Buḥūth Online
مجلة محكمة تصدر إلكترونيا

وحدة النشر العلمي

بحوث

مجلة علمية محكمة

العلوم الإنسانية والإجتماعية

المجلد 2 العدد الحادي عشر- نوفمبر 2022

ISSN 2735-4822 (Online) \ ISSN 2735-4814 (print)

رئيس التحرير
أ.د/ أميرة أحمد يوسف
أستاذ النحو والصرف-قسم اللغة العربية
عميد كلية البنات للآداب والعلوم والتربية
جامعة عين شمس

نائب رئيس التحرير
أ.د/ حنان محمد الشاعر
أستاذ تكنولوجيا التعليم-قسم تكنولوجيا التعليم والمعلومات
وكيل كلية البنات للدراسات العليا والبحوث
جامعة عين شمس

مدير التحرير
د. أسماء كمال عبدالوهاب عابدين
مدرس علم النفس
كلية البنات جامعة عين شمس

مسئول الرفع الإلكتروني:
م.م/ نجوى عزام أحمد فهمي
مدرس مساعد تكنولوجيا التعليم

سكرتارية التحرير:
م.م/ علياء حجازي
مدرس مساعد علم الإجتماع

مسئول التنسيق:
م/ دعاء فرج غريب عبد الباقي
معيدة تكنولوجيا التعليم
م/ هاجر سعيد محمد علي
معيدة تكنولوجيا التعليم

مجلة "بحوث" دورية علمية محكمة، تصدر عن كلية البنات للآداب والعلوم والتربية بجامعة عين شمس حيث تعنى بنشر الإنتاج العلمي المتميز للباحثين.

مجالات النشر: اللغات وآدابها (اللغة العربية – اللغة الإنجليزية – اللغة الفرنسية-اللغة الألمانية-اللغات الشرقية) العلوم الاجتماعية والإنسانية (علم الاجتماع – علم النفس – الفلسفة – التاريخ – الجغرافيا).

العلوم التربوية (أصول التربية – المناهج وطرق التدريس-علم النفس التعليمي – تكنولوجيا التعليم –تربية الطفل)

التواصل عبر الإيميل الرسمي للمجلة:
buhuth.journals@women.asu.edu.eg

يتم استقبال الأبحاث الجديدة عبر الموقع الإلكتروني للمجلة:
https://buhuth.journals.ekb.eg/

- حصول المجلة على 7 درجات (أعلى درجة في تقييم المجلس الأعلى للجامعات قطاع الدراسات التربوية.
- حصول المجلة على 7 درجات (أعلى درجة في تقييم المجلس الأعلى للجامعات قطاع الدراسات الأدبية.

تم فهرسة المجلة وتصنيفها في:
دار المنظومة– شمعة

المساندة الاجتماعية المدركة لخفض أعراض الالكسيثيميا لدى عينة من مرضى الشريان التاجي

حفصة صالح محمود مصباح
باحثة دكتوراه ـقسم علم النفس
كلية البنات ، جامعة عين شمس ، مصر
Hafsasaleh85@gmail.com

أ.د/ حمدي محمد ياسين
أستاذ بقسم علم النفس، كلية البنات، جامعة عين شمس، مصر
Hamdy.mohamedyassin@women.asu.ed.eg

المستخلص:

هدفت الدراسة إلى اختبار فعالية برنامج إرشادي معرفي سلوكي لتنمية المساندة الاجتماعية المدركة ، والتي من شأنها ، أن تخفض أعراض الالكسيثيميا لدى عينة من مرضى الشريان التاجي ، أشارت نتائج الدراسة أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومجالاتها في القياسين القبلي والبعدي، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومجالاتها في القياسين البعدي والتتبعي ، فضلاً عن أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا ومجالاتها في القياسين القبلي والبعدي ، وأنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا ومجالاتها في القياسين البعدي والتتبعي .

الكلمات الدالة: المساندة الاجتماعية ، الالكسيثيميا ، مرض الشريان التاجي .

مقدمة

تعد قدرة التعبير عن المشاعر الذاتية من الكفاءات الاجتماعية الأساسية، فالمشاعر، تلعب دوراً أساسياً في تيسير الحياة ، وما يصدر عنها من اتخاذ القرارات الشخصية، ونقص الوعي بالمشاعر يمكن أن يكون مدمراً خاصة عند اتخاذ القرارات المصيرية، وقد أطلق Goulman (1995) مصطلح الوعي بالذات (Self awareness) على انتباه الفرد المستمر لحالاته الوجدانية والانفعالية الداخلية، وفي هذا الوعي التأملي يلاحظ الإنسان عقله، ويتفحص خبرته الانفعالية، كما يتطلب الوعي بالذات ، أن تكون القشرة المخية في حالة نشاط وخاصة في مناطق اللغة، بحيث تستطيع تحديد وتسمية العواطف والانفعالات المستثارة ، والوعي بالذات ليس انتباها يتأثر بالانفعالات أو يستجيب لما يلاحظه ولكنه حالة محايدة تحصل للفرد قدرته على التأمل الذاتي حتى في وسط العواطف الهوجاء، بمعنى آخر الوعي بالانفعالات والمشاعر هو الكفاءة الوجدانية التي يبنى عليها العديد من الكفاءات الشخصية مثل ضبط النفس. **(بام روبنزوجين سكون، 2017، 61:51)**

أما الأفراد الذين يعانون من ضعف التعبير عن مشاعرهم (مصابو الالكسيثميا) فهم يعانون من صعوبات ذاتية واجتماعية يمكن أن تؤثر على تعاملهم مع مواقف الحياة المختلفة، وتواصلهم الفعال في عدم التعبير عن المشاعر أو كبتها، إن الصراع حول التعبير عنها يرتبط بالعديد من المشكلات النفسية، وله آثاره المرضية على الصحة النفسية والجسمية بينما يرتبط شعور الفرد بالصحة النفسية الجسمية بالتعبير عن المشاعر.

ومن هنا يأتي دور علم النفس الإيجابي للتخفيف من حدة المشاعر السلبية التي يعاني منها مريض القلب، عن طريق التعبير عنها ، وتنمية اتجاهاته الإيجابية نحو ذاته ونحو الآخرين.

وتعد المساندة الاجتماعية بوصفها أحد المتغيرات الإيجابية مدخلاً فعالاً لتقليل حدة أعراض الالكسيثيميا من خلال تنمية قدرات ومهارات مرضى الشريان التاجي وتعديل نظرتهم للحياة وتعميق إيجابيتهم في التعبير عن مشاعرهم ووصفها وتحديدها وإقامة علاقات اجتماعية ناجحة .
(مسعد أبو الديار ،2009: 3)

مشكلة الدراسة:

تنبثق مشكلة دراسة من عدة روافد ، يأتي في صدارتها الرافد الشخصي، فالباحثة محاضرة بإحدى الجامعات الليبية قسم علم النفس ، هذا بالإضافة إلى معايشة حالات من مرضى القلب المصابين بالالكسيثيميا مما أثارت الرغبة بداخلها لتناول هذا الاضطراب بالبحث والدراسة في محاولة للكشف عن ديناميات الوصفية، والحد من أعراضه تجريبياً فضلا عن اهتمام الباحثة بتوظيف علم النفس الإيجابي كأحد فروع علم النفس لخفض متغيرات سلبية لدى أحد المرضى.

وفي ضوء ما تقدم من دراسات ذكرت ، ودراسات سنشير لها لاحقاً ، فضلاً عن اهتمامات الباحثة الشخصية ودوافعها المهنية يمكن بلورة مشكلة الدراسة في طرح الأسئلة التالية:

1- هل تختلف أعراض الالكسيثميا للعينة التجريبية باختلاف القياسين القبلي والبعدي؟
2- هل تختلف أعراض الالكسيثميا للعينة التجريبية باختلاف القياسين البعدي والتتبعي؟
3- هل تختلف المساندة الاجتماعية باختلاف القياسين القبلي والبعدي؟
4- هل تختلف المساندة الاجتماعية باختلاف القياسين البعدي والتتبعي؟

أهداف الدراسة: أمكن صياغة أهداف الدراسة في ضوء ترجمة الأسئلة السابقة إلى أهداف تصاغ على نحو إجرائي فيما يلي:

1- الكشف عن اختلاف أعراض الالكسيثميا لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين القبلي والبعدي / البعدي والتتبعي.
2- الكشف عن اختلاف المساندة الاجتماعية لدى العينة التجريبية باختلاف القياسين القبلي والبعدي/ البعدي والتتبعي.

محددات الدراسة: تتحدد نتائج الدراسة في ضوء مايلي :

1- **عينة الدراسة** : اعتمدت الدراسة على عينه من مرضى الشريان التاجي ، وسنوضح ذلك لاحقا حيث أبرز خصائص العينة ومبررات اختيارها .
2- **أدوات الدراسة** : اعتمدت الدراسة على مقياسين ، مقياس الالكسيثيميا ومقياس المساندة الاجتماعية والبرنامج الارشادي المعرفي السلوكي ، وجميعهم من إعداد الباحثة .
3- **الاطار الزماني** : تتحدد نتائج الدراسة بالاطار الزمني لتطبيق الأدوات ، فقد طبقت ابتداءاً من شهر فبراير وحتى شهر يونيو (2022) .
4- **الإطار المكاني** : كما تتحدد نتائج الدراسة بالمواقع الجغرافية ، فقد سحبت العينة ، من مرضى الشريان التاجي ذكور من مستشفى القلب تاجوراء بمدينة طرابلس / ليبيا .
5- **الأساليب الاحصائية** : تتحدد هذه الأساليب في ضوء هدف الدراسة وحجم العينة ونوعية الأدوات المستخدمة وكذلك الفروض المطروحة .
6- **منهج الدراسة** : تتحدد نتائج أي دراسة في ضوء نوعية المناهج المستخدمة ، فقد اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي والتجريبي وسنوضح ذلك لاحقاً.

رابعاً : أهمية الدراسة: وتبرز أهمية هذه الدراسة للاعتبارات التالية:

1- **الأهمية المنهجية** : تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي والمنهج التجريبي وهذا يعطي أهمية منهجية خاصة ، لأن الدراسة لا تقف عند وصف الظاهرة و المتغيرات التي ترتبط بها وتباين متغيراتها الديموغرافية ، بل تتجاوز ذلك إلى مرحلة التقليل من حدة الأعراض السلبية وخفض الالكسيثيميا من خلال برنامج تنمية المساندة الاجتماعية المدركة .
2- **الأهمية السيكومترية** : تزويد المكتبة العربية بأداتين أحدهما لتشخيص المساندة الاجتماعية وأخرى لقياس الالكسيثيميا لدى مرضى شريان التاجي .
3- **الأهمية العلاجية الارشادية** : وتتمثل في بناء برنامج لخفض أعراض الالكسيثيميا عن طريق التدخل بالمساندة الاجتماعية لعينة الدراسة .
4- **الأهمية الوقائية** : إن هذه الدراسة من الدراسات التي تأخذ بالاتجاه التنموي الوقائي الذي يستهدف تعديل وتنمية الظاهرة النفسية على نحو إيجابي من أجل تحقيق التوافق النفسي والانفعالي .
5- **أهمية العينة** : تتمثل أهمية العينة في مرضى الشريان التاجي وبذلك تنتمي لعلم النفس الاكلينيكي .

مصطلحات الدراسة :

أولاً : المساندة الاجتماعية : التعريف الاجرائي : في ضوء مراجعة وتحليل الدراسات والنظريات والمقاييس (سوزان ديون وآخرون 1987) ، (إدوين ساراسون وهنري ليفين وروبرت باشام وبربارا ساراسون 1983) ، (Vaux 1982) ، (Turner وآخرون 1983) ، (زيميت و داهليم و فورلاي 1988) ، (Mitchell للمساندة الاجتماعية متعدد الأبعاد zimet&canty 2000)،(استبيانات برلين BSSS)، يمكن صياغة التعريف الاجرائي التالي : اعتقاد الفرد بتوافر الدعم بأنواعه في جميع

المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته ومدى قدرة الفرد على تقبل وإدراك هذا الدعم المادي والأسري والمعرفي والوجداني وتحدد إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس الحالي.

ثانياً : الالكسيثيميا : التعريف الاجرائي : في ضوء مراجعة وتحليل الدراسات والنظريات والمقاييس (Fukunishi,Yoshida ASC) ، (1988 Taylor,Ryan &Bagby T-20 toronto) ، (& Wogan 1997) ، (Rieffeetal2006 AQC) ، (Rieffeet al 2005 EAQ) ، (CAM) ، (Applegate et al 2005) ، (2006 WSIA) ، (BIQ المعدل 1988 Sriram) ، (SSPS Sifneos 1979) ، (Mattila,2009) ، يمكن استخلاص التعريف الاجرائي التالي : استجابات الفرد لمثيرات صعوبة وصف المشاعر وتحديدها وانخفاض تقدير الذات ونقص الثقة في النفس وهو ما يتمثل في الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس .

ثالثاً : مرض الشريان التاجي : التعريف النظري : في ضوء تعريف كل من (صليحة عودة ، 2015)،(Amyhyde2018)، (شيلى تايلور، 2000) ، (سهير الغباشى،2000) ، (ليندسي وبويل،1994) ، (فيصل الرذاذ 1984) ، (السيد فهمى على 2009) ، (دليل علاج مرض الشريان التاجي: 2009) نستخلص التعريف النظري الآتي : هو ضيق واحد أو أكثر من هذه الشرايين التاجية نتيجة ترسب الكوليسترول على الجدران الداخلية للشرايين وهذا يؤدي إلى نقص كمية الدم والاكسجين الواصلة إلى القلب مما يسبب تلف الأنسجة وجدران الشرايين وتجلط الدم وهذا يؤدي إلى تصلب الشرايين والذبحة الصدرية .

الإطار النظري والدراسات السابقة :

أولاً : المساندة الاجتماعية : بعض المفاهيم المتداخلة مع المساندة الاجتماعية :

بدأ ظهور اصطلاح المساندة الاجتماعية حديثا في العلوم الانسانية مع تناول علماء الاجتماع لهذا المفهوم في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية إذ صاغوا اصطلاح شبكة العلاقات الاجتماعية الذي يعد البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية والذي يطلق عليه البعض اسم الموارد الاجتماعية .
(الشناوي وعبدالرحمن ، 1994 : 3)

اقترح Weiss1974 مصطلح الامدادات الاجتماعية وحدد مكوناته بالود والاندماج الاجتماعي والعطاء والقيمة والارتباط والتوجيه .

ويرى Liberman 1982 أن المساندة الاجتماعية مفهوم أقل شمولية بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية إذ تعتمد المساندة في تقديرها على ادراك الأفراد بشبكاتهم الاجتماعية .

وهناك مفهوم التكامل الاجتماعي والذي يشير إلى كم العلاقات الاجتماعية والتي تتميز بنوع من الخصوصية كالعلاقة الزوجية ودرجة اندماج الفرد في بيئته الاجتماعية .
(House, et al,1988:294)

من بين المرادفات التي تستخدم للتعبير عن مفهوم المساندة الاجتماعية الدعم والتأييد وتعني تأييد الفرد بالمساعدة والتشجيع أو الانحياز وبنوع خاص في المنافسات .

مفهوم آخر هو التضامن وهو عملية التآزر أو الاعتماد المتبادل كما تظهر في الحياة الاجتماعية .
ومفهوم التعاون وهو أحد مظاهر التفاعل الاجتماعي ونمط من انماط السلوك الانساني وهي تعبير مشترك لشخصين أو أكثر في محاولة لتحقيق هدف مشترك . **(Caplan et al .,1993:132)**

تشخيص وقياس المساندة الاجتماعية :

إن دراسة موضوع المساندة الاجتماعية تتطلب توفر أدوات علمية من أجل قياس توفر هذا المتغير وإيضاح طبيعته ، وتختلف المقاييس باختلاف الأبعاد التي تقيسها ، ومن هذه المقاييس مايلي :

مقياس سلوك المساندة الاجتماعية ISS وضع هذا المقياس Barrera,Sandler, et Ramsy 1981 ويقيس السلوك الذي يقدم سنداً للفرد ويحتوي على 40 بند التي تعبر عن تكرار السلوك خلال اربعة أسابيع ماضية ويقيم هذا المقياس المساعدة غير الملموسة .

