



الجمهورية العربية السورية
جامعة دمشق
كلية التربية
قسم الإرشاد النفسي

مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول

الاكتئابية وأفكار الانتحار

دراسة ميدانية على عينة من طلبة المدارس الثانوية في مدينة دمشق

بمبحث مفرح لبنيل ورجمة الما جسيير في الإرشاد النفسي

إعداد الطالب

مازن فواز الشماط

إشراف الدكتور

سامر جميل رضوان

الأستاذ في قسم الإرشاد النفسي

العام الدراسي

2013-2012

فهرس المحتويات

رقم الصفحة	العناوين
أ-ج	فهرس المحتويات
د-هـ	فهرس الجداول
و	فهرس الأشكال
ز	فهرس الملاحق
18-1	الفصل الأول التعريف بالبحث
4-2	أولاً: المقدمة
12-5	ثانياً: مشكلة البحث ومسوغاته
12	ثالثاً: أهمية البحث
13-12	رابعاً: أهداف البحث
13	خامساً: أسئلة البحث
14-13	سادساً: فرضيات البحث
14	سابعاً: حدود البحث
18-14	ثامناً: التعريفات النظرية والإجرائية
83-19	الفصل الثاني الإطار النظري
38-20	المحور الأول: المرونة النفسية
21-20	أولاً: تحديد المفهوم
23-22	ثانياً: عرض تاريخي
24-23	ثالثاً: الأبعاد المميزة للمرونة النفسية: (أبعاد مرونة الأنا)
25	رابعاً: المرونة بين الحالة والسمة
27-26	خامساً: تعزيز حالة المرونة
31-28	سادساً: المرونة النفسية عبر المراحل النمائية المختلفة
38-31	سابعاً: نماذج تنمية المرونة (نموذج الخطورة والوقاية)
52-39	المحور الثاني: الاكتئاب Depression
40	أولاً: تعريف الاكتئاب
42-41	ثانياً: أسباب الاكتئاب

44-42	ثالثاً: أسس تصنيف الاكتئاب
47-44	رابعاً: الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب
48	خامساً: تشخيص الاكتئاب
52-48	سادساً: النظريات المفسرة للاكتئاب Theories of Depression
70-53	المحور الثالث: الانتحار والأفكار الانتحارية
54	أولاً: تعريف (الأفكار الانتحارية)
55-54	ثانياً: الانتحار في المراهقة
57-56	ثالثاً: أسباب الانتحار لدى المراهقين
60-58	رابعاً: علاقة الاكتئاب واليأس بالانتحار
62-60	خامساً: عوامل الخطر المسببة للانتحار
70-62	سادساً: التوجهات النظرية المفسرة للانتحار
78-71	المحور الرابع: المرونة النفسية والاكتئاب
83-79	المحور الخامس: المرونة النفسية والأفكار الانتحارية
119-84	الفصل الثالث الدراسات السابقة
101-86	المحور الأول: دراسات حول مرونة الأنا
113-102	المحور الثاني: دراسات حول الأفكار الانتحارية
116-114	المحور الثالث: دراسات حول الاكتئاب
119-116	التعليق على الدراسات السابقة
138-120	الفصل الرابع منهجية البحث وإجراءاته
121	أولاً: منهج الدراسة
122	ثانياً: مجتمع الدراسة
126-123	ثالثاً: عينة الدراسة
137-127	رابعاً: أدوات الدراسة
138	خامساً: الأساليب الإحصائية
165-139	الفصل الخامس نتائج الدراسة وتفسيرها
146-140	أولاً: نتائج السؤال الأول.
144-142	1- نتائج الفرض الأول ومناقشته
146-144	2- نتائج الفرض الثاني ومناقشته

151-147	ثانياً: نتائج السؤال الثاني.
150-148	4- نتائج الفرض الثالث ومناقشته
151-150	5- نتائج الفرض الرابع ومناقشته
162-152	ثالثاً: نتائج السؤال الثالث.
154	6- نتائج الفرض الخامس ومناقشته
157-155	7- نتائج الفرض السادس ومناقشته
159-158	8- نتائج الفرض السابع ومناقشته
160-159	9- نتائج الفرض الثامن ومناقشته
162-160	10- نتائج الفرض التاسع ومناقشته
162-162	11- نتائج الفرض العاشر ومناقشته
165-163	رابعاً: التعليق العام على نتائج البحث والنظرة المستقبلية
165	خامساً: المقترحات
168-166	مستخلص الدراسة باللغة العربية
179-169	المراجع
185-180	الملاحق
I-III	مستخلص الدراسة باللغة الانكليزية



فهرس الجداول

رقم الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
68	فهرس لعوامل الخطر التي تلعب دورا في حدوث الانتحار وعوامل الحماية حسب "وايت" " White	1
71	المراحل الأساسية الخمس للتطور النفسي الاجتماعي في الحياة عند أريكسون	2
122	المجتمع الأصلي للبحث	3
124	توزع أفراد المجتمع الأصلي لعدد الطلاب الكلي حسب كل منطقة ونسب تمثيلها	4
125	توزع أفراد العينة والمجتمع الأصلي بحسب كل منطقة تعليمية	5
126	توزع أفراد العينة بحسب الجنس ونوع الكلية	6
127	توزع فئات الدرجات على مقياس مرونة الأنا	7
128	التعديلات على مقياس مرونة الأنا	8
129	دلالة الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس مرونة الأنا	9
129	دلالة الارتباط بين مقياس المرونة النفسية وبنوده	10
131	معاملات الثبات لمقياس مرونة الأنا	11
132	قيم معامل الاتساق بين مقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين (ACDI) وبنوده	12
134	دلالة الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الاكتئاب	13
134	معاملات الثبات لمقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين	14
135	التعديلات على مقياس الأفكار الانتحارية	15
136	دلالة الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الأفكار الانتحارية	16
136	قيم معامل الاتساق بين مقياس الأفكار الانتحارية وبنوده	17
137	معاملات الثبات لمقياس الأفكار الانتحارية	18
140	الدرجة والمدى وعدد الأشخاص والنسبة المئوية على مقياس مرونة الانا	19
142	نتائج اختبار (ت) ستودنت لدلالة الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الجنس	20
144	المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لإجابات أفراد العينة على مقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الصف	21
147	الدرجة والمدى وعدد أفراد العينة على مقياس الميول الاكتئابية	22

148	الفروق في الميول الاكتئابية لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس	23
149	تقاطع مقياس مرونة الأنا مع الميول الاكتئابية	24
150	نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لإجابات أفراد العينة على مقياس الميول الاكتئابية وفقاً لمتغير الصف	25
152	الدرجة والمدى للأفكار الانتحارية لدى أفراد العينة	26
154	دلالة الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة على مقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الجنس	27
155	اختبار تحليل التباين الأحادي لإجابات أفراد العينة على مقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف	28
155	نتائج اختبار شيفه للمقارنة بين متوسطات إجابات أفراد العينة على مقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف	29
158	معامل ارتباط بيرسون بين مقياس مرونة الأنا ومقياس الميول الاكتئابية لدى أفراد العينة	30
159	معامل ارتباط بيرسون بين مرونة الأنا والأفكار الانتحارية	31
160	معامل ارتباط بيرسون بين مقياس الميول الاكتئابية ومقياس الأفكار الانتحارية	32
162	معامل الارتباط المتعدد بين المتغير التابع مرونة الأنا, الميول الاكتئابية	33
162	تحليل الانحدار مرونة الأنا, الميول الاكتئابية و الأفكار الانتحارية	34
163	معاملات الانحدار الجزئية للنموذج المقترح بين الميول الاكتئابية و مرونة الأنا والأفكار الانتحارية	35

فهرس الأشكال

رقم الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
33	عوامل الخطورة وعوامل الوقاية	1
34	شكل تخطيطي لعوامل الوقاية والخطورة في المجتمع	2
35	شكل عرض تخطيطي لعوامل الوقاية والخطورة الفردية	3
36	شكل عرض تخطيطي لعوامل الوقاية والخطورة العائلية	4
37	عرض تخطيطي لكل من عوامل الوقاية والخطورة المتعلقة بالأقران	5
37	عرض تخطيطي لكل من عوامل الوقاية والخطورة في بيئة العمل	6
38	شكل عرض تخطيطي لعوامل الوقاية والخطورة في المدرسة	7
67	العوامل المساعدة على فهم ظاهرة الانتحار والسلوكيات الانتحارية عند الشباب	8
69	عرضاً تخطيطياً لعوامل الخطورة المرتبطة بالسلوك الانتحاري	9
70	عرضاً تخطيطياً لعوامل الخطورة والوقاية المرتبطة بالسلوك الانتحاري	10
83	المرونة النفسية والأفكار الانتحارية وفق التقييم المنتظم لانتحار SAMS حيث أن التقييم السلبي يقود للمبول الانتحارية في حين أن التقييم الإيجابي يقود إلى التكيف	11
126	توزع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس والصف	12

فهرس الملاحق

رقم الصفحة	عنوان الملحق	الرقم
180	أسماء السادة المحكمين	1
181	مقياس مرونة الأنا باللغة العربية	2
182	مقياس مرونة الأنا باللغة الأجنبية	3
183	تسهيل مهمة مديرية تربية محافظة دمشق	4
184	تسهيل مهمة وزارة التربية	5
185	مقياس الميول الاكتئابية للأطفال والمرافقين	6

الفصل الأول التعريف بالبحث	
أولاً: المقدمة	
ثانياً: مشكلة البحث ومسوغاته	
ثالثاً: أهمية البحث	
رابعاً: أهداف البحث	
خامساً: أسئلة البحث	
سادساً: فرضيات البحث	
سابعاً: حدود البحث	
ثامناً: التعريفات النظرية والإجرائية	

الفصل الأول التعريف بالبحث

أولاً: المقدمة:

إن المشكلة الأساسية للحياة بل للوجود نفسه هي التكيف إزاء الظروف الجديدة والمتغيرة؛ فالأفراد يختلفون على نحو واسع في قدرتهم على التوازن وإعادة التوازن في استجاباتهم نظراً لوجودهم في العالم دائم التغير (Block, 1993, 2).

تتصف الحياة بكثرة التغيرات والتحويلات التي تشكل ضغوطاً على الإنسان يسعى لمواجهةها بطرق مختلفة، وتختلف قدرة الأفراد على مواجهة الصعوبات ومقاومة التغيرات في البيئة المحيطة بهم، فهم لا يقاومون بنفس الطريقة وبنفس الدرجة والنجاح، وعليه فإن الفرد في عملية تفاعل مستمر بطريقة واعية أو غير واعية للتوافق مع محيطه وتغيراته، وهذا المحيط يتضمن ثلاثة أنواع: إما محيط داخلي يرتبط بالبناء النفسي للفرد من سمات شخصيته وحاجاته ودوافعه، وإما محيط خارجي طبيعي مادي من مناخ وتحويلات مادية، أو محيط خارجي اجتماعي من أسرة وشبكة للعلاقات الاجتماعية وغيرها، وهكذا نتحدث في مجال الصحة النفسية عن تعدد حاجات الفرد وتداخلها ومطالب المحيط وضغوطاته التي تمثل في كل مرحلة من مراحل الحياة تحديات مستمرة يواجهها الفرد بأساليب سوية في أحيان كثيرة وأساليب غير سوية في أحيان أخرى، فهناك إذن عملية (تكيف) مستمرة يقوم بها الفرد طوال حياته، فإذا كان هذا التكيف حسناً، وحقق الانسجام والتآلف المطلوب فإنه دليل على الصحة النفسية أما إذا كان سيئاً ولم يحقق التآلف المطلوب فإنه دليل على الصعوبات النفسية التي قد تؤدي إلى اضطراب الصحة النفسية (العثماني، 2009، 2).

إن الفرد يكون فعلاً من الناحية التكيفية في بعض الأحيان وبدرجة أكبر منه في أحيان أخرى، وكنتيجة لهذا الإدراك فقد كان الشغل الشاغل في مجال علم النفس - وعلى مر السنين - هو كيفية وضع النظريات والطرائق بشكل مستمر حول العوامل المشكلة أساساً للتكيف الإنساني (Block, 1993, 2).

وتشكل الأنا في مجموع بنائها المتماسك اجتماعياً ونفسياً وأكاديمياً شخصية الإنسان الفرد المتوازن نفسياً، كذلك فإن إمكانية تفاعلها بكل هذه المكونات وطبقاً لواقعها المعاش سيكون صورة حقيقية لها والتي تعكس قدرتها على الحفاظ على كينونتها أمام الأحداث المختلفة التي قد تؤدي إلى زعزعتها أمام المصاعب التي قد يعترضها، وما يشكله من قدرة على التكيف في مواجهة تلك الأحداث غير المواتية والتي قد تعيق سير نموها والتكيف (الخطيب، 2007، 1052).

ولعل واحدة من السمات الأساسية في شخصية الفرد والتي تمكنه من التكيف الجيد هو ما يسمى بالمرونة النفسية (مرونة الأنا) Ego-Resiliency. والتي تعني قدرة الفرد على الاستجابة للمؤثرات الجديدة استجابة ملائمة، فالشخص غير المرن هو الذي لا يتقبل إدخال تغييرات في نفسه فكراً ووجداناً، وسلوكاً، ويصعب عليه التكيف وتختل علاقته بنفسه وبالأخرين كلما طرأ جديد أو تغيرت معطيات الواقع، وفي هذه

الحالة يكون التكيف السيئ دليل انحلال الصحة النفسية أو اضطراب الشخصية، أما الشخص المرن فإنه يستطيع الاستجابة لأي تغير في بيئته استجابة ملائمة تحقق الانسجام بين حاجاته ودوافعه من جهة وضغوطات المحيط من جهة، أخرى وبالتالي فهو يتصرف بطريقة إيجابية تمكنه من القيام بدوره بنجاح (العثماني، 2009، 2).

تعد مرونة الأنا عصب الحياة النفسية ومحورها الفعال، ومستقر إيجابية الإنسان، وتأكيد الإمكانيات ويزوؤها من حيز الكمون إلى حيز التحقق في الواقع. والفضل يرجع إلى فرويد في وضع تصور للأنا من حيث القوة والضعف، ضمن منظمات الجهاز النفسي الذي يفترض أنه يحتوي على الهو والأنا والأنا الأعلى (عيد، 2002، 139).

واتفق كثير من علماء النفس (سيمون ندس، وبارون وبلاك) على أن مرونة الأنا تشير إلى توافق الفرد مع ذاته ومع مجتمعه علاوة على خلوه من الاضطرابات الإدراكية والأعراض العصبية والقدرة على التكيف في مواجهة مشكلات الحياة، والكفاية والفعالية في المواقف المختلفة. كما أن مرونة الأنا بوصفها من السمات المميزة للشخصية لذا فهي تتأثر بثقافة المجتمع. ولما كان المجتمع بنظمه الاجتماعية والاقتصادية يؤثر في الفرد بطرق مختلفة، فإن مرونة الأنا تتأثر إلى حد كبير بالإطار الثقافي، ولقد أصبح مفهوم الذات يكونه الفرد نتيجة محصلة لعوامل متعددة، تتدرج عبر الخبرات والزمن في المنزل والمدرسة والمجتمع، بحيث تتشكل لدى الفرد مفاهيم فرعية للذات: جسمية، وعاطفية، واجتماعية، وأكاديمية، تتجمع معا لتتصافر فتشكل المفهوم العام للذات على حد قول مخيمر. لذا فالذات يمكن أن تنمي وتتطور لأنها تنمو من تفاعل الكائن مع بيئته وقد تتغير الذات نتيجة للنضج والتعلم. (كفافي، 1990) أظهرت دراسات كاتل وجود عامل "قوة الأنا" ضمن سمات الشخصية، ويحدد سيمون ندس كما يقول ستانجر مظاهر لقوة الأنا تتمثل في: تحمل التهديد الخارجي والقدرة على تجاوز مشاعر الإثم، والقدرة على الكبت الفعال، وتحقيق التوازن النفسي بين التصلب والمرونة والتخطيط والضبط وتقدير الذات (عيد، 2002، 141).

وحسبما تورد الجمعية النفسية الأميركية فإن مرونة الأنا Resiliency هي عملية مواءمة وتكيف حسن في مواجهة سوء الحال والمصائب والمآسي تجاه مصادر الشدة النفسية الكبيرة (Kindt, 2006, 5).

ترى الأعرس (2010) أن المرونة هي أحد البناءات الكبرى لعلم النفس الإيجابي، هذا المنحى يعظم القوى الإنسانية باعتبارها قوى أصيلة في الإنسان مقابل المناحي السائدة والشائعة في علم النفس والتي تعظم القصور وأوجه الضعف الإنساني. وهذا الاختلاف في الرؤى لا يتعارض مع وحدة الهدف وهو تحقيق جودة الحياة. وتعني المرونة في علم النفس الإيجابي القدرة على استعادة الفرد لتوازنه بعد تعرضه للمحن والصعاب، بل قد يوظف هذه المحن والصعاب لتحقيق النمو والتكامل، وبالتالي فهو مفهوم دينامي ودياليكتي يحمل في معناه الثبات، كما يحمل الحركة. ومعنى ذلك، أن الأطفال والشباب الذين يتعرضون إلى المحن والصعاب ترتبط في الأغلب بنواتج سلبية كالتسرب والتعثر الدراسي أو الجناح ومظاهر العداء الاجتماعي أو الاضطراب النفسي، ولكنهم بالرغم من ذلك حققوا النجاح والتكامل على المستوى الشخصي

والاجتماعي والمهني. والسؤال المطروح هنا، ما الذي أدى بهؤلاء إلى النواتج الإيجابية التي عجز الآخرون عن تحقيقها. وتمثل الإجابة على ذلك: الكفاءة النفسية الاجتماعية، وتراكم العوامل النفسية الواقية، ومسارات التفكير، والاستراتيجيات، والتعلم الاجتماعي الانفعالي.

ومن الناحية السلوكية يتوقع من الفرد مرناً الأنا أن يكون واسع الحيلة إزاء وضع التوتر المنبثق في الحالات الجديدة غير المسيطر عليها، وأن يستحضر بمرونة الأنا المتوفرة لديها لإستراتيجيات حل المشكلات، لتحقيق إنجازاً متكاملًا في أثناء التوتر، ليكون قادراً على مقاومة الأوهام، ويتجنب المواقف التي يواجهها بشكل بناء.

في المقابل، فإن الشخص الذي لا يتمتع بدرجة كافية من مرونة الأنا، فإنه لا يملك إلا هامش تكيف صغير عندما يتعرض للضغط الذي يجب أن يتعامل فيه مع حالات جديدة، وسيصبح قلقاً عندما تقابله المتطلبات التنافسية، وسيكون مشوشاً بين التغيرات إما في البيئة النفسية الشخصية وإما في العالم الأكبر (Block, 1993, 3).

هذا الأمر الذي قد يفضي إلى جملة من النتائج والعواقب كسيطرة أساليب مواجهة وتأقلم سلبية وغير ملائمة تتجلى في أمور أخرى في عملية وسيطرة الأفكار العدمية والانتحارية، ويمثل في النهاية مؤشرات للقلق أو الاكتئاب أو غيرها من الاضطرابات النفسية الممكنة. وكذلك فإن بحوث آرون بيك وزملائه Beck et al, 1979 قد بينت وجود علاقة قوية بين الاكتئاب واليأس والانتحار وأن اليأس متنبئ هام للسلوك الانتحاري. ويشير بيك Beck 1979 في نظريته المسماة الثالث الاستعرافي لليأس – The Cognitive Triad of Hopelessness أن مضمون الشعور باليأس هو التوقعات السلبية التي يتمّ تعميمها على الذات والحاضر والمستقبل، ويمثل اليأس أساس الاكتئاب والمحاولات الانتحارية والانتحار الفعلي (معمرية, 2006, 110).

ومن ثمّ فإن دراسة المرونة النفسية (مرونة الأنا) ResiliencyEgo وتحديد العوامل المعززة والمنمية لها تعد عاملاً وقائياً مهماً من الاضطرابات النفسية وداعماً للنمو والصحة النفسية، وبشكل خاص في مراحل النمو الحساسة من حياة الإنسان أي الطفولة والمراهقة.

وهذا ما دفع الباحث إلى الاهتمام بدراسة مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول الاكتئابية وأفكار الانتحار، كخطوة أولى في سبيل مزيد من فهم دورها وآليات تأثيرها وبناء برامج منمية ومعززة لها.

ثانياً: مشكلة البحث ومسوغاته:

يقول فيكتور فرانكل (Frankl, 1997-1905) في كتابه الإنسان يبحث عن المعنى: هل يستطيع الإنسان أن يتمسك بالحياة ولا يستسلم وسط الألم والعذاب الشديدين المحيطين به من كل جهة، بل يختار الحياة ويجد لها معنى؟ ويستخلص من خلال تجربته في الاعتقال بأنه لا يوجد في الدنيا شيء يمكن أن يساعد الإنسان على البقاء حتى في أسوأ الظروف مثل معرفته بأن هناك معنى لحياته كما يقول إن من لديه سبباً للعيش يستطيع التحمل أيما كان (فرانكل, 1983, 5-7).

يعد الاكتئاب أحد الاضطرابات النفسية الواسعة الانتشار على مستوى العالم، والتي ليس بالضرورة أن يتم اكتشافها وتشخيصها دائماً، وتتجلى في كثير من الأحيان على شكل مشاعر من الضيق والتوتر وضعف الإنجاز، وعدم الرضا وغيرها من التصرفات التي تعكس وجود معاناة كامنة خاصة في مرحلة الطفولة والمراهقة. كما يتسم الفرد المكتئب بنظرة متشائمة إزاء المستقبل، إلى جانب الإدراك السلبي للذات وللعالم، إضافة إلى اعتقادات خاطئة حول ذاته ونظرته السلبية لها، كما يعد صورة من صور الموت على المستوى الانفعالي والنفسي؛ فالشخص المكتئب لا يفقد شعوره بطعم الحياة فقط، بل يفقد أيضاً رغبته واستعداده لأن يعيش الحياة.

إذا تم النظر إلى ما ينجم عن الاكتئاب من الأضرار، فإن المراجع المتخصصة تشير إلى أن نسب الانتحار لدى المكتئبين تبلغ 30 مرة من غير المكتئبين كما أن نسبة الانتحار لدى الأفراد الذين يعانون من اكتئاب مرضي تبلغ ما بين (70 - 90%) بالمقارنة مع الأفراد الأسوياء (Rutz, 2010, 46).

كما يكثر أن يحدث الانتحار في حال وجود اضطرابات نفسية تسبب معاناة وخيمة ومؤلمة للإنسان أو تسبب ضعفاً في إرادة الحفاظ على الذات وتقوي النزعة إلى تدميرها. حيث يرتبط بعض الأعراض والاضطرابات النفسية بحالات الانتحار، والتي من أهمها اضطرابات القلق، والإدمان على المخدرات. كما يمكن للاكتئاب أن يسبب مجموعة من المشكلات الجسدية كالتعب والأرق وفقدان الشهية وفقدان الوزن وفقدان الاهتمام أو الرغبة بالجنس، التي تضيف إلى الحالة النفسية المستمرة للإنسان أو جاعاً جسدية وآلاماً. ويعتقد بعض الناس الذين يعانون من الاكتئاب خطأً أنهم يعانون من مرض جسدي جدي وربما مميت، وعلى الرغم من أن المكتئبين يتمنون نهاية لحيرتهم؟ لحياتهم؟ إلا أنهم لا يستطيعون الاعتقاد بأن اكتئابهم سيخف على الإطلاق. وفي مثل هذا الجو يمكن لأفكار الهروب أو الموت أن ترسخ بسهولة ويتكرر ظهورها في حال استمرار الاكتئاب (رضوان, 2006, 585).

ويشير "حمودة" (2003) إلى أن الاكتئاب من أهم العوامل المرتبطة بالانتحار، حيث يعد من التشخيصات النفسية المرتبطة بالانتحار، إذ أن المكتئب شخص محبط ورافض للحياة، وينتحر نحو (15%) ممن لديهم اكتئاب شديد، وبين المنتحرين لوحظ أن (80%) منهم كانوا يعانون من الاكتئاب، كما لوحظ أن (25%) من المنتحرين كانوا مدمنين، حيث إن إدمان بعض المواد يطلق التثبيطات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يُقدِّمون على الانتحار. وتدور الأفكار السوداء في ذهن مريض الاكتئاب، فيفكر في

المستقبل بيأس شديد، ولا يرى في الحاضر إلا المعاناة والإحباط، وينظر إلى الماضي نظرة سلبية، فيتجه إلى لوم نفسه وتأنيبها على أخطاء وأحداث مضت عليها أعوام طويلة، ويصل التفكير في المستقبل المظلم والحاضر الذي لا يحتمل والماضي المؤلم ببعض مرضى الاكتئاب إلى حالة من القنوط واليأس الشديد، ما يدفعهم لاحقاً إلى التفكير في الانتحار، حيث يتخيل مريض الاكتئاب في بعض الأحيان أن الحياة أصبحت عبئاً لا يمكن احتماله ولا أمل في أي شيء، والحل الوحيد من وجهة نظره هو أن يضع بنفسه حداً لحياته (فاضلي، 2010، 2).

وطبقاً لما أوردته منظمة الصحة العالمية في تقرير لها بمناسبة اليوم العالمي لمنع الانتحار (سبتمبر 2012) عن أرقام مذهلة عن تزايد معدلات الانتحار في العالم بنسبة تتراوح بين (40 . 60 %) ووقوع أكثر من خمسة ملايين حالة انتحار فاشلة سنوياً، وانتحار نحو مليون شخص، أي ما يعادل حالة انتحار كل (40) ثانية، أو ما يوازي (16) وفاة لكل (100) ألف شخص. كما ذكر التقرير أن نحو (3) آلاف شخص يقدمون على الانتحار يومياً، وغالبيتهم من المراهقين والشباب ممن تتراوح أعمارهم بين (10 و 24) سنة. أما البواعث الكامنة وراء الانتحار فيختصرها التقرير الدولي بحالات الاكتئاب والضغط والاضطرابات الذهنية والإدمان على تعاطي المخدرات والكحول وال فشل في معالجة المشكلات الدراسية والمهنية والعاطفية والأمراض المزمنة، وعلى الرغم من أن نسب الانتحار كانت في أعلى مستوياتها بين الذكور من الكهول فإن نسبه بين الشباب متزايدة إلى حد أنها تجعل من فئة الشباب الفئة الأكثر عرضة للخطورة في ثلث بلدان العالم وفي بلدان العالم المتقدم والنامي على حد سواء (منظمة الصحة العالمية 2009).

وحسب رأي خبراء الصحة النفسية، فإن الانتحار بشكل عام والانتحار بين المراهقين والشباب بشكل خاص هو مشكلة عالمية، تعاني منها جميع مجتمعات العالم السكانية في العصر الحديث، ونظراً لمتطلبات التكيف في المجتمعات العصرية، المتزايدة وبالتالي فإن الفشل في التلاؤم والتكيف (ضعف المرونة) ومقابلة التحديات التي تواجه الإنسان العصري هو الذي يؤدي بالإنسان إلى الانتحار أو على الأقل محاولة الانتحار، وهكذا فإن بعض أسباب الانتحار وإن كانت تبدو بسيطة (وربما مخيفة) مثل الفشل في الدراسة أو علاقة عاطفية مثلاً، إلا أن السبب الحقيقي يكمن في مشاعر دفينية من عدم الرضا عن الواقع الذي يعيشه الإنسان نتيجة تراكم الضغوط النفسية متعددة الأشكال على إنسان المجتمع المعاصر، وبالتالي فإن السبب الظاهر للانتحار يكون بمثابة " القشة " التي تقصم ظهر البعير. إن صح التعبير. ولعل مشكلات الحياة العصرية مثل فقد وتفكك الأسرة وعدم الاستقرار في مكان واحد، فقدان الدعم الاجتماعي من الأسرة والأقارب والأصدقاء والإحساس بالوحدة والخوف من المستقبل، ناهيك عن مشاهد العنف والجريمة وسهولة الحصول على الأسلحة أو وسائل الانتحار الأخرى، هي من بين بعض الأسباب التي تدفع الكثيرين للانتحار، وبشكل خاص بين الشباب. ويرى هورميير وزملاؤه (Horremeer et al 2001) أن المراهقين الذين ينتحرون في الولايات المتحدة الأمريكية قد تضاعفت إعددهم ثلاث مرات منذ الخمسينات من القرن

الماضي وأن الانتحار الآن في المرتبة الثالثة من بين أسباب الوفاة في هذه الفئة العمرية، ويؤكد هو رمبير أن 53% من اليافعين ممن يتراوح أعمارهم بين 13 - 19 عاماً كانت لديهم أفكار انتحارية ويحاول 250 ألفاً من المراهقين الانتحار سنوياً (Cavanaugh, 2002, 2).

وفي الولايات المتحدة الأمريكية كشفت إحصائية نشرتها صحيفة 'يواس إيه توداي' USA Today الأمريكية في عددها الصادر في التاسع من مارس 2005 عن ازدياد حالات الانتحار في الولايات المتحدة مقارنة بجرائم القتل. وقد أكدت الإحصائية تسجيل (29) ألف حالة انتحار سنوياً بواقع (80) حالة يومياً. وعزى ذلك إلى زيادة حالات الاكتئاب ومشاعر القلق بالإضافة إلى الأمراض العقلية والنفسية، وقد بلغت حالات الانتحار في ولاية أوريغون وحدها (518) طبقاً لتلك الدراسة.

وفي فرنسا كشفت دراسة فرنسية أن 160 ألف فرنسي يحاولون كل عام الانتحار يموت منهم (32) يوماً، العديد منهم من الشباب خاصة من النساء بسبب الاكتئاب والضغط الشديدة للحياة العصرية والتسابق على تحقيق الربح المادي. وأظهرت الدراسة التي أجرتها 'جون شوكيه' رئيسة الاتحاد القومي الفرنسي لمكافحة الانتحار أن ظاهرة الانتحار تضرب جميع الطبقات الاجتماعية في فرنسا بدون استثناء، حيث تتركز عملية الانتحار بشكل كبير بين الشباب في المرحلة السنية ما بين (16 و 17) سنة. وأوضحت الدراسة أن معدلات الانتحار زادت في فرنسا في الفترة من 1993م إلى 1999م بنسبة (40%) لدى الفتيات و(20%) لدى الفتيان رغم انخفاض معدلات نجاح محاولات الانتحار في فرنسا بنسبة (15%) اعتباراً من سنة 1985م وقد أجريت الدراسة على عينة من الشباب تبلغ 582 شاباً وشابة في المرحلة ما بين 12 سنة إلى 24 سنة من الذين تم تسجيلهم في 9 مراكز نفسية لمكافحة الانتحار ويأتي نشر هذه الدراسة بمناسبة اليوم القومي الثامن لمكافحة الانتحار الذي تم الاحتفال به مؤخراً.

(Mohdomar.health.office.live.com)

وفي دراسة إحصائية تضمنت العلاقة بين الانتحار والاكتئاب عند الجنود 2004 تبين فيها بأن ليست المقاومة العراقية ولا الفلسطينية المتنامية وحدها هي من تحصد جنود الاحتلال الأمريكي والصهيوني، وعلى الرغم من التعقيم الإعلامي الأمريكي والصهيوني وحظر الحديث عن ظهور عدو جديد خطير وهو الاكتئاب والانتحار. قد أظهرت أن نسبة الانتحار بين الجنود والضباط في صفوف الجيش الأمريكي العاملين في العراق أعلى نسبة بين نظيراتها، وأظهرت الإحصائية أنه تم إعادة 478 جندياً من العراق إلى أمريكا بعد إصابتهم باكتئاب وأمراض وأزمات نفسية، وكشفت صحيفة 'يواس توداي' عن انتحار أحد عشر جندياً من الجيش الأمريكي في العراق وثلاثة من مشاة البحرية، وقد أرسل البنتاجون فريقاً من الخبراء والأطباء النفسيين لدراسة الظاهرة المتصاعدة الخطيرة. كما زادت معدلات الانتحار بين العاملين في جيش الاحتلال، وأعربت مصادر في وزارة الدفاع من قلقها عن تضاعف حالات المنتحرين بين الجنود، فقد بلغ عدد المنتحرين في الأشهر الستة الأولى من عام 2001م 17 منتحراً، وقال مصدر مسؤول في

جيش الاحتلال إننا نبحت العلاقة بين تضاعف حالات الانتحار في صفوف الجيش وبين الانتفاضة، وتبلغ معدلات قتل النفس في جيش الاحتلال 34 حالة سنوياً.

وفي اليابان ذكرت الشرطة اليابانية أن معدلات الانتحار ارتفعت بدرجة عالية جداً، فقد قام في العام 2003م، 427. 34 شخصاً يدينون بالبوذية بقتل أنفسهم. وأفادت مصادر صحفية نقلاً عن الناطق باسم الشرطة أن الزيادة بلغت %71 عن الأعوام السابقة. وحسب الإحصائيات فإن سبعين بالمئة من المنتحرين هم ذكور في العشرينات من أعمارهم (<http://www.hayatnafs.com>)

وفي سوريا كما يرى "حسن سلمان" (2010) لم يعد الحديث عن الانتحار مجرد حدث عابر يُقابل بصمت رسمي وتشره وسائل الإعلام في صفحاتها الداخلية، بل بات ظاهرة اجتماعية تحتاج لمزيد من البحث والتحليل حول أسبابها ونتائجها الكارثية على المجتمع السوري. وربما لا نبالغ إذا قلنا إن العام الحالي سجل مستويات مرتفعة جداً من حالات الانتحار، حيث بلغ عدد المنتحرين خلال شهر واحد 55 شخصاً. وهذا العدد الأخير يساوي تقريباً عدد حالات الانتحار المؤتقة في سجلات مركز الطبابة الشرعية بدمشق خلال الأعوام من 1996-2000 التي بلغت (84) حالة (54 ذكراً، و(30) أنثى" فقط من أصل (4195) حالة وفاة تم الكشف عليها من قبل قاضي التحقيق والطبيب الشرعي المكلفين في حينه.

ويسهم غياب الإحصائيات الدقيقة وغياب المراكز المتخصصة بعلاج ذوي النزعة الانتحارية فيتفاقم ظاهرة الانتحار، خاصة أن بعض الأسر التي يفكر أفرادها بالانتحار تحاول إخفاء الأمر خوفاً من نظرة المجتمع الذي يجرم هذا الفعل من منظور ديني وأخلاقي.

أن ظاهرة الانتحار قديمة في المجتمع السوري، "لكن عدم وجود وسائل إعلامية كافية وعلاقات اجتماعية مباشرة في السابق حال دون التعرف إليها".

ويمكن القول: إن طبيعة مجتمعنا الدينية تعتبر الانتحار فعلاً سلبياً "لذلك فإن بعض الأسر كانت تخفي انتحار أبنائها، لأنه سابقاً لم يكن يطلب تقرير طبي يبين أسباب الوفاة، أما الآن، فالوضع تغير ولكن رغم ذلك فليس هناك إحصائية عن عدد المنتحرين، سوى الحالات المعلن عنها في القصر العدلي والطب الجنائي" (سلمان، 2010، 1).

بدأت تطرح في أواخر 2008 مجموعة من الأسئلة حول الانتحار في سورية هل هو مشكلة اجتماعية أم هو ظاهرة؟ فمع تزايد إعداد المنتحرين مع بدايات العام 2009 بدأت تؤشر إلى تحول الانتحار إلى ظاهرة إشكالية في المجتمع السوري إذ تشير الإحصائيات إلى وجود حوالي 31 حالة انتحار على الأقل في المجتمع السوري خلال العام 2008 وحتى شهر 4 / 2009 أي بمعدل حالتي انتحار شهرياً تقريباً، وتدفع الأخبار المتزايدة عن حالات الانتحار للتوقف حول هذه الظاهرة ودراستها، ولعل صعوبة دراسة هذه الظاهرة في مجتمعاتنا ترجع إلى الموقف السلبي جداً للمجتمع من هذا السلوك الذي يتصف، بالوصمة إذ تبيّن العينة المبحوثة أن %3. 32 من المنتحرين ينتمون إلى الفئة العمرية من (10 - 20) عاماً، وهم يشكلون النسبة الأكبر من المنتحرين، وتتحصر أعمارهم بين (15 - 20) عاماً، تليهم الفئة العمرية من

(31 - 40) عاماً، حيث يشكلون %22.5 من حالات الانتحار، أما الفئة العمرية من (21 - 30) عاماً فتشكل %19.4 من المنتحرين والفئة العمرية من (41 - 50) تشكل %19.9 من حالات الانتحار، بينما تتساوى الفئتان العمريتان من (51 - 60) و(61 وما فوق) فتشكل كل منها %5.9 من حالات الانتحار/ [www. syrianobles. com](http://www.syrianobles.com) مع الإشارة إلى أن الأرقام غير المعلن عنها تتجاوز ذلك بكثير، ومن الصعب الحصول على بيانات دقيقة لأسباب متعددة ، ولا تتضمن إحصائيات الطب الشرعي تقديراً لعدد من يحاولون الانتحار، فمعظمهم يأتي إلى العناية المشددة أو الإسعاف، وهم في معظمهم من الأناث وفي أعمار المراهقة والشباب، نظراً للضغوط الأكبر التي يتعرض لها في مجتمعهم. وهذا ما أكدته الدكتورة رضوان (2001) الذي يشير إلى أن المراهقين الذين يعانون من الاكتئاب ويمرون في الوقت نفسه في خبرة فشل أو إخفاق، في المدرسة أو في الحب أو في الرياضة يرتفع لديهم خطر الانتحار، فالثقافة الاجتماعية السائدة قد تتيح للشباب الذكر وسائل متعددة للتفيس الانفعالي والتعبير عن المشاعر السلبية كالغضب وغيره في حين أنها لا تعطي المساحة نفسها للفئة مما يعزز مشاعر اليأس التي قد تدفع بدورها للتفكير بالانتحار أو محاولته بوسائل متعددة، وكثير من هذه الحالات تتم دون توثيقها على أنها محاولة انتحار خوفاً من العيب الاجتماعي من جهة، والعقاب القانوني من جهة ثانية الذي نصت عليه الفقرة الثانية من المادة 539 من قانون العقوبات السوري من جهة ثانية ، وتتضمن الحبس من ثلاثة أشهر حتى سنتين لكل حالة شروع بالانتحار إذا نجم عنها إيذاء أو عجز دائم، والأسوأ من هذه العقوبة أن معظم محاولات الانتحار لا تحظى بالتدخل النفسي الاجتماعي والمتابعة ولا تركز على تحسين تعزيز المهارات التكيفية وتعديل الأسباب الممكنة الدافعة لليأس (تعزيز المرونة) مما يزيد من احتمال ازدياد الوضع سوءاً. [http://www. dp-news. com/pages/detail](http://www.dp-news.com/pages/detail)

ومع ذلك، فإن نسبة من الذين يعانون من ضغوطات حياتية وميول اكتئابية أو غيرها لن تكون قادرة على تجاوز أزماتها الحياتية ومشكلاتها وتتعامل مع الظروف المحيطة والمعيقة بمرونة وفاعلية مما يدفع للبحث عن تلك العوامل (المتغيرات) التي تشكل عامل وقاية وحماية، وسواء المتعلقة بالفرد أم بالبيئة. وفهمها بهدف تمهيتها وتطويرها لتكون عامل وقاية وحماية تحفز الإنسان على الصمود في وجه التحديات التي تعترضه وتعزز كفاءاته وترفع من استراتيجيات المواجهة الإيجابية لديه.

وقد أصبح تعزيز الصحة النفسية والوقاية من الأمراض النفسية من الأولويات الصحية الرئيسية لدى العاملين والعاملات في مجال الصحة العامة والنفسية في بلدان عديدة كما أصبحت الصحة النفسية من الأمور الرئيسية وذات الأولوية في جدول أعمال منظمة الصحة العالمية وقد تزايد الاهتمام في العقود الأخيرة بتنمية الموارد الوقائية والداعمة المعززة للصحة النفسية حديثاً. فقد عرّفت منظمة الصحة العالمية الصحة النفسية بأنها "حالة من العافية التي يستطيع من خلالها الفرد أن يتعرف إلى قدراته الذاتية، وأن يتكيف مع الضغوطات الحياتية خلال العمل بإنتاجية وفعالية والمساهمة في مجتمعه (19,16,2001,WHO).

بالإضافة إلى ذلك، برز حديثاً مفهوم الصحة النفسية الإيجابية" الذي يشير إلى "الصفات الإنسانية والمهارات الحياتية كالوظائف الإدراكية والتقدير الإيجابي للذات والمهارات الاجتماعية ومهارات حل المشكلات والقدرة على التعامل مع المشكلات والتغيرات والضغوط الحياتية، وعلى التأثير في البيئة الاجتماعية والقدرة على العمل بفعالية وإنتاجية والمساهمة الفعالة في المجتمع المحلي، كما أنه حالة من العافية النفسية والعاطفية والروحية ويشبه مفهوم الصحة النفسية الإيجابية مفهوم المرونة النفسية (resilience): وهو القدرة على التأقلم وتخفي الآثار السلبية التي تنتج عن التعرض للخطر والتأقلم الناجح مع التجارب المسببة للصدمات وتجنب أشكال السلوك السلبية والمرتبطة بالمخاطر" (Fergus. & Zimmerman, 2005, 401).

ولدى مراجعة الباحث للدراسات ذات الصلة بالدراسة الحالية وجد أن " مرونة الأنا"من المتغيرات الوقائية التي تكثر الإشارة إليها كعامل وقائي يعمل على تحفيز المرء لاستخلاص المعاني الإيجابية مما يمر به من ظروف ويحفظ الموارد النفسية الإيجابية وبقي من سيطرة الميول والأفكار الهدامة وهي الأفكار التي تبدو فيها الحياة عديمة الجدوى إلى درجة يفكرون فيها بتدمير ذاتهم والتي قد تمثل وسيطاً محفزاً للميول الاكتئابية ومن ثم الانتحارية(Johnson&Gooding A,2010, 2).

ومرونة الأنا مصطلح أدخله لأول مرة "جاك بلوك"(Jack Block,) في خمسينيات القرن العشرين ويشير المفهوم إلى المقدرة الإيجابية لدى الأشخاص على مواجهة الشدة النفسية والحالات السلبية السيئة، وأن المرونة النفسية (مرونة الأنا) تفهم بأفضل شكل كعملية حيث تعرّف المرونة على أنها عملية ديناميكية يبدي فيها الأفراد تكيّفاً سلوكياً إيجابياً عندما يواجهون ويقامون بالحالات السيئة والضرر والمآسي والتحديات أو حتى المصادر الكبرى للضغوط النفسية، ويشير "ثوريو" (Thoreau,1993) في تعليقه على الأحياء الذين يعيشون في يأس بأن الإنسان المتأقلم ربما لا يكون شخصاً سعيداً، لكن هو الذي رضي بشيء أدنى من طلبه، ويمكن أن يكون الشخص متأقلماً، ولكن ليس متكيفاً، وربما قد سعى الفرد أو واجه مصادفة موقفاً يستطيع عنده أن يتحمل أو يختبئ أو يحتفظ ببيأسه وقلقه ضمن حدود ممكنة لكن هذا النوع من التأقلم ليس هو ما يجب أن نقصده بعملية التكيف (Adaptability) وبذلك كون الشخص متأقلماً ليس الطريقة التي نفكر فيها مفاهيمنا حول التكيف والصحة النفسية (Block, 1993 , 5)

وتقاس مرونة الأنا في العادة بمقاييس للتقدير الذاتي يتوفر منها على سبيل المثال، مقياس مرونة الأنا إعداد جاك بلوك وكريمين (Jack Block,1995) مقياس مرونة الأنا" (محمد جواد الخطيب,2007) كما تُظهر بعض الدراسات أهمية المرونة لدى كبار السن، ففي دراسة (Beth,2004) بينت أن المرونة النفسية لدى كبيرات السن كان لها دور كبير في إبداء التوجه الإيجابي والنزعة الإيجابية نحو الحياة بصرف النظر عن الخسارات والتحديات التي تعرضن لها.

وتشير دراسة الخطيب (2007) إلى تمتع الشباب الفلسطيني بدرجة عالية من مرونة الأنا، وبينت مالها من أهمية في القدرة على التصدي للأحداث الصادمة واجتيازها بسلام بحيث يمكن لهم القيام بممارسة

أنشطتهم الحياتية المعتادة بشكل عادي، وهذا ما بيّنته الأيام من قدرة فائقة على الاستمرار في تحدي الممارسات العدوانية الموجهة إليهم من الاحتلال الإسرائيلي.

وهنا يمكن القول: إنه إذا كانت الاضطرابات النفسية كالقلق والاكتئاب أو الأفكار الهدامة والحزن والتشاؤم تمثل جوانب الضعف والعجز فإن نقائصها وهي السعادة والتفاؤل والتسامح والمرونة والصلابة النفسية والموهبة والإبداع تمثل الفضائل النفسية الإنسانية.

وتبعاً لما سبق أليس من المفيد معرفة ما إذا كنا من النوع القادر على تحمل المصاعب والنهوض بعد التعرض لحادث ما أو مأساة ما؟ ماذا لو لم نكن من ذلك النوع من الأشخاص؟ وسيكون من المفيد معرفة ما هي أنواع التدخلات التي سوف تساعدنا على مواجهة مواقف كهذه؟ ماذا لو كان هناك حدّاً معيناً للضغوط والأحداث اليومية التي يمكن لأي شخص أن يصمد أمامها؟ ماذا لو أظهرت الأبحاث أن المواجهات الناجحة موجودة فقط عند أولئك الذين يتمتعون بالمرونة النفسية؟ نعم والإجابة عن هذه التساؤلات ستكون مفيدة ذلك لأن الأشخاص ذوو الأنا قليلة المرونة كما تشير الدراسات لن يكونوا قادرين على مواجهة الحياة اليومية بصورة فعالة أو ستكون قدرتهم أقل فعالية ومن ثم فإنه سيترتب على هذا الميل إلى الضعف وعدم القدرة على المواجهة ظهور حالات من العجز والتشاؤم والاكتئاب واليأس والأفكار الانتحارية أو حتى الانتحار، وهو ما يؤكد سنایدمان (Snydman,1996) في كتابه العقل الانتحاري حيث يشير إلى أن الآلام أو الأوجاع الهائلة نفسياً تتوج أخيراً بالانتحار، وهي بدورها نتيجة سنوات طويلة من المرور بتجارب غير سعيدة منذ فترة مبكرة ونتيجة لاحتياجات نفسية لم يتم تلبيةها.

وتسيطر على الفرد المكتئب مجموعة من الأفكار الهدامة والأفكار المتعلقة بالانتحار وتعرف الأفكار الانتحارية بأنها تلك الأفكار عن أن الحياة لا تستحق أن يعيش الفرد فيها والتي تتراوح في شدتها من الأفكار المشتتة وصولاً إلى الفكرة المجردة والمحكمة والتفكير على شكل خطة لقتل الشخص نفسه أو الانتحار الكامل بتدمير الذات (Scanlan & Purcell, 2009, 3).

ويشير سلوك تدمير الذات إلى إن الفرد يقوم بممارسة نشاطات تهدد حياته وتنتهي حياته الخاصة به. وكان ميننجر (Menninger) أو ل من وضع الأسس النظرية لسلوك التدمير الذاتي حيث تصور أن غريزة الموت في توازن متغير مع غريزة الحياة وأنه تحت تأثير أنماط من الشعور بالذنب والعدوان والضغوط الحياتية الشديدة فإن مجموعة من السلوكيات المؤذية أو المقيدة للذات سوف تتولد. أما الأفكار الهدامة فتشير إلى مجموعة من الأفكار السلبية تميز الفاعلية حول الفرد ومحيطه وتقود لتعزيز ميول إزاء الذات والتقليل من تقدير الفرد لذاته. (Nelson & Farberow, 2010, 949-950)

وتقاس الأفكار الانتحارية بالعادة بمجموعة من المقاييس منها: (مقياس آرون بيك 1993، ومقياس عبد الرقيب البحري 2003). وغيرها يمكن القول: إن العامل النفسي هو العامل الأبرز من مسببات الانتحار حيث بلغت نسبة المنتحرين لأسباب نفسية (4. 35) من بين المحاولات. (Johnson. & .)

(Gooding, B 2010, 3)

ومما لا شك فيه، وأمام هذه النسب المرتفعة لا بد من العمل على وضع الخطط والاستراتيجيات الملائمة دون الوصول لمثل هذا الحال، إلا أنه في الوقت نفسه يمكن من تحليل البنية الثقافية الاجتماعية استخلاص مجموعة من العوامل الاجتماعية والثقافية التي تنمي المرونة النفسية ومن ثم تشكل عامل وقاية من الانزلاق في الأفكار الهدامة التي تعد بدورها من محفزات الاكتئاب والأفكار الانتحارية وكل المسوغات السابقة دعت الباحث للبحث في هذا الموضوع. والتي يمكن صياغة المشكلة على النحو التالي: هل تلعب مرونة الأنا كمؤشر وقائي في السيطرة على الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية عند المراهقين في المدارس الثانوية بمدينة دمشق؟

ثالثاً: أهمية البحث:

تتبع أهمية الدراسة من كونها:

1. تتناول مسألة المرونة النفسية (مرونة الأنا Resiliency) التي تعد على درجة كبيرة من الأهمية في مرحلة المراهقة بشكل خاص كعامل نمائي ووقائي، ومن ثم فإن فهمها يعد من العوامل البيئية والاجتماعية المساعدة التي تقدم للعاملين في المجال النفسي إطاراً ملموساً يمكن العمل عليه في تنمية الصحة النفسية عموماً، والوقاية من الانزلاق في الاكتئاب ومن ثم الوقاية من سيطرة الميول الانتحارية.
2. تتناول الدراسة مرحلة هامة في حياة الفرد (مرحلة المراهقة)، وكما نعلم أن سن المراهقة هو سن واعد، لكنه سن خطير أيضاً، وهي مرحلة إن استطاع المراهق أن يجتازها بسلام فسينعكس هذا على استقراره الداخلي وتوافقه النفسي في المراحل القادمة.
3. الدراسة الأولى محلياً في حدود اطلاع الباحث التي تتناول مفهوم المرونة النفسية (مرونة الأنا Resiliency) كمؤشر وقائي من الميول الاكتئابية وأفكار الانتحار.
4. تزوّد الدراسة المسترشدين بطرائق تساعد على مواجهة التحديات والمصاعب اليومية وتحفز العامل الوقائي والتفكير الإيجابي لديهم ضمن الظروف الصعبة التي قد يمرون بها.

رابعاً: أهداف البحث:

يتحدد الهدف الرئيسي للدراسة في إلقاء الضوء على:

المرونة النفسية كعملية وقائية قادرة على الإسهام في الوقاية من الاكتئاب والانتحار.

هذا بالإضافة إلى تحقيق مجموعة من الأهداف التالية:

1. تعرف مستوى مرونة الأنا لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة دمشق من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (15.18) سنة.
2. تعرف الفروق في مستويات مرونة الأنا لدى طلاب المرحلة الثانوية، تبعاً لمتغير الجنس (وذكور وإناث).

3. تعرف مستوى الميول الاكتئابية لدى طلاب المرحلة الثانوية (ذكور وإناث) في المدارس الثانوية بمدينة دمشق، وكذلك التعرف على الفرق بين الذكور والإناث في الميول الاكتئابية.
 4. تعرف مستوى الأفكار الانتحارية وانتشارها لدى طلبة المرحلة الثانوية، والفرق بين الجنسين في الأفكار الانتحارية.
 5. تعرف الفروق بين مرتفعي ومنخفضي مرونة الأنا في كل من الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية.
 6. تحديد مدى إسهام مرونة الأنا في التقليل من الميول الاكتئابية، ومن ثم الميول الانتحارية لدى طلبة المرحلة الثانوية.
- يمكن - في ضوء النتائج التي سوف تخرج بها الدراسة - اقتراح وتحديد طرق وبرامج جديدة في المجال التربوي والعيادي التي قد تفيد كعامل وقائي أيضاً من المشكلات والاضطرابات النفسية.

خامساً: أسئلة البحث:

- يحاول الباحث في بحثه الحالي في ضوء ما أشار إليه في مشكلة الدراسة ومسوغاتها أن يجيب عن الأسئلة التالية:
1. ما هو مستوى مرونة الأنا لدى طلبة المرحلة الثانوية ؟
 2. ما هو مستوى الميول الاكتئابية لدى طلبة المرحلة الثانوية؟
 3. ما هو مستوى الأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الثانوية؟
 4. هل هناك فروق دالة إحصائية بين متوسطات درجات عينة من الذكور والإناث في المتغيرات المدروسة؟
 5. هل هناك فروق بين منخفضي ومرتفعي مرونة الأنا وكل من الميول الاكتئابية، والأفكار الانتحارية والجنس؟
 6. ما مدى إسهام مرونة الأنا والميول الاكتئابية في الأفكار الانتحارية؟

سادساً: فرضيات البحث:

- من التساؤلات المذكورة آنفاً يمكن صياغة الفروض الآتية:
1. **الفرضية الأولى:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة على مقياس مرونة الأنا، وفقاً لمتغير الجنس.
 2. **الفرضية الثانية:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة على مقياس مرونة الأنا، وفقاً لمتغير الصف.
 3. **الفرضية الثالثة:** لا توجد فروق ذات دلالة عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين وفقاً لمتغير الجنس.

4. **الفرضية الرابعة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميل الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين وفقاً لمتغير الصف.
5. **الفرضية الخامسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الجنس.
6. **الفرضية السادسة:** لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف.
7. **الفرضية السابعة:** لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا والميل الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين.
8. **الفرضية الثامنة:** لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا و الأفكار الانتحارية.
9. **الفرضية التاسعة:** لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين الميل الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين و الأفكار الانتحارية.
10. **الفرضية العاشرة:** تسهم مرونة الأنا والميل الاكتئابية عند أفراد العينة بالأفكار الانتحارية عند مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha = 0.05$

سابعاً: حدود البحث:

يتحدد البحث الحالي بالحدود التالية:

1. **الحدود البشرية:** وتتمثل بعينة من الطلاب الذكور والإناث الدارسين في والبالغ عددهم (915) طالباً وطالباً، منهم (524) طالباً و(391) طالبة من بعض المدارس الثانوية الرسمية التابعة لمديرية التربية في محافظة دمشق للعام الدراسي 2011/2012.
2. **الحدود المنهجية والموضوعية:** وتتمثل في استخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي للتعرف على مدى قوة الأنا وبقدرتها على التنبؤ بحماية الفرد من الإصابة بالميل الاكتئابية، والأفكار الانتحارية، وذلك من خلال استخدام المقاييس النفسية المستخدمة في البحث الحالي، وهي مرونة الأنا، ومقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين، والأفكار الانتحارية.
3. **الحدود المكانية:** تم تطبيق البحث في بعض المدارس الثانوية الرسمية في محافظة دمشق.
4. **الحدود الزمانية:** تم تطبيق البحث خلال الفصل الأول للعام الدراسي 2011/2012.

ثامناً: التعريفات النظرية والإجرائية:

1. مرونة الأنا: Ego - Resilience

تم وصف مرونة الأنا في الكتابات النفسية باعتبارها حالة من الاهتمام الواسع ومستوى الطموح المرتفع، وهدف ومعنى واضح في الحياة. ومرونة الأنا تعد من السمات الأساسية والمركزية التي تبنى عليها دوافع الفرد وعواطفه وانفعالاته وسلوكه (Block, 1950).

ووفقاً لـ بلوك وكريمين (Block, Kremen 1996) فإن مرونة الأنا تعني القدرة على تكيف الفرد، والقدرة على التحكم بالظروف الصعبة التي تواجهه. فالأفراد الذين يتمتعون بمرونة الأنا المرتفعة هم أكثر قدرة على التكيف، والتحكم بانفعالاتهم وقت الشدائد، وأكثر احتمالاً للتعرض للتأثير الإيجابي ومستويات من الثقة بالذات عندما يواجهون شدائد الحياة، بينما الأفراد الذين يملكون مستوى منخفض من مرونة الأنا، فإنهم يتصفون بالقسوة، والتعامل مع الأحداث بطريقة غير تكيفية.

وقد تعددت التعريفات المتعلقة بالمرونة حسبما أوردها العديد من العلماء، فقد أشاروا إليها بأنها: الكيف الجيد في ظل الظروف الصعبة. ومن منظور التنمية فإنها تعرف بأنها تلبية الاحتياجات التنموية للفرد بالرغم من التهديدات الخطيرة التي تواجهه.

ويشير (رزوق، 1978، 278) إلى أن المرونة تكون في القدرة على التكيف، وهي ميزة تساعد على الانفتاح بقوله: تشير المرونة... باعتبارها خاصة تتم عن القدرة على التكيف والتلاؤم، وميزة تشير إلى الانفتاح على صعيد القدرات والقوى والاستعداد من جانب المرء لتطويعها وملاءمتها بحيث تنطوي على قابلية التطويع". بينما يعرف الصوفي (1995) المرونة، بأنها الحد الفاصل بين الثبات المطلق الذي يصل إلى درجة الجمود، والحركة المطلقة التي تخرج بالشئ عن حدوده وضوابطه، أي إن المرونة حركة لا تسلب التماسك، وثبات لا يمنع الحركة. ويرى الأحمدى (2009) أن المرونة هي الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الإنسان من التكيف الإيجابي مع مواقف الحياة المختلفة "سواء كان هذا التكيف بالتوسط أو القابلية للتغير أو الأخذ بأيسر الحلول...".

حسبما تورد الجمعية الأمريكية للعلوم النفسية (American psychological Association) فإن المرونة النفسية هي عملية تكيف وموافقة حسنة في مواجهة سوء الحال والمصائب والمآسي أو اتجاه مصادر الضغوط النفسية الكبيرة.

ويعرفها سيلغمان وآخرون (Seligman, et. al 1995)، بأنها: مرتبطة باختزال السلوك السلبي وغير المرغوب فيه وتقديم السلوك الصحي والمنتج، وحتى تحت التعرض للظروف الصعبة.

كما وتعرف بأنها: عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، أو الصدمات، أو النكبات، أو الضغوط النفسية العادية التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل، المشكلات المالية، كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو النكبات، أو الأحداث الضاغطة، والقدرة على تخطيها بشكل

إيجابي ومواصلة الحياة بشكل مفعم وبصرف النظر عن تعدد تعريفات المرونة إلا أنها جميعاً تتضمن عناصر مشتركة تشير بطبيعة الحال إلى مقدرة الشخص على مواجهة العقبات والضغوط النفسية بسهولة ويسر دون اضطرابات (حسان، 2009، 66).

ويعرف أبو حلاوة (2013) المرونة، بأنها عملية دينامية تمكن الأفراد من إظهار التكيف السلوكي عندما يواجهون مواقف عصبية أو صادمة أو مأساوية أو تهديد أو حتى مواقف ضاغطة (أبو حلاوة، 2013، 5).

كما يعرف الباحث مرونة الأنا إجرائياً: بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس مرونة الأنا الذي أعده جاك بلاك وكريمين (1996)، حيث تعد الدرجة المرتفعة على المقياس مؤشراً على تمتع المفحوص بمرونة الأنا، بينما تشير الدرجة المنخفضة على أن الفرد يعاني من مشكلات في تعامله مع المواقف الضاغطة.

2. الاكتئاب والميول الاكتئابية: Depression & Depressive Tendencies

يتفق كثير من الباحثين على أن اكتئاب المراهقة هو أحد أشكال الاضطرابات الانفعالية التي يسودها المزاج المتكرر، وأن الاكتئاب له مجموعة من الأعراض تبدو في صورة شكاوى جسدية وشكاوى نفسية مثل الشعور بالوحدة والعزلة وانخفاض تقدير الذات وتأخذ هذه الصورة في الازدياد عندما يصل الأمر إلى الاكتئاب المرضي (الدجوى 2000، 10-11).

ومن بين العلماء الذين تحدثوا عن الاكتئاب من حيث أعراضه وتشخيصه، العالم بيك، ومن أهم التعريفات مايلي:

يعرف كولز (1992: 217) الاكتئاب بأنه خبرة ذاتية وجدانية وتسمى حالة مزاجية أو انفعالاً، والتي تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمي أو عقلي أو اجتماعي، وزملة مركبة من أعراض معرفية ونزوعيه وسلوكية وفيزيولوجية، بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية. وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هي الأكثر شيوعاً وبخاصة في الطب النفسي .

ويعرف الدسوقي (1988) الاكتئاب، بأنه اضطراب وجداني أو انفعالي ينطوي على شعور بعدم الكفاية وفقدان الأمل، يكون شديداً ويصحبه انخفاض في النشاط الجسمي والنفسي، وتكرر واغتمام وتشاؤم من المستقبل، والحد من قدر النفس، وتوهّمات، وعدم كفاية وفقدان للأمل، ويشعر الفرد أيضاً بالتعب وبفقدان الطاقة وعدم الاستمتاع بالنشاطات، وإحساس بانعدام القيمة وبنقصان القدرة على التفكير أو التركيز (دسوقي، 1988: 108).

ويعرفه الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية بأنه مركب من الأعراض المتزامنة التي يميزها وجود مزاج يتسم بالقلق وعدم الارتياح Dysphonic Mood يسيطر الكآبة والحزن وفقدان الأمل وعدم الرضا وانقباض الصدر، وسرعة الغضب أو الانفعال، إضافة إلي الوجدان السلبي مع وجود تقلب دائم وثابت نسبياً للمزاج (عبد الرحمن، 1998: 17).

ويعرف (معمرية، 2009) الميول الاكتئابية بأنها: مجموعة المؤشرات التي تظهر لدى الشخص ويغلب عليه الحزن والشعور بالذنب والانعزالية وعدم وجود الرغبة في المشاركة الحياة وفقدان الشعور بالمتعة في الحياة و تغلب على ملامح هذا الشخص المصاب بالميول الاكتئابية نظرات التشاؤم، الانصياع، الاحساس بفقدان الأمل، ولا يستمتع مثل باقي البشر بمتعة الحياة، ويكون وحيداً و تلوه الكآبة ، وعادةً ما يظهر عليه الضيق والكرب والقلق والتشاؤم وإنخفاض الروح المعنوية والنظر إلى الحياة بعين حزينة منكسرة.

وقد أظهرت برامج المصابين بالأعراض الاكتئابية ولكنهم غير مصابين بالاكتئاب تأثيرات هامة في تخفيض المستويات العالية من الميول الاكتئابية والوقاية من النوبات الاكتئابية وتمحورت هذه البرامج حول التفكير الإيجابي وتحدي أنماط التفكير السلبي وتحسين مهارات حل المشاكل. (منظمة الصحة العالمية، 2005،47).

تظهر الميول والأعراض الاكتئابية على شكل: التملل والذي يترافق مع العبوس والانسحاب من الأنشطة الاجتماعية والتردد في التعاون في أنشطة الأسرة المختلفة؛ كما ينقص الانتباه للأعمال المدرسية وللمظهر الخارجي ويؤكد ألبرت وبك (Albert & Beck) أن الاكتئاب والأعراض الاكتئابية يبدو أنه منتشرًا بدرجة كبيرة في مرحلة المراهقة المبكرة، وذلك أكثر من انتشاره في مرحلة الرشد ويرى الباحثان أن الأعراض الاكتئابية في هذه المرحلة يمكن أن يكون علامة لمرحلة نمو حرجة والتي يمكن أن تستتار فيها وذلك لزيادة المطالب الأكاديمية والاجتماعية كلما تقدم الطفل في مرحلة المراهقة . ويشير العاملون في المجال التربوي إلى أن التعرض المتكرر للطفل في مرحلة المراهقة المبكرة للتغذية الراجعة السالبة فيما يتعلق بالكفاءة الأكاديمية والاجتماعية يعمل على كف بزوغ مخطط الذات self-schemata ويُسهل من نمو الاكتئاب. (Albert & Beck, 1981, p199).

ويعرف الباحث الميول الاكتئابية Depressive Tendencies: بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين، الذي أعده عبد الخالق ورضوان (1999) حيث تعد الدرجة المرتفعة على هذا المقياس مؤشراً على وجود ميول اكتئابية.

