

جامعة مولود معمري تيزي-وزو-

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

تخصص علم النفس العيادي



الضغوط النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب وظهور
الأفكار الانتحارية لدى الطلبة الجامعيين.

- دراسة وصفية بجامعة مولود معمري "تامدة" بولاية
"تيزي وزو".

مذكرة مكملّة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف :

أ. د/ يحيى حسيّنة

إعداد الطالبتان :

♦ خليف حنان

♦ زيات أسماء

السنة الجامعية : 2024/2023

شكر وتقدير

قال الله تعالى: "ومن يشكر فإنما يشكر لنفسه" (لقمان -12)
وقال رسوله الكريم: "من لم يشكر الناس لم يشكر الله عز وجل".

أما بعد :

أحمد الله تعالى حمدا كثيرا طيبا مباركا على السموات والأرض على ما أكرمني به
من إتمام هذا العمل الذي أرجوا أن ينال رضاه.

ثم أتوجه بجزيل الشكر والامتناء إلى الأستاذة الفاضلة "يحياوي حسينة" جزاك الله
خير الجزاء وأوفاه، وطية أترك في أرواح الجميع، ورزقك فيضا من الدعوات لا
ينقطع، على كل ما قدمته لنا من عناية ورعاية لهذا البحث من أن كان فكرة إلى أن
أنتهى إلى هذه، وعلى ما قدمته لنا من نصائح وتوجيهات قيمة ومساندة ودعم أنارت
لنا الطريق وكان لها أكبر فضل في هذا البحث وسط ثغرة فجزاها الله خير الجزاء.

كما نتوجه بالشكر إلى إدارة وأساتذة علم النفس وإلى من ساهم معنا في إنجاز هذه
المذكورة من قريب أو بعيد "شكرا"

الإهداء

بكل فخر أهدي تخرجي وفرحتي التي انتظرتها طويلا إلى من كانوا مصدر الدعم والعطاء دائما.

إلى النور الذي أضاء دربي، إلى العزيز الذي حملت إسمه فخرا، إلى معلمي الأول الرجل الذي سعى طوال حياته لأكون الأفضل.

"أبي الغالي"

إلى من كانت الداعم الأول لتحقيق طموحي إلى من كانت ملجأ يدي اليمنى في هذه المرحلة.

إلى من أبصرت بها طريق حياتي واعتزازي بذاتي، إلى القلب الحنون إلى من كانت دعواتها تحيطني.

"أمي الحبيبة"

إلى مصدر قوتي الداعمين والساندين إلى خيرة أيامي صفوتها على ضلعي الثابت وأمان أيامي.

"أخي الغالي وأخواتي الغاليات"

إلى من حبهم يعلوا فوق كل حب لكل من كان عونًا وسندًا في هذا الطريق إلى نوري المضاء الذي لا ينطفئ.

"إلى جميع أفراد عائلتي الغاليين"

إلى كل الأصدقاء والزملاء أهدي لكم هذا العمل المتواضع سائلة التوفيق لي ولكم.

إلى أروع شخص كان السند والعطاء قدم لي الكثير في صور من صبر وأمل ومحبة لن أقول شكرًا بل سأعيش الشكر معك دائما.

"خليفة حنان"

الإهداء

عظم المراد فهان الطريق، فجاءت لذة الوصول لتمحي مشقة السنين...

الحمد لله الذي ما تيقنت به خيرا وأملأ إلا وأغرقني سرورا

أما بعد أهدي ثمرة هذا الجهد إلى

نفسي التي أنهت المسار رغم كل الصعوبات بقلب طموح إلى القلب النابض، إلى من كانت دعواتها الصادقة سر نجاحي "أمي" رحمها الله واسكنها فسيح جناته.

إلى من كلله الله بالهيبة والوقار إلى من زرع فيا القيم والمبادئ، إلى الذي تكبد عناء وصولي إلى هذه اللحظة "أبي".

إلى ريحانات قلبي، إلى الذين عرفوني عندما لم أعرف نفسي أخواتي :

سلمى، إكرام، وفاء

إلى صديقة عمري أمينة التي فعلت الكثير من أجلي، حتى لم يتبق للآخرين ما يفعلونه من أجلي، إلى الجزء المكمل لي، إلى الذي كان الصديق والطريق لكل شيء "أمين"

إلى عائلة أمي الذين كانوا خير السند حفظهم الله.

إلى منارة العلم والعلماء إلى الصرح الشامخ، إلى الذين حملوا أقدس رسالة في الحياة، إلى الذين مهدوا لنا طريق العلم والمعرفة... أساتذتنا الأفاضل..

شكرا

"زيات أسماء"

فهرس المحتويات

الصفحة	فهرس المحتويات
	الشكر
	الإهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الملاحق
أ	ملخص الدراسة باللغة العربية
د	ملخص الدراسة باللغة الفرنسية
د	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
هـ	مقدمة
	الجانب النظري
	الفصل الأول : الإطار العام للدراسة
5	1- الإطار العام للإشكالية
8	2- الفرضيات
9	3- أهداف الدراسة
9	4- تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا
	الفصل الثاني : الضغوط النفسية الاجتماعية
11	تمهيد
12	1- لمحة تاريخية عن مصطلح الضغوط النفسية الاجتماعية
13	2- مفهوم الضغوط النفسية بشكل عام.
13	3- تعريف الضغوط النفسية الاجتماعية
14	4- النظريات المفسرة للضغوط النفسية الاجتماعية.
18	5- أنواع الضغوط النفسية الاجتماعية
18	6- أسباب الضغوط النفسية الاجتماعية

19	7- أعراض الضغوط النفسية الاجتماعية
21	8- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية الاجتماعية.
23	خلاصة الفصل .
الفصل الثالث : الاكتئاب	
25	تمهيد
26	1- تعريف الاكتئاب
26	2- النظريات المفسرة للاكتئاب
27	3- أنواع الاكتئاب
28	4- أسباب الاكتئاب
30	5- أعراض الاكتئاب
30	6- تشخيص الاكتئاب
31	7- علاج الاكتئاب
34	خلاصة الفصل .
الفصل الرابع : الأفكار الإنتحارية	
36	تمهيد
37	1- مفهوم الأفكار الإنتحارية
38	2- بعض المصطلحات المتعلقة بالأفكار الإنتحارية
38	3- تعريف أزمة الأفكار الإنتحارية
39	4- مراحل أزمة الأفكار الإنتحارية
39	5- تشكل وتطور الأفكار الإنتحارية
40	6- وظائف الأفكار الإنتحارية
42	7- الأشكال المختلفة للأفكار الإنتحارية
45	8- العوامل المؤدية للأفكار الإنتحارية
48	9- النظريات المفسرة للأفكار الإنتحارية

52	10- الوقاية والتدخل في حالة وجود أفكار انتحارية
54	خلاصة الفصل .
الجانب الميداني	
الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية	
57	1- التذكير بالفرضيات
57	2- الدراسة الاستطلاعية
57	3- منهج الدراسة
58	4- مكان وزمان إجراء الدراسة
58	5- العينة وخصائصها
61	6- أدوات البحث
64	7- الوسائل الإحصائية المستخدمة لمعالجة المعطيات
65	8- طريقة إجراء الدراسة الميدانية
الفصل السادس : عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
I- عرض وتحليل النتائج	
67	1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
68	2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية
69	3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
70	4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة
71	5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة
II- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
72	1- مناقشة وتفسير الفرضية الأولى
74	2- مناقشة وتفسير الفرضية الثانية
75	3- مناقشة وتفسير الفرضية الثالثة
76	4- مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة

77	5- مناقشة وتفسير الفرضية الخامسة
79	الاستنتاج العام
80	الاقتراحات
82	قائمة المراجع
82	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	58
2	توزيع أفراد العينة حسب العمر	59
3	توزيع أفراد العينة حسب التخصص	60
4	درجات الاكتئاب	62
5	بنود مقياس الانتحار حسب أبعاده	63
6	نتائج الاحصاءات الوصفية لمستوى الضغوط النفسية الاجتماعية بأبعادها	67
7	نتائج الاحصاءات الوصفية لمستوى الاكتئاب بأبعاده	68
8	نتائج الاحصاءات الوصفية للأفكار الانتحارية	70
9	نتائج الفروق بين متغير الجنس في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.	71
10	العلاقة بين طلبة تخصص طب و علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.	72

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الأشكال	الصفحة
1	تخطيط لنظرية هانز سيللي	17
2	تطور أزمة الانتحار حسب لافور وسقوين	39
3	تطور أفكار الانتحار على الفعل الانتحاري	40
4	أشكال الانتحار حسب دوركايم	44

52	غريزتي الموت والحياة من وجهة نظر التيار التحليلي	5
59	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس	6
60	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب العمر	7
61	دائرة نسبية تمثل توزيع أفراد العينة حسب التخصص	8

فهرس الملاحق

الرقم	عنوان الملاحق	الصفحة
1	مقياس الضغوط النفسية الاجتماعية	89
2	مقياس الاكتئاب	90
3	مقياس الأفكار الانتحارية	92
4	نتائج SPSS	96

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية للكشف عن مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية التي يعاني منها الطلبة وعلاقتها بالاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية في جامعة مولود معمري تامة ولاية تيزي وزو، كذا معرفة الفروق بين الجنسين والعلاقة بين تخصص طب وعلم النفس العيادي، ولقد اعتمدنا على الفرضيات التالية يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى مرتفع من ضغوط نفسية اجتماعية، يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى اكتئاب مرتفع تراود الطلبة الجامعيون أفكار انتحارية، توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية، توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة طلبة تخصص الطب وتخصص علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.

ولغرض فحص فرضيات الدراسة اعتمدنا على المنهج الوصفي، حيث استعملنا ثلاث مقاييس تمثلت في مقياس الضغوط النفسية الاجتماعية من إعداد الزهراني (2018)، ومقياس الاكتئاب من إعداد بيك المكيف من طرف بشير معمري للبيئة الجزائرية (2010)، ومقياس الأفكار الانتحار من إعداد بشير معمري (2004)، تم تطبيقها على عينة تقدر بـ 100 طالب وطالبة تتراوح أعمارهم بين 19 إلى 24 سنة فما فوق في تخصص طب وعلم النفس العيادي، وبعد جمع المعطيات ومعالجتها إحصائيا بنظام SPSS في نسخته (21) أسفرت النتائج على ما يلي يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى ضغوط نفسية اجتماعية مرتفعة، يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى اكتئاب خفيف، لا تراود الطلبة الجامعيون أفكار انتحارية، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية، توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة طلبة تخصص طب وعلم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية وفي الأخير تم تفسير ومناقشة نتائج الدراسة وفقا للإطار النظري والدراسات السابقة.

الكلمات المفتاحية :

الضغوط النفسية الاجتماعية – الاكتئاب – الأفكار الانتحارية – الطلبة الجامعيون.

Résumé:

La présente étude vise à révéler le niveau de stress psychosocial chez les étudiants et sa relation avec la dépression et l'apparition de pensées suicidaires à l'Université Mouloud Mammeri de Tizi Ouzou. Elle vise également à identifier les différences entre les sexes et à explorer la relation entre les étudiants des spécialités de médecine et de psychologie clinique. Nous avons formulé les hypothèses suivantes : les étudiants universitaires souffrent d'un niveau élevé de stress psychosocial ; ils présentent un niveau élevé de dépression ; et ils ont des pensées suicidaires. Il existe des différences statistiquement significatives entre les femmes et les hommes concernant le niveau de stress psychosocial, la dépression et l'apparition de pensées suicidaires. Il existe une relation statistiquement significative entre le stress psychosocial, la dépression et les pensées suicidaires chez les étudiants en médecine et en psychologie clinique.

Pour tester les hypothèses de l'étude, nous avons adopté une méthode descriptive et utilisé trois échelles : l'échelle de stress psychosocial de Al-Zahrani (2018), l'échelle de dépression de Beck, adaptée par Bashir Maamria au contexte algérien (2010), et l'échelle des pensées suicidaires de Bashir Maamria (2004). Ces échelles ont été appliquées à un échantillon de 100 étudiants âgés de 19 à 24 ans et plus, spécialisés en médecine et en psychologie clinique. Après la collecte et l'analyse statistique des données à l'aide du logiciel SPSS version 21, les résultats ont révélé ce qui suit : les étudiants universitaires souffrent d'un niveau élevé de stress psychosocial, ils présentent un niveau faible de dépression et n'ont pas de pensées suicidaires. Aucune différence statistiquement significative n'a été observée entre les sexes quant au niveau de stress psychosocial, de dépression et de pensées suicidaires. Une relation statistiquement significative a été trouvée entre le stress psychosocial, la dépression et les pensées suicidaires chez les étudiants des spécialités de médecine et de psychologie clinique. Enfin, les résultats de l'étude ont été interprétés et discutés en fonction du cadre théorique et des études antérieures.

Mots-clés : Stress psychosocial - Dépression - Pensées suicidaires - Étudiants universitaires.

abstract

The current study aims to investigate the level of psychosocial stress experienced by students and its relationship with depression and the emergence of suicidal thoughts at Mouloud Mammeri University in Tizi Ouzou. It also seeks to identify gender differences and explore the relationship between students in the fields of Medicine and Clinical Psychology. We based our research on the following hypotheses: university students experience a high level of psychosocial stress; they suffer from a high level of depression; and they have suicidal thoughts. There are statistically significant differences between males and females in terms of psychosocial stress levels, depression, and the emergence of suicidal thoughts. There is a statistically significant relationship between psychosocial stress, depression, and suicidal thoughts among students in the Medicine and Clinical Psychology fields.

To test the study's hypotheses, we employed a descriptive methodology, using three scales: the Psychosocial Stress Scale developed by Al-Zahrani (2018), the Beck Depression Inventory adapted by Bashir Maamria for the Algerian environment (2010), and the Suicidal Thoughts Scale developed by Bashir Maamria (2004). These scales were administered to a sample of 100 students aged 19 to 24 and above, specializing in Medicine and Clinical Psychology. After collecting and statistically analyzing the data using SPSS software version 21, the results revealed the following: university students suffer from a high level of psychosocial stress; they exhibit a low level of depression; and they do not have suicidal thoughts. There are no statistically significant differences between males and females regarding the levels of psychosocial stress, depression, and suicidal thoughts. A statistically significant relationship exists between psychosocial stress, depression, and suicidal thoughts among students in the Medicine and Clinical Psychology fields. Finally, the study's results were interpreted and discussed in light of the theoretical framework and previous studies.

Keywords: Psychosocial stress - Depression - Suicidal thoughts - University students.

الجانِب النظري

مقدمة

مقدمة :

تعتبر فترة الدراسة الجامعية مرحلة هامة في حياة الطلبة، حيث يشهد الطلاب خلالها تحولات في هويتهم ومستقبلهم، ولكن رغم كونها فترة مليئة بالإمكانيات والفرص فإن هذه المرحلة قد تكون أيضا مليئة بالتحديات النفسية والاجتماعية التي تؤثر على الصحة العقلية للطلاب، ومع مرور الوقت قد تسبب في ظهور ضغوط نفسية اجتماعية التي تلعب دورًا كبيرًا في تأثيرها على الطلاب الجامعيين، حيث تخلق بيئة مليئة بالتحديات التي تؤثر على صحتهم النفسية كما تبدأ المشكلة عادة بزيادة الضغوط الأكاديمية والاجتماعية، مثل العبء الدراسي الثقيل، توقعات العالية من الأسرة والمجتمع والمشكلات المالية مما يضع الطلاب تحت ضغط هائل، فهذه الضغوط يمكن أن تسبب في ظهور أعراض الاكتئاب مثل الحزن العميق وفقدان الدافع حيث يصبح الطلاب غير قادرين على التعامل مع الضغوط اليومية بشكل فعال فيتفاقم الاكتئاب ويؤثر سلبًا على الأداء الأكاديمي والعلاقات الاجتماعية.

مما يؤدي إلى الشعور بالإرهاق والعزلة، عندما يتعمق الاكتئاب قد يشعر الطلاب باليأس وفقدان الأمل، وقد تبدأ الأفكار الانتحارية في الظهور كوسيلة للتخلص من الألم النفسي الذين يشعرون به، وهذه الأفكار غالبا ما تكون نتيجة لتراكم المشاعر السلبية والعجز المستمر، مما يجعل الانتحار كحل نهائي ومخرج من المعاناة.

ومن هذا الأساس انطلقنا في دراستنا الحالية لنسلط الضوء على علاقة بين الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب في ظهور الأفكار الانتحارية لدى الطلبة الجامعيين، حيث احتوت هذه الدراسة على جانبين الجانب النظري وقد تضمن ثلاث فصول على النحو التالي :

الفصل الأول : كمدخل للدراسة يتناول فيها مشكلة وما يتبعها من فرضيات مع إبراز أهداف الدراسة وتوضيح كل من المفاهيم الإجرائية لمتغيرات الدراسة.

أما الفصل الثاني : تناول الضغوط النفسية الاجتماعية وفيه تطرقنا إلى لمحة تاريخية عن مصطلح الضغوط النفسية الاجتماعية، ثم التعريف به وذكر أسبابه وأعراضه الإكلينيكية وأنواعه وكذلك تناول النظري له وختمه بالآثار المترتبة عنه.

أما الفصل الثالث : تناولنا فيه الاكتئاب بداية بالتعريف به ثم النظريات المفسرة له وأهم أنواعه وفي الأخير تشخيصه وأهم العلاجات.

الفصل الرابع : خصصناه للانتحار، وقد انطلقنا بتعريف الانتحار وبعض المصطلحات المتعلقة بالانتحار، ثم العوامل المؤدية له وأهم النظريات المفسرة له وفي الأخير عوامل الحماية والوقاية والتدخل في حالة وجود أفكار انتحارية.

أما الجانب التطبيقي وقد احتوى على فصلين الفصل الخامس والفصل السادس :

الفصل الخامس : الذي تناول الإجراءات المنهجية للدراسة بداية بالتذكير بالفرضيات ثم الدراسة الاستطلاعية ومنهج الدراسة والعينة وكذا الدراسة الأساسية بحدودها وأدواتها والأساليب الإحصائية المستخدمة فيه.

وفي الفصل السادس : تم عرض وتحليل نتائج الدراسة ومناقشة الفرضيات الخمسة ومحاولة تفسير نتائجها وفي الأخير تم تقديم خلاصة الدراسة ومجموعة من المتغيرات، قائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول

الإطار العام للإشكالية

- 1- الإطار العام للإشكالية
- 2- الفرضيات
- 3- أهداف الدراسة
- 4- تحديد مفاهيم الدراسة إجرائيا

1- الإطار العام للإشكالية :

يعتبر الطلبة الجامعيون عصب المستقبل وأحد أهم ركائز التنمية والتقدم في أي دولة حيث يشكلون شريحة هامة من المجتمع. يمر هؤلاء الطلبة بمرحلة انتقالية حاسمة في حياتهم حيث ينتقلون من مرحلة التعليم المدرسي الموجه إلى مرحلة التعليم الجامعي التي تتطلب منهم الاستقلالية والاعتماد على النفس في اكتساب المعرفة وبناء شخصيتهم، فتتميز هذه المرحلة بالتغيرات الكبيرة على مستويات الشخصية الأكاديمية والاجتماعية، ومن خلال هذه الفترة يتعرف الطلبة على ذواتهم بشكل أعمق، حيث يبدعون في استكشاف اهتماماتهم، قدراتهم، وقيمهم بشكل أكثر وضوحًا.

كما تعتبر البيئة الجامعية نفسها عالما مصغرا يعكس تنوع المجتمع، حيث يأتي الطلبة من خلفيات اجتماعية وثقافية واقتصادية مختلفة، ويعيشون في مجتمع تعليمي متكامل يشجع على التفاعل والمشاركة، إلا أن المرحلة الجامعية تجربة حاسمة في حياة الطلبة، حيث تشكل مزيجا من التحديات والفرص التي تسهم في تشكيل مستقبلهم المهني والشخصي، فقد يواجه الطلبة في الجامعة مجموعة من التحديات التي تؤثر على تجربتهم الأكاديمية والشخصية، ومن أبرز هذه المشاكل الضغط الأكاديمي المتمثل في كثرة الواجبات والامتحانات مما يسبب التوتر والإجهاد، كما أن بعض الطلبة يجدون صعوبة في التكيف مع البيئة الجامعية الجديدة، خاصة إذا كانوا مبتعدين عن أسرهم مما يؤدي إلى الشعور بالعزلة أو الغربة على جانب ذلك يواجه الطلبة أحيانا مشاكل تتعلق بإدارة الوقت، حيث يجدون صعوبة في الموازنة بين الدراسة والحياة الاجتماعية والأنشطة الأخرى. كما قد يمر البعض بمشاكل مالية نتيجة ارتفاع تكاليف الدراسة والمعيشة وهذا ما يدفعهم للعمل لتغطية هذه التكاليف، ونجد أيضا مشاكل تتعلق بالتفاعل مع الأساتذة والزملاء بشكل فعال أو في فهم المواد الدراسية بسبب اختلاف أساليب التدريس والمشاكل الإدارية أيضا قد تكون عائق مثل : تعقيد الإجراءات الأكاديمية أو التأخير في تسجيل المواد.

ونحن كوننا طلبة جامعيون واجهنا العديد من التحديات التي لم نكن نتوقعها بالرغم من أننا كنا نتطلع بشغف إلى هذه المرحلة، وهذا ما لاحظناه في أنفسنا وزملائنا أثر علينا بشكل سلبي من خلال القلق الدائم اتجاه مستقبلنا والتقدم الأكاديمي، كانت تراودنا مشاعر الخوف والتوتر مما جعلنا نعيش في حالة من الضغط المستمر وهنا بدأت تظهر بعض الأمراض السيكوسوماتية مثل : القولون العصبي والصداع النصفي نتيجة مشاكل النوم وارتفاع ضغط الدم ومشاكل الجهاز الهضمي وقد تتحول هذه الأمراض إلى اضطرابات نفسية عندما يستمر الطالب في المعاناة من تلك الأعراض الجسدية لفترة طويلة، ويصبح غير قادر على التعامل مع مشاعره أو التحكم في التوتر والقلق، بمرور الوقت يمكن أن تتفاقم هذه الأعراض وتؤثر سلبا على حياة الطالب اليومية، مما يؤدي إلى مشاكل نفسية أعمق مثل الضغوط النفسية، الاكتئاب،

الانتحار، فالضغوط النفسية هي حالة من التوتر والقلق الناتجة عن مواجهة الطالب لمواقف أو تحديات تفوق قدرته على التأقلم أو التعامل معها بفعالية، تنشأ هذه الضغوط نتيجة تأثير عوامل داخلية أو خارجية أهمها مشاكل دراسية، وقد أظهرت العديد من الدراسات كدراسة الحجار (2006) ودراسة البرعاوي (2001) ودراسة الشقيير (1997) التي توصلت نتائجها إلى أن حوالي (7 % - 16) من طلبة الجامعة يعانون من عدم التكيف النفسي، وكشفت نتائج دراسة New by (1997) ودراسة وهبان (2008) على وجود علاقة بين ضغوط الحياة لدى طلبة الجامعة والأعراض السيكوسوماتية وأن النقص في التدعيم الاجتماعي قد صاحبه بشكل كبير ظهور أعراض سيكوسوماتية ومن مظاهر الضغوط النفسية لدى الطلبة اضطراب مفهوم الذات وسرعة النسيان وزيادة الاستشارة والانفعالية من الشعور بالحزن والتشويش العقلي. (دخان نبيل، 2006، ص7). كما أشارت أدبيات البحث إلى وجود عدد من الدراسات توصلت إلى أن هناك فروق دالة بين الذكور والإناث من المتعلمين من الضغط النفسي لصالح الإناث كدراسة مقارنة (2000 طالب) التي أوضحت نتائجها عن وجود فروق دالة بين الذكور والإناث في تقدير الطلبة لمصادر الضغوط النفسية الاجتماعية ودراسة محمد بوفاتح (2005) التي بينت فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي بين الطلبة الجامعيين، ودراسة وهبان (2008) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في ضغوط الحياة لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية اليمن والجزائر من الجنسين، ودراسة الحمادي (2015) ومحمد بلقاسم وحاج شتوان (2016) التي توصلت إلى وجود فروق دالة في الضغط النفسي بين الجنسين، قد أجرى حسين وعلي (2018) دراسة استهدفت التعرف على الضغوط النفسية لدى الطلبة الجامعيين وكذا لمعرفة الفروق في الضغوط النفسية وفق متغير الجنس والتخصص، وقد توصلت هذه الدراسة إلا أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية وفق متغير الجنس والتخصص.

وقد تتفاقم هذه الضغوط النفسية نتيجة عدم معرفة الطالب كيفية التعامل معها ويكون هذا راجع لشخصيته وقدرة تجعله لمثل هذه الضغوط والتحديات والتنشئة الاجتماعية ومدى تأثره بها وكل هذا يزيد من احتمالية ظهور اضطرابات نفسية أخرى كالاكتئاب، وهو حسب العالم بيك (1978) أكثر الاضطرابات شيوعاً لدى الطلاب الجامعيين ويعد من المشكلات التي ينبغي أن تشير اهتمام الباحثين لكونه من الاضطرابات النفسية التي تعيق تكيف الطالب وتحد من نتاجه باعتباره أحد الأمراض النفسية التي يرتبط بحالة من الشعور بالحزن واليأس وفقدان الاهتمام نتيجة الضغوط الناتجة عن الدراسة الكثيفة والامتحانات والمشاريع التي يمكن أن تكون مرهقة نفسياً ومادياً فتسبب ضغوط مالية، وكذا التغيرات التي تحدث نتيجة الانتقال من المنزل إلى الجامعة خاصة إذا كانوا الطلبة بعيدين عن العائلة والأصدقاء وصعوبة تكوين صداقات جديدة التي يمكن أن تؤدي إلى مشاعر الوحدة ولا نتناسى مشاكل النوم ونمط الحياة الغير صحي الذي يمكن أن يؤثر على الصحة العقلية وتؤثر نسبة كبيرة على هذه الفئة التي كانت

سابقا تعاني من هذا النوع من المشاكل العقلية التي يمكن أن تتفاقم مع الوقت، وقد أظهرت بعض الدراسات كدراسة رضوان (2001) دراسة حول الاكتئاب والتشاؤم لدى عينة من الطلبة والطالبات في كلية دمشق وتوصل إلى نسبة انتشار الاكتئاب عالية جدا بين الطلبة وكانت أعلى عند الذكور والإناث في 17 بلد إسلامي أظهرت النتائج أن هناك فروق بين الإناث والذكور في الاكتئاب. (سمير البيطاني، 2003، ص11).

وبينت دراسة يحفوني في دراستها عن الاكتئاب وعلاقته ببعض المتغيرات الديموغرافية لدى الطلبة الجامعيين في لبنان أن نسبة الاكتئاب لديهم تصل إلى 20% وأن الاكتئاب يرتفع أكثر عند الطبقة الفقيرة وطلاب الجامعة اللبنانية.

