

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإجتماعية و الإنسانية
قسم علم النفس



المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بالإدمان
على الأنترنت وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي
دراسة وصفية في جامعة مولود معمري

مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تحت إشراف الأستاذة:

- لعقاب مليكة

إعداد الطالبتين:

- بركاني ليزا
- بوعبيد نيسلين

السنة الدراسية: 2024/2023

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة ووفقنا لإنجاز هذا العمل.

نتوجه بجزيل الشكر والامتنان الى كل من ساعدنا من قريب أو بعيد على انجاز هذا العمل،
وتذليل ما واجهنا من صعاب ونخص بالذكر الأستاذة المشرفة "لعقاب مليكة" التي لم تبخل
علينا بتوجيهاتها ونصائحها القيمة التي كانت عوناً لنا في إتمام هذا البحث.

وندين بالفضل والعرفان والشكر إلى الأستاذ "علو" لما قدمه من مساعده في مجال المعالجة
الإحصائية كما لا يفوتنا في هذا المقام أن نشكر الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على
تفضلهم بقبول مناقشة هذه المذكرة.

كما نتقدم بجزيل الشكر إلى جميع أساتذة قسم علم النفس الأفاضل، الذين قدموا لنا المساعدة
من خلال توجيهاتهم ونصائحهم.

كذلك نشكر كل الزملاء الطلبة الذين ساعدونا في التطبيق مع تمنياتنا لهم بالنجاح.

اهداء

إلى الذي رغب ولم يرهب وأنار لنا الدروب بالتعقيل لا التعصب
إلى الذي اذا لاح له وعورة في دروبي، فسلكه قلبي وأمنه كي لا تتعثر لي
الخطى

اليه وحده الذي لازال يسندني ويحميني حتى من نفسي...والدي .

الى التي لا يوفيهها حرف ولا يكفيتها نص ولم يعلم بانجازاتها العامة
لكنها عظيمة جدا عظمة ما قدمت ومازالت تقدم، أية الحب وأيقونة الصبر
وأولى الأوطان ولمدارس... أمي.

إلى الذين اذا مستني سوء مستهم أضعافه، وإذا اتأت على هشاشة روحي
قوموها

والى الذين دثروني في صقيع أيامي، وتابعوا بشغف خطواتي المتعثرة فخطاي
المعمولة إخوتي.

وإلى كل من ساعدني من بعيد أو من قريب خاصة صديقاتي

ليزا

اهداء

إلى من وضعت الجنة تحت أقدامها وأضاعت الدروب بدعائها
إلى من أنارت طريقي إلى توأم روعي حبيبة قلبي إلى شجرتي
التي لا تزيل إلى الظل الذي أوي إليه كل حين والذي لا يملك
العطاء، أمي العزيزة أطال الله في عمرها وحفظها لي دوما
ورعاها.

إلى كل الود وأجمل المنى وأطيب الذكريات وخالص الوفاء (إخوتي
وصديقاتي).

إليكم جميعا أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع.

نيسلين

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الى معرفة العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والادمان على الانترنت و جودة الحياة لدى عينة من طلاب الجامعة مولود معمري تيزي وزو و قد تم طرح التساؤلات التالية:

- ماهي المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة الأكثر شيوعا لدى الطالب الجامعي.
- توجد علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الانترنت لدى الطالب الجامعي.

- توجد علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي.

- توجد فروق بين الجنسين في المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة.

- توجد فروق بين الجنسين في الإدمان على الانترنت.

- توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة.

استخدمنا في هذه الدراسة المنهج الوصفي و تكونت عينة الدراسة من 100 طالب و طالبة و لجمع المعلومات تم استخدام ثلاث أدوات مقياس المخططات المعرفية المبكرة اللاتكيفية لجيفري يونغ 1998، و مقياس الإدمان على الانترنت لخطاب حسين 2016، و مقياس جودة الحياة للطلبة لمحمود مسني و علي كاظم 2014 .

وبعد التأكد من خصائصها السيكمترية وصلاحيتها للتطبيق على عينة الدراسة الاساسية وبعد جمع البيانات تم تفرغها ومعالجتها احصائيا باستخدام برنامج الخزمة الإحصائية.

ومن خلاله تم التوصل الى النتائج التالية: أكثر المخططات المعرفية انتشار لدى الطالب،

وعدم تحقق أي فرضية من فرضيات الدراسة.

Summary:

The current study aimed to determine the relationship between maladaptive early cognitive schemas, Internet addiction, and quality of life among a sample of Mouloud Mammeri Tizi Ouzou university students. The following questions were posed:

-What are the most common early maladaptive cognitive schemas in university students?

- There is a relationship between maladaptive early cognitive schemas and Internet addiction among university students.

- There is a relationship between maladaptive early cognitive schemas and the quality of life of university students.

There are gender differences in maladaptive early cognitive schemas.

There are differences between genders in Internet addiction.

- There are differences between the sexes in quality of life.

In this study, we used the descriptive approach, and the study sample consisted of 100 male and female students. To collect information, three tools were used: the Early Maladaptive Cognitive Schemas Scale by Jeffrey Young 1998, the Internet Addiction Scale by Khattab Hussein 2016, and the Quality of Life Scale for Students by Mahmoud Masni and Ali Kazem 2014.

After ensuring its psychometric properties and suitability for application to the main study sample, and after collecting the data, it was transcribed and processed statistically using the statistical package program.

Through it, the following results were reached: the most widespread cognitive schema among students,

None of the study hypotheses were verified.

فهرس المحتويات

الصفحة	المحتويات
-	كلمة شكر
-	إهداء
-	فهرس المحتويات
-	فهرس الجداول
-	فهرس الأشكال
أ	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
6	1- إشكالية الدراسة
10	2- فرضيات الدراسة
11	3- أهداف الدراسة
11	4- أهمية الدراسة
12	5- أسباب اختيار موضوع الدراسة
12	6- تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة
14	7- الدراسات السابقة
28	8- التعقيب على الدراسات السابقة
الجانب النظري	
الفصل الثاني: المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة	
34	تمهيد
35	1- لمحة تاريخية عن المخططات المعرفية
37	2- تعريف المخططات المعرفية
39	3- أنواع المخططات المعرفية
41	4- تعريف المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة

46	5- خصائص المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
49	6- كيفية نشوء المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة
56	7- مجالات المخططات المعرفية الغير المتكيفة
77	8- بيولوجيا المخططات المبكرة الغير المتكيفة
80	9- آلية عمل المخطوطات (المخطوطية)
82	10- أساليب التكيف مختلة الوظيفة مع المخططات الغير المتكيفة
86	11- استجابات التكيف
93	12- نماذج المخططات
96	13- سلبيات و إيجابيات المخططات
99	14- علاج المخططات المبكرة الغير المتكيفة
105	خلاصة
الفصل الثالث: الإدمان على الأنترنت	
107	تمهيد
108	1-تعريف الإدمان
109	2- تعريف الإدمان على الأنترنت
110	3- نبذة تاريخية عن إدمان الأنترنت
111	4- أسباب الإدمان على الأنترنت
113	5- أعراض الإدمان على الأنترنت
114	6- أنواع الإدمان على الأنترنت
117	7- آثار الإدمان على الأنترنت
120	8- التفسيرات النفسية لإدمان الأنترنت
121	9- تشخيص الإدمان على الأنترنت
124	10- علاج الإدمان على الأنترنت
127	خلاصة

الفصل الرابع: جودة الحياة	
129	تمهيد
130	1- نبذة تاريخية عن نشأة و تطور مفهوم جودة الحياة
133	2- تعريف جودة الحياة
137	3- مفاهيم ذات صلة بجودة الحياة
140	4- مكونات جودة الحياة
142	5- مبادئ جودة الحياة
143	6- أبعاد جودة الحياة
144	7- مجالات جودة الحياة
146	8- النظريات والاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة
162	9- مظاهر جودة الحياة
165	10- مقومات جودة الحياة
166	11- مؤشرات جودة الحياة
167	12- معوقات جودة الحياة
169	13- كيفية تحقيق جودة الحياة لدى الطالب الجامعي
169	14- قياس جودة الحياة
174	خلاصة
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة	
176	تمهيد
177	1- منهج الدراسة
177	2- الدراسة الاستطلاعية
178	3- حدود الدراسة الاستطلاعية
178	4- عينة الدراسة الاستطلاعية و كيفية اختيارها
179	5- خصائص الدراسة الاستطلاعية

179	6- الدراسة الأساسية
179	7- حدود الدراسة الأساسية
180	8- عينة الدراسة و كيفية اختيارها
180	9- أدوات الدراسة
191	10- أساليب المعالجة الإحصائية
193	خلاصة
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات	
195	تمهيد
196	1- عرض و تحليل تساؤل الإحصاء الوصفي
197	2- عرض و تحليل الفرضية الأولى
198	3- عرض و تحليل الفرضية الثانية
200	4- عرض و تحليل الفرضية الثالثة
201	5- عرض و تحليل الفرضية الرابعة
202	6- عرض و تحليل الفرضية الخامسة
203	7- مناقشة تساؤل الإحصاء الوصفي
204	8- مناقشة الفرضية الأولى
205	9- مناقشة الفرضية الثانية
206	10- مناقشة الفرضية الثالثة
206	11- مناقشة الفرضية الرابعة
207	12- مناقشة الفرضية الخامسة
209	استنتاج عام
210	توصيات
211	خاتمة
-	قائمة المراجع
-	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	رقم الجدول
88	يوضح الاستجابات التكيفية لمختلف الأساليب التكيفية	01
98	سلبيات وإيجابيات المخططات	02
148	يمثل تصورات جودة الحياة حسب "الثوث"	03
168	معوقات تحقيق جودة الحياة	04
179	يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس	05
180	يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	06
184	يبين ثبات مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة بطريقة التجزئة النصفية	07
185	يبين حساب ثبات مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة بطريقة ألفا كرونباخ	08
185	يمثل الأبعاد وعدد البنود	09
186	يبين حساب ثبات مقياس الإدمان على الأنترنت بطريقة التجزئة النصفية	10
187	يبين حساب ثبات مقياس الإدمان على الأنترنت بطريقة ألفا كرونباخ	11
188	يوضح أبعاد أرقام بنود أبعاد مقياس جودة الحياة "لكاظم ومنسي"	12
189	يوضح طريقة تصحيح مقياس جودة الحياة "لكاظم ومنسي"	13
189	يوضح مئينيات مقياس جودة الحياة لكاظم ومنسي	14
190	يبين ثبات جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية	15
191	يبين حساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة ألفا كرونباخ	16
196	نتائج المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة الأكثر شيوعا لدى الطالب الجامعي	17

197	نتائج العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي	18
199	نتائج العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي	19
200	نتائج اختبار لفين للتجانس	20
200	نتائج الفروق بين الجنسين في المخططات المعرفية غير المتكيفة	21
201	نتائج اختبار لفين للتجانس	22
201	نتائج الفروق بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت	23
202	نتائج اختبار لفين للتجانس	24
203	نتائج الفروق بين الجنسين في جودة الحياة	25

فهرس الأشكال

الصفحة	العنوان	رقم الشكل
54	مخطط هاومسون "كيفية نشوء المخططات"	01
56	المخططات الخمسة المنضوية تحت مجال الانفصال والرفض	02
62	المخططات المنضوية تحت مجال نقص الاستقلالية و الإتقان	03
66	المخططات المنضوية ضمن مجال نقص الحدود	04
68	المخططات المنضوية تحت مجال التوجه المفرط نحو الآخرين	05
72	المخططات المنضوية تحت مجال اليقظة والكس	06
136	يوضح مفهوم جودة الحياة حسب "nordelst 1994"	07
151	يوضح جودة الحياة حسب "النظرية التكاملية"	08
153	يوضح نموذج "ستيلز ووتر"	09
154	يوضح جودة الحياة حسب "كوس ستاترا وآخرون"	10
158	يوضح نموذج "أبو سريع وآخرون"	11

مقدمة:

تعتبر مرحلة الطفولة فترة حاسمة في حياة الانسان، حيث تتشكل خلالها الأسس الأولى لشخصيته وتكوينه العاطفي والمعرفي. في هذه المرحلة، يتعرض الطفل لتجارب متعددة تؤثر بشكل كبير على نموه وتطوره البيئية الأسرية، العلاقات مع الأصدقاء، والتجارب التعليمية.

كلها تلعب دورا في تشكيل مفاهيم الطفل عن نفسه ومن العالم من حوله.

تعتبر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة من بين النتائج الرئيسية لتجارب الطفولة السلبية.

هذه المخططات هي أنماط تفكير ومعتقدات تكونت في مرحلة الطفولة نتيجة لتجارب المؤلمة أو غير مرضية قد تشمل هذه المخططات مشاعر العجز، وعدم الاستحقاق، الخوف من الفشل، والشعور بالإهمال، ونقد الذاتي المفرط. تتسم هذه المخططات بأنها غير متكيفة لأنها تعيق الفرد عن التكيف بشكل صحي مع التحديات الحياتية وتدفعه نحو سلوكيات غير صحية.

عندما ينتقل الفرد الى مرحلة الشباب والجامعة، تظل هذه هي المخططات غير المتكيفة مؤثرة عن سلوكياته وقراراته. كما يتعرض الطلاب في بيئة الجامعة لمستويات عالية من الضغوط والأكاديمية والاجتماعية، مما يجعلهم أكثر عرضة للبحث عن وسائل للتخفيف من التوتر والقلق.

إحدى هذه الوسائل هي الأنترنت، الذي يمكن أن يتحول بسهولة إلى مصدر للإدمان. وقد يكون نتيجة مباشرة للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة. فمثلا، الطالب الذي يشعر بالعجز أو عدم الاستحقاق قد يلجأ الى الأنترنت كوسيلة للهروب من هذه المشاعر السلبية، سواء عبر الألعاب الإلكترونية، مواقع التواصل الاجتماعي، أو غيرها من الأنشطة

الافتراضية. فالإنترنت توفر له بيئة تمكنه من خلالها تجنب الواقع والتحديات اليومية، ولكنه بالمقابل يعزز من مشاعر العزلة والابتعاد عن التفاعل الحقيقي مع الآخرين. كما تؤثر سلبا على جوانب متعددة من حياته بما في ذلك جودة الحياة من خلال عده طرق. أولا يمكن أن يؤدي الى تراجع الأداء الأكاديمي نتيجة لتضييع الوقت المخصص للدراسة على الأنشطة الغير المثمرة على الانترنت، ويقلل من جودة النوم والصحة العامة كما يمكن أن يؤدي الى العزلة الاجتماعية نتيجة لقضاء وقت طويل على الانترنت بدلا من التفاعل مع الاصدقاء والعائلة. وبالإضافة إلى ذلك، يمكن أن يساهم الإدمان على الأنترنت في زيادة مستويات القلق والاكتئاب نتيجة للتعرض المستمر للمحتوى السلبي أو لضغوط البقاء على اتصال دائم. مما يفاقم من تأثير المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

وعلى هذا الأساس فقد جاءت دراستنا هذه لتتناول موضوع المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة وعلاقتها بالإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي والجودة الحياة لديه، ومن انجاز هذه الدراسة وتحقيق أهدافها التي تسعى إليها فإن الأمر تطلب القيام بإنجاز جانبين علمين مكملين لبعضهما. الأول نظري تطلب إنجازا إطلاعا واسعا ومكيفا على المصادر العلمية التي تناولت متغيرات البحث، والثاني تطبيقي في الجانب النظري يتضمن الفصول التالية:

الفصل الاول: الذي يمثل تمهيدا عاما للدراسة ويتضمن مشكلة الدراسة، فرضيات الدراسة، أهداف وأهمية الدراسة، تحديد المفاهيم الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: المخصص لموضوع المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة.

الفصل الثالث: خاص بموضوع الإدمان على الأنترنت.

الفصل الرابع: خاص بموضوع جوده الحياة.

أما الجانب الميداني فيتضمن فصلين وهما:

الفصل الأول: خاص بالإجراءات الميدانية للدراسة ويتضمن تمهيد، منهج الدراسة، الدراسة الاستطلاعية، حدود وعينة الدراسة الاستطلاعية، الدراسة الأساسية، عينة وحدود الدراسة الأساسية، أدوات الدراسة وخصائصها السيكو مترية، وكذا أساليب المعالجة الإحصائية المتبعة في الدراسة.

الفصل الثاني: خاص بعرض وتحليل وتفسير النتائج، ويتضمن عرض وتحليل وتفسير نتائج الفرضيات، الاستنتاج العام، الخاتمة، لاقتراحات.

- المراجع.

- الملاحق.



الفصل الأول

الفصل الأول: الاطار العام للدراسة

- 1- إشكالية الدراسة
- 2- فرضيات الدراسة
- 3- أهداف الدراسة
- 4- أهمية الدراسة
- 5- أسباب اختيار موضوع الدراسة
- 6- تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة
- 7- الدراسات السابقة
- 8- التعقيب على الدراسات السابقة

الإشكالية:

تمثل الطفولة مرحلة مهمة في حياة الإنسان، حيث تتشكل الهوية وتنمو الشخصية بتجاربها الفريدة والمتنوعة. في هذه المرحلة، يكتسب الطفل فهما أوليا للعالم من حوله ويبدأ في بناء صورة عن ذاته وعلاقته بالآخرين. وتساهم التجارب والتحديات التي تواجهه في تطور مهاراته الاجتماعية والعاطفية والمعرفية. فمن خلال هذه التجارب، يشكل الطفل مخططاته المعرفية، ويطور تصوراتهِ عن الذات والعالم.

فتعتبر المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة ذات أهمية كبيرة في تطور الإنسان، حيث تمثل الأساس الأولي لفهمه وتفاعله مع العالم من حوله. فهذا ما توصل إليه جيفري يونغ من خلال سنوات ممارسة للعلاج المعرفي أن الأساليب التربوية الخاطئة والخبرات الصادمة والتجارب السالبة التي يعيشها الفرد خاصة خلال طفولته تؤدي إلى تشكل نظرة سالبة حول نفسه و حول العالم، و هذا ما يؤثر على معتقداته و البناء المعرفي الذي يعمل على توجيه سلوكه.

وقد حظيت المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة باهتمام من طرف العديد من الباحثين، حيث عرفها "جيفري يونغ" بأنها أفكار رئيسية نافذة وعريضة بخصوص الذات وعلاقات الفرد بالآخرين. ركزت النظرية المعرفية أن المعتقدات الجوهرية السلبية حول الذات والآخرين والعالم الخارجي إنما تدل على وجود المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة التي تكمن وراء تطور الاضطرابات الانفعالية، واستمرارها ويعتقد أن تلك المخططات المختلة وظيفيا تتطور في مرحلة مبكرة من حياة الشخص من خلال التفاعلات السلبية مع مقدمي الرعاية الأولية، وأثناء التنشئة الاجتماعية، وتجعل الشخص أكثر قابلية للإصابة بالمشكلات والاضطرابات النفسية. (Vleibergett et al. 2010)

وأكد كوترو (1992) Cottraux بأن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة هي نماذج غير شعورية متواجدة في الذاكرة طويلة المدى تأخذ منبعها من الطفولة و المراهقة، وتسيطر على حياة الفرد في مرحلة الرشد و هي ذاتية و مؤلمة، فهي تمثل عبء الماضي على مستقبل الفرد. كما يؤكد كوترو (2001) Cottraux بأن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة تترجم من خلال السلوكيات الانهزامية، التي تظهر مبكرا أثناء النمو وتتكسر طيلة مراحل حياة الفرد. كما أن محتويات المخططات تبقى كامنة و متجنبة من قبل الفرد الذي لا يدرك سيرورة تحكمها في حياته. كما أنها تمثل واحد من العناصر التي تشكل الشخصية ومصدر لسيناريوهات الحياة. فرغم اعتقاد الفرد بأنه سيغير حياته إلا أنه بسبب المخططات الغير المتكيفة سيكرر بدون انقطاع نفس الأخطاء التي ارتكبها سابقا.

كما نوه يونج و غليهوركي (1997) Young & Gluhoski إلى أن كل المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة المضوية تحت المجالات الخمس هي مستمرة وصعبة التغيير، يتم استثارتها من خلال الأحداث التفاعلية الراهنة المشحونة انفعاليا، و التي تترجم الاستجابات السلوكية للفرد اعتمادا على أحد النماذج المختلة وظيفيا، التي تسمح بتكيف مع مخططاتها، تجنباً للإحساس بالشحنات الانفعالية الحادة. (Young&Gluhoski,1997)

وقد حدد يونج وزملاءه (2003) Young et al ثلاث نماذج مختلة وظيفيا، المواجهة (التعويض) الذي يجعل الفرد يحاول بكل قواه أن يكون عكس ما كان عليه في الماضي. الهروب (التجنب) الذي يحث الفرد على الابتعاد عن الأفكار التي تنشط المخطط الغير المتكيف. الإستسلام (الخضوع) الذي يقود الفرد إلى الاقتناع بالأفكار والمشاعر المؤلمة التي ينشطها المخطط. ومن هنا يمكن القول أن المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة توفر مناخ للاستعداد للإصابة بأشكال من الاضطرابات النفسية أو المشاكل أو اللجوء إلى أساليب خاطئة لحل هذه المشاكل.

نخص بالذكر الإدمان على الانترنت والتي تعتبر من المشكلات الراهنة التي تواجه عالمنا المعاصر، وتعرف بأنها اضطراب التحكم في الاندفاعات في استخدام الأنترنت بدون هدف مقصود، والذي يتضمن السكر وفقدان الوعي.

(محمد النوبي محمد علي، 2010، ص35)

فقد بدأت البداية الفعلية للانتشار العالمي للأنترنت «Internet» سنة 1990، حيث كان استخدام الشبكة مختصرا فقط على المؤسسات الحكومية، مصالح الدفاع ومراكز البحث. قدرت نسبة استخدام الشباب والراشدين للأنترنت في الولايات المتحدة الأمريكية بـ 9 % ومع التقدم التكنولوجي وتطور الحواسيب والهواتف الذكية ذات تطبيقات " الأندرويد" تزايدت وارتفعت النسبة بشكل كبير وسريع، وفي عام 2010 أصبحت نسبة مستخدمي الأنترنت أكثر من 40 % من مجموع سكان العالم.

(نومار مريم نريمان، 2012، ص57)

كما توسعت وازدادت فئات مستخدميها في وقتنا الحالي من فئة المراهقين والراشدين، والكهول، حيث شملت كل فئات وشرائح المجتمع (التلاميذ والطلبة الجامعيين، الأساتذة...) وهذا نظرا لسهولة استخدامها والوصول إليها. وإذا رجعنا إلى الدراسات السابقة التي تناولت مشكلة الإدمان على الأنترنت فكلها تتحدث عن مصطلحات متشابهة كما حددت أعراضا متشابهة للإدمان على الأنترنت، فهناك من أرجع مشكلة الإدمان على الأنترنت كمشكلة سوء استخدام الانترنت، وهناك من أرجعنا لاستخدام المفرط أو القهري للأنترنت بصاحبه أعراض فيزيولوجية، جسدية، نفسية، اجتماعية، أسرية، تربوية تهدد سلامة وحياة الفرد المدمن على الأنترنت. لقد حدد التصنيف الجديد للدليل التشخيصي الإحصائي للطب النفسي سنة 2013 (DSM 5) تعريفا للإدمان على الانترنت بأنه " اضطراب نفسي وسلوكي ناتج عن استخدام

الفرط بنشاط متزايد وقهري للإنترنت، تصاحبه أعراض الإنسحابية وعدم القدرة على الضبط الذاتي للفرد مما يدفعه للاستخدام بشكل مستمر. (DSM 5, 2013)

إن الإدمان على الإنترنت مشكل خطير وواقعي يؤدي بالشخص المفرط في استخدامه بعواقب وخيمة كأن يخسر علاقته الاجتماعية الواقعية المهمة، فرص الدراسة والعمل، كما يؤدي إلى إهمال الحياة النفسية، الأسرية، الاجتماعية والمهنية. ومن بين الفئات الأكثر عرضة لسوء استخدام الإنترنت نجد فئة الطلبة الجامعيين بحيث يغير من سلوكياتهم السوية ويمهد لظهور سلوكيات مرضية. وهي وسيلة تكون دخيلة وتتنافى مع عادات وتقاليد المجتمع الجزائري كالتقليد الأعمى للحضارة الغربية باستهلاك الأفكار السلبية وتشجيع الجريمة الالكترونية والرديلة.

وقد يؤثر الإدمان على الإنترنت على جودة الحياة الطالب الجامعي، وذلك عن طريق تأثيرها على صحته الجسمية والنفسية والتعليمية وعدم حسن إدارة الوقت، وعلاقاته الاجتماعية. ويمكن تعريف جودة الحياة بالرضا التام عن نوعية الحياة التي نعيشها بما فيها من تغيرات ومشاكل وصعوبات، من أجل الوصول إلى تحقيق التوافق النفسي والصحة النفسية. ولقد عرفها كل من الباحثين منسى و كاظم بأنها: شعور الفرد بالرضا و السعادة و قدرته على اشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة و رقي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية و الاجتماعية و التعليمية و النفسية مع حسن ادارته للوقت و الاستفادة منه.

(منسى و كاظم، 2010، ص45)

لذا أتت هذه الدراسة محاولة الكشف عن العلاقة المحتملة بين المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة والإدمان على الإنترنت وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي. وتحاول الدراسة الإجابة على مجموعة من التساؤلات التالية:

- ما هي المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة الأكثر شيوعاً لدى الطالب الجامعي؟
- هل توجد علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الإنترنت لدى الطالب الجامعي؟
- هل توجد علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي؟
- هل توجد فروق بين الجنسين على مستوى المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة؟
- هل توجد فروق بين الجنسين في الإدمان على الإنترنت؟
- هل توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة؟

2- فرضيات الدراسة:

- توجد علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الإنترنت لدى الطالب الجامعي.
- توجد علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي.
- توجد فروق بين الجنسين على مستوى المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة.
- توجد فروق بين الجنسين في الإدمان على الإنترنت.
- توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة.

3- أهداف الدراسة:

- الكشف عن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة الأكثر شيوعاً لدى الطالب الجامعي.

- التعرف على مدى وجود علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي.
- التعرف على مدى علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي.
- معرفة مدى وجود فروق بين الجنسين على مستوى المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة.
- معرفة مدى وجود فروق بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت.
- معرفة مدى وجود فروق بين الجنسين في جودة الحياة.

4- أهمية الدراسة:

- إن لدراستنا هذه أهمية في كونها تناولت شريحة مهمة في المجتمع ألا وهي الطلبة الجامعيين الجزائريين، وبالتحديد طلبة جامعة مولود معمري تيزي وزو، الذين يمثلون نخبة المجتمع التي لازالت في مرحلة الإعداد والتكوين، ودورهم الكبير في النهضة الحالية والمستقبلية.
- وتبرز أهمية دراستنا كذلك في كونها تبحث عن علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي وجودة الحياة لديه.
- الاستفادة من نتائج الدراسة في مجال البحث العلمي.

5- أسباب اختيار موضوع الدراسة:

- مساهمة في دراسة نفسية للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لدى المدمن على الأنترنت.
- الميول الشخصي إلى المواضيع المتعلقة بالطلبة.

- قابلية البحث للدراسة من الناحية النظرية والميدانية.
- إشباع الفضول العلمي من حيث تناول هذا الموضوع.

6-تحديد المفاهيم الإجرائية الأساسية للدراسة:

المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة:

هي اختلال وظيفي واضح، مكون من ذكريات، انفعالات، معارف وإحساسات جسدية، تتشكل خلال مرحلتي الطفولة أو المراهقة، تتعلق بالذات أو العلاقات مع الآخرين. إجرائيا: تعرف المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة إجرائيا في الدراسة الحالية بأنها الدرجة الكلية التي يحصل عليها الطالب الجامعي في مقياس "جيفري يونغ" للمخططات في صورته المختصرة والتي تحتوي على 15 مخطط ضمن 5 مجالات.

الإدمان على الأنترنت:

هو نوع من الإدمان يشمل الاعتماد المفرط على استخدام الأنترنت بشكل متكرر ومتطرف، مما يؤثر سلبا على حياة الفرد ويؤثر على علاقاته ووظائفه وصحته النفسية والجسدية.

إجرائيا: هي الدرجة التي يحصل عليها الطالب الجامعي في مقياس الإدمان على الأنترنت من إعداد الباحث "حسين خطاب سنة 2016".

جودة الحياة:

شعور الفرد بالرضا والسعادة عن حياته، أي أنها حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادر على اشباع حاجاته المختلفة من خلال ما يتوفر لديه من قدرات وإمكانيات في ضوء الظروف المحيطة به.

إجرائيا: هي الدرجة التي يحصل عليها الطالب الجامعي على أبعاد مقياس جودة الحياة للطلبة الجامعيين الذي أعده الباحثان محمود منسي وعلي كاظم وقام بتقنيته على البيئة الجزائرية الباحث "عبد الحفيظي يحي سنة 2015-2016".

الطالب الجامعي: هو الشخص الذي سمحت له كفاءته العلمية بالانتقال من المرحلة الثانوية أو مراكز التكوين التقني إلى الجامعة تابعا لتخصصه الفرعي بواسطة شهادة تؤهله لذلك.

إجرائيا: هو كل شخص يدرس في الجامعة ويزاول دراسته في جامعة مولود معمري تيزي وزو.

7 - الدراسات السابقة:

الدراسات التي تناولت المخططات المعرفية المبكرة الغير متكيفة:

الدراسات المحلية:

➤ دراسة عيشوني شهرزاد 2011:

بعنوان "المخططات المبكرة الغير متكيفة عند المدمنين على المخدرات"، والتي حاولت منها الباحثة معرفة ماهية المخططات المبكرة الغير متكيفة التي تنشط بإفراط في شخصية المدمنين على المخدرات، وماهية ترتيب هذه المخططات، اين أجرت دراستها بمركز الوقاية والعلاج من الإدمان على المخدرات بمستشفى "فرانز قانون" بالبلدية في الفترة الممتدة من سبتمبر 2010 الى ماي 2011، على عينة من المدمنين بلغت 40 فرد، تم اختيارهم بطريقة قصدية، واستعملت استمارة معلمات واختبار سوء استعمال المخدرات Dast 10 الى جاب مقاس وتوزيع للمخططات المبكرة الغير متكيفة YSQ-S1 بصورته المختصرة، خرجت الباحثة بنتيجة ومفادها وجود قيم دالة احصائيا في مقياس يونغ للمخططات في صورته المختصرة، يكون المخططات تنشط عند المدمنين على المخدرات وتؤثر في شخصيتهم أي انهم يتميزون بمخططات مبالغ فيها، وتوجد مخططات مبكرة غير متكيفة

تنشط بدرجة كبيرة عند المدمنين وتلعب دورا هاما في حياتهم وهي المخططات رقم 12 الإهمال/ عدو الاستقرار، المخطط رقم 11 التضحية/ انكار الذات، المخطط رقم 13 المتطلبات المبالغ فيها، المخطط رقم 14 حقوق شخصية مبالغ فيها، المخطط 3 عدم التحكم في الاستعمال/ الحذر، المخطط 4 العزلة لاجتماعية، المخطط 8 الانجراحية، المخطط 9 العلاقات الإنصهارية، والمخطط 15 نقص القدرة على التحكم في الذات.

➤ دراسة نويشي فاطمة الزهراء (2014):

تحت عنوان المخططات المبكرة الغير متكيفة والادمان على الألعاب الالكترونية العنيفة وعلاقتها بتنمية السلوك العدواني للمراهق.

هدفت الدراسة الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين السلوك العدواني وكل ن المخططات المبكرة غير المتكيفة والادمان على الألعاب الالكترونية.

تكونت العينة من 200 تلميذ وتلميذة، واستخدمت الباحثة مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ، ومقياس العدوانية لـ Purry, buss وقامت ببناء مقياس الإدمان على الألعاب الالكترونية العنيفة.

وتوصلت الدراسة الى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين السلوك العدواني وكل من مخطط (النقص العاطفي، الشعور بالتخلي، الإهمال، مخطط الفشل، مخطط التضحية، الحقوق الشخصية المتطلبة والمفرطة)، وعدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا مع باقي المخططات.

وتوصلت أيضا الى عدم وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين السلوك العدواني والادمان على الألعاب الالكترونية العنيفة.

الدراسات العربية:

➤ دراسة راندة محمد سيد احمد (2020):

بعنوان "علاقة بين المخططات المعرفية اللاتكيفية في خدمة الفرد وادمان الألعاب الالكترونية لدى عينة من الطالبات الجامعيات، دراسة تنبؤية، حيث حاولت الدراسة الى الكشف عن طبيعة العلاقة بين كل من المخططات المعرفية اللاتكيفية وادمان الألعاب الالكترونية، تحديد المخططات المعرفية اللاتكيفية الأكثر تنبؤًا بإدمان الطالبات الجامعيات للألعاب الالكترونية. وتنتمي الدراسة للدراسات الوصفية، اين طبقت على عينة من الطالبات الجامعيات بلغت 215 طالبة، وتم استخدام مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ، ومقياس الإدمان على الألعاب الالكترونية من اعداد الباحثة، اثبتت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين الجانب النفسي والاجتماعي لإدمان الألعاب الالكترونية لدى الطالبات والمخططات المعرفية اللاتكيفية، واطهرت النتائج ان الطالبات غير المدمنات على الألعاب الالكترونية حصلن على متوسطات حسابية ادنى مقارنة بمدمنات الألعاب الالكترونية، وأخيرا كشفت الدراسة ان اكثر المخططات المعرفية اللاتكيفية تنبؤًا بإدمان الألعاب الالكترونية تظهر تأثيرها في الجانب الاجتماعي المحيط بحياة الطالبة وتمثلت مخططاته في ضعف الأداء والحكم الذاتي، التوجه نحو الآخر الترقب الزائد، الانفصال والرفض، وهو ما يؤكد على وجود علاقة ارتباطية بين الإدمان على الألعاب الالكترونية وتشوه المخططات المعرفية اللاتكيفية لدى عينة الدراسة.

هذه الدراسة التي تعتبر هامة كونها حلت علاقة الإدمان وتشوه المخططات المعرفية اللاتكيفية. (راندا 2020، ص 884).

الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة الباحث فيواولبيوغ وآخرون 2002:

بعنوان: العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والضغط المدرك في جامعة تولوز فرنسا.

فوق نظرية المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ فان هذه الأخيرة تتطور اثناء الطفولة، ويفترض ان لها خاصية الاستقرار ولكن عند تنشيط المخططات فإنها تؤثر على إدراك الفرد للعالم الخارجي، وتختلف تشوهات معرفية ومن هذا المنطلق قام الباحث بالتحقيق من الافتراض بدراسة مدى تأثير هذه المخططات على إدراك الفرد للضغط. فقد أجريت الدراسة على عينة مكونة من 132 طالب جامعي يدرسون في السنتين الثانية والثالثة جامعي، كما انها استعملت المهج الوصفي واستعملت المقاييس التالية:

مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ، سلم الضغط المدرك ولقد بينت الدراسة ان بعض المخططات المعرفية والمبكرة غير المتكيفة تؤثر فعلا على إدراك الفرد للضغط، وخاصة في ظهور مشاعر الإهمال على إدراك الضغط.

(زميتي تين حنان 2014، ص 11).

➤ دراسة قريبوت Gribot ومارشو Marchoud:

عنوانها: المخططات المبكرة غير المتكيفة عن المدمنين على المخدرات:

الهدف من هذه الدراسة هو التعرف على المخططات المبكرة غير المتكيفة وعلى أساليب التوافق اللاوظيفية التي استخدمها ثلاث (03) طلبة ذكور من كبار متعاطي المخدرات، بلغ سنهم على التوالي (20،21،24 سنة) يدمنون بمعدل خمس مرات في الأسبوع وتوفرت فيهم اعراض الإدمان حسب DSM4، طبق على كل واحد منهم ستة (06)

حصص بمعدل (خمسين) دقيقة للحصة الواحدة، حيث قام في الثلاث (03) حصص الأولى بجمع معلومات من الحالات خاصة حول استهلاكهم للمخدرات، وذلك عن طريق المقابلة نصف الموجهة واختبار تعاطي المخدرات، كما طبق عليهم أربعة (04) اختبارات ليونغ (المخططات المبكرة غير المتكيفة، والاتجاهات الوالدية، واستراتيجية التجنب، واستراتيجية التعويض) وذلك من أجل اختبار الفرضيات التالية:

- استهلاك المخدرات يكون نتيجة إعادة نشاط مخطط نقص الرقابة الذاتية، ومخطط الحقوق الشخصية المبالغ فيها.

- الاستمرارية في استهلاك المخدرات يعود لاستعمال أساليب تكيف غير وظيفية لتجنب أو لتعويض المخططات التالية: التخلي / عدم الاستقرار، والشك/ التعدي، والحرمان العاطفي وعدم الاتقان/ الخجل، وكذا مخطط العزلة الاجتماعية، والفشل، والتبعية والمراقبة المفرطة للانفعالات.

أوضحت النتائج ان هؤلاء الطلبة يتميزن بمخطط الحرمان العاطفي مما يدل على ان المحيطين بهم لم يقدموا لهم الدعم العاطفي الذي يحتاجونه، واستهلاك المخدرات هو بمثابة تجنب يتعامل به امام نشاط هذه المخططات.

ولاحظت ان مخطط نقص الرقابة الذاتية، ومخطط الحقوق الشخصية المبالغ فيها موجود لدى الحالات الثلاثة مما يدل على ان الفرد لا يستطيع تحمل الإحباط في رغباته وهو غير قادر على توجيه انفعالاته وعواطفه، فالحالة الأولى تجنب العلاقات الحميمة لأنه لا ينتظر منها شيء، فأعادة تفعيل هذا المخطط لديه يجعل يحس بالإهمال ويضعه في موقف الخوف واستهلاكه للمخدرات يزداد كلما ازداد احساسه بالإهمال.

اما الحالة الثانية فتجنب إعادة نشاط مخطط نقص الرقابة الذاتية، وكاستجابة لهذا المخطط يحس بالفشل وبأحاسيس النقص، وهو يعوض ذلك بالعمل الدؤوب، وكذا

فالاستهلاك يجعله في حالة انعزال، وهذا نشط بدوره مخطط الحرمان العاطفي والذي يحاول تجنبه عن طريق مخطط نقص الرقابة الذاتية، ومنه عن طريق استهلاك المخدرات. وتوصل الى ان الحالة الثالثة نشط لديه مخطط التخلي (عدم الاستقرار، ومخطط الحرمان العاطفي، والى ان هذه الحالة غيورة جدا ويتهم الآخرين بتركه ويخاف من الم الخسارة الذي يكون بإعادة نشاط مخطط التخلي) عدم الاستقرار، وهو يتجنب العلاقات الحميمة ما يجعله منعزل وهذا ما يفعل لديه شعور فقدان والتخلي، واستهلاك المخدرات يكون لتجنب إعادة نشاط هذا المخطط، عدم لا يستطيع تعويضه.

➤ دراسة بيلو واخرون (bailleux et all 2008):

هي دراسة ترابطية بين المخططات المبكرة غير المتكيفة واستراتيجيات التعامل (عند المرضى المدمنين على الكحول والمكتئبين) أي التطرق الى الوظيفة النفسية المرضية وأثر الاستشفاء ودراسة ذلك قام الباحثون بتطبيق اختبار يونغ (Y5Q-S1) واختبار التكيف لفيناليانو Vitaliano (WCC-R) واختبار بيك Beck للاكتئاب، واختبار القلق لسبيلبرجر (STAI.A-B) على ثمانية عشر (18) فردا مدمننا على الكحول و (15) فردا يعانون من الاكتئاب ماكثين بالمستشفى للتداوي.

وجاءت النتائج تشير الى وجود ترابط دال بين المخططات المبكرة غير المتكيفة واستراتيجيات التعامل (خاصة الاستراتيجيات المركز حول التجنب) حيث ان الفشل ارتبط إيجابيا باستراتيجية التجنب.

➤ دراسة كامرا وكالفيت (Camara et Calvate):

عنوان الدراسة: المخططات غير المتكيفة المبكرة كوسيط في تأثير احداث الحياة المجهدة في القلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة،

Early maladaptive scgemas as moderators of the impact of stressful events on anxiety and depression in university students.

أسباب الدراسة: فحص واختبار قدرة المخططات على التنبؤ بأعراض القلق والاكتئاب، بالإضافة الى دراسة الفروق على الأدوات المستخدمة.

عينة الدراسة: تكونت عينة الدراسة من (510) طالب وطالبة من طلبة السنتين الدراسيتين الأولى والثانية في جامعة " ديوستو " في اسبانيا، حيث بلغ عدد الإناث (33) في حين بلغ عدد الذكور (122).

أدوات الدراسة: اشتملت أدوات الدراسة على: استبيان ضغوط الحياة المجهد، استبيان الضغوط الاجتماعية، اختبار المخطط ليونغ. (YSQ-L2).

نتائج الدراسة: أوضحت نتائج الدراسة ان المخططات غير التكيفية المبكرة القدرة على التنبؤ بأعراض القلق والاكتئاب وقد جاءت درجات الإناث اعلى من درجات الذكور في المخططات الهجر، الاعتمادية، الحساسية المفرطة للأذى والأمراض، الفشل، في حين جاءت درجات الذكور اعلى من الإناث في مخططات الحرمان الانفعاليين الإخفاق، (اسيمة معن ظافر 2015، ص20).

✚ الدراسات السابقة التي تناولت جودة الحياة:

دراسات محلية:

➤ دراسة عبد الصمد واحمان (2019):

هدفت الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى عينة من الشباب المدمن على المخدرات وفقا لشروط معينة وكذا معرفة الفروق في هذا المتغير تبعا لكل من المستوى التعليمي ومدة العلاج ولتحقيق الأهداف ثم الاستعانة بالمنهج الوصفي الفارقي، وتم اجراء هذه الدراسة على عينة قصدية من الشباب المدمن على المخدرات وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة الذي يتكون من 60 بند موزعة على 06 محاور، وقد أظهرت النتائج انخفاض في مستوى الجودة.

➤ دراسة برباج (2020):

والتي هدفت الى التعرف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الاكاديمي لدى طلبة قسم علم النفس بجامعة المسيلة، والى التعرف على مستوى كل من جودة الحياة والتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الاكاديمي الى جانب التعرف الى مستوى الفروق بين الجنسين في متغيرات الدراسة، تكونت عينة الدراسة من (450) طالب وطالبة من قسم علم النفس، ت اختيارهم بطريقة العشوائية الطبقية ولتحقيق اهداف الدراسة كل من مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وكاظم(2006) ومقياس واقعية الإنجاز الاكاديمي لعبد الرحمن بن ريكة (2007) واستبيان للتفكير الابتكاري من اعداد الباحثة، باستخدام المنهج الارتباطي وبعد المعالجة الإحصائية تم التوصل الى:

- مستوى جودة الحياة لدى طلبة قسم علم النفس بجامعة المسيلة متوسط.
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات افراد عينة الدراسة على مقياس جودة الحياة تعزى لمتغير الجنس.

➤ دراسة كوكب الزمان بليردوح (2021):

بعنوان: جودة الحياة لدى اشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا (كوفيد 19) بجامعة العربي بن مهدي ام البواقي، الجزائر.

هدفت هذه الدراسة الى معرفة مستوى جودة الحياة لدى اشخاص ذوي الاحتياجات الخاصة في ظل جائحة كورونا، إضافة الى معرفة ما اذا كانت هناك فروق في مستوى جودة الحياة حسب متغير الجنس، السن ونوع الاحتياج. ومن اجل تحقيق اهداف الدراسة تم استخدام المنهج الوصفي، وتم الاعتماد على مقياس جودة الحياة لبشرى إسماعيل (2008)، والذي تم تطبيقه خلال سنة 2021 على عينة متكونة من (38) شخص من ذوي الاحتياجات الخاصة الجزائريين (12 اناث، 26 ذكور)، وبعد جمع البيانات الكترونيا تم تحليلها بالاعتماد على المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية، إضافة الى اختبار مان ويتي (whitney(u de mann) لعينتين مستقلتين. واختبار كروسكال واليس (kruskal

(walis test) لأكثر من عينتين وذلك من خلال استخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية (SPSS) وأسفرت النتائج أن ذوي الاحتياجات الخاصة يتمتعون بدرجة متوسطة من جودة الحياة في ظل جائحة كورونا وأنه لا توجد فروق دالة إحصائية في جودة الحياة... لمتغير الجنس، السن ونوع الاحتياج (بليردوح، 2021، ص 81).

➤ دراسة نعيمة بوعامر اما بن عبد الرحمان (2021):

عنوان الدراسة: مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات "دراسة ميدانية بولاية الأغواط" مخبر الإرشاد النفسي وتطوير أدوات القياس في الوسط المدرسي جامعة غرداية.

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد في ضوء بعض المتغيرات الوسيطة: "المستوى التعليمي للأم، المستوى الاقتصادي للأسرة، درجة إصابة الطفل بالتوحد". ولتحقيق أهداف الدراسة من 50 أم مصاب بالتوحد، واعتمدنا على مقياس جودة الحياة من إعداد الباحثة. وبعد المعالجة الإحصائية توصلنا إلى النتائج التالية:

- مستوى جودة الحياة لدى أمهات الأطفال المصابين بالتوحد تتسم بالانخفاض
- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير درجة إصابة الطفل بالتوحد.
- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المستوى التعليمي للأم.
- توجد فروق دالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى أفراد العينة تبعاً لمتغير المستوى الاقتصادي للأسرة. (بوعامر عبد الرحمان، ص 149).

دراسات عربية:

➤ دراسة الكبيسي (2016):

هدفت الدراسة الى التعرف على الفروق في مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس في جامعة عمر المختار (ليبيا) تبعا لمتغير البلد الذي ينتمي اليه المدرس (ليبيا، العراق، مصر). ولتحقيق اهداف الدراسة استخدم الباحث مقياس جودة الحياة مكون من 42 عبارة من اعداده على عينة مكونة من (210) فردا بواقع (170) من الذكور و(40) من الإناث، وظهرت النتائج ما يلي:

- مستوى جودة الحياة لدى أعضاء هيئة التدريس منخفض.
 - توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى جودة الحياة بحسب النوع لصالح الإناث.
- دراسة سمير عبد العزيز الغولة (2018): بعنوان: مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، كلية الدراسات العليا التربوية، جامعة الملك عبد العزيز.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية وعلاقتها ببعض المتغيرات. تكونت العينة من (160) طالب وطالبة مسجلين بمركزي ذوي الاحتياجات الخاصة بجامعة الملك عبد العزيز والجامعة الأردنية. قامت الباحثة بتطوير مقياس جودة الحياة الذي أعده منسي وكاظم (2006).

اشارت النتائج الى توسط مستوى جودة الحياة لدى الطلبة ذوي الإعاقة في الجامعة الأردنية. وأشارت النتائج الى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى جودة الحياة لدى افراد عينة الدراسة الكلية ... لمتغير الجنس، ولصالح الذكور، كما اشارت النتائج الى وجود فروق في مستوى جودة الحياة لدى افراد عينة الدراسة الكلية ... لمتغير نوع الإعاقة لصالح الطلبة ذوي الاعاقات البصرية في حين لم تكن هناك فروقا ... لمتغير المستوى التعليمي. (غولة، 2018: 1).

الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة (Piovesan, Scortegagna et Marchi) (2015):

تهدف هذه الدراسة الى تحقيق جودة الحياة الأسرية ووجود اعراض الاكتئاب لدى أمهات الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد. وقد تكونت عينة الدراسة من (40) اما تتراوح اعمارهن ما بين 28 و 72 عاما وذوات الدخل المتوسط او منخفض ومستويات تعليم مختلفة ولديهن أبناء تتراوح أعمارهم بين 10-40 عاما، وقد أظهرت النتائج ان عمر الأمهات وسنوات التعليم والحالة الاجتماعية ومنطقة الإقامة ونشاط العمل لم تظهر ارتباطا كبيرا مع جودة الحياة ووجود اعراض الاكتئاب، كما أظهرت النتائج وجود علاقة إيجابية بين الدخل وجودة الحياة فكلما انخفض مجال البيئة سواء السلامة الجسدية، او الحماية، او الموارد المالية او الصحة، او الرعاية الاجتماعية، الامر الذي يشير الى انخفاض جودة الحياة بانخفاض الدخل.

(Piovesan, Scortegagna et Marchi, 2015)

➤ دراسة (Misura et Memisevic) (2017):

تهدف هذه الدراسة الى فحص جودة الحياة الأسرية وتأثير النوع والحالة التعليمية على جودة الحياة الأسرية لأباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية في كرواتيا. وقد تكونت عينة الدراسة من 50 من والدي الأطفال ذوي الإعاقة العقلية و50 من والدي الأطفال العاديين، وقد أظهرت النتائج ان هناك فرقا بين جودة الحياة الأسرية لأباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية وابعاء الأطفال العاديين، كما كانت تأثيرات النوع والحالة التعليمية على نوعية حياة اباء الأطفال ذوي الإعاقة العقلية أيضا لصالح الأباء حيث أظهرت النتائج ان الأباء ذو المستوى التعليمي المرتفع يتمتعون بجودة حياة اسرية أفضل من الأمهات. (Misura et Memisevic, 2017).

الدراسات السابقة التي تناولت الإدمان على الانترنت:

دراسات محلية:

➤ دراسة امقران صباح (2017):

بعنوان: ادمان الانترنت وعلاقته باضطراب النوم دراسة ميدانية بجامعة ام البواقي، حيث هدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين ادمان الانترنت واضطرابات النوم لدى عينة من طلاب جامعة العربي بن مهدي جامعة ام البواقي، الجزائر وتكونت عينة الدراسة من (100) طالب من الجنسين بواقع (58) طالبة و (42) طالب، ولتحقيق اهداف الدراسة تم اتباع المنهج الوصفي الارتباطي كما قد استخدم كل من المنهج من مقياس ادمان الانترنت لـ "بشرى احمد"، واضطرابات النوم من اعداد "افراح هادي هادي حمادي طائي".

وكشفت الدراسة عن وجود ارتفاع نسبي في درجة ادمان الانترنت وكذلك ارتفاع نسبي في اضطرابات النوم مع وجود علاقة ارتباطية موجبة بين ادمان الانترنت واضطرابات النوم.

➤ دراسة سمية بوبعاية (2017):

بعنوان الإدمان على الانترنت وعلاقته بظهور اضطرابات النوم لدى عينة من الطلبة الجامعيين وقد كانت دراسة ميدانية بجامعة المسيلة.

