مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية، المجلد الحادي والعشرون، العدد الثاني، ص135 – ص159 إبريل 2013
ISSN 1726-6807 http://www.iugaza.edu.ps/ar/periodical/

سلوك إيذاء الذات وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى نزلاء الإصلاح والتأهيل الأردنية

د. فواز أيوب المومني — أستاذ مساعد
د. عمر مصطفى شواشره — أستاذ مساعد
قسم علم النفس الإرشادي والتربوي
كلية التربية، جامعة اليرموك
اربد – الأردن

ملخص: هدفت الدراسة التعرف إلى العلاقة بين سلوك إيذاء الذات والتفكير اللاعقلاني لدى نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن. تكونت عينة الدراسة من (57) نزيلاً من المؤذين لأنفسهم، و(58) نزيلاً من غير المؤذين لأنفسهم. وقد أشارت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية على المقياس الكلي للأفكار اللاعقلانية، وعلى بعدي العزو الداخلي للفشل والنزق، لصالح النزلاء المؤذين لأنفسهم. بينما لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعدي تقييم الذات السلبي والاعتمادية. كما أشارت النتائج إلى أن نسبة النزلاء المؤذيين لأنفسهم ولديهم مستوى مرتفع من التفكير اللاعقلاني كانت (64.9%)، في حين كانت نسبة النزلاء غير المؤذيين لأنفسهم ولديهم مستوى تفكير لاعقلاني مرتفع (37.9%). وقد تضمنت الدراسة التضمينات والتوصيات الإرشادية والعلاجية المناسبة.

الكلمات المفتاحية: إيذاء الذات، التفكير اللاعقلاني، النزلاء، مراكز الإصلاح والتأهيل الأردنية.

The Relationship between Self-mutilation behavior and Irrational Thinking among Inmates in the Correctional and Rehabilitation Centers of Jordan.

Abstract: The aim of this study was to investigate the relationship between irrational thinking and the behavior of self-mutilation among inmates in the correctional and rehabilitation centers of Jordan. The sample consisted of (57) inmates who involved in self-mutilation, and (58) inmates who were not involved in self-mutilation. The result revealed that a significant relationship was found between inmates who have a higher level of irrational thinking and the behavior of self-mutilation on the subscales of internal failure attribution, irritability, and on the overall scale. Whereas, there was no significant difference were found on the subscales of negative self evaluation, and dependency. Also the result indicated that the prevalence of inmates who reports a high level of irrational thinking and were involved with self-mutilation behavior was (64.9%). Whereas, the inmates who report a high level of irrational thinking and were involved in self-mutilation behavior their prevalence showed only (37.9%). The counseling implications and the recommendation based on the findings were discussed.

Key words: self-mutilation, irrational thinking, inmates, correctional and rehabilitation centers of Jordan.

المقدمة والإطار النظري

تعدّ ظاهرة إيذاء الذات العمد بين نزلاء مراكز الإصلاح من الظواهر الواسعة الانتشار على المستوى العالمي، وتفتقر هذه الظاهرة إلى العلاج الناجح وخاصة في مراكز الإصلاح والتأهيل الأردنية. ويمكن أن تعزى هذه الظاهرة إلى أسباب مختلفة، منها: غياب التماسك والاستقرار الأسري، وغياب الدعم الاجتماعي والأسري من الشبكة الاجتماعية غير الرسمية، وارتفاع نسب الإساءة النفسية والاجتماعية والجنسية، ورفض الآباء لأبنائهم، ونقص العطف والحنان، وعليه فإن هذه العوامل مجتمعة أم منفردة تؤدي إلى تقويض ثقة النزيل بالآخرين، مما تجعله أقل سعياً للمساعدة.

وعلاوة على ذلك فإن بيئة السجون تنتشر فيها الاضطرابات النفسية Mental disorder مثل الشخصية السيكوباثية Psycho pathetic personality، والإحباط ، والشعور بالوحدة، والذهانية، والمشاكل الصحية وسوء المعاملة، وتعدّ جميعها ظروف مهيأة تدفع ببعض النزلاء لإيذاء أنفسهم (Echeburúa & Fernández-Montalvo, 2007).

وتعدّدت المصطلحات المستخدمة في تعريف إيذاء الذات، فأشار إليها البعض بإيذاء الذات Self harm، وعرّفت بتشطيب الجسم self mutilation ، وبتجريح الجسد Self injury، وبالإساءة الذاتية للجسد والروح Self abuse. وقد أجمع الباحثون على أن سلوك ايذاء الذات يعرّف على أنه سلوك متعمد deliberate، ووسواسي قهري impulsive، ومتكرر Repetitive، لا يقصد به الانتحار – Non lethal without suicidal intention (Rodham, & Gavin, 2005; Favazza, 1996; Briere & Gil, 1998 ; Adams, Whitlock, Powers,J.,Eckenrolde, 2006).

ويرى كثير من المؤذين لأنفسهم self harmer بأن الفرد يراوده شعور قوي متحكم overwhelming & Overpowering يصاحبه إحباط، واكتئاب، ورفض، وقلق وتململ Restlessness، وشعور بانسلاخ جسده عن ذاته Feeling of depersonalization، مما يجعله متشوشاً Confused حول حقيقته الداخلية والخارجية self & non self (Zila, & Kiselica, 2001).

ويري كرو وبنك لارك (Crowe & Bunclark, 2000) إلى أن المؤذي لنفسه لا يشعر بالألم سواء أثناء الممارسة أو بعدها مباشرة، كما أنه قد لا يدرك بأن عملية الإيذاء قد حدثت، ومن ثم بعد ذلك ينتابه شعور بالراحة Calmness، أو شعور بالذنب Guilt، وقد يستمر هذا الشعور لمدة 24 ساعة بعد الحدث.

والهدف من إيذاء الذات العمد Intentional Self Harm Behavior ISHB هو التخلص من الألم العاطفي Emotional pain، والقلق Anxiety، والغضب Anger، والتمرد على السلطة Rebel against authority، وابتزاز الآخرين Manipulative وتحقيق المصالح الشخصية، والشعور بالسيطرة، ويستثنى من ذلك السلوكيات المرتبطة بأبعاد دينية أو اجتماعية (Adams,& Gavin, 2005; Favazza, 1996; Briere, & Gil, 1998;Laye-Gindhu, & Schonert-Reichl,2005; Whitlock, et al., 2006؛ Klonsky, 2007).

ويشير جلونسكي (Klonsky, 2007) إلى أن سلوك إيذاء الذات يعتبر وسيلة لتجنب الانتحار ووسيلة أخرى لطلب المساعدة Cry for help. وتعتبر الدوافع الأساسية وراء إيذاء الذات متعددة كالتعبير عن التوتر Distress، والسيطرة على الشعور، وتلبية الحاجات، وتخفيف القلق، والاستجابة للمعززات الاجتماعية Social reinforcement (Suyemoto, 1998). ومن الأسباب الأخرى لإيذاء الذات الاستمتاع أو التلذذ بالألم self soothing behavior؛ ليشعر المؤذي نفسه بأن ألمه خارجي وليس داخلياً، كما تهدف إلى التكيف مع المشاعر السلبية كالتعبير عن الغضب (Klonsky, 2007). كما أظهرت الدراسات بأن الأفراد ذوي الإعاقة النمائية مثل التخلف العقلي Mental retardation أو التوحد Autism، يؤذون أنفسهم، كما تساهم العوامل البيئية في ذلك مثل الحصول على الاهتمام أو الهروب من المطالب (ويكيبيديا الموسوعة الحرة، 2011 ؛ Favazza, 1996).

ويعتبر إيذاء الذات طريقة للاتصال والتعبير عن المشاعر السلبية التي لا يستطيع الفرد التعبير عنها بحرية مع الآخر (Whitlock, & Knox, 2007). ويؤكد بعض الباحثين إلى أن الأسباب التي تقف وراء إيذاء الذات تهدف إلى جعل الآخرين تقديم المساعدة للمؤذين أنفسهم، أو كنتيجة بالذنب، أو لإبعاد الآخرين عنهم To drive people away، أو للتخلص من التوتر، أو للهروب من المسؤولية، أو لابتزاز الآخرين، أو تجنب الانتحار(Klonsky, 2007; Whitlock, & Knox, 2007).

ويرى بعض الباحثين أن بعض المؤذين لأنفسهم يبحثون عن القتال الجسدي أو المواجهة الجسدية getting hurts، ومنهم من يلجأ لقيادة المركبة بطريقة جنونية متهورة ينوي بها إيذاء نفسه drives recklessly ، وقد يلجأ البعض منهم إلى تعاطي المخدرات substance abuse وممارسة الجنس بطريقة غير آمنة Sexual risk taking (Adams, et al., 2005; Ullman, & Brecklin, 2003).