3. الأفكار الانتحارية: Suicide Ideation

يُعد دوركايم (Durkhrim, 1967) أول من تناول مفهوم الانتحار فقد عرفه على أنه " كل حالات الموت التي تنتج بصورة مباشرة أو غير مباشرة عن فعل إيجابي أو سلبي يقوم به الفرد بنفسه " وهو يعرف أن هذا الفعل يصل إلى هذه النتيجة أي "الموت" (سمعان، 1964:45). كما أشار بيك وآخرون (Beck et al.1979) إلى "أن الانتحار ليس حدثاً منعزلاً، بل هو عملية معقدة، وأن السلوك الانتحاري يمكن تصوره باعتباره واقعاً على متصل لقوة كامنة، تشمل تصور الانتحار، ثم التأمّلات الانتحارية، ثم محاولة الانتحار، وأخيراً إكمال هذه المحاولة الانتحارية". (Beck. et al,1987:343-)

344). وتتفق وجهة نظر كل من بونر وريتش (1987) مع ما أشار إليه بيك (1979) في أن السلوك الانتحاري عملية دينامية معقدة بدلاً من كونه حدثاً منعزلاً ثابتاً. فالسلوك الانتحاري " عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط، ثم التخطيط للانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد، وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقاً لتأثير العمليات البيولوجية والنفسية الاجتماعية". (Rich,1987 : 50-51) في خضر (2009).

يرى كثير من الباحثين بيك "Beck" وآخرون، "كوفاكس" "Kovacs"، "ويسمان" "Weisman" (1975) أن اليأس والاكتئاب عند الراشدين، و يمكن اتخاذه معياراً تنبؤياً للإقدام على الانتحار أو التفكير فيه أو محاولته، وذلك من خلال قياسهم للمظاهر الوجدانية والدافعية للتوقعات السلبية لدى الراشدين، لاسيما وأن التوقعات السلبية نحو المستقبل يمكن أن ترتبط بعدد من الأحداث التي تشكل أزمة أو تنتج عنها (مثل المرض المزمن أو فقدان أحد الوالدين أو فقدان الزوجة أو الصديق أو فقدان الممتلكات أو فقدان الوظيفة) (الأنصاري، 2002: 205-206).

وقد حدد " بيك وآخرون (Beck, 1985) اليأس باعتباره منبئاً هاماً للسلوك الانتحاري، و تأكد ذلك في عدد من الدراسات الإكلينيكية. (فايد، 2001: 74-75). و أكد " سولوف " " Soloff " و آخرون (2000) على أنه توجد علاقة بين اليأس و التخطيط الصريح للانتحار عند المصابين باضطراب الشخصية الحدية الذين يعانون من الاكتئاب (Zanarini, 2005:348).

ويشير مصطلح الأفكار الانتحارية إلى تلك الأفكار إلى أن الحياة لا تستحق أن يعيش الفرد فيها والتي تتراوح في شدتها من الأفكار المشتتة وصولاً إلى الفكرة المجردة والمحكمة والتفكير على شكل خطة لقتل الشخص نفسه أو الانشغال الكامل بتدمير الذات (Scanlan, Purcell, 2009, 3).

يركز التفكير الانتحاري على الأفكار الانتحارية بدءاً من اليأس ومروراً بالأفكار العامة عن الانتحار ووصولاً إلى الأفكار التي تؤكد وجود خطط واضحة للسلوك الانتحاري (حنورة، 1998: 57). ويعرف عبد الخالق وآخرون (2011) الأفكار الانتحارية بأنها استعداد الفرد للتفكير بالانتحار، أو التهديد به، ومحاولة الانتحار، وتبني أفكار قتل النفس، فضلاً عن الرغبة وتمني الموت (عبد الخالق وآخرون، 2011، 117).

ويعرف الباحث الأفكار الانتحارية إجرائياً: بأنها الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الأفكار الانتحارية حيث تعد الدرجة المرتفعة على المقياس مؤشراً على وجود أفكار انتحارية.

4. طلاب المرحلة الثانوية Secondary stage Students :

وهم الطلاب الذكور والإناث الدارسين في المدارس الثانوية الرسمية بمدينة دمشق البالغة أعمارهم بين (16. 18) سنة.

الفصل الثاني الإطار النظري	
المحور الأول: المرونة النفسية	
	أولاً: تحديد المفهوم
	ثانياً: عرض تاريخي
	ثالثاً: الأبعاد المميزة للمرونة النفسية: (أبعاد مرونة الأنا)
	رابعاً: المرونة بين الحالة والسمة
	خامساً: تعزيز حالة المرونة
	سادساً: المرونة النفسية عبر المراحل النمائية المختلفة
	سابعاً: نماذج تنمية المرونة (نموذج الخطورة والوقاية)
المحور الثاني: الاكتئاب Depression	
	أولاً: تعريف الاكتئاب
	ثانياً: أسباب الاكتئاب
	ثالثاً: أسس تصنيف الاكتئاب
	رابعاً: الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب
	خامساً: تشخيص الاكتئاب
	سادساً: النظريات المفسرة للاكتئاب Theories of Depression
المحور الثالث: الانتحار والأفكار الانتحارية	
	أولاً: تعريف (الأفكار الانتحارية)
	ثانياً: الانتحار في المراهقة
	ثالثاً: أسباب الانتحار لدى المراهقين
	رابعاً: علاقة الاكتئاب واليأس بالانتحار
	خامساً: عوامل الخطر المسببة للانتحار
	سادساً: التوجهات النظرية المفسرة للانتحار
المحور الرابع: المرونة النفسية والاكتئاب	
المحور الخامس: المرونة النفسية والأفكار الانتحارية	

المحور الأول: المرونة النفسية

يعد السؤال عن الكيفية التي يتعامل فيها الناس مع الأحداث الصعبة التي تغير حياتهم كموت شخص عزيز، أو خسارة صفقة معينة، أو الإصابة بمرض خطير أو غير ذلك من الأحداث الصادمة واحداً من الأسئلة الجوهرية في أبحاث المرونة. فعندما تقسو ظروف الحياة يستمر البعض في سباحتهم في معترك الحياة، بينما يشارف بعضهم الآخر على الغرق ويكون البعض الآخر قادراً على السباحة والاستمرار في هذه الاوقات والظروف الصعبة، فإن بعضهم يستجيب لمثل هذه الظروف بعاصفة قوية جداً من الانفعالات والإحساس بالحيرة والغموض وعدم اليقين، ولكنه مع كل ذلك يتوافق بصورة عامة بشكل جيد عبر الزمن مع مواقف الحياة الصعبة والظروف الضاغطة. (WWW.sde.gov/sde/.)

والسؤال: ما الذي يمكن هؤلاء من ذلك التوافق أو التأقلم؟ يتضمن التوافق الإيجابي مع ظروف الحياة الصعبة والأحداث الضاغطة عدداً كبيراً من المتغيرات منها ما يعرف بالمرونة النفسية Resilience وهي عملية تتطلب وقتاً ومجهوداً واندماج البشر في اتخاذ عدد من خطوات المواجهة أو المجابهة والتأقلم الإيجابي. فالمرونة بهذا المعنى هي التغلب على العقبات في الحياة، وكل حياة لا بد أن تتألم قسطاً من المصاعب فلا أحد ينجو من هذا العالم دون التعرض للمصاعب. (أبو حلاوة ، 2008، 4)

أولاً: تحديد المفهوم:

يرى جيرمازيمزلاءه (Germazy et. al, 1993) (عن الخطيب 2001) أن دراسة مرونة الأنا انبثقت عن مجال علم النفس التطوري، حيث كانت الأبحاث الأساسية في هذا المجال تجرى لكي تحيب على التساؤل الآتي: لماذا يبدي بعض الأشخاص مستوى عالٍ من القدرة على التوافق الإيجابي مع مواقف الحياة الصعبة والأحداث الضاغطة بينما يفشل الآخرون فيها؟ ذلك هو التساؤل الذي يكون في حد ذاته إطاراً مرجعياً ومفاهيمياً لمرونة الأنا في الشخصية (نقلاً عن الخطيب، 2001، 150).

وتبدو مرونة الأنا واضحة المعالم في كونها إطاراً مفيداً يكشف عن الشخصية لمعرفة وكشف طبيعة المهارات والاتجاهات والقدرات الخاصة لدى الأفراد، وهي التي تقوي بصفة خاصة الشباب على مواجهة تحديات الحياة. ومواجهة مخاطرها بما يُكوّن لديهم نمواً وتطوراً شخصياً في مواجهة الأحداث الحياتية خصوصاً الصادمة.

ويعرفها روتر (Roter) على أنها مواجهة الضغط النفسي في وقت ما بطريقة تسمح للثقة بالنفس بالتزايد فهي تتضمن مواجهة الضغوط النفسية في وقت ما بطريقة تلبّي الثقة مقدرة الشخص على مواجهة التهديدات في المستقبل كما أنها تضم أيضاً التحلي بالمسؤولية الشخصية إلي حد ما عن الاستجابات الناجمة تجاه ذلك التهديد. (Kindt, 2006, 5).

ويشير أبو حلاوة (2008) إلي أن المرونة النفسية العامة ظاهرة عادية أو طبيعية، وليست ظاهرة خارقة للعادة أو غير طبيعية فمعظم الناس يظهرون مرونة نفسية واسعة، وإسقاط سمة المرونة النفسية على شخص ما لا يعني أن مثل هذا الشخص لا يخبر أو لا يعاني من مصاعب أو ضغوط فالألم الانفعالي والحزن وأعراض شائعة بين الأشخاص الذين خبروا أو كانوا من شدائد أو نكبات أو عثرات شديدة قِيحياتهم. وهي ليست ميزة متفردة بالمطلق، بل أنها موجودة بدرجات مختلفة ويمكن للبعض أن يكونوا مرنين تجاه أحد الأنماط من الجهد النفسي أكثر منه تجاه شكل آخر من الضغوط ومن الممكن للشخص أن يتعامل مع الشدة النفسية التي يفرضها عليه ضغط التعب في العمل أفضل مما يتعامل مع الضغوط الناجمة عن العلاقات المنزلية (أبو حلاوة، 2008، 44-45).

أما جيرمازي (Germazy, 1991) فقد عرفها بأنها: "القدرة على إعادة بناء الشخصية والقدرة على التعافي من المحنة. ويرى فيرنر (Werner, 1989) بأنها: "التكيف الناجح الذي يتبع التعرض للأحداث الحياتية المؤلمة. في حين يعرفها فيرنر وسميث (Werner & Smith, 1992) بأنها: "المقدرة الشخصية على انتهاز الطريق الشخصي الصحيح في الحياة". وعرفها ليفتون (Lifton, 1993) بأنها: "إعادة التشكيل والتغيير في الشخصية". ويعرفها سيلغمان وآخرون (Seligman, et al., 1995) بأنها: "مرتبطة باختزال السلوك السلبي وغير المرغوب فيه وتقديم السلوك الصحي والمنتج، وحتى تحت التعرض للظروف الصعبة.

ويشير دول وليون (Doll & Lyon, 1988) إلي أنه لا يوجد تعريف عالمي محدد للمرونة غير أن الفكرة الرئيسية للمرونة ترتبط بالتأقلم الناجح (ب أو مع) التغلب على المخاطر والمحنة أو تطوير المنافسة لدى الفرد في مواجهة الضغوطات القاسية والشديدة.

وتعرف بأنها: "عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، أو الصدمات، أو النكبات، أو الضغوط النفسية العادية، التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل، المشكلات المالية، كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو النكبات، أو الأحداث الضاغطة، والقدرة على تخطيها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بشكل مفعم وبغض النظر عن تعدد تعريفات المرونة إلا أنها جميعاً تتضمن عناصر مشتركة تشير بطبيعة الحال إلي مقدرة الشخص على مواجهة العقبات والضغوط النفسية بسهولة ويسر دون اضطرابات (حسان: 2009، 66).

ثانياً: عرض تاريخي:

اعتمد الباحث في العرض التاريخي على ماغينيس (Maginness,2007) الذي يرى في بحثه عن تطور المرونة THE DEVELOPMENT OF RESILIENCE أن الحديث عن تاريخ مرونة الأنا هو ذلك الذي نمتدح ونبارك فيه جهود الباحثين الذين حاو لوا أن يحددوا العناصر التي تجعل الشخص أكثر مرونة تجاه التغييرات في الحياة أكثر ممن سواه , ومرونة الأنا مصطلح أدخله أول مرة جاك بلوك JackBlock في خمسينيات القرن الماضي، وكانت الكتابات المبكرة عن المرونة مجرد أمور نظرية بطبيعتها وتضمنت ما يجلب الترفيه إلي طبيعة الشخصية السليمة والنمو مقارنة مع الاضطرابات، وفيما بعد تطور البحث في موضوع المرونة وبصورة غير مباشرة في سياق الضغوط النفسية المزمنة، مثل الهو لوكوست حسب ما ذكره (فرانكل، 1946) من خلال تجربته في الاعتقال وكذلك الدراسات التي تضمنت تحديد الفروقات الشخصية تحت الشروط المتفاوتة من الشدة النفسية. وفي المرحلة التالية كان هناك اهتمام هائل بالتطورات على صعيد دراسة الاختلاف والتباين في الاضطرابات النفسية لدى الأطفال الذين كان آباؤهم أو أمهاتهم مصابين بأمراض نفسية، فقد دفعت هذه الدراسات الباحثين إلى أن يحاولوا فهم الفروق الفردية للأطفال في الاستجابة للحالات السيئة والضغوط والشدائد النفسية بما في ذلك سوء المعاملة والفقر في المناطق الحضرية والعنف والمرض المزمن والحوادث الكارثية في الحياة، وكانت هذه الدراسات قد صُممت لتحديد العوامل التي تسهم في تطور الاعتلالات النفسية، وعبر هذا كله كانت السمات والمزايا لدى الاطفال المتمتعين بالمرونة تجاه الشدة النفسية قد أصبحت واضحة وجليّة للعيان وقد أفضى هذا العمل إلي استنتاج أن الأطفال الذين كانوا في حالة أفضل من التكيف على الرغم من الظروف السيئة في ظروفهم المعيشية كانت لديهم مقدرات خاصة (مستوى عال من مرونة الأنا)، كان الباحثون في هذا المجال قد أدركوا أن هؤلاء الأطفال لايقهرونأو أنهم غير ضعفاء تجاه الظرف السيئ، وعرض الباحثون عدداً من الفرضيات عن طبيعة عدم القهر وعدم الضعف أمام الشدة النفسية، وتم اطلاق الدراسات لتحديد السمات الشخصية التي جعلت هؤلاء الأطفال مختلفين عن غيرهم. (عوامل الوقاية). وكان هناك أسئلة إضافية تم طرحها بشأن إن كان بعض الأطفال لديهم مناعة طبيعية ضد الضغط والشدة النفسية أم لا او أن الأمر قد تطور بالتدرج كنتيجة للمقدرة على التعامل مع حالات الصعوبة او ان كانت المقدرة على الصمود أمام الضغوط النفسية هي مسألة وراثية، كما تم التساؤل فيما إذا كانت المقدرة على الصمود أمام الضعف مسألة عمومية أو أنها تختص بمجالات محددة (-Maginness,2007,4).

(5).

وفي عام 1973 نشر غارمزي (Garmezy) نتائج بحثه الأول عن المرونة حيث استخدم أبحاثاً وبائية، والمقصود الأشخاص الذين وقعوا فريسة المرض، وأولئك الذي لم يتعرضوا له، ودراسة أسباب ذلك بقصد

كشفت عوامل الخطر وعوامل الحماية التي تساعد في تعريف المرونة، ومن ثم قدم (غارمزيوستريتيمان) (Garnezy&Streitman, 1974). أدوات تساعد على النظر إلى المنظومات التي تدعم تطور المرونة، كما أن وورنر (Warner, 1982) كانت واحدة من أوائل العلماء الذين استخدموا مصطلح المرونة، وكانت قد درست مجموعة من الأطفال من كاواي هاواي، إذ إن هذه المنطقة كانت من بين المناطق الأفقر وكان كثير من الأطفال في الدراسة قد ترعرعوا في بيئة أسرية غير سليمة (إدمان كحول، أمراض نفسية، بطالة) ولاحظت أن ثلثي الأطفال الذين ترعرعوا في هذه البيئة قد أظهروا سلوكيات تدميرية. في حين لم يظهر الثلث الباقي من الشبان سلوكيات تدميرية، وقد سمت وورنر المجموعة الأخيرة باسم المرينين وكان الأطفال المرنون وعائلاتهم يمتلكون خصلاً جعلتهم مختلفين عن الأطفال غير المرينين وعائلاتهم www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc

ثالثاً: الأبعاد المميزة للمرونة النفسية: (أبعاد مرونة الأنا)

قام ويلن (Wolin, 1993) بإجراء تحليل كيمي لمكونات الشخصية استخلص بأنها: "السمات الشخصية المميزة للأشخاص ذوي المرونة العالية"، ومن هذه السمات:

1. الاستبصار:

هي قدرة الشخص على قراءة وترجمة المواقف والأشخاص، وهو الإدراك الفجائي أو الفهم لما بين الأجزاء في موقف ما من خلال محاولات فاشلة قد تطول أو تقصر وتشمل القدرة على التواصل البيئشخصي، علاوة، على معرفة كيفية تكيف سلوك الفرد ليكون متناسباً مع المواقف المختلفة، مما يجعله يفهم نفسه ويفهم الآخرين.

2. الاستقلال:

ويشمل بعد الاستقلال عمل توازن بين الشخص والأفراد الآخرين المحيطين به، كما يشمل كيفية تكيفه مع نفسه، بحيث يعرف ما له وما عليه، وأن الشخص المستقل هو الذي يقول بوضوح: (لا) عندما يكون مناسباً أكثر مما يكون عليه من كونه متساهلاً وبسيطاً في حالة مواجهة الحدث، وأن الاتجاه الإيجابي والمتفائل للشخص المستقل يكون حاضراً دائماً، ويكون مرتبطاً بالفروق الفردية فيما بين الأشخاص والقدرة على مواجهة تلك الأحداث.

3. الإبداع:

ويشمل الإبداع إجراء خيارات وبدائل للتكيف مع تحديات الحياة، بل وأكثر من ذلك الاندماج في كل الأشكال السلوكية السلبية (تحدي المصاعب والمخاطر). وأن الأفراد من ذوي المرونة العالية يمكنهم أن يتخللوا تتالي الأحداث لديهم، حيث يمكنهم صناعة واتخاذ القرار في مواجهتها، كما يتضمن الإبداع القدرة على تسلية الفرد إلى حين انتظار شخصٍ ما أو شيءٍ ما يُقدم تلك التسلية حتى تحقيق الهدف المرجو منه.

4. روح الدعابة:

تُعد روح الدعابة الجانب المضيء من الحياة لدى الشخص المرن، حيث تُمثل القدرة على إدخال السرور على النفس، وإيجاد المرح اللازم للبيئة المحيطة به، وهذا ما يُعتبر خاصية أو سمة مميزة للأفراد المرنين الذين يجيدون فن التعامل في الحياة لمواجهة مواقفها المختلفة. إن روح الدعابة تدعم تكون وجهة نظر جديدة تكون أقل مخاطرة في مواجهة تحديات الحياة والتأقلم مع الظروف القاسية والأكثر صعوبة.

5. المبادأة:

وتتضمن قدرة الشخص على البدء في تحدي ومواجهة الأحداث، وذلك بعد دراسة سريعة وصحيحة تمثل قدرة الفرد على الحدس، أي الإحساس بإدراك النتائج الإيجابية الصحيحة والسريعة.

6. تكوين العلاقات:

وتشمل قدرة الفرد المرن على تكوين علاقات إيجابية صحيحة وقوية من خلال قدرته على التواصل النفسي، والاجتماعي، والعقلي البينشخصي مع من يحيطون به، كما تشمل قدرته على التواصل مع ذاته.

7. القيم الموجّهة (الأخلاق):

وتشمل البناء الخُلقي والروحاني الصحيح للشخص المرن، والتي تتضمن قدرته على تكوين مفاهيم روحانية وتطبيقها من خلال تعامله مع أفراد مجتمعه ليكون شخصاً متمتعاً بإدراكات روحانية وخُلقية في حياته العامة والخاصة (الخطيب، 2010، 557).

رابعاً: المرونة بين الحالة والسمة:

يطرح السؤال عما إذا كان يمكن اعتبار المرونة النفسية (مرونة الأنا) حالة أم سمة من سمات الشخصية، وتشير دراسة كاريمارك (Karairmak, 2003) والتي بحثت العلاقة الارتباطية بين مرونة الأنا والشدائد عبر الزمن لطلاب الجامعات في دراسة طولية حيث أظهرت النتائج الدور الإيجابي لمرونة الأنا على الرغم من الشدائد والمحن والعلاقة المتبادلة بينهما حيث بينت أن مرونة الأنا بقيت على حالها مع مرور الزمن، وبالتالي فإن مرونة الأنا ليست مؤقتة أو نوعية ولكنها بالعموم صفة مميزة للفرد، وهذا التميز هو ما يمكن الفرد من مواجهة التحديات والتكيف معها (Mccoy, 2010, 22).

وإن المرونة النفسية سمة تتضمن سلوكيات، وأفكاراً واعتقادات، وأفعالاً يمكن تعلمها وتميئتها لدى أي شخص، فالشخصية المرنة الناضجة لديها القدرة على التكيف والتعامل مع ظروف الحياة المختلفة، وخاصة مع المواقف التي تحمل رياحاً غير سارة في بعض الأحيان (كالصدمات العاطفية أو الخسائر المادية)، إن هذه المواقف في حاجة إلى مرونة، وترجع خاصية المرونة إلى ديناميكية الفرد التي يدعمها التفكير الإيجابي والحوار والتفاعل الجيد مع الآخرين، وإسقاط خاصية أو سمة المرونة النفسية على شخص ما، لا يعني أن مثل هذا الشخص لا يعاني من مصاعب أو ضغوط، فالألم الانفعالي، والحزن أعراض شائعة بين الأشخاص الذين يعانون من شدائد أو عثرات شديدة في حياتهم وفي الواقع، فإن الطريق إلى المرونة النفسية يتضمن الكثير من الضيق والمعاناة، فالحياة ليست نزهة مبهجة، وليست في نفس الوقت مصاعب، وبالتالي فإن معظم الأبحاث تظهر بأن المرونة هي نتيجة تفاعل الفرد مع بيئته، وأنها العملية التي تحمي الأفراد من الأثر الغامر لعوامل الخطر، وإن هذه العمليات يمكن أن تكون استراتيجيات المواجهة الفردية أو أن يتم مساعدتها على السير عبر الأسرة الجيدة والمدارس والمجتمعات والسياسات الاجتماعية التي تجعل من المرونة النفسية مسألة قابلة للحدوث باحتمالات عالية. (أبو حلاوة، 2008، 3).

خامساً: تعزيز حالة المرونة:

تسهم المرونة في عودة الإنسان إلى حالته الطبيعية حتى عند اشتداد الأزمات، وانطلاقاً من فرضية إمكانية تعلم مهارات المرونة فقد توصل الباحثون في جامعة بنسلفانيا إلى مجموعة من المهارات التي تعزز المرونة وفيما يلي عرض للمهارات المعززة للمرونة النفسية مقتبسة عن (Jennifer Pearson, 2006).

1. إدارة الانفعالات:

يدور التنظيم الانفعالي حول مقدرة الشخص على أن يبقى هادئاً تحت الضغوط وألاً يترك مشاعره تغمره أو تؤثر على كامل يومه، وهذا لا يعني قطع المشاعر السلبية أو كَبَتَ المشاعر، وإن التعبير عن المشاعر - كل من تلك السلبية والإيجابية - على حد سواء أمر صحي وبنّاء، ذلك أن بدايات التنظيم الانفعالي لدى الرضع تبدأ من خلال مص أصابعهم سعياً منهم لتهدئة أنفسهم.

2. التحكم بالدوافع:

تعرف على أنها المقدرة على التوقف والاختيار فيما إذا كانت الرغبة في القيام بتصرف ما موجودة أم لا، فمثلاً عندما يغضب الفرد على سبيل المثال فقد يرغب بالصراخ أو الدخول في جدال، ويساعد ضبط الدوافع في التوقف والتقرير بأن تصرفات محددة قد لا تفيد في مواقف ما وبأن تلك الأفعال قد تفاقم الحال، وباستطاعتنا مساعدة الأطفال الصغار في تطوير ضبط الدوافع عبر وضع نموذج للتعامل مع الدوافع بأنفسنا وعبر الاعتراف لهم بإنجازاتهم عندما ينجحون في شيء. ولضبط الدوافع والتنظيم الانفعالي أهمية كبيرة في تطور المرونة، وما أن يمتلك الفرد هاتين معاً فإن امتلاك المقدرات الأخرى يصبح سهلاً.

3. تحليل المشكلات وأسبابها:

تؤثر طريقة التفكير بالمشكلة أو الحادث المسبب للضغط النفسي على الشعور تجاهه لعل تحديد سبب المشكلة بالضبط يساعدنا على اجتناب الوقوع فريسة للتفكير المزعج وعاداته، ويتيح لنا التفكير المرن بأن يصبح الفرد مرناً وأن يقوم بالعزو المناسب للمشكلة هادئةً يسببها إلينا نحن وإلي أفعالنا بينما لا يتسبب الآخرون بها، ويمكن للراشدين مساعدة الأطفال بتدريبهم على تحديد سبب المشكلة، أولاً والقيام بالتفكير حول ما يمكن فعله معاً.

4. المحافظة على التفاؤل الواقعي:

وهي المقدرة على الحفاظ على الأمل بمستقبل زاهر وهي تدور حول رؤية الأشياء كما هي وأنا نستطيع نخرج من موقف ما بأفضل حال، فبعض الناس يميلون للشعور بأن كل أشكال الضغوط النفسية ستدوم طويلاً، الأمر الذي قد يجعل من الموقف على ما يبدو أمل فيه، وهناك آخرون يرون أن هذه الحالة

او الموقف مجرد شيء وقتي، الأمر الذي يساعد على المحافظة على التفاؤل الواقعي، ويمكن لهذه المشكلة أن تمر.

5. التعاطف مع الآخرين:

التعاطف هو المقدرة على تفهم مشاعر الآخرين واحتياجاتهم، ويتعلم الأطفال كيف يتفهمون ويدعمون الآخرين من خلال تلقيهم أنفسهم الدعم والتفهم من الآخرين ممن حولهم. ويستفيد الأطفال الصغار من الراشدين الذين يساعدونهم على التعرف على مشاعر الآخرين.

6. الاعتقاد بالكفاءة الذاتية:

ترتبط الكفاءة الذاتية وترجع إلي الاعتقاد بأن الفرد قادر على مواجهة معظم المشكلات والتعامل معها والتراجع إلي الوراء عندما تغدو الأمور قاسية، فالشعور بالكفاءة الذاتية هو الذي يصنع الفرق والمهم بأن يشعر الفرد أنه قادر على فعل أمر ما، وإن الثقة والاعتقاد بمقدراته وكفاءته الخاصة تشجعه على مواصلة المحاولة، وحتى إن كانت الظروف والمواقف تبرز كتحديات أمامنا، وهذا يؤثر على القدرة على الحفاظ على استمرار الأمل بمستقبل زاهر بصورة واقعية ومتفائلة، ولعل عرض الخيارات المتاحة للأطفال يمكن أن يعزز هذه الكفاءة عبر إعطاء حس من التحكم بالأشياء التي يقومون بها، وهذا يعطيهم فرصاً للنجاح الذي يزيد من ثقتهم وكفاءتهم.

7. الانفتاح على الآخرين:

ويمثل المقدرة على استغلال الفرص الجديدة التي تقدمها الحياة، وتشير أبحاث المرونة إلى أن الناس الذين ينظرون إلي الأخطاء على أنها فرصة للتعلم تسهل عليهم مواجهة الأمور الجديدة، ويمكننا مساعدة الأطفال الصغار الذين يريدون تجربة الأمور الجديدة وذلك عبر بيان "أنه لا يوجد شخص كامل" وأن "الجميع يخطئون". وإن هذا الموضوع جزء من طريقة تعلمنا للأمور الجديدة. وعندما نكون داعمين للطفل لدى محاولته أمراً جديداً يجعله ناجحاً في أدائه وحتى إن فشل، وبعد ذلك نقوم بتذكير الطفل بالأشياء التي كان قد أنجزها، وإن جزءاً آخر من الانفتاح أن نكون دقيقين وواقعيين حول درجة التماشي مع الآخرين، وأن نطلب المساعدة عندما نحتاجها، ويمكننا أن نجد الدعم لدى الأصدقاء والذين نعمل معهم وفي المجتمع والمؤسسات والمتخصصين والعائلة، ويمكننا مساعدة الأطفال بالانفتاح على الآخرين والحصول على دعمهم عبر إعطاء نموذج عن أنه ليس من المعيب في طلب المساعدة في بعض الأحيان. وأن نظهر لهم بأننا جميعاً نحتاج للدعم من الآخرين أحياناً. (www.sde.gov/sde/)

سادساً: المرونة النفسية عبر المراحل النمائية المختلفة:

اعتمد الباحث في عرضه للمرونة النفسية عبر المراحل النمائية المختلفة على بحث لـ (MacDermid et al., 2008)، وبحث لـ (Mccoy , 2010)؛ (حيث قدموا فيه عرضاً بينوا فيه أن المرونة النفسية تختلف باختلاف المرحلة النمائية

1. المرونة النفسية وتعزيزها لدى الأطفال:

انطلقت شرارة الاهتمام بالمرونة منذ عقود عديدة عندما لاحظ المتخصصون الاكلينيكيون بأن الكثير من الأطفال من الذين كان آباؤهم يتصارعون مع الاضطرابات النفسية بحد ذاتهم يتمتعون بتكيف إيجابي. وقد اتسع البحث بالتدرج ليشمل طائفة واسعة من الظروف الصعبة بما في ذلك الفقر والاستغلال والانفصال عن الأبوين وموت أو إصابة أحد أفراد العائلة، وقد ركزت الدراسات المبكرة على تحديد مصادر "حالات الضعف"، لكن هذه الفكرة أثبتت بساطتها وتم استبدالها بمكون هو "مقوم المرونة النفسية" وبالتالي التركيز على عوامل القوة بدل من التركيز على عوامل الضعف (ضعف المرونة). وتؤكد هذه النماذج للمرونة عند الأطفال على عناصر ثلاثة، وهي: السمات التي يتمتع بها الطفل (مثل الخصال البيولوجية والمعرفية والاجتماعية)، والدعم من الأسرة والدعم من السياقات الأوسع مثل الجيران والمدرسة والمجتمع المحلي والمجتمع ككل (MacDermid et al., 2008, 6)

وتشير مسألة المرونة لدى الأطفال إلى الأفراد الذين يؤدون بصورة أفضل من المتوقع على أساس وجود تاريخ يضم خطورة بالمقارنة مع من هم بحالات مماثلة على أساس وجود تاريخ يضم عوامل خطورة او تجارب نفسية سيئة. لكن ببساطة تتطلب المرونة وجود شرطين لابد من توافرها:

(أ) أن يكون الطفل قد تعرض إلي بعض الخطورة او التجارب السيئة تلك التي تتصل بحصيلة ضعيفة.

(ب) أن يكون الطفل في حالة جيدة من سلامة الأداء لدى تعرضه لخطورة او أمر سيئ وأنهم لا يظهرون تلك الحصيلة السيئة.

والمرونة هي حصيلة منتج مكون من عدد كبير من العمليات الخاصة بالتطور مع مرور الوقت والتي أتاحت المجال أمام الأطفال الذين يمرون بشكل من المخاطر وأن يستمروا في التطور بصورة ذات كفاءة (في وقت لا يملك الأطفال الآخرون هذه الميزة) وكان البحث حول عوامل الوقاية قد ساعد علماء التطور على فهم ما الذي يؤثر لأكبر درجة مع الأطفال المرنين وعوامل الوقاية هي السمات المميزة للأطفال او المواقف التي تساعد بشكل خاص الأطفال على الاستمرار في سياقات ومواقف الخطورة، وهناك عوامل وقائية كثيرة ومختلفة لها أهمية بالنسبة للأطفال المرنين، وهما أداء الوظائف الإدراكية بصورة جيدة (مثل تنظيم الذات معرفياً)، العلاقات الإيجابية (تحديداً مع الراشدين المقربين مثل الأبوين) وإن الأطفال الذين يمتلكون عوامل

الحماية في حياتهم يميلون إلي أداء أفضل في بعض المواقف المحفوفة بالخطر لدى مقارنتهم مع الأطفال من الذين لا يتمتعون بعوامل الحماية إن تعرضوا لذات الموقف. (www.ncbi.nih.gov)

عموماً، ومن دون شك فالمعامل المنفرد الأكثر تأثيراً على تعزيز المرونة لدى الأطفال كما يظهر هو حضور العلاقات الداعمة وخصوصاً مع الأبوين وكذلك مع الراشدين خارج المنزل، وبالتالي فإن التدخلات التي تستهدف ممارسات الأبوين وتحسين التفاعلات بين الأطفال والأبوين وتنمية العلاقات الاضافية مع الراشدين قد تكون ذات نفع خاص في تنمية المرونة النفسية كما أن البرامج الإرشادية والعلاجية التي تقدم للأطفال من خلال المدرسة تنمي العلاقات الداعمة مع المعلمين كلها ذات نفع خاص بما بأنها تعوض نقص الجودة في العلاقات مع الأبوين (MacDermid, et al., 2008,8).

2. المرونة النفسية وتعزيزها لدى المراهقين:

يرى (لوتار، 2006) بأن الكثير من معالم المرونة لدى الأطفال تنطبق على المراهقين أيضاً، ولكن المراهقين معنيون أكثر بالشبكات الأوسع مع الأقران والأنشطة الاجتماعية وبمضامين خارجة عن إطار الأسرة بشكل بارز المعالم أكثر في ملامح المرونة لديهم ففي مرحلة المراهقة تكن قد تطورت لدى المراهقين مقدرات معرفية متقدمة أكثر مما هو لدى الأطفال، كالتفكير بشأن وجهات نظر الآخرين وفهم الوقت على أنه يتعلق بالمستقبل ومن ثم فإن هذه المقدرات تسهم أيضاً في فهمنا للمرونة. (MacDermid, et al., 2008,10)

كما او ضحت فريديروكسون Fredrickson، 2004 أن مرونة الأنا لدى المراهقين تمنحهم القدرة بان يكونوا متفائلين ، حيويين ، نشيطين ، فضوليين ، ومنفتحين ، قادرين على خلق المشاعر الإيجابية من خلال التفكير الإيجابي والاسترخاء (Mccoy , 2010 ,22). وفي إطار تعزيز المرونة لدى المراهقين فقد تبين أن برامج التدريب على مهارات الحياة والذي خلص إلي أنها كانت ذات تأثير في زيادة مهارات التواصل بين الأشخاص وتقليل درجة المجازفة وتقلل من خطر إساءة تناول المواد المخدرة والمسكرة لدى الأفراد المراهقين المشاركين فيها ويعكس التدريب مدى الحياة منظوراً للمرونة بما أنه يركز على تطوير الخصائص الفردية المتكاملة لتحقيق التفاعلات الاجتماعية المؤثرة والصحية. (MacDermid, et al., 2008,12)

3. المرونة النفسية وتعزيزها لدى الأسر:

يشير (Bonano, 2005) إلي وجود فروق في توجه الدراسات التي أجريت على الأطفال والمراهقين وبين تلك التي اجريت على الراشدين فقد ركزت دراسات الراشدين الكبار على السمات الشخصية كما كان هناك فرق في فهم المرونة لدى الأطفال والمراهقين ولدى الراشدين الكبار فقد ينظر للمرونة لدى الكبار على أنها رد على الحوادث المؤذية والكوارث في حين ينظر للمرونة لدى الأطفال والمراهقين على أنها مرتبطة

بعض عوامل الضغط النفسي المزمن من نحو إهمال الوالدين أو مرضهما أو الفقر أو العنف المجتمعي. وتم دراسة الراشدين على الأغلب على أنهم والدين من الذين تؤثر سلوكياتهم على الأطفال والمراهقين على الرغم من أن الدراسات الأحدث قد تركزت على الراشدين كأفراد. وبما أن معظم الدراسات عن المرونة قد ركزت على الأطفال الذين يتعرعون من ظروف أسرية صعبة وفقيرة فإن معظم الباحثين قد ركزوا على الأسرة باعتبارها مصدراً للخطر أكثر من التركيز على المرونة في المحصلة، هنالك دراسات تجريبية قليلة عن المرونة في الأسر، وتاماً مثلما حصل مع الأطفال، كان الباحثون قد لاحظوا أن بعض الأسر على ما يظهر تقوم بأداء وظائفها بفعالية بالرغم من مواجهتها صعوبات في ظروفها كما أنها سعت لتحديد الملامح التفريقية لهذه العائلات. (Mccoy, 2010, 24)

وتوصلت دراسات المرونة النفسية في الأسر بأن الأسر عبارة عن منظومات يكون أعضاؤها متأثرين بما يحدث لأي فرد آخر منها أو للأسرة كوحدة واحدة. وتتميز العائلات بنماذج التفاعل التي يمكن أن تضخم أو تخفض من الاستجابات للحوادث السلبية، وبالتالي فإن المرونة النفسية العائلية تعرّف على أنها "مميزات وأبعاد وخصائص عائلية تلك التي تساعد الأسر على أن تصبح مرنة في مواجهة التغيرات في التغييرات وأن تكون متكيفة في مواجهة الحالات التي تمثل أزمة".

ومن بين إحدى أكثر الدراسات أهمية عن المرونة الأسرية كانت تلك التي تتبعت 45 عائلة في المناطق الريفية من ولاية أيوا لمدة تزيد على عقد من الزمن خلال التسعينات من القرن العشرين ومن بين الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة أن تدرس المرونة النفسية الأسرية على أنها عملية ديناميكية تتغير وتتطور في العائلات مع مرور الزمن، وكانت الفترة الكبيرة من جمع البيانات قد أتاحت للباحثين أن يدرسوا التأثيرات العارضة الصادرة (أكثر من دراستهم للعلاقات الارتباطية التي اتبعتها معظم الدراسات) وبشكل عام، فإن التدخلات التي تهدف إلى تعزيز حالة المرونة في طائفة متنوعة من المستويات والمواقف المتعددة أظهرت على أنها أكثر فعالية من تلك التي تستهدف آليات محددة للمرونة أو التي تسعى فقط وراء تقليل درجة الخطر، وفي السياق الأسري، يمكن أن يدل هذا إلى التدخلات التي لا تسعى وراء تحسين علاقات الوالدين بالأطفال فقط، كالتواصل على سبيل المثال، وإنما إلى تحسين العلاقات الزوجية والأسرية ككل، هي ذات فاعلية أكبر.

ومن بين البرامج التي تركز على الأطفال وعلى تحسين العلاقات الأسرية والزوجية في الوقت نفسه برنامج Focus (Families Overcoming and Coping Under Stress) (العائلات التي تتغلب على الشدائد) وتتماشى مع التعرض للشدّة النفسية). ويقوم هذا البرنامج على برامج أخرى متعددة، وهو عبارة عن تدخل مع العائلات التي تم تشخيص إصابة الأم بمرض الإيدز، ويستخدم هذا البرنامج ثلاثة أقسام وأو لها

مخصص للأم فقط، وهو يركز على التنظيم الانفعالي ويعزز من النمط الصحي لحياتها وتطوير المرض لديها، والثاني يضم إليه الوالد والمراهقين سواء معاً أو في جلسات فردية بهدف التركيز على تقليل الشدة الانفعالية واستدامة المشاعر الإيجابية في روتين الأسرة وتعليم الوالدين كيف يعززان مهارات التكيف مع المراهقين وأما الهدف والتركيز الأبعد هو تقليل خطر الممارسات الجنسية الخطرة وغيرها والتوافق مع مسائل مثل مرض الوالد المزمع وموته المحتوم، أما القسم الثالث فقد أعطى فقط للمراهقين الذين مات والداهما. وقد أظهرت النتائج أن المراهقين الذين خضعوا للتدخلات كانت لديهم حصيلة تطور أفضل، وكان تكرار ممارستهم لسلوكيات مرضية أقل وكانت لديهم جودة أعلى في الانطلاق في العلاقات ومهارات أفضل في حل المشكلات وكان احتمال انجابهم أطفالاً من خارج مؤسسة الزواج أقل، وإن مثل هذه النتائج واعدة في تعزيز أشكال المرونة الأسرية والفردية والتدخلات المتركة على العائلات. (MacDermid, et al., 2008,15)

سابعاً: نماذج تنمية المرونة (نموذج الخطورة والوقاية):

يشير (Karen Bogenschneider, 2006) في بحثه إلى نموذجين لتنمية المرونة كعامل مهم في التحصين ضد الاضطرابات النفسية وسيقدم الباحث عرضاً لكلا النموذجين . يعد سن المراهقة فترة عمرية محفوفة بالمخاطر، وتشير الدراسات إلى انتشار أشكال كثيرة من السلوكيات الخطيرة في هذه المرحلة العمرية، حيث يقدر بأن قرابة نصف المراهقين من سن 10 - 17 سنة في أميركا يتناولون الكحول والمواد الأخرى ويرسبون ويرتكبون الجرائم ويتورطون في اتصالات جنسية غير محمية، وبالرغم من وجود العوامل الخطرة هذه فإن كثير من الشبان الذين يواجهون هذه الأخطار يتمتعون بالمرونة. ونراهم يؤديون جيداً على الرغم من الأمور الغريبة التي لا يمكن تجاوزها، وقد ظهرت مجموعة من النماذج برهنت فيها تلك التي تسعى إلى تقليل عوامل الخطر وتعزيز عوامل الوقاية فاعليتهما بشكل خاص، وبدل مجرد التركيز فقط على واحد من هذين النموذجين فقط، يبدو أنه من الأفضل التركيز المزدوج على تقليل عوامل الخطورة وتعزيز عوامل الوقاية.

وقد توصلت الدراسات في هذا المجال خلال الثلاثين سنة الأخيرة إلى طائفة واسعة من الأساليب للوقاية من السلوكيات المشككة. وكننتيجة لهذه الدراسات التي وصلت إلى موقع متقدمتين أن أنماطاً محددة من البرامج لا تجدي نفعاً تلك التي تقدم المعلومات فقط والتي تستخدم تكتيكات التخويف و تبني احترام الذات و تعلم قيم ومهارات اتخاذ القرار للأطفال، وكل ذلك عزز من السلوكيات الخطيرة، ولعل النموذجين الذين لاقوا إجماعاً من الباحثين هما: النموذج المتركة على الخطورة، والنموذج المتركة على الوقاية.

أولاً: النموذج المتمركز على الخطورة:

من بين أحد أنجح نماذج الوقاية التي ظهرت في العقود الثلاثة الأخيرة، والذي ظهر في دراسة الوبائيات الطبية هو النموذج المتمركز على الخطورة والذي يتحرى أسباب المرض في فئات السكان ويتناول هذا النموذج العوامل التي تزيد المخاطر ففي أمراض القلب على سبيل المثال، فإن من عوامل الخطورة المرضية التاريخ المرضي في الأسرة المصابة بمرض قلبي والتدخين وقلة ممارسة التمارين وارتفاع الشحوم في الغذاء المتناول وقد قلل إعلام الناس بعوامل الخطورة تلك وتشجيع تغيير طرائق الحياة كثيراً من نسبة حدوث الأمراض القلبية.

ويمكن لهذا الأسلوب أن ينجح في النمو البشري، ومن بين أحد أهم أشكال التقدم في مجال تطور الأطفال نرى الاعتراف بأن الأوضاع السابقة لحصول أمراض القلب، لا تتأثر بعامل واحد فقط بل بأمور وعوامل خطر كثيرة، ومن شأن اتخاذ خطوات لتقليل أو إزالة هذه الأخطار واعد بالخير جيد لمنع حدوث مشكلات عند الشباب.

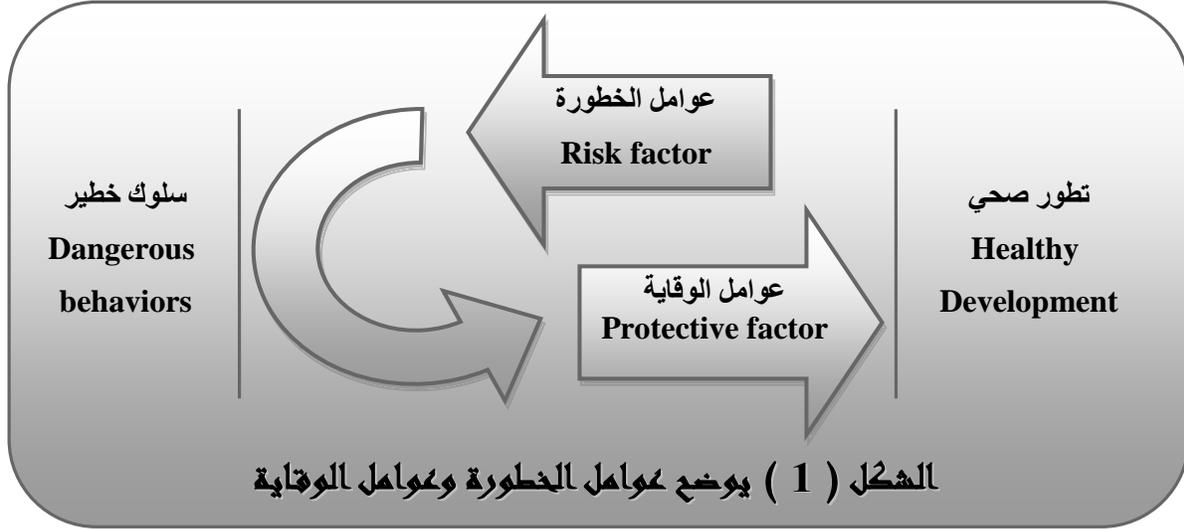
ثانياً: النموذج المتمركز على الوقاية:

يركز النموذج الثاني الذي ظهر من الدراسات على الأطفال الذين أدوا جيداً في مواجهة الحالات الغريبة الغامرة في حياتهم، كالمرض والإعاقات الجسدية والإهمال الأبوي وإساءة المعاملة الوالدية أو إدمان الأبوبين على الكحول، فقد وجد أنه وحتى مع وجود هذه الظروف السيئة فإنه لم يظهر لدى نحو ثلث أو نصف الأطفال اضطرابات خطيرة أو إعاقات، ومن هنا فإن التركيز على السمات المميزة لدى الأطفال وتلك الظروف التي تحمي الأطفال وتعزز من مرونتهم وكفاءتهم.

ويرى (بوغنيسنايدر) إن كلا النموذجين يكملان بعضهما البعض وأن الجمع بينهما يسهم بدرجة كبيرة في تنمية المرونة وتحقيقها لدى الشباب.

ثالثاً: نموذج عوامل الخطورة والعوامل الوقائية:

يستلزم بناء الوقاية من المشكلات لدى الشباب وبناء المرونة تحديد ماهية العوامل التي تزيد المخاطر الخاصة بمشكلة ما لتخفيف ذلك العامل وآثاره، وفي الوقت نفسه، يمكننا تحديد العوامل الوقائية التي تحمي من مشكلة أو تلك التي تدعم عوامل أخرى. ويعرض الشكل (1) والمقتبس عن Bogenschneider بوغنيسنايدر توضيحاً مبسطاً لذلك



ويقصد بأشكال الخطر تلك العوامل المؤذية الموجودة إما في بيئة الفرد أو فيه هو أو كليهما معاً والتي تزيد من احتمالات حدوث المشكلة ووجود الخطر بحد ذاته لا تشير إلى أنه سيتطور بشكل سلبي بالضرورة، ولكنه يزيد من الحالات الغريبة التي يواجهها الفرد كما أن عوامل الوقاية ليست مجرد نقاط حماية للفرد أو البيئة المحيطة به بما يزيد من قدرة الشباب على مواجهة حالات الشدة وكلما كانت تلك العوامل حامية ووقائية فإن الشاب سيتجنب تعريض نفسه للضرر، وعوامل الخطر والوقاية ليسا متناقضين، وإنما هما وجهان لعملة واحدة.

فإن كانت ساعات العمل الطويلة تمثل عامل خطورة على سبيل المثال فليس بالضرورة أن يكون تقصير ساعات العمل عاملاً وقائياً، وتظهر عوامل الوقاية والخطورة من أشكال عديدة من الدراسات، فمثلاً تقود عوامل الخطورة إلى نتيجة تطور سلبي لدى معظم الشباب لكن عوامل الوقاية تظهر من دراسات عن الشباب الذين نجحوا في الحياة على الرغم من الظروف السيئة مثل إدمان الوالدين أو أحدهما على الكحول أو الإهمال أو الفقر أو الحروب.

وتقدم الأشكال من (2) إلى (7) عرضاً توضيحياً لعوامل الخطورة الكامنة في المجتمع والفرد والأسرة والأقران والمدرسة والعمل والتي قام الباحث بتلخيصها وعرضها اعتماداً على بحث (Bogenshneider)، وتقرير منظمة الصحة العالمية (الوقاية من الاضطرابات النفسية، 2005).



الشكل (2) شكل تخطيطي لعوامل الوقاية
والخطورة في المجتمع

عوامل الخطورة الفردية

عوامل الوقاية الفردية

السلوكيات المعادية للمجتمع: إن الأولاد العدوانيين في عمر 5 - 6 و 7 سنين يكمن لديهم استعداد أكبر لإساءة استخدام المخدرات ، ويرتكبون أفعالاً فيها جنوح عندما يصبحون أحداث وإن نحو 40 من 100 من الأطفال الذين كانوا عدوانيين في الصفوف الابتدائية الأولى يسعون إلى إظهار مشكلات سلوكية خطيرة في فإن سبعة برامج لمنع وردء النزعة العدوانية المبكرة والجرائم لدى الأحداث بحيث أثبتت بأنها واعدة وهي: التدريب على إدارة العناية الأبوية والتدخل في الطفولة الباكرة والدعم العائلي والعلاج الوظيفي للعائلة وتعليم مهارات حل المشكلات والتدريب على اتخاذ المنظور والبرامج الموضوعية للمجتمع وبرامج التدخل المبني على نطاق واسع

القدرات العقلية والمهارات حل المشكلات المتقدمة: ليس بالضرورة أن يكون الشبان المرنون موهوبين عقلاً بالضرورة ولكنهم لديهم مهارات عالية حل ؟ مشكلات ، وإن هذه المقدرات الفكرية تساعدهم في ضبط الدوافع والتركيز حتى وإن كانت الأجزاء الأخرى من حياتهم عشوائية.

المهارات الاجتماعية بين الأشخاص يعد تعليم المراهقين كيفية التعرف على المخاطر من الأقران ومقاومتها بدلاً من الانخراط في السلوكيات الخطرة يعتبر أمراً نافعاً وفعالاً في تقليل التوجه إلى الأفعال الجنسية المبكرة والتدخين واستخدام المرغوانا

مشاعر الاغتراب والنزعات التمردية: الأطفال المتمردين من الذين يشعرون بالغبرة عن أسرهم ومدرستهم أو مجتمعهم يكونون عرضة لسوء استخدام العقاقير ويصبحون مكتئبين

الالتزام الديني: بصرف النظر عن العقيدة الدينية ، فإن الإيمان يزود الشباب بحس من الأمان وبعقائد هو أن حياتهم لها معنى يمنحهم الثقة بأن الأمور ستتحسن على الرغم من الأوقات العصيبة

الشكل (3) شكل عرض تخطيطي لعوامل الوقاية والخطورة الفردية

سوء المراقبة من الوالدين: غالباً ما تحصل المشكلات لدى الشباب عند فشل الوالدين في مراقبة أطفالهم أو الإشراف عليهم ، وإن معرفة أين هم الأولاد؟ ومع من هم؟ وما الذي يقومون به؟ تقف بمثابة واحدة من أقوى الوسائل لتجنب أي خطر افتراضي وأي سلوك خطر ، وبصورة مهمة ، فقد كان المربون قادرين على تعليم الوالدين على طريقة لمراقبة نشاطات أطفالهم وما يتعلق بها ، وذلك عبر صفوف تثقيفية للوالدين وعبر المنشورات توعية للوالدين.

الرعاية الأبوية البعيدة والمنعزلة واللا مستمرة: إن الطريقة السلطوية في الرعاية الأبوية مرتبطة مع عدد أقل من مشاكل الشباب أكثر من تلك الرعاية الأبوية المتمتعة وكذلك بالنسبة للتراخي أو الانعزال في تقديم الرعاية الأبوية وغالباً ما يكون الآباء السلطويين أكثر دقاً وتجاوباً بينما يقوم بتقديم قواعد ومعايير ثابتة ومستمرة لسلوكيات الشباب ، وفي العقدين الأخيرين ، ظهرت مسألة زيارات العائلات في بيوتها كواحدة من أكثر الطرق فعالية لرفع سوية الرعاية الأبوية المتمتعة بالكفاءة.

القواعد الأسرية غير الواضحة والتوقعات والمكافآت: يقل عدد المشكلات الحاصلة عندما يكون هناك تواصل بشأن مواقف واضحة حول مسائل مثل تناول الكحول والاشتراك في الأمور الجنسية بهدف تحديد ما ينجم عنها في حال خرق الشخص قواعدها ففي حالة تناول مواد تكون قيم الوالدين المتهاونين حول تناول المراهق للكحول على سبيل المثال بمثابة عامل تنبؤ باستخدام للمواد مثل الكحول حتى أكثر من تناول الوالدين لتلك المادة.

انخفاض سوية المشاركة الوالدية في المدرسة: تعد مشاركة الآباء بالأنشطة المدرسية كحضور الوالدين لمجالس الآباء ومساعدتهم في أداء واجباتهم ومراقبتهم في أثناء الأنشطة الرياضية يسهم في أن يؤدي الأولاد واجباتهم بالصورة الأمثل وحتى وإن كان هؤلاء الأطفال من سن المدرسة الثانوية وعندما لا يكون الآباء مشتركين في مثل هذه النشاطات ، تكون نتائجهم التعليمية منخفضة ويكون لديهم احتمالات أكبر للتسرب من المدارس واعتياداً أقل على حل وظائفهم المنزلية وتعد مسألة عدم اشتراك الآباء في عملية التحصيل المدرسي بمثابة مؤشر تنبؤ فاعل على النجاح المدرسي بغض النظر عن الانتماء العرقي ومدى ثقافة الأبوين ، وبنية العائلة وجنس الوالد أو الطفل

الصراعات والخلافات الزوجية: تسهم الصراعات والخلافات الزوجية في حدوث مشكلات الشباب وبالتحديد نشوء السلوكية المعادية للأخريين هي تؤثر في الأولاد بصورة أولية عبر التدخل على الرعاية الوالدية المتمتعة بالكفاءة حتى بين الأطفال الصغار والمراهقين

العلاقة القريبة مع شخص ما: تسهم العلاقة القريبة مع شخص ما في التخلص من آثار العلاقات السيئة ، وبين العائلات من ذوي الخطورة المرتفعة ، يمكن أن تحدث هذه العلاقة القريبة غالباً مع أحد الجددين أو أحد الأقارب ويمكن أن يكون أحد المعلمين أو الجيران من الذين يهتمون الطفل

الشكل (4) شكل عرض تخطيطي لعوامل الوقاية والخطورة العائلية

عوامل الوقاية المتعلقة بالأقران

وجود صديق مقرب: من المحتمل أن يتكيف الطفل الذي لديه صديق مقرب أكثر مع الحالات المسببة للشدة النفسية.

عوامل الخطورة المتعلقة بالأقران

الارتباط بعلاقة مع أحد الأقران الذين يشتركون في سلوكيات مثيرة للمشاكل: إن التسكع مع أقران منحرفين يزيد من الحالات الغريبة التي يتعرض لها المراهق ، بحيث إنه سيشارك ويتورط في سلوكيات خطيرة . وفي حالة استعمال المراهق لمادة ما مثلاً ، فإن تأثير الأقران تقدره بأنه أربعة أضعاف في الأهمية من التأثير الوالدي وبين المراهقين الذين أبلغ عن توجه عالٍ إلى الأقران ، يكون احتمال تناوله الخمر خمسة أضعاف أعلى على مدار شهرين منه لدى الذين يوجهون إلى الأقران بصورة منخفضة ، وكان المراهقون الذين أبلغوا عن توجه عالٍ إلى الأقران قد ارتكبوا قرابة ثلث زائد عن الأعداد من جنح الأحداث منه لدى الذين يتوجهون بصورة منخفضة إلى الأقران. وفي مطلق الأحوال ، يبقى للأباء تأثير هام في بعض السبل مثل التعبير عن الحب والمديح وأن يكونوا متفرعين لهؤلاء عند الحاجة وأن يشتركوا في المحاورات الجارية مع المراهقين .

الشكل (5) عرض تخطيطي لكل من
عوامل الوقاية والخطورة المتعلقة
بالأقران

عوامل الوقاية في بيئة العمل

المساعدة حسب الطلب: ينفذ العمل الشبان إن كان ذلك العمل يقدم إسهاماً مهماً في حياة عائلتهم فمثلاً إن كان مطلوباً من الأطفال جلب دخل إضافي أو مساعدة ما لإبقاء المنزل مفتوحاً ، فإن العمل سيعطي دوراً ذوا معنى للشباب في حياتهم

عوامل الخطورة في بيئة العمل

ساعات العمل الطويلة: وإجهاد العمل من بين سكان المدن ، نرى أن المراهقين الذين يعملون يتعرضون أكثر للمشاركة في السلوكيات الجانحة للأحداث منه لدى أولئك الذين لا يعملون ، وفي عينات أخرى ، لكن نرى أن الطلبة المنتخرين حديثاً وأولئك الذين في مرحلة ما قبل التخرج من الذين يعملون أكثر من 15 ساعة أسبوعياً سيتعرضون لخطر أعلى من جنوح الأحداث وتناول الكحول والمخدرات والفشل في المدارس ، وذلك بالنسبة للطلاب في ما قبل التخرج وغيرهم من مرحلة التخرج ، وإن العمل لمدة تزيد عن 20 ساعة أسبوعياً مسألة تثير المشاكل ويمكن أن تزيد هذه الضوائق معدل وقوع الاكتئاب والسلوك الانتحاري.

الشكل (6) عرض تخطيطي لكل من
عوامل الوقاية والخطورة في بيئة العمل

عوامل الوقاية المدرسية

عوامل الخطورة المدرسية

التجربة الإيجابية في المدرسة: ليست التجارب الإيجابية مقتصرة على الإنجاز التعليمي بحيث أن النجاح المدرسي قد يحدث في الفنون أو الموسيقى أو الرياضة وإن العلاقة المميزة مع أحد الأساتذة أو إمكانية أن ينال الطالب فرصة أخذ موقع مسؤولة قد ينفع كثيراً

التنقلات المدرسية: وبالمقارنة مع الأطفال الذين يقومون بنقلة واحدة فقط فإننا نرى كيف أن الأولاد والبنات الذين يقومون بثلاث نقلات إلى الثانوية أكثر عرضة للخطر ، وتحصل هذه النقلات وهم يهرون في طائفة كاملة من التغيرات في أشكالهم وتفكيرهم وعلاقاتهم الاجتماعية ، وعندما ينتقل الطلاب إلى المدرسة ما قبل الثانوية فإنهم سيتعرضون أكثر لخطر معاورة الخمر أو إساءة استخدام المخدرات في وقت تتعرض سلامتهم النفسية ومشاركتهم في التحصيل من مناهجهم إلى التراجع أكثر ومن المحتمل أكثر أن يتعرض الطلبة الأصغر سناً إلى الضرر وكذلك بالنسبة للطلبة ممن ينتقلون بفعل انتقال سكني عائلاتهم من الذين يفقدون أصدقاءهم أو أولئك الذين ينطلقون بعلاقات شاعرية في تلك المرحلة

الفشل التعليمي: يزيد الفشل المدرسي من خطر حدوث مشاكل الشباب تماماً مثلها تقوم هذه المشاكل بزيادة خطر الفشل المدرسي فمثلاً ، فالشباب الذين يفشلون في الصفوف 4 و 5 و 6 يكمن لديهم استعداد لإساءة استخدام الكحول في المدرسة الثانوية .

الالتزام المنخفض بالمدرسة: إن الطلاب الذين يكرهون المدرسة و الذين يرون قيمة منخفضة في التعليم ويذهبون إلى المدرسة حتى يكونوا قادرين للتسكع مع أصدقاءهم هم عرضة لخطر أكبر للتعرض للمشاكل

العدد الكبير للطلاب: حسب ما يذكر غابريانو إن كان حجم وعدد طلاب المدرسة يزيد فإن هذه المدارس الأضخم سوف تولد حالة أكبر من الغربة وسلوكيات معادية للمجتمع أكثر ونسبة أعلى من التسرب من المدارس ، وفي المدارس الثانوية الصغيرة ، فإن مشاركة الطلاب في أنشطة زائدة مع المنهاج أعلى مرتين وإن الطلاب المنقولين سيشعرون بالمشاركة أكثر والالتزام شبيه بالالتزام أفضل الطلبة .

الشكل (7) شكل عرض تخطيطي لعوامل الوقاية والخطورة في المدرسة

المحور الثاني: الاكتئاب Depression

إن الاضطرابات النفسية لدى الطفل والمراهق تشكل مشكلة هامة على صحتهم خاصة الاكتئاب، فأعراض الاكتئاب لدى الأطفال دقيقة ومتباينة وتشخيص الاكتئاب لدى المراهقين يعد معقداً بسبب التغيرات الفسيولوجية والنفسية، ويكون سبب ويتقدم الأعراض نقطة جدال ويتقدم الدراسات أوضح العديد من المشخصين للاكتئاب أن الأعراض الجوهرية لعمل التشخيص اللازم للاكتئاب لدى الأطفال والمراهقين والكبار تتشابه. ويتفق كثير من الباحثين على أن اكتئاب المراهقة هو أحد أشكال الاضطرابات الانفعالية التي يسودها المزاج المتكدر، وأن الاكتئاب له مجموعة من الأعراض تبدو في صورة شكاوى جسدية وشكاوى نفسية مثل الشعور بالوحدة والعزلة وانخفاض تقدير الذات وتأخذ هذه الصورة في الازدياد عندما يصل الأمر إلي الاكتئاب المرضي (الدجوى 2000، 10-11).

ويعد الاكتئاب من أكثر الاضطرابات النفسية شيوعاً في العالم، إذ تتراوح نسب انتشاره بين (5.3%) من عدد السكان (عويضة، 1995). كما يشير آخرون إلي أن العصر الحالي هو عصر الضغوط النفسية وعصر الاكتئاب، إذ تشير الدراسات الوبائية أن (15%) يعانون من الاكتئاب على مدار العام، وعلى المستوى العالمي تبين دراسات منظمة الصحة العالمية أن هناك على الأقل أكثر من (100) لليون شخص يعانون من الاكتئاب (إبراهيم، 1998، 31).

أما عن مدى شيوع الاكتئاب لدى المراهقين ففي دراسة لروتر Rutter عام 1986 وجد أن نسبة الشعور بالاكتئاب لدى العينة التي يتراوح متوسط أعمار أفرادها بين (10 - 11) سنة ، ووصلت إلي (10%) إلي (12%) بينما قفزت نسبة الاكتئاب إلي (40%) لدى أفراد العينة التي يتراوح أعمارها بين 14 - 15 سنة . وقد وصلت نسبة الاكتئاب في دراسة " كاشاني " وزملاؤه Kashani et al عام 1989 لمجموعة المراهقين ذوي الـ 17 عاماً أربعة أضعاف المجموعتين ذوات الـ 8 و 12 سنة (آل ثاني 7، 2004). كما توصلت العديد من الدراسات إلي أن الإناث أكثر عرضة من الذكور بمقدار الضعف للإصابة بالاكتئاب حيث بينت 26% للإناث مقابل 11% للذكور تقريباً (Boyd Weissman, 1981.1039-1046).

