



## جامعة الجزائر -2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس وعلوم التربية والارطفونيا

علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية  
بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي  
لدى مرضى السكري  
دراسة عيادية وفق نموذج علم النفس الصحة

رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العيادي

إشراف

من إعداد الطالبة:

أ.د. / دليلة زناد

شهرزاد نوار

السنة الجامعية 2013-2014

# كلمة شكر وتقدير

لا يسعني في البداية وأنا انهي هذا العمل إلا أن أحمد الله وأشكره شكرا جزيلا على منحي القدرة والقوة، ووفقي لإنجازه

وأنتدّم بجزيل شكري إلى المشرفة الأستاذة الدكتورة دليلة زناد التي رافقتني في هذا العمل والتي لم تبخل علي بتوجيهاتها ونصائحها في إعداد هذه الدراسة المتواضعة، وحرصها الدائم على إكمال الأطروحة. كما أتقدم بالشكر الجزيل الأستاذ الدكتور رشيد مسيلي الذي لم يتوان في تقديم يد العون والمساعدة لي

أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة من داخل الوطن وخارجه الذين تفضلوا بتحكيم المقاييس المستخدمة في الدراسة.

خالص شكري كذلك إلى أطباء وممرضي مصالح الطب الداخلي ( رجال ونساء ) وبيت السكري بمستشفى محمد بوضياف بورقلة، وكذا العيادات المتعددة الخدمات التابعة للصحة الحوارية ( الرويسات، سيدي خويلد، أنقوسة، سعيد عتبة ) ، إلى الأخصائيين النفسانيين الذين ساهموا بشكل فعال في انجاز هذا العمل ، والى أفراد عينة البحث على قبولهم المشاركة والإجابة على مقاييس الدراسة

وأخيرا تقديري وشكري للأساتذة أعضاء لجنة المناقشة على قبولهم مناقشة هذا البحث وإثراءها بأرائهم وملاحظاتهم العلمية القيمة والمتمثلين في : الأستاذ الدكتور رشيد مسيلي، الأستاذ الدكتور الطيب بالعربي، الدكتور عبد الفتاح أبي مولود، الدكتور أحمد فاضلي. الدكتورة كريمة سي البشير

الطالبة الباحثة شهرزاد نوار

## ملخص البحث:

يهدف البحث الحالي إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين كل من سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية وكذا المساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ، ودور هذه المتغيرات في التخفيف من الألم العضوي لدى عينة مكونة من 205 فردا من مرضى السكري ( 70 ذكور، 135 إناث) اختيروا بطريقة قصدية من بعض مصالح المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة ( مصلحة طب الرجال، مصلحة طب النساء وبيت السكري) ، وبعض العيادات المتعددة الخدمات التابعة للصحة الجوارية بولاية ورقلة ، كما أجريت دراسة عيادية على 12 حالة للتعرف على معاشها النفسي. حددت إشكالية الدراسة في التساؤلات الآتية :

1- هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري ؟

2- هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري ؟

3- هل توجد علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري؟

4- ما هي نسبة معانات مرضى السكري من أعراض الألم العضوي من خلال استجاباتهم على فقرات سلم الألم المستخدم في الدراسة ؟

5- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الوضعية الاجتماعية ؟

6- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف المستوى التعليمي؟

7- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الفئة العمرية؟

8- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف مدة المرض؟

9- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الجنس؟

10- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف نوع السكري؟

11- ما مستوى المعاش النفسي لمرضى السكري؟

وللإجابة على هذه التساؤلات تم الاعتماد في جمع البيانات على مجموعة من الأدوات تمثلت سلم تقدير الذات لروزنبرغ (Rosenberg 1965) ، مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر (2002)، مقياس المساندة الاجتماعية المختصر لسارزون (Sarason 1983)، مقياس السلوك الصحي من إعداد الطالبة الباحثة واستبيان تقدير الألم لسانت اونطوان (St-Antoine 1975) وذلك باستخدام المنهج الوصفي ، كما أجريت المتابعة العيادية ل 12 فردا من أفراد العينة . انتهت الدراسة إلى النتائج الآتية :

1 - توجد علاقة ارتباطية دالة بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى مرضى السكري .

2- توجد علاقة ارتباطية دالة بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري.

3- توجد علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض

السكري.

4- أن نسبة 45 % من أفراد العينة من مرضى السكري يعانون من الألم الشديد وهي نسبة مرتفعة مقارنة بباقي مستويات الألم الأخرى.

5- توصلت الدراسة أيضا إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في سمات الشخصية " تقدير الذات الصلابة النفسية"،المساندة الاجتماعية، السلوك الصحي والألم العضوي وذلك حسب الوضعية الاجتماعية

6- عدم وجود فروق دالة إحصائية في سمات الشخصية " تقدير الذات،الصلابة النفسية " ، والسلوك الصحي والألم العضوي حسب المستوى التعليمي، بينما كانت الفروق دالة في استجابات مرضى السكري على مقياس المساندة الاجتماعية وذلك لصالح فئة الجامعيين .

7- عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات، المساندة الاجتماعية،السلوك الصحي والألم العضوي حسب مدة المرض ، بينما كانت النتائج دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض في استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية وذلك لصالح الفئة التي فاقت مدة مرضها 10 سنوات .

8- عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات، الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية حسب الجنس، بينما كانت النتائج دالة إحصائية على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي وذلك لصالح الإناث، وأيضا وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على سلم الألم العضوي وذلك لصالح الذكور .

9- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والألم العضوي حسب سن المرضى، بينما توصلت ذات النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي باختلاف سن المرضى وذلك لصالح الفئة العمرية بين 37 و46 سنة.

10- عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك

الصحي والألم العضوي وذلك حسب نوع مرض السكري .

11- يعاني مرضى السكري من معاش صعب للمرض.

وقد فسرت هذه النتائج في ضوء الدراسات السابقة.

#### الكلمات الدالة :

سمات الشخصية ، تقدير الذات ، الصلابة النفسية ، المساندة الاجتماعية ، السلوك الصحي ، الألم

العضوي، المنهج الوصفي سلم تقدير الذات لروزنبرغ (Rosenberg1965)، مقياس الصلابة النفسية

لعماد مخيمر (2002) ، مقياس المساندة الاجتماعية المختصر لسارزون (Sarason 1983)، مقياس

السلوك الصحي ، استبيان تقدير الألم لسانت اونطوان (St-Antoine 1975) ,المقابلات العيادية،

مرضى السكري.

# فهرس المحتويات

الصفحة	المحتوى
.....	كلمة شكر وتقدير.....
.....	ملخص البحث.....
.....	فهرس المحتويات.....
.....	قائمة الجداول.....
.....	قائمة الأشكال.....
أ	.....
.....	مقدمة البحث.....
.....	الفصل التمهيدي : تقديم البحث
07	1- عرض إشكالية البحث.....
16	2- تساؤلات البحث.....
17	3- فرضيات البحث.....
18	4- أهداف البحث.....
19	5- أهمية البحث.....
20	6- حدود البحث.....
20	7- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث
	الباب الأول : الأسس النظرية للبحث
	الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري
24	أ. مرض السكري
24	مقدمة
25	1- نبذة تاريخية حول مرض السكري.....
28	2- تعريف مرض السكري.....
29	3- أعراض مرض السكري
29	3-1. الأعراض الجسمية.....
30	3-2. الأعراض النفسية.....
34	4- التصنيفات المختلفة لمرض السكري.....
34	4-1. سكري النمط الأول.....
36	4-2. سكري النمط الثاني.....

38	.....3-4. التداخل بين النمطين
38	.....4-4. سكري الحمل
40	.....5- التتعيدات الناجمة عن مرض السكري
41	.....2-5. المضاعفات الحادة
41	.....2-5. المضاعفات المزمنة
44	.....6- تشخيص مرض السكري
46	.....7- علاج مرض السكري
46	.....1-7. العلاج الطبي
47	.....2-7. العلاج النفسي
50	.....  - سيكولوجية مرضى السكري
50	.....1- المعاش النفسي لمرضى السكري
53	.....- تأثير المرض على الأسرة
55	.....3- العوامل المؤثرة في التعامل مع الأسرة
58	.....4- التكيف السيكولوجي مع مرض السكري
66	.....5- دور الأخصائي النفسي في التكفل بمرضى السكري
	<b>الفصل الثاني: سمات الشخصية</b>
70	تمهيد
70	.....  - تعريف سمات الشخصية
70	.....1- تعريف الشخصية
72	.....2- مفهوم سمات الشخصية وأهم النظريات المفسرة لها
80	.....3- خصائص سمات الشخصية الجزائرية
87	.....4- سمات الشخصية والمرض الجسدي
90	.....   - متغيرات الشخصية المؤثرة في الصحة والمرض
90	.....1- مفهوم تقدير الذات
90	تمهيد
91	.....1-1. بعض تعاريف تقدير الذات
93	.....2-1. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات
99	.....3-1. المكونات الأساسية لتقدير الذات
100	.....4-1. مستويات تقدير الذات
104	.....5-1. النظريات المفسرة لتقدير الذات



104	..... النظريات الإنسانية 1.5-1
104	..... أولًا : نظرية جيمس
105	..... ثانيًا : نظرية روجرس
108	..... ثالثًا : نظرية روزنبرغ
108	..... 2.5-1.. مدرسة التحليل النفسي وتقدير الذات
110	..... 3.5-1 . المدرسة السلوكية
111	..... 4.5-1. المدرسة المعرفية وتفسير الذات
111	..... 6-1. مفهوم الذات والمرض المزمن
115	..... 2- مفهوم الصلابة النفسية
115	..... تمهيد
116	..... 1-2. بدايات البحث في الصلابة النفسية
118	..... 2-2. تعريف الصلابة النفسية
120	..... 3-2. مفاهيم ذات علاقة بالصلابة النفسية
123	..... 4-2. أبعاد الصلابة النفسية
125	..... 5-2. النظريات المفسرة للصلابة النفسية
125	..... 1.5-2. نظرية كوبازا والدراسات المنبثقة عنها
129	..... 2.5-2. نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا
130	..... 6-2. خصائص الصلابة النفسية
130	..... 1. 6-2. خصائص ذو الصلابة النفسية المرتفعة
131	..... 6-2. خصائص الصلابة النفسية المنخفضة
132	..... 7-2. أهمية الصلابة النفسية
135	..... خلاصة الفصل

### الفصل الثالث: مفهوم المساندة الاجتماعية

138	..... تمهيد
138	..... 1- لمحة تاريخية عن مفهوم المساندة الاجتماعية
140	..... 2- أهم تعريفات المساندة الاجتماعية
147	..... 3- مصادر المساندة الاجتماعية
149	..... 4- شروط المساندة الاجتماعية
149	..... 5- أنواع المساندة الاجتماعية
153	..... 6- أشكال المساندة الاجتماعية في حالة المرض المزمن ( مرض السكري )

155	.....أبعاد المساندة الاجتماعية.
156	.....النماذج والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية.
157	.....1-8. نموذج الأثر الواقي
158	.....2-8. نموذج الأثر الرئيسي
159	.....3-8. نموذج الارتباط
160	.....4-8. النموذج الشامل
160	.....5-8. نظرية الاحتياط الاجتماعي
161	.....9- المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية والصحة الجسدية.
162	.....10- فعالية المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي.
166	.....خلاصة الفصل

### الفصل الرابع : علم النفس الصحة و السلوك الصحي

168	.....تمهيد
168	.....1-مدخل إلى علم النفس الصحة.
168	.....1- مفهوم عام عن الصحة
170	.....2- النماذج والنظريات المفسرة للصحة والمرض
170	.....1-2. النماذج الكلاسيكية المفسرة للصحة والمرض
170	.....1.1-2. النموذج البيوطبي
170	.....2.1-2. النموذج الوبائي
171	.....3.1-2. النموذج السيكوسوماتي
172	.....2-2. النماذج الحديثة المفسرة للصحة والمرض
172	.....1.2-2. النموذج السلوكي
173	.....2.2-2. علم النفس الطبي
174	.....3.2-2. علم النفس الصحة
175	.....1- العوامل المساعدة على نشأة علم النفس الصحة
178	.....2- تعريف علم النفس الصحة
178	.....3- أهداف علم النفس الصحة
179	.....4- النموذج الحيوي-النفوس-اجتماعي في علم النفس الصحة
	.....  - السلوك الصحي والتناولات النظرية المفسرة له
183	.....تمهيد
183	.....1-تعريف السلوك الصحي

184	..... 2- مفاهيم ذات صلة بالسلوك الصحي
190	..... 3- المتغيرات المؤثرة في السلوك الصحي
193	..... 4- أنماط السلوك الصحي
195	..... 5- النماذج النظرية المفسرة للسلوك الصحي
195	..... 1-5. نموذج المعتقدات الصحية
199	..... 2-5. نظرية الضبط الصحي
201	..... 3-5. نظرية الفعل المعقول
201	..... 4-5. نموذج دافع الحفاظ على الصحة
202	..... 5-5. نموذج التربية الصحية
203	..... 6-5. نموذج مراحل التغيير
208	..... 7-5. نموذج التسيير الذاتي
212	..... 6- السلوكات الصحية المساندة للصحة
216	..... 7- أهمية السلوكات الصحية ودورها في الحفاظ على الصحة
221	..... خلاصة الفصل

### الفصل الخامس: الألم العضوي في الأمراض المزمنة

223	..... تمهيد
223	..... 1- لمحة تاريخية عن تطور الألم العضوي
225	..... - تعريف الألم
226	..... 3- مكونات الألم
228	..... 4- القواعد النفسية العصبية للألم
231	..... 5- تصنيف الألم
239	..... 6- النماذج النظرية المفسرة للألم
239	..... 1-6. الأفكار القديمة المتعلقة بالألم
240	..... 2-6. النموذج الحسي المفسر للألم
240	..... 3-6. النظريات النفسية المفسرة للألم
242	..... 1.3-6. افتراضات مدرسة التحليل النفسي
246	..... 2.3-6. نموذج الدافعية
247	..... 3.3-6. نظرية بوابة التحكم
248	..... 4.3-6. النظرية السلوكية
252	..... 5.3-6. النموذج المعرفي السلوكي

255	..... 6.3-6. النموذج البيولوجي النفسو- اجتماعي في تفسير الألم
256	..... 7- العوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالألم
262	..... 8- تشخيص وتقدير الألم
262	..... 1-8. المقابلة
263	..... 2-8. التقدير الكمي للألم وقياسه
267	..... 9- التكفل الطبي والنفسي بمرضى الألم
267	..... 1-9. التكفل الطبي بمرضى الألم
268	..... 2-9. العلاج النفسي للألم
272	..... 10- سمات الشخصية والام العضوي
273	..... خلاصة الفصل

### الباب الثاني: الأسس التطبيقية للبحث

#### الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث .

276	..... تمهيد
276	..... 1-منهج البحث
278	..... 2- التذكير بفرضيات البحث
278	..... 3- المجال الزمني والمكاني للبحث
279	..... 4- مجتمع البحث
280	..... 5-عينة البحث
280	..... 1-5. حجم العينة و خصائصها
289	..... 6- أدوات جمع البيانات
298	..... 1-6. سلم تقدير الذات
290	..... 1.1-6. الخصائص السيكومترية لسلم تقدير الذات
294	..... 2-6. مقياس الصلابة النفسية
295	..... 1.2-6. الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية
297	..... 3-6. مقياس المساندة الاجتماعية
299	..... 1.3-6.الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية
301	..... 4-6. مقياس السلوك الصحي
301	..... 1.4-6. وصف خطوات بناء مقياس السلوك الصحي
304	..... 2.4-6. إعطاء الأوزان لمقياس السلوك الصحي

305	.....3.4-6. الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي
307	.....5-6. استبيان الألم العضوي
309	.....1.5-6. الخصائص السيكومترية استبيان الألم العضوي
311	.....7- المقابلة العيادية نصف الموجهة
315	.....8- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية
316	.....9- برنامج التربية الصحية للكفالة النفسية بمرضى السكري
320	.....10- الأساليب الإحصائية
321	.....خلاصة الفصل

### الفصل السابع: عرض نتائج البحث

323	.....1- عرض نتائج الفرضية الأولى
324	.....2- عرض نتائج الفرضية الثانية
324	.....3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
325	.....4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
327	.....5- عرض نتائج الفرضية الخامسة
329	.....6- عرض نتائج الفرضية السادسة
333	.....7- عرض نتائج الفرضية السابعة
336	.....8- عرض نتائج الفرضية الثامنة
339	.....9- عرض نتائج الفرضية التاسعة
342	.....10- عرض نتائج الفرضية العاشرة
344	.....11- عرض نتائج الفرضية الحادية عشر (نتائج الدراسة العيادية
345	.....1-11- عرض النتائج الكمية للمقابلات
358	.....2-11- عرض النتائج الكمية للاختبارات النفسية

### الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

#### 1- مناقشة وتفسير نتائج البحث

366	.....1-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى
369	.....-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية
373	.....-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثالثة
380	.....-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الرابعة
383	.....-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الخامسة

384	.....	-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية السادسة
384	.....	-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية السابعة
386	.....	-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثامنة
391	.....	-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية التاسعة
393	.....	-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية العاشرة
394	.....	-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الحادية عشر ( نتائج الدراسة العيادية )
398	.....	<b>2- تقديم حالات نموذجية</b>
398	.....	<b>1- الحالة الأولى: حالة سلمى</b>
398	.....	1-1. ملخص المقابلات العيادية
402	.....	1-2. نتائج المقاييس النفسية
404	.....	1-3. نتائج برنامج التربية الصحية
406	.....	1-4. خلاصة الحالة
408	.....	<b>2- الحالة الثانية : حالة أحمد</b>
408	.....	1-2. ملخص المقابلات العيادية
412	.....	2-2. نتائج المقاييس النفسية
414	.....	2-3. نتائج برنامج التربية الصحية
417	.....	2-4. خلاصة الحالة
418	.....	الاستنتاج العام
	.....	خاتمة البحث
		قائمة المراجع
		قائمة الملاحق

## قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تصنيفات مرض السكري	39
02	التشخيص الفارقي لأنواع مرض السكري	45
03	السمات الممثلة للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب كوستا وماكري	79
04	مكونات تقدير الذات	98
05	التصنيف متعدد المحاور للألم	237
06	العوامل المؤثرة في بوابة التحكم	259
07	توزيع مرضى السكري حسب مجتمع البحث	279
08	توزيع عينة البحث حسب مكان إجراء الدراسة الأساسية	280
09	اختلاف أفراد عينة البحث من حيث الجنس	282
10	اختلاف أفراد عينة البحث العيادية من حيث الجنس	282
11	اختلاف أفراد عينة البحث حسب نوع السكري	283
12	اختلاف أفراد عينة البحث العيادية حسب نوع السكري	283
13	اختلاف أفراد عينة البحث حسب السن	284
14	اختلاف أفراد عينة البحث العيادية حسب السن	285
15	اختلاف أفراد عينة البحث حسب المستوى التعليمي	285
16	اختلاف أفراد عينة البحث العيادية حسب المستوى التعليمي	286
17	اختلاف أفراد عينة البحث حسب مدة المرض	287
18	اختلاف أفراد عينة البحث العيادية حسب مدة المرض	287
19	اختلاف أفراد عينة البحث حسب الوضعية الاجتماعية	288
20	اختلاف أفراد عينة البحث العيادية حسب الوضعية الاجتماعية	288
21	قيم معامل الثبات لسلم تقدير الذات بتطبيق معادلة ألفا كرومباخ	292
22	قيم معاملات الثبات لسلم تقدير الذات بتطبيق معادلة سبيرمان - براون	292
23	معامل ثبات التجزئة النصفية لسلم تقدير عن طريق معامل سبيرمان - براون	293
24	معامل ثبات التجزئة النصفية في مقياس الصلابة النفسية عن طريق معامل سبيرمان -	295

296	صدق التمييز لدرجات مقياس الصلابة النفسية بطريقة المقارنة الطرفية	25
299	ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ	26
300	قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية	27
300	صدق التمييز لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية	28
305	معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الصحي	29
305	قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس السلوك الصحي لمقياس السلوك الصحي	30
306	قيم معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس السلوك الصحي والدرجة الكلية	31
309	قيم معاملات ثبات استبيان الألم عن طريق التجزئة النصفية	32
310	معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات استبيان الألم والدرجة الكلية	33
323	العلاقة الارتباطية بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى مرضى السكري	35
324	نتائج العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري	36
325	نتائج العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري	37
326	نتائج توزيع نسبة الأفراد من مرضى السكري حسب مستويات الألم	38
327	نتائج الفروق في متغيرات البحث لدى مرضى السكري حسب الوضعية الاجتماعية	39
330	نتائج الفروق في متغيرات البحث لدى مرضى السكري حسب المستوى التعليمي	40
333	نتائج الفروق في متغيرات البحث لدى مرضى السكري حسب مدة المرض	41
337	نتائج الفروق في متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري حسب الجنس	42
339	نتائج الفروق في متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري حسب الفئة	43
342	نتائج الفروق بين سكري النوع الأول وسكري النوع الثاني	44
346	نوعية استجابة مرضى السكري للمرض	45
348	توزيع مرضى السكري وفقا لمعاش المرض	46
349	الحالة الصحية وشدة الألم لدى مرضى السكري	47
350	إدراك خطورة المرض لدى أفراد العينة الاكلينيكية من مرضى السكري	48
352	سمات الشخصية لدى مرضى السكري	49
353	درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري	50
353	الأفراد المتاحين لتقديم المساندة الاجتماعية لدى أفراد العينة من مرضى	51
355	الالتزام بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري	52



356	معاش مرضى السكري من افراد العينة نحو العلاج	53
357	مضاعفات المرض لدى مرضى السكري	54
358	معاش الألم العضوي لدى مرضى السكري من أفراد العينة الاكلينيكية	55
359	النظرة المستقبلية لمرضى السكري من أفراد العينة	56
360	استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على سلم تقدير الذات	57
361	استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على مقياس الصلابة النفسية	58
361	استجابات أفراد العينة من مرضى السكري وحسب أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم والتحدي)	59
362	استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على مقياس المساندة الاجتماعية	60
363	استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على مقياس السلوك الصحي	61
364	استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على استبيان الألم	62
403	نتائج المقاييس النفسية للحالة سلمى	63
313	يوضح نتائج المقاييس النفسية للحالة أحمد	64

## قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	رقم الشكل
97	المكونات الأساسية لتقدير الذات	01
128	التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية	02
130	نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا	03
181	النموذج الحيوي، النفسي، الاجتماعي حسب انجل	04
197	نموذج المعتقدات الصحية	05
198	نموذج القناعة الصحية	06
204	مراحل تطور نموذج التغيير	07
249	الاشتراط الايجابي للألم	08
255	النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم	09

### مقدمة:

تعتبر الرعاية الطبية من أهم قطاعات الخدمة الاجتماعية التي تعنتي بها المجتمعات لما لها من اثر مباشر في حماية أفراد المجتمع من خطر المرض وتوفير أسباب الراحة والصحة ونشر الخدمات الصحية كما تسعى لتحقيق خطط التنمية وبرامج إعادة التأهيل.

ومن بين الأمراض المزمنة التي تناولها الباحثون وشهدت انتشارا واسعا في السنوات الأخيرة مرض السكري الذي توضح الإحصائيات ارتفاع عدد المصابين به كل سنة، فقد أوضحت إحصائيات الاتحاد العالمي لجمعيات مرضى السكري عن إصابة 286 مليون شخص بالمرض من جميع أنحاء العالم من الأشخاص البالغين بين 20 و60 سنة أي ما يقارب 07 % من سكان العالم، كما أصبح يشكل 11.6 % من إجمالي نفقات الرعاية الصحية العالمية. وأضاف الإحصاء العالمي عن تجاوز الرقم 440 مليون مصاب بمرض السكري سنة 2030، إذ سيكون اغلب المرضى من الدول النامية حيث سيقدر عددهم ب 228 مليون مريض ( [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org) ).

ويعود هذا الارتفاع المحسوس في عدد حالات مرض السكري بالدرجة الأولى إلى التغيرات التي حصلت على مستوى نمط المعيشة التي عرفها الفرد وانتقاله من نمط معيشي تقليدي إلى نمط متحضر مما أدى بالأفراد إلى قلة الحركة وقلة إتباع السلوكات الصحية.

ويعد انتشار معدلات مرض السكري في دول شرق وجنوب البحر الأبيض المتوسط والشرق الأوسط من أعلى المعدلات في العالم بسبب التطور والنمو الاقتصادي السريع في هذه الدول مما أدى إلى تغييرات سلوكية أثرت على أسلوب الحياة من حيث خفض معدلات النشاط البدني وتغيير العادات الغذائية وزيادة عدد المدخنين بشكل كبير ( تغريد عبد الله، 2008: 08 ).

عرفت الجزائر أيضا ارتفاعا في عدد المصابين بالأمراض المزمنة ومنها مرض السكري الذي يحتل المرتبة الثانية من حيث إصابة الأفراد بعد مرض ضغط الدم ، فالجزائر تحصي ، حسب إحصائيات

## مقدمة البحث

الاتحاد الدولي للسكري، 1.6 مليون مصاب من النوع الثاني و1.2 مليون مصاب آخرين بالنوع الأول بمجموع 2,8 مليون مريض، وقفز عدد المصابين من مليون مريض سنة 1993 إلى العدد المذكور سالفا في 2011، وهي الأرقام التي تعكس فقط عدد المصّرّحين بإصابتهم .

وكشفت وزارة الصحة الجزائرية بالمقابل أن عدد المصابين بمرض السكري في الجزائر يتجاوز ذلك بكثير حيث أصبح يقارب 3,5 مليون مريض، أي ما يعادل 10% من مجموع الجزائريين ( دليل وزارة

### الصحة والسكان، 2011)

وإذا كان مرض السكري يتقل كاهل الرعاية الصحية فإنه أيضا له دلائل خاصة على الأفراد الذين يعانون منه، كما أن شخصية الفرد وخصائصها وسماتها كتقدير الذات والصلابة النفسية قد تعتبر من بين العوامل الأساسية للإصابة بالمرض والتخفيف من الشعور بالألم وكذا ارتباطها بالسلوك الصحي المتبع من طرف المريض.

وهكذا أصبحت العناية الصحية الحديثة المرتكزة على العامل النفسي والاجتماعي واقعا ملموسا وأضحى استخدام علم النفس في المجال الطبي أكثر انتشارا من سنة إلى أخرى ، كما أصبح الطبيب يهتم بمشاكل مرضاه النفسية لأنه يدرك مدى أهميتها في ظهور المرض ،بل أصبح هو الذي يطلب خدمات الأخصائي النفسي فيما يتعلق بتفسير بعض السلوكات التي تظهر لدى مرضاه كالتوتر والقلق والاكتئاب وعدم إتباع سلوكات صحية وتعليمات الطبيب.

وان كانت الإصابة بالمرض أو تخطيه ترتبط بشخصية الفرد فان للعوامل الاجتماعية وما يتلقاه الفرد من مساندة من طرف المحيطين به تساهم بشكل كبير في التكيف مع المرض، فالدعم الاجتماعي يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الصحة وعلى نظرة الفرد للمرض. وتعتبر الأسرة من أهم المصادر لهذا الدعم ، فهي تلعب دورا كبيرا في محاولة مساعدة المريض على التكيف مع مرضه ( blonna

2000) كما تتغير سلوكيات المرضى من حيث علاقاتهم وتوقعاتهم من أصدقائهم وأفراد أسرهم التي يأملون أن يحدث بها بعض التغيير (brannon et feist 2003).

يعتبر علم النفس الصحة تخصصا جديدا تطور من خلال دمج النظريات الكلاسيكية التي كان لها الفضل الكبير في تزويد المجال الاكلينيكي بمعلومات حول الصحة والمرض.

يشير علم النفس الصحة إلى مجموع المعارف الأساسية لعلم النفس المطبقة في ميدان الصحة والمرض، فهو يدرس العوامل النفسية الاجتماعية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض العضوية والتي يمكن أن تمهل أو تعجل ظهورها (Bruchon-Schweitzer,1994) ، فهو يهتم بالعوامل البيئية والاجتماعية والفروق الفردية كما يهتم بتحليل السياسة الصحية ونظام الرعاية الصحية، كما يعمل علم نفس الصحة على تطوير سياقات الوقاية وترقية سلوكيات الصحة والتكفل النفسي بالمرضى المزمنين.

حاولت دراسات عديدة في مجال علم نفس الصحة التعرف على الآثار السيكولوجية للإمراض العضوية كدراسة براذر (brather 1988)، دراسات شويتزر (Bruchon-Schweitzer,1994,2000)، دراسات تايلور (taylor,1994,2003) ودراسات موري-موس (morris-moss,2000) والتي خلصت كلها إلى أن للأمراض العضوية خصوصا المزمنة والخطيرة مثل أمراض السرطان،أمراض القلب، العجز الكلوي المزمن ومرض السكري انعكاسات سيكولوجية ومعرفية على المريض، وقد تشكل هذه الانعكاسات المعانات الأساسية للمرضى وتعمل على تفاقم المرض العضوي كما توصلت الدراسات بأن الحديث عن الأمراض العضوية المزمنة يقتضي بالضرورة الحديث عن المضاعفات النفسية،وأوصت بضرورة اعتماد قرارات الشفاء التي يتخذها الطبيب على التقدير والعلاج النفسي إلى جانب الفحوصات والعلاج الدوائي (دليلة زناد،2008: 04)

يقع البحث الحالي ضمن هذا النوع من الدراسات فهو يحاول البحث في العلاقات الإرتباطية بين سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية وكذا المساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي

## مقدمة البحث

ودراسة الجوانب السيكولوجية للمرض المزمن (مرض السكري)، كما يسعى إلى التعرف على دور المتغيرات السابقة في التخفيف من الألم العضوي الناتج عن المرض. وبذلك يحاول البحث الحالي تحقيق التكامل بين البحث الأكاديمي والممارسة العيادية ويحقق الفائدة النظرية للباحثين في المجال النفسي والفائدة العيادية لكل مريض يعاني من مرض السكري.

ينقسم البحث إلى جانبين حيث خصص الجانب الأول منه للدراسة النظرية حيث تم في الفصل التمهيدي تقديم البحث من حيث عرض لمشكلة البحث وتحديد تساؤلاته ثم صياغة الفرضيات، إلى جانب ذكر أهمية البحث وأهدافه وتحديد التعاريف الإجرائية لمتغيرات البحث.

واشتمل البحث كذلك على التناولات النظرية لمتغيرات البحث التي اشتملت على **الفصل الأول الخاص بمرض السكري** وسيكولوجية مرضى السكري من حيث تعريفه وأسبابه وأنواعه وانعكاساته على الفرد وطرق التكفل بالمريض، والمتغيرات المؤثرة للاستجابة للعلاج، ودور الأخصائي النفسي في التكفل بمرضى السكري. وخصص **الفصل الثاني** لسماات الشخصية حيث قسم إلى جزعين تطرقنا في الأول منه إلى مفهوم تقدير الذات من حيث تعريفه وأشكاله وأنواعه طرق وقياسه وأهم النظريات المفسرة له وتوضيح علاقة تقدير الذات بالصحة الجسدية للفرد، بينما خصص الجزء الثاني لمفهوم الصلابة النفسية حيث تم تعريف الصلابة النفسية وخصائصها وأهم النظريات المفسرة لها وأبعادها وأهميتها للصحة الجسدية .

وتناول **الفصل الثالث** بالدراسة مفهوم المساندة الاجتماعية وذلك بتحديد أهم تعريفاتها وأشكالها وأنواعها والتطرق لأهم النماذج المفسرة لها وأهميتها في مجال الصحة الجسدية وخاصة بالنسبة لمرضى السكري

## مقدمة البحث

بينما تناول **الفصل الرابع** الصحة والسلوك الصحي حيث تم التطرق فيه لمدخل لعلم النفس الصحة من حيث التناولات النظرية المفسرة للصحة والمرض ولأهمية علم النفس الصحة وبداياته وأهدافه ، كما تم التطرق لتعريف السلوك الصحي وأهدافه والنماذج المفسرة له و السلوكات الصحية المساندة للصحة.

وتناول **الفصل الخامس** مفهوم وسيكولوجية الألم العضوي في الأمراض المزمنة وذلك بتحديد مفهومه وأسبابه وأنواعه وتصنيفاته والنظريات المفسرة له.

وجاء الجانب التطبيقي لهذا البحث في ثلاث فصول، حيث خصص **الفصل السادس** للإجراءات المنهجية للدراسة الإحصائية والعيادية (المنهج، العينة، أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكميترية، الدراسة الاستطلاعية، إجراءات التطبيق والأساليب الإحصائية وبرنامج التربية الصحية للتكفل بمرضى السكري) ، في حين خصص **الفصل السابع** لعرض نتائج فرضيات البحث. وأخيرا خصص **الفصل الثامن** إلى تفسير النتائج المتوصل إليها ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة، وعرض نتائج الدراسة العيادية .

واحتوى البحث في الأخير على قائمة المراجع والملاحق الخاصة بقائمة الأساتذة المحكمين، واستمارة التحكيم وعلى المقاييس التي استخدمت في الدراسة.

## الفصل التمهيدي : تقديم البحث



### 1- عرض إشكالية البحث:

تمر المجتمعات في الآونة الأخيرة بتحولات وتغيرات كثيرة انعكست على الصحة بشقيها النفسي والجسدي، وتجعل الفرد معرضا لخطر تطور المرض . ومع التطور العلمي المذهل في الرعاية الصحية أصبحت الأمراض المتعلقة بنمط الحياة هي الأكثر انتشارا وبدأ العلماء بإجراء العديد من الدراسات حول الضغوط ودورها في الصحة والمرض .

ومن مخلفات هذه الضغوط- خصوصا إذا تعذر على الفرد تجاوزها وإيجاد حل ملائم لها - ظهور المرض الذي يعتبر موقفا مهددا لسلامة الكيان الإنساني نفسيا وجسديا بشكل يعيقه عن أداء الوظائف الحياتية ويهدد توافقه الشخصي والاجتماعي ( محمد بيومي، 1996: 95 ) ، بالإضافة إلى التشخيص والعلاج اللذان يشكلان تجربة صعبة ومؤلمة للمريض خاصة إذا كان المرض خطيرا أو مزمن كمرض السكري الذي أصبح يسمى بمرض العصر نظرا لكثرة انتشاره في السنوات الأخيرة.

ارتكز اهتمام الأطباء لعقود طويلة على العوامل البيولوجية المسببة للمرض في عملية التشخيص ، إذ ظلت هذه العوامل هي المفسرة للصحة والمرض لوقت طويل وهذا ما يعرف النموذج أحادي المنحى. لكن وبعد أن اتضح وجود عوامل أخرى نفسية واجتماعية قد تزيد من حدة المرض وطول فترة العلاج أو تخفف من أعراض المرض المؤلمة أصبح الأطباء يعتبرون التغيرات النفسية والاجتماعية تضيف تحديا جديدا يواجهه المريض ( gec,how et kimel,2005 ).

ومن هنا أخذت الحدود التي كانت العلوم الطبية تضعها حتى وقت قريب بين الأمراض الجسدية والنفسية تضمحل بسبب تزايد البحوث التي انطلقت من أن العقل والجسد لا بد أن يكونا مترابطين بشكل ما كما أن ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي أحدث وثبة كبيرة في مسار هذه الدراسات ووسع مجالات البحث استنادا إلى فكرة الوحدة العلمية للإنسان في الصحة والمرض ، وأن أي اختلال في جانب منها يؤدي إلى اختلال الجوانب الأخرى تبعا لذلك، وأصبحت العلاجات الطبية تعامل الجسد والعقل كوحدة واحدة (دليلة زناد، 2008: 54 عن Olmans et Enry,2004).

لقد قاد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي إلى فهم أكثر عمقا لجميع ما يتعرض له الإنسان من أمراض واضطرابات جسمية أو نفسية ووسع مجالات تشخيصها وعلاجها، كما أنه لفت الانتباه للتعقيد الإنساني والتباين بين الأفراد والجماعات والتركيز على أهمية الأحداث العقلية ونظم القيم الشخصية . هذا التناول الحديث الذي يعرف بعلم النفس الصحة يجمع في تفسيره للصحة والمرض بين العوامل البيولوجية النفسية والاجتماعية.

يهدف علم النفس الصحة حسب (Quintard و Bruchon-Schweitzer, 2001) إلى دعم الوقاية وتطوير السلوكات الصحية والتكفل بالأفراد المرضى، إلى جانب دراسة العوامل النفسية - الاجتماعية التي تلعب دورا في ظهور وتطور المرض والشفاء منه ، فهو يهتم بفهم العمليات النفسية-

الاجتماعية التي بإمكانها تفسير هذا التفاعل، كما يقدم فهما أفضل للعوامل النفسية و الاجتماعية التي تلعب دورا مرضيا (بداية و تطور الأمراض) أو وقائيا (الصحة ونوعية الحياة ، تناقص حدة الأمراض أو الشفاء منها). كما اقترح علم النفس الصحة تطبيقات أخرى تتعلق بتعزيز السلوكيات الصحية، الوقاية من الأمراض وتحسين الرعاية المقدمة للمرضى وعائلاتهم.

وقد ركز هذا النموذج على الأمراض العضوية لاسيما الخطيرة والمزمنة كالسرطانات وأمراض القلب والكلى والسكري والتهاب المفاصل التي أظهرت الدراسات المختلفة أنها سببا في 70% من حالات الوفيات في الدول المتقدمة كما أنها تثقل كاهل الحكومات في جميع الدول التي تنشر فيها ( James et al, 2002 )

خلصت دراسات عديدة ، ومن بينها دراسات ( humldeetal2006 )، (chishlim 2003) باور وزملاؤه (Pawer et al,2001)، كوخ ومولنار (Koch et Molner, 1974)، إلى أن للأمراض الخطيرة والمزمنة انعكاسات سيكولوجية واجتماعية خطيرة تتطلب العناية والاهتمام كما أنها تشكل المعانات الأساسية للمريض، فهذه الحالة تستوجب ضرورة الاهتمام بالمضاعفات السيكولوجية والاجتماعية للمرض المصاحب له. وتوصلت الدراسات كذلك إلى أن المرض المزمن يشكل ضغطا نفسيا شديدا على المريض يجعله مشوشا (حكيمة آيت حمودة، 2005: 12 )

ومن بين الأمراض المزمنة التي يحاول البحث الحالي التطرق لها مرض السكري الذي توضح الدراسات ارتفاع عدد المصابين به كل سنة ، فقد أوضحت إحصائيات الاتحاد العالمي لجمعيات مرضى السكري إصابة 286 مليون شخص بالمرض في جميع أنحاء العالم من الأشخاص البالغين بين 20 و60 سنة ، أي ما يقارب 7 % من سكان العالم. كما أصبح يشكل 11.6 % من إجمالي نفقات الرعاية الصحية العالمية، وأضاف الإحصاء العالمي عن تجاوز الرقم 440 مليون شخص مصاب عام 2030. يقف مرض السكري وراء ازدياد نسبة الوفيات بين الأفراد في العالم، حيث ذكرت الطبعة الثالثة لأطلس السكري الصادرة سنة (2006) أن عدد مرضى السكري في تزايد مستمر ومعظمهم من البلدان الفقيرة في مجال الصحة (Diabetes atlas,2006) ، وقد يعود هذا الارتفاع في نسب الوفيات بين الأفراد بسبب الإصابة بالسكري إلى مجموعة التعقيدات الصحية والمضاعفات ذات الخطورة التي يشكلها على صحة الأفراد المصابين به، حيث يصنف ضمن مجموعة الأسباب الرئيسية لفقدان البصر والإصابة بالعجز الكلوي، كما يعرض حياة 80% من المصابين للموت بسبب ارتباطه بالأمراض القلبية والوعائية . ( Bennett,2007 : 46 ) .

ويعتبر مرض السكري من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا في الجزائر حيث أصبح يقارب 3,5 مليون مريض مصاب أي ما يعادل 10 % من العدد الإجمالي لسكان الجزائر ، ويحتل المرتبة الثانية من حيث عدد الإصابات بعد ارتفاع ضغط الدم الشرياني، كما بينت وزارة الصحة والمعهد الوطني للصحة العمومية

إلى أن المرض في تزايد مستمر من حيث النسبة أو التكاليف ، فالجزائر ستصنف حسب دراسات المنظمة العالمية للصحة وترقياتها لعام 2025 ضمن الدول التي سوف يطؤها خطر كبير جراء مرض السكري ( وزارة الصحة،2011: 03) ، وتبقى النسبة الحقيقية للمصابين بالسكري في الجزائر مجهولة وغامضة لحد الآن بسبب عدم وجود إحصائيات دقيقة وشاملة عن المرض لكل سكان الجزائر .

وان كان مرض السكري يثقل كاهل الرعاية الصحية وله دلائل خاصة على الأفراد الذين يعانون منه فان شخصية الفرد وخصائصها يعتبر من العوامل الأساسية المساهمة في الإصابة بالمرض وإتباع نمط سلوك صحي للتخفيف من الشعور بالألم. مثل هذا التساؤل يفتح المجال إلى التساؤل عن وجود متغيرات نفسية واجتماعية قد تدعم قدرة الفرد على المواجهة الايجابية، إذ يشير وستون (weston) في هذا الصدد بأن بقاء الفرد في صحة جيدة أو إصابته بالمرض أمر يرتبط بتنظيم الشخصية واستعداداتها، فيمكن لدوافع الفرد أن تؤثر على شخصيته .

ويؤكد كين وسميث (Kine et Smith) أن الأحداث الحياتية لا تسمح بالنتبؤ بالاضطرابات التي يعاني منها الفرد لأنها لا ترتبط بحدث معين وإنما ترتبط بفرد ما، لذلك فهناك أشخاص يستجيبون للضغوط بإحساسات مزعجة وألم أو الإصابة بالمرض في حين أن هنالك الكثير منهم يجتازون عدة أزمات في حياتهم و يتمتعون بصحة جيدة.

ويذكر جردانو ( Gerando, 1975 ) أن شخصية الفرد وخصائصها تعتبر عاملا أساسيا و بسيطاً تخفف أو تزيد من الشعور بالألم أو الإصابة بالمرض ،فشخصية الفرد لها دور فعال في الاستجابة لمواقف مؤلمة .

غير أن فكرة دراسة سمات الشخصية أو الأنماط السلوكية القادرة على التنبؤ بالإصابة بالأمراض المزمنة لم يتعد حدود الأمراض القلبية الوعائية بالدرجة الأولى ثم الأمراض السرطانية بالدرجة الثانية، ولم يتناول بدرجة كبيرة أمراضا مزمنة أخرى كالربو أو السكري مثلا.

وبالنسبة لمرض السكري فان كل الدراسات التي أجريت بشأن العلاقة بينه وبين الشخصية لم تخرج عن كونها مجرد محاولات للكشف عن بعض المتغيرات أو الخصائص الشخصية المعزولة عن بعضها البعض والتي يتميز بها المصابين بالسكري غير تقدير الذات و الصلابة النفسية ومن بين هذه الدراسات دراسة لوتسمان وزملائه ( Lutsman et al,1991) حول العلاقة بين بعض ملامح الشخصية المزاجية والسكري ، والتي توصل فيها إلى وجود اختلاف في عملية مراقبة الأيض ( controle metabolique) بين ذوي الملامح الحادة من الشخصية ( مزاج انفعالي حاد وردود فعل قوية) وبين ذوي الملامح المعتدلة، ودراسة اورلنديني وزملائه ( Orlandini et al, 1997 ) التي توصلت إلى

وجود علاقة بين بعض الخصائص الشخصية كالانقباض الشديد وعدم القدرة على تحمل الاحباطات وبين المراقبة الضعيفة للأبيض أو الاستقلاب ( ف. الزهراء الزروق، 2008: 10).

أما في البيئة العربية فان المحاولتين الوحيدتين في هذا المجال فهما المحاولتان اللتان قامت بهما كل من ماري شاهين (1991) التي ركزت فيها على تجميع بعض الخصائص الشخصية لمرضى السكري انطلاقا من البحوث القليلة المتوفرة كسرعة الاستسلام والقابلية للإحباط واليأس والشعور بالكآبة والتبعية والتاريخ الطويل من التعب والإرهاق الجسدي والنفسي . أما المحاولة الثانية فكانت لف. الزروق ( 2008) التي توصلت من خلالها إلى أن المصابين بمرض السكري يتميزون بنمط سلوكي معرفي خاص يتشكل من مجموعة من المكونات والخصائص المتمثلة في أسلوب شخصي يتميز بالميل إلى إظهار الاستقلالية الذاتية والقدرة على الأداء وعدم الحاجة إلى مساعدة الآخرين، أسلوب انفعالي يتميز بالانفعالية السلبية المتمثلة في شدة الغضب والشعور بالكآبة ، أسلوب معرفي يقوم على تفاؤل غير واقعي ومركز تحكم خارجي وأسلوب اجتماعي علائقي يتصف بتقدير أنماط الاتصال الاجتماعي وبالحاجة إلى الآخرين المرغوبة الاجتماعية ، الحساسية لمتغيرات المحيط وعدم القدرة على تحملها ( الزروق، 2008: 174 ).

هذا وبين سمات الشخصية المؤثرة في الصحة الجسدية التي حظيت باهتمام الكثير من الباحثين سمة القلق ، الفعالية الذاتية وتقدير الذات والصلابة النفسية .

يشير العديد من علماء النفس ومن بينهم روجرس (Rogers) إلى أن التقدير الإيجابي للذات يعد شرطا ضروريا للصحة ، ويضيف لازروس ( Lazarus, 1984) في نفس السياق أن الذي يتمتع بصحة نفسية وجسدية يقدر نفسه تقدير إيجابيا. وأوضح والس ومارول (Wals et Marole, 1976) بأن التقدير المرتفع للذات يرتبط بالتوافق النفسي والصحي ، بالمقابل فان الفرد ذو التقدير المنخفض للذات يفقد الثقة بالنفس ويعتمد على الآخرين وتتنخفض مرونته ويقل نشاطه .

وتوصلت العديد من الدراسات إلى تأثيرات تقدير الذات على الصحة الجسدية، إلى ارتباط تقدير الذات بالسلوك الصحي الإيجابي وبالقدرة على التوقف على التدخين وإدمان الكحول والمخدرات والمتابعة في برامج الوقاية الصحية ، وبممارسة الرياضة وتحسن القدرات الجسدية (شهرزاد نوار، 2008: 20 عن abood 1993, herold et al, 1997 pervin,1993 ، Rodin et mcavay,1992, Sonstrom,Damarko et al 1994,MC ،Marsh et Sontroem, 1995 et conway Aulay 1994 , Shelly,1995 ,Boyd et Hrykayko,1997

وأشارت الدراسة التي قام بها كل من ركتور وروجرز (Rector et Rogers, 1997) إلى أن ارتفاع مستوى تقدير الذات يسهم في خفض معدلات ضربات القلب في مواقف التوتر، وبالتالي فإنه يمكن للأفراد من القيام باستجابات مناسبة وأمنة عند التعرض للضغوط النفسية.

وتوصلت دراسة مارتنيز (Martens, 2010) إلى أن تقدير الذات المرتفع لا يساعد فقط على إكساب الفرد الثقة بالذات والرضا عن الحياة بل يساهم باحتفاظ الفرد بصحة جسدية مناسبة ، وفي الحماية منأمراض القلب والسكري وأمراض المناعة، فتقدير الذات يرفع الإحساس بالمناعة ( www.techono-science.net?onglet=news et news = 8354 )

وتوصل لوتسمان (Lotsman) في نتائج بحثه إلى وجود علاقة ارتباطية بين السكري وبعض الملامح الحادة من الشخصية كالمزاج الانفعالي الحاد المتميز بشدة الغضب، كما توصل اورلنديني (Orlendinni et al) الى وجود علاقة ارتباطية بين مرض السكري وبعض الخصائص الانفعالية كعدم القدرة على تحمل الإحباط وعدم القدرة على التحكم في الغضب والشعور بالانقباض ، وهي كلها من ملامح تقدير الذات المنخفض.

لقد اثبت علم النفس الصحة أيضا أن لتقدير الذات أهمية كبيرة على الصحة الجسدية للأفراد، فقد أظهر (Ziller, 1983) أن هناك ارتباط بين تقدير الذات المنخفض والتكيف السلبي والضغط في ثبات الشخصية ، بينما يوجد ارتباط بين تقدير الذات المرتفع والتوافق الايجابي والثبات في السلوك ( حكيمة آيت حمودة، 2005: 16 ).

ومن بين سمات الشخصية المؤثرة في الصحة والمرض أيضا عامل الصلابة النفسية الذي حاز على اهتمام الباحثين في الدراسات النفسية التي ظهرت في السنوات الأخيرة والذي درس على نحو واسع في أعمال كوبازا (Kobasa) بهدف معرفة المتغيرات النفسية والاجتماعية التي تكمن وراء احتفاظ الأفراد بصحتهم النفسية والجسدية رغم تعرضهم للضغوط، وتوصلت كوبازا (Kobasa) إلى أن الصلابة النفسية هي مجموعة من الخصائص النفسية تشمل متغيرات الالتزام ووضوح الهدف والتحكم والتحدي التي من شأنها المحافظة على الصحة الجسدية للأفراد. ( زينت الوقفي، 2008: 36).

يشير مفهوم الصلابة النفسية إلى ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات والضغوط التي يتعرض لها ، حيث تعمل كمصد أو كواق ضد العواقب الجسدية السلبية لذلك أكد لوكنير (lockner 1998) أن الصلابة النفسية عامل مهم يجب التأكيد عليه في البحوث المستقبلية (Feldman, 1997 : 135).

وتوصلت مادي وكوبازا (madi et kobassa, 1985) إلى أن الصلابة النفسية تعدل من وطأة الأحداث على الفرد وتساعد على تبني أساليب مواجهة نشطة تنقله إلى حال أفضل ، كما تقود إلى

التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة وهذا من شأنه التقليل من الإصابة بالأمراض الجسدية أو الحماية من مضاعفاتها (حمادة وعبد اللطيف، 2002: 336-337)

وضمن التفاعل بين الصلابة النفسية وبعض المتغيرات بينت نتائج برنارد وآخرون **bernard et all** وميشيل ( **michelle 1999** ) إلى أن الصلابة النفسية ارتبطت بالتوافق الصحي ، فالصلابة النفسية تظهر كمنبئ أكثر قوة في علاج الأمراض الجسمية والنفسية وبذلك ضرورة دراستها كمتغير بارز في الشخصية والتأكيد عليه في البحوث حتى تتغير النظرة السائدة قديما للشخصية المرضية.

إذن توضح الدراسات التي تم عرضها أن لسمات الشخصية المتمثلة في التقدير الايجابي للذات والصلابة النفسية دور فعال إلى حد ما في إتباع الفرد للسلوك الصحي السليم الذي يسمح له بالمحافظة على صحته وحمايته من مضاعفات مرض السكري.

يعبر السلوك الصحي عن كل نشاط يقوم به الفرد لتنمية صحته كالغذاء الصحي والنشاط الرياضي والامتثال للتعليمات الطبية ومتابعة العلاج والابتعاد عن عوامل الخطر والسلوك الممرض (**taylor,2003**) فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها كالإيدز والسرطان وأمراض فقر الدم و الأمراض المعدية ومرض السكري ....، وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية ( سامر رضوان، 2008 : 09).

إن أهمية السلوك الصحي جعلت منه هدفا لنظريات كثيرة ولنماذج تفسيرية حاولت فهمه واكتشاف محدداته مثل نظرية المعرفة الاجتماعية والدافعية للحماية ونموذج المعتقدات الصحية . كما اتخذ البحث في السلوك الصحي ثلاث اتجاهات أو طرق حيث استخدمت الطريقة الأولى في البحث عن سوابق وأسباب المرض، الاضطراب والحالة الصحية، بينما حللت الطريقة الثانية السلوك الصحي كظاهرة في التدخلات المباشرة لإحداث تغييرات سلوكية في الحالة العامة للمريض ولترقية الصحة . وعمدت الطريقة الثالثة إلى تفسير السلوك الصحي على انه أساس الصحة الذاتي وانه ظاهرة شخصية اجتماعية تتلائم مع البحث العلمي الجيد ( **gauchman,1997 : 5-8**).

وان كانت الإصابة بالمرض أو تخطيه ترتبط بمتغيرات عديدة فان للعوامل الاجتماعية وما يتلقاه الفرد من مساندة من طرف المحيطين به تساعده بشكل كبير على التكيف مع المرض، فالدعم الاجتماعي يعتبر من أهم العوامل المؤثرة على الصحة ونظرة الفرد للمرض، وتعتبر الأسرة من أهم المصادر لهذا الدعم فالعائلة تلعب دورا كبيرا في محاولة مساعدة المريض على التكيف مع مرضه، كما تتغير سلوكيات

المرضى من حيث علاقاتهم وتوقعاتهم من أصدقائهم وأفراد أسرهم التي يأملون أن يحدث بها بعض التغيير (brannon et feist 2003).

حظي حديثاً مفهوم المساندة الاجتماعية باهتمام كبير من طرف الباحثين كونها تلعب دوراً هاماً في التخفيف من الضغوط والمعاناة التي يشعر بها المريض، فقد افترض كل من سارازون وسارازون (sarason et sarason 1980) أن مجرد إدراك الفرد أنه يستطيع اللجوء إلى شخص ما للمساعدة فإن هذا من شأنه أن يخفف من الضغوط الواقعة عليه (محمد قاسم عبد الله، 1995: 339). ويذكر سارازون وآخرون (sarason et all) أن المساندة الاجتماعية تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم و يعتقد أنهم في وسعهم الاعتناء به والوقوف بجانبه وقت الحاجة.

ويذهب لوبور (Lopore,1976) إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، وبتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة، الأصدقاء وزملاء العمل. خلص إذن التراث السيكلوجي إلى تحديد وظيفتين أساسيتين للمساندة الاجتماعية وهما الوظيفة الوقائية ضد التأثيرات السلبية للضغوط على الصحة النفسية والجسدية للفرد، والوظيفة العلاجية للمساندة الحقيقية التي يتلقاها الفرد حينما يقع تحت الضغط، فالعوامل النفسية/الاجتماعية تؤثر على مجرى المرض الجسدي (محمد بيومي خليل، 1996: 96).

وقد توصلت مختلف الدراسات إلى أنه كلما تطور المرض كلما شعر المريض بالتبعية لعائلته لذلك وجب مساعدته بتقديم العون والتشجيع والدعم الذي يحتاجه، فالعلاقات الاجتماعية والمساندة والدعم الذين يتلقاها يعتبران فاعلين في التكيف النفسي والتعايش مع المرض، فقد توصلت دراسة السيد (2005) إلى حاجة مريض السكري للمساندة بأنواعها ومصادرها المختلفة حتى يستطيع التكيف والتعايش مع مرضه ولكي ينظر للحياة بنظرة أكثر شمولاً تجعله يشعر بجودة الحياة.

كما توصلت دراسة فوزي شحاتة (2005) إلى وجود علاقة ارتباطية عكسية دالة بين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى مريض السكري (فوزي شحاتة، 2005، ص11).

وتوصلت دراسة البرايت وآخرون (Albrigt et al 2001) إلى أن سلوك الرعاية الذاتية يرتبط بالعمر ورضا المريض عن علاقته بطبيبه والكره الشخصي والسياق العائلي، كما ارتبط هذا الأخير

بالسلوك الصحي والحمية الغذائية والنشاط الرياضي والالتزام بالعلاج. وأكدت الباحثة على دور السياق الاجتماعي واشتراك العائلة في التكفل برعاية المريض المزمّن (albright,2001, 65)

وفي نفس السياق أظهر هاوس وآخرون ( hous et al ) بأن العلاقات الاجتماعية ودرجة الجوار والاندماج التي يشعر بها الفرد اتجاه الآخرين تمثل مؤشرات قوية للصحة، ويشير ستوب (1996 stob) أن السند الاجتماعي من المصادر الأساسية في مواجهة ضغوط الحياة ، فوجود أشخاص يمكن اللجوء إليهم والثوق بهم وقادرين على تقديم الدعم والمساعدة والاهتمام ذات أهمية بالغة للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية، وهي أيضا من المؤشرات المساعدة على إتباع الفرد للسلوك الصحي.

وأشارت دراسة (Jamison and Virts,1991) إلى أن ذوي الأمراض المزمنة الذين يتلقون الدعم الاجتماعي لديهم استراتيجيات تكيف فعالة نحو وضعهم المرضي، وهم أكثر فعالية في حياتهم، كما ان درجة إحساسهم بالضغط النفسي والإحباط أقل وبالتالي كان تناولهم للأدوية المسكنة أقل (تايلور، 2007: 465).

ويفسر (Cobb,1976) أن الروابط الاجتماعية والمساندة العاطفية تعمل على الحفاظ على الصحة والوقاية من المرض حسب درجة التوافق النفسي والاجتماعي للأفراد ، لذلك فالمريض في أمس الحاجة إلى من يقف بجانبه ويسانده حتى لا يشعر انه يواجه المرض لوحده .

إن المتغيرات التي سبق ذكرها والمتمثلة في تقدير الذات ،الصلابة النفسية ،المساندة الاجتماعية و السلوك الصحي كلها أعطت عمقا واضحا لبحوث علم النفس الصحة التي تناولت علاقة السلوك بالصحة، فهي متغيرات قد تساعد في تحسين الحالة الصحية للمريض والتخفيف من الآلام الحادة أو المزمنة التي قد يشعر بها المريض .

يعتبر الألم من الخبرات المبكرة التي يعيشها الإنسان منذ لحظات حياته الأولى وهو من أكثر الظواهر التي يكتنفها الغموض ، فهو يؤدي وظيفة مهمة تمثل في دور جهاز الإنذار الذي يوقف الإنسان عن الاستمرار في العمل الضار، كما أن الألم في الأساس خبرة سيكولوجية (حسية، انفعالية) مزعجة تعتمد على درجة الإحساس به وبما يسببه من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره . وبالرغم من التقدم الهائل في علم الأمراض ووظائف الأعضاء والكيمياء الحيوية ، إلا أن الألم العضوي وبالأخص المزمّن منه يظل مشكلة من المشكلات الهامة التي يعيشها الأفراد (أحمد حسنين ، 2011: 12).

وإذا كان الألم من بين المشكلات المواجهة في الطب كونه يصعب التكفل به نظرا لرد فعل الفرد المتعدد للعوامل التي تؤثر فيه كالسن والمستوى الثقافي فان معاناة الألم تؤثر في جميع الجوانب الحياتية للمريض وخاصة عند استمرار ظهوره خلال فترات طويلة كعرض مزمّن، حيث لا يتمكن المريض من



القيام بالنشاطات اليومية ويواجه صعوبات عديدة مما يؤدي إلى تفاقم المشاكل المتعلقة بالنوم والعمل والمشاكل النفسية والذهنية (03 : saravane, 2008) .

ولقد توصلت بعض الدراسات ومنها دراسات ( koening 1998, albright 2001, hauchbaum 2001، رضوان 2001، الكندري 2003)، إلى أن غالبية المرضى المصابين بالأمراض المزمنة ومن بينها مرض السكري والذين يتعرضون لألم مستمر ومتكرر لا يتبعون سلوكا صحيا مناسباً، كما أن العلاقات الاجتماعية وقيم الفرد تلعب دورا كبيرا في توجيه السلوك الصحي لدى المريض المزمّن، ومن أهم أسبابه عدم امتثال الفرد للتعليمات الطبية وقيامه بسلوكات تتعارض ووضعه الصحي بل تزيد من خطورة المرض واحتمالات المضاعفات الخطيرة .

