

# بعض المتغيرات المُنبئة بشدة الاضطراب التَّراكمي للصَّدمة (الحِكمة، وسلوك التَّدين، والسَّعادة، وتقدير الذات، وحُب الحياة، والاكتئاب)

هناك أحمد محمد شويخ (\*)

## ملخص

تهدف هذه الدراسة إلى توضيح دور الحكمة، والتدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحُب الحياة، والاكتئاب في التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي. وقد اشتملت أدوات الدراسة على: استمارة البيانات الأولية، ومقياس الاضطراب التراكمي للصدمة، ومقياس التقويم الذاتي للحكمة لـ "وبيستر" (٢٠٠٧)، ومقياس سلوك التدين، وقائمة "أكسفورد" للسعادة، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات، ومقياس حُب الحياة، وقائمة "بك" Beck للاكتئاب. وقد تكونت العينة من (٤٤٤) مشاركًا، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين ٢٢-٥٥ سنة، بمتوسط ٣٠,٠٧ سنة، وانحراف معياري ٩,٤٥. وكان أهم نتائجها: (١) وجود علاقة ارتباطية بين الاضطراب الصدمي التراكمي، وكل هذه المتغيرات (سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحُب الحياة، والاكتئاب)، ما عدا الحكمة فلم ترتبط بهذا الاضطراب بشكل دال. (٢) وجود تأثير دال لجميع المتغيرات (سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحُب الحياة، والاكتئاب) بشكل مستقل على الاضطراب الصدمي التراكمي، في حين غاب تأثير الحكمة عن التأثير المتوقع لها على الاضطراب الصدمي التراكمي. (٣) جاءت متغيرات الدراسة العمر، والحالة الوظيفية، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحُب الحياة، والاكتئاب قادرة على التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي بمستويات عالية الدلالة (٠,٠٠١)، بينما لم تكشف متغيرات الحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة عن أي قدرة تنبؤية.

**الكلمات المفتاحية:** الحكمة، سلوك التدين، السعادة، تقدير الذات، حُب الحياة، الاكتئاب، الاضطراب التراكمي للصَّدمة.

(\*) أستاذ علم النفس الإكلينيكي، قسم علم النفس - جامعة الفيوم  
للمراسلات في شأن هذا البحث ترسل إلى د. هنا شويخ

## Some predictors of the Cumulative Trauma Disorder (Wisdom, Religiousness Behavior, Happiness, Self-esteem, Love of life and Depression)

Hanaa Ahmed Mohamed Shuwiekh (\*)

This study aims to discover the roll of wisdom, religiousness behavior, happiness, self-esteem, love of life and depression as predictors of the cumulative trauma disorder. In order to verify the hypotheses of study, a battery of questionnaires including the demographic questionnaire, The cumulative trauma disorder scale, The self-assessed wisdom scale (SAWS), religiousness behavior scale, Oxford happiness inventory, The Rosenberg self-esteem scale (RSES), Love of life scale and Beck depression inventory have been used. After fulfilling the psychometric requirements of the battery, the data were collected from a sample (n=444) persons, there ages ranged from 22-55 years, with a mean of 30.07 (SD =9.45). The findings of the study were as follows: (1) There were statistically significant relationships between cumulative trauma disorder and all of religiousness behavior, happiness, self-esteem, love of life, depression. (2) These factors have the most effect on decreasing cumulative trauma disorder except wisdom. (3) All of these factors: age, vocational status, wisdom, religiousness behavior, happiness, self-esteem, love of life, depression are a significant predictor of cumulative trauma disorder .

### مقدمة:

تهدف هذه الدراسة إلى توضيح العلاقة الارتباطية بين كل من الحكمة<sup>(١)</sup> وسلوك التدبير<sup>(٢)</sup>، والسعادة<sup>(٣)</sup>، وتقدير الذات<sup>(٤)</sup>، وحب الحياة<sup>(٥)</sup>، والاكتئاب<sup>(٦)</sup> من ناحية والاضطراب التراكمي للصدمة<sup>(٧)</sup> من ناحية أخرى، كما تسعى إلى استكشاف الدور التنبؤي لهذه المتغيرات في التنبؤ باضطراب التراكمي للصدمة. ويُعد موضوع الاضطراب التراكمي للصدمة من الموضوعات المهمة

(\*)Professor of Clinical Psychology, Department of Psychology, Fayoum University

(1)Wisdom

(2)Religiousness Behavior

(3)Happiness

(4)Self-esteem

(5)Love of life

(6)Depression

(7)The Cumulative Trauma Disorder

التي يهتم بها الباحثون في مجال علم النفس الإكلينيكي، وذلك لانتشارها بشكل كبير في الوقت الراهن، إذ تُبلغ نسبتها ما بين ٥١٪ و ٦٩٪ بين الأمريكيين، والأكثر من ذلك أنها تمثل المنبئ الأقوى لحدوث اضطراب كرب ما بعد الصدمة<sup>(١)</sup> (Hauff, Fry-McComish & Chiodo, 2017). ويشير هذا المفهوم بالمعنى المبسط إلى الألم المصاحب للأنشطة الروتينية (Amell & Kumar, 2000)، وهذا ما أكدته إحدى الدراسات التي وجدت أن اضطراب التراكمي للصدمة يحدث نتيجة اضطراب الجهاز الهيكلي العضلي الناتج من الممارسة الروتينية لساعات العمل الطويلة باستخدام تكنولوجيا الكمبيوتر، وتم تعريف الاضطراب التراكمي للصدمة بأنه حالة تتطور بسبب تكرار التعرض للصدمة الدقيقة التي تتجاوز قدرة الأنسجة الجسمية على الشفاء التلقائي، لأن وضعية الجسم لهؤلاء الأفراد العاملين في مجال تكنولوجيا الكمبيوتر في معظم يومهم ثابت إلى حد كبير، وقد تسبب ألاماً في الأنسجة الجسمية المختلفة بما في ذلك العضلات، والأوتار، والأعصاب (Desai & Shad, 2004). وفي دراسة أخرى وجد أن مرتفعي الاضطراب التراكمي للصدمة يعانون من الاكتئاب، وعدم الرضا عن الحياة الاجتماعية والأسرية مقارنة بالمنخفضين على هذا الاضطراب (Tuncer, Genc, Nacir & Erdem, 2015). وترى الدراسات التي أجريت على الأفراد الذين يتعرضوا للصدمة الحياتية أن هناك تبايناً في الاستجابة بعد الصدمة، لذا ركزت على فهم العوامل التي تفسر هذا التباين (Wilker, Pfeiffer, Kolassa, Koslowski, Elbert & Kolassa, 2015).

وعلى الرغم من النظرة السلبية لهذه الاضطراب، حصر الباحثون عدداً من العوامل المساعدة على التخفيف من شدته، منها على سبيل المثال: الحكمة، ووجود شبكة اجتماعية، وسلوك التدخين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، وانخفاض الشعور بالاكتئاب، والخلو من تاريخ مرضي للاضطرابات النفسية، والرضا عن الحياة، والمساندة الاجتماعية، والوضع الاجتماعي

(1) Post-traumatic stress disorder (PTSD)

والاقتصادي... وغيرها من المتغيرات النفسية التي تؤكد دورها في تحسين حياتنا سواء النفسية أو الجسمية (MacRae, 2005; Fallot, 2005; Brokenleg, 2012; Sieff, 2017; Mackinnon & Christine, 1994; 2004).

لذا جاءت الدراسة الراهنة بصفتها خطوةً أولية في استكشاف الدور التنبؤي للعوامل النفسية (الحكمة، سلوك التدين، السعادة، تقدير الذات، حب الحياة، الاكتئاب) في تشكيل الاضطراب التراكمي للصدمة.

### مشكلة الدراسة:

في سياق إدراكنا لمعالم تلك الأهمية تتبلور مشكلة الدراسة الراهنة في السؤال الآتي: ما الدور التنبؤي لكل من العمر، والحالة الوظيفية، والحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب بالاضطراب الصدمي التراكمي؟

ويتولد لدينا سؤالان فرعيان سنعمل على الإجابة عنهما أولاً، ثم نتبعهما بالإجابة عن السؤال الرئيس، ويتحدد السؤالان الفرعيان فيما يأتي:

(أ) ما طبيعة العلاقة بين الاضطراب الصدمي التراكمي وكل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب؟

(ب) ما مدى تباين درجات الاضطراب الصدمي التراكمي بتباين درجات كل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب؟

### مصطلحات الدراسة:

#### • الاضطراب التراكمي للصدمة:

يُعرف الاضطراب التراكمي للصدمة بأنه "زملة من الأعراض التي تجعل الفرد يعاني من التعب وعدم الراحة أو العجز أو الألم المستمر في المفاصل والعضلات والأوتار والأنسجة الرخوة الأخرى، مصحوبة بأعراض نفسية مثل

الكآبة، والقلق، والرغبة في الانعزال عن الناس، وعدم القدرة على التركيز، وتناقص الكفاءة في العمل... (Kroemer, 2001). ويُشار إلى الاضطراب التراكمي للصدمة بمصطلحات متعددة منها على سبيل المثال وليس الحصر، اضطراب الإفراط المتكرر<sup>(١)</sup>، اضطراب الإجهاد المتكرر<sup>(٢)</sup>، الإصابات المهنية المفرطة<sup>(٣)</sup> (Desai & Shad, 2004).

وتنقسم الدراسات النفسية في تناولها للصدمة إلى ثلاث نماذج، وهي:

(١) **النموذج السيكاتري<sup>(٤)</sup>**: ويركز على أنواع أحداث المشقة الصدمية الجسمية الجسمية المستمرة، واضطراب كرب ما بعد الصدمة، (٢) **النموذج التحليلي والارتقائي<sup>(٥)</sup>**: ويعتمد على دراسة تأثيرات صدمات الانفصال والطفولة المبكرة والخيانة، (٣) **النموذج العلاقات البينية بين المجموعات<sup>(٦)</sup>**: ويركز على دراسة التمييز والإبادة الجماعية، والتعذيب وغيرها من الاعتداءات ذات الدوافع السياسية. واشتركت هذه النماذج الثلاثة معًا في تأكيدها وجود عواقب وخيمة على الصحة الجسدية والعقلية والنفسية للأفراد الذين يمروا بهذه الأنماط من الصدمات (Kira, Templin, Lewandowski, Ashby, Oladele & Odenant, 2012). وتعاني مثل هذه النماذج في قصورها من عدم قدرتها على دراسة الأحداث الصدمية الشائعة المستمرة، وأنها تركز فقط على الصدمات الماضية، ولذا قسّم الباحثون الصدمات إلى نوعين، هما: (١) **الصدمات التي تحدث مرة واحدة<sup>(٧)</sup>**، مثل حادث سيارة، (٢) **الصدمات المركبة<sup>(٨)</sup>**، وهي الأحداث الصدمية المستمرة عبر مدى الحياة، أو الصدمات المتكررة، وتشمل كذلك الصدمات الماضية والراهنة ما دامت مستمرة مثل الاعتداءات الجنسية، والتمييز بين

(1) Repetitive Overuse Disorders

(2) Repetitive Strain Disorders

(3) Repetitive Overuse injuries

(4) The Psychiatric Paradigm

(5) The Psychoanalytic and Developmental Paradigm

(6) The Inter-group Paradigm

(7) Single episode trauma

(8) Complex traumas

الجنسين، والتفرقة العنصرية، (Kira, Lewandowski, Templin, Ramaswamy, Ozkan& Mohanesh, 2008).

• **الحكمة:**

قد جعل الله عز وجل الحكمة من أعظم النعم، وقال تعالى "يُؤْتِي الْحِكْمَةَ مَنْ يَشَاءُ ۗ وَمَنْ يُؤْتَ الْحِكْمَةَ فَقَدْ أُوتِيَ خَيْرًا كَثِيرًا ۗ وَمَا يَذَّكَّرُ إِلَّا أُولُو الْأَلْبَابِ" (البقرة: ٢٦٩). وبدأ الاهتمام بالدراسة الأمبريقية للحكمة منذ ١٩٧٠، إذ تمت مناقشة المفهوم في ضوء بعض المصطلحات مثل ما وراء المعرفة<sup>(١)</sup>، والذكاء الوجداني والاجتماعي<sup>(٢)</sup> (Trowbridge, 2007)، وتدرس الحكمة على أنها سمة شخصية أو شكل من أشكال التفكير، وكذلك على أنها مهارة حل المشكلات حينما تواجه بأمر صعبة وغامضة في الحياة (Staudinger, 2004).

