

جامعة الجزائر (2) أبو قاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم النفس

الصلابة النفسية و علاقتها بالتوافق النفسي لدى مرضى السكري

مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير تخصص إرشاد و صحة نفسية

إشراف الأستاذ:

د. بحري نبيل

إعداد الطالب:

صيفي فيصل

السنة الجامعية 2015/2016

كلمة شكر و عرفان

قال تعالى: ﴿ربي أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت عليّ و على والديّ و أن أعمل صالحا ترضاه و أدخلني برحمتك في عبادك الصالحين﴾. «النمل. 19».

الحمد لله حمد الشاكرين و الصلاة و السلام على رسوله الكريم نبينا محمد و على آله و صحبه أجمعين.

بداية أحمد الله كثيراً و أشكر فضله، الذي يسر لي أمري و منحني العزم و الصبر على مواصلة البحث، و الدراسة، و الإستفادة من العلم و المعرفة، ووقفتني إلى الإنتهاء من هذا البحث من غير حول مني و لا قوة، و ما كان لهذا العمل أن يتم إلا بتوفيق الله.

أتقدم كنوع من رد الجميل إلى أصحابه بوافر الشكر و عظيم الإمتنان إلى الدكتور الفاضل نبيل بحري، الذي شرفت به مشرفاً أكاديمياً على دراستي، و الذي أفاض علي من وافر العلم، و سديد رأيه، ما كان له أكبر الأثر في إخراج هذا البحث بهذه الصورة، و ما كان له معه كل التقدير و إباء، و الذي لم أجد فيه إلا المثل الأعلى في العلم، و وجدت عنده من توجيه و إرشاد و التشجيع ما يفوق كفاءتي، و لا يتناسب إلا مع كرمه و علمه فجزاه الله خيراً.

كما يسعدني التوجه بمزيد من الشكر و العرفان إلى كل من علمني حرفاً من المعلمين و أساتذة الجامعة، خاصة أساتذة السنة أولى ماجستير تخصص إرشاد و صحة نفسية، دون أن أنسى الأستاذة بن زروال فتيحة، و الأستاذ كربوش هشام ، كما أتقدم بجل تقديري و شكري إلى جميع مستخدمي المستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة خاصة رئيس مصلحة الطب الداخلي الأستاذ المساعد قيطاري و كل الفريق الطبي و الشبه الطبي العامل معه و بالأخص الأخصائي النفسي بولقرون إلياس .

و الشكر موصول أيضاً إلى الأساتذة الدكاترة أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا العمل.

الباحث

إهداء

إلى أبي رحمه الله

إلى أمي أطل الله في عمرها

إلى زوجتي و أبنائي إلياس و إيدير

إلى إخواني و أخواتي و عائلاتهم

إلى كل الأصدقاء و الزملاء

إلى كل الصادقين.....، الذين ينجزون في صمت لأجل هذا الوطن، حبه من الإيمان

الباحث

ملخص الدراسة

هدف هذا البحث إلى التعرف على مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية، و تحديد العلاقة التي بينهما لدى مرضى السكري من "النوع الأول" و "النوع الثاني"، و التعرف إن كانت هناك فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تعزى إلى بعض المتغيرات الديموغرافية على غرار: (مدة الإصابة، نوع مرض السكري، العمر، المستوى التعليمي، نوع الجنس، الحالة الإجتماعية).

تكونت عينة البحث من (125) مريض بالسكري، جمعت البيانات الخاصة بمتغيرات البحث بواسطة:

- مقياس التوافق النفسي مع داء السكري لستوارت ديين.

- مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر.

و قد أفضت النتائج إلى مايلي:

- مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري مرتفع.

- مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري متوسط.

- توجد علاقة موجبة دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية و التوافق النفسي.

- توجد علاقة بين الصلابة النفسية و أبعادها الثلاثة (الإلتزام ، التحكم، التحدي) مع التوافق النفسي و أبعاده

(التكيف و معتقدات حول المرض)، في حين لا توجد علاقة بين الصلابة النفسية و أبعادها الثلاثة (الإلتزام،

التحكم، التحدي) مع التوافق النفسي و أبعاده (ضغط داء السكري، مشاعر الذنب، تعاون-إغتراب، التسامح

مع الغموض).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التوافق النفسي تعزى إلى (مدة الإصابة بالمرض، نوع مرض

السكري، العمر، المستوى التعليمي، نوع الجنس، الحالة الإجتماعية).

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تعزى إلى (مدة الإصابة بالمرض، نوع داء

السكري، العمر، المستوى التعليمي، نوع الجنس).

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية تعزى إلى متغير الحالة الإجتماعية لصالح

المتزوجين.

Abstract

This study aimed to identify the level of psychological hardiness and psychological adjustment to diabetes among diabetic person in military university hospital of Constantine, and to detect the correlation between psychological hardiness and psychological adjustment, as well as to detect whether there are difference in level of psychological hardiness and psychological adjustment can be due to certain demographic variables such (age, gender, education level, diabetes kind, marital status, disease discovery).

the sample of study was formed of (125) diabetic person with "type 1" and "type 2 ", and two scales were used to collect data:

- Psychological adjustment to diabetes scale (Stewart Dunn preparation), translated by researcher.
- Psychological hardiness scale (Imad M'khaymer preparation).

The study found the following results:

- The level of psychological adjustment is high.
- The level of psychological hardiness is moderate.
- there is a statistical direct relationship between psychological adjustment and the psychological hardiness.
- There is a statistical direct relationship between psychological hardiness including its dimensions such as (commitment, challenge, control) and some dimension of psychological adjustment such as (coping, illness conviction), and no statistical direct relationship between psychological hardiness including its dimensions such as (commitment, challenge, control) and psychological adjustment including dimensions as (diabetes stress, guilt, alienation cooperation, tolerance to ambiguity).
- There is no statistical dissimilarities between the level of psychological adjustment to diabetes and: years of disease discovery, types of diabetes, age, educational levels, gender, and marital status.
- There were no statistical dissimilarities between the level of psychological hardiness and: years of disease discovery, types of diabetes, age, educational levels, and gender.
- There is statistical dissimilarities between the level of psychological hardiness and marital status, whereas the dissimilarities were in favor of married person.

فهرس الموضوعات

الصفحة	العنوان
أ	كلمة شكر.....
ب	الإهداء.....
1	ملخص الدراسة.....
3	فهرس الموضوعات.....
9	فهرس الجداول.....
12	مقدمة.....
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
15	1. الإشكالية.....
21	2. أسئلة الدراسة و فرضياتها.....
22	3. أهداف البحث.....
23	4. أهمية البحث.....
24	5. حدود البحث.....
24	6. تحديد مفاهيم البحث.....
الجانب النظري	
الفصل الثاني: التوافق النفسي	
27	1. مفهوم التوافق النفسي.....
27	1.1. لغة.....
27	2.1. إصطلاحًا.....
29	3.1. التعريف الإجرائي.....
29	2. الفرق بين مفهوم التوافق و مفهوم التكيف.....
31	3. النظريات المفسرة للتوافق.....
31	1.3. النظرية البيولوجية الطبية.....
31	2.3. نظرية التحليل النفسي القديمة.....
33	3.3. نظرية التحليل النفسي الجديدة.....
33	4.3. النظرية السلوكية.....
34	5.3. النظرية الإنسانية.....
35	6.3. النظرية الوجودية.....

36	7.3. النظرية المعرفية.....
36	4. طبيعة التوافق النفسي.....
37	1.4. التوافق النفسي كعملية.....
37	2.4. التوافق النفسي كحالة.....
38	5. أبعاد (مجالات) التوافق النفسي.....
38	1.5. التوافق الشخصي.....
39	2.5. التوافق الإجتماعي.....
40	6. وظائف عمليات التوافق.....
40	1.6. إشباع الحاجات الأولية.....
41	2.6. إشباع الحاجات الثانوية.....
41	3.6. التقبل و الرضا عن الذات.....
41	4.6. التكيف مع المجتمع ومسايرة قيمه و معاييرهِ.....
41	5.6. تحقيق الصحة النفسية.....
42	7. العوامل المؤثرة في التوافق.....
42	1.7. التنشئة الإجتماعية.....
43	2.7. الطفولة و خبراتها.....
43	3.7. المكونات الجسمية.....
43	4.7. وسائل الإعلام و الإتصال.....
43	5.7. الظروف الإقتصادية.....
44	6.7. توفر المهارات التكيفية.....
44	8. أساليب التوافق النفسي.....
44	1.8. تنمية مهارات جديدة.....
44	2.8. العمل الجدي و مضاعفة الجهد.....
45	3.8. إعادة تفسير الموقف.....
45	4.8. تغيير الطريقة.....
45	5.8. التعاون و المشاركة.....
46	6.8. تغيير الهدف.....
46	9. معايير التوافق النفسي.....
46	1.9. المعيار الذاتي.....

47	.....2.9. المعيار الإحصائي
48	.....3.9. المعيار الإجتماعي
48	.....4.9. المعيار الوظيفي
49	.....10. مظاهر التوافق النفسي الجيد
50	.....11. مظاهر سوء التوافق
50	.....1.11. المظاهر الذاتية
52	.....2.11 ³ . المظاهر الإجتماعية
54	.....خلاصة الفصل
الفصل الثالث: الصلابة النفسية	
56	.....1 مفهوم الصلابة النفسية
56	.....1.1. لغة
56	.....2.1. إصطلاحا
58	.....3.1. التعريف الإجرائي
58	.....2. أهمية الصلابة النفسية
59	.....3. أبعاد الصلابة النفسية
60	.....1.3. الإلتزام
62	.....2.3. التحكم
64	.....3.3. التحدي
66	.....1.4. خصائص الاشخاص ذوي الصلابة النفسية
66	.....1.4. خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة
67	.....2.4. خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة
67	.....5. النظريات المفسرة للصلابة النفسية
67	.....1.5. نظرية كوباسا
71	.....2.5. نظرية فنك
72	.....3.5. نظرية مادي
74	.....6. المصطلحات المتداخلة مع مفهوم الصلابة النفسية
74	.....1.6. قوة الأنا
75	.....2.6. مركز الضبط
76	.....3.6. الإرجاعية

77	4.6. الفاعلية الذاتية.....
78	5.6. تقدير الذات.....
80	خلاصة الفصل.....
الفصل الرابع: مرض السكري	
82	1. لمحة تاريخية.....
83	2. تعريف مرض السكري.....
83	3. تعريف البنكرياس.....
84	4. تعريف الأنسولين.....
85	5. إحصائيات حول مرض السكري.....
86	6. أعراض مرض السكري.....
87	7. أنواع مرض السكري.....
87	1.7. النوع الأول.....
87	2.7. النوع الثاني.....
89	3.7. مرض السكري الثانوي.....
89	4.7. مرض السكر الحمل.....
89	8. أسباب مرض السكري.....
90	1.7. الوراثة.....
90	2.7. العدوى.....
91	3.7. البيئة.....
91	4.7. الأمراض العضوية و النفسية.....
92	9. مضاعفات مرض السكري.....
92	1.9. المضاعفات الحادة.....
92	1.1.9. إنخفاض السكر في الدم.....
93	2.1.9. إرتفاع السكر في الدم.....
94	2.9. المضاعفات المزمنة لمرض السكري على أجهزة و أعضاء الجسم.....
94	1.2.9. مرض السكري و الأعصاب.....
94	2.2.9. مرض السكري والدورة الدموية و القلب.....
94	3.2.9. مرض السكري و العين.....
95	4.2.9. مرض السكري و الكلى.....

95	.....5.2.9. مرض السكري و الجهاز الهضمي
96	.....6.2.9. مرض السكري و القدم
96	.....7.2.9. مرض السكري و الأسنان
97	.....8.2.9. مرض السكري و الأنف و الأذن
97	.....9.2.9. مرض السكري و السرطان
97	.....10.2.9. مرض السكري و التهابات الجهاز التنفسي
98	.....10. علاج مرض السكري
98	.....1.10. الحمية الغذائية
99	.....2.10. التمارين الرياضية
99	.....3.10. الأدوية
99	.....1.3.10. الأقراص
100	.....2.3,10. الأنسولين
101	.....4.10. العلاج النفسي
102	.....خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس: خطوات البحث التطبيقي	
104	.....1. الدراسة الإستطلاعية
104	.....2. منهج البحث
105	.....1.3. مجتمع البحث
105	.....2.3. عينة البحث
107	.....4. أدوات جمع البيانات
107	.....1.4. مقياس التوافق النفسي
118	.....2.4. مقياس الصلابة النفسية
125	.....خلاصة الفصل
الفصل السادس: عرض وتحليل النتائج	
127	.....1.1. مستوى التوافق النفسي
129	.....2.1. مستوى الصلابة النفسية
130	.....2. علاقة التوافق النفسي بالصلابة النفسية
132	.....3. علاقة أبعاد التوافق النفسي بأبعاد الصلابة النفسية

135	1.4. الفرق في مستوى التوافق النفسي تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة.....
137	2.4. الفرق في مستوى الصلابة النفسية تبعاً لمتغير عدد سنوات الإصابة.....
138	1.5. الفرق في مستوى التوافق النفسي تبعاً لمتغير نوع مرض السكري.....
140	2.5. الفرق في مستوى الصلابة النفسية تبعاً لمتغير نوع مرض السكري.....
141	1.6. الفرق في مستوى التوافق النفسي تبعاً لمتغير العمر.....
142	2.6. الفرق في مستوى الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر.....
144	1.7. الفرق في مستوى التوافق النفسي تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.....
145	2.7. الفرق في مستوى الصلابة النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي.....
146	1.8. الفرق في مستوى التوافق النفسي تبعاً لمتغير الجنس.....
148	2.8. الفرق في مستوى الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس.....
149	1.9. الفرق في مستوى التوافق النفسي تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.....
151	2.9. الفرق في مستوى الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية.....
153	خلاصة الفصل.....
154	خاتمة.....
156	قائمة المراجع.....
167	الملاحق.....
	01- مقياس التوافق النفسي باللغة الإنجليزية
	02- مقياس التوافق النفسي في صورته الأولى
	03- مقياس التوافق النفسي في صورته النهائية
	04- مقياس الصلابة النفسية

قائمة الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
85	إحصائية أعداد مرضى السكر في الدول العربية عام 2000م و المتوقع عام 2030م.....	1-4
88	الفروقات الأساسية بين "النوع الأول" و "النوع الثاني".....	2-4
97	مضاعفات مرض السكر على المدى البعيد.....	3-4
106	توزيع العينة حسب متغيرات البحث.....	1-5
108	توزيع بنود مقياس التوافق النفسي على أبعاده الستة.....	2-5
109	أسماء الأساتذة المستعان بهم في مراجعة الترجمة.....	3-5
109	خصائص عينة التقنين.....	4-5
110	طريقة الإجابة على مقياس التوافق النفسي.....	5-5
110	طريقة تنقيط مقياس التوافق النفسي.....	6-5
110	البنود الإيجابية و البنود السلبية.....	7-5
112	معامل الارتباط بين كل بند و الدرجة الكلية.....	8-5
114	البنود المحذوفة من مقياس التوافق النفسي.....	9-5
115	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي و أبعاده الستة.....	10-5
116	قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ.....	11-5
116	معاملات ثبات مقياس التوافق النفسي.....	12-5
117	البنود التي تم إعادة صياغتها.....	13-5
117	توزيع مقياس التوافق النفسي حسب أبعاده بعد حذف البنود غير الدالة.....	14-5
118	مثال توضيحي عن عرض بنود، وطريقة الإجابة على مقياس الصلابة النفسية.....	15-5
119	مثال توضيحي عن طريقة تنقيط مقياس الصلابة النفسية.....	16-5
119	توزيع البنود على الأبعاد الثلاثة.....	17-5
120	خصائص عملية التقنين لمقياس الصلابة النفسية.....	18-5
121	قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابين لعينة الذكور.....	19-5
121	قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث.....	20-5
122	معاملات الارتباط بين قائمة الصلابة النفسية و كل من الإلتزام الشخصي، المساندة الإجتماعية، سلم السعادة، الدافع إلى الإنجاز(خليفة)، الدافع إلى الإنجاز(عبد القادر)، الثقة بالنفس(العنزي).....	21-5
123	معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية و الدرجات على الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية.....	22-5
123	معاملات الارتباط بين مقياس الصلابة النفسية و متغيري التشاؤم و اليأس.....	23-5

124	..... معاملات ثبات مقياس الصلابة النفسية.....	24-5
127	..... المتوسط الحسابي و الوسط الفرضي و الإنحراف المعياري و قيمة "ت" للتوافق النفسي.....	1-6
129	..... المتوسط الحسابي و الإنحراف المعياري و مستويات الصلابة النفسية.....	2-6
130	..... معامل الارتباط بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية.....	3-6
132	..... نتائج معامل الارتباط بين أبعاد الصلابة النفسية و أبعاد التوافق النفسي.....	4-6
135	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للتوافق النفسي وفق متغير عدد سنوات الإصابة بمرض السكري.....	5-6
137	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للصلابة النفسية وفق متغير عدد سنوات الإصابة بمرض السكري.....	6-6
138	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للتوافق النفسي وفق متغير نوع مرض السكري.....	7-6
140	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للصلابة النفسية وفق متغير نوع مرض السكري.....	8-6
141	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للتوافق النفسي وفق متغير العمر.....	9-6
142	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للصلابة النفسية وفق متغير العمر.....	10-6
144	..... نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير المستوى التعليمي للتوافق النفسي.....	11-6
145	..... نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير المستوى التعليمي للصلابة النفسية.....	12-6
147	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للتوافق النفسي وفق متغير الجنس.....	13-6
148	..... المتوسطات الحسابية و الإنحرافات المعيارية و قيمة "ت" للصلابة النفسية وفق متغير الجنس.....	14-6
149	..... نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير الحالة الإجتماعية للتوافق النفسي.....	15-6
151	..... نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير الحالة الإجتماعية للصلابة النفسية.....	16-6
152	..... الفرق بين المتوسطات الحسابية لدرجات الصلابة النفسية حسب الحالة الإجتماعية.....	17-6

قائمة المخططات

الصفحة	العنوان	الرقم
70	.....التأثيرات المباشرة و غير المباشرة للصلاية النفسية.....	1-3
70	.....التأثيرات المباشرة لمتغير الصلاية النفسية.....	2-3
72	.....نموذج فنك المعدل لنظرية كوباسا للتعامل مع المشقة و كيفية مقاومتها.....	3-3
84	.....بنكرياس الإنسان.....	1-4

مقدمة

إن شخصية الإنسان و صحته النفسية تتأثر بالعديد من المواقف و الضغوط الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية، و لعل أبرز الضغوط و أكثرها تأثيرا تلك الناتجة عن الأمراض، ففي عصرنا الحالي أصبحت الأمراض و خاصة المزمنة منها معضلة حقيقية سواءا بالنسبة للأفراد أو الحكومات، فالأمراض المزمنة عادة ما تترك أثرا سلبية على الفرد، خاصة على الجانب النفسي، فقد أشارت الأطر النظرية أن الأفراد الذين يعانون من الأمراض العضوية أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية من غيرهم، و من الأمراض المزمنة التي تعتبر في زيادة غير مسبوقه في كل أرجاء العالم مرض السكري، هذا الأخير يصيب الصغير و الكبير، الرجال و النساء، الفقراء و الأغنياء، و هذا ما يدل على أن الكل معرض للإصابة بهذا الداء، لكن ما جلب إنتباه الأطباء و حتى علماء النفس، هو تباين إستجابات الأفراد من الناحية النفسية، إلى درجة جعلت قسما من الباحثين يُقِرُّ بأن ثمة عوامل معينة في الشخصية تساهم في مواجهة ضغوط المرض و التكيف معها.

و إنطلاقا من ذلك، يسعى البحث الحالي إلى تفحص مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري من "النوع الأول" و "النوع الثاني" ، و البحث عن طبيعة العلاقة التي تربطهما، إضافة إلى البحث عن ما إذا كانت هناك فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تعزى إلى بعض المتغيرات الديموغرافية، و قد جاءت فصول البحث كما يلي:

✓ **الفصل الأول:** تم فيه طرح مشكلة البحث، تحديد أهدافه، توضيح أهميته، و ضبط مفاهيمه الأساسية إجرائيا.

✓ **الفصل الثاني:** خصص للتوافق النفسي، مفهومه، النظريات المفسرة له، طبيعته، أبعاده، وظائفه، العوامل المؤثرة فيه، ومعايره.

✓ **الفصل الثالث:** خصص للصلابة النفسية، مفهومها، أهميتها و أبعادها، النظريات المفسرة لها، المصطلحات المتداخلة معها.

✓ **الفصل الرابع:** خصص لمرض السكري، من حيث تطور مفهومه، إحصائيات انتشاره، أنواعه، أسبابه، و الأعراض المصاحبة لهذا المرض، وكيفية علاجه.

✓ **الفصل الخامس:** فصلت فيه الإجراءات المنهجية للبحث، فجاء فيه الدراسة الإستطلاعية، المنهج المستعمل، خصائص مجتمع و عينة البحث، أدوات جمع البيانات و خصائصها السكومترية.

✓ **الفصل السادس:** تضمن عرض نتائج الدراسة الأساسية للبحث، و مناقشتها في ضوء الجانب النظري و الدراسات السابقة.

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

- 1- إشكالية البحث
- 2- فرضيات البحث
- 3- أهداف البحث
- 4- أهمية البحث
- 5- حدود البحث
- 6- تحديد مفاهيم الدراسة

1- إشكالية البحث

تتمثل مظاهر الصحة الجسمية في خلو أعضاء الجسم من الأمراض و العلل و التشنجات، و قيامها بوظائفها على خير وجه، و هذا ما يساعد الفرد على أن يسلك في مواقف الحياة المختلفة سلوكًا يدل على تكيفه مع نفسه و مع الآخرين، أما الصحة النفسية فهي ليست مجرد خلو الفرد من المرض العقلي أو النفسي فقط، و إنما هي فوق ذلك، حالة الإكتمال الجسمي و النفسي و الإجتماعي لديه.(الهابط، 1978، ص:19-27)، و يضيف Katon (1992) بأنها: التوافق التام بين الوظائف النفسية المختلفة، مع القدرة على مواجهة الأزمات و الصعوبات العادية المحيطة بالإنسان و الإحساس الإيجابي بالنشاط و السعادة و الرضا.

بما أن الكائن و بيئته متغيران، فإن كل تغير يتطلب تغييرًا مناسبًا للإبقاء على إستقرار العلاقة بينهما، و هذا التغيير المناسب هو التكيف أو المواءمة (Adaptation)، و العلاقة المستمرة بينهما هي التوافق، و كثيرا ما يستخدم اللفظين (تكيف و توافق) كما لو كانا مترادفين، فالتكيف يشير إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق، و التوافق يشير إلى حالة الإستقرار التي يبلغها الكائن.(أحمد كامل، 1999، ص: 26)، إلا أن هناك من حاول التفرقة بين مفهوم التوافق ومفهوم التكيف حيث ميز كل من مورر و كلكهون و أشارا إلى أن لفظ التكيف يستخدم للدلالة على مفهوم عام يتضمن جميع ما يبده الكائن الحي من نشاط لممارسة الحياة في محيطه الفيزيقي و الإجتماعي، بينما يستخدم لفظ التوافق للدلالة على الجانب السيكولوجي في هذا النشاط.(سوسن شاكر، 2012).

و لقد عُرف التوافق النفسي بأنه: تلك العملية الدينامكية المستمرة التي يهدف بها الفرد إلى أن يغير من سلوكه ليحدث علاقة أكثر تلاؤمًا بينه و بين نفسه من جهة، و بينه و بين البيئة من جهة أخرى، و البيئة هنا تشمل كل المؤثرات و الإمكانيات للحصول على الإستقرار النفسي و البدني في معيشته، و لهذه البيئة ثلاث جوانب: البيئة الطبيعية المادية، و البيئة الإجتماعية، ثم الفرد و مكوناته و إستعداده و ميوله و فكرته عن نفسه.(فهيمي، 1979، ص:11)، كما يتضمن التوافق النفسي شقين هما: إتران الفرد مع نفسه أو تناغمه مع ذاته بمعنى مقدرته على مواجهة و حسم ما ينشأ بداخله من صراعات و ما يتعرض له من إحباطات، ومدى تحرره من التوتر و القلق الناجم عنه و نجاحه في التوفيق بين دوافعه المختلفة، ثم إنسجامه مع ظروف بيئته المادية و الإجتماعية عموما بما فيها من أشخاص آخرين، و علاقات و عناصر و موضوعات و أحداث و مشكلات.(القريطي، 2003، ص: 62).

لقد دلت العديد من الدراسات أن التوافق النفسي يتأثر بشدة بالصحة الجسمية و الأمراض الجسدية، وهذا ما أشار إليه (أبو شمالة، 2002)، حيث ذكر أن عملية التوافق تحتاج إلى أن يتمتع الفرد بقدر مناسب من الصحة الجسدية تمكنه من بذل الجهد المناسب لمواجهة حالات التوتر و الضغوط التي يتعرض لها، فقد أعتبر العديد من الباحثين في مجال علم النفس الصحي أن الأمراض الجسدية مصدر ضغط و تهديد قوي بالنسبة للفرد، إذ أن التشخيص المبدي (بمرض) قد يربك الشخص لدرجة تجعله عاجزاً عن الإدراك الفوري لعمق التغيير المطلوب، كما يواجه المرضى بعد تشخيصهم بمرض مزمن أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن الجسمي و النفسي و الاجتماعي، حيث يكتشفون أن أساليبهم الإعتيادية في التكيف مع المشكلات ليست فعالة، كما قد يشكل التشخيص بمرض مزمن صدمة كبرى بالنسبة للأفراد، حيث يتغير كل شيء في حياتهم بدءاً من البسيط إلى المعقد، أما أبرز العواطف التي تصاحب حالة الإرتباك و الإحساس بالضياع، فعادة ما تكون الإنكار و القلق و قد يسيطر الإكتئاب فيما بعد على الحالة الوجدانية للشخص. (تايلور، 2008، ص: 624-625).

إن ظهور هذه الإستجابات الإنفعالية الشديدة عند العديد من المرضى المزمنين، قاد العديد من الباحثين إلى التفكير بإحتمالية وجود سلسلة من المراحل في توافق المريض مع المرض المزمن، لكن محاولات البرهنة على وجود مثل هذه المراحل باءت بالفشل (Silver & wortman, 1980)، إلا أن الأكيد أن المرض المزمن يتطلب إحداث تغييرات دائمة في الأنشطة الجسمية و المهنية و الاجتماعية، بالإضافة إلى ذلك يتوجب على من يعانون من مرض مزمن أن يتقبلوا الوضعية المرضية إذا ما أرادوا التكيف مع إضطراباتهم، ويضيف كل من Gélie (2001) و Macrea (1986)، أن المساندة الاجتماعية الفعالة، و إستراتيجيات التعامل، و الدخل المناسب له علاقة مع التوافق النفسي الجيد مع الأمراض المزمنة أو الخطيرة ، كما توصلت دراسة عبد ربه (2010) إلى وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي و قوة الأنا لدى مرضى السكري، في حين أوضحت إحدى الدراسات أن الصلابة النفسية كانت عاملاً مهماً لدى كبار السن في التوافق مع العديد من الأمراض المزمنة (السيد، 2012)، و أشار كذلك Pakenkam (1999) أن التعامل النشط منبئ بالتوافق الجيد مع التصلب المتعدد، و في السياق ذاته أضاف Frenzel et al (1988)، أن سوء التوافق مرتبط بالقدرية و التقبل السلبي و الإنسحاب ولوم الآخرين، و لوم الذات و السعي نحو نسيان المرض، فعادة ما يكون تكيف الأفراد الذين يلجئون إلى إستراتيجيات متعددة مع ضغوط المرض المزمن أفضل من تكيف أولئك الذين يعتمدون أسلوباً واحداً من أساليب التعامل، و لعل ذلك يعود إلى أن إستراتيجيات التكيف تكون أكثر فاعلية عندما تتناسب مع نوع المشكلة أو المشكلات التي يواجهها المريض، فالمرضى الذي يتميز بمثل هذه التعددية في

إستراتيجيات التكيف، يكون أكثر قدرة على المواءمة من ذلك الذي لا يملك سوى أسلوب واحد للتكيف، و إن مجرد إدراك الفرد لذاته على أنه شخص يجيد التعامل، يمكن أن يحسن من التكيف مع المرض المزمن. (تايلور، 2008).

إن التوافق مع المرض المزمن له علاقة بمجموعة من المعتقدات التي يحملها المريض سواء كانت معتقدات حول المرض، أو طبيعته، أو أسبابه، أو مدى إمكانية السيطرة عليه (تايلور، 2008)، و في هذا السياق يقول عبد ربه (2010)، أن تقبل التشخيص و التكيف مع المرض و التوافق مع مضاعفاته مرهون بعدة عوامل قد تكون: نفسية، أو إجتماعية، أو إقتصادية (الدخل المناسب)، و المساندة الإجتماعية الفعالة، و القدرة على مقاومة الضغوط، أما رضوان (2008) فقد لخص هذه العوامل فيما يلي: طبيعة المرض، قدرات المريض الذاتية، المساندة الإجتماعية و المعتقدات السائدة عن المرض.

و الحالات المزمنة تضم مدى واسعاً من الأمراض تبدأ بالحالات البسيطة مثل فقدان السمع جزئياً، و تمتد إلى حالات خطيرة تهدد الحياة مثل أمراض السرطان و القلب و السكري، حيث يعتبر هذا الأخير (السكري) في الوقت الحاضر من أكثر الأمراض المزمنة شيوعاً و إنتشاراً في العالم أجمع، المتقدم منه و النامي، حيث يصيب الأغنياء و الفقراء، الصغار و الكبار، الرجال و النساء، و قد أظهرت الدراسات العلمية أن ما يقارب من (5 - 8 %) من الأفراد مصابون بداء السكر و كثيراً من المرضى لا تظهر عليهم أعراض المرض و لا يعرفون أنهم مصابون بالسكر. (محمد الحميد، 2007، ص:3).

ويعرف مرض السكري على أنه: إختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر(الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية، أو حتى بسبب إفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، و يحدث ذلك نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب، أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، و يطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين" أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة و لكن هناك مقاومة من الأنسجة و الخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين و يطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين". (WHO, 2015).

و في الحقيقة أن مشكلة مرض السكر لا تكمن في مجرد إرتفاع نسبة السكر في الدم، فهذا ما هو إلا عرض لمرض يتغلغل في جسم الإنسان بصمت و ببطء و يضرب بعنف. (محمد الحميد، 2007، ص:3)، حيث

بينت الدراسات أن مرض السكر سنة (2012) كان السبب المباشر في وفاة مليون و نصف (1,5) شخص في العالم (OMS,2015)، كما أن كل مصاب بداء السكري من ستة معرض للبتير في حياته. (Estelle Fall, 2012)، و يعتبر مرض السكري السبب الأول لحالات فقدان البصر لدى من هم فوق العشرين، و هو السبب في حدوث 44 % من حالات الفشل الكلوي التام، كما أن مرضى السكري يعانون من مشكلات الإلتصاب الجنسي، و حوالي 30% يعانون من الإكتئاب علموا بذلك أم لم يعلموا.(محمد الحميد، ص: 04)، و عليه فإن تعطل أحد الأعضاء يؤثر على حياة الشخص النفسية و الإجتماعية لأنه يقلل من شأنه و يزيد من شعوره بالقلق و بالتالي يؤدي إلى سوء التوافق النفسي و الإجتماعي.(مرسي، 1976، ص:360).

فقد أشارت دراسة Rubin et Peyrot (1998)، أن مضاعفات مرض السكري تختلف بين الرجال و النساء، فالرجال لهم القدرة على التعايش مع المرض أكثر من النساء، والمضاعفات لديهم أقل حدة، أما دراسة رضوان (2002)، و Lioyd (2000) و Boey (1999) ، فقد أظهرت أن مرضى السكري تتميز ردودهم بالقلق، و الإكتئاب، و السلبية، و الإنطوائية، و إنخفاض تقدير الذات و صعوبة في الإندماج مع المجتمع، وفي السياق نفسه، أظهرت دراسة Rtiva et Tuula (2004) أن تقدير الذات أقل لدى مرضى السكري مقارنة بالأفراد غير المصابين.(نقلا عن مرفت عبد ربه، 2010)، و قد أظهرت دراسة Wandell Gravels (2004)، أن إستراتيجيات التعامل لدى مرضى داء السكري، كانت أقل فعالية لدى النساء مقارنة بالرجال، كما لوحظ إنتشار الإنعزالية و الإنطوائية و الإستسلام لديهن أكثر من الرجال.(المرجع السابق).

إن التعامل مع التشخيص بالأمراض المزمنة (السكري) يشبه من نواحي كثيرة التعامل مع ضغوط الحياة الشديدة.(تايلور، 2008)، والمفتاح الرئيسي لفهم الإستجابات للضغوط لا يعتمد على طبيعة الضواغط و مصادرها فقط، و إنما يتوقف على الكيفية التي بها يستجيب الفرد لتلك الضغوط، فبعض الناس ينهارون، في الوقت الذي يجتهد آخرون في التعامل مع الظرف الطارئ الضاغط، و هذا ما يدل على أن لكل شخص نقطة إختيار نفسي و هي تختلف من شخص إلى آخر، و تختلف كذلك حسب طبيعة الضغوط ومصادرها، و بنية شخصية الفرد، ومزاجه، وعمره، وجنسه، وصحته النفسية.(بطرس، 2008)، أما كارل روجرز فقد أشار إلى أهمية مفهوم الذات في إدراك الأحداث الحياتية الضاغطة كالمريض، فإذا كان مفهوم الذات إيجابياً كان أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط، أما إذا كان مفهوم الذات سلبياً فإن الفرد يدرك

الموقف على أنه تهديداً و خطراً و هذا ما يؤثر على مستوى التوافق لديه، و من ثم يكون عرضة للضغط والضيق و القلق.(Rogers ,1959 , P :184).

على الرغم من حقيقة أن غالبية المرضى المزمنين يعانون على الأقل من بعض ردود الفعل السيكولوجية السلبية كنتيجة للمرض، إلا أن معظم هؤلاء لا يبحثون عن العلاج النفسي لأعراضهم بأية صورة من الصور، و عوضاً عن ذلك نجدهم يعودون إلى مصادرهم و إمكانياتهم الذاتية و الإجتماعية لحل مشكلاتهم و التخفيف من ضيقهم النفسي.(تايلور، 2008، ص: 635)، و يضيف الكاتب نفسه و يقول، إذا كنا حقاً نريد أن نفهم طبيعة التغيرات في الإستجابة للمرض المزمن (السكري) بصورة تامة، فإن هذا يتطلب أن نأخذ بعين الإعتبار الذات (Self) و مصادر القوة و المرونة فيها، أو سهولة تكيفها و كذلك نقاط ضعفها.(تايلور، 2008، ص: 630)، هذا ما دفع الكثير من الدراسات في السنوات القليلة الماضية، إلى بحث موضوع الأشخاص الأسوياء الذين يشعرون بقيمتهم و يحققون ذواتهم، و على الجوانب الإيجابية سواء كانت نفسية أو إجتماعية، و عليه فقد أفترضت عدة مكونات نفسية لتفسير التوافق الإنساني منها: قوة الأنا، و الإلتزان الإنفعالي، و إتباع أساليب التعامل الفعالة، و الكفاءة الذاتية، و تنظيم الذات، و الصلابة النفسية، حيث تعتبر هذه الأخيرة من المفاهيم الحديثة نسبياً و التي حظيت بإهتمام العديد من علماء النفس على غرار (كوباسا،Kobassa)، حيث عرفتها بأنها "إعتقاد عام للفرد في فاعليته و قدرته على إستعمال كل المصادر النفسية و الإجتماعية المتاحة، كي يدرك و يفسر و يواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة"(محمد حسن غانم، 2007، ص: 55-56).

كما تُعرف الصلابة النفسية بأنها إحدى سمات الشخصية التي تساعد الفرد على التعامل الجيد مع الضغوط و الإحتفاظ بالصحة النفسية و الجسمية، و عدم تعرضه للإضطرابات السيكوسوماتية، كأعراض القلب و الدورة الدموية و غيرها، حيث يتصف ذووا الشخصية الصلبة بالتفاؤل و الهدوء الإنفعالي و التعامل الفعال و المباشر مع الضغوط، حيث حددت كابوسا الصلابة النفسية في ثلاثة أبعاد هي:

- الإلتزام: و هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه و أهدافه و قيمه و الآخرين من حوله، مما يجعله ينظر إلى المواقف الضاغطة على أنها تجلب المتعة.

- **التحكم:** و يشير إلى مدى إعتقاد الفرد بمقدوره السيطرة على الأحداث التي يواجهها، و تحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، و يرى أن الأحداث متغيرة و ليست ثابتة، كما يتضمن القدرة على إتخاذ القرارات، و القدرة على تفسير الأحداث.

- **التحدي:** و هو إعتقاد الفرد في أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير و فرصة ضرورية للنمو أكثر من كونه تهديداً له، و يمثل جانبا طبيعياً في الحياة، مما يساعده على المبادأة و إستكشاف البيئة، و معرفة المصادر النفسية و الإجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعلية.(عماد مخيمر، 2002، ص:6).

و أشار هانتون إلى أن الفرد الذي يتمتع بالصلابة النفسية يستخدم التقييم و إستراتيجيات التعامل بفعالية، يكون على مستوى عال من الثقة النفسية، و يقدر الموقف بأنه أقل تهديد ثم يعيد بناؤه إلى شيء أكثر إيجابية.(عباس، 2010، ص: 168)، كما بينت دراسة Cohen & Edwards (1989) أن الأفراد الذين يتسمون بصلابة نفسية عالية، حتى و لو قاموا بتقدير الضغوط على أنها مهددة، فإن سماتهم الشخصية تظل تعمل كواق من تأثير الضغوط عن طريق تسهيل إختيار أساليب التعامل التوافقية، أو عن طريق كف السلوك غير التوافقي، فالأفراد ذوو الصلابة النفسية العالية، يميلون إلى إستعمال أسلوب المواجهة التحويلي، فيقومون بتغيير الأحداث التي يمكن أن تولد ضغوطاً إلى فرص للنمو، و نتيجة لذلك يتوافقون مع الأحداث الضاغطة بطريقة فعالة، أما ذوو الصلابة النفسية المنخفضة، فيستعملون أسلوب المواجهة التراجعي، الذي يتضمن نكوصاً، فيقومون بالإبتعاد عن المواقف التي يمكن أن تولد ضغوطاً، و على الرغم من أن الشخص الذي يلجأ إلى أسلوب النكوص، قد يتجنب مؤقتاً المواقف الضاغطة، إلا أنه بطريقة تشاؤمية يظل مشغولاً بتلك الضغوط و مهموماً بها.(بشير معمرية، 2015).

فقد أظهرت العديد من الدراسات إرتباط الصلابة النفسية بمتغيرات نفسية، على غرار دراسة عبد المنعم (2007)، التي أشارت أن الأشخاص ذوو الشخصية الصلبة يتصفون بالتفاؤل والهدوء الإنفعالي(عبد المنعم حسيب، 2007، ص: 165)، في حين بين Hull & others (1987) وجود إرتباط سالب بين الصلابة النفسية و الإكتئاب، و وجود إرتباط موجب بين الصلابة النفسية و تقدير الذات الإيجابي، و أن الأشخاص الأقل صلابة أكثر نقداً لذواتهم و أكثر شعوراً و تعميماً لخبرات الفشل.(عماد مخيمر، 2002، ص: 9).

كما تناولت دراسات أخرى مدى إرتباط الصلابة بالعديد من المفاهيم على غرار الصحة الجسمية و الصحة النفسية، ففي دراسة قام بها Maddi & others (1996)، دلت النتائج على وجود إرتباط سالب بين الصلابة النفسية و تناول الكحول و المخدرات فيما سبق، فالأفراد ذوو الصلابة النفسية المنخفضة أقروا بدرجة أكبر لتعاطيهم للكحول و المخدرات، سواء في السابق أو في الحاضر. أما دراسة السيد (2007) فقد أكدت وجود إرتباط موجب و دال إحصائياً بين الذكاء الإنفعالي و الصلابة النفسية. (حسيب، 2007، ص: 177-180).

كما خلصَ الباحثون إلى أنه لكي نفهم الصحة النفسية و الإضطراب النفسي، ينبغي أن تكون هناك أطر تنبؤية تتيح الربط بين السواء و كل من العوامل المعرضة للإضطراب أو العوامل المدعمة للقدرة على المواجهة الفعالة، و لذلك يركز الباحثون على فحص عوامل و مؤشرات الخطورة "factors Risk"، أي تلك العوامل التي يمكن أن ترفع من قابلية الإصابة بالمرض النفسي و زيادة المعاناة". أو قد يركزون على دراسة عوامل المقاومة "Resistance factors" أي المتغيرات النفسية و البيئية المرتبطة بإستمرار السلامة النفسية حتى في مواجهة الظروف الضاغطة، التي يمكن أن تدعم قدرة الفرد على مواجهة المشكلات و التغلب عليها. (سلامة، 1991، ص:أ، 199).

و من خلال ما تم عرضه حول علاقة الجوانب الجسمية بالأبعاد النفسية و علاقة هذه الأخيرة ببعضها البعض، حيث أظهرت الدراسات علاقة تكاد تكون عضوية بين كل من الصحة الجسمية و الصحة النفسية، و في ظل غياب دراسات حول العلاقة بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية كبعد إيجابي من أبعاد الشخصية عند مرضى السكري بصفة خاصة، و هم فئة عريضة في كل المجتمعات تقريباً و في الجزائر بالخصوص، حيث قدر عدد المصابين بهذا الداء أكثر من ثلاثة ملايين مصاب حسب فوروم الشروق الذي نشطه البروفيسور إبراهيم أوجيت (2010)، فإنه من الضروري القيام بمجهود منظم للإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري ؟
- هل توجد علاقة بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري ؟
- كيف ترتبط أبعاد التوافق النفسي بأبعاد الصلابة النفسية لدى مرضى السكري ؟
- هل توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعاً لمدة الإصابة بالمرض ؟

- هل توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا لنوع مرض السكري (النوع الأول- النوع الثاني) لدى مرضى السكري؟
- هل توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للعمر لدى مرضى السكري؟
- هل توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري؟
- هل توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للجنس لدى مرضى السكري؟
- هل توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للحالة الإجتماعية لدى مرضى السكري؟

2- فرضيات البحث:

- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى بالسكري.
- توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين أبعاد التوافق النفسي و أبعاد الصلابة النفسية.
- توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرض السكري تبعًا لمدة الإصابة بالمرض.
- توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا لنوع مرض السكري (النوع الأول-النوع الثاني) لدى مرضى السكري.
- توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للعمر لدى مرضى السكري.
- توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للمستوى التعليمي لدى مرضى السكري.
- توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للجنس لدى مرضى السكري.
- توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للحالة الإجتماعية لدى مرضى السكري.

3- أهداف البحث:

- الكشف عن مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.
- الكشف عن العلاقة بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.
- الكشف عن العلاقة بين أبعاد التوافق النفسي و أبعاد الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.
- الكشف عن الفروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا لمدة الإصابة بمرض السكري.
- الكشف عن الفروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا لمتغير نوع مرض السكري.

- الكشف عن الفروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا للعمر لدى مرضى السكري.
- الكشف عن الفروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا لمتغير المستوى التعليمي لدى مرضى السكري.

- الكشف عن الفروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا لمتغير الجنس لدى مرضى السكري.
- الكشف عن الفروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعًا لمتغير الحالة الإجتماعية لدى مرضى السكري.

4- أهمية البحث

4-1- الأهمية العلمية

- الإسهام في إثراء و تزويد المكتبة بمحاور بحثية ذات أهمية خاصة في مجال علم النفس الصحي.
- إلقاء الضوء - علميا - على العلاقة بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى عينة من المرضى المصابين بالسكري، و تأكيد هذه العلاقة من عدمها من خلال تطبيق البحث على عينة إكلينيكية وفق المتغيرات التالية :
عدد سنوات الإصابة، نوع مرض السكري، العمر، المستوى التعليمي، الجنس، الحالة الإجتماعية.

4-2- الأهمية التطبيقية

- معرفة مستوى التوافق النفسي لدى مجتمع البحث .
- معرفة مستوى الصلابة النفسية لدى مجتمع البحث.
- تساعد نتائج الدراسة في جلب الإهتمام إلى البرامج الإرشادية ، و الإجراءات العلاجية النفسية ، و تحديد فاعليتها ، و مدى جدواها و تأكيد دورها من عدمه في التكفل النفسي بمرضى السكري، و ذلك من خلال ما تقوم به هذه الدراسة من الكشف عن مدى العلاقة (وجودها من عدمها) ما بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.
- إجراء بحوث في مجال علم النفس الصحي تتسق مع توصية الجمعية الأمريكية لعلم النفس للباحثين بضرورة إجراء أبحاث هدفها الأساسي هو حماية صحة الفرد النفسية و الجسمية.

5- حدود البحث:

الحدود المكانية: مرض السكري موجود في كامل التراب الوطني، إلا أن الدراسة الحالية إقتصرت فقط على المرضى الذين يتابعون العلاج بشكل دوري في المستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة، عند طبيب أمراض الغدد.

الحدود الزمنية: قام الباحث بتطبيق المقياسين على العينة الإستطلاعية خلال شهر أفريل، ماي، و بداية جوان، و مع حلول شهر رمضان المعظم توقف الباحث عن تطبيق المقياسين بسبب بلوغ العدد المستهدف من افراد العينة من جهة، و من جهة أخرى بسبب الحالة المزاجية التي كان عليها المرضى خاصة الصائمين منهم، أما التطبيق على العينة الفعلية فكان خلال شهر أوت، سبتمبر، أكتوبر.

الحدود البشرية: يتحدد البحث الحالي في مرضى السكري من "النوع الأول" و "النوع الثاني" فقط، و دون تعقيدات خطيرة، في حين تم إقصاء مرضى السكري الثانوي و مرضى سكري الحمل.

6- تحديد المفاهيم

➤ التوافق النفسي

يعرف زهران (2005) التوافق النفسي بأنه:

" عملية دينامية مستمرة تتناول السلوك و البيئة (الطبيعية و الإجتماعية) بالتغير و التعديل حتى يحدث توازن بين الفرد و بيئته ، و هذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد و تحقيق متطلبات البيئة". (زهران، 2005، ص:27).

أما الشحومي (1989) فيرى أن التوافق النفسي هو:

"حالة من الإلتزان الداخلي للفرد، بحيث يكون راضياً عن نفسه متقبلاً لها، مع التحرر النسبي من التوترات و الصراعات التي ترتبط بمشاعر سلبية عن الذات، و حالة الإلتزان الداخلي يمكن أن يصاحبها التعامل الإيجابي مع الواقع و البيئة". (الشحومي، 1989، ص:21).

أما التعريف الإجرائي للتوافق النفسي فهو:

"عملية ديناميكية مستمرة يقوم خلالها الفرد بالتفاعل مع البيئة، لإشباع حاجاته الجسمية، و النفسية و الإجتماعية، ليحقق بذلك الرضا عن نفسه و عن الآخرين، و تقاس عن طريق الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال إجابته على فقرات مقياس التوافق النفسي لستوارت ديين".

➤ الصلابة النفسية:

يعرف الحجاز وذخان (2005) الصلابة النفسية على أنها:

"إعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته و قدرته على إستخدام كل المصادر النفسية و البيئية المتاحة كي يدرك و يفسر و يواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة". (الحجاز و ذخان، 2005 ص: 373).

أما مخيمر (1997) فقد عرف الصلابة النفسية بأنها:

"نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه، أهدافه و قيمه و الآخرين من حوله، و إن ما يطرأ على جوانب حياته من تغير هو أمر مثير و ضروري للنمو أكثر كونه تهديداً أو إعاقة له". (مخيمر، 1997).

أما التعريف الإجرائي:

"هي قدرة الشخص على تجاوز الضغوط النفسية التي يتعرض لها عن طريق إستخدام المعطيات و القدرات الشخصية و البيئية، و تقاس عن طريق الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال إجابته على فقرات مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر".

➤ مرض السكري:

"مرض السكري هو إضطراب في عملية التمثيل الغذائي، بإرتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، و المسؤول عن ذلك هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن التصنيع، أو إستخدام الأنسولين بشكل مناسب، و على إعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس و الذي يتحكم في تحويل السكر و الكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث إضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز في الدم و يظهر بالبول. (هالة رمضان علي، 1997، ص: 12).