وأجرت منظمة الصحة العالمية (OMS 1999) دراسة شملت 5447 فردا من 15 مركزا من مختلف أنحاء العالم ( آسيا- إفريقيا- أوروبا وأمريكا) لفحص العلاقة بين الألم والصحة الجسدية والنفسية وتوصلت الدراسة إلى أن شدة الألم وقدرة التحكم فيه ترجع إلى درجة القلق التي يعيشها الفرد وبمدى تكيفه مع وضعه الصحي (أحمد حسانين، 2011: 211) . كما توصل كل من (Turner, 1991) و ( Zautra et Manne,1991 ) أن المرضى المصابين بالأمراض المزمنة ومنها مرض السكري الذين يعانون من الآلام يقومون باستخدام استراتيجيات سلبية للتكيف كالإنكار أو التركيز على الألم أو تحويل الانتباه كما يعانون من درجات أعلى من ضعف الكفاءة الجسمية والنفسية .

من خلال ما تم عرضه يمكن القول أن البحث في مجال خصائص الشخصية أو المساندة الاجتماعية يهدف بالدرجة الأولى إلى توضيح العلاقة بينها وبين السلوكات اليومية الصحية المتبعة من طرف المريض والتي قد تشكل عامل حماية من تعقيدات المرض والحفاظ على الصحة، كما يمكن أيضا أن تساهم في إيجاد طرق فعالة من شأنها التخفيف من آلام المريض ومعاناته ، وهو نفس الهدف الذي تقوم عليه فكرة البحث الحالي من خلال محاولة التعرف عن العلاقة بين سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري وانعكاس ذلك على التخفيف من الألم العضوي ، وبذلك يصبح أكثر قدرة على المواجهة الفعالة للمرض وأقل استهلاكاً للأدوية المخففة الآلام. كما أن التحكم في مثل هذه المتغيرات يسمح بالحفاظ على الوظائف النفسية والجسدية، من خلال اقتراح بعض الإجراءات الوقائية المرتبطة بالتوظيف الفعال لبعض سمات الشخصية وطرق المساندة الاجتماعية التي تساعد على تحقيق التكيف في أفضل صورة .

وانطلاقاً من كل ما سبق ذكره جاءت دراسة البحث الحالي لتحاول التعرف عن العلاقة الإرتباطية بين سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي، ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري.

2- تحديد تساؤلات البحث : حددت إشكالية البحث من خلال التساؤلات التالية:

- 1- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري؟
- 2- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري؟
- 3- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري؟
- 4- ما هي نسبة معاناة مرضى السكري من شدة أعراض الألم من خلال استجاباتهم على فقرات سلم الألم المستخدم في البحث؟
- 5- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " و المساندة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الوضعية الاجتماعية؟
- 6- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " و المساندة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف المستوى التعليمي؟
- 7- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " و المساندة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف مدة المرض؟
- 8- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " و المساندة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الجنس؟
- 9- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " و المساندة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الفئة العمرية؟
- 10- هل توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " و المساندة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف نوع مرض السكري؟
- 11- ما مستوى المعاش النفسي لدى أفراد العينة الاكلينيكية من مرضى السكري؟  
وللإجابة على هذه التساؤلات صيغت الفرضيات التالية :

### 3- فرضيات البحث:

- 1- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين سمات الشخصية " تقدير الذات ،الصلابة النفسية " لدى المرضى المصابين بمرض السكري .
- 2- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري.
- 3- نتوقع أن ترتفع نسبة الأفراد (مرضى السكري ) الذين يعانون من شدة أعراض الألم من خلال استجاباتهم على فقرات سلم الألم المستخدم في البحث.

- 4- نتوقع وجود علاقة ارتباطية دالة بين السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى المصابين بمرض السكري.
  - 5- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " و المساعدة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الوضعية الاجتماعية.
  - 6- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساعدة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف المستوى التعليمي.
  - 7- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساعدة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف مدة المرض.
  - 8- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساعدة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الجنس.
  - 9- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساعدة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الفئة العمرية.
  - 10- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساعدة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف نوع مرض السكري.
  - 11- يعاني مرضى السكري من معاش صعب وصعوبة في تقبل المرض.
- 4- أهداف البحث:**

- يقوم هذا البحث على مجموعة من الأهداف المتمثلة في :
- \* الكشف عن العلاقة الإرتباطية بين سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات ،الصلابة النفسية و السلوك الصحي المتبع لدى المرضى المصابين بمرض السكري.
  - \* الكشف عن العلاقة الإرتباطية بين المساعدة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري.
  - \* الكشف عن العلاقة الإرتباطية بين الألم العضوي لدى مرضى السكري.
  - \* فحص الفروق في سمات الشخصية و المساعدة الاجتماعية لدى المرضى المصابين بمرض السكري حسب الوضعية الاجتماعية ،المستوى التعليمي، مدة المرض ،الجنس ،الفئة العمرية، نوع مرض السكري
  - \* فحص الفروق في السلوك الصحي والألم العضوي لدى المرضى المصابين بمرض السكري حسب الوضعية الاجتماعية ،المستوى التعليمي، مدة المرض ،الجنس ،الفئة العمرية، نوع مرض السكري
  - \* البحث عن تأثير كل من سمات الشخصية ( تقدير الذات و الصلابة النفسية)، المساعدة الاجتماعية والسلوك الصحي في التخفيف في الألم العضوي لدى مرضى السكري.
- 4- أهمية البحث:**

## الفصل التمهيدي: تقديم البحث

تتلخص أهمية البحث في النقاط التالية :

**أولاً:** أن الموضوع يدخل ضمن البحوث في علم النفس الصحي الذي يهتم بالتشخيص والبحث عن اضطرابات الصحة بهدف الوقاية من تعقيدات المرض وتشجيع الأفراد على إتباع السلوك الصحي والبحث عن مصادر تنمية الصحة و تحقيق السعادة للأفراد والمجتمعات، وذلك باقتراح برامج تفيد في تعديل المعتقدات وتفسيرات الأفراد للأحداث التي تواجههم والمحافظة على الصحة الجسدية.

**ثانياً :** يتناول هذا البحث مرضاً مزمناً متزايد الانتشار في المجتمع الجزائري يهدد مختلف الفئات العمرية ويشكل عبئاً صحياً واجتماعياً واقتصادياً من خلال تعقد المضاعفات التي يطرحها على المستوى الجسدي، والتداعيات التي يفرزها على المستويين النفسي والاجتماعي. بالإضافة إلى التكاليف المادية التي يتطلبها التكفل بالمصابين به.

**ثالثاً :** تدرج أهمية هذا البحث من خلال الأهمية التي يحتلها علم النفس الصحة كاتجاه عام في تناوله للعلاقة بين السلوك والصحة من خلال بعض المصطلحات الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي، إذا يحاول البحث أن يسلط الضوء على السلوك الصحي المتبع من طرف مرضى السكري لإبراز خصوصيته ومدى تأثيره بعوامل الشخصية وسماتها والمساندة الاجتماعية.

**رابعاً:** يحاول البحث التركيز على الجوانب الإيجابية في الشخصية مقارنة بالدراسات والممارسات العيادية على المدى الطويل والتي ركزت على الجوانب المرضية في الشخصية، وهو ما أكده ميشيل (Michelle, 1999) حيث أشار إلى ضرورة دراسة الصلابة النفسية كمتغير بارز والتأكيد عليه في بحوث الشخصية حتى تتغير النظرة إلى الشخصية المرضية والتي بقيت مسيطرة على الفكر النفسي المرضي مدة طويلة.

**خامساً :** تكمن أهمية البحث التطبيقية أيضاً في محاولته لاقتراح أداة مناسبة لقياس السلوك الصحي لدى مرضى السكري يمكن الاستفادة منها في مجال العمل الاكلينيكي.

### 5- حدود البحث:

#### 5-1. الحدود البشرية:

أجري البحث على عينة مكونة من 205 فرداً مصاباً بمرض السكري من البالغين يتراوح سنهم بين 20 و55 سنة، ويختلفون حسب الجنس والوضعية الاجتماعية والمستوى التعليمي ومدة المرض.

#### 5-2. الحدود المكانية :

أجري البحث بولاية ورقلة ، بالمؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف (مصلحة الطب الداخلي و وحدة بيت السكري) وبعض العيادات المتعددة الخدمات ببعض دوائر الولاية.

#### 5-3. الحدود الزمنية :

أجري البحث من الفترة الممتدة من جانفي 2012 إلى ديسمبر 2013 ، خلال الموسم الجامعي 2013/2012

### 6- التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث :

#### 6-1. تقدير الذات:

يعرف روزبيرغ **Rosenberg** تقدير الذات بأنه مجموع المفاهيم والأفكار التي يحملها الفرد حول نفسه، أي النظرة السلبية أو الإيجابية التي يحملها الفرد اتجاه ذاته ( شهرزاد نوار، 2008: 21 ) ويعرف تقدير الذات إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في سلم روزنبورغ (**Rosenberg, 1965**) لتقدير الذات.

#### 6-2. الصلابة النفسية:

عرفت كوبازا **Kobasa** مفهوم الصلابة النفسية على أنه مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية (زينب الوقفي، 2008 : ) ، وتعرف الصلابة النفسية إجرائيا بأنها الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2002).

#### 6-3. المساندة الاجتماعية:

تعتبر المساندة الاجتماعية عن الدعم الذي يتلقاه الفرد من المحيط والمتمثل في المساندة الانفعالية، المساندة الموجهة بغرض التقدير، المساعدة المادية والمساندة الإعلامية وتعرف المساندة الاجتماعية في البحث إجرائيا بأنها الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في مقياس المساندة الاجتماعية لسارازون (**Sarason, 1983**).

#### 6-4. السلوك الصحي:

يعرف تايلور (**Taylor, 2003**) السلوك الصحي بأنه السلوك الذي يقوم به الأفراد للحفاظ على صحتهم وتنميتها ، كما يعرف فيربر (**Ferber, 1979**) السلوك الصحي على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية (**Ferber, 1979, 10**)

والسلوك الصحي في البحث هو الالتزام الذي يفترض ان يتبعه مريض السكري لتجنب مضاعفات المرض كالالتزام بالعلاج وإتباع التعليمات الطبية وإجراءات السلوك الوقائي. ويعرف السلوك الصحي إجرائيا بأنه الدرجة التي يتحصل عليها الفرد في استبيان السلوك الصحي المعد من طرف الباحثة لهذا الغرض.

#### 6-5. مرض السكري :

يعرف كانونر مرض السكري بأنه اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم بسبب النقص الكلي أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب (حمدي الحجار، 1990، ص 22).

**\*التعريف السيكولوجي لمرض السكري:**

ورد في الدليل التشخيصي الرابع أن مرض السكري هو احد الاضطرابات الجسمية الحقيقية التي تساهم العوامل السيكولوجية بدور هام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد

(DSM III- R, 1987 : 12)

## الباب الأول : الأسس النظرية للبحث

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

تمهيد

### I. مرض السكري

- 1- نبذة تاريخية عن مرض السكري
- 2- تعريف مرض السكري
- 3- اعراض مرض السكري
- 4- تصنيفات مرض السكري
- 5- التعقيدات الناتجة عن مرض السكري
- 6- تشخيص مرض السكري
- 7- علاج مرض السكري

### II. سيكولوجية مرضى السكري

- 1- المعاش النفسي لمرضى السكري
- 2- تأثير المرض على الاسرة
- 3- العوامل المؤثرة في التعامل مع المرض المزمن
- 4- التكيف السيكولوجي مع المرض
- 5- دور الأخصائي النفسي في التكفل بمرضى السكري

خلاصة الفصل



### 1. مرض السكري :

#### مقدمة :

إن من أهم المتغيرات الفاعلة في التأثير على الأمراض المزمنة الوضع الاجتماعي والاقتصادي والبناء الاسري ونمط الغذاء والسكن والمهنة والسلوك الصحي والجنسي، بالإضافة الى الضغوط الاجتماعية والصحة النفسية (الكندري 2003)، وذكرت منظمة الصحة العالمية (oms, 2005) أن 80% من حالات مرض شرايين القلب و90% من حالات النوع الثاني من السكري و33% من حالات السرطان يمكن تحسينها اعتمادا على الحمية الصحية وممارسة النشاط الرياضي والامتناع عن التدخين وتعاطي الكحول والمخدرات (شيلي تايلور، 2008: 760).

ومن اهم الأمراض المزمنة - التي سنتطرق لها بالدراسة في هذا الفصل - مرض السكري التي تدل الاحصاءات العالمية ارتفاع نسبة انتشاره، إذ يحتل المرض المرتبة الثالثة من بين الأمراض المزمنة في العالم ويعتبر أحد الأمراض الرئيسية المسببة للوفاة، فمن بين 157 مليون شخص مصاب تبقى 5.4 مليون حالة غير مشخصة. ويتسبب السكري سنويا ب28 ألف حالة فشل كلوي و24 ألف حالة فقدان بصر و56 حالة بتر أطراف، كما يساهم في 77 ألف حالة وفاة من الوفيات الناجمة عن أمراض القلب كل سنة .

وتوصلت الاحصائيات العالمية أن 07 % من السكان البالغين في العالم يعانون من مرض السكري في الوقت الحالي حيث تحتل منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ثاني أعلى معدلات الانتشار بنسبة 9.3 % ([www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org)).

وتدل الاحصائيات الأمريكية أن هناك نسبة عالية لاحتمالات الوفاة من جراء الإصابة بمرض السكري بين النساء الأمريكيات من أصول إسبانية وإفريقية ومن السكان الأصليين لأمريكا، هذه الفئات في حاجة الى المزيد من الرعاية الصحية والحماية من خطر مضاعفات مرض السكري وفي حاجة الى نشر الوعي الصحي والسلوكي بينهم (آمال عبد السميع، 2007: 149).

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

ويعتبر مرض السكري من أهم الأمراض المزمنة في الجزائر كما بينته وزارة الصحة والمعهد

الوطني للصحة العمومية من حيث النسبة أو التكاليف حيث يحتل المرتبة الثانية من حيث عدد الإصابات بعد ارتفاع ضغط الدم الشرياني، مع الإشارة إلى أن المرض في تزايد مستمر ( دليل وزارة الصحة والسكان، 2011).

وتسجل الجزائر - حسب إحصائيات الاتحاد الدولي للسكري - 1.6 مليون مصاب من النوع الثاني و1.2 مليون مصاب بالنوع الأول أي بمجموع 2,8 مليون مريض سنة 2011 بعد ان كان عدد المصابين بالمرض مليون مريض سنة 1993 وهي الأرقام التي تعكس فقط عدد المصّرّحين بإصابتهم . وفي المقابل كشفت وزارة الصحة الجزائرية أن عدد المصابين بمرض السكري في الجزائر أصبح يقارب 3,5 مليون مريض أي ما يعادل 10 بالمائة من مجموع الجزائريين (وزارة الصحة والسكان، 2011: 3).

### 1-نبذة تاريخية حول مرض السكري:

شغل مرض السكري اهتمام العلماء القدامى، فقد كان شائعا منذ قديم الزمان وسمي البول (urines) لأن العلماء اكتشفوا بأن بول المريض له طعم حلو المذاق وأضيفت هذه الصفة الى التسمية الأولى وأصبح إسمه الحقيقي البول السكري (diabete mellitus) وهي تسمية لاتينية تعني حلو كالعسل ( أمين رويحة، 1973: 11).

يرجع أصل مرض السكري الى 1550 سنة قبل للميلاد حيث إلتمست أعراضه من طرف هاربيس (herbes) الذي اشترى ورقة البردي في تبس اليونانية واحتوت على صفاة مرض تميز بالطرح المتزايد للبول، ووصفه الطبيب الهندي ششرونا ( sechrona 500 سنة ق.م) بأنه افراز البول المعسل مع أعراض الضمأ والتنفس الكريه والشهية النهمه والاعياء ( حامد الهرساني، 1965: 04).

وتوصل الصينيون الى تشخيص المرض بواسطة تذوق بول المريض لمعرفة ما اذا كان يحتوي على سكر يجعل طعمه حلو المذاق أم لا، وقد وصفت أعراضه أيضا في عدة مراجع فارسية ويونانية

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

على لسان العديد من العلماء القدامى ( محمد رفعت، 1974 : 04).

وفي عام 1000 سنة ميلادية لاحظ بن سينا المداق الحلو لمرضى السكري، كما اكتشف علاقته بالضعف الجنسي (*Impuissance sexuelle*) والغرغرينا (*gangrene*)

(سليمة حربوش، 2008 : 75 )

وتوالى بعدها البحث عن حقيقة المرض والاكتشاف الأوسع عن أعراضه وأسبابه، ففي القرن السابع عشر أكتشف ويلس (*Thomas wills*) الطعم الحلو في بول الفرد المصاب وتوصل الى أن العرض ليس حتماً ليتمكن من اعطاء تصنيف مبدئي لمرض السكري وذكر سكري ذو ارتفاع نسبة السكر (*diabete sucré*) وسكري ذو انخفاض نسبة السكر (*hypoglycemie*) .

ويرجع الفضل في بداية القرن الثامن عشر الى كاولي (*Kaoly,1788*) في زيادة فهم حقيقة المرض وذلك باكتشافه لدور البنكرياس في الاصابة بالمرض، حيث نشر ما توصل اليه من أبحاث في جريدة لندن الطبية (*London medcal journal*) بعد ان أجرى تشريحا لفرد مصاب بالسكري وتوصل من خلاله الى وجود عجز واضح في عمل البنكرياس، ودفعه ذلك للربط بين عجز البنكرياس والاصابة بالمرض.

واعتمادا على ابحاث كاولي توصل رولو (*rollo,1795*) الى أولى النظريات المفسرة لمرض السكري والتي مفادها ان السكر المتزايد في البول ينتج عن تحورات غير عادية للغلوسيدات الغذائية من طرف المعدة ( *11 : laour,2006*). واتضحت أهمية البنكرياس في الاصابة بالمرض كذلك من خلال اعمال مينكووسكي (*minkowsky,1889*) الذي توصل الى أن الاستئصال الكامل للبنكرياس يكون سببا في الاصابة المميتة بالسكري، وأنه اذا استؤصل سبعة اثمان (  $7/8$  ) الغدة البنكرياسية فان نسبة السكر ترتفع ارتفاعا بسيطا، وتكتملة لتجارب *minkowsky* توصل لانجرهانس بعده (*langerhens, 1893*) الى اكتشاف الخلايا الأنسولينية الموجودة بالبنكرياس والتي سميت فيما بعد باسمه "جزر لانجرهانس" (سليمة حربوش، 2009 : 75 عن *bloom et all, 1981, p* 09) ، وبفضل هذا الاكتشاف انطلق البحث الفعلي لعلاج مرض السكري.

### • اكتشاف أصناف السكري واكتشاف الأنسولين:

بدأت في بداية القرن العشرين تتضح الميكانيزمات والآليات التي تقود الى معرفة مختلف أنماط وأصناف مرض السكري وكانت أولى الخطوات ما قام به بارسون و يلوو ( Barson et yellow ) اللذان توصلا الى امكانية اجراء طريقة الأشعة المناعية، ويرجع الفضل لونسيرو (Wonsiro) في التمييز بين صنفين هامين من مرض السكري أي بين السكري المتعلق بالانسولين أو النمط الأول وبين السكري غير المتعلق بالانسولين أو النمط الثاني تبعا للتصنيف الحالي، لكن العجز الذي واجه الأطباء والباحثين دوما هو ايجاد طرق فعالة لمعالجة المرضى فكان العلاج يقتصر على الحماية الغذائية الصارمة، مما دفع الباحثين الى تكثيف الجهود من أجل ايجاد حلول تمكن من معالجة المرضى، الى ان توصل بوليكسو (paulexo, 1921) الى التعرف على هرمون تفرزه الغدة البنكرياسية مخفض لنسبة السكر للدم سماه **pancreine**، وتوصل في نفس السنة باست وبانتين ( banting et best, 1921) الى اكتشاف هرمون تفرزه غدة البنكرياس طبيعته انقاص نسبة السكر في الدم واعطياه تسمية **أنسولين (insulline)** وهي التسمية التي بقيت تستخدم الى حد الان ( : Laouar, 2006 )، كما توصل كوليب (collip 1922) الى استخلاص وتنقية الأنسولين من مستخلصات بنكرياسية واجرى بذلك اول علاج عن طريق الانسولين ( حامد الهرساني، 1965 : 1888 ) .

يعتبر اذن اكتشاف الانسولين من الانتصارات الكبيرة لمساعدة المرضى ذوي نمط السكري الاول، أما بالنسبة للنمط الثاني فقد استوجب بحثا مكثفة أفضت الى اكتشاف أدوية تؤخذ عن طريق الفم. وتوصل جونبون (Jambon, 1942) الى أن بعض السولفاميدات المضادة للبكتيريا (Sulfamides Antibacteriennes) مخفضة لنسبة السكر في الدم. كما توصل ( Loubatiers 1942-1944 ) الى انتاج أول سولفاميدات مضادة للسكري ( سليمة حربوش، 2008 : 76).

ورغم الانجازات التي توصل اليها الانسان في المحافظة على حياة المرضى وتوفير الأمن الصحي لهم، الا أن البحوث مازالت متواصلة بهدف بلوغ أعلى مستويات الوقاية والعلاج.

### 2- تعريف مرض السكري:

يعتبر مرض السكري من الأمراض التي تتطلب المراجعة الجدية والمستمرة واتباع التعليمات الطبية فهو من الاضطرابات الأيضية التي ترتبط اما بخلل في افراز الأنسولين أو بمقاومته على مستوى أنسجة الخلايا، مما يؤدي الى تراكم مادة الغلوكوز.

ويعاني المصابون بالسكري من مشاكل تحويل الغلوكوز الى طاقة مما يؤدي الى توفر كميات زائدة منه في الدم بينما تبقى الخلايا متعطشة للطاقة ومع مرور الوقت تظهر اعتلالات ومضاعفات في الأعصاب والأوعية الدموية (jonson,peterson ,1981 : 347)

تعتبر كلمة سكري **diabete** كلمة يونانية تعني الانتقال عبر **passer a travers** أي أن الكلية لا تقوم بتصفية المواد التي تمر عبرها ( pacaud, 1995 : 11 ) .

وتعرف منظمة الصحة العالمية (OMS) مرض السكري بأنه حالات الافراط السكري ويعني ذلك زيادة معدل الغلوكوز في الدم ( سليمة حربوش،2011: 78).

وحسب القاموس الطبي الفرنسي فان مرض السكري هو وصف لأمراض تتميز بأعراض مشتركة أهمها التبول الشديد المرتبط عادة بارتفاع نسبة السكر في الدم، وتدرج ضمن هذه الأعراض المختلفة المسميات المتعددة لأنواع مرض السكري ( Larousse,1991 :254)

ويعرف ستيرن ( Stearn ) السكري بأنه مصطلح توصف به مجموعة من الأمراض المميزة التي تكون لها اضطرابات أيضية موحدة من أصل وراثي أو هرموني،وتتحدد طبيعة هذه الأمراض من خلال الوصف الذي يلي كلمة السكري ( garnier et delamare,2003 : 226 )

ويعتبر مرض السكري حسب تايلور ( taylor, 1986 ) من أمراض جهاز الغدد الذي يحدث بسبب عجز جسم الانسان عن افراز الأنسولين واستخدامه بالشكل المناسب، فهو حالة عجز مزمن في

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

العمليات الأيضية والناجم عن افراز كميات غير كافية من الأنسولين أو عدم استخدامه بصورة صحيحة (شيلي تايلور ، 2007: 760).

تشير التعريفات إذن إلى أن مرض السكري اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات وبناءها يتميز بارتفاع أو انخفاض شاذ في تركيز السكر في الدم ناتج عن نقص الأنسولين، أو انخفاض حساسية الأنسجة له أو كلا الحالتين مما يسبب مجموعة من الأعراض .

**3- أعراض مرض السكري:** تنقسم أعراض مرض السكري بين الأعراض الجسمية والأعراض النفسية.

### 3-1. الأعراض الجسمية :

يتولد المرض غالباً ببطء دون أن يشعر المصاب بأية أعراض بارزة، وتختلف العلامات المميزة للمرض من حيث ظهورها فهي إما أن تكون حادة وتحدث خلال أيام أو أقل حدة وتحدث خلال أسابيع أو بداية متدرجة وتحدث خلال عدة اشهر أو حتى عدة سنوات.

وتحدث البداية الحادة في كثير من حالات النمط الأول ( Type I ) تقريباً وفي قليل من حالات النمط الثاني ( Type II ) خاصة في الحالات المسبوقة بإنفعال حاد، والبداية الحادة في هذه الحالات قد تكون بظهور العطش الشديد وكثرة التبول وكثيراً ما تكون مصحوبة بظهور الأسيتون (Acitone) في مرضى النمط الأول وظهور غيبوبة السكر لأول مرة دون سابق إنذار.

وتتمثل أهم الأعراض المميزة لمرض السكري حسب ما وضحها كل من روزاريو ( Rosario,1980 )

وهمبرجر ( Hamburger,1991 ) في :

- الشراهة والرغبة الشديدة للطعام

- العطش غير المعتاد في الفم

- كثرة التبول عن المعتاد لأكثر من ثلاث مرات في الليل.

- انخفاض الوزن أو النحافة الناتجة عن عدم استخدام السكريات من طرف خلايا الجسم

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

واستعمالها للبروتينات الأساسية للعضلات مما يؤدي الى الهزل الذي يعاني منه معظم المصابين رغم التغذية الجيدة.

- شحوب الوجه وارتجاف الأطراف

( منيرة زلوف، 2011: 83 عن ..... ).

### 3-2. الأعراض النفسية :

يثير تشخيص مرض السكري أنواعا مختلفة من المشاعر المتضاربة، فالمريض تواجهه صعوبة في مواجهة هذه المشاعر وفي محاولة الالتزام بنظام غذائي خاص أو الالتزام بقياس نسبة السكر في الدم وحقن الأنسولين، وهي كلها أمور جديدة فيها صعوبة حقيقية ، فمواجهة المرض ليست بالأمر السهل.

وتتفاوت مشاعر المريض بين الشعور بالقلق والاكتئاب أو الغضب مما قد يسبب أعراض مرض السكري ، ومن الأعراض النفسية :

### 3-2-1. الرفض و الإنكار ( Le refus et le deni ):

يعتبر عدد من الباحثين رفض مريض السكري للمرض (Le refus de la maladie) مرحلة اعتيادية يجب أن يمر بها المريض من أجل أن يتقبل حالته فيما بعد ،ويمكن أن يكون الرفض طريقة ميكانيكية يلجأ إليها شعور الشخص لمواجهة الأنباء السيئة التي يمكن أن تكون أكثر من قدرته على التحمل فيصاب بانهيار نفسي. وبعد الرفض يتجه الى القبول التدريجي للحالة بالسرعة التي يستطيع المريض مواكبتها ويكون الرفض في الأسابيع الأولى وحتى في الشهور الأولى بعد تشخيص مرض السكري تشخيصا طبيعيا، ولكن إذا تم التشخيص منذ أكثر من 6 اشهر وتواصل رفض المريض للحالة المرضية وعدم تقبل العلاج فهذا يعني ان المريض في حالة انكار للمرض ( Le deni de la maladie) و للحالة التي يعيشها فيهمل صحته ويتأخر في اتجاه الخطوات اللازمة للعلاج مما يزيد من احتمالات مضاعفات المرض وتفاقمه على المدى القصير.

### 3-2-2. الغضب ( La Colere) :

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

إن مريض السكري ما إن يخرج من دائرة مشاعر الرفض والإنكار حتى يجد نفسه يواجه مشاعر

الغضب، فقد يشعر المريض بالغضب لمواقف لا تبدو لها أي علاقة بمرض السكري ويطرح بذلك تساؤلات عديدة مرتبطة بإمكانية شفاؤه ، مضاعفات المرض كبتير أحد أطرافه.

وتتمثل أعراض الغضب في احمرار الوجه، سرعة الهيجان والانزعاج والإثارة... الخ .

(نانسي توشيت، 2001 :498)

### 3-2-3. القلق المفرط (L'angoisse exageré) :

يعتبر الباحثون أن القلق النفسي أو القابلية لأعراض القلق تكون أكثر ظهوراً عند مرضى السكري ومن ناحية أخرى فإن الإصابة بمرض السكري تجعل مستوى القلق يرتفع، فيظهر القلق المفرط على شكل حالات شدة التوتر وعدم الاستقرار، سرعة الشعور بالتعب أو الإجهاد طيلة الوقت ، صعوبة في التركيز والارتباك والنسيان، حالات الهياج ، اضطرابات النوم وتوتر العضلات

(حسن عبد المعطي، 1998 :143)

### 3-2-4. الاكتئاب (La depression) :

يعتبر المصاب بمرض السكري-كغيره من المرضى المزمنين-أكثر عرضة للإصابة بالاكتئاب ويمكن أن يصاب المريض به بعد تشخيص مرض السكري مباشرة أو وبعد أن يمر بمشاعر الرفض والغضب .

وقد يصاب المريض بالاكتئاب بعد سنوات من إصابته بمرض السكري، كما قد ينشأ من الشعور بالاختلاف والبعد عن أفراد العائلة والأصدقاء وعدم تلقي المساعدة المناسبة . ومن أولى أعراض الاكتئاب التي تظهر على مريض السكري فقدان المتعة والبهجة ، اضطرابات النوم كالاستيقاظ عدة مرات أثناء الليل للحاجة الماسة إلى التبول ، فقدان شهية المريض للطعام أو زيادتها مما قد يزيد أو ينقص من وزن الجسم. وقد يعاني بعض المصابين بالسكري بمشاعر الذنب وتأنيب الضمير ويشعر بأنه لا يستطيع أن يفعل شيئاً صحيحاً أبداً مما يزيد الأمر سوءاً فتراوده الأفكار الانتحارية أو الرغبة



## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

في إيذاء نفسه، (ناتسي توشيت، 2001: 509-510) هذا المؤشر ينبئ بضرورة التكفل النفسي والاجتماعي بمرضى السكري لمساعدته لتجاوز المرض ولتقبل العلاج بالشكل المناسب.

### • ردود فعل المريض اتجاه المرض المزمن :

بعد معرفة التشخيص الصحيح وما يرافقه ذلك من ضغط وقلق كبيرين يحتاج الأفراد الى سماع تعبير واضح وصريح من الطبيب المعالج عن تقييمهم الوضع الحالي للمريض ، كما يحتاجون أيضا خلال هذه الفترة الى دعم عاطفي ونفسي مستمر والذي يلعب الاخصائي النفسي دورا هاما فيه باعتباره جزءا من الفريق المعالج. وبمرور الوقت وتطور حالة المريض يتعلم افراد الأسرة التأقلم مع الوضع وتقبله، لكن كل وضعية محرجة من المرض قد تثير قلقا جديدا ومتزايدا مما يستلزم الاستمرارية في الدعم والمساندة النفسية. كما أن الأسرة بحاجة الى الدعم المادي لأن المرض ومتطلباته يشكل عبئا ماديا اضافيا على الأسرة بأكملها حتى وان كان المريض يتمتع بتأمين صحي في علاجه فان متطلبات الرعاية. وتأخذ ردود فعل المريض المصاب بالمرض المزمن شكلين هما :

أ/ **النظرة المظلمة والمتشائمة :** اذ يعاني المصاب بمرض مزمن من مشاعر الحزن والشعور بالذنب والخوف وتجنب الآخرين، فهو ينظر لنفسه كفاشل، ويتبنى الاتجاه العقابي في محاسبتها ويستسلم للمرض، لذلك يمر المريض بمراحل الأزمة والعزلة والغضب، وقد يصاب بالاكنتاب والقلق مما يؤثر في وظائفه الاجتماعية وحياته اليومية .وينعكس ذلك على حالته المزاجية، وقد تسيطر عليه الأفكار التشاؤمية والاستسلام لوضعه الراهن.

ب/ **النظرة التفاؤلية لدرجة الإفراط أو الإنكار** لكل ما يشير الى أن وجود المرض ، ويظهر ذلك من خلال الإدعاء الكامل بالشفاء (Lemaistre,1999) . وقد يكون سبب النظرة التفاؤلية ميل الأفراد إلى اعتبار الأمراض المزمنة أمراضاً ذات طبيعة حادة يمكن الشفاء منها، وأنهم لن يقضوا بقية حياتهم يتناولون الأدوية وإتباع الحمية الغذائية ، كما يحملون أملاً بالشفاء قريبا

( سليم خميس، 2013: 324، عن Brannon et Feist,2003).

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

ويمر المريض عند إصابته بالمرض وخلال فترة العلاج، كما يرى ليمستر (Lemaistre ,1999) بالمراحل التالية:

1/ مرحلة الأزمة (phase de Crise).

2/ مرحلة الانعزال ( phase d'isoloment).

3/ مرحلة الغضب (phase de colere).

4/ مرحلة إعادة البناء ( phase de reconstruction).

5/ مرحلة الاكتئاب المتقطع ( phase de depression).

6/ مرحلة التجدد ( phase de renouvellement).

وتأخذ ردة فعل المريض خلال مرحلة الأزمة **Crise** الأشكال التالية :

- **الصدمة (Le Choc)** : فلولهة الأولى يستقبل المريض خبر إصابته بالمرض المزمن كمرض السكري - وكأنه يخص شخصاً آخر، فيبدو بحالة من الذهول وقد يفقد وعيه بسبب عدم توقعه الإصابة بالمرض.
- **الإنكار (Le Deni)** : وهو أسلوب دفاعي يلجأ له المريض إما بسبب رفض التشخيص المرضي أو بسبب حاجته لامتلاك القوة لمواجهة الأمر.
- **الارتباك (La Confusion)** : وذلك بسبب نقص المعلومات التي يمتلكها المريض عن مرضه وحيرته بما يتوجب عليه فعله.
- **الخوف (La Peur)** : وتظهر في هذه المرحلة بعض التخيلات عن أسوأ ما يمكن أن يواجهه في فترة المرض ، مما يشكل ضغطاً نفسياً كبيراً على المريض.

## الفصل الأول: مرض السكري وبيكولوجية مرضى السكري

- **التجنب (L'évitement)** : يتجنب المريض في هذه المرحلة التفكير بالمرض، وقد يتجنب الكلام أو مناقشة الأمر مع الآخرين.
- **الغضب والحزن (La colere)** : يبدأ المريض بطرح الاسئلة عن سبب إصابته بالمرض دون غيره ( لماذا انا ، ماذا فعلت ) ، فيبكي كثيراً ويشعر بالكراهية والغضب والحزن.
- **الشعور بالذنب (Sentiment de culpabilité)** : ويكون إما بسبب شعوره بخذلان أفراد عائلته او بسبب عدم قدرته على التكفل بهم كما من قبل وتحمل مسؤوليتهم ، فهو لم يعد قادراً على رعايتهم ووصوله لمرحلة المرض المزمن بسبب تقصيره بالعلاج.
- **التعامل مع المجهول** : وذلك بسبب مستقبل المرض الذي يكتفه الغموض، وعدم وجود تصور واضح من قبل المريض حول ما عليه أن يفعل أو ما يكون عليه.
- **التعامل مع ردود فعل** : وتشمل الخوف من نظرة الآخرين والمجتمع له كعضو لم يعد قادراً على العطاء، والخوف من فقدان المكانة الاجتماعية

(أمانة التميمي، 2006 : 16)

وتظهر الأزمة عندما تكون الأحداث التي يمر بها الأفراد غير عادية أو أن هناك حاجة إلى طرق تعامل مع المواقف تفوق قدرات الشخص، ويصل عندها الفرد إلى حالة من القلق والخوف والتوتر.

ولأن الأشخاص لا يتحملون وضع الأزمة لمدة طويلة، فهم يلجأون إلى تبني طرق واستجابات جديدة بعضها صحي وتكفي وبعضها الآخر غير صحي وغير تكفي، مما يؤدي إلى ظهور المشكلات النفسية .

### 4- التصنيفات المختلفة لمرض السكري :

تصنف منظمة الصحة العالمية السكري الى ثلاث أنماط رئيسية وهي سكري النمط الاول، سكري النمط الثاني وسكري الحوامل .

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

### 4-1. سكري النمط الاول 1 Diabete type 1 :

ويعرف أيضا بمرض السكري المعتمد على الأنسولين (Diabete insulino-dependent (DID) ويبدأ في معظم الأحوال مع الأطفال والشباب الصغار ولكنه يمكن أن يحدث أيضا في كل الفئات العمرية. ويرجع سبب النوع الاول الى نقص في الأنسولين او غيابه كليا ، فعند الشخص الطبيعي تصنع جزر لانجرهانز في كل وقت كمية الأنسولين المناسبة التي تصب في الدورة الدموية وتوزع في الجسم ، ولكن في هذا النمط من المرض لاتستطيع الجزر تصنيع الكمية اللازمة حيث أنها مدمرة جزئياً مما ينتج عنه نقص في الأنسولين.

### 4-1.1. أسباب النمط الأول DID :

تختلف اسباب وعوامل الاصابة بالمرض بين العوامل الوراثية والعوامل البيئية حيث تشكل الوراثة نسبة ( 40-70% ) من سبب الاصابة بالسكري من النوع الأول ( relando et al,2001)، ومن اسباب الاصابة بسكري النمط الاول :

### 1-العامل الوراثي:

تذكر الدراسات أن ما يقرب من 10% من الصغار يظهر لديهم مرض السكر بسبب وراثي، فاصابة أحد الوالدين أو كلاهما يرفع من احتمال نسبة الاصابة، ويظهر المرض في ثلاث مراحل تتمثل في:

- **المرحلة الاولى :** تشكل مرحلة الاستعداد للمرض من خلال الصفاة الوراثية لكن تكون كمية الانسولين في هذه المرحلة معتدلة.
- **المرحلة الثانية :** تحدث في هذه المرحلة استجابة مناعية ذاتية في الدم حيث تتجه الاجسام المضادة ضد الخلايا المسؤولة عن انتاج الأنسولين.
- **المرحلة الثالثة:** وتتمثل في مرحلة ظهور المرض ويتطلب العلاج الدائم والمستمر والحرص الشديد لمراقبته تفاديا لحدوث مضاعفات أكثر خطورة

(Bloom,1982 : 12)

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

### 2- الألتهابات الفيروسية:

تتسبب بعض الفيروسات في الإصابة بمرض السكري وخصوصاً لدى الأطفال ، ويبيدي 50% من الأطفال الذين أصيبوا بحصبة المانية وراثية امكانية تطوير داء سكريا في مرحلة المراهقة

( Khiatti.M, 1991 : 16 )

### 3-الخلل المناعي :

تشير البحوث والدراسات الى وجود آليه مناعية مسؤولة عن ظهور مرض السكري ويحتمل أنها تؤثر بإحدى طريقتين: بطريقة مباشرة حيث يتمكن الفيروس من مهاجمة خلايا بيتا (B) المفرزة للأنسولين وينجح في شل وظيفتها وتدميرها ، وبطريقة غير مباشرة حيث يتمكن الفيروس من الاتحاد بالشفرة الوراثية المختصة بالمناعة ويتوجبه صنع الأجسام المضادة ضد البكتيريا التي تهاجم الجسم وعندئذ يتمكن الفيروس من خداع هذه الشفرة الوراثية وتوجيهها خاطئاً لصنع الأجسام المضادة داخل الخلايا المناعية وللتصدى لخلايا بيتا المفرزة للأنسولين بدلاً من التصدى للخطر الخارجي وبذلك تشل وظيفتها، ثم تسبب تدميرها بعد ذلك بالاشتراك مع الخلايا المناعية المتخصصة في قتل الخلايا المعادية،ويمكن بالفعل اكتشاف هذه الأجسام المضادة المصنعة بوجه الخطأ ضد خلايا الأنسولين في دم معظم المصابين بالنمط الأول وذلك خلال سنة من ظهور أعراض المرض، وعند تدمير خلايا بيتا المنتجة للأنسولين تتفرد الخلايا الملائمة (خلايا ألفا) المنتجة لهرمون الجلوكاجون

بالعمل في غياب أو فقد الأنسولين وهي ذات نشاط عكسي وتستطيع زيادة السكر في الدم زيادة كبيرة (صلاح إبراهيم، 1996: 34 - 35).

### 2-4. سكري النمط الثاني: NDID

وهو مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين **Diabete insulino non dependent Type II (NIDD)** وفي هذه الحالة لا يوجد نقص في كمية الأنسولين ولكن يلاحظ إما مقاومة الجسم لعمل الأنسولين أو بطئ البنكرياس في إفرازه ، فالأنسولين يفرز بصورة طبيعية وأحياناً أكثر من الطبيعي وبنوعية جيدة ولكن تأثيره على الجسم أقل وحتى هذا التأثير برغم قلته يبقى كافياً لتفادي الاضطرابات الخاصة بالدهنيات والبروتينات وبالتالي لا يوجد احتمال كبير لتشكّل الالاسيتون وغيوبية السكر وفقدان

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

الوزن، ولكنه في هذه الحالة لا يكون كافياً بالنسبة للسكريات واستعمالها بطريقة طبيعية مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم وظهوره في البول.

### 4-1.2. أسباب النمط الثاني:

يحدث النمط الثاني من السكري بسبب عوامل داخلية متصلة بالخلل الوظيفي لإفراز الأنسولين بسبب تقاعس الخلايا المنتجة للأنسولين عن إطلاقه إلى الدم بالسرعة الكافية أو ظهور ما يسمى بالمقاومة ضد عمل الأنسولين في الأنسجة وبالتالي يفقد فاعليته في خفض منسوب السكر بالدم . وهناك أيضاً عوامل أخرى ظاهرة تتمثل في:

### 1-السمنة:

أوضح التقرير الثاني للجنة خبراء منظمة الصحة العالمية عن مرض السكر أن البدانة تعتبر أهم وأقوى العوامل المؤدية إلى مرض السكر غير المعتمد على الأنسولين وقد وجد أن كمية أنسولين الدم تكون طبيعية في بادئ حدوث مرض السكر عند ذوى السمنة المفرطة إذ أن الخلايا التي تفرز الأنسولين تكبر ، ويزداد إفرازها ، ويزداد تبعاً لذلك مخزون المواد الدهنية .

### 2-السن :

تزداد نسبة حدوث السكر غير المعتمد على الأنسولين مع تقدم العمر خاصة بعد الخمسين ولكن ما يزداد أكثر مع السن ما يعرف (بضعف تحمل الجلوكوز) وهو تعبير يقصد به أن الجسم لم يعد يستطيع التصرف الكميائي في الجلوكوز فيرتفع منسوب السكر في الدم ولكن ليس إلى درجة حدوث الأعراض والمضاعفات أي أن الحادث هو حالة وسطى بين الحالة الطبيعية وبين مرض السكر الواضح ونسبة هؤلاء الأشخاص تبلغ أكثر من ضعفى مرضى السكر وجزء ضئيل من هؤلاء هو الذى يتحول إلى مرض السكر (محمد إبراهيم ، 1984 : 35)

### 3-الاضطرابات النفسية:

يتأثر مرضى النمط الثاني من السكري بالضغوط والاضطرابات النفسية وبفترات من الضغط الانفعالى الشديد أو الصدمات النفسية حيث أظهرت الدراسات وجود اضطرابات في التمثيل الغذائى

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

للجلوكوز كما أنها تتشأ عندما يتعرض المريض للرفض والحرمان من شخص عزيز. وترتفع نسبة السكر عندما يشعر المريض بالكراهية والاكنتاب ، ثم ترجع الى مستوياتها العادية عندما يشعر الفرد بأنه مقبول ويجد الرعاية (موريس عطية ، 1993 : 24).

أما بالنسبة للبيئة فانها حتى ولو لم يكن دورها مباشرا بالنسبة للاصابة بالانوع الأول من السكري فان تأثيرها يظهر بوضوح أكثر بالنسبة للاصابة بالانوع الثاني، وهي تضم مجموعة من العوامل المسماة بعوامل الخطورة المؤهبة للاصابة بالسكري وتتمثل في كل من السوابق العائلية ، أسلوب الحياة المتميز بقلة النشاط البدني، فرط التغذية، البدانة، التقدم في السن والاحساس بالتوتر والضغط ، ويبقى دور الاضطرابات والضغوط النفسية التعجيل بظهور المرض (ف.الزروق ، 2011: 07) .

وتذكر الجمعية الامريكية لمرض السكري (1999) أن عوامل الخطورة ترتفع اذا كان الفرد:

- يعاني من الوزن الزائد
- لا يمارس التمارين الرياضية.
- يعاني من ارتفاع ضغط الدم
- إذا كان احد الوالدين او الاخوة مصابا بالسكري
- إذا ولد له طفل يزن اربعة كغ أو أكثر.
- إذا كان الفرد من أحد أفراد الجماعات العرقية ذات الخطورة العالية كالأمريكيين من أصل افريقي أو لاتيني أو الأمريكيين الأصليين أو الآسيويين .

( شيلي تايلور، 2007: 763 عن الجمعية الامريكية لمرض السكري، 1999 )

### 3-4. التداخل بين النمطين : Type1 et Type2

يلاحظ وجود تداخل كبير بين نمطى مرض السكر ويعتبر السن فاصلا بينهما إذ أن سن الثلاثون هو حد فاصل فى أحيان كثيرة ، فمن المعلوم الآن أنه يوجد 15-20% من المرضى بعد سن

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

الأربعين ينتمون إلى النمط الأول وحوالي 5% من المرضى تحت سن الثلاثين ينتمون إلى النمط الثاني غير المعتمد على الأنسولين .

### 4-4. سكري الحمل:

يحدث سكري الحمل عند 2 الى 3 % من النساء الحوامل غير المصابات بالسكري وخاصة في الثلث الأخير من الحمل، وهنا تكون خلايا بيتا البنكرياسية غير كافية لسد الحاجات المتزايدة من الأنسولين لدى الحوامل. وتعود نسبة السكر الى مستوياتها العادية خلال الأسابيع التالية للولادة ، لكن يمكن أن يتطور المرض لدى عدد من المرضى بعد 5 الى 15 سنة ( منيرة زلوف، 2011: 81 ) .

وذكر الباحثون وجود انواعا أخرى من مرض السكري ثانوية ناتجة عن بعض الامراض تتمثل في :

أ/ التهاب وتهديم بطيئ لعدة البنكرياس أو استئصالها .

ب/ مرض السكري الناتج عن تناول بعض الأدوية كحبوب منع الحمل او بعض مشتقات الكورتيزون أو بعض الادوية الهرمونية.

ويلخص الجدول التالي التصنيفات المختلفة لمرض السكري واهم الخصائص الاكلينيكية المميزة

لكل نوع :

### جدول رقم (01) يوضح تصنيفات مرض السكري

الصورة السريرية	السكري المعتمد على الأنسولين (نوع 1)	السكري غير المعتمد على الأنسولين (نوع 2)
أ- الأعراض		
1- البول والعطش	++	+
2- الوهن والضعف	++	+



## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

-	++	3- النهم مع فقدان الوزن
++	++	4- غشاوة في البصر
++	+	5- الحكمة الفرجية عند النساء
++	+	6- الاعتلال العصبي المحيطي السكري
	++	7- معاودة البول الليلي في الشباب
++	-	8- لاعرضي
غالبا في المسنين، أحيانا في (الشباب)	غالبا شبابي، أحيانا في المسنين	ب- الخصائص
		1- العمر
أكثر حدوثا	أقل حدوثا	2- الوراثة العائلية
بطيئة، طوال فصول السنة	حادة، غالبا في فصل الشتاء	3- البداية
خفيفة أو غير موجودة	حادة	4- الاعراض
سكر فقط	سكر واسيتون	5- البول
لا يحدث الا نادرا	كثير الحدوث	6- الحمض الكيتوني السكري
منخفض، طبيعي، او زائد	منخفض أو غير موجود	7- مستوى انسولين الدم
الغذاء و أحيانا الأقراص، واستعمال الأنسولين عند البدء وفي أوقات الشدة	الاستخدام الدائم للانسولين مع اتباع الحمية الغذائية وممارسة الرياضة	8- العلاج
*نقص الأنسولين جزئيا وارتفاع معدل العوامل المضادة لفعل الأنسولين	*نقص الأنسولين المطلق ناجم عن تلف الخلايا التي تفرزه في البنكرياس، بسبب مرضي مناعي ذاتي او حمى مثل الحصبة	9- السبب

(سليم خميس، 2013: 138 عن جنيد عبد الله، 1984)

### 5- التعقيدات الصحية الناتجة عن مرض السكري:

يؤكد الحديث عن مضاعفات مرض السكري ضرورة الأهتمام بحالة المريض حتى يؤخر الإصابة بمضاعفات المرض. إن هذه المضاعفات تمتد إلى العديد من أعضاء الجسم لتشكل خطراً كبيراً يهدد الصحة ، ويهدد الحياة في بعض الحالات وعلى الرغم من التطور الفعال في علاج الأمراض الوبائية إلا أن مرض السكري أصبح سبباً رئيسياً من أسباب الأعاقة وسبب رئيسي لفقد البصر رغم أن خمس المرضى يظهرون مقاومة نسبية للمضاعفات الجسدية الدائمة لمرض السكر فإن نسبة حدوث الفشل الكلوي تزيد لأكثر من 23 مرة وعمليات البتر لأكثر من 16 مرة ونسبة حدوث الأصابات في أوعية المخ وحدث الذبحة التاجية تصل إلى الضعف .

وتتحدد كل مرحلة من مراحل التعايش مع مرض السكر من خلال ظروف الفرد الراهنة ومن خلال مشاعره ومفهومه عن الخبرات السابقة وقد توصلت الدراسات التي أجريت على مرضى السكر أن المرضى الذين يتعايشون مع المضاعفات هم ذوى الدخل المناسب والمساندة الاجتماعية الفعالة، كما أنهم أعضاء في جماعات لا تدخر جهداً في مساعدتهم ، ولا يعانون من الحساسية المفرطة بالإضافة إلى قدرتهم على مقاومة الضغوط ، ولديهم اهتمام كبير بالحياة ورغبة في تحمل المسؤولية

(Macrea,1999 :1986)

### 5-1. المضاعفات الحادة لمرض السكري:

#### 5-1.1. الحمض الكيتوني السكري ( L'acidocitose ) :

يعمل الكبد عند نقص الأنسولين على تحويل الدهون الى أجسام كيتونية يستخدمها الدماغ كوقود ولكن يؤدي ارتفاع الاجسام الكيتونية الى انخفاض الرقم الهيدروجيني للدم مما يتسبب في ظهور معظم

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

أعراض الحمض الكيتوني. وعند استشفاء المريض تكون الأعراض بادية على المريض وأهمها الجفاف، سرعة التنفس، آلام في البطن وخمول عام يتطور في الحالات الشديدة الى غيبوبة .

### 5-2.1. انخفاض غلوكوز الدم ( L'hypoglecimie ) :

يتميز نقص السكر بالدم بانخفاض غير طبيعي لمستوى السكر بالدم عندما يقل مستوى سكر الدم عن 70 ملغ/دل فهذا يعتبر هبوط في السكر ويجب علاجه فوراً. يعتبر انخفاض غلوكوز الدم من مضاعفات أدوية السكري وهو غالباً ما يرتبط بعلاج مرض السكري اذ عادة ما تكون العوامل الطبية هي المسؤولة عن نقص سكر الدم في حالة مرضى السكري حيث يكون اختلاطاً للعلاج بسبب زيادة الجرعة أو فرط الاستجابة عند المريض، ومن الأسباب الأخرى الوجبات الغذائية غير الكافية أو التناخر والجهد البدني غير المعتاد وتناول الكحول بالإضافة لوجود حالة التهابات عند المريض.

### 5-2. المضاعفات المزمنة لمرض السكري:

#### 5-2.1. مرض السكر وإصابة العين :

يعتبر مرض السكري من الأمراض الأكثر خطورة التي تصيب اجزاء العين المختلفة وتؤثر عليها حيث : \*تحدث ترسبات دهنية والتهابات ودمايل متكررة في الجفون.

\*احتقان دائم الملتحمة نتيجة ظهور أوعية دموية مستحدثة بها.

\*شلل مؤقت في العضلات المحركة للعين.

\* تورم بالقرنية مما يمهّد لحدوث قرحة بها.

\*إرتفاع ضغط العين يؤدي في أحيان كثيرة لفقد البصر.

\* تورم ونزيف شبكي مما يسبب أغمشية أمام الشبكية وانفصال شبكي.

(سمير سعيد شبل ، 1994 : 56)

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

ويعوق الأهتزاز في حدة البصر قدرة المريض على التكيف النفسى، فقد وصف (Fitzgerald 1971) المظاهر النفسية لضعف الأبصار عند مرضى السكر والتي تشمل أنكار مظاهر العمى والأوهام البصرية أثناء النهار، وغالباً ما تزيد اشراقه الألوان فى الأحلام ، ولاحظ أن ردود الأفعال الداخلية لضعف البصر تشمل الاكتئاب ، والأنطواء ، والآلام العضوية وقلة النوم والخجل ولوم النفس . (Fitzgerald, 1971 :1533) .

### 5-2.2. مضاعفات الكليه :

إن أختلال الكليه الناتج عن مرض السكر هو نفسه الناتج عن أصابة الأوعية الدموية الصغيرة بسبب المرض ويصفه خاصة الشعيرات الدموية داخل الكليه مما يسبب إصابة الكليه (المصاحبة لمرض السكر) وتتطور ببطء شديد بدون التسبب فى أيه اضطرابات لعدة سنوات ويتم اكتشاف أول علامة تشير إلى وجودها بواسطة تحليل البول حيث يتبين وجود بروتين فى البول خصوصاً فى الزلال ولهذا أطلق على هذه الحالة زلال البول (مغازى محجوب ، 1989 : 58).

وتنتشر مضاعفات الكليه بين 40% من مرضى النوع الأول وتصابها مضاعفات نفسية حيث يبدأ المريض والأسرة فى مواجهة الأزمات عندما تبدأ عمليات الغسيل الكلوى وزراعة الكلى ويشعر المريض بالاكتئاب لأسباب كثيرة منها الضغوط التى يسببها التغير الدائم فى الحاجات العلاجية . تشمل الأعراض النفسية التى تظهر على المرضى الذين يعانون مضاعفات الكلى التعب وعدم الرغبة فى التعاون، وعدم الراحة وكثرة موجات الغضب وضعف الذاكرة ، وتذبذب القدرة على التركيز .

### 5-3.2. مضاعفات القلب والأوعية الدموية:

يعتبر مريض السكري أكثر من غيره عرضه للأصابة بجلطة الشريان التاجى سواء كان ذكراً أم أنثى علماً بأن الأنثى نادراً ما تصاب بمثل هذا النوع إلا إذا كانت مصابة بإرتفاع ضغط الدم وخاصة فى مرحلة ما بعد انقطاع الطمث، ويحدث هذا الانسداد دون الألم فى القفص الصدرى . ومن النادر أن تكون الجلطة الأولى قاتلة ولكنها قابلة للتكرار أكثر من مرة وتزداد نسبة خطورة حدوثها كلما تكررت ، وفى هذه الحالة من الضروري اجراء رسم قلب كل 6 اشهر .

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

وتكون المضاعفات المؤثرة على عضلة القلب مؤلمة ، ومحزنة للمريض الذي اعتاد أن يمارس وظيفته بنشاط كبير وخاصة إذا كان في مرحلة الشباب ، وقد أوصى ماكريا (Macrea ,1986) بتناول مريض الذبحة الصدرية للكميات الضرورية فقط من الغذاء اللازمة للأنشطة اليومية وأيضاً بضرورة علاج الاكتئاب النفسى حيث ثبت أن مرضى الاكتئاب الذين يصابون بالذبحة الصدرية يواجهون مشاكل كثيرة فى العلاج (Macrea,1986 : 200).

### 5-4.2. إصابة الأعصاب الدماغية :

يمكن لمرض السكري أن يصيب نوعين من الأعصاب الدماغية النوع الذى يتحكم فى انقباض العضلات واحساس الجلد وتسمى أصابته باعتلال الأعصاب الطرفية، والنوع الذى يتحكم فى مختلف الأعضاء وأصابته تؤدى إلى ما يسمى باعتلال الأعصاب الذاتية (مغازى محجوب ، 1996 : 86)

### 5-5.2. إصابة القدمين والبتير :

تعتبر القدمان من أهم الأعضاء التى يجب على مريض السكر أن يعتنى بهما ومن الأسباب الهامة لحدوث مضاعفات فى القدمين هى قابلية القدمان لتصلب الشرايين خاصة عند كبار السن، كما أن الأقدام معرضة للالتهابات عند المريض الذى لا يعتنى بهما وللإصطدام بالأشياء. ومن أهم العوامل التى تعرض القدمان لمضاعفات الالتهابات الأوعية الدموية والشعيرات، الأعصاب وقصور الدورة الدموية المتسبب عن ضيق الشرايين فى الأطراف السفلى مما يؤدى إلى عدم تغذية أطراف القدم وفى هذه الحالة فإن غرغرينا السكر قد تصيب طرف الأصبع وقد تمتد إلى باقى الأصابع مما قد يؤدي الى البتر .

وتؤثر عمليات بتر الأطراف بصفة عامة على المريض وعلى أفراد عائلته لذلك يذكر الاطباء أن التحضير النفسى مهم فى هذه الحالة لكل من المريض والمحيطين به وغالبا ما يكون الارتياح هو رد الفعل الأول للمريض بعد البتر ثم يتبعه حزن شديد وحالة حداد تتمثل أعراضها فى فقدان الشهية، اضطرابات النوم، تأنيب الضمير وعرض العضو الشبح وهو شعور المريض بتتميل أو ألم أو حكة شديدة للعضو المبتور.

### 5-6.2. إصابة والتهاب الأسنان:

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

تذكر البحوث المختلفة أن حالة اللثة تتدهور بسرعة عند مرضى السكري إذا لم يتلقوا العلاج المناسب ويلتزموا بتوجيهات الطبيب المعالج ، كما يؤثر مرض اللثة بدوره على صحة مريض السكر حيث أن الأصابة به تقلل من مقاومة اللثة لهجوم الجراثيم لأن المرض يتدخل في قدرة أنسجة الجسم على الالتئام فلا يستطيع إصلاح ما تتلفه الجراثيم.

وتشكل الأسنان المريضة بؤراً تقلل من قدرة الجسم على تمثيل المواد السكرية وبذلك ترتفع نسبة السكر في الدم وتزيد كمية الأنسولين التي يحتاجها المريض يوميا (فاروق مرشد وآخر، 1995: 33-34)

### 6- تشخيص مرض السكري:

يشخص النمط الأول والعديد من حالات النمط الثاني من السكري بناء على الأعراض الأولية التي تظهر في بداية المرض، وقد تتطور هذه الأعراض عادة على مدار الأيام والأسابيع.

يتم عادة تشخيص مرض السكري بالفحص الدوري الطبي واكتشاف ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم اثناء اجراء التحاليل أو عن طريق وجود أعراض ثانوية كاختلال الرؤية أو تعب متواصل غير مبرر أو بعض الاختلالات القلبية، اصابات الكلية، بطئ التئام الجروح أو تقيح القدم، اصابات العين أو إصابات فطرية، ولادة طفل ضخم أو يعاني انخفاض في مستوى السكر في الدم ( Winkler, 1996: 816) . ويمكن الاستدلال على وجود مرض السكري ب :

- قياس مستوى جلوكوز الدم اثناء الصيام وتكون نسبته 126 مليغرام /الديسيلتر أو أعلى.
- قياس مستوى جلوكوز الدم 200 ملغ/دسل أو أعلى وذلك بعد ساعتين من تناول 75 غ غلوكوز.