حيث هدفت الدراسة الى تقصي العلاقة بين درجة الإدمان على الانترنت وظهور اضطرابات النوم لدى عينة من الشباب الجامعي بجامعة محمد بوضياف المسيلة، كما سعت الدراسة الى التعرف على درجة ادمان عينة الدراسة على الانترنت، وفيما إذا كانت تعاني من اضطراب النوم، وكذلك هدفت الى التحقق من وجود فروق دالة احصائيا في ادمان الانترنت... لمتغير الجنس وأيضا الفروق في ظهور اضطرابات النوم... لمتغير الوظيفة (عامل، غير عامل). وللإجابة عن أسئلة الدراسة واختبار فروضها استخدمت الطالبة الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، وتكونت عينة الدراسة من (152) من الطلبة الجامعيين الشباب، ولجمع المعلومات تم استخدام اداتين هما مقياس ادمان الانترنت لأحمد (2007)

ومقياس اضطرابات النوم لانور حمودة... (2007)، تم إعادة حساب خصائصه السيكومترية بعد تطبيقه في البيئة المحلية. وقد تم اعتماد الأساليب الإحصائية التالية، المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، اختبارات للفروق ومعاملات الارتباط، توصلت الدراسة الى النتائج التالية:

1. توجد علاقة دالة احصائيا بين درجة الإدمان على الانترنت ودرجة ظهور اضطرابات النوم لدى عينة الدراسة.
2. درجة الإدمان على الانترنت ضعيفة لدى عينة الدراسة.
3. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في درجة ادمان الانترنت لمتغير الجنس لدى عينة الدراسة لصالح الذكور.
4. درجة ظهور اضطرابات النوم متوسطة لدى عينة الدراسة.
5. توجد فروق ذات دلالة إحصائية في ظهور اضطرابات النوم لمتغير الوظيفة (عامل، غير عامل) لدى عينة الدراسة لصالح العاملين.

الدراسات العربية:

➤ دراسة ارنوط بشرى (2007):

هدفت الى تفحص العلاقة بين ادمان الانترنت وابعاد الشخصي والاضطرابات النفسية لدى المراهقين وتفحص الفروق الفردية لدى مدمني الانترنت ومدمناته في ابعاد شخصية والاضطرابات النفسية، وكذلك تفحص الفروق بين مدمني الانترنت وغير مدمنيه في ابعاد الشخصية والاضطرابات النفسية. وقد أجريت الدراسة على عينة قوامها (1000) طالبا جامعا. (546) منهم مدمنون على الانترنت و (454) منهم غير مدمنين على الانترنت وقامت الباحثة بإعداد مقياس للإدمان على الانترنت، اشارت نتائج الدراسة الى ما يليك - وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني الانترنت وغير مدمنيه في ابعاد الشخصية والاضطرابات النفسية.

- وجود ارتباط دال احصائياً بين الاضطرابات النفسية وابعاد الشخصية وادمان الانترنت.

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني الانترنت ومدمناته في ابعاد الشخصية والاضطرابات النفسية. (ارنوط بشرى، 2007، ص10).

➤ دراسة امل بنت علي ناصر الزايدي (2014):

عنوانها: ادمان الانترنت وعلاقته بالتواصل الاجتماعي والتحصيل الدراسي لدى طلبة جامعة تروى.

هدفت هذه الدراسة الى التعرف على العلاقة بين شبكة الانترنت وكلا من التواصل الاجتماعي والتحصيل الدراسي، استخدمت الباحثة مقياس ادمان الانترنت ومقياس التواصل الاجتماعي على عينة قوامها (412) طالب وطالبة، واسفرت نتائج الدراسة على ما يلي:

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير كلا من (النوع الاجتماعي، والمستوى الدراسي).

- وجود علاقة عكسية دالة احصائياً بين ادمان الانترنت والتواصل الاجتماعي.

الدراسات الأجنبية:

➤ دراسة (شو واخرون 2008 Chow et all):

عنوان الدراسة: تقييم المزاج البيوجيني وملامح الشخصية لدى المراهقين مدمني الانترنت. أجريت الدراسة على عينة من المراهقين تكونت من (686) طالبا من المدارس الثانوية في كوريا الجنوبية مستخدما اختبار ادمان الانترنت وقائمة المزاج والشخصية، وكذا مقياس التقدير الذاتي للمراهقين لـ (كونرز ووليس) الصورة المختصرة.

وقد اسفرت نتائج الدراسة ان مجموعة الأفراد مدمني الانترنت حصلوا على درجات في البروفيلات التعاونية والإدارة ودرجات اقل في البحث عن الجدية والتفوق الذاتي مقارنة بمجموعة الاستخدام الغير مشكل للانترنت. (العصيمي، 2010، ص 90).

دراسة (كيري 2010 Kayri):

عنوان الدراسة: تحليل مقياس ادمان شبكة المعلوماتية باستخدام الانحدار متعدد الأشكال او الطبقات: هدفت الدراسة الى تحديد المؤثرات الحقيقية في ادمان الشبكة المعلوماتية من خلال طريقة إحصائية وهي الانحدار متعدد الاشكال لتقدير السبب والآثار المترتبة على هذه الأسباب، أجريت الدراسة على عينة من طلاب وطالبات الثانوية متكونة من 754، في تركيا. اما أدوات الدراسة فكانت عبارة عن مقياس ادمان الانترنت لقياس مستويات الإدمان على الشبكة وكذلك الانحدار متعدد الاشكال وقد توصلت نتائج الدراسة ان العوامل التي يمكن التنبؤ بها من خلالها بإدمان الانترنت هي معدل الاستخدام اليومي لها بالساعات، فكلما زاد ذلك أدى على زيادة احتمال الوقوع في ادمان الانترنت (العمار، 2014: 408).

➤ دراسة ازبيللا واخرون (2013):

العلاقة بين الاعتماد (الإدمان) الفايسبوك واضطراب قلة النوم النوعي دراسة على عينة من الطلبة الجامعيين بالبيرو.

هدفت الدراسة الى معرفة العلاقة بين الإدمان على الفايسبوك وقلة النوم النوعي لعينة من الطلبة الجامعيين بالمدرسة العليا بالبيرو مدينة (الما)، قوامها (418) طالب وطالبة منهم (322) طالبة، (84) طالب معدل العمر لديهم/ 61، طبق عليهم استبيان ادمان الانترنت المكيف على الفايسبوك، تم التوصل الى مجموعة من النتائج من بينها: نسبة (8/6) من عينة الدراسة يعانون من الإدمان على الفايسبوك في حين ان نسبة (55/) من عينة الدراسة يعانون من قلة النوم.

توجد علاقة دالة احصائيا بين الإدمان على فاييسبوك واضراب قلة النوم النوعي لدى الطلبة الجامعيين.

- التعقيب على الدراسات السابقة:

8-1- التعقيب على الدراسات المتعلقة بالمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة:

▪ من حيث الأهداف:

سعت إلى تحقيق أهداف متنوعة وعديدة، بحيث: نجد دراسة عيشوني شهرزاد (2011) ودراسة قريبوت ribot ومارشو Marchoob اللتان هدفنا إلى التعرف على ماهية المخططات المبكرة الغير متكيفة التي تنشط بإفراط في شخصية المدمنين على المخدرات، كما نجد أيضا دراسة نويشي فاطمة زهراء (2014) والى الله أبجد ودراسة راندا محمد سيد احمد (2020) اللتان هدفنا إلى التعرف على علاقة المخططات المبكرة غير المتكيفة والسلوك العدواني والإدمان على الألعاب الالكترونية. وكذلك نجد دراسة ولبيوغ وآخرون (2002) ودراسة كامرا وكالفيت اللتان هدفنا إلى التعرف على المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والضغط المدرك وعلاقة المخططات كوسيط في تأثير الحياة المجهدة في القلق والاكتئاب لدى طلبة الجامعة.

▪ من حيث العينة:

تعتبر عينة البحث الركيزة الأساسية التي يعتمد عليها الباحثون في إجراء بحوثهم إذ يختلف حجم العينية من باحث الآخر، بحيث نجد دراسة نويشي فاطمة الزهراء (2014)، ودراسة راندا محمد سيد أحمد (2020) ودراسة فيوا ولبيسوغ وآخرون 2002، ودراسة كامرا وكالفيت فقد اعتمدوا على عينة تفرق (100).

▪ من حيث الأدوات المستخدمة: تعتبر أدوات البحث من الوسائل المهمة التي يعتمد عليها الباحث لجمع المعلومات حيث اعتمدت الدراسات على المقياس في جمع المعلومات.

▪ من حيث النتائج: بينت نتائج دراسة عيشوني شهرزاد (201) وجود قيم دالة احصائيا في مقياس يونغ للمخططات المعرفية المبكرة، كما نجد دراسة نويشي فاطمة الزهراء (2014) ودراسة راندا محمد سيد أحمد (2020) ودراسة بيلو وآخرون (2008) الى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية والمتغير الآخر.

أما دراسة فيوا ولبيوغ وآخرون 2002 تبين أن بعض المخططات المعرفية المبكرة تؤثر فعلا على إدراك الفرد للضغط.

8-2- التعقيب على الدراسات المتعلقة بجودة الحياة:

▪ من حيث الأهداف:

هدفت الدراسات إلى عدة أهداف، فنجد دراسة عبد الصمد واحمان (2019) التي هدفت إلى التعرف على مستوى جودة الحياة لدى مختلف العينات ودراسة كوكب الزمان بليير دوج (2021)، ودراسة نعيمة بوعامر (2021) ودراسة الكبيسي (2016). كما نجد دراسة برباح (2020) التي هدفت إلى التعرف على طبيعة العلاقة بين جودة الحياة والتفكير الابتكاري ودافعية الإنجاز الأكاديمي لدى طلبة قسم علم النفس بجامعة المسيلة، بالإضافة إلى دراسة (Piovesan, Scortegogna et Marchi 2015) التي هدفت إلى تحقيق جودة الحياة الأسرية ووجود أعراض الاكتئاب لدى أمهات الأفراد ذوي اضطراب طيف التوحد.

▪ من حيث المعنية:

نجد دراسة برباح (220) ودراسة الكبيسي (2016) اعتمدوا على عينة كبيرة تفوق (100). من حيث الأدوات المستخدمة: اعتمدت الدراسات على المقياس في جمع المعلومات. من حيث النتائج: أظهرت نتائج الدراسة عبد الصمد واحمان (2019).

ودراسة نعيمة بوعامر (2021) ودراسة الكبيسي (2016) ودراسة Piovesan, Scortegagna et Marchi (2015) انخفاض في مستوى الجودة. كما نجد دراسة برباح (2020) ودراسة كوكب الزمان بلييردوج (2021) اللتان توصلتا إلى مستوى جودة الكتاب الحياة لدى طلبة قسم علم النفس بجامعة المسيلة متوسط. أما دراسة misura et memisevic (2017) توصلت إلى أن الآباء ذو المستوى التعليمي المرتفع يتمتعون بجودة حياة أسرية أفضل من الأمهات.

8-3- التعقيب على الدراسات المتعلقة بالإدمان على الانترنت:

▪ من حيث الاهداف:

هدفت الدراسات المتعلقة بالإدمان على الأنترنت الى عدة أهداف، فنجد دراسة أمقران صباح (2017) ودراسة سمية بو بعاية (2017) اللتان هدفتا إلى التعرف على العلاقة بين إدمان على الأنترنت واضطرابات النوم لدى عينة من طلاب الجامعة، كما هدفت دراسة أربوط بشرى (2007) إلى تفحص العلاقة بين إدمان الانترنت وأبعاد الشخصي والاضطرابات النفسية لدى المراهقين. بالإضافة إلى دراسة امل بنت علي ناصر الزايدى (2014) التي هدفت الى التعرف على العلاقة بين شبكة الأنترنت وكلا من التواصل الاجتماعي والتحصيل الدراسي.

- من حيث العينة: جميع الباحثين اعتمدوا على عينة تفوق (100).
 - من حيث الأدوات المستخدمة: اعتمدت الدراسات على المقياس في جمع المعلومات.
- من حيث نتائج دراسة سمية بوبعاية (2017) ودراسة أمقران صباح (2017) ودراسة إزابيلا وآخرون (2013) أنه توجد علاقة دالة احصائيا بين ادمان الانترنت واضطرابات النوم لدى عينة الدراسة. أما دراسة أرنوط بشرى (2007) توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مدمني الانترنت وغير مدمنيه في الأبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية.



الفصل الثاني

تمهيد

إن الخبرات السابقة للفرد تكزن لديه مادة خام ليكتسب خبرات في حياته ويبنى بها مجموعة من المعلومات الجديدة، كما تتجاوز هذا الحد وصولاً إلى كيفية التعامل مع الذات والآخرين فتندمج ضمن عمليات معرفية تسيّر مجموعة من المعارف، هذه العمليات التي تتكون من معطيات تمس وضعيات من نفس العائلة، أحداث ومجموعة من المواضيع والأشياء التي نعرفها، فهذه الأشكال المعقدة للمعارف تتناسب مع وضعيات وأحداث تسمى بالمخططات المعرفية. والتي سوف نأخذها بشيء من التفصيل في هذا الفصل، حيث سنتطرق فيه إلى لمحة تاريخية لمفهوم المخطط، بالإضافة إلى أهم التعريفات التي قدمها الباحثون حول مفهوم المخططات المعرفية المبكرة وغير المتكيفة وكذا خصائصها وكيفية نشوئها ومجالاتها وسنتعرف على آلية عمل المخططات وأساليب التكيف المختلفة الوظيفية، وأخيراً نتناول العلاج.

➤ لمحة تاريخية عن المخططات المعرفية:

أستخدم مفهوم "المخطط" من قبل العديد من المؤلفين في مجال علم النفس وفي مجالات أخرى كالفلسفة، ويشير هذا المفهوم بشكل عام إلى نموذج يفرضه الواقع أو التجربة يتيح للأفراد تفسير الحقائق، الفهم، الإدراك، وتوجيه استجاباتهم، والمخطط هو برنامج معرفي يعمل كدليل في تفسير المعلومات وحل المشكلات وسوف نتناقش بإيجاز أصول هذا المفهوم في النقاط التالية:

- استعمل مفهوم المخطط لأول مرة في العهد اليوناني القديم حيث استخدمه الفيلسوف اليوناني كريسيب (206-279 ق.م) chressip

- أول منظر تكلم على مفهوم المخطط هو المفكر الفيلسوف إيمانويل كانط (Emmanuel kant) في القرن 18 فقد وضع في كتابه نقد المنطق أول مفهوم اصطلاحي حيث يرى أن الأشياء تحدد في ذاتها وظاهرها، فكل فرد يضع ثلاثة توقعات حول الأشياء في العالم الخارجي، الوقت، المكان، والسببية.

يستطيع الفرد تصنيف هذه المواضيع فيلا محيطه، لكن لا يستطيع معرفة ما يقع داخل هذه التصنيفات لذا يعتبر "كانط" Kant أول من وضع مفهوم في علم النفس يخص معالجة المعلومات. (Jeffery.E. young.2006p15)

في (1918) وضع "head" هايد مصطلح مخطط الجسد الذي أرجع هذه العملية إلى الفص الجداري والذي يؤمن.

أما مجال علم النفس، فلهذا المصطلح تاريخ ثري وواسع وقد أخذ عدة مسميات اعتبرت كمرادفات له وهي البنية، الإطار، أو المحيط، وبعد انفصاله على التحليل النفسي اعتبر ألفرد أدلر " Affred Adler " 1929 أول معالج نفسي وصف المخطط المعرفي، إذ تحدث

على المخطط إدراك شعوري ويعني نظرة الفرد الخاصة حول نفسه وحول العالم وذلك في كتابه (La science de vie).

- في مجال علم النفس المعرفي، تقول بيرتليتنت Bartabt 1932 أن المعلومات تعالج قبل حفظها وأن هذه المعالجة تؤثر أيضا على استنكار الذكريات، ويمكننا القول أنها تحدثت بعد ذلك عن المخططات باعتبارها هياكل إدراكية مجددة تتشكل من مختلف المواجهات مع البيئة، ولها خصائص لتنظيم المعلومات وفقا للأوضاع والتجمعات المحددة.

- كما أن "جورج كيلى" دور كبير في نشر هذا المفهوم في الولايات المتحدة الأمريكية سنة 1955 وذلك باستعماله مصطلح "بنية الشخصية" من أجل الدلالة على البنيات أو الأبعاد ثنائية القطب التي تعكس معتقدات والأحكام المتعلقة بذات الفرد، العالم، والآخرين، فيمكن لهذه البيانات أن تتراكم وتكون لنا سلوكيات مضادة كما نجد أنفسنا أمام تذبذبات سريعة بين القطبين وتظهر من خلال تناقض الأحكام مع الآخرين.

- استخلص "بياجي" Piaget في مجموعة من الأعمال التي نشرها سنة 1964 سيروريتين تساعدان في النمو المعرفي هما:

- التمثل: الذي يجعل العلم شبيه للمواضيع والمخططات السابقة.
- والمواءمة: تكيف المخطط حسب العالم الخارجي، فهناك مجموعة من الموازنات المتتابعة التي تحفز الأخطوطات الفطرية الحس حركية الأكثر بساطة-المص والمسك- وذلك للانتقال إلى المراحل الأكثر تعقيدا في المعلومات (ما قبل العمليات، العمليات الملموسة وأخيرا المجردة).

واستعمل كل من التمثل والمواءمة من قبل المعالجين المعرفيين الذين وضعوا هذه المصطلحات في محور العلاج المعرفي الاضطرابات الشخصية.

كما استعمل "بيك Beak" مصطلح مخطط منذ سنة 1967 وعرفه بقوله أن المخططات المعرفية هي "تفسيرات شخصية و تلقائية للواقع فهي تعالج المعلومة بطريقة لا شعورية وتؤثر في استراتيجيات التكيف لدى الفرد و تظهر على شكل تشوهات معرفية تؤدي إلى ضعف معرفي و اعتبرها أساسية للتنظيم المعرفي مستقرة نسبيا تحتوي على معلومات وتجارب الماضي للفرد، واستعمله أيضا هو و ينتر في نموذجه للعلاج.

(La therapie des schemas de personne)

اعتبر أن أي مخطط لأي شخص هو إطار يتكون غالبا من بقايا ذكريات الطفولة.

وفي سنة 1990 اقترح جيفري يونغ Jeffery young نموذج نظري إضافي آخر يعرف باسم المخططات المبكرة غير المتكيفة وهي نماذج معرفية انفعالية ذاتية التهديم، تظهر مبكرا أثناء النمو تتكرر طوال حياة الإنسان و استخدم هذا المصطلح ذلك بشكل متزايد في علم النفس العيادي، الاجتماعي و التمايز. (بن ناصر، 2017، ص56)

➤ تعريف المخططات المعرفية:

يعرف معجم (La rousse) المخطط المعرفي حسب " هينريت بلوش" وآخرون، والذي ربط بين المخطط والأخطوة، ووضع التعريف التالي: " هو عبارة عن مجموعة من البنيات المعرفية المجردة التي تمثل ميدانيا خاصا بالأشياء والأحداث مع مميزاتها الخاصة أو المواصفات والعلاقة بينها، فالمخطط يمكن اعتبارها مجموعة من المعلومات المخزنة في الذاكرة، كما أنه أيضا بنية وظيفية، إذ يحمل مخطط (Plans) لمعالجة المعلومات المتعلقة بالميادين التي يدخل فيها. (Hirnette Block et al, 2008, p816)

وأعطى "جي تيبيرغين" تعريفا للمخطط، وهو الآخر ربطه مع الأخطوة قال هو: "تمثلات عقلية تسمح لنا بحل المشكلات وتوجيه الأفعال دون الاهتمام بالأحداث الدقيقة.

(Gry Tiberghien,2000,p269)

وعرفه "مرجرت دبليو متلين" أنه بنية عامة للمعارف المتعلقة بشيء، موضوع، حدث تم تعلمه من خلال الخبرات السابقة". (M. W. Maltin, 2001, p48)

ويعرف عموماً في علم النفس وفي العلاج النفسي المخطط أنه كل مبدأ كبير منظم هدفه تفسير التجارب المعاشة من طرف الفرد، ويقدم العلاج النفسي مفهوماً هاماً، وتستمر المخططات التي تشكل الكثير منها مبكراً أثناء الحياة، ويمكن أن تشكل خلال الطفولة في الحياة المستقبلية. (Jeffrey young 2005, p34)

فالمخططات المعرفية هي الأساس المسؤول عن انتظام وتصنيف وتقييم الخبرات الجديدة للفرد وذكريات للأحداث الماضية والحكم عليها، فهي غالباً ما تنمو باكراً في الحياة، ويتم تشكيلها عن طريق الخبرات المؤلمة.

(طه عبد العظيم حسين، 2007، ص 164-165)

ويعرفه " أحمد شلبي" (2001) أنه تنظيم تنشيط للخبرات السابقة، ويستخدمه الفرد في مواجهة البيئة إضافة أنه يشكل إطار فارغ يمكن ملؤه بالخبرات وهيكل أو تخطيط عن موضوع معين.

تعريف كيلي (Kelly) حسب (chanbon, 2003) عرفها على أنها سيرورة عقلية لشخص ما، تسير طريقته التنبؤية أما بارتليت (Bartlett) عرفها على أنها مجموعة من البناءات المعرفية processus، أين تكون إحدى أهم مميزاتها هي تنظيم المعلومات حسب mode وتجمع spécifique و reposant على une influence de cohérence إذ يظهر الكشف عن قياسات المخططات وآثارها عن طريق الملاحظة والكشف عن cohérence الداخلية. (beck At, 2000).

وقد عرفها أيضا كوترو (Cottraux,2011) على أنها نظام صلب من التنبؤات للمحيط انطلاقا من المعارف المرتبطة والدائمة بالإضافة إلى الإدراكات، التي لها القدرة على أن تسيّر هذا الفرد مستقبلا.

وإنطلاقا مما سبق يمكن القول بأن هذه التعاريف لا تختلف كثيرا في المحتوى، إلا أنها استخدمت مصطلحات متقاربة الدلالة، فقد أشير إلى أن المخطط هو بنية، أو تنظيم، أو سيرورة، أو إطار، أو هيكل، أو خطة، أو برنامج، كما أن هذه التعاريف اتفقت على أن محتوى المخطط المعرفي ووظيفته تنظيم وتسيير وتوجيه السلوك الإنساني.

➤ أنواع المخططات المعرفية:

كل فرد في مراحل حياته الأولى وحسب تجاربه في الحياة تكون مخطط معرفيا يستمد مكوناته من هذه التجارب، وهذه المخططات تتشكل وفق نوعين هما:

1.3. المخططات المعرفية التكيفية الإيجابية المتأخرة Schémas tardifs adaptés

positifs:

يسمح هذا المخطط الإيجابي للفرد بتكوين نظرة إيجابية ومتفائلة عن نفسه وعن الآخرين والعالم الخارجي، يتكون هذا النوع من المخططات من خلال مرحلة متأخرة من فترة المراهقة إلى بداية سن الرشد، وكلما كان تشكل المخطط مبكرا كلما كان له تأثيرا كبيرا وسيئ على شخصية الفرد لاحقا والعكس صحيح. (Young.2006. P 48)

2.3. المخططات المعرفية غير التكيفية السلبية المبكرة Schémas tardifs

:inadaptés négative

إن الأشخاص الذين لديهم أحد المخططات الأكثر تأثيرا وضرا على الفرد والمتمثلة في: الإهمال وعدم الاستقرار، الاستغلال والحذر، الخجل وعدم الكمال أو الحرمان العاطف،

فهؤلاء الأفراد أثناء طفولتهم، وعندما ينشط المخطط تترافق معه مجموعة من الانفعالات السلبية المتمثلة في الحزن، الخجل، الخوف، والغضب، والجدير بالذكر أنه ليس كل المخططات غير التكيفية منشؤها الصدمات والإساءة التي يتلقاها الطفل في مرحلة الطفولة، بل قد يتلقى الطفل كل الرعاية والحماية إلا أن مخططه يكون سلبيا غير تكيفي.

(Young.2006. P34)

فالمخططات المعرفية المختلفة وظيفيا هي المسؤولة عن الاضطرابات الانفعالية للفرد، لذلك تغيير هذه الأفكار والاعتقادات ويترتب عليها تغييرات جوهرية في الانفعالات والسلوك. (طه عبد العظيم حسن، 2007، ص 164-165)

كما فرق "يونغ" بين نوعين من المخططات هما:

3.3. المخططات غير الشرطية:

مخططات ثابتة عميقة، مقاومة للتغيير، تنشأ في الطفولة المبكرة، ولا أمل في تغييرها إلا عن طريق التدخل العلاجي، فمهما حاول الفرد سيصل لنفس النتيجة، فهو يعتقد دائما أنه غير محبوب وغير كفاء وسيئ ولا أمل في تغييره، وتشمل ثلاثة عشر مخطط (التخلي/عدم الاستقرار/الحذر/التعدي، الحرمان العاطفي، النقص/الخجل، الانعزال الاجتماعي، التبعية/عدم الكفاءة، خوف من الخطر أو من المرض، الاندماجية /شخصية المفرطة/التكبر، نقص مراقبة الذات /نقص التحكم، الفشل.

4.3. المخططات الشرطية:

هي مخططات ثانوية يمكن تعديلها، وغالبا تتطور المخططات الشرطية كمحاولات للتخلص من المخططات غير الشرطية، فالفرد قد يعبر النتيجة حيث يمكن للفرد الخضوع أو التضحية بالنفس، أو البحث عن المشاعر، أو تثبيط المشاعر، أو السعي لتحقيق المعايير

العالية، وبذلك قد يؤدي إلى تجنب النتيجة السلبية على الأقل مؤقتا وهي خمسة: الخضوع/التضحية بالذات البحث عن الاستحسان والاعتراف بالجميل، الإفراط في التحكم الانفعالي، المتطلبات المثالية/النقد المفرط. (Young et al 2005,p35-51)

➤ تعريف المخططات المبكرة غير المتكيفة:

- يعرفها عادل عبد الله (2000) على أنها: تعتبر بمثابة أفكار عامة حول الذات وحول علاقات الفرد بالآخرين، وعادة ما تكون هذه الأبنية مبكرا في حياة الفرد، وتتسم بأنها غير اشراطية وتقاوم التغيير، كما أنها ترتبط بالانفعالات، وتؤدي إلى صدور أنماط سلوكية من جانب الفرد تعبر عن انهزام الذات إلى جانب أنه ينتج عنها أنماط تفكير لا توافمية، وهذه المخططات تعزز وتتطور خلال الطفولة والمراهقة.

(محمد عبد الله محمد، 2000، ص 379)

- ويعرفها هاهيسو " S. hahusseau ": هو شعور مؤلم يتكرر في الحاضر نتيجة خبرات مضرة في الماضي، من حيث هو إدراك راسخ حول العالم والآخرين وحول الذات، التي تترسم مبكرا في الطفولة نتيجة للحرمان أو عجز تربوي غير سليم، تصبح طريقة الإدراك هذه صعبة ومؤثرة سلبا في الفترة اللاحقة. (S. hahusseau 2003, p18)

- أما مفهوم المخططات المبكرة غير المتكيفة لدى جيفري يونغ Young فيقترب من المفهوم الذي قدمه كل من بيك Beck، وسيغل Segal (1980) فهي تمثل "عناصر منظمة من تجارب وردود أفعال الماضي، حيث تشكل مجموع من المعارف المتماسكة والمستمرة نسبيا ويمكنها توجيه الإدراك والتقييمات اللاحقة".

وتبين يونغ (1980) Young مثل جيد انو وليوتي Liotti et Guidano (1983)

(نقلا عن Lakatos (1974) على أن المخططات تمثل نواة ميتافيزيقية عميقة غير قابلة

للتفاه مطابفة بالضرورة للمعارف التي يضمربها الفرد عن ذاته، والتي يكتسبها على طول نموه، وهي تمثل بالنسبة له سمة ضمنية وكاملة عن نفسه.

هذا وافترض يونغ Young (1990-1999) في كتابه La thérapie des Schémas الذي نشره سنة 1994 أن بعض المخططات خاصة منها التي تنتج عن خبرات الطفولة الضارة تشكل نواة الاضطرابات الشخصية والمشاكل المتعلقة بالطبع، ومختلف اضطرابات القطب المزمنة (القلق، والإكتئاب) Troubles de l'axe I chronique. (Young, 2003, p34)

كما قدم يونغ تعريفا واسعا ودقيقا للمخططات المبكرة غير المتكيفة في كونها تمثل:

- نموذج أو موضوع هام مستحوذ.
- تتكون من ذكريات، وانفعالات، ومعارف، وأحاسيس جسدية.
- تخص الذات والعلاقات مع الآخرين.
- تتكون خلال فترة الطفولة والمراهقة.
- تثرى على مدى حياة الفرد.
- هي غير وظيفية (مختلفة) بشكل ملحوظ. (نفس المرجع السابق، 34)

أما في كتابه الثاني المعنوي "Je réinvente ma vie" والذي نشره سنة 2003 فقد عرف فيه المخططات المبكرة غير المتكيفة على أنها: عبارة عن بني تأخذ مصدرها من الطفولة لتؤثر على باقي حياتنا، وهي ناتجة عن معاناة الفرد في طفولته الأولى مع عائلته، ومع أصدقاء الطفولة من إهمال، ونقد، وحماية مفرطة، وتعسف، ورفض من طرف المحيطين، وكذا الحرمان، وكل الأحداث الصادمة، في النهاية كل هذه المخططات تندمج بدقة مع شخصيتنا ليصبح بعدها الفرد هو من يخلق هذه الظروف التي كان يساء معاملته فيها بتجاهله أو باحتقاره، أو السيطرة عليه".

فالمخططات المبكرة غير المتكيفة تؤثر على تفكير الفرد واستجاباته، وعلى علاقاته بالآخرين، حيث تنشط وتوقظ أحاسيس عنيفة مثل الحزن والقلق، والخوف... إلخ حتى وإن كنا في مكانه نتلقى من خلالها مجاملة وإعجاب الآخرين، كوننا في مكانة اجتماعية مرغوب فيها أو زواج مثالي، أو احترام من طرف الأقرباء، أو في مهنة ناجحة ومثمرة إلا أننا لا نستطيع أن نمثل ونعيش الحالة ولا يمكننا الاعتقاد بحقيقة نجاحنا.

(Young, 2003, p15-16)

وعليه نستخلص أن سلوك الفرد ليس جزءاً من المخطط نفسه، وفي هذا الصدد أشار يونغ إلى أن السلوك غير المتكيف يتطور استجابة لمخطط ما، فالسلوك يمليه المخطط ولا يمثل جزء منه، كما أكد على أنها تمثل نماذج معرفية وانفعالية ذاتية التهديم auto-défaitistes.

(Young, 2000, p37)

كما يؤكد كل من ديراي ونيلات (2009) Debray and Nollet على أن المخططات المبكرة غير المتكيفة هي أنماط من المعتقدات المختلفة المستمرة عن الذات، الآخرين والعالم، والتي تتطور خلال السنوات الأولى و تنشأ من إحباط إشباع الحاجات الأساسية الحاجة للأمن، التعبير، الحدود...) يتم تشكيل وتعزيز لمخططات المبكرة غير المتكيفة من خلال التجارب الصعبة والصدمات التي يتعرض لها الفرد طيلة مراحل العمرية، كما يتم تنشيط المخططات غير المتكيفة أثناء الوضعيات الخاصة التي تتشابه مع المواقف غير المتكيفة أثناء الوضعيات الخاصة التي تتشابه مع المواقف التي تعرض خلالها الفرد لإحباط اشباع حاجاته الأساسية وتترجم من خلال الاضطرابات النفسية.

(Debray and Nollet, 2009)

ومن جانبه، يضيف كوترو (1992) Cottraux بأن المخططات غير المتكيفة هي نماذج غير شعورية ومتواجدة في الذاكرة طويلة المدى تأخذ منبعها من الطفولة والمراهقة، وتسيطر على حياة الفرد في مرحلة الرشد وهي ذاتية ومؤلمة، وبالتالي فهي تمثل عبء الماضي على مستقبل الفرد.

كما يؤكد كوترو (2001) Cottraux (1992) أن المخططات المبكرة غير المتكيفة تترجم من خلال السلوكيات الانهزامية، التي تظهر مبكراً أثناء النمو وتتكرر طيلة مراحل حياة الفرد. كما أن محتويات المخططات تبقى كامنة ومنتجية من قبل الفرد الذي لا يدرك سيروية تحكمها في حياته. كما أنها تمثل واحد العناصر التي تشكل الشخصية ومصدراً لسيناريوهات الحياة. فرغم اعتقاد الفرد بأنه سيغير حياته إلا أنه بسبب المخططات غير المتكيفة سيكرر بدون انقطاع نفس الأخطاء التي ارتكبها سابقاً.

(Cottraux, 2001)

- مفهوم المخطط حسب "بيك":

يشير أرون بيك إلى أن المخططات عبارة عن بنيات معرفية موجودة لدى الفرد تتضمن الاعتقادات والافتراضات، التوقعات، المعاني، والقواعد التي يكونها الفرد عن الأحداث الآخرين والبيئة، وعلى هذا تمثل الإطار الأساسي الذي يستخدمه الفرد لفهم الذات والعلم والعلاقة الاجتماعية مع الآخرين إذ أنها تؤثر في الكيفية التي تدرك بها الأشياء والناس، والأحداث والاستجابات نحوه وهي المسؤولة عن تنشيط الأفكار التلقائية ونشأتها، كما يمكن أن تكون هذه المخططات ضمنية أو ظاهرة وتختلف من شخص لآخر. ومن ثم نجد أن طرق تأويل وتفسير المواقف تكون بطريقة مختلفة إذ أن مضمون كل مخطط يختلف الأفراد في عدد المخططات أو البيانات التي يتضمنها كل مخطط، وتبعاً لذلك يظهر تبايناً في استجاباتهم نتيجة لاختلاف المخطط لديهم.

استجاباتهم نتيجة لاختلاف المخطط لديهم.

ويذكر أ-بيك أن محتوى هذه المخططات المعرفية يحدد العمليات الدفاعية والوجدانية والمعرفية داخل الأفراد وأن هذه المخططات عندما تكون غير توافقية فإنها تشكل عقبة وحاجز في بناء الشخصية لأنها تؤثر في صيغة الاتجاهات والقيم والاعتقادات لدى الأفراد نحو الآخرين، كما يمكن لبعض المخططات أن تكون كامنة ضمنية وغير نشطة الفترة من الزمن، بمعنى أن هذه المخططات تنشط عندما تكون هذه المثيرات البيئية المرتبط بهذه المخططات، تمثل اعتداء على الفرد أو تمسه.

وقد أشار بيك وكلاارك إلى أن هناك خمس أنواع من المخططات المعرفية وهي: المخططات معرفية إدراكية، سلوكية، دفاعية، وجدانية، فسيولوجية.

تتضمن المخططات المعرفية الإدراكية (التخزين، التفسير، والمعاني التي يكونها الفرد عن العالم) وتعتبر الاعتقادات من المخططات المعرفية الإدراكية، أما المخططات الوجدانية فتتضمن كل من المشاعر الموجبة والسالبة. في حين أن المخططات الفسيولوجية تتضمن إدراك الوظائف الجسمية أو الفيزيائية مثل استجابة الألم التي تتضمن زيادة سرعة التنفس، وبالنسبة للمخططات السلوكية وهناك أمثلة عن المخططات الدفاعية التي تتضمن الرغبة في تجنب الألم والرغبة في الأكل والدراسة واللعب. (رزوق، 2018، ص 20-21)

- تعريف حسين عبد العظيم:

يرى أنها اعتقادات جوهرية أو افتراضات تشكل جزء من فترة مرشحات الإدراكية ويتم استخدامها من طرف الأفراد في إدراك العالم، حيث أن هذه المخططات التي تتيح للفرد الوصول إلى استجابات عن الأحداث بطريقة تلقائية، وحيث أن لكل فرد مخزون فريد من المعلومات والذكريات فإن الاستنتاجات التي يكونها الفرد عن الأحداث تختلف من فرد إلى آخر وكذلك الانفعالات التي يعيشها. (حسين طه عبد العظيم 2006، ص 116)

تبنى المخططات المعرفية الأولية غير المتكيفة للفرد في البداية وهي تكون ناتجة عن خطأ في وظيفته الإدراكية، ثم تؤدي تلك المخططات إلى تكوين افتراضات، ثم قناعات يتأثر فيها وهي غير متكيفة أيضا، ثم تولد هذه القناعات أفكار تلقائية سلبية تؤثر في مزاج وإدراك وسلوك الفرد. (علي أحمد سعد الشيخ، 2015، ص12)

مما سبق نستنتج أن المخططات المبكرة الغير مكيفة هي تصورات وأفكار سلبية بينها الفرد على نفسه، حيث تؤثر على طريقة تفكيره وتقييمه لذاته، كما أنها تنشأ في مراحل مبكرة في حياة الفرد وتبقى معه مدى الحياة.

➤ خصائص المخططات المبكرة غير المتكيفة:

للمخططات المبكرة غير المتكيفة خصائص عدة حصرها يونغ Young فيما يلي:

1.5. الخاصية الأولى:

المخططات المبكرة غير المتكيفة شدة وضرا من بين 18 مخطط هي:

- مخطط التخلي (عدم الإستقرار).
- مخطط الشك التعدي.
- مخطط الحرمان العاطفي.
- مخطط عدم الإتيقان/الخجل.

فالشخص الذي يقع تحت تأثير هذه المخططات يكون قد تعرض في طفولته لسوء المعاملة، والإهمال، والتخلي، والرفض وخلال سن الرشد تنشط هذه المخططات عن طريق أحداث الحياة التي يدركها الشخص لا شعوريا بأنها مطابقة للتجارب الصادمة التي عاشها خلال طفولته، وبمجرد أن تنشط يشعر الفرد بانفعالات قوية وسالبة مثل الحزن، والخوف والغضب. (Roussin, 2011)

2.5. الخاصية الثانية:

المخططات لا تكون ناتجة كلها عن صدمات أو سوء معاملة خلال فترة الطفولة، فالفرد يمكنه أن يطور مخطط التبعية/عدم الكفاءة / Schéma de dépendance/ incompetence دون أن يكون تعرض لحادث صادم، لكن يمكن أنه تلقى حماية مفرطة في طفولته.

لكن بالرغم من أنها لا تنتج عن أحداث صادمة إلا أنها كلها مدمرة، وناتجة أساسا عن تجارب ضارة، تكررت بانتظام خلال الطفولة والمراهقة، هذه التجارب الضارة لها طابع تراكمي وأثرها الكلي يقود إلى ظهور مخطط محدد.

3.5. الخاصية الثالثة:

المخططات المبكرة غير المتكيفة تكافح من أجل البقاء، وهذا ناتج عن سعي الإنسان إلى البحث عن الاستمرارية، فالمخطط يعتبر شيئا مألوفا ومعروفا بالنسبة له برغم المعاناة والألم الذي يسببه له، إلا أنه متعود عليه ويشعر بالراحة اتجاهه، فغالبا ما يجذب الأشخاص نحو الأحداث التي تنشط مخططاتهم مما يجعلها صعبة التعديل، فالشخص يعتبرها حقائق بديهية لهذا سوف تؤثر على مسار تجاربه لاحقا. (Fofona, 2007)

كما لها دورا هاما في طريقة تفكير وإحساس وتصرف الأفراد أثناء الدخول في علاقات مع الآخرين (العلاقة الزوجية)، كما تقود بالشخص الراشد ويشكل متناقض إلى خلق الظروف المؤلمة التي عاشها خلال طفولته ودمجها في حياته كراشد بطريقة لا إرادية.

(Young, 2000, 35 – 36)

5.4. الخاصية الرابعة:

تظهر المخططات خلال الطفولة والمراهقة وتمثل بذلك خصائص الوسط العائلي الذي عاش فيه الفرد، وتعكس فعلا الواقع الذي عاشه.

5.5. الخاصية الخامسة:

المخططات المبكرة غير المتكيفة مختلفة وظيفيا، وقد تكون من العوامل المسببة لاضطرابات القطب I AXE كالقلق، والاكتئاب والأمراض السيوسوماتية، حيث يظهر القصور في المخططات في حياة الفرد عندما تتفاعل مع مخططات أخرى يتكيف معا حيث ترافق وجودها أعراض مزمنة.

5.6. الخاصية السادسة:

للمخططات أبعاد ومستويات مختلفة من الخطورة فكلما كان المخطط حادا وشديدا كلما زادت عدد المواقف التي تنشطه، ويصاحب هذا التنشيط انفعالات سلبية تمتد لوقت طويل مثلا: إذا كان شخص محل انتقادات شديدة ومتكررة من طرف والديه خلال طفولته المبكرة، فإن اتصاله مع أب شخص آخر يعتبر موقفا مناسباً لتفعيل "مخطط عدم الإتيان" .Schémas d'imperfection

5.7. الخاصية السابعة:

توجد مخططات إيجابية وأخرى سلبية، ومخططات مبكرة وأخرى متأخرة، وهناك من الباحثين من يعتبر أن كل مخطط مبكر غير مكيف يقابله مخطط مبكر وذلك حسب إليوت Elliott ولسين Lessen (1997) مع العلم أن يونغ Young لم يهتم بالمخططات الإيجابية ولا المتأخرة.

ففي نظر الأخصائي النفسي الاجتماعي إريكسون Erikson (1950) (Cottroum Schaud 1995) فإن الاجتياز الناجح لكل مرحلة من مراحل النمو النفسي الاجتماعي يؤدي إلى مخطط مكيف والعكس صحيح فإن الفشل في اجتياز مرحلة ما يؤدي إلى مخطط غير مكيف، وحسب يونغ فإن المخطط غير المكيف هو سبب اضطرابات الشخصية.

5.8. الخاصية الثامنة:

المخططات تحتوي على اعتقادات جوهرية مشروطة كشرط العقد إذا فعلت هذا فسوف يحدث ذلك مثلاً: إذا لم أرتكب أخطاء عندئذ يحترمني الناس. (Julie,2011)

نستخلص من عرضنا السابق لخصائص المخططات المبكرة غير المتكيفة أن ما يجعلها صعبة التغيير هو تشكيلها في سن مبكرة جداً من حياة الفرد، ما يجعله يعتبرها حقائق قطعية أو بديهيات، فالبرغم من الحذر

والمعاناة التي تسببها له إلا أنه يألفها ويعتاد عليها ويشعر بالراحة اتجاهها، حتى أنه يصبح يستدعي المواقف التي تنشطها، فهي إذن التي تحدد مسار خبراته في جل مجالات حياته (الأسرية، والزوجية، والاجتماعية والاقتصادية... إلخ).

➤ كيفية نشوء المخططات المبكرة غير المتكيفة:

إن ظهور المخططات يعود إلى مراحل الطفولة والمراهقة حيث تبدأ هذه المخططات تترسخ لدى الفرد وتصبح أساسية في الشعور بهويتنا وتلازم شخصيتنا.

(Young Jeffery,2003)

ولكن يعود نشوءها وترسيخها إلى نقاط أساسية من الطفولة والمراهقة وتتمثل فيما يلي:

6.1. الحاجيات العاطفية الأساسية:

الفكرة الأساسية هنا أن هذه المخططات هي نتيجة لحاجيات عاطفية أساسية لم تشبع خلال الطفولة وقد افتتحت خمس حاجيات عاطفية أساسية عند الإنسان هي:

أ- الأمان المرتبط بالتعلق بالآخرين وقيم الاستقرار والتربية المبنية على الانتباه والقبول.

ب- الاستقلالية، الكفاءة والشعور بالهوية.

ج- حركة التعبير عن حاجياته وانفعالاته.

د- التلقائية.

هـ- الحدود والمراقبة الذاتية.

تعتبر هذه الحاجيات عالمية، إذ نجدها عند كل الأفراد رغم أن بعض الأشخاص لهم حاجيات أهم من الآخرين، والفرد السليم من الناحية النفسية هو الشخص الذي يتمكن من تلبية أو إشباع حاجياته العاطفية الأساسية بطريقة متكيفة وينتج الإحباط بدل الإشباع في مجال هذه الحاجيات العاطفية الأساسية بالتفاعل بين المزاج الفطري للطفل ومحيطه المبكر.

(Young Jeffery et al,2005, p37)

6.2. دور الخبرات المبكرة للحياة:

حيث يرى يونغ وزملاءه أن الخبرات المؤلمة من الطفولة هي منبع أو أصل المخططات المبكرة غير المتكيفة، فالمخططات الأقوى هي التي تتطور مبكراً وتجد جذورها في الخلية العائلية، حيث أن ديناميكية عائلة الطفل تتناسب بالنسبة له مع ديناميكية العالم الكبير.

فعندئذ يجد المفحوص نفسه عند الرشد في مواقف تنشيط مخططاته المبكرة غير المتكيفة، فالحالة التي هو في صدد عيشها تتناسب مع مأساة من طفولته وعموماً يكون لأحد الوالدين دور أساسي في ذلك. وهناك عوامل أخرى مثل المدرسة ومختلف جماعات الانتماء والتي تأخذ أهمية متزايدة كلما كبر، ويمكن أن تؤدي إلى تطور المخططات.

لكن المخططات التي تتطور متأخراً هي على العموم أقل استحوذاً أو أقل قوة مثل الإنعزال الاجتماعي الذي هو مخطط يتطور متأخراً في الطفولة أو المراهقة والذي يمكن ألا يعكس ديناميكية العائلة. (Jeffrey et al, 2005,p38)

ووقد لاحظ يونغ وزملاؤه (2005)، أربعة أنواع من خبرات الحياة المبكرة التي تحول إلى إنشاء المخططات:

- **الإحباط في الحاجيات:** تظهر عندما يعيش الطفل نقص في الإستقرار أو الفهم أو الحب، وبالتالي يكسب مخططات مثلاً النقص العاطفي أو التخلي.
- **الصدمة أو الضحية:** في هذه الحالة يكون الطفل ضحية أو معاملة بطريقة سيئة، فيطور مخططات الشك، التحدي، أو النقص الخجل أو المخطط الخوف من الخطر أو من المرض.
- **إفراط في إشباع الرغبات:** هنا يتلقى الطفل إفراط في الأشياء الجيدة من طرف والديه والتي تكون من الأفضل له أن يتلقاها بطريقة معتدلة، في حالة مخطط التبعية عدم الكفاءة ومخطط المبالغة في الحقوق الشخصية والسيطرة، نادراً ما يساء معاملة الطفل على العكس فهو مدلل لكن فيها يخص مجال الحدود فالطفل هنا لا تلبى حاجياته العاطفية، إنما نجد أن الأولياء ينغمسون كثيراً في حياة الطفل ويفرطون في حمايته، أو على العكس يعطونه مزيداً من الحرية والاستقلالية بدون أي حدود.

• الإستدخال والاحتواء أو التقمص الانتقالي مع أشخاص مهمين: حيث يتصور الطفل بأنه مشابه لأحد والديه، أي يتقمص أحد والديه، ويستدخل في ذاته أفكاره وعواطفه وخبراته وسلوكياته ويلاحظ في هذا الصدد، أن المزاج يحدد الطريقة التي يأخذها الفرد للتقمص.

6.3. دور المزاج الانفعالي: يرى يونغ أن هناك عوامل أخرى غير المحيط المبكر للطفل، تلعب هي أيضا دور أساسيا في تطوير المخططات، ونجد في هذا الصدد، أن للمزاج الإنفعالي للطفل دورا هاما. كما يلاحظ الأولياء سريعا أن كل طفل له بطريقة نظرية مزاج فريد ومميز، حيث نجد أن هناك أطفال أكثر غضبا وآخرون أكثر خجلا وآخرون أكثر عدوانية. (Jeffrey young et al,2005,p38)

وقد إقترح يونغ وزملاؤه سبعة أبعاد إفتراضية للمزاج الانفعالي والتي تظهر بأنها فطرية وغير ممكنة للتغير نسبيا عن العلاج النفسي الواحد، وهذه الأنماط هي:

انفعالي ← ليس له انفعال.

اغتنامي ← متفائل.

قلق ← هادئ.

وسواسي ← ساهي.

سلبي ← عدواني.

غاضب ← مرح-بشوش.

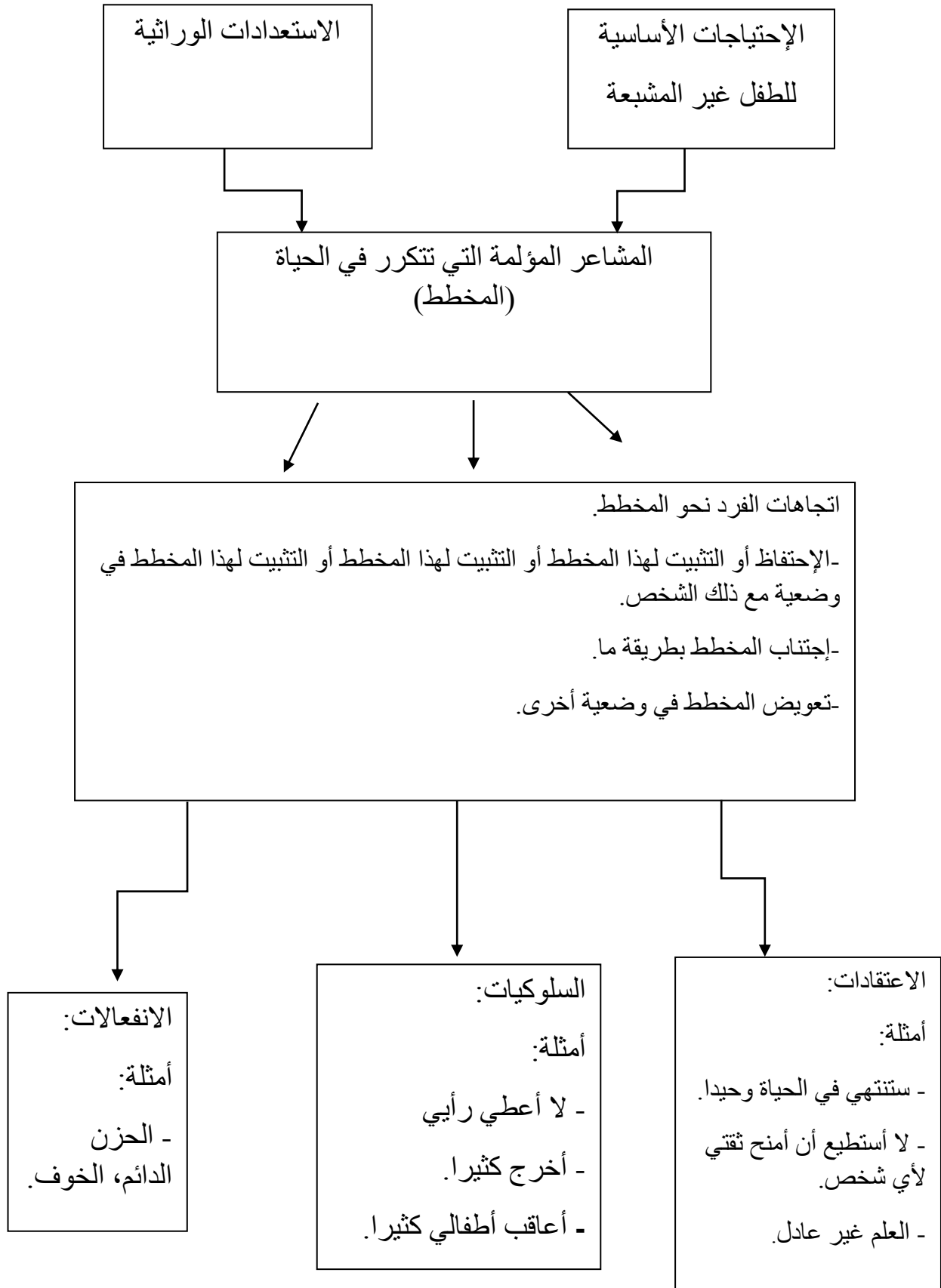
خجول ← اجتماعي.

ويضيف يونغ وزملاؤه حسب ذات المصدر، أن المزاج الانفعالي يتفاعل مع المواقف الصعبة للطفولة لتشكيل المخططات، ومنه نجد حالات مختلفة لتأشير المزاج في تشكيل المخططات.

