوشحة	مدرسة في قسم القياس والتقويم
د. سمر الحلح	مدرسة في قسم الإرشاد النفسي
د. كارولين المحسن	مدرسة في قسم الإرشاد النفسي
د. وافي خليل	مدرس في قسم الإرشاد النفسي
د. خالد الشبلي	مدرس في قسم الإرشاد النفسي

الملحق 2: استبانة الحوار الذاتي بصورته الأولية مع التعديلات

البند	العبارة	التعديلات	نسبة الاتفاق على كل بند
1	أتحدث مع نفسي عن الأشياء التي فعلتها فيما إذا كانت صحيحة أم لا.	أراجع مع نفسي مدى صحة الأفعال التي قمت بها.	%100
2	أتحدث مع نفسي بطريقة تزيد من قلقي.	الطريقة التي أتحدث بها مع نفسي تسبب لي التوتر.	%100
3	أتحدث إلى نفسي بطريقة ناقدة.		%100
4	أتحدث بصمت وأقول لو لم أفعل سلوكاً معيناً.	أتحدث مع نفسي وأقول لو لم أفعل سلوكاً معيناً.	%100
5	أعتقد أن أفكار السلبية تجعلني أشعر بالتوتر والغضب.	أشعر بالارتياح عندما أنتقد أفكار السلبية مع نفسي.	%80
6	أتحدث مع نفسي وأقيم سلوكاً ما قمت به.	حذف	%30
7	أتحدث مع نفسي حول أشياء قالها لي الآخرون ذات مرة.	أتحدث مع نفسي وألومها حيال أشياء سلبية قالها لي الآخرون.	%100
8	أتحدث مع نفسي بطريقة عقلانية عندما أحلل الموقف.	أحلل الموقف بطريقة عقلانية من خلال حوار ذاتي.	%100
9	يساعدني حديثي الداخلي الإيجابي على الهدوء.	أستطيع تهدئة نفسي من خلال حوار الذاتي الإيجابي.	%100
10	أشجع نفسي وأدعمها من خلال حديثي الداخلي الإيجابي.	أشجع نفسي من خلال حديثي الداخلي الإيجابي.	%100

11	أتحدث مع نفسي قبل أن أخطط للقيام بأمر ما.	أفكر بصوت عالٍ قبل القيام بأمر ما.	%100
12	أتحدث مع نفسي مراراً وتكراراً حول موقف ما تعرضت له.	أعود التفكير في المواقف التي تعرضت لها.	%100
13	أتحدث مع نفسي مستخدماً كلمات قاسية وجارحة.	أتحدث مع نفسي بقسوة.	%100
14	أتحدث مع نفسي كثيراً حول ما ستكون عليه نظرة الآخرين لي.	أتحدث مع نفسي عما ستكون عليه نظرة الآخرين لي.	%100
15	يساعدني حديثي الداخلي الإيجابي على إيجاد نقاط إيجابية بأي موقفٍ كان.		%100
16	أتحدث مع نفسي بطريقة محزنة ودرامية، عندما أتذكر موقفاً مؤلماً.		%80
17	أتحدث مع نفسي بطريقة إيجابية خلال السعي لتحقيق أهدافي.		%100
18	أتحدث مع نفسي في البدائل والحلول للمشكلات التي تعترضني.		%100
19	أتحدث مع نفسي بصمت وكأنني أجري حواراً مع نفسي (سؤال وجواب).		%100
20	أتحدث مع نفسي بأنني شخص ذو قيمة.		%100

الملحق 3: استبانة المناعة النفسية بصورته الأولية مع التعديلات

البند	العبارة	التعديلات	نسبة الاتفاق على كل بند
1	أستطيع النظر إلى الأمور من نواحي متعددة.		%100
2	أستطيع تحقيق الأهداف التي وضعتها لنفسي.		%100
3	أغضب بسهولة.	أغضب بسرعة.	%100
4	يصفني الآخرون بأني شخص متقائل.		%80
5	أبذل قصارى جهدي في أداء مهمة ما.		%100
6	أحاول التكيف مع الظروف العصيبة التي أمر بها.		%100
7	أستطيع إيجاد أشياء مضحكة في حياتي.	أستطيع إيجاد أشياء مفرحة في حياتي.	%90
8	يعتمد عليّ الآخرون في المواقف الطارئة.	حذف	%70
9	أنظر للأمور نظرة إيجابية.		%100
10	أجد أن حياتي لها قيمة.	أعتقد أن حياتي تستحق العيش.	%100
11	ينتابني القلق عند التفكير بالمستقبل.	أشعر بالقلق عند التفكير بالمستقبل.	%100
12	أقتنع بأن كل ما أمر به من ضغوط	أرى أن كل ما أمر به من صعوبات	%100

