

[أساليب المعيشة وعلاقتها بالضغط النفسية لدى مرضى الربو المزمن]

إعداد الباحثة:

[أفنان ستر عتيق السلمي - ماجستير علم النفس العيادي العملي]

إشراف:

[د/ أحمد علي الحميضي - أستاذ علم النفس العيادي المساعد - وحدة علم النفس العيادي]

جامعة تبوك

1442هـ-2021م

الملخص:

استهدف البحث إلى معرفة العلاقة بين الضغوط النفسية وأساليب المعيشة، والتعرف إلى مصادر الضغوط النفسية وأكثر أساليب المعيشة استخدامًا لدى مرضى الربو المزمن، وفقاً لمتغيرات العمر والنوع والحالة الاقتصادية. تكونت عينة البحث من سبعون مريض ربو مزمن، وتراوح سنواتهم بين (13-18) عامًا من الذكور والإناث المترددين على العيادات الخارجية لقسم أمراض الصدرية بمستشفى شرق جدة العام، ومجمع الملك عبدالله الطبي في محافظة جدة. وتمثلت أدوات البحث في المقاييس الآتية: مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية، ومقياس الضغوط النفسية. وخلص البحث إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين أساليب المعيشة والضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الربو المزمن. كما توصل البحث إلى أن الإناث يعانين من ضغوط نفسية أكثر من الذكور. أما في أساليب المعيشة المركزة على المشكلة كانت لصالح المراهقة المتوسطة حيث كانوا أكثر استخداماً لهذه الأساليب مقارنة بالمراهقة المبكرة، وأخيراً وجدت الباحثة فروقاً ذات دلالة في أساليب المعيشة المركزة على الانفعال تبعاً للحالة الاقتصادية تعود إلى الفرق بين الوضع الاقتصادي المرتفع والمنخفض، وكانت لصالح الحالة الاقتصادية المرتفعة. ويعني ذلك أنه كلما كان المريض يتمتع بوضع اقتصادي جيد ارتفع استعماله لأساليب المعيشة المركزة على الانفعال.

الكلمات المفتاحية: الضغوط النفسية، أساليب المعيشة، مرضى الربو المزمن.



<https://doi.org/10.62690/ijssp23316>

[Coping Styles and Their Relationship to Psychological Stress in Chronic Asthma Patients]

Abstract:

The aim of the current research is to know the relationship between psychological stress and coping styles, and to identify the sources of psychological stress and the most commonly used coping methods for patients with chronic asthma. The researcher used the descriptive-relational approach for its relevance to the research procedures. The research tools consisted of the following scales: The Psychiatric Stress Scale (Al-Anazi, 2011), and the Psychological Stress Scale (Al-Shawi, 2010), on a sample of seventy chronic asthma patients, whose years range between (13-18) years, males and females who hesitated to the outpatient clinics of the Chest Diseases Department at East Jeddah General Hospital, and King Abdullah Medical Complex in Jeddah. The research concluded with several results, the most important of which were the following:

- 1- The absence of a statistically significant correlation between coping styles and psychological stress in a sample of chronic asthma patients.
- 2- The absence of statistically significant differences between the sum of the averages of asthma patients according to age, condition and economics in the sources of psychological stress.
- 3- The presence of statistically significant differences between the total averages of asthma patients according to gender in the psychological stress.
- 4- There are statistically significant differences between the sum of the averages of chronic asthma patients according to age and economic status in the coping styles.
- 5- There were no statistically significant differences between the sum of the averages of asthma patients, according to gender, in the coping methods.

Keywords: Psychological stress, Coping styles, Chronic asthma patients.

المقدمة:

يعد مرض الربو مشكلة صحية عالمية تؤثر في نسبة كبيرة من الناس من مختلف الفئات العمرية (وزارة الصحة السعودية، 2016)، فقد بلغ معدل انتشاره في المملكة العربية السعودية ما بين (15-25%). وهو مرضًا مزمنًا يصيب الممرات الهوائية للرئتين، وينتج عن التهاب وضيق الممرات التنفسية، ما يمنع تدفق الهواء إلى الشعب الهوائية ويؤدي إلى نوبات متكررة من ضيق في التنفس، وهذه النوبات تختلف في شدتها وتكرارها من شخص إلى آخر (وزارة الصحة السعودية، 2018). ويشكل الربو عبئًا صحيًا واجتماعيًا واقتصاديًا ليس على المريض وأسرته فحسب، بل وأيضا على النظام الصحي. وعلى الرغم من عدم وجود علاج نهائي للربو في الوقت الراهن، إلا أنه يمكن التحكم فيه عند اتباع الإجراءات الصحية الوقائية والعلاجية المناسبة. (وزارة الصحة السعودية، 2016)، وهذا ما أكدته دراسة بين وزارة الصحة السعودية وشركة جلاكسو سميث كلاين العالمية لتحديد حجم المشكلة التي يمثلها مرض الربو في المملكة، وتوصلت إلى أن 68% من المرضى يعانون سوء التحكم في المرض، والمقصود هنا بسوء التحكم: هو عدم استخدام الأدوية بانتظام، والابتعاد عن مُهيجات الربو، والتقليل من الضغوط النفسية. كما أوصت النتائج بأهمية وجود برنامج شامل للنهوض بأنشطة التحكم، وذلك بهدف الحد من الآثار السلبية للمرض التي تحد من قدرة المريض على ممارسة حياته اليومية ممارسة أفضل (وكالة الأنباء السعودية، 2008). ومن أشكال تلك الآثار السلبية التي تؤثر على جودة حياة المريض على سبيل المثال: التنويم في المستشفى والغياب عن المدرسة، وتدهور مستوى التحصيل الدراسي (Villa, 2003). أما من ناحية الجانب النفسي فالمرهقون المصابون بالربو هم أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية مقارنة بأقرانهم الغير مصابين ومن ضمن هذه

المشكلات: انخفاض تقدير الذات، وأعراض القلق والاكتئاب (Alati et al, 2005; Price & Kemp, 1999) وهذا يدل على أن الربو أثاره تتعدى من كونها جسدية فقط بل تشمل جوانب أخرى كالجانب النفسي والاجتماعي والانفعالي أيضًا (Sarafino, 2002).

ومن أبرز العوامل النفسية التي تساهم في مضاعفة أعراض مرض الربو؛ الضغوطات النفسية ونوعية أساليب المعيشة التي يتبناها المريض، حيث أثبت تأثيرها على الصحة الجسدية للفرد، فالضعف الناتج عن الإصابة بأمراض مزمنة يمكن أن يتسبب في تدهور الصحة، وهذا ينعكس سلبًا على استراتيجيات المعيشة مع المرض (Dantez & Schwitzer, 1994). ويرى لازوراس أن الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط تعدّ المؤشر الأول على الصحة النفسية والجسدية، وليس الضغط في حدّ ذاته (Cottraux & Burn, 1990)، وهذا يعني أنه على الرغم من إصابة الفرد بالربو فإن نوعية استجابته هي التي تحدد مدى تأثيرها في الجانب النفسي والجسدي. وإن الفروق الفردية في التوافق النفسي مع المرض تتحدد كثيرًا بنوع الاستجابة التي يبديها المريض في التعامل مع الضغط الناتج عن المرض والمعبر عنها بأساليب المعيشة (Lazarus & Folkman, 1984).

مشكلة البحث:

يمكن تأكيد أن أحد أسباب عدم وجود تدخلات علاجية فعالة للتصدي لأعراض هذا المرض ونتائجه قد يُعزى إلى الفشل في النظر لبعض العوامل النفسية والاجتماعية التي قد تكون لها علاقة في التعامل الصحي مع مرض الربو (Fields, Casper, 2001)، وعليه فإن من لديهم أمراض مزمنة يمرون في الغالب بخبرة ضغوط نفسية قد تؤثر في أساليب تعايشهم الصحي مع أعراض المرض، ومن ثم تفاقمه على نحو زائد (Kemeny, 1994). وهنا يمكن الإشارة إلى أن التعرف إلى الأساليب المختلفة لإدارة الضغوط النفسية يمكن أن يقلل من احتمالية تلك الخبرات غير الصحية مع مرض الربو (ساندرسون، 2019).

لقد اتفق كثير من الدراسات العلمية على أن زيادة شدة الضغط النفسي والاكتئاب مرتبطة بضعف الاعتماد على أساليب المعيشة المركزة على المشكلة، والمبالغة في استخدام أساليب المعيشة المركزة على الانفعال (حمودة، 2006؛ عودية، 2002؛ 2016؛ 2011؛ Takiguchi, 2011). ومن هذا المنطلق العلمي وعلى حدّ علم الباحثة، لا توجد دراسة محلية تناولت العلاقة بين أساليب المعيشة والضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الربو المزمن.

أسئلة البحث:

ووفقًا لما عُرض في مشكلة البحث، فإن سؤال البحث الرئيس يتبلور حول الآتي:

هل توجد علاقة ارتباطية بين الضغوط النفسية وأساليب المعيشة لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن في محافظة جدة؟

ويتفرع عن هذا السؤال الرئيس الأسئلة الفرعية الآتية:

- 1- ما مصادر الضغوط النفسية الأكثر ارتفاعًا لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن؟
- 2- ما أكثر أساليب المعيشة استخدامًا لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن؟
- 3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مصادر الضغوط النفسية وفقًا للمتغيرات الديموغرافية الآتية: (العمر -النوع -الحالة الاقتصادية)؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعايشة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية الآتية: (العمر - النوع - الحالة الاقتصادية)؟

أهداف البحث:

هدف البحث الحالي إلى التعرف على العلاقة بين الضغوط النفسية وأساليب المعايشة لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن. ومعرفة مصادر الضغوط النفسية، وأساليب المعايشة الأكثر استخداماً لديهم. كما هدفت إلى معرفة الفروق في مصادر الضغوط النفسية وأساليب المعايشة وفقاً للمتغيرات الديموغرافية الآتية: (العمر - النوع - الحالة الاقتصادية).

أهمية البحث:

تتمثل أهمية البحث في كونه يتصدى لدراسة مرض سيكوسوماتي بالدرجة الأولى، الذي يعدُّ محل اهتمام المختصين في المجال النفسي. كما استهدف البحث مرحلة المراهقة نظراً لأهميتها إذ تقلُّ الخبرة لديهم في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة، مما يجعل الحاجة إلى معرفة استراتيجيات المعايشة الناجحة مع الضغوط النفسية لدى المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن، وهذا يُحسن من مستوى الصحة النفسية لديهم والتكيفُ الفعال مع المرض. وسوف يساعد البحث في التعرف إلى أهم مصادر الضغوط النفسية، وأبرز أساليب المعايشة التي تتحكم بفاعلية في تلك الضغوط التي تعدُّ محفزاً محتملاً للربو. بالإضافة على ماسبق سوف تدعم نتائج البحث البرنامج الوطني لمكافحة الربو في دليلهم الصادر من وزارة الصحة السعودية 2016، فقد سعى إلى تحديد مُهيّجات الربو وطرق تجنبها، ومن ضمنها: الضغوط النفسية، وايضا تفيد رؤية المملكة العربية السعودية 2030، فيما يتعلق برعاية المصابين بمرض الربو المزمن، وذلك بتحفيز الخبراء لبناء برامج علاجية ووقائية تستهدف الصحة النفسية للأفراد، مثل: البرامج التي تعنى بتنمية مهارات التعايش الصحي مع الضغوط النفسية المصاحبة للأمراض المزمنة.

مصطلحات البحث:

الضغوط النفسية Psychological Stress: محصلة تقييم الفرد لمصادره الذاتية للتعرف إلى مدى كفايتها ومناسبتها لتلبية احتياجاته ومتطلبات البيئة الحياتية، ويحدث عندما تفوق مطالب الحياة مصادر الفرد التكيفية وتقديره المعرفي للأمور (السميران والمساعد، 2014، ص.17). والتعريف الإجرائي للضغوط النفسية: هي مجموع الدرجات الخام التي حصل عليها المبحوث طبقاً لمقياس الضغوط النفسية المستخدم في البحث (الشاوي، 2010).

أساليب المعايشة Coping Styles: الجهود المعرفية والسلوكية التي يقوم بها الفرد بهدف السيطرة أو التعامل مع مطالب الموقف الذي أدرك وفُيِّم باعتباره يفوق طاقة الفرد ويهق مصادره وقدراته ويمثل موقفاً ضاغطاً (دردير، 2007). والتعريف الإجرائي لأساليب المعايشة: هي مجموع الدرجات الخام التي حصل عليها المبحوث طبقاً لمقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية المستخدم في البحث (العنزي، 2011).

مرض الربو Asthma: هو مرض التهابي مزمن يصيب الشَّعب الهوائية في الرئتين، ويتميز بحدوث أعراض متغيرة ومتكررة، وتشمل هذه الأعراض نوبات من الأزيز والسعال وضيق التنفس والصدر، وقد تحدث هذه النوبات عدة مرات في اليوم أو في الأسبوع، وقد تزداد سوءاً في الليل أو مع ممارسة الرياضة، وهذا كله يعتمد على الشخص

المصاب (World Health Organization, 2011) والتعريف الإجرائي لمرض الربو: طبقاً لتشخيص أطباء مرضى الربو بأنهم الأشخاص الذين أصيبوا بضيق في التنفس ويراجعون المستشفيات دورياً.

الإطار النظري والدراسات السابقة:

أولاً: الإطار النظري:

الضغوط النفسية Psychological Stress:

عرف لازاروس وفولكمان (1984) الضغط النفسي بأنه: "علاقة خاصة بين الفرد والبيئة، والتي يقدرها بأنها شاقة ومرهقة، أو أنها تفوق مصادره للتعامل معها، وتُعرض صحته للخطر" (حسين وحسين، 2006، ص 19). ويؤكد ذلك العالم بيك (1976) بأن الضغط النفسي هو: "استجابة يقوم بها الكائن الحي نتيجة لموقف يضغط على تقدير الفرد لذاته، أو مشكلة ليس لها حل تسبب له إحباطاً وتعوق اتزانه، أو موقف يثير أفكاراً عن العجز واليأس والاكتئاب" (خليفة وعيسى، 2008، ص 128). ويشير لازاروس إلى أن القضية الأساسية في هذا الموضوع هي تحديد كمية الضغوط التي يمكن أن يتحملها الإنسان، ومصادرها التي يمكن أن يتحكم فيها. ويرى أنه من المفيد عند دراسة الضغوط معرفة طبيعة الضغوط أو طبيعة الظروف الضاغطة (Lazarus, 1966). معظم التعريفات المعاصرة للضغط تركز على العلاقة بين الفرد والبيئة، فالضغط: هو ما ينشأ عن عمليات التقييم التي يقوم بها الفرد، أي تقييم إذا ما كانت إمكاناته الذاتية كافية لمواجهة مطالب البيئة، فالضغط يتقرر بمدى الانسجام بين الفرد وبيئته (تايلور، 2008). فعندما تفوق إمكانات الفرد ما هو مطلوب للتعامل مع الموقف الصعب فإنه قد يشعر بدرجة بسيطة من الضغط، ولكن إذا أدرك أن إمكاناته ستكون كافية للتعامل مع الحدث، وأن ذلك يتطلب بذل الكثير من الجهد، فإنه سيُشعر بقدر متوسط من الضغط، وعندما يدرك أن ما لديه من إمكانات لن يكون كافياً بالقدر الذي يمكنه من مواجهة المطالب البيئية فسوف يواجه، فينشأ الضغط (تايلور، 2008).

أعراض الضغط النفسي:

1- الجوانب الانفعالية: وتتمثل بردود فعل الفرد واستجابته على مستوى مشاعره وعواطفه، وبعد القلق من أكثر ردود الفعل الشائعة للضغوط النفسية، والذي يتمثل بالخوف من حدوث شيء ما غير سار. وكذلك فإن الضغوط الشديدة تؤدي بالفرد إلى الاكتئاب النفسي، وتسيطر عليه الانفعالات السلبية كالشعور بالذنب والأرق (السميران والمساعد، 2014).

2- الجوانب الجسمية: وتتمثل أبرز الجوانب الجسمية للضغوط النفسية في الشكاوى النفسجسمية، والأمراض المختلفة، مثل: الربو، والصداع، وغيرها من الأمراض (السميران والمساعد، 2014).

3- الجوانب المعرفية: وتتضمن التغيرات في كفاءة الوظائف المعرفية، مثل: الإدراك، والقدرة على الحكم، وحل المشكلات، وكذلك تتأثر الذاكرة والانتباه، فيصبح من الصعب على الفرد تركيز انتباهه على مهمة معينة (السميران والمساعد، 2014).

4- الجوانب السلوكية: قد يكون الضغط النفسي سبباً مباشراً للعنف وإدمان الكحول والمخدرات والتدخين، وكذلك تتأثر طريقة أداء الفرد لأعماله ومهامه اليومية، بسبب ما يعانيه من ضغوط نفسية (السميران والمساعد، 2014).

5-الجوانب الاجتماعية: تتأثر حياة الفرد الاجتماعية وعلاقاته مع الآخرين، بسبب الضغط النفسي، ما يؤدي به إلى إنهاء العلاقات الاجتماعية أو تقليصها، وإلى اضطرابات دائمة في الروابط الاجتماعية، والفشل في أداء الدور المنوط به، وقد يؤدي إلى الوحدة والعزلة والاجتماعية (السميران والمساعد، 2014).

تصنيفات الضغوط النفسية:

صنف هانز سيللي (1976) الضغط النفسي إلى:

1-الضغط النفسي الإيجابي: وهذا يؤدي إلى إعادة التكيف مع الذات أو البيئة المحيطة؛ كولادة طفل جديد أو سفر عمل أو بعثة دراسية.