عندما يصل الاكتئاب إلى أكثر أشكاله حدة، قد يبدأ الطلاب في التفكير في الانتحار كوسيلة للتخلص من الألم النفسي الذي يشعرون به ، وقد تزايدت في هذه الآونة الأخيرة مثل هذه الظواهر الانتحارية خاصة على مستوى الجامعات والإقامات الجامعية وتعود الأسباب إلى التوتر الناتج عن الضغوط الدراسية مثل التوقعات العالية من العائلة والتي يمكن أن تكون عبئا كبيرا، وكذلك مشاكل العلاقات مع الأصدقاء والتوتر، قد تؤدي إلى العزلة واليأس وعدم وجود الدعم القوي الذي يجعل الطالب يشعر بالوحدة وعدم القدرة على التعامل مع الصعوبات، ولا يمكننا استبعاد الأزمات الشخصية كالمشاكل الأسرية مثل الطلاق أو فقدان الأحباء التي يكون لها تأثير كبير على الحالة النفسية، ويمكن أن يكون الطالب معرضا إلى الإدمان على المخدرات أو الكحول مما يزيد من خطر التفكير في الانتحار. وهذا ما أكدته دراسة ح. يحياوي (1996) أن هناك علاقة بين اليأس والاكتئاب في تفجير السلوك الانتحاري. (عبد الحفيظ معروف، 2008، ص27)، ودراسة أخرى "دراسة لونيس سعيدة" (2020) بعنوان "تصور الانتحار لدى الشباب الجامعي" هدفت الدراسة إلى الكشف عن مستوى تصور الانتحار مع إبراز الفروق في مستوى تصور الانتحار تبعا لمتغير التفاعل بين الجنس والحالة الاجتماعية لدى الشباب الجامعي، وقد أسفرت النتائج إلى أن مستوى تصور الانتحار منخفض فضلا عن عدم وجود فروق في متوسط درجات تصور الانتحار تعزى لتفاعل متغيري الجنس والحالة الاجتماعية لدى الشباب الجامعي، ودراسة كونيك وجيترز (Konick & Gutierrez, 2005) هدفت إلى التعرف على الفروق بين الجنسين في تصور الانتحار على عينة من الطلبة المراهقين من الذكور والإناث، وأظهرت النتائج عن وجود فروق جوهرية بين الجنسين. (السلمان، 2019، ص387) وحسب تقرير منظمة الصحة العالمية حول المجتمع الجزائري تم تسجيل 1299 حالة انتحار واحتلت بذلك المرتبة الرابعة عالميا، وحسب تصنيف المنظمة فإن أكثر من نصف المنتحرين في العالم أجمع هم دون 45 سنة وفي فئة الشباب الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و 29 سنة، حيث سجلت 945 حالة انتحار سنة (2018) لتتزايد العدد إلى

1299 حالة سنة (2019). (خنفر، 2021، ص106). وكأمثلة واقعية عن حوادث الانتحار في المجتمع الجزائري حادثة الطالبة التي تنحدر من ولاية تيارت والتي وجدت مشنوقة في غرفتها، وكذلك الطالبة الجامعية المقيمة بإقامة "سعيد حمدين" بالعاصمة التي وجدة هي الأخرى مشنوقة في غرفتها.

ولا سيما أن التطرق لمثل هذه المواضيع التي كانت محور دراستنا والتي لفتت انتباهنا في محاولة منا لفهمها وذلك لأهميتها الكبيرة من أجل تحسين فهم علامات الاكتئاب والانتحار لدى الطلبة مما يمكن الكشف المبكر والتدخل المناسب وكذلك المساهمة في تطوير أساليب علاجية وأكثر فعالية ورفع الوعي حول الاكتئاب والانتحار مما يساعد في الوقاية وتقليل الوصم المرتبط لهذه الحالات وكذلك التعزيز من تطوير استراتيجيات لدعم الأشخاص المتضررين وأسرهم وكذلك تسهم في تحسين السياسات الصحية العامة نحو دعم الأبحاث والعلاج.

انطلاقا مما سبق ومن نتائج الدراسات السابقة نطرح التساؤلات التالية :

- ما هو مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيين ؟
- ما هو مستوى الاكتئاب لدى الطلبة الجامعيين؟
- هل تراود الطلبة الجامعيون أفكار انتحارية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة الطلبة الذين يدرسون تخصص طب وتخصص علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية ؟

2- الفرضيات :

- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى ضغوط نفسية اجتماعية مرتفع.
- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى اكتئاب مرتفع.
- تراود الطلبة الجامعيون أفكار انتحارية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة الطلبة الذين يدرسون تخصص طب وتخصص علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.

3- أهداف الدراسة :

تحديد دور الضغوط النفسية الاجتماعية وعلاقتها في ظهور الاكتئاب والأفكار الانتحارية لدى الطلبة الجامعيين الذين يدرسون الطب وعلم النفس العيادي.

4- تحديد المفاهيم إجرائيا :

1.4. الضغوط النفسية الاجتماعية :

هي قمة الإحساس بالقلق والشعور بوجود خطر وتوتر بسبب مشاكل الحياة والانفعالات التي تخلف تغيرات في الحالة النفسية والجسدية للشخص بسبب عدم التوازن والاستقرار الانفعالي، وما يدل عليه في الدرجة التي يتحصل عليها الطالب الجامعي في مقياس الضغوط النفسية الاجتماعية للزهراني (2018).

2.4. الاكتئاب :

الاكتئاب هو اضطراب وجداني يظهر على شكل مجموعة من الأعراض النفسية كالحزن الشديد واليأس وفقدان الأمل والخمول، وما يدل عليه في الدرجة التي يتحصل عليها الطالب الجامعي في مقياس بيك للاكتئاب المكيف من طرف بشير معمري (2010).

3.4. الأفكار الانتحارية :

هي عبارة عن أفكار تراود الفرد تتراوح بين أفكار سطحية عابرة إلى درجة الوصول إلى أفكار ثابتة تؤدي به إلى قتل النفس نتيجة الضغوط النفسية الاجتماعية، وما يدل عليه في الدرجة التي يتحصل عليها الطالب الجامعي في مقياس الأفكار الانتحارية لبشير معمري (2004).

الفصل الثاني

الضغوط النفسية الاجتماعية

تمهيد.

- 1- لمحة تاريخية عن مصطلح الضغوط النفسية الاجتماعية.
 - 2- مفهوم الضغوط النفسية الاجتماعية بشكل عام.
 - 3- تعريف الضغوط النفسية الاجتماعية.
 - 4- النظريات المفسرة للضغوط النفسية الاجتماعية.
 - 5- أنواع الضغوط النفسية الاجتماعية.
 - 6- أسباب الضغوط النفسية الاجتماعية.
 - 7- أعراض الضغوط النفسية الاجتماعية.
 - 8- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية الاجتماعية.
- خلاصة الفصل .

تمهيد الفصل:

تعتبر الضغوط النفسية الاجتماعية من المواضيع التي حظيت باهتمام الباحثين في مجال العلوم النفسية وذلك لجوانب تأثيرها على عدة مستويات سواء على الفرد أو الأسرة أو المجتمع و على المجال التربوي و الاقتصادي، لما يسببه من هدر في الوقت والمال للتكفل بمخلفاته على الصعيد النفسي والعقلي والجسمي للأفراد، ويعتبر العصر الحالي الذي نعيشه عصر الضغوطات بامتياز لتعدد متطلبات الحياة وتعدد أدوار الممارسة وتغير نمط المعيشة ونمط الغذاء وتغيير الساعة البيولوجية في تداخل الليل مع النهار و قلة ساعات النوم الصحية .

كل هذه العوامل وغيرها ساهمت في استفحال و انتشار الضغوط النفسية الاجتماعية في شتى مناحي الحياة، ولمعرفة أوسع حول هذا المفهوم سنتناولها من التفصيل في هذا الفصل من خلال تحديد مفهومها والنظريات المفسرة لها وأساليب مواجهتها.

1- لمحة تاريخية عن مصطلح الضغوط النفسية الاجتماعية :

لا يمكن دراسة وفهم ظاهرة مادون تحديد مفهومها أو تعريفها حيث أن التعريف الدقيق للظاهرة والمفاهيم الأخرى المرتبطة بها يسهل من عملية فهمها ويساعد على قياسها والتعامل معها بفعالية وإيجابية، ونظرا لشيوع مصطلح الضغوط إذ يستخدم على نطاق واسع في مجالات مختلفة كالطب و الفيزياء وعلم النفس والصحة النفسية وغيرها من المجالات، وقد تعددت الآراء حول تعريفه ومن ثم لا يوجد جامع متفق عليه في تعريف الضغوط.

يرجع سميث(1993) المعنى الإشتقاقي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني، فكلمة الضغط Stress مشتقة من الكلمة اللاتينية Stictus وهي تعني الصرامة و تدل على الشعور بالتوتر وإثارة الضيق والذي يرجع في أصله إلى الفعل Stringer و الذي يعني يشد Tighted، و معنى أن الضغط يشير الى مشاعر الضيق والقلق الداخلية التي يتعرض لها الكثيرون في ظروف ما،ولقد اشتقت كلمة الضغط من الكلمة الفرنسية le stress و هي تعني الضيق أو القمع أو الاضطهاد و التي يبدو أنها تدل ضمنا على الحبس والقيد والظلم والحد من الحرية.

وفي القرن الرابع عشر، استخدم هذا المصطلح بطريقة أكثر عمومية ليصف المشقة والضيق أو الشدة، واستخدمت هذه الكلمة في القرن السابع عشر ميلادي لتصف الشدة والصعوبات، غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط إستمر إلى اليوم متأثرا بعمل المهندس روبرت هوك أواخر القرن السابع عشر، فلقد كان هوك مهتما بتصميم الأبنية مثل: الجسور التي تتحمل حمولة ثقيلة وتقاوم قوى الطبيعة مثل الرياح والزلازل دون أن تنهار وتتداعى، ومن كتب هوك عن فكرة الحمولة او التعب كقوة خارجية وطبقا لوجهة نظره نشأ الضغط من تأثير العبء أو الحمل على البناء الذي من خلاله يظهر الإجهاد على البناء ويمكن للبناء أن ينهار ويتداعى، ولهذا يكون الضغط هو استجابة النظام أو البناء للحمولة ويكون ذلك مماثلاً لاستجابة الضغط التي تصدر عن الكائن العضوي والتي تتبدى في المواجهة أو الهروب من الموقف الضاغط، وبالرغم من صيغة هوك عن الضغط والتي اشتقت من الأعراض الهندسية فإنه كان لها تأثير واسع كنموذج تفسيري لمصطلح الضغط على الجهاز الفيزيولوجي النفسي ، ومنذ ذلك الوقت تجسد مصطلح الضغط في العلوم الفيزيولوجية والطبية والاجتماعية.

2- مفهوم الضغوط النفسية الاجتماعية بشكل عام :

يعرفها هيلر يجل وآخرون: نتيجة أو استجابة عامة لحدث أو موقف يضع مطالب بيئية أو نفسية خاصة على الشخص وبهذا فإن الضغوط تشمل تفاعلا للفرد مع البيئة والتي تسبب الضغوط، و التي يمكن أن تتخذ أشكالا عديدة على الرغم من اشتراكها في شيء واحد و هو خلق الضغوط أو إمكانية التوافق معها

عند إدراك الفرد لها على أنها تمثل مطلباً ربما يفوق قدرته على الإستجابة. (شبل بدران، 2005 ، ص24).

3- تعريف الضغوط النفسية الاجتماعية :

1.3 التعريف اللغوي : الضغط في اللغة العربية كلمة مشتقة من الفعل ضغط ضغطاً أي قهر و عصر. (شحاتة والنجار، 2003 ، ص 46).

ويقال تضاعطوا أي تراحموا و الضغطة بمعنى الزحمة والضيق وتعنى أيضا الشدة و المشقة.

2.3 التعريف الإصطلاحي: نعرف الضغط النفسي على أنه إستجابة تكيفية تحدثها الفروق الفردية بين الأفراد وتسهم العمليات النفسية فيها، لهذا فهي تنتج عن أي حدث بيئي أو موقف أو حادثة.

و تحتاج إلى المزيد من الجهد النفسي أو الجسدي الفيزيائي للفرد على أنه حالة من التوتر النفسي الشديد والإنعصاب ويحدث بسبب عوامل خارجية تضغط على الفرد وتخلق عنده حالة من اختلال التوازن واضطراب في السلوك. (محمد قاسم، 2011، ص 10).

• تعريف هنري موراي Henry Murray:

إن الضغط النفسي خاصية أو صفة لموضوع بيئي أو شخصي، تسير أو تعوق جهود الفرد في تحقيق هدف معين، إن الإنسان يتعرض يوميا للضغط من مصادر متنوعة وعديدة و خاصة تلك المصادر عن البيئة الخارجية التي يتواجد فيها الشخص. (هارون، 1999، ص 11).

• تعريف لازاروس (La Zarus):

الضغط النفسي هو نتيجة لعملية تقييمية يقيم بها الفرد مصادر الذاتية ليرى مدى كفاءتها لتلبية متطلبات البيئة، أي مدى الملائمة بين المتطلبات الداخلية والبيئة الخارجية. (أبو الدلو، 2009، ص11).

• **تعريف سيللي :** الذي يرى على أنه مجموعة من الأعراض تتزامن مع التعرض لموقف ضاغط، وهو إستجابة غير محددة من الجسم نحو متطلبات البيئة مثل: التغيير في الأسرة ، فقدان العمل، والتي تضع الفرد تحت الضغط النفسي. (بهاء الدين، 2008، ص11).

• **تعريف عبد الستار إبراهيم 1998 :** الذي ينظر إلى الضغط على أنه تغيير داخلي وخارجي من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية حادة ومستمرة ، وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها ظرف العمل أو التلوث البيئي أو السفر أو الصراعات الأسرية ضغوطاً، مثلها في ذلك الأحداث الداخلية أو التغييرات العضوية كالإصابة بمرض أو أرق أو التغييرات الهرمونية. (طه سلامة، 2006، ص11).

4- النظريات المفسرة للضغوط النفسية الاجتماعية:

اختلفت نظريات علم النفس في تفسيرها للضغوط النفسية الاجتماعية كلا حسب مفاهيمها واتجاهاتها ومن هذه النظريات:

1.4 النظرية التحليلية النفسية: يرى رائدها فرويد أن إحساس الأفراد بالضغوط النفسية الاجتماعية يأتي من الهو وهي الغريزة الفطرية أو الحيوانية و الدوافع والرغبات ، والحاجات غير المشروعة كالجنس والعدوان ، لكنها لم تحقق نتيجة سيطرة "الآنا" وهي ضوابط المجتمع و " الآنا الأعلى " وهي صوت الضمير فلا تفصح عن نفسها بشكل صريح، و من هنا يتولد الإحساس بالضغوط النفسية الاجتماعية نتيجة كبت تلك الدوافع والرغبات والحاجات، فلا تجد لها متنفسا إلا بالتحويل والإزاحة، مما يولد الفرد حالة اختلال في التوازن النفسي والفيزيولوجي يستلزم منه إعادة التوافق و التكيف مع تلك الضغوط النفسية الاجتماعية.(أحمدي كريمة، 2022، ص-ص 27-28).

2.4 النظرية السلوكية : لقد فسر السلوكيون أن الضغوط النفسية الاجتماعية تنطلق من عملية التعلم التي من خلالها تتم معالجة معلومات المواقف الخطرة التي يتعرض لها الفرد والمثيرة للضغط، وتكون هذه المثيرات مرتبطة شرطيا مع مثيرات حيادية أثناء الأزمة أو مرتبطة بخبرة سابقة حيث يصنفها الفرد على أنها مخيفة ومقلقة، ويرى السلوكيون كذلك أن التفاعلات المتبادلة لدى الإنسان وواقعه أو مع البيئة الفيزيائية والاجتماعية التي يعيش فيها تعتبر متنبأ السلوك قبل وقوعه ورأوا أن تكيف سلوك الفرد حسب متطلبات الموقف المحدد يكون بصورة ذات معنى ومغزى، وأن جسم الإنسان ومحيطه الاجتماعي يفسران معا ما يعانيه الفرد من اضطرابات.

وحسب السلوكيون فإن النتائج النفسية والسلوكية التي تحدثها الضغوط تظهر على السلوك وتأثيره على نمط سلوك الفرد المعتاد، و الضغط في نظرهم يؤدي إلى القلق ولكنه يكون أحيانه ناجحا وعمليا لأنه يؤدي بالإنسان إلى اتخاذ قرارات حاسمة ويقوى إرادته التي تمكنه من مواجهة الفشل، والنجاح في المستقبل، كما أن الضغط النفسي يفيد الإنسان في أن يعلمه أسلوب حل المشكلات منذ الصغر ويهيء شخصيته لتكون فاعلة و مواجهة لما قد يواجهه مستقبلا من أحداث. ويرون أيضا أنه لا يمكن لأحد من تفسير سلوك الفرد الخاطئ إلا بعد معرفة الضغوط النفسية الاجتماعية الواقعة عليه وبالتالي يسهل تعديله والتخلص من مسببات هذا السلوك. (فاطمة عبد الرحيم النواية، 2013، ص-ص 28-29).

3.4 نظرية موراي: الضغط النفسي عند موراي يمثل المؤثرات الأساسية للسلوك وهذه المؤثرات توجد في بيئة الفرد فبعضها مادي والآخر بشري، وترتبط كذلك بالأشخاص والموضوعات وهي محكومة بعدة عوامل اقتصادية واجتماعية وأسرية كالعطف والخداع والإتزان والسيطرة و العدوان، و يقسم موراي الضغوط النفسية إلى نوعين:

ضغط ألفا وهي التي توجد في الواقع الموضوعي في بيئة الفرد، وضغوط بيتا وهي الضغوط كما يدركها الشخص. ويؤكد موراي أنه يمكن أن نستنتج وجود الحاجة لدى الفرد من بعض المظاهر التي تتضح في سلوك الشخص إزاء انتقائه واستجابته لنوع معين من المثيرات يصاحبه إنفعال خاص، وحين يتم إشباع الحاجة يحس الفرد بالراحة كما يحس بالضيق اذا لم يتحقق الإشباع، ومن تلك الحاجات الانجاز، الانتماء، العدوان، الاستقلال، السيطرة. (نفس المرجع السابق ص 31).

4.4 نظرية هانز سيللي Hansselys: كان هانز سيللي بحكم تخصصه كطبيب متأثر بتأثير الضغط حيث قدم له تفسيراً فيزيولوجياً، وتنطلق نظرية هانز سيللي من مسلمة ترى أن الضغط متغير غير مستقر وهو استجابة لعامل ضاغط يميز الشخص ويصفه على أساس الاستجابة للبيئة الضاغطة، وأن هناك استجابة أو أنماطاً معينة من الاستجابات يمكن الاستدلال منها على أن الشخص يقع تحت تأثير سيء مزعج، ويعتبر سيللي أن أعراض الاستجابة الفيزيولوجية للضغط عالمية وهدفها المحافظة على الكيان والحياة، وحدد سيللي ثلاثة مراحل للدفاع من الضغط ويرى أن هذه المراحل تمثل مراحل التكيف العام:

- المرحلة الأولى: استجابة الإنذار:

في هذه المرحلة يقوم الجهاز العصبي الودي والغدد الأدرينالية بتعبئة أجهزة الدماغ في الجسم، وبهذه الطريقة يزيد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط وإذا استمر التوتر إنتقل الجسم إلى المرحلة الثانية. (نفس المرجع السابق ص 12).

- المرحلة الثانية: المقاومة:

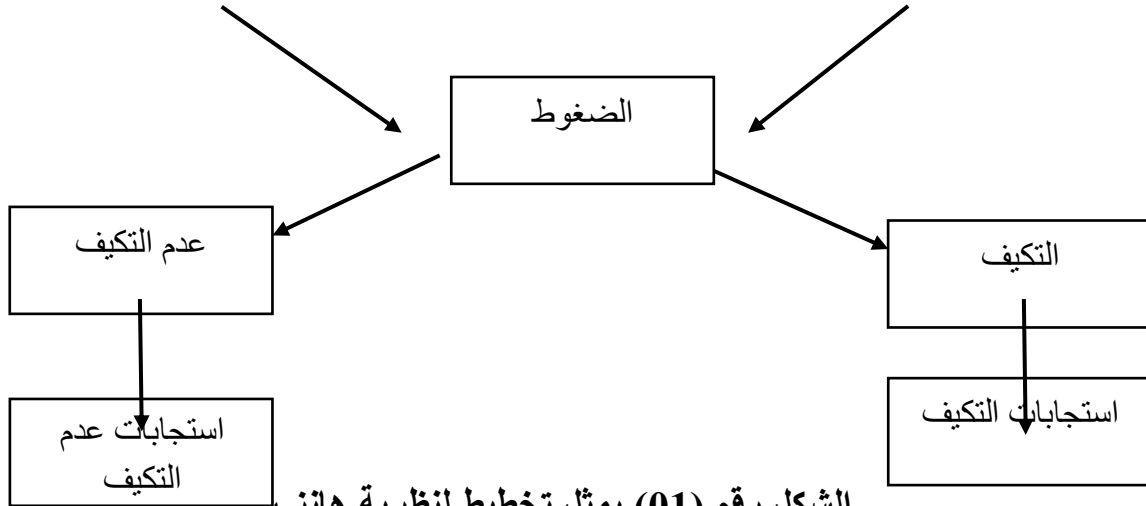
إذا استمر الموقف الضاغط فإن مرحلة الإنذار تتبعها مرحلة أخرى هي مرحلة المقاومة لهذا الموقف، وتشمل هذه المرحلة الأعراض الجسمية التي يحدثها التعرض المستمر للمنبهات والمواقف الضاغطة التي تكون الكائن الذي قد اكتسب القدرة على التكيف منها، وتعتبر هذه المرحلة هامة في نشأة أعراض التكيف ما يسمى بالأعراض السيكوسوماتية ويحدث ذلك خاصة عندما تقجر قدرة الإنسان على مواجهة المواقف عن طريق رد فعل تكيفي، ويؤدي التعرض المستمر للضغوط إلى اضطراب في التوازن الداخلي مما يحدث مزيداً من الخلل في الإفرازات الهرمونية المسببة في الاضطرابات العضوية.

- المرحلة الثالثة: الإنهاك والإعياء:

إذا طال تعرض الفرد لضغوط لمدة أطول فإنه سيصل إلى نقطة يعجز فيها عن الإستمرار في المقاومة ويدخل في مرحلة الإنهاك ويصبح عاجزاً عن التكيف بشكل كامل، في هذه المرحلة تنهار الدفاعات الهرمونية وتضطرب الغدد وتنقص مقاومة الجسم وتصاب الكثير من الأجهزة بالعطب ويسير المريض نحو الموت بخطى سريعة، ويمكن رصد هذه النظرية في الشكل التالي:

العوامل الوسيطة

الضاغط



الشكل رقم (01) يمثل تخطيط لنظرية هانز سيلي.

(فاروق السعيد، 2010، ص 13).

5- أنواع الضغوط النفسية الاجتماعية:

يوجد نوعين من التصنيفات لأنواع الضغوط: تصنيف سيلي Selye وتصنيف لازاروس كوهن Lazarus et cohen وهما كالتالي:

1.5 تصنيف سيلي:

- **الضغط النفسي السيء:** وهو الضغط النفسي يسبب الألم نظرا لعدم التوازن بين المتطلبات الفردية و الإمكانيات المتاحة.
- **الضغط النفسي الجيد:** وهو الضغط الذي ينتج عن مشاعر إيجابية نظرا لأنه يعيد توافق الفرد مع بيئته كولادة طفل جديد.
- **الضغط النفسي الزائد:** ينتج عن تراكم الضغوط السلبية التي لا تتوافق مع إمكانيات الفرد خاصة عند امتداد زمانها.

2.5 تصنيف لازاروس كوهن:

فقد ميز بين نوعين من الضغوط:

- **ضغوط خارجية المصدر:** هي المؤثرات والمواقف الخارجية المحيطة بالفرد.
- **ضغوط داخلية المصدر (الشخصية):** هي الأحداث والمؤثرات الثابتة من توجه الفرد وإدراكه. (نايل أبو سعد، 2009، ص 17).

6- أسباب الضغوط النفسية الاجتماعية:

يتعرض الفرد طوال حياته إلى مجموعة من الضغوط الناجمة عن الأحداث اليومية المشبعة بالمصادر والتي يمكن حصرها كما يلي:

1.6 مصادر شخصية:

توجد عدة مصادر تثير الضغوط الشخصية على مدى حياة الفرد كالضغوط الصحية مثل التي تتجسد في مرض خطير أو إعاقة أو القيام بعملية جراحية.

2.6 مصادر أسرية:

إذ تعتبر الأسرة المحيط الذي يحمي عنصره من الضغوط والمؤثرات السلبية ، ولكن اضطراب العلاقات داخلها واحتدام الصراع فيها قد يكون الأصل في عدة أمراض نفسية جسمية، كما أن تأثير التركيبة الأسرية وتفاعل أعضائها ومكانة و دور كل واحد فيها قد يشكل ضغطا على فرد من أفرادها.

3.6 مصادر مهنية واجتماعية:

إن العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة كالمدرسة و مجال العمل ومحيط التفاعل اليومي قد تكون من بين أهم مولدات الضغط وقد ينشأ الضغط المهني من الظروف التي يسير فيها العمل ويؤدي إلى الفرد فيها مهامه ونشاطه ومن بينها خصائص الوظيفة، العلاقات داخل مجال العمل، الخبرة، التوفيق بين مهام العمل ومتطلبات الأسرة.

أما عن الضغوط الناشئة عن المحيط الاجتماعي وظروف الحياة فقد تنحصر في الوضع الاجتماعي والاقتصادي، العرق، الوطن، الفقر، التهميش وأخرى كالإقْدَاء والأوبئة والحروب والتي تؤثر على الفرد والمجتمع ككل. (Bruchon, scweitzer, p 17)

7- أعراض الضغوط النفسية:

عندما يفشل الفرد في التحكم في الضغوط فإن جسمه يمر بخبرة أو حالة تعرف بالمواجهة أو الهرب، فيؤدي ذلك إلى تزايد ضربات القلب ويتحول الدم من الأطراف إلى العضلات الداخلية فتشع حدة العين ويفرز الأدرينالين والدهون في الدم ويتحول التنفس من الحجاب الحاجز إلى الصدر وهذه عمليات حيوية غير طبيعية تعود بالضرر على الجسم وتنهكه.

ويمكن تصنيف أعراض الضغوط النفسية بالتصنيف الذي وصفه Brahm وهو كالتالي:

1.7 الأعراض الجسدية:

- التعرق المفرط.
- التوتر العالي.
- الصداع بأنواعه.
- ألم في العضلات وخاصة في الرقبة والكتف.