	وأزمات له جوانب إيجابية.	وأزمات له وجه آخر إيجابي.	
13	أحاول إيجاد حلول للمشكلات التي تواجهني في الحياة.		%100
14	أسعى للتكيف مع الأشياء الجديدة في الحياة.	حذف	%70
15	أشعر بالتوتر والخوف من التغيرات المفاجئة في حياتي.	حذف	%60
16	أحتاج إلى مساعدة الآخرين في اتخاذ قراراتي.		%100
17	توجد لدي مشكلة في اختلاف أفكاري عن أفكار الآخرين.	أجد صعوبة في تقبل اختلاف أفكار الآخرين عن أفكاري.	%90
18	أحاول السيطرة على انفعالاتي بالضحك وبالرياضة...	أحاول ضبط انفعالاتي بأكثر من طريقة (الضحك - الرياضة - نشاط محبب...)	%90
19	أتريث قبل الإقدام على أي قول أو فعل.	أندفع في الأقوال والأفعال.	%90
20	أدافع عن أفكاري ومعتقداتي دون تعصب.	أدافع عن أفكاري ومعتقداتي بعقلانية.	%100

الملحق 4: استبانة الحوار الذاتي بصورتها النهائية

الاسم/ الرمز:

الجنس: ذكر - أنثى

الحالة الصحية: (سكري / تصلب متعدد/ قصور كلوي/ مرض مزمن آخر/ لا أعاني من أي مرض عضوي مزمن)

عزيزي/ عزيزتي:

بين يديك مجموعة من العبارات التي تصف طريقة تحدثك وحوارك مع ذاتك في بعض المواقف، يرجى قراءة كل عبارة بشكل جيد وفهمها، واختيار الإجابة بما ينطبق عليك. علماً أنه لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وتسهم اجابتك في مجال البحث العلمي، وستحظى بالسرية والاحترام.

البند	العبارة	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً
1	أراجع مع نفسي مدى صحة الأفعال التي قمت بها.				
2	الطريقة التي أتحدث بها مع نفسي تسبب لي التوتر.				
3	أتحدث إلى نفسي بطريقة ناقدة.				
4	أتحدث مع نفسي وأقول لو لم أفعل سلوكاً معيناً.				
5	أشعر بالارتياح عندما أنتقد أفكار السلبية مع نفسي.				
6	أتحدث مع نفسي وألومها حيال أشياء سلبية قالها لي الآخرون.				
7	أحلل المواقف بطريقة عقلانية من خلال حوار ذاتي.				
8	أستطيع تهدئة نفسي من خلال حوار ذاتي الإيجابي.				

				أشجع نفسي من خلال حديثي الداخلي الإيجابي.	9
				أفكر بصوت عالٍ قبل القيام بأمرٍ ما.	10
				أعاود التفكير في المواقف التي تعرضت لها.	11
				أتحدث مع نفسي بقسوة.	12
				أتحدث مع نفسي عما ستكون عليه نظرة الآخرين لي.	13
				يساعدني حديثي الداخلي الإيجابي على إيجاد نقاط إيجابية بأي موقفٍ كان.	14
				أتحدث مع نفسي بطريقة محزنة ودرامية، عندما أتذكر موقفاً مؤلماً.	15
				أتحدث مع نفسي بطريقة إيجابية خلال السعي لتحقيق أهدافي.	16
				أتحدث مع نفسي في البدائل والحلول للمشكلات التي تعترضني.	17
				أتحدث مع نفسي وكأنني أجري حوار مع نفسي (سؤال وجواب).	18
				أتحدث مع نفسي بأني شخص ذو قيمة.	19

ملحق 5: استبانة المناعة النفسية بصورتها النهائية

الاسم/ الرمز:

الجنس: ذكر - أنثى

الحالة الصحية: (سكري / تصلب متعدد/ قصور كلوي/ مرض مزمن آخر/ لا أعاني من أي مرض عضوي مزمن)

عزيزي/ عزيزتي:

بين يديك مجموعة من العبارات التي تصف مشاعر وقدرة تعامل الفرد مع بعض المواقف، يرجى قراءة كل عبارة بشكل جيد وفهمها، واختيار الإجابة بما ينطبق عليك. علماً أنه لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، وتسهم اجابتك في مجال البحث العلمي، وستحظى بالسرية والاحترام.

البند	العبارة	أبداً	نادراً	غالباً	دائماً
1	أستطيع النظر إلى الأمور من زوايا متعددة.				
2	أستطيع تحقيق الأهداف التي وضعتها لنفسي.				
3	أغضب بسرعة.				
4	يصفني الآخرون بأني شخص متفائل.				
5	أبذل قصارى جهدي في أداء مهمة ما.				
6	أحاول التكيف مع الظروف الصعبة التي أمر بها.				
7	أستطيع إيجاد أشياء مفرحة في حياتي.				
8	أنظر للأمور نظرة إيجابية.				
9	أعتقد أن حياتي تستحق العيش.				
10	أشعر بالقلق عند التفكير بالمستقبل.				