2-الضغط النفسي السلبي: ويقصد به الضغوط التي تنطوي على أحداث سلبية ومؤذية للفرد، وهذا يزيد من حجم المتطلبات على الفرد ويسمى الألم، مثل: فقدان عمل، أو فقدان عزيز.

3-الضغط النفسي المرتفع: ويقصد به الضغط الناتج عن تراكم الأحداث السلبية المسببة للضغط، إذ تتجاوز قدرات الفرد على التكيف معها.

4-الضغط النفسي المنخفض: حالة الملل والضجر التي يعيشها الفرد وانعدام الإثارة والتحدي، إذ إن الفرد لا يمارس فيها أي أنشطة أو أعمال، وعندما يعاني الفرد تدني الشعور بتحقيق الذات فإن ذلك يؤدي إلى حالة من الضغط. ويؤكد سيللي (1976) أن الإنسان عادة ما يعاني في حياته نوعاً أو عدة أنواع من الضغوط النفسية الأربعة المذكورة سابقاً (السميران والمساعد، 2014).

مصادر الضغوط النفسية: يتعرض الإنسان في حياته اليومية لأنواع عديدة من الضغوط التي تحيط به من جوانب عديدة، ولحصر مصادر الضغوط النفسية عند المراهقين قُسمت هذه المصادر إلى خمسة تصنيفات رئيسية كما أشارت إليها العينة الاستطلاعية في دراسة العبدالله (2014)، وهي كالاتي: الضغوط الاجتماعية والضغوط الشخصية والضغوط الدراسية والضغوط الأسرية والضغوط الصحية.

نظرية عملية التكيف المتبادلة: (Stress a Dynamic Transactional Coping Process, 1966)

يعدُّ لازاروس (1966) العوامل المعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليس الاستجابة اللذين يحددان الضغط، ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط، ولقد أعطى لازاروس أهمية كبرى لتقييم الشخصية للموقف، وفي المقابل لم يعطِ أهمية للاستجابة الانفعالية. وذكر لازاروس وفولكمان أن الناس تقوم باستعمال ثلاثة أنواع لتقييم أي موقف ضاغط، وهي:

أ- التقييم الأولي: وفيه يقدر الفرد الأحداث هل هي ضاغطة أو لا.

ب- التقييم الثانوي: هنا يقيم الفرد قدراته مع الأذى والتهديد والتحدي، ويبحث في الخيارات المتوفرة واستراتيجيات المعاشة ومدى قدرتها على تخفيف الضغط أو إزالته، وهذا التقييم يعتمد على معتقدات وأفكار فاعلية الشخص.

ج- إعادة التقييم: إن التقييم قابل للتغيير بسبب ورود معلومات جديدة، ويكون داخلياً أو خارجياً من البيئة المحيطة، وإعادة التقييم يمكن أن تخفف الضغط ويمكن أن تكون لها آثار سلبية.

2-2 أساليب المعايشة Coping Styles:

تناول الباحثون مفهوم أساليب المعايشة من عدة زوايا، فعلى سبيل المثال ركز فولكمان ولازاروس (Folkman & Lazarus, 1984) على القوى المعرفية والسلوكية، إذ يعرفها بأنها: "مجموع الجهود المعرفية والسلوكية الموجهة للسيطرة أو التقليل أو تقبل المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تهدد أو تتجاوز موارد الفرد" (Lazarus & Folkman, 1984. p129). ويعرفها روتر (Rutter, 1981) بأنها: "محاولات الفرد لتغيير ظروف الضغوط المباشرة أو تغيير تقييمه لها، فالمعايشة تتطلب وجود حل فعال للمشكلة وكذلك التنظيم الانفعالي للضغط"، ويرى أيضًا أن أساليب المعايشة هي أساليب صحية أكثر من الأساليب الدفاعية التي يسلكها الفرد أمام الضغوط، كما أنها شعورية وواقعية في التوجه" (Rutter, 1981. p323-324). ويطلق لطفي عبد الباسط (1994) على أساليب مواجهة الضغوط اسم عمليات تحمل الضغوط، فيرى أنها: "مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات السلوكية والمعرفية التي يسعى بواسطتها الفرد إلى تطويع الموقف الضاغط وحل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عليه" (حسين وحسين، 2006، ص.83).

تستخلص الباحثة من التعاريف السابقة أن الباحثين اختلفوا في تعريف أساليب المعايشة، فأشار إليها بعضهم بأنها مجموعة جهود، ويرى آخرون بأنها محاولات تصدر من الفرد، أما البعض الآخر فرأى بأنها أساليب، إلا أن الذي اتفقوا عليه هو أن أساليب المعايشة تخفف الضغوط النفسية التي يخبرها الفرد وقيمها بأنها تتجاوز قدراته وإمكاناته.

تصنيفات أساليب المعايشة:

صنف لازاروس وفولكمان (1984) أساليب المواجهة للتعامل مع الضغوط الى نوعين، وهما: أساليب تركز على المشكلة، وأساليب تركز على الانفعال. إذ يشير إلى أن للمواجهة وظيفتين مختلفتين، ترتبط الأولى ارتباطًا مباشرًا بالمشكلة، في حين ترتبط الثانية بالانفعالات المترتبة على المشكلة (يوسف، 2016). وفيما يأتي توضيح للاستراتيجيتين الخاصتين بتلكما الوظيفتين:

أولاً: المعايشة المركزة حول المشكلة Problem-Focused Coping:

وتشير هذه الاستراتيجية إلى إدارة تهديدات الموقف وتجنيد المصادر الشخصية من أجل مواجهة أفضل، فالحياة اليومية تحمل العديد من الأمثلة عن هذا النوع من المواجهة، مثل: البحث عن وظيفة أفضل مرتبًا، ومراجعة طبيب، وبناء برنامج ما، والبحث عن المعلومات، وغيرها (يوسف، 2016). وفي هذا السياق وجد لازاروس وفولكمان (1984) نوعين من أنواع المعايشة المركزة على المشكلة، هما:

أ- البحث عن المعلومات: البحث عن معلومات أكثر صلة بالموقف الضاغط بغية فهمه وتفسيره على نحو أفضل، ومن ثم البحث وفقًا لذلك عن حلول للخروج من المشكلة وتحسين الظروف المحيطة.

ب- حل المشكلة: بعد مرحلة البحث عن المعلومات ومن ثم تفسيرها، يلجأ الفرد إلى وضع خطة تكون مناسبة لحل المشكل المتعلق بهذا الموقف الضاغط، ويقوم بتنفيذها، كما يضع خططًا بديلة. وهذان النوعان يمكنهما تخفيف ردود الفعل الانفعالية، وكذلك تخفيف الضغط بالتصرف بفاعلية أكثر تجاه المشكلة (Pierluigi, Graziani & Joel 2004).

ولأن المعايشة المركزة حول المشكلة تسعى لفهم وتفسير المواقف الضاغطة فهماً أفضل، ومن ثم هذا سيكون عاملاً مساعداً للتقليل من الآثار السالبة للأمراض المزمنة. وهذا ما أكدته دراسة (Felton & Revenson, 1984) أن أصحاب المرض المزمن الذين يسعون في طلب المعلومات عن المرض وعلاجه يظهرون مستويات منخفضة من الاكتئاب وتكيفاً أفضل عمومًا. وبالتوافق مع وجهة النظر هذه أكد غربي أن مرضى الربو الذين استخدموا أساليب المعايشة المركزة على المشكلة تعايشوا مع مرضهم تعايشاً أفضل، ما ساهم في تخفيف درجة الاكتئاب لديهم (غربي، 2018).

ثانيًا: أساليب المعايشة المركزة حول الانفعال Emotion-Focused Coping:

تركز المعايشة المركزة حول الانفعال على إدارة ردة الفعل تجاه الضغوط، وليس على سبب الضغوط نفسها هذا المدخل مفيد في الحالات التي يعتقد فيها الأفراد عدم قدرتهم على تجنب الضغوط مباشرة. ومع ذلك يمكن أن تشتمل المعايشة المركزة حول الانفعال على العديد من المداخل المميزة، بما في ذلك إنكار أو تجنب التشخيص تمامًا، أو قبول التشخيص ولكن بإعادة تقييمه بطريقة موجبة، وتبني المعتقدات الدينية، ونعرضها بالتفصيل على النحو الآتي:

أ- الإنكار والتجنب David and Avoidance: يعد من أساليب المعايشة السلبية، إذ يمكن أن تشتمل المعايشة المركزة حول الانفعال على الهرب، والتجنب والابتعاد. وترتبط عمومًا بالنواتج السالبة بما في ذلك المستويات المرتفعة من الاكتئاب والقلق (ساندرسون، 2019). وربما يقلل الإنكار من رغبة الناس في اتباع النصائح الطبية أو السعي في طلب العلاج، ويمكن أن يؤدي إلى نواتج صحية سلبية. على سبيل المثال: المراهقون الذين تجاهلوا مرض الربو تعرضوا لمستويات أكبر من القلق والاكتئاب (Losifyan, Flahault & Arina 2016). وعلى الرغم من أن أسلوب التجنب مدمر، فإن هذا المدخل يمكن أن يكون تكيفيًا على المدى القصير في حالة بعض الأمراض المزمنة (تايلور، 2008). إن التظاهر بعدم وجود المرض ومحاولة عدم التأثير في الحياة اليومية يقللان من تهديد المرض ويقللان من القلق الذي يمكن أن يساعد في مجابهة التشخيص الجديد (ساندرسون، 2019).

ب- إعادة التقييم الموجب: من أساليب المعايشة الإيجابية، إذ يمكن أن تشتمل المعايشة المركزة حول الانفعال على إعادة التقييم الموجب، ويعني محاولة التفكير في الموقف السالب بطريقة جديدة. إن الناس الذين يجدون فوائد من المرض المزمن يمرون بخبرة المزاج الإيجابية وجودة الحياة (ساندرسون، 2019).

- النموذج الذهني التفاعلي:

ظهر هذا المدخل كرد فعل على المدخل السيكودينامي الذي استمر في دراسة المعايشة في إطار المرض النفسي ليحل محله النموذج التفاعلي، إذ إن هذا المدخل ينظر إلى المعايشة على أنها عملية طبيعية تمكن الفرد من حل مشكلاته، وأن ميكانيزمات التكيف مع البيئة تزداد لدى الفرد كلما كانت عقلانية وشعورية بدلاً من أن تكون لا شعورية. ارتبط هذا المدخل بأعمال ودراسات كل من لازاروس وفولكمان (1984) وموس (1977) ومتشنبوم (1977)، التي أكدت أن المعايشة هي عملية أكثر من كونها سمة أو استعداداً لدى الفرد، كما رفض هذا المدخل وصف الضغوط بأنها شيء يحدث بطريقة مثير واستجابة، بل يرى أن الاستجابة لضغط تظهر كنتيجة للتفاعل بين المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه، وتمثل عملية التقييم الذهني مفهوماً مركزياً في هذا المدخل، وترتبط ارتباطاً كبيراً بالمعايشة، وفي عملية التقييم الذهني للموقف يستخدم الفرد نوعين من التقييم، وهما: التقييم الأولي، والتقييم الثانوي، وفي عملية التقييم الأولي يقيم الفرد الموقف من حيث هو

ضاغط أو لا، وإذا كان التقييم على أنه ضاغط يستخدم الفرد التقييم الثانوي ليحدد خيارات المعيشة والمصادر المتاحة لديه للتعامل مع الموقف. يؤكد هذا الاتجاه أيضًا أهمية العلاقة المتبادلة بين الشخص والبيئة، وأن عملية التقييم الأولي والثانوي تؤثر تأثيرًا فعالًا في أساليب المعيشة المستخدمة في المواقف الضاغطة (حسين وحسين، 2006).

3-2 مرض الربو المزمن Asthma:

عرفت وزارة الصحة السعودية (2018): "هو مرض مزمن يصيب الممرات الهوائية للرئتين، وينتج عن التهاب وضيق الممرات التنفسية، ما يمنع تدفق الهواء إلى الشعب الهوائية، ما يؤدي إلى نوبات متكررة من ضيق بالتنفس مع أزيز بالصدر (صغير بالصدر) مصحوب بالكحة والبلغم بعد التعرض لاستنشاق المواد التي تثير ردود فعل أرجية (حساسية) أو تهيج للجهاز التنفسي، وهذه النوبات تختلف في شدتها وتكرارها من شخص إلى آخر". في حين نجد منظمة الصحة العالمية (2011) عرفت الربو بأنه: "مرض مزمن يتسم بحدوث نوبات متكررة من عسر التنفس والأزيز، تختلف في شدتها وتواترها من شخص لآخر. قد تظهر أعراضه عدة مرات في اليوم أو في الأسبوع لدى الأفراد المصابين به، وأما لبعض الناس فتصبح أسوأ في أثناء ممارسة النشاط البدني أو في الليل".

أعراض مرض الربو المزمن:

يمكن أن يظهر الربو في شكل واحد أو أكثر من الأعراض الآتية: الصفيير في أثناء التنفس وانقطاع النفس والسعال والضيق في الصدر. وإن الصفيير وانقطاع النفس هما العرضان الأكثر تمييزًا للربو، وعادة يصيبان المريض بشكل متقطع، سواء كردة فعل لمثير معروف أو من دون سبب معروف. ولكن غالبًا ما يمكن الإصابة بانقطاع في النفس من دون حدوث صفيير. ولا يعرف كثيرون أن السعال هو أحد أعراض الربو، وقد يكون سعالًا جافًا أو سعالًا مرفقًا بالبلغم، يحدث غالبًا في الليل أو عند ممارسة التمارين الرياضية (ايريس، 2013).

أنواع مرض الربو المزمن:

ينقسم مرض الربو المزمن إلى الأنواع التالية:

- الربو التحسسي (Allergic Asthma): غالبًا ما يكون هناك رابط بين الحساسية والربو. ليس كل من يعاني الحساسية مصاب بالربو، وكل من يعاني الربو مصاب بالحساسية.
- الربو غير التحسسي (Non-Allergic Asthma): ويسمى أيضًا الربو الجوهري، ويصاب به الفرد عادةً بعد العقد الثالث، إذ لا تؤدي الحساسية أي دور، وإنه ناتج عن عوامل غير مرتبطة بالحساسية، ويتميز بانسداد مجرى الهواء والالتهابات التي يمكن عكسها جزئيًا على الأقل مع الدواء. يشترك الربو التحسسي وغير التحسسي في الأعراض، لكن المسبب يختلف، فالربو غير التحسسي ينجم عن عوامل مثل: القلق، والتوتر، والتمرين، والهواء البارد، والهواء الجاف، والتهوية المفرطة، والدخان، والفيروسات، أو غيرها من المواد المهيجة، ولا يشارك الجهاز المناعي في التفاعل (Asthma, 2019).
- الربو جهدي المنشأ (Exercise-Induced Asthma): نوع من الربو الناتج عن ممارسة الرياضة أو ممارسة التمارين البدنية. ويؤثر في أي شخص وفي أي عمر، إذ يحدث في أثناء ممارسة التمارين الشاقة وينجم عن نقص الحرارة والرطوبة في الرئتين. ويعاني الكثير من المصابين بالربو ببعض الأعراض أثناء ممارسة الرياضة، يصل تضيق مجرى الهواء (5-20) دقيقة بعد التمرين، مما يجعل من الصعب التقاط الانفاس.

تبدأ الأعراض في غضون دقائق قليلة من التمرين، وتصل إلى ذروتها أو تزداد سوءًا بعد دقائق قليلة من إيقاف التمرين. أعراض نوبة الربو التي تسبب الصفير والسعال قد تكون موجودة (Asthma, 2019).

علاج مرض الربو المزمن

العلاج الدوائي:

لا يوجد علاج حاليًا يشفي من الربو نهائيًا، لكن توجد أدوية تساعد في التحكم فيه، ما يساعد الشخص المصاب في العيش طبيعيًا، إذ تختلف من شخص لآخر حسب العمر والأعراض وغير ذلك، وهي: الأدوية طويلة المفعول (الوقائية)، والأدوية سريعة المفعول (الإسعافية). الأدوية الوقائية تؤخذ يوميًا، وهي تعمل على التحكم بالربو، وتقلل احتمالية الإصابة بالنوبات، ولها عدة أنواع: الكورتيكيزون القابل للاستنشاق، ومعدلات ومعدلات البيتات طويلة المفعول، وأدوية مختلطة قابلة للاستنشاق، وثيوفيلين (وزارة الصحة السعودية، 2020). أما الأدوية الإسعافية تُستخدم في أثناء حدوث نوبات الربو لتعطي مفعولًا سريعًا، وكذلك تستخدم قبل ممارسة الرياضة بحسب تعليمات الطبيب، ولها أنواع عدة: معززات البيتات قصيرة المفعول (مثل الفنتولين): ويمكن استنشاقها عن طريق البخاخ أو المرذاذ، وإبراتروبيوم (أتروفنت): يعمل على إرخاء الشعب الهوائية بسرعة، ما يسهل عملية التنفس، ويستخدم غالبًا في حالات نفاخ الرئة والالتهاب الشعبي المزمن، وقد يُستخدم لعلاج نوبات الربو، والكورتيكيزون الفموي أو عن طريق الوريد: يعمل على تخفيف التهاب الشعب الهوائية الناتجة عن النوبات الشديدة، لكن استخدامه لفترات طويلة قد يؤدي إلى ظهور أعراض جانبية (وزارة الصحة السعودية، 2020).

