

" الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس "

أ.د/ رشيد مسيلي
جامعة الجزائر -2-
د/ فاضلي أحمد.
جامعة البليدة

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية لمحاولة الكشف عن الأساليب التي يستخدمها محاولوا الانتحار في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم ، وأسباب معاودة هذا السلوك التدميري من خلال بعض المميزات المعرفية والشخصية المتمثلة في كل من الاكتئاب واليأس .ولهذا الغرض لجأ فريق البحث لاستخدام المنهج الوصفي المقارن لاجئين لاستعمال بطرية من المقاييس اشتملت على استبيان بهدف جمع البيانات واستبيان إدراك الضغط لفنستين واستبيان أساليب التعامل لفولكمان ولزاروس وكذا مقياس بيك Beck للاكتئاب و مقياس بيك Beck لليأس . طبقت هذه المقاييس على عينة مكونة من 75 فردا حاولوا الانتحار بمعدل مرة إلى أربع مرات .

أسفرت النتائج على وجود فروق دالة إحصائيا في مستويات إدراك الضغط النفسي واستراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي بين الفئات الثلاث المحاولة للانتحار، بالإضافة لورود فروق أخرى دالة إحصائيا في متغيري الاكتئاب واليأس.

1- مقدمة وإشكالية الدراسة :

يعد الانتحار ظاهرة إنسانية صاحبت الوجود البشري منذ البدايات الأولى حتى اليوم ، ففي جل الجماعات الإنسانية على تغاير حضاراتها يوجد بعض الأفراد الذين يقدمون على الانتحار بصورة ما ، فضلا عن ذلك فإن الإحصاءات الجنائية في معظم دول العالم تشير إلى أن الإقبال على الانتحار يكثر تكراره وترتفع نسبته مع تقدم الزمن ، مرتبطا بانتشار التصنيع ومصاحبا لما هو ملحوظ من تعقد الحياة وتشابك في المصالح وآلية في العلاقات وتفكك في الكثير من الجماعات في العصور الحديثة بوجه خاص ، من هذا المنطلق يمكن إدراج مشكلة السلوك الانتحاري ضمن المسائل المعقدة التي تؤرق الباحثين في مجال الصحة العمومية، إذ تتحد فيها عوامل متعددة نفسية واجتماعية وعضوية، فهو مشكلة اجتماعية من حيث فرط انتشاره في جميع الأوساط والفئات العمرية وتعاضمه لدى الشباب وارتباط ذلك بالارتفاع المطرد والمستمر والذي يشير إلى دالة اختلال في العلاقات الاجتماعية ، أما من الناحية النفسية فهو يؤكد حدوث خلل على مستوى توافق الفرد وهشاشة الشخصية واضطراب شديد على مستوى الصحة النفسية ، كما يعتبر عضويا لتدخل العوامل البيولوجية وما يرتبط بها من تبدلات وتغيرات في كيمياء المخ (مكرم سمعان، 1964).

وتظهر الدراسات الابدبيولوجية أن الانتحار يعرف تعاظما في كل الدول وهذا ما ذهب إليه زياد عدوان (1990) حين أقر أن الانتحار يعد مشكلة صحة كبرى ، فمنظمة الصحة العالمية (who) تقدر أن حوالي 1000 شخص يقتلون أنفسهم يوميا ، وأن الانتحار يصنف بين الأسباب الخمسة إلى العشرة الأولى المؤدية إلى الموت في أمريكا الشمالية ومعظم الدول الأوربيةة .كما يضيف مورون (1994) Moron أن

الشيء المؤكد هو أن الانتحار ظاهرة عالمية سواء من حيث انتشارها عبر الأزمنة أو الأماكن ، ويؤكد ويلموت وآخرون (1986) Wilmotte et al أن المحاولات الانتحارية تعرف تزايدا خلال السنوات الأخيرة بشكل واضح ، وتشير الإحصائيات إلى أن هناك أزيد من 35000 انتحار في أوروبا معظمهم من الشباب . كما أن المحاولات الانتحارية قد وصلت حدا ملفتا للنظر وأصبحت مشكلة متعلقة بالصحة العقلية ولا أحد يملك الحل لهذه المعضلة .

ويمكن أن ننظر للسلوك الانتحاري في الجزائر من خلال ارتباطه حسب بعض المحللين الاجتماعيين كما تؤكد بولبال نوار مربوطة (2004) باستفحال الأزمة الاقتصادية وانحراف الثقافة من جهة وتتصل المؤسسات الاجتماعية المعنية بالتنشئة الاجتماعية عن أداء دورها بفعالية وقدرتها على إكساب الفرد السلوك السوي من جهة أخرى . كما أظهرت دراسة بن الشيخ نور الدين (2004) أن نسبة الانتحار في الجزائر تأخذ في الارتفاع بشكل ملفت للانتباه وبصورة تدعو للقلق ، ومع هذا الارتفاع تعددت الفئات العمرية التي أقيمت وتقبل على الانتحار ، إلا أنه يرى أن المنتحرين يتركزون في الفئة العمرية بين 18-45 سنة ، كما أسفرت دراسته على أن الانتحار منتشر أكثر بين الرجال .

مع كل هذه الظروف التي تحيط بالانتحار والمحاولات الانتحارية إلا أن هناك أرقاما كشفتها إحصائيات عام 2000 في الجزائر والتي قامت بها مصالح المديرية العامة للحماية المدنية عن قيام مصالحتها بالتدخل في 274 حالة بين انتحار ومحاولة الإقدام عليه . حيث سجلت 196 حالة عند الرجال و56 حالة عند النساء كما سجلت 22 محاولة قام بها أطفال قصر ، وهي ظاهرة جديدة مقارنة بالسنوات الماضية .

ومن جهته يؤكد هاروني موسى (2004) على أنه استنادا لمختبر فايزر الذي قام بعرض نتائج أبحاث مجموعة من المختصين السيكا تريين فإن حوالي مليون جزائري يعاني من اكتئاب مشخص سيكاتريا ، والأسباب تعود لانتشار الإرهاب والفقر ، كما يؤكدون أن 5-7% من المجتمع الجزائري (بتقدير 30 مليون نسمة) يعانون من حالة اكتئاب مزمنة ، مرفقة بميول انتحارية ، خاصة في المناطق التي تشهد تدهورا واضحا على المستوى الأمني ، كما أن النساء هن أكثر عرضة لمثل هذه الاضطرابات . كل هذه الظروف ساهمت بشكل واضح في ارتفاع عدد المنتحرين والمحاولين الانتحار . كما يؤكد أنه على سبيل المثال في قسنطينة وحدها سجلت 346 محاولة انتحارية عام 2000 . أما في الجزائر العاصمة يؤكد دائما نفس المصدر أن سنة 2000 تم تسجيل 274 محاولة انتحارية وهذا حسب مصالح الحماية المدنية موزعة بين الجنسين . كما ذهبت بن شيخ فتيحة (2005) Bencheikh Fatiha إلى أن الانتحار في تعاضم على مستوى الجزائر حيث تشير الإحصائيات الواردة من مصالح الدرك الوطني إلى أنه في العشر سنوات الأخيرة تم تسجيل 4411 حالة انتحار ومحاولة انتحارية ، من بينها 3342 حالة انتحار ، موزعة بين 2500 ذكر و 842 أنثى ، 1069 محاولة انتحارية موزعة بين 454 ذكر و 615 أنثى .

تكشف لنا إذن كل هذه الإحصائيات عن وجود ظاهرة أصبحت منتشرة ضمن كل الأوساط وكل الفئات والشرائح العمرية ، وهي في الحقيقة تؤكد على وجود اختلال ما ، يمكن أن ننظر إليه من زوايا متعددة ، نفسية ، اجتماعية واقتصادية ... ولكن ما تحاول الدراسة الحالية تناوله هو محاولة الكشف عن الخصائص النفسية والمعرفية التي تجمع بين فئة المحاولين الانتحار وفهم الأسباب الكامنة وراء معاودة هذا السلوك لأكثر من مرة ، لعل ذلك يمكن في الأخير من فهم الظاهرة وآليات حدوثها ، منطلقين من فكرة أن الانتحار يعتبر دلالة على اختلال تكامل الشخصية واضطراب صحتها النفسية من جراء ما يعانيه الشخص

من تناقضات بين حقوقه والتزاماته أو بين إمكاناته الشخصية والاجتماعية وبين توقعات الآخرين التي تمثّلها في نفسه وأثر كل هذا على إضعاف الأنا وقدرته على تبصر الواقع بكل إمكاناته (زياد عدوان ، 1990) .

ومن حيث أسباب الانتحار فيظهر أن الأمر يعد صعبا في تحديد الأسباب الفعلية لهذا السلوك وهذا بسبب تعقد عوامله وتفاعلها مع بعض ، ومن جملة الأسباب التي يمكن أن تؤدي إلى الانتحار أو الشروع فيه الكوارث المالية والمرض الجسمي ، الغرام ، الحزن والخوف من العار ، الشقاق العائلي ، الفقر ، كما وجد أن نسبة الانتحار عالية بين العاطلين عن العمل والذين لا تتوفر لديهم الطمأنينة في عمل مستقر ومنظم (ناجي الجبوشي ، دون سنة) .

أما زياد عدوان (1990) فيؤكد أن الازدحام والبطالة والسكن الرديء وتعاطي المخدرات والكحول وارتفاع معدل الإجرام والترحال كلها تترافق مع النسب العالية للانتحار. يضيف Haim (نقلا عن 1986 Wilmotte et al) أن السبب الكامن خلف أي محاولة انتحارية يرتبط بالأحداث الحياتية كالفشل في العلاقات الزوجية أو العاطفية ، الإفلاس ، فقدان شخص عزيز ... ولكنه يؤكد أنه لا يوجد أسباب فعلية ، وإلا كان أغلب أفراد المجتمع يقبلون على الانتحار .

هكذا يظهر أن جملة من الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والنفسية تؤثر بشكل واضح على الصحة النفسية وتساهم في نشأة السلوك الانتحاري ، ولكن يمكن أن نتساءل لماذا لا يقبل جميع الأفراد الذين يعيشون تحت نفس الظروف على الانتحار أو محاولته ؟ و يمكن الإجابة على هذا التساؤل من خلال البحث في تباين الشخصية للكشف عما يمكن أن يكون سببا مباشرا أو غير مباشر في هذا السلوك .

وهذا ما يذهب إليه ريش وآخرون (Rich & al 1992) حين يؤكد أن المتغيرات التي يمكن أن تدخل في تفسير الانتحار والسلوك الانتحاري كثيرة ولكن يمكن الإشارة لها والنظر لها من خلال النوع والسلالة ، المشاكل العائلية والاكنتاب واليأس ، الشعور بعدم القيمة والصراع بين الأشخاص ، بالإضافة إلى العزلة الاجتماعية ، إلى جانب سوء استخدام العقاقير والكحول ، كما يمكن إضافة متغير مهم وهو الأحداث الضاغطة .

ومن جهته يرى حسين فايد -أ- (2001) أن التقدم التكنولوجي السريع والضغط الاقتصادي الشديدة التي يتميز بها العصر الحالي جعل الانتحار ظاهرة سلوكية واسعة الانتشار ، تكاد تشمل العالم بأسره ، وذلك نتيجة الاحباطات التي يقابلها الأفراد وعجزهم عن ملاحقة هذا العصر مما يشعرهم بالاكنتاب واليأس ويدفعهم إلى التفكير في الانتحار . كما قد يؤدي الشعور القهري بالعزلة والاعترا ب حسب محمد مياصة (1972) إلى تنمية الدوافع والميول الانتحارية ، وهذا لما لهذا الشعور من آثار على اختلال الشخصية بكاملها ، كما لوحظ أن الشعور بالعزلة يعتبر قاسما مشتركا بين كل حالات الانتحار .

ومن حيث الأسباب النفسية الكامنة خلف الانتحار والمحاولات الانتحارية يظهر أن جملة البحوث المهمة بهذا السلوك تؤكد على عدة أسباب ذكرنا بعضها فيما تقدم ولكن معظم الدراسات النفسية الحديثة حاولت أن تستقصي الأسباب الفعلية التي يمكن أن تكون دافعة لهذا السلوك ، ولعل أهم سبب من ضمن الأسباب الرئيسية التي أسفرت عنها الدراسات وجود عامل ضغط عالي لدى هذه الفئة أو ما يسمى بمستويات إدراك الضغط المرتفعة ، إذا لا يعتبر مصدر الضغط كافيا لوحده كي تعطل الصحة النفسية والجسمية بقدر ما تؤثر طريقة تقييم الأفراد وإدراكهم لمصادر الضغط .

وتعتبر الضغوط تحدي عوامل غير سارة لطاقة التأقلم والتكيف للفرد والتي تعتمد على كمية الشدة أو الانعصاب اللازمة لنشأة الأمراض النفسية على تكوين واستعداد الفرد (أحمد عكاشة ، 1986) . ولا

ريب أن لكل فرد رغبات قد تتعارض مع البيئة مما يجعل الفرد يعيش حالة من الضغط ، ولكن لكل فرد أسلوبه في حل المشكلات والتغلب على المواقف المؤلمة ، إذ يوجد من يستسلم وينسحب من الموقف وهناك من يلجأ إلى المواجهة وهذا ما يسمى باستراتيجيات التعامل مع الضغوط التي تتفاوت في درجات فعاليتها .