وعلى الرغم من أن الحكمة تمثل منبئاً قوياً للعديد من المظاهر النفسية الإيجابية، فما زال هذا المفهوم يعاني نقصاً في الفهم والتعريفات والاختبارات الموجهة لقياسه، ويرجع هذا إلى تعدد التوجهات النظرية الفلسفية لهذا المفهوم (Ardelt, 1997)، وتعرف الحكمة بأنها "مستوى متقدم من الوظيفة المعرفية" (Dittmann-Kohli & Baltes, 1990)، ويشير إليها "بالنيس" Baltes وآخرون بأنها "شكل متقدم من أشكال الوظائف الإدراكية المعرفية، وهي الخبرة في التواصل وفهم معني الحياة" (Baltes et al., 1992).

أما "ويستر" Webster (٢٠٠٧) فيعرف الحكمة بأنها "الجدارة في اتخاذ القرارات وحل المشكلات، والإصرار والعزم على تطبيق الخبرات الحياتية لتحقيق الأفضل والأحسن للذات وللآخرين"، وأشارت "أرديلت" (Ardelt, 2003) إلى الحكمة بأنها "عملية تكاملية لثلاثة أبعاد، هي: (١) البعد المعرفي<sup>(٣)</sup>،

(1)Meta-cognition

(2)Emotional and Social Intelligence

(3)Cognitive Dimension

ويمثل قدرة الفرد على فهم الحياة، وجوهر الظواهر، وطبيعة الإنسان بشكل أعمق، (٢) البُعد التأملي<sup>(١)</sup>، وهو تطور للبُعد المعرفي في الفهم العميق للحياة بدون تشويه أو تحريف للواقع، ويحتوي هذا البُعد على بنود تقيس الدرجة التي يحاول بها الفرد التغلب على الذاتية والإسقاط عند النظر للظواهر من وجهات نظر مختلفة، (٣) البُعد الوجداني<sup>(٢)</sup>، ويحتوي على وجود الانفعالات الإيجابية نحو الآخرين والأحداث مثل التعاطف، والحنان، وغياب الانفعالات السلبية كالحقد، والكراهة.

وأضافت "أرديلت" (Ardelt, 2009) أن وجود هذه المكونات الثلاثة معاً هو أساس الشخص الحكيم، فعلى سبيل المثال إذا خلت الحكمة من المكون الوجداني فيصبح المفهوم أقرب للوظيفة المعرفية أو الذكاء، كذلك لو خلا المفهوم من المكون المعرفي فسيكون المفهوم أقرب لوصف دور المرشد العاطفي الذي تسيطر عليه انفعالات أثناء تقديم الخدمة النفسية، ومن ثم لا يستطيع مساعدة نفسه أو الآخرين، أما البُعد التأملي فهو ضروري لتطوير كل عناصر البُعد المعرفي والبُعد الوجداني.

وقدم "براون" (Brown, 2002) نموذجاً لتطور الحكمة وهي أنها تشتمل على ستة أبعاد، هي: (١) المعرفة الذاتية: وتعتبر عن إدراك الفرد لميوله واهتماماته الشخصية، ونقاط قوته وضعفه، وقيمه، كما تتمثل في رضاه عن علاقاته بالآخرين وأهداف حياته، (٢) فهم الآخرين: وتشير إلى فهم المواقف المختلفة، والتعاطف وتقديم المساعدة لهم، وأن يمتلك الفرد مهارات الاتصال التي تمكنه من إقناع الآخرين بأفكاره، (٣) إصدار الأحكام: ويتمثل في أن ينظر الفرد بوجهات نظر متعددة للموضوع الواحد، والقدرة على الإدراك والتمييز بدقة، (٤) المعرفة بالحياة: وتتضمن إدراك الفرد للعلاقات المتداخلة بين الأفراد وعالمهم، والقدرة على تدبر المعاني والأسئلة حول الحياة، (٥) المهارات الحياتية: وهي قدرة الفرد على أداء أدواره المتعددة ومسئوليته اليومية بفاعلية،

(1) Reflective Dimension

(2) Affective Dimension

والتحلي بالكفاءة في النواحي العملية، والقدرة على فهم الأنظمة المختلفة وتوقع المشكلات، وامتلاك الاستراتيجيات التي تستخدم في التعامل مع هذه المشكلات في مواقف الحياة المختلفة، (٦) **الاستزادة من المعرفة**: وتشير إلى عدم اكتفاء الفرد بما لديه من معرفة، بل والسعي الدائم لتعلم المزيد من العلم.

وستعتمد الدراسة الراهنة على تعريف "وبستر" بوجود خمسة أبعاد للقياس الذاتي للحكمة (The Self – Assessed Wisdom Scale (SAWS)، وهي: (١) **بُعد التفتح**<sup>(١)</sup>، وهو القدرة على إنتاج أفكار مبدعة وأحكام خالية من الانتقادات، والبُعد عن الاستجابات الجامدة والمتصلبة لمطالب الحياة، (٢) **بُعد التنظيم الانفعالي**<sup>(٢)</sup>، وهو من المفاهيم المرتبطة بالذكاء الوجداني، ويشمل القدرة على استيعاب اختلاف المحيطين، وفهم مشاعر الآخرين، وإعادة إدراك الانفعالات وتنظيمها، (٣) **بُعد روح الفكاهة**<sup>(٣)</sup>، وهو التركيز على الدعابة، فالحكماء مشبعون باستخدام الفكاهة في سياقات الحياة المتعددة ليس بغرض الضحك فقط، بل لتحقيق أغراض أخرى، (٤) **بُعد الخبرة الحياتية الصعبة**<sup>(٤)</sup>، وهو المرور بخبرات تتميز بالغموض، والتشابك، والمحاربة مع نواتج غير مضمونة، والاختيار تحت الضغط، وهذه الخبرات ذات موضوعات حياتية لها أهمية كبرى في حياة الفرد مثل الطلاق، واختيار المهنة، والسفر... إلخ، (٥) **بُعد الذكرى والتأمل**<sup>(٥)</sup>، وهو تذكر الماضي والإفادة منه في فهم أعمق للمشكلات الراهنة، وكذلك معرفة الأخطاء السابقة والإفادة منها في الوقت الراهن (Webster, 2007). ويتفق "بالتيس" Baltes مع التعريف السابق، حيث يصف الفرد الحكيم بأنه "خبير أو ماهر"<sup>(٦)</sup> في الإفادة من الخبرات، ويقظ وواعي<sup>(٧)</sup> بالأمر الحياتية" (Baltes, Smith & Staudinger, 1992).

(1) Openness

(2) Emotional Regulation

(3) Humor

(4) Critical Life Experience

(5) Reminiscence and Reflective

(6) Expertise

(7) Mindful

## • سلوك التدين:

تعود حركة دراسة سيكولوجية الدين إلى الفترة ما بين عامي ١٨٨٠ . ١٩٣٠ على يد كل من "هول" Holl و"جيمس" James و"لوبا" Louba و"ستاريوك" Starbok و"بيرت" Pertt، ويصنف موضوع "التدين" إلى توجهين: **التدين الداخلي**<sup>(١)</sup> (اعتبار الدين إطارًا مرجعيًا في حياة الشخص اليومية)، و**التدين الخارجي**<sup>(٢)</sup> (الدين اعتبار وسيلة لحماية الذات، واكتساب احترام وقبول ودعم الجماعة، ومحاولة الاتساق مع قيمتها، والحصول على الوجهة الاجتماعية في المجتمع)، بمعنى أن المتدين داخليًا يعتبر الدين منهج حياة بالنسبة له، أما المتدين خارجيًا فيستخدم الدين . غالبًا . كوسيلة للحصول على منافع اجتماعية (الخصر، ٢٠٠٠).

ويضيف "البورت" Allport و"روس" Ros أن كلاً التوجهين ليسا على متصل واحد، وإنما هما فئتان منفصلتان بعضهما عن بعض (Hunt & King, 1980, pp.49-51).

ويعرف "التدين" في اللغة العربية لغويًا بالخضوع والطاعة (المعجم الوجيز، ١٩٩٧، ص ٣٠٧)، ويشق لفظ "دين" Religion في اللغة الإنجليزية من الكلمة اللاتينية Re-ligio، وتشير إلى "قوة تفوق القوة البشرية، وتجعل الإنسان يستجيب بطريقة معينة ليتجنب العواقب الأليمة" (المغربي، ٢٠٠٤).

والتدين يعني أن يتبع الإنسان ما أمره الله به ورسوله، ويتضمن:

١- الإيمان الديني: وهو الإيمان بالله وملائكته وكتبه ورسوله واليوم الآخر، وبالقضاء والقدر خيره وشره.

٢- التدين العملي: أن يمارس الشخص تعاليم دينه عمليًا (العبادات).

٣- التأثير بالدين: أن يسلك الشخص سلوكًا يتفق مع تعاليم دينه أي تكون

(1)Intrinsic Religiosity

(2)Extrinsic Religiosity

علاقاته ومعاملاته مطابقة لما أمر به الله ورسوله (الخطيب، ٢٠٠٢). ويشير بعض الباحثين إلى أن التدين هو "توجه الفرد للدين ساعياً للحصول على الأمن والطمأنينة من خلال علاقته بربه، ومن ثمَّ يزداد ميله للقراءة في الدين والفرائض محاولاً بذلك توفير السلوى لنفسه (Stanton, Burg, Cameron& Ellis, 1994, p.350; Taylor, 1999, p.271).

ويرى "سميث" Smith أن التدين "سلوك يمكن ملاحظته في جميع ضروب حياة الفرد، وأن الإيمان متغير أساسي في التدين" (Wulff, 1997, p.213). ويقصد "عثمان الخضر" (٢٠٠٠) بالتدين أو ما يسمى بالسلوك التديني بأنه "مجموعة من المكونات الدينية تتمثل في: أساسيات الإيمان (كالإيمان بالله، وملائكته، وكتبه، ورسله، والجنة والنار)، والعبادات (علاقة الفرد بخالقه: كإقامة الصلاة، إيتاء الزكاة، والصيام)، والعادات (علاقة الفرد بالآخرين؛ كإكرام الضيف، وزيارة المريض، ورد السلام، وصلة الرحم)، والمنجيات (قرب الفرد من خالقه؛ كالصبر، والإخلاص، والتواضع، والصدق)، والمهلكات (بُعد الفرد عن خالقه؛ كالنفاق، والحسد، والغرور).

أما "رايت" Wright وزملاؤه فيعرفوا التدين بأنه "مجموعة المعتقدات والقيم المشتركة عن الرب، والقيام بالأنشطة الدينية، وهي أمور تدعو إليها المؤسسات الدينية" (Wolf& Stevens, 2001). ويعرف "عادل هريدي" و"طريف فرج" (٢٠٠٢) سلوك التدين بأنه "تقرير الشخص المُكلف لمدى ما يعتقد فيه ويمارسه من أمور إيمانية، سواء كانت متصلة بعلاقته بالله سبحانه وتعالى أو بالغيب، أو بنفسه، وبالآخرين على متصل الدنيا . الآخرة".

وتتفق "الطاهرة المغربي" (٢٠٠٤) مع التعريفات السابقة، إذ ترى أن التدين هو "السلوك الصريح الذي يعبر عن الإيمان والتقوى بوصفهما اعتقاداً مصدقاً ومشاعر خوف من عقاب الله"، وتضيف أنه مكون يتضمن عدداً من الأنساق: نسق معرفي؛ يحتوي على المعتقدات والمعارف والمعلومات، ونسق وجداني؛ يحتوي على المشاعر والتقوى، ونسق سلوكي؛ يحتوي على

التصرفات والأنشطة الدينية التي يقوم بها الفرد، وتعكس مدى التزامه بتعاليم دينه. أمّا "نادية جان" (٢٠٠٨) فتشير إلى التدين بأنه "السلوك الذي ينم عن الإيمان بالله وإتباع أوامره، والبُعد عن نواهيه، ويحقق للفرد الشعور بالأمان والاستقرار النفسي". وأخيراً يعرف "شيريدان" (Sheridan, 2008, p.185) التدين بأنه "مجموعة من المعتقدات، والممارسات، والطقوس السائدة لفترات زمنية طويلة داخل مؤسسة دينية محددة".

وتستخلص الباحثة تعريفاً لسلوك التدين بأنه "السلوك الصريح الشائع بين الديانات السماوية، الذي يكشف عن العبادات، والطقوس، والمعاملات، والآداب، والأخلاق التي تتضمن عدداً من الأنماط السلوكية مثل التفاعل الإيجابي مع الآخرين، والسلوك التعبدي، وعدداً من المشاعر الإيمانية والرضا عن الذات".