العلاج النفسي:

- 1- العلاج بالاسترخاء: يؤدي الاسترخاء إلى إعادة توزيع الطاقة في الجسم بشكل متوازن، وإلى إزالة التشنجات العضلية التي تتركز في الصدر عند مريض الربو. كما أن الاسترخاء يتطلب من المريض تركيز تفكيره على جسده بمعزل عن العالم الخارجي مما يخلصه من آثار الصراعات النفسية.
- 2- العلاج النفسي الأسري: إن العلاج الأسري يعد ذا أهمية كبيرة في علاج مرض الربو، وذلك بتحسين العلاقات بين أفراد الأسرة والمريض، وأيضًا تصحيح الوضع الانفعالي للمريض داخل عائلته، وذلك عن طريق التدخل الإيجابي من قبل المعالج بهدف إصلاح العلاقات في الجهاز الأسري.
- 3- العلاج التحليلي: إن العلاج بالتحليل النفسي يعد علاجًا اختصاصيًا يلجأ إليه عادة في حالات الربو المزمنة والمتطورة التي لا تنفع معها العقاقير ولا تحد من تكرار نوباتها وحدتها. وهذا العلاج يتوجه إلى طريقة تنظيم الجهاز النفسي-الجسدي اعتمادًا على الأحلام والتداعي. وهو من ثم علاج صعب ويقتضي وقتًا طويلًا، ولكنه يحقق نتائج في حالات معينة (النابلسي، 1998).

ثانياً: الدراسات السابقة:

أ- دراسات الضغوط النفسية لدى مرضى الربو المزمن:

-توصلت دراسة (Sandberg et al., 2000) التي تم اجراؤها على عينة عددها 90 طفلاً ومراهقاً، إلى أن أحداث الحياة السلبية للغاية (أولئك الذين لديهم أربع أو أكثر من التجارب النفسية الاجتماعية طويلة الأمد ذات التأثير السلبي الكبير مثل: الفقر، وتعاطي أحد الوالدين المخدرات، ونزاعات أسرية، وصعوبات خطيرة في المدرسة)، خاصة مع وجود ضغوطات مزمنة متعددة، زادت كثيراً من احتمالية حدوث تفاقم جديد للربو. وعندما لم تكن الأحداث السلبية مصحوبة بضغط مزمن شديد تتأخر فرصة حدوث نوبة ربو.

-وأما في دراسة (Mendes et al., 2013) بلغ عدد العينة (50) طفلاً ومراهقاً، وخلصت أهم نتائج الدراسة إلى وجود علاقة بين الأداء المدرسي والطبقة الاجتماعية والاقتصادية ومدة الأعراض مع الضغوطات النفسية. وعدت المتغيرات الآتية عوامل خطر محتمل: مرحلة الطفولة، أو كون جنسها أنثى، وضعف الأداء المدرسي، وانخفاض الطبقة الاجتماعية والاقتصادية، والربو المعتدل إلى الشديد، ووجود مدخين في المنزل.

-وقامت دراسة (القشيشي، 2015) على عينة بلغ عددها (80) مراهقة، انقسمت العينة إلى قسمين: (40) مصابة بمرض الربو، و(40) صحيحة لا يعانون مرضاً جسدياً. وخلصت النتائج على أن المصابات بمرض الربو حصلن على درجات أعلى من الصحيحات في الاضطرابات النفسية الآتية: الاكتئاب، والوسواس، والقلق، والمخاوف المرضية، والحساسية التفاعلية، والعدائية، والأفكار الاضطهادية والذهانية، والأعراض الجسدية. أما الضغوط النفسية فارتفعت لدى المصابات وانخفض الرضا عن الحياة. وكشفت عن وجود علاقة عكسية بين الرضا عن الحياة وكل من الضغوط الانفعالية والأسرية والاجتماعية وكذلك الاكتئاب والحساسية التفاعلية.

-وأجرت (دحماني ودومان، 2015) على عينة بلغ عددها (6) حالات مصابة بمرض الربو المزمن وأظهرت النتائج أن (5) حالات تعاني ضغطاً نفسياً، لكن تختلف درجات الضغط من حالة إلى أخرى، وهذا باختلاف درجة المرض والظروف التي يعيش فيها الفرد، منها: الظروف الاجتماعية والأسرية والاقتصادية والنفسية، وكشفت عن مدى معاناة هذه الفئة ومدى حساسيتها لهذا المرض، وذلك بالعبارات التي تشير إلى مشاعر الضيق والتوتر، وعدم الشعور بالهدوء، إذ إن الضغط يتميز بسرعة الانفعال والشعور بالقلق الدائم، وعدم الراحة الذي يصاحبه الخوف من المستقبل وعدم الرضا عن النفس وفقدان الثقة بالنفس والشعور بالإحباط والاكتئاب والتوتر.

-وفي دراسة (Dunton Dzubur et al., 2016) بلغ عدد العينة (20) مراهقاً، وتوصلت إلى أن التعرض لضغط مثل الخلافات أو الدخول في جدال مع الوالدين، كان مرتبطاً بأعراض الربو التي أبلغ عنها ذاتياً. توفر هذه النتائج دليلاً على أن الضغوط الاجتماعية قد تؤدي إلى تفاقم الإصابة بنوبة ربو، ولكن فقط للأشخاص الذين يعانون من الضغط الحاد.

ب- دراسات أساليب المعيشة لدى مرضى الربو المزمن:

-قام كلٌّ من (Petersen, Schmidt & Bullinger 2006) بدراسة شملت على (295) طفلاً ومراهقاً. وتوصلت النتائج إلى أن مجموع متوسطات الدرجات كانت مرتفعة نسبياً في الأساليب الآتية: التقبل والتفكير بالتمني ودرجات منخفضة في أسلوب رد الفعل الانفعالي. وكانت آثار التفاعل بين السن والجنس ليست كبيرة، إلا أن الفتيات سجلن أعلى بكثير من الذكور في أسلوب رد الفعل الانفعالي ودرجات منخفضة في أسلوب التقبل. وسجل مرضى الربو أعلى الدرجات في أسلوب الإنكار.

-وفي دراسة (Van De Ven et al., 2007) بلغ عدد العينة (553) مراهقًا مصابًا بالربو، وخلصت أهم النتائج إلى أن شدة الأعراض أثرت في نوعية الحياة بشكل مباشر أو غير مباشر، عن طريق أساليب المعيشة. وارتبطت أساليب المعيشة الآتية: أسلوب الحياة المحدد (تجنب الإجهاد) والقلق بشأن الربو، بنوعية حياة أقل. أما أسلوب إعادة التقييم الإيجابية والبحث عن المعلومات فارتبط بنوعية حياة إيجابية. في حين كان إخفاء الربو وتجاهله مرتبطًا بنقاط منخفضة في مجال نوعية الحياة الإيجابي. وأظهرت النتائج اختلافات بين الذكور والإناث في شدة أعراض الربو وأساليب المعيشة، فحصلت الإناث على درجات أعلى في شدة أعراض الربو من الذكور، وكانت استراتيجيات المعيشة الأكثر شيوعًا لدى الجنسين هي إخفاء الربو وإعادة التقييم الإيجابية، وحصلت الإناث على مجموع متوسطات درجات أعلى لثلاث استراتيجيات معيشة، وهي: أسلوب حياة محدد، والبحث عن المعلومات، والقلق بشأن الربو.

-وأجريت دراسة (Marsac et al., 2007) على عينة بلغ عددها (47) طفلًا. وتوصلت النتائج إلى أن الأطفال الذين يعانون من الربو معرضون لخطر أكبر للصعوبات النفسية من أولئك الذين لا يعانون. ولم تكن هناك فروق بين الجنسين في أساليب المعيشة. واستخدم مرضى الربو أسلوب التكيف في التعامل مع مرض الربو أكثر بكثير من أسلوب المعيشة التجنبية، وكان من المتوقع أن استخدام أسلوب التجنب سوف ينتج عنه أداء نفسي ضعيف.

-أما دراسة (González-Freire et al., 2010) فبلغت عدد العينة (75) مريضًا مصابًا بالربو، وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن المرضى المصابين بالربو الذين ينظرون إلى مرضهم بأنه شديد القسوة استخدموا أسلوب المعيشة الذي يركز على العاطفة مقارنة بأولئك الذين حكموا عليه بأنه معتدل أو خفيف. وتبين أن استخدام أسلوب الإنكار يرتبط بزيادة زيارة غرف الطوارئ في أثناء المتابعة. وتوصل إلى أن المرضى من ذوي المستويات الاجتماعية المنخفضة والمتوسطة الذين تصوروا أن الربو لديهم معتدل أو شديد زاروا غرفة الطوارئ أكثر من مرضى الطبقة الاجتماعية فوق المتوسطة والعالية.

-وأجرى كلٌّ من (Braido et al., 2012)، دراسة على عينة بلغ عددها (6264) مريضًا، وتوصلت النتائج إلى أن الإناث يملن لاستخدام أساليب المعيشة المتجنبة أكثر من الذكور، ولكن لم يلاحظ وجود مثل هذا التباين في الأساليب النشطة. ولم تظهر أي فروق بين المرضى وفقًا للسن والمستوى التعليمي سواء في استخدام الأساليب النشطة أو المتجنبة.

-وهدف دراسة (Lind et al., 2015) إلى التعرف على أساليب المعيشة والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بشدة الربو. وبلغ عدد العينة (218) مريضًا، وتوصلت النتائج إلى أن أكثر أساليب المعيشة استخدامًا كان تجنب بيئات معينة والسعي للحصول على رعاية صحية (تركيز على المشكلة)، وقبول الموقف، وعدم التفكير في الربو (تركيز على العاطفة).

ج- دراسات الضغوط النفسية وأساليب المعيشة لدى مرضى الربو المزمن:

-هدفت دراسة (عودية، 2002) إلى معرفة العلاقة بين الضغط النفسي وأساليب المعيشة والاكتهاب لدى مرضى الربو ذوي سوابق عائلية للمرض ودون سوابق عائلية. شملت عينة الدراسة (106) مرضى بالربو. وخلصت أهم النتائج إلى أنه لا توجد فروق في شدة الضغط وشدة الاكتهاب بين المصابين بالربو في المجموعتين ذوي سوابق ودون سوابق عائلية. وكلما زادت شدة الضغط والاكتهاب قلَّ استعمال أسلوب حل المشكلة والبحث عن مساندة

اجتماعية وإعادة التقييم الإيجابي. وزاد استعمال أساليب التجنب والتأنيب الذاتي. وكلما زادت شدة الضغط زادت شدة الاكتئاب.

-وأجرت (حمودة، 2006) دراسة تهدف إلى معرفة العلاقة بين الضغط النفسي وسمات الشخصية وأساليب المعاشية لدى المرضى والأصحاء. على عينة بلغ عددها (285)، قُسمت إلى مجموعتين: مجموعة ضابطة وعددها (117) فردًا، ومجموعة مرضية وتشمل (168) فردًا. بلغ عدد مرضى الربو (52) حالة. وكانت النتائج أن مرضى الربو أكثر شعورًا بالضغط النفسي مقارنة بالعاديين، واستعمل مرضى الربو أسلوب المعاشية المتمركز على الانفعال (أسلوب التجنب). ووجدت علاقة عكسية بين الضغط النفسي وأسلوب حل المشكلات، والبحث عن السند الاجتماعي وإعادة التقدير الإيجابي وضبط الذات. وعلاقة طردية بين الضغط النفسي وأسلوب التجنب لدى المرضى. ووجدت علاقة ارتباطية دالة إحصائيًا بين الضغط النفسي وكل من الأسلوبين: التصدي، وتحمل المسؤولية لدى المرضى.

-وهدف دراسة (Rhee et al., 2007) إلى استكشاف جوانب التجارب النفسية والاجتماعية وأساليب المعاشية لدى المصابين بالربو. بلغ عدد العينة (19) طفلًا ومراهقًا مصابًا بالربو. وتوصلت النتائج إلى أن المشاركة في الأنشطة الرياضية كانت أقل من أقرانهم الأصحاء، وأسفرت عن أداء يعد أقل إرضاء للمراهقين، وأن التعايش مع الربو لم يكن دائمًا سلبيًا، بل كان مفيدًا في بعض الأحيان في تقديم عذر للتخلص من المواقف غير المرغوب بها، وأن الردود الانفعالية للمرضى للتعايش مع الربو: الشعور بالوحدة وحزن وقلق وغضب ويأس وانزعاج وخوف، وردود فعل الآخرين التي ينظر إليها المشاركون: خيبة أمل، وسوء فهم، والتقليل من مرض الربو، وردة فعل مبالغ فيها/ الحماية الزائدة. أما أساليب المعاشية كانت على النحو التالي: القسوة: وقع المراهقون في التقليل من شأن أعراض المرض أو تجاهله. بالنسبة لهم كان يُنظر إلى الاضطراب لتذكر تناول الدواء على أنه "متعب أو إزعاج". الاحتراس: أكثر يقظة في مراقبة أعراضهم وإدارتها وحتى المبالغة، أي ميل للانسحاب من الأنشطة البدنية أو الاجتماعية، نتيجة لهذا النوع من الحماية يمكن أن يحرم هؤلاء المراهقون من تجارب المراهقين الطبيعية. التعديل: تم التخلي عن بعض الأنشطة تمامًا واستبدال أنشطة يسهل تحملها بها.

-وهدف دراسة (Schreier & Chen, 2008) إلى التعرف إلى العلاقة بين أساليب المعاشية الأولية والثانوية ومدى تنبؤها بالنتائج السريرية المرتبطة بالربو الطولي، مثل: ذروة معدل التدفق الزفيري، والتغيب عن المدرسة المبلغ عنه ذاتيًا، واستخدام أجهزة الاستنشاق للإنقاذ، والتواصل مع الطبيب. بلغ عدد العينة (62) مصابًا بالربو: (42) ذكورًا، و(20) إناثًا. وخلصت أهم النتائج إلى أن المعاشية الثانوية الأكبر في خط الأساس بزيادة أكبر في ارتفاع ذروة معدل التدفق الزفيري، واحتمال أكبر للاتصال بالطبيب في العام التالي، وارتبط قدر كبير من المعاشية الأولية في خط الأساس مع احتمال أكبر لاستخدام أجهزة استنشاق الإنقاذ، والتغيب عن المدرسة، والتواصل مع الطبيب في العام التالي. في المقابل، تشير هذه الأنماط إلى أن الشباب الذين ينخرطون في المعاشية الثانوية يقبلون ويتكيفون مع الربو بطرق تؤدي إلى تحسين وظائف الرئة مع مرور الوقت، والشباب الذين ينخرطون في المعاشية الأولية قد يكونون أكثر عرضة للتبليغ عن مشكلات الربو للآخرين، وربما يؤدي هذا التواصل إلى زيادة في السلوكيات التي تهدف إلى معالجة هذه المشكلات.

-وقام (Nia et al., 2010) بدراسة تهدف إلى الكشف عن دور الضغط وأساليب المعاشية في ظهور الربو والآثار المعتدلة للنوع في هذا المرض. بلغ عدد العينة (80) ذكورًا وإناثًا: (40) مصابون بالربو، و(40) أصحاء. أظهرت النتائج أن المرضى الذين يعانون الربو لديهم معدلات ضغط أعلى مقارنة بالأصحاء، واكتسب المرضى درجات أقل

في أساليب المعيشة التي تركز على المشكلة بالمقارنة مع الأشخاص الأصحاء، ولكن فيما يتعلق بأساليب المعيشة التي تركز على الانفعال لم يلاحظ أي فرق بين المجموعتين، لذلك قد يكون تعليم ردة الفعل المناسب للضغوط فعالاً في الوقاية من الربو وعلاجه.

-وأجرى (Takiguchi, 2011) دراسة تهدف إلى التحقق في العلاقة بين أساليب المعيشة وعدد الزيارات إلى غرفه الطوارئ في العام الماضي لدى البالغين المصابين بمرض الربو الحاد. على عينة بلغ عددها (45) ذكرًا وأنثى. وتوصلت النتائج إلى أن أساليب المعيشة التي يبدو أنها تقلل من زيارة غرفة الطوارئ كانت: المعيشة النشطة، والدعم الاجتماعي. وأساليب المعيشة التي يبدو أنها تزيد من زيارة غرفة الطوارئ تشمل: فك الارتباط السلوكي، وضبط النفس. ولم تظهر أنماط المعيشة (التأقلم النشط، والدعم الاجتماعي، وفك الارتباط السلوكي، وضبط النفس) أي ارتباط مع المتغيرات المتداخلة (التأمين، والشدة، والعرق، والجنس، والتدخين).

-وهدف دراسة (Iosifyan et al., 2016) إلى التحقق من الدور الوسيط لأساليب المعيشة الخاصة بالربو على العلاقة بين قيمة الصحة، وقيمة الحياة، وأعراض القلق والاكتئاب بين المراهقين وبلغ عدد العينة (100) مصاب بالربو المزمن المعتدل إلى الشديد. وخلصت أهم نتائج الدراسة إلى أن أساليب المعيشة المركزة على الانفعال (اعتماد أسلوب حياة مقيد، وإخفاء الربو، وتجاهل الربو) ارتبطت إيجابيًا بأعراض القلق والاكتئاب. أما أساليب المعيشة المركزة على المشكلة (إعادة التقييم الإيجابي والبحث عن المعلومات) كانت مرتبطة عكسيًا بأعراض القلق والاكتئاب.

-وقامت (غربي، 2018) بدراسة هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين أساليب المعيشة والاكتئاب بمدة المرض لدى المصابين بالربو. على عينة بلغ عددها (176) مريض ربو. وخلصت أهم نتائج الدراسة إلى أن المرض عندما يكون حديثًا فإن المريض يلجأ إلى استخدام أساليب متركزة حول الانفعال، الأمر الذي يجعل الاكتئاب شديدًا. عكس المرضى الذين تعايشوا مع مرضهم، ما جعلهم يلجؤون إلى أساليب متركزة حول المشكلة، ما ساهم في تخفيف درجة الاكتئاب لديهم.