ولا تؤثر طريقة إدراك الفرد للضغط دون تدخل متغيرات أخرى تتركز أساسا على استراتيجيات التعامل ، فكل الناس يتعرضون للضغط ولمصادره المختلفة لكن الفرق بينهم يكمن في أساليب التعامل معها. وتجدر الإشارة إلى أنه لا توجد إستراتيجية واحدة تكون فعالة في كل المواقف الضاغطة ويستخدمها الأفراد في التغلب على كل حدث طاغ يواجههم في حياتهم ، غير أن البحوث تشير إلى أن استراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة في مواجهة الضغوط تكون أكثر فاعلية من استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال . بل إن هناك من يشير إلى أن فاعلية كل من هذين النوعين من الاستراتيجيات لا يعتمد فقط على نوعها بل أيضا على سياق الموقف و المصادر الشخصية المتاحة لدى الفرد ، وذلك من حيث أن كلا من التقييم المعرفي واستراتيجيات التعامل يتوسطان العلاقة بين الضغط وعملية التسوية طبقا لنموذج لازاروس وفولكمان Lazarus, Folkman عن الضغوط (طه حسين ، سلامة حسين ، 2006).

يضيف باترسون (1997) Paterson أن الأفراد ليسوا دائما ضحايا مستسلمين وسلبيين للمواقف الضاغطة التي يواجهونها ، فهم عادة يحاولون تقليل أو تخفيف الضغوط بواسطة التفكير والشعور أو السلوك بطرق محددة ، بمعنى مواجهتها ، وما يجعل موضوع المواجهة موضوعا هاما لعلماء النفس هو أن الأفراد يواجهون الضغوط بطرق متنوعة، بعضها فعال ناجح والبعض الآخر غير ذلك .

إلا أن استمرار مصادر الضغط وعدم فعالية الاستراتيجيات المتبناة من قبل الفرد وفشل هذه الأساليب في مواجهة المواقف الضاغطة تؤدي إلى ظهور بعض الاضطرابات الجسمية والنفسية وهي التي تقابل مرحلة الإنهاك -المرحلة الأخيرة لزملة التكيف العام عند سيلبي - حيث فشل مرحلة المقاومة يؤدي إلى المرض الجسدي أو النفسي وأحيانا الوفاة (بشرى إسماعيل ، 2004).

ومن بين انعكاسات الضغط على الصحة النفسية ميل بعض الأفراد ربما بسبب فشل أساليب تعاملهم مع الضغوط إلى محاولة الانتحار أو التفكير فيه والتخطيط له وربما نجاح البعض فيه، ولهذا يشير حسين فايد (2001) -أ- إلى أن الانتحار ظاهرة ازداد تواترها في هذا العصر المحمل بالأعباء والضغوط التي لا يمكن تحييدها بسبب تعقد الظروف الاجتماعية والاقتصادية والطموحات الشخصية ، خاصة لدى جيل الشباب .كما يؤكد وينمان (1981) (نقلا عن بشرى إسماعيل ، 2004) أنه إذا فشلت استراتيجيات التعامل المختلفة يبدأ الفرد في الشعور بفقدان الأمل واليأس والعجز ، حيث يرى أن الموقف يصعب عليه حله ، ويزداد هذا الشعور وبأنه لا يمكنه التحكم أو السيطرة في أحداث الحياة ، ومن المحتمل أن يؤدي هذا الشعور باليأس والعجز إلى ظهور المشاعر الاكتئابية والتي إن زادت تؤدي إلى الأفكار وأحيانا إلى الأفعال الانتحارية ، حيث استنتج لازاروس (1986) Lazarus أن القلق والاكتئاب والغضب هي نتيجة لفشل أساليب التعامل مع الضغوط .

ويظهر أن من بين انعكاسات استمرارية معاشية الضغط النفسي ظهور اضطرابات إذا ترافقت مع بعض المميزات الشخصية والمعرفية ظهرت المحاولة الانتحارية أو الانتحار ، ومن بين أهم هذه المميزات على الإطلاق حسبما يؤكد عليه التراث السيكولوجي الاكتئاب الذي يعد عاملا أساسيا وجوهريا كشفت عنه حتى الدراسات الحديثة - دراسات بيك وآخرون - وربطته بمتغيرات أكثر جوهرية ، اعتبرناها متغيرات قوية كمنبئات للانتحار في دراستنا الحالية .

من جهته يؤكد محمود حمودة (1990) أن الاكتئاب يعتبر من أهم العوامل المرتبطة بالانتحار حيث يعد من التشخيصات النفسية المرتبطة بالانتحار ، إذ أن المكتئب شخص محبط ورافض للحياة ، وينتحر حوالي 15% ممن لديهم اكتئاب شديد وبين المنتحرين لوحظ أن 80% منهم كانوا يعانون من الاكتئاب ، كما لوحظ أن 25% من المنتحرين كانوا مدمنين ، حيث أن إدمان بعض المواد يطلق التنبهات لدى المرضى المكتئبين فيجعلهم يقدمون على الانتحار. وتدور الأفكار السوداء في ذهن مريض الاكتئاب فيفكر في المستقبل بياس شديد ولا يرى في الحاضر إلا المعاناة والإحباط ، وينظر إلى الماضي نظرة سلبية فيتجه إلى لوم نفسه وتأنيبها على أخطاء وأحداث مضت عليها أعوام طويلة ، ويصل التفكير في المستقبل المظلم والحاضر الذي لا يحتمل والماضي المؤلم ببعض مرضى الاكتئاب إلى حالة من القنوط والياس الشديد ، ما يدفعهم لاحقا إلى التفكير في الانتحار ، حيث يتخيل مريض الاكتئاب في بعض الأحيان أن الحياة أصبحت عبئا لا يمكن احتماله ولا أمل في أي شيء والحل الوحيد من وجهة نظره هو أن يضع بنفسه حدا لحياته .

وقد أكدت جهيدة زرزوني (2004) في دراستها التي وسمتها " الخلفية السوسيو نفسية للانتحار " والتي عرضت ضمن فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 2004 بجامعة منتوري -قسنطينة-) على دور العوامل النفسية في الانتحار ومحاولة الانتحار حيث توصلت في دراستها إلى أن الاكتئاب له دور فعال في الإقدام على المحاولة الانتحارية لدى أفراد عينة دراستها وقدرت نسبة المشخصين بدقة على أنهم اكتئابيين ب 69.23% .

وتؤدي التوقعات السلبية إلى الانفعالات المميزة للاكتئاب والحزن والإحباط ، التبدل ، فضلا عن الشخص المكتئب حين يقوى فيه الإحساس بالتورط في موقف بغيبض ومشاكل عصبية تتبدد دافعيته التلقائية البناءة ، وربما غلبه ميل قاهر إلى الهرب من هذه الحالة غير المحتملة عن طريق الانتحار (أرون بيك ، 2000)

وبالرغم من قوة العلاقة بين الانتحار والاكتئاب إلا أن الاكتئاب لا يؤدي دائما وبالضرورة إلى أفكار وأشكال انتحارية ، وهذا ما أشار إليه عبد الحكيم العيفي (1990) حين أقر أن الدراسات تشير إلى أنه لا يمكن اعتبار كل المكتئبين ينتحرون ، وهذا أيضا ما يفسره لوينسون وآخرون (1996) Lewinson et al حين ذهب إلى أن 40% من المراهقين ذوي الاكتئاب المشخص سيكاتريا لا يقرون تفكير انتحاريا . ويقدر شافير وباكون (1989) Shaffer ,Bacon أن في كل 600 مراهق مكتئب من الذكور يوجد فرد واحد فقط هو الذي يقوم بمحاولة انتحار وقد يرجع ذلك إلى وجود متغيرات أخرى تتفاعل مع الاكتئاب لزيادة احتمال القيام بمحاولة الانتحار ومن هذه المتغيرات اليأس وضغوط الحياة وانخفاض المساندة الاجتماعية وضعف القدرة على الحل الفعال للمشكلات (حسين فايد -أ- 2001).

وإن كان الاكتئاب يعتبر أقوى منبئ لتصور الانتحار عن المتغيرات الأخرى إلا أن هذا قد أثار جدلا كبيرا بين الباحثين حيث أنه لا بد أن يصاحب اليأس الاكتئاب حتى تزداد احتمالية وقوع الانتحار ، وبالتالي كلما كان اليأس ملازما للاكتئاب وتفاعل معه فإن هذا من شأنه أن يزيد درجة الانتحار بشكل أكثر . وهذا ما أقره كل من سالتر وبلات (1990) Salter , Platt حيث أكدوا على أهمية عنصر اليأس لدى الشخص المكتئب ، ويعد حسب رأيهما السبب الرئيسي الذي يجعل المكتئب يقدم على الانتحار ، ويؤكدان على أن الدراسات التي قاما بها والتي اطلعا عليها تُظهر أنه ليس كل الأفراد المكتئبين يقدمون على الانتحار إلا إذا توفرت لديهم مشاعر اليأس (حسين فايد -ب- 2000) .

نفس الرأي يذهب إليه بيك وآخرون (Beck et al (1985) حيث يؤكدون على أن اليأس الذي تم تحديد مفهومه إجرائيا وفق ما يتماشى مع مقياس اليأس لبيك (B.H.S) والذي يعتبر أن التوقعات السلبية المتعلقة بالمستقبل لا تعتبر أبدا متغيرا وسيطا يساهم في فهم العلاقة التي تربط بين الاكتئاب والانتحار ، ولكنه في الحقيقة يمكن القول أنه أفضل منبئ للانتحار خاصة ذلك الذي يتم بنجاح . وهذا ما يقره أيضا يونج وكوم (Clum,Young (1994) حيث اعتبروا أن اليأس يصلح كعامل معرفي يؤثر في الأعراض الاكتئابية بطريقة مباشرة ويؤثر في التفكير الانتحاري بطريقة غير مباشرة (حسين فايد -أ- 2001).

وما يمكن أيضا أن يضاف عن موضوع الانتحار والمحاولات الانتحارية هو ما يسمى بسلوك العود ، حيث أن أغلب المحاولين للانتحار يكررون هذا السلوك أكثر من مرة ، مما يشير إلى خطورة الحالة النفسية والعقلية لهؤلاء الأفراد ، ويعود هذا الوضع لأسباب عدة منها سوء التشخيص أو عدم وجود قائمين أكفاء يتابعون هذه الشريحة ،محاولين بذلك دحض الأفكار والتصورات المرتبطة بالموت ...، وبالتالي تبقى خطورة تكرار المحاولة قائمة و ثابتة .

بل من بين المشكلات التي تطرحها المحاولات الانتحارية هي تكرار المحاولة التي تشكل خطرا كبيرا ومهددا ، حيث تشير الدراسات الميدانية إلى أن أكثر من ثلث 3/1 حالات محاولات الانتحار هي حالة معاودة ، كما توضح الملاحظات الميدانية أن احتمالية معاودة السلوك الانتحاري وتكراره يكون مرتفعا خلال 12 شهرا الموالي للمحاولة السابقة (Xavier Pommereau , 2005). وفي هذا السياق تؤكد المنظمة العالمية للصحة على أن 20-30% من المحاولين الانتحار يعاودون المحاولة خلال 12 شهرا (Wilmotte et al 1986) ، كما يرى كل من ديانا هيلز ، روبرت هيلز (ترجمة عبد العلي الجسماني 1990) أن 10% ممن كانوا قد حاولوا في الماضي من حياتهم قتل أنفسهم ، أقدموا في خاتمة المطاف على تنفيذ مأربهم، ونفس الرأي ذهب إليه فخري الدباغ عام (1986) الذي يؤكد أن من بين محاولي الانتحار من يعاود المحاولة أكثر من مرة وقلّة منهم ينجحون في الانتحار التام بعدئذ وهذا بنسبة 10% وأغلبهم من المدمنين على الكحول. كما يؤكد محمد الحجار (1998) أن ما يقرب واحدا من أصل خمسة أشخاص يحاولون الانتحار يكررون المحاولة الانتحارية في غضون مدة سنة ، وأن واحدا من أصل عشرة تنجح المحاولة الانتحارية في الانتهاء إلى الموت .

يتضح مما تقدم أن ضغوط الحياة وتعقيداتها وفشل أساليب التعامل ، قد تجعل الفرد عرضة للاكتئاب ، وقد تتزايد مشكلة الفرد لحد لا يطاق فيفقد الأمل في الحياة ويغمره اليأس ، وقد تراوده أفكار انتحارية قد تدفع به لمحاولة الانتحار أو معاودة المحاولة لدى البعض الآخر ، وعليه يمكن حصر مشكلة الدراسة الحالية في التساؤلات التالية :

- 1- هل هناك فروق دالة إحصائية في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة ؟
- 2- هل هناك فروق دالة إحصائية في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لدى محاولي الانتحار وفقا لعدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة ؟
- 3- هل هناك فروق دالة إحصائية في درجة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة ؟

4- هل هناك فروق دالة إحصائية في درجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة ؟
2- فروض الدراسة:

- وللإجابة على أسئلة الدراسة الحالية نقترح الفرضيات التالية :
- 1- هناك فروق دالة إحصائية في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة.
 - 2- هناك فروق دالة إحصائية في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لدى محاولي الانتحار وفقا لعدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة .
 - 3- هناك فروق دالة إحصائية في درجة الشعور بالاكتئاب لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة .
 - 4- هناك فروق دالة إحصائية في درجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ولصالح المحاولين الانتحار لأكثر من مرة.
- 3- أهداف الدراسة :

يمكن حصر أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- سيقوم هذا البحث بمحاولة إلقاء الضوء على العوامل النفسية الدافعة لمعاودة المحاولة الانتحارية، وكذا التعرف على الخصائص والمميزات المعرفية الكامنة خلفها وهذا من خلال :
- 1- تحديد دور الضغوط النفسية في معاودة المحاولة الانتحارية.
 - 2- الكشف عن الاستراتيجيات المستعملة من قبل المعاودين للمحاولة لانتحارية في تعاملهم مع الضغوط النفسية.
 - 3- الكشف عن دور كل من عاملي الاكتئاب واليأس في معاودة المحاولة الانتحارية.
 - 4- تحديد الخصائص والمميزات النفسية والمعرفية لفئة المحاولين الانتحار لأكثر من مرة .
- 4- أهمية الدراسة :

تتمثل أهمية الدراسة الحالية في محاولة التعرف على الأساليب التي يستخدمها محاولي الانتحار ومعاودوها في تعاملهم مع الضغوط النفسية التي تواجههم ، وهذا لما لهذه المعرفة من أهمية في توجيه هذه الفئة إلى استخدام أساليب تعامل فعالة تمكنهم من التعامل مع الضغوط النفسية التي يتعرضون لها بصورة ايجابية وتوافقية ، تزيد من قوتهم وتوازنهم النفسي . كما تظهر أهمية هذه الدراسة في محاولة الكشف عن دور كل من الاكتئاب واليأس في ظهور المحاولة الانتحارية ومعاودتها. كما تظهر أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على التزايد الواضح في عدد حوادث الانتحار والشروع فيه وارتفاع النسبة المئوية التي تكاد تكون بشكل مطرد، كما أن أكثرية من يقدمون على الانتحار والشارعين فيه يكونون في مرحلة عمرية هامة أين من المفروض أن تصل قدرة الفرد على الإنتاج إلى أقصاها، وعليه تتجه هذه الدراسة إلى محاولة تقديم تفسير نفسي اجتماعي لفهم سبب إقدام هذه الفئة على محاولة الانتحار من جهة ومعاودة هذه المحاولة من جهة أخرى.