- المزاجات المختلفة تعرض الأطفال بطرق مختلفة خلال طفولتهم حيث أن الطفل العدوانى يتعرض أكثر إلى والد يسيء معاملته، مقارنة بطفل آخر هادئ وغير مقاوم.
- تجعل مختلف مزاجات الأطفال حساسين بطرق مختلفة لظروف حياة متشابهة، فيمكن الأخوين أن يستجيبا بطرق مختلفة، لظروف مشابهة.
- إن المحيط الذي يتميز بالاشمئزاز والنفور، جد ملائم لتجاوز المزاج الانفعالي، وهذا بطريقة دالة جدا، مثلا يمكن لمحيط عائلي أمن تغمره العاطفة أن يجعل الطفل الخجول يتحول إلى طفل اجتماعي.
- كما يمكن لمزاج انفعالي أن يتجاوز ومحيط عادي، وينتج اضطراب بدون أي تبرير ظاهر في تاريخ الحالة.

ولتبسيط فهم كيفية نشوء المخططات المبكرة غير المتكيفة، ساق لناهاوسوس (Hawseust)، مخطط توضيحيا لفهم كيفية نشأتها.

(Hawseust,2003,p110)



الشكل رقم 1: مخطط هاومسون كيفية نشوء المخططات

التعليق على الجدول:

هذا الجدول يوضح عملية نشوء المعتقدات والسلوكيات والشعور بالتفوق عند الأفراد. ويبدأ بمفهوم الاحتياجات الأساسية غير المشبعة، مثل استعدادات الوالدين والإحساس المستمر بالتكرار في الحياة (المخطط).

بناءً على هذا المخطط، يمكن أن تتشكل لدى الأفراد بعض الاتجاهات نحو العالم، المحيط بهم، والتي تؤثر بدورها على معتقداتهم وسلوكياتهم ومشاعرهم.

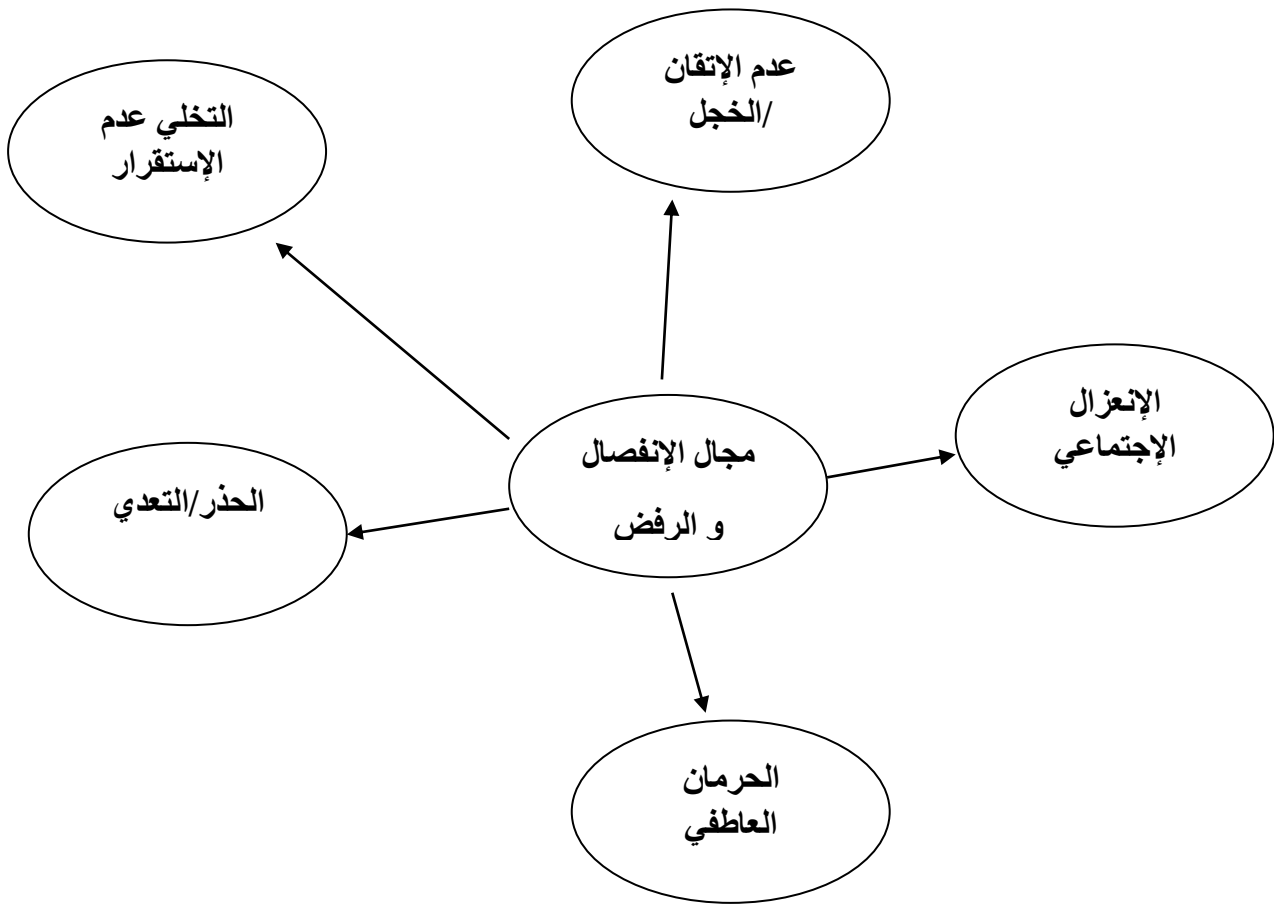
المعتقدات المتشكلة تشمل:

- الحياة غير عادلة.
- الجميع يسعى لإيذائي.
- لا أحد يحبني.
- السلوكيات الناتجة قد تتضمن:
 - سلوك انفعالي وعدواني.
 - عدم التعاون.
 - الرفض المستمر.
- أما المشاعر الناتجة فقد تكون:
 - مشاعر الحزن الدائم.
 - الخوف.

➤ مجالات المخططات المبكرة غير المتكيفة:

حدد يونغ وزملاؤه (Young et al, 2005) ثمانية عشر مخطط مبكر غير متكيف يصنف ضمن خمسة مجالات كبرى وفقا للحاجات العاطفية الأساسية التي ترتبط بها.

➤ مجال الانفصال والرفض Rejection /disconnection:



الشكل رقم 2: المخططات الخمسة المنضوية تحت مجال الانفصال والرفض.

يوضح الشكل (2) المخططات المبكرة غير المتكيفة التي تنتمي إليه مجال الانفصال والرفض.

ذكر يونغ وزملاؤه (Young et al, 2003) أنه يتوقع في هذا المجال عدم إشباع حاجات الأمن والسلامة والاستقرار والرفاهية والتعاطف والمشاعر المشتركة والتقبل والاحترام. (Young et al, 2003)

ويضيف مهران (Mehran, 2006) أن الأفراد الذين ينتمون لهذا المجال غير قادرين على إقامة علاقات تعلقية آمنة. (Mehran, 2011)

كما تتميز الخلفية العائلية النموذجية لهؤلاء الأفراد بعدم الاستقرار (التخلي) (عدم الاستقرار)، سوء المعاملة (الحذر التعدي)، البرودة (الحرمان العاطفي)، الرفض (النقص/الخل)، أو الانقطاع من العالم الخارجي (الانطواء الاجتماعي).

ويضيف يونغ وزملاؤه (Young et al, 2005) أن الأفراد الذين تتمركز مخططات في هذا المجال هم غالبا الأكثر إصابة، وأغلبهم تعرضوا لحوادث صادمة في فترة الطفولة، وفي مرحلة الرشد ينتقلون من علاقة ذات طابع ذاتي التهديم إلى أخرى ويتجنبون العلاقات الحميمة. (Young et al, 2005)

ويشمل هذا المجال خمس مخططات غير متكيفة تتمثل في:

- التخلي/عدم الإستقرار:

ذكر فوفانا (Fofana, 2007) بأن مخطط التخلي وعدم الاستقرار نابع عن عدم إشباع الحاجة للأمن، بسبب تعرض الفرد خلال طفولته المبكرة لخبرات صادمة انفصالية (وفاة، طلاق، فراق طويل...) يختبر خلالها فقدان شخص عزيز (Fofana, 2007)

ويشير كوترو (2001) Cottraux إلى أن إحساس الفرد المستمر بعدم بقاء الأشخاص المهمين معه وتركهم وتخليهم عنه أو عدم حضورهم الدائم نتيجة الموت أو عدم قبولهم له. وتفضيلهم لشخص آخر مفضل لديهم للبقاء معه يؤدي إلى ظهور هذا المخطط. (Cottraux, 2001)

كما يؤكد يونغ وزملاؤه (2005) Young et al أن مخطط التخلي وعدم الاستقرار هو إدراك لنقص الاستقرار والثقة في الروابط العاطفية المتبادلة بين الفرد والأشخاص المهمين في محيطه الاجتماعي يرافقه إحساس بعدم استمرار هؤلاء الأشخاص في إعطائه السند، القوة والحماية لأتيم غير مستقرين عاطفياً ولا يمكن الوثوق فيهم وفي حضورهم الدائم لأنهم سيموتون قريباً أو أنهم سيهملونهم من أجل شخص أفضل منه.

(Young et al, 2005)

يدفعنا التوجه النظري المشار له في هذا العنصر إلى استنتاج بأن مخطط التخلي/عدم الإستقرار يضم أفكاراً حول عدم استمرارية العلاقات العاطفية. حيث الروابط العاطفية التي تتميز بنقص الإستقرار والتفهم والحب، بسبب إحباط إشباع الحاجة للأمن، يؤدي بالفرد إلى الشعور بالتخلي وإهمال الآخرين له وعدم الاستقرار الانفعالي.

- مخطط الحذر/التعدي:

ذكر فوفانا (2007) أن هذا المخطط تابع من نقص الإحساس بالأمن. فالشخص الذي عايش باستمرار في طفولته شعور الأذى بطريقة أو بأخرى يخشى التعرض للخيانة، الكذب، الإهانة، العنف البدني، أو أي شكل من أشكال سوء المعاملة، إلى جانب شكه الدائم في نوايا الآخرين وعدم سماحه لأحد التقرب منه، وتوقع الأسوأ من الآخرين، مع تجنب مستمر للعلاقات العاطفية والاكتفاء بالعلاقات السطحية. (Fofana, 2007)

ويضيف يونغ وزملاؤه (2005)، Young et al أنه في هذا المخطط ينتظر الفرد تعذيب وإيذاء الآخرين، وكذا معاملتهم السيئة واحتقارهم وإهانتهم وخداعهم واستغلالهم، لذلك فهو يتردد في التعبير عن أفكاره ومشاعره الخاصة، لاعتقاد بأن المعلومات التي سيقدمها للآخرين ستستعمل ضده، كما أنه يتنازل بسهولة أمام إرادة الآخرين، بسبب خوفه منهم، ويسمح للآخرين بالاعتداء عليه حتى لا يبقى وحده. (Young et al, 2005)

كما يؤكد يونغ وزملاؤه (2017) Young et al على أن الفرد الذي ينشط لديه هذا المخطط يدرك بأن ألامه ومعاناته قسدية ونتيجة عن تعرضه لإهمال شديد وغير مبرر من طرف الآخرين، إلى جانب إحساسه الدائم بالدونية مقارنة بالآخرين. أي أن الشخص الذي يظهر مخطط الحذر والتعدي يتميز بقدر كبير من الخوف، الذي سببته الحوادث الانفصالية الموجعة المبكرة أو حتى الإهمال في مرحلة الطفولة المبكرة لسبب أو الآخر (مرض أحد الوالدين أو كلاهما، عمل الأم، تناول الأم للكحول أو تعاطيها للمخدرات...)، يجعله يحذر الآخرين ويخفي أفكاره وعواطفه عنهم ويتوقع معاملتهم السيئة له بشكل مستمر، لذلك فهو يحس بالعجز في إقامة علاقات البينشخصية مستقرة فإنما أنه يتجنبها أو أنه يخضع بشكل كلي لرغبات الآخرين وثوراتهم. (Young et al, 2017)

-مخطط الحرمان العاطفي:

ذكر يونغ وزملاؤه (2003)، Young et al أن أصول مخطط الحرمان العاطفي تعود إلى كون الأم باردة وغير حنونة فهي لا تحضن طفلها بصفة كافية، كما أنها لا تخصص الوقت الكافي للاهتمام به. فالأم هنا لا تستطيع فهم الإشارات التعليقية التي يقدمها الطفل عند تعرضه لخطر حقيقي أو مدرك أو إحساسه بضيق، فهي تقدم مجموعة من الاستنتاجات التي لا تتناسب مع الحاجات العاطفية الأساسية التي يحتاجها طفلها.

(Young et al, 2003)

كما يشير يونغ وزملاؤه (Young et al (2005) إلى أن الفرد ضمن هذا المخطط يعتقد بعدم حصوله على الدعم العاطفي الذي هو في حاجة إليه والذي يتميز بثلاثة مظاهر أساسية وهي:

- نقص الدعم العاطفي: غياب الانتباه، الحنان، والدفء والصدقة.
- التفاعل العاطفي: غياب الشخص أو الشريك الذي يفهمه ويستمتع له.
- نقص الحماية: عدم وجود شخص قوي يحميه ويرعاه ويقوده. (Young et al (2005)

يحمل الفرد الذي ينشط لديه مخطط الحرمان العاطفي معتقدات حول عدم إشباع حاجاته العاطفية من طرف مقدمي الرعاية الأساسيين في مراحل مبكرة من حياته الشخصية.

- مخطط النقص الخجل:

ينبع مصدر هذا المخطط من رفض وانتقادات الوالدين للطفل أو تعرضه للاعتداء الجسدي أو الجنسي أو العاطفي.

وتؤدي الخبرات الصدمية التي يتعرض لها الفرد في سن مبكرة إلى نقص تقديره لذاته وإحساسه غير المحدود بالنقائص الداخلية، مثل الغضب، الحقد، الميول الجنسية الغريبة، والخارجية، مثل النحافة، البدانة، البشاعة، والإخراج الاجتماعي.

إلى جانب هذه الأحاسيس السلبية، ذكر كوتور وبيلا كيرن (Cottraux (2006) et Blackburn بأنه في هذا المخطط يتوقع الفرد عدم حب وتقبل الآخرين له وعدم كمال علاقاته البيئشخصية، لذلك تتشكل لديه حساسية مفرطة للنقد واللوم/الرفض.

(Cottraux et Blackburn, 2006)

وفي نفس هذه السياق، يضيف يونغ وزملاؤه (Young et al, 2005) أن المعتقدات القاعدية تجعل الفرد يشعر بالنقص، السوء و الدونية وعدم جدارته بجب و اهتمام الآخرين، و التي تستتر تحت غطاء الخجل. (Young et al, 2005)

في هذا المخطط، غالبا ما يكون الفرد واعيا بذاته لذلك تكون لديه نزعة إلى مقارنة نفسه بالآخرين -فهو لا يحس بالأمان خاصة مع الأفراد الذين يعتبرهم بدون نقص-، فقد تكون سلوكيات الخضوع لانتقادات الآخرين، أو تجنب الآخرين وكذا تجنب التعبير عن أفكاره ومشاعره وأحاسيسه، واعتمادا ميكانيزم التعويض واستثارة الغضب الذي يدفعه لانتقاد الآخرين ورفضهم.

- مخطط العزلة الاجتماعية:

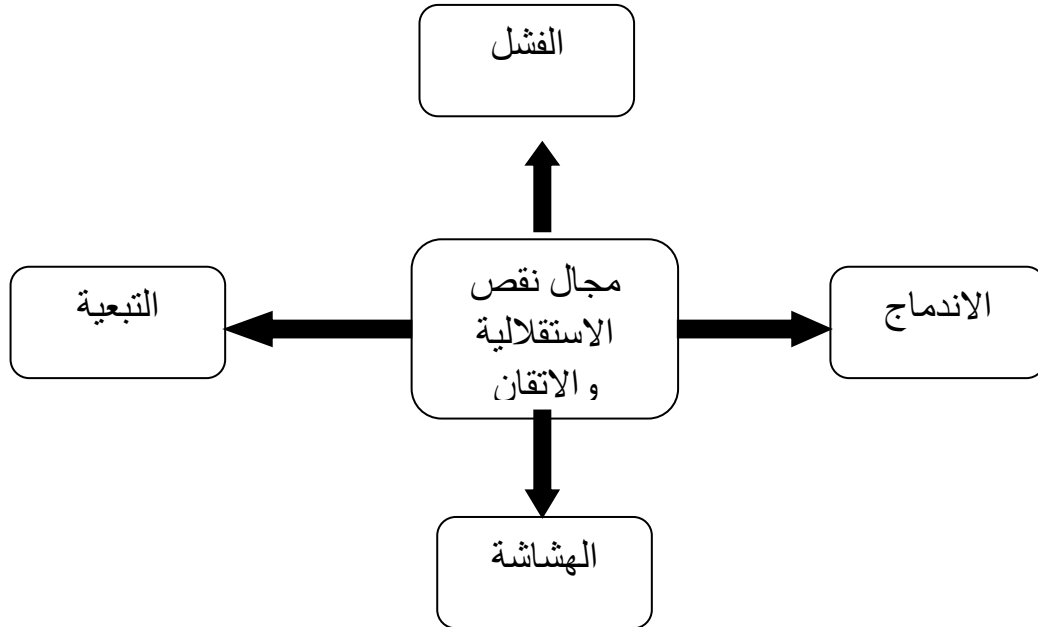
ذكر يونغ وزملاؤه (young et al. (2005 أن أصول مخطط العزلة الاجتماعية تعود الى إحساس الفرد منذ طفولته المبكرة بالدونية وعدم اهتمام الآخرين به وتهميشهم له، والى اختلاف المحيط الأسري للطفل عن محيطه الاجتماعي خارج المنزل.

(Young et al, 2005)

ويشير كوترو و بلاكبيرن (cottraux et blackburn(2006 ، الى أن الفرد في هذا المخطط يشعر بالعزلة والانقطاع عن العالم الخارجي، وكذا بالاختلاف عن الآخرين وعدم الانتماء الى تجمعاتهم. (Cottraux et Blackburn, 2006)

يعتقد الفرد ضمن مخطط العزلة الاجتماعية بأنه مختلف عن الآخرين بسبب انتمائه الى أسرة يختلف مستواها الاقتصادي، الاجتماعي والثقافي عن المحيط الاجتماعي الخارجي، لذلك يطغي عليه إحساس الوحدة والغربة والانقطاع عن العالم الخارجي.

➤ مجال نقص الاستقلالية والالتقان and/or Impaired Autonomy :performance



الشكل 03: المخططات المنضوية تحت مجال نقص الاستقلالية والالتقان.

يوضح الشكل 03: المخططات المبكرة غير المتكيفة التي تنتمي الى مجال نقص الاستقلالية والالتقان. ذكر يونغ وزملاؤه (2005) young et al أنه الشخص الذي يقع تحت تأثير هذه

المخططات لديه متطلبات اتجاه نفسه والعالم الخارجي لا تتطابق مع قدراته المدركة.

(Young et al, 2005)

كما يؤكد كوترو (2001) cottraux أن الفرد ضمن هذا المجال لم يشبع حاجاته للانفصال عن أسرته والاستقلالية الذاتية والانجاز الجيد، لذلك يتولد لديه إحساس عام بالفشل. ويشير العديد من الباحثين الى أن هذا الفرد خلال مراحل مبكرة من طفولته عاش في محيط أسري لا يشجع العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة بالإضافة الى تعرضه

للحماية المفرطة من طرف الوالدين، الأمر الذي يساهم في زعزعة ثقة الطفل في نفسه، وعدم قدرته على تثبيت أهداف شخصية، ونقص تحكمه في المهارات الاجتماعية والأداء الجيد.

(Cottraux, 2001)

ويشمل هذا المجال خمس مخططات غير متكيفة تتمثل في:

- مخطط التبعية/ عدم الكفاءة:

ذكرت كاهيلي (2009) kahalé أن مخطط التبعية/ عدم الكفاءة يعطي الفرد إحساساً بعدم حصوله على الأمن الكافي لمواجهة العالم الخارجي، ويجعله يؤمن بعجزه عن مواجهة مسؤولياته اليومية وإدارة مشاكله الخاصة وأخذ المبادرات والاعتناء بنفسه.

(Kahali, 2009)

وفي نفس السياق يؤكد يونغ وزملاؤه (2005) young et al. ان الشخص الذي طور هذا المخطط. يعتقد انه غير قادر على تحمل مسؤولياته بدون مساعدة الآخرين (في إدارة أمواله) او حل مشكلاته اليومية او اتخاذ القرارات او المبادرات لتدبير أموره... والذي يظهر على شكل السلبية ونقص المبادرة. كما أن هذا المخطط يضم عنصرين، الأول هو عدم الكفاءة والثاني هو التبعية، يتعلق الأول بنقص الثقة في القرارات والأحكام المتعلقة بالحياة اليومية، كما يتعلق العنصر الثاني بعدم القدرة على مواجهة المسؤوليات اليومية بدن مساعدة الآخرين. (Young et al, 2005)

ترتبط معتقدات مخطط التبعية / عدم الكفاءة بعدم القدرة على اتخاذ قرارات صائبة تتعلق بسير الحياة اليومية، الناتجة أساساً عن عدم اشباع الفرد الذي طور هذا المخطط

احساسه بالاستقلالية في طفولته المبكرة، والتي تدفع الفرد للاعتماد على الآخرين والتبعية لهم في اتخاذ قرار يتعلق بأمواله، بعمله، وبمشاكله الخاصة.

- مخطط الهشاشة:

يعتبر مخطط الهشاشة (الخوف من الخطر) حسب يونغ وزملاؤه (2005) young et al. عن الخوف المبالغ فيه من كارثة يمكنها أن تحدث في أي وقت والتي لا يمكن مواجهتها، وتكون هذه المخاوف من احدى هذه الكوارث:

- الصحة: أزمة قلبية، السيدا، ...
- الانفعالات: مثلاً فقدان الوعي، فقدان المراقبة أو التحكم.
- كارثة طبيعية أو المخاوف: المصاعد الكهربائية في العمارات، الجرائم، الزلازل.

(Young et al, 2005)

ذكر مازون وزملائه (2005) mason et al. أن هناك نقطة اتفاق بين يونغ وبولبي في مفهومها لهذا المخطط، حيث يرى يونغ بأن هذا المخطط يجعل الفرد قابلاً للانجراف أو التعرض للأذى، ومن جانبه بولبي يرى بأن الشخص يطور في طفولته تصورات سلبية للذات والآخرين (نماذج عملية داخلية) ترتبط بالمخططات المعرفية تجعله أكثر قابلية للانجراف. (Mason et al, 2005) ويضيف يونغ وزملاؤه (2003) young et al. أن الأشخاص الانجراحيون ذوو الهشاشة النفسية يتميزون بالقلق وبامكانية تعرضهم لنوبات الهلع لذلك يتجنبون الوضعيات القوية وغير الآمنة.

فهم لا يخافون من تسيير الوضعيات مثل الأشخاص الذين يطورون مخطط التبعية وعدم الكفاءة ولكنهم يخافون من الوضعيات التي يحتمل تعرضهم خلالها لكوارث.

(Young et al, 2005)

مخطط الاندماج:

يتميز الشخص الذي يطور هذا المخطط حسب يونغ وزملائه بتعلقه العاطفي الشديد بشخص أو لعدة أشخاص، غالبا ما يكون أحد الوالدين أو كلاهما، وذلك على حساب التكيف الاجتماعي كما يشعر بفراغ داخلي وبعدم توفره على أهداف واضحة في هذه الحياة وغالبا ما يتساءل عن قيمة وجود الحياة. (Young et al, 2005)

تترافق هذه التساؤلات مع عدم وضوح هوية الفرد بشكل محدد واندماجها مع شخص واحد أو عدة أشخاص - عادة ما يكون أحد الوالدين -.

وتشير كاهلي (Kaheli, 2009) هذه العلاقة الاندماجية أو الذوبان في شخصية الآخر، تجعل الشخص لا يستطيع العيش دون الشخص الذي ارتبط به، فيصبح غير قادر أن يطور نفسه فكريا، اجتماعيا، عاطفيا، أو التعبير عن ميوله ومواهبه. إضافة الى أن أفكاره وسلوكه ورغباته وحتى قراراته هي للشخص المرتبط به (Kaheli, 2009)، كما يرتبط هذا الاندماج حسب يونغ وزملائه (Young et al, 2003) بشعور بالذنب في حال وجود تفاصيل عن الحياة الحميمة دون نقاشها مع الآخر.

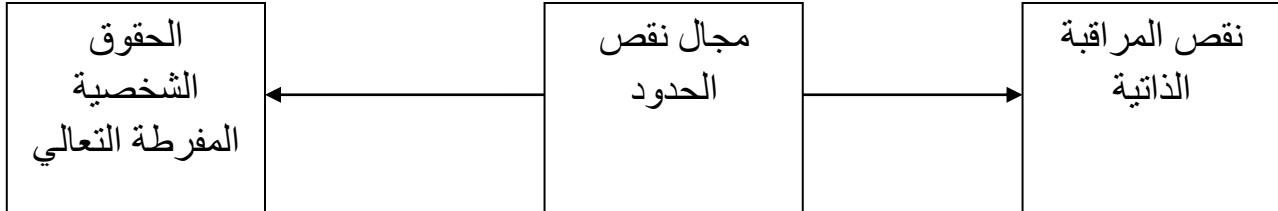
(Young et al, 2003)

مخطط الفشل: يتركز هذا المخطط حسب يونغ وزملائه (Young et al, 2003) على الاعتقاد والتنبؤ بالفشل الذي سيحدث في المستقبل، فيشعر الفرد بأنه غير قادر على النجاح مثل الآخرين (دراسة، عمل رياضة، ...) فينتابه شعور قوي بأنه شخص تغبي وتافه وجاهل، لا مواهب لديه وهو تابع بشعور النقص في فترة الطفولة. وهذا المخطط يبالغ في الشعور بالفشل ويلغي فكرة النجاح. (Young et al, 2003)

يحكم الفر الذي يطور هذا المخطط على حياته بالفشل مقارنة بأقرانه، ويرفض الارتقاء في مجالات حياته، ويستخدم أسلوب التهرب كشكل من أشكال التوافق، يرفض التغييرات

نحو الأحسن أو اتخا مبادرات جديدة أو تحمل المسؤوليات أو حتى مواجهة التحديات التي توفر له فرص النجاح.

➤ مجال نقص الحدود :Impaired Limits



الشكل (04): المخططات المنضوية ضمن مجال نقص الحدود.

يوضح الشكل 04 المخططات المبكرة غير المتكيفة التي تنتمي الى مجال نقص الحدود، ذكر يونغ وزملاؤه (2003) **young et al.** أن الفرد الذي يطور المخططات المنضوية تحت مجال نقص الحدود لم يطور الحدود المناسبة فيما يخص تبادل الشعور والتحكم الذاتي. كما أن الشخص الذي يقع تحت تأثير هذه المخططات لديه نقص في تشكيل الحدود الداخلية ونقص الإحساس بالمسؤولية تجاه الآخرين وعدم القدرة على تسطير الأهداف بعيدة المدى. (Young et al, 2003)

ويشير مهران (2006) **Mehran** الى أنه يصعب على هذا الفرد احترام حقوق الآخرين أو التعاون معهم كونه يتصف بعدم المسؤولية، الأنانية، الدلال والغيرة. وغالبا ما يتميز الوسط العائلي لهذا الفرد بضعف الأولياء الذين لا يستطيعون فرض النظام على أطفالهم وبشدة تساهلهم معهم وتلبية نزواتهم بشكل فوري ولو على حساب حاجات أكثر أولوية وأهمية. (Mehran, 2006)

ويشمل هذا المجال مخططين غير متكيفة يتمثلان فيما يلي:

- مخطط الحقوق الشخصية المفرطة (التعالى):

يتعلق هذا المخطط بإحساس الحق في الحصول على امتيازات خاصة مقارنة بالآخرين، حيث يشير يرنارد (2015) Bernard الى أن هذا المخطط نجده عند الطفل المدلل، ذو المتطلبات العالية، الذي تلقى الحب المفرط من طرف والديه لذلك يشكل حدودا بين الداخل والخارج، وفي مراحل متقدمة من العمر يتمظهر هذا الفرد بمظاهر السيطرة، والغضب عند معارضته، وعدم التعاطف، فهو لا يهتم بأحاسيس الغير ولا يحترمهم وبشيء معاملتهم ولا يتحمل نتائج أفعاله. (Bernard, 2015)

ويرى كوترو وبلاكبرن (2006) Cottraux Et Blackburn أن الفرد الذي يقع تحت تأثير هذا المخطط يعتبر نفسه يملك الحق في الحصول على ما يريد دون الأخذ بعين الاعتبار رغبة الآخرين ومصالحهم. (Cottraux et Blackburn, 2006) كما يؤكد كل من مارتين ويونغ (2010) Martin et Young بأن هذا الفرد يقتنع بأنه متفوق على الآخرين، ولديه الحق في الحصول على الحقوق والامتيازات الخاصة، ولا يلتزم بقواعد المعاملة بالمثل التي توجه التفاعل الاجتماعي العادي.

(Martin et young, 2010, p318-346)

ويضيف يونغ وزملاؤه (2005) Young et al. ان الفرد الذي يطور هذا المخطط يعوزه تقدير الغير اجتماعيا فهو يريد الحصول على أي شيء دون تقدير النتائج السلبية التي تآثر في الآخرين مع ميل مبالغ فيه لتأكيد قوة ووجهة نظره.

(Young et al, 2005)

- مخطط نقص المراقبة الذاتية:

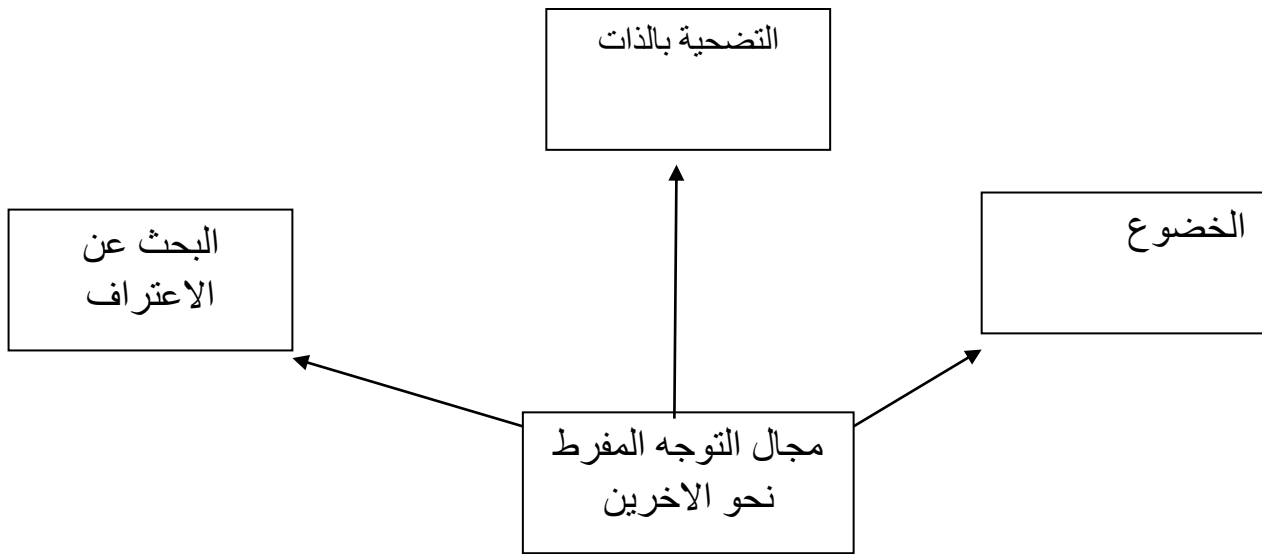
يتعلق هذا المخطط بصعوبة أو رفض ممارسة سياسة التسامح الكافي للتحكم بالنفس، وبالإحباط الناتج عن عدم تحقيق الأهداف الشخصية أو للحد من الإفراط في التعبير عن العواطف والدوافع. (Sookman et Pinard, 2007)

ويضيف برنارد (2015) Bernard أن الشخص الذي يطور هذا المخطط يفشل في الضبط الذاتي بالقدر الكافي، تعديل التعبير عن مشاعره ودوافعه، تحمل الإحباط والجهد.

(Bernard, 2015)

وكرر فعل عن هذه الصعوبات بركز هذا الشخص بشكل مبالغ فيه على تجنب الألم، الصراع، المواجهة، المسؤولية، وكذا الجهود المبذولة للالتزام بالوعود الشخصية. فالمشكلة الذي يعاني منه الفرد ضمن هذا المخطط هو صعوبة الضبط الذاتي للانفعالات والسلوكيات في العلاقات البينشخصية والتي تقوده غالبا الى سلوكيات نموذجية عديدة، مثل الاندفاعية، اللامبالاة، الإهمال، المعاناة في التعبير الانفعالي والنوبات الهستيرية، تتمحور حول الرغبة في اشباع نزوات قصيرة المدى على حساب الأهداف البعيدة المدى.

- مجال التوجه المفرط نحو الآخرين Other directions:



الشكل (05): المخططات المنضوية تحت مجال التوجه المفرط نحو الآخرين.

يوضح الشكل (05) المخططات المبكرة غير المتكيفة التي تنتمي الى مجال التوجه المفرط نحو الآخرين. تتعلق المخططات المنتمية الى المجال بتركيز مفرط على رغبات،

أحاسيس واستجابات الآخرين على حساب احتياجات الفرد الخاصة، بهدف الحصول على الاستحسان والحب. (Mehran, 2011)

وفي نفس السياق يؤكد يونغ وزملاؤه (young et al. (2005 أن الأشخاص الذين يمتلكون مخططات هذا المجال يلبون بصفة مفرطة حاجيات الآخرين على حساب حاجياتهم الخاصة بهدف الحصول على استحسانهم وتثبيت روابط عاطفية أو لتجنب الإهمال أو التخلي عنهم وهم غالبا غير واعيون بعواطفهم الخاصة ورغباتهم الشخصية.

(Young et al, 2005)

ومن جانبه يرى يونغ وزملاؤه (young et al.(2017 أن هذا المجال يشير أنه في فترة الطفولة لم يكن للطفل الحرية في ميوله الطبيعية مما يستدعيه الأمر الى كبت ما بداخله لإرضاء والديه حتى يكسب ودهم ورعايتهم على حساب إنقاص من قيمته وحاجاته الشخصية مقابل حاجات ورغبات الآباء وهذا ما يسمى في التربية النمطية ب "التقبل المشروط".

(Young et al, 2017)

وعموما فإن مخططات هذا المجال، تجعل الفرد يركز بشكل مفرط على تلبية حاجات الآخرين بدلا من التركيز على احتياجاته الخاصة ورغباته، يقوم الفرد بهذا التوجه بهدف الحصول على استحسان الآخرين، او الحفاظ على العلاقة معهم أو تجنب انتقامهم. وعلاوة على هذا فإن هذا الفرد في فترة الطفولة، لم يحصل على الحرية في اتباع رغباته الطبيعية، بسبب اتباع والديه أسلوب التربية النمطية " التقبل المشروط - الذي يجعل الطفل يقيد جوانب مهمة من احتياجاته للحصول على حب الوالدين وتقبلهم-، وبصفته راشدا يسمح للآخرين بقيادته برغباتهم الخاصة بغض النظر عن احتياجاته الخاصة. ويشمل هذا المجال ثلاث مخططات غير متكيفة تتمثل فيما يلي:

- الخضوع:

ذكر يونغ وزملاؤه (young et al. (2005) أن مخطط الخضوع يعبر عن استسلام مفرط لمراقبة الآخرين بسبب شعور الفرد بالضييق كونه مجبرا على التصرف على هذا النحو لتجنب غضب، انتقام واهمال الآخرين له. ويتمظهر من خلال شكلين أساسيين هما:

- اخضاع الحاجات: قمع رغبات الفرد والأشياء المفضلة لديه.
- اخضاع الانفعالات: قمع الاستجابات الانفعالية الخاصة، خصوصا الغضب.

(Young et al, 2005)

تعود أصول هذا المخطط حسب برنارد (bernard (2015 الى مقدم الرعاية الأساسي، الذي يقرر غالبا الأمور الجيدة بالنسبة لطفله ويركز على طاعة هذا الأخير للقواعد العائلية الموجهة لرعاية الطفل ولتعليمه الجيد، واحترامه للآخرين ولسيرورة الأسرة. فالخضوع، في نفس الوقت يجعل الطفل يقبل بتنفيذ بدون مناقشة الأوامر والطلبات الصادرة عن الآخرين حتى لو لم يكن لها معنى تعليمي. (Bernard, 2015) يؤدي مخطط الخضوع غالبا الى تراكم الغضب الذي يظهر غالبا من خلال الأعراض المختلفة مثل سلوكيات العدائية السلبية، النوبات الغير المتحكم فيها، الأعراض السيكوسوماتية والتجنب العاطفي.

- مخطط التضحية بالذات: ذكر يونغ وزملاؤه (young et al, (2005 أن الأشخاص الذين يطورون هذا المخطط لديهم قلق لاشباع حاجات الآخرين على حساب حاجياتهم، وذلك على عكس مخطط الخضوع. تضحياتهم تكون إرادية فهم يعملون أي شيء لتجنب معاناة الآخرين والإحساس بالذنب أو الأناية. (Young et al,2005)

ينتج هذا المخطط دائما عن القدرة المفرطة على التعاطف حيث يكون هناك إحساس حاد بمعاناة الآخرين كما يتضمن غالبا إحساس بالمسؤولية القوية اتجاه الآخرين.

لذلك نجد أن الشخص الذي يطور هذا المخطط يحاول طواعية اشباع حاجات الآخرين على حساب حاجاته الخاصة، بهدف إبعاد أحاسيس الألم عن الآخرين، تجنبهم الشعور بالذنب، اكتساب ثقته بنفسه أو الحفاظ على العلاقة مع شخص يعتبره مهما له.

وفي نفس هذا السياق يؤكد برنارد (2015) **bernard** يركز على إعطاء الأولوية للآخرين التي تؤد غالبا الى إهمال الذات. حيث تتكرر حالات الاحتراق النفسي بشكل كبير لدى الأشخاص الذين يملكون استراتيجيات مبكرة كالتضحية بالذات، الخضوع، أو الأفكار المفرطة.

فهذه الاستراتيجيات الثلاثة تستهلك بشكل كبير الطاقة الذهنية، طالما أن الفرد، ضمن هذه الشروط لا يطرح ميكانيزمات لحماية نفسه. يقول كل شيء في كل الميادين (العمل، العائلة، الأصدقاء)، من خلال الضغط على نفسه يصل الى الاحتراق النفسي.

(Bernard, 2015)

كما يضيف يونغ وزملاؤه (2005) **young et al** بهذا الصدد بأن الفرد ضمن هذا المخطط يعاني غالبا من أعراض نفس جسمية دائمة كآلام الرأس، مشاكل المعدة، آلام مزمنة، تعب مزمنة. وتعتبر هذه الأعراض طريقة لاشعورية للفت انتباه الآخرين دون اللجوء الى طلب ذلك بشكل مباشر. (Young et al, 2005)

- مخطط البحث عن الاعتراف:

يعبر هذا المخطط حسب يونغ وزملاؤه (2005) **young et al** عن حاجة الفرد الدائمة للحب والعناية والاهتمام من الآخر على حساب تطوير شخصية أصلية وقوية، حيث

يتكون تقدير الذات عندهم انطلاقاً من ردود أفعال الآخرين وليس من قيمتهم الشخصية، كما يعطي صاحب هذا المخطط أهمية كبرى للمظاهر والمال وتجده غالباً غير راضٍ عن اختياراته.

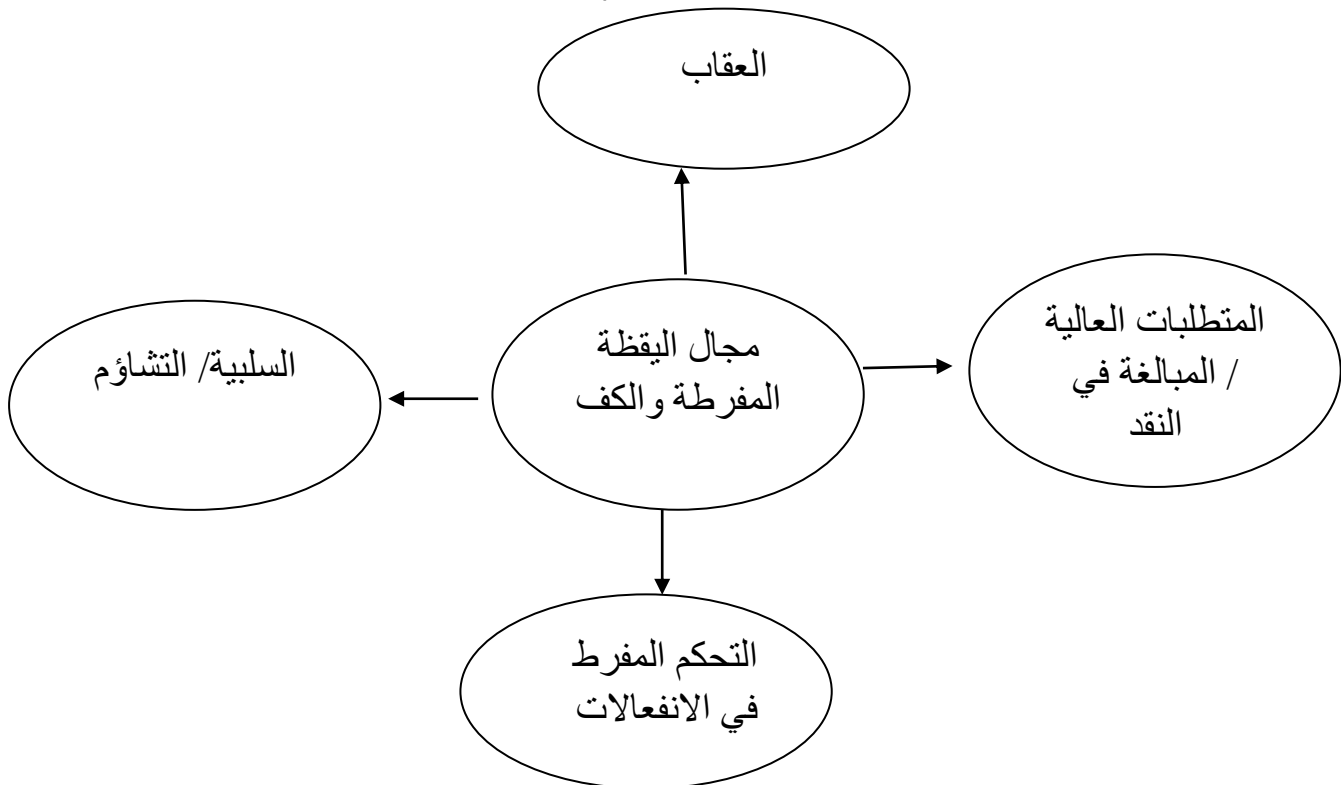
(Young et al, 2005)

ويضيف برنارد (2015) **bernard** أن هذا الفرد يعلق أهمية كبرى على اطراء الآخرين واعترافهم به، فهو يولي أهمية كبرى لردود فعل الآخرين على حساب مشاعره الشخصية، مع ادراكه السلبي لهويته الخاصة.

وعموماً، يسعى الفرد الذي يطور هذا المخطط للحصول على استحسان واعتراف الآخرين بهدف الرفع من مستوى ثقته بنفسه، من خلا لجلب انتباه الآخرين لماله أو لنجاحه أو لمظهره أو لمكانته الاجتماعية، بدون أن تكون له النية في السيطرة عليهم أو مراقبتهم.

(Bernard, 2015)

➤ مجال اليقظة المفرطة والكف: **over vigilance/ inhibition**



الشكل (06): المخططات المنضوية تحت مجال اليقظة والكف.

يعرض الشكل 06: المخططات المبكرة الغير المتكيفة التي تنتمي الى مجال اليقظة المفرطة والكف. ذكر يونغ وزملاؤه (young et al(2003) أن هذا المجال يعبر عن التركيز المفرط لقمع التعذير العفوي للمشاعر والرغبات والدوافع والاختيارات او لوضع قواعد داخلية صارمة وتوقعات بشأن الأداء والسلوك الأخلاقي (Young et al, 2003)

فالاستراتيجية الأساسية لهذا المخطط هي المبالغة في مراقبة ردود الأفعال والمشاعر والاختيارات من اجل تفادي الأخطاء وتبني قوانين باردة فيما يخص السلوك والأداء على حساب الجوانب الأخرى من الحياة، كالسعادة والتعبير عن الذات والاسترخاء والعلاقات الحميمة أو الصحة.

ويضيف يونغ وزملاؤه (young et al(2005) أن الفرد الذي يتبنى هذا المجال ترعرع في طفولته الأولى ضمن أسرة نموذجية، قائمة، متطلبة، وأحيانا عقابية، تركز على الأداء، الواجب، الكماليات، المتابعة، القواعد، وإخفاء العواطف، وتجنب الأخطاء على حساب المتعة والفرح والاسترخاء. لذلك فغالبا ما يتسم بالتشاؤم والانشغال والقلق.

(Young et al, 2005)

وعموما يقوم الشخص الذي يملك المخططات المنضوية تحت هذا المجال بقمع وكبت وحذف التعبير التلقائي عن مشاعره ودوافعه، فهو غالبا ما يسعى الى وضع قواعد داخلية صارمة حول التعبير عن فرحته والتعبير عن الذات والاسترخاء والعلاقات والصحة الجيدة، كما أن أصل هذا المخططات ينبع من الطفولة القاسية، المكبوتة، الهارمة، أين يسود الضبط الذاتي الكرامة عن العفوية والسرور، بسبب عدم تشجيع الآباء طفلهم على اللعب والمرح.

ويشمل هذا المجال أربع مخططات غير متكيفة تتمثل فيما يلي:

- مخطط السلبية والتشاؤم:

يرتكز الفرد ضمن هذا المخطط حسب يونغ وزملاؤه (Young et al, 2003) على المظاهر السلبية للحياة مثل الألم، الموت، الخسارة، المشاكل غير المحلولة، الصراع، الخداع، تأنيب الضمير، الحسد، الأخطاء المحتملة، ويقلل من شأن المظاهر الإيجابية. فهو يملك توقعاً مبالغاً فيه حول تحول الأمور إلى الأسوأ، العمل والحالة المادية والعلاقات البيئشخصية، كما يخشى بشكل مفرط من ارتكاب الأخطاء، ومن العواقب، الهلاك، الاحتقار، الخسارة، والأوضاع الغير السارة. (Young et al, 2003)

ويرى برنارد (Bernard, 2015) ان الشخص الذي يملك هذا المخطط يميل إلى رؤية نصف الكأس الفارغ بدلاً من نصفه الممتلئ، إلى التفكير في إمكانية حدوث الأسوأ في كل وقت، لذلك لا يجب الفرح بالوضعيات الإيجابية. (Bernard, 2015) إن تقليل الفرد ضمن هذا المخطط للجوانب الإيجابية في حياته يجعل يستمر في رؤية الجوانب السلبية للحياة مع ترقب متواصل للأحداث السلبية في إطار عام يتميز بالقلق، اليقظة المفرطة، الشكوى الدائمة والتردد.

- مخطط التحكم المفرط في الانفعالات:

ذكر يونغ وزملاؤه (Young et al, 2005) أن هذا المخطط يشمل المراقبة المفرطة كردود الأفعال العفوية (التصرفات اللامشاعر، الأحاديث)، لتفادي الوقوع في الأخطاء و فقدان التحكم في النزوات أو استحسان الآخرين. واهم القطاعات الخاصة بهذا التحكم هي:

- كبت وكف الغضب والعدوانية.
- مراقبة الاندفاعات الإيجابية (الفرح، المشاعر العاطفية، الاثارة الجنسية، اللهو).
- صعوبة الاعتراف بالنقائص او صعوبة التعبير عن المشاعر والحاجات.
- الاهتمام المبالغ فيه بالفكر عن الانفعالات. (Young et al, 2005)

وفي نفس هذا الصدد ذكر برنارد (2015) **bernard** ان الفرد ضمن هذا المخطط يتميز بالصرامة، البرودة، الابتعاد، وغياب روح الفكاهة. يتعلم السيطرة على أفعاله، احساسه، واقواله، كما انه لا يعبر عن مشاعره لخوفه من ان يتم الحكم عليه، او يفقد السيطرة على عواطفه ويصبح مندفعاً.

فهذه الاستراتيجيات يمكن أن تنتقل عبر الأجيال، ترتبط بتقليد أداء الوالدين (استدخال).

(Bernard, 2015)

وعموماً يمارس الفرد الذي يطور هذا المخطط سيطرة مفرطة على تصرفاته ومشاعره وتأكيداته. فهو يقيد نفسه بهدف منع الانتقادات او فقدان السيطرة على اندفاعاته، في إطار عام يتسم بالملل والانضباط والتجنبين والبرودة الانفعالية.

كما بعض الأشخاص يملكون مخطط المراقبة الانفعالية المفرطة لا يعرفون كيف يتعرفون على شاعرهم لانها لم تكن معروفة ومقبولة من طرف الوالدين.

- مخطط المتطلبات العالية/ المبالغة في النقد:

ذكر يونغ وزملاؤه (2005) **young et al** ان هذا المخطط يتضمن الاقتناع بان عليه ان يعمل جاهداً لبلوغ والاحتفاظ بمستوى عالي من الكمال. يهدف هذا المخطط غالباً الى تجنب عدم الاستحسان أو الخجل، الأمر الذي يجعل الشخص يعيش تحت ضغط مستمر ونقد دائم للذات وللآخرين وهو يعاني من اختلالات ملاحظة في مجال الصحة، تقدير الذات، العلاقات الشخصية وفي تحقيق اللذة والراحة. (Young, et al, 2005)

يتمظهر هذا المخطط نموذجياً من خلال:

- الاتقان (perfectionnisme): هو بحاجة الى عمل الأشياء الى أحسن وجه، يهتم بافراط بالتفاصيل ولا يقدر مستوى اتقانه الشخصي.
- القوانين الصلبة: عليه القيام بواجبه وهي تطبق في العديد من مجالات حياته.
- الأشغال المستمرة بالوقت والفعالية: عليه أن يفعل أكثر والأحسن.

ذكر برنارد (2015) **bernard** أن هذا المخطط خاص بالشخص الذي يسعى الى الكمال: فهو لا يملك الحق في ارتكاب الأخطاء، كما يتحكم هذا المخطط في الثنائيات: اما ان نقوم بأشياء بكمال أو نكون صفرا. فالشخص الذي يتصف بالكمال يتجنب الاستمرار بين العدم والكمال، بين الصفر بالمئة ومئة بالمئة من الجودة. فهذه المبالغة التي يفرضها الشخص على نفسه، وغالبا على الآخرين، تقوده للقلق الدائم لأنه يقضي وقته في السعي وراء الكمال المثالي الذي لا يستطيع الوصول اليه.

كما أنه من خلال التوتر الدائم يحتمل إصابة هذا الفرد بالاحتراق المهني.

(Bernard, 2015)

غالبا ما يتصف الشخص الذي يطور هذا المخطط بعدم الرضا، الغضب من نفسه، سوء تقدير ذاته، لا يعرف كيف يسترخي او يستمتع، فهو يريد القيام بالأشياء بدقة متناهية، بشكل جيد وسريع، كما أنه يملك قواعد صارمة للحياة في مسائل الأخلاق والثقافة والدين.