-وهدف دراسة (ساعد، 2019) إلى الكشف عن أساليب المعيشة ومصدر الضبط الصحي لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية. تكونت عينة الدراسة من (200) مريض مقسمين بواقع (50) مريضًا على أربعة مجموعات مرضية، وهي: القلب، والسكري، والقرحة المعدية والتهضمية، والربو، وتراوح مدة المرض (3-6) سنوات. وكشفت النتائج عن استخدام المرضى بدرجات متفاوتة لمجموعة متنوعة من أساليب المعيشة للضغوط، تمثلت بدرجة أولى في الانسحاب السلوكي ثم التقبل، وفي المستوى الثاني مجموعة التكيف الروحاني وضبط النفس والبحث عن الدعم الاجتماعي، وفي المستوى الثالث استخدام المواد المسكنة والتعامل النشط وإعادة التقييم الإيجابي. أما الفروق بين مجموعتي الذكور والإناث فلم تكن دالة إحصائيًا في كل أساليب المعيشة ومصدر الضبط الصحي. وفيما يتعلق بالفروق حسب مدة المرض فكانت دالة إحصائيًا في بعدين من أبعاد المعيشة، هما: الشرود العقلي، والتعامل الفعال النشط، وكذلك بعد الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين، وأخيرًا جاءت الفروق دالة إحصائيًا بين الفئات العمرية في بعد واحد من أبعاد المعيشة هو بعد التقبل، ويدل على وجود علاقة بين العمر واستخدام أسلوب التقبل في التعامل مع الضغوط النفسية.

التعليق العام على الدراسات السابقة:

- الموضوعات التي تناولها دراسات المحور الأول (الضغوط النفسية لدى مرضى الربو) للتحقق من علاقة الضغوط النفسية مع المتغيرات الآتية: مرض الربو المزمن، والاضطرابات النفسية، والرضا عن الحياة، والخصائص السريرية والاجتماعية والنفسية. ومعظم العينات تفاوتت من حجم صغير إلى متوسط بما يناسب منهج وهدف الدراسة. تميز بحث (دحماني ودومان، 2015) باستخدام المنهج العيادي الإكلينيكي. وتنوعت أدوات قياس الضغوط النفسية مع اتفاق بعض الباحثين في استخدام مقياس للضغط النفسي واستخدم البعض الآخر مقاييس للتقييم النفسي والاجتماعي والصحي. أما دراسة (القشيشي، 2015) فطبقت قائمة بيك للاكتئاب، وقائمة الأعراض SCL، ومقياس الرضا عن الحياة. أما الدراسة الحالية فسوف تُطبّق مقياساً للضغوط النفسية يشمل أربعة أبعاد، وهي: البعد الاجتماعي، والاقتصادي، والصحي، والدراسي.
- وتناول المحور الثاني (أساليب المعيشة لدى مرضى الربو)، اهتمت بالتعرف إلى أساليب المعيشة التي يلجأ إليها مرضى الربو وعلاقتها بمتغيرات أخرى، مثل: نوعية الحياة، والمتغيرات الديموغرافية، والأداء النفسي، وشدة الربو، والمساندة الاجتماعية، والتنبؤ بوقوع المرض. وكانت معظم العينات في الدراسات السابقة للمحور الأول متوسطة أو كبيرة الحجم، وتضمنت جميع الدراسات مراحل عمرية مختلفة. وما يميز الدراسة الحالية هي تغطية مرحلة المراهقة فقط (مراهقة مبكرة ومتوسطة). أما الدراسات الآتية: (González-Freire et al., 2015; Braido et al., 2012; Lind et al., 2010; al., 2010) فكان المدى العمري للعينة واسع تراوح ما بين (18-79) مع الاختلاف الشاسع في المراحل والخصائص العمرية لكل مرحلة، ولم يأخذ ذلك بالحسبان في أثناء إجراء البحث. واتفقت جميع الدراسات على الأداة المستخدمة، فاستُخدم مقياس لأساليب المعيشة مع اختلاف المؤلف. تميزت دراسة (Van De Ven et al., 2007) باستخدام مقياس لأساليب المعيشة خاص بمرضى الربو. أما دراسة (González-Freire et al., 2010) فقد استخدمت مقياساً لأساليب المعيشة بتاريخ قديم يرجع لعام 1989، والدراسة أجريت في عام 2010. وأظهرت النتائج عمومًا وجود علاقة ارتباطية بين أساليب المعيشة ومرض الربو، مع وجود اختلاف في نتائج الدراسات السابقة على توجه مريض الربو لأسلوب معيشة محدد، وهذا ما سوف تؤكد الدراسة الحالية أو تنفيه.
- وتناول المحور الثالث (أساليب المعيشة والضغوط النفسية لدى مرضى الربو) العلاقة بين أساليب المعيشة والضغوط النفسية مع متغيرات مختلفة، وهي: عوامل مرتبطة بالربو، والاكتئاب والقلق، وسمات الشخصية، ومصدر الضبط الصحي. ويوجد تفاوت في حجم العينة: صغير، ومتوسط، وكبير، بما يناسب منهج وهدف كل دراسة، ويوجد تفاوت المراحل العمرية للعينات على أربع مراحل، وهي: (الطفولة، والمراهقة، والرشد، والشيخوخة) في الدراسات، وبشكل مختلف، وهذا ما يدعنا نقلق بشأن ما توصلت إليه من نتائج، بحكم أن المراحل العمرية مداها واسع ومختلفة وكل مرحلة عمرية لها خصائصها التي تميزها، ولم يؤخذ ذلك بالحسبان عند إجراء الدراسة. وتميزت دراسة (Rhee et al., 2007) في استخدام منهج مختلف وهو أسلوب المجموعة البؤرية. واتفقت معظم الدراسات في بعض المقاييس، ولكن في دراسة (Schreier & Chen 2008) لم يُستخدم مقياس لأساليب المعيشة بشكل مستقل، بل تم التنبؤ بأساليب المعيشة بناءً على الإجابات الموجودة في مقياس الضغط.

منهج البحث:

يخضع البحث للمنهج الوصفي-الارتباطي، الذي عن طريقه ستُوصف أساليب المعيشة والضغوط النفسية، وتُعرف العلاقة بين أساليب المعيشة والضغوط النفسية لدى مرضى الربو المزمن.

مجتمع البحث:

يتكون مجتمع البحث من مرضى الربو المزمن المشخصين طبياً والمترددون على العيادات الخارجية لقسم أمراض الصدرية بمستشفى شرق جدة العام ومجمع الملك عبد الله الطبي في المملكة العربية السعودية-محافظة جدة، ولا يعانون أمراضاً جسدية مزمنة أخرى.

عينة البحث:

تكونت عينة البحث من المصابين بمرض الربو المزمن، تراوحت أعمارهم بين (13 الى 18 سنة) في مرحلة المراهقة المبكرة والمتوسطة، وتم الحصول عليهم بطريقة عشوائية وخضعوا لتطبيق أدوات البحث، بلغ عددهم (70) مريض ومريضة بمتوسط عمري وانحراف قدره 17.17 ± 1.22 . وقامت الباحثة بتوزيع (100) استبانة؛ استرد منها (83) استبانة، وتم استبعاد (13) استبانة غير مكتملة الإجابات، وأجري التطبيق في الفترة من 1-3-1442هـ الى 30-3-1442هـ.

أدوات البحث:

استخدمت الباحثة في البحث الحالي الأدوات الآتية:

استمارة البيانات الشخصية:

وهي مجموعة أسئلة تهدف بصورة أساسية إلى جمع المعلومات الأولية عن المشاركين وهي كالتالي: العمر والنوع والوضع الاجتماعي والأسري والتعليمي والاقتصادي، ومعلومات عن تشخيص المرض مثل مدته وشدته (من إعداد الباحثة).

مقياس الضغوط النفسية:

أعد هذا المقياس سليمان الشاوي (2010)، ويهدف إلى تقدير أحداث الحياة الضاغطة، ويتكون من (39) عبارة موزعة على ستة أبعاد وهي: الضغوط الاجتماعية، الضغوط الاقتصادية، الضغوط الصحية، الضغوط الدراسية، الضغوط الأسرية، الضغوط الانفعالية. وتتراوح الدرجة الكلية من (0 الى 117). وللمقياس خصائص سيكومترية جيدة.

صدق وثبات درجات مقياس الضغوط النفسية:

قام الباحث الشاوي (2010) بالتأكد من صدق مقياس الضغوط النفسية، واتضح أن قيم معامل ارتباط كل عبارة من العبارات مع محورها، وكذلك مع الدرجة الكلية للمقياس، وكذلك قيم معامل ارتباط كل بعد من أبعاد المقياس بالدرجة الكلية للمقياس، موجبة ودالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,01) فأقل أو (0,05) فأقل، ما يدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من صدق الاتساق الداخلي ما عدا الفقرة رقم (14) في بعد الضغوط الصحية، والفقرة رقم (26) في بعد الضغوط الدراسية، والفقرة رقم (17) في بعد الضغوط الانفعالية، التي بينت النتائج عدم تمتعها بصدق اتساق داخلي مع بعدها الذي تنتمي له، ولكنها تمتعت بصدق اتساق داخلي مع المقياس ككل.

واتضح أن معامل الثبات العام من خلال معادلة ألفا كرونباخ بلغ (0,93)، في حين بلغ من خلال معادلة سبيرمان براون (0,86)، كما بلغ ذات الدرجة (0,86) من خلال معادلة جتمان، وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات يمكن الاعتماد عليه في التطبيق الميداني للبحث الحالي.

مقياس أساليب المواجهة:

أعد المقياس (العنزي، 2011) ويتكون من (86) فقرة، تمثل (14) بعداً، تمثل أساليب مواجهة المواقف الضاغطة. وفيما يأتي عرض لهذه الأبعاد وهي: أسلوب الإيجابية، أسلوب ضبط النفس، أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي، أسلوب تحمل المسؤولية، حل المشكلات بالتخطيط، أسلوب تنظيم الوقت، أسلوب إعادة البناء المعرفي، أسلوب تجنب الموقف والتحول عنه، أسلوب الانعزال، أسلوب ممارسة عادات معينة، أسلوب العدوان، أسلوب الاسترخاء، أسلوب وسائل الدفاع، أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية. وللمقياس خصائص سيكومترية جيدة.

صدق وثبات درجات مقياس أساليب المواجهة:

استخدم معد المقياس العنزي (2011) ثلاث طرق لدراسة صدق المقياس، وهي: طريقة صدق الاتساق الداخلي، وتأرجحت النتائج بين البنود وكانت دالة عند مستوى (0,01) و(0,05). أما الصدق التمييزي فتم حساب دلالة الفروق بين المجموعتين الأسوياء ومرضى الاكتئاب الخفيف باستخدام اختبار (ت)، ووجدت فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,01). والصدق العاملي تم حسابه بطريقة الفاريمكس حيث تشبعت البنود على ستة عشر بعداً فقط، وقد تراوحت الجذور الكامنة بين 1,06-12,64.

وتم حساب ثبات المقياس بأربع طرق، وهي كالآتي مع الدرجة: طريقة ألفا كرونباخ بلغ (0,86) وطريقة التجزئة النصفية سبيرمان وبراون بلغت (0,63)، وبطريقة التجزئة النصفية جتمان بلغ (0,63)، وإعادة التطبيق بلغ (0,93). واتضح أنه يتمتع بدرجة مناسبة من الثبات.

إجراءات تطبيق البحث:

بعد الحصول على الموافقة الخطية من وزارة الصحة تم اختيار عينة متاحة من العيادات الخارجية وبدأت عملية تطبيق مقياسي الضغوط النفسية وأساليب المعاشية بعد ذلك أدخلت البيانات في برنامج SPSS وتحليلها إحصائياً ومناقشة النتائج كمياً وكيفياً والتحقق من الفروض وكتابة التوصيات والمقترحات.

نتائج البحث ومناقشتها:

الفرض الأول: ينص الفرض الأول للبحث عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين أساليب المعاشية والضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الربو المزمن. وللإجابة عن هذا الفرض تم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات عينة البحث في كلٍّ من الدرجة الكلية والأبعاد لأساليب المعاشية والضغوط النفسية، ويوضح الجدول (1) وجدول (2) تلك النتائج.

جدول (1)

معاملات الارتباط بين أساليب المعيشة والضغط النفسية لدى عينة البحث

الدلالة الإحصائية	الضغوط النفسية	
غير دالة	0.140	أساليب المعيشة المركزة على المشكلة
غير دالة	0.061	أساليب المعيشة المركزة على الانفعال

يوضح الجدول السابق معاملات ارتباط بيرسون بين الضغوط النفسية وأساليب المعيشة المركزة على المشكلة والانفعال، إذ جاءت جميع العلاقات طردية ضعيفة بمعامل ارتباط بين الضغوط النفسية وأساليب المعيشة المركزة على المشكلة بقيمة (0.140) ومستوى دلالة (0.241) وهي أكبر من (0.05). ومعامل ارتباط بين الضغوط النفسية وأساليب المعيشة المركزة على الانفعال بقيمة (0.061) بمستوى دلالة (0.610) وهي أكبر من (0.05).

وعليه نقرر أنه لا توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الضغوط النفسية وأساليب المعيشة.

جدول (2)

معاملات الارتباط بين أبعاد أساليب المعيشة والضغط النفسية لدى عينة البحث

الانفعالية	الأسرية	الدراسية	الصحية	الاقتصادية	الاجتماعية	
0.015	0.056	-0.091	-0.008	-0.028	0.058	الإيجابية
*0.249	*0.272	**0.388	**0.381	0.116	*0.270	ضبط النفس
-0.191	*-0.260	-0.062	-0.122	-0.106	*-0.250	البحث عن الدعم الاجتماعي
0.110	-0.031	0.052	0.212	0.134	0.073	تحمل المسؤولية
0.217	0.193	*0.241	*0.259	0.113	0.125	حل المشكلات بالتخطيط
-0.001	0.130	0.020	0.017	0.023	0.004	تنظيم الوقت
0.097	0.129	0.097	0.174	0.033	0.070	إعادة البناء المعرفي
0.175	0.188	*0.270	0.078	0.007	0.153	تجنب الموقف والتحول عنه
**0.324	**0.316	0.181	0.184	0.088	**0.447	الانعزال
-0.044	0.134	0.017	*-0.243	0.102	*-0.058	ممارسة عادات معينة
0.019	0.143	-0.106	*-0.266	0.216	0.072	العدوان
-0.091	0.026	0.007	0.005	-0.181	*-0.104	الاسترخاء
**0.366	*0.287	*0.266	0.164	0.109	0.202	وسائل الدفاع
-0.279	*-0.261	-0.329 **	-0.355 **	-0.074	**0.311	الاقتصار على الممارسات الدينية

* دلالة إحصائية عند مستوى (0.05)

** دلالة إحصائية عند مستوى (0.01)

وتشير النتائج الموضحة في جدول (2) إلى ما يأتي:

- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين:
 - 1- أسلوب ضبط النفس والضغط الصحية والضغط الدراسية.
 - 2- أسلوب الانعزال والضغط الاجتماعية والضغط الأسرية والضغط الانفعالية.
 - 3- أسلوب وسائل الدفاع والضغط الانفعالية.
- وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين:
 - 1- أسلوب ضبط النفس والضغط الاجتماعية والضغط الأسرية والضغط الانفعالية.
 - 2- أسلوب حل المشكلات بالتخطيط والضغط الصحية والضغط الدراسية.
 - 3- أسلوب تجنب الموقف والتحول عنه والضغط الدراسية.
 - 4- أسلوب وسائل الدفاع والضغط الدراسية والضغط الأسرية.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.01) بين:
 - 1- أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية والضغط الاجتماعية والضغط الصحية والضغط الدراسية.
- وجود علاقة ارتباطية سالبة دالة إحصائياً عند مستوى (0.05) بين:
 - 1- أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي والضغط الاجتماعية والضغط الأسرية.
 - 2- أسلوب ممارسة عادات معينة والضغط الاجتماعية والضغط الصحية.
 - 3- أسلوب العدوان والضغط الصحية.
 - 4- أسلوب الاسترخاء والضغط الاجتماعية.
 - 5- أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية والضغط الأسرية.

السؤال الأول: ينص السؤال الأول للبحث عن مصادر الضغوط النفسية الأكثر ارتفاعاً لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن، وللإجابة عن السؤال تم حساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية لمستوى التحقق (نادراً - أحياناً - دائماً) في كل عبارة من مقياس الضغوط النفسية بأبعادها المختلفة وذلك بهدف الكشف عن أكثر مصادر الضغوط النفسية ارتفاعاً لديهم، ويوضح الجدول (3) تلك النتائج.