الفصل الثاني

التوافق النفسي

تمهيد

1. مفهوم التوافق.
2. الفرق بين مفهوم التوافق و مفهوم التكيف.
3. النظريات المفسرة للتوافق النفسي.
4. طبيعة التوافق النفسي.
5. أبعاد (مجالات) التوافق النفسي.
6. وظائف عمليات التوافق.
7. العوامل المؤثرة في التوافق.
8. أساليب التوافق النفسي.
9. معايير التوافق النفسي.
10. مظاهر التوافق النفسي الجيد.
11. مظاهر سوء التوافق.

خلاصة الفصل

تمهيد

لقد تعددت تسميات وتعريف علماء النفس و الباحثين لمفهوم التوافق النفسي، و يرجع ذلك إلى تعدد السياقات، و الخلفيات العلمية، و أدوات القياس، فقد أشار شاذلي (2001) أن التوافق من المصطلحات الغامضة والمركبة إلى حد كبير، وذلك لإرتباطه بالتصور النظري للطبيعة الإنسانية و بتعدد النظريات و الأطر الثقافية، زيادة إلى كثرة و تنوع وسائل القياس، إلا أن رغم تلك الاختلافات نجد تعريفاتهم تركز على توافق الفرد مع نفسه، أو توافقه مع مجتمعه و بيئته، فقد ركز كل تعريف على الجانب الذي رأى الباحث أنه الأهم في مفهوم التوافق، و فيما يلي عرض لبعض التعريفات التي جاءت في هذا المفهوم.

1- مفهوم التوافق

1-1 مفهوم التوافق لغة:

✓ جاء في معجم الوسيط أن التوافق في الفلسفة هو أن يسلك المرء مسلك الجماعة، و يتجنب الإنحراف في السلوك.(أنيس و آخرون، 1984، ص:1047).

✓ ورد في لسان العرب أن التوافق: مأخوذة من وفق الشيء أي لاءمة، وقد وافقه موافقة، و إتفق معه توافقاً.(الأنصاري، 1988، ص: 262).

ويتضح للباحث من خلال التعريف اللغوي للتوافق أنه يعني الملائمة، و الاعتدال، و الوسطية.

2-1 مفهوم التوافق اصطلاحاً:

✓ لقد عُرف التوافق في البداية تعريفًا بيولوجيًا و هذا ما ذكره الشاذلي (2001):

"التوافق هو قدرة الكائن الحي على التلاؤم مع الظروف البيئية، فعند حدوث تغيرات بيئية مفاجئة، فيواجهها الكائن الحي بتغيرات ذاتية و بيئية ليستمر في البقاء، فإن فشل في ذلك ينقرض و يختفي".(الشاذلي، 2001، ص:25).

يعتبر الشاذلي التوافق عملية هدفها هو تحقيق الكائن الحي التكيف مع المتغيرات البيئية، و ذلك للحفاظ على إستمرار الحياة.

✓ أما تعريف فهمي (1967) فقد ذكر أن التوافق النفسي عبارة عن:

" عملية ديناميكية مستمرة يهدف بها الفرد إلى أن يغير من سلوكه ليحدث علاقة أكثر توافقاً بينه و بين نفسه من جهة، و بينه و بين البيئة من جهة أخرى، و البيئة هنا تشمل كل المؤثرات و الإمكانيات للحصول على الإستقرار

النفسي و البدني في معيشتة، و لهذه البيئة ثلاثة جوانب: البيئة الطبيعية المادية، و البيئة الإجتماعية، ثم الفرد و مكوناته و إستعدادده، و ميوله و فكرته عن نفسه". (فهيم، 1967، ص:11).

✓ أما داود (1988) فقد عرف التوافق النفسي بأنه:

"مفهوم خاص بالإنسان في سعيه لتنظيم حياته و حل صراعاته و مواجهة مشكلاته، وصولاً إلى ما يسمى بالصحة النفسية، أو السواء أو الإنسجام و التناغم مع الذات و مع الآخرين في الأسرة و العمل". (داود، 1988، ص: 35).

إستخدم داود لفظ التوافق النفسي كمفهوم مرادف للصحة النفسية، يحققها الفرد بواسطة مجموعة من العمليات النفسية متمثلة في ميكانيزمات الدفاع.

✓ أما ألين Allen (1990) فيرى أن التوافق يشير إلى:

"فهم الإنسان لسلوكه و أفكاره و مشاعره بدرجة تسمح برسم إستراتيجية لمواجهة ضغوط و مطالب الحياة اليومية". (Allen, 1990, P :5).

يشير ألين إلى أن التوافق النفسي يتحقق في البداية بالتوافق الشخصي، و مدى فهمه لنفسه، كما أن التوافق الإجتماعي لا يتحقق إلا إذا تحقق التوافق الشخصي.

✓ و التوافق النفسي حسب القريطي (2003) يتضمن شقين:

"هما إتزان الفرد مع نفسه، أو تناغمه مع ذاته، بمعنى مقدرته على مواجهة و حسم ما ينشأ داخله من صراعات، و ما يتعرض له من إحباطات، و مدى تحرره من التوتر و القلق الناجم عنها و نجاحه في التوفيق بين دوافعه و نوازعه المختلفة، ثم إنسجام الفرد مع ظروف بيئته المادية و الإجتماعية عموماً بما فيها من أشخاص آخرين و علاقات و عناصر و موضوعات و أحداث و مشكلات". (القريطي عبد الوهاب، 2003).

التوافق النفسي حسب القريطي هي حالة من الإتزان النفسي، حيث يكون الفرد قادراً على تحقيق ذاته، و القدرة على التلاؤم مع المتغيرات البيئية، و بهذا يشير القريطي في تعريفه إلى الجانب الشخصي و الإجتماعي.

✓ يعرف زهران (2005) التوافق النفسي بأنه:

" التوافق عملية ديناميكية مستمرة تتناول السلوك و البيئة (الطبيعية و الإجتماعية) بالتغير و التعديل حتى يحدث توازن بين الفرد و بيئته، وهذا التوازن يتضمن إشباع حاجات الفرد وتحقيق متطلبات البيئة" (زهران، 2005، ص: 27).

من خلال تعريف زهران، التوافق النفسي هو عملية مستمرة، تتضمن قدرة الفرد على تعديل سلوكه، لتحقيق توازنه مع ذاته و مع البيئة التي ينتمي إليها و ذلك بإشباع حاجاته و تحقيق متطلبات البيئة. من خلال التعاريف السابقة للتوافق، نلاحظ أنها متعددة و مختلفة و متداخلة، إلا أنه يمكن حصرها في ثلاثة اتجاهات رئيسية:

الاتجاه الأول: يرى أن التوافق عملية فردية، حيث تبدأ و تنتهي بالفرد.

الاتجاه الثاني: يرى أن التوافق عملية إجتماعية تقوم على الإنصياح للمجتمع بصرف النظر عن رضا الفرد عن هذا الإنصياح.

الاتجاه الثالث: و هو إتجاه تكاملي، و هو يوفق بين ما هو فردي و ما هو إجتماعي.

كما أن هناك من عرف التوافق النفسي كعملية ديناميكية مستمرة، تتضمن قدرة الفرد على تقبل ذاته، و التكيف مع البيئة التي ينتمي إليها، و هناك من عرف التوافق النفسي كحالة يصل إليها الإنسان تتميز بالتلاؤم و الإتزان .

و يمكن للباحث أن يعرف التوافق بأنه إشباع الفرد لحاجاته النفسية، و تقبله لذاته، و إستمتاعه بحياة تقل فيها التوترات و الصراعات النفسية، و إستمتاعه بعلاقات إجتماعية حميمة، و تقبله لعادات و تقاليد مجتمعه.

1-3- التعريف الإجرائي:

"عملية ديناميكية مستمرة يحاول فيها الفرد إشباع حاجاته الجسمية، و النفسية و الإجتماعية، ليحقق بذلك الرضا عن نفسه و عن الآخرين، و تقاس عن طريق الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال إجابته على فقرات مقياس التوافق النفسي لستيوارت دين".

2- الفرق بين مفهوم التوافق و مفهوم التكيف:

لقد اختلفت و تباينت آراء الباحثين في تحديد مفهومي التكيف و التوافق، فمنهم من أشار إلى وجود فرق و إختلاف بين المفهومين، و منهم من إعتبرهما وجهان لعملة واحدة.

فقد ذكرت مرفت مقبل (2010) أن من الباحثين الذين فرقوا بين مفهومي التوافق و التكيف نجد عبد الله (1966) الذي يرى أن التوافق أشمل من التكيف، فالتوافق ليس مجرد تكيف الفرد مع متغيرات البيئة، ولكن قد يغير الإنسان في ظروف بيئته لتلائمه، وذلك من خلال إعادة تنظيم الخبرة الشخصية، و يرى دمنهوري (1996)، بأن التوافق ينطوي على وظيفة أساسية و هي تحقيق التوازن مع البيئة بمعناها الشامل و الكلي،

أما التكيف فهو مجرد تكيف مادي فيزيائي مع البيئة، و أضاف كل من حلمي المليحي و عبد المنعم المليحي (1982)، أنهما يفضلان إستخدام لفظ التكيف (Adaptation) للدلالة على التكيف البيولوجي للكائن الحي، أي التكيف لبيئته، بينما يقصد بلفظ التوافق (Ajustement) للدلالة على التكيف الإجتماعي بشكل عام. (نقلا عن أحمد الصالح، 1999، ص:27).

و لقد أجمل السيد سليمان، و عبد التواب أمين حرب (2001) الفرق بين التوافق و التكيف فيما يلي:

✓ التوافق مفهوم خاص بالإنسان أساسًا إذ يسعى لتنظيم حياته و مواجهة مشكلاته و إشباع حاجاته كي يصل إلى النجاح سواء في مجال الأسرة أو العمل أو مع الأصدقاء، أما مفهوم التكيف يشمل كل من الإنسان و الحيوان و النبات إزاء البيئة الفيزيقية التي يعيشون فيها .

✓ التكيف مرتبط بإشباع الحاجات البيولوجية و خفض التوتر الناتج عن إثارها دون النظر إلى النتائج التي قد يترتب على هذا الإشباع، أما السلوك التوافقي فيتحدد بإعتبارات إجتماعية بالدرجة الأولى حتى يكون مناسبًا و مقبولاً. (نقلا عن أحمد الصالح، 1999، ص:27).

و من مؤيدي التفرقة بين المفهومين عبد الحميد (1987)، عبد الجواد (1997)، وولمان (1975) Wolman، راجح (1977)، و مورر و كلاهوهن Mourer et Klackhohn و كذلك " كاتل Cattel.

أما أحمد (1999)، فيقول إن الكائن و بيئته متغيران و لذلك يتطلب كل تغير تغيرا مناسبًا لإبقاء على إستقرار العلاقة بينهما، و هذا التغير المناسب هو التكيف أو المواءمة (Adaptation)، والعلاقة المستمرة بينهما هي التوافق، و كثيرا ما يستخدم اللفظين (تكيف-توافق) كما لو كانا مترادفين، فالتكيف يشير إلى الخطوات المؤدية إلى التوافق، و قد يأتي التكيف للدلالة على الخطوات المؤدية للتوافق، و التوافق هو الغاية التي يبلغها الفرد، و يجزم كل من شعبان و تيم (1999) بأن التوافق هو التكيف، و يشير الخطيب (2004)، أن التوافق و التكيف لهما المعنى نفسه، فكلاهما يدل على محاولات الفرد للتوافق و الإنسجام مع الذات من جهة، ومع البيئة من جهة أخرى. (نقلا عن مرفت مقبل، 2010، ص:24).

و يرى كمال دسوقي (1994)، أن أسباب الخلاف في تحديد مفهوم التوافق و التكيف هو الخلط بين المفاهيم في هذا المجال، ففي اللغة الإنجليزية توجد كلمات Adaptation , Ajustement و في اللغة العربية

توجد كلمات توافق، تكيف، تلاؤم ، مسايرة و كل هذه المفاهيم يختلف بعضها عن بعض و ذلك حسب المعنى الذي تستخدم فيه.(ناصر الدين زبدي، 2012، ص: 123).

من خلال آراء الباحثين السابقة، يمكن القول أن مفهوم التوافق هو نفسه مفهوم التكيف خاصة في مجال علم النفس بصفة عامة، في مجال الصحة النفسية بصفة خاصة، ذلك لأن الإنسان عبارة عن وحدة بيولوجية نفسية إجتماعية.

3- النظريات المفسرة للتوافق:

التوافق النفسي موضوع أساسي و محوري في علم النفس، فنجد الكثير من الإختلافات بين الباحثين في تحديد هذا المفهوم، نظرًا للإختلافات و المنطلقات النظرية، و بالتالي تقديم و تعريف هذا المفهوم في مختلف النظريات أمر جد إيجابي قصد توضيح الإختلافات بين المختصين:

3-1- النظرية البيولوجية الطبية:

يرى أصحاب هذه النظرية أن جميع أشكال الفشل في التوافق تنتج عن أمراض تصيب أنسجة الجسم و بخاصة مخ الإنسان، ومثل هذه الأمراض يمكن توارثها أو إكتسابها خلال الحياة عن طريق الإصابات و الجروح و العدوى و الأمراض المزمنة كمرض السكري و أمراض القلب الناتج عن الضغط الواقع على الفرد.(عبد اللطيف، 1990، ص: 42).

فمن خلال هذه النظرية، يمكن القول أن التشوهات الجسمية و الأمراض العضوية لها تأثير كبير على توافق الفرد الشخصي، و الإجتماعي، و الأسري و المهني.

3-2- مدرسة التحليل النفسي القديمة:

يرى فريد أن الشخصية تتكون من ثلاث أجهزة نفسية هي: (الهو، Id)، (الأنا، Ego) و (الأنا الأعلى، Super-ego)، ولا بد أن تعمل هذه الأجهزة جميعا في تعاون فيما بينها لكي تحقق التوازن و الإستقرار النفسي للفرد، و الأنا القوية هي التي نمت نمو سليماً و هي التي تستطيع التوافق بين الأجهزة النفسية، أما الأنا الضعيفة فهي التي تخضع لسيطرة الهو و عندئذ يسود مبدأ اللذة و يهمل مبدأ الواقع، فيلجأ الفرد في هذه الحالة إلى تحطيم العوائق و القيود و هكذا يصبح السلوك منحرفاً و قد يأخذ أشكالاً عدوانية، كما أن الأنا الضعيفة قد تخضع لتأثير الأنا الأعلى، فتصبح متمزقة عاجزة عن إشباع الحاجات الأساسية و تحقيق توازن الشخصية فتقع فريسة للصراع و التوتر و القلق، مما يؤلف مجموعة قوى ضاغطة تكبت الدوافع و تزعج به في أعمال اللاشعور، و هذا

يؤدي إلى الأعراض المرضية التي تعبر عن موضوع الكبت ذاته في صور آليات دفاعية.(عباس، 1982، ص:60).

كما أن الشخص حسن التوافق في نظر فرويد هو الذي تكون عنده "الأنا" بمثابة المدير المنفذ للشخصية، أي هو الذي يسيطر على كل من "الهو" و "الأنا الأعلى" و يتحكم فيهما و يدير حركة التفاعل مع العالم الخارجي تفاعلاً ترعى فيه مصلحة الشخصية كاملة و ما لها من حاجات، هذا من ناحية، و من ناحية أخرى فإن التوافق الحسن عند الفرد يكون بإدراكه الشعوري لدوافعه و تكيفها لمطالب الواقع، و يرجع فرويد سوء التوافق إلى مرحلة الطفولة بخبراتها المؤلمة التي تعرض لها الطفل في مراحلها الأولى، و التي لها عامل أساسي في تشكيل الشخصية.(الديب، 1990، ص:30).

كما يفترض فرويد ثلاثة مراحل للنمو تجبر الفرد إلى طلب الإرشاد لاحقاً إذالم يتم حل مشاكلها بشكل ملائم، فالمرحلة الأولى هي: "المرحلة الفمية"، و التي تعالج مشكلة عدم القدرة لأن يثق الفرد بنفسه و يثق بالآخرين، و يمكن أن تكون نتيجة هذه المرحلة الخوف من الحب و تكوين علاقات حميمية و نظرة دونية للذات، أما المرحلة الثانية فهي: "المرحلة الشرجية" و التي تتعامل مع عدم القدرة للتعبير عن الغضب، و تؤدي إلى إنكار الفرد للشعور بالقوة ثم النقص بالشعور بالإستقلال، و أخيراً المرحلة الثالثة و هي "المرحلة القضيبية" و التي تتعامل مع عدم القدرة لتقبل الفرد نوع الجنس الذي ينتمي إليه ثم المشاعر الجنسية.

وطبقاً لوجهة نظر المدرسة التحليلية فإن هذه المراحل الثلاث من النمو و التطور الإجتماعي و الشخصي و هي: الحب و الثقة، التعامل مع المشاعر السلبية، ثم تطور القبول الإيجابي للجنسانية، تتأسس في الست سنوات الأولى من العمر، و هذه الفترة الزمنية من العمر هي التي تؤسس بناء الشخصية للفرد، و عندما لا يتم إشباع حاجات الطفل في هذه المراحل التطورية، فإن الفرد يدخل في عملية "التثبيت" (Fixation) في إحدى هذه المراحل من النمو، و تتأثر أنماط سلوكه النفسية بذلك، و تتميز بعدم النضوج طيلة مراحل حياته كاملة.(سامح وديع الحفش، 2011، ص: 102).

و على غرار ما سبق، يرى الباحث، أن هذه النظرية أشارت إلى أن التوافق السوي يحدث من خلال إشباع الغرائز و تقليل العقاب و الشعور بالذنب و من ثم تعلم كيفية التعامل مع الصراعات الداخلية.

3-3 - مدرسة التحليل النفسي الجديدة:

إن المدرسة التحليلية التقليدية مبنية على سيكولوجية (الهو - Id)، و التي ترى أن الغرائز و الصراعات النفسية الداخلية تكون العوامل الأساسية في تكوين و تطور الشخصية (العادية و المريضة)، إن المدرسة التحليلية المعاصرة تعتمد على سيكولوجية (الأنا-Ego)، و التي لا تنكر دور الصراعات النفسية الداخلية، إلا أنها تؤكد على الجهد الذي تقوم به الأنا للسيطرة على مكونات الشخصية، و إبقائها في الخط الصحي السليم طيلة فترة الحياة. إن سيكولوجية الأنا تتعامل مع مراحل النمو المبكرة و المتأخرة على فرضية أن المشاكل الحاضرة لا يمكن بكل بساطة أن ينظر إليها على أنها تكرر للصراعات اللاشعورية من الطفولة المبكرة. (سامح الخفش، 2011، ص: 103).

من خلال ما تم عرضه في نظرية التحليل النفسي، فإن التوافق الجيد للأفراد مرهون بقوة الأنا، فكلما كان الأنا قوي، إستطاع السيطرة على نزوات الهو، أو قبول قيم و عادات الأنا الأعلى.

3-4- النظرية السلوكية:

مفهوم التوافق عند السلوكيين هو إكتساب الفرد لمجموعة من العادات المناسبة و الفعالة في معاملة الآخرين و التي سبق أن تعلمها، و أدت إلى خفض التوتر عنده أو أشبعت دوافعه و حاجاته و بذلك تدعمت و أصبحت سلوكًا يستدعيه الفرد كلما واجه الموقف نفسه مرة أخرى. (كفاي، 1967، ص: 33-34)، كما حدد مفهوم التوافق النفسي لدى المدرسة السلوكية بإستجابات مناسبة للمثيرات المختلفة، بعيدًا عن التوتر و القلق. (العناني، 2000، ص: 16)، و يشير السيد (1993) أن بعض علماء المدرسة السلوكية إختلفوا في كيفية حدوث عملية التوافق، فواطسن و سكينر، يروا أن عملية التوافق تتم بدون قصد و بصورة آلية عن طريق الإثابات البيئية، في حين يرى باندورا و ماهوني أن بعض عمليات التوافق تتم بصورة قصدية واعية تمامًا، حيث يروا أن السلوك التوافقي هو الذي يؤدي إلى خفض التوتر الناتج عن إلحاح دافع معين، حيث يتعلمه الفرد و يميل إلى تكراره في المواقف المماثلة. (نقلا عن السندي، 1990، ص: 23).

و يتحقق التوافق النفسي بزيادة إدراك الفرد لجميع الظروف المؤدية لخلق سلوك مرغوب فيه، و بما يمنع حدوث السلوك غير السوي، كذلك يطلب من الفرد تعزيز السلوك السوي، فضلًا عن تقييم فاعلية السلوك الناتج، و التوصل إلى معلومات جديدة حول الحاجات الأخرى. (العزي، 2003، ص: 36)، أما سوء التوافق عند السلوكيين يتمثل في عدم قدرة الفرد على ملاحظة النتائج غير المرغوبة التي تترتب على سلوك معين،

كما يتضمن صعوبة ضبط الذات، و هذه القدرات في جميع الأحوال مهارات أو سلوكيات متعلمة، وهي قابلة للتغيير في أي وقت من عمر الإنسان. (منصور، 2006، ص:80).

لقد إهتمت النظرية السلوكية و ركزت على دراسة الأسس و القواعد التي على أساسها تتكون العادات، و تقوى و تستقر، أو تضعف و تتلاشى، و يسمى هذا بالتعزيز الإيجابي أو السلبي، و على هذا فإن التوافق عند السلوكيين يقوم على إكساب الفرد مجموعة من العادات المناسبة الفعالة حسب ما تحدده الثقافة التي يعيش بها.

3-5- النظرية الإنسانية

قامت هذه النظرية مخالفة لأراء كل من المدرسة التحليلية و السلوكية، فأصحابها أجمعوا على أن الإنسان يتميز عن باقي الكائنات الحية بالإبداع و التفاعل و التواصل و الحرية. (عسكر و الفرحان، 1991، ص:159)، و يؤكد أنصار الاتجاه الإنساني على أن التحدي الرئيسي أمام الإنسان هو أن يحقق ذاته كإنسان، وكان أبرزهم ماسلو (Maslow)، حيث يرى أن الشخص المتوافق، هو الشخص الذي يحقق ذاته، بمعنى أن الشخص المتوافق هو الذي يستطيع إشباع حاجاته حسب أولوياتها بدءًا من الحاجات العضوية و الإجتماعية وصولاً إلى الحاجات المعرفية و الجمالية، و حدد ماسلو خصائص الشخصية السوية في:

- ✓ إدراك أكثر فاعلية للواقع و علاقات مريحة.
- ✓ تقبل للذات و للآخرين و للطبيعة.
- ✓ تلقائية في الحياة الداخلية و الأفكار و الدوافع.
- ✓ تركيز على المشكلة و إهتمام بالمشاكل خارج نفسه، و الشعور برسالته في الحياة.
- ✓ القدرة على الإنسلاخ مما حوله من مشيرات، و الحاجة إلى العزلة و الخلو الذاتي.
- ✓ إستقلال ذاتيته و إستقلاله عن الثقافة و عن البيئة.
- ✓ الشعور القوي بالإنتماء و التوحد مع الآخرين، و شعور عميق بالمشاركة الوجدانية.
- ✓ علاقات شخصية متبادلة.
- ✓ التمييز بين الوسائل و الغايات. (كفافي، 1987، ص:35).

أما سوء التوافق حسب ماسلو، يحدث نتيجة عدم إشباع أي حاجة في سلم الحاجات، مما يؤدي إلى توقف و تطور الشخصية، عند تلك مستوى الحاجة، فضلا عن حدوث اضطرابات نفسية و سلوكية مختلفة، مما

يؤدي إلى عدم الوصول إلى تحقيق الذات، و من ثم يؤدي إلى سوء التوافق. (نقلا عن حواس خضرة، 2012، ص:290).

أما كارل روجرز (1989)Rogers، فيرى أن التوافق و الإنسجام يتحقق للفرد عندما تكون الذات المثالية للفرد (Self-Ideal) و الذات الواقعية (Real-self) على تطابق، أما إذا كانتا على غير إستقامة واحدة فيحدث عدم التوافق و الإنسجام و تظهر هذه الحالة غالبا عند التعرض إلى الضغط النفسي. (Rogers,1989, P :223).

كما يحدث التوافق عندما تتطابق معظم الطرق التي يختارها الفرد لسلوكه مع مفهومه عن ذاته، فمفهوم الذات يقصد به فكرة الشخص عن نفسه و يتكون نتيجة إحتكاك الشخص مع بيئته الإجتماعية التي يعيش فيها، حيث يمثل عاملاً هاماً في إدراك المواقف التي يتعرض لها في حياته، و إذا كان مفهوم الذات إيجابياً يكون أكثر قدرة على التعامل مع مصادر الضغوط، أما إذا كان مفهوم الذات سلبياً فإن الفرد يدرك الموقف على أنه يمثل تهديداً و خطراً على مستوى التوافق لديه، و من ثم يكون عرضة للضغوط و الضيق و القلق، و تدافع الذات عن نفسها من خلال الحيل الدفاعية المختلفة، و إن إستجابة المواجهة تجاه المواقف في البيئة تتأثر بمفهوم الذات، بمعنى مفهوم الذات عامل هام في تحديد سلوك المواجهة. (Rogers, 1959, P : 184 -256).

فالتوافق حسب المدرسة الإنسانية هو تحقيق الذات و إشباع الحاجات الأساسية، بدءاً بالحاجات العضوية و الإجتماعية وصولاً إلى الحاجات المعرفية، كما يرى البعض الآخر التوافق هو الإنسجام بين الذات الواقعية و الذات المثالية، فكلما كانت الهوة صغيرة بين الذات المثالية و الذات الواقعية، كلما كان الفرد أكثر توافقاً.

3-6- النظرية الوجودية:

على الرغم من وجود بعض الإختلافات بين أصحاب هذا المنحنى، إلا أنهم جميعاً يشتركون في إطار عام حيث يؤكدون على فردية الإنسان، و على قيمته و صراعه في سبيل الوصول إلى معنى لوجوده، و رغبة في الوصول إلى تنظيم معين من القيم، يختاره بإرادة حرة، إذ يدفع الإنسان في حياته برغبة قوية منه للوصول إلى معنى لحياته، و معنى لوجوده و هو دائماً مدفوع بإرادة إلى إكتشاف ذاته، و تحقيق وجوده، وأن يعيش حياته كما يراها و كما يختارها، و هذا لن يجعله يتعارض و يختلف مع المجتمع لأن الناس سيتشابهون جميعاً فيما يصلون إليه من معاني، و قيم إذا تركوا أحراراً في إختياراتهم، لأن حياة الإنسان تصبح ذو قيمة و معنى، إذا كانت تعني بناء الحياة

و إستمرارها بإرادة و حرية، تلك الحرية التي تقابلها مسؤولية الإنسان، عن إختياراته لأن من يختار يتحمل مسؤولية ما يختاره، وهكذا تمثل حرية الإنسان عظمتة وتكمن فيها سعادته.(عبد السلام، 2007، ص: 43).

فالإنسان المتوافق حسب هذه النظرية، هو الإنسان الذي يحدد معنى لحياته و وجوده، و أن يدرك معنى إمكانياته، و حرا في تحقيق ذاته، و أن ينجح في الوصول إلى تنظيم معين من القيم، يكون بمثابة معيار له في حياته.

3-7- النظرية المعرفية:

يتضمن التوافق النفسي وفق هذا الإتجاه، القدرة على تفسير الخبرات بطريقة منطقية، تمكن الفرد من المحافظة على الأمل، و إستخدام مهارات معرفية ومناسبة لمواجهة الأزمات وحل المشكلات. و يحدث التوافق النفسي للفرد، إذا كانت أساليب تفكيره منطقية وعقلانية، لأن الأحداث في حد ذاتها لا تسبب الإضطراب، و إنما طريقة فهمنا لهذه الأحداث و إدراكنا لها هي التي تكون سببا في سوء التوافق. و هذا ما أكده بيك Beck حيث يقول: "أن الناس يضطربون ويعانون من المشكلات النفسية، ليس بسبب الأشياء و الأحداث في حد ذاتها، بل بسبب طبيعة وأسلوب تفكيرهم إزاء هذه الأشياء و الأحداث.(مصطفى و علي، 2011، ص:171).

رغم إختلاف المدارس التي إهتمت بمفهوم التوافق النفسي، إلا أنه يمكن إيجاز مظاهرها فيما يلي:

✓ التوفيق بين الدوافع البيولوجية و متطلبات الواقع الإجتماعي.

✓ القدرة على الحب و العمل.

✓ التغلب على الشعور بالنقص.

✓ إدراك الذات و تحقيقها.

✓ تعلم الإستجابات المناسبة.

✓ إكتساب نظام معتقدات إيجابي و فعال

4- طبيعة التوافق النفسي

إختلف بعض الباحثين في إعتبار التوافق النفسي كحالة أو كعملية، لكن أغلبهم يعتبرون أن عمليات التوافق النفسي هي عمليات وظيفية هادفة، تهدف أساساً إلى تحقيق حالة من التناغم و الإنسجام للفرد سواء على المستوى الشخصي أو المستوى الإجتماعي:

4-1-1- التوافق النفسي كعملية

4-1-1-1- التوافق عملية مستمرة:

إن التوافق كعملية لا يتم لمرة واحدة، و بصفة نهائية، بل يستمر ما إستمرت الحياة، حيث تتضمن سلسلة من الحاجات المتغيرة و الأهداف المخططة و الطموحات المتجددة، فهي كلها مؤثرات تهدد توازن الإنسان، و تكون محاولاته في تعديل بيئته أو سلوكه للتوافق.(يوسف، 1983، ص:46-47).

4-1-1-2- التوافق عملية إعادة التناغم:

نتيجة لوجود حاجة أو رغبة الإنسان في تحقيق هدف معين، تنشأ حالة من التوتر لديه و معها عملية إعادة التوازن، أو التناغم بين الفرد و ذاته، أو بينه و بين بيئته، و التي تتم بطرق مختلفة نذكرها:

✓ مضاعفة الجهد للتغلب على العائق.

✓ تعديل السلوك بما يساعد على تجاوز العائق.

✓ تعديل الهدف أو تبديله بهدف آخر، أو تأجيله حتى تتوفر إمكانية إزالة العائق.

و هي كلها محاولات من أجل خفض التوتر و إعادة حالة التوازن و تحقيق التوافق.(الشجري، 2005، ص:151-152).

4-1-1-3- التوافق عملية تتم بوعي:

الإنسان يعي تماما و هو يقوم بعملية التوافق على أنه يقوم بتعديل ذاته، أو تعديل العناصر البيئية لأحداث التوافق، فتقبل الإنسان لذاته يكون طريقة نحو تعديل أهدافه، و دوافعه و مستويات طموحه، أما التعديل الخارجي فيتجه نحو البيئة، سواء كانت البيئة الطبيعية المادية التي تحيط به، أو البيئة الاجتماعية.(الفرماوي، 2000، ص:310).

4-2- التوافق النفسي كحالة:

لقد اختلف علماء النفس في إعتبار التوافق النفسي كعملية أو كحالة، حيث يقصد بالتوافق النفسي: " أنه حالة من التوازن و الإستقرار و الإتساق النفسي و الإجتماعي، التي يصل إليها الفرد فمعظم سلوك الفرد هو محاولات من جانبه لتحقيق حالة التوافق، إما على المستوى الشخصي أو على المستوى الإجتماعي، و كذلك فإن مظاهر عدم السواء في معظمها ليست إلا دليلاً على سوء التوافق و فشل الفرد في تحقيقه.(كفاي، 2012، ص:158).

و يمكن الإستدلال على حالة التوافق من خلال التوفيق و التوازن الذي يحققه الفرد بينه و بين بيئته، و مدى تميزه بالضبط الذاتي وتحمل مسؤوليته الشخصية و الإجتماعية و التقبل الإجتماعي، و القدرة على تكوين علاقات متوافقة مع الآخرين، و الكفاءة في العمل و الإنجاز، و توفير قدر من الرضا و الراحة النفسية.(سري، 2000، ص: 20).

5- أبعاد (مجالات) التوافق النفسي:

يؤكد أصحاب المنحنى التكاملي في دراسة التوافق و على رأسهم سوبر D.E.Super أن هناك مظهرين أساسيين للتوافق و هما:

- التوافق الشخصي أو الذاتي.
- التوافق الإجتماعي.

5-1- التوافق الشخصي:

و يتضمن السعادة مع النفس و الرضا عن النفس، و إشباع الدوافع و الحاجات الداخلية الأولية الفطرية و العضوية و الفسيولوجية و الثانوية المكتسبة، و يعبر عن - سلم داخلي- حيث يقل الصراع الداخلي، و يتضمن كذلك التوافق لمطالب النمو في مراحل المتابعة.

أما الخطيب (2004)، فيؤكد أن المقصود بالتوافق الشخصي هو أن يكون الشخص راضيًا عن نفسه، و تتسم حياته النفسية بالخلو من الصراعات والتوترات، بعيدا عن الطابع النفسي الذي يقترن بمشاعر الدونية والقلق و الشعور بالنقص.(الخطيب، 2004، ص:148).

أما التوافق الشخصي عند شاذلي (1999)، فهو "السعادة مع النفس و الثقة بها، و الشعور بقيمتها أو إشباع الحاجات، و السلم الداخلي و الشعور بالحرية في التخطيط للأهداف، و السعي لتحقيقها و توجيه السلوك و مواجهة المشكلات الشخصية، و حلها وتغيير الظروف البيئية، و تلبية مطالب النمو في مراحل المتتالية وصولاً لتحقيق الأمان النفسي".(شاذلي، 1999، ص: 60).

أما زهران (2001)، فقد عرّف التوافق الشخصي على أنه: "حالة من الرضا عن الذات، بحيث تتسم حياة الفرد النفسية بالخلو من الصراعات، و التوترات المصاحبة لمشاعر النقص و القلق، و الذي يمنحه شعورًا بالسعادة مع نفسه و الرضا عنها و إشباع دوافعه و حاجاته الأساسية، و التمتع بالأمن الداخلي بعيدا عن الصراعات أو مشاعر الإحباط و الألم، و يتطلب تحقيق مطالب النمو في مراحلها المختلفة، خاصة في مرحلة

الطفولة و المراهقة، حيث أنها من أصعب مراحل النمو بإعتبارها تمثلان المرحلتين الأساسيتين اللتان يتحدد من خلالهما خطوات النمو السليم للفرد، علاوة على التأثير و التأثر بمراحل النمو السابقة أو اللاحقة بهما. (زهرا، 2001، ص:27).

5-2- التوافق الإجتماعي:

يتضمن السعادة مع الآخرين، و الإلتزام بأخلاقيات المجتمع و مسايرة المعايير الاجتماعية و الإمتثال لقواعد الضبط الإجتماعي و تقبل التغير الإجتماعي، و التفاعل الإجتماعي السليم و العمل لخير الجماعة، و السعادة الزوجية، مما يؤدي إلى تحقيق "الصحة الإجتماعية". (زهرا، 2005، ص:27).

أما التوافق الإجتماعي بالنسبة للشاذلي (1999)، فيتضمن السعادة مع الآخرين و الإلتزام بأخلاقيات المجتمع و المعايير الاجتماعية، و الأساليب الثقافية السائدة في المجتمع و التفاعل الإجتماعي السليم و العلاقات الناجحة مع الآخرين، و تقبل تقديمهم و سهولة الإختلاط معهم و المشاركة في النشاط الإجتماعي، مما يؤدي إلى الصحة الإجتماعية. (شاذلي، 1999، ص:60).

ويعرفه العازمي (2008)، بقدرة الفرد على عقد صلات إجتماعية مع من يحيطون به أو يعملون معه، و تشكيل صلات لا يشوبها التفرد و الشعور بالإضطهاد، و عدم الشعور بحاجة ملحة إلى السيطرة و العدوان، على من يقترب منه أو برغبة ملحة في الإستماع إلى إطرائهم، أو في إستدرا عطفهم عليه، أو طلب المعونة منهم. (العازمي، 2008، ص:24).

فالتوافق الإجتماعي يتضمن تفاعلات إجتماعية سليمة و ناجحة، بعيدة عن الصراعات، كما يتضمن المرونة في تقبل التغيرات التي تأتي من الخارج، و القدرة على التغيير في البيئة التي ينتمي إليها، و تتجلى بعض مجالات التوافق الإجتماعي كالتالي:

- التوافق الأسري:

تعد الأسرة النواة الأولى لبناء المجتمع، كما تعتبر أول بيئة يحتك بها الإنسان، فيكتسب القيم الإجتماعية و الإتجاهات و المعايير، حيث يشير القريطي في تعريفه للتوافق الأسري على أنه: "إنسجام الفرد مع أعضاء أسرته، و وجود علاقات الحب و المودة، و المساندة و التعاون بينه و بين والديه و إخوته بما يحقق لهم حياة أسرية مشبعة و سعيدة". (نقلا عن عبد السلام، 2008، ص:65).

و يعرفه الحجار(2003) على أنه " تمتع الفرد بحياة سعيدة داخل أسرة تقدره و تحبه، و مع شعوره بدور حيوي داخل الأسرة و التعاون بينه و بين أفراد الأسرة، و مدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية.(الحجار، 2003، ص:17).

أما الأستاذ و آخرون (2002) فقد عرفوا التوافق الأسري على أنه:"مدى تمتع الفرد بعلاقات سوية مشبعة بينه و بين أفراد أسرته، و مدى قدرة الأسرة على توفير الإمكانيات الضرورية، و توفير جو من الحب و التعاون و التضحية بين أفراد الأسرة.(نقلا عن الدايري، 2008، ص: 89).

أما الشاذلي (1999) فيؤكد أن التوافق الأسري يتضمن السعادة الأسرية التي تتمثل في الاستقرار و التماسك الأسري، و القدرة على تحقيق مطالب الأسرة، و سلامة العلاقات بين الوالدين، و بين الوالدين و الأبناء، و سلامة العلاقة بين الأبناء، حيث تسود الثقة و الإحترام المتبادل بين الجميع، و يمتد التوافق الأسري كذلك ليشمل سلامة العلاقات الأسرية، مع الأقارب و حل المشكلات الأسرية. (شاذلي، 1999، ص: 63).

هناك من يضيف إلى التوافق الإجتماعي أبعاد أخرى مثل التوافق المدرسي و التوافق المهني، و ما يمكن إستنتاجه مما سبق، نلاحظ أن مجالات التوافق النفسي متداخلة و متكاملة، حيث لا يمكن الفصل بينها، فالتوافق الشخصي هو قاعدة التوافق الإجتماعي، و التوافق الإجتماعي ليس له معنى بدون توافق شخصي، و التوافق الأسري هو ثمار توافق شخصي و إجتماعي.

6 - وظائف عمليات التوافق :

لكي يحافظ الفرد على توافقه، ينبغي عليه أن يغير و يعدل في سلوكه كلما كان هناك تغير في جسده و جسمه أو في بيئته، و ذلك بإيجاد طرقاً جديدة لإشباع رغباته تبعاً لأي تغيير في الظروف المحيطة، فالتوافق يتضمن المرونة في مواجهة التغيرات، و هناك عدة عوامل تؤثر في عملية التوافق منها:

6-1- إشباع الحاجات الأولية:

هي ذات وظيفة حيوية تعمل على بقاء الفرد، حيث ترتبط بالتكوين الفسيولوجي له، مثل الحاجة إلى الطعام و الشراب و الملابس و المسكن و الجنس و النوم، و هي حاجات إشباعها ضروري للحياة، حيث أن مستوى إشباع هذه الحاجات مؤثر لعملية التوافق، فإذا لم تشبع فإن الفرد يعاني من التوتر، وكلما زاد التوتر يقل الإلتزان الإنفعالي، و بالتالي تضعف قدرة الفرد على الوصول إلى التوافق الحسن.(الحجار، 2003، ص:15).

6-2- إشباع الحاجات الثانوية:

و هي التي يكتسبها الفرد و يتعلمها من البيئة، و تتأثر بنوعية التنشئة الإجتماعية، كما أنها تنظم إشباع الحاجات البيولوجية و تضبطها مثل الحاجة إلى الأمن و الإستقرار و المحبة و النجاح، و هذه الحاجات النفسية ضرورية للفرد ليكتمل توازنه و نضجه النفسي، حيث يظل مدفوعًا بها إلى أن يشبعها، فهي تولد لديه حالة من التوتر النفسي تدفعه إلى محاولة إشباعها فهي حاجات ملحة ذات إستمرارية و تواصل.(منصور، 2006، ص: 42).

6-3- التقبل و الرضا عن الذات:

يعتبر التقبل و الرضا عن الذات من أهم العوامل التي تؤثر في سلوك الفرد، فالرضا عن الذات يكون دافعًا للفرد إتجاه العمل و التوافق مع الآخرين، و الإنجاز في مجالات تتفق مع قدراته و إمكانياته، و الفرد الذي لا يتقبل نفسه و لا يشعر بالرضا، يكون معرضا للمواقف الإحباطية و يشعر خلالها بالفشل و عدم التوافق النفسي و الإجتماعي، و يدفعه ذلك إلى الإنطواء أو العدوان.(عطية، 2001، ص:30).

6-4- التكيف مع المجتمع و مسايرة قيمه و معاييرهِ:

المسايرة هي الإنصياع أو المجازاة و ميل غير مقصود غالبًا لتقبل أفكار إجتماعية معينة، و المسايرة قد تكون مطلوبة في مواقف معينة، و لكن البيئة الإجتماعية قد تتضمن معايير فاسدة و مبادئ خاطئة، و من ثم لا يكون المسايرة معها علامة على التوافق، و يكون التوافق بمحاولة تغيير البيئة أو عدم مسايرتها و يسمى ذلك بالمغايرة، و هي التي تشير إلى السلوك الذي يتناقض مع معايير الجماعة و يخالفها.(المطيري، 2009، ص: 38).

6-5- تحقيق الصحة النفسية:

إن الإنسان يتعرض لضغوط و صراعات داخلية و خارجية، و عليه مواجهة الرغبات و الدوافع الشخصية المتعارضة مع البيئة المحيطة به من أجل إستمرار التوازن النفسي لديه، أي تحقيق التوافق الإيجابي، و يرى علماء النفس أن الفرد المتوافق هو الذي يتمتع بالصحة النفسية، و الصحة النفسية محصلة إنجاز التوافق النفسي. كما يعتقد الكثير من علماء النفس أن هناك ثلاثة معايير أساسية نستطيع الإعتماد عليها في الحكم على تحقق الصحة النفسية و هي:

✓ الخلو من الإضطراب النفسي: و لكن مجرد غياب المرض النفسي لا يعني توافر الصحة النفسية و يجب أن يكتمل بالتالي: التوافق بأبعاده المختلفة، التوافق النفسي الذاتي من حيث التوفيق بين الحاجات و الدوافع

و التحكم بها، و حل صراعاتها، والتوافق الإجتماعي بأشكاله المختلفة المدرسي، المهني، الزواجي و الأسري.(الخضري، 2003، ص:17).

✓ تفاعل الشخص مع محيطه الداخلي و الخارجي (الإدراك الصحيح للواقع): و يتداخل هذا المعيار مع عملية التوافق، لأن عملية التوافق تجري حين يتفاعل الشخص مع البيئة الداخلية و البيئة الخارجية. (المفرجي، 1992، ص:12).

✓ تكامل الشخصية: و يقصد بتكامل الشخصية هو إنتظام مقوماتها، و سماتها المختلفة، و إتلافها في صيغة، و خضوع هذه المكونات و السمات لهذه الصيغة، فالشخصية المتكاملة هي الشخصية السوية و هو دليل الصحة النفسية، أما تفكك الشخصية و عدم تكاملها فهي الشخصية المضطربة و هي دليل إختلال الصحة النفسية.(راجع، 1968، ص: 400).

7 - العوامل المؤثرة في التوافق:

7-1- التنشئة الإجتماعية:

هي العملية التي يتحول خلالها الإنسان من طفل رضيع يعتمد على الآخرين إلى إنسان بالغ و عنصر في المجتمع يسهم في بناء الحياة الإجتماعية و تطورها، و تظهر أهمية التنشئة الإجتماعية في مرحلة الطفولة خاصة أنها مرحلة تعلم اللغة و بداية النمو العقلي و الخلق، و يتم فيها الأساس الذي تنمو عليه الشخصية.(كفاي، 1987، ص: 178). و هناك بيئتان أساسيتان تلعبان دورًا هامًا في عملية التوافق و هما:

- الأسرة: حيث تساهم في التوافق الإيجابي لدى الأبناء من خلال عدة عوامل كالتوافق الأسري، قبول الوالدين لأولادهم، و إشراكهم في إتخاذ القرارات، و تعليمهم الحدود المقبولة للسلوك، و قد تكون الأسرة لها دور في سوء التوافق من خلال العلاقات المضطربة بين الوالدين، المعاملة السلبية للأبناء و التركيز على عقابهم و عدم مشاركتهم في إتخاذ القرارات.(Burns,1984, p :281).

- المدرسة: تقوم بدور كبير في تنمية شخصية الطلاب، حيث تزودهم بالمهارات و الإتجاهات التي تعكس ثقافة المجتمع، و تمكنهم من مواجهة الحياة، فإذا نجحت المدرسة بدورها أدت إلى التوافق الحسن و العكس.(المهابط، 1967، ص: 180).

7-2- الطفولة و خبراتها:

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل حياة الإنسان حيث تتكون القدرات و عناصر الشخصية و أنماط السلوك، و تنمو لديه بذور التوافق السليم أو عدمه، و الإنسان في كبره يحمل رواسب الطفولة، و إن الخبرة في الطفولة تحدد بدرجة واضحة الرضا النفسي و التوافق في الحياة المتأخرة، و هذا يوضح العلاقة الوثيقة بين التوافق النفسي و عملية النمو.(الرافعي، 1982، ص:45).

7-3- المكونات الجسمية:

- **العوامل الفسيولوجية:** و هي كل ما يحمله الفرد منذ تكوينه، و منها ما ينشأ عن عوامل وراثية.
- **المظاهر الجسمية الشخصية:** إن رضا الفرد عن مظاهره الجسدية أمر مهم في توافقه، فقد يشعر الفرد بالنقص عندما لا تتناسب أوصافه الجسدية مع معايير الثقافة، و كثيرا ما تؤثر المظاهر الجسدية في إستجابة الآخرين نحو الشخص و بالتالي نظرتة لنفسه. (Burns,1984 ,P :52).
- **الصحة الجسمية:** عملية التوافق تحتاج أن يتمتع الفرد بقدر مناسب من الصحة الجسدية التي تمكنه من بذل الجهد المناسب لمواجهة حالات التوتر و الضغوط التي يتعرض لها.(أبو شمالة، 2002، ص:24).
- **معدل النضج:** النضج المبكر يمكن الفرد من المشاركة في النشاطات الإجتماعية، كما يعطي النضج مكانة و قوة و إعتبار، كما يمكن الفرد من تحمل مسؤوليات تترك لديه صورة إيجابية عن الذات، أما المتأخر في النضج فقد يعاني من ضغوط نفسية.(طحان، 1987، ص:17).

7-4- وسائل الإعلام و الإتصال:

تعتبر وسائل الإعلام في عصرنا الحديث من العوامل المهمة و المؤثرة في التربية و بناء الشخصية و التوافق، فقد تكون عاملاً في حسن التوافق أو سوء التوافق، و ذلك يرجع لما تقدمه هذه الوسائل من برامج تؤثر على سلوك الأطفال.(Storow, 1990, P : 652).

7-5- الظروف الإقتصادية :

إن نقص المال و عدم توفر الإمكانيات المادية، عائقاً يمنع كثير من الناس من تحقيق أهدافهم في الحياة و قد يسبب لهم الشعور بالإحباط، فالفقر يعتبر عائقاً يمنع إشباع الحاجات الأساسية و يسبب الألم و سوء التوافق، كما أوضحت دراسة أبو شمالة (2002)، أنه توجد علاقة موجبة لدى المراهقين بين المستوى الإقتصادي و الإجتماعي و درجات التوافق النفسي لديهم. (مرسي و عودة، 1986، ص:123-125).

7-6- توفر المهارات التكيفية:

إن إكتساب المهارات و العادات من شأنه أن يؤدي إلى حدوث التوافق و الذي هو في الواقع محصلة ما مر به الفرد من تجارب و خبرات، أدت به إلى إشباع حاجاته و تعامله مع غيره من الأفراد في مجتمعه. (عطية، 2001، ص:33)، و هذه المهارات تكسب الفرد المرونة و عدم الجمود و هو أن يتقبل الفرد المواقف الجديدة في حياته، و تصدر منه إستجابات ملائمة نحوها، فإنه يكون أكثر توافقاً و تكيفاً مع الوسط البيئي و الإجتماعي الذي يعيش فيه، أكثر من الفرد الذي يتصف بالجمود العقلي أو الفكري و الذي يؤدي إلى الشعور بالتوتر و الإضطراب النفسي و عدم قدرته على التوافق. (فهيم، 1967، ص:42).