- مخطط العقاب:

ذكر برنارد (2015) **bernard** ان هذا المخطط لا يقتصر على الحكم النقدي السلبي، ولكن يتعدى ذلك الى التعصب والحاجة الملحة لمعاقبة نفسه والآخرين، وبالنسبة للأخطاء والعيوب التي تمليها القواعد الذهنية للشخص فيما يتعلق بالعمل، العلاقات البيئشخصية، التعليم. (Bernard, 2015)

تتصف هذه القواعد بالصرامة، عدم التكيف، والخلو من العاطفة الى جاني ترافقها مع قدرة الفرد، الذي يطور مخطط العقاب، على وضع مكانه محل الآخرين ومسامحتهم. ذكر يونغ وزملاؤه (2005) **young et al** ان هذا الفرد يملك نزعة لأن يظهر غير محتمل، كثير النقد، غير صبور، اذ لم يبلغ مستوى الكمال المتطلب فهو يعتقد انه يمكن ان يعاقب

نفسه كما الآخرين إذا تم ارتكاب أخطاء يتضمن صعوبة في الغفران بسبب ترده في النظر الى الظروف المخففة لتحمل عيوب الانسان او النظر في نوايا الطرف الآخر.

(Young et al, 2005)

8. بيولوجيا المخططات المبكرة غير المتكيفة:

من العلماء الذين درسو المخططات المبكرة غير المتكيفة من الجانب البيولوجي لودوكس le doux (1996) حيث اهتم بدراسة الانفال وبيولوجيا الدماغ، حيث تؤكد الدراسات الحالية على:

وجود عدة أنظمة انفعالية في الدماغ وكذا الوظائف المختلفة للبقاء، والاستجابة للخطر والبحث عن الغذاء وكذا الانجاب، والبحث عن الشريك وتربية الأجيال، والرابط الاجتماعي. ففي كل هذا تدخل وظائف انفعالية مختلفة غير أن لكل واحدة نظام عصبي خاص وقد اهتم الباحثين هنا بالشبكة العصبية والتي ترتبط بالخوف، وبالصددمات.

1.8. النظام العصبي المستخدم في اشراط الخوف والصددمات:

توصلت الدراسات حول بيولوجيا الدماغ الى تحديد مواضع منه يمكنها ان تنشط المخططات المبكرة غير المتكيفة انطلاقا من مواقف وخبرات الطفولة الصادمة كالاهمال او المعاملة السيئة.

لودوكس le doux (1996) لخص البحث حول بيولوجيا الذكريات الصدمية في:

- خلال وضعية تعلم الصدمي، الذكريات الواعية توضع في مكان عن طريق نظام يدخل فيه حسان البحر hippocampe في منطقة اللحاء les aires اللذان يرتبطان فيما بينهما.
- اما الذكريات اللاشعورية(اللاوعية) فتقوم بواسطة ميكانيزمات اشتراطية للخوف والتي تدار عن طريق نظام قائم على اللوزة l'amygdale هذان النظامان يعملان بالتوازي ويخزنان أنواع مختلفة من المعلومات التي لها علاقة بالتجربة.

بعد ذلك عندما تجتمع المثيرات الحاضرة بالخبرات الصدمية الأولية كل نظام يسترجع ذكرياته الخاصة، فالبنسبة للنظام اللوزي نجد الذكرى تكمن في التعبير عن الاستجابات الجسدية والتي تهيئ الاستجابة للخطر، وفي حالة نظام حصان البحر (قرن امون) تظهر الذكريات الشعورية منه فحسب لودوكس فالميكانيزمات الدفاعية التي تسجل، وتخزن وتعيد الذكريات الانفعالية لحادث صدمي ما هي مختلفة عن الميكانيزمات التي تعالج الذكريات الشعورية والمعارف الخاصة بنفس الحادث. فالجهاز اللوزي يخزن الذكريات الانفعالية، في حين حصان البحر والقشرة الحديثة le neocortex تخزن الذكريات المعرفية، وقد تعود الاستجابة الانفعالية بزودون مشاركة العمليات التي لها دور في الفكر والمنطق والوعي.

(young, 2000, d55).

خصائص النظام اللوزي le système amugdalien يظهر خصائص تميزه عن

نظام حصان البحر وعن مناطق اللحاء الخارجي كما يلي:

- النظام اللوزي اللاشعوري: الاستجابات الانفعالية يمكن أن تنشأ على مستوى اللوزة من دون أي تسجيل واعي للمؤثرات، وحسب زاجون Zajonc (1984)، فإن الانفعالات يمكن ان توجد المعارف دون المعارف. النظام اللوزي اكثر سرعة: إشارة الخطر تمر دفعة واحدة من التلامس نحو اللوزة واللحاء لكن تلتحق باللوزة قبل أن تصل الى اللحاء كما أنه يكون لها الوقت الكافي لتطلق استجاباتها للخطر، وهذا ما توصل اليه زاجون Zajonc بأن الانفعالات يمكن أن تظهر قبل المعارف.
- النظام اللوزي الي: عندما يشعر هذا الجهاز بالخطر الانفعالات والاستجابات الجسدية تنتج اليا بالمقابل البنيات التي تدخل ضمن العمليات المعرفية لا تستجيب بصفة آلية، فهي محددة بمدى مرونة اجابتها.
- عندما يكون لدينا المعارف يكون لدينا الاختيار.

- تخزين اللوزة الذكريات الانفعالية بصفة نهائية ودائمة:
يرى لودوكس ان ان الذكريات اللاشعورية الخاصة بالخوف، التي تتأسس بواسطة النظام اللوزي تطبع على مستوى الدماغ وبطريقة راسخة وترافقنا على طول حياتنا.
ان فقدان نسيان المؤثرات الخطرة هي قاعدة مهمة للحياة، هذه الذكريات تقاوم الانطفاء وفي حالة الضغط والخوف نعتقد أنهما زالا لكن لا يعودان دوما بوصفة عفوية. فعملية الترسخ أو التخزين، تمنع تغييرات الاستجابة الاشرطية للخوف لكنها لا تمحي الذكريات الداخلة ضمن هذه الاستجابات (bernard, 2010).

- النظام اللوزي غير قادر على إدراك الفرق بدقة.
- يتطلب المؤثر الصدمي استجابات اشرطية للخوف، فعندما تخزن ذكرى انفعالية في اللوزة تتبع الحالة بمؤثرات خفيفة ثانوية تظهر خلال الوضعيات الصدمية التي تؤدي الى استجابة القلق، الجهاز اللوزي يقدم تمثيلا واسعا للعالم الخارجي في حين يقدم اللحاء الخارجي تفاصيل أكثر دقة.
- فاللحاء الخارجي هو المسؤول على مستوى التقييم المعرفي، أو عن ردع الاستجابات (ردود الأفعال).

- اللوزة تؤجل الاستجابات لكنها غير قادرة على كفها.
- النظام اللوزي الداخلي:
على المستوى التطوري بالنسبة للحاء الخارجي فعندما يتعر شخص للخطر اللوزة تفجر استجابة خوف، والتي تكون قليلة التنوع خلال تطور نوع الحيوانات الدنيا.

2.8. نتائج الدراسات البيولوجية بالنسبة لنموذج المخططات:

مخطط مبكر غير متكيف هو مجموعة من الذكريات والانفعالات، والأحاسيس الفيزيولوجية والمعارف التي تدور حول موضوع طفولي، كالإهمال، وسوء المعاملة والرفض والترك ويمكن فهم البيولوجيا العصبية للمخططات كما يلي:

الانفعالات والأحاسيس الجسدية المخزنة ضمن الجهاز اللوزي، تملك كل المميزات السابقة الذكر، فعندما يصادف الفرد مؤثر شبيه لحادث طفولي أدى لتكوين مخطط ما الانفعالات والاحاسيس الجسدية التي تدخل ضمن هذا الحادث تنشط آليا عن طريق اللوزة، اذا كان الفرد واعيا بهذه المؤثرات، فإن الانفعالات تنشط بطريقة أسرع من المعارف ، هذا التنشيط للانفعالات والاحاسيس الجسدية هو آلي ويستمر طوال الحياة حتى وان تم التقليل من شدته بفضل علاج للمخطط، فإن الذكريات الشعورية والمعارف المشتركة في الصدمة هي مخزنة ضمان نظام حان البحر اللحائي hippocampe- cortical.

من هنا نستنتج أنه لا يمكننا تغيير هذا المخطط بطريقة معرفية بسيطة، والمكونات المعرفية للمخطط تتطور عادة لاحقا، بعد تخزين الانفعالات والأحاسيس الجسدية ضمن النظام اللوزي.

كثيرا من المخططات تتطور قبل اكتساب الطفل اللغة préverbale وهنا يخزن الطفل الأحاسيس الجسدية والانفعالات، وعندما يبدأ الطفل في التفكير تضاف العمليات المعرفية وعليه فالانفعالات لها الأسبقية على المعارف، من هنا يظهر دور المعالج وهو مساعدة المريض على وضع الكلمات للتعبيرات الانفعالية الخاصة بالمخطط.

فعندما ينشط مخطط ما يحتاج الفرد الانفعالات والأحاسيس الجسدية وقد يتمكن الفرد أولا من تأسيس علاقة واعية بين الخبرات الانفعالية والذكرى الأصلية وعليه فتأتي دور للمعالج هو مساعدة المريض على إقامة رابط بين انفعالاته وذكريات طفولته

(young, 2003, 56-57)

9. آلية المخطوطات (المخطوطية):

لفهم كيفية عمل المخطوطية يمكن تسليط الضوء على عمليتين هما: استدامة المخطوطية وتعافي المخطوطية.

9.1. استدامة المخطوطة (الابقاء على المخطوطة):

يشير مصطلح استدامة المخطوطة إلى حماية ما يقوم به الفرد داخليا وسلوكيا للحفاظ على تقدم وعمل واستمرارية المخطوطة، ويتضمن ذلك الافكار والمشاعر والسلوكيات جميعها التي تؤدي إلى نهاية المطاف إلى تدعيم وتثبيت المخطوطة أكثر مما تساعد وتساهم في التعافي منها وعلاجها.

إن المخطوطات تبقى على نفسها من خلال ثلاث ميكانيزمات رئيسية هي: التشوهات المعرفية، أنماط الحياة التي تبطل نفسها ذاتيا، وأخيرا أساليب التأقلم مع المخطوطة، فالفرد يسيء إدراك المواقف خلال التشوهات المعرفية بطريقة من شأنها أن تقوى وتعزز وتثبت المخطوطة، إضافة إلى ابراز المعلومات التي تؤكد المخطوطة وفي الوقت نفسه التقليل حج وأهمية المعلومات التي تتعارض مع المخطوطة.

أما انفعاليا، فإن الفرد ربما يمنع الانفعالات المتصلة بالمخطوطة فهو بذلك يمنع المخطوطة نفسها من الوصول إلى مستوى وعيه بالتالي فإن الفرد لن يستطيع إتخاذ الخطوات التي يمكن أن تغير ان تغير المخطوطة أو تساهم في شفاءها.

أما سلوكيا فإن الفرد ينخرط في نماذج سلوكية هامة للذات، يتم إختيارها أو الانقياد بها بدون وعي منه، إضافة إلى الابقاء على تلك العلاقات شفاء من المحتمل أن تؤدي إلى شفاء المخطوطة.

أخيرا تبين شخصا أن الفرد يرتبط مع الآخرين ويتفاعل معهم بطرق تؤدي وتدفع بالآخرين إلى الاستجابة له سلبية مما يدعم المخطوطة ويثبتها أكثر، وكل ذلك يتم وعي الفرد منه لما يقوم به بهدف الحفاظ على المخطوطة والابقاء عليها.

9.2. تعافي المخطوطة:

تعافي المخطوطة هو الهدف النهائي من العلاج بالمخطوطة، ذلك أن المخطوطة هي مجموعة من الذكريات، الانفعالات والاحاسيس الجسمية والادراكات.

ويتضمن تعافي المخطوطة تقليص كثافة من الذكريات المتصلة بالمخطوطة، والشحنة والانفعالية للمخطوطة، وقوة الاحاسيس الجسدية المرتبطة، وأخيرا تقليص الادراكات غير المتكيفة كما يتضمن أيضا تعافي المخطوطات تغييرات سلوكيات كتعليم الفرد كيف يستبدل أساليب التعامل غير المتكيفة بأخرى تكيفية. (young et weishar, 2003,) (p30).

إن خطة علاج وتعافي المخطوطة غالبا تكون شاقة وطويلة فالمخطوطة من الصعب أن تتغير، فهي إعتقادات راسخة وبعمرق حول الذات والعالم، تعلمها الطفل كونها في مرحلة مبكرة من عمره فالمخطوطات تزود المريض بمشاعر الأمن والطمأنينة والقدرة على التنبؤ، إذ أنهم يقاومون التخلي عن المخطوطة لأن المخطوطة تتوسط إحساسهم بالهوية، حيث من المهين والخزي والمخل بالنسبة لهم التخلي عنها، فهو تخلي عن معرفة الفرد لنفسه ومن يكون وعن معرفة للعالم بأسره.

لذلك فإن تعافي المخطوطة يتطلب استعداد ورغبة قوية لمواجهة المخطوطة، ما يتطلب انضباط وتدريبات متكررة، فالمريض يجب أن يلاحظ المخطوطة ويعمل بجد لتعديلها. (Young et al, 2003, p32).

10. أساليب التكيف مختلفة الوظيفة مع المخططات غير المتكيفة:

طبقا ليونغ (2003) فإن أساليب التكيف المختلفة وظيفيا تتطور في مرحلة مبكرة من الحياة لكي تتكيف مع المخططات المبكرة، لكيلا يعايشون الانفعالات والمشاعر الغامرة

والحادثة التي عادة ما تولدها المخططات، رغم ان أساليب التكيف أحيانا تساعد المريض على تجنب مخطط ما، لكنها لا تعالجه، وهكذا فإن جميع أساليب التكيف المختلفة وظيفيا تبقى تعمل كعناصر ضمن عملية استمرارية المخططات.

(Young et al, 2003, p32)

قد تكون استراتيجيات التكيف ذات طبيعة معرفية أو إنفعالية أو سلوكية، لكن هذه الاستراتيجيات لا تعد جزءا من المخططات بل هي ناجمة عنها (Roussin,2001) ذاتية الاستمرارية Self – perpetuated من خلال ثلاث استراتيجيات للتكيف أو عمليات تسمى بمخطط التأييد أو الاستسلام Support or surrender ومخطط التجنب Avoidance ومخطط التعويض الزائد Overcompensation ووافق هذه المخططات مع الاستجابات الأساسية الثلاث للتهديد: الكفاح Fight (التعويض الزائد)، والهروب Fight (التجنب)، والتجمد (freeze) (الاستسلام)، والمخططات المركبة غير المتكيفة تمثل تهديدا كإحباط من إحدى الحاجات الانفعالية الأساسية، والتي يستجيب إزاءها الفرد بأسلوب تكيف (Cockran,2009).

باختصار أساليب التكيف غالبا ما توفر بعض من الراحة للفرد، لكن على المدى البعيد تؤدي إلى صعوبات في ميادين الحياة المهمة، إن استخدام أساليب التكيف عموما ليس اختيارا واعيا، بل هي ردة فعل تلقائية لموقف مهدد، قد تكون أساليب التكيف واضحة بشكل خاص في سلوك المريض ولكن قد تحتوي على تحولات معرفية.

(Van Genderen, Rykeboer & anntz, 2012, p31)

أ- مخطط الاستسلام: (Schema Surrender)

عندما يستسلم الفرد لمخطط ما فإنه يتقبل ذلك المخطط كحقيقة، الفرد لا يحاول تجنب أو مقاومة المخطط ويشعر مباشرة بالنتائج الانفعالية للمخطط، وتتكرر الانماط السلوكية التي يحركها المخطط، حيث يتم معايشة تجارب الطفولة التي أنشأت المخطط من جديد، وأحيانا يتم تعزيزها في مرحلة الرشد، وعادة ما يختار المستسلمون للمخطط، شركاء من المتوقع أن يعاملوهم بالاساءة كما كان يفعل آبائهم، ويرتبطون بهم بطرق تؤدي إلى تفاقم الوضع، وتشمل أساليب التكيف لمخطط الاستسلام مخطط الخضوع والاعتمادية.

(Marti et young , 2010,p326)

علي سبيل المثال، الافراد الذين لديهم مخطط النقص / الخجل عادة ما يميلون لإقامة علاقات مع أشخاص ينتقدونهم، هم لا يعترفون بالشخص الذي لا ينتقد، وعندما يواجهون الانتقاد من طرف الآخرين يستسلمون ويسمحون لأنفسهم بأن ينتقدوا دون أي محاولة للإعتراض، بهذا فهم يعززون المخطط، حسب تصوراتهم لس لديهم خيار لأنهم - ناقصين - ويعتقون أن الجميع يعترف بذلك، السبب ليس لديهم أية ردة فعل ضد الانتقادات الظالمة.

(Schema avoidanve)

ب- مخطط التجنب (Schema Avoidance):

هو ردة فعل تسمح بالهروب من الانفعالات السلبية كالمعاناة والحزن والقلق، ويتم تعطيل المخطط وذلك عن طريق صد الافكار والصور المزعجة المرتبطة به، يعتمد الفرد على اسلوب تكيف يتسم بالانسحاب العاطفي والتجنب السلوكي وينقطع عن الآخرين، غالبا ما يجد الافراد الذين يتبعون أسلوب التجنب ملاذا في السلوكيات الادمانية كالمخدرات والغذاء والعمل، من أجل إنكار وجود المخطط وتفادي تنشيطه.

(Kkahalé, 2009, p 101)

على سبيل المثال الاشخاص الذين لديهم مخطط الشك / الاعتداء يتجنبون إقامة صداقات خوفا من التعرض للأذى أو أن يتم استغلالهم، فهم يتجنبون المخطط من خلال إبقاء أنفسهم بعيدين عن الآخرين والاتصاف بالبرود الانفعالي، وأصحاب مخطط النقص / الخجل يتحاشون المشاركة برأيهم من أجل تفادي النقد. (Alfasfos, 2009, p26)

ج- مخطط التعويض الزائد: (Overcompensation)

الاشخاص الذين يستخدمون أسلوب التعويض الزائد يقاومون المخطط عن طريق القيام بالعكس النقيض له، عندما يثار المخطط لديهم يقومون بردة فعل عكسية قوية مضادة له، ينشأ هذا الاسلوب كدافع صحي لمكافحة المخطط، لكن قد يصبح غير مناسب في كثير من المواقف وقد يتجاهل مشاعر الآخرين وقد لا يؤدي الى نتائج مرغوبة، ويظهر هذا الاسلوب لأنه يوفر وسيلة للهروب من مشاعر الطفولة بالعجز والضعف، وكبديل لأثار المخطط.

الراشدون الذين لديهم هذا الاسلوب يحاولون التفريق بين أنفسهم الآن و ما كانوا عليه في مرحلة الطفولة عندما اكتسبوا المخطط، رغم ذلك التعويض الزائد عادة ما يتطور الى اسلوب تكيف صارم يتضمن سلوك عقيم مبالغ فيه يتميز بعدم الاكتراث واللامبالاة، على سبيل المثال فالشخص الذي يشعر بالنقص يسعى جاهدا أن يمون كاملا.

والشخص الذي لديه مخطط الهجر يستطيع إنهاء علاقاته مع الآخرين بسرعة مجرد ظهور بعض العلامات البسيطة والطبيعية لأي نزاع أو عدم الرضا، وهكذا فالشخص الذي لديه اسلوب التعويض يترك الآخرين قبل أن يتركوه لذل فهو يتميز بسلو عاس لخطئه. (Martin et young, 2010, roussin,2001).

يفترض يونغ وزملائه (2003)، أن المزاج temperament أحد أهم العوامل الرئيسية في تحديد سبب تطوير بعض الافراد لأساليب تكيف معينة بدلا من الآخرين، في

الواقع قد يلعب المزاج دورا أكبر في تحديد أنماط التكيف أكثر مما تقوم به المخططات، مثلا الاشخاص الذين لديهم أمزجة سلبية من المرجح أن يتخذوا أسلوب الاستسلام أو التجنب، بينها لديهم أمزجة عدوانية قد يستخدمون أسلوب التعويض الزائد.

عامل آخر لتوضيح لماذا تبنى بعض الافراد أسلوب تكيف معين، هو الاستدخال الانتقائي Sélective internalization أو النمذجة Modeling ، فالاطفال غالبا ما يتخذون أساليب تكيف والديهم الذين يتباهون بهم. (Young et al, 2003, p36)

11. استجابات التكيف Les réponses d'adaptation:

هي السلوكيات التي يعبر بها الفرد انطلقا من اساليب التكيف الثلاثة (التجنب والتعويض والاستسلام) وهي تشمل كل الاستجابات التي تدخل ضمن قائمة سلوكيات الفرد المزاجية والشخصية.

فالفرد عندما يتبنى استجابة متكيفة وبصفة منتظمة تصبح عبارة عن أسلوب تكيفي Style adaptation وعليه فالاسلوب التكيفي عبارة عن سمة أما الاستجابة التكيفية Reponses adaptation هي عبارة عن حالة.

فالاسلوب التكيفي هو مجموعة من الاستجابات التكيفية والاستجابة التكيفية هي السلوك الخاص الذي يستخدمه الفرد في وقتها، فإذا اعتبرنا مثلا شخص يستعمل التجنب في كل المواقف التي تنشط لديه مخطط الاهمال، فعندما تهدده زميلته بتركه يعود لمنزله ويستهلك الخمر حتى السكر في هذا المثال التجنب هو أسلوب تكيفي ومخطط الاهمال، أما شرب الخمر هو استجابة تكيفية لوضعيته مع زميلته، (Barnard,2010,p34).

وفي الجدول التالي سنقدم أمثلة لإستجابات (ردود أفعال) تكيفية مختلفة وظيفيا لكل مخطط، حيث يمكن للفرد أن يستخدم مركب من الاستجابات المتكيفة كونه في بعض المواقف قد يخضع وفي بعض الاحيان الآخر قد يتجنب وأحيانا أخرى يعوض.

الجدول رقم (01) يوضح الاستجابات التكيفية لمختلف الاساليب التكيفية.

المخطط	مثال عن الاستسلام	مثال عن التجنب	مثال عن التجنب
الإهمال / عدم الاستقرار	- يختار شركاء لا يستطيعون ربط علاقات والاستمرار فيها	- يتجنب العلاقات الحميمة. - يتعاطى الكحول عندما يكون وحيدا.	- يبقى ملتصقا بشريكه حتى يحسسه بالاختناق. - يقوم بمواقف عدواني إتجاه شريكه. - يفترق عنه مدة قصيرة
الشك / التعدي	- يختار شركاء يسيء معاملتهم ويسمح لهم بإساءة معاملته	- يتجنب المواقف التي يحس فيها بالضعف. - يحتفظ بأسراره. - لا يثق بالآخرين	- يستعمل الآخرين ويسيء معاملتهم

<p>- عاطفيا هو متطلب مع أصدقائه المقربين منه ورفاقه.</p>	<p>- يتجنب كل العلاقات الحميمة</p>	<p>- يختار شركاء لا يطلبون إشباع رغباتهم غير عاطفيين</p>	<p>الحرمان العاطفي</p>
<p>- ينتقد ويهمل الآخرين الذين يسعون على أنه يكونوا متميزين</p>	<p>يتجنب التعبير عن أفكاره مشاعره الحقيقة. - يتجنب تقرب الآخرين منه كثيرا</p>	<p>يختار الاصدقاء الذين ينتقدونه ويهملونه</p>	<p>عدم الإتيان / الخجل</p>
<p>- يتقلب كالحرباء ليتكيف مع الجماعات.</p>	<p>- يتجنب المواقف الاجتماعية والجماعات</p>	<p>في الجماعة يركز على ملاحظة اختلافاته عن الآخرين بدلا من تركيزه على أوجه التشابه.</p>	<p>العزلة الاجتماعية</p>
<p>- يطور ثقته في نفسه تجعله لا يطلب شيء من أحد (عكس التبعية)</p>	<p>- يتجنب التحديات الجديدة حتى يتعلم كيف يتصرف فيها.</p>	<p>- يطلب من الاشخاص المقربين منه (الوالين، الزوجة) إتخاذ القرارات المالية بدله</p>	<p>التبعية / عدم الكفاءة</p>

<p>- يتصرف بطريقة لا مبالية دون الاخذ بعين الاعتبار درجة الخطورة "ضد الفوبيا".</p>	<p>- يتجنب الاماكن التي لا يكون متأكد منها.</p>	<p>- يقرأ الجرائد بطريقة هجاسية بحثا عن الكوارث في حياته اليومية</p>	<p>الخوف من الخطر أو من المرض</p>
<p>- يسعى إلى أن يصبح عكس المقربين اليه</p>	<p>- يتجنب الصداقة الحميمة. - يفضل البقاء مستقلا.</p>	<p>- يحكي كل شيء لأمه حتى عند ما يصبح راشدا. - يعيش على حساب شريكه.</p>	<p>الإندماج / الشخصية المدمجة</p>
<p>- يسعى قائدا يراقب دون إنقطاع.</p>	<p>يتجنب كليا التحديات المهنية . يأجل أعماله.</p>	<p>- يكمل عمله كراهة أو قسرا أو صدفة</p>	<p>الفشل</p>
<p>- له إنتباه مفرط لإحتياجات الآخرين</p>	<p>- يتجنب المواقف التي لا يحس فيها أنه الأحسن</p>	<p>- يتباهى ويتفاخر بنجاحاته</p>	<p>الحقوق الشخصية المبالغ فيها/ التعالي</p>
<p>- يتميز بمراقبة ذاتية وإنضباط شخصي مفرط.</p>	<p>- يتجنب تحمل أو قبول المسؤولية</p>		<p>نقص الرقابة الذاتية/ نقص</p>

		- يترك الاعمال الروتينية بسهولة	الانضباط الشخصي
- يثير ضد السلطة	- يتجنب المواقف التي تضعه في صراع مع الآخرين	- يترك الآخرين يراقبون وضعياته ويقررون حالته.	الخصوع
- يقدم القليل جدا للآخرين	- يتجنب المواقف التي تجعله يقدم فيها أو يستقبل	- يقدم الكثير للآخرين ولا يطلب شيء بالمقابل	التضحية بالذات (إنكار الذات)
- يتصرف عكس الآخرين حتى لا يستخفونه - - منسحب	- الذين يوافقون أو يقرر إرضاءه يتجنب	- يتصرف ليأثر في الآخرين	البحث الاستحسان والعرفان بالجميل.

<p>- منبسط للغاية. - يرفض تقبل الأحداث غير سارة</p>	<p>- يشرب ليخفي مشاعره التشاؤمية وكآبته وحزنه</p>	<p>- يلاحظ السلبي فقط ويهمل الإيجابي. - مهموم دوماً، - يسعى بكل قواه. - تجنب احتمال وقوع نتائج سلبية</p>	<p>السلبية / التشاؤم</p>
<p>يحاول بطريقة غير مستحبة المزاج حتى وإن كان بطريقة خشنة أو سطحية.</p>	<p>- يتجنب المواقف التي يتقاسم أو يعبر فيها الأشخاص عن مشاعرهم.</p>	<p>- يتصنع الهدوء ويكمد انفعالاته</p>	<p>المراقبة المفرطة للانفعالات</p>
<p>- لا يهتم بأي قانون أو ضابط. - يكمل أعماله بسرعة ولا مبالاة</p>	<p>- يتجنب ويؤجل الاعمال التي تحكم نتائجه</p>	<p>- يهدر الكثير من الوقت في محاولته لأن يكون مثالي</p>	<p>المتطلبات العالية / المبالغة في النقد</p>
<p>- يتسامح بسهولة كبيرة</p>	<p>- يتجنب الآخرين خوفاً من العقاب</p>	<p>يتعامل مع نفسه ومع الآخرين بقسوة وبطريقة تأديبية</p>	<p>العقاب</p>

(Young, 2005, p69)

12. نماذج المخططات: Les modes de schéma

يعتبر مفهوم نموذج المخططات من المفاهيم الصعبة التحديد في نظرية العلاج بالمخططات لإحتوائه على العديد من العناصر، فهي تتمثل في الحالات الانفعالية واستجابات التكيف اللحظية (المتكيفة، أو المختلفة وظيفيا) والتي تشكل جل خبراتها. المخططات تنشط عن طريق أحداث الحياة الحساسة (زناء الانفعالات).

1.12. مفهوم نموذج المخطط:

يتمثل في المخططات وفي الاستجابات المتكيفة أو المختلفة وظيفيا التي تنشط في وقت ما لدر الشخص.

نموذج المخطط المختل وظيفيا ينشط عندما تثير المخططات غير المتكيفة أو استجابات التكيف المختلفة هيجان الانفعالات القوية، استجابات التجنب أو سلوك التهديم الذاتي.

12.2. نماذج المخططات المختلة وظيف لحالة من التفكك:

وبالنظر من زاوية أخرى فإن نموذج المخطط المختل وظيفيا يمثل وجها للشخصية يستخدم مخططات أو استجابات تكيف محددة نوعية، والتي يتم إدماجها مع الاجوبة الأخرى.

وحسب هذا يمكن وصف نماذج المخططات عن طريق مستوى التفكك الذي لا يشكل إلا نموذج واحد لمخطط ما ويكون منفصل عن باقي نماذج الفرد.

فالنموذج اللاوظيفي إذن هو جزء من الشخصية التي انشطرت بنسبة معينة عن باقي الاوجه، وقد تم وصف عشرة (10) نماذج للمخططات مصنفة ضمن أربعة مجموعات تمثلت في: نماذج الطفولة، ونماذج الاستراتيجيات غير المتكيفة، ونماذج الوالدين اللاوظيفية، ونماذج الراشد السليم.

بعض النماذج هي عيادية لشخص ما ومختلة وظيفيا بالنسبة لشخص آخر، والعلاج بالمخططات هدفه الاساسي هو تقوية نماذج الرشد السليمة بطريقة تجعل الراشد يعرف كيف يقود باقي نماذجه ويتفاوض معها ويساعدها على النمو، وأيضا تمكنه من إجلاء النماذج اللاوظيفية وهي:

1.2.10 نماذج الطفولة:

حدد يونغ أنماط المخططات عند الطفل وهي شاملة وفطرية وتحدد أسماء النماذج بمشاركة العميل خلال العلاج.

أ- الطفل القابل للتعرض للخطر:

تلجأ معظم المخططات الرئيسية لهذا النموذج، هو الطفل المهمل، الطفل المتعدي عليه، الطفل المحروم من العاطفة، والطفل المرفوض. (Young et al, 2005, p75-76)

ب- الطفل الغضوب:

يمثل الجزء الحاد والشديد لأنه يحدث إشباعا لحاجاته الانفعالية والاساسية وبالتالي فهو يتصرف بغضب دون أن يهتم للعواقب، ويبعدوا صارما، متلعبا كثيرا متكرر التهديدات ومحاولة الانتحار.

ج- الطفل المندفع:

العاصي يعبر عن مشاعر هو يتصرف حسب رغباته، ويتبع نزعتة الطبيعية في ذلك الوقت دون أي اهتمام للعواقب.

د- الطفل السعيد: هو الطفل الذي يتم إشباع حاجاته العاطفية الاساسية.

2.2.12. نماذج أساليب التكيف المختلة وظيفيا:

تم تحديد ثلاث (03) نماذج توافق أساليب التكيف الثلاثة وهي كالتالي:

أ- **الخاضع المطيع:** يخضع للمخطط، يأخذ دور الطفل المستسلم، العاجز الذي يجب أن يخضع للآخرين (Young,2005,p76).

ب- **المدافع المنفصل:** يتجنب الآخرين وبصفة عامة يمارس مختلف الاشكال من التجنب، كما أنه يتجرد من مشاعره.

يخلد بصفة شديدة إلى نشاطات تهدده او تنشطه، إسراف في تعاطي المخدرات وإثارة ذاتيته، ولا يقبل الانقياد والطاعة. (Jean cottraux, 2001,p15)

ج- **المعوض:** يقاوم ضد مخططه، كما لو كان يريد أن يثبت العكس وهذا إما بمعالجة الآخرين بقوة أو بالتصرف بطريقة مبالغ فيها، ولكن بأسلوب آخر غير متكيف بدرجة كبيرة.

12. 2. 3 نموذج الآباء المختلين وظيفيا:

حدد يونغ نموذجين للوالد المختل وظيفيا والذي من خلالهما يتصرف الفرد مثل الوالد الذي تم الإقنتاع الداخلي به.

أ- الوالد المعاقب:

يعاقب أحد نماذج الطفل الذي كان قبيحا، يقتنع داخليا الفرد ، أو يتقمص شخصية الراشد "معاقب" ويسعى لمعاقبة الطفل الذي يعبر عن حاجاته ومشاعره التي أحدثت أخطاء ، نلاحظ إنتقادا ذاتيا شديدا جدا ، غضب تجاه نفسه والآخرين ، ويعما المعالج في مساعدة المفحوص على إستعادة تقدير ذاته طرد الأفكار المرسخة خلال الطفولة .

(jean cottraux, 2001 , p152)

ب- الوالد الصارم:

يستغل ويعاقب، هذا النمط (النموذج)، الطفل بلا إنقطاع لكي يرتقي هذا الأخير للمعايير المرتفعة على حد بعيد.

12. 2. 4. نموذج الراشد السليم:

يسعى المعالج بالمخطط لتدعيم هذا النمط، أثناء العلاج وذلك بتعليم المفحوص وتعديل مساندة أو شفاء النماذج الأخرى. (young, 2005, p76, 77).

ويتمثل في دمج مختلف الأنماط، وتقبل الحاجات الاسياسية، تعلم الإستراتيجيات المتكيفة.

13. سلبيات وإيجابيات المخططات:

تتصنف المخططات المبكرة غير المتكيفة بأضرارها كما أن لها مزايا لا يجب أن نغفل عنها وهذا ما وضعه هاوسوس (2003) فالمخطط هو طريقة لإدراك العالم والتعامل معه وهو يتكون مبكرا حيث يكون الطفل سهل التأثر به.

ففي مرحلة أولى، يسمح للطفل بالتكيف مع محيطه أو على الأقل إمكانية احتمالته، وفي مرحلة لاحقة يصبح مضرا له في الرشد، وقد وضح أو فوائد المخطط في الطفولة هي توفير الأمان حيث يسمح للطفل بتوقع موقف والديه ومن التكيف معه. وبالتالي فإن المخطط أيضا هام للشخصية، حيث أن للطفل الذي يعاقب ظلما سوف يستيق فعل والديه كي لا يعاقب ويفعل من المخطط الذي يصبح غير شعوري فإن الطفل لا ينتبه إلى ما يعيشه من ظلم وبالتالي وجود المخطط يسمح بتألم أقل ومعاناة أخف كما أنه يعطي توهم بأنه يمكن التنبؤ بالعالم، ويتكرر نفس الحرمان والنقصان، يصبح الطفل يرى أن ما يعيشه عاديا وانه سوف يتلقى دوما نفس الإجابات لحاجياته العاطفية.

أما عند الرشد فحسب هاوسوس (2003) يصبح المخطط غير متكيف ، ومن المفروض ان الخبرات الجديدة التي تعايش الرشد تغير المخطط والمعتقدات التي تنبثق منها والتي تحمل في الذات منذ الطفولة ومن المفروض أن التعامل والإحتكاك مع اشخاص عاديين يلغي أو يخفف القناعة التي ترى او كل العالم ظالم أو غير عادل لكن مهما يكن الأشخاص الذين يلتقي منهم الفرد الذي يعاني من مخطط الظلم ، سوف سيستعمل إستراتيجيات إستباق للموقف مثل : (الشك ، الإنقلات عن الغير ، الإخفاء) ، وبالتالي فغن سلوكيات كهذه ستجعل من الأشخاص العاديين يستجيبون لهذا الفرد .

ومن هنا ، فإن المخطط غير المتكيف سيؤدي إلى الألم ، فالعيش بإستمرار بفكرة التخلي أو المعاملة بظلم أو فكرة عدم القدرة على العمل بمفرده (التبعية) أو فكرة الشعور بالنبذ ، وهو بدون شك مؤلم ، وللتخفيف من هذا الشعور أو المعاناة ، يحاول الفرد الدفاع عن نفسه بإتخاذ سلوكيات الحماية والتي تزيد من الحالة تفاقما ، فحامل مخطط التخلي مثلا يكون واثقا بأنه لا يمكن لأحد أن يجهه ، ولمكافحة هذا الشعور يمكن أن يكون جد متعلق بأصدقائه أو على العكس يمكن أن يكون عدوانيا ، وفي كلتا الحالتين سوف يكرهه الآخرون من هذه التصرفات وسيخلون عنه ويحس بأنه وحيد .

وبناء على ماسبق فإن المخططات المبكرة غير المتكيفة في البداية تكون متكيفة نسبيا لمحيط الطفل ثم تصبح غير متكيفة وغير دقيقة عندما يصبح الفرد راشدا.

جدول رقم (02) : سلبيات وإيجابيات المخططات	
إيجابياتها في الطفولة	سلبياتها في الرشد
آمنة	صارم ، صلب
حامية	مؤلم
تعطي بفكرة أنه يمكن السو بالعالم أو تقديره	غير متكيف (, 2003 , stéphanie hohusseau) (P19)

وبالتالي، فالمخطط هو طريقة كيفية لرؤية العالم الذي يتموضع باكرا أين يكون الطفل قابل للعجن (لين) ويتأثر بكل ما يتلقاه من الخارج. بداية يمكن المخطط الطفل من التكيف مع محيطه وتحمله قليلا.

هذا المخطط يفيد الطفل لأنه آمن ويمكنه التنبؤ بسلوك والديه ويتكيف معها، ومن هنا فهو سيئ، حيث أن الطفل الذي يعاقب ظلما *va anticiper* تأديب الوالدين وتستره على أخطاء إخوته حتى لا يشعر باللوم والتوبيخ بفضل تكوين أو بناء المخططات (يصبح الطفل تقريبا غير واعي) مثلا: "العالم الخارجي ظالم"، لا يستحق أن يكون الطفل محبوبا " التي تجعل الطفل غير واعي تقريبا، فالطفل لا يشعر أو يعي بأن ما يعيشه هو ظلم وبأنه محبوب قليلا ... فوجود المخطط يسمح له أن يتألم قليلا.

فالمخطط يوهم الفرد بأنه لا يمكن أن يتنبأ بالعالم الخارجي بحيث أنه بمجرد أنه يعاني من نفس الحرمان يؤدي بالطفل على التفكير أو الاعتقاد بأنه ما يعيشه هو شيء عادي لنفس الإجابات العاطفية التي يبحث عنها أو ليست نفس الإجابات.

14. علاج المخططات المبكرة غير المتكيفة:

الهدف النهائي لعلاج المخطط هو شفاء المخطط، وهو مجموعة ذكريات، إنفعالات وأحاسيس جسدية، ومعارف وبالتالي فشفاءه يستدعي الأضعاف من حدة كل هذه العوامل وإدخال تغيير على السلوك، فتستبدل أساليب التكيف المختلفة وظيفيا بنماذج سلوكية متكيفة إذ يتطلب العلاج معالجات معرفية، وإنفعالية وسلوكية فيصبح المخطط خلال عملية الشفاء صعب التنشيط، أو عند تنشيطه يكون الإنفعال أقل إزعاجا. غالبا ما يكون العلاج شاقا ومدته طويلة، فالمخططات صعبة التغيير، كونها إعتقادات حول الذات وحول العالم الذي يتجذر فيه الفرد بعمق، وعليه فشفاء المخطط يتطلب إرادة لمواجهة والمقاومة ضده، كما يتطلب تنظيما وتدريبيا متكررا، حيث لا يختفي العلاج بصفة كاملة فالعلاج يسمح له بأن يكون أقل نشاطا، والعاطفة المرتبطة تكون أقل حدة وأقل مدة وبالتالي يستجيب العملاء لمخططاتهم بشكل سليم. (بلميهوب، 2014)

14. 1. مراحل العلاج بالمخطط:

هناك مرحلتان للعلاج مرحلة التشخيص والإستعلام على المفحوص، ثم مرحلة التغيير بالإضافة إلى عامل رئيسي في العلاج هو العلاقة العلاجية.

14. 1. 1. مرحلة تشخيص المخططات والإستعلام على المفحوص:

يساعد المعالج المفحوص في هذه المرحلة على التعرف على مخططاته وفهم مصادرها الطفولية، حيث يشرح المعالج للمفحوص نموذج المخطط ليتعلم المفحوص كيفية التعرف على مخططاته، وأساليب تكيفه (الخشوع، التجنب، التعويض) وإدراك كيف تتدخل إستجابات التكيف لحفظ المخططات، وكذا معرفة انماطهم الأساسية وكذا يساعدهم كيف ينتقلون من نمط لآخر، وعليه يستوجب عليهم أن يفهموا ذهيا عمليات مخططاتهم، وكذا يكتسبون الخبرة الإنفعالية لهذه السياقات.

(young et al , 2005 , P77))

يبدأ المعالج في عملية التشخيص والإستعلام بالتقدير الأولي، حيث يحدد المشاكل الحالية للمفحوص والاهداف العلاجية، يحدد أيضا إن كان العلاج بالمخطط مناسباً للحالة ثم يعين سيناريوهات الحياة المختلفة وظيفياً التي تمنع العميل من إثباع حاجياته الأساسية بعدها يفسر المعالج نموذج المخطط للمفحوص، ويوضح له أنهما سيعملان معا للتعرف على مخططاته وأساليب تكيفه، وهذا يتطلب من المفحوص القيام بواجبات منزلية معينة ثم يتناقش مع المعالج حول النتائج.

يستعمل المعالج تقنيات إنفعالية خصوصا التصور للوصول للمخططات وتنشيطها، ثم يربط المخططات بمصادرها الطفولية وبالمشاكل الحالية، وهنا يأخذ المعالج أساليب التكيف أولا بأول عندما تظهر في العلاقة العلاجية، وأخيرا يحدد المعالج الطع الإنفعالي للمفحوص.

يتعرف المفحوص على مخططاته ومصادرها الطفولية، ويخلون الطريقة التي ظهرت بها سيناريوهات الحياة المحطمة للذات، وعلى أساليب التكيف التي طورها من أجل إدارة هذه المخططات، ويستوضح لهم كيف أن طبعهم الانفعالي والتجارب المبكرة في حياتهم أدت بهم إلى تطوير أساليب التكيف هذه، ثم يربطون مخططاتهم بمشاكلهم الحالية حتى يتمكنوا من ملاحظة وإدراك الإستمرار الذي حدث منذ طفولتهم إلى الوقت الحالي، وبهذا تصبح مخططاتهم وأساليب تكيفهم مفاهيم توضح لهم الرؤية التي لديهم عن حياتهم.

ويرى يونغ أنه من الأحسن إستعمال عدة طرق للتشخيص فقد يظهر مخططا في مقياس المواقف الوالدية ولا يظهر في مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة ن فإستذكار مواقف الإباء يكون الاسهل عندهم من البلوغ على إنفعالاتهم، وقد يقدم العملاء معلومات متناقضة أو غير متناسبة في المقاييس بسبب تجنب أو تعويض - سياقات ستصبح أقل إزعاجا في عملية التصور. (بلميهوب وآخرون، 2004، ص 96 - 97)

هنا يصبح المفحوص يعيش مخططاته على المستوى الإنفعالي بفضل التقنيات الإنفعالية كالتصور، ولكي نقرر إذا ما كانت فرضية مخطط تتناسب مع المفحوص، نعتمد أساسا على إحساسه أو شعوره: فالمخطط المعين بصفة صحيحة يجب ان تكون له عقلنة إنفعالية.

وهنا يستعمل المعالج أساليب معرفية، وإنفعالية، سلوكية ويلاحظ العلاقة العلاجية اما بالنسبة للمدة الضرورية لمرحلة التشخيص فهي متغيرة حيث تكفي خمس حصص للتشخيص بالنسبة للحالات البسيطة، أما عند المفحوصين المعوزين بشدة أو المتجنبيين فنحتاج إلى وقت أكبر. (نفس المرجع، 2004، ص 98)

14. 1. 2. مرحلة التغيير:

يستعمل المعالج على طول مرحلة التغيير تقنيات سلوكية، ومعرفية، وإنفعالية، وبينشخصية بصفة مرنة حسب إحتياجات المفحوص، حصة بحصة ولا يلتزم المعالج بيروتوكول صلب. (young et al , 2005 , 78)

يتمثل العلاج مثلا بالنسبة للحالات الجدية في الكشف عن المواقف الإرتكاسية المرتبطة بالأنماط في الحياة الجارية، ويطلب من المفحوص أن يكون واعيا بها وأن يعد لها ، ويقترح جيفري يونغ لعبا للأدوار يركز على إعادة عيش المواقف الطفولية المؤلمة التي ساهمت في أن تكون نقطة بداية لهذه الأنماط ، يلعب المفحوص دورا بدور نمطه ثم دور الأب المختل وظيفيا ثم الأب السليم .

أ- التقنيات المعرفية:

يساعد المعالج المفحوص على القيام بعدة عمليات معرفية، حيث يبدأ في تعلم مهاجمة وإدانة المخطط، فينقضون واقع المخطط على المستوى العقلي، ويضعون لائحة

للحجج والإستدلالات التي تؤكد وتبطل المخطط على مدى حياتهم، ويقومون هذه البراهين مع معالجهم.

يتأكدون في معظم الأحيان بأن مخططهم خاطئ ، ونعلم المفحوص بأنه ليس فاشلا ولكنه تعلم المخطط من بيئته، ولكن أحيانا لا تكون البرهنة كافية لإلغاء المخطط، وقد يكون ذلك مثلا لكونهم لم يطوروا المهارات الملائمة في العمل بسبب تجنبهم أو نزعهم لتأجيل كل شيء، وإذا لم تتوفر الحجج الكافية للتصدي للمخطط يتفحصون ما يمكنهم القيام به لتغيير هذا المظهر من حياتهم فيعلمهم المعالج مثلا مقاومة تخوفهم للفشل بأسلوب يمكنهم من إكتساب مهارات مرضية في العمل، يلخص كل من المعالج والمفحوص بعد هذا التدريب، سير المخططات على بطاقة يشكلانها معا، يحتفظ المفحوصين بهذه البطاقات عندهم ويقرؤونها كثيرا، خاصة عندما يستوجب عليهم مواجهة موقفا يمكنه أن ينشط المخطط. (young , 2005 , p78)

ب- التقنيات الإنفعالية:

يقاوم المفحوصين المخطط على المستوى الإنفعالي، فيعبرون عن حزنهم وعن غضبهم نسبة إلى ما عاشوه في طفولتهم وهذا بواسطة تقنيات كالتصور والحوار، يقفون في وجه آبائهم وشخصيات أخرى قريبة منهم عن طريق التصور، يحافظون ويدعمون الطفل الجروح (القابل للتعرض للخطر، أو القابل للإنجراح).

يتحدث المفحوصين عن الحاجات التي لم يتم إشباعها من طرف آباهم عندما كانوا أطفال فيربطون الصور الطفولية بصور المواقف المثيرة للمقارنة في حياتهم الحالية، وهذا بهدف تحطيمهم سياق حفظ المخطط على المستوى الإنفعالي.

ج- التقنيات السلوكية:

يساعد المعالج المفحوص على بناء واجبات سلوكية لتعويض إستجابات التكيف المختلفة وظيفيا بنماذج سلوكية أكثر تكيفا، ينتهي المفحوص إلى الإقتناع بأن إختبار بعض الرفقاء أو بعض القرارات في الحياة تساهم في حفظ المخطط ويبدأ في وضع إختيارات صحيحة وسوية أكثر والتي تلغي وتفسخ سيناريوهات الحياة القديمة التي تهزم الذات.

يتم التخطيط والتحضير للواجبات المقررة بواسطة التصور ولعب الأدوار اللذين يسمحان له بالتدريب على سلوكيات جديدة في الحصة، يستعمل المعالج بطاقات وتقنيات للتصور لمساعدة المفحوص على التغلب على عوائق التغيير السلوكي، يتناقش المفحوص مع المعالج بعد أن ينفذ واجباته، لتقويم ما تعلمه، يتلخص بالتدرج من اساليب التكيف المختلفة وظيفيا لصالح إستراتيجيات أكثر تكيفا.

حيث تمثل السلوكيات المختلفة وظيفيا إستجابات تكيف للمخطط فهي تشكل غالبا عقبات رئيسية لشفاء المخطط يجب أن يقبل المفحوص بالتخلص وبالتخلي طوعا عن أساليب تكيفه المختلفة وظيفيا، وهذا حتى ينجح التغيير فالأشخاص الذين يستمرون في الخضوع لمخططاتهم لأنهم يبقون في العلاقات المحطمة أولا يضعون أي شخص في حياتهم المهنية أو الشخصية فيحفظون مخططاتهم بذلك وبالتالي يكونون غير قادرين على القيام بمجهودات هامة في العلاج.

يمكن ألا يتحسن المعوضون في العلاج لأنهم ينتقدون الآخرين عوضا على التعرف على مخططاتهم وتقبل مسؤولياتهم في المشاكل التي تتعرضهم، أو لأنهم منشغلون جدا بالتعويض بالعمل كثيرا، وبالتقدم، وبالبحث عن التأثير في الآخرين ولا يوفقون للتعرف على مخططاتهم بوضوح والدخول في مرحلة التغيير.

يمكن للمتجنبيين أن لا يتحسنوا لأنهم يستمرون في تجنب ألم مخططهم، ولا يسمحون لأنفسهم بالتركيز على مشاكلهم، وعلى ماضيهم، وعائلاتهم أو نمط حياتهم، يستبعدون إنفعالاتهم أو يخدمونها. كما يجب أن تكون للمفحوص إرادة قوية لتحمل هذا الضيق ولكي يواجه بلا إنقطاع العواقب التي تكون سلبية على المدى الطويل. (young , 9 - 80)

2005 , p7

14. 1. 3. العلاقة العلاجية:

يحدد ويعالج المعالج المخططات وأساليب التكيف والأنماط شيئاً فشيئاً عند ظهورها في العلاقة العلاجية، وتلعب هذه العلاقة دور الواقي الجزئي ضد مخططات المفحوص، يستدخل المفحوص المعالج كراشد سليم يقاوم ضد مخططاته بحثاً عن حياة إنفعالية مرضية، توجد ميزتان في العلاقة العلاجية هامتان في العلاج بالمخطط وهما المواجهة المتقبلة عاطفياً وإعادة التأمه الجزئي (الحصول على عاطفة الأمومة والأبوة). تتمثل في المواجهة المتقبلة عاطفياً في إظهار التقبل العاطفي للعميل عندما تظهر مخططاته في العلاقة ويفسر له أن ردود فعله ضده المعالج هي غالباً خاطئة ومختلة وظيفياً وهي تعبر عن مخططاته وأساليب تكيفه، إعادة التأمه الجزئي يتمثل في تزويد العملاء بما كان يجب عليهم الحصول عليه من قبل آباءهم، والذي لم يتمكنوا منه أبداً وهذا في الحدود المسموح بها في العلاقة العلاجية. (بلميهوب وآخرون، 2014)

خلاصة:

حاولنا من خلال هذا الفصل التعرف على مفهوم المخططات المعرفية والتي تعرف على أنها خطة أو إطار أو هيكل تنظيم وتسيير وتوجيه السلوك الإنساني، أما المخططات المبكرة غير المتكيفة فهي عبارة عن نماذج إنفعالية تظهر مبكرا ويتكرر بروزها خلال مراحل الحياة بواسطة الخبرات التي يعيشها الفرد، فيما يخص مجالات المخططات المبكرة فنجدها تتمحور ضمن خمس مجالات وهي: المخططات الخاصة بالإنفصال والرفض، نقص الإستقلالية والأداء الجيد، نقص الحدود، التوجه نحو الأخوين، وتندرج تحت هذه المجالات أنواع من المخططات قدرت ب 18 مخطط، حسب يونغ، كما أن للمخططات المبكرة غير المتكيفة إيجابياتها وسلبياتها، فإيجابياتها ترتبط بمرحلة الطفولة لتحقيق أهداف ما، أما سلبياتها فتظهر في مرحلة الرشد.