جدول (3)

استجابات عينة البحث لعبارات الضغوط النفسية

المتوسط العام	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة تحقق						العبارات	البعد
			دائماً		أحياناً		نادراً			
			%	ك	%	ك	%	ك		
8.62	0.61	1.64	7.1	5	50.0	35	42.9	30	12-لا يوجد توافق بيني وبين زملائي داخل المدرسة او خارجها	الضغوط
	0.64	1.37	8.6	6	20.0	14	71.4	50	18-يتهرب الأصدقاء مني	
	0.70	1.71	14.3	10	42.9	30	42.9	30	22-أشعر بكراهية البعض لي	
	0.80	1.76	22.9	16	30.0	21	47.1	33	32-تقيد العادات والتقاليد الاجتماعية كثيراً من رغباتي	

7.32	0.80	2.14	40.0	28	34.3	24	25.7	18	39-افضل الوحدة والجلوس بمفردي بعيداً عن الآخرين	الضغوط الاقتصادية
	0.69	1.69	12.9	9	42.9	30	44.3	31	2-أشعر بالقلق لعدم كفاية مصروفي اليومي	
	0.62	1.30	8.6	6	12.9	9	78.6	55	7-أقع في ديون لا أستطيع سدادها	
	0.74	1.64	15.7	11	32.9	23	51.4	36	13-أخاف من المستقبل بسبب انخفاض دخل اسرتي	
	0.59	1.36	5.7	4	24.3	17	70.0	49	19-أخجل من زملائي لأنني أسكن في حي شعبي	
13.73	0.58	1.33	5.7	4	21.4	15	72.9	51	24-أعاني من عدم امتلاكي ثمن الكتب والمستلزمات المدرسية بسبب انخفاض دخل الاسرة	الضغوط الصحية
	0.73	1.60	14.3	10	31.4	22	54.3	38	3-يعاني أحد أفراد عائلتي من مشاكل صحية	
	0.81	1.79	24.3	17	30.0	21	45.7	32	8-أعاني من مرض يحتاج الى علاج	
	0.49	1.31	1.4	1	28.6	20	70.0	49	14-اعاني من ضعف جسدي خطير ومفاجئ	
	0.72	1.70	15.7	11	38.6	27	45.7	32	20-أشعر بالضعف العام واصفرار الوجه من وقت لآخر	
	0.66	1.60	10.0	7	40.0	28	50.0	35	25-أشعر بضعف الذاكرة	
	0.72	1.73	15.7	11	41.4	29	42.9	30	28-اعاني من ضعف الشهية وسوء الهضم من وقت لآخر	
	0.83	1.90	30.0	21	30.0	21	40.0	28	33-اعاني من مشاكل في بشرتي	
	0.80	2.10	37.1	26	35.7	25	27.1	19	37-اعاني من سرعة خفقان قلبي من وقت لآخر	
13.15	0.75	1.74	18.6	13	37.1	26	44.3	31	4-أشعر بالإحباط بسبب صعوبة التخصص الذي أدرسه	الضغوط الدراسية
	0.74	1.86	21.4	15	42.9	30	35.7	25	9-أجد صعوبة في بعض المقررات الدراسية	
	0.52	1.30	2.9	2	24.3	17	72.9	51	15-أساتذتي يعاملونني معاملة سيئة	
	0.77	1.76	20.0	14	35.7	25	44.3	31	21-يُميز الأساتذة بين الطلاب في تقدير الدرجات	
	0.44	1.21	1.4	1	18.6	13	80.0	56	26-أخاف من الفصل من المدرسة بسبب انخفاض معدلي الدراسي	
	0.65	1.47	8.6	6	30.0	21	61.4	43	29-لا يساعدني اساتذتي في حل مشكلاتي الدراسية	

9.01	34-لا ارغب في دراسة بعض المقررات الدراسية	30	42.9	26	37.1	14	20.0	1.77	0.76
	38-ارهب من كثرة الامتحانات طوال الفصل الدراسي	20	28.6	27	38.6	23	32.9	2.04	0.78
	5-تكثر الخلافات التي تحدث بين أفراد أسرتي	40	57.1	15	21.4	15	21.4	1.64	0.81
	10-تخاف اسرتي على مستقبلي	16	22.9	23	32.9	31	44.3	2.21	0.79
	16-أسرتي تكلفني بمطالب شاقة	42	60.0	24	34.3	4	5.7	1.46	0.60
	23-يتدخل الاهل في اموري الدراسية	25	35.7	28	40.0	17	24.3	1.89	0.77
	30-لا استطيع التعبير عن رأيي داخل الاسرة	30	42.9	23	32.9	17	24.3	1.81	0.80
14.87	1-تكثر المشاجرات بيني وبين زملائي	39	55.7	30	42.9	1	1.4	1.46	0.53
	6-لا أنام بسبب مشاكل توترني	23	32.9	28	40.0	19	27.1	1.94	0.77
	11-أغضب بسرعة	12	17.1	24	34.3	34	48.6	2.31	0.75
	17-أشعر بالخجل باستمرار من زملائي واساتذتي	41	58.6	24	34.3	5	7.1	1.49	0.63
	27-أبكي بسرعة	25	35.7	29	41.4	16	22.9	1.87	0.76
	31-اعاني من مشكلات عاطفية مع الآخرين	26	37.1	30	42.9	14	20.0	1.83	0.74
	35-أتذكر احد افراد اسرتي المتوفي	28	40.0	27	38.6	15	21.4	1.81	0.76
	36-انا حساس جداً	16	22.9	27	38.6	27	38.6	2.16	0.77

ويمكن ترتيب أكثر الضغوط النفسية التي يعاني منها مرضى الربو المزمن بالرجوع الى قيمة الوزن النسبي لكل الأبعاد والدرجة الكلية كما هو موضح بجدول (4).

جدول (4)

ترتيب الضغوط النفسية التي يعاني منها عينة البحث

الترتيب	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الضغوط النفسية
1	%22.30	3.41	14.87	الضغوط الانفعالية
2	%20.56	3.04	13.73	الضغوط الصحية
3	%19.70	3.35	13.15	الضغوط الدراسية
4	%13.51	2.30	9.01	الضغوط الأسرية
5	%12.93	2.33	8.62	الضغوط الاجتماعية
6	%10.96	2.01	7.32	الضغوط الاقتصادية
	%100	12.53	66.70	الدرجة الكلية

السؤال الثاني: ينص السؤال الثاني على ما أكثر أساليب المعاشية استخدامًا لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن؟ وللإجابة عن هذا السؤال قامت الباحثة بحساب المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية والتكرارات والنسب المئوية لمستوى التحقق (أبدًا - نادرًا - أحيانًا - دائمًا) في كل عبارة من عبارات كل أسلوب من أساليب المعاشية، وهي تنقسم إلى قسمين: أساليب معاشية مركزة على المشكلة، وأساليب معاشية مركزة على الانفعال، بهدف الكشف عن أكثر أساليب المعاشية التي يلجأ إليها مرضى الربو المزمن عند مواجهة الضغوط النفسية في مختلف المواقف، ويوضح الجدول (5) تلك النتائج.

جدول (5)

استجابات عينة البحث لعبارات أساليب المعاشية المركزة على المشكلة

المتوسط العام	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة تحقق								العبارات	البعد
			دائمًا		أحيانًا		نادرًا		أبدًا			
			%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
11.56	0.8 6	2.3 3	54.3	38	28.6	20	12.9	9	4.3	3	1-أدافع عن حقوقي حين يريد أحد أن ينتهكها	أسلوب الإيجابية
	0.9 8	1.8 9	30.0	21	41.4	29	15.7	11	12.9	9	15-أبذل مزيد من الجهد في التعامل مع المشكلة التي تواجهني في عملي بدلاً من تأجيلها	
	0.8 6	2.0 6	34.3	24	42.9	30	17.1	12	5.7	4	29-أحاول اقناع من امامي بوجهة نظري	
	0.8 9	1.8 4	25.7	18	40.0	28	27.1	19	7.1	5	43-أسير خطوة خطوة في سبيل حل المشكلة التي تعترضني	
	0.9 9	1.8 4	28.6	20	38.6	27	20.0	14	12.9	9	57-حين أكون مع زملائي ونواجه موقفًا عصيباً (مشاجرة مثلاً) أتقدم لفضها	
	0.9 5	1.6 0	17.1	12	41.4	29	25.7	18	15.7	11	71-أظهر غضبي لمن اعتقد أنهم تسببوا لي في مشكلة	
11.45	0.8 6	1.8 9	24.3	17	47.1	33	21.4	15	7.1	5	2-عندما تواجهني مشكلة ما أحاول ضبط تصرفاتي ولا أكون متسرعاً	أسلوب ضبط النفس
	0.9 1	1.9 1	28.6	20	42.9	30	20.0	14	8.6	6	16-إذا تأثرت من شخص ما فأنتي أحاول إخفاء مشاعري نحوه بداخلي	

	0.7 7	2.0 9	31. 4	2 2	48. 6	3 4	17. 1	1 2	2.9	2	30-أحاول ضبط مشاعري اذا تأثرت لأي سبب حتى لا تؤثر على اعمالي القادمة
	0.9 7	1.8 3	30. 0	2 1	32. 9	2 3	27. 1	1 9	10. 0	7	44-أحاول اذا ساءت أحوالي لا يعرف أي شخص الى أي حد اصبحت الأمور سيئة
	0.9 4	2.0 0	37. 1	2 6	32. 9	2 3	22. 9	1 6	7.1	5	58-استطيع أن اخفي ما احس به الى درجة ان بعض الناس قد يجرح شعوري دون ان يعلم ذلك
	0.8 8	1.7 3	20. 0	1 4	41. 4	2 9	30. 0	2 1	8.6	6	72-أحاول ان لا تؤثر مشاعري على تعاملتي مع المشكلة بشكل كبير
8.95	0.9 6	1.3 6	11. 4	8	35. 7	2 5	30. 0	2 1	22. 9	1 6	3-أبحث عن شخص مقرب وأحدث معه بما لدي من مشكلات
	1.0 1	1.3 0	14. 3	1 0	27. 1	1 9	32. 9	2 3	25. 7	1 8	17-أحدث مع عائلتي عن الصعوبات التي تواجهني وأطلب منهم المساعدة
	0.9 1	1.7 3	18. 6	1 3	48. 6	3 4	20. 0	1 4	12. 9	9	31-أبحث عن النصيحة والمشورة من الآخرين للتغلب على المشكلة
	1.0 0	1.4 7	12. 9	9	45. 7	3 2	17. 1	1 2	24. 3	1 7	45-أطلب من قريب أو صديق مساعدتي حتى اتغلب على الصعوبات أو المشكلات التي تواجهني
	0.9 5	1.7 0	21. 4	1 5	40. 0	2 8	25. 7	1 8	12. 9	9	59-استشير شخصاً يمكن ان يتدخل في حل المشكلة التي تواجهني
	0.8 7	1.3 9	7.1	5	42. 9	3 0	31. 4	2 2	18. 6	1 3	73-أطلب المساعدة من الآخرين في حل المشكلات التي اتعرض لها
11.04	0.8 8	1.8 3	25. 7	1 8	37. 1	2 6	31. 4	2 2	5.7	4	4-اذا أخطأت على أحد أصدقائي فأني أقدم اعتذاري له ثم اصحح الموقف

أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي

أسلوب تحمل

	0.9 1	1.8 4	27. 1	1 9	37. 1	2 6	28. 6	2 0	7.1	5	18-اعترف لصاحب الحق بأني مخطئ حين أرتكب خطأ في واجب ما
	0.8 8	1.9 4	30. 0	2 1	40. 0	2 8	24. 3	1 7	5.7	4	32-لو حصل مني موقف مخالف قررت عدم الرجوع لمثله مرة أخرى
	0.9 4	1.8 3	28. 6	2 0	34. 3	2 4	28. 6	2 0	8.6	6	46-أشعر بأن أخطائي هي سبب مشكلاتي
	0.8 6	1.7 4	15. 7	1 1	54. 3	3 8	18. 6	1 3	11. 4	8	60-حين تحدث مشكلة مع أحد الزملاء أحللت أخطائي أولاً لأحدد مدى مسؤوليتي عن حدوثها
	0.9 3	1.8 6	28. 6	2 0	37. 1	2 6	25. 7	1 8	8.6	6	74-أستفيد من أخطائي الماضية للتعامل مع المشكلات بكفاءة
11.87	0.8 5	2.0 0	30. 0	2 1	45. 7	3 2	18. 6	1 3	5.7	4	5-أفكر فيما ينبغي أن اعمله حيال أي موقف حتى تستمر الأمر كما أريد
	0.9 7	1.9 9	38. 6	2 7	28. 6	2 0	25. 7	1 8	7.1	5	19-أحاول أن استفيد من خبراتي السابقة في التعامل مع المواقف اللاحقة
	1.0 0	1.9 9	37. 1	2 6	35. 7	2 5	15. 7	1 1	11. 4	8	33-عندما أقع في مشكلة أركز على كيفية التخطيط للخروج منها أولاً
	1.0 0	2.0 6	42. 9	3 0	30. 0	2 1	17. 1	1 2	10. 0	7	47-عندما تواجهني مشكلة أفكر بها حتى أجد الحل
	0.9 8	1.8 0	27. 1	1 9	38. 6	2 7	21. 4	1 5	12. 9	9	61-استرجع خبراتي السابقة فأجد أنني قد تغلبت على مشكلة مشابهة من قبل
	0.9 1	2.0 3	35. 7	2 5	38. 6	2 7	18. 6	1 3	7.1	5	75-عندما تواجهني مشكلة أفكر في عدة طرق لحلها
	0.9 1	1.7 4	22. 9	1 6	37. 1	2 6	31. 4	2 2	8.6	6	12-أخطط لنشاطات معينة وأعمل على إنجازها
9.69	0.9 8	1.5 7	20. 0	1 4	32. 9	2 3	31. 4	2 2	15. 7	1 1	26-عندما أتعرض لصعوبات أقوم بتنظيم وقتي لمواجهة المواقف الصعبة

حل المشكلات بالتخطيط

أسلوب

تنظيم

12.75	0.9 7	1.4 1	12. 9	9	37. 1	2 6	28. 6	2 0	21. 4	1 5	40-عندما تكون علي التزامات مالية بتنظيم مصروفاتي اليومية
	0.8 8	1.5 3	11. 4	8	44. 3	3 1	30. 0	2 1	14. 3	1 0	54-أقوم بتنظيم واجباتي اليومية
	0.9 5	1.5 4	18. 6	1 3	31. 4	2 2	35. 7	2 5	14. 3	1 0	68-اتجنب القيام بعمل أشياء كثيرة في وقت ضيق
	0.9 6	1.9 0	31. 4	2 2	37. 1	2 6	21. 4	1 5	10. 0	7	82-أحاول جمع معلومات أكثر عن الموقف الذي يعترضني
	0.9 0	1.7 3	24. 3	1 7	30. 0	2 1	40. 0	2 8	5.7	4	13-أقلل من ضغطي النفسي من خلال التحكم في طريقة تفكيري
	0.9 0	1.8 7	27. 1	1 9	40. 0	2 8	25. 7	1 8	7.1	5	27-عندما أفشل أحاول اقناع نفسي بأنني أستطيع الحصول على حلول أفضل في المرات التالية
	0.9 0	1.9 3	31. 4	2 2	35. 7	2 5	27. 1	1 9	5.7	4	41-أحاول اقناع نفسي بان الأمور ستكون على ما يرام مستقبلاً
	0.9 5	1.8 9	31. 4	2 2	34. 3	2 4	25. 7	1 8	8.6	6	55-أتحكم بأفكاري وانفعالاتي عندما أتعامل مع موقف مخيف
	0.7 6	1.7 7	15. 7	1 1	50. 0	3 5	30. 0	2 1	4.3	3	69-أبحث عن الجوانب الإيجابية في المشكلة (رب ضارة نافعة)
	0.8 4	1.6 0	8.6	6	57. 1	4 0	20. 0	1 4	14. 3	1 0	83-أحاول لا استجيب لأول فكرة تطرأ لخطري
	1.0 6	1.9 6	41. 4	2 9	25. 7	1 8	20. 0	1 4	12. 9	9	86-أحاول النظر للمشكلة من زاوية أخرى (فهناك أكثر من طريقة بالتأكيد لحلها)

أسلوب إعادة البناء المعرفي

ويمكن ترتيب أساليب المعاشية المركزة على المشكلة التي يلجأ إليها عينة من مرضى الربو المزمن من وجهة نظرهم كما هو موضح في جدول (6).

جدول (6)

ترتيب أساليب المعايشة المركزة على المشكلة التي لجأت إليها عينة البحث

الرتبة	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعايشة
1	%16.49	3.91	12.75	أسلوب إعادة البناء المعرفي
2	%15.34	4.08	11.87	أسلوب حل المشكلات بالتخطيط
3	%14.93	3.56	11.56	أسلوب الإيجابية
4	%14.80	3.55	11.45	أسلوب ضبط النفس
5	%14.29	2.89	11.04	أسلوب تحمل المسؤولية
6	%12.55	3.07	9.69	أسلوب تنظيم الوقت
7	%11.57	3.59	8.95	أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي
	%100	19.07	77.27	الدرجة الكلية

جدول (7)

استجابات عينة البحث لعبارات أساليب المعايشة المركزة على الانفعال

المتوسط العام	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	درجة تحقق								العبارات	البعد
			دائما		احيانا		نادرا		ابدا			
			%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
10.5	0.9 7	1.5 4	14. 3	1 0	45. 7	3 2	20. 0	1 4	20. 0	1 4	6-أذا حصل لي موقف مؤثر مضيت في طريقي وكأنه لم يحدث لي شيئا مزعجاً	أسلوب تجنب الموقف والتحول عنه
	0.8 9	2.0 9	40. 0	2 8	32. 9	2 3	22. 9	1 6	4.3	3	20-عندما يحصل لي موقف محرج أحاول أن أهون على نفسي بعدم أهميته	
	0.8 6	1.8 0	18. 6	1 3	52. 9	3 7	18. 6	1 3	10. 0	7	34-أعمل أشياء أخرى ليست ذات علاقة بالموقف لأريح عقلي	
	0.8 8	1.7 9	20. 0	1 4	48. 6	3 4	21. 4	1 5	10. 0	7	48-أترك المكان الذي حدثت فيه المشكلة	