ويوضح الجدول التالي طرق تشخيص مرض السكري:

### جدول رقم (02) يوضح التشخيص التفريقي لأنواع مرض السكري

طرق التشخيص	الحالة السوية	مرض السكري للكبار	ضعف تحمل الجلوكوز	مرض السكري للأطفال	السكري الحمل
-------------	---------------	-------------------	-------------------	--------------------	--------------

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

البالغون ماعدا الحوامل * لا يوجد	* العطش، البول النهم وفقدان الوزن	* لا يوجد	* العطش، البول النهم وفقدان الوزن	يشخص السكري الحمل عندما يلاحظ أن	1- الأعراض
>115مجم/100 >7م.مول/ل	200≤مجم/100 11م.مول/ل			اثنتين أو أكثر من معدلات سكر بلازما الدم بعد تناول	2-معدل سكر البلازما في عينة عشوائية
>115مجم/100 >7م.مول/ل	>140مجم/100	<140مجم 100/	>140مجم/100 - <8م.مول	100مجم جلوكوز بالفم يتجاوز القيم التالية:1- على الريق:	3-معدل سكر البلازما على الريق (الصيامي)
>140مجم/100 >8م.مول/ل	<200مجم/100 <11م.مول/ل	<140مجم 100/ >200مجم 100/ <8م.مول/ل >11م.مول/ل	<200مجم/100 <11م.مول/ل	105 مجم/100مل 2-بعد ساعة 190:مجم/100مل 160مجم/100مل	4-معدل سكر بلازما الدم بعد ساعتين من تناول 85 جم جلوكوز بالفم او الطعام
>200مجم/ل >11م.مول/ل	<200مجم/100 >11م.مول/ل	<200مجم/ 100 >11م.مول/ل	<200مجم/100 >11م.مول/ل	3-بعد ثلاث ساعات:145مجم/ 100مل	5-معدل سكر بلازما الدم بعد تناول 25 جم جلوكوز بالفم، في احدى القيم ما بين الوقت صفر وساعتين:

• ≥ اقل أو يساوي ≥ أكثر أو يساوي

(سليم خميس ، 2013: 137 عن جنيد عبد الله، 1984 )

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

ويوصي الأطباء بإجراء فحص طبي شامل للبالغين من عمر 40 الى 50 سنة بصورة دورية خاصة لدى الأفراد الذين لديهم احتمال عالي للأصابة بالمرضى البدناء أو وجود تاريخ عائلي للأصابة بالمرض.

### 7- علاج مرض السكري:

يحتاج مرض السكري الى استمرارية العلاج والمتابعة الطبية التي تركز أساسا على الوقاية الطبية. وتجدر الاشارة الى أن قواعد العلاج في مرض السكري ثابتة ومنطق عليها بين جميع الأطباء في العالم مع اختلاف بسيط يرجع الى سوابق الحالة.

يتم التركيز في علاج مرض السكري على الضبط وتقادي المضاعفات القصيرة أو بعيدة المدى ويمكن تحقيق ذلك عن طريق التغذية المعتدلة وممارسة التمارين الرياضية والاعتدال في الوزن واتباع الفحوصات الطبية والتوقف عن التدخين. وتعتمد الخطة العلاجية في علاج مرض السكري على :

#### 7-1. العلاج الطبي:

يهدف العلاج الطبي لمرضى السكري الى مساعدة الجسم على الأداء السليم أو اثاره الأنسجة البيولوجية والحيوية لأجل القيام بوظائفها والاحتفاظ بالمستوى الطبيعي من الجلوكوز في الدم، وتساعد معالجة مرضى السكري الى تحقيق التوازن وضبط مستوى السكري. ويشمل العلاج :

#### 7-1.1. العلاج الدوائي:

يتم علاج النوع الأول من السكري بهرمون الأنسولين نظراً لاعتماد هؤلاء المرضى عليه، أما النوع الثاني من السكري يمكن السيطرة عليه عن طريق الحمية الغذائية والنشاط البدني، وفي حالة فشلها

يتم استخدام أقراص خفض السكر. وقد يحتاج هذا النوع من السكري إلى استخدام حقن الأنسولين عند عدم قدرة أقراص السكر على خفض مستوى سكر الدم. ويدعم مريض السكري المحافظة على مستوى طبيعي لسكر الدم باتباع النظام الغذائي السليم وممارسة النشاطات الرياضية.



### 7-2. العلاج النفسي:

حرص علماء النفس على ايجاد الطرق التي من خلالها يمكن التخلص من المشكلات الناجمة عن المرض المزمن، وعمل الباحثون والأخصائيون الاكينيون الى تطوير طرق وأساليب كفيلة بمساعدة المرضى على التعرف على الأفراد المعرضين للاصابة باضطرابات انفعالية بفعل الأمراض المزمنة (كما في حالة مرض السكري)، فالمرضى الذين لديهم تاريخ من الاكتئاب أو الاضطرابات النفسية الأخرى قبل بداية مرضهم المزمن أكثر عرضة للاصابة بالاضطرابات الانفعالية وبالتالي ينبغي تقييمهم لغايات التدخل المبكر (شيلي تايلور، 2007: 521).

لكن ما يلاحظ في الجزائر أن المتابعة النفسية لم تأخذ حقها الكافي ليس لنقص جهود الاخصائيون النفسيون أو نقص الثقة بهم لكن الاطباء المعالجون لا يعطون الاهتمام الأكبر للمتابعة النفسية، وفي هذا الصدد ذكر عويش (2013) أن مرضى السكري تتقصم المتابعة النفسية إذ أن الطبيب المعالج لا يأخذ هذا المنحى بعين الإعتبار، لكن أيا كانت الأسباب فان الأخصائي النفسي الإكلينيكي يحاول جاهدا أن يقوم بدوره على أحسن وجه .

ويلاحظ أن الأساليب العلاجية قد طورت بشكل فعال ومتنوع للتعامل مع المشكلات المصاحبة للأمراض المزمنة وتتمثل هذه الأساليب في:

### 7-2.1. العلاج النفسي الفردي :

يعتبر العلاج النفسي الفردي من اكثر انواع العلاج شيوعا ويستخدم لمعالجة التدايعيات والتعقيدات النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض المزمن (شيلي تايلور، 2007: 661).

ويذكر الباحثون أن هنالك اختلافا جوهريا وفروقا مهمة بين العلاج النفسي الموجه للأمراض الطبية وذلك الموجه للاضطرابات النفسية، فالعلاج النفسي مع الحالات الطبية ليس مستمرا وإنما يرتبط بالأزمات أو النوبات، كما يشكل الانتكاس أو التدهور أو ظهور تعقيدات جراء المرض أزمة لدى المريض قد تحتاج الى اهتمام المعالج النفسي (Lichthman et al,1984).

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مريض السكري

ويتطلب العلاج النفسي مع الحالات الطبية احترام دفاعات المريض أكثر مما هي الحال في العلاج النفسي التقليدي، ففي الحالات الطبية تقوم هذه الدفاعات بحماية المريض مما يمكن أن ينتج عن المرض من تعقيدات. وأخيرا لابد للمعالج الذي يعمل مع الحالات الطبية من الفهم الشامل للحالة المرضية وأساليب علاجها ، إذ يمكن ان يؤدي المرض والعلاج الى مشكلات نفسية (كالإكتئاب والقلق)، فالمعالج النفسي الذي يجهل هذه الحقائق ربما يصل الى تفسيرات خاطئة.

### 7-2.2. العلاج النفسي المختصر أو قصير المدى:

تعتبر التدخلات العلاجية قصيرة المدى التي تستخدم في التخفيف من الانفعالات الشديدة ضمن مدى واسع من أنماط التواصل مع المختصين في العلاج النفسي قصير المدى، فالكثير من التدخلات المعلوماتية المختصرة يمكن تقديمها على أساس وقائي وضمن الأطر الطبية المختلفة. كما أن تزويد المريض وأسرته بالمعلومات حول ما يمكن توقعه أثناء عمليات التشخيص والعلاج يمكن أن يعمل على تخفيف الكثير من القلق لديه أو حتى منع حدوثه (Maguire, 1975, Mccaffrey, 1985) فالتأكيد للمريض وأفراد أسرته بأن القلق يعتبر استجابة طبيعية لضغوط المرض المزمن وأنه قد يصاب بحالة من الإكتئاب قد يخفف من القلق لدى المريض أو أفراد أسرته، وهذا النوع من التواصل بين المرضى والمختصين يمكن أن يحسن من تقييم وجود اضطرابات مزاجية، كما يمكن أن يحسن من انسياب المعلومات أو تدفقها (Holland et Massie, 1987)، ويقدم بذلك المساندة المعلوماتية التي يحتاجها المريض .

لقد تزايد اقبال علماء النفس على الأساليب العلاجية قصيرة المدى ومحددة الخطوات وذلك في محاولتهم لتطوير طرق مقننة واقتصادية تستهدف أكبر عدد من الأفراد في أقل فترة زمنية ممكنة

(Telch et Telch, 1986, Vandulman et al, 1996)، ومع أن معظم التدخلات العلاجية

ركزت بالتحديد على مهارات التعامل الا أنه استخدمت أساليب جديدة في محاولة لتحسين استجابة

المريض الانفعالية والسلوكية للمرض المزمن وتشمل العلاج بالموسيقى أو الفن أو الرقص

(Pachetti et al, 2000) . ومن بين الأساليب المستخدمة في العلاج المختصر :

أ/ تمارين الاسترخاء:

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

يستخدم التدريب على اساليب الاسترخاء بشكل واسع في علاج المرضى المزمنين وذلك بهدف التخفيف من الشعور بالالام ، فالجمع بين الاسترخاء وإدارة الضغوط يكون مفيدا في التحكم في المرض وفي الحالة الانفعالية كتحسين المزاج والتقليل من القلق.

### ب/ تعليم المرضى:

توصل الأخصائيون أن تعليم المرضى التي تتضمن التدريب على مهارات التعامل وجعلها فعالة في تحسين أداء فئات متعددة من المرضى المزمنين بمن فيهم مرضى السكري، وتوصلت الأبحاث أن مثل هذه البرامج تقلل من القلق تزيد من المعرفة بالمرض وبشعور المريض بوجود معنى وهدف لحياته وتزيد من ادارة الموقف والإلتزام بالعلاج ، كما ترفع من ثقة الفرد بذاته والقدرة على تدبر الألم ( Johnson,1982,Greenfield et al,1988,Parker et al,1988, Lorig et al,1989, Brentley et al,1990,

5.2-7. العلاج الجماعي: تتمثل طرق العلاج الجماعي في :

### أ/ جماعات المساندة:

تمثل جماعات المساندة مصدرا آخر بالنسبة للمريض المزمن، فبعض هذه الجماعات يشكلها ويقودها المعالج وبعضها الآخر يقودها المريض نفسه. وتبحث هذه الجماعات قضايا ذات اهتمام مشترك وكثيرا ما تزود المريض بمعلومات قيمة حول نجاحات الآخرين في التعامل مع المشكلات الناجمة عن المرض، فتزوده بفرص مشاركة الآخرين عواطفهم وخبراتهم. ويمكن ان تلبي جماعات المساندة الاجتماعية حاجة الأسرة وكذا فريق المعالجة الطبية للمساندة الاجتماعية .

### ب/ العلاج الاسري :

## الفصل الأول: مرض السكري وبيكولوجية مرضى السكري

يركز العلاج الأسري على اعتبار الأسرة وحدة العمل العلاجي وليس الفرد المريض، بمعنى أن المعالج أو المرشد يتعامل مع الأسرة ككل وتكون مهمة المرشد أو المعالج في هذه الطريقة العمل على تغيير العلاقات بين أفراد الأسرة المضطربة بحيث يختفي السلوك المضطرب أو المستهدف بالعلاج .

يهدف هذا المنهج العلاجي إلى تحسين أداء الأسرة ككل، وذلك من خلال تفهم العلاقات داخلها أولاً ثم وضع خطة علاجية تسعى إلى تغيير العلاقات الشخصية المتبادلة (وغير السوية) بين أفرادها، وتشارك الأسرة المعالج في إعداد هذه الخطة، كما يهدف إلى محاولة تحقيق الانسجام والتوازن في

العلاقات بين أعضاء الأسرة، وتقوية القيم الأسرية الإيجابية وإضعاف السلبية منها لدى أعضاء الأسرة.

وفي حالة الأمراض المزمنة، كمرض السكري، يعمل المعالج الأسري على جعل الأسرة أكثر تقبلاً للمرض ولل فرد المريض، من خلال إيجاد استراتيجيات فعالة تجعل أفراد الأسرة يساهمون في البرنامج العلاجي للمريض.

## II. سيكولوجية مرضى السكري:

### 1- المعاش النفسي لمرضى السكري:

على الرغم من حقيقة أن غالبية المرضى المزمنين يعانون على الأقل من بعض ردود الفعل السيكولوجية السلبية نتيجة للمرض، إلا أن معظم هؤلاء المرضى لا يبحثون عن العلاج النفسي لاعتراضهم بأي حال من الأحوال. وعوضاً من ذلك فإنهم يعودون إلى مصادرهم ومكاناتهم الذاتية والاجتماعية لحل مشكلاتهم والتخفيف من ضيقهم النفسي، فتقييم المرض المزمن على أنه مصدر تهديد وتحد من شأنه أن يقود المريض إلى القيام بمحاولات تهدف إلى التكيف

(Lazarus et Folkman, 1984).

وتوصلت الدراسات أن الاستراتيجيات التي يمكن أن يستخدمها المريض المصاب بالمرض المزمن لا تختلف في جوهرها عن تلك التي تستخدم في التعامل مع الأحداث الضاغطة الأخرى، وأبرز ما

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

يفرق بينهما هو أن المريض يذكر القليل من الاستراتيجيات النشطة أو الفاعلة والكثير من الاستراتيجيات السلبية.

ومرض السكري له دلائل خاصة على المرضى وعائلاتهم، فالمرض يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها. ويعني المرض وعى الفرد وإدراكه للخطر الذي يكمن مصدره فى خوف المصاب من حدوث الانخفاض الحاد لنسبة السكر فى الدم، فقد أوضح كوكس وآخرون

(Cox et al,1987) أن انخفاض جلوكوز الدم من الممكن أن يؤدي إلى أعراض غير محببة بالنسبة للمريض سواء من الناحية المعرفية أو السلوكية، فانخفاض جلوكوز الدم يحتوى على أعراض فسيولوجية مثل الشعور بالجوع والاحساس بالتعب وصعوبة المشى وتعذر القيام بالحركات الدقيقة وبالتالي يكون المريض فى خوف دائم من حدوث هذا الانخفاض وذلك قد يؤدي إما إلى انكار هذه الأعراض أو الجهاد بنشاط ضد انخفاض نسبة السكر في الدم.

وقام إرفان وآخرون (Irvan et al 1992) بدراسة العلاقة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم وبعض الأعراض السيكولوجية والفسولوجية لدى عينة من مرضى النمط الأول حيث وجد الباحثون أن الانفعالات الناتجة تتراوح من عدم السعادة إلى التهديد بالموت المبكر، ووجد أن هناك علاقة دالة بين الخوف من انخفاض جلوكوز الدم والضغوط النفسية (Irvan et al,1992 : 135).

وفى دراسة بعنوان المشكلات النفسية عند الأطفال مرضى السكري أوضح حسين (1987) أن دور العامل النفسى يتمثل فى الاسراع بالأصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثى للأصابة ويحدد العامل النفسى أيضاً قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض، فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض فى المستشفى حتى يمكن التحكم فى المرض والحد من خطورته ومضاعفاته (ضياىى حسين ، 1987 : 63).

ويكون رد الفعل النفسى عند اكتشاف المرض سيئاً لما تواتر واستقر فى الأذهان عن مضاعفات المرض الضارة، خاصة اذا عاش مريض السكري خبرة المرض مع أحد افراد اسرته سابقا . وتختلف ردود الفعل النفسية من مريض لآخر أختلافاً كبيراً ، وتتمثل فى إما أن يكون الرفض والأنكار أو التمرد على العلاج الذي يعتبر جانبا مهما من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على نمط حياة المريض مما يجعله يرفض التحكم الكامل

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

لمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه . وقد ينشأ خوف شديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض المرضى اذا تواصل لمدة طويلة فإنه يسبب للمريض حالة اكتئاب ويحول حياته إلى حياة منكمشه على نفسها. وأخيراً يلاحظ الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود المرض في أسرة واحدة حيث ينتاب المريض شعور بأن المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت في الماضي الأمر الذي يؤدي به إلى حالة من الأحباط (محمد إبراهيم ، 1993: 19)

ومن القيود المفروضة على مريض السكري والتي تمثل مواقف ضاغطة هي القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق تجاه الأطعمة والميل إلى المقاومة بسبب تناول مريض السكري نمطا نوعيا ومتكررا من الأطعمة ( فتحى عبد الرحيم ، 1987: 427)

ومن المظاهر الأخرى للقيود المفروضة على ضبط الحياة اليومية لمريض السكري هو ضرورة فحص البول، ونظراً لخبرة المريض الطويلة بالفحوص والتحليل فإنه ينتابه الشعور بالقلق تجاه نتائجها وقد يترتب على هذه المظاهر السابقة عدم الاستجابة لارشادات الطبيب وعدم الاعتماد على النفس في مراقبة المرض سواء من ناحية تحليل البول اليومي أو الدم (ضياىى حسين ، 1987: 46).

ويوضح بات كليرك (Patcleark 1981) أن مرض السكري يمد المريض المصاب به بسلاح للهروب من المواجهات سواء بأخذ أنسولين زائد أو عدم تناول الوجبات أو عدم الحقن في المواعيد وذلك كله يسبب نتائج درامية وسريعة والتي تركز الاهتمام على المريض ، وتجذب إليه الشفقة والتعاطف وهذا التأثير في الآخرين ينعكس في ظهور التوتر بين الوالدين والضغط المستمر الذى يؤثر فى تحكم مريض السكر (Patclerk,1981 : 64).

وتوصلت بعض الدراسات ومنها دراسة ( Spector et al,1993 ,Caroll et al,1999, Talbot et al,1999) أنه بالإضافة الى المشاكل الصحية والعصبية المسببة للألم وفقدان الاحساس يؤدي مرض السكري الى صعوبات على المستوى الوظائف النفسية والاجتماعية مما يساهم في نشوء اضطرابات الأكل واختلال الوظائف الجنسية والشعور بالاكتئاب ، كما تشير بعض الأبحاث

( Halfard et al,1990,Golder-Fredrick et al,1990) الى أن مرضى كلا الصنفين من السكري ( النمط 1 والنمط 2 ) حساسون لآثار الضغوط النفسية التي تساهم في تطور المرض ويمكن أن تعجل من حدوث النمط الأول لدى الأفراد ذوي الاستعداد المرتفع للاصابة أو تزيد من معدل السكر

بالدم بشكل غير طبيعي لدى تعرضهم للضغط مما يؤدي الى تطور المرض، وأن مستويات زيادة السكر بالدم ترتبط بالعدائية والغضب والضغط المتكرر (Lahman et al,1991,Esposito et al,1994,Surwit et Williams,1996)، كما أن الضغوط بإمكانها أن تؤثر سلبا على السلوك الصحي والالتزام بالعلاج وعلى الحمية الغذائية (Halford et al,1990, Balfour et al,1993)

(شيلي تايلور، 2007: 745).

### 2- تأثير المرض على الأسرة :

تعتمد درجة اعتمادية المريض على الآخرين على وقت المعالجة والأعراض المصاحبة للمرض ودرجة الإعياء التي يعاني منها والدرجة التي يؤثر بها المرض على النشاطات اليومية، فالمرض المزمن يختلف تأثيره على الأفراد بالقدر الذي يؤثر به على أسلوب حياة الفرد

(Welch ,Austin1999 )

يشكل المرض المزمن وضعية أزمة تصيب كل العائلة وليس فقط الشخص المريض، حيث يحدث المرض تغيرا كبيرا يصيب نمط حياة أفراد العائلة والأولاد والأزواج نتيجة المرض المزمن، ويقوم المرضى بتبني سلوكيات جديدة نتيجة للأعراض الجسدية التي يعانون منها ،فتتأثر علاقاتهم البيئشخصية والنشاطات اليومية والحركية مما يؤدي الى ظهور الصعوبات النفسية والانفعالية .

ويؤثر المرض المزمن على علاقة الأزواج من واقع تأثيره على طبيعة حياتهم وقدرتهم على التكيف مع الوضع الجديد من حيث خطورة المرض وعلاجه وبتقييم الاستجابات التكيفية ،فيلاحظ أن الدور الذي اعتاد أن يقوم به الشريك قد تغير إلى دور يتناسب مع الوضع الحالي للمرض ،اذ يتعامل الأشخاص الذين يتميزون بالمرونة بتكيف أفضل نحو الوضع المرضي الضاغط بينما يتعرض الأزواج الذين تعوزهم المرونة إلى قيود في علاقاتهم نتيجة جهلهم بتأثير الدعم الاجتماعي المنقوص الذي يقدمونه لشركائهم، مما ينجم عنه مشكلات زوجية صعبة نتيجة لاختلاف النظرة نحو المرض التي يراها المريض من جهة والقرين من جهة أخرى (Hicks, Cleary et al, 2004).

## الفصل الأول: مرض السكري وبيكولوجية مرضى السكري

ومن أنماط التعاملات العائلية التي تتغير أيضا العلاقة مع الأولاد، حيث يفقد بعض المرضى السيطرة على تربية أولادهم أو أن الأشخاص المحيطين يقومون بحماية المرضى من سوء تصرف

الأولاد ، كما قد يتوقف الأولاد عن استشارة الوالد في أمورهم الخاصة خشية مضايقته مما يضعف العلاقة الحميمة بين الوالد المريض وأولاده.

وقد تحاول عائلات المرضى التخلص من الضغط النفسي الشديد الناجم عن التوتر الذي أحدثه المرض في نمط حياتهم، وأدى إلى ردود فعل كالغضب والإحباط التي تظهر في العديد من المواقف والتي تجعلهم يشعرون أنهم لم يعودوا يمتلكون تلك القوة التي قد تعينهم على العناية بذلك المريض

(Blonna, 2000, Brannon & Feist, 2003) ، لذلك يحتاج أفراد الأسرة كذلك إلى التنفيس الإنفعالي والتكفل النفسي ويبرز هنا دور الجماعات الداعمة والقائمين على الرعاية الطبية في تخفيف الضغط النفسي للمرض المزمن الواقع على العائلة، وذلك عن طريق تقديم طرق وأساليب للتعامل مع المواقف الضاغطة التي يتعرضون لها (سليم خميس ، 2013 : 128-129 )

**3-العوامل المؤثرة في التعامل مع المرض المزمن :** تعتمد المظاهر النفسية لمرض السكري على:

**3-1. تمييز الأعراض و تفسيرها :**

**3-1.1. تمييز الأعراض:**

تتدخل العوامل البيكولوجية والاجتماعية في تمييز أعراض المرض المزمن وتفسيره، ومن العوامل المؤثرة في تمييز الأعراض:

**3-1.1.1. الفروق الثقافية :**

تلعب الاختلافات الثقافية دورا هاما وثابتا في سرعة تمييز الأعراض ونوعيتها، فالاختلافات الثقافية في الشعور بالأعراض والاقرار بوجودها قد عرفت منذ عقود، ولكن الاسباب التي تكمن خلف



## الفصل الأول: مرض السكري وبيكولوجية مرضى السكري

هذه الفروقات ليست مفهومة بشكل كامل، فالمريض في الثقافة الغربية يعبر عن المرض بطريقة مختلفة عن الدول العربية او الثقافات الافريقية، وبموجبها تختلف الطرق العلاجية

(شيلي تايلور، 2007: 479).

وتؤثر الفروق في الاحساس بالأعراض، فالأفراد الذين يركزون على أنفسهم (أجسامهم وردود أفعالهم بشكل عام) يكونون أسرع في ملاحظة الأعراض من أولئك الذين يوجهون انتباههم الى البيئة الخارجية المحيطة بهم والى ما يقومون به من نشاط، وبذلك يكون الأفراد الذين يؤدون وظائف مملدة ومعزولون اجتماعيا أو يعيشون لوحدهم أكثر ميلا لأن يذكروا بوجود عدد كبير من المشكلات الجسمية لديهم من أولئك الذين يعملون بوظائف ممتعة ولديهم حياة اجتماعية نشطة ويعيشون مع الآخرين، فهم ينشغلون بأنفسهم أقل من أولئك الأشخاص الذين ينشغلون بنشاطات قليلة في حياتهم (Pennebacker, 1983).

### 3-2.1.1 العوامل الموقفية :

تؤثر العوامل الموقفية في قيام المريض بتمييز الأعراض، فالمواقف المملدة تجعل الفرد أكثر انتباها للأعراض مما هو الحال بالنسبة للمواقف الممتعة، بذلك يكون ادراك الأعراض أكثر احتمالا للحدوث في اليوم الذي يكون فيه المريض غير منشغلا بأمور أخرى من اليوم الذي يكون فيه نشطا، فالنشاط يحول الانتباه بعيدا عن الأعراض أو الاهتمام بها.

### 3-3.1.1 الضغط :

ويمكن أن يفاقم الضغط الشعور بالأعراض والإحساس بها، ففي حالة المرض يعتقد المريض عند وقوعه تحت تأثير الضغط أن الأعراض تكون أكثر استمرارا ، كما يمكن أن يتعرض لتغيرات جسمية ويفسر هذه التغيرات على أنها أعراض مرضية (Cameron, Leventhal et al, 1995).

### 3-4.1.1 المزاج:

ويؤثر المزاج في تقييم الفرد أو المريض الذاتي لوضعه الصحي، فالأفراد المتفائلين أو الذين يتمتعون بمزاج ايجابي يعدون أنفسهم أكثر صحة ويتذكرون عددا أقل من الخبرات والأعراض

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

المرضية (Salovey et al,1999)، أما المرضى المتشائمون فيقرون بوجود أعراض مرضية أكثر  
وبعدم التحسن وعدم نجاح أي عمل يقومون به في تخفيف الأعراض التي يشكون منها

(Leventhel et al,1996).

### 3-2.1. تفسير الأعراض:

يعد تفسير الأعراض عملية سيكولوجية معقدة على المريض وعلى الطبيب أو الفريق المعالج لما  
تحمله الأعراض من دلالات لدى المريض أو عائلته ، فقد تكون لأعراض بسيطة جدا دلالات كبيرة  
وأهمية خاصة لدى العائلة التي لها تجربة سابقة مع المرض، كأن تفقد أحد أفرادها مثلا بالمرض ذاته  
والذي تظهر اعراضه مبكرا ، فالفشل الذي عاشته الاسرة في الماضي للاستجابة بفعالية لحالة طارئة،  
تصمم لعدم التعرض له مرة ثانية، وتعتمد الى حماية أي فرد من افراد الاسرة اذا ظهرت لديه نفس  
الاعراض المرضية. ويشمل تفسير الأعراض :

### 3-1.2.1. الخبرة السابقة و التوقعات:

يتأثر تفسير الاعراض تأثرا شديدا بالخبرات السابقة، فالتاريخ الشخصي الذي يتسم بتعرض الفرد  
لأعراض مرضية محددة في الماضي يمكن ان يقود الى بناء افتراضات حول معنى الاعراض التي  
تظهر لديه، فمثلا يميل الاشخاص الذين لديهم تاريخ شخصي يتعلق باصابتهم بمرض معين الى  
اعتبار اعراضهم اكثر انتشارا وحالتهم اقل حظورقمن الافراد الذين لا يوجد في تاريخهم المرضي الى  
ما يشير الى تعرضهم للحالة المرضية في السابق ( Jemmott et al, 1988)، كما أن المعنى الذي  
يتخذه العرض لدى الفرد يتأثر بمدى شيوعه بين معارفه وافراد عائلته أو من هم في مستواه الثقافي.  
ويعتبر الباحثون أن الانتشار الكبير للأعراض المرضية يعد سببا لاعطائه اهتماما أقل ( Croyle et  
Ditto,1990).

وتؤثر توقعات الفرد في تفسير الأعراض المرضية، فالأفراد قد يتجاهلون الأعراض التي لا  
يتوقعونها في حين قد يضحون الأعراض التي يتوقعون حدوثها ( Ruble,1972, Leventhel et  
al,1982, Mc Farland et al, 1989).

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

### 3-2.2.1. خطورة الأعراض :

تدرك الأعراض أكثر خطورة وميلا لجذب الانتباه إذا أثرت في أجزاء مهمة جدا في الجسم، فمثلا قد يكون التعب الضيق الموجود في الصدر كمؤشر الى وجود مرض القلب أو يدل الصداع الشديد الى ارتفاع ضغط الدم، وعموما اذا تسبب العرض في الألم فانه سيقود الى البحث عن العلاج بسرعة أكبر مما لو لم يكن مسببا للألم (Eifert et al,1996).

### 3-2. التمثيلات المعرفية للمرض أو المخططات المرضية:

تشير التمثيلات أو المخططات المرضية الى المدركات المنظمة عن المرض التي يتم اكتسابها من خلال وسائل الاعلام أو الخبرة الشخصية ، ومن الأسرة والأصدقاء الذين تعرضوا لخبرة الاصابة بأعراض نفس المرض ( Leventhal et al,1984, Turk et al,986, Orts et al, 1995, Swartzman et Lees,1996 ). وتتراوح المخططات الذهنية المتعلقة بالمرض بين الغموض التام وعدم الدقة الى الشمولية والدقة التامة، وتكمن أهميتها في كونها عاملا مؤثرا في سلوك الافراد الوقائي وفي ردود أفعالهم عندما يتعرضون للاعراض، أو تشخيص المرض وفي مدى الالتزام بالتوصيات العلاجية وتوقعاتهم بشأن مستقبل وضعهم الصحي ( Croyle et Barger,1993 ).

### 3-3. النماذج الأولية المرضية :

إضافة الى المفاهيم العامة عن المرض يحمل الافراد مدركات حول أمراض معينة تعرف بالنماذج الأولية للمرض ، فقد يحمل مثلا نموذجا أوليا للاصابة بمرض السكري وهو مرض مزمن يتضمن حدوثه الزيادة في الوزن وعدم القيام بممارسة النشاط الرياضي بوصفها عوامل مسببة للأصابة أو بوصفها نواتج، واستمرار المرض لفترة طويلة واحتمال أن يؤدي الى الموت

( Bishop,Mc mahon et al, 1987 )

وتساعد النماذج الأولية المرضية الأفراد على تنظيم المعلومات المتعلقة بالأحاسيس الجسمية التي لا يمكن تفسيرها بدون هذه النماذج المرضية وتقييمها، وبذلك فان الشخص الذي يشعر أنه عرضة للاصابة بمرض مزمن ( مرض السكري مثلا) سيقوم بتفسير كثرة التبول أو الدوار بطريقة مختلفة

## الفصل الأول: مرض السكري وبيكولوجية مرضى السكري

تماما عن الشخص الذي لا يحمل هذا النموذج الأولي للمرض، أو الذي لا يدرك أن لهذا العرض ارتباطا بمرض السكري من الممكن أن يعد الشخص الثاني هذه الأعراض مؤشرا لاضطراب الهضم .

يمكن ان تقود إذن المدركات المنظمة حول المرض الأفراد الى تفسير المعلومات الجديدة، كما أنها تؤثر بالقرارات التي يتخذها الأفراد في البحث عن العلاج والتغيير والى الفشل في الالتزام بنظام المعالجة (Leventhal et al,1992)، كما تؤثر في توقعاتهم المتعلقة بمستقبلهم الصحي (Bishop et Converse, 1986 )

### 3-4. الاعتقادات الساذجة حول المرض :

بدأ الاهتمام من طرف الاطباء بالمعاني التي يعطيها المريض لمرضه واعتقاداته كونها تحدد بدرجة كبيرة سلوكياته الصحية كالمتابعة الطبية العلاقة مع الطبيب والامتثال للعلاج، فالمريض على دراية باسباب المرض لكن يطور في سرية نظرية معاكسة كون بعض المرضى يعتقدون بعدم فعالية المتابعة الطبية التي يتلقونها، لذلك يلجؤون الى الطب الموازي أو الطب الشعبي لطلب العلاج ، وتدور هذه المعتقدات حول وصف المرض وتفسيره وأعراضه، واسابه والرقابة المدركة. وأوضح (Pedenelli,2001) وجود فرق جوهري بين النظريات العلمية والأسباب الخاصة بكل فرد حول المرض

(Pedenelli,2001 : 125).

### 4- التكيف البيكولوجي مع مرض السكري :

يعتبر التكيف النفسي مع المرض المزمن مسار تكيفي مستمر ومتواصل تختلف انماطه وعوامله حسب نمط وشكل الدخول في المرض المزمن. ويحدث المرض - كما تذكر النظرية التطورية- تغيرا معتبرا على مستوى أفكار معتقدات المريض (دليلة زناد، 2013: 135)

حدد كل من (Cohen,Lazarus 1984, Velton,Rivenson 1982)

(Folkman,Backenham1986,) بعض العناصر التي تساعد المرضى على التكيف الافضل

مع المرض المزمن ، ومن أهم هذه العناصر:

1-المستوى العالي من الذكاء والتطور المعرفي حيث يعطي المريض القدرة على البحث عن المعلومات واستخدامها.

2-قوة الانا والتقدير العالي للذات

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

3- صفاة المرض، نوعه، أعراضه ومواقع الاصابة.

( الخالدي، 2008: 311 ) .

ومن اهم العوامل المساعدة على التكيف السيكولوجي مع المرض :

4-1. تشخيص المرض وطلب العلاج :

4-1.1. تشخيص المرض :

يتحدد تشخيص المرض الى حد معين بالمعنى الذي يتخذه العرض وهي العملية التي لا تبدأ في عيادة الطبيب فحسب بل في محادثات الشخص مع أقرباءه وأصدقائه وجيرانه، وقد أسهم الباحثون وخاصة علماء الاجتماع في الكتابة حول شبكة المعالجة الشعبية باعتبارها شبكة غير رسمية من الأصدقاء وأفراد الأسرة التي يقدمون تفسيرات للأعراض المرضية قبل البحث عن أي علاج طبي (شيلي تايلور، 2007: 486)، فقد يذكر المريض الأعراض المرضية لأفراد أسرته أو أصدقاءه أو زملاء العمل الذين يقومون بدورهم بتقديم وجهات نظرهم وتجاربهم الشخصية لتفسير ما يمكن أن تعنيه الأعراض (Croyle et Hunt, 1991)، وقد يقدم الأصدقاء أو الأقارب النصائح بخصوص مدى توافر الحاجة للبحث عن العلاج الطبي . وتعتبر شبكة العلاقات المرجعية والمعالجة الشعبية في كثير من المجتمعات، ومنها المجتمعات العربية والمجتمع الجزائري، النموذج الأفضل في العلاج التي يقوم بها أحد الأشخاص الذين يتمتعون بخبرة واسعة وهم في الغالب الأكبر سناً، فنتصرف العجوز الأكبر سناً من أقارب المريض كطبيب شعبي وتخولها خبرتها الطويلة في امتلاك حكمة خاصة في المسائل الطبية. وفي المجتمعات العرقية تقوم شبكة العلاقات المرجعية بتشكيل المعتقدات المتعلقة بالعوامل المؤدية للمرض والشفاء والتي تعتبر من الامور الخارقة التي تفوق القدرات الطبيعية او الخرافية من وجهة النظر الطبية التقليدية ( Landrine et Klonoff, 1994 ) وبذلك تعمل هذه الشبكات المرجعية على تقديم وصفات علاجية منزلية تعتبر - حسبهم - اكثر ملائمة او فعالية من المعالجة الطبية.

وبالمقابل أيضا توجه شبكة العلاقات المرجعية الأفراد الى استخدام طرق علاجية غير تقليدية في علاج مشاكلهم الصحية كاستراتيجيات الإسترخاء والمساج والعلاج الروحي والحمية الغذائية والاستهلاك الضخم للفيتامينات والتغذية الراجعة الحيوية والعلاج بالطاقة والإبر الصينية ، وتستخدم هذه العلاجات بالموازاة مع العلاج الطبي الرسمي الذي يقدمه الطبيب المعالج للمريض، ولكن غالبا ما لا يدرك أن مريضه يتبع هذا النوع من العلاج (شيلي تايلور، 2007: 487).

4-2.1. التأخر في طلب العلاج :

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

يعتبر التأخر في طلب العلاج من المشكلات التي يواجهها المشرفون على الخدمات الصحية وذلك عندما يقوم الشخص الذي يتوجب عليه البحث عن علاج لعرض مرضي بتأجيل الأمر إذا ظهرت لديه أعراض عرضية، فالورم وآلام الصدر واسوداد لون الجلد وآلام المعدة الشديدة و النوبات المرضية كلها أعراض خطيرة تستوجب الفحص عند التعرض لها دون تاخير. ومع ذلك فقد يعيش الشخص لعدة أشهر يعاني من عرض أو أكثر من هذه الأعراض دون أن يبحث عن التشخيص أو يطلب العلاج.

ويعتبر الباحثون أن هذا السلوك يعرف بسلوك التأخر والذي يحدد بالفترة بين لحظة التعرف على أعراض المرض وبين القيام بالحصول على العلاج، كما يعتبر من الأسباب الرئيسية التي تساهم في حدوث التعقيدات الصحية أو الوفاة . فعلى سبيل المثال يؤدي سلوك التأخر لدى الفرد بالاصابة بمرض السكري ثم يؤدي بمرضى السكري الى مضاعفات الاصابة بمرض القلب أو الكلى أو فقدان البصر أو البتر. ويتعلق السبب الرئيسي المؤدي الى هذا السلوك ( أي سلوك التأخر) بتكاليف العلاج خاصة لدى الطبقة الفقيرة ، فالفقراء عموما يقنعون أنفسهم بعدم خطورة الأعراض الى درجة توسيع تكاليف العلاج. ورغم أن في بعض الدول يكون الفحص مجاني- كما في الجزائر- الا أن بعض الأفراد يمتنعون عن تحمل أعباء إضافية في ايجاد الطبيب أو العلاج المناسبين. كما أن الأفراد في أواسط العمر يقنعون دوما أنفسهم أنهم بصحة جيدة ولا يحتاجون الى الفحص أو طلب العلاج ، أو اقتناعهم أن الأعراض التي يعانون منها لا يمكن أن تكون خطيرة ( Levanthal et al, 1995 ) .

ويعتبر التأخر أيضا من المظاهر العامة الأكثر انتشارا بين الأفراد الذين ليس لهم اتصال منتظم مع الطبيب أو يسيؤون استخدام الخدمات الصحية بشكل عام.

من المتوقع إذن- استنادا الى نموذج المعتقد الصحي- التنبؤ بسلوك التأخر تماما كما هو الأمر بالنسبة لسلوك استخدام الخدمات الطبية، إذ يستطيع هذا النموذج في واقع الأمر أن يفسر بعضا من سلوك التأخير ( Rosenstock et Kirscht,1979)، فالأفراد الذين يفشلون في البحث عن علاج لأعراض يمكن أن تشير الى الاصابة بالسرطان مثلا يعتبرون أكثر ميلا للاعتقاد بأن المعالجة ستكون مؤلمة من حيث ادراك وجود عوائق أو التكاليف الباهضة، أو الاعتقاد انه لا يمكن عمل أي شئ للشفاء من المرض ( Safer et al, 1979 ) .

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

وتشكل الأعراض عاملاً آخر مهم يساهم بالتنبؤ بحدوث التأخر، فعندما يكون العرض شبيهاً بعرض مرض آخر تبين بالسابق أنه غير خطير فإن الفرد يتأخر في البحث عن العلاج أكثر مما لو كان العرض جديداً ولمرض غير مسبوق .

والتأخر العلاجي لا يتوقف على حدوث أول استشارة للطبيب المختص، فقد يتأخر المرضى في أخذ العلاج الذي وصف لهم أو يتوقفون في اكمال الفحص أو تأجيل المراجعة. وفي بعض الحالات يشجع المرضى فضولهم عن المرض الذي يعانون منه بعد الفحص الطبي الأول ثم لا يشعرون بأي خطر يهددهم رغم تحذيرات الطبيب. كما قد يحدث العكس في حالات أخرى، فقد يشعر المرضى بخاطر حقيقي مهدد لهم ولكي يتوقفوا عن التفكير بالأعراض لا يقومون باتخاذ أي اجراءات علاجية لاحقة (شيلي تايلور، 2007: 500)

### ❖ تاخر الفريق الطبي عن تقديم العلاج :

يشكل التأخير الذي يحصل من قبل المختصين عن الرعاية الصحية سبباً آخر مهماً من أسباب التأخر العلاجي ويعد مسؤولاً عن حوالي 15% من بين جميع سلوكيات التأخير (Greer,1974, Cassilethtal,1988)، وقد يحدث التأخر الطبي عندما لا يتم اجراء الفحص المناسب أو تقديم المعالجة للمريض الا بعد أن يصبح المرض مؤكداً وواضحاً. وتحدث أغلب حالات التأخير من القائمين على تقديم الرعاية الصحية بسبب ارتكاب أخطاء من غير قصد، وهو ما يحدث في حالة التشخيص الخاطئ للحالة على أنها مرض آخر والاستمرار في اعطاء علاج غير مناسب الى أن يتضح عدم وجود تحسن من المرض، فقد يحدث تقصير غير مقصود من الطبيب المعالج كما قد يتسبب التأخر الطبي بسبب سوء الممارسة أو القراءة الخاطئة لنتائج الفحوص أو الفشل في وصف العلاجات المناسبة.

### 5- دور الفريق المعالج في التكفل بالمرضى :

يؤكد موس وشيفر (Moos & Schaeffer2003) بأن الأشخاص ذوي الأمراض المزمنة يهتمون تماماً كغيرهم بإقامة علاقات مع الطاقم الطبي القائم على الرعاية، إلا أن طبيعة هذه العلاقات مختلفة، حيث يتبنى هؤلاء المرضى اتجاهات يائسة نحو وضعهم المرضي، تتضح عادة في تعاملهم مع الطبيب المعالج.

ويقوم ذوي الأمراض المزمنة بإرهاق الطاقم الطبي بتساؤلاتهم حول وضعهم المرضي ربما لاعتقاداتهم الخاطئة بأن على أطباءهم أن يقوموا بشفائهم وتخليصهم من هذه المعاناة. وتعتبر مثل تلك

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

السلوكيات بمثابة تحدي لمصادر المعلومات التي يمتلكها المرضى عن المرض المزمن، كما ويتخذون الحمية الغذائية التي عليهم إتباعها، معتقدين بأنها لا تناسبهم فتظهر استجاباتهم وكأنها توحى بعدم قدرتهم على إتباع التعليمات الطبية اللازمة (Chen,Chaiang,Wang et Jaw, 2003) .

وكثيرا ما يشعر الطاقم الطبي بالإحباط من عدم قيام هؤلاء المرضى بإتباع التعليمات ويجدون بالتالي أن علاج ذوي الأمراض المزمنة أقل نجاحا من علاج غيرهم من المرضى، مما يؤثر على علاقتهم بهؤلاء المرضى وينعكس سلباً على العلاج (Brannon et Feist, 2003) .

وتركز الهيئات الطبية في تعاملها مع مرضى الأمراض المزمنة على الأعراض الجسدية والحمية الغذائية والعلاج الدوائي أكثر من تركيزها على تقديم النصيحة وتعليم المرضى كيفية التعامل مع

طبيعة المرض المزمن ، لذلك ظهرت الجماعات الداعمة من مجموعات المرضى الذين يعانون من نفس المرض، وبرزت الحاجة إلى انضمام المعالجين النفسين إلى طاقم الرعاية الطبية لتقديم المداخلات التي تهدف إلى مساعدة المريض على التكيف مع هذا المرض والتي بدورها تقودهم إلى رعاية أنفسهم والالتزام بالتعليمات الطبية (محمد سليم خميس ، 2013: 128 )

إن الصراع الضمني الذي يحدث بين الفئات المختلفة في المستشفى يرجع بشكل مباشر الى الأهداف التي تسعى هذه الأخيرة الى تحقيقها،فشفاء المريض هو الهدف الذي يسعى الطبيب الى تحقيقه وتقع عليه هذه المسؤولية في العادة، وهو المسؤول عن اتخاذ أي اجراءات علاجية من شأنها أن تساعد على الحفاظ على صحة المريض وشفائه. وفي المقابل فان رعاية المريض هي من الأهداف التي توكل الى فريق التمريض، وهذه الرعاية تشمل الجانبين العلاجي والانساني، فهدف

الرعاية لا يقتصر فقط على مجرد الحفاظ على صحة المريض ولكنه يتضمن أيضا رعايته بقدر المستطاع للحفاظ على توازنه الانفعالي وتحقيق راحته الجسمية. وفي المقابل فان هدف ادارة المستشفى يتمركز حول ضمان سير العمل بسهولة وتوفير المصادر والخدمات والعاملين.

لكن الملاحظ في المستشفيات أنه يمكن ان تصطدم هذه الاهداف وخاصة اذا تعلق الامر بنقص الكوادر (من أطباء عامين وخواص) أو عجز المستشفى عن توفير الأدوية اللازمة المساعدة لشفاء المريض، أو نقص الأماكن في المستشفى مما يضطر الفريق المهني الى رفض استقبال المريض .



## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

فعلى الفريق الطبي في المواقف الطارئة أن يؤدي دوره على أفضل وجه، وأن يتحلى بالمرونة الكافية لكي يستجيب بفعالية تامة للموقف المتغير والاستعجالي. كما لا يجب أن ننسى دور التفاهم والاتصال الفعال بين أفراد الفريق الطبي ببعضهم، وبين أفراد الفريق الطبي والفريق الإداري، فالتفاهم بين أعضاء الفريق المعالج من شأنه أن يسهل مرور المعلومة للفريق الطبي ويسهل الاستشفاء ويقصر من مدة بقاء المريض داخل المستشفى، كما ينعكس على الأداء الجيد للعمل في المصلحة وعلى التواصل بين الفريق الطبي والإداري . وعادة ما تكون الحواجز المهنية داخل المستشفى كبيرة جدا فالمرضى يتواصل مع الطبيب أو زميله الممرض بينما يهمل التواصل مع الإداري، وهذا يمكن أن يخلق بعض المشاكل التي تعود بالسلب على المريض ( شيلي تايلور، 2007: 504).

### 5-1. طبيعة التواصل بين المريض و الفريق المعالج:

يهتم المريض كثيرا بنوعية العلاقة التي تربطه بالفريق المعالج وخاصة الطبيب، الا هناك بعض التحفظات التي يحملها المريض بخصوص هذه العلاقة حيث تتركز الانتقادات الموجهة حول استخدام الطبيب لمصطلحات مختصة ومعقدة لا يستطيع المرضى فهمها في بعض الاحيان أو تحليل معانيها المعقدة، وكذا عدم تركيز الطبيب على المريض كإنسان له شخصيته المميزة بل يركز على الأعراض المرضية أو يجد نفسه ليس له ميل أو رغبة في معالجة بعض الأمراض أو متابعتها. وفي بعض الأحيان قد يكون المريض مقصرا في الخدمات المقدمة نتيجة لعدم كفاءته مما ينتج عنه مشاكل عديدة واهمها عدم إلتزام المريض بتوصيات الطبيب ونصائحه.

ويتدنى مستوى رضا المريض عن طبيبه المعالج اذا لم يشخص هذا الأخير طبيعة المرض بشكل مؤكد حتى في الحالات المرضية العسيرة، واذا كان يتعامل مع مريضه بشكل فاتر يخلو من الود كما أنه يحكم بالإيجاب على كفاءة الطبيب اذا كان لطيفا في التعامل معه ( Dimatteo et al, 1985, Buller et Buller, 1987).

ومن بين العوامل المؤثرة على العلاقة بين الطبيب والمريض هو الرغبة المتزايدة لدى المريض بالمشاركة في القرارات المتعلقة بمرضه وصحته، ففي وقت سابق كانت سلطة الطبيب تقبل دون سؤال أو نقاش أو شكوى لكن في الوقت الحالي ومع زيادة الوعي لدى المرضى أصبح المريض اليوم ينظر الى الرعاية الصحية نظرة المستهلك الذي يحتاج الى رعاية وحماية (Haug, 1994).

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مريض السكري

وتساعد العديد من العوامل الى حدوث مثل هذا التغيير وأهمها ضرورة التزام المريض بخطة العلاج مما يتطلب تعاونه التام ومشاركته في برنامج العلاج، فالمريض المصاب بالمرض المزمن أصبح يمتلك معلومات عن مرضه لذلك فمن المفيد منح المريض دورا في وضع الخطة العلاجية واستغلال درايته للمساعدة في انجاح برامج العلاج، فمثلا معرفة مريض السكري بمرضه والمضاعفات التي يتسبب بها المرض يساعد المريض على السيطرة على مستوى السكر في الدم وتنظيم العلاج بشكل ناجح. وقد أثبتت الدراسات أن المرضى لا يلتزمون بجدية ودقة بتغيير نمط حياتهم بسبب احساسهم بأن ذلك يخضع لسيطرة القائمين بالرعاية الصحية وإرادتهم وليس لسيطرتهم ( Lynch et al,1992 ).

ومن بين العوامل أيضا التي تؤثر في الاتصال بين المريض والطبيب وفي العلاقة العلاجية شخصية الطبيب كأن يهمل مبدأ الاصغاء لمريضه وموقع عيادته،التغيرات التي تطرأ على نظام الرعاية الصحية ودور السلوك الشخصي للمريض ولل فريق المعالج ككل وتكلفة الفحوصات والعلاج التي تنقل كاهل المريض المزمن وعائلته ( Freidson,1961, Mechanic,1975,Ross et al,1982 ).

ويساهم المريض أيضا بخصائصه العامة وسمات شخصيته في التواصل الخاطئ بينه وبين الفريق المعالج وخاصة الطبيب، فقد توصلت بعض الدراسات أن بعض المرضى لا يتذكرون أبدا التشخيص بعد مناقشته مع طبيبه، وأن نصف المرضى لم يفهموا تفاصيل مهمة حول مرضهم أو علاجه ( Goldon et Jonston,1970 ).

كما أن شخصية المرضى تلعب دورا في التواصل فالمرضى العصائبيون كثيرا ما يببالغون في أعراضهم مما يعيق من قدرة الطبيب على الفهم أو الحكم الفعال على الحالة الصحية والكثير منهم يعانون من ضعف تقدير الذات او الصلابة النفسية ، ويفشل المريض الذي يعاني من القلق في الفهم لصعوبة التركيز ومعالجة المعلومات المدخلة حتى بعد تلقيها. ويؤثر السن كذلك على الاتصال الجيد، فمع تقدم العمر تقل قدرة المسن على عرض شكاواه بفعالية وعلى فهم التعليمات الطبية وبالتالي تبرز الحاجة الى مزيد من الوقت والعناية لايصال المعلومات المهمة للمرضى المسنين ( شيلي تايلور، 2007: 507 ).

ويعتبر المستوى الثقافي للمريض ومعرفته السابقة للمرض وخبرته من أهم العوامل المؤثرة في التواصل إذ أن بعض المرضى غير قادرين على فهم أبسط المعلومات حول حالتهم ، وكذا المرضى

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

الذين كانت لديهم خبرة سابقة بالمرض أو لأحد افراد عائلتهم وتلقوا تفسيرات واضحة عن المرض والعلاج. أما المرضى الذين يعتبرون المرض جديدا بالنسبة لهم ولديهم القليل من المعلومات حوله فقد أظهروا صعوبة شديدة في الفهم وتفسير الحالة ( Davis,1966, Witzkin,1985, Dimatteo et al, 1982 ).

ولأن المريض يخشى أن يكون مصابا بمرض مزمن فقد يمتنع لاشعوريا عن اعطاء المعلومات الصحيحة والمفيدة للطبيب أو قد يعطيه اشارات خاطئة حول مشكلته الحقيقية، وقد يخاف المريض أحيانا من توجيه الأسئلة للطبيب لاعتقاده بأنه لن يحصل على إجابات صادقة ( Greer,1974 ). وتوصلت بعض الدراسات ( Ware et al,1978, Ross et al,1993,Eisenberg et al,1993 ) الى أن سوء الاتصال وضعفه يؤثر بشكل واضح على المريض ، فالمرضى غير الراضين بشكل عام يكونون أقل ميلا لاستخدام الخدمات الطبية مستقبلا، كما أنهم أكثر ميلا للبحث عن خدمات تلبى حاجاتهم العاطفية بدلا من حاجاتهم الطبية، وعن خدمات تضع التفاعل الوجداني في المقدمة حتى ولو كان ذلك على حساب الرعاية الطبية الكفوة ، كما توصل الباحثون أيضا أمثال ( Hayes-Bautista, 1976 ) أن المرضى غير الراضين كانوا أقل ميلا للحصول على فحوصات طبية وأكثر ميلا لتغيير أطباءهم باستمرار والتقدم بالشكاوي الرسمية ( شيلي تايلور، 2007 : 507 ).

### 5-2. دور الاخصائي النفسي في التكفل بمرضى السكري :

توضح الخبرة النفسية مع الامراض المزمنة- ومن بينها مرض السكري - ان المرضى لا يطالبون بالفحص النفسي ذلك بسبب جهل المريض بوجود او دور الاخصائي النفساني في المصلحة الاستشفائية ، او لانه يهتم بشكل كبير واساسي بتلقي العلاجات الطبية التي تمنعه في التفكير في تلقي المساعدة النفسية او عدم وعيه بوجود معاناة سيكولوجية الى جانب معاناته العضوية. لذلك يعمل الاخصائي على التدخل لعرض خدماته والتكفل بالمريض.

يعاني مريض السكري من مشكلتين رئيسيتين تتمثلان في التحكم الذاتي في المرض ( الحمية الغذائية، الدواء والانسولين) والحالة الانفعالية المرتبطة بهذه الصعوبات، لذلك تتم مختلف التدخلات بهدف تحسين التسيير الذاتي للمرض وتحسين الحالة المزاجية للمريض كي يتمكن من ضبط نسبة السكر في الدم ( Mikolajczak,2013 : 139 ).

## الفصل الأول: مرض السكري وسيكولوجية مرضى السكري

إن من بين التطورات المهمة في خدمات الرعاية التي يقدمها المستشفى زيادة مساهمة المختصين النفسانيين في رعاية المرضى والتكفل بهم، وقد لوحظ في الجزائر، وفي مستشفى مدينة ورقلة على وجه الخصوص، ارتفاع عدد المختصين النفسانيين الذين يعملون في مختلف المصالح الاستشفائية خلال السنوات العشرة الأخيرة، كما اتسعت الأدوار التي يقومون بها، فهم يساهمون في تشخيص المرضى وخاصة من خلال استخدام اختبارات الشخصية والقدرة العقلية والعصبية وبتقدير المستوى الوظيفي العام للمرضى وما لديهم من جوانب قوة وضعف يمكن أن تساعد في تشكيل الأساس للتدخل العلاجي.

ويذكر الباحثون ( **Peyrot et Robin,2007 ;Sulton et all,2003** ) أن تحسين نوعية الحياة والسلوكات المناسبة لمرض السكري يعتمد على حافز المريض وكذا خبرته مع المرض، لذلك تحتاج المصاحبة النفسية لمرضى السكري التركيز على المريض (مشاكله،اهتماماته،أهدافه واستراتيجيات مراجعته للمرض) ، لذلك على الاخصائي النفسي أن يتكيف مع مختلف مراحل التغيير التي يمر بها المريض واحترام وجهة نظره والتعامل مع المقاومة التي يبديها، وذلك بالعمل مع تناقضاته والرفع من إحساسه حتى يصل الى استقلالته الذاتية.

ويشارك كذلك الأخصائي النفسي بشكل كبير في مرحلة التحضير لاستشفاء المريض في حالة رفضه المكوث في المستشفى بدافع خوفه وقلقه من الاستشفاء أو اعتباره أن حالته ليست خطيرة ولا تستوجب ذلك. ويساعد الاخصائي النفسي في اجراءات مساعدة المرضى على التكيف مع المرض وتدريبهم على التحكم في الألم وزيادة الالتزام بالعلاج والبرامج التي تهدف شالي تعليم المرضى العناية الذاتية بأنفسهم بعد مغادرة المستشفى، كما يقوم بتشخيص المشاكل النفسية ومشاكل سوء التكيف التي تؤدي الى تعقيد العناية بالمريض وعلاجها.

ولا يتوقف دور الاخصائي النفسي عند هذا الحد فقط بل يتعداه الى التدخل العائلي من خلال توفير المساندة الاجتماعية المناسبة للمريض من أفراد العائلة، وأشراكهم في التكفل الفعال بالمريض، من خلال الأدوية والحمية الغذائية والالتزام العلاجي، وكذا التكفل النفسي بأفراد العائلة الذين يقع عليهم الضغط وقد يصابون بحالة من الاكتئاب.

ويتدخل الاخصائي النفسي كذلك لمساعدة الفريق المعالج (خاصة الطبيب المعالج) على فهم أكثر للمريض وللمعني الذي يمثله المرض بالنسبة له ( كأن يحمل المريض مثلا فكرة أن المرض ثابت ودوري وأن العلاج الدوائي او الانسولين لا يساعد في تحسين حالته ). كما من المهم جدا ان يبصر

## الفصل الأول: مرض السكري وبيكولوجية مرضى السكري

الاخصائي النفسي الفريق الطبي باهمية عدم اعتبار المريض فردا مصابا يحتاج الى مساعدة بل التعامل معه بإنسانية حتى يصل به الى تكيف أفضل مع المرض ( Mikolajczak,2013 :141).

وعموما يعمل الاخصائي النفسي على تحسين اجراءات التدخل التي تعزز قدرة المريض على التحكم التي يمكن أن يكون لها أثر مميز في اكساب المريض القدرة على التكيف، مع التطور في نظام الرعاية الصحية عبر العقود القادمة يتوقع ان يستمر الدور بالذي يقوم به الاخصائي النفسي في المستشفى بالتحسن.

ولدى مراجعة عدد كبير من الدراسات ( Doering et al,2000, Auerbach et Kilmann,1977,Ludwick et al,1988 ) توصل الباحثون الى أن التدخل عن طريق اعطاء المعلومات والاسترخاء والعلاج المعرفي السلوكي كتعلم التفكير بطريقة مختلفة ازاء الاحساسات المزعجة كانت جميعها ناجحة في تخفيف القلق وفي تحسن أساليب التعامل التي يستخدمها الفرد، وفي المساعدة في تخفيف الاثار السلبية للمرض بسرعة اكبر.