أم عن إمكانية علاجها، فهناك إمكانية إلى أن هذا العلاج يكون على المدى الطوي.



الفصل الثالث

الفصل الثالث: الإدمان على الأنترنت

تمهيد

1. تعريف الإدمان
2. تعريف الإدمان على الأنترنت
3. نبذة تاريخية عن إدمان الأنترنت
4. أسباب الإدمان على الأنترنت
5. أعراض الإدمان على الأنترنت
6. أنواع الإدمان على الأنترنت
7. آثار الإدمان على الأنترنت
8. التفسيرات النفسية لإدمان الأنترنت
9. تشخيص الإدمان على الأنترنت
10. علاج الإدمان على الأنترنت

خلاصة

تمهيد:

أصبح الإدمان على الأنترنت محلا لتزايد القلق والاهتمام والبحوث وذلك لانتشاره في معظم المجتمعات، ونظرا لأهمية هذا الموضوع في بحثنا، خصصنا فصلا كاملا تطرقنا فيه إلى تعريف الإدمان بصفة عامة والإدمان على الأنترنت بصفة خاصة، ونبذة تاريخية عنه وأسبابه وأعراضه. بالإضافة إلى أنواع وأثار الإدمان وأهم التفسيرات النفسية التي فسرت هذا الموضوع وفي الأخير تطرقنا إلى التشخيص والطرق العلاجية والوقاية من الإدمان على الأنترنت.

1. تعريف الإدمان:

الإدمان من المشكلات التي تعاني منها كل المجتمعات، ولقد اختلف العلماء في

تعريفه

لذلك سنتطرق إلى جملة من التعاريف حول هذا المصطلح لنوضح مفهومه بدقة أكثر.

يعرف "سولمان" الإدمان بأنه الحاجة الجسمية والنفسية لعقار ما أو القيام بنشاطات معينة لمدة طويلة بقصد الدخول في حالة نشوة واستبعاد الحزن والاكتئاب.

(أميطوش، 2020، ص11)

كما يرى "Romain" أن الإدمان مرتبط بسلوكيات مثل المقامرة القصرية والإدمان

على ألعاب الفيديو والأنترنت والهواتف الذكية وغيرها ومرتبطة أيضا بمواد كالكحول

والمخدرات. (Romain, 2012, p6)

يعرفه "فطائر" (2001) بأنه عبارة عن تكرار عمل فعل معين نتيجة اضطراب في

السلوك ويقوم الفرد بعمل وتكرار هذا الفعل حتى يشعر بحالة معينة. (شهري، 2019)

أشار "عبد المعطي" (2004) بأن "منظمة الصحة العالمية" عام (1973) عرفت

الإدمان على أنه: حالة نفسية وأحيانا عضوية، تنتج عند تفاعل الكائن الحي مع العقار أو

المادة، ومن خصائصها، استجابات وأنماط سلوك مختلفة دائما الرغبة الملحة على التعاطي

أو الممارسة، بصورة متصلة أو دورية الشعور بآثاره النفسية أو لتجنب الآثار المزعجة التي

تنتج عن عدم توفره، وقد تدمن الشخص على أكثر من مادة. (حمودة، 2015)

انطلاقا من التعاريف نستنتج أن الإدمان لا يقتصر فقط على المخدرات والكحول

فيوجد أيضا ادمان آخر وهو الإدمان على الأنترنت والذي أصبح موضوعا مقلقا ومنتشرا في

مجتمعنا.

2. تعريف الإدمان على الإنترنت:

أشارت الموسوعة الحرة (2009) أن الإدمان على الإنترنت حالة نظرية من الاستخدام

المرضي للشبكة الذي يؤدي إلى اضطرابات السلوك وهو ظاهرة قد تكون منتشرة تقريبا لدى جميع المجتمعات في العالم بسبب توفر الحواسيب في كل بيت وإن لم يكن موجودا في كل بيت يكفي للفرد الذهاب إلى أحد الأصدقاء أو المقاهي التي توفر له استخدام الإنترنت.

كما عرفه "بيرد وولف" (2001) بأنه: حالة انعدام السيطرة والاستخدام المدمر لهذه الوسيلة التقنية، وتتشابه الأعراض المرضية المصاحبة له بالأعراض المرضية المصاحبة للمقاومة المرضية. (بهي الدين ربيع، 2003)

يعرف "Word" الإدمان على الإنترنت بأنه: سلوك مرتبط باستخدام الإنترنت بكل إفراط الوقت المنقضي على الإنترنت أو استبدال العلاقات الحقيقية الواقعية إلى علاقات سطحية افتراضية والتي غالبا ما تخبر بأنها شخصية وهي حس افتقاد الوقت وتشكل أنماط متكررة تزيد من مخاطر المشكلات الاجتماعية والشخصية. (حامدي، 2015)

كما تشير "يونج" (1999) إلى إدمان الإنترنت هو: الاستخدام الدائم للإنترنت بأكثر من 31 ساعة أسبوعيا بشكل مرضي مؤديا إلى اضطرابات في السلوك وهو حالة من الاستخدام المرضي وغير التوافقي الذي يؤدي إلى اضطرابات إكلينيكية ويحمل الإنسان على الهروب التدريجي من الواقع إلى عالم الخيال. (الخالدي، 2008)

تعرفه هبة الربيع على أنه " عدم القدرة على مقاومة الرغبة في الاتصال بالشبكة وتظهر عليه أعراض اضطرابية في حالة التوقف أو التقليل من استخدام الشبكة.

(هبة ربيع، 2009، ص562)

تعريف علي محمد النوي (2010): " هي المكوث فترة طويلة أمامه بحيث يصبح الفرد أسيرا له ويفضله على النشاطات الأخرى والعلاقات الاجتماعية المختلفة الأخرى وبالتالي يصده عن الآخرين بشكل ملفت للانتباه، أما المرض هو عبارة عن حالة غير سوية ناشئة عن عجز العضو عن أداء وظيفته الفسيولوجية بشكل طبيعي و يصاب به الكبار والصغار من كلا الجنسين". (علي محمد النوي محمد، 2010، ص57)

تعريف أوزراك (1998) بأنه: " ذلك المصطلح الذي يصف هؤلاء الذي يقضون على شبكة الأنترنت وقتا طويلا جدا، ويصبحون معزولين عن أصدقائهم وأسرهم، ولا يبالون بأعمالهم، وأخيرا يفرون إدراكهم عن العالم من حولهم". (جاد، 2006، ص12)

انطلاقا من التعاريف نستنتج أن الإدمان على الأنترنت هو الاستخدام المطول لشبكة الأنترنت لمدة ستة ساعات أو أكثر في اليوم وعدم قدرة الفرد الاستغناء عنه.

3. لمحة تاريخية عن إدمان الأنترنت:

بالرغم من عملية النمو و التطور و انتشار شبكة الأنترنت، و فوائدها العديدة، فإن هناك أيضا ردود الفعل السلبية التي يكون لها مردود لهذه العملية، وربما كان أكبر رد فعل سلبي لذلك هو زيادة الحاجة إلى شبكة الأنترنت أو التواجد الأكبر عليها الأمر الذي أظهر مصطلح جديد و هو إدمان الأنترنت، حيث كان أول ظهور له عام (1995) عندما نشر أونيل "Oneill" مقالة بعنوان " سحر و إدمان الحياة على شبكة الأنترنت" و التي نشرت في صحيفة نيويورك تايمز، و تبعه إقتراح الباحث النفسي الأمريكي غولديبورغ إيفان "Goldberg ivon" في نفس السنة بأن هذا الإدمان هو اضطراب مميز بالفعل.

وأدخله في شكل مزحة، حيث اعتبره عضو في نادي افتراضي للأخصائيين

النفسانيين،

واقترح قائمة من الأعراض الخاصة به سماها: "اضطراب الإدمان على الإنترنت" وهو تسمية مستوحاة من اضطراب المقامرة. اقترن هذا الوصف باقتراح تكفل جماعي افتراضي لصالح عملاء يعانون منه، بعد ذلك تم التعرض لهذا الإدمان من طرف علماء النفس ووسائل الإعلام حيث أن وجوده أدى إلى العديد من النقشات.

واستعمل هذا المصطلح لأول مرة من طرف الباحثة كيمبرلي يونغ " Kimberly Young" وهي أستاذة مساعدة في علم النفس بجامعة بيتسبرغ. وفي سنة (1996) وخلال مجريات المؤتمر المئة وأربعة لعلماء النفس الأمريكي بتورنيو، قدمت يونغ دراستها الأولى واقترحت سلم يتكون من (08) أسئلة تستند على نموذج اضطراب المقامرة وبينت أن أكثر (90) من العملاء المصنفين كمدمنين بواسطة سلمها يعانون من مشاكل شخصية وعائلية واجتماعية نتيجة استعمال الإنترنت. وكما قامت عام (1999) بتأسيس إدارة مركز لبحث وعلاج هذه الظاهرة. وقد أصدرت كتابين حولها هما: الوقوع في قبضة الإنترنت، والتورط في الشبكة. ومنذ ذلك ظهرت مصطلحات عديدة تؤكد على وجود ذلك الإدمان منه: إدمان الإنترنت، الاستخدام المرضي لها، واعتمادية الإنترنت، هوس الإنترنت.

(محمد، 2008، ص47-48)

4. أسباب الإدمان على الإنترنت:

حسب ريفي وديشريفير (Dershry et Rifait, 2005) هناك ثلاث أسباب رئيسية تجعل من الإنترنت سببا في الإدمان:

السرية: إن الإمكانية التي يوفرها الإنترنت في الحصول على المعلومات، طرح الأسئلة والتعرف على الأشخاص دون الحاجة إلى تعريف النفس بالتفاصيل الحقيقية يوفر شعورا لطيفا بالسيطرة، إلى جانب ذلك فإن القدرة على الظهور كل يوم بشكل آخر حسب اختيارنا تعتبر تحقيا لحلم بالنسبة للكثير من الناس مما يقود البعض إلى إدمان الإنترنت.

الراحة: الإنترنت هي وسيلة مريحة للغاية، وهو يتواجد عادة في البيت أو العمل ولا يتطلب الخروج من البيت، السفر أو استعمال المبررات من أجل استعماله هذا التسيير يوفر حضورا عاليا وسهولة فيما يتعلق بتحصيل المعلومات التي لم يكن لنقدر على تحصيلها دون الإنترنت وذلك يجعل إدمان الإنترنت أمرا سهلا.

الهروب: مثل الكتاب أو الفيلم المثير، فإن الإنترنت يوفر الهروب من الواقع إلى واقع بديل، ومن الممكن للإنسان الذي يفتقر للثقة بالنفس أن يتحرر، ويجد الإنسان الانطوائي لنفسه أصدقاء، ويستطيع كل إنسان أن يتبنى لنفسه هوية مختلفة وأن يحصل من خلالها على كل ما ينقصه في الواقع اليومي والحقيقي مما يؤدي لإدمان الإنترنت.

(Dershry et Rafait, 2005, p73)

أما يونغ (Young, 2000) فهي ترى أن الأسباب للإدمان على الإنترنت هي:

- الملل والفراغ.
- الوحدة.
- المشاكل الاقتصادية.
- السرية.
- الراحة.
- الهروب.
- المغريات الكثيرة حسب ميول الفرد.
- القلق.
- الكآبة.
- الاستياء من الشكل الخارجي. (Young et al, 2000, p476)

أما الخالدي، (2007) فيرى أن ما يجعل الإنترنت مسببا للإدمان:

تكوين أصدقاء جدد: هناك قابلية عامة لدى مدمني الإنترنت على تكوين ارتباط عاطفي مع أصدقاء الإنترنت فالأنشطة التي يقومون بها من خلال شاشات الكمبيوتر تتيح لهم فرصة تكوين علاقات اجتماعية وتبادل الآراء مع أناس جدد، وسيلة للهروب من الواقع وتحقيق حاجات نفسية وعاطفية غير محققة بالواقع ووسيلة للتعبير عن مكبوتات النفس بحرية.

الإغواء القوي لفضاء الإنترنت: فالإنترنت مجتمع إلكتروني حي يتنفس وهو بالنسبة للمتعلقين به مكانهم المفضل المليء بالإثارة فمن خلاله يتعرفون على أناس جدد ويتعلمون أشياء جديدة ويقامون أمراضا من خلال دعم الآخرين لهم. الإثارة الذهنية وأنية الحصول على المعرفة والمعلومات. (الخالدي، 2007، ص232)

وانطلاقا مما سبق نستنتج أن أسباب الإدمان على الإنترنت تختلف باختلاف

الأشخاص

ومكان وجودهم والفئة العمرية للشخص أيضا.

5. أعراض الإدمان على الإنترنت:

اتفقت جل الدراسات العلمية وجود بعض الأعراض التي يعاني منها مستخدمي الشبكة الذين وصلوا إلى درجة الإدمان العقلي و التي حددها كيمبرلي يونج K.Young، (1999):

- إهمال نشاطات اجتماعية أخرى كي لا ينشغل عن الشبكة.
- التفسير المتواصل بالشبكة حتى أثناء عدم استخدامها.
- الكذب على الآخرين بصدد فترة استخدامها.
- استخدام الشبكة أوقات طويلة رغم إدراك ارتفاع التكاليف والأضرار.
- الشعور بالانهيار أمام الإنترنت والحماس والفعالية والجاذبية، وأنه السبيل الوحيد للخروج من الملل والتغلب على الوحدة والاكتئاب.

- ضعف الإحساس بقيمة الذات فيهرب الفرد إلى الأنترنت ليحل العالم الافتراضي محل الواقعي.
- اللامبالاة العامة والتي تؤدي إلى إهمال العلاقات الاجتماعية مع الأسرة والأصدقاء.
- الإفراط في الدخول إلى مواقع ذات جاذبية مثل حجرات الدردشة "ال Chat room".
- المحاولات المتكررة ولكن غير الناجحة، للتوقف أو التقليل أو للسيطرة على سلوك الانزعاج أو الضيق أو الغضب لعدم تمكنه من الانفصال عن الشبكة وخاصة الإباحية.
- التقليل من النشاطات الاجتماعية والوظيفية والترفيه لترك الوقت مفتوحا لصالح الشبكة.
- زمرة من الأعراض الصحية كالتعب، الخمول، الحرمان من النوم، آلام الرقبة، الإصابة بأضرار صحية ووجع في الأيدي، جفاف العيون واحمرارها بسبب الإشاعات المتواصلة، الشقيقة، آلام الظهر، البدانة وإهمال واجبات الأكل أمام الشاشة، الإثارة الجنسية والكبت الجنسي وظهور العديد من المشكلات الأسرية والاجتماعية.

(Young, 1999, p23)

انطلاقاً من أعراض الإدمان على الأنترنت والاستخدام المفرط لها يؤدي إلى تدمير حياة الفرد الأكاديمية والاجتماعية والمهنية.

6. أنواع الإدمان على الأنترنت:

إن الاستخدام المرضي النوعي للأنترنت يشمل الأشخاص الذين يعتمدون على الأنترنت لتحقيق وظيفة محددة مثل: (مواد جنسية، لعب قمار...) موجودة إلا في العالم الافتراضي، وعلى أي حال ليس هناك إجماع واضح لتصنيف هذه الاضطراب كونه سلوك قهري.

(سمية بن عمارة، 2014، ص75)

الإدمان الجنسي:

وهو ولع مستخدم الإنترنت بالمواقع الإباحية وغرف المحادثة الرومانسية وقد يربط هذا بعدم الإشباع العاطفي لدى الشخص أو لمعاناته من حالة نفسية معينة.

(يعقوب يونس، 2011، ص 31)

وهو الأكثر انتشاراً على الشبكة العنكبوتية والأكثر تجدداً وتري إسكندر أكوبيان أن الإدمان الجنسي أو الإدمان على الإباحية بات محاولة إجبارية لتلبية حاجات عاطفية شرعية من خلال المشاهدة الإباحية والبحث عن الإشباع الجنسي عادة عن طريق العادة السرية.

وهناك العديد من السلوكيات التي تعود إلى نموذج من التصرفات التي يسميها

المختصون بالإدمان كالرغبة الملحة. (سمية بن عمارة، 2014، ص 75)

إدمان الدردشة:

هنا يقوم الأفراد بالتعرف على أصدقاء جدد يقضون معهم أوقات طويلة في الترتة عن مشاكلهم الشخصية أو عن أمور عامة وعلاقات حميمية، وقد ابتكرت هذه الخدمة في أواخر الثمانينات من طرق الطالب الفنلندي "جاركو أويكارتن" عام 1988 وكان يسعى إلى تحسين عملية الاتصال الشخصي بلوحات إعلانية من خلال جهازه الشخصي.

(محمد السيد حلاوة، 2011، ص 73)

وتعرف أيضاً على أنها من نظام الاتصالات بالآخرين، عبر الإنترنت بواسطة كلمات مكتوبة من خلال رسائل من وإلى، وقد يستخدم الصوت والتخاطب، كما أنها وسيلة اتصال حي في الوقت الحقيقي، تعتمد على النص في نقل المعلومات في بيئة افتراضية تستخدم التعليم الإلكتروني، وقد عرفها صالح جمال 2006 بأنها "وسيلة للتواصل بين الجنسين بشكل عام، البعض يفضل العلاقات الجادة والآخرين يفضلون الاستمتاع وتمضية الوقت".

(وائل إسماعيل حسن عبد الباري، 2006، ص 489)

الإدمان المالي:

وهو ولع الشخص بالصرف المالي على الشبكة فيما ليس له حاجة فيه كالقمار والدخول إلى المزادات وأسواق لأجل المتعة لا التجارة الحقيقية.

الإدمان المعلوماتي:

وتشمل التصفح المكثف في البحث عن المعلومات والبحث عن قواعد الإنترنت بهدف جمع المعلومات ومعالجتها وقتاً آخر، والدافع الرئيسي لديهم هو حب الاستطلاع وتنمية الهوايات والقيم.

وفي هذا الصدد اقترحت يونغ أن حرية الوصول إلى الأنترنت غير محددة والأوقات غير منتظمة والتحرر من الرقابة الوالدية، وأن عدم وجود رقابة على الأنترنت والتشجيع من المدرسين والرغبة في الهروب من الضغوط والتخوف الاجتماعي والاعتراب، تعد هي أكثر العوامل التي أدت إلى الإدمان على الأنترنت. (العصيمي، 2011، ص36)

كما جاء في جريدة إنترنت "شوبر" أنه يجب على المدارس والجامعات تأهيل الأجيال القادمة "نفسياً" للتعامل مع هذا المتغير الجديد، ويرى العباجي 2006 في التعليق لوكالة رويتر عن هذا الموضوع كما صرحته الوكالة أن المعلومات قد تصبح مخدرات التسعينات وسمتهم بمدمني الأنترنت. (عمر موقف بشير العباجي، 2007، ص82)

إدمان الألعاب:

يضم الاستخدام المكثف للألعاب الإلكترونية الموجودة على الشبكة أونلاين سواء على أجهزة الكمبيوتر، أو البلاي ستيشن أو الأنواع المتنوعة التخلية وهذه الألعاب تجذب انتباه الأشخاص بسبب التشويق والإثارة في محتوياتها الحية، وهي تشبه إلى حد كبير سمات غرف الدردشة التي تفقد إلى الجانب الاجتماعي في الحياة، فضلا عن طبيعتها التنافسية

ضد اللاعبين التي يصعب أخذ إستراحة أوضحت أحد الأمهات متحدثة في مركز إعادة المدمنين أن ابنها فقد الاتصال بالواقع، وفقد اهتمامه بكل شيء لا يريد أن يأكل أو أن ينام أو أن يشرب والشيء الوحيد الذي يفهمه هو اللعب. وهذا الإدمان يشمل كذلك لعب القمار والказينوهات التخفية، ويظهر المقامرون على الأنترنت حاجة متزايدة للقمار أكثر للحصول على المزيد من المال ويميلون إلى النقليل من خسائرهم، والمبالغة في مكاسبهم المحتملة، وهؤلاء يجدون أنفسهم محاصرون بالإثارة التي تدفعهم إلى تجربة القمار، وعدم الكشف هويتهم وخصوصيتهم يجعل هذا المقامر على الأنترنت أكثر جاذبية بالنسبة لهم.

(Hinc et al,2008, p767)

إدمان العلاقات السيبرية:

العلاقات التي تتم عبر فضاء المعلومات، قد يغزو بعض الأشخاص انقطاع العلاقات الواقعية بالعلاقات الافتراضية سواء كان ذلك في غرف الدردشة، والمنتديات، أو المجتمعات على الشبكة، أو البريد الإلكتروني.

7. آثار الإدمان على الأنترنت:

إن معظم مستخدمي الأنترنت لا يعرفن حدود أو خطورة الإدمان على الأنترنت، فبالتالي هم الأكثر عرضة لخطر الإدمان دون أن يشعروا بذلك. تكمن آثار الإدمان على الأنترنت فيما يلي:

الآثار الصحية:

يتسبب الأنترنت في حملة من الأضرار الجسمانية كالأضطرابات في النوم بسبب الحاجة المستمرة إلى أكثر وقت ممكن أمام الشاشة، إذ يقضي المدمنين ساعات طويلة بدون ملل يسبب في إرهاق عام يؤثر على حياة الفرد وتوافقه النفسي، المهني، الأكاديمي.

(محمد النوبي محمد علي، 2010، ص40)

كما يؤثر في مناعته ويكون أكثر قابلية للأمراض، بالإضافة إلى أن الجلوس المستمر ساعات دون حركة يؤدي إلى آلام في الظهر والإرهاق في العينين ويجعله أكثر قابلية لمرض النفق الرسغي. (رامي لطفي الكلاوي، 2006، ص497)

كما يتسبب في إرهاق العينين وما يعرف بالإجهاد البصري وذلك بسبب الإشعاعات المنبعثة من الكمبيوتر، كما يساهم في جفاف وتهيجها ويكون مصحوبا بحكة ودموع وصعوبة في التركيز والرؤية بوضوح أثناء القراءة مما تظهر الحروف أكبر وأصغر مما هي في حجمها الحقيقي. (ليساني مساعدة، 2006، ص16)

الأثار النفسية:

إن الانغماس الدائم لمدمن في استخدام شبكة الأنترنت والعالم الوهمي البديل حيث يختلط الواقع بالوهم وتخلت علاقات وارتباطات غير موجودة في الواقع قد يؤدي إلى تقليل مقدرة الفرد. أن يخلق لشخصيته نفسية سوية قادرة على التفاعل مع المجتمع والواقع المعاش.

(لياني مساعدة، 2006، ص219)

كما تلحق بالفرد مجموعة من الاضطرابات مثل الاكتئاب، القلق، النظرة الدونية للذات، اضطراب الإثارة الجنسية، الهوس، الوسواس القهري، بالإضافة إلى جملة من الصفات المرتبطة بالاكتئاب مثل تدني احترام الذات وضعف الدافعية والخوف من الرفض والحاجة إلى التشجيع.

(مشهور ناصر أكنوش، 2010، ص06)

وقد أظهرت نتائج دراسة قوامها 500 فرد من مدمني الإنترنت بجامعة اليرموك الأردنية أن الاكتئاب كان يقدر بـ 41,6% من إجمالي العينة.

(عروب محمد حسين النميرات، 2002، ص 03)

وأشارت يونغ 1999، كذلك أن المتسبب المباشر في تعكر المزاج لدى مدمني الإنترنت هو مشاعر اليأس والشعور بالذنب والقلق الحاد والعصبية كما يعلم الكذب لإخفاء ساعات الاستخدام على الأصل ومسؤولي العمل (Kimberly Young, 1999)، كما يرى Holden 2001 أن الصورة النفسية الحقيقية للإدمان على الإنترنت مرتبطة بفقدان التحكم الإرادي والوقوع في شرك التكرار والاستمرارية وانهزام الذات.

الأثار الاجتماعية:

إن الاستخدام المكثف للشبكة العنكبوتية يحدث تقلص في العلاقات الاجتماعية الأولية للفرد وخاصة مع أسرته وجيرانه، فينفق جل وقته على الشبكة على حساب علاقاته الأولية. إذ ذكر بوتنون (Putnon, 1998) أن الإدمان على الإنترنت صاحبه انخفاض كبير في الاندماج المادي والمشاركة الاجتماعية وأن هناك علاقة إيجابية بينه وبين المشاركة في الشؤون المحلية والقومية. ذهب جوسان أرنولد في قوله إلى أن الوقت الذي يقضي على شبكة الإنترنت يكون على حساب الوقت المخصص للزوجة والأطفال ويعزل الأفراد اجتماعياً.

(محمد السعيد عبد المجيد ووجدي شنيق، 2006، ص 36)

كما أكد يونغ 1999، أن الإدمان على الإنترنت يؤدي إلى التفكك الاجتماعي كما يفقد القدرة على التفاعل التلقائي في الحياة، وربما يؤثر على العلاقات غير الشخصية وعلى كافة أنواع التفاعل في المجتمع، وركزت دراسة الكندري والقشعان 2001، على أن الإدمان على الإنترنت ساهم في العزلة الاجتماعية التي تعتبر بعداً من أبعاد الاغتراب الاجتماعي،

كما يقلص عدد الأصدقاء، ويقلل قنوات الحوار بين أعضاء الأسرة الواحدة ويزيد من الوحدة والاكتئاب. (محمد خليفة مفلح وآخرون، 2010، ص 293)

8. التفسيرات النفسية لإدمان الأنترنت:

استعرض جينفر وفريز (1999) بعض التفسيرات النفسية لإدمان شبكة الأنترنت وتتمثل فيما يلي:

التفسير السيكودينامي:

وذلك من خلال الخبرات التي يمر بها الأطفال في مرحلة الطفولة أو ما يسمى بصدمة الطفولة المبكرة وارتباط ذلك ببعض سمات الشخصية الاضطرابات والميول والنزاعات الموروثة لدى الفرد، فقد يكون لدى الفرد استعداد للإدمان على الأنترنت، ولكنه لا يقع في الإدمان إلا إذا توفرت ظروف وأحداث ضاغطة في حياته وساعدته أو دفعته إلى إدمان الأنترنت ليصبح الفرد مدمن أنترنت.

وفي ضوء صدمات الطفولة المبكرة، وارتباطها بسمات الشخصية، وأحداث الحياة الضاغطة قد تؤدي لوقوع الفرد في إدمان الكحوليات أو الهورين أو المقامرة، أو الجنس، الأنترنت وما تقدمه من خدمات.

التفسير السلوكي:

يعتمد التفسير السلوكي على وجهة نظر سكينر في النظرية السلوكية على أساس أن الفرد يقوم بمجموعة من السلوكيات والأنشطة، بهدف الحصول على المكافئة أو التعزيز، وهذا ينطبق على الإدمان على المخدرات والكحول وإدمان الأنترنت وما تقدمه تلك الشبكة للفرد من الراحة والمتعة النفسية، بجانب إنها طريقة سهلة وبسيطة للهروب من الواقع بهدف الحصول على معززات السلوك.

التفسير الطبي:

يعتمد التفسير الطبي للإدمان على الأنترنت قائم على أساس سلوكيات الأفراد التي تحكمها مجموعة من العوامل الوراثية للجنية وتغيرات الكيمياء في المخ وما يتعلق من تغيرات الكر وموزونات، والهرمونات والمواد الكيميائية الضرورية لتنظيم نشاط المخ والجهاز العصبي، فقد أظهرت البحوث في هذا المجال أنه توجد عقاقير قد يحدث خلل في التواصل العصبي، مما يترتب عليه إرسال المخ للمعلومات غير صحيحة، كان يتوهم الشخص باعتدال المزاج للممارسة نشاط معين، مثل تناول العقاقير أو المخاطرة، أو المقاومة وتطبيق مثل هذا التفسير على حالة الاعتماد على الأنترنت، حيث تتيح الأنترنت للفرد شعور المتعة و الإثارة.

(أورد في: النوبة محمد علي، 2010)

التفسير الاجتماعي والثقافي:

يرى "سو" أن الإدمان يتباين بتباين الجنس، العمر، المستوى الاقتصادي والاجتماعي، الانتماء العرقي، الديانة، الوطن، فمثلا إدمان الكحوليات أكثر انتشارا بين الطبقة المتوسطة اقتصاديا واجتماعيا، والبيض أكثر ميلا لتعاطي المهلوسات، بينما السود ذو الأصل اللاتيني أكثر ميلا لتعاطي الهرويين. (أورد في: هبة بهي الدين ربيع، 2003)

9. تشخيص الإدمان الأنترنت:

حسب الباحثة Martine سنة (2007) الإدمان على الأنترنت هو مجموعة من السلوكيات مرتبطة باستعمال الأنترنت وهذا الاستعمال يكون بشكل قهري ومن خلاله تنشأ إعاقة أو معاناة الفرد، وتتمثل في ظهور ثلاث أعراض أو أكثر خلال مدة زمنية مدتها 12 شهر ويتم تشخيص الإدمان على الأنترنت حسب الباحث من خلال:

- **التحمل Tolerance** (أن تكون معرفة ب أ أو ب): وهو العملية التي يزداد بها مقدار النشاط أو السلوك المطلوب للحصول على نفس الأثر، يظهر من خلال:
 - أ- الحاجة إلى قضاء وقت أطول أمام الأنترنت لأجل الوصول إلى إشباع الرغبة
 - ب- مشاعر إشباع الرغبة تكون متدنية إذا كان الوقت الذي يقضيه أمام الأنترنت في نفس المكان.

- **النقص Manque** (متظاهر أ أو ب):

- أن تكون مميزة في زملة من أعراض النقص 1،2،3.
 - 1-التوقف أو التقليل من الاستعمال الطويل للأنترنت.
 - 2-اثنان أو أكثر من الأعراض التالية وذلك أثناء زيادة قضاء الوقت أمام الأنترنت لعدة أيام. في نفس الشهر توقف أو التقليل من استعمال الأنترنت:
 - أ- اضطراب نفسجسدي.
 - ب- القلق
 - ج- أفكار قهرية متعلقة بالاستعمال الأنترنت.
 - د- هومات وأحلام متعلقة بالأنترنت.
 - هـ- حركة الأصابع على لوحة المفاتيح تكون إرادية أو غير إرادية.

أعراض مذكورة سابقا تسبب إعاقة في النشاطات الاجتماعية والانشغال عن كل المجالات المهمة.

- ب - استعمال الأنترنت من أجل الراحة أو من أجل أعراض النقص.
 - الرغبة الدائمة في التحكم في استعمال الأنترنت لكن الجهود تكون بدون جدوى.
 - الوقت الأكبر الذي يمضيه الفرد في حياته اليومية يكون مكرس لنشاطات مرتبطة بالأنترنت.

- النقاشات المرتبطة بالإنترنت تكون كثير التكرار في الحياة اليومية.
- الإنشغال والتقليل من النشاطات العائلية والاجتماعية في كل الأوقات وتكون متكررة بسبب الإنترنت.

- الإبقاء على استعمال الإنترنت رغم المعرفة بالمشاكل الجسمية، العائلية الاجتماعية.

(Martine, 2007, p2.3)

أما حسب الباحث Griffiths سنة 2000 فإن تشخيص الإدمان على الإنترنت يكون من خلال إيجاد المعايير التالية:

- البروز (**Salience**): أي يكون السلوك سمة بارزة وهذا يحدث عندما يصبح هذا السلوك من أهم الأنشطة وأكثرها قيمة في حياة الفرد ويسيطر على تفكيره ومشاعره.
- **تغيير المزاج (Mood modification)**: ويشير إلى الخبرة الذاتية التي يشعر بها الفرد نتيجة القيام بهذا السلوك.
- **التحمل (Tolerance)**: وهو العملية التي يزداد بها مقدار النشاط أو السلوك المطلوب للحصول على نفس الأثر.
- **الأعراض الإنسحابية (Withdrawal symptoms)**: هي مشاعر عدم الراحة أو الآثار الفيزيولوجية التي تحدث عن الانقطاع أو تقليله.
- **الصراع (Conflict)**: وهي الصراعات التي تحدث بين المدمن والمحيطين به الصراع البين الشخصي والتضارب بين هذا السلوك وغيره من النشاطات.
- **الانتكاس (Relapse)**: وهي الميل إلى العودة مرة أخرى لأنواع الأنشطة التي كان يدمنها الفرد ويمارسها. (Griffiths, 2000, pp211.212)

نستنتج مما سبق أن هناك اختلاف في تشخيص الإدمان على الإنترنت وذلك حسب الباحثين بحيث أن Martine قد شخص الإدمان على الإنترنت وذلك بظهور ثلاث أعراض أو أكثر خلال مدة زمنية مدتها 12 شهر والتي تتمثل في التحمل النقص...

أما الباحث Griffiths فقد شخص الإدمان على الأنترنت وفق معايير وذلك من خلال أن تكون السمة بارزة وأيضا تغير في المزاج....

10. علاج الإدمان على الأنترنت:

حسب رأي الدكتورة " كيمبرلي يونغ" فإن هناك عدة طرق لعلاج الإدمان على الأنترنت، منها إدارة الوقت ولكنه عادة في حالة الإدمان الشديد لا تكفي إدارة الوقت، بل يلتزم من المريض استخدام وسائل أكثر هجومية:

- عمل العكس:

فإذا اعتاد المريض استخدام الأنترنت طيلة أيام الأسبوع نطلب منه الانتظار حتى يستخدمه في يوم الإجازة الأسبوعية، وإذا كان يفتح البريد الإلكتروني أول شيء حين يستيقظ من النوم نطلب من أن ينتظر حتى يفطر، ويشاهد أخبار الصباح، وإذا كان المريض يستخدم الكمبيوتر في حجرة النوم نطلب منه أن يضعه في حجرة المعيشة...وهكذا.

- إيجاد موانع خارجية:

نطلب من المريض تقليل وتنظيم ساعات استخدامه بحيث ينوي الدخول على الأنترنت ساعة واحدة قبل نزوله للعمل مثلا، حتى لا يندمج في الإنترنت بحيث يتناسى موعد نزوله للعمل.

- تحديد وقت الاستخدام:

يطلب من المريض تقليل وتنظيم ساعات استخدامه، فإذا كان يدخل على الأنترنت لمدة 40 ساعة أسبوعيا نطلب منه التقليل إلى 20 ساعة أسبوعيا وتنظيم تلك الساعات بتوزيعها على أيام الأسبوع في ساعات محددة من اليوم بحيث لا يتعدى الجدول المحدد.

- الامتناع التام:

كما ذكرنا فإن إدمان بعض المرضى يتعلق بمجال محدد من مجالات استخدام الأنترنت، فإذا كان المريض مدمنا لحجرات الحوارات الحية نطلب منه الامتناع عن تلك الوسيلة امتناعا تاما في حين تترك له حرية استخدام الوسائل الأخرى الموجودة على الأنترنت.

- إعادة بطاقات من أجل التذكير:

يطلب من المريض أن يكتب على البطاقة خمسة أهم المشاكل الناجمة عن إسرافه في استخدام الأنترنت كإهماله لأسرته وتقصيره في أداء عمله مثلا، ويكتب عليها أيضا خمسة من الفوائد التي ستنتج عن إقلاعه عن إدمانه مثل إصلاحه لمشاكله الأسرية وزيادة اهتمامه بعمله، ويضع المريض تلك البطاقات في جيبه أو حقيبته حيث ما يذهب، فإذا وجد نفسه مندمجا في استخدام الأنترنت يخرج البطاقات ليذكر نفسه بالمشاكل الناجمة عن ذلك الاندماج.

- إعادة توزيع الوقت:

نطلب من المريض أن يفكر في الأنشطة التي يقوم بها قبل إدمانه للأنترنت، ليعرف ماذا خسر بإدمانه مثل: قراءة القرآن، والرياضة، وقضاء وقت بالنادي مع الأسرة، والقيام بزيارات اجتماعية وهكذا... نطلب من المريض أن ممارسة تلك الأنشطة لعله يتذكر طعم الحياة الحقيقية وحلاوتها.

- الانضمام إلى مجموعات التأييد:

نطلب من المريض زيادة رقة حياته الاجتماعية الحقيقية بالانضمام إلى فريق الكرة بالنادي مثلا أو إلى درس لتعليم الخياطة مثلا، أو الذهاب إلى دروس المسجد، ليكون حوله مجموعة من الأصدقاء الحقيقيين.

- المعالجة الأسرية:

من المحتمل أن يتلاشى الإدمان على الأنترنت بواسطة العلاقة الأسرية إذ ينبغي أن يكون التدخل الأسري جزء من العلاج الفردي، فهذا يمكن أن يتفق أفراد الأسرة حول الإدمان ويظل اللوم الملقى على مدمن الإنترنت ويسهل عودته إلى حياته الأسرية المتزنة.

(سهام مطشر معجل، 2011، ص345)

خلاصة:

نستنتج من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل أن ظاهرة الإدمان على الأنترنت ظاهرة خطيرة ومنتشرة بكثرة في جميع المجتمعات. فلإدمان على الأنترنت يسبب عدة مشاكل المتمثلة في مشاكل صحية ونفسية وفي مجال العمل والأكاديمية، كما أن الإدمان على الأنترنت يؤثر على جودة الحياة لدى الإنسان بصفة عامة وعلى الطالب الجامعي بصفة خاصة وهذا ما سنتطرق إليه في الفصل الموالي بالتفصيل.



الفصل الرابع

الفصل الرابع: جودة الحياة

-تمهيد

1- نبذة تاريخية عن نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة.

2- تعريف جودة الحياة .

3- مفاهيم ذات صلة بجودة الحياة.

4- النظريات والاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة.

5- مكونات جودة الحياة.

6- مبادئ جودة الحياة.

7- ابعاد جودة الحياة.

8- مجالات جودة الحياة.

9- مظاهر جودة الحياة.

10- مقومات جودة الحياة.

11- مؤشرات جودة الحياة.

12- معوقات جودة الحياة.

13- كيفية تحقيق جودة الحياة لدى الطالب الجامعي

14- قياس جودة الحياة.

-خلاصة

تمهيد:

حظي مفهوم جودة الحياة في السنوات الأخيرة، باهتمام كبير من قبل العديد من الباحثين والدراسات، وهو يعد من المفاهيم الحديثة نسبياً في علم النفس، وبالتحديد في علم النفس الإيجابي، حيث تشعر الفرد بالرضا والسعادة وتحقيق الذات والتفائل في ظل الإمكانيات المتوفرة في المحيط الذي يعيش فيه للوصول الى حياة لها قيمة وعضو متوافقة مع نفسه والمجتمع الذي يعيش فيه.

ومن خلال ما جاء به المختصون في هذا المجال سنتطرق الى مجموعة من التعريفات والابعاد والمجالات وكذا مبادئها، واهم النظريات والاتجاهات التي تناولت هذا المفهوم، بالإضافة الى مظاهرها ومقوماتها، طريقة القياس، واهم معوقاتها، وكيفية الوصول الى جودة الحياة، وهذا ما سنتناوله بنوع من التفصيل في هذا الفصل.

1- نبذة تاريخية عن نشأة وتطور مفهوم جودة الحياة:

إن الظهور الأول لفكرة جودة الحياة كان في المناقشات التاريخية لفلاسفة اليونان (أرسطو، سقراط، أفلاطون) حول طبيعة جودة الحياة ومواصفاتها.

إذا يعد كتاب الأخلاق لأرسطو (322-384 ق.م) أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لتعريف جودة الحياة حيث قال أن كل من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا جدي يكون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء، ولكن مكونات السعادة عليها خلاف، إذ يقول بعض الناس شيئاً ما في حين يقول آخرون شيئاً غيره، ومن الشائع أيضاً أن المرء نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات، عندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيراً يرى السعادة في الغنى، ويرى أرسطو أن الحياة الطيبة حالة شعورية ونوعاً من النشاط وما ذلك بالتعبير سوى جودة الحياة.

(مسعودي، 2015، ص204)

إن أصل جودة الحياة هي شعار سياسي أصله أمريكي بحيث جاء من طرف العالم Lyndon Johnson سنة (1964) في رسالة عنوانها " The Great Society"، هذا المصطلح يحمل معنى السعادة، الحق، لكل مواطن أمريكي، كذلك يحمل إدراك الأمريكي لطريقة حياته "American's Way of Life" الذي جاء من طرف "Herbert Hoover" حيث حقق هذا المصطلح نجاحاً كبيراً بعد الحرب العالمية الثانية (Corten, 2005).

فمنذ بداية النصف الثاني من القرن العشرين زاد اهتمام الباحثين أكثر وأكثر بهذا المفهوم نظراً لارتباطه بعلم النفس الإيجابي، والذي جاء كرد فعل واستجابة على أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد بدلاً من التركيز والغوص في الجوانب السلبية، فقد تعددت قضايا

وسائل البحث في هذا المجال لتشمل الخبرات الذاتية والعادات وسمات الشخصية الايجابية وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة (علي نعيسة، 2012، ص150).

كما يرجع البعض نشأة مفهوم جودة الحياة إلى كارل ماركس، حيث اهتم في كتاباته بالفروق في أسلوب الحياة لدى الطبقات الاجتماعية المختلفة كما يعزل بعض الآخر ظهور مفهوم جودة الحياة إلى حقبة الستينات من القرن الماضي، حيث ارتبط بنمط معين تميز بالترف

وهو ذلك النمط من الحياة الذي لا يستطيع تحقيقه سوى تلك المجتمعات التي حققت نموا اقتصاديا لسنوات واستطاعت أن تحل جميع المشاكل المعيشية لغالبية سكانها، أي اذ مفهوم جودة الحياة في تلك الفترة يمثل إضافة الجانب الكيفي، بمعنى أن في مضمونه يعني الأفضل والتميز و المنفرد في الأشياء والسلع وبالتالي نمط الحياة الأفضل، ومع التوسع في مفهوم دولة الرفاهة في معظم دول الغرب خلال عقد الستينات وبلورة الفكرة الجديدة القائمة على ظهور محددات النمو الاقتصادي في الأجندة السياسية جاءت القيم لتتقلها إلى ما وراء اشباع الماديات ومن ثم ظهر مفهوم أوسع للحياة الجيدة السياسية، ومع تطور استخدام هذا المفهوم كان هناك جدل حول حقيقة وجود ما هو أكثر من الرفاهية المادية للبشر، أثمر هذا الفكرة على التفكير في مرحلة ما بعد الصناعة واستخدام الوفرة الاقتصادية في إشباع الطموحات الرفاعة التي وجدها التقدم السريع في التنمية الاقتصادية وإلى استخدام ناتج النمو الاقتصادي، وبالتالي في المفهوم في ذلك الوقت كان متناغما مع النظام السياسي الاقتصادي السائد في دول الغرب الصناعية الذي كان هدفه وان تيسير التي من شأنها تحقيق نوعية الحياة الفاضلة (مسعودي، 2017، ص129).

أما في فترة السبعينات وتحديدا في عام 1975 بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة وأصبح جزء من المصطلحات الطبية المستخدمة وبدأ استخدامه بصورة منهجية ومنتظمة في أوائل الثمانينات عندما تم استخدام هذا المصطلح مع مرض الأورام، لما واجه الأطباء مشكلة بأن

علاج بعض الأمراض يتطلب تكلفة بفعالية وذلك بغرض زيادة المدى المتوقع لعمر هؤلاء المرضى، فجودة الحياة قدمت مساهمة فعالة في الأبحاث المتعلقة بالعناية بالمرض وتستخدم لتعكس مدى الاحترام المتزايد لأهمية كيفية شعور المريض ورضاه عن الخدمات الصحية المقدمة، بجانب النظرة التقليدية التي تتركز على نتائج المرض (الهمص، 2010، ص47). كما اهتم أيضا المجال الطبي بمفهوم جودة الحياة عندما لاحظوا الأطباء العلاقة التي تجمع بين الحالة الصحية للفرد وجودة الحياة وضرورة الإهتمام بقضايا الحياة لدى المرضى، حيث يدرك المرضى جودة الحياة بصورة تختلف عن الأسوياء.

وجاء Lambiri et al (2007) ، ليشيروا إلى أن هذا المصطلح ذهب إلى ابعده من ذلك ليتدخل في المجالات الاقتصادية والاجتماعية على مستوى البحوث النظرية والميدانية خاصة علم الاجتماع والاقتصاد نتيجة تأثير جودة الحياة على التنافس ومعدلات الرفاهية (إبراهيم عبد الله، 2008، ص139).

وزيادة على ذلك فإن أعضاء منظمة الصحة العالمية (OMS)، في عام (1947) اقترحوا مفهوما لجودة الحياة يأخذ منحى الرعاية الصحية، فتم تعريفها على أنها " حاله صحية جيدة تشمل مجموعة من الجوانب: الفيسيولوجية والعقلية والاجتماعية " وفي سنة (1978) وسعت منظمة الصحة العالمية هذا المصطلح ليأخذ سيرورة البحث والدراسات ثم تطورت أكثر نتيجة لظهور التيار الجديد الذي جاء به مارتن سليجمان سنة (2002) (شيخي، 2014، ص87).

وعليه فتاريخ مصطلح جودة الحياة قد مر بعدة مراحل ليتشكل في نهاية الأمر، حيث بدأ أولا لدى قدماء اليونان وخاصة الفلاسفة، لنقف في محطة أخرى يتبلور فيها المفهوم والتي كانت مع بداية النصف الثاني من القرن العشرين ونهاية الحرب العالمية الثانية، لتتلقى فترات

الستينات والسبعينات من القرن الماضي اهتماما شاسعا بالمصطلح وتحديده واعتماده، فعلى العموم قد كان الغرب هم أولى السابقين في ابتكار مفهوم جودة الحياة.

2- تعريف جودة الحياة:

أولا الجودة لغة:

ابن منظور: الجودة أصلها الفعل الثلاثي جود والجيد نقيض الرديء وجاد بالشيء جودة، وجودة أي صار جيدا (ابن منظور، 1997، ص272).

المعجم الوسيط: جاد، جودة، صار جيدا يقال جاد المتاع وجاد العمل فهو جيد (معجم الوسيط، 2004، ص145).

ومن جهة أخرى يرتبط مفهوم الجودة بالكلمة اللاتينية Quality وهي تعني طبيعة الفرد أو طبيعة الشيء، وتعني الدقة والإتقان (مشري، 2014، ص223).

ثانيا تعريف جودة الحياة اصطلاحا:

انبثق مفهوم جودة الحياة من علم النفس الايجابي الذي يهتم بكل ما هو ايجابي في الشخصية أكثر من مجرد النظر إلى الصحة بأنها غياب المرض، حيث نجد عدة تعريفات لمفهوم جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات نظر الباحثين وتعدد آراءهم حول هذا المفهوم.

وترى منظمة الصحة العالمية (OMS) (1994) أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بشكل معقد بكل من الصحة الجسمية للفرد، حالته النفسية، علاقاته الاجتماعية، مستوى تحكمه في ذاته، بالإضافة إلى علاقته مع العوامل الفعالة في بيئته.

(Bruchon-Schweitzer, 2002, P52).

أما موسعة علم النفس فتعرف جودة الحياة على أنها مفهوم ذو أبعاد عديدة لخصت في سبعة محاور تمثل في مجموعها جودة الحياة وهي كالتالي:

التوازن الانفعالي حيث يمثل ضبط الانفعالات الايجابية والسلبية (كالحزن، الكآبة، القلق، الضغوط النفسية)... الحالة الصحية للجسم، الاستقرار المهني حيث يمثل الرضا عن العمل أو الدراسة بعدا هاما في جودة الحياة، الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات داخل البناء العائلي، استمرارية وتواصل العلاقات الاجتماعية خارج نطاق الأسرة، الاستقرار الاقتصادي وهو ما يرتبط بدخل الفرد الذي يعينه على مواجهة الحياة، التواءم الجنسي ويرتبط ذلك بما يتعلق بصورة الجسم وحالة الرضا عن المظهر والشكل العام

(حسن، المحرزي و ابراهيم، 2006، ص290).

ويرى (رينيه و آخرون، 2003) أن جودة الحياة هي إحساس الفرد بالسعادة والرضا في ضوء ظروف الحياة الحالية، وأنها تتأثر بأحداث الحياة، وتغير حدة الوجدان والشعور وأن الارتباط بين تقديم جودة الحياة الموضوعية و الذاتية يتأثر باستبصار الفرد

(Reine et al, 2003, P297)

عرف (Taylor, Rogdan, 1990) جودة الحياة بأنها "رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة وعرفها (جواد، 1990) بأنها امتلاك الفرص لتحقيق أهداف ذات معنى " (نعيسة، 2012، ص150-151).

وعرفها (Dodson, 1994) "بأنها الشعور الشخصي بالكفاءة وإجادة التعامل مع التحديات (الدهني، 2018، ص278). في حين فرانك (Franck, 2000) عرفها على أنها "إدراك الفرد للعديد من الخبرات وبالمفهوم الواسع شعور الفرد بالرضا مع وجود الضروريات في الحياة مثل الغذاء والمسكن وما يصاحب هذا الإحساس من شعور بالإنجاز والسعادة وجودة الحياة، بالمفهوم الضيق خلو الجسم من العاهات الجسمية" (مأمون، 2015، ص74).

أما عبد المعطي فيعرف جودة الحياة بأنها " تعبير عن الإدراك الذاتي للفرد وتقييمه للنواحي المادية المتوافرة في حياته ومدى أهميه كل جانب منها بالنسبة للفرد في وقت محدد، وفي

ظل ظروف معينة ويظهر بوضوح في مستوى السعادة أو الشقاء الذي يكون عليه، ويؤثر بدوره على تعاملات الفرد وتفاعلاته اليومية (محمدي و بوعيشة، 2013، ص4).

وأكد كل من (Patrick, Bushnel, Bonoumi) أن جودة الحياة مفهوم واسع يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به و العلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها (مسعودي، 2015، ص205).

أما (عبد الفتاح وحسين، 2006) يعرفا جودة الحياة بأنها " الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية والإحساس بحسن الحال، وإشباع الحاجات والرضا عن الحياة وإدراك الفرد لقوى ومضامين حياته وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الايجابية وإحساسه بالسعادة وصولا إلى عيش حياة متناغمة متوافقة بين جوهر الإنسان والقيم السائدة في مجتمعه (دحماني، 2020، ص119).