- عدم الانتظام في النوم (الأرق والنوم المفرط، الإستيقاظ المبكر على غير العادة).

2.7 الأعراض الإنفعالية:

- سرعة الانفعال.
- تقلب المزاج.
- العصبية.
- سرعة الغضب.
- العدوانية واللجوء إلى العنف.

3.7 الأعراض الذهنية:

- النسيان.
- صعوبة في التركيز.
- الإضطراب في التفكير.
- الصعوبة في إسترجاع الأحداث.
- الصعوبة في إتخاذ القرار.

4.7 الأعراض الخاصة بالعلاقات الشخصية:

- عدم الثقة غير مبررة في الآخرين.
- نسيان المواعيد أو إلغائها قبل فترة وجيزة.
- مراقبة ومتابعة أخطاء الآخرين.
- التفاعل مع الآخرين بشكل آلي.
- غياب الإهتمام الشخصي والتفاعل ببرودة مع الآخرين. (نفس المرجع السابق ، ص26-27).

8- الآثار المترتبة على الضغوط النفسية الاجتماعية:

1.8 الآثار الإيجابية:

إذا كانت الضغوط التي يتعرض لها الفرد من النوع المعقول الصحي فإنه ينتج عن ذلك عدد من الآثار الإيجابية وتتمثل فيما يلي:

- التعاون وتضافر الجهود لحل المشكلات.
- التنافس البناء وتكثيف الرغبة في العمل وزيادة الدافعية .
- تعميق الرضا الوظيفي والشعور بالإنجاز.
- انخفاض الغياب المتكرر والتأخر ومعدل دورات العمل.

- زيادة الأنشطة الجماعية وخلق العمل.

2.8 الآثار السلبية:

أما إذا تعددت الضغوط فإن قدرة الفرد على تحملها تسبب العديد من الآثار السلبية يصنفها كوكز كما يلي:

- **الآثار الشخصية:** كإحباط والتوتر والملل واللامبالاة والقلق والاكتئاب والإجهاد والعصبية والوحدة والشعور بالذنب.
- **الآثار السلوكية:** مثل سهولة الإشارة والضحك العصبي والمتاعب العاطفية وفقدان الشهية أو الإسراف في الأكل والتدخين والتعرض للحوادث والرعشة والسلوك الضفر وضعف الأداء.
- **الآثار الذهنية:** الحساسية للنقد والشرود والنسيان وفقدان القدرة على التفكير والتركيز وعدم القدرة على اتخاذ القرارات.
- **الآثار الجسمية:** زيادة ضربات القلب وصعوبة التنفس وارتفاع ضغط الدم ونوبات القرح والتهاب المفاصل.
- **الآثار التنظيمية:** زيادة معدل الحوادث وانخفاض الإنتاجية ونقص الرضا الوظيفي والغياب وارتفاع معدل دوران العمل وسوء المناخ التنظيمي . (نفس المرجع السابق، ص 32- 33).

خلاصة الفصل :

ومن خلال ما استعرضناه في هذا الفصل نستنتج أن الضغوط النفسية تمس مختلف جوانب حياة الفرد وفي أوقات ومواقف مختلفة ، تتطلب منه توافق أو إيجاد توافق مع البيئة، وإن لم يتمكن الفرد من الوصول إلى هذا التوافق سيؤثر الضغط النفسي على صحته النفسية سلبيا، حيث أن تكرار هذه الضغوط واستمرارها وعجز الفرد عن مواجهتها قد تتحول إلى مصدر للقلق والتوتر والإحباط ، و مما قد يؤثر أيضا على توقعاته ، وتوجهاته نحو المستقبل.

الفصل الثالث

الاكتئاب

تمهيد

1. تعريف الاكتئاب
2. النظريات المفسرة للاكتئاب
3. أنواع الاكتئاب
4. أسباب الاكتئاب
5. أعراض الاكتئاب
6. تشخيص الاكتئاب
7. علاج الاكتئاب

خلاصة الفصل .

تمهيد :

قديمًا كان يرجع أن الاكتئاب ضعف جسدي أو عقلي، وبعد العديد من البحوث ، توصل العلماء والأطباء الآن إلى أن الاكتئاب اضطراب نفسي له أساس بيولوجي يفصح عن نفسه بجملة من الأعراض من فقدان الشهية وفقدان الوزن، الحزن، الأرق وظهور أفكار تتعلق بالموت ونوايا الانتحار، ضعف التركيز. ولهذا سوف نتطرق إلى تعريف الاكتئاب وأهم النظريات المفسرة له ونوضح أنواعه وأسبابه وأعراضه لنصل إلى تشخيصه حسب dsm 5 وعلاجه الطبي والنفسي.

1- تعريف الاكتئاب:

1.1 التعريف اللغوي :

يشترك اسم الاكتئاب في اللغة العربية من الثلاثي كآب ويشير هذا الفعل أيضا إلى اسم الكآبة وهي تعني سوء الحال والانكسار من الحزن ، وكبى من باب سلم ، أما كآبة دون مد بوزن رهبة فهو كئيب .

2.1 التعريف الاصطلاحي :

- يعرف الاكتئاب بأنه حالة انفعالية حادة خاصة بالنشاط النفسي الفيزيقي المنخفض وغير السار، وانخفاض المزاج في الحالة السوية يسمى كآبة، أما الحالة المرضية فيشير إلى الشعور باليأس، وانخفاض قيمة تقدير الذات.
- الاكتئاب هو الإحساس بمشاعر العجز، واليأس والنقص والحزن ، ولعل هذه الأعراض يمكن أن تعبر عن اضطرابات عديدة وعمامة يمكن لهذه المشاعر أن تحدث أيضا لدى الأفراد الأسوياء. (أبو زيد، دس، 1997 ، ص 30).

- الاكتئاب حالة من الحزن الشديد والمستمر تنتج من الظروف المحزنة والأليمة وتعبّر عن شيء مفقود وإن كان المريض يعني المصدر الحقيقي لحزنه. (زهران ، 1995 ، ص 30).
- يعد الاكتئاب اضطرابا عصبيا أو ذهنيا، حالة عابرة تحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة، وتتسم بالكآبة وتحدث كمحاولة من جانب الفرد لخفض قلقه الحاد. (البديري ، 2005، ص31).

2- النظريات المفسرة للاكتئاب :

1.2 النظرية البيولوجية: تركز النظرية البيولوجية على أن الخبرات الانفعالية تؤثر على النشاط الكيميائي للدماغ، وبالتالي فالمشاعر والأفكار والسلوك قد تتغير تبعا للتغيرات الكيميائية للدماغ. إن الخلايا العصبية ترسل الرسائل الكهربائية عن طريق الموصلات العصبية المتمثلة في المواد الكيميائية وعليه فالخلل في الخلايا العصبية أو نقص مقدار المنقول من المادة الكيميائية أو أي خلل وظيفي في عمل خلايا الاستقبال كلها عوامل تسهم بشكل أساسي في الإصابة بالاكتئاب.

2.2 النظرية التحليلية : يعد فرويد هو مؤسس هذه النظرية وقد وصف الاكتئاب في مقالته (الحداد والملائخوليا) حيث يرى أن التناقض العاطفي هو الخاصية الأساسية للحياة النفسية لدى مريض الاكتئاب، ويحدث الاكتئاب إثر فقدان موضوع الحب سواء بالموت أو بالهجر إذ تنتاب الفرد نوبات من الاكتئاب جراء الشعور بالذنب الذي يصيبه .

ويرى أبراهام وهو من رواد هذه النظرية أن الإصابة بالاكتئاب تتعلق بموضوع الحب، فالفرد الذي يتمكن من إشباع رغباته الجنسية وحاجاته إلى الحب تنتابه مشاعر الكراهية والغضب اتجاه موضوع الحب، ويرى أيضا أن مريض الاكتئاب متناقض عاطفة إزاء نفسه، بقدر ما هو متناقض إزاء الموضوعات. (حمدي الأعظمي، 2013 ، ص 24).

2.3 النظرية السلوكية: ركزت النظريات السلوكية على عمليات أكثر تعقيدا المفسرات للاكتئاب، هذه العمليات تضمنت التركيز على أحداث الحياة الضاغطة كمؤثر في حدوث الاكتئاب، فالأحداث الضاغطة قد تستثير عددا من ردود الفعل الانفعالية في حياة الناس، والخبرات الصادمة يمكن أن تستثير اضطرابا و توترا ما بعد الصدمة، بينما الأحداث التي تتضمن فقدان مثل : الترميل، قد تستثير نوبات اكتئابية أساسية و أعواما من الضيق النفسي كما وجدت بحوث عديدة ، و عموما ينظر إلى الاكتئاب في المدرسة السلوكية على أنه سلوك مكتسب من البيئة بفعل سلسلة من الارتباطات بين المنبهات المختلفة. (السيد إبراهيم، 2006 ، ص24).

ويرى بافلوف أن الاكتئاب يحدث نتيجة تكرار الصدمات والتجارب المؤلمة في الطفولة في حين يعتقد لوينسون (Lewinsohn) في تفسيره للاكتئاب من وجهة نظر السلوكية أن انخفاض معدل التعزيز الذي يحصل عليه الفرد هو العامل المسؤول على ظهور الاكتئاب لديه. (الغمش والمعايطة، 2009، ص24).

3- أنواع الاكتئاب :

1.3 الاكتئاب الخفيف: ويتصف بمزاج منقبض و تعب متزايد وفقدان الاهتمام، والمتعة مصحوبة غالبا باضطرابات (سيكوسوماتية) ومع أن المصاب به يواجه صعوبة في استمراره بعمله أو التزاماته الاجتماعية ، إلا أنه يتوقف عن الإيفاء بها.

2.3 الاكتئاب المتوسط : حيث تظهر فيه أعراض الاكتئاب الخفيف زائد أعراض أخرى تتمثل في اضطرابات النوم والشهية.

3.3 الاكتئاب الشديد : تظهر فيه أعراض الاكتئاب المتوسط زائد الشعور بعدم القيمة ، وفقدان الاحترام للذات، التهيج، والشعور بالذنب ويكون الكرب شديدا مصحوبا بأفكار انتحارية. (نفس المرجع السابق، ص 24) .

4.3 الاكتئاب العصبي أو الانفعالي : ويطلق عليه أيضا الاكتئاب النفسي وهو واسع الانتشار ويرجع إلى عوامل خارجية مثل : ظروف البيئة المحيطة بالفرد وإلى عوامل نفسية وانفعالية خاصة بالفرد ذاته.

5.3 الاكتئاب الذهني أو العقلي: وهو داخلي المنشأ، وراثي الجذور وله أعراض تميزه عن أنواع الاكتئاب الأخرى من أهمها : الجمود الانفعالي، والبطء الحركي والكآبة الدائمة .

6.3 الاكتئاب ثنائي القطبية: أطلقت عليه هذه التسمية لأن أعراضه تجمع بين أعراض الاكتئاب وأعراض الهوس، وتحدث بطريقة دورية ويكون التغيير من خلال النقلب الحاد في انفعالات والوجدان وقد يحدث النقلب سريعا وقد يكون متدرجا في بعض الحالات، وأحيانا تكون الأعراض واضحة و في طور آخر تكون غير واضحة حيث تتأرجح بين الهوس والاكتئاب. (عبد الباقي ابراهيم ، 2009 ، ص25).

7.3 الاكتئاب الموسمي: يرتبط حدوثه في بعض فصول السنة دون غيرها وتكرر نوباته بصورة دورية في نفس الفصل الذي حدث فيه ، ويأتي بكثرة في فصل الشتاء وقد يحدث للبعض في فصل الصيف، وتتميز أعراضه بنقص الحيوية وزيادة شديدة في النوم ونهم شديد للمواد الشتوية .

8.3 الاكتئاب النفاسي: ويطلق عليه اكتئاب ما بعد الولادة لأنه يحدث للمرأة بعد الولادة مباشرة وقد يحدث قبل الولادة ويستمر بعدها، وهو اكتئاب وجداني انفعالي وليس له أسباب عضوية حيث ترجع أسباب إلى الظروف المحيطة بالأم وإلى عوامل ذاتية تتعلق بمعتقداتها، وأفكارها وطريقتها في تناول الأمور والأحداث الجديدة في حياتها. (نفس المرجع السابق، ص 25).

9.3 الاكتئاب الشرطي : و هو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود للظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة متماثلة للوضع أو الخبرة السابقة . (نفس المرجع السابق ، ص 25).

4- أسباب الاكتئاب:

1.4 الأسباب النفسية:

- التفكير الخاطئ غير واقعي كالشعور بالفشل والخسارة و الحرمان، والتي تؤدي إلى الغضب وكبح روح الانتقام داخل النفس.
- الفشل في الحصول على الحب والتقدير والتعرض للإحباط المستمر وخيبة الأمل.
- الصراعات اللاشعورية المكبوتة.
- اتهام الذات بالتقصير والشعور بالذنب والرغبة في معاقبة الذات.
- الشعور بالوحدة والعزلة وفقد المساندة الاجتماعية.

2.4 الأسباب الوراثية:

أظهرت الدراسات أن نسبة توقع إصابة الأقرباء من الدرجة الأولى بالاكتئاب ، تتراوح ما بين (10-15%) كما وجدت دراسة للتوأم أن نسبة وقوع الاكتئاب بين التوأم المتشابهة يصل إلى (55-65 %)

، وهذا يدل على أن أقرباء المصابين بالاكتئاب أكثر عرضة للإصابة بالمرض من غيرهم. (نفس المرجع السابق ، ص 26).

3.4 الأسباب الاجتماعية :

- سوء التوافق الاجتماعي والعزلة والتفكك الأسري وازدياد المسؤولية الاجتماعية .
- الحرمان العاطفي والتفرقة في المعاملة بين الأبناء والتربية الخاطئة والإهمال والتسلط واضطراب العلاقة بينهما.
- نقص المهارة الاجتماعية مما يؤدي إلى نقص المساعدة من قبل الآخرين وهو ما يؤدي إلى الاكتئاب لدى الشخص الذي تعوزه المهارة الاجتماعية. (نفس المرجع السابق ، ص 26).

4.4 الأسباب الجسمية والفيزيولوجية:

- الأمراض المزمنة مثل : الكبد والكلية وقرحة المعدة والسرطان والسكر وأمراض الدم وضعف جهاز المناعة والوهن الجسدي والضعف العام.
- فقد بعض الحواس مثل : السمع والبصر.
- اضطراب في التفاعلات الكيميائية الحيوية والكيميائية للجسم وعدم توازن الموصلات الجسمية.
- الآثار الجانبية لاستعمال بعض الأدوية الكيميائية لمدة طويلة.

5.4 الأسباب العقلية والمعرفية والفكرية:

تظهر في وجود مخطط معرفي سلبي لدى بعض الأشخاص الذين يعتقدون أنهم أقل من الناس من حيث امتلاك من مصادر النجاح فيتبعون إستراتيجية الفشل والتشاؤم لتقليل فرص الخسارة أو الحد من زيادتها، وهم متساوون دائما لا يتوقعون أي نشاط وينعزلون ويتوقفون عن ممارسة أعمالهم وحياتهم العادية، وتزداد أعراض الاكتئاب عند هؤلاء الأشخاص وتطول مدة علاجهم ويزداد أمد معاناتهم.

5- أعراض الاكتئاب:

1.5 الأعراض الجسمية:

- انقباض الصدر و الشعور بالضيق.
- فقدان الشهية ونقص الوزن والإمساك .
- الأزمات الحركية.
- نقص الشهوة الجنسية والضعف الجنسي والبرود الجنسي.
- اضطراب العادة الشهرية عند النساء.
- توهّم المرض والانشغال على الصحة الجسمية.

2.5 الأعراض النفسية:

- اليأس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية والحزن الشديد الذي لا تتناسب مع سببه.
- انحراف المزاج وتقلبه .
- القلق والتوتر والأرق.
- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداء للحياة .
- بطئ التفكير والاستجابة وصعوبة التركيز والتردد .
- بطئ وقلة الكلام وانخفاض الصوت .

6- تشخيص الاكتئاب :

يصنف الاكتئاب إلى أنواع مختلفة تبعاً للأعراض الموجودة التي تتبع تشخيص المريض، محدداً و بالرجوع إلى قائمة الأعراض والتحقق من وجودها يمكن للأخصائي النفسي أن يصنف حالة المريض في فئة بعينها فنجد في الدليل التشخيصي توضيحاً لمرحلة من مراحل الاكتئاب الشديد على أنها تدوم أسبوعين على الأقل، يسيطر خلالها على المريض مزاج اكتئابي و فقدان للاهتمام والمتعة بجميع نشاطاته اليومية تقريباً، بالإضافة إلى ذلك فلا بد من توفر خمسة أعراض على الأقل من الأعراض التالية:

- اكتئاب في المزاج معظم اليوم .
- تقلص في الشعور بالاهتمام والاستمتاع.
- زيادة ملحوظة أو نقصان ملحوظ بالوزن.
- اختلاف عدد ساعات النوم بالزيادة والنقصان .
- الإرهاق.
- الشعور بالتفاهة أو الذنب.
- فقدان القدرة على السيطرة على حركات الجسم.
- التفكير بالموت أو الانتحار.

لا يزال الحد الفاصل بين الاكتئاب الشديد والاكتئاب المزمن الأقل حدة غير واضح تماماً، أما الحد بين الاكتئاب الخفيف وذاك الشديد فهناك مسافة قد تعد متسلسلة أحياناً وعلى الطبيب أن يقرر أين تقع تصنيف مريضه بالتحديد لكن احتمال اختلاف الاكتئاب المزمن فيتم قياسه بدخول المريض في مزاج مكتئب مدة أسبوعين على الأقل مع وجود عارضين من الأعراض التالية :

- فقدان الشهية أو الشراهة.
- اختلاف عدد ساعات النوم زيادة أو نقصان.
- الإرهاق وفقدان الطاقة.
- الشعور باليأس.

لا تتضمن المقاييس التي وصفتها منظمة الصحة العالمية في التصنيف العالمي للمرض استخدام مصطلح " الاضطراب الاكتئابي" بل مصطلحي " الاضطراب الاكتئابي والاضطراب الاكتئابي المتكرر" ، ويتطلب الاضطراب الخفيف وجود أربعة عوارض إكتئابية ، أما الاضطراب المتوسط يتطلب وجود ستة عوارض ويتطلب الاضطراب الحاد وجود ثمانية عوارض ويشير اختلاف التصنيفات السابقة إلى عدم وجود تشخيص واحد و محدد للاكتئاب أو حتى تشخيص واحد للتفريق بين الاكتئاب الحاد والخفيف. (وليرت، 2014، ص 30).

7- علاج الاكتئاب:

1.7 العلاج بالأدوية : تنقسم الأدوية المضادة للاكتئاب إلى:

(أ) **أدوية منبهة للجهاز العصبي:** من أمثلتها مشتقات الأميفتامين (المنشطات مثل ويكسدرين، بريلودين وريثالين ، مكسانون..... وغيرها). وتعمل هذه الأدوية على تنبيه الجهاز العصبي لإزالة حالة التأخر وبعث الطاقة الحيوية إلا أنه قد اكتشفت عدة مضار لهذه الأدوية وأهمها الإدمان ويضعف مفعول الدواء مع طول مدة استخدامه.

(ب) **الأدوية الخفيفة المضادة للاكتئاب:** مثل : النياميد والماريلان، الناردين، وتعمل على تغيير الهرمونات العصبية في مركز الانفعال كما أنها لها أعراض جانبية مثل : الدوار وانخفاض ضغط الدم

وجفاف الحلق وصعوبات التبول مع اضطراب وظائف الكبد و زيادة أو تناقص القوة الجنسية ، وقد يتحول الاكتئاب إلى مرح تحت تأثير هذه الأدوية.

(ج) **الأدوية المتوسطة المضادة للاكتئاب** : مثل : دواء النوفريل وهو ذو فائدة في علاج الاكتئاب النفسي والذهني.

(د) **الأدوية الشديدة المضادة للاكتئاب** : من أمثلته التوفرانيل وبيوتوفران و أجيدال وغيرها وتفيد هذه المجموعة في الاكتئاب الشديد تتشابه أعراضها الجانبية مع أعراض العقاقير الخفيفة .

2.7 العلاجات النفسية:

(أ) العلاج المعرفي:

هو علاج قصير الأمد يقوم به المعالج ليتفاعل مع المريض ويكلف المريض بالقيام بواجبات منزلية بين الجلسات، تهدف إلى تغيير الأفكار السلبية واللاعقلانية التي يعتقدها الشخص واستبدالها بأفكار جديدة عقلانية تقوم على بث الأمل والطمأنينة والدعم الاجتماعي. (حسن غانم، 2006، ص31).

وتسير عملية العلاج حسب وجهة نظر بيك المعرفية ضمن خطوات محددة هي:

- ملاحظة أو مراقبة المريض لأفكاره السلبية .
- تنظيم العلاقة بين الإدراك والسلوك.
- اختيار المريض للدلالات والشواهد حول تفكيره الآلي للألم .
- إبدال أفكار وطرق تفكير المريض السلبية الخاطئة. (نفس المرجع السابق، ص 32).

(ب) العلاج السلوكي:

يستند إلى نظرية التعلم (الإشراك) التقليدي والإجرائي قصير الأمد وبصفة عامة والذي يهدف إلى تصحيح أنواع محددة من السلوك الغير مرغوب فيها حيث ينص الاهتمام الرئيسي للمعالج السلوكي على توفير مصادر مختلفة وحقيقية للتعزيز الإيجابي.

(ج) العلاج التحليلي :

يهدف إلى كشف محتويات اللاشعور وإخضاعها للمحاكم الشعورية بتقوية الأنا بهدف جعل السلوك مبنيا على الواقع بشكل أكبر، وترتكز الأساليب التحليلية على إعادة بناء خبرات الطفولة وفهمها، وتحليلها لتطوير مستوى جيد من فهم الذات ثم إحداث التغيير اللازم في بناء الشخصية، أما أهم الأساليب العلاجية فتتضمن التداعي الحر الذي ينفس فيه المكتئب عما يجول في خاطره من أفكار ومشاعر بحيث يتم من خلاله هذا التداعي الكشف عن الرغبات والتخيلات والصراعات والدوافع اللاشعورية لديه وتجميع الخبرات السابقة واسترجاع المشاعر المكبوتة بالتداعي الحر والأساليب الأخرى مثل: تحليل الأحلام وزلات اللسان والاختبارات الإسقاطية والعلاقة العلاجية نفسها يتم الكشف عن اللاشعور وتفسير السلوك الدفاعي والانفعال و الصراع، الذي تركز عليه من خلال هذا التفسير يسمح للأنا باستيعاب الأحداث الجديدة المكتشفة اللاشعورية ويحدث الشفاء.

(د) العلاج التدعيمي:

وذلك من خلال القيام بالآتي:

- تحسين مهارات الفرد المعرفية والاجتماعية.
- تحسين صورته المدركة عن نفسه.
- تصحيح تدني اعتبار الذات الناتج عن أزمات المرض.

- القيام بتوعية المريض وأسرته بمسار المرض البيولوجي.
- تكوين صداقات جديدة.(نفس المرجع السابق،ص 32).

خلاصة الفصل :

ومن خلال ما استعرضناه في هذا الفصل، نلامس مدى خطورة الاكتئاب فقد يكون أخطر إذا تزامن مع أحد الأمراض الجسمية للإنسان، كما يعد من الاضطرابات النفسية المزاجية الواسعة انتشارا والخطيرة خاصة، لأنه حتما سيؤثر سلبا على المعاش النفسي للفرد وسلوكه وشخصيته مما يجعله يميل إلى الانعزال والوحدة وفقدان الأمل وسيطرة بعض الأفكار الانتحارية عليه.

الفصل الرابع

الأفكار الانتحارية

تمهيد.

- 1- مفهوم الأفكار الانتحارية.
 - 2- بعض المصطلحات المتعلقة بالأفكار الانتحارية.
 - 3- تعريف أزمة الأفكار الانتحارية .
 - 4- مراحل أزمة الأفكار الانتحارية.
 - 5- تشكل وتطور الأفكار الانتحارية.
 - 6- وظائف الأفكار الانتحارية.
 - 7- الأشكال المختلفة للأفكار الانتحارية.
 - 8- العوامل المؤدية للأفكار الانتحارية.
 - 9- النظريات المفسرة للأفكار الانتحارية.
 - 10- الوقاية والتدخل في حالة وجود أفكار انتحارية.
- خلاصة الفصل .

تمهيد :

يعد الانتحار ظاهرة إنسانية عامة، صاحبة الوجود البشري منذ البدايات الأولى حتى اليوم، ففي حب الجماعات الإنسانية على تغيير حضاراتها أيا كان ترتيب وجودها الزمني وأي كان موقعها الجغرافي يوجد بعض الأفراد يقدمون على الانتحار بصورة ما، وفضلا على ذلك فإن الإحصائيات الجنائية والحيوية في معظم دول العالم تشير إلى أن الإقبال على الانتحار يكثر تكراره، وترتفع نسبته مع تقدم الزمن مرتبطا بانتشار التكنولوجيا مصاحبا ما هو ملحوظ من تعقد في الحياة، وتشابك في المصالح وآلية في العلاقات وتفكك في كثير من الجماعات في العصور الحديثة بوجه خاص، حيث يعبر الأمر عن قمة المأساة الإنسانية لما له من عواقب وخيمة على المجتمع عامة واتجاهات الأفراد خاصة، والنظر إليه كحل للمعاناة التي يعيشها الأفراد والذي يدفع بالشخص أن يكون مجرم في حق نفسه فحسب تصنيفات منظمة الصحة العالمية يعد الانتحار من أهم ثلاث أسباب الوفاة من بين 140 سببا ممكن، وتمثل تلك الأسباب الثلاثة في الموت الطبيعي، الانتحار، القتل، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم الانتحار، بعض المصطلحات المتعلقة بالانتحار، وظائفه، أشكاله، العوامل المؤدية للانتحار، والنظريات والوقاية منه.

1. مفهوم الأفكار الإنتحارية:

1.1. المفهوم اللغوي:

الانتحار باللغة العربية من أصل كلمة نحر أي ذبح وقتل وإنتهر الشخص أي ذبح نفسه وقتلها. (سمعان، مكرم، 1964، ص 45).

أما في اللغة اللاتينية نجد كلمة suicide التي أدخلت اللغة الفرنسية على يد abbé des fontine سنة 1737 (A. haine, 1970 , p14)

وتنقسم إلى كلمة sui الذات caedere قتل والكلمة بأكملها suicider أي tuer soi-même بمعنى قتل الذات (N, Sillamy, 1980, p653).

ومن مرادفاتها كلمة autolyse وهي مصطلح علمي متداول بين الأخصائيين للتخفيف من ثقل كلمة الانتحار أمام المفحوص ونجد في مقابلها بالألمانية Selbestmord.