#### • السعادة:

على الرغم من أن غالبية الأفراد يتفقون على أن السعادة هدف أساسي في حياة الإنسان، فإنهم يختلفون حول تعريف مفهوم السعادة والعوامل التي تؤدي إليها، مثل التدين، أو التمتع بصحة جيدة، أو طول العمر، أو المال... (نادية جان، ٢٠٠٨)، وتعرف السعادة بأنها "حالة من التوازن الداخلي يسودها عدد من المشاعر الإيجابية كالرضا والابتهاج والسرور، وترتبط بالجوانب الأساسية للحياة مثل الأسرة والعمل والعلاقات الاجتماعية" (العنزي، ٢٠٠٠).

كما يرى "أرجايل" (Argyle, 2001, p.12) أن السعادة "حالة نفسية ثابتة نسبياً تشتمل على ثلاثة مكونات، وهي: الوجدان الإيجابي، وغياب الوجدان السلبي، والرضا عن الحياة"، أما "فورديس" Fordyce فيرى أن السعادة هي "شعور عام بالرضا عن الحياة، يزدهر ويستمر على مدار فترات زمنية طويلة"، كما يرى أن السعادة ليست "أشياء"، فمعظم الناس يعتقدون أن السعادة هي أشياء مثل المال الوفير، والحياة العائلية، والمكانة الاجتماعية... إلخ، ولكن هذه الأشياء وحدها لا تمثل السعادة فهي تشعرنا بها، وتسهم في زيادة المعدل

الإجمالي لسعادتنا، ولكن السعادة شعور فقط؛ لذا يجب ألا نخلط بينها وبين الأشياء التي يمكن أن تسبب هذا الشعور (علام، ٢٠٠٨).

ويعرفها "فينهوفن" Veenhoven بأنها "الدرجة التي يحكم فيها الشخص إيجابياً على نوعية حياته الحاضرة بوجه عام"، وبمعنى آخر فإن السعادة تشير إلى "حب الشخص الحياة التي يعيشها، واستمتاعه بها، وتقييمه الذاتي لها بشكل كلي" (عبد الخالق وآخرون، ٢٠٠٣)، ومن مصادر السعادة نجد الصحة الجسمية، واستقرار الحياة الأسرية، واحترام الآخرين، والمكانة الاجتماعية (هريدي؛ فرج، ٢٠٠٢)، وأن الحكم على درجة الشعور بالسعادة الشخصية يأتي من الأفراد أنفسهم وبحسب تقييمهم لمشاعرهم بشكل عام وليس فقط في اللحظة الآتية (جان، ٢٠٠٨).

ومن ثمّ تستخلص الباحثة تعريفاً للسعادة كما تستخدم في الدراسة الراهنة بأنها "شعور ذاتي لدى الفرد يعكس حبه للحياة التي يعيشها، واستمتاعه بها، بما يجعله يشعر بعدد من المشاعر الإيجابية كالرضا والابتهاج والسرور".

#### • تقدير الذات:

يشير "روزنبرج" Rosenberg (١٤٧٩) إلى تقدير الذات بأنه "التقييم الذي يقوم به الفرد. ويحتفظ به عادة. بالنسبة لذاته، وهو يعبر عن اتجاه الاستحسان أو الرفض"، ويوضح أن تقدير الذات العالي يدل على أن الفرد ذو كفاءة أو ذو قيمة ويحترم ذاته، أما تقدير الذات المنخفض فيشير إلى رفض الذات وعدم الاقتناع بها" (عبد الرحمن، ١٩٩٨، ص٣٩٨). ويعرفه (عسكر، ١٩٨٩، ١٤١) بأنه "الشعور بالفخر والرضا عن النفس ويكتسب الفرد التقدير من خلال خبرات النجاح التي يمر بها، ويستند الفرد في حكمه على نظرة الآخرين له ومن الشعور الذاتي".

كما يُشار إليه بأنه "أحكام ذاتية عن الأهمية الذاتية، معبراً عنها باتجاهات الفرد نحو نفسه، فهي الأحكام الواعية أو الشعورية المتعلقة بأهمية الفرد وتميزه" (شريم، ٢٠٠٩، ص٢١٣). ويُعرف تقدير الذات بأنه "تقييم يضعه

الفرد لنفسه وب نفسه، ويعمل على الحفاظ عليه، ويتضمن هذا التقييم اتجاهات الفرد الإيجابية والسلبية نحو ذاته، وهو مجموعة الاتجاهات والمعتقدات التي يستند عليها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به، وذلك فيما يتعلق بتوقعات الفشل والنجاح والفشل، والقبول وقوة الشخصية (طرح، ٢٠١٣).

#### • حب الحياة:

ما زال مفهوم حب الحياة في مراحلها البحثية الأولى، وهو يُعد من المفاهيم الجديدة في إطار علم النفس الإيجابي، وقد افترض أنه أحد مكونات الهناء الشخصي أو الحياة الطيبة<sup>(١)</sup> (عبد الخالق؛ عيد، ٢٠٠٨)، ويعرف هذا المفهوم بأنه "اتجاه إيجابي لدى الفرد نحو حياته الخاصة بوجه عام"، أي يشير إلى شدة الرغبة في الاستمرار والتمسك بالحياة، والتعلق السار بها وتقديرها، كما يتضمن مفهوم حب الحياة ثلاثة عوامل، هي: (أ) الاتجاه الإيجابي نحو الحياة، (ب) العواقب السعيدة لحب الحياة، (ج) المعنى الهادف للحياة (Abdel-Khalek, 2007). كما أشار إليه (سالم، ٢٠٠٥، ص ١١) بأنه "مدى تعلق الفرد بالحياة (حبه أو كرهه لها)، إضافة إلى نظرة الفرد للحياة الحالية والمستقبلية على مستوى المشاعر أو الفكر أو السلوك.

وبناءً على ذلك يمكن اعتبار حب الحياة بعداً يتضمن قطبين أحدهما حب الحياة والآخر كرة الحياة، وتؤدي الدرجة المرتفعة في كرة الحياة إلى سلوك تدميري للذات كالانتحار، في حين يتضمن حب الحياة التوجه الإيجابي نحوها وتقبلها، ويرتبط حب الحياة ارتباطاً إيجابياً بكل من: السعادة، والأمل، والتفاؤل، والرضا عن الحياة، ويرتبط سلبياً بكل من القلق، والاكتئاب، والعُصابية (عبد الخالق؛ النيال؛ سالم؛ سعيد، ٢٠٠٧).

#### • الاكتئاب:

اضطراب مزاجي يتميز - على نحو خاص - بالحزن وعدم النشاط، وصعوبة كل من التفكير والتركيز، والزيادة أو النقصان بصورة جوهريّة في

(1) Subjective well-being

الشهية، وطول فترة النوم، كما يتميز بالمشاعر الاكتئابية، واليأس، وفي بعض الأحيان يتضمن أفكارًا انتحارية، أو محاولة الانتحار (Taylor, 1999).

### منهج الدراسة وإجراءاتها:

تعتمد هذه الدراسة الراهنة على المنهج الارتباطي الوصفي المقارن، وذلك للكشف عن مدى إسهام كل من الحكمة، وسلوك التدخين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب في التنبؤ بالاضطراب التراكمي للصدمة.

### (١) عينة الدراسة:

تكونت عينة الدراسة من (٤٤٤) مشاركًا، ويتراوح المدى العمري للعينة ما بين ٢٢-٥٥ سنة، بمتوسط ٣٠,٠٧ سنة وانحراف معياري ٩,٤٥، وفيما يلي الخصائص الديموجرافية لتلك المجموعة مبينة في الجدول (١).

### جدول (١)

#### الخصائص الديموجرافية لعينة الدراسة

الجنس	المستوى التعليمي	الحالة الاجتماعية
تذكر	متوسط	متوسط
٢٢٦	٢١٦	١٩٧
٢١٨	٦٦	٩
٣٠	١٣٢	١٦

### أدوات الدراسة:

اشتملت أدوات الدراسة على المكونات الآتية:

[١] استمارة البيانات الأولية: وهي تتضمن عددًا من البيانات الديموجرافية كالنوع، والسن، ومستوى التعليم، والحالة الاجتماعية، والمهنية، والديانة.

[٢] مقياس الاضطراب التراكمي للصدمة: يتكون من (١٦) بندًا، يعكس متلازمة من الأعراض الجسمية كالتعب وعدم الراحة، والعجز، والألم المستمر في المفاصل والعضلات والأوتار، والأعراض النفسية كالشعور بالكآبة، والقلق، والرغبة في الانعزال عن الناس، وعدم القدرة على التركيز، وتناقص الكفاءة في

العمل. وتتطلب الإجابة عن المقياس بشكل كلي أن يحدد الفرد درجة موافقته على كل بند، باختيار واحد من بدائل خمسة تمثل مقياس الشدة (أبدأ = صفر، غير متأكد = ١، وموافق أحياناً = ٢، موافق = ٣، موافق تماماً = ٤)، وتبلغ النهاية العظمى للدرجة على المقياس ٦٤ درجة (١٦ بنداً x ٤ درجات)، وطبقاً لنظام توزيع الدرجة على مقياس التدرج، تصبح الدرجة المرتفعة على المقياس مؤشراً على المعاناة من الاضطراب التراكمي للصدمة (Kira, et al., 2012).

### [٣] مقياس التقييم الذاتي للحكمة The Self-Assessed Wisdom

Scale (SAWS) لـ "ويبستر" (٢٠٠٧): وقد ترجمته الباحثة إلى اللغة العربية، ويتكون المقياس من (٤٠) بنداً، تعكس خمسة أبعاد هي:

- (١) **بُعد التفنح:** ويتكون من (٨) بنود: ١، ٦، ١١، ١٦، ٢١، ٢٦، ٣١، ٣٦.
- (٢) **بُعد التنظيم الانفعالي:** ويحتوي على (٨) بنود: ٢، ٧، ١٢، ١٧، ٢٢، ٢٧، ٣٢، ٣٧.
- (٣) **بُعد روح الفكاهة:** ويشتمل على (٨) بنود: ٣، ٨، ١٣، ١٨، ٢٣، ٢٨، ٣٣، ٣٨.
- (٤) **بُعد الخبرة الحياتية الصعبة:** ويتكون من (٨) بنود: ٤، ٩، ١٤، ١٩، ٢٤، ٢٩، ٣٤، ٣٩.
- (٥) **بُعد الذكري والتأمل:** ويحتوي على (٨) بنود: ٥، ١٠، ١٥، ٢٠، ٢٥، ٣٠، ٣٥، ٤٠.

وتتطلب الإجابة عن المقياس بشكل كلي أن يحدد الفرد درجة موافقته على كل بند، باختيار واحد من بدائل ستة تمثل مقياس الشدة (غير موافق بشدة = ١، غير موافق بدرجة متوسطة = ٢، غير موافق بدرجة طفيفة = ٣، موافق بدرجة طفيفة = ٤، موافق بدرجة متوسطة = ٥، موافق بشدة = ٦)، ويبلغ الحد الأعلى للدرجة على مقياس الحكمة بشكل كلي ٢٤٠ درجة (٤٠ بنداً x ٦ درجات)، أما الحد الأعلى للدرجة على كل بند من أبعاد الحكمة على حدة

فيبلغ ٤٨ درجة (٨ بنود X ٦ درجات)، وتصبح الدرجة المرتفعة على المقياس بشكل كلي أو على المقاييس الفرعية مؤشراً على حكمة الفرد (Webster, 2007).

[٤] مقياس سلوك التدين (من إعداد الباحثة): يتكون هذا المقياس من (٦) جمل تقريرية تصف سلوكيات التدين دون التقييد بديانة محددة، مثل قراءة الكتب الدينية، والصلاة، والدعاء لله، والذهاب إلى الأماكن الدينية، ومساعدة الآخرين، وتتم الإجابة عن كل سلوك على أساس مقياس شدة رباعي كالتالي: ١ = لا أفعل ذلك، ٢ = نادراً، ٣ = أفعل ذلك، ٤ = كثيراً جداً.

[٥] قائمة أكسفورد للسعادة<sup>(١)</sup>: التي وضعها كل من "أرجايل" Argyle و"مارتن" Martin و"لو" Lu (١٩٩٥)، وترجمها إلى اللغة العربية أحمد عبد الخالق وآخرون (٢٠٠٣)، وتحتوي هذه القائمة على ٢٩ بنداً، وتتم الإجابة عن المقياس وفقاً لمقياس شدة خماسي من (١-٥) أمام كل عبارة، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمي على المقياس إجمالاً ١٤٥ درجة، إذ تشير الدرجة العليا إلى زيادة الشعور بالسعادة.