وتتفق هذه النتائج مع ما أشار إليه الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية أن نسبة انتشار الاكتئاب الشديد تفوق لدى الإناث عنه لدى الذكور (DSM . IV, 1994.391). والنتائج متعارضة في هذا المجال. ويعتقد إلي جانب الأسباب البيولوجية بوجود عوامل مرتبطة بالتنشئة الاجتماعية والوضع الاقتصادي والاجتماعي للمرأة، تولد الاستعداد للمعاناة من انخفاض تقدير الذات وبالتالي للإصابة بالاكتئاب. واقترح عدد آخر أهمية العامل الوراثي في الاكتئاب. أما من ناحية السن فتشير الدراسات إلي أن أنه في وقت ما بين المراهقة المبكرة والمراهقة الوسطى تتزايد فيها نسبة انتشار الأعراض الاكتئابية لكلا

الجنسيين، إلا أن نسبة أعلى من الأعراض الاكتئابية تبدأ في الظهور لدى الإناث مما يظهر عند الذكور (Hautzinger & de Jong-Meyer, 1994). وعلى الرغم من أن الاكتئاب يمكن أن يظهر في أي سن، إلا أنه تشير النتائج إلى ارتفاع نسبة المرض لدى المراهقين نهاية العشرين. (Quitkin, 1998.118-141).

أولاً: تعريف الاكتئاب :

بالرغم من أن الاكتئاب يعد مصطلحاً مألوفاً لدى معظم الناس ويبدون تفهماً وجدانياً له، إلا أنه يفتقر إلى تعريف دقيق، نظراً لأعراضه المتنوعة وأنواعه المختلفة وأسبابه المتعددة. ويشير البعض إليانة يرتبط ارتباطاً وثيقاً بعدد السرور/ الكدر. ويتصوره الطب النفسي على أنه وحدة مرضية ذات خصائص معرفية ونزوة عيه وبدنية وسلوكية .

كما عرف في (موسوعة علم النفس) بأنه موقف عاطفي واتجاه انفعالي يتخذ في بعض الأحيان شكلاً مرضياً واضحاً وينطوي على شعور بالقصور وعدم الكفاية واليأس ، بحيث يطغي هذا الشعور على المرء أحياناً ويصاحبه انخفاض عام في النشاط النفسي والعضوي (رزوق، عبد الدايم، 1992 ، 44).

ويعرف كولز (1992: 217) الاكتئاب بأنه خبرة ذاتية وجدانية وتسمى حالة مزاجية او انفعالا، والتي تكون عرضاً دالاً على اضطراب جسمي او عقلي او اجتماعي ، وزملة مركبة من أعراض معرفية ونزوة و سلوكية وفيزيولوجية بالإضافة إلى الخبرة الوجدانية وقد أصبحت وجهة النظر الأخيرة هي الأكثر شيوعاً وبخاصة في الطب النفسي. وكذلك فإن الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية يعرف الاكتئاب بأنه مركب من الأعراض المترامنة التي يميزها وجود مزاج يتسم بالقلق وعدم الارتياح Dysphonic mood يسيطر الكآبة والحزن وفقدان الأمل وعدم الرضا وانقباض الصدر، وسرعة الغضب او الانفعال ، إضافة إلى الوجدان السلبي مع وجود تقلب دائم وثابت نسبياً للمزاج (عبد الرحمن، 1998: 17).

وعرف في (موسوعة علم النفس والتحليل النفسي) بأنه صعوبة في التفكير، واكتئاب يصيب النفس، وكساد في القوي الحيوية والحركية، وهبوط في النشاط الوظيفي، وقد يكون له أعراض أخري كتوهم المرض، واوهام اتهام الذات ، وتوهم الاضطهاد والهلوسة، والاستتارة. والاكتئاب ثلاث مستويات من الشدة وهي الاكتئاب الخفيف ، والحاد والذهول الاكتئابي ومن أخطر سمات الاكتئاب الميل للانتحار ، وهو ميل موجود طوال فترة الإصابة بالمرض ، وفي دور النقاهة (الحفني ، 1994 : 206) .

ويقدم زهران مفهوماً جديداً للاكتئاب أكثر شمولية للأعراض النفسية والجسمية التي يتضمنها هذا المفهوم فيري أن الاكتئاب هو "حالة من الحزن الشديد تنتج عن الظروف الأليمة، وتعب عن شئ مفقود وإن كان المريض لا يعي المصدر الحقيقي لحزنه ويصاحبه أعراض نفسية وجسمية، ومن أنواعه: الاكتئاب الخفيف، والبسيط والحاد والمزمن، العصابي، الذهاني(زهران ، 2003 : 151).

ثانياً: أسباب الاكتئاب:

أسباب الاكتئاب غير معروفة حتى الآن ، إلا أن هناك مقولة تنص على " أن كل شخص عنده من العوامل الجينية والتطورية والبيئية والاجتماعية والشخصية والفسولوجية التي تجتمع لتجعله إما أكثر تعرضاً للاكتئاب او لتحميه من الاكتئاب على مدي عمرة (Jane Burens2002.93-96)

وفيما يلي تعرض الباحث آراء بعض الباحثين في تحديدهم لأسباب الاكتئاب قبل عرض النظريات المفسرة للاكتئاب . يرجع البعض الاكتئاب إلي عدة عوامل وراثية مهينة لحدوثه في حين يري البعض الآخر إن الاكتئاب يرجع إلي عوامل نفسية ومنها على سبيل المثال :-

ما جاء بها زهران (1997 : 515 - 516) الذي يذكر أن أسباب الاكتئاب ترجع إلي عوامل بيئية وفسولوجية مهينة وإن كانت نسبة ضئيلة جداً , والأسباب النفسية هي الأهم وهي :

1. التوتر الانفعالي والظروف المحزنة والخبرات الأليمة والكوارث القاسية (مثل موت عزيز , او طلاق , أو هزيمة الخ) والانهمام أمام هذه الشدائد .
2. الحرمان (ويكون الاكتئاب استجابة لذلك) وفقد الحب والمساندة العاطفية وفقد الحبيب او فراقه او فقد وظيفة او فقد ثروة او فقد المكانة الاجتماعية او فقد الصحة او فقد وظيفة حيوية او الفقر الشديد
3. الصراعات اللاشعورية .
4. الإحباط والفشل وخيبة الأمل والكبت والقلق .ضعف الانا (Boyd & Weissman, 1981.P.1039-1046) واتهام الذات والشعور بالذنب الذي لا يغنقر بالنسبة لسلوك سابق والعنوسة وسن اليأس وتدهور الكفاية الجنسية .
5. الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات .
6. التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال الخ).
7. عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي او المدرك وبين مفهوم الذات المثالي .
8. سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلاً من أشكال الانسحاب ووجود الكرة او العدوان المكبوت ولا يسمح الانا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات .

وهناك باحثون يقسمون أسباب الاكتئاب إلي :

1. عوامل وراثية : حيث تشير بعض الدراسات إلي شيوع الاكتئاب بين التوائم المتشابهة والأقارب.
2. عوامل بيوكيميائية: نتيجة اضطراب الافرازات الهرمونية او اضطرابات في الجهاز العصبي .
3. عوامل نفسية وشخصية : كخصائص للشخصية الأكثر استهدافاً للاضطراب ومنها سمات الشخصية المنطوية كالخجل الانسحابية والشعور بالنقص وتدني مفهوم الذات والاحباطات الشديدة....الخ

4. عوامل بيئية اجتماعية : ومن بينها الأساليب الوالدية اللاسوية في التنشئة " كإهمال الأبناء ونبذهم والقسوة الشديدة عليهم ، والخصائص المزاجية الاكتئابية للوالدين أو أحدهما والتفكك الأسري ، والانفصال المبكر للوالدين او عنهما ، والخلافات الوالدية الشديدة واضطراب المناخ الأسري " (القريطي ، 1998 : 393).

ثالثاً: أسس تصنيف الاكتئاب :

اختلف العلماء حول أسس تصنيف الاكتئاب، فهناك من يقسمه وفقاً للعوامل المسببة وهي عوامل الوراثة والبيئة ، والعوامل الكيماوية والبيولوجية والبعض الآخر يقسمه وفقاً للأعراض الإكلينيكية والتي منها الأعراض الانفعالية والسلوكية والمعرفية ، وهناك من يأخذ بمعيار شدة الأعراض ومدى جدوى العلاج النفسي مع المريض فقد يكون اكتئاباً حاداً او بسيطاً . ولتعدد هذه المدارس الفكرية واختلاف وجهات نظرها أدى إلي صعوبة وضع تصنيف مشترك للاكتئاب وتداخل بعض المفاهيم معا لذلك سوف تستعرض الباحث أهم هذه التصنيفات .

وأقدم تصنيف للاكتئاب هو التصنيف الذي يصنف الاكتئاب على أنه نوعين اكتئاب عصابي ، واكتئاب ذهاني وهو التصنيف الشائع والذي انتشر بين الباحثين ، وغالباً ما يطلق على النوع الاول الاكتئاب الاستجابي أو النفسي، وهو تعبير يشير إلي أن حالة المريض هي استجابة واضحة، إلا أنها مبالغ فيها إزاء أحداث محددة مثل فقدان عزيز او فشل في الحب، أو الرسوب في الامتحان أو فصل من العمل أو خسارة مالية، ويعتبر هذا النوع من الاكتئاب من خلال هذه الصورة خارجي المنشأ (ستور ، 1991 : 135) وتسيطر على المريض الاكتئابي العصابي حالة من الهم والحزن والانصراف عن الاستمتاع بمباهج الحياة والرغبة في الموت مع هبوط النشاط ونقص الحماس للعمل والإنتاج ويصاحب كل هذا أرق واضطراب في نوم المريض ، هذه الأعراض التي تصاحب الاكتئاب العصابي لا تزول او تخف حدتها بمرور الزمن وقد تزداد . والاكتئاب العصابي او النفسي لا تصاحبه هلاوس أو هذات (عبد القادر وآخرون ، 1993 : 110-111).

أما النوع الذهاني فكان يشار إليه بأنه داخلي المنشأ، أي يرجع إلي شخصية المريض دون أن يرتبط بأية أحداث خارجية ولكن بعض السيكلوجيين وعلى رأسهم البريطاني لويس Lewis لا يرون أن هناك فروقاً كيفية بينهما ، فالإكتئاب شأنه شأن الألم ، يمتد عبر مدي طويل (بعد) متدرج في الشدة ويكون الفارق بين أنواع الاكتئاب فارقاً في الدرجة فقط (ستور ، 1991 : 136)

ويصنفه (زهرا ، 2001 : 514) على أنه :-

- الاكتئاب الخفيف DepressionMild وهو أخف صور الاكتئاب .

- الاكتئاب البسيط DepressionSimple وهو أبسط صور الاكتئاب .
- الاكتئاب الحاد (السواد) Acute Depression وهو أشد صور الاكتئاب .
- الاكتئاب المزمن DepressionChronic وهو دائم وليس في مناسبة فقط .
- الاكتئاب التفاعلي (اوالموقفي) DepressionReactive وهو رد فعل لحلول الكوارث.
- الاكتئاب الشرطي DepressionConditional وهو اكتئاب يرجع مصدره إلي خبرة مؤلمة يعود إلي الظهور بظهور وضع مشابه او خبرة مماثلة .
- الاكتئاب التطوري . ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات ، أي عند سن القعود او نقص الكفاية الجنسية او الإحالة إلي التعاقد .
- الاكتئاب العصابي.
- الاكتئاب الذهاني.

ويضيف (عكاشة ، 1998: 345-346) تصنيف آخر قائم على أساس درجات الاكتئاب أو حدة الاكتئاب أو حدة الاكتئاب (خفيفة - متوسطة - شدة) حيث يصنف نوبات الاكتئاب فيما يلي:

1. نوبة اكتئابية خفيفة الشدة مع او بدون أعراض جسدية SeverityDepressive episode, mild
2. نوبة اكتئابية متوسطة الشدة مع او بدون أعراض جسدية Severitymoderate Depressive episode
3. نوبة اكتئابية شديدة بدون أعراض ذهانية Severe Depressive episode with out psychotic.
4. نوبة اكتئابية شديدة مع أعراض ذهانية. Severe Depressive episode with psychotic.
5. اضطراب اكتئابي متكرر DisorderDepressiveRecurrent
6. اضطرابات وجدانية مستمرة Persistent Mood (Affective) Disorders

وأخيراً، إذا أردنا التعرف على أعراض كل نوع من أنواع الاكتئاب فإننا نلجأ في هذه الحالة إلي التشخيص الفارق الذي يميز أعراض كل نوع من أنواع الاضطرابات الوجدانية، وهذا يظهر بوضوح في أعراض الاكتئاب كما يعرضها الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع للاضطرابات النفسية DSM . IV الذي أصدرته رابطة الطب النفسي الأمريكية في عام 1994 الذي حدد ثلاث فئات لأعراض الاكتئاب كما يلي:-

1. اضطراب الاكتئاب الرئيسي (MDD) DisorderDepressiveMajor : - وهو الأكثر حده بالنسبة للفئتين التاليتين من حيث شدة ظهور الأعراض ، وكثره عددها ومن حيث التلف الوظيفي ، الذي يلحق بالمصاب .

2. اضطراب الاكتئاب العصابي Disorder Dysthymic : وهو أقل حدة من حيث مرات حدوث النوبة وشدة الإصابة بها، ولكنها تستمر لفترة أطول من فترة اضطراب الاكتئاب الرئيسي
3. اضطراب الاكتئاب غير المحدد بفترة تصنيفية معينة: ويستخدم في تشخيص الأطفال او المراهقين الذين لا تنطبق عليهم شروط التشخيص الخاصة بالفئتين السابقتين، ويتمثل في اضطراب عسر المزاج قبل الطمث عند الفتيات Dysthphoric Premenstrual أو اضطراب الاكتئاب البسيط Disorder Depressive Minor

رابعاً: الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب:

تختلف الأعراض في هذا المرض بشكل واضح، وعادة ما تزحف هذه الأعراض ببطء نحو المريض ، وأحياناً ما تظهر فجأة وخصوصاً بعد عوامل مثيرة ،حيث يلاحظ في عديد من الأحوال تغيير في الشخصية والسلوك، وذلك من قبل ظهور الأعراض الإكلينيكية المميزة، بل أحياناً يبدأ المرض بأعراض عامة مثل: صعوبة التركيز، التردد، عدم القدرة على اتخاذ قرارات إيجابية كسابق عهد المريض، أمراض جسدية، توهم علل بدنية، ومحاولات الانتحار أو الإدمان .

وتتمثل الأعراض الإكلينيكية للاكتئاب في :

أولاً :- أعراض إكتئابية وجدانية :

1. الشعور الشديد بالكآبة واحتقار الذات .
2. الشعور بالانقباض والضيق وهبوط الروح المعنوية .
3. الشعور بتغير لون الحياة وقيمتها .
4. الشعور بالذنب والإثم .
5. الشعور بالعجز واليأس والحزن الشديد .
6. الشعور بالخوف والرغبة من العالم القاسي الذي لا يرحم .
7. الشعور بالتشاؤم المفرط .

ثانياً: الأعراض النفسية :

1. الوظائف الذهانية :

يتسم مريض الاكتئاب بالبطء في الاستجابة وقلة الانتباه والسرхан وعدم القدرة على التركيز والشعور بالتعب من أقل مجهود .

2. التفكير :

الإجهاد الشديد عند التفكير في أبسط الأشياء .

أ- الإحساس بتأنيب الضمير والشعور بالذنب واتهام نفسه بالخطيئة والتلوث الخلفي .

ب- توهم العلل البدنية .

ج- الشعور بعدم الأهمية والتقليل والخط من قيمة الذات .

د- الضلالات ، حيث يغلب على المريض ضلال العدمية .

هـ- اختلال الآنية والعالم الخارجي .

و- صعوبة التركيز وبطء التفكير .

ز- وجود هلاوس وخداعات .

ح- يسود تفكير المريض التشاؤم والأفكار السوداء وتبدو الحياة في نظرة بلا أمل وكثيراً ما يفكر في الانتحار .

ثالثاً: الأعراض الفسيولوجية وتشتمل :

أ- اضطراب النوم .

ب- فقد الشهية ونقص الوزن .

ج- الإمساك

د- الضعف الجنسي والاضطراب الجنسي الوظيفي.

هـ- حدوث بعض التغيرات الكيميائية.

و- الشكوى من الاضطرابات الحشوية.

رابعاً : الأعراض السلوكية وتشتمل :

أ- المظهر الخارجي : يبدو على الفرد المكتئب الحزن والكآبة وإهمال المظهر.

ب- السلوك : حيث تقل قدرة المريض على العمل كما يعزف عن ممارسة أي نشاط .

ج- النشاط الحركي : ويتميز المريض بالهبوط الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسدي العجز

الجنسي الوظيفي .

- د- صعوبة الدخول في النوم .
 - هـ- فقد الثقة وعدم القدرة على أداء الواجبات .
 - و- الانطواء والميل إلي العزلة .
 - ز- محاوله الانتحار حيث يعتبر الانتحار من أكثر الأعراض خطورة (عكاشة, 1998: 363-371)
- وقسم حامد عبد السلام زهران (1997: 516-517) أعراض الاكتئاب إلي أعراض جسدية وأعراض نفسية .

أولا : الأعراض الجسمية : كثيرة ومنها :

- انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المقنع .
- فقدان الشهية ورفض الطعام ونقص الوزن والإمساك .
- الصداع والتعب لأقل جهد وخمود الهمة والألم خاصة الألام الظهر .
- ضعف النشاط العام والتأخر النفسي الحركي والضعف الحركي والبطء وتأخر زمن الرجوع .
- الرتابة الحركية واللازمات الحركية .
- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية .

ثانيا : الأعراض النفسية : كثيرة ومنها :

- البؤس واليأس والآسي وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا يتناسب مع سببه .
- انحراف المزاج وتقلبه والانكفاء النرجسي على الذات .
- عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص ونقص الكفاية والشعور بعدم القيمة
- فتر الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والانعزال والصمت السكون والشروذ حتى الذهول
- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة واجترار الأفكار السوداء والاعتقاد بأن لا أمل في الشفاء , والانخراط في البكاء أحيانا والتبرم باوضاع الحياة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهجها .
- اللامبالاة بالبيئة ، ونقص الميول والاهتمامات ونقص الدافعية وإهمال النظافة والمظهر الشخصي ، والإهمال العام وعدم الاهتمام بالأمر العادية .
- بطء التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد وبطء وقلّة الكلام وانخفاض الصوت .
- الشعور بالذنب واتهام الذات وتصيد أخطاء الذات وتضخيمها وتوقع العقاب .
- أفكار الانتحار أحيانا ومحاولة الانتحار في الحالات الحادة ويلاحظ أن أغلب محاولات الانتحار من الإناث , وأكثر الوسائل شيوعاً هو تناول جرعات كبيرة من الأدوية .

وأخيراً يحدد الدليل التشخيصي الإحصائي الرابع المعدل للأضطرابات النفسية DSM.IV.TR الذي أصدرته الجمعية الأمريكية للطب النفسي في عام 2000 الجوانب الآتية باعتبارها خصائص مميزة لنوبة الاكتئاب :

أ- وجود خمسة أو أكثر من الأعراض الآتية خلال فترة أسبوعين وعلى الأقل فإن واحداً من الأعراض يكون إما : مزاج مكتئب أو فقدان المتعة أو السرور . والأعراض هي:

1. مزاج مكتئب معظم اليوم تقريباً كل يوم كما يدل عليه تقرير ذاتي (مثلاً أشعر بالحزن والخواء) أو الملاحظة التي يبديها الآخرون (مثلاً يبدو باكياً).
2. انخفاض أو نقص واضح في المتعة والسرور في كل أو معظم الأنشطة معظم اليوم وتقريباً كل يوم (كما تشير لها التقارير الذاتية أو ملاحظات الآخرين).
3. نقص واضح في الوزن (بدون رجيم) أو زيادة في الوزن (تغير أكثر من 5% من وزن الجسم في الشهر)، أو نقصان أو زيادة في الشهية تقريباً كل يوم .
4. الأرق أو الوخم تقريباً كل يوم .
5. تأخر حركي نفسي يلاحظه الآخرون وليس مجرد مشاعر ذاتية بعدم الاستقرار
6. التعب أو فقد الطاقة كل يوم تقريباً .
7. الشعور بانعدام القيمة والشعور المبالغ فيه بالإثم (الذي قد يكون هذائياً) تقريباً كل يوم (وليس مجرد توبيخ الذات أو التأثر حول كونه مريضاً)
8. نقص القدرة على التفكير أو التركيز أو عدم القدرة على اتخاذ القرار تقريباً كل يوم (يستدل على ذلك بالتقرير الذاتي أو ملاحظات الآخرين).
9. تواتر التفكير في الموت والأفكار الانتحارية بدون خطة أو محاولة محددة الانتحار أو خطة محددة لارتكاب الانتحار.
10. لا تناظر الأعراض محكات النوبة المختلطة .
11. لا تسبب الأعراض أي قصور في الأداء الاجتماعي أو المهني أو غيره من مجالات الأداء الهامة .
12. لا ترجع الأعراض إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة أو عقار يساء استخدامه أو دواء) أو لحالة طبية عامة (مثلاً زيادة إفراز الغدة الدرقية)
13. لا ترجع الأعراض نتيجة لفقد عزيز بسبب الموت مثلاً أو تستمر الأعراض لأكثر من شهرين أو تتسم بضعف وظيفي واضح مثل الأعراض الذهانية أو تأخر نفسي حركي(-D.S.M. IV .TR.2000.P.168)

خامساً: تشخيص الاكتئاب:

ليس الاكتئاب هو مجرد هذا الحزن المؤقت على وفاة عزيز، أو ذلك الهبوط المزاجي الذي يتملكنا بين الحين والآخر وليس هو مجرد إحساس بوحدة تنفّس بزيادة صديق أو مبادلة الحديث مع أحد الرفاق، أو الزملاء، عندما يذكر الاكتئاب تذكر معه الكثير من خصائص الاضطراب النفسي بما فيها المزاج العكر والتشاؤم، الشعور بالهبوط، العجز، وبطء عمليات التفكير وبطء التذكر، وانتقاء الذكريات الحزينة والمهينة، ما كان يسرنا بالأمس القريب لم يعد يحمل اليوم إلا مشاعر الأسى والحزن بعبارة أخرى يعبر الاكتئاب عن كل تلك الآلام النفسية والجسمية والمنغصات التي تمضي عليها الأيام والشهور وهذا هو الاكتئاب المرضي، الذي أصبح اليوم بالإمكان التعرف عليه، وعلاجه نفسياً بكفاءة عالية (إبراهيم، 1998: 67).

سادساً: النظريات المفسرة للاكتئاب Theories of Depression

تعددت النظريات المفسرة للاكتئاب وفقاً للمداخل الفلسفية المختلفة التي تؤكدتها النظرية، ومنها ما يركز على العوامل الفسيولوجية البيوكيميائية مثل المنظور البيوكيميائي، منها ما يركز على العوامل السيكولوجية الدنامية مثل نظرية التحليل النفسي والمنظور السيكدينامي بصفة عامة، ومنها ما يتناول العوامل البيئية الاجتماعية مثل المنظور السلوكي، وأخيراً المنظور المعرفي الذي يركز على الإدراكات المعرفية في الاكتئاب.

1. النظرية البيولوجية Explanations Biological

إن الاهتمام بمعرفة دور العوامل البيولوجية في الاكتئاب ليس بالجديد، فقد تحدث عنه أبو الطب أبو قراط وافترض أطباء القرن الثاني أن ازدياد المادة السوداوية تسبب الملائخوليا، وقد تأخر التفسير البيولوجي الدقيق للاكتئاب بسبب نقص المعرفة بفسولوجية المخ (حسن عبد اللطيف 1997، 48)، ويرى أصحاب النظرية البيولوجية أن الاكتئاب يحدث بسبب عوامل وراثية أو فسيولوجية، واعتماداً على ذلك سوف يتناول الباحث التفسيرات البيولوجية للاكتئاب وفقاً لمحورين هما :

أ- التفسير الوراثي : Genetic Explain

يرى أنصار التفسير الوراثي إلى أهمية العامل الوراثي في نشأة الاضطرابات الوجدانية حيث إن هناك أفراداً معينين يرثون استعداداً لعمليات بيولوجية مضطربة، وقد دعمت نتائج بعض الدراسات تأثير المكونات الوراثية في الاضطرابات الوجدانية خاصة فيما يتعلق بالاضطرابات الاكتئابية ثنائية القطب .

ب- التفسير الفسيولوجي : ExplainPhysiological

يشير أنصار الاتجاه الفسيولوجي إلى أنه يوجد نمطان رئيسيان للنظرية الفسيولوجية للاكتئاب، يقوم النمط الأول على أساس اضطراب في الأيض الالكتروليت الخاص بالمرضى المكتئبين. ويعتبر كلوريد

الصوديوم وكلوريد البوتاسيوم هامين بصفة خاصة في الإبقاء على القدرة الكامنة والتحكم في استثارة الجهاز العصبي. ومن الملاحظ أن الأشخاص العاديين يوجد لديهم صوديوم أكثر خارج النيرون وبوتاسيوم أكثر داخله ، ولكن في المرضى المكتئبين يكون هذا التوزيع مضطرباً. أما النظرية الفسيولوجية الثانية، فتعتبر الاكتئاب عبارة عن قصور موروث في عنصرين رئيسيين من كيمياء الدماغ : نوربايين فرين وسيروتونين ، وكلاهما ناقلات عصبية (فايد 2003، 116-117).

ويتضح مما سبق أن النظرية البيولوجية ركزت في تفسيرها للاكتئاب على العامل الوراثي، والعامل الفسيولوجي فقد اوضح العامل الوراثي أن هناك أفراداً معينين يرثون استعداداً لعمليات بيولوجية مضطربة وهم الأفراد الذين لديهم تاريخ أسري سابق مع الاكتئاب (اكتئاب الوالدين أو أحدهما) وأن البيئة تلعب دور في نمو الاكتئاب ، ولكن في الأساس الوراثة والجينات هي التي تلعب الدور الأكبر في الإصابة بالاكتئاب .

2. وجهة نظر التحليل النفسي:

يتناول الباحث في العرض الآتي نظرية التحليل النفسي التي ترى أن فقدان الموضوع وبخاصة موضوع الحب هو أهم محرك لحالات الاكتئاب وتعتمد خطورة الحالة الاكتئابية على طبيعة العلاقة السابقة بالموضوع، وعلى الأسلوب الذي يتبعه الإنسان لتعويض حالة الفقد، بالإضافة إلي اعتبار خبرات الفقد الباكرة، مثل فقد الأم فعلياً أو فقد حبها واهتمامها في مراحل باكرة من الطفولة ، إذ تعد هذه الخبرات من أهم العوامل المهيئة للاضطرابات الاكتئابية الذهانية(سليمان وفوده: 1999، 1056).

وترجع جذور الاكتئاب وفقاً للنظرية إلي المرحلة الغمية وهذا ما أوضحه كارل أبراهام (1927). فنتيجة لعدم كفاية الإشباع أو الإفراط فيه يحدث تثبيطاً عند هذه المرحلة وبصفة خاصة فيما يتعلق بتقدير الذات وبغض النظر عن طبيعة الفقد الحالي، فإن الشخص الذي يعاني من الاكتئاب يستجيب لهذا الفقد بنفس الشدة التي استجاب بها للموقف الصدمي في طفولته الباكرة والذي يتعلق في أغلب الأمر بفقد موضوع حبيب لديه، فالفقد الحالي يجعل الفرد ينكص إلي حالة العجز والاعتمادية التي مر بها حيث الفقد الأصلي للموضوع.(سلامة وعسكر، 1992: 1080).

ويري رادو Rado أن الاكتئاب ما هو إلا "صرخة بحث عن الحب" ويصفه فينخل Fenichel بأنه إنسان مدمن للحب والنظرة الأشمل للاكتئاب تتمثل في العجز عن تحقيق الحاجات او الطموحات ، وأن الاكتئاب يحدث نتيجة للفشل في إرضاء او نتيجة لإحباط - أي حاجة من الحاجات لمنح الحب) والصراع الذي يحدث في الذات والمرتبط بفشل أي منها(إبراهيم، 1998: 98).

وهذا ما وضحه فرويد بقوله" إن الانطباعات المتعلقة بتلك الفترة (الطفولة) رغم أن معظمها قد طواه النسيان إلا أنها تترك آثاراً على نمو الفرد لا يمكن محوها، بل وتصنع الأساس لأي اضطرابات عصبية فيما

بعد. وقد اوضحت الدراسات أن الفرد في مرحلة المراهقة يصبح أكثر حساسية ليس فقط للفقدان الذي يحدث له ولكن لأي صراع أو خبرة بها انفصال.

3. وجهة النظر السلوكية:

على الرغم من أن اهتمام السلوكيين بنشأة الاكتئاب وتطوره قد بدأ متأخراً مقارنة بالاتجاه التحليلي النفسي، إلا أن الوقت الحاضرة يشهد إسهاماً كبيراً للسلوكيين، في هذا المجال، وظهرت اتجاهات سلوكية عديدة تفسر الاكتئاب، ومن أكثر النظريات السلوكية في هذا المجال نظرية التعلم الاجتماعي والتي تطورت على يد بندورا Bandura ، كما يعتبر ليونسون Lewinsohn في ميدان نظريات التعلم السلوكي والتعلم الاجتماعي.

وتعتمد المفاهيم الأساسية لنظرية التعلم في تفسير السلوك على مفهوم التدعيم وخاصة نقص التدعيم الإيجابي ، وتفسر النظرية السلوكية أسباب حدوث الاكتئاب بهذه الصورة " أن افتقاد التدعيم والاهتمام نتيجة لموت أو فقدان من تحب يجر منا مصدر هائلا من مصادر الدعم النفسي والمعنوي مما يجعلنا مستهدفين للاكتئاب أو بمعنى آخر أن الاكتئاب ما هو إلا نتيجة مباشرة لخسارة شخص أو مهنة أو علاقة اجتماعية، كانت مستقبل مصدر ثري من مصادر التدعيم (إبراهيم، 1998: 145 - 146).

والافتراض الرئيسي للنظريات السلوكية عن الاكتئاب ، هو أن انخفاض معدل السلوك الناتج وما يتعلق به من مشاعر القلق وعدم الارتياح ينتج عن انخفاض معدل التدعيم الإيجابي، أو ارتفاع معدل الخبرات الكريهة والبغيضة، وهذا بمعنى أن حالة الاكتئاب تنتج عن انخفاض الثواب المرغوب فيه، أو زيادة الأحداث غير السادة، وكلها تؤدي إلي حالة الاكتئاب ومن هنا فإن الفكرة الرئيسية عند أصحاب النظريات السلوكية عن الاكتئاب، هي أنه يحدث نتيجة لشكلية من العوامل تتضمن انخفاض تفاعلات الفرد مع بيئة المؤدية إلي نتائج إيجابية له، أو زيادة معدل الخبرات السيئة، أو التي تكون بمثابة عقاب له (عبد الخالق و الصبوة، 1996: 151)

ويري لونسون Lewinsohn أن الاكتئاب غالباً ما يحدث عندما يفقد المرء التدعيمات التي كان يحصل

عليها من قبل، ويتطور الاكتئاب حسب وجهة النظر السلوكية كالاتي:

- أ- تدعيمات كان من السهل الحصول عليها بصورة مستمرة.
- ب- عدم الحصول على هذه التدعيمات بسبب فقد مصادرها هذه التدعيمات.
- ج- شعور الفرد بأن عدد أمن التدعيمات قد فقد.
- د- ينجم عن ذلك الانسحاب الاجتماعي ، وعدم الاهتمام بالأنشطة وعدم الفاعلة.
- هـ- ثم ينتهي هذا إلي معاناة الفرد من الاكتئاب (إمام 1996: 50).

4. وجهة النظر المعرفية في الاكتئاب :

لقد حاولت النظرية المعرفية تقديم إطار لتفسير السلوك الإنساني ومن أهم هذه النظريات، نظرية بيك في الاكتئاب، نظرية العزو المتعلم لسليجمان، والقاسم المشترك بين هذه النظريات هو الاهتمام بالبحث في كيفية إدراك الفرد لذاته وللعالم من حوله وما هي توقعاته واعتقاداته عن نتائج الأحداث التي يمر بها، وما هي العوامل المسئولة عن هذه الأحداث ، وسوف أتناقش بشكل موجز نظرية بيك ونظرية العزو للاكتئاب.

نظرية بيك:

قدم بيك وزملائه إسهاماً آخر في المنحني المعرفي يمكن من خلاله فهم الكثير من أسباب الاكتئاب كأحد الأمراض النفسية التي تعتبر من أخطر الأمراض التي تواجه الإنسان.

ويري بيك وزملاؤه أن الاكتئاب غالباً ما يحدث نتيجة للعمليات المعرفية السلبية لدى الفرد فغالباً ما ينظر الفرد إلي نفسه وإلي خبراته وإلي مستقبله بصورة تتسم بالسلبية، ويسمي بيك هذه الأنماط بالثالوث المعرفي السلبي Cognitive Triad وهو كالاتي:

المكون الأول: نظرة الفرد إلي نفسه دائماً ما تكون سلبية إذ يعتبر نفسه ناقص الكفاءة ، ويعاني من القصور والنبذ والنزوع إلي عزو خبراته غير السارة إلي نقائص فيزيقية وعقلية يفترضها الفرد في نفسه ، فهو يعتبر أنه تنقصه الخصائص التي يراها أساسية لتحقيق السعادة او القناعة ويوجد هذا المكون لدى غالبية المرضى الاكتئابيين في تقدير بيك.

المكون الثاني: وهو التفسير السلبي غالباً للخبرة ، فالمريض ينزع إلي أن يري عالمه الشخصي على أنه يتطلب منه أمور غير معقولة كما يتوقع عراقية يصعب تجاوزها في طريق تحقيق أهدافه في الحياة، او أنه محروم من الشعور باللذة او الإشباع.

المكون الثالث: وهو عبارة عن النظرة إلي المستقبل بصورة سلبية، فالمريض يتوقع أن تستمر متاعبه الحالية دون نهاية ، وهو لا يري أمامه غير المصاعب والحرمان والإحباط، وهو يتوقع الفشل في كل ما تعد عليه من أعمال (مليكه، 1990 : 231 - 232). واستكمالاً لوجهة نظر بيك الذي يرى أن الأفراد المكتئبين قد يتعرضون للاكتئاب نتيجة لتفسيرهم الخبرات والأحداث التي يمرون بها بأسلوب مشوه او محرف مما يؤدي إلي لوم الذات، وسوء إدراك الذات، وقد حدد بيك أساليب التفكير لدى المكتئبين في الأساليب الآتية:

أ- الاستدلال الخاطئ:

ويعني بناء تعميمات أو استنتاجات على عناصر معينة في الموقف على الرغم من عدم وجود أدلة مدعمة او وجود أدلة ضعيفة .

ب- التجريد الانتقائي: Selective Abstraction

ويعني عزل خاصية عن سياقها العام مع تأكيدها في سياق آخر لا علاقة له بالنتيجة السلبية السابقة.

ج- المبالغة في التعميم: Overgeneralization

ويقصد بها تعميم خبرة سلبية منعزلة على الذات ككل بمعنى الانتهاء لنتائج شمولية حول قيمته وقدراته وأدائه.

د- التهويل والتهوين Magnification & Minimization

أي المبالغة في الإدراك جوانب القصور الذاتي، والتهوين من المزايا والنجاح لشخصي.

هـ- لوم وانتقاد الذات Self Blaming

إساءة تفسير الأحداث يبرز ما لدى الفرد من نقائص وعيوب (مليكة، 1994: 240-241) وهكذا تلعب عمليات التفكير دوراً كبيراً في حدوث الاكتئاب حيث يتسم المكتئبون بخصائص منطقية خاطئة، كما يميلون إلى تشويه ما يحدث لهم ويستنبطونه استنتاجات غير منطقية في تقديم أنفسهم وعالمهم ومستقبلهم.

5. نظرية العجز المتعلم في الاكتئاب لسليجمان: Learned Helplessness theory of Depression:

يعد سليجمان وابرامسون Seligman & Abramson من رواد هذه النظرية، ويتفقوا مع بيك في التأكيد على أن المعرفة تلعب دوراً هاماً في نشأة واستمرار بل وعلاج الاكتئاب، فبما يعتقد بيك أن التقييم السلبي للذات هو أساس الاكتئاب، فإن أصحاب نظرية العجز يعتقدون أن الاكتئاب يحدث حينما يعتقد الفرد أنه لا يمكنه التحكم أو السيطرة على النتائج المترتبة على سلوكه أو أن سلوكه لن يكون مؤثراً في النتائج التي تليه. وتوصل سليجمان إلى أن الشخص للاكتئاب يستشعر بالعجز واليأس معاً، بدلاً من أن يتصور أنه يمكنه ببذل الجهد أن يحسن حالته، فيعتقد أنه ريشه في مهب الريح واقع تحت رحمة الأحداث، وبالتالي يقيم نفسه على أنه أقل فعالية في كفاءة (فطيم 1991، 138)

وهذا ما قرره " إبرامسون وآخرون (Abramson, etal , 1988) من حيث أن المكتئب يعتقد في عدم القدرة على التحكم في الأحداث وبالتالي يشعر بعدم الكفاية وانخفاض تقدير الذات، ويصبح أقل دافعية وأكثر سلبية وفي النهاية يكون أدراك الفشل والعجز ثم يمتد توقع الفشل من خبرات الماضي الفاشلة إلى المستقبل حيث يصبح اليأس فلا أمل في المستقبل ولا جدوى من المحاولة طالما هي محكوم عليها بالفشل؛ فالأكتئاب يدرك عدم التحكم ويعقبه انخفاض تقدير الذات ومع تعرضه للضغوط يدرك العجز فيكون الفشل ثم يتوقع الفشل في المستقبل فيكون اليأس (Davison & Neale, 1990, 228-234).

المحور الثالث: الانتحار والأفكار الانتحارية

تمهيد:

الانتحار أشد أشكال الاعتداء على الذات. وعلى الرغم من أنه محرم في كل الأديان، لأن الروح ليست ملكاً للإنسان، وإنما هي أمانة إلي أن تُسترد. ومثلما لا يختار الإنسان ولادته لا يستطيع أن يحدد لها نهايتها، بإرادته. وقد وعد الله سبحانه وتعالى الذين ينتحرون أشد أشكال العذاب يوم القيامة ومع ذلك يوجد أشخاص كثير يحاولون الانتحار، وبعضهم ينتحر بالفعل. ومهمة العلم هي إيجاد الأسباب الكامنة خلف هذا السلوك وفهمه وتفسيره والوقاية منه. (رضوان، 2006، 520)

يعتبر الانتحار مشكل عالمي للصحة العمومية وفي الوقت نفسه ظاهرة جد مأساوية، إذ يخلف سنويا حالات وفاة في بعض البلدان أكثر من تلك التي تخلفها جرائم القتل وحوادث المرور، وفي إطار اليوم العالمي للوقاية من الانتحار رصدت منظمة الصحة العالمية أكثر من مليون شخص ينتحر سنوياً وفي سنة 2010 سيصل عدد الحالات إلي مليون ونصف المليون وهي توقعات جد مخيفة، لأن الأسباب والعوامل المساعدة على الانتحار لن تتناقص مستقبلاً.

وحسب منظمة الصحة العالمية - لعل الفئة الأكثر تضرراً، هي فئة الشباب بين 15 - 25 سنة فإن كل وفاة عن طريق الانتحار تنتج عنها مخلفات تدميرية على جميع المستويات سواء كانت نفسية او اجتماعية او اقتصادية. والانتحار هو فعل مشترك بين جميع المجتمعات، لكن الاختلاف ويبقى في نظرها إليه، وهذا من خلال الطريقة التي يتم بها ودرجة تواتره في مختلف الفترات والعصور وحسب Emile Durkheim الذي قام سنة 1897 بوضع كتاب كامل سماه الانتحار في دراسة ما كان يسميه ظاهرة اجتماعية والذي يعتبر معدل الانتحار مؤشراً عاماً في تقييم وعي مجتمع ما.

ويعرف الانتحار على أنه قتل النفس إرادياً، وهو ينتج بطريقة مباشرة او غير مباشرة من فعل سلبي او إيجابي تقوم به الضحية، هذه الأخيرة تعرف مسبقاً وجوب الوصول إلي القضاء على الحياة، وحسب الموسوعة البريطانية فهو فعل تدمير الذات الطوعي المقصود، أما عن محاولة الانتحار فهذا المصطلح يشمل كل فعل يضع الفرد من خلاله حياته في خطر إما بطريقة هادفة او بطريقة رمزية وقد لا يصل بهذا الفعل إلي الموت، وبالتالي الأمر ليس فقط متعلق بانتحار فشل الوصول إليه، بل نتحدث عن أشخاص منتحرين وميول انتحارية، كما يجب التنويه إلي أهمية ربط هذا المفهوم بالمراهقة إذ أنها فترة صراعات ولها خصائصها ومتطلباتها خاصة على المستوى النفسي والاجتماعي وأهميتها الكبيرة في شخصية الفرد. وهي المرحلة التي تكون فيها كل الاحتمالات واردة بسبب هشاشة الفرد وعدم قدرته على اتخاذ قرارات حاسمة وكذلك تأثره بمختلف الظروف الصعبة التي يعاني منها كالصدمات المختلفة التي يتعرض لها ولعل أهم هذه

الصدمة فهي صدمة الفشل لما لها من أثر بليغ في نفسية المراهق ويعد الفشل في البكالوريا مثلاً أو الفشل العاطفي من المشكلات التي تمثل محيط محفز وملائم للإقدام على الانتحار ومحاولة الانتحار. وإن كثيراً من العلماء من ذهب إلى البحث عن الأسباب الكامنة وراء هذا الفعل مفسراً إياها بتعرض المراهق الذي يحاول الانتحار لصدمة فشل، وقد حاول العلماء أيضاً التفكير في أنجع وسائل الدعم النفسي لأولئك الذين حاولوا الانتحار (كورغلي، 2009، 111).

أولاً: تعريف (الأفكار الانتحارية):

يشمل هذا المصطلح كل فكرة أو فعل يعرض الفرد من خلاله حياته للخطر، إما بطريقة هادفة أو بطريقة رمزية، ولا يصل به إلى حد الموت. وبالتالي الأمر ليس فقط متعلق بانتحار فشل الوصول إليه، وإنما بأفراد منتحرين وميولات وأفكار انتحارية. والواقع أن محاولة الانتحار تعرف على أنها حلول تهدف إلى القضاء على الحياة وإزهاق الروح دون الوصول إلى هذه الغاية. كما يمكن تعريف محاولة الانتحار على أنها محاولة لإنجاح فعل تدمير الذات عمداً، هذا بالإضافة إلى كونها تعبر عن نتيجة ما قام به الفرد المنتحر، فإذا نجحت محاولة الانتحار، فإن نتيجة عمله هي القضاء على حياته أما العكس فينتج عنه محاولة انتحار فاشلة. ترتبط محاولة الانتحار في معظم الحالات بصراعات شديدة يعاني منها الفرد محاول الانتحار على صلة بمعاشه النفسي وبالاضطرابات التي يعانيها وبخاصة الاكتئاب، إذ تبلغ نسبة الانتحار عند الأشخاص الذين يعانون من الاكتئاب أعلى بثمانين ضعفاً من الأشخاص من المجموعات السكانية العادية. كما ترتبط الأمراض الدماغية والفصامات والاضطرابات الوجدانية، أي الاضطرابات القلبية والهوس، واضطرابات الشخصية واضطرابات القلق ونبات الهلع بدرجة مرتفعة مع الانتحار (رضوان، 2006، 521).

ويعرف التفكير بالانتحار كما الأفكار التي تخدم الفرد في قتل نفسه والتي قد تختلف في خطورتها تبعاً لخصوصية خطط الانتحار ودرجة نية الانتحار. يمكن أن تتراوح هذه الأفكار من أفكار عابرة فيما يتعلق بتفاهة هذه الحياة إلى أفكار دائمة تتضمن خطط لقتل النفس والانشغال بالتدمير الذاتي والتفكير في الانتحار. يرتبط أيضاً بشكل وثيق مع اليأس.

ثانياً: الانتحار في المراهقة:

تشكل مرحلة المراهقة واحدة من التحديات التي تواجه المجتمعات فهي من المحطات الحرجة في مسيرة نمو الفرد نظراً لتسارع وتيرة النمو فيها ولقوة الغرائز من لبيدو وعدوانية، مما يعرض المراهق إلى مشكلات التكيف مع الذات والمحيط الخارجي. فالمراهقة هي المرحلة التي يكتمل فيها النضج الجسمي والانفعالي والعقلي والاجتماعي، وتبدأ بوجه عام في الثانية عشرة، وتمتد حتى الواحدة والعشرين. وبالرغم من أن التغيرات العضوية تسبق ما عداها في الظهور، إلا أنه من الخطأ القول بأن هذه التغيرات هي سبب ما

يحدث للمراهق، فكما أن هذا المراهق ينمو جسماً، فإنه كذلك ينمو انفعالياً واجتماعياً وعقلياً وتتفاعل كل هذه العناصر في ظاهرة كلية عامة تسمى المراهقة.

وإذا كانت الطفولة الثالثة فترة كمون جسمي وانفعالي، فإن المراهقة مرحلة طفرة أو قفزة في النمو الجسمي وتقلب شديد في الانفعالات، كما تتميز هذه المرحلة بظهور مشكلات في جميع أوجه النمو النفسي. وإذا كانت بعض هذه المشكلات ترجع إلي أسباب عضوية، فإن بعضها الآخر هو نتيجة إهمال تربوي أو قسوة في غير محلها، أو اضطراب في الرعاية من طرف البيئة المحيطة بالمراهق.

تتميز المراهقة بازدياد النشاط الغريزي من جنس وعدوانية وازدياد الموانع الذاتية الخارجية التي تعمل على صدها وكبح جموحها، وبالتالي الشعور بالإحباط والميل لتصريف الفائض من هذه العدوانية إما عن طريق الذات أو الإعتداء على الآخرين. وبالنسبة لتصريف العدوانية على الذات نلاحظ ميل المراهق أحياناً إلى العقاب الذاتي الذي يتخذ أشكالاً متعددة مثل:

- ✍️ تبني الفشل الدراسي أو المهني.
- ✍️ التشدد على الذات وعلى الجسد من خلال الزهد والتقصيف والحرمان.
- ✍️ عدم الرضا عن الذات والميل إلى التكفير عن ذنوب لم ترتكب والنقد القاسي للذات؛
- ✍️ الأمراض والاضطرابات السيكوسوماتية مثل بعض الحساسيات وصداع الرأس فهي تمثل وجهاً من أوجه الكراهية غير المبددة حيث يعتبر الألم الجسمي أخف وطأة من كره المرء لذاته بسبب عدوانيته الزائدة.
- ✍️ توريث الذات بمشكلات تستدعي العقاب (تمرد، عصيان).
- ✍️ تعريض الذات للأخطار مثل الانغماس في التدخين والمسكرات والمخدرات وقيادة السيارات بسرعة جنونية والإستهتار بقواعد الصحة والسلامة وتبني السلوك المتطرف المضر.
- ✍️ ولعل الانتحار يمثل قمة العنف الممارس على الذات.

يبدو الانتحار في الظاهر سلوكاً عبثياً لا معنى ولا تبرير له، لكنه في الواقع تصرف له أسبابه ومسوغاته العميقة اللاواعية، إنه بالتحديد عملية قتل الذات بواسطة الذات، ويتراوح السلوك الانتحاري بين التفكير العابر أو الدائم به وبين المساومة (التهديد بالانتحار من خلال المحاولات المتكررة لفتا للنظر وطلباً للمساعدة) وبين التنفيذ الفعلي. كما أن هناك سلوكاً مكافئاً للانتحار أو ما يسمى بالانتحار البطيء مثل رفض الطعام والإدمان على المخدرات رغم الإدراك الواعي بالأضرار والنتائج وتزايد نسبة انتحار المراهقين خاصة مع تعقيدات الحضارة وضغوطاتها وهي تخف إبان الحروب لإمكانية توجيه العدوانية ضد الآخرين (كورغلي، 2009، 115)

ثالثاً: أسباب الانتحار لدى المراهقين:

في تحليل أسباب الانتحار لدى المراهقين، تبين وجود أسباب كثيرة ومتنوعة تختلف باختلاف الأفراد واختلاف البيئة الاجتماعية والظروف التي يعيش فيها الفرد. ويتبين من هذه الدراسات أن أهم الأسباب التي تدفع المراهقين إلى الانتحار أو محاولة الانتحار هي:

1. أسباب ظرفية:

يمكن ربطها بالأحداث التي يعيشها المراهق، انطلاقاً من الأحداث البسيطة إلى الأحداث الأشد خطورة، وهي تتعلق في أكثرها بنظام العلاقات القائمة بين المراهق وأهله من جهة، وعلاقاته بالآخرين من جهة ثانية. ويمكن تحديد هذه الأحداث بالشكل التالي: المنع المفروض على المراهق في البقاء خارج المنزل لوقت متأخر، رفض الأهل تحقيق بعض من متطلباته، قصور الأهل المادي لشراء ما يرغب به، المشاحنات مع الرفاق، الفشل الدراسي، علاقة فاشلة مع الجنس الآخر، إدخاله في مدرسة داخلية، انهيار وضع الأسرة الاجتماعي _ الاقتصادي، فقدان شخص عزيز، وخصوصاً الأب أو أحد المقربين.

2. أسباب اجتماعية:

يمكن تصنيفها بنوعين:

1. أسباب عائلية:

✍️ التفكك العائلي

✍️ انعدام الأمن والعاطفة نتيجة عوامل مختلفة أهمها: تعاطي الأب أو الأم الكحول.

✍️ المشاحنات بين الزوجين.

✍️ غياب أحد الوالدين.

✍️ موت الوالدين أو أحدهم.

✍️ مرض الأهل الطويل.

✍️ وبالتالي ينظر لهذه الأسباب باعتبارها دلائل على ضعف المرونة والتي تعمل كوسيط محفز باتجاه تطور حالة من الاكتئاب وبالتالي تطور الأفكار الانتحارية.

ولقد استأثر الاهتمام في دراسة الأسباب العائلية بمشكلة غياب الأب انطلاقاً من فكرة أن سلطة الأب وعاطفة الأم هما الركنان الأساسيان في توازن العلاقات الأسرية. فالسلطة ليست قمعاً دائماً، بل هي أيضاً سند ودعم عاطفي. فالأب الذي لا يعرف إلا القساوة، ولا يستطيع تأكيد ذاته إلا من خلال الصراخ والعقاب الجسدي، لا يمكنه أن يفرض السلطة العادلة والثابتة، فينشأ الأبناء على فكرة السلطة القاسية والقمعية، وعندما يصلون إلى مرحلة المراهقة فإنهم يستجيبون بطريقة عدوانية مماثلة.

2. أسباب اجتماعية:

تظهر الدراسات إلى أنّ مستوى الأسرة الاجتماعي _ الاقتصادي والمستوى الثقافي ليس لهما تأثير كبير في دوافع الانتحار لدى المراهقين. فلقد تبين من هذه الدراسات أن المراهقين الذين ينتحرون أو يحاولون الانتحار ينتمون إلى جميع الطبقات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية بشكل متعادل. وكذلك عامل السكن الذي يؤثر فقط في حال شكل انعكاساً لأزمات عاطفية.

فالسبب الاجتماعي الأكثر تأثيراً يرجع إلى الفشل المدرسي الذي يعيشه المراهق كجرح نرجسي عميق. ومما يزيد في خطورة هذا العامل، موقف الأهل الذين يسقطون الآمال على أبنائهم ويأملون تحقيق ما لم يتمكنوا من تحقيقه من خلالهم. فيلجؤون إلى استعمال القمع والقوة للوصول إلى ما يبتغون. وهكذا، فإن الفشل المدرسي يشكل نقطة التقاء ظروف سلبية وشكل خاص من التوظيف والتأثير القمعيين.

3. الانتماء إلى جماعات الرفاق:

إن عجز المراهق عن الانخراط في مجموعة ما، أو بمعنى آخر، عزلة المراهق الاجتماعية، هي ظاهرة ترجع في الواقع إلى مرحلة الطفولة. وهذا العزل الاجتماعي يتخذ أشكالاً مختلفة:

- ✦ العزل نتيجة لشعور المراهق بضعفه وعجزه عن تحمل المنافسة ضمن المجموعة.
- ✦ العزل نتيجة للنظر إلى المجموعة على أنها ليست بذى فائدة، وإن الانتماء إليها لا يعود عليه بأي نفع.
- ✦ وأحياناً يكون العزل نتيجة لشعور المراهق بأنه لا يملك الحق في ترك أهله لأنه يشعر بالارتياح معهم.
- ✦ فاستمرار العلاقة الطفولية السابقة بين المراهق وأمه، وظهور الأب كأول غريب في علاقة الأم/الطفل، واستحالة تخطي العلاقة الثلاثية، تشكل جميعها العوامل التي تفسر عدم امكانية التنشئة الاجتماعية، من المعلوم اليوم أن الانتماء إلى عُصب الأحداث، له نتائج إيجابية بالنسبة إلى المراهق.
- ✦ ينزع عن المراهق الميل إلى الاندثار الذاتي من خلال تفريغ العدوانية في تصرفات جماعية.
- ✦ يعزز ويقوي الميول "الليبيدية"، وبالتالي يعزز لآليات الدفاعية ضد شحنات الاندثار والموت.
- ✦ اتحاد الطاقات يقوي مشاعر الحماية ضد اتحاد الأخطار الخارجية المتأتية من عالم الراشدين.

هكذا فإن العزل الاجتماعي يعيق تشكل الآليات الدفاعية ضد الميول الاندثارية.

رابعاً: علاقة الاكتئاب واليأس بالانتحار:

إن فحص ومراجعة حالات الانتحار تؤكد أن نسبة كبيرة منها كانت تعاني من حالات اكتئاب نفسي شديد في الوقت الذي أقدمت فيه على ارتكاب فعل الانتحار (الشرييني، 2001: 178) وتعد المحاولة الانتحارية ملاحظة إكلينيكية شائعة عند المراهقون المشخصون بالاكتئاب. (Marcelli, 2001: 163) وعلى العكس من الفكرة السائدة حول ارتباط الانتحار بحالات الاكتئاب الشديدة فإن بعض حالات الاكتئاب النفسي الحادة التي تكون مصحوبة بالبطء الحركي الشديد وهبوط الإرادة قد تسبب عجز المريض عن الإقدام على تنفيذ الانتحار رغم أن الفكرة تدور برأسه. في نفس السياق لاحظ الأطباء النفسيون أن الإقدام على الانتحار يحدث في هؤلاء المرضى بعد أن يتلقوا العلاج حيث يبدأ المريض في التحسن الحركي قبل أن تزول أعراض الاكتئاب في بداية الشفاء وهنا يمكن تنفيذ عملية الانتحار.

وفي الحالات المبكرة من الاكتئاب قد يقوم المريض بإيذاء نفسه حين يلاحظ أن هناك تغييراً هائلاً قد أصابه ولم يعد يستطيع التحكم في حالته النفسية. جدير بالذكر أن مرضى الاكتئاب يقومون بتنفيذ محاولات الانتحار عادة في ساعات الصباح الأولى وهو الوقت الذي تكون فيه مشاعر الاكتئاب في قمته. وهناك بعض العلامات التي يستدل بها الأطباء النفسيين على أن بعض مرضى الاكتئاب لديهم دافع قوي للإقدام على الانتحار: من هذه العلامات إحساس المريض بالضيق الشديد وبأن صبره قد نفذ ولم يعد لديه القدرة على الاحتمال، وهو في هذه الحالة يبدو مستسلماً ولا يرحب بمناقشة مشكلاته أو البحث عن حلول لها لأن الحل بالتخلص من الحياة يبدو أمامه وكأنه الخيار الوحيد والأفضل في حين يغلق الباب أمام أية حلول أخرى وقد يتساءل المريض عن أهمية الحياة وقيمتها ويذكر أنه لا سند له في هذه الدنيا وإن الحياة مظلمة ولا أمل في المستقبل (الشرييني، 2001: 178-179).

كما بينت دراسة "برانت" "Brent" و"كول" "Coll" (1988) أن 75% من المراهقين الذين يقومون بمحاولات انتحارية يعانون من اكتئاب أساسي. في نفس السياق أسفرت دراسة "شابروول" "Chabrol" و"مورون" "Moron" (1992) على أن 82% من المراهقين الذين يقومون بمحاولات انتحارية يعانون من اكتئاب أساسي (Marcelli, 2001: 162). وحسب "بيرجوري" "Bergeret" وآخرون يتفاعل عامل حدة الاكتئاب بالأفكار الانتحارية وخطط الانتحار للقيام بالفعل (Bergeret et al, 1995:149). وقد أشار "لينارس" "Leenaars" (1997) إلى أن الاكتئاب يعتبر من أكثر الاضطرابات النفسية تكراراً لدى محاولي الانتحار (فايد، 2001 ب: 246). ويعتبر "الشرييني" (2001) الاكتئاب النفسي السبب الرئيسي في 80% من حالات الانتحار. أما "مالون" "Malone" و"كول" "Coll" (1995) فيعتبران أن محاولة الانتحار أكثر انتشاراً في الأشهر الأولى لنوبة الاكتئاب الرئيسية، وبالتالي يعد فحص احتمال الانتحار خلال هذه المرحلة

أكثر فعالية (Benoit,1995). وقد قام كل من "جوز" Guze " و" روبنس " Robins " بتحليل 17 دراسة تتبعية لمرضى الاكتئاب النفسي فتبين انه في 9 من 17 دراسة بلغ معدل الانتحار من 12 % إلى 19 % من أفراد العينات التي تم تتبعها. في حين بلغ معدل الانتحار في الدراسات الثمانية المتبقية من 5 إلى 60 % من المرضى. و تعادل النتائج المتوصل إليها احتمال خطر الانتحار بنسبة تفوق 15 % عند الحالات المدروسة. كما بين الباحثان أن خطر الانتحار عند المصابين بالاكتئاب الأساسي هو 30 مرة أكثر عنه عند الأسوياء (De Clercq, 1998:503). وقد بين " لوبيير " " Loubeyre " (1990) من خلال دراسة تم إجراؤها على عينة من 54 مراهقاً يعاني من الاكتئاب، أن 25 (46 %) منهم قاموا بمحاولة الانتحار، 13 منهم (24 %) منهم قاموا بمحاولة انتحار واحدة، و 12 منهم (22 %) قاموا بمحاولتين انتحاريتين أو أكثر.

وفي هذا الصدد خلص "لارسون" Larsson " و" ايفارسون " Ivarsson " (1998) إلى وجود علاقة بين خطورة الاكتئاب وعدد محاولات الانتحار (Marcelli, 2001:163). وأشار " ويرزبيكي " wierzicki " (1998) إلى أن محاولة الانتحار مرتبطة بمتغيرات سلوكية و نفسية معينة مثل الاكتئاب، و الشعور بالوحدة النفسية، وضغوط الحياة الشديدة، و الألم او المرض، و الفقد الحديث لأي شخص او شيء عزيز، واستخدام المخدرات والكحول. في حين توصل " بيش " Beach " (1998) من خلال تتبع طويل المدى إلى أن 10% من الأفراد المكتئبين يقتلون أنفسهم في النهاية، كما لوحظ أن 60 % تقريبا من حالات الانتحار ترجع إلى الاكتئاب او الاكتئاب المصحوب بسوء استخدام الكحول.

وفي إطار الدراسات التجريبية التي أجريت للتحقق من جوهرية العلاقة بين الانتحار و الاكتئاب، أجرى " ديك " Dyck " (1991) دراسة بهدف التعرف على الاتجاهات الايجابية و السلبية التي تكمن وراء تصور الانتحار. و طبق الباحث مقياس بيك للاكتئاب، و مقياس تصور الانتحار، و مقياس اليأس، و قائمة أسباب الحياة على عينة قوامها 128 من طلاب الجامعة (48 ذكرا، 80 أنثى). فأسفرت النتائج عن وجود ارتباط موجب جوهرى بين الاكتئاب وكل من اليأس و تصور الانتحار، بينما ارتبطت أسباب الحياة ارتباطا سالباً جوهرياً بكل من اليأس، والاكتئاب، و تصور الانتحار.

ويبدو من الدراسة السابقة أن الاكتئاب كمنبئ لتصور الانتحار يمكن تعميمه عبر ثقافياً بالنسبة للعينات غير الإكلينيكية وخاصة طلاب الجامعة. أما دراسة " دومان " De Man " (1990) التي هدفت إلى فحص المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بتصور الانتحار وذلك لدى عينة قوامها 754 من طلاب المدارس الثانوية (372 ذكرا، 382 أنثى)، حيث طبق الباحث كلا من قائمة بيك للاكتئاب، ومقياس تقدير الذات، وقائمة مسح خبرات الحياة، واستخبار المساندة الاجتماعية. فأسفرت عن أن عزل تأثير الاكتئاب أدى

إلي تساؤل حجم الارتباط بين تصور الانتحار وكل من تقدير الذات، وأحداث الحياة، والمسندة الاجتماعية (فايد، 2001 ب: 246-247).

وإن كان الاكتئاب يعد أقوى منبئ بالنسبة لتصور الانتحار عن المتغيرات النفسية الأخرى المعنية في الدراسات السابقة، إلا أن هذا الأمر أثار جدلاً كبيراً بين الباحثين حيث أنه لا بد أن يصاحب اليأس الاكتئاب حتى يزداد احتمال وقوع الانتحار، بمعنى أن درجة الانتحار تزداد بفعل التأثير المشترك لكل من الاكتئاب واليأس.

خامساً: عوامل الخطر المسببة للانتحار:

1. عوامل الخطر العائلية:

يفسر السلوك الانتحاري حسب "آدم" Adam " و " كول " Coll " (1984) عدم قدرة العائلة على تحقيق دورها في مساندة المراهق و مسؤوليتها المباشرة في ذلك. (Chabrol, 1984:21) ويعتبر " شميدتك " Schmidtke " وآخرون (1996) أن التفكك العائلي (بسبب الطلاق أو الوفاة) يرفع من خطر القيام بالفعل الانتحاري وهذا مهما كان سن الحالة. أما فيما يخص خطر الانتحار عند الجنسين فقد توصل " دافيدسون " Davidson " و " فيليب " Philippe " (1986) إلي أنه يزيد عند الرجال مقارنة بالنساء. (Choquet, 2001:123) وتمثل طبيعة العلاقات في الوسط العائلي حسب " شوكي " Choquet " وآخرون (1997) و " كابلان " Kaplan " وآخرون (1997) السبب في انتحار المراهقين. يستدل هؤلاء الباحثون على ذلك بمظاهر شتى أهمها: العنف بين الوالدين وبين الأبناء و الوالدين خاصة إذا كان متبوعاً بالعنف الجنسي.

ويضيف "سبيريتو" Spirito " وآخرون (1989) إلي ذلك مظاهر أخرى متمثلة في الأمراض النفسية للوالدين بما في ذلك الإدمان على الكحول، الاكتئاب المزمن، المرض العقلي أو السلوك الانتحاري (Choquet, 2001:123). وفي هذا الصدد أسفرت دراسة " روي " Roy " وآخرون (1991) على إلي أن إقدام قريب من العائلة على الانتحار يمثل عامل خطر لإقدام أفراد آخرين على نفس السلوك. و توصل " بورجوا " Bourgeois " وآخرون (1995) إلي أن سوابق الاكتئاب في العائلة من شأنها أن تشكل خطراً بحيث تؤدي إلي حدوث الانتحار (Bourgeois & al, 1995:5). أما " برانت " Brent " (1995) فيرى أن العنف العائلي يؤدي إلي هشاشة تقدير الذات عند الشباب، في حين يؤدي المرض النفسي عند الوالدين إلي الحد من إمكانياتهم في التربية، وإمكانياتهم في التعامل مع الصراعات و تكوين علاقات دافئة مع أبنائهم. بالإضافة إلي ذلك يرى " برانت " Brent " و " باربر " Perper " (1995) أن تراكمات الاضطرابات الداخلية في العائلة ترفع بشكل حساس من خطر تكرار السلوك الانتحاري. وقد أشار كل من " جاريسون " Garrison " (1991) إلي

أن تراكم الأحداث السيئة ترفع في الذات خطر القيام بفعل الانتحار و خاصة خطر معاودة السلوك الانتحاري. (2001:123Choquet.)

2. عوامل الخطر الشخصية:

يمكن لبعض أحداث الحياة السلبية أن تزيد من احتمال الانتحار. في هذا السياق يذكر بورجوا " Bourgeois (1995) أن من بين هذه الأحداث وفاة أحد الوالدين قبل سن 17 سنة او وفاة احد الأقارب كذلك فقدان حديث لعلاقة قريبة او انقطاع علاقة معينة. و يضيف إلي ذلك وجود عدة أمراض جسدية تتدخل في حدوث الانتحار، من بينها القصور الكلوي المزمن او المشاكل التنفسية المزمنة، الصرع، السرطان، القرحة المعدية و حديثا مرض السيدا (Bourgeois&al,1995: 6).