إن الدلائل حول أهمية الضبط البيكولوجي يجب ألا تعامل على أنها دواء سحري لجميع الحالات المرضية والمزعجة، فالافراد الذين يمتلكون رغبة قوية لممارسة الضبط هم الذين يمكن ان يستفيدوا بشكل خاص من اجراءات التدخل التي تستند الى تعزيزه، ولكن يمكن تجنب الضبط اذا ادى الى فرض مسؤوليات اضافية تزيد عن قدرة استيعاب الفرد المعلوماتية أو قدرة تحمله، فذلك قد يكون مصدر اضافي للضغط ويؤدي الى تفاقم التوتر والمعاناة المتعلقين بالاجراءات الطبية

وأثبتت الدراسات أيضا ( Mills et Krantz,1979 ,Schultheis et al,1987,Thompson et al, ) (1988, Burger,1989,Law et al,1994) أن العلاج النفسي والدعم المعنوي للمرضى واتباع أساليب العلاج المناسبة لكل مريض تبعا لشخصيته وحالته ودرجة مرضه والمقابلة النفسية مع المرضى بشأن المرض والمشاكل المرافقة له قد أدت الى تحسن الوضع النفسي الذاتي وتحسين الحالة الجسدية للمريض أيضا. ويعمل الاخصائي النفسي على اتباع كافة اساليب العلاج النفسي المتوفرة من تمارين الاسترخاء العضلي والعصبي والموسيقى.

وينصح الأخصائيون أنه لا يتعين بالضرورة اتباع اساليب العلاج النفسي الطويلة المدى بل من الأحسن استخدام الأساليب المتعلقة بحل مشاكل سريعة أو مستجدة تصيب كل مريض على حدة.

## الفصل الثاني: سمات الشخصية

تمهيد

1. تعريف سمات الشخصية

1- تعريف الشخصية

2- مفهوم سمات الشخصية وأهم النظريات المفسرة لها

3- خصائص سمات الشخصية الجزئية

4- سمات الشخصية والمرض الجسدي

II. متغيرات الشخصية المؤثرة في الصحة والمرض

1- مفهوم تقدير الذات

2- مفهوم الصلابة النفسية

خلاصة الفصل

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

### تمهيد :

تعتبر الشخصية من أهم الموضوعات التي تعالجها فروع علم النفس من جوانبها المختلفة بهدف الكشف عن فاعلية الفرد في الفهم العميق للسلوك الإنساني، فالشخصية ميزة الفرد النفسية وهي في ذات الوقت مجموعة تصرفاته وطريقة تفكيره ومزاجه. وتتكون الشخصية شيئاً فشيئاً منذ سنوات الإنسان الأولي وتطبع بالإحداث والصدمات والنجاحات التي تتعرض لها والتي تغير من بعض معالمها.

ويعتبر مفهوم الشخصية من أكثر مفاهيم علم النفس تعقيداً نظراً لأنها كافة الصفات والخصائص الجسمية والعقلية والوجدانية المتفاعلة مع بعضها البعض، ولهذا تعددت الآراء وتباينت المفاهيم في معالجتها لمعنى الشخصية من حيث طبيعتها وخصائصها وتطورها (حورية عودية، 2008 : 75)

وبالرغم من كثرة البحوث والدراسات التي تناولت الشخصية الإنسانية إلا أن هذا المفهوم لا يزال يكتنفه الكثير من الغموض .

سنتناول في هذا الفصل مفهوم سمات الشخصية وتأثيرها على المرض المزمن بشكل عام ومرض السكري على وجه الخصوص، بالإضافة إلى تخصيص مبحثين لسمتين من سمات الشخصية، حيث خصص المبحث الأول لمفهوم تقدير الذات من حيث التعريف والمكونات والخصائص والنظريات المفسرة له ، بينما خصص المبحث الثاني لمفهوم الصلابة النفسية من حيث تعريفاتها والنظريات المفسرة لها وكذا علاقتها بمرض السكري .

### 1. تعريف سمات الشخصية:

#### 1-تعريف الشخصية:

تعددت التعاريف التي أعطيت للشخصية وتتنوع بتنوع التصورات النظرية للباحثين ، ومن بين أهم التعاريف : تعريف ألبورت Alport الذي يعتبر من بين الباحثين الأوائل الذين حاولوا دراسة الشخصية ، فهو يعرفها بأنها التنظيم الدينامي لتلك الأجهزة الجسمية و النفسية التي تحدد مطابقة

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

الفرد في التوافق مع بيئته بشكل مميز ( صالح الداھري ، 2010 : 89 )

ويرى أيزنك (Eysenck) بأن الشخصية هي ذلك التنظيم الثابت والدائم إلى حد ما لطباع الفرد ومزاجه وعقله وبنية جسمه ، والذي يحدد توافقه لبيئته ( أحمد عبد الخالق ، 1992 : 40).

ويعرف جيلفورد ( Gilford ) بأن الشخصية نمط من السمات التي تميز فرداً ما عن غيره من الأفراد ( صالح الداھري ، 2010 : 88).

أما الشخصية حسب لازاروس ( lazarus ) فهي دراسة التركيب والعمليات السيكلوجية الثابتة التي تنظم الخبرة الإنسانية وتشكل أفعال الفرد واستجاباته للبيئة التي يعيش فيها

( سيد غنيم و نجاتي ، 1991 : 19)، ويذهب كاتل ( katel ) إلى تعريف الشخصية بأنها ما يُمكن التنبؤ بما يكون عليه سلوك الفرد في موقف معين (صالح الداھري ، 2010 : 90)

ويعرف أحمد عبد الخالق (1996) الشخصية بأنها نمط سلوكي مركب ثابت ودائم إلى حد كبير يميز الفرد عن غيره من الأفراد ، ويتكون من تنظيم فريد لمجموعة من الوظائف والسمات والأجهزة المتفاعلة معاً والتي تضم القدرات العقلية ، والوجدان أو الانفعال ، والنزوع أو الإرادة وتركيب الجسم ، والوظائف الفسيولوجية ، والتي تحدد طريقة الفرد الخاصة في الاستجابة وأسلوبه الفريد في التوافق مع البيئة ( أحمد عبد الخالق ، 1996 : 64 )

كما يعرف محمد السيد (1998) الشخصية بأنها التفاعل المتكامل للخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تميز الشخص وتجعل منه نمطاً فريداً في سلوكه ومكوناته النفسية

(محمد السيد ، 1998 : 27 )

ويعرف كامل وآخرون الشخصية بأنها ذلك المفهوم أو الاصطلاح الذي يصف الفرد من حيث هو كل موحد من الأساليب السلوكية والإدراكية المعقدة التنظيم التي تميزه عن غيره من الناس وبخاصة في المواقف الاجتماعية ( صالح الداھري ، 2010 : 90 ).



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

يتضح إذن من خلال التعريفات السابقة اتفاق العلماء والباحثين على أن الشخصية هي التكامل بين الجانب الجسدي الفزيولوجي والجانب النفسي الانفعالي والتي تظهر من المواقف المختلفة التي يمر بها، فهذه السمات الخاصة بالفرد ذاته دون غيره من الأفراد. فالشخصية هي مجموعة شاملة من السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والسلوكية التي يوصف بها الفرد وتعد حصيلة تفاعل تلك السمات مع بعضها البعض.

### 2- مفهوم سمات الشخصية وأهم النظريات المفسرة لها :

ركز علماء النفس في بحوثهم ودراساتهم التي تناولت الشخصية على أهمية السمات (Traits) التي من شأنها أن تميز شخصا عن آخر، وتساعد معرفتها وتحديدتها بالتنبؤ بما سيكون عليه الفرد إزاء ما يواجهه من مواقف متعددة في حياته ( محمد عباس محمد، 2010: 315).

وقد عدت سمات الشخصية من قبل عدد من المنظرين في هذا الميدان الوحدة الأساسية والأولية في بناء الشخصية باعتبارها من أقدم الوسائل والطرق في وصف الشخصية، بمعنى أن بعض العلماء من اهتم بظاهرة السمات وأكد على الدور الذي تلعبه في تشكيل الشخصية.

ويذكر الباحثون امثال ( Kattel, Eysenck, Lazarus et Allport ) أن سمات الشخصية لا يمكن فهمها إلا في صور تفاعل العوامل البيولوجية والبيئية معاً في تشكيل الشخصية . وينظر بعض علماء النفس إلى السمات على أنها عبارة عن مفاهيم استعداديه، أي مفاهيم تشير إلى نزعات السلوك أو الاستجابة بطرائق معينة ، كما ينظر إليها البعض الأخر على أنها عبارة عن مفاهيم وصفية أي مفاهيم تصف مجموعة مترابطة أو متشابهة من السلوك أو الاستجابات بطرق معينة في مواقف وأوقات مختلفة، فكل شخصية سماتها أو معالمها الرئيسة، وتحدد هذه السمات خصائص هذه الشخصية ونقاط ضعفها وقوتها ومدى مرونتها وقدرتها على التكيف ( راضي الوقفي، 1998، 103)

تحاول نظريات السمات تفسير السلوك الظاهري للفرد على أساس افتراض وجود استعدادات معينة مسئولة عن الثبات النسبي لسلوكه ، وتعتبر هذه الاستعدادات أهم مكونات الشخصية، كما أنها تحدد أسلوبه وتصرفه أثناء تفاعله مع بيئته ومعالجته للمشكلات التي تصادفه، وتتادي بضرورة تحديد

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

عدد كبير من السمات المشتركة للتعرف على شخصية الفرد . لكن بالمقابل توجد بعض السمات المميزة للفرد عن غيره من أفراد المجتمع، فالأفراد يختلفون في سماتهم الجسمية والعقلية والمزاجية والخلقية والاجتماعية ( فيصل عباس، 1990: 26 ). ويرى الوقفي ( 1998 ) أن النظريات التي تتعلق بالسمات تشتمل على افتراضين هما:

1- أن سمات الشخصية تعكس مواصفات مقررة مسبقا وهي ثابتة نسبيا للتعرف بأساليب معينة في المواقف المختلفة وتفسير إمكانية التنبؤ بالسلوك.

2- يختلف الأفراد في مدى ما يمتلكون من سمة معينة الأمر الذي يعني انه لا احد يشبه غيره في جميع السمات، وتكون النتيجة عددا غير محدد من الشخصيات الإنسانية الفريدة ومنهذا المنطلق تعددت التعريفات التي أسندت للسمات تبعا لتعدد الآراء والنظريات المفسرة، ومن أهم هذه التعريفات والنظريات.

\*أولا : يعد ألپورت (Allport 1937-1999) من أبرز العلماء الذين اهتموا بدراسة الشخصية ومن أهم رواد نظرية السمات التي استنتج معظم فروضها من المشاهدة الميدانية للأفراد الأسوياء، وقد كان لأفكاره في هذا الصدد تأثير هام منذ سنة 1937 ( محمد عباس، 2010 : 313).

ويرى ألپورت أن السمة عبارة عن نظام عصبي خاص بالفرد يعمل على جعل المثيرات المتعددة متساوية وظيفيا، كما يعمل على إصدار وتوجيه أشكال متساوية من السلوك التكيفي، أي أن السمة نزعه عامه أو استعداد عام يطبع سلوك الفرد بطابع خاص، فهي مسئولة عن ثبات سلوكه وتحرره .

والسمة حسب ألپورت هي منظومة نفس عصبية خاصة بالفرد ولديها القدرة على نقل العديد من المنبهات المتعادلة من الناحية الوظيفية، كما تهدف إلى التعبير عن السلوك التوافقي مؤكدا على أن السمات تكون متكاملة في الشخص ويمكن ملاحظتها من الخارج عن طريق السلوك.

وأختار ألپورت (Allport) أنواعا مختلفة من السمات من خلال قائمة تشتمل على 18 ألف صفة سلوكية ، كما وصف الشخصية بعدد من السمات المركزية تتراوح بين خمس (5) وثمانية (8) سمات

( صالح الداھري، 2010، 105 ).

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

قام ألبورت (Allport) بتحديد معايير لتحديد السمة والمتمثلة في :

- 1- السمات على مستوى أكثر تعقيدا.
- 2- السمة أكثر عمومية من العادة.
- 3- تتسم السمات بالديناميكية.
- 4- يمكن تحديد السمات ومعالجتها بالطرق التجريبية و الإحصائية مثل ما فعل كاتل وغيره.
- 5- السمات لا تتفصل بعضها عن بعض بل ترتبط فيما بينها بارتباطات موجبه .
- 6- سمة الشخصية قد تتفق أو لا تتفق مع المفهوم الاجتماعي المتعارف عليه لهذه السمة
- 7- قد تكون السمات عامه و يشترك فيها الغالبية العظمى من الناس و قد تكون فريدة يشترك بها فردا واحدا أو مجموعة صغيرة من الأفراد.

( محمد عثمان نجاتي ، 1999 : 96 )

وتنقسم السمات حسب ألبورت (Allport) إلى قسمين هما **السمات العامة** وهي السمات المشتركة بين عدد كبير من الأفراد بدرجات متفاوتة ، وتكون موزعة بينهم توزيعا اعتداليا ، و**السمات الفردية** وهي السمة الخاصة بفرد معين وهي السمات الحقيقية في نظر ألبورت والتي يمكن من خلالها وصف الشخصية بدقة . فالسمات ترتبط فيما بينها بتدرج هرمي به سمة رئيسيه أو أكثر أو مجموعة من السمات المركزية يلي ذلك مجموعة سمات ثانوية.

\*ثانيا : قام كاتل ( Kattel 1934-1945 ) بتقليص القائمة التي أعدها ألبورت وأودبيرت

(Allport et Audber) من ثمانية عشر ألف (18000) إلى أربعة آلاف وخمسمائة (4500) كلمة من الكلمات الواصفة للسمات بعد أن حذف منها الكلمات المترادفة والألفاظ الغريبة، وكشف باستخدام

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

التحليل العاملي في النهاية عن وجود 16 عاملا أساسيا من عوامل الشخصية (محمد عباس محمد ،2011: 325 ). وقد عرف كاتل (Cattell) السمة بأنها مجموعة من ردود الأفعال أو الاستجابات التي يربطها نوع من الوحدة ، فالسمات يمكن أن تصنف في مجموعات أو نماذج على أساس من التكيف التي يعبر بها الفرد عن المواقف التي تواجهه وتتمثل في :

- القدرات أو السمات المعرفية كإمكانيات ترجع إلى التكوين الجسمي أو كمهارات.

- السمات المزاجية وتشمل التهيج و الانفعال وسرعة الاستجابة والحساسية والمثابرة و الاندفاع.

- سمات ديناميكية أو نزوعية أو متصلة بالدوافع.

وقد قسم كاتل السمات بأكثر من طريقة تتمثل في :

1- من حيث الشمولية تنقسم السمات إلى سمات أولية أو سمات المصدر التي تكون مسؤولة عن كل ما يمكن ملاحظته من أشكال السلوك في العقلية أو المزاجية ولها ميزة الدافعية للسلوك، وكذلك لها تأثير واضح للتحكم في سلوك الفرد، والسمات الثانوية أو سمات السطح وهي مجموعة كبيرة غير محددة وتأثيرها محدود في سلوك الفرد (بدر الأنصاري، 1999: 74).

2- من حيث النوعية وتنقسم إلى السمات المعرفية والمتمثلة في إمكانيات الفرد التي يمكن إرجاعها إلى التكوين الجسمي كمال أو مسارات يؤديها الفرد.

3- سمات مزاجية وتتضمن القابلية للاستثارة وسرعة الاستجابة والحساسية.

4- سمات ديناميكية أو سمات ذات علاقة بالدوافع وتعد من الناحية الجسمية استعدادات أو حاجات

( محمد عباس ، 2011 : 326 )

\* ثالثا : يعد ايزنك (Eysenck) من أبرز العلماء الذين أسهموا في نظرية السمات أو العوامل، حيث قدم وصفا منظما للشخصية وتكون العادات أساسا تقوم عليه سمات الشخصية أكد على وجود قاعدة وراثية كبيرة للشخصية وكان يجادل أيضا بأن الذكاء يمكن أن يتحدد جينياً.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وقد احتل مفهوم السمة مكانا مركزيا في نظرية أيزنك للسلوك مشيرا في هذا الصدد إلى أن السمة عبارة عن اتساق ملحوظ في عادات الفرد أو أفعاله المتكررة (صالح الداھري، 2010: 96).

ويشمل النموذج العلمي لدراسة الشخصية الذي قدمه أيزنك Eysenck على مكونين متشابهين هما:

1. الوصف، ويسعى إلى الإجابة عن أسئلة خاصة بماهية الشخصية.

2. التفسير، ويسعى إلى الإجابة عن أسباب تكوين الشخصية على ما هي عليه.

وأوضح أيزنك Eysenck أهمية العوامل الوراثية في تشكيل الشخصية ونموها، كما درس علاقة التشريح بالشخصية وتأثير العقاقير عليها، ليتوصل إلى تحديد خمس عوامل أساسية في وصف الشخصية وهي :

1- عامل الانبساط

2- عامل الذهنية

3- عامل المحافظة مقابل التقدمية

4- عامل العصابية

5- عامل الذكاء

وتعرف السمة حسب أيزنك Eysenck بوصفها أبنية نظرية تعتمد على العلاقات التبادلية الملاحظة بين عدد من الاستجابات الاعتيادية المختلفة، وتضم السمات النشاط البدني ، الاندفاعية، المخاطرة، تحمل المسؤولية، الحزن، الاستعداد للابتهاج، الاستعداد الاجتماعي ( صالح الداھري، 2010: 105- 106 )

\*رابعاً : سمات الشخصية حسب الأنماط السلوكية (نمط الشخصية أ) :

ترجع بذور البحث في نمط الشخصية أ وبخاصة أساليب التعبير غير اللفظية إلى دارون (Daron) الذي كان مهتماً بالتعبير الانفعالي للمريض ،وقد لاحظ الأطباء عبر سنوات عديدة أن

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ضحايا النوبات القلبية يتسمون غالبا بالعداوة والعدوان وعدم الصبر والانهماك التام في العلم .وقد ذكر (Daron) أن هذه الشخصيات ميالة إلى التعرض لضغوط الحياة والمهياة للإصابة بأمراض الشرايين التاجية للقلب والاضطرابات الغددية ( نبيلة بوعافية، 2009: 136 عن Friedman et al,1985).

عرف فريدمان وروزنمان (Friedman et Rosenman,1961) نمط الشخصية أ بأنه مركب من الفعل والانفعال يمكن أن يلاحظ في أي شخص عدواني منهمك في كفاح مرير ومزمن لانجاز المزيد في اقل وقت ممكن حتى ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أو أشخاص آخرين .

ويضيف دمبروسكي (Dembrosky et al,1978) أن نمط الشخصية أ عبارة عن مجموعة من الأشكال السلوكية والتعبيرات الانفعالية التي هي مؤشرات تنبؤية لأمراض شرايين القلب الواضحة اكلنيكيا .

وقد افترض جلاس (Glass) أن سلوك النمط أ ما هو إلا سلوك تكيفي لمواجهة مواقف الضغط على اعتبار أن الأفراد من ذوي النمط أ يشعرون بالتهديد وعدم الأمان في حالة فقدانهم السيطرة والتحكم في المواقف.

وتذكر شكري (1993) أن نمط الشخصية أ هو مجموعة من الصفات السلوكية التي تظهر لدى الفرد وفق شروط معينة وظروف محددة ( مايسة شكري ، 1993 :29).

ويذكر مقدم (1993) أن صاحب النمط السلوكي أ يتميز بسلوك تنافسي حماسي، كما يضيف جمعة يوسف (2000) أن أصحاب نمط الشخصية أ يتصفون ببعض الصفات المميزة مثل العدوانية والقابلية للاستثارة والشعور بضغط الوقت والنشاط المستعجل وعدم التحلي بالصبر

( جمعة يوسف، 2000 :287)

وبناء على ما سبق تقديمه يمكن القول أن هذا النمط يبرز لدى الأشخاص ذوي الحساسية للتحدي القادم من البيئة الفيزيائية أو الاجتماعية، فسلوك هذا النمط يرفع مستوى الكولسترول في الدم مما يزيد

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

من احتمال ارتفاع ضغط الدم أو زيادة نسبة الجلوكوز أو زيادة إفراز هرمون النورأدرينالين الذي يعرقل عملية انتظام نبض القلب (السيد، 1999: 83)

وقد تنبأت دراسة ( Suls et Wan,1989) بأن أفراد النمط أ لديهم صعوبة في التحكم في مستويات الجلوكوز في الدم ، مما يرفع من احتمالية إصابتهم بمرض السكري

( نبيلة بوعافية، 2009 : 143 )

يتضح إذن من الدراسات السابقة أن مرضى السكري هم من ذوي أفراد نمط الشخصية أ ويتميزون بمجموعة من الصفات والخصائص النوعية.

### \*خامسا: نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ( the big five factors ) :

يعتبر نموذج السمات الخمسة للشخصية من أهم النماذج والتصنيفات الحديثة التي فسرت سمات الشخصية في الوقت الحاضر، وفضلا عن ذلك فإنه يقدم نموذجا يتصف بالثبات العالي والشمولية (السيد أبو هاشم، 2005 : 13). واستناداً إلى كل من (Goldberg, 1993 ، وأحمد عبد الخالق ويدر الأنصاري ، 1996، وعلي كاظم ، 2001) فإن تاريخ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية يرجع إلى أسماء عديدة ، فقد توصل فيسك (Fiske) إلى استخراج خمسة عوامل للشخصية عن طريق التحليل العاملي لقائمة كاتل لدى عينات مختلفة باستخدام التقارير الذاتية وتقديرات الملاحظين والأقران. كما توصل كل من توبس وكريستال Tupes et Christal عن طريق التحليل العاملي لقائمة كاتل إلى خمسة عوامل للشخصية أطلقا على العامل الأول الانبساط أو الاستبشار Surgency وعلى العامل الثاني الطيبة Ableness، والثالث الاتكالية Dependability ، والرابع الاتزان الانفعالي Emotional Stability ، والخامس التهذيب Culture ، وأطلق عليها جولديبرج (Goldbreg) العوامل الخمسة الكبرى The big Five Factors ( صالح الدايري، 2010 : 12) ، إذ أكد الباحثون أن كل عامل منها يلخص مجموعة كبيرة من سمات الشخصية المميزة . وقد يعكس ترقيم العوامل من واحد إلى خمسة اتفاق الباحثين على ظهور العوامل الخمسة في دراساتهم العديدة ، فيندرج تحت العاملين الأول والثاني السمات ذات الطابع التفاعلي ، في حين يصف العامل الثالث المطالب

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

السلوكية والتحكم في الدوافع ، وكان العاملان الأخيران أصغر العوامل من ناحية عدد السمات المندرجة تحتها فقد تكون العامل الرابع من السمات المرتبطة بالاتزان الانفعالي كالهدوء والثقة مقابل العصبية والتوتر والمزاج المتقلب والنزعة إلى القلق والحزن ، ويصف العامل الخامس التكوين العقلي للفرد ومدى عمقه ونوعيته بالإضافة إلى الخبرة الذاتية ( محمد السيد، 1998 )

ويمكن القول بوجود نموذجين للعوامل الخمسة الكبرى أحدهما طوره كوستا وماكري ( Costa et al, 1985-1987) وتم بناء قائمة للتحقق منه، والآخر مرتبط بدراسات مستندة للمنحى النفسي المعجمي **Psycho lexical** ومقاس إجرائياً بعدد من الاختبارات العاملة طورها جولديبيرج

(Goldberg 1990-1992) ، ويتشابه النموذجان في عدد العوامل وفي محتوى العامل الثالث الضمير الحي والرابع الاتزان الانفعالي ولكنهما يختلفان في موقع العاملين الأول والثاني إذا أن الدفاء **Facet** من صفات الانبساطية في **NEO** ومن صفات المقبولية في نموذج جولديبيرج (Goldberg) ،والعامل الخامس تم اعتباره الانفتاح على الخبرة في **NEO** والعقلية في نموذج جولديبيرج.

يعرف ماكري وجون (McCrae et John) نموذج عوامل الشخصية الخمس بأنه "تنظيم هرمي لسمات الشخصية يتضمن خمسة أبعاد أساسية وهي كما موضحة في الجدول التالي :



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

العوامل الكبرى	السمات الممثلة لها
العصابية	القلق، الغضب، العدائية، الاكتئاب، الشعور بالذات، الاندفاع، الضغوط والقابلية للانجرار
الانبساطية	الدفع، الاجتماعية، توكيد الذات، النشاط، البحث عن الإثارة
التفتح	الخيال، الجمال، المشاعر، الأفكار، القيم
الطيبة	الثقة، الاستقامة، الإذعان، التواضع
الضمير الحي	الكفاءة، الالتزام بالواجبات، ضبط الذات، التآني والروية

جدول رقم (03) يوضح السمات الممثلة للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية حسب كوستا وماكري

( Costa et Macré, 1985-1987 )

( علي كاظم، 2002 : 25-26 )

ويوفر نموذج العوامل الخمسة للمختصين نسقا أو نظاما جديدا ومتكاملا للبحث في الشخصية ، كونه يمتاز بلغته السهلة والواضحة لدى عموم الناس ويظم مجموعة من السمات الشائعة في اللغة التي يستخدمونها في حياتهم اليومية ( بدر الأنصاري، 1999 : 108).

ويرغم ذلك تم توجيه النقد لهذا النموذج ، فقد اعتبرت القائمة بأنها وصفية مهمتها تحديد الأبعاد التي تتسم بها الشخصية، لكنها لا تفسر أسباب ذلك ولا تساعد على فهم ما يحيط بالسلوك

( صالح الداھري، 2010 : 106 )

### 3- خصائص سمات الشخصية الجزائرية :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

إن المتتبع للسيكولوجية والسيكوباتولوجية في المجتمع المغربي عموما والمجتمع الجزائري على وجه الخصوص يمكن أن يدرك بكل بساطة أن اغلب الدراسات التي اعتنت بهذه الظواهر كانت ولازالت متأثرة بقناعات وتوجهات ذات الصلة الوثيقة بالتفكير السيكولوجي والسيكوباتولوجي الغربي، وبنظرياته وتصنيفاته وتفسيراته الجاهزة ، "...ومن تم فإنها تتماهى في عدم الاهتمام بسمات نشاط الفرد المغربي وبتكوينه المعرفي واضطراباته السلوكية المحددة بمرجعياته الثقافية...."

( محمد بن عبد الله، 2010: 11).

لذلك لم تجد الباحثة أيا من المراجع أو المقالات التي تطرقت للجانب المعرفي أو الإجتماعي والمفسرة لسمات شخصية الفرد المصاب بالمرض المزمن أو الخطير في المجتمع الجزائري أو المعنى الذي يحمله لدى المرضى، وقد يعود السبب في ذلك إلى انسياق الكثير من الباحثين في المجتمعات المغربية عموما والمجتمع الجزائري على وجه الخصوص إلى تبني طروحات نفسية تكوينية أو عضوية بيولوجية يعتقدون بأنها هي وحدها الكفيلة بفهم الفرد وسلوكاته السوية والشاذة بطريقة علمية وصارمة ومعقولة مادامت بنية هذا الفرد وتركيبته النفسية هي في كل زمان ومكان مشروطة بأحادية العملية السيكولوجية والسيكوباتولوجية.

ولهذا السبب أيضا قد يضطر الباحث أحيانا في نقله لبعض المعطيات والمعلومات إلى الاعتماد على خبرته الشخصية وإلى احتكاكه بأفراد مجتمعه ، فيكون اصدق شاهد على ما ينقله والرقيب الذي يحرص على تفادي كل تحريف وكل تأويل لا يستند إلى المنطق الذي يتماشى مع الأطر الأنتروبولوجية المرجعية.

### 3-1. بعض المحاولات لفهم الشخصية المغربية والجزائرية وسماتها :

يجد الباحث والأخصائي النفسي المغربي عموما والجزائري على وجه الخصوص نفسه في حاجة ماسة إلى نموذج " متسق وصادق " يستعين به في ممارساته المهنية بهدف فهم خصوصية الشخصية المغربية لذلك وجدت بعض المحاولات والاتجاهات من طرف الباحثين لفهم هذه الشخصية، ومن بين هذه الاتجاهات :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

3-1.1. النظرية الظاهرية :

تعتبر النظرية الظاهرية من المحاولات الأولى المتبناة من طرف الباحثين ومن أهمهم بريسو (Brissot) لفهم وتفسير الشخصية المغاربية ( محمد بن عبد الله، 2010 : 27).

وتوصف الشخصية المغاربية حسب النظرية الظاهرية بأنها شخصية مطبوعة بالجبرية ومذعنة للمكتوب وتتمثل هذه الجبرية في الخضوع لنوع من الفكر المشترك والدائم الذي يفرض على الفرد كقانون سامي وثابت ويحدث عنده نوعا من اللاتمايز الانفعالي قد تتولد عنه ردود أفعال تتسم بانفعال شديد (Mounier,1974 : 105). أما عن الطبع والمزاج - يضيف Brissot - فإنه طبع غير ميال للتجريد ويهوى كثيرا التشبث بالواقع الحاضر، هذا الارتباط الشديد الذي يميز الشخصية المغاربية يجعلها معرضة لتفكك انفسامي (انطواء، عدم الاهتمام، لامبالاة عاطفية) ولتقلبات مزاجية مسومة بقابلية الإيحاء ( محمد بن عبد الله، 2010 : 27).

ويرى مونيي (Mounier 1974) أن الفرد المغاربي حسب النظرية الظاهرية يبدو متسما بمزاج انفعالي أحادي الشكل غير قادر على الحفاظ على التوازن المنسجم القائم بينه وبين المحيط، مما يعرضه لاضطرابات جسدية أو اضطرابات عقلية حادة مطبوعة بوساوس جسدية ووهمية ، "..... هذا التفسير الذي يندرج في إطار نظرية ظاهرية غير علمية يبقى جزئيا وسطحيا وأحيانا غامضا.....".

(Mounier,1974 : 131).

ويذكر كذلك عبد الله (2010) أن هذا التفسير- أي الظاهري- لم ينج من تأثير الفكر القديم الذي كان يقسم النفسيات إلى عملية وأخرى تجريدية عقلانية متطورة ( محمد بن عبد الله، 2010 : 28).

وترى الباحثة أن هذه النظرية تناقض المعطيات البديهية والواقعية ، فكل الدول المغاربية كانت معرضة في تلك الحقبة للحكم الاستعماري وكانت تحاول بعد الاستقلال بناء ذاتها، فالوضع الاجتماعي المزري الذي كان يعيشه الفرد المغاربي والصدمات التي تعرض لها من طرف الاستعمار وخاصة في الجزائر هو الذي قد يفسر مختلف الظواهر النفسية المرضية التي تميزت بها الشخصية

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

المغربية آنذاك، وبذلك - حسب الباحثة- فإن الموقف المرتبط بالحدث وبالوضعية الثقافية هو الذي يقف وراء كل اضطراب سواء كان نفسي أو جسدي ووراء كل توتر عاطفي.

بالإضافة إلى ذلك فإن هذه النظرة - أي الظواهرية- تناقض الأطر والخصائص الخاصة بالشخصية المغربية التي تميل إلى النزعة الاجتماعية أكثر منها إلى الفردانية والتمركز حول الذات.

3-2.1. الاتجاه الثقافي الاجتماعي :

توصل الباحثون في تبني البعد الثقافي الاجتماعي في محاولة فهمهم للشخصية المغربية إلى أنه لا يمكن فهم عدد من المظاهر الاكلينيكية ( سواء كانت نفسية أو جسدية ) إلا في سياق المرجعية الثقافية التي ترتبط بها هذه الشخصية، فالارتباطات وثيقة بين الثقافة والبنية الاجتماعية والشخص

( محمد بن عبد الله، 2010 : 29)، لهذا السبب أيضا عمد الاتجاه الثقافي - الاجتماعي إلى مراجعة وتعديل الرؤى السابقة وتبني بكل وضوح تناول الاجتماعي لأجل الكشف عن السمات الأساسية للشخصية المغربية، وظهرت عدة محاولات من طرف الباحثين ترمي إلى ملامح الشخصية المغربية وسماتها بصفة موضوعية ( Al azm,1968 ,Bathelier,1969,Gliden,1972,Sanwa,1974

1978,Moughrabi,1977,Saw,1964,Ammar)، لكن يبقى دوما المشكل الذي يطرح هو تجاهل ثراء وتنوع المجتمع المغربي أولا وثانيا أنه يغفل عملية التغير المستمر الذي يعرفها هذا الأخير .

ويذكر مغرابي (Moughrabi,1978) أن النموذج الثقافي - الاجتماعي يبدو في مجمله مطابقا لنموذج الشخصية القاعدية العربية " إذ نجد مالا يقل عن عشر سمات وخصائص هي نفسها منسوبة إلى الشخصية العربية ( 99 : Moughrabi,1978)

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ولعل أهم هذه السمات التي يبرزها هذا النموذج هي سمة الإحساس بالحياء التي تتصل بفشل الفرد في الامتثال إلى معايير الجماعة وإلى الخوف من فقدان السلطة والانكشاف، وهي السمة التي تعوض الشعور بالذنب في الغرب عند المغاربي والإفريقي ( محمد بن عبد الله ، 2010 : 30).

ويعتبر عمار (Ammar,1964) والعزم (Al azm,1968) أن "الفحلوي" هو المكون الأساسي للشخصية القاعدية العربية، ويذكران أن الفحلوي هو شخص سريع التكيف، يستوعب كل جديد بحذر نسبي وهو مستعد دوماً لإبداء وفاق سطحي وتودد سريع، فالفرد في هذه الحالة إنسان ذكي جداً يستخدم هذا الذكاء عادة في إخفاء كل واقع سيئ وهو بارع في عملية النقل والإبعاد، وهو الأسلوب الذي يلجأ إليه لتحميل غيره المسؤولية وإبعادها عن دائرته الشخصية ، وهي طريقة كثيراً ما يعتمد عليها الفرد لتبرير أي وضعية مربكة قد يجد نفسه فيها ( Moughrabi,1978 : 104).

ويضيف بركات وحمادي (1988) أن المجتمع العربي يتمتع بسمة الحياء البارزة في شخصيته وهي تبدو مرتبطة بطرق التخجيل التي تستخدم أثناء تربية الطفل (محمد بن عبد الله، 2010 : 31).

لكن بالمقابل يذكر ليفتون ( Lifton,1970) أنه لا يجب التغاضي عن حقيقة أساسية وهي أن المجتمعات المغاربية تتغير باستمرار ، كما أن الأساليب الخاصة بالطفل تتغير هي كذلك " وإذا بقيت ثابتة أو متكيفة في زمان التقلبات الاجتماعية السريعة فهي إما للحفاظ على الهوية أو لتفادي التفكك التاريخي ( Moughrabi,1978, : 104).

ويضيف جعيط ( Djait,1974 ) أنه لهذا السبب أو ربما لأسباب أخرى فإن الشخصية المغاربية تبدو جد معقدة ومتنوعة حسب المراحل العمرية والفئات الاجتماعية ، فالقابلية للتأثر والعدوانية قد يتطابقان مع بعض الميول النرجسية والحساسية المفرطة لانا، وهي في نفس الوقت ترجمة للنقص الواضح في ضبط الانفعالية ( Djait,1974 : 201).

ويذكر أحمد بن نعمان (1988) أنه من المهم جداً لرسم ملامح خاص بسمات الشخصية المغاربية عموماً والشخصية الجزائرية على وجه الخصوص الإعتماد على منهجية تظهر حريصة منذ البداية على تحقيق جملة من الفوائد العلمية والعملية بهدف التوصل إلى نتائج بأكبر قدر من

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

الدقة والموضوعية لتصحيح بعض المغالطات والمفاهيم السائدة حول الشخصية العربية والجزائرية ( محمد بن عبد الله، 2010 : 33). ويدعم بن نعمان (1988) الاتجاه الاجتماعي- الثقافي لفهم الشخصية مضيفا أن الشخصية الجزائرية بسماتها الأساسية والثابتة لا يمكن أن تتجلى بصدق ووضوح للباحث ولا يمكن أن يفهمها إلا إذا انطلق من الثقافة والمجتمع اللذان يعتبران بعدا أساسيا من أبعاد الشخصية. وبذلك من هذا المنطلق توصل بن نعمان (1988) في بحث أجراه إلى تحديد مجموعة من هذه السمات حصر أهمها في أربع وأربعين (44) سمة وهي السمات التي تنطبق - في نظر الباحث دوما- على أكبر نسبة من أفراد المجتمع الجزائري في الفترة التي اجري فيها البحث، لذلك فهذه السمات قابلة للتحويل إذا ما تغيرت الأسباب والعوامل المؤدية إلى وجودها ( محمد بن عبد الله، 2010 : 33) .

ما يميز هذه السمات حسب بن نعمان دوما (1988) أنها تلتقي في بعضها مع سمات الشخصية العربية مما يؤكد وحدة المنبع الثقافي والحضاري، ولكنها تختلف في بعضها في نفس الوقت بحكم عوامل هي خاصة بالمجتمع الجزائري .

ومن أهم السمات التي تتميز بها الشخصية الجزائرية عن الشخصية العربية يذكر بن نعمان (1988) عشر سمات تتمثل في الصراحة ، الانطواء على الذات، العمل في صمت، الاندفاع، النرفزة والانفعال، الحساسية وعدم تقبل النقد، التعصب والتشبث بالرأي والمبدأ، الاتعاض من دروس الماضي، الاعتماد على النفس، نشد الكمال والحلول الجذرية. ويضيف عبد الله (2010) أن الطبع المزاجي الذي يميز الشخصية الجزائرية لا يجعل منها شخصية معرضة أكثر من غيرها وبصفة حتمية للتفكك الفصامي والميول الهستيرية والإصابة بالمرض الجسدي، "..... لكن لا نستبعد مع ذلك بحكم التحولات التي يعرفها المجتمع الجزائري أن تكون هذه الشخصية معرضة هي الأخرى لهذا النوع من الاضطرابات، ولكن في هذه الحالة يجب أن نترك للبحث الميداني إمكانية الإجابة على هذا الافتراض" ( محمد بن عبد الله، 2010 : 34) .

وتدعم الباحثة هذا الرأي بحكم أن المجتمع الجزائري عرف أحداث أساسية أثرت على تركيبته خلال فترة قصيرة (1988- 2005) ، فالفرد الجزائري يعيش مخلفات أزمة أمنية أدخلت البلاد في دوامة العنف السياسي والاجتماعي بعد عقد من بداية الأزمة الاقتصادية الخانقة في ثمانينيات القرن

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

العشرين، وما زالت بعض مظاهر الاحتجاج الاجتماعي تنفجر هنا وهناك في بعض المناطق من البلاد معبرة عن معاناة متعددة الأبعاد ، هذه الأحداث تتمثل في التغيرات السياسية والاقتصادية بما تحملها من ضغوط ، بالإضافة إلى الصدمات النفسية جراء الكوارث البشرية أو الطبيعية والتي أثرت بشكل أو بآخر على الحالة النفسية (توتر وقلق، اكتئاب، سلوكيات عدوانية، انفصام الشخصية .....). والجسدية (الإصابة بالأمراض الحادة والمزمنة) للفرد الجزائري.

ومع أن الوضع الاقتصادي والأمني قد تحسن نوع ما بعد ارتفاع مداخيل المحروقات إلا هناك مفارقة بين المؤشرات الاقتصادية والسياسية الدالة على النمو والمؤشرات الخاصة بالرفاهية النفسية والاجتماعية وتحسن نوعية الحياة من وجهة نظر تلوين (Tilouine, 2004) ، مما يدل على أهمية الوقوف على تقييم الإنسان لنوعية حياته على أساس إحساسه بالرضا والسعادة والتوافق النفسي والاجتماعي، وأصبح الفرد الجزائري يبحث دوما عن الكمال وينشده ويحاول أن يجد نفسه فيه وهو ما قد يزيد أيضا من احتمالات إصابته بالمرض المزمن كمرض السكري، وهذا ما تدعمه أيضا نظرية كوبازا (Kobassa) من أن للضغوط من تأثيرات سلبية على الصحة النفسية والجسدية للفرد.

ويذكر بن عبد الله (2010) أن دراسة بن نعمان (1988) تؤكد على بعض السمات التي تبرز العلاقة الوطيدة التي تجمع الفرد المغاربي والجزائري بمرجعياته الثقافية وتمسكه بأصول الجماعة وأعرافها ومن هذه السمات التي تظهر في هذه الدراسة وتدل على هذا المعنى سمات التعاون، عزة النفس والأنفة التدين، المحافظة على السمعة والاستماتة في الدفاع عن الشرف والتمسك بالأصول

( محمد بن عبد الله، 2010 : 34)، فتمسك الفرد الجزائري بالجماعة يجعله يبحث دوما عن التكيف والمساندة التي يحتاجها من المحيط الذي يعيش فيه.

والملاحظ هنا أن النموذج الاجتماعي - الثقافي الذي حاول أن يظهر بعض الخصوصيات التي تتمتع بها الشخصية الجزائرية تمكن إلى حد ما من تحديد أساس لها، لكن بالمقابل تبقى غير كاملة لأنها لم تأخذ بعين الاعتبار كل الخصوصيات الفردية ومنها الخصوصية البيولوجية العضوية.

3-1-3. النظرة التكاملية لفهم الشخصية:

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

فرضت النظرة التكاملية أو الشمولية نفسها في العقود الأخيرة كرد فعل عن النماذج التي ذكرت سابقا والتي حاولت فهم الفرد بنظرة مجزئة ومختزلة. وكانت النظرة التكاملية وليدة النضج الذي واكب تطور مختلف البحوث في العلوم الإنسانية، وهي النظرة التي أصبحت تطمح إلى تجاوز التصور القديم الذي لم يعد يكفي للتعامل مع الشخصية في فهمها وبناءها، وفي توظيفها وإعادة ترتيبها ومعالجتها ( Wallon,1976 : 311 ).

ويتعلق الدافع الآخر الذي أدى بهذا التيار إلى الاهتمام بالنظرة التكاملية واللجوء إلى اختصاصات مختلفة بهدف فهم الفرد وتأويل سلوكاته السوية والشاذة، وهو الاعتقاد الراسخ لدى هذا التيار بأن إنسان الوقت الحاضر الذي يعتبر نتاجا لمركز اجتماعي ثقافي لا يمكن أن يفهم فهما كاملا ومعقولا

إلا في إطار البنية الثقافية الشاملة التي صقلته ( Wallon,1976 : 105 )، فمن الضروري هنا الرجوع إلى شخصية المريض بجميع مكوناته وإلى تاريخه الخاص والمميز وارتباطاته الأسرية والاجتماعية لاستجلاء مدلول الأعراض ( Pewzner,1995 : 07 ).

ويذكر الاتجاه التكاملي أن بناء الشخصية لا يمكن أن يتحقق بصفة سليمة إلا إذا توفرت لدى الفرد مجموعة من الإمكانيات والعوامل الداخلية والخارجية التي تتفاعل فيما بينها عبر المراحل المتعاقبة فالشخصية نتاج وحدة متكاملة جسمية ونفسية تعبر عن نفسها من خلال سلوكها " .... فالفرد لكي ينمو ويتزدهر وينتقل من مرحلة الضعف إلى مرحلة الكمال والاعتدال يجب أن يكون مزودا ومنذ البداية برصيد من القدرات المتميزة التي تهيئه للتجاوب مع تأثيرات المحيط (Wallon, 1976 :38).

لذلك يخلق هذا النوع من الوضوح الانسجام والاستمرارية بين الذات العضوية والذات النفسية والترابط الذي يجمع بينهما ليس ميكانيكيا، ولكنه دينامي يتحقق على جميع المستويات المرتبطة بالنمو بواسطة التفاعل القائم بين ردود أفعال الفرد وبين المحيط .

وبفضل النظرة التكاملية فإن الكثير من الباحثين والأخصائيين المنشغلين بمعالجة المرضى الذين ينتمون إلى ثقافات غير غربية وجدوا أنفسهم مضطرين إلى إعادة النظر في مرجعيتهم الثقافية



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

والخروج عن الإطار النظري الموصوف بالعالمي الذي قد لا ينطبق على أوساط ثقافية تتميز فيها الحقائق الاكلنيكية بمدلولات خاصة ( محمد بن عبد الله، 2010 : 50).

ويشير الباحثون (Stoetzel,1978,Chebel,1984, boudhiba,1995) إلى أن النظرة التكاملية تنظر إلى الفرد في المجتمع المغربي من خلال التناسق والتكامل بين ثقافته ومعاييرها الاجتماعية وكذا جسده أي أن الكمال الخلقي يتحدد من خلال كمال الجسم السليم الخالي من العيوب، وبذلك هو جسم يعكس نضجا في العقل واتزاناً في النفس وكمالاً في المظهر، "... فحينما يتعرض الجسم لاضطرابات فإنه يفقد القابلية للتجاوب مع ذاته ومحيطه...." ( Chebel,1984 : 24 )، "...فالجسم كما هو الشأن للعقل له تاريخه، كما له انتكاساته وتطوراته وعجزه.... كما له أيضا تنوعاته ونفسيته وحياته الخاصة...." ( محمد بن عبد الله، 2010 : 56 ) ، والجسم الموسوم بالنقص والمصاب بالمرض يعتبر مصدرا للقلق والشعور بالاضطهاد، وهو جسم مرعب للغير ( Zerdoumi, 1979 : 150).

إن النظرة التكاملية لفهم الفرد هي نفسها نظرة الاتجاه البيولوجي النفسو- اجتماعي الذي ينادي به علماء النفس الصحة لتفسير الأعراض المرضية ولفهم المرض الخطير والمزمن والذي يركز على محاولة فهم المتغيرات النفسية أو سمات الشخصية التي لها الدور الأقوى في عملية تحديد وتوجيه وتطوير السلوك الصحي، والذي يتبنى نظرة شمولية تراعي الوضع الصحي للمريض.

كما يرى النموذج الحيوي النفسو - اجتماعي أن العمليات التي تتم على المستوى الاجتماعي الواسع والعمليات التي تتم على المستوى الشخصي الضيق تتفاعل جميعها لكي تؤدي إلى حالة من الصحة أو المرض ، فتصبح الصحة أمرا يمكن تحقيقه من خلال الانتباه إلى الحاجات الحيوية والنفسية والاجتماعية للفرد (شيلي تايلور، 2007: 57).

وفي الأخير يركز أنصار النظرة التكاملية على أنه رغم التحولات التي تعرفها المجتمعات المغربية والتطورات التي تفرض على الأفراد أنماطا جديدة من السلوكات ومن القناعات، فإن الشخصية المغربية لازالت تصر على التمسك بالنموذج الثقافي القيمي التقليدي لأنه هو وحده الذي يكفل استقرارها ويحفظ تماسك وحدة هويتها وبقيها بذلك من الاضطرابات نفسية كانت أم جسدية

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

( محمد بن عبد الله، 2010 : 62).

نستدل إذن من هذا الرأي أن المجتمع المغربي عموما والجزائري على وجه الخصوص يجد صعوبة في تقبل الفرد المصاب بأمراض جسدية أو اضطرابات عقلية- وان اختلف الأمر في الدرجة- لأنه يمثل عبئا إضافيا على الأسرة والمجتمع ويكون بذلك عرضة للتهميش، فالنقص الجسمي يعيق أداء الفرد لجميع أدواره في المجتمع وقد يطرح إشكالية انتماءه للجماعة التي تجد نفسها مجبرة على تحقيق الحماية له .ولعل هذا الطرح يناقض ما ذكرناه حول شخصية الفرد المغربي والجزائري على وجه الخصوص المتمثلة في التعاون والتلاحم ومساعدة الغير والمساندة عند المرض والشدائد .

### 4-سمات الشخصية و المرض الجسدي:

بدأت فكرة خصائص الشخصية أو سماتها كأحد العوامل الأساسية في حدوث المرض النفسي- جسدي متأثرة بالنظرة التحليلية التي أباها فرويد (Freud) عند وصفه لخبرات الطفولة وتأثيرها على نمو الشخصية وأعطى سمات وخصائص لكل مرحلة من مراحل النمو النفسي- جنسي.

وظهرت بعد ذلك محاولات عديدة ارتكزت على سمات الشخصية والميكانيزمات الدفاعية وردود الفعل النوعية الدينامية التي كان يعتقد أنها السبب وراء أمراض نوعية أيضا.

وسمي هذا الاتجاه المتبنى من طرف الكسندر ( Alexsander ) بالمدخل السيكودينامي لدراسة الأمراض السيكوسوماتية وتفسيرها، فهو يعتبر من الأوائل الذين ربطوا بين نظرية التحليل النفسي والاستثارة العصبية وذلك بالتركيز على نمط أو خصائص الشخصي، وقد وضع الكسندر شرطين أساسيين لحدوث الاضطراب السيكوسوماتي وهما :

أ/المطلب الأساسي هو الاستعداد الوراثي الذي يوظف في نمو وتطور الشخصية عن طريق التعلم والاشراط في مرحلة الطفولة ويوجه هذا الاستعداد الاستجابات الممكنة ويشارك في نموها، ويطلق على هذا الشرط باستعداد الشخصية.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ب/والمطلب الثاني يتمثل في موقف البداية ويشمل أحداث الحياة والتغيرات في العوامل الدينامية والانفعالية التي تعطي الاستجابات وردود الفعل النوعية ثم الأعراض (آمال عبد السميع، 2007: 152)،

فنظرية الكسندر حسب فيشر (Fisher) تربط مشاعر وانفعالات معينة بأمراض نوعية وذلك بالاستئثار الزائدة والمستمرة. ويرى الكسندر أن ميل الطفل الزائد إلى التواكل يؤدي إلى زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي وبذلك يسبب اضطرابات كالقرحة المعدية أو اضطرابات القولون أو الربو، ومن جهة أخرى فإن مشاعر الذنب التي قد يعاني منها الفرد تؤدي إلى إصابته بالصداع النصفي أو ضغط الدم أو التهاب المفاصل الروماتيزمي.

وقدمت دنبار (Dunbar) بروفيالات شخصية متعددة تبعا لتعدد نوعية المرض، فقد حاولت أن تحدد لكل مرض سيكوسوماتي مجموعة من السمات الشخصية بجمع معلومات حول الوراثة، المعلومات الشخصية، الحالة الصحية والحوادث السابقة، التوافق العام وأنماط الصراع.

وتوصلت دراسة ألكسندر (Alexander,1977) ودنبر (Dunbar,1979) أن مرضى السكري المرتبط بالأنسولين يتميزون بمظاهر متعددة لانخفاض الثقة بالذات وصورة الذات السلبية والجرح النرجسي وصعوبة اتخاذ القرار وعدم القدرة على الاعتماد على النفس. ومع ذلك وجهت انتقادات عديدة لنظرية (Dunbar) كونها لم تقارن بمجموعة أصحاء ، كما لوحظ وجود التشابه بين البروفيالات الشخصية ( منيرة زلوف، 2011: 85 ).

ويرى أيزنك أنه بعد التقدم العصبي والفيولوجي في دراسات علم النفس وبخاصة الدراسات المهمة بالشخصية والمرض يمكن الاستفادة من التطور في مجال لقياس النفسي، فيمكن بذلك استخدام استخبارات الشخصية التي طورت العديد منها لتناسب المجال السيكوسوماتي.

وهكذا ظل أمل الباحثين في الطب السيكوسوماتي أن تكون العلاقة بين الأمراض المزمنة والشخصية خاصة لدرجة إمكانية التعرف على أنواع الشخصية التي من المحتمل إصابتها بأمراض نوعية.

تناولت دراسة نابييوف (Naninov,1982) إمكانية تشخيص الاضطرابات النفسية عن طريق بطارية منسوتا المتعدد الأوجه، وخلصت إلى أن القلق النفسي والإعياء المرضي من أكثر

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكري. وحاولت دراسة بيراز (Perez 1985) أن تشرح العوامل النفس- اجتماعية المصاحبة لمرض السكري بالاستعانة باستبيان تحليل الذات لكاتل، بالإضافة إلى المقابلات الاكلينيكية.

وتوصلت دراسة شمييرج (chamberg 1988) إلى أن مرضى السكري يعانون من عدم تقبل المرض وسوء أداء الوظيفة الجنسية وذلك باستخدام اختبار أيزنك للشخصية ومقياس تقبل المرض.

كما توصلت دراسة عبدوشلي (Abdoucheli,1979) أن المراهق المرتبط بالأنسولين يتميز بالانتماء إلى نوع آخر من الشخصية بعيدا كل البعد عن الشخصية العصابية والذهانية يميزها الاكتئاب المتكرر والعزلة والعجز على التكيف والتوافق مع الوضعيات .

ويذكر بارجوري (Bergeret,1979) أن مرضى السكري يظهرون أعراض اليأس والإحباط والإحساس بالفشل والعجز في تحقيق مطالب الحياة اليومية والملل والوحدة، وعدم القدرة على الالتزام والتحكم في مختلف الوضعيات والمواقف، هذا ويصنف بارجوري مرضى السكري ضمن الحالات الحدية أو البينية.

وتوصلت دراسة (Gramer et al,1979) إلى أن مرضى السكري المرتبط بالأنسولين يعانون من فقدان الثقة في الذات العجز والفشل مما يؤدي إلى التقدير السيئ للذات .

وتذكر منيرة زلوف (2012) بأن المراهقات المصابات بالسكري المرتبط بالذات يعانون من صورة سلبية للذات ( منيرة زلوف ،2011: 98 ،152).

أهتم علماء نفس الصحة بالشخصية كمحدد للصحة أو الإصابة بالمرض، ويرى العلماء والباحثين بأن الشخصية بما تحمله من متغيرات وسمات يمكن أن تشكل عامل حماية أو خطورة على الصحة.

ومن أهم متغيرات الشخصية الحامية للصحة قوة الأنا والتحمل، الصلابة النفسية، التفاؤلية، الفعالية الذاتية ومركز التحكم الداخلي. بينما تصنف العدائية والعصابية والتشاؤم وعدم القدرة على التعبير اللفظي عن الانفعالات كمتغيرات ذات خطورة على الصحة.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

لذلك ارتأت الباحثة التركيز على متغيرين من متغيرات أو سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية .

### II . متغيرات الشخصية المؤثرة في الصحة و المرض

#### 1- مفهوم تقدير الذات :

##### تمهيد :

يعتبر مفهوم تقدير الذات من المفاهيم الأساسية في بناء وتطور الشخصية ،ومن العوامل الأساسية للحياة الناجحة ولتحقيق التوافق السليم للفرد، فهو موضوع مركزي وأساسي للعديد من الدراسات والنظريات والتطبيقات النفسية في حياة الإنسان، فقد وضع ماسلو (Maslow) في هرم الحاجات النفسية للفرد الحاجة إلى تقدير الذات الذي يتضمن الحاجة إلى التقدير الذاتي والحاجة إلى تقدير الآخرين الذي يتضمن الشعور بالكفاءة والاستقلالية والمهارة والانجاز .

ويرى العلماء أنه بدون وجود قدر معين من تقدير الذات يمكن أن تكون الحياة شاقة ومؤلمة إلى حد كبير، بالإضافة إلى عدم إشباع الكثير من الحاجات الأساسية (makay et faninge 2005) . وتشير الموسوعة النفسية أن تقدير الذات سمة شخصية تتعلق بالقيمة التي يعطيها الفرد لشخصيته، فهو يتحدد كوظيفة للعلاقة بين الحاجات المشبعة ومجمل الحاجات التي نشعر بها (دولان،1997: 431).

#### 1-1. بعض تعاريف تقدير الذات :

كغيره من متغيرات عديدة أخذ مصطلح تقدير الذات بعين الاعتبار في الأشكال المرتبطة بعلم النفس الصحة وتطرق العديد من الباحثين لشرح هذا المفهوم وأعطيت له عدة تعاريف :

\*يرى روجرز (Rogers1969) أن تقدير الذات يمثل اتجاهات الفرد نحو ذاته والتي لها مكون سلوكي وآخر انفعالي،\*ويتفق معه في الرأي عبد الرحمن بخيت (1985) وإبراهيم أبو زيد (1987) ويضيفان أن هذه الاتجاهات يستدعيها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به ومن خلالها يستجيب لتوقعات النجاح و القبول و القوة الشخصية ( إبراهيم أبو زيد، 1987 : 125 - 126).

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

\* ويذهب مصطفى فهمي (1979) إلى اعتبار تقدير الذات مدرك أو اتجاه يعبر عن إدراك الفرد لنفسه وعن قدرته نحو كل ما يقوم به من أعمال و تصرفات ويتكون هذا المدرك في إطار حاجات الطفولة وخاصة الحاجة إلى الاستقلال والحرية والتفوق والنجاح

( مصطفى فهمي ومحمد علي القطان، 1979 : 71).

\* ويعرف كوبر سميت (Cooper Smith 1967) تقدير الذات بأنه تقييم يضعه الفرد لنفسه و بنفسه و يعمل على المحافظة عليه ، كما يوضح مدى اعتقاد الفرد بأنه قادر و هام وناجح و كفى ، أي أن تقدير الذات هو حكم الفرد على درجة كفاءته الشخصية

( الدريني ومحمد سلامة، 1984 : 484 ) .

\* ويتوسع كوبر سميت ليجعل من تقدير الذات مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات التي يستند عليها الفرد عندما يواجه العالم المحيط به ،تشمل معتقدات النجاح والفشل ودرجة الجهد المبذول. ويقسم كوبر سميت تعبير الفرد عن تقديره لذاته إلى :

1/ التعبير الذاتي وهو إدراك الفرد ووصفه لذاته .

2/ التعبير السلوكي ويشير إلى الأساليب السلوكية التي تفصح عن تقدير الفرد لذاته .

ورغم أن تعريف سميت يعتبر من أكثر التعريفات شهرة على المستوى العربي إلا أن الباحثين يرون أنه يتسم بالتوسع كونه يحاول أن يطال المكونات المحتملة للذات مما يجعل منه واسعا ويفقد خاصية الإجرائية، فسميت يحدد تقدير الذات الكلي/الإجمالي لذلك جاء التعريف بصورة كلية وإجمالية بهدف إدخال كل العناصر المكونة للمفهوم .وهكذا يكون تقدير الذات بمثابة خبرة ذاتية ينقلها الفرد إلى الآخرين باستخدام الوسائل التعبيرية والشخصية المختلفة .

\* ويرى روزنبرغ (Rosenberg 1965) أن تقدير الذات مفهوم يعكس اتجاه الفرد نحو ذاته وان الفرد يكون اتجاه عن كل الموضوعات التي يتعامل معها والذات إحدى هذه الموضوعات، فالاتجاه نحوها يختلف عن جميع الموضوعات الأخرى . ويرى ان تقدير الذات العالي لدى الفرد يعني شعوره بالأهمية نفسه واحترامه لذاته في صورته التي هي عليها ( Monbourquette, 2002 : 85)

\* جاكوبسون jacobson بدوره عرف تقدير الذات أنه التفاوت الموجود بين الذات المدركة و الذات المثالية و كلما كان هذا التفاوت كبيرا كلما كان تقدير الذات سلبيا ( ليلي عبد الحميد، 1985 : 08).

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

\* وتضيف ماكماهون (Macmahon 1994) أن تقدير الذات لا يتم إلا بالحب والاحترام الذي يمنحه الفرد لذاته بإعطائها المكانة التي تستحقها و جعلها دوما في المقدمة

( Mac- Mahon,1994 :76).

\* ويرى ماكليفن (mcleveen 1989) بأن تقدير الذات هو القدرة على أن يحب الفرد نفسه ويحترمها عندما يخسر تماما كما يحبها ويحترمها كما ينجح، وهو أكثر من شعور طيب اتجاه الذات وانجازاتها.

\* ويعرف بالادينو (baladino 2002) تقدير الذات بأنه مفهوم تقييمي يعتمد أساسا على كيفية تقدير الفرد لنفسه، ويمكن أن تكون هذه التقديرات ايجابية أو سلبية حيث يتأثر بدرجة بلوغ المعايير والأهداف الشخصية وتصنيف الانجاز من طرف الأهل والأقران وعقد المقارنات بين الفرد والآخرين (شحاتة سليمان، 2005 : 42).