[٦] مقياس روزنبرج لتقدير الذات<sup>(٢)</sup>: يتكون من (١٠) بنود تقيس تقدير الذات العام، ويتطلب المقياس أن يحدد الفرد مدى انطباق كل عبارة (بند) عليه، باختيار واحد من بدائل أربعة تمثل مقياس شدة انطباق العبارة (أوافق بشدة - أوافق - أرفض - أرفض بشدة)، وتم التحقق من الكفاءة السيكومترية لهذا المقياس في العديد من الدراسات العربية، وجاءت معاملات ألفا لتتراوح ما بين ٠,٨٥ و ٠,٨٨ (Kira, Shuwaikh, Kucharska, Abu-Ras, & Bujold Bugeaud, 2017).

[٧] مقياس حب الحياة لـ أحمد عبد الخالق (٢٠٠٨): ويشتمل هذا المقياس على ١٦ بنداً، وتتم الإجابة عن أساس مقياس "ليكرت" خماسي

(1)Oxford Happiness Inventory (OHI)

(2)The Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES)

البدائل كما يلي: ١ = لا، ٢ = قليلاً، ٣ = متوسط، ٤ = كثيرًا، ٥ = كثيرًا جدًا، وعلى ذلك تبلغ الدرجة العظمى على المقياس إجمالاً ٩٠ درجة، إذ تُشير الدرجة العليا إلى تمتع الفرد بحب الحياة.

[٨] قائمة "بك" Beck للاكتئاب<sup>(١)</sup>: تشتمل القائمة على ١٧ بندًا، في صورة عبارات تقرير ذاتي، تعكس كل منها عرضًا محددًا من الأعراض الاكتئابية، وهي: الحزن، والتشاؤم، والشعور بالفشل، وفقدان الاستمتاع بالأشياء، ومشاعر الذنب، وعدم حب الذات، ونقد الذات، والتهيج والاستثارة، وفقدان الاهتمام، والتردد، وتغير في صورة الجسم، وفقدان الطاقة، وتغيرات في نمط النوم، والشعور بالتعب، والبكاء، وفقدان الشهية، وتغير الوزن. ويتطلب الأداء على المقياس اختيار الفرد واحدًا من بدائل أربعة متدرجة الشدة (من ١ - ٤ مستويات) للتعبير عن مدى انطباق العبارة عليه. **تقدير الدرجة:** يتم تقدير درجة الفرد على الاختبار عن طريق جمع درجاته على البنود من خلال مقياس الشدة التدريجي (الموضح في الاستخبارات السابقة) مع ملاحظة أن عبارات البنود مصاغة بالصورة الموجبة التي تعبر عن الاكتئاب، ومن ثمّ تمنح الاستجابة "تنطبق بدرجة كبيرة" ٤ درجات، والاستجابة "تنطبق بدرجة متوسطة" ٣ درجات، والاستجابة "تنطبق بدرجة منخفضة" درجتان، والاستجابة "لا تنطبق" درجة واحدة. وتبلغ النهاية العظمى للدرجة ٦٨ درجة (١٧ بندًا  $\times$  ٤ درجات)، وطبقًا لنظام توزيع الدرجة على مقياس التدرج، تصبح الدرجة المرتفعة على الاختبار مؤشرًا على ازدياد خبرة الفرد بالاكتئاب. وقد تم التحقق من صدق المقياس من خلال دراسة (الغباشي وشويخ، ٢٠٠٨) من خلال الصدق التقاربي والتمييزي وصدق الاتساق الداخلي، كما جاءت قيم معاملات الثبات كالتالي ٠,٩٢ و ٠,٨٥ باستخدام كل من معامل ألفا كرونباخ ومعامل الثبات بطريقة القسمة النصفية.

(1) Beck Depression Inventory

## الصلاحية القياسية للأدوات:

تم تقييم الصلاحية القياسية للأدوات باستخدام مجموعة مكونة من مئة مشارك (٥٠ ذكراً، ٥٠ أنثى)، تراوحت أعمارهم بين ٢٢-٥٣ سنة، بمتوسط عمري مقداره ٣٠,٤٧ وانحراف معياري ٩,٤٥ سنة.

(أولاً): **الصدق**: تم إتباع الطريقتين الآتيتين لتقييم صدق الأدوات:

١- صدق المجموعات المتضادة. ٢- صدق الاتساق الداخلي.

وفيما يلي نعرض لنتائج هذه الإجراءات:

(١) طريقة المجموعات المتضادة: تقوم هذه الطريقة على المقارنة بين مجموعتين متعارضتين اعتماداً على الدرجة الكلية لكل من مقياس الاضطراب التراكمي للصدمة، ومقياس التقييم الذاتي للحكمة، ومقياس سلوك التدنين، وقائمة أكسفورد للسعادة، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات، ومقياس حب الحياة، وقائمة "بك" للاكتئاب، حيث تمثل المجموعة الأولى أقل ٢٥٪ (الربيع الأدنى) من المشاركين، في حين تمثل المجموعة الثانية أعلى ٢٥٪ (الربيع الأعلى)، ثم بيان دلالة الفرق بين المجموعتين المتطرفتين، ويوضح الجدول التالي (٢) دلالة الفرق بين هاتين المجموعتين على مقاييس الدراسة.

## جدول (٢)

## دلالة الفروق بين المجموعتين المتعارضتين لكل مقاييس الدراسة

مستوى الدلالة	قيمة ت "	المجموعة (ب) الدرجات العليا		المجموعة (أ) الدرجات الدنيا		المقاييس
		ع	م	ع	م	
٠,٠٠١	٢٨,٣٤-	٣,٢٦	١٧,٠٤	٣,٤٩	٦,٥٣	١- مقياس الاضطراب التراكمي للصدمة
٠,٠٠١	٢٢,٧٤-	٤,٠٤	٨١	٦,٥٨	٦٧,٨٢	٢- مقياس التقييم الذاتي للحكمة
٠,٠٠١	٢٠,٢٣-	٠,٥٠	١٥,٥٥	١,٨٠	١٢,١١	٣- مقياس سلوك التدنين
٠,٠٠١	٢٥,٠٩-	٣,٥٤	٦٢,٧٥	٥,٠٥	٥١,٠٨	٤- قائمة أكسفورد للسعادة
٠,٠٠١	٢٨,٥١-	١,٩٩	٢٧,٦٢	٣,٠٨	١٩,٦٣	٥- مقياس روزنبرج لتقدير الذات
٠,٠٠١	٢٨,٤٩-	٥,١١	٥٦,٥٥	٧,٢٥	٣٧,٢٩	٦- مقياس حب الحياة
٠,٠٠١	٤٦,٥٤-	١,٤٣	٣٤,٢٥	٢,٤٧	١١,٦٥	٧- قائمة "بك" للاكتئاب

تبين نتائج الجدول السابق (٢) قدرة المقاييس على التميز الجوهري بين المجموعتين الطرفتين، وهو ما يمكن النظر إليه على أنه أحد المؤشرات الدالة على صدق الأدوات المعنية.

وأخيراً طريقة تقدير الاتساق الداخلي من خلال حساب معامل ارتباط الدرجة على كل بند بالدرجة المُجمعة على كل مقاييس الدراسة، وفيما يلي نتائج هذا الإجراء مبيّنة في جدول (٤) بعد حذف البنود منخفضة الدلالة، التي يتضح من خلالها أن جميع بنود مقاييس الدراسة، وهي: مقياس الاضطراب التراكمي للصدمة، ومقياس التقييم الذاتي للحكمة، ومقياس سلوك التدخين، وقائمة أكسفورد للسعادة، ومقياس روزنبرج لتقدير الذات، ومقياس حب الحياة، وقائمة "بك" للاكتئاب جاءت مرتفعة الدلالة عند مستوى ٠,٠٠١، وتراوحت معاملات الارتباط ما بين ٠,١٧ و ٠,٨٣.

جدول (٤)  
ارتباط كل بند على حدة بالدرجة الكلية على مقاييس الدراسة بعد حذف البنود  
منخفضة الدلالة (ن=١٠٠)

مقياس التقييم الذاتي للحكمة				مقياس الاضطراب التراكمي للصدمة							
ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود
***,٤٦	٣١	***,١٧	٢١	***,٤٩	١١	***,٤٧	١	***,٥٩	١١	***,٦٢	١
***,٤٦	٣٢	***,٤٤	٢٢	***,٤٧	١٢	***,٤٨	٢	***,٦٣	١٢	***,٥٦	٢
***,٥١	٣٣	***,٤٤	٢٣	***,٢٥	١٣	***,٣٠	٣	***,٣٦	١٣	***,٥٣	٣
***,٣٩	٣٤	***,٤١	٢٤	***,٣٩	١٤	***,٣٧	٤	***,٥٧	١٤	***,٦٠	٤
***,٤٢	٣٥	***,٣٣	٢٥	***,٣٨	١٥	***,٤٢	٥	***,٥٣	١٥	***,٥٣	٥
***,٤١	٣٦	***,٣١	٢٦	***,٤٣	١٦	***,٤٣	٦	***,٤٤	١٦	***,٦٦	٦
***,٤٨	٣٧	***,٤٩	٢٧	***,٥٠	١٧	***,٤٦	٧			***,٥٧	٧
***,٥٣	٣٨	***,٤٤	٢٨	***,٣٨	١٨	** ,١٢	٨			***,٦٢	٨
***,٥١	٣٩	***,٣٩	٢٩	***,٣٢	١٩	***,٣٩	٩			***,٥٨	٩
***,٣٧	٤٠	***,٤٠	٣٠	***,٤١	٢٠	***,٣١	١٠			***,٦٥	١٠

مقياس السعادة

مقياس حب الحياة

مقياس تقدير الذات

مقياس التدين

ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البنود
***,٥٩	١١	***,٥٠	١	***,٨٠	١١	***,٦٢	١	***,٤٦	١	***,٢٥	١
***,٦٠	١٢	***,٥٥	٢	***,٦٥	١٢	***,٧٧	٢	***,٦٣	٢	***,٣٩	٢
***,٦٢	١٣	***,٤٩	٣	***,٨٢	١٣	***,٧٤	٣	***,٦٦	٣	***,٤٠	٣
***,٦١	١٤	***,٥٩	٤	***,٧٥	١٤	***,٧٩	٤	***,٧٠	٤	***,٣٢	٤
***,٥٤	١٥	***,٤٩	٥	***,٤٦	١٥	***,٨٠	٥	***,٧٧	٥	***,٢٩	٥
***,٣٩	١٦	***,٥٧	٦	***,٥٣	١٦	***,٧٩	٦	***,٦٦	٦	***,٣٢	٦
***,٤٩	١٧	***,٦٣	٧			***,٧٣	٧	***,٦٣	٧		
***,٥٨	١٨	***,٤٠	٨			***,٨٣	٨	***,٦٣	٨		
***,٥٣	١٩	***,٥٩	٩			***,٨٣	٩	***,٧١	٩		
***,٤٥	٢٠	***,٥١	١٠			***,٨٠	١٠	***,٧٤	١٠		

تابع جدول (٤)

مقياس الاكتئاب				مقياس السعادة			
ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند	ارتباط البند بالدرجة الكلية	البند
***٠,٨٣	١٩	***٠,٧٤	١٠	***٠,٤٦	١	***٠,٤١	٢١
***٠,٨٠	٢٠	***٠,٦٢	١١	***٠,٦٣	٢	***٠,٤٢	٢٢
***٠,٨٠	٢١	***٠,٧٧	١٢	***٠,٦٦	٣	***٠,٦١	٢٣
		***٠,٧٤	١٣	***٠,٧٠	٤	***٠,٥٠	٢٤
		***٠,٧٩	١٤	***٠,٧٧	٥	***٠,٦٢	٢٥
		***٠,٨٠	١٥	***٠,٦٦	٦	***٠,٣٢	٢٦
		***٠,٧٩	١٦	***٠,٦٣	٧	***٠,٤٩	٢٧
		***٠,٧٣	١٧	***٠,٦٣	٨	***٠,٤٥	٢٨
		***٠,٨٣	١٨	***٠,٧١	٩	***٠,٦٢	٢٩

(\*\*) دال عند مستوى ٠,٠١ (\*\*\*) دال عند مستوى ٠,٠٠١

## ثانياً: ثبات الأدوات

استخدمت الدراسة الراهنة الطريقتين الآتيتين للاستدلال على مدى ثبات أدواتها:

### ١- حساب معامل ألفا كرونباخ Cronbach Alpha Coefficient:

وفيما يلي يوضح جدول (٥) معامل ألفا كرونباخ لمقاييس الدراسة، التي تتسم جميعها بالقبول، حيث تتراوح تلك القيم بين ٠,٧٥ و ٠,٩٥.