5 - تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة :**5-1 مفهوم الانتحار والمحاولة الانتحارية:**

يعد الانتحار تعاطي ذاتي للموت وبشكل إرادي للتحرر من وضع أصبح غير محتمل (Sillamy, 1966). أما المحاولة الانتحارية التي هي موضوع بحثنا فتعرف على أنها كل عمل يؤدي إلى قتل النفس ويقصد به الموت ، ولا يشمل هذا التعريف أعمال التهديد بالموت أو تمثيله . ويعرف جيمس فايس J.Weiss المحاولة الانتحارية كون المنتحر الحقيقي جاد في قصده ولذلك يستخدم وسيلة فعالة تؤتي الموت . أما الشارع فإنه غير جاد في قصده ولذلك فإنه يستخدم أداة غير فعالة لا تحقق له موتاً عاجلاً(ناجي الجبوشي، دون سنة).

ويمكن تعريف المحاولة الانتحارية أيضا على أنها إقدام على إيذاء النفس ، وهي تمثل أهم حالات الطوارئ النفسية التي يتعين التدخل الفوري فيها لأن الموقف يتضمن تهديدا حقيقيا للحياة يفوق أي حالة مرضية أخرى ، ومن هذه الحالات يصل اليأس والإحباط إلى حد لا يستطيع الشخص معه احتمال مجرد الاستمرار في المعاناة ، وتغلق أمامه كل السبل فلا يجد حلا للتخلص من معاناته سوى بالخلاص من الحياة (لطفى الشربيني 2003)

5-2 مفهوم إدراك الضغط النفسي:

أقر لازاروس . وفولكمان (1984) Lazarus ,Folkman أن العامل الضاغط ليس هو الذي يثير استجابة الضغط وإنما إدراك الفرد للحدث أو العامل الضاغط (هل هو مؤذي أم مهدد أو خطر) هو الذي يحدد استجابته . فإذا أدرك عدم وجود تهديد لا تحدث الاستجابة ، لكن إذا أدرك أن الحدث مؤذي ومهدد أو لا يملك قدرة المواجهة هنا تظهر استجابة الضغط فهي نتيجة فقدان التوازن بين المتطلبات الداخلية والخارجية وقدرات الفرد للمواجهة وعليه فالطريقة التي يدرك بها الفرد الضغوط وأساليب مواجهته لها ، هي التي تؤثر على صحته النفسية والجسدية والاجتماعية .

ويعرف إدراك الضغط النفسي إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود استبيان إدراك الضغط المستخدم في هذا البحث.

5-3 مفهوم أساليب التعامل :

تعرف أساليب التعامل Coping Strategy بأنها سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير التي تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار ، أو في تعديل استجابات الفرد لمثل هذا الموقف (حسن عبد المعطي ، 2006) .

و يعرف لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus , Folkman أساليب التعامل أنها كل الجهود السلوكية والمعرفية المتغيرة باستمرار والتي يتخذها الفرد في إدارة مطالب الموقف ، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادره وإمكاناته.

وتعرف أساليب التعامل إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس أساليب التعامل المستخدم في هذا البحث .

5-4 مفهوم مفهوم الاكتئاب:

يعرف بيك (1979) Beck الاكتئاب على أنه حالة نفسية ترتبط بأنواع مختلفة من الاضطرابات النفسية تتضمن الاتجاه السلبي للشخص نحو النظرة للحاضر والمستقبل ، فالأشخاص اليائسون يعتقدون أن

لاشيء يمكن أن يتحول ليكون في صالحهم وهذا بسبب عجزهم عن النجاح في أي عمل يقومون به وعجزهم عن تحقيق أهدافهم.

يعتبر الاكتئاب نظرة متشائمة إزاء المستقبل ، إلى جانب الإدراك السلبي للذات وللعالَم ، وهو اضطراب يشير إلى اعتقادات الإنسان السيئة حول ذاته ونظرته السلبية لها ، كما يعد الاكتئاب صورة من صور الموت على المستوى الانفعالي والنفسي ، والشخص المكتئب لا يفقد شعوره بطعم الحياة فقط بل يفقد أيضا رغبته واستعداده لأن يعيش الحياة (مدحت أبو زيد ، عباس عوض ، 2001)

ويعرف الاكتئاب إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس بيك للاكتئاب المستخدم في هذا البحث .

5-5 مفهوم مفهوم اليأس:

هو حالة انفعالية أو وجدانية تنطوي على قدر كبير من التشاؤم والكآبة كما تتسم بالشعور بالانهزام وب نظرة سلبية نحو المستقبل (امطانيوس مخائيل 2006).

يشير اليأس إلى عدم الرضا الكلي للفرد عن الحياة والتوقعات السلبية المعقدة عن المستقبل، فتتميز حياة الفرد بالتشاؤم الشامل والقنوط والشعور بالوحدة النفسية والمزاج المكتئب ومشاعر عدم جدوى الحياة وكذلك عدم القدرة على إحداث تغيير له أثره (أبو النيل محمود، 2000). ويعرف اليأس إجرائيا في الدراسة الحالية بأنه مجموع الدرجات التي يحصل عليها الفرد على بنود مقياس بيك لليأس المستخدم في هذا البحث .

6- الدراسة الميدانية:

6-1 منهج الدراسة :

يهتم البحث الحالي بمحاولة فحص الفروق في إدراك الضغط النفسي وأساليب التعامل معه، بالإضافة إلى دراسة دلالة الفروق في مشاعر الاكتئاب واليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد محاولات الانتحار ، لذا نرى أن المنهج المناسب لتحقيق هذه الأهداف هو المنهج الوصفي المقارن. ويعتمد هذا المنهج على طريقة بحثية تتضمن مجموعة من الإجراءات التي تعمل في اتجاه معرفة خصائص وتفسير الفروق بين مجموعتين أو أكثر في جانب أو متغير معين اعتمادا على الاختلاف في متغير مستقل والتشابه في بقية المتغيرات.

6-2 عينة الدراسة :

6-2-1 طريقة اختيار العينة:

تم الاعتماد في اختيار أفراد عينة هذه الدراسة على طريقة العينة المقصودة، وهي عينة يتم اختيارها بأسلوب غير عشوائي. ويعرف عبيدات وآخرون (1999) العينة المقصودة بأنها الطريقة التي يتم انتقاء أفرادها بشكل مقصود من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم ولكون تلك الخصائص هي من الأمور الهامة بالنسبة للدراسة، كما يتم اللجوء لهذا النوع من العينة في حالة توافر البيانات اللازمة للدراسة لدى فئة محددة من مجتمع الدراسة الأصلي، ويتميز هذا النوع من العينة بالسهولة في اختيار العينة وانخفاض التكلفة والوقت والجهد المبذول من الباحث، كما يتميز بسرعة الوصول لأفراد الدراسة والحصول على النتائج (عبيدات وآخرون، 1999).

وعليه فإن الأفراد الذين قاموا بمحاولة انتحارية أو كرروا المحاولة الانتحارية وتطوعوا للإجابة على بطارية المقاييس، اعتبروا أفرادا لعينة البحث الحالي. وهذا بعد استيفاءهم للشروط التالية :

- 1 - أن يكون الفرد قد قام بمحاولة انتحارية على الأقل مرة واحدة وبشكل واضح.
 - 2 - أن لا يكون مصابا بمرض عقلي مشخص سيكاتريا.
 - 3 - أن لا يكون قد تابع ، أو يتابع علاجاً من نوع العقاقير المهدئة أو المثبطة أو أي نوع آخر من العلاجات الكيميائية 4 - أن لا يكون معانيا من مرض بدني مزمن.
- 2-2-6 خصائص العينة :

لنتمكن من التحقق من فروض الدراسة الحالية قمنا بمحاولة الحصول على أكبر قدر ممكن من الحالات التي قامت بمحاولة انتحارية أو أكثر وهذا بمختلف المصالح الطبية الاستشفائية والعيادات المتعددة الخدمات بولاية عنابة أين يتردد بعض عناصر هذه العينة على الأخصائي النفسي بهدف المتابعة والتكفل ، كما لجأنا إلى الوسيط الذي يلجأ إليه الباحث عادة حين يواجه صعوبة في الحصول على أفراد العينة أو يجد صعوبة في التعامل معها .

وعليه تكونت عينة الدراسة الحالية من 75 فردا موزعين حسب الجنس بين 40 ذكور، 35 إناث كلهم قاموا بمحاولة انتحارية واحدة على الأقل، ويمكن حصر أهم خصائص هذه العينة في ما يلي:

1- من حيث الجنس، لوحظ أن عدد ونسبة الذكور أعلى نسبيا من الإناث، حيث بلغت نسبة الذكور 53.33 % مقابل 46.66 % عند الإناث.

2- من حيث السن، أن الفئة العمرية التي حاولت الانتحار هي الفئة الممتدة ما بين 26-31 سنة بواقع 35 محاولا للانتحار وبنسبة مئوية تقدر 46.66 % ، تليها الفئة الثانية التي تتراوح أعمار أفرادها ما بين 20-25 بواقع 21 محاولا للانتحار وبنسبة مئوية تصل 28 %، ثم تبدأ الأعداد والنسب في الانخفاض تدريجيا وبشكل ملحوظ لدى فئة 32-44 عاما التي يرد عدد أفرادها مجتمعين 19 فردا ، مشكلين بذلك نسبة مئوية قدرت بـ 25.32 % .

3- من حيث المستوى التعليمي، يظهر أن معظم عناصر العينة المحاولين الانتحار من مستوى تعليمي ثانوي وهذا ما يمثل 40 فردا نسبتهم المئوية وصلت 53.33 %، أما الفئة التي يتراوح مستواها التعليمي ما بين الابتدائي والمتوسط فقد بلغ تعدادهم مجتمعين 24 حالة وهذا بنسبة 31.99 %، بينما مثلت الفئة التي تتدرج ضمن المستوى الجامعي المرتبة الثالثة بعدد بلغ 11 حالة، وصلت نسبتها إلى 14.66 %.

4- من حيث الحالة المدنية، يبدو أن أفراد عينة البحث الحالي ينتمون لفئة العزاب وهذا بتمثيلهم لعدد وصل 57 حالة تمثل نسبة 76 % ، تليها نسبة المطلقين بواقع 13 حالة وبنسبة 17.33 % . أما نسبة المتزوجين فلم تمثل سوى عدد ضئيلا بلغ 5 حالات وبنسبة 6.66 % . أما فئة الأراامل فلم يتم تسجيل أي حالة منها.

5 - من حيث الوظيفة، من حيث الوظيفة يُظهر الجدول أعلاه أن معظم أفراد عينة البحث الحالي يمارسون مهنة (مهن مختلفة) وبلغ تعدادهم 45 فردا يمثلون نسبة مئوية تقدر بـ 60 % ، في حين أن فئة الذين يمارسون مهنة ما ولكنهم غير مستقرين فيها لأسباب متعددة مما يجعلهم يعرفون فترات متقطعة من البطالة تكون في بعض الأحيان طويلة بلغ عددهم 28 فردا مشكلين بذلك نسبة 28 % . أما فئة البطالين - الأفراد الذين لا يمارسون أي عمل - فقد بلغ تعدادهم 09 أفراد وبنسبتهم بلغت 12 % .

6- من حيث تكرار المحاولة الانتحارية، يتضح أن أفراد العينة يتوزعون وبشكل متمركز في عدد الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة وهذا بواقع 40 حالة مشكلين بذلك نسبة 53.33 % ، تليها الفئة الثانية التي حاولت الانتحار مرتين بتعداد بلغ 22 حالة ممثلين بذلك نسبة 29.33 % ، أما فئة المحاولين الانتحار ثلاث

مرات فقد كان عددهم 11 حالة بنسبة 14.66 % ، في حين سجلت فئة المحاولين الانتحار أربع مرات حالتين وهذا بنسبة 02.66%.