8- أساليب التوافق النفسي:

غالبا ما يلجأ الأفراد إلى محاولات مختلفة قصد التغلب على العقبات التي تواجههم في حياتهم و ذلك قصد الوصول إلى الهدف المنشود، و المحاولات التي يقوم بها الأفراد للتغلب على ما يعترضهم كثيرة و متنوعة، حيث تؤكد الدراسات السيكولوجية أن الأفراد المتوافقين نفسياً، هم الذين يستخدمون أساليب متنوعة و إيجابية، أما الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق فإنهم غالباً ما يعانون من قلة الأساليب التوافقية و التي تتمثل فيما يلي:

8-1- تنمية مهارات جديدة:

في كثير من الحالات التي يواجه فيها الفرد إحباطات و مشكلات و ضغوط، يجد نفسه غير متمكن من بعض المهارات الجديدة و عليه تنميتها لتحقيق التوافق النفسي. (شاذلي، 1999، ص:92)، و يظهر هذا الأسلوب جلياً في سلوكيات بعض الأفراد دون آخرين، في الإقبال على البرامج التدريبية و الإرشادية، و التي غالباً ما يكون الهدف منها تنموي، أي تنمية الخصائص الإيجابية، كما أن الهدف من هذا النوع من البرامج الإرشادية هو إلى زيادة مستوى النمو السوي لدى الأسوياء و العاديين، حتى يتحقق الوصول بهم إلى أعلى مستوى ممكن من النضج و الصحة النفسية و التوافق النفسي، كما تهدف هذه البرامج إلى الإرتقاء بأنماط سلوك الأفراد. (أبو أسعد و عربيات، 2009، ص:257).

8-2- العمل الجدي و مضاعفة الجهد:

إن أهم ميزة يتميز بها الأفراد المتوافقون نفسياً، إرتفاع مستوى دافعيتهم في إنجاز أعمالهم و إنهاء مهامهم و تحقيق أهدافهم، بخلاف بعض الأفراد الذين سرعان ما يستسلمون أمام أبسط عقبة أو موقف محبط يحول دون إنجاز أعمالهم.

إن الإستجابة الإيجابية و السليمة تستدعي من الفرد السوي العمل الجدي، و مضاعفة جهده سعياً للوصول إلى أهدافه، و يعتبر العقبات التي تعترضه خبرات حياتية تجعله في مواقف تعلم مستمرة.(حواس خضرة، 2012، ص: 310).

8-3- إعادة تفسير الموقف:

يقع الكثير من الأفراد في مواقف محبطة أو تعترضهم عوائق لإنجازاتهم نتيجة لتفسيرهم الخاطئ لهذا الموقف، أو عدم تخطيطهم الجيد و المرن أثناء تحديد أهدافهم، و لكن ما يجعل الفرد المتوافق نفسياً مميزاً عن الآخرين، تمكنه من إعادة قراءة الموقف، و يسمى هذا الأسلوب بطريقة إعادة البناء المعرفي في الإرشاد السلوكي المعرفي لأرون بيك، و أيضاً الإرشاد السلوكي العقلاني الإنفعالي لألبرت أليس و الذي يهدف إلى إعادة تشكيل البناء المعرفي للعميل، و تعليمه و إكسابه أساليب تفكير أكثر إيجابية، بدل الأفكار اللاعقلانية التي تؤثر على مستوى توافقه و صحته النفسية.(المرجع السابق، ص: 310).

8-4- تغيير الطريقة:

نظراً للمرونة النفسية التي يتميز بها الأفراد المتوافقون نفسياً، هذا ما ينعكس على طريقتهم في التعامل مع العوائق و المواقف المحبطة، فإذا أدرك الفرد المتوافق نفسياً (السوي)، أن زيادة مجهوده في العمل لا يحل المشكلة التي تواجهه، يلجأ إلى تغيير الطريقة التي يتعامل بها مع المشكل الذي يواجهه، و تؤكد الدراسات السيكولوجية أن أسلوب حل المشكلات و تغيير طرائقها و المرونة ترتبط ارتباطاً إيجابياً مع التوافق النفسي.(المرجع السابق: ص: 310).

8-5- التعاون و المشاركة:

من أهم مؤشرات التوافق النفسي، هو قدرة الفرد على إقامة علاقات إجتماعية ناجحة و مستمرة و مثمرة، مما يوفر له جواً من التعاون و المشاركة، ذلك أن كثيراً من نواحي النشاط الإنساني يتطلب تعاوناً لكي يقوم بها الإنسان على أفضل وجه، و يحقق فيها فعالية، و كلما شارك الفرد حياته مع الآخرين بإيجابية، كلما زادت حياته خصوبة و تفاعلاً و نمواً.(المرجع السابق، ص: 311).

8-6- تغيير الهدف:

قد تفشل كل الأساليب الإيجابية السابقة الذكر في تحصيل الفرد لتوافقه النفسي، فيلجأ إلى تغيير هدفه و تحديد هدف آخر، يكون أقل صعوبة من الأول، نتيجة لأن الفرد في هذه الحالة أدرك إستحالة الوصول إليه بالطرق السابقة الذكر. (حواس خضرة، ص: 311).

9- معايير التوافق النفسي:

لقد أشارت العديد من البحوث و الدراسات و الكتب المتخصصة في ميدان علم النفس و الصحة النفسية إلى مجموعة من المعايير التي يمكن إستخدامها للكشف عن مستوى التوافق النفسي لدى فرد أو مجموعة من الأفراد، حيث تختلف هذه المعايير حسب ميدان إستخدامها و الفئة المقصودة، و لعلى أبرز هذه المعايير ما يأتي:

9-1- المعيار الذاتي:

يرى أصحاب المنحنى الذاتي *The Subjective Approach*، أن الإنسان هو محل و مقياس كل شيء، فهو الذي يحكم على سلوكه بالتوافق أو سوء التوافق، في ضوء ما يراه هو و يتقبله، و يرضى عنه، بمعنى أن الإنسان المتوافق هو الذي تنسجم سلوكياته مع أساليب تفكيره.

فالسلك التوافقي يحقق لصاحبه الشعور بالإرتياح و يخفف من توتراته، و يحرره من الصراع و القلق و يشعره بالكفاءة و تقدير الذات، و يحقق له التكامل و الإتساق بين مشاعره و أفكاره و سلوكياته، أما السلوك المنحرف - اللاتوافقي - فيؤدي إلى الشعور بالتوتر و القلق، و عدم الإرتياح و يسبب له الصراع و يعرضه للإحباط.

يمتاز هذا المعيار بشيوعه عند عامة الناس، فكل إنسان يصف سلوكه و سلوك غيره بالتوافق و السواء أو الإنحراف، بحسب ما يراه حسنًا أو سيئًا في ضوء إطاره المرجعي، حيث يلقي هذا المعيار القبول من المتخصصين في الصحة النفسية، لأنه يقوم على أساس مسؤولية الإنسان على أفعاله و إرادته في السلوك الذي يحقق له التوافق النفسي. (ابو حويج الصفدي، 2009، ص: 82).

على الرغم من وجود هذه القناعة من طرف المتخصصين بهذا المعيار، إلا أن عليه الكثير من المآخذ التي تجعله غير صالح للحكم على السلوك، و على الأفراد في المواقف الأخرى خاصة تلك التي يكون فيها الفرد مجانبًا

للحياد، حيث يتأثر بقيمه و برغباته و إتهاماته و ميوله، و من بين هذه الإنتقادات التي وجهت إلى هذا المعيار ما يلي:

✓ **نسبية الأحكام:** لأن السلوك الذي يُشعُر الفرد بالإرتياح و الأمن النفسي، قد لا يُشعر غيره بذلك، و السلوك الذي يثير القلق و التوتر عند شخص، قد لا تكون عنده القدرة نفسها على إثارة هذه العواطف السلبية عند شخص آخر.

✓ **إغفال الفروق الفردية في تمثيل القيم و المعايير الإجتماعية:** مما ينعكس على إنتاج فروق في الأحكام على السلوك، ذلك أن الأفراد في المجتمع الواحد لا يمتلكون كلهم القيم و المعايير الإجتماعية السائدة بالمستوى نفسه، و بالتالي فأحكام الشخص الذي تمثل قيم مجتمعه و خضع لها، تختلف عن أحكام الشخص الذي لم يمثل هذه القيم بالقدر المناسب، (ليصبح المعيار الذاتي معيارًا غير موضوعي و غير موحد لدى كل أفراد المجتمع الواحد).

9-2- المعيار الإحصائي:

يستند المعيار الإحصائي إلى إعتبار أن المتوسط هو السلوك التوافقي و السوي، و أن الإنحراف عن ذلك هو السلوك اللاتوافقي أو غير صحي، و يفترض الإحصائيون توزيع الأفراد على الخصائص الجسمية و الإجتماعية و الإنفعالية توزيعًا إعتداليًا، حيث يعتبرون أن الأفراد الذين ينتمون إلى المتوسط أسوياء، و من يتعدون عن هذا المتوسط منحرفين، و عليه فإن هذا المعيار يستند إلى قاعدة تعرف بالتوزيع الإعتدالي، و الذي يتركز على المتوسط العام لمجموعة السمات التي يتميز بها الفرد، و تجدر الإشارة إلى أن هذا المعيار، لا يتمتع بكفاءة تضمن سلامة القياس، حيث أنه لا يضع في الإعتبار أن التوافق عند الأفراد ينبغي أن يكون مصاحبًا لشعورهم بالرضا و توافقيهم مع ذواتهم. (منصور، 1982، ص:74).

كذلك و إنطلاقًا من مجالي قياس الذكاء و الشخصية، ظهرت العديد من الإعتراضات على إستخدام المعيار الإحصائي في التقييم، كما وجد أنه في بعض العينات أو المجتمعات تكررات كبيرة لخاصية سلوكية سلبية، أو عاهة جسمية كقصر البصر أو تعاطي المواد النفسية، فوفقًا للمعيار الإحصائي إنتشار هذه السلوكيات السلبية متوافقة و صحيحة بالنسبة للتوزيع الإحصائي الإعتدالي، لكن المنطق يرفض هذا النوع من السلوكيات، أو الخصائص حتى إن تميزت بالإنتشار بين أفراد المجتمع، و ذلك بسبب سلبيتها. (رضوان، 2009، ص:61).

كما أن هناك إعتراض ثالث على المعيار الإحصائي، ينبع من حقيقة أن سمات الإنسان لا تتوزع توزيعًا طبيعيًا، وإنما تخضع لتوزيع آخر مثل توزيع بواسون Poisson، و هو توزع الأحداث النادرة توزع عشوائي غير متناسق، و يسمى توزع الأحداث النادرة، لأن احتمال أن تنطبق فيه سمة ما على شخص يمكن أن يكون صغيرًا جدًا. (رضوان، 2009، ص:61).

و عليه فإن استخدام المعيار الإحصائي لوحده غير كافي للحكم على توافق الأفراد أو سوء توافقهم.

9-3- المعيار الاجتماعي:

إن لكل مجتمع خصائصه الخاصة به، و يتخذ هذا المعيار من مسايرة المعايير الاجتماعية أساسًا للحكم على السلوك السوي أو خلافه، فالشخص السوي هو ذلك الشخص المتوافق اجتماعيًا و العكس صحيح. (زهران، 2001، ص:11)، أما كفاي (2012)، فيقول أن المحك الاجتماعي يقوم على أساس القبول الاجتماعي، فالسلوك الذي يتفق مع المعايير الاجتماعية يوصف على أنه سلوك متوافق وسوي، أما السلوك الذي لا يتفق مع هذه المعايير فهو سلوك غير متوافق وغير صحي، والمعيار الاجتماعي مفهوم يشير إلى ما يقبله المجتمع من قواعد وعادات و اتجاهات، وقيم وغيرها من العوامل التي تحدد سلوك الأفراد، و هي أداة في يد المجتمع يستخدمها كوسيلة ليوحد بها أفرادهم ويزيد من تماسكهم. (كفاي، 2012، ص: 32).

يتفقون أصحاب المنحنى الاجتماعي، كون أن معايير السلوك و قيم الأخلاق نسبية تختلف من مجتمع إلى آخر، و من زمان إلى زمان، و عليه فقد تعرض كذلك المعيار الاجتماعي إلى جملة من الانتقادات و ذلك بسبب:

✓ **إنحراف المعايير الاجتماعية:** ذلك أن المجتمع نفسه قد يتعرض إلى بعض الظروف التي تخرجه عن حدود التوافق، بحيث ما يمكن إعتباره سويًا اليوم، يمكن أن يكون غير ذلك تمامًا غدًا.

✓ **نسبية المعايير الاجتماعية:** و المقصود هو أن المعايير الاجتماعية تختلف من مجتمع إلى آخر، فما هو مقبول في مجتمع ما، قد يكون غير مقبول في مجتمع آخر، فالسلوك الذي يبدو سلوكًا غير توافقي و شاذ في مجتمع، قد يعتبر سلوكًا توافقيًا و صحيًا في مجتمع آخر.

9-4- المعيار الوظيفي:

يقصد بالمعيار الوظيفي عموما الحالة المتفقة مع الفرد، فيما يتعلق بأهدافه وقدراته، و في المعيار الوظيفي يتم إفتراض وجود علاقة وظيفية بين وضع الفرد ونشاطه الهادف، فالسلوك الذي يقوم به الفرد ويكون مناسبًا للمرحلة العمرية التي يمر بها، ومع إمكاناته السلوكية يعد سويًا ومتوافقًا و لا يمكننا التحدث عن ضرر

وظيفي، إلا إذا أخفق الإنسان في التغلب على وظيفة محددة، على الرغم من أن إمكاناته المتوفرة تمكنه من التغلب عليها، ويمثل الإخفاق في الإمتحان على الرغم من التوفر الكافي للمعارف والمعلومات أحسن مثال على ذلك. في المعيار الوظيفي يحتل الضرر الوظيفي بمعنى السلوك اللاتوافقي مركز الصدارة و ليس الشخص، فالتقييم يتم للسلوك، بعبارة أخرى فإن عملية تقييم السلوك تتم بعد معرفة الهدف الكامن خلفه (السلوك)، فمحك المعيار هنا هو الوظيفة كالقدره المشي، الكلام، و الحب...الخ. و تقوم التصورات الوظيفية على المبدأ التوازني، القائم على التوازن الديناميكي للعضوية بين الجوانب السيكلوجية و البيولوجية.

كبقية المعايير الأخرى فإن الإشكالية الأساسية للمعيار الوظيفي، تتمثل في وجوب الإعتماد في الحكم على التوافق في إطار منظومة عليا أو منظومة كاملة، وبالتالي فإن حالة التوافق لا يمكن تحديدها إلا عندما تعد المنظومة التي نفحصها على أنها جزء من حالة عليا، كأن ننظر للفرد بوصفه ضمن إطار مجموعة، و المجموعة بإعتبارها ضمن جماعة و هكذا، أو عندما نحدد التوافق من خلال تحديدها للهدف الكامن خلف السلوك.(رضوان، 2009، ص:65-66).

و يرى الباحث أن جميع هذه المعايير لها جوانب إيجابية و أخرى سلبية، فالمتعمن جيدا يجد العلاقة بين هذه المعايير هي علاقة تكاملية، و ترتبط مع بعضها البعض بطريقة تفاعلية، فكل معيار مكمل للمعايير الأخرى، كما أن الإعتماد على معيار واحد من المعايير السابقة قد يكون له مبررات في الحياة اليومية، لكن إذا تعلق الأمر بالتشخيص العيادي أو ممارسة الإرشاد و العلاج النفسي، فإن المنطق العلمي يرفض الإعتماد على مرجع واحد فقط، و إنما من الأفضل الإعتماد على كل المعايير و هذا ما يسمى بالتحديد متعدد الأقطاب.

10- مظاهر التوافق النفسي الجيد :

قسم ريتشارد سوينر مظاهر التوافق النفسي إلى سبعة مظاهر أساسية ذكرها المطيري (2009) و هي:

- **الفعالية:** الشخص المتوافق يصدر عنه سلوك أداي فعال، محدد الهدف، و موجه نحو حل المشاكل و الضغوط عن طريق المواجهة المباشرة لمصدر هذه المشاكل و الضغوط.
- **الكفاءة:** إن الشخص المتوافق يستخدم طاقاته بواقعية، مما يمكنه من تحديد المحاولات غير الفعالة و العقبات التي لا يمكن تخطيها فيحتملها ليضمن نواتج جهوده دون تبديلها.
- **الملاءمة:** إن الفرد المتوافق غالبًا ما يوائم بين أفكاره و مشاعره و سلوكياته، بحيث لا يصدر سلوكًا يتناقض مع أساليب تفكيره، لأن إدراكاته تعكس واقعه، و كل إستنتاجاته مستخلصة من معلومات مناسبة.

- **المرونة:** إن الشخص السوي قادر على التكيف و التعديل، و في فترات الأزمات و المواقف الضاغطة يستطيع البحث عن الوسائل الفعالة للخروج من هذا النوع من المواقف، بحيث يتميز بحثه هذا بالتجديد و التغيير.
- **القدرة على الاستفادة من الخبرات:** ذلك أن الفرد المتوافق نفسيًا أكثر مشاركة في التفاعل الإجتماعي، و تتسم علاقاته الإجتماعية بالصحة، ذلك أنه يبتعد في أسلوبه العلائقي على أنماط التعلق غير الصحية بالآخر، فهو يبعد عن الإتكالية المفرطة، أو النفور و الإنسحاب.
- **الفعالية الإجتماعية:** ذلك أن الفرد المتوافق نفسيًا أكثر مشاركة في التفاعل الإجتماعي، و تتسم علاقاته الإجتماعية بالصحة، حيث يبتعد في أسلوبه العلائقي على أنماط التعلق غير الصحية بالآخر، و عليه فهو يبتعد عن الإتكالية المفرطة، أو النفور و الإنسحاب.
- **الإطمئنان إلى الذات:** يتسم الشخص المتوافق بتقدير عال لذاته، و إدراكه لقيمتها، كما يتميز بالأمن و الإطمئنان إلى الذات.

11- مظاهر سوء التوافق:

- تختلف مظاهر سوء التوافق و تنقسم إلى بعدين هما:
- ✓ مظاهر ذاتية: كالإحباط و الصراع و التوتر.
- ✓ مظاهر إجتماعية: كالإنسحاب و الهروب و العدوان.

11-1 - المظاهر الذاتية:

و يقصد بها مظاهر سوء التوافق النفسي، التي تظهر على الفرد على مستواه الشخصي و هي:

- 11-1-1- الإحباط:** الإحباط حالة تعاق فيها الرغبات الأساسية أو الحوافز أو المصالح الخاصة بالفرد، أو إعتقاد الفرد أن تحقيق هذه الرغبات و الحوافز أو المصالح صار مستحيلًا، و بمعنى آخر فإن الإحباط هو العملية التي تتضمن إدراك لعائق يحول دون إشباع حاجاته أو تحقيق أهدافه أو توقع وجود هذا العائق مستقبلاً، هذا و تختلف الإستجابة للإحباط من شخص إلى آخر. (زهرا، 2005، ص: 117)، كما يعرفه محمد قاسم (2012) على أنه "الحالة الإنفعالية التي يمر بها الفرد حين يدرك وجود عائق يمنعه من إشباع دافع لديه، أو توقع مثل هذا العائق في المستقبل، مع ما يرافق ذلك من تهديد و توتر نفسي". (عبد الله، محمد قاسم، 2012، ص: 155).

و يقسم زهران (2005) الإحباط إلى:

✓ **الإحباط الداخلي (الشخصي):** ينبع من صفات الفرد الداخلية مثل وجود أمراض أو عاهات، أو ضعف الثقة في الذات.

✓ **الإحباط الخارجي (البيئي):** ينبع من البيئة الخارجية المحيطة بالفرد مثل الفقر أو الموانع البيئية الأخرى.

✓ **الإحباط التام:** ينتج عن وجود عائق منيع يحول دون الوصول إلى الهدف، و عدم إشباع الدافع و حدوث التوتر.

✓ **الإحباط الجزئي:** ينتج عن وجود عائق يحول دون الإشباع الكامل للدوافع و يؤدي فقط إلى إشباع جزئي، و تخفيف جزئي للتوتر النفسي.

11-1-2- الصراع: "الصراع هو العمل المتزامن أو المتواتق للدوافع أو الرغبات المتعارضة أو المتبادلة، و ينتج عن وجود حاجتين لا يمكن إشباعها في وقت واحد، و يؤدي إلى التوتر الإنفعالي و القلق و اضطراب الشخصية.

و الصراع هو أهم الأسباب النفسية المسؤولة عن المرض النفسي، فالشخصية التي يهددها الصراع و القلق، و تكون فريسة للمرض النفسي". (زهران، 2005، ص:115).

كما يعرفه محمد قاسم (2012) على أنه "حالة يمر بها الفرد حين لا يستطيع إرضاء دافعين معاً، أو عدة دوافع، و يكون كل منها قائماً لديه، فالصراع حالة نفسية مؤلمة يشعر بها الفرد بوجود نزاعات و رغبات و حاجات و أهداف متناقضة، لا يمكن تحقيقها معاً و يرافق وجود الصراع شعور الفرد الضيق و التوتر و القلق، مما يجرى الفرد و يدفعه للإستجابة السريعة و الخروج من هذا الموقف الضاغط بسرعة. (عبد الله محمد قاسم، 2012، ص:165).

و يضيف زهران (2005)، إن الصراع يتضح من خلال: تجنب الواقع ضد مواجهة الواقع، و الإعتماد على الغير ضد الإعتماد على النفس و توجيه الذات، و الإحجام و الخوف (ضد) الإقدام و الشجاعة، و الحب (ضد) الكره. (زهران، 2005، ص:115).

و من أنواع الصراع يذكر زهران (2005):

✓ **صراع الإقدام:** و هو صراع الرغبة أو الإقتراب، و ينشأ عن وجود موقفين جذابين و الإقدام على أحدهما يتضمن الإحجام عن الآخر، مثل فتاة تختار بين الزواج و العمل، و مستمع يختار بين برنامجين إذاعيين مرغوبين في وقت واحد.

✓ **صراع الإحجام:** و هو صراع الرهبة أو الإجتئاب، و ينشأ عن وجود موقفين منفيرين و الإحجام عن أحدهما يتضمن الإقدام على الآخر. مثال: جندي يختار بين ناري خوض المعركة و المحاكمة لو فر من الميدان، و موقف بين ناري الإحتلاس أو الإفلاس.

✓ **صراع الإقدام و الإحجام:** و هو صراع الرغبة و الرهبة أو الإقتراب و الإجتئاب، و ينشأ عن موقف له جانبان أحدهما جذاب و الآخر منفر، مثال: رجل يريد الزواج من حسناء سمعتها سيئة، و رياضي أمام فوز يحفه التعرض إلى الخطر.

صراعات أخرى: الصراع بين الأنا و الهو، والصراع بين الأنا و الأنا الأعلى، الصراع بين الهو و الأنا الأعلى، و الصراع بين الدوافع و الضوابط، و الصراع بين المعايير الإجتماعية و الضوابط الأخلاقية، و الصراع بين الحاجات الشخصية و الواقع، و الصراع بين الرغبة الجنسية و موانع الإشباع الجنسي، و صراع القيم، و صراع الأدوار الإجتماعية، و الصراع الداخلي، و الصراع بين الطبقات، و الصراع الثقافي بين الأجيال، و الصراع مع السلطة... الخ. (زهرا، 2005، ص: 115-116).

11-2- المظاهر الإجتماعية:

يقصد بالمظاهر الإجتماعية تلك الخصائص الإجتماعية التي يتميز بها الأفراد الذين يعانون من سوء التوافق، و يظهر ذلك في سلوكهم الموضوعي الإجتماعي الظاهر، و قد تم تحديدها في هذه الدراسة في مظهرين أساسيين هما العدوان و الإنسحاب، كما توجد عدة ظواهر أخرى للسلوك الإجتماعي اللاتوافقي:

11-2-1- العدوان: لا يوجد إختلاف بين العلماء في إعتبار العدوان مظهر من مظاهر السلوك اللاتوافقي، إذ يؤدي إلى إلحاق الأذى والضرر بفرد أو مجموعة من الأفراد أو بأشياء مادية، و يهدف من ورائه إشباع رغبة عدائية بحد ذاتها، أو تعبير سلبي عن إنفعال الغضب و الشعور و الإحباط.

فيعرف بوس (1961) Boss العدوان على أنه: " كل سلوك يلحق الأذى بالآخرين أو ممتلكاتهم بغض النظر عن القصد الكامن خلف هذا السلوك. (نقلا عن رضوان، 2009، ص: 292)، كما أن أشكال العدوان تتنوع تبعاً للتوجهات النظرية، حيث يمكن التفريق بين الأشكال المختلفة للعدوان وفق المحكات التالية:

1- **إتجاه العدوان:** و يتم هذا التمييز بين العدوان على الذات و العدوان على الآخر، و يعني العدوان على الذات أن موضوع العدوان و هدفه متطابقان، حيث يعد الإنتحار من أشد أشكال العدوان على الذات، و هو ينتج عن مشاعر اليأس و العجز و الإكتئاب، و صراع شديد من نوع الإحجام- الإحجام على الأغلب،

و نتيجة أزمات وجودية كالإحباط الوجودي، أو الفراغ الوجودي، أما العدوان على الآخر فهو العدوان الذي يتخذ من شخص آخر أو أملاكه موضوعاً للأذى، و الضرر كالقتل و السرقة أو الإيذاء النفسي للآخرين.

ب- موضوع العدوان: و يمكن تحديد أربعة أشكال للعدوان و فق هذا المعيار و هي:

✓ **العدوان الجسدي:** و يستخدم فيه الفرد الجسد أو أية وسيلة أخرى لإلحاق الأذى بالآخرين، كالضرب بالأيدي أو إستخدام الأسلحة أو أية وسيلة أخرى.

✓ **العدوان اللفظي:** و تستخدم فيه اللغة لإلحاق الضرر بالآخرين، كالقذف و السب و تحقير الآخرين و النقد غير الواقعي و الموضوعي، و السخرية و التقليل من شأنهم.

✓ **العدوان غير اللفظي:** و يستخدم فيه الحركات و الإيماءات، كتجاهل الآخر و عدم الإهتمام به، و بحديثه أو إستخدام حركات الوجه أو الجسم الإيمائية.

✓ **العدوان الرمزي:** و يقصد به صب العدوان على أشياء بديلة عن الشخص المعتدي عليه، و ترمز له أو لها علاقة مادية أو معنوية به.

ج- دافع العدوان: و يمكن تحديد نوعين من العدوان و فق هذا المعيار :

✓ **العدوان الوصيلي:** و يعد هذا النوع من العدوان مؤيد من طرف المجتمع، و مثال على ذلك قيام الطبيب بعملية جراحية لمريض بعوض تخليصه من الألم أو إنقاذ حياته.

✓ **العدوان الهدام:** و هو العدوان المستنكر من قبل المجتمع، و الذي يهدف إلى إلحاق الأذى بالآخر كغاية و هدف ليس إلا.

11-2-2: الإنسحاب:

يعد الإنسحاب أسلوباً من الأساليب السلبية في مواجهة المشكلات و المواقف، ذلك أن الفرد يعتقد أن أسهل طريقة في مواجهة الضغط و التوتر و هو الإنسحاب، لأنه لا يتطلب جهداً كبيراً مثلما هو الحال في حالة العدوان، و الذي يبدو أنه على طرفي النقيض في التعامل مع المواقف، إلا أنهما مظهرين لحالة واحدة هي سوء التوافق، و عدم الرضا عن الحياة، أي أن الإنسحاب يشكل خطورة بالغة على الإنسان بسبب هروبه، عن ميدان المشكلة فتبقى قائمة دون حل أو إيجاد بؤادر، مما يزيد من تعقيدها و يصعب عملية الحل بمرور الوقت، و يكمن ضرر الإنسحاب أيضاً في أنه من الممكن أن يصبح أسلوب الفرد في مواجهة أي مشكلة، و أسلوباً في حياته بشكل عام، مما يجعله سلبياً خاضعاً و منعزلاً و عرضة للإكتئاب و التمرکز حول الذات.

و يرجع الكثير من المتخصصين أن ميل الفرد للإنسحاب، و الخضوع و مسايرتهم بشكل مطلق يعود لأساليب التنشئة الإجتماعية السلبية، كالقسوة و الحرمان الزائد و الإهمال و التدليل و غير ذلك.(العناني، 2000، ص: (130-131)).

خلاصة الفصل

يلاحظ الباحث من خلال ما تقدم في هذا الفصل، أن التوافق النفسي مفهوم أساسي و مركزي في علم النفس، و عليه فقد تعددت تسمياته بتباين الخلفيات العلمية و النظرية، فمنهم من عرفه على أساس أنه حالة، و منهم من عرفه على أساس عملية، و الأكيد أن الكثير من علماء النفس يتفقون على أن مفهوم التوافق النفسي من المصطلحات الغامضة في علم النفس، كما إختلف كذلك الباحثون في التفرقة بين التوافق النفسي و التكيف، فمنهم من فرق بين المفهومين، و منهم من إعتبره مفهوم واحد.

كما يتضح مما تقدم كذلك أن الفرد لا يقف سلبي و خاضع أمام ما يواجه من صعوبات و ضغوطات و إحباطات، بل يجند مجموعة من الأساليب التوافقية للمواجهة، فقد تكون مباشرة أو غير مباشرة، و أن تنوع مثل هذه الأساليب و ثرائها أو فقرها، ترجع إلى الذخيرة السلوكية للفرد التي إكتسبها من التعلم و التنشئة الإجتماعية، و إن فشلت أساليب الفرد التوافقية في مواجهة المواقف الضاغطة، قد تجعله عرضة للعديد من المشكلات الصحية، أما نجاعتها فهي تعمل على حفاظ صحته الجسدية و النفسية.

الفصل الثالث

الصلابة النفسية

تمهيد

- 1- مفهوم الصلابة النفسية
 - 2- أهمية الصلابة النفسية
 - 3- أبعاد الصلابة النفسية
 - 4- خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة و المنخفضة
 - 5- النظريات المفسرة للصلابة النفسية
 - 6- المصطلحات المتداخلة مع مفهوم الصلابة النفسية
- خلاصة الفصل

تمهيد

يعتبر مفهوم الصلابة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبيا في علم النفس، سواء في البيئة العربية أو الجزائرية، و هي من الخصائص النفسية المهمة التي تساعد الفرد على إدراك الواقع بإيجابية و مواجهة المشكلات بفعالية، حيث كانت كوباسا، من الأوائل من وضع الأساس لهذا المصطلح.

1- مفهوم الصلابة النفسية

1-1- لغة:

" صلب أي شديد صَلْب الشيء صلابة فهو صَلْبٌ و صُلْبٌ أي شديد. (بن منظور، 1999، ص:297).

2-2- إصطلاحا:

✓ تعرف كوباسا (1979) الصلابة النفسية بأنها:

"مجموعة من السمات الشخصية تعمل كواق من أحداث الحياة الشاقة، وأنها تمثل إعتقادًا أو إتجاهًا عامًا لدى الفرد في قدرته على إستغلال كافة مصادره، و إمكاناته النفسية و البيئية المتاحة، كي يدرك أحداث الحياة الشاقة إدراغًا غير مشوه و يفسرها بمنطقية و موضوعية، و يتعايش معها على نحو إيجابي، و تتضمن ثلاثة أبعاد رئيسية هي: الإلتزام، والتحكم، و التحدي". (كوباسا، 1979، ص:67).

فالصلابة النفسية عند كوباسا هي سمة في الشخصية لها دور وقائي من ضغوطات الحياة.

✓ أما مخيمر (1996) فيعرف الصلابة النفسية على أنها:

" نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه، و أهدافه و قيمه و الآخرين من حوله، و إعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يواجهه من أحداث بتحمل المسؤولية عنها، و أن ما يطرأ على جوانب حياته من تغير هو أمر مثير و ضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا أو إعاقة له". (مخيمر، 1996، ص:284).

يرى عماد مخيمر أن الصلابة النفسية هي القدرة على التحكم و تسيير الأحداث الشاقة التي يواجهها الفرد

✓ و يعرف مجدي (2008) الصلابة النفسية بأنها:

"القدرة العالية على المواجهة الإيجابية للضغوط و حلها و منع الصعوبات المستقبلية، و التي تعكس مدى إعتقاده في فعاليته و القدرة على الإستخدام الأمثل لكل المصادر الشخصية و البيئية و النفسية و الإجتماعية المتاحة، كي يدرك و يفسر و يواجه بفعالية أحداث الحياة الضاغطة و تحقيق الإنجاز و التفوق". (مجدي، 2008، ص:75).

مفهوم الصلابة النفسية عند مجدي محمود فهيم يتشابه و يتوافق مع مفهوم الحجاز و ذخان، فكلاهما يعرفان الصلابة النفسية على أساس أنها القدرة على مواجهة الأحداث الشاقة.

✓ كما عرفها فنك (1992) Funk بأنها:

"سمة عامة في الشخصية، تعمل الخبرات البيئية المتنوعة على تكوينها و تنميتها لدى الفرد منذ الصغر".
(Funk, 1992, P: 88).

أما فنك فيعرف الصلابة النفسية من الجانب التطوري، فيبين أنها سمة في الشخصية تتطور عبر مراحل النمو المختلفة منذ الطفولة.

✓ و أضاف حمادة لولوة و عبد اللطيف (2002) أن الصلابة النفسية هي:

"مصدر من مصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة و التخفيف من آثارها على الصحة النفسية و الجسمية، حيث تساهم في تسهيل الإدراك و التقويم و المواجهة الذي يقود إلى التوصل إلى حل المواقف الذي خلقته الأحداث الضاغطة". (لولوة حمادة و عبد اللطيف، 2002).

مفهوم الصلابة النفسية بالنسبة حمادة، لولوة و عبد اللطيف، هو مفهوم وقائي بالنسبة للشخصية و حمايتها من الأحداث المؤلمة و غير السارة.

✓ و يعرف مادي و آخرون (1994) Maddi, et all الصلابة النفسية هي:

"مجموعة من الخصال الشخصية التي تعمل كمقاومة لأحداث الحياة الشاقة" (مادي و آخرون، 1994).
نلاحظ أن تعريف مادي و زملائه يتشابه كثيرا مع تعريف كل من حمادة و عبد اللطيف، و كذلك مع تعريف مجدي، فالكل يجمع على أن الصلابة النفسية سمة في الشخصية ذات دور وقائي من الأحداث الضاغطة.

✓ أما شيلي تايلور (2008) فقد عرف الصلابة النفسية على أنها:

"خاصية يتسم بها الفرد، من مظاهرها الشعور بالالتزام و الإيمان بالقدرة على ضبط الذات و الإستعداد لمواجهة التحدي، و يعتقد بأن هذه السمة تشكل مصدراً مفيداً في التعامل مع الأحداث الضاغطة" (شيلي تايلور، 2008، ص: 888).

من خلال كل التعاريف السابقة، أجمع علماء النفس و الباحثين على كون الصلابة النفسية مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة و التخفيف من آثارها على الصحة النفسية

و التوافق النفسي، حيث يتقبل الفرد التغيرات و الضغوط التي يتعرض لها و ينظر إليها على أنها نوع من التحدي و ليس تهديداً، فيفسرها بإيجابية، و يواجهها بفعالية حتى تعود عليه بالفائدة.

1-3- التعريف الإجرائي:

"هي قدرة الشخص على تجاوز الضغوط النفسية التي يتعرض لها عن طريق إستخدام المعطيات و القدرات الشخصية و البيئية، و تقاس عن طريق الدرجة التي يحصل عليها الفرد من خلال إجابته على فقرات مقياس الصلابة النفسية".

2- أهمية الصلابة النفسية

تعتبر الصلابة النفسية مركب مهم من مركبات الشخصية القاعدية، التي تقي الإنسان من آثار الضواغط الحياتية المختلفة، و تجعل الفرد أكثر مرونة و تفاؤلاً و قابلية للتغلب على مشاكله الضاغطة، كما تعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية و الإضطرابات النفسية.(خالد العبدلي، 2012، ص:31).

وذكر عودة (2010) أن للصلابة النفسية دور حاسم في تحسين الأداء و الصحة النفسية و البدنية، و في زيادة الدعم النفسي، حيث إتفق الكثير من الباحثين مع كوباسا في أن الصلابة النفسية عامل مهم في توضيح كيف أن بعض الناس يمكن أن يقاوموا و لا يمرضون، و هذا جعلها تقدم عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد، و يمكن فهم العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد، وذلك مع جعل الصلابة النفسية مجالاً خصياً للبحث المستمر.(عودة محمد، 2010).

و في هذا الخصوص، ترى كل من مادي و كوباسا (1982)، أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الإرجاع تؤدي إلى إستثارة الجهاز العصبي الذاتي، و الضغط المزمّن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق و ما يصاحبه من أمراض جسدية و إضطرابات نفسية، و هنا تأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية و التي تبدأ بالضغط و تنتهي بالإرهاق و يتم ذلك من خلال طرق متعددة فالصلابة:

- ✓ أولاً: تعدل من إدراك الأحداث و تجعلها تبدو أقل وطأة.
 - ✓ ثانياً: تؤدي إلى أساليب مواجهة نشطة أو تنقله من حال إلى حال.
 - ✓ ثالثاً: تؤثر على أسلوب المواجهة بطريقة غير مباشرة من خلال تأثيرها على الدعم الإجتماعي.
 - ✓ رابعاً: تقود إلى التغيير في الممارسة الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي و ممارسة الرياضة.
- و هذا بالطبع تقلل من الإصابة بالأمراض الجسمية.(نقلا عن حمادة و عبد اللطيف، 2002).

و قد أكدت البحوث على أهمية إدراك الأحداث و الشعور بالضغط من عدمه، فقد وجد كل من Rodwalt & Zun، أنه بمقارنة الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة بأقرانهم ذوي الصلابة المنخفضة، وجدوهم يميلون أكثر للنظر إلى أحداث الحياة الماضية على أنها كانت إيجابية و كانت لديهم القدرة على التحكم فيها، و وجد كل من (مادي و كوباسا) أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يكونون أكثر قدرة على الإستفادة من أساليب مواجهتهم للضغوط بحيث تفيدهم في خفض تهديد الأحداث الضاغطة من خلال رؤيتها من منظور واسع و تحليلها إلى مركباتها الجزئية و وضع الحلول المناسبة لها. (نقلا عن محمد مجل الشمري، 2014، ص: 52).

أضاف الليرد و سميث (1989)، أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر مقاومة للأمراض المدرجة تحت تأثير الضغط بسبب الطريقة الإدراكية التكوينية و ما نتج عنها من إنحدار في مستوى التحفز الفسيولوجي، وأن لديهم أيضا مجموعة من الجمل الإيجابية عن الذات أكثر من أولئك الأقل "صلابة" التي ترجع إلى التفاؤل و هي سمة من شأنها أن تقي من الآثار الجسدية المتعددة للضغط. (الليرد و سميث، 1989).

كما تؤثر الصلابة النفسية على القدرات التكوينية، فالأفراد الأكثر صلابة عندهم كفاءة ذاتية أكثر و لديهم قدرات إدراكية من ناحية أن الشخص الصلب يدرك ضغوطات الحياة اليومية على أنها أقل ضغطًا و لديهم إستجابات تكيفية أكثر. (خالد العبدلي، 2012، ص: 33).

من خلال ما سبق، يتضح لنا أن الصلابة النفسية مركب مهم من مركبات الشخصية القاعدية، لها دور مهم في إنشاء جدار دفاعي يعين الفرد على مواجهة الضغوط و الأحداث المؤلمة، و التكيف الفعال، و خلق نمط من الشخصية لها القدرة على الإدراك الجيد و الإيجابي لمواقف الحياة، قصد تحقيق حياة متزنة، خالية من القلق و الإكتئاب و الإنحراف.

3- أبعاد الصلابة النفسية

توصلت كوباسا في دراستها إلى أن الصلابة النفسية هي إعتقاد عام للفرد في فاعليته و قدرته على إستخدام كل المصادر النفسية و الإجتماعية المتاحة كي يدرك و يفسر و يواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة، و أضافت أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يحاولون أن يكون لديهم التأثير في مجرى بعض الأحداث التي يمرون بها و هذه الأبعاد هي: (الإلتزام، التحكم، التحدي).

كما ترى كوباسا أن هذه المكونات الثلاث ترتبط بإرتفاع قدرة الفرد على تحدي ضغوط البيئة و أحداث الحياة، و تحويل أحداث الحياة الضاغطة إلى فرص للنمو الشخصي، كما أن نقص هذه الأبعاد الثلاثة يوصف أنه إحتراق نفسي، و لا يكفي مكون واحد من مكونات الصلابة الثلاثة لتمدنا بالشجاعة و الدافعية لتحويل ضغوط و القلق لأمر أكثر إيجابية، فالصلابة النفسية مركب يتكون من ثلاث أبعاد مستقلة قابلة للقياس.(Kobassa, 1979).

و لقد تبني العديد من علماء النفس نظرية كوباسا للصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الإلتزام، التحكم، التحدي) على غرار مادي، فنك، وبيي، هينك و هيدون، إلا أنهم إختلفوا في تفسير أبعادها كل واحد حسب وجهة نظره، و فيما يلي أبعاد الصلابة النفسية:

3-1- الإلتزام:

يعتبر مكون الإلتزام من أكثر مكونات الصلابة النفسية إرتباطا بالدور الوقائي للصلابة بوصفها مصدرًا لمقاومة مثيرات المشقة، و قد أشار Johnson & Sarson (1978) إلى هذه النتيجة، حيث تبين لهم أن غياب هذا المكون يرتبط بالكشف عن الإصابة ببعض الإضطرابات النفسية كالقلق و الإكتئاب، كما أشار هينك (Henk)، إلى أهمية هذا المكون لدى من يمارسون مهنة شاقة كالمحاماة و التمريض و طب الأسنان.(Hydon, 1986).

فقد عرف الإلتزام بعدة تعاريف نذكر أهمها:

✓ تعريف مخيمر (1997) الذي يرى الإلتزام على أنه :

"نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه و أهدافه و قيمه و الآخرون من حوله" (مخيمر، 1997، ص: 14).

✓ و تعرف جيهان (2002) الإلتزام بأنه:

"إتجاه الفرد نحو معرفة ذاته، و تحديده لأهدافه و قيمه في الحياة و تحمله المسؤولية، و أنه يشير أيضا إلى إعتقاد الفرد بقيمة و فائدة العمل الذي يؤديه لذاته أو للجميع".(حمزة جيهان، 2002).

✓ و يعرف وبيي (1991) مفهوم الإلتزام على أنه:

"إعتقاد الفرد بضرورة تبنيه قيما و أهدافا محددة تجاه نشاطات الحياة المختلفة و ضرورة تحمل المسؤولية تجاه هذه القيم و المبادئ و الأهداف، ما يشير إلى إتجاه الفرد نحو التعامل مع الأحداث الشاقة برؤيتها كأحداث هادفة ذات معنى و جدية بالتفاعل معها".(Weibe, 1991, p : 89).

✓ و قد أشارت كوباسا إلى أن الإلتزام يمثل :

"القدرة على إدراك الفرد لقيمه و أهدافه و تقدير إمكانياته ليكون لديه هدف يحققه، و كذلك صنع القرارات التي تدعم التوازن و التراكيب الداخلية، فالإلتزام يمثل الإلتزام الذاتي من جانب الفرد نحو نفسه و أهدافه و قيم الآخرين، كما يمثل إلتزام الفرد نحو التعامل بإيجابية مع الأحداث الضاغطة و رؤيتها كمواقف هادفة و ذات معنى، فالفرد الذي لديه نزعة قوية نحو الإلتزام يندمج مع الناس و الأشياء و الأحداث التي تدور من حوله و يمثل الإنفصال و الإنعزال و الإغتراب مضيعة للوقت". (نقلا عن عباس، 2010، ص: 176).

✓ أما مجدي (2008) فترى :

"أن الإنسان المتسم بالإلتزام يود الإنخراط مع الناس و الأحداث من حوله بدلاً من أن يكون سلبياً، و يبدو له هذا الطريق وسيلة للحصول على المعنى و التجربة المثيرة، و مما يزعجه أن يغرق في الوحدة و الإغتراب، و يبدو أن من يتسمون بالإلتزام العالي يؤدون عملهم في حالة من البهجة و الجهد القليل". (مجدي فهم، 2008، ص: 98).

ومن خلال ما سبق من تعريفات، يتبين إتفاق العديد من الباحثين على أن الإلتزام مجموعة من القيم و المبادئ و المعتقدات و الأهداف التي يتبناها الفرد و يتمسك بها و يتحمل مسؤوليته اتجاهها، و إتجاه نفسه و الآخرين حتى يصل الى نوع من التوازن النفسي و الإجتماعي.

3-1-1- أنواع الإلتزام

أشارت كوباسا و مادي و بيكسي (1985) Kobassa, Maddi, et Puccetti إلى أن الإلتزام الشخصي أو النفسي يضم كلا من :

✓ الإلتزام إتجاه الذات: و عرفوه بأنه:

"إتجاه الفرد نحو معرفة ذاته و تحديده لأهدافه و قيمه الخاصة في الحياة، و تحديده لإتجاهاته الإيجابية على نحو تميزه عن الآخرين".

✓ الإلتزام إتجاه العمل: و عرفوه بأنه:

"إعتقاد الفرد بقيمة العمل و أهميته سواء بالنسبة له أو للآخرين، و إعتقاده بضرورة الإندماج في محيط العمل و بكفاءته في إنجاز عمله، و ضرورة تحمل مسؤوليات العمل و الإلتزام بنظمه".

أما أبو الندى (2007) فيصنف الإلتزام إلى ثلاثة أنواع هي:

✓ الإلتزام القانوني: و يتمثل في تقبل الفرد للقوانين الشرعية ثم الوضعية السائدة في مجتمعه و إمتثاله لها و تجنبه مخالفتها"، كما عرفه عبد الله (1991) كذلك بأنه: "إعتقاد الأفراد بضرورة الإنصياع لمجموعة من القواعد و الأحكام العامة و تقبل تنفيذها جبراً بواسطة السلطة المختصة في حالة الخروج عنها أو مخالفتها لما تمثله من أسس منظمة للسلوكيات العامة داخل المجتمع". (نقلا عن عبد الله عادل، 1991، ص:29).

✓ الإلتزام الديني: و يعرفه الصنيع (2002) بأنه: "إلتزام المسلم بعبقيدة الإيمان الصحيح و ظهور ذلك على سلوكه، بممارسة ما أمر الله به و الإنتهاء عن آتيان ما نهي عنه". (الصنيع، 2002، ص:92).

✓ الإلتزام الأخلاقي: و قد عرفه جونسون (1991) بأنه: "إعتقاد الفرد بضرورة الإستمرار في علاقته الشخصية و الإجتماعية". (نقلا عن عبد الله عادل، 1991، ص:29).

و عليه من خلال الإطلاع على التراث النفسي، تبين أنه يوجد عدة أنواع من الإلتزام يتمثل في: الإلتزام الأخلاقي، الديني، الإجتماعي، القانوني، الإلتزام نحو الذات و الإلتزام نحو العمل، و هذا الإختلاف ناتج عن الإلتزامات الدينية و التوجهات الفكرية و العلمية.

3-2- التحكم

يعتبر بعد التحكم من الأبعاد الأكثر أهمية في مفهوم الصلابة النفسية، و قد عرف من طرف العديد من علماء النفس أشهرهم:

✓ كوباسا (1979) kobassa التي ترى أن التحكم هو:

"إعتقاد الفرد بمدى قدرته على التحكم فيما يواجه من أحداث، و قدرته على تحمل المسؤولية الشخصية على ما يحدث له، فإدراك التحكم يمثل توجه الفرد نحو إحساس بالفعالية و التأثير في ظروف الحياة المتنوعة، كما أن التحكم يمثل التوجه للشعور و التصرف كما لو كان للفرد القدرة على التأثير في مواجهة المواقف المتنوعة للحياة بدلاً من الإستسلام و الشعور بالعجز عند مواجهة كوارث و طوارئ الحياة". (كوباسا، 1979).

✓ أما فولكمان فقد أشار أن التحكم هو:

"إعتقاد الفرد بإمكانية تحكمه في المواقف الضاغطة التي يتعرض لها". (نقلا عن زينب راضي، 2008، ص:27).

✓ و يعرف ويبى (1991) Weibe التحكم بأنه:

"إعتقاد الفرد بتوقع حدوث الأحداث الضاغطة ورؤيتها كمواقف و أحداث شديدة قابلة للتناول و التحكم فيها أو إمكانية التحكم الفعال فيها". (Weibe,1992, p :89).