#### جدول (٥)

معاملات ألفا كرونباخ للدلالة على ثبات مقاييس الدراسة

المقاييس	معامل ألفا
١- مقياس الاضطراب التراكمي للصدمة	٠,٨٦
٢- مقياس التقييم الذاتي للحكمة	٠,٨٨
٣- مقياس سلوك التدخين	٠,٧٥
٤- قائمة أكسفورد للسعادة	٠,٩١
٥- مقياس روزنبرج لتقدير الذات	٠,٨٥
٦- مقياس حب الحياة	٠,٩٥
٧- قائمة "بك" للاكتئاب	٠,٨١

### ٢- القسمة النصفية:

استخدمت تلك الطريقة للدلالة على ثبات الأدوات مع تصحيح الطول باستخدام معادلة سبيرمان . براون Spearman - Brown، ويوضح الجدول التالي (٦) معاملات ثبات المقاييس الناتجة عن هذا الإجراء، التي تتراوح بين ٠,٦٥ و ٠,٩١، ما يشير إلى تمتع مقاييس الدراسة بمؤشرات ثبات جيدة.

جدول (٦)

معاملات الثبات لمقاييس الدراسة بطريقة القسمة النصفية بعد تصحيح الطول

م	الاختبارات	عدد البنود	معامل الثبات
١-	مقياس الاضطراب التراكمي للصدمة	(٨/٨)	٠,٨١
٢-	مقياس التقييم الذاتي للحكمة	(٢٠/٢٠)	٠,٨٥
٣-	مقياس سلوك التدين	(٣/٣)	٠,٦٥
٤-	قائمة أكسفورد للسعادة	(١٤/١٥)	٠,٨٧
٥-	مقياس روزنبرج لتقدير الذات	(٥/٥)	٠,٧٩
٦-	مقياس حب الحياة	(٨/٨)	٠,٩١
٧-	قائمة "بك" للاكتئاب	(١٠/١١)	٠,٧٦

النتائج:

(١) نتائج الفرض الأول: توجد علاقة ارتباطية بين اضطراب الصدمي التراكمي وكل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب:

جدول (٧)

معاملات الارتباط بين اضطراب الصدمي التراكمي

وكل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب

م	المتغيرات	اضطراب الصدمي التراكمي	الدالة
١	الحكمة	-٠,٠٤	٠,٣٨
٢	سلوك التدين	-٠,١٤	٠,٠٠٣
٣	السعادة	-٠,٣٢	٠,٠٠١
٤	تقدير الذات	-٠,٢٥	٠,٠٠١
٥	حب الحياة	-٠,٤٣	٠,٠٠١
٦	الاكتئاب	٠,٤٥	٠,٠٠١

### يتضح من الجدول (٧) ما يأتي:

- ١- فيما يتعلق بالعلاقة بين اضطراب الصدمي التراكمي والحكمة: ظهر ارتباط سلبي بينهما، على الرغم من أن هذا الارتباط جاء بشكل غير دال.
  - ٢- أما عن العلاقة بين اضطراب الصدمي التراكمي وكل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة: فقد ارتبط اضطراب الصدمي التراكمي بكل هذه المتغيرات بشكل دال وسلبي عند مستوى ٠,٠٠١، بمعنى أن ارتفاع اضطراب الصدمي التراكمي يلازمه انخفاض كل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والعكس صحيح.
  - ٣- فيما يخص العلاقة بين اضطراب الصدمي التراكمي والاكتئاب: كانت العلاقة بينهما إيجابية ودالة عند مستوى ٠,٠٠١، وهذا معناه أن اضطراب الصدمي التراكمي يزامن شعور الاكتئاب.
- ونستخلص مما سبق أن هناك تلازم بين اضطراب الصدمي التراكمي وكل هذه المتغيرات (سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب)، ما عدا الحكمة فلم ترتبط بهذا الاضطراب بشكل دال.
- (٢) نتائج الفرض الثاني: تتباين درجات اضطراب الصدمي التراكمي بتباين درجات كل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب:

## جدول (٨)

دلالة قيم "ف" الناتجة عن تحليل التباين أحادي الاتجاه للكشف عن الفروق في درجات اضطراب الصدمي التراكمي بتباين درجات كل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب<sup>(\*)</sup>

المتغيرات	مجموع المربعات	درجات الحرية	متوسط المربعات	قيمة "ف" دلالة	مستوى
١ الحكمة	٨١,٢٧	٢	٤٠,٦٤	٠,٣٧	٠,٦٩
٢ سلوك التدين	١٠٨٥,٣٦	٢	٥٤٢,٦٨	٤,٨٤	٠,٠٠٨
٣ السعادة	٤٤١٥,٢٨	٢	٢٢٠٧,٦٤	٢٢,٠٥	٠,٠٠١
٤ تقدير الذات	٢٠٠٠,٥٦	٢	١٠٠٠,٢٨	٩,٤٧	٠,٠٠١
٥ حب الحياة	٧١٨١,٣٠	٢	٣٥٩٠,٦٥	٣٨,٢٦	٠,٠٠١
٦ الاكتئاب	٩٩٧٣,٠٣	٢	٤٩٨٦,٥٢	٥٦,٩٨	٠,٠٠١

الاضطراب الصدمي التراكمي

يكشف الجدول (٨) بوضوح عن وجود تأثير دال لجميع المتغيرات (سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب) بشكل مستقل على الاضطراب الصدمي التراكمي، في حين غاب تأثير الحكمة عن التأثير المتوقع لها على الاضطراب الصدمي التراكمي.

والصورة في مجملها على هذا النحو تشير إلى أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين المجموعات الثلاثة (المنخفضون، والمتوسطون، والمرتفعون) في جميع المتغيرات المستقلة، وهي: سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب

(\*) تم تقسيم عينة الدراسة وفقاً لمتغيراتها الأساسية على النحو الآتي: ١- الحكمة: حيث قسمت عينة الدراسة حسب درجة الحكمة إلى ثلاث مجموعات، مجموعة منخفضة الحكمة وتمثل الثلث الأدنى (أقل من ٧٤ درجة)، ومجموعة متوسطة الحكمة (التي تتراوح ما بين ٧٥ درجة إلى ٨٨ درجة)، ومجموعة مرتفعة الحكمة وتمثل الثلث الأعلى (أكثر من ٨٩ درجة). ٢- سلوك التدين: وقسمت إلى ثلاث مجموعات: (١) منخفضة التدين (أقل من ١٤)، (٢) متوسط التدين (من ١٥-١٧)، (٣) مرتفعو التدين (أكثر من ١٨). ٣- السعادة: وقسمت إلى ثلاث مجموعات: (١) المنخفضون (أقل من ٥٦)، (٢) المتوسطون (من ٥٧-٦٩)، (٣) المرتفعون (أكثر من ٧٠). ٤- تقدير الذات: قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات: (١) المنخفضون (أقل من ٢٣)، (٢) المتوسطون (من ٢٤-٣٠)، (٣) المرتفعون (أكثر من ٣١). ٥- حب الحياة: قسمت إلى ثلاث مجموعات: (١) المنخفضون (أقل من ٤٧)، (٢) المتوسطون (من ٤٨-٦٥)، (٣) المرتفعون (أكثر من ٦٦). ٦- الاكتئاب: قسمت العينة إلى ثلاث مجموعات: الأولى (الاكتئاب بدرجة منخفضة)، والثانية (الاكتئاب بدرجة متوسطة)، والثالثة (الاكتئاب بدرجة شديدة).

الحياة، والاكتئاب، وهذا ينقلنا إلى نتائج الإجراء التالي مباشرة، لنتبين فيه دلالة الفروق واتجاهاتها بين كل مجموعتين على حدة.

### جدول (٩)

دلالات الفروق واتجاهاتها بين كل مجموعتين على حدة من مجموعات المتغيرات المستقلة في الاضطراب الصدمي التراكمي

المتغيرات	مجموعات المقارنة	عدد الأفراد (ن)	متوسط الفروق (٢/١)	متوسط الفروق (٣/١)	متوسط الفروق (٣/٢)
سلوك التدين	(١) المنخفضون	١٢٠	٢,١٦	٣,٧٩	١,٧٥
	(٢) المتوسطون	١٢١	(٠,١١)	(٠,٠٠٢)	(٠,١٦)
	(٣) المرتفعون	١٦٩			
السعادة	(١) المنخفضون	١٣٣	٣,٣١	٨,٥٨	٥,٢٨
	(٢) المتوسطون	٢٠٨	(٠,٠٠٣)	(٠,٠٠١)	(٠,٠٠١)
	(٣) المرتفعون	١١٩			
تقدير الذات	(١) المنخفضون	١١٨	٣,٨٢	٥,٦٤	١,٨١
	(٢) المتوسطون	٢١١	(٠,٠٠١)	(٠,٠٠١)	(٠,١١)
	(٣) المرتفعون	١٣١			
حب الحياة	(١) المنخفضون	١١٩	٦,٨٥	١١,٠٢	٤,١٦
	(٢) المتوسطون	٢٢١	(٠,٠٠١)	(٠,٠٠١)	(٠,٠٠١)
	(٣) المرتفعون	١٢٠			
الاكتئاب	(١) المنخفضون	٢١٤	٥,٧٦-	١١,٨٩-	٦,١٤-
	(٢) المتوسطون	١٤٤	(٠,٠٠١)	(٠,٠٠١)	(٠,٠٠١)
	(٣) المرتفعون	١٠٢			

نستطيع أن نلاحظ من الجدول (٩) نتيجة متسقة ولافتة للنظر عبر المتغيرات النفسية الكاشفة عن التباين بين المجموعات، إذ ظهر أن هذا التباين ينشأ دائماً عن فرق جوهري يتكرر ظهوره بين النتائج؛ حيث ظهر الأفراد الأقل في كل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والأكثر اكتئاباً هم المرتفعين في درجات الاضطراب الصدمي التراكمي.

وهذا يوحي بالتماثل بين جميع المتغيرات النفسية الإيجابية: سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، التي جاء الانخفاض عليها سبباً لارتفاع الشعور بأعراض الاضطراب الصدمي التراكمي، في حين أدى ارتفاع المتغير النفسي السلبي الوحيد في الدراسة - وهو الاكتئاب - دوراً أساسياً في حدوث الاضطراب الصدمي التراكمي.

(٣) نتائج الفرض الثالث: يسهم كل من العمر، والحالة الوظيفية، والحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب في التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي:

#### جدول (١٠)

##### نتائج معامل الانحدار المتعدد

المتغيرات المنبئة: العمر، والحالة الوظيفية، والحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب  
المتغير التابع: الاضطراب الصدمي التراكمي

المتغيرات المنبئة	المتغير التابع	B	Beta	ت	الدلالة	نسبة الإسهام	
العمر	الاضطراب الصدمي التراكمي	-٠,٢٤	-٠,٢٢	-٤,٧٣	٠,٠٠١	%٥	
الحالة الوظيفية		٤,٦٢	٠,٢٣	٤,٩٩	٠,٠٠١	%٥	
الحالة الاجتماعية		-٠,٣٢	-٠,٠٢	-٠,٥٢	٠,٦٠	%٠,٩	
الدخل		٦,٥٥	٠,٠٥	١,١٣	٠,٢٦	%٠,٣	
المستوى التعليمي		-٠,٣٩	-٠,٠٥	-١,٠٦	٠,٢٩	%٠,٣	
الحكمة		-٠,٠٣	-٠,٠٤	-٠,٧٨	٠,٤٤	%٠,٨	
سلوك التدين		-٠,٢٢	-٠,١٤	-٣,٠٢	٠,٠٠٣	%٢	
السعادة		-٠,٣٣	-٠,٣٢	-٦,٩٧	٠,٠٠١	%٩	
تقدير الذات		-٠,٤٤	-٠,٢٤	-٥,٢٩	٠,٠٠١	%٦	
حب الحياة		-٠,٣٢	-٠,٤٣	-٩,٨٨	٠,٠٠١	%١٨	
الاكتئاب		٤,٥٣	٠,٤٨	١١,٣٤	٠,٠٠١	%٢٢	
الثابت			٣٧,٦٨				
ف			١٧,١١			٠,٠٠١	
نسبة الإسهام الكلي			%٥٣				

تبين نتائج تحليل الانحدار المتعدد الواردة بالجدول (١٠) أن متغيرات الدراسة العمر، والحالة الوظيفية، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكْتئاب قادرة على التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي بمستويات عالية الدلالة (٠,٠٠١)، بينما لم تكشف متغيرات الحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة عن أي قدرة تنبؤية، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جميعها فسرت ٥٣٪ من التباين في الاضطراب الصدمي التراكمي. ويمكن صياغة المعادلة التنبؤية كما يأتي:

$$\begin{aligned} \text{الاضطراب الصدمي التراكمي} = & ٣٧,٦٨ + (-٠,٢٤) \text{ العمر} + (٤,٦٢) \text{ الحالة} \\ & \text{الوظيفية} + (١,٣٥) \text{ الحالة الاجتماعية} + (٦,٥٥) \text{ الدخل} + (-٠,٣٩) \\ & \text{المستوى التعليمي} + (-٠,٠٣) \text{ الحكمة} + (-٠,٢٥) \text{ سلوك التدين} + (-٠,٣٣) \\ & \text{السعادة} + (-٠,٤٤) \text{ تقدير الذات} + (-٠,٣٢) \text{ حب الحياة} + (٤,٥٣) \end{aligned}$$

ونستخلص من مجمل النتائج الخاصة بالفرض الثالث أن متغير الاكْتئاب كان على رأس قائمة العوامل المفسرة للاضطراب الصدمي التراكمي، فقد فسر بمفرده ٢٢٪ من هذا التباين، ثم يليه متغير حب الحياة فقد وصلت نسبة إسهامه إلى ١٨٪، ثم جاء متغير السعادة فقد فسر ٩٪ من هذا التباين، وأخيراً باقي المتغيرات فقد جاءت نسبة إسهامها أقل من ٦٪.