قائمة المساندة الاجتماعية LSS وضعه Barrera 1981 من أجل تقييم شبكة المساندة الاجتماعية ، ورضا الفرد اتجاه المساندة المدركة .

قائمة تقييم المساندة مابين الشخاص LESSI وضعه كوهن و مرملستان وكارماك وهوبرمان 1985 وتحتوي على قائمة من 40 بند خاص بادراك وفرة المنابع الاجتماعية وتقيس أربعة انواع من المساندة وهي المساندة المالية ، التقدير ، تقدير الذات و الاحساس بالانتماء .

استبانة السند الاجتماعي QSS وضعه ساراسون ، لوفين ، باشام 1983 ويقيم ادراك توفر الرضا عن المساندة الاجتماعية ويحتوي على 17 بند .

مقياس المساندة الاجتماعية فوكس Vaux 1982 ويحتوي على جملة من الاختبارات ويتضمن ثلاثة مقاييس وكل مقياس يقيم مكون مختلف من مكونات المساندة الاجتماعية الأول : مقياس إدراك المساندة الاجتماعية يعرف بـــ PSS يقيس التقدير الذاتي للمساندة الاجتماعية ويحتوي على 23 بند ، أما المقياس الثاني : مقياس سلوك المساندة الاجتماعية يعرف بـــ CSS وضعه فوكس 1982 وفوكس وريبدال وستيوارت 1987 لقياس خمسة أنواع من المساندة الاجتماعية ويحتوي على 45 بند تصف سلوكيات المساندة ، أما المقياس الثالث : هو مقياس مصادر المساندة الاجتماعية يعرف بـــ RSS وضعه فوكس 1982 وفوكس وهاريسون 1985 يهدف المقياس لقياس مصادر الشبكة الاجتماعية .

(Beauregard .L,1996:63-70)

النظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية :

أشار (sarason et al ., 1983) إلى خمسة اتجاهات نظرية بارزة لدراسة المساندة الاجتماعية وتفسيرها وهي :

1- **النظرية البنائية** :

يشير (Kaplan et al , 1993) إلى أن أعلام المدرسة البنائية ركزوا على تدعيم بناء شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد لزيادة حجمها ، وتوسيع مجالاتها و لتوظيفها في خدمة الفرد ، ولمساندته في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة ووقايته من آثار نفسية سلبية يواجهها في البيئة المحيطة.

(Kaplan et al , 1993:75)

ويرى (duck , silver) أن الاتجاه البنائي في دراسته للمساندة الاجتماعية يقوم على افتراض أن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة ، كما تلعب دوراً حيوياً في تدعيم المواجهة الفعالة للأحداث الضاغطة دون آثار سلبية على الصحة النفسية لمتلقي المساندة . **(Duck , silver , 1995 :12-31)**

2- **النظرية الوظيفية :**

يرى (caplan , 1993) أن علماء النظرية الوظيفية أكدوا على وظيفة العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد والتي تشعره بالانتماء لتلك الشبكة وتعمل على مساندته في الظروف الصعبة التي يواجهها في بيئته ، وأكدت هذه النظرية على تعزيز أنماط السلوك المتداخل في شبكة هذه العلاقات كزيادة مصادر المساندة الاجتماعية للفرد ، ويشير كل من (duck , silver) إلى أن

المساندة الاجتماعية هي تلك المعلومات التي تؤدي إلى اعتقاد الفرد بأنه محبوب من المحيطين به ، وأنه محاط بالرعاية من الآخرين وبالانتماء إلى شبكة العلاقات الاجتماعية في البيئة المحيطة ويحس بالتقدير والاحترام من مصادر المساندة الاجتماعية القريبة منه ويحس أيضاً بواجباته والتزاماته الاجتماعية مع المحيطين به . **(Duck , silver , 1995 : 31)**

3- نظرية التبادل الاجتماعي :

تركز هذه النظرية على العلاقات من خلال نظرية التكافؤ التي تعتبر من أهم نظريات التبادل الاجتماعي على أنها تتكون من تبادل المصالح والفوائد ، أي أن الأفراد المشتركين في علاقة تبادل يفترضون أن تقديم فائدة أو منفعة يرتبط بتلقي الفرد منفعة أخرى في المقابل ، وأن تلقي منفعة يعد ديناً ملزماً بإعادة تقديم منفعة في المقابل ، وأي خلل في هذا التبادل المتوقع يؤدي إلى ردود فعل وجدانية سلبية، ومن بين العوامل الهامة التي تؤثر على أهمية تلك الاعتبارات نوعية العلاقة ، إذ أن التكافؤ مهم في علاقات العمل (علاقات ملزمة) وكذلك في العلاقات الودية (علاقات الأصدقاء) .

ويرى (Eleanor , 1990) أن هذه النظرية تتسم باتجاهها النظري الذي ينبئ بامتداد شبكة العلاقات الاجتماعية لضعف مستويات الصحة ، وعادة ما يكون تقديم المساعدات المادية والنفسية والأدائية متداخل في العلاقات التبادلية بين الأفراد ، ولكن الوصول إلى إيجاد التوازن في تلك العلاقات أمر يتسم بالصعوبة خاصة عندما تزداد حاجة المتلقي إلى المساعدة .

(الشناوي وعبدالرحمن ، 1994: 97)

4- **نظرية المقارنة الاجتماعية** : ترى هذه النظرية أن لدى الأفراد حافزاً لتقييم آرائهم واتجاهاتهم من خلال المقارنة بمعايير موضوعية أو سلوكيات الآخرين وتفترض أن الناس يختارون أناساً مثلهم للمقارنة إذ أن جمع المعلومات من الذين يشبهونهم أكثر فائدة للذات . **(ابتسام ، 2009)**

وحسب (festinger) فإن الفرد يحس بالحاجة إلى الآخرين لتقييم ذاته ووضعه وقدراته بالمقارنة مع الآخرين ، حيث يقوم بمقارنة ذاته أو وضعه مع وضع أمثاله وفي ضوء هذه المقارنة يعمل على تعديل سلوكه ووضعه . **(يحياوي ، 2003)**

ويشير (bunk et al) أنه وفقاً لوجهة نظر هذه النظرية أن الأشخاص قد يفضلون أحياناً الاندماج مع الآخرين الذين يتساوون معهم أو يفضلونهم ، حيث أن هذا النمط من الاندماج يقدم لهم تفاعلات سارة ومعلومات ضرورية تعمل على تحسين موقفهم في البيئة المحيطة بهم .

المساندة الاجتماعية لدى مرضى الشريان التاجي دراسات سابقة :

في دراسة (Corace , Kimberly michelle 2000) بعنوان العلاقات بين استراتيجيات التكيف والتفاؤل والدعم الاجتماعي لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لمرضى القلب ، هدفت إلى معرفة العلاقات بين استراتيجيات التكيف والتفاؤل والدعم الاجتماعي لنوعية الحياة المتعلقة بالصحة لمرضى القلب ، ولتحقيق الهدف طبقت استبانات استراتيجيات التكيف الخاصة بأمراض القلب التاجية والتفاؤل ، واستبانة الدعم الاجتماعي ، واستبانة نوعية الحياة ، وقد جمعت البيانات في البداية من(69) مريضا بالقلب (49 رجلا و20 امرأة) ممن التحقوا ببرنامج إعادة تأهيل القلب لفترة أطول من 6 أسابيع (التوقيت الأول) ومن بين هؤلاء المشاركين البالغ عددهم (69) ، خضع (31) (44.3%) لجراحة الشريان التاجي، وعانى 21 (30%) من احتشاء عضلة القلب، وعانى (13%) من داء الأوعية، ولم يكشف (13%) عن نوع الإجراء الذي تم معهم ، وكان هناك متابعة بعد ثلاثة أشهر ، وخلصت الدراسة إلى هناك تفاؤل وتكيف بعد ثلاثة أشهر من تطبيق برنامج الدعم وحصل تحسن في نوعية الحياة المتعلقة بالصحة لمرضى القلب .

وعن دراسة (Arnold , Sarah A.S. 2000) بعنوان الترابط بين نوعية الحياة والدعم الاجتماعي بعد عام واحد من جراحة الشريان التاجي ، تم استخدام تصميم مفصل وصفي لفحص العلاقة بين مستوى الدعم الاجتماعي ونوعية حياة المريض بعد مرور عام واحد على إجراء جراحة الشريان التاجي ، ولتحقيق الهدف تم ارسال (212) استبيانًا إلى منازل المرضى الذين دخلوا المستشفى وتم إعادة (90) استبيان ، وقد استخدم استبيان الموارد الشخصية {85-PRQ) لقياس الدعم الاجتماعي، كما استخدم نموذج "مؤشر حياة القلب"QLI لقياس QOL ، وخلصت الدراسة وجود علاقة إيجابية بين مستوى الدعم الاجتماعي ومستوى QQL في عدد من مرضى CABS بعد عام من الجراحة ، وقد استخدم اختبار فرضية بيرسون لتحديد قوة العلاقة بين 85-PRQ و QLI، وكانت (6148) ، ويشير هذا الرقم إلى وجود علاقة ارتباط قوية بين الدعم الاجتماعي وQOL .

وكذلك دراسة (Taylor , Jenny Suzanne 2000) عن آثار الدعم الاجتماعي على تعديل النظام الغذائي لدى مرضى القلب ، وكان الغرض من هذا البحث شبه التجريبي هو تحديد الفعالية قصيرة الأجل لبرنامج تدريس تعديل النظام الغذائي إلى جانب الدعم الاجتماعي للالتزام بالتعديلات الغذائية من جانب مرضى القلب ، واشتملت الدراسة على مجموعة عدم التدخل، ومجموعة التدخل، وتدخل قائم على الدعم الاجتماعي لمدة ستة أسابيع ، وتم الحصول على بيانات من (24) شخصًا وتحليلها ، وأظهرت النتائج أن الدعم الاجتماعي يحسن فعالية التعديل الغذائي لمرضى القلب على المدى القصير (6 أسابيع).

ودراسة (Anderson , Donna.1998) عن الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة بعد جراحة الشريان التاجي ، تم فحص تأثير وظائف الدعم الاجتماعي المختلفة للعمل كمصدات ضد تأثير المرض على نوعية الحياة بعد احتشاء عضلة القلب أو جراحة تجميل الشريان التاجي ، وجرى النظر في العلاقات بين الدعم الاجتماعي، والقلق، وأثر نوعية الحياة، بهدف تحديد الأهمية التي يلعبها أول متغيران على المتغيرين الآخرين ، ولتحقيق الهدف طبق استبانة الدعم الاجتماعي ونوعية الحياة على عينة (ن=87) ، وخلصت النتائج إلى العلاقة بين مختلف الوظائف المتعلقة بتوفر الدعم الاجتماعي، وأثر المرض على نوعية الحياة ، وتتصل مختلف وظائف الدعم الاجتماعي بمجالات محددة من نوعية الحياة ، وتبين أن الدعم الاجتماعي له علاقة إيجابية وسلبية على حد سواء بتأثير المرض على نوعية الحياة ، تبعا لمهمة الدعم ومجال نوعية الحياة ، وأظهرت النتائج أن التصورات المتزايدة لتوافر الدعم ، وعدم التفاعل الاجتماعي الإيجابي، وكون المرأة، ترتبط بالأثر السلبي الأكبر للمرض في نوعية العلاقة والمسؤوليات الأسرية ، فالعيش مع الأطفال وزيادة القلق لهما صلة بتأثير المرض على نوعية الحياة العامة .

ثانياً : الالكسيثيميا :

في ضوء العديد من المفاهيم المختلفة انبثق مفهوم الالكسيثميا ونتناول ذلك فيما يلي :

أولاً: الالكسيثميا والأساس العصبي:

أشار التراث العلمي إلى أن أول من وضع اساس مفهوم الالكسيثميا هو أحد علماء النفس التحليليين ، الذين لاحظوا أن مرضاهم المصابين بالأمراض السيكوسوماتية يواجهون صعوبة كبيرة في التعبير لفظياً عن صراعاتهم . **(Steven, 2001)**

الالكسيثميا والسمات الشخصية:

الالكسيثيميا أو الحبسة الانفعالية مكون شخصي يعكس اضطراباً دالاً في تنظيم الانفعال، ويشير مفهوم تنظيم الانفعال إلى مجموعة واسعة من العمليات التي تفيد في تضخيم أو تخفيف أو المحافظة على قوة ردود الأفعال الانفعالية. **(Davidson, 1997: 308)**

يشير مفهوم الالكسيثميا إلى مجموعة من الاضطرابات والأعراض المعنية بالجهاز الوجداني بسبب بعض الصعوبات في تحديد وتفعيل المشاعر, نتيجة لتضخيم الاحاسيس الجسدية المصاحبة للانفعال. **(Carpenter, & Addis, 2000, P,630)**

الالكسثيميا والأعراض الجسدية :

إن العلاقة معقدة بين حالة الالكسثيميا والأعراض الجسدية ، فالأفراد ذوو حالة الالكسثيميا يتواصلون مع عواطفهم باستخدام القنوات الجسدية ، كما أنهم يميلون إلى الشكوى من امراض الجسم والاضطرابات بشكل مستقل عن الوجود الفعلي للمرض ، وانطلاقا من فكرة أن الالكسثيميا تعد نمطا مرضيا تم اشتقاقه من الملاحظات الاكلينيكية على المرضى السيكوسوماتيين ، فإن العجز عن التعبير عن المشاعر يظهر في أشكال مرضية مختلفة على الجسد ، ومن هذه الأعراض الجسدية : ارتفاع معدل دقات القلب ، انخفاض الاستجابة الجلدية ، واضطراب ضغط الدم ، وظهور أمراض عضوية أخرى كالآلام في المعدة والقولون وغيرها ، حيث يكون ذلك عرضا وليس مرضا في حد ذاته .

ومع ذلك لا تدعم كل البحوث العلاقة بين حالة الالكسثيميا والشكاوي الجسدية ، حيث يعتقد بعض الباحثين أن الالكسثيميا والجسد حالتين مختلفتين ترتبط معا في بعض الأحيان فقط ، فعلى سبيل المثال ، الأطفال على وجه الخصوص يظهرون شكاوي جسدية متعددة دون صعوبة في وصف أو تحديد المشاعر. **(Friedlander, et al , 1997)**

الالكسيثيميا ومرض الشريان التاجي:

تمثل الالكسثيميا سمة وجدانية ومعرفية للشخصية ، فهي تظهر بأكثر من شكل ، ويمكن تصنيفها كنوع من عسر المزاج الذي يتسبب في عدم القدرة على تنظيم الانفعالات ، وعدم القدرة على اتمام العمليات المعرفية الخاصة بالجوانب الوجدانية ، حيث يشير (paiardini, et al., 2011) إلى انها ليست ظاهرة ، ولكنها سمة شخصية ، والمستوى المرتفع منها مرتبط بما يعانيه الفرد من أمراض سيكوسوماتية مثل التهاب الأمعاء أو اضطرابات الجهاز الهضمي أو احتشاء عضلة القلب أو السكري أو الأمراض الصدرية المزمنة أو الحالات الجلدية العصبية المزمنة ، وبذلك تعد الالكسيثيميا عامل خطر لأنها تضاعف عدد الوفيات بمعدل مرتين أكثر لدى الحالات المرضية ، وخاصة لمن يعاني من أمراض الشرايين التاجية . **(ايمان أحمد خميس ، 2014)**

لقد عرف الأطباء منذ وقت طويل أن حالات الإثارة العاطفية الحادة يمكن أن يكون لها تأثير ضار فوري على الأفراد المصابين بأمراض القلب والأوعية الدموية الموجودة، وفي بعض الأحيان ينتج عنها موت القلب المفاجئ ، (Engel,1971) ، وزملاؤه (Adler, MacRitchie & Engel,1971) ، وقد وجد (Greene, Goldstein & Moss, 1972) أن الأفراد قد يعانون من سكتة دماغية أو وفاة قلبية مفاجئة عند تعرضهم لضائقة عاطفية ناجمة عن تعطل علاقة مهمة ، ووجد باحثون آخرون (Perlman et al.,1971) أن الاضطرابات العاطفية الناجمة عن جدال عنيف أو التهديد بالانفصال عن أفراد الأسرة، أو كليهما، يمكن أن تؤدي إلى بداية قصور القلب الاحتقاني ، غير أن العمل في مجال العداء ونمط السلوك من النوع ألف قد أدى إلى إدراك أن أساليب المعالجة العاطفية قد تؤثر على الاستعداد لنظام التزاوج .