7- من حيث وسائل المحاولة الانتحارية، يظهر أن فئة المحاولين الانتحار لعينة البحث الحالي قد لجئوا إلى استعمال مختلف الأدوية في محاولتهم الانتحارية وقد بلغ تعدادهم 38 حالة ، مثلت بنسبة 50.66% ، في حين لجأ البعض الآخر إلى استهلاك مختلف مواد التنظيف وبلغ عددهم 19 حالة شكلت نسبة 25.33%، أما الفئة التي لجأت لاستعمال المواد القاتلة للحشرات فكانت 7 حالات ، بنسبة 9.33% ، أما فئة المستعملين للمواد القاتلة للفئران ، وقطع الشرايين فقد شكلت 11 حالة مجتمعين ، ونسبتهم وصلت 14.66% .

3-6 أدوات الدراسة :

بهدف التحقق من فرضيات البحث الحالي لجأنا لاستعمال بعض المقاييس التي تعرف رواجاً كبيراً بين الباحثين وتُذكر في العديد من الدراسات والبحوث الأكاديمية . وتعتبر هذه المقاييس حسب ما يورده الباحثون أنها من أكثر المقاييس استعمالاً في مختلف الدوريات والمجلات العلمية. وقد تشكلت أدوات البحث الحالي من :

6-3-1 الاستبيان :

تم تصميم استبيان يهدف جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات حول أفراد العينة ، وقد اشتمل على مجموعة من البيانات (السن ، الجنس ، الحالة المدنية ، المستوى التعليمي ، الحالة الصحية ، الوظيفة)، كما خصصنا سؤالاً عن عدد المحاولات التي قام بها أفراد العينة ، في حين ركزنا في سؤال آخر على الوسائل التي لجأ إليها أفراد عينة البحث عند محاولتهم للانتحار .

6-3-2 استبيان إدراك الضغط :

صمم هذا الاستبيان لفنستين وآخرون (1993) Levenstein لقياس مؤشر إدراك الضغط Perceived Stress Index ، ويشمل الاستبيان ثلاثون عبارة تنتوزع وفق نوعين من البنود ، مباشر وغير مباشر . ويتم الحصول على القيم الخام بجمع كل النقاط المتحصل عليها في الاستبيان من البنود المباشرة وغير المباشرة وتتراوح الدرجة الكلية بعد حساب مؤشر إدراك الضغط من (0) ويدل على أدنى مستوى ممكن من الضغط (lowest possible level of stress) إلى غاية (1) الذي يدل على أعلى مستوى ممكن من الضغط (highest possible level of stress).

* **صدق المقياس :** تم التحقق من صدق الاستبيان باستخدام الصدق التلازمي الذي يقوم على مقارنة استبيان إدراك الضغط مع المقاييس الأخرى للضغط ، وأظهر هذا النوع من الصدق وجود ارتباط قوي مع سمة القلق وقدر بـ 0.75 ومع مقياس إدراك الضغط لـ Cohen يقدر بـ 0.73 ، بينما سجل ارتباط معتدل يقدر بـ 0.56 مع مقياس الاكتئاب ، وارتباط ضعيف يقدر بـ 0.35 مع مقياس القلق حالة

* **ثبات المقياس :** تم قياس التوافق الداخلي للاستبيان باستعمال معامل ألفا فأظهر وجود تماسك قوي يقدر بـ 0.90 ، كما أظهر قياس ثبات الاستبيان بطريقة التطبيق وإعادة التطبيق بعد فاصل زمني قدر بـ 8 أيام وجود معامل ثبات مرتفع يقدر بـ 0.82 (Levenstein et al , 1993)

* الخصائص السيكومترية لمقياس إدراك الضغط في البيئة المحلية:

* **صدق المقياس:** قامت الباحثة أيت حمودة حكيمة بدراسة صدق مقياس إدراك الضغط بطريقة الصدق الظاهري، فبعد أن تمت ترجمة المقياس وتعريبه عرضت الصورة الأولية له على (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة، وطلب منهم قراءة العبارات بنقحس وذلك لتحديد مدى تكافؤ معنى البنود في اللغتين (الإنجليزية والعربية) ومناسبتها لقياس إدراك الضغط وإستراتيجيات

المواجهة في ضوء تعريف محدد لهما، واقتراح أي تعديل في صياغة أي عبارة وتعديل ترجمة بعض بنود المقياسين. وترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص معظمها في الاتجاه نحو مزيد من التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها (أيت حمودة حكيمة، 2006).

* **ثبات المقياس:** وفي إطار الدراسة الحالية تم حساب ثبات مقياس إدراك الضغط بطريقتين:

أ- طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار:

قامت الباحثة أيت حمودة حكيمة بحساب ثبات المقياس باستخدام طريقة تطبيق وإعادة تطبيق الاختبار، حيث طبق المقياس مرتين على عينة قوامها 28 فردا من طلاب قسم علم النفس السنة الرابعة عيادي من جامعة باجي مختار عنابة، وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق أسبوعين، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني وذلك بالاعتماد على معامل الارتباط لبيرسون "Pearson". أسفرت النتائج على معامل ارتباط يقدر بـ 0.69 وهو دال إحصائيا عند 0.01، مما يمكن القول بأن المقياس قد استوفى شروط الثبات والثقة في نتائجه وصلاحيته استخدامه في البحث الحالي، إذا تؤكد هذه النتائج الثقة في ثبات المقياس. (أيت حمودة حكيمة، 2006).

كما قام الباحث فاضلي أحمد بحساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق حيث تم تطبيقه على مجموعة قوامها 40 فردا (ن=40) فردا من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البليدة وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ 0.51 وهو معامل دال عند مستوى الدلالة 0.01. (فاضلي أحمد، 2008)

ب- طريقة التجزئة النصفية:

تم حساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية، حيث طبق المقياس على عينة استطلاعية من الشباب قوامها 40 فردا، وقاما الباحثان بحساب الارتباط بين البنود الزوجية والفردية وبلغ معامل الارتباط لبيرسون 0.76 (دال عند 0.01).

6-3-3 استبيان أساليب التعامل : Ways Of Coping Questionnaire :

تم تصميم هذا الاستبيان من قبل فولكمان ولازاروس Folkman , Lazarus سنة (1988) لتزويد الباحثين بمقياس يهدف للكشف عن دور المواجهة في العلاقة بين الضغط والتوافق. ويهتم الاستبيان بتقدير الأفكار والسلوكيات التي يستعملها الأفراد لمواجهة الضغوط التي يتعرضون لها في حياتهم اليومية، وقد استمدت من النظرية المعرفية الظواهرية للضغط والمواجهة Cognitive-phenomenological theory of stress and coping لفولكمان ولازاروس (1984) Folkman , Lazarus .

ويركز الاستبيان أيضا على تعريف المواجهة كمجهودات معرفية وسلوكية لإدارة متطلبات خارجية و/أو داخلية خاصة ومرهقة وتتجاوز الموارد الفردية، ويتكون من 50 عبارة تتوزع على 8 مقاييس للمواجهة، وتم تحديدها من خلال التحليل العاملي وتتمثل في إستراتيجية التصدي، مخططات حل المشكل، اتخاذ مسافة، ضبط الذات، تحمل المسؤولية، البحث عن سند اجتماعي، التهرب / التجنب و إعادة التقدير الايجابي.

* **ثبات وصدق المقياس:** لبنود استبيان أساليب المواجهة صدق ظاهري، ذلك أن الاستراتيجيات المذكورة هي نفسها التي صرح بها الأفراد أنهم يستعملونها لمواجهة متطلبات الوضعيات الضاغطة، كما أظهرت دراسة صدق التكوين الفرضي مدى انسجام نتائج الدراسة مع التنبؤات النظرية التي تم الانطلاق منها

وتخص المواجهة كسيرورة ، وأن مواجهة الأفراد تتغير ومتطلبات الوضعية (Lazarus ,Folkman 1988) نقلا عن آيت حمودة حكيمة (2006) .

* الخصائص السيكومترية لاستبيان أساليب المواجهة في البيئة المحلية::

* **الصدق:** قامت الباحثة آيت حمودة حكيمة بدراسة صدق مقياس أساليب المواجهة بطريقة الصدق الظاهري، فبعد أن تمت ترجمة المقياس وتعريبه عرضت الصورة الأولية له على (10) أساتذة من قسم علم النفس وعلوم التربية بجامعة باجي مختار عنابة، وطلب منهم قراءة العبارات بتفحص وذلك لتحديد مدى تكافؤ معنى البنود في اللغتين (الإنجليزية والعربية) ومناسبتها لقياس إدراك الضغط وإستراتيجيات المواجهة في ضوء تعريف محدد لهما، واقترح أي تعديل في صياغة أي عبارة وتعديل ترجمة بعض بنود المقياسين. وترتب على صدق المحكمين تعديل صياغة بعض العبارات تلخص معظمها في الاتجاه نحو مزيد من التبسيط وسهولة صياغة البنود ووضوحها (آيت حمودة حكيمة، 2006).

***الثبات:** قامت آيت حمودة حكيمة (2006) بحساب ثبات المقياس في نفس الفترة التي كان الباحث يعد دراسته ، فاستعان بنتائج بحثها التي اعتمدت فيها على طريقة التطبيق وإعادة التطبيق على عينة قوامها 28 من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية ، السنة الرابعة عيادي بجامعة باجي مختار ، عنابة ، وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق أسبوعين ، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والتطبيق الثاني ، وذلك بالاعتماد على معامل الارتباط لبرسون وكانت النتائج كالتالي :

جدول رقم (01) : ثبات استبيان أساليب المواجهة من خلال دراسة معاملات الارتباط

مستوى الدلالة	معامل الارتباط	الاستراتيجية
دال عند 0.05	0.40	مخططات حل المشكل
دال عند 0.01	0.68	التصدي
دال عند 0.01	0.47	اتخاذ مسافة
دال عند 0.05	0.45	ضبط الذات
دال عند 0.01	0.71	تجنب - تهرب
دال عند 0.05	0.37	البحث عن سند اجتماعي
دال عند 0.01	0.60	تحمل المسؤولية
دال عند 0.01	0.56	إعادة التقدير الايجابي

6-3-4 مقياس بيك Beck للاكتئاب :

يتكون المقياس الكامل من 21 مجموعة من العبارات، تتكون كل منها من أربع عبارات تم ترتيبها بحيث تعكس شدة الاكتئاب من 0 - 3 وقد تم التوصل إلى بنود المقياس من الملاحظات الاكلينيكية للأعراض والاتجاهات التي كانت تظهر على المكتئبين بتكرار أكثر من ظهورها على غير المكتئبين ، ولم يتم اختيار أي من هذه البنود اعتمادا على نظرية محددة في الاكتئاب ، أما المقياس الحالي فيعد الصورة المختصرة للمقياس الكامل نشرت لأول مرة في مقال Beck بيك وأحد مساعديه عام (1972) وتتكون هذه الصورة من 13 مجموعة من العبارات فقط . يتكون المقياس الحالي المطبق في هذه الدراسة من 13 مجموعة من العبارات، تتكون كل مجموعة من أربع عبارات متدرجة من (0) إلى (3) ، ولتصحيح المقياس يتم جمع الدرجات التي يحصل عليها المفحوص في المجموعات الثلاث عشر للوصول إلى الدرجة الكلية على المقياس . وتتراوح الدرجات على المقياس من (0) إلى (39) الحد الأقصى للاكتئاب . وهذا

الأسلوب لا يتبع أسلوب المعايير التقليدية وتحويل الدرجات الخام إلى درجات معيارية ، ولكن الأسلوب المتبع لتقدير وجود الاكتئاب من عدمه وشدته هو أسلوب الدرجات الفاصلة والدرجات المحددة في هذا المقياس في صورته المختصرة تتبع التصحيح التالي :

جدول رقم (02) : تقدير درجة الاكتئاب باستخدام مقياس بيك BECK .

مدى الدرجة	مدلول الدرجة
4 - 0	الحد الأدنى
7 - 5	معتدل - غير حاد
15 - 8	متوسط
16 + (فما أكثر)	شديد

* **ثبات المقياس في البيئة العربية** : استخدم غريب عبد الفتاح غريب (1990) في دراسته لثبات مقياس الاكتئاب طريقة القسمة النصفية ، وطريقة إعادة التطبيق ، باستخدام طريقة القسمة النصفية تم تجزئة المقياس إلى جزئين الأول يتضمن الفئات الفردية والثاني يتضمن الفئات الزوجية وذلك لـ 5 أفراد من العاملين بالهيئة القومية للاتصالات الدولية المصرية ، ووصل معامل الارتباط بين الجزئين إلى 0.77. وباستخدام معادلة سييرمان وصل معامل الارتباط إلى 0.78 وهو معامل دال عند 0.01. باستخدام طريقة إعادة التطبيق استخدمت درجات 33 شخصا من البالغين ، تم تطبيق المقياس عليهم مرتين بفاصل زمني مقداره شهر ونصف ، ووصل معامل الثبات بهذه الطريقة إلى 0.77 وهو معامل دال عند مستوى 0.01 ونفس الشيء أثبتته غريب (1996) بالإمارات العربية المتحدة.

* **صدق المقياس في البيئة العربية** : استخدمت طريقة الصدق التلازمي في دراسة صدق مقياس الاكتئاب في البيئة العربية ، ففي مصر تم إيجاد معامل الارتباط بين مقياس الاكتئاب ومقياس الاكتئاب من مقياس الشخصية متعدد الأوجه MMPI ، وقد استخدمت درجات 43 شخصا لهذا الغرض ووصل معامل الارتباط بين درجات هؤلاء على المقياسين إلى 0.60 وهو معامل دال عند مستوى 0.01 (غريب ، 1990) .