ويشتمل سلوك إيذاء الذات على عدة أشكال منها تجريح الجلد Cutting of the skin، وحرق الجلد Burning of the skin، وشد الشعر pulling hair، وتناول المواد السامة Swallowing toxic substance، وتكسير العظام breaking bones، وضرب الرأس head banging –، أو العض self-biting (Favazza, 1996; Whitlock,et al., 2006).

وكذلك فإن الإيذاء الجسدي يُعدُّ نادر الحدوث، ويشمل على سبيل المثال وليس الحصر على قلع أحد العينين، أو إخصاء الأعضاء التناسلية self- castration، أو بتر أحد الأطراف Limb amputation . ويرتبط هذا النوع الخطير من إيذاء الذات بحالات الذهان Psychotic disorders مثل الفصام، والتخلف العقلي، أو حالات التسمم عن طريق تناول المخدرات. كذلك قد تكون الدوافع لأسباب جنسية، أو دينية، كعقاب جسدي على ذنب ارتكبه الفرد سواء أكان دينياً أم جنسياً. وقد يأتي سلوك إيذاء الذات بدافع الرغبة في تطهير النفس، أو الروح، أو كعقاب جسدي على ذنب ارتكب غير مقبول اجتماعياً أو نفسياً. ويعطي مرتكبو إيذاء الذات الجسيم تفسيراً غالباً ما يكون دينيا، أو جنسيا، أو استجابةً لهلوسات سمعية أو بصرية، أو جسدية حسية Auditory or visual hallucinations، وقد يكون متصل برغبة بعض الأفراد في إخصاء أعضائهم التناسلية بدافع التحول الجنسي (Favazza, 1996).

أما المناطق الجسدية التي يستهدفها المؤذين لأنفسهم فعادة ما تكون في مناطق الرسغ والمعدة والأفخاذ (Laye-Gindhu, & Schonert-Reichl, 2005; Whitlock, et al., 2006). والجدير بالذكر أن كثير من المؤذين لأنفسهم يمارسون عملية الإيذاء بطريقة سرية بعيداً عن مشاهدة الآخرين، غير آبهين بطلب العلاج من الآخرين (Aderman, 1997). وفيما يتعلق بالمراحل العمرية التي تبدأ فيها ظاهرة إيذاء الذات أو مدة استمرارها، فلم يجمع الباحثون على زمن معين، ولكن أشار بعضهم إلى أنها تحدث في وقت مبكر في مرحلة المراهقة، وقد تستمر من أسابيع إلى عام. ويرتبط إيذاء الذات بخبرات الطفولة السابقة كالإساءة الجنسية، والجسدية، والعاطفية، والاستقواء (Laye-Gindu & Schonert-Richi, 2005; Borrill, Snow, Medlicott, Teers, & Paton, 2005).

كما تبيّن أن المؤذون لأنفسهم يختارون مناطق من الجسم لا يمكن ملاحظتها من قبل الآخرين؛ ذلك تجنباً للخجل والشعور بالخزي، ومع مرور الزمن لوحظ أن بعضهم قد تزداد قدراتهم على التحمل، ولهذا فإنهم يطوّرون طرقاً متعددة أكثر وحشيةً وإيلاماً (Clarke & Whittaker, 1998).

أما بالنسبة للإناث فقد أشارت الدراسات المتعددة إلى أن الإناث أكثر إيذاءً للذات من الذكور (Laye-Gindu & Schonert-Richi, 2005; Whitlock et al., 2006; Borrill,et al, 2005). ويفسر روس وهيث (Ross, & Heath, 2002) أسباب تفوق الإناث على الذكور في إيذاء الذات إلى أن الأعراف الاجتماعية لا تسمح لهن بإيذاء الآخرين، وفي حالة تعرضهن لضغوط الحياة والغضب، فإنهن يوجّهن عدوانهن نحو الذات بدلاً من إيذائهن للآخرين. ومن جانب آخر فإنّ النساء أقل مقاومة وأكثر تأثراً في المشاكل الأسرية، والصدمات، والأزمات العاطفية، وفقدان الوالدين، وسوء العلاقات الأسرية، وعدم الاستقرار المالي، وبهذا فأنهن يعتبرن الحلقة الأضعف، مما يزيد من قابليتهن لإيذاء أنفسهن أكثر من الذكور (Gladstone, Parker, Mitchell, Malhi, Wilhelm, & Austin, 2004).

وعلى العموم، فقد أشارت النتائج أيضاً إلى أن الإناث في مراكز الإصلاح والتأهيل أكثر إيذاءً لأنفسهن من الذكور؛ ذلك لأسباب مختلفة، منها: معاناة السجن القاسية Pain of imprisonment ، والخوف من فقدان حضانتهن لأطفالهن، والحبس الانفرادي، والضغوط البيئية داخل مراكز الإصلاح، والقوانين الصارمة Rigid rules (Dear, Thomson, Howell, 2001; Kilty, 2006; Borrill, et al., 2005).

وعلاوة على ذلك، فإن الإناث النزيلات هن بالعادة أكثر فقراً، وأصغر سناً، وأقل تعليماً، وأكثر بطالةً، ولديهن علاقات اجتماعية غير مستقرة مع اقرأنهن، ولديهن مشاكل مع العاملين في مراكز الإصلاح، بالإضافة إلى تعرضهن للإساءة والعنف أثناء طفولتهن، وسوء التغذية، وعدم توفر الحضانة لأطفالهن، والحرمان الاجتماعي (Kilty, 2006; Dear, et al., 2001). وفي الجانب الآخر، أشارت دراسات أخرى إلى أن الذكور أكثر إيذاءً لأنفسهم من الإناث (Garrison, Addy, Mckeown, & Cuffe, 1993; Gratz, 2001; Klonsky, Oltmanns, &Turkeimer, E., 2003; Muehlenkamp, & Gutierrez , 2004).

إن انتشار ظاهرة إيذاء الذات في مراكز الإصلاح يصعب التنبؤ بها؛ لارتباطها بالخجل والخزي، كما أنها تتم بالعادة بسرية وخصوصية مما يجعل من الصعوبة بمكان التعرف عليها (Kilty, 2006; Dear et al., 2001).

وفيما يتعلق بالجانب العلاجي لإيذاء الذات، فقد تعطى بعض الأدوية للمؤذين أنفسهم وذلك بهدف علاج الأعراض المصاحبة لإيذاء الذات. وتستخدم مضادات الاكتئاب وتقلبات المزاج Mood swings للتخفيف من الوساوس والأفكار القهرية، أما بالنسبة للذهانين المؤذين لأنفسهم فيمكن

التعامل معهم من خلال الأدوية المضادة للذهان Anti-psychotic medication (Crow, & Buncker, 2000).

ومن جانب آخر فإن لأفكار الفرد أهمية كبرى في تحديد سلوكياته وانفعالاته، فالأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية ترتبط بسلوكيات وانفعالات غير سوية مثل الاكتئاب، والقلق، والغضب (جرادات، 2006). وقد عُرّفت الأفكار اللاعقلانية أيضاً بالتشوه الإدراكي Cognitive distortion (CD) أو التفكير الخطأ (Center for Sex Offender Management, 1999).

إن الأفكار اللاعقلانية هي تصورات لا منطقيه يحكم الفرد من خلالها على الأحداث في أغلب الظروف بطريقة خطأ وغير منطقية، وتتمثل في : السلبية، والانهزامية، والاتكالية، وضيق الأفق، وعدم التسامح، والسلبية، وشدة الحساسية، والإصرار على القبول التام. فالسلبية تتعلق باعتقاد الأفراد بأن تعاستهم تأتي من ظروف خارجة عن إرادتهم، وليس لديهم المقدرة في التغلب عليها. وتشير الانهزامية إلى نمط الشخصية التي تتجنب صعوبات الحياة، وفي الاتكالية يرى الفرد بأن اعتماده على الآخرين يسهل عليه أموره الحياتية، وفي ضيق الأفق يمتلك الأفراد حلولاً جاهزة أو قوالب لمشكلاتهم مهما كانت درجة سهولتها أو صعوبتها. وفي عدم التسامح يؤمن الأفراد بالعقاب الصارم والحدود القصوى كوسيلة لتصحيح الأخطاء، ولا مجال للتسامح. وفي شدة الحساسية ينشغل الأفراد بشكل دائم بهمومهم وبأفكارهم السوداوية التي تستحوذ على خيالاتهم، وتوقع الفواجع، وفي الإصرار على القبول التام يرون بأنه يتوجب على الآخرين بأن يحبوهم بشكل مطلق ويكونوا راضيين عنهم دائماً بغض النظر عما يفعلون.