10.73	1.0 1	1.5 9	22. 9	1 6	28. 6	2 0	32. 9	2 3	15. 7	1 1	62- عندما افشل في موضوع ما أحاول أن أنسى الموضوع كله	أسلوب الانعزال
	0.9 5	1.6 9	24. 3	1 7	30. 0	2 1	35. 7	2 5	10. 0	7	76- اتجه الى العمل أو أي نشاط بديل للتخلص من التفكير في المشكلة	
	1.0 2	1.7 6	28. 6	2 0	32. 9	2 3	24. 3	1 7	14. 3	1 0	7- عندما لا أستطيع تفادي المشكلة أغلق باب غرفتي وأنعزل عن أفراد أسرتي	
	1.0 1	1.9 3	35. 7	2 5	32. 9	2 3	20. 0	1 4	11. 4	8	21- غالباً ما أجلس بمفردي بعيداً عن الآخرين	
	0.9 8	1.9 9	38. 6	2 7	30. 0	2 1	22. 9	1 6	8.6	6	35- أصمت ولا أتحدث مع أحد عندما أكون متوتراً	
	1.0 3	1.8 0	30. 0	2 1	34. 3	2 4	21. 4	1 5	14. 3	1 0	49- عندما أكون منفعلاً اجلس لفترة طويلة دون ممارسة أي نشاط	
	1.0 0	1.4 1	12. 9	9	40. 0	2 8	22. 9	1 6	24. 3	1 7	63- اقف أمام المشكلة عاجزاً ولا أستطيع فعل أي شيء	
8.05	0.9 5	1.8 4	30. 0	2 1	32. 9	2 3	28. 6	2 0	8.6	6	77- عندما اتعرض لموقف صعب فأنتني أنام كثيراً لأنسي الموقف	أسلوب ممارسة عادات معينة
	0.9 8	1.4 6	17. 1	1 2	30. 0	2 1	34. 3	2 4	18. 6	1 3	8- أحاول عندما تواجهني مشكلة بأن اشغل نفسي بتناول الطعام أو القهوة والشاي والمرطبات	
	1.0 6	1.5 1	20. 0	1 4	34. 3	2 4	22. 9	1 6	22. 9	1 6	22- أحاول التغلب على الموقف بقضم أظافري أو العبث بشعري	
	1.1 6	1.0 3	17. 1	1 2	17. 1	1 2	17. 1	1 2	48. 6	3 4	36- أحاول تخفيف توتري بالتدخين	
	1.0 2	0.9 7	7.1	5	28. 6	2 0	18. 6	1 3	45. 7	3 2	50- أحاول تخفيف توتري بتعاطي بعض الأدوية والمهدئات	
	0.9 2	1.4 7	12. 9	9	38. 6	2 7	31. 4	2 2	17. 1	1 2	64- أعبر عن مشككتي من خلال فرقة اصابعي	

6.8	1.1 0	1.6 1	28. 6	2 0	24. 3	1 7	27. 1	1 9	20. 0	1 4	78-عندما أتعرض لموقف صعب فأني أتلو عبارات معينة (آيات، أحاديث) للتخلص من التفكير في المشكلة
	0.8 9	1.0 6	2.9	2	34. 3	2 4	28. 6	2 0	34. 3	2 4	9-عندما أكون امام موقف أقوم بالضرب على الحائط أو الأبواب
	0.9 3	0.8 3	4.3	3	22. 9	1 6	24. 3	1 7	48. 6	3 4	23-ألوم الآخرين وأؤنبهم على ما أعانيه من فشل
	1.0 5	1.3 0	15. 7	1 1	27. 1	1 9	28. 6	2 0	28. 6	2 0	37-اكسر أي شيء تصل اليه يدي عندما أكون متوتراً
	0.9 9	1.2 3	12. 9	9	24. 3	1 7	35. 7	2 5	27. 1	1 9	51-اسب واشتم الآخرين عندما اتعرض لموقف مزعج
	0.9 6	0.8 1	5.7	4	21. 4	1 5	21. 4	1 5	51. 4	3 6	65-امزق كتيبي ودفاتري عندما أكون غاضباً
10.65	0.9 5	1.5 7	15. 7	1 1	42. 9	3 0	24. 3	1 7	17. 1	1 2	79-عندما أكون متوتراً، أعامل الآخرين بشيء من العصبية
	1.0 3	1.3 4	11. 4	8	41. 4	2 9	17. 1	1 2	30. 0	2 1	10-استخدام أساليب الاسترخاء عندما أكون متوتراً
	1.0 6	1.9 3	40. 0	2 8	25. 7	1 8	21. 4	1 5	12. 9	9	24-استلقي لفترة قصيرة واحصل على بعض الراحة عندما أكون متعباً
	0.9 8	1.0 1	8.6	6	22. 9	1 6	30. 0	2 1	38. 6	2 7	38-امارس التمارين الرياضية عندما أكون متوتراً
	1.0 6	1.6 4	24. 3	1 7	35. 7	2 5	20. 0	1 4	20. 0	1 4	52-أقوم بمشاهدة البرامج التلفزيونية للتغلب على متاعبي اليومية
	1.0 8	1.4 1	22. 9	1 6	18. 6	1 3	35. 7	2 5	22. 9	1 6	66-أذهب الى الحدائق والمنتزهات عندما أكون طفشاًناً
أسلوب العدوان	1.0 4	1.3 1	14. 3	1 0	31. 4	2 2	25. 7	1 8	28. 6	2 0	80-أذهب مع أصدقائي في نزهة لأتخلص مما أنا فيه
أسلوب الاسترخاء											

	0.9 2	2.0 1	35. 7	2 5	37. 1	2 6	20. 0	1 4	7.1	5	85-أنظم تنفسي لضبط ذاتي عندما أكون خائفاً	أسلوب وسائل الدفاع
9.8	1.0 4	1.9 4	38. 6	2 7	30. 0	2 1	18. 6	1 3	12. 9	9	11-استغرق في تخيلات حول ما يمكن أن تصير ان تصير اليه الامور	
	0.9 7	1.6 9	18. 6	1 3	48. 6	3 4	15. 7	1 1	17. 1	1 2	25-أتخيل موقفاً أكثر أمناً من الموقف الذي أنا فيه	
	1.0 3	1.4 7	18. 6	1 3	31. 4	2 2	28. 6	2 0	21. 4	1 5	39-أتخيل نفسي بأني أقوم بإجراءات فعالة ضد الصعوبات التي اعاني منها	
	0.9 1	1.8 0	27. 1	1 9	31. 4	2 2	35. 7	2 5	5.7	4	53-أتخيل لو كنت في مكان أو وقت أنسب من ذلك الذي كنت فيه	
	0.9 3	1.2 3	8.6	6	31. 4	2 2	34. 3	2 4	25. 7	1 8	67-الجاأ الى الكذب أحياناً حتى أتخلص من مسئوليتي عن الموقف	
12.51	1.0 8	1.6 7	27. 1	1 9	32. 9	2 3	20. 0	1 4	20. 0	1 4	81-الجاأ الى أحلام اليقظة عندما أمر بمواقف صعبة	أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية
	0.8 2	2.4 0	60. 0	4 2	21. 4	1 5	17. 1	1 2	1.4	1	14-أتوجه الى الله بدعواتي ان يفرج شدتي	
	0.8 1	2.4 7	64. 3	4 5	21. 4	1 5	11. 4	8	2.9	2	28-أفوض امري الى الله في حل مشكلتي	
	1.0 8	2.0 7	50. 0	3 5	18. 6	1 3	20. 0	1 4	11. 4	8	42-الجاأ الى الصلاة والدعاء عندما أمر بشدة أو موقف صعب	
	0.9 7	1.8 7	30. 0	2 1	38. 6	2 7	20. 0	1 4	11. 4	8	56-اسبح الله واستغفره عندما أمر بموقف صعب	
	1.0 8	1.9 4	41. 4	2 9	25. 7	1 8	18. 6	1 3	14. 3	1 0	70-ذكر الله يزيدني اطمئناناً عندما أتعرض لموقف صعب	
	0.9 8	1.7 6	27. 1	1 9	32. 9	2 3	28. 6	2 0	11. 4	8	84-أتصدق على الفقراء والمساكين أكثر من المعتاد عندما أمر بموقف صعب	

ويمكن ترتيب أساليب المعيشة المركزة على الانفعال التي تلجأ إليها عينة من مرضى الربو المزمن كما هو موضح في جدول (8).

جدول (8)

ترتيب أساليب المعيشة المركزة على الانفعال التي لجأت إليها عينة البحث

الرتبة	الوزن النسبي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	أساليب المعيشة
1	18.12%	4.23	12.51	أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية
2	15.53%	3.61	10.73	أسلوب الانعزال
3	15.45%	3.50	10.65	أسلوب الاسترخاء
4	15.18%	3.23	10.5	أسلوب تجنب الموقف والتحول عنه
5	14.19%	9.80	9.8	أسلوب وسائل الدفاع
6	11.66%	3.15	8.05	أسلوب ممارسة عادات معينة
7	9.84%	3.18	6.8	أسلوب العدوان
	100%	15.69	69.06	الدرجة الكلية

واتضح من خلاله أساليب المعيشة الأكثر استخداماً لدى عينة من المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن وهي كالآتي: أسلوب إعادة البناء المعرفي في المرتبة الأولى، وأسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية في المرتبة الثانية، وأسلوب حل المشكلات بالتخطيط في المرتبة الثالثة، وأسلوب الإيجابية في المرتبة الرابعة.

الفرض الثاني: ينص الفرض الثاني على توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الربو المزمن تبعاً للعمر. وللتحقق من هذا الفرض تم حساب مجموع متوسطات درجات مرضى الربو المزمن في كل من الضغوط النفسية تبعاً للعمر (مراهقة مبكرة ومراهقة متوسطة)، وحساب الانحرافات المعيارية لهذه الدرجات، ثم إجراء اختبار "ت" للعينات المستقلة Independent Samples Test للفرق بين كل مجموع متوسطين باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS25. ويوضح الجدول (9) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول (9)

دلالة الفروق في مجموع متوسطات الضغوط النفسية لمرضى الربو المزمن تبعاً للعمر

المتغير	العمر	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
الضغوط النفسية	مراهقة مبكرة	9	69.78	10.66	0.787	0.280	غير دالة
	مراهقة متوسطة	61	66.25	12.80			

يتضح أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع متوسطي الفئتين العمرية في الضغوط النفسية، إذ جاءت قيمة ت (0.787) بقيمة احتمالية (0.280) وهي غير دالة إحصائياً.

الفرض الثالث: ينص الفرض الثالث على توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الربو المزمن تبعاً للنوع. وللتحقق من هذا الفرض قامت الباحثة بحساب مجموع متوسطات درجات مرضى

الربو المزمن في كل من الضغوط النفسية تبعًا للنوع (ذكر وأنثى)، وحساب الانحرافات المعيارية لهذه الدرجات، ثم إجراء اختبار "ت" للفرق بين كل متوسطين باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS25. ويوضح الجدول (10) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول (10)

دلالة الفروق في مجموع متوسطات الضغوط النفسية لمرضى الربو المزمن تبعًا للنوع

المتغير	النوع	العدد	المتوسط	الانحراف المعياري	قيمة (ت)	القيمة الاحتمالية	الدلالة
الضغوط النفسية	ذكر	39	62.28	9.96	-3.579	0.031	دالة
	أنثى	31	72.26	13.36			

يتضح من بيانات الجدول أعلاه أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية، إذ إن قيمة ت كانت (-3.579) بقيمة احتمالية (0.031) وهي دالة إحصائية عند مستوى الدلالة (0.05)، وعليه نقرر أنه توجد فروق بين الذكور والإناث في الضغوط النفسية لصالح الإناث الأعلى في المتوسط.

الفرض الرابع: ينص الفرض الرابع على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى عينة من مرضى الربو المزمن تبعًا للحالة الاقتصادية. وللتحقق من هذا الفرض أجري اختبار التباين الأحادي ANOVA (أنوفا) لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الضغوط النفسية لدى مرضى الربو المزمن تبعًا لمتغير الحالة الاقتصادية. ويوضح الجدول رقم (11) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول (11)

دلالة الفروق في مجموع متوسطات الضغوط النفسية لمرضى الربو المزمن تبعًا للحالة الاقتصادية

الحالة الاقتصادية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
منخفض	65.43	14.684	1.422	0.249	غير دالة
متوسط	67.84	12.674			
عالٍ	60.00	7.892			

يتضح من بيانات الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع متوسطات الحالة الاقتصادية في الضغوط النفسية، إذ جاءت قيمة ف (1.422) بقيمة احتمالية (0.249) وهي غير دالة إحصائية.

الفرض الخامس: ينص الفرض الخامس على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعيشة لدى عينة من مرضى الربو المزمن تبعًا للعمر. وللتحقق من هذا الفرض تم حساب مجموع متوسطات درجات مرضى الربو المزمن في كل من أساليب المعيشة المركزة على المشكلة وأساليب المعيشة المركزة على الانفعال، تبعًا للعمر (مراهقة مبكرة ومراهقة متوسطة)، وحساب الانحرافات المعيارية لهذه الدرجات، ثم إجراء اختبار "ت" للفرق بين كل متوسطين باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS25. ويوضح الجدول (12) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول (12)
دلالة الفروق في مجموع متوسطات أساليب المعيشة لمرضى الربو المزمن تبعاً للعمر

الدلالة	القيمة الاحتمالية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	العمر	أساليب المعيشة
دالة	0.009	-1.997	27.650	65.67	9	مراهقة مبكرة	المركزة على المشكلة
			17.122	78.98	61	مراهقة متوسطة	
غير دالة	0.118	-0.260	21.816	67.78	9	مراهقة مبكرة	المركزة على الانفعال
			14.820	69.25	61	مراهقة متوسطة	

يتضح من بيانات الجدول السابق أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعيشة المركزة على المشكلة تبعاً للفئة العمرية، إذ جاءت قيمة ت (-1.997) بقيمة احتمالية (0.009) وهي دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.05)، وعليه نقرر أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين فئتي المراهقة المبكرة والمتوسطة في أساليب معيشة المركزة على المشكلة لصالح المراهقة المتوسطة الأعلى في المتوسط. أما في أساليب المعيشة المركزة على الانفعال فكانت قيمة ت (-0.260) بقيمة احتمالية (0.118)، وتعد غير دالة إحصائياً، وعليه نقرر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع متوسطي درجات الفئتين العمريتين في أساليب المعيشة المركزة على الانفعال.

الفرض السادس: ينص الفرض السادس على لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعيشة لدى عينة من مرضى الربو المزمن تبعاً للنوع. وللتحقق من هذا الفرض تم حساب مجموع متوسطات درجات مرضى الربو المزمن في أساليب المعيشة تبعاً للنوع (ذكر وأنثى)، وحساب الانحرافات المعيارية لهذه الدرجات، ثم إجراء اختبار "ت" للفرق بين كل متوسطين باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS25. ويوضح الجدول (13) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول (13)
دلالة الفروق في مجموع متوسطات أساليب المعيشة لمرضى الربو المزمن تبعاً للنوع

الدلالة	القيمة الاحتمالية	قيمة (ت)	الانحراف المعياري	المتوسط	العدد	العمر	أساليب المعيشة
غير دالة	0.269	-1.910	16.998	73.46	39	ذكر	المركزة على المشكلة
			20.686	82.06	31	أنثى	
غير دالة	0.628	0.469	16.809	69.85	39	ذكر	المركزة على الانفعال
			14.387	68.06	31	أنثى	

يتضح من بيانات الجدول أعلاه أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعيشة بنوعها بين الذكور والإناث، إذ كانت قيمة ت في أساليب المعيشة المركزة على المشكلة (-1.910) بقيمة احتمالية (0.269)، وهي قيمة غير دالة إحصائياً. أما في أساليب المعيشة المركزة على الانفعال فجاءت قيمة ت (0.469) بقيمة احتمالية

(0.628) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا، وعليه نقرر أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع متوسطات الذكور والإناث في أساليب المعيشة المركزة على المشكلة وأساليب المعيشة المركزة على الانفعال. **الفرض السابع:** ينص الفرض السابع على توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعيشة لدى عينة من مرضى الربو المزمن تبعًا للحالة الاقتصادية. لفحص هذا الفرض أجري اختبار التباين الأحادي ANOVA (أنوفا) لاكتشاف هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في أساليب المعيشة لدى مرضى الربو المزمن تبعًا لمتغير الحالة الاقتصادية. ويوضح الجدول رقم (14) نتائج الاختبار والدلالة الإحصائية.

جدول (14)

دلالة الفروق في مجموع متوسطات أساليب المعيشة لمرضى الربو المزمن تبعًا للحالة الاقتصادية

أساليب المعيشة	المتغير	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة ف	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
المركزة على المشكلة	منخفض	65.57	24.241	2.998	0.057	غير دالة
	متوسط	77.05	18.400			
	عالٍ	89.00	13.234			
المركزة على الانفعال	منخفض	58.29	23.186	3.347	0.041	دالة
	متوسط	69.04	14.802			
	عالٍ	78.63	7.558			

يتضح من الجدول السابق أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين أساليب المعيشة المركزة على المشكلة تبعًا للحالة الاقتصادية، إذ جاءت قيمة ف (2.998) بقيمة احتمالية (0.057) وهي قيمة غير دالة إحصائيًا. وتشير البيانات الواردة في الجدول إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين مجموع متوسطات درجات المرضى في أساليب المعيشة المركزة على الانفعال تبعًا لمتغير الحالة الاقتصادية، إذ كانت قيمة ف (3.347) بقيمة دلالة (0.041) وهي دالة إحصائيًا عند مستوى دلالة (0.05). ولمعرفة سبب الفروقات تم اختبار المقارنات البعدية التي توضح سبب الفروق الدالة إحصائيًا كما هو موضح في جدول (15).

جدول (15)

نتائج اختبار المقارنات شيفيه

الحالة الاقتصادية	الفرق بين المتوسطات	القيمة الاحتمالية	الدلالة الإحصائية
المرتفعة - المنخفضة	20.339*	0.031	دالة
المرتفعة - المتوسطة	9.589	0.225	غير دالة
المتوسطة - المنخفضة	10.751	0.190	غير دالة

*دالة عند مستوى دلالة (0.05)

يتضح لنا من الجدول (15) أن سبب الفروق الدالة إحصائيًا في أساليب المعيشة المركزة على الانفعال تبعًا للحالة الاقتصادية تعود إلى الفرق بين الحالة الاقتصادية المرتفعة بفارق معنوي (20.339) عن الحالة الاقتصادية المنخفضة، إذ جاءت القيمة الاحتمالية (0.031) وهي قيمة دالة إحصائيًا عند مستوى الدلالة (0.05). في حين لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الفئات الآتية: الحالة الاقتصادية (المرتفعة - المتوسطة) و(المتوسطة - المنخفضة)، إذ جاءت القيم الاحتمالية (0.225) و(0.190) وهي قيم غير دالة إحصائيًا.