\* كما عرف المعاينة (2007) تقدير الذات بأنه التقييم العام لذات الفرد في كليتها وخصائصها العقلية والاجتماعية والانفعالية والأخلاقية والجسدية، وينعكس ذلك على ثقته بنفسه وشعوره نحوها وفكرته عن مدى أهميتها وتوقعاته منها، كما يبدو في مختلف مواقف الحياة

( أحمد المعاينة، 2007 : 28 )

\* ويعتبر فرانش وآخرون ( Franch et al ) أن تقدير الذات هو تلك الأبعاد التي يضعها الفرد ومن خلالها يرى ذاته والآخرين، وتتصف هذه الأبعاد بأنها ليست كلها على نفس الدرجة من الأهمية للشخص (هانم عبد المقصود، 1991 : 72)

\* ويرى زيلر (Ziller) أن تقدير الذات ما هو إلا البناء الاجتماعي للذات، ويصف تقدير الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته ودرجة ثقته وتميزه ونجاحه وقيمه لدى نفسه والآخرين، ويعكس اتجاهها نحو الذات ، إما أن يكون ايجابيا ( تقبل الذات) أو سلبيا (عدم تقبل الذات)

( حسين الدريني وآخر، 1983 : 484 )

من خلال ما تقدم تلاحظ الباحثة تعدد التعاريف وتنوعها مما يجعل صعوبة التحديد الشامل وذلك يعود إلى الأبعاد المتنوعة والمتعددة المكونة للمفهوم، وبذلك أهم ما يتضمنه تقدير الذات حسب ما ورد في التعاريف المذكورة أنه :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ع. اتجاهات الفرد نحو ذاته وأفكاره الشخصية التي تتفاوت بين السلبية والإيجابية ( تقبل أو عدم تقبل الذات) والتي لها مكون سلوكي وآخر انفعالي.

ع. تعزز هذه الاتجاهات برؤية الآخرين و تقييمهم للفرد والتي تمنحه مكانة اجتماعية ايجابية أو سلبية وسطهم.

### 1-2. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات :

تعرض الباحث عند الحديث عن تقدير الذات بعض المفاهيم المرتبطة والمتعلقة بالذات، وان كان كل مصطلح يختلف قليلا عن الثاني إلا أن جميعها تتمحور حول عن الطريقة التي يدرك بها الفرد ذاته وأفكاره نحوها، ومن أبرز هذه المصطلحات :

### 1-2-1. مفهوم الذات : le concept de soi

يحتل مفهوم الذات مكانة هامة في البحوث المرتبطة بعلم النفس الاجتماعي وعلم النفس الشخصية وبالرجوع إلى بدايات المصطلح يمكن تحديد فترتان هامتان وهما نهاية القرن 19 وبداية القرن العشرين مع جيمس ( James 1830)، بالدوين ( Baldwin 1897 ) وكولي (Cooley 1902) وفترة الثلاثينات ودراسات ميد ( Mead 1934).

قام جيمس (James 1830) بدراسة الذات كظاهرة اجتماعية وانطلق من مبدأ أن الذات مقسمة إلى الذات الموضوع (وتشتمل على معارف الفرد وتقييمه لذاته) والذات العامل ( وهي بنية خاصة في الجهاز العقلي تسيير وتراقب التجارب، الأفكار والأفعال) .من جهته يعتبر بالدوين ( Baldwin 1897) أول من اعتبر شخصية الفرد كمكون اجتماعي مكونة من عنصرين هما الأنا (l'ego) والآخر (l'alter)، فألانا يمثل الأفكار التي يحملها الفرد عن ذاته كما يراها هو، بينما يشكل الأخر ما يحمله الفرد من أفكار عن الأفراد المحيطين به. بالمقابل قدم كولي (Cooley 1902) المتأثر بجيمس وبالدوين مصطلح الذات التفكيرية والذات المرآة .

أما ميد (Mead 1934) فتعتبر أن ذات الفرد تنمو انطلاقا من الأفكار التي يتلقاها الفرد من الأفراد المحيطين به والذين يعيشون معه" فألانا لا يتكون منذ الميلاد لكنه ينمو ويتطور انطلاقا من التجارب الاجتماعية " ( Maugendre,2008 : 69 )



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ويعرف سميث وفلدمان (smith et fildman) مفهوم الذات بأنه المعتقدات والتصورات والافتراضات التي يكونها الفرد عن نفسه، كما عرف روجري وكينغ ( rogerly et king ) مفهوم الذات بأنه مجموعة من الإدراكات التي يصف بها الفرد نفسه، مميزاته، علاقاته مع الآخرين والقيم المرتبطة بتلك الإدراكات (tarvis et wade,1999 : 255).

إن مفهوم الذات هو تكوين معرفي منظم ومتعلم للمدركات الشعورية والتطورات والتعميمات الخاصة بالذات، كما أنه يحدد انجاز الفرد الفعلي و يظهر جزئياً في خبرات الفرد بالواقع و احتكاكه به ويتأثر تأثيراً كبيراً بالأحكام التي يتلقاها من الأشخاص ذوي الأهمية الانفعالية في حياته وبتفسيراته لاستجاباتهم نحوه ( فتحي الزيات، 2001 : 60 ).

إن مفهوم الذات ما هو إلا تشكيلة من الإدراكات مرتبطة بمختلف أبعاد الذات المتعلقة بمميزاته الشخصية أو بعلاقاته مع الغير .

### 1-2-2. صورة الذات image de soi :

تمثل صورة الذات رؤية المرء الذهنية لذاته التي تتكون بطريقة تلقائية من المحيط من خلال تجارب الفرد ( Rauchelin, 2005 : 346 ) ، وحسب موسوعة علم النفس فإن صورة الذات هي الذات كما يتخيلها أو يتصورها صاحبها ويقسمها تومي tomy إلى :

1. صورة خاصة : تتمثل في الشعور بالذات وإدراكها عن طريق التعبير عن الميول والتقدير الذاتي.

2. صورة اجتماعية : هو ما يمثله دور الآخرين في إدراك الفرد لذاته.

ويرى كمال دسوقي أن صورة الجسم تتكون قبل صورة الذات إذ أنها تبدأ بالشعور بالذات حيث الإحساسات بالجسم، كما أن صورة الجسم تشكل تسميات العبارات التي تعمل على تشكيل صورة الذات لاحقاً ( كمال دسوقي، 1994 : 286).

من جانبه يرى تورنر (turner) أن صورة الذات وقتية قد تتغير في مدة زمنية قصيرة ، ويمكن أن يكون للفرد العديد من صور الذات في وقت واحد ( سلوى عبد الباقي، 2002 : 39 ) ، فصورة الذات لا تتناول الجانب التقويمي للذات فقط بقدر ما تقدم وصفاً أولياً منظمًا عن المرحلة العمرية الحالة الفيزيائية، الهوية الثقافية والدور الوظيفي والاجتماعي.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

### 1-3.2. قيمة الذات *valeur de soi* :

تشير قيمة الذات الى القبول غير المشروط للذات وشعور المرء بأهليته لتحقيق الأهداف

( مالهى و ريزنر، 2006 : 205 ).

### 1-4.2. ضبط الذات *maitrise de soi* :

يعرف ضبط الذات أنه القدرة على إخضاع الدوافع الإنسانية، ويعتبر علامة تشير إلى النضج

(Monbourquette, 2002 : 12).

### 1-5.2. تقبل الذات *acceptation de soi* :

يعرف تقبل الذات بأنه احترام وحب المرء لذاته مع اعترافه في نفس الوقت بعيوبها ونقاط ضعفها وكذا محاسنها و نقاط قوتها (مالهى و ريزنر، 2006 : 205) . وحسب موسوعة علم النفس يمثل تقبل الذات رضا المرء عن نفسه وعن صفاته وقدراته وإدراكه لحدوده ،وهو اتجاهه نحو ذاته وخواصه الشخصية .

### 1-6.2. الثقة بالذات *confiance en soi* :

تمثل الثقة بالذات التوقع الايجابي بالقدرة على تحقيق النجاح

والثقة بالذات وما لها من كفايات تؤدي إلى تقدير ايجابي للذات وهو بالتالي يحقق الانجازات المطلوبة مما يوصل إلى السعادة.

### 1-7.2. تأكيد الذات *affirmation de soi* :

يعتبر تأكيد الذات حافزا مهما للسيطرة أو التفوق، ويرى إبراهيم حمد أبو زيد أن تأكيد الذات هو ذلك الدافع الذي يجعل الإنسان بحاجة إلى التقدير، الاعتراف، الاستقلال والاعتماد على النفس وهو أيضا تلك الرغبة في السيطرة على الأشياء والرغبة في التزعم والسعي الدائم في إيجاد المكانة والقيمة الاجتماعية، ويعمل حافز تأكيد الذات على إثبات تلك الرغبة. هذا ويميل ماسلو إلى تعريف تأكيد الذات بأنه النمو بدرجة عالية للقدرات والسمات الشخصية، ويتدخل في هذا التطور الأنا نفسه من أجل نضجه وتوظيفه العقلاني وتنسيقه لها (ميخائيل اسعد، 1991 : 181، 234).

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ويذكر فينل (Fennel,2007) أن توكيد الذات، تقبل الذات، شعور الذات تعتبر من العناصر الجديدة التي لا تتمحور فقط حول الخصائص التي تنظم الذات بغض النظر عن كونها ايجابية أو سلبية ، ولكن هي تبرز أراء الفرد حول ذاته و القيمة التي يمنحها لها، فيمكن أن تكون الإشارة سلبية

أو ايجابية، فعندما يكون المؤشر سلبيا يعني ذلك أن شعور الفرد بذاته وتقديره لها منخفض

( Fennel,2007 : 12 ).

إذن تأكيد الذات هي الميل إلى التأكيد على أهمية الفرد الذاتية في حضور الآخرين.

### 1-2.8. تعزيز الذات : renforcement de soi

يعبر مفهوم تعزيز الذات عن تقوية الذات عن طريق رفع مستوى التقدير الذاتي

( Monbourquette, 2002 : 11 ).

### 1-2.9. فاعلية الذات : efficacité de soi

تشير فاعلية الذات إلى مدى توقع الفرد بقدرته على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوب فيها في أي موقف معين ( جابر عبد الحميد ، 1990 : 442 ) .

### 1-2.10. كفاءة الذات : Performance de soi

تمثل كفاءة الذات كما عرفها بندورا (Bandura 1986) ما يعتقد الفرد أنه يملكه من إمكانات تمكنه من أن يمارس ضبطا قياسيا أو معياريا لقدراته وأفكاره ومشاعره وأفعاله، ويمثل هذا الضبط الإطار المعياري للسلوكات التي تصدر عنه وعلاقتها بالمحددات البيئية المادية والاجتماعية

( فتحي الزيات ، 2001 : 501 ) .

### 1-2.11. بناء الذات : construction de soi

يشير بناء الذات إلى تحويل صورة الذات السلبية إلى صورة ايجابية .

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

( مالهى ورينر، 2006 : 206 ) .

ترتبط إذن المفاهيم المتعلقة بالذات ببعضها البعض، فقد أشار روزنبرغ (1965 Rosenberg) وسميث وبيتز (Smith et Betz, 2000) إلى أن تقدير الذات يعتبر أحد مظاهر مفهوم الذات وذلك على ضوء ما توصل إليه بلاسكوفيتش وتوماكا (Blaskovitch et Tomaka, 1991) من أن تقدير الذات في مقارنته بمفهوم الذات يعتبر تقييم وجداني **evaluation affective** لقيمة الفرد وينظر إليه أيضا بوصفه نظرة الذات **regard de soi** وتقبل الذات **acceptation de soi** .

ويرى بيتز وكلاين (Betz et Klein, 1996) أن كفاءة الذات دائما ما يتم التفرقة بينها وبين تقدير الذات العام رغم أنها تعتبر من أهم صفاته، كما يضيف أوندرى و ليلور (André et Lilord, 2002) أن حب الذات، النظرة الإيجابية للذات والثقة بالذات تعتبر من المكونات الأساسية لتقدير الذات

( شهرزاد نوار، 2008 : 17).

إن هذه المصطلحات المنبثقة من الذات مترابطة وتساهم في وصول الفرد إلى التقدير الإيجابي لذاته من خلال بناء صورة ايجابية عنها، فقيمة الذات تساعد في نمو مفهوم الذات وتعمل على حمايتها وهي مفتاح نحو الدافعية الذاتية التي تعكس أيضا الثقة بالذات، كما أن الفعالية الذاتية تساعد على بلوغ السلوك التكيفي.

وتعتبر الثقة بالذات بمثابة قيمة الفرد التي يسعى من خلالها إلى تأكيد ذاته، لذلك لا يمكن للفرد أن يكتسب ثقة ذاتية إذا كان إدراكه لقيمه سلبيا. وبالمقابل تؤدي المبالغة في حب الذات والثقة المفرطة فيها إلى سوء التكيف الشخصي والاجتماعي وبذلك التقدير المرضي للذات أو إلى انخفاض التقدير الذاتي.

### 1-3. المكونات الأساسية لتقدير الذات :

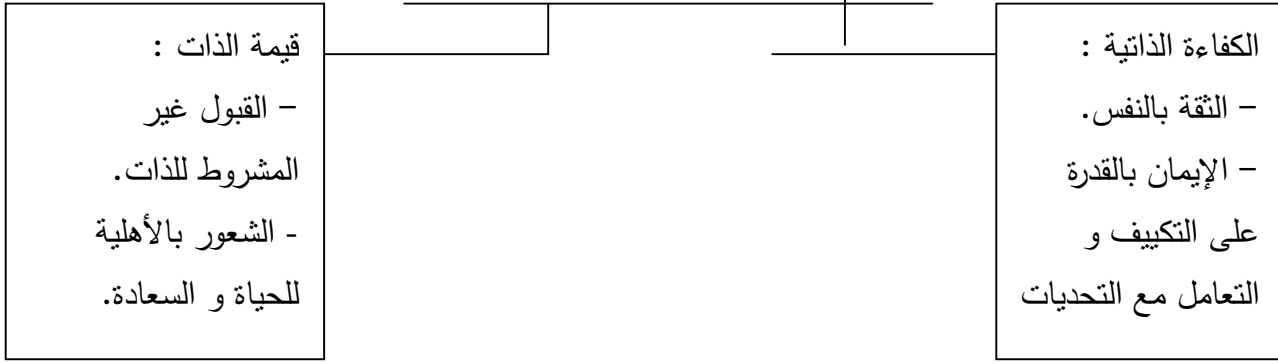
يتكون تقدير الذات حسب مالهى و رينر (2005) من عنصران أساسيان هما الكفاءة الذاتية وقيمة الذات :

أ-الكفاءة الذاتية **Perfermence de soi** : هي تمتع الفرد بالثقة بالنفس وإيمانه بقدرته على التكيف والتعامل مع التحديات الأساسية في الحياة .

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ب- قيمة الذات **Valeur de soi** : وتعني قبول الفرد لنفسه دون شروط أو قيود وأن يكون لديه شعور بأنه أهل للحياة و جدير بأن يبلغ السعادة فيها مما يجعله يشعر بالرضا عن نفسه ، ويلخص الشكل التالي المكونات الأساسية لتقدير الذات :

### شكل (01) يوضح المكونات الأساسية لتقدير الذات



(مالهي و ريزنر ، 2005 ، ص 22) .

ويعطي اوندري و ليلور ( André et Lilord 2001 ) نموذجا مختلفا ، فتقدير الذات حسبهما يتكون من ثلاث أقطاب أساسية هي الثقة بالذات ، نظرة الذات وحب الذات :

1- **حب الذات Amour de soi** : يعتبر حب الذات من أهم مكونات تقدير الذات لأنه يجنب الفرد الشعور بالمعاناة ، هو العنصر الأكثر أهمية إذ أن تقدير الذات تعتمد على التقييم الذاتي لكن حب الفرد لذاته لا يعتمد على أي شرط بل هو تلقائي للذات بكل إيجابياتها و سلبياتها و أخطاءها ، وهو حب لا اشتراطى يعتمد على أداء الفرد و يحميه من اليأس .

2- **النظرة للذات Regard de soi** : تعتمد نظرة الذات على تقييم الفرد لأدائه و طريقة معرفته لذاته كما تعتمد على آراء المحيطين به خاصة الوالدين .

2- **الثقة بالذات Confiance en soi** : هي تفكير الفرد دون تردد بقدرته على التصرف بشكل إيجابي في المواقف الهامة و يتكون ذلك من النمط التربوي الذي يتلقاه الفرد في العائلة والمدرسة. ويوضح الشكل التالي مكونات تقدير الذات :

### جدول رقم (04) يوضح مكونات تقدير الذات

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

الثقة بالذات	النظرة للذات	حب الذات	
			<b>الأصل</b>
* تعلم الأفعال (تقبل الفشل)	* العاطفة المقدمة في الطفولة من الوالدين .	*نوعية وترابط العلاقات العاطفية . *العطاء المقدم في الطفولة .	
* تصرفات يومية سهلة وسريعة . * مقاومة الفشل .	*الحافز لتحقيق المشاريع * مقاومة الصعوبات .	* الثبات العاطفي . * مقاومة النقد والرفض	<b>الفوائد</b>
* تنبيط . * تردد . * نقص . * دافعية .	* نقص الدافعية . * التبعية لأراء الآخرين . * قلة في الإختيارات الفردية .	* الشك في عدم ثقة الآخرين في قدراته . * اقتناع الفرد أنه ليس في المستوى . * صورة دنيا عن الذات حتى في حالة النجاح المادي .	<b>النتائج في حالة النقص</b>

( André et Lilord, 2001 :20 ) .

وتترابط هذه العناصر الثلاثة بشكل متوازن فحب الذات ( احترام الذات ، تحقيق حاجياتها و آفاقها و طموحاتها) يسهل النظرة الإيجابية للذات ( الثقة في القدرات الذاتية و النظرة الإيجابية للمستقبل) و الذي يؤكد بشكل إيجابي على الثقة بالذات ( التصرف دون الخوف المفرط من الفشل أو من الحكم الذي يصدره المحيط ) .

**1-4. مستويات تقدير الذات :** يقسم العلماء تقدير الذات إلى مستويات عديدة تتمثل في :

أ/ حسب مستوى الانجاز :

أ-1. التقدير الذاتي المكتسب :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

هو التقدير الذاتي الذي يكتسبه الشخص خلال انجازاته فيحصل الرضا بقدر ما أدى من نجاحات.4-أ/2. التقدير الذاتي الشامل:

ويعود إلى الحس العام للافتخار بالذات فهو ليس مبنى أساسا على مهارة محددة أو انجازات معينة فهو يعني أن الأشخاص الذين أخفقوا في حياتهم العملية لا يزالون ينعمون بدفع التقدير الذاتي العام.

ويكمن الاختلاف الأساسي بين المكتسب والشامل في التحصيل والانجاز الأكاديمي ففكرة التقدير الذاتي المكتسب تركز على أن الانجاز يأتي أولا ثم يتبعه التقدير الذاتي، بينما فكرة التقدير الذاتي الشامل تقول أن التقدير الذاتي أولا ثم يتبعه التحصيل والانجاز.

كما يقسم تقدير الذات إلى :

### ب/1. تقدير الذات المرتفع :

يتضمن ارتفاع مستوى تقدير الذات الشعور بالرضا عن الذات والاعتزاز بها لكنه لا يعني بأي حال من الأحوال الاستعلاء أو الغرور ، "... فالأفراد الذين يتمتعون بمستوى عال من تقدير الذات لا يعتبرون أنفسهم أسمى و أعلى من الآخرين بل ينافسون أنفسهم " (مالهي ، ريزنر ، 2005 : 11 )

ويذكر فاروق عبد الفتاح (1981) أن الفرد يمكن أن يقتحم المواقف الجديدة و الصعبة دون الشعور بالحزن أو الانهيار لمدة طويلة ( فاروق عبد الفتاح ، 1981 : 06) .

يشير كوبرسميث أن الأشخاص ذوي تقدير الذات المرتفع يعتبرون أنفسهم أشخاصا مهمين ولديهم فكرة محددة وكافية لما يظنونه صوابا، كما يملكون فهما طيبا لنوع شخصياتهم ويستمتعون بالتحدي ولا يضطربون عند الشدائد، وهم أميل إلى الثقة بإحكامهم وقل تعرضا للقلق ولديهم استعدادا منخفضا للإقناع والتأثر بآراء الآخرين وهم أكثر ميلا لتحمل الايجابية في المناقشات الجماعية وأقل حساسية للنقد ( مريم سليم، 2003 : 10). ويمتاز الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع بـ :

\* سرعة الاندماج والانتماء لمختلف الجماعات.

\* القدرة و الكفاءة الذاتية على مواجهة مختلف التحديات .

\* النظرة للذات نظرة واقعية .

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

\* القدرة على بناء علاقات شخصية واجتماعية طيبة.

\* الشعور بالرضا والسعادة .

\* القدرة على تسيير الحياة الشخصية بشكل جيد .

\* التعامل بإيجابية مع الإحباطات والفشل .

\* الحسم في إتخاذ القرارات.

( مالهى - ريزنر ، 2005 :11). وتضيف مريم سليم لهذه الصفات :

\* القدرة على تحديد نقاط الضعف و نقاط القوة .

\* المشاركة الفعالة في النشاطات الجماعية والمشاركة فيها .

\* القدرة على القيادة والتسيير .

\* عدم الشعور بالتهديد بسبب المتغيرات أو المواقف الجديدة.

\* التعبير عن الآراء بدون أي خوف من الانتقاد.

\* القدرة على رسم الأهداف وتحقيقها .

\* الاعتراف بالأخطاء والسعي إلى تصحيحها.

( مريم سليم ، 2003 :71) .

ب/2. تقدير الذات المنخفض :

يمثل تقدير الذات المنخفض عدم رضا الفرد عن ذاته، ويرى شوتز وروزنبرغ **Totterz et Rosenberg** أن ذوي تقدير الذات المنخفض يمتازون بقلة الثقة بالذات ، يفضلون البقاء بعيدا عن النشاطات الجماعية و يميلون الى العزلة والوحدة و نادرا ما يتواجدون على رأس مؤسسة أو جماعة (Wizard, 1979 :94) .

ويضيف كوبر سميت أن هؤلاء الأفراد يتفقدون الثقة بذاتهم و لا يرغبون في الآخرين أو القيام بأفعال تلفت النظر إليهم، كما أن علاقاتهم مع الآخرين محدودة وعادة ما يستجيب هؤلاء الأفراد



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

لظروف الحياة بالشعور بالنقص اتجاه أنفسهم والشعور بالغضب اتجاه العالم الخارجي ( فاروق عبد الفتاح، 1981: 06). ويمكن تلخيص صفات ذوي تقدير الذات المنخفض في :

\* عدم المغامرة و الخوف من المنافسة و التحديات .

\* استحقار الذات والاعتقاد بعدم القدرة على تحقيق الأهداف.

\* الافتقاد لحب وقيد الذات مما يعطيهم الشعور بأنهم غير جديرين بالحب .

\* نقص الطموح و المنافسة .

( مالهى - ريزنر ، 2005 : 13) . وتضيف مريم سليم لهذه الصفات :

\* محاولة المحافظة على شعورهم باحترامهم.

\* الانشغال بسلوكيات دفاعية لمنع الآخرين من معرفة مدى القصور أو عدم الأمان الذي يشعرون به.

\* الشعور الدائم بالذنب و الاعتذار المستمر للأفراد.

\* عدم تحمل المسؤولية و توجيه اللوم للآخرين عند حدوث الفشل أو الخطأ.

\* الفشل في تحمل مسؤولية تصرفاتهم.

\* الانسحاب الخجل و الاستغراق في أحلام اليقظة .

\* الاعتقاد بعدم الكفاءة أو استحقاق المكانة.

( مريم سليم ، 2003 : 18).

ويعتبر أوندري و ليلور (André et Lilord, 2001) بأن معرفة مستوى تقدير الذات من خلال توزيع درجته بين المنخفض والعالي غير كاف لتفسير مجموع ردود فعل الفرد، لذلك يجب علينا أن نأخذ بعين الاعتبار درجة الممانعة أو المواجهة لأحداث الحياة اليومية لأن تقدير الذات هو أداة التقلبات وعدم الاستقرار. لذلك يعطي أوندري و ليلور (André et Lilord, 2001) نموذجا مختلفا وبيضان حدين آخرين هما الثبات وعدم الاستقرار ، إذ يريان أن تقدير الذات ينقسم حسب الدرجة إلى :

ج/ حسب درجاته :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ج/1. تقدير الذات المرتفع : وينقسم إلى :

أ- تقدير ذات مرتفع مستقر:

إن أحداث الحياة اليومية لا تؤثر في الفرد بشكل عميق لذلك لا يبذل الكثير من الجهد و الوقت في الدفاع عن نفسه أو التبرير له تقبل موضوعي للانتقادات .

ب- تقدير الذات مرتفع غير مستقر:

يبذل الفرد طاقة كبيرة في التبرير أو الدفاع عن النقد أو الفشل ويتقبل الانتقاد لكن بشكل عاطفي هدفه دائما النجاح و التقدم للأمام .

ج/2. تقدير الذات المنخفض : وينقسم إلى :

1- تقدير الذات المنخفض والثابت :

هي حالة انفعالية دوما سلبية لا يبذل أي جهد في تغيير تقدير الذات نحو الأفضل مع التأكد بعدم النفعية أو عدم القدرة على تحقيق الأهداف الشخصية.

2- تقدير الذات المنخفض غير مستقر :

وهي حالة انفعالية سلبية لكن يبذل الفرد مجهودات لتحقيق تقدير الذات، الرغبة في تحقيق بعض المشاريع الشخصية (65 : 2001, Adré et Lilord).

1-5. النظريات المفسرة لتقدير الذات :

تعددت النظريات المفسرة لتقدير الذات حسب الاتجاهات التي يتبناها الباحثون بين الإنسانية والسلوكية والتحليلية والمعرفية.

1-1.5. النظريات الإنسانية :

اولا : نظرية جيمس W.James ( 1842 - 1910 ) :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

يعتبر جيمس (w.James ,1890) من مؤسسي علم النفس الحديث وتعد نظريته في مفهوم الذات نقطة الانتقال بين الطرق القديمة والحديثة في دراسة الشخصية والذات ، فقد أعطى للنفس صفة ديناميكية وذلك فيما ذكره بشأن اصطلاح المحافظة على الذات والبحث عنها ، وعن طريق جيمس أيضا استخدم مصطلح نظرة الذات ومصطلح الرضا عن الذات أو تقديرها .

واعتبر جيمس أن الذات ( self ) تعني المظاهر الروحية والمادية والاجتماعية ، فالذات المادية تمثل ممتلكات الفرد المادية وأسرته، وتتضمن الذات الروحية انفعالات الفرد وميوله وقدراته العقلية بينما تمثل الذات الاجتماعية التقدير والاعتبار اللذين يتلقاهما الفرد من الآخرين ووجهة نظرهم نحوه ( قحطان أحمد الظاهر ، 2002 : 17 ) .

وأعطى جيمس (James) أهمية كبيرة للاعتبار أو التقدير الذاتي ، فقد عرف تقدير الذات في مؤلفه مبادئ علم النفس (principels of psychology 1890) بقوله " .....إن التقدير الذي نحمله لذاتنا مرتبط بشكل مباشر بطموحنا لما نريد أن نكون وما يمكن تحقيقه..... " .

( jackobs , 1999 : 15 ) ، أي أن تقدير الفرد لذاته مرتبط بميوله و بطموحاته و مدى قدرته على تحقيق هذه الطموحات .

وبنيت تساؤلات جيمس حول غياب الرابط المباشر بين الصفات الموضوعية أو الأساسية لفرد ما ودرجة الرضا الذي يحمله عن ذاته ، " ...فقد يلاحظ فرد محدود جدا في قدراته لكنه يحمل تقديرا أو رضا عال عن ذاته بالمقابل فقد نجد فردا آخر ناجح في حياته أو له كل المواصفات التي تساعد على النجاح لكنه يعاني من تقدير منخفض لذاته....." . ( Adré, lilord ,2002 : 58 ) .

وتوصل جيمس James إلى أن تقدير الذات مرتبط بالرضا أو عدم الرضا عنها ، كما أن تقدير الذات لا يرتبط فقط بنجاحات الفرد بل أيضا بالمعايير الذاتية التي يحكم من خلالها الفرد عن نجاحاته أو فشله ، وأضاف أنه يمكنه قياس تقدير الذات بحساب نجاحات الفرد المنجزة مقارنة بطموحاته المراد تحقيقها ، وبذلك كلما تمكن الفرد من تحقيق طموحاته كلما ارتفع تقديره لذاته شريطة ألا تكون هذه الطموحات مرتفعة جدا ولا تتماشى مع إمكانيات الفرد الذاتية أو تفوق الحد الأدنى لما يريد تحقيقه. ويعتبر جيمس أن الطموحات المرتفعة دون تحقيق فعلى لها تعطي للفرد شعورا بالفشل وعدم الرضا الذاتي ، كما تؤثر على سلوكه وعلى صحته النفسية الجسدية وتعيق تكيفه الإيجابي.

ثانيا : نظرية روجرز Carl Rogers ( 1967 - 1902 ) :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

تعتبر نظرية روجرز (Rogers) عن الذات من أهم النظريات المعاصرة إذ يمثل مفهوم الذات جانبا أساسيا فيها يتحدد على أنه تنظيم عقلي معرفي مرن و متماسك. وينطلق روجرز من فرضية أن لكل فرد عالمه المتغير أو مجاله الظاهري الذي يعرفه عن نفسه و هو يستجيب له كما يدركه ، فالفرد بهذه الصفة أقدر الناس على أن يعطي المعلومات عنه ، غير أن فكرته عن الواقع ليست فكرة حقيقية وإنما هي افتراض عن الواقع من حوله قد يصدق أو يكذب و يبقى الفرد هو الوحيد القادر على اختيار هذه الصورة بمقارنة المعلومات التي يتلقاها عن واقعه من مصادر مختلفة .

ويتمتع روجرز إلى أن الكائن الحي يستجيب لمجاله الظاهري ككل منظم ويسعى دائما إلى تحقيق ذاته بطريقة تمكنه من التغلب على المشكلات التي تواجهه، ويتمتع في نضجه نحو الاستقلال والتميز والاتساع وبصبح بذلك أكثر وعيا بذاته .

ويؤدي تطور الوعي بالذات حسب روجرز إلى نمو حاجتين مترابطتين تهدفان إلى حفظ الذات وتدعيمها تمثل هاتان الحاجتان :

### 1- الحاجة إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين Regard positif d'autrui :

هي تلك الحاجة التي تدفع الشخص إلى الحصول على التقبل والحب والرعاية والاحترام من طرف المحيط ويتعلم الأطفال ذلك من خلال التنشئة الاجتماعية إذ يعلق الأولياء الاعتبار الإيجابي للطفل على وجود السلوك الإيجابي والمرغوب فيه.

### 2- الحاجة إلى الاعتبار الذاتي ( التقدير الذاتي ) Estime de soi :

إن الفرد لا يحتاج إلى الاعتبار الإيجابي من الآخرين فقط بل أيضا من ذاته ، و تنمو الحاجة إلى الاعتبار الذاتي من خبرات الذات المرتبطة بإشباعها أو إحباطها " ( عبد الفتاح دويدار، 1998: 38)

ويتحقق التكيف مع المحيط إذا حدث الاتساق بين الحاجة للاعتراف الذاتي و بين الاعتبار الإيجابي الذي يتلقاه من الآخرين ، و إذا كان هناك اتساق بين هذه الحاجة و تقييم الفرد لذاته مما يترتب عنه نمو اعتبار الذات .

ويذكر دويدار (1998) أن نظرية روجرز Rogers في الشخصية تؤكد على الواقع كما يخبره الشخص ، ويعتبر السلوك نتيجة لذلك وإذا كان شخص ما لا يستطيع التوصل بدقة إلى إطاره المرجعي الداخلي فإن ذاته هو الذي بمقدوره أن يكون على وعي بذلك ( عبد الفتاح دويدار، 1998 : 46 )

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وبذلك يحتاج الفرد لإشباع حاجاته في الاعتبار الإيجابي من الآخرين والاعتبار الذاتي حتى يتمكن من التكيف مع محيطه ومن بناء أفكار إيجابية عن ذاته .

ويضيف إبراهيم أبو زيد (1987) وجاكوبسن (Jakobson1999) وأحمد الظاهر (2002) أن فهم روجرز Rogers للذات لا يقتصر على أساس الاتساق والثبات فحسب بل يمكن أن يتغير نتيجة للنضج و التعلم وأن التقبل غير المشروط للعميل من طرف المرشد يساعده على تقبل ذاته كما هي كما يساعده على الاتجاه نحو التغيير، لذلك بني تصور روجرز على أن التطور الإيجابي للذات يتم بتطابق بين المجال الظاهري للخبرة والبناء التصوري للذات، وهو موقف إذا تحقق فإنه يمثل حداً أعلى من التوافق الواقعي .

يمكن تلخيص نظرية روجرز Rogers بالتأكيد على أن تقدير الذات حاجة إيجابية ضرورية وأنها هي الحاجة الأساسية للتقبل والاحترام و التعاطف والدفء والحب ، وأن مشاعر الكفاءة والقابلية للاعتبار تأتي من الناس الآخرين، وكما أن نزعة تحقيق الذات تعمل على توجيه الفرد نحو الاستقلالية فإن تقدير الذات ينمو من خلال الاتجاهات الإيجابية الآتية من المحيط . ويضيف روجرز أن الفرد عندما يعرف أنه قد عمل على تحقيق وإشباع حاجة الآخر للاعتبار والتقدير الإيجابي ، فإن الحاجة الخاصة للفرد ذاته تكون قد تحققت وتم إشباعها .

وبالمقابل أدخلت مجموعة من التطورات إلى نظرية الذات، فقد أدخل فيرون (Vieron) إضافة جديدة إلى النظرية وأوضح أن الذات لها عدة مستويات تتمثل في :

أ/ المستوى الأعلى : وهي الصورة التي يعرضها الفرد عن ذاته للمعارف والغرباء.

ب/ الذات الشعورية الخاصة : وهي الذات التي يشعر بها الفرد ويعبر عنها ويكشفها لأصدقائه الحميمين.

ج/ الذات الخاصة : وتمثل أسرار الفرد التي تكون في الحد البيئي بين الشعور واللاشعور، وتتكون محتويات هذه الذات من مواد غير مرغوبة محرجة أو مؤلمة .

د/ الذات البصيرة: وهي الذات التي يتحقق منها الفرد عندما يكون في موضع تحليل شامل لشخصيته.

هـ/ الذات العميقة او المكبوتة: وهي التي لا يمكن الوصول إليها إلا بطرق نفسية كالمتابعة والعلاج النفسي ( حامد زهران، 2001: 72-73).

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ثالثا : نظرية روزنبرغ (Rosenberg 1965) Théorie de T. Rosenberg :

يعتبر روزنبرغ (Rosenberg 1965) من أبرز العلماء الذين أعادوا إحياء الدراسات المتعلقة بالذات والتي انبثقت عنها نظريته في تقدير الذات وسلم لقياس تقدير الذات العام. وتوصل روزنبرغ Rosenberg إلى أن تقدير الذات يعتبر من المفاهيم البارزة في الشخصية المرتبطة بمفهوم الذات كما أنه يرتبط أيضا بفعالية الذات والهوية الذاتية، ويعرف تقدير الذات أنه النظرة السلبية أو الإيجابية التي يحملها الفرد اتجاه ذاته هذه النظرة التي تعكس شعور الفرد اتجاهه والذي يحمل التقييم الفردي السليبي أو الإيجابي الذي يمنحه الفرد لذاته. وينمو هذا التقييم نتيجة لاحتكاك الفرد مع الآخرين وكذا الفكرة التي يبنيها المحيط نتيجة للتقييمات التي يمنحها للفرد وتلعب العائلة ثم المدرسة عاملا هاما في إرساء هذه التقييمات. ويضيف روزنبرغ أن الأفراد لهم حافظ أو دافع قوي لأن يكون لهم تقدير عال ونظرة إيجابية للذات، هذه النظرة تختلف عن الأناثية والحب المرضي للذات.

يتفق جيمس و روجرز و روزنبرغ على أن المعايير الاجتماعية تلعب دورا هاما في نمو تقدير الذات لدى الفرد نموا إيجابيا، فكلما استمد الفرد اعتبارا وتقديرا عاليا من الآخرين (خاصة الأسرة) وكلما اتسمت وجهات نظرهم نحوه بالإيجابية كلما تمكن من بناء فكرة عن ذاته تسمح له بالتكيف الإيجابي مع المحيط والمحافظة على صحته النفسية والجسدية، ويكمن الاختلاف القائم بينهم أن جيمس يربط تقدير الذات بالرضا الشخصي ولما يطمح أن يحققه في ظل قدراته وما يمكنه فعلا تحقيقه، بينما يذهب روجرز إلى التأكيد على دور الخبرة الفردية وتطابقها مع البناء التصوري الذي يضعه الفرد ومن تم عندما يحقق الفرد حاجة الآخرين للاعتبار الذاتي فإن حاجته عندها تحقق كذلك.

ويعطي روجرز Rogers أهمية كبيرة للمحيط وهو ما يذهب إليه روزنبرغ Rosenberg الذي بنى نظريته حول دور الأسرة الفعال في التقييم الذي يمنحه الفرد لذاته فهو الذي يبني الفكرة الأساسية في التقييم السليبي أو الإيجابي، وبذلك يعتبر تقدير الذات حسب روزنبرغ Rosenberg من الحاجات الأساسية التي يسعى الفرد لتحقيقها ( شهرزاد نوار، 2008: 22).

### 1-2.5. مدرسة التحليل النفسي وتفسير الذات :

ترى الباحثة أن البحوث عن تقدير الذات في مدرسة التحليل النفسي خاصة في صيغتها الفرويدية الأولى عرفت تشعبا وصعوبة في تلمس الموضوع إذ لا توجد دراسات معمقة في ذلك، لكن كل الباحثين الذين سعوا في هذا الاتجاه - أي تقدير الذات - كانت بداياتهم الأولى في مصطلح النرجسية لدى فرويد Freud ، ففيه يمكن ملامسة مقاربة التحليل النفسي في صورته الأولى لتقدير الذات

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ويشير مفهوم النرجسية (Narcissisme) عموماً إلى الشعور الذي يستحوذ على الفرد ويجعله يهيم بصورته أو فرديته أو جسده أو مثالا معينا له (إبراهيم بلكيلاني، 2008: 47).

والصفة الأساسية في النرجسية هي الأنانية، فالنرجسي عاشق لنفسه ويرى أنه الأفضل والأجمل والأذكى وأن الناس أقل منه ويبحث عن إثارة الإعجاب والمدح ويستفزه جدا التجاهل والنقد. والنرجسي مهوس بتقييم أهمية الذات وتضخيمها، فهو يتظاهر بالتفرد وامتلاك قدرات مميزة. ويشير كرنبيرج (Krenberg) أن هذا الإحساس بالتضخيم والأهمية غالبا ما يكون مصحوبا بمشاعر النقص، وأن حب الذات لديهم غالبا ما يصحب بهشاشة تقديرهم لذواتهم (قاسم صالح وعلي الطارق، 1998: 354).

من خلال وصف مدرسة التحليل النفسي تعتبر النرجسية مؤشر قوي للثقة بالنفس واحترام الذات لكن بحدود معينة ، وأن مسألة تجاوز الحدود باتجاه الزيادة يؤدي إلى الغرور. ويشير بعض الباحثين إلى أن فرويد Freud أسقط في اعتباره الذات بالكلية وأكد على الأنا ، ولكن هذا القول لم يمنع البعض الآخر من تلمس مفهوم الذات لديه فهو ينشأ في نظرهم من خلال " التفاعل بين الدوافع الغريزية أو البيولوجية للهو والأنا للتصنيفات الوالدية والثقافية التي تشكل الأنا الأعلى (أمل سليمان، 2005: 37)، وهو المفهوم الكلي للفرد الذي يشتمل على الخصائص المميزة شعوريا ولاشعوريا ، جسمية وعقلية ( صالح عبد الرحمن، 1999: 67).

وينظر يونغ Yung للذات على أنها تشتمل على ماهو شعوري وماهو لاشعوري، وأنها الجهاز المركزي للشخصية الذي يضيء عليها وحدتها وتوازنها وثباتها (حامد زهران، 2005: 61) . فيونغ خلافا لفرويد ركز على المعتقدات الروحية والعقلية، فهو يرى أن التطور النفسي يتكامل للفرد في مرحلة الرشد المتواصل، وأن غاية الفرد القصى هي تحقيق الذات ( صالح الدايري، 2005: 115).

وتحدث أدلر (Adler) عن مفهوم الذات ومفهوم الآخرين وأشار خاصة إلى الذات المبتكرة التي هي العنصر الدينامي في حياة الإنسان (إبراهيم بلكيلاني، 2008: 53) ، كما قدمت هورني (Horney) مفهوم الذات الدينامي ، فالفرد يناضل في الحياة من أجل تحقيق ذاته وبذلك ميزت هورني بين :

أ/ الذات المثالية : مفهوم رئيسي وعامل هام في التوافق أو الاضطراب النفسي .

ب/ الذات الواقعية : تشير إلى الفرد بمجموع خبراته وقدراته وحاجاته وأنماط سلوكه.

ج/ الذات الحقيقية : أو المركزية وهي القوى المركزية التي تميز الفرد وهي مصدر النمو والطاقة والميول والمشاعر .

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وترى هورني Horney أن العصاب ينشأ من بعد الشخص عن ذاته الحقيقية والسعي وراء صورة مثالية غير واقعية ( حامد زهران ، 2001 : 62).

حاول إذن الباحثون المنتسبون إلى مدرسة التحليل النفسي شرح مفهوم واضح عن تقدير الذات وذلك من خلال محاولة الفرد الوصول إلى التكيف النفسي مع الذات ومع الآخرين

### 1-5.3. المدرسة السلوكية:

يشير رواد المدرسة السلوكية إلى أن التوافق النفسي المطلوب لذات سليمة عملية مكتسبة عن طريق التعلم والخبرات التي يمر بها الفرد، ويشتمل السلوك التوافقي على طرق تشير إلى كيفية الاستجابة لتحديات الحياة والتي سوف تقابل بالتعزيز أو التذعيم. فالتعزيز له دور مهم في تنمية التقدير الايجابي لذات الفرد، وعلى عكس ذلك فالمثيرات الاجتماعية السلبية تؤثر سلبا على تقدير الذات .

ولقد اعتقد سكانر وواطسن Skinner et Watson أن عملية التوافق النفسي لا يمكن أن تنمو عن طريق الجهد الشعوري ولكنها تتشكل بطريقة آلية عن طريق التلميحات البيئية أو إثباتها . وأوضح كل من يولمان وكراسنر Yolman et Krasner أنه عندما يجد الأفراد أن علاقاتهم مع الآخرين غير مثابة فإنهم قد ينسلخون عن الآخرين ويبدون اهتماما أقل لاسيما يتعلق بالتلميحات الاجتماعية، وينتج عن ذلك أن يأخذ هذا السلوك شكلا شادا أو غير متوافق مما يدفع إلى تقدير منخفض للذات .

وترى المدرسة السلوكية أن الفرد يشعر بالاغتراب عن ذاته عندما ينصاع ويندمج بين الآخرين بلا رأي أو فكر محدد حتى لا يفقد التواصل معهم وبدلا من ذلك يفقد تواصله مع ذاته

( حسن المحمداوي، 2007 : 46).

### 1-4.5. النظرية المعرفية وتفسير الذات :

لقد رفض باندورا Bandura التفسير السلوكي الكلاسيكي الذي يشير إلى تشكيل طبيعة الإنسان بطريقة آلية ميكانيكية ،حيث أكد بأن السلوك والشخصية هما نتاج للتفاعل المتبادل بين ثلاث عوامل وهي المثيرات وخاصة الاجتماعية منها، والسلوك الإنساني والعمليات العقلية والشخصية، كما أعطى وزنا كبيرا للتعلم عن طريق التقليد ومشاعر الكفاءة الذاتية. ويعتقد باندورا أن لمشاعر الكفاءة الذاتية أثرها المباشر في تكوين السمات التوافقية أو غير التوافقية وفي تنمية التقدير الايجابي أو السلبي للذات .



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

يركز أتباع المدرسة المعرفية على العمليات الفكرية (المعرفية) التي تتوسط بين المثير والاستجابة فالإنسان ليس مجرد مستجيب للمثيرات التي يتلقاها بل يقوم بتحليلها وتفسيرها وتأويلها إلى أشكال معرفية جديدة، ويرجعون ذلك سببا أساسيا في اختلاف الاستجابة بين فردين يتعرضان لنفس المثير أو استجابة فرد للمثير نفسه في موقفين مختلفين (عدنان العتوم، 2004: 18)

ويركز الباحثون خاصة كيلي وديجوري Kelly et Dejory على الأبعاد المعرفية واعتبراها المدخل لمفهوم الذات، إذ أن البناء الشخصي للفرد يؤكد على الطريقة المميزة له في رؤية العالم ويختلف بذلك من فرد إلى آخر. وأكد ديغوري على الطريقة التي يقيم بها الأفراد أنفسهم ودور الكفاية كأحد مظاهر تقدير الذات (إبراهيم بلكيلاني، 2008: 67).

### 1-6. مفهوم الذات والمرض المزمن :

يتعين على الأخصائي النفسي لفهم التغيرات النفسية المرتبطة بالمرض المزمن ومرض السكري بشكل خاص أن يأخذ بعين الاعتبار مفهوم الذات ومصادر القوة والمرونة (الصلابة النفسية) وسهولة تكيف الشخصية ونقاط ضعفها، فالمرض المزمن يمكن أن يؤدي إلى تغيرات عنيفة ومتطرفة في مفهوم وتقدير الذات. ويشمل تقييم الذات :

### 1-1- الذات الجسمية le soi physic :

يشمل مفهوم الذات الجسمية ادراك الفرد وتقييمه لوظائفه الجسمية ومظهره، وتشير الدراسات التي أجريت على المرضى المزمنين في المستشفيات إلى أن مفهوم الجسم يتدنّى أثناء المرض. ولا يشمل التقييم السلبي الجزء المصاب فقط وإنما مفهوم الجسم ككل (Schwab et Hameling, 1968). وتكون التغيرات في صورة الجسم في حالة المرض المزمن طويلة أو دائمة وقد تبقى التقييمات السلبية مدة أطول، ومع ذلك يعتقد معظم الباحثين أن التكيف يتم في النهاية.

وتعتمد درجة التهديد الذي يشكله المرض المزمن لمفهوم الجسم أيضا على عوامل عديدة بما فيها مفهوم الفرد عن جسمه في السابق وحجم التلف الجسدي ومستوى النشاط الممكن بعد المرض أو الإصابة كما يحدث في حالة التعقيدات الناجمة عن مرض السكري والمتمثلة في بتر أحد الاطراف في

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

الجسم أو جزء منه والإصابة بالعجز الكلوي المزمن ويصبح المريض معرضا لتصفية الكلى، وعندما يهدد مرض السكري الوظيفة الجنسية فان صورة الجسم تتأثر.

### 2- الذات الانجازية :

تعتبر الذات الانجازية على صعيد النشاطات المهنية واللامهنية من الجوانب المهمة الأخرى بالنسبة لتقدير الذات، فبينما يستمد الكثير من الناس شعورهم بالرضا من عملهم يستمتع البعض الآخر بهواياته ونشاطاته الترويحية . ويقدر ما يشكله المرض المزمن من تهديد لهذه النواحي المهمة من حياة المريض بقدر ما يكون أثره سلبيا على الذات. وبالمقابل عندما لا يتعرض عمل المريض أو هواياته للتهديد أو الضمور تبقى المصادر الأساسية في حياته قائمة يستمد منها اعتبارا للذات ومعاني جديدة بالنسبة له.

### 3-الذات الاجتماعية le soi social :

تعتبر الذات الاجتماعية من الجوانب المهمة في التكيف بعض المرض المزمن، فالتفاعل مع العائلة والأصدقاء يمكن أن يكون من أهم مصادر اعتبار الذات، فالمصادر والإمكانات الاجتماعية المتاحة للمريض المزمن من شأنها أن تزوده بالمعلومات والخدمات والدعم العاطفي وهي جوانب هو بأمس الحاجة إليها. كما أن انهيار هذا النظام الداعم له انعكاساته الخطيرة على الجوانب العملية والعاطفية في حياة المريض وعلى طرق شفاؤه أيضا.

### 4-الذات الخاصة Le soi privé :

وتتوتر الذات الخاصة أيضا بعقل المرض المزمن إذ أن هذا الأخير قد يولد الحاجة للاعتماد على الآخرين، وبالتالي فان تدني استقلالية المريض وما يشكله من ضغوط وأعباء على الآخرين يمثل تهديدا للذات.

ويمكن التنبؤ بالتكيف مع المرض من خلال تلك الجوانب المنبثقة من هوية المريض والمتمثلة في طموحاته، أهدافه، رغباته وتطلعاته للمستقبل، فمن بين الأسباب التي تعيق التكيف مع المرض المزمن

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

أحيانا ضياع أحلام المريض ومشاريعه الحياتية. ويساعد مناقشة مثل هذه الصعوبات ربما يكشف عن طرق ومسارات بديلة قادرة على تحقيق رغباته وإيقاض القدرة لديه على تكوين طموحات وأهداف وخطط جديدة للمستقبل (شيلي تايلور، 2007: 633).

ويعتبر تقدير الذات الإيجابي من أهم شروط السلوك المثمر والبناء، "فعندما يعتبر الفرد نفسه أهلا لإنجاز عمل ما فإنه سيكون جديرا بالنجاح فيه وقادرا على بلوغ الأهداف الصعبة"، و أشارت الدراسات والأبحاث أن الموظفين الذين يتمتعون بتقدير مرتفع للذات هم أكثر قدرة للإنتاج وأكثر قابلية للعمل، كما أنهم أقل سلبية في التأثير بالضغوط المستمرة كغموض الدور والصراع، وعموما هم أسرع استجابة للتغيير وأقل اتخاذا للمواقف الدفاعية.

ويتمتع الأفراد ذوي القدرة على القيادة بتقدير ذات عال مما يجعلهم يتسمون بالحسم والاستعداد لإتخاذ قرارات قوية و مهمة و الثقة في القدرات الشخصية، فتقدير الذات يلعب دورا حاسما و ضروري في صنع القرارات و التطبيق الفعّال لها، وتذكر ساتير (v.satir) أن العلاقات البشرية الطيبة و السلوكيات الملائمة تنبع من أشخاص يتمتعون بتقدير لدواتهم و إحساس بقيمتهم (مالهي- ريزنر، 2005 : 10).

ويعتبر تقدير الذات كذلك مؤشرا فعلا على للصحة الجسدية ومؤثرا لها، فقد توصلت معظم الدراسات أن ضعف تقدير الذات يعتبر سببا رئيسيا لمعظم العلل والاضطرابات الجسدية، وفي القدرة على إتباع سلوكيات صحية حامية لخطر الإصابة بالمرض ومن بين هذه الدراسات :

توصل كل من هيرولد قودوين وليرو ( herold et al, 1997 ) إلى وجود علاقة بين تقدير الذات وصحة الأم ومراقبة النسل، كما ارتبط تقدير الذات بالسلوك الصحي الإيجابي وبالقدرة على التوقف على التدخين وإدمان الكحول والمخدرات والمتابعة في برامج الوقاية الصحية بممارسة الرياضة وتحسن القدرات الجسدية Rodin et 1992, abood et conway 1993, Sonstrom, Damarko et al 1994, mcahay ,MC Aulay 1994 , Shelly, 1995 , Boyd et Hrykayko, 1997, pervin 1993, Oken et Fourent, (1993) ، كما توصل كل من ( Baumeister, Campbell, Krueger et Vohs, 2003 ) في نتائج بحوثهم

وتوصل مارش وسونسترويم (Marsh et Sontroem, 1995) إلى وجود علاقة إيجابية بين ممارسة التمرينات ومفهوم الذات الجسمية وتعديل السلوكات الصحية ( شهرزاد نوار، 2008: 41 ).

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وفي دراسة أجريت على عينة من المصابات بسرطان الثدي تبين أن أفراد العينة اللاتي يمارسن التمرينات البدنية لديهن تقدير ذات مرتفع مقارنة مع من يمارسن التمرينات البدنية بدرجة أقل أو مع من لا يمارسن التمرينات البدنية على الإطلاق (Baldwin et Courneya, 1997). وأشارت الدراسة التي قام بها كل من ركتور وروجرز (Rector et Rogers, 1997) إلى أن ارتفاع مستوى تقدير الذات يسهم في خفض معدلات ضربات القلب في مواقف التوتر، وبالتالي فإنه يمكن للأفراد من القيام باستجابات مناسبة وأمنة عند التعرض للضغوط النفسية ، وتوصلت دراسة مارتينز

( Martens,2010) إلى أن تقدير الذات المرتفع لا يساعد فقط على إكساب الفرد الثقة بالذات والرضا عن الحياة بل يساهم باحتفاظ الفرد بصحة جسدية مناسبة ، وفي الحماية من أمراض القلب والسكري وأمراض المناعة، فتقدير الذات يرفع الإحساس بالمناعة

( www.techono-science.net?onglet=news et news = 8354 )

وذكر لوتسمان (Lotsman) في نتائج بحثه وجود علاقة ارتباطية بين مرض السكري وبعض الملامح الحادة من الشخصية كالمزاج الانفعالي الحاد المتميز بشدة الغضب، وتوصل اورلنديني (Orlendinni et al) أن هناك علاقة بين مرض السكري وبعض الخصائص الانفعالية كعدم القدرة على تحمل الإحباط وعدم القدرة على التحكم في الغضب والشعور بالانقباض ، وكلها من ملامح تقدير الذات المنخفض.

خلصت إذن الدراسات التي تم عرضها إلى وجود آثار متبادلة بين كل من تقدير الذات وبعض النواحي البدنية والجسدية، حيث استنتج الباحثون أن النشاط الرياضي يعطي الفرص الكبيرة للارتقاء بتقدير الذات، فالفرد هو نتاج البيئة التي ينشئ فيها والتي تساعده على تنمية أفكاره الايجابية عن ذاته، كما أن الصحة النفسية والجسدية للأفراد ترتبط بمفهوم ايجابي وبتقدير مرتفع عن الذات، فهو من العوامل الحامية للإصابة بالمرض المزمن أو الخطير أو الحماية من مضاعفاته كما يحدث في مرض السكري.

## 2- مفهوم الصلابة النفسية:

### مقدمة :

يعد مفهوم الصلابة النفسية من المفاهيم الحديثة نسبيا خاصة في البيئة الجزائرية ، فهو أحد العوامل المهمة والأساسية من عوامل الشخصية في تحسين الأداء والصحة النفسية والجسدية للفرد وكذلك المحافظة على السلوكات الصحية . وأشارت العديد من الدراسات إلى أهمية الصلابة النفسية

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

كأحد العوامل الأساسية في دراسة الشخصية ، وفي هذا الاتجاه يرى موس وهولان (et Holahan Moos, 1990) أن مسار البحث يجب أن يتحول إلى دراسة المصادر النفسية مثل (الصلابة النفسية، والضبط الداخلي، وتقدير الذات)، والمصادر الاجتماعية (المساندة الاجتماعية) التي تجعل الفرد يقيم الضغوط تقييماً واقعياً، كما أنها تجعله أكثر نجاحاً وفعالية في مواجهتها ( سالم المفرجي ، 2008 : 04 )

ويؤكد ويندر (Winder 2006) نقلاً عما توصلت إليه كوباسا (1985 Kobasa) من خلال نتائج الدراسات التي قامت بها؛ أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية Hardiness أو المرونة العالية Résilience يعتقدون أنهم يمكنهم التأثير في نتائج الأحداث (التحكم Control) وأنهم يستطيعون أن ينجزوا الأعمال الهامة (الالتزام Commitment) ، كما يمكنهم تقدير الأحداث الضاغطة (التحدي Challenge) لتحقيقها بطريقة أفضل (Winder, 2006 : 35) .

### 2-1. بدايات البحث في الصلابة النفسية :

تعتبر الصلابة النفسية مصدر من المصادر الشخصية الهامة لمقاومة ضغوط الحياة والتخفيف من أثارها على الصحة النفسية والجسمية، فالصلابة النفسية تساهم في تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقويم والمواجهة ، الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلفته الظروف الضاغطة ، مساعدة الأفراد على الاستمرار في إعادة التوافق.

لم يكن مصطلح الشخصية الصلدة أو " الصلبة " الذي أطلقته كوباسا (Kobasa) على ذوي الصلابة النفسية المرتفعة دخيلاً على التراث السيكولوجي، فقد تداولته كبرى النظريات المفسرة للشخصية كالمدرسة التحليلية والسلوكية المعرفية، وكذا الاتجاه الإنساني وعلم النفس الإيجابي، حتى وإن تباينت القاعدة النظرية التي استند إليها هؤلاء فهي في مجملها تصب في فكرة واحدة مفادها قدرة الشخصية على التطور والنمو بالاستفادة من الخبرات الماضية لمواجهة الحاضر والتطلع إلى المستقبل ( محمد بلوم ، مريامة حنصالي ، 2013 : 279) .

لقد تحدث ادلر (Adler) عن الشعور بالنقص الذي يدفع الشخص إلى التعويض في جانبه الإيجابي إذ يخلق هذا الإحساس تحدياً ذاتياً داخل الفرد يكون مصدراً لقوة وإرادة خلاقة للإبداع في الحياة، وتتجلى قوة الشخصية في الكفاح المستمر لبلوغ الأهداف المسطرة ، فالفرد بتوقعاته حول قدرته على التوقع .

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

كما تحدث أدلر أيضا عن تحقيق الذات ليجعل منه قمة الحاجات الإنسانية وما يمتلكه الفرد من مصادر داخلية قادرة على تحفيزه لبلوغ الهدف المسطر وذلك بتوظيفه لإمكاناته من أجل تجسيد تلك الأهداف على أرض الواقع، ولا تخلو العملية من الإصرار والصمود وتحمل الإحباط والمثابرة ورفع روح التحدي عاليا والالتزام وتحمل مسؤولية القرارات المتخذة، وهي كلها سمات تبنتها كوباسا في وصفها للأفراد الذين يتمتعون بشخصيات صلبة .

أما كارل روجرس (Rogers) فقد آمن هو الآخر بقدرة الفرد على استخدام مصادره الداخلية للتغلب على متاعبه، فأسس العلاج المتمركز حول العميل ليختزل علاج الاضطراب في الإدارة الإنسانية وبذلك طرح روجرس مجموعة من المصطلحات ذات الصلة بالصلابة النفسية وهي الكفاح من أجل التفوق الذي عده الهدف النهائي الذي يسعى إليه كل الناس، كما يرى أن الافتقار والقصور في قوة الإرادة وأسلوب الحياة والشعور بالنقص أو في البعض منها يؤدي إلى شعور الفرد بالعجز النفسي . ويعتقد روجرس أن الإنسان تحركه توقعاته أكثر مما تحركه خبراته الماضية لأن الأهداف والتطلعات التي يضعها الفرد لنفسه ولغيره هي التي توجه مشاعره وانفعالاته وسلوكياته الراهنة.

وميز يونغ (Yung) الشخص القوي الصلب بأنه يحاول أن يتطور ويتوسع ويتغير نحو الأفضل أما الشخص العاجز فهو الشخص الذي يتحرك إلى الوراء ويبقى حبيس الماضي ويتوقف عن الحركة والتوسع من خلال التوجه نحو المستقبل والمساندة والمشاركة والتعاون والالتزام وتحمل المسؤولية.