* **الخصائص السيكومترية مقياس بيك Beck للاكتئاب في البيئة المحلية** :

* **الثبات** : قام الباحث أحمد فاضلي بحساب ثبات المقياس عن طريق إعادة التطبيق ، حيث طبقه على مجموعة قوامها 40 فردا (ن=40) من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البليدة وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع ، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ 0.49 وهو معامل دال عند مستوى الدلالة 0.01 . (فاضلي أحمد، 2008)

6-3-5 مقياس بيك Beck لليأس :

نشر مقياس بيك لليأس BHS Beck Hoplessness Scale من إعداد بيك وستير Beck, Steer عام (1974) في أصله الانجليزي ، وعام (1988) صدرت الطبعة الثانية للمقياس بدون أي تعديل أو إضافة بالنسبة لعدد البنود أو نوعيتها . تتكون الصيغة الأولى التي صدرت عام (1974) من عشرون بندا تم صياغتها بطريقة سهلة ومختصرة ، علما أن بيك يعرف اليأس بأنه حالة وجدانية تبعث على الكآبة وتنسم بتوقعات الفرد السلبية نحو الحياة والمستقبل وخيبة الأمل أو بالتعاسة وتعميم الفشل في كل محاولة ، وهو ما أطلق عليه الثالث المعرفي للاكتئاب واليأس ، وتعني النظرة السلبية

للذات والعالم والمستقبل .وبناء على هذا التعريف وضع بيك وستير Beck ,Steer بنود المقياس بحيث تدور تسع بنود منها حول اتجاه الفرد نحو المستقبل ، اشتقت من قائمة الانطباع الحالي عن المستقبل من تأليف (Heimberg, 1961) ومن ثم عدلت وأعيدت صياغتها لكي تتناسب مع أهداف المقياس الحالي ، أما بقية البنود وعددها إحدى عشر 11 بندا فقد أخذت من المرضى العقليين الذي تم تشخيصهم باليأس من قبل المعالجين النفسيين والتي تدور عباراته حول التشاؤم ، حيث أن تلك العبارات تعكس الاتجاه السلبي نحو المستقبل والتي كان يستخدمها المرضى في حديثهم بشكل متكرر يوميا ، ثم عرض المقياس على محكمين لمراجعته وقد تم تصويب المقياس نحويا ومن ثم طبق على مجموعتين متعارضتين (مكتئبين وغير مكتئبين) وقد نجح المقياس في التمييز بين المجموعتين من خلال تحليل التباين بين استجاباتهم .

صمم مقياس بيك لليأس لاستخدامه مع المرضى البالغين سواء الخاضعين للعلاج الاكلينيكي (المرضى الموجودين في المستشفى أو خارجه) أو غير الخاضعين له (مثل طلاب الكليات ، أو المتقدمين للوظائف) والذين تتراوح أعمارهم بين الثامنة عشر والسبعين عاما. يطبق المقياس بشكل ذاتي إذ تعد التعليمات المدونة على ورقة الأسئلة كافية ومختصرة لتوجيه المفحوصين .كما يتطلب تطبيق المقياس مستوى من القراءة ، وتستغرق عملية التطبيق ما بين 05 - 10 دقائق تقريبا ، إلا أنه يمكن ملاحظة طول الوقت حين يكون أفراد العينة من كبار السن أو الذين لديهم تدني في الأداء الحركي والمعرفي أو بطيئو القراءة .

يتكون مقياس بيك لليأس من 20 بندا يجيب عليها المفحوص باختيار إجابة واحدة من إجابتين (نعم - لا) على كل بند . ويبدأ التصحيح بإعطاء (11) بندا المرقمة (2-4-7-9-11-12-14-16-17-18-20) في المقياس درجة (1) للإجابة بنعم و (0) للإجابة لا. أما البنود التسعة الأخرى المرقمة (1-3-5-6-8-10-13-15-19) يتم تصحيحها بشكل معكوس وتحصل الإجابة لا على درجة واحدة (1) والإجابة نعم على (0). ومن هنا يمكن استخراج الدرجة الكلية التي حصل عليها المفحوصون بجمع الدرجات أو النقاط لكل إجابة اختارها المفحوص. ويمكن أن تتفاوت الدرجة الكلية على المقياس من صفر (الحد الأدنى) إلى عشرون (الحد الأقصى) . وتعكس الدرجة العالية للمقياس يأسا مرتفعا، فيما تعكس الدرجة الدنيا يأسا منخفضا.

***الصدق:** قام بدر محمد الأنصاري (2002) بترجمة بنود المقياس من اللغة الانجليزية إلى اللغة العربية وهذا بعد حصوله على موافقة المؤلف الأصلي، وللتحقق من سلامة الترجمة عرضت النسخة المعربة والصورة الأصلية للمقياس لـ دورات عديدة من المراجعة من قبل المتخصصين في علم النفس وفي اللغة الانجليزية . وأسفرت محاولة تكييف المقياس على ثبات وصدق عاليين . وعليه قام نفس الباحث (2002) بحساب صدق التكوين لمقياس بيك لليأس على عينة قوامها 277 طالبا وطالبة من جامعة الكويت بعدة طرق من بينها الصدق التقاربي والاختلافي وذلك من خلال حساب الارتباطات المتبادلة بين مقياس اليأس والمقاييس التالية : اليأس ، التفاؤل غير الواقعي ، التوجه نحو الحياة ، القلق ، الاكتئاب ، الذنب ، الخزي ، الذهانية ، الانبساط ، العصابية ، الكذب ، التفجع ، الطيبة ، يقظة الضمير وذلك في ستة دراسات مستقلة. وقد أسفرت نتائج الدراسات على وجود ارتباطات جوهرية موجبة بين اليأس والتشاؤم والاكتئاب والقلق والعصابية والذنب والخزي مما يشير إلى الصدق التقاربي أو الاتفاقي لهذا المقياس ، ومن جهة أخرى كشفت الارتباطات الجوهرية السالبة بين اليأس وكل من التفاؤل والتفاؤل غير الواقعي عن الصدق الاختلافي أو الافتراقي لمقياس بيك لليأس .

* **الثبات:** اعتمد بدر محمد الأنصاري (2002) في حساب الثبات على طريقة معاملات ألفا كرونباخ بعد تطبيق المقياس (خلال الموسم الجامعي 1997-1998 و 2000-2001) على عينات من طلاب جامعة الكويت في ثمانية دراسات مستقلة ، وقد أسفرت نتائج الدراسات على ارتفاع معاملات ألفا بحيث تراوحت بين 0.78 و 0.92 مما يشير إلى اتساق داخلي مرتفع للمقياس (لأن معامل الثبات الذي يساوي أو يزيد عن 0.70 يعد مقبولا في مقاييس الشخصية .

* الخصائص السيكومترية مقياس بيك Beck لليأس في البيئة المحلية::

* الثبات: تم حساب ثبات المقياس بطريقتين: الأولى تتمثل في تلك التي قام بها الباحث أحمد فاضلي وهذا عن طريق إعادة التطبيق حيث تم تطبيقه على مجموعة قوامها (ن=40) فردا من طلاب قسم علم النفس وعلوم التربية والأرطوفونيا، السنة الثالثة بجامعة سعد دحلب البليدة وكان الفاصل الزمني بين مرتي التطبيق ثلاثة أسابيع ، ثم تم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول والثاني والذي بلغ 0.65 وهو معامل دال عند مستوى الدلالة 0.01 . (فاضلي أحمد، 2008). كما تم حساب ثبات مقياس اليأس لبيك بطريقة القسمة النصفية (فردية و زوجي) في دراسة قام بها كل من آيت حمودة حكيمة، وأحمد فاضلي (2007) على عينة من طلبة جامعة الجزائر قوامها 40 طالبا و طالبة. ثم قام الباحثان بحساب معامل الارتباط بين البنود الزوجية و الفردية، و بلغ معامل الارتباط 0.59، و باستخدام معادلة "سبيرمان - براون " بلغ معامل الثبات 0.74 وهو معامل مقبول يشير إلى اتساق داخلي للمقياس.

7- عرض ومناقشة النتائج :

7-1 عرض ومناقشة نتائج الفروق في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير

عدد المحاولات

يبحث هذا الفرض في الفروق الموجودة في درجة إدراك الضغط النفسي بين فئة المحاولين الانتحار، منطلقا من أن الأفراد الذين قاموا بعدة محاولات هم الذين يسجلون درجات عالية من إدراك الضغط النفسي. ونظرا لعدم تجانس العينة لجأنا لتطبيق اختبار لا معلمية وهو اختبار kruskal-wallis وهذا النوع من الاختبارات لا يشترط التجانس ، كما أنه يقوم على تحويل القيم إلى رتب ، بحيث أن أكبر رتبة تدل على حجم ضغط عالي في هذه الفرضية .

جدول رقم (03) : نتائج الفروق في درجة إدراك الضغط النفسي لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد

المحاولات .

عدد المحاولات	تكرار المحاولات	متوسط الرتب لمتغير إدراك الضغط	قيمة kruskal-wallis	مستوى الدلالة
1	40	31.76	17.61	دال عند $\alpha = 0.01$
2	22	36.18		
3	11	58.36		
4	02	70.75		
المجموع	75			

يتضح من الجدول رقم (03) وجود فروق دالة إحصائية بين الفئات المحاولات الانتحار، وهذا باختلاف عدد المحاولات. وقد ما يفسر أن الضغط كلما كان عالي، كان الإقبال على المحاولات الانتحارية أكثر ومن ثم تكرارها. وحسب نتائج المعالجة يظهر أن هناك فروق بين عدد المحاولات فيما يتعلق بمتغير إدراك الضغط النفسي ، بحيث كلما ارتفع متوسط الرتب كلما دل على درجات عالية في الضغط النفسي. أي أن الفئة التي حاولت مرة واحدة بلغ متوسط رتبها في الضغط 31.76 وهو أقل من متوسط الفئة التي حاولت مرتين (36.18) ، بينما الفئة التي حاولت ثلاث مرات بلغ متوسطها 58.36، ورغم أن عدد الذين حاولوا الانتحار 4 مرات لم يبلغ عددهم سوى 2 إلا أن متوسط رتبهم بلغ 70.75 وهذا مؤشر عالي لمتغير إدراك الضغط النفسي. وبالتالي فإن نتائج المعالجة تشير لتحقيق الفرض الأول للدراسة الحالية، أي أن المحاولات الانتحارية المتكررة تخفي خلفها ضغط نفسي عالي. وقد تبين أن الذين حاولوا الانتحار مرة أقل ضغطا من

الذين حاولوا مرتين ، كما أن الذين حاولوا مرتين أقل ضغطا من الذين حاولوا ثلاث مرات ، وتبقى الفئة التي حاولت الانتحار أربع مرات أكثرهم تسجيلا وأعلامهم على مستوى إدراك الضغط .

ويوضح الاستعراض الدقيق للدراسات بداية من أعمال هولمز وراه وثيل (Holmes ,Rahe ,Theil (1975) ودراسات راه وثيورال (Rahe , Theorell (1971) ودراسات راه وليند (Rahe , Lind (1967) و Rahe , Lind و كيكولت وغلوسر وآخرون (Kiecolt ,Glaser(1985) ودراسة ستيفنسن (1973) Stevenson أن ضغوط أحداث الحياة ينتج عنها اضطراب الصحة النفسية والجسمية (حسن عبد المعطي 1992) وهذا ما يؤكد أن شدة إدراك الضغط النفسي كثيرا ما تكون سببا في ظهور السلوكيات الانتحارية .

وحسب المنظمة العالمية للصحة فإن 20-30% من المحاولين الانتحار يعادون المحاولة خلال 12 شهرا (Wilmotte et al 1986) وهذا بسبب التراكمات الناتجة عن الضغوط وفشل مهارات التسوية التي تعمل على مضاعفة سلوكيات الخطر .

إن المعاناة و المضايقات اليومية لسنوات طويلة ومفجعة قد يكون لها تأثيرات قوية على الصحة ، وتشير الأدلة العلمية إلى أن المضايقات اليومية قد يكون لها تأثيرات أكثر دلالة على صحة الأفراد ففي إحدى الدراسات الطولية التي أجريت على 100 شخص من كاليفورنيا طبق عليهم مقياس المضايقات اليومية كانوا هم الأكثر تعرضا للأمراض الجسمية المرتبطة بالضغوط والتي من بينها الدوار ، الصداع ، واضطرابات المعدة ، كذلك أشارت النتائج إلى أن المضايقات اليومية كانت منبئا دالا وقويا للأعراض النفسية أكثر من أحداث الحياة وعلى رأسها الاكتئاب والضغط والسلوكيات الانتحارية .

بالإضافة لهذا فإن الضغوط المستمرة أو المزمنة تكون مصدرا لكثير من المشكلات التي لا تكون هامة في حد ذاتها، وهذه المشاحنات أو المضايقات هي جزء من الحياة، ولكن عندما تتكدس تصبح مصدرا أساسيا للضغط ومؤشرا هاما للسلوك الانتحاري. حيث أنه عندما تستمر هذه المضايقات يزداد الضغط وتتناقص القدرة على المواجهة والمقاومة، ومن ثم ينتج التوتر والتعب وفقدان النوم وعدم القدرة على حل المشكلات. وتتضمن المشاحنات خبرات الحياة اليومية مثل الانتظار لفترة طويلة أو ازدحام وتوقف المرور ونسيان بعض الأشياء ، القيام بالأعباء الأسرية ، تمزق الثياب ، فهذه المضايقات اليومية قد يكون لها تأثير على صحة الأفراد ، ومجموع تأثيرها يؤثر على العلاقة بين أحداث الحياة الأساسية والمرضى (بشرى إسماعيل ، 2004).