وهناك أفراد لديهم ميول للتفكير والتصرف بشكل لا عقلاني، و بالمقابل هناك أفراد لديهم القدرة على التفكير العقلاني، فتعاسة الفرد مرتبطة بحتمية أفكاره، وإذا ما أراد الفرد التخلص من مشاكله وتعاسته فلابد له من توظيف التفكير العقلاني في التعامل مع المواقف الحياتية والمواقف الضاغطة، ومحاولة التخلص من الأفكار أو المعتقدات اللاعقلانية، وببساطة فإن أفضل وسيلة للتخلص من الأفكار اللاعقلانية تكمن في مواجهتها بالأفكار العقلانية (Ellis, 1973).

وكما قيل فإن قوّة أفكارك هي المفتاح الذي يصنع واقعك Thought power is the key to creating your reality، وهذا يعني أن قوّة الأفكار الايجابية ستقود إلى سلوكيات ايجابية، وقوّة الأفكار السلبية ستؤدي إلى سلوكيات سلبية. ودعا الله سبحانه وتعالى في القرآن الكريم إلى ضرورة أن يتسلح الفرد بالتفكير الايجابي والابتعاد عن السوداوية والتشاؤم، فنبّه الذين أسرفوا على أنفسهم بأن لا يعيشوا أسرى خطاياهم، حيث قال تعالى: ﴿ قُلْ يَا عِبَادِيَ الَّذِينَ أَسْرَفُوا عَلَى أَنفُسِهِمْ لَا تَقْنَطُوا مِن رَّحْمَةِ اللَّهِ إِنَّ اللَّهَ يَغْفِرُ الذُّنُوبَ جَمِيعاً إِنَّهُ هُوَ الْغَفُورُ الرَّحِيمُ﴾

[سورة الزمر: 53]. ولهذا فيمكن القول بأن عواطف الفرد وانفعالات ناتجة عن طريقة تفكيره ومعتقداته (الزيود، 2008).

وكذلك فإن التغيير في أفكار الشخص سيؤدي إلى تغيير في انفعالاته وفي طريقة تعامله مع الأحداث (Ellis & Abrahams, 1978). ولهذا يرى أدلر أن أسلوب التفكير هو مؤشر على أسلوب الحياة، وعندما يضطرب تفكير الفرد ينعكس بشكل مباشر على سلوكه (البراق، 2008). علاوة على ذلك، فإن الاضطراب الانفعالي والنفسي هو نتيجة حتمية للتفكير اللاعقلاني وغير المنطقي (الشناوي، 1999). وقد دعّمت الدراسات الصلة الوثيقة بين أنظمة المعتقدات اللاعقلانية والاضطرابات النفسية كالقلق والإحباط، كما أظهرت أنه كلما كانت الأفكار اللاعقلانية مرتفعة، كانت أعراض الاضطراب النفسية أعلى (Thyer, Papsdorf & Kilgore, 1983).

وقد بيَّن أليس Ellis عدداً من المعتقدات الخاطئة التي تمثل الجانب اللاعقلاني في تفكير الفرد مُسببة له التعاسة والشقاء النفسي، ومن بينها: يجب على الفرد أن يكون محبوبا أو مقبولا من قبل الأشخاص المهمين، وينبغي على الفرد أن يكون ذي كفاءة عالية؛ ليتمتع بقيمة اجتماعية، والاعتقاد بأن الأمور ستكون بمثابة كارثة عندما تسير في اتجاهات معاكسة لرغباتنا، وتاريخ الفرد وقصته السابقة هما اللذان يحددان سلوك الفرد الحالي، يوجد حل كامل وحقيقي لمشكلات الإنسان، بعض الناس سيئون، وحقيرون، ويتوجب عقابهم، إن شقاء الإنسان ينبع من خارج ذاته، وإن البيئة المحيطة به هي المسؤولة عن معاناته، وعلى الفرد أن يعتمد على الآخرين ويحتاج لشخص أقوى منه لتوفير الحماية له (Ruth, 1992).

وفيما يتعلق بالجانب العلاجي، يقوم المعالج النفسي أو الأخصائي الاجتماعي الإكلينيكي بالتركير على إحداث تغييرات جوهرية في الجوانب المعرفية للفرد والتي بدورها ستساعد في إحداث تغييرات في عدد من الانفعالات أو السلوكيات المرغوب عنها (الشناوي، 1999). وهذا ما أشار إليه أليس Ellis إلى أن طريقة إدراك الفرد للحدث هي التي تساهم في خلق مشاكله النفسية (Corey, 2005). وهناك أدلة واسعة ومتنامية تؤكد أهمية وكفاءة استخدام العلاج العقلاني الانفعالي مع النزلاء، من حيث دوره في خفض مستويات العنف لدى النزلاء Rational Emotive and Cognitive Behavior Therapy REBT (Altrows, 2002). كما يستخدم على نطاق واسع في علاج الاضطرابات النفسية المتعددة، منها: الاكتئاب Depression؛ واضطرابات القلق Anxiety Disorder؛ والرهاب Phobia؛ والاضطرابات السيكوسوماتية Psychosomatic؛ واضطرابات الطعام Eating Disorder؛ والغضب Anger؛ والسلوك

الانتحاري Suicidal behavior؛ واضطراب الشخصية الفصامية Schizophrenic Disorder (Corey, 2005).

وقد تم بحث علاقة إيذاء الذات ومتغيرات الاضطرابات النفسية الأخرى، وعلاقتها في استراتيجيات التكيف، والسجناء، والضغوط النفسية، والبيئية، والاجتماعية، وبيئة السجن، وهرمون السيروتونين. ومن بين هذه الدراسات دراسة سايمون، وستانلي، وفرانسيس، ومان، ونشل، (Simeon, Stanley, Frances, Mann, Winchel, & Stanley, 1992) التي هدفت إلى معرفة العلاقة بين سلوك إيذاء الذات واضطرابات الشخصية، وهرمون السيروتونين الجنسي لدى الرجال Serotonergic Dysfunction ، حيث تألفت عينة الدراسة من (26) شخصاً من المؤذين لأنفسهم ويعانون من اضطرابات الشخصية، و(26) شخصاً ممن لا توجد لديهم اضطرابات في الشخصية. أشارت النتائج إلى أن سلوك إيذاء الذات قد ارتبط بعوامل كثيرة منها، الشخصية العدوانية، والمعادية للمجتمع Antisocial personality disorders، والقلق، والاكتئاب، و الوسواس القهري. كما أشارت النتائج إلى أن هبوط هرمون السيروتونين الجنسي لدى الرجال Serotonnergic Dysfunction يعتبر من العوامل التي لها دور هام في سلوك إيذاء الذات.

كما أجرى دايكلمنتي وهارلي (Diclemente, & Hartley, 1991) دراسة على عينة مؤلفة من (76) مراهقاً في سان فرانسيسكو كاليفورنيا، هدفت إلى معرفة نسبة إيذاء الذات في مركز المصابين بالايدز AIDS من المرضى النفسيين. وبيّنت النتائج إلى أن نسبة إيذاء الذات قد بلغت (61.2%)، ولم تظهر النتائج وجود علاقة ذات دلاله إحصائية تعزى إلى العمر، والجنس، والقومية Ethnicity، أو إلى نوع التشخيص النفسي. بينما أظهرت النتائج وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين النزلاء المؤذين لأنفسهم وسلوك الاغتصاب الجنسي لدى النزلاء، وكانت الفروق لصالح الذين تعرضوا للاغتصاب الجنسي.

وقد أجرى هانس ووليامس (Hains, & Williams, 1997) دراسة هدفت التعرف إلى استراتيجيات التكيف وطرق حل المشكلات للمؤذين لأنفسهم. تكونت عينة الدراسة من (50) شخصاً مقسمين إلى ثلاث مجموعات: المجموعة الأولى مكونة من (19) سجيناً من الذكور لديهم تاريخاً في سلوك إيذاء الذات، والمجموعة الثانية مكونة من (13) سجيناً من غير المؤذين لأنفسهم، والمجموعة الثالثة مكونة من (18) طالباً جامعياً من غير المؤذين لأنفسهم والذين لم يدخلوا السجن. أشارت النتائج إلى أن مجموعة السجناء المؤذين لأنفسهم هم في العادة يتميزون بالسلوك التجنبي، ولا يواجهون الواقع في حل مشكلاتهم، و لهذا يلجؤون إلى إيذاء أنفسهم، وهم

أقل تكيفاً مع البيئة المحيطة بهم مقارنة مع أقرانهم الذين لا يؤذون أنفسهم سواء أكانوا في السجن أم خارجه.