وفي هذا الإطار أيضا أشار شلتز (scheltz 1983) إلى ذات الفكرة إذ يرى أن الأفراد يستمرون في التحسن نحو المستقبل ليس للأمام فحسب بل إلى الأعلى، وهذا ما أسماه بالتحقيق الأسمى والذي من شأنه أن يجعل الفرد يتعايش مع تجارب الحياة ويتوقع حدوثها ، لأن نظرة الفرد للمستقبل وحالته النفسية هي التي تحدد تحركاته في تحقيق وجوده الذاتي.

أما اريكسون (Erikson) فقد أكد على عدة خصائص للشخصية في تخطي الأزمات وهي الأمل والإرادة والصلابة والهدف والحب والاهتمام والحكمة التي تساعد الفرد وتخلصه من مشاعر اليأس والعجز وتدفعه إلى اتخاذ دوره في مواجهة الظروف الصعبة وتحرره من الصراع، كما أنها تدعم قدراته وطاقاته لاستثمارها إلى أقصى حد ممكن ،على أن يتقن الفرد عمله ببراعة وتميز وان يمتلك نظرة أو فلسفة واضحة عن الحياة وان يخطط لمستقبله ويجعل لحياته هدفا ومعنى.

ووصف ديرهر ( Dreher,1994 ) في كتاب له صدر سنة 1994 بعنوان " قوة الشخصية المناعية " سبع سمات يمكن تطويرها للبقاء بصحة جيدة معتمدا في ذلك على جملة من الأبحاث والدراسات التي تناولت الفروق الفردية في الإصابة بالمرض أو الشفاء منه .وتتضمن تلك السمات قيم

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وفضائل إنسانية بحتة كالغيرية والإيثار والصبر والتفاؤل والالتزام وتحمل المسؤولية واحترام الذات والآخرين وغيرها بوصفها عوامل معززة للصحة الجسدية و النفسية على حد سواء

(محمد بلوم ، مريم حنصالي، 2013: 276).

لكن رغم البحوث والدراسات السابقة التي أجريت من طرف الباحثين إلا أن تحديد مصطلح الصلابة النفسية يعود إلى كوبازا (kobassa 1978) التي توصلت إلى هذا المفهوم من خلال سلسلة من الدراسات التي استهدفت معرفة المتغيرات النفسية التي تكمن وراء احتفاظ الأشخاص بصحتهم النفسية والجسدية رغم تعرضهم للضغوط . وتوصلت كوبازا لكشف الخصائص التي يتميز بها الأفراد

الذين لديهم القدرة على تحمل المواقف الضاغطة وتأثيراتها وأسلوب مواجهتها؛وقد وجدت أن أفضل المتوافقين مع هذه المواقف الضاغطة هم الأفراد الذين لديهم سمات شخصية أطلقت عليها الشخصية الصلدة أو الصلبة وهم الأفراد الذين لديهم التزام عال ويستمتعون بعملهم وأسرهم وأصدقائهم والذين يمتلكون الإحساس بالقدرة على مواجهة التحديات ( عادل المنشاوي، 2006: 12).

وتشير كوبازا (Kobassa1982) إلى أن مفهوم الصلابة النفسية يتشابه كذلك مع مفاهيم أخرى تتمثل في الفاعلية الذاتية لباندورا bandura ومفهوم التماسك لانتونوفسكي antonovsky ، فالصلابة النفسية تنشأ من خلال نماذج والديه تتسم بالصلابة بالاضافة إلى تشجيع الآباء للأبناء على تقييم الأشياء وعلى المبادرة والاقترام والنشاط مع إشعارهم بقيمتهم وكفايتهم وقدرتهم

(عماد مخيمر ، 2002: 65).

### 2-2. بعض تعاريف الصلابة النفسية:

لقد قاد البحث في التراث السيكلوجي إلى وجود تعريفات متعددة للصلابة النفسية،ومن بين التعريفات يمكن عرض التالي :

\* توصلت كوبازا (kobassa 1984) إلى أن الصلابة النفسية هي مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد أو اتجاه عام لدى الفرد في فاعليته وقوته على استخدام كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك ويفسر ويواجه بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة"، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية ويتعايش معها على نحو ايجابي ( زينب راضي، 2008: 21).

\* ويشير مفهوم الصلابة النفسية حسب كرافر وشيبر ( Carver et Scheier,1987) إلى ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها، حيث تعمل الصلابة النفسية كمصد أو واق ضد

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

العواقب الجسمية السيئة للضغوط، كما أنه ينظر إلى تلك الضغوط على أنها نوع من التحدي، وليست تهديداً للفرد (حمادة وعبد اللطيف، 2002: 230).

\* ويعرف فنك ( Funk 1992 ) الصلابة النفسية بأنها صفة عامة في الشخصية تعمل على تكوينها وتمييزها الخبرات البيئية المتنوعة المحيطة بالفرد منذ الصغر ( funk,1992 : 336 ).

\* كما يعرف ميشيل (Michelle 1999) مفهوم الصلابة النفسية على أنه مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية ( Michelle, 1999 : 233 ).

\* وترى مريم محمد (2002) بأن الصلابة النفسية هي مجموعة متكاملة من السمات الشخصية ذات الطبيعة النفسية الاجتماعية يراها الفرد على أنها مهمة له في التصدي للمواقف الصعبة، وفي التعايش معها بنجاح (مريم محمد، 2002 : 35).

\* ويعرف حمادة وعبد اللطيف (2002) الصلابة النفسية بأنها مصدر من المصادر الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية، حيث تساهم الصلابة النفسية في تسهيل وجود ذلك النوع من الإدراك والتقويم والمواجهة الذي يقود إلى التوصل إلى الحل الناجح للموقف الذي خلقته الظروف الضاغطة ( حمادة وعبد اللطيف، 2002 : 236 ).

\* يعرف لاتسي (Latssi) الصلابة النفسية بأنها توقع الفرد الكفاءة الذاتية من طرف أفراد مجتمعه، عن قدرته على مواجه الضغوط و المشكلات (زينب راضي، 2008: 22)

يلاحظ من خلال التعريفات إجماع علماء النفس والباحثين على كون الصلابة النفسية مجموعة سمات وصفة ومصدر من مصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية لضغوط الحياة وللتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسدية، حيث يتقبل الفرد التحدي فيركز جهده على التغيرات التي يتعرض لها أو ينظر إليها على أنها نوع من الأعمال التي تؤدي غرضاً محدداً وتعود عليه بالفائدة.

ويتضح كذلك أن الصلابة النفسية تتضمن الصمود مع ضرورة الاحتفاظ بالانفعال، وأنها تستند على التقييم الإيجابي للأحداث الضاغطة والتعامل الفعال معها بغية الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية .

### 2-3. مفاهيم ذات علاقة بالصلابة النفسية :

تجتمع بعض المفاهيم وتتشابه مع مفهوم الصلابة النفسية، ومن بين هذه المفاهيم :



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

### 2-1.3. مفهوم قوة الأنا :

تعتبر قوة الأنا الركيزة الأساسية للصحة النفسية، ونشير قوة الأنا إلى التوافق مع الذات ومع المجتمع بالإضافة إلى الإحساس الإيجابي بالكفاية والرضا.

ويتضح أيضا أن قوة الأنا تتمثل في قدرة الفرد على استمارة كافة المصادر النفسية والمادية والاستراتيجيات العقلية المتاحة لديه بهدف التوافق مع نفسه والآخرين ممن حوله و مواجهة الضغوط و الشدائد بفاعلية ( زينب الوقفي، 2008 : 43).

ويرى أبو ندى (2007) أن هناك تداخلا بين مفهومي الصلابة النفسية وقوة الأنا، حيث تعمل قوة الأنا على تدعيم صلابة الفرد النفسية اتجاه الأحداث الضاغطة، وأن الصلابة النفسية تعمل جاهدة على حماية الفرد من الاضطراب النفسي والجسدي عند الأزمات ( أبو ندى، 2007 : 33).

### 2-2.3. مفهوم تقدير الذات :

إن تقدير الذات هو من أهم متغيرات الشخصية التي تمثل وقاية أو حصانة للفرد في مواجهة الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية للفرد ( عيد، 2002 : 148)، ويظل هذا المتغير يؤثر في سلوك الفرد طوال حياته، ويضيف لازاروس (Lazarus) أن تقدير الفرد للحدث الضاغط وتقديره لكيفية مواجهته له يتوقف على تقدير الفرد لذاته مما يجعله يبالغ في تقدير المخاطر الكامنة في الموقف أو يقلل من شأن قدرته على مواجهتها ( Lazarus, 1966 : 249).

إذن يمكن القول أن تقدير الذات يتضمن الثقة في النفس والجدارة والقوة والمرونة الشخصية والانجاز والاستقلالية، وجميعها سمات الشخصية التي تتمتع بمستوى مرتفع من الصلابة النفسية لكن لا يمكن الجزم بوجودها لدى ذوي التقدير المرتفع للذات ( زينب الوقفي ، 2008 : 64)، أي بمعنى آخر أن كل شخص له مستوى مرتفع من الصلابة النفسية يتمتع بتقدير عال للذات، لكن لا يشترط أن يكون مرتفعوا تقدير الذات لهم صلابة نفسية مرتفعة اتجاه المواقف الضاغطة.

### 2-3.3. مفهوم الفاعلية الذاتية :

تعتبر الفاعلية الذاتية إحدى المتغيرات الوسيطة بين إدراك الفرد للأحداث الضاغطة و بين مواجهة الفرد لها ، يعرفها باندورا (Bandura, 1982) على أنها اعتقاد الفرد على كفاءته و قدرته و تمكنه من قيمته الذاتية مما يعطيه شعورا بالثقة بالنفس والقدرة على التغلب على مشكلاته والتحكم في أمور حياته

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

فتصبح الفاعلية الذاتية بذلك مؤشرا لقدرة الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة بكفاءة و ثقة وتمكن.

ويشير باندور (Bandura,1989) إلى أن الفاعلية الذاتية لا تؤثر على انفعال الرfid وسلوكه ودفاعيته فحسب، ولكنها تلعب دورا مهما في نجاح الفرد و فشله و في صحته و في مرضه، وفي هذا يجسد نموذج باندورا العلاقة بين اعتقاد الفرد في فاعليته و إدراكه للأحداث الضاغطة من ناحية ، وبين القلق والاكتئاب من ناحية أخرى، فشعور الفرد بعدم الفاعلية و الكفاية تجعله يبالغ في تفسير الخطر الكامن في الموقف مع الشعور بعدم القدرة على مواجهته وعدم القدرة على السيطرة على مجرى أحداث حياته، الفاعلية الذاتية المتوقعة : و تعني شعور الفرد بقدراته أو عجزه عن القيام بسلوك معين أو انجاز ما يضمن هذا الشعور درجة من الثقة و الشعور بالقدرة على التحكم .

ويتصف الأشخاص ذو المستوى المرتفع من فعالية الذات بالثقة بالذات و المثابرة و الأضرار على بلوغ الهدف، بغض النظر عما يواجههم من عقبات و مشكلات، و وفقا لباندورا فإن مرتفعي فعالية الذات غالبا يتوقعون النجاح مما يزيد من مستوى دافعهم لتحقيق أفضل أداء ممكن الوصول إلى حلول جيدة لما يتعرضون للمشكلات مقارنة بالأشخاص منخفضي الفاعلية الذاتية يتوقعون الفشل في مختلف المهام التي يضطلعون بها، مما يؤدي إلى انخفاض مستوى الدافعية في الأداء .

وبالرغم من أن مفهوم الفاعلية الذاتية يحمل الثقة بالنفس و إدراك القدرة على التحمل في الظروف الحياتية، كما يختص بتزويد الأفراد ببعض المهارات الخاصة، الا انه يتميز عن مفهوم الصلابة النفسية في احتياج الفرد له و لظهوره في جميع المواقف الحياتية التي لا تستدعي بالضرورة أن تكون لها صفة الضغط ( زينب الوقفي، 2008، 43-44) .

### 2-4.3. مفهوم المناعة النفسية :

يعرف مرسى ( 1998 ) المناعة النفسية بأنها مفهوم افتراضي يقصد به قدرة الفرد على مواجهة الأزمات والكروب وتحمل الصعوبات والمصائب، ومقاومة ما ينتج عنها من أفكار غضب وسخط وعداوة وانتقام، أو أفكار ومشاعر يأس وعجز وانهزامية وتشاؤم، كما تمد المناعة النفسية الجسم

بمناعة اضافية تنشط اجهزة المناعة الجسمية (كمال مرسى ، 2000 :96)، فالمناعة النفسية هي حصانة نفسية ضد التآزم حيث يولد الفرد مزودا بها وتصلها البيئة التي يعيش فيها لتساعده على تحمل الألم والحزن، وتعينه على مواجهة الصعاب بقوة جسمية ونفسية عالية. وتساعد المناعة النفسية

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

على تطوير الجهاز المناعي للفرد وبذلك يكون أكثر قدرة على التكيف مع المرض المزمن ومضاعفاته من خلال زيادة التحكم الذاتي والالتزام وعدم الاستسلام للفشل.

### 2-3.5. مفهوم الإرجاعية :

جاءت الأعمال الأولى حول الإرجاعية أو المرونة النفسية أو الجلد من الدول الانجلوساكسونية ودول أمريكا الشمالية على يد عدة باحثين أمثال (Anthony et Koupernikn1974 ; Rutter,1985 ; Anaut,2003) ، فقد قام روتر (Rutter,1985) بدراسة العوامل التي تحمي الأطفال الذين عانوا من حرمان شديد، وتوصل إلى أن الأطفال الإرجاعيين يتميزون بعدد من الخصائص الاستعدادية والمحيطية والتفاعلية أو كما سماها روتر (Rutter,1985) بعوامل الحماية (سامية ياحي، 2011 : 11)

يعرف روتر الإرجاعية بالفعل الذي يساعد الفرد على المحافظة على توازنه التكيفي رغم التهديد الموجود في المحيط الذي يتعرض له، ويعرفها بأنها مدى قدرة الفرد على التكيف الاجتماعي إذ أنها بالنسبة له سيرورة قدرة أو نتيجة لتكيف جيد رغم الظروف والمواقف أو التحديات والمحن التي يمكن أن تعترض الفرد ، فهي تتنوع حسب الطبيعة وسياقات الصدمات ومراحل الحياة والمصادر المعرفية والعاطفية والدافعية ( Tisseron,2007 : 11).

ترتبط إذن الإرجاعية بالتوازن التكيفي الناجح أو التكيف الإيجابي للفرد أمام الضغوط والشدائد وكذا التغيير الذي يحدث للشخصية بعد التعرض للضغط.

ورغم التباين في المفاهيم السالفة الذكر إلا أنها ترتبط فيما بينها ولها دور أساسي في حماية الفرد وتحقيق الصحة العامة، فهي تعمل كعامل واق ضد الاضطرابات النفسية والجسدية ومضاعفاتها.

### 2-4. أبعاد الصلابة النفسية:

توصلت كوبازا (Kobaza) إلى تحديد ثلاث أبعاد تتكون منها الصلابة النفسية وهي الالتزام، التحدي والتحكم.

أولا : الالتزام :

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

يعبر الالتزام عن اعتقاد الفرد في حقيقة وأهمية وقيمة ذاته وفيما يفعل، ويتضح ذلك من خلال قيمة الحياة التي تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم واعتقاده أن لحياته هدفا ومعنى يعيش من أجله. ( عثمان يخلف ، 2001: 210 )

ويعتبر مكون الالتزام من أكثر مكونات الصلابة النفسية ارتباطا بالدور الوقائي للصلابة النفسية بوصفها مصدرا لمقاومة مثيرات الضغوط ، وقد أشار جونسون وسارازون ( Johnson et sarason 1978 ) إلى هذه النتيجة حيث تبين لهم أن غياب هذا المكون يرتبط بالكشف عن الإصابة ببعض الاضطرابات النفسية والجسدية ، كما أشار هينك ( Hink ) إلى أهمية هذا المكون لدى من يمارسون مهنة شاقة كالمحاماة والطب والتمريض ( hydon,1986 : 112 ).

إذن الالتزام هو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه و الآخرين من حوله.

### ثانيا: التحكم:

أشارت كوبازا (1983) إلى التحكم بوصفه اعتقاد الفرد بأن مواقف وظروف الحياة المتغيرة التي يتعرض لها هي أمور متوقعة الحدوث و يمكن التنبؤ بها والسيطرة عليها

( Kobaza, 1983 : 89 ) فهو اعتقاد الفرد انه بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له. ويتضمن التحكم القدرة على اتخاذ القرار والاختيار من بين بدائل متعددة والقدرة على التفسير والتقدير للأحداث الضاغطة والقدرة على المواجهة الفعالة وبذل الجهد مع دافعية كبيرة للإنجاز والتحدي.

ويضيف وايب ( Wiebe1991 ) بأن التحكم هو اعتقاد الفرد بتوقع حدوث الأحداث الضاغطة ورؤيتها كمواقف وأحداث شديدة قابلة للتناول وللتحكم فيها أو إمكانية التحكم الفعال فيها، و يعني التحكم الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار و مواجهة الأزمات ( زينب الوقفي ، 2008 : 25 )

كما ويعرف مخيمر (1996) التحكم بأنه اعتقاد الفرد بالتحكم فيما يلقاه من أحداث وأنه يتحمل المسؤولية الشخصية عن حوادث حياته وأنه يتضمن القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين البدائل وتفسير وتقدير الأحداث والمواجهة الفعالة (عماد مخيمر 1996:15).

ويشير فولكمان ( Fulkman,1984 ) إلى أن التحكم يشير إلى اعتقاد الفرد بإمكانية تحكمه في المواقف الضاغطة التي يتعرض لها ( Fulkman,984,p 842 ).

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

ويتضمن التحكم حسب الرفاعي (2003) أربع صور رئيسية تتمثل في :

1. القدرة على اتخاذ القرارات والاختيار بين بدائل متعددة.
2. التحكم المعرفي للمعلوماتي واستخدام العمليات الفكرية للتحكم في الحدث الضاغط.
3. التحكم السلوكي.
4. التحكم الاسترجاعي.

(عزة الرفاعي 2003:31) .

يشير التحكم إذن إلى مدى اعتقاد الفرد بان بإمكانه أن يكون له تحكما فيما يلقاه من أحداث ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، ويتضمن التحكم القدرة على اتخاذ القرارات وتفسير الأحداث والقدرة الفعالة على مواجهة الضغوط .

### ثالثا : التحدي :

تعرف كوبازا (Koaza1983) مفهوم التحدي بأنه اعتقاد الفرد بان التغيير المتجدد في أحداث الحياة هو أمر طبيعي بل حتمي لابد منه لارتقائه أكثر من كونه تهديدا لأمنه وثقته وسلامته النفسية (زينب الوقفي، 2008: 29).

كما يعرف توماكا وآخرون (Tomaka et al) التحدي بأنه تلك الاستجابات المنظمة التي تنشأ ردا على المتطلبات البيئية، وتكون هذه الاستجابات ذات طبيعة معرفية أو فسيولوجية أو سلوكية، وقد تجتمع معا وتوصف بأنها استجابات فعالة (جهان محمد، 2002: 41).

بينما يعرفه مخيمر (1997) بأنه اعتقاد الفرد بان ما يطرأ على جوانب حياته من تغيير هو أمر ضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا مما يساعده على استكشاف البيئة المحيطة به ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعد الفرد على مواجهة الضغوط بفاعلية (عماد مخيمر، 1997: 14) ويظهر التحدي في اقتحام المشكلات لحلها والقدرة على المثابرة وعدم الخوف عند مواجهتها

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

( عثمان يخلف، 2001: 210).

ويتضح أن التحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو محزنة باعتبارها أمورا طبيعية لا بد من حدوثها لنموه وارتقائه ، وهذه الخاصية تساعده على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة المؤلمة ، وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة كحالة المرض المزمن.

### 2-5. النظريات المفسرة للصلابة النفسية :

#### 2-5.1. نظرية كوبازا والدراسات المنبثقة عنها ( Kobaza 1983 ) :

قدمت كوبازا نظرية رائدة في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية تتناول خلالها العلاقة بين الصلابة النفسية بوصفها مفهوما حديثا في هذا المجال واحتمالات الإصابة بالأمراض. فقد استخدمت كوبازا مصطلح الصلابة كمتغير يعكس الفروق الفردية في الإصابة بالمرض نتيجة التعرض للضغوط ، فالأفراد الذين يمتلكون سمة الصلابة النفسية هم أقل عرضة للمرض ولديهم القدرة على تحويل أحداث الحياة الضاغطة الى فرص لنموهم وتطويرهم الشخصي ( زينب الوقفي، 2008: 36)، إذ من المحتمل أن تتضمن آلية الضغط - صلابة مزيجا من العمليات المعرفية - النفسية - السلوكية، وفي هذا الإطار اقترح كل من ( Maddi et Hightower, 1999 ) أن الصلابة تدعم نوعا من المواجهة التكيفية والتي تقلل من أضرار الحياة الضاغطة

( محمد بلوم، مريامة حنصالي ، 2013: 276).

واعتمدت كوبازا على عدد من الأسس النظرية والتجريبية تمثلت في آراء بعض العلماء أمثال فرانكل وماسلو وروجرز " والتي أشارت إلى أن وجود هدف للفرد أو معنى لحياته الصعبة يعتمد بالدرجة الأولى على قدرته على استغلال إمكاناته الشخصية والاجتماعية بصورة جيدة

( Matteson, Ivancevich, 1987 : 104 )

ويعد أيضا نموذج لازاروس (Lazarus 1961) من أهم النماذج التي اعتمدت عليها كوبازا حيث نوقشت من خلال ارتباطها بعدد من العوامل وحددها في ثلاثة عوامل رئيسية وهي :

1. البنية الداخلية للفرد.

2. الأسلوب الإدراكي المعرفي

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

### 3. الشعور بالتهديد والإحباط.

ذكر لازاروس أن حدوث خبرة الضغوط يحددها في المقام الأول طريقة إدراك الفرد للموقف واعتباره ضغطا قابلا للتعايش ، تشمل عملية الإدراك الثانوي وتقييم الفرد لقدراته الخاصة وتحديد لمدى كفاءتها في تناول المواقف الصعبة . وترتبط هذه العوامل الثلاثة ببعضها ، فعلى سبيل المثال يتوقف الشعور بالتهديد على الأسلوب الإدراكي للمواقف والقدرات ومدى ملاءمتها لتناول الموقف، كما يؤدي الإدراك الايجابي إلى تضاؤل الشعور بالتهديد ، ويؤدي الإدراك السلبي إلى زيادة الشعور بالتهديد ويؤدي أيضا إلى التقييم لبعض الخصال الشخصية كتقدير الذات.

وساعدت نتائج نظرية كوباسا إلى الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية التي من شأنها مساعدة الفرد على الاحتفاظ بصحته النفسية والجسمية رغم تعرضه للضغط، كما استهدفت معرفة دور هذه المتغيرات في إدراك الضغوط والإصابة بالمرض ( زينب الوقي، 2008: 36)

ومن بين النتائج التي ساعدت في صياغة الأسس التي اعتمدت عليها كوبازا في وضع نظريتها:

1.الكشف عن مصدر ايجابي جديد في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية والجسمية وهو الصلابة النفسية بأبعادها وهي الالتزام- التحكم والتحدي.

2.يكشف الأفراد الأكثر صلابة عن معدلات أقل للإصابة بالاضطرابات على الرغم من تعرضهم للضغوط الشاقة وذلك مقارنة بالأفراد الأقل صلابة، وقد يعود ذلك إلى الدور الفعال الذي يقوم به متغير الصلابة في إدراك ضغوط الأحداث الشاقة للحياة وتفسيرها وترتيبها على نحو ايجابي .

وطرحت كوبازا الافتراض الأساسي لنظريتها والقائل بان التعرض للأحداث الحياتية الشاقة يعد أمرا ضروريا، بل انه حتمي لابد منه لارتقاء الفرد ونضجه الانفعالي والاجتماعي، وان المصادر النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد قد تقوى وتزداد عند التعرض لهذه الأحداث.

وقد فسرت كوبازا الارتباط القائم بين الصلابة النفسية والإصابة بالأمراض العضوية أو التأقلم معها من خلال تحديدها للصفات المميزة للأفراد المرتفعي الصلابة النفسية، ومن خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من آثار التعرض للضغوط .

وذكرت كوبازا أن الأفراد الذين يتميزون بالصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطا ومبادأة واقتدارا وقيادة وضبطا داخليا وأكثر صمودا ومقاومة لأعباء الحياة المجهدة واشد واقعية وانجازا وسيطرة وقدرة على تفسير الأحداث ، كما أنهم يجدون أن تجاربهم ممتعة وذات معنى، فهذه الفئة من الأفراد تضع

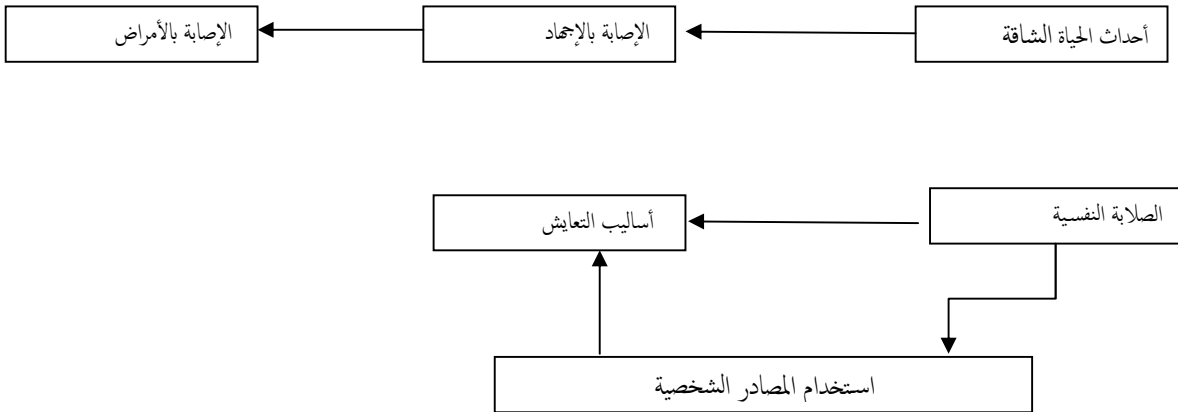
## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

تقيما متفائلا لتغيرات الحياة وتميل للقيام بالأفعال الحاسمة للسيطرة عليها، وتؤيد معرفة المزيد من الخبرات لتعلم كل ما هو مفيد للحياة المستقبلية. وعلى العكس فإن الأشخاص الأقل صلابة يجدون أنفسهم والبيئة من حولهم بدون معنى ويشعرون بالتهديد المستمر والضعف في مواجهة أحداثها المتغيرة، ولا توجد لديهم اعتقادات راسخة بضرورة الارتقاء فهم سلبيون في تفاعلهم مع البيئة، وتكون للظروف الشاقة اثر سلبي على الحالة الصحية لهؤلاء الأشخاص لعجزهم عن تخفيف الأثر السلبي الناتج من التعرض لهذه الأحداث

. (kobasa et all,1985 : 525-535 )

ويوضح الشكل التالي تأثيرات الصلابة النفسية على الفرد:

شكل (02) يوضح التأثيرات المباشرة لمتغير الصلابة النفسية



(kobasa et Puccetti,1983, :216 )



## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

يوضح الشكل رقم (02) أن الصلابة النفسية تعمل كمتغير مقاومة وقائي حيث تقلل من الإصابة بالإجهاد الناتج عن التعرض للضغط وتزيد من استخدام الفرد لأساليب التعامل الفعال، كما ترفع من استخدام الفرد لمصادره الشخصية والاجتماعية المناسبة اتجاه الظروف الضاغطة.

نستنتج من خلال عرض نظرية كوبازا أن الأدوار التي يؤديها متغير الصلابة النفسية تتمثل في:

1. تغيير الصلابة النفسية للإدراك المعرفي للأحداث اليومية إذا ما تم رؤيتها على نحو غير واقعي ، فيعتقد الأفراد ذو الصلابة في كفايتهم في تناولهم للأحداث اليومية وبرؤيتها بصورة تفاؤلية.
2. تخفف الصلابة النفسية من الشعور بالإجهاد الناتج عن الإدراك السلبي للأحداث وتحول دون وصول الفرد إلى حالة من الإجهاد المزمن.
3. ترتبط الصلابة النفسية بطرق التعايش التكيفي الفعال وتبتعد عن استخدام التعايش التجنبي أو الانسحابي للمواقف.
4. تدعم الصلابة النفسية عمل متغيرات نفسية كالمساندة الاجتماعية بوصفها من المتغيرات الوقائية حيث يميل الأفراد الذين يتسمون بالصلابة إلى التوجه نحو طلب العلاقات الاجتماعية الداعمة عند التعرض للضغوط.

### 2-5-2. نموذج فنك Funek المعدل لنظرية كوبازا :

لقد ظهر حديثا في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية أحد النماذج الحديثة الذي أعاد النظر في نظرية كوبازا وحاول وضع تعديل جديد لها ، وهذا النموذج الذي قدمه فنك ( Funk 1992) تم من خلال دراسته التي أجراها بهدف "بحث العلاقة بين الصلابة النفسية والإدراك المعرفي والتعايش الفعال من ناحية ، والصحة العقلية من ناحية أخرى" وذلك على عينة قوامها 167 جنديا إسرائيليا واعتمد الباحث على المواقف الشاقة الواقعية في تحديده لدور الصلابة النفسية ، وقام بقياس متغير الصلابة والإدراك المعرفي للمواقف الشاقة والتعايش معها قبل الفترة التدريبية التي أعطاها للمشاركين والتي بلغت ستة أشهر وبعد انتهاء هذه الفترة التدريبية.

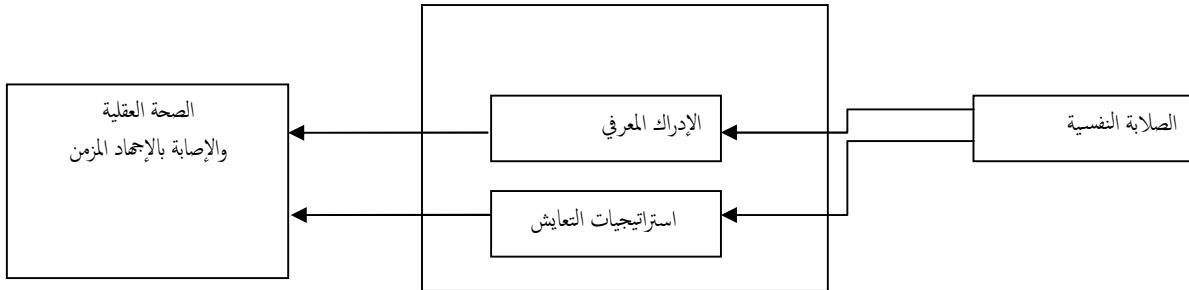
وقد انتهى فنك (Funk) من هذه الدراسة إلى نتائج مهمة وهي تتمثل في ارتباط مكوني الالتزام والتحكم فقط بالصحة العقلية الجيدة للأفراد ، فارتبط الالتزام جوهريا بالصحة العقلية من خلال تخفيض الشعور بالتهديد واستخدام استراتيجيات التعايش الفعال خاصة إستراتيجية ضبط الانفعال حيث ارتبط

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

بعد التحكم ايجابيا بالصحة العقلية من خلال إدراك الموقف على أنه أقل مشقة ، واستخدام إستراتيجية حل المشكلات للتعيش.

وقام فنك (1995) بإجراء دراسة ثانية لها نفس أهداف الدراسة الأولى لكن استخدم هذه المرة فترة تدريبية أكثر عنفا على الجنود لمدة أربعة أشهر تم خلالها تنفيذ المشاركين للأوامر المطلوبة منهم حتى وان تعارضت مع ميولهم واستعداداتهم الشخصية بصفة متواصلة، وبقياس الصلابة النفسية وكيفية الإدراك المعرفي للأحداث الشاقة الواقعية وطرق التعايش قبل فترة التدريب وبعد الانتهاء منها ، وتم التوصل إلى نفس نتائج الدراسة الأولى ( زينب راضي، 2008: 40 ) . ومن خلال النتائج المتوصل إليها طرح فنك ( Funk ) نموذج الموضح في الشكل التالي :

شكل (03) يوضح نموذج فنك المعدل لنظرية كوبازا



( زينب راضي الوقفي، 2008: 98 )

### 2-6. خصائص الصلابة النفسية:

حصر تايلور ( Taylor 1995 ) خصائص الصلابة النفسية في :

- الإحساس بالالتزام أو النية لدفع النفس في الاختلاط في أي مستجدات.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

- الاعتقاد (الإيمان) بالسيطرة والإحساس بان الشخص هو نفسه سبب ما جرى في حياته وانه يستطيع التأثير في بيئته.

- الرغبة في إحداث التغيير ومواجهة الأنشطة الجديدة التي تمثل أو تكون بمثابة فرص للتقدم والتطور.

وأكد مخيمر (1997) على هذه الخصائص من خلال الدراسات التي قام بها حول متغير الصلابة النفسية من خلال دراساته لقياس الصلابة النفسية ، واستنادا الى تعريف ومقياس الصلابة النفسية الذي طورته كوبازا ( عماد مخيمر ، 1997 : 38).

### 2-1.6. خصائص ذو الصلابة النفسية المرتفعة:

توصلت كوبازا من خلال دراساتها ( 1979-1982-1983-1985) إلى أن الأفراد المتمتعين بصلابة نفسية يتميزون بما يلي :

1. القدرة على تحمل الضغوط واللجوء إلى الصبر

2. القدرة على الانجاز أفضل

3.ذوي وجهة داخلية للضبط.

4.القدرة والميل على القيادة والسيطرة.

5.ذوي دافعية أفضل وأكثر نشاطا وإقبالا.

وبين كل من ديلاذ (Dilad 1990) وكوزي ( 1991 Coosy) وكريستوفر (1996Cristopher) أن ذوي الصلابة النفسية المرتفعة لديهم أعراض نفسية وجسدية قليلة وغير منهكين ولديهم تمركز كبير حول الذات ويتمتعون بالانجاز الشخصي ولديهم القدرة على التحمل الاجتماعي وارتفاع الدافعية نحو العمل، ولديهم نزعة تفاؤلية وأكثر توجهها نحو الحياة ويمكنهم التغلب على الأمراض الجسدية والإجهاد ( ابو ندى، 2007: 1996). ووصف حمادة وعبد اللطيف (2002) أن ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يمتازون ب :

- الالتزام بالعمل الذي عليهم أداءه بدلا من شعورهم بالغبية.

- الإحساس بالقدرة على التحكم في الأحداث بدلال من الشعور بفقدان القوة.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

- النظر إلى التغيير على انه تحد عادي بدلا من الشعور بالتهديد.
- يجد هؤلاء الأفراد في إدراكهم وتقييمهم لأحداث الحياة الضاغطة الفرصة لممارسة اتخاذ القرار.

( حمادة وعبد اللطيف، 2002: 237-238).

### 2-6. خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة:

أوردت مريم محمد ( 2002 ) بعض سمات ذوي الصلابة المنخفضة والمتمثلة في :

- عدم الشعور بهدف لأنفسهم ولا وجود لمعنى في حياتهم،
- الرغبة في ثبات الأحداث الحياتية وعدم الرغبة في التغيير،
- لا يرون ضرورة التحديد والارتقاء،
- السلبية في التفاعل مع بيئة الخارجية والعجز عن تحمل الأثر السيئ للأحداث الضاغطة.

(زينب الوقي ، 2008 : 59).

إذن يتصف ذوي الصلابة النفسية حسب ما ورد سابقا ب:

- يكون الصبر راسخا في الذات مع تحمل المشقة.
- الحكمة والمرونة في اتخاذ القرارات.
- عدم فقدان التوازن في الأزمات.
- الاحتفاظ بالهدوء والثبات في اشد وأقصى المواقف والظروف.
- القدرة على وضع الخطط لمواجهة المشكلات.
- الالتزام بقيم ومبادئ ومعتقدات معينة والتمسك بها وعدم التخلي عنها.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

- القدرة على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة.
- المبادرة لحل ما يواجههم من مشكلات.
- التحكم في الانفعالات والغضب والسيطرة على النفس.

### 2-7. أهمية الصلابة النفسية:

تعتبر الصلابة النفسية مركب مهم من مركبات الشخصية القاعدية التي تقي الفرد من آثار الضغوط الحياتية المختلفة وتجعل الفرد أكثر مرونة وتفاؤلاً وقابلية للتغلب على مشاكله، كما وتعمل الصلابة النفسية كعامل حماية من الأمراض الجسدية والاضطرابات النفسية.

ذكرت تايلور (taylor) أنه منذ الدراسات الأولى التي قامت بها كوبازا (kobaza 1979) أجريت العديد من الأبحاث (1989-1981 kobaza et all) التي أظهرت أن الصلابة النفسية ترتبط بكل من الصحة الجسدية والصحة النفسية الجيدة. فقد أشارت كوبازا إلى أن الصلابة النفسية ومكوناتها تعمل كمتغير سيكولوجي ، يخفف من وقع الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية للفرد

(عماد مخيمر ، 1996 : 276-278)، وقد قدمت كوبازا عدة تفسيرات توضح السبب الذي يجعل الصلابة النفسية تخفف من حدة الضغوط التي تواجه الفرد ويمكن فهم تلك العلاقة من خلال فحص أثر الضغوط على الفرد وفي هذا الخصوص ترى كل من مادي وكوبازا أن الأحداث الضاغطة تقود إلى سلسلة من الإرجاع تؤدي إلى استثارة الجهاز العصبي الذاتي والضغط المزمن يؤدي فيما بعد إلى الإرهاق وما يصاحبه من أمراض جسدية واضطرابات نفسية وهنا يأتي دور الصلابة النفسية في تعديل العملية الدائرية والتي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإرهاق ويتم ذلك من خلال طرق متعددة فالصلابة النفسية :

أولاً: تعدل من إدراك الأحداث وتجعلها 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 الاجتماعي.

رابعاً: تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وهذه بالطبع تقلل من الإصابة بالأمراض الجسمية وتخفف من مضاعفاتها.

( حمادة وعبد اللطيف ، 2002: 236 - 237).

وتتفق كويازا مع فولكمان ولازاروس ( Folkman et Lazarus ) في أن الخصائص النفسية كالصلابة مثلا تؤثر في تقييم الفرد المعرفي للحدث الضاغط ذاته وما ينطوي عليه من تهديد لأمنه وصحته النفسية والجسدية وتقديره لذاته ، كما تؤثر أيضا في تقييم الفرد لأساليب المواجهة وهي الأساليب التي يواجه بها الفرد الحدث الضاغط (مواجهة المشكلات - الهروب - التجنب - تحمل المسؤولية - البحث عن المساندة الاجتماعية - التحكم الذاتي...الخ)

( عماد مخيمر ، 1996: 276-278).

ويرى باحثون آخرون أمثال ( Allerd et Smith, Contrada, clarck ,Williams, ) أنه حتى لو قام الأفراد الذين يتمتعون بدرجة عالية من الصلابة النفسية بتقدير الضغوط بأنها تشكل لهم ضغطا بالفعل إلا أن سماتهم الشخصية تظل تعمل كواق من تأثير الضغوط عن طريق تسهيل اختيار أساليب المواجهة التوافقية أو عن طريق كف السلوك غير التوافقي ، فالأفراد ذو الصلابة العالية نظريا يميلون إلى استخدام أسلوب المواجهة التحويلي وفيه يتوافقون مع الأحداث بطريقة متفائلة وفعالة. وعلى العكس من ذلك يعتمد الأفراد ذو الصلابة المنخفضة إلى أسلوب المواجهة التراجعي أو الذي يتضمن تكوفا وفيه يقومون بالتجنب أو الابتعاد عن المواقف التي يمكن أن تشكل ضغوطا على الصحة الجسدية ( زينب راضي، 2008: 72 ).

توصل كونترادا ( Contrada ) أنه من الممكن للصلابة أن تساعد في توقيف استجابات الجهاز الدوري للضغط النفسي ، واطهر آرد وسميث ( Alerd et Smith ) في دراستهما أن الأفراد الأكثر صلابة هم الأكثر مقاومة للأمراض والتكيف معها بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية وما نتج عنها من انحدار في مستوى التحفز الفسيولوجي (ابو ندى، 2007: 39 )، فالصلابة النفسية من شأنها أن تقي من الآثار الجسدية المتعددة للضغوط.

وأجرى وليامز وآخرون (Williams, et al 1992) دراسة سعت للتعرف على دور عمليات المواجهة كوسائط في العلاقة بين الصلابة والصحة الجسمية، وتوصلت إلى أن الصلابة النفسية ترتبط ارتباطاً إيجابياً بأساليب المواجهة الفعالة مثل التركيز على المشكلة أو البحث عن الدعم البناء، وسلبياً بأساليب المواجهة غير الفعالة مثل التجنب، وأن هناك ارتباطاً بعدد قليل من الأمراض الجسمية التي ذكر أفراد العينة أنهم يعانون منها.

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وتوصلت دراسة كلارك (clarck 1995) أن الأفراد الأكثر صلابة نفسية والأصغر سنا ذوي عادات صحية جيدة عكس الأفراد الأكبر سنا والأقل صلابة، وأجرت فيكتوريا (Victoria 1998) دراسة هدفت إلى بحث العلاقة بين الصلابة النفسية وسلوكيات الرقي الصحي لدى الطالبات الجامعيات المتخصصات في التمريض على عينة بلغت (250) طالبة ، أسفرت النتائج عن ارتباط ايجابي بين الصلابة النفسية وسلوكيات الرقي الصحي لدى الممرضات. كما قام ميشيل بدراسة (Michelle 1999) على عينة بلغت 63 طالباً بينت نتائجها أن الصلابة النفسية ارتبطت بالتوافق النفسي والصحي لدى الطلاب ، كما اتضح أن الصلابة النفسية تظهر كمنبئ أكثر قوة في علاج الأمراض العقلية والنفسية والجسمية .

بالمقابل توصلت دراسة برنارد ( Bernard et al ) والتي هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين قوة الأنا والصلابة النفسية وتقدير الذات والكفاءة الذاتية والتفاؤل من ناحية ، وبين سوء التوافق والحالة الصحية

من ناحية أخرى على عينة مكونة من 589 طالبا من طلاب الجامعة إلى وجود علاقة طردية دالة إحصائيا بين الصلابة النفسية وقوة الأنا وتقدير الذات والكفاءة الذاتية والتفاؤل وبين القدرة على التوافق والحالة الصحية.

وأشار جيري (jeary) إلى وجود علاقة ارتباطيه بين المرض الذي يحدث في العائلة والأحداث الحياتية السلبية، وأن الصلابة النفسية تلعب دور الوسيط في التخفيف من الأثر السلبي الناتج عن هذه الضغوط.

### خلاصة الفصل :

يعتبر مفهوم تقدير الذات من المصطلحات القاعدية التي تستدعي البحث والتعمق كونه مفهوما جوهريا في بناء وتطور الشخصية والتي يعمل على حمايتها من المرض او التكيف معه ، ورغم تباين التعريفات المقدمة حوله إلا أنه يمثل عموما التقييم الذي يمنحه الفرد لنفسه سواء كان ذلك بشكل سلبي أو ايجابي والذي يتأثر بظروف التنشئة الاجتماعية و انجازات الفرد الشخصية و بمختلف المواقف والأحداث التي يمر بها ، كما يتأثر بالأحكام التي يصدرها الآخرون وبتفسيراته لاستجاباتهم نحوه .

## الفصل الثاني : مفهوم سمات الشخصية

وتوصلت كوباسا لمفهوم الصلابة النفسية من خلال مجموعة من الدراسات التي أجرتها لكشف الخصائص التي يتميز بها الأفراد الذين لديهم القدرة على تحمل المواقف الضاغطة وتأثيراتها وأسلوب مواجهتها ؛ وقد وجدت أن أفضل المتوافقين مع هذه المواقف الضاغطة هم الأفراد الذين لديهم سمات شخصية تتمثل في الشخصية الصلبة وهم الأفراد الذين لديهم التزام عال ويستمتعون بعملهم وأسرتهم وأصدقائهم والذين يمتلكون الإحساس بالقدرة على مواجهة التحديات .

ويتضح أن الصلابة النفسية هي جوهر الشخصية السوية ، فهي لا تحدد ملامح القوة والتحمل فحسب بل والتوجه نحو المستقبل بنظرة ايجابية تجعل الفرد متحمدا لما يواجهه من صعوبات وعقبات متقبلا لكل ما تحمله من تغيير بوصفه امرأ ضروريا لنموه الشخصي.

وتعتبر الصلابة النفسية عن هذه القوة الداخلية التي يمتلكها الفرد والتي تجعله صامدا مثيرا لتحقيق ذاته ساعيا للتميز ، وهي قوة لا يمتلكها إلى من عرف لحياته معنى وهدفا يحيا لأجله يستمد منه طاقته ودافعيته للانجاز بغية تحقيق ذاته .



## الفصل الثالث : المساندة الاجتماعية

### تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن مفهوم المساندة الاجتماعية
- 2- أهم تعريفات المساندة الاجتماعية
- 3- مصادر المساندة الاجتماعية.
- 4- شروط المساندة الاجتماعية
- 5- أنواع المساندة الاجتماعية
- 6- أشكال المساندة الاجتماعية في حالة المرض المزمن ( مرض السكري )
- 7- أبعاد المساندة الاجتماعية
- 8- النماذج والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية
- 9- المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية والصحة الجسدية
- 10- فعالية المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي

### خلاصة الفصل

### مقدمة:

حضيت المساندة الاجتماعية باهتمام الباحثين انطلاقا من مسلمة مفادها أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأُسرة والأصدقاء وزملاء العمل أو المدرسة أو النادي تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف التي يتعرض لها.

وتعتبر المساندة الاجتماعية مصدرا مهما من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل والأمن الذي يحتاجه الفرد عندما يشعر أن هناك ما يهدده أو أن طاقته استنفدت، وكلما تقدم العمر بالفرد كلما كان حاجة إلى التواصل الاجتماعي والدعم مع الآخرين والقبول والتقدير والانتماء. وترتبط المساندة الاجتماعية بالصحة والسعادة النفسية كما أن غيابها يرتبط بزيادة الأعراض المرضية

( cutrona, 1996,22 ).

أوضحت الدراسات الابدميولوجية التي أجريت في الستينات ثم السبعينات أن الخصائص النفسو- اجتماعية (العزلة والوحدة) تزيد من إمكانية الإصابة بالاضطرابات العقلية والجسدية ، ومن بينها دراسة بركمان وسيم (Berkman et Syme,1979) على عينة مكونة من 4700 رجل وإمراة لمدة تسع سنوات وقد أوضحت أن الاحتكاك الاجتماعي الضعيف أو المحدود يزيد من خطر الوفاة خلال التسع سنوات اللاحقة وخاصة لدى المسنين ( Brouchon-schweirtz,2002 :122 )،

وتناول علم النفس الصحة المساندة الاجتماعية بالدراسة باعتبارها من أهم العوامل الاجتماعية والنفسية المحددة للمرض نظرا لانعكاسها الايجابي على صحة الفرد، فهي متغير هام في الوقاية وتنمية الصحة بجوانبها النفسية والعضوية كما أوضح علماء النفس أن أفعال المساندة الاجتماعية تخفف من التأثيرات النفسية والجسمية الضارة للضغط (الشناوي، وعبد الرحمن، 2004 : 1994)

### 1- لمحة تاريخية عن مفهوم المساندة الاجتماعية :

أصبحت المساندة الاجتماعية مصطلحا شعبيا كثير الاستخدام في منتصف السبعينيات من القرن الماضي رغم أن الباحثين اهتموا بهذا المصطلح قبل ذلك منذ المقالات الأولى لكابلن، كاسل وكوب (Caplan ,cssel et Cobb) ودراسات كليليا ، ويس وكابلن (killilia,wiss et caplan) والتي حاولت

توضيح التأثيرات الايجابية للمساعدة الاجتماعية ( : Brouchon-schweitzer,2001)، فقد ذكر كابلن ( Kaplan 1974) أن الفرد لا يتلقى المساعدة والعون من أفراد الأسرة والأصدقاء فقط بل تتعداها إلى المصالح الإدارية ومساعدة الدولة والجيران التي تهدف إلى حمايته من الأحداث الضاغطة ( ابتسام سلطان، 2007 : 10).

وذكر كاسل ( Cassel) أن المساعدة الاجتماعية هي أساسا مكونة من المحيط الاجتماعي المقرب للفرد كما تعمل على حمايته من الضغوط المحيطة ، أما كوب (Cobb) فقد توصلت من خلال أبحاثها إلى أهمية المساعدة الاجتماعية في الحفاظ على الصحة الجسدية والعقلية ، كما اعتبرت المساعدة الاجتماعية بمثابة المعلومة التي تقود الفرد إلى الاعتقاد انه محبوب ومقبول وانه ينتمي إلى شبكة اجتماعية بكل ما تفرضها من واجبات ( segrestan,2010 : 67).

وقد نظر بعض العلماء إلى المساعدة الاجتماعية باعتبارها مفهوم يشير إلى طبيعة وبناء الروابط الاجتماعية بين الفرد والآخرين ذوي الأهمية في حياته، فهو يشمل وجود الوالدين والعلاقات الزوجية والإسهام في التنظيمات الاجتماعية وتكرار الزيارات.

ومع تناول علماء الاجتماع لهذا المفهوم حديثا في العلوم الإنسانية ظهر مصطلح الشبكة الاجتماعية ( réseau social ) الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساعدة الاجتماعية ( soutien social ) والذي يطلق عليه البعض مسمى الموارد الاجتماعية ( ressources sociaux )

(محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن : 1994 : 3) ، بينما يحدده البعض الآخر، ومنهم ويس

( weiss 1974 ) على أنه إمدادات اجتماعية (provisions Sociax) وحدد مكوناته بالود والاندماج الاجتماعي والعتاء والقيمة والارتباط والتوجيه ( weiss,1974 : 113).

إذن في البداية عرفت المساعدة الاجتماعية انطلاقا من الدور الذي تلعبه في حياة الفرد، ثم بعدها عدلت التعريفات لتشمل حجم وشبكة العلاقات الاجتماعية، بمعنى عدد العلاقات الاجتماعية التي يكونها الفرد مع الآخرين من خلال قوة ودرجة هذه العلاقات ( segrestan, 2010 : 69).

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

ومن الأمور الأساسية في علم النفس الصحة ذلك الفرض الذي ينص على أن المساندة الاجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية في مواجهة أحداث الحياة الهامة، وان المساندة الاجتماعية يمكن أن تخفض أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة

(coyne et downey,1991:402).

ويؤكد دافيدوف ( Davidov 2000 ) أن الأفراد يشعرون بنوع من الخجل والذنب إذا تركوا شخصاً قريباً يحتاجهم دون مساندة ( Davidov ,2000 : 97 ). وتتضمن المساندة الاجتماعية نمطاً مستديماً من العلاقات المتصلة أو المنقطعة التي تلعب دوراً هاماً في المحافظة على وحدة جسم الفرد، فالشبكة الاجتماعية تزود الفرد بالإمدادات النفسية وذلك للمحافظة على صحته النفسية والجسدية.

### 2- أهم تعريفات المساندة الاجتماعية:

اعتبرت الروابط الاجتماعية والعلاقات مع الآخرين من المظاهر الحياتية التي تبعث على تحقيق الرضا الانفعالي ، كما يمكن أن تخفف مما يمكن أن يقود إليه الضغط من سوء على الصحة (Sarason,Sarason et Gurung,1977)، وعلى الرغم من تعدد المفاهيم الخاصة بالمساندة الاجتماعية إلا أن معظم المقاييس المرتبطة بها تشير إلى تقديم المساعدات المادية أو المعنوية للفرد التي تتمثل في أشكال التشجيع أو التوجه أو المشورة، وقدّم الباحثون تعريفات متعددة لمفهوم المساندة الاجتماعية وتباينت هذه التعريفات من حيث العمومية والنوعية ، فقد ركز البعض على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص وركز البعض الآخر على جوانب محددة في هذه العلاقات باعتبارها تمثل جوهر المساندة ، كالمشاركة الوجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات .

وتعتبر المساندة الاجتماعية من المتغيرات التي يختلف الباحثون حول تعريفها تبعاً لمتنوع أبعادها وأشكالها ووفقاً للتوجهات النظرية للباحثين، وقد قام بيرس ( Bears ) بمسح لهذه التعريفات و حصرها في ثلاث محاور تتمثل في :

1/ تعريفات ركزت على الخصائص البنائية للشبكة الاجتماعية .

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

2/ تعريفات ركزت على المساندة الاجتماعية كمكونات وظيفية.

3/ تعريفات ركزت على المساندة الاجتماعية كشيء مدرك

ويذكر شووتر (Schweitzer, 2001) أن المساندة الاجتماعية تشتمل على ثلاث مفاهيم أساسية على الأقل والتي بدورها تنقسم إلى مفاهيم فرعية ، تتمثل هذه المفاهيم في شبكة العلاقات الاجتماعية، المساندة الاجتماعية المتوقعة والمساندة الاجتماعية المتلقاة.

قام علماء النفس والاجتماع والطب الوقائي منذ الأعمال الأولى لدوركايم بقياس شبكة العلاقات الاجتماعية أي عدد العلاقات الاجتماعية التي يبنها الفرد مع الآخرين ودرجة وقوة هذه الروابط الاجتماعية. ويحدد مصلح الشبكة الاجتماعية درجة الاحتكاك الاجتماعي أو العزلة التي يعيشها الفرد كما ترتبط بالجانب البنوي للمساندة الاجتماعية. وتوصلت الدراسات إلى أن درجة ونوعية شبكة المساندة الاجتماعية تؤثر على الصحة النفسية والجسدية للأفراد ، فالوحدة الاجتماعية تزيد من خطر الوفاة عكس الرابط الاجتماعي الفعال الذي يعتبر كعامل حماية من الخطر.

ومن خلال الاطلاع على التراث النفسي والاجتماعي يمكن ذكر بعض تعريفات المساندة الاجتماعية على النحو التالي:

\* أتفق كلاً من كوهين وسيم وشيتر (Schetter, Syme, Cohen) في تعريف المساندة الاجتماعية بأنها " تفاعل الفرد في علاقاته مع الآخرين ونوعيتها " (علي علي: 2000، ص 9) وهنا نتحدث عن المساندة الاجتماعية المتلقاة وشبكة اجتماعية واسعة يمكن ألا تستجيب لحاجات الفرد كما يفعل فرد واحد الذي قد يساند الفرد بشكل جيد وكاف في وضعية مؤلمة .

\* وعرف جور (gore 1973) المساندة الاجتماعية بأنها صفات لادوار اجتماعية شرعية تحقق الحاجات الاعتمادية ( كالحب والأمن والتعبير عن الذات والاعتراف بالذات والإرضاء الجنسي) بدون فقدان لتقدير الذات ( ملكوش، 2000 : 162).

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

\* كما يذهب لوبور (Lepore 1976) إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم بشكل أو بآخر مع الفرد، وتضم في الغالب الأسرة، الأصدقاء وزملاء العمل ( حورية ولد عوديه، 2005: 04)

\* أما كوب (1976 cobb) فقد عرف المساندة الاجتماعية بأنها تصور الفرد بأنه محبوب ومقبول وموضع تقدير واحترام وأنه ينتمي إلى شبكة اجتماعية توفر لأعضائها التزامات متبادلة. هذه المجالات الثلاثة توفر للفرد أنواعا مختلفة من الدعم العاطفي ودعم التقدير والدعم من المجتمع على التوالي (عفاف شكري حداد، 1995: 930).

\* ويذكر كابن (Caplan 1981) أن المساندة الاجتماعية تُعبر عن النظام الذي يتضمن مجموعة من الروابط والتفاعلات الاجتماعية مع الآخرين التي تتسم بأنها طويلة المدى ، ويمكن الاعتماد عليها والثقة بها عندما يشعر الفرد بأنه في حاجة إليها لتمده بالسند العاطف (Caplan, 1981 : 413).

\* وأشار كابن (Caplan 1981) إلى مكونين أساسيين للمساندة الاجتماعية وهما المكون الوجداني والمكون المعرفي ( علي عبد السلام علي، 2005: 10)، إذ يركز في تعريفه هذا على مكونين فقط للمساندة الاجتماعية بينما اغفل المكونات الأخرى التي تعتبر مصادر أساسية كذلك في تفعيل دور المساندة الاجتماعية كما سنذكر لاحقا.

\* بينما توصل باريرا وآخرون ( barrera et all 1981) بأن المساندة الاجتماعية هي سلوك متنوع في المساعدة التي يحصل عليها الأفراد حينما يريدون المساعدة ، فالمساندة الاجتماعية تحمل ثلاث مفاهيم او معاني تتمثل في الغمر الاجتماعي، المساندة الاجتماعية المدركة والمساندة الفعلية

( barrera et all,1981 : 437 )

## الفصل الثالث: المساعدة الاجتماعية

\* في حين عرفها هوس (1981) بأنها تلك المساعدة ذات الأثر المخفف وهي جد مهمة ومعقدة في نفس الوقت ، كونها تشمل مجموع علاقات البيئة الاجتماعية للفرد التي تمنحه روابط عاطفية ايجابية والمشاعر الوجدانية، الاحترام والتقدير الذاتي ، مساعدة إجرائية وسائلية- مالية ومساعدة بالمعلومات.

\* ويضيف لن وآخرون (len et all 1981) بان المساعدة الاجتماعية هي الدعم أو التشجيع المادي أو المعنوي الذي يحصل عليه الفرد من الآخرين خلال مواقف الحياة اليومية

. (len et all, 1981 : 29)

\* ويعرف ليرمان (liberman, 1982) المساعدة الاجتماعية بأنها مفهوم أضيق بكثير من مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية إذ تعتمد في تقديرها على إدراك الأفراد عن شبكاتهم الاجتماعية كونها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يتقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم

( معتر عبد الله: 2000 : 25 )

\* والمساعدة الاجتماعية حسب ساراسون (Sarason et all 1983) تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة، ويضيف أن السند الاجتماعي يعتمد على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يتقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم ( sarason et all, 1983, 127-128). ويبدو من خلال سارازون أن مفهوم المساعدة الاجتماعية يشتمل علي مكونين رئيسيين هما:

1- أن يدرك الفرد انه يوجد عدد كاف من الأشخاص في حياته يمكنه أن يرجع إليهم عند الحاجة.

2- أن يكون لدي هذا الفرد درجة من الرضا عن هذه المساعدة المتاحة له.

وفي إضافة لهذا التعريف يذكر كل من جونسن وسارسون (Jonhson et sarason, 2000) بأن المساعدة الاجتماعية هي إحساس الفرد بالقيمة وتقدير الذات والاحترام من خلال السند العاطفي الذي يستمده من الآخرين وقت حاجته إليه.

\* أما بالنسبة لكوهين وآخرون (Cohen et al 1989) فالمساندة الاجتماعية هي إدراك الفرد بأن هناك أشخاص من المحيط العائلي، الأصدقاء وزملاء العمل يمكن الاعتماد عليهم للمساعدة إزاء الصعوبات التي يواجهها (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن، 1994: 04)

\* كذلك يعرف فوكس (Vaux et al 1992) المساندة الاجتماعية بأنها مجموعة من العلاقات التي يتلقى الفرد من خلالها العون للتعامل مع المطالب وبلوغ الأهداف.