كما اتضح أن زيادة الاكْتئاب والحالة الوظيفية يصاحبه زيادة في الشعور بالاضطراب الصدمي التراكمي، بينما زيادة كل من العمر، والمستوى التعليمي، والحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة يلزمها الحماية من هذا الاضطراب.

### مناقشة النتائج:

ولتفسير النتائج والكشف عن مزيد من الدلالات الأخرى لها، نبداً بتوضيح قدر اتساقها واختلافها مع الفروض التي بدأنا بها من ناحية، ومع نتائج الدراسات السابقة من ناحية أخرى. ثم ننتقل بعد ذلك إلى تفسير هذه

النتائج، مع توضيح الدلالات النظرية والتطبيقية لها. ونختتم هذا بإلقاء نظرة أكثر شمولاً على الدراسة بشكل كلي، موضحين بعض التوصيات التي قد تسهم تطور هذا المجال، وستعتمد الباحثة على جوانب التنظير ذات المستويات الثلاثة التي أشار إليها "سويف" (١٩٩٨)، التي أوضح من خلالها أن الباحث وهو بصدد مناقشته لنتائج دراسته عليه أن يحرص على ضرورة استيفاء تنظيره لعدة عناصر، ويمكن تصنيفها في ثلاثة مستويات، تشمل ما يلي:

### المستوى الأول:

- ١- رصد المعاني المباشرة للتحليلات التي أجراها الباحث.
- ٢- بيان إلى أي مدى تجيب نتائجه عن أسئلة بحثه.
- ٣- بيان ما بينها وبين نتائج غيره من الباحثين من اتفاق واختلاف.

### المستوى الثاني:

- ١- الصعود بعمليات تجريدية إلى ما يستوعب ويتجاوز نتائج الدراسة الحالية.
- ٢- ثم الصعود إلى صياغة مشكلات بحثية جديدة تملئها هذه النتائج.

### المستوى الثالث:

محاولة الباحث أن يستقر على التفسير الذي يتجه إلى الأخذ به، محاولاً أن يجرب استخدام تفسير بديل، وأن يقارن بين كفاءة هذا البديل، وكفاءة البديل الذي يفضلته هو، على أن يخرج من هذه المقارنة ببيان الأفضلية المنهجية للتفسير الذي يفضل الأخذ به (سويف، ١٩٩٨).

ومن ثمّ فعرضنا للمناقشة يتضمن ثلاثة مستويات، هي:

**المستوى الأول: مناقشة النتائج في ضوء علاقتها بفروض الدراسة الأساسية ونتائج الدراسات السابقة:**

في ضوء محاور الأسئلة الثلاثة التي تم طرحها في سياق عرض مشكلات الدراسة، يمكن تناول النتائج على النحو التالي:

**المحور الأول: النتائج الخاصة بالعلاقة بين اضطراب الصدمي التراكمي وكل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب:**

فيما يتصل بالإجابة عن سؤال الدراسة الأول، فقد أجابت النتائج الراهنة عنه، وأشارت إلى صحة الفرض الأول القائل بأن هناك علاقة بين اضطراب الصدمي التراكمي وكل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب. إذ تُشير النتائج المستخلصة . في مجملها . إلى ارتباط كل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة سلبياً بالاضطراب الصدمي التراكمي، بينما ارتبط الاكنتاب إيجابياً بهذا الاضطراب، في حين لم ترتبط الحكمة به، بمعنى أن ارتفاع درجة المشاركة في كل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة يصاحبه انخفاض في درجة المعاناة من الاضطراب الصدمي التراكمي، بينما زيادة الاكنتاب يتلازم مع شدة الاضطراب الصدمي التراكمي، أما الحكمة فلم ترتبط بهذا الاضطراب بشكل دال .

وهذه النتائج بهذا الشكل تتفق مع ما توصلت إليه دراسات متعددة، منها على سبيل المثال دراسة "بيريس" (Peres, 2007) التي وجدت أن التدين يرتبط إيجابياً مع التخفيف من شدة المعاناة من الصدمات التي يتعرض لها الفرد خلال حياته، وتوصلت دراسة "فالوت" (Fallot, 2005) إلى أنّ هناك ارتباطاً دالاً بين شدة الأعراض المرتبطة بالصدمات النفسية وانخفاض المواجهة الدينية، ووجد "سميث" وآخرون (Smith et al., 2005) أن هناك علاقة سلبية بين الشعور بالسعادة وإدراك الأعراض الجسمية عند التعرض للصدمات، وتوصل "عبد الخالق" (Abdel-Khalek, 2006) إلى وجود ارتباط إيجابي دال بين السعادة وإدراك الأعراض الجسمية لدى عينة من طلاب الجامعة، وأضاف البعض وجود علاقة بين الشعور بالسعادة والحالة الصحية بوجه عام، وعند التعرض للصدمات بوجه خاص (Mcfarland et al., 2008).

كما كشفت دراسة "جارسكي" و"توماس" (Garske & Thomas, 1992)

عن أنّ انخفاض تقدير الذات وارتفاع الشعور بالاكتئاب تصاحبه المعاناة الشديدة من أعراض صدمات التعرض بالإصابات المخية. وتوصلت بعض الدراسات إلى أن الحب بوجه عام يصاحب انخفاض الشعور بالمعاناة من الأحداث الصدمية (Ghafoori, Hierholzer, Howsepian & Boardman, 2008).

**المحور الثاني: تتباين درجات اضطراب الصدمي التراكمي بتباين درجات كل من الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب:**

يشير مجمل نتائج تحليل التباين إلى وجود تأثير دال لجميع المتغيرات (سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب) بشكل مستقل على الاضطراب الصدمي التراكمي، في حين غاب تأثير الحكمة عن التأثير المتوقع لها على الاضطراب الصدمي التراكمي، إذ كشفت نتائج المقارنات الثنائية أن الأفراد الأقل في كل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والأكثر اكتئاباً هم المرتفعون في درجات الاضطراب الصدمي التراكمي. وهذا يوحي بالتماثل بين جميع المتغيرات النفسية الإيجابية: سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، التي جاء الانخفاض عليها سبباً مباشراً لارتفاع الشعور بأعراض الاضطراب الصدمي التراكمي، في حين أدى ارتفاع المتغير النفسي السلبي الوحيد في الدراسة وهو الاكتئاب دوراً أساسياً في المعاناة من أعراض الاضطراب الصدمي التراكمي.

وبصورة عامة اتضح أن هناك تأثيراً دالاً لجميع متغيرات الدراسة في تشكيل أعراض الاضطراب الصدمي التراكمي، وهذه النتيجة العامة هي مدعمة من قبل بعض الدراسات السابقة، ومنها ما ذكره البعض في أن المتغيرات النفسية الإيجابية مثل التدين، والسعادة، والحب تعمل بشكل واثقٍ وحادٍ ضد اضطراب التراكمي للصدمة، إذ تساعد الفرد على فهم الأسئلة التي تدور حول الحياة والابتلاءات التي من المحتمل التعرض لها، ومن ثمّ تجعله أكثر قدرة على التأقلم

والتخفيف من آثار هذه الأحداث الصدمية، بل والتحدث الآن على مصطلح نفسي جديد وهو نمو ما بعد الصدمة<sup>(١)</sup>، أي دراسة الآثار الإيجابية المترتبة على التعرض للصددمات (Peres, 2007; Tedeschi & Calhoun, 1996). ويتفق ذلك مع تطور النموذج التكاملي للشخص في الموقف<sup>(٢)</sup> في حصر خمس فئات من المتغيرات التي تُسهم في تشكيل اضطرابات الصدمة وهي: الشخصية، التنظيم الانفعالي، التوافق، الآليات الدفاعية للأنا، العوامل الوقائية ومصادر المواجهة (Agaibi & Wilson, 2005). كما أجمعت بعض الدراسات أن الأفراد السعداء يكونوا أكثر إدراكًا للأعراض الجسمية المصاحبة للأحداث الصدمية بشكل جيد في ظل الضبط الإحصائي لجميع المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية (Borgonovi, 2008; Kalish, 2007; Langhout, 1994; Post, 2005).

بينما جاء الشعور بالاكْتئاب بصفته أحد المتغيرات السلبية التي تزيد بل وتحدث الشعور باضطرابات الصدمة (Leserman, 2008). أما متغير الحكمة فقد جاءت الدراسة الراهنة بنتيجة غير متوقعة حيث غاب تأثيرها المتوقع على الاضطراب الصدمي التراكمي. وهذه النتيجة متناقضة تمامًا مع أغلب الدراسات السابقة التي أكدت الدور الإيجابي للحكمة، منها أن وصف أي مرحلة حياتية بأنها ناجحة يُكْتَفَى بقدرة الفرد على تدبير أحواله الصحية، وأموره الحياتية باستخدام الحكمة (Ardelt, 1994; Collings, 2001; Fitzgerald, 2004).

كما وجد "هاهن" (Hahn, 2008) أن السيدات المسنات المقيمات بمفردهن قادرات بشكل فعال على تدبير حالتهم الصحية والنفسية باستخدام حكمتهم، وأيدت دراسة "جيتي" و"براننش" (Jette & Branch, 1981) النتائج السابقة، إذ وجدت أن درجة المعاناة من الأعراض الجسمية تتوقف على مستوى حكمتهم، وكشفت دراسة "أرديلت" (Ardelt, 1998: 2000) أن الأفراد ذوي الحكمة يكونوا أكثر إدراكًا جيدًا ورضاءً عن صحتهم النفسية والجسمية بالمقارنة بقليلي الحكمة.

(1) Posttraumatic Growth

(2) An integrative Person × Situation model

المحور الثالث: نتائج إسهام كل من العمر، والحالة الوظيفية، والحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب في التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي:

تدعم النتائج الراهنة صحة الفرض الثالث، إذ أوضحت نتائج تحليل الانحدار أن العمر، والحالة الوظيفية، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب قادرة على التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي بمستويات عالية الدلالة (0,001)، بينما لم تكشف متغيرات الحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة عن أي قدرة تنبؤية، ومن الجدير بالذكر أن المتغيرات جميعها فسرت 53% من التباين في الاضطراب الصدمي التراكمي. كما جاء متغير الاكنتاب على رأس قائمة العوامل المفسرة للاضطراب الصدمي التراكمي، فقد فسر بمفرده 23% من هذا التباين، ثم يليه متغير حب الحياة فقد وصلت نسبة إسهامه إلى 18%، ثم جاء متغير السعادة فقد فسر 10% من هذا التباين، وأخيراً باقي المتغيرات فقد جاءت نسبة إسهامها أقل من 6%.

وهذه النتيجة تتسق مع ما استخلصته دراسة "بيشوب" وآخرين (Bishop et al., 2006) أن انخفاض كل من السعادة والانسجام يمثل منبأً جوهرياً لاضطراب الصحة الجسمية. كما وجدت بعض الدراسات أن المتغيرات الديموجرافية، والاكنتاب، والرضا عن الحياة، وجودة الحياة تتنبأ بالاضطراب الصدمي التراكمي لدى الموظفين الذي يتعرضوا لصدمات جراحة المخ (Tsaousides, Ashman & Seter, 2008).