أظهرت دراسات عديدة أن النوع (أ) أو الأفراد العدائيين العديدين من الفئة (أ) يظهرون قدراً أكبر من التفاعل القلبي الذي يؤثر على الأوعية الدموية والهرمونات العصبية في الاستجابة للضغوط مقارنة بالأفراد الأقل عدائية أو من الفئة (ب) ، كما يتبين من ارتفاع مستويات الهلوامين في البلازما والبول، وارتفاع معدل ضربات القلب وتغيرات ضغط الدم (Suarez & Williams,1989) ، (Weidner et al.,1989) ، (Williams et al.,1991) ، وهناك أدلة أيضاً على أن الأشخاص الذين

سجلت مستويات مرتفعة في السلوك والعداوة من النوع (أ) قد رفعوا المستويات الإجمالية للبلازما وكوليسترول من نوع LDL (Weidner et al.,1987) ، ووفقاً لـ(Williams et al.,1991) ، تشير البحوث إلى أن زيادة إطلاق كاتشولامين في الأشخاص العدائيين بدرجة عالية تحفز تعبئة الدهون التي تتحول بعد ذلك إلى كوليسترول ، وقد أظهرت دراسات أخرى أن العداء يرتبط ارتباطاً قوياً بالتدخين ، واستهلاك الكحول، وتناول) الطعام المفرط Schervitz et al.,1992 ، ومن المعروف أن التدخين وغيره من السلوكيات المتصلة بالصحة مثل الكحول والدهون الغذائية تؤثر على عمل البلعميات الكبيرة، وهي خلايا رئيسية في تطور تصلب الشرايين (Adams,1994) ، وفي الواقع ،وبعد استعراض عدد كبير من الدراسات المنشورة، خلص (Littman,1993) إلى ما يلي:

هناك قدر كبير من الأدلة التي تثبت تسبب العداوة كعامل مرضي في تطور تصلب الشرايين ، وحدوث التسمم الصامت، واستقراء الأوعية الدموية التاجي بفعل الإجهاد العقلي ، والحد من التوازن اللاإرادي المثير للشفقة إلى العاطفة، وخطر الوفاة المفاجئة للقلب عن طريق التليف البطيني، واستمرار التدخين .

وقد أدى اكتشاف أن السلوك العدواني يرتبط بانخفاض مستويات السيروتونين مؤخراً إلى اقتراح أن السمة العدائية قد ترتبط بالوظيفة السِيرُوتونِيُّة في الجهاز العصبي المركزي الناقص (Littman,1993;Williams,1994) ، وثمة دليل على أن هذا النقص يمكن أن يسبب عدم توازن الجهاز العصبي اللاإرادي (أي زيادة الجهاز العصبي المتعاطف وانخفاض وظيفة الجهاز العصبي غير الشبيهة) الموجودة في أشخاص عدائيين (Williams,1994) ، وقد أدى هذا الاقتراح إلى أن العوامل الدوائية مثل مثبطات إعادة امتصاص السيروتونين الانتقائية (مثل الفلووكسيتين والسيرالين) يمكن استخدامها لزيادة النشاط المركزي للسيروتونين وبالتالي الحد من السلوك والعداء من النوع (أ) ، ووجد Littman et al.,1993) أن شخصا معينا من مستقبلي السيروتونين مصاب بالتوتر، ثم قلص من السلوك والعداء والإجهاد المتصور في مرضى القلب .

ولكن الأبحاث التجريبية لم تشهد إلا القليل من استكشاف العلاقة بين الالكسيثيميا ونمط السلوك من النوع "أ" وبين CHD ، وفي دراسة أولية، استخدم (Luminet Hubin & Defourney,1977) تقييم الخصائص الآثارية لدى موظفي الخدمة المدنية الذكور الذين صنفوا في مجموعات من النوع ألف والفئة باء على أساس نتائج أسلوب التقييم المنظم للمقابلات التي أجراها (Rosenman's) ، وقد أعرب أفراد النوع ألف عن كلمات أقل بكثير ردا على بطاقات مختارة من النوع باء، حيث يكشف مضمون ردودهم عن نقص الاستثمار العاطفي في أنشطتهم وعلاقاتهم الشخصية وفقر معين من النشاط الخيالي ، وكانت هذه النتائج تشير إلى علاقة إيجابية بين الالكسثيميا والنمط السلوكي من النوع "أ"، بينما استخدمت دراسة (Keltikangas-Jarvinen,1990) ، نظام BIQ لقياس الالكسيثيميا في مجموعة من مرضى الجراحة المتتاليين غير الثابتين الذين تم تقييمهم لسلوك النوع أ بنظام JAS ، ولم يتم إيجاد أي علاقة بين الالكسيثيميا ونمط السلوك من النوع أ، في دراسة أجريت للمراهقين الفنلنديين، وجد كل من (Keltikangas-Jarvinen and Jokinen,1989) ، أن العلاقة بين سلوك النوع ألف وعوامل الخطر الجسدية بالنسبة لنظام CHO ضئيلة، في حين أن عدم القدرة على التعرف على المشاعر السلبية والتعبير عنها ونمط المواجهة الذي يتسم بإنكار المشاكل ورفض طلب المساعدة الذي يرتبط بشكل إيجابي وكبير بالمخاطر الجسدية .

وكجزء من دراستهم الوبائية الكبيرة للرجال الفنلنديين في منتصف العمر، وجد (Kauhanen et al .,1994) أن داء الالكسيثيميا، مقاسة بتشخيص مرض الالكسيثيميا (TAS) ، كانت مرتبط بتشخيص سابق لمرض (CHO) ، ولكنه لم يكن مرتبطا بانتشار مرض فقر الدم بدرجة أكبر في اختبار تحمل

ممارسة الرياضة ، ولا بأدلة على تصلب الشرايين السباتية بدرجة أكبر ، والواقع أن الأفراد فاقدي العواطف الذين لديهم تشخيص مسبق لـCHO يميلون إلى الإصابة بتصلب أقل ، وتشير هذه النتائج ، إلى جانب النتائج التي خلصت إليها الدراسة بأن الإصابة بالالكسثيميا كانت مرتبطة بارتفاع نسبة الممارسة المتصورة وبالكشف عن الأعراض خلال اختبار تحمل الممارسة ، وهذا يشير إلى أن الالكسثيميا تؤثر على سلوك المرض بدلاً من التغيرات المرضية الاجتماعية في CHD ، ومن ناحية أخرى، تشير النتائج التي خلصت إليها دراسة مستقبلية مع مجموعة صغيرة من الرجال والنساء البولنديين (N = 25) إلى أن الالكسيثيميا تؤثر على مرض CHD ، إن لم يكن من خلال تأثير مباشر على الأعراض ، فإنه من خلال تغيير السلوكيات الضارة بالصحة ، وتفيد التقارير بأن الأشخاص ذوي الميول الجنسية في الدراسة لديهم أكثر من خمسة أضعاف من الأشخاص غير فاقدي العواطف خلال فترة ثمانية سنوات .
(Brzezinski & Rybakowski,1993)

وكما توصلت الدراسات التجريبية (Fukunishi & Rahe,1995;Smith & Frohm,1985) ، إلي مساهمة العلاقات الداعمة، وهو عامل يتوقع بشكل مستقل الموت من مرض CHD في النوع ألف . **(Orth-Gumer and Unden,1990)**

ومن بين الطرق الأخرى التي قد تؤثر بها الالكسثيميا ، على سلوك مرضى القلب ، الارتباك بسبب المشاعر والأحاسيس الجسدية ، وهذا من شأنه أن يؤدي إلى تأخير الاستجابة لأعراض احتشاء عضلي حاد. وفي دراسة لعوامل فحص تؤثر على الوقت بين ظهور الأعراض ووصول المستشفى للمرضى الذين يعانون من احتشاء عضلي حاد ، تبين أن المرضى الذين يعانون من قلة الوعي العاطفي أو الجسدي يسعون الحصول على العلاج في وقت لاحق مقارنة بالمرضى الذين كانوا أكثر قدرة على تحديد التجارب الداخلية للمشاعر و/أو الأحاسيس الجسدية . **(Kenyon, et al., 1991)**

وفي دراسة مبتكرة أخرى أجريت في ليتوانيا، قامت (Beresnevaite , 1995) بتقييم فعالية العلاج الجماعي في تعديل الالكسيثميا على عينة من (20) من مرضى الاحتشاء ، وقد حضر المرضى المجموعة مرة أسبوعيا لمدة (90) دقيقة خلال فترة توقف عن العمل في الشهور الماضية ، واستخدمت تقنيات علاجية متنوعة ، ولتقليل الضغط والتركيز على التجارب الداخلية، كان المرضى أول من تعلموا أسلوب الاسترخاء التدريجي الذي يمارسه (Jacobson's) ، ومن أجل تحسين قدرتهم على التعرف على المشاعر الشخصية واطلاعها ، كان لزاماً على المرضى أن يشاركوا في لعب الأدوار ، والتواصل غير اللفظي للمشاعر (مثل المحاكاة والتواصل بالعين) ، وأن يرسموا عالمهم الداخلي ، ويصفوا العوالم الداخلية لأعضاء المجموعة الآخرين، وأن يصفوا المشاعر التي عاشوها أثناء نقل الأحلام ، ولتعزيز الخيال والنشاط الخيالي الآخر، استمعت المجموعة إلى الموسيقى في حالة من الاسترخاء، وتم تشجيع المرضى على كتابة أي أحلام أو أوهام لديهم ، وإذا كان المرضى يبدون انشغالهم بتفاصيل الأحداث الخارجية بدلاً من التجارب الداخلية، استخدم الطبيب تقنية المعالجة لتوجيه المرضى إلى استبدال البيانات النفعية ببيانات تعبر عن الرغبات ، وفي نهاية كل جلسة من جلسات العلاج الجماعي، استخدم أسلوب الاسترخاء المغناطيسي للحد من أي نشاط فسيولوجي متزايد، وكان على المرضى ممارسة التقنيات التي تعلموها في المجموعة خلال حياتهم اليومية .

وقد أكمل مرضى القلب العلاج قبل دخول المجموعة، في نهاية أربعة أشهر من العلاج الجماعي، ومرة أخرى في فترة متابعة مدتها ستة أشهر وسنة واحدة ، وقد لوحظت أي تغييرات في الحالة الجسدية للمرضى من خلال تسجيل مضاعفات في أمراض القلب التاجي (مثل الشطب، أو الوفاة المفاجئة، أو الإصابة بخلل في القلب، أو العلاج في المستشفى بسبب الذبحة الصدرية الحادة)، وتواتر

الهجمات بجنون العظمة. وكان هناك انخفاض في متوسط درجة المجموعة بعد أربعة أشهر من العلاج الجماعي مباشرة، وظل هذا الانخفاض أقل بكثير من درجة العلاج المسبق عند إعادة الاختبار بعد ستة أشهر وبعد سنة واحدة ، وفي نهاية فترة المتابعة التي استمرت سنة واحدة ، كان المرضى الذين أظهروا انخفاضا مستقرا في درجة "TAS" استجابة للعلاج الجماعي قد حصلوا أيضا على نتيجة طبية أكثر ملاءمة مع حدوث تعقيدات قلبية أقل بكثير، وإعاقة أقل بكثير من المرضى الذين لم تتغير درجتهم في(PTSD) ، (TAS) عن طريق العلاج الجماعي .

النظريات المفسرة للالكسيثيميا : ثمة نظريات عديدة تفسر الالكسيثيميا نكتفي بعرض أكثرها ارتباطاً بمتغيرات الدراسة فيما يلي :

1- النظريات النمائية : وتتضمن عدة نظريات فرعية نشير لها فيما يلي :

أ-نظرية كريستال للتأثير التطوري (النمائي) :

(krystal's Theory of Effect Developmental 1988)

ترجع هذه النظرية السبب في الإصابة بالالكسيثيميا إلى مرحلة الطفولة ، وما يتعرض له الطفل في مراحل حياته المتعاقبة من صدمات وخبرات انفعالية عنيفة ، تؤدي بالضرورة إلى ارتداد أو نقص في الجوانب الانفعالية للطفل ، مما يترك لديه ، صورة مشوهة عن نفسه ، وبالتالي، لا يستطيع وصف ما يشعر به ، ولا يمكنه تحديده أيضاً ، فالأسرة هي المسئولة عن ظهور الالكسيثيميا لدى أطفالها وخاصة عندما يوجد ندرة في التواصل الإيجابي داخلها .

يرى Crystal أن الالكسيثيميا اضطراب نفسي ، يرجع إلى حدوث تثبيت في النمو الطبيعي للوجدان والمشاعر في المراحل الأولى من حياة الطفل ، مما يؤدي إلى ، اختلال وظيفي في الوظائف المعرفية والوجدانية الخاصة بمصالحة المشاعر التي تعوق فهم وتعرف الفرد على مشاعره ، وكذلك صعوبة في الوصف والتمييز بين تلك المشاعر والأحاسيس الجسمانية .

ويربط كل من (Lane & Schwartz , 1987) التطور الانفعالي للطفل بمرحلة ظهور اللغة ، ومدى تطورها لديه عبر مراحل حياته المختلفة ، وأن تنموها يساعد ، في زيادة وعيه بقدرته الانفعالية التي من خلالها يستطيع وصف مشاعره وتحديدها .

ب- نظرية الارتباط المؤثر لبولبي

(Bowlbys Seminal Attachment Theory 1969,1973):

يفيد Bowlby أن سلوك الارتباط يظهر في معظم الأطفال خلال الفترة من أربعة إلى سبعة شهور من حياة الطفل الأولى ، ويمكن أن يميز العديد من الأطفال في عمر أربعة شهور بين الأم والآخرين ، كما يستطيعون الاستجابة لكل سلوك موجه إليهم . **(Todarello, et al .,2005)**

ويؤكد على ضرورة وجود عدد من العناصر تساهم في الشخصية الآمنة تتضمن وجود دعم وتشجيع من الوالدين يملؤه الأمن والدفء والحنان ، بمعنى أن يسود جو الأسرة نوع من التوازن النفسي والأمن للفرد أو ما يطلق عليه (الأمن النفسي) ، وأن فقدان الأمن يعد جرس إنذار للفرد ومن حوله ، لأنه يكون السبب في الإصابة بالعديد من الاضطرابات المصاحبة لفقدان الأمن وأهمها القلق والحيرة وعدم تحديد الهدف . **(Jeffrey, 1995)**

وهكذا تظهر الالكسيثيميا – من وجهة نظر هذه النظرية – نتيجة لعدم تحقيق الدوافع الثانوية للفرد كالحاجة إلى الأمن والأمان ، تلك الحاجات التي تؤثر بالطبع على الحاجات الأساسية للفرد كالحاجة إلى الدفء والملجأ والجنس والغذاء . **(Todarello et al .,2005)**

2- **النظرية النيوربيولوجية (Theory of Neurobiology 1973-1977)** :

تتبنى هذه النظرية اتجاهين : الأول قدمه (Sefnios & Nimiah , 1973) ويقوم على افتراض وجود أساس نيوروبيولوجي للالكسيثيميا ، وأكدوا على أن النصف الأيسر من المخ هو النصف المسئول عن العمليات اللفظية والتحليلية بينما تتمركز العمليات الكلية المرتبطة بالانفعال والحدس والخيال والوصف والادراك والتعبير غير اللفظي عن المشاعر في النصف الأيمن ، وعلى هذا فإن أي تلف او ضرر في النصف الكروي الأيمن من المخ يكون السبب في ظهور أعراض الالكسيثيميا .