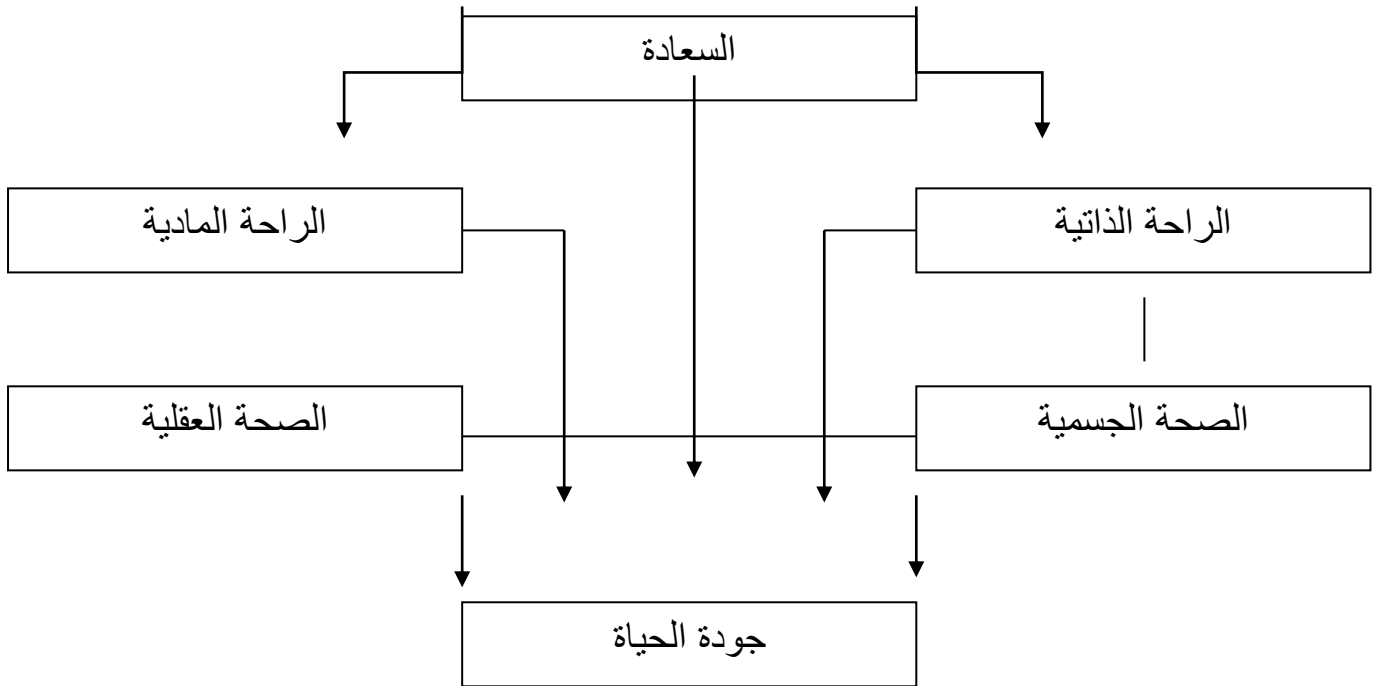
وفي رأي (Cummins) فإن جودة الحياة تعني شعور الفرد بالسعادة والرضا عن حياته بالإضافة إلى الإقبال بحماس والرغبة في معاشتها وبناء شبكة علاقات اجتماعية مع المحيطين، وشعور متزايد بالأمن والطمأنينة والثقة في قدرته والسعي لإنجاز الأهداف وعدم الإحساس بالفشل والتمتع بالصحة البدنية والنفسية، وأن كل هذا من شأنه يزيد من طموحاته فضلا عن إحساسه الداخلي بما حققه من انجازات تمكنه من الوصول لوضع وظيفي مناسب في المستقبل (حسام، 2017، ص51-52).

اما كارل رايف وآخرون (2006) فتعرفها انه الإحساس الايجابي بحسن الحال كما يتم رصده بالمؤشرات السلوكية التي تدل على ارتفاع مستويات رضا الفرد عن ذاته وحياته بشكل عام وكذلك سعيه المتواصل لتحقيق أهداف شخصية مقدرة وذات قيمة ومعنى بالنسبة له، لتحقيق استقلالته في تحديد وجهه ومسار حياته وإقامة علاقات اجتماعية ايجابية مع

الآخرين، كما ترتبط جودة الحياة بكل من الإحساس العام بالسعادة والسكينة والطمأنينة النفسية (خباط مريم، 2019، ص23).

وتعريف مسعودي هي شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه (مسعودي، 2015، ص205).

حسب التعاريف يمكن القول أن جودة الحياة هي شعور الفرد بالرضا و السعادة عن حياته، وتشمل الصحة الجيدة، العلاقات الاجتماعية، والاستقرار المادي



شكل رقم (07) يوضح مفهوم جودة الحياة حسب Nordenfelt 1994

(Channer Celine et al, 2006, P28)

3- مفاهيم ذات صلة بجودة الحياة:

3-1- معنى الحياة Meaning of life :

ظهر مفهوم جودة الحياة للمرة الأولى سنة 1964 على يد فرانكل فيكتو (1905-1997) واعتبره سببا للعيش ومحاولة فهم مدى أهمية الحياة من خلال التجربة والشعور بها وأن الحياة لا تفقد معناها جراء الظروف التي تمر بها، فالمعنى لا يشمل التجارب السعيدة والمرضية فقط بل حتى المعاناة والحرمان، وذلك معنى الحياة هو حالة يسعى الإنسان الوصول إليها لتضفي على حياته قيمة ومعنى يستحق العيش من اجله، وتحدث نتيجة لإشباع دافعه الأساسي المتمثل بإرادة المعنى (زقاوة، 2020، ص587).

إن الحديث عن معنى الحياة يشير إلى مفهومين يجب أن نفرق بينهما الأول يرتبط بمعنى الحياة في عمومها - حياة البشر وعلاقتها بسائر الموجودات في العالم اي نظام الكون أما المفهوم الثاني فإنه يرتبط بالتصور الشخصي لمعنى الحياة، ولقد ميز "بالوم" بين المفهومين على أساس أن الأول يختص بالمعنى المطلق للحياة والنظام العام للكون في حين يتضمن المفهوم الثاني تصور الفرد للغرض الذي يجب عليه ان يسعى لتحقيقه خلال حياته (سيد سليمان و آخرون، دس، ص1037).

هو شعور ايجابي للفرد حيث يدرك القيمة والمغزى الحقيقي لحياته عن طريق تبني مجموعة من المعاني كالحب والتسامح مع ذاته ومع الآخرين ودافعيته للتحرك بإيجابية في الحياة وقدرته على تحمل المسؤولية والتسامي بذاته نحو الآخرين وتحقيقه لأهدافه بالأساليب المناسبة (زقاوة، 2020، ص587).

3-2- الرضا عن الحياة:

عرف الدسوقي الرضا عن الحياة بأنه تقييم الفرد لنوعية الحياة التي يعيشها طبقا لنفسه القيمي ويعتمد هذا التقييم على مقارنة الفرد لظروف حياته بالمستوى الأمثل الذي يعتقد بأنه مناسب له ولقدرته ولمدركاته وخبراته وحياته بشكل عام.

ويعرفه رضوان وهريدي بأنه تقبل الفرد لما حققه من انجازات في حياته الماضية والحالية ويفصح هذا التقبل عن نفسه في توافقه مع ذاته ومع الآخرين وفي نظريته المتفائلة للحياة والمستقبل (سعيد مصطفى جلاله، 2015، ص12).

تعرف ايضا بأنها حكم عقلي للفرد على الحياة التي يعيشها وتعبيرا عن نظريته الخاصة عن العالم، وهي أيضا الدرجة التي يحكم فيها الفرد ايجابيا على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام، كما تعني حب الشخص للحياة التي يعيشها واستمتاعه بها وتقديره الذاتي لمسارات حياته ككل (جوهر محمد علي، 2018، ص242).

3-3- السعادة:

يعرفها أراجيل 1993: بأنها شعور بالرفاه والإشباع وطمأنينة النفس وتحقيق الذات، وأنها شعور بالبهجة والاستمتاع واللذة.

ويعرفها شفيق 1994: الشعور بالسعادة هو مزيج من مشاعر الإيجاب السارة التي تتضمن النظرة التفاعلية دائما للحياة والتمتع بالصحة النفسية والجسمية والاحساس بالنشاط والحيوية والقدرة على التفاعل الاجتماعي السليم والانجاز والنجاح إلى جانب الشعور بالرضا الذاتي والحب والأمان والاستقرار والتقدير وتحقيق الذات (صالح، 2011، ص801).

يعرفها البهاص 2009: بأنها حالة شعورية تعد انعكاسا للحالة المزاجية للفرد، وأن شعور الفرد بالسعادة يرجع في المقام الأول إلى صحته النفسية ثم إلى درجة تفاعله ومستوى تدينه وثقته بنفسه وتمتعته بالصحة الجسمية (محمد الهاللي، 2019، ص503).

3-4- الاستمتاع بالحياة:

يعرفه تيراي وزملاؤه بأنه حالة نفسية ايجابية تعكس التمتع بالقدرة على التفاعل مع البيئة المحيطة على نحو مبهج إيجابي.

أو هو حكم تقييمي يصدره الفرد عن مدى جودة الحياة التي يحيا بها والذي يعتمد على مدى تقبل الفرد لذاته وللحياة التي يحياها بصورة تعكس حالته النفسية ايجابية فاعلة وناضجة ومتوجهة لهذا الاستمتاع بالحياة على نحو مبهج وإيجابي يعبر عنه الفرد بمشاعر البهجة والاستمتاع. والتفاعل الايجابي مع البيئة المحيطة به (محمد خلق العتري، 2020، ص290).

3-5- طريقة الحياة:

وتعبر عن الكل المركب بين ثلاثة مفاهيم هي أسلوب الحياة ومستوى المعيشة وجودة الحياة ويعد هذا المفهوم بمثابة الكل الذي يشكل مفهوم جودة الحياة جزءا منه (بوعامر، 2022، ص39).

من خلال ما سبق ذكره نستنتج بأن مصطلح جودة الحياة هو مفهوم يتداخل ويتربط بالعديد من المفاهيم الأخرى مثل مفهوم السعادة وطريقة الحياة ومعنى الحياة والرضا عن الحياة وغيرها من المفاهيم التي يكون لها تأثيرا متبادلا مع الشعور بجودة الحياة، فكل من هذه المفاهيم هي عبارة عن مشاعر إيجابية تصدر من الفرد تكون انعكاسا لقناعاته بالحياة التي يعيشها من جميع جوانبها النفسية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية والعاطفية، وتعرف جودة الحياة بأنها شعور الفرد بالسعادة والتفاؤل والتمتع بالصحة النفسية والجسمية ورضاه عن كل جوانب حياته ما يجعل حياته مليئة بالمعاني الإيجابية.

4- مكونات جودة الحياة:

إن مفهوم جودة الحياة هو مفهوم نسبي يختلف من شخص لآخر وذلك من الناحيتين التطبيقية والنظرية وذلك اعتماداً على المعايير التي يلجأ إليها الأفراد لتقويم حياتهم ومتطلباتها والتي غالباً بعوامل كثيرة تتحكم في تحديد مكونات جودة الحياة مثل القدرة على التفكير وأخذ القرارات والقدرة على التحكم والصحة الجسدية والعقلية وغيرها من العوامل (بوعامر، 2021، ص39).

ويتكون مفهوم جودة الحياة من ثلاثة مكونات وهي كالتالي:

1- الإحساس الداخلي بحسن الحال والرضا عن الحياة الفعلية التي يعيشها الإنسان حيث يرتبط الرضا بالقناعات الفكرية أو المعرفية الداعمة لهذا الإحساس (أحمد علي، 2018، ص18).

2- القدرة على رعاية الذات والالتزام والوفاء بالأدوار الاجتماعية.

3- القدرة على الاستفادة من المصادر البيئية المتاحة كالمصادر الاجتماعية والمادية مثل المساندة الاجتماعية (حمادية واخرون، 2018، ص199).

ويرى شالوك ان مكونات جودة الحياة عبارة عن ثلاثة:

المكونات الذاتية: التقييم الشخص من خلال الرضا والسعادة.

المكونات الموضوعاتية : التقييم الوظيفي وملاحظة المشاركة- الظروف والأحداث البيئية -
التفاعل في الأنشطة اليومية - تقرير المصير - التحكم الشخصي - أوضاع - الدور -
التعليم - المهنة - المسكن.

المكونات الخارجية: المتبئات الاجتماعية، مستوى المعيشة، مستوى العمل، توقعات الحياة (أبو يونس، 2013، ص72).

اما فرجاني فيرى أن مكونات جودة الحياة تتلخص في كل من الحقوق الفردية والحقوق الجمعية.

• الحقوق الفردية:

- حرية الرأي والتعبير والحصول على المعلومات ونقلها.
- حرية الفكر والعقيدة.
- السلامة الشخصية (التمثلة في الإحساس بالأمن)
- حرية الحياة الخاصة.

• الحقوق الجمعية:

- الحق في تكوين أسرة.
- الرعاية الصحية والاجتماعية.
- مجانية التعليم.
- مستوى معيشي حسن (بوتي وآخرون، 2020، ص43).

ونستخلص مما سبق أن مفهوم جودة الحياة يختلف من شخص إلى آخر اي انه ليس ثابت عند جميع الأفراد أو في جميع المجتمعات بل يختلف من فرد إلى آخر وذلك حسب العوامل التي يرى هذا الفرد أنها تقوم بحياته، فمثلا قد يلخص شخص ما هذا المفهوم في الصحة الجسمية ويرى آخر انها تتمثل في القدرة على تكوين علاقات اجتماعية جيدة اي أنها مفهوم نسبي وليس ثابت.

5- مبادئ جودة الحياة:

أما عن مبادئ جودة الحياة فقد أوضحت جودي 1990 جودة الحياة تعتمد على مجموعة من المبادئ منها:

- أن هذه المبادئ مشتركة بين الشخص المعاق والغير معاق (الأسوياء).
 - أن جودة الحياة مرتبطة بمجموعة من الاحتياجات الرتيبة للإنسان ومدى قدراتها على تحقيق أهدافها في الحياة.
 - إن معاني جودة الحياة تختلف باختلاف وجهات النظر الإنسانية، بمعنى أنها تختلف من شخص لآخر ومن عائلة إلى أخرى ومن برنامج تأهيلي إلى آخر ومن شخص مهني إلى آخر.
 - أن مفهوم جودة الحياة له علاقة وطيدة ومباشرة مع البيئة التي يعيش فيها هذا الإنسان أو ذلك.
 - إن مفهوم جودة الحياة يعكس التراث الثقافي للإنسان وإلى الأشخاص المحيطين به وتشير جودي (1994) إلى أنها من خلال استعراض مفهوم جودة الحياة الجيدة، وكيف يحدد الناس حياتهم الخاصة كما يجب أن يوضع في الاعتبار عند تعريف هذا المفهوم انه:
- * مفهوم عام وليس قاصر على فئة معينة.
 - * مفهوم شامل يتضمن أكبر قدر ممكن من مظاهر حياة الفرد.
 - * يجب أن يجسد فكرة تعظيم قدرة الفرد على التحكم وواضحا في اعتبار حدود الحرية.
 - * يجب أن يعكس المعيارية ويتضمنها من معايير اجتماعية.
 - * يجب أن يحترم الميل لدفاع عن الذات.

وتوصلت جودي (1994) إلى بعض الحقائق الخاصة بجودة الحياة منها:

- تتكون جودة الحياة للأشخاص المعاقين من نفس العوامل والعلاقات ذات الأهمية في تكوين جودة الحياة لغير المعاقين. يشعر الفرد بجودة الحياة عندما يشبع حاجاته الأساسية، تكون لديه الفرصة لتحقيق أهدافه في مجالات حياته الروتينية.
- ترتبط جودة الحياة الفرد بجودة حياة الأشخاص الذين يعيشون في البيئة نفسها.
- جودة الحياة بناء نفسي يمكن قياسه من خلال المؤشرات الذاتية والمؤشرات الاجتماعية...
- تعزيز جودة الحياة يتضمن الأنشطة وبرامج التأهيل والعلاج والدعم الاجتماعي (ميادة بوسرية، 2019، ص 11-12).

6 - أبعاد جودة الحياة:

يرى شلوك أن هناك ثمانية أبعاد لجودة الحياة هي كالتالي:

- 1- جودة الحياة المعيشة الانفعالية: وتشمل الشعور بالأمان والجوانب الروحية، والسعادة والتعرض للمشقة ومفهوم الذات أو القناعة.
- 2- العلاقات بين الأشخاص: وتشمل الصداقة الحميمة والجوانب الوجدانية والعلاقات الأسرية والتفاعل للمشقة ومفهوم الذات أو القناعة.
- 3- جودة المعيشة المادية: وتشمل الوضع المادي وعوامل الأمان الاجتماعي وظروف العمل والممتلكات الاجتماعية والاقتصادية.
- 4- الارتقاء الشخصي: ويشمل مستوى التعليم والمهارات الشخصية ومستوى الانجاز.
- 5- جودة المعيشة الجسمية: وتشمل الحالة الصحية والتغذية والاستحمام والنشاط الفكري ومستوى الرعاية الصحية والتأمين الصحي وقت الفراغ ونشاطات الحياة اليومية.

- 6- محددات الذات: وتشمل الاستقلالية والقدرة على الاختيار الشخصي وتوجيه الذات والأهداف والفهم.
- 7- التصميم الاجتماعي: ويشمل القبول الاجتماعي والمكانة وخصائص بيئة العمل والتكامل والمشاركة الاجتماعية والنشاط التطوعي وبيئة المسكن.
- 8- الحقوق: وتشمل الخصوصية والحق في الانتخاب والتصويت وأداء الواجبات والحق في الملكية.

7_ مجالات جودة الحياة:

أشارت منظمة الصحة العالمية إلى عدة مجالات لجودة الحياة وصنفتها على النحو التالي:

- 1 - **المجال الجسمي:** ويتضمن (الآلام، النشاط والتعب، النوم والراحة، والوظائف الجسمية).
- 2 - **المجال النفسي:** ويتضمن (المشاعر الإيجابية، التفكير التعلم، التذكر، التركيز، تقدير الذات، صورة الجسم والمشاعر السلبية).
- 3 - **مستوى الإستقلالية:** و يتضمن (الحركة و التنقل، النشاطات اليومية، الإعتماد على المواد الدوائية و الغير الدوائية، و القدرة على التواصل، و القدرة على العمل).
- 4 - **العلاقات الاجتماعية:** وتتضمن (العلاقات الشخصية، المساندة الاجتماعية، نشاطات تقديم المساعدة والدعم).
- 5 - **البيئة:** و تتضمن (الحرية، السلامة البدنية، البيئة المنزلية، الرضا عن العمل ، الموارد المالية ، الصحة و الرعاية الاجتماعية ، فرص اكتساب المعلومات ، المشاركة في النشاطات الترويجية ، و البيئة الطبيعية) .
- 6 - **التدين:** المعتقدات الشخصية وتتضمن (جودة الحياة إجمالاً ومدركات الصحة العامة).

7 _ 1 المجال النفسي: حيث الكثير من الباحثين يرون أن المجال النفسي لجودة الحياة يتضمن جميع المشاعر والحالات العاطفية الإيجابية، ويرى البعض الآخر أن هذا المجال يعتمد على المؤثر السلبي مثل القلق والاكتئاب. و يدمج البعض الآخر من الباحثين ضمن المجال النفسي لجودة الحياة حسب بهلول المفاهيم الدينامية الإجرائية مثلا: التنمية الشخصية و تحقيق الذات الإبداع، المعنى من الحياة الأخلاقية، الحياة الروحية، مدى تفهم المحيط بالفرد ، و إلى غير ذلك من المفاهيم الدينامية الإجرائية .

7 _ 2 المجال البدني: يدمج الباحثون تحت هذا المجال الصحة البدنية والقدرات الأدائية حيث تتضمن الصحة البدنية، الطاقة الحيوية، التعب، النوم، الراحة، الآلام الأعراض ومختلف المؤشرات البيولوجية، وتتضمن القدرات الأدائية، الوضع الوظيفي، تنقل الفرد، الأنشطة اليومية التي تمكن الفرد من الأداء والاستقلالية النفسية.

7 _ 3 المجال الاجتماعي: ترى بهلول أن المجال الاجتماعي لجودة الحياة يتضمن كل من يمكن النظر إلى هذا المجال بشكل متكامل إلا إذا تم العلاقات والوظائف الاجتماعية وهنا لا التطرق إلى شبكة هذه العلاقات من الناحية الكمية أي مدى إندماج الفرد في المجتمع والنوعية أي المساندة الاجتماعية في حياة الفرد. (حني، 2015، ص 25-26)

7 _ 4 الرضا عن العيش: يرى بافو (1991)، أن الرضا عن العيش هو عبارة عن عملية معرفية تهدف إلى المقارنة بين حياة الفرد و بين معايير المرجعية (القيم و المثل العليا) ، فهو يعبر عن التقييم الكلي الذي يقوم به الفرد عن حياته .

و يذهب دينر (1991) ، إلى أن هذا المفهوم يهدف إلى الحكم الشعوري الشامل الذي يطلقه الفرد عن حياته ، و يظهر هذا ضمن مجالات محددة مهنية و عائلية الاهتمامات الصحة ، التمويل ، الذات .

7 _ 5 السعادة : يتميز هذا المفهوم بالتعددية الوظيفية فهو يتضمن ثلاث مكونات مستقلة فيما بينها : مكون إنفعالي إيجابي (المتعة) ، مكون معرفي تقييمي (الرضا أي تقييم الفرد

مدى نجاحه في تحقيق تطلعاته) و مكون سلوكي التفوق أي نجاح التقييم الذاتي للفرد فيما يخص نشاطاته و بالرغم من الإجهادات و المقاربات التي توصل إليها الأخصائيون النفسانيون فيما يخص هذا المفهوم إلا أن هذا المفهوم بقي لوقت طويل مرتبط بالبحث عن المتعة أو اعتبروه مرادفا عن مصطلح العافية و يرى الباحث العالي أن مفهوم السعادة يعبر عن سمة أكثر من اعتباره حالة حيث يهدف الى الوصول إلى حالة مستقرة و مستدامة نسبيا.

7 _ 6 الرفاهية الذاتية: يمكن التطرق إلى مفهوم الرفاهية الذاتية من خلال ثلاث نقاط أساسية:

_ مفهوم ذاتي، أي التقييم الذاتي الذي لا يعتمد على متطلبات الحياة الموضوعية (أي الحياة المادية).

_ يعتمد على التقييم الإيجابي الشامل للحياة التي يعيشها الفرد (الرضا عن العيش).

_ يهتم بضرورة توفر المؤثرات دون إهتمامه بغياب الانفعالات السلبية .

_ ويرى دينر (1994) أن هذا المفهوم يعبر عن تجربة الفرد العامة لردود الفعل الإيجابية اتجاه حياته ويشمل جميع مكونات الدنيا التي يجب أن تتوفر على أقل مثل، الرضا عن العيش ومستوى المتعة.

8 _ النظريات والاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

8 _ 1 نموذج العوامل الستة لرايف (1989) :

قامت رايف بوضع تصور نظري ذي ست (6) أبعاد وبننت رايف إطارها النظري في استنتاج أبعاد الوجود النفسي الأفضل على أساس العديد من النظريات والأراء، وتوصلت من خلالها إلى الأبعاد التالية:

_ **الإستقلالية (الذاتية) autonomy** : يشير إلى الإستقلالية الفرد و قدرته على إتخاذ القرار، و قدرته على إتخاذ القرار ، و القدرة على مقاومة الضغوط الاجتماعية ، و أن يفكر و يتفاعل بطرق محددة منظمًا لسلوكه .

_ **التمكن من الظروف (السيطرة على البيئة) environmentmastery** : و هي قدرة الفرد على التمكن من تنظيم الظروف و التحكم في كثير من الأنشطة ، و الإستفادة بطريقة فعالة من الظروف المحيطة ، و توفير البيئة المناسبة للحاجات و القيم الشخصية .

_ **التطور الشخصي PersonalGrowth** : النمو المستمر للشخصية و قدرة الفرد على تنمية و تطوير قدراته ، و زيادة فعاليته و كفاءته الشخصية في الجوانب المختلفة و الشعور بالتفاؤل .

_ **العلاقة الإيجابية مع الآخرين Posdwe Relation withothers** : تتمثل في قدرة الفرد على تكوين صداقات و علاقات إجتماعية إيجابية متبادلة مع الآخرين على أساس من الود و التعاطف و الثقة المتبادلة و التفهم .

_ **الحياة الهادفة Purpose in life** : و تشير إلى الشعور بمعنى الحياة في الوقت الحاضر و في الماضي و قدرة الفرد على تحديد أهدافه في الحياة بشكل موضوعي ، و أن يكون له هدف و رؤية واضحة توجه سلوكياته مع المثابرة و الإصرار على تحقيق أهدافه .

_ **تقبل الذات Self Acceptance** : حيث تعبر الدرجة المرتفعة في تقبل الذات عن إتجاهات موجبة نحو الذات و تقبل المظاهر الذات بما تشمله من إيجابيات و نواحي القصور و الشعور الإيجابي عن حياة الفرد الماضية . (رابعة ، 2017 ص 39)

8 _ 2 نموذج شالوك (2002):

قدم شالوك (2002) تحليلًا مفصلاً لمفهوم جودة الحياة على أساس أنه مفهوم مكون من ثمانية مجالات و كل مجال يتكون من ثلاثة مؤشرات، تؤكد جميعها على أثر الأبعاد الذاتية كونها المحددات الأكثر أهمية من الأبعاد الموضوعية في تحديد درجة شعور الفرد بجودة

الحياة، على أن هناك نسبة في درجة هذا الشعور فالعامل الحاسم في ذلك يمكن طبيعة إدراك الفرد لجودة حياته، يبين الجدول التالي المجالات الثمانية النظرية (شالوك) و مؤشرات كل مجال من هذه مجالات ، (مبارك ، 2012 ، ص 724) .

المجالات								
الحقوق البشرية و القانونية	الإندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات بين الشخصية	السعادة الوجدانية	
الحقوق البشرية حقوق الجماعة القانون و العمليات الواجبة	التكامل الترباط الاجتماعي الأدوار	الإستقلالية الأهداف الإختبارات	الصحة الأنشطة اليومية وقت الفراغ	التعليم الكفاءة الشخصية الأداء	الحالة المادية العمل المسكن	التفاعلات العلاقات الإنسانية	المؤشرات الرضا مفهوم الذات إنخفاض الضغوط	

جدول رقم (03): يمثل تصورات جودة الحياة حسب ثالثوث.

(مبارك، 2012، ص 725)

من خلال الجدول رقم (03) يمكن تصور مؤشرات جودة الحياة كالآتي:

– الناحية الذاتية: التقييم الوظيفي كقياس المدى مستولى الوظيفة وملاحظة المشاركة
واستبيانات الظروف والتعليم، الأحداث البيئية، والتفاعل في الأنشطة اليومية، وتقرير
المصير .

–الظروف الخارجية والمنبهات الاجتماعية: مستوى المعيشة ومستوى العمل.

ويشير شالوك إلى أن المجالات الثمانية يمكن أن تختلف في درجة أهميتها، وفقا لتوجه
الباحث وأهدافه عند دراسة المفهوم والمنطق النظري الذي يحكم هذه الدراسة.

8-3- النظرية التكاملية ل: (Ventegodt Merrick and Andersen (2003)

طرحا شرحا تكامليا لمفهوم جودة الحياة متخذين من مفاهيم الرفاه well being السعادة
happiness، و معنى الحياة Meaning in life، و نظام المعلومات البيولوجي
system the biological information، و تحقيق الحياة الواقعية potential
realizing life، و تحقيق الحاجات فضلا عن العوامل الموضوعية الأخرى إطارا نظريا
تكامليا لتفسير جودة الحياة .

و ينطلق هذا النموذج من القول بأن إدراك الفرد لحياته يجعله يقدم شخصا ما يدور حوله
في الحياة في ضوء ما يحمله من مفاهيم و معتقدات و اتجاهات تطورت لديه في ظل
الثقافة الاجتماعية التي يعيش في إطارها ، فإحساسه حيال الحياة و رضاه عن تحقيقه
لغاياته الشخصية و انسجامه مع البيئة الاجتماعية التي يعيش في إطارها يتقرر في ثلاث
دوائر محددة.

و يتم تقييم جودة الحياة بمساعدة كل من المؤشرات الموضوعية و الذاتية ففي أبحاث جودة
الحياة غالبا ما يميز بين الحياة الذاتية و الموضوعية، فجودة الحياة الذاتية متعلقة بالشعور
الجيد و الرضا عن الأشياء بشكل عام، بينما تدور جودة الحياة الموضوعية حول تحقيق
الاجتماعية و الثقافية للثروة المادية و الحالة الاجتماعية و الرفاه الجسمي.

و أشار أندرسون (Anderson,2003)، إلى أن هناك ثلاث سمات مجتمعة تؤدي إلى الشعور بجودة الحياة هي:

الأولى: وهي تتعلق بالأفكار ذات العلاقة بالهدف الشخصي الذي يسعى الفرد إلى تحقيقه.

الثانية: المعنى الوجودي الذي ينتصف العلاقة بين الأفكار والأهداف.

الثالثة: الشخصية والعمق الداخلي. و في ضوء هذه السمات فإن النظرية التكاملية تضع المؤشرات الآتية الدالة على جودة الحياة:

- إن شعور الفرد بالرضا هو الذي يشعره بجودة حياته، وأن هذا الشعور يتحقق بالآتي:

- أن نضع أهداف واقعية نكون قادرين على تحقيقها.

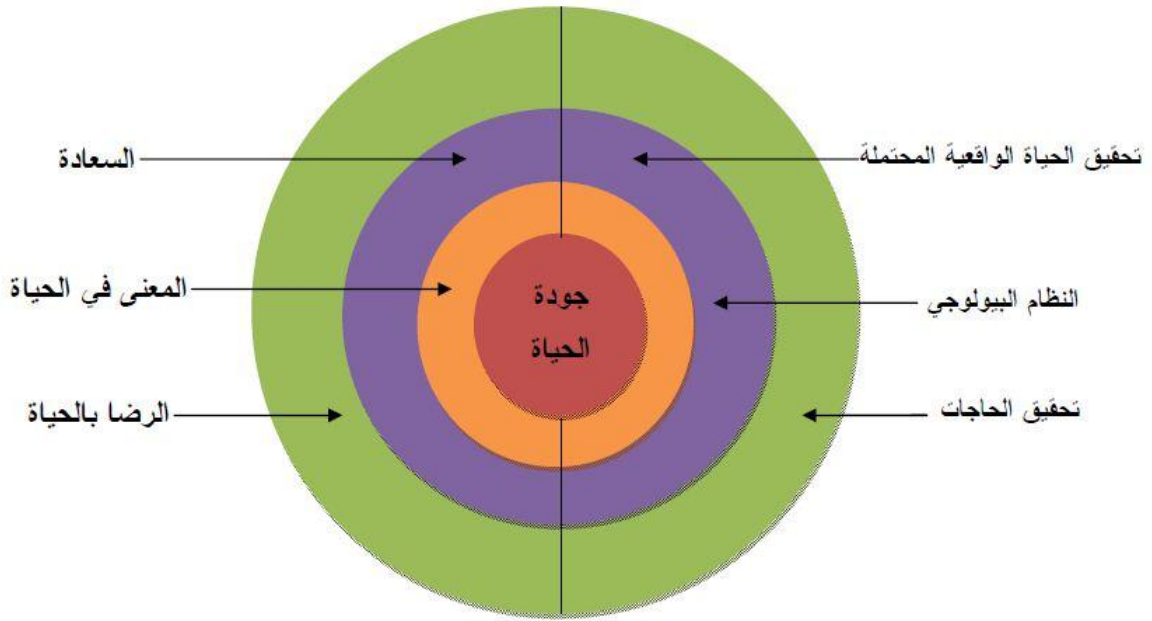
- أن نسعى غلى تغيير ما حولنا لكي لا يتلاءم مع أهدافنا.

- إن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وعلى شعوره بجودة الحياة، ذلك انه أمر نسبي يختلف باختلاف الأفراد واختلاف الثقافات التي يعيشون فيها.

- إن استغلال الفرد لإمكانياته في نشاطات إبداعية وعلاقات اجتماعية جيدة وأهداف ذات معنى وبعائلة تبت فيه الإحساس بالحياة هو الذي يشعره بجودة الحياة.

ومن خلال هذا المخطط الذي يوضح تفصيلات هذه النظرية نستطيع القول أن جودة الحياة تتضمن الاستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية و الإحساس بحسن الحال و إشباع الحاجات والرضا عن الحياة، وإدراك الفرد لقوى ومتضمنات حياته وشعوره بمعنى الحياة، إلى جانب الصحة الجسمية وإحساسه بمعنى السعادة وصولاً إلى عيش حياة متناغمة متوافقة مع جوهر الإنسان والقيم السائدة فيه (مرازقة، 2016، ص60-61).

شكل رقم (08): يوضح جودة الحياة حسب النظرية التكاملية



المصدر: (Ventegodt et al, 2003, p1032)

8-4- نظرية لاوتن Lawton Theory :

طرح لاوتن (Lawton) مفهوم طبيعة البيئة يوضح فكرته عن جوده الحياة وهي تدور حول الآتي:

إن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بظرفان (بوزيد و جاب الله، 2017، ص401) هما :

- الظرف المكاني: أن هناك تأثير للبيئة المحيطة في الفرد على إدراكه لجوده حياته وطبعا البيئة في الظرف المكاني لها تأثيرات احدهما مباشر على حياة الفرد كالصحة مثلا والآخر تأثيره غير مباشر إلا انه يحمل مؤشرات ايجابية كرضا الفرد على البيئة التي يعيش فيها (شيخي، 2014، ص84).

- الظرف الزماني: إن إدراك الفرد لتأثير طبعة البيئة على جودة حياته يكون أكثر ايجابيا كلما تقدم في العمر، فكلما تقدم الفرد في عمره كلما كان أكثر سيطرة على ظروف بيئته وبالتالي يكون التأثير أكثر ايجابية على شعوره بجوده الحياة (صالح عيد، 2019، ص65).

8-5- نظرية هالدي 1984, Haldey:

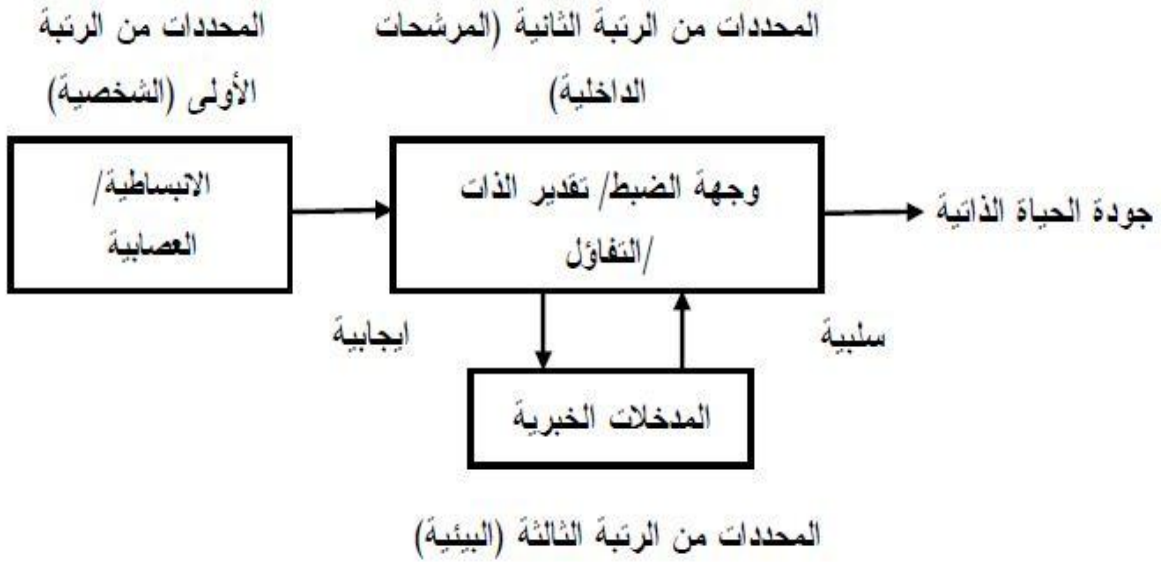
يبين "هالدي" في نظريته أن الوجود الجيد والوجود السيء يعتبران كمتغيرين مستقلين، فبعض الأمراض مثل السرطان يمكن أن تتطور لمدة طويلة دون أن يشعر المريض بذلك، والعكس صحيح، أي أن الفرد قد يكون بصحة جيدة ولكنه يشعر بأنه مريض، بالرغم من أن كل فرد يبحث عن جودة حياة جيدة ومستقرة إلا أن معظم الأبحاث هنا تؤكد على أن الصحة ما هي إلا مجال من مجالات الحياة، عندما تسوء الظروف الفرد تلقائياً يعيد النظر في تأثير الجوانب الأخرى على جودة الحياة، فكل مجالات الحياة مهمة، ونفس الوضعية يمكن أن يكون لها صيغ مختلفة، في المساندة الاجتماعية وتقاسم الانفعالات والتبعيات المتبادلة لها علاقة مباشرة مع بعض استراتيجيات جودة الحياة من خلال نظرية هالدي نجد انه قد تم التطرق ضمناً إلى مصطلحين مهمين جداً إلا وهما مصطلح التنافر والتكيف، إذ يبشر مصطلح التنافر إلى معضلة عدم الرضا حيث نجد أصحاب لكنهم أشقياء، أما التكيف فيشير إلى مفارقة الرضا أو مفارقة العجز حيث أن ظروف الحياة السيئة لا تشكل مانعاً من التمتع بالحياة لدى المرضى المصابين بأمراض خطيرة مثل القصور الشريان التاجي حيث لا تختلف مستويات الرضا عن الحياة لديهما عن الأسوياء إلا في بعض البيئات وبغياب بعض المتغيرات مثل الكفاءة الذاتية (عدوة، 2015، ص126).

8-6- نموذج ستلز وونز (Steels and ones, 2000) :

قدم ستلز نموذجاً نظرياً يربط بين جودة الحياة من المنظور الذاتي وفكرة السعادة والرضا عن الحياة والوصول في نهاية الأمر إلى ما يعرف بالوجود الذاتي الأفضل.

يوضح النموذج حسب الشكل (09) محددات جودة الحياة المرتكزة على التقييم الذاتي لهذه الجودة ويلاحظ أن جودة الحياة من المنظور الذاتي داله على تفاعل ثلاث محددات تأخذ ترتيباً معيناً من درجة التأثير (بحرة، 2014، ص44) على النحو التالي:

الشكل رقم (09): يوضح نموذج ستلز وونز



المصدر: (مرازقة، 2016، ص56)

المحددات من الرتبة الأولى: طبيعة الشخصية من حيث المكونات والخصائص وتتضمن بعدين رئيسيين هما

- الانبساطية في مقابل الانطوائية.

- العصبية في مقابل الاتزان الانفعالي.

المحددات من الرتبة الثانية: المرشحات الداخلية الخاصة بالفرد، وتتضمن مجموعه من الأبعاد الشخصية وجهه الضبط أو مركز التحكم.

- تقدير الذات.

- التفاؤل في مقابل التشاؤم (عبد القادر، 2020، ص47).

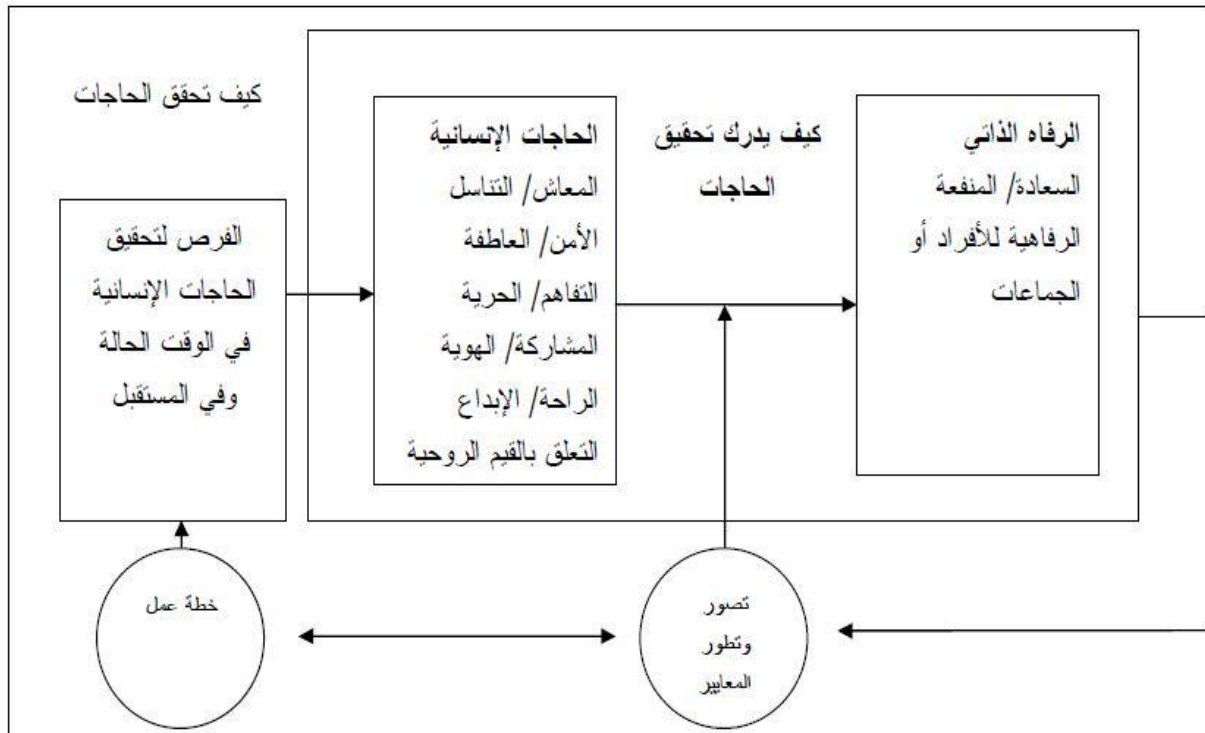
المحددات من الرتبة الثالثة: وتتضمن كافة المكونات والأبعاد البيئية سواء المهديّة أو الاجتماعية وما تتضمنه من مصادر إشباع أو مساندة.

وجود الحياة في التحليل النهائي هي تصور أو صورة ذاتية للحياة الشخصية التي يود الفرد أن يعيشها وبالتالي فهي تختلف من فرد إلى آخر، وتتأسس رؤيتنا لمعنى الجودة، يقصد هنا جودة الحياة الشخصية بالطبع على الطريقة التي تترجم بها عددا من الأبعاد الأساسية إلى أهداف وتوقعات ملموسة ذات طابع مادي يمكنه قياسه وملاحظته وبالتالي السعي النشط إلى تحقيقها (أبو حلاوة، 2010، ص11-12).

8-7- نموذج كوستانزا وآخرون R. Costanza et al :

يطرح (روبرت كوستانزا، 2007) تصور نظريا للتوفيق بين البعد الموضوعي والذاتي في وصف المتغيرات المرتبطة بجودة الحياة وتحديدتها اعتمادا على التأكيد على فكرة التكامل بين الفرص والظروف المتاحة لإشباع احتياجات الإنسان ثم الوصف التفصيلي لهذه الاحتياجات وإحساس الفرد بمدى هذا الإشباع (بوعيشة، 2014، ص87).

شكل (10) : يوضح جودة الحياة حسب كوستانزا و آخرون.



المصدر : (Costanza and al, 2007, p269)

بناء على هذا التصور فان جودة الحياة هي مقدار الفجوة التي تدرك بين توقعات الفرد لحاجاته والاشباع الفعلي لها وهي حالة ليست قابلة للتحقيق تلقائيا أو بتوفر مصادر الإشباع بل هي داله لتوفر عاملين حسب ما ذكرها (بكر، 2011، ص23-24).

- لقدرة على التوافق والمواجهة والتفاعل مع ظروف الحياة وأحداثها بنحو ايجابي القدرة على أداء أنشطة الحياة اليومية التي تعكس جودة الحياة في المجالات الاجتماعية والنفسية والاقتصادية.
- القيام بأنشطة تدفع الفرد باتجاه يحقق حاجاته على نحو تحقق الرضا له.

8-8- نظرية فينهوفن Ruut Veenhoven :

أكد فينهوفن أن حاجات الإنسان يمكن اكتشافها عن طريق دراسة خصائص المجتمع ويعتبر أن المجتمع الذي يتم فيه تلبية اغلب حاجات الإنسان مجتمع سعيد وقد ميز فينهوفن في نظريته إمكانية العيش بين أربعة مؤشرات يمكن من خلالها الاستدلال على جودة الحياة وهي:

- إمكانية العيش في البيئة : وهي تشير الى معنى الظروف المعيشية الجيدة و غالبا ما يستخدم علماء النفس هذا المصطلح كشرط لجودة الحياة او الرفاه باعتباره يشير صراحة إلى سمة من سمات البيئة و كمؤشر لتحقيق السعادة إذ يمكن المرء أن يعيش في ظروف ممتازة و لكنه لا يزال غير سعيد بسبب عدم القدرة على جني الفرص (الخراعي، 2016، ص48).
- الغرض من الحياة: يرى فينهوفن بأن الحياة الجيدة هي التي تتبع من معنى الحياة نفسها لا كونها جيدة وهو يفترض بعض القيم العليا مثل الحفاظ على البيئة أو التنمية الثقافية ويؤكد أن جودة الحياة التي يذكرها علماء النفس في كتاباتهم باعتبار أن السعادة والغرض من الحياة يمكن أن تدل على جودة الحياة حيث المرء وان يعيش حياة مفيدة ولكنه لا يزال غير سعيد.

- الحياة والقدرة الشخصية: وتعني فرص الحياة ومدى قدرة الشخص على استغلال هذه الفرص وجاهزيته للتعامل مع مشاكل الحياة ويعتبر فينهوفن القدرة الشخصية شرط أساسي لتحقيق السعادة وليس السعادة نفسها وحتى الشخص المثالي يكون سعيدا حتى ولو في الجحيم لما يملكه من قدرة شخصية لتعامله مع فرص الحياة.
- الرضا عن الحياة : وهي تمثل الجودة نفسها من خلال التعامل مع الآخرين وما نحصل عليه من تقدير شخصي في هذه الحياة بصورة واعية وهذه الجودة يشار إليها بمصطلحات مثل الرفاهية الذاتية والحياة المرضية، كما ينظر فينهوفن إلى أن بعض المجتمعات أكثر حيوية ونشاطا من المجتمعات الأخرى وكذلك بتحقيقها للمتطلبات الإنسانية وان هنالك علاقة ما بين الدخل الذي يحصل عليه الفرد وشعوره بالسعادة وجوده الحياة (الخراعي، 2016، ص48).

8-9- نموذج اباي واندروزز 1985, Abbey and Andrews :

تعتبر معظم الأبحاث التي قام بها كل من:

Kamman et al (1979), Costa (1980), Dupruy (1977)

كانت بمثابة نقطة انطلاق لتطوير النظرية، إذ أن الباحثين يفترضون بان التفاعل بين الأفراد مع العالم الاجتماعي سوف يؤثر على عدد من العوامل النفسية والاجتماعية والتي تؤثر فيما بعد على بعض الحالات الداخلية مثل الاكتئاب والقلق والتي بدورها تؤثر على إحساسهم برفع وتتمثل العناصر الرئيسية لهذا النموذج في خمس مصطلحات نفس اجتماعية (الاجتهاد ومصدر الضبط داخلي وخارجي العلاقات الاجتماعية الأداء) واثنين من المفاهيم النفسية (الاكتئاب والقلق) وخمسة تقييمات منفصلة عن نوعية الحياة، وبناء على هذه المفاهيم، حدد الباحثون فرضيتهما التي مفادها أن الضغط مصدر الضبط المساندة الاجتماعية والأداء لهم تأثير مباشر على القلق والاكتئاب، وفي المقابل أن هذه الحالات الانفعالية الأخيرة لهما تأثير مباشر على نوعية الحياة وعموما فان النتائج التي حصل عليها

(Abbey and Andrews) تشير إلى أن الضغط والاكئاب يرتبطان بقوة مع الإدراكات السلبية لجودة الحياة، في حين أن مصدر الضبط الداخلي، والأداء والدعم الاجتماعي يرتبطون بشكل معتدل بالتصورات الإيجابية لجودة الحياة والعلاقة بين التأثيرات الإيجابية ومصدر الضبط الداخلي والدعم الاجتماعي والأداء أقوى من العلاقة بين نفس المصطلحات والتأثيرات السلبية وعلى ما يبدو وفقا ل (Abbey and Andrews) انه عندما يحاول الناس تحديد مقدار تمتعهم بالحياة، فإنهم يؤكدون على المحددات الإيجابية للرفاهية، أو مصدر الضبط الداخلي والدعم الاجتماعي وعلى العكس عند محاولة تحديد مقدار شعورهم بالضيق فالاهتمام يكون منصب حول المحددات السلبية لرفاهية مثل الضغط ومصدر الضبط الخارجي، فالنظرية تطرقت إلى جودة الحياة على انه مفهوما ديناميا يتضمن مجموعة من الأبعاد الجسمية والنفسية والاجتماعية وترتبط بمحاولة جعل الفرد ينظر إلى الحياة بطريقة أكثر ايجابية أي إلى أي مدى يشعر الأفراد بقدرتهم على السيطرة على حياتهم الشخصية وبان حياتهم لها معنى وبمقدرتهم أقامه علاقات ايجابية مع الآخرين. وذلك ولو في ظل وجود بعض الظروف الغير مواتية التي قد تحول دون تحقيق المستوى الأمثل من الجودة كالمريض مثلاً(عدوة، 2015، ص126-127).

8-10 - نموذج Zautra et Reich :

يرتكز هذا النموذج على قناعة أن جودة الحياة ترتبط بجملة من الاحداث التي يعيشها الفرد بمعنى انه نموذج يرتكز على التأثير الوجداني والمعرفي لتجانس الفرد على جودة الحياة ومن مبادئ هذه النظرية:

- الضبط المعرفي: الذي يظهر في التزام الفرد لإتباع سلوك معين فالإفراد يتصرفون لانجاز معين لأنهم يريدون ذلك فهذه الحورية هي حرية الاختيار لها تأثير كبير على طريقتهم في تفسير مسار حياتهم (برابح، 2020، ص94).
- الوجدان الايجابي: ارتبط بمجموعه من الأحداث التي يسير عليها الفرد، فالمجهودات التي يبذلها الفرد مع متطلبات الحياة اليومية لها نتائج وتأثير على الحياة ومن الناحية

الإجرائية دور الأحداث في جودة الحياة تظهر في شكل عملية أو سيرورة تقويمية تحمل ثلاثة مكونات حسب ما ذكره (فواظمية، 2018، ص90-91).

- الضغوطات التي يفرضها المحيط
- الضغوطات المفروضة من الفرد أي رغبات
- استجابات الفرد اتجاه هذه الأحداث
- مستوى الرضا وعدم الرضا التي يشعر بها الفرد من مسار هذه الأحداث.

8-11- نموذج أبو سريع وآخرون (2006) :

وضع هؤلاء نموذج نظري عربي لتقدير وتفسير جودة الحياة يعتمد على تصنيف المتغيرات المؤثرة في جودة الحياة وهي موزعة على بعدين متعامدين كما هو موضح في الشكل الآتي

شكل رقم (11): يوضح نموذج أبو سريع وآخرون



المصدر : (مشري، 2014، ص231)

يمكن تفسير الشكل (11) كالاتي:

- أن البعد الأفقي: يشمل قطبين توزيع محددات جودة الحياة كونها داخل الشخص أو خارجه وتسمى بعد المحددات الشخصية في مقابل بعض المعدات الخارجية.
- أن البعد الرأسي: يمثل توزيع تلك المحددات على وفق قياسها وتقدير مدى تحققها وهي تتوزع بين الأسس الذاتية (المنظور الشخصي للفرد) والأسس الموضوعية التي تشمل الاختيارات والمقاييس التي تتيح للفرد موازنة نفسه بغيره أو بمتوسط جماعته المعيارية أو اعتمادا على معايير كمية وكيفية أخرى (مشري، 2014، ص231).