1- 2 التعريف الاصطلاحي:

الانتحار هو فعل يخص الإنسان فقط ويعرف بأنه قتل النفس إراديا وينتج بطريقة مباشرة أو غير مباشرة من فعل إيجابي أو سلبي تقوم به ضحية هذا الفعل، هذه الأخيرة تعرف مسبقا وجوب الوصول إلى النتيجة لوضع حد لحياته.

هو فعل واعى ومحرر لقتل النفس بنية مقصودة ويصدر من نفس الشخص يكون إراديا لتحرير نفسه من الضغوطات التي يواجهها فنجد بعض حالات الانتحار تحدث من اعتبارات دينية وأخلاقية وذلك للهروب من العار لا يكون عبئا على الآخرين، ومن جهة أخرى تسيطر عليه صراعات لم يتمكن التحكم فيها، فنجدهم غير قادرين على الانسجام مع حياتهم وإيجاد معنى لها. (عدنان محمد الضمور، 2014 ، ص 45).

تعريف كارل منجر (1938): بأنه قتل الإنسان نفسه بالطريقة التي يختارها سواء كانت الموت الناتج عاجلا أم آجلا. (عبد الله بن سعد الرشود، 2006، ص 31).

تعريف دوركايم: تسعى كل حالات الموت الناتجة مباشرة أو غير مباشرة من فعل إيجابي أو سلبي لتنفيذ الضحية بنفسها وهي على علم بهذه النتيجة (E. Durkheim , 1976 , p 5)

تعريف Beachler يذهب باشلار إلى إعطاء الانتحار الصبغة وجودية فلا يرجعه لأصل باثولوجي ذاتي ولا لسبب اجتماعي وهو بذلك ينفي هاته التأثيرات فلا يراه كفعل لكن كسلوك له أهداف، فالانتحار حسبها هو حالة موت نتاج فعل تأتيه الضحية بذاتها وباختيار للوسيلة المناسبة إراديا وليس للتضحية بها من أجل شيء آخر.

2- بعض المصطلحات المتعلقة بالأفكار الانتحارية:

من خلال المناقشة السابقة لتعريفات الانتحار التي برزت عده مصطلحات نرى أن من الأهمية بمكان الإشارة التي تحديدها على النحو التالي:

- **الشروع في الانتحار:** هو مصطلح قانوني في المقام الأول يقصد به اتخاذ التدابير لتنفيذ الفعل (الانتحار) دون بلوغ الموت ومن ثم فالاتصال الغير المنتهي بالموت هو شروع والفاعل شارع في الفعل أي خاص فيه شروعا.
- **المحاولة الانتحارية:** مفهوم نظري عام يستخدم عندما تكون الإشارة عامة إلى الانتحار والشروع فيه، وهذا يعني أن مفهوم المحاولة ينسحب نظريا على الانتحار الفعلي وعلى مجرد الشروع فقط على سواء.
- **التفكير في الانتحار:** هو تفكير أو اعتزام جاد على الانتحار أو نماذج من التفكير التي تؤدي بالفرد إلى قتل نفسه. (نفس المرجع السابق ، ص 39).
- **السلوك الانتحاري:** يعرفه سمعان بأنه سلسلة الاتصال التي يقوم بها الفرد محاولا تدمير حياته بنفسه دونما تحريض من آخر أو بغية لقيمة اجتماعية ما. (نفس المرجع السابق، ص 44).

3 - تعريف أزمة الأفكار الانتحارية:

تعتبر أزمة الانتحار الأزمة النفسية التي تمثل خطر أساسي على الفرد وعلى المجتمع فهي عبارة عن مسار يبدأ بالشعور بالدونية والاحتقار نتيجة الصعوبات حالات الفشل التي تعرض إليها، فتتطور شيئا فشيئا لعدم التحكم فيها وعدم القدرة على الهروب منها، ينتهي هذا المسار بالمرور إلى الفعل، فقد حدد كل من لا فلور وسقوين فترة أزمة الانتحار إلى أربع محاور نسبية وهي:

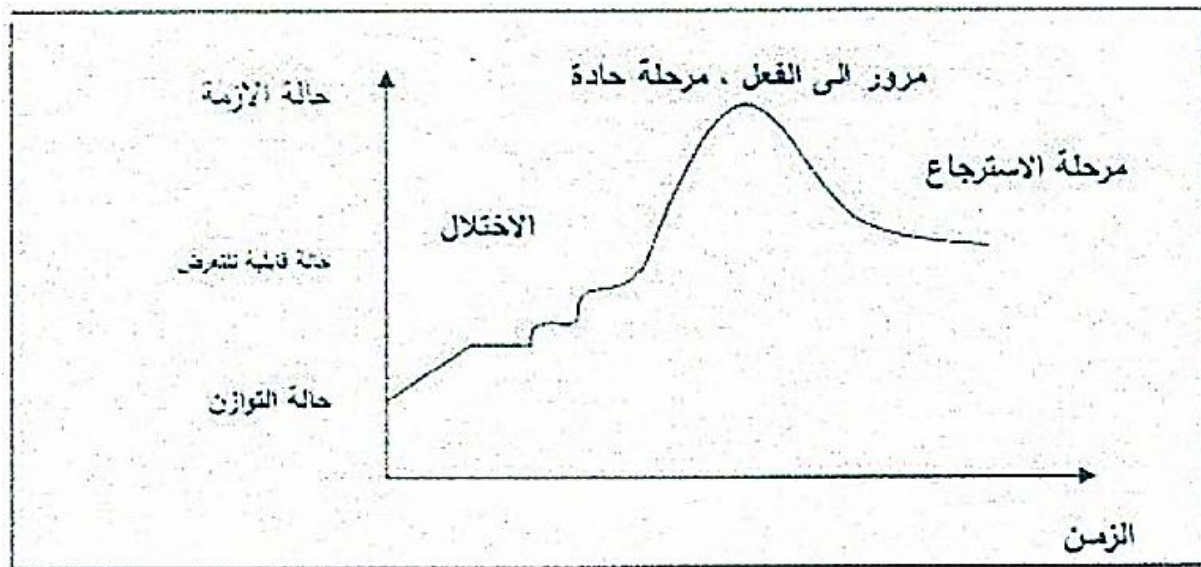
- عندما يكون تغلب عليه الألم النفسي ولم يتمكن من التحكم فيه.

- عندما تصبح الضغوطات غير قابلة للتحكم فيها من قبل لوسائل المستعملة سابقا لحل المشاكل.
 - عندما يكون الموضوع المعاش في فترة من الاختلال وعدم الراحة.
 - عندما يكون الموضوع متعلق بمرفقات أساسية (صورة الذات الأسرة، الدين المعتقدات...الخ
- (V.Caillard, 2008 ,p38)

4 - مراحل أزمة الإنتحار:

إن حسب لوتينا (Lonita 2009) تتراوح مدة أزمة الانتحار ما بين 6 إلى 8 أسابيع، و تطور الأزمة و التي تنطلق من حالة التوازن إلى حالة الأزمة و المرور إلى الفعل حسب الشكل التالي:

الشكل رقم (02) يمثل تطور أزمة الانتحار حسب لافور وسقوين :



- التوطيد consolidation و هي مرحلة العلاج وتعديل آليات الدفاع المستعملة.(نفس المرجع السابق، ص 431).

5. تشكل وتطور الأفكار الانتحارية:

يشير التفكير الانتحاري إلى متصل يبدأ بأفكار انتحارية كامنة ثم يتطور إلى أفكار أكثر وضوحا أو تفكير مكثف في الانتحار، ثم إلى التعبير عن الميول الانتحارية سواء بالتلميح أو التعبيرات اللفظية التلويح بالانتحار بأي شكل من الأشكال، ثم التخطيط للانتحار وفي النهاية الانتحار الفعلي، غير أن تصور الانتحار وإدراكه يجمع بين رغبة الفرد في الموت وتنفيذ تلك الرغبة، وهو بذلك عنصر أساسي ضمن السلوكيات الانتحارية والتي من خلالها يمكن الوقوف على الأفكار الانتحارية المتدرجة، كما يعد التفكير الانتحاري من الأفكار البعيدة عن الأفكار التي يؤمن بها الفرد عن الموت والحياة، فتمني الموت والتفكير فيه من عوامل الخطورة التي قد تؤدي إلى الانتحار، بل إن مجرد الانشغال بأفكار وموضوعات مميتة يعد مؤشرا خطيرا من مؤشرات الانتحار وفي سبيل فهم وتطور التصورات والأفكار الانتحارية اقترح الباحثون بعض الخطوط العريضة للعديد من الإدراكات والتصورات الانتحارية، والتي تمتد من الأمنيات الغامضة لتمني عدم البقاء على قيد الحياة (الأفكار المعتدلة) إلى النية في الانتحار ثم الأفكار المتعلقة والمرتبطة بموضوع الانتحار، مثل إيجاد فكرة تكميلية وميعاد قتل الفرد لنفسه وأخيرا ارتكاب بعض المحاولات سواء الزائفة أو الحقيقية للانتحار. (المغربي، 2015، ص 60).



الشكل (3) يمثل تطور أفكار الانتحار إلى الفعل الانتحاري.

6. وظائف الأفكار الانتحارية:

لقيت بينة دراسة كايم للانتحار (1897) أن الانتحار يكثر منع تفكك الروابط الاجتماعية، ويؤدي إلى ثلاث وظائف مختلفة تعتبر الأولى طريقة الهروب من وضعية لا يستطيع الفرد تحملها ، أما الثانية فتتمثل في العدوانية الموجهة نحو الذات ، في حين تتمثل الثالثة في كونها رسالة تعبر عن خيبة أمل الفرد في مواجهة وضعية صعبة.

إن الانتحار في جملته هروبا من الحياة، من أجل موقف معين موقد لا يكون هذا الموقف عظيما أو مثيرا، لكنه يمكن أن يؤدي إلى الانتحار ومثل هذه المواقف كثيرة جدا، وهي أحداث عادية جدا اعتدنا عليها مع مر الزمان كالإخفاق في أداء عمل معين أو التعثر في إنجاز مشروع هام، أو الرسوب في الامتحان، أو الإخفاق في الحب أو الإصابة بمرض مزمن ... الخ.

وقد يكون الانتحار أيضا سبب عجز عن التكيف مع حدث مفاجئ كفقْدان إنسان عزيز، أو ضياع مال أو سلطة وقد يكون انهيار أمام ضغوط اقتصادية أو أسرية أو عاطفية شديدة وهو عند الكثيرين احتجاج سلبي ضد الظلم والقسوة والإهمال ، أو هو شعور بالوحدة والكآبة والإحباط النتيجة الانطواء والانفصال ، أو هروبا من فضيحة يخشى حدوثها... الخ. وهذه كلها مواقف يمكن مواجهتها واحتوائها كما فعل الملايين من الناس على مر العصور ومع ذلك فإن البعض لا يصبرون على الحياة ويفضلون الانسحاب هروبا. أما البعض فيعتقدون أن كل أنواع الانتحار هي صرخة لطلب المساعدة والمساعدة، أنها نداء حنان وحب يفقده المنتحر و أنه يخاف الحياة ومواجهتها كما أنها لحظة يخرج فيها الإنسان عن شعورهم ويكون العقل والقلب فيها بعيدين عن الله فيحاول لفت الانتباه إليه بالإقدام على محاولة الانتحار. لقد حاول بعض الباحثين دراسة هذه الوظائف وتصنيفها إلى عدة وظائف مختلفة منهم الباحث الأمريكي منتجر (Menninger) ، والفرنسيين بيار مورون (P.Moron) وكذلك أندري هايم (A.Haiem).

1.6. وظيفة العدوان الذاتي : Auto-agressivité

لقد أثبتت الدراسة التحليلية أن الغاية من الانتحار في العدوان الذاتي الذي يمكن أن نسميه ب وظيفة الانتحار التي دائما ما تكون حاضرة، ولكنها في الغالب تكون واضحة وفي بعض الأحيان تكون تخرج كليا من وعي الشخص والعالم المحيط له تبدو دائما بعيدة عن التعبير الواضح من هنا نستطيع القول أن هذه الوظيفة تكون لها قيمة محاولة الانتحار الحقيقية إلا إذا كانت الغاية منه العدوان الذاتي. (P.MORON, 1977,72p).

2.6 وظيفة العدوان ضد الآخرين : Hétéro-agressivité

تظهر هذه الوظيفة عند محاولة للانتحار ، والغاية منها هي القيام بالفعل الانتحار للإساءة إلى شخص من أجل تحميله الذنب طبقا لهذا القول: " **A moi la mort A toi le remord** هذا العدوان هو بعض الأحيان متعدواع به : الاعتداء على الآخرين للأخذ بالثأر، الرغبة في خلق أذى للشخص الذي يكون موضوع العدوانية فإنه يلق عليه النبذ. (نفس المرجع السابق , ص 72).

3.6. وظيفة النداء : Fonction d'appel

هذه الوظيفة تبدو كنداء إلى أشخاص آخرين، أي أن الشخص يطالب النجدة لأنه يشعر بالنقص وعدم القدرة على مواجهة المشاكل. هذا النوع من النداء لا يمكن أن يكون خاليا من العدوانية اتجاه الآخرين والشعور بالفشل من قبل الذات نفسها، وهذه الوضعية نجدها بالخصوص لدى الشخصية ذات البنية الهستيرية خاصة النساء. (نفس المرجع السابق , ص 74).

6-4 وظيفة التهديد : Fonction de Chantage

هذه الوظيفة تعني إعلان الشخص عن مقاطعة الآخرين بحيث في بعض الحالات تأخذ مظهر لعبي، فقد يبدو أن الشخص يلعب بحياته ولكن النتيجة تضع الأشخاص المحيطين به في وضعية غير مريحة و يسمى ريموت (Raymond.S) هذه العملية هي عملية التحذير (Avertissement) والتي نشاهدها في الغالب عند المرأة. (نفس المرجع السابق ، ص 74).

5.6 وظيفة رد الفعل للكارثة : Fonction Catastrophique

إن محاولة الانتحار تظهر في بعض الأحيان كرد فعل غير متكيف يخرج عن نطاق الإرادة ويعبر عن اضطراب حالة من ذعر، مفاجئ، عنيف ، أمام وضعية اجتماعية وانفعالية غير محتملة (نفس المرجع السابق ، ص 74).

6.6 - وظيفة الهروب : Fonction de fuite

تشرح عدم القدرة على مواجهة الخطر و المشاكل التي تحيط بالشخص بحيث يكون هذا ناتجا عن ضعف في الشخصية فمن هنا يفضل الشخص الهروب من المشاكل بمحاولة الانتحار على مواجهتها (A.HAIM, 1971,275).

7. أشكال الأفكار الإنتحارية:

صنف دور كايم الانتحار في أربعة أنواع يمثل كل نوع منها حالة الشخص المنتحر وعلاقته مع مجتمعه الذي يعيش فيه وهذه الأنواع هي:

1.7 الانتحار الأناني:

هو الانتحار الذي يحدث نتيجة لتغلب أهداف الفرد الشخصية وغاياته الذاتية على الأهداف المجتمعية، ويقول دور كايم أن الانتحار يتناسب تناسبا عكسيا مع درجة تماسك الجماعات الاجتماعية، أي إذا كان التماسك الاجتماعي ضعيفا فإن معدلات الانتحار تكون عالية وإذا كان التماسك الاجتماعي قويا فإن معدل الانتحار يكون أقل. (عدنان محمد الضمور، 2014، ص 87).

الانتحار الأناني يعتبر النوع الخاص بمجتمعاتنا المعاصرة أين الإنسان يحس بالوحدة والفردية مثل حالات الشيوخ، الأرامل والمطلقين، وهنا يكون بانس لا يرى من الحياة فائدة. (زينب سهيري ، 2013، ص 51).

2.7 الانتحار الإيثاري:

فيحدث عندما يكون المرء في حالة تكامل استثنائية مع مجتمعه، أي عندما تكون الروابط الاجتماعية شديدة القوة وتغلب قيم المجتمع على قيم الفرد، وفي مثل هذه الحالة يتخذ الانتحار من أجل المصلحة العليا وهو الانتحار الذي يرجع إلى شدة اندماج الفرد في الجماعة حتى أنه يفقد فرديته ويقول دور كايم أن هذا النوع يوجد غالباً في المجتمعات التي تتميز بالتضامن الآلي ومن جهة أخرى قد ينتحر الفرد أيضاً إذا فشل في الامتثال لقواعد الجماعة وتوقعاتها. (إبراهيم بو الفلفل، 2012، ص- ص66-67).

صفات المنتحرين وفقاً لهذا النوع:

- لديهم وفي عالي بالمسؤولية الجماعية.
- الالتزام بمعايير الجماعة الأخلاقية وتكون المعايير لديهم مقدسة.
- الالتزام الديني والحزبي عالي.
- الشعور بالوطنية والتفاني من أجلها.

3.7. الانتحار اللامعاري (الأنومي):

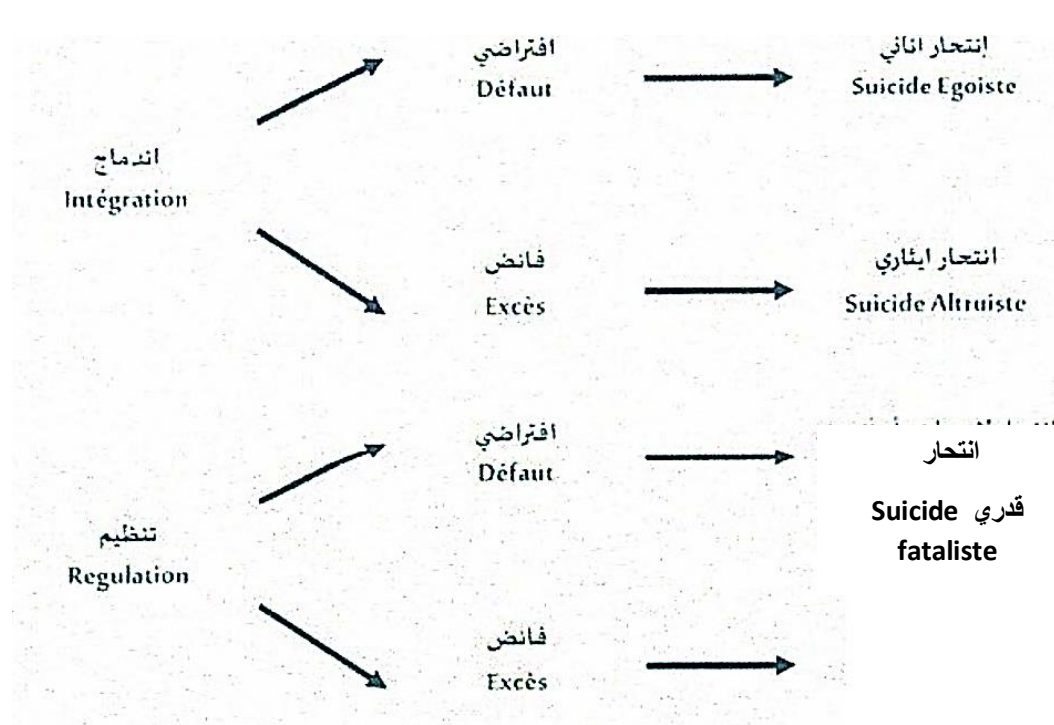
ناجم عن غياب التنظيم الاجتماعي ويعني دوركايم بذلك أن الأوضاع الاجتماعية في حالة الضياع تحرم الناس من المعايير بسبب التغير السريع أو شيوع عدم الاستقرار في المجتمع، أن فقدان المرجعيات يتحكم إليها المرء في رغباته وميوله، كما يحدث عادة في حالات الخلل الاقتصادي أو المعاناة الشخصية عند الطلاق، قد يؤدي إلى اختلال التوازن بين ظروف الناس من جهة وتطلعاتهم من جهة أخرى اعتبر دوركايم أن ظاهرة الانتحار ظاهرة اجتماعية محصنة ويشير إلى طبيعة الأخلاق السائدة التي ينفرد بها كل حر بحيث قدس دوركايم مكانة المجتمع وأهم دور الفرد ووزنه في استمرارية المجتمع إلى درجة أنه قال "أن العيش في المجتمع وبالمجتمع ومن أجل المجتمع. (مصطفى عمور ، 2018، ص 101).

4.7. الإنتحاري القدري:

وهو نتاج لوضع يكون فيه المرء واقعا تحت وطأة التنظيم الاجتماعي القاهر. وفي هذه الحالة يقضي قمع الفرد إلى حالة من العجز الكامل أمام القدر والمجتمع (نفس المرجع السابق، ص69).

إن هذا النوع من الإنتحار يمثل حالة معاكسة للانتحار اللامعاري الذي يكون نتيجة لضعف الضوابط الاجتماعية السائدة، بينما الانتحار القدري يكون نتيجة التشدد والمبالغة في عمليات الضبط الاجتماعي. (عدنان محمد الضمور، 2014، ص91).

ونورد فيما يلي أشكال الانتحار حسب دوركايم:



شكل (04) يوضح أشكال الانتحار حسب دوركايم :

بالإضافة إلى أشكال أخرى من الانتحار نحاول ذكرها فيما يلي:

5.7. الانتحار الجماعي:

يشارك كما تدل التسمية في العملية أكثر من فرد واحد وهو الآخر يكون على عدة أنماط يمكن أن ينتحر كل فرد من الجماعة على حدا يمكن أن يحدث كذلك بقبول الجماعة كان يقتل الأب كل عائلته لكي ينتحر بعد ذلك.

6.7. الانتحار العدواني:

يكون خاصة بالحالة النفسية للفرد إذ يبحث من خلالها عن الانتقام من محيطه بمروره إلى الفعل بأمل ترك في نفسيتهم الندم والتحسر عليه.

8.7. الانتحار التهديدي: (Suicide menace)

تجده خصوصاً عند المراهقين، هو عبارة عن نداء للنجدة، فلا يستهدف مباشرة الموت وإنما تغيير وضعية أصبحت لا تطاق تذكر من بين هذا النوع اضطراب فقدان الشهية الذي نادراً ما ينتهي بالموت. (عبد الحفيظ معوشة، 2000، صص 48-49).

8. العوامل المؤدية للأفكار الانتحارية :

أوضحت الدراسات أن هناك عوامل مختلفة يمكن أن تؤدي وتحفز الفرد للجوء إلى الانتحار، لا تختصر بسبب بدافع واحد، فقد يقدم الشخص على الانتحار نتيجة لأسباب مختلفة ومتداخلة فيما بينها و من أهم هذه العوامل نجد عوامل نفسية عقلية، صحية جسمية، عوامل نفسية عوامل اجتماعية أسرية فردية، اقتصادية.

1.8. العوامل النفسية العقلية :

تعتبر الأمراض النفسية والعقلية من أقوى الدوافع نحو الانتحار، حيث تزداد خطورة الانتحار في هذه الأمراض من 3 إلى 12 مرة بالمقارنة بعموم الناس (د. عبد الله بن الرشود، 2006، ص 59).

2.8. الاكتئاب la dépression :

يعتبر من أحد الأسباب المسببة للانتحار فنجده بكثرة عند السوداويين الذي يتغلب عليهم طابع الحزن واليأس مع عدم الارتباط بالآخرين في الماضي أو الحاضر فهذا ما يؤدي بهم إلى الانتحار.

(P Berman et CH. Brisset, 1989 , p 50)

3.8. الهلوس les delirs :

نجد الانتحار بكثرة عند الفصامين ويكون فجائي و رمزي من أجل تشويه الذات ودائماً يكون خطير وذلك راجع لخطورة الوسائل المستعملة.

4.8. الصرع: épilepsie

يؤكد ج. كور 1956 ان 17% من المصابين بالصرع قاموا بمحاولة الانتحار ونجد عندهم ما يسمى بالهمجية الانتحارية، ويكون على شكل نوبات مرضية مصحوبة بفقدان الوعي والذاكرة. (نفس المرجع السابق، ص 53).

5.8. الإدمان على المخدرات والكحول: toxicomane et l'alcoolique

نجد معدل الانتحار عند المدمنين أكثر من غير المدمنين ويمثلون 10% وذلك لإصابتهم بضغوطات وصراعات، فهنا يعتمد الجسم على الأقراس والكحول وعندما تبتعد عن تناول يد المريض يؤدي إلى تقلب مزاجه من جراء التفريط في استهلاكه مما يلجأ إلى الانتحار. (نفس المرجع السابق، ص 54).

6.8. اضطرابات الشخصية les troubles de la personnalité

في حالات الاضطرابات الشخصية تتفاوت معدلات الانتحار حسب نوع الاضطرابات الشخصية، حيث أشارت الدراسات الحديثة إلى أن الاضطرابات الشخصية عامل رئيسي في الإقدام على الانتحار. (د. عبد الله سعد الرشود، 2006، ص 60).

7.8. العوامل الصحية الجسمية:

إن المرضى المزمنون والمصابون بأمراض مستعصية كالأيذز والسرطان وغيرهما أكثر عرضة للانتحار من غيرهم، حيث وجد أن الأمراض الجسمية من أكثر الأحداث التي تسبق الانتحار خاصة بين كبار السن، كما أثبتت الدراسات قوة العلاقة بين الأمراض العصبية وزيادة خطورة الانتحار، كما وجد في هذه الدراسات أن من بين الذين حاولوا الانتحار 27-50% لديهم أمراض جسمية 22% منهم لديهم أمراض عصبية و 15% لديهم أمراض القلب. (نفس المرجع السابق، ص 61).

8.8. العوامل الاجتماعية:

قام العلماء بمقارنة مختلف أنماط المجتمعات لمعرفة مدى تأثير بعض الخصائص الاجتماعية العامة على ظاهرة الانتحار، وقد لوحظ أن معدل الانتحار يكون أكثر ارتفاعاً في الحالات الآتية:

■ **العزلة الاجتماعية :** فالفرد ينطوي على نفسه و الذي يتفرد في تفاعله مع الآخرين أي يتفاعل مع ذاته أكثر من تفاعله مع الآخرين، حيث يشعر أنه بعيد عنهم فهنا يكون عرضة للتفكير في الانتحار والإقدام عليه، بسبب عطشه الوجداني و جوعه الاجتماعي لما تقدمه العلاقات الاجتماعية من تغذية طبيعية لإرواء الذات وتنمية قدراته الاجتماعية.

كما نجد أنفسنا ملزمين على ذكر ما جاء به دوركايم حيث أكد على أن الانتحار يختلف باختلاف قوة النسق العلائقي الذي ينتمي إليه الفرد، فكلما كان ملتصقا به ابتعد عن الانتحار وكلما ابتعد عنه و انفصل عن روابطه اقترب من حالة ارتكاب الانتحار. (B.Mimouni, 2011, p 30)

و قد يكون الإنسان وحده في الريف و القرية و لكنه لا يشعر بالعزلة، فالعزلة إذن ومعنى نسبي انفعالا لا يحسه إلا الإنسان الوحيد حتى ولو كان يعيش في المدينة. (الدباغي الفخري، 1982، ص 42). نجد معدل الانتحار يقل في المجموعات الريفية التقليدية ويزداد في المجتمعات الحضرية و الصناعية من أبرز الاختلافات الموجودة بين هاذين المجتمعين هي استقرار الحياة و الروابط مع الجيران والأقارب. كذلك الفرد الذي يعيش حالة عدم الاستقرار، الهجرة، تغيير السكن باستمرار.