3. عوامل الخطر النفسية المرضية:

تشكل علامات الطب العقلي نسبة 90 % عند حالات الانتحار، ويعد الاكتئاب والفصام وتعاطي الكحول من أكثر الأمراض التي تؤدي إلي الانتحار. ويتكرر الاكتئاب في 45إلى 70 % من الحالات. ويعد اليأس في نظر " سبيريتو " Spirito " (1989) أكثر تفسيراً للمحاولة الانتحارية من الاكتئاب الإكلينيكي (2001:123Choquet.) في نفس السياق يرى " سبيريتو " Spirito " و آخرون (1989) أن عامل التعرض للعنف من الآخرين وبالخصوص الاغتصاب بالنسبة للذكور، يشكل عامل خطورة للقيام بمحاولة الانتحار و بالرغم من ذلك فإنه لم يأخذ بعين الاعتبار بشكل كافي. (2001:123Choquet.)

4. عوامل الخطر السلوكية:

في نظر " فافر " Favre " و آخرون (1997) هناك العديد من الاضطرابات السلوكية التي لها علاقة بالمحاولات الانتحارية من بينها على سبيل المثال تعاطي الكحول و المخدرات. و يضيف " شوكي " Choquet (1994) و " فاجنر " Wagner " (1995) إلي ما سبق عوامل أخرى كالهروب من المنزل و التغييب عن المدرسة التي يعتبرونها سلوكيات تمثل الهروب من الواقع. أما فيما يخص طبيعة الاضطرابات السلوكية التي لها علاقة بالمحاولات الانتحارية فيرى كينج " King " و آخرون (1996) أنها تتجسد في المشاكل المدرسية عند الذكور في حين تظهر في السلوكيات الجنسية عند الإناث (2001:124Choquet.)

5. عوامل الخطر الاجتماعية:

ركزت أغلبية البحوث النفسية التي تناولت ظاهرة الانتحار على دور العوامل العائلية، النفسية و السلوكية أكثر من العوامل الاجتماعية. وقد ركز " ايزومييتزا " Isometsa " و آخرون (1997) على دور العوامل الاجتماعية في الانتحار بحيث عبر على ذلك ببعض العوامل التي خص بها الشباب المنتحر في

المدينة وهي الانفصال الوالدي، تناول المخدرات و الاضطرابات النفسية، في حين خص الشباب المنتحر في الريف بعوامل أخرى متمثلة في المعاناة من الوحدة و الأمراض الجسدية، ذلك ما يظهره الشكل التالي: ويرى " دومان " " De Man " وآخرون (1995) انه بالرغم من المعلومات المتوفرة حاليا حول ظاهرة الانتحار إلا انه من المستحيل التنبؤ بحدوثه حتى عند مجموعة من المرضى في حالة استشفائية على درجة عالية من الخطر (Bourgeois, 199:2001).

سادساً: التوجهات النظرية المفسرة للانتحار:

اختلفت التوجهات النظرية التي اهتمت بتفسير ظاهرة الانتحار، وأسبابها و عوامل نشأتها. وسوف نوضح التفسيرات النظرية لظاهرة الانتحار على النحو التالي:

1. التفسير البيولوجي العصبي:

توصلت بعض البحوث البيولوجية العصبية إلي أن بعض الحالات التي تقدم على فعل الانتحار تتميز بنقص السيروتونين، واتساع بطينات الدماغ، وشذوذ تخطيط الدماغ (حمودة، 1998). وأثبتت الدراسات التي تناولت حالات قامت بمحاولات انتحارية أن نسبة السيروتونين ضعيفة عند هؤلاء. كما أسفرت على وجود علاقة بين قلة نسبة السيروتونين وتكرار المحاولات الانتحارية وعنفها. ومن ثمة ممكن لعامل قلة نسبة السيروتونين أن يسهل القيام بفعل الانتحار. كما يدل تأثير مضادات القلق من نوع بانزوديازيبين (benzodiazépines) في بعض المستقبلات (postsynaptiques 5HT2) على مستوى الدماغ على دور هذه المستقبلات في الإقدام على الانتحار في حالة قلتها.

2. التفسيرات النفسية:

أ) النظرية النفسية الدنامية:

اعتبر "فرويد" "Freud" (1956) الانتحار ظاهرة نفسية داخلية، و قدم تفسيراته للسلوك الانتحاري على افتراض أساسي يكمن في التكوين النفسي، و يتضمنه غريزتين متصارعتين هما غريزة الحياة، و غريزة الموت. حيث أن الاولى هي مصدر كل فعل خلاق و مصدر السلوك البناء، و الأعمال الايجابية لمواصلة الحياة. بينما الثانية هي مصدر كل فعل تدميري و كل سلوك عدواني. و قد سلم " فرويد " " Freud " بغلبة غريزة الموت في النهاية بفضل ما تولده من ميول سادومازوشية، فترتد الكراهية و العدوان و التدمير إلي الأنا. بينما يعبر " اوتو فينخل " " Fenickel " (1969) عن الانتحار بوصفه انقلابا للسادية ضد الشخص نفسه (فايد، 2001 أ: 78).

(ب) تفسيرات نفسية ذات اتجاه تحليلي:

ينظر المحللون النفسيون للانتحار باعتباره ظاهرة داخلية، و باعتباره راجعا إلي اضطراب العلاقات البينشخصية. و فيما يلي تعرض الباحث التفسيرات التحليلية للانتحار على النحو التالي:

✓ الانتحار باعتباره ظاهرة نفسية داخلية: وهنا يتم تفسير الانتحار على أساس وجود الم نفسي لا يحتمل، و يكون هذا الألم شعوريا. فحينما يكون الموقف غير محتمل و يريد الشخص إليئس أن يخرج منه يلجا إلي الانتحار. ويرى "موراي" " Murray " (1967) بان الانتحار وظيفة، لأنه يريد أن يلغي توترا مؤلما للفرد، وأنه يقدم شفاء من معاناة غير محتملة. (Leenaars, 1996:224) كما يفسر الانتحار طبقا للتخلص المعرفي، على انه ذلك الذي يشير إلي الجمود في التفكير، و صعوبة التركيز، والرؤية المعتمة. فالشخص الانتحاري- من الناحية المجازية- يكون مسمما او مخدرا بالتخلص، ولا يعرض عند اللحظة التي تسبق موته سوى تشوشات خاصة بصدمة او جرح (مثل الفشل في العمل، الصحة السيئة، رفض من الأفراد القريبين منه)، و في مواجهة الصدمة يصبح الحل هو التخلص المعرفي الذي يمثل اخطر أشكال العقل الانتحاري (Leenaars, 1997: 23).

✓ الانتحار كاضطراب في العلاقات البينشخصية:

إن الشخص الانتحاري له مشاكل في تأسيس او البقاء على علاقة بينشخصية (العلاقة بالموضوع المحبوب). فيوجد على نحو متكرر موقف بينشخصي غير محتمل، وربما كان النمو الايجابي في تلك العلاقات المضطربة هو الحل الوحيد للاستمرار في الحياة، ولكن مثل هذا النمو كان يرى باعتباره لم يحدث، فتحبط الحاجات النفسية للإنسان، ويقدم الفرد على الانتحار بسبب إحباط الحاجات النفسية على نحو بينشخصي (Leenaars, 1996:223). كما يفسر الانتحار أيضا- وفقا لفرض الرفض - العدوان. حيث يعتبر الفقد أمرا أساسيا في الانتحار، فالفقد غالبا ما يكون رفضا يخبر باعتباره هجرا. انه إيذاء نرجسي غير محتمل، و إيذاء يؤدي إلي كراهية موجهة نحو الآخرين ولوم للذات. وباعتبار أن الشخص الانتحاري يتسم بثنائية وجدانية عميقة، و في نطاق تلك الثنائية، فقد يصبح الانتحار نكوصا إلي دوافع قاتلة للذات، وقد يكون الانتحار عدوانا محجوبا (Leenaars, 1997: 23).

3. النظرية المعرفية السلوكية:

بالنسبة لاتباع الاتجاه المعرفي يمكن تمثيل الحياة العاطفية بقطبين: العواطف الايجابية والعواطف السلبية. بحيث يهيا القطب الاول للسعادة والثقة، في حين يهيا القطب الثاني للخوف والاضبط. ويتميز الشكل الايجابي بالإقدام أما الشكل السلبي فيتميز بالتجنب. ويضيف السلوكيون للعامل العاطفي عوامل أخرى كالضغط والأحداث التي تواجه الفرد لتفسير السلوك الانتحاري. بناءً على ما سبق تعتمد النظرية المعرفية

السلوكية على استعمال مصطلح **التعامل أو المقاومة** لتفسير السلوك الانتحاري. وتتعلق المقاومة وفقا لهذه النظرية بالاستجابة للضغط باستراتيجيات معرفية وسلوكية تسمح للفرد بالتكيف مع حدث يدركه على انه يهدده. وتعتبر المقاومة على استراتيجيات شعورية، وجهود معرفية وأخرى سلوكية. ومن بين استراتيجيات المقاومة نميز استراتيجيات المقاومة المركزة على حل المشكل و استراتيجيات المقاومة المركزة على الانفعال كاستراتيجية التجنب. بناء على هذا النموذج يمكن اعتبار الانتحار كنوع من المقاومة التجنبية (<http://actupsy.free.fr/suicide2.html>).

4. نموذج الاستهداف - الضغوط:

ظهر نموذج حديث لتفسير السلوك الانتحاري، إلا و هو **نموذج الاستهداف - الضغوط**، الذي اقترحه "بونر" "Bonner" و"ريتش" "Rich" (1987) و يرى أنصار هذا النموذج انه من الأفضل أن ينظر إلي السلوك الانتحاري باعتباره عملية دينامية معقدة بدلا من كونه حدثا منعزلا ثابتا. وتعتبر عملية الانتحار - وفقا لهذا النموذج - عملية مركبة من مراحل مختلفة تبدأ بتصور الانتحار الكامن، وتتقدم خلال مراحل من تأمل الانتحار النشط، ثم التخطيط للانتحار النشط، وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة لدى الفرد. وقد يتذبذب مركز الفرد في هذه العملية وفقا لتأثير العمليات البيولوجية و النفسية والاجتماعية. كما يفترض نموذج الاستهداف - الضغوط أن التفاعل بين ضغوط الحياة و استهدافات نفسية اجتماعية معينة كالتشويبات المعرفية، والاكتئاب، واليأس، والعزلة، وقلة أسباب الحياة - هو الذي يحدد الدخول او التحرك في نطاق العملية الانتحارية (فايد، 2001، أ: 77).

5. النظرية الاجتماعية:

إن تناول ظاهرة الانتحار، باعتبارها ظاهرة نفسية بحتة، يجعل المشكلة أحادية البعد، و يعزل الفرد كجهاز مغلق عن بقية المثيرات الاجتماعية التي تحيط به، والتي تؤثر فيه بما قد يدفعه إلي السلوك الانتحاري كما يحدث لدى الكثير. وعلى هذا قام علماء الاجتماع بتقديم تفسيرات اجتماعية لظاهرة الانتحار. فقد ذهب "إميل دوركايم" "Durkheim" (1897) إلي أن ظاهرة الانتحار كظاهرة اجتماعية ترتبط أساسا بالنظام الاجتماعي و ما يطرأ عليه من ظروف تغير مفاجئة، او ما يجري على الجماعات الاجتماعية (عبد القوي، 1989:25).

وقد اشتق "دوركايم" مفهوم الأنانية (Egoism)، و مفهوم افتقاد الضبط الاجتماعي (Moral restraint)، ومفهوم الحاجة إلي قوة أخلاقية خارجية، وكذلك بعض المفاهيم السيكلوجية و ترجمها إلي متغيرات اجتماعية لخصها في بعدين أخلاقيين متضادين هما:

(أ) الأنانية مقابل الاثارية.

ب) اللامعيارية مقابل الجبرية.

واعتبر دوركايم أن هناك في المجتمعات كلها قدرا مناسباً من التوازن بين كل من الأناثية و الايثارية من ناحية، و اللامعيارية و الجبرية من ناحية أخرى و أن أي تغير في هذا التوازن يمكن أن يؤدي إلي زيادة في التفكك الاجتماعي (عبد القوي، 1989:25).

وبناءً على ما سبق اقترح " دوركايم " أربعة أنواع للانتحار جميعها تؤكد على قوة او ضعف علاقات الشخص أو روابطه بالمجتمع.

✓ الانتحار الأناني: وهو حينما يكون للفرد روابط قليلة جدا بالمجتمع و لم تحقق له مطالب الحياة.
✓ الانتحار الايثاري: ويحدث حينما يكون للشخص روابط اجتماعية قوية جدا لدرجة انه يضحي بنفسه من اجل الجماعة.

✓ الانتحار اللامعاري: ويحدث حينما تتحطم فجأة العلاقة المعتادة بين الفرد والمجتمع، مثل وقوع صدمة، وفقد مباشر للعمل، او صديق حميم او ثروة.

✓ الانتحار الجبري: ويحدث من تنظيم متزايد يفرض على الأشخاص مثل العبيد حيث لا يروا بصيص أمل للحرية في المستقبل.

ويشير "دوجلاس" " Douglas" - الذي اختلف مع وجهة نظر دوركايم- إلي أن المعاني الاجتماعية للانتحار تختلف بشدة، فكلما تكاملت المجموعة على نحو اجتماعي اكبر كلما زاد اشمئزها من الانتحار، كما أن ردود الأفعال الاجتماعية للسلوك الانتحاري يمكن أن تصبح نفسها جزءاً من أسباب نفس التصرفات التي تسعى المجموعة لضبطها.

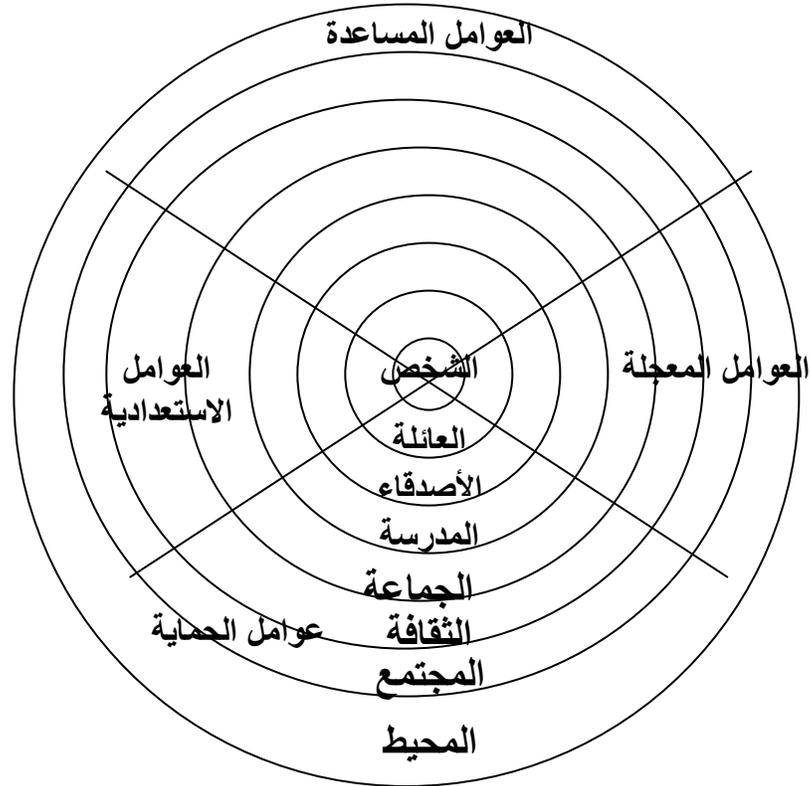
ويعتقد " ماريس " " Maris" أن النظرية المنهجية للانتحار يجب أن تتضمن أربع فئات واسعة على الأقل من المتغيرات، تلك التي تخص الشخص، والسياق الاجتماعي، والعوامل البيولوجية، و السلطة السياسية التي غالباً ما تتضمن السير الانتحارية. (فايد، 2001 ب: 260 - 261) .

ويشير أنصار النظريات الاجتماعية الحديثة - ومنهم " مارتن" "Marten" على سبيل المثال لا على سبيل الحصر - إلي أن اختبار مدى انتظام دورات العمل وأثره على المكانة الاجتماعية للأفراد، يفسر التناسب العكسي بين الانتحار والتكامل الاجتماعي. لان تدهور حالة العمالة خلال الأزمات الاقتصادية، يؤدي إلي تدهور المكانة الاجتماعية للأفراد، وبالتالي تضعف علاقاتهم الاجتماعية، و تعجز عوامل الضبط الاجتماعي عن توجيههم و تسود الفوضى المجتمع عامة، و أصحاب المكانة العليا خاصة، فيكثر إقبالهم على الانتحار. (عبد القوي، 1989: 54)

6. النموذج البيئي:

تعتبر ظاهرة الانتحار والسلوكيات الانتحارية حسب هذا النموذج كنتيجة لتفاعل عدة عوامل مترابطة أهمها: العائلة، الأصدقاء، المدرسة، الجماعة، الثقافة، المجتمع والمحيط. ويساعد النموذج البيئي في التذكير بتعقيد ظاهرة الانتحار من جهة، وبالتأثيرات المختلفة التي يجب أخذها بعين الاعتبار عندما نحاول فهم الظاهرة من جهة أخرى. في هذا الصدد يشير "ريموند" Raymond " (1999) إلي أن الانتحار عند الشباب متعدد الأسباب و لا يوجد له حل واحد خاص. و ينبثق السلوك الانتحاري من تفاعل معقد و دينامي لعوامل الخطر الفردية و الاجتماعية و المحيطية. و تجعل عوامل الحماية السلوك الانتحاري مختلفا (ولكن غير منفصل) عن عدة سلوكيات أخرى منحرفة كالإدمان، و السلوكيات الجنسية غير المحصنة. و حسب هذا النموذج توجد أربعة عوامل تساعدنا على فهم ظاهرة الانتحار و السلوكيات الانتحارية عند الشباب و هي على النحو التالي:

- أ) **العوامل الاستعدادية:** وهي العوامل التي تحدد درجة احتمال الانتحار ومن بينها نذكر: التاريخ العائلي فيما يتعلق بالانتحار.
 - ب) **العوامل المساعدة:** وهي العوامل التي تضاعف من احتمال الخطر الموجود مسبقا ومن بينها نذكر: تعاطي المخدرات والكحول.
 - ج) **العوامل المعجلة:** وهي العوامل التي تعمل كعوامل مفجرة عند الأشخاص الذين يحملون استعدادا للانتحار ومن بينها نذكر: فقدان المفاجئ، الرسوب او الفشل.
 - د) **عوامل الحماية:** وهي العوامل التي تسمح بإعداد الظروف التي تساعد على التخفيف من خطر الإقدام على الانتحار كوجود شخص راشد على الأقل تحت تصرف المريض ممكن أن يقدم له يد العون وكل من الدعم والفهم اللازمين.
- ومن المهم جدا التأكيد على أن كل من العوامل الاستعدادية و المساعدة و كذا العوامل المعجلة تساهم في الرفع من خطر الإقدام على الانتحار بينما تخفف عوامل الحماية من اثر عوامل الخطر. و يمكن تلخيص العوامل السابقة في المخطط التالي:



شكل رقم(8): العوامل المساعدة على فهم ظاهرة الانتحار و السلوكات الانتحارية عند الشباب

المصدر: (Raymond، 1999)

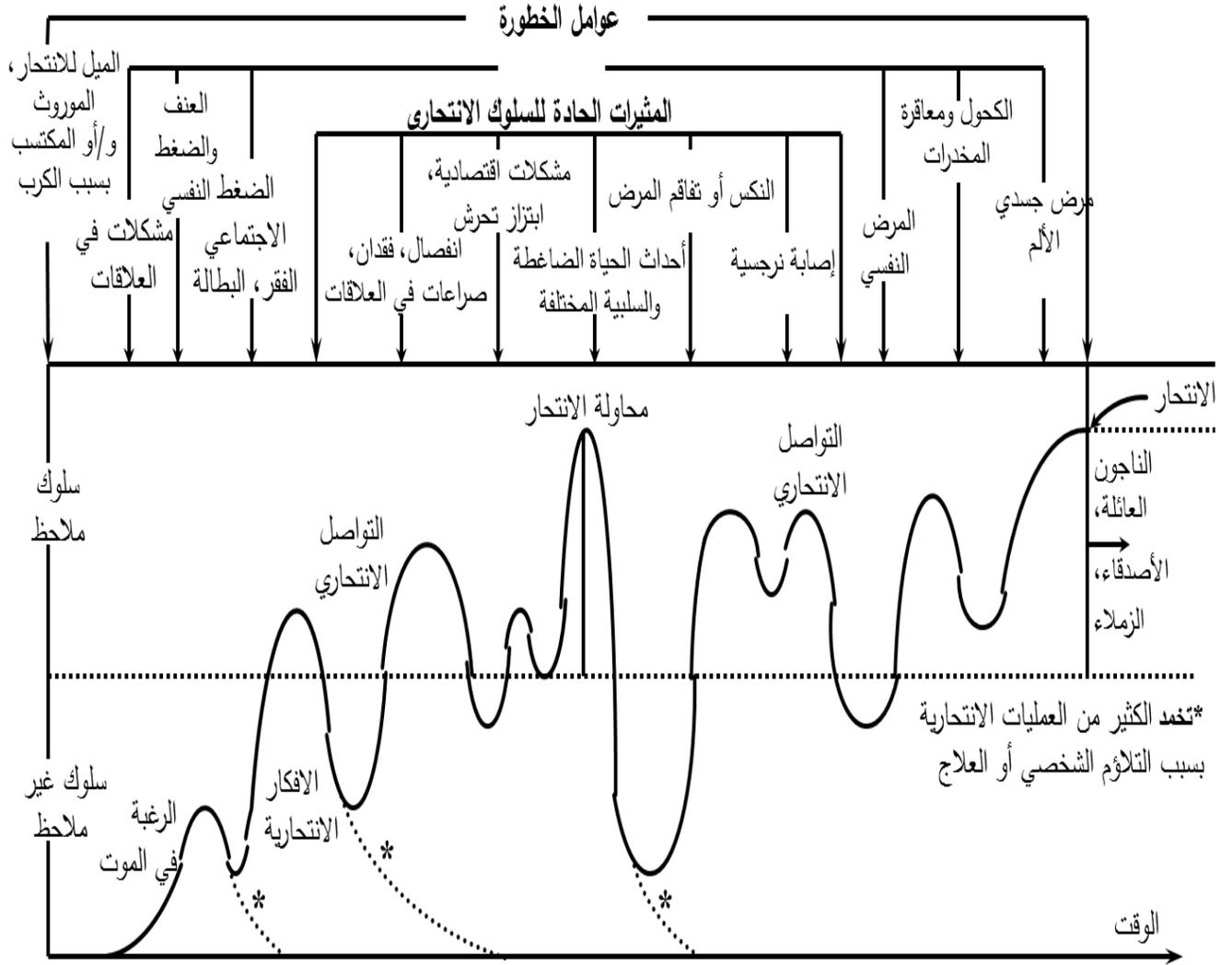
يوضح الشكل المدون أعلاه أن العوامل الاستعدادية والعوامل المساعدة والعوامل المعجلة وكذا عوامل الحماية تتفاعل مع بعضها البعض لخلق الظروف التي يتم فيها القيام بالسلوكيات الانتحارية و فعل الانتحار عند الشباب.

وفيما يلي يوضح الجدول التالي بعض الأمثلة حول أهم عوامل الخطر التي تلعب دورا في حدوث الانتحار. وأهم عوامل الحماية منه.

جدول رقم (1):فهرس لعوامل الخطر التي تلعب دورا في حدوث الانتحار و عوامل الحماية حسب " وايت " (1998) " White "

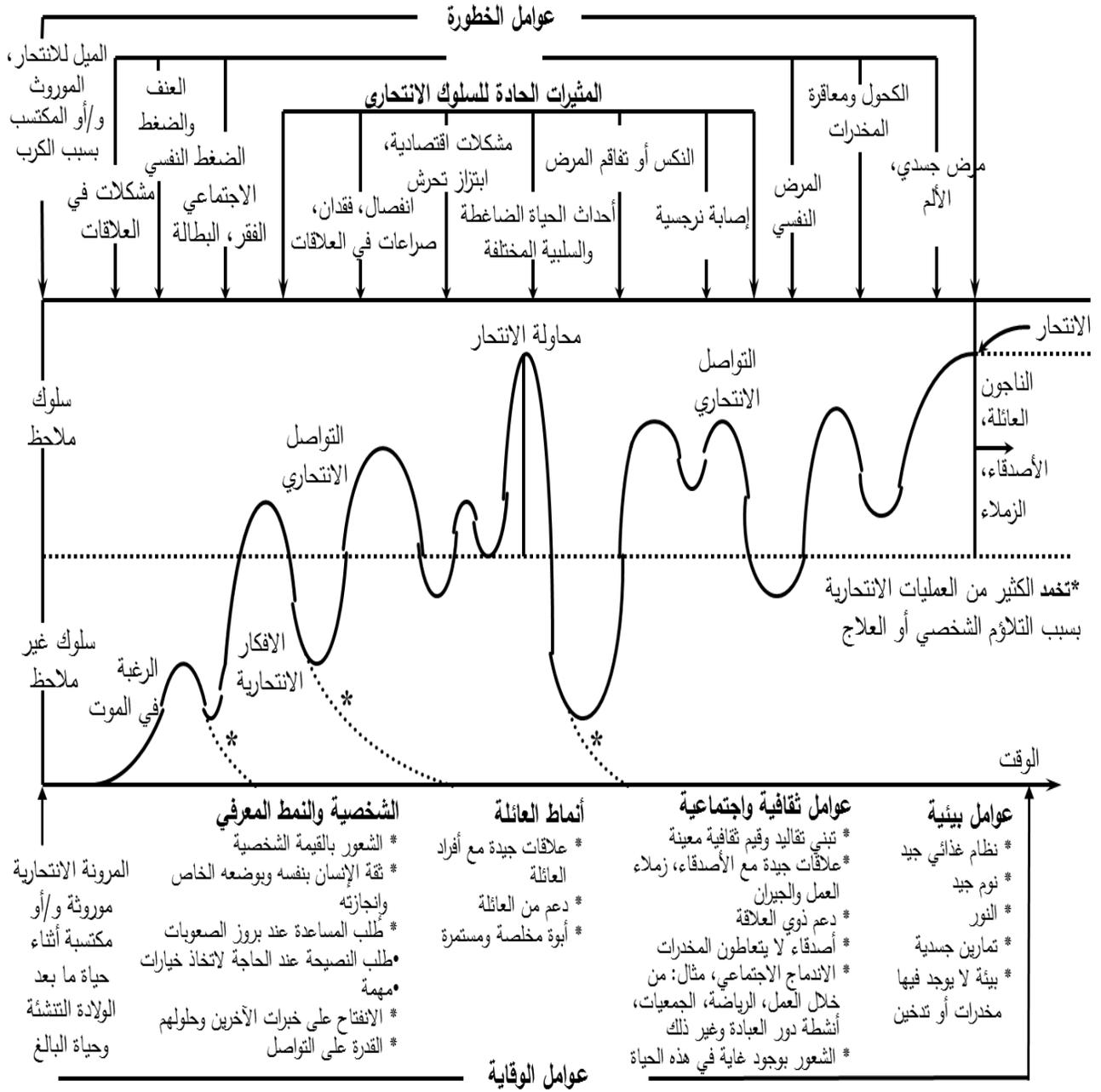
عوامل الحماية	العوامل المعجلة	العوامل المساعدة	العوامل الاستعدادية
- مزاج سهل	- الفشل الشخصي	- أسلوب معرفي صلب	- سوابق عائلية للانتحار
- قدرات على حل المشكل	- الصدمة الشخصية	- قدرات ضعيفة على التكيف	- الاكتئاب
- الاستقلالية	- أزمة في النمو	- تعاطي المواد المؤثرة	- استمرار الحداد
- تجارب على التحكم في الذات	- فقدان شخص مهم في العائلة	- صعوبات في التوجه الجنسي	- خبرات الإساءة و العنف داخل العائلة
- حس الدعابة	- الوفاة بطريقة الانتحار	- الاندفاعية	- اضطرابات عقلية
- علاقات عائلية دافئة تعزز الشعور بالانتماء	- فقدان الأصدقاء و التعرض للرفض	- الحساسية المفرطة	- الانفصال و الحداد في مرحلة الطفولة
- نماذج لراشدين يتسمون بالتوازن	- الفشل	- تعاطي المواد المؤثرة داخل العائلة	- الانسحاب الاجتماعي
- التقبل و المساندة	- وفاة شخص مشهور بطريقة الانتحار	- عدم الاستقرار العائلي	- تجارب دراسية سلبية طويلة المدى
- ثقة الراشدين في قدراتهم	- صراع مع القانون	- الصراعات المستمرة في العائلة	- غياب العلاقات المهمة في حياة الشخص
- التشجيع على المشاركة	- التعرض للحبس او الاعتقال	- انقطاع خلال المراحل الانتقالية في المدرسة	- قبول فعل الانتحار و النظرة إليه بنظرة مبتدلة
- توفر إمكانيات المشاركة		- التردد و الشك في مساعدة الهيئة المدرسة	- التهميش
- التفاؤل بما يحمله المستقبل		- انخفاض المستوى الاقتصادي	
- توفر الموارد الضرورية			
- التضامن في المجتمع			

ويقدم الشكل (9) عرضاً تخطيطياً لعوامل الخطورة المرتبطة بالسلوك الانتحاري



مقتبس عن (www.helppromothope.com)

ويقدم الشكل (10) عرضاً تخطيطياً لعوامل الخطورة والوقاية المرتبطة بالسلوك الانتحاري



مقتبس عن (www.helppromothope.com)

المحور الرابع: المرونة النفسية والاكتماب:

الاكتماب ولبنات بناء المرونة النفسية:

تعليم المرونة: يشير (Edith H. Grotberg) في بحثه (Countering Depression With the Five Building Blocks of Resilience) إلى أن مواجهة حالات الضغط والسوء ، لاتقود للاكتماب لدى كل الشباب واليافعين بل إن بعضهم يظهر المرونة النفسية (Resilience) . وهي المقدرة على التعامل مع حالات السوء دون أن تغمرهم . وتعتمد مسألة تطور حدوث الاكتماب لدى الشبان بشكل كبير على مشاعرهم بانعدام الحيلة او المقدرة على التصرف . وحتى يصبح الشباب مرنين ، فإن عليهم أن يشعروا بأن لديهم القدرة على فعل شيء يخص حالتهم – وذلك بهدف الوقوف ومواجهة التحديات – وعندما يكون لديهم شكوك بشأن مقدرتهم على إيجاد حلول ناجحة، فإن شعورهم بالاكتماب سينشأ . ويعد الاكتماب نوع من الحلقة المفرغة، حيث تقود إلى ابتعاد الشاب عن وضعه الطبيعي مما يؤدي بدوره إلى مشاعر أكبر من انعدام الكفاءة وقلة الحيلة وتأتي النتائج على شكل تراكمي ما يجعل أي جهد صعباً أكثر فأكثر. (Grotberg, 1998, 37)

ويمكن كسر الحلقة المفرغة بتدريب الشبان على كيفية التجاوب مع حالة المشاعر السلبية من خلال المرونة النفسية (Resilience) أكثر من الاستجابة لها بالاكتماب. ويمكن تغيير الشعور بقلة الحيلة إلى شعور بالكفاءة عبر تعليم الشباب خمس لبنات أساسية لبناء المرونة وهي تتطابق مع المراحل الأساسية الخمس للتطور النفسي .. الاجتماعي في الحياة عند أريكسون أي: **الثقة والاستقلالية وزمام المبادرة الاجتهاد والهوية** . وهي تسهم في تنمية كفاءة الشباب على مواجهة التجارب السيئة والتغلب عليها وتقويتهم او حتى أن يتم تحويل الشاب إلى شخص جديد عقب التعرض لتجربة سيئة وبمعنى آخر، يعطي تطوير بناء هذه اللبنات الخمس أدوات للشباب حتى يتعاملوا مع حالات التجارب السيئة في الحياة تلك التي تقود إلى جلب الاكتماب على الشخص. وإن هذه اللبنات الخمس للبناء تشكل مثلاً قياسياً عن المرونة وتشكل عملية للتعامل مع حالات التجارب السيئة، وقد أثبتت فعاليتها في تعزيز وتقوية المرونة، ويتألف هذا النموذج المثالي من مكونات ثلاثة، كما يعرضها الجدول رقم (2) المقتبس عن (Grotberg)(1999)

الجدول رقم (2)

المكون	التعريف	لبنة البناء
لدي	يدعم كل الأفراد من حولنا لرفع سوية المرونة	الثقة
أنا	تشجيع تطوير نقاط قوة الثقة واحترام الذات والمسؤولية	تحديد المعالم الاستقلالية
أستطيع	اكتساب مهارات حل المشكلات الشخصية ومع الآخرين	المبادرة والاجتهاد

إن كثيراً من الشباب والأطفال وتحديدًا أولئك الذين يظهر وكأنهم يتحركون جهة الاكتئاب، لم تُنح لهم فرصة لتطوير حالة لبنات البناء الخاصة بالمرونة، إلا أن إمكانية تعلم المرونة وتطويرها ممكنة إما بشكل مستقل أو بمساعدة المربين (المعلمين) أو المستشارين أو المرشدين، وباختصار يمكن بناء المرونة كجزء من عملية النمو، ويمكن للعاملين مع الشباب بناء اللبنة عبر إظهار كيفية استخدام تلك الخدمات للشباب، أي كيفية الشعور بالثقة والمشاعر الانفعالية، وكيفية حل المشكلات الذاتية وبين الشخص والآخرين وكيفية التمكن من المهارات الأكاديمية التعليمية.

اللبنة الأولى: (الثقة Trust)

وهي تقابل المرحلة الأولى من مراحل النمو النفس - اجتماعي (نمو الأنا) وفقاً لنموذج أريكسون خلال العام الأول من الحياة وتقابل المرحلة الفمية في نموذج فرويد للنمو النفسي-جنسي وتتمثل في خبرة الطفل لأزمة الثقة حيث تمثل الحاجة إلى الثقة في الأم حاجة أساسية وهي حجر الأساس لنمو شخصيته وتطور ذاته بالشكل الصحيح. (الزهراني، 2005، 15)

وتعرف الثقة على أنها الاعتقاد بشخص آخر أو شيء ما والاعتماد عليه. وينشأ شكل الثقة التي تتطور في حياة الفرد منذ الولادة، وبما أن الرضع ليس لديهم خيار سوى الثقة بالآخرين فإن هذا يقود إلى تولد الحب تجاه أولئك الذين يقومون بإطعام وإراحة وحماية الرضيع. ومن ثم ينطلق الطفل بتشكيل الثقة بنفسه حين يمارس الأكل المنتظم والسعي للهدوء وإدارة جسده. وترتبط هذه الثقة بصورة وثيقة مع أناس مقربين للطفل من الذين يشعر تجاههم بالارتباط العاطفي والوجداني وبما أن الفرد قد يجدهم فقد ارتبط بهم. (Grotberg, 2009, 68) ولاشك أن الطفل الذي يشعر بالثقة في داخله يرى كل من حوله عطوفين وأن عالمه المعاش عالمٌ أمين، ويستطيع الطفل الحصول على هذا الإحساس من خلال أسلوب وطريقة رعاية الأم له، فقدرة الأم على رعاية طفلها من جميع جوانب احتياجه ينمي فيه شعوراً قوياً بالثقة، فالإحساس بالثقة لا يتوقف على مقدار الغذاء الذي يتلقاه الطفل ولا على تعبيرات العطف، بل يتوقف على مدى توفير الألفة والانسجام واستمرار العطاء من قبل الأم لطفلها فنوعية الحياة التي يعيشها الطفل ومشاعره البدائية نحو البيئة تعتمد على علاقات الطفل بمن حوله من ناحية المحبة والانتباه واللمس والتغذية خاصة من قبل الأم المتمثلة في عملية الارضاع عن طريق الفم وهي المرحلة الفمية كما يسميها فرويد، فعن طريقها يشعر الطفل باللذة والاستمتاع والحصول على الغذاء إلى جانب الشعور بالأمن النفسي المتمثل بالضم، وهذا الشعور ما نقصد بالثقة التي تكسب الطفل القدرة على الاعتماد على الآخرين وفي حال تحقيق هذا الشكل المطلوب فإن الطفل يحقق نمواً سويًا وبالتالي تكتسب الأنا فاعليتها المتوقعة والمتمثلة بالشعور بالأمل. (الزهراني، 2005) ويعرف

أريكسون الأمل على أنه الاعتقاد بإمكانية تحقيق الأماني بالرغم من الرغبات الملحة والحاجات الأولية والتي تبدأ ضغطها مع بداية الحياة كضرورة لمساعدة الفرد على البقاء، فمع الأمل يتعلم الفرد عدم الاستسلام للاحتياجات والمعوقات.

وتمثل فاعلية الأمل (Hope) الفاعلية الأولى لأننا حيث يرتبط اكتسابها بحل أزمة الثقة حلاً إيجابياً ويكتمل نمو هذه الفاعلية مع نهاية العام الاول (العمرى، 2008، 47-48)

وما إن يكبر الفرد ويتقدم سناً، حتى يكون تعلم الثقة بالآخرين . وليس بنفسه . وبمقدرته على فعل الأشياء، وتشكيل صداقات او تطوير مهنة او هواية، ويكون قد تعلم كيف يثق بالعالم، وهذه الثقة لم تكن مجرد مسألة عمياء بقدر ما هي ثقة مبنية على التعلم، أي أنها ثقة انتقائية.

ويطرح Grotberg السؤال التالي، لماذا قد لا يضع شخص ما ثقته ويطورها من سن مبكرة في الحياة؟ ولعل السبب الوحيد قد يكون على الأرجح بأنه لم يرَ بأنه قد تمت تلبية حاجاته. فربما لم يوجد شخص يهتم بإطعام او ملاعبة او ملاطفة الطفل او أنه لم يظهر شخص يهدئ من روعه عندما يشعر بالفزع، وإن حاو ل الطفل أن يتواصل عبر الصراخ طلباً للمساعدة، يتم تجاهله او أنه يتعرض للضرب. ولربما أدرك الطفل بأنه لا يمكنه أن يثق بعائلته او بنفسه او العالم فإن ذلك قد يعني بأنه سيُشعر بالضعف أمام أي ضرر قد يعترض طريقه. وإن مشاعره بالضعف لها القدرة على أن تشعره بالحزن والإزعاج والغضب، وإن عدم مقدرته على الوثوق بأحد خلال السنين الأولى قد يقوده إلى نشوء طرق محددة غير صحية للتعامل مع العالم، فربما أنت ذلك الشخص الذي:

✓ يحاول السيطرة على الآخرين:

فإن شعر بأنه لا تستطيع الوثوق بأي شخص يحبه ويساعده، فإنه سيرى الجميع على أنهم مصدر خطر وعدوانية مؤكدة، ولربما شعر بأنه عليه أن يوقفهم عن إيذائه وبالتالي شعر بالحاجة إلى السيطرة عليهم، وإن استطاع ذلك، فإنهم لن إيذائه وبذلك لن يكون لكلمة الثقة أي مدلول.

✓ الانسحاب من التفاعلات الإنسانية:

والسبب وراء ردة الفعل هذه هو أنك ستشعر بأمان أكبر وتهديدات أقل من عالم لا تستطيع الثقة به، ولربما أصبحت قادراً على الاعتماد على نفسك وتجنب أن تكون مشتركاً ومعيناً عاطفياً ورافضاً جهود الآخرين لوضع ومد جسور علاقة ذات معنى.

✓ فقدان المواهب الشخصية والمقدرات وتطورها:

فعندما يشعر الفرد بأنه لا يستطيع أن يثق بنفسه جهة مقدرته على الإنجاز عند هذا يمكنك أن تحاول حماية نفسه مما يعتبره فشلاً محتملاً، ولربما يشعر بضرورة ترك الآخرين ليقوموا بفعل أموره بدلاً عنه حتى

يصبح متواكلاً. ولربما سمح لنفسه بأن يخضع للسيطرة والتأثير أو التلاعب لأنه يشعر بالتأكد بأن الآخرين أفضل منه، ويعرفون أكثر منه وعلى الأرجح بأنهم سيقومون بحمايته.

وفي الوقت الذي يشعر فيه الفرد بأن هذه الأساليب لن تحميه وتشعره بالأمان، فإنها ستجعل من المستحيل عليه الشعور بالثقة، وإن تعلمه كيف يثق بالآخرين وبنفسه يقف كجزء مهم من المقدرة على التماشي مع المشكلات التي تواجهها في حياته، ولو كان لديه علاقات مبنية على أساس الثقة فإنه لا يحتاج عندئذ للشعور بالحزن أو الغضب أو الضعف الشديد. (Grotberg, 2009, 69)

اللبنة الثانية: (الاستقلالية Autonomy)

الاستقلالية هي اللبنة الثانية في بناء المرونة.

يخبر الطفل خلال عامه الثاني تحدياً ومطلباً جديداً للنمو يتمثل من وجهة نظر اريكسون في أزمة الاستقلال الذاتي ويترتب ظهور هذه الأزمة على مجموعة من المتغيرات، والتي تشمل على تحقق المتطلبات البيولوجية المرتبطة بالنضج، وحل أزمة النمو السابقة المتمثلة بأزمة الثقة، والعوامل الاجتماعية المتمثلة في التوقعات الاجتماعية من الأطفال في هذه المرحلة تبعاً لمستويات نضجهم فيما يتعلق بالنضج يكون جهاز الطفل العضلي على درجة من النضج تمكنه من الحركة بعيداً عن الأم بل ان استطاعت تتعدى ذلك إلي جذب الأشياء ودفعها بالإضافة إلي قدرته على إطعام نفسه إضافة إلي قدرته على الضبط العضلي الاختياري بدون مساعدة أحد، خاصة قدرة الطفل على التحكم في جهازه الإخراجي، كما أن المتغيرات الاجتماعية والمتمثلة في دعم الأم وتشجيعها لاستقلالية الطفل أكبر الأثر ف رؤية مشاعر الفرحة لدى الآخرين عندما يعلن الطفل عن حاجته لإفراغ ما بمثانته أو أمعائه وانزعاجهم في عدم إعلانه يشعر الطفل بقوته وقدرته على التأثير فيمن حوله وهذه القوة والعظمة التي يحس بها الطفل هي أساس نمو الشعور بالاستقلال الذاتي.

(الزهراني, 2005, 18)

ونعرف الاستقلالية على أنها الحرية أو الاستقلال - وهي المقدرة على اتخاذ الفرد قراراته الخاصة، وتظهر الاستقلالية لدى الطفل بدءاً من سن الثانية من العمر.

وتستمر كذلك على طول الحياة، وتبدأ الاستقلالية بمجرد إدراك الطفل بأنه منفصل جسدياً عن سواه ومن حوله، وإدراكه بأن لديه بعض القوة التي يفرضها على الآخرين، ويعد قول "لا!" أو ل مرة يستخدم فيها الطفل قوته، وتجلب الاستقلالية معها مسؤوليات أخرى خاصة تجاه التصرفات الخاصة للطفل وتدفعه لتطوير أفكار حول ما هو صحيح وما هو خاطئ والشعور بالذنب عندما يقوم بأمر يعتبر خاطئاً.

في أثناء محاولة الطفل فعل الأمور بطريقته الخاصة يرتكب أخطاء كثيرة، وترتبط الدرجة التي سيملكها الفرد من الاستقلالية والتسيير الذاتي بالكيفية التي يستجيب فيها الوالدان والمحيطون للأخطاء فإن لم

يكن مسموحاً له ارتكاب الأخطاء أو أن أخطئه كانت تلاقي الانتقاد القاسي فإنه سوف يتخلى عن فكرة الاستقلالية، ولربما شعر بالخجل وبدأت الشكوك تساو ره بشأن قدراته الأمر الذي يقود إلي أن تجعله هذه المشاعر حزناً ومنزعجاً على مدى سنوات كثيرة. (Grotberg,2009,70)

وإذا كانت الثقة تساعد الفرد على الشعور بالأمل فإن الاستقلالية لها الدور الكبير في اكتساب الإرادة والتي تعبر عن سلامة النمو ودافع لاستمراريته في الطريق السليم. (الزهراني,2005,19)

ويعرف اريكسون الإرادة بأنها إصرار الفرد المستمر غير المنقطع على ممارسة حقه في الاختيار الحر Freechoice والضببط الذاتي restraint.Self وتمثل فاعلية الإرادة الفاعلية الثانية من فاعليات الأنا والتي تنتج بشكل أساسي عن حل أزمة الاستقلالية حلاً إيجابياً في السنة الثانية من العمر. (العمرى,2008,48)

لبنة البناء الثالثة: (المبادرة Initiative)

وتمتد هذه المرحلة من سن ثلاث سنوات وحتى ست سنوات تقريباً، وتقابل مرحلة الطفولة المبكرة والمرحلة الاوديبية في نموذج فرويد للنمو النفس جنسي وتبدأ مع الانتهاء من مرحلة الرضاعة ودخول الطفل إلي مرحلة يكون فيها أقدر على إدارة نفسه، ويكون فيها أقل اعتمادية على الآخرين وتتمثل أزمة النمو في هذه المرحلة والتي يتم فيها تطور نضج الفرد البدني والمعرفي واكتسابه لقدرات أكبر للتفاعل الاجتماعي من أهمها اكتساب اللغة وهذا كله يمثل متطلبات واستعدادات بيولوجية لها، فمع نمو الطفل وبشكل خاص نمو لغته وزيادة تفاعله مع الآخرين تزيد أسئلته التي تعبر عن حب الطفل للاستكشاف ومعرفة العالم من حوله فيقوم بتوجيه الأسئلة لماذا؟ متى؟ كيف؟ بدلاً من استخدامه كلمة "لا" في المرحلة السابقة.

(الزهراني,2005,23)

تعرف المبادرة على أنها المقدرة والإرادة لاتخاذ تصرف ما، ويبدأ زمام المبادرة بالنشوء والتطور نحو السنة الثالثة من العمر مع بدايات انطلاق التفكير والقيام بالأشياء، وفي هذه السن، يمكن للطفل أن ينطلق في جميع أشكال المشاريع او النشاطات التي لا يستطيع إنجازها، وتكمن أهمية بناء المبادرة ليس في النجاح او عدمه وإنما في إرادة المحاولة والتجريب. (Grotberg,2009,72)

ويمثل تشجيع الأسرة لمبادرات الطفل وتوجيهها والإجابة على تساؤلاته دون غضب او تذمر او استخفاف مع البعد عن العقاب عامل أساسي لتشجيع روح المبادرة لديه كما أن اللعب في هذه المرحلة لا يخلو من التشجيع على بناء أهداف محددة، وأيضاً المبادرة من أجل حلها فاللعب بالنسبة للطفل كالعامل بالنسبة للوالدين، وهذا ما يقود إلي اكتساب الأنا لفاعلية جديدة تتمثل بالفرضية Purpose (كونسن,2010,266)، ويعرف اريكسون الغائية بأنها اكتساب الفرد القدرة على تحديد أهداف ذات معنى وقيمة بالنسبة إليه والسعي لتحقيقها من غير إعاقته بخيالات الطفولة او مشاعر الخوف من العقاب، وتمثل الغائية Purpose الفاعلية

الثالثة من فاعليات الأنا كنتيجة للحل الإيجابي لأزمة المبادرة، وتلعب قدرات الطفل العقلية والخيالية وخاصة اللعب الخيالي المعتمد على لعب الأدوار في هذه المرحلة دوراً أساسياً في تحقيق هذه الفاعلية ونموها (العمرى، 2008، 49).

وفي بعض الأحيان، يظهر ما يعيق تطور المبادرة في العموم فإذا ما تم توجيه الانتقادات أو العقاب في مرات كثيرة للطفل وهو ينطلق في مشروع ما أو نشاط، فإنه قد يشعر بالذنب، لأنه أزعج الناس أو خلق فوضى في الأمور، وإن مر بتجربة الرفض العام من أولئك الذين وربما شعر بأنه لا يستحق بأن يمنح المساعدة وبالنتيجة، ومن ثم فقد يتوقف عن الإرادة أو محاولة اتخاذ زمام المبادرة مع أي أمر وربما أصبح غير نشط وغير معني لأنه اعتقد بأن الرفض والفشل كان محتوماً ولا محيد عنه، فإن هذه المشاعر تشكل أساساً لأن تغدو حزينا ومنزعجاً وغازباً. (الزهراني، 2005، 25)

لبنة البناء الرابعة: (الاجتهاد Industry)

وهي تقابل المرحلة الرابعة في نموذج اريكسون للنمو النفس - اجتماعي، وتقابل مرحلة الطفولة المتوسطة أو سن المدرسة الابتدائية والتي تمتد من سن ست سنوات إلى بدايات المراهقة عند سن الحادية أو الثانية عشر كما تقابل مرحلة الكمون في نموذج فرويد للنمو النفس جنسي، ويتمثل نمو الأنا هنا في الوصول إلى درجة من النضج تسمح بالمتابعة، وأيضاً ترتبط بالتوقعات الاجتماعية ما يرتبط بالتنشئة الاجتماعية وأيضاً بطبيعة حل أزمت المراحل السابقة، وهنا تتسع علاقات الطفل الاجتماعية وخاصة مع ابتعاد الطفل عن الأسرة خلال تواجده بالمدرسة، وفيها تبدأ قدرته على احترام القواعد والقيود التي تفرضها، وتتسم هذه المرحلة بأنها فترة للنمو البدني والمعرفي والاجتماعي، وتمثل المدرسة والمدرسين في هذه المرحلة وأساليب التعليم عنصراً أساسياً في نماء الشعور بالإنجاز أو الشعور بالدونية، لأن تقدير ما يقوم الطفل به والاعتراف فيه يجعله أكثر حماساً واجتهاداً ومثابرة. (كونسن، 2010، 235)

نعرف الاجتهاد على أنه العمل الدؤوب على مهمة ما، وتنشأ هذه لدى معظم الناس خلال سنوات دراستهم وصولاً إلى عمر متقدم أكثر، وخلال تلك السنوات، فإن اهتمام الفرد يكون متركزاً على التمكن من المهارات وامتلاكها وكلتا المهارات التعليمية والاجتماعية، وإن تلك المهارات حاسمة في رفع سوية المرونة لكي تكون الأدوات التي تتعامل بها فعالة ومؤثرة أكثر مع التجارب التي يمر بها من حالات السوء، وإنه أيضاً يستطيع في غضون السنوات التالية من عمر التطور أن يصبح قادراً في مرحلة لاحقة على رفع سوية مرونته.

وإن لم يكن الفرد قادراً على النجاح في امتلاك المهارات الاجتماعية والتعليمية والتمكن منها، فقد يشعر بأنه دون غيره، ويصبح حساساً بشكل حاد أمام أشكال العقبات والعراقيل، ولربما تعرض للسخرية أو

المضايقة أو الاستثناء من زمرة من الزمر، وكل هذه الأمور تزيد من شعور الفرد بالدونية التي قد تقود إلي مشاعر مثل عدم السعادة والإحباط والغضب، ولربما بدأ بالانسحاب من أمام الآخرين أو أن يغدو مشاغباً ومثيراً للمشكلات فقط لأنه محبط وغاضب جداً. (Grotberg, 2009, 72) ذلك أن الحل الإيجابي يؤدي إلي تحقيق المشاعر الإيجابية بالمتابعة والإنجاز وإلي كسب الفاعلية المتمثلة بالشعور بالقدرة Competence. (الزهراني, 2005, 28)

وعرفها أريكسون بأنها استشعار الفرد لقدرته على الإنجاز وتمثل القدرة Competence الفاعلية الرابعة من فاعليات الأنا وتكتسب كنتيجة للحل الإيجابي لأزمة الاستقلالية من خلال مرحلة الطفولة المتوسطة والمتزامنة مع مرحلة الكمون بما يحمله من تغير في خصائص النمو البدني والعقلي والاجتماعي (العمرى, 2008, 50)

لبنة البناء الخامسة: (الهوية Identity)

تقابل مرحلة المراهقة المرحلة الأخيرة في نموذج فرويد للنمو وما يرتبط بها من تغيرات بدنية ونفسية وما يترتب على ذلك من توقعات اجتماعية حيث يصبح تشكيل الهوية والمرتبطة بالحاجة إلي إيديولوجيات وأدوار مناسبة توفر له القبول الاجتماعي مطلباً أساسياً فيها، ويرتبط تحقق الهوية بحل أزمتها النمو السابقة وسلامة الظروف الاجتماعية، وخاصة ما يقدمه المجتمع من دعم للمراهق تشمل توفير الأدوار المناسبة والسماح بفترة لتجريبها واختيارها دون ضرورة الالتزام الأني بها ويتمثل تحقيقها في إحساس المراهق بالتفرد والتألف الداخلي والتماثل والاستمرارية المتمثل بإحساس الفرد بارتباط ماضيه بمستقبله. ذلك ان تحقيق المراهق للإحساس القوي بالذات ممثلاً بإحساسه بتفرد ووحده الكلية وتمائل استمرارية ماضيه وحاضره ومستقبله وإمكانية التوفيق بين الحاجات الشخصية الملحة والمتطلبات الاجتماعية بدرجة تؤكد إحساسه بواجبه نحو ذاته ومجتمعه عندها تكون الأنا قد اكتسبت فعالية جديدة هي الإحساس بالتقاني Fidelity ويعرفها أريكسون بأنها قدرة المراهق على تحديد معنى وجوده وأهدافه بالحياة ووضوح خطته لتحقيق هذه الأهداف وتظهر فاعلية التقاني كقوة فاعلة ناتجة عن حل أزمة الهوية خلال مرحلة المراهقة وتعتمد في حلها على أزمتها النمو السابقة، وكسب فاعليتها بالتالي يرى أريكسون بأن التقاني ووفقاً لمبدأ التطور يكون ثمرة للتفاعل بين الخطة البيولوجية الداخلية والمتغيرات الاجتماعية والشخصية ممثلة في مكتسبات الأنا السابقة كما وتؤدي هذه الفاعلية مجموعة من الوظائف تشمل توفير مجالات مقبولة عن دوافع الحب وتنمية مشاعر الانتماء والقوى القيمية والإحساس بالغائية والفرضية في الحياة (العمرى, 2008, 55).

والمراهقة إجمالاً تمثل ثورة في جميع جوانب النمو فيشعر فيها الفرد بكثير من التغيرات النفسية والاجتماعية والجسمية، أي أن الفرد وصل إلي مرحلة يستطيع فيها الالتزام والتقيد بالتعليمات والقوانين الناتج

عن الوعي المعرفي بمدلولاتها، وهذه المرحلة من أخطر المراحل بل وأحرجها، فتلك التغيرات الجسمية والنفسية تعطي مدلولاً لوصول الفرد لمرحلة متقدمة من النضج البيولوجي بقسميه الجسمي والعقلي والنضج السيكلوجي الاجتماعي، ويمثل تشكل الهوية صلب التغيير في مرحلة المراهقة هي اللبنة الخامسة في بناء المرونة وتتطابق الهوية مع تطور نمو الفرد خلال سنوات البلوغ وبينما تبدأ الهوية بالنمو، فإن الأسئلة الأساسية التي ستخطر في بال الفرد على الأرجح (Grotberg, 2009, 72)

المحور الخامس: المرونة النفسية والأفكار الانتحارية:

يعتبر الانتحار مسألة هامة مثيرة للقلق، ذلك أن السنوات الأخيرة قد أظهرت زيادة واضحة في نسبه بواقع 60% ويعتقد حالياً أن الانتحار يقف وراء مليون وفاة في العالم سنوياً. Johnson, & Gooding (2010, 4) وفي الخمس والأربعين سنة الأخيرة كانت نسب الانتحار قد تزايدت بصورة كبيرة في كل العالم، ويأتي الانتحار بين الأسباب الثلاثة الرئيسية للموت بين أفراد المجموعة العمرية 15. 44 عاماً في بعض البلدان، ويأتي في المقام الثاني للموت في الفئة العمرية 10-24 عاماً (WHO, 2009, 3). ويمكننا فهم الانتحار الكامل على أنه نقطة النهاية لسلسلة متتابعة من النزعة والميول للانتحار والتي تتضمن أيضاً مسألة التفكير الانتحاري والتخطيط لمحاولات الانتحار والتي تزيد في خطورة الوصول إلى الانتحار الكامل. Johnson & Gooding (B), 2010, 4).

تبلغ نسبة محاولات الانتحار أو مؤشرات الانتحار عشرة أضعاف الانتحار الكامل. وتشير دراسات إلى أن غالبية الأشخاص الذين يحاولون الانتحار يمتلكون سمات شخصية مختلفة عن أولئك الذين ينتحرون بالفعل. فكثير من أشخاص الفئة الأولى يفشلون في الانتحار ذلك أن الطريقة التي اختاروها لم تكن ناجحة، أو لأن المحاولة جرت في مكان كانت المساعدة متوفرة فيه بسرعة. وغالباً ما لا يكون المعني جاداً في الانتحار كلية، حيث إن الدافع الكامن خلف محاولات الانتحار قد يكون لفت الانتباه والحصول على مساعدة. يعد الحصول على الاهتمام هدفاً مهماً لكثير من البشر الذين يعبرون عن أفكار انتحاراً ويقومون بأفكار انتحارية. فالمرافقة التي تجرح يدها بسكين غير حاد قد ترمي من وراء ذلك للاحتجاج على طلاق الوالدين وعلى نقلها من مدرسة لأخرى.

إلا أنه وبغض النظر عن الدوافع الكامنة خلف الانتحار قد يحصل بالصدفة أن تنجح محاولة الانتحار غير المقصودة.

وعلى الرغم من أن ظاهرتي محاولة الانتحار والانتحار الكامل مختلفتان كلية عن بعضهما، إلا أنهما يمتلكان سمات متشابهة. في عدد كبير من ظواهر الانتحار تأتي محاولات الانتحار فعلاً اندفاعياً دون تخطيط مسبق؛ حيث يمكن فهمها كنداء استغاثة نفسي، ومع ذلك يكرر حوالي 8% من الذين حاولوا الانتحار المحاولة خلال السنوات العشر اللاحقة، ولكن هذه المرة مع سبق الإصرار والتخطيط، بحيث تنجح المحاولة هذه المرة. لهذا تحتاج كل علامة من علامات الانتحار أو كل إشارة أو تعبير للانتحار أو كل محاولة مهما بدا ذلك ظاهرياً عديم المعنى، إلى تقصي واختبار دقيقين. وينبغي اتخاذ إجراءات احتياطية لمساعدة المعني على تجاوز أزمته والوقاية من المحاولات المستقبلية. (رضوان 2006،، 580-581)

وقد بين الباحثون في منظومات متعددة وجود تفسيرات مختلفة لسلوكيات الانتحار، وكانت مجالات علم النفس وعلم الاجتماع من المجالات الرائدة والأساسية المساعدة على فهم سلوكيات ومحاولات الانتحار حيث أن الأسباب التاريخية للانتحار كانت مرتبطة بصورة أو لية مع المشكلات في التوافق مع التغيرات الاجتماعية المستمرة بالتدرج على أنها تأثيرات محفزة في سلوكيات الانتحار (دروكهايم 1951) ومع أو اخر القرن العشرين كان الممارسون والمنظرون قد خمنوا أن الانتحار تتحدد معالمه عبر العوامل الشخصية والعوامل المتعلقة بالتعاملات والتي تسهم في النزعات والميول المدمرة للنفس، وفي الوقت الراهن يبدو بأن الباحثين يتفقون على أن العوامل الشخصية وكيفية الاستجابة للظروف المحيطة تسهم معاً في انتشار سلوكيات الانتحار، ولا يمكن تقدير تكاليف الرعاية الصحية فيما يتعلق بالانتحار بما أن تقدير تكلفة وضاح في سلوكيات الانتحار بما أن الخطوات الوقائية لم تصح بعد مسألة اهتمام مباشر خصوصاً في ضوء القلق المتزايد بشأن الأزمات والأحداث المحيطة بالإنسان.

و يمكننا القول بأن المراقبة في الأونة الأخير لم تعد مجرد فترة للتخصير للمتغيرات وصولاً إلى النضوج لكنها أصبحت رحلة فيها يتعرض المراهقون إلى تحديات جديدة تلك التي يكون استعدادهم لمواجهتها ضعيفاً ولسوء الحظ أن إعداد حالات الانتحار بين المراهقين ما تزال مثار للقلق عند علماء الصحة بما أن نسب الانتحار قد تزايدت ازدياداً غير مسبوق وبينهم.

وكان بعض هؤلاء الباحثين قد حددوا طائفة واسعة ومعقدة في العوامل الفردية والنفسية تلك التي يبدو بأنها تعمل وتسهم في تلك السلوكيات لدى المراهقين وكان بعض تلك العوامل مرتبطاً مع زيادة ضعف الفرد أمام سلوكيات الانتحار وهي ما وصفناه تحت مسمى عوامل الخطورة. (7- GEORGE, 20098)

ويقول (دافيس 1983) بأن هنالك عوامل كثيرة يمكن أن تقود إلى الانتحار وفي مقدمتها وجود استعداد موروث عائلياً لتلك الميول والنزعات الانتحارية كما أن وفاة أو خسارة أحد اللذين يحبونهم يمكن أن يخلف رواسب الاكتئاب لديهم وتدفعهم إلى الانتحار وهنالك عوامل مثل الصحة العقلية أو حدوث اختلال دماغي وانعدام الشخصية تقف بمثابة عوامل خطر أخرى وقد تكون المسائل المرتبطة بإساءة استخدام أحد العقاقير والحصول على تغيرات دراسية منخفضة ففي أحد الدراسات قد توصلت إلى أن سلوكيات الانتحار كانت مرتفعة أكثر بين الطلاب الذين كان لديهم فرص ترك المدرسة والتسرب منها وكان دافيس قد ذكر العزلة الاجتماعية على أنها عامل خطورة آخر لدى المراهقين في مسألة الانتحار وأن المهارات الاجتماعية السيئة وعدم قدرة الفرد على تأسيس العلاقات يمكن أن يقود إلى الانسحاب الاجتماعي ومن ثم الانتحار.