وفي دراسة أجرتها سنو (Snow, 2002) على عينة مكونة من (143) سجيناً بريطانياً من المؤذين لأنفسهم أو ممن لديهم محاولات انتحار. أشارت النتائج إلى أن سلوك إيذاء الذات يعزى إلى الشعور السلبي نحو الذات، في حين أشارت النتائج إلى أن أسباب محاولة الانتحار تعود إلى أسباب محددة اجتماعيا، مثل موعد المحاكمة، أو بعد التوقف عن تعاطي المخدرات Drug Withdrawal.

وفي دراسة قام بها روس وهيث (Ross& Heath , 2002) على عينة تكونت من (440) طالباً وطالبة من طلبة المرحلة الثانوية في كندا، وأشارت نتائجها إلى أن (13.9%) من الطلبة يؤذون أنفسهم، حيث كانت الإناث أكثر إيذاءً للذات من الذكور، كما أشارت النتائج إلى أن أكثر الوسائل إيذاءً للذات كانت تجريح الجسد، ثم ضرب الذات، والعض.

وأجرى كلونسكي اولتماز وتوركيمار (Klonsky,Oltmanns,& Turkeimer, 2003) دراسة على عينة مكونة من (1986) طالباً وطالبة من طلبة الدفاع الجوي الأمريكي وكانت نسبة الذكور في العينة (62%)، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة نسبة المؤذين لأنفسهم وعلاقتها باضطرابات الشخصية والاضطرابات النفسية بشكل عام. أشارت النتائج إلى وجود علاقة بين إيذاء الذات والقلق، وبعض اضطرابات الشخصية، وبلغت نسبة إيذاء الذات بشكل عام حوالي(4%) لدى الأفراد من غير المضطربين نفسياً Non clinical sample.

وفي نيوزيلندا قام سكيج، وندى– راجي، ووليامز، ودكسون، وباول (Williams, 2003 Skegg, Nada-Raja, Dickson, Paul, &) بدراسة هدفت إلى مقارنة سلوك إيذاء الذات وعلاقته بسلوك الشاذين جنسياً من الذكور والإناث Sexual Orientation and self-harm. تألفت عينة الدراسة من (946) شخصاً من الذكور والإناث الشاذين جنسياً، ومن العاديين normal. أشارت النتائج إلى أن سلوك إيذاء الذات كان أكثر انتشارا بين الذكور الشاذين ثم الإناث الشاذات.

وأجرى بانيل، وهويل، ودي (Pannell, Howells & Day, 2003) دراسة هدفت إلى استطلاع آراء حراس السجن حول سلوك إيذاء الذات لدى النزلاء، وتكونت عينة الدراسة من (76) حارساً وموظفاً من إدارة السجون. وأظهرت النتائج بأن سلوك إيذاء الذات ليس موجهاً نحو الانتحار، ولكنه سلوك غير لفظي يهدف إلى الاتصال مع الآخرين، أو التعبير عن الحالة

الانفعالية التي يعاني منها السجين التي يهدف من ورائها البحث عن حل أو تغذية راجعة لمشكلته من قبل الآخرين.

وفي دراسة أجراها كومار وبيب، وستيرا (Kumar, Pepe, & Steer, 2004) على عينة من المراهقين الذكور والإناث من المضطربين نفسياً من سن (13– 17سنة)، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف إلى الفروق بين الذكور والإناث في سلوك إيذاء الذات. تألفت عينة الدراسة من (19 ذكراً و 31 أنثى) ممن لديهم خبرات سابقة في إيذاء الذات. أظهرت النتائج عدم وجود فروق بين الذكور الإناث في سلوك إيذاء الذات، وبيّنت الدراسة أن الذكور والإناث يؤذون أنفسهم لنفس الأسباب النفسية والاجتماعية.

وفي دراسة أجراها جسترز، واوريغا – موناستيريو، وتيريول، وفونتس، ونافيرو، وفيفس (Justes,Orega-Monasterio, Teruel,Fuentes, Navaro, & Vives, 2004) على عينة مؤلفة من (26) سجيناً اسبانياً من المؤذين لأنفسهم و(81) سجيناً من غير المؤذين لأنفسهم، حيث تراوحت أعمار السجناء بين (18– 25) سنة. هدفت الدراسة إلى معرفة دور اضطرابات الشخصية وعلاقتها بسلوك إيذاء الذات. أشارت النتائج إلى أن السجناء المؤذين لأنفسهم لديهم عقوبات في السجن أكثر من أقرانهم من غير المؤذين لأنفسهم. كما أشارت النتائج إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين السجناء المؤذين لأنفسهم وأقرانهم السجناء غير المؤذين لأنفسهم في درجة الذكاء أو المستوى التعليمي. في حين أظهرت النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين اضطرابات الشخصية وسلوك إيذاء الذات، كانت لصالح السجناء المؤذين لأنفسهم.

في دراسة أجراها كروش ورايت (Crouch & Wright, 2004) لست حالات إكلينيكية من المراهقين ممن كان لديهم تاريخ مرضي في سلوك إيذاء الذات في بريطانيا. أشارت نتائج الدراسة إلى أن بعض المراهقين يؤذون أنفسهم لأنهم يرغبون في تقليد سلوك أقرانهم؛ ليثبتوا للآخرين بأنهم جادون ولديهم الشجاعة في ذلك، ومن ثم فإنهم يحصلون على مطالبهم، ويسعون للحصول على التعزيز الاجتماعي. في حين أن بعضهم يؤذون أنفسهم ردّة فعل أو استجابة للصراعات، أو الغضب، أو الضغوطات النفسية والاجتماعية، أو تخوفاً من تحمل المسؤولية.

وقد أجرى نوك وبيستون (Nock& Pristein, 2005) دراسة على عينة من (108) مراهقين ومراهقات من المضطربين نفسياً في الولايات المتحدة الأميركية، ممن قد خضعوا للعلاج النفسي بسبب إيذاء الذات. أشارت النتائج إلى أن السجناء بشكل عام أكثر عرضة من غيرهم لسلوك إيذاء الذات، وذلك للأسباب التالية: استخدام الإيذاء وسيلة للاتصال مع الآخرين في حالة العجز عن التعبير عن مطالبهم لغوياً، أو للتحايل على الآخرين manipulation، أو من أجل الانتماء

إلى مجموعة الرفاق، أو للحصول على درجة كبيرة من التقدير من قبل رفاقهم، أو للتخفيف من الضغوطات النفسية والاجتماعية. كما بيّنت نتائج الدراسة إلى أن الإناث أكثر إيذاءً لأنفسهن من الذكور حيث كانت نسبتهن (74.2%) في حين بلغت نسبة الذكور المؤذين لأنفسهم (25.8%).

ولمعرفة العلاقة بين السلوك الانتحاري وسلوك إيذاء الذات لدى الطلبة الجامعيين، أجرى وتلوك اكيرنود وسلفيرمان (Whitlock, Eckenrode, silverman, 2006) دراسة على عينة مكونة من (2875) طالباً وطالبة من طلبة الجامعات الأمريكية الشمالية ممن انطبقت عليهم شروط الدراسة. أشارت النتائج إلى أن (4%) من الطلبة لديهم خبرات سابقة في إيذاء الذات، وحوالي (21%) من الطلبة الذين يعانون من بعض الاضطرابات النفسية أفادوا بأن لديهم خبرات سابقة في إيذاء الذات. كما أن سلوك إيذاء الذات ارتبط بالسلوك الانتحاري، وبيّنت النتائج أيضاً أن الأفراد الذين لديهم خبرات سابقة في إيذاء الذات هم أكثر عرضة للانتحار بـِ (9) مرات، و(7) مرات أكثر في التفكير بالانتحار من الأشخاص غير المؤذين أنفسهم.

وفي دراسة أجراها سافيركو وهوتون (Savirko,& Howton, 2007) هدفت إلى التحقق من العلاقة بين سلوك إيذاء الذات واضطرابات الأكل Eating disorders. أشارت النتائج إلى أن (54% إلى 61%) من الأشخاص المؤذين لأنفسهم هم من الأشخاص الذين لديهم اضطرابات في الأكل، أو لديهم تاريخ في الإساءة الجنسية في مراحل الطفولة المبكرة كما أشارت النتائج إلى أن البيئة الأسرية أيضاً لها علاقة بسلوك إيذاء الذات.