ومن ناحية أخرى تبنى (Hoppe & Bogen , 1977) الاتجاه الآخر والذي أرجع أعراض الالكسيثيميا إلى ما يسمى بالانقطاع الوظيفي للألياف الترابطية بين نصفي المخ مما يعني انقطاع التدفق العادي للمعلومات بين نصفي المخ مما ينشأ عن صعوبة في معالجة هذه المعلومات بطريقة شعورية يسهل بها التعبير اللفظي عن تلك المعلومات الانفعالية في صورة مشاعر واحاسيس .

(إيمان عبد الله ،2003 : 30-31)

3- **النظرية التكاملية ذات التأثير المنتظم :**

من الواضح أن النظريتين السابقتين أكدتا على جوانب مختلفة ، أما من وجهة نظر الباحثين المعاصرين أمثال (Taylor 1992، parker 1997) فقد أكدا على أن النظريتان مكملتان لبعضهما البعض ، فالإنسان عندما يفقد القدرة على إشباع حاجاته الأساسية مثل الغذاء والحب ، الدفء ، الأمان ، فإن ذلك بالضرورة يؤثر على اتصاله بالآخرين سواء من خلال التعبير اللفظي عما يشعر به اتجاههم أو من خلال فقده لغة الحوار المناسبة ، ولكن لم يستبعدا أيضاً وجود عامل وراثي قوي في هذه الحالة ، ففي أغلب الحالات المرضية المصابة بهذا الاضطراب تعاني من عدم وجود اتصال بين الوصلات العصبية بين النصفين الكرويين للمخ ، وتؤدي إلى نقص في تنسيق الوظيفة بين نصفي الدماغ وهذا قد يكون من العوامل المسببة لذلك .

ولذلك فنظرية تايلور وباركر ترى أن الالكسيثيميا قد ترجع لعاملي الوراثة والبيئة ، ولذلك أطلق عليها النظرية التكاملية . **(Parker, et al .1999)**

4- **النظرية الاجتماعية** :

تشير هذه النظرية إلى أن الالكسيثيميا ترتبط بالصحة العضوية للفرد من خلال عوامل اجتماعية مثل المساندة الاجتماعية والوظائف الاجتماعية ، فالأفراد الذين يعانون من الالكسيثيميا يكون لديهم اضطراب في الوظائف الاجتماعية ، ونقص في السعي نحو المساندة الاجتماعية خاصة من جانب الأسرة مما يؤثر ذلك بشكل غير مباشر على المرض العضوي من خلال العوامل السلوكية .

(طه عبد العظيم ، 2007 : 53)

الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي دراسات ميدانية : وفيما يلي بعض الدراسات الأكثر ارتباطاً بعينة ومتغيرات الدراسة :

في دراسة قام بها (Valkamo Mari et al، 2001) بعنوان الالكسثيميا لدى مرضى الشريان التاجي ، هدفت إلى التعرف على العوامل المرتبطة بالالكسيثيميا لدى مرضى القلب ، ولتحقيق الهدف طبقت الأدوات التالية : مقياس تورنتو لالكسيثيميا TAS-20 وقائمة بيك للاكتئاب والمقابلة السريرية المنظمة وقائمة الأعراض المعدلة (SCL-90-R) على عينة (ن = 153) من مرض الشريان التاجي أجريت قبل يوم واحد من تصوير الأوعية التاجية ، وخلصت الدراسة إلى تم تقييم 21% من مرضى الشريان التاجي (ن=32) بأن لديهم ألكسيثيميا وفقاً لمقياس TAS-20 وكانت الالكسيثيميا لدى المرضى الغير قادرين على العمل والغير راضيين عن الحياة ، كما بينت اكتئاب لدى المرضى ولم ترتبط حالات الاضطرابات النفسية مع الالكسيثيميا ، وكشف تحليل الانحدار اللوجستي أن العوامل المرتبطة بشكل مستقل مع الالكسيثيميا كانت بنسبة (4.8) والاكتئاب الذاتي المصنف (3.2) ، وعدم الرضا عن

الحياة (2.9) ، وبينت النتائج أن الالكسيثيميا ليست لها علاقة بالقدرة على ممارسة الرياضة وترتبط بالاكتئاب الذاتي وانخفاض رضا الحياة ، كما ترتبط بالعبء النفسي والاجتماعي .

وفي دراسة (percenvet 2003) بعنوان فعالية العلاج الجماعي في الحد من الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي ، هدفت إلى معرفة فعالية الحد في حالة الالكسيثيميا عن طريق التدخل ، ولتحقيق الهدف استخدمت تقنيات علاجية متنوعة (التدريب على الاسترخاء ، وتحديد التواصل مع المشاعر ، والصور ، والموسيقى ، والتعبير العاطفي غير اللفظي) على عينة (ن=20) من مرضى الاحتشاء وكانت الجلسات مرة أسبوعياً لمدة 90 دقيقة ، وخلصت الدراسة إلى ظهور انخفاض كبير في نسب الالكسيثيميا التي صارت ثابتة لمدة عامين ، وفي المتابعة التي استمرت عامين وأن الذين كانوا في مجموعة العلاج النفسي شهدوا أحداثا قلبية أقل بالمقارنة بالذين لم تتغير عندهم نسب الالكسيثيميا .

وعن دراسة (Mataji Kennedy and john Franklin 2002) هدفت إلى استكشاف مدى فعالية التدخل لمعالجة الالكسيثيميا باستخدام ثلاث دراسات لحالات فردية تمتد من 16-24 جلسة أسبوعية، كما افترضت أن التدخل القائم على المهارات سيعزز قدرة الفرد على تحديد ووصف تجاربه العاطفية ، ولتحقيق الهدف تم تصميم حالة واحدة تجريبية واستخدمت (7) استبانات على (5) فترات بداية من خط الأساس وبداية العلاج وانتهاء العلاج والمتابعة الشهرية والمتابعة لمدة 12 شهر ، وهذه الاستبانات هي مقياس تورنتو للالكسيثيميا TAS-20 ، الاستبانة الخاصة بالاستجابة المحفزة APRQ الاستبانة الخاصة بالتعبير العاطفي AEQ ، مقياس العميل الأسبوعي ، مقياس المزاج السريع TMMS ومؤشر بروفيل EPI ، قائمة الأعراض المرجعية (R-90-R-SCL-90)، على عينة (ن=53) ، وخلصت الدراسة إلى أن العلاج القائم على المهارات كان فعال وناجح ، في الحد من الالكسيثيميا ، ومساعدة المشاركين على توضيح مشاعرهم ، ووصفها ، ومستوى الالكسيثيميا انخفض بعد العلاج وقد ظل ذلك إلى ما بعد المتابعة .

ثالثاً : مرض الشريان التاجي (CHD) :

يحدث مرض قصور الشريان التاجي عندما يضيق واحد أو أكثر من هذه الشرايين التاجية نتيجة ترسب الدهون والالياف على جدران الشرايين وهذا ما يؤدي إلى نقص كمية الدم والاكسجين الواردة إلى عضلة القلب وخاصة أثناء الجهد حيث تحتاج عضلة القلب إلى مزيد من الاكسجين .

(صباح كحيل ، 2015 : 34) (صليحة عودة ، 2015 : 160)

وله عدة مسميات مثل تصلب CAD ، امراض القلب التاجية (CHD)، تصلب الشرايين ، امراض القلب ، امراض القلب الدماغية ، ضيق الشرايين . **(Amy Hyde,2018)**

الخصائص النفسية لمرضى الشريان التاجي:

من العوامل المختلفة التي تلعب دوراً مهماً في نشأة تصلب الشرايين مع قصور الشرايين التاجية في القلب :

السمنة، السجائر، زيادة السكر، ارتفاع نسبة الدهون في الدم، وعدم الحركة ، وكلها ذات علاقة واضحة بالهيكل الاجتماعي واسلوب الحياة الغربي ، وأنماط مميزة في الشخصية والتعرض لمواقف خاصة وتلعب العوامل النفسية والاجتماعية دورها من خلال :

1- **تكوين الشخصية** : هؤلاء الذين يعملون بكل جدية ساعات طويلة دون كلل أو تعب ، ويتقبلون التحديات المختلفة ،نستطيع نعتهم بمدمني العمل ، ويتميز هؤلاء الأفراد بالرغبة في السيطرة خاصة على الزوجة والأطفال والكفاح المستمر للصعود في الدرج الاجتماعي ، مع عدم القدرة على الاسترخاء، ومحاولة إثبات فحولتهم ونشاطهم الجنسي، والحق أن هؤلاء في حاجة ملحة للحب

والحنان ومن خلال فقدهم لذلك يعوضونه بالبحث عن القوة والتفوق.**(عدودة صليحة، 2010: 157)**

2- **الصراعات عبر الإنسانية** : وتكون النواة هنا الإحباط في السيطرة في العمل او الأسرة أو الفشل في الرقى والتفوق الاجتماعي أو تدهور في الوظيفة أو عدم خضوع الزوجة والأطفال، أو متاعب مادية مستمرة ، وظهور كل هذه الصراعات على الرغم من العمل الجاد المستمر المنهك ، مما يؤدى الى القابلية للإصابة بقصور الشريان التاجي .

3- **السلوك التفاعلي للصراعات**: يميل هؤلاء الأفراد إلى قمع الشحنات الانفعالية ، وذلك على عكس طفولتهم التي كانت مملوءة بالاندفاع والحركة والغضب والتعبير اللفظي والحركي عن الانفعالات المختلفة وعندما تتجمع هذه العوامل الثلاثة من تكوين الشخصية والصراعات الانسانية والسلوك المحبط ، يصبح الانسان أكثر عرضة للإصابة بأمراض القلب .

(أحمد عكاشة، طارق عكاشة، 2010، 668)

أمراض القلب والاضطرابات النفسية :

من العرض السابق للمسببات العضوية لأمراض القلب، يأتي الحديث عن واحد من أخطر المسببات التي تهدد القلب ، ألا وهي الاضطرابات النفسية والتي تتعدد أسبابها ، فقد تأخذ شكل القلق ، أو الغضب ، أو التفاؤل ، أو التشاؤم ، أو توهم المرض أو الاكتئاب ، وتختلف هذه الاضطرابات في مداها فبعضها قد يكون قصير المدى بينما بعضها شديد وطويل المدى .

منهجية تشخيص أمراض القلب التاجية :

تأتى هذه المنهجية طبياً ، من خلال الصورة العيادية للأعراض ، والعلامات والقصة المرضية، وإجراء مجموعة من الاجراءات المعملية والاشعاعية مثل إجراء رسم للقلب وتصوير الشرايين التاجية بالصبغة وبالموجات الصوتية أو المسح الذرى لعضلة القلب أو استخدام القسطرة القلبية وهذه الاجراءات تحدد درجة وخطورة ومكان الاصابة كما يتم إجراء التحاليل الطبية من قبيل تحديد الكولسترول والسكر واليوربا. **(رئيف بستاني، 1994، 196)**

في السياق ذاته اقترحت الجمعية الأمريكية للقلب (1973 AMA) ضرورة تقييم ودراسة أمراض الشريان التاجي وفقاً لاستراتيجية تتكون من عدة عوامل هي : الجنس – العمر – التدخين – ضغط الدم المرتفع – مستوى الكولسترول – تضخيم البطين الايسر للقلب – مرض السكر، بالإضافة الى السمنة وزيادة كمية الدهون في الدم وقلة النشاط الحركي وطبيعة السلوك أو نمط الشخصية .

علاج أمراض الشرايين التاجية :

يمكننا تطبيق التدخل النفسي في كل مرحلة من مراحل أمراض الشرايين التاجية ، سواء في الوقاية الأولية ، أي في مرحلة ما قبل ظهور أعراض المرض أو خلال المرحلة الحادة التي غالباً وتكون بعد حدوث الجلطة القلبية ، أو عند مرحلة إعادة التأهيل والعودة إلى الحياة الطبيعية والتي يطلق عليها الوقاية الثانوية ، ويتراوح التدخل النفسي بين استخدام الاساليب المعرفية الى الاستراتيجيات السلوكية، فقد تطور التدخل النفسي عما كان عليه في فترة ما قبل السبيعينات، حيث كان يتضمن تعديل السلوك المرتبط بعوامل الخطر المرتفعة إلا أنه في الوقت الحاضر وبعد تطور نماذج علاج الضغوط المتعددة أصبح بالإمكان استخدام أكثر من أسلوب تدخلي نفسى لمعالجة هذا المرض السيكوسوماتى والتدخل العلاجي كالآتي:

1- العلاج في مرحلة الوقاية الاولية.
2- العلاج في المرحلة الحادة (بعد حدوث الجلطة القلبية).
3- العلاج في مرحلة إعادة التأهيل (الوقاية الثانوية). (أديب محمد الخالدي ، 2006، 470)

الالكسيثميا والمساندة الاجتماعية لدى مرضى الشريان التاجي دراسات ميدانية : نشير فيما يلي لبعض هذه الدراسات :

في دراسة (jm.trrifx & Alprit 2001) بعنوان النمو النفسي لدى المرضى المصابين بالالكسيثيميا ، هدفت إلى الكشف عن النمو النفسي لدى المرضى المصابين بالالكسيثيميا ، والذين يجتمعون لعمليات زرع القلب من خلال تقديم المساندة الاجتماعية ، ولتحقيق الهدف طبق برنامج المساندة الاجتماعية للعينة التجريبية بعد إجراء العملية لمدة (6) أشهر ، ثم تم تطبيق مقياس تورنتو للالكسيثيميا على المجموعتين ، على عينة (ن = 44) مريض ، قسمت لعينة تجريبية وأخرى ضابطة و خلصت الدراسة إلى أن العينة التي تعرضت لبرنامج المساندة الاجتماعية أظهروا تحسنا ملحوظا على مقياس تورنتو للالكسيثيميا ، ومستوى مرتفع من التقبل للحياة وانخفضت لديهم الاعراض الجانبية للقلق والاكتئاب بعكس العينة الضابطة .

وفي دراسة قام بها معهد الطب النفسي بمستشفى جامعة (Q B U) بفنلندا سنة 2001 تناولت أثر الالكسيثيميا على العجز والعزلة الاجتماعية لدى مرضى القلب ، وأثر الدعم له ولتحقيق الهدف طبق مقياس TAS-20 ومقياس العزلة الاجتماعية ، على عينة (ن= 153) مريض بالقلب ممن لديهم عزلة اجتماعية وصور سلبية للذات ، وخلصت الدراسة إلى أن الالكسيثيميا لها أثر سلبي يتمثل في العجز عن التعبير عن المشاعر والعزلة والاكتئاب ، وأن التدخل بالمساندة الاجتماعية يساعد هذه العينة على التقدم والإقبال على الحياة .

وفي دراسة (jemy jakson , 2010) بعنوان أثر التدخل ببرنامج المساندة الاجتماعية على تقبل مرضى القلب لأخذ الأدوية وتجنب المشاعر السلبية ، هدفت إلى معرفة فعالية برنامج المساندة على تقبل المرضى لأخذ الأدوية ، ولتحقيق الهدف طبق برنامجه في المساعدة الاجتماعية من خلال (12) جلسة وتشمل الجلسات على (36) تمرين من ممارسات في التفاؤل وخفض الاكتئاب والاقبال على الحياة والتدريب على الافصاح عن المشاعر وكانت العينة من مرضى القلب ومصابو الالكسثيميا وتظهر الأعراض لديهم في عدم القدرة على تحديد ومعرفة المشاعر السلبية لديهم كذلك عدم الانتظام في أخذ الأدوية وأحيانا تركها عمداً وعجزاً في النواحي العاطفية ، وخلصت الدراسة إلى تقبل هؤلاء المرضى لأخذ الأدوية وانخفاض أعراض الالكسيثيميا لديهم .