(cavanugh, 2002, 8-9)

والزمرة الأخرى في العوامل هي تلك التي ترتبط بنقص النزعة إلى إيذاء النفس وسلوكياتها والتي يطلق عليها اسم عوامل الحماية وترتبط عوامل الحماية بالمرونة النفسية حيث تتم اعتبار المرونة جزء من المركب المؤلف من الموارد الشخصية والموارد المرتبطة بالموقف تلك التي تمكن فرد من الأفراد على القدرة الإيجابية الفعالة في مواجهة التحديات والمواقف الحياتية. ويعتبر نوعية العلاقات بين المراهقين وعلاقاتهم مع أسرهم وأصدقائهم مسائل حاسمة وتؤثر في سلامتهم وأن عوامل الشدة المرتبطة بالمحيط (البيئة) مثل عدم الاستقرار الأسري كالطلاق والعنف وسوء أو قلة الدعم الأبوي (GEORGE11,2009)

وبالإضافة إلى البطالة والاضطراب العائلي ووجود قصته لإساءة المعاملة وعوامل شدة نفسية كلها عوامل تساعد في تحديد مجموعات كبيرة من الناس الذين تكون الغالبية العظمى منهم قد تحاؤون الأقدام على الانتحار بحيث أن هذه جميعها تعيق التطور السليم للمراهق وتزيد بالتالي خطر قيامه بسلوكيات ضارة مؤذية للنفس. (Johnson & Gooding (A), 2010, 4)

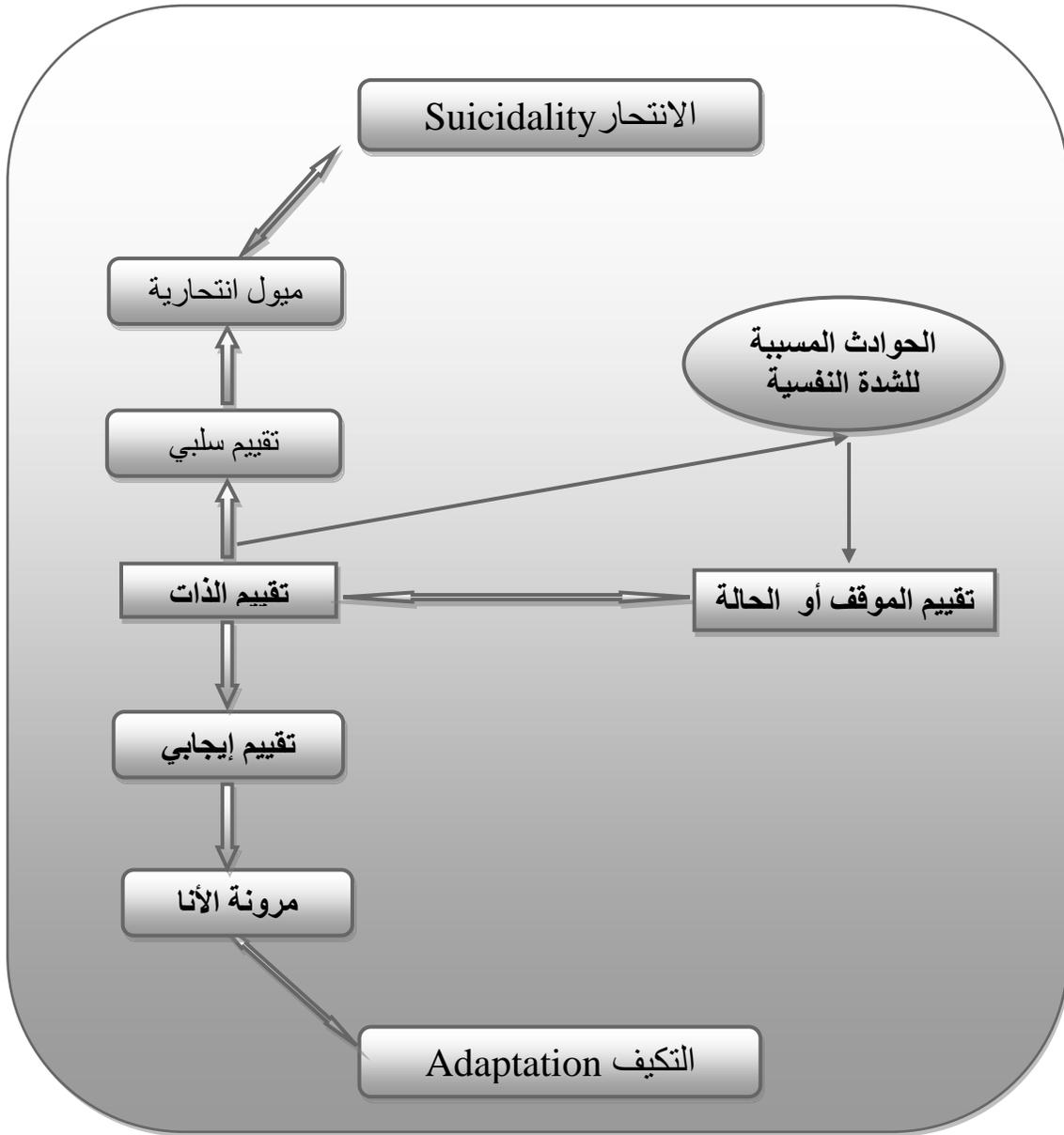
وهنا يذكر المؤلفون أن طريقة الرعاية الأبوية هي بمثابة عامل وقاية فهي بالتالي تعزيز السلامة العامة للمراهقين. وبالمقابل ينظر إلى الطريقة السيئة في الرعاية الأبوية على أنها في عوامل الخطورة بما أنها تثير عوارض تؤدي بالأفراد إلى القيام بسلوكيات الانتحار. (GEORGE11,2009)

ويقف نموذج تكامل الضغوط النفسية مع التماشي (Moos & Schaefer, 1993) كنموذج مثالي على المرونة النفسية وتأثيرها الإيجابي على الأفكار الانتحارية. والافتراض الأساسي في هذا النموذج يقول بأن عوامل الشدة النفسية الشخصية والبيئية والمصادر الشخصية والأزمات الحياتية والمراحل في التطور (فترات التحول) والتي يمر بها الفرد كل تتفاعل بصورة ثنائية الاتجاه حتى تحدد حصيلة الصحة للفرد. ومن النماذج ذات الصلة نجد نموذج التقييم المنتظم للانتحار. ((SAMS. Schematic Appraisals Model of Suicide) الذي يؤكد بأن أشكال التقييم الإيجابية للذات يمكن أن تكون مهمة لردع الفرد عن بلوغ الأفكار الانتحارية وبالتالي يمكن أن تمثل مصدراً رئيساً للمرونة النفسية. ويقدم نموذج التقييم المنتظم عن الانتحار نمطين من التقييم واللذين يتصلان مع الميول الانتحارية أو لهما أن هذا النموذج يجد أن التقييم الذاتي الخاص بموقف من المواقف مسألة مهمة وأنه أن تم التقييم بطريقة سلبية من شأنها قهر الفرد فإن احتمالات حدوث الميول الانتحارية تتزايد. كما هو موضح بالشكل (11).

والنمط الثاني فإن هذا النموذج سيقدم لنا دوراً أساسياً يقوم به التقييم الإيجابي للمواقف والذي يظن بأنه يؤثر على جميع العمليات الإدراكية الأخرى ذات الصلة. وفي الوقت الذي نرى فيه بأن كل هذا يؤكد بأن التقييم السلبي للذات هو مسألة سيئة جداً بصورة خاصة وكذلك فإن المسألة تبين أيضاً بأن التقييم الإيجابي قد يؤثر مباشرة في منظومات التقييم الخاصة بالمواقف، وبما أن المواقف المسببة للشدة النفسية تعرف بأن لها

تأثيراً على شكل تقييم الحوادث وبالتالي نجد أن أشكال التقييم للذات يمكن أن تقلل في احتمالات تقييم الحوادث الحالية المسببة للضغوط النفسية سلباً والتي تقود إلى الميول الانتحارية وهدفت منظومة التقييم المنظم في الانتحار SAMS إلى اختبار إن كانت أشكال التقييم الإيجابية للذات هي التي ستعطي المرونة شكلها وستقلل حوادث الحياة المسببة للشدة النفسية واحتمالات أن تقود إلى الميول الانتحارية.

وتبعاً لما سبق فإنه يمكن للمرونة النفسية أو عوامل الوقاية أن تعطينا مؤشرات حول دورها الوقائي لدى أولئك الأشخاص الذين يتمتعون بالمرونة ذلك لأنها تخفف من تأثير عوامل الخطورة والتي تقود إلى التفكير بالانتحار وسلوكياته. وغالباً ما قامت الدراسات التي تناولت المرونة بالفحص حيث ركزت على دراسة العلاقات المباشرة بين متغيرين أو أكثر، وكان هذا الأسلوب ناجحاً في تحديد العوامل المرتبطة جذرياً بالميول الانتحارية، وقد بينت هذه الدراسات دور المرونة النفسية كعملية وقائية يتجلى دورها من خلال التخفيف من تأثيرات الضغوط النفسية والتخفيف من عوامل الخطورة المرتبطة بالميول الانتحارية فمثلاً بالنسبة للبعض من ذوي المرونة المنخفضة يمكننا أن نتوقع بأن هنالك ارتباطاً قوياً بين الضغوط النفسية في الحياة والميول الانتحارية لكن في حالة شخص يتمتع بالمرونة النفسية من المتوقع أن تكون هذه العلاقة أضعف وأقل تأثيراً. (Gooding & Johnson B, 2010, 8)



الشكل (11) يوضح المرونة النفسية والأفكار الانتحارية وفق التقييم المنتظم لانتحار SAMS حيث أن التقييم السلبي يقود للميلول الانتحارية في حين أن التقييم الإيجابي يقود إلى التكيف

مقتبس عن (Gooding & Johnson B, 2010)

الفصل الثالث الدراسات السابقة

المحور الأول: دراسات حول مرونة الأنا

المحور الثاني: دراسات حول الأفكار الانتحارية

المحور الثالث: دراسات حول الاكتئاب

تمهيد:

تمثل مراجعة الدراسات السابقة الخلفية العامة التي تعطي الباحث تصوراً حول متغيرات البحث الحالي على أن الأفراد الذين يملكون مرونة نفسية عالية أو تقييم إيجابي للذات هم أكثر قدرة على التعامل مع مواقف الحياة الصعبة، بينما الذين لديهم مرونة نفسية منخفضة فمن المحتمل أن يظهروا مجموعة من الأعراض الاكتئابية، وأكثر احتمالاً أن يكون تفكيرهم سوداوي ويميلون إلى حمل أفكار انتحارية. لذلك يمكن القول بأن المرونة النفسية تعتبر حاجز صد لدى الفرد في مواجهة الأفكار السلبية، وهذا مما تعزز لديه القدرة على التكيف الحسن مع أصعب الظروف. وقد أظهرت العديد من الدراسات التي سوف نقوم بعرضها هذه العلاقة بين مرونة الأنا كمؤشر إيجابي للحد من الميل الاكتئابية والأفكار الانتحارية.

يعرض هذا الفصل البحوث والدراسات السابقة التي تناولت العلاقة الإرتباطية ما بين مرونة الأنا لدي المراهقين والقدرة التنبؤية في حماية المراهقين من طلاب المدارس الثانوية من الوقوع في الاكتئاب والأفكار الانتحارية، في محاولة من الباحث لإبراز مجمل نتائج هذه الدراسات، بما يفيد الدراسة الحالية، وبعد عرض الدراسات السابقة يأتي تعقيب عليها من حيث الموضوعات والعينة والأدوات والإجراءات وأهم النتائج، ويختتم الفصل بعرض فروض الدراسة الحالية استناداً إلى الإطار النظري والبحوث والدراسات السابقة. وفيما يتعلق بالدراسات العربية، فإن تلك الدراسات . حسب علم الباحث . لم تتناول هذه الموضوع في مجمله، وإنما تحدثت عن بعض متغيراته فقط كمرونة الأنا، الاكتئاب، الانتحار... إلخ بينما وجد الباحث العديد من الأبحاث الأجنبية في هذا المجال التي تم الحصول عليها في هذا الموضوع، إلا أنه قد استبعد عدد غير قليل منها في هذا الفصل على وجه الخصوص، لأنها قد أجريت على الراشدين وعلى فئات إكلينيكية مرضية في اغلب الأحيان، ولكن يمكن الاستفادة منها بعد ذلك في مناقشة ما ستصل إليه الدراسة من نتائج . وعلى الرغم من التواضع الكمي لهذه المجموعة الوحيدة من الدراسات السابقة، إلا أنها تهيئ تصوراً منهجياً مناسباً لما يمكن أن تقوم عليه إجراءات التطبيق. لذلك سوف يقوم الباحث بتقسيم الدراسات من الأقدم إلى الأحدث إلى: دراسات عربية ودراسات أجنبية، وبعد ذلك يقوم بالتعليق على تلك الدراسات، وموقع دراسته من بين تلك الدراسات، ومدى استفادة الباحث منها في بحثه الحالي وقد قسم الباحث الدراسات وعلاقتها بمتغيرات مختلفة على محاور ثلاثة أساسية:

أ. دراسات حول مرونة الأنا.

ب. دراسات حول الأفكار الانتحارية.

ج. دراسات حول الاكتئاب.

المحور الأول: دراسات حول مرونة الأنا:

أولاً: دراسات محلية:

لا يوجد في حدود علم الباحث دراسات محلية تناولت مصطلح مرونة الأنا (Ego-Resilience).

ثانياً: دراسات عربية:

1. دراسة (الناصر وساندمان 2000) بعنوان: "تقييم عوامل المرونة في مواجهة الأحداث الصدمية في دولة الكويت". (الكويت).

الأهداف: قام الناصر وساندمان بدراسة بهدف تقييم عوامل المرونة النفسية في مواجهة الأحداث الصدمية في دولة الكويت إلى التعرف على السمات الشخصية للمرونة في المجتمع الكويتي الحالي نتيجة لآثار الاجتياح العراقي لدولة الكويت سنة 1990

العينة: عينة من طلاب جامعة الكويت مكونة من 495 من الذكور والإناث، تبلغ أعمارهم 17 سنة فأكثر، وقد قسم الطلاب إلى مجموعات تبعاً للجنس، والعمر، ونوع التعليم، ونمط الأسرة، والمكانة الاجتماعية، والمستوى التعليمي، والحالة الاجتماعية وذلك لتقييم تأثير تلك المتغيرات تبعاً للنقاط لتحديد المرونة وتقييم التحليل الإحصائي للمتغيرات الثانوية تجاه المتغيرات المطلقة المستقلة في مختلف المجموعات تزامناً مع المقارنة بالأساليب والأنماط العالية للمرونة للذكور والإناث ونمط الأسرة في مقابل الجنس.

الأدوات: طبق مقياس المرونة الذاتية (89ER) وهو مقياس يتكون من 14 سؤالاً إعداد الباحث.

النتائج: إن أكثر من الثلث 37% من أفراد العينة صنفوا بأنهم ذوو مرونة عالية، وقد حصل الذكور على نقاط أعلى من الإناث وقد حصل الطلاب من أسر ممتدة على نقاط أعلى ممن حصل عليه من أسر نووية، كما أن طلاب الكليات العلمية حصلوا على نقاط أعلى من طلاب كليات الآداب وأظهرت الدراسة فروقاً ذات دلالة إحصائية في المرونة بين الطلاب الكويتيين الذكور والإناث كما حصل الذكور على إمكانية أكبر للشفاء من الإناث.

2. دراسة قوته وآخرون (2001) بعنوان: "المرونة النفسية كمؤشر بين الأطفال الذين تعرضوا للعنف السياسي". (فلسطين)

📌 **الأهداف:** هدفت الدراسة إلى تسليط الضوء على المرونة مقابل الصلابة في تفسير التوافق النفسي والتنبؤ به في أجواء الانتفاضة.

📌 **الأدوات:** وتم استخدام اختبار (صورة) النسخة المعدلة من مقياس بروتسوي ك 1949، وذلك لقياس كل من المرونة مقابل الصلابة كأساليب معرفية، كما تم استخدام مقياس العصابية كأداء للدراسة. (PTSD) وتقدير الذات والاضطرابات الانفعالية وأعراض ما بعد الصدمة.

📌 **العينة:** تم اختيار (86) طفلاً فلسطينياً بطريقة عشوائية عاشوا أحداث الانتفاضة كعينة ممثلة لمجتمع الدراسة.

📌 **النتائج:** وأشارت نتائج الدراسة إلى وجود دور متوسط للمرونة/ الصلابة النفسية حيث أظهرت أن الأطفال تم حمايتهم من نتائج السلبية للأحداث الصادمة وأظهروا قدرًا أكبر من المرونة النفسية، وأشارت كذلك إلى عدم وجود علاقة جوهرية بين المرونة والتوافق النفسي خلال الأحداث العنيفة في الانتفاضة الفلسطينية الأولى. (حسان، 2009، 75)

3. دراسة محمد جواد الخطيب (أ-2007) بعنوان: تقييم عوامل مرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة. (فلسطين)

📌 **الأهداف:** تهدف هذه الدراسة التعرف على العوامل المكونة لمرونة الأنا لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث الصادمة،

📌 **العينة:** حيث تكونت عينة البحث من (317) طالباً وطالبة، واستخدم مقياس مرونة الأنا.

📌 **النتائج:** تمتع الشباب الفلسطيني بدرجة عالية من مرونة الأنا.

4. دراسة محمد جواد الخطيب (ب-2007) بعنوان: الاحتراق النفسي وعلاقته بمرونة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين بمحافظة غزة. (فلسطين)

📌 **الأهداف:** يهدف البحث التعرف على طبيعة العلاقة بين الاحتراق النفسي ومرونة الأنا لدى المعلمين بمحافظة غزة.

📌 **الأدوات:** استخدم الباحث مقياس الاحتراق النفسي من إعداد سيدمان وزاجر ترجمة عادل عبد الله محمد (1994) ومقياس مرونة الأنا إعداد محمد جواد الخطيب ومحمد وفائي الحلو (2005).

📌 **العينة:** تكونت العينة من (462) معلماً ومعلمة.

🔸 **النتائج:** وأظهرت نتائج الدراسة عدم وجود مستويات مرتفعة في أبعاد الاحتراق النفسي ومستويات مرتفعة في أبعاد مرونة الأنا وعدم وجود علاقة ارتباط بين الاحتراق النفسي ومرونة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين.

5. دراسة ولاء إسحق حسان (2009) بعنوان: فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة. (فلسطين)

🔸 **الأهداف:** هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن فعالية برنامج إرشادي لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة،

🔸 **العينة:** تكونت من (116) طالبة من طالبات المستوى الأول من كلية التربية، من إعدادها.

🔸 **الأدوات:** مقياس مرونة الأنا من إعداد الباحثة.

🔸 **النتائج:** توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على استبانة مرونة الأنا، في الاختبار القبلي والبعدي. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين درجات أفراد العينة على استبانة مرونة الأنا، في الاختبار البعدي، والاختبار التتبعي مما يعني قدرة البرنامج الإرشادي وفعاليتها واستمرار تأثيره في زيادة مرونة الأنا لدى عينة الدراسة.

6. دراسة محمد جواد الخطيب (ج-2010) بعنوان: دور التربية المدنية في تنمية مرونة الأنا في الشخصية الفلسطينية. (فلسطين)

🔸 **الأهداف:** تهدف الدراسة إلى التعرف على دور التربية المدنية في تنمية مرونة الأنا في الشخصية الفلسطينية.

🔸 **العينة:** حيث تبين أن تلاميذ الصف التاسع الأساسي من الذكور والإناث من مختلف من قطاع غزة كعينة للدراسة يتمتعون بمرونة كافية في الشخصية التي كانوا قد اكتسبوها في سنوات تعليمهم السابقة بما يتناسب وطبيعة نموهم.

🔸 **الأدوات:** مقياس مرونة الأنا على تلاميذ الصف التاسع الأساسي على عينة مقدارها 325 طالبا وطالبة من جميع مناطق قطاع غزة.

🔸 **النتائج:** توصلت الدراسة إلى أن مقررات التربية المدنية تتضمن مفاهيم التربية الأساسية وهي (الديمقراطية، المواطنة، حقوق الإنسان) من خلال المفاهيم والأنشطة التي كانت مناسبة للمرحلة العمرية.

7. دراسة سامي خليل فحجان (2010): بعنوان التوافق المهني والمسؤولية الاجتماعية وعلاقتها بمرونة الأنا لدى معلمي التربية الخاصة. (فلسطين)

📌 **الأهداف:** هدفت الدراسة إلى التعرف على التوافق المهني والمسؤولية الاجتماعية وعلاقتها بمرونة الأنا لدى معلمي التربية الخاصة، بمحافظة غزة، كما هدفت إلى التعرف على مستوى تلك المتغيرات، ومدى علاقة التوافق المهني والمسؤولية الاجتماعية بمرونة الأنا.

📌 **الأدوات:** تم تطبيق أدوات الدراسة التالية (مقياس التوافق المهني، مقياس المسؤولية الاجتماعية، مقياس مرونة الأنا)، وهو مقياس من إعداد الباحث وتم عرض المقاييس على بعض المحكمين، وتم التأكد من صدقها وثباتها.

📌 **النتائج:**

- أ) هناك مستوى من التوافق المهني فوق المتوسط.
- ب) هناك مستوى عالي من المسؤولية الاجتماعية.
- ج) هناك مستوى من مرونة الأنا فوق المتوسط.
- د) أن معامل الارتباط بيرسون بين مرونة الأنا والتوافق المهني هو معامل ارتباط إيجابي قوي مما يعني أن العلاقة الطردية قوية، أي كلما زادت مرونة الأنا زاد التوافق المهني والعكس صحيح.
- هـ) أن معامل الارتباط بيرسون بين مرونة الأنا والمسؤولية الاجتماعية هو معامل ارتباط إيجابي قوي مما يعني أن العلاقة الطردية قوية، أي كلما زادت مرونة الأنا زادت المسؤولية الاجتماعية، والعكس صحيح.
- و) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق المهني تعزى لمتغير (الجنس . الحالة الاجتماعية . المؤهل العلمي . سنوات الخبرة نوع الإعاقة التي يعمل معها . فئة المعلم . الدخل الشهري).
- ز) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المسؤولية الاجتماعية تُعزى لمتغير (الجنس . الحالة الاجتماعية . المؤهل العلمي . سنوات الخبرة نوع الإعاقة التي يعمل معها . فئة المعلم . الدخل الشهري).
- ح) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى مرونة الأنا تعزى لمتغير (الجنس . الحالة الاجتماعية . المؤهل العلمي . سنوات الخبرة . نوع الإعاقة التي يعمل معها . فئة المعلم . الدخل الشهري).

8. دراسة محمد سعد عثمان (2010) بعنوان: " الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة الايجابية لدى الشباب الجامعي". (مصر)

الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى إعداد واختبار مقياس المرونة الايجابية لدى الشباب الجامعي، والتعرف إلى الخصائص السيكومترية له من صدق وثبات، باستخدام العديد من الأساليب الإحصائية الملائمة لذلك الغرض.

العينة: وتكونت عينة الدراسة من (250) طالباً وطالبة بالفرقة الرابعة من جميع الشعب الأدبية والعلمية بكلية التربية بجامعة عين شمس.

الأدوات: استخدمت الدراسة مقياس المرونة الايجابية من إعداد الباحث.

النتائج: توصلت الدراسة لأدلة تدعم البناء العاملي لمقياس المرونة الايجابية، والاتساق الداخلي للبنود، وهذا يجعلنا نثق في مقياس المرونة الايجابية لما يتمتع به من خصائص سيكومترية مقبولة على الطلاب الجامعيين بمصر.

9. دراسة يحيى شقورة (2012)، بعنوان: "المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة".

الأهداف: هدفت الدراسة إلى التعرف على كل من مستوى المرونة النفسية والرضا عن الحياة، وكذلك التعرف على الفروق بين مستوى المرونة النفسية حسب متغيرات الجنس، الجامعة، التخصص، التحصيل الدراسي، الدخل الشهري.

العينة: تكونت العينة من (600) طالباً وطالبة، بواقع (200) طالباً وطالبة من كل جامعة، نصفهم من الذكور ونصفهم الآخر من الإناث. ومن طلبة جامعات (الأزهر، الأقصى، الإسلامية).

الأدوات: استخدم الباحث : استبانة المرونة النفسية، ومقياس الرضا عن الحياة.

النتائج: أظهرت النتائج وجود مستوى فوق المتوسط في المرونة النفسية والرضا عن الحياة لدى الطلاب، كما أوضحت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في المرونة النفسية والرضا عن الحياة بين الذكور والإناث، وجاءت هذه الفروق لصالح الذكور. وبالنسبة للرضا عن الحياة فقد أظهرت النتائج عدم وجود فروق دالة إحصائياً في أبعاد الرضا عن الحياة والدرجة الكلية للمقياس تعزى لمتغير الجنس.

ثالثاً: دراسات أجنبية:

1. دراسة ويرنوسميث (Smith & Werner 1992)، بعنوان:

Overcoming the odds: High –risk children from birth to adulthood.

مقاومة الصعاب: الخطورة العالية لدى الأطفال من الولادة وحتى البلوغ. (هاواي)

الأهداف: هدفت الدراسة إلى تحديد عوامل الخطورة مثل (وزن الميلاد المنخفض، الفقر المزمن، أمية الوالدين، بيئة الأسرة، الطلاق، إدمان الوالدين، المرض النفسي) وعوامل الوقاية التي ساعدت الأطفال على الارتقاء من المستوى السلبي، استخدم الباحثان الدراسة الطولية.

العينة: وقد تكونت عينة الدراسة من: (505) أطفال من مواليد (1955) في جزيرة كوويفيهواوي، حيث تم ملاحظتهم من قبل فريق من الباحثين الاجتماعيين، والصحيين، وأخصائيين أطفال، وأخصائيين نفسيين على مدى (3) عقود من المرحلة الجنينية، وحتى عمر (32) سنة منحياتهم، ومن خلال المسح والتقييم خلال العامين الأولين من الحياة، صنف الباحثون (42) بنتاً، و(30) ولداً لديهم أربعة أو أكثر من عوامل الخطورة، والذين يمكن التنبؤ بحدوث مشكلات لهم في الطفولة المتأخرة والمراهقة، ومع وجود هذه العوامل ضدهم، إلا أن واحد من ثلاثة من هؤلاء الأطفال نما وتطور كإنسان كفؤ، واثق ومراهق مهتم ببلوغه، أي أن هما إنساناً إيجابياً.

النتائج: وقد توصل ويرنر وسميث أن عوامل الوقاية التي حمت الأطفال من عوامل الخطورة هي: الأطفال المرنون كان لديهم مزاج جذاب (حث الانتباه الإيجابي للعائلة والغرباء)، وأن هؤلاء الأطفال كانوا نشطين، محبوبين وطلقوا المحيا، سهل التعامل معهم، وعادات الغذاء والنوم الضاغطة للأهل كانت لديهم أقل في سن الروضة. كانوا متقدمين في التواصل ومهارات مساعدة الذات في المدرسة الابتدائية، وقد أكد المسون أنهم مرنون ويتعاملون بسهولة مع أقرانهم. لديهم مهارات أفضل في القراءة والاستنتاج، ولهم عدة هوايات ويشاركون في الأنشطة والهوايات غير المرتبطة بجنس معين. وفي مرحلة الشباب طوروا مبادئ إيجابية عن أنفسهم، ونظام تحكمهم الداخلي بنفسهم وحياتهم مع تخرجهم من الثانوية. كانوا أكثر تربية ومسؤولية ومهتمين بالإنجاز أكثر من أقرانهم ذوي معدلات الخطورة الأعلى. شاركوا في أنشطة لامنهجية مثل جمعية الشبان المسيحية، والشابات المسيحيات، والأهم من ذلك كونوا علاقات وطيدة مع المسؤول عنهم. وجدوا الدعم العاطفي من خارج العائلة مثل المدرس الذي أصبح قدوة لهم، وصديق محل ثقة.

2. دراسة كلارك بات (Clark.1995) بعنوان

Risk and Resiliency in Adolescence

"المخاطرة والمرونة لدى المراهقين" (كاليفورنيا).

هدف كلارك بات (1995) من خلال دراسته التأكيد بأنه من خلال فهم الشباب المرنين لعوامل الخطورة، وخصائص وسلوك كل منهم ومدرسي وموظفي المدرسة، يمكن أن يخلق بيئات تعليمية إيجابية، وتواصل مدرسي فعال هذه الوثيقة. كما هدفت لدراسة إنا لتعرف في عوامل المرونة لدى المراهقين، ومدى وجود فروق بين الجنسين وتأثير علم مرونة إنا لدى المراهقين. ولقد أوصت الدراسة بتقييم المشكلات الحقيقية، الاهتمام بمشكلات البنات، التأكيد على الأنشطة اللا منهجية، تعزيز التحصيل الأكاديمي، توقع تحسن أداء الطالبات، التركيز بالبرامج التعليمية الهادفة، الاهتمام بالاحترام، تعزيز مشاركة الآباء، وتطوير مشاركة المجتمع.

3. دراسة كاثلينوجيم (Kathleen & Jim 1997) بعنوان:

Hand Difficult Times and Learning Resiliency.

مواجهة الصعوبات وتعلم المرونة. (كندا)

الأدوات: هدف البحث إلى التعرف على المرونة، وكيف يمكن تعزيز ذلك من خلال برامج تجريبية. أظهرت نتائج البحوث المتعلقة المرونة خصائص الناس المرنين، وهو نموذج التعلم التجريبي للمرونة، والممارسات التنظيمية والتعليمية التي تساعد الآخرين كيف يطورون المرونة. النتائج: أظهرت أن أعداد الأفراد المرنين يعتبر عملية تحتاج وقتاً طويلاً في تطوير صحة الإنسان النفسية، وتعتمد على التنشئة وعلاقات المشاركين التي تركز على الثقة والاحترام والوصول إلى تحقيق أهداف ذات قيمة فيما يتعلق بتحقيق القدرة على التكيف.

4. دراسة تاك هو كيم (Tack HOKim, 2005) بعنوان:

Hope and the meaning of life as influences on Korean adolescents' resilience: Implications for counselors

"الأمل ومعنى الحياة كمؤثرات على المرونة لدى البالغين في كوريا: التطبيقات لتدبير المستشارين".

(كوريا).

الأهداف: هدفت الدراسة إلى التعرف إلى العوامل الواقعية التي تساعد على تكوين المرونة النفسية لدى البالغين في كوريا.

- ✍ **العينة:** تكونت عينة الدراسة من 2677 طالباً كورياً منهم 442 كانوا يتلقون المساعدة من مؤسسة الرفاه الاجتماعي، تراوحت أعمارهم بين (13.19) سنة.
- ✍ **الأدوات:** واستخدم الباحثون الأدوات التالية: مقياس عوامل الخطر، مقياس عوامل الوقاية ومقياس التكيف المدرسي من إعداد الباحثين .
- ✍ **النتائج:** بينت نتائج الدراسة أن التباين في التكيف المدرسي كان يعتمد على عوامل الوقاية وليس على عوامل الخطر، كما بينت وجود فروق في المرونة النفسية بين الطلبة. مجموعة تميزت بالمرونة ومجموعة تميزت بسوء التكيف، واعتمد ذلك على عوامل عدة، منها: الأمل، دعم المدرسين ومعنى الحياة، كما بينت وجود علاقة سلبية بين عوامل الخطر والتكيف المدرسي، ووجود علاقة موجبة بين عوامل الوقاية والتكيف المدرسي.

5. دراسة شون أو تسي وآخرون (Shawn Utsey. et. al. 2008) بعنوان:

"Cultural Orientation, Ego Resilience, and Optimism As Predictors of Subjectiv well-being in African Americans"

التوجه الثقافي، مرونة الأنا، التفاؤل كعوامل تنبأ بالسلامة الشخصية لدة الأمريكيون من الأصول الإفريقية. (أمريكا)

- ✍ **الأهداف:** هدفت هذه الدراسة إلى تفحص فيما إذا كانت مواقف ومعتقدات وسلوكيات محددة يظن بها أنها ثابتة ومستمرة مع التوجه الثقافي والنظرة إلى العالم لدى الأمريكيين السود ويقصد بها (التوجه الديني، الكبرياء العرقي، والتوجه الوقتي) بحيث أنها قد تنبأ بمرونة الأنا والتفاؤل والسلامة الفردية.
- ✍ **العينة:** لدى عينة من طلاب الجامعات من الأمريكيين السود وعددها (215) وتم استخدام نماذج المعادلات البنوية التي تنص أن التوجه الثقافي قد ينبأ عن مرونة درجة الأنا والتفاؤل، السلامة الشخصية لدى مجموعة من أفراد العينة من الأمريكيين السود.
- ✍ **النتائج:** وبينت النتائج عن أن التوجه الديني والكبرياء العرقي هو عامل تنبؤ إيجابي عن القيام بالوظائف النفسي والسلامة الشخصية لكن التوجهات حسب الوقت الراهن قد نبأت سلباً عن أداء الوظائف النفسية وعن السلامة.

6. دراسة مايكل كون وآخرون (Michael Cohn, et. al, 2009) بعنوان:

"Happiness Unpacked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience"

انتشار السعادة: العواطف الإيجابية تزيد من الرضا عن الحياة عبر بناء المرونة.
(سان فرانسيسكو).

الأهداف: قام مؤلفوا هذا البحث بدراسة العواطف الإيجابية لمعرفة مدى تأثيرها بالرضا عن الحياة.
العينة: (86) طالب كما تم تقويم درجة رضاهم عن حياتهم وعن مرونة الأنا لديهم في بداية الشهر
وأخره.

النتائج: كانت العواطف الإيجابية قد تنبأت بحدوث زيادات في مرونة الأنا والرضا عن الحياة،
وتبين أيضاً أن العواطف الإيجابية الآتية هي التي تشكل الرابط بين السعادة وحصيلة الحياة المرغوبة
والتغير في المرونة كان هو الذي يتوسط العلاقة بين العواطف الإيجابية وارتفاع سوية الرضا عن
الحياة ما بين أن الأشخاص السعداء يصبحون أكثر رضا عن حياتهم ليس لمجرد أنهم يشعرون بشعر
أحسن بقدر ما يعود السبب إلى تطور مواردهم لحياة أفضل.

7. دراسة: جورج (George, 2009)، بعنوان:

Risk and resilience in Adolescent suicidal ideation

"المخاطر والمرونة لدى المراهقين الذين لديهم ميول انتحارية". (أمريكا)

الأهداف: هدفت دراسة الدكتوراه التي أعدتها أسيل Ancel إلى معرفة الأثر النفسي والاجتماعي
لانتحار في البيئة المدرسة والمهنية والأسرية، مثل عدم الاستقرار الأسري (الطلاق، العنف، الفقر،
المساندة من الوالدين، إضافة إلى التحقق من عوامل الخطر والحماية الكامنة وراء السلوك الانتحاري
للمراهقين، واستكشاف الضغوط التي يعانون منها.

العينة: تكونت العينة من (590) مراهقاً تم اختيارهم من عشرة مدارس في مقاطعة كيب الشمالية،
حيث تم اختيار (20) طالباً من كل صنف دراسي في المدرسة، وخصوصاً من الصف الثامن وحتى
الثاني عشر.

الأدوات: تم استخدام بطارية من الأدوات المتمثلة في المقاييس التالية: استبيان التفكير لانتحار
المراهقين، ومقياس تقدير الذات، استراتيجيات التعامل مع المشكلات.

🔹 **النتائج:** أظهرت النتائج أن استراتيجيات التعامل الضعيفة مع المشكلات قد تؤدي إلى التفكير الانتحاري لدى المراهقين. كما أن المراهقين الذين لديهم ميول انتحارية أقل تقديراً لذواتهم، مع معاناتهم من مشكلات أسرية واجتماعية واقتصادية.

8. دراسة رين مكوي (Rene Mccoy, 2010) بعنوان:

"An Examination of The Relationship Between Resilience and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Social Work Student At Florida State University"

اختيار للعلاقة بين المرونة وأعراض اضطرابات الشدة ما بعد الصدمة بين طلاب الخدمة الاجتماعية في جامعة ولاية فلوريدا. (أمريكا)

🔹 **الاهداف:** هدفت الدراسة إلى اختبار العلاقة ما بين المرونة النفسية وأعراض الشدة ما بعد الصدمة.

🔹 **العينة:** (242) طالباً من طلاب الخدمة الاجتماعية من جامعة ولاية فلوريدا، .

🔹 **النتائج:** أن المرونة والأعراض التالية للصدمة ترتبطان عكسياً ببعضهما لكن ليس بدرجة كبيرة.

9. دراسة هجيمدال وآخرون (Hjemdalet al., 2010) بعنوان:

The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents"

العلاقة بين المرونة ومستويات كل من الاكتئاب والقلق والوساوس المتسلطة لدى المراهقين". (النرويج).

🔹 **الأهداف:** سعت الدراسة الحالية إلى اكتشاف العلاقة بين المرونة النفسية وكل من مستويات القلق والاكتئاب والوساوس المتسلطة لدى المراهقين.

🔹 **العينة:** تكونت العينة من (307) من المراهقين في المدارس الثانوية النرويجية، منهم (120) طالباً، و(187) طالبة التي تراوحت أعمارهم بين (15.18) سنة، بمتوسط قدره (16,4) سنة.

🔹 **الأدوات:** تم استخدام مجموعة من الأدوات القياسية والتي تشمل: مقياس مرونة الأنا، ومقياس القلق، ومقياس الاكتئاب، ومقياس الوسواس المتسلطة.

🔹 **النتائج:** أظهرت نتائج الدراسة علاقة سلبية بين المرونة النفسية وكل من القلق والاكتئاب، والوساوس المتسلطة، كما أشارت الدراسة بأن المرونة عامل منبئ جيد في التعرف على الأعراض النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية، حيث أظهرت النتائج أن الطلاب الأكثر مرونة أقل إصابة بالأعراض

المرضية كما قاستها مقاييس القلق والاكتئاب والوساوس. كما أن المرونة ترتبط بشكل دال مع الطلاب الأكبر سناً مقارنة بالطلاب الأصغر سناً، بالرغم من وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في أبعاد المرونة النفسية لصالح الذكور. وأوصت الدراسة بضرورة استخدام الأطباء استراتيجيات المرونة في معالجة الاضطرابات النفسية لدى المراهقين.

10. دراسة جونسون وآخرون (Johnson ,et al ,2010 (B))، بعنوان:

Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS)"

المرونة كتقييمات للتعامل الإيجابي: اختبار نموذج التقييمات التخطيطية للانتحار".
(بريطانيا).

الأهداف: هدفت الدراسة الحالية إلى تقييم نموذج تخطيطي للانتحار، والذي يشير إلى أن التقييم الذاتي الإيجابي قد يكون مهماً في مقاومة الأفكار والسلوكيات الانتحارية عند مواجهة الفرد أحداث الحياة الضاغطة، ويوفر مصدراً ضرورياً للمرونة النفسية.

العينة: تكونت العينة من (78) مشاركاً من طلاب المدارس ممن يعانون درجة مرتفعة من الأفكار الانتحارية.

الأدوات: استخدم الباحثون مع أفراد العينة بطارية من الاستبيانات، مثل: اختبار الأفكار الانتحارية ، ومقياس الأحداث الضاغطة، ومقياس التقييم الذاتي الإيجابي.

النتائج: أسفرت الدراسة عن النتائج التالية: وجود علاقة دالة بشكل إيجابي بين أحداث الحياة الضاغطة والأفكار الانتحارية، ووجود علاقة سلبية بين التقييم الذاتي الإيجابي وأحداث الحياة الضاغطة والأفكار الانتحارية. كما أن زيادة الأحداث الضاغطة قد تؤدي إلى زيادة في حالات الانتحار. والعكس صحيح فكلما زادت الفعالية الذاتية الإيجابية كلما انخفض الأفكار الانتحارية. وقد استنتج الباحثون بأن مرونة الأنا وتقييم الذات إيجابياً يمنع الفرد من التفكير في إنهاء حياته. كما أن المرونة والتقييم الإيجابي للذات قد يكون أسلوباً واعداً للتدخل في منع حالات الانتحار.

11. دراسة جراسي (Grace, 2010) بعنوان:

the relationship between personality traits and psychological resilience among the Caribbean adolescents.

العلاقة بين سمات الشخصية والمرونة النفسية لدى البالغين في جزر الكاريبي

الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى التعرف إلى الخصائص الخمس الكبرى للشخصية والمرونة النفسية.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (397) فرداً من طلبة المدارس الثانوية في جزر الكاريبي (192) ذكور و(205) إناث.

الأدوات: ولجمع البيانات استخدم الباحث مقياس عوامل الشخصية الخمس الكبرى ومقياس المرونة النفسية من إعداد الباحث .

النتائج: بينت نتائج الدراسة وجود علاقة ارتباطية موجبة بين جميع عوامل الشخصية يقظة الضمير، المقبولية، الانفتاح على الخبرات، والانبساطية والمرونة النفسية، بينما كانت العلاقة سلبية مع خاصية العصابية، كما بينت نتائج الدراسة أن خصائص الشخصية ساهمت بنسبة (32%) من التباين في المرونة النفسية، وقد كانت خاصية يقظة الضمير الأعلى في الدلالة الإحصائية يليها المقبولية، العصابية ثم الانفتاح على الخبرة.

12. دراسة جونسون وآخرون (Johnson et al., 2010 (A) بعنوان

Resilience to Suicidality

المرونة للانتحارية". (بريطانيا)

الأهداف: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المرونة النفسية والانتحار لدى عينة من الفصامين وغير الفصامين،

العينة: تكونت العينة من (77) ، منهم (22) أنثى، بمتوسط عمر قدره (43,3) من الفصامين، و(70) فرداً من غير الفصامين. تم اختيارهم من جنسيات مختلفة (إنكليز، آسيا، أفريقيا والبحر الكاريبي.

الأدوات: استخدم الباحث مجموعة من الأدوات، هي: مقياس اليأس ل بيك، مقياس التفكير الانتحاري، التقييمات الإيجابية الذاتية، ومقياس المرونة.

النتائج: أسفرت الدراسة على أن الفصامين حصلوا على معدلات عالية في مقياس اليأس، والتفكير الانتحاري، وتقييمات سلبية للذات، وانخفاض في المرونة النفسية، بينما حصل الأفراد العاديين على معدلات عالية من المرونة النفسية والتقييم الإيجابي للذات. كما أظهرت الدراسة وجود فروق بين

الذكور والإناث في المرونة النفسية، والتقييم الإيجابي للذات لصالح الذكور، بينما الإناث حصلن على درجات مرتفعة في اليأس والأفكار الانتحارية.

13. دراسة وايغوا وآخرون (Wingo et al., 2010)، بعنوان:

Moderating effects of resilience on depression in individuals with a history of childhood abuse or trauma exposure"

التأثيرات المعتدلة للمرونة على الاكتئاب لدى الأفراد الذين تعرضوا لصددمات وسوء معاملة في الطفولة. (أمريكا).

الأهداف: هدفت الدراسة الحالية إلى التعرف على العلاقة بين المرونة والاكتئاب لدى الأفراد الذين تعرضوا لصددمات وسوء معاملة في الطفولة.

العينة: تكونت العينة من (792) فرداً ممن تتراوح أعمارهم بين (18.74) سنة، بمتوسط قدره (36)، منهم (68%) من الإناث، (32%) من الذكور، وهذه العينة تعاني من صدمات وسوء معاملة في الطفولة.

الأدوات: استخدم الباحثون مجموعة من الأدوات، هي: تقييم الإساءة في مرحلة الطفولة، واختبار مؤشر سوء المعاملة في الطفولة، ومقياس المرونة (CORISC)، ومقياس الاكتئاب لبيك.

النتائج: أظهرت النتائج علاقة سلبية بين سوء المعاملة والصددمات النفسية والاكتئاب والمرونة النفسية، وأن الذكور الأكثر معاناة من الإناث مما انعكس سلباً على شدة اكتئابهم وقله المرونة النفسية التي يعانون منها بالمقارنة مع الإناث بعد ضبط عامل السن، والتعليم والدخل والحالة الاجتماعية والعرق، والتاريخ العائلي للأمراض النفسية.

14. دراسة حدادي وبشارت (Haddadi&Besharat2010) بعنوان:

Resilience ,vulnerability and mental health

المرونة، الحساسية النفسية، والصحة النفسية". (إيران)

الأهداف: هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المرونة وقابلية الإصابة بما فيها الضغوط النفسية، والقلق والاكتئاب، والصحة النفسية لدى عينة من الطلاب الإيرانيين.

العينة: تكونت العينة من (214) طالباً وطالبة، بواقع (100) طالباً، و (114) طالبة، بمتوسط عمري قدره (19,4) سنة.

الأدوات: استخدم الباحثان مقياس المرونة الذي أعده كونورد فيديسون، وتم تطبيقه على أفراد العينة المستهدفة في جامعة طهران، ومقياس بيك للاكتئاب، ومقياس القلق، واستبيان الصحة النفسية.

👉 **النتائج:** أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط النفسي والاكتئاب والقلق والمرونة النفسية، وأن مؤشرات الصحة النفسية المنخفضة أو السلبية تتأثر بمستويات مختلفة من المرونة النفسية من خلال احترام الذات، والكفاءة الشخصية، والمثابرة، والتدين، والسيطرة، والتدين. كما أظهرت النتائج فروق دالة بين الذكور والإناث في المرونة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لصالح الذكور.

15. دراسة روي وآخرون (Roy et al., 2011)، بعنوان:

Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma

المرونة تخفف من مخاطر الانتحار المرتبطة بصدمات الطفولة. (أمريكا).

👉 **الهدف:** هدفت الدراسة في استكشاف فيما إذا كانت المرونة النفسية تلعب دوراً وقائياً فيما يتعلق بالسلوك الانتحاري. وذلك من خلال مقارنة عينة متعاطية ولديها ميول انتحارية، وأخرى متعاطية وليس لديها ميول انتحارية.

👉 **العينة:** تكونت العينة الأولية من (20) مراهقاً يتعاطى المخدرات ولديهم محاولات انتحارية، مقارنة بـ (20) مراهقاً يتعاطون المخدرات وليس لديهم نوايا بالانتحار، تم اختيارهم من (166) سجيناً من سجناء ولاية فلوريدا.

👉 **الأدوات:** استخدم الباحثون مقياس المرونة لديفيدسون.

👉 **النتائج:** أظهرت نتائج الدراسة أن أفراد العينة المتعاطين للمخدرات وليس لديهم أفكار انتحارية حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس المرونة النفسية بالمقارنة مع المجموعة المتعاطية للمخدرات ولديها أفكار انتحارية. واستنتج الباحثون أن المرونة النفسية تلعب دوراً واقعياً من الوقوع في الأفكار الانتحارية أو محاولات الانتحار الحقيقية.

16. دراسة زيبان وآخرون (Ziaianet al.,2012)، بعنوان:

Resilience and Its Association with Depression, Emotional and Behavioural Problems, and Mental Health Service Utilisation among Refugee Adolescents Living in South Australia

المرونة وعلاقتها بالاكئاب والمشكلات السلوكية والانفعالية وخدمات الصحة النفسية

لدى المراهقين اللاجئين الذين يعيشون في جنوب استراليا:

الأهداف: هدفت الدراسة على التعرف على الأحداث المؤلمة أو المجهدة التي يتعرض لها الأطفال والمراهقين اللاجئين قبل الهجرة وبعد إعادة التوطين في جنوب استراليا كالاكتئاب والمشكلات النفسية والسلوكية والانفعالية وعلاقة ذلك بالمرونة النفسية. كذلك التعرف على مجموعة من العوامل التي تعتبر واقية للصحة النفسية.

العينة: تكونت العينة من (170) مراهقاً تتراوح أعمارهم بين (13-17) سنة، بمتوسط عمري قدره (15,32)، وانحراف معياري (2,46). منهم (70) أنثى، و(100) ذكراً.

الأدوات: تكونت أدوات الدراسة من مقياس كونورديفيدسون للمرونة النفسية (RISC-CD)، ومقياس الاكئاب للأطفال (CDI)، واستبيان نقاط القوة والصعوبات (SDQ).

النتائج: أظهرت النتائج أن الإناث أكثر مرونة من الذكور. كما أظهرت النتائج أن المراهقين الذين يعانون من أعراض الاكئاب أو مشاكل عاطفية أو سلوكية أخرى كانوا أقل مرونة. كان هناك القليل من الأدلة على وجود ارتباط بين درجات المرونة والتعرض للصدمات أو استخدام الخدمة.

17. دراسة كيسبير وآخرون (Kesebir et al.,2013) بعنوان:

relation between affective temperament and resilience in depression :A controlled study

"العلاقة بين فاعلية المزاج والمرونة لدى الاكتئابيين . دراسة ضابطة (تركيا).

الأهداف: كان الهدف من هذه الدراسة التحقق من وجود علاقة بين المزاج العاطفي والمرونة النفسية والقدرة على التكيف لدى المرضى الذين يعانون من اضطراب اكتئاب أساسي (MDD)، كما هدفت إلى التعرف على العلاقة في هذه المتغيرات تختلف عند الأفراد الأصحاء.

العينة: وتمشياً مع هذا الغرض، جرى تقييم (100) حالة تركية تهاني من الاكئاب وتمشياً مع هذا الغرض، وجرى تقييم 100 حالة سُخِصت بأنها تعاني من الاكئاب الأساسي، كما

تكونت مجموعة الأسوياء من (100) فرداً لا يعانون من أي مشكلات نفسية في السابق، وتم مجانسة العينة في العدد والعمر والجنس، حيث تراوحت أعمارهم بين (18. 25) سنة.

الأدوات: استخدم الباحثون الأدوات التالية: مقياس الاكتئاب، ومقياس المزاج، ومقياس المرونة النفسية للكبار (RSA)، ومقياس القدرة على التكيف، إضافة إلى مقابلات تشخيصية.

النتائج: أشارت النتائج إلى وجود علاقة قوية بين المرونة والمزاج المفرط لدى الأفراد الأصحاء الذين لا يعانون من الاكتئاب. كما أظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية بين المرونة النفسية والمزاج السلبي والقلق في كلا المجموعتين. ولوحظ وجود ارتباط سلبي بين المزاج السلبي وتماسك الأسرة في مجموعة اضطراب الاكتئاب، بينما لدى الأفراد الأصحاء لوحظ وجود علاقة قوية بين تماسك الأسرة والاكتئاب ومزاجه القلق، وجود علاقة ضعيفة بين تماسك الأسرة والمزاج السلبي

18. دراسة جولدستين وآخرون (Goldstien et al., 2013)، بعنوان:

The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare

العلاقة بين المرونة الداخلية، التدخين، تعاطي الكحول، وأعراض الاكتئاب عن الراشدين والأطفال". (كندا).

الأهداف: سعت الدراسة الحالية إلى استكشاف العلاقة بين مقياس المرونة الداخلية والعديد من مقاييس المرونة الخارجية، إضافة إلى نتائج التقييم السلوكي (تعاطي السجائر، الاعتماد على الكحول، الأعراض الاكتئابية، إضافة إلى فحص نموذجين للمرونة في سياق معاملة الأطفال: النموذج التعويضي، ونموذج الحماية من المخاطر.

العينة: تكونت العينة من (39) من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (18. 25) سنة، الذين أكملوا المقاييس الخاصة بالدراسة الحالية.

الأدوات: تقدير الذات لسوء معاملة الأطفال، المرونة الداخلية، ومقياس المرونة الخارجية، التحصيل الدراسي، وأعراض الاكتئاب

النتائج: أشارت النتائج إلى وجود علاقة دالة بين المرونة الداخلية والتدين، وعلاقة سلبية بين المرونة والتدخين وتعاطي الكحول، وأعراض الاكتئاب، وأن الأفراد الأكثر مرونة حصلوا على درجات تحصيلية مرتفعة بالمقارنة مع الأفراد منخفضي المرونة.

المحور الثاني: دراسات حول الأفكار الانتحارية:

أولاً: دراسات محلية:

لا توجد دراسات محلية في حدود علم الباحث تتعلق بالأفكار الانتحارية والسلوك الانتحاري.

ثانياً: دراسات عربية:

1- دراسة حسين فايد (1998) بعنوان: الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها. (مصر)

هدفت الدراسة إلى تعريب أداة لقياس تصور الانتحار، وتحديد أهم معالمها السيكومترية، ودراسة الفروق بين الذكور والإناث في كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار، والوقوف على ما للتفاعل المشترك بين الاكتئاب واليأس من أثر في ازدياد درجة تصور الانتحار لدى شباب الجامعة من الجنسين، وفحص دور اليأس كإحدى الخصائص النفسية التي يفترض أن عزلها يعدل في العلاقة بين الاكتئاب وتصور الانتحار لدى شباب الجامعة من الجنسين.

وتكونت عينة الدراسة من (324) طالباً وطالبة (162 ذكراً و 162 أنثى) من المقيدتين بالفرقتين الأولى والثانية بأقسام علم النفس والفلسفة والجغرافيا بكلية الآداب جامعة حلوان وقد تراوحت أعمارهم بين (20 - 24) سنة، بمتوسط عمري قدره (20.92) سنة، وانحراف معياري قدره (20.3).

وقد استخدم الباحث أسلوب التوزيع المتساوي من الأقسام العلمية لتثبيت أثر التخصص العلمي على التوقعات السلبية عن المستقبل سواء لدى الذكور أو الإناث. وقد استخدمت الدراسة مقياس بيك للاكتئاب عرب هذا المقياس وأعدّه غريب عبدالفتاح (1985م) عن الصورة المختصرة لمقاييس بيك للاكتئاب، والمعروف اختصاراً بـ (BDI)، وهو أكثر الأدوات شيوعاً في الاستخدام، سواء على العينات الإكلينيكية أو العينات غير الإكلينيكية. كما استخدمت الدراسة مقياس اليأس: وهو مقياس فرعي من اختبار احتمالية الانتحار، أعدّه جول وجيل (1982م)، وقام بتعريبه عبد الرقيب البحيري (1989م).

وأُسفرت النتائج عن الآتي: لا توجد فروق بين الذكور والإناث في كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار، وتزداد درجة الانتحار بفعل التأثير المشترك لكل من الاكتئاب واليأس لدى مجموعتي الذكور والإناث. عند عزل تأثير اليأس عن العلاقة بين الاكتئاب والانتحار تراجعت قيمة معامل الارتباط بشكل ملحوظ لدى مجموعة الإناث دون مجموعة الذكور، بينما لم تتغير العلاقة بين اليأس وتصور الانتحار عند عزل الاكتئاب لدي مجموعتي الذكور والإناث.

2- دراسة عبد الرقيب البحيري (2003) بعنوان: "مقياس احتمالية الانتحار". (مصر)

يتكون مقياس احتمالية الانتحار من (36) عبارة يعتمد على التقدير الذاتي في تقدير مخاطرة الانتحار عند الراشدين والمراهقين.

الأهداف: هدف المقياس إلى قياس احتمالية الانتحار والسلوكيات التي لها احتمال بمخاطرة الانتحار ويستخدم المقياس كأداة تصفية أو غربلة في المواقف التي تتسم بمخاطرة عالية مقترنة بطرائق أخرى لتقدير الانتحار الكامل.

العينة: تم تقنين الاختبار على عينة من الأفراد مؤلفة من (941) فرداً بين دراسات الصدق والثبات لهذا المقياس صدق بالتالي قدرته على قياس احتمالية الانتحار كما أظهر ثباتاً عالياً.

3- دراسة بشير معمره (2005) بعنوان: "تصميم استبيان لقياس احتمال الانتحار لدى الراشدين وتقنيته على عينات في البيئة الجزائرية". (الجزائر)

الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى تصميم استبيان يقيس احتمال الانتحار لدى الراشدين من خلال الجامعة، ومن أكبر منهم في العمر لتوفير أداة قياس موضوعية لهذا المتغير مقننة على العينة الجزائرية.

العينة: تضمنت العينة المستهدفة (945) من الأفراد منهم (452) ذكور و(493) من الإناث، أثبتت دراسة الصدق والثبات لهذا المقياس صدقه وقدرته على قياس احتمالية الانتحار وأظهر ثبات عالياً من خلال إعادة تطبيقه بعد مدة من الزمن.

4- دراسة عبد الرقيب البحيري ومحفوظ أبو الفضل (2008) بعنوان: "بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتفكير الانتحاري لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية" (مصر).

الأهداف: هدفت الدراسة إلى التعرف على بعض الاضطرابات النفسية المرتبطة بالطلاب الأكثر تفكيراً في الانتحار بالمدارس الثانوية عينة الدراسة بمحافظة البحر الأحمر، والمقارنة بين الطلاب (الذكور والإناث)، (طلاب التعليم الثانوي العام وطلاب التعليم الثانوي الفني) في متغير التفكير الانتحاري، مع الوقوف على الاضطرابات النفسية المرتبطة بالتفكير في الانتحار. تم تطبيق اختبار الأفكار الانتحارية إعداد (William,1988) ترجمة وتقنين الباحثان، واختبار الصحة النفسية للمراهقين من إعداد (William,1998) ترجمة وتقنين (عبد الرقيب البحيري)، تم إجراء دراسة تحليلية من خلال تطبيق اختبار التالموراي على حالة مرت بمحاولة انتحار فاشلة،

العينة: تكونت العينة من 360 طالباً (188 ذكور ، 172 إناث)، بالإضافة إلى دراسة الحالة وهو طالب بالصف الثاني الثانوي. ومن نتائج الدراسة ما يلي:

النتائج : توجد فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث ، وطلاب التعليم الثانوي العام وطلاب التعليم الثانوي الفني على اختبار الأفكار الانتحارية، تؤكد على ارتفاع معدل الأفكار الانتحارية عند الذكور عنها عند الإناث، وارتفاع معدل الأفكار الانتحارية عند طلاب التعليم الثانوي العام عنها عند طلاب التعليم الثانوي الفني .

يتصف الطلاب كثيرون التفكير في الانتحار باضطراب التوافق وفقدان الشهية للطعام واضطرابات النوم والقلق العام وقلق الانفصال واضطراب الضغط ما بعد الصدمة والاكتئاب الحاد واعتلال المزاج واضطراب التحاشي والتجنب في الشخصية واضطراب البينية واضطراب مفهوم الذات والانطواء الذاتي والاعتزاز والملل والعدوان والانفصال عن الواقع واضطراب التكيف الاجتماعي والاضطرابات النفس جسمية واضطراب المشكلات الشخصية واضطراب عدم الاستقرار العاطفي.

5- دراسة كوروغلي محمدلمين (2009) بعنوان: مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل. الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي. (الجزائر)

الأهداف: تتمحور الدراسة حول هدفين رئيسيين:

1. معرفة مدى قدرة صدمة الفشل بأن تدفع بالمراهق إلى المحاولة الانتحار.
 2. الوصول إلى اقتراح استراتيجيات للتكفل النفسي بالمراهقين محاولي الانتحار.
- العينة: تمثلت الدراسة في ثلاث حالات وهي شاب وفتاتان، وقلة أفراد العينة تراجع إلى عدم وجود تكفل جيد بحالات محاولات الانتحار لعدم وجود مؤسسات خاصة بهذا الغرض. أما سن أفراد العينة فقد تراوح بين 18 إلى 21 سنة.

الأدوات:

1. المقابلة .
2. الملاحظة

النتائج: بعد إجراء المقابلات مع الحالات الثلاث بينت النتائج أن صدمة الفشل تؤدي بالمراهق إلى المحاولة الانتحار حيث أن صدمة الفشل العاطفي أو الفشل الدراسي تؤدي بالمراهق إلى محاولة الانتحار، ومن خلال نتائج العمل التطبيقي تبين لنا أن الحالات الثلاثة التي أجريت معها المقابلات تعرضت لصدمة فشل عاطفي.

6- دراسة حورية (2009) بعنوان: "خبرات الإساءة في الطفولة و علاقتها بمظاهر اضطراب الشخصية الحدية والمشاعر الاكتئابية والتفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة" (الجزائر)

الأهداف: التعرف على العلاقة الارتباطية بين خبرات الإساءة في الطفولة ومظاهر اضطراب الشخصية الحدية، وشدة الاكتئاب، والتفكير الانتحاري لدى عينة غير مشخصة إكلينيكيًا من طلاب وطالبات الجامعة.

العينة: تكونت عينة الدراسة من (290) طالبا و طالبة بواقع (20) طالبا ذكور و (270) طالبة من طلاب الجامعة المسجلين في السنوات الاولى و الثانية بقسم علم النفس بجامعة الجزائر تراوحت أعمارهم بين 18 - 30 سنة، بمتوسط عمري قدره 20.54 سنة.

الأدوات: استخدم الباحث استبيان خبرات الإساءة في مرحلة الطفولة إعداد: مخيمر وعبد الرزاق (1999)، ومقياس اضطراب الشخصية الحدية، ومقياس بيك " الثاني للاكتئاب BDI-II إعداد " بيك، ستير، براون " تعريب " غريب عبد الفتاح غريب " (2000)، ومقياس بيك " لليأس: تعريب " الأنصاري " (2002) مقياس التفكير الانتحاري تعريب: حنورة (1998)

النتائج: أظهرت النتائج وجود ارتباط موجب دال بين خبرات الإساءة الجسمية والنفسية في الطفولة وكل من مظاهر اضطراب الشخصية الحدية التالية عند الطلاب: تجنب الهجر، اضطراب الهوية، الاندفاعية، إيذاء الذات، عدم الاستقرار الوجداني، صعوبة التحكم في الغضب، أفكار بارانويدية. في حين يتضح وجود ارتباط موجب دال بين خبرات الإساءة الجسمية والنفسية في الطفولة وكل مظاهر اضطراب الشخصية الحدية عند الطالبات بما في ذلك: تجنب الهجر، عدم استقرار العلاقات البينشخصية، اضطراب الهوية، الاندفاعية، إيذاء الذات، عدم الاستقرار الوجداني، الخواء أو الملل، صعوبة التحكم في الغضب، أفكار بارانويدية. ووجود علاقة ارتباطية موجبة ذات دلالة إحصائية عند مستوى 0.05 بين خبرات الإساءة في الطفولة وشدة التفكير الانتحاري عند الطلبة المرتفعين في مظاهر اضطراب الشخصية الحدية.

7- دراسة خضر (2009) ، بعنوان: " بعض العوامل الدافعة لانتحار الإناث في مدينة الرياض" (السعودية).

الأهداف: تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق الهدف الرئيسي للدراسة والذي يشمل الكشف عن العوامل المؤدية إلى انتحار الإناث في مدينة الرياض، وذلك عبر تحقيق الأهداف الفرعية التالية: التعرف على الخصائص الشخصية والاجتماعية والاقتصادية للمتنحرات ومن حاولن الانتحار. التعرف على

العوامل الدافعه إلى انتحار الإناث. التعرف على أثر بعض العوامل الاجتماعية والنفسية والاقتصادية التي تدفع للانتحار. التعرف على نمط الانتحار (طبيعة الانتحار) عند المنتحرات ومن حاولن الانتحار.

العينة: تكونت العينة الإجمالية لجميع الحالات المسجلة في المستشفيات (287) حالة تم تطبيق أداة الدراسة (الاستبانة) عليهن، كما تم الاعتماد على المقابلة كأحد أساليب جمع البيانات، وقد اعتمدت على ما يعرف بأسلوب عينة الصدفة أو المقابلة غير المقصودة أثناء تواجد الباحثة في المستشفيات المشمولة بالدراسة، وقد بلغ إجمالي حالات من حاولن الانتحار التي تم إجراء المقابلات معهن (15) حالة .

الأدوات: اعتمدت الباحثة على الاستبانة لجمع البيانات المطلوبة من ملفات المنتحرات ومحاولات الانتحار. وقد صممت الاستبانة لجمع المعلومات في ضوء أهداف وتساؤلات الدراسة. وقد احتوت الاستبانة (58) سؤالاً موزعة على الخصائص الديموغرافية لمن حاولن (الانتحار العمر، الجنسية، الديانة، المستوى التعليمي، الحالة الصحية).

النتائج: إن الشباب أكثر الفئات ارتكاباً لسلوك قتل النفس من الكبار. وأن ارتفاع حالات الانتحار ومن حاولن الانتحار بين الإناث مقارنة بالذكور. وأن أكثر الفئات إقداماً على الانتحار ومن حاولن الانتحار كن ممن مستواهن التعليمي متوسط فأقل، مما يشير إلى وجود علاقة بين الانتحار والمستوى التعليمي . وأن نسبة مرتفعة من المحاولات للانتحار يعانين من أمراض نفسية وعضوية.

8- دراسة معمريّة (2009)، بعنوان: " الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور انتحار وقلق الموت وفقاً لارتفاع وانخفاض الذكاء الوجداني لدى عينة من الشباب". (الجزائر)

الأهداف: هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الجنسين في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار وقلق الموت، كذلك التعرف على الفروق بين الجنسين في الذكاء الوجداني.

العينة: تكونت العينة من (210) فرداً منعم (101) ذكور و(109) إناث. من فئات اجتماعية مختلفة، بلغت أعمارهم بين (20. 36) سنة.

الأدوات: استخدمت الباحثة قائمة بيك للاكتئاب، واستبيان اليأس، واستبيان تصور الانتحار. واستبيان قلق الموت، استبيان الذكاء الوجداني.

النتائج: أظهرت النتائج فروق بين الذكور والإناث في قلق الموت واليأس لصالح الإناث، بينما لم توجد فروق بين الذكور والإناث في الاكتئاب وتصور الانتحار

9- دراسة عبد الخالق وكاظم وعيد (2011) بعنوان: العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين في الكويت وعمان (الكويت وعمان).

الأهداف: هدفت هذه الدراسة إلى تعرف الفروق بين الطلاب العمانيين والكويتيين من الجنسين في المتغيرات الآتية: الاكتئاب، والقابلية للانتحار، والصحة الجسمية، والصحة النفسية، والسعادة، والرضا، والتدين، بالإضافة إلى بحث العلاقة بين الاكتئاب وهذه المتغيرات.

العينة: واشتملت عينة الدراسة على 2536 طالباً وطالبة من المدارس الحكومية.