وفي دراسة قام بها ويتلوك و نوكس (Whitlock & knox, 2007) هدفت إلى دراسة العلاقة بين السلوك الانتحاري وسلوك إيذاء الذات. تألفت العينة من (2880) طالباً وطالبة من طلبة الجامعة تراوحت أعمارهم من (18–25). أشارت النتائج إلى أن سلوك إيذاء الذات يعتبر متنبأً بالسلوك الانتحاري. كما بلغت نسبة سلوك إيذاء الذات لدى العينة (25%)، في حين بلغت نسبة السلوك الانتحاري (40.3%).

وفي ألمانيا قام برونر، بارازر، هفنر، ستين، روس، كليت، رسش (Brunner, Parazer, Hffner,Steen, Roos, Klett, & Resch, 2007) بدراسة هدفت إلى معرفة العلاقة بين سلوك إيذاء الذات المتكرر، والمتقطع، والأقل حدوثاً لدى عينة مؤلفة من (5759) طالباً ثانوياً. أشارت النتائج إلى أن (4%) من الطلاب أفادوا بأنهم يؤذون أنفسهم بشكل متكرر، وأن (6%–7%) منهم لديهم تاريخ مرضي في سلوك إيذاء الذات. وأشارت النتائج أيضاً إلى أن الاكتئاب، والقلق، والسلوك العدواني، والخلفية الاجتماعية لها علاقة ذات دلالة إحصائية بسلوك إيذاء الذات.

وفي دراسة أجراها كلونسكي (Klonsky,2008) في أميركا هدفت إلى التعرف إلى أسباب إيذاء الذات لدى عينة مؤلفة من (39) شخصاً من المؤذين لأنفسهم. أشارت النتائج إلى أن سلوك إيذاء الذات له علاقة بالتنفيس الانفعالي، والغضب، والعقاب الجسدي، والحزن. وبيّنت النتائج إلى أن الأشخاص المؤذين لأنفسهم يشعرون بالراحة والسكينة بعد الانتهاء من عملية إيذاء الذات.

وفي دراسة أجراها سميث وكامنسكي (Smith, & Kaminski, 2010) على عينة مكونة من (189) سجيناً من جنوب ولاية كارولينا من المؤذين لأنفسهم، وقد هدفت الدراسة إلى التعرف على العوامل التي تؤدي إلى سلوك إيذاء الذات . أشارت النتائج إلى أن (37%) من سلوك إيذاء الذات لدى النزلاء يحدث عندما يتعرض النزيل عقوبات في السجن Disciplinary Incidents.

مشكلة الدراسة وأسئلتها:

تعد مشكلة إيذاء الذات من الظواهر الملفتة للنظر والمحيرة لكثير من العاملين في مجال الإرشاد النفسي والعمل الاجتماعي؛ نظراً لما يترتب عليها من مخاطر جسيمة ونفسية واجتماعية. وبما أن العلاقة بين سلوك إيذاء الذات العمد والتفكير اللاعقلاني لم تبحث في الأدبيات العربية والأجنبية، فقد جاءت هذه الدراسة لتلقي الضوء على هذه الظاهرة، وبشكل محدد تحاول الدراسة الإجابة عن الأسئلة الآتية:

السؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية على أبعاد مقياس التفكير اللاعقلاني وعلى الدرجة الكلية للمقياس بين النزلاء المؤذيين وغير المؤذين لأنفسهم؟

السؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نسب انتشار التفكير اللاعقلاني بين النزلاء المؤذيين وغير المؤذين لأنفسهم؟

أهمية الدراسة:

تنبثق أهمية الدراسة الحالية من كونها ستطلع المرشدين، والأخصائيين الاجتماعيين والقائمين على إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن على علاقة ظاهرة سلوك إيذاء الذات بالتفكير اللاعقلاني لدى النزلاء. حيث أنها تسهم أيضاً في تطوير الوعي لدى صانعي السياسة والقائمين على مراكز الإصلاح والتأهيل في أهمية الجوانب الوقائية والعلاجية لهذه الظاهرة.

محددات هذه الدراسة:

تتحدد نتائج هذه الدراسة بما يلي:

- اقتصرت الدراسة الحالية على النزلاء الذكور في مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن وذلك بسب قلة عدد النزيلات الإناث المؤذيات لأنفسهن.
- تتحدد نتائج هذه الدراسة بطبيعة الأدوات المستخدمة فيها من حيث صدقها وثباتها.

التعريفات الإجرائية:

1. إيذاء الذات: هو ذلك السلوك المتعمد من قبل الفرد لإيذاء نفسه بدوافع نفسية أو اجتماعية كتجريح الجسد، وحرق الجلد، وتكسير العظام، أو تناول مواد سامة، دون أن يكون الهدف من السلوك الانتحار.
2. التفكير اللاعقلاني: هي مجموعة من الأفكار أو المعتقدات غير المنطقية التي يتبناها الفرد وتؤثر على مشاعره وسلوكه نحو نفسه أو نحو الآخرين. ويعرّف إجرائياً بحسب الدرجة التي يحصل عليها المفحوص على مقياس الأفكار اللاعقلانية المُعدُّ خصيصاً لأغراض هذه الدراسة.

الطريقة و الإجراءات:

مجتمع الدراسة

تكون مجتمع الدراسة من جميع نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل للذكور في الأردن والبالغ عددها تسعة مركزاً موزعة على كافة أنحاء المملكة، حيث بلغ عدد نزلاء هذه المراكز (7200) نزيل (إدارة مراكز التأهيل والإصلاح، 2009).

عينة الدراسة:

اختيرت عينة الدراسة بطريقة العينة العشوائية- الطبقية Stratified random sampling، حيث تم التعرف على النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم من خلال المعلومات المقدمة من مراكز الإصلاح والتأهيل التي تم التأكد منها أيضاً من خلال استبانة الدراسة التي تضمنت سؤالاً فيما إذا قام النزيل بإيذاء نفسه أم لا. وبعد تحديد قائمتي النزلاء المؤذين وغير المؤذين لانفسهم، اختيرت عينة عشوائية من كل طبقة، شملت (57) نزيلاً من المؤذين لأنفسهم، و(58) نزيلاً من غير المؤذين لأنفسهم، وبهذا أصبحت عينة الدراسة الكلية مكونة من (115) نزيلاً جميعهم من الذكور.

وفيما يتعلق بالخصائص الديموغرافية والاجتماعية لعينة الدراسة تظهر بيانات الجدول رقم (1) أن نسبة النزلاء الذين يحملون مؤهلاً جامعياً بلغت (18.3%) مقابل (79%) يحملون مؤهلا ثانوياً فاقل. كما بلغت نسبة المتزوجين (36.5%) مقابل (57.4%) من العزاب، و(78%) لا يعملون داخل السجن. وبالنسبة إلى نوع القضية فقد شكلت القضايا الأخلاقية (7.8%)، والاعتداء (18.1%)، والسرقة (24.1%)، في حين احتلت القضايا الأخرى (50%).

جدول رقم(1) :

التكرارات والنسب المئوية لمتغيرات المستوى التعليمي والحالة الاجتماعية والعمل داخل مراكز الإصلاح ونوع القضية.

المتغيرات	التكرار	%
المستوى التعليمي		
جامعي	21	%18.3
ثانوي	45	%39.1
أساسي	32	%27.8
أمي	17	%14.8
المجموع	115	%100.0
الحالة الاجتماعية:		
متزوج	42	%36.5
أعزب	66	%57.4
مطلق	3	%2.6
أرمل	4	%3.5
المجموع	115	%100.0
العمل داخل مركز الإصلاح:		
يعمل	25	%22.1
لا يعمل	90	%78.9
المجموع	115	%100.0
نوع القضية:		
أخلاقية	9	%7.8
اعتداء	21	%18.1
سرقة	28	%24.1
قضايا أخرى	57	%50.0
المجموع	115	%100.0

أداة الدراسة:

استخدم مقياس الاتجاهات اللاعقلانية الذي طوّره كلاجس (Klages,1989) وترجمه من الألمانية إلى العربية جرادات (2006)، حيث قام جرادات بالتأكد من إجراءات الصدق من خلال عرض النسخة الأصلية والنسخة المترجمة من المقياس على متخصصين في اللغة الألمانية كلغة أجنبية لمعرفة مدى دقة الترجمة وتصحيح المقياس، وقد تم تعديل ترجمة 3 فقرات وفقاً للاقتراحات التي قدموها. وفيما يتعلق بإجراءات الثبات احتسب معامل الاتساق الداخلي لمقياس الاتجاهات اللاعقلانية ولكل من أبعاده وذلك بتطبيق معادلة كرونباخ إلفا، وقد بلغ قيمة معامل الثبات الكلي للمقياس (0.84)، في حين تراوحت قيم الثبات لأبعاد المقياس الفرعية المكونة من: تقييم الذات السلبي؛ الاعتمادية؛ العزو الداخلي للفشل؛ النزق وعلى التوالي (0.65؛ 0.65؛ 0.72؛ 0.68)، وتعتبر جميعها مقبولة للأغراض تلك الدراسة (جرادات، 2006).