فكل هذا يولد عند الفرد عدم التمكن من اكتساب القدرة على لعب دور فعال في المجتمع و بالتالي لديه الشعور الضعف لأنه لا يستطيع تسيير شؤون حياته في المجتمع هذا ما يؤدي إلى تفكك شبكة علاقاته بالتبعية الاجتماعية. (B.Mimouni, 2011, p 66).

9.8. العوامل الأسرية:

من بين الأسباب الأسرية نجد:

- التنشئة الأسرية فالأسرة باعتبارها مؤسسة اجتماعية تقوم بعملية التنشئة إلا أنها يمكن أن تكون تحت ظروف معينة لتكون مصدر انحراف سلوك الأفراد فالتنشئة غير السوية للأسرة قد تسبب للأبناء المرض النفسي الذي قد يدفعهم للانتحار، فنجد الولدان عندما يمارسون ضغوطات على أبنائهم حتى ينجحوا مثلاً في دراستهم دون مراعاة قدراتهم، فإن أخفقوا في ذلك تعرضوا إلى اللوم و السخرية وأحياناً إلى العنف الجسدي، كذلك نجد إهمال أحد الوالدين للأبناء يؤدي إلى الانتحار.

- غياب أحد الوالدين عن الأسرة، و يكون هذا الغياب بطريقة اختيارية والمقصود به الطلاق أو غير اختيارية فهي ناتجة عن وفاة أحد الوالدين . (نفس المرجع السابق ، ص 67).

فغياب أحد الوالدين عن الأسرة لا يشكل عاملاً أساسياً ومباشراً للاضطراب النفسي وسوء الصحة لدى الفرد بل قد يؤثر ذلك في علاقة الفرد بالطرف الآخر، سواء كان الأب والأم، وفي هذا الصدد قام الباحثان أنديك (Andik) و بالمر (Balmare) بدراسة العلاقة الموجودة بين انفصال الوالدين أو غياب أحدهما و ظهور الانتحار لدى المراهق فوجدوا أن 84 % من المنتحرين فقدوا أحد الوالدين أو عانوا صراعات داخل الأسرة. (الدباغي الفخري، 1982، ص 40).

كذلك من بين الأسباب نجد التوتر العائلي الذي يتمثل عموماً في المشاحنات التي يتخللها سب و شتم وتقترب أحياناً بإيذاء و إتلاف، فيثير ذلك الفرع والخوف عند الأبناء لخشيته مما قد يؤدي إليه هذا الخصام من طلاق أو هجران فيجعلهم يعيشون في صراعات و قلق مما يعرضهم إلى إيجاد حلول بديلة للهروب منها كالإقبال على الانتحار.

كذلك السوابق العائلية المرضية من طرف الأب والأم. (B.Mimouni, 2011, p 69).

10.8. العوامل الفردية:

يزيد خطر الانتحار إذا توفرت مجموعة من الأسباب الفردية و يمكن تلخيصها فيما يلي :

- ضعف الثقة بالنفس و الشعور بالنقص و الخسارة.
- الفشل العاطفي أن الأفراد الذين يفشلون في العلاقة العاطفية لا يفكرون في خوض تجارب أخرى لأنها ستنتهي في رأيهم بنهاية محزنة كما انتهت التجربة السابقة، و هنا الفرد إذا فشل في تحقيق هذه العلاقة تؤدي به إلى الإصابة بالاضطرابات النفسية بل قد يلجأ للانتحار، فالانتحار عند العاشق تعبير عن الكآبة ومشاعر الحزن والمأساة، أو هو تضحية بالنفس في سبيل من يحب أو رد فعل على الإحباط وفشل العلاقة.
- انقطاع عن الدراسة أو الفشل الدراسي. (نفس المرجع السابق ، ص 70) .

11.8. العوامل الاقتصادية:

من النتائج التي توصل إليها دوركايم (Durkaim) أن عدد الإنتحارات في أوروبا تتزايد في فترات الأزمة الاقتصادية الشديدة و من العوامل الاقتصادية الأكثر ارتباطاً بالانتحار نجد البطالة إذ يؤكد الباحثون أن نسب الانتحار ترتفع في الكساد و انتشار البطالة.

كذلك نجد الفقر فالوضع الاقتصادي السيئ سواء من حيث الفقر أو انخفاض الدخل من شأنه أن يؤثر في تماسك الأسرة، هذا بالإضافة إلى الآثار النفسية الناشئة عن الحاجة والبطالة من قلق و يأس قد يؤدي إلى الانتحار. (نفس المرجع السابق ، ص 71) .

9. النظريات المفسرة للأفكار الإنتحارية :

1.9. النظرية البيولوجية العقلية :

إن التفسير البيولوجي ينظر إلى الانتحار على أنه صورة من صور العنف والعدوان مصدره الجينات التي يرثها الإنسان، أو خلل في خلايا الجهاز العصبي، أو خلل في الغدد.

وتركزت الأبحاث الحديثة على دراسة التحولات داخل نقاط التشابك العصبية في الدماغ والتي تلعب دوراً محفزاً في ازدياد عدد المستقبلات المختصة بالسيروتين و بينت بعض الدراسات أن انخفاض مستوى البروتين يرافقه ازدياد في محاولات الانتحار وكذلك العنف أظهرت الدراسات التي أجريت على التوائم والولايات المتحدة الأمريكية أن التوجيه الانتحاري كان مرتفع عند التوائم المتماثلة بالعوامل

الوراثية أكثر منه عند التوائم غير المتماثلة بالعوامل الوراثية لذلك يعتقد بعض العلماء بوجود سبب وراثي وراء ظاهرة الانتحار و أفكار انتحارية (د. عبد الله، 2003، ص 93).
أما الدراسات الكلاسيكية مبنية على متابعة مختلف الأشكال الحادة منها اضطرابات المزاج الإدمان على الكحول ، الاكتئاب.

إن البحوث التي تعتمد على الفحص النفسي والعقلي الدقيق، تقر بوجود اضطراب عقلي لدى 90 من المنتحرين و التشخيص الغالب في معظم الأحيان يكون على الشكل التالي:

- الاكتئاب لدى 50 % من الحالات.
- تعاطي الكحول لدى 15% من الحالات.
- الخصام لدى أكثر من 0.05%.
- 1/3 من حالات اضطرابات شخصية.
- الصرع 17 %.

لقد أكد المشتغلون بالطب العقلي أنه يوجد ارتباط وثيق بين الصحة العقلية و السلوك الانتحاري حيث تبين لهم

ارتفاع نسبة الانتحار لدى نزل مصحات الأمراض العقلية بوجه عام. (مكرم سمعان، 1964، ص 87).

2.9. النظرية النفسية التحليلية :

أقدم المشتغلون بالتحليل النفسي على تفسير السلوك الانتحاري خلال خبراتهم العبادية، ونتيجة لعلاجهم حالات فردية، أبدت رغبة في الموت أو هددت بالانتحار أو حاولت تنفيذه أو نفذته فعلا فيما بعد، وكان تفسيرهم دائما يدور في الإيطار النظري الذي خطه فرويد للبناء النفسي للإنسان. (نفس المرجع السابق، ص 62).

إن هذا التفسير يعتمد على افتراض فرويد الذي أقر أن التكوين النفسي يتضمن غريزتين متصارعتين هما غريزة الموت مدرك لفعل تدميري عدواني وغريزة الحياة مدرك فعل خلاف السلوك البناء، مع التسليم بغلبة غريزة الموت في نهاية الفصل بفضل الميول السادية المازوشية، يحدث ذلك على أثر إعادة الكراهية والعدوان والتدمير إلى الأنا فيرجع فرويد Freud هذه الظاهرة إلى مقابلة بين الليبيدو ونزوة الموت داخل العضوية ويقول أن الليبيدو تقابل نزوة الموت أو التهديم هذه النزوة تعمل على تحطيم الكائن الحيوي إلى أجزاء وتدفع كلبنية أصلية فردية إلى حالة الثبات غير العضوي، فجماعة التحليل النفسي واجهوا مشكلة الانتحار من خلال تفسيرهم للنزعات السادية في الشخصية السوداوية كذلك الصراع بين غريزتي الحياة والموت حيث قال فرويد يمكن لنزوة الموت الموجهة نحو الخارج أن تندمج وتتوجه نحو الداخل.

(V. Jeremie ,2013,p 60)

و يوضح فرويد أن المنتحر يقع ضحية لدوافع عدائية نابعة منه إلا أنها أخفقت في التعبير عن نفسها فانعكست إلى الداخل في اتجاه الذات لتدميرها، فالمؤسس لهذه الدوافع العدائية هو الاكتئاب. (أحمد عياش، 2003 ، ص 126) .

كما أسهم الدكتور كارل منينجر (K.Meninger) مساهمة فعالة في تفسير ظاهرة الانتحار وتقدم بالتفسير الفرويدي خطوة هامة.

و يتخلص تفسير منينجر للانتحار بأنه نوع خاص من الموت يتضمن عناصر ثلاثة، تشنق وجودها و ديناميكيتهما من الافتراض الثلاثي لجهاز الشخصية عند فرويد و يصف منتجر لكل من عناصر الفعل الانتحاري الثلاثة مضمونا خاصا من الرغبات و النزاعات والوجدانات التي تميزه عن مضمون العنصر الآخر، فالفعل الانتحاري إذن فعل مركب قوامه بعض من رغبات ثلاثة و هي:

❖ رغبة في أن أقتل تصدر عن الأنا لأنها إحدى جوانب نشاطه و مضمون هذه الرغبة نزعة عدوانية ووجدان مشحون بالكراهية و رغبات في اتهام الآخر وتوبيخه و عزله و التخلص منه و إبادته و الانتقام منه.

❖ رغبة في أن أقتل و هي رغبة تشتق وجودها في طبيعة تكوين الأنا الأعلى فان شدة وجدان الإثم وما يتبعه من توبيخ و اتهام ذاتي يكشفان عن حاجة ملحة إلى العقاب، و لذلك فهي تتضمن النزعات المازوشية من استمتاع بالخضوع والإنحزام وتلذذ بمعاناة الألم.

❖ رغبة في أن أموت و ترحيب بالموت و هي تتولد في الهو بوجه عام، و غريزة الموت و التدمير بوجه خاص و مضمون هذه الرغبة شعور أساسي باليأس والضياع، يساند وجدان الخوف والخيبة و إحساس عام بالتعب . (مرجع سابق، ص 129).

ويشير وولف 1957 في مقال نشره بألمانيا إلى انتحار الشخصية السوداوية بوصفة استشهاده نرجسيا نتيجة خيبة شديدة، نشأت عن فقدان محبوب توحده به الأنا، فتنبثق في الذات رغبة في قتله، ترتد إلى الأنا بتأثير عملية الإبدال المقترنة باحتقار الذات و كراهيته. (مكرم سمعان ، 1964 ، ص 69).

3.9. النظرية الاجتماعية :

يعتبر الانتحار قلب الفكر الاجتماعي لأنه يتعلق بالروابط الاجتماعية و العلاقة الموجودة بين الفرد والجماعة لقد أصدر العالم دوركايم Durkeim مؤسس علم الاجتماع كتابه الشهير الانتحار سنة 1897 والذي حلل فيه هذه الظاهرة من الزاوية الاجتماعية و انتهى إلى تصنيف الانتحار الحتمي و الأثري، والإيثاري، الانتحار الفوضوي.

يتعلق الانتحار الحتمي بالمواضيع المستقبلية الجد حساسة مثل إنتحار أزواج شباب

(Romeo et Juliette) أو انتحار الزوجة التي لم تنجب الأولاد . (C. Françoise et C. Vincent, 2010,p37)

يرجع الانتحار الأثري إلى أسباب فردية و شخصية، ويكون تحت تأثير عوامل أسرية كتفككها، حيث يقول دور كايم يمكن إعطاء اسم أثري لنمط الانتحار الذي ينتج عن حالة فردية لم تجد حدودها (E.Durkheim, 1976 ,p233).

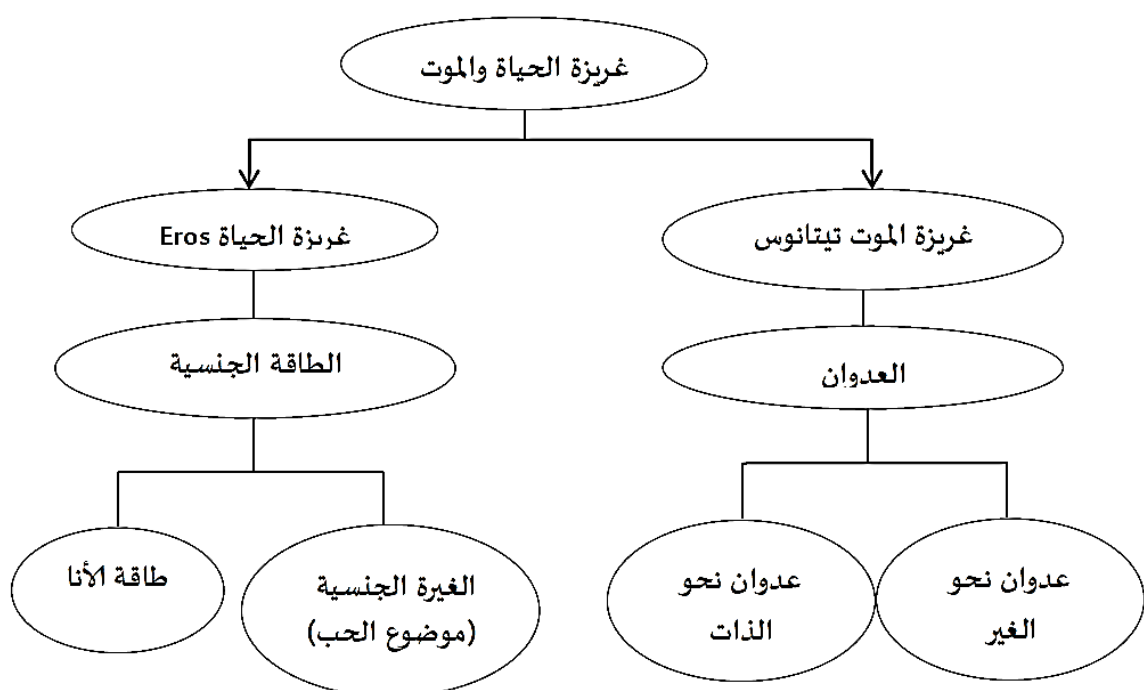
أما الانتحار الإيثاري أو الغيري فأساسه أنه مفروض من طرف تضامن الجماعة، ذلك خلافا للانتحار الأثري أين لا يحس الفرد أنه مرتبط بالمجتمع ففي الانتحار الإيثاري يستسلم الفرد للمتطلبات التقليدية والطقوس والواجبات الاجتماعية التي يمكن أن تطلب منه في ظروف معينة أن يسلم في حياته، ويضحى بنفسه من أجلها على أساس أنه واجب، و تظهر ضرورية، فالموت مفروض من طرف المجتمع على أساس أنه واجب، وتظهر أمثلة هذا الشكل في الفداء و التضحية وموت جندي في معركة.

(C.Françoiseet ,Vincent, 2010,p 40)

4.9. نظرية الضغوط:

صاحب هذه النظرية كلاود وأوهلين وترى هذه النظرية حالة اللامعيارية في المجتمع تجعل الأفراد مشوشين وغير قادرين على التمييز بين الأعراف التي توجه سلوكي وتتوالد الضغوط عندما تكون الأعراف الاجتماعية غير واضحة أو متصارعة أو ضعيفة أو عندما تقشل في تقديم الفرصة للأفراد لتحقيق حاجاتهم. وهذا يؤدي إلى الإحباط والإحباط يؤدي إلى الانحراف والانتحار، ومن أهم الأبنية الاجتماعية الضاغطة (الفقر) الذي يدفع إلى الانحراف. (راهية عباس العادي ، 2016 ، ص 866).

مما تقدم سابقا نجد أنه كل مقارنة قد قدمت من وجهة نظر معينة في تفسير الانتحار، فالمقاربة البيولوجية قد ربطت بين الجانب البيولوجي ودور العوامل العائلية (الوراثية) في حدوث الانتحار والمقاربة التحليلية أرجعت السبب في دراستها للظاهرة إلى الجهاز النفسي والمتمثل في الهو، الأنا، الأنا الأعلى، في حين المقاربة الاجتماعية لكلا التوجهين لكل من نظرية دوركايم ونظرية الضغوط جعلت من العوامل الاجتماعية السبب الحاسم في خفض وزيادة المحاولات الانتحارية والفعل الانتحاري الذي يعتبر عملية معقدة ومركبة من مراحل مختلفة تبدأ بالتفكير الانتحاري ثم تتقدم خلال مراحل من تأمل ثم تخطيط نشط وفي النهاية تتراكم محاولات انتحار نشطة وأخيرا إكمال هذه المحاولة، لهذا ارتأينا أنه لفهم هذه العملية المعقدة يجب الأخذ بعين الاعتبار وجهات النظر ككل ضمن إطار شمولي دون الاهتمام بجانب معين نظرا لما يتميز به السلوك الانتحاري وعلى وجه الخصوص التفكير الانتحاري من خصوصية من ناحية أخرى .



الحياة والصحة عند المراهقين.

التشجيع على امتلاك الكفاءة الضرورية للتحكم في الأزمات والدفاع ضد العوامل المؤدية للانتحار.

المستوى الثاني : يخص الأشخاص المعرضون أكثر من غيرهم إلى خطر الانتحار وذلك ينبغي التشخيص المبكر لهم والتكفل بهم حتى تخمد الأزمة ويمنع المرور إلى الفعل.

المستوى الثالث :

يهتم بالأفراد الواقعون في المشكل أي الذين حاولوا الانتحار ونجوا منه وهنا يعتني بهم حتى لا يعاودوا محاولتهم وبحرص في هذا المستوى على:

- منع ظهور المعاودة وذلك عن طريق متابعة جيدة ومنتظمة.
- مساعدة الأهل.
- مساعدة برامج البحث في ظاهرة الانتحار ماديا أو منهجيا عن طريق التصريح بحالات الانتحار.
- **11- التدخل :** عندما ينذر الشخص بالانتحار مباشرة أو غير مباشرة ينبغي مساعدته وذلك بما يلي:

- إجراء مقابلة معه تتمحور حول فكرة الانتحار حتى يخرج من صمته.
- تقدير نقطتين هامتين : الخطر الانتحاري مقدار قوة الفرد على الانتحار.
- الاستعجال الانتحاري قرب لحظة القيام بالانتحار. (بوخميس، 2018، ص 79-80).

خلاصة الفصل :

من خلال ما تم التطرق إليه خلال هذا الفصل نستنتج أن الانتحار من أخطر المشكلات التي تورد المجتمعات البشرية، وبالرغم من انتشار الظاهرة إلا أنها تعتبر مرفوضة اجتماعيا لما يترتب عليها من آثار سلبية تتعلق بالفرد نفسه وبالمجتمع، يسبق الإقدام على الانتحار ذلك التفكير في وضع حد للحياة وما هذا هو إلا بداية هذا المتصل الانتحار حيث هذا الأخير ينطلق بفكرة وينتهي بتنفيذها، إن الأفكار الانتحارية مهمة أهمية المحاولة الانتحارية أو السلوك الانتحاري، وبالرغم من هذا إلا أنها لم تنل حظا وافرا من الدراسات العربية.

إن هذه الأفكار الانتحارية قد تنبؤ بحدوث الانتحار فعلا، لكن ليس كغرض بقدر ما هو الغرض في التخلص من العوامل الدافعة لهذا التفكير من أزمات وضغوط نفسية، أو حتى اضطراب نفسي قائم بذاته، إذن للتخلص من الأفكار الانتحارية يجب العمل على مناقشتها مع المفحوص وتوضيح أسبابها ويكون هذا بتصحيح أفكار المفحوص وقبل ذلك تصحيح أي أفكار خاطئة لدى مقدم المساعدة مهما كان، وفي هذه الحالات يكون تقديم العلاج النفسي أمرا ضروريا لتجنب الوصول إلى نهاية الفرد لحياته.

الجانِبُ التَطْبِيقِي

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

- 1- التذكير بالفرضيات
- 2- الدراسة الاستطلاعية
- 3- منهج الدراسة
- 4- مكان وزمان إجراء الدراسة
- 5- العينة وخصائصها
- 6- أدوات الدراسة
- 7- الوسائل الإحصائية المستخدمة لمعالجة المعطيات
- 8- طريقة إجراء الدراسة في الميدان.

1- التذكير بالفرضيات :

- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى ضغوط نفسية اجتماعية مرتفع.
- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى اكتئاب مرتفع.
- تراود الطلبة الجامعيون أفكار انتحارية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة الطلبة الذين يدرسون تخصص طب وتخصص علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.

2- الدراسة الاستطلاعية:

تعد الدراسة الاستطلاعية خطوة مهمة في البحوث العلمية التي تركز عليها الدراسات الميدانية ، كما أنها تعرف بالظروف التي سيجري فيها البحث العلمي والهدف منها هو التأكد من وجود العينة وفهم بنود المقاييس وتحديد الخصائص السيكومترية ، إضافة إلى معرفة ما إذا كانت وسائل الدراسة قابلة للتطبيق ميدانيا ، أجرينا دراسة استطلاعية في 10 مارس 2024 على عينة تتكون من 30 طالب (إناث وذكور) من تخصص علم النفس العيادي والطب ، وقمنا بتوزيع عليهم المقاييس الثلاثة ، ومن نتائج هذه الدراسة أننا تمكنا من الحصول على العينة والتحقق من فهم بنود المقاييس من طرف الطلبة .

3- منهج الدراسة :

يعرف المنهج بأنه الطريقة التي يتبعها الباحث لدراسة مشكلة واكتشاف الحقيقة والإجابة على الأسئلة والاستفسارات التي يثيرها موضوع الدراسة، والبرنامج الذي يعد لنا سبيل الوصول إلى الحقائق وطرق اكتشافها. (بن قاسي حمو، 2020، ص113).

تم الاعتماد إلى الحقائق على المنهج الوصفي باعتباره يصف الظاهرة كما هي موجودة في الواقع، وسيتم من خلال هذه الدراسة جمع وتصنيف وترتيب وعرض وتحليل وتفسير وتعديل وتركيب المعطيات النظرية والميدانية بنية الوصول إلى النتائج.

4- مكان وزمان إجراء الدراسة :

أجريت الدراسة في جامعة مولود معمري "تامدة" ولاية تيزي وزو، ويتحدد مجال الدراسة البشرية بمجتمعها والذي يتمثل في مجموع الطلبة المتمدرسين في جامعة مولود معمري تامدة تخصص

طب وعلم النفس العيادي، حيث تكونت عينة الدراسة من 100 طالب وطالبة، تتراوح أعمارهم ما بين (19 و 24 سنة فما فوق) منهم 26 ذكور و 74 إناث.

تم إجراء الدراسة في شهر رمضان بتاريخ 2024/03/17 إلى غاية 2024/03/30 وذلك من خلال توزيع مقاييس الدراسة المتمثلة في الاستمارات الرقمية.

5- العينة وخصائصها :

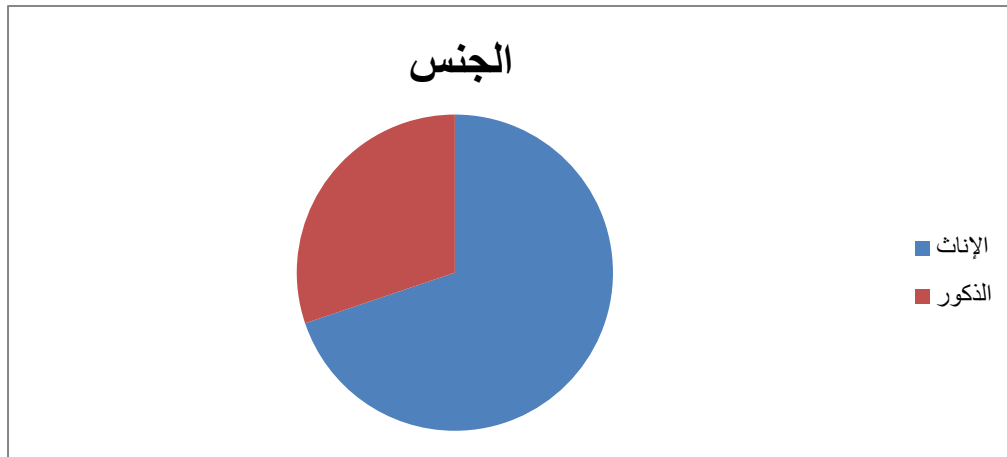
لقد إعتدنا في دراستنا على العينة القصدية لاختيار عينة الدراسة المتمثلة في الطلبة الجامعيين، وتعرف العينة على أنها جزء من مجتمع البحث الأصلي يختارها الباحث بأساليب مختلفة وتضم عددا من الأفراد من المجتمع الأصلي. (ذوقان عبيدات وآخرون، 1987، ص100).

اخترنا عينة قوامها 100 طالب من جامعة مولود معمري تيزي وزو "تامدة"، حيث انقسمت عينتنا إلى 50 طالب من تخصص طب و 50 طالب من تخصص علم النفس العيادي.

1.5. توزيع أفراد مجتمع العينة حسب الجنس :

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

الجنس	التكرارات	النسبة المئوية
الإناث	74	%74
الذكور	26	%26
المجموع	100	%100



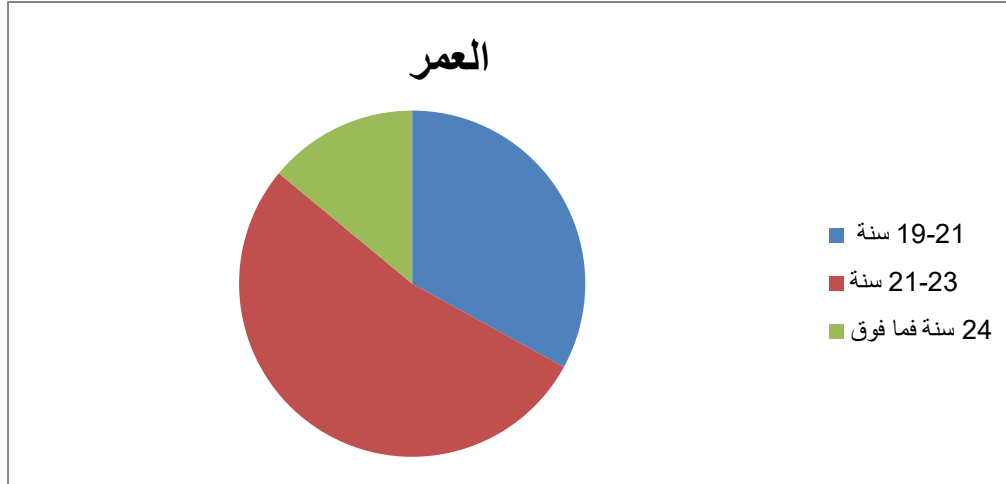
الشكل رقم (06) يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس

نلاحظ من خلال الجدول رقم (01) والشكل رقم (06) أن توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس متفاوت من فئة إلى أخرى فنجد الإناث أكثر من الذكور حيث قدرت النسبة المئوية للإناث بـ 74% أما الذكور فقد قدرت نسبتهم بـ 26%، ونلاحظ أن نسبة الإناث هم أكثر تعرض للضغوط النفسية من الذكور.