\* بالمقابل يضيف (Sluper et Turner, 1993) بأن المساندة الاجتماعية هي تلك العلاقات القائمة بين الفرد وأفراد آخرين يمثلون الشبكة الاجتماعية المؤيدة والمشجعة والتي يدركها على أنها يمكن أن تسانده عندما يحتاج إليها (Sloper et Turner, 1993 : 191)

\* بينما يشير ليفر (Liver 1994) إلى أن المساندة الاجتماعية هي الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة خاصة الاجتماعية في أوقات الضيق وبتزود الفرد بالمساندة الاجتماعية من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي منتظم معه .

\* ولقد أكد كل من خان وأنتونيسي (Khan et Antonucci, 2000) على أن المساندة الاجتماعية لها ثلاث مقومات هامة هي العاطفة والتفاعل وتقديم العون أو المساعدة وبذلك المساندة الاجتماعية تتمثل في أوسع معانيها بما يستقبله الفرد من مشاعر العاطفة ، وتعبيرات القبول والتفاعل ، والمبادرة في تقديم المساعدة المباشرة أو العون المادي أو النصيحة والمشورة (حسين فايد، 1998: 338)

أما في التراث العربي فقد حاول بعض الباحثين إبداء رأيهم وإعطاء تعريفات للمساندة الاجتماعية اختصرتها الباحثة فيما يلي :

\* يرى البرزنجي (1990) بأن المساندة الاجتماعية هي سلوك المساعدة الذي حصل عليه الفرد فعلا من الآخرين سواء كانت المساعدة مادية أو جهدا بدنيا أو تفاعلا اجتماعيا أو تخفيفا لمعاننات انفعالية من خلال الرعاية والإرشاد أو الإمداد بالمعلومات أو تقييم الذات (البرزنجي، 1990: 13).

\* وحسب الشناوي وعبد الرحمان (1994) يقصد بالمساندة الاجتماعية تلك العلاقات القائمة بين الفرد والآخرين والتي يدركها على أنها يمكن أن تساعده عندما يحتاج إليها



## الفصل الثالث: المساعدة الاجتماعية

( الشناوي وعبد الرحمان ، 1994: 04).

\* وعرف محمد بيومي خليل (1996) المساعدة الاجتماعية بأنها كل دعم مادي أو معنوي يقدم للمريض بقصد رفع روحه المعنوية ومساعدته على مجابهة المرض ، وتخفيف آلامه العضوية والنفسية الناجمة عن المرض ( علي عبد السلام علي، 2005 : 10)

ونلاحظ أن هذا التعريف يركز على المساعدة الاجتماعية في حالة المرض والتي تتم بهدف مساعدة المريض على تقبل مرضه وتقبل ذاته من خلال اهتمام المحيط به، وطمأنته على صحته وإحاطته بالدعم المادي والمعنوي

\* كما يعتقد الربيعي (1997) بان المساعدة الاجتماعية هي سلوك متنوع في المساعدة التي يحصل عليها الفرد فعلا من المصادر الاجتماعية المختلفة والمتمثلة في الأقارب، زملاء العمل، الأسرة ، رئيس العمل و الأصدقاء سواء كانت هذه المساعدة تقديم معلومات، انتماء اجتماعي التعاطف، تفاعل اجتماعي أو تقويم ( الربيعي، 1997: 17)

\* ويعرف الصباغ ( 1999) المساعدة الاجتماعية بأنها التفاعلات التي تقود الشخص للإحساس بأنه محبوب ومحترم وعضو في شبكة مؤلفة من مجموعة من الأشخاص تتساند للحصول على النتيجة نفسها التي يسعى الفرد لتحقيقها.

\* أما ملكوش ( 2000) فيضيف أن المساعدة الاجتماعية هي إحساس الفرد بأنه محبوب عند الناس ومقدر وذو قيمة وينتمي إلى شبكات اجتماعية بالإضافة إلى تقديم معلومات ومساعدة ملموسة. \* وحسب وجهة نظر بشرى إسماعيل (2004) فان المساعدة الاجتماعية هي ذلك الإحساس النفسي الذي يشعر به الفرد عندما يدرك أن هناك أفرادا موجودين لمساعدته ونصحه وإرشاده ، ويتكون لديه انطبعا بأنه محل للرعاية والتقدير والاحترام ويشعر في وجودهم بالانتماء وبأنه مشتركاً معهم في مجموعة من الأنشطة الضرورية والترفيهية سواء كان هؤلاء الأفراد في مجال العمل أو خارج بيئة العمل.

\* وتضيف ابتسام سلطان (2008) أن المساعدة الاجتماعية هي كل ما يتلقاه الفرد من دعم مادي ودعم معنوي من الآخرين في بيئته الاجتماعية وقت الحاجة إليها ( ابتسام سلطان، 2009 : 40-41).

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

إن بناء على تعدد وتباين التعريفات المذكورة يتضح أن دراسة المساندة الاجتماعية تتطوي على صعوبة تحديد معنى لهذا المصطلح وكذا تعدد واختلاف وجهات النظر لهذا المفهوم، ولعل هذا التعدد قد يرجع إلى اختلاف التوجهات النظرية لدراسة المساندة الاجتماعية. ولكن رغم هذا التنوع فإن معظم التعريفات المذكورة سابقا تشتمل على ما يلي:

\* لكل من المساندة الاجتماعية أو الإسناد أو الدعم الاجتماعي أو الموارد الاجتماعية أو الإمكانيات الاجتماعية أو الإمدادات الاجتماعية مفهوم واحد.

\* يدرك الفرد من خلال المساندة الاجتماعية أنه يوجد عدد كافي من الأشخاص في حياته يمكن أن يرجع إليهم عند الحاجة.

\* تعبر المساندة الاجتماعية عن إمكانيات متوفرة فعلا أو مدركة من طرف الفرد في بيئته الاجتماعية.

\* تعتبر المساندة الاجتماعية علاقة تبادلية بين فردين على الأقل فهي شكل من أشكال التفاعل الاجتماعي بين الفرد والآخرين بشكل دائم أو منقطع. ، كما قد تأتي من أفراد لا يعرفهم الفرد، فهي تقدم من قبل أفراد وجماعات وتقدم إلى أفراد أو جماعات.

\* تمد المساندة الاجتماعية الفرد بأشكال مختلفة ومتباينة من الإمدادات الوجدانية والأدائية والمعلوماتية والمادية وتساهم في تخفيف الآثار السلبية لأحداث الحياة الضاغطة، كما تجعل الفرد يتمتع بصحة نفسية وجسدية، أو يتكيف مع الوضعية المرضية في حالة الإصابة بالمرض.

\* تقدم المساندة الاجتماعية في وقت الأزمات والكوارث لتعيد ثقة الفرد بنفسه وتعززها.

وعموما نخلص أن المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد بان ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدرًا من مصادر الدعم الفعال ويشعر نحوهم بالحب والاهتمام والاحترام والتقدير، وهي تؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الصادمة وغير المألوفة وفي كيفية مواجهتها ؛ فهي لا تخفف أو تلطف من وقع الأحداث الصادمة فحسب بل قد يكون لها تأثيرات واقية أو شافية من اثر هذه الصدمات.

وعليه يظهر من الصعب أن نجد تعريفا شاملا لكل المعاني التي يتضمنها مصطلح المساندة الاجتماعية ، فبعضهم اقتصرها إلى مجرد إدراك الفرد لها والرضا عنها ، بينما ركز آخرون على الوظائف النوعية لها أي إلى ما يستقبله الشخص من دعم انفعالي ومادي أو معرفي... الخ. كما عرفت أيضا من شبكة علاقات الفرد التي يمكن الرجوع إليها أثناء الحاجة ، وهذا بدوره يقودنا إلى استنتاج

آخر، وهو انه مهما كان الأساس النظري الذي انطلق منه الباحثين ، فانه يبدو أن الكل اعتبرها تدعيم ايجابي ومصدر الأمن والطمأنينة الذي يحتاجه الإنسان ولا يمكن بأي حال من الأحوال الاستغناء عنه.

### 3- مصادر المساندة الاجتماعية:

تختلف مصادر المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد إذ أنه في مرحلة الطفولة تكون المساندة متمثلة في الأسرة (الأم والأب والأشقاء) وفي مرحلة المراهقة تتمثل في جماعات الرفاق والأسرة أما في مرحلة الرشد تتمثل في الزوج أو الزوجة وعلاقات العمل والأبناء (Leavy, 1983 :05)،

ويحصل الفرد على المساندة الاجتماعية من عدة مصادر بعضها رسمي والبعض الآخر غير رسمي ويبرز من بين المصادر الرسمية أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب والجيران كمصادر أولية، أما المصادر غير الرسمية للمساندة الاجتماعية نجدها مرتبطة ببيئة العمل ويمثلها رؤساء وزملاء العمل. أشار كل من برونيل وشوماكير (bronyl et chomarrkeer 1984) إلى أن مصادر المساندة الاجتماعية تكون بمثابة شبكة العلاقات الاجتماعية التي تخفف الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة التي يواجهها الفرد في حياته اليومية وتساعده على التوافق المهني ، كما توفر له مقومات الصحة النفسية والجسدية (علي عبد السلام علي ، 2005 :20).

وفي هذا الصدد لخص نوربيك (norbeck 1984) ثمانية مصادر للمساندة الاجتماعية أجملها في الزوج أو الزوجة ، الأسرة والأقارب،الأصدقاء ،الجيران ، زملاء العمل أو الدراسة، موفرو الرعاية الصحية المرشد أو المعالج ورجال الدين (بشرى إسماعيل ، 2004 :ص 16).

وحدد كذلك ساكادانت (sakadant 1988) مصادر المساندة الاجتماعية في أفراد العائلة " الشريك والأطفال" ، الأصدقاء ، زملاء العمل، الرابطات الجماعية "النوادي والمنظمات الدينية" أو جماعات تشكلت خصيصا لغرض تقديم المساندة مثل الجماعات العلاجية.

وتعتمد فاعلية المساندة الاجتماعية على المصدر الذي تأتي منه، فالمساندة التي يتلقاها الفرد من الأسرة تقلل من عدم تقبل المرض المزمن وأثاره السلبية ، وتساعد على التكيف مع طبيعته ويتم عن طريقها تعزيز مصادر الاقتناع الأخرى من خلال الإنجازات التي يساهم بها الفرد، وهذه الانجازات يمكن أن تعوض المشاعر السالبة التي يشعر بها الفرد في عمله وتعزز احترام الذات لديه والقبول والشعور بالقيمة

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

ويتلقى الفرد المساندة الاجتماعية بطريقة رسمية من خلال المؤسسات أو بطريقة غير رسمية من خلال الأهل والجيران والأصدقاء وتبادل الزيارات وإظهار الشعور بالراحة و التقبل. وأخيراً قسم كاتز ويندر (Katz et Bender, 1987) جماعات المساعدة الاجتماعية إلى خمسة أنواع وذلك حسب الأهداف التي يسعى كل نوع إلى تحقيقها هي:

\* الجماعات التي تركز على إشباع الحاجات النفسية والنمو الشخصي لأعضائها كجماعات مدمني المخدرات و الكحول.

\* الجماعات التي تركز على الدفاع الاجتماعي وذلك من خلال حماية حقوق ومصالح أعضائها سواء على المستوى الرسمي أو غير الرسمي.

\*الجماعات التي تعمل على البحث عن نماذج وأساليب بديلة لنمط وأسلوب العيش.

\*جماعات اللاجئين المؤقتة التي تعمل على توفير خدمات إيوائية لنوعية من الأشخاص الذين يواجهون مشكلات اجتماعية ويحتاجون إلى حماية أنفسهم لفترة من الزمن بهدف التكيف والخروج إلى المجتمع مرة أخرى.

\*جماعات الأغراض المتنوعة التي تركز على النمو الشخصي والحماية والمساندة الاجتماعية (Seers et al, 1983 : 276).

### 4- شروط المساندة الاجتماعية:

يختلف نمط المساندة الاجتماعية الذي يحتاجه الفرد باختلاف مرحلة التي يمر بها ، ويؤكد الباحثون أن مراعاة التوقيت ونمط المساندة في وقت الأزمة يكون له أثره الإيجابي المتوقع (هناك شويخ، 2007: 90). ويحدد واد وتافريس (wad et tavrees , 1987) بعض الشروط الواجب توافرها في عملية المساندة النفسية والاجتماعية عند تقديمها ومن أهمها:

#### 4-1. كمية المساندة:

لابد أن يكون معدل المساندة الاجتماعية معتدل عند تقديمها للمتلقى حتى لا يجعله أكثر اعتمادية وينخفض بالتالي تقديره لذاته.

#### 4-2. اختيار التوقيت المناسب لتقديم المساندة:

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

وهذا الشرط يحتاج الكثير من المهارة لدى مانحي المساندة حتى تؤدي إلى نتائج جيدة لدى المتلقي، وعليه يمكن اعتبار المساندة الاجتماعية عاملا أساسيا للمحافظة على الصحة الجسدية وخاصة إذا ارتبطت بالسلوكيات الصحية المناسبة (علي عبد السلام علي، 2005: 179)

### 5- أنواع المساندة الاجتماعية:

تتخذ المساندة الاجتماعية كما يقترح الباحثون (1984, Cohen, 1988, Schwartz et Reis, Leppin, 1991, Wills, 1991) أشكالاً متعددة تتمثل في المساندة التقييمية والمساعدة المادية والمساندة الوجدانية والمساندة المعلوماتية، وقد أجملها جنكنس (Jankans) في أربعة أنواع أساسية تتمثل في:

#### 5-1. المساندة الوجدانية أو المعنوية:

هي مساندة يجدها الفرد في وقوف الناس إلى جانبه ومشاركتهم له أفراحه وأحزانه وتعاطفهم معه واتجاهاتهم نحوه واهتمامهم به، فيجدها في كلمات التهنية والثناء عليه في السراء وفي عبارات المواساة والشفقة في الضراء، فيجد في تهنية الناس له الاستحسان والتقدير والتقبل والحب المتبادل ويجد في مواساتهم له تخفيف مشاعر التوتر والقلق والسخط مما يجعله يشعر بالثقة في نفسه وفي الناس.

#### 5-2. المساندة التبصيرية أو المعلوماتية:

وهي مساندة فكرية عقلية تقوم على النصح والإرشاد وتقديم المعلومات التي تساعد الفرد على فهم الموقف بطريقة واقعية موضوعية وتجعله أكثر تبصرا بعوامل النجاح والفشل، فيزداد قدرة على مواصلة النجاح وعلى تحمل الفشل والإحباط بل قد يجد في النصائح ما يساعده على تحويل الفشل إلى نجاح.

#### 5-3. المساندة المادية أو العملية:

وهي مساندة مباشرة وفاعلة في الموقف يحصل عليها الفرد من مساعدة الناس له بالمال أو مشاركته في بذل الجهد وتحمل الموقف. وتقدم المساندة المادية في صورة هدايا أو منح أو قروض ميسرة أو التطوع في عمل يرفع من السعادة والسرور.

#### 5-4. المساندة التقييمية:

وتظهر في تزويد الفرد بالمعلومات التي تساعد في تقويم آدائه (علي علي، 2005: 21)

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

ويتفق هاوس (House) مع جانكنس بأن المساندة الاجتماعية يمكن أن تأخذ عدة أشكال يجملها في :

### 1- المساندة الانفعالية:

وتشمل كافة أنواع الرعاية الانفعالية التي تنطوي على الأفعال التي تنقل التقدير والرعاية والثقة والقبول والتعاطف.

### 2- المساندة الحسية (الأدائية) :

وتشمل المساندة التي يتلقاها الفرد أو يتوقع أن يتلقاها من الآخرين من خلال التحاقه بعمل يتناسب وإمكاناته أو مسانده بالمال.

### • 3- المساندة المعلوماتية:

- وتنطوي على المساعدة التي يتلقاها أو يتوقع أن يتلقاها الفرد من الآخرين من خلال إعطاء نصائح أو معلومات مفيدة، أو تعليم مهارة تسهل حل مشكلة أو موقف ضاغط.

•

### 4- مساندة الأصدقاء : تنطوي على ما يمكن أن يقدمه الأصدقاء لبعضهم البعض وقت الشدة . (الشاعر ، 2005 : 17).

ببينا يصنف داك ( DACK ) أنواع المساندة إلى محورين أساسيين هما:

### 1-المساندة المادية: ويقصد بها المساعدة على أعباء الحياة اليومية ومصاريفها.

### 2-المساندة النفسية: وتشمل التصديق على الآراء الشخصية وتأكيد صحتها ودعم الثقة بالنفس

ويشير داك (DACK) إلى أهمية نوعي المساندة الاجتماعية وحاجة الأشخاص إليها وان تفاوتت

حاجة الأفراد إلى كل منهما ( أبو سريع ، 1993 : 64 )

ويضيف نوريس وكانياتز ( Norris et caniatz ) أن هناك مجالين أساسيين من المساندة

الاجتماعية تتمثلان في :

### 1- تلقي المساندة:

وتشير إلى سلوكيات المساعدة التي تحدث بشكل طبيعي مثل تقديم النصيحة أو الطمأنينة والتي

تقدم أو يتوقع الفرد أن تقدم له من قبل أعضاء الشبكة الاجتماعية المحيطة به.

### 2-المساندة المدركة:

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

وتشير إلى اعتقاد الفرد إلى أن كافة أنواع سلوكيات المساندة سوف تقدم له وقت الحاجة وقد يحدث ذلك قبل حتى أن يطلبها ( norris et kaniatz,1996 : 464 )

كما يصنف كوهين وويلز ( kohine et wilz 1985 ) المساندة الاجتماعية إلى أربع فئات هي :

### 1- مساندة التقدير:

ويكون هذا النوع من المساندة بشكل معلومات عن قبول الفرد بالرغم من أي صعوبات أو أخطاء شخصية، ويشار إليه أيضا بمسميات مختلفة مثل المساندة النفسية والمساندة التعبيرية ومساندة تقدير الذات ومساندة التنفيس .

### 2- المساندة بالمعلومات:

يساعد هذا النوع من المساندة في تحديد الأحداث الضاغطة، ويطلق عليها أيضا النصح ومساندة التقدير والتوجيه المعرفي.

### 3- الصحبة الاجتماعية:

وتشتمل قضاء بعض الوقت مع المقربين في وقت الفراغ ، وهذا النوع من المساندة من شأنه أن يخفف من الضغوط من حيث أنها تشبع الحاجة إلى الانتماء والاتصال مع الآخرين ، والمساعدة على إبعاد الفرد عن الانشغال بالمشكلات أو عن طريق تيسير الجوانب الوجدانية الموجبة، ويشار إلى هذا النوع من المساندة أحيانا بمساندة الانتشار والانتماء.

### 4- المساندة الإجرائية:

وتشتمل على تقديم العون المالي والإمكانات المادية والخدمات اللازمة وتساعد المساندة الإجرائية على تخفيف الضغط عن طريق الحل المباشر للمشكلات الإجرائية أو عن طريق إتاحة الوقت للفرد المتلقي للخدمة القيام بمجموعة من الأنشطة مثل الاسترخاء أو الراحة أو ممارسة الرياضة، ويطلق على المساندة الإجرائية مسميات متعددة مثل العون والمساندة الملموسة ( الشناوي وعبد الرحمن، 1994 : 40-41).

إذن من خلال استعراض أشكال المساندة الاجتماعية السابقة يمكن حصرها في:

1- **المساندة المعنوية** : المتمثلة في التقبل والاهتمام وإظهار الشعور بالراحة والمؤازرة التي يتلقاها الفرد من المحيط وخاصة حين مروره بإحداث ضاغطة أو مؤلمة.

## الفصل الثالث: المساعدة الاجتماعية

2- **المساعدة المادية:** وهي تقديم الخدمات والمساعدات المادية التي يتلقاها الفرد من الآخرين مما يعينه على اجتياز المواقف الصعبة والمؤلمة.

3- **المساعدة المعرفية:** وتتمثل في التوجيه وتقديم الاستشارات للفرد.

4- **المساعدة الانفعالية :** وتتمثل في كافة المساعدات التي يتلقاها الفرد من الآخرين من حيث وجودهم لجواره في أوقات الشدائد والمحن ، ومشاركته له أفراده وإحزانه.

ويعتمد مدى فعالية المساعدة الاجتماعية على كيفية استخدام الفرد لشبكة علاقاته ، فلا يكون بعض الأفراد فعالين في انتزاع الدعم الذي يحتاجون إليه من الآخرين، فهنا تتبأ شخصية الفرد الذي يبحث عن المساعدة الاجتماعية بما يمكن أن يدرك من مساعدة انفعالية، ولكنها قد لا تتبأ بقوة في إمكانية الحصول على المساعدة المادية أو المعلوماتية ( Schetter, folkman et Lazarus, 1987 ).

وتوصلت الدراسات أيضا كدراسات ( Umberson,1987, Wickrama et al,1995, Broadwell et light,1999 ) أن جميع أنواع المساعدة الاجتماعية لا تساهم بنفس الدرجة في الوقاية من الضغوط أو تحقيق الهدف المنشود، فوجود فرد أهل للثقة ( خاصة الشريك أو الزوج ) قد يكون أفضل مصدر للمساعدة خاصة لدى الرجال ، كما أن وجود صديق حميم واحد على الأقل أفضل من وجود مجموعة كبيرة من الأصدقاء .

لكن تشير الدلائل بالمقابل أن وجود الكثير من المساعدة الاجتماعية تشكل ضغطا إضافيا على الفرد وتقتحم حياته مما يؤدي إلى زيادة الضغوط، كما المساعدة الاجتماعية التي تأخذ طابعا تحكيميا أو توجيهيا قد تحقق بعض الفوائد على مستوى السلوكيات الصحية لكنها تسبب بعض المعانات النفسية فالأفراد - وخاصة المرضى- الذين ينتمون إلى شبكة من العلاقات الاجتماعية المكثفة، يجدون أنفسهم محاطين بالعديد من النصائح والتدخلات التي تجعلهم غير مستقلين ذاتيا وانفعاليا

(شيلي تايلور، 2007 : 454)

6- **أشكال المساعدة الاجتماعية في حالة المرض المزمن ( مرض السكري):**

يذكر الباحثون أن المساعدة الاجتماعية في حالة المرض المزمن - كمرض السكري- تأخذ عدة أشكال تتمثل في :

1-6. **المساعدة الانفعالية :**



## الفصل الثالث: المساعدة الاجتماعية

تحقق المساعدة الانفعالية للمريض شعورا بالحماية والاطمئنان أو الحب من خلال إبداء عواطف مواساة في المواقف الصعبة ك وفاة شخص والفشل في اجتياز بعض الامتحانات المصيرية، تطورات المرض، النوبات الحادة المفاجئة، تعقيدات المرض...

### 6-2. المساعدة الموجهة بغرض التقدير :

وترتبط بطمأنة الفرد المريض حول قدراته و قيمته الشخصية، فمثل هذه التشجيعات من شأنها أن تزيد من ثقة الفرد بنفسه أمام المواقف التي ينتابه الشك أمامها كتلك المرتبطة بالإنجاز أو أداء أدوار اجتماعية يتحمل فيها مسؤوليات مثل المراحل الانتقالية كالزواج والإنجاب، الانتقال من مرحلة نمائية إلى مرحلة أخرى، المسابقات، الأنشطة المهنية، مما يترتب عنه شعور بان متطلباتها كمواقف ضاغطة تتعدى إمكانياته و قدراته التي يوتر عليها المرض.

### 6-3. المساعدة المادية :

وتتجسد في تقديم مساعدة أو سلفة مالية أو خدمة أمام بعض مواقف الحاجة التي قد تعترض المريض في حياته اليومية كالبطالة، فقدان منصب عمل، تغطية تكاليف العلاج من أدوية و فحوصات طبية ، تغطية متطلبات وحاجيات الأسرة.. الخ، ويشير فيليب وإيمانز (Phillip et imans) إلى أن الدعم الاجتماعي يجب أن يتم تفعيله في البدء من خلال إدراك حاجة المريض للمساعدة.

### 6-4. المساعدة الإعلامية :

وتتضمن النصائح والتوجيهات والاقتراحات الموجهة من طرف المحيطين أمام بعض الظروف اليومية الغامضة أو التجارب الجديدة وكذا المعارف والمعلومات حول متابعة النظام الغذائي، تناول جرعات الدواء بانتظام ومضاعفات المرض.

وقد أثبتت الدراسات أن المريض يعطي أولوية للمساعدة الانفعالية أكثر من المساعدة الإعلامية التي تتضمن معلومات حول المرض لما يتعلق الأمر بأفراد من المجتمع العام. و قد اعتبرت المساعدة الانفعالية فعالة مهما كان مصدرها سواء الأهل أو الأصدقاء أو حتى الفريق الطبي. في حين أن المساعدة الإعلامية لم تترك كمساعدة فعالة إلا عندما تكون موجهة من الفريق الطبي المشرف على العلاج و ليس العائلة (حورية عودية ، 2005 : 517-518).

### 7- أبعاد المساندة الاجتماعية:

يشير (komproe 1995) إلى أن هناك العديد من التصنيفات للأبعاد المشكلة للمساندة الاجتماعية وقد ركز على تصنيف (tardy 1985) حيث يرى أن المساندة الاجتماعية تتضمن جوانب و مستويات عديدة تتمثل في :

- 1- الاتجاه : مصدر الدعم مقابل متلقي الدعم.
- 2- التوفر : يمكن الحصول عليه عند الحاجة أو مقابل دعم متلقي فعليا.
- 3- الوصف أو التقييم : كيفية إدراك الفرد للدعم وإيجابية أو سلبية التقييم.
- 4-المحتوى: قد يكون المحتوى مادي أدواتي، تقدير وتشجيع، عاطفي، معلوماتي.
- 5 -الشبكة : الشبكة العائلية والشبكة الرسمية.

(Komproe, 1995 : 7)

بينما اعتبر فوكس (vaux 1988) المساندة الاجتماعية مفهوم مبني على مستويين هما:  
أ/ مستوى أولي: ويتمثل في مجموع العلاقات المحيطة بالفرد التي يبينها داخل الشبكة الاجتماعية والتي يلجأ إليها لطلب المساعدة، بالإضافة إلى مصادر الشبكة الاجتماعية مثل خصائص العلاقات مع أفراد الشبكة، حجم الشبكة أو عدد العلاقات، تكرار الاتصالات الاجتماعية وتركيبية الشبكة.

ب/ مستوى ثانوي : يتمثل في تقييم المساندة الاجتماعية، ويخص التقييم المعرفي للدعم، إدراك الأفراد لمدى توفر عدد معين من الأفراد الذين يمكن أن يرجع إليهم أثناء الحاجة ، ويقاس بقياس الرضا عن الدعم المدرك أو قياس ما يقدمه الآخرون من أشكال مختلفة من المساعدة .غير أن الدراسات بينت أن الدعم المدرك كان مؤشرا ومنبأ أكثر دقة حول الصحة النفسية والجسمية مقارنة بخصائص الشبكة

الاجتماعية (Russel et al 997: 650-651)

وترتبط المساندة الاجتماعية في هذه الحالة بتجربة الشخص المعاشة فقد يتلقى الفرد أنواعا مختلفة من المساندة الاجتماعية يكون محاطا بمجموعة كبيرة من العلاقات الاجتماعية لكنه لا يدركها أنها كافية لمساعدته أو أنها لا تحقق له الهدف المتوقع.

### 8- النماذج والنظريات المفسرة للمساندة الاجتماعية:

ميز الباحثون بين أربعة نماذج مختلفة للمساندة الاجتماعية:

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

1- فمن الناحية الاجتماعية ينظر إلى المساندة الاجتماعية في إطار عدد من روابط وعلاقات الفرد مع الأشخاص الآخرين في بيئته الاجتماعية ومدى قوة هذه الروابط ، أي درجة الاندماج الاجتماعي للفرد الذي من شأنه تحسين الصحة من خلال دعم السلوك الصحي عن طريق منع الفرد من ممارسة سلوكيات غير صحية .

2- وساوى الباحثون في المنظور الثاني بين المساندة الاجتماعية ووجود علاقات مُرضية تتسم بالحب والألفة والثقة.

3- بينما يرى المنظور الثالث أنها تُشكل فكرة أنه في ظل الظروف الضاغطة يمكن الاعتماد على الآخرين طلباً للنصح والمعلومات والفهم القائم على التعاطف الوجداني ، وهذا المفهوم يطرح فكرة أن مجرد إدراك الفرد لوجود شخص يمكن اللجوء إليه طلباً للمساعدة يساهم بالفعل في التقليل من الضغط.

4- وحسب المنظور الرابع يشير مفهوم المساندة الاجتماعية إلى تلقي أفعال تدل على المساندة من الآخرين بمجرد حدوث موقف الضغط.

ورغم أهمية تلك التنظيرات الأربعة لفهم دور العلاقات في خفض الضغط فإنها تختلف في علاقتها بصحة الفرد وسعادته ( عبير الصبان، 2003: 26-27)

وتتبنى الباحثة في الدراسة المنظور الأول الذي يدعم أهمية المساندة الاجتماعية في تحسين السلوكيات الصحية وتحسين الصحة الجسدية لدى المرضى وخاصة مرضى السكري .

### 8-1. نموذج الأثر الواعي (المخفف من الضغط)

تتفق آراء كل من لازاروس ولونير (Lazarus et Launer, 1978) في أن أحداث الحياة الضاغطة تنشأ عندما يتعرض الفرد لموقف ما يحس انه مهدد له في حياته، ويفتقد الاستجابة الايجابية لمواجهته أو التعامل معه. ويذكر سيلز (Sills) انه من الضروري للفرد أن يدرك أحداث الحياة الضاغطة ويحاول مواجهتها ولكنه يفقد أساليب المواجهة الايجابية لتلك الأحداث، ويتعرض بالتالي إلى الآثار السلبية الجسمية والنفسية ( علي عبد السلام علي، 2005: 23)

يفترض نموذج الأثر الوافي أن المساندة الاجتماعية تستطيع أن تخفف من الضغط النفسي حتى يستعيد الفرد نواحي النقص التي نشأت لديه بسبب الحزن ، وتقدم هذه النظرية مفهوماً نظرياً جديداً هو نموذج الحماية أو التخفيف (**Buffering Model**) ويقصد به أن المساندة الاجتماعية المرتفعة سواء كانت مساندة عاطفية او مساعدة عملية تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية (**Stroebe et al , 1996 : 1209**) ، ويرتبط هذا النموذج بالصحة فقط بشكل أساسي للأفراد الذين يقعون تحت الضغوط ، وينظر فيه إلى أن المساندة الاجتماعية تحمي الأفراد من احتمال التأثير الضار للضغوط ( **cohn et wills,1999 :445** ) ، ومن ثم فإن المساندة الاجتماعية تقوم بدورها في نقطتين مختلفتين بين الضغط والمرض وذلك ب :

1-تتدخل المساندة الاجتماعية بين الحدث الضاغط (أو توقعه) وبين رد فعل الضغط ، حيث تقوم بتخفيف أو منع استجابة تقدير الضغط بمعنى أن إدراك الفرد أن الآخرين يمكنهم أن يقدموا له الإمكانيات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف ، ومن ثم فإن الفرد لا يُقدّر الموقف على أنه شديد الضغط .

2-تتدخل المساندة الاجتماعية بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية (باثولوجية) عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط بالتأثير المباشر على العمليات الفزيولوجية ، وقد تزيل المساندة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة ، وذلك بالتخفيف من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة ، فمن خلال المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من أعضاء أسرته وأصدقائه ، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون لمضاعفات المرض

( علي عبد السلام علي، 2005 :24 )

يشير النموذج السابق إلى أهمية توافر مصادر المساندة الاجتماعية في عملية تقدير الفرد لأحداث الحياة الضاغطة التي يتعرض لها في البيئة المحيطة .

8-2. نموذج الأثر الرئيسي

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

يفترض نموذج الأثر الرئيسي أن المساندة الاجتماعية لها تأثير مفيد على حياة الفرد وسعادته بغض النظر عما إذا كان هذا الفرد يقع تحت ضغط أم لا، وقد أشتق هذا النموذج أدلته من واقع التحليلات الإحصائية التي أظهرت وجود أثر رئيسي لمتغير المساندة الاجتماعية وعدم وجود تأثير للتفاعل بين الضغط والمساندة، فهناك أثر عام مفيد للمساندة الاجتماعية على الصحة البدنية والنفسية لأن الشبكات الاجتماعية يمكن أن تزود الأفراد بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافأة من المجتمع، وهذا النوع من المساندة يرتبط مع السعادة ويُجنب الخبرات السالبة التي قد تزيد من احتمال حدوث المرض العضوي (ابتسام سلطان، 2009: 70).

ويرتبط نموذج الأثر الرئيسي بالصحة البدنية عن طريق آثار الانفعال على الهرمونات العصبية أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة (Buunk & Hoorens, 1992 : 450).

والجدير بالذكر أن كوهين وويلز (Cohen et Willz, 1985) قدما دراسة استعرضا فيها نتائج البحوث التي أجريت في مجال المساندة الاجتماعية والتي تبحث في الدور الذي تؤديه هذه الأخيرة في المحافظة على استمتاع الفرد بصحة نفسية وجسدية مناسبة. وقد خلص الباحثان في مقدمة دراستهما إلى أن نموذجي الأثر الواقي والأثر الرئيسي يعتبران من النماذج المهمة لتفسير دور المساندة الاجتماعية في سعادة الفرد وصحته (الشناوي وعبد الرحمن، 1994: 36).

ولهذا النموذج المشتق من مصادر المساندة الاجتماعية تأثير على الصحة الجسمية للفرد يتمثل في زيادة الهرمونات العصبية نتيجة مواجهة الفرد لبعض المواقف الانفعالية في البيئة المحيطة والتي تؤدي إلى انخفاض كفاءة جهازه المناعي، وذلك أيضا له تأثير على أنماط السلوك الإنساني يظهر في زيادة تدخين الفرد أو إدمانه الكحول أو المخدرات أو البحث عن المساعدات الطبية

( علي عبد السلام علي، 2005: 23 )

إذن يرتبط هذان النموذجان بالتأثير الذي تحدثه المساندة الاجتماعية على الصحة الجسدية للأفراد، فمن جهة تؤثر المساندة الاجتماعية على العمليات المعرفية الإدراكية للفرد المعرض للضغط أو الأزمة كالأزمة المادية مثلا وفي ظل توفير مساندة له من طرف المحيطين به سواء كان عن

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

طريق مساعدته مالياً من طرف أفراد أسرته أو عن طريق تزويده بعمل يمكنه من كسب المزيد من المال يدرك الموقف بأنه لم يعد شاقاً.

### 7-3. نموذج الارتباط لبولبي (bolby):

تعتبر نظرية بولبي (bolby) من أفضل النماذج في دراسة التعلق، وقد أوضح بولبي أن الأطفال يولدون وهم بحاجة إلى التفاعل الاجتماعي الذي يمكن اكتسابه عن طريق التعلق والتفاعلات مع الكبار، وخاصة الأم التي تزود أطفالها بمشاعر الحب والمودة ومن شأن هذا الاتصال أن يقود إلى نوع من التكيف والتعديل اللاحق. ولا يقتصر سلوك التعلق على الدور الذي يلعبه نمو الروابط الوجدانية بين الوالدين والطفل فحسب بل يمتد ليشمل علاقة الراشد بغيره (عبير الصبان، 2003: 29).

وقد افترض بولبي (bolby) أن الأفراد الذين يقومون بروابط تعلق مع الآخرين يكونون أكثر أمناً واعتماداً على أنفسهم من أولئك الذين يفقدون هذه الروابط، فعند إعاقتها يصبح الفرد عرضة للعديد من المخاطر التي تؤدي إلى عزله.

ويرى بولبي (bolby) أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها الأهل والأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير وهناك بعض الدراسات التي أيدت نموذج الارتباط واعتبرت أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى التحسن في حالته الصحية بل أن الكلمات التي يستخدمها في وصف الصدمة تنبأ عن مدى التحسن في حالته الصحية البدنية أو النفسية (أسماء إبراهيم، 2001: 14)، حيث أوضح بولبي (bolby) أن هذه النظرية تركز على استخدام المساندة الاجتماعية المتاحة لتجنب الاضطرابات النفسية والجسدية التي قد يتعرض لها الفرد، والتخفيف منها عند حدوثها.

### 8-4. النموذج الشامل لليبرمان

وضع النموذج الشامل لبيرمان وبيبرلين (Lieberman et Pearlin) وتم إعادة تطويره سنة 1981 ويذكر الباحثان أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط من حيث أنها يمكن أن تُعد من احتمالية وقوع الحدث الضاغط ، أو من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تُعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث، ومن ثم تُلطف أو تخفف من التوتر المحتمل، وإذا وصل التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن للمساندة أن تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط والإجهاد المصاحب ، كما يمكن أن تؤثر المساندة الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة أو التعامل مع الحدث الضاغط ، وبذلك تُعدل من العلاقة بين الحدث وما يسببه من إجهاد ، وبمقدار الدرجة التي ينحدر عنها الحدث الضاغط فإن عوامل شخصية مثل تقدير الذات تجعل في إمكانية المساندة أن تُعجل من هذه الآثار (محمد عبد الرحمن : 1999 ، 324) وبذلك يرى أنصار النموذج الشامل أن دور المساندة كعامل مخفف للتوتر أكثر تعقيداً مما يتخيله البعض الآخر.

### 8-5. نظرية الاحتياط الاجتماعي:

تتحدث نظرية الاحتياط الاجتماعي المطورة من طرف ويس (Weiss 1973) مباشرة عن أهمية العلاقات الاجتماعية في سلامة وصحة الشخص. (WEISS 1973 : 19) .

وركز (Weiss) اهتمامه على حاجات الإنسان ومن بينها العلاقات الاجتماعية واعتبرها احتياطاً مهماً من حيث المصادر ، واعتماداً على دراسات أميريكية توصل إلى أن العلاقات الإنسانية المتنوعة تمنح احتياطات مميزة للفرد، لذلك ميز ويس (Weiss) بين 5 أنواع منها وهي :

أ/الارتباط وذلك عن طريق علاقة حميمة أو قرابة مع شخص.

ب/الاندماج الاجتماعي وله وظيفة في الشبكة الاجتماعية في تقاسم الاهتمامات والنشاطات.

ج/الاستحقاق في الإنجاز، الكفاءة والتقدير

د/التماسك و تضمنه علاقات توفر المساعدة في حالة الطوارئ.

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

ه/التوجيه أو الحاجة إلى المعلومات والنصائح تميزها العلاقات التي تلزم الفرد بواجبات رعاية وتحمل مسؤولية الآخرين.

ويؤكد ويس أن كل هذه الاحتياطات لا يمكن الاستغناء عنها في الحفاظ على الصحة الجسدية.

وافترض ويس (Weiss) أن الارتباط شيء حيوي الأهمية للصحة والسلامة كأى علاقة تقدم مشاعر خاصة سوف تكون قاعدية في حياة الفرد. فالشخص مع زوجته، أولاده، الأصدقاء الحميمين، يطورون نواة علائقية وحولها تتطور علاقات أخرى، وهكذا يتحصل الفرد على احتياطات متنوعة من علاقات مختلفة ونقص واحد من الاحتياطات يؤدي الإصابة بالاضطراب أو المرض

(Komproe, 1995 : 9- 11).

من خلال عرض هذه النماذج يتضح أن المساندة الاجتماعية تعمل على حماية الفرد من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي ، كما أن لها تأثير ايجابي على حياة الفرد بصفة عامة سواء كان معرضا للضغط أم لا ؛ إذ أنها تحد من احتمالية وقوع الحدث الضاغط على الفرد وتعمل على حماية صحته النفسية والجسدية، كما تساعده على التكيف الايجابي في حالة الإصابة بالمرض.

كما تتدخل المساندة الاجتماعية لتعمل على تعديل آثار الحياة الضاغطة وما يترتب عنها فيعمل أعضاء المحيط الاجتماعي على تهدئة الفرد وإقناعه بان المشكلة ليست مهمة أو مؤثرة ، كما يحدث في حالة مرض السكري مثلا فوجود أفراد مشجعين للفرد ويحاولون تقليل مخاوفه من مضاعفات المرض وسلبياته وتشجيعه على رؤية الجانب الايجابي من المرض يجعله أكثر تكيفا مع المرض وأكثر إقبالا على إتباع السلوكات الصحية الملائمة وتصحيحا للمواقف السلبية.

### 9- المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية والصحة الجسدية :

تسعى المساندة الاجتماعية إلى تحديد المسارات الحيوية النفسية الاجتماعية التي تبين الكيفية التي يمكن أن تؤدي فيها إلى تحقيق نتائج مفيدة أو ضارة بالصحة، فلقد بينت الدراسات أن للمساندة الاجتماعية تأثيرات مفيدة على أجهزة القلب والشرايين والغدد والمناعة ،كما أن كمية العلاقات



## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

الاجتماعية التي يتلقاها النساء والرجال ونوعيتها ارتبطت ارتباطاً قوياً بمستويات الكورتيزول والكولسترول، وكانت الفروق اقل اتساقاً في حال النساء ( Seeman et al, 1994 ).

وعموماً يمكن القول بان المساندة الاجتماعية ترتبط بأداء أفضل في الوظيفة التي يؤديها جهاز المناعة عند الأشخاص الذين يحصلون عليها ( Herbert et Cohen, 1993 ).

وترتبط المسارات الحيوية النفسية بشكل واضح جداً بتدني مستوى الإصابة بالمرض، كما أن هذه الروابط لها أهميتها لأنها تلعب دوراً حاسماً بين العوامل الرئيسية المسببة للموت، لاسيما الأمراض القلبية الوعائية والسرطان وأمراض الكلى والسكري (شيلي تايلور، 2007 : 451 )، فقد بينت الدراسات التجريبية الحديثة في مجال العلوم العصبية وعلم المناعة النفسية العصبية وجود تفاعل بين الجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي وبين الإجهاد والضغط، الروابط بين الخلايا العصبية والجهاز العصبي المركزي والجهاز المناعي تقوم بتعديل الاستجابة البيولوجية للضغط ومختلف وظائف المخ والوظائف النفسية والسلوكية بتوفير المساندة الاجتماعية

( jacque et thurin,2002,p 158 )

### 10- فعالية المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي :

نوه العديد من الباحثين إلى الفعالية الكبيرة للمساندة الاجتماعية في حياة الأفراد ، غير أن الحاجة إليها تزيد مع تزايد الضغوط الحادة المرتبطة بالأحداث الهامة .

ويؤكد سارازون أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تلعب دوراً هاماً في التخلص من الاضطرابات الجسدية ، حيث يزداد احتمال التعرض لهذه الاضطرابات كلما نقص مقدار المساندة المتلقاة ، كما

إنها تسهم في التوافق الإيجابي والنمو الشخصي للفرد ( Sarason et al ، 1983 : 129 )

وأظهر هاوس وآخرون ( House 1988 ) بأن عدد العلاقات الاجتماعية ودرجة الجوار والاندماج التي يشعر بها الفرد تجاه الآخرين تمثل مؤشرات قوية للصحة، والسند الاجتماعي حسب ( stobe 1996 ) يعد من المصادر الهامة لمواجهة الضغوط، فوجود أشخاص يمكن الركون إليهم والثقة بهم وتقديم الاهتمام والدعم والمساعدة، ذات أهمية بالغة للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية الجيدة

## الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية

فالمساندة الاجتماعية تلعب دورا أساسيا في إمكانية تعزيز وتحسين التوافق الشخصي والاجتماعي وتعمل على التخفيف من وطأة المعاناة من المواقف الضاغطة

( حورية ولد عوديه ، 2005: 517).

ويرى كابن ( Caplan 1974 ) أن الشبكة الاجتماعية تخدم أغراضا متعددة منها مساعدة الفرد على التكيف مع متطلبات البيئة ومكافئة السلوك المناسب وإعطاء معلومات يحتاجها الفرد، كما يذكر ثويتس ( Thuitss ) أن المساندة الاجتماعية تسهم في شعور الشخص بالهوية وتعد مصدرا من مصادر التقويم الايجابي والكفاءة الشخصية ( عفاف شكري ، 1995 : 930).

ويضيف كابن وآخرون (Caplan et al,1981) ثلاث تفسيرات متكافئة حول أهمية دور العلاقات الاجتماعية في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية للمريض تتمثل في :

أولا : أن العلاقة بين نقص المساندة الاجتماعية والمرض سببية حيث تعمل المساندة الاجتماعية المرتفعة على الوقاية من التعرض لأي اضطرابات نفسية أو سلوكية.

ثانيا : يرى أن الأفراد الذين يتعرضون للمرض يبتعدون عن نسق المساندة الخاص بهم، حيث تؤدي الإصابة المبكرة بالمرض إلى تغير في المساندة الاجتماعية.

ثالثا: ويشير إلى أن هناك متغيرا آخر كالتبكة الاجتماعية أو سمات الشخصية يمكن أن يكون له تأثيرا سلبيا على المساندة الاجتماعية إذا كانت السمات الشخصية تتسم بالاضطراب وعدم الاتزان الانفعالي ( علي عبد السلام علي، 2005 : 15).

وفي نفس السياق يؤكد دريفر (Driver) أن المساندة الاجتماعية للمريض تعتبر ضرورة علاجية لأنها تنظر إلى المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية ، وان مسانده نفسي واجتماعيا تساعده على تقبل مرضه والرضا عن ذاته وتدعيم أمله في الحياة وذلك بإقامة زيارات علاجية منتظمة أو اتصالات دائمة . وقد كشفت نتائج دراسات بركمان وسيمس (Berkman et Symes).

إن شبكة العلاقات الاجتماعية التي تدعم المريض تساهم بقدر كبير في علاجه وتعزز من مراحل شفائه وتكيفه مع المرض (محمد بيومي خليل، 1996 : 52 )

وتتمثل وظيفة المساندة الاجتماعية حسب برونل وشوماكير ( BROWNELL ET SHUMAKER 1984) في تعزيز الثقة بالنفس وتعميق روابط المشاركة الاجتماعية مع الآخرين وتنمية الإحساس بالتوافق النفسي الاجتماعي وعلى مواجهة المطالب الحياتية، والشعور بالتطابق مع معايير الجماعة وتعزيز الإحساس بالأمن النفسي ، كما أنها مفيدة على مدار واسع من المواقف بما في ذلك في حالة المرض أو فقدان العمل والحزن على فقيد ( علي عبد السلام علي ، 2005 : 29 )

وركز العديد من الباحثين من بينهم كوهين وويلز ( Cohen et Wills ) على دور المساندة الاجتماعية بوصفها حاجزا أو مانعا أمام الضغوط الحياتية وإظهار دور العلاقات الاجتماعية وطبيعتها في حفظ الصحة النفسية والجسدية للفرد (Beazer,1982 ; vaux,1986 ; kasler et marcher,1985) كما يمكن للمساندة الاجتماعية أن تقلل من إمكانية حدوث المرض وان تسرع في حدوث الشفاء لدى التعرض له فالتأثير الايجابي للمساندة الاجتماعية يزود للفرد بخبرة ايجابية وحالة من الاستقرار والحفاظ على صحة الفرد ( , tray,1994 ; Cherdan et Macher,1992 ; troits,1980 )

وبينت الدراسات التي اهتمت بضبط الحالة الصحية الأصلية بان الأفراد الذين لديهم علاقات اجتماعية أكثر من الناحية الكمية، وأحيانا نوعية متميزة من العلاقات تكون معدلات الوفيات بينهم متدنية ( Berkman et al,1985, House et al,1988 ).

ومع أن تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة الجسمية مستقل عن أي تأثيرات لها علاقة بالعادات والسلوكيات الصحية، إلا أن تأثيرها على السلوكيات الصحية قد اتضح بشكل مباشر، فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونون- في اغلب الأحيان- أكثر تقيدا بالالتزام بالنظام العلاجي الخاص بهم، وأكثر ميلا للاستفادة من الخدمات الصحية ولا سيما عندما يحمل أعضاء شبكة العلاقات الاجتماعية التي يرتبطون بها توجهات ايجابية نحو هذه الخدمات (Greensten et al, 1975, Wallston et al, 1983 ).

ويضيف موس ومالاهان ( Moos و Molahan ) بأن المساندة الاجتماعية تزود الفرد بالدعم الانفعالي، المساعدة الملموسة، الإرشاد والتوجيه الإعلامي مما يجعله يواجه الضغوط المرضية بنجاح، كما بينت الدراسات أن هناك علاقة ارتباطية دالة بين درجة المساندة الاجتماعية المرتفعة

## الفصل الثالث: المساعدة الاجتماعية

والتحسن في الحالة الصحية للفرد ومنها وظائف القلب والأوعية الدموية وانخفاض ضغط الدم وارتفاع مستوى المناعة ونشاط الغدد الصماء و ضبط مستوى السكر في الدم (Uchino et al ,1996 : 529) فالمساعدة الاجتماعية حسب ( hatchatt et all 1997 ) تعتبر عاملا منبئا قويا للتكيف مع المرض المزمن . وتوصل شوارجير ولبين (SCHWARGER ET LEPPIN,1989) إلى أن الأفراد الذين لا ينالون المساعدة الاجتماعية المناسبة يكونون أقل تكيفا مع الحالة المرضية.

وأوضحت دراسة ويشلورد ( Wichlurd et al, 1973 ) أن المساعدة الاجتماعية تساعد المرضى المتزوجون المصابون بالجلطة القلبية على الحفاظ على الصحة النفسية الجيدة ، كما تساهم في تقبل العلاج وتبني سلوكيات جديدة تتلاءم مع الحالة الصحية .

وتوصلت دراسات ( Schwetzer, Springer et al, 1986, Marteau et al,1987, Penninx et al, 1998, Stone et al,1999 ) أن النساء اللواتي لهن مستويات عالية من المساعدة الاجتماعية يظهرن تكيفا أفضل لدى التعرض لأمراض القلب والشرابين والسكري وتحكما أفضل بمرض السكري وتشعرن بالآم جسدية أقل (شيلي تايلور، 2007: 667 )

وقد توصلت دراسة فوزى شحاتة (2005) بأن المساعدة الاجتماعية المقدمة في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن ومن بينه مرض السكري تخفف من مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المرضى، وتوصلت دراسة خليل (1996) إلى وجود علاقة دالة بين طمأنة المريض على حالته الصحية كبعد من أبعاد المساعدة النفسية والاجتماعية ، وإرادة البقاء كبعد من أبعاد إرادة الحياة ، كما أن المساعدة الاجتماعية تخفف من مستوى الألم لدى المرضى (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن، 1994 : 62)

بالمقابل أيضا أشار كابلان وتوشلما ( Caplan et Tochelma 1990 ) إلى انه لا يمكن وصف فعالية المساعدة الممنوحة للفرد إلا إذا دعمت باستراتيجيات التعامل الفعالة المرتبطة بالسلوكيات الصحية التي ترفع من احتمال الشفاء بالنسبة للمرضى ، أما اذا وجد الفرد أمام مساعدة اجتماعية غير صحية فان ذلك من شأنه أن يعود بأضرار صحية جد سلبية على المريض

(nascle.,1994 : 138-139 )

أما فيما يخص السلوك الصحي فقد توصلت بعض الدراسات ( Neuling et Winefield, 1988 ) إلى أن المساندة الاجتماعية لها تأثير فعال على إتباع الفرد للسلوكات الصحية المناسبة، فعندما يتلقى المريض خبر الإصابة بمرض مزمن فإنه يحتاج إلى أن يكون مدعماً من طرف المحيط لتخفيف الصدمة والمساعدة على التكيف ، فالمساندة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى من طرف أفراد العائلة تعتبر من بين العوامل الأساسية في تقبل العلاج والالتزام به من خلال مساعدتهم على تناول الأدوية والالتزام بالفحوص الدورية والالتزام بنصائح الطبيب وإرشاداته وبذلك إتباع السلوك الصحي المناسب

( oumar et all,2007:20. )

وأشار كرنس وويزر (Karns et weizer,1994) إلى أن المساندة الاجتماعية تعتبر من المؤثرات القوية لتوافق الفرد مع المرض، كما أن غيابها تعدد سببا مباشرا لضعف توافق المريض وتعايشه مع مرضه ، فالمرضى يحتاجون بشكل مستمر إلى مساندة اجتماعية ووجدانية من العائلة والأقارب والأصدقاء والجيران حتى تعطيهم دافعا للتوافق مع المرض ( هناء شويخ ، 2007 : 97 ).

### خلاصة الفصل:

تتعلق المساندة الاجتماعية باعتقاد الفرد بأن ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات يعتبر مصدرًا من مصادر الدعم الفعال، وهي تؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الصادمة وفي كيفية مواجهتها ؛ فهي لا تخفف أو تلتطف من وقع الأحداث فحسب بل قد يكون لها تأثيرات واقية أو شافية من اثر هذه الصدمات ، إذ أن المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد في مدى وجود أو توفر أشخاص مقربين يمكن أن يثق بهم، ويعتقد أن بوسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويبقوا بجانبه عند الحاجة .

ينظر المختصون في ميدان علم النفس الصحي إلى المساندة الاجتماعية على أنها مصدر من مصادر الوقاية الأولية والتكيف الايجابي ، فالتعرف على الطرق التي تزيد من فعالية المساندة الاجتماعية أو تعمل على توفيرها من أهل المريض وأصدقائه تعد مصدرا أساسيا للتكيف النفسي والصحي، ويجب تشجيع الأفراد على التعرف على الإمكانيات الممكنة للمساندة الاجتماعية التي توفرها البيئة المحيطة. وبذلك يعمل المختصون في علم النفس على تشجيع المريض على اجتذاب مصادر

## الفصل الثالث: المساعدة الاجتماعية

المساعدة الاجتماعية بفعالية اكبر وطرق تطويرها وذلك عن طريق الانضمام إلى المجموعات المجتمعية أو الجماعات التي تشاركهم الاهتمام.

كما يمكن للمختصين في علم النفس الصحة أن يساهموا في تطوير آليات المساعدة الاجتماعية والكشف عن طرق تساهم في تكوين الروابط الاجتماعية، وتطوير وسائل تمكن من التعرف على الأشخاص الذين لا يستطيعون الاستفادة منها وتقديم التكفل المناسب لتطوير جوانب شخصيتهم.

## الفصل الرابع: وعلم النفس الصحة و السلوك الصحي

### تمهيد

1. مدخل إلى علم النفس الصحة

1- مفهوم عام عن الصحة

2- النماذج والنظريات المفسرة للصحة والمرض

II. السلوك الصحي والتناولات النظرية المفسرة له

### تمهيد

1-تعريف السلوك الصحي

2- مفاهيم ذات صلة بالسلوك الصحي

3- المتغيرات المؤثرة في السلوك الصحي

4- أنماط السلوك الصحي

5- النماذج النظرية المفسرة للسلوك الصحي

6- السلوكيات الصحية المساندة الصحة

7- أهمية السلوكيات الصحية ودورها في الحفاظ على الصحة

### خلاصة

### تمهيد :

سنتطرق في هذا الفصل لمفهوم علم النفس الصحة والسلوك الصحي من خلال تقديم مدخل عام عن علم النفس الصحة والتناولات النظرية الكلاسيكية والحديثة المفسرة للصحة والمرض، ومفهوم السلوك الصحي من خلال تقديم مختلف تعريفاته، أهدافه، ميادينه والنماذج والنظريات المفسرة له وكذا سلوكيات الصحية المساندة والمهددة للصحة الجسدية

### 1. مدخل إلى علم النفس الصحة:

#### 1- مفهوم عام عن الصحة:

يعتبر مفهوم الصحة إحدى المفاهيم الأساسية التي نالت الكثير من الاهتمام والدراسة على يدي العلماء والأطباء، ولقد تزايد الوعي لدى الأفراد في السنوات الأخيرة بأهمية الصحة كوسيلة لتنمية المجتمع وتقدمه.

وقد ساهم الاهتمام المتزايد بموضوع الصحة في إعطاء تصورات جديدة تختلف عن التصورات الكلاسيكية المعروفة باقتصارها في تعريف الصحة على أنها حالة الخلو من المرض وأعراضه ، وقد انبثقت المفاهيم الجديدة للصحة من فكرة التفريق بين الإصابة بالمرض وبين وضعية المرض، أي بين الحدث البيولوجي المتميز بالتغيرات الفسيولوجية أو البيوكيميائية وبين الخبرة الذاتية الناتجة عن تفاعل الفرد ككائن بيولوجي مع محيطه في حالة الإصابة بالمرض.

وينظر للصحة - حسب منظمة الصحة العالمية دوما - على أنها مجموعة من الأبعاد والمصادر (شخصية، جسمية، اجتماعية،...) والتي تسمح للفرد بتحقيق طموحاته وإشباع رغباته، وهي ثنائية الاتجاه (غياب المرض، ووجود حالات إيجابية) .

كما يرى هوريلمان (Hurrelmann, 1995) أن الصحة هي عبارة عن حالة من الإحساس الذاتي والموضوعي عند شخص ما، وتكون هذه الحالة موجودة عندما تتناسب مجالات النمو الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد مع إمكاناته وقدراته وأهدافه التي يضعها لنفسه ومع الظروف الموضوعية للحياة ، " إنها حالة من التوازن الواجب تحقيقها في كل لحظة من لحظات الحياة. إنها النتيجة الراهنة لبناء كفايات التصرف والحفاظ عليها التي يمارسها الإنسان نفسه " (Hurrelmann, 1995: 88)



## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

وينظر كل من شويتزر (Schweitzer – Bruchon 2002) ومورين (Morin 2004) الى الصحة على أنها لا تشمل فقط الجانب الفزيولوجي للكائن الحي بل أيضا الجانب الاجتماعي والنفسي، فخلو الفرد من الأعراض المرضية لا يعني بالضرورة غياب المرض. ويذكر أودرس وآخرون (Udris et. al, 1992) أن الصحة ليست حالة ثابتة وإنما عبارة عن حالة توازن بين الموارد الفزيولوجية والنفسية والاجتماعية وآليات الحماية والدفاع للعضوية من جهة وبين التأثيرات الكامنة المسببة للمرض للمحيط الفيزيائي والبيولوجي والاجتماعي من جهة أخرى. وبالتالي يفترض أن يقوم الفرد دائماً ببناء وتحقيق صحته، سواء كان الأمر بمعنى الدفاع المناعي أم بمعنى التكيف مع التغيرات الهادفة لظروف المحيط. والصحة وفق هذا التعريف عبارة عن مفهوم منظومي (fonctionnel) وسيروري (Processus) وعلائقي، وتركز هذه الرؤية على مظهر الموارد، أي على دور عوامل الحماية في الشخصية التي ينبغي تتميتها وتدعيمها، وعلى مهارات وقدرات النمو وعلى الطبيعة الممكنة الكامنة للصحة (Spitz, 2006 : 255).

واستناداً إلى هذا التعريف أيضا تكون الصحة متضررة عندما يواجه الفرد في مجال أو أكثر من هذه المجالات متطلبات لا يتمكن من إنجازها ضمن الإطار الاجتماعي الذي يعيش فيه وضمن المرحلة الحياتية التي يمر بها، ويمكن لهذا التضرر أن يتجلى على شكل أعراض من الشذوذ النفسي والاجتماعي والجسدي .