✓ و يضيف مخيمر(1996) أن التحكم هو:

"إعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث، و أنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته، و أنه يتضمن القدرة على إتخاذ القرارات، و الإختيار بين البدائل، و تفسير و تقدير الاحداث و المواجهة الفعالة". (مخيمر،1996، ص: 15).

✓ و ترى جيهان حمزة (2002) أن التحكم هو:

"إعتقاد الفرد في قدرته على التحكم في أحداث الحياة المتغيرة المثيرة للمشقة النفسية سواء كان ذلك معرفيًا أم وجدانيًا أم سلوكيًا". (حمزة جيهان ، 2002).

✓ أما هيريس Hairis فقد أوضح أن التحكم هو:

"تصور الفرد أن الأحداث و تجارب الحياة يمكن التحكم فيها و توقعها، و أنها تمثل نتيجة أعماله، فهو يمثل إعتقاد الفرد بحدوث الأحداث الشاقة، و رؤيتها كمواقف يمكن التعامل معها و التحكم فيها، و الفرد الذي لديه نزعة قوية نحو التحكم يعتقد أنه لو كافح و حاول فإنه بذلك لديه احتمال قوي في التأثير في النواتج التي تحدث من حوله". (نقلا عن خالد العبدلي، 2012، ص: 26-27).

و يرى فونتانا Fontana أن المراحل الأساسية التي يمر بها التحكم هي المبادأة و الإدراك و الفعل، فيبدأ الفرد في التعامل مع الموقف ذو التأثير عبر إتخاذ القرار المناسب تجاهه، فإذا كان هذا القرار يهدف لتغيير الموقف فإنه يمثل مرحلة المبادأة، و الدخول في مرحلة الإدراك أو المعرفة و تعني فهم الفرد التام للموقف، و تحديد مصادر الخطر و المعيقات التي تحول دون التعامل معه، كما يتم تحديد الفرد لقدراته و مصادره الذاتية التي سوف تحميه من الآثار السلبية للموقف، و أخيرًا مرحلة الفعل أو إتخاذ القرار الذي يقوم به الفرد، إما أن تكون أفعالاً موجهة للقضاء على المشكلة، أو أفعالاً غير موجهة كتجاهل الموقف الشاق بأكمله. (فونتانا، 1995، نقلا عن حمزة جيهان، 2002).

و يشير الرفاعي (2003) إلى أن التحكم يتضمن أربع صور رئيسية هي:

أ- القدرة على إتخاذ القرارات و الإختيار بين بدائل متعددة: و يحسم هذا التحكم المتصل بإتخاذ القرار طريقة التعامل مع الموقف سواء بإنهائه أو تجنبه أو بمحاولة التعايش معه، ولذا يرتبط هذا التحكم بطبيعة الموقف نفسه و في ظروف حدوثه، حيث يتضمن الإختيار من بين البدائل، فالمريض هو الذي يقرر أي الأطباء سوف يذهب إليهم و متى يذهب و الإجراءات التي يتبعها.

ب- التحكم المعرفي (المعلوماتي): إستخدام العمليات الفكرية للتحكم في الحدث الضاغط:

و يختص التحكم المعلوماتي بقدرة الفرد على إستخدام كافة المعلومات المتاحة عن الموقف لمحاولة السيطرة عليه و ضبطه، كما يختص بقدرة الفرد على البحث عن المعلومات الموضحة لطبيعة الموقف الشاق كاسباب حدوثه و الوقت المتوقع لحدوثه و العواقب الناتجة عنه، حيث تساعد هذه المعلومات على التنبؤ بالمواقف قبل وقوعها، فتهيأ الفرد لها.

ج - التحكم السلوكي: و هو القدرة على المواجهة الفعالة و بذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز و التحدي، كما يقصد بالتحكم السلوكي القدرة على التعامل مع الموقف بصورة علنية و ملموسة، بمعنى تحكم الشخص في أثر الحدث الضاغط من خلال القيام ببعض السلوكيات لتعديله أو تغييره.

د - التحكم الإسترجاعي: و يرتبط التحكم الإسترجاعي بمعتقدات الفرد و إتجاهاته السابقة عن الموقف و طبيعته، فيؤدي إسترجاع الفرد لمثل هذه المعتقدات إلى تكوين إنطباع محدد عن الموقف، ورؤيته على أنه موقف ذو معنى و قابل للتناول و السيطرة عليه، و بمعنى آخر نظرة الشخص للحدث الضاغط و محاولة إيجاد معنى له في حياته، مما قد يؤدي لتخفيف أثر الضغوط. (الرفاعي، 2003).

يرى الباحث أن من يتسم بقوة التحكم سيكون لديه إعتقاد بأنه يمكن التحكم في أحداث حياته و يحمل نفسه مسؤولية ما يحدث له من أجل التأثير فيما يحدث له، حتى لو كان في سياق صعب، و يميل للتصرف بطريقة تؤثر في أحداث الحياة بدلاً من الشعور بالعجز عندما تقابله الشدائد و المحن.

3-3- التحدي:

يعتبر التحدي البعد الثالث في مفهوم الصلابة النفسية، و قد عُرفَ هذا البعد من طرف العديد من علماء

النفس أهمهم:

✓ كوباسا و بوكستي (1983) Kopasa, Puccetti عرفوا التحدي على أنه:

"إعتقاد الفرد بأن التغيير المتجدد في أحداث الحياة، هو أمر طبيعي بل حتمي لا بد منه لإرتقائه، أكثر من كونه تهديداً للأمنه و ثقته بنفسه و سلامته النفسية".

✓ كما يعرف توماكا (1996) Tomaka التحدي بأنه:

"تلك الإستجابات المنظمة التي تنشأ ردًا على المتطلبات البيئية، و هذه الإستجابات تكون ذات طبيعة معرفية أو فسيولوجية أو سلوكية، و قد تجتمع معا و توصف بأنها إستجابات فعالة". (نقلا عن محمد جيهان، 2002، ص:41).

✓ أما مخيمر (1997) فقد عرف التحدي بأنه:

"إعتقاد الشخص أن ما يطرأ من تغيير على جوانب حياته هو أمر مثير و ضروري للنمو أكثر من كونه تهديداً، مما يساعده على المبادأة و إستكشاف البيئة و معرفة المصادر النفسية و الإجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط". (مخيمر، 1997، ص:14).

✓ و يرى خالد العبدلي (2012)، أن التحدي يتمثل في:

"قدرة الفرد على التكيف مع المواقف الحياة الجديدة، و تقبلها بكل ما فيها من مستحجات سارة أو ضارة، بإعتبارها أمورًا طبيعية لا بد من حدوثها لنموه و إرتقائه، مع قدرته على مواجهة المشكلات بفاعلية، و هذه الخاصية تساعد الفرد على التكيف السريع في مواجهة أحداث الضاغطة المؤلمة، و تخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة، و إذا إتسم المرء بقوة التحدي، يعني إعتقاد الفرد أن ما يطرأ من تغيرات على جوانب حياته هو أمر مثير و ضروري و يشكل فرصة للنمو و للنضج و ليس أمرًا باعثًا على التهديد، و على ذلك فإن الحرص على المرور بتجارب مألوفة و الإحساس بالتهديد نتيجة للتغير تبدو له أمورًا سطحية، كما يعتقد بأن التغيير و ليس الثبات هو الطبيعي في الحياة، و أن التعامل الفعال الإيجابي مع التغير يؤدي إلى النضج و ليس لتهديد الإحساس بالأمن". (خالد العبدلي، 2012، ص:30-31).

و يرى الباحث أن التحدي يظهر في إقتحام الفرد للمشكلات حلها و القدرة على المثابرة و عدم الحزن عند مواجهة النكبات، مع إستخدام إستراتيجيات و مهارات تهيئه و تعده لعملية التحدي، و بمعنى آخر أن التحدي يظهر في قدرة الفرد على التكيف مع المواقف الضاغطة و المؤلمة، و تقبلها على إعتبارها أمور طبيعية لا بد من حدوثها لنموه و إرتقائه.

4 - خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية

4-1- خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المرتفعة:

لقد أشار تايلور (1995) أن خصائص الأشخاص ذوي الصلابة المرتفعة هي:

- ✓ إحساس بالالتزام تجاه أنفسهم للإنخراط في مستجدات الحياة التي تواجههم.
 - ✓ الإيمان بالسيطرة و تتجلى في إحساس الشخص بأنه سبب الحدث الذي حدث في حياته و أنه يستطيع أن يؤثر في بيئته.
 - ✓ التحدي و هو الرغبة في إحداث التغيير و مواجهة الأنشطة الجديدة التي بمثابة فرص للنمو و التطور.
- وذكر محمد الشمري (2014) من خلال الدراسات السابقة التي أجرتها كوباسا (1979، 1982، 1983، 1985)، توصلت أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يتميزون بعدد من الخصائص أهمها:

- ✓ لديهم القدرة على الصمود و المقاومة.
- ✓ لديهم إنجاز أفضل.
- ✓ ذو وجهة داخلية للضبط.
- ✓ لهم ميولات السيطرة و القيادة.
- ✓ أكثر مبادأة و نشاط و ذو دافعية أفضل.

و تضيف حمادة لولوه و عبد اللطيف حسن (2002)، أن الأفراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية هم:

- ✓ أفراد ملتزمون بالعمل الذي عليهم أدائه بدلاً من شعورهم بالغبية.
- ✓ أفراد لديهم القدرة في التحكم في الأحداث بدلاً من شعورهم بفقدان القوة.
- ✓ أفراد ينظرون إلى التغيير بأنه تحدي عادي بدلاً أن يشعروا بالتهديد.
- ✓ أفراد يجدون في إدراكهم وتوحيهم لأحداث الحياة الضاغطة الفرصة للممارسة القرار.

و يلخص الباحث من الخصائص السابقة، أن الأفراد الذين يمتازون بالصلابة النفسية يتصفون بأنهم أصحاب ضبط داخلي و قادرين على الصمود و المقاومة، و لديهم القدرة على الإنجاز في العمل، و القدرة و القدرة على إتخاذ القرارات السليمة، و حل المشكلات، و القدرة على مواجهة أحداث الحياة الضاغطة و التكيف معها، ويكون لديهم ميل نحو القيادة والسيطرة و المبادأة، وهم الأكثر إقتدارًا و ذوو نشاط و دافعية

أفضل، و الحكمة، و الصبر، و السيطرة على النفس، و بذلك يكون ذوو الصلابة النفسية المرتفعة ملتزمون بالقيم و المبادئ و المعتقدات السليمة و التمسك بها و عدم التخلي عنها، و بذلك يكون لحياتهم معنى وقيمة و إيجابية.

4-2- خصائص الأشخاص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة:

يتصف ذو الصلابة النفسية المنخفضة بعدم شعورهم بقيمة و معنى حياتهم، و لا يتفاعلون مع بيئتهم بإيجابية، و يتوقعون التهديد المستمر و الضعف في مواجهة الأحداث الضاغطة المتغيرة و يفضلون ثبات الأحداث الحياتية و ليس لديهم إعتقاد بالتحديد والإرتقاء، كما أنهم سلبيون في تفاعلهم مع بيئتهم و عاجزون عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة.(محمد جيهان، 2002).

و يتضح مما سبق أن الأشخاص ذوي الصلابة المنخفضة يتميزون بـ:

- ✓ انخفاض في تقدير الذات.
- ✓ تفاعل سلبى مع البيئة.
- ✓ عدم القدرة على الصبر، و عدم تحمل المشقة.
- ✓ قلة المرونة في إتخاذ القرارات.
- ✓ سرعة الغضب و الحزن الشديد و ميل للإكتئاب و الحزن.
- ✓ عدم القدرة على مواجهة أحداث الحياة بفعالية.
- ✓ عدم القدرة على تحمل المسؤولية.
- ✓ عدم القدرة على التحكم الذاتى.

5- النظريات المفسرة للصلابة النفسية:

5-1- نظرية كوباسا (1983) :

قدمت كوباسا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالإضطرابات النفسية و الجسمية، فتناولت من خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوما حديثا في هذا المجال و إحتتمالات الإصابة بالأمراض. و إتمدت في هذه النظرية على عدد من الأسس النظرية و التجريبية، حيث تمثلت الأسس النظرية في آراء بعض العلماء أمثال "فرانكل و ماسلو و روجرز"، و التي أشارت إلى أن وجود هدف للفرد أو معنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على إستغلال إمكاناته الشخصية و الإجتماعية بصورة جيدة. (Mtteso,Ivancevich,1987، نقلا عن زينب راضي، 2008، ص: 35).

كما يعد نموذج لازاروس (1961) Lazarus من أهم النماذج التي إعتمدت عليها هذه النظرية حيث أنها نوقشت من خلال إرتباطها بعدد من العوامل، و حددتها في ثلاثة عوامل رئيسية و هي:

- البيئة الداخلية للفرد.
- الأسلوب المعرفي الإدراكي.
- الشعور بالتهديد و الإحباط. (نقلا عن زينب راضي، 2008، ص:35).

كما ذكر لازاروس أن حدوث خبرة الأحداث الضاغطة يحددها في المقام الأول طريقة إدراك الفرد للحدث، و إعتبره موقفاً قابلاً للتعايش، تشمل عملية الإدراك الثانوي طريقة تقييم الفرد لقدراته الخاصة و تحديد مدى كفاءتها في تناول المواقف الصعبة.

فتقييم الفرد لقدراته على نحو سلبي و الجزم بضعفها و عدم ملاءمتها مع المواقف الصعبة أمر يشعره بالتهديد، و هو يعني عند لازاروس توقع حدوث الضرر سواء البدني أو النفسي، و يؤدي الشعور بالتهديد بدوره إلى الشعور بالإحباط متضمنا الشعور بالخطر أو بالضرر الذي يقرر الفرد و قوعه بالفعل. (المرجع السابق، ص: 36).

ترتبط هذه العوامل الثلاثة ببعضها، فعلى سبيل المثال: يتوقف الشعور بالتهديد على الأسلوب الإدراكي للمواقف و للقدرات و مدى ملاءمتها لتناول الموقف، كما يؤدي الإدراك الإيجابي إلى تضائل الشعور بالتهديد، و يؤدي أيضا إلى التقييم لبعض الخصال الشخصية كتقدير الذات، أما الأساس التجريبي لصياغة النظرية، فقد إستطاعت كوباسا من خلال إعتمادها على نتائج نظريتها و التي إستهدفت الكشف عن المتغيرات النفسية و الإجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد على الإحتفاظ بصحته الجسمية و النفسية رغم تعرضه للمشقة، كما إستهدفت معرفة دور هذه المتغيرات في إدراك الضغوط و الإصابة بالمرض، و ذلك على عينة متباينة الأحجام و النوعيات من شاغلي المناصب الإدارية المتوسطة و العليا من المحامين و رجال الأعمال ممن تراوحت أعمارهم بين 32 إلى 65 سنة، ثم تم تطبيق عدد من الإختبارات عليهم كإختبار الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة لكوباسا، و إختبار وايلر للمرض النفسي و الجسيمي، و إختبار هولمز و راهي لأحداث الحياة الشاقة، مما جعلها تنتهي إلى عدد من النتائج التي ساعدتها على صياغة الأسس التي إعتمدت عليها في وضع نظريتها و من أمثلة هذه النتائج ما يلي:

- الكشف عن مصدر إيجابي جديد في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية و الجسمية، و هو الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة: الإلتزام، التحكم، التحدي.

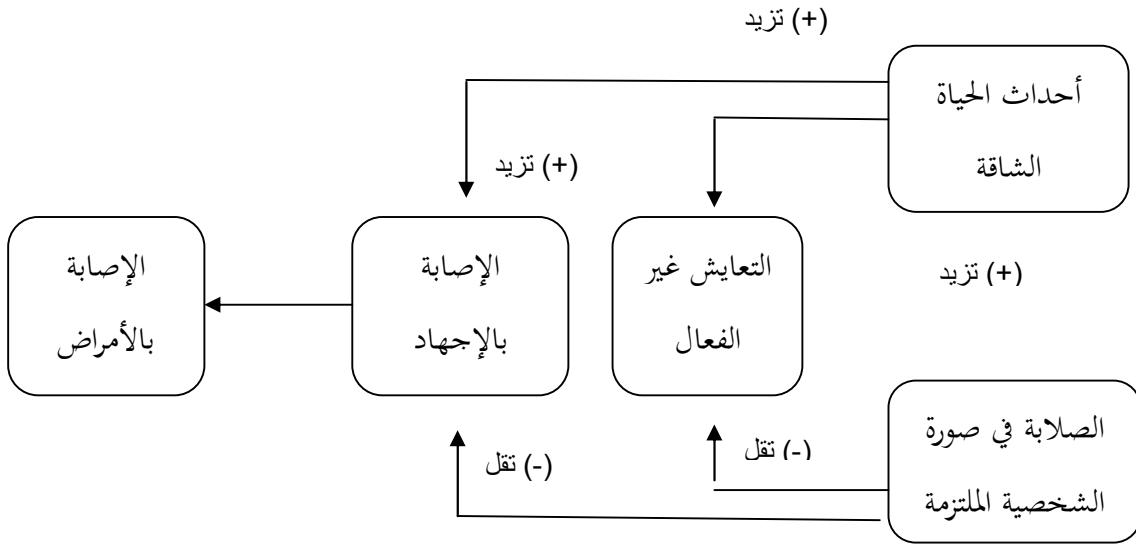
- يكشف الأفراد الأكثر صلابة عن معدلات أقل للإصابة بالاضطرابات على الرغم من تعرضهم للضغوط الشاقة، و ذلك مقارنة بالأفراد الأقل صلابة، و قد يعود ذلك إلى الدور الفعال الذي يقوم به متغير الصلابة في إدراك ضغوط الأحداث الشاقة للحياة و تفسيرها و ترتيبها على نحو إيجابي). Kobasa, Maddi, (Puccelli, 1985 نقلا عن زينب راضي، ص: 36-37).

و طرحت كوباسا الإفتراض الأساسي لنظريتها و القائل بأن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد أمرًا ضروريًا بل حتمي لا بد منه لإرتقاء الفرد و نضجه الإنفعالي و الإجتماعي، و إن المصادر النفسية و الإجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى و تزداد عند التعرض لهذه الأحداث، و من أبرز هذه المصادر الصلابة النفسية و أبعادها الثلاثة و هي الإلتزام و التحكم و التحدي.(راضي زينب، 2008، ص: 37).

و قد فسرت كوباسا الإرتباط القائم بين الصلابة و الوقاية من الإصابة بالأمراض، من خلال تحديدها للخصال المميزة للأفراد مرتفعي الصلابة، و من خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من آثار التعرض للأحداث الضاغطة.

و ترى كوباسا أن الأفراد الذين يتسمون بالصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطا و مبادأة و إقتدارًا و قيادة و ضبطًا داخليًا، و أكثر صمودًا و مقاومة لأعباء الحياة المجهدة، و أشد واقعية و إنجازًا و سيطرة و قدرة على تفسير الأحداث، كما أنهم يجدون أن تجاربهم ممتعة و ذات معنى، و على العكس، الأشخاص الأقل صلابة يجدون أنفسهم و البيئة التي من حولهم لا معنى لهم، و يشعرون بالتهديد المستمر، و الضعف في مواجهة أحداثها المتغيرة، و يعتقدون أن الحياة تكون أفضل عندما تتميز بالثبات في أحداثها، أو عندما تخلو من التجديد، فهم سلبون في تفاعلهم مع البيئة.(المرجع السابق، ص: 37).

و فيما يلي عرض لبعض الأشكال التي توضح تأثير الصلابة على الفرد، و توضح منظورا جديداً للمتغيرات
البناءة في علم النفس الحديث:

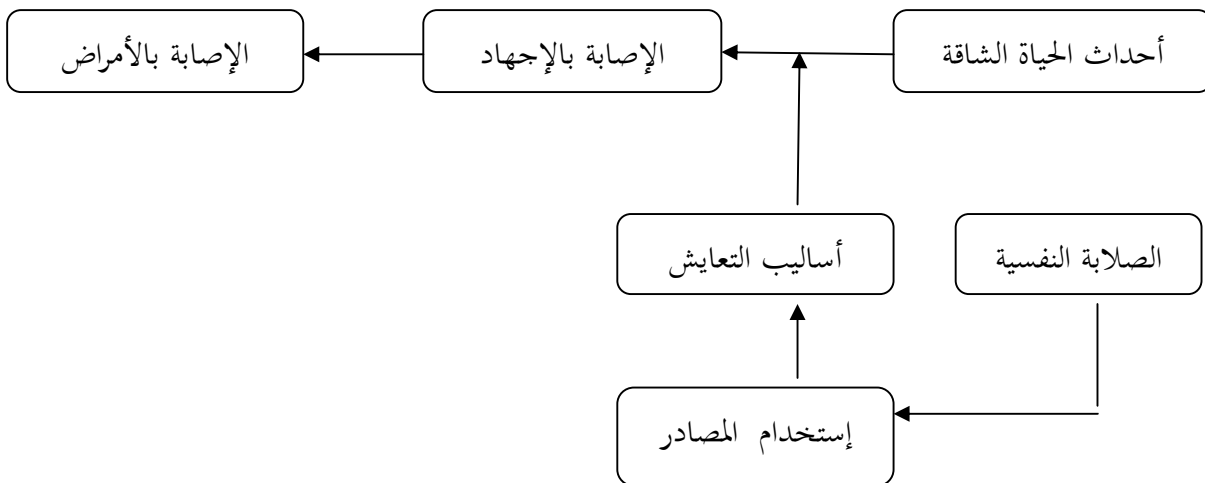


الشكل رقم (3-1) يوضح التأثيرات المباشرة و غير المباشرة للصلابة النفسية

(Kobasa & Maddi, 1982, p : 169-172 نقلا عن زينب راضي، 2008، ص:37).

يوضح الشكل (3-1) أثار الصلابة في صورة الشخصية الملتزمة التي تقلل بشكل مباشر من التأثير السلبي للأحداث الحياتية الضاغطة إذا إنخفضت أساليب التعايش غير الفعالة.
أما الشكل رقم (3-2) يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية

تأثير مباشر



الشكل رقم (3-2) يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية

(Kobassa & Puccetti, 1983, P : 216 نقلا عن زينب راضي، 2008، ص:38).

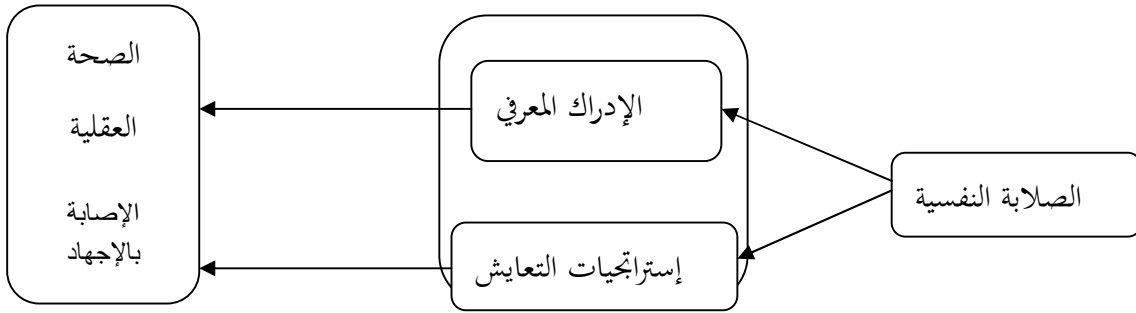
يوضح الشكل أعلاه أن الصلابة النفسية تعمل كمتغير مقاومة وقائي، حيث تقلل من الإصابة بالإجهاد الناتج عن التعرض للضغط و تزيد من إستخدام الفرد لأساليب التعايش الفعال، و تزيد أيضا من العمل على إستخدام الفرد لمصادر الشخصية و الإجتماعية المناسبة إتجاه الظروف الضاغطة.

5-2- نموذج فنك (1993) المعدل لنظرية كوباسا:

لقد ظهر حديثا في مجال الوقاية من الإصابة بالإضطرابات أحد النماذج الحديثة، الذي أعاد النظر لنظرية كوباسا و حاول وضع تعديل جديد لها، و هذا النموذج قدمه فنك، و تم تقديم هذا التعديل من خلال دراسته التي أجراها بهدف "بحث العلاقة بين الصلابة النفسية و الإدراك المعرفي و التعايش الفعال من ناحية، و الصحة العقلية من جهة أخرى"، و ذلك على عينة قوامها 167 جنديًا اسرائليًا، و إعتمد الباحث على المواقف الشاقة الواقعية في تحديده لدور الصلابة، و قام بقياس متغير الصلابة و الإدراك المعرفي للمواقف الشاقة و التعايش معها قبل الفترة التدريبية التي أعطاها للمشاركين و التي بلغت ستة أشهر. (الحسين بن حسن، 2012، ص: 20).

و بعد إنتهاء الفترة التدريبية توصل فنك إلى إرتباط مكوني الإلتزام و التحكم بالصحة العقلية الجيدة للأفراد، فإرتبط الإلتزام جوهريًا بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد و إستخدام إستراتيجيات التعايش الفعال خاصة إستراتيجية ضبط الإنفعال كما إرتبط بعد التحكم إيجابيًا بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف على أنه أقل مشقة، و إستخدام إستراتيجية حل المشكلات للتعايش. (المرجع السابق، ص: 20).

و قام فنك بإجراء دراسة ثانية و ذلك عام (1995) لها نفس أهداف الدراسة الأولى، و ذلك على عينة من الجنود الإسرائيليين أيضًا، و لكنه إستخدم فترة تدريبية عنيفة لمدة أربعة أشهر، تم خلالها تنفيذ المشاركين للأوامر المطلوبة منهم حتى و إن تعارضت مع ميولهم، و إستعداداتهم الشخصية، و ذلك بصفة متواصلة، و بقياس الصلابة النفسية و كيفية الإدراك المعرفي للأحداث الشاقة الحقيقية (الواقعية) و طرق التعايش قبل فترة التدريب و بعد الإنتهاء منها، تم التوصل لنفس نتائج الدراسة الأولى، فطرح فنك نموذجه و يوضحه الشكل التالي:



الشكل رقم (3-3) يمثل نموذج فنك المعدل لنظرية كوباسا للتعامل مع المشقة و كيفية مقاومتها.

3-5- نظرية مادي (1985)

يؤكد مادي أن الإنسان في كل مواقفه يختار الماضي المعروف، أو المستقبل المجهول، فإن إختار الإنسان المستقبل بما يحمله من آمال غير معروفة يصاحبه القلق، لأن ما من سبيل للتأكد مما سيحدث عندما يجد الإنسان نفسه في خضم بحر لم يبحر فيه أحد من قبل، وهذا القلق لا بد من تحمله، لأن تجنبه يعني ضياع فرصة النمو، أما إذا إختار الإنسان الماضي المألوف بتجنبه القلق سقط في الذنب الوجودي لإضاعة فرص النمو و إثراء الحياة. (الهلول، 2008).

لذلك الناس الذين يعانون من درجة عالية من الضغط النفسي، دون إصابتهم بمرض لهم سمة شخصية مختلفة عن أولئك الذين يعانون من ضغط نفسي بسبب الإصابة بمرض و هذه السمة الشخصية تسمى الصلابة.

كذلك إعتد مادي في صياغة هذه النظرية على عدد من الأسس النظرية، تمثلت في أراء بعض العلماء أمثال: ماسلو و روجرز و فرانكل و الذين أشاروا إلى أن وجود هدف للفرد و معنى لحياته يجعله يتحمل إحباطات الحياة، و يتقبلها، و أن يتحمل الفرد الإحباط الناتج عن الظروف الحياتية الصعبة، معتمداً في ذلك على قدرته و إستغلال إمكاناته الشخصية و الإجتماعية بصورة جيدة. (Maddi et al, 1994).

كما إعتد على النموذج المعرفي للآزاروس و الذي يرى أن أحداث الحياة الشاقة تنتج عن خبرة حادة أو ظروف مؤلمة لها تأثيرها السلبي على الإستجابات السلوكية للموقف أو الحدث الضاغط، و لها أهمية في تحديد نمط تكيف الكائن الحي، فتقييم الفرد لقدراته على نحو سلبي، و الجزم بضعفها و عدم ملاءمتها للتعامل مع

المواقف الصعبة أمر يشعره بالتهديد، و من ثم الشعور بالإحباط، متضمنا الشعور بالخطر الذي يقرر الفرد وقوعه بالفعل. (جبر، 2005).

و نتاج تفهم و إقتناع مادي و كوبازا بآراء من سبقوهم أمثال ماسلو، وروجرز، و فرنكل و المنظور المعرفي للرازروس، و في وضع الأساس التجريبي لنظريتهما من خلال إجراء سلسلة من الدراسات بدأت أعوام (1985، 1983، 1982، 1979) للبرهان على الإفتراض الأساسي لهذه النظرية و القائل بأن التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد أمرا ضرورياً، بل أنه حتمي لا بد منه لإرتقاء الفرد، و نضجه الإنفعالي و الإجتماعي، و إن المصادر النفسية و الإجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى و تزداد عند التعرض لهذه الأحداث. (Maddi et, 1994).

و إنتهى مادي بالتوصل إلى صياغة نظريته من خلال الكشف عن المتغيرات النفسية و الإجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد على الإحتفاظ بصحته الجسدية و النفسية، على الرغم من تعرضه للمشقة، و كشف مادي عن مصدر جديد في مجال الوقاية من الإصابة بالإضطرابات النفسية و الجسدية و هي الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الإلتزام، التحكم، و التحدي)، مؤكداً على أهمية الصلابة الجسدية و النفسية للفرد، فالأشخاص الأكثر صلابة يتعرضون للضغوط و لا يمرضون، كما تأصل الصلابة النفسية إلى مرحلة الطفولة من خلال معايشة الخبرات المعززة التي تثري الشخصية و تقوي دعائمها و تظهر من خلال المشاعر و السلوكيات التي تتصف بالإلتزام و التحكم و التحدي، حيث أن الإلتزام: هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه و أهدافه و قيمه و الآخرين من حوله، و ينظر الفرد إلى المواقف الشاقة على أن لها معنى و أنها تدعو إلى التفاؤل و المتعة، أما التحكم فإنه يشير إلى مدى إعتقاد الفرد أنه له القدرة على التحكم فيها فيما يواجهه من أحداث سلبية ضاغطة، وأنه مسئول مسؤولة شخصية عما يحدث له، و رؤيته لطبيعة الحياة على أنها متغيرة و ليست ثابتة، أما التحدي فهو إعتقاد لدى الفرد بأن ما يجد على جوانب حياته من تغيير أمر مثير للتحدي و فرصة ضرورية للنمو أكثر من كونه تهديداً له و أنه أمر طبيعي في الحياة، كما أكد مادي فروض نظريته، حيث توصل إلى أن الأشخاص الأكثر صلابة هم أكثر صموداً و مقاومة و إنجازاً و ضبطاً داخلياً، و قيادة و نشاطاً. (Kobassa & Puccetti, 1983).

6-المصطلحات المتداخلة مع الصلابة النفسية:

يرى العديد من علماء النفس أن مفهوم الصلابة النفسية يتداخل مع العديد من المفاهيم الأخرى على غرار قوة الأنا، مركز الضبط، الفعالية الذاتية، الإرجاعية، فمن خلال هذا العنصر نحاول أن نذكر و لو بإيجاز هذه المفاهيم.

6-1- قوة الأنا:

قوة الأنا هي الركيزة الأساسية في الصحة النفسية، و تشير قوة الأنا إلى التوافق مع الذات و مع المجتمع، علاوة على الخلو من الأعراض العصائية، و الإحساس الإيجابي بالكفاية و الرضا، و قوة الأنا هي القطب المقابل للعصائية، حيث يرى كثير من العلماء أن هناك متصلاً يقع في أحد أطرافه قوة الأنا حيث يقع في الطرف الآخر قطب العصائية.(كفاي، 1982، ص:4).

و يبين فرج عبد القادر (1993) أنها " قدرة الشخص على تحقيق التوافق و التي يتخذها دليلاً على الصحة النفسية، و على مهارة الأنا في علاج صراعاته الشخصية و التعامل معها و مع العالم الخارجي، بحيث ينتهي به الأمر إلى النجاح، و قوة الأنا تمثل طاقة الفرد النفسية التي تحدد مدى تحمله للظروف غير مواتية".(فرج، عبد القادر، 1993، نقلا عن زينب راضي، ص:43).

فقد تعددت تعريفات قوة الأنا و تباينت لدى علماء النفس و الباحثين، فلكل منهم و جهة نظر خاصة به، لكن جميعها تهدف إلى وصف قوة الأنا و تؤكد على المعنى نفسه، و ضمن الإطار العام المتفق عليه، و هو أن قوة الأنا سمة من سمات الشخصية، و يحاول الباحث عرض بعض التعريفات أهمها:

✓ ولمان (1989) Wolman، الذي يرى أن قوة الأنا عبارة عن " خاصية أولية تكشف عن نفسها في شكل الإتزان الإنفعالي لدى الفرد".(ولمان، 1989، ص:107).

✓ أما فونتانا (1995) Fantana، فيعرفها بأنها "مستويات عالية من تقدير الذات و الثقة بالنفس اللتان تساعد الفرد على مواجهة المشكلات التي يواجهها بحدوء و موضوعية" (فونتانا، 1995، ص:386).

✓ أما القاضي (1994) فقد عرف قوة الأنا على أنها:"القدرة على التكيف مع شروط الواقع و الإحتفاظ بأوضاع إنفعالية متزنة، و التوافق مع المطالب الإجتماعية و الإتزان و القدرة على التحكم

في الإنفعالات و في التعبير عنها في مواقف الغضب، و في مواقف الرضا و عند الخوف و الخلو من الصراعات المرضية و تحقيق الصحة النفسية.(القاضي، 1994، ص:27)

✓ كما عرفها اريكسون "بأنها طاقة الفرد لتقييم الحدود المعقولة في تفسيراته و إدراكاته للبيئة".(عبد الخالق، 1987، ص:170).

✓ أما مرسى (1988) فيرى أن الفرد الذي يتسم بقوة الأنا مرتفعة، فإن مدركاته تكون واضحة و واقعية بالنسبة لنفسه، وبالنسبة للعالم الخارجي الذي حوله، أما الفرد الذي يتصف بقوة الأنا غير مرتفعة فهو عكس ذلك.(مرسى، 1988، ص:83).

و يتضح من ذلك أن قوة الأنا تتمثل في قدرة الفرد على استثمار كافة المصادر النفسية و المادية و الإمكانيات العقلية المتاحة لديه، من أجل التوافق مع نفسه، و مع الآخرين، و مع مَن حوله، و مواجهة الضغوط و الشدائد بفعالية.

6 - 2 - مركز الضبط:

مركز الضبط مفهوم إشتقه العالم روتر (Rotter) من نظريته في التعلم الإجتماعي، و يقصد به الطريقة التي يدرك بها الفرد أحداث التعزيز التي تحدث له في حياته، و يرى روتر أن مركز الضبط كمتغير من متغيرات الشخصية، يهتم بالمعتقدات التي يحملها الفرد بخصوص أي العوامل الأكثر تحملا للنتائج في حياته، من خلال إدراكه للعلاقة السببية بين السلوك و نتيجته، و هذا ما يجعل الأفراد يختلفون في تفسير معنى الأحداث المدركة بالنسبة لهم بسبب طبيعة التعزيز المتوقع لهذه الأحداث، فهم يميلون أكثر من تكرار السلوك الجديد إذا تم تدعيمه إيجابياً.(الديب، 1997، ص:103).

و يحدد روتر (1966) Rotter أربعة أصناف من المتغيرات في نظريته التعلم الإجتماعي و هي أساليب السلوك، التوقعات، التدعيمات، و المواقف السيكلوجية، و الصياغة الأساسية لمعادلة السلوك لديه هي أن احتمال صدور أي سلوك في أي موقف سيكلوجي معين هو دالة للتوقع بأن هذا السلوك سوف يؤدي إلى تدعيم معين في هذا الموقف مع وضع قيمة هذا التدعيم في الإعتبار.

كما يرى كذلك روتر أن الناس يختلفون في إدراكهم لمصدر التدعيم، حيث أن بعضهم يرى أن التدعيم يأتي من الخارج، بينما يرى البعض الآخر أن مصدر التدعيم داخلي، و عليه يفرق روتر بين هاتين الفئتين من الناس كما يأتي:

عندما يدرك فرد ما التدعيم الذي يلي أفعاله و تصرفاته الشخصية بإعتباره أمرًا مستقلًا و غير متسق بصورة دائمة مع تصرفاته، فإنه يدركه كنتيجة للحظ أو للصدفة أو للقدر، أو كنتيجة لتأثير الآخرين من ذوي النفوذ، أو كأمر لا يمكن التنبؤ به لتعدد العوامل المحيطة به.

و عندما يفسر الفرد الحدث بهذه الطريقة فإننا نسمي هذا (إعتقادًا في الضبط الخارجي)، أما إذا كان إدراك الفرد أن الأحداث تقع بصورة متسقة مع سلوكه الشخصي أو مع سمياته المميزة و الدائمة فإننا نسمي هذا (إعتقادًا في الضبط الداخلي).

6 - 3 - الإرجاعية :

ظهر مصطلح الجلد أو الرجوعية لأول مرة عام 1970 على يد "Emmy Werner" من خلال دراستها على مجموعة من أطفال هاواي بأحد الأحياء الفقيرة، حيث نشأ هؤلاء الأطفال في كنف أسر عانى فيها الآباء البطالة والإدمان زيادة على الإضطرابات النفسية، لاحظت أن ثلثي العينة أبدوا سلوكيات مدمرة خلال مراهقتهم كتعاطي المخدرات والإنجاب خارج العلاقة الزوجية، مقابل الثلث الذي لم يظهر أفراده سلوكيات مشابها، أطلقت "Werner" عليهم المجموعة المقاومة، و إكتشفت أن لدى أطفال هذه المجموعة ولعائلاتهم سمات تجعلهم مختلفين عن غيرهم، و أن تطوير تلك السمات تعمل على زيادة فرص الأطفال في التكيف الإيجابي مستقبلاً حتى في غياب الظروف البيئية المثلى للنمو، وقد عرفت Chikwe, Agbakwur الرجوعية أو الجلد (1984) بأنها "القدرة على التعامل الفعال مع الضغوط و كذا إظهار درجة غير معتاد من القوة النفسية مقارنة بسن الفرد و بمجموعة الظروف التي يواجهها. (كريمة مبروح، 2010، ص:6).

وتعد الرجوعية حسب التعريف الأكثر إستعمالاً من قبل كريل نيك (1999) Cyrulnik في المجال السيكولوجي أنها : "القدرة على النجاح على العيش و النمو إيجابياً بطريقة مقبولة إجتماعياً رغم الإجهاد أو المحنة". (المرجع السابق).

كما أن الرجوعية حسب أنولت (2002) Anault يمكن أن تأخذ ثلاث تعاريف بمقاربات مختلفة حيث يمكن إعتبارها :

كميزة في الشخصية، سيرورة ديناميكية أو حتى كنتيجة، و عليه فإن الرجوعية هي تناول المآسي و المعاناة من زاوية القدرات و الموارد أكثر من تناولها من جهة العجز و النقائص. (المرجع السابق ، ص:6).

6-4- الفعالية الذاتية:

ظهر هذا المفهوم على يد ألبيرت باندورا (1977-1995) في نظريته حول التعلم الاجتماعي، حيث يشير هذا المفهوم إلى "إيمان الفرد بقدرته على تنظيم و تحقيق سلوكيات مطلوبة لإدارة مواقف مستقبلية، ويؤثر الإيمان بالفعالية الذاتية على طريقة الأفراد في التفكير، و الشعور، و التحفيز الذاتي، وكذا التصرف". (باندورا، 1982)، أي أن الفعالية الذاتية تؤثر على الجوانب الوجدانية، والمعرفية و السلوكية، فهي تؤثر في الفرد من حيث: إختيار للأهداف، الجهود التي يبذلها، الطاقة التي ترافقها، إنفعالاته المرتبطة بالموقف، إستراتيجيات التكيف التي يتبناها، وصولاً إلى سلوكه و أدائه.

ويضيف باندورا (1997) أن الفعالية تسهل تحقيق صحة جيدة، و نمو أحسن و إندماج اجتماعي أقوى، فإرتفاعها لدى المدرسين - مثلاً- يجعلهم أكثر إبداعاً و إلتزاماً و أقل تغيّباً و شعوراً بالإجهاد. و في مقابل ذلك فإن إنخفاضها لدى الأفراد يجعلهم أكثر ميلاً إلى الإكتئاب، و القلق و عدم تقدير الذات، و التشاؤم حول نتائج تصرفاتهم، أقل نجاحاً في المواقف التي تستدعي أداء معرفياً، وأكثر تواضعاً في تحديد الأهداف، وأسرع إستسلاماً في مواجهة الإحباطات

و تختلف الفعالية الذاتية وفقاً لثلاثة أبعاد هي:

- ✓ السعة l'ampleur: أي درجة إيمان الفرد بقدرته على تحقيق الأداءات.
- ✓ الشمول Généralisation: أي مدى تغطيتها للمواقف و السلوكيات.
- ✓ القوة Force: أي مدى تيقن الفرد من قدرته على تحقيق السلوك المطلوب (نقلاً عن بن زروال، 2008، ص: 206-207).

كما ميز باندورا بين معنيين للفعالية:

- ✓ الفعالية الذاتية المتوقعة: و تعني شعور الفرد بقدراته أو عجزه عن القيام بسلوك معين أو إنجاز ما، و يضمن هذا الشعور درجة من الثقة و الشعور بالقدرة على التحكم.
- ✓ الفعالية الذاتية المرجعية: و هي إعتقاد الفرد بأن السلوك الذي يقوم به سوف يوصله إلى النتائج التي يتمناها. (Scheier & Carver, 1989، Through ، نقلاً عن زينب راضي، 2008، ص: 45)

بالرغم من أن مفهوم الفعالية الذاتية يحمل الثقة بالنفس و إدراك القدرة على التحمل في الظروف الحياتية، كما يختص بتزويد الأفراد ببعض المهارات الخاصة، لكنه لم يرق لمستوى السمة أو الخصلة الثابتة في الشخصية، و من ثم فهو يتميز عن مفهوم الصلابة النفسية في إحتياج الفرد له و لظهوره في جميع المواقف الحياتية التي لا تستدعي بالضرورة أن تكون لها صفة الضغط.

أما عن المهارات التي يمتاز بها الأفراد ذوو الفعالية فهي كثيرة، و قد أشار باندورا إليها و كان من أبرزها المهارات الجسمية و الاجتماعية، و المهارات الأكاديمية، و مهارات الحاسوب الآلي و المهارات الإرشادية، و الإعتناء بالأطفال حديثي الولادة و مهارات التعايش الفعال مع الظروف الأسرية. Through : Solomon & Annis، نقلا عن زينب راضي، 2008، ص: 45).

و يتصف الأشخاص ذوو المستوى المرتفع من فعالية الذات بالثقة بالنفس و المثابرة و الإصرار على بلوغ الهدف، بغض النظر عما يواجههم من عقبات و مشكلات، و وفقا لباندورا فإن مرتفعي فعالية الذات غالبا ما يتوقعون النجاح مما يزيد من مستوى دافعيتهم لتحقيق أفضل أداء ممكن، و الوصول إلى حلول جيدة لما يتعرضون من مشكلات مقارنة بالأشخاص منخفضي الفعالية الذين يتوقعون الفشل في مختلف المهام التي يضطلعون بها، مما يؤدي إلى إنخفاض مستوى الدافعية في الأداء.(Moos & Schafer, 1993، نقلا عن زينب راضي، 2008، ص: 45).

مما سبق يتضح أن الفعالية الذاتية تتمثل في إدراك الفرد أن لديه قدرات و مهارات و إستعدادات شخصية، يتم إكتسابها من خلال تفاعله مع البيئة، حيث يمكن توظيفها بفعالية لمواجهة الشدائد و الضغوط و الأحداث المؤلمة.

6-4- تقدير الذات:

تقدير الذات هو أحد أهم متغيرات الشخصية، و التي تمثل وقاية أو حصانة في مواجهة الأحداث الضاغطة على الصحة الجسمية و النفسية للفرد.(عيد، 2002، نقلا عن زينب راضي، 2008، ص: 46).

فإدراك الفرد لقيمته الذاتية و كفايته، لا يعتبر فقط أهم متغير في قدرة الفرد على المواجهة الناجحة للضغوط فحسب، و لكنه يعتبر أهم متغير في حياة الفرد و شخصيته على الإطلاق، و يظل هذا المتغير يؤثر في سلوك الفرد طوال حياته.(Wills & Langner, 1980، نقلا عن زينب راضي، 2008، ص: 46)

و أكد ماك (1983) أن إدراك الفرد لقيمته هو أساس كل إنجازاته اللاحقة، بل إنها أساس وجود الفرد ذاته، فقيمة الفرد الذاتية و التي تأتي من خلال علاقة تتسم بالدفء بين الطفل و والديه، هذه القيمة الذاتية تتسم بالثبات و تظل أساسا لنجاحه و طموحه و إنجازاته، بل إن قيمة الذات مهمة لوجود الفرد و بقائه، و من يفتقر لهذه القيمة لا يستطيع مواجهة أخطار وجوده و تحدياته. (Mack, 1983, p : 112).

كما أنه لا يمكن دراسة العلاقة بين تقدير الذات و القدرة على المواجهة الناجحة للضغوط دون النظر إلى طبيعة العلاقة بين الطفل و الوالدين، فإذا كان الوالدان يتمتعان بتقدير ذات عالٍ و شعور بالقيمة، و تتسم علاقتهم بأبنائهم بالدفء و القبول و الإحترام، فمن الأرجح أن يشعر الطفل أنه محبوب و ذو قيمة، مما يجعله أكثر إقتدارًا و فاعلية في مواجهة الضغوط، بل أن الشعور بالقيمة و الإقتدار يجعلان الفرد يشعر بالثقة و القيمة و القدرة على النجاح. (Becker, 1979, p : 334).

و يتفق لازاروس مع ما أشار إليه بيكر، في أن تقدير الفرد للحدث الضاغط و تقديره لكيفية مواجهته له يتوقف على تقدير الفرد لذاته، كما يتفق مع بيكر في أن الدفء العائلي يؤدي إلى إعتقاد عام قي قيمته و كفايته و إقتداره مما يجعله أكثر قدرة على مواجهة الضغوط، بينما إدراك العقاب يؤدي إلى الشعور بعدم الأمن و عدم الكفاية، مما يجعل الفرد يبالغ في تقدير المخاطر في الموقف و في الوقت نفسه يقلل من شأن قدرته على مواجهتها، مما يجعله قلقًا مستمرًا، و هذا بدوره ينعكس على تقديره للأحداث، و تقديره لمدى قدرته على مواجهتها. (Lazarus, 1966, p : 257).

و تقدير الذات هي إتجاهات الفرد الشاملة (سالبة أم موجبة) نحو نفسه، و يعني به الحكم الشخصي للفرد على قيمته الذاتية و التي يتم التعبير عنها من خلال إتجاهات الفرد عن نفسه، فتقدير الذات المرتفع يعني أن الفرد يعتبر نفسه ذا قيمة و أهمية، بينما يعني تقدير الذات المنخفض عدم رضا الفرد عن نفسه أو رفضها أو إحتقارها. (عبد الله عادل، 1991، ص:8).

و يرى أبو الندى (2007) بأن تعريف تقدير الذات يركن إلى مدى إعتزاز الفرد بنفسه، أو مستوى تقييمه لنفسه في المواقف العادية، بينما مفهوم الصلابة النفسية يبرز جليًا في مواقف الشدة، و كذلك فإن إبعاده تتضمن جزئيات تقدير الذات و الجدارة و الكفاءة و الثقة في النفس و القوة و المرونة الشخصية، و الإنجاز و الإستقلالية، و جميعها سمات للشخصية ذات الصلابة النفسية المرتفعة، بينما لا نستطيع الجزم بوجودها عند

ذوي التقدير المرتفع للذات، و بمعنى آخر أن كلا من مرتفعي الصلابة النفسية لديهم تقدير الذات عالٍ، و لكن ليس بالضرورة مرتفعو تقدير الذات لديهم صلابة نفسية مرتفعة تجاه الظروف الضاغطة.