2.5. توزيع أفراد العينة حسب العمر :

جدول رقم (02) يمثل توزيع أفراد العينة حسب العمر:

العمر	التكرارات	النسبة المئوية
21-19 سنة	33	33%
23-21 سنة	53	53%
24 فما فوق	14	14%
المجموع	100	100%



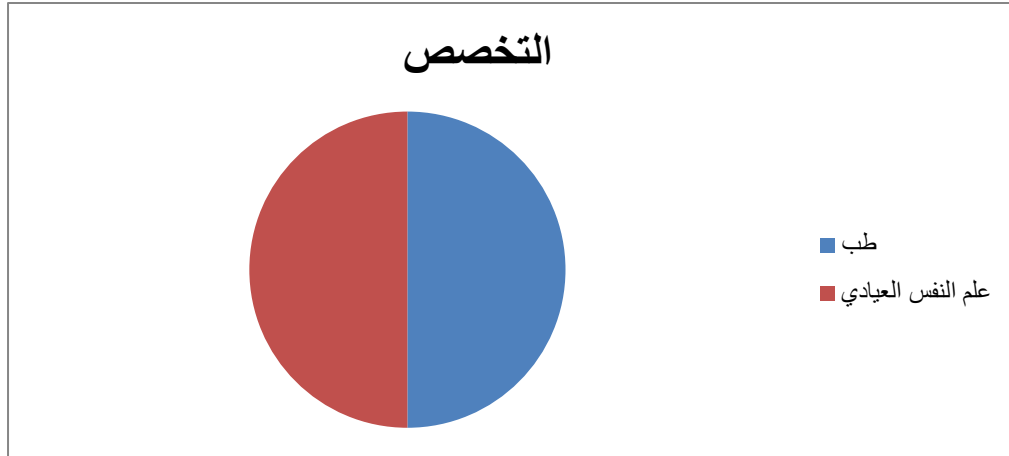
الشكل رقم (07) يمثل توزيع أفراد العينة حسب العمر:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (02) والشكل رقم (07) أن توزيع أفراد العينة حسب متغير العمر متفاوتة من فئة إلى أخرى فالطلبة التي تتراوح أعمارهم من (23-21 سنة) هي الفئة الأكثر تواجدا في مجتمع الدراسة، بنسبة مئوية قدرت بـ 53%، وتليها في المرتبة الثانية الفئة التي تتراوح أعمارهم من (21-19 سنة) بنسبة مئوية قدرت بـ 39% وفي المرتبة الثالثة والأخيرة نجد الفئة العمرية المتمثلة بـ 24 سنة فما فوق بنسبة مئوية مقدرة بـ 14% وتعود قلة هذه الفئة إلى عدم وجود فئة أكثر لديهم ضغوط نفسية اجتماعية.

3.5. توزيع أفراد العينة حسب التخصص :

جدول رقم (03) يمثل توزيع أفراد العينة حسب التخصص:

التخصص	التكرارات	النسبة المئوية
طب	50	50%
علم النفس العيادي	50	50%
المجموع	100	100%



الشكل رقم (08) يمثل توزيع أفراد العينة حسب التخصص:

نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) والشكل رقم (08) أن توزيع أفراد العينة حسب متغير التخصص متساوي بين التخصصين فالطلبة الذين يدرسون تخصص طب وتخصص علم النفس العيادي هم نفس الفئة حيث ندرك تكرارها بـ 50 العيادي قدرت بـ 50%.

6- أدوات البحث :

1.6. مقياس الضغوط النفسية الاجتماعية : الزهراني (2018)

أعد هذا المقياس من طرف الزهراني (2018)، حيث يتكون من 36 فقرة موزعة على ثلاثة أبعاد رئيسية، 12 فقرة لكل بعد وهي ضغوط الحياة الأسرية، الضغوط الانفعالية والأكاديمية ويتم الإجابة عليها وفقاً لمقاييس الخماسي (موافق بشدة، موافق، غير موافق بشدة، غير موافق، أحياناً). وتقدر الدرجات بـ (1, 2, 3, 4, 5) على الترتيب وتشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة الضغوط النفسية (نورة دغوش، 2022، ص195).

وبالنسبة للخصائص السيكومترية لمقياس الضغوط النفسية فقد قمنا بحساب صدق وثبات المقياس لعينة مكونة من 100 طالب فقدت قيمة ألفا كرونباخ بـ (0.945).

2.6. مقياس الاكتئاب :

أعد هذا المقياس من طرف بيك (1961)، وكيف للبيئة الجزائرية من طرف بشير معمري (2010)، حيث يتكون من (21) مجموعة وكل مجموعة تتكون من أسئلة، وتصف أحد الأعراض السريرية للاكتئاب، ويطلب من الشخص أن يقرأ كل عبارة من كل مجموعة، وأن يقرر أي عبارة تنطبق عليه.

وتصف حالته ومشاعره، بوضع دائرة حول رقم العبارة، وينقسم مقياس الدراسة إلى عدد من المحاور الرئيسية الآتية :

- أ- **البيانات الشخصية :** على المبحوث أو المبحوثة من حيث الجنس والسن والشعبة العلمية.
- ب- الإجابة على مجموعات المقياس الإحدى والعشرين وهذه (21) مجموعة شملت كل مجموعة شملت كل مجموعة، أربع خيارات في ما عدا المجموعتين السادسة عشر والثامنة عشر اللتان احتويتا على سن خيارات لكل واحدة منها على التوالي :

تحدد درجة المستجوب على مقياس الاكتئاب مجموع درجات العبارات المختار : أو المنتقا من طرفه، علما أن تعليمات الاختبار تسمح أن يعطى المفحوص أكثر من إجابة، أي اختيار أكثر من عبارة لكل مجموعة وتحسب له درجة واحدة فقط للعبارة التي تحمل أكبر رقم، وبذلك تتراوح درجة المفحوص على هذا المقياس ما بين صفر (صفر -63)

جدول رقم (04) يمثل درجات الاكتئاب.

الدرجة الكلية	مستويات الاكتئاب
من 01 إلى 10	اكتئاب أدنى
من 11 إلى 19	اكتئاب خفيف
من 20 إلى 27	اكتئاب متوسط
من 28 إلى 63	اكتئاب شديد

وبالنسبة للخصائص السيكومترية لمقياس الاكتئاب فقد قمنا بحساب ثباب وصدق المقياس الذي اعتمدنا عليه في دراستنا لعينة مكونة من 100 طالب فقد قدرت قيمة ألفا كرونباخ بـ (0.931).

3.6. مقياس الأفكار الانتحارية لبشير معمرية (2004) :

تم الاعتماد على أداة احتمال حدوث الانتحار المعد من طرف بشير معمرية (2004)، وهي أداة تعطي تقديرا كميا للأفكار الانتحارية لدى الفرد، وتتكون الأداة في صفتها النهائية من 21 بند تمت صياغتها بأسلوب التقرير الذاتي، وتم توزيع فقرات المقياس على ثلاثة أبعاد وهي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (05) : يوضح توزيع بنود المقياس حسب أبعاده.

الأبعاد	أرقام الفقرات
مستوى التصور والفكرة	19-16-13-10-7-4-1
مستوى الرغبة	20-17-14-11-8-5-2
مستوى التنفيذ	21-18-15-12-9-6-3

أ- **الانتحار في مستوى التصور** : أي أن يكون الانتحار في مستوى التصور والتفكير وهو تصور كامن ضمنى حول الانتحار، ويتصور الفرد الانتحار كحل للمشكلات والخروج من الحياة غير سعيدة.

ب- **الانتحار في مستوى الرغبة** : وهنا تكون الأفكار أكثر وضوحًا وإلحاحًا، حيث يعبر الفرد عن رغبته في إنهاء حياته، وتسيطر على مشاعره الرغبة في الانتحار، ويقدم تبريرات لذلك كالفشل وفراق الآخرين الذي لا يحبونه.

ت- **الانتحار في مستوى التنفيذ** : حيث يصل الفرد إلى إتقان القرار بتنفيذ رغبته، فيقوم بمحاولات للانتحار بالتخطيط واختيار الوسيلة لذلك، وقد تنجح هذه المحاولات :

مفتاح التصحيح :

يجاب عن فقرات المقياس ضمن أربعة بدائل وهي : لا، نادرا، أحيانا، غالبا بأوزان 0 ، 1 ، 2 ، 3 تتراوح الدرجة النظرية لهذا المقياس بين 0 – 63 درجة، ويشير ارتفاع الدرجة لهذا احتمال حدوث الانتحار، أما الدرجات النظرية للأبعاد الثلاثة فتتراوح بين 0 – 21، ويشير ارتفاع الدرجة في البعد الأول (مستوى التفكير والتصور) أي إلى ارتفاع تفكير المفحوص وتصوره لفعل الانتحار، ويشير ارتفاع الدرجة على البعد الثاني (مستوى الرغبة) إلى ارتفاع رغبة المفحوص وتفضيله للانتحار، ويشير ارتفاع الدرجة على البعد الثالث (مستوى التنفيذ) إلى أن المفحوص على وشك القيام بفعل الانتحار إذ تعرض لأي خبرة.

وعلى الفاحص أن يستخرج لكل مفحوص ثلاث درجات فرعية للأبعاد الثلاثة السابقة، وينظر إليها أكثر ارتفاع مقارنة بالدرجتين الأخيرتين. (بشير معمريّة، 2006، ص54).

أما بالنسبة للخصائص السيكومترية لمقياس الأفكار الانحارية قمنا بحساب ثبات وصدق المقياس الذي اعتمدنا عليه في دراستنا لعينة مكونة من 100 طالب فقد قدرت قيمة ألفا كرونباخ بـ (0.967).

7- الوسائل الإحصائية المستخدمة لمعالجة المعطيات :

لمعالجة البيانات تم استخدام البرنامج الإحصائي **Statistical package for social sciences (spss)**

وباستخدام معالجات الحزمة الإحصائية للبحوث الاجتماعية.

1.7. الإحصاء الوصفي : يهتم الإحصاء الوصفي بعمليات جمع وتنظيم وتلخيص البيانات العددية الرقمية بدلالة يخص المقياس لأغراض الوصف والمقارنة وعليه فإن الإحصاء الوصفي يتعلق بجمع وتمثيل وتنظيم وتلخيص البيانات.

2.7. النسبة المئوية : يلجأ الباحث أحيانا إلى استخراج النسب المئوية لمتغيرات سؤال معين في كمية واحدة، مقارنة بين هذه المتغيرات بحيث تصبح عملية المقارنة يسيرها بدلا من تحليل المعطيات، اعتمادا على التوزيعات التكرارية فقط ولحساب النسب المئوية لتكرار معين يقسم هذا التكرار على المجموع الكلي يضرب في 100. (بن قاسي حمو، 2020، ص125).

3.7. المتوسط الحسابي : من أهم مقاييس النزعة وأكثر الاستخدامات في وصف البيانات أو التوزيعات التكرارية لما يتميز به خصائص جديدة حصلته في هذه المكانة حيث تتحصل على قيمة المتوسط الحسابي، بقسمة مجموع القيم أو الدرجات على مجموع عدد الحالات.

4.7. الانحراف المعياري : يمثل الانحراف المعياري أحد مقاييس التشتت وأكثرها شيوعا وهي ما يعرف بالجزء التربيعي للتباين، بمعنى أدق والجزء التربيعي لمجموع مربعات الانحرافات عن وسطها الحسابي مقسوما على حجم العينة. (سعد سليمان، 2019، ص136).

5.7. الإحصاء الاستدلالي : يهتم بالنظرية والمنهجية لاستخلاص النتائج والتي تتجاوز مجموع البيانات الخاصة التي تم فحصها. (نفس المرجع السابق، ص127).

6.7. معامل الارتباط بيرسون : أو ما يسمى بمعامل الارتباط وهو يخص العلاقة بين المتغيرات وليس مهما أيهما يكون المتغير التابع وأيهما مستقل بحيث يستعمل لحساب فرضيات العلاقة. (نفس المرجع السابق، ص127).

7.7. معامل ألفا كرونباخ : لقياس ثبات الاستبيان.

8.7. اختبار T.Test : هو أحد أهم الاختبارات الإحصائية وأكثرها استخداما في الأبحاث والدراسات التي تهدف للكشف عن دلالة الفروق الإحصائية بين متوسط حساب عينتين.

8- طريقة إجراء البحث في الميدان :

بدأنا عملية توزيع المقاييس في بداية شهر رمضان 17 مارس 2024، وذلك مدة 15 يوم، وزعنا 100 نسخة من مقياس الضغوط النفسية لزهرازي و100 نسخة أخرى من مقياس الإكتئاب لبليك المكيف من طرف بشير معمري و100 نسخة من مقياس الأفكار الانتحارية لبشير معمري، في الأسبوع الأول وزعنا على طلبة علم النفس العيادي الذين وجدناهم في قاعة المحاضرات، قمنا بتقديم نسخة واحدة من مقياس الضغوط وأخرى من مقياس الاكتئاب وأخرى أيضا من مقياس الأفكار الانتحارية لكل طالب ثم ننتظر حتى ينتهي من ملئها لنسترجعها، ويجدر الإشارة إلى أنه ليس كل الطلبة قبلوا بملئها وكذلك هناك من لم يفهم كيفية الإجابة عليها، حيث وجدنا بقية الطلبة في قاعات الأعمال الموجهة والإقامة الجامعية التي نقيم فيها تامة 7، وفي الأسبوع الثاني اتجهنا إلى طلبة الطب الذين يتواجدون في جامعة مولود معمري تامة قمنا بتوزيع بقية المقاييس عليهم بتقديمنا نسخة من كل مقياس إضافة إلى توضيحنا لهم أنها إحصائيات من أجل مذكرة التخرج.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج الدراسة

I- عرض وتحليل النتائج :

1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
2. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
3. عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
4. عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
5. عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.

II- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة.

الاستنتاج العام والاقتراحات.

I- عرض وتحليل النتائج :

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى : يعاني الطلبة الجامعيون من ضغوط نفسية اجتماعية مرتفعة.

لاختبار هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لحساب درجة الضغوط النفسية الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيون، حيث تم عرض نتائج الفرضية في الجدول رقم (06).

جدول رقم (06) يمثل نتائج الإحصاءات الوصفية لمستوى الضغوط النفسية الاجتماعية بأبعادها :

الترتيب	النسب المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الأبعاد	العينة
3	%33.33	10.86	29.05	الضغوط العائلية	100
1	%33.33	9.10	33.43	الضغوط الأكاديمية	
2	%33.33	9.75	31.05	الضغوط الانفعالية	

بعد القيام بحساب المتوسط الحسابي لمستوى الضغوط النفسية الاجتماعية الذي قدر بـ (93.53) ينتمي للمستوى (90-120)، حيث أن الضغوط النفسية الاجتماعية تحتوي على ثلاثة أبعاد وهي : الضغوط العائلية، الضغوط الأكاديمية، الضغوط الانفعالية، وقد كان مستوى الضغوط الأكاديمية لدى الطلبة الجامعيين مرتفع بمتوسط حسابي (33.43) وبنسبة مئوية تقدر (33.33 %)، وهذا راجع للمتطلبات الدراسية العالية والتوتر المالي قد يكون لدى الطلاب القلب بشأن التكاليف الدراسية مما يؤثر على تركيزهم الأكاديمي ويزيد من الضغط وهذا ما يدفعهم إلى تطوير مستوى مرتفع من الضغوط الأكاديمية، أما مستوى الضغوط الانفعالية بمتوسط حسابي قدر بـ (31.05) وبنسبة مئوية تقدر بـ (33.33 %)، وكذلك توصلنا أن بعد الضغوط العائلية منخفض لدى الطلبة الجامعيين بمتوسط حسابي (29.05) وبنسبة مئوية قدرت بـ (33.33 %).

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على أنه يوجد مستوى مرتفع من الاكتئاب لدى الطلبة الجامعيين. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لحساب درجة الاكتئاب لدى الطلبة الجامعيين حيث تم عرض نتائج الفرضية في الجدول رقم (07).

جدول رقم (07) يمثل نتائج الإحصاءات الوصفية لمستوى الاكتئاب بأبعاده :

العينه	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
100	64،18	20.57

نلاحظ من خلال الجدول رقم (07) أن المتوسط الحسابي للاكتئاب قدر ب (64،18) وهو اكتئاب خفيف وهذا راجع إلى الضغوط الأكاديمية التي يواجهها الطلاب لتحقيق النجاح في الدراسة والتغيرات الحياتية مثل الانتقال إلى بيئة جامعية جديدة والمشاكل الشخصية مثل العلاقات العاطفية والعزلة الاجتماعية مما يؤثر على مزاجهم بشكل سلبي والشعور بالإرهاق .

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على أن الطلبة الجامعيين تراودهم أفكار انتحارية. لاختبار هذه الفرضية تم استخدام المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لمعرفة ما إذا كان هناك أفكار انتحارية لدى الطلبة الجامعيين، حيث تم عرض نتائج الفرضية في الجدول رقم (08).

جدول رقم (08) يمثل نتائج الإحصاءات الوصفية للأفكار الانتحارية :

العينه	الأبعاد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	النسب المئوية	الترتيب
100	مستوى التصور والفكرة	2.73	4.67	%33.33	1
	مستوى الرغبة	2.42	4.42	%33.33	2
	مستوى التنفيذ	1.62	3.71	%33.33	3

نلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن المتوسط الحسابي للأفكار الانتحارية قدر بـ (6.77) والذي يستند على مستوى التصور والفكرة بمتوسط حسابي قدر بـ 2.73 ونسبة مئوية بـ (33.33%) أما مستوى الرغبة بمتوسط حسابي قدر بـ (2.42) ونسبة مئوية قدرت بـ (33.33%)، ومستوى التنفيذ قدر متوسطها الحسابي بـ (1.62) ونسبتها المئوية (33.33%) وهذا من خلال التعرف المبكر على العلامات والأعراض التي تشير إلى انخفاض الصحة النفسية واتخاذ إجراءات فعالة وفورية للتدخل والدعم وزيادة الوعي أيضا حول الصحة النفسية وأهمية التعامل مع الضغوط الأكاديمية والشخصية بشكل صحيح يمكن أن يساهم في تقليل معدلات الانتحار.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة :

تنص الفرضية الرابعة على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية لدى الطلبة الجامعيين. وللتأكد من هذه الفرضية قمنا بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري واختبار (T.test) وقيمة (sig) ودرجة الحرية، حيث تم عرض نتائج الفرضية في الجدول رقم (09).

جدول رقم (09) يمثل نتائج الفرضية الرابعة للفروق بين متغير الجنس :

الجنس	العينة	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة T	قيمة Sig	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار الاحصائي
إناث	74	ضغوط نفسية	92.21	27.09	0.859	0.393	98	0.05	غير دالة
ذكور	26	ضغوط نفسية	97.26	21.66					
إناث	74	اكتئاب	18.35	13.86	1.114	0.268	98	0.05	غير دالة
ذكور	26	اكتئاب	21.80	12.84					
إناث	74	انتحار	6.33	13.00	0.587	0.558	98	0.05	غير دالة
ذكور	26	انتحار	8.00	10.48					

من خلال نتائج الجدول أعلاه نلاحظ أن قيمة T لمتغير الضغوط النفسية الاجتماعية عند الإناث والذكور قدرت بـ (0.859)، في حين أن قيمة (Sig) قدرت بـ (0.393)، أما قيمة T بالنسبة لمتغير الاكتئاب عند الجنسين فقدر بـ (1.114)، أما قيمة Sig فقدرت بـ (0.268)، وبالنسبة لمتغير الأفكار الانتحارية عند الجنسين فقدرت قيمة T بـ (0.587) وقيمة Sig قدرت بـ (0.558)، إذا فقيمة الدلالة المعنوية أكبر من مستوى الدلالة (0.05) فإن هذا غير دال إحصائياً مما يعني عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة :

تنص الفرضية الخامسة على أنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة الطلبة تخصص طب وعلم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية. وللتأكد من هذه الفرضية قمنا باستخدام معامل الارتباط بيرسون وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل إلى:

جدول رقم (10) يوضح العلاقة بين طلبة تخصص طب وعلم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.

العينة	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة بيرسون	قيمة Sig	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
100	الضغوط النفسية الاجتماعية	93.53	29.71	1	0.000	0.01	دالة
	الاكتئاب	18.64	20.57	0.731**			
	الانتحار	6.77	12.37	0.690**			

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة بيرسون لمتغير الضغوط النفسية الاجتماعية قدر بـ (1*) وقيمة Sig بـ (0.000) أما قيمة بيرسون بالنسبة لمتغير الاكتئاب فقدرت بـ (0.731**) وقيمة Sig بـ (0.00) أما متغير الأفكار الانتحارية فقد قدرت قيمة بيرسون بـ (0.690**) وقيمة Sig بـ (0.00) وهي الدالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) ومنه نستطيع القول بأنه تم رفض الفرضية الصفرية التي تنفي وجود العلاقة وبالتالي يمكن القول بأن النتيجة المتوصل إليها جاءت مؤيدة لفرضية البحث والفائدة بأنه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين طلبة الطب وطلبة علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.

II- مناقشة وتفسير نتائج الدراسة :

1- مناقشة وتفسير الفرضية الأولى :

بالنسبة للفرضية الأولى التي مفادها يعاني الطلبة الجامعيون من ضغوط نفسية اجتماعية مرتفعة.

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها أن الفرضية الأولى تحققت وأن هناك مستوى مرتفع من الضغوط النفسية الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيون، حيث تتفق هذه النتيجة مع دراسة محمد نبيل لحسن (1995) التي عنوانها "مستوى ومصادر الضغط النفسي لدى الطلبة في كليات الجامعة الخاصة في عمان". هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستويات الضغط النفسي ومصادرها لدى طلبة الجامعة، ومن نتائجها أن مصادر الضغط النفسي الأكثر شيوعاً لدى الطلبة هي الضغوط الأسرية بعدها يأتي أسلوب المدرس وكفاءته وبعدها الضغوط الكلية والإدارة والأكاديمية، كما توصلت إلى أن مستوى الضغط النفسي لدى الإناث كان أعلى منه عند الذكور.

وقد أظهرت دراسة (Kim) كيم (1997) بعنوان "الضغوط النفسية الاجتماعية لدى الطلبة في الصين وكوريا واليابان"، كانت أهداف الدراسة مقارنة ثقافية لبيئات مختلفة في مستويات الضغوط النفسية منها البيئة الصينية واليابانية والكورية، ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن مصادر الضغوط التي قرها الطلبة الصينيون أكثر مقارنة مع الطلبة اليابانيون والكوريون وارتفاع مستوى الضغوط النفسية لدى الطلبة الصينيون أعلى من الطلبة اليابانيون والكوريون.

وهذا راجع للبيئة المحيطة بالطلاب التي تلعب دوراً كبيراً في إحداث الضغوط النفسية الاجتماعية، ومن بين الأسباب البيئية نجد الضغوط الناجمة عن التغيرات في المجتمع أو الثقافة والتحديات التي يمكن أن يواجهها الطلبة في التأقلم معها مثل الضوضاء أو الظروف الجوية القاسية التي يمكن أن تؤثر على الراحة النفسية والتركيز، حيث تلعب هذه العوامل دوراً في خلق بيئة قد تزيد من مستويات الإجهاد والضغط النفسي لدى الطلاب، بالإضافة إلى الضغط الاجتماعي الذي يسبب الشعور بالوحدة أو صعوبة التكيف الاجتماعي في زيادة الضغط النفسي، والمشاكل المالية التي يواجهها الطلاب بسبب الحاجة إلى إدارة ميزانيتهم بشكل محدود والتفكير في كيفية تمويل مصروفهم ونجد أيضاً الضغوط الأكاديمية المتمثلة في تحمل الطلاب مسؤولية دراسية كبيرة مع ضغوط النجاح في الامتحانات والأعمال الدراسية.

وهذا ما خالفته دراسة بوظريفة وآخرون (2006) بعنوان "الضغط النفسي الناتج عن الخدمات الجامعية لدى طلبة جامعة الجزائر"، هدفت الدراسة إلى معرفة درجة الضغط النفسي لدى الطالب الجامعي نتيجة مشكلة الإقامة وتوصلت نتائجها إلى تعرض طلبة الجامعة إلى الضغط النفسي غير مرتفع نتيجة مشكلة الإقامة.

وعليه نستنتج أن الضغوط النفسية الاجتماعية لدى الطلاب الجامعيين غالباً ما تكون نتيجة لتراكم عدة عوامل من الجوانب الأكاديمية والاجتماعية والشخصية، قد يتطلب التعامل معها دعماً وتوجيهاً من الجامعات والمجتمعات التعليمية لتحسين الصحة النفسية والأداء الأكاديمي، ومن هنا يظل تفهم مسببات الضغوط النفسية وأثرها أمر بالغ الأهمية لضمان تقديم الدعم للتعامل مع الضغوط النفسية قبل أن تتفاقم وتأثر سلباً على الحياة اليومية والعلاقات الشخصية.

2- مناقشة وتفسير الفرضية الثانية :

بالنسبة للفرضية الثانية التي مفادها : يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى اكتئاب مرتفع.