وفي دراسة معهد القلب والأوعية الدموية بجامعة كاوناس بلوتانيا بعنوان أثر المساندة الاجتماعية في خفض الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي ، وهدفت الدراسة إلى معرفة أثر المساندة الاجتماعية للمرضى الذين حصلوا على درجات مرتفعة على مقياس الالكسيثيميا ، ولتحقيق الهدف طبق مقياس TAS-20 ومقياس الدعم الاجتماعي وبرنامج الدعم الاجتماعي يتضمن محاضرات لمدة أربع أشهر ، على عينة (ن=63) مريض ، وخلصت الدراسة إلى انخفاض في الأعراض السلبية للقلب ، التي كانت تحدث قبل البرنامج والمتمثلة في (عودة الاحتشاء ، الموت القلبي المفاجئ ، الذبحة الصدرية الشديدة) إلى جانب انخفاض أعراض الالكسيثيميا لديهم ، كما قام المعهد بإجراء اختبار تتبعي لعينة الدراسة بعد سنتين فكانت النتائج حفاظ العينة على هذا التغير لمدة لا تقل عن سنتين .

الدراسات السابقة : تحليل وتعقيب: بمراجعة الدراسات السابقة يمكن استخلاص القراءات التالية :

أولاً : القضايا المتفق عليها : على الرغم من اختلاف الدراسات السابقة فيما بينها ، بصدد إجراءات الدراسة ، وكذلك بعض النتائج التي أسفرت عنها ، إلا أن ثمة اتفاق حول بعض القضايا منها :

1- أن المساندة الاجتماعية تؤثر إيجابي على مرضى الشريان التاجي ، كما في دراسة Corace , Einberg,Lynne) ، (Bastone,Elsa C1990) ، (Kimberly michelle, 2000)

(Taylor , Jenny Suzanne 2000) ، (Anderson , Donna.1998)، (Tartak 1992) ، (Arnold , Sarah A.S. 2000) ، (Kristen A.Farrell,Stephen Mallon,2012) .

2- 2- تتضح أهمية المساندة الاجتماعية كمفهوم نفسي إيجابي له علاقة بالمفاهيم الإيجابية الأخرى مثل الرضا عن الحياة وفاعلية الذات والإقبال على الحياة ومواجهة الضغوط ، كما في دراسة (James, Christine L, 2006) ، (Sirisha R Mallemala et al., 2003) ، Boswor tn Hayden (2000) ، (Takumine Lynn, 2001) .

3- اتفقت أغلب الدراسات على فعالية المساندة الاجتماعية في خفض أعراض الالكسيثيميا ، حيث أن هناك ارتباط سالب بين الالكسثيميا ، وتقديم المساندة الاجتماعية ، ومنها دراسة (jm.trrifx & Alprit 2001) ، (معهد القلب والأوعية الدموية جامعة كاوتاس – بلوتانيا،2001) ، (Fedirchuk Karen Elizabeth 1998) ، (percenvet 2003) .

4- ترتبط الالكسيثيميا بمستويات مرتفعة من القلق والضغوط والغضب وزيادة الإحساس بالألم كما في دراسة (Dawn Neumann,James F.Malec,Flora M.Hammond, 2018) ، (Mueller, et al, 2006) ، (Masyo et al 2006) ، (James, Christine L, 2006) ، (Schooner-Lorraine,2001) ، (Bastone,Elsa C1990) .

5- اتفقت الدراسات على أن الإناث أكثر احتياجاً للمساندة الاجتماعية عن الذكور لخفض أعراض الالكسيثيميا ومنها دراسة : (Wiez Bowsk , Chthleen, 1998) ، (Fedirchuk Karen Elizabeth 1998) ، (Sirisha R Mallemala et al., 2003) ، (Nancy Freeborne 2009) .

6- أن المرضى يعانون من أعراض الالكسيثيميا بدرجة مرتفعة وخاصة إذا كانوا من مرضى الجراحات الخاصة كالقلب عن غيرهم من الأصحاء ، كما في دراسة (Sheiap 1989) ، (Higa, B, 1988) ، (jm.trrifx & Alprit 2001) ، (معهد الطب النفسي بمستشفى جامعة Q B U ،2001) ، (percenvet 2003) .

7- أن المساندة الاجتماعية وأشكالها المختلفة ، تؤثر في الصحة بشكل واضح ومميز ، وأنه مع زيادة المساندة الاجتماعية يزداد مستوى النشاط والاستمتاع بالحياة وتقبل أخذ الأدوية من قبل المرضى ، كما في دراسة (jemy jakson , 2010) ، (Rees-Bambara-Boeker 1995) ، Boswor (tn Hayden 2000) ، (Colella Tracey 2009) .

ويلاحظ أن الدراسات السابقة اعتمدت على التقارير اللفظية والمقاييس السيكومترية وعلى البرامج الإرشادية.

ثانياً : أوجه الاستفادة : يمكن حصر جوانب الاستفادة من الدراسات السابقة فيما يلي:

1- **تحديد المتغيرات** : تم اختيار متغيري المساندة الاجتماعية و الالكسيثيميا وفاءاً بنتائج البحوث السابقة حول دور المساندة الاجتماعية في الصحة النفسية كما في دراسة (James, Christine L, 2006) ، (Sirisha R Mallemala et al., 2003)، (Boswor tn Hayden 2000) ، (Takumine Lynn, 2001) ، (jm.trrifx & Alprit 2001) ، (معهد القلب والأوعية الدموية جامعة كاوتاس – بلوتانيا،2001) ، (Fedirchuk Karen Elizabeth 1998) ، (percenvet 2003) .

2- **صياغة الأسئلة والفروض :** تم الاستفادة من الدراسات السابقة عند استعراض أسئلة الدراسة ، وفروضها ، وما أسفرت عنه دراسة (percenvet 2003) ، (Turner,Andrea M 2001) ، (smith,Sherly S.Adler, (Masyo et al 2006) ، (Valkamo Mari et al.,2001) .

3- **صياغة التعريفات الإجرائية** : تم صياغة التعريف الاجرائي في ضوء تحليل التعريفات والمقاييس السابقة .
4- **تحديد العينة :** ركزت الدراسة لاختبار فروضها على عينة من مرضى الشريان التاجي تتراوح أعمارهم بين (40-60) سنة ، اقتداءً بدراسة كل من (percenvet 2003) ، Fedirchuk (Karen Elizabeth 1998) ، (معهد القلب والأوعية الدموية بجامعة كاوناس بلوتانيا) ، (jemy jakson , 2010) ، (jm.trrifx & Alprit 2001) .
5- **بناء الأدوات :** تم بناء أدوات الدراسة في ضوء تحليل مكونات ، وخطوات بناء الأدوات السابقة كمياً وكيفياً .
6- **إعداد البرنامج الارشادي :** تم بناء البرنامج الارشادي في ضوء مطالعة البرامج الارشادية السابقة .
7- **مناقشة النتائج :** تم مناقشة نتائج الدراسة في ضوء تحليل نتائج الدراسات السابقة .

ثالثاً : القضايا الجدلية التي لم تحسم نتائجها : ومن أهمها :

وجد أن سلوكيات الصحة ونوعية الحياة ترتبط بالالكسيثيميا لدى النساء أكثر من الرجال (Fedirchuk Karen Elizabeth 1998) ، وأن معدل الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي من أصول أفريقية أمريكية مرتفع بالمقارنة مع الأمريكيين و أن هناك علاقة بين انخفاض الحالة الاقتصادية وارتفاع الالكسيثيميا (smith,Sherly S.Adler2006) ، كما وجد أن الالكسيثيميا ليس لها علاقة بالقدرة على ممارسة الرياضة (Valkamo Mari et al.,2001) ، ولم توجد علاقة بين الالكسيثيميا ونمط السلوك من النوع "أ" (Keltikangas-Jarvinen,1990) ، ووجد ارتباط سلبي بين الدعم الاجتماعي ومرض الشريان التاجي ، حيث أن الدعم الاجتماعي المرتفع مرتبط بمرض الشريان التاجي المرتفع (Goldberg , MaryLu 1988) ، وتبين أن الدعم الاجتماعي له علاقة إيجابية وسلبية على حد سواء بتأثير المرض على نوعية الحياة (Anderson , Donna.1998) ، وجد أن الدعم الاجتماعي يحسن فعالية التعديل الغذائي لمرضى القلب (Taylor , Jenny Suzanne 2000) ، (Rees-Bambara-Boeker, 1995) ، وأن نسبة الدعم الاجتماعي للرجال مستقرة بينما أظهرت النساء انخفاضاً ثابتاً وغير مستقر (Sirisha R Mallemala, et al., 2003)، (Takumine Lynn, 2001)

رابعاً : الجديد الذي تضيفه هذه الدراسة : في ضوء استقراء وتحليل الدراسات والأطر النظرية فإنه يمكن الزعم بأن هذه الدراسة تحمل بعض الإضافات التي تشكل أيضاً مبررات بحثية ، نوضحها فيما يلي:

1- عدم وجود دراسة عربية -حسب حدود علم الباحثة- تناولت مفهوم المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالالكسيثيميا .
2- صياغة مفاهيم الدراسة بشقيها النظري و الإجرائي في ضوء مطالعة التعريفات السابقة .
3- إعداد أحد البرامج المعرفية السلوكية لخفض أعراض الالكسيثيميا من خلال التدخل بالمساندة الاجتماعية.
4- بناء أدوات الدراسة بشقيها السيكومتري والتجريبي بما يناسب و عينة الدراسة وما يخدم مقولتي الزمان والمكان كمحددات أساسية للفكر الإنساني من شأنها أن تجسد ملامح هوية أي دراسة علمية.
5- إعداد قائمة المستوى الاقتصادي والاجتماعي بما يتناسب مع طبيعة العينة .

فروض الدراسة :

1- تختلف المساندة الاجتماعية لدى مرضى الشريان التاجي باختلاف القياسين القبلي والبعدي .
2- تختلف الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي باختلاف القياسين القبلي والبعدي .
3- لا تختلف المساندة الاجتماعية لدى مرضى الشريان التاجي باختلاف القياسين البعدي والتتبعي .
4- لا تختلف الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي باختلاف القياسين البعدي والتتبعي .

منهج الدراسة وإجراءاتها :

1- **منهج الدراسة :** اعتمدت هذه الدراسة على منهجين لتحقيق أهدافها وهما : المنهج الوصفي ، بهدف تشخيص متغيري الالكسيثيميا والمساندة الاجتماعية ، والمنهج التجريبي للتحقق من فاعلية البرنامج الارشادي لتنمية المساندة الاجتماعية .
2- **خصائص العينة ومنطق اختيارها :** تتضمن عينة الدراسة (80) من مرضى الشريان التاجي ، تم اختيارهم من مستشفى القلب تاجوراء ، ومستشفى طرابلس الجامعي قسم القلب الباطني ، ويعملون في قطاع التربية والتعليم (هيئة تدريس أو هيئة معينة) بهدف التحقق من الكفاءة السيكومترية للأدوات ، وتراوحت أعمارهم ما بين (40-60) سنة ، بمتوسط حسابي (52) ، وانحراف معياري (4.583) .

مبررات انتقاء العينة في ضوء الخصائص السابقة تم ذلك للأسباب التالية :

أ - بلغ حجم العينة (80) مريض بهدف جمع البيانات والتحقق من الكفاءة السيكومترية لأدوات الدراسة ، والإجابة على الأسئلة ، والتحقق من الفروض .

ب- تضمنت العينة الذكور ، وأعمار متوسطة لحسم الجدل بين نتائج الدراسات السابقة ، حيث نجد دراسة (Valkamo (Sahebzamani Fraces M,2002) ، (Fenner Carol f 1993) (Mari et al ,2001 أن مرض الشريان التاجي ينتشر عند الذكور أكثر من الإناث ، كما اتفقت دراسة (Taylor, Jenny Suzanne 2000) (Arnold,Sarah A,S2000) أن الدعم الاجتماعي يحسن نوعية الحياة والصحة ويخفض الالكسيثيميا لمرضى القلب .

3- أدوات الدراسة : وتتضمن ما يلي :

مقياس المساندة الاجتماعية : مر إعداد هذا المقياس بعدة مراحل يمكن تناولها على النحو التالي :

أ- مراجعه المقاييس السابقه : تم الاطلاع على المقاييس السابقة، فقد تم تحليل مقاييس كلا من (سوزان ديون وآخرون 1987) ، (مروى محمد شحته 2000 نقلا عن بطارية المساندة الاجتماعية ل كراوس 1986) ، (Vaux 1982) ، (Turner وآخرون 1983) ، (زيميت و داهليم و فورلاي 1988) ، (Mitchell للمساندة الاجتماعية متعدد الأبعاد وذلك بهدف تحديد المكونات ، والاستفادة من طرق تحديد الاستجابات .

ب- تحليل ودراسة التعريفات الإجرائية ، والدراسات السابقة ، والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية ومنها (Weiss, 1974) ، (Martine Habra, 2005) ، (Lepore, 1975) ، (Moss, 1996)، (Taylor, 2008) ، (Cutrona, 1996) ، (Caplan, 1981) ، (Cobb, 1970) ، (Barrera, 1981) ، (Sarason, 1987) ، (Cohen, et al, 1986).

وقد أسفرت هذه الخطوة عن عدة مفردات ، تم الابقاء على أكثرها تكراراً ، والتي تمثلت في (المساندة المادية، مساندة الأسرة ، مساندة الأصدقاء ، المساندة الوجدانية ، المساندة المعرفية) , وفي ضوء ذلك نصوغ التعريف الاجرائي التالي : اعتقاد الفرد بتوافر الدعم بأنواعه في جميع المواقف الصعبة التي يواجهها في حياته ومدى قدرة

الفرد على تقبل وإدراك هذا الدعم المادي والأسري والمعرفي والوجداني وتحدد إجرائيا بالدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك .

حساب الكفاءة السيكومترية للمقياس وتتضمن ما يلي :

أولاً : معامل ثبات المقياس : تم التحقق من ثبات المقياس بأكثر من طريقة نوضحها في جدول (1) :

جدول (1)

معاملات ثبات ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية وجتمان للمكونات الفرعية والدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية

مـ	القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	عدد البنود	معامل ثبات ألفا لكرونباخ	معامل ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح	معاملات ثبات جتمان
1	المساندة المادية	11	0.674	0.708	0.606
2	مساندة الأسرة	13	0.896	0.839	0.788
3	مساندة الأصدقاء	11	0.872	0.910	0.825
4	المساندة الوجدانية	7	0.771	0.823	0.890
5	المساندة المعرفية	14	0.853	0.834	0.772
6	المقياس ككل	56	0.927	0.940	0.913

اتضح من الجدول (1) أن قيم معاملات الثبات بأسلوب ألفا لكرونباخ بلغت (0.927) للمقياس ككل ومعامل الارتباط بطريقة التجزئة النصفية بعد التصحيح بمعادلة سبيرمان براون قد بلغت (0.940) للمقياس الكلي ، كما بلغت قيمة معامل الثبات جتمان (0.913) للدرجة الكلية للمقياس الكلي .

ثانياً : الاتساق الداخلي : تم حساب الاتساق الداخلي للمقياس بإيجاد قيمة معامل الارتباط بين درجة المفردة والمجموع الكلي للمقياس وذلك بعد حذف العبارات غير الدالة وباعتبار الدرجة الكلية محك داخلي ونوضح ذلك فيما يلي :

جدول (2)

قيم معاملات ارتباط درجة المفردة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

المساندة المادية		مساندة الأسرة		مساندة الأصدقاء		المساندة الوجدانية		المساندة المعرفية	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
1	*0.447 *	2	*0.344 *	3	*0.489 *	4	*0.260 *	5	*0.636 *
6	*0.731 *	7	*0.644 *	8	*0.402 *	9	*0.678 *	10	*0.612 *
11	*0.403 *	12	*0.514 *	13	*0.371 *	14	*0.514 *	15	*0.501 *
16	*0.390 *	17	*0.431 *	18	*0.520 *	19	*0.462 *	20	*0.386 *
21	*0.265	22	*0.777	23	*0.642	24	*0.714	25	*0.406

*		*		*		*		*	
*0.596 *	30	*0.376 *	29	*0.388	28	*0.675 *	27	*0.614 *	26
*0.699 *	35	*0.612 *	34	*0.608 *	33	*0.406 *	32	*0.586 *	31
*0.482 *	39			*0.790 *	38	*0.624 *	37	*0.660 *	36
*0.365 *	43			*0.281 *	42	*0.331 *	41	*0.614 *	40
*0.440 *	47			*0.577 *	46	*0.602 *	45	*0.543 *	44
*0.637 *	51			*0.674 *	50	*0.432 *	49	*0.565 *	48
*0.423 *	53					*0.329 *	52		
*0.711 *	55					*0.649 *	54		
*0.555 *	56								

اتضح من الجدول (2) أن قيمة معاملات الارتباط للمكون (مساندة مادية) بين (0.265** - 0.731**) وللمكون (مساندة الأسرة) بين (0.331** - 0.777) وللمكون (مساندة الأصدقاء) بين (0.281**-0.790**) و(المساندة الوجدانية) بين (0.260**- 0.714) كما كانت للمكون (المساندة المعرفية) بين (0.386**- 0.711**) ، وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 وهذا يعني أنه يمكن الوثوق في نتائج المقياس .