مناقشة نتائج البحث وتفسيرها:

مناقشة الفرض الأول:

أسفرت النتائج عن عدم وجود علاقة ارتباطية دالة بين أساليب المعيشة والضغوط النفسية لدى مجموعة من مرضى الربو المزمن، وبعبارة أخرى فإن الطرق والأساليب التي يستخدمها الفرد بشقيها سواء كان الأسلوب إيجابيًا أو سلبيًا، فهي لم تؤثر مباشرة في الضغوط النفسية لديه، وهذا ما يختلف مع نتائج دراسات (عودية، 2002؛ حمودة، 2006)، ولا تتفق هذه مع وجهة النظر التي طرحها لازاروس (1988)، فيرى أن ما يؤثر في الصحة النفسية والجسدية ليس الضغط في حد ذاته وإنما الكيفية التي يستجيب بها الفرد للموقف الضاغط، وهذا ما يدل على الارتباط بين الضغط النفسي وكيفية مواجهة تلك الضغوط.

وأيضًا اتفق الباحثون (Modonald & Dolye, 1999; cohen & Tyrll, 1993; Jenkkins, 2003; Bialiauskas, 2001) على أن هناك علاقة بين أثر الضغوط النفسية والنتيجة التكيفية للفرد في صحته النفسية والجسدية، وتتجسد في التقدير الذهني الذي يعطي للحدث معنى مهددًا وضغطًا، والمقاومة التي تمثل الأساليب المستعملة كاستجابة للضغط. (السميران والمساعد، 2014).

وهذا ما دعا الباحثة إلى إيجاد العلاقة بين أساليب المعيشة والضغوط النفسية من ناحية الأبعاد وليس الدرجة الكلية، وتوصلت إلى نتائج متباينة الاتجاه، إذ وجدت علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب ضبط النفس وكل من الضغوط الصحية والدراسية والاجتماعية والأسرية والانفعالية، وهذا يدل على أن المرضى لديهم القدرة على التريث وإجبار الذات على الانتظار للوقت المناسب، وعلى الرغم من أن هذا الأسلوب يبدو سلبيًا فإنه يجعل الفرد يواجه المواقف الضاغطة بفاعلية. ويتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Takiguchi, 2011) في وجود علاقة بين ضبط النفس والضغوط الصحية.

أما فيما يخص أسلوب حل المشكلات بالتخطيط فوجدنا علاقة ارتباطية موجبة بينها وبين الضغوط الصحية والضغوط الدراسية، وهذا ما يختلف مع دراسة (عودية، 2002) التي توصلت إلى أنه كلما زاد الضغط قل استعمال أسلوب حل المشكلة، وهذا يعني أن العلاقة بينهما عكسية وليست طردية، ويختلف أيضًا مع المنطق وتعريف أسلوب حل المشكلات بالتخطيط في المقياس الذي أكد أنه عندما يكون الفرد قادرًا على حل مشكلاته الشخصية فإن حلها قد يخفف أو يزيل الضغط النفسي الناتج عنها.

أما عن أسلوب وسائل الدفاع ففقد وجد أنها ترتبط إيجابيًا بالضغوط الانفعالية والدراسية والأسرية. ومظاهر الضغوط الانفعالية متعددة، مثل: الغضب، والبكاء، والأرق، والشعور بالذنب؛ وهذه المظاهر تعد من خصائص مرحلة المراهقة، وهي عدم الثبات الانفعالي -لا سيما عند مرضى الربو- الذين يتعرضون لمشكلات صحية، مثل: نوبات الربو التي تعوق سير حياتهم، ومن ثم تؤثر في ممارستهم لأنشطتهم اليومية طبيعيًا أسوة بأقرانهم الأصحاء، فيلجأ مريض الربو إلى حيلة إزاء تلك الضغوط وهي الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة، إذ ينشغل بتخيلات بهدف الهرب من المشكلة.

وهذا ما ينطبق على الضغوط الدراسية التي تتمثل في سوء معاملة المعلمين، وصعوبة المناهج التعليمية، والإخفاق الدراسي، وتوقعات الأهل، والنظام الدراسي، والعقوبات، فكلما زادت تلك الضغوط لجأ المراهق إلى التهرب من حل تلك المشكلات والانخراط في أحلام اليقظة، ويبدو أن هاتين العلاقتين منطقيتان.

وأخيرًا الضغوط الأسرية، إذ تنطوي على المعاملة الوالدية، والصرامة في قواعد التربية، وكذلك المشاحنات مع الوالدين، والغيرة من الإخوة، والرغبة في الانفصال عن الوالدين، ومرض أحد أفراد الأسرة، أو غياب أحد الوالدين عن الأسرة، أو الطلاق. والواضح هنا أن الرابط بين الضغوط الأسرية وأسلوب وسائل الدفاع منطقي، فكلما زادت الضغوط الأسرية زاد التهرب من حل المشكلات والانشغال بأمور بعيدة عن المشكلة، مثل: إدمان الألعاب الإلكترونية، والإسراف في السهر، والأفراط في تناول الطعام، ومرافقة أصدقاء السوء.

ووجدت الباحثة علاقة ارتباطية موجبة بين أسلوب الانعزال والضغط الاجتماعي والضغط الأسرية والضغط الانفعالية، وهذا يعني أنه كلما ارتفعت الضغوط الأسرية والانفعالية والاجتماعية التي تتمثل في مشكلات في العلاقات وصراع الأجيال والقيم وتفاوت العادات والتقاليد والثقافات والطبقات الاجتماعية، لجأ المراهق إلى انفصاله عن المجتمع وانخفاض تفاعلاته مع الآخرين، وهذا ما أكدته دراسة (Van De Ven, Engels, Sawyer, Otten, & Van Den Eijnden, 2007) بأن شدة الضغوط التي يتعرض لها مريض الربو تؤثر في نوعية حياته عموماً وإيجابياً، من خلال أساليب المعيشة السلبية.

أسلوب تجنب الموقف والتحول والضغط الدراسية وجد بينها علاقة ارتباطية موجبة، وهذا يدل على تعرض الفرد لضغوط دراسية، مثل: صعوبة المناهج، وسوء المعاملة من المعلمين، أو الفشل الدراسي، فيلجأ مريض الربو إلى سلوكيات تساعد في تأجيل مواجهة الموقف الضاغط والقيام بأنشطة أخرى، مثل: مشاهدة التلفزيون أو تنظيف الغرفة أو ترك المكان الذي حدثت فيه المشكلة أو اللجوء إلى التخييلات السعيدة، وهذا ما أكدته دراسة (عودية، 2002) التي توصلت إلى أنه كلما زاد الضغط زاد استعمال أساليب التجنب.

وخلصت النتائج أيضاً إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة بين أسلوب الاقتصاد على الممارسات الدينية والضغط الاجتماعي والضغط الصحية والضغط الدراسية والضغط الأسرية، وتعني أنه كلما لجأ مريض الربو إلى الله والتزم وأكثر من الدعاء والعبادات وأصبح الدين مصدراً للدعم الروحي والانفعالي، وسلوكاً وعملاً لتجاوز الموقف الضاغط، انخفضت تلك الضغوط، وتبدو الرابطة منطقية خصوصاً لدى مجتمع محافظ وملتزم بدينه ويعيشه في تفاصيل يومه، وهنا نؤكد ما ذكره لازاروس (1988) بأن ما يؤثر في الصحة النفسية والجسدية ليس الضغط في حد ذاته، وإنما كيفية استجابة الفرد للموقف الضاغط.

أما عن أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي فقد وجد أنه يرتبط سلباً مع الضغوط الاجتماعية والضغط الأسرية، أي أنه كلما توفر الدعم من أفراد العائلة أو الأصدقاء فيما يتعلق بتوفير التشجيع والمشاركة في المصادر الانفعالية والمادية، انخفضت الضغوط الاجتماعية والأسرية، وهذه العلاقة منطقية وتؤكد نتائج دراسة (Takiguchi, 2011) التي توصلت إلى أن الدعم الاجتماعي قلل من زيارة غرفة الطوارئ بالنسبة لمرضى الربو، وهذا يدل على أثر المساندة الاجتماعية الإيجابي المباشر في حياة المريض.

أسلوب ممارسة عادات معينة والضغط الاجتماعية والضغط الصحية وجدت بينها علاقة ارتباطية سالبة، ويتضمن هذا الأسلوب العديد من العادات التي يمارسها الأفراد لمواجهة الموقف الضاغط، مثل: قضم الأظفار، واللجوء إلى الأكل الزائد، والتدخين، وتناول بعض الأدوية والمهدئات، وفرقة الأصابع، وعلى الرغم من أنها تصنف من أساليب المعيشة المركزة على الانفعال، فإن هذا المدخل يمكن أن يكون تكيفياً على المدى القصير، وانخفاض الضغوط ما هو إلا انخفاض مؤقت ويبدو ضعيف الفاعلية أمام استمرار الأحداث المهددة (عودية، 2002).

وخلصت نتائج أسلوب العدوان إلى وجود علاقة ارتباطية سالبة مع الضغوط الصحية، وتعني أنه كلما استعمل المريض سلوكيات إلحاق الأذى المادي بالأفراد أو الحيوانات أو الأشياء، أو لجأ للأذى اللفظي كتوجيه الشتائم إلى الآخرين، انخفضت الضغوط الصحية، وتبدو العلاقة هنا غير واقعية.

وأخيراً أسلوب الاسترخاء والضغط الاجتماعية، إذ كانت العلاقة ارتباطية سالبة، وهذا يدل على أنه كلما لجأ المريض إلى استخدام إجراءات الاسترخاء وخفض الإثارة وضبط التفكير، أو القيام بحركات جسمية لتقليل مستوى التوتر أو الضغط، انخفضت الضغوط الاجتماعية، وهذا المتوقع، لأن فنية الاسترخاء تساعد في التخفيف من القلق في العلاقات مع الآخرين، وهذا مرتبط بالضغط الاجتماعي.

مناقشة السؤال الأول:

في ضوء الإجراءات الإحصائية أمكن ترتيب مصادر الضغوط النفسية التي يعانيها مرضى الربو المزمن كما يأتي: أولاً- الضغوط الانفعالية، ثانياً- الضغوط الصحية، ثالثاً- الضغوط الدراسية، رابعاً- الضغوط الأسرية، خامساً- الضغوط الاجتماعية، سادساً- الضغوط الاقتصادية. وهذه النتائج تتفق جزئياً مع نتائج دراسة (دحماني ودومان، 2015) إذ توصل إلى أن معظم الحالات تعاني ضغوطاً نفسية لكن بدرجات متفاوتة، وفي المقدمة كشف عن مدى معاناة هذه الفئة ومدى حساسيتها تجاه مرض الربو، وذلك من خلال العبارات التي تشير إلى مشاعر الضيق والتوتر، وعدم الشعور بالهدوء، وسرعة الانفعال والشعور بالقلق الدائم، وعدم الراحة الذي يصاحبه الخوف من المستقبل، وهذا ما يؤكد أن الضغوط الانفعالية متصدرة لدى مرضى الربو المزمن.

وتعزو الباحثة حصول الضغوط الانفعالية على المرتبة الأولى كأبرز مصادر الضغوط النفسية التي يعانيها مرضى الربو المزمن، إلى طبيعة المرحلة النمائية التي يمرون بها، إذ تتميز مرحلة المراهقة بخصائص عدة ومن أهمها التغيرات الانفعالية والمزاجية التي تتسم بعدم الثبات والتناقض الوجداني (زهران، 1986)، وتأتي في المرتبة الثانية الضغوط الصحية، وتعد نتيجة منطقية نظراً لطبيعة المرض المزمن فإن حالات الاعتلال والانتكاسات المتواصلة في الحالة البدنية قد تؤثر بدورها في حياة المريض النفسية واستجاباته السلوكية إلى جانب تأثيرات أخرى مهمة كالعلاجات الدوائية وما يصاحبها من استجابات جسمية والقيود المفروضة على نمط حياة معين كما حالة مرضى الربو (ساعد، 2019). أما في المرتبة الثالثة فكانت الضغوط الدراسية، إذ حصلت عبارة (أرهق من كثرة الامتحانات طوال الفصل الدراسي) على أعلى متوسط مقارنة ببقية البنود، ومن الممكن ربطها بآثار مرض الربو وما يسببه من وهن وضعف جسدي. وفي المرتبة الرابعة الضغوط الأسرية، وبناء على استبانة البحث حصل سؤال (تخاف أسرتي على مستقبلي) كأبرز الضغوط الأسرية، وهذا ما يتعاكس مع خصائص نمو المراهق، إذ يميل إلى الرغبة في الشعور بالاستقلالية وإثبات ذاته وقدرته على إدارة أمور حياته العلمية والعملية. وفي المرتبة الخامسة جاءت الضغوط الاجتماعية، إذ يميل المراهق في هذه المرحلة إلى إشباع حاجاته الاجتماعية، مثل بناء العلاقات الشخصية مع الأقران ومشاركتهم في الأنشطة المختلفة، وهذه العلامات دليل على النمو الصحيح ما لم يتخطها إلى محاولة تعطيل إنتاجيته أو عدم رضاه عن نفسه أو عن المجتمع، وهذا التفسير يناسب العبارات التي حصلت على أعلى درجة متوسط، وهي على التوالي: أفضل الوحدة والجلوس بمفردي بعيداً عن الآخرين، وتقيد العادات والتقاليد الاجتماعية كثيراً من رغباتي، وأشعر بكراهية البعض لي. وأخيراً حصلت الضغوط الاقتصادية على الترتيب الأخير، وهذا يدل على ارتفاع مستوى المعيشة لدى عينة البحث، وعليه انخفضت الضغوط الاقتصادية.

مناقشة السؤال الثاني:

في ضوء الإجراءات الإحصائية أمكن ترتيب أساليب المعيشة المركزة على المشكلة التي يستخدمها مرضى الربو المزمن كما يأتي: أولاً- أسلوب إعادة البناء المعرفي، ثانياً- أسلوب حل المشكلات بالتخطيط، ثالثاً- أسلوب الإيجابية، رابعاً- أسلوب ضبط النفس، خامساً- أسلوب تحمل المسؤولية، سادساً- أسلوب تنظيم الوقت، سابعاً- أسلوب البحث عن الدعم الاجتماعي.

وهذه النتيجة أظهرت أن أسلوب إعادة البناء المعرفي الذي يعرف بأنه: "قدرة الفرد على تغيير تفكيره لخفض الضغط، وهذا الأسلوب يركز على تغيير الأفكار غير الواقعية وغير العقلانية التي يحملها الفرد عن الموقف، فمن خلال تغيير أفكاره فإن ذلك سيؤثر في استجاباته الانفعالية، ويتضمن هذا الأسلوب قدرة الفرد على ضبط أفكاره والسيطرة عليها" (العززي، 2011)، حصل على المرتبة الأولى من بين أساليب المعيشة المركزة على المشكلة التي يستعملها مرضى الربو المزمن، وهذه النتيجة تتسق مع تصنيف أساليب المعيشة المركزة حول المشكلة التي تسعى لفهم وتفسير المواقف الضاغطة فهماً أفضل، لذلك لم نجد علاقة ارتباطية دالة بين أسلوب إعادة البناء المعرفي والضغوط النفسية بجميع أبعادها. وفي المرتبة الثانية أسلوب حل المشكلات بالتخطيط. وجاء أسلوب الإيجابية

في المرتبة الثالثة، ويُعرّف بأنه: "الأسلوب الذي يقوم به الفرد من أفعال توجه مباشرة نحو مصدر المشكلة في محاولة مستمرة لزيادة أو تعديل الجهد بغية الحل والتخلص من الموقف الضاغط" (العززي، 2011). أما أساليب المعايضة المركزة على الانفعال فيمكن ترتيبها على النحو الآتي: أولاً- أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية، ثانياً- أسلوب الانعزال، ثالثاً- أسلوب الاسترخاء، رابعاً- أسلوب تجنب الموقف والتحول عنه، خامساً- أسلوب وسائل الدفاع، سادساً- أسلوب ممارسة عادات معينة، سابعاً- أسلوب العدوان.

حصل أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية على المرتبة الأولى، ويعرف بأنه: أسلوب يتضمن الإكثار من الدعاء والعبادات، إذ يصبح الدين مصدراً للدعم الروحي والانفعالي، وسلوكاً وعملاً لتجاوز الموقف الضاغط، وهذا ما أثبتته نتائج عينة البحث، إذ كانت علاقة الارتباط عكسية بين أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية والضغوط النفسية، وهذه النتيجة تتفق إلى حدٍّ ما مع النموذج المتعدد الأبعاد لجرانز فورت (1998)، الذي يشير إلى أن استخدام الفرد لأساليب المعايضة يعزى إلى هويته وتفاعله مع السياق الاجتماعي وقيمة الثقافية ومعتقداته (الشاوي، 2010)، وبناء على ما سبق، قد يعود السبب في حصول أسلوب الاقتصار على الممارسات الدينية على المرتبة الأولى من بين الأساليب الأخرى بسبب تمسك مجتمع العينة بالقيم الدينية والإيمان بالقضاء والقدر. وأيضاً يوجد احتمال آخر وهو عدم مقدرة أفراد العينة على الإجابة بكل مصداقية على الأبعاد التي تخص الجانب الديني، وهذا ما لوحظ في إجابات الاستبانة، إذ تكرر خطأ عدة مرات وهو (اختيار خيار أبداً ثم التراجع واختيار خيار دائماً) على بعد يقيس الجانب الديني. وجاء في المرتبة الثانية أسلوب الانعزال، إذ أكدت الدراسات الآتية: (حمودة، 2006؛ عودية، 2002؛ ساعد، 2019) ارتفاع أسلوب التجنب لدى مرضى الربو وعلاقته الطردية مع الضغوط النفسية، وهذا ما توصلت إليه نتائج البحث الحالي، إذ وجدت علاقة ارتباطية طردية بين أسلوب الانعزال والضغوط الاجتماعية والضغوط الأسرية والضغوط الانفعالية. وأخيراً جاء أسلوب الاسترخاء في المرتبة الثالثة.