ولاستكشاف معالم الصورة خلف النتائج الراهنة- بعد مناقشتها في ضوء فروض الدراسة ونتائج الدراسات السابقة- نحاول فيما يلي الاستدلال على العوامل التي قد تقف خلف مظاهر الاختلاف أو الاتفاق بينها وبين الفروض والنتائج السابقة.

## المستوى الثاني: مناقشة النتائج بحثاً عن تفسير نظري لها:

كشفت التحليلات الإحصائية عن عدد من النتائج الرئيسة التي تستحق البحث عن تفسير لها، هي:

١- بوجه عام إن اتسام الفرد بسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب يصاحبه انخفاض في درجة معاناته من أعراض اضطراب الصدمي التراكمي.

٢- غياب دور متغير الحكمة عن أي تأثير سواء ارتباطي أو سببي أو تنبؤي باضطراب الصدمي التراكمي.

٣- أسهم الاكنتاب ولبه حب الحياة بدرجات تنبؤية أكبر بالمقارنة بمتغيرات الدراسة الأخرى (الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة).

وفيما يلي نتناول كل نقطة من النقاط السابقة بالتفسير:

**النتيجة الأولى: اتسام الفرد بسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب يصاحبه انخفاض في درجة معاناته من أعراض اضطراب الصدمي التراكمي:**

مما لا شك فيه أن هناك شبه إجماع من البحوث السابقة على وجود علاقة وثيقة بين كل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب من ناحية وأعراض اضطراب الصدمي التراكمي من ناحية أخرى (Brokenleg, 2012; Fallot, 2005; MacRae, 2004; Mackinnon & Christine, 1994; Sieff, 2017; Tuncer et al., 2015; Wilker et al., 2015).

وهو ما أكدته نتائج دراستنا الراهنة، التي وجدت أن هناك تلازماً بين اضطراب الصدمي التراكمي وكل هذه المتغيرات: سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب، وتأثير دال لهذه المتغيرات بشكل مستقل على الاضطراب الصدمي التراكمي، كما جاءت هذه المتغيرات قادرة على التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي بمستويات عالية الدلالة (٠,٠٠١). وهذه النتيجة تتسق تماماً مع الإطار النظري للدراسات النفسية الطيبة، التي تفسر إي

اضطراب جسمي في ضوء النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي Biopsychosocial Model، وهذا معناه أنّ تلك الدراسات الحديثة تتعامل مع الاضطراب الصدمي التراكمي كمنظومة متعددة الأبعاد: أبعاد طبية ونفسية واجتماعية، وتبتعد تمامًا عن النموذج الطبي الحيوي Biomedical Model الذي يعتمد على العوامل الطبية فقط كمحددات رئيسة في فهم هذا الاضطراب (Witlch, 2005).

ومن ثمّ نستخلص من هذه النتيجة الأولى أن كل هذه المتغيرات النفسية (سلوك التدخين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكْتئاب) وعلاقتها بأعراض اضطراب الصدمي التراكمي هي مؤكدة ومتسقة من قِبَل نموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، الذي يفترض أن العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية تمثل معًا محددات مهمة للصحة والمرض؛ إذ تتفاعل تلك العوامل معًا لتنتج حالة من الصحة أو المرض (Taylor, 2000).

**النتيجة الثانية: غياب دور متغير الحكمة عن أي تأثير سواء ارتباطي أو سببي أو تنبؤي باضطراب الصدمي التراكمي:**

أظهرت نتائج الدراسة الراهنة أن الحكمة لم ترتبط باضطراب الصدمي التراكمي بشكل دال، كما غاب تأثير الحكمة عن التأثير المتوقع لها على هذا الاضطراب، وأيضًا تكشف الحكمة عن أي قدرة تنبؤية لاضطراب الصدمي التراكمي. فبالرجوع للتعريف النظري لمفهوم الحكمة طبقًا للدراسة الراهنة نجد "وبستر" (٢٠٠٧) يعرفها بأنها "الجدارة في اتخاذ القرارات وحل المشكلات، والإصرار والعزم على تطبيق الخبرات الحياتية لتطوير الأفضل والأحسن للذات وللآخرين"، وتتكون من خمسة أبعاد، وهي: (١) **بُعد التفتح**، وهو القدرة على إنتاج أفكار مبدعة وأحكام خالية من الانتقادات، والبُعد عن الاستجابات الجامدة والمتصلبة لمطالب الحياة، (٢) **بُعد التنظيم الانفعالي**، ويشمل القدرة على استيعاب اختلاف المحيطين، وفهم مشاعر الآخرين، وإعادة إدراك الانفعالات وتنظيمها، (٣) **بُعد روح الفكاهة**، وهو التركيز على الدعابة،

فالحكماء مشبعون باستخدام الفكاهة في سياقات الحياة المتعددة ليس بغرض الضحك فقط، بل لتحقيق أغراض أخرى، (٤) **بُعد الخبرة الحياتية الصعبة**، وهو المرور بخبرات تتميز بالغموض، والتشابك، والمحاربة مع نواتج غير مضمونة، والاختيار تحت الضغط، وهذه الخبرات هي ذات موضوعات حياتية لها أهمية كبرى في حياة الفرد مثل الطلاق، واختيار المهنة، والسفر... إلخ، (٥) **بُعد الذكري والتأمل**، وهو تذكر الماضي والإفادة منه في فهم أعمق للمشكلات الراهنة، وكذلك معرفة الأخطاء السابقة والإفادة منها في الوقت الراهن (Webster, 2007).

وبمجرد النظر لتعريفات الحكمة بشكل كلي والأبعاد الخمسة المكونة لها نستطيع القول إنها متسقة مع نتائج الدراسة، إذ جاءت الدرجة الكلية للحكمة غير دالة في أي نتائج سواء ارتباط أو تأثير أو تنبؤ باضطراب التراكمي الصدمي، ولكن عند النظر إلى الأبعاد وجد أن بُعد التنظيم الانفعالي، وبُعد الخبرة الحياتية الصعبة، وبُعد الذكري والتأمل ارتبطوا بشكل دال وسلبي عند مستوى دلالة (٠,٠٠١) بهذا الاضطراب دون باقي الأبعاد.

بل يمكن القول إنَّ أبعاد التنظيم الانفعالي والخبرة الحياتية الصعبة والتأمل يركزون على استيعاب اختلاف المحيطين، وفهم مشاعر الآخرين، والمرور بالخبرات الحياتية، والإفادة منها في فهم أعمق للحياة، وكذلك معرفة الأخطاء السابقة والإفادة منها في الوقت الراهن. أمَّا عن باقي أبعاد الحكمة الخاصة بالدعابة وإنتاج أفكار مبدعة فجاءت غير دالة في تأثيرها أو تنبؤها باضطراب التراكمي الصدمي.

لذا كان من المنطقي أن يأتي كل من الدرجة الكلية للحكمة وبُعدي التفتح وروح الفكاهة غير دالين في ارتباطهم باضطراب التراكمي الصدمي، وهو ما أظهرته نتائج الدراسة الراهنة، أما أبعاد الحكمة: التنظيم الانفعالي، والخبرة الحياتية الصعبة، والذكري والتأمل فقد أسهمت بشكل دال.

**النتيجة الثالثة: أسهم الاكتئاب ويليهِ حب الحياة بدرجات تنبؤية أكبر بالمقارنة بمتغيرات الدراسة الأخرى (الحكمة، وسلوك التدين، والسعادة):**

وجدت هذه النتيجة أن هناك تفاوتاً في القدرة التنبؤية لمتغيرات الدراسة،

إذ فسّر متغير الاكتئاب كان على رأس قائمة العوامل المفسرة للاضطراب الصدمي التراكمي، فقد فسّر بمفرده ٢٣٪ من هذا التباين، ثم يليه متغير حب الحياة فقد وصلت نسبة إسهامه إلى ١٨٪، ثم جاء متغير السعادة فقد فسّر ١٠٪ من هذا التباين، وأخيراً باقي المتغيرات فقد جاءت نسبة إسهامها أقل من ٦٪، بمعنى أن الأهمية النسبية للاكتئاب كانت أكبر في التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي، وهذه النتيجة تتسق مع ما استخلصته الدراسات السابقة من أن الاكتئاب أحد العوامل المنبئة بالاضطراب الصدمي التراكمي (Tsaousides et al., 2008; Bishop et al., 2006).

وهكذا تصل بنا نتائج التحليلات إلى استنتاج عدم خلوّ الاضطراب التراكمي الصدمي من تدخل عوامل نفسية، ومن مُجمل نتائج هذه الدراسة أمكن التوصل إلى الاستنتاجات الآتية:

(١) وجود علاقة دالة إحصائياً بين اضطراب الصدمي التراكمي وكل من سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب، (٢) هناك تأثير دال لجميع المتغيرات (سلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب) بشكل مستقل على الاضطراب الصدمي التراكمي، في حين غاب تأثير الحكمة عن التأثير المتوقع لها على الاضطراب الصدمي التراكمي، (٣) يسهم كل من العمر، والحالة الوظيفية، وسلوك التدين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكتئاب قادرة على التنبؤ بالاضطراب الصدمي التراكمي بمستويات عالية الدلالة (٠,٠٠١)، بينما لم تكشف متغيرات الحالة الاجتماعية، والدخل، والمستوى التعليمي، والحكمة عن أي قدرة تنبؤية، (٤) جاء متغير الاكتئاب على رأس قائمة العوامل المفسرة لاضطراب الصدمي التراكمي، حيث فسّر ٢٣٪ من هذا التباين.

وبالانتهاء من مناقشة هذه النتائج الثلاثة نكون قد وصلنا إلى نهاية المستوى الثاني من المناقشة، وننتقل إلى محاولة وضع بعض التوصيات التي يمكن أن تجمع هذه النتائج المتعددة معاً، وهو مضمون المستوى الثالث من المناقشة.

## توصيات البحث:

توصلت الدراسة الراهنة إلى بعض التوصيات المُفعلة لدور المتغيرات النفسية في تشكيل الاضطراب الصدمي التراكمي سواء على مستوى العمل البحثي أو على مستوى الممارسة الإكلينيكية، وفيما يلي نعرض لهذه التوصيات:

(١) انتهت الدراسة الراهنة إلى أن مساهمة العديد من المتغيرات في تحديد شدة الاضطراب الصدمي التراكمي، وقد أمكن معرفة بعضها في ضوء الدراسة الراهنة . مثل سلوك التدخين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، والاكنتاب، ولكن هناك متغيرات أخرى يجب تركيز البحوث الحديثة على اكتشافها.

(٢) ضرورة توفر إطار نظري مفسر للاضطراب الصدمي التراكمي يأخذ في اعتباره العوامل النفسية المرتبطة بهذا الاضطراب، وخاصة عند إعداد البرامج العلاجية.

(٣) العمل على تدريب الاختصاصي النفسي الإكلينيكي على مساعدة هؤلاء المرضى في تخفيف حدة أعراض اضطراب الصدمي التراكمي، وذلك بالاستعانة بالمتغيرات النفسية الإيجابية مثل سلوك التدخين، والسعادة، وتقدير الذات، وحب الحياة، ما ينعكس على تحسين نوعية حياتهم.

(٤) ضرورة التوصية بوجود اختصاصي نفسي إكلينيكي داخل كل وحدة لرعاية مرضى الاضطراب الصدمي التراكمي.

(٥) من المهم عمل دورات تدريبية للقائمين على تقديم الرعاية الصحية لهذه الفئة المرضية على وجه الخصوص، من الأطباء والممرضات والأهل والأصدقاء... لمساعدتهم في فهم الاحتياجات والمتطلبات النفسية، وكيفية الاستعانة بها في مواجهة الأعراض الجسمية الخاصة بهم.

وبهذه التوصيات التي عرضنا لها تكون الدراسة الراهنة قد حققت بعض الأهداف التي أجريت من أجلها، وتكون . أيضاً . قد وضعت بعض اللبانات لمزيد من الدراسات المستقبلية التي تسعى إلى استكمال باقي الأهداف المأمولة.

## المراجع:

جان، نادية. (٢٠٠٨). الشعور بالسعادة وعلاقته بالتدين والدعم الاجتماعي والتوافق الزوجي والمستوى الاقتصادي والحالة الصحية. دراسات نفسية، ١٨(٤)، ٦٠١-٦٤٨.