خلاصة الفصل:

من خلال ما جاء في هذا الفصل، نلاحظ أن مفهوم الصلابة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبياً سواء في البيئة العربية أو في البيئة المحلية، إلا أنه ليس دخيلاً على التراث السيكولوجي، فقد تداولته كبرى النظريات المفسرة للشخصية، كالمدرسة التحليلية، و السلوكية، و المعرفية، و كذا الإتجاه الإنساني و علم النفس الإيجابي، حتى و إن تباينت القاعدة التي أُستند عليها، فالصلابة النفسية تعني قوة الأنا من المنظور التحليلي، و تعبر على القدرة على التعلم من الخبرات الماضية لدى السلوكيين، و تفسر معنى الإدراك الإيجابي أو إعادة صياغة الموقف الضاغط بطريقة إيجابية عند المعرفيين، و تلخص الإرادة الانسانية عند الإنسانيين، كما تبرز الشخصية الإيجابية التي ينادي بها علم النفس الإيجابي.

كما أجمع كل الباحثين على أهمية الصلابة النفسية لدى الأفراد، خاصة في مواجهة الضغوطات المختلفة، و الوقاية و المحافظة من الإصابة من الأمراض العضوية أو النفسية، و ذلك من خلال إستخدام كل المصادر و الإمكانيات الذاتية و البيئية .

الفصل الرابع

داء السكري

تمهيد

- 1 - لمحة تاريخية.
- 2 - تعريف داء السكري.
- 3 - تعريف البنكرياس.
- 4 - تعريف الأنسولين.
- 5 - إحصائيات.
- 6 - أعراض داء السكري.
- 7 - أنواع داء السكري.
- 8 - أسباب داء السكري.
- 9 - مضاعفات مرض السكري.
- 10 - علاج داء السكري

خلاصة الفصل

تمهيد

أعلنت المنظمة العالمية للصحة أبواق الخطر من الإنتشار السريع و الغير المسبوق للأمراض المزمنة في كل أنحاء العالم، سواء في الدول النامية أو المتطورة، الفقيرة أو الغنية، و من بين هذه الأمراض المزمنة التي أصبحت ترهب الأفراد، و ترهق الحكومات هو مرض السكري، حيث أصبح هذا الأخير مشكلة حقيقية في الصحة العمومية و ذلك لما له من عواقب و تعقيدات و خيمة.

1- لمحة تاريخية

مرض السكر معروف منذ القدم، حيث لاحظ الطبيب الإغريقي أريتائوس (Aretaeus) في أوائل عام (200 قبل الميلاد)، أن بعض المرضى تظهر عليهم أعراض كثيرة كالتبول و العطش الشديد، و قد سمي هذه الظاهرة "البوال" أو "Diabetes" و هي كلمة لاتينية تعني الذهاب إلى كرسي الحمام أو كثرة التبول، و في عام (1675م)، أضاف العالم توماس ويليس (Thomas Willis) كلمة ملليتوس "Mellitus" و تعني باللاتينية "الحلو كالعسل" بعد ملاحظة أن دم و بول مرضى السكر له مذاق حلو فأصبحت تسمية هذا المرض "ديابيتيس ملليتوس" أو مرض السكر، و مع أن كلمة ديابيتيس تعني مرض السكر، إلا أن هناك أيضا حالة نادرة تسمى "ديابيتيس إنسيبيدوس" "Diabetes Insipidus" لا يكون مذاق البول فيه حلو، و تنتج هذه الحالة بسبب قصور في وظائف الكلى أو الغدة النخامية. (محمد الحميد، 2007، ص:3).

و قد إكتشف العالمان جوزيف فون ميرينج (Joseph Von Mering) و اوسكار مينكوسكي (Oscar Minkowski) عام (1889م)، دور البنكرياس في مرض السكر عندما أزالوا البنكرياس بشكل تام من الكلاب، حيث ظهرت عليهم علامات و أعراض مرض السكر و أدى ذلك إلى وفاتهم بعد فترة وجيزة، و في عام (1910م) إكتشف العالم "سير إدوارد شاري- شيفر" (Sir Edward Sharpey-Shafer)، أن المرضى المصابين بالسكر يعانون من نقص في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس و سماها "الأنسولين"، و كلمة أنسولين مشتقة من كلمة لاتينية تعرف بإسم أنسولا وتعني جزيرة، و ترجع إلى كلمة جزر "لانجرهانز" "Langerhans" موجودة في البنكرياس و التي تنتج الأنسولين، و قد تمكن العالم باتينج (Bating) و زملائه من جامعة تورنتو بكندا في أواخر عام (1920) من فصل هرمون الأنسولين لأول مرة من بنكرياس البقر، و هذا أدى إلى توفر حقن الأنسولين و التي أستخدمت لأول مرة على مرضى السكر عام (1922م). (المرجع السابق، ص:3).

2- تعريف مرض السكري:

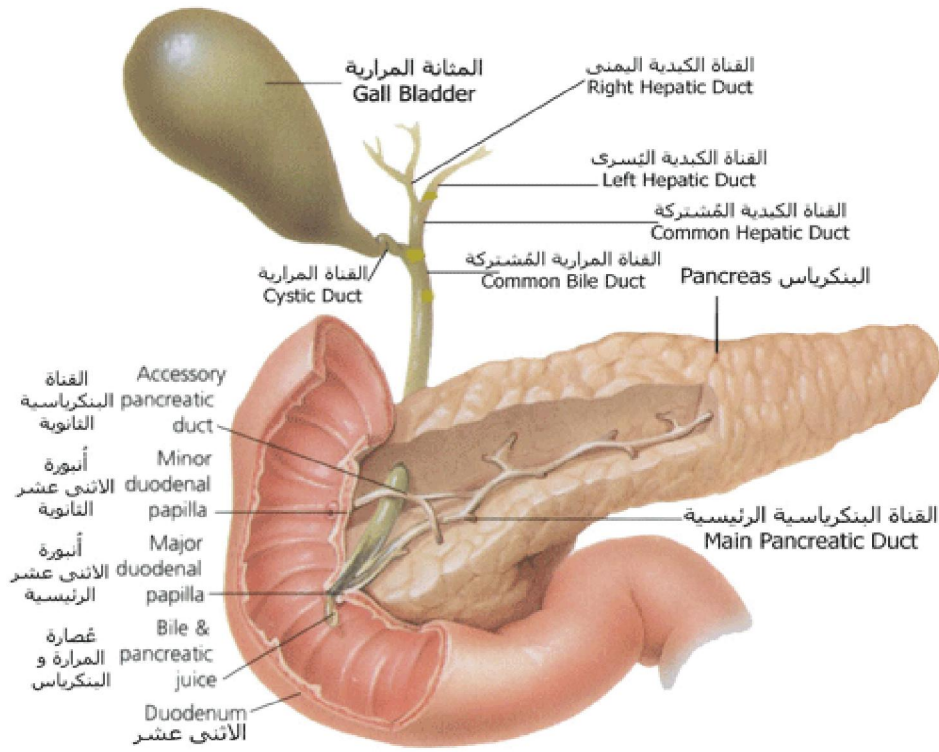
يعرف مرض السكر بأنه إختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسبب إفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، و يحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، و يطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين"، أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة و لكن هناك مقاومة من الأنسجة و الخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين، و يطلق على هذه الحالة "مقاومة الأنسولين"، و في كلتا الحالتين يكون الجلوكوز غير قادر على دخول الخلايا مما يؤدي إلى تراكمه في الدم و إمكانية ظهوره في البول، و بمرور الوقت و مع إزدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم، قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكة العين، و حويصلات الكلى، و تلك التي تغذي الأعصاب. (WHO, 2015).

و يعرفه رودى بيلوس بأنه "تغير دائم في كيمياء الشخص الداخلية تنتج عنه زيادة كبيرة في معدلات الجلوكوز في الدم، و يعود السبب إلى نقص في هرمون الأنسولين أما الهرمون فهو مادة كيميائية ينتجها عضو في الجسم (في هذه الحالة البنكرياس) في مجرى الدم ليكون لها تأثير في أجزاء أخرى في الجسم.(رودى بيلوس، 2013، ص: 4).

و قد يكون هناك فشل تام في إفراز الأنسولين كما في النوع الأول من السكري، أما في النوع الثاني فيكون هناك غالبا فشل جزئي في إفراز الأنسولين مصحوبا بإنخفاض في إستجابة الجسم للهرمون و هو ما يسمى بمقاومة الأنسولين.(المرجع السابق، ص: 4).

3- تعريف البنكرياس

البنكرياس هو عضو صغير بحجم كف اليد تقريبا و يوجد خلف المعدة، و يقوم البنكرياس بإفراز إنزيمات في الأمعاء الدقيقة مهمتها هضم و تكسير الطعام و تحويله إلى مواد بسيطة يسهل إمتصاصها، و بالإضافة إلى ذلك، يفرز البنكرياس هرمونات في الدم لمساعدة الجسم على إستخدام السكر(الجلوكوز) و أحد هذه الهرمونات هو الأنسولين.(محمد الحميد، 2007، ص: 6).



الصورة رقم (4-1): بنكرياس إنسان.

4- تعريف الأنسولين

الأنسولين هو هرمون تفرزه خلايا خاصة في البنكرياس تسمى خلايا بيتا (أي الخلايا رقم 2)، و هي ضمن مجموعة من الخلايا المنتشرة على شكل جزر داخل البنكرياس و تعرف هذه الجزر "جزر لانجر هانز" نسبة إلى مكتشفها، و يتكون هرمون الأنسولين من سلسلتان من الأحماض الأمينية مرتبطتان بروابط كيميائية، و الأنسولين ضروري للجسم كي يتمكن من الاستفادة و إستخدام السكر و الطاقة في الطعام، حيث يعمل على منع تراكم السكر و زيادة منسوبه في الدم مهما تناول الإنسان من سكريات و نشويات و إبقاء مستوى السكر ثابتا طوال الأربعة و عشرون ساعة.(Gale and Anderson, 2005).

كما يعد هذا الهرمون الوحيد الذي بإمكانه خفض مستوى الغلوكوز في الدم بطرق عديدة تشمل:

- ✓ رفع كمية الغلوكوز المخزن في الكبد على شكل غليكوجين.
- ✓ منع الكبد من إفراز كميات كبيرة من الغلوكوز.
- ✓ تحفيز الخلايا في مختلف أنحاء الجسم على إمتصاص الغلوكوز.

✓ منع الخلايا في مختلف أنحاء الجسم من تكسير البروتين و الدهون من أجل حصول على الطاقة، وإجبارها بدلا من ذلك على إستخدام الجلوكوز.

يعتبر هذا الهرمون الوسيلة الوحيدة التي يمتلكها الجسم لخفض مستويات السكر في الدم، و بالتالي يتسبب أي خلل في كميات الأنسولين، بخلل في توازن النظام بأكمله.(رودي بيلوس، 2013، ص:5).

5- إحصائيات حول مرض السكري:

لقد بلغ عدد مرضى السكري من "النوع الأول" و من "النوع الثاني" 382 مليون شخص في العالم حسب دراسة داون 2013 ، و هذا يعني أن كل شخص من إثني عشر مصاب بداء السكري، حيث ثلث هؤلاء الأشخاص يجهلون مرضهم بداء السكري، فالنمو السريع، و التحضر و التغيرات في نوعية الحياة، كلها عوامل مسؤولة على زيادة إنتشار مرض السكري في العالم، حيث من المتوقع أن يصل عدد مرضى السكري سنة 2035 بـ 592 مليون حالة، خاصة إذا لم يتم إحترام إرشادات منظمة الصحة العالمية (Diabetes Voice, 2013, p :7).

أما عن آخر الإحصائيات في البلدان العربية المتوفرة لدينا عن أعداد مرضى السكري فقد كانت لسنة 2000م، و الجدول رقم (4-1) يمثل ذلك:

الجدول (4-1) يمثل إحصائية تبين أعداد مرضى السكر في الدول العربية في عام 2000م و المتوقع عام 2030م

الدولة	عام 2000م	عام 2030م
البحرين	37000	99000
جمهورية مصر العربية	2623000	6726000
العراق	668000	2009000
الأردن	195000	680000
الكويت	104000	319000
لبنان	146000	378000
ليبيا	88000	245000
المغرب	427000	1138000
عمان	113000	343000

88000	38000	قطر
2523000	890000	المملكة العربية السعودية
331000	97000	الصومال
1277000	447000	السودان
2313000	627000	سوريا
684000	350000	الإمارات العربية المتحدة
1286000	327000	اليمن
1203000	426000	الجزائر

المصدر: تقرير منظمة الصحة العالمية الصادر عام 2006م.

و تعتبر الجزائر من الدول متوسطة الانتشار، فمستوى الانتشار يقدر بحوالي 11,91 لكل مئة ألف نسمة، إلا أننا نلاحظ تطور في هذه النسب لكل مئة ألف نسمة من 8,05% (1985-1988) إلى 8,38% (1989-1993) و إلى 11,33 (1994-1998) و أخيراً 13,69 (1999-2002)، و في منطقة وهران كانت النسبة في حدود 9,1 لكل مئة الف نسمة.(بكييري نجيبة،2012).

6- أعراض مرض السكري:

قد تختلف حدة أعراض داء السكري و معدل تطورها، إعتماًداً على نوع المرض الذي يعاني منه المريض، و تشمل أعراض النوعين "الأول" و "الثاني" من السكري:

- ✓ الشعور بالظمأ.
- ✓ الجفاف.
- ✓ كثرة إدرار البول (البوال).
- ✓ عدوى المسالك البولية (مثل التهاب المثانة) أو داء المبيضات.
- ✓ فقدان الوزن .
- ✓ التعب و البلادة.
- ✓ ضبابية الرؤية بسبب جفاف عدسة العين.(رودي بيلوس، 2013، ص:7).

7- أنواع مرض السكر:

تم تصنيف مرض السكر حديثاً إلى أربعة أنواع: "النوع الأول" الذي يعتمد على الأنسولين في علاجه، و "النوع الثاني" الذي لا يعتمد على الأنسولين في علاجه، و النوع الثالث و يعرف بمرض "السكر الثانوي"، و أخيراً النوع الرابع و هو "سكر الحمل". (A.D.A, 2000).

7-1- النوع الأول:

ويسمى بمرض السكر "النوع الأول"، و قديماً كان يسمى هذا النوع بالسكر المعتمد على الأنسولين (IDDM)، و يقصد به مرضى السكر الذين يعتمدون على الأنسولين في علاجهم، و كان هذا النوع يسمى كذلك بسكر الصغار "Juvenile diabetes" لأنه عادة ما تظهر أعراضه في سن الخامسة عشر، و لكن هذه التسمية ألغيت لأن النوع الأول من السكر يصيب الشباب و المسنين على حد سواء، و هذا النوع في الغالب يصيب الأطفال و البالغين أقل من ثلاثين عاماً، و ذروة بدء النمط الأول بين عمر (11 و 13 سنة)، لكنه قد يبدأ في أية فئة عمرية بما فيها الشيخوخة.

و أغلب المرضى المصابين "بالنوع الأول" من السكر عادة هم أصحاء و أوزانهم إعتيادية عند حدوث المرض، و يتميز بإنعدام أو نقص الأنسولين الشديد بسبب تلف معظم خلايا بيتا في البنكرياس مما يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر في الدم و لهذا فهذا النوع لا يستجيب للعلاج بالأقراص الخافضة للسكر و لا ينفعه سوى حقن الأنسولين. (Atkinson and Eisenbarth, 2001).

7-2- النوع الثاني:

و يسمى بمرض السكر "النوع الثاني" و قديماً كان يسمى بالسكر الذي لا يعتمد على الأنسولين (NIDDM)، و يقصد به مرضى السكر الذين لا يعتمدون على الأنسولين في علاجهم و كان يسمى كذلك "سكر الكبار"، لأنه عادة ما يبدأ بعد سن الأربعين، و أعراض هذا المرض تظهر بشكل تدريجي و احتمال حدوث الغيبوبة السكرية و المضاعفات أقل من "النوع الأول"، و غالباً ما يتم إكتشاف هذا المرض من السكر عن طريق الصدفة عند إجراء التحليل الطبية الروتينية، و في هذا النوع يفرز البنكرياس كمية من الأنسولين و لكنها قد تكون غير كافية أو هناك مقاومة من الأنسجة و الخلايا بالجسم، حيث تعوق وظيفة الأنسولين بسبب نقص وظيفة الأنسولين أو لوجود أجسام مضادة لهذه المستقبلات تمنع الأنسولين و تنافسه على الوصول إليها مما يؤدي إلى إرتفاع مستوى السكر في الدم. (محمد الحميد، ص:17).

و في هؤلاء المرضى تلعب الوراثة و السمنة دورًا هامًا في حدوث المرض، فمعظم المرضى يتصفون بالسمنة، و خاصة الأشخاص الذين لديهم زيادة في الوزن حول منطقة وسط البطن على شكل تفاحة، (Apple Shape)، فهؤلاء أكثر عرضة للإصابة "بالنوع الثاني" من السكر، فالبدانة تجهد البنكرياس. (محمد الحميد، ص:17)، حيث يمثل هذا النوع الأغلبية (90%) من مرض السكري، و هو بعكس "النوع الأول" ليس له علاقة بالجهاز المناعي للجسم، و قد لا يعتمد على الأنسولين، و المريض المصاب بهذا النوع من السكر يستجيب في الغالب للأقراص الخافضة للسكر. (American Diabetes Association, 2000).

أما عن أهم الفروقات بين مرض السكر من "النوع الأول" و "النوع الثاني"، فإن الجدول رقم (4-2) يوضح ذلك:

الجدول رقم (4-2) يوضح الفروقات الأساسية بين "النوع الأول" و "النوع الثاني" للسكر

الخصائص	النوع الأول	النوع الثاني
العمر	عادة قبل سن الثلاثين	عادة بعد سن الأربعين
ظهور الأعراض المرضية	فجأة	بشكل تدريجي
الحالة البدنية	المريض عادة نحيلًا أو سوي الوزن	عادة سمناء
الأعراض الطبية	عادة عطش شديد، و رغبة شديدة في الأكل، و كثرة التبول، و نقص في الوزن	غالبًا بدون أعراض
الأحماض الكيتونية	غالبًا موجودة	عادة لا تظهر
الأنسولين داخل الجسم	لا يوجد	موجود و لكن الجسم غير قادر على الاستفادة منه
الإعتلال في الدهون	زيادة الكوليسترول و الترايجليسرايد في الدم	الكوليسترول و الترايجليسرايد مرتفعة في الدم
العلاج بالأنسولين	مطلوبة	مطلوبة فقط في حوالي 20 إلى 30% من المرضى
الأدوية الخافضة للسكر	يجب عدم إستخدامها	تستخدم طبيًا
الحمية الغذائية	مطلوبة مع الأنسولين	مطلوبة مع أو بدون أدوية

7-3- النوع الثالث: مرض السكري الثانوي:

يحدث نتيجة لوجود علة مرضية تؤثر على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس و أهم هذه العلة:

✓ الإلتهاب المزمن للبنكرياس.

✓ أورام الغدد فوق الكلوية.

✓ إستئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية.

✓ بعض أمراض الغدد الصماء: كمرض العملاقة بسبب زيادة إنتاج هرمون النمو، و فرط إفراز الغدة الدرقية

كما يحدث في حالات التسمم الدرقي، و متلازمة كوشينج و التي تؤدي إلى زيادة معدلات الكورتيزون.

✓ نتيجة أخذ بعض الأدوية مثل هرمون الغدة الدرقية و الكورتيزون. (محمد الحميد، ص:19).

7-4- النوع الرابع: سكر الحمل:

سكر الحمل نوع من أنواع مرض السكر الأقل إنتشارًا، و يظهر أثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يصبن بمرض السكر في السابق، و غالبًا ما يعود سكر الجلوكوز في الدم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة ليعاود الظهور في الحمل التالي و هكذا، و تشير الدراسات إلى أن حوالي ثلث إلى نصف النساء المصابات بسكر الحمل قد يصبن "بالنوع الثاني" من السكر في غضون عشر سنوات. (WHO, 1999) .

و تظهر عادة أعراض سكر الحمل كالعطش و كثرة التبول و التعب المبكر أو الإجهاد السريع خلال الأسبوع الرابع و العشرين من الحمل، و في بعض الأحيان يكون المرض بدون أعراض، حيث يكتشف إرتفاع السكر للمرة الأولى عند الفحص الشهري لدم الحامل. (المرجع السابق).

و قد يحدث بسبب إعاقه هرمونات المشيمة المرتبطة بنمو الجنين قدرة جسم الأم الحامل على إستعمال الأنسولين على الوجه الصحيح، مما قد يجهد خلايا جزر لانجر هانز التي تقوم بإفرازه، أو إلى مقاومة الأنسولين، كما أن لبعض النساء قابلية جينية للإصابة بسكر الحمل، و يتم تشخيصه عادة عن طريق الفحص الروتينى للحامل أو بولادة طفل كبير الوزن. (المرجع السابق).

8- أسباب مرض السكري:

تكثر الأسباب الكامنة وراء إنخفاض كميات الأنسولين التي يفرزها البنكرياس و قد يجتمع أكثر من سبب واحد لدى الشخص المصاب، أما عن أهم هذه الأسباب فهي:

8-1- الوراثية:

وجد العلماء بدراستهم للتوائم المتشابهة و أشجار عائلات مرضى السكري أن الوراثة عامل مهم في الإصابة بمرض السكري بنوعيه "الأول" و "الثاني"، و ثمة احتمال بنسبة 50% لإصابة الفرد الثاني من التوأم بالنوع الأول من السكري، و إن كان الأول مصابًا به، كما كان هناك فرصة بنسبة 5% لإصابة الطفل بالمرض إن كان أحد الوالدين يعاني منه.

أما بالنسبة لمرض السكري من "النوع الثاني"، فمن المؤكد إصابة الفرد الثاني من التوأم بالمرض إن كان الأول مصابًا به، و يصعب تكهن من سيرث المرض بالتحديد، فيما يعد الاحتمال أقوى لدى عدد صغير من العائلات، وقد استطاع العلماء تحديد بعض الجينات التي يبدو أن لها دورًا في الإصابة بالسكري. (رودي بيلوس، 2013، ص: 9-10).

في هذه الظروف، يمكن إخضاع أفراد العائلة للفحص و تحديد خطر إصابتهم بالحالة، لكن في أغلب الأحيان يصعب تحديد الجينات المسؤولة عن المرض، ما يجعله مختلفًا عن بعض الأمراض الأخرى، مثل التليف الكيسي (Cystic fibrosis)، إذ يوجد جين واحد مسؤول عن هذا المرض الوراثي، و بالتالي حتى في حال إصابة فرد قريب من عائلتك بالسكري، فإنه من غير المؤكد أنك ستصاب أنت أيضا به، إذ أن بعض الأشخاص قد يرثون قابلية الإصابة بالمرض، لكنهم لا يصابون به أبدا، و الخلاصة بوضوح هي وجود عوامل أخرى غير الوراثة تساعد على الإصابة بالسكري. (المرجع السابق، ص: 9-10)).

8-2- العدوى:

يعرف منذ بعض الوقت أن "النوع الأول" من السكري الذي يصاب به الأطفال و الشباب يأتي على الأرجح في فترات معينة من السن حين يكثر السعال و نزلات البرد. و يعرف أن لبعض الفيروسات، مثل فيروس النكاف و فيروس كوكسساكي، القدرة على إلحاق الضرر بالبنكرياس و التسبب بالسكري، لكن من النادر جدًا أن يتمكن الأطباء من ربط بدء إصابة الأشخاص بالسكري بعدوى محددة، و قد يكون التفسير الممكن لذلك، هو أن العدوى قد تكون نشأت سابقًا، لكن ظهرت فقط بعد سنوات طوال. (المرجع السابق، ص: 10).

8-3- البيئية:

غالبًا ما يكون الأشخاص الذين يصابون "بالنوع الثاني" من السكري من أصحاب الوزن الزائد أو يكون نظامهم الغذائي غير متوازن، و من المثير للإهتمام أن الأشخاص الذين ينتقلون من بلد يقل فيه خطر الإصابة بالسكري إلى آخر يرتفع فيه الخطر، تبرز لديهم إمكانية نفسها للإصابة بالمرض مثل سكان البلد الأخير.

و يوجد رابط وثيق بين وزن الجسم و الإصابة "بالنوع الثاني" من السكري، فقد أظهرت آخر الاستطلاعات زيادة كبيرة في عدد الذين يعانون من السمنة في المملكة المتحدة، و خصوصًا بين الشباب، و هذا يعد مسؤولاً بشكل جزئي عن إزدیاد الإصابة بمرض السكري.

و مثال جيد على ذلك يظهر بين سكان جزيرة ناورو في المحيط الهادي، و الذين تحولوا إلى أثرياء بعد إكتشاف الفوسفات في جزيرتهم، و بالنتيجة فقد تغيرت أنظمتهم الغذائية بشكل كبير، و زادت أوزانهم و باتوا أكثر عرضة للإصابة بالسكري.

و يشير هذا كله إلى روابط مهمة بين النظام الغذائي و البيئة و السكري، لكن لا يوجد أي رابط محدد إلى الإصابة بالسكري و إستهلاك الشخص للسكر و الحلويات.(رودي بيلوس، 2013، ص:10-11).

8-4- الأمراض العضوية و النفسية

8-4-1- البنكرياس:

قليلون هم الأشخاص الذين يصابون بالسكري نتيجة مرض آخر في البنكرياس، فعلى سبيل المثال يمكن لإلتهاب البنكرياس أن يتسبب بتلف أجزاء كبيرة منه، كما أن بعض الأشخاص الذين يعانون من أمراض هرمونية، مثل متلازمة كوشينغ (Cushing's syndrome) حين ينتج الجسم كميات كبيرة جدًا من هرمون الستيرويد، أو مرض ضخامة النهايات (Acromegaly) حين ينتج الجسم كميات كبيرة جدًا من هرمون النمو، قد يصابون بالسكري كأثر جانبي لمرضهم الأساسي.

و قد يحصل أيضًا تلف للبنكرياس بسبب الإفراط في تناول المشروبات المنوعة، كما أن بعض العلاجات طويلة الأمد مثل الستيرويدات و أقراص حاصرات البيتا (beta-blockers) ترتبط بإرتفاع معدل الإصابة بالسكري.(المرجع السابق، ص:11).

8-4-2- الإجهاد النفسي:

على الرغم من أن كثير من الأشخاص يربطون بدء إصابتهم بالسكري بحادثة مجهدة أصابتهم، مثل التعرض لحادث أو مرض آخر، إلا أنه يصعب إثبات وجود رابط بين الإجهاد النفسي و السكري. و يمكن تفسير ذلك في الواقع أن الأشخاص يزرون أطبائهم بسبب التعرض لبعض الأحداث المجهدة نفسها، و يجري تشخيص إصابتهم في الوقت نفسه بالسكري.(رودي بيلوس، 2013، ص:11-12).

9- مضاعفات مرض السكري

9-1- المضاعفات الحادة لمرض السكري:

جزء من التعايش مع مرض السكري هو تعلم كيفية التعرف على بعض المشاكل التي تصاحب هذا الداء و من أهمها:

9-1-1- إنخفاض السكر في الدم

هذه المشكلة قد تحدث من وقت لآخر لأي مريض يعاني من داء السكري، و يعرف على أنه: "الهبوط الشديد و السريع و المفاجئ لمستوى السكر في الدم، و تظهر عادة أعراض الهبوط حين ينخفض مستوى السكر في الدم (الجلوكوز) تحت (50-60 ملجم)، و يجب أن نعرف مستوى سكر الدم الذي يسبب أعراض هبوط السكر يتفاوت و يختلف من شخص لآخر، و كذلك يختلف بالنسبة إلى الشخص نفسه تحت الظروف المختلفة"، أما عن أسبابه فهي:

- ✓ عدم تناول الوجبات الرئيسية و الخفيفة في أوقاتها المحددة و بكمياتها الصحيحة.
- ✓ رفع كمية جرعة الدواء (الأدوية الخافضة للسكري) دون إستشارة الطبيب.
- ✓ القيام بمجهود جسدي أو عضلي (ممارسة الرياضة) غير معتاد عليه و لفترة طويلة.

أما عن أهم الأعراض المصاحبة لإنخفاض السكر في الدم فهي: الرعشة، جوع شديد و مفاجئ، و صداع حاد، و دوخة مع تعب و إرهاق، تعرق غزير، زغللة في البصر، خفقان في القلب، تغير حاد في المزاج و السلوك.(زياد بن احمد و زملائه، 2011، ص: 52).

9-1-2- إرتفاع سكر الدم

يعتبر إرتفاع سكر الدم المشكلة الرئيسية التي ينتج عنها مضاعفات المرض المزمن، و يعرف على أنه "الحالة التي تكون فيها نسبة السكر في الدم أكثر من (240 ملجم)، حيث يرجع ذلك إلى عدة أسباب أهمها:

- ✓ زيادة الوزن.
 - ✓ تناول كميات من الطعام أكثر من المقرر له (خاصة السكريات و المشويات).
 - ✓ نقص جرعة الدواء أو الأنسولين، أو عدم أخذها في الوقت المناسب لمواعيد تناول الوجبات.
 - ✓ مرور السنوات يؤدي إلى عدم إستجابة الجسم لبعض الأدوية الخافضة للسكر.
 - ✓ عدم ممارسة الرياضة بانتظام.
 - ✓ الإلتهابات.
 - ✓ تناول أدوية مضادة لعمل الأنسولين مثل الكورتيزون.
 - ✓ في حالات خاصة جدا تكون هناك مقاومة للأنسولين داخل الجسم.
- أما عن أهم أعراض إرتفاع السكر في الدم فهي:
- ✓ العطش الشديد بشكل غير إعتيادي.
 - ✓ التبول المتكرر.
 - ✓ عدم وضوح و ضبابية الرؤية.
 - ✓ الشعور بالإرهاق و التعب.
 - ✓ صداع شديد.
 - ✓ ألم و تنميل في الأطراف مع الشعور بالحرارة و البرودة.
- أما إذا إستمر إرتفاع السكر في الدم لمدة طويلة تظهر مادة الكيتون في البول و الدم و تصاحبها الأعراض التالية:
- ✓ ألم و تقلصات في البطن.
 - ✓ غثيان و رغبة في التقيؤ.
 - ✓ ظهور رائحة الكيتون من الفم و هي تشبه رائحة التفاح القديمة (المتخمر).
 - ✓ جفاف و فقدان للوزن.
 - ✓ فقدان الوعي و الإغماء.

9-2-2- المضاعفات المزمنة لمرض السكر على أجهزة و أعضاء الجسم:

9-2-1 مرض السكر و الأعصاب:

إصابة الأعصاب هي من مضاعفات مرض السكر الشائعة التي تظهر مبكرًا، و يشكو من أعراضها كثير من المرضى، و تختلف شدتها و أعراضها من مريض إلى آخر، و يرجع تأثير مرض السكر على الأعصاب إلى نقص الدم في الشرايين الدقيقة التي تغذي الأعصاب و يؤدي هذا إلى كثرة تصلب هذه الشرايين عند مريض السكري.

و يفسر البعض الآخر السبب، لوجود اضطراب كيميائي حيوي داخل الخلية العصبية بسبب زيادة تحول سكر الجلوكوز إلى سكر السوربيتول و سكر الفركتوز، و زيادة السوربيتول داخل الخلية العصبية يحدث بها تغيرات أسمية تؤثر على نسبة الماء و الأملاح داخلها مما يؤدي إلى تلفها.

و من أعراض تأثير الأعصاب ما يلي:

✓ ضعف الإحساس (الخدرد).

✓ إحساس بوخز خفيف (مثل وخز الإبر).

✓ إحساس بحرقان.

✓ فقدان الإحساس بالحرارة أو البرودة. (محمد الحميد، 2007، ص: 30).

9-2-2- مرض السكر و الدورة الدموية و أمراض القلب:

تعتبر أمراض القلب و الأوعية الدموية إحدى المضاعفات الطويلة الأجل التي يحدث أن تنتج من مرض السكري، حيث تشمل أمراض القلب و السكتة الدماغية و جميع الأمراض الأخرى التي تصيب القلب و الدورة الدموية، حيث يتصاعد خطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية و ذلك بسبب ضعف السيطرة على مستويات الجلوكوز على فترات طويلة، فيؤثر على بطانة الجدران الشريانية في الجسم، و يزيد ذلك من احتمال بدء مشاكل الأوعية و تضيقها (تصلب الشرايين). (www.diabetes.org.uk).

9-2-3- مرض السكر و العين:

ما يقارب من 50% من مرضى السكري قد تتأثر عيونهم في وقت من الأوقات و يضعف بصرهم، و يؤدي مرض السكر إلى حدوث ما يعادل من (12000 إلى 24000) حالة من فقدان البصر سنويًا،

و يعتبر مرض السكر السبب الرئيسي الأول لحالات فقدان البصر الجديدة عند الأشخاص البالغين سن (20 إلى 74 سنة).

و من المشاكل الأكثر شيوعاً في عين المريض المصاب بالسكر هو إعتلال الشبكية (Retinopathy)، و هي عبارة عن إختلال في الأوعية الدموية في الشبكية، و كذلك فإن مرض السكر أكثر عرضة للإصابة بعتمامة العدسة أو ما يعرف بالكتاركت (Cataracte) و إرتفاع ضغط الدم داخل العين (Glucoma). (محمد الحميد، 2007، ص: 30).

9-2-4- مرض السكر و الكلى:

يعتبر مرض الكلى من المضاعفات الخطيرة لمرض السكر، خاصة إذا كان المريض يعاني من إرتفاع في ضغط الدم أو أعراض الشرايين التاجية، أو أن هناك مشاكل في مجرى البول، و تشمل أعراض الفشل الكلوي، و التورم في القدم و الركبة، الإجهاد (التعب)، و شحوب لون الجلد.

وظيفة الكلى هي التخلص من السموم الضارة التي تدخل الجسم أو التي تنتج في داخله، و تقوم بهذا العمل مصابي دقيقة تسمى جلوميرولي "Glomeruli"، و عندما يرتفع مستوى السكر في الدم فإن ذلك يجهد الجلوميرولي، و يزيد من سماكة أغشيتها، معرضاً قدرتها على التخلص من نفايات الجسم الضارة و حدوث الفشل الكلوي لمريض السكر، و هذا يؤدي إلى بقاء السموم داخل الجسم و ظهور الألبومين و الكرياتينين بشكل مرتفع في البول بدلاً من إبقائها في الدم، و لذلك فإن وجود البروتينات بشكل كبير في البول عند إجراء فحوصات روتينية يكون دليلاً للإشتباه بمرض السكر.

كما يؤدي مرض السكري إلى تكرار الإصابة بالالتهابات الجرثومية لحوض الكلى و المثانة مما يؤدي إلى زيادة عدد مرات التبول و الحرقان أثناء التبول، كما قد يؤدي إصابة الكلية إلى إرتفاع في ضغط الدم، و يؤثر ضغط الدم على جميع شرايين الكلية، و يكثر حدوث ذلك عند مرضى السكر و بالتالي يمكنه أن يزيد حالة الكلية سوءاً. (المرجع السابق، ص: 31).

9-2-5- مرض السكر و الجهاز الهضمي:

قد يسبب مرض السكر خلل في الأعصاب اللاإرادية و يؤدي إلى حدوث عدد من المشكلات عند مريض السكري و من ذلك:

- ✓ الإسهال: أحيانا يشكو المريض من عسر الهضم مع الإسهال، و في الغالب ينشأ هذا الإسهال بسبب تلف الأعصاب اللاإرادية للأمعاء و المعدة و التي تتحكم في حركة هذه الأعضاء.
- ✓ الإمساك: يحدث بسبب خلل في الأعصاب اللاإرادية المنظمة لحركة الأمعاء حيث يؤدي ذلك إلى قلة حركة الأمعاء و حدوث الإمساك .
- ✓ إنتفاخ البطن: يشعر مريض السكر بامتلاء المعدة (التخمة) و عسر الهضم، و يرجع ذلك إلى كسل المعدة و بطء إفراغ الطعام منها، فيمكث الطعام فيها مدة طويلة.(محمد الحميد، 2007، ص:31).

9-2-6- مرض السكر و القدم السكرية:

قد يصيب تصلب الشرايين الطرفية للقدم في مرض السكر مما يؤدي إلى قلة سريان الدم فيها و هذا يسبب برودة القدمين و الألم أثناء المشي، و يؤدي تصلب و ضيق الشرايين إلى تلف الأعصاب الطرفية للقدم و إلى حدوث القدم السكرية، و يطلق تعبير القدم السكرية على المضاعفات و التغيرات التي تحدث في قدم مريض السكر من التهابات و تقرحات و "غرغرينا".

أما دور تلف الأعصاب الطرفية في حدوث القدم السكرية فيرجع إلى أن هذا التلف يفقد الإحساس بالقدم، أو تضعفه مما يعرضها لكثرة الإصطدام بالأشياء و عدم شعور المريض بألم أو حرارة أو برودة القدمين، و بالتالي لا يشعر المريض بأي جرح.

و القدم السكرية من أهم المضاعفات التي تواجه مريض السكر، و تشير الإحصائيات العالمية حيث يتم بتر قدم سكري كل 30 ثانية، و لذلك إهتمت دول العالم بهذا الموضوع و حددت يومًا عالميًا للتعريف بخطورة المشكلة يحمل إسم يوم قدم السكري، حيث يتم التعريف بطرق الوقاية من البتر.(المرجع السابق، ص: 33).

9-2-7- مرض السكر و الأسنان:

قد يشكو مريض السكر من كثرة الإلتهابات الحادة باللثة و حدوث قيح حول الأسنان في اللثة، و يحدث ذلك تغيرات بأنسجة اللثة و العظام المحيطة بالأسنان فيؤدي إلى تخلخل الأسنان و سقوطها، و قد تتكون بؤر صديدية عند نهاية جذور الأسنان و تصبح مصدرا لنقل العدوى إلى باقي الجسم، و يرجع هذا إلى ضعف مقاومة اللثة للميكروبات إضافة إلى كثرة جفاف فم و لثة مريض السكر، و زيادة السكر في أنسجة اللثة مما يجعلها بيئة صالحة لنمو الميكروبات و حدوث الإلتهابات.(المرجع السابق، ص: 35).

9-2-8- مرض السكر و الأنف و الأذن:

قد يشكو مريض السكر من التهابات و إفرازات مخاطية متكررة في الأنف و الأذن، و يمكن أن تتأثر قوة السمع عند مريض السكر بسبب تأثير مرضى السكر على أعصاب السمع في الأذن و إن كانت هذه المشكلة نادرة الحدوث. (محمد الحميد، 2007، ص:31).

9-2-9- مرض السكر و السرطان:

النساء المصابات بالنوع الثاني من السكر أكثر خطورة للإصابة بسرطان الرحم فقط، خاصة إذا كن يعانين من السمنة، و كذلك فإن مرضى السكر من الرجال و النساء معرضين بنسبة كبيرة لخطر الإصابة بسرطان القولون و المستقيم.(المرجع السابق، ص:36).

9-2-10- مرض السكر و التهابات الجهاز التنفسي:

المرضى المصابين بمرض السكر أكثر عرضة للإصابة بالأنفلونزا و ما تسببه من مضاعفات على المريض، و التي تشمل إتهاب الرئة و في الحقيقة فإن معدل الوفاة بين المرضى المصابين بالسكر ترتفع بما يعادل 5% إلى 15% خلال الأنفلونزا، وهم أكثر عرضة لدخول المستشفيات بسبب مضاعفات الأنفلونزا بما يعادل ستة مرات مقارنة بالأشخاص الأصحاء المصابين بالأنفلونزا، و لذلك فإنه ينصح بإستخدام تطعيم الأنفلونزا سنويا و كذلك التطعيم ضد البكتريا المسببة الرئوي لكل مرضى السكر. (المرجع السابق، ص:36).

و الجدول التالي يبين مضاعفات مرض السكري على المدى البعيد.

الجدول (3-4) يبين مضاعفات مرض السكر على المدى البعيد

النسيج أو العضو المصاب	ماذا يحدث	المضاعفات
الأوعية الدموية	تصلب الأوعية الدموية و إنسداد الشرايين المتوسطة و الكبيرة في القلب، و الدماغ، و الأرجل و العضو الذكري، تلف جدار الأوعية الدموية الصغيرة و فقدان قدرتها على نقل الأكسجين بشكل طبيعي.	ضعف الدورة الدموية يؤدي إلى عدم إلتئام الجروح بسهولة، و يمكن أن يؤدي إلى الجلطة القلبية والدماغية ، و غرغرينا في القدم و الأيدي و عدم إنتصاب العضو الذكري، و الضعف الجنسي و كثرة الإلتهابات.

العيون	تلف الأوعية الدموية الصغيرة في الشبكية.	قلة الإبصار و التي تؤدي إلى العمى.
الكلى	تضخم الأوعية الدموية في الكلى و إفراز البروتينات في البول و عدم ترشيح الدم بصورة طبيعية.	ضعف في وظائف الكلى و الفشل الكلوي.
الأعصاب	تلف الأعصاب بسبب زيادة سكر الجلوكوز و بسبب نقص التروية الدموية.	ضعف مفاجئ أو تدريجي للقدم و قلة الإحساس و الشعور بالوخز و الألم في اليدين و القدمين و تلف مزمن للأعصاب.
الجهاز العصب اللاإرادي	تلف الأعصاب التي تتحكم في الضغط و الجهاز الهضمي.	تذبذب ضغط الدم، و صعوبة البلع و الهضم مع إسهال متقطع.
الجلد	ضعف و وصول الدم إلى الجلد و فقدان الإحساس يؤدي إلى تكرار حدوث الإصابات.	تورم و حدوث التهابات عميقة (قرحة السكر) و بط الشفاء.
الدم	خلل في وظائف كريات الدم البيضاء	زيادة التعرض للإلتهابات و خصوصا المجاري البولية و الجلد

(محمد الحميد، 2007، ص:38).

10- علاج مرض السكري:

يمكن علاج السكري بثلاث طرق أساسية:

10-1- الحمية الغذائية:

الحمية الغذائية الخاصة بالسكري هي إتباع خطة أكل صحية بدلا من برنامج غذائي صعب أو تقييدي، وهذا ينطبق على جميع من يعانون من السكري بغض النظر عن نوعه.

فقد تكون هذه الحمية وحدها كافية للتحكم "بالنوع الثاني" من المرض عند بعض الأشخاص، لكن ممن يعانون من النوع الأول فقد يحتاجون إلى تعلم كيفية تحقيق التوازن بين تناولهم للطعام و أخذ حقن الأنسولين من أجل تحقيق أفضل تحكم ممكن بمستويات الغلوكوز في الدم. (رودي بيلوس، 2013، ص:18).

10-2- التمارين الرياضية:

إن الإعتقاد بأن الحمية الغذائية وحدها كافية في معالجة داء السكري، إعتقاد خاطئ، حيث يمكن أن تؤدي الحمية المتشددة إلى آثار ضارة، إذا لم تقترن بنشاط جسماني مبرمج، و لذلك فإن ممارسة النشاط الجسماني المدروس هو أحد أركان معالجة داء السكري، و لهذا فإن للرياضة دور كبير في الخطة العلاجية لمرضى السكري فهي تساهم بدرجة كبيرة في تنظيم نسبة السكر بالدم و تنشيط الدورة الدموية و المحافظة على الوصول إلى الوزن المثالي للمريض، مما يساهم في خفض نسبة المضاعفات المزمنة لداء السكري و الأمراض المصاحبة له مثل: إحتلال الدهون و إرتفاع ضغط الدم، إضافة إلى ذلك فإن مزاوله التمارين الرياضية تؤدي إلى زيادة الإحساس بالصحة العامة و الراحة النفسية، و تحسن المظهر العام للمريض.

و ينتج تأثير الرياضة بشكل رئيسي من خلال إستهلاك أكبر قدر من السعيرات الحرارية و الأداء الأفضل للأنسولين الموجودة بالجسم، فعند ممارسة الرياضة يتحسن تأثير الأنسولين على النسيج العضلي و بالتالي زيادة إستهلاك الغلوكوز الموجود بالدم، كذلك يزيد تأثير الأنسولين على الكبد فيخفض معدل إطلاق السكر منها. و لكي يتمكن مريض السكري من الإستفادة القصوى من التمارين الرياضية دون حدوث مضاعفات، فلا بد أن يكون ذلك جزءا من برنامجه العلاجي، و تحت إشراف الفريق الطبي المعالج. (أمين رويحة، 1973، ص:12).

10-3- الأدوية:

10-3-1- الأقراص:

و تستخدم هذه الأقراص للتحكم "بالنوع الثاني" من السكري، و هناك أنواع مختلفة منها:

- السلفوناييلوريا (Sulfonylurea)
- البايجوانيد (Biguanides)
- الاكاربوز (Acarbose)
- الثايازوليندايونز (Thiazolidinediones)
- الجلينايد (Glinides)
- الجلبيتين (Gliptins)

و تندرج جميع هذه الأدوية تحت إسم الأدوية الفموية الخافضة للسكر، و يمكن أن يؤخذ كل منها على حدا أو كمركب، و يجد أغلب مرضى "النوع الثاني" من السكري أن هذه الأدوية بالإضافة إلى إتباع طريقة أكل صحية، تجعل مرضهم تحت السيطرة، على الرغم من أن الأمر قد يستغرق بعض الوقت لمعرفة أي مركب من الأدوية أو أي جرعة تناسبهم أكثر، لكن مع مرور الوقت قد يخسر المرضى تدريجيًا إستجابة أجسامهم للأدوية، فتزيد مستويات الغلوكوز بالدم إلى درجة تحتاج إلى حقن الأنسولين. (رودي بيلوس، 2013، ص: 18-43).

10-3-2- الأنسولين :

ينبغي على كل مصاب "بالنوع الأول" من السكري أخذ جرعات من الأنسولين عبر الحقن، لكن قلة فقط من المصابين "بالنوع الثاني" من يحتاجون إلى هذا الدواء، أما الإختلاف الأساسي بين أنواع الأنسولين هو في سرعة فعاليتها، و بذلك فهو يقسم إلى أنواع: قصيرة أو متوسطة أو طويلة المفعول، و يكون الأنسولين قليل المفعول عادة صافيا و لا لون له، في حين أن النوعين الآخرين يكون لونهما عكرا لإحتوائهما على مواد مضافة تبطئ إمتصاص الأنسولين تحت الجلد. (المرجع السابق، 2013، ص: 18-49)

أما المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري الصادر عن وزارة الصحة للمملكة العربية السعودية سنة 2011 فقد ذكر أنواع الأنسولين كالاتي:

- الأنسولين السريع المفعول و يسمى (ليسيبرو أو اسبارت): و هو يبدأ بالعمل خلال 5-15 دقيقة من الحقن، و ينتهي تأثيره بعد 3-4 ساعات .
- الأنسولين القصير المفعول (النوع الصافي أو المائي): و هو قصير المفعول و يبدو شفافاً كالماء عند رج الزجاجه و خال من أي مواد مضافة، يبدأ عمله بعد نصف ساعة و أقصى مفعوله 2-4 ساعات، و ينتهي خلال 6-8 ساعات.
- الأنسولين المتوسط المفعول (النوع المعكر): وهو بطيء المفعول، و يحضر بإضافة بروتامين إليه ، و يبدو معكرا عند رج الزجاجه، يبدأ عمله بعد ساعتين و أقصى مفعوله 6-12 ساعة، و يستمر حتى 18-24 ساعة.
- الأنسولين طويل المفعول و يسمى (جلارجين أو لانتوس): و يحضر بإضافة الزنك إليه، و هو سائل صافي غير معكر و لا يمكن خلطه مع الأنسولين الصافي، يبدأ عمله خلال 4-6 ساعات و يعمل لمدة 24 ساعة، و يؤخذ مرة واحدة يوميا.

- الأنسولين ذا الطورين (النوع المخلوط): و هو خليط من الأنسولين القصير المفعول و المتوسط المفعول بنسبة معينة (50/50 أو 80/30)، و له صفات الأنسولين القصير المفعول و تعمل خلال 30 دقيقة، و صفات المتوسط المفعول فيعمل لمدة 16-24 ساعة.(المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري، 2011، ص:40-41).

10-4- العلاج النفسي

في دراسة لسنوك و سكينر (2002) كان الهدف منها معرفة أهمية العلاج و الإرشاد النفسي للمصابين بالسكري و عائلاتهم في هولندا، و ذلك من خلال مراجعة الأدب المنشور ما بين (1900-2001)، فقد أظهرت نتائج الدراسة أهمية العلاج و الإرشاد النفسي في التخفيف من الإكتئاب و القلق، و في ضبط نسبة السكر في الدم لدى المرضى المصابين بالسكري، كما أظهرت النتائج فعالية العلاج السلوكي المعرفي في علاج حالات الإكتئاب و التوتر و الضغط النفسي لدى مرضى السكري.(المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري، 2011، ص: 100)، أما دراسة (داون 2) (DAWN2)، فقد خلصت أن أفراد الصحة أنفسهم يتمنون المزيد من الإمكانيات للتكفل بالمشاكل الإنفعالية لمرضى السكري، كما أنهم يقروا بضرورة الاستفادة من تكوينات لكي يقدموا أحسن الدعم النفسي و الإجتماعي المناسب.(Diabetes voice,2013).