ثالثاً : صدق المقياس : تم التحقق من صدق المقياس بعدة طرق ، نظراً لتعقد مفهوم الصدق وتعدد معانيه ، وأن التحقق منه بطريقة واحدة لا يكفي ، ومن تم كان التكامل بين أساليب حسابه للوفاء بالمعنى الأشمل للمفهوم :

1- **صدق البناء والتكوين** : يكون المقياس صادقاً عندما يتم بناءه ، في ظل ما أسفرت عنه النظريات والبحوث السابقة ، وفي إطار التعريف الاجرائي للمساندة الاجتماعية ، ومكوناتها وتم ذلك في ضوء ما تم الاطلاع عليه من مقاييس سابقة خاصة بالمساندة الاجتماعية والاستفادة من النظريات والدراسات السابقة ، وبتحليل الاستبانة الموجهة لعينة من أعضاء هيئة التدريس بالجامعات تمت صياغة بنود المقياس ليكون صادقا من حيث البناء والتكوين .

2- **قدرة المقياس على التمييز** : باعتباره مؤشراً على صدق المقياس تم حساب قيمة (ت) للعينات المستقلة ونوضح ذلك في جدول (3) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد الأعلى والأدنى من المتوسطات والوسيط :

جدول (3)
قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسط الدرجات أعلى وأسفل الوسيط (ن=80)

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
مساندة مادية	الفئة العليا	20	35.83	29.00	1.192	13.112	0.01
	الفئة الدنيا	20	26.68	24.00	2.137		
مساندة الأسرة	الفئة العليا	20	31.64	35.00	1.055	16.390	0.01
	الفئة الدنيا	20	24.81	29.00	1.256		
مساندة الأصدقاء	الفئة العليا	20	36.28	30.00	1.484	18.235	0.01
	الفئة الدنيا	20	23.48	24.00	1.945		
المساندة الوجدانية	الفئة العليا	20	34.32	37.00	1.038	14.022	0.01
	الفئة الدنيا	20	22.92	31.00	1.464		
المساندة المعرفية	الفئة العليا	20	29.84	34.00	1.036	11.736	0.01
	الفئة الدنيا	20	20.60	28.00	1.907		
الدرجة الكلية للمقياس	الفئة العليا	20	108.64	107.00	4.283	11.583	0.01
	الفئة الدنيا	20	90.05	87.00	4.989		

اتضح من الجدول (3) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين عند مستوى دلالة 0.01 أي بين متوسطات أعلى وأسفل الوسيط ، مما يعني أن المقياس قادر على التمييز والمقارنة الطرفية ، وهذا مؤشر على صدق المقياس

مقياس الالكسيثيميا : مر إعداد هذا المقياس بعدة مراحل سابقة يمكن تناولها على النحو التالي :

1- **مراجعة المقاييس السابقة :** تم الاطلاع على المقاييس السابقة ، والاستفادة من مفرداتها ، فقد تم تحليل مقاييس كلا من (1988 Taylor,Ryan&Bagby T-20 toronto) ، (ASC EAQ) ، (Rieffeet, al, 2006 AQC) ، (Fukunishi,Yoshida&Wogan, 1997 BIQ ، (2006 WSIA) ، (Applegate, et al 2005 CAM) ، (Rieffeet, al 2005 1988 Sriram) وذلك بهدف تحديد المكونات , والاستفادة من طرق تحديد الاستجابات .

2- تحليل ودراسة التعريفات الإجرائية والدراسات السابقة والنظريات المفسرة للألكسيثيميا ومنها : (Lundh & Simonsson, 2001) ، (Taylor, et al, 1997) ، (Gilbort, 2008) ، (Andrea, 2003) ،(Van,etal,1993) (Sifneos, 1972) ، (Alberto, 2004) ، (Nemiah, 1975) ، (Crystal, 1988) ، (Mattila, 2010) ، (Muller, 2000) ، (Yelsm, 1998) ، (Lisa, 1982) .

وقد أسفرت هذه الخطوة عن عده مفردات ، تم الابقاء على أكثرها تكرارا ، والتي تمثلت في (صعوبة تحديد المشاعر ، صعوبة وصف المشاعر ، انخفاض تقدير الذات ، ونقص الثقة في النفس وفي ضوء ذلك نصوغ التعريف الاجرائي التالي : استجابات الفرد لمثيرات صعوبة وصف المشاعر وتحديدها وانخفاض تقدير الذات ونقص الثقة في النفس ، وهو ما يتمثل في الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على المقياس المعد لذلك .

الخصائص السيكومترية للمقياس : تم تطبيق الاختبار على العينة السيكومترية قوامها (80) من طلاب الجامعة بهدف التحقق من الخصائص السيكومترية الآتية:-

أولاً : معامل ثبات المقياس : تم حساب معامل ثبات الاختبار بثلاث طرق كما موضحة في جدول (4).

جدول (4)
معاملات ثبات ألفا لكرونباخ والتجزئة النصفية وجتمان للمكونات الفرعية والدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا (ن=80)

مـ	القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	عدد البنود	معامل ثبات ألفا لكرونباخ	معامل ثبات التجزئة النصفية بعد التصحيح	معاملات ثبات جتمان
1	صعوبة تحديد المشاعر	11	0.688	0.658	0.768
2	صعوبة وصف المشاعر	11	0.657	0.751	0.641
3	انخفاض تقدير الذات	11	0.711	0.671	0.764
4	نقص الثقة في النفس	10	0.751	0.794	0.683
5	الدرجة الكلية للمقياس	43	0.782	0.703	0.791

تبين من الجدول (4) أن ثبات المقياس بأسلوب التجزئة النصفية بلغ (0.703) للمقياس ككل ، كما بلغت قيمة معاملات الثبات بطريقة ألفا لكرونباخ (0.782) ، بينما بلغت قيمة معاملات الثبات جتمان (0.791) للدرجة الكلية للمقياس ككل ، مما يشير إلى أن المقياس يتمتع بمعاملات ثبات عالية

ثانياً : الاتساق الداخلي : تم حساب الاتساق الداخلي بهدف الاطمئنان لاستقرار وتجانس الاختبار بإيجاد قيمة معامل الارتباط (ثبات المفردة) بين درجة كل مفردة والدرجة الكلية للمقياس ويوضح ذلك في جدول (5) .

جدول (5)
قيم معاملات ارتباط درجة المفردة بالدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي إليه

صعوبة تحديد المشاعر		صعوبة وصف المشاعر		انخفاض تقدير الذات		نقص الثقة في النفس	
المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط	المفردة	معامل الارتباط
1	**0.447	2	**0.344	3	**0.489	4	**0.260
5	**0.731	6	**0.644	7	**0.402	8	**0.678
9	**0.403	10	**0.514	11	**0.371	12	**0.514
13	**0.390	14	**0.431	15	**0.520	16	**0.462
17	**0.265	18	**0.777	19	**0.642	20	**0.714
21	**0.614	22	**0.675	23	*0.388	24	**0.376
25	**0.586	26	**0.406	27	**0.608	28	**0.612
29	**0.660	30	**0.624	31	**0.790	32	0.641**
33	**0.614	34	**0.331	35	**0.281	36	0.473**
37	**0.543	38	**0.602	39	**0.577	40	0.465**
41	**0.565	42	**0.432	43	**0.674		

اتضح من الجدول (5) أن قيمة معاملات الارتباط للمكون (صعوبة تحديد المشاعر) بين (0.265** - **0.731) وللمكون (صعوبة وصف المشاعر) بين (0.331** - 0.777) وللمكون (انخفاض تقدير الذات) بين (0.281**-0.790**) كما كانت للمكون (نقص الثقة في النفس) بين (0.260**- 0.714) وكانت جميعها دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.01 وهذا يعني أنه يمكن الوثوق في نتائج المقياس .

ثالثاً : صدق المقياس : تم حساب معامل الصدق سبق التنويه عنها في المقياس السابق، بالإضافة إلى:

1- قدرة المقياس على التمييز : باعتباره مؤشراً على صدق المقياس تم حساب قيمة (ت) للعينات المستقلة ويظهر الجدول (6) دلالة الفروق بين متوسطات درجات الأفراد أعلى وأسفل الوسيط ونوضح ذلك في جدول (6) .

جدول (6)

قيمة "ت" لدلالة الفروق بين متوسط الدرجات أعلى وأسفل الوسيط (ن=80)

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	المجموعات	ن	المتوسط الحسابي	الوسيط	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
صعوبة تحديد المشاعر	الفئة العليا	20	35.83	29.00	1.192	13.112	0.01
	الفئة الدنيا	20	26.68	24.00	2.137		
صعوبة وصف المشاعر	الفئة العليا	20	31.64	35.00	1.055	16.390	0.01
	الفئة الدنيا	20	24.81	29.00	1.256		
انخفاض تقدير الذات	الفئة العليا	20	36.28	30.00	1.484	18.235	0.01
	الفئة الدنيا	20	23.48	24.00	1.945		
نقص الثقة في النفس	الفئة العليا	20	34.32	37.00	1.038	14.022	0.01
	الفئة الدنيا	20	22.92	31.00	1.464		
الدرجة الكلية للمقياس	الفئة العليا	20	29.84	34.00	1.036	11.736	0.01
	الفئة الدنيا	20	20.60	28.00	1.907		
	الفئة الدنيا	20	90.05	87.00	4.989		

اتضح من الجدول (6) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المتوسطين عند مستوى دلالة 0.01 أي بين متوسطات مرتفعي ومنخفضي الدرجات ، مما يعني ، أن المقياس قادر على التمييز والمقارنة الطرفية ، وهذا مؤشر على صدق المقياس .

الأدوات الإنمائية : وتتضمن البرنامج الارشادي الذي يستهدف تنمية المساندة الاجتماعية لخفض الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي ويشمل البرنامج (14) جلسة وتم تطبيقها بصورة جماعية وتستغرق مدة كل جلسة (90-60) دقيقة بواقع جلستين أسبوعياً .

الإطار العام للبرنامج :

يعرف البرنامج الارشادي إجرائياً: بأنه الفئة المستهدفة من البرنامج : يستهدف البرنامج عينة من مرضى الشريان التاجي البالغ عددهم (10) ممن تتراوح أعمارهم بين (40-60) سنة ، ممن حصلوا على درجات منخفضة على مقياس المساندة الاجتماعية ، ودرجات مرتفعة على مقياس الالكسيثيميا من العينة الأساسية (80) .

خطوات البناء والتنفيذ :

أولاً : الاطلاع على التراث الثقافي : من بحوث ودراسات سابقة لوضع تصور عام حول الظاهرة المراد خفض أعراضها وخصائص أفراد العينة و اختيار أفضل الطرق الارشادية التي تتناسب مع العينة وخصائصها .

ثانياً : الاطلاع على عدد من البرامج الارشادية والتدريبية : التي تناولت متغيرات الدراسة والعمل على تحليل مضمونها للاستفادة من الأساليب والفنيات المستخدمة ، ومعرفة عدد الجلسات ومدة كل جلسة لتكوين الإطار العام للبرنامج المقترح ومن هذه البرامج والدراسات ما يلي :
(Min jung kwak jaeyoung Lee Hyeon ok ju 2019) ، (Aileen W.chan Alpert Lee Amanda M. stylianou Elisabeth Alex) ، (Lornak suen Wilsonw.Tam 2010) ، (Redcay 2018) ، (Daniel chandler Robert Quinlivan 2000) .

ثالثاً: تصميم جلسات البرنامج واختيار الفنيات المناسبة لكل جلسة وتحديد الأدوات المستخدمة، ونوضح في الجدول (7) ملخص لجلسات البرنامج ، وأهدافه ، وفنياته ، والزمن المستغرق لكل جلسة .

جدول (7)
ملخص جلسات البرنامج الارشادي وفنياته

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الأولى	تمهيد وتعارف	1- التعارف على المشاركين وتكوين العلاقةالارشادية . 2- كسر الحاجز النفسي بين الباحثة والمشاركين من جهة وبين المشاركين وبعضهم البعض. 3- تهيئة المشاركين للبرنامج وأهدافه وعدد جلساته . 4- تطبيق مقاييس الدراسة (المساندة الاجتماعية ، الالكسيثيميا).	الحوار الهادف المحاضرة الأسئلة .	90-60
الجلسة الثانية	مفهوم المساندة الاجتماعية المدركة	1- إعطاء تصور واضح وشامل عن مفهوم المساندة الاجتماعية المدركة . 2- الحديث عن أنواع المساندة ومناقشة شروط تقديم المساندة الاجتماعية . 3- الوقوف على أهمية المساندة الاجتماعية لدى الإنسان ودورها في مواجهة الصعوبات.	الحوار المحاضرة المناقشة الأسئلة الواجب المنزلي	90-60
الجلسة الثالثة	مفهوم الالكسيثيميا	1- التعرف على مفهوم الالكسيثيميا وأعراضها . 2- تحديد أسباب الالكسيثيميا . 3- التعرف على خصائص الأفراد المصابين بالالكسيثيميا .	المحاضرة المناقشة الواجب المنزلي	90-60

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الرابعة	التنفيس الانفعالي	1- مساعدة أفراد العينة على الحديث عن أنفسهم . 2- تنمية مهارة الحوار الذاتي.	المحاضرة المناقشة التنفيس الانفعالي التعزيز الواجب المنزلي	90-60
الجلسة الخامسة	المساندة المادية	1- ما مفهوم المساندة المادية . 2- ما آثار المساندة المادية . 3- التدريب على كيفية المساندة المادية .	المحاضرة الحوار القصة تبادل الأدوار المناقشة	90-60
الجلسة السادسة	مساندة الأسرة والأصدقاء	1- التعريف بمفهوم مساندة الأسرة والأصدقاء. 2- توضيح أهمية مساندة الأسرة والأصدقاء. 3- تعريف أفراد العينة بالآثار السلبية لنقص مساندة الأسرة والأصدقاء.	المحاضرة المناقشة أنشطة رياضية اللعب	90-60
الجلسة السابعة	المساندة الوجدانية	1- التعرف على ماهية المساندة الوجدانية . 2- أهمية المساندة الوجدانية في حياة الإنسان. 3- أن يدرك العلاقة بين المساندة والتواصل الاجتماعي .	المحاضرة المناقشة التعزيز التغذية الراجعة	90-60
الجلسة الثامنة	المساندة النفسية	1- تعريف المساندة النفسية . 2- أهمية المساندة النفسية . 3- سمات الأشخاص الذين تلقوا مساندة نفسية.	المحاضرة المناقشة الرسم اللعب الواجب المنزلي	90-60
الجلسة التاسعة	المساندة المعرفية	1- أهمية تنمية المساندة المعرفية. 2- التعرف على معوقات تقديم المساندة المعرفية.	المحاضرة المناقشة لعب الأدوار الواجب المنزلي	90-60
الجلسة العاشرة	التدريب على الاسترخاء	1- التخفيف من التوتر والضغوط النفسية لدى أفراد العينة . 2- قضاء وقت الفراغ والتدريب على الأنشطة . 3- التدريب على فنية الحوار الذاتي والضبط والتحكم والتقييم الذاتي .	المحاضرة المناقشة التعزيز الحوار الذاتي الاسترخاء الواجب المنزلي	90-60