الخضر، عثمان. (٢٠٠٠). التدين والشخصية أحادية العقلية. دراسات نفسية، ١٠(١)، ٣-٢٨.

الخطيب، رجاء. (٢٠٠٢). التدين وعلاقته بالاكْتئاب لدى طلبة وطالبات جامعة الأزهر والجامعات الأخرى. مجلة علم النفس، ١٦(٦٤)، ٦-٢١.

سالم، سهير. (٢٠٠٥). معنى الحياة وبعض المتغيرات النفسية: دراسة ارتباطية مقارنة. رسالة دكتوراه (غير منشورة)، قسم الإرشاد النفسي والتربوي، معهد الدراسات والبحوث التربوية، جامعة القاهرة.

سويف، مصطفى. (١٩٩٨). مشكلة التنظير في علم النفس. محاضرة أقيمت في اللقاء العلمي (سيمنار) لقسم علم النفس، كلية الآداب، جامعة القاهرة (غير منشورة).

شريم، رعدة. (٢٠٠٩). سيكولوجية المراهقة. الأردن: دار المسيرة. طرح، سميرة. (٢٠١٣). تقدير الذات وفاعلية الأنا عند المراهق المصاب بداء السكري. رسالة ماجستير، قسم علم النفس، كلية العلوم للإنسانية والاجتماعية، جامعة محمد خيضر بسكرة.

عبد الخالق، أحمد ؛ النيال، مايسة ؛ سالم، سهير ؛ سعيد، حنان. (٢٠٠٧). معنى الحياة وحب الحياة لدى مجموعات مختلفة من مريضات السرطان (دراسة مقارنة). المؤتمر الإقليمي الأول لعلم النفس، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، ٢٩١-٣١٨.

عبد الخالق، أحمد ؛ عيد، غادة. (٢٠٠٨). حب الحياة ومدى استقلاليته أو

- ارتباطه بمتغيرات الهناء الشخصي أو الحياة الطيبة. دراسات نفسية، ١٨(٤)، ٥٨٧-٦٠٠.
- عبد الخالق، أحمد وآخرون. (٢٠٠٣). معدلات السعادة لدى عينات عمرية مختلفة من المجتمع الكويتي. دراسات نفسية، ١٣(٤)، ٥٨١-٦١٢.
- عبد الرحمان، محمد. (١٩٩٨). دراسات في الصحة النفسية: التوافق الزوجي، فعالية الذات، الاضطرابات النفسية والسلوكية. القاهرة: دار قباء.
- عسكر، على. (١٩٨٩). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
- علام، سحر. (٢٠٠٨). معدلات السعادة الحقيقية لدى عينة من طلاب المرحلتين الإعدادية والثانوية. دراسات نفسية، ١٨(٣)، ٤٦٥-٤٣١.
- العنزي، عويد. (٢٠٠٠). الشعور بالسعادة وعلاقته ببعض السمات الشخصية: دراسة ارتباطية مقارنة بين الذكر والإناث. دراسات نفسية، ١١(٣)، ٣٧٧-٣٥١.
- المعجم الوجيز. (١٩٩٧). مجمع اللغة العربية. جمهورية مصر العربية: الهيئة العامة لشئون المطابع الأميرية.
- المغربي، الطاهرة. (٢٠٠٤). التدين في العلاقات الزوجية والتوافق الزوجي. دراسات نفسية، ١٤(٤)، ٥٧٥-٥٩٤.
- المغربي، الطاهرة. (٢٠٠٤). العلاقة بين التدين والتوافق الزوجي. دراسات عربية في علم النفس، ٣(١)، ١١-٤٠.
- هريدي، عادل؛ فرج، طريف. (٢٠٠٢). مصادر ومستويات السعادة المدركة في ضوء العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، والتدين، وبعض المتغيرات الأخرى. مجلة علم النفس، ١١(٦١)، ٧٨-٤٦.
- Abdel-Khalek, A. (2006). Happiness, health, and religiosity: significant relations. **Mental Health, Religious & Culture**, 9(1), 85-97.

- Abdel-Khalek, A. (2007). Love of life as a new construct in the well-being domain. **Social Behaviour and Personality**, 35, 125-134.
- Agai, C. & Wilson, J. (2005). Trauma, PTSD, and Resilience: A Review of the Literature. **Trauma, Violence & Abuse**, 6(3), 18-30.
- Amell, T. & Kumar, S. (2000). Cumulative Trauma disorders and keyboarding work. **International Journal of Industrial Ergonomics**, 25(1), 69-78.
- Ardelt, M. (1994). **Wisdom in the later years: A life course approach to successful aging**. Ph.D., the University of North Carolina at Chapel Hill.
- Ardelt, M. (1997). Wisdom and life satisfaction in old age. **Journal of Gerontology**, 52(1), 15-27.
- Ardelt, M. (1998). Social crisis and individual growth: the long-term effects of the great depression. **Journal of Aging Studies**, 12(3), 291-315.
- Ardelt, M. (2000). Antecedents and effects of wisdom age: A longitudinal perspective on aging well. **Research on Aging**, 22(4), 360-394.
- Ardelt, M. (2003). Empirical Assessment of a three-dimensional wisdom scale. **Research on Aging**, 25(3), 275-324.
- Ardelt, M. (2009). How Similar are wise Men and Women? A Comparison Across Two age cohorts. **Research in Human Development**, 6(1), 9-26.
- Argyle, M. (2001). **The Psychology of Happiness**. London: Rutledge Taylor & Francis Group.
- Baltes, B., Smith, J. & Staudinger, M. (1992). Wisdom and Successful Aging. **Nebraska Symposium on Motivation**, 39, 123-167.
- Bishop, A., Martin, P. & Poon, L. (2006). Happiness and Congruence in older adulthood: a structural model of life satisfaction. **Aging & Mental Health**, 10(5), 445-453.
- Borgonovi, F. (2008). Doing well by doing good: the relationship between formal volunteering and self-reported health and happiness. **Social Science Medicine**, 66, 2321-2334.
- Brokenleg, M. (2012). Transforming Cultural Trauma into Resilience. **Reclaiming Children and Youth**, 21(3), 9-13.
- Brown, S. (2002). A model for wisdom development and its place in

- career services. **Journal of College and Employers**, 29-36.
- Collings, P. (2001). "If you got everything, it's good enough": perspectives on successful aging in a Canadian Inuit Community. **Journal of Cross- Cultural Gerontology**, 16(2), 127-133.
- Desai, A.& Shad, S. (2004). Screening and early intervention of cumulative trauma disorders in computer operators. **The Indian Journal of Occupational Therapy**, XXXVI (11), 41-52.
- Dittmann-Kohli, F.& Baltes, P. (1990). Toward a Neofunctionalist Conception of Adult Intellectual Development: wise as a prototypical case of intellectual growth (pp.54-78). In: C. Alexander& E. Langer, **Higher Stages of Human Development Perceptive Adult Growth**. New York: Oxford University Press.
- Fallot, R. (2005). Religious / Spiritual coping women trauma survivors with mental health and substance use disorders. **The Journal of Behavioral Health Services& Research**, 32(2), 215-226.
- Fitzgerald, T. (2004). **A model for midlife development: to wisdom and beyond**. M.A., State University of New York Empire State College.
- Garske, G.& Thomas, K. (1992). Self-reported self-esteem and depression: Indexes of psychosocial adjustment following severe traumatic brain injury. **Rehabilitation Counseling Bulletin**, 36(1), 44-52.
- Ghafoori, B., Hierholzer, R., Howsepian, B.& Boardman, A. (2008). The Role of Adult Attachment, Parental Bonding, and Spiritual Love in the Adjustment to Military Trauma. **Journal of Trauma& Dissociation**, 9, 85-106.
- Hahn, K. (2008). **The everyday life of women ages 85 and older living alone in their own residences who receive help**. Ph.D., Texas Woman's University.
- Hauff, N., Fry-McComish, J.& Chiodo, L. (2017). Cumulative trauma and partner conflict predict post-traumatic stress disorder in postpartum African-American women. **Journal of Clinical Nursing**, 26(15-16), 2372-2383.
- Hunt, R.& King, M. (1980). The intrinsic-extrinsic concept: A review and evaluation. In J. R. Tisdale (Ed.), **Growing Edges in the**

- psychology of Religion** (pp.47-68), Chicago: Nelson-Hall.
- Jette, A., & Branch, L. (1981). The Framingham Disability Study: II physical disability among the aging. **American Journal Public Health**, 71(11), 1211-1216.
- Kalish, N. (2007). The Happiness Factor. **Prevention**, 59(10), 15-25.
- Kira, I., Lewandowski, L., Templin, T., Ramaswamy, V., Ozkan, B. & Mohanesh, J. (2008). Measuring Cumulative Trauma Dose, Types, and Profiles Using a Development-Based Taxonomy of Traumas, **Traumatology**, Online First, published on May 29, doi:10.1177/1534765608319324
- Kira, I., Shuwaikh, H., Kucharska, J., Abu-Ras, W. & Bujold Bugeaud, M. (2017). The Dynamics Underlying the Negative Mental Health Effects of Gender Discrimination in Two Samples: Poland and Egypt. **Current Psychology**, Advance online publication. <http://doi.org/10.1007/s12144-017-97305>.
- Kira, I., Templin, T., Lewandowski, L., Ashby, J., Oladele, A. & Odenat, L. (2012). Cumulative Trauma Disorder Scale (CTD): Two studies, **Psychology**, 3(9), 643-656.
- Kroemer, K. (2001). Cumulative trauma disorders: Their recognition and ergonomics measures to avoid them. **Applied Ergonomics**, 20(4), 274-280.
- Langhout, K. (1994). The relationship among subjective well-being, role activity self-esteem and functional health in a sample of elderly adults using the continuity theory of aging as a theoretical frame work. **Diss - Abst - Inter**, 56(15), 460-492.
- Leserman, J. (2008). Role of Depression, Stress, and Trauma in HIV Disease Progression. **Psychosomatic Medicine**, 70(5), 539-545.
- Mackinnon, S. & Christine, N. (1994). Pathogenesis of cumulative trauma disorder. **The Journal of Hand Surgery**, 19(5), 873-883.
- MacRae, W. (2004). Mitigating Trauma. **Scientific American Special Edition**, 14(1), 7-15.
- Mcfarland, B., Kaplan, M., Huguet, N., Feeny, D., Ross, N., & Orpana, I. (2008). Happiness in an aging population: findings from a prospective population – Based Study. **Proquest Psychology Journals**, 48, 115.
- Peres, J. (2007). Spirituality and Resilience in Trauma Victims.

- Journal of Religion and Health**, 46(3), 343-350.
- Post, S. (2005). Altruism, happiness and health: it is good to be good. **International Journal of Behavioral Medicine**, 12(2), 66-77.
- Sheridan, M. (2008). The Spiritual Person. In E. Hutchison. **Human Behaviour: Person and Environment** (pp.180-200). London: SAGE Publications.
- Sieff, M. (2017). Trauma-Worlds and the Wisdom of Marion Woodman. **Psychological Perspectives**. 60(2), 170-185.
- Stanton, A.L., Burg, S.D., Cameron, C.L.& Ellis, A.P. (1994). Coping Through Emotional Approach: Problems of Conceptualization and Confounding. **Journal of Personality and Social Psychology**, 66(2), 350-362.
- Staudinger, U. (2004). Older and wiser? Integrating results on the relationship between age and wisdom-related performance: Intelligence, personality and more?. **Personality & Social Psychology Bulletin**, 23(11), 1200-1214.
- Taylor, S. (1999). **Health Psychology** (4<sup>th</sup> ed.). New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S. (2000). **Health psychology** (5<sup>th</sup>). New York: McGraw – Hill, Inc.
- Tedeschi, R.& Calhoun, L. (1996). The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the positive legacy of trauma. **Journal of Traumatic Stress**, 9(3), 455-471.
- Trowbridge, R. (2007). Wisdom and lifelong learning in the twenty-first century. **London Review of Educational**, 5(2), 159-172.
- Tsaousides, T., Ashman, T.& Seter, C. (2008). The psychological effects of employment after traumatic brain injury: Objective and subjective indicators. **Rehabilitation Psychology**, 53(4), 456-463.
- Tuncer, O., Genc, H., Nacir, B.& Erdem, H. (2015). Determining Risk Factors in Cumulative Trauma Disorders of Computer Users and Effects of Risk Factors on Disability, **Turkish Journal of Physical Medicine and Rehabilitation**, 61, 298-306.
- Webster, J. (2007). Measuring the character strength of wisdom. **Internal Journal Aging and Human Development**, 65(2), 163-183.