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها أن الفرضية الثانية لم تتحقق وأن مستوى الاكتئاب عند الطلبة الجامعيين خفيف حيث تتفق هذه النتيجة مع دراسة "Stang H.M, Liao S.H (2020)" التي عنوانها مدى انتشار عوامل خطر الاكتئاب بين طلاب الجامعات في الولايات المتحدة الأمريكية والعوامل المساهمة في ذلك مثل الضغط الأكاديمي والعلاقات الاجتماعية، حيث وجدت الدراسة أن نسبة كبيرة من الطلاب الجامعيين يعانون من درجات متفاوتة من الاكتئاب، ومن أبرز العوامل المساهمة في الاكتئاب تشمل الضغوطات الأكاديمية، مشاكل العلاقات الاجتماعية والتحديات التكيف مع الحياة الجامعية، كما أكدت الدراسة على الحاجة لبرامج الدعم النفسي تستهدف معالجة هذه المشكلات ومن جهة أخرى نجد دراسة "Kharofa A.R, Al Tarawneh (2021)" تحت عنوان انتشار الاكتئاب الخفيف بين الطلاب الجامعيين وعلاقتها بالعوامل النفسية والاجتماعية، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة أن الاكتئاب الخفيف نتائج بين الطلاب الجامعيين، مع وجود علاقة بين هذا النوع من الاكتئاب ومستويات عالية من الضغط الأكاديمي وهذا ما يكون ناتج عن عدة عوامل كالضغوط الدراسية مثل الامتحانات، والمواعيد النهائية يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالإرهاق والضغط النفسي، وهناك أيضاً المشاكل الاجتماعية كالتحديات في العلاقات مع الأصدقاء أو الأسرة يمكن أن تؤثر على الحالة النفسية، وقلة النوم كعدم الحصول على قسط كافٍ من النوم بالإضافة إلى ضغوط الحياة اليومية التي من بينها القضايا العائلية والتوتر الناتج عن التوازن بين الحياة الشخصية ونجد عدم التأقلم مع التغيرات مثل التحول من المرحلة الثانوية إلى الجامعة وأخيراً المشاكل الصحية مثل نقص النشاط البدني والتغذية الغير متوازنة قد تزيد من عرضة الطلاب للاكتئاب إلا أن هناك دراسات آخرين على الطلبة وتوصلت نتائجها إلى أن هناك اكتئاب مرتفع مثل دراسة الأنديجاني (1999) التي هدفت إلى التعرف على الاكتئاب لدى الطلبة الجامعيين حيث تكونت عينة الدراسة من (800) طالب وتوصلت نتائجها إلى أن مستوى الاكتئاب عند الطلبة يرتفع بزيادة العمر، وقد أكدت بعض الدراسات العربية كدراسة "درويش عام (1992) ومحمد عطا عام

(1993) التي اعتمدت على عينة الطلبة الجامعيين حيث توصلت نتائجها أن هناك نسبة مرتفعة من الاكتئاب تمثل 20 بالمائة من الطلاب في كل من السعودية وكويت ومصر، ودراسة "يعفوني (2008)" دراسة لبنانية تناولت الموضوع من زاوية علاقة الاكتئاب مع بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية وتوصلت إلى أن نسبة الاكتئاب عند الطلاب كانت حوالي 1.20 مع عدم وجود فروق جوهريّة بين جنسين. وفي الأخير نستنتج من خلال ما تم مناقشته وتفسيره في هذه الفرضية أنه من المهم أن يتلاقى الطلاب الدعم المناسب من الأصدقاء والأسرة والمجتمع الأكاديمي مثل الإستشارات النفسية بالإضافة إلى البحث عن المساعدة الاحترافية عند الحاجة من خلال الخدمات النفسية المتاحة في الجامعات والتوعية حول أهمية الصحة العقلية والطرق الفعالة للتعامل مع كل الضغوط التي يواجهها وتؤدي به إلى الاكتئاب.

3- مناقشة وتفسير الفرضية الثالثة :

بالنسبة للفرضية الثالثة القائلة أن الطلبة الجامعيون تراودهم أفكار انتحارية.

نلاحظ من خلال النتائج المتحصل عليها أن الفرضية الثالثة لم تتحقق ولا توجد أفكار انتحارية عند الطلبة الجامعيون، لأن التفكير الانتحاري قد يظهر لبعض الطلبة الجامعيين بسبب ضغوط أكاديمية أو اجتماعية أو شخصية. ولكن ليس كل الطلبة الجامعيين يعانون من هذه الأفكار وهناك بعض الدراسات السابقة أكدت على عدم وجود أفكار انتحارية عند الطلبة من بينها دراسة الشماط (2013) التي هدفت إلى التعرف على مستوى مرونة الأنا والميول والاكتئابية والأفكار الانتحارية وانتشارها لدى الطلبة والكشف عن الفروق بين أفراد العينة وفق المتغير الجنس في الأفكار الانتحارية، أشارت نتائجها إلى وجود مستويات منخفضة من التفكير الانتحاري لدى غالبية أفراد العينة وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات إجابات أفراد العينة المتعلقة بمقياس الأفكار الانتحارية وفق المتغير الجنس.

فقد تساهم عدة عوامل في التقليل أو منع ظهور هذه الأفكار عند الطلبة ومنها الدعم الاجتماعي فقد يلعب دوراً حاسماً في الصحة النفسية للطلاب الجامعيين ووجود شبكة قوية من الأصدقاء والعائلة يمكن أن يقدم للطلاب إحساساً بالأمان والراحة حتى أن العلاقات الاجتماعية القوية لها دور في التقليل من الشعور بالعزلة والقلق مما يقلل من احتمالية ظهور الأفكار الانتحارية، كما أن تقديم خدمات الاستشارة النفسية والإرشاد الأكاديمي يمكن أن يكون له تأثير إيجابي كبير على الصحة العقلية للطلاب وكذلك التوازن بين الدراسة والحياة تساعد في عدم ظهور أو التقليل من هذه الأفكار الانتحارية فإدارة الوقت بفعالية والقدرة على التوازن بين الحياة الدراسية والحياة الشخصية تلعبان دوراً مهماً في الحفاظ على الصحة العقلية والانغماس الكامل في الدراسة يمكن أن يؤدي إلى الشعور بالإرهاق والتوتر ويزيد من شعور الطالب بالرعاية إلا أن بعض الدراسات السابقة جاءت نتائجها مخالفة لهذه النتائج التي توصلنا إليها ومن بينها

دراسة عكاشة وآخرين (1981) هدفت الدراسة إلى تحديد الأفكار الانتحارية لدى طلبة السنوات النهائية في الجامعة، أسفرت النتائج عن أن (16.6%) منهم كان لديهم مشاعر انتحارية في العام ومن بين هؤلاء (5.6%) أصفحو عن أن الحياة لا يوجد فيها ما يستحق العيش و(0.4%) تمنوا الموت بأي وسيلة كانت و(1.7%) فكروا في قتل أنفسهم (0.9%) خططوا للمحاولة بينما قام (0.4%) منهم بالمحاولة بالفعل. بالإضافة إلى "دراسة رود (1989) التي هدفت إلى معرفة مدى انتشار التفكير الانتحاري لدى طلاب الجامعة، وكانت النتائج التي توصلت إليها الدراسة أن أكثر من (43%) من العينة لديهم تفكير انتحاري مرتفع وعدم وجود فروق بين الذكور والإناث في التفكير الانتحاري، ومن بين أهم الأسباب التي تؤدي بالطلبة إلى التفكير بالانتحار نجد العوامل الاجتماعية مثل مشاكل العلاقات الاجتماعية والعزلة أو التمر والمساكن الصحية مثل مشاكل الصحة الجسدية أو العقلية ونجد أيضا الإدمان من بين أهم العوامل التي قد تجعل الطالب في التفكير في الانتحار كالتعرض للمخدرات أو الكحول. وكذلك نجد بعض الاضطرابات النفسية كالإكتئاب والقلق التي تزيد من احتمالية الشعور باليأس والإحباط وتليخيصا لما تم مناقشته توصلنا إلى أن ظهور الأفكار الانتحارية لدى الطلاب يعد أمرا خطيرا يتطلب فهما عميقا للأسباب والعوامل المؤثرة ويحتاج إلى دعم وعناية خاصة سواء من الأصدقاء أو مستشار نفسي وكذلك الحفاظ على نمط حياة صحي وتحديد الأهداف ومراجعة الأفكار السلبية وتحديد أهدافها واستبدالها بأفكار إيجابية فكل هذا يساعد في التقليل من حدوث العمليات الانتحارية أو التفكير فيها خاصة لدى فئة الطلاب.

4- مناقشة وتفسير الفرضية الرابعة :

بالنسبة للفرضية الرابعة التي مفادها : توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية لدى الطلبة الجامعيين.

بعد المعالجة الإحصائية تم نفي هذه الفرضية وقبول الفرض البديل، أي لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية وهذا ما يتفق مع دراسة عادل محمود فاطمة حسين (2020) التي المعنونة بتأثير الضغوط النفسية الاجتماعية على الاكتئاب والأفكار الانتحارية، دراسة مقارنة بين الذكور والإناث في البيئة الجامعية، وقد توصلت نتائجها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في مستويات الاكتئاب والأفكار الانتحارية، عندما تأخذ الضغوط النفسية الاجتماعية بالاعتبار، مما يدل على تأثير وللضغوط النفسية على جميع الطلاب. وهناك أيضا دراسة "زينب الطبيب"، كريم يوسف (2019) بعنوان الضغوط النفسية وتأثيرها على الاكتئاب والأفكار الانتحارية بين الطلاب الجامعيين دراسة تقارن بين الجنسين، أكدت هذه الدراسة على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في

العلاقة بين الضغوط النفسية والاكتئاب والأفكار الانتحارية، وهذا ما تفسره عدة عوامل كالعوامل البيئية المشتركة حيث تتعرض الإناث والذكور لنفس الظروف البيئية والاجتماعية التي تسبب الضغوط النفسية مثل : الضغوط الأكاديمية والمشاكل الصحية والتوترات في العلاقات الاجتماعية وبالتالي فإن هذه العوامل القائمة تؤثر على الجنسين بشكل متساو، وقد تكون هناك عوامل نفسية أو بيولوجية تشترك بين الجنسين في استجاباتها للضغوط النفسية مثل العوامل الوراثية أو الهرمونية التي قد تساهم في استجابة مماثلة للإجهاد والضغوط، أما التكيف الاجتماعي قد يكون هناك تكيف اجتماعي مشترك بين الإناث والذكور في التعامل مع الضغوط النفسية، مما يجعلهم يواجهون تحديات بنفس الطريقة أو يستخدمون استراتيجيات مماثلة للتكيف.

وكل هذه الأسباب تعتبر عاملاً محتملاً لعدم وجود فروق بين الإناث والذكور في مستويات الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية، إلا أن هناك دراسات منافسة أثبتت وجود فروق بين الإناث والذكور في مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية مثل دراسة محمد بوفاتح (2005) التي بينت وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية اليمن والجزائر من الجنسيات ودراسة وهبان (2008) توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية في ضغوط الحياة لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية اليمن والجزائر من الجنسيات ودراسة أبو سغلية (2011) التي توصلت إلى فروق دالة إحصائية في الضغوط النفسية الاجتماعية لدى الطلبة المدمرة منازلهم، حيث تميزت الإناث بضغوط نفسية أكثر من الذكور.

ولهذا فإن هذه العوامل تعمل معاً بشكل معقد لتفسير الفروق بمعدلات الاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية بين الذكور والإناث في السياق الجامعي وخارجه.

5- مناقشة وتفسير الفرضية الخامسة :

تنص الفرضية الخامسة على أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والانتحار في كل من تخصص طب وعلم النفس العيادي لدى طلبة الجامعة، فتخصص علم النفس العيادي والطب يعدان من التخصصات الشاقة والمهنت التي تتطلب تفرغاً كبيراً من الطلاب والممارسين وفي ظل هذه البيئة الدراسية والمهنية يواجه الطلاب في كلا التخصصين تحديات نفسية هامة بما في ذلك الضغوط النفسية والاكتئاب، الأفكار الانتحارية حيث يتعرضون طلاب الطب لضغوط كبيرة ناتجة عن العمل الدراسي الثقيل والمواعيد النهائية الصارمة والمسؤوليات العالمية المتعلقة بالتدريب السريري والممارسة السريرية، وقد تشمل أيضاً التوتر النفسي بسبب تحمل مسؤولية طبية ومخاطر الأخطاء الطبية، أما طلاب علم النفس العيادي فيتعاملون مع ضغوط نفسية متشابهة والمشاكل النفسية

للمرضى وستولون مسؤولية كبيرة في تقديم رعاية نفسية لأزمة، وهذا ما تؤكدته دراسة نادر الباز، ريم عبد الله (2019). حيث أظهرت هذه الدراسة أن طلبة الطب يواجهون ضغوط نفسية أعلى مقارنة بطلبة العلوم الطبية الأخرى، مما يؤدي إلى مستويات أعلى من الاكتئاب والأفكار الانتحارية، كما تناولت الدراسة مقارنة بين الطلاب في تخصصات طبية مختلفة وأثر هذه الضغوط على صحتهم النفسية، أما دراسة ليلي الشريف، يوسف أحمد (2020) المعنونة تأثر تخصصات الطب وعلم النفس العيادي على الضغوط النفسية والاكتئاب بين الطلاب الجامعيين وأكدت هذه الدراسة على أن طلاب الطب يعانون من ضغوط نفسية أعلى من طلاب علم النفس العيادي، كما توصلت الدراسة إلى أن طلاب علم النفس العيادي يظهرون مستويات أقل من الاكتئاب مقارنة بطلاب الطب المتهم يواجهون نوعا مختلفا من الضغوط النفسية المتعلقة بمفرطاتهم النفسية، ودراسة شادي قاسم، زينب خليل (2021) بعنوان الضغوط النفسية والأفكار الانتحارية بين طلاب علم النفس والطب، "دراسة مقارنة" ومن نتائج هذه الدراسة الفرق بين مستويات الضغوط النفسية والأفكار الانتحارية بين طلاب علم النفس وطلاب الطب، أظهرت الدراسة أن طلاب الطب أكثر عرضة للضغوط النفسية والأفكار الانتحارية مقارنة بطلاب علم النفس، بسبب الأعباء الدراسية والضغوط المهنية وهذا ما يعود إلى عدة أسباب كثيرة منها ضغط الدراسة والتدريب أي أن كلا التخصصين يتطلبان مستوى عال من الالتزام والضغط النفسي، حيث يواجه طلبة الطب ضغوط تتعلق بالدراسة المكثفة، بينما يواجه طلبة علم النفس العيادي ضغوطا تتعلق بالدراسة النظرية والتطبيقية والتعامل مع الحالات المرضية كما نجد اختلاف طبيعة الضغوط التي يتعرض لها طلبة الطب قد تكون أكثر حدة بسبب الطبيعة الطبية والسريرية للتدريب، بينما قد تكون ضغوط طبية علم النفس العيادي مرتبطة بتحديات نفسية وعملية في مجال الاستشارات والعلاج وكما أنه قد يكون هناك اختلاف في نوع الدعم الاجتماعي المتاح لطلبة كل تخصص، مما يؤثر على كيفية تعاملهم مع الضغوط، طلبة الطب قد يكون لديهم دعم من زملائهم في نفس التخصص، بينما طلبة علم النفس قد يحصلون على دعم من الأساتذة والممارسين في مجالهم، وهناك أيضا حالات الاكتئاب التي يتعرض إليها طلبة علم النفس العيادي وطلبة الطب مثل التعرض للحالات النفسية مما قد يؤثر على مشاعرهم وحالتهم النفسية والاستراتيجيات التأقلمية كاختلاف طرق التعامل مع المشاعر والضغوط قد يؤدي إلى تفاوت مستويات الاكتئاب بين المجموعتين طلبة علم النفس قد يكونون أكثر وعيا بكيفية التعامل مع المشكلات النفسية بينما طلبة الطب قد يفتقرون إلى المهارات التأقلمية اللازمة وقد يكونون طلبة علم النفس العيادي أكثر تعرضا لحالات الانتحار والأفكار الانتحارية نتيجة العمل مع المرضى، مما قد يؤثر على إدراكهم لهذه الأفكار، أما طلبة الطب أيضا قد يواجهون أفكار انتحارية نتيجة الضغوط المهنية والنفسية كما نجد أيضا الاختلافات الفردية والبيئة الأكاديمية، إلا أن هناك بعض الدراسات جاءت منافسة للنتائج التي توصلنا إليها كدراسة الدكتور مصطفى عبد الرحمن (2008) بعنوان العلاقة بين الضغوط النفسية والاكتئاب بين طلبة التخصصات

الطبية وعلم النفس "دراسة ميدانية" ومن نتائجها عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستويات الضغوط النفسية والاكتئاب والأفكار الانتحارية بين طلبة تخصص طب وعلم النفس العيادي، حيث أكدت الدراسة أن كل مجموعة تواجه ضغوطات واكتئاب بشكل منفصل بناء على طبيعة التخصص والبيئة الدراسية وتليخيصا لما تم مناقشته نستنتج أن الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية تشكل تحديات كبيرة في تخصصي الطب وعلم النفس العيادي، وتحتاج إلى استجابة شاملة متعددة الأبعاد لتعزيز صحة الطلاب وممارسي العلاج في هاذين المجالين المهنيين المهمين.

الاستنتاج العام :

هدفت دراستنا إلى معرفة الضغوط النفسية الاجتماعية وعلاقتها بالاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية لدى الطلبة الجامعيين على طلبة جامعة مولود معمري "تامدة" بولاية تيزي وزو ، قمنا بطرح التساؤلات التالية :

- ماهو مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية لدى الطلبة الجامعيين؟
- ماهو مستوى الاكتئاب لدى الطلبة الجامعيين؟
- هل تراود الطلبة الجامعيين احتمال ظهور الأفكار الانتحارية؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية؟
- هل توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة الطلبة الذين يدرسون تخصص طب وتخصص علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية ؟
- وجاءت الفرضيات كالتالي :
- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى ضغوط نفسية اجتماعية مرتفع.
- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى اكتئاب مرتفع.
- تراود الطلبة الجامعيون أفكار انتحارية.
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة الطلبة الذين يدرسون تخصص طب وتخصص علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.

وللتأكد من صحتها قمنا باختيار عينة قوامها 100 طالب وطالبة من جامعة مولود معمري (فرع تامدة) وطبقنا عليهم 3 مقاييس :

مقياس الضغوط النفسية الاجتماعية من إعداد الزهراني (2018)، ومقياس بيك للاكتئاب من إعداد بيك والذي كيفه بشير معمرية (2010)، ومقياس الأفكار الانتحارية من إعداد بشير معمرية (2004) وقد كانت النتائج المتحصل عليها كالآتي :

- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى ضغوط نفسية اجتماعية مرتفع.
- يعاني الطلبة الجامعيون من مستوى اكتئاب خفيف.
- لا تراود الطلبة الجامعيون أفكار انتحارية.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور في كل من مستوى الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب وظهور الأفكار الانتحارية.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية لدى عينة الطلبة الذين يدرسون تخصص طب وتخصص علم النفس العيادي في كل من الضغوط النفسية الاجتماعية والاكتئاب والأفكار الانتحارية.
- وعليه نستنتج أن الضغوط النفسية الاجتماعية تلعب دورا حاسما في تشكيل الحالة النفسية للطلبة الجامعيين حيث يؤثر بشكل كبير على مستوى الاكتئاب واحتمالية ظهور الأفكار الانتحارية، ومن الضروري أن نؤكد على أهمية الدعم النفسي والاجتماعي الملائم للطلاب من خلال برامج الإرشاد والتوجيه وتعزيز ثقافة الوعي بالصحة النفسية في البيئة الجامعية، فإدراك هذه العلاقة واتخاذ التدابير المناسبة يمكن أن يسهم بشكل كبير في تحسين رفاهية الطلاب وتعزيز قدرتهم على مواجهة التحديات النفسية بشكل إيجابي .
- ونختتم مذكرتنا بأمل أن تكون دراسات أخرى تتطرق لهذا الموضوع من جوانب أكثر خصوصية وكذا تعميم النتائج من خلال توسيع مجموعة الدراسة لنتائج أكثر دقة وموضوعية وهذا ما يترك المجال أمام بحوث أخرى .

الاقتراحات :

في إطار النتائج المستخلصة من الدراسة الحالية نضع نحن كباحثين مجموعة من الاقتراحات البحثية لتعزيز البحوث المتعلقة بمتغيرات الدراسة :

- إجراء دراسات مستقبلية على عينات من طلبة الجامعة في بيئات مختلفة وفي مستويات تعليمية مختلفة خاصة طلبة الدكتوراه بهدف التعرف على طبيعة الضغوط النفسية الاجتماعية، وعلاقتها بالمتغيرات الدراسية الأخرى مثل الجنس والتخصص.
- إجراء دراسات حول الضغوط النفسية الاجتماعية وعلاقتها بأساليب التعامل مع الضغوط الدراسية لدى طلبة الجامعة.
- إجراء دراسة مماثلة للدراسة الحالية في بيئات مختلفة.

- إجراء دراسات شبه تجريبية حول فعالية برامج إرشادية قائمة على الضغوط النفسية والاكتئاب والانتحار في التخفيف عن الطلبة الجامعيين.
- دراسات الوقوف على خصائص وسمات الأشخاص المكتئبين والمنتحرين.
- تحسين ميدان علم النفس في الجامعة الجزائرية والانتقال به إلى مواكبة التطورات الحاصلة في ميدان العلوم الحديثة.
- إجراء دراسات تهدف لقياس درجات الضغوط النفسية والاكتئاب والأفكار الانتحارية عند فئات مختلفة من المجتمع حيث أن أغلب الدراسات المتوفرة اقتصرت على فئة الطلبة.
- الاعتناء بالصحة النفسية للطلبة من طرف العائلة خاصة في فترة الدراسة.
- لابد من تكوين فريق متخصص للتكفل النفسي والطبي والاجتماعي بمحاوли الانتحار.

قائمة المراجع

قائمة المراجع :

أولا : المصادر :

- القرآن الكريم سورة لقمان الآية 12.
- الإمام أحمد والبخاري.

ثانيا : المراجع :

I- مراجع باللغة العربية :

- إبراهيم بو الففل، (2012)، *السلوك الانتحاري لدى الشباب في المجتمع الجزائري* : دراسة تحليلية لإحصائية الانتحار بولاية جيجل (2000-2008)، العدد 4، مجلة العلوم الإنسان والمجتمع.
- أبو زيد، مدحت عبد الحميد، (1997)، *الاكتئاب دراسة في السكوباثوميتري*، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة.
- أحمد نايل، أبو أسعد، (2009)، *التعامل مع الضغوط النفسية*، ط1، دار الشروق للنشر والتوزيع، الأردن.
- إحمدي كريمة، عيشاوي رقية، (2022)، *استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المختص النفسي في المؤسسات العمومية الصحية*، مذكرة لنيل شهادة الماستر، علوم اجتماعية، تخصص علم النفس المدرسي، جامعة أحمد دراية بولاية أدرار.
- آل عبد القادر، صالح عبد الله، (1997) : *الضغوط النفسية وعلاقتها بالتوافق لدى عينة من الطلاب الجامعيين*، رسالة دكتوراة، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الإمام محمد بن سعود الرياض.
- أمل الأحمد ومازن ملحم، (2009) : *الضغوط النفسية وعلاقتها بعدد من العوامل الشخصية*، كلية التربية، جامعة دمشق سوريا.
- أيوب، نائف علي، (2019)، *الضغوط النفسية*، دار المعرفة الجامعية مصر.
- البدري، سميرة، (2005)، *مصطلحات تربوية ونفسية*، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان.
- بشير معمري، (2006) : *تصميم استبيان إحتمال الانتحار لدى الراشدين*، مجلة شبكة العلوم النفسية، العدد 10-11.

- بن قاسي حمو، (2020)، *استراتيجيات مقاومة الضغط المهني وجودة الحياة المهنية لدى الأساتذة المكفوفين*، مذكرة لنيل شهادة الماستر، قسم علم النفس تخصص علم النفس عمل وتنظيم، جامعة مولود معمري تيزي وزو.
- بهاء الدين السيد عبيد، ماجدة، (2008)، *الضغط النفسي*، ط1، دار الصفاء، عمان.
- بوخميس، بوفولة، (2018)، *مقاربة نفسية ومرضية للانتحار*، مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد (3)، العدد 1.
- جمال، أبو الدلو، (2009)، *الصحة النفسية*، ط1، دار أسامة، عمان.
- حسن غانم، محمد، (2006)، *الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية*، مكتبة الأنجلومصرية، القاهرة.
- حمدي الأعظمي، غستان بشير، (2013)، *الكآبة بين كبار السن من العراقيين داخل الموطن والمهجر*، دراسة مقارنة، ط1، دار دجلة، عمان.
- الدباغي فخري، (1982)، *الموت إختيار*، دراسة نفسية اجتماعية موسوعة لظاهرة قتل النفس، ط1، بيروت.
- دخان نبيل، (2006) : *الضغوط النفسية لدى الطلاب الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلاية النفسية لديهم*، مجلة الجامعة الإسلامية، مجلد 14، العدد 2.
- دغوش نورة، (2022) : *اليقظة العقلية، الضغوط النفسية والإنجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة*، رسالة دكتوراة، علم النفس، تخصص إرشاد وتوجيه، جامعة محمد خيضر، كلية العلوم الإنسانية قسم علوم الاجتماعية.
- ذوقان عبيدات وآخرون، (1987)، *منهجية البحث العلمي*، ط2، دار وائل للنشر، الأردن.
- الرشيد، هارون توفيق، (1999)، *الضغوط النفسية : طبيعتها ونظرياتها – برنامج لمساعدة الذات في علاجها*، مكتبة الإنجلومصرية، القاهرة.
- زاهية عباس العدلي، أشواق صبر ناصر، (2016) : *العلاقة بين الإدارة والتفكير الإنتحاري لدى ضحايا التمر المدرسي من طلبة المرحلة المتوسطة*، مجلة كلية التربية الأساسية الجامعة المستنصرية، العدد 93.
- زهران، حامد عبد السلام، (1995)، *الصحة النفسية والعلاج النفسي*، ط2، عالم الكتب، مصر.
- سعد سليمان المشهداني، (2019)، *منهجية البحث العلمي*، ط1، دار أسامة للنشر والتوزيع، عمان.

- سمعان مكرم، (1964)، *مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري*، ط1، دار المعارف للنشر والتوزيع.
- سمير الشبخاني، (2003)، *الضغط النفسي*، ط1، دار الفكر العربي، لبنان، بيروت.
- السيد إبراهيم، (2006)، *العلاج المعرفي الاكتئاب أسسه النظرية وتطبيقاته العملية وأساليب المساعدة الذاتية*، دار غريب، القاهرة.
- شبل بدران غريب وآخرون، (2005)، *الثقافة المدرسية*، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- شحاتة، حسن والنجار، (2003)، *معجم المصطلحات التربوية والنفسية*، دار المصرية اللبنانية، بيروت.
- شهيري زينب، (2013) : *دراسة استطلاعية عن ظاهرة الانتحار والمحاولة الانتحارية*، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الأغواط، الجزائر، العدد 10.
- صله سلامة عبد العظيم حسين، (2006)، *إستراتيجية إدارة الضغوط التربوية والنفسية*، ط1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان.
- عبد الباقي إبراهيم علا، (2009)، *الاكتئاب أنواعه – أعراضه – أسبابه وطرق علاجه والوقاية منه*، ط1، عالم الكتب، القاهرة.
- عبد الحفيظ معوشة، (2008) : *الميول الانتحارية وعلاقتها بتقدير الذات عند الشباب*، رسالة ماجستير، قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونية، جامعة محمد خيضر بسكرة.
- عبد الله بن سعد الرشود، (2006)، *ظاهرة الانتحار التشخيص والعلاج*، ط1، الرياض.
- عدنان محمد الضمور، (2014)، *ظاهرة الانتحار*، دراسة سيكولوجية، ط1، دار ومكتبة الحامد للنشر والتوزيع، عمان.
- عياست أحمد، (2003)، *الانتحار*، نماذج حية لمسائل لم تحسم بعد، ط1، دار الفرابي، بيروت.
- الغمش، مصطفى نوري والمعايطة، (2009)، *الاضطرابات السلوكية والانفعالية*، ط2، دار المسيرة، عمان.
- فاروق السيد عثمان، (2011)، *القلق وإدارة الضغوط النفسية*، ط1، دار الفكر العربي، القاهرة.
- فاطمة عبد الرحيم النواسية، (2013)، *الضغوط والأزمات النفسية*، ط1، دار المناهج للنشر والتوزيع، عمان.