ولما كانت عينة الدراسة الحالية هي من نزلاء السجون التي تعتبر مختلفة بخصائصها عن عينة الدراسة التي أجراها جرادات (2006) على الطلبة الجامعيين، تم التحقق من صدق وثبات الاختبار. وفيما يتعلق بصدق الأداة فقد تم التأكد من صدق المحتوى، حيث أجمع المحكمون وجميعهم من قسم علم النفس الإرشادي والتربوي وقسم العمل الاجتماعي من جامعتي اليرموك والأردنية على سلامة الفقرات وملاءمتها لعينة الدراسة. أما من حيث ثبات الاختبار، فقد أخذت عينة عشوائية من خارج عينة الدراسة مؤلفة من (50) نزيلاً منهم (25) نزيلاً من المؤذين لأنفسهم و (25) نزيلاً من غير المؤذين لأنفسهم. ثم استخرج معامل ثبات الاتساق الداخلي لمقياس التفكير اللاعقلاني على أبعاده الأربعة وعلى البعد الكلي، وذلك بتطبيق معادلة كرونباخ الفا على درجات أفراد العينة. حيث أظهر المقياس اتساقا داخليا مقبولا، ويبين الجدول رقم (2) قيم معاملات الثبات.

جدول رقم (2):

معاملات الاتساق الداخلي لمقياس الأفكار اللاعقلانية الكلي وأبعاده الفرعية

الأبعاد الفرعية والقيمة الكلية لمقياس التفكير اللاعقلاني	كرونباخ الفا
تقييم الذات السلبي	0.67
الاعتمادية	0.66
العزو الداخلي	0.75
النزق	0.73
الكلي	0.85

تكون مقياس الأفكار اللاعقلانية والمستخدم في هذه الدراسة من 30 فقرة، تتم الإجابة عليها من خلال أسلوب ليكرت ذي التدريج السداسي. بحيث يمثل الرقم (0) لا تنطبق على الإطلاق ويمثل الرقم (5) تنطبق تماما. وتتوزع فقرات المقياس على أربعة اتجاهات لاعقلانية، هي:

تقييم الذات السلبي: ويشير إلى النظرة السلبية التي يحملها الفرد عن نفسه، والتفكير الذي المرتبط بتدني قيمته، وشعوره بالفشل، والعجز في السيطرة على إدارة حياته.

الاعتمادية: ويشير هذا البعد إلى اعتماد الفرد بشكل كبير على أهمية أراء الآخرين نحوه. فهو بحاجة إلى الشعور بأنه محبوب من قبل الآخرين، وأن يلقى منهم الرضا والإحسان على أفعاله وسلوكه.

العزو الداخلي للفشل: وفي هذا البعد يعزو الفرد أسباب فشله إلى نفسه، وحتى وإن كانت هناك أسباب خارجية مسؤولة عن ذلك، إضافة إلى معاناته من لوم الذات المرضي.

النزق: يشير هذا البعد إلى حساسية الفرد المفرطة للمثيرات الخارجية، والغضب لأبسط الأمور، وسهولة جرح المشاعر، والتذمر من الواجبات التي من المفترض القيام بها.

إجراءات التطبيق:

تم تطبيق مقياس الاتجاهات والأفكار اللاعقلانية على النزلاء بعد الحصول على موافقة من إدارة مراكز الإصلاح والتأهيل الأردنية، حيث تم توضيح تعليمات المقياس للنزلاء الذين يستطيعون القراءة والكتابة. كما تم التأكيد للنزلاء على سرية المعلومات وأنها لن تستخدم إلا لأغراض البحث العلمي، ولم تتضمن الاستبانة اسم النزيل أو أية معلومات أخرى من الممكن أن تشير إليه. ولما كان من بين النزلاء ممن لا يحسنون القراءة والكتابة، قام أحد الباحثين بقراءة الفقرات، أما

بالنسبة للنزلاء الخطرون أو المتواجدون في زنازين انفرادية، فقد تم إيصال الاستبانة لهم عن طريق حراس السجن.

منهج الدراسة:

استخدم في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي Analytical descriptive في البحث، حيث ركزت الدراسة على الكشف عن الفروق بين النزلاء بما يخص إيذاء الذات والتفكير اللاعقلاني.

تحليل البيانات:

حسبت المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات أفراد العينة على مقياس الأفكار اللاعقلانية، واستخدم اختبار (t-test) للكشف عن الفروق ذات الدلالة الإحصائية في التفكير اللاعقلاني بين النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم. كما تم استخدام اختبار مربع كاي (χ^2) للكشف عن الفروق في نسب انتشار التفكير اللاعقلاني بين النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم.

النتائج:

أولاً: النتائج المتعلقة بالسؤال الأول: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية على أبعاد مقياس التفكير اللاعقلاني وعلى الدرجة الكلية للمقياس بين النزلاء المؤذيين وغير المؤذين لأنفسهم؟

وللإجابة على هذا السؤال استخدمت الأوساط الحسابية والانحرافات المعيارية، والجدول رقم (3) يبيّن ذلك:

جدول رقم (3)

الوسط الحسابي والانحراف المعياري للنزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم على مقياس التفكير اللاعقلاني وأبعاده الأربعة.

الأفكار اللاعقلانية	إيذاء الذات	ن	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري
تقييم الذات السلبي	نعم	57	2.58	1.17
	لا	58	2.29	1.05
الاعتمادية	نعم	57	3.28	1.19
	لا	58	2.98	1.24
العزو الداخلي للفشل	نعم	57	3.47	0.89
	لا	58	3.01	1.03
النزق	نعم	57	3.29	1.08
	لا	58	2.77	0.93
الكلي	**نعم**	**57**	**3.18**	**0.80**
	لا	**58**	**2.76**	**0.74**

يُظهر الجدول رقم (3) وجود فروق ظاهرية في الأوساط الحسابية على المقياس الكلي وعلى أبعاده الفرعية، حيث بلغ الوسط الحسابي للنزلاء المؤذين لأنفسهم على المقياس الكلي للتفكير اللاعقلاني (3.18) وبانحراف المعياري (0.80)، في حين بلغ الوسط الحسابي للنزلاء غير المؤذين لأنفسهم (2.76) وانحراف معياري (0.74).

أما على مستوى الأبعاد الفرعية لمقياس الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالنزلاء المؤذين لأنفسهم فقد احتل بُعد العزو الداخلي للفشل المرتبة الأولى حيث بلغ الوسط الحسابي (3.47) وانحراف معياري (0.89) ثم تلاه بُعد النزق بوسط حسابي (3.29) وبانحراف معياري (1.08) ثم تلاه بُعد الاعتمادية بوسط حسابي (3.28) وانحراف معياري (1.19) ، فيما احتل بُعد تقييم الذات السلبي المرتبة الأخيرة حيث بلغ الوسط الحسابي (2.58) وبانحراف معياري (1.17).

وفيما يتعلق بمستوى الأبعاد الفرعية لمقياس الأفكار اللاعقلانية المتعلقة بالنزلاء غير المؤذين لأنفسهم فقد احتل بُعد العزو الداخلي للفشل المرتبة الأولى حيث بلغ الوسط الحسابي 3.01 وبانحراف معياري (1.03)، ثم تلاه بُعد الاعتمادية بوسط حسابي(2.98) وبانحراف معياري (1.24)، ثم بُعد النزق بوسط حسابي(2.77) وبانحراف معياري (0.93)، فيما احتل بُعد تقييم الذات السلبي المرتبة الأخيرة حيث بلغ الوسط الحسابي(2.99) وبانحراف معياري (0.93).

وللكشف عن مواقع الفروق الحقيقية، فقد استخدم اختبار (t-test)، والجدول رقم (4) يبين ذلك:

جدول (4):

الأفكار اللاعقلانية للنزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم على مقياس التفكير اللاعقلاني وأبعاده، وقيمة t-test.