يستعمل العلاج المعرفي السلوكي لعلاج الكثير من المشكلات النفسية على غرار الإكتئاب و القلق، فينصح به لعلاج المرضى المصابين بالسكري و الإكتئاب معا، أو حتى في حالة غياب الإكتئاب، فلقد أظهرت العلاجات المعرفية السلوكية نجاعة كبيرة في علاج الإضطرابات الإنفعالية المصاحبة للأمراض المزمنة، خاصة أن الأفكار و المعتقدات و التوقعات تلعب دورا أساسيا في إدراك المرض و التوافق معه، و لذلك فإن العلاج المعرفي السلوكي للمرض المزمن يعمل على إكساب المريض بعض الأساليب التي تنمي لديه الإحساس بالسيطرة على الألم و تأثيراته على حياته، بالإضافة إلى التعديل الفعلي للمظاهر الحسية و المعرفية و السلوكية و الوجدانية لخبيرة المرض المزمن (مرض السكري)، و بشكل محدد فإن العلاج المعرفي السلوكي للمرض يهدف إلى تحقيق ما يلي:

- توعية المريض بطبيعة المرض و علاقته بالمعاناة و العجز.
- تعديل الأفكار غير توافقية و الصور و المشاعر التي ترتبط بالكدر الوجداني.
- تعليم المريض كيف و متى يستخدم إستراتيجيات التغلب لمواجهة تحديات معينة.
- تعزيز و تشجيع الإحساس بالكفاءة الذاتية و الضبط الذاتي بدلاً من الشعور بالعجز و إنعدام الحيلة.

- تعليم المريض كيفية توقع المشاكل و كيف يتعامل معها حينما تظهر. (Meichenbaum,1994).

خلاصة الفصل:

يتميز مرض السكري من الأمراض المزمنة التي في تزايد مستمر، ففي الوقت الراهن لا توجد أي دولة في العالم إستطاعت حل مشكلة مرض السكري، و أرقام تعقيداته و الموت الناتج عنه تبقى في إرتفاع مستمر، فهو مرض يصيب الغني و الفقير، الصغير و الكبير، الرجال و النساء، إلا أن أسبابه الغير المباشرة تبقى غير متحكم فيها، كما أن مضاعفات هذا المرض، أصبحت هاجس أكثر من المرض ذاته، و يبقى العلاج الدوائي مع الحماية الغذائية و القيام بالتمارين الرياضية هو الحل الأمثل للتكفل بهذا المرض.

الفصل الخامس

إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1- الدراسة الإستطلاعية.

2- منهج البحث.

3- مجتمع و عينة البحث.

4- أدوات جمع البيانات.

4-1- مقياس التوافق النفسي.

4-2- مقياس الصلابة النفسية.

5- الأساليب الإحصائية.

خلاصة الفصل

تمهيد

غالبًا ما تنقسم البحوث العلمية إلى جزأين: الجزء الأول و هو الجزء الأساسي و الرئيسي الذي يهتم بالإشكالية و حيثياتها، أما الجزء الثاني فهو الجزء التطبيقي الذي يتم وفق مجموعة من الخطوات المنهجية الإجرائية المحددة و المناسبة لطبيعة الدراسة، و ذلك للإجابة عمليًا على أسئلة الدراسة و التأكد من الفرضيات سواء بإثباتها أو بنفيها، و فيما يلي عرض لخطوات البحث التطبيقية المختلفة المتبعة.

1- الدراسة الإستطلاعية:

كان الهدف من الدراسة الإستطلاعية هو:

- ✓ التأكد من قابلية الظاهرة للبحث من جوانبها المنهجية خاصة الإشكالية و الفرضيات.
- ✓ تحديد المجتمع الذي سيجرى عليه البحث، فإنطلاقًا من الإطار النظري للبحث، إعتد الباحث على نوعية مرض السكري كمعيار إختيار العينة، فأختار مرضى السكري من "النوع 1" و "النوع 2" فقط، حيث تزيد مدة إصابتهم عن السنة.
- ✓ تحديد مكان إجراء البحث، حيث تم إجراء التربص بالمستشفى العسكري الجهوي لقسنطينة، فحسب طبيعة البحث و نوعية العينة، كان التربص مقررًا في البداية بمصلحة الطب الداخلي و بالضبط بجناح أمراض السكري، لكن مع مرور الوقت علمنا أن مرضى السكري يمكنهم كذلك بمصالح أخرى مثل: (مصلحة أمراض العيون، مصلحة أمراض العظام، مصلحة أمراض القلب)، و عليه فقد أخذت هذه المعلومة بعين الإعتبار، حيث إنتقلنا إلى هذه المصالح و تم إستغلال هؤلاء الأفراد (مرضى السكري من "النوع 1" و "النوع 2")، و هذا ربحًا للوقت و زيادة حجم العينة الإستطلاعية.
- ✓ حساب الخصائص السيكومترية لأدوات جمع البيانات من صدق و ثبات (التفصيل في عنصر أدوات جمع البيانات)، و في هذا الإطار إرتى الباحث إلى إقصاء فئة من مرضى السكري الذين يعانون من مضاعفات و تعقيدات مرضى السكري و الخاضعين إلى عمليات جراحية.
- ✓ سبر مختلف الصعوبات التي يمكن أن تواجه الباحث خلال الدراسة الأساسية، لأخذ كل الإحتياطات اللازمة

2- منهج البحث:

إنطلاقًا من تمحور أهداف البحث حول دراسة إمكانية وجود علاقة بين الصلابة النفسية و التوافق النفسي، إعتد الباحث على المنهج الوصفي (الإرتباطي)، بإعتباره "يهتم بالكشف عن العلاقة بين متغيرين أو

أكثر لمعرفة مدى إرتباط بين هذه المتغيرات، و التعبير عنها بصورة رقمية... (ملحم، 2000، ص:348)،

و يطبق المنهج الوصفي الإرتباطي إذا كان الغرض من البحث :

✓ معرفة ما إذا كان هناك علاقة أم لا بين متغيرين أو أكثر.

✓ معرفة مقدار العلاقة و إتجاهها (سالبة أم موجبة) بين متغيرين أو أكثر.

✓ التنبؤ بتأثير متغير على متغير آخر.

وعليه يرى الباحث أن المنهج الوصفي الإرتباطي هو الأنسب لما يرمى إليه هذا البحث.

3-1- مجتمع البحث:

إنطلاقاً من نتائج الدراسة الإستطلاعية تحددت معالم المجتمع الأصلي للبحث وفق مؤشرين هما:

✓ نوع مرض السكري: حيث تحدد أفراد المجتمع الأصلي بمرضى السكري من "النوع 1" و "النوع 2" و فقط.

✓ الحيز الجغرافي: حيث حدد مجتمع البحث بالمرضى الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي لقسنطينة بغض النظر عن مهنتهم، و كيفية إستفادتهم من العلاج بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي.

3-2- عينة البحث:

قام الباحث بتوزيع وسائل جمع البيانات على كل مريض أو مريضة من الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى الجامعي لقسنطينة، سواء تعلق الأمر بفحوصات خارجية أو حالات إستشفائية، و ذلك خلال المدة الممتدة من شهر أوت، سبتمبر، و أوائل أكتوبر، حيث وزع الباحث ما يقارب 380 إستمارة، ساعياً إلى جمع أكبر قدر ممكن من الإستمارات الصالحة للمعالجة الإحصائية.

و قد قُدر حجم عينة البحث التي كانت من النوع القصدي بـ: 125 مريضاً، حيث كان يتم توزيع الإستمارات على مرضى داء السكري من "النوع 1" و "النوع 2" فقط، و الذين تزيد مدة إصابتهم عن سنة كاملة، و لا يعانون من أية تعقيدات خطيرة، و الجدول رقم (5-1) يوضح توزيع العينة على مختلف متغيرات البحث (الجنس، العمر، المستوى التعليمي، الحالة العائلية، نوع داء السكري، مدة الإصابة).

الجدول رقم(5-1): توزيع العينة حسب متغيرات البحث.

المتغير	النوع	العدد	النسبة المئوية
الجنس	ذكور	47	37,6%
	إناث	78	62,4%
	المجموع	125	100%
العمر	39-20	44	35,2%
	40 فأكثر	81	64,8%
	المجموع	125	100%
المستوى التعليمي	أمي	23	18,4%
	إبتدائي	17	13,6%
	أساسي، متوسط	26	20,8%
	ثانوي	34	27,2%
	جامعي	25	20%
	المجموع	125	100%
الحالة العائلية	أعزب	28	22,4%
	متزوج	82	65,6%
	مطلق	03	2,4%
	أرمل	12	9,6%
	المجموع	125	100%
نوع مرض السكري	النوع الأول	47	37,6%
	النوع الثاني	78	62,4%
	المجموع	125	100%
مدة الإصابة (بالسنوات)	1-5 سنوات	55	45%
	6 سنوات فما فوق	70	55%
	المجموع	125	100%

4- أدوات جمع البيانات

للتحقق من فرضيات البحث، حاول الباحث جمع البيانات اللازمة و ذلك بالإستعانة بمقياسين هما:

4-1-مقياس التوافق النفسي مع داء السكري

يهدف هذا الأخير إلى قياس التوافق النفسي مع داء السكري، و هو من إعداد ستوارت م دينين و زملائه (Stewart M.Dunn et ses collègues) ، من جامعة سيدني الأسترالية، حيث يقيس المكونات الإنفعالية للتكيف مع داء السكري، موجه للأشخاص المصابين بداء السكري من " النوع 1 " و "النوع 2".

تم العثور على هذا المقياس في الشبكة العنكبوتية (الأنترنت) بعدة لغات منها: الإنجليزية، و الفرنسية، و الإيطالية و الألمانية و بلغات أخرى، في حين لم يجد الباحث أثر لهذا المقياس باللغة العربية، هذا ما دفعه إلى التواصل مع صاحبه (Stewart M.Dunn) عبر الأنترنت، و بتاريخ 17 فيفري 2015، تم مراسلته عن طريق بريد إلكتروني بواسطة العنوان التالي : stewart.dunn@sydney.edu.au ، معرّفًا له عن رغبته في الحصول على المقياس الأصلي للتوافق النفسي مع مرض السكري و خصائصه السيكمومترية، و كذا عن مدى إمكانية إستغلاله في إطار البحث العلمي.

بتاريخ 18 فيفري 2015، وصل إلى الباحث بريد إلكتروني من السيد: ستوارت م دينين، يحتوي على ثلاث ملفات: الملف الأول عبارة عن المقياس باللغة الإنجليزية (أنظر إلى الملحق رقم 1)، و الملف الثاني يحتوي الخصائص السيكمومترية للمقياس في البيئة الأسترالية و في بعض الدول الأوربية، أما الملف الثالث يحتوي على دليل المقياس (أبعاده، كيفية تصحيحه)، كما ختم بريده الإلكتروني متمنيًا حظ موفق للباحث، طالبًا منه نسخة من العمل الذي سوف يتم إنجازه.

مقياس التوافق النفسي مع داء السكري لستوارت م دينين، يحتوي على 39 بند (أنظر الملحق رقم: 1)، يحدد ما مدى توافق مرضى السكري مع مرضهم (مرض السكري)، وفق سلم تدريجي (سلم ليكارت) في الشدة يحمل خمسة بدائل، غير موافق تمامًا، غير موافق، لا أدري، موافق، موافق تمامًا، حيث هذا المقياس مقسم على ستة أبعاد موضح في الجدول رقم (5-2) كما يلي:

الجدول رقم (5-2): توزيع البنود على الأبعاد الستة:

ضغظ مرض السكري (11 بند)	التكيف (9 بنود)	الذنب (6 بنود)	إغتراب - تعاون (5 بنود)	معتقدات حول المرض (6 بنود)	التسامح مع الغموض (4 بنود)
.....1	.....10	.....3	.....10	.....7	.....5
.....2	.....11	.....9	.....16	.....10	.....6
.....4	.....13	.....12	.....25	.....13	.....21
.....8	.....14	.....19	.....26	.....16	.....35
.....9	.....31	.....25	.....29	.....17	-
.....14	.....32	.....37	-	.....24	-
.....15	.....34	-	-	-	-
.....20	.....36	-	-	-	-
.....26	.....38	-	-	-	-
.....28	-	-	-	-	-
.....39	-	-	-	-	-
المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....
الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي مع داء السكري					

4-1-1- ترجمة البنود

قام الباحث بترجمة بنود مقياس التوافق النفسي من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم تم عرض الترجمة على ثلاثة أساتذة متخصصين في علم النفس و الإنجليزية يتقنون اللغتين (العربية و الإنجليزية) قصد مراجعة الترجمة و تدقيقها (أنظر الملحق رقم 2) ، و (الجدول 5-3) يبين ذلك، أما الترجمة العكسية (من اللغة العربية إلى اللغة الإنجليزية) فقد تم الإستغناء عنها بسبب ضيق الوقت.

و للتذكير فإنه لم يجر أي تعديل (حذفًا أو إضافة) للمقياس المعرب بالنسبة لعدد البنود أو مضمونها، كما قام الباحث بعرض الصورة الأولية للترجمة على عينة محدودة بهدف التأكد من وضوح البنود، حيث الجدول (5-3) يبين الأساتذة الذين تم الاستعانة بهم:

الجدول رقم (5-3): أسماء الأساتذة المستعان بهم في مراجعة الترجمة.

الجامعة	الدرجة العلمية	الإسم و اللقب	
جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي	أستاذة محاضرة في علم النفس	بن زروال فتيحة	01
جامعة أبو قاسم سعد الله، الجزائر 2	أستاذ محاضر في علم النفس	بوطمين سمير	02
جامعة العربي بن مهيدي، أم البواقي	أستاذة مساعدة في الأدب الإنجليزي	حداد مرجانة	03

4-1-2- عينه التقنين:

تكونت عينة التقنين من مرضى السكري من "النوع 1" و "النوع 2"، الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى العسكري الجهوي الجامعي قسنطينة و الجدول رقم (5-4) يبين خصائص عينة التقنين
الجدول رقم (5-4): خصائص عينة التقنين:

الجنس	العدد	نوع داء السكري النوع الأول/النوع الثاني	متوسط العمر (بالسنوات)	متوسط مدة الإصابة (بالسنوات)
ذكور	50	36/14	43,98	4,98
إناث	50	32/18	48,84	6,24
المجموع	100	68/32	-	-

4-1-3- طريقة تطبيق المقياس و تصحيحه

يطلب من المفحوص إختيار إجابة من بين (5) إختيارات، تعبر عن مدى موافقته على محتوى كل بند من بنود المقياس (39)، و ذلك بوضع علامة (x) في المربع المناسب للإختيار، و المثال التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم(5-5): طريقة الإجابة على مقياس التوافق النفسي:

العبارات	غير موافق	غير موافق	لا	موافق	موافق
	تماما	موافق	أدري	موافق	تماما
1 لو لم يكن لدي داء السكري، لكنت شخصا مختلفا تماما					

تعطى الدرجات حسب الإجابة، وتتراوح ما بين (1 إلى 5) بالنسبة للبنود الإيجابية و من (5 إلى 1) بالنسبة للبنود السالبة.

و فيما يلي مثال توضيحي:

الجدول رقم(5-6): طريقة تنقيط مقياس التوافق النفسي مع مرض السكري:

الدرجة	موافق	موافق	لا	غير موافق	غير موافق	العبارات
	تماما		أدري	موافق	تماما	
4		×				1 لو لم يكن لدي داء السكري، لكنت شخصا مختلفا تماما
2		×				3 أكره أن يشار إلي بـ"مريض السكري"

و في هذا المثال تعطى أربع (4) نقاط بالنسبة للإجابة الأولى لأنه بند إيجابي، و نقطتين (2) بالنسبة للإجابة الثانية لأنه بند سلبي، و الجدول رقم (5-7) يبين البنود الإيجابية و البنود السلبية.

الجدول رقم (5-7) بين البنود الإيجابية و البنود السلبية

البنود السلبية		البنود الايجابية	
.....19	.....1	.....23	.....2
.....20	.....3	.....24	.....5
.....25	.....4	.....27	.....10
.....26	.....6	.....30	.....11
.....28	.....7	.....31	.....13
.....29	.....8	.....33	.....16
.....32	.....9	.....34	.....17
.....35	.....12	.....36	.....18
.....37	.....14	.....38	.....21

تمثل الدرجة (35) أقل درجة في المقياس و الدرجة (175) أعلى درجة في المقياس، و لقد تم تقسيم الدرجات إلى ثلاثة مستويات:

- من 35 إلى 81: توافق نفسي منخفض.
- من 82 إلى 128: توافق نفسي متوسط.
- من 129 إلى 175: توافق نفسي مرتفع.

4-1-4- الخصائص السيكومترية للمقياس

لتحديد هذه الخصائص من صدق و ثبات، قام الباحث بتطبيق المقياس في شكله المبدئي (أنظر الملحق رقم: 02) على عينة قوامها 100 مريضا، حيث يظهر الجدول رقم (5-6) خصائص العينة، كما إستخدم في المعالجة الإحصائية للبيانات برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الإجتماعية (SPSS) النسخة 19.

أولا: الصدق

يشير الصدق Validity إلى مدى صلاحية المقياس و صحته في قياس ما وضع لقياسه، و لذلك يدلنا صدق المقياس على ما الذي يقيس الإختبار، و من أشهر طرق حساب الصدق هو صدق التكوين، ففي صدق التكوين يحاول المؤلف الإجابة على السؤال التالي: إلى أي حد يمكن أن يعد الإختبار مقياسا لتكوين نظري أو سمة؟ وبالتالي يركز هذا النوع من الصدق على نوع من الوصف السلوكي أشمل و أكثر دوما تجريدا و يتم حساب هذا النوع من الصدق بالطرق الآتية: تحليل البنود (الإرتباط بين البند و الدرجة الكلية على المقياس الفرعي)، التحليل العاملي (الصدق العاملي) و الإرتباطات مع مقاييس أخرى. (الصدق التقاربي و الإختلافي). (الأنصاري، 2014، ص:25).

تحليل البنود

يستخدم تحليل البنود كإجراء إحصائي لعزل أنواع معينة من البنود أو حذفها، و بخاصة تلك التي لا تضيف إلى الدرجة الكلية بما فيه الكفاية، و يتم ذلك عن طريق حساب معاملات الإرتباط بين كل بند و الدرجة الكلية على المقياس، إذ تحذف البنود ذات الارتباطات المنخفضة. (الأنصاري، 2014، ص:25).

١- معامل الارتباط بين كل بند بالدرجة الكلية

يمثل الجدول رقم (5-8) معامل الارتباط بين كل بند من بنود مقياس التوافق النفسي في صورته الأولى مع الدرجة الكلية.

الجدول رقم (5-8): معامل الارتباط كل بند بالدرجة الكلية:

Corrélations			الرقم
N	Sig	r	
100	,000	,574**	01 لو لم يكن لدي داء السكري، لكنت شخصا مختلفا تماما
100	,000	,460**	02 داء السكري لم يحدث أي فرق في حياتي
100	,000	,381**	03 أكره أن يشار إلي بـ "مريض السكري diabétique"
100	,350	,094	04 داء السكري هو أسوأ شيء حدث لي في حياتي
100	,000	,509**	05 أشعر أنني قادر على التكفل بداء السكري لدي بأدنى مساعدة خارجية
100	,006	,274**	06 أعرف ما أحتاج معرفته عن داء السكري
100	,052	-,195	07 أعتقد أن البحث سيكتشف علاجا لداء السكري في القريب العاجل
100	,000	,431**	08 قد يجد أغلب الأشخاص صعوبة في التوافق مع داء السكري
100	,000	,548**	09 غالبا ما أشعر بالحرج كوني مريضا بالسكري
100	,001	,321**	10 سيتمتع أغلبية الأشخاص بصحة أفضل لو إتبعوا حمية السكري
100	,003	,293**	11 عادة ما يجعلني التحدث إلى طبيبي حول مرضي بداء السكري أشعر بالتحسن
100	,028	,220*	12 يبدو أنه لا يوجد الكثير مما يمكنني فعله للتحكم في داء السكري
100	,006	,271**	13 أحب أن يتم إعلامي لما يكون داء السكري لدي متحكّم فيه بشكل جيد
100	,000	,543**	14 ثمة القليل من الأمل لعيش حياة عادية مع داء السكري
100	,056	,192	15 التحكم المناسب بداء السكري يستوجب الكثير من التضحية وعدم الارتياح

100	,000	,429**	16 أن تكون مريضا بداء السكري يعني أن تتقبل تحمل مسؤولية علاجتك.
100	,000	,503**	17 التفكير في أن أحقن نفسي لا يزعجني
100	,804	-,025	18 الغذاء مهم جدا في حياتي
100	,042	,204*	19 أحاول إخفاء مرضي بداء السكري عن الآخرين
100	,000	,501**	20 أن يقال لك أنك مريض بداء السكري، كأنه حكم مؤبد بالمرض
100	,000	,425**	21 إنخفاض السكر في الدم ليس مخيفا في الحقيقة كما يعتقد الكثير من الناس
100	,532	,063	22 معظم الناس لا يفهمون المشاكل المرتبطة بداء السكري
100	,000	,362**	23 حميتي الخاصة بداء السكري لا تفسد حياتي الإجتماعية
100	,017	,239*	24 التحكم في الوزن ليس مشكلة بالنسبة لي
100	,024	,226*	25 يحتاج الأطباء عموما أن يتعاطفوا أكثر في علاجهم لمرضى السكري
100	,000	,360**	26 الإصابة بداء السكري لمدة طويلة يغير من الشخصية
100	,092	,169	27 على الفرد أن يتعلم التعايش مع السكري دون إشراك أفرادا آخرين من العائلة
100	,005	,278**	28 غالبا ما أجد صعوبة في تحديد ما إذا كنت أشعر بالمرض أو أتي بخير
100	,003	,299**	29 معظم الأطباء لا يفهمون فعلا كيف هو أن تكون مصابا بداء السكري
100	,028	,219*	30 غالبا ما أنسى أنني مصاب بداء السكري
100	,000	,504**	31 داء السكري لا يعتبر مشكلة حقيقية لأنه يمكن التحكم فيه
100	,002	,303**	32 أحيانا أستعمل داء السكري كعذر لتحقيق مصلحة شخصية
100	,144	-,147	33 لا أحب أن يقال لي ما يجب أن أكل، ومتى أكل، وكمية ما أكل
100	,021	-,231*	34 أعتقد أن لدي علاقة طيبة مع طبيبي
100	,511	,067	35 حقيقة لا يوجد شيء يمكن فعله، إذا كنت مصابا بداء السكري

100	,000	,501**	أود أن يقال لي عندما يكون تحكمي بداء السكري لدي ليس جيدا.	36
100	,000	,437**	حقيقة لا يوجد من بإمكانني التحدث إليه بشكل صريح حول مرضي بداء السكري	37
100	,000	,439**	أظن أنني توافقت/تكيفت جيدا مع إصابتي بداء السكري	38
100	,000	,509**	غالبا ما أفكر أنه ليس عدلا أن أصاب أنا بداء السكري، بينما ينعم الآخرون بالصحة	39
** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).				
* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).				

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه (5-8)، أن جل بنود المقياس على علاقة إرتباطية دالة إحصائيا عند مستوى الدلالة الإحصائية 0,01 أو 0,05، ماعدا البنود الآتية: 4-7-15-35، و هي البنود المبينة في الجدول رقم (5-9).

الجدول رقم(5-9): البنود المحذوفة من مقياس التوافق النفسي

البند	المحتوى	البعد
4	داء السكري هو أسوأ شيء حدث لي في حياتي	ضغط داء السكري
7	أعتقد أن البحث سيكتشف علاجاً لداء السكري في القريب العاجل	معتقدات حول المرض
15	التحكم المناسب بداء السكري يستوجب الكثير من التضحية وعدم الارتياح	ضغط داء السكري
35	حقيقة لا يوجد شيء يمكن فعله، إذا كنت مصابا بداء السكري	التسامح مع الغموض

ب- الإرتباطات بين أبعاد الاستبيان و الدرجة الكلية:

تم حساب معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية و الدرجات على الأبعاد الستة لمقياس التوافق النفسي مع داء السكري، حيث يبين الجدول رقم (5-10) معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي مع داء السكري و الدرجات على الأبعاد الستة لمقياس التوافق النفسي مع داء السكري النفسية.

الجدول رقم(5-10) : معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي و أبعاده الستة

الدرجة الكلية	المتغيرات
**0,843	ضغط مرض السكري
**0,752	التكيف
**0,710	الذنب
**0,562	الإغتراب-تعاون
**0,592	معتقدات حول المرض
0,140	التسامح مع الغموض

** دالة إحصائية عند مستوى 0,01.

يتضح من خلال نتائج الجدول رقم (5-10)، أن كل الأبعاد على علاقة ارتباطية دالة إحصائية عند مستوى الدلالة الإحصائية 0,01، ماعدا بعد "التسامح مع الغموض" الذي لم يكن معامل ارتباطه دالا، رغم دلالة البنود المشكلة له مع الدرجة الكلية للمقياس، و لعل ما يفسر عدم ارتباطه مع الدرجة الكلية هو قلة عدد بنوده و هي ثلاثة فقط.

ثانيا: الثبات

يشير الثبات Reliability إلى إتساق الدرجات المستخرجة من إستجابات الأفراد أنفسهم عندما يعاد إختبارهم بالإختبار ذاته في أوقات مختلفة، أو عندما يختبرون بمجموعات مختلفة من بنود متكافئة، أو حينما يختبرون في ظل متغيرات أخرى، كما يعني ببساطة: "مدى إتساق الدرجات عند تكرار التجربة".

و من الطرق الشائعة في حساب درجة الثبات وهو معامل الثبات و يحسب بعدة طرق أهمها:

1- طريقة إعادة تطبيق الإختبار: حيث يطبق الإختبار مرتين بفارق زمني معقول (من 15 إلى 25 يوم)، ثم حساب معامل الارتباط بين درجات التطبيق الأول و درجات التطبيق الثاني .

(Paul dickes & all, 1994,P174).

2- ثبات معامل ألفا، و يتلخص في تطبيق واحد لصيغة واحدة للإختبار، و بيان مدى الإتساق في الإستجابات لكل بنود الإختبار، و لذلك يعطى درجة "إتساق ما بين البنود" بعد فحص الأداء على كل بند. (الأنصاري، 2014، ص:49)، و هي الطريقة التي أعتمدت في

تقدير معامل ثبات هذا المقياس، و الجدول رقم (5-11) يبين قيمة معامل الارتباط باستخدام معامل ألفا

و الجدول رقم (5-11): قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ .

Statistiques de fiabilité

عدد أفراد العينة	معامل ألفا كرونباخ
100	**,740

3- ثبات التجزئة النصفية half – split بعد تصحيح الطول و يقيس معامل الإتساق الداخلي أي إتساق عينات محتوى الإختبار، و يتلخص في تطبيق صيغة واحدة من الإختبار ثم نصل إلى مقياس للثبات عن طريق قسمة الإختبار نصفين متساويين.(الأنصاري،2014،ص:49). و قد قدر معامل ثبات هذا المقياس بتطبيق هذه الطريقة ب: 0.73.

و الجدول رقم (5-12) يبين قيمة معامل الارتبط لمقياس التوافق النفسي بعد حسابه بإستعمال معامل ألفا كرونباخ و طريقة التجزئة النصفية.

الجدول رقم (5-12): معاملات ثبات مقياس التوافق النفسي:

نوع معامل الثبات	حجم العينة	معاملات الثبات
معامل ألفا لكرونباخ	100	**,740
التجزئة النصفية	100	**,730

**دالة احصائيا عند مستوى 0,01.

كما تم إعادة صياغة بعض البنود التي كانت غامضة بالنسبة للعينة الإستطلاعية، فقد كانت تطرح الكثير من الأسئلة حول مضمون هذه البنود، و عليه قام الباحث بإعادة صياغتها حتى تكون أكثر وضوحا خلال تطبيق المقياس على العينة الفعلية للبحث، و الجدول رقم (5-13) بين البنود التي تم إعادة صياغتها.

الجدول رقم (5-13) بين البنود التي تم إعادة صياغتها

رقم العبارة	البنود في الصيغة الأولية	البنود في الصيغة النهائية
09	عادة ما يجعلني التحدث إلى طبيبي حول مرضي بداء السكري أشعر بالتحسن	التحدث مع طبيبي حول مرضي بداء السكري، عادة ما يجعلني أشعر بالتحسن
12	داء السكري	هناك القليل من الأمل لعيش حياة عادية مع داء السكري
19	السكري	معظم الناس لا يفهمون المشاكل المرتبطة بداء السكري
29	مصلحة شخصية	أحيانا أستعمل داء السكري كعذر لتحقيق مصلحة شخصية
32	السكري لدي ليس جيدا	أود أن يقال لي عندما يكون تحكمي بداء السكري لدي ليس جيدا

و عليه فإن مقياس التوافق النفسي في صورته النهائية يصير متكون من (35) بندا، مقسم على أبعاده

الخمس كما هو مبين في الجدول رقم (5-14):

الجدول (5-14) بين توزيع مقياس التوافق النفسي حسب أبعاده بعد حذف البنود غير الدالة.

ضعف مرض السكري (9 بند)	التكيف (9 بنود)	الذنب (6 بنود)	الإغتراب - تعاون (5 بنود)	معتقدات حول المرض (5 بنود)	التسامح مع الغموض (3 بنود)
.....1	.....8	.....3	.....8	.....8	.....4
.....2	.....9	.....7	.....13	.....11	.....5
.....6	.....11	.....10	.....22	.....13	.....18
.....7	.....12	.....16	.....23	.....14	-
.....12	.....28	.....22	.....26	.....21	-
.....17	.....29	.....33	-	-	-

-	-	-	-	.....31	.....23
-	-	-	-	.....32	.....25
-	-	-	-	.....34	.....35
المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....	المجموع.....
الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي مع داء السكري					

4-2-مقياس الصلابة النفسية:

أعد مقياس الصلابة النفسية عماد محمد أحمد مخيمر (2002)، يتكون في الأصل من 47 بنداً، موزعة

على ثلاثة أبعاد هي : (1) الإلتزام و تقيسه 16 بنداً.

(2) التحكم و تقيسه 15 بنداً.

(3) التحدي و تقيسه 16 بنداً،

و قام الباحث بشير معمريه (2015) بإضافة بند واحد و هو رقم 47 إلى البعد الثاني(التحكم)، فصار

متكوناً من 16 بنداً، و عليه صار عدد البنود في القائمة كلها 48 بنداً.

4-2-1-طريقة تطبيق المقياس و تصحيحه:

يطلب من المفحوص إختيار إجابة من بين أربعة (4) إختيارات تعبر عن مدى موافقته على محتوى كل بند

من بنود المقياس (48) و ذلك بوضع علامة (x) في المربع المناسب للإختيار، و المثال التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم (5-15): مثال توضيحي عن عرض بنود، وطريقة الإجابة على مقياس الصلابة النفسية

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
1 مهما كانت الصعوبات التي تعترضني، فإنني استطيت تحقيق أهدافي				

تعطى الدرجات حسب الإجابة، وتتراوح ما بين (0-3)، و بالتالي تتراوح درجة كل مفحوص نظريا بين الصفر

(0)-(144) و فيما يلي مثال توضيحي:

الجدول رقم(5-16): مثال توضيحي عن طريقة تنقيط مقياس الصلابة النفسية:

الدرجة	كثيرا	متوسطا	قليلًا	لا	العبارات
0				×	1 مهما كانت الصعوبات التي تعترضني، فإنني أستطيع تحقيق أهدافي
1			×		2 أتخذ قراراتي بنفسني ولا تملي علي من مصدر خارجي
2		×			3 أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها
3	×				4 قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادئه وقيمه

و يبين الجدول رقم (5-17) توزيع البنود على الأبعاد الثلاث:

التحدي (16 بند)	التحكم (16 بند)	الإلتزام (16 بند)
.....3	.....2	..... 1
.....6	.....5	..... 4
.....9	.....8	.....7
.....12	.....11	.....10
.....15	.....14	.....13
.....18	.....17	.....16
.....21	.....20	.....19
.....24	.....23	.....22
.....27	.....26	.....25
.....30	.....29	.....28
.....33	.....32	.....31
.....36	.....35	.....34
.....39	.....38	.....37
.....42	.....41	.....40

.....43	.....44	.....45
.....46	.....47	.....48
.....مجموع	.....مجموع	.....مجموع
الدرجة الكلية على الصلابة النفسية		

4-2-2- عينه التقنين:

تكونت عينه التقنين من تلاميذ و تلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، و من كليات جامعة الحاج لخضر (باتنة)، و شملت الطلبة و الموظفين و الأساتذة، و من مراكز التكوين المهني و التكوين الشبه الطبي بمدينة باتنة، و الجدول رقم (5-17) يمثل خصائص عينه التقنين
الجدول رقم (5-18): خصائص عملية التقنين لمقياس الصلابة النفسية:

الجنس	العدد	العمر	المتوسط الحسابي	الإلتخراف المعياري
الذكور	191	50 - 15	21,64	6,14
الإناث	201	40 - 15	20,73	4,78
المجموع	392	-	-	-

حساب الصدق و الثبات على عينه هذه الدراسة

أولا: الصدق

قام الباحث (بشير معمريه) بحساب الصدق بثلاث طرق:

1- الصدق التمييزي.

عينه الذكور:

لحساب هذا النوع من الصدق، تم إستعمال طريقة المقارنة الطرفية حيث تمت المقارنة بين عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينه الذكور، حجم كل عينه يساوي 27% من العينه الكلية (ن = 95).

الجدول رقم (5-19): قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الذكور.

المتغير	العينة العليا ن = 26		العينة الدنيا ن = 26		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
الإلتزام	43,44	2,24	23,67	3,43	24,71***
التحكم	39,89	2,93	20,78	5,61	15,17***
التحدي	45	1,66	25,22	2,17	35,96***
الدرجة الكلية	124,12	6,91	71,42	18,8	13,41***

*** قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى 0,001.

يتبين من قيم "ت" في الجدول رقم (5-19) أن القائمة تتميز بقدرة كبيرة على التمييز بين المرتفعين و المنخفضين في الصلابة النفسية، مما يجعلها تتصف بمستوى عال من الصدق لدى الذكور.

عينة الإناث:

تمت المقارنة كذلك من عينتين تم سحبهما من طرفي الدرجات لعينة الإناث، حجم كل عينة يساوي 26 مفحوصة بواقع سحب 27% من العينة الكلية (ن=95).

الجدول رقم (5-20): قيم "ت" لدلالة الفرق بين المتوسطين الحسابيين لعينة الإناث.

المتغير	العينة العليا ن = 26		العينة الدنيا ن = 26		قيمة "ت"
	ع	م	ع	م	
الإلتزام	40,36	2,27	29,07	2,27	17,64***
التحكم	40	2,29	25,50	4,75	13,81***
التحدي	41,64	3,30	24,5	7,72	10,20***
الدرجة الكلية	125,93	5,84	72,61	11,53	20,67***

*** قيمة "ت" دالة إحصائياً عند مستوى 0,001.

ب- الصدق الاتفاقي.

لحساب هذا النوع من الصدق، قام الباحث (معمرية بشير) بتطبيق قائمة الصلابة النفسية مع إستبيان الإلتزام الشخصي (جمال السيد تفاحة، عبد المنعم عبد الله حسيب، ص: 306-307). و إستبيان المساندة الإجتماعية إعداد: السيد إبراهيم السماذوني. (فهد بن عبد الله الربيعة، 2006، ص: 40).

و إستبيان الدافعية إلى الإنجاز (عبد اللطيف محمد خليفة، 2006). و قائمة الدافع إلى الإنجاز(محمود عبد القادر محمد، 1977)، و قائمة الثقة بالنفس (فريح عويد العنزي، 1999).

الجدول رقم (5-21): يبين معاملات الارتباط بين قائمة الصلابة النفسية و كل من الإلتزام الشخصي، المساندة الإجتماعية، سلم السعادة، الدافع إلى الإنجاز(خليفة)، الدافع إلى الإنجاز (عبد القادر)، الثقة بالنفس (العنزي).

المتغيرات	جنس العينات	حجم العينات	معاملات الصدق
الإلتزام الشخصي	ذكور	41	** 0,791
	إناث	43	** 0,698
	ذكور و إناث	84	** 0,733
المساندة الإجتماعية	ذكور	32	** 0,504
	إناث	58	** 0,119
	ذكور و إناث	90	** 0,309
سلم السعادة	ذكور	16	** 0,775
	إناث	45	** 0,615
	ذكور و إناث	61	** 0,657
الدافع إلى الإنجاز (خليفة)	ذكور	18	** 0,926
	إناث	28	* 0,459
	ذكور و إناث	46	** 0,644
الدافع إلى الإنجاز (عبد القادر)	ذكور	14	** 0,855
	إناث	23	* 0,506
	ذكور و إناث	37	** 0,674
الثقة بالنفس (العنزي)	ذكور	88	** 0,473
	إناث	104	** 0,693
	ذكور و إناث	192	** 0,558

** دالة إحصائيا عند مستوى 0,01.

ج- الإرتباطات بين أبعاد الاستبيان و الدرجة الكلية.

تم حساب معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية و الدرجات على الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية. و يبين الجدول رقم (5-22) معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية و الدرجات على الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية. و يمثل المثلث العلوي عينة الذكور ن = 36، بينما يمثل المثلث السفلي عينة الإناث ن = 45.

الجدول رقم (5-22): معاملات الإرتباط بين الدرجة الكلية لمقياس الصلابة النفسية و الدرجات على الأبعاد الثلاثة للصلابة النفسية:

الدرجة الكلية	التحدي	التحكم	الإلتزام	متغيرات
** 0,937	** 0,829	** 0,769	-	الإلتزام
** 0,898	** 0,736	-	** 0,737	التحكم
** 0,933	-	** 0,594	** 0,798	التحدي
-	** 0,889	** 0,863	** 0,938	الدرجة الكلية

** دالة إحصائية عند مستوى 0,01

د-الصدق التعارضى.

و لحساب الصدق التعارضى، تم تطبيق مقياس الصلابة النفسية مع إستبيان التشاؤم (أحمد محمد عبد الخالق، 2000، ص:51)، و قائمة اليأس/بيك (بدر محمد الأنصاري، 2001، ص:165).

الجدول رقم (5-23): معاملات الإرتباط بين مقياس الصلابة النفسية و متغيري التشاؤم و اليأس:

معاملات الصدق	حجم العينات	جنس العينات	المتغيرات
** 0,566-	53	ذكور	التشاؤم (عبد الخالق)
** 0,542-	51	إناث	
** 0,478-	104	ذكور و إناث	
** 0,612-	53	ذكور	اليأس (بيك)
** 0,600-	51	إناث	
** 0,551-	104	ذكور و إناث	

** دالة إحصائية عند مستوى 0,01

يتبين من معاملات الصدق التعارضي في الجدول أعلاه رقم (5-23) أن مقياس الصلابة النفسية تتصف بمعاملات صدق مرتفعة.

ثانيا: الثبات.

تم حساب الثبات بطريقتين:

1- طريقة التطبيق و إعادة تطبيق الإختبار.

2- معامل ألفا.

الجدول رقم(5-24): معاملات ثبات مقياس الصلابة النفسية:

معاملات الثبات	حجم العينات	جنس العينات	نوع معامل الثبات
** 0,714	46	ذكور	طريقة إعادة التطبيق (بعد 18 يوما)
** 0,721	49	إناث	
** 0,612	95	ذكور و إناث	
** 0,823	46	ذكور	معامل ألفا لكرونباخ
** 0,831	49	إناث	
** 0,826	95	ذكور و إناث	

**دالة إحصائية عند مستوى 0,01

يتبين من معاملات الصدق و الثبات التي تم الحصول عليها، أن مقياس الصلابة النفسية يتميز بشروط سيكومترية مرتفعة على عينات من البيئة الجزائرية مما يجعلها صالحة للإستعمال بكل إطمئنان، سواء في مجال البحث النفسي أو المجال التشخيص العيادي. (معمرية بشير، 2015).

5- الأساليب الإحصائية:

إستخدم الباحث في هذا العمل الأساليب الإحصائية التي يوفرها برنامج التحليل الإحصائي للعلوم الإجتماعية SPSS النسخة (19) التالية:

- النسب المئوية، المتوسط الحسابي، و الإنحراف المعياري.
- معامل الارتباط بيرسون بين الدرجات الخام.
- إختبار "ت".
- معامل ألفا كرونباخ.

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية من خلال التطرق للمنهج المناسب للدراسة، و هو المنهج الوصفي الإرتباطي، ثم وصف العينة و خصائصها، بعدها تم وصف أدوات جمع البيانات و حساب خصائصها السيكومترية، و هذا بحساب معاملات الصدق و الثبات بإستخدام الطرق المختلفة، و التي طمئنت نتائجها لإعتمادها في دراستنا الحالية، بعدها تم التطرق إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية لنصل في الأخير إلى الأساليب الإحصائية التي أستخدمت في معالجة البيانات و النتائج معروضة في الفصل الموالي.

الفصل السادس

عرض النتائج و مناقشتها

تمهيد

يتناول هذا الفصل عرض نتائج الدراسة و ذلك بعد التحقق من الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرض من الفرضيات، كما سيقوم الباحث بتفسير و مناقشة النتائج التي يتم الحصول عليها في ضوء الإطار النظري و الدراسات السابقة.

1- عرض و مناقشة التساؤل الأول:

فيما يتعلق بمستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية عند مرضى السكري:

1-1- مستوى التوافق النفسي:

للقوف على مستوى التوافق النفسي لدى أفراد العينة، تم رصد البيانات في شكل درجات عن طريق إعطاء وزن عددي لكل بديل من بدائل المقياس كالاتي: غير موافق تماما:1، غير موافق:2، لا أدري:3، موافق:4، موافق تماما:5، هذا بالنسبة للفقرات الإيجابية.(أنظر الجدول رقم:5-7)، و العكس صحيح بالنسبة للفقرات السلبية.(أنظر الجدول رقم:5-7).

تم حساب الدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي من خلال ضرب عدد الفقرات و التي عددها (35) في الوزن (1) بإعتباره أقل درجة، و عليه تكون أقل قيمة للمقياس ككل (35)، أما الدرجة القصوى للمقياس فقد تبلغ (175)، حيث تم حسابها من خلال ضرب عدد الفقرات في الوزن (5) بإعتباره أعلى درجة للتدرج المستخدم في المقياس، و بذلك فإن الدرجة الكلية للمقياس تتراوح ما بين (35 و 175).

و للإجابة على التساؤل تم حساب المتوسط الحسابي، و الإنحراف المعياري و إجراء إختبار "ت" بالنسبة للعينة الواحدة، ثم تم مقارنة متوسط العينة بوسط فرضي مقداره (105)، على إعتبار عدد فقرات الإختبار هو (35)، و أن الوسط الفرضي لكل فقرة هو (3)، لذا فإن الوسط الفرضي للدرجة الكلية لمقياس التوافق النفسي هو: (105) و الجدول رقم (6-1) يبين ذلك:

الجدول رقم (6-1) إختبار الفرق بين المتوسط الحسابي و الوسط الفرضي لمقياس التوافق النفسي.

العينة	المتوسط الحسابي	الوسط الفرضي	الإنحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	مستوى الدلالة
125	125,76	105	15,56	90,33	0,01

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة الإحصائي "ت" بلغت (90,33)، و هذه القيمة دالة عند مستوى الدلالة 0,01 فأقل، حيث أن المتوسط الحسابي للعينة أكبر من الوسط الفرضي و بشكل دال إحصائياً، و هذا ما يشير إلى أن التوافق النفسي لدى أفراد العينة مرتفع.

في غياب دراسات سابقة حول الموضوع نفسه حسب علم الباحث، إستعان بدراسات سابقة مشابهة، و عليه جاءت نتيجة هذه الدراسة معاكسة لدراسة جدي و آخرون (2006)، التي أظهرت إنخفاض جودة الحياة لدى مرضى السكري بشكل عام، و دراسة رضوان (2002)، و ليود (2002)، و دراسة بوي (1999)، حيث كانت ردود مرضى السكري تتميز بالقلق، و الإكتئاب، و السلبية، و الإنطوائية، و صعوبة الاندماج في المجتمع.

يفسر الباحث هذه النتيجة في إطار الإدراك المعرفي لمرض السكر، فالمريض عادة لما يشعر ببساطة المرض، ويدركه بأنه غير خطير، يفسره بطريقة منطقية، هذا يساعده على إستخدام مهارات معرفية و سلوكية مناسبة لمواجهة ضغوطات المرض مثل الإلتزام بالإرشادات الصحية، و التقيد بالعلاج و إحترام الحمية الغذائية، و القيام بالتمارين الرياضية، لأن التوافق النفسي يتحقق من خلال إستخدام أساليب تفكيرية منطقية و عقلانية، و الإضطراب يحدث بسبب تشوهات معرفية، و هذا ما يؤكد بيبك حيث يقول: "إن الناس يضطربون و يعانون من المشكلات النفسية ليس بسبب الأشياء و الأحداث في حد ذاتها، و إنما بسبب طبيعة و أسلوب تفكيرهم إزاء هذه الأشياء". (مصطفى و علي، 2011، ص:171).

وفي السياق ذاته، يشير شيلي تايلور (2008)، إلى أهمية المخططات المرضية أو التمثيلات المرضية، و هي المفاهيم التي يحملها الأفراد عن الصحة و المرض، و التي تم إكتسابها من خلال وسائل الإعلام، و من الخبرة الشخصية، و من الأسرة و الأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الإصابة بمرض معين، و تنبع أهميتها (المخططات المرضية) من حقيقة كونها عاملاً مؤثراً في السلوك الوقائي، و في ردود أفعالهم عندما يتعرضون للأمراض، أو عندما تُشخص لديهم العلل، و في مدى إلتزامهم بالتوصيات العلاجية، و توقعاتهم بشأن مستقبل و وضعهم الصحي. (شيلي تايلور، 2008، ص: 483).

1-2- مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.

للقوف على مستوى الصلابة النفسية، قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى ثلاث فئات حسب ما يقترحه Ebel (1936) حيث تمتد:

- الفئة الأولى من 0% إلى 29% و يقابلها بالدرجات من 0 إلى 87.

- الفئة الثانية من 30% إلى 71% و يقابله بالدرجات من 88 إلى 113.

- الفئة الثالثة و تمتد من 72% إلى 100% و يقابله بالدرجات من 114 إلى 144.

ثم قمنا بحساب تباين التكررات باستعمال إختبار "كا²" بين الفئة الأولى و الفئة الثالثة، حيث أكدت عملية التحليل الإحصائي عدم وجود فروق بين الفئتين، و عليه نقول أن مستوى الصلابة النفسية لدى أفراد العينة متوسط، و الجدول رقم (6-2) يبين النتائج.

الجدول (6-2) يبين الفروق في مستوى الصلابة النفسية بين الثلث الأدنى و الثلث الأعلى حسب توزيع Ebel.

الفئات	المتوسطات	الإنحراف المعياري	العدد	قيمة "كا ² " بين الفئة 1 و 3
1	70,56	17,31	37	0,117
2	100,66	7,48	48	
3	125,22	8,85	40	غير دال إحصائيا

يتبين من الجدول رقم (6-2)، أن الأفراد منخفضي الصلابة النفسية بلغ عددهم (37) و هم الأفراد الذين تراوحت درجاتهم ما بين (0-87)، بينما بلغ عدد متوسطي الصلابة النفسية (48) و هم الأفراد الذين تراوحت درجاتهم ما بين (88-113)، بينما بلغ عدد مرتفعي الصلابة النفسية (40) و هم الأفراد الذين تراوحت درجاتهم ما بين (114 - 144)، و يتضح من ذلك أن أغلب أفراد العينة كانت صلابتهم النفسية متوسطة، كما بلغ المتوسط العام لدرجات أفراد العينة (99.61) بإنحراف معياري (24.42)، و بالتالي فإن المستوى العام للصلابة النفسية لدى أفراد العينة متوسطا.

في غياب دراسات سابقة تناولت مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري حسب علم الباحث، إستعان بدراسات متشابهة، حيث جاءت نتيجة الدراسة الحالية متوافقة مع دراسة يحيي محمود النجار و عبد الرؤوف أحمد الطلاع (2012)، التي أفضت أن مستوى الصلابة النفسية متوسط لدى الأكاديميين في جامعة غزة، كما جاءت النتيجة الحالية معاكسة لدراسة زينب نوفل أحمد راضي (2008) التي بينت أن مستوى الصلابة النفسية مرتفع لدى أمهات شهداء الأقصى.