- مصطفى عمور، (2018): **ظاهرة الانتحار في المجتمع الجزائري**، دراسة ميدانية على مستوى ولاية بجاية، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة عبد الرحمان ميرة بجاية، الجزائر، العدد 33.
- المغربي إبراهيم حامد، (2015)، **الانتحار رؤية تكاملية**، المكتب الجامعي الحديث.
- ولبرت لويس، (2014)، **الحنن الخبيث تشريح الكتاب**، ط1، هيئة أوطي للثقافة والسياحة، أبوظبي.
- ويلسكون، غريغ، ترجمة: منعم، زينب، (2013)، **الضغط النفسي**، ط1، دار المؤلف السعودية مكتبة الملك فهد الوطنية.

-II المراجع باللغة الأجنبية :

- Bermar. P, (1989), **Manuel de la psychiatrie**, 6^{ème} édition, Masson.
- Bruchon, Schweitzer M & Boujut E, (2014), **psychologie de la santé, concepts, méthodes et modèles**, Paris, Dunod.
- Caillard.V, (2008), **le geste suicidaire**, Masson.
- Durckheim.E, (1976), **le suicide étude en sociologie**, 3^{ème} édition.
- Haim. A, (1970), **Le suicide des adolescents**, édition Payot, Paris.
- Maron.P, (1977), **Le suicide**, prif, Paris.
- Mimouni.B, (2011) **Tentatives de suicide désespoir ou affirmation en soi**, Alger.
- Silfany.N, (1980), **Dictionnaire usuel de psychologie**, Bordas, Paris.

الملاحق

تعليمية :

في ما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن الحياة النفسية السلبية التي يمكن أن يشعر بها أي شخص في عمر الشباب والراشد إزاء ظروف الحياة الصعبة التي يعاني منها، والتفكير في الهروب منها أو الهروب منها بالانتحار. أو القيام بذلك بالفعل الفعل، اقرأ كل عبارة على حدة و أجب بوضع علامة (X) وذلك حسب انطباق العبارة عليك. أجب على كل العبارات، لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، والإجابة الصحيحة هي التي تعبر عن حالك بصدق

العبارات	لا	نادرا	أحيانا	غالبا
1- عندما يكون العالم غير عادل. فالحل هو الانتحار				
2- أرغب في إنهاء حياتي				
3- لقد حططت لقتل نفسي				
4- إذا كان الإنسان غير سعيد فمن الأحسن أن ينتحر				
5- المقربون مني سيكونون سعداء عندما أقتل نفسي				
6- اقتربت فعلا من تنفيذ عملية الانتحار				
7- عندما يخسر الإنسان كل شيء. فالأحسن أن ينتحر				
8- أشعر بالرغبة في إنهاء حياتي				
9- قررت أن انهي حياتي بالانتحار				
10- أعتقد أن أحسن حلا للفشل المستمر في الحياة هو الانتحار				
11- تسيطر على تفكيري الرغبة في الانتحار				
12- لقد أخبرت شخصا بقراري بالانتحار				
13- عندما اعلم ان شخصا انتحر. أتصور انه اقتنع بهذا الحل				
14- ارغب في مغادرة الحياة لأنني لا أرى فيها إلا الفشل				
15- انا على استعداد تام على الانتحار				
16- عندما يفقد الإنسان في الحياة فالأحسن له أن ينتحر				
17-				
18- حياتي ليست جديرة أن أعيشها و قد قررت الانتحار				
19- أعتقد انه عندما تصبح الحياة بلا معنى. فالحل هو الانتحار				
20- عندما أتذكر خيبات الأمل في حياتي. ارغب في الانتحار				
21- لقد قررت أن انتحر لأهرب من ظلم الحياة				

تعليلة

في إطار إعداد بحث علمي نقدم لك عددا من العبارات التي يمكن أن تصف بها خبراتك ومشاعرك أو انفعالاتك وتفكيرك وإحساساتك الجسدية وتتفاعل معها، من فضلك اقرأ كل عبارة واختر الإجابة التي تنطبق عليك تماما من بين الإجابات الخمس المقابلة لها ثم ضع دائرة حول الرقم الذي يندرج تحتها

الرجاء ملاحظة أنه لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، كل ما عليك هو تحري الدقة في اختيار ما ينطبق عليك ويصفك أنت.

غير موافق بشدة	غير موافق	أحيانا	موافق	موافق بشدة	العبارة	
1	2	3	4	5	أسرتي لا تقدر ظروفني	1
1	2	3	4	5	لا أجد تفههما لأرائي من أسرتي.	2
1	2	3	4	5	الحوار في ذهني أصبح يكاد منعدما.	3
1	2	3	4	5	لا تتيج لي اسرتي الفرصة للتعبير عن مشاعري.	4
1	2	3	4	5	أشعر بالضيق من تصرفات والدي.	5
1	2	3	4	5	يفرض علي والدي أوامر وتوجيهات صارمة.	6
1	2	3	4	5	لا أستطيع التوفيق بين رغبات والدي وما أراه لنفسني.	7
1	2	3	4	5	أتحمل مسؤوليات عديدة داخل أسرتي.	8
1	2	3	4	5	يتجاهل والدي أسرتي مطالبي.	9
1	2	3	4	5	تطالبني أسرتي بمطالب عديدة.	10
1	2	3	4	5	توجد خلافات عديدة داخل أسرتي	11
					يتدخل أفراد أسرتي في شؤني الخاصة	12
1	2	3	4	5	لا أستطيع تحمل أعباء الدروس المفروضة علي كطلاب.	13
1	2	3	4	5	أشعر أنني لا أمتلك الأساليب الجيدة للمذاكرة.	14
1	2	3	4	5	أعتقد أن درجاتي في الاختبار لا تتفق مع مقدار الجهد الذي أبذله في للمذاكرة.	15
1	2	3	4	5	لا أعرف كيف أحسن مستواي الدراسي.	16
1	2	3	4	5	أشعر بالتعب وفقدان القدرة على الدراسة.	17
1	2	3	4	5	مقدار عملي الأكاديمي يزيد على الوقت المتاح لدي.	18
1	2	3	4	5	أعتقد أن مستواي الأكاديمي ضعيف.	19

1	2	3	4	5	أشعر أن أساتذتي لا يقدرّون أعمالي وأنشطتي.	20
1	2	3	4	5	لا يستمع الأساتذة لأرائي.	21
1	2	3	4	5	أجد صعوبات في التعامل مع أساتذتي وزملائي.	22
1	2	3	4	5	أعتقد أن مجال تخصصي غير مفيد في مجال العمل مستقبلا	23
1	2	3	4	5	لا يعطينا الأساتذة الوقت لتتعلم و ننجز المهام	24
1	2	3	4	5	أشعر بالرهبة عند مقابلة أشخاص جدد	25
1	2	3	4	5	انزعج بشدة عندما ينتقدني أشخاص آخريّن	26
	2	3	4	5	أشعر بالحرج من تغيير مظهر جسمي	27
1	2	3	4	5	أشعر بقلق شديد يتعلق بمكانتي وسط زملائي	28
1	2	3	4	5	أشعر بالرهبة عند مواجهة خبرات جديدة	29
1	2	3	4	5	أشعر بالاضطراب أو الخوف من الأماكن المزدحمة	30
1	2	3	4	5	أشعر بالغثيان و الفتور بدون أي سبب	31
1	2	3	4	5	أشعر بشهية ضعيفة	32
1	2	3	4	5	أشعر بصعوبة في البدء بالنوم ليلا	33
1	2	3	4	5	لدي إحساس باليأس و فقدان الأمل	34
1	2	3	4	5	يغمرني شعور عميق بالضجر و الملل	35
1	2	3	4	5	لدي إحساس بالذنب لا يمكن التخلص منه	36

التعليمة

يشتمل المقياس على 21 مجموعة من العبارات. بعد أن تتأكد من قراءة كل العبارات في كل مجموعة منها بإمعان، ضع دائرة حول أحد الأرقام (0، 1، 2، 3) التي تسبق العبارة والتي تصف تمامًا الحالة التي كنت تشعر بها خلال الأسبوعين الماضيين، بما في ذلك اليوم الحالي. وإذا رأيت أن عدة عبارات في مجموعة واحدة تنطبق عليك بالدرجة نفسها فضع دائرة حول أكبر رقم وتذكر أنك تختار دائمًا عبارة واحدة فقط من كل مجموعة.

الرقم	اسم المجموعة	العبارات
01	الحزن	0. لا أشعر بالحزن. 1. أشعر بالحزن في أغلب الأحيان. 2. أنا حزين دائمًا. 3. أشعر بالحزن والشعور باليأس لدرجة لا تحتمل.
02	التشاؤم	0. شخصيتي متفائلة تجاه المستقبل. 1. أشعر بالتشاؤم من المستقبل دون رخصة منطقية، في غير العادة. 2. أتوقع أن لا تسير الأمور بشكل جيد. 3. أشعر أن المستقبل لا أمل فيه، وأن الأمور تبدو معقدة.
03	الفشل في الماضي	0. لا أشعر بأني فاشل في الحياة. 1. فشلت أكثر من المعتاد. 2. عندما أتذكر الماضي، أشعر أنني فشلت في أغلب ما أردت تحقيقه. 3. أرى نفسي فاشلاً تمامًا فيما مضى، وأنني لن أنجح مستقبلاً.
04	فقدان اللذة	0. أشعر بالمتعة كما كنت من قبل. 1. لا أستمتع بالأشياء بقدر ما كنت من قبل. 2. أستمتع ببعض الأمور، لكن الشعور أقل مما كان عليه. 3. لا أستمتع بأي شيء على الإطلاق.
05	الشعور بالذنب	0. لا أشعر بالذنب مطلقاً. 1. أشعر بالذنب من حين لآخر، لكن بشكل طبيعي. 2. أشعر بالذنب في غالب الأوقات. 3. أشعر بالذنب دائماً.
06	الشعور بالعقاب	0. لا أشعر بالعقاب. 1. أشعر أنني قد أكون معاقباً. 2. أشعر أنني سأعاقب.

07	الإحساس السلبي نحو الذات	3. أشعر أنني أعاقب. 0. لا أشعر بأنني غير متأكد من نفسي. 1. فقدت الثقة بنفسي. 2. لا أصدق ما أستطيع القيام به. 3. لا أحب نفسي أبداً.
08	موقف نقد الذات	0. لا ألوم نفسي ولا أنتقد نفسي أكثر من المعتاد. 1. ألوم نفسي أكثر من المعتاد. 2. ألوم نفسي على كل ما أرتكبه من أخطاء. 3. ألوم نفسي على كل ما يحدث من سوء حولي.

09	الأفكار أو الرغبة في الانتحار	0. لا أفكر أبداً في الانتحار . 1. أفكر أحياناً في الانتحار لكن لن أنفذ . 2. لدي رغبة في الانتحار . 3. أنفذ خطتي للانتحار.
10	البكاء	0. لا أبكي أكثر من المعتاد . 1. أبكي أكثر من المعتاد . 2. أبكي دائماً . 3. أريد أن أبكي ولكن لا أستطيع.
11	الاضطراب	0. لست أكثر اضطراباً من المعتاد . 1. أشعر بالاضطراب أو بالتوتر في أوقات معينة . 2. أشعر بعدم الاستقرار كثيراً إلى درجة يصعب علي أن أجلس طويلاً في مكان واحد . 3. مضطرب طوال الوقت وأشعر أنه يجب علي فعل شيء ما باستمرار.
12	فقدان الاهتمام	0. لم أفقد اهتمامي بالناس . 1. أقل اهتماماً بالناس مما كنت من قبل . 2. فقدت معظم اهتمامي بالناس . 3. فقدت كل الاهتمام بالناس.
13	صعوبة اتخاذ القرارات	0. أستطيع اتخاذ القرارات دائماً كما كنت . 1. لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر من قبل . 2. لدي صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات . 3. لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات.
14	انخفاض القيمة	0. أشعر بنفس القيمة التي كنت أشعر بها دائماً . 1. أشعر بأنني أقل قيمة من الناس . 2. أشعر بأنني أقل قيمة بكثير مما كنت . 3. أشعر بانعدام القيمة تماماً.
15	فقدان الطاقة	0. لدي نفس الطاقة كما كنت من قبل . 1. لدي طاقة أقل مما كنت عليه من قبل . 2. لدي طاقة أقل بكثير مما كنت عليه من قبل . 3. ليس لدي طاقة لفعل أي شيء مهما كان.
16	التغير في عادات النوم	0- عاداتي في النوم لم تتغير . 1- أنام أكثر بقليل مما تعودت عليه

		1ب - أنام أقل بقليل مما تعودت عليه 2أ - أنام أكثر مما تعودت عليه بشكل كبير 2ب - أنام أقل مما تعودت عليه بشكل كبير 3أ - أنام تقريبا كل نهار 3ب- أستيقظ من النوم ساعة او ساعتين من قبل ، ولا أستطيع العودة.
09	الأفكار أو الرغبة في الانتحار	4. لا أفكر أبداً في الانتحار . 5. أفكر أحيانا في الانتحار لكن لن أنفذ . 6. لدي رغبة في الانتحار . 7. أنفذ خطتي للانتحار.
10	البكاء	4. لا أبكي أكثر من المعتاد . 5. أبكي أكثر من المعتاد . 6. أبكي دائماً . 7. أريد أن أبكي ولكن لا أستطيع.
11	الاضطراب	4. لست أكثر اضطراباً من المعتاد . 5. أشعر بالاضطراب أو بالتوتر في أوقات معينة . 6. أشعر بعدم الاستقرار كثيراً إلى درجة يصعب علي أن أجلس طويلاً في مكان واحد . 7. مضطرب طوال الوقت وأشعر أنه يجب علي فعل شيء ما باستمرار.
12	فقدان الاهتمام	4. لم أفقد اهتمامي بالناس . 5. أقل اهتماماً بالناس مما كنت من قبل . 6. فقدت معظم اهتمامي بالناس . 7. فقدت كل الاهتمام بالناس.
13	صعوبة اتخاذ القرارات	4. أستطيع اتخاذ القرارات دائماً كما كنت . 5. لدي صعوبة في اتخاذ القرارات أكثر من قبل . 6. لدي صعوبة كبيرة في اتخاذ القرارات . 7. لم أعد أستطيع اتخاذ القرارات.
14	انخفاض القيمة	4. أشعر بنفس القيمة التي كنت أشعر بها دائماً . 5. أشعر بأنني أقل قيمة من الناس . 6. أشعر بأنني أقل قيمة بكثير مما كنت . 7. أشعر بانعدام القيمة تماماً.
15	فقدان الطاقة	4. لدي نفس الطاقة كما كنت من قبل . 5. لدي طاقة أقل مما كنت عليه من قبل . 6. لدي طاقة أقل بكثير مما كنت عليه من قبل . 7. ليس لدي طاقة لفعل أي شيء مهما كان.
16	التغير في عادات النوم	0-عاداتي في النوم لم تتغير . 1أ- أنام أكثر بقليل مما تعودت عليه 1ب -أنام أقل بقليل مما تعودت عليه 2أ - أنام أكثر مما تعودت عليه بشكل كبير 2ب - أنام أقل مما تعودت عليه بشكل كبير 3أ - أنام تقريبا كل نهار 3ب- أستيقظ من النوم ساعة او ساعتين من قبل ، ولا أستطيع العودة.
17	سرعة الانفعال	0. لا أفعل أكثر من المعتاد . 1. أفعل أكثر من المعتاد . 2. أفعل أكثر بكثير من المعتاد . 3. أنا دائم الإنفعال.
18	التغير في الشهية	0-شهيتي لم تتغير . 1أ- شهيتي أقل بقليل من السابق . 1ب - شهيتي أكبر بقليل من السابق .

		أ2 - شهيتي أقل بكثير من السابق . ب2 - شهيتي أكبر بكثير من السابق . 3 أ- ليست لدي شهية للأكل أبداً . 3 ب- لدي رغبة دائمة في الأكل.
19	صعوبة التركيز	0. أستطيع التركيز دائماً كما تعودت . 1. لا أستطيع التركيز كما تعودت . 2. لدي صعوبة في أن أركز لفترة طويلة في أي شيء كان . 3. يبدو أنني عاجزاً على التركيز في أي شيء مهما كان.
20	التعب	0. لست أكثر تعباً من السابق . 1. لدي شعور بالتعب أكثر من المعتاد . 2. أتعب بسهولة أكثر مما تعودت عليه . 3. أشعر بالتعب عندما أقوم بأي شيء مهما كان صغيراً.
21	فقدان الاهتمام بالجنس	0. لم ألاحظ أي تغيرات جديدة في رغبتني الجنسية . 1. أصبحت أقل اهتماماً بالجنس من في السابق . 2. قلت رغبتني الجنسية بشكل ملحوظ . 3. فقدت تماماً رغبتني الجنسية.

		sexe	niveauetudes	age
N	Valide	100	100	100
	Manquante	0	0	0

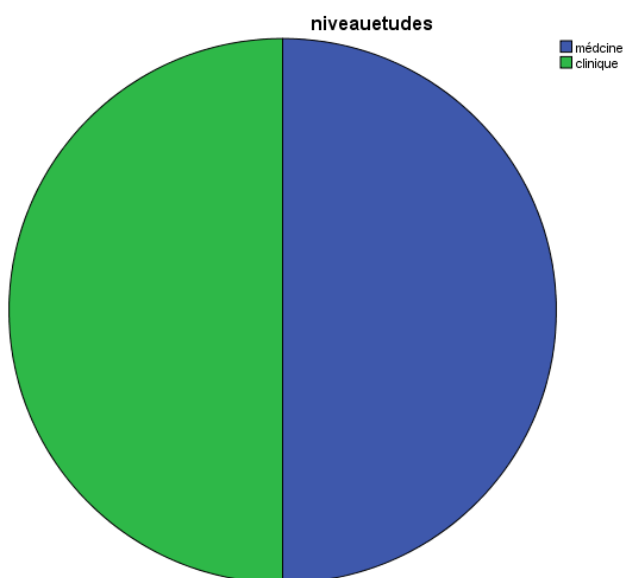
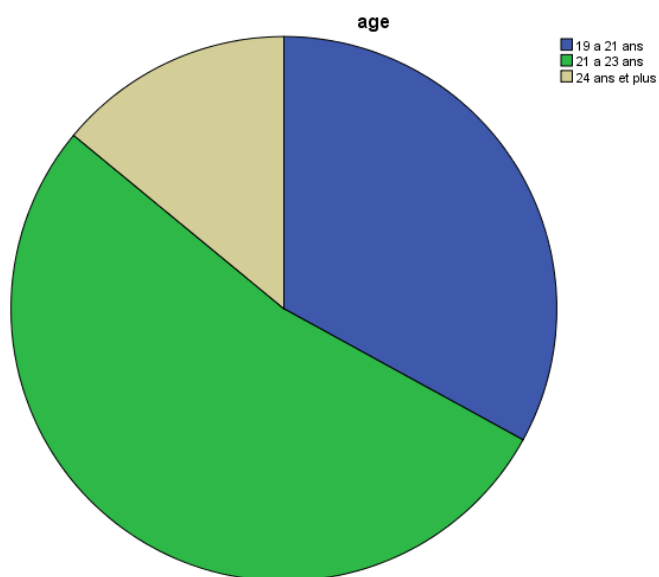
Tableau de fréquences

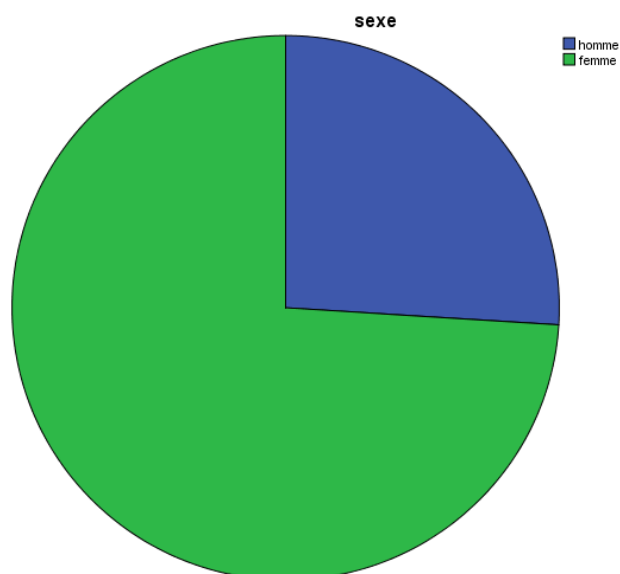
sexe					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	homme	26	26,0	26,0	26,0
	femme	74	74,0	74,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

niveauetudes					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	médecine	50	50,0	50,0	50,0
	clinique	50	50,0	50,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

age					
		Effectifs	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	19 a 21 ans	33	33,0	33,0	33,0
	21 a 23 ans	53	53,0	53,0	86,0
	24 ans et plus	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Diagramme en secteurs





Echelle : suicide

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	100	100,0
	Exclus ^a	0	,0
Total		100	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,967	21

Echelle : pression psychologique

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	100	100,0
	Exclus ^a	0	,0
Total		100	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,945	36

RELIABILITY

/VARIABLES=c1 c2 c3 c4 c5 c6 c7 c8 c9 c10 c11 c12 c13 c14 c15 c16 c17 c18 c19 c20 c21

/SCALE('dépression') ALL

/MODEL=ALPHA.

Echelle : dépression

Récapitulatif de traitement des observations			
		N	%
Observations	Valide	100	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	100	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité	
Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,931	21

DESCRIPTIVES VARIABLES=pressionsfamiliales pressionsacadémique
pressionemotionelle

/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
pressionsfamiliales	100	12,00	60,00	29,0500	10,86406
pressionsacadémique	100	12,00	54,00	33,4300	9,10905
pressionemotionnelle	100	12,00	56,00	31,0500	9,75288
N valide (listwise)	100				

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
chagrin	100	,00	3,00	,8400	,87294
crever	100	,00	3,00	,2700	,70861
lechequedanslepasse	100	,00	3,00	,7200	1,03553
pertedeplaisir	100	,00	3,00	,9400	1,12654
sentirecoupable	100	,00	3,00	1,0300	,89279
sentirepuni	100	,00	3,00	,7400	1,04078
sentimentnégatifs	100	,00	3,00	,5600	,93550
attitudeautocritique	100	,00	3,00	1,1600	1,17825
penséedesuicides	100	,00	3,00	,3800	,82609
pleurs	100	,00	3,00	1,3000	1,19342
désordre	100	,00	3,00	,8700	,92829
pertedinterêt	100	,00	3,00	1,2100	1,13079
héstationdedécision	100	1,00	5,00	2,9900	1,06832
diminuationdevalueur	100	,00	3,00	,6000	,97442
pertedénérge	100	,00	3,00	,9300	,92392
changementdeshabitudessommeil	100	,00	3,00	1,2300	1,01359
irritabilité	100	,00	3,00	1,0800	1,09802
changementdappétit	100	,00	3,00	1,1300	,96038
difficultédeconcentration	100	,00	3,00	1,1300	,99143
fatigué	100	,00	3,00	1,0600	,85067
pertedintéretdesexe	100	,00	3,00	,4700	,91514
N valide (listwise)	100				

T-TEST GROUPS=sexe (1 2)

Statistiques de groupe					
	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
suiside	homme	26	8,0000	10,48809	2,05688
	femme	74	6,3378	13,00819	1,51217

Test d'échantillons indépendants					
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
suiside	Hypothèse de variances égales	,140	,709	,587	98
	Hypothèse de variances inégales			,651	53,932

Test d'échantillons indépendants				
		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
suiside	Hypothèse de variances égales	,558	1,66216	2,83015
	Hypothèse de variances inégales	,518	1,66216	2,55293

Test d'échantillons indépendants				
		Test-t pour égalité des moyennes		
		Intervalle de confiance 95% de la différence		
		Inférieure	Supérieure	
suiside	Hypothèse de variances égales	-3,95418	7,27850	
	Hypothèse de variances inégales	-3,45629	6,78062	

Statistiques de groupe					
	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
presionpsychologique	homme	26	97,2692	21,66021	4,24792
	femme	74	92,2162	27,09207	3,14939

Test d'échantillons indépendants				
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes
		F	Sig.	t
presionpsychologique	Hypothèse de variances égales	1,876	,174	,859
	Hypothèse de variances inégales			,956

Test d'échantillons indépendants				
		Test-t pour égalité des moyennes		
		ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne
presionpsychologique	Hypothèse de variances égales	98	,393	5,05301
	Hypothèse de variances inégales	54,407	,344	5,05301

Test d'échantillons indépendants			
		Test-t pour égalité des moyennes	
		Différence écart-	Intervalle de confiance 95% de la

		type	différence	
			Inférieure	Supérieure
presionpsychologique	Hypothèse de variances égales	5,88536	-6,62629	16,73232
	Hypothèse de variances inégales	5,28805	-5,54706	15,65309

Statistiques de groupe					
	sexe	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
depression	homme	26	21,8077	12,84374	2,51886
	femme	74	18,3514	13,86869	1,61220

Test d'échantillons indépendants					
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes	
		F	Sig.	t	ddl
depression	Hypothèse de variances égales	,022	,883	1,114	98
	Hypothèse de variances inégales			1,156	46,979

Test d'échantillons indépendants				
		Test-t pour égalité des moyennes		
		Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type
depression	Hypothèse de variances égales	,268	3,45634	3,10385
	Hypothèse de variances inégales	,254	3,45634	2,99063

Test d'échantillons indépendants				
		Test-t pour égalité des moyennes		
		Intervalle de confiance 95% de la différence		
		Inférieure	Supérieure	
depression	Hypothèse de variances égales	-2,70315	9,61583	
	Hypothèse de variances inégales	-2,56010	9,47279	

Corrélations				
		presionpsychologique	suiside	depression
presionpsychologique	Corrélation de Pearson	1	,690**	,731**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000
	N	100	100	100
suiside	Corrélation de Pearson	,690**	1	,751**
	Sig. (bilatérale)	,000		,000
	N	100	100	100
depression	Corrélation de Pearson	,731**	,751**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	
	N	100	100	100

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).