يؤكد شوكي (Choquet (1989) بأن وجود عامل ضاغط يزيد من خطر الانتحار فالفرد أمام حدث صدمي أو مفجر يضعه في حالة من التوتر ويؤدي عجزه لحل الوضعية إلى زيادة التوتر النفسي الذي يظهر على شكل قلق متزايد واستثارة وزيادة العدوانية والإحساس بالعجز في حل المشكل ، مما يسهم في تقاوم الإحساس بالتهديد الذي يسبق المرور للفعل الانتحاري المدرك كمخرج وحيد ممكن من الأزمة ، وعليه تعتبر عوامل الضغط المستمرة والحادة من العوامل المعجلة للمرور للفعل الانتحاري.

في نفس السياق يؤكد كندي Kennedy (نقلا عن Wilmotte et al 1986) على وجود فروق في عدد المحاولات الانتحارية (تكرارها) بين الأفراد ، فكلما كان هناك تكفل نفسي واضح وخاصة فيما يتعلق بالضغوط النفسية، كلما قلت عدد احتمالات تكرار المحاولة .

كما لاحظ كريتمان Kreitman (نقلا عن Wilmotte et al 1986) فروقا نوعية بين الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة وبين الذين قاموا به للمرة الأولى ووجد أن المحاولين للمرة الأولى أشخاص حياتهم الداخلية كانت مستقرة نسبيا ومتكيفون، رغم أن هذا التوازن في الحقيقة جد هش، يركز على علاقة

ورابطة انفعالية خاصة ، وفقدان هذه العلاقة أو الرابطة يتبعه اضطراب يهدد التوازن وينتهي بالانتحار السريع المنفذ بشكل مدروس ، وهذا بعد المرور بحالة اكتئاب مرفق بنوبات حصر واضطرابات النوم واللجوء إلى استعمال العقاقير والكحوليات ثم تنتهي باللجوء للانتحار. أما الحالات التي أظهرت محاولات سابقة ومتكررة فقد كانوا يتميزون بفقدان الاستقرار النفسي واضطرابات واضحة في التكيف الاجتماعي ، ومعاناة واضحة على مستوى الضغط النفسي ، وهذا على الأقل منذ خمس سنوات قبل الانتحار، كما يتميزون بنقلهم لرغبة الموت للمحيطين بهم وبشكل واضح .

هذه النتائج تجمع على أن شدة إدراك الضغط النفسي ، والارتفاع المسجل على مقياس لفنستين ، مؤشر هام ومنبئ لوجود احتمال تكرار المحاولة الانتحارية .

2-7 عرض ومناقشة نتائج الفروق في استخدام مختلف استراتيجيات التعامل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات :

ينص هذا الفرض على وجود فروق في استخدام أساليب المواجهة لدى فئة من محاولي الانتحار وهذا وفقا لعدد المحاولات التي قاموا بها ولصالح المحاولين لأكثر من مرة (معاودة المحاولة). أسفرت النتائج ما يلي:

جدول رقم (04) : نتائج الفروق في استخدام مختلف أساليب التعامل المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات :

أساليب التعامل	عدد المحاولات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة
أساليب التعامل المركزة على المشكل	التصدي	مرة واحدة	11.77	2.28	73	0.60	غير دال
		أكثر من مرة	12.06	1.69			
مخططات حل المشكل	مخططات	مرة واحدة	6.67	1.96	73	0.67	غير دال
		أكثر من مرة	6.34	2.27			
إعادة التقدير الايجابي	إعادة التقدير	مرة واحدة	10.90	2.98	73	0.51	غير دال
		أكثر من مرة	10.51	3.55			
اتخاذ مسافة	اتخاذ مسافة	مرة واحدة	12.35	2.48	73	-4.24	دال عند 0.01
		أكثر من مرة	14.45	1.78			
ضبط الذات	ضبط الذات	مرة واحدة	9.90	4.09	73	-1.49	غير دال
		أكثر من مرة	11.22	3.55			
أساليب التعامل المركزة على الانفعال	البحث عن سند اجتماعي	مرة واحدة	6.42	3.35	73	1.67	غير دال
		أكثر من مرة	5.20	2.91			
تحمل المسؤولية	تحمل المسؤولية	مرة واحدة	6.32	1.85	73	2.07	دال عند 0.05
		أكثر من مرة	5.37	2.11			
تجنب-تهرب	تجنب-تهرب	مرة واحدة	14.45	2.30	73	0.69	غير دال
		أكثر من مرة	14.08	2.21			

يتضح من الجدول رقم (04) عدم وجود فروق دالة إحصائية (0.05) في استخدام مختلف أساليب التعامل المركزة على المشكل لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات-تكرار المحاولة الانتحارية - سواء على مستوى إستراتيجية التصدي أو مخططات حل المشكل. أي لا يوجد فرق في

استخدام هذه الأساليب بين الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة والذين حاولوا الانتحار عدة مرات (عاودوا المحاولة الانتحارية).

يتضح من الجدول رقم (04) عدم وجود فروق دالة إحصائية (0.05) في استخدام بعض أساليب التعامل المركزة على الانفعال (إعادة التقدير الإيجابي، ضبط الذات، البحث عن سند اجتماعي، تجنب-تهرب) عموماً بين الفئات التي كررت المحاولة الانتحارية، بينما أسفرت النتائج وجود فرق دال إحصائياً في استخدام أساليب التعامل المركزة على الانفعال الأخرى من تحمل المسؤولية التي كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05 وهذا لصالح الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة، وكذا اتخاذ مسافة التي كانت دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 وهذا لصالح الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة.

وتؤكد مختلف هذه النتائج قبول الفرض الثاني للدراسة الحالية بشكل جزئي فقط ذلك لأن ليس هناك فروق جوهرية بين المحاولين الانتحار لمرة واحدة والمعاودين المحاولة في استخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل وأغلب أساليب التعامل المركزة على الانفعال ماعدا وجود فرق في استعمال بعض الأساليب المركزة على الانفعال من تحمل المسؤولية لصالح الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة، وكذا اتخاذ مسافة لصالح الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة أي عاودوا المحاولة الانتحارية لأكثر من مرة.. يبدو أنه لا توجد فروق دالة إحصائية في ميل الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة أو أكثر من مرة في ميلهم لاستخدام أساليب التعامل المركزة على المشكل سواء تلك المتعلقة بالتصدي أم بمخططات حل المشكل.

وحسب ما يورده مورون (1994) Moron من الضروري الاهتمام بالمحاولين الانتحار، وتوفير الوقاية المناسبة لهم حتى لا تتكرر هذه المحاولات، غير أنه يولي أهمية أكبر للجانب السيكاتري الإستعجالي دون الاهتمام بالجوانب النفسية والرعاية السيكولوجية. بينما يشير كريتمان (Kreitman) (نقلا عن 1986 Wilmotte et al) أن المحاولين الانتحار عادة ما يظهرن محاولات سابقة، وقد قام بدراسة تؤكد فيها بالاعتماد على دراسة روبنز Robins أن نسبة 18% من الحالات يكررون المحاولة الانتحارية، ثم قام بدراسة مع أوفنستون Ovenstone, Kreitman ووجد أن النسبة مرتفعة تقارب 47% .

ويمكن مناقشة هذه النتائج في ضوء ما أشارت إليه الدراسات حيث، من بين المشكلات التي تطرحها المحاولات الانتحارية هي تكرار المحاولة التي تشكل خطراً كبيراً ومهدداً، حيث تشير الدراسات الميدانية إلى أن أكثر من ثلث 3/1 حالات محاولات الانتحار هي حالة معاودة، كما توضح الملاحظات الميدانية أن احتمالية معاودة السلوك الانتحاري وتكراره يكون مرتفعاً خلال 12 شهراً الموالي للمحاولة السابقة. (Xavier Pommereau 2005)

يرى فخري الدباغ (1986) أنه من المغالطة اعتبار أن الذين يحاولون الانتحار للمرة الأولى إن تحسنت أفكارهم أنهم لن يعاودوا الانتحار، والحقيقة أن من يفشل في انتحاره للمرة الأولى فإنه من المحتمل أن يعاود الانتحار وبالأخص في الأشهر الثلاثة الأولى. كما أكدت دراسة دوبيان (Dupain 1998) أن أساليب التعامل تسمح بالتكيف بشكل فعال تجاه الضواغظ المحيطية وتساهم في ظهور السلوكيات التوافقية لدى الأفراد .

وبالنسبة لنتائج الدراسة الحالية يمكن القول أن إستراتيجية تحمل المسؤولية التي بدت مستعملة أكثر عند الذين حاولوا الانتحار مرة واحدة مقارنة بالذين حاولوا أكثر من مرة تشير إلى وعي الفرد بالمسؤولية الشخصية في المشكل، فهي تتضمن حسب فولكمان ولازاروس (1988) اعتراف الفرد بدوره في المشكل،

وما يصاحب ذلك من محاولات من قبله لتصحيح الأمور . كما تتدرج هذه الإستراتيجية ضمن أساليب التعامل التي تركز على الانفعال والتي تهدف للتعامل مع الانفعال الذي يصاحب الحدث الضاغط (آيت حمودة حكيمة ، 2006) وربما هذا ما يجعل هذه الفئة تفكر مليا قبل الإقدام على محاولة أخرى، باعتبار أنهم ينظرون لمصادر الضغط والمشكلات الحياتية من منظور جديد بعد المحاولة الأولى ، حيث يجدون أحيانا أنهم طرف في المشكل ، فتنمو لديهم مشاعر المسؤولية كما تشير إليه بشرى إسماعيل (2004) ومن ثم يقلعون عن المحاولات الجديدة .

أما فيما يتعلق باستخدام إستراتيجية اتخاذ المسافة التي ظهرت مستعملة أكثر عند فئة الذين حاولوا الانتحار أكثر من مرة ، مقارنة بالذين حاولوا مرة واحدة ، فيمكن إرجاعها إلى أن الذين يحاولون الانتحار بدل أن يعملوا على تطوير استراتيجياتهم ليتعاملوا بشكل أحسن مع ضغوطهم فإنهم يستمرون في استخدام الإستراتيجية غير الفعالة - إن استمرت - وهذا ما يؤثر سلبا على صحتهم النفسية .

وكما أشرنا في مناقشة فرضيات سابقة فإن المحاولة الانتحارية كثيرا ما ارتبطت بإستراتيجية اتخاذ مسافة وهذا ما انتهت إليه دراسات فريد كاشا (2001) Kacha الذي يرى أن إستراتيجيتي التجنب واتخاذ مسافة كثيرا ما تكون سببا رئيسيا في وجود محاولة انتحارية . وهذا يعني أن الفرد الذي يقوم بمحاولة انتحارية يتميز بهذه الخاصية ، وبالتالي فإن النجاة من الموت المحقق في المحاولة الأولى لا يشير أبدا إلى عدم إمكانية المرور إلى نفس السلوك التدميري لاحقا، وهذا ما يؤكد عبد الحكيم العفيفي (1990) ومن ثم يمكن القول أن اللجوء المستمر لاستخدام هذا النوع من أساليب التعامل يمكن أن يفسر لنا معاودة وتكرار السلوك الانتحاري .

3-7 عرض ومناقشة نتائج الفروق في الشعور بالاكنتاب وفقا لمتغير عدد المحاولات :

نبحث في هذه الفرضية عن الفروق الموجودة في الشعور بالاكنتاب وفقا لعدد المحاولات ، على أساس أن الذين يقومون بمحاولات انتحارية متكررة يسجلون درجات عالية في الاكنتاب. ونظرا لفقدان شرط التجانس بين العينات لجأنا لتطبيق اختبار لا معلمى وهو اختبار kruskal-wallis مرة أخرى ، وللتذكير فإن هذا النوع من الاختبارات لا يشترط التجانس بالإضافة إلى أنه يسمح لنا بتحويل القيم إلى رتب ، بحيث أن أكبر رتبة تدل على درجة اكنتاب عالي في هذه الفرضية .

جدول رقم (05) : نتائج الفروق في الشعور بالاكنتاب وفقا لمتغير عدد المحاولات

عدد المحاولات	تكرار المحاولات	متوسط الرتب لمتغير الاكنتاب	قيمة kruskal-wallis	مستوى الدلالة
1	40	28.25	20.94	دال عند $0.01 = \alpha$
2	22	38.80		
3	11	85.23		
4	02	74.50		
المجموع	75			

يتضح من الجدول رقم (05) وجود فرق دال إحصائيا عند مستوى 0.01 بين الفئات المحاولة الانتحار في درجة الاكنتاب وهذا باختلاف عدد المحاولات، وقد أظهرت النتائج أن كلما كان الاكنتاب شديدا ، كان الإقبال على المحاولة الانتحارية أكثر .

كما يظهر أن هناك فروق دالة بين عدد المحاولات فيما يتعلق بمتغير الاكتئاب ، بحيث كلما ارتفع متوسط الرتبة كلما دل على درجات عالية في الاكتئاب. أي أن الفئة التي حاولت مرة واحدة بلغ متوسط رتبها في الاكتئاب 28.25 وهو أقل من متوسط الفئة التي حاولت مرتين والذي بلغ 38.80، بينما الفئة التي حاولت ثلاث مرات بلغ متوسطها 85.23، ورغم أن عدد الذين حاولوا الانتحار 4 مرات لم يبلغ عددهم سوى 2 إلا أن متوسط رتبهم بلغ 74.50 وهذا مؤشر عالي لمتغير الاكتئاب. وبالتالي فإن نتائج المعالجة تشير لتحقيق الفرض الثالث ، أي أن المحاولات الانتحارية المتكررة تخفي خلفها درجة اكتئاب عالي .