الأفكار اللاعقلانية	إيذاء الذات	ن	قيمة (ت)	درجة الحرية	مستوى الدلالة
تقييم الذات السلبي	نعم لا	57 58	1.43	113	0.1600
الاعتمادية	نعم لا	57 58	1.34	113	0.1800
العزو الداخلي للفشل	نعم لا	57 58	2.57	113	*0.010
النزق	نعم لا	57 58	2.77	113	**0.007
الكلي	**نعم لا**	**57 58**	**2.95**	**113**	****0.004**

***: الفروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.05$).**

****: الفروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).**

يظهر الجدول رقم (4) وجود فروق دالة إحصائياً على المقياس الكلي للأفكار اللاعقلانية لصالح النزلاء المؤذين لأنفسهم، حيث بلغت قيمة (ت) (2.95)، والدلالة الاحصائية لها (0.004). كما أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائياً على بعدي العزو الداخلي للفشل والنزق لصالح النزلاء المؤذين لأنفسهم، حيث بلغت قيمة (ت) (2.57) بدلالة احصائية (0.010) على بعد العزو الداخلي للفشل، وعلى بعد النزق بلغت قيمة (ت) (2.77) بدلالة احصائية (0.007). بينما لم تظهر النتائج وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعدي تقييم الذات السلبي والاعتمادية.

ثانياً: النتائج المتعلقة بالسؤال الثاني: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في نسب انتشار الأفكار اللاعقلانية بين النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم؟

للكشف عن الفروق في نسب انتشار التفكير اللاعقلاني لدى النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم، استخدم اختبار مربع كاي (χ^2)، حيث حسب الوسيط كنقطة قطع والذي بلغ 2.89 (أقل قيمه صفر، وأعلى قيمة 5) حيث أعتبر مستوى التفكير اللاعقلاني المرتفع لكل من حصل على قيمه أعلى من (2.89)، في حين أن كل من حصل على أقل من (2.89) أعتبر لديه مستوى تفكير لاعقلاني منخفض. والجدولين رقم (5، 6) يوضحان ذلك:

جدول (5): الفروق في نسب إنتشار الأفكار اللاعقلانية بين النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم

إيذاء الذات	مستوى التفكير اللاعقلاني المنخفض	مستوى التفكير اللاعقلاني المرتفع	العدد الكلي والنسبة
نعم	20 (35.1%)	37 (64.9%)	57 (100%)
لا	36 (62.1%)	22 (37.9%)	58 (100%)
المجموع	**56 (48.7%)**	**59 (51.3%)**	**115 (100%)**

يظهر من الجدول رقم (5) أن نسبة النزلاء المؤذين لأنفسهم ولديهم تفكير لاعقلاني منخفض كانت (35.1%)، في حين أن نسبة النزلاء المؤذين لأنفسهم ولديهم تفكير لاعقلاني مرتفع كانت (64.9%).

أما فيما يتعلق بالنزلاء غير المؤذين لأنفسهم ولديهم تفكير لاعقلاني منخفض فقد كانت نسبتهم (62.1%)، في حين أن النزلاء غير المؤذين لأنفسهم ولديهم تفكير لا عقلاني مرتفع كانت نسبتهم (37.9%)، والجدول رقم (6) يوضح نتائج اختبار مربع كاي لاختبار الفروق الجوهرية في نسب

انتشار الأفكار اللاعقلانية بين النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم، حيث يتبين وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($\alpha \leq 0.05$) في نسب التوزيع حسب إيذاء الذات ومستوى انتشار التفكير اللاعقلاني أي أن ارتفاع درجة التفكير اللاعقلاني يؤدي إلى احتمالات أكثر في إيذاء الذات.

جدول رقم (6): نتائج اختبار مربع كاي (χ^2)

قيمة مربع كاي (χ^2)	درجات الحرية	مستوى الدلالة
8.96	**1**	**0.003** **
114		

: الفروق ذات دلالة احصائية عند مستوى ($\alpha \leq 0.01$).

مناقشة النتائج:

هدفت هذه الدراسة إلى بحث العلاقة بين سلوك إيذاء الذات والتفكير اللاعقلاني لدى نزلاء مراكز الإصلاح والتأهيل في الأردن.

أظهرت النتائج إلى أن النزلاء المؤذين لأنفسهم لديهم أفكار لاعقلانية أعلى من أقرانهم غير المؤذين لأنفسهم. وقد تبيّن أن درجات التفكير اللاعقلاني على المقياس الكلي، وعلى بعدي العزو الداخلي للفشل، والنزق لدى النزلاء الذكور الذين يؤذون أنفسهم، أعلى مما هو عليه لدى النزلاء الذكور غير المؤذين لأنفسهم. فالنزلاء المؤذون لأنفسهم يميلون أكثر لعزو الأخطاء التي يرتكبونها أو الخبرات الفاشلة التي يمرون بها لأنفسهم. إذ أنهم يلومون أنفسهم أكثر فيما يتعلق في الأخطاء أو العواقب السلبية لتصرفاتهم. وهذا ما قد يفسر سلوكهم الموجه لإيذاء الذات كعقاب ذاتي، أو كالشعور بالذنب تجاه تصرفاتهم، وسلوكياتهم اللاعقلانية، وعلى الرغم من أن أسباب تصرفاتهم وسلوكياتهم قد تعود لظروف بيئية خارجه عن سيطرتهم. ويمكن أن تعزى النتيجة أيضاً إلى ثقافة النساء المتدنية، إذ بلغت نسبة النزلاء الذين يحملون مؤهلاً علمياً توجيهي فاقل (81.7%).

كما أن مستوى النزق لدى النزلاء المؤذين لأنفسهم، يُظهر أن لديهم حساسية عالية ومفرطة للمثيرات الخارجية التي يواجهونها مقارنة مع أقرانهم غير المؤذين لأنفسهم. وتتكون المثيرات الخارجية للنزلاء في بيئة السجن من عدة عناصر مؤثرة كالاستقواء، وعلاقة السجناء السلبية ببعضهم، وفقدان الدعم الاجتماعي من الشبكة الاجتماعية غير الرسمية، وعلاقتهم المتوترة مع القائمين على إدارة السجون، ومقاومتهم للأوامر والإجراءات من قبل إدارة السجون، والاعتداءات

الجنسية من قبل بعض النزلاء المستقويين، والحبس الانفرادي، وكون أن نسبة النزلاء من العزاب في عينة الدراسة قد وصلت إلى (57.4%) فإن تحملهم للمسؤولية قد تكون قليلة، ولهذا يصعب عليهم التحكم في انفعالاتهم، مما يجعلهم عرضة للمثيرات الخارجية.

وكذلك الحال، فإن لإسلوب التنشئة الاجتماعية أثراً هاماً في التفكير اللاعقلاني والذي قد يُعزى لأسلوب المعاملة الوالدية القائمة على الدلال الزائد والتي قد تؤدي بالنهاية إلى تكوين شخصية اعتمادية، تعتمد على الآخرين في معظم المواقف الحياتية، وتظهر هذه الشخصية عجزها، وبشكل واضح حينما يكون مصيرها في بيئة حابسة ومقيدة للحرية، كما هو الحال في بيئة السجون. وفي الجانب الآخر، فإن للتنشئة الاجتماعية المتمثلة في أسلوب المعاملة الوالدية المتسلطة الذي قد يؤدي إلى بروز سلوك الاستقواء على الآخرين مما يؤدي إلى سلوك عدواني نحو الآخرين والذات (النقيب، 1984).

وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية على بعدي الاعتمادية وتقييم الذات السلبي، ويمكن أن تفسر هذه النتيجة إلى أن النزلاء المؤذين وغير المؤذين لأنفسهم هم في الأصل غير مختلفين فيما بينهما في موضوع تقييم الذات السلبي، وذلك بسبب وجودهم في بيئة السجن التي يتشارك فيها النزلاء بنفس الظروف المقيدة للحرية، ويمكن أن تعزى هذه النتيجة أيضاً إلى طبيعة الضغوط النفسية التي يعانيها النزلاء، حيث أن بيئة السجن تنعدم فيها الشعور بالفردية الذاتية، والهوية الشخصية، ومن هذه المظاهر إرتداء الزي الموحد، وطريقة الحياة التي تُفرض على جميع النزلاء، وتناول نفس الطعام في وقت معين، وفي مكان محدد، ومع نفس الأشخاص، وموعد الزيارات المحددة للجميع، والشعور بالمراقبة الدائمة، والخبرة الصدمية نتيجة لدخول السجن، والشعور بالمرارة و اليأس والقنوط والإحباط، وفقدان الدافعية والحافزية، والحرمان الجنسي، وإنقطاع الصلات الاجتماعية مع الأهل والأصدقاء والمعارف. وكذلك الخصائص الديموغرافية، والاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية، والأسرية التي ينتمي إليها غالبية السجناء.