مناقشة الفرض الثاني والثالث والرابع:

خلصت النتائج إلى الآتي:

عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الضغوط النفسية والعمر. في المقابل وجدت الباحثة فروقاً ذات دلالة إحصائية بين الضغوط النفسية والنوع، وكان ذلك لصالح الإناث، ويدل ذلك على أن الإناث يعانون ضغوطاً نفسية أكثر من الذكور. وهذا ما أكدته دراسة (Mendes, Sant, Clemax, Bazhuni & March, 2013)، إذ توصلت إلى ارتفاع الضغوط النفسية لدى الإناث. ولم تجد الباحثة فروقاً ذات دلالة بين الضغوط النفسية والحالة الاقتصادية، وهذا ما يختلف مع الدراستين (دحماني ودومان، 2015) و (Mendes, Sant, Clemax, Bazhuni & March, 2013) إذ توصلوا إلى وجود علاقة سالبة بين الضغوط والحالة الاقتصادية، ومن المتوقع أن الباحثة لم تجد فروقاً، وذلك بسبب أن عينة البحث تتمتع بحالة اقتصادية جيدة، إذ كان عددهم (63) من أصل (70) وضعهم الاقتصادي من متوسط إلى عالٍ، وسبعة أفراد فقط يشكون وضعاً اقتصادياً منخفضاً.

مناقشة الفرض الخامس والسادس والسابع:

وخلصت النتائج إلى الآتي:

وجدت الباحثة فروقاً ذات دلالة إحصائية في أساليب المعايضة المركزة على المشكلة تبعاً للفئة العمرية، وكانت لصالح المراهقة المتوسطة، ويمكننا عزو ذلك إلى تطور نمو العمليات والقدرات الذهنية مع التقدم في العمر. في حين لم تجد فروقاً في أساليب المعايضة المركزة على الانفعال. وأيضاً لم تجد فروقاً دالة إحصائية في أساليب المعايضة وفقاً للنوع، وهذا ما أكدته نتائج الدراسات التالية بخلاف الدراستين الأخيره، إذ توصلت دراسة (Nia, Aliloo, & Ansarin, 2010) إلى أنه لا يوجد اختلافات بين الذكور والإناث في استخدام أساليب المعايضة. وفي دراسة (ساعد، 2019) لم يجد فروقاً تعزى للنوع في كل أساليب المعايضة. وتوصلت دراسة (Braido et al., 2012) إلى أن الإناث يميلن إلى استخدام أساليب المعايضة المتجنبة أكثر من الذكور. أما دراسة (Petersen,

(Schmidt, & Bullinger, 2006) فكانت آثار التفاعل بين العمر والنوع ليست كبيرة، إلا أن الفتيات سجّلن أعلى بكثير من الذكور في بعد التفاعل العاطفي، وحصلن في بعد القبول على درجات منخفضة. وأخيرًا وجدت الباحثة فروقًا ذات دلالة في أساليب المعاشية المركزة على الانفعال تبعًا للحالة الاقتصادية تعود إلى الفرق بين الوضع الاقتصادي المرتفع والمنخفض، وكانت لصالح الحالة الاقتصادية المرتفعة. ويعني ذلك أنه كلما كان المريض يتمتع بوضع اقتصادي جيد ارتفع استعماله لأساليب المعاشية المركزة على الانفعال.

في ختام هذا المبحث الذي خصصناه لعرض ومناقشة نتائج البحث في ضوء الإطار النظري الذي انطلقت منه الباحثة والدراسات السابقة، يمكن القول إن النتائج جاءت في بعض جوانبها متسقة مع عدد من الأطر النظرية والدراسات السابقة، في حين كشفت نتائج أخرى عن بعض الاختلافات فيما يتعلق بالعلاقة بين الضغوط النفسية وأساليب المعاشية، والفروق بين بعض المتغيرات الديموغرافية للبحث. وتعتقد الباحثة أن الاختلاف ربما يرجع إلى أسباب ثقافية، بما أن جميع الدراسات السابقة التي تناولها البحث عالمية أو عربية، ولا توجد دراسة محلية. ومن هذه النتائج يمكننا أن نؤكد ضرورة النظر والتعمق أكثر في المتغيرات النفسية وخصوصا المتعلقة منها بالانفعالات والمزاج بحكم ارتفاع الضغوط الانفعالية لدى مرضى الربو، ويمكن أن تفسر جزءًا من لجوء المرضى إلى بعض الأساليب دون الأخرى. والقصد هنا الوصول إلى فهم متكامل يشمل متغيرات نفسية أخرى لم يتطرق لها البحث كفايةً.

التوصيات:

في ضوء النتائج التي خلص إليها البحث، فإن الباحثة توصي بما يأتي:

التوصيات النظرية:

- 1- الحاجة الملحة لتنشيط دور الإرشاد المدرسي، وتفعيل دوره في المدارس، كي تؤدي وظائفها وأهدافها ومساعدة الطلاب في مواجهة ضغوطهم النفسية بالتدخل المبكر، لكي يتمتعوا بصحة نفسية صحيحة.
- 2- أهمية قيام الوالدين بالاهتمام بأبنائهما المراهقين، وإعطائهم القدر الكافي من الثقة والدعم والمساندة، حتى يتمكنوا من التغلب على الأحداث الضاغطة التي تواجههم في حياتهم العلمية والعملية.

التوصيات العملية:

- 1- تصميم وتنفيذ برامج تدخل نفسي لمعالجة الضغوط النفسية عامة لدى المصابين بأمراض مزمنة، وخاصة مرضى الربو، نظرًا لطبيعة المرض وما يسببه من صعوبات حياتية.
- 2- تسليط الضوء والتركيز على إجراء بحوث لمرضى الربو المزمن، والتعرف إلى الاضطرابات والصعوبات النفسية المصاحبة لحالتهم المرضية التي تؤدي إلى مضاعفات لوضعهم الصحي والنفسي.
- 3- تبني برامج صحية للتوعية بمرض الربو المزمن، والأهم تثقيفهم لكيفية التعامل والتحكم بنوبات الربو.
- 4- الاهتمام بتوجيه برامج إرشادية لأسر مرضى الربو المزمن، ليسهموا في الدعم الأسري والاجتماعي.

الدراسات المقترحة:

تقترح الباحثة في ضوء نتائج البحث إجراء الدراسات المستقبلية الآتية:

دراسات مسحية:

- 1- تقييم أساليب المعاشية لدى المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن.
- 2- الضغوط النفسية المتعلقة بمرض الربو المزمن لدى المصابين.

دراسات ارتباطية:

- 1- العلاقة بين أساليب معاشية الضغوط النفسية وسمات الشخصية لدى مرضى الربو المزمن.
- 2- القلق والاكتئاب لدى مرضى الربو المزمن وعلاقتهما بالضغوط النفسية وأساليب المعاشية.

دراسات تجريبية:

- 1- فاعلية برنامج علاج ذهني سلوكي لخفض الضغوط النفسية وتحسين جودة الحياة لدى المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن.
- 2- فاعلية برنامج علاج ذهني سلوكي لزيادة الصلابة النفسية وخفض الضغوط النفسية لدى المراهقين المصابين بمرض الربو المزمن.

في ختام هذا البحث يمكن القول إن مرضى الربو المتكررين على المؤسسات الصحية المحلية ما زالوا عرضة للضغوط النفسية التي ينبغي لهم مواجهتها في سياق حياتهم بأبعادها النفسية والاجتماعية. وتوصل البحث إلى أكثر مصادر الضغوط النفسية التي يعانيها المرضى وأيضاً إلى أكثر أساليب المعيشة استعمالاً لديهم، إذ لم يُحدّد ذلك مسبقاً على عينة محلية، وهذه النتائج الفريدة التي توصلت إليها الباحثة سوف تساعد المتخصصين في بناء برامج علاجية أو إرشادية أو توعوية وفقاً لخصائص المجتمع السعودي، وبالأخص مرضى الربو المزمن.

المراجع:

- السميران، ثامر حسين. والمساعد، عبدالكريم عبدالله. (2014). سيكولوجية الضغوط النفسية واساليب التعامل معها، دار الحامد. عمان، الأردن.
- الشاوي، سليمان إبراهيم. (2010). استراتيجيات المواجهة وعلاقتها بالضغوط النفسية لدى طلاب المرحلة الجامعية في مدينة الرياض. (اطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الامام محمد بن سعود الإسلامية). كتاب بديا.
- العبدالله، فايزة غازي. (2014). استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية وعلاقتها بأساليب المعاملة الوالدية عند اليافعين في مدارس مدينة دمشق الثانوية. (رسالة دكتوراه منشورة، جامعة دمشق). قاعدة البيانات شمعة.
- العنزي، أحمد قريبان. (2011). مقياس أساليب مواجهة الضغوط النفسية. كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- القشيشي، هبه ابراهيم. (2015). الاضطرابات النفسية والضغوط والرضا عن الحياة لدى مريضات الربو. رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية، 25(2)، 313-289.
- النايلسي، محمد أحمد. (1998). العلاج النفسي للطفل الربوي. مجلة التربية، (125) 227-232.
- الهاشمي، لوكيا. (2006). الإجهاد. دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع. الجزائر.
- ايريس، جون. (2013). الربو (هنادي مزبودي، مترجم). مكتبة الملك فهد الوطنية. (العمل الأصلي نشر في 2010).
- تايلور، شيلي. (2008). علم النفس الصحي (وسام درويش بريك وفوزي شاكرا داود، مترجم). دار الحامد للتوزيع والنشر. (العمل الأصلي نشر في 1990).
- حسين، طه عبدالعظيم. وحسين، سلامة عبدالعظيم. (2006). استراتيجية ادارة الضغوط التربوية والنفسية، ط3، دار الفكر للتوزيع والنشر. عمان، الأردن.
- حمودة، حكيمة ايت. (2006). دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية. (أطروحة دكتوراه منشورة، جامعة الجزائر). المكتبة الرقمية لجامعة المدينة العالمية.

- خليفة، وليد سرحان. وعيسى، مراد علي. (2008). الضغوط النفسية والتخلف العقلي. دار الوفاء الدنيا للنشر والتوزيع. الأسكندرية، مصر.
- دحماني، تسعديت. ودومان، كريمة. (2015). الضغط النفسي لدى المراهق المصاب بمرض الربو. (رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة البويرة). محرك البحث جوجل الباحث العلمي.
- دردير، نشوى كرم. (2007). الاحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ،ب) وعلاقته بأساليب مواجهة المشكلات. (رسالة ماجستير منشورة، جامعة الفيوم). قاعدة البيانات الكشاف.
- ساعد، شفيق. (2019). مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية. (أطروحة دكتوراة منشورة، جامعة محمد خضير). محرك البحث جوجل الباحث العلمي.
- ساندرسون، كاترينا. (2019). علم نفس الصحة. (مراد علي عيسى وتيسير الياس شواش، مترجم). دار الفكر للتوزيع والنشر. (العمل الأصلي نشر في 1968).
- عودية، ولديجي حورية. (2002). علاقة الضغط النفسي باستراتيجيات المقاومة والاكتئاب عند المصابين بمرض الربو. (رسالة ماجستير منشورة، جامعة الجزائر). محرك البحث جوجل الباحث العلمي.
- غربي، امال. (2018). علاقة استراتيجيات التعامل والاكتئاب بمدة المرض لدى المصابين بالربو. مجلة الحكمة للدراسات التربوية، (14)، 177-192.
- منظمة الصحة العالمية. (2011). الامراض التنفسية المزمنة. <https://www.who.int/respiratory/asthma/ar>
- وزارة الصحة السعودية، الإدارة العامة للبرامج الصحية والأمراض المزمنة. (2016). دليل كادر التمريض لمكافحة الربو. مكتبة الملك فهد الوطنية.
- وزارة الصحة السعودية. (2018). الربو، الأسباب، الاعراض، العلاج. <https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/Diseases/Chest/Page/s/001.aspx>
- وزارة الصحة السعودية. (2020). الربو، الأسباب، الاعراض، العلاج. <https://www.moh.gov.sa/HealthAwareness/EducationalContent/Diseases/Chest/Pages/Asthma.aspx>
- وكالة الانباء السعودية. (2008، مايو1) البرنامج الوطني للتحكم بالربو. وكالة الانباء السعودية. <https://www.spa.gov.sa/551656?lang=ar&newsid=551656>
- يوسف، حدة بلقاسم. (2016). الاستراتيجيات الارشادية لتخفيف الضغوط النفسية وتنمية الصحة النفسية. دار اسامة للنشر. عمان، الأردن.

Alati R, O'Callaghan M, Najman J.M, Williams G.M, Bor W,& Lawlor D.A. (2005). Asthma and internalizing behavior problems in adolescence. School of Population Health, University of Queensland.

Asthma. (2019, November 7). Physiopedia. <https://www.physio-pedia.com/index.php?title=Asthma&oldid=225435>.

Braido, F., Baiardini, I., Bordo, A., Menoni, S., Di Marco, F., Centanni, S., Canonica, G. W. (2012). Coping with asthma: Is the physician able to identify patient's behavior. *Respiratory Medicine*, 106(12), 1625-30.

Cottraux, J., Burn, B. (1990). *Psychothérapie cognitive de la depression*. MASSON.

Dantzer, R, Schweitzer, M, B.(1994). Introduction à la psychologie de santé. *Sciences Sociales et Santé*, 14(3), 117-121.

Dunton, G., Dzubur, E., Li, M., Huh, J., Intille, S., & McConnell, R. (2016). Momentary assessment of psychosocial stressors, context, and asthma symptoms in hispanic adolescents. *Behavior Modification*, 40(1-2), 257.

Felton B.J., & Revenson, T.A. (1984). Coping with chronic illness: A study of illness controllability and the influence of coping strategies on psychological adjustment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52(3), 343-353.

Fields, J., & Casper, L. M. (2001). The effects of family functioning, child behaviors, and asthma beliefs on asthma management in children and adolescents. *Journal of Pediatric Psychology*, 29 (7), 475–491.

González-Freire, B., Vázquez-Rodríguez, I., Marcos-Velázquez, P., & de, I. C. (2010). Repression and coping styles in asthmatic patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 17(3), 220-229.

Iosifyan, M., Flahault, C., & Arina, G. (2016). Values, Coping Strategies, and Psychopathological Symptoms Among Adolescents with Asthma: A Cross-Cultural Study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(5), 680–695.

Kemeny, M. E. (1994). Stressful events, psychological responses, and progression of HIV infection. In R. Glaser & J. K. Kiecolt-Glaser (Eds.), *Handbook of human stress and immunity* (pp. 245–266). Academic Press.

Lazarus R.S & Folkman, S. (1984). *Psychological Stress and the coping process*. McGraw Hill.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. McGraw Hill.

Lind, N., Nordin, M., Palmquist, E., Claeson, A., Millqvist, E. (2015). Coping and Social Support in Asthma and Allergy: The Västerbotten Environmental Health Study. *Journal of Asthma*, 52(6), 622-629

Marsac, M. L., Funk, J. B., & Nelson, L. (2007). Coping styles, psychological functioning and quality of life in children with asthma. *Child Care Health and Development*, 33(4), 360-367.

Mendes, M., Sant A., Clemax D.M., Bazhuni, F., March, P. (2013). STRESS IN CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ASTHMA. *Journal of Human Development*, 23. 80-86.

Nia, M. E., Aliloo, M. M., & Ansarin, K. (2010). The role of stress and coping strategies in the emergence of asthma, and the moderating effects of gender in this illness. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 5, 910–914.

Petersen, C., Schmidt, S., & Bullinger, M. (2006). Coping with a chronic pediatric health condition and health-related quality of life. *European Psychologist*, 11(1), 50-56.

Price, J., & Kemp, J. (1999). The problems of treating adolescent asthma: what are the alternatives to inhaled therapy. *Respiratory medicine*, 93(10), 677–684.

Pierluigi, Graziani & joel Swendsen. (2004). *le Stress èmotion et Stratégies D'adaptation* edition. Nathan.

Rhee, H , Wenzel, J, Steeves, R H. (2007). Adolescents' Psychosocial Experiences Living with Asthma A Focus Group Study. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(2), 99-107.

Rutter, M. (1981). Stress Coping and Development Some Issues and Some Questions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 22, 323-356.

Sandberg, S., Paton JY, Ahola S., McCann DC., McGuinness D., Hillary CR, et al. (2000). The role of acute and chronic stress in asthma attacks in children. *The Lancet*, 356(9234), 982-7.

Sarafino, E.P.(2002). *Health Psychology Bio psychological international*. John wiley and sons.

Schreier, H. M. C., & Chen, E. (2008). Prospective associations between coping and health among youth with asthma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(5), 790-798.

Takiguchi, S. A. (2011). The association of coping strategies on emergency room visits in patients with acute asthma (Publication No. 3415921) [Doctoral dissertation, UNIVERSITY OF HAWAII]. ProQuest.

Van De Ven, M. O., Engels, R. C., Sawyer, S. M., Otten, R., & Van Den Eijnden, R. J. (2007). The role of coping strategies in quality of life of adolescents with asthma. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 16(4), 625–634.

Villa, G., Hyder, R., Adler, B. & west, N.M. (2003). Psychology and Quality of life for adolescents with Asthma and their parents. *Psychosomatics*, 44 (4), 319-328.