وعلى وفق هذا التصور فإن مصطلح جودة الحياة ظاهرة متعددة الجوانب (صحية، اجتماعية، نفسية، واقتصادية) ، تتأثر بالنظام السائد في المجتمع فمثلا النظام السياسي والتقاليد الاجتماعية ومفهوم الرفاهية ومعتقدات الأفراد المختلفة كما تتمثل جودة الحياة في إشباع الحاجات الإنسانية سواء كانت هذه الحاجات مادية أو غير مادية كما أن جودة الحياة تعتمد على بعض المؤشرات غير المادية مثل:

- الرضا والقناعة
- التوافق النفسي والاجتماعي والصحي والأسري
- درجة الولاء والانتماء للأسرة والوطن
- مفهوم الذات و الوعي بها
- درجة المرونة الفكرية وتقبل الآخر (فواطمية، 2018، ص92-93).

8-2- الاتجاهات النظرية المفسرة لجودة الحياة:

8-2-1- الاتجاه الفلسفي:

ينظر إلى جودة الحياة من منظور فلسفي على أن هذه السعادة المأمولة لا يمكن للإنسان الحصول عليها إلا إذا جرر نفسه من أصل الواقع وحلق في فضاء مثالي يدفع بالإنسان إلى التسامي على ذلك الواقع الخائق وترك العنان لملاحظات من خيال إبداعى، وبالتالي فجودة الحياة من هذا المنظور مفارقه للواقع تلمسا لسعادة متخيلة حال ما يعيش فيها الإنسان حالة

من التجاهل التام لألام ومصاعب الحياة والذوبان في صفاء روحي مفارق لكل قيمة مادية (مسعودي، 2015، ص206).

8-2-2 الاتجاه النفسي:

يركز هذا الاتجاه على إدراك الفرد كمحدد أساسي للمفهوم وعلاقة المفهوم بالمفاهيم الأخرى وأهمها القيم والحاجات النفسية وإشباعها، وتحقيق الذات ومستوى الطموح لدى الأفراد، وبالتالي فالعنصر الأساسي لجودة الحياة يتضح في العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته هذه العلاقة التي توسطها مشاعر وأحاسيس الفرد ومدركاته، فالإدراك ومعه بقية المؤشرات النفسية تمثل المخرجات التي تظهر من خلالها نوعية حياة الفرد، كما ينظر هذا مفهوم جودة الحياة وفقاً للمنظور النفسي على أنه البناء الكلي الشامل الذي يتكون من التغيرات المتنوعة التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد الذين يعيشون في نطاق هذه الحياة في حيث يمكن قياس هذا الإشباع بمؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية ويرى البعض أن جوهر الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة وذلك وفقاً لمبدأ إشباع الحاجات في نظرية أبراهام ماسلو والذي يصنف الحاجات إلى خمسة مستويات: الحاجات الفيزيولوجية، الحاجة إلى الأمن، الحاجة للانتماء، الحاجة لتقدير الذات، الحاجة لتحقيق الذات (أبو شمالة، 2016، ص22).

8-2-3 الاتجاه الاجتماعي:

جودة الحياة حسب الاتجاه الاجتماعي من الخبرات السابقة التي يمر بها الفرد، والإحساس بالانتماء داخل الجماعات بالإضافة إلى ضرورة التكامل بين كل ما أشار إليه (Griffin, Flana John and Boydan) وهذا بضرورة الاهتمام بنوعية العلاقات الاجتماعية مثلاً العلاقات مع الزملاء وفي نفس الوقت بكمية العلاقات أي إلى الحجم والدرجة التي تصل إليها هذه العلاقات وكل هذا يساعدنا في الارتقاء بجودة الحياة

يرى (1984) Almir Hankiss ، ان جودة الحياة قد بدأت منذ فترة طويلة وقد ركزت على المؤشرات الموضوعية في الحياة مثل معدلات المواليد معدلات الوفيات معدل ضحايا المرض نوعية السكن المستويات التعليمية لأفراد المجتمع إضافة إلى مستوى الدخل وهذه المؤشرات تختلف من مجتمع إلى آخر وترتبط جودة الحياة بطبيعة العمل الذي يقوم به الفرد وما يجنيه الفرد من عائد مادي من وراء عمله والمكانة المهنية للفرد وتأثيره على الحياة ويرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع الزملاء تعد من العوامل الفعالة في تحقيق جودة الحياة فهي تؤثر بدرجة ملحوظة على رضا أو عدم رضا العامل عن عمله (الغندور، 1999، ص27) كذلك بالنسبة ل"فاريام" (2004) Variam الذي حدد مجموعة المؤشرات المؤثرة في جودة الحياة وهي:

- الخصائص الفردية السن الصحة القدرات المعرفية.
- العوامل الاجتماعية الأسرة الشبكات الاجتماعية المشاركة الاجتماعية.
- العوامل الاقتصادية الدخل هيكل الأسرة.
- العوامل البيئية السكن المرافق أسباب الراحة.
- العوامل الشخصية الاستقلال القدرة على الاختيار الرقابة.
- الأنشطة الرياضية الأنشطة الإنتاجية العمل (عبد الحفيظي، 2016، ص32).

8-2-4- الاتجاه الطبي:

اهتم الأطباء بموضوع جودة الحياة عند المرضى نتيجة لنجاحهم في أطاله العمر ولا سيما في العمر المتقدم يريدوا أن يحيا حياة طيبة وليس مجرد أن يبقوا على قيد الحياة وهذا الموضوع ليس جديدا بطبيعة الحال فقد لاحظ جونتان سويفت (1667-1745) أن كل إنسان يتمنى أن يعيش طويلا ولكن ليس هناك أي إنسان يرغب أن يكون عجوز (عبد الخالق، 2008، ص248).

ويهدف هذا المجال إلى تحسين جودة حياة الذين يعانون من الأمراض الجسمية المختلفة أو العقلية وذلك عن طريق البرامج الإرشادية والعلاجية وتعتبر جودة الحياة من الموضوعات

التي تتعلق بالوضع الصحي وفي تطوير الصحة فقد زاد اهتمام الأطباء لتعزيز ورفع جودة الحياة من خلال توفير الدعم النفسي والسيكولوجي لهم.

عدد أبحاث جودة الحياة التابعة لقسم الصحة بجامعة تورنتو بكندا تقول أن الهدف النهائي من دراسة جودة الحياة وتطبيق ذلك حياة الناس تعيش حياة ذات جودة حياة لها معنى ويتم الاستمتاع بها (شيخي، 2014، ص82).

وهنا تتعلق بكيفية التحكم في الميزانية الصحية دون التضحية بجودة العلاج، الرفاهية الصحية أو بمصطلح أدق جودة الحياة المتعلقة بالصحة ومن هنا نلاحظ أن إدراك الأعراض وقرار إجراء الفحص والاستماع للتوصيات الطبية ترتبط بإدراكات المرضى أكثر من حالتهم الوظيفية الحقيقية ولقد صمم مقاييس متعددة الأبعاد لتقدير جودة الحياة مثلًا تقييم الفعالية العلاجية لمختلف أنواع التكفل وتأثير مختلف الأدوية إلى أن أكبر مشكل في أنه لا يوجد اتفاق حول تعريف مصطلح الحياة إذ أنه يوجد أكثر من 80 سلماً لقياس هذا المفهوم (عدوة، 2005، ص120).

9-مظاهر جودة الحياة :

يشير (عبد المعطي، 2005) في إقتراحه لخمسة مظاهر رئيسية لجودة الحياة تتمثل في خمس حلقات ترتبط فيها الجوانب الموضوعية و الذاتية و هي كالتالي:

الحلقة الأولى: العوامل المادية و التعبير عن حسن الحال:

1-العوامل المادية و الموضوعية: و التي تشمل الخدمات المادية التي يوفرها المجتمع للأفراد إلى جانب الفرد و حالته الإجتماعية و الأسرية و الصحية و التعليمية، حيث تعتبر هذه العوامل عوامل سطحية في التعبير عن جودة الحياة، إذ ترتبط بثقافة المجتمع و تعكس مدى قدرة الأفراد على التوافق مع هذه الثقافة .

2-حسن الحال: و يعتبر هذا بمثابة مقياس عام لجودة الحياة، و يعتبر كذلك مظهراً سطحياً للتعبير عن جودة الحياة، فكثير من الناس يقولون بأن حياتهم جيدة لكنهم يختزنون معنى حياتهم في داخلية لا يفتحونها لأحد (السويركي،70،2013).

الحلقة الثانية: إشباع الحاجات و الرضا عن الحياة

1-إشباع و تحقيق الحاجات: و هو أحد المؤشرات الموضوعية لوجود الحياة، فعندما يتمكن المرء من إشباع حاجاته فإن جودة الحياة ترتفع و تزداد، و هناك حاجات كثيرة يرتبط بعضها بالبقاء كالطعام و السكن و الصحة، و منها ما يرتبط بالعلاقات الإجتماعية كالحاجة للأمن و الإنتماء و الحب و القوة و الحرية، و غيرها من الحاجات التي يحتاجها الفرد و التي يحقق من خلالها جودة الحياة.

2-الرضا عن الحياة: و يعتبر الرضا عن الحياة أحد الجوانب الذاتية لجودة الحياة، فكونك راضياً هذا يعني أن حياتك تسير كما ينبغي، و عندما يشبع الفرد الفرد كل توقعاته وإحتياجاته و رغباته فحينها يشعر بالرضا.

3- الحلقة الثالثة: إدراك الفرد القوى و المتضمنات الحياتية و إحساسه بمعنى الحياة.

1-القوى و المتضمنات الحياتية: قد يرى البعض أن إدراك القوى و المتضمنات الحياتية بمثابة مفهوم أساسي لجودة الحياة، فالبشر كي يعيشوا حياة جيدة لا بد لهم من إستخدام القدرات و الطاقات و الأنشطة الإبتكارية الكامنة داخلهم من أجل القيام بتنمية العلاقات الإجتماعية، و أن يشغلوا بالمشروعات الصادفة، و يجب أن يكون لديهم القدرة على التخطيط و إستغلال الوقت و ما إلى ذلك، و هذا كله بمثابة مؤشرات لجودة الحياة.

2-معنى الحياة: يرتبط بجودة الحياة فكما شعر الفرد بقيمته وأهميته للمجتمع والآخرين و شعر بإنجازاته و مواهبه، و أن شعوره قد يسبب نقصاً أو إفتقاراً للآخرين له فكل ذلك يؤدي إلى إحساسه بجودة الحياة.

الحلقة الرابعة: الصحة و البناء البيولوجي و إحساس الفرد بالسعادة:

1-الصحة و البناء البيولوجي: و تعتبر حاجة من حاجات جودة الحياة التي تهتم بالبناء البيولوجي للبشر، و الصحة الجسمية تعكس النظام البيولوجي لأن أداء خلايا الجسم ووظائفها بشكل صحيح يجعل الجسم في حالة صحية جيدة و سليمة.

2-السعادة: تتمثل بالشعور بالرضا و الإشباع و طمانينة النفس و تحقيق الذات، و هي الشعور بالبهجة و الإستمتاع و اللذة ، وهي نشوة يشعر بها الفرد عند إدراكه لقيمة و متضمنات حياته مع إستمتاعه بالصحة الجسمية.

و يعرفها "فينهوفن 1994 " بأنها الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابياً على نوعية حياته بوجه عام ،و بمعنى آخر تشير السعادة إلى حب الشخص للحياة التي يعيشها و إستمتاعه بها و تقديره الذاتي لها، و قد دلت بحوث كثيرة على أن السعادة هي نتاج تفاعل مركب بين الشخص و بيئته(السويركي،71،2013).

الحلقة الخامسة: الحياة الوجودية:

و هي الوحدة الموضوعية لجوانب الحياة و هي الأكثر عمقاً داخل النفس،و إحساس الفرد بوجوده و هي بمثابة النزول لمركز الفرد ،و التي تؤدي بالفرد بالفرد إلى إحساسه بمعنى الحياة الذي يعد محور وجودنا ،فجودية الحياة الوجودية هي التي يشعر من خلالها الفرد بوجوده و قيمته و من خلال ما يستطيع أن يحصل عليه الفرد من عمق المعلومات البشرية المرتبطة بالمعايير و القيم و الجوانب الروحية و الدينية التي يؤمن بها الفرد،و التي يستطيع من خلالها تحقيق وجوده.

و يشير "عبد المعطي" أن مظاهر جودة الحياة تتعدد و تشمل العوامل المادية و إشباع الحاجات و الرضا عن الحياة و إدراك الفرد الإيجابي لمعنى الحياة و مدى إحساسه بالسعادة و الصحة النفسية و الجسمية، فضلاً عن وجود عن وجود الحياة الوجودية و هي

الأعمق تأثيراً و الذي يتضمن الإستمتاع بالظروف المادية في البيئة الخارجية و الإحساس بحسن و إشباع الحاجات و الرضا عن الحياة و إدراك الفرد لقوى و متضمنات حياته، وشعوره بمعنى الحياة إلى جانب الصحة الجسمية الإيجابية و إحساسه بمعنى السعادة وصولاً إلى عيش حياة متوافقة بين جوهر الإنسان و القيم السائدة في المجتمع(السويركي،2013،ص72).

10-مقومات جودة الحياة:

يمكننا القول بأن جودة الحياة مفهوم نسبي يختلف من شخص إلى آخر حسب ما يراه من معايير تقييم حياته و توجد عوامل كثيرة تتحكم في تحديد مقومات الحياة و هي:

- 1-الصحة العامة التي تعتبر فيها تأثير الصحة إلى الجانب المرضي.
 - 2-قدرة الإنسان على أداء الوظائف اليومية.
 - 3-القدرة على التفكير و اتخاذ القرارات.
 - 4-إختيار الإنسان لنمط حياته و تأديته الأنشطة و القدرة على التنفيذ.
 - 5-التكاليف الإقتصادية و الإجتماعية.
 - 6-المعتقدات الدينية و القيم الثقافية و الحضارية و معايير و أساسيات المعيشة و الدخل.
 - 7-الرضا عن أساسيات المعيشة و الخيارات البيئية و جودتها.
 - 8-تحليلات المجال الإجتماعي.
 - 9-المقارنة بين المناطق الريفية و الحضرية.
 - 10-أنماط الحياة.
 - 11-الرفاهية.
- حيث نقول أن البيئة لها الأثر الأكبر في إنخفاض جودة الحياة لدى الفرد بأبعادها المختلفة (خيرى،2018،ص15-16).

-و تتمثل مقومات جودة الحياة حسب منظمة الصحة العالمية فيما يلي:

1-الصحة الجسدية: تتمثل في القدرة على القيام بوظائف الجسم و هي حالة مثل اللياقة البدنية.

2-الصحة النفسية: القدرة على التعرف على المشاعر و التعبير عنها و شعور الفرد بالسعادة و الراحة النفسية.

3-الصحة الروحية: تتعلق بالمعتقدات و الممارسات الدينية من أجل الوصول إلى السلام النفسي.

4-الصحة العقلية: تتمثل في القدرة على التفكير بوضوح و الشعور بالمسؤولية و القدرة على إتخاذ القرارات.

5-الصحة الإجتماعية: تتمثل في القدرة على إقامة علاقات إجتماعية والتواصل مع الآخرين و إحترامهم.

6-الصحة المجتمعية: و هي القدرة على إنشا علاقات جيدة مع كل ما يحيط الفرد من أشخاص و قوانين و أنظمة (عبيد، دس، ص375).

11-مؤشرات جودة الحياة:

الإحساس بجودة الحياة حالة شعورية تجعل الفرد يرى نفسه قادراً على إشباع حاجاته المختلفة (الفطرية و المكتسبة) و الإستمتاع بالظروف المحيطة به، و تقاس عادةً بالدرجة التي يحصل عليها المجيب عن فقرات مقياس الإحساس التي يعدها الباحثون.

1-المؤشرات النفسية: و تتمثل في شعور الفرد بالقلق و الإكتئاب، أو التوافق مع المرض أو الشعور بالسعادة.

2- المؤشرات الاجتماعية: و تتضح من خلال العلاقات الشخصية و نوعيتها، فضلاً عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية و الترفيهية.

3- المؤشرات المهنية: و تتمثل بدرجة رضا الفرد عن مهنته و حبه لها، و القدرة على تنفيذ مهام وظيفته، و القدرة على التوافق مع واجبات عمله.

4- المؤشرات الجسمية و البدنية: و تتمثل في رضا الفرد عن حالته الصحية و التعايش مع الآلام، النوم، و الشهية و تناول الغذاء و القدرة الجنسية (بسرة صبرينة، 2018، ص22).

12- معوقات جودة الحياة:

يتضمن البناء النفسي لكل من مكامن قوة و بمواطن ضعف، وإذا أردنا أن نحسن جودة الحياة الإنسان علينا أن لا نركز فقط على مشكلات بل يتعين تركيز كذلك على كل أبعاد الحياة

و إستخدام وتوظيف قدرات وكافة الإمكانيات المتاحة لتحسين جودة الحياة، يجب أن نميز بين الظروف الداخلية و الظروف الخارجية. (قاسمي، 2020، ص14).

جدول رقم (04): معوقات تحقيق جودة الحياة.

الظروف	المعوقات	القدرات
الداخلية	-الإعاقات -الخبرات الحياتية	-المهارات -الخبرات الحياتية الإيجابية -الحالة المزاجية -الإيجابية والسرور
الخارجية	-نقص المساندة الاجتماعية والإنفعالية -ظروف الحياة والمعيشة السيئة -سوء الإختيار	-توفر مختلف مصادر المساندة الاجتماعية -توافر نماذج رعاية جيدة أو طبية. -وجود برامج توجيه وإرشاد

وهنا نقصد بالظروف الداخلية الخصائص البدنية والنفسية والاجتماعية للفرد، أما الظروف الخارجية فيقصد بها تلك العوامل المرتبطة بتأثير الآخرين أو البيئة التي يعيش فيها ذلك الشخص. (قاسمي، 2020، ص15)

13- كيفية تحقيق جودة الحياة للطالب الجامعي:

هناك عدة عوامل تساهم في تحقيق جودة الحياة تتمثل فيما يلي :

الصحة البدنية: تشجيع الطلاب على ممارسة الرياضة بانتظام والحصول على قسط كاف من النوم 7 الى 9 ساعات، وتناول غذاء متوازن.

الصحة العقلية: تقديم الدعم النفسي من خلاله مراكز الاستشارات النفسية داخل الجامعات وتعليم الطلاب التقنيات، ادارة الضغط مثل: التأمل واليقظة الذهنية (العيسوي، احمد، 2015)

إدارة الوقت بشكل فعال: يجب على الطلاب تنظيم أوقاتهم بشكل جيد لتحقيق التوازن بين الدراسة والعمل والاستراحة. (Brown,L.and schiraldi,G.R, 2007)

المشاركة في الأنشطة الإجتماعية: يساهم الانخراط في الأنشطة الإجتماعية والمجتمعية في بناء علاقات قوية وتعزيز شعور الإنتماء.

(الدوين، عبد العزيز و آخرون، 2022، ص 45-60)

تقديم الإرشاد الأكاديمي: توفير مستشارين أكاديميين ونفسيين لمساعدة الطلاب في تخطيط مساهمهم الدراسي وحل المشكلات الأكاديمية ومساعدتهم في التعامل مع التوتر والضغط النفسي (القاضي حسين، 2013)

14- قياس جودة الحياة:

نظرا لعدم وجود تعريف شامل ومحدد لجودة الحياة، فمن البديهي ألا يكون هناك معايير ثابتة ومحددة لقياس جودة الحياة، لذا يجد الباحثون عناء شديدا في إعداد مقياس الجودة الحياة شاملا ومخصصا لهدف معين، ويؤكد هاشم (2001) أن قياس جودة الحياة من المجالات التي مازالت تحتاج إلى جهد كبير من المتخصصين، فعلى الرغم من وجود

مقاييس عديدة في هذا المجال إلا أن غالبيتها ليست شاملة ولا يمكن استخدامها إلا في مجالات محددة، كما أن هذه المقاييس تعرضت للكثير من الانتقادات (سويد 2016 ص 56) فقد انتقد كومينز وماك كيب

(Commins McCabe,1994)مقاييس جودة الحياة لما تضمنته من جوانب قصور، فالعمليات التي تم من خلالها بناء مقاييس الجودة لم يتم عرضها وشرحها بالتفصيل، كما أن هذه المقاييس اعتمدت على الصدق الظاهري بغرض القياس في مواقف خاصة مرتبطة بأهداف البحث، وفي غالبية الأحوال كان يتم استخدام مقاييس سابقة بعد تعديلها

(عودة2015 ، ص136)

ويعقب الغندور على أنه اختلفت الإجابات بين إمكانية قياس جودة الحياة وعدم الإمكانية، حيث أن القياس الموضوعي يكون للأشياء الكمية التي يكون لها وزن أو مقدار كمي، أما عن جودة الحياة فهي شيء آخر يعبر في الغالب عن إدراك الفرد لهذا الكم واتجاهاته نحوه بشكل يحقق له الرضا عن حياته أو عدم الرضا .

(سويد2016 ، ص56)

وقد قسم ويكلاند (Wiklund,2000) أنواع قياس جودة الحياة إلى ثلاثة أنواع:

القياس العام :

له أمور مشتركة مع القياس العالمي وصمم من أجل مهام وظيفية في الرعاية الصحية، تم تحديده ليكون بصورة شاملة مثل احتمالية تأثير المرض أو أعراض المرض على حياة المرضى .ويطبق المقياس العام على مجموعة كبيرة من السكان، والميزة الكبرى لهذا القياس تغطيته الشاملة وكذلك حقيقة أنه يسمح عمل مقارنة مجموعات مختلفة من المرضى، أما عيوب هذا القياس فإنه لا يعطي عناوين ذات صلة بمرض معين (برابح2020 ، ص99)

-القياس الخاص:

تم تطويره لمراقبة رد الفعل للعلاج في حالات خاصة، وهذه الخطوات محصورة المشاكل تميز مجموعة خاصة من المرضى، حيث يكون لهؤلاء المرضى حساسية للتغيير وكذلك قلة التصوير لديهم في الربط مع تعريف جودة الحياة حيث يركز على مشكلة معينة المجموعة من المرضى مثل الألم، التعب، الوظائف الجسمية.

هذه الإجراءات والقياسات مفيدة في ملاحظة مشاكل خاصة يمكن أن تحل بواسطة التدخل العلاجي، هذه الطرق المتعددة تختلف في الاستخدام الاستبيانات القياسية تسمح بالإدارة الموحدة والقياس الغير متحيز في البيانات (بحرة 2014، ص 40)

ويصنف تورجرسون (Torgerson) مقاييس جودة الحياة إلى ثلاثة مجموعات:

1- **المقاييس النوعية:** وهي المقاييس المرتبطة بمواقف وظروف وأهداف محددة .

(حسن، 2010، ص 20)

2- **المقاييس العامة أو الشاملة:** وهي التي تتضمن أسئلة حول الصحة العامة للفرد ومجالات حياته المختلفة.

3- **المقاييس المؤسسة على النفع والفائدة:** وهي التي تتضمن حول تفضيل الفرد في

فترات معينة. (أبو شمالة 2016، ص 27)

مقياس جودة الحياة للمنظمة العالمية للصحة

وسيلة موجهة للاستخدام عالميا تدخل ضمن مشروع طموح لمنظمة الصحة العالمية الهادف لبناء وسيلة تقدير تأخذ بعين الاعتبار تباين الثقافات العوامل الخاصة الجودة الحياة وإمكانية المقارنة عالميا.

يتكون هذا المقياس من (100) بند أو سؤال وهو الشكل المفصل تم تطويره في (15) مركزا ميدانيا حول العالم، وقد تمت صياغة الجوانب المهمة لنوعية الحياة وطرق السؤال عن نوعية الحياة على أساس البيانات التي أدلى بها المرضى الذين يعانون من مجموعة من الأمراض وأيضا من قبل السليمين والمهنيين الصحيين في مجموعة متنوعة من الثقافات، وتم اختبار الأداة بدقة لتقييم صحتها وموثوقيتها في كل مركز من المراكز الميدانية ويتوفر المقياس الآن بأكثر من (20) لغة مختلفة ويتقدم تطويره بلغات مختلفة.

(WHO ; 1997, p1)

ويسمح المقياس في نسخته المطولة بتقدير 06 ميادين الجودة الحياة وهي: الصحة

الجسمية، الصحة النفسية، الاستقلالية العلاقات الاجتماعية، المحيط، والجانب الروحي

(برابح، 2020، ص 101)

أما النسخة المختصرة فتقيس أربع ميادين وهي نسخة تتسم بجودة وخصائص سيكومترية مرضية، بالنسبة للنسخة الفرنسية المعدة من طرف

(Leplége et al, 2000) فتم تطبيقها على عينة من (2012) فرد يعانون من مرض

عصبي - عضلي تتسم بحساسية مميزة.

إنها السلم الأكثر أهمية في الوقت الحالي لحساسيته وصدقه العالي ولعدم كلفة تطبيقه،

وتمت ترجمته لـ (20) لغة مختلفة، ويستخدم المقياس بصورته المختصرة في ميادين طبية

عديدة الممارسة الطبية البحث تقييم وتقدير العلاجات، واختيار بعض الأدوية

و العلاجات، في علم علم نفس الصحة لتقدير جودة الحياة كمعيار يمكن التنبؤ به

(عمران، 2009، ص71)

مقياس جودة الحياة لطلبة الجامعة ل"محمود منسي و كاظم مهدي، 2006"

يتكون المقياس من ستة محاور وهي: جودة الصحة العامة، جودة الصحة الأسرية

والإجتماعية، وجودة العواطف(الجانب الوجداني)، وجودة الثقة النفسية وجودة شغل الوقت

وادارته . وقد تم صياغة 10 فقرات لكل محور (خمس فقرات موجبة وخمس فقرات سالبة)،

ويحظى المقياس بإستخدام واسع من قبل الباحثين عند قياس جودة الطلبة(هبيته وحمزة،

2020، ص148).

خلاصة:

من خلال ما تم عرضه في هذا الفصل، يتضح أن جودة الحياة واحدة من أهم القضايا في حياة الأفراد والمجتمعات، نظرا لكونها قاعدة أساسية لتفادي الكثير من المشكلات التي يمكن أن تعترض الفرد والمجتمع معا، وإن كان مفهوم جودة الحياة من المفاهيم التي يتم تناولها في علوم مختلفة وسياقات عديدة، فإن تناوله من المنظور النفسي وخاصة من منطلق علم النفس الإيجابي كون جودة الحياة هي في الأساس انعكاس للتعبير الذاتي للفرد بحد ذاته لحياته، وما يقدمه علم النفس الإيجابي من استراتيجيات ملائمة لتحقيق الجودة.

نستنتج أن جودة الحياة هي درجة إحساس الفرد بالتحسن المستمر لجوانب شخصية من الأبعاد النفسية أو العقلية والاجتماعية والجسمية والثقافية والتحسين لمواجهة الأزمات والضغوطات التي تواجه الأفراد والتغلب عليها والقدرة على التكيف مع المحيط الخارجي والعيش بسلام.



الفصل الخامس

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

- 1- منهج الدراسة
- 2- الدراسة الاستطلاعية
- 3- حدود الدراسة
- 4- عينة الدراسة الاستطلاعية وكيفية اختيارها
- 5- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية
- 6- الدراسة الأساسية
- 7- عينة الدراسة وكيفية اختيارها
- 8- أدوات الدراسة
- 9- أساليب المعالجة الإحصائية

خلاصة

تمهيد:

تعتبر الإجراءات المنهجية الطريق الذي يسلكه الباحث في جمع وتنظيم المعطيات التي يحتاجها بطريقة علمية تساهم في الحصول على المعلومات الحقيقية ومنظمة.

وعلى هذا الأساس سنعرض في الفصل المنهجية التي اتبعناها لإنجاز هذه الدراسة.

حيث تطرقنا في البداية إلى المنهج المستخدم في الدراسة، وكذا الدراسة الاستطلاعية التي تعد خطوة منهجية في غاية الأهمية، ثم حددنا الدراسة الأساسية والعينة المختارة، بالإضافة إلى الحدود الزمانية والمكانية للدراسة، كما عرضنا مختلف الأدوات المستعملة لقياس متغيرات البحث.

1- منهج الدراسة:

1-1- المنهج: هو الأسلوب الذي يستخدمه الباحث في دراسة ظاهرة معينة، والذي من خلاله يتم تنظيم الأفكار المتنوعة بطريقة تمكنه من علاج مشكلة البحث.

ونظرا لتعدد المناهج في إجراء البحوث في العلوم الاجتماعية فإن طبيعة المنهج المستخدم في البحث والهدف منه هو الذي يحدد طبيعة المنهج المستخدم في البحث، حيث اقتضت طبيعة هذا البحث استخدام المنهج الوصفي إذ نسعى إلى دراسة المخططات المعرفية المبكرة الغير المكتفية وعلاقتها بالإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي وجودة الحياة لديه.

ويعرف المنهج الوصفي بأنه وصف دقيق وتفصيلي لظاهرة أو موضوع محدد على صورة نوعية أو كمية، فالتعبير الكيفي يصف الظاهرة ويوضح خصائصها، أما التعبير الكمي فيعطينا وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجة ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى. (عطية، 2017، ص2016)

2- الدراسة الاستطلاعية:

وهي الخطوة التي تسبق الاستقرار نهائيا على الخطة الدراسة بفضل القيام بالدراسة الاستطلاعية على عدد محدد من الأفراد ومن خلال الدراسة يستطيع الباحث التعرف على الأفراد ومن خلال الدراسة الباحث التعرف على أي المشكلات التي يمكن أن تظهر قبل قيام بالدراسة الأصلية مما يمكنه من تجنب هذه المشكلات غير المتوقعة في هذه المرحلة من الدراسة.

(المقدم سمية، جديدي مروة، 2017، ص 100)

كما تعتبر الدراسة الاستطلاعية من الخطوات الأساسية والهامة التي يجب القيام بها في البحث العلمي والتي من خلالها يتقرب الباحث من الميدان ويتعرف على الظروف التي يمكن أن تحيط بتطبيق الدراسة، بما أنها تمكننا من تقييم ودراسة أداة البحث كاستبيان

والتأكد من صدقها وثباتها كذلك من خلال الملاحظة الميدانية إذ تعتبر ممهدة لإجراءات الدراسة الأساسية.

2-1 أهدافها:

- التأكد من توفر المادة العلمية في المكتبات.
- التعرف على ميدان الدراسة والتأكد من وجود العينة الممثلة للمجتمع الأصلي.
- مدى صلاحية أدوات المقياس لاختبار فرضيات البحث.
- حساب الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة ومعرفة مدى صدقها وثباتها.
- التعرف على مدى ملائمة عبارات المقياس على مستوى أفراد العينة وتحديد الأدوات المناسبة للدراسة لاستخدامها في الدراسة الأساسية.
- الوقوف على أهم العراقيل والصعوبات التي من الممكن أن تعترض سبيل الباحث لتفاديها في الدراسة الأساسية.

3- حدود الدراسة الاستطلاعية:

اقتصرت الدراسة على الحدود أو المجالات التالية:

- أ- الحدود البشرية: تم إجراء هذه الدراسة على عينة قدرها (90) طالب وطالبة جامعيين.
- ب- الحدود المكانية: تم إجراء هذه الدراسة في جامعة مولود معمري تيزي وزو تحت نظام (ل م د).
- ت- الحدود الزمنية: تم إجراء هذه الدراسة من 10 أبريل 2024 على 14 أبريل 2024.

4- عينة الدراسة الاستطلاعية وكيفية اختيارها:

تعتبر العينة الجسر الذي ينقل الدراسة إلى الميدان ويعتبر اختيارها من الأمور التي يجب على الباحث أن يوليها أهمية خاصة، وتعرف العينة على أنها "عبارة عن مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة معينة وإجراء الدراسة عليها، ومن ثم استخدام تلك النتائج وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي وقد اعتمدنا في دراستنا لاختيار

العينة على عينة عرضية من خلال تطبيق ثلاث مقاييس على (30) طالب وطالبة من تخصصات مختلفة في جامعة مولود معمري تيزي وزو.

5- خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية:

جدول رقم (05) يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس.

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الجنس
33,33%	10	ذكور
66,66%	20	إناث
100%	30	المجموع

يتضح من خلا الجدول بأن الجنس الإناث هو المسيطر على النسبة الغالبة في عدد أفراد عينة الدراسة ب (66,66%) بينما نسبة الذكور كانت ب (33,33%)، ويعود هذا التفاوت لاهتمام جنس الإناث أكثر من الذكور.

6- الدراسة الأساسية:

6-1 حدود الدراسة الأساسية:

اقتصرت الدراسة على الحدود التالية:

- الحدود البشرية: تم اجراء هذه الدراسة على عينة قدرها (100) طالب وطالبة جامعيين
- الحدود المكانية: تم اجراء هذه الدراسة في جامعة "مولود معمري" تيزي وزو
- الحدود الزمانية: تم اجراء هذه الدراسة من 05 ماي 2024 الى 12 ماي 2024

7- عينة الدراسة الأساسية وكيفية اختيارها:

للتأكد من الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة قمنا بتطبيق أدوات الدراسة مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة، مقياس الإدمان على الأنترنت، مقياس جودة الحياة على عينة قوامها 100 طالب وطالبة جامعيين من مجتمع الدراسة الأصلي والتمثل في طلبة جامعة " مولود معمري "

الجدول رقم (06) يبين خصائص عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	عدد الأفراد	الجنس
38%	38	ذكور
62%	62	اناث
100%	100	المجموع

8- أدوات الدراسة:

استخدمنا في الدراسة مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة "جيفري يونغ" ومقياس الإدمان على الأنترنت لخطاب "حسين" ومقياس الجودة "المحمود ماسي" و "علي كاظم"

8-1 مقياس المخططات المعرفية المبكرة الغير المتكيفة:

صمم هذا المقياس من طرف " جيفري يونغ " احتوى على أكثر من صورة احدها طويلة النسخة الأصلية و أخرى تكونت من مائتان وخمسة بند(205) تقيس 18 مخططا، ونظرا لصعوبة تطبيقهما في المجالات الاكلينيكية و البحثية قام بإنشاء صورة أخرى مختصرة سنة 1998 تتكون من (75) بند وتقيس 15 مخططا وقد تم التأكد من صدق و اثبات

المقياس في بيانات مختلفة.(Cottraux, Mauchand, 2010) هذه الصيغة الأخيرة التي اعتمدنا عليها في الدراسة الحالية بعد التحقق من الخصائص السيكومترية في البيئة المحلية لعينة الدراسة وتتمثل المخططات التي يحتويها المقياس:

- 1_ مخطط الحرمان العاطفي: 1. 2. 3. 4. 5.
- 2_ مخطط التخلي / عدم الاستقرار: 6. 7. 8. 9. 10.
- 3_ مخطط الشك / التعدي: 11. 12. 13. 14. 15.
- 4_ مخطط العزلة الاجتماعية: 16. 17. 18. 19. 20.
- 5_ مخطط الخجل / عدم الاتزان: 21. 22. 23. 24. 25.
- 6_ مخطط الفشل: 26. 27. 28. 29. 30.
- 7_ مخطط التبعية / عدم الكفاءة: 31. 32. 33. 34. 35.
- 8_ مخطط الخوف من الخطر او المرض: 36. 37. 38. 39. 40.
- 9_ مخطط الاندماج / الشخصية المدمجة: 41. 42. 43. 44. 45.
- 10_ مخطط الخضوع: 46. 47. 48. 49. 50.
- 11_ مخطط التضحية بالذات (انكار الذات): 51. 52. 53. 54. 55.
- 12_ مخطط المراقبة المفرطة للانفعالات: 56. 57. 58. 59. 60.
- 13_ مخطط المتطلبات العالية/المبالغة في النقد: 61. 62. 63. 64. 65.
- 14_ مخطط الحقوق الشخصية المبالغ فيها / التعالي: 66. 67. 68. 69. 70.
- 15- مخطط نقص الرقابة الذاتية نقص الانضباط الشخصي 71 72 73 74 75.

أما المخططات الثلاثة التي لم تدرج في المقياس فهي مخطط العقاب، ومخطط السلبية والتشاؤم من الميدان الخامس، ومخطط البحث عن الموافقة والاعتراف من الميدان الرابع

هذه المخططات الخمسة عشر موزعة في خمس ميادين تمثلت في:

الميدان الأول: الانفصال والرفض ويشمل المخططات: 5.4.3.2.1

الميدان الثاني: نقص الاستقلالية والأداء ويشمل المخططات: 9.8.7.6

الميدان الثالث: نقص الحدود ويشمل المخططات: 15.14

الميدان الرابع: التوجه نحو الآخرين ويشمل المخططين: 10.11

الميدان الخامس: اليقظة المفرطة والكف ويشمل المخططين: 13.12..

(محمد السيد عبدالرحمن، 2015)

8-1-1 طريقة تنقيط المقياس

تبلغ مجموع الدرجات الدنيا التي يتحصل عليها المفحوص (75) درجة أما القيمة القصوى فتبلغ (450) درجة كما يحتوي كل مخطط على خمسة بنود تحتوي على (06) استجابات

يتراوح التنقيط فيها بين نقطة وستة نقاط على النحو التالي

(01) نقطة واحدة ← لا تنطبق تماما

(02) نقطتين ← لا تنطبق بدرجة كبيرة

(03) ثلاث نقاط ← لا تنطبق

(04) أربع نقاط ← تنطبق بدرجة متوسطة

(05) خمس نقاط ← تنطبق بدرجة كبيرة

(06) ستة نقاط ← تنطبق تماما

وتتراوح الدرجات على مستوى المخطط ما بين (05) و (30) درجة، تدل الدرجة العالية المتحصل عليها على أن المخطط موجود ويؤثر في السلوك وذلك بعد تحديد عتبة تأثير المخطط كما يلي:

2-1-8 مستويات تأثير المخططات على المقياس ككل:

من خلال هذه العلامات يمكن تفسير النتائج كما يلي:

(150-75) المخططات لا تؤثر على الفرد

(225-150) المخططات تؤثر في بعض الظروف

(300-225) المخططات تمثل مشكلا للفرد

(375-300) المخططات تلعب دورا هاما في حياة الفرد

(450-375) المخططات أساسية في تنظيم شخصية الفرد

(Londono,Shnitter and al, 2012)

3-1-8 مستويات التأثير على مستوى المخطط الواحد:

(5-9) المخطط لا يؤثر على الشخص.

(14-10) المخطط يؤثر في بعض الظروف.

(19-15) المخطط يمثل مشكلا بالنسبة للفرد.

(24-20) المخطط يلعب دورا هاما في حياة الشخص.

(30-25) المخطط أساسي في تنظيم شخصية الفرد.

8-1-4 الخصائص السيكومترية لمقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المكتفة الصيغة المختصرة (لجيفري يونغ):

ثبات مقياس المخططات المبكرة غير المكتفة:

لقد قمنا بحساب ثبات المقياس بطريقتين تمثلت فيما يلي:

-طريقة التجزئة النصفية

-طريقة الفاكرومباخ

وتوصلنا باستخدام طريقة التجزئة النصفية وطريقة الفاكرومباخ على عينة من الطلاب مكونة من (ن = 100) الى ان معامل ثبات مقياس المخططات المبكرة عبر المتكيفة وفيما نستعرض الطرق المستخدمة في الدراسة الحالية لحساب ثبات المقياس:

طريقة التجزئة النصفية: قمنا بحساب معامل الارتباط على عينة مكونة من 100 طالب وطالبة، وبعد ذلك تم تصحيح معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون

جدول رقم (07) يبين ثبات مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة بالطريقة التجزئة النصفية

المحور	عدد البنود	معامل الارتباط سبيرمان - براون
الدرجة الكلية	75	0.99

نلاحظ من خلال الجدول ان قيمة معامل الارتباط سبيرمان - براون تقدر ب 0.99 وهي قيمة مرتفعة اذا ثبات مقياس المخطط المعرفية المبكرة مرتفع.

طريقة الفاكرومباخ:

جدول رقم (08) يبين حساب ثبات مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة بطريقة الفاكرومباخ

المحور	عدد البنود	معامل الفاكرومباخ
الدرجة الكلية	75	0.91

من خلال الجدول يتبين ان قيمة الفاكرومباخ تقدر ب 0.91 يمكننا القول ان ثبات مقياس المخططات المعرفية المبكرة مرتفع.

8-2 تعريف مقياس الإدمان على الأنترنت:

قد تم تطبيق المقياس اعتمادا على عدة مقاييس أخرى وتطبيقنا على البيئة الجزائرية في دراسة استطلاعية من طرف الباحث خطاب حسين 2016 وبعد التأكد من خصائص

البيكوميترية من الصدق والثبات ثم تطبيقه في الدراسة الأساسية

:يحتوي هذا المقياس على 68 عبارة خصصت لقياس 8 أبعاد وتتمثل في

بعد جسمي، بعد نفسي، بعد أسري، بعد اجتماعي، بعد جنسي، بعد زمني، بعد دراسي، بعد ديني

جدول رقم (09) يمثل الأبعاد وعدد البنود

الابعاد	بعد جسمي	بعد نفسي	بعد أسري	بعد اجتماعي	بعد جنسي	بعد زمني	بعد دراسي	بعد ديني
عدد بنودها	9	8	8	9	9	9	8	8

كيفية التصحيح:

يحتوي مقياس الإدمان على الأنترنت على 68 بنود وتتم إجابة الطالب على بنود المقياس باختيار إجابة الطالب على بنود المقياس باختيار إجابة واحدة من 5 بدائل إذا كانت الإجابة دائما (5) نقاط، غالبا (4) نقاط، أحيانا (3)، نادرا (2)، أبدا (1)، وتكون العملية عكسية في حالة البنود السالبة كما تعتمد في طريقة تصحيح المقياس على جمع درجات الطالب فتتمثل أعلى درجة 287 وأدنى درجة هي 118 وقد تم تحديد مستويات:

الذين يتحصلون على درجات [169 118] إدمان منخفض

الذين يتحصلون على درجات [226 - 169] إدمان متوسط

الذين يتحصلون على درجات [287 - 226] إدمان مرتفع

الخصائص السيكومترية لمقياس الإدمان على الانترنت:

ثبات مقياس الإدمان على الانترنت:

تم حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية و الفاكرومباخ و توصلنا الى ان معامل الثبات مرتفع.

طريقة التجزئة النصفية:

قمنا باستخدام معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون

جدول رقم (10) يبين حساب ثبات مقياس الإدمان على الانترنت بطريقة التجزئة النصفية

المحور	عدد البنود	معامل الارتباط سبيرمان - براون
الدرجة الكلية	68	0.98

نلاحظ من خلال الجدول ان قيمة معامل الارتباط سبيرمان - براون تقدر ب 0.98 و هي قيمة مرتفعة اذا ثبات مقياس الإدمان على الانترنت مرتفع.

طريقة الفاكرومباخ:

جدول رقم (11) يبين حساب ثبات مقياس الإدمان على الانترنت بطريقة الفاكرومباخ

المحور	خدد البنود	الفاكرومباخ
الدرجة الكلية	68	0.92

من خلال الجدول يتبين ان قيمة الفاكرومباخ تقدر ب 0.92 يمكننا القول ان ثبات مقياس الإدمان على الانترنت مرتفع.

3-8 مقياس جودة الحياة للطلبة لمحمود منسي و علي كاظم:

قام محمود عبد الحليم منسي وعلي مهدي كاظم ببناء وتقنين مقياس جودة الحياة على الطلبة الجامعيين وذلك بهد مراجعة والاستعانة ببعض المقاييس الأجنبية الموجودة لجودة الحياة مثل مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية، مقياس ميكيانا لجودة الحياة لدى المسنين، مقياس فوكس لجودة الحياة ... الخ وفيما يلي وصف للمقياس وكيفية تصحيحه:

التعريف بالمقياس:

يتألف المقياس من 60 بنداء تقيس درجة شعور الطالب الجامعي بجودة حياته ضمن ستة أبعاد وهي جودة الصحة العامة جودة الحياة الأسرية والاجتماعية، جودة التعليم والدراسة جودة العواطف، جودة الصحة النفسية، جودة شغل الوقت وادارت.

جدول رقم (12) يوضح أرقام بنود أبعاد مقياس جودة الحياة لكاظم ومنسي

ارقام البنود من	ابعاد المقياس
10-01	جودة الصحة العامة
20-11	جودة الحياة الاسرية والاجتماعية
30-21	جودة التعليم والدراسة
40-31	جودة العواطف (الجانب الوجداني)
50-41	جودة الصحة النفسية
60-51	جودة شغل الوقت و ادارته
60-01	مقياس جودة الحياة بشكل عام

وتمت صياغة 10 بنود لكل بعد من أبعاد جودة الحياة؛ بواقع 05 بنود سالبة و 05 بنود موجبة، ووضع أمام كل بند مقياس تقدير خماسي أبداً، قليلاً جداً، إلى حد ما، كثيراً، كثيراً جداً

طريقة تصحيح المقياس:

أعطيت البنود الموجبة والتي تحمل الأرقام الفردية الدرجات "1،2،3،4،5" في حين أعطى عكس الميزان السابق بالنسبة للبنود السالبة والتي تحمل أرقام موجبة أي

"1.2.3.4.5"

جدول رقم (13) يوضح طريقة تصحيح مقياس جودة الحياة لكاظم ومنسي

البدائل	ابدا	قليل جدا	الى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
البنود التي تحمل الأرقام الفردية	1	2	3	4	5
البنود التي تحمل الأرقام الزوجية	5	4	3	2	4

قسمت جودة الحياة إلى ثلاث مستويات مرتفع / متوسط / منخفض لكل بعد من الأبعاد

الستة المكونة للمقياس؛ حيث يحدد مستوى جودة الحياة من خلال الدرجات التالية:

مستوى مرتفع لجودة الحياة للحاصلين على المئين 75 فأكثر

مستوى منخفض الجودة الحياة للحاصلين على المئين 25 فأقل مستوى

متوسط للحاصلين على المئين الذي يتراوح بين المئينين السابقين.

(عبد الحفيظي 2016، ص 81-80)

جدول رقم (14) يوضح مئينيات مقياس جودة الحياة لكاظم و منسي

مستوى مرتفع		مستوى متوسط			مستوى منخفض	المئينيات والدرجات الخام
99	75	50	25	1	ابعاد المقياس	
الدرجات الخام						
47	37	34	31	15	الصحة العامة	
50	45	41	36	20	الحياة السرية	
50	40	36	32	17	التعليم والدراسة	
50	36	31	27	13	العواطف	
48	34	31	29	22	الصحة النفسية	
50	41	37	31	15	شغل الوقت	

الخصائص السيكومترية لمقياس جودة الحياة:

ثبات مقياس جودة الحياة:

و توصلنا الى ان معامل الثبات تم حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية و الفاكرومباخ مرتفع

طريقة التجزئة النصفية:

قمنا باستخدام معامل الارتباط باستخدام معادلة سبيرمان - براون

جدول رقم (15) يبين ثبات جودة الحياة بطريقة التجزئة النصفية

المحور	عدد البنود	معامل سبيرمان - براون
الدرجة الكلية	60	0.99

نلاحظ من خلال الجدول ان قيمة معامل الارتباط سبيرمان - براون تقدر ب 0.99 و هي قمة مرتفعة اذا ثبات مقياس جودة الحياة مرتفع.

طريقة الفاكرومباخ:

جدول رقم (16) يبين حساب ثبات مقياس جودة الحياة بطريقة الفا كرومباخ

المحور	عدد البنود	الفا كرومباخ
الدرجة الكلية	60	0.97

من خلال الجدول يتبين ان قيمة الفا كرومباخ تقدر ب 0.97 يمكننا القول ان ثبات مقياس جودة الحياة مرتفع.

9-أساليب المعالجة الإحصائية:

تم تفرغ البيانات المتحصل عليها الخاصة بالخصائص السيكومترية لأداة الدراسة ونتائج الدراسة الميدانية بالاستعانة ببرنامج الحاسب الالى الحزمة الإحصائية لتحليل العلوم الاجتماعية SPSS (الإصدار 25) تم حساب ما يلي:

-التكرار والنسب المئوية.

-المتوسطات الحسابية.

-معامل الارتباط بيرسون.

-معادلة الفا كرومباخ.

-اختبار (T) للفروق.

خلاصة:

تعرضنا في هذا الفصل إلى أهم الخطوات المتبعة في الدراسة الميدانية، فقد تناولنا فيه منهج الدراسة المتبع، وكذا أهداف وإجراءات الدراسة الاستطلاعية، وكذا تطرقنا إلى الأدوات المستخدمة لجمع البيانات من حيث وصفها وطريقة بنائها، وقمنا بعد ذلك بإجراءات الدراسة الأساسية وتحديد العينة وحدود الدراسة، بعد ذلك قمنا بعرض إجراءات تطبيقها وأدوات التحليل الإحصائي للبيانات المحصل عليها، ونحاول في الفصل الموالي عرض وتحليل النتائج ومناقشتها.



الفصل السادس

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة نتائج الفرضيات

تمهيد

1- عرض وتحليل الجداول

2- عرض ومناقشة الفرضيات

الاستنتاج العام

الاقتراحات

تمهيد:

بعدما قمنا بفرز المعطيات التي تحصلنا عليها من تطبيق مقاييس الدراسة على عينة بحثنا، وتجميعها في جداول إحصائية وتحليلها بالأساليب الإحصائية المناسبة بغرض التحقق من صدق فرضيات البحث، سنخصص الفصل الراهن لتفسير النتائج والكشف عن المزيد من الدلالات الأخرى لهذه النتائج حيث نبدأ بتوضيح قدر اتساقها واختلافها مع الفروض التي بدأنا بها. كما سنقوم بتفسيرها مع توضيح الدلالات النظرية والتطبيقية لها، ونختم هذا الفصل بإلقاء نظرة أكثر شمولاً على الدراسة ككل.

1- عرض وتحليل الجداول:

1-1 تحليل جدول التساؤل الإحصاء الوصفي:

جدول (17) رقم نتائج المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة الأكثر شيوعاً لدى الطالب الجامعي:

من خلال الجدول رقم (17) نستنتج أن مخطط الخضوع هو المخطط الأكثر شيوعاً

الترتيب	النسبة المئوية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أبعاد المقياس	العينة
2	58,06%	4,98	17,42	الحرمان العاطفي	100
5	55,06%	4,17	16,52	التخلي	
4	55,10%	4,74	16,53	الشك	
14	47,16%	4,04	14,15	العزلة الاجتماعية	
13	47,56%	5,38	14,27	الخجل	
10	49,26%	5,21	14,78	الفشل	
8	51,43%	4,15	15,43	التبعية	
3	55,20%	4,05	16,56	الخوف من المرض أو من الخطر	
6	53,83%	4,59	16,15	الاندماج/الشخصية المندمجة	
1	58,76%	4,19	17,63	الخضوع	
14	47,16%	4,04	14,15	التضحية بالذات	
12	48,86%	5,65	14,66	المراقبة المفرطة للانفعالات	
11	49,16%	5,06	14,75	المتطلبات العالية	
9	50,80%	4,78	15,24	الحقوق الشخصية المبالغ فيها/ التعالي	
7	52,26%	3,93	15,68	نقص الرقابة الذاتية/ نقص الانضباط الشخصي	

فالمتوسط الحسابي قدر ب(17,63) و إنحراف معياري قدر ب (4,59) و نسبة مئوية قدرت ب(53,83%) ، ثم يليه مخطط الحرمان العاطفي فقدر المتوسط الحسابي ب (17,42) وانحراف معياري قدر ب(4,98) ونسبة مئوية قدرت ب(58,06%) ثم يليه الخوف من المرض أو من الخطر فقدر المتوسط الحسابي ب (16,56) وانحراف معياري قدر ب(4,05) ونسبة مئوية قدرت ب(55,20%).