				أرى أن كل ما أمر به من صعوبات وأزمات له وجه آخر إيجابي.	11
				أحاول إيجاد حلول للمشكلات التي تواجهني في الحياة.	12
				أحتاج إلى مساعدة الآخرين في اتخاذ قراراتتي.	13
				أجد صعوبة في تقبل اختلاف أفكار الآخرين عن أفكاري.	14
				أحاول ضبط انفعالاتي بأكثر من طريقة (الضحك - الرياضة - نشاط محبب...)	15
				أندفع في الأقوال والأفعال.	16
				أدافع عن أفكاري ومعتقداتي بعقلانية.	17

ملحق 6: جدول مورغان لتحديد حجم العينة

تحديد حجم العينة					
العينة	حجم المجتمع	العينة	حجم المجتمع	العينة	حجم المجتمع
٢٩١	١٢٠٠	١٤٠	٢٢٠	١٠	١٠
٢٩٧	١٣٠٠	١٤٤	٢٣٠	١٤	١٥
٣٠٢	١٤٠٠	١٤٨	٢٤٠	١٩	٢٠
٣٠٦	١٥٠٠	١٥٢	٢٥٠	٢٤	٢٥
٣١٠	١٦٠٠	١٥٥	٢٦٠	٢٨	٣٠
٣١٣	١٧٠٠	١٥٩	٢٧٠	٣٢	٣٥
٣١٧	١٨٠٠	١٦٢	٢٨٠	٣٦	٤٠
٣٢٠	١٩٠٠	١٦٥	٢٩٠	٤٠	٤٥
٣٢٢	٢٠٠٠	١٦٩	٣٠٠	٤٤	٥٠
٣٢٧	٢٢٠٠	١٧٥	٣٢٠	٤٨	٥٥
٣٣١	٢٤٠٠	١٨١	٣٤٠	٥٢	٦٠
٣٣٥	٢٦٠٠	١٨٦	٣٦٠	٥٦	٦٥
٣٣٨	٢٨٠٠	١٩١	٣٨٠	٥٦	٧٠
٣٤١	٣٠٠٠	١٩٦	٤٠٠	٦٣	٧٥
٣٤٦	٣٥٠٠	٢٠١	٤٢٠	٦٦	٨٠
٣٥١	٤٠٠٠	٢٠٥	٤٤٠	٧٠	٨٥
٣٥٤	٤٥٠٠	٢١٠	٤٦٠	٧٣	٩٠
٣٥٧	٥٠٠٠	٢١٤	٤٨٠	٧٦	٩٥
٣٦١	٦٠٠٠	٢١٧	٥٠٠	٨٠	١٠٠
٣٦٤	٧٠٠٠	٢٢٦	٥٥٠	٨٦	١١٠
٣٦٧	٨٠٠٠	٢٣٤	٦٠٠	٩٢	١٢٠
٣٦٨	٩٠٠٠	٢٤٢	٦٥٠	٩٧	١٣٠
٣٧٠	١٠٠٠٠	٢٤٨	٧٠٠	١٠٣	١٤٠
٣٧٥	١٥٠٠٠	٢٥٤	٧٥٠	١٠٨	١٥٠
٣٧٧	٢٠٠٠٠	٢٦٠	٨٠٠	١١٣	١٦٠
٣٧٩	٣٠٠٠٠	٢٦٥	٨٥٠	١١٨	١٧٠
٣٨٠	٤٠٠٠٠	٢٦٩	٩٠٠	١٢٣	١٨٠
٣٨١	٥٠٠٠٠	٢٧٤	٩٥٠	١٢٧	١٩٠
٣٨٢	٧٥٠٠٠	٢٧٨	١٠٠٠	١٣٢	٢٠٠
٣٨٤	١٠٠٠٠٠	٢٨٥	١١٠٠	١٣٦	٢١٠

مراجع:

Krejcie , R & Morgan, D.(1970), Determining sample size for research activities . *Educational and Psychological Measurement* ,30 , 607-610.

Abstract

The current study aimed at exploring the relationship between self-talk and psychological immunity in healthy and chronic disease people, exploring differences in self-talk and psychological immunity according to sex and health status, and detection impact of self-talk on psychological immunity variable. the sample consisted of 1,283 individuals (384 healthy people, 378 diabetics, 309 multiple sclerosis patients, 212 kidney failure patients), To achieve goals of study, the researcher prepared Self-talk and psychological immunity scales. Data were analyzed using SPSS-26. The results show a positive correlation between Self-talk and psychological immunity with Pearson's coefficient (6.68). For self-talk and psychological immunity, there were no statistically significant differences according to gender, but there are differences according to health status in favor of healthy people. Also, there are differences in self-talk according to chronic diseases in favor of diabetics. For psychological immunity, there are differences according to chronic diseases in favor of diabetes and multiple sclerosis. The results show that self-talk has predicted level of psychological immunity by 47%, and the sample had a psychological immunity with average level, and positive self-talk by 57%. Finally, the study suggested a number of recommendations.

Key words: **Self-Talk, psychological immunity, Chronic diseases patients, healthy people**

Syrian Arab Republic

Damascus University

Faculty of Education

Department of Psychological Counseling



Self-talk and Their Relation to psychological Immunity–

Comparative Study in Chronic Disease Patient and Healthy People

A Thesis Submitted for the Degree of Master in Psychological Counseling

Prepared by

Rand Mohammad Abdallah Nadar

Supervised by

Dr. Sabah Al-Saqa

Assistant Professor in Psychological Counseling Department

Faculty of Education, Damascus University

2021–2022