ويشمل مفهوم الصحة المظاهر الفزيولوجية الجسدية والنفسية الاجتماعية للحالة الفردية للشخص ووجود تنظيمات معرفية وسلوكية كافية للتصميم الفردي الصحي للحياة من أجل التغلب على أزمات الحياة الراهنة، ومن هنا فان مفهوم الصحة يعكس التكيف الناجح للفرد على المستويات البيولوجية والفزيولوجية والمناعية والاجتماعية والنفسية والثقافية (Beutel, 1989 ; Haisch et Zeitler, 1991).

وتتدعم الصحة بقدرة الفرد على بناء علاقاته الاجتماعية بشكل فعال، ويتمكن من التوافق والاندماج مع أفراد مجتمعه، وعندما يتلقى الفرد مساندة اجتماعية فعالة أو يستطيع تكيف حياته الخاصة مع الظروف المعقدة والمتنوعة للمحيط أو عندما يتمكن من تحقيق التوازن بين إمكاناته البيولوجية الوراثية و النفسية والجسدية. ومن هذه الناحية يمكن اعتبار الصحة بأنها النتيجة الملموسة والواقعية لعملية التنشئة

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

الاجتماعية الناجحة والفشل فيها سيقود للمرض، لذلك يمكن اعتبار الإصابة بتعقيدات المرض نتيجة لعدم تلقي مساندة اجتماعية كافية (سامر رضوان، 2008: 07).

### 2- النماذج والنظريات المفسرة للصحة والمرض:

#### 2-1. النماذج الكلاسيكية المفسرة للصحة والمرض:

##### 2-1.1. النموذج البيوطبي :

يرى النموذج البيوطبي أنّ المرض يتعلّق بالجسم ويوافق اضطراب عضوي يعود لتأثير عوامل مرضية باثولوجية كالصدمات والإختلالات والأورام والمواد السامة.

ويهتم هذا النموذج بأسباب الأمراض و التي تم تصنيفها في فئتين، تشمل الأولى العوامل الخارجية التي تقتحم الجسم وتحدث تغيرات فيه وتتضمن الثانية العوامل الداخلية التي تنشطها تغيرات فيزيولوجية لا إرادية. و تظهر الأمراض بسبب فقدان التوازن الكيميائي، البكتيريا و الفيروسات أو بسبب استعدادات وراثية و بالتالي يعتبر الإنسان ضحية هذه التغيرات فهو غير مسؤول عنها وهو اعتقاد سائد إلى حد الآن في الممارسة الطبية ، لذلك يهتم المختصون بعلاج هذه الأمراض .

يهتمّ النموذج البيوطبي بالمرض أكثر منه بالمريض، ذلك أنّه يقوم على الاعتقاد بوجود انفصال بين العقل والجسم. ورغم ان هذا النموذج لعب هذا النموذج دورا مهماً لمكافحة الأمراض الناتجة عن فيروسات وتطوير لقاحات ومضادات حيوية إلاّ أنّه يعتبر اليوم مبسطاً جداً، بحيث أنّه نموذج يعتبر المرض حتمية سببية ويقوم على المعادلة سبب- نتيجة (Bruchon-Schweitzer, 2002: 85)

##### 2-1.2. التناول الوبائي:

يقوم التناول الوبائي بمقارنة مجموعات من الأفراد الأصحاء والمرضى وذلك من خلال البحث عن كل العوامل الفارقة بينهما ( المرضى والأصحاء) والمتمثلة في العوامل الشخصية، المحيطة والاجتماعية، لكن ما يعاب على هذا التناول انه يعتمد على دراسات لانظرية ويفتقد إلى منهجية عام (دليلة زناد، 2013: 53 عن Fox, 1988 ; Contra, Leventhal, et al , 1987).

##### 2-3.1. النموذج السيكوسوماتي أو النفس- جسمي:

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ينطلق النموذج السيكوسوماتي من فرضية أساسها انه لا يمكن الفصل في معاناة الفرد بين الجسم والنفس لأنهما متلازمان في الصحة والمرض، فما يصيب الجسم من أمراض واضطرابات تؤثر مباشرة في النفس.

ويختلف النموذج السيكوسوماتي عن نظيره الطبي وعن التحليل النفسي في موضوع دراسته وفي طريقة بحثه، و يجيب هذا التناول عن الأسئلة التي تتمحور حول الوحدة الأساسية للإنسان (الوحدة النفسية البيولوجية و التاريخية والاجتماعية)، وقدم تصور موضوعي حول ظواهر الأمراض الجسدية. في نهاية القرن 19 اعتبر Freud أول من بدأ البحث في مجال السيكوسوماتيا وان لم يهتم بها، اكتشف المعنى الرمزي للأعراض و قدم تفسير في صيغة اقتصادية، واستنادا إليه تعتبر أعراض الهستيريا نتيجة تغيرات و"تحويل" التنبيه الداخلي إلى تنبيه جسدي، كما وصف أعراض القلق و مظاهره الجسدية (Marty, 1990 :5-9).

يتعامل النموذج السيكوسوماتي مع المرض من النظرة الشمولية المتمثلة في الوحدة السيكوسوماتية بغض النظر عن السن، الجنس والمرض، ويرجع التيار النفس-جسمي تطوّر بعض الأمراض (التنفسية، الهضمية، القلب-شريانية، الجلدية، السرطانية، مرض السكري) إلى ارتباطه ببعض العوامل النفسية ، فقد ارجع ألكسندر المرض إلى الصراع النفسي والى بروفيلا خاصا للشخصية، بينما يرجعها مارتي " Pierre Marty " إلى بنية شخصية خاصّة تتميز بنمط تفكير إجرائي يظهر قدرة ضعيفة على العقلنة وفقر في الخيال وخطاب مرّكز على الملموس والحاضر

(Bruchon-Schweitzer,2002: 85)

وأهتم الباحثون في هذه المدرسة بتحديد العلاقة بين المرض و الشخصية و بين الاستجابات النفسية للانفعالات والاستجابات الاعاشية والجهاز العصبي المركزي ، بحيث يعتبر الصورة الرمزية للعرض عصابا عضويا و أكدوا أن الأمراض الوظيفية تؤدي إلى إصابات حقيقية .

اقترح رواد المدرسة الفرنسية مفهوم العقلنة (Mentalisation) في السبعينات من القرن الماضي مشيرا إلى أبعاد الجهاز النفسي المتعلقة بكمية ونوعية التصورات النفسية للأفراد .وتعتبر العقلنة أساس الحياة النفسية تنتج الهوامات في الحياة اليومية والأحلام أثناء النوم و هي تسمح بتداعي الأفكار .

واستنادا إلى مارتي (1991 Marty) يحدث النكوص إلى مراحل سابقة تم فيها التثبيت حين يتعرض الفرد إلى صراع يفقده التوازن. و تظهر من خلال النكوص أعراض نفسية كالقوبيا واضطرابات سلوكية ،

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

كما قد يظهر اختلال جسدي على شكل أعراض اكلينكية وأمراض تنفسية، جلدية، عقلية، هضمية الخ.....، وهي أمراض قد يشفى منها المريض إذا كانت لديه عقلنة كافية وقد تؤدي إلى التدهور التدريجي و أمراض خطيرة لا يشفى الفرد منها إذا ما كانت العقلنة فقيرة وكمية التصورات غير كافية لحل الصراع، و قد يصل الأمر إلى ظهور أمراض غير نمطية خطيرة متطورة كالأمراض القلبية الوعائية و أمراض فقدان المناعة و الأمراض السرطانية المهدد لحياة الفرد، لهذا يقترح العلاج النفسي لتحسين مستوى التنظيم العقلي لتحقيق أحسن دفاع بيولوجي.

(Bruchon-Schweitzer,2002 :17) .

يعتبر النموذج السيكوسوماتي حسب رودين وسولوفي ( Rodin et sulovey 1989 ) نموذجاً محدوداً فهو يفسر ظهور الأمراض الجسمية بواسطة عوامل نفسية متغيرة حسب افتراضاته، كما أن الارتباطات الموجودة بين أنماط الشخصية والاضطرابات العضوية ضعيفة ومتناقضة، ربما يحتاج الأمر إلى تقنيات خاصة و دراسة معينة لأجل الكشف عن هذه الأبعاد، هذا ما حاول القيام به أصحاب الاتجاهات التي ظهرت بعد ذلك (Bruchon-Schweitzer,2002 :18)

هي وجهات نظر فشلت في تحديد الدور السببي لبعض تجارب الصدمة المبكرة (أو بعض أنواع الشخصية) رغم أن فكرة استعداد الفرد مهمة و التي تناولها آخرون في مفاهيم محددة، لذلك ظهرت ظهرت نماذج و تناولات نظرية اخرة كرد فعل على السيكوسوماتية القديمة .

### 2-2. النماذج الحديثة المفسرة للصحة والمرض:

#### 2-2.1. النموذج السلوكي :

ظهر الطب السلوكي كحركة جديدة في بداية السبعينات من خلال الطب، الطب العقلي وعلم النفس و تكوين جمعية الطب السلوكي (1973) وذلك بالاعتماد على نماذج نظرية و عملية عيادية، كما عمل الباحثون على إدخال طرق حديثة للعصاب والذهان، والى تطبيق اكتشافات ونتائج علم النفس التجريبي في مجال الصحة والمرض.

اقترح أصحاب الطب السلوكي النموذج البيوسيكو اجتماعي بهدف تحليل السلوكات التي يساهم في ظهور المرض، وكذا السلوكات الصحية التي تسمح بإعداد إجراءات تعديل بالنسبة للفرد من حيث سلوكاته المرضية. كما ركزت على اهتمامات المريض ومشاكله على المستوى الجسدي، اللفظي، الحركي والوجداني .

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

كما يهتم النموذج السلوكي بالوقاية من خلال من خلال إجراء الحملات التوعوية الجماعية لتغيير السلوكيات المعتبرة كعوامل خطورة

### 2-2.2. علم النفس الطبي :

تعتبر السيكولوجيا الطبية مجالاً جديداً للدراسة يهتم بالانعكاسات السيكولوجية لكل مريض مصاب كما تتعلق بالعلاقة بين الطبيب والمريض.

يختلف علم النفس الطبي عن الطب العقلي، فهو يهتم بالاستجابات السيكولوجية للمريض ويحاول إعطاء فهم واضح عن العلاقة العلاجية بين الطبيب والمريض وأثار هذه العلاقة على الصحة والمريض. يهتم علم النفس الطبي بالانعكاسات السيكولوجية والسلوكية المصاحبة للأمراض العضوية لدى المرضى ، فهو يقدم التوضيحات للمعالج المختص فيما يتعلق بالعلاقة بين الطبيب والمريض دون أن يعني ذلك الطبيب يصبح مختصاً في علم النفس.

ويميز هولاندر (Hollender) ثلاث مستويات من العلاقات (طبيب - مريض):

أ/ المستوى الأول : فعالية الطبيب وسلبية المريض : يكون المريض في هذه الحالة سلبياً وخاضعاً للطبيب الذي يمارس سلطته عليه، وهي علاقة تشبه العلاقة بين الام والرضيع.

ب/ المستوى الثاني : التوجيه من طرف الطبيب والمقاومة من المريض : وهو النموذج الأكثر شيوعاً حيث يكون المريض مقاوماً للعلاج رغم قدرته على تنفيذه، فالطبيب ينتظر الالتزام واطاعة من المريض بعد وضع التشخيص.

ج/ المستوى الثالث : المشاركة المتبادلة بين الطبيب والمريض : يعتبر هذا النموذج من العلاقة مهم ونافع في حالة الأمراض المزمنة إذ يطلب الطبيب من المريض أن يتكفل بنفسه ويعالجه، وهنا يمثل المريض للتعليمات الطبية ويلتزم بالعلاج . وهذا النوع من العلاقة يعبر عن تبادل بين شخصين راشدين. يظهر أن علم النفس الطبي أذن يحاول أن يجعل من الطبيب سيكولوجياً يأخذ بعين الاعتبار الخصائص النفسية لمرضاه الذين يشرف على علاجهم (Haynal et Passini,1984) ، فالطبيب يمثل الاثر المهدئ (effet placebo) لأنه يعمل على تخفيف القلق لدى مرضاه.

( دليلة زناد،2013: 120 )

### 2-3.2. علم النفس الصحة:

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

عرف الاهتمام بموضوع الصحة منحى آخر في السنوات الأخيرة تمحور حول التركيز على محاولة الفهم الشامل للصحة من خلال فكرة النظر إليها انطلاقاً من وجود مجموعة من العوامل التي تشترك في تحديدها، وذلك في إشارة إلى التفاعل الكلي للفرد مع بيئته الداخلية والخارجية. ولعل من أكثر التطورات الملفتة للانتباه في هذا المجال ذلك العدد الهائل من الدراسات والبحوث التي تربط بين الصحة الجسدية وأنماط السلوك المؤدية للإصابة للمرض. هذا التوجه أدى إلى نشأة فرع جديد من فروع البحث يعرف بعلم النفس الصحة ( *psychologie de la sante* ).

ويمكن الحديث عن الجهود المبذولة في هذا الميدان المتجدد من خلال العديد من النماذج النظرية التي غالباً من تجمع بين المكونات المعرفية والاجتماعية في تفسيرها لمحددات وموجهات السلوك نحو الصحة من جهة، وفي محاولة فهمها لعوامل الخطر المشكلة على الصحة من جهة أخرى، دون أن تهمل دور المكونات البيولوجية والسيولوجية.

يعتبر علم نفس الصحة مجالاً من مجالات علم النفس التطبيقي الهامة الذي أثار اهتماماً كبيراً لدى الباحثين و العاملين في مجال الصحة نظراً لما له من مساهمات في مجال الحفاظ على الصحة و التعامل الصحيح مع المرض، فهو اتّجاه حديث نسبياً في علم النفس ظهر في السبعينات

من القرن الماضي حيث أدرجته مجموعة من الباحثين للجمعية السيكاترية الأمريكية ( *APA* , *Section,1979* بزيادة *Matarazzo* الرئيس الأول للمجموعة الأمريكية، وانتشر استعماله في سنوات الثمانينات في أمريكا و أوروبا، وتطوّر أساساً انطلاقاً من الأبحاث الأمريكية والأنجلوسكسونية ( *Ficher,2002, p 05* )، وأصبح يحتل مكانة كبيرة في ميدان علم النفس من خلال تأثيراته الواسعة على علم النفس العيادي، كما ساهم في تطوير ميدان الطب السلوكي. ويعتبر هذا التناول استناداً لماتارازو ( *Matarazzo1982* ) احدث تطور في عملية دمج علم النفس في دراسة الصحة وتم وصفه على انه مجموعة المساهمات التربوية، العلمية و المهنية التي طورها علم النفس من أجل :

\* تطوير الصحة والحفاظ عليها.

\* الوقاية و علاج المرض.

\* تحديد الارتباطات السببية و التشخيصية للصحة.

\* تحسين نظام العلاج.

\* إنشاء سياسة الصحة.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

يهتم هذا الاتجاه بدراسة العوامل والعمليات النفسية التي تلعب دورا في ظهور الأمراض و التي بإمكانها أن تسرع أو تبطئ تطورها، واتجه العديد من الباحثين منذ سنوات وفي مجالات مختلفة (اجتماعية، إكلينيكية، فارقية، طبية و فيزيولوجية) إلى الدراسة المنتظمة لمرضى مصابين بأمراض مختلفة (قلبية وعائية، السرطان، الاضطرابات الهضمية الوظيفية، أمراض الغدد والسكري ، الاضطرابات التنفسية، الأمراض الجلدية و فيروس السيدا مؤخرا) لمعرفة دور هذه المتغيرات النفسية في ظهور مختلف الأمراض وكذلك للفهم الجيد لتطور العمليات المرضية (الظهور ، الخطورة ،الانتكاسة). وبذلك يعتبر علم النفس الصحة بمثابة الجسر بين علم النفس وعلوم الحياة الذي يهتم بالوقاية وتطوير السلوكيات وأساليب الحياة الصحية ، فساهم بذلك في فهم العوامل الواقية التي تحمي الفرد من الأمراض وبذلك تخفيض تكاليف العلاج .

(Bruchon-Schweitzer,2002 :91)

يحاول علم النفس الصحة كذلك التعرف على المتغيرات النفسية أو سمات الشخصية التي لها الدور الأقوى في عملية تحديد وتوجيه وتطوير السلوك الصحي، كما تمحورت التساؤلات حول صحة الاعتقاد بوجود نموذج الشخصية ذات الاستعداد للمرض ( *personnalité prédisposée a la maladie* ) ، وهو ما يحاول الباحثون في مجال علم النفس الصحة الإجابة عليه .

### 1-العوامل المساعدة على نشأة علم النفس الصحة:

كان الاهتمام بالصحة الجيدة ولمدة طويلة مرتكزا أساسا على الرفاهية الجسمية متغاضيا عن العوامل النفسية والصحة العقلية، ولكن منذ الثمانينات تطوّرت العلاقات بين علم النفس وعلوم الحياة مما سمح بتطوير فهم جديد للإنسان يأخذ بعين الاعتبار التفاعلات المعقدة بين الجسم والعقل، وهذا ما غير النظرية إلى الصحة.

بينت كتب التاريخ القديم أنّ أبوقراط (**Hippocrate 370 - 400** سنة ق.م) ثمّ غليان "**Galien**" قد طوّرا تناولاً مشابهاً خلال نظريتهما على الأمزجة حيث أشارا فيها للتفاعلات الحاصلة بين الجسم والعقل والمرتبطة بالمرض ، وقام الباحثان بعزل أربعة سوائل في الجسم هي الدم ،الكريات السوداء ، الكريات الصفراء والبلغم وهي مركز الأمزجة المختلفة وتوصّلا مبكراً إلى تصنيف للأمزجة استعمل فيما بعد من طرف الأطباء لمدة طويلة ( **Fischer,2002 : 05** ) ،

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ووفق هذه النظرية فان توافق السوائل الأربعة (المذكورة أعلاه) يحقق التوازن الجسدي والحالة الصحية الجيدة، بينما سيادة أحد هذه الأمزجة يوافق نمط خاص من المزاج (دموي، غضبي، ميلانخولي، بلغمي) يوافق خصائص انفعالية وسلوكية من جهة، و قابلية خاصة لبعض الإصابات الجسمية من جهة أخرى، فالميلانخوليون مثلا هم أفراد إنطوائيون، قلقون وإكتئابيون، ولديهم قابلية لتطوير مرض السرطان ، بينما الغاضبون هم أشخاص نشطون، تسلطيون ويريدون الحصول على الإعجاب والتقدير، كما لديهم علاقات صراعية مع الآخرين، ولديهم استعداد لتطوير الأمراض القلبية.

وبالرغم مما في هذا التصنيف من بدائية وسطحية فإن له فضل كبير من خلال محاولته تصنيف الأفراد إلى فئات واقتراح مفهوما توحديا للإنسان (جسم- نفس)

( Bruchon-Schweitzer,2002 :10 )

وكان الإسهام الثاني لظهور علم نفس الصحة خاصا بعلم النفس المعاصر وما قدمه من شروح وإيضاح حول الهستيريا التحولية على يد فرويد (Freud)، حيث حددت الصراعات النفسية اللاشعورية كعوامل اضطرابات فسيولوجية يمكن أن تترجم في عدد من الأعراض الجسدية. وحاولت مدرسة باريس مع فيان (Fian) ومارتي (Marty) وماك دوغال (McDougal) تقديم توضيحات أكثر، حيث ربطت التعبير النفس- جسدي المضطرب بفقر الوظائف الرمزية والخيالية عند المفحوص والذي لا يملك سوى تفكيرا عمليا، مما يجعله مجبرا على الردّ على الصراعات والقلق الذي يعاني منه عن طريق جسده.

والملاحظ أيضا أن مدرسة ألكسندر (Alexander 1952) أيضا ركزت على فكرة أنّ الأمراض الخاصة يمكن أن تحدث بسبب صراعات داخلية أو بسبب بروفيالات شخصية معينة فالوظائف النفسية المضطربة تتسبب في اضطرابات فسيولوجية. وهكذا تعتبر الميكانيزمات الفسيولوجية كحلقات ربط بين الصراع النفسي والاضطراب البيولوجي، فبالنسبة للطب النفس- جسدي فإنّ الاضطرابات الجسمية يمكنها أن تحدث بسبب صراعات انفعالية، فالتغيرات الفسيولوجية المستمرة يمكنها أن تكون ذات طبيعة تحدث اضطرابا عضويا مثل في حالات القرحة المعدية أو إفراط الغدة الدرقية أو الإصابة بالربو.

وأعطى التطور الحاصل اليوم في البيولوجيا الذرية والوراثة وفي البحث الطبّي توضيحا جديدا حول حقيقة الإنسان وحول السيرورات التي تتدخل في تطوّر الأمراض، وهكذا تغيّر فهم الباحثين للعلاقات القائمة بين العقل والجسم وعن الصحة وعن المرض، فلم يعد ينظر لهما كنتيجة لعامل واحد هو العامل



## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

البيولوجي، إنما كمجموع سيرورات بيولوجية، نفسية واجتماعية متفاعلة مع بعضها، وتحقق للفرد حالة صحية معيّنة، أو توقعه في حالة المرض ( Fischer,2002 : 04 )

وقد انبثقت المفاهيم الجديدة للصحة من فكرة التفريق بين الإصابة بالمرض وبين وضعية المرض، أي بين الحدث البيولوجي المتميز بالتغيرات الفسيولوجية أو البيوكيميائية وبين الخبرة الذاتية الناتجة عن تفاعل الفرد ككائن بيولوجي مع محيطه في حالة الإصابة بالمرض ، فطبيعة التفاعلات الحاصلة بين العوامل البيولوجية والنفسية والاجتماعية هي التي تشرح الصحة والمرض، والتعرف عليها يعتبر أساسيا لفهم العوامل المساعدة على احتفاظ الأفراد بالصحة الجيدة أو جعلهم مرضى.

وانطلاقا من هذا التطور في تناول الصحة والمرض، تمكن علم نفس الصحة من التطور هو الآخر خاصة وانه توجه للجمع بين العلوم الطبية والطب السلوكي، وقد ساعد على ظهوره أو نشأته عوامل أساسية وهي:

1-الانتشار الواسع لبعض الأمراض المزمنة والخطيرة التي رفعت من نسبة الوفيات بين الأفراد كالأضطرابات القلبية والسرطانية والتي ترتبط نشأتها بما يسمى بعوامل الخطورة كارتفاع ضغط الدم، التدخين، الإدمان على الكحول والتعرض لمصادر الضغط النفسي والاجتماعي، وتؤكد منظمة الصحة العالمية ( OMS 1999 ) أن ثلث الوفيات في الدول المتقدمة ترتبط بعوامل خطر تتأثر بشدة بسلوكات الصحة وسلوكات الحياة اليومية.

2- ارتفاع نفقات الصحة بشكل كبير في السنوات الأخيرة مما جعل من الضرورة تقليص حجم التكاليف المادية التي تستدعيها عملية التكفل الطبي بالأمراض المزمنة وضرورة تطوير ترقية الصحة والرفع من عوامل الوقاية، والخفض من عوامل الخطر للوقوع في المرض.

3- توسع مجالات علم النفس إلى مجال الصحة بظهور معطيات ومفاهيم جديدة كالضغط وتأثيره على الصحة، استراتيجيات المواجهة للمرض المزمن، عوامل الخطر السلوكية وغيرها.

( Spitz,2006 :258 ) ، أضاف إلى ذلك التطور الكبير الذي شهدته العلوم المختلفة في ميدان علم النفس كعلم النفس المعرفي وعلم النفس العيادي وعلم النفس العصبي وعلم النفس الاجتماعي وغيرها مما أتاح الفرصة للباحثين في مجال علم النفس الصحة للاستفادة من هذا التطور وتوظيفه في ترسيخ فكرة أن

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

الصحة يجب النظر إليها نظرة شمولية تسمح بإشراك مجموعة كبيرة من العوامل في تحديدها في ظل التفاعل الكلي للفرد مع بيئته الداخلية والخارجية.

### 2 - تعريف علم النفس الصحة:

يعتبر علم النفس الصحي خلاصة الإسهامات النوعية لعلم النفس في مجال التربية الصحية، ترقية الصحة والحفاظ عليها والوقاية من الأمراض وفي تطوير سياسة شاملة للاهتمام بالصحة العامة ، كما انه علم يهتم بدراسة العوامل السيكولوجية التي تلعب دورا هاما في ظهور الأمراض وفي مسار تطورها. وعلى هذا الأساس عرف ماتارازو (Matarrazo 1980) علم النفس الصحة على أنه ذلك الفرع من فروع علم النفس الذي يدرس العوامل النفسية والسلوكية والاجتماعية التي لها صلة مباشرة بالصحة والمرض بما في ذلك دراسة أساليب تشخيص وعلاج المشكلات الصحية و طرق الوقاية منها (عثمان يخلف، 2001: 20).

ويعتبر علم نفس الصحة حسب فيشر (Fischer 2002) ميدان من ميادين علم النفس يدرس الصحة والمرض باعتبار دور العوامل النفسية والاجتماعية والبيولوجية، بالإضافة إلى مستوى تفاعلاتها في الوضعيات المختلفة في الحياة والتي تستدعي سلوكيات صحية (Fischer 2002 : 17)

### 3- أهداف علم النفس الصحة :

يهدف علم النفس الصحة حسب شواتزر و كينتار (Schweitzer et Quintard 2001) إلى دعم الوقاية وتطوير السلوكيات الصحية والتكفل بالأفراد المرضى، إلى جانب دراسة العوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دورا في ظهور وتطور المرض أو الشفاء منه، فهو يهتم بفهم العمليات النفسية- الاجتماعية التي بإمكانها تفسير هذا التفاعل.

ويكرس علم النفس الصحة اهتمامه لفهم وتفسير التأثيرات النفسية التي تساهم في مساعدة الأفراد في الحفاظ على صحتهم وفي إيضاح أسباب تعرضهم للمرض و كيفية التي يستجيبون لها في حال إصابتهم

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

بالأمراض. كما يدرس مختصو علم النفس الصحة أسباب الأمراض والعلاقات التي تربط بين الصحة والمرض والاضطراب الوظيفي، ويوجّهون اهتمامًا خاصًا إلى العوامل السلوكية والاجتماعية التي تساهم في المحافظة على الصحة مثل تطوير عادات صحيّة كممارسة الرياضة ووضع حزام الأمان، وأساليب التعامل مع الضغوط، والعوامل المسبّبة للإصابة بالأمراض والاضطرابات الوظيفية مثل تعاطي الكحول والتدخين (تايلور، 2008: 38).

يقدم إذن علم نفس الصحة فهما أفضل للعوامل النفسية والاجتماعية التي تلعب دورا مرضيا (بداية وتطور الأمراض) أو وقائيا (الصحة ونوعية الحياة ، تناقص حدة الأمراض أو الشفاء منها)، كما اقترح تطبيقات أخرى تتمثل في تعزيز السلوكات الصحية، الوقاية من الأمراض وتحسين الرعاية المقدمة للمرضى وعائلاتهم، كما يهتم بادراك معاش وتفكير وأفعال الفرد المرتبطة بظواهر الصحة و المرض. وبالمقابل ساعد علم النفس الصحة أيضا على تعميم مفاهيم نفسية مثل الضغط المدرك **Stress** **perçu** الدعم الاجتماعي المدرك **Soutien social perçu**، واستراتيجيات التعامل **Strategies de Coping** كما يعمل على بناء وتقنين العديد من الأدوات العامة أو المحددة .

نستخلص من هذه الأهداف أن علم النفس الصحة يحاول، من خلال تبنيها، التأكيد على العلاقة بين السلوك والصحة في ظل نتائج البحوث التي أشارت إلى هذه العلاقة القوية بين الإصابة بالأمراض المزمنة والخطيرة وبين بعض الأنماط السلوكية التي تشكل عامل خطورة وتهديد على الصحة، حيث لاحظ العلماء أن استمرار ظهور أعراض المرض يرتبط بالإبقاء على ممارسات سلوكية معينة، وأن السلوك يقع ضمن المسببات الرئيسية للوفيات. بالمقابل لوحظ أن طول عمر الفرد بممارسته لبعض السلوكات الوقائية كالالتزام بالتغذية والنوم الصحيين، الابتعاد عن المشروبات الكحولية والتدخين، الابتعاد عن مصادر الضغط النفسي الاجتماعي والاندماج بشكل ملائم (ogden et al, 1996).

والفرد المريض في علم النفس الصحة ليس لعبة المحددات البيولوجية المحضة (النموذج الطبي) أو المحددات السيكلوجية (النموذج السيكوسوماتي) بل هو نتاج التفاعل القائم بينهما ، كما أن المريض لا يتعامل مع المرض بسلبية حتمية بل يحاول أن يتكيف معه من خلال إيجاد استراتيجيات مقاومة ايجابية.

### 4- النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في علم النفس الصحة :

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

تم الانتقال في علم نفس الصحة من النموذج البيوطبي الكلاسيكي الذي يفسر المرض بإرجاعه إلى عوامل بيولوجية فقط إلى النموذج البيو نفسي الاجتماعي الذي يأخذ بعين الاعتبار العوامل النفس اجتماعية عند تفسير المرض.

طور انجل ( Engel 1977-1980 ) تناول البيو- نفسي - الاجتماعي الذي يعزي المرض إلى مجموعة عوامل بيولوجية (كالفيروس) ، عوامل نفسية (السلوك، المعتقدات) وأخرى اجتماعية فالنموذج الحيوي الطبي يرى أن جميع الأمراض يمكن تفسيرها على أساس العمليات الجسمية الظاهرة مثل حالات عدم التوازن البيوكيميائي أو الشذوذ في العمليات العصبية الفسيولوجية، بينما يشرح أنجيل ( Engel1977 ) النموذج البيوطبي، النفسو، اجتماعي بأنه لا يتطلب أن يؤخذ المرض كوحدة مستقلة عن السلوك الاجتماعي فقط ، وإنما يفرض أيضا أن تشرح الانحرافات السلوكية على أساس سيرورات جسمية (بيوكيميائية ، ونوروفيزيولوجية) مضطربة .

ينطلق النموذج الحيوي الاجتماعي من افتراضات جوهرية ترى أن الصحة والمرض أمران ينجمان عن تفاعل عوامل حيوية ونفسية واجتماعية، كما يؤكد عدم إمكانية الفصل بين العقل والجسد عند النظر في قضية الصحة والمرض لان كليهما يؤثران بشكل واضح في حالة الفرد الصحية، فالنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي يركز على عاملي الصحة والمرض بدلا من اعتبار المرض انحرافا ( شيلي تايلور، 2007: 57)

وانطلاقا من وجهة النظر هذه تصبح الصحة أمرا يمكن تحقيقه من خلال الانتباه إلى الحاجات الحيوية والنفسية والاجتماعية ومن ثم فهي ليست أمرا بديهي الحدوث.

تؤكد نظرية الأنساق ( *théorie des systèmes* ) أن جميع مستويات النظام تترايط مع بعضها على أساس هرمي ، فالتغير في أي مستوى يحدث تغيرا في جميع المستويات الأخرى وهذا يعني أن العمليات التي تتم في المستوى الشخصي الضيق ( كالتغيرات الخلوية) تتشابه مع العمليات التي تتم وفق المستوى الاجتماعي الواسع ( كالقيم الاجتماعية) وان التغيرات التي تحدث وفق المستوى الضيق يمكن أن يكون لها تأثير في التغيرات التي تحدث في المستوى الواسع والعكس، وبذلك تعتبر الصحة والمرض والرعاية الطبية عمليات مترابطة تتضمن حدوث تغيرات تفاعلية داخل الفرد وفي مختلف المستويات. ولدراسة هذه القضايا اضطر الباحثون إلى التفكير بالموضوع من منطلقات مختلفة مستنديين في ذلك إلى ميادين علمية متداخلة، والى التعاون مع زملائهم في الميادين الصحية المختلفة.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

وتطلب الأمر من الباحثين التفكير بأسلوب أكثر عمقا وتطورا وذلك من خلال تبني اتجاه العوامل المتعددة في النظر إلى المشكلات والى اللجوء إلى العمليات الإحصائية في تحليل هذه العوامل.

يفترض النموذج الطبي أن العمليات النفسية والاجتماعية مستقلة تماما عن العمليات التي تؤدي على تطور المرض ، أما النموذج الحيوي الطبي الاجتماعي فإنه يأخذ بعين الاعتبار العوامل النفس-اجتماعية، فيرى أن التشخيص يجب أن يستند على التفاعل بين الجوانب البيولوجية والنفسية والاجتماعية عند تقييم الحالة الصحية للفرد، وعند وصف العلاج المناسب، وقد أوضحه انجل

( Angel ) في الشكل التالي :

شكل رقم (04) النموذج الحيوي، النفسي ، الاجتماعي حسب انجل

<u>اجتماعي</u>	<u>نفسى</u>	<u>بيو</u>
- طبقة	- سلوك	- فيروس
- عمل	- معتقدات	- بكتيريا
		- إصابات
	- عرق	- تعامل
	- ضغط	
	- الم	

( Fischer,2002 : 21 )

لقد تمكن النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي من تجاوز نقائص النموذج الحيوي الطبي، فقد بين أن العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية، جميعها ذات أهمية في تقرير الصحة والمرض. وعلى هذا الأساس فإن العمليات التي تتم على المستوى الاجتماعي الواسع والعمليات التي تتم على المستوى الشخصي الضيق تتفاعل جميعها لكي تؤدي إلى حالة من الصحة أو المرض

(شيلي تايلور 2007، :57).

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

إنّ العمليات التي تتم على المستوى الشخصي الضيق مثل التغيرات الخلوية تتشابه مع العمليات التي تتم وفق المستوى الاجتماعي الواسع مثل القيم الاجتماعية، وأن التغيرات التي تحدث وفق المستوى الضيق يمكن أن يكون لها تأثير في التغيرات التي تحدث في المستوى الواسع، والعكس بالعكس.

يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي بأن التوصية باستخدام طريقة معينة في العلاج يجب أن تستند إلى فحص العوامل الحيوية والاجتماعية والنفسية للمريض. وبتابع هذا التوجّه يصبح من السهل تقديم العلاج الذي يتلاءم مع وضع المريض الخاص، والذي يتبنى نظرة شمولية تراعي الوضع الصحي للمريض من مختلف الجوانب، وبذلك تكون التوصية بتابع أسلوب علاجي يمكن أن يكون ملائماً لعلاج أكثر من مشكلة واحدة في الوقت نفسه.

واستناداً إلى هذا النموذج لا يعتبر الإنسان ضحية سلبية للمرض فهو مسؤول جزئياً على صحته ومرضه، وبذلك لعلاج المرض يتم التكفل بالفرد والجماعة إلى جانب التكفل بالتغيرات الجسمية. يتعلق الأمر إذن بتغيير السلوك والمعتقدات واستراتيجيات التعامل والتماثل للتوصيات الطبية .

يركّز أيضا النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي على أهمية العلاقة بين المريض والمعالج فالعلاقة الجيدة تستطيع أن تحسن من استخدام المريض للخدمات ومن فعالية العلاج، وتزيد من سرعة الشفاء. كما يركز هذا النموذج في عملية التشخيص على ضرورة مراعاة الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في تقييم حالة الفرد الصحية والمرضية، مما يقدّم دلالة حول أفضلية المنحى الذي يهتم بمشاركة فريق مؤلف من ميادين علمية عدة في عملية التشخيص (ف.الزروق، 2008: 78)

### 4-1. المضامين الاكلينيكية للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي :

يستند للنموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في الممارسات الاكلينيكية وفي التعامل مع المرضى على مجموعة من المضامين تتمثل في :

أولاً: يركز النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في عملية التشخيص على ضرورة مراعاة الدور الذي تلعبه العوامل النفسية والاجتماعية في تقييم حالة الفرد الصحية والمرضية، مما يقدم دلالة حول أفضلية المنحى الذي يهتم بمشاركة فريق متعدد مؤلف من ميادين عدة في عملية التشخيص.

ثانياً: يؤكد النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي بان التوصية باستخدام طريقة معينة في العلاج تستند

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

على فحص العوامل الحيوية والنفسية والاجتماعية للمريض، وبإتباع هذا التوجه يصبح من السهل تقديم العلاج الذي يتلاءم مع وضع المريض الخاص، والذي يتبنى نظرة شمولية تراعي الوضع الصحي للمريض من مختلف الجوانب . وبذلك تكون التوصية بإتباع أسلوب في العلاج يمكن أن يكون ملائماً لعلاج أكثر من مشكلة واحدة في نفس الوقت.

ثالثاً: يركز النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي بشكل مباشر على أهمية العلاقة بين المريض والمعالج فالعلاقة الجيدة بين الاثنین من شأنها أن تحسن من استخدام المريض للخدمات ومن فعالية العلاج، وتزيد بذلك من سرعة الشفاء

(شيلي تايلور، 2007 : 59).

يؤكد إن النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي على العلاقة القائمة على فهم المعالج للعوامل النفسية والاجتماعية المساهمة في حدوث المرض، وفهم العادات والسلوكيات الصحية الملائمة والمساعدة على الشفاء أو التكيف مع المرض.

### II. مفهوم السلوك الصحي والتناولات النظرية المفسرة له :

تمهيد :

لقد تنبه الإنسان منذ القديم إلى الدور الذي قد تلعبه عادات الحياة السليمة كتلك التي تتعلق بتنظيم السلوكيات ( تنظيم وقت الطعام والنوم، ممارسة النشاط الرياضي) في الصحة الشخصية. وتكاد تؤكد الدراسات والبحوث العلمية الحديثة التي تناولت العلاقة بين السلوك والصحة صحة هذه الفرضية القديمة، حيث ركز منظرو العلوم الصحية والبيوطبية على دور المتغيرات السلوكية في حدوث الأمراض المزمنة وانتشارها في المجتمعات الإنسانية الحديثة .

وعلى الرغم من أهمية العوامل البيولوجية والوراثية في تحديد الإصابة بمرض السكري أو غيره من الأمراض المزمنة الأخرى، إلا أن الحديث عن الأسباب والعوامل البيئية قد اتجه في السنوات الأخيرة إلى التركيز على علاقة الفرد ببيئته وتأثير ذلك على صحته من خلال ممارسات سلوكية معينة، إذ تتحدد صحة الأفراد بمحددات بيولوجية وأخرى انفعالية واجتماعية يلعب الضغط دوراً أساسياً في تشكيلها،

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

فالتوجه السلوكي للفرد من خلال ممارساته اليومية في التغذية والنوم وفي النشاط البدني وكيفية الاستجابة للضغط ومعالجته للانفعال يمكن ان يكون عاملا من عوامل التكيف الايجابي مع المرض ومن عوامل الحماية (مفتاح عبد العزيز، 2010: 60 )

تحتل مسألة السلوك الصحي وتميمته أهمية متزايدة ليس فقط فيما يتعلق بالجوانب الجسدية فحسب وإنما بالجوانب النفسية أيضاً، وقد قاد الفهم المتزايد للعلاقة الكامنة بين السلوك والصحة إلى حدوث تحولات كبيرة في العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين في فهم الصحة وتميمتها، وإمكانية التأثير فيها على المستوى الفردي. وتعد دراسة وفهم الممارسات السلوكية المضرة بالصحة والمنمية لها والاتجاهات نحو الصحة والسلوك الصحي الخطوة الأولى نحو إيجاد الموارد المساعدة على تنمية

الصحة والعمل على تطويرها، وتحديد العوامل والاتجاهات المعيقة للصحة من أجل العمل على تعديلها، وينعكس في النهاية على النمو الصحي وتخطيط تميمته وتطوير برامج الوقاية المناسبة والنوعية، وهذا ما يتوافق مع ما تنادي به منظمة الصحة العالمية من أجل تطوير برامج نفسية وصحية لاكتشاف عوامل الخطر على الصحة والأسباب السلوكية البنيوية المسببة للمرض التي يمكن التأثير فيها اجتماعياً والتغلب عليها.

### 1- تعريف السلوك الصحي:

ظهر البحث في السلوك الصحي منذ خمسينات القرن الماضي (1950) وشهد ازدهارا في منتصف السبعينات حيث توجه الممارسون إلى الممارسات والتدخلات الصحية بين المجموعات الخاصة بالسن والتي في خطر ، وقد توصل الباحثون إلى أن السلوك الصحي ينتشر لدى المراهقين ثم المسنين بخاصة ( gliden et all,1989: 29 ).

ويتعلق البحث في السلوك الصحي بطرق التدخلات التي تؤثر في السلوكيات الصحية للأفراد ، فهو يختلف عن الطب السلوكي لأنه متعلق بفهم الصحة البدنية والمرض وتطبيق هذه المعرفة في الوقاية والعلاج وإعادة التأهيل ( schwartz,wess, 2002 :122 ).



## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

واتخذ البحث في السلوك الصحي ثلاث اتجاهات أو طرق حيث استخدمت الطريقة الأولى في البحث عن سوابق وأسباب المرض، الاضطراب والحالة الصحية، بينما حلت الطريقة الثانية السلوك الصحي كظاهرة في التدخلات المباشرة لإحداث تغييرات سلوكية في الحالة العامة للمريض ولترقية الصحة. وعمدت الطريقة الثالثة إلى تفسير السلوك الصحي على أنه أساس الصحة الذاتي وأنه ظاهرة شخصية اجتماعية تتلازم مع البحث العلمي الجيد ( gauchman,1997 : 5-8 )

ومهما كانت الطرق المستخدمة فإنها تصب في تطوير صحة الفرد وإمكاناته الذاتية، لذلك أعطيت عدة تعاريف للسلوك الصحي تتميز بكونها متنوعة وجامعة، ومن أهم هذه التعريفات :

\* يعرف فربر (Ferber, 1997) السلوك الصحي على أنه مفهوم جامع لأنماط السلوك والمواقف كلها القائمة على الصحة والمرض وعلى استخدام الخدمات الطبية (Ferber, 1979: 10)

\* وتوصل نولدنر (Noeldner,1989) إلى أن المقصود بالسلوك الصحي هو كل أنماط السلوك التي تهدف إلى تنمية وتطوير الطاقات الصحية لدى الفرد ( عثمان يخلف،2000: 22 )،

فأنماط السلوك الصحي تقوم على الإجراءات التي يتخذها الفرد من أجل التعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها، وهذا يشتمل على أنماط السلوك التي تبدو ملائمة من أجل الحفاظ على الصحة وتنميتها وإعادة الصحة الجسدية (سامر رضوان،2008: 09).

\* ويشير قوشمان (gauchman 1997) إلى أن السلوك الصحي يتمثل في غزو الفرد إلى معتقداته اندفاعاته، توقعات وادراكاته وعناصر معرفية شخصية من شأنها أن تساعد في تحسين الصحة ، تجديدها والحفاظ عليها.

و\*يعرف سرافينو ( Sarafino 1994 ) السلوك الصحي بأنه كل نشاط يمارسه الفرد بهدف الوقاية من المرض أو لغرض التعرف على المرض أو تشخيصه في المرحلة المبكرة

( gauchman,1997: 10 ).

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

\* وتشير تايلور إلى أن السلوك الصحي هو تلك السلوكات التي يؤديها الأفراد بهدف تعزيز وضعهم الصحي والحفاظ على صحتهم من خلال ممارسة عادات صحية ايجابية (شيلي تايلور، 2007: 124)

إذن فالسلوك الصحي هو كل ما يقوم به الفرد لحماية وتنمية حالته الصحية وذلك من خلال ممارسة عادات صحية ، والعادة الصحية هي عادة ترتبط بسلوك صحي راسخ يؤدي بشكل أوتوماتيكي ، والسلوك الصحي لدى مرضى السكري في الدراسة يستند على الالتزام بإتباع الغذاء المتوازن ، إتباع التمارين الرياضية وممارسة نشاطات لها تأثير ايجابي على الحالة الصحية بهدف تأخير ظهور المرض أو منع حدوث المضاعفات في الحالة المرضية.

يشير تروشكه وآخرون (Troschke et al., 1985) إلى خمسة مستويات من عوامل أنماط السلوك الصحي تتمثل في:

- 1- العوامل المتعلقة بالفرد والبيئة (السن، تاريخ الحالة، المعارف، المهارات، الاتجاهات...الخ).
- 2- العوامل المتعلقة بالجماعة والمجتمع (المهنة، التأهيل أو التعليم، توقعات السلوك ومتطلباته المتعلقة بمركز الشخص، الدعم الاجتماعي...الخ).
- 3- العوامل الاجتماعية الثقافية على مستوى البلديات ( العروض المتوفرة، سهولة استخدام والوصول إلى مراكز الخدمات الصحية بمعنى التربية والتوعية الصحية منظومات التواصل العامة...الخ).
- 4- العوامل الثقافية الاجتماعية عموماً (منظومات القيم الدينية والعقائدية، الأنظمة القانونية...الخ)
- 5- عوامل المحيط المادي (الطقس، الطبيعة، البنى التحتية...الخ).

( سامر رضوان ، 2008 : 18 )

2- مفاهيم ذات صلة بالسلوك الصحي:

1-2. تقبل العلاج : la compliance

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

يعتبر تقبل العلاج مصطلح جديد نسبيا في علم النفس الصحة وقد اختلفت التعاريف والآراء حول هذا المفهوم لدى الباحثين والأطباء كل حسب مجال ممارسته، وقد استعمل في المجال الطبي للاستدلال على خضوع المريض لتوصيات الطبيب كليا و نوعيا و التزامه بالحماية الغذائية و السلوكات الصحية وإدماجها ضمن أسلوب الحياة .

دل مفهوم تقبل العلاج إلى مجموع السلوكات الصحية التي لا تقتصر على الالتزام الكمي والنوعي بتناول الأدوية واحترام المواعيد الطبية والالتزام بالحماية الغذائية وممارسة التمارين قبل وبعد المرض بل هو سلوك شامل تتجاوزها إلى السلوكات الوقائية قبل وبعد تشخيص الإصابة بالمرض

( 76 : stanly et all,2005 ).

وتعتبر المنظمة العالمية للصحة (OMS 2003) تقبل العلاج بمثابة الإجراء الذي يمثل سلوكات المريض المتعلقة بتناول أدويته ،الالتزام بالحماية الغذائية ،تعديل أسلوب الحياة وإتباع توصيات القائم على الرعاية الصحية .

ويعرف (Patrick ,2006) تقبل العلاج بأنه السلوك الذي يتبعه المريض من خلال تناول دوائه بالدقة والانضباط الأمثل ، حسب الشروط المحددة و المفسرة من قبل الطبيب : الالتزام الدقيق بنماذج تناول الدواء ، من حيث الجرعات، طرق الاستخدام، كمية الدواء ،احترام المدى بين الجرعات ، شروط التغذية أو المواد التي قد تغير من حركية الدواء ( سعيد قارة، 2009 : 41 )

يعرف تقبل العلاج إذن على أنه درجة الانسجام (الموافقة) بين سلوك الفرد فيما يتعلق بتناول الجرعات الدوائية ، إتباع الحماية ،أو تعديل أسلوب الحياة و الوصفات و التوصيات الطبية، وترى (Turgis 2002) أن تقبل العلاج هو مفهوم يدل على قدرات الفرد على أخذ دوائه حسب التعليمات المقدمة له، و تتأثر هذه القدرات سلبا أو إيجابا بمجموعة من العوامل المساهمة والمتفاعلة فيما بينها .

وأرجعت شنايدر ( Schnayder,2005) عوامل تقبل المريض للعلاج إلى :

- عوامل معرفية : التمثلات ، المعلومات ، التوقعات ، الدافعية .
- عوامل سلوكية : العادات ، التنظيم ، كيفية التصرف .

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

- عوامل انفعالية : القلق ، الإجهاد ، الحياة العاطفية ، الحالة الانفعالية السلبية .
- عوامل اجتماعية : تشمل المحيط و ظروف الحياة ، مستوى المساندة الاجتماعية .
- عوامل مرتبطة بالدواء ونوعية التكفل الصحي.

(سمية رحاحلية ، 2009 : 65)

كما حددت منظمة الصحة العالمية 2005 العوامل المحددة لتقبل العلاج ب:

1-عوامل مرتبطة بالمريض

2-عوامل مرتبطة بالمرض

3-عوامل مرتبطة بالعلاج

4-العوامل الاجتماعية الاقتصادية

5-العوامل المرتبطة بالعلاقة طبيب-مريض

فتقبل العلاج إذن يتعلق بتطابق عدد من الممارسات الصحية المتعلقة بالحالة المرضية كتناول الأدوية و إتباع الحمية الغذائية و ممارسة التمارين الرياضية و غيرها من السلوكات الصحية التي تدخل ضمن نطاق تعديل أسلوب الحياة ، مع توصيات و تعليمات القائم على الرعاية الصحية ، فهو أساس السلوك صحي الذي يقرر المريض انتهاجه في حياته.

### 2-2. الالتزام بالعلاج :

يعتبر الالتزام بالعلاج الامتثال لقاعدة ، ويرى فيشر (Fisher 1992) أن الالتزام يرجع إلى تقبل المريض للمرض وظروف العلاج مما يجعله يتبع الإرشادات المتعلقة بالصحة والدواء ، وتوصلت دراسة تتبعية لعينة من مرضى السكري بين 21 و 60 سنة إلى أنهم يجدون صعوبات في إتباع نظام الغذاء وتعليمات التمارين الرياضية مقارنة بالجوانب الطبية من المعالجة كقياس مستوى السكر في الدم أو استخدام الأنسولين .

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ويذكر الباحثون أن الإدارة الذاتية النشطة تعد مفتاح النجاح في السيطرة على السكري وخاصة لدى مرضى النمط الثاني حيث يمكن إحداث اثر ايجابي من خلال تغيير أسلوب الحياة مما يؤدي إلى تحسين مسار المرض وتفاذي مضاعفاته ( شيلي تايلور، 2007: 765).

ويذكر الباحثون أن المعلومات التي تعطى للمريض غير كافية للسماح له بتغيير سلوكه لتحسين حالته الصحية ، لذلك استحدثت طرق عديدة تعتمد على التعلم النشط والفعال ، كما تلعب العوامل النفسو- اجتماعية دورا فعالا في تسيير وإدارة المرض، فالحالة النفسية السيئة تخلق معاناة حقيقية وتتقص (تبطئ) من التسيير الذاتي للمرض لذلك تكون النتائج الطبية سيئة .

ومن هنا من الضروري منح للممارسين الصحيين المتعاملين مع مرضى السكري تكوينا قاعديا يمكنهم من فهم أفضل للاضطرابات النفسية التي يعاني منها المريض.

ومن بين مشكلات وصعوبات الالتزام بالعلاج التي يتلقاها المرضى هي تحديد نوعية الغذاء إذا كان ذلك يتعارض مع عادات الغذاء التي تعود عليها المريض ( تغريد عبد الله، 2008: 08).

### 2-3. نوعية الحياة Quality Of Life :

يمثل مفهوم نوعية الحياة (QOL) أحد الأمثلة الجيدة عن إشكالية تعقد المصطلح وتعدد أبعاده ودلالاته واستعمالاته .فرغم آلاف البحوث التي تناولته منذ الستينيات حتى اليوم، بل وتخصيص مجالات علمية لا يزال يشكل تعريفه أحد النقاط الخلافية بين الباحثين.

ذكرت منظمة الصحة العالمية أن نوعية الحياة تعني إدراك المرء لمكانته في الحياة وفق سياقات الثقافة والقيم التي يعيش في أحضانها وربطها بأهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته. وهو مفهوم كثيرا ما يتأثر بحالة الفرد النفسية والجسدية ، إنها نتيجة لتفاعل بين شروط أو ظروف الحياة لشخص ما و الطريقة التي يدرك بها هذا الشخص هذه الشروط أو الظروف ، فالمصطلح يعطي تقييما متعدد الأبعاد لظروف الحياة الحالية للشخص في سياق ثقافته التي يحيا فيها والقيم التي يتبناها وهي في المقام الأول شعور ذاتي بالرفاهة وحسن الحال، متضمنة أبعادا جسدية ونفسية واجتماعية وروحية، وفي بعض الظروف يمكن أن تسهم المؤشرات الموضوعية في هذا الإدراك.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ونوعية الحياة حسب (Meebery1993) فتعني ذلك الإحساس بالارتياح والرضا عن الحياة بشكل عام يحددها الشخص نفسه الذي يخضع للتقييم ومن هذا المنطلق تعتبر نوعية الحياة بأنها عملية تكامل الجانبين الفسيولوجي والنفسي ليشكلا المؤشر الأقوى على الاهتمام بمستوى الراحة والاستقرار والطمأنينة في أحضان الآخرين برضى تام ورفاهية متطورة، في مجالات الحياة المختلفة.

وظلت لسنوات عديدة نوعية الحياة تقاس بالفترة التي يبقى فيها المريض على قيد الحياة وبوجود المرض، دون أي اعتبار للعواقب النفسية والاجتماعية الناجمة عن المرض والعلاج ، لذلك لم ينظر إلى نوعية الحياة على أنها مسألة ذات أهمية سيكولوجية إلا في وقت متأخر نسبيا. وفي ضوء الدراسات العديدة التي أجريت عن المفهوم أصبح يفترض أن لنوعية الحياة عناصرها التي تشتمل على الوظائف الجسمية والوضع النفسي والوظائف الاجتماعية والأعراض ذات الصلة بالمرض والعلاج

( شيلي تايلور، 2007: 622 ) .

في ضوء ما سبق يمكن اقتراح تعريف لنوعية الحياة يتمثل في موازنة يجريها الشخص بين الحياة الموضوعية وبين إدراكاته الذاتية لهذه الحياة التي تحقق له الرضا الملائم عن الحياة في المجالات الجسمية والنفسية والاجتماعية

### 2-4. سلوك الملائمة العلاجية :

تعبر الملائمة العلاجية عن درجة التوافق بين سلوك الفرد المريض من حيث اخذ الدواء، إتباع الحمية الغذائية، تغيير سلوك الحياة من جهة، ومتابعة التعليمات والوصفات التي يقدمها الطبيب من جهة أخرى، فهو سلوك يشير إلى مدى إتباع المريض للتعليمات الطبية.

يحتاج تبلور سلوك الملائمة العلاجية لدى المرضى إلى مجموعة من الشروط وهي الدافعية، التقبل، الإعلام، مشاركة المريض. (دليلة زناد، 2013: 142)

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

وبهذا يمكن القول إذن أن سلوك الملائمة العلاجية يرتبط ارتباطا وثيقا بتقبل العلاج والالتزام به

### 3- المتغيرات المؤثرة في ممارسة وتغيير السلوكات الصحية :

يشير تايلور (1986) إلى أن تغيير وممارسة السلوكات الصحية تعتمد على مجموعة من المتغيرات المتمثلة في :

1- العوامل الديموغرافية **Facteurs démographiques** : تختلف العادات الصحية باختلاف العوامل الديموغرافية ، فقد أثبتت الدراسات أن الأشخاص الأقل سنا والأكثر ثراء وتعلما والأقل تعرضا للضغوط والأكثر حصولا على المساعدة الاجتماعية، يمارسون عادات صحية جيدة أكثر من أولئك الأشخاص الذين يتعرضون إلى مستويات أعلى من الضغط (Gottlieb et Green,1984).

2-العمر **L'age** : يتغير سلوك الفرد الصحي مع التقدم في العمر، فالعادات الصحية تكون جيدة في مرحلة الطفولة وتتدهور في مرحلتي المراهقة و الشباب، ثم تعود لتحسن مرة أخرى في الأعمار المتقدمة.

3-القيم **les valeurs** : إن للقيم التي يتبناها الأفراد تأثيرا على السلوكات الصحية التي يمارسونها، فمثلا تعتبر ممارسة النشاط الرياضي من طرف النساء من الأمور المرغوبة في بعض الثقافات، ولكنها لا تعد كذلك في ثقافات أخرى مما يؤدي إلى اختلاف نمط النشاط الذي تقوم به النساء في مختلف الثقافات.

4-الضبط الذاتي **Control personnel** : إن وجود وعي لدى الفرد بأن وضعه الصحي يتقرر بما يمارسه من ضبط ذاتي على سلوكه له دور في تقرير السلوكات الصحية التي يتبعها،فقد توصلت دراسة وولستون وآخرون ( Wallston et al, 1978 ) أن الأفراد الذين يحملون قناعات مسبقة بأن وضعهم الصحي يخضع لسيطرتهم الذاتية يكون لديهم قابلية اكبر لممارسة السلوكات الصحية الجيدة، من أولئك الذين يعتقدون بأنهم لا يملكون السيطرة على وضعهم الصحي.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

5-المؤثرات الاجتماعية **influences sociales** : تتدخل التأثيرات الاجتماعية في تقرير السلوكات والعادات الصحية التي يتبعها الفرد، فالأسرة والأصدقاء وزملاء العمل يمكن أن يؤثر جميعا في تقرير السلوكات الصحية التي يتبعها الفرد.

6-الأهداف الشخصية **Buts personnel** : ترتبط السلوكات الصحية ارتباطا وثيقا بالأهداف الشخصية

( Eiser et gentele,1988 ) فمثلا إذا كان تحقيق اللياقة البدنية يشكل هدفا مهما بالنسبة للفرد فإنه سيكون أكثر ميلا لممارسة الرياضة بشكل منتظم .

7-الأعراض المدركة **Symptomes perçives** : يحدث التحكم في بعض السلوكات الصحية بسبب وجود بعد الأعراض التي تدعو إلى ذلك، كما هو الحال عند الإصابة بالمرض المزمن ، فالمرض يستوجب تغيير العادات الصحية حتى يتجنب المريض مضاعفات المرض.

8-إمكانية الوصول إلى مؤسسات الرعاية الصحية **Possibilité d'accès aux systems sanitair** :

كما أن سهولة الوصول إلى المؤسسات المكلفة بتقديم الرعاية الصحية يؤثر أيضا في السلوكات والممارسات الصحية التي يتبعها الفرد ، فإجراء الفحوصات والتحاليل الطبية المنتظمة للكشف المبكر عن المرض هي من أمثلة السلوكات التي ترتبط بشكل مباشر بالمؤسسات المسؤولة عن تقديم الرعاية الصحية.

وفي حالة المرض المزمن كمرض السكري مثلا فإنه يتم تشجيع بعض السلوكات الصحية كفقدان الوزن والتوقف عن التدخين وإتباع الحمية الغذائية، وإجراء الفحوصات الدورية، لأن الكثير من المرضى يتلقون من أطباءهم إرشادات ونصائح ترتبط بأسلوب حياتهم.

9/العوامل المعرفية **Facteurs cognetifs** : ترتبط أيضا ممارسة السلوكات الصحية بالعوامل المعرفية كالاتقاد بان ممارسة صحية معينة ضرورية أو إحساس الفرد بأنه يصبح عرضة لأمراض خطيرة إذا لم يراع ممارسة سلوكات صحية معينة.

( شيلي تايلور، 2007 : 123 )



## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ويذكر يخلف (2001) أن العوامل المحددة للسلوك الصحي تنقسم إلى عوامل شخصية وعوامل محيطية تتمثل في :

### 1-المحددات المحيطية :

أ/المحيط الفيزيائي : والمتمثلة في عوامل المناخ التي تؤثر على السلوكيات الصحية كالحرارة والبرودة.

ب/المحيط الاجتماعي: ويقصد بها الأصدقاء،الأبنية الاجتماعية التي تؤثر في السلوك الصحي والمساندة العائلية التي يتلقاها الفرد.

ج/المحيط المهني: كزملاء العمل، ظروف العمل وظروفه التي تساند أو تعيق السلوك الصحي.

2-المحددات الشخصية : وتتمثل في كل من المحددات الوراثية، الصحة العقلية ومحددات الوعي المعرفي.

( عثمان يخلف،2001: 20-21).

ويذكر الباحثون أن فهم هذه