يرى الباحث أن هذا المستوى من الصلابة النفسية (مستوى متوسط) إيجابي جدا لإكتساب مهارات معرفية و سلوكية و إجتماعية لمواجهة ضغوط المرض، كما يفسر الباحث هذه النتيجة إلى كون الصلابة النفسية خاصة كامنة في نفوس الأفراد و لا تظهر إلا بمثيرات تدفعها إلى الظهور مثل الأزمات و الأحداث الضاغطة كالأزمات المزمنة، و هو ما يتجلى عند أفراد العينة في الإصابة بمرض السكري، كما تتضح كذلك الصلابة النفسية من خلال الجوانب المنبثقة عن هوية المريض، و طموحاته، و أهدافه، و رغباته، و تطلعاته للمستقبل.

كما يمكن تفسير المستوى المتوسط من الصلابة النفسية بالإلتزام الديني لأفراد العينة، و إيمانهم أن ما يصيبهم هو قضاء و قدر من عند الله، فالدين يساعد على إكتساب أفكار و معتقدات تساعد بشكل كبير على جعل الأفراد أكثر قوة و صبراً، و أكثر تحمل للشدائد، و هذا ما بينته دراسة الحجار و رضوان (2005)، التي بينت أن الإلتزام الديني يعتبر عامل مهم لتحسين مستوى الصلابة النفسية و هذا ما أكدته كذلك دراسة طه ربيع طه (2015)، التي أفرزت على وجود علاقة موجبة بين التوجه الديني و الصلابة النفسية، و هذا ما لاحظته كذلك الباحث خلال مقابلاته مع المرضى خاصة خلال الدراسة الإستطلاعية، فكللمات الحملدة و الإستغفار لا تفارقهم عند الحديث على المرض، و الكل راضي على ما قدره الله.

2- عرض و مناقشة نتائج الفرضية الأولى

توجد علاقة إرتباطية بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.

للتحقق من مدى صحة الفرضية، تم حساب معامل الإرتباط "بيرسون" بين درجات التوافق النفسي و درجات الصلابة النفسية، و الجدول رقم (3-6) يوضح النتيجة المتعلقة بهذه الفرضية.

الجدول (3-6) يمثل قيمة معامل الإرتباط بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية

	الصلابة النفسية	التوافق النفسي	
التوافق النفسي	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 125	,314** 125
الصلابة النفسية	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,314** 125	1 125

** دالة إحصائية عند مستوى 0,01.

يتبين من الجدول (6-3) وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية، حيث بلغ معامل الارتباط 0,31 عند مستوى الدلالة 0,01، و هذا يدل على أنه كلما زاد مستوى الصلابة النفسية عند مرضى السكري زاد معه مستوى التوافق النفسي، و العكس صحيح، أي كلما إنخفض مستوى الصلابة النفسية إنخفض معه مستوى التوافق النفسي عند أفراد العينة.

رغم غياب دراسات سابقة تناولت العلاقة بين المتغيرين معا، على الأقل حسب علم الباحث خاصة في البيئة العربية، إلا أن هذه النتيجة جاءت متوافقة مع بعض الدراسات المشابهة التي بحثت في هذا الجانب، على غرار دراسة مرفت عبد ربه عايش (2010)، حيث أظهرت وجود علاقة طردية دالة إحصائياً بين قوة الأنا و التوافق النفسي لدى مرضى السكري، كما أظهرت دراسة Michelle (1999) ارتباط الصلابة النفسية بالتوافق النفسي و الصحي، أما دراسة يوسف مقدادي و أسماء إبراهيم (2014) فقد دلت على وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية و الرضا عن الحياة، و دراسة كلارك و هارتمان (1996) التي أظهرت دور الصلابة النفسية في زيادة الصحة النفسية، في حين كانت النتيجة المتحصل عليها معاكسة لدراسة العبيدي (2004)، التي أظهرت وجود علاقة عكسية دالة إحصائياً بين قوة الأنا و التوافق النفسي الإجتماعي.

يفسر الباحث هذه النتيجة في ضوء السمات التي يتمتع بها الأفراد ذوي الصلابة النفسية، فهم أفراد قادرين على التكيف و التوافق مع المشكلات و الأحداث الضاغطة، كما تعتبر الصلابة عامل مهم من عوامل الشخصية، و ذلك لما لها من دور حاسم في تحسين الصحة النفسية، و هذا ما أظهرته دراسة كوباسا (1979) Kobassa، حيث أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية، يتسمون بالصمود و القدرة على الإنجاز، و السيطرة و الضبط الداخلي، و الكفاية و الإقتدار و النشاط و الطموح و الإقتحام و الواقعية، في حين أن الأشخاص الأقل صلابة كانوا أكثر مرضاً و عجزاً و أقل إقتداراً و نشاطاً و طموحاً، و عليه تعتبر الصلابة النفسية عامل مهم و مفيد لمقاومة الضغوط، و ذلك من خلال إكساب المريض قدرًا من المرونة، خاصة أن عملية التوافق تحتاج إلى إرادة و عزيمة و إصرار لتحمل التغيرات المفاجئة في البيئة المحيطة بالفرد، فالفرد المصاب بمرض مزمن، تزداد حاجته للتوافق النفسي حتى يحدث الإلتزان في شخصيته، و هذا لن يحدث إلا إذا كان الفرد راضياً عن ذاته متقبلاً مرضه و لديه القدرة و الخصائص النفسية التي تساعد على تحمل المواقف الإحباطية، و هذا ما ذكره (2008) Trento et al، حيث لاحظ أن عملية التوافق النفسي عملية معقدة، و لا تتحقق إلا من خلال إقتناع المرضى بقدرة التحكم في المرض. (محمد شويخ، ص: 47).

كما يفسر الباحث هذه النتيجة من خلال إستراتيجيات التعامل التي يستعملها الأفراد ذوي الصلابة النفسية، فعادة ما يلجئون إلى إستعمال إستراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكلة، و البحث عن المساندة الإجتماعية و الدعم النفسي و هم أقل ميلاً للتعامل عن طريق التجنب، و هذا ما أظهرته دراسة (Willoughby et al 2002)، من ثم فإن الطرق المهمة التي يتبعها الأشخاص ذوي الصلابة النفسية للتوافق مع المرض هي:

أولاً: التقليل من ضغوط هذه الأحداث.

ثانياً: عن طريق إستخدام إستراتيجيات تعامل ناجحة في التعامل مع الضغوط.

و للتعلم أكثر في الكيفية التي يرتبط بها التوافق النفسي بالصلابة النفسية، قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين أبعاد التوافق النفسي (تسيير ضغط داء السكري، التكيف، مشاعر الذنب، الاغتراب-تعاون، معتقدات حول المرض، التسامح مع الغموض) و أبعاد الصلابة النفسية (الإلتزام، التحكم، التحدي) و فيما يلي نتائج العملية:

قام الباحث بحساب معامل الارتباط "بيرسون" بين درجات أبعاد التوافق النفسي و درجات أبعاد الصلابة النفسية، و الجدول رقم (4-6) يوضح النتيجة المتعلقة بهذا الفرض:

الجدول (4-6) نتائج معامل الارتباط بين أبعاد الصلابة النفسية و أبعاد التوافق النفسي.

		الإلتزام	التحكم	التحدي	الصلابة النفسية
تسيير ضغط	Corrélation de Pearson	,169	,064	,099	,121
مرض السكري	Sig. (bilatérale)	,059	,479	,273	,180
	N	125	125	125	125
التكيف	Corrélation de Pearson	,452**	,368**	,423**	,449**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000
	N	125	125	125	125
مشاعر الذنب	Corrélation de Pearson	,163	,111	,103	,137
	Sig. (bilatérale)	,069	,217	,251	,129
	N	125	125	125	125
الإغتراب-تعاون	Corrélation de Pearson	,095	,159	,137	,140
	Sig. (bilatérale)	,294	,076	,127	,118
	N	125	125	125	125

معتقدات حول	Corrélation de Pearson	,380**	,273**	,342**	,360**
المرض	Sig. (bilatérale)	,000	,002	,000	,000
	N	125	125	125	125
التسامح مع	Corrélation de Pearson	-,087	-,029	,055	-,022
الغموض	Sig. (bilatérale)	,334	,750	,545	,810
	N	125	125	125	125
التوافق النفسي	Corrélation de Pearson	,329**	,246**	,293**	,314**
	Sig. (bilatérale)	,000	,006	,001	,000
	N	125	125	125	125

** دالة احصائية عند مستوى 0,01.

يتبين من الجدول أعلاه (4-6)، أن هناك أبعاد من الصلابة النفسية إرتبطت مع أبعاد من التوافق النفسي، و كان الإرتباط موجب و دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0,01، في حين أن هناك أبعاد من الصلابة النفسية، كان إرتبطها غير دال إحصائياً مع أبعاد من التوافق النفسي، و فيما يلي أكثر تحليل و تفسير لهذه النتيجة:

أ- يظهر من خلال الجدول أعلاه (4-6)، أن هناك علاقة إرتباطية ذات دلالة إحصائية بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية وأبعادها الثلاثة (الإلتزام، التحكم، التحدي) مع الدرجة الكلية للتوافق النفسي و بعديها (التكيف و المعتقدات حول المرض).

في غياب دراسات سابقة تناولت هذا الموضوع حسب علم الباحث خاصة في التراث السيكلوجي العربي، تم الرجوع إلى دراسات متشابهة، فقد جاءت نتيجة هذه الفرضية في شطرها الأول متوافقة مع دراسة هول و آخرون (1987) hull, et al، حيث أظهرت وجود علاقة سالبة بين الصلابة النفسية و الإكتئاب، و وجود إرتباط موجب بين الصلابة النفسية و تقدير الذات، و متوافقة كذلك مع دراسة عودة (2010) فقد بينت أن للصلابة النفسية دور حاسم في تحسين الأداء و الصحة النفسية.

و يفسر الباحث هذه النتيجة بالرجوع إلى الجانب النظري، فالشخص الذي يتمتع بالصلابة النفسية هو إنسان قادر على الصمود و المقاومة و التكيف و التوافق النفسي، و ذو وجهة داخلية للضبط، كما يشعر أن لديه القدرة على التحكم في الأحداث، فقد أظهرت دراسة كل من كوباسا (1979) و جانيلين و بلايني (1984)، أن الصلابة النفسية تعمل على الوقاية من الإصابة من الأمراض النفسية، كما تعد الصلابة النفسية إحدى

السمات التي تمارس دورًا وسيطاً بين المرض و ما يحدثه من ظغوط على الصحة، إذ تتحدد بموجبها الطريقة التي يدرك و يفسر من خلالها المريض نوع مرضه، و أسبابه، و طريقة السيطرة عليه، كما أظهرت دراسة سكينر و همبسون و فيفي شو (2002) أن المعتقدات هي العنصر الأكثر أهمية في تقبل الفرد لمرضه و التكيف معه، و يضيف تايلور (2007) في ذات السياق، أن المرضى الذين يعتقدون أن لهم سيطرة على مرضهم، فهم في وضع أفضل من أولئك الذين لا يرون أنفسهم بهذه السيطرة. (شيلي تايلور، 2007، ص: 683).

- ب: يظهر الجدول رقم (4-6)، أنه لا توجد علاقة إرتباطية دالة إحصائياً بين الدرجة الكلية للصلابة النفسية و أبعادها الثلاثة (الإلتزام، التحكم، التحدي). مع كل من أبعاد التوافق النفسي التالية: (تسيير ضغط داء السكري، مشاعر الذنب، الإغتراب- تعاون، التسامح مع الغموض).

في ظل غياب دراسات سابقة في هذا الموضوع على الأقل حسب علم الباحث ، إلا أن الملاحظ لهذه النتيجة يجد أن هناك تناقض أو نتيجة غير متوقعة بين الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الإلتزام، التحكم، التحدي) و أبعاد التوافق النفسي التالية: (تسيير ضغط داء السكري، مشاعر الذنب، الإغتراب-تعاون، التسامح مع الغموض)، لأنه كان من المتوقع وجود علاقة إرتباطية بينهما، خاصة بالرجوع إلى التراث السيكولوجي، فدراسة مادي و كابوسا (1994) أثبتت الفرضية القائلة: أن الصلابة النفسية تعكس وجود محركات للصحة النفسية، حيث أن الكثير يعتبر الصلابة النفسية صفة مشتركة في تحقيق الصحة النفسية، كما أظهرت دراسة (Willoughby et al 2002)، أنه كلما كانت مهارات المواجهة أفضل كلما زاد مستوى التوافق.

بالرجوع إلى الجانب النظري نجد أن سمات ذوي الصلابة النفسية يتميزون بالإلتزام بالعمل و لا يشعرون بالغرابة، وينظرون إلى التغيير على أنه تحد عادي بدلاً من شعورهم بالتهديد، و لهم القدرة على وضع الخطط لمواجهة المشكلات، و كذلك القدرة على التكيف مع المواقف الجديدة، و الإحتفاظ بالهدوء و الثبات في أشد و أقصى الظروف، و تطوير معتقدات أكثر إيجابية في الهمم و المشكلات، كما توجد لديهم من الحكمة و المرونة في إتخاذ القرارات المناسبة عند مواجهة الأزمات، فالصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة تساعد الفرد على البقاء منخرطاً فيما يحدث من حوله بدلاً من الإبتعاد و الإحساس بالإغتراب، كما تساعد على تقبل التغييرات و جعلها فرصاً للنمو و التطور.

3- عرض و مناقشة الفرضية الثانية:

توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعا لعدد سنوات الإصابة بمرض السكري.

و قد قسم الباحث هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين:

3 - أ: توجد فروق في مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري تبعا لعدد سنوات الإصابة بمرض السكري.

وقد قام الباحث بإستخدام إختبار "ت" T.Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في التوافق النفسي وفق متغير عدد سنوات الإصابة بالسكري، حيث قسم عينة البحث إلى مجموعتين، و الجدول رقم (5-6) يبين ذلك:

الجدول رقم (5-6) يبين دلالة الفروق في درجة التوافق النفسي وفق متغير عدد سنوات الإصابة بمرض السكري.

مدة الإصابة بالسنوات	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
من 1 إلى 5	59	125,0847	15,78442	-0,457	2,126	0,05
6 فأكثر	66	126,3636	15,46275			

يتضح من الجدول أعلاه (5-6) أن قيمة "ت" المحسوبة (-0,457) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (123) و مستوى الدلالة 0,05، و عليه يتم قبول الفرض الصفري و يرفض الفرض البديل و الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في التوافق النفسي مع داء السكري وفق متغير مدة الإصابة (من سنة إلى 5 سنوات، 6 سنوات فأكثر).

جاءت هذه النتيجة موافقة لدراسة (2001) Talley et al، و دراسة K.Humlde et all (2006) التي أفضت أنه بعد ثلاث سنوات من الإصابة بمرض السكري لا توجد فروق في التوافق النفسي، كما إختلفت نتيجة البحث الحالي مع نتائج دراسة Kovacs et Goldstion التي أكدت أن سوء التوافق النفسي و الإضطرابات النفسية مع داء السكري تزداد بزيادة عدد سنوات الإصابة.

يفسر الباحث هذه النتيجة بموقف المريض من المرض، و إلى كيفية إستجابته عند الشعور بالتوتر، و فهمه للسلوك و الأفكار و المشاعر المصاحبة لداء السكري، فعادة عند إكتشاف الفرد لمرض السكري يشعر بالخوف و القلق على صحته، فيهتم بصحة جسمه أكثر، و يكون أكثر توترًا خاصة في كيفية أخذ الدواء و متابعة الطبيب المختص، و لكن بعد فترة من الزمن يبدأ مريض السكري في التكيف مع مرضه، إلى درجة أن يصبح قادرًا على رسم إستراتيجية مناسبة لمواجهة ضغوط المرض، و التألؤم مع مطالبه اليومية المتمثلة في أخذ حقن الأنسولين، و إحترام الحمية الغذائية، و القيام بتمارين بدنية، فقد أكدت دراسة (Helgeson et al 1999)، على أنه بعد ثلاث سنوات من المرض، لا توجد فروقات في التوافق النفسي عند مرضى السكري.

أضف إلى ذلك أن العديد من مضاعفات مرض السكري لا تظهر بوضوح قبل 15-20 سنة من بداية المرض، و عليه فإن إنعدام و غياب المضاعفات في بداية المرض، يؤدي إلى عدم زرع الخوف في نفوس المرضى، و تقيدهم الصارم بالعلاج و النصائح، فالمريض عادة لا يشعر بأنه يرتكب خطأ تجاه صحته و نفسه.(شيلي تايلور، 2013، ص:767). حيث كل هذه العوامل تتساعد المريض على تقبل مرضه و التوافق معه.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة كذلك من خلال نوعية التكفل الطبي و النفسي بمرضى السكري على مستوى المستشفى العسكري الجهوي الجامعي بقسنطينة، و ذلك من مجانية العلاج، و توفر الأطباء المختصين خلال كل أيام الأسبوع، و توزيع آلات قياس مستوى السكر في الدم مجانًا، غياب الإكتظاظ، و هذا ما أعطى نوع من الرضا و التقبل لدى المرضى على نوعية الخدمات الطبية المقدمة، و على ظروف سير الفحوصات خاصة من حيث تنظيم المواعيد و إحترامها، و هذا ما ساعد بدوره من التخفيف من ضغوطات المرض المزمن و سمح للمرضى بالتوافق مع المرض.

3- ب: توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعاً لعدد سنوات الإصابة بمرض السكري.

وقد قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى مجموعتين، ثم قام باستخدام اختبار "ت" T.Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في الصلابة النفسية وفق متغير عدد سنوات الإصابة بالسكري و الجدول رقم (6-6) يبين ذلك:

الجدول رقم (6-6) يبين دلالة الفروق في درجة الصلابة النفسية وفق متغير عدد سنوات الإصابة بمرض السكري.

مدة الإصابة بالسنوات	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
من 1 إلى 5	59	100,8814	23,44773	0,546	2,126	0,05
6 فأكثر	66	98,4848	25,39791			

يتضح من الجدول أعلاه (6-6) أن قيمة "ت" المحسوبة (0,546) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (123) و مستوى الدلالة 0,05، و عليه يتم قبول الفرض الصفري و يرفض الفرض البديل الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في الصلابة النفسية وفق متغير عدد سنوات الإصابة بمرض السكري (من سنة إلى 5 سنوات، 6 سنوات فأكثر).

في ظل غياب دراسات سابقة تناولت موضوع مستوى الصلابة النفسي وفق متغير عدد سنوات الإصابة، يفسر الباحث هذه النتيجة بعدة عوامل، قد يكون أكثرها أهمية هو موقف الأفراد إتجاه التشخيص و كيفية إدراكهم للمرض، فالإدراك الإيجابي و القدرة على التحكم في الذات لدى المصابين بالسكري يساعد على تطوير أساليب و إستراتيجيات و آليات فعالة مع المواقف الصعبة بقصد المعاشة و التكيف، و هذا أشارت إليه دراسة DAWN 2 (2013)، أن 28% من مرضى السكري أشاروا إلى أن مرض السكري له تأثير إيجابي على حياتهم و على شخصيتهم.

إلى جانب هذا العامل، هناك عامل آخر و هو الدعم الإجتماعي و التكافل الأسري، فالمرضى في مجتمعنا بصفة عامة يلقي كل الدعم و المؤازرة سواء من قبل الأسرة أو الأصدقاء، و هذا من مبادئ ديننا الحنيف و عادات و تقاليد مجتمعنا، و كل هذا يعتبر عامل مهم في الصلابة النفسية، فدراسة جانيلين و بلايني (1984)

أظهرت أن المساعدة الإجتماعية ترتبط بالصلابة النفسية إرتباطاً إيجابياً تعمل على تخفيف من حدة وقع الضغوط على الفرد، كما أن المساعدة الإجتماعية تقوي المصادر النفسية و تزيد من شعور الفرد بالقيمة و الأهمية، مما يجعله أكثر توازناً و فعالية.

4- عرض و مناقشة الفرضية الثالثة:

توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعا لنوع مرض السكري. و قد قسم الباحث هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين:

4- أ: توجد فروق في مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري تبعا لنوع مرض السكري.

وقد قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى مجموعتين، كما قام بإستخدام إختبار "ت" T.Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في التوافق النفسي وفق متغير نوع مرض السكري، و الجدول رقم (6-7) يبين ذلك:

الجدول (6-7) يبين دلالة الفروق في درجة لتوافق النفسي وفق متغير نوع مرض السكري.

نوع مرض السكري	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
النوع الأول	47	127,1064	15,44729	0,749	2,126	0,05
النوع الثاني	78	124,9487	15,67933			

يتضح من الجدول أعلاه (6-7) أن قيمة "ت" المحسوبة (0,749) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (123) و مستوى الدلالة 0,05، و عليه يتم قبول الفرض الصفري و يرفض الفرض البديل و الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في التوافق النفسي مع داء السكري وفق متغير نوع مرض السكري (النوع الأول، النوع الثاني).

جاءت نتيجة البحث الحالي متوافقة مع دراسة مرفت عبد ربه عايش مقبل التي أظهرت أنه لا توجد فروق في مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري حسب نوع مرض السكري (النوع الأول) أو (النوع الثاني).

يعتمد علاج مرض السكري غالباً على سلوك الإدارة الذاتية، فمرض السكري من "النوع الأول" يتطلب نظاماً صحياً صارماً، يجمع ما بين السلوكيات الصحية الخاصة بالعناية بإختيار النظام الغذائي و تنظيم النشاط البدني مع المزيد من التدخلات الطبية بما في ذلك الإختبار المنزلي لمستوى الجلوكوز في الدم عدة مرات يومياً، إضافة إلى الحقن اليومي المتعدد للأنسولين، في حين مرض السكري من "النوع الثاني" يتطلب عادة تركيز الأفراد على عمل تغييرات في نظامهم الغذائي و ممارسة الرياضة بشكل تلقائي، في حين أن مرضى السكري من "النوع الثاني" أقل إحتياجاً لحقن الأنسولين، و على هذا الأساس يرى ترنتو و زملائه (2008)، أن مرضى السكري سواء من "النوع الأول" أو من "النوع الثاني" قد يختلفون في طريقة توافقهم مع المرض، و هذه النتيجة معاكسة للنتيجة التي تحصل عليها الباحث.

يفسر الباحث هذه النتيجة بالمخططات الذهنية و المعتقدات الصحية التي تتشكل لدى الفرد حول المرض، فإمتلاك المعلومات الكافية حول دور الأنسولين، و دور المحافظة على الحمية الغذائية و القيام بالتمارين الرياضية، يساعد على التوافق مع مرض السكري بغض النظر على نوعه، كما أن الأفراد الذين يشعرون بمخاطر المرض بصورة كافية، يظهرون سيطرة كبيرة على مستوى التمثيل الغذائي، فالكثير من الأبحاث تشير أن المرضى الذين يعتقدون أن لهم السيطرة على مرضهم، هم في وضع أفضل من أولئك الذين لا يرون أنفسهم بهذه السيطرة. (شيلي تايلور، 2008، ص:638)، و بالنظر إلى حياتهم اليومية (مرضى السكري)، فغالبا ما يحافضون على نشاطاتهم اليومية سواء كانت مهنية أو إجتماعية، و هذا ما يساعدهم على دمج مرضهم في حياتهم بطريقة أو بأخرى، و هذا ما يعزز أكثر على التوافق مع المرض.

كما يفسر كذلك الباحث هذه النتيجة، بنوعية التكفل الصحي المقدم لمرضى السكري بالمستشفى العسكري الجهوي بقسنطينة، فليس هناك إختلاف في الخدمات الطبية و النفسية المقدمة لمرضى السكري حسب نوع المرض (النوع الأول أو النوع الثاني)، سواء تعلق الأمر بالمساعدة المعلوماتية (الإرشادات و النصائح)، أو المساعدة المادية (منح جهاز قياس مستوى السكر مجانياً)، فالإختلاف الوحيد هو في نوعية الدواء الموصوف حسب كل نوع، و حسب كل حالة، كما لوحظ كذلك خلال الفحوصات، إشتراك الأطباء مع المرضى في وضع الخطط العلاجية، سواء بوضع أهداف على المستوى القريب و المحافظة على مستوى السكر في الدم، أو على المستوى البعيد و هو تجنب مضاعفات و تعقيدات مرض السكر.

4- ب: توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعاً لنوع مرض السكري.

قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى مجموعتين، كما قام باستخدام إختبار "ت" T.Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في الصلابة النفسية وفق متغير نوع مرض السكري، و الجدول رقم (8-6) يبين نتائج ذلك:

الجدول (8-6) يبين دلالة الفروق في درجة الصلابة النفسية وفق متغير نوع مرض السكري.

نوع داء السكري	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
النوع الأول	47	99,2979	27,01442	-,113	2,126	0,05
النوع الثاني	78	99,8077	22,91093			

يتضح من الجدول أعلاه (8-6) أن قيمة "ت" المحسوبة (-0,113) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (123)، و عليه يتم قبول الفرض الصفري و يرفض الفرض البديل و الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في الصلابة النفسية مع داء السكري وفق متغير نوع داء السكري (النوع الأول، النوع الثاني).

في غياب دراسات سابقة تناولت الموضوع على الأقل حسب علم الباحث، يفسر الباحث هذه النتيجة بالرجوع إلى الجانب النظري، فالصلابة النفسية كمفهوم حديث تمتد جذوره في عمق النظريات التي تناولت الشخصية بالتفسير، فقد عدها السيكولوجيون مركباً قاعدياً للشخصية السوية القادرة على تحمل ضغط مرض مزمن مثل مرض السكري مهما كان نوعه، سواء من "النوع الأول" أو من "النوع الثاني"، فالأفراد ذوي الصلابة النفسية يؤمنون بتحكمهم و تأثيرهم في الأحداث، كما يحاولون تأويل ضواغط الحياة بطرق إيجابية و بناءة، و يقرونها على أنها تحديات و فرص متوفرة للنمو.

كما أن الميزة الأساسية للصلابة النفسية أو جوهرها كما يوضحها التراث السيكلوجي، هو تأثيرها على عملية التقييم و المواجهة، إذ تمكن الفرد من إعادة صياغة ما يواجهه من مواقف ضاغطة لإدراكها على أنها تحدياً أكثر منها تهديداً يشعره بالخوف و التوتر و يفقده إترانه الإنفعالي.

5- عرض و مناقشة الفرضية الرابعة:

توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعاً للعمر.

و قد قسم الباحث هذه الفرضية الى فرضيتين جزئيتين:

5- أ: توجد فروق في مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري تبعاً للعمر.

قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى مجموعتين، كما قام باستخدام إختبار "ت" T.Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في التوافق النفسي وفق متغير العمر، و الجدول رقم (6-9) يبين ذلك:

الجدول (6-9) يبين دلالة الفروق في درجة التوافق النفسي وفق متغير العمر.

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
من 20 إلى 39 سنة	44	125,4318	17,75728	-0,173	2,126	0,05
40 سنة فأكثر	81	125,9383	14,35126			

يتضح من الجدول (6-9) أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة (-0,173) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (123) و مستوى الدلالة 0,05، و عليه يتم قبول الفرض الصغرى و يرفض الفرض البديل الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في التوافق النفسي مع داء السكري وفق متغير العمر (من 20 إلى 39 سنة، 40 سنة فأكثر).

جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة كل من: تالي و زملائه (2001)، و دراسة محمد بجل منور الشمري (2014)، دراسة الحجار (2003)، حيث أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية بين التوافق النفسي و العمر، كما اختلفت هذه النتيجة مع دراسة زنق و زملائه (2005) و نتيجة شو و شي (2005).

يلعب السن دوراً مهماً من حيث المفاهيم المؤثرة في السلوكيات الصحية، و في قدرة الفرد في التوافق مع الأمراض المزمنة، فزيادة السن يؤدي بلا شك إلى زيادة الخبرة التي من المرجح أن ينتج عنها تعديل في الإتجاهات، و تطوير في المعتقدات، و نضج في السلوكيات، و هذا عكس النتيجة المتحصل عليها، و يفسر الباحث النتيجة المتحصل عليها في سياق العوامل المؤثرة في عملية التوافق النفسي المتمثلة في وسائل الإعلام و الإتصال سواء

الحديثة أو التقليدية (القنوات الخاصة، الجرائد، وسائل الإتصال الإلكترونية)، فقد أشارت دراسة شرو (1990) أن هذه الوسائل تساعد على نشر التوعية و التحسيس عن مرض السكري من حيث أسبابه، و أعراضه، مضاعفاته و طرق علاجه و كيفية التأقلم معه، و تقديم البرامج التي تؤثر على سلوك المرضى حسب إختلاف أعمارهم، و أضاف محمد شويخ أن 80% من الجمهور يذكر أن وسائل الإعلام من أهم المصادر الرئيسية لمعلوماتهم الصحية، و أنهم يستخدمونها في تعزيز الصحة منذ أمد بعيد.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة كذلك في سياق التشريعات الحكومية و التي تنص على التكفل الطبي بكل شرائح المجتمع، و هذا ما خلق لدى المرضى نوع من الرضا و الطمأنينة و الثقة في النفس، مما سمح لهم بإقامة علاقات ناجحة و مستمرة و مثمرة سواء مع أنفسهم أو مع الفريق الطبي، ساعدتهم على التكيف و التوافق مع المرض، فالإتصال بين المرضى و أفراد الصحة من أطباء و ممرضين له أهمية كبرى في تحسين التوافق النفسي، و هذا ما تظهره دراسة (DAWN1,2001)، حيث بينت أن الإستفادة من خدمات فريق طبي مع وجود إتصال مفتوح بين المرضى و الفريق الطبي، حصلوا على نتائج جد مرضية من حيث التوافق مع المرض.

كما يفسر الباحث كذلك هذه النتيجة بنوعية عينة البحث، حيث تم إختيارها على أساس أنها لا تعاني من تعقيدات خطيرة خاصة من الجانب الجسدي، سواء تعلق الأمر بتعقيدات مرض السكر على مستوى الرجل، أو الكلى، أو العينين، فالرضا عن المظهر الجسمي الخارجي له علاقة بالتوافق النفسي خاصة إذا تعلق الأمر بمرض مزمن.

5- ب: توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعا للعمر.

وقد قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى مجموعتين، كما قام بإستخدام إختبار "ت" T. Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في الصلابة النفسية وفق متغير العمر، و الجدول رقم (6-10) يبين ذلك:

الجدول (6-10) يبين دلالة الفروقات في مستوى الصلابة النفسية وفق متغير العمر.

العمر	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
20 - 39 سنة	44	98,63	30,14	-0,329	2,126	0,05
40 سنة فأكثر	81	100,14	20,87			

يتضح من الجدول أعلاه (6-10) أن قيمة "ت" المحسوبة (0,329) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (125) و مستوى الدلالة 0,05، و عليه يتم قبول الفرض الصفري و يرفض الفرض البديل الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في الصلابة النفسية وفق متغير العمر (من 20 إلى 39 سنة، 40 سنة فأكثر).

جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة حمادة و عبد اللطيف (2002) و دراسة زينب نوفل أحمد راضي (2008) التي أظهرت عدم وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الصلابة النفسية بين الطلاب تبعاً لمتغير العمر، كما جاءت هذه النتيجة معاكسة مع ما توصلت إليه دراسة بدر (2008) و التي أشارت إلى وجود علاقة دالة إحصائية بين الصلابة النفسية و متغير العمر.

يفسر الباحث هذه النتيجة على اعتبار الصلابة النفسية هي سمة شخصية ثابتة تتكون منذ الطفولة الأولى، و تتطور بمرور السنوات، إذ لا يمكن تحديدها بعمر معين و هو ما تأكده كوبازا، حيث أشارت إلى أن الصلابة النفسية سمة شخصية لا تتحدد بسن معين. (عبد الصمد، 2002).

يفسر أيضا الباحث هذه النتيجة في ضوء المرحلة العمرية التي تتميز بها أفراد عينة الدراسة، إذ أن كل أفراد العينة في مرحلة الرشد (أكثر من 20 سنة)، حيث أن هذه الأخيرة تصل بالفرد إلى مستوى متقدم من النضج يشعر من خلاله بإمكاناته و قدراته و يعمل في ضوء ذلك على تحقيق أهدافه و إثبات ذاته بصورة دائمة.

كما يمكن أن تفسر هذه النتيجة ، بانتشار المعتقد الديني المورث للطمأنينة و الرضي بما كان على قاعدة من الصبر و التسليم، و يعزز هذا التفسير ما كان يتردد على ألسنة المرضى من عبارات التوكل، و التي تمزج غالبا مع البعد الديني المرتبط بنبذ التذمر و عدم إشاعته، و تقبل القضاء و القدر .

6- عرض و مناقشة الفرضية الخامسة:

توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعاً للمستوى التعليمي.

و قد قسم الباحث هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين:

6- أ: "توجد فروق في مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري تبعاً للمستوى التعليمي (أمي، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

للتحقق من صحة الفرض، قسم الباحث عينة البحث إلى خمس فئات، كما قام الباحث بحساب معامل "ف" (تحليل التباين الأحادي "One Way Anova") و ذلك لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات المتغيرات الخمسة و مبينة في الجدول رقم (6-9) كالاتي:

الجدول (6-11) نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير المستوى التعليمي للتوافق النفسي

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مربع المتوسطات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	4	1192,697	298,174	1,240	0,05
داخل المجموعات	120	28850,103	240,418		
المجموع	124	30042,800			

يتضح من خلال الجدول أعلاه (6-9)، أن قيمة "ف" المحسوبة (ف=1,240) بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة للتوافق النفسي مع مرض السكري تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (أمي، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) أقل من قيمة "ف" الجدولة (ف=2,37) عند مستوى الدلالة 0,05، و من ثم نقبل بالفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة، و عليه لا توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس التوافق النفسي تبع لمتغير المستوى التعليمي (أمي، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

و جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة تالي و زملائه (2001)، و معاكسة لدراسة مرفت عبد ربه عايش (2010) التي أظهرت أن مرضى السكري ذوي مستويات علمية أعلى أكثر توافق نفسي.

يفسر الباحث هذه النتيجة إلى كون جميع المرضى بإختلاف مستوياتهم العلمية يعالجون عند الطاقم الطبي و النفسي نفسه، و يتحصلون على المعلومات نفسها الخاصة بالمرض و الآثار الجانبية للعلاج و كيفية مواجهتها و ذلك كل واحد حسب مستواه الثقافي و العلمي، زيادة إلى طبع المنشورات بأسلوب سهل و بسيط، كما أن المجتمع بمؤسساته الصحية و النفسية يهتم بمرضى السكري و مرضى الأمراض المزمنة الأخرى دون التمييز بينهم حسب المستوى التعليمي، حيث أن هدف هذه المؤسسات جميعاً هو المحافظة على التوازن الصحي و النفسي، و هذا بحد ذاته يحقق التوافق النفسي.

كما يفسر الباحث هذه النتيجة كذلك من خلال نوعية التكفل الطبي و النفسي في المستشفى العسكري الجمهوري الجامعي بقسنطينة، خاصة في ظل وجود فريق طبي متعدد التخصصات، فريق طبي مختص في أمراض السكر، مدعم بأخصائي نفسي، حيث يلعب هذا الأخير دوراً مهماً، خاصة مع المرضى ذوي مستويات تعليمية منخفضة في إدارة مرض السكر، و ذلك من خلال تطوير أفضل السبل في تعلم برامج العلاج، و ضمان الإلتزام، و تطوير الطرق الفعالة في إدارة الضغط الناتج عن المرض، بالمقابل يقدر عدد أفراد عينة بحث الذين ضمن خانة الأمية ب: 18 %، و هي نسبة ليس لها تأثير كبير على نتائج الدراسة، خاصة بوجود من يقرأ و يكتب من أفراد عائلاتهم، زيادة إلى إنتشار الوسائل التثقيفية و التوعوية السمعية على غرار المذياع و التلفاز.

6- ب: توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعاً للمستوى التعليمي (أمي، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

و قد قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى خمس فئات، كما قام باستخدام تحليل التباين الأحادي "One Way Anova" و ذلك لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات المتغيرات الخمسة كما مبينة في الجدول رقم (6-10) كالتالي:

الجدول (6-12) نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير المستوى التعليمي للصلابة النفسية

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مربع المتوسطات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	4	1150,694	287,673	0,474	0,05
داخل المجموعات	120	72844,874	607,041		
المجموع	124	73995,568			

يتضح من خلال الجدول أعلاه (6-12)، أن قيمة "ف" المحسوبة (ف=0,47) بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة للصلابة النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (أمي، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) أقل من قيمة "ف" الجدولة (ف=2,37) عند مستوى الدلالة 0,05، و من ثم نقبل بالفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة، و عليه لا توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس الصلابة النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي (أمي، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

جاءت هذه النتيجة موافقة لنتائج دراسة أبو سمهدانة (2006)، و دراسة زينب نوفل أحمد راضي (2008) اللتان أظهرتا أنه لا توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية يعزى إلى متغير المستوى التعليمي، في حين جاءت هذه النتيجة معاكسة لنتائج دراسة كل من دخان و الحجار (2005)، و نتائج دراسة أبو الندى (2007) التي أظهرت مستوى عال من الصلابة النفسية لصالح المستوى الجامعي.

يفسر الباحث هذه النتيجة في ضوء مفهوم الصلابة النفسية و مصادرها، فالصلابة النفسية لا ترتبط بالمستوى التعليمي فقط، بل بالتنشئة الإجتماعية، و بالعادات الثقافية، و بالخبرات الماضية، حيث أن الظروف الضاغطة التي يتعرض لها الفرد في حياته (المرض، الكوارث الطبيعية الخ...) هي أمور متوقعة الحدوث و يمكن التنبؤ بها، فتساعده على إكتساب طرق جديدة و إستراتيجيات مواجهة جد فعالة ، كما تزيد من قدرته على إختيار البدائل المتوفرة، فمثلا المريض هو الذي يقرر أي الأطباء سوف يذهب إليهم، و متى يذهب إليهم، و ما هي الإجراءات التي يتبعها، فيصبح يتمتع بقدرة كبيرة في التحكم في الظروف.

يفسر أيضا الباحث هذه النتيجة بزيادة إنتشار نوع من الثقافة و الوعي بين أوساط المجتمع الجزائري، حتى و إن كان الفرد المريض دون مستوى علمي، هناك من في العائلة من له مستوى علمي يساعده على إكتساب الثقافة اللازمة، فالبيئة المحيطة بالفرد لها دور كبير في تعزيز الصلابة النفسية.

7- عرض و مناقشة الفرضية السادسة:

توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعا لنوع الجنس (ذكر، أنثى).

و قد قسم الباحث هذه الفرضية إلى فرضيتين جزئيتين:

7- أ: توجد فروق في مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري تبعا لنوع الجنس (ذكر، أنثى).

قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى مجموعتين، كما قام بإستخدام إختبار "ت" T.Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في التوافق النفسي وفق متغير الجنس (ذكر و أنثى)، و الجدول (6-13) يبين ذلك:

الجدول (6-13) يبين دلالة الفروق في درجة التوافق النفسي وفق متغير الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
ذكر	47	126,1277	14,93408	0,204	2,126	0,05
أنثى	78	125,5385	16,02489			

يتضح من الجدول (6-13) أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة (0,20) أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (123) و مستوى الدلالة 0,05، و عليه يتم قبول الفرض الصفري و يرفض الفرض البديل و الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في التوافق النفسي مع داء السكري وفق لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).

جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة منصور (2006)، التي أفضت إلى عدم وجود فروق دالة بين الجنسين في مجال التوافق النفسي، كما جاءت معاكسة لدراسة كل من: إبراهيم (1992) و مرفت عايش (2010)، و دراسة (Rubin et peyrot 1998) التي أظهرت أن الرجال لهم القدرة على التعايش مع المرض أكثر من النساء.

يختلف الذكور عن الإناث على المستوى البيولوجي، و كذلك على مستوى البيئات الإجتماعية و الثقافية التي تحيط بهم، فهي غالباً ما تؤثر على توافقهم مع الأمراض المزمنة و هذا ما لاحظته فورشاو (2002)، حيث يقول أن عوامل مثل الهرمونات في أجسامنا، و أسلوب تنشئتنا إجتماعياً، و تفريق المجتمع في طريقة تعامله بين الذكور و الإناث، توحى بأن لكل من الذكور و الإناث طريقته في التعامل مع المشكلات الصحية، لكن هناك من الباحثين من أظهروا نوع من الحذر و التحفظ في تسجيل الفروقات بين الذكور و الإناث فيما يخص السلوكيات الصحية، و ذلك لإقرارهم أن هناك أسئلة كثيرة معقدة و بحاجة إلى إجابة.(محمد شويخ، دون سنة، ص:38-39).

يفسر الباحث هذه النتيجة في سياق التكفل الطبي بمرض السكري، حيث أن معاملة مرضى داء السكري من كلا الجنسين تكون دائماً بالدرجة و الطريقة نفسها، لأنه لا فرق في المعاملة الطبية بين الذكور و الإناث، كما يفسر الباحث عدم تأثير نوع الجنس على مستوى التوافق النفسي لدى المرضى المزمنين، كون أن الأثر الكامن في

مستوى التوافق هو مدى إلتزام كل فرد بمتطلبات العلاج (حمية، أدوية، النشاط البدني)، و عليه فإن الإلتزام الصحي هو الذي له تأثير مباشر و قوي، فالإلتزام الصحي في الواقع هي عملية معقدة تتطلب زمنا طويلاً، حيث أولى الخطوات المهمة لضمان الإلتزام تتم عبر التعليم و التوعية المناسبة، و هذا ما و قفنا عليه في مصلحة أمراض السكري بالمستشفى العسكري الجامعي الجهوي بقسنطينة، حيث جميع أفراد الطاقم الطبي يحثون على الإلتزام بالبرامج الطبية، و إحترام الوجبات الغذائية، و القيام بالتمارين الرياضية.

7- ب: توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعا لنوع الجنس (ذكر، أنثى).

وقد قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى مجموعتين، كما قام بإستخدام إختبار "ت" T.Test لحساب دلالة الفروق بين مجموعتين مستقلتين و غير مرتبطتين في الصلابة النفسية وفق متغير الجنس (ذكر، أنثى)، و الجدول (6-13) يبين ذلك:

الجدول (6-14) يبين دلالة الفروق في درجة الصلابة النفسية وفق متغير الجنس.

الجنس	العدد	المتوسط الحسابي	الإنحراف المعياري	قيمة "ت" المحسوبة	قيمة "ت" الجدولية	مستوى الدلالة
ذكر	47	100,9149	25,37872	,460	2,126	0,05
أنثى	78	98,8333	23,96990			

يتضح من الجدول أعلاه (6-12) أن قيمة "ت" المحسوبة (460)، أقل من قيمة "ت" الجدولية (2,126) عند درجة حرية (123) عند مستوى الدلالة 0,05، و عليه يتم قبول الفرض الصفري و يرفض الفرض البديل الذي ينص على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0,05 بين متوسط درجات أفراد العينة في الصلابة النفسية وفق لمتغير الجنس (ذكر، أنثى).

جاءت نتيجة هذه الدراسة مختلفة مع دراسة كل من مخيمر (1998)، و دراسة دخان و الحجار (2005)، و دراسة أبو الندى (2007)، و دراسة المرغجي و الشهري (2008) التي أظهرت وجود فروق دالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور و الإناث لصالح الذكور، كما إختلفت الدراسة الحالية مع دراسة Stephenson (1990) التي أظهرت أن الإناث أكثر صلابة من الذكور و أكثر إعتماذاً على المساندة الإجتماعية، في حين دراسة جولتان حجازي و عطاف أبو الغالي (2009) أظهرت أن الذكور أكثر صلابة من الإناث.

يفسر الباحث هذه النتيجة إلى ما يتمتع به الجنسان من ظروف متشابهة في الكثير من مناحي الحياة اليومية خاصة في مجال التكفل الطبي، أي أن مرضى السكري يعيشون ظروف واجدة، كما يمكن تفسير ذلك أيضا بمتابعتهم للعلاج بصفة دائمة و وجودهم بالمستشفى العسكري الجهوي لقسنطينة و ما يحتويه من إمكانيات مادية و كفاءة بشرية تساعدهم على إكتساب صلابة نفسية أكثر، كما أن إشتراك المرضى مع الآخرين في الحديث عن خبراتهم، يساعد على إستعادة ثقتهم بأنفسهم من خلال إدراكهم بأنهم ليسوا الوحيدين الذين يواجهون هذا المرض، و إنما هناك الكثيرين الذين تعرضوا إلى خبرات مثيلة.

يفسر كذلك الباحث هذه النتيجة بالجانب النظري، حيث تعد الصلابة النفسية إحدى السمات الشخصية التي يتم إكتسابها عن طريق الخبرات و الأحداث التي يعيشها الفرد منذ الطفولة، و التي تسهم في الحفاظ على الصحة النفسية و الجسدية، فهي قوة داخلية يمتلكها تجعله صامداً مثابراً لتحقيق ذاته ساعياً للتميز، و مواجهة الضغوط ، مشكلة بذلك عاملاً وسيطاً بين ضغوط الأمراض و الصحة.

8- عرض و مناقشة الفرضية السابعة:

توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعا للحالة الإجتماعية. و قد قسم الباحث هذه الفرضية الى فرضيتين جزئيتين:

8- أ: توجد فروق في مستوى التوافق النفسي لدى مرضى السكري تبعا للحالة الإجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل).

قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى أربع مجموعات ، كما قام بإستخدام تحليل التباين الأحادي " One Way Anova" و ذلك لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات المتغيرات الأربعة و المبينة في الجدول رقم (6-13) كالآتي:

الجدول (6-15) نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير الحالة الإجتماعية للتوافق النفسي

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مربع المتوسطات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3	304,776	101,592	0,413	0,05
داخل المجموعات	121	29738,024	245,769		
المجموع	124	30042,800			

يتضح من خلال الجدول أعلاه (6-15)، أن قيمة ف المحسوبة (ف=0,413) بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة للتوافق النفسي مع داء السكري تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) أقل من قيمة "ف" الجدولة (ف=2,6) عند مستوى الدلالة 0,05، و من ثم نقبل بالفرضية الصفرية و نرفض الفرضية البديلة، و عليه لا توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس التوافق النفسي تبع لمتغير المستوى التعليمي (أمي، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).

بالرجوع الى الدراسات السابقة، جاءت نتيجة البحث الحالي متوافقة مع دراسة صفا عيسى صيام (2010)، التي أفضت أنه لا توجد فروق في مستوى التوافق النفسي تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية، في حين جاءت نتيجة الدراسة الحالية معاكسة لدراسة عبد الله يوسف ابو سكران (2009)، التي أفضت إلى وجود فروق في التوافق النفسي تعزى إلى متغير الحالة الاجتماعية لصالح المتزوجين.

يقول البروفيسور Martin Silink رئيس الفدرالية العالمية لمرضى السكري (FID)، أن مرض السكري قضية عائلية، فهو مصدر للضغط و القلق لكل أفراد العائلة (Diabetes Voice, 2013)، حيث يعتبر مرض السكر من الأمراض التي لها تأثيرات خاصة على الحالة النفسية للمريض و على أسرته، لأن المرض يمثل حالة طويلة الأمد من الصراع بين المصاب و تكاليف العلاج و التهديدات التي قد تصاحب حياته ، و صراع بين المريض و ممن يعتنون به من العائلة، و هذا ما يزيد من صعوبة التوافق مع المرض، خاصة لما تكون له تأثيرات على الحياة العائلية أو المهنية، فمثلاً الفتاة العزباء المصابة بمرض السكري تكون أكثر توتراً و خوفاً من أن مرض السكري يكون عائلاً في زواجها، و المرأة المتزوجة المصابة بمرض السكري تكون أكثر قلقاً في فترة الحمل، ذلك لأنها مجبرة على القيام بمجهودات أكثر سواء في فترة الحمل أو عند الولادة.