النتائج: بينت النتائج أن - في كل من الكويت وعمان، تراوحت أعمارهم بين 11-17 سنة الكويتيات بصفة عامة أكثر اكتئاباً من الكويتيين الذكور والعمانيين من الجنسين، وأن العمانيين الذكور أكثر تديناً من الكويتيات بصورة دالة إحصائية، ولم تظهر فروق بين الكويتيين والعمانيين في أي من المتغيرات الأخرى، كما أظهرت النتائج ارتباطات العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينتين من الأطفال والمراهقين في الكويت وعمان بصورة دالة إحصائية بين متغير الاكتئاب والمتغيرات الأخرى جميعها لدى المجموعات الأربع، حيث كان الارتباط بين الاكتئاب والانتحارية موجباً، في حين كان الارتباط سالباً بين الاكتئاب وبقية المتغيرات.

ثالثاً: دراسات أجنبية:

1. دراسة داير وكريتمان (Dayer & Kreitmaa, 1984) بعنوان:

Hopelessness, Depression and Suicidal intent in Parasuicid

اليأس والاكتئاب والرغبة في الانتحار". (بريطانيا).

الأهداف: أهدفت الدراسة إلى فحص العلاقة بين الرغبة في الانتحار والإحساس باليأس لدى عينة من الأفراد المقيمين في مشفى الأمراض النفسية والذين حاول الانتحار.

العينة: وأجريت الدراسة على عينة قوامها (120) فرداً من الذكور والإناث ممن تراوحت أعمارهم بين (15-34) سنة، والذين تم تحويلهم إلى المستشفى بسبب محاولة الانتحار بتناول السموم. الأدوات: طبق الباحثون مقياس بك للاكتئاب ومقياس الشعور باليأس لبيك وويزمان Weisman & Beck.

النتائج: أشارت النتائج إلى وجود ارتباط موجب وجوهري بين اليأس وكل من الاكتئاب والرغبة في الانتحار، كما أسفرت النتائج - أيضاً - عن أنه عند تثبيت عامل الاكتئاب فإن العلاقة بين اليأس والرغبة في الانتحار تظل مرتفعة وموجبة وجوهرياً. وعند تثبيت عامل الشعور باليأس تنخفض العلاقة بين الاكتئاب والرغبة في الانتحار وتصبح غير جوهرياً.

2. دراسة يونج وكلوم (Yong & Clum, 1994) بعنوان :

Life Stress Social Support, and Problem Solving Skills**Predictive of Depressive Symptpms, Hopelessness, and****Suicide Ideation (أمريكا) .**

مهارات حل المشاكل والمساندة الاجتماعية يتوسطان العلاقة بين ضغوط الحياة وكل من الأعراض الاكتئابية، واليأس، وتصور الانتحار

فقد أجريت بهدف التحقق من الفرض الذي ينص على "أن مهارات حل المشاكل والمساندة الاجتماعية يتوسطان العلاقة بين ضغوط الحياة وكل من الأعراض الاكتئابية، واليأس، وتصور الانتحار" وأجريت الدراسة على عينة قوامها (101) من الطلاب الآسيويين المقيمين في أمريكا (73 ذكراً، 28 أنثى) ممن تراوحت أعمارهم بين (18-40) سنة، بمتوسط عمري 23.4 سنة وانحراف معياري 4.4 سنة. وطبق الباحثان مقياس ميلر Miller لتصور الانتحار، ومقياس بيك لليأس، ومقياس زونج Zung للاكتئاب، ومقياس مسح خبرات الحياة (LES) لسارسون وآخرون Sarason, et. Al وأسفرت النتائج عن ارتباط تصور الانتحار ارتباطاً موجباً وجوهرياً بكل من الاكتئاب واليأس. كما أسفرت النتائج أيضاً عن أن العلاقة بين

الاكتئاب وتصور الانتحار علاقة مباشرة، وأن هناك مجموعة من العوامل المرضية التي تؤثر في مستوى الضغوط وانعدام المساندة الاجتماعية، وافتقاد الثقة في حل المشاكل، واليأس.

3. دراسة رود: (Rudd, 1989)

The Prevalence of Suicidal Ideation among Colleges Students,

انتشار الأفكار الانتحار لدى طلاب الكليات. (أستراليا) .

تم اجراء الدراسة على عينة بلغ عدد أفرادها (737) من طلاب الجامعة (287 ذكراً، 450 أنثى) ممن تراوحت أعمارهم بين (16-30) سنة. وقد تم تطبيق مقياس أفكار الانتحار من إعداد الباحث . وقد أسفرت النتائج عن أن أكثر من 43% من هؤلاء المشاركين من يشعرون بمستوى معين من أفكار الانتحار خلال العام السابق للدراسة، وأن 14.9% منهم ظهرت لديهم أفكار انتحارية دون القيام بمحاولات انتحارية، وأن 5.5% قاموا بمحاولات انتحارية فعلية، كما أسفرت النتائج -أيضاً- عن عدم وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في أفكار الانتحار، بينما كان الذكور أكثر محاولة للانتحار من الإناث.

4. دراسة ريتش وآخرون (Rich et al., 1996) بعنوان:

Gender Differences in the Psychosocial Correlates of Suicidal Ideation among Adolescents

الفروق بين الجنسين في المتغيرات النفسية الاجتماعية المرتبطة بتصور الانتحار.
 الأهداف: هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين الجنسين في المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالانتحار.

العينة: دراسة على عينة مكونة من (613) من طلاب المدارس العالية (285 ذكراً، 328 أنثى) ممن تراوحت أعمارهم بين (14-19) سنة.

الأدوات: طبق الباحثون عدة مقاييس نفسية منها مقياس تصور الانتحار، ومقياس الاكتئاب، ومقياس اليأس.

النتائج: أسفرت النتائج عن أن الإناث أخبرن عن تصور للانتحار والاكتئاب أكثر من الذكور، بينما لم تكن هناك فروق جوهرية بين الجنسين في اليأس (Clum, 1994&Yong).

5. دراسة بول وآخرون (Paul et al., 2004)، بعنوان:

Suicidality Among high school students in Hong kong

" الانتحار لدى طلاب المدارس الثانوية في هونغ كونغ".

للأهداف: هدفت الدراسات إلى التعرف على أسباب التي تدفع بعض طلاب المدارس الثانوية في هونغ كونغ للانتحار.

لللعينة: وقد تكونت العينة من (2586) طالباً وطالبة من طلاب المدارس الثانوية، والتي تتراوح أعمارهم بين (15.19) سنة.

للأدوات: استخدم الباحثون بطارية من المقاييس التي تسعى إلى التعرف على أسباب الانتحار لدى طلاب المرحلة الثانوية، وأهم هذه المقاييس: مقياس التفكير بالانتحار، أعراض الاكتئاب، العوامل الأسرية، المساندة الاجتماعية، وخبرات الجسد والنشاط الجنسي.

للنتائج: أسفرت هذه الدراسة المسحية عن مجموعة من النتائج يمكن تلخيصها على النحو التالي: أن الأسباب الحقيقية وراء انتحار المراهقين تكمن في الاعتماد على المخدرات، والأسر غير المستقرة، وضعف الأنا والتحكم بالانفعالات، إضافة إلى المشكلات النفسية والأسرية، والاقتصادية (الفقر)، كما أن المراهقين الأكثر انتحاراً تتراوح أعمارهم بين (13.17) سنة. كما أظهرت الدراسة فروق بين الذكور والإناث في الميول الانتحارية وجاءت هذه النتائج لصالح الذكور، إذ يتعرضون لضغوط نفسية في مجتمع يؤمن بقدرات الفرد في غياب الدعم الاجتماعي

6. دراسة بيث وآخريين (Beth et al., 2001) بعنوان:

"The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicide A Behavior in Adults with Major Depression"

العلاقة بين التعرض للإساءة في الطفولة والدوافع اللحظية (الآنية) والسلوكيات الانتحارية لدى البالغين المصابين بالاكتئاب الأساسي. (بنسلفانيا).

للأهداف: هدفت الدراسة إلى التحقق فيما إذا كانت الدرجات العالية والمبلغ عنها حسب التعرض للأضرار (جسدية . ونفسية) في الطفولة المبكرة، وهي التي توجد لدى البالغين المتمتعين بسويات أعلى من الدوافع اللحظية والعدوانية وسلوكيات الانتحار.

لللعينة: بلغ عدد أفراد العينة (136) لديهم تاريخ من العدوان والمصابين باضطرابات نفسية ومن الاكتئابيين.

📌 **النتائج:** وأو ضحت النتائج أن أفراد العينة الذين أبلغوا عن حوادث إساءة لهم لديهم احتمالات أكثر للقيام بمحاولات للانتحار وكانت لديهم دوافع لحظية أعلى ونقاط أكثر جهة العدوانية من أولئك الذين لم يبلغون عن تعرضهم لحوادث إساءة.

7. دراسة أو غستين وآخرون (Augustine et al., 2002) بعنوان:

"The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric Evaluation With Adolescent Psychiatric Inpatient Samples"

دراسة تقويمية للأفكار الانتحارية السلبية والإيجابية: تقييم نفسي لعينات من المراهقين المقيمين في المشافي النفسية. (أمريكا)

📌 **الأهداف:** هدفت الدراسة إلى تقويم العوامل السلبية والإيجابية المتصلة بالتفكير الانتحاري باستخدام تحليل العوامل التأكيدية وتقييم هذا التخيل درجة تكرار الخطر السلبي والعوامل التي ترتبط بسلوكيات الانتحار وبالتالي إيجاد مقياس لهذه الأفكار السلبية والإيجابية.

📌 **العينة:** بلغ عدد أفراد العينة (195) من المراهقين (المقيمين في المشافي النفسية)، تراوحت أعمارهم بين 14-17 عاماً، وأعطت النتائج دعماً لاستخدام المقياس الجديد كمقياس خطر للسلوكيات المرتبطة بالانتحار كما بينت النتائج وجود دليل كافي على موثوقية الفحص وإعادة الفحص على مدار أسبوعين.

8. دراسة جتندير وآخرين (Jitender et Al., 2005) بعنوان:

"Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts"

اضطرابات القلق وخطر الأفكار الانتحارية ومحاولات الانتحار. (أمريكا)

📌 **الأهداف:** هدفت هذه الدراسة إلى فحص ما إذا كانت اضطرابات القلق هي عوامل خطر التفكير بالانتحار وعوامل الإقدام عليه في عينة الدراسة.

📌 **النتائج:** بينت النتائج أن اضطرابات القلق الموجودة هي عامل خطورة مستقل لحدوث التفكير بالانتحار كذلك بينت المعطيات أن اضطرابات القلق المؤدية إلى المرض والموت تضخم خطر محاولات القيام بالانتحار لدى الأشخاص المصابين باضطرابات المزاج.

9. دراسة فيران فيناس وآخرين (FerranViñase et al., 2002) بعنوان:
**Psychological and Family Factors Associated with Suicidal
 Ideation in Pre- Adolescent**

العوامل النفسية والأسرية المرتبطة بالأفكار الانتحارية في مرحلة ما قبل المراهقة.
 (اسبانيا)

🔗 **الأهداف:** هدفت الدراسة لتقييم العوامل النفسية والعائلية المرتبطة بالتفكير بالانتحار في طفل في مرحلة ما قبل المراهقة.

🔗 **العينة:** بلغ عدد أفراد عينة الدراسة 361 طالباً، متوسط العمر 9 سنوات.

🔗 **الأدوات:**

1. قائمة مسح الاكتئاب عند الأطفال إعداد كوفاكس.

(Kovacs), Children's Depression Inventory CDI

2. مقياس اليأس عند الأطفال إعداد كازدين.

(Kazdin), Hopelessness Scale for Children (HSC

3. مقياس البيئة العائلية إعداد مووس.

(Family Environment Scale (FES Moos & Moos)

4. مقياس ويكسلر لذكاء الأطفال.

(Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC)

🔗 **النتائج:** وجرى تقييم التفكير في الانتحار لدى أطفال العينة الذين أظهروا مستويات عالية من الاكتئاب واليأس، وانخفاض الثقة بالنفس والقدرة على التواصل مع الأسرة، وأظهرت اختلافات بين الجنسين وبينت النتائج أنه قد تكون عوامل الخطر هذه في مرحلة ما قبل المراهقة ذات تأثير هام في الوقاية من مخاطر السلوك الانتحاري في سن أعلى.

10. دراسة بيترزك وآخرون (Pietrzak et al., 2012)، بعنوان :
**"Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of
 Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of
 coping strategies, resilience, and social support**
 الأفكار الانتحارية ودور استراتيجيات التعامل والمرونة والمساندة الاجتماعية".
 (أمريكا)

- **الأهداف:** سعت الدراسة إلى استكشاف فيما إذا كانت استراتيجيات المواجهة والمرونة والدعم الاجتماعي تلعب دوراً وقائياً في الحد من حالات انتحار.
- **العينة:** تكونت العينة من (167) من المحاربين القدامى الذين يبحثون عن خدمات الرعاية النفسية والسلوكية والذين شاركوا مع الجيش الأمريكي في حرب تحرير العراق.
- **الأدوات:** تكونت أدوات الدراسة الحالية من المقاييس التالية: مقياس للتعرض لصدمات الحرب، الاضطراب النفسي، الألم والمرونة النفسية، والدعم النفسي، واستراتيجيات المواجهة المعرفية.
- **النتائج:** أشارت نتائج الدراسة إلى أن (36%) من أفراد العينة فكروا في الانتحار في الأسبوعين السابقين لإجراء الدراسة، وكانوا من الأفراد الكبار سناً. وأكثر اكتئاباً، حيث سجلوا درجات مرتفعة على مقياس الألم النفسي، والقلق والعقاب الذاتي، وتجنب التعامل السلوكي. المعرفي مع تلك المشكلات، وأقل قدرة على التكيف النفسي والدعم الاجتماعي. كما كشف التحليل المتعدد الأبعاد لمتغيرات الدراسة أن هذه المتغيرات كانت مرتبطة بالاكتئاب، في حين أن كانت أعلى الدرجات على مقياس المرونة النفسية (أي القبول الإيجابي للتغيير) أثرت سلبياً على التفكير الانتحاري.

المحور الثالث: دراسات حول الاكتئاب

أولاً: دراسات محلية:

1. دراسة سامر رضوان (2001) بعنوان: الاكتئاب والتشاؤم، هدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين الاكتئاب والتشاؤم من جهة وعلاقتها ببعض المتغيرات النفسية وبالسن والجنس. (سوريا)

الـ أهداف: تحديد الفروق بين الجنسين والفئات العمرية المختلفة في كل من الاكتئاب والتشاؤم من جهة أخرى وتحديد نسب انتشار الاكتئاب والتشاؤم لدى طلاب الجامعة وطلاب المرحلة الثانوية السوريين،
الـ العينة: تكونت عينة الدراسة من (1134) طالباً وطالبة من كليات جامعة دمشق المختلفة و(522) طالباً وطالبة من مدارس مدينة دمشق الثانوية، استخدمت الدراسة قائمة بيك للاكتئاب (BDI) ومقياس التشاؤم بدر الأنصاري.

الـ النتائج: أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين كل من الاكتئاب والتشاؤم ووجود ارتباط دال بين الجنس والاكتئاب في حين لم يرتبط الجنس بالتشاؤم كما لم يظهر ارتباط دال بين السن والاكتئاب أو التشاؤم كما كانت هناك فروق دالة بين الجنس في بعض بنود قائمة الاكتئاب والتشاؤم، وظهرت فروق بين طلاب المرحلة الجامعية والثانوية فيما يتعلق بالاكتئاب والتشاؤم.

ثانياً: دراسات عربية:

1. دراسة العكاشي (2006)، بعنوان: "مظاهر ضغوط الحياة والاكنتاب واليأس

وعلاقتها بتصور الانتحار لدي طلبة الثانويات التخصصية بشعبية المرقب" (ليبيا)

الأهداف: قياس العلاقة بين مظاهر الضغوط النفسية والاكنتاب واليأس وتصور الانتحار والتعرف على مدى انتشار مظاهر ضغوط الحياة والاكنتاب واليأس وتصور الانتحار بين أفراد العينة.

العينة: تكونت العينة من (343) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية ، شعبة العلمي والأدبي في مدينة المرقب.

الأدوات: استخدمت الباحثة مقياس الضغوط النفسية، والاكنتاب واليأس، ومياس تصور الانتحار.

النتائج: كشفت نتائج الدراسة عن أن طلبة الأدبي أكثر شعور بالاكنتاب واليأس وأكثر تصوراً

لانتحار من طلبة العلمي، كما تبين أن ذكور الأدبي أكثر اكتئاباً من إناث العلمي، كما أن ذكور

العلمي أكثر اكتئاباً من إناث العلمي . كشفت نتائج هذه الدراسة عن أن اليأس هو المتنبئ الأول

بالانتحار، يليه ضغوط الحياة، وأخيراً الاكنتاب ، عند فحص كل متغير من هذه المتغيرات علي حده

مع تصور الانتحار . لكن تلاشي دور الاكنتاب في حدوث تصور الانتحار عند تفاعله مع اليأس

وضغوط الحياة . وبعد التفاعل بين اليأس وضغوط الحياة والاكنتاب هو المتنبئ الأول في حدوث

تصور الانتحار. كما تبين أن ضغوط الحياة تسهم في حدوث اليأس بشكل يفوق إسهامها في حدوث

الاكنتاب، وتبين أن ضغوط الحياة واليأس والاكنتاب تسهم كل علي حده في حدوث تصور الانتحار ،

وأن اليأس هو المسهم الأول تليه ضغوط الحياة وأخيراً الاكنتاب.

ثالثاً: دراسات أجنبية:

1. دراسة سكوت وآخرين (Scott et al., 1993) بعنوان:

" Self- Discrepancies in clinically anxious and dpressed university students"

العلاقة بين تناقض الذات والقلق والاكنتاب. (جامعة لوا أمريكا)

الأهداف: هدفت إلى معرفة العلاقة بين تناقض الذات والقلق والاكنتاب.

العينة: سحبت العينة من طلاب الجامعة من أربع مجموعات: مجموعة الاكنتاب العام، ومجموعة

القلق الكامل، ومجموعة القلق والاكنتاب، ومجموعة ضابطة تضمنت أفراداً أسوياء.

📌 **النتائج:** أشارت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين تناقض الذات الواقعية / المثالية والاكنتاب، وكذلك وجود علاقة بين تناقض الذات والقلق، وبين تناقض إدراك الذات الواقعية الموجبة والقلق الاجتماعي كأحد مكونات القلق العام.

2. دراسة كرين وويليامز وجودوين (Williams Goodwin, Crane, 2009) بعنوان:

" Self-discrepancy in students with bipolar disorder II or NOS"

تناقض إدراك الذات لدى الطلاب الذين يعانون من الاكنتاب الوجداني الدوري (ثنائي القطب). (اكسفورد)

📌 **الأهداف:** وكان الهدف منها التعرف على الجوانب المتعددة لتناقض الذات (الواقعي والمثالي، والواقعي والواجبة).

📌 **العينة:** لدى عينة من طلاب جامعة أكسفورد يعانون من الاكنتاب الوجداني الدوري، وعددهم (28) بواقع (13) طالبة، و(15) طالباً، وعينة مماثلة سوية لا تعاني من هذا الاضطراب، بواقع (12) طالبة، و(16) طالباً، وقد استخدم الباحثون مقياس اضطراب الهوس، ومقياس تناقض الذات، ومقياس هاملتون للاكنتاب، والدليل التشخيصي للاكنتاب DSM-IV، ومقياس تقييم هوس الشباب.

📌 **النتائج:** وأظهرت النتائج عدم وجود علاقة بين تناقض إدراك الذات والهوس الاكنتاب، وأن ثمة فروق بين تناقض الذات المثالية والواقعية بين الطلاب المضطربين والعاديين لصالح الطلاب المضطربين، وأن هؤلاء الطلاب أكثر عرضة للاكنتاب من الأناث.

التعليق على الدراسات السابقة:

تمثل الدراسات السابقة سجلاً حافلاً بالمعلومات التي يمكن من خلالها رصد الظاهرة وتحديد موقعها من التراث السيكلوجي، لذا كان اهتمام الباحث في عرضها متناولاً الهدف منها وطبيعة العينة وحجمها والأدوات والمقاييس المستخدمة وأخيراً ما توصلت إليه هذه الدراسات من نتائج. وبما أن العلم كل متكامل وكل نقطة نهاية في بحث علمي ما هي إلا منطلق لمجموعة من الدراسات الأخرى.

ويلاحظ من الدراسات التي تم إطلاع الباحث عليها فيما يتعلق بمتغيرات دراسته، تكونت من (18) دراسة عربية تناولت متغيرات قريبة الشبه بمتغيرات البحث وخصوصاً مفهوم المرونة النفسية وعلاقته ببعض المتغيرات المختلفة، ولدى عينات متباينة، أطفال وراشدين وشباب، بينما سجل (26) دراسة وبحثاً أجنبياً تناولت المرونة النفسية، أو تناولت الاكنتاب واليأس وعلاقته بالانتحار.

ويستخلص الباحث من الدراسات السابقة ما يلي:

- أن تلك الدراسات قد تباينت في نتائجها التي توصلت إليها تبعاً لاختلاف الهدف الذي سعت إلى تحقيقه.
- ارتباط المرونة إيجاباً بالعناية الأبوية القوية، بينما ترتبط المرونة النفسية سلبياً بالاكتئاب والقلق والأفكار الانتحارية، وكذلك بسمات الشخصية والأحداث الصادمة (ناصر وساندمان 2000)
- عدم وجود علاقة ارتباطية بين مرونة الأنا والاحترق النفسي (الخطيب، 2007، ب).
- وجود علاقة بين المسؤولية الاجتماعية والتوافق المهني ومرونة الأنا (فحجان، 2010).
- إن إشباع الحاجات الأساسية كالثقة بالذات وبالآخرين والصحة النفسية الإيجابية وبالعالم أجمع، يهيئ المراهق والشباب مواجهة الاحباطات والضغوط، بل إن التقييم الذاتي الإيجابي يمثل عاملاً وقائياً للمراهق ضد المرض النفسي والانحراف والاكتئاب والتفكير الانتحاري.
- وجود فروق متباينة بين الذكور والإناث فيما يتعلق بالمرونة النفسية أو مرونة الأنا. فالدراسات السابقة أظهرت تبايناً واختلافاً في مرونة الأنا، فبعض الدراسات أشارت إلى أن الذكور أكثر مرونة من الإناث، وبعضها أشار إلى عدم وجود فروق بينهما.
- هناك متغيرات تقلل من مرونة الأنا، مثل عدم المساندة الاجتماعية والأسرية، والتدين، والسيطرة، وتقدير الذات المنخفض، بينما المتغيرات التي تساعد على ذلك وتحمي الفرد من الاكتئاب والانتحار هي الصحة النفسية، والرضا بالذات والآخر.
- اختلاف العينة في الدراسات السابقة واختلاف الأدوات المستخدمة .
- التأكيد على أنه لا توجد فروق دالة إحصائية بين المراهقين طبقاً لاختلاف نوع الجنس، ومرونة الأنا .
- أوضحت النتائج أهمية وضع متغير الحالة الأسرية والاجتماعية والاقتصادية في الاعتبار عند دراسة مرونة الأنا في علاقتها بالانتحار.

لذلك، سوف يتناول الباحث هذه الدراسات بالتحليل لمعرفة علاقتها بالدراسة الراهنة، وذلك من حيث الموضوع، والعينة، والأدوات المستخدمة، والنتائج التي أسفرت عنها كل منها، وذلك كما يلي:

أولاً: من حيث الموضوع :

تناولت مجموعة من الدراسات السابقة العلاقة بين مرونة الأنا والاكتئاب النفسي، وبعض متغيرات الشخصية، كالمساندة الاجتماعية والتدين، والميول الانتحارية لدى فئات من المجتمع (أطفال، مراهقين، طلاب جامعة، راشدين) حيث أيدت العديد من الدراسات ما ذهب إليه العديد من العلماء "أن وجود مرونة لدى الفرد يعد عاملاً واقياً من خطر الإصابة بالاضطرابات النفسية " ومنها: جولدستين وآخرون

Goldstien et al,2013، دراسة كيسبير وآخرون (Kesebir, et al,2013) ،نيلسون وآخرون (Nelson,et al,2011، وبول وآخرون) (Paul et al,2004) أما الدراسة الحالية فسعت إلى كشف العلاقة بين مرونة الأنا وكل من الاكتئاب النفسي والميول الانتحارية لدى طلاب المرحلة الثانوية على اعتبار أن مرونة الأنا مؤثر جيد لوقاية أفراد العنة من الميول الاكتئابية، والأفكار الانتحارية.

ثانياً : من حيث العينة :

تباينت الدراسات السابقة في اختيار عيناتها وفقاً للهدف من الدراسة، وبفحص كل منها من حيث نوع العينة المستخدمة وحجمها والعمر الزمني لأفرادها، فقد بلغ حجم العينة في الدراسات السابقة بين (86) طفلاً كدراسة قوته وآخرون(2001)، و(86) طالباً كما في دراسة Michael,2009 ، و(945) كما في عينة تقيني مقياس معمريّة(2005). تكونت عينة دراسة جولدستين وآخرون Goldstien et al,2013 من (39) من الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين (18. 25) سنة.وعينة بحث تومسن وشاكدي (2009) . Shaked&Thomson تكونت من (23405).

1. وفيما يتعلق بنوع العينة:

وجد أن الدراسات السابقة تباينت من حيث نوع العينة المستخدمة علي النحو التالي : فقد اشتملت بعض الدراسات على الجنسين مثل دراسة: (Haddadi,2010) & Besharat، جونسون (Johnson,2010)، (Williams & Goodwin,2009) . وبعض الدراسات اقتصرت علي الذكور فقط مثل : دراسة جولدستين وآخرون (Goldstien et al,2013)، دراسة روي وآخرون (Roy, et al,2011) جولدستين وآخرون (Goldstien et al,2013)

وفيما يتعلق بحجم العينة :

تنوعت الدراسات السابقة في اختيار حجم عيناتها المستخدمة ، والتي اختلفت في العدد من دراسة لأخرى وذلك من حيث الحجم ، ولكن رغم هذا الاختلاف يبدو أن السمة الأساسية في معظم الدراسات السابقة قد تكونت من عينات كبيرة الحجم، ومن هذه الدراسات دراسة تومسن وشاكدي (2009) . Shaked&Thomson ، والذي بلغ حجم العينة (23405) أما الدراسة الحالية أجريت علي عينة قوامها (915) طالباً وطالبة بواقع (524) طالباً، و(391) طالبة، من طلاب المرحلة الثانوية في مدينة دمشق، وهي في نفس مدى الدراسات سابقة الذكر .

وفيما يتعلق بالعمر الزمني للعينة: فقد اختلفت العينات من حيث العمر الزمني، إذ كانت الأعمار مختلفة من الأطفال والمراهقين والشباب، وكان تركيز غالبية هذه الدراسات على المراهقين ومنها دراسة

نيلسون وآخرين (2010) دراسة روي وآخرون (Roy, et al,2011) (Goldstien et al,2013 ، ودراسة زيان وآخرون Ziaian,et al,2012) والدراسة الحالية تعاملت مع عينة في مرحلة المراهقة بأعمار زمنية من (15-18) سنة من طلاب المرحلة الثانوية.

ثالثاً : من حيث الأدوات والإجراءات المستخدمة :

اختلفت الأدوات المستخدمة من دراسة لأخرى تبعاً للموضوع والهدف كما يلي : استهدفت بعض الدراسات والبحوث إجراء المقابلة الشخصية وغيرها من الأساليب الإكلينيكية منها دراسات (حورية 2009).

أما الاكتئاب فكانت أكثر الأدوات استخداماً مثل : قائمة بيك للاكتئاب (BDI) طبقت في معظم الدراسات ،مقياس تقدير الاكتئاب (هاملتون) قائمة بيك للأطفال، والقائمة المعرفية للقلق والاكتئاب، ومقياس اسبيرج لتقدير الاكتئاب، واختبار الشخصية متعدد الأوجه، والدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض النفسية (DSM-III) وغيرها .

وقد استخدمت الدراسة الحالية: مقياس مرونة الأنا، ومقياس الميول الاكتئابية، ومقياس الأفكار الانتحارية، الذي قام الباحث بالتحقق من خصائصها السيكومترية (الصدق والثبات على عينة الدراسة الاستطلاعية المكونة من بعض طلاب وطالبات المرحلة الثانوية الخاصة بذلك).

رابعاً : من حيث النتائج :

أظهرت الدراسات السابقة مجموعة من النتائج يمكن تلخيصها في :

1. وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية سالبة بين مرونة الأنا و الاكتئاب والأفكار الانتحارية.
2. أن العوامل التنبؤية للدعم الاجتماعي والتدين تقلل من آثار اضطراب التالي للصدمة، وكذلك تبين انخفاضاً واضحاً في الأعراض الاكتئابية والأفكار الانتحارية.
3. أن انخفاض التدين والدعم الاجتماعي لدى بعض الأفراد كان متنبئاً يساعد في ظهور الأعراض الاكتئابية والأفكار الانتحارية.
4. وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط النفسي والاكتئاب والقلق والمرونة النفسية، وأن مؤشرات الصحة النفسية المنخفضة أو السلبية تتأثر بمستويات مختلفة من المرونة النفسية من خلال احترام الذات، والكفاءة الشخصية، والمثابرة ، والتدين، والسيطرة، والتدين.
5. وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في المرونة النفسية وبعض متغيرات الشخصية لصالح الذكور.

الفصل الرابع منهجية البحث وإجراءاته	
أولاً: منهج الدراسة	
ثانياً: مجتمع الدراسة	
ثالثاً: عينة الدراسة	
رابعاً: أدوات الدراسة	
خامساً: الأساليب الإحصائية	

تمهيد:

يهدف البحث الحالي إلى التعرف على مرونة الأنا لدى المراهقين، باعتباره مؤشراً وقائياً للحد من الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية لدى طلاب المرحلة الثانوية الرسمية في مدينة دمشق من الذكور والإناث، وذلك من خلال التعرف على مدى انتشار مرونة الأنا بين الطلاب، وعلاقة ذلك بالميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية، ومعرفة الفروق بين الجنسين (الذكور والإناث)، إضافة إلى التعرف على تأثير مرونة الأنا في الحد من معاناة الطلاب من الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية. ولتحقيق الغرض اعتمد الباحث على خطوات منهجية لتحقيق تلك الأهداف، تتمثل في إجراء دراسة استطلاعية الغرض منها هو التأكد من صلاحية المقاييس المعتمدة في البحث الحالي، وهي مقياس مرونة الأنا، مقياس الميول الاكتئابية، ومقياس الأفكار الانتحارية، ثم تلتها دراسة أساسية كان الهدف منها هو اختبار والتحقق من صحة الفرضيات التي صاغها الباحث في بحثه الحالي.

أولاً: منهج البحث:

استخدم الباحث في بحثه الحالي المنهج الوصفي التحليلي، هذا المنهج يحاول الإجابة عن السؤال الأساسي في العلم وهو ماذا؟ أي ما طبيعة الظاهرة موضع البحث. ومعنى ذلك، أن البحث يهتم أساساً بالوحدات أو الشروط أو العلاقات أو الفئات (التصنيفات) أو الأنساق التي توجد بالفعل، وقد يشمل ذلك الآراء حولها أو الاتجاهات إزاءها وكذلك العمليات التي تتضمنها والآثار التي تحدثها والمتجهات التي تنزع إليها، ومعنى ذلك أن السؤال الوصفي قد يمتد إلى تناول كيف تعمل الظاهرة. ويرى الخطيب (2006) أن المنهج الوصفي هو أسلوب يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما هي، ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كيفياً أو كمياً فالبحث الوصفي يستكشف (يتعرف ظاهرة ما، أو يتوصل إلى استبصارات جديدة) أو يصف (بذكر نسبة الحدوث، أو التوزيع، أو الخصائص لمجموعة ما أو لموقف ما) أو يفسر ويتنبأ (يدرس العلاقات بين المتغيرات). وتجميع المعلومات في البحث الوصفي باستخدام الاستبيانات أو المقابلات أو الاختبارات (الخطيب، 2006، 52).

ويتم الوقوف في البحث الحالي على طبيعة مرونة الأنا، وكيفية حدوثها، وآثارها على الصحة النفسية، وقدرتها على الحد من الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية، من خلال بحث العلاقة بينهما، ومعرفة الفروق بين الذكور والإناث، وكذلك الفروق حسب الصفوف الدراسية وأعمار أفراد العينة المستهدفة، ثم بيان أثر مرونة الأنا كمؤشر جيد للصحة النفسية.

ثانياً: المجتمع الأصلي للبحث:

يتكون المجتمع الأصلي للبحث من جميع الطلاب المرحلة الثانوية ذكوراً وإناثاً في ثانويات محافظة دمشق الرسمية للعام الدراسي 2012/2011 على اعتبار أنهم يمثلون مرحلة المراهقة. وبعد رجوع الباحث إلى مديرية التربية في محافظة دمشق تبين وجود إحدى عشرة منطقة تعليمية تتضمن جميع الثانويات الرسمية للإناث، كما أن هناك إحدى عشرة منطقة تعليمية تتضمن جميع الثانويات الرسمية للإناث. فقد بلغ عدد أفراد المجتمع الأصلي حسب إحصاءات مديرية التربية في محافظة دمشق للعام الدراسي (2012/2011) وهو العام الذي بدأ فيه تطبيق أدوات البحث (36586) طالباً وطالبة منهم (15635) طالباً، و(20951) طالبة يتوزعون على (71) مدرسة ثانوية. والجدول التالي يبين ذلك:

جدول (3) يوضح المجتمع الأصلي للبحث

رقم	المناطق التعليمية	مدارس الإناث		مدارس الذكور	
		عدد المدارس	عدد الإجمالي للطالبات	عدد المدارس	عدد الإجمالي الطلاب
1	قاسيون	2	1100	3	1486
2	الميدان	2	1075	3	1656
3	اليرموك	2	1300	4	1886
4	القدم	1	390	3	1311
5	الأمويين	2	998	3	1702
6	القصاع	5	2725	6	2450
7	الشاغور	3	1700	3	1654
8	المزة	4	1825	5	2287
9	المزرعة	3	1608	4	1954
10	المهاجرين	3	1800	4	2020
11	العباسيين	2	1120	5	2545
	المجموع	29	15635	43	20951

المصدر (مديرية التربية في محافظة دمشق 2011).

ثالثاً: عينة البحث:

تضمن البحث عينتين تم التعامل معهما، وهما: عينة البحث الاستطلاعية، وعينة البحث الأساسية:

1. عينة البحث الاستطلاعية:

للتحقق من صدق وثبات مقياس جاك بلوك (Jackblock,1993) لمرونة الأنا، ومقياس (أحمد عبدالخالق) للاكتئاب عند الأطفال والمراهقين، ومقياس (أرون بيك) Beck للأفكار الانتحارية ثم تطبيقهما على عينة استطلاعية مؤلفة من (100) طالباً وطالبة، بواقع (50) طالباً و (50) طالبة من طلبة المرحلة الثانوية، وقد اختيرت هذه العينة بطريقة قصدية من مدرستين ثانويتين، واحدة للذكور، وهي: ثانوية عبد الرؤوف سعيد والثانية للإناث هي ثانوية عادلة بيهم الجزائري في الفصل الأول للعام الدراسي 2011/2012.

2. عينة البحث الأساسية:

تكونت عينة البحث الأساسية من (915) طالباً وطالبة من طلاب الصفوف الثلاثة (العاشر، الحادي عشر، الثاني عشر) في المرحلة الثانوية في محافظة مدينة دمشق، بحيث كان عد الطلاب (524) طالباً، و(391) طالبة، والموزعين على (12) مدرسة من الوحدات التعليمية التابعة لمدينة دمشق، والتي تتراوح أعمارهم الزمنية بين (15. 18) سنة.

3. تحديد حجم العينة:

عينة البحث هي الجزء الممثل للمجتمع الأصلي، والذي أجري عليه البحث بشكل فعلي. وقد اعتمد الباحث طريقة العينة الطبقيّة العشوائية على مراحل، لكونها الطريقة الأكثر إماماً بجوانب وأبعاد المجتمع الأصلي المتعددة بحيث يصل إلى تمثيل نسبي يكافئ توزيع أفراد المجتمع الأصلي بحسب الخصائص والمتغيرات المختلفة التي تمت دراستها وتحليلها. وذلك وفقاً لتوزع الطلاب في المرحلة الثانوية في ثانويات مدينة دمشق، بحسب مناطقها المختلفة. وقد تم تحديد حجم العينة بعد المرور بمجموعة من المراحل مبيّنة كما يلي:

4. مراحل اختيار العينة:

تم اختيار عينة عشوائية طبقية من المجتمع الأصلي وفقاً للخطوات الآتية:

(أ) قام الباحث بسحب عينة من (12) منطقة تعليمية من مناطق مدينة دمشق البالغ 12، ومن ثم قام الباحث بتحديد أعداد الطلاب في كل منطقة تعليمية، ومن ثم اختيار طلاب مرحلة التعليم الثانوي، لأن هؤلاء الطلبة قد وصلوا إلى درجة من النضج تمكنهم من الإجابة على بنود الاستبيان نتيجة للخبرات المتراكمة التي يكونون قد مرّوا بها خلال حياتهم الدراسية والتربوية والاجتماعية، ومن خلال العودة إلى جداول مديرية التخطيط والإحصاء، والجدول التالي يبين أعداد الطلبة في المرحلة الثانوية لكل منطقة من المناطق التعليمية ونسبة تمثيلها للمجتمع الأصلي.

جدول (4) يبين توزع أفراد المجتمع الأصلي لعدد الطلاب الكلي حسب كل منطقة ونسب تمثيلها

المجتمع		المناطق التعليمية
النسبة المئوية	المجموع	
7.07%	2586	قاسيون
7.46%	2731	الميدان
8.71%	3186	اليرموك
4.65%	1701	القدم
7.38%	2700	الأمويين
14.14%	5175	القصاع
9.17%	3354	الشاغور
11.24%	4112	المزة
9.74%	3562	المزرعة
10.44%	3820	المهاجرين
10.02%	3665	العباسيين
100.00%	36586	المجموع

يلاحظ من الجدول (4) أن مجموع الطلبة في المرحلة الثانوية قد بلغ (36586) لذلك تم سحب نسبة (2.5%) من عدد الطلبة المسجلين في ثانويات مدينة دمشق حيث إن هذه النسبة مقبولة لمثل هذا العدد وبذلك بلغ العدد الإجمالي للعينة وفق هذه النسبة (915) طالباً وطالبة.

ب) تم توزيع أفراد العينة على المناطق التعليمية في المجتمع الأصلي بحيث يتناسب توزع الطلاب في كل منطقة تعليمية في العينة مع توزعهم في المجتمع الأصلي للمنطقة نفسها، وبهذا تحدد عدد الطلاب الذين سيطبق عليهم البحث. والجدول التالي يبين الإعداد والنسب المئوية لتوزع أفراد المجتمع الأصلي وتوزع أفراد العينة التي تبين أنه يجب تطبيق البحث عليها.

جدول (5) توزع أفراد العينة والمجتمع الأصلي بحسب كل منطقة تعليمية

العينة		المجتمع		المناطق التربوية
النسبة المئوية	المجموع	النسبة المئوية	المجموع	
7.10 %	65	7.07 %	2586	قاسيون
7.42 %	68	7.46 %	2731	الميدان
8.62 %	79	8.71 %	3186	اليرموك
4.69 %	43	4.65 %	1701	القدم
7.31 %	67	7.38 %	2700	الأمويين
14.08 %	129	14.14 %	5175	القصاع
9.17 %	84	9.17 %	3354	الشاغور
11.24 %	103	11.24 %	4112	المزة
9.72 %	89	9.74 %	3562	المزرعة
10.48 %	96	10.44 %	3820	المهاجرين
10.04 %	92	10.02 %	3665	العباسيين
100.00 %	915	100.00 %	36586	المجموع

يلاحظ من الجدول رقم (5) والجدول (8) التطابق التقريبي بين النسب المئوية لتوزيع أفراد المجتمع الأصلي، والنسب المئوية لتوزيع أفراد العينة بحسب المنطقة التعليمية حيث بلغ مجمل إعداد الطلاب في هذه المناطق التعليمية (36586) وبلغ عدد أفراد العينة (915).

تطبيق أدوات البحث:

بعد تحديد أفراد العينة على النحو الذي وصف في إجراءات المجتمع الأصلي والعينة قام الباحث بإجراءات التطبيق في الفصل الدراسي الأول للعام (2012/2011)، بعد الحصول على موافقة مديرية التربية في محافظة مدينة دمشق، راجع الملحق (4-5) وبعد ذلك تم توزيع (950) استبياناً عشوائياً على أفراد العينة وبصورة تتناسب مع توزيعهم في الجدول (6) بحسب المناطق التعليمية وبما يشكل زيادة لكل منطقة لتلافي الهدر الذي يمكن أن يحدث، وبعد ذلك تم جمع الاستبيانات واستبعاد الاستبيانات غير

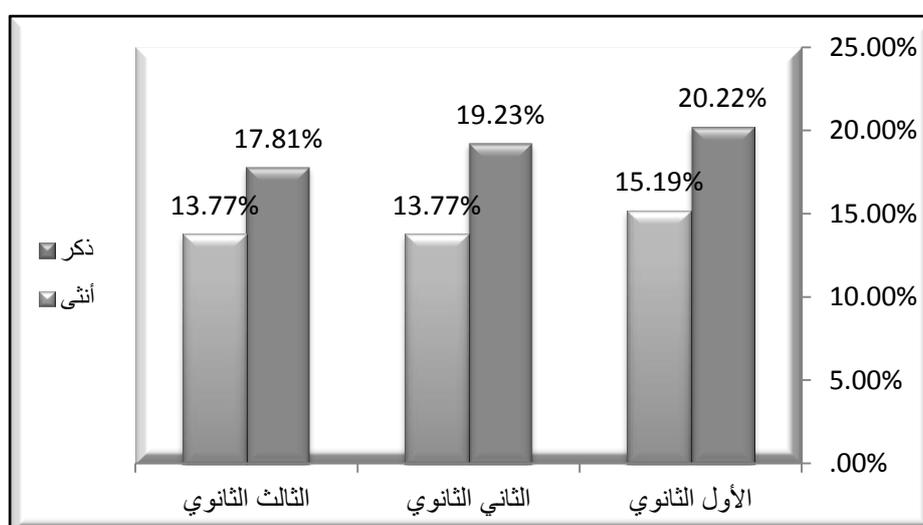
الصالحة للتفريغ الإحصائي والتوقف عند العدد المحدد للعينة، فتبين أن عدد أفراد العينة النهائية (915) طالباً وطالبة موزعين بحسب متغيرات البحث على النحو المبين في الجدول التالي:

الجدول (6) توزع أفراد العينة بحسب الجنس ونوع الكلية

المجموع	الصف			الجنس	
	الثالث الثانوي	الثاني الثانوي	الأول الثانوي	العدد	النسبة المئوية
524	163	176	185		
%57.27	%17.81	%19.23	%20.22		
391	126	126	139		
%42.73	%13.77	%13.77	%15.19		
915	289	302	324		
%100.00	%31.58	%33.01	%35.41		

يتضح من الجدول (6) التفاوت في النسبة بين الذكور والإناث فقد كانت نسبة الذكور أعلى من نسبة الإناث وخاصة في جميع صفوف المرحلة الثانوية.

الشكل (12) يبين توزع أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس والصف



رابعاً: أدوات البحث:

يعتمد البحث الحالي على ثلاثة أدوات كل منها تم استخدامه لتحقيق غرض معين وهي كالآتي:

1. مقياس مرونة الأنا:

هذا المقياس من إعداد جاك بلوك وكريمين (JACKBLOCK&Kremen, 1996)، وقد قام الخطيب والحلو (2007) بتعريبه إلى اللغة العربية. ويتكون هذا المقياس في صورته النهائية من أربع عشرة عبارة (14) عبارة، ويوجد أمام كل عبارة أربعة اختيارات وذلك مقياس متدرج من (1-4) يمثل الفئات التالية على الترتيب (لا تنطبق، تنطبق قليلاً، تنطبق أحياناً، تنطبق كثيراً). ويتم حساب الدرجة الكلية للمفحوص بجمع درجاته في الفئات الأربع للمقياس والذي تتراوح درجاته بين (0-56) درجة، وتدل الدرجة المرتفعة التي تقع فوق الدرجة (35) على أن الفرد يتمتع بمرونة الأنا بشكل واضح. (انظر ملحق رقم، 2، 3). وقد قام جاك بلوك وكريمين بتوزيع درجات المقياس وفق الجدول التالي:

جدول (7) توزع فئات الدرجات على مقياس مرونة الأنا

56.47	46.35	34.23	22.11	10.0	الدرجة
سمة المرونة المرتفعة جداً	سمة المرونة المرتفعة	سمة المرونة المعتدلة	سمة المرونة المنخفضة	سمة المرونة المنخفضة جداً	مستوى المرونة

(أ) الخصائص السيكومترية للمقياس:

قام الباحث بتعرف على الخصائص المتعلقة بصدق وثبات المقياس من خلال التعرف على الصدق الظاهري، والصدق التمييزي، وصدق المحتوى، وقدرة المقياس على قياس ما وضع لقياسه، إضافة إلى حساب ثبات المقياس من خلال تطبيقه على أفراد العينة الاستطلاعية البالغ عددها (100) طالباً وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية في مدينة دمشق.

(ب) إجراءات الصدق:

يقصد بصدق أداة القياس النفسي أن تحقق الغرض الذي وضعت من أجله، بعبارة أخرى أن تقيس الأداة كل القدرة أو السمة التي تدعى أنها تقيسها، ولا تقيس شيئاً آخر مختلفاً عنها، أو بالإضافة إليها (سليمان، 1994: 109).

وللتأكد من صدق المقياس الحالي قام الباحث بالاعتماد على بعض الطرق الوصفية والإحصائية، وهي:

(ج) صدق المحكمين (الظاهري): Face validity

يدل الصدق الظاهري على المظهر العام للاختبار كوسيلة من وسائل القياس، كما أنه يعني ما إذا كان الاختبار يبدو صادقاً في نظر المفحوصين والفاحصين، وبالرغم من أن

الصدق الظاهري ليس صدقاً بالمعنى العلمي للكلمة، لأنه يدل على أن الاختبار يقيسه من الظاهر لا على ما يقيسه بالفعل، إلا أنه لا بد وأن يتوفر في الاختبار حتى يكون ذا فاعلية في مواقف القياس (أبو حطب، سيد عثمان، 1976: 98). وقد عرّفه علام بأنه: "رفع استئثار المفحوصين للحد الأقصى لتقبل المقياس ولضمان تعاون المفحوصين في الموقف الاختباري". (علام، 2006، 257)

ومن أجل ذلك اعتمد الباحث في هذا النوع من الصدق على آراء المحكمين من أساتذة ومدرسين من كلية التربية في جامعة دمشق، راجع ملحق رقم (1) للتحكيم على مدى صلاحية وصدق عبارات المقياس لقياس البعد الذي تنتمي إليه وبناءً على آرائهم وملاحظاتهم ومقترحاتهم تم تعديل بعض العبارات. إذ اتفق السادة المحكمين والخبراء على جميع عبارات المقاييس صالحة، ولكن بعض العبارات بحاجة إلى إعادة صياغة. لذلك قام الباحث بتعديل بعض العبارات والبدايل الموجودة في المقياس. كما هو موضح في: الجدول رقم (8) الذي يوضح التعديلات على مقياس مرونة الأنا قبل وبعد التعديل.

جدول (8) التعديلات على مقياس مرونة الأنا

نص العبارة قبل التعديل	نص العبارة بعد التعديل
أستطيع أن أتجاوز حالات الذعر والقلق وأتعافى منها بسرعة.	أستطيع أن أتجاوز حالات الخوف والقلق بسرعة.
حياتي اليومية تضح بأشياء تبقيني مهتماً و مستمتعاً.	حياتي اليومية مليئة بأشياء تبقيني مهتماً بها.
أرغب دوماً و أكون مستعداً لأن أصف نفسي على أنني شخص وشخصية قوية إلى حد ما	أرغب دوماً لأن أصف نفسي على أنني ذو شخصية قوية

د) الصدق التمييزي: Discriminate Validation

تم تطبيق مقياس مرونة الأنا على أفراد العينة الاستطلاعية بهدف التعرف على صدقه التمييزي. ويعرفه امطانيوس ميخائيل الصدق التمييزي بأنه: "مفهوم كمي وإحصائي يعبر بلغة العدد عن درجة تلك الحساسية ومدى قدرة البند على التمييز أو التفريق بين الأفراد في ذلك الجانب أو المظهر من السمة التي يتصدى لقياسها، ولا شك في أن القدرة التمييزية للبنود تتصل مباشرة بصدق تلك البنود ونجاحها في قياس ما وضعت لقياسه وذلك من خلال مقارنة الفئات المتطرفة في المقياس نفسه". (ميخائيل، 2006، 86، 152)

حيث قام الباحث بإجراء معامل التمييز على المقياس بين الثلث الأدنى والثلث الأعلى لاستجابات المفحوصين في ضوء درجاتهم الكلية على المقياس، حيث رتبت البنود بشكل

تصاعدي وعولجت النتائج إحصائياً باستخدام معامل (مان - وتني) اللابرامتري لدلالة الفروق بين الثلثين الأعلى والأدنى. وكانت النتائج كما يظهر في الجدول رقم (9).

جدول (9) يبين دلالة الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس مرونة الأنا

التميزي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان وتني (U)	قيمة الدلالة	القرار عند 0.05
الفئة العليا	33	20.82	687	126.00	0.00	دال إحصائياً
الفئة الدنيا	33	46.18	1524			

يُلاحظ من الجدول أن معامل مان وتني للمقياسين ($U=126.000$) ولا توجد مشاهدات مشتركة بين الفئة العليا والفئة الدنيا ومستوى الدلالة ($Sig=0.00$) أصغر من 0.05 و توجد فروق بين الفئتين، وبالتالي فالصدق التمييزي للمقياس مرتفع ويمكن الاعتماد عليه لإنجاز أهداف الدراسة.

هـ) الصدق التحليلي (Analyses validity):

يستخدم كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، وتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس الفرعي، إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة. (عبد الخالق 1996، 140)

ولحساب الاتساق الداخلي للبنود حسب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للبعد الذي ينتمي إليه، كما تم حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للمقياس ككل، وكذلك تم حساب ارتباط كل بند بالدرجة الكلية للرتبة التي ينتمي إليها، واستخرجت مستويات الدلالة الإحصائية وقد قام الباحث بإجراء الصدق التحليلي كما يلي:

جدول (10) دلالة الارتباط بين مقياس المرونة النفسية وبنوده

الخيارات	ألفا كرونباخ	الارتباط	التباين	متوسط الدرجة
أنا كريم الخلق مع أصدقائي	.0867	.655	62.968	42.3900
أستطيع أن أتجاوز حالات الخوف والقلق بسرعة	.874	.510	66.772	42.6600
أستمتع بالتعامل مع الحالات والمواقف الجديدة غير المألوفة	.877	.448	66.763	42.3800
أنجح عادةً في إعطاء الناس انطباعاتاً "محبباً" عن شخصيتي	.87	.483	70.115	42.3100

الدرجة	متوسط الدرجة	التباين	الارتباط	ألفا كرونباخ	الخيارات
42. 2200	66. 113	641 .	869 .	أستمتع بتجربة تناول الأطعمة الجديدة التي لم أتذوقها من قبل	
42. 4600	63. 362	699 .	865 .	ينظر الناس إلي على أنني شخص حيوي	
43. 1000	67. 465	471 .	867 .	أحب أن أسلك ممرات وطرقاً مختلفة وصولاً إلى أماكن مألوفة لدي	
42. 6300	61. 710	663 .	866 .	أنا فضولي أكثر من معظم الناس	
42. 3200	64. 078	681 .	866 .	إن معظم الناس اللذين ألتقي بهم محبوبون لدي	
43. 0600	63. 087	561 .	872 .	عادةً ما أفكر جيداً قبل التصرف بأمر من الأمور	
42. 4700	62. 050	0,739	863 .	أحب أن أقوم بأعمال جديدة ومتنوعة	
43. 1300	64. 357	0,455	878 .	حياتي اليومية مليئة بأشياء تبغيني مهتماً وبها	
42. 7600	64. 528	0,460	878 .	أرغب دائماً لأن أصف نفسي على أنني شخص ذو شخصية قوية	
42. 2900	65. 541	0,632	869 .	أتغلب على غضبي من الآخرين بسرعة إلى حد معقول	

نلاحظ من الجدول رقم (10) أن أصغر قيمة لمعامل الاتساق كانت للمفردة التي تنص أستمتع بالتعامل مع الحالات والمواقف الجديدة غير المألوفة ومقياس المرونة النفسية حيث بلغت قيمة معامل الاتساق وهذه المفردة (. 448)، في حين بلغت أكبر قيمة لمعامل الاتساق بين المفردة التي تنص أحب أن أقوم بأعمال جديدة ومتنوعة ومقياس المرونة النفسية حيث بلغت قيمة معامل الاتساق وهذه المفردة (. 739.0).

(و) الثبات (Reliability):

يعني الثبات كما أشار العبد (2003) "أن تكرار تطبيق أداة البحث على وحدة التحليل نفسها يؤدي إلى التوصل إلى النتيجة نفسها، بغض النظر عن الباحث الذي يقوم بتطبيق تلك الأداة، والمقصود بالثبات، قياس مدى استقلالية المعلومات، عن أدوات القياس ذاتها، أي مع توافر الظروف نفسها، والفئات والوحدات التحليلية والعينة الزمنية، ذلك أنه من الضروري، الحصول على النتائج نفسها، مهما اختلف القائمون بالتحليل ووقت التحليل". (العبد، 2003، 61)

استخدم الباحث طريقة التجزئة النصفية للمقياس (Spilt-HalfMethod)، والتي يمكن من خلالها تحديد الحد الأعلى لمعامل ثبات المقياس، كما استخدم الباحث طريقة ألفا كرونباخ Cronbachs Alpha Coefficient وتعتمد هذه الطريقة على فحص أداء الأفراد على كل بند من بنود الاختبار على حدة، أي أن الثبات هنا يتعلق بمدى استقرار استجابات المفحوص على البنود واحدة بعد الأخرى، ويقدر شمول الاتساق بين هذه البنود بقدر ما نحصل على تقدير جيد لثبات الاختبار، ويتم حساب معامل الثبات بهذه الطريقة من خلال تحليل التباين (ع2) من خلال معادلات مثل: معادلة كودر- رتشاردسون، ومعادلة ألفا-كرونباخ (غنيم، صبري، 2000: 261).

لذلك، استخدم الباحث الثبات بالإعادة (Test-Retest Method) وتم تطبيق المقياس على العينة بعد (14) يوماً من التطبيق الأول بتاريخ، حيث تم إعادة تطبيق الأداة على العينة نفسها لإجراء معاملات الثبات كما هو مبين في الجدول التالي:

جدول (11) يبين معاملات الثبات لمقياس مرونة الأنا

مقياس	معامل جتمان للتصنيف	معامل كرونباخ ألفا	الثبات بالإعادة	مستوى الدلالة	القرار
(مرونة الأنا ER)	0,84	0,928	0,948	. 000	دالة

بالنسبة لمقياس المرونة النفسية بلغ معامل كرونباخ ألفا (0.928)، ومعامل الثبات للتصنيف (معامل جتمان للتصنيف) بلغ (0,84). والثبات بالإعادة بلغ (0,94)، ومستوى الدلالة لمعامل الثبات بالإعادة (. 000) أصغر من (0.05)، ومنه يوجد ارتباط بين التطبيقين، ويمكن الاعتماد على الأداة لتحقيق أهداف الدراسة.

2. مقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين (ACDI):

(أ) وصف المقياس: تألفت القائمة في صيغتها الأولية من (51) بنداً على شكل عبارات تصف أحد الأعراض الاكتئابية، وبعد عدة مراحل وصل المقياس إلى (27) عبارة في صيغته النهائية. وللقائمة صدق ظاهري جيد واتساق داخلي واستقرار مرتفع عبر الزمن، وصدق مرتبط بالمحك على عينات مصرية وكويتية . وللقائمة كذلك ثبات. وقد قام بتقنين القائمة كلاً من (عبد الخالق ورضوان ، 1999) على عينة بلغت (701) وتوزعت البنود (27) على سبعة مجالات: الاكتئاب العام، مشكلات النوم، انتقاء الوحدة، ضعف التركيز، الاجهاد، انتقاء التوقعات السلبية، والتشاؤم، وكره النفس، وهناك تسعة عشر بنداً منها تعد مؤشرات إيجابية للاكتئاب (مثل: أنا حزين) في حين أن ثمانية منها تعد مؤشرات سلبية للاكتئاب (مثل: أشعر بالسعادة) وكشفت القائمة عن خصائص سيكومترية جيدة، إذ تتصف باتساق داخلي مقبول، حيث إنه لم يزد أي معامل ارتباط بين البنود عن

(0,60) فيبدو أن القائمة لا تشمل على حشو أو تكرار أو اسهاب بين البنود، ومن ناحية أخرى تشير النتائج إلى ارتفاع معاملات ثبات ألفا كرونباخ فوق (0,84) لدى الجنسين فهي ذات اتساق داخلي بين البنود، وثبات مرتفع كما قيس على عينات سورية. كما تتسم القائمة بصدق مرتبط بالمحك على عينات سورية بلغ (0,475) دال عند مستوى (0,000) حيث استخرجت معاملات ارتباط دالة احصائياً بين الدرجات عليها وعلى قائمة اكتتاب الأطفال من وضع (كوفاكس) في صيغتها المعربة وتتراوح الدرجات على المقياس بين /27/ و /81/ ومن تزيد درجته عن /53/ يعاني من أعراض اكتئابية شديدة. راجع الملحق (6).

(ب) الخصائص السيكومترية للمقياس:

✓ **الصدق التحليلي (الاتساق الداخلي):** يستخدم هذا النوع من الصدق كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، وتم ذلك عن طريق حساب معاملات الارتباط بين كل بند والدرجة الكلية على المقياس الفرعي، إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة. (عبد الخالق، 1996، 140) وقد قام الباحث بإجراء الصدق التحليلي كما يلي:

جدول (12) يبين قيم معامل الاتساق بين مقياس الاكتتاب للأطفال والمراهقين (ACDI)

وبنوده

الخيارات	ألفا كرونباخ	الارتباط بالإعادة	التجزئة النصفية	متوسط الدرجات
أشعر بالسعادة	0,925	0,634	92,36	66. 3900
أشعر بالخمول	0,921	0,589	95,91	66. 8600
أنام جيداً	0,922	0,690	88,89	66. 6700
أجد صعوبة في التركيز على دراستي	0,924	0,699	91,24	66. 4600
أشعر أن لا قيمة لي	0,923	0,790	91,06	66. 3800
أحلم أحلاماً مزعجة	0,925	0,549	93,36	66. 5600
أنا حزين	0,927	467 .	91. 073	66. 7600
أنا واثق من نفسي	0,927	417 .	94. 412	67. 1500
أشعر بالتعب	0,925	624 .	92. 226	66. 4200
تركيزي ضعيف	927 .	460 .	91. 549	66. 6900
أقلق أثناء نومي	925 .	575 .	90. 870	66. 6700

الخيارات	ألفا كرونباخ	الارتباط بالإعادة	التجزئة النصفية	متوسط الدرجات
لي أصدقاء كثيرون	923 .	690 .	88. 890	66. 6700
أشعر بالضيق	924 .	699 .	91. 241	66. 4600
أنا "شارد "	927 .	411 .	95. 812	66. 6900
أشعر بالوحدة(أنني وحيد)	923 .	710 .	90. 757	66. 5300
أشعر أنني تعيس	926 .	537 .	91. 179	66. 6500
الحياة حلوة	922 .	740 .	88. 429	66. 5700
أشعر أنني فاشل	929 .	301 .	94. 741	66. 8700
أشعر بالملل	924 .	614 .	90. 405	66. 6700
أشعر بالغضب	921 .	522 .	95. 563	66. 8200
أنا راض عن حياتي	923 .	703 .	88. 728	66. 6700
هناك أشياء كثيرة تضايقتني	925 .	546 .	91. 946	66. 5600
أنا متشائم (أتوقع الشر)	924 .	660 .	91. 318	66. 4300
ستحدث لي أشياء سيئة	928 .	437 .	91. 361	66. 7500
كثير من الناس يحبوني	926 .	527 .	92. 778	66. 4900
أكره نفسي	927 .	484 .	90. 957	66. 7500
أنا متفائل (أتوقع الخير)	922 .	733 .	88. 422	66. 6100

من الجدول رقم (12) نجد أن أصغر قيمة لمعامل الاتساق كانت المفردة التي تنص أشعر أنني فاشل ومقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين (ACDI)، حيث بلغت قيمة معامل الاتساق وهذه المفردة (0.301)، في حين بلغت أكبر قيمة لمعامل الاتساق بين المفردة التي تنص أشعر أن لا قيمة لمقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين (ACDI) حيث بلغت قيمة معامل الاتساق وهذه المفردة (0,79).

✓ الصدق التمييزي:

جدول (13) دلالة الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الاكتئاب

التمييزي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان وتني (U)	قيمة الدلالة	القرار عند 0.05
الفئة العليا	33	40. 2	1326. 5	323. 50	0. 004	دال إحصائياً
الفئة الدنيا	33	26. 8	884. 5			

يلاحظ من الجدول (13) أن معامل مان وتني للمقياسين (U=323. 500) ولا توجد مشاهدات مشتركة بين الفئة العليا والفئة الدنيا ومستوى الدلالة (Sig =. 004) أصغر من 0.05 و توجد فروق بين الفئتين، مما يدل على صلاحية المقياس.

✓ ثبات المقياس:

جدول (14) يبين معاملات الثبات لمقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين.

مقياس	معامل جتمان للتصنيف	معامل كرونباخ ألفا	الثبات بالإعادة	مستوى الدلالة	القرار
صف مشاعرك (ACDI)	0,73	0,88	0,92	0,000	دالة

بالنسبة لمقياس صف مشاعرك (ACDI) بلغ معامل كرونباخ ألفا (0.88)، ومعامل الثبات للتصنيف (معامل جتمان للتصنيف) بلغ (0.73). والثبات بالإعادة بلغ (0,92) لذا يمكن الاعتماد على الأداة في إتمام إجراءات الدراسة. ومستوى الدلالة لمعامل الثبات بالإعادة (0,000) أصغر من (0.05)، ومنه يوجد ارتباط بين التطبيقين ويمكن الاعتماد على الأداة لتحقيق أهداف الدراسة.

3. مقياس بيك للأفكار الانتحارية:

وصف المقياس: مقياس بيك للتفكير في الانتحار (BSS) هو أداة قيمة بالنسبة للأطباء لفحص أفكار الانتحار لدى المرضى. وهو مفيد أيضاً لرصد التفكير في الانتحار لدى المرضى الذين لديهم تاريخ من السلوك الانتحاري. ويتضمن المقياس (21) مجموعة من العبارات تقيس ال (19) عبارة الأولى درجات من شدة الرغبات والاتجاهات والخطط الانتحارية بحيث تتدرج شدتها داخل كل مجموعة ما بين درجة (0) إلى (2) درجتان. وتقيس هذه العبارات ال (19) الجوانب التالية في التفكير الانتحاري: الرغبة في العيش، الرغبة في الموت، أسباب الحياة وأسباب الموت، المحاولات الفعلية للانتحار ومرات تكرارها، فترة الأفكار الانتحارية، المقدرة الفعلية على التنفيذ والقيام بالانتحار، رسائل الانتحار (الوصية)، الأفعال الأخيرة قبل الانتحار. المجموعتين الأخيرتين من العبارات (والتي تسأل عن عدد من محاولات الانتحار السابقة ومدى الجدية في الرغبة في الموت خلال محاولة الانتحار الأخيرة) والتي تساعد الأخصائي الاكلينيكي اكتشاف خصائص أساسية هامة للانتحار ولكن لا يتم استخدامها في حساب الدرجة الكلية للاختبار.