1-2 عرض وتحليل جدول الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على أن هناك علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي.

للتحقق من الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت كما هي موضحة في الجدول الموالي:
جدول رقم (18) نتائج العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي:

العينة	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
100	المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة	233,92	42,56	- 0,058	0,56	0,05	غير دالة
	الإدمان على الأنترنت	173,43	20,39				

من خلال الجدول رقم(18) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة قدر بو(233,92) وبانحراف معياري قدر ب (42,56) والمتوسط الحسابي للإدمان على الأنترنت قدر ب (173,43) وبانحراف معياري قدر ب(20,39) ومنه قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون حيث تحصلنا على قيمة قدرت ب (-0,058) وهي قيمة غير دالة احصائيا لأن مستوى الدلالة الإحصائية (Sig) التي قدرت ب (0,56) أكبر من مستوى الدلالة (0,05) وعليه نستنتج أنه لا توجد علاقة دالة احصائيا بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت لدى عينة دراستنا الحالية لأن هذه الأخيرة مخطط المعرفي الخاص بها يمثل مشكل لهم، فيبلغ متوسط الحسابي لديهم ب (233,92) فحسب تصنيف مستويات تأثير المخططات فمن (225-300) المخططات تمثل مشكلا للفرد، أما بالنسبة لمستوى إدمانهم فهو إدمان متوسط، فيبلغ متوسط الحسابي لديه ب(173,43) فحسب تصنيف مستويات الإدمان فمن(169-226) إدمان متوسط

1-3 عرض وتحليل جدول الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على أن هناك علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي.

للتحقق من الفرضية تم استخدام معامل ارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول رقم (19) نتائج العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي:

العينة	المتغيرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط بيرسون	الدلالة الإحصائية Sig	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
100	المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة	233,92	42,56	0,131	0,193	0,05	غير دالة
	جودة الحياة	123,27	27,32				

من خلال الجدول رقم (19) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للمخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة قدر بـ (233,92) و بانحراف معياري قدر بـ (42,56) و المتوسط الحسابي لجودة الحياة قدر بـ (123,27) و بانحراف معياري قدر بـ (27,32) و منه قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون حيث تحصلنا على قيمة قدرت بـ (0,131) و هي قيمة غير دالة احصائياً لأن مستوى الدلالة الإحصائية (Sig) التي قدرت بـ (0,193) أكبر من مستوى الدلالة (0,05) وعليه نستنتج أنه لا توجد علاقة دالة احصائياً بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و جودة الحياة لدى عينة دراستنا الحالية، بحيث المتوسط الحسابي للمخططات المعرفية قدر بـ (233,92) فحسب تصنيف مستويات تأثير المخططات فمن (225-300) فالمخططات تمثل مشكلاً للفرد، أما بالنسبة لمستوى جودة الحياة فهو مرتفع، فيبلغ متوسط الحسابي لديه بـ (123,27) فحسب تصنيف مستويات جودة الحياة فمن المئين 75 فأكثر فهي جودة مرتفعة.

4-1 عرض وتحليل جدول الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على أن هناك فروق بين الجنسين في المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة.

للتحقق من الفرضية تم حساب اختبار لفين للتجانس، واستخدام اختبار ت للفروق لمعرفة الفروق بين الجنسين في المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة كما هو موضح في الجداول الموالية:

جدول رقم (20) نتائج اختبار لفين للتجانس:

مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية Sig	F
0,05	0,95	0,003

يتبين لنا من خلال الجدول أن العينة أخذت من مجتمع متجانس لأن الدلالة الإحصائية sig (0,95) أكبر من مستوى الدلالة (0,05).

جدول رقم (21) نتائج الفروق بين الجنسين في المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة:

العينة	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت للفروق	الدلالة الاحصائية	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
100	ذكور	38	243,00	42,83	1,68	0,09	0,05	لا توجد فروق
	اناث	62	228,35	41,76				

من خلال الجدول رقم (20) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للذكور قدر ب (243,00)

وبانحراف معياري قدر ب (42,83) والمتوسط الحسابي للإناث قدر ب (228,35)

وبانحراف معياري قدر ب (41,76) ومنه قمنا بحساب اختبار ت للفروق حيث حصلنا

على قيمة قدرت ب (1,68) وهي قيمة غير دالة احصائيا لأن مستوى الدلالة الإحصائية

(Sig) التي قدرت ب (0,09) أكبر من مستوى الدلالة (0,05) وعليه نستنتج أنه لا توجد فروق بين الجنسين في المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، ربما هذا راجع أن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة تؤثر بنفس الطريقة على كلا الجنسين.

5-1 عرض وتحليل جدول الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على أن هناك فروق بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت.

للتحقق من الفرضية تم حساب اختبار لفين للتجانس، واستخدام اختبار ت للفروق لمعرفة الفروق بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت كما موضح في الجداول الموالية:

جدول رقم (22) نتائج اختبار لفين للتجانس

مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية Sig	F
0,05	0,03	4,66

يتبين لنا من خلال الجدول أن الاختبار غير متجانس لأن الدلالة الإحصائية sig (0,03) أكبر من مستوى الدلالة (0,05).

جدول رقم (23) نتائج الفروق بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت:

العينة	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبار ت للفروق	الدلالة الاحصائية	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
100	ذكور	38	170,18	24,49	- 1,15	0,25	0,05	لا توجد فروق
	اناث	62	175,41	17,33				

من خلال الجدول رقم (23) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للذكور قدر ب (170,18)

وبانحراف معياري قدر ب (24,49) والمتوسط الحسابي للإناث قدر ب (175,41) وبانحراف معياري قدر ب (17,33) ومنه قمنا بحساب اختبارات للفروق حيث تحصلنا على قيمة قدرت ب (-1,15) وهي قيمة غير دالة احصائياً لأن مستوى الدلالة الإحصائية (Sig) التي قدرت ب (0,25) أكبر من مستوى الدلالة (0,05) وعليه نستنتج أنه لا توجد فروق بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت، ربما هذا راجع إلى مساواة وسهولة وصولهم للأنترنت.

1-6 عرض وتحليل جدول الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية على أن هناك فروق بين الجنسين في جودة الحياة. للتحقق من الفرضية تم حساب اختبار لفين للتجانس، واستخدام اختبارات للفروق لمعرفة الفروق بين الجنسين في جودة الحياة كما موضح في الجداول الموالية:

جدول رقم (24) نتائج اختبار لفين للتجانس:

مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية Sig	F
0,05	0,94	0,004

يتبين لنا من خلال الجدول أن العينة أخذت من مجتمع متجانس لأن الدلالة الإحصائية sig (0,94) أكبر من مستوى الدلالة (0,05).

جدول رقم (25) نتائج الفروق بين الجنسين في جودة الحياة.

العينة	الجنس	التكرار	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	اختبارات الفروق	الدلالة الاحصائية	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
100	ذكور	38	125,36	27,81	0,59	0,55	0,05	لا توجد فروق
	اناث	62	121,98	27,17				

من خلال الجدول رقم (25) نلاحظ أن المتوسط الحسابي للذكور قدر ب (125,36) وبانحراف معياري قدر ب (27,81) والمتوسط الحسابي للإناث قدر ب (121,98) وبانحراف معياري قدر ب (27,17) ومنه قمنا بحساب اختبار ت للفروق حيث تحصلنا على قيمة قدرت ب (0,59) وهي قيمة غير دالة احصائياً لأن مستوى الدلالة الإحصائية (Sig) التي قدرت ب (0,55) أكبر من مستوى الدلالة (0,05) وعليه نستنتج أنه لا توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة، ربما هذا راجع إلى أنهم لديهم نفس الرفاهية وجودة حياتهم.

2- عرض ومناقشة النتائج:

2-1 مناقشة التساؤل:

مناقشة نتائج الإحصاء الوصفي للتساؤل الذي ينص على ما هي المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة الأكثر انتشار لدى الطالب الجامعي المتمدرس بجامعة مولود معمري من خلال الجدول رقم لاحظنا أن المخطط الأكثر شيوعاً هو مخطط الخضوع الذي يندرج في مجال التوجه نحو الآخرين، ربما يرجع إلى أن في طفولته لم يكن يتمتع بالحرية لمتابعة ميوله الطبيعية، مما أدى به إلى كبت ما بداخله لإرضاء والديه حتى يكسب ودهم ورعايتهم على حساب انقاص من قيمته و حاجاته الشخصية مقابل حاجات ورغبات الأباء، خصوصاً

أن عينة دراستنا من تخصصات علمية فالأغلبية منهم بسبب خضوعهم لرغبات آبائهم اختاروا هذه التخصصات فقط لإرضائهم. فيستمر هكذا في حياته ويلبي حاجات الآخرين بدلا من التركيز على احتياجاته الخاصة ورغباته ولذلك بهدف الحصول على استحسان الآخرين وحفظ العلاقة معهم أو تجنب انتقامهم. أما المخطط الذي يليه وهو مخطط الحرمان العاطفي فهو يندرج تحت مجال الانفصال والرفض، وربما يعود إلى كون الأم باردة وغير حنونة وفيها لا تحضن طفلها بصفة كافية، كما أنها لا تخصص الوقت الكافي للاهتمام به. فهنا الأم لا تستطيع فهم الإشارات التعلقية التي يقدمها عند تعرضه لخطر حقيقي أو مدرك، فيعتقد هنا الفرد أنه لم يحصل على الدعم العاطفي الذي هو بحاجة إليه.

2-2 مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

تتص الفرضية على وجود علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت لدى الطالب الجامعي، بحيث النتيجة التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة تبين أنه لا توجد علاقة دالة إحصائية بين المتغيرين، بذلك تتماشى مع مجموعة من الدراسات التي أكدت على عدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة و الإدمان على الأنترنت، مثل دراسة العتيبي، م.(2020) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت، ونذكر أيضا دراسة الكواري، م.(2019) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين المخططات المعرفية المتعلقة بالأنترنت و الإدمان على الأنترنت لدى عينة من المراهقين ، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية و الإدمان على الأنترنت. كما نذكر دراسة لا تتماشى مع دراستنا، دراسة علي عبد الهادي شاهين(2017)، التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين المخططات المعرفية غير التكيفية و إدمان الأنترنت لدى طلاب

الجامعة، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة بين المخططات المعرفية و الإدمان على الأنترنت

وربما يمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن العينة التي طبقنا عليها المقاييس كانت ذات تخصصات علمية، وتستخدم الأنترنت لأغراض علمية، والقراءة فقط، على عكس الآخرين لذلك تم التوصل إلى أن إدمانهم متوسط وليس مرتفع، أيضا لمحاولتهم لإرضاء رغبات أباؤهم على حساب رفايتهم.

2-3 مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على وجود علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي، بحيث النتيجة التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة أنه لا توجد علاقة دالة إحصائية بين المتغيرين. بذلك تتماشى مع مجموعة من الدراسات التي أكدت على عدم وجود علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة، مثل دراسة أحمد حسن ومحمد علي (2021) التي هدفت إلى معرفة أثر المخططات المعرفية على جودة الحياة لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية و جودة الحياة، كذلك نذكر دراسة فاطمة الزهراء وعائشة محمد (2020) التي هدفت إلى معرفة دور المخططات المعرفية في التنبؤ بجودة الحياة لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية، حيث توصلت نتائج هذه الدراسة إلى عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المخططات المعرفية وجودة الحياة. كما هناك أيضا دراسات مناقضة لنتيجة فرضيتنا نجد دراسة أحمد محمود وإيمان سعيد (2018) التي هدفت إلى معرفة تأثير المخططات المعرفية غير التكيفية على جودة الحياة، حيث توصلت نتائج هذه وجود علاقة بين المخططات المعرفية و جودة الحياة.

وربما يمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن عينتنا بالرغم من أن مخططاتهم المعرفية المبكرة غير المتكيفة تشكل لهم مشكلا، إلا أن جودة حياتهم مرتفعة وهذا راجع لتضافر عدة عوامل خارج نطاق المخططات المعرفية مثل الدعم الزائد من أوليائهم سواء ماديا أو عاطفيا. وقد يساهم

هذا الدعم في تقليل الضغوط النفسية وزيادة شعور الطلاب بالأمان والاستقرار.

2-4 مناقشة نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية على وجود فروق بين الجنسين في المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، حيث أن النتيجة التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة جاءت مخالفة لما تم افتراضه، حيث أن هذه النتيجة تتماشى مع دراسة سوزان غرين وديفيد وايت (2020) التي هدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في المخططات المعرفية المبكرة، حيث توصلت هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى المخططات المعرفية، بالمقابل هناك دراسات لا تتماشى مع نتيجتنا نذكر دراسة أحمد عبد الله وسارة محمد (2018) التي هدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في المخططات المعرفية غير المتكيفة بين طلاب الجامعات، حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في مستوى المخططات المعرفية المبكرة.

وربما هذا راجع للتنشئة الاجتماعية التي قد تكون متشابهة بين الجنسين، مما قد يؤدي إلى تطور مخططات معرفية متشابهة.

2-5 مناقشة نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية على وجود فروق بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت، حيث أن النتيجة التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة جاءت مخالفة لما تم افتراضه، حيث أن هذه النتيجة تتماشى مع دراسة ماريا غونزاليس و بيدرو رودريغيز (2019) التي هدفت إلى معرفة إدمان الأنترنت على الصحة النفسية "دراسة مقارنة بين الجنسين"، حيث توصلت هذه الدراسة إلى عدم وجود فروق بين الجنسين في تأثير إدمان الأنترنت على الصحة النفسية، وكذلك دراسة آنا سميث و جون جونز (2021) التي هدفت إلى معرفة عوامل الخطر للإصابة بإدمان الأنترنت "دراسة مقارنة بين الجنسين، حيث توصلت هذه الدراسة إلى عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في عوامل الخطر للإصابة بإدمان

الأنترنت. كما هناك دراسات لا تتماشى مع نتيجتنا فنذكر دراسة ندى محمود ومحمد إبراهيم(2020) التي هدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في إدمان الأنترنت و أثره على الأداء الأكاديمي، حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في الإدمان على الأنترنت.

وربما هذا راجع إلى سهولة وتساوي طرق الوصول إلى التكنولوجيا، وغالبا ما يستخدم الذكور والإناث الأنترنت لأغراض متشابهة مثل الترفيه، التواصل الاجتماعي، الألعاب، وهذا التشابه في الأغراض ربما هو الذي يؤدي إلى مستويات مماثلة من الاستخدام والإدمان.

2-6 مناقشة نتائج الفرضية الخامسة:

تتص الفرضية على وجود فروق بين الجنسين في جودة الحياة، حيث أن النتيجة التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة جاءت مخالفة لما تم افتراضه، حيث أن هذه النتيجة تتماشى مع دراسة فاطمة حسن وخالد محمد (2021) التي هدفت إلى معرفة تأثير الصحة النفسية على جودة الحياة "دراسة مقارنة بين الجنسين في مجتمع عربي"، حيث توصلت هذه النتيجة إلى عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في تأثير الصحة النفسية على جودة الحياة، كذلك أيضا دراسة أحمد إبراهيم ومريم عبد الله(2022) التي هدفت إلى معرفة عوامل الرضا عن الحياة في مجتمع عربي "دراسة مقارنة بين الجنسين"، حيث توصلت إلى عدم وجود أي فروق ذات دلالة إحصائية بين الجنسين في عوامل الرضا عن الحياة في مجتمع عربي. كما نذكر دراسة أحمد العبد وسارة محمد(2018) والتي هدفت إلى معرفة الفروق بين الجنسين في جودة الحياة بين طلاب الجامعات، حيث توصلت هذه الدراسة إلى نتيجة معاكسة لنتيجتنا بحيث أكدت على وجود فروق بين الجنسين في جودة الحياة.

ربما هذا راجع للدعم المتساوي من الأولياء، فغالبا ما يسعون إلى توفير نفس المستوى من الدعم والرعاية لأبنائهم وبناتهم، مما قد يساهم في تحسين جودة الحياة للجميع بشكل متساوي. يمكن أن يشمل هذا الدعم المادي، العاطفي، والتشجيع الأكاديمي.

فانطلاقا مما سبق نستنتج أن فرضيات الدراسة لم تتحقق.

الاستنتاج العام:

تناولت دراستنا موضوع المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وعلاقتها بالإدمان على الأنترنت وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي، فقد هدفت دراستنا إلى الكشف عن العلاقة المحتملة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي، بالتالي تم افتراض أن هناك علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت، وافترضنا أيضا إلى وجود علاقة بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة وجودة الحياة. وافترضنا أيضا وجود فروق بين الجنسين على مستوى المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والإدمان على الأنترنت وجودة الحياة كل على حدى.

ومن أجل التحقق مما تم افتراضه قمنا بالاعتماد على المنهج الوصفي لكونه الأنسب لجمع المعطيات المتعلقة بالموضوع، وتم تطبيق مقياس المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة لجيفري يونغ 1998 ومقياس الإدمان على الأنترنت لخطاب حسين 2016 ومقياس جودة الحياة لطلبة محمود منسي وعلي كاظم 2014، حيث بينت نتائج الدراسة أنه لم تتحقق أي فرضية.

الاقتراحات:

- تظهر نتائج هذه الدراسة إن المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة، رغم شيوعها بين الطلاب الجامعيين لا ترتبط بشكل مباشر بجودة الحياة او بالإدمان على الأنترنت. هذا يشير إلى الحاجة لمزيد من البحث لفهم العوامل المتعددة التي تؤثر على هذه الظواهر المعقدة.
- تقترح الدراسة بتطوير برامج تدخل تهدف إلى تحسين جودة الحياة وتقليل الإدمان على الانترنت مع التركيز على عوامل متعددة تشمل البيئة التعليمية والاجتماعية والنفسية. كما تشجع على إجراء المزيد من الأبحاث لفهم الديناميات المعقدة بين المخططات المعرفية والسلوكيات الأخرى لدى الطلاب.
- إقامة ورش وندوات دورية للطلاب حول تأثير المخططات المعرفية وكيفية تعديلها بطرق إيجابية.
- تنفيذ حملات توعية تستهدف زيادة الوعي بمخاطر الإدمان على الانترنت وكيفية استخدام التكنولوجيا بشكل متوازن وصحي.
- توفير دورات تدريبية للطلاب تركز على تطوير مهارات الحياة مثل إدارة الوقت والتفكير النقدي والتواصل الفعال.
- إقامة جلسات توعية لأولياء الأمور حول كيفية دعم أبنائهم في التعامل مع الإدمان على الانترنت وتعزيز جودة حياتهم.

خاتمة:

ان المخططات المعرفية المبكرة الغير متكيفة هي نماذج فكرية تتشكل نتيجة التجارب الاولى في الحياة تستمر في التأثير على سلوكيات الافراد وعلاقاتهم في مراحل لاحقة في حياتهم. تتضمن هذه المخططات مشاعر ومعتقدات غير صحية مثل العجز عدم الكمال الهجر وهذا ما يدفع الطلاب إلى العزلة والدخول في عالم الانترنت لتحقيق من الضغوطات وإحداث الحياة لينتج عنه إدمان على هذه الوسيلة كما يمكن ان تؤثر على جودة حياته وينتج عنه اهمال الدراسة عدم تكوين علاقات اجتماعية وهذا ما جعلنا لنتناول موضوعه المخططات المعرفية المبكرة غير متكيفة وعلاقتها بالإدمان على الانترنت وجودة الحياة لدى الطالب الجامعي. حيث انطلقنا من ستة فرضيات قمنا في البداية بدراسة استطلاعية بغرض التأكد من صلاحية ومناسبة الأدوات الإحصائية للدراسة. وعند التأكد من ملائمة الادوات الإحصائية وقمنا بإجراء الدراسة الأساسية على عينه قوامها 100 طالب وطالبة وبعد جمع البيانات اللازمة قمنا بتنظيمها وتفريغها في جداول الإحصائية باستعمال نظام, SPSS ومن خلاله توصلنا الى نتائج التالية:

-أكثر المخططات الشيعوية عن لدى الطالب الجامعي هي : مخطط الخضوع ومخطط الحرمان العاطفي.

-لا توجد علاقة ذات دلالة احصائيا بين المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة والادمان على الانترنت لدى الطالب الجامعي.

-لا توجد فروق بين الجنسين على مستوى المخططات المعرفية المبكرة غير المتكيفة.

-لا توجد فروق بين الجنسين في الإدمان على الانترنت.

-لا توجد فروق بين الجنسين في جودة الحياة.



قائمة المراجع

المراجع باللغة العربية:

- إبراهيم عبد الله هشام (2008) جودة الحياة لدى عينة من الراشدين في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية 14 (4). كلية التربية جامعة الزقازيق 137-180
- ابن المنظور (1993) لسان عرب ط1 دار الكتاب العلمية بيروت لبنان
- ابو حلاوة، محمد (2010)، جودة الحياة المفهوم والأبعاد، المؤتمر العلمي السنوي لكلية التربية، جامعة كفر الشيخ.
- ابوحمدة خديجة (2017)، اساليب حل المشكلات وعلاقتها بجودة الحياة لدى حلبة جامعة الأزهر، رسالة ماجستير، كلية التربية جامعة الأزهار.
- ارنوط، بشرى (2006)، إدمان الإنترنت وعلاقته بكل من أبعاد الشخصية والاضطرابات النفسية لدى المراهقين، اطروحة دكتورا، غير منشورة، جامعة الزقازيق، مصر.
- الأسطل، يونس خليل (2011)، المشكلات النفسية والانحرافات السلوكية لدى المتميزين في مراكز الإنترنت، رسالة ماجستير منشورة، جامعة خان يونس، فلسطين
- أميطوش. سكاى، س (2020). حول مفهوم الإدمان. مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، العدد 22، جامعة مولود معمري تيزي وزو. الجزائر.
- بحر كريمة (2014)، جوده الحياة وعلاقتها بالتحصيل الدراسي، رسالة ماجستير، كلية العلوم الاجتماعية جامعة وهران.

برابح نعيمة (2020)، جودة الحياة وعلاقتها بالتفكير الابتكاري ودافعية الانجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة، اطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد بوضياف المسيلة.

بشرى عناد مبارك، جودة الحياة وعلاقتها بالسلوك الاجتماعي عند النساء المتأخرات في الزواج، مجلة كلية الادب العديد 99.

بلميهوب كلثوم، وآخرون (2004). تقييم فعالية العلاج المعرفي السلوكي في علاج الاضطرابات النفسية، المؤسسة الوطنية، الجزائر

بن عمارة، سمية (2014). الشعور بالاغتراب الاجتماعي لدى الشباب المدمن على الأنترنت. رسالة دكتوراة العلوم. الجزائر: جامعة الجزائر 03.

بن ناصر، كوثر (2017)، فاعلية برنامج إرشادي مقترح لتعديل المخططات المعرفية غير المتكيفة في حل ازمة النسق الأسري للأطفال الذاتيون، اطروحة مقترحة لنيل شهادة دكتوراه في علم النفس، تخصص علم النفس العيادي. الجزائر.

بهلول سارة اشواق (2009)، سلوكيات الخطر المتعلقة بالصحة (التدخين، الكحول، سلوك قيادة السيارات وقلق النشاط البدني)، رسالة ماجستير، جامعة حاجة لخضر باتنة.

بوتي شهرزاد. برقيقة يوسف (د.س). رؤية نظرية في جودة الحياة المفهوم والاتجاهات. أعمال الملتقى الوطني الأول جودة الحياة والتنمية البشرية المستدامة في الجزائر الابعاد والاتجاهات.

بوعامر نعيمة (2022). جودة الحياة وعلاقتها بقلق المستقبل لدى أمهات أطفال التوحد. أطروحة دكتوراه. كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة غرداية.

بوعيشة، أمال (2014). جودة الحياة وعلاقتها بالهوية النفسية لدى ضحايا الإرهاب. أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد حيدر، بسكرة.

التعارف بالله، العتدور محمد (1999)، أسلوب حل المشكلة وعلاقته بنوعيه الحياة، المؤتمر الدولي لسادس لمركز الإرشاد النفسي، جوده الحياة توجه قومي للفرد، جامعة عين شمس مصر.

جلالة مصطفى. سهيلة سعيد (2015) الرضا عن الحياة وعلاقته بالإجهاد النفسي الناتج عن الحصار لدى موظفي القطاع الحكومي في غزة. رسالة ماجستير. كلية التربية جامعة غزة.

جوهر محمد علي. جعفر احمد كريم (2018) الرضا عن الحياة لدى الأبناء. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. المجلد الخامس العدد الثاني. جامعة المنصورة.

حامدي صبرينة، راجية بن علي (2015). الإدمان على الأنترنت وعلاقته بالاغتراب النفسي والسلوك العدواني لدى تلاميذ المرحلة الثانوية. مذكرة لنيل شهادة الماجستير تخصص علم النفس المدرسي وتطبيقاته. جامعة الحاج لخضر بباتنة.

حسام، مريم (2017). حق الإنسان في جودة الحياة. رسالة دكتوراه، جامعة حاج لخضر بباتنة.

حسن عبد الحميد سعيد، المحرزي، راشد بن سيف وإبراهيم محمود محمد (2006). جودة حياة وعلاقتها بالضغط النفسية وإستراتيجيات مقاومتها لدى طلبة جامعة السلطان قابوس. بحث مقدم في ندوة علم النفس وجودة الحياة، جامعة السلطان قابوس، سلطنة عمان.

حمادية علي. خلاف أسماء. بوزيدي دنيا (2018). جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل لدي عينة من طلبة الدكتوراه (ل م د). مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية. المجلد 9 العدد 2 الجزء الأول. جويلية 2018.

حمودة، سليمة (2015). الادمان على الأنترنت اضطراب العصر. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة(الجزائر)العدد (21)

حني خديجة (2015). جودة الحياة وعلاقتها بالرضا عن التخصص الدراسي لدى الطالب الجامعي، رسالة ماجستير، جامعة حمد لخضر الوادي.

الخالدي، عطا الله (2008). قضايا إرشادية معاصرة. عمان: دار صفاء للنشر

خباط مريم (2019). جودة الحياة وعلاقتها بمستوي القلق لدى أساتذة المرحلة الابتدائية. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في علم النفس المدرسي. جامعة اعلي محند اولحاج. البويرة

الخزاعي نصير (2016)، الدافعية الإبداعية وعلاقتها بجوده الحياة لدى طالبه الجامعة، رسالة ماجستير، كلية التربية الجامعة القادسية العراق.

خليل إيهاب، محمد وآخرون (2009)، الأوتيزم "التوحد" والإعاقة العقلية، ط1، القاهرة: مرسسة طبية للنشر والتوزيع.

الدهني، غفران (2018). جودة الحياة لدى الطلبة طالبات كلية التربية في جامعتي البرموك ووحوائل، مجلة العلوم التربوية، ج1 العدد 1.

رائد خليل عبادي (2011)، التوحد، الطبيعة الأولى، عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر.

الزروق، فاطمة الزهراء (2015)، علم النفس الصحي، مجالاته، نظرياته والمفاهيم المنبثقة عنه، البليدة، الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

زقاوة احمد (2020). معنى الحياة كمؤشر على الصحة النفسية لدى عينة من الشباب الجامعي. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. المجلد. جامعة قاصدي مرباح ورقلة.

زميتي تينهينان (2013)، إثر نمط التعليق على المخططات المعرفية المبكرة غير المكيفة لدى امهات أطفال التوحد، مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي، جامعة الجزائر. _ محمد السيد عبد الرحمن (2015)، مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية، دار الكتاب الحديث.

سليمان، إبراهيم محمد (2012)، "الإبداع في التعليم الجامعي"، الرياض، مكتبة الملك فهد الوطنية.

السوركي، رمزي فاطمة سعيد (2013)، الأمن النفسي وعلاقته بالاستقلال. الاعتمادية وجودة الحياة لدى المعاقين بصريا بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة: فلسطين.

سيد سليمان عبد الرحمان فوزي ايمان (د.س). معنى الحياة وعلاقتها بالاكنتاب النفسي لدى عينة من المسنين العاملين والغير العاملين. المؤتمر السادس. مركز الارشاء النفسي. جامعة بيت الشمس.

سيد، الحسين حسن محمد (2019)، الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها بالهناء الذاتي الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، (11)، 71-115.

سيد، الحسين حسن محمد (2019)، الاستراتيجيات المعرفية لتنظيم الانفعال وعلاقتها بالهناء الذاتي الدراسي لدى تلاميذ المرحلة الابتدائية. المجلة العربية للعلوم التربوية والنفسية، (11)، 71_115.

شيخي مريم (2014) طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة. رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس غير منشورة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة ابي بكر بلقايد تلمسان.

صادق علي (2016)، تنمية الذكاء الوجداني واثاره على جوده الحياة النفسية لدى المراهقين الايتام المقيمين بمؤسسه الرعاية الاجتماعية في الجمهورية اليمنية، رسالة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية جامعته وهران 2.

صالح عيد نانسي (2019)، مقياس جودة الحياة للمراهقين ضعاف السمع مجلة البحث العلمي في التربية الجديد 19

صونيا طيباوي (2020). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بجودة الحياة لدى معلمي المرحلة الابتدائية. دراسة وصفية ارتباطية بولاية بسكرة. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العبادي. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

طه حسين عبد العظيم (2017)، العلاج النفسي المعرفي، مفاهيم تطبيقات، ط1، دار الوفاء للدنيا والطباعة والنشر، الإسكندرية، مصر.

عبد الحفيظي (2016). مذكرة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس وعلوم التربية منشورة بعنوان تقنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على الطلبة الجامعيين. جامعة قصدي مرياح ورقلة.

عبد الخالق أحمد محمد (2008)، الصيغة العربية لمقياس نوعيه الحياة الصادر على منظمه الصحة العالمية، نتائج الأولية، دراسة نفسية، مجلة 18، قسم علم النفس، جامعة الكويت.

عبد القادر مها (2020)، تصور مقترح لمواجهة هجره العقول في ضوء متطلبات ابعاد جوده الحياة، مجال البحث في تربيته وعلم النفس، مج 35 ج 2 العدد 4.

عبيد، عائشة بية، (د.س) جودة الحياة وسبل تحقيقها في ضل علم النفس الإيجابي، مجلة تاريخ العلوم، العدد السادس، جامعة عنابة.

العجاي، عمر موفق بشير (2007). الادمان والأنترننت. ط1، دار مجدلاوي للنشر والتوزيع، عمان.

عدوة صليحة (2015)، الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجوده الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي، اطروحة دكتوراه، قسم علم النفس وعلوم التربية، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة حاجة لخضر باتنة 1.

عطية، وليد (2017)، مناهج البحث العلمي بين جدول التصنيف وطرائق الاستخدام. في نادية سعيد عيشور (محرر)، (209_244). قسنطينة: مؤسسة حسين راس الجبل للنشر والتوزيع

عطية، وليد (2017)، مناهج البحث العلمي بين جدول التصنيف وطرائق الاستخدام. في نادية سعيد عيشور (محرر)، (209_244). قسنطينة: مؤسسة حسين راس الجبل للنشر والتوزيع.

علي أحمد سعد الشيخ، البنى المعرفية اللاتكيفية وعلاقتها بالاستبصار المعرفي لدى النساء المعفاة في الأردن، رسالة ماجستير في الإرشاد النفسي. كلية الأدب والعلوم، جامعة عمان الأهلية، الأردن، 2015.

علي نعيمة، رغداء (2012). جودة الحياة لدى طلبة جامعتي دمشق وتشرين. مجلة جامعة دمشق المجلد 28 العدد الأول، 145 _ 181.

فريحة صندوق (2015). جودة الحياة الاسرية وعلاقتها بالتفوق الدراسي لدى عينة من المراهقين الثانويين بالأغواط. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم النفسية التربوية تخصص ارشاد أسرى. جامعة عمر ثليجي الاغواط.

فواظمية محمد (2018)، الاتصال التنظيمي وتأثيره على جوده الحياة لدى معلمي التعليم الابتدائي، أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الاجتماعية جامعه عبد الحميد بن باديس مستغانم

القاضي حسين (2013)، " التواصل الاجتماعي وأثره على الأداء الأكاديمي، عمان، دار المسيرة للنشر والتوزيع.

الكلاوي، ارمي لطفي. (2006). إدمان الأنترنت لدى الشباب: المظاهر، النتائج، العلاج، الطبعة الأولى.

لونيس، سعيدة (2018)، مستوى إدراك جودة الحياة بأبعادها المختلفة لدى الطالب في ضل بعض المتغيرات، مجلة أنسنة للبحوث والدراسات، المجلد 9، العدد 2.

مأمون، عبد الكريم (2015). علاقة التفاؤل والتشاؤم بجودة الحياة لدى المراهق مجهول النسب. رسالة ماجستير كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة البليدة 2.

محمد السيد عبد الرحمن (2015)، مقياس المخططات المعرفية اللاتكيفية، دار الكتاب الحديث.

محمد خلف العنتري (2020). الاستمتاع بالحياة لدى عينة من المعاقين حركيا بدار الرعاية الاجتماعية بجريدة. رسالة ماجستير. الدراسات العليا التربوية. جامعة الملك عبد العزيز جدة السعودية.

محمد، السيد حلاوة ورجاء علي عبد المعطي لعشماوي. (2011). العلاقات الاجتماعية بين الدردشة والفيسبوك. دار المعرفة الجامعة. مصر: ط1

محمد، النوبة محمد علي (2010). مقياس إيمان الأنترنت لدى طلاب الجامعة الموهوبين. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

محمدي، فوزية وبوعيشة، أمال (2013). معوقات جودة الحياة الأسرية. الملتقى الوطني حول الاتصال وجودة الحياة في الأسرة.

مرزاقة وليدو (2016)، جودة الحياة الرابطة بالصحة وعلاقتها بمركز ضبط الألم وإستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، اطروحة دكتوراه، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة بانتة 1

المرشودة. جوهرة صالح (2011) السعادة وعلاقتها ببعض المتغيرات لدى طالبا الجامعة. مجلة العلوم العربية والإنسانية. المجلد الرابع العدد الثاني. جامعة القصيم السعودية.

مسعودي، أحمد (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، 20، 203 _ 220.

مسعودي، أحمد (2017). جودة الحياة النفسية. مجلة روافد، المركز الجامعي عين تيموشنت، 01 127 _ 148.

مشري، سلاف (2016). جودة الحياة من منظور علم النفس الإيجابي. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية العدد 08.

مشهور، ناصر أكنوش (2010). الإدمان على الأنترنت بين الطلاب المدارس الثانوية في مدينة الرياض ومدى انتشار محدداته وعلاقته بالاكتئاب. رسالة دكتوراة. الرياض: السعودية.

مفلح محمد خليفة وآخرون. (2010). الأثار النفسية والصحية والاجتماعية للاستخدام الأنترنت من وجهة نظر المعلمين. مجلة العلوم التربوية والنفسية: المجلد الأول.

منسي، محمود، وعلي، كاضم (2010)، تطوير وتقنين مقياس جودة الحياة لدى طلبة الجامعة في سلطنة عمان، مجلة أماراباك، المجلد الأول، العدد الأول.

ميادة بوسرية (2019). جودة الحياة لدى الطالب الجامعي المتفوق دراسيا. دراسة ميدانية بثلاث حالات بجامعة محمد خيضر بسكرة. تخصص علم النفس المدرسي جامعة محمد خيضر بسكرة.

هبة بهي الدين ربيع (2003). إدمان شبكة المعلومات والاتصالات الدولية(الأنترنت) في ضوء بعض المتغيرات. مجلة الدراسات النفسية، العدد (04)، المجلد رقم (12)، مصر.

الهاللي محمد (2019). الشعور بالسعادة وعلاقته بالتفكير الإبداعي لدى طلاب المرحلة الثانوية لمنظمة عسير. المجلد 35 العدد التاسع الجزء الثاني.

الهمص، صالح إسماعيل عبد الله (2010). قلق الولادة لدى الأمهات في المحافظة الجنوبية لقطاع غزة وعلاقته لجودة الحياة، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية غزة.

يحيا عبد الحفيظي (2016)، اثنين مقياس جودة الحياة لمحمود منسي وعلي كاظم على الكلبة الجامعيين، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرتاح ورقلة.

يعقوب، يونس خليل الاسطل (2011). المشكلات النفس اجتماعية والانحرافات السلوكية لدى المترددين على مراكز الأنترنت بمحافظة خان يونس. كلية التربية قسم الإرشاد النفسي والتوجيه التربوي، الجامعة الأساسية. غزة

Beck. T (2000): **pensée et dépression: théorie et thérapie psychothérapies**. Volume 20

Bernard, P., (2015). La thérapie des schémas principes et outils pratiques. 2e édition . Elsevier Masson. France

Bernard.P (2010), La thérapie des schémas de Jeffrey E Young, a propos de l'atelier de perfectionnement ASPC de Bernard.

Brown, L.& Schiraldi, G.R (2007). The resilient students : A guide to stress management and wellness. washington, Dc, American Psychological Association.

Bruchon-Schweitzer,M.(2002),Psychologie de la santé modèles, concepts et méthodes. Paris : Dunod.

Chambon.O et Marie-cardi (2003): **Thérapies cognitives et des psychoses chroniques**, édition masson.

Corten,PH.(2005).Qualité de vie et vieillissement.

Costanza, robert and al (2007). Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. ecological economics61.

Cottraux ,J, Sechaud,M (1995),**Questionnaire des cognitif de young traduction et validation préliminaire** , Edition Msson, Paris.

Cottraux, J, & Blackburn, I. (2006). Psychothérapies Cognitives DES Troubles de la personnalité. 2e édition; Collection Médecine et psychothérapie.

Cottraux, J. (1992) .Les thérapies comportemental.Paris: Masson

cottraux, jean, Blackbum, Ivy-marie (2001):**thérapie cognitives des troubles de la personnalité**. Masson.Paris.

Debray, Q,& Nollet,D .(2009). Les personnalités Pathologiques Approche cognitive et thérapeutique.5e edition Elsevier Masson.

Deshryver B & Rufant F(2005) : Internet rend-t-il accro, Edition labor, Bruxelles.

Fofana, L (2007), **Evolution des schémas cognitivo- émotionnels chez des patients anxio-dépressifs en fonction d'une prise en charge en psychothérapie cognitive**, Université Charles-de-Gaulle-Lille 3.

Griffiths M(2000) : Does Internet and computer "Addiction exist ? Some Case study Evendence, Cyber psychology & behavior, Vol 3, Number 2, Mary Ann Liebert, Inc.

Hahusseau stéphanie (2003) : comment ne pas se gâcher la vie, Odile Jacob, Paris..

Hinc. D and Others(2008). Excessive internet addiction disorder or not. Vogno saint people :65-10 :767-763

hinritte bloch r chamama. e .depret. a. gallo et all ; (2008).:

Larousse de la psychologie paris

IAD Medicinska maklada–Zagreb Croatia.

Jeffrey Young **sous la traduction de Bernard pascal préface de jean cottreaux: la thérapie de schémas approche cognitive de la personnalité de Boeck**, université, 2006 .

Jeffrey young, la thérapie de schémas, ed, de boek bruxelles, 2005

Julie.R (2011) , **psychothérapie selon l'approche des schémas de young et analyse critique d'un processus thérapeutique** ,l'université de Québec .

Kahalé, N, (2009). L'influence de trouble bipolaire sur les facteurs cognitifs et chez le patient adulte libanais. Thèse Doctorat, Université saint–esprit de kaslik. Français

margaret.w.matin;(2001). : **sous la traduction d'alain bossard la cognition une introduction a la psychologie cognitive** 4 édition de boeck université.

Martin, R. & Young, J. (2010). Shemas therapy. In Dobson, K.S. Cognitive Behavioral Therapies (pp. 318– 346) Third edition. London: The Guilford press.

Martine Couvoisier(2007) : Trouble de Dépendance à L'internet

Masson, O., Platts, H., & Tyson, M.(2005). Early maladaptive schemas and adult attachment in UK clinical population. *Psychology and psychotherapy. Theory , Research, and Practice*, 78, 549–564.

Mehran, F. (2011). *Traitement du trouble de la personnalité Borderline thérapie cognitive émotionnelle Approche intégrative . 2e édition. Elsevier Masson.*

Reine, G Lanconc. Tuccis. Sopinc Au Quier (2003) Depression and Subjective. Uality of life in chronic plase schizophrenic potints, *Act psychatric. Ascandinovol. Vol.*

Romain(2012). *Internet markiting suvconsommation et addictions et addiction comportementales. Le Journal de psychologie.*

Roussin.J(2011), **psychothérapies selon l'approche des schémas de Young et analyse critique d'un processus thérapeutique**, Doctorat en psychologie (D.PS), Université du Québec à trois rivières.

Sookman, S. & Pinard, G. (2007). Specialized cognitive behavior therapy for resistant obsessive–compulsive disorder: elaboration of a schema–based model. In L. Riso, du P. Toit, D. Stein, & J. Young, *Cognitive Schemas and Core Beliefs in Psychological Problems: A Scientist–Practitioner Guide.* (pp. 93– 110) First Edition. the United States of America: British Library Cataloguing–in–Publication Data.

Ventegold, soren, et al.(2003). Quality of life theory I.the IQOL theory: an Integrative theory of the Global Quality of life concept, The scientific world journal, vol3

Vilererghe, L . Braet , C. Bosmans, G. Rosseel , Y. Bogels, S. (2010). Maladaptive Schemas and Psychopathology in Adolescence: On the Utility of Young Schema Theory in Youth. Cognitive therapy & research. 34, 316–332.

Young Jeffrey klosko Janet .s. (2003). je reinvent ma vie. Quebec. Canada a preliminary investigation in a non : **clinical sample cognitive therapy/ research** 34 343–358.

Young K, Molly P, Janes M, Jennifer B(2000) : Cyber–desorders : The mental Health Concern for the new millennium, Paper published in Cyber Psychology& behavior, 3(5), 475–479

Young, J, Klosko, & Weishaar, M, (2005). La thérapie des schémas : Approche cognitive des troubles de la personnalité. Traduction de B. Pascal, préface de J. Cottraux. Louvain: de Boek Université.

Young, J, Klosko,I, & Weishaar, M, (2003). Schemas Therapy a practitioner's guide. New York : the Guilford press.

Young, J. & Gluhoski, V. (1997). A Schema focused perspective on satisfaction in close relationships (pp.356–381). New York: Guilford.

Young, Klosko, Weishar, La thérapie des schémas, approche cognitive des troubles de la personnalisation de Paxal.B . preface de cottereaux ,t, Edition de Boek. 2005.

young,j. (1999). **Cognitive therapy for personality disorders schema– focused approach**. Professional resource press. Sarasota, florida.



ملحق رقم 02

مقياس المخططات المبكرة غير المتكيفة

التعليمة :

إليك مجموعة من العبارات التي يمكن أن تعبر عنك، أو لا تعبر عن درجة معينة الرجاء قراءة كل عبارة و اختر البديل الذي تراه مناسباً لك، مع العلم انه لا توجد إجابة صحيحة و أخرى خاطئة و لكن إجابة تعبر عن حالة تتعلق بك.

الرقم	البنود	تتطبق تماماً	تتطبق بدرجة كبيرة	تتطبق بدرجة متوسطة	لا تتطبق	لا تتطبق بدرجة كبيرة	لا تتطبق تماماً
01	في غالب الأحيان لم أجد أحدا يعتني بي أو يهتم بما يحصل لي .						
02	عموما لم أجد من الناس من أتلقى منهم الحنان، و المساندة ، و العطف.						
03	في حياتي لم أحس أنني كنت شخص مميز بالنسبة لأحد .						
04	في الغالب لم أجد احد ينصت إلي أو يفهمني أو يكون حساسا اتجاه مشاعري.						
05	نادرا ما كنت أجد شخصية قوية توجهني عندما أكون غير متأكد مما سأفعله.						
06	غالبا ما أتعلق بالناس القريبين مني كوني أخاف أن يتخلوا عني.						
07	أنا في أمس الحاجة للآخرين لدرجة أنه يتخيل لي أنني سأفقد من يهتم بي.						
08	بمجرد التفكير أن الناس المقربين مني قد يتخلون عني يجعلني قلقا.						
09	إذا شعرت بان الشخص الذي أقدره يبتعد عني أصبح يائسا .						
10	أحيانا أقلق جدا من أن يتركني الآخرين لدرجة أنني أقوم بإبعادهم عني.						
11	أشعر أن الآخرين يستغلونني.						
12	اعتقد انه ينبغي أن أبقى يقضا أمام الآخرين و إلا سيقومون بجرحي عمدا.						
13	سأتعرض للخيانة مهما طال الزمن.						
14	اشك في دوافع الآخرين و نواياهم.						
15	أراقب عادة النوايا الحقيقية و الخفية للأشخاص.						

					اشعر بعدم الارتياح في المحيط الذي أتواجد به.	16
					أنا مختلف بدرجة كبيرة عن الآخرين.	17
					أنا لا انتمي لأحد فانا شخص وحيد	18
					أحس أنني في عزلة عن الآخرين.	19
					لدي انطباع أنني خارج الجماعة.	20
					لا احد من الأشخاص الذين ارغب فيهم يستطيع أن يحبني عندما يرى عيوبي .	21
					لا احد ممن ارغب بهم سيبقى بجانبني إذا عرف شخصيتي الحقيقية.	22
					لست جديرا بالحب، و الاهتمام و احترام الآخرين.	23
					اشعر أنني غير محبوب .	24
					أنا لا أتقبل عادة أن أفصح عن مشاعري للآخرين.	25
					معظم الأشياء التي أقوم بها في العمل أو الدراسة ليست جيدة مقارنة بما يقوم به الآخرين.	26
					أنا لست كفنا حتى أحقق النجاح.	27
					معظم الناس أكثر كفاءة مني في مجال العمل و الانجاز.	28
					أنا لست موهوبا في العمل مثل معظم الناس.	29
					أنا لست ذكيا مثل الآخرين في العمل أو الدراسة.	30
					لا أحس أنني قادر على الاعتماد على نفسي في الحياة العامة.	31
					اعتقد أنني شخص اعتمادي في الأمور المتعلقة بمهام الحياة اليومية.	32
					لا امتلك الرأي السديد و الصائب.	33
					لا يمكن الاعتماد على رأيي في مواقف الحياة اليومية.	34
					لست واثقا في قدرتي على حل المشاكل اليومية التي قد تواجهني.	35
					لا يمكنني التخلص من شعوري أن شيئا سينا سيحدث لي.	36
					اشعر أن مصيبة (طبيعية، أو جريمة، أو مادية، أو طبية) قد تحدث في أي لحظة.	37
					أخاف أن يعتدا علي.	38
					أخاف أن افقد كل أموالني و أصبح مفلسا.	39

					40	أخاف أن أكون مصابا بمرض خطير حتى و لو لم يتم تشخيصه من طرف طبيب
					41	لا أستطيع أن انفصل عن والدي مثل باقي الأشخاص الذين هم من نفس سني.
					42	أنا و والدي نميل للانغماس في حياة ومشكلات بعضنا البعض.
					43	في الحقيقة نجد صعوبة أنا و والدي في أن يحتفظ كل طرف منا بتفاصيل حياته الخاصة دون الإحساس بالخيانة أو الذنب.
					44	عادة لدي انطباع أن والدي جزء مني لدرجة أنني لا أحس بوجودي.
					45	غالبا ما اشعر أنني ليس لدي شخصية مستقلة عن والدي أو عن شريكي في الحياة.
					46	اعتقد أنني إذا فعلت ما أريد سوف أواجه الملل.
					47	اعتقد انه ليس لدي خيار إلا الخضوع لرغبات الآخرين ، و إلا سوف ينتقمون مني أو يرفضوني.
					48	بالنسبة لعلاقتي، اترك الآخرين يفرضون شخصيتهم علي.
					49	دائما اترك الآخرين يختاروا لي لأنني حقا لا اعرف ما أريده لنفسي.
					50	لدي صعوبة كبيرة في أن اطلب من الآخرين احترام حقوقي، و اخذ مشاعري بعين الاعتبار.
					51	أنا هو الشخص الذي ينتهي به الأمر عادة بالعناية بالأشخاص المقربين مني.
					52	أنا شخص طيب لأنني أفكر بالآخرين أكثر من تفكيري بنفسي.
					53	أنا دوما منشغل بتلبية حاجات الآخرين وهذا يجعلني قلق لأنني لا املك الوقت الكافي لنفسي.
					54	إنني دائما الشخص الذي ينصت لمشاكل للآخرين .
					55	يرى الآخرون أنني شخص يفعل الكثير للناس و لا يفعل بما هو كفاية لنفسه.
					56	يضايقتني كثيرا إظهار المشاعر الايجابية
					57	أجد نفسي حرجا في التعبير عن مشاعري للآخرين.
					58	أجد صعوبة في أن أكون ودودا، أو عفويا
					59	أنا أتحكم في نفسي بشدة لدرجة أن الآخرين يعتقدون أنني عديم الإحساس.
					60	يعتبرني الناس أنني غير قادر على التعبير عن انفعالاتي.

					61	يجب أن أكون الأفضل في كل ما أقوم به و لا أتقبل أن أكون في المقام الثاني.
					62	أحاول أن أقدم الأفضل و لا أتقبل عمل قريب من الحسن.
					63	يجب أن أتحمل كل ما علي من مسؤوليات.
					64	اعتقد أن هناك ضغط دائم علي من اجل أن انجح و أكمل انجازاتي.
					65	أجد صعوبة في حل المشكلات و لا أقدم مبررات لأخطائي.
					66	أجد صعوبة في قبول جواب(لا) عندما اطلب شيئا ما من الآخرين.
					67	أنا متميز إذا لا أتقبل معظم التعليمات التي يجب علي الآخرين الخضوع لها.
					68	اكره أن أكون مقيدا أو ممنوعا من فعل ما أريده.
					69	اشعر انه لا ينبغي أن اتبع الأدوار الاجتماعية المطلوبة، أو امتثل للأعراف مثل الآخرين.
					70	اعتقد أن ما يمكنني القيام به له قيمة كبيرة أكثر من مساهمات الآخرين.
					71	اعتقد أنه ليس من الضروري أن أكون منضبط أو منظم حتى انهي الأعمال الروتينية و المملة.
					72	إذا لم استطيع بلوغ هدفي اشعر بالإحباط و أتخلي عنه بسهولة.
					73	أعيش لحظة صعبة عندما يستوجب علي التضحية بمكافأة من اجل تحقيق هدف طويل الأمد.
					74	اشعر بأنني لست مجبرا علي القيام بأشياء لا أحبها حتى لو كانت في صالحني.
					75	نادرا ما استطيع الالتزام بقراراتي.