تبدو شدة المشاعر الاكتئابية من خلال البحوث أنها سبب واضح لوجود المحاولة الانتحارية ، حيث يرى عبد الحكيم العفيفي (1990) أن معظم المنتحرين يكونون ضحايا لمرض الاكتئاب. كما يؤكد الكثير من الأطباء العقليين أن الانتحار عبارة عن نتيجة واضحة تعود في الأصل لحالة باثولوجية ، وعلى وجه الخصوص تتحدد في الاكتئاب ، والشعور بتأنيب الضمير ورفض الذات كذات اجتماعية (Otmani 2005) (Benlatreche).

من جهته يؤكد العايش عبد العزيز (2004) أن العلاج المقدم للمحاولين الانتحار لابد أن يركز أساسا على تقليل الألم النفسي واخضاعهم للعلاج النفسي سواء الفردي أو الجماعي وخاصة العلاج النفسي للاكتئاب حيث يعتبر هذا الأخير من أهم العوامل المسببة للانتحار . نفس الرأي يذهب إليه كل من ديانا هيلز ، روبرت هيلز (ترجمة عبد العلي الجسماني، 1990) أنه من بين الخصائص التي سجلت عند الذين يحاولون الانتحار وجود الاضطراب النفسي خاصة الاكتئاب .

يؤكد يوسف جمعة ب- (2000) أن نسب الاكتئاب المقدمة من مختلف المصالح رغم تفاوتها إلا أنها تمثل مشكلة حقيقية نظرا لما يمثله الاكتئاب عموما من خطورة ، وهذا لارتباطه المرتفع بالانتحار ، حيث تشير بعض المصادر إلى أن 50-70% من حالات الانتحار يكون بسبب الاكتئاب .في نفس السياق يؤكد من جهته مورون (1977) Moron, (نقلا عن صالح معالم 2005 Salah Malim) أن الانتحار في كثير من الأحيان يعتبر عرضا ومؤشرا لاضطرابات سيكاترية ، وأن الاكتئاب هو المساعد على تكوين أفكار الموت ، وهذا لارتباطه بالكف عن كل السياقات التي تنتج نحو الخارج .

يقر محمد النابلسي (1998) أن المراجعة الخاصة بالملفات الطبية المتعلقة بالحالات الانتحارية تؤكد في معظمها أنه يحتوي على سوابق طبفسية ، فإذا انعدمت هذه السوابق وجدنا أن المحاولة كانت مسبوقه ببعض مظاهر الاضطراب النفسي كفقْدان الشهية ، اضطرابات النوم ، مظاهر حزن ، اكتئاب... نفس الرأي يذهب إليه فخري الدباغ (1986) الذي يرى أن وجود حالات انتحارية في أسرة واحدة على مدى سنوات وعقود يشير إلى احتمال وراثه الاستعداد لتقبل الموت أو الاكتئاب ثم الانتحار .

في إحدى الدراسات التي تمت بالجزائر وتحديدا بمدينة قسنطينة قام بها عبد الوافي بوسنة (2004) تبين له أن العلاقة واضحة بين الاضطرابات الاكتئابية والسلوكات الانتحارية ، وهذه العلاقة تعتبر من المعطيات الأساسية في الطب العقلي ، لهذا تعتبر الأفكار الانتحارية والسلوكات الانتحارية من المعايير التشخيصية للحالات الاكتئابية في الجداول التصنيفية مثل CIM10,DSM4 .

من خلال المعالجة التي قمنا بها تبين لنا أن شدة الاكتئاب تتعلق بتكرار المحاولة الانتحارية ، وهذا ما أقره كل من عبد الحكيم العفيفي (1990) ، عبد العلي الجسماني (1990) ، حسين فايد ب- (2001) ، حيث خلصت دراساتهم إلى أن المشاعر الاكتئابية ترتبط بشكل جوهري وقوي بالمحاولة الانتحارية ،

وتصور الانتحار ، وقد نوهوا في خلاصات أبحاثهم إلى ضرورة الاهتمام بدرجة الاكتئاب وشدها عقب المحاولة الانتحارية الأولى ، حيث أن استمرار المعاناة من المشاعر الاكتئابية من شأنه أن يفسح المجال لمحاولات انتحارية أخرى متكررة ، وهذا نظرا لاستمرار مصادر الضغط وفشل مهارات التوافق التي تؤثر سلبا على الصحة النفسية. وبالتالي يمكن القول أن شدة الاكتئاب يمكن اعتبارها كأكبر منبئ لوجود تكرار أو ميل لتكرار المحاولة الانتحارية .

4-7 عرض ومناقشة الفروق في درجة الشعور باليأس لدى محاولي الانتحار وفقا لمتغير عدد المحاولات: في هذا الفرض نحاول إظهار الفروق الموجودة في درجة الشعور باليأس بين محاولي الانتحار وهذا وفقا لعدد المحاولات التي قاموا بها، منطلقين من أن الذين كرروا محاولات الانتحارية هم أشد يأسا من غيرهم. ولدراسة هذه الفروق قمنا بالمعالجة الإحصائية التي اعتمدنا فيها على Anova أحادي العامل. وهذا بعد قيامنا بتطبيق اختبار ليفين لحساب التجانس .

جدول رقم (06) : نتائج الفروق في درجات اليأس حسب متغير عدد المحاولات

- Anova أحادي العامل -

مصدر التباين	مجموع المربعات	درجات الحرية	معدل المربعات	F	مستوى الدلالة
ما بين	135.75	3	45.25	11.35	دال عند $0.01 = \alpha$
داخل	282.91	71	3.98		
كلي	418.66	74			

يتضح من الجدول رقم (06) أن هناك فروق دالة بين المجموعات الثلاث في درجات الشعور باليأس وفقا لعدد المحاولات التي قام بها أفراد العينة، إلا أن هذه النتيجة لا تظهر لصالح من يعود هذا الفرق ، أي أن النتيجة لا تسمح لنا بتحديد الفئة التي تعرف يأسا شديدا مقارنة بالفئات الأخرى، لذلك عمدنا لاستخدام معالجة إحصائية أخرى والتي تعرف باختبار Tukey الذي يمكن الاستفادة منه عند البحث عن المقارنات الدالة وغير الدالة وبالتالي يدلنا في الأخير على الفئة التي تعرف يأسا شديدا وفقا لمتغير عدد المحاولات .

جدول رقم (07) : نتائج الفروق في درجات اليأس حسب متغير عدد المحاولات

بتطبيق اختبار Tukey

عدد المحاولات	قيمة الفرق	دلالة الفرق
محاولة واحدة - محاولتين	-1.31	غير دال
محاولة واحدة - ثلاث محاولات	-3.13	دال عند 0.05
محاولة واحدة - أربع محاولات	-5.17	دال عند 0.05
محاولتين - ثلاث محاولات	-2.00	دال عند 0.05
محاولتين - أربع محاولات	-3.86	غير دال
ثلاث محاولات - أربع محاولات	-1.86	غير دال

توضح نتائج تطبيق اختبار Tukey المبينة في الجدول رقم (07) أن هناك فروق بين الفئات التي قامت بمحاولات متعددة، وهذا الاختبار يمكننا من الوصول إلى النتائج التالية:

- لا يوجد فرق دال بين الذين قاموا بمحاولة واحدة والذين قاموا بمحاولتين إذ بلغت قيمة الفرق -1.31 .
- لا توجد فروق دالة بين الذين قاموا بمحاولتين انتحاريتين وأربع محاولات، حيث بلغ الفرق بينهما 3.86.
- لم تظهر فروق بين الذين قاموا بثلاث محاولات وأربع محاولات، وقد بلغ الفرق بينهما -1.86 .

- وجود فرق دال بين الذين قاموا بمحاولة انتحارية واحدة والذين قاموا بثلاث محاولات، حيث بلغ الفرق بينهما 3.13.

- وجود فروق دالة بين الذين حاولوا مرة واحدة والذين حاولوا أربع محاولات وظهرت قيمة الفرق 5.17-.

- وجود فروق دالة بين الذين حاولوا مرتين والذين حاولوا أربع محاولات فقد بلغ 2.00- .

كما يمكن تفسير هذه الفروق من خلال المتوسطات الخاصة بكل فئة على حدا، حيث أن الذين قاموا بمحاولة واحدة بلغ متوسطهم في درجات اليأس 2.32 ، أما الذين قاموا بمحاولتين فقد سجلوا متوسطا يعادل 13.63. كما بلغ متوسط درجات اليأس للذين حاولوا الانتحار ثلاث مرات 15.63. في حين وصل متوسط درجات اليأس للذين حاولوا الانتحار أربع مرات 17.50. ومن خلال هذه المتوسطات التي يزودنا بها اختبار Tukey يمكننا القول أن الذين قاموا بعدة محاولات - أربع محاولات على وجه الخصوص - يسجلون درجات أعلى في اليأس. وتؤكد مختلف هذه النتائج صحة الفرض الرابع للدراسة الحالية. في هذا الفرض نحاول إظهار الفروق الموجودة في درجة الشعور باليأس بين محاولي الانتحار وهذا وفقا لعدد المحاولات التي قاموا بها ، منطلقين من أن الذين كرروا محاولاتهم الانتحارية هم أشد يأسا من غيرهم .

ولدراسة هذه الفروق قمنا بالمعالجة الإحصائية التي بينت لنا وجود فروق دالة إحصائيا بين المجموعات الثلاث في درجات اليأس وفقا لعدد المحاولات التي قاموا بها وهذا عند مستوى الدلالة 0.01 ، وبعد إضافة معالجة إحصائية أخرى تمكنا من التعرف على الفروق وبشكل دقيق بين الفئات .

حيث تبين لنا أن هناك فروق بين الفئات التي قامت بمحاولات متعددة ، ولكن هذه الفروق ليست مسجلة لدى كل الفئات ، حيث لا يوجد فرق دال بين الذين قاموا بمحاولة واحدة والذين قاموا بمحاولتين ، كما لا توجد فروق دالة بين الذين قاموا بمحاولتين انتحاريتين وأربع محاولات ، كما لم تظهر فروق بين الذين قاموا بثلاث محاولات وأربع محاولات . أما الفروق الدالة فقد ظهرت بين الذين قاموا بمحاولة انتحارية واحدة والذين قاموا بثلاث محاولات، كما ظهرت الفروق بين الذين حاولوا مرة واحدة والذين حاولوا أربع محاولات. كما يظهر لنا مستوى الفرق بين الذين حاولوا مرتين والذين حاولوا أربع محاولات. تجدر الإشارة إلى أن مستويات الفرق هذه دالة عند مستوى 0.05.

كما يمكن تفسير هذه الفروق من خلال المتوسطات الخاصة بكل فئة على حدا ، حيث أن الذين قاموا بمحاولة واحدة بلغ متوسطهم في درجات اليأس 12.32 ، أما الذين قاموا بمحاولتين فقد سجلوا متوسطا يعادل 13.63 ، كما بلغ متوسط درجات اليأس للذين حاولوا الانتحار ثلاث مرات 15.63 في حين وصل متوسط درجات اليأس للذين حاولوا الانتحار أربع مرات 17.50.

ومن خلال هذه المتوسطات التي يزودنا بها اختبار Tukey يمكننا القول أن الذين قاموا بعدة محاولات - أربع محاولات على وجه الخصوص - يسجلون درجات أعلى في اليأس. وبالتالي يمكن قبول هذه الفرضية بترجيح درجة اليأس لدى الفئة التي حاولت الانتحار أكثر من مرة.

من ناحية الدراسات السابقة يظهر أن رشاد موسى (1998) يؤكد أن الفرد الذي يشعر بعدم ضبط النفس وضعف الثقة بالنفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية والشعور بعدم القيمة أنه لا يستطيع أن يحدد مصيره أو يوجه مسار حياته كما يريد . كما يعتريه فتور الانفعال والانطواء والانسحاب والوحدة والعزلة والصمت والتشاؤم المفرط وخيبة الأمل ، أي يصبح عرضة للاكتئاب .ومن ثم نجد أن السمة المحورية لهذا

الشخص هي الإحساس بالعجز النفسي لأن لا حيلة له في تحقيق ما يريد. وهذا ما يعرضه للمحاولة الانتحارية، الذي تؤكد لنا من خلال نتائج الدراسة الحالية.

من حيث مدلول اليأس الذي يعبر عن حالة الفرد الجسمية والعقلية والاجتماعية التي ليست على ما يرام . وطبقا لإحصائيات الباحثين فإن 75% من المكتئبين يعتقدون أنهم لن يشفوا أبدا وتكون مشاعر اليأس لديهم قوية وقد يحاول البعض منهم الانتحار (بشير معمريّة ، 2009) وكلما كانت مشاعر اليأس شديدة ، كلما ظهرت محاولات انتحارية متكررة .

توصل بيك وآخرون (1967) إلى أن حوالي 67% من حالات الاكتئاب يعانون من اليأس ، وظهر أيضا أن شدة الاكتئاب مرتبطة بيأس أشد ، وكلما ترافقا معا في الشدة والمدة ، كلما تعرض الفرد لخطر السلوكيات الانتحارية ، كما أن عدم الاهتمام بهذه المشاعر السلبية خاصة بعد أول محاولة انتحارية بإمكانه أن يؤسس فيما بعد لمحاولات أخرى.

من جهتها تؤكد زاناتا Zanatta على أن بعض الوضعيات يمكن أن توضح السلوكيات الانتحارية ، أو تكرارها ، خاصة وجود حالة اكتئاب ويأس أو مرض خطير أو كل وضعية لا يمكن تجاوزها أو مواجهتها كالحداد أو الإصابة بمرض عقلي (Wilmotte et al 1986) . في نفس السياق يؤكد عبد الحكيم العفيفي (1990) أن اليأس يكبر ويتعظم ويحطم أعمدة الشخصية الواحد تلو الآخر حتى يحطم العمود الأخير وهو الإيمان فينتج الإنسان للانتحار. ومن جهته يؤكد كل من ديانا هيلز ، روبرت هيلز (ترجمة عبد العلي الجسماني 1990) أن 10% ممن كانوا قد حاولوا في الماضي من حياتهم قتل أنفسهم ، أقدموا في خاتمة المطاف على تنفيذ مآربهم وهذا عندما أتحت لهم الفرصة لتكرار المحاولة الانتحارية.

إن محاولات الانتحار يجب أن تؤخذ بكامل الحذر والحرص من المحيطين بالشخصية التي تهدد بالانتحار إذ أن 95% من المنتحرين يحاولون عدة مرات قبل الإقدام بالفعل على التنفيذ، خاصة إذا تميزت هذه الحالات بارتفاع مشاعر اليأس (عبد الحكيم العفيفي، 1990). يضيف محمد الحجار (1987) أن اليأس والقنوط وفقدان الأمل والعون من الأعراض الهامة والأخيرة التي تنذر بوجود الأفكار الانتحارية. وهذه الأفكار هي التي يمكن أن تكون سببا واضحا في وجود المحاولة الانتحارية أو تكرارها، خاصة إذا ترافقت مع أرضية هشّة مكونة من الخصائص المعرفية والانفعالية التي افترضناها في بحثنا الحالي.

خاتمة :

من خلال ما عرضناه سابقا يمكن القول أن مشاعر اليأس المرتفعة إن سجلت لدى الأفراد الذي قاموا بمحاولة انتحارية، يمكن أن تكون السبب الجديد لظهور محاولات أخرى لاحقة.

وبالتالي فالفرد الذي يتميز بقدر عالي من الضغط النفسي وشدة المشاعر الاكتئابية واليأس يكون معرضا بشكل أو آخر للسلوك الانتحاري وهذا لما لهذه المتغيرات من دور في رفع احتمالية الانتحار .

انطلاقا من رأي دومان وآخرون (1995) De man et al تبين أنه بالرغم من المعلومات المتوفرة حاليا حول ظاهرة الانتحار إلا أنه من المستحيل التنبؤ بحدوثه حتى عند مجموعة من المرضى في حالة استشفاء على درجة عالية من الخطر (Bourgeois , 2001) ، ورغم ذلك يمكن أن نشير إلى أن نتائج الدراسة الحالية يمكن أن تساهم ولو بشكل يسير في التعرف على هذه الفئة . كما يمكن استغلال نتائجها فيما يلي :

- إجراء بحوث تهتم بمصادر الضغوط المختلفة التي يمكن أن تؤدي إلى المحاولة الانتحارية ومعاودتها.
- الاهتمام بمتغير اليأس كعامل منبئ للمحاولة الانتحارية ومعاودتها.

- تفعيل الدراسات الوبائية والوقائية للحد من المحاولات الانتحارية وتكرار المحاولة الانتحارية .
- تدريب فئة المحاولين للانتحار على مواجهة المشكلات بتطوير نماذج تعتمد أساسا على حل المشكلات.
- تدريب فئة المحاولين الانتحار على توسيع مجالات الإدراك ، لتجنيهم الوقوع في الاكتئاب .
- تفعيل الشبكات الاجتماعية لدى فئة المحاولين الانتحار أثناء الرعاية وعند بناء برامج الكفالة النفسية .
- البحث عن المتغيرات التي من شأنها أن تبين وتظهر الاحتمالية الانتحارية.

أولا: المراجع العربية:

- 1- أبو النيل، محمود السيد (2000): "دراسات في مشكلات نفسية"، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية .
- 2- أبو زيد، مدحت عبد الحميد وعوض، عباس محمود (2001): "الاكتئاب، دراسة في السيكيوباتومتري"، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 3- إسماعيل، بشرى (2004): "ضغوط الحياة والاضطرابات النفسية"، الطبعة الأولى، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
- 4 - امطانيوس، مخائيل (2008): "القياس النفسي"، الجزء الثاني، منشورات كلية التربية، جامعة دمشق،.
- 5- الأنصاري بدر محمد .(2002). المرجع في مقاييس الشخصية - تقنين على المجتمع الكويتي - دار الكتاب الحديث - الكويت .
- 6- الجبوشي ناجي .(دون سنة).الانتحار: دراسة نفسية - اجتماعية للسلوك الانتحاري. مؤسسة الشبيبة للإعلام والطباعة والنشر . دمشق .
- 7- الحجار، محمد (1987): "أبحاث في علم النفس السريري والإرشادي"، الطبعة الأولى، دار العلم للملايين بيروت.
- 8-الحجار، محمد حمدي (1998): "المدخل إلى علم النفس المرضي"، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت.
- 9- الدباغ، فخرى (1986): "الموت اختيارا : دراسة نفسية اجتماعية موسعة لظاهرة قتل النفس"، الطبعة الثانية، دار الطليعة للطباعة والنشر ، بيروت.
- 10- الشربيني، لطفي (2003): "الطب النفسي ومشكلات الحياة"، الطبعة الأولى ، دار النهضة العربية، القاهرة.
- 11- العايش، عبد العزيز (2004): "نظريات الانتحار"، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول "الانتحار في المجتمع الجزائري" " 28/27-04-2004 ، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 57-74.
- 12- العفيفي، عبد الحكيم (1990): "الاكتئاب والانتحار، دراسة اجتماعية تحليلية"، الطبعة الأولى، الدار المصرية اللبنانية، القاهرة.
- 13- النابلسي، محمد أحمد والعيسوي، عبد الرحمان (1998): "العلاج الطبي والنفسى للاضطرابات العقلية والنفسية والسلوكية"، الشركة العالمية للكتاب .
- 14- آيت حمودة، حكيمة و فاضلي، أحمد (2007): "أثر البطالة على الصحة النفسية للشباب، دراسة الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين العاطلين عن العمل" مجلة دراسات في العلوم الإنسانية والاجتماعية، منشورات كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر، العدد 7 ، ص ص 56-82.
- 15- آيت حمودة ، حكيمة (2006): " دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية - دراسة ميدانية بمدينة عنابة " رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي جامعة الجزائر .
- 16- بن الشيخ، نور الدين (2004): "الانتحار في الدراسات السوسيوولوجية في الجزائر"، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول "الانتحار في المجتمع الجزائري" " 28/27-04-2004 -منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 113-118 .

- 17- بوسنة، عبد الوافي زهير (2004): " عوامل الانتحار لدى الفتاة المراهقة "، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 27/ 28-04-، 2004 ، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 120-144.
- 18- بولجال- نوار ، مبروحة (2004): " البعد التربوي لانتحار الأحداث، دراسة تحليلية لوقائع انتحارية في صفوف التلاميذ ، تتبع حالات من بعض الثانويات بالشرق الجزائري"، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 27/ 28-04-2004، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري، قسنطينة، ص ص 14-56.
- 19- بيك أرون ، سكوت جان ، وليامز مارك ترجمة حسن مصطفى عبد المعطي (دون سنة): " العلاج المعرفي والممارسة الإكلينيكية "، موسوعة علم النفس العيادي (5)، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 20- زرزوني جهيدة (2004): " الخلفية السوسيو نفسية للانتحار "، فعاليات الملتقى الوطني الأول حول " الانتحار في المجتمع الجزائري " 27/ 28-04-2004 ، منشورات مختبر العلوم الاجتماعية وقضايا المجتمع، جامعة منتوري ، قسنطينة، ص ص 159-185.
- 21- سمعان مكرم (1964): " مشكلة الانتحار دراسة نفسية اجتماعية للسلوك الانتحاري بالقاهرة"، منشورات جماعة علم النفس التكاملي ، دار المعارف ، مصر.
- 22- عبد الرحمن، محمد السيد (1998): " دراسات في الصحة النفسية "، الجزء الأول، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 23- عبد العزيز، موسى رشاد علي (1998): " العجز النفسي كوسيط بين بعض المتغيرات الشخصية في الضبط الداخلي - الخارجي ومفهوم القلق والاكتئاب النفسي"، في دراسات في علم النفس المرضي، الطبعة الثانية، مؤسسة المختار للنشر والتوزيع، القاهرة.
- 24- عبد العظيم ، حسين طه و عبد العظيم حسين سلامة (2006). " استراتيجيات إدارة الضغوط التربوية والنفسية"، الطبعة الأولى، دار الفكر، الأردن.
- 25- عبد المعطي، حسن مصطفى (2006): " ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها"، الطبعة الأولى، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
- 26- عبيدات، محمد، أبو الناصر، محمد ومبيضين عقيلة (1999): " منهجية البحث العلمي، القواعد، والمراحل والتطبيقات "، الطبعة الثانية، دار وائل للطباعة والنشر.
- 27- عدوان، زياد والحامد، يوسف (1990): " الانتحار"، رسالة دكتوراه غير منشورة ، قسم الطب الشرعي، تحت رئاسة مفيد جوخدار، إشراف حنا الخوري، كلية الطب، جامعة دمشق.
- 28- غريب، عبد الفتاح (1990): " مقياس الاكتئاب"، الطبعة الثانية، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
- 29- فاضلي أحمد (2008): "أساليب التعامل مع الضغوط النفسية لدى فئة من محاولي الانتحار وعلاقتها بكل من الاكتئاب واليأس، دراسة ميدانية"، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي .جامعة الجزائر
- 30- فايد، حسين - أ - (2001): " الفروق في الاكتئاب واليأس وتصور الانتحار بين طلبة الجامعة وطالباتها "، في دراسات في الصحة النفسية ، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، ص ص 63-117 .
- 31- فايد، حسين ب- (2001): " الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية "، في دراسات في الصحة النفسية ، الطبعة الأولى، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية، ص ص 330-384.
- 32- مصطفى، مياسة محمد (1972): " دراسة في دوافع الانتحار "، مطابع الإدارة السياسية للجيش والقوات المسلحة، رسائل الثقافة النفسية، دمشق .

- 33- معمريّة، بشير (2009): "استبيان لقياس الشعور باليأس لدى الراشدين وتقنيته على عينات من البيئة الجزائرية"، في دراسات نفسية حول طلاب المدارس والجامعات وفئات أخرى، الطبعة الأولى، المكتبة العصرية، القاهرة.
- 34- هيلز، ديانا وهيلز، روبرت ترجمة عبد العلي الجسماني (1999): "العناية بالعقل والجسم"، الطبعة الأولى، الدار العربية للعلوم، بيروت، لبنان .
- 35- يوسف، جمعة ب- (2000): "الذاكرة الانتقائية الملائمة للمزاج لدى مرتفعي ومنخفضي الأعراض الاكتئابية"، في "دراسات في علم النفس الإكلينيكي"، دار غريب، القاهرة.

المراجع الأجنبية:

- 36- Beck.a. (1967): "depression: clinical experimental and theoretical aspects", new York Heber medical division , Harper et row .
- 37- Bencheikh, lefgoun fatiha (2005): "l'approche relationnelle du suicide", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005.publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie, pp 35-43.
- 38- Bourgeois .m-l (2001) : " les instruments d'évaluation pour la prédiction et la prévention du suicide " intérêt pour la pratique clinique et la recherche . conférence de consensus 19-20.octobre 2000.la crise suicidaire reconnaître et prendre en charge .édition John Libbey Eurotext .Paris
- 39- Choquet,M. (1989):" l'acte suicidaire ,approche épidémiologique", act-med-inter psychiatrie n^o 06 pp 04-07.
- 40- Folkman,s &.Lazarus,R (1988):" way of coping questionnaire ",mind garden publisher .u.s.a.
- 41- Harouni, moussa (2005):" tentative d'explication anthropologique –clinique du phénomène du suicide en Algérie", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005.publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie pp 05-12.
- 42- Kacha, Farid (2001):" les conduits suicidaires". Algérie santé .revue bimestrielle de santé .mars- avril n^o 4, pp 06-10.
- 43- Lazarus ,R & Folkman ,S (1984) :".stress, appraisal and coping", new York , Springer .
- 44- Levenstein ,S Pranter, C , Varvo ,V , Scribano , L and Andreoli ,A. (1993) : "Development of the perceived stress questionnaire , a new tool for psychosomatic research" , Journal of Psychosomatic Research , vol 37,N^o1 pp 19-32.
- 45- malim. salah (2005):" suicide : fin sans solution", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005.publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie, pp 45-60.
- 46- Moron .P.(1994):" actualités du suicide " .in la psychiatrie aujourd'hui .office des publication universitaire .ben Aknoun Alger .pp85-91.
- 47- Otmani,a & .Benlatreche ,t. (2005) ": le suicide aspect médico-légaux", congrée national le suicide dans la société algérienne -27/28-04-2005, .publications du laboratoire des sciences sociales et problèmes de la société .université mentouri Constantine –Algérie pp 23-34.
- 48- Pommereau, Xavier (2005):" l'adolescent suicidaire", Dunod .2m^{ème} édition .Paris.
- 49- Sillamy .n (1996): " dictionnaire de la psychologie " ,.larousse , .paris.
- 50- Wilmotte.J, Bastyns J.M, Demaret .G et Duvivier .M .(1986): " Le suicide : psychothérapie et conduits suicidaires", pierre mardaga éditeur .Bruxelles.