(أ) الخصائص السيكومترية للمقياس:

✓ صدق المحكمين:

اعتمد الباحث أجل ذلك هذا النوع من الصدق على آراء المحكمين من أساتذة ومدرسين من كلية التربية في جامعة دمشق، راجع ملحق رقم (1) للتحكيم على مدى صلاحية وصدق عبارات المقياس لقياس البعد الذي تنتمي إليه وبناءً على آرائهم وملاحظاتهم ومقترحاتهم تم تعديل بعض العبارات. إذ اتفق السادة المحكمين والخبراء على جميع عبارات المقاييس صالحة بنسبة (80%)، ولكن بعض العبارات بحاجة إلى إعادة صياغة. لذلك قام الباحث بتعديل بعض العبارات والبدائل الموجودة في المقياس. كما هو موضح في: الجدول رقم (15)

جدول (15) يبين التعديلات على مقياس الأفكار الانتحارية

نص العبارة قبل التعديل	نص العبارة بعد التعديل
نادراً في أحيان قليلة أفكر بقتل نفسي	نادراً ما أفكر بقتل نفسي
ليست لدي القدرة أو الشجاعة لارتكاب الانتحار.	ليست لدي القدرة لارتكاب الانتحار.
لست متأكداً فيما إذا كنت أملك الشجاعة لارتكاب الانتحار.	لست متأكداً فيما إذا كنت أملك الشجاعة لارتكاب الانتحار.
توصلت أو أتوقع الوصول إلى الطريقة التي سأختارها لقتل نفسي وأملك أو سأملك الفرصة لاستخدامها.	أتوقع الوصول إلى الطريقة التي سأختارها لقتل نفسي وأملك الفرصة لاستخدامها.

✓ الصدق التمييزي: Discriminate Validation

تم تطبيق مقياس الأفكار الانتحارية على أفراد العينة الاستطلاعية بهدف التعرف على صدقه التمييزي. حيث قام الباحث بإجراء معامل التمييز على المقياس بين الثلث الأدنى والثلث الأعلى لاستجابات المفحوصين في ضوء درجاتهم الكلية على المقياس، حيث رتبت البنود بشكل تصاعدي وعولجت النتائج إحصائياً باستخدام معامل (مان - وتني) اللابرامتري لدلالة الفروق بين الثلثين الأعلى والأدنى. وكانت النتائج كما يظهر في الجدول رقم (16).

جدول (16) دلالة الفروق بين الفئة العليا والفئة الدنيا لمقياس الأفكار الانتحارية

مقياس الأفكار الانتحارية	التمييزي	العدد	متوسط الرتب	مجموع الرتب	اختبار مان وتني (U)	قيمة الدلالة	القرار عند 0.05
	الفئة العليا	33	43.12	1423	227.00	0.000	دال إحصائياً
	الفئة الدنيا	33	23.88	788			

يُلاحظ من الجدول (16) أن معامل مان وتني للمقياسين ($U=227.000$) ولا توجد مشاهدات مشتركة بين الفئة العليا والفئة الدنيا ومستوى الدلالة ($Sig = .000$) أصغر من (0.05)، وتوجد فروق بين الفئتين، مما يدل على صلاحية المقياس وقدرته على التمييز بين أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية.

✓ الصدق المحكي أو التلازمي:

قام الباحث بتطبيق اختبار احتمالية الانتحار (عبد الرقيب البحيري) على العينة الاستطلاعية، ثم عمل على إيجاد الارتباط بين متوسط درجات أفراد العينة الاستطلاعية على المقياسين، وبلغ معامل الارتباط بيرسون (0.81) وهو ارتباط دال احصائياً عند مستوى دلالة (0.01) مما يؤكد على العلاقة القوية بين المقياسين، وصدق مقياس الأفكار الانتحارية.

✓ الاتساق الداخلي:

جدول (17) يبين قيم معامل الاتساق بين مقياس الأفكار الانتحارية وبنوده

الخيارات	ألفا كرونباخ	الارتباط مع الدرجة الكلية	التباين	متوسط الدرجات
q1	. 911	. 537	175. 323	56. 4900
q2	. 907	. 460	181. 861	56. 7600
q3	. 913	. 429	179. 080	56. 4800
q4	. 912	. 487	183. 921	56. 4100
q5	. 911	. 548	179. 149	56. 3200
q6	. 909	. 645	174. 128	56. 5600
q7	. 911	. 438	183. 374	57. 2000
q8	. 910	. 575	172. 724	56. 7300
q9	. 910	. 580	176. 327	56. 4200
q10	. 912	. 493	174. 621	57. 1600
q11	. 904	. 803	163. 078	56. 9500
q12	. 911	. 556	170. 755	57. 5500
q13	. 908	. 660	166. 436	57. 2200
q14	. 905	. 756	165. 476	56. 8300
q15	. 910	. 574	168. 296	56. 6300
q16	. 905	. 756	160. 164	56. 5900

الخيارات	ألفا كرونباخ	الارتباط مع الدرجة الكلية	التباين	متوسط الدرجات
q17	910 .	618 .	163. 642	56. 9300
q18	908 .	660 .	166. 436	57. 2200
q19	905 .	756 .	165. 476	56. 8300

من الجدول رقم (17) نجد أن أصغر قيمة لمعامل الاتساق كانت للمفردة رقم 3 في مقياس الأفكار الانتحارية حيث بلغت قيمة معامل الاتساق وهذه المفردة (0.429)، في حين بلغت أكبر قيمة لمعامل الاتساق بين المفردة رقم 11 ومقياس الأفكار الانتحارية حيث بلغت قيمة معامل الاتساق وهذه المفردة (0.803).

✓ ثبات المقياس:

جدول (18) يبين معاملات الثبات لمقياس الأفكار الانتحارية

مقياس	معامل جتمان للتصنيف	كرونباخ ألفا	الثبات بالإعادة	مستوى الدلالة	القرار
الأفكار الانتحارية BSS	0,95	0,914	0,89	000 .	دالة

بالنسبة لمقياس الأفكار الانتحارية (BSS) بلغ معامل كرونباخ ألفا (0.94)، ومعامل الثبات للتصنيف (معامل جتمان للتصنيف) بلغ (0.95). والثبات بالإعادة بلغ (0.89) لذا يمكن الاعتماد على الأداة في إتمام إجراءات الدراسة. ومستوى الدلالة لمعامل الثبات بالإعادة (000.) أصغر من (0.05)، ومنه يوجد ارتباط بين التطبيقين ويمكن الاعتماد على الأداة لتحقيق أهداف الدراسة.

خامساً: الأساليب الإحصائية:

في ضوء أهداف وفروض البحث الحالي، استخدم الباحث بعض الأساليب الإحصائية لمعالجة البيانات واختبار صحة الفروض - باستخدام برنامج SPSS- والتي تمثلت في الآتي:

1. النسب المئوية.
2. معامل الارتباط البسيط (لبيرسون).
3. اختبار (ت) لدلالة الفروق بين المتوسطات.
4. تحليل التباين الأحادي .
5. مقاييس الإحصاء الوصفي (المتوسط - الوسيط - النسبة المئوية)، والانحراف المعياري من مقاييس التشتت.
6. اختبار وليكوسون لدلالة الفروق بين الرتب. وقيمة Z لاختبار دلالة الفروق بين الدرجات العليا والمنخفضة على مقياس مرونة الأنا
7. اختبار مان ويتنى للعينات الصغيرة، وقيمة Z لاختبار الفرق بين الدرجات العليا والدنيا لمقياس مرونة الأنا (الصدق التمييزي).

الفصل الخامس نتائج الدراسة وتفسيرها	
أولاً: نتائج السؤال الأول.	
1-	نتائج الفرض الأول ومناقشته
2-	نتائج الفرض الثاني ومناقشته
3-	نتائج الفرض الثالث ومناقشته
ثانياً: نتائج السؤال الثاني.	
4-	نتائج الفرض الرابع ومناقشته
5-	نتائج الفرض الخامس ومناقشته
ثالثاً: نتائج السؤال الثالث.	
6-	نتائج الفرض السادس ومناقشته
7-	نتائج الفرض السابع ومناقشته
8-	نتائج الفرض الثامن ومناقشته
9-	نتائج الفرض التاسع ومناقشته
10-	نتائج الفرض العاشر ومناقشته
11-	نتائج الفرض الحادي عشر ومناقشته
رابعاً: التعليق العام على نتائج البحث والنظرة المستقبلية	
خامساً: المقترحات	

أولاً: نتائج السؤال الأول: ما مستوى مرونة الأنا لدى طلاب المرحلة الثانوية؟

للإجابة على هذا السؤال قام الباحث بحساب مدى الإجابات التي أجاب عليها أفراد العينة على مقياس مرونة الأنا، وذلك على النحو الذي يعرضه الجدول التالي.

جدول (19) يبين الدرجة والمدى وعدد الأشخاص والنسبة المئوية على مقياس مرونة الأنا

النسبة المئوية	عدد الأشخاص	المدى	الدرجة
0%	0	[1, 1.75]	لا تنطبق
1.53%	14	[1.76, 2.50]	تنطبق قليلاً
28.09%	257	[2.51, 3.25]	تنطبق بدرجة متوسطة
70.38%	644	[3.26, 4]	تنطبق كثيراً

يبين الجدول السابق جدول (19) أن عدد الطلاب الذين حصلوا على درجة منخفضة على مقياس مرونة الأنا بلغ (14) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (1.53%) في حين بلغ عدد الذين حصلوا على درجة متوسطة من مرونة الأنا (257) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (28.09%). وبلغ عدد الذين حصلوا على درجة مرتفعة على مقياس مرونة (644) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (70.38%) وتظهر النسب المعروضة أن هذه النتيجة واقعة ضمن التوزع الطبيعي لعينات غير مرضية. فكلما كان طالب الثانوية متحلياً بخاصية المرونة، كان أكثر إيجابية في تعامله مع ما يدور حوله من موجودات، فإن النظرة الإيجابية في الحياة هي التي تحدد أيضاً مكانته وقيمه الاجتماعية في الحياة، لأنها سبب في العمل والحركة، وعامل في الفاعلية والعزم والنشاط الدراسي والتوافق النفسي والاجتماعي. إضافة إلى ذلك فإن معظم أفراد العينة يعيشون في أسر مستقرة ولم ينخرطوا في السابق في سلوكيات غير أخلاقية أو ممارسات شاذة كتعاطي المخدرات والجريمة. فقد أشار ميشيل كون وآخرون (Michael Cohn et al, 2009) إلى أن الانفعالات الإيجابية قد تنبأت بحدوث زيادات في مرونة الأنا والرضا عن الحياة، وتبين أيضاً أن العواطف الإيجابية الآتية هي التي تشكل الرابط بين السعادة وحصيلة الحياة المرغوبة والتغير في المرونة كان هو الذي يتوسط العلاقة بين العواطف الإيجابية وارتفاع سوية الرضا عن الحياة ما بين أن الأشخاص السعداء يصبحون أكثر رضا عن حياتهم ليس لمجرد أنهم يشعرون بشعر أحسن بقدر ما يعود السبب إلى تطور مواردهم لحياة أفضل.

وتبدو هذه النتيجة منطقية إلى حد ما لاعتبارات كثيرة، ومنها أن أفراد العينة المستهدفة بالدراسة هم من المراهقين في مرحلة المراهقة المتوسطة والمتأخرة، وهذه الفئة تملك من القدرات الإيجابية بحيث تمكنهم على التعامل مع المواقف المختلفة بطريقة تتم عن سمات خلاقة ومبدعة، إضافة إلى ذلك أن

الفئة المستهدفة بالدراسة هي فئة سوية وتحمل بداخلها كل مقومات النمو النفسي السوي والصحة النفسية، فالصحة النفسية وفق تعريف زهران (1995) هي: "حالة دائمة نسبياً، يكون الفرد فيها متوافقاً نفسياً وشخصياً وانفعالياً واجتماعياً أي مع نفسه ومع بيئته، ويشعر بالسعادة مع نفسه، ومع الآخرين، ويكون قادراً على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وإمكاناته إلى أقصى حد ممكن، ويكون قادراً على مواجهة مطالب الحياة، وتكون شخصيته متكاملة سوية، ويكون سلوكه عادياً، ويكون حسن الخلق بحيث يعيش في سلامة وسلام".

لذلك، فطلاب المرحلة الثانوية الدارسين في مدينة دمشق لديهم مرونة نفسية مرتفعة مقارنة مع الحالات المرضية التي أظهرتها الدراسات التي تناولت مرونة الأنا بين الحالات السوية والمرضية، مثل: دراسة (ناصر وساندمان 2000) التي أشارت نتائجها بأن أكثر من الثلث (37%) من أفراد العينة البالغ عددهم (495) صنّفوا بأنهم ذوو مرونة عالية، وقد حصل الذكور على نقاط أعلى من الإناث. بينما أظهرت دراسة قوته وآخرون (2001) أن أفراد العينة البالغ عددهم (86) أظهروا قدرًا أكبر من المرونة النفسية، ودراسة الخطيب (2007ب)، ودراسة كلفينز وآخرون (Klevens et al, 2000) والتي يشير فيها إلى أن الأفراد الأسوياء والذين يتمتعون بتوافق جيد لديهم من المرونة ما يعادل ثلاثة أمثال الذين لديهم مشكلات نفسية وأسرية، كالقصاص والاكنتاب، والقلق. وتعاطي المخدرات. كما أشارت نتائج جوادز وآخرون Gwadz, et al. 2006 إلى أن أكثر من (58,8%) من أفراد العينة البالغ عددها (569) لديهم مرونة أثناء توافقيهم أو تعاملهم مع ضغوط الحياة. كذلك أشارت دراسة بروانغو وآخرون Browning et al (2010) إلى أن (77,4%) من أفراد العينة البالغ عددهم (100) من الأفراد الذين لا يعانون من اضطراب الصدمة يتمتعون بمرونة نفسية عالية على مقياس المرونة الذي أعده كونورودافيدسون (Connr&Davidson, 2003)

كذلك، تتفق النتيجة التي توصل إليها الباحث مع ما أشارت إليه دراسات عديدة، فعلى سبيل المثال بينت نتائج دراسة شقورة (2012) أن الوزن النسبي لدى أفراد العينة على مقياس مستوى مرونة الأنا بلغ (75%)، وهذا يشير إلى أن هناك مستوى من مرونة الأنا فوق المتوسط.

يبدو من كل ذلك أن مرونة الأنا تشكل في مجملها الأبعاد العقلية والاجتماعية والنفسية والانفعالية والأكاديمية الخ لشخصية الشاب في المرحلة الثانوية، بحيث تكسبه القدرة على التكيف مع الأحداث غير المواتية والتي من المتوقع أن تعرقل مسيرة نمو الشخصية في الاتجاه الطبيعي إذا ما كان هذا الشخص غير قادر على التعامل مع ما يواجهه من أحداث صادمة مثل أحداث العنف والقهر والظلم التي تشكل خبرات مؤلمة في الذات تظهر نتائجها السلبية في حياته القادمة على المستوى النفسي والاجتماعي والأكاديمي والانفعالي، بحيث تصبح الشخصية غير مؤهلة للحياة الطبيعية، حيث يتعامل فيها الطالب بقسوة مع المتطلبات النفسية والاجتماعية والانفعالية. وقد يعود السبب في ارتفاع درجة المرونة لدى طلاب المرحلة الثانوية من الذكور والإناث في مدينة دمشق إلى أن التوافق الأكاديمي والاجتماعي لهؤلاء

الطلاب في البيئة المدرسية يعتمد على عوامل الوقاية وليس على عوامل الخطر، فهم يتميزون بالمرونة والأمل في النجاح، ودعم المدرسين والأسر والأقران، وكل هذه العوامل هي من العوامل المساعدة لدعم توافق الطلاب مع أحداث الحياة الضاغطة التي يتعاملون معها بمرونة وتفكير منطقي في معالجتها.

1. الفرضية الأولى: لا توجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq \alpha$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الجنس.

ولمناقشة هذه الفرضية قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الجنس (ذكر - أنثى)، ثم قام الباحث باستخدام اختبار (ت) ستودنت (t-test) للمقارنة بين المتوسطات، كما يبينه الجدول التالي:

جدول (20) نتائج اختبار (ت) ستودنت لدلالة الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الجنس

مقياس مرونة الأنا	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت - ستودنت	درجة الحرية	قيمة الدلالة	القرار الإحصائي عند 0.05
	ذكر	524	3.541	0.446	-0.074	913	0.941	غير دال إحصائياً
	أنثى	391	3.543	0.518				

يتبين من الجدول (20) أن قيمة الدلالة الإحصائية قد بلغت ($\text{Sig} = 0.941$) أكبر من قيمة المعنوية الإحصائية ($\alpha = 0.05$) فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وبالتالي نقبل الفرضية الابتدائية أي لا توجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الجنس، حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة الذكور (3.541) بانحراف معياري (0.446) مقابل (3.543) لمتوسط إجابات أفراد العينة الإناث وانحراف معياري (0.518). ويفسر الباحث هذه النتيجة التي تبدو في كثير من الأحيان متباينة مع نتائج دراسات كثيرة أجريت في ثقافات مختلفة عربية وأجنبية. فالذكور والإناث في البيئة السورية وخاصة في المدن الكبرى كمدينة دمشق يتسمون بسمات قد تبدو مختلفة في نمط التربية والعادات والتقاليد الموجودة في بيئات ومحافظات غير مدينة دمشق، فغياب التمييز بين الذكر والأنثى في هذا المناخ الذي يتسم بالمساواة في كل شيء ما عدا الفروق البيولوجية كل ذلك جعل الأنثى أكثر استقلالية واعتماداً على نفسها في إدارة شؤون حياتها، وقدرتها على مواجهة التحديات التي ترفضها طبيعة الحياة، وربما يعود ذلك إلى طبيعة التربية المدنية والحرية والمساواة، كل ذلك جعلها لا تختلف عن الذكور في تعاملها مع مواقف الحياة المختلفة. ويبدو من النتيجة التي تبدو منطقية نوعاً ما في ظل التغيرات المتسارعة التي أعطت للأنثى دوراً يشبه دور الذكر في هذه البيئة المنفتحة على كل الاتجاهات، وهذه البيئة ساعدت الأنثى أن تخوض تجربة حياتها مثل

الرجل في مواجهتها بصلابة ومرونة لتحديات المدنية القاسية أما يمكن أن نرى غير ذلك فيما إذا تمت دراسة على عينة من الذكور والإناث يواجهون تحديات وضغوط حياة قاسية ، فإن الأمر قد يبدو مختلفاً عن هذه النتيجة، كون العينة التي اختارها الباحث هي عينة سوية غير إكلينيكية لم تعاني من أي مشكلات ضاغطة في حياتها فإنه يبدو منطقياً هذه الأمر في الحياة السوية الطبيعية.

وهذه النتيجة التي توصل إليها الباحث اتفقت مع دراسة فحجان(2010) فقط والتي أشارت إلى عدم وجود فروق قيمستويات مرونة الأناتعزيبالجنس. بينما اختلفت نتائج العديد من الدراسات، فعلى سبيل المثال، فقد اختلفت نتيجة هذه الدراسة مع دراسة كل الناصر وساندمان(2000) وشقورة (2012) والتي أشارت نتائجها إلى أن الذكور أكثر مرونة من الإناث في المجتمع الفلسطيني، ويبرر هذا الاختلاف بالتباين في البناء الفيزيولوجي لكل من الذكر والأنثى، لأن الأنثى في المجتمع الشرقي لايسمح لهن بالحرية المطلقة كونه مجتمع ذكوري، حيث يتحمل الذكور الأعباء ويواجهون صعوبات الحياة بدرجة أكبر وبالتالي تزيد من قدرتهم على التكيف مع تلك الظروف الصعبة. كما تباينت هذه النتيجة مع نتائج دراسة كرمان (2005) التي رأت أن الذكور أكثر مرونة من الإناث، كما بينت نتائج دراسة الخطيب (2006) وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مرونة الأنا لصالح الذكور. أما فيما يتعلق بالدراسات الأجنبية فقد وجدت دراسة فلوريس وآخرون Flores,et al,2005 التي أجريت على عينة من الأفراد في أمريكا اللاتينية أن الذكور يتمتعون بمرونة أكثر من الإناث، وذلك بحكم التقاليد الاجتماعية التي تفرضها العادات على الرجال بأن يكونوا أكثر صلابة ومرونة في مواجهة تحديات الحياة بالمقارنة مع الأنثى التي ينظر إليها بأنه غير قادرة على ذلك بحكم تربيتها وبنيتها الفيزيولوجية.بينما أشارت نتائج دراسة حدادي وبشارت(Besharat, 2010) &Haddadi إلى وجود فروق بين الذكور والإناث في المرونة النفسية لصالح الذكور. أما دراسة جروتبيرج Grotberg,1997 فوجدت فروق دالة في المرونة النفسية بين الذكور والإناث وجاءت هذه الفروق لصالح الذكور.

ويفسر الباحث هذا الاختلاف بين نتائج دراسته والدراسات الأخرى التي تم عرضها، باختلاف طبيعة العينة المستخدمة في الأبحاث الأخرى مقارنة إلى عينة البحث الحالي، والأدوات التي تم استخدامها في التعرف على الفروق بين الذكور والإناث في المرونة النفسية أو مرونة الأنا. فأغلب الدراسات السابقة أجريت على حالات تعاني من مشكلات عديدة، مثل : الإدمان على المخدرات، أو اضطراب تالي الصدمة، والاكتئاب، وانحرافات سلوكية. بينما دراستنا الحالية فتناولت عينة من الشباب السوري الذين لا يعانون من مشكلات نفسية، وهم من الطلاب في المرحلة الثانوية في مدينة دمشق. وربما هذا السبب وراء هذا الاختلاف في تلك النتائج. ويرى أبو حلاوة(2013: 14) في ذلك أن العمليات واستراتيجيات التوافق والمواجهة ربما تكون المساعدة والمرتبطة بالأسرة والمدارس والمجتمعات الجيدة والسياسات الاجتماعية

التي تيسر حدوث المرونة النفسية، وبهذا المعنى، فإن المرونة تحدث عندما يوجد عوامل وقائية تراكمية، وتغلب هذه العوامل دوراً بالغ الأهمية عندما يتعرض الفرد لعوامل الخطورة والتهديد.

2. الفرضية الثانية : لا توجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمرونة الأنا وفقاً لمتغير الصف.

ولمناقشة هذه الفرضية قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الصف (العاشر - الحادي عشر - الثاني عشر)، ثم قام الباحث باستخدام اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي كما يبينه الجدول التالي:

جدول (21) يبين المتوسط الحسابي والانحراف المعياري ونتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لإجابات أفراد العينة على مقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الصف

القرار عند 0.05	قيمة الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الصف	مقياس مرونة الأنا
غير دال إحصائياً	.804	.219	.050	2	0.100	بين المجموعات	0.607	3.53	324	العاشر	
			.229	912	208.95	ضمن المجموعات	0.332	3.55	302	الحادي عشر	
				914	209.05	الكلية	0.444	3.54	289	الثاني عشر	
							0.478	3.54	915	المجموع	

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة المعنوية ($Sig = 0.804$) أكبر من قيمة المعنوية الإحصائية ($\alpha = 0.05$) فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وبالتالي نقبل الفرضية الابتدائية أي لا يوجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط إجابات أفراد العينة المتعلقة بمرونة الأنا وفقاً لمتغير الصف، حيث بلغ المتوسط الحسابي لأفراد العينة في الصف العاشر (3.53) بانحراف معياري (0.607)، أما أفراد العينة في الصف الحادي عشر فقد كان المتوسط الحسابي (3.55) بانحراف معياري (0.332)، أما أفراد العينة في الصف الثاني عشر فقد كان المتوسط الحسابي (3.54) بانحراف معياري (0.444).

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المرحلة الثانوية هي مرحلة تقارب بشيء من خصائص المرحلة العمرية والتي تمثل نهاية المراهقة المتوسطة وبداية المراهقة المتأخرة .

ويعزو الباحث عدم وجود فروق في المرونة النفسية إلى أن البيئة والجو العام الذي يعيشه الطلاب المتقارب في المرحلة الثانوية، كما أن الطلاب في هذه المرحلة يواجهون تحديات ومشكلات تكاد تكون

متشابهة وفقاً للمرحلة العمرية والدراسية (الأكاديمية) التي يمرون فيها، وهذا الأمر يقلل الفروق بينهما في المرونة النفسية التي تكاد تكون متشابهة. لذلك يتميز الطلاب في الصفوف الثلاثة من المرحلة الثانوية بالمرونة النفسية العالية، وذلك كما أظهرتها نتائج السؤال الأول هو نسبية المرونة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية. فهؤلاء الطلاب يتسمون بحسب المرحلة العمرية بالمرونة الانفعالية والصلابة النفسية والقوة العقلية وتعدد مصادر المعرفة التي تجعلهم واثقين من أنفسهم من مواجهة صعوبات الحياة مهما بدت قاسية. وهذا ما أكدته الطحان (1992:176) بالقول: إن من أهم عوامل التكيف السوي، هو أن يكون الفرد على درجة من المرونة النفسية وهي قدرة الفرد على التصرف في المواقف الجديدة، في حين أن التصلب والجمود على أنواع محددة من السلوك تجعل الفرد غير قادر على التكيف في المواقف المستجدة، فيجب أن يكون على درجة من المرونة في السلوك تساعد على فهم الواقع الجديد ومحاولة التكيف معه وتحقيق أهدافه ومطامحه وإشباع حاجاته وفق شروط البيئة التي يعيش فيها، لأن عملية التكيف السوي هي إقامة علاقات ناجحة مع البيئة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة التي أظهرتها الدراسة في الجدول (20-21) في الآتي: إن عدم وجود فروق بين الذكور والإناث، حسب متغير الجنس، ومتغير الصف الدراسي، يمكن رده إلى أن أفراد العينة في مرحلة عمرية متقاربة وفي مستوى من النضج الانفعالي والاجتماعي والنفسي المتقارب، إضافة إلى أن أفراد العينة يمرون في مرحلة المراهقة المتأخرة وهذه المرحلة تلعب دوراً مهماً لدى الشباب في الدخول إلى عالم الكبار بهمة عالية، وثقة بالنفس، وصلابة حقيقية في التعامل مع الأحداث التي يواجهونها في حياتهم اليومية، وهذا الأمر لا يختلف الطلاب عن الطالبات في هذا الأمر، فكلاهما لديهما الاستعداد والقدرات الإيجابية التي تساعدهم على مواجهة التحديات والصعوبات التي تعترضهم في تحقيق أهدافهم النبيلة، وهي الحصول على المعرفة والعلم والرغبة في الدخول إلى الجامعة، كذلك فالنتائج لم تظهر الفروق حسب الصف في المرونة النفسية، وهذا مؤشر جيد على أن أفراد العينة متقاربين في النضج العقلي والانفعالي والنفسي والاجتماعي، لذلك جاءت مستويات مرونة الأنا لديهم متقاربة.

وهذه النتيجة تخالف العديد من الدراسات التي أظهرت أن الذكور أكثر مرونة من الإناث، وأن والمستويات العليا من التعليم الثانوي أكثر مرونة من المستويات الدنيا، مثل دراسة كل من شقورة (2012) التي أظهرت نتائجها وجود مستوى فوق المتوسط في المرونة النفسية والرضا عن الحياة لدى الطلاب، كما أوضحت النتائج وجود فروق بين الذكور والإناث في المرونة النفسية والرضا عن الحياة بين الذكور والإناث، وجاءت هذه الفروق لصالح الذكور. بينما أشارت دراسة سميث واينر (Smith & 1992) Werner، إلى أن عوامل الوقاية التي حمت الأطفال من عوامل الخطورة هي: المزاج الإيجابي (حث الانتباه الإيجابي للعائلة والغرباء) وأن هؤلاء الأطفال كانوا نشطين، محبوبين وطلقاء المحيا، سهل التعامل معهم، وعادات الغذاء والنوم الضاغطة للأهل كانت لديهم أقل في سن الروضة. كذلك أشارت دراسة

ميشيل كون وآخرون (Michael Cohn et al,2009) إلى أن العواطف الإيجابية قد تتبأت بحدوث زيادات في مرونة الأنا والرضا عن الحياة، وتبين أيضاً أن العواطف الإيجابية الآنية هي التي تشكل الرابط بين السعادة وحصيلة الحياة المرغوبة والتغير في المرونة كان هو الذي يتوسط العلاقة بين العواطف الإيجابية وارتفاع سوية الرضا عن الحياة ما بين أن الأشخاص السعداء يصبحون أكثر رضا عن حياتهم ليس لمجرد أنهم يشعرون بشعر أحسن بقدر ما يعود السبب إلى تطور مواردهم لحياة أفضل. لذلك يمكن القول أن مرونة الأنا لدى طلاب المرحلة الثانوية مطلب أساسي من متطلبات حياتهم اليومية، لذلك كانت نتائجهم على المقياس المستخدم مرتفعة. وقد يكون من أسباب ارتفاع المرونة النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية الدور الذي تقوم به الأسرة والمدرسة تحفيز هؤلاء الطلاب على النجاح في هذه المرحلة والتفوق فيها لأنها مرحلة مهمة لكل طالب وأسرته، لذلك نجد أن المعلمين والأسر معلمين بتنمية قدرات الطلاب الإيجابية من أجل تمكينهم من المواد الدراسية والنجاح فيها. وتأكيداً لهذا الأمر فقد أشارت دراسة برات (Pratt,2006) إلى أن طلاب المرحلة الثانوية المتسمين بالمرونة النفسية والتفاؤل الشديد والتكيف مع متطلبات تلك المرحلة العمرية يتأثر بمجموعة متنوعة من المصادر في حياة الطلاب، منها الأسرة، والمعلمين والزملاء والمجتمع المدرسي الأوسع الذي يسهل النمو الأكاديمي والاجتماعي، ومساعدتهم على تقوية وتطوير المهارات والاستراتيجيات اللازمة للصمود أمام الشدائد. هذه المهارات والاستراتيجيات المعروفة باسم العوامل الوقائية هي التأثيرات الفطرية والداخلية والخارجية والتي تساعد الطلاب على التغلب على المواقف الصعبة التي تعترضهم. إضافة إلى تلك المصادر التي تنمي لدى الطلاب مرونة الأنا، فهناك احترام الذات المبني على قبل الآخرين للشباب، والكفاءة الذاتية، والقدرة على الاستعداد لاتخاذ الإجراءات اللازمة، والأخلاق الفاضلة التي يتمتعون بها، والحكم الذاتي الموضوعي إلى حد ما (Maclean,2004). ويرى مخيمر في مصداقية هذه النتيجة إن الإيجابية هي صميم الإنسان، وبدونها يصبح الفرد عاقراً، لأن الإيجابية الخلاقة هي التي تكون دائماً حبلية بأجنة إنجازات المستقبل (مخيمر، 1978، 4).

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال التالي: ما هو مستوى الميول الاكتئابية لدى طلبة المرحلة الثانوية؟

للإجابة على هذا السؤال قام الباحث بحساب مدى الاجابات والتي كانت على النحو الذي يعرضه الجدول التالي:

جدول (22) يبين الدرجة والمدى وعدد أفراد العينة علة مقياس الميول الاكتئابية

الدرجة	المدى	عدد الأشخاص	النسبة المئوية
نادراً	[1, 1.67]	627	%68.52
أحياناً	[1.68 , 2.34]	251	%27.43
كثيراً	[2.34 , 3]	37	%4.04

يتبين من الجدول (22) أن عدد الطلاب الذين لا توجد لديهم مؤشرات للميول الاكتئابية بلغ (627) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (%68.52) في حين بلغ عدد الذين حصلوا على درجة متوسطة من الميول الاكتئابية (251) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (%27.43) وبلغ عدد الذين حصلوا على درجة مرتفعة على مقياس الميول الاكتئابية (37) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (%4.04). وتظهر النسب المعروضة أن هذه النتيجة واقعة ضمن التوزع الطبيعي لعينات غير مرضية .

ويفسر الباحث هذه النتيجة بأن أفراد العينة المستهدفة بالبحث الحالي هم من الأفراد العاديين غير الإكلينيكيين الذين لا يعانون من مشكلات مرضية حادة، كما أن المقياس المستخدم تم تصميمه لعينات مرضية، وهذا أمر طبيعي أن تكون النسبة العامة لعينة قدرها (915) طالباً وطالبة هي (4,04) وهي تقريباً نسبة عالمية لانتشار الاكتئاب بين السكان عموماً. فقد أشارت العديد من الدراسات التي أجريت للتعرف على نسب الاكتئاب بين السكان في كثير من الأحيان كانت بحدود (5%).. وهذا يشير إلى دقة المقياس في الكشف عن الاحالات الاكتئابية لدى أفراد العينة المستهدفة، بين الغالبية العظمى من الطلاب لا يعانون من هذا الاكتئاب كونهم يتمتعون بصلاية ومرونة نفسية تساعدهم على التوافق مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة. فقد أشارت نتائج دراسة جيون وآخرون (Jeon et al,2010) أن انتشار الاكتئاب بين طلاب كلية الطب المسجلين لعام (2006) في كوريا الجنوبية بلغت (7,35%). ويرى الشرييني (2005) أن نسبة الاكتئاب في العالم يصل إلى (7%) من سكان العالم، ومن المتوقع أن تزيد هذه النسبة خلال الأعوام القادمة. وعلى المستوى العالمي تبين دراسات منظمة الصحة العالمية أن هناك على الأقل أكثر من مليون شخص يعانون من الاكتئاب، حيث يؤثر سلبياً خلال مرضهم على ما يعادل ثلاثة أضعاف هذا العدد (إبراهيم، 31، 1998).

ويبدو أن هذه النتيجة منطقية إلى حد ما، وذلك كون العينة التي تعامل معها الباحث هي غير مرضية، وهذه النسبة البسيطة (37) من بين (915) طالباً يعانون من الاكتئاب، فقد يكون هذا الاكتئاب ليس مرضياً وإنما حالة يمر بها نتيجة للعديد من العوامل النفسية والفيزيولوجية والاجتماعية الأكاديمية التي تؤثر على حياتهم.

3. الفرضية الثالثة: لا توجد فروق ذات دالة عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميل الاكتئابية وفقاً لمتغير الجنس.

ولمناقشة هذه الفرضية قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمقياس الميل الاكتئابية وفقاً لمتغير الجنس (ذكر - أنثى)، ثم قام الباحث باستخدام اختبار (ت) ستيودنت (t-test) للمقارنة بين المتوسطات، كما يبينه الجدول التالي:

جدول (23) يبين الفروق في الميل الاكتئابية لدى أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس

القرار الإحصائي عند 0.05	قيمة الدلالة	درجة الحرية	ت - ستيودنت	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الجنس	الميل الاكتئابية
غير دال إحصائياً	0,403	913	0,8368	0,357	1.60	524	ذكر	
				0,327	1.58	391	أنثى	

يتضح من الجدول السابق أن قيمة الدلالة الإحصائية قد بلغت (Sig= 0.403) أكبر من قيمة المعنوية الإحصائية ($\alpha=0.05$) فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالتالي نقبل الفرضية الابتدائية أي لا توجد فروق ذات دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميل الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين وفقاً لمتغير الجنس، حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة الذكور (1.60) بانحراف معياري (0.357) مقابل (1.58) لمتوسط إجابات أفراد العينة الإناث وانحراف معياري (0.327).

ويمكن أن نلاحظ أن هذه النتيجة لا تتفق مع العديد من الدراسات التي تناولت الاكتئاب، فعلى سبيل المثال، فقد أظهرت دراسة (عبد الخالق وكاظم وعيد 2011) إلى وجود فروق دالة بين الجنسين في الاكتئاب، حيث كانت نسبة الاكتئاب عند الإناث أكثر من الذكور. كما أشارت دراسة (غريب، 1985) أن الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور على عينة قوامها (757)، بواقع (400) من الذكور، و(357) من الإناث. كما أظهرت دراسة ويليامز وجودوين (Williams & Goodwin, 2009) أن الذكور أكثر اكتئاباً من الإناث. ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن الطلاب والطالبات يظهرون مستوى منخفض من الاكتئاب، وذلك لأنهم يندمجون في أوجه نشاط علمية وترفيهية تساعدهم على التغلب على حالات العجز واليأس التي يواجهونها في حياتهم اليومية داخل المدرسة وخارجها. وبالرغم من أن هذه النتيجة تبدو منطقية في

حدود علم الباحث بطبيعة العينة المستهدفة إلا أن الدراسات العالمية تشير إلى الإناث أكثر اكتئاباً من الذكور. فقد رأَت كارن هورني أن العديد من النساء يبالغن في علاقات الحب، وذلك نتيجة لأدراكهن الرفض من جانب آبائهن، وتؤدي المبالغة في علاقات الحب إلى البحث الملح عن تحقيق الذات من خلال الاشتراك في علاقات حميمة، ومن خلال استدماج الغضب داخلياً. لذلك يشير بعض العلماء إلى أن الفروق الجنسية في الاكتئاب ظاهرة مصطنعة أو زائفة، وأن مرد هذه الفروق مرجعها التحريف في التعبير أو الإفصاح عن الاكتئاب. بمعنى أن الفروق الجنسية في الاكتئاب إنما ينتج من عدم استعداد الرجال للاعتراف بالأعراض الاكتئابية أو السعي إلى طلب المساعدة. ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن النساء والرجال يخبرون مشاعر اكتئابية بطريقة متساوية لا خلاف فيها بنفس الدرجة، لكن الأعراض الاكتئابية تدرك أو ينظر إليها على أنها مرتبطة بالأنوثة، فإن الرجال يكونون أقل استعداداً للاعتراف بها. ولتقديم صورة أوضح عن التناسب ما بين مرونة الأنا والميول الاكتئابية قام الباحث بإنشاء جدول تقاطعي لمقياس مرونة الأنا مع مقياس الميول الاكتئابية فحصل على الجدول التالي:

الجدول (24) يبين تقاطع مقياس مرونة الأنا مع الميول الاكتئابية

مقياس مرونة الأنا			المجموع			
تتطبق قليلاً	تتطبق بدرجة متوسطة	تتطبق كثيراً				
0	20	607	627	التكرار	نادراً	الميول الاكتئابية
0.0%	2.2%	66.3%	68.5%	النسبة المئوية		
0	213	38	251	التكرار	أحياناً	
0.0%	23.3%	4.2%	27.4%	النسبة المئوية		
14	23	0	37	التكرار	كثيراً	
1.5%	2.5%	0.0%	4.0%	النسبة المئوية		
14	256	645	915	التكرار	التكرار	المجموع
1.5%	28.0%	70.5%	100.0%	النسبة المئوية	النسبة المئوية	

ويظهر مما سبق وجود تناسب بين مقدار مرونة الأنا التي يتمتع بها الشخص والميول الاكتئابية حيث أن ارتفاع مرونة الأنا يقابله انخفاض الاكتئاب، وهذه نتيجة منطقية تم تأكيدها من خلال حساب الارتباط بين المتغيرين والمعروض لاحقاً. وتتفق هذه النتيجة مع العديد من الدراسات فقد أظهرت نتائج دراسة حدادي وبشارت (Haddadi & Besharat, 2010) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط النفسي والاكتئاب والقلق والمرونة النفسية، وأن مؤشرات الصحة النفسية المنخفضة أو السلبية تتأثر بمستويات مختلفة من المرونة النفسية من خلال احترام الذات، والكفاءة الشخصية، والمثابرة، والتدين، والسيطرة، والتدين. بينما أشارت نتائج دراسة كيسبير وآخرون (Kesebir, et al, 2013) إلى وجود علاقة قوية بين

المرونة والمزاج الإيجابي لدى الأفراد الأصحاء الذين لا يعانون من الاكتئاب. كما أظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية بين المرونة النفسية والمزاج السلبي والقلق في كلا المجموعتين. ولوحظ وجود ارتباط سلبي بين المزاج السلبي وتماسك الأسرة في مجموعة اضطراب الاكتئاب، بينما لدى الأفراد الأصحاء لوحظ وجود علاقة قوية بين تماسك الأسرة والاكتئاب ومزاجه القلق، كما أظهرت نتائج دراسة جولدستين وآخرون (Goldstien et al,2013)، وجود علاقة دالة بين المرونة الداخلية والتدين، وعلاقة سلبية بين المرونة والتدخين وتعاطي الكحول، وأعراض الاكتئاب.

4. الفرضية الرابعة: لا توجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميول الاكتئابية وفقاً لمتغير الصف.

ولمناقشة هذه الفرضية قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمقياس الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين وفقاً لمتغير الصف (العاشر - الحادي عشر - الثاني عشر)، ثم قام الباحث باستخدام اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي كما يبينه الجدول التالي:

الجدول (25) نتائج اختبار تحليل التباين الأحادي لإجابات أفراد العينة على مقياس الميول الاكتئابية وفقاً لمتغير الصف

القرار عند 0.05	قيمة الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الصف	
غير دال	0.080	2.533	.300	2	0.599	بين المجموعات	0.418	1.63	324	العاشر	الميول الاكتئابية
			.118	912	107.886	ضمن المجموعات	0.279	1.58	302	الحادي عشر	
				914	108.485	الكلي	0.313	1.57	289	الثاني عشر	
							0.345	1.60	915	المجموع	

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة المعنوية ($Sig = 0.080$) أكبر من قيمة المعنوية الإحصائية ($\alpha = 0.05$) فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وبالتالي نقبل الفرضية الابتدائية أي لا يوجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميول الاكتئابية وفقاً لمتغير الصف.

وتتفق هذه النتيجة ما أظهرته نتائج دراسات عديدة مثلدراسة زيان وآخرون (Ziaian,etal,2012) التي أشارت إلى أن الإناث أكثر مرونة من الذكور، وأن هناك علاقة سلبية بين المرونة والاكتئاب،

ودراسة دراسة وايغوا وآخرون) (Wingo,et al,2010) التي أظهرت أن هناك علاقة واضحة بين وبشكل سلبي بين المرونة والاكنتاب، فكلما زادت المرونة قل الاكنتاب والعكس صحيح.

ويمكن تفسير هذه النتيجة بأن المرحلة الثانوية هي مرحلة تقارب بشيء من خصائص المرحلة العمرية والتي تمثل نهاية المراهقة المتوسطة وبداية المراهقة المتأخرة. فطلاب المرحلة الثانوية بحكم المرحلة العمرية التي يمرون بها والتي تمثل التوجه للمستقبل، يكونون أولى من غيرهم بالإحساس بالتغيرات والأزمات التي تحدث من حولهم والتغيرات التي يموج بها عالمنا اليوم من أحداث مؤلمة على جميع جوانب الحياة، وبالرغم من ذلك، فإن هؤلاء الشباب بالرغم من الصفوف الدراسية المختلفة إلا أنهم يملكون طاقات حيوية وإيجابية في التعامل مع الأحداث حولهم بطريقة إيجابية ومرنة، لأن تلك الأحداث أكسبتهم الكثير من جوانب الشخصية الإيجابية، كالصبر، والتحمل، ولذلك لم يجد الباحث أية فروق دالة بين هذه الفئة من الشباب في مرونة الأنا لكونها سمة أساسية من سمات الشباب المتعلم والمنفتح على الآخرين، كذلك وجد من خلال دراسته هذه علاقة سالبة بين مرونة الأنا والاكنتاب، على اعتبار أن هذه الفئة كما اشرنا في السابق هي عينة سوية وغير مرضية. وهذه المرونة الإيجابية تم إبرازها من خلال العديد من الدراسات التي تم ذكرها في فصل الدراسات السابقة. كما وجدت دراسة هجيمدال وآخرون (Hjemdal,et al.2010) أن المرونة ترتبط بشكل دال مع الطلاب الأكبر سناً مقارنة بالطلاب الأصغر سناً من طلاب المرحلة الثانوية، وهذه النتيجة تختلف مع ما توصل إليه الباحث من نتيجة حول الفروق حسب الصف الدراسي في المرونة النفسية والاكنتاب. وبالرغم من الدراسات المتعددة التي تشير إلى أن مرونة الأنا ترتبط بشكل سلبي مع الاكنتاب، فكلما ارتفعت مرونة الأنا انخفض الاكنتاب والعكس صحيح. على الرغم من أنه لا يوجد معلومات كثيرة حول هذه العلاقة، فقد استخدمت العديد من الدراسات العلاقة التنبؤية للمرونة بكل من الضغوط النفسية والاكنتاب لدى المراهقين، وقد أظهرت الأبحاث مصداقية افتراضنا بأن مرونة الأنا تلعب دوراً مهماً في وقاية الطلاب من أعراض الاكنتاب النفسي المرضي، إضافة إلى الميول الانتحارية.

لذلك يمكن القول بالرغم من عدم وجود دراسات تناولت طلاب المرحلة الثانوية، بصرفها الثلاث، إلا أن هذه النتيجة تؤكد على أن الصحة النفسية الجيدة والمرونة النفسية الإيجابية لدى هؤلاء الطلاب ربما تنمي لديهم أنماط من الحياة الصحية الجسدية بشكل أفضل، وتحد من الروتين اليومي والسعي إلى الالتحاق بالجامعة بعد هذه المرحلة. كما أن هذه النتيجة التي توصل إليها الباحث تدعم فرضية القائلة بأن الأفراد الأكثر مرونة يظهر ناتجاً نحو المشاعر الإيجابية عندما يواجهون مشكلات في حياتهم اليومية. وهذه القدرة يمكن أن تسهم في قدرتهم على التعامل بشكل أفضل مع أنواع معينة من المواقف الصعبة على المستوى الشخصي والاجتماعي.

ثالثاً: النتائج المتعلقة بالسؤال التالي: ما هو مستوى الأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الثانوية؟

وللإجابة على هذا السؤال قام الباحث بحساب مدى الاجابات والتي كانت على النحو الذي يعرضه الجدول التالي:

جدول (26) يبين الدرجة والمدى للأفكار الانتحارية لدى أفراد العينة

النسبة المئوية	عدد الأشخاص	المدى	الدرجة
99.02%	906	[0 , 0.66]	ضعيف
0.98%	9	[0.67 , 1.34]	متوسطة
0%	0	[1.35 , 2]	شديدة

يظهر من الجدول (26) أن عدد الطلاب الذين حصلوا على درجات ضعيفة على مقياس الأفكار الانتحارية بلغ (906) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (99.02%) في حين بلغ عدد الذين حصلوا على درجة متوسطة من الميول الاكتئابية (9) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (0.98%) بينما لم يحصل أي طالب أو طالبة على درجة مرتفعة على مقياس الأفكار الانتحارية. وتظهر النسب المعروضة أن هذه النتيجة واقعة ضمن التوزع الطبيعي لعينات غير مرضية. لذلك يعد الانتحار مسألة هامة مثيرة للقلق في المجتمعات الشرقية وخاصة الدينية منها، فالديانات الثلاثة تحرم الانتحار، ويمقت المجتمع كل شخص يحاول الانتحار لأن هذا السلوك مخالف للشرائع السماوية جميعها، حيث نهت عن قتل النفس، على اعتبار أن هذه النفس ليست ملكاً للفرد، وينطبق على هذا التحريم، بيع أعضاء الجسم للآخرين، بحكم أن أعضاء الجسم ليست ملكاً للفرد. هذه الأسباب والدوافع الاجتماعية والدينية إضافة إلى وعي الشباب بعدم الإقدام على مثل تلك الأفكار أو السلوكيات الانتحارية، باعتبارها تخالف أفكارهم وطموحاتهم بالرغم مما يواجهونه من تحديات ومصاعب في ظل التغيرات الكثيرة السياسية والاجتماعية والاقتصادية.. بدليل أنهم يملكون قوة إيجابية في نفوسهم كمرونة الأنا وقوة وصلابة الأنا، والأحكام الأخلاقية المنطقية التي تمنعهم حتى من التفكير في الانتحار، على عكس الكثير من الشباب في العالم الغربي الذي لا يملكون مثل تلك المصادر من القوة التي تجعلهم محصنين ضد تلك الأفكار الهدامة. فعلى سبيل المثال أظهرت الدراسات السابقة زيادة واضحة بنسبة 60% ويعتقد حالياً أن الانتحار يقف وراء مليون وفاة في العالم سنوياً (Johnson, & Gooding (A),2010,4). وفي الخمس والأربعين سنة الأخيرة كانت نسب الانتحار قد تزايدت بصورة كبيرة في كل العالم، ويأتي الانتحار بين الأسباب الثلاثة الرئيسية للموت بين أفراد المجموعة العمرية (15، 44) عاماً في بعض البلدان، ويأتي في المقام الثاني للموت في الفئة العمرية (10-24) سنة (WHO, 2009, 3).

فقد أشارت دراسة دورهام (Durham,2012.10-22) أن انتحار الشباب هو السبب الثالث الرئيسي للوفاة لدى المراهقين في الولايات المتحدة الأمريكية، وأن (11%) من مجموع الوفيات هي ما بين (12-19) سنة، وهذا ما يمثل (16000) حالة وفاة كل عام.

ففي دراسة أجراها "عكاشة" وآخرون (1981) بهدف تحديد المشاعر الانتحارية لدى طلبة السنوات النهائية في الجامعة، بحيث تم تطبيق مقياس مشاعر الانتحار على 516 طالباً، وأسفرت النتائج على أن 12.6% منهم كان لديهم مشاعر انتحارية في العام السابق لإجراء الدراسة، ومن بين هؤلاء أعرب 5.6% عن أن الحياة لا تستحق العيش، و 0.4% تمنوا الموت، في حين فكر 1.7% منهم في قتل أنفسهم ، وخطط 0.9% منهم للمحاولة بينما قام 0.3% منهم بالمحاولة بالفعل (فايد، 2001 أ: 80).

ويمكننا فهم الانتحار الكامل على أنه نقطة النهاية لسلسلة متتابعة من النزعة والميول للانتحار والتي تتضمن أيضاً مسألة التفكير الانتحاري والتخطيط لمحاولات الانتحار والتي تزيد في خطورة الوصول إلى الانتحار الكامل (Johnson & Gooding, 2010, 4). لكن إذا أردنا أن نحلل النتائج التي أظهرها الباحث في دراسته الحالية والتي تشير إلى أن طلاب المرحلة الثانوية لا يملكون مثل تلك الأفكار الانتحارية، فإن الباحث يمكن رده إلى العوامل التالية:

- ✓ المستوى الفكري والتعليمي الذي يتمتع به أفراد العينة، فهم من الشباب في المرحلة الأخيرة من المرحلة الثانوية والمقبلين على الدخول إلى الجامعة. فقد اشارت العديد من الدراسات أن المقدمين على الانتحار هم من الجماعات المهمشة وغير المتعلمة في الغالب.
- ✓ العينة غير الإكلينيكية أو غير المرضية التي تعامل معها الباحث في بحثه الحالي، لذلك، فهي سوية من الناحية النفسية والأخلاقية والدينية، ولا تعاني من أمراض نفسية أو جسدية.
- ✓ الوازع الأخلاقي الذي يتمتع به أفراد العينة، فهم ينتمون إلى إحدى الديانتين (الإسلامية، المسيحية) التي تحرم الانتحار.
- ✓ القيم الاجتماعية والعادات والثقافة العامة التي تحرم وتشجب الأفكار الانتحارية لدى الشباب.
- ✓ دور المدرسة في رفع الروح المعنوية لدى طلابها على ضرورة التمسك بالقيم الأخلاقية النبيلة، وتنمية القيم الإيجابية لديهم، تلك القيم التي تحصنهم من الأمراض النفسية والفكر الانتحاري.
- ✓ دور الأسرة والتربية الأسرية في تنمية الأفكار الإيجابية لدى الأبناء والحد من الأفكار الهدامة، التي قد تؤدي إلى اضطرابات نفسية أفكار انتحارية لدى الأبناء.

5. الفرضية الخامسة: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الجنس. مناقشة هذه الفرضية قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الجنس (ذكر - أنثى)، ثم قام الباحث باستخدام اختبار (ت) ستيودنت (t-test) للمقارنة بين المتوسطات، كما يبينه الجدول التالي:

الجدول (27) يبين دلالة الفروق بين متوسطات إجابات أفراد العينة على مقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الجنس

مقياس الأفكار	الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	قيمة الدلالة	القرار
الانتحارية	ذكر	524	0.301	0.145	1.87	913	0.062	غير دال
	أنثى	391	0.318	0.130				

يلاحظ من الجدول السابق نجد أن قيمة الدلالة الإحصائية قد بلغت ($Sig=0.062$) فهي غير دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، بمعنى لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الجنس، حيث بلغ متوسط إجابات أفراد العينة الذكور (0.301) بانحراف معياري (0.145) مقابل (0.318) لمتوسط إجابات أفراد العينة الإناث وانحراف معياري (0.130).

6. الفرضية السادسة : لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف. ولمناقشة هذه الفرضية قام الباحث بحساب المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري لمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف (العاشر - الحادي عشر - الثاني عشر)، ثم قام الباحث باستخدام اختبار (ف) لتحليل التباين الأحادي كما يبينه الجدول التالي:

جدول (28) اختبار تحليل التباين لإجابات أفراد العينة على مقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف

القرار عند	قيمة الدلالة	قيمة (ف)	متوسط المربعات	درجات الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	الصف	الأفكار الانتحارية
0.05	0.00	17.46	0.324	2	0.649	بين المجموعات	0.121	0.297	324	العاشر	
دال			0.019	912	16.94	ضمن المجموعات	0.159	0.345	302	الحادي عشر	
				914	17.59	الكلية	0.127	0.282	289	الثاني عشر	
							0.139	0.308	915	المجموع	

نلاحظ من الجدول السابق أن قيمة المعنوية ($Sig=0.000$) أصغر من قيمة المعنوية الإحصائية ($\alpha=0.05$) فهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالتالي نرفض الفرضية الابتدائية أي يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط إجابات أفراد العينة المتعلقة بالأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف، ومن أجل معرفة أين الفروق تكمن قام الباحث بإجراء شيفه فحصل على الجدول التالي:

الجدول رقم (29) نتائج اختبار شيفه للمقارنة بين متوسطات إجابات أفراد العينة على مقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف

القرار	مستوى الدلالة	الفرق بين المتوسطين	الصف
دال	.000	-.04779*	الحادي عشر
غير دال	.379	.01537	الثاني عشر
دال	.000	.06316*	الثاني عشر

يلاحظ من الجدول السابق (29) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات أفراد العينة الذين هم في الصف العاشر والحادي عشر حيث كانت هذه الفروق لصالح أفراد العينة الذين هم في الصف الحادي عشر، بينما لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات أفراد العينة الذين هم في الصف العاشر والثاني عشر، بينما يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط إجابات أفراد العينة الذين هم في الصف الحادي عشر والصف الثاني عشر وهذه الفروق لصالح أفراد العينة الذين هم في الصف الحادي عشر.

ويلاحظ من هذه النتيجة التي أظهرتها نتائج الجدول (27-28-29) حول الفروق بين الذكور والإناث حول الأفكار الانتحارية، والفروق حسب السن، والفروق حسب الصف مايلي:

تباينت نتائج الدراسات السابقة التي لا تتفق في كثير منها مع الدراسة الحالية. والتساؤل الذي يثيره البحث الحالي، هل تتباين الأفكار الانتحارية باختلاف الجنس أم لا؟ فقد بينت دراسات سوكاس Suokas (1992)، نوردستروم Nordstrom (1995) وهاريس Harris (1997) أن محاولة الانتحار تضاعف خطر الموت عن طريق الانتحار، أو أي طريقة عنيفة أخرى، و بالخصوص خلال السنة الأولى التي تمت فيها المحاولة الانتحارية (Choquet, 2001:121). كما تباينت نتائج بعض الدراسات التي اهتمت بدراسة الفروق بين الجنسين في الانتحار، في هذا السياق توصل " روزنتال Rosenthal (1981) إلى انه بالرغم من شعور الذكور بالاكتئاب واليأس، إلا أنهم اقل رغبة من الإناث في الاعتراف بالأفكار و المشاعر الانتحارية، ذلك لأنهم قد يعتبرون تصور الانتحار علامة على الضعف و عدم الكفاءة في تناول شؤونهم. كما توصل " روزنتال " أيضا إلى انه بالرغم من كون الذكور قد اخبروا عن يأس شديد كالإناث، إلا أن درجات اليأس لم تكن مرتبطة بدرجة مرتفعة بتصور الانتحار لديهم (Rosenthal, 1981:422-442). وتوصل " ريتش " Rich " وآخرون (1992) إلى أن الذكور أكثر دافعية في محاولات الانتحار الناجحة من الإناث، وذلك لان الذكور يخافون من عدم المرغوبية الاجتماعية، كما يخافون أيضا الظهور بمظهر الضعف، لهذه الأسباب فإنهم حينما يقومون بمحاولات انتحار غالبا ما تكون ناجحة (Rich & al, 1992:371). وأسفرت دراسات "كوسكي" Kosky " وآخرون (1990)، "شوكي" Choquet وآخرون (1993) و"دومان" DeMan (1995) على أن المراهقون الذين تراودهم أفكارا انتحارية يعانون من الاكتئاب والإنهاك، وانخفاض تقدير الذات، كما أنهم يشكون من أمراض جسدية غير محددة، و يظهرون اضطرابات سلوكية. وحسب "روهده" Rohde وآخرون (1997) تظهر المراهقات اللواتي تحملن أفكارا انتحارية اندفاعية مرتفعة مقارنة بالمراهقين. في حين يعبر الشباب في نظر "شوكي" (2001) من خلال الأفكار الانتحارية على عدم الارتياح. (Choquet, 2001:12, 5). أما "جامي" Jeammet وآخرون فتوصلوا إلى أن المراهقة تشترك مع اضطراب الشخصية الحدية في العديد من النقاط، فمن الناحية الإكلينيكية يلاحظ في الحالتين عدم الاستقرار بشكل واضح وتكرار الاندفاعية وكثرة

المحاولات الانتحارية. كما أن الدينامية النفسية أيضا متماثلة فكلتا الحالتين تتميزان باضطراب الهوية، هشاشة نرجسية و أنا ضعيف و حساس (Jeammet& al, 2006:164). وأشار "رود" "Rudd" (1989) إلى أنه بالرغم من أن الذكور أكثر محاولة للانتحار من الإناث، إلا انه لا توجد فروق جوهرية بين الجنسين في تصور الانتحار (Rudd, 1989:173). في حين يرى "سبيريتو" "Spirito" (1989) و"موسيكى" "Moscicki" (1995) أن المحاولات الانتحارية عند الذكور أكثر منها عند الإناث (Choquet, 2001:121). وأكد "الصغير" (2003) أن حالات الانتحار عند الرجال أكثر منها عند النساء (على مستوى العالم) وتلك هي الحالات التي تم فيها قتل الشخص نفسه فعلاً، أما محاولات إيذاء الذات (مثل: قطع بعض الأوعية الدموية/ شرب مادة ضارة أو تناول أدوية بكميات ضارة) فتلك تكثر في النساء منها عند الرجال (الصغير، 2003). كما أشارت (تومسن وشاكد 2009) إلى وجود فرق بين الجنسين في الأفكار الانتحارية حيث أشارت إلى انتشار الأفكار الانتحارية لدى الإناث أكثر من الذكور. كذلك أشارت نتائج دراسة (فايد، 1998) إلى عدم وجود فروق بين الذكور والإناث في كل من الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار، وتزداد درجة الانتحار بفعل التأثير المشترك لكل من الاكتئاب واليأس لدى مجموعتي الذكور والإناث. بينما أشارت دراسة "ريتش" "Rich" وآخرون (1992) إلى أن الإناث اخبرن عن تصور الانتحار و الاكتئاب أكثر من الذكور، بينما لم تكن هناك فروق جوهرية بين الجنسين في اليأس (Rich & al, 1992: 364-373). في حين أشار "الشرييني" (2001) إلى أن معدلات الانتحار تزيد في الرجال مقارنة بالسيدات بمعدل 3 أضعاف بينما تزيد معدلات محاولات الانتحار التي لا تنتهي بالقتل الفعلي في المرأة مقارنة بالرجال (الشرييني، 2001: 180 - 181). ورغم هذه النتائج مع بعض الدراسات السابقة إلا أنها تتفق مع دراسة (عبد الخالق وكاظم وعيد 2011) والتي أشارت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في الأفكار الانتحارية (القابلية للانتحار).

كذلك بينت الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين طلاب الصفوف الثلاث في الأفكار الانتحارية، حيث كان طلاب الصف العاشر والثاني عشر لديهم أفكاراً انتحارية، بالمقارنة من السنة الوسطى (الحادي عشر) وهذه الأفكار ربما مزاجية وتعود إلى أن الطالب العاشر هو في لحظة انتقال من مدرسة لأخرى، وطالب الثاني الثانوي هو في لحظة انتقال إلى المرحلة الجامعية، مما لا شك في هذه النتيجة في حالة وليست سمة من سمات شخصية طلاب المرحلة الثانوية.

7. الفرضية السابعة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا والميول الاكتئابية لدى أفراد العينة الذكور والإناث من طلاب المرحلة الثانوية. من أجل اختبار الفرض تم قياس العلاقة بين مرونة الأنا عند أفراد العينة وبين الميول الاكتئابية، وتم ذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، كما يبينه الجدول التالي:

الجدول (30) معامل ارتباط بيرسون بين مقياس مرونة الأنا ومقياس الميول الاكتئابية لدى أفراد العينة

مقياس الميول الاكتئابية		مقياس مرونة الأنا	مقياس الميول الاكتئابية
معامل ارتباط بيرسون	1	-.879-	
قيمة المعنوية الإحصائية		.000	
العدد	915	915	مقياس مرونة الأنا
معامل ارتباط بيرسون	-.879-**	1	
قيمة المعنوية الإحصائية	.000		
العدد	915	915	

يتضح من الجدول السابق (30) أن قيمة المعنوية الإحصائية ($Sig=.000$) أصغر من قيمة الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) فهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$)، وبالتالي نرفض الفرضية الابتدائية أي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا ومقياس الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون لهذه العلاقة ($R=-0.879$) وهذا يعني أن هناك علاقة قوية، وهذه العلاقة سالبة بين مرونة الأنا والميول الاكتئابية لدى أفراد العينة. بمعنى آخر ترتفع مرونة الأنا في حال انخفاض الأعراض الاكتئابية، وتزيد الأعراض الاكتئابية في حال نقصان مرونة الأنا.

تعد هذه النتيجة منطقية إلى حد ما إذ أن وجود المرونة النفسية لدى الأفراد تعمل، كما تشير الدراسات كعامل وقائي في مواجهة الاضطرابات النفسية عموماً، ومنها الاكتئاب. وهذه النتيجة تتفق مع ما أشارت إليه نتائج دراسة جولدستين وآخرون (Goldstien et al., 2013) إلى وجود علاقة دالة بين المرونة الداخلية والتدين، وعلاقة سلبية بين المرونة والتدخين وتعاطي الكحول، وأعراض الاكتئاب، وأن الأفراد الأكثر مرونة حصلوا على درجات تحصيلية مرتفعة بالمقارنة مع الأفراد منخفضي المرونة. بينما اتفقت هذه النتيجة أيضاً مع دراسة كيسبير وآخرون (Kesebir, et al, 2013) والتي أشارت نتائجها إلى وجود علاقة قوية بين المرونة والمزاج المفرط لدى الأفراد الأصحاء الذين لا يعانون من الاكتئاب. كما أظهرت الدراسة وجود علاقة عكسية بين المرونة النفسية والمزاج السلبي والقلق في كلا المجموعتين. ولوحظ وجود ارتباط سلبي بين المزاج السلبي وتماسك الأسرة في مجموعة اضطراب الاكتئاب، بينما لدى الأفراد

الأصحاء لوحظ وجود علاقة قوية بين تماسك الأسرة والاكنتئاب ومزاجه القلق، وجود علاقة ضعيفة بين تماسك الأسرة والمزاج السلبي. كما أظهرت دراسة زيبان وآخرون al.,2012Ziaianet أن المراهقين الذين يعانون من أعراض الاكنتئاب أو مشاكل عاطفية أو سلوكية أخرى كانوا أقل مرونة. كما أظهرت نتائج دراسة حدادي وبشارت (Besharat&Haddadi, 2010) وجود علاقة ارتباطية سالبة بين الضغط النفسي والاكنتئاب والقلق والمرونة النفسية، وأن مؤشرات الصحة النفسية المنخفضة أو السلبية تتأثر بمستويات مختلفة من المرونة النفسية من خلال احترام الذات، والكفاءة الشخصية، والمثابرة، والتدين، والسيطرة، والتدين.