إن مدراء مراكز التأهيل والإصلاح في الأردن يواجهون قرارا صعباً في كيفية التعامل مع سلوك إيذاء الذات، وفي نفس الوقت الذي تقتضي طبيعة عملهم المحافظة على الجانب الامني داخل المراكز الإصلاحية. لذا فلا بد من التركيز على الصحة النفسية للنزلاء المؤذين أنفسهم بدلاً من معاقبتهم.

ونظراً لعدم توفر دراسات سابقة تناولت الأفكار اللاعقلانية لدى النزلاء سواء في المراجع العربية أم الأجنبية منها، فإن نتائج هذه الدراسة لم يتم تناولها بما اتفق أو تعارض مع الدراسات السابقة.

التوصيات:

في ضوء نتائج الدراسة الحالية، تقترح التوصيات الآتية:

- توظيف الإرشاد المعرفي العقلاني لدحض أفكار النزلاء اللاعقلانية من أجل إطفاء أو التقليل من سلوك إيذاء الذات.
- التعرف على احتياجات النزلاء النفسية والاجتماعية.
- تدريب القائمين في مراكز الإصلاح والتأهيل على التعامل مع قضايا إيذاء الذات.
- تقديم خدمات علاجية للنزلاء المؤذين لأنفسهم.
- دراسة الأفكار اللاعقلانية وإيذاء الذات لدى النزيلات الإناث.

المراجع العربية:

1. البراق، فطوم محمد السيد محمد. (2008). التفكير اللاعقلاني وعلاقته بتقدير الذات ومركز التحكم لدى طلاب الجامعات بالمدينة المنورة. رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة طيبة، المدينة المنورة، المملكة العربية السعودية.
2. جرادات، عبد الكريم. (2006). العلاقة بين تقدير الذات والاتجاهات اللاعقلانية لدى الطلبة الجامعيين. المجلة الاردنية في العلوم التربوية، 2 (3):143-153.
3. الزيود، نادر فهمي. (2008). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. عمان، الأردن: دار الفكر.
4. الشناوي، محمد محروس. (1999). نظريات الإرشاد والعلاج النفسي. القاهرة، مصر: دار غريب.
5. النقيب، خلدون. (1984). الطفولة والتنشئة الاجتماعية. الكويت: الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية.
6. ويكيبيديا الموسوعة الحرة .(2011). إيذاء الذات. استرجعت بتاريخ 2011/2/2 من الانترنت على الرابط: http://ar.wikipedia.org

المراجع الأجنبية:

1. Adams, J., Rodham,K.& Gavin, J.(2005). Investigating the self in deliberate self-harm. Qualitative Health Research. 15(10):1293-1309.

2. Altrows, I. (2002). Rational emotive and cognitive behavior therapy with adult male offenders. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 20 (3/4): 201-222.

3. Borrill,J., Snow,L., Medlicott,D.,Teers,R.& Paton,J. (2005).Learning from near misses: Interviews with women who survived an incident of severe self-harm in prison. The Howard Journal. 44(1), 57-69.

4. Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence , correlates, and functions. American Journal of Orthopsychiatry,68(4),609-620.

5. Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M.,& Resch, F.(2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate Self-harm in Adolescents. Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,161(7),641

6. Center for Sex Offender Management. (1999). Glossary of terms used in the management and treatment of sexual offenders. Maryland, U.S.A.

7. Clarke, L., &Whittaker, M.(1998). Self-mutilation: Culture, context and nursing responses. Journal of Clinical Nursing, 7, 129-137.

8. Corey, G.(2005). Theory and practice of counseling and psychotherapy. Canada, Australia: Thomson, Brooks/Cole.

9. Crouch, W., & Wright, J. (2004). Deliberate self-harm at an adolescent unit: A qualitative investigation. Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9(2), 185-204.

10. Crowe, M., & Bunclark, J.(2000).Repeated self-injury and its management. International Review of Psychiatry, 12, 48-53.

11. Dear, G., Thomson, D., Hall, G., Howells, K.(2001). Non-fatal self-harm in Western Australian prisons: Who, where, when and why. Australian and New-Zealand Journal of Criminology. 34(1) , 47-66.

12. Echeburúa, E., & Fernández-Montalvo, J. (2007). Male batterers with and without psychopathic: An Exploratory study in Spanish prisons

13. Ellis, A. (1973). Humanistic psychotherapy: The rational –emotive approach. New York: Julian press and McGraw-Hill.

14. Ellis, A., & Abrahma, E.(1978). Brief psychotherapy in medical health practice. New York: Springer.

15. Favazza, R.,. (1996) . Bodies under siege: Self- mutilation and body modification in culture and psychiatry (2ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

16. Garrison., Z., Addy, C.L., Mckeown, R ., & Cuffe, P. (1993). Nonsuicidal physically self- damaging acts in adolescents. Journal of Child & Family Studies, (2), 339-352.

17. Gladstone, G., Parker,G., Mitchell, P., Malhi, G., Wilhelm, K. &Austin ,(2004). Implication of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. American Journal of Psychiatry. 161(8), 1417-1425

18. Gratz, L., Sheree, D.,& Roemer, L.(2002). Risk factor for deliberate self- harm among college students. American Journal of Orthopsychiatry, 72(1), 128-140.

19. Gratz,K, L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the deliberate self-harm inventory. Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23(4), 253-263.

20. Kilty, J. (2006). Under the barred umbrella: Is there room for a women-centered self- injury policy in Canadian corrections? Criminology & Public Policy. 5(1), 161- 182.

21. Klonsky, D. & Glenn, R. (2008). Resisting urges to self-injure. Behavioral and Cognitive Psychotherapy, 36, 211-220.

22. Klonsky, D. (2007).The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. Clinical Psychology Review, 27,226-239.

23. Klonsky, D., Oltmanns, F., & Turkeimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a non clinical population: Prevalence and psychological correlates. American Journal of Psychiatry, 160(8), 1501-1508.

24. Laye- Gindhu,A. & Schonert-Reichl, A. (2005). Non-suicidal self-harm among community Adolescents: Understanding the "what" and "why" of self-harm. Journal of youth and Adolescence 34(5), 447-457.

25. Muehlenkamp, J & Gutierrez, M.(2004).An investigation of differences between self-Injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents. Suicide & Life- Threatening behavior, 34(12-24).

26. Nock, K., & Prinstein, .J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self- mutilation among adolescents. Journal of Abnormal Psychology, 114(1), 140-146.

27. Pannell, J., Howells, K., & Day, A. (2003). Prison Officer's Beliefs Regarding Self-Harm in Prisons: An Empirical Investigation. International Journal of Forensic Psychology, 1 (1), 103-110.

28. Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. Journal of Youth and Adolescence, 31(1), 67-77.

29. Ruth, W. (1992). Irrational thinking in humans: An evolutionary proposal for Ellis' genetic postulate. Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 10(1): 3-20, DOI: 10.1007/BF01245738.

30. Simeon, D., & Favazza, R. (2001).Self- injurious behaviors: Phenomenology a assessment. In D. Simeon and E. Hollander (Eds.), Self- injurious behaviors (pp. 1- 28).Washington, D.C.:American Psychiatric Publishing.

31. Simeon, D., Stanley, B., Frances, A., Mann, J., Winchel,R., & Stanley, M. (1992). Self- mutilation in personality disorders: Psychological and biological correlation. American Journal of Psychiatry, 149(2), 428-438

32. Suyemoto, L. (1998). The functions of self-mutilation. Clinical Psychological Review, 18(5), 531-554.

33. Thyer, B., Papsdorf, J., & Kilgore, S. (1983). Relationship between irrational thinking and psychiatric symptomatology. Journal of psychology, 113, 31-34.

34. Ullman. S. & Brecklin, L. (2003). Sexual assault history and health – related outcomes in a national sample of women. Psychology of Women Quarterly. 27(1, 46-57).

35. Whitlock, L.,Powers, L., Eckenrode, J.(2006). The virtual cutting edge: The internet and adolescent self-injury. Developmental Psychology, 42(3), 407-417.

36. Whitlock, L. & Knox, K.(2007). The relationship between suicide and self- injury in a young adult population. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine. 161(7),634-640.

37. Zila, M., & Kiselica, S. (2001).Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults. Journal of Counseling& Development, 79, 46-52.