و عليه يفسر الباحث النتيجة المتحصل عليها في سياق الترابط الاجتماعي الذي يسود الأسرة الجزائرية، فقد عُدت الروابط الاجتماعية و العلاقات الجيدة بين أفراد الأسرة الواحدة منذ أمد بعيد مظهر من مظاهر الحياة التي تبعث على الرضا الإنفعالي، التي تخفف من تأثير ضغط الأمراض و تساعد على التوافق معها. كما أظهرت الكثير من الدراسات أن المساندة الاجتماعية تعزز التحكم الأفضل لمرضى السكري، كما أن الأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونون على الأغلب أكثر التزاماً بالنظام العلاجي الخاص بهم، و أكثر ميلاً للاستفادة من الخدمات الصحية، كما تلعب الأسرة غالباً دوراً مهماً في إخراج المصاب بالسكري من العزلة التي يحدثها له المرض عبر الأنشطة الاجتماعية، و رعايته و حمايته بطريقة غير مباشرة من التوتر و الإجهاد

و الضغط النفسي، و عدم تذكره بأنه إنسان مريض، و التعامل معه بمحبة و إحساسه بأنه شخص مقبول و ليس مريضاً عبء على أسرته.

8- ب: توجد فروق في مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري تبعاً للحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل).

و قد قام الباحث بتقسيم عينة البحث إلى أربع مجموعات، كما قام باستخدام تحليل التباين الأحادي "One Way Anova" و ذلك لإيجاد دلالة الفروق بين متوسط درجات المتغيرات الأربعة و المبينة في الجدول رقم (6-14) كالتالي:

الجدول (6-16) نتائج تحليل التباين الأحادي لمتوسطات درجات متغير الحالة الاجتماعية للصلابة النفسية.

مصدر التباين	درجات الحرية	مجموع المربعات	مربع المتوسطات	قيمة "ف"	مستوى الدلالة
بين المجموعات	3	6548,256	6548,256	3,916	0,05
داخل المجموعات	121	67447,312	67447,312		
المجموع	124	73995,568	73995,568		

يتضح من خلال الجدول أعلاه (6-16)، أن قيمة "ف" المحسوبة (ف=3,916) بين متوسطات درجات أفراد عينة الدراسة للصلابة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) أقل من قيمة "ف" الجدولة (ف=2,6) عند مستوى الدلالة 0,05، و من ثم نرفض الفرضية الصفرية و نقبل الفرضية البديلة، و عليه توجد فروق بين متوسطات درجات أفراد العينة لمقياس الصلابة النفسية تبعاً للحالة الاجتماعية (أعزب، متزوج، مطلق، أرمل).

جاءت نتيجة هذه الدراسة متفقة مع دراسة أبو سمهانة (2006)، ودراسة جودة (2002)، و أبو الندى (2007)، كما جاءت معاكسة لدراسة محمد بجل منور الشمري (2014)، و دراسة حمادة و عبد اللطيف (2002)، و دراسة زينب نوفل أحمد راضي (2008) و دراس البهاس (2002).

و لمعرفة الفروق لصالح أي المجموعات الأربع، قام الباحث بحساب متوسطات المجموعات و الجدول رقم (6-17) يبين ذلك:

الجدول (6-17) يبين المتوسطات الحسابية لدرجات الصلابة النفسية حسب الحالة الإجتماعية.

الحالة الإجتماعية	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
أعزب	28	97,32	28,71
متزوج	82	102,25	21,57
مطلق	03	55,66	46,37
أرمل	12	97,91	16,96
المجموع	125	-	-

من خلال الجدول أعلاه (6-17)، نلاحظ أن المتوسط الحسابي الأعلى، هو المتوسط الحسابي الخاص بالأفراد المتزوجين، و عليه يمكن القول أنهم الأعلى صلابة نفسية بالمقارنة مع بقية المجموعات، في حين أن الأفراد المطلقين هم الأقل صلابة نفسية.

جاءت هذه النتيجة متوافقة مع دراسة رزان كفا (2012)، التي أظهرت أن المتزوجين أكثر صلابة نفسية و معاكسة لدراسة زينب نوفل أحمد راضي (2008)، التي أظهرت عدم وجود فروق في الصلابة النفسية حسب الحالة الإجتماعية.

و يفسر الباحث هذه النتيجة بأهمية البيئة الأسرية التي تتسم بالدفء و الحب و التقبل، فالحياة الزوجية غالبا ما تكون مصدرا للرعاية و العطف و الحنان، كما تساعد على الإستقرار و إعطاء معنى للحياة خاصة بوجود الأبناء، و هذا ما يزيد من ثقة و قيمة الفرد، كما أن الإنسان الذي يعيش في أسرته يجد الكثير من الرعاية خاصة فيما يخص بالجانب الطبي (الحمية الغذائية، قياس نسبة السكر في الدم، حقن الأنسولين)، حيث كل هذه العوامل تعطي للمريض نوع من التحكم و تحدي للمرض، فالفرد لما يدرك أن له القدرة على ضبط سلوكه و أفكاره، و تحمل مسؤولياته يصبح أكثر قدرة على حل المشكلات، و مواجهة الضغوطات و هو ما يساعد على زيادة الصلابة النفسية.

كما يفسر الباحث انخفاض مستوى الصلابة النفسية لدى فئة المطلقين بالحالة النفسية التي تتميز بها هذه الفئة، فمن المعروف أن حالة الطلاق و الانفصال يعتبران من الأحداث الضاغطة الرئيسية التي تقود لحدوث تغيرات جوهرية في نمط الحياة و الإضطراب الوجداني، فغالبا ما يكون الفشل و الإحباط و لوم الذات أهم

المشاعر التي تنتج عن أبغض الحلال عند الله، زيادة إلى الحساسية و التاثر و الإنفعال، و عليه فإن قدرتهم على إتخاذ القرار و مواجهة الضغوط تصبح منخفضة، و هذا يعني إنخفاض في الصلابة النفسية.

خلاصة الفصل

خضعت الصلابة النفسية كإحدى السمات الشخصية إلى عدة أبحاث و دراسات هدفت إلى تقصي دور الصلابة النفسية في التكيف مع ضغوط الحياة، و التوافق معها، و قد توصل الباحث من خلال هذه الدراسة إلى أهمية الصلابة النفسية في مجال الصحة النفسية، فقد أظهرت النتائج عن وجود علاقة إيجابية دالة إحصائيا بين مستوى التوافق النفسي مع مرض السكري و بين مستوى الصلابة النفسية ، و هذا ما يدل و يؤكد على حقيقة و دور الصلابة النفسية في التكيف مع الظروف الضاغطة.

خاتمة

إنطلق هذا البحث من تساؤل حول مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري، و البحث عن طبيعة العلاقة بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية، إضافة إلى البحث عن ما إذا كانت توجد فروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تعزى إلى متغيرات ديموغرافية على غرار (مدة الإصابة بالمرض، نوع مرض السكري، العمر، المستوى التعليمي، نوع الجنس، الحالة الاجتماعية).

في إطار التحقق من هذه الفرضيات، إعتد الباحث على المنهج الوصفي الإرتباطي، و عليه قام الباحث بترجمة مقياس التوافق النفسي لمرض السكري من إعداد ستوارت ديين، من اللغة الإنجليزية إلى اللغة العربية، ثم التحقق من خصائصه السيكمترية، كما إعتد الباحث على مقياس الصلابة النفسية من إعداد عماد مخيمر، و تم التأكد من خصائصه السيكمترية من طرف الأستاذ معمريه بشير.

كما قام الباحث بتحديد مجتمع البحث و المتمثل في مرضى السكري الذين يتابعون علاجهم بالمستشفى العسكري الجهوي بقسنطينة، و نشير هنا إلى صعوبة تحديد عدد أفراد مجتمع البحث و ذلك لأسباب خاصة بالمرضى و طريقة متابعة الفحوصات بالمستشفى، و قد وقع الإختيار على ب: (125) مريض بالسكري، من "النوع الأول" و "النوع الثاني" فقط، بدون مضاعفات و تعقيدات مرض السكري، و لا يقل عمرهم عن (20) سنة.

بعد تطبيق أدوات البحث و تصحيحها، قام الباحث بتفريغ البيانات و معالجتها إحصائياً، بإستخدام برنامج (SPSS)، ثم التحقق من صحة الفرضيات التي تم الإنطلاق منها:

- فيما يتعلق بالتساؤل الأول ما مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى مرضى السكري، فقد أكدت النتائج إلى أن مستوى التوافق النفسي مرتفع، أما مستوى الصلابة النفسية فهو متوسط.

- الفرضية الأولى القائلة توجد علاقة دالة إحصائياً بين التوافق النفسي و الصلابة النفسية لدى أفراد العينة تحققت، و عليه فإن هذه النتيجة تؤكد أهمية الصلابة النفسية في مواجهة الضغوط الناتجة عن المرض، خاصة المزمنة منها.

- الفرضية الثانية القائلة توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعاً لمتغير مدة الإصابة بمرض السكري لم تتحقق، فمتغير مدة الإصابة لم يكن له تأثير قوي على إحداث فروقات في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية.

- الفرضية الثالثة و القائلة توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعاً لمتغير نوع مرض السكري (النوع الأول، النوع الثاني) لم تتحقق.
 - الفرضية الرابعة و القائلة توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعاً لمتغير العمر لم تتحقق.
 - الفرضية الخامسة و القائلة توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعاً لمتغير المستوى التعليمي لم تتحقق.
 - الفرضية السادسة و القائلة توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الجنس لم تتحقق.
 - الفرضية السابعة و القائلة توجد فروق في مستوى التوافق النفسي و الصلابة النفسية تبعاً لمتغير الحالة الاجتماعية لم تتحقق في جزئها الأول، و تحققت في جزئها الثاني، حيث وجدت فروق في مستوى الصلابة النفسية لصالح المتزوجين، و هذا ما يبين أهمية الإستقرار الأسري في تحسين مستوى الصلابة النفسية.
- إستناداً لهذه النتائج، يرى الباحث أن الإستفادة من البحوث النفسية التي تناولت مرض السكري أمر مهم جداً، سواء في إعداد برامج توعوية لشرح طبيعة مرض السكري، و مخاطره، و كيفية الوقاية منه، أو في إطار إعداد برامج تدريبية للأخصائيين النفسيين العاملين في المجال الطبي، كما يقترح الباحث إجراء دراسات مستقبلية عن التوافق النفسي لدى مرضى السكري في ضوء متغيرات تختلف عن متغيرات الدراسة الحالية، تهدف إلى فهم شخصية مرضى السكري، و تحسين نوعية حياتهم.

قائمة المراجع

المراجع العربية

- 01- أبو حويج مروان و الصفدي عصام (2009): الصحة النفسية، ط3، الأردن، عمان، دار المسيرة للطباعة و النشر و التوزيع.
- 02- أحمد أبو أسعد، و أحمد عربيات (2009): نظريات الإرشاد النفسي و التربوي، ط1، الأردن، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- 03- أحمد راجح (1968): أصول علم النفس، ط7، دار الكتاب العربي للطباعة و النشر، القاهرة.
- 04- أحمد سهير كامل (1999): الصحة النفسية و التوافق، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية.
- 05- الأنصاري ابن منظور جمال الدين (1988): معجم لسان العرب، دار إحياء التراث، الجزء الثاني، القاهرة.
- 06- الأنصاري بدر محمد (2014): المرجع في المقاييس الشخصية، ط2، دار الكتاب الحديث، القاهرة.
- 07- أنيس و آخرون (1973): المعجم الوسيط، ط2، دار المعارف، القاهرة.
- 08- بطرس حافظ بطرس (2008): التكيف و الصحة و الطفل، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة، الطبعة الأولى، عمان، الأردن.
- 09- حسين أحمد حشمت و مصطفى حسين باهي (2006): التوافق النفسي و التوازن الوظيفي(1)، مصر، الأهرام، الدار العالمية للطباعة و النشر و التوزيع.
- 10- داود عزيز حنا (1988): الصحة النفسية و التوافق، وزارة التربية و التعليم، العراق.
- 11- الديق أميرة عبد العزيز (1990): سيكولوجية التوافق النفسي في الطفولة المبكرة،(ط1)، مكتبة دار الفلاح، الكويت.
- 12- رودى بيلوس (2013): مرض السكري، ط1، فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر ، السعودية.
- 13- زهران حامد عبد السلام (2001): الصحة النفسية و العلاج النفسي، (ط3)، مصر، القاهرة، دار عالم الكتب للطباعة و النشر و التوزيع.
- 14- زهران حامد عبد السلام (2005): الصحة النفسية و العلاج النفسي، ط4، عالم الكتب، نشر، توزيع، طباعة، القاهرة.

- 15- سامح وديع الحفش (2011): النظرية و التطبيق في الإرشاد و العلاج النفسي، دار الفكر، المملكة الأردنية الهاشمية، عمان.
- 16- سامر جميل رضوان (2009): الصحة النفسية، ط 3 ، الأردن، عمان :دار المسيرة للطباعة والنشر و التوزيع.
- 17- سامي محمد ملحم (2000): مناهج البحث في التربية و علم النفس، ط1، عمان، دار المسيرة للنشر و التوزيع و الطباعة.
- 18- سري إحلال محمد (2000): علم النفس العلاجي، (ط2)، مصر، القاهرة، دار عالم الكتب للطباعة و النشر و التوزيع.
- 19- شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، (ط 1)، دار الجامد للنشر و التوزيع، عمان، الأردن.
- 20- صالح حسن الدايري (2008): أساسيات التوافق النفسي و الإضطرابات السلوكية و الإنفعالية (ط1)، الأردن، عمان، دار وائل للطباعة و النشر و التوزيع.
- 21- طحان محمد خالد (1987): مبادئ الصحة النفسية، دار العلم للنشر و التوزيع، دبي.
- 22- عباس فيصل (1982): الشخصية في ضوء التحليل النفسي (ط1)، دار المسيرة، بيروت.
- 23- عبد الحميد الشاذلي (2001): التوافق النفسي للمسنين، المكتبة الجامعية الإسكندرية
- 24- عبد الحميد الشاذلي (1999): الصحة النفسية و سيكولوجية الشخصية، ط 1، مكتبة الإسكندرية.
- 25- عبد الخالق أحمد محمد (1997): أصول الصحة النفسية، دار المعرفة الجامعية، القاهرة.
- 26- عبد السلام عبد الغفار (2007): الصحة النفسية، عمان، الأردن، دار الفكر.
- 27- عبد السلام فاروق (2008): مدخل إلى القياس التربوي و النفسي، دار البشائر الإسلامية، مكة المكرمة.
- 28- عبد اللطيف مدحت (1990): الصحة النفسية و التفوق الدراسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية
- 29- عبد الله عادل (1991): إختبار تقدير الذات للمراهقين و الراشدين، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة
- 30- عبد الله محمد قاسم (2012): مدخل إلى الصحة النفسية، (ط5)، الأردن، عمان، دار الفكر للطباعة و النشر و التوزيع.
- 31- عطا الله الخالدي (2009): الصحة النفسية و علاقتها بالتكيف و التوافق، ط1، دار صفاء للنشر، عمان.

- 32- عطية نوال محمد (2001): علم النفس و التكيف النفسي الإجتماعي، ط1، دار القاهرة للكتاب، القاهرة.
- 33- عماد محمد أحمد مخيمر (2002): إستبيان الصلابة النفسية "دليل الاستبيان". القاهرة، مكتبة الانجلو المصرية
- 34- العناني حنان عبد الحميد (2000) : الصحة النفسية، الأردن، دار الفكر للطباعة و النشر.
- 35- فهمي مصطفى (1967): سيكولوجية الطفولة و المراهقة، مكتبة مصر، القاهرة.
- 36- فهمي مصطفى (1979): التكيف النفسي، مكتبة مصر، القاهرة.
- 37- القوصي عبد العزيز (1981): أسس الصحة النفسية، مكتبة النهضة، القاهرة.
- 38- كفاي علاء الدين (1967): الصحة النفسية، مكتبة الانجلو المصرية، القاهرة.
- 39- كفاي علاء الدين (1987): الصحة النفسية، دار العلم للنشر و التوزيع، دبي.
- 40- كفاي علاء الدين (2012): الإرشاد النفسي و الصحة النفسي، (ط 1)، عمان، الأردن، دار الفكر.
- 41- محمد بن سعد الحميد (2007): السكري، أسبابه، مضاعفاته، علاجه، المكتبة الالكترونية، موقع القدم السكرية.
- 42- محمد جواد الخطيب (2004): التوجيه و الإرشاد النفسي بين النظرية و التطبيق، ط 3، فلسطين، غزة : مكتبة آفاق للنشر و التوزيع.
- 43- محمد السيد الهابط (1967): دعائم صحة الفرد النفسية: الأمراض النفسية، الأمراض العقلية، مشكلات الطفل مشكلات الأطفال علاجها: كيف يحافظ الفرد على صحته النفسية، المكتب الجامعي الحديث.
- 44- مرسي كمال عودة محمد (1986): الصحة النفسية في ضوء علم النفس و الإسلام، ط 2، دار القلم، الكويت.
- 45- مصطفى، علي أحمد سيد و علي، محمد محمود محمد (2011): العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث، (ط: 1) ، السعودية، الرياض :دار الزهراء للطباعة والنشر والتوزيع.
- 46- المطيري معصومة سهيل (2009): الصحة النفسية مفهوما و اضطراباتها، (ط2)، الكويت مكتبة العلاج للطباعة و النشر و التوزيع.

47- ناصر الدين الزبيدي، نصيرة لمين (2012): مبادئ الصحة النفسية و الإرشاد، ديوان المطبوعات الجامعية.

48- نعيم الرفاعي (1982): الصحة النفسية دراسة مقارنة في سيكولوجية التكيف، ط6، جامعة دمشق.

المراجع الأجنبية:

49- Allen,Bem (1990): **Personality, Social and Biological perspectives on personal adjustment** ,California, Brooks Cole publishing,Co,P:5.

50- Atikson and Eisenbarth, GS (2001); **type 1 diabetes: new perspective on disease pathogenesis and treatment.**

51- Burns, R.B (1997) :**the self concept**, longman, London..

52- Dany Laveault, Jack Gregaure (2002) :**introduction aux theories de texte** , 2 eme edition , de beock.

53- Maslow, A.H (1970): **Motivation and personality**, (2nd Ed), Harprer et Row, New York.

54- Matteson, M.T. & Ivancevich, J.M, (1987): **Controlling Work Stress Effective Human Resource and Management strategies**, London, Jossey, Basspublishers.

55- Strow, Leste (1990): **psychology**, Iowa, WHC, Brown publishers.

الرسائل و المذكرات و مصادر أخرى

باللغة العربية:

56- إسماعيل الهلول (2008): الآثار النفسية و الاجتماعية و القيمة الناتجة عن تأخر صرف رواتب معلمي الحكومة مقارنة بمعلمي الوكالة، مجلة الجامعة الإسلامية (2).

57- أنيس أبو شمالة (2002): أساليب الرعاية في مؤسسات رعاية الأيتام و علاقتها بالتوافق النفسي، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية.

- 58- بشير الحجار (2003): التوافق النفسي لدى مريضات سرطان الثدي بمحافظة غزة و علاقته ببعض المتغيرات، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 59- بشير معمريه (2015): الصلابة النفسية و قياسها في المجتمع الجزائري، إتصال شخصي بالمؤلف.
- 60- جبر جبر محمد (2005): مدى فعالية ثلاثة أساليب للتوجيه و الإرشاد النفسي لتنمية مفهوم الذات و الصلابة النفسية لدى المكفوفين، مؤتمر الإرشاد الاجتماعي و دوره العملية التعليمية، الجزء 2، سوريا، المجلس الأعلى لرعاية الفنون و الآداب و العلوم الاجتماعية.
- 61- حمادة لولوة، عبد اللطيف عز (2001): الصلابة النفسية و الرغبة في التحكم لدى طلاب الجامعة، مجلة الدراسات النفسية ، العدد الثاني.
- 62- حمزة جيهان أحمد (2002): دور الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية و تقدير الذات في إدراك المشقة و التعايش معها لدى الراشد من الجنسين في سياق العمل، رسالة ماجستير (غير منشورة)، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- 63- حواس خضرة (2012): استراتيجيات الإرشاد النفسي في تنمية بعض المتغيرات المساعدة على التوافق النفسي، أطروحة دكتوراه في الإرشاد النفسي، جامعة باتنة.
- 64- خالد بن محمد بن عبد الله العبدلي (2012): الصلابة النفسية و علاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتفوقين دراسيا و العاديين بمدينة مكة المكرمة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى.
- 65- الخضري جهاد (2003): الأمن النفسي لدى العاملين بمراكز الإسعاف بمحافظة غزة و علاقته ببعض سمات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 66- درويش مها محمد (1996): إستراتيجيات التوافق مع الضغوط لدى طلبة المرحلة الثانوية في عمان، أطروحة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية ، عمان، الأردن.
- 67- الديب على (1988): التوافق الشخصي الاجتماعي للراشدين، دراسة استطلاعية، مجلة الدراسات التربوية
- 68- زياد بن أحمد ميمش، و زملائه (2011): المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، الوكالة المساعدة للطب الوقائي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

69- زينب، نوفل و احمد راضي (2008): الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء إنتفاضة الأقصى

و علاقتها ببعض المتغيرات، ماجستير في الصحة النفسية، الجامعة الإسلامية، غزة.

70- سوسن شاكر مجيد (2012): التوافق النفسي و أبعاده و خطوات تحقيقه، مجلة الحوار المتمدن، العدد

3740.

71- صالح بن إبراهيم الصنيع (2002): العلاقة بين مستوى التدين و القلق العام لدى طلاب جامعة

الإمام محمد بن سعود الإسلامية بالرياض، مجلة جامعة الملك سعود، المجلد الرابع عشر، العلوم التربوية

و الدراسات الإسلامية

72- العازمي عبد الرحمن عبيد (2008): التوافق النفسي و الاجتماعي وعلاقته بالإدمان لدى عينة من

نزلاء المصححات النفسية في السعودية، أطروحة ماجستير في الإرشاد النفسي والتربوي قسم الإرشاد والتربية

الخاصة، جامعة مؤتة، الأردن.

73- عباس مدحت (2010): الصلابة النفسية كمبنى يخفف الضغوط النفسية و السلوك العدواني لدى

معلمي المرحلة الابتدائية، مجلة كلية التربية، مجلد 26(1).

74- عبد الرحمان أبو الندى (2007): الصلابة النفسية و علاقتها بضغط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر

بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة جامعة الأزهر بغزة، كلية التربية، قسم علم النفس

75- عبد الكريم رضوان (2008): أبعاد الذكاء الانفعالي و علاقتها باستراتيجيات التعامل مع الضغوط

و الصلابة النفسية و الإحساس بالكفاءة الذاتية، مجلة الإرشاد النفسي، عدد 1.

76- عبد الله يوسف أبو سكران (2009): التوافق النفسي و الاجتماعي و علاقه بمركز الضبط (داخلي-

خارجي) للمعاقين حركيا في قطاع غزة، رسالة ماجستير، قسم علم النفس، الجامعة الإسلامية، غزة.

77- عبد المنعم السيد (1993): مستوى مفهوم الذات و التوافق النفسي و علاقتها بالسلوك التألمي

و الاندفاعي لطلبة مرحلة الثانوية، دراسة وصفية مقارنة، رسالة دكتوراه غير منشورة، معهد الدراسات العليا

للطفولة، جامعة عين الشمس، القاهرة.

78- عبد المنعم عبد الله حسيب (2007): أبعاد الذكاء الانفعالي و علاقتها باستراتيجيات التعامل مع

الضغوط و الصلابة النفسية و الإحساس بالكفاءة الذاتية. مجلة الإرشاد النفسي، العدد 11، القاهرة، مركز

الإرشاد النفسي جامعة عين الشمس

- 79- عزة الرفاعي (2003): الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك الأحداث الحياة الضاغطة، و أساليب مواجهتها، رسالة دكتوراه، غير منشورة، القاهرة، كلية الآداب، جامعة حلوان. القاهرة.
- 80- العزي، لمياء حسن (2003): السلوك الإيثاري وعلاقته بالتوافق النفسي والاجتماعي ومفهوم الذات لدى طلبة جامعة الموصل، أطروحة ماجستير غير منشورة، كلية التربية جامعة الموصل، العراق.
- 81- عماد محمد أحمد مخيمر (1997): الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية متغيرات وسيطة في العلاقة بين الضغوط و أعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، المجلة المصرية للدراسات النفسية، مجلد 17(7).
- 82- فتيحة بن زروال (2008): أنماط الشخصية و علاقتها بالإجهاد، أطروحة دكتوراه علوم في علم النفس، جامعة قسنطينة ، الجزائر.
- 83- القاضي محمد (1994): دراسة مقارنة بين الأحداث الجانحين و غير الجانحين من حيث النضج و التفكير الابتكاري و قوة الأنا، رسالة ماجستير، جامعة عين الشمس.
- 84- القريطي عبد الوهاب (2003): دراسات في الصحة النفسية، دار الفكر العربي القاهرة.
- 85- كريمة ميروح (2010): مجلة مخبر البحث في تكوين علم النفس المرضي العلاجي، العدد 1، جامعة منتوري قسنطينة.
- 86- كفايي علاء الدين (دون): دليل مقياس و جهة الضبط.
- 87- مجدي محمود فهميم (2008): مقياس الصلابة النفسية لمعلمي التربية الرياضية، مجلة البحوث النفسية و التربوية.
- 88- محمد بجل منور الشمري (2014): الضغوط النفسية و علاقتها بالصلابة النفسية لدى المصابين ببعض الأمراض السيكوسوماتية، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة نايف للعلوم الأمنية.
- 89- محمد شجاع السندي (1990): التوافق النفسي و المسؤولية الاجتماعية عند تلاميذ المرحلة الثانوية العادية في الريف و الحضر، رسالة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، جامعة عين الشمس، القاهرة.
- 90- محمد مدهش صالح عل الشجري (2005): أثر برنامج إرشادي في الحاجات النفسية على تنمية التوافق النفسي و الاجتماعي للطلاب المتفوقين، أطروحة ماجستير في التربية تخصص إرشاد تربوي غير منشورة، جامعة صفاء، اليمن.

- 91- محمود رحيم جاسم الشمري (1997): دراسة مقارنة في التحصيل الدراسي و التوافق النفسي و الاجتماعي و الاتجاه نحو الاختلاط بين طالبات كلية التربية للبنات و طالبات كلية التربية المختلطة، جامعة بغداد، كلية التربية ابن رشد، أطروحة دكتوراه غير منشورة.
- 92- محمد حسن غانم (2007): الإضطرابات السيكوسوماتية و علاقتها بالضغط و الصلابة النفسية و بعض متغيرات الشخصية لدى مرضى السكر من النوع الثاني، دراسات عربية في علم النفس، المجلد 6، العدد 2، القاهرة، رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية (رانم).
- 93- محمد محمد محمد عودة (2010): الخبرة الصادمة و علاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط و المساندة الاجتماعية و الصلابة النفسية لدى أطفال المناطق الحدودية بقطاع غزة، مذكرة ماجستير، كلية التربية بالجامعة.
- 94- محمد سيد الحسين بن حسن (2012): الصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية و الاكتئاب لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية المتضررين و غير المتضررين من السيول بمحافظة جدة، دراسة تكميلية لنيل درجة الماجستير في علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
- 95- محمد صابر السيد (2012): دراسة لبعض الضغوط النفسية في ضوء الاتجاه الديني و علاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طلبة المرحلة الثانوية، رسالة دكتوراه، معهد الدراسات العليا للطفولة، جامعة الشمس.
- 96- محمود سعيد (2007): قوة الأنا و الشعور بالمسئولية و الضبط الزائد العدائية لدى المراهقين المعوقين بصريا، و البصريين، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الدراسات العليا، الجامعة الأردنية، عمان.
- 97- مرفت عبد ربه عايش مقبل (2010): التوافق النفسي و علاقته بقوة الأنا و بعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 98- المغربي، سعد (1998): حول مفهوم الصحة النفسية أو التوافق، مجلة علم النفس، (دون) ، مصر القاهرة، الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- 99- المفرجي، سعد (1992): التوافق النفسي، مجلة علم النفس، العدد 23، الهيئة العامة للكتاب.
- 100- ممدوحة محمد سلامة (1991-أ): الاعتمادية و التقييم السلبي للذات و الحياة لدى المكتئبين و غير المكتئبين. دراسات نفسية، ك1 ، ع 2 ، القاهرة، رابطة الأخصائيين المصرية (رانم).

101- منصور سامي (2006): التوافق النفسي الاجتماعي لدى طلاب المرحلة الثانوية في المناطق الساخنة بمحافظة رفح وعلاقته بسمات الشخصية، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الصحة العامة، جامعة القدس، غزة.

102- المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري (2011): الوكالة المساعدة للطب الوقائي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.

103- نبيل دخان و بشير الحجار (2006)، الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية و علاقتها بالصلافة النفسية لديهم، مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد الرابع عشر، العدد الثاني.

104- نجية بكيري (2012): أثر برنامج معرفي سلوكي في علاج بعض الأعراض النفسية للسكريين المراهقين، أطروحة دكتوراه، جامعة الحاج لخضر، الجزائر.

105- هالة، رمضان علي (1997): الإصابة بمرض البول السكري لدى عينة من الأطفال و علاقته ببعض المتغيرات الشخصية لكل من الطفل المريض و الأم، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة طنطا.

106- يوسف، نعيمة بدر (1983): دراسة المناخ المدرسي في المرحلة الثانوية و علاقته بالتوافق النفسي للطلاب، أطروحة ماجستير غير منشورة، كلية التربية عين الشمس، القاهرة، مصر.

باللغة الأجنبية

107- Allerd,K ,D &Smith ,T.W(1989) :**The hardy personality cognitive and physiological response to evaluative threat**; journal of personality and social psychology,Vol:50.

108- Bandura, A (1982): **the Emotional Disorders**, New York, International Universities Press.

109- Becker,J ,(1979) : **Vulnerability Self – Esteem as Predisposing factors in Depressive Disorders in Repute (ed) the Psychology of Depressive Disorders, Implication for the Effects of Stress**, New York Academic Press.

110- Diabetes Voice (2013) : **perspective sur le diabete**, Vol :5 , denmark

111- Funk.S.C (1992): **Hardiness**: A review of theory and research, health psychology, Vol: 11, N: 5.

112- Gerson,M:(1990): **the relationship between hardiness, coping, skills and stress in graduate student**, UMI published doctoral dissertation, adler school of professional psychology.

113- Kobasa, S, C (1979): **Stressful life events**, Journal Personality and Social Psychology.

114- Kobassa.S.E, Maddi.S.R (1982): **hardiness and health**, a prospective study, journal of personality and social psychology, 42.(1).

115- Kobasa, S, & Pucceti, M(1983): **Personality and social Resources in stress Resistance**, **Journal of Abnormal psychology**, Vol.45, No.4, p: 839-p 880.

116- Katon, W (1992): **Arandomised trial of psychiatric consultation with distressed high utilizers**, Gen hospital psychiatry, vol 14.

117- Kenneth Pakenkam (1999): **Adjustement to multiple sclerosis**, school of psychology, <https://www.psy.uq.edu.au/directory/?id=30>

118- Estelle Fall 2012 : **Apport des modèles de l'autorégulation dans le compréhension de l'adhésion pour les patients diabétique de type " rôle des représentations, de la motivation et l'acceptation"**, thèse de doctorat, université Blaise Pascal, Clermont.

119- Fontan, D. (1995): **Psychology for teachers**, 3 ed, Mac milan, press.LTD

120- Frenzel et al (1988): Handbook of coping,recherche application, <https://books.google.dz/books?isbn=0471599468>.

121- Garson (1998): **The relationship between hardiness, coping skills and stress in gradnat students**, UMI Published doctoral dissertation Adler school of professional psychology.

122- Gravels, C&Wandell,P (2006): **coping strategies in men and woman with type II diabetes in Swedish primary care**, Diabetes recherche and clinical practice,Vol:71, N:3.

123- Lazarus,R (1966): **Psychological Stress and the Coping process**,New York ;Mcraw Hill Book Company Nnc.

124- Mack ,J,E (1983): **self esteem and its development** :an over view in J. E, Mack &S.I, Albon (sds), the development and suste – nance of self – esteem in childhood, New york , International universities press.

125- Maddi ,S ,et Kobaza ,D,M (1994): **Hardiness and mental health**, **Journal of Personality Assessment** ,Vol:63,No:2.

126- Macrea david (1986): **the person with diabetes in psychological context**, diabetes care, Vol: 9, N: 2.

127- Marcel Lourel(2007) :**la qualité de vie liée a la santé et a l'ajustement psychosocial dans le domaine des maladies chroniques de l'intestin**, recherche en soins infirmiers, N°88, mars.

128- Paul dickes, Jocelyne tournois, André flieller, Jean Luc kop(1994) : **la psychométrie**, PUF.

129- Rogers, Carl (1959): **A Theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client – centered framework**, In (Ed).S. Korch. Psychology: A study of science .Formulations of the person and the social context .Vol.3, P: 184-256, New York: Mc Graw Hill.

130- Weibé,D,J(1991):**Hardiness and stress moderation ,A test proposed mechanisms**, Journal of personality and social psychology,Vol;60,No;1.

131- WHO : www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/ar.

132-Wolman B.B (1989): **Dictionary of behavioral science**, Academic press, Inc, san diago.

الملاحق

- ✓ مقياس التوافق النفسي باللغة الانجليزية.
- ✓ مقياس التوافق النفسي في صورته الأولى.
- ✓ مقياس الصلابة النفسية في صورته النهائية
- ✓ مقياس الصلابة النفسية

الملحق رقم (1): مقياس التوافق النفسي مع مرض السكري باللغة الإنجليزية:

NAME: AGE: SEX: M / F (circle one) DATE:

How long have you had diabetes?

How is it treated? (tick one) Diet Diet & Tablets Diet & Insulin

INSTRUCTIONS: This form contains 39 questions to see how you feel about diabetes and its effect on your life. There are no "right " or "wrong" answers because everyone has the right to his or her own views. Please do not to spend too long on each question. There are five possible answers to choose from:

I DISAGREE COMPLETELY (DC) or, I DISAGREE (D) or, I DON'T KNOW (?) or, I AGREE (A) or, I AGREE COMPLETELY (AC)

For each question, circle the **ONE** answer that is right for you . Give your first, natural answer as it occurs to you.

	I disagree completely	I disagree	I don't know	I agree	I agree completely	OFFICE USE
1. If I did not have diabetes I think I would be quite a different person.....	DC	D	?	A	AC	.....
2. Diabetes has made no different to my life at al...	DC	D	?	A	AC	.....
3. I dislike being referred to as "A DIABETIC".....	DC	D	?	A	AC	.....
4. Diabetes is the worst thing that has ever happened to me.....	DC	D	?	A	AC	.....
5. I feel quit capable of looking after my diabetes with minimum outside help.....	DC	D	?	A	AC	.....
6. I know as much as I need to know about diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
7. I believe that research will discover a cure for diabetes before too long.....	DC	D	?	A	AC	.....
8. Most people would find it difficult to adjust to having diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
9. I often feel embarrassed about having diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
10. Most people would be a lot healthier if they followed a diabetic diet.....	DC	D	?	A	AC	.....
11. Talking to my doctor about my diabetes usually making me feel better.....	DC	D	?	A	AC	.....
12. There is not much I seem to be able to do to control my diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
13. I like to be told when my diabetes has been well controlled.....	DC	D	?	A	AC	.....
14. There is little hope of leading a normal life with diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
15. The proper control of diabetes involves a lot of sacrifice and inconvenience.....	DC	D	?	A	AC	.....
16. Having diabetes means accepting responsibility for your own treatment.....	DC	D	?	A	AC	.....
17. The thought of giving my self an injection does not bother me.....	DC	D	?	A	AC	.....
18. Food is very important in my life.....	DC	D	?	A	AC	.....
19. I try not to let people know about my diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
20. Being told you have diabetes is like being sentenced to a life time of illness.....	DC	D	?	A	AC	.....
21. Hypo's are not really as frightening as people seem to think.....	DC	D	?	A	AC	.....
22. Most people do not understand the problems associated with having diabetes	DC	D	?	A	AC	.....

23. My diabetic diet does not really spoil my social life.....	DC	D	?	A	AC	.....
24. Weight-control is not problem for me.....	DC	D	?	A	AC	.....
25. In general, doctors need to be a lot more sympathetic in their treatment of people with diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
26. Having diabetes over a long period changes the personality.....	DC	D	?	A	AC	.....
27. A person should learn to live with diabetes ,without involving other members of the family.....	DC	D	?	A	AC	.....
28. I often find it difficult to decide whether I feel sick or well.....	DC	D	?	A	AC	.....
29. Most doctors really don't understand what it's like To have diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
30. I often forget that I even have diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
31. Diabetes is not really a problem because it can be controlled.....	DC	D	?	A	AC	.....
32. Sometimes I have used my diabetes as an excuse to get my own our way.....	DC	D	?	A	AC	.....
33. I do not like being told what to eat,when to eat, and how much to eat	DC	D	?	A	AC	.....
34. I think that I have a good relationship with my doctor	DC	D	?	A	AC	.....
35. There is really nothing you can do if you have diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
36. i would like to be told if my diabetic control had been poor	DC	D	?	A	AC	.....
37. There is really no-one I feel I can talk to openly about my diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
38. I believe I have adjusted well to having diabetes.....	DC	D	?	A	AC	.....
39. I often think it is unfair that I should have diabetes when other people are so healthy.....	DC	D	?	A	AC	.....

ملحق رقم (2): مقياس التوافق النفسي مع مرض السكري في صورته الأولية

يحتوي هذا المقياس على 39 سؤال للتعرف على شعورك اتجاه داء السكري و أثره في حياتك.

ليست هناك أجوبة صحيحة و أخرى خاطئة فلكل شخص الحق في إدلاء رأيه الخاص.

نرجو ألا تمضي وقتا طويلا مع كل سؤال. هناك خمس خيارات يمكنك اختيار واحد منها:

- غير موافق تماما

- غير موافق

- لا أدري

- موافق

- موافق تماما

الفقرات	غير موافق تماما	غير موافق	لا ادري	موافق	موافق تماما
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					

الفقرات	غير موافق تماما	غير موافق	لا ادري	موافق	موافق تماما
17					التفكير في أن أحقن نفسي لا يزعجني
18					الغذاء مهم جدا في حياتي
19					أحاول إخفاء مرضي بداء السكري عن الآخرين
20					أن يقال لك انك مريض بداء السكري، كأنه حكم مؤبد بالمرض
21					انخفاض السكر في الدم ليس مخيفا في الحقيقة كما يعتقد الكثير من الناس
22					معظم الناس لا يفهمون المشاكل المرتبطة بداء السكري
23					حميتي الخاصة بداء السكري لا تفسد حياتي الاجتماعية
24					التحكم في الوزن ليس مشكلة بالنسبة لي
25					يحتاج الأطباء عموما أن يتعاطفوا أكثر في علاجهم لمرضى السكري
26					الإصابة بداء السكري لمدة طويلة يغير من الشخصية
27					على الفرد أن يتعلم التعايش مع السكري دون إشراك أفراد آخرين من العائلة
28					غالبا ما أجد صعوبة في تحديد ما إذا كنت أشعر بالمرض أو أنني بخير
29					معظم الأطباء لا يفهمون فعلا كيف هو أن تكون مصابا بداء السكري
30					غالبا ما أنسى أنني مصاب بداء السكري
31					داء السكري لا يعتبر مشكلة حقيقية لأنه يمكن التحكم فيه
32					أحيانا استعمل داء السكري كعذر لتحقيق مصلحة شخصية
33					لا أحب أن يقال لي ما يجب أن أكل، ومتى أكل، وكمية ما أكل
34					اعتقد أن لدي علاقة طيبة مع طبيبي
35					حقيقة لا يوجد شيء يمكن فعله، إذا كنت مصابا بداء السكري
36					أود أن يقال لي عندما يكون تحكمي بداء السكري لدي ليس جيدا.
37					حقيقة لا يوجد من بإمكانني التحدث إليه بشكل صريح حول مرضي بداء السكري
38					أظن أنني توافقت/تكيفت جيدا مع إصابتي بداء السكري
39					غالبا ما أفكر أنه ليس عدلا أن أصاب أنا بداء السكري، بينما ينعم الآخرون بالصحة

ملحق رقم (3): مقياس التوافق النفسي مع مرض السكري في صورته النهائية

تعليمات

يحتوي هذا المقياس على 35 عبارة للتعرف على شعورك اتجاه داء السكري و أثره في حياتك، إقرأ كل عبارة منها و أجب عنها بوضع علامة X تحت كلمة غير موافق تماما أو غير موافق أو لا أدري أو موافق أو موافق تماما. وذلك حسب انطباق العبارة عليك.

- أجب عن كل العبارات.
- ليست هناك عبارات صحيحة و أخرى خاطئة، فلكل شخص الحق في إدلاء رأيه الخاص.
- نرجو ألا تمضي وقتا طويلا مع كل عبارة.

الفقرات	غير موافق تماما	غير موافق	لا ادري	موافق	موافق تماما
1					لو لم يكن لدي داء السكري، لكنك شخصا مختلفا تماما
2					داء السكري لم يحدث أي فرق في حياتي
3					أكره أن يشار إلي بـ "مريض السكري diabétique"
4					أشعر أنني قادر على التكفل بداء السكري لدي بأدنى مساعدة خارجية
5					أعرف ما أحتاج معرفته عن داء السكري
6					قد يجد أغلب الأشخاص صعوبة في التوافق مع داء السكري
7					غالبا ما أشعر بالحرج كوني مريضا بالسكري
8					سيتمتع أغلبية الأشخاص بصحة أفضل لو يتبعوا حمية السكري
9					التحدث مع طبيبي حول مرضي بداء السكري، عادة ما يجعلني أشعر بالتحسن
10					يبدو أنه لا يوجد الكثير مما يمكنني فعله للتحكم في داء السكري
11					أحب أن يتم إعلامي لما يكون داء السكري لدي متحكّم فيه بشكل جيد
12					هناك القليل من الأمل لعيش حياة عادية مع داء السكري
13					أن تكون مريضا بداء السكري يعني أن تتقبل تحمل مسؤولية علاجك.
14					التفكير في أن أحقق نفسي لا يزعجني
15					الغذاء مهم جدا في حياتي
16					أحاول إخفاء مرضي بداء السكري عن الآخرين
17					أن يقال لك أنك مريض بداء السكري، كأنه حكم مؤبد بالمرض
18					إنخفاض السكر في الدم ليس مخيفا في الحقيقة كما يعتقد الكثير من الناس

						معظم الناس لا يعرفون المشاكل المرتبطة بداء السكري	19
						حميتي الخاصة بداء السكري لا تفسد حياتي الاجتماعية	20
						التحكم في الوزن ليس مشكلة بالنسبة لي	21
						يحتاج الأطباء عموماً أن يتعاطفوا أكثر في علاجهم لمرضى السكري	22
						الإصابة بداء السكري لمدة طويلة يغير من الشخصية	23
						على الفرد أن يتعلم التعايش مع داء السكري دون إشراك أفراد آخرين من العائلة	24
						غالباً ما أجد صعوبة في تحديد ما إذا كنت أشعر بالمرض أو أنني بخير	25
						معظم الأطباء لا يفهمون فعلاً كيف هو أن تكون مصاباً بداء السكري	26
						غالباً ما أنسى أنني مصاب بداء السكري	27
						داء السكري لا يعتبر مشكلة حقيقية لأنه يمكن التحكم فيه	28
						أحياناً أستعمل مرضي بداء السكري كعذر لتحقيق مصلحة شخصية	29
						لا أحب أن يقال لي ما يجب أن أكل، ومتى أكل، وكمية ما أكل	30
						أعتقد أن لدي علاقة طيبة مع طبيبي	31
						أحب أن يقال لي عندما يكون تحكمي بداء السكري لدي ليس جيداً.	32
						حقيقة لا يوجد من بإمكانني التحدث إليه بشكل صريح حول مرضي بداء السكري	33
						أظن أنني توافقت/تكيفت جيداً مع إصابتي بداء السكري	34
						غالباً ما أفكر أنه ليس عدلاً أن أصاب أنا بداء السكري، بينما ينعم الآخرون بالصحة	35

الملحق رقم (4) مقياس الصلابة النفسية

تعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث عن رؤيتك لشخصيتك و كيف تواجه المواقف و الضغوط في الحياة. إقرأ كل عبارة منها و اجب عنها بوضع علامة X تحت كلمة لا أو قليلا أو متوسطا أو كثيرا. وذلك حسب إنطباق العبارة عليك. أجب عن كل العبارات.

العبارات	لا	قليلا	متوسطا	كثيرا
01 مهما كانت الصعوبات التي تعترضني فإنني أستطيع تحقيق أهدافي				
02 أتخذ قراراتي بنفسى ولا تملى علي من مصدر خارجي				
03 أعتقد أن متعة الحياة تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها				
04 قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لمبادئه و قيمه				
05 عندما أضع خططى المستقبلية أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها				
06 أقتحم المشكلات لحلها و لا أنتظر حدوثها				
07 معظم أوقاتي أستثمرها في أنشطة ذات معنى و فائدة				
08 نجحى في أمور حياتي يعتمد على جهدي و ليس على الصدفة و الحظ				
09 لذي حب الاستطلاع و رغبة في معرفة الجديد				
10 أعتقد أن لحياتي هدفا و معنى أعيش من أجله				
11 أعتقد أن الحياة كفاح و عمل و ليست حظا و فرصا				
12 أعتقد أن الحياة التي ينبغي أن تعاش هي التي تنطوي على تحديات و العمل على مواجهتها				
13 لذي مبادئ و قيم ألتزم بها و أحافظ عليها				
14 أعتقد أن الشخص الذي يفشل يعود ذلك إلى أسباب تكمن في شخصيته				
15 لذي القدرة على التحدي و المثابرة حتى أنتهي من حل أي مشكلة تواجهني				
16 لذي أهداف أتمسك بها و أدافع عنها				
17 أعتقد أن الكثير مما يحدث لي هو نتيجة تخطيطي				
18 عندما تواجهني مشكلة أتحداهما بكل قواي و قدراتي				
19 أبادر بالمشاركة في النشاطات التي تخدم مجتمعي				
20 أنا من الذين يرفضون تماما ما يسمى بالحظ كسبب للنجاح				
21 أكون مستعدا بكل جدارة لما قد يحدث في حياتي من أحداث و تغيرات				
22 أبادر بالوقوف إلى جانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة				
23 أعتقد أن العمل و بذل الجهد يؤديان دورا هاما في حياتي				

24	عندما أُنجح في حل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى
25	أعتقد أن الاتصال بالآخرين و مشاركتهم إنشغالهم عمل جيد
26	أستطيع التحكم في مجرى أمور حياتي
27	أعتقد أن مواجهة المشكلات إختبار لقوة تحملي و قدرتي على حلها
28	إهتمامي بالأعمال و الأنشطة يفوق بكثير إهتمامي بنفسي
29	أعتقد أن العمل السيئ و غير الناجح يعود إلى سوء التخطيط
30	لدي حب المغامرة و الرغبة في استكشاف ما يحيط بي
31	أبادر بعمل أي شيء أعتقد أنه يفيد أسرتي أو مجتمعي
32	أعتقد أن تأثيري قوي على الأحداث التي تقع لي
33	أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها
34	أهتم بما يحدث حولي من قضايا و أحداث
35	أعتقد أن حياة الناس تتأثر بطرق تفكيرهم و تخطيطهم لأنشطتهم
36	إن الحياة المتنوعة و المثيرة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي
37	إن الحياة التي نتعرض فيها للضغوط و نعمل على مواجهتها هي التي يجب أن نحياها
38	إن النجاح الذي أحققه بجهدتي هو الذي أشعر معه بالمتعة و الاعتزاز و ليس الذي أحققه بالصدفة
39	أعتقد أن الحياة التي لا يحدث فيها تحد هي حياة مملة
40	أشعر بالمسؤولية تجاه الآخرين و أبادر إلى مساعدتهم
41	أعتقد أن لي تأثير قويا على ما يجري لي من أحداث
42	أتوقع التغييرات التي تحدث في الحياة و لا تخيفني لأنها أمور طبيعية
43	أهتم بقضايا أسرتي و مجتمعي و أشارك فيها كلما أمكن ذلك
44	أخطط لأمر حياتي و لا أتركها للحظ و الصدفة و الظروف الخارجية
45	إن التغيير هو سنة الحياة و المهم هو القدرة على مواجهته بنجاح
46	أبقى ثابتا على مبادئ و قيمتي حتى إذا تغيرت الظروف
47	أشعر أنني أتحكم فيما يحيط بي من أحداث
48	أشعر أنني قوي في مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث

بيانات عامة

السن: المستوى التعليمي: الجنس: الحالة الاجتماعية:

عدد سنوات الإصابة:

نوع داء السكري: النوع الأول (؛) النوع الثاني ()

نوع الدواء: أقراص () أنسولين () أقراص و أنسولين ()
هل تعاني من إحدى الأمراض التالية: الكلى () العينين () رجل السكري ()