تسلسل الجلسات	موضوع الجلسة	أهداف الجلسة	الفنيات المستخدمة	زمن الجلسة
الجلسة الحادية عشر	إعادة البناء المعرفي	1- تزويد أفراد العينة بالمبادئ العامة لتنفيذ السلوك المرغوب فيه . 2- التعرف على الأفكار غير المنطقية ومناقشتها .	المحاضرة المناقشة الأسئلة تسجيل الأفكار الواجب المنزلي	90-60
الجلسة الثانية عشر	القدرة على تنمية المساندة الاجتماعية وخفض الالكسيثيميا	1- أن يكون المشارك مدرك لوضعه الحالي وعلاقته بنفسه ورؤيته لنفسه.	المناقشة لعب الأدوار الواجب المنزلي	90-60
الجلسة الثالثة عشر	التقييم للبرنامج	1- تعزيز السلوكيات الإيجابية التي اكتسبها أفراد العينة في البرنامج. 2- معرفة مدى نجاح البرنامج الارشادي في تنمية المساندة وخفض الالكسيثيميا . 3- شكر أفراد العينة على مشاركتهم في البرنامج والتعاون مع الباحث . 4- حصر بنود الاستمارة في عدد من الأبعاد موضحة في جدول ومتبوعة بأسئلة تقييم البرنامج .		90-60
الجلسة الرابعة عشر	الختامية	1- القياس البعدي لأدوات الدراسة (المساندة الاجتماعية – الالكسيثيميا) لدى أفراد العينة . 2- الشكر والعرفان لأفراد العينة .	المناقشة	90-60

رابعاً : تقييم البرنامج : تعد عملية التقييم هي الهدف الرئيسي للبرنامج ، للتعرف على مدى فاعليته في تنمية المساندة الاجتماعية ، وخفض الالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي ، وذلك لتحقيق الأهداف الموضوعة من أجله ، وقد تم تقييم البرنامج الارشادي من خلال الآتي :

1- **القياس القبلي** : تم تطبيق مقياس كل من المساندة الاجتماعية والالكسيثيميا على عينة من مرضى الشريان التاجي ، وذلك قبل البدء في تطبيق جلسات البرنامج .
2- **القياس البعدي** : تم تطبيق المقاييس آنفة الذكر بعد تدريب أفراد العينة التجريبية على جلسات البرنامج والانتهاء منه ، وتسجيل الفروق إن وجدت في القياسين القبلي والبعدي .
3- **القياس التتبعي** : أجرى القياس التتبعي بعد مرور شهرين من تطبيق البرنامج ، ابتداء من شهر فبراير وحتى شهر يونيو حيث تم تطبيق مقياسي المساندة الاجتماعية والالكسيثيميا على أفراد العينة التجريبية .

نتائج الدراسة ومناقشتها :

أولاً : الفرض العام الأول : وينص على :" توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومكوناتها في القياسين القبلي والبعدي " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم مقارنة متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية (ن=10) قبل تطبيق البرنامج التدريبي ، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومكوناتها ، وعولجت استجابات عينة الدراسة (ن=10) على مقياس المساندة الاجتماعية ، وذلك باستخدام الإحصاء اللابارامتري المتمثل باختبار ويلكوكسن (Willcoxon) للعينتين المرتبطتين لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لعينة الدراسة ، ويوضح الجدول (7) نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية للقياسين القبلي والبعدي لمقياس المساندة الاجتماعية .

جدول (7)
نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية للقياسين القبلي والبعدي لمقياس المساندة الاجتماعية ومجالاتها (ن=10)

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	المجالات	نوع القياس قبلي / بعدي	العدد (ن)	المتوسط (مـ)	الانحراف المعياري (ع)
المساندة الاجتماعية	المساندة المادية	قبلي	10	31.40	2.516
		بعدي	10	32.60	3.140
	مساندة الأسرة	قبلي	10	26.80	1.632
		بعدي	10	27.50	1.527
	مساندة الأصدقاء	قبلي	10	21.30	1.483
		بعدي	10	22.50	1.713
	المساندة الوجدانية	قبلي	10	24.50	2.111
		بعدي	10	25.70	2.741
	المساندة المعرفية	قبلي	10	23.20	2.614
		بعدي	10	24.80	3.410
	الدرجة الكلية للمقياس	قبلي	10	85.80	4.343
		بعدي	10	92.10	5.506

اتضح من الجدول (7) أن قيمة الإحصاء الوصفي للقياس البعدي للمكونات والدرجة الكلية للمقياس كانت أعلى من القياس القبلي ، فقد بلغت قيمة المتوسطات للقياسين القبلي والبعدي (85.80، 92.10) على التوالي ، لذا تم حساب قيمة اختبار ويلكوكسون(Wilcoxon Signed Ranks Test Z)

ويظهر جدول (8) نتائج الإحصاء اللابارامتري اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon Signed Ranks Test Z) كما يلي :

جدول (8)
قيمة اختبار (z) لدلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي (ن=10) على مقياس المساندة الاجتماعية ومكوناتها

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	نتائج قياس (قبلي /بعدي) المجموعة التجريبية (ن=10)	العدد (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
المساندة المادية	الرتب السالبة	0	4.50	36.00	-2.598	0.01
	الرتب الموجبة	8	0.00	0.00		
	رتب متعادلة	2				
	الإجمالي	10				
مساندة الأسرة	الرتب السالبة	0	4.00	28.00	-2.460	0.01
	الرتب الموجبة	7	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	3				
	الإجمالي	10				
مساندة الأصدقاء	الرتب السالبة	0	5.00	45.00	-2.739	0.01
	الرتب الموجبة	9	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	1				
	الإجمالي	10				
المساندة الوجدانية	الرتب السالبة	0	5.00	45.00	-2.762	0.01
	الرتب الموجبة	9	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	1				
	الإجمالي	10				
المساندة المعرفية	الرتب السالبة	0	5.00	45.00	-2.810	0.01
	الرتب الموجبة	9	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	1				
	الإجمالي	10				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	0	5.50	55.00	-2.805	0.01
	الرتب الموجبة	10	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	0				
	الإجمالي	10				

اتضح من الجدول (8) وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي في الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ، ومكوناتها في اتجاه القياس البعدي ، مما يدل على تحقق الفرض الأول للدراسة .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الإطار النظري وما توصل إليه من دراسات سابقة ، بالإضافة إلى فلسفة وأهداف البرنامج الارشادي ، حيث يمكن القول بأنه قد حدث تحسن في المساندة الاجتماعية ومكوناتها لأفراد العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الارشادي :

لقد أكدت نتائج دراسة (Fedirchuk Karen Elizabeth 1998) أن الالكسيثيميا تنخفض على نحو واضح خاصة إذا كان هناك دعم للمسار الاجتماعي ، وتشير نتائج دراسة (2010 جيمي جاكسون) إلى انخفاض أعراض الالكسيثيميا من خلال التدخل ببرنامج المساندة الاجتماعية الذي يشمل على (12) جلسة وتشمل الجلسات على (36) تمرين من ممارسات في التفاؤل وخفض الاكتئاب والاقبال على الحياة والتدريب على الافصاح عن المشاعر ، وأكدت دراسة (Rees-Bambara-Boeker 1995) على الأثر الكبير للدعم الاجتماعي ، والكفاءة الذاتية لتعديل النظام الغذائي والاقلاع عن التدخين ، والسلوك الصحي وممارسة الرياضة .

ثانياً : الفرض العام الثاني : وينص على :" توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا ومجالاتها في القياسين القبلي والبعدي " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم مقارنة متوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية (ن=10) قبل تطبيق البرنامج التدريبي ، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا ومكوناتها ، وعولجت استجابات عينة الدراسة (ن=10) على مقياس الالكسيثيميا ، وذلك باستخدام الإحصاء اللابارامتري المتمثل باختبار ويلكوكسن (Willcoxon) للعينتين المرتبطتين ، لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي لعينة الدراسة ، ويوضح الجدول (9) نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد عينة الدراسة التجريبية للقياسين القبلي والبعدي لمقياس الالكسيثيميا .

جدول (9)
نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية للقياسين القبلي والبعدي لمقياس الالكسيثيميا ومكوناتها (ن=10)

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	المجالات	نوع القياس قبلي / بعدي	العدد (ن)	المتوسط (مـ)	الانحراف المعياري (ع)
الالكسيثيميا	صعوبة تحديد المشاعر	قبلي	10	32.20	3.421
		بعدي	10	28.10	2.263
	صعوبة وصف المشاعر	قبلي	10	26.50	2.527
		بعدي	10	24.40	1.516
	انخفاض تقدير الذات	قبلي	10	22.80	2.421
		بعدي	10	20.70	2.527
	نقص الثقة بالنفس	قبلي	10	27.70	3.483
		بعدي	10	25.10	3.263
	الدرجة الكلية للمقياس	قبلي	10	97.60	6.948

		بعدي	10	87.00	8.104

اتضح من الجدول (9) أن قيمة الإحصاء الوصفي للقياس البعدي للمكونات والدرجة الكلية للمقياس كانت أعلى من القياس القبلي ، فقد بلغت قيمة المتوسطات للقياسين القبلي والبعدي (97.60 ، 87.00)على التوالي ، لذا تم حساب قيمة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test Z) ويظهر جدول (10) نتائج الإحصاء اللابارامتري اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon Signed Ranks Test Z) كما يلي :

جدول (10)
قيمة اختبار (z) لحساب دلالة الفروق بين القياسين القبلي والبعدي (ن=10) على مقياس الالكسيثيميا ومكوناتها

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	نتائج قياس (قبلي /بعدي) المجموعة التجريبية (ن=10)	العدد (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
صعوبة تحديد المشاعر	الرتب السالبة	0	5.50	55.00	-2.972	0.01
	الرتب الموجبة	10	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	0				
	الإجمالي	10				
صعوبة وصف المشاعر	الرتب السالبة	0	4.50	36.00	-2.598	0.01
	الرتب الموجبة	8	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	2				
	الإجمالي	10				
انخفاض تقدير الذات	الرتب السالبة	0	5.00	45.00	-2.739	0.01
	الرتب الموجبة	9	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	1				
	الإجمالي	10				
نقص الثقة بالنفس	الرتب السالبة	0	5.00	45.00	2.162	0.01
	الرتب الموجبة	10	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	0				
	الإجمالي	10				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	0	5.50	55.00	-2.816	0.01
	الرتب الموجبة	10	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	0				
	الإجمالي	10				

اتضح من الجدول (10) ثمة فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية قبل وبعد تطبيق البرنامج التدريبي في الدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا ومكوناتها في اتجاه القياس البعدي ، مما يدل على تحقق حجة الفرض الثاني .

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الإطار النظري وما توصل إليه من دراسات سابقة بالإضافة إلى فلسفة وأهداف البرنامج الارشادي حيث يمكن القول بأنه قد حدث تحسن في الالكسيثيميا وأبعادها لأفراد العينة التجريبية بعد تطبيق البرنامج الارشادي :

وهذا ما عليه أكدت دراسة (jm.trrifx & Alprit 2001) إلى أن التدخل بالمساندة الاجتماعية يساعد العينة على التقدم والاقبال على الحياة ، وانخفاض الأعراض الجانبية للقلق والاكتئاب والالكسيثيميا، وتقبل مرضى الشريان التاجي لأخذ الأدوية الخاصة بهم ، واتفقت دراسة Masyo et al (2006) ، (Valkamo Mari et al 2001) ، (Taylor , Jenny Suzanne 2000) على أن البرامج الارشادية والتدخلات والدعم الاجتماعي له تأثير كبير في خفض الالكسيثيميا .

ثالثاً: الفرض العام الثالث : وينص على :" لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومجالاتها في القياسين البعدي والتتبعي " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض تم مقارنة متوسطات رتب درجات أفراد العينة الدراسة (ن=10) بعد تطبيق البرنامج التدريبي ، بمتوسطات رتب درجات نفس المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي بشهرين ابتداءاً من شهر فبراير وحتى شهر يونيو 2022، وذلك على الدرجة الكلية لمقياس على المساندة الاجتماعية ومجالاتها ، وذلك باستخدام الإحصاء الوصفي والأسلوب الاحصائي اللابارامتري المتمثل باختبار ويلكوكسن (Willcoxon) للعينتين المرتبطتين لحساب دلالة الفروق بين المجموعتين باستخدام برنامج SPSS16 . ويوضح الجدول (11) نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية (ن=10) للقياسين البعدي والتتبعي لمقياس المساندة الاجتماعية .

جدول (11)
نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية (ن=10) للقياسين البعدي والتتبعي لمقياس المساندة الاجتماعية (ن=10)

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	المكونات	نوع القياس بعدي/ تتبعي	العدد (ن)	المتوسط (مـ)	الانحراف المعياري (ع)
المساندة الاجتماعية	المساندة المادية	بعدي	10	32.60	3.140
		تتبعي	10	32.70	2.813
	مساندة الأسرة	بعدي	10	27.50	1.527
		تتبعي	10	27.60	1.308
	مساندة الأصدقاء	بعدي	10	22.50	1.713
		تتبعي	10	22.60	1.607
	المساندة الوجدانية	بعدي	10	25.70	2.741
		تتبعي	10	25.80	2.045
	المساندة المعرفية	بعدي	10	24.80	3.410

		تتبعي	10	24.70	3.207
	الدرجة الكلية للمقياس	بعدي	10	92.10	5.506
		تتبعي	10	92.60	5.162

اتضح من الجدول (11) أن قيمة الإحصاء الوصفي للقياس التتبعي للمكونات والدرجة الكلية للمقياس كان متساوي تقريباً مع التطبيق البعدي ، حيث بلغت قيمة المتوسطات للقياسين البعدي و التتبعي (92.10، 92.60) على التوالي ، لذا تم حساب قيمة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test Z).

ويظهر جدول (12) نتائج الإحصاء اللابارامتري اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon Signed Ranks Test Z) كما يلي :

جدول (12)
قيمة اختبار (z) لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي (ن=10) على مقياس المساندة الاجتماعية ومكوناتها

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	نتائج قياس (بعدي /تتبعي)	العدد (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
المساندة المادية	الرتب السالبة	3	2.00	6.00	-1.633	0.102
	الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	7				
	الإجمالي	10				
مساندة الأسرة	الرتب السالبة	3	2.83	8.50	-0.276	0.783
	الرتب الموجبة	2	3.25	6.50		
	الرتب المتعادلة	5				
	الإجمالي	10				
مساندة الأصدقاء	الرتب السالبة	4	3.12	12.50	-0.259	0.796
	الرتب الموجبة	3	5.17	15.50		
	الرتب المتعادلة	3				
	الإجمالي	10				
المساندة الوجدانية	الرتب السالبة	2	3.50	7.00	-1.265	0.206
	الرتب الموجبة	5	4.20	21.00		
	الرتب المتعادلة	3				
	الإجمالي	10				
المساندة المعرفية	الرتب السالبة	4	3.25	13.00	-0.541	0.589
	الرتب الموجبة	2	4.00	8.00		
	الرتب المتعادلة	4				

				10	الإجمالي	
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	6	4.83	29.00	-0.153	0.878
	الرتب الموجبة	3	6.50	26.00		
	الرتب المتعادلة	1				
	الإجمالي	10				

اتضح من الجدول (12) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ومكوناتها، مما يدل على ، تحقق الفرض الثالث للدراسة ، وعلى استمرار بقاء أثر تدريبات البرنامج أثناء فترة المتابعة .

وبتحليل قيمة (z) الواردة في الجدول (12) للدرجة الكلية ، نجد أنها غير دالة عند مستوى دلالة (0.05) فقد بلغت قيمتها (0.153-) ، وتشير هذه القيم الإحصائية إلى صحة الفرض ، حيث لا تختلف المساندة الاجتماعية باختلاف القياسين البعدي و التتبعي ، وهذا يؤكد على فعالية البرنامج في تحسين المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة التجريبية ، وأن فعاليته استمرت خلال فترة المتابعة ، أي خلال الفترة الفاصلة بين القياسين ويعزى ارتفاع درجات أفراد العينة ، للأثر الممتد للبرنامج التدريبي مما يعني أن الفرض قد تحقق.