وهذا يعني أن المرونة النفسية كما اشارت إليه العديد من الدراسات السابقة تقف حجراً وسداً منيعاً في وجه العديد من الاضطرابات النفسية التي تواجه الإنسان في حياته اليومية عندما تواجهه العديد من الصعوبات والتحديات في حياته اليومية، على اعتبار أن هذه القوة الايجابية التي يحملها الإنسان في داخله تجعله قادراً على مجابهة الصعاب بحزم وثبات.

8. الفرضية الثامنة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا ومقياس الأفكار الانتحارية.

من أجل اختبار الفرض تم قياس العلاقة بين متغير مرونة الأنا عند أفراد العينة وبين مقياس الأفكار الانتحارية، وتم ذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، كما يبينه الجدول التالي:

الجدول (31) معامل ارتباط بيرسون بين مرونة الأنا والأفكار الانتحارية

		الأفكار الانتحارية		مرونة الأنا
معامل ارتباط بيرسون	1	-0.619		
قيمة المعنوية الإحصائية		.000		
معامل ارتباط بيرسون	-.619**	1	الأفكار الانتحارية	
قيمة المعنوية الإحصائية	.000			
العدد	915	915		

يتضح من الجدول (31) أن قيمة المعنوية الإحصائية ($Sig=.000$) أصغر من قيمة الدلالة الإحصائية ($\alpha=0.05$) فهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$)، وبالتالي نرفض الفرضية الابتدائية أي توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا ومقياس الميول الاكنتابية عند الأطفال والمراهقين ، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون لهذه العلاقة ($R=-$)

(0.619) وهذا يعني أن هناك علاقة قوية كما أن هذه العلاقة عكسية أي كلما زادت مرونة الأنا عند أفراد العينة كلما انخفضت الأفكار الانتحارية عند أفراد العينة.

وقد اتفقت هذه النتيجة مع العديد من الدراسات السابقة في هذا المجال، نذكر منها دراسة: فايد (1998)، العكاشي (2006)، حورية (2009)، لمين (2009)، معمريه (2009)، دايروكريتمان (Beth. et. al. 1984 & Dyer, Kreitmaa, 1984) رينش وآخرون (Rich, et. al., 1996)، بيث وآخرين (Beth. et. al. 2001) والتي أشارت جميعها إلى وجود علاقة سلبية بين مرونة الأنا واليأس الأفكار الانتحارية والاكنتاب.

9. الفرضية التاسعة: لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة $(0,05 \geq a)$ بين الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية لدى أفراد العينة المستهدفة بالبحث.

وللتحقق من ذلك تم قياس العلاقة بين الميول الاكتئابية عند أفراد العينة وبين الأفكار الانتحارية، وتم ذلك باستخدام معامل ارتباط بيرسون (Pearson Correlation)، كما يبينه الجدول التالي:

جدول (32) معامل ارتباط بيرسون بين مقياس الميول الاكتئابية ومقياس الأفكار الانتحارية

الميول الاكتئابية		الأفكار الانتحارية	الميول الاكتئابية
معامل ارتباط بيرسون	1	.653	
قيمة المعنوية الإحصائية		.000	
العدد	915	915	
الميول الاكتئابية		الأفكار الانتحارية	الأفكار الانتحارية
معامل ارتباط بيرسون	.653	1	
قيمة المعنوية الإحصائية	.000		
العدد	915	915	

يتضح من الجدول السابق (32) أن الدلالة الإحصائية (Sig = .000) أصغر من قيمة الدلالة الإحصائية $(\alpha = 0.05)$ فهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة $(\alpha = 0.05)$ ، وبالتالي نرفض الفرضية الابتدائية أي بين مقياس الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين ومقياس الأفكار الانتحارية، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون لهذه العلاقة $(R = 0.653)$ وهذا يعني أن هناك علاقة قوية كما أن هذه العلاقة طردية أي كلما زادت الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين كلما زادت الأفكار الانتحارية،

ويعد السلوك الانتحاري قديم قدم المجتمع الإنساني، ورغم قدم الاهتمام به إلا أن تاريخ البحث العلمي فيه قصير إذا ما قورن بقدم موضوع الانتحار (عبد القوي، 1989: 45). وقد أشار "بيك" Beck "و آخرون (1979) إلى أنه قليلاً ما تم تناول موضوع الأفكار الانتحارية التي تتعلق خطورتها بالأزمات أكثر من الغرض (الرغبة في الموت، التحضير للفعل، شراء مواد سامة) (Choquet, 2001:122). ويرجع السبب في ذلك إلى ما لموضوع الانتحار من حرمة تتعلق بما يحيط به من مشاعر و انفعالات، و لما له من حساسية اجتماعية و دينية قد تصل إلى حد الحرج، وكذلك لعدم انتشاره كظاهرة

سلوكية جديرة بالدراسة، الأمر الذي جعل معظم الباحثين يحجمون عن تناول موضوع الانتحار لفترة طويلة (عبد القوي، 1989: 45). و لكن أمام التقدم التكنولوجي السريع، والضغوط الاقتصادية الشديدة التي يتميز بها العصر الحالي، أصبح الانتحار من أكثر الطوارئ النفسية الذي يمثل ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار تكاد تشمل العالم بأسره، و ذلك نتيجة الإحباطات التي يقابلها الأفراد و عزمهم عن ملاحقة خصائص هذا العصر - سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة- مما يشعرهم بالاكتئاب و اليأس و يدفعهم إلى التفكير في الانتحار.

ويرجع الاهتمام بدراسة السلوك الانتحاري لدى طلاب المرحلة الثانوية إلى أن معدلات الانتحار قد ازدادت بشكل كبير لدى المراهقين و الراشدين في العقد الأخير من القرن العشرين - سواء على المستوى العالمي أو المستوى المحلي- في هذا الصدد يشير " رود " " Rudd " (1989) إلى أن معدلات الانتحار بين أولئك الذين في المرحلة العمرية من 15-24 سنة قد تضاعفت إلى ثلاثة مرات في العشرين عاما الأخيرة من القرن العشرين. و أسفرت دراسة " كلوم " " Clum " و " يانج " " Yang " (1994) التي تم إجراؤها على عينة قوامها 101 من طلاب الجامعة الآسيويين المقيمين في أمريكا (73 ذكرا، 28 أنثى) تراوحت أعمارهم بين 18 و 40 سنة، بمتوسط عمري 23.4 سنة، و انحراف معياري 4.4 سنة، عن وجود ارتباط موجب جوهري بين تصور الانتحار وكل من الاكتئاب و اليأس. كما أوضحت النتائج أن العلاقة بين الاكتئاب و تصور الانتحار علاقة مباشرة، و أن هناك مجموعة من العوامل المرضية التي تؤثر في هذه العلاقة مثل اليأس، ارتفاع مستوى الضغوط، و انخفاض المساندة الاجتماعية، و افتقاد الثقة في حل المشكلات اليومية.

كما أشارت الدراسات السابقة عن وجود علاقة سلبية بين الأفكار الانتحارية ومرونة الأنا، مثل دراسة جونسون جونسون (Johnson,2010) التي وجدت لدى أفراد العينة معدلات عالية في مقاييس اليأس، والتفكير الانتحاري، وتقييمات سلبية للذات، وانخفاض في المرونة النفسية، بينما حصل الأفراد العاديين على معدلات عالية من المرونة النفسية والتقييم الإيجابي للذات. كما أظهرت الدراسة وجود فروق بين الذكور والإناث في المرونة النفسية، والتقييم الإيجابي للذات لصالح الذكور، بينما الإناث حصلن على درجات مرتفعة في اليأس والأفكار الانتحارية. كذلك اتفقت نتائج هذه الدراسة مع دراسة جونسون وآخرون Johnson, et al, 2010 التي أشارت إلى وجود علاقة دالة بشكل إيجابي بين أحداث الحياة الضاغطة والأفكار الانتحارية، ووجود علاقة سلبية بين التقييم الذاتي الإيجابي وأحداث الحياة الضاغطة والأفكار الانتحارية. كما أن زيادة الأحداث الضاغطة قد تؤدي إلى زيادة في حالات الانتحار. والعكس صحيح فكلما زادت الفعالية الذاتية الإيجابية كلما انخفض الأفكار الانتحارية. وقد استنتج الباحثون بأن مرونة الأنا وتقييم الذات إيجابياً يمنع الفرد من التفكير في إنهاء حياته. كما أن المرونة والتقييم الإيجابي للذات قد يكون أسلوباً واعداً للتدخل في منع حالات الانتحار. بينما أشارت نتائج دراسة هجيمدال

وأخرون Hjemdal,et al.2010 إلى وجود علاقة سلبية بين المرونة النفسية وكل من القلق والاكتئاب، والوساوس المتسلطة، كما أشارت الدراسة بأن المرونة عامل منبئ جيد في التعرف على الأعراض النفسية لدى طلاب المرحلة الثانوية، حيث أظهرت النتائج أن الطلاب الأكثر مرونة أقل إصابة بالأعراض المرضية كما قاستها مقاييس القلق والاكتئاب والوساوس. ومعنى ذلك أن كما أن المراهقين الذين لديهم ميل انتحارية أقل تقديراً لذواتهم، مع معاناتهم من مشكلات أسرية واجتماعية واقتصادية، بينما الذين ليس لديهم ميل انتحارية فهم يتسمون بمرونة وصلابة في الشخصية والقدرة على مواجهة التحديات بعقل منفتح، وأفكار إيجابية لا يكتنفها الغموض واللبس والأفكار الهدامة. لذلك جاءت النتائج التي توصل إليها الباحث متفقة مع الإطار النظري والدراسات السابقة في هذا المجال.

10. الفرضية العاشرة : تسهم مرونة الأنا و الميول الاكتئابية عند أفراد العينة بالأفكار الانتحارية عند مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha = 0.05$

ولمناقشة هذه الفرضية قام الباحث بتحديد المتغير التابع وهو الأفكار الانتحارية والمتغيرات المستقلة وهي مقياس مرونة الأنا ومقياس الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين ثم قام الباحث باستخدام تحليل الانحدار لمعرفة مدى إسهام مرونة الأنا والميول الاكتئابية بالأفكار الانتحارية وهذا ما تظهره الجداول التالية:

جدول (33)معامل الارتباط المتعدد بين المتغير التابع مرونة الأنا,الميولالاكتئابية

Model	معامل الارتباط المتعدد	معامل التحديد	معامل التحديد المقترح	الخطأ المعياري في التقدير
1	a0.66.	.435	.434	.10437

يتضح من الجدول السابق أن قيمة معامل الارتباط المتعدد (R=.66) وهذا يدل على أن المتغيرات المستقلة تسهم بالمتغير التابع، ولمعرفة معنوية تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع قام الباحث بدراسة اختبار تحليل التباين كما يبينه الجدول التالي:

الجدول (34)تحليل الانحدار مرونة الأنا,الميولالاكتئابيةوالأفكارالانتحارية

Model	مجموع المربعات	عدد درجات الحرية	متوسط المربعات	اختبار ف	قيمة المعنوية
1	الانحدار	2	4.133	404.131	.000a
	البواقي	912	.010		
	المجموع	914			

يتضح من الجدول السابق (34) أن قيمة معامل المعنوية (Sig=.000) أصغر من قيمة الدلالة الإحصائية وهذا يدل على تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية أي تسهم مرونة الأنا والميول الاكتئابية عند أفراد العينة بالأفكار الانتحارية عند مستوى الدلالة الإحصائية.

وبهدف وضع نموذج بين مقياس الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين ومقياس مرونة الأنا والأفكار الانتحارية قام الباحث بدراسة معاملات الانحدار الجزئية كما بينها الجدول التالي:

جدول (35) معاملات الانحدار الجزئية للنموذج المقترح بين الميول الاكتئابية و مرونة الأنا والأفكار الانتحارية

Model	معاملات النموذج		المعاملات المقترحة	اختبارات	قيمة المعنوية
	المعامل	الخطأ المعياري	المعامل		
1	الثابت	.208	.085	2.455	.014
	الميول الاكتئابية	.192	.021	.476	.000
	مقياس مرونة الأنا	-.058-	.015	-.201-	-3.840-

من الجدول السابق نجد معنوية معاملات الانحدار عند مستوى الدلالة ($\alpha = .05$) حيث بلغت قيمة المعنوية لجميع القيم المعنوية (Sig=.000)، وبالتالي يمكننا بناء النموذج المقترح بالاعتماد على قيم معاملات الانحدار الجزئية حيث نجد أن هناك تأثير سلبي لمرونة الأنا وإيجابي لمقياس الميول الاكتئابية على الأفكار الانتحارية، ويكون النموذج كما يلي: درجة الأفكار الانتحارية = $0.208 + 0.192 * (\text{الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين}) - 0.058 * (\text{مرونة الأنا})$.

رابعاً: التعليق العام على نتائج البحث والنظرة المستقبلية:

وضع مصطلح المرونة Resilience في الأدب النفسي في بداية الخمسينيات من القرن الماضي على يد جاك بلاك وكريمين (1950)، ظهرت العديد من الدراسات التي تناولت هذه المفهوم باعتباره من المفاهيم الإيجابية للطبيعة البشرية، وخصوصاً الأبحاث المتعلقة بالضغوط والشدائد التي يعاني منها الفرد وقدرته على التوافق مع هذه المصاعب والمحن. حيث كشفت الدراسات المتعددة أن مرونة الأنا أو المرونة النفسية التي تتضمن أبعاد إيجابية في الشخصية الإنسانية، كالمزاج الإيجابي، والشخصية المرنة، والقدرة على حل المشكلات..... تلعب دوراً مهماً في وقاية الأفراد من الوقوع في برائن الاضطرابات النفسية، كالقلق والاكتئاب والأفكار الانتحارية باعتبارها الحاجز المنيع والصاد في وجه هذه المشكلات المعقدة التي يمكن أن تدخل في المجال النفسي للإنسان في حال عجزه وعدم مرونته في مواجهة المواقف الطارئة بعزم وقوة شخصية. على اعتبار المرونة هي عملية دينامية يقوم بها الأفراد،

وذلك من خلال إظهار قدر من التوافق أو التكيف الإيجابي على الرغم مما يخبره ويكابد من صدمات وضغوط هائلة. وأن البداية الحقيقية لأبحاث المرونة النفسية كانت في مجال الأطفال والمراهقين المعرضين للخطر في محيطهم الأسري والاجتماعي كالعنف الجنسي وسوء المعاملة، والصدمات النفسية في الحروب والكوارث الطبيعية، وسريعاً امتدت تلك الدراسات لتشمل موضوعات وعينات واسعة، حيث درست العلاقة بين المرونة السعادة التفاؤل وسمات الشخصية والأمل، والقدرة على حل المشكلات. على اعتبار أن هذا المفهوم هو نقطة انطلاق رئيسية في حياة كل فرد سواء كان الفرد يواجه خبرات المحن والضغوط والصدمات أو لا. فنحن جميعاً نخبر درجة من الضغوط والتحديات في حياتنا، ولكن لا أحد يمكن ان يتنبأ بمن سيكون قادراً على مواجهة تلك الصعوبات. كما درست علاقة المرونة ببعض المشكلات النفسية كالإكتئاب والقلق والميول الانتحارية، وبعض الدراسات الأخرى تناولت مرونة الأنا كمؤشر على التحصين النفسي لدى الأفراد من الوقوع في أعراض الاضطرابات النفسية، وقد كانت عينات تلك الدراسات متباينة من حيث العدد والجنس والعمر، والمشكلات التي يعانون منها. وجميع النتائج التي توصلت إليها تلك الدراسات في الغالب وجود علاقة عكسية بين مرونة الأنا والأعراض الاكتئابية والأفكار الانتحارية بالرغم من وجد تباين في هذه المتغيرات بين الجنسين (الذكور. الإناث).

لذلك، فإن الدراسة الحالية كشفت عن مجموعة من النتائج التي يمكن ان تكون مدخلاً وأرضية جيدة لدراسات عديدة في البيئة السورية. وأهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية ما يلي:

1. كشفت الدراسة عن وجود مستوى مرتفع من مرونة الأنا أو المرونة النفسية لدى أفراد عينة البحث من طلاب المرحلة الثانوية في مدينة دمشق والبالغ عددهم (915) طالباً وطالبة، وذلك من خلال استخدام مقياس جاك بلوك وكريمن(1996).
2. وجود مستوى منخفض من الميول الاكتئابية لدى أفراد العينة المستهدفة بالدراسة حيث بلغ عدد الذين يعانون من الاكتئاب (379) طالباً وطالبة وعلى مقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين، إعداد رضوان(1999)، وهي نسبة طبيعية في الحدود العادية لعينة غير إكلينيكية.
3. وجود مستوى منخفض من الأفكار الانتحارية لدى أفراد العينة المستهدفة، وهذا يشير إلى أن مرونة الأنا تلعب دوراً مهماً في الحد من الميول والأفكار الانتحارية لدى أفراد العينة المستهدفة.
4. وجود علاقة سلبية بين مرونة الأنا وكل من الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية، بمعنى كلما زادت مرونة الأنا قلت الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية المستهدفة بالبحث.
5. عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في مرونة الأنا، والأفكار الانتحارية والميول والاكتئابية.
6. وجود بعض التباين في العمر والصف الدراسي في متغير مرونة الأنا والميول الاكتئابية، والأفكار الانتحارية.

7. يعد مرونة الأنا مؤشر تنبؤي جيد في الكشف عن طبيعة العلاقة بين مرونة الأنا والأفكار الانتحارية والميول الاكتئابية. وهذه العلاقة السلبية كشفت على أن مرونة الأنا تحد من الميول الاكتئابية لدى أفراد العينة المستهدفة.

خامساً: المقترحات:

- وفي ضوء النتائج التي توصل إليها الباحث في دراسته الحالية، فإنه يقترح مايلي:
1. إجراء دراسات لتعميق مفهوم مرونة الأنا في المدارس الثانوية السورية، والتعرف على طبيعة هذه المرونة وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى طلاب المدارس الثانوية حسب تخصصاتها (أدبي، علمي، صناعي، تجاري).
 2. إجراء دراسات مقارنة حول مرونة الأنا لدى الطلاب الراسبين (الضغط الأكاديمية) في المرحلة الثانوية (البكالوريا) التعرف على طبيعة مرونة الأنا لديهم. على اعتبار أن المرونة الإيجابية الحقيقية لا يجب أن تنحصر في فئة بعينها، لكن لا بد أن تشمل كل الأفراد، كما لا يمكن أن تدرس بمعزل عن التعرض للضغوط والصدمات أو أحداث الحياة الضاغطة.
 3. إجراء بحوث حول التفكير لابتكاري أو الإيجابي كعامل منبئ بالمرونة الايجابية.
 4. إجراء دراسات حول مرونة الأنا باستخدام متغيرات أخرى لدى طلاب المرحلة الجامعية.
 5. تصميم مقاييس لمرونة الأنا في البيئة السورية تناسب مستويات الطلاب في مراحل التعليم المختلفة.
 6. تقديم أساليب دعم نفسي للأسر المدارس التي بحاجة طلابها إلى تنمية مرونة الأنا لديهم، وذلك من أجل التوافق الجيد مع متطلبات الحياة الأسرية والمدرسية.
 7. تصميم برامج إرشادية داعمة لتحسين مستوى المرونة النفسية لدى الطلاب الذين يفتقرون إلى هذه المرونة في مواجهتهم الشدائد والصعوبات في حياتهم اليومية.

هدف البحث الى تعرف مايلي :

1. تعرف مستوى مرونة الأنا لدى طلاب المرحلة الثانوية في مدينة دمشق من الذكور والإناث الذين تتراوح أعمارهم الزمنية بين (15.18) سنة، وكذلك التعرف على الفروق بين أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس والصف في مرونة الأنا.
 2. تعرف مستوى الميول الاكتئابية لدى طلاب المرحلة الثانوية (ذكور وإناث) في المدارس الثانوية بمدينة دمشق، وكذلك التعرف على والفروق بين أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس والصف في الميول الاكتئابية.
 3. تعرف مستوى الأفكار الانتحارية وانتشارها لدى طلبة المرحلة الثانوية، والفروق بين أفراد العينة وفقاً لمتغير الجنس والصف في الأفكار الانتحارية.
 4. تعرف الفروق بين مرتفعي ومنخفضي مرونة الأنا في مستوى كل من الميول الاكتئابية والأفكار الانتحارية.
 5. تحديد مدى إسهام مرونة الأنا والميول الاكتئابية، في الأفكار الانتحارية لدى طلبة المرحلة الثانوية.
- منهج البحث وأدواته :**

اتبع الباحث المنهج الوصفي التحليلي في استخلاص نتائج هذا البحث معتمد على الأدوات التالية :

1. مقياس مرونة الأنا:

هذا المقياس من إعداد جاك بلوك وكريمين (Block & Kremen 1996)

وقام الباحث بإجراء دراسة سيكومترية للمقياس للتحقق من صدق المقياس وثباته وصلاحيته للتطبيق واعتماد نتائجه للبحث .

2. مقياس الاكتئاب للأطفال والمراهقين (ACDI):

وهو من إعداد سامر رضوان وأحمد عبد الخالق (1999) وقام الباحث بإجراء دراسة سيكومترية للمقياس للتحقق من صدق المقياس وثباته وصلاحيته للتطبيق واعتماد نتائجه للبحث

3. مقياس بيك للأفكار الانتحارية:

مقياس بيك للتفكير في الانتحار (BSS) وهو من إعداد أرون بيك وقام الباحث بإجراء دراسة سيكومترية للمقياس للتحقق من صدق المقياس وثباته وصلاحيته للتطبيق واعتماد نتائجه للبحث

عينة البحث الأساسية:

تكونت عينة البحث الأساسية من (915) طالباً وطالبة من طلاب الصفوف الثلاثة (العاشر، الحادي عشر، الثاني عشر) في المرحلة الثانوية في محافظة مدينة دمشق، بحيث كان عد الطلاب (524) طالباً،

و(391) طالبة، والموزعين على (12) مدرسة من الوحدات التعليمية التابعة لمدينة دمشق، والتي تتراوح أعمارهم الزمنية بين (15. 18) سنة.

نتائج البحث :

1. وجود مستويات مرتفعة من مرونة الأنا لدى غالبية أفراد العينة فقد بلغ عدد الطلاب الذين حصلوا على درجة منخفضة على مقياس مرونة الأنا بلغ (14) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (1.53%) في حين بلغ عدد الذين حصلوا على درجة متوسطة من مرونة الأنا (257) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (28.09%). وبلغ عدد الذين حصلوا على درجة مرتفعة على مقياس مرونة (644) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (70.38%).
2. لا توجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس مرونة الأنا وفقاً لمتغير الجنس.
3. لا يوجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسط إجابات أفراد العينة المتعلقة بمرونة الأنا وفقاً لمتغير الصف
4. وجود مستويات منخفضة من الميول الاكتئابية لدى غالبية أفراد العينة أن عدد الطلاب الذين لا توجد لديهم مؤشرات للميول الاكتئابية بلغ (627) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (68.52%) في حين بلغ عدد الذين حصلوا على درجة متوسطة من الميول الاكتئابية (251) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (27.43%) وبلغ عدد الذين حصلوا على درجة مرتفعة على مقياس الميول الاكتئابية (37) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (4.04%).
5. لا توجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين وفقاً لمتغير الجنس.
6. لا توجد فروق دالة عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بالميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين وفقاً لمتغير الصف.
7. وجود مستويات منخفضة من الأفكار الانتحارية لدى غالبية أفراد العينة أن عدد الطلاب الذين حصلوا على درجات ضعيفة على مقياس الأفكار الانتحارية بلغ (906) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (99.02%) في حين بلغ عدد الذين حصلوا على درجة متوسطة من الميول الاكتئابية (9) طالباً وطالبة بنسبة مقدارها (0.98%) بينما لم يحصل أي طالب أو طالبة على درجة مرتفعة على مقياس الأفكار الانتحارية.

8. لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha = 0.05$) بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس الأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الجنس.
9. يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($\alpha=0.05$) بين متوسط إجابات أفراد العينة المتعلقة بالأفكار الانتحارية وفقاً لمتغير الصف.
10. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا و الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين، وهذه العلاقة سالبة بين مرونة الأنا والميول الاكتئابية لدى أفراد العينة . بمعنى آخر ترتفع مرونة الأنا في حال انخفاض الأعراض الاكتئابية، وتزيد الأعراض الاكتئابية في حال نقصان مرونة الأنا.
11. توجد علاقة ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة ($0,05 \geq a$) بين مرونة الأنا و الأفكار الانتحارية عند الأطفال والمراهقين ، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون لهذه العلاقة ($R=-0.619$) وهذا يعني أن هناك علاقة قوية كما أن هذه العلاقة عكسية أي كلما زادت مرونة الأنا عند أفراد العينة كلما انخفضت الأفكار الانتحارية عند أفراد العينة.
12. توجد علاقة بين الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين و الأفكار الانتحارية، حيث بلغت قيمة معامل ارتباط بيرسون لهذه العلاقة ($R= 0.653$) وهذا يعني أن هناك علاقة قوية كما أن هذه العلاقة طردية أي كلما زادت الميول الاكتئابية عند الأطفال والمراهقين كلما زادت الأفكار الانتحارية.
13. تسهم مرونة الأنا والميول الاكتئابية عند أفراد العينة بالأفكار الانتحارية عند مستوى الدلالة الإحصائية.

المراجع العربية

1. ا. م. كولز (1992): المدخل إلى علم النفس المرضي الإكلينيكي، ترجمة: عبد الغفار عبد الحكيم الدمياطي، ماجدة حامد، حسن علي حسين، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .
2. إبراهيم، عبد الستار (1998): الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة، العدد 239، الكويت، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب.
3. إبراهيم، عبد الله سليمان (1994): في الذكاء الإنساني وقياسه، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
4. أبو حطب، فؤاد ، سيد عثمان (1976): التقويم النفسي، ط2، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
5. أبو حلاوة، محمد سعيد (2008): الطريق إلى المرونة النفسية، القاهرة، مصر .
6. أبو حلاوة، محمد سعيد(2013): المرونة النفسية . ماهيتها ومحدداته وقيمتها الوقائية. إصدار شبكة العلوم النفسية العربية، العدد (29).
7. الأحمدى، أنس سليم(2009): المرونة. الرياض. مؤسسة الأمة للنشر والتوزيع.
8. اسعد رزق، عبد الله عبد الدايم (1992) : موسوعة علم النفس ، ط4 ، بيروت ، المؤسسة العربية للدراسات والنشر .
9. الأعرس، صفاء(2010). الصمود من منظور علم النفس الإيجابي، النشرة الدورة للجمعية المصرية للدراسات النفسية.العدد(77).
10. آل ثاني، هناء محمد جبر (2004) : مدى فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المهارات المعرفية لدى عينة من الطالبات ذوات السمات الاكتئابية في المرحلة الثانوية بمدارس قطر، رسالة ماجستير، معهد الدراسات التربوية، جامعة القاهرة .
11. الأنصاري بدر محمد (2002): المرجع في مقاييس الشخصية - تقنين على المجتمع الكويتي- دار الكتاب الحديث.
12. البحيري، عبد الرقيب (2003): مقياس احتمالية الانتحار، كراسة التعليمات، الطبعة الثانية، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية .
13. بكر فرج إمام نمر (1996) : مصدر الضبط لدي حالات الاكتئاب والبارانويا، رسالة ماجستير، كلية الآداب، جامعة الزقازيق
14. حسان ، ولاء اسحق (2009) : فاعلية برنامج إرشادي مقترح لزيادة مرونة الأنا لدى طالبات الجامعة الإسلامية بغزة ، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة، فلسطين .
15. حسن مصطفى (1998) : علم النفس الإكلينيكي، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
16. الحفني، عبد المنعم (1994): موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، ط4، القاهرة، مكتبة مدبولي.

17. حمصي، أنطون (1991): أصول البحث في علم النفس، منشورات جامعة دمشق.
18. حنورة مصري عبد الحميد (1998): الشخصية والصحة النفسية، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
19. خضر، فوزه ياسين قعيد عواد(2009): بعض العوامل الدافعة لانتحار الإناث في مدينة الرياض، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الملك سعود، قسم الدراسات الاجتماعية.
20. الخطيب، محمد جواد (أ-2007): تقييم عوامل المرونة لدى الشباب الفلسطيني في مواجهة الأحداث، جامعة الأزهر، مجلة الجامعة الإسلامية، المجلد (15)، العدد(2)، غزة، فلسطين.
21. الخطيب، محمد جواد (ب-2007): الاحتراق النفسي وعلاقته بمرونة الأنا لدى المعلمين الفلسطينيين بمحافظة غزة، بحث مقدم إلى المؤتمر التربوي الثالث، الجودة في التعليم الفلسطيني .مدخل إلى التميز.
22. الخطيب، محمد جواد (ج-2010) بعنوان: دور التربية المدنية في تنمية مرونة الأنا في الشخصية الفلسطينية. مجلة جامعة الأزهر بغزة ،سلسلة العلوم الانسانية 2010،المجلد 12 ،العدد 2 .
23. الدجوي. عزة محمد فؤاد أحمد يوسف (2000) : فاعلية برنامج موسيقي مقترح في تخفيف الاكتئاب والشعور بالوحدة لدي طالبات الصف الثالث الإعدادي، رسالة ماجستير، كلية التربية، جامعة حلوان
24. رزوق، أسعد (1979م): موسوعة علم النفس. مراجعة عبد الله عبد الدايم، بيروت، المؤسسة العربية للدراسات والنشر.
25. رضوان، سامر (2001): الاكتئاب والتشاؤم . دراسة ارتباطية مقارنة، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد (2)، العدد (1)، البحرين.
26. رضوان، سامر (2007) :الصحة النفسية ،دار المسيرة للنشر والتوزيع ،عمان .
27. الرفاعي، أحمد غنيم، صبري، نصر محمود (2000): التحليل الإحصائي للبيانات باستخدام SPSS، القاهرة، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
28. زهران حامد عبد السلام (1999): علم النفس النمو (الطفولة والمراهقة)، ط 9، القاهرة، عالم الكتب.
29. زهران حامد عبد السلام (2001): الصحة النفسية والعلاج النفسي، القاهرة، عالم الكتب
30. زهران حامد عبد السلام (2003) : دراسات في الصحة النفسية والإرشاد النفسي ، لقاهرة ، عالم الكتب.

31. زهران، حامد عبد السلام (1995): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، القاهرة: عالم الكتب.
32. زهران، حامد عبد السلام (1997): **الصحة النفسية والعلاج النفسي**، ط 3، القاهرة، عالم الكتب
33. الزهراني، نجمة (2005): **النمو النفس - الاجتماعي وفق نظرية اريكسون وعلاقته بالتوافق والتحصيل الدراسي لدى عينة من طلاب وطالبات المرحلة الثانوية بمدينة الطائف ، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة أم القرى، السعودية .**
34. ساندمان ،مارك والناصر ،فهد (2000) **تقييم عوامل المرونة في مواجهة الأحداث الصدمية في دولة الكويت ،المجلة الطبية ، جامعة السلطان قابوس ، 111 - 116 .**
35. سلامة، ممدوحة وعبد الله عسكر (1992) : **علم النفس الإكلينيكي**، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية
36. سلمان ،حسن (2010) :**لماذا ينتحر السوريون ، مجلة قاسيون ،مجلة يصدرها الشيوعيون السوريون بناء على قرار المؤتمر الاستثنائي للحزب الشيوعي السوري . دمشق .**
37. سليمان، عبد الرحمن سيد ، وإيمان فوزي (1999): **معني الحياة وعلاقته بالاكتئاب النفسي لدى عينة من المسنين العاملين وغير العاملين (جودة الحياة) المؤتمر الدولي السادس لمركز الإرشاد النفسي، جامعة عين شمس، القاهرة (10-12 نوفمبر)، 1031 - 1095.**
38. سمعان، مكرم (1964م) : **مشكلة الانتحار، دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري بالقاهرة. القاهرة: دار المعارف.**
39. شقورة، يحيى(2012): **بعنوان : "المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظات، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، غزة**
40. الصغير محمد بن عبد الله (2003): **انهزامية الرجل الضعيف تقوده للانتحار، جريدة الرياض اليومية، الاثنين 21 محرم 1424 الموافق ل 24 مارس 2003 العدد 12694.**
41. الصوفي، حمدان عبد الله (1416هـ): **مفهوم الأصالة والمعاصرة وتطبيقاته في التربية الإسلامية. رسالة دكتوراه غير منشورة، مكة المكرمة، جامعة أم القرى كلية التربية، قسم التربية الإسلامية والمقارنة.**
42. الطحان، محمد خالد .(1992) **مبادئ الصحة النفسية، الطبعة الثالثة، دبي: دار القلم للنشر والتوزيع.**
43. طه، فرج عبد القادر وآخرون (1993): **موسوعة علم النفس والتحليل النفسي**، دار سعاد الصباح

44. عبد الخالق ، أحمد وآخرون (2011) العوامل المنبئة بمستويات بعض الأعراض الاكتئابية لدى عينيتين من الأطفال والمراهقين في الكويت وعمان . مجلة جامعة دمشق للعلوم التربوية والنفسية، العدد الثالث والرابع ، المجلد 27 .
45. عبد الخالق ،أحمد محمد و رضوان ،سامر جميل (1999) :تقنين مبدئي للقائمة العربية لإكتئاب الأطفال على عينات سورية ،مجلة العلوم الاجتماعية ،المجلد الرابع عشر ، العدد (53) ،الكويت .
46. عبدالخالق أحمد (1990) : أسس علم النفس، دار المعرفة، الإسكندرية، مصر .
47. عبد الخالق، أحمد محمد عبد الخالق ، الصبوة، محمد نجيب (1996) : الأنشطة والأحداث السارة لدي عينة من طلاب الجامعة في مصر ، مجلة العلوم الاجتماعية ، جامعة الكويت ، المجلد الرابع والعشرون ،العدد الثالث 147- 185 .
48. عبد الرحمن، محمد السيد (2000): علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة ، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
49. عبد الرحمن، محمد السيد، (2000): علم الأمراض النفسية والعقلية، القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
50. عبد القوي، سامي (1989) : دراسة في سيكولوجية محاولي الانتحار، رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه غير منشورة كلية الآداب، جامعة عين شمس، مصر .
51. عثمان، محمد سعد .(2009) المرونة الايجابية ودورها في التصدي للأحداث الحياة الضاغطة لدى الشباب الجامعي، مجلة كلية التربية، الجزء الثالث، العدد الثالث 401 والثلاثون، صص373
52. عثمان، محمد سعد .(2010) الخصائص السيكومترية لمقياس المرونة الايجابية لدى الشباب الجامعي، مجلة كلية التربية، الجزء الثاني، العدد الرابع والثلاثون، صص-539 537
53. عثمان، محمد سعد حامد (2010) فاعلية برنامج إرشادي لتنمية المرونة الإيجابية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الشباب، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية، قسم الصحة النفسية، جامعة عين شمس، القاهرة، مصر .
54. عسكر، عبد الله (1988) : الاكتئاب بين النظرية والتشخيص . رسالة دكتوراه منشورة، القاهرة ، مكتبة الانجلو المصرية .
55. عكاشة، أحمد (1998): الطب النفسي المعاصر ، القاهرة : مكتبة الانجلو المصرية.
56. العمري ،علي سعيد (2008) : نمو فاعليات الأنا وقدرتها التنبؤية بنمو التفكير الأخلاقي لدى عينة من الذكور والاناث من سن المراهقة وحتى الرشد بمدينة أبها بمنطقة عسير ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة أم القرى ، السعودية .

57. عيد، ابراهيم (2002) :دراسة للخصائص الايجابية للشخصية في علاقتها بمتغيري النوع والتخصص الدراسي لدى طلاب الجامعة، مجلة كلية التربية ، القاهرة .
58. فاضلي ، أحمد (2010) : الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية ، دراسة مقارنة في أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس . جامعة البليدة ، الجزائر .
59. فايد، حسين علي (2001 أ): الفروق في الاكتئاب و اليأس و تصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها، دراسات في الصحة النفسية، الإسكندرية: المكتب الجامعي الحديث،
60. فايد، حسين (2003) : الاضطرابات السلوكية، الإسكندرية، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع.
61. فحجان ، سامي خليل (2010) : التوافق المهني والمسؤولية الاجتماعية وعلاقتها بمرونة الأنا لدى معلمي التربية الخاصة ، رسالة الماجستير غير منشورة، كلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة ، فلسطين .
62. فرانكل، فكتور (1982): الإنسان يبحث عنت معنى، ترجمة: طلعت منصور، دار القلم الكويت.
63. القريطي، عبد المطلب أمين (1998): في الصحة النفسية ،، القاهرة، دار الفكر العربي.
64. قوته، سمير (2001): المرونة النفسية للأطفال الذين تعرضوا للعنف السياسي، برنامج غزة للصحة النفسية، غزة، فلسطين.
65. كونزن ،بيتر (2010) : البحث عن الهوية ،الهوية وتشتتها في حياة ايريك اريكسون وأعماله ، ترجمة أ.د. سامر رضوان ،دار الكتاب الجامعي ، الطبعة الأولى . فلسطين .
66. م. كولز (1992): المدخل إلي علم النفس المرضي الإكلينيكي، ترجمة :عبد الغفار عبد الحكيم الدمياطي، ماجدة حامد، حسن علي حسين، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية .
67. محمد لمين ، كوروغلي (2009): مساهمة في دراسة محاولة الانتحار عند المراهق بعد تعرضه لصدمة فشل الأسباب واستراتيجيات التكفل النفسي ، رسالة الماجستير غير منشورة في علم النفس العيادي، الجزائر.
68. مخيمر، صلاح(1978). التشخيص الإيجابي هو الأسلم، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
69. معاليقي ،عبد اللطيف (1996) : المراهقة أزمة هوية أم أزمة حضارة دراسة تحليلية – اجتماعية للمراهقة في واقعها ودينامياتها ومعطلاتها ، بيروت .
70. معمريّة، بشير (2006): استبيان لقياس احتمال الانتحار لدى الراشدين وتقنيته على عينات من البيئة الجزائرية، جامعة باتنة، الجزائر.

71. معمريه، بشير(2009): الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور انتحار وقلق الموت وفقاً لارتفاع وانخفاض الذكاء الوجداني لدى عينة من الشباب". في دراسات نفسية: القاهرة: المؤسسة العربية للاستشارات العلمية.
72. مليكه، لويس كامل (1980): علم النفس الإكلينيكي (التشخيص والتنبؤ في الطريقة الإكلينيكية)، القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب .
73. مليكه، لويس كامل (1994): العلاج السلوكي وتعديل السلوك ، ط2، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
74. منظمة الصحة العالمية (2005): الوقاية من الاضطرابات النفسية، التدخلات الفعالة والخيارات السياسية، التقرير المختصر، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، القاهرة.

المراجع الأجنبية

1. Albert, N & Beck, A.(1981) Incidence of depression in early adolescence: A preliminary Study In Bruce Kremer (ed.) Menlal Health in the School. PP. 195 – 200.
2. Allen - Meares, Colarossi, Oyserman, & De Roos, (2003): Assessing depression in childhood and adolescence: A guide for social work practice, Journal of Child and Adolescent Social Work, Vol. 20, N. 2, PP. 5-20.
3. American psychiatric Association (2000):Diagnostic and statistical Manual of mental disorders (4thed.,edition, Text Revision (DSM – IV- TR). Washington, DC: Author. -Rank systems, Journal of adolescence. Vol (28) , No (3) p.17
4. Augustine, Osman & Franciscos. Parrios, et.al, (2002): The Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI) Inventory: Psychometric Evaluation With Adolescent Psychiatric Inpatient Samples, journal of Personality,Assessment, Lawrenlce Erlbaum Associates.
5. Beck, Arron (1991): Beck Scale for Suicide Ideation,(BSS) Manual,Person,United states of America.
6. Beth, S. Brodsky, Maria Oquend (2001): The Relationship of Childhood Abuse to Impulsivity and Suicide A Behavior in Adults with Major Depression, AMJ Psychiatry.
7. Bith. I,Kinsel, MGS (2004): Older Women and Resilience A Qualitative Study of Adaptation, Dissertation, The Ohio State University.
8. Block Jack (1993): Ego-Resilience Through Time University of California. Berkeley, Eric Document, E.D 356879.
9. Bogenschneider, K. (1996). An ecological risk/protective theory for building prevention programs, policies, and community capacity to support youth. Family Relations,45(2), 127-138.
10. Bogenschneider, Karen .(2006) What Youth Need to Succeed: The Roots of Resiliency By On g, Anthony D.,Bergeman, C. S.,Bisconti, Toni L., Wallace, Kimberly A. Journal of Personality and Social Psychology,Vol 91(4), Oct)2006,730-749).
11. -Boyd, J.H. &Weissman, M.M. (1981). Epidemiology of affective disorders. A reexamination and future directions. Archives of General Psychiatry , Vol. 38,PP. 1039-1046
12. CarliVladimir &Marco Sarchiapone.(2011) :-Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma, Journal of Affective Disorders, Vol ,133, No 3, PP; 591–594.
13. Carter D. Janet. Christopher M. Frampton Roger T. Mulder, Suzanne E. Luty and Peter R. Joyce.(2009). The relationship of demographic, clinical, cognitive and personality variables to the discrepancy between self and

- clinician rated depression. *British Journal of Clinical Psychology* 54 (4),pp. 457-473.
14. Choquet, M (2001): Suicide et adolescence: acquisépidémiologiques , Conférence de consensus, 19-20 octobre 2000: La crisesuicidaire, Reconnaître et prendre en charge, ed John LibbeyEurotext, Paris et FFP .
 15. Cohn Michael , Barbara, L. Fredrickson, et.al, (2009): Happiness Unpcked: Positive Emotions Increase Life Satisfaction by Building Resilience, *American Psychological*.
 16. Crane Y. Alatiq,M.G. Williams and G.M. Goodwin.(2009)'; Self-discrepancy in students with bipolar disorder II or NOS. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*,Vol, 41, (2),pp; 135-139.
 17. Dyer, J. &Kreitman, N. (1984); Hopelessness, Depression and Suicidal intent in Parasuicide, *British Journal of Psychiatry*, Vol. 144, 127-133.
 18. Fergus, S. & Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399 -417.
 19. FerranViñasand , Josepa Canals (2002);Psychological and Family Factors Associated with Suicidal Ideation in Pre-Adolescents *The Spanish Journal of Psychology* Copyright 2002 by The Spanish Journal of Psychology2002, Vol. 5, No. 1, 20-28 1138-7416.
 20. FL Nelson AND Farberow (2010); indirect Self-Destructive Behavior in the Elderly Nursing Home Patient. *JOURNAL OF GERONTOLOGY* ,VOL ,35,NO ,6,949,957
 21. George, Ancel&RewW(2009), Risk & RESILIENCE IN ADOLESCENT SUICIDAL IDEATION, Thesis submitted in fulfillment of the requirements for the degree PHILOSOPHIAE DOCTOR (Psychology)in the Faculty of Humanities Department of Psychology at the UNIVERSITY OF THE FREE STATE.
 22. George,A Andrew(2009):Risk and resilience adolescent suicidal ideation ,Doctor degree in the faculty of Humanitues, department of Psychology.
 23. Goldstein L. Abby ,Breanne Faulkner&Christine Wekerle.(2013): The relationship among internal resilience, smoking, alcohol use, and depression symptoms in emerging adults transitioning out of child welfare,*Child Abuse & Neglect*, Vol(37) ,no(1), pp;22-32
 24. Gooding , Johnson. Tarrier Wood (2010) Resilience as positive coping appraisals: Testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS) *Behaviour Research and Therapy* 48 179–186.
 25. Gooding , Johnson. Tarrier Wood (2010) Resilience to suicidal ideation in psychosis: Positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy* xxx (2010) 1-7.
 26. Grace, Fayombo (2010). The relationship between personality traits and psychological resilience among the Caribbean adolescents. *International Journal of Psychological Studies*; Vol. 2(2):pp; 105 –116

27. HaddadiParvaneh, Besharat Mohammad Ali (2010) Resilience, vulnerability and mental health, Procedia - Social and Behavioral Sciences, Vol,5, pp;639-642
28. Haeel , Gerald J Grigorenko, Elena (2009) P Cognitive Vulnerability to Depression: Exploring Risk and Resilience. American Psychological Association 2009, Vol. 9, No. 3, pp; , 404-415 .
29. Jane M Burns, Gavin Andrews and Marianna Szabo(2002): Depression in young people: what causes it and can we prevent it? Journal of Personality and Social Psychology ,Vol.7, PP. 93-96
30. Jeammet, P & al. (2006) : Les dépressions à l'adolescence : Modèles, clinique, traitements, Ed Dunod.
31. Jetender, Sareen, Briar, et.al (2005): Anxiety Disorders and Risk for Suicidal Ideation and Suicide Attempts,
32. Kesebir Sermin Duru Gündoğar & Yeliz Küçüksuba (2013) The relation between affective temperament and resilience in depression: A controlled study. Journal of Affective Disorders, Vol 148, NO2-3, PP; 352-356
33. Kindt Michael T. (2006): Bulding Population Resilience to terror Attacks: The Counter Proliferation Papers Future War Fave Series, No. 36,37:133-143.
34. MacDermid, Shelley M , Samper, Rita (2008) Understanding and Promoting Resilience IN Military Families , research institute at Purdue University.
35. Madison WI: University of Wisconsin-Madison/Extension. Konard, Kathleen, Bronson, Jim, (1997). " Hand Difficult Times and Learning Resiliency", Annual AEE International Conference.
36. Maginness, Ali (2007) THE DEVELOPMENT OF RESILIENCE – A MODEL A thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy in Psychology University of Canterbury.
37. Mccoy Rene, M, M.S.W (2010): An Examination of The Relationship Between Resilience and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder Among Social Work Student At Florida State University.
38. Nelson, Charles Kate St. Cyr , Bradley Corbett, Elisa Hurley, Shannon Gifford, Jon D. - Elhai (2011): Predictors of posttraumatic stress disorder, depression, and suicidal ideation among Canadian Forces personnel in a National Canadian Military Health Survey, Journal of Psychiatric Research, Volu 45, No 11, , pp; 1483-1488
39. Paris, J; Nowlis, D & Brown, R (1989): Predictors of suicide in borderline personality disorder. Canadian journal of psychiatry, Vol 34,
40. Pat Clark, (1995), Risk and Resiliency in Adolescence: The Current Status of Research on Gender Differences. Equity Issues, .
41. Petteri Sokero 2006 Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients with Major Depressive Disorder Department of Psychiatry University of Helsinki, Finland Helsinki 2006.

42. Pietrzak Robert H. Amanda R. Russo, Qi Ling^b, Steven M. Southwick (2011): Suicidal ideation in treatment-seeking Veterans of Operations Enduring Freedom and Iraqi Freedom: The role of coping strategies, resilience, and social support, *Journal of Psychiatric Research*, vol(45), No(6), pp;720-726
43. Rich, A. et al. (1992). Gender Differences in the Psychosocial Correlates of Suicidal Ideation among Adolescents, *Suicide & Life-Threatening Behavior*, Vol. 22, No. 3, 364-373.
44. Roy Vladimir Carli, & Marco Sarchiapone. (2011) : Resilience mitigates the suicide risk associated with childhood trauma, *Journal of Affective Disorders*, Vol, 133, No 3, PP; 591–594
45. Rudd, M.D (1989): The Prevalence of Suicidal Ideation among College Students, *suicide & life Threatening Behavior*, Vol.19, No2.
46. Rutz, W. (2010): Depression and Suicide in Males-a European View. *Factsw, Paradoxes, Perspectives. J Neurol Neurochir Psychiatr* 2010; 11 (3): 46-52.
47. Scott, L and O'Hara, M.W. (1993). Self-Discrepancies in clinically anxious and depressed university students. *Journal Of Abnormal Psychology*, vol(102), pp, 282-287.
48. Shawn Utsey, O and . Hook , Joshua N (2008) Cultural orientation, ego resilience, and optimism as predictors of subjective well-being in African Americans, Nicole Fischer and Benita Belvet *The Journal of Positive Psychology* Vol. 3, No. 3, July 2008, 202–210
49. Shawn. O, Utsey, Goshua, N. Hook, et.al, (2008): Cultural Orientation, Ego Resilience, and Optimism As Predictors of Subjective well-being in African Americans, *The journal of Positive Psychology*, Vol.3, p202-210.
50. Silk, Jennifer , Adriance , Ella Vanderbilt (2007) Resilience and Depression , *Resilience among Children and Adolescents at Risk for Depression: University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh*.
51. Soloff, P.H; Lis, J.A; Kelly, T; Contnelius, J & Ulrich, R (1994): Risk Factors for suicide behavior in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, Vol 15, No (9), pp(1316-1323).
52. Soloff, P; Lynch, k & Kelly, T (2002): Childhood abused as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, Vol 16, No3, pp(201-215).
53. Tack-Ho Kim, et al., (2005). Hope and the meaning of life as influences on Korean adolescents' resilience: Implications for counselors. *Asia Pacific Education Review*; Vol. 6(2): 143 – 152.
54. Thomson, Esme AND. (2009) : Factors Associated With Depression and Suicidal Ideation Among Individuals With Arthritis or Rheumatism: Findings From a Representative Community Survey. *FULLER-Vol. 61, No. 7, July 15, 2009, pp 944–950 DOI 10.1002/art.24615 2009, American*

- College of RheumatologyCohn , Michael A And Fredrickson, .Barbara L. (2009)
55. World Health Organization. (2001). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice.
56. Zanarini, M; Frankenburg, F; Hermen, J & Silk, K (2005): The longitudinal course of borderline psychopathology: 6 years prospective follow-up of the phenomenology of Borderline Personality Disorder. American Journal of Psychiatry.Vol 16, No 2.pp 274-283.

مراجع الانترنت

1. www.hayatnafs.com/kadaya_nafsia_ijtema3ia/suicide-information.htm
2. www.syrianobles.com/syrianobles/english/
3. <http://www.dp-news.com/pages/detail>
4. www.Mohdomar.health.office.live.com
5. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc
6. www.sde.gov/sde/
7. <http://actupsy.free.fr/suicide2.html>.
8. www.helppromothope.com.

الملحق (1) أسماء السادة المحكمين

م	السيد المحكم	الصفة العلمية	الكلية والجامعة
1.	أ. د سامر رضوان	الأستاذ في قسم الارشاد النفسي	التربية - دمشق
2.	أ. د رياض العاسمي	الأستاذ في قسم الارشاد النفسي	التربية - دمشق
3.	أ. د كمال بلان	الأستاذ في قسم الارشاد النفسي	التربية - دمشق
4.	د. أحمد الزعبي	الأستاذ المساعد في قسم الارشاد النفسي	التربية - دمشق
5.	د. مطاع بركات	الأستاذ المساعد في قسم الإرشاد النفسي	التربية - دمشق
6.	د. رنا قوشحة	الأستاذة المساعدة في قسم القياس النفسي	التربية - دمشق
7.	د. ليلي الشريف	الأستاذة المساعدة في قسم الإرشاد النفسي	التربية - دمشق
8.	د. عزيزة رحمة	المدرسة في قسم القياس النفسي	التربية - دمشق
9.	د. غسان منصور	المدرس في قسم علم النفس	التربية - دمشق
10.	د. ناهد سعود	المدرسة في قسم الإرشاد النفسي	التربية - دمشق

الملحق (2) مقياس مرونة الأنا

إعداد: (Block, Kermen 1996)

عزيزي / عزيزتي:

اقرأ من فضلك كل عبارة بعناية، وقرر إلى أي حد تصف كل منها مشاعرك وسلوكك وآرائك، ثم بين مدى انطباقها عليك بوجه عام وذلك باختيار الرقم المناسب تبعاً للمقياس التالي، ثم اكتب في الرقم في المربع الموجود على يسار كل عبارة. ليس هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة، ولا تفكر كثيراً في كل عبارة.

لا تنطبق	تنطبق قليلاً	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق كثيراً
1	2	3	4

م	العبارة	لا تنطبق	تنطبق قليلاً	تنطبق بدرجة متوسطة	تنطبق كثيراً
		1	2	3	4
1.	أنا كريم الخلق مع أصدقائي.				
2.	أستطيع أن أتجاوز حالات الذعر والقلق وأتعافى منها بسرعة.				
3.	أستمتع بالتعامل مع الحالات والمواقف الجديدة الغير مألوفة.				
4.	أنجح عادةً في خلق انطباع محبب لي لدى الناس.				
5.	أستمتع بتجربة تناول الأطعمة الجديدة التي لم أندوقها من قبل.				
6.	ينظر الناس إلي على أنني شخص حيوي.				
7.	أحب أن أسلك ممرات وطرقاً مختلفة وصولاً إلى أماكن مألوفة لدي.				
8.	أنا فضولي أكثر من معظم الناس.				
9.	إن معظم الناس اللذين ألتقي بهم محبوبون لدي.				
10.	عادةً ما أفكر ملياً قبل التصرف بأمر من الأمور.				
11.	أحب أن أقوم بأعمال جديدة ومختلفة.				
12.	إن حياتي اليومية مليئة بأشياء تبقيني مهتماً ومستمتعاً.				
13.	أرغب دوماً لأن أصف نفسي على أنني شخص ذو شخصية قوية.				
14.	أتجاوز عن غضبي من شخص ما بسرعة إلى حد معقول.				

الملحق (3) مقياس مرونة الأنا

إعداد: (Block, Kermen 1996)

The Ego Resilience Scale				
Please read the below statements about yourself and indicate how well it applies to you by circling the answer to the right from 1 (does not apply at all) to 4 (applies very strongly). Let me know how true the following characteristics are as they apply to you generally:				
Characteristics About You	Does not Apply at All		Applies Very Strongly	
1. I am generous with my friends.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
2. I quickly get over and recover from being startled.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
3. I enjoy dealing with new and unusual situations.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
4. I usually succeed in making a favorable impression on people.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
5. I enjoy trying new foods I have never tasted before.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
6. I am regarded as a very energetic person.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
7. I like to take different paths to familiar places.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
8. I am more curious than most people.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
9. Most of the people I meet are likable.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
10. I usually think carefully about something before acting.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
11. I like to do new and different things.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
12. My daily life is full of things that keep me interested.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
13. I would be willing to describe myself as a pretty "strong" personality.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly
14. I get over my anger at someone reasonably quickly.	1 Does not apply at all	2 Applies slightly	3 Applies somewhat	4 Applies very strongly

Source: (J. Block & Kremen, 1996)

Scoring Interpretation

Score	47-56	35-46	23-34	11-22	0-10
Level of Resilience	Very High Resiliency Trait	High Resiliency Trait	Undetermined Trait	Low Resiliency Trait	Very Low Resiliency Trait

الملاحق (4) تسهيل مهمة مديرية تربية محافظة دمشق



الجمهورية العربية السورية

وزارة التربية

التاريخ: / ١٤٣٣ هـ

الموافق ل ١٠/٥ / ٢٠١١ م

الرقم: ٤٢٣/٥/١٤٦ (١٣/٤)

إلى مديرية التربية في محافظة دمشق

يقوم السيد مازن الشاماط طالب الماجستير في جامعة دمشق / كلية التربية / قسم الإرشاد النفسي بإعداد بحث بعنوان " مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول الاكتئابية و الانتحار " على عينة من طلاب المدارس الثانوية في مدينة دمشق .
ووفق السيد الوزير على تسهيل مهمة السيد مازن الشاماط لتطبيق أدوات بحثه في المدارس الثانوية في مدينة دمشق .

لإجراء ما يلزم .

معاون وزير التربية

مديرية التربية في محافظة دمشق

الموضوع: تعميم كتاب وزاري

الرقم: ٤٢٣ / ١٢ (١/٢)

إلى إدارة م / ثانوية.....

رسمي عام مهني تقني خاص مستوى عليها وما في حكمها

نعمم إليكم صورة طبق الأصل عن الكتاب الوزاري رقم ٤٣/٥/١٤٦ (١٣/٤) تاريخ ١٠/٥ / ٢٠١٢ م المثبت أعلاه والمتضمن موافقة السيد الوزير على تسهيل مهمة السيد مازن الشاماط لتطبيق أدوات بحثه " مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول الاكتئابية و الانتحار " في المدارس الثانوية في مدينة دمشق .

للاطلاع وتنفيذ مضمونه أصولاً

١٢ / ١٤٣٣

مدير التربية

الدكتور هزوان الوز

صورة إلى:

- دائرة المناهج والتوجيه
- مكتب السيد المدير
- السيد معاون المدير لشؤون التعليم الأساسي / الثانوي /
- دائرة التعليم الأساسي / الثانوي/الخاص /

الملحق (5) تسهيل مهمة وزارة التربية



الجمهورية العربية السورية

وزارة التربية

التاريخ: / / ٢٠١١ م

الرقم: ٤٣/١٤٦ (١٣/٤)

المناهج المتبعة
للاطلاع والرجوع للتعليم المسجل
مدير التربية

إلى مديرية التربية في محافظة دمشق

٢٠١٢

يقوم السيد مازن الشماط طالب الماجستير في جامعة دمشق / كلية التربية/ قسم الإرشاد النفسي بإعداد بحث بعنوان "مرونة الأنا كمؤشر وقائي من سيطرة الميول الاكتئابية وأفكار الانتحار" على عينة من طلاب المدارس الثانوية في مدينة دمشق. وافق السيد الوزير على تسهيل مهمة السيد مازن الشماط لتطبيق أدوات بحثه في المدارس الثانوية في مدينة دمشق .

لإجراء ما يلزم .

معاون وزير التربية

صورة إلى:

- مكتب السيد الوزير .
- مكتب السيد معاون الوزير .
- مديرية البحوث / دائرة التقييم .

٢٠١٢
٤٣٤

الملحق (6) مقياس الميول الاكتئابية للأطفال والمراهقين

ACDI مصف مشاعرك تأليف: د. أحمد محمد عبد الخالق			
الاسم:	السن..... سنة و..... شهر		
المدرسة	الصف	الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	
1- أشعر بالسعادة	نادرا	أحيانا	كثيرا
2- أشعر بالخمول	نادرا	أحيانا	كثيرا
3- أنام جيدا	نادرا	أحيانا	كثيرا
4- أجد صعوبة في التركيز على دراستي.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
5- أشعر أن لا قيمة لي.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
6- أحلم أحلاما مزعجة.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
7- أنا حزين.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
8- أنا واثق من نفسي.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
9- أشعر بالتعب.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
10- تركيزي ضعيف.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
11- أقلق أثناء نومي.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
12- لي أصدقاء كثيرون.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
13- أشعر بالضيق.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
14- أنا "شارد"	نادرا	أحيانا	كثيرا
15- أشعر بالوحدة (أنني وحيد)	نادرا	أحيانا	كثيرا
16- أشعر أنني تعيس.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
17- الحياة حلوة.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
18- أشعر أنني فاشل.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
19- أشعر بالملل.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
20- أشعر بالغضب.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
21- أنا راض عن حياتي	نادرا	أحيانا	كثيرا
22- هناك أشياء كثيرة تضايقتني.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
23- أنا متشائم (أتوقع الشر)	نادرا	أحيانا	كثيرا
24- ستحدث لي أشياء سيئة.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
25- كثير من الناس يحبوني.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
26- أكره نفسي.....	نادرا	أحيانا	كثيرا
27- أنا متفائل (أتوقع الخير)	نادرا	أحيانا	كثيرا

SUMMARY

Summary

This research aims at recognising the following points:

1. Recognising the levels of ego- Resilience in the students of secondary schoolers in Damascus of age group (15-18 years old) in addition to discovering the differences among the individuals in the sample concerning the ego- Resilience.
2. Recognise the depressional tendencies in secondary schoolers (males/females) in secondary schools in Damascus in addition to recognising the differences among the individuals in the sample according to gender and class level variables the depressional tendencies.
3. Recognise levels of suicidal ideation and their spreading levels among the secondary schoolers according to gender and class level variables the depressional tendencies regarding suicidal ideation.
4. Recognise individual differences among high and low individuals with ego- Resilience regarding depressional and suicidal ideation.
5. Determine the levels at which ego- Resilience and depressional tendencies contribute to making of suicidal ideas in the secondary schoolers.

Methods and Tools:

This research followed the descriptive analysis in coming into results based on the following items of assessment:

- 1- Ego- Resilience scale by Block &Kerman-(1996) the researcher has made a psychometric study on this assessment tool to verify credibility and validity for implementation in order to adopt its results in this study
- 2- ACIDI scale, a device developed by Samer Rudwan and Ahmad Abdulkhaleq (1999)- the researcher has made a psychometric study on this assessment tool to verify credibility and validity for implementation in order to adopt its results in this study
- 3- The Beck scale for Suicidal ideation (BSS): originally established by Aaron Beck - the researcher has made a psychometric study on this assessment tool to verify credibility and validity for implementation in order to adopt its results in this study

The basic sample in this research:

The sample was composed of 915 students (males/females) of the 1st , 2nd , & 3rd secondary levels in Damascus whereby this included 524 males and 391 females

SUMMARY

who were distributed in 12 secondary educational units in the city whose ages ranged between 15-18 years old.

Results:

- There were high levels of ego- Resilience among the majority of the individuals in the sample and the number of the students tested who got low ego- Resilience was only 14 students at a percentage of 1.53% whereas those of average ego- Resilience were 257 students at 28.09% . Those of high ego- Resilience were 644 students at 70.38%.
- There were no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ among the average responses taken from sample members in relation with the ego - Resilience according to gender variable.
- There were no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ among the average responses taken from sample members in relation with the ego- Resilience according to class-level variable.
- There were low levels of Depressive Tendencies at the majority of sample members at students who don't have indicators for Depressive Tendencies at 627 students at 68.52% whereby those who got average limits of Depressive Tendencies were 251 students at 27.43%. Those students with high Depressive Tendencies were only 37 students at 4.04%
- There were no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ among the average responses taken from sample members in relation with Depressive Tendencies in children and adolescents according to gender variable.
- There were no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ among the average responses taken from sample members in relation with the Depressive Tendencies according to class-level variable.
- There were low levels of suicidal ideation in the majority of sample members and those students who got low points for suicidal ideation were 906 students at a percentage of 99.02% while those who got average points were 9 students at 0.98% whereby those students of high points were none on suicidal ideation indicator.

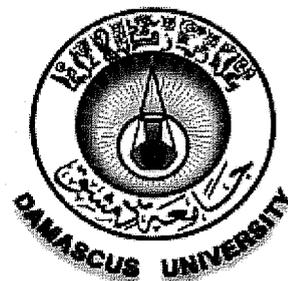
SUMMARY

- There were no statistically significant differences at $\alpha = 0.05$ among the average responses taken from sample members in relation with the suicidal ideation according to gender variable.
- There was a highly significant correlation at a $\geq 0,05$ between ego-Resilience and the assessment tool for Depressive Tendencies in children and adolescents. This relation is negative between ego- Resilience and Depressive Tendencies for sample members. In other words, when ego-Resilience goes high the symptoms of depression decrease.
- . There was a highly significant correlation at a $\geq 0,05$ between ego-Resilience and the assessment tool for suicidal ideation in children and adolescents. The Pearson correlation at $R=-0.619$ theorem this means that there is a strong relation which is up-side-down. So, ego- Resilience goes high in the members of the sample, symptoms of suicidal ideation go down.
- There was a highly significant correlation at $a \geq 0,05$ between Depressive Tendencies and the assessment tool for suicidal ideation in children and adolescents. The Pearson correlation at $R= 0.653$ theorem this means that there is a strong relation which is straight. So Depressive Tendencies goes high in children and adolescents, symptoms of suicidal ideation go upwards.
- ego- Resilience and Depressive Tendencies in individuals contribute to suicidal ideation at the statistical significance levels.

Damascus University

Faculty of Education

Psychological Counseling Department



Ego Resilience as a protective indicator against Depressive tendencies and Suicide Ideation

(A Field Study on A Sample of Secondary School Students in Damascus)

A Research Submitted for Master Degree in Psychological Counseling

Prepared by:

Mazen Fwaz Al- Shammat

Supervised by:

Dr. Samer Gamil Rudwan

Prof in Department of Psychological Consulting

Damascus: $\frac{1433-1434 \text{ H-A}}{2012-2013 \text{ C-A}}$