ويمكن تفسير هذه النتيجة في ضوء الإطار النظري وما توصل إليه من دراسات سابقة بالإضافة إلى فلسفة وأهداف البرنامج الارشادي حيث يمكن القول بأنه يأتي هذا الفرض في إطار التأكيد على نتائج الفرض الثالث ، ليؤكد فعالية البرنامج في خفض الالكسيثيميا ، وتنمية المساندة الاجتماعية كما أن اجراءات البرنامج التدريبي كان لها تأثير إيجابي في بقاء أثر البرنامج حتى فترة المتابعة :

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة كل من (Schooner-Lorraine, 2001)، (Woodman,John A.Spertus 2003)، (Sirisha R Mallemala Philip G.Jones,A.Michael Borkon, Catherine).

ويرى الباحثون أن البرنامج والفنيات التي استخدمت قد أثبتت الاستمرار في تحسين المساندة الاجتماعية ، ولعل مضمون جلسات البرنامج تتناسب مع ما جاءت به النظريات والبرامج الارشادية والنماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية ، حيث أنه أحدث تحسناً ملحوظاً كون هذه الجلسات تعتمد على أساليب وفنيات معرفية متنوعة ساعدت أفراد العينة على تعديل بعض الأفكار السلبية حول ذواتهم وحول محيطهم ، والحديث عن أنفسهم ، وإكسابهم مهارات التفاعل الإيجابي وتعزيز الثقة والحب بينهم وتبادل الخبرات ، والذي ساعدهم على الإفصاح عن ما بداخلهم ، ومنحهم فرصة لاكتساب أساليب التواصل الاجتماعي .

رابعاً : الفرض العام الرابع : وينص على :" لا توجد فروق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.05) بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في الدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا ومجالاتها في القياسين البعدي و التتبعي " .

وللتحقق من صحة هذا الفرض ، تم مقارنة متوسطات رتب درجات أفراد العينة الدراسة (ن=10) بعد تطبيق البرنامج التدريبي ، بمتوسطات رتب درجات نفس المجموعة التجريبية بعد تطبيق البرنامج التدريبي بشهرين ، ويوضح الجدول (13) نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية (ن=10) للقياسين البعدي والتتبعي لمقياس الالكسيثيميا .

جدول (13)
نتائج الإحصاء الوصفي لمتوسطات رتب درجات أفراد العينة التجريبية (ن=10) للقياسين البعدي والتتبعي لمقياس الالكسيثيميا ومجالاتها

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	المكونات	نوع القياس بعدي / تتبعي	العدد (ن)	المتوسط (مـ)	الانحراف المعياري (ع)
الالكسيثيميا	صعوبة تحديد المشاعر	بعدي	10	28.10	2.263
		تتبعي	10	27.70	2.049
	صعوبة وصف المشاعر	بعدي	10	24.40	1.516
		تتبعي	10	24.10	1.058
	انخفاض تقدير الذات	بعدي	10	20.70	2.527
		تتبعي	10	20.00	2.151
	نقص الثقة بالنفس	بعدي	10	25.10	3.263
		تتبعي	10	24.70	3.085
	الدرجة الكلية للمقياس	بعدي	10	87.00	8.104
		تتبعي	10	86.60	9.850

اتضح من الجدول (13) أن قيمة الإحصاء الوصفي للقياس التتبعي للمكونات والدرجة الكلية للمقياس كانت متساوية تقريباً مع القياس البعدي ، حيث بلغت قيمة المتوسطات للقياسين البعدي والتتبعي (87.00، 86.60) على التوالي ، لذا تم حساب قيمة اختبار ويلكوكسون (Wilcoxon Signed Ranks Test Z). ويظهر جدول (14) نتائج الإحصاء اللابارامتري اختبار ويلكوكسن (Wilcoxon Signed Ranks Test Z) كما يلي :

جدول (14)
قيمة اختبار (z) لدلالة الفروق بين القياسين البعدي والتتبعي (ن=10) على مقياس الالكسيثيميا ومكوناتها

القيم الإحصائية / المقياس ومكوناته	نتائج قياس (بعدي /تتبعي)	العدد (ن)	متوسط الرتب	مجموع الرتب	قيمة (Z)	مستوى الدلالة
صعوبة تحديد المشاعر	الرتب السالبة	2	1.50	3.00	-1.414	0.157 غير دالة
	الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	8				
	الإجمالي	10				
صعوبة وصف المشاعر	الرتب السالبة	2	1.50	3.00	-1.414	0.157 غير دالة
	الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	8				

				10	الإجمالي	
انخفاض تقدير الذات	الرتب السالبة	1	1.00	1.00	-1.000	0.317 غير دالة
	الرتب الموجبة	0	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	9				
	الإجمالي	10				
نقص الثقة في النفس	الرتب السالبة	0	0.00	0.00	-1.732	0.083 غير دالة
	الرتب الموجبة	3	2.00	6.00		
	الرتب المتعادلة	7				
	الإجمالي	10				
الدرجة الكلية للمقياس	الرتب السالبة	3	2.00	6.00	-1.732	0.083 غير دالة
	الرتب الموجبة	3	0.00	0.00		
	الرتب المتعادلة	4				
	الإجمالي	10				

اتضح من الجدول (14) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات رتب درجات أفراد المجموعة التجريبية في القياسين البعدي والتتبعي في الدرجة الكلية لمقياس الالكسيثيميا ومكوناتها ، مما يدل على تحقق حجة الفرض الرابع للدراسة ، وعلى استمرار بقاء أثر تدريبات البرنامج أثناء فترة المتابعة .

ويمكن القول بأن هذا الفرض يأتي في إطار التأكيد على نتائج الفرض الأول ليؤكد فعالية البرنامج في خفض الالكسيثيميا وتنمية المساندة الاجتماعية كما أن اجراءات البرنامج التدريبي كان لها تأثير إيجابي وقوي في بقاء أثر البرنامج حتى فترة المتابعة :

وتتفق هذه النتيجة مع دراسة ، (Schooner-Lorraine2001) ، Corace , Kimberly (، michelle 2000) ، (Taylor , Jenny Suzanne 2000)، (Arnold , Sarah A.S. 2000)، أن أثر المساندة الاجتماعية مستقر وثابت من بعد ستة أشهر وحتى سنتين من تقديم الدعم الاجتماعي .

ثانياً : التوصيات : في ضوء نتائج هذه الدراسة وتحليل الشواهد الميدانية يمكن صياغة التوصيات إجرائياً كما يلي :

1- عقد ورش عمل و دورات تدريبية لأطباء المشرفين على علاج مرضى الشريان التاجي يتم فيها تدريبهم على كيفية خفض الالكسيثيميا والاضطرابات المصاحبة لها وتنمية المساندة الاجتماعية ، وأهمية العلاج النفسي والدعم الروحي في مواجهة الأمراض .
2- تعميم تعيين مرشدين نفسيين في جميع المستشفيات ، ودعم دورهم في تقديم الخدمات وتزويدهم بالأساليب المناسبة من اختبارات ومقاييس وغيرها .
3- تخصيص حجرات مناسبة ومجهزة بالوسائل المتعددة في المستشفيات حتى يمكن استخدامها في تنفيذ برامج الارشاد النفسي .
4- عقد ندوات ومحاضرات عامة تشجع المصابين بالأمراض المزمنة على الإفصاح عن مشاعرهم بسهولة وتقبل المساعدة من الآخرين والمشاركة في الأنشطة وتبادل الخبرات .

ثالثاً : بحوث مقترحة : استناداً إلى نتائج هذه الدراسة يمكن طرح بحوث مقترحة كالآتي:

1- إجراء أبحاث أخرى حول شرائح أخرى من المرضى (كمرض الفشل الكلوي ومرض السرطان) .
2- أثر الالكسيثيميا على العجز والعزلة الاجتماعية لدى مرضى القلب .
3- العلاقة بين استراتيجيات التكيف والتفاؤل والدعم الاجتماعي لنوعية الحياة لمرضى الشريان التاجي.
4- العوامل النفسية والاجتماعية المرتبطة بالالكسيثيميا لدى مرضى الشريان التاجي .
5- تنمية المساندة الاجتماعية لخفض العدائية لدى مرضى الشريان التاجي .
6- دراسة كلينيكية لدى المصابين بالالكسيثيميا باستخدام أدوات كلينيكية أخري مثل: الرورشاخ أو تفهم الموضوع .

المراجع:

1- ابتسام سلطان (2009) : المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة ، ط1 ، عمان ، دار الصفاء للنشر والتوزيع .
2- أحمد عكاشة ، طارق عكاشة (2010) : الطب النفسي المعاصر ، ط15 ، مكتبة الأنجلو المصرية ، مصر دليل علاج مرض الشريان التاجي (2009) : معهد عائلة سيدل و أرلوند ميلر لأمراض القلب والأوعية الدموية .
3- أديب محمد الخالدي (2006) : مرجع في علم النفس الاكلينيكي (المرضي) الفحص والعلاج ، ط1، دار وائل للنشر ، الأردن ، عمان .
4- إيمان البنا (2003) : الالكسيثيميا (صعوبة تحديد ووصف المشاعر) وأنماط التعامل مع الضغوط لدى عينة من طلبة الجامعة ، حوليات ، كلية الآداب والعلوم ، جامعة عين شمس .
5- إيمان خميس (2014) .إسهام بعض المتغيرات في التنبؤ بالالكسيثيميا لدى معلمات رياض الأطفال . مجلة الطفولة والتربية . 20(2) . 259-350 .
6- بام روبينز ، جات سكوت (2000) : الذكاء الوجداني في التربية السيكولوجية ، ترجمة : صفاء الأعسر وعلاء الدين كفافي ، القاهرة ، دار قباء .
7- حسين محمد على فايد (1998) : الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد(2) ، المجلد (8) ، 153-192 .
8- رئيف بستاني وآخرون (1994) : الموسوعة الطبية ، المجلد 11 ، الشركة الشرقية للمطبوعات ن بيروت ، لبنان .
9- سهير فهيم الغباشي (2000): القلق والاكتئاب والشعور بالعجز عن المواجهة لدى مرضى الشريان التاجي ، مجلة الدراسات النفسية ، المجلد العاشر ، العدد الثاني ، إبريل ، القاهرة ، رابطة الاخصائيين النفسيين المصرية .
10- صباح حد كحيل (2015) : سمات الشخصية لدى المرضى المصابين بقصور الشريان التاجي ، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي ، جامعة محمد خيضر ، بسكرة ، الجزائر.
11- صليحة عدودة (2015) : الكفاءة الذاتية وعلاقتها بالالتزام للعلاج وجودة الحياة المتعلقة بالصحة لدى مرضى قصور الشريان التاجي ، أطروحة مقدمة لنيل شهادة في علم النفس العيادي ، جامعة الحاج لخضر ، باتنة ، الجزائر .
12- طه عبد العظيم حسن (2007) : العلاج النفسي المعرفي مفاهيم وتطبيقات ، دار الوفاء للطباعة ، الإسكندرية .
13- محمد بيومي خليل (1996) : المساندة النفسية الاجتماعية وإدارة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مقضي إلى الموت ، مجلة علم النفس ، الهيئة العامة للكتاب ، القاهرة ، العدد (37) .
14- محمد محروس الشناوي ، محمد السيد عبد الرحمن (1994) : المساندة الاجتماعية والصحة النفسية، مراجعة نظرية ودراسات تطبيقية ، القاهرة ، مكتبة الأنجلو المصرية .
15- محمد يحياوي (2003) : دراسات في علم النفس ، دار الغرب للنشر والتوزيع ، وهران .
16- مسعد نجاح أبو الديار (2009) : دراسة مقارنة بين الأسوياء ومرضى الفصام والاكتئاب في أعراض الالكسيثيميا وفعالية الذات ، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، 19(65) ، 345-372 .
17- ممدوح عبد المنعم الكناني (2002) : القياس والتقويم النفسي والتربوي ، الكويت : دار العلاج .

18- نفيسة فوزي عيسوي (2012) : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بمعنى الحياة وبعض سمات الشخصية لدى المراهقين المكفوفين بصرياً ، رسالة ماجستير غير منشورة ، معهد الدراسات التربوية قسم الارشاد النفسي ، جامعة القاهرة .

References:

19- Capaln, G. (1993). Mastery of Stress: Psychological Aspect. American Journal of Psychiatry. Vol (138), pp 413- 420.
20- Carpenter, K.M., & Addis, M.E.(2000) .Alexithymia , gender and responses to depressive symptoms .Sex Roles, 43(9-10), 629-644 .
21- Davidson Dennis Michael (1995): Social support and depressire symptoms in persons recovering from myocardial infraction or coronary artey sugary University of California Irvine (0030) p.123.
22- Duck, S.W. & silver, R. c (1995). Personal relationships and social support. John Wiley & Sons Ltd, London, Pp. 173- 185.
23- Friedlander, L., Lumley, M. A., Farchione , T. & Doyal, G. (1997). Testing The Alexithymia hypothesis: Physiological and Subjective Responses During Relaxation and stress. Journal of
24- House,J.S., Umberson,D., and Landis, K, R. (1988). Structures and processes of social support. Annual. Review of Social, No.14:293-318.
25- Jeffrey Paul Burch (1995) . Alexithymia And Dissociation , degree of Master of Sciene, Graduate School of the University of Oregon .
26- Joseph. V, Nuechterlein, K, Subotnik, K, Green, F.,Gitlin, M (2004) . Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia, schizophrenia Research; 69 Issue (2\3), p343-352.
27- Line Beaurgard (1996) – La mesure de soutien social. centre
28- Parker, A; Bagby, M & Taylor, J. (1991). Alexithymia and depression: distinct or overlapping constructs? Comprehensive psychiatry 32(5), 387-394.
29- Stevens, J.(2001). Exploratory and confirmatory factor analysis. In J. Stevens (Ed), Applied Multivariate Statistics for the Social Science, 3rd edition (pp.362-427) .Mahway , NJ : Erlbaum.
30- Taylor, B & Parker, J. (1997). Disorders of effect regulation Alexithymia in medical and psychiatric illness, Cambridge university press .
31- Todarello, O., Porcelli, P., Grilletti, F., Bellomo, A (2005) .Is Alexithymia Related to Negative Symptoms of Schizophrenia, Psychopathology, 38(6).310-314.
32- Van Hemert, M; Hengeveld M; BolR H & Rooijmans , M. (1993) . Psychiatric disorders in relations to Medical illness among patients of a general out patients clinic. Psycho Med (23) 73-167 .

Perceived social support to reduce Symptoms of alexithymia in a sample of Coronary artery disease patients

Hafsa saleh Mahmoud Musbah
(PHD) Degree –Psychological Department
Faculty of Women for Arts, Science & Education
Ain Shams University - Egypt
Hafsasaleh85@gmail.com

Prof.Dr. Hamdy Mohamed yassin
Professor of Psychology,Department
Faculty of Women for Arts, Science & Education
Ain Shams University - Egypt
Hamdy Yassin.women.asu.ed.eg

Abstract

The study aimd to test the effectiveness of a cognitive-behavioral counseling program for developing perceived social support, which would reduce Alexithymia symptoms in a sample of coronary artery patients. The experimental group in the total score of social support scale and its domains in the pre and post measurements, and that there are no statistically significant differences at the level of significance (0.05) between the mean ranks of the experimental group members' scores in the total score of the social support scale and its domains in the post and follow-up measurements, in addition to that there are Statistically significant differences at the level (0.05) between the mean score of the experimental group members in the total score of the Alexithymia scale and its domains in the pre and post measurements, and that there are no statistically significant differences at the level of significance (0.05) between the scores of the experimental group members in the total score. For alexithymia scale and its domains in the dimensionai and follow-up measurements.

Keywords: social support, Alexithymia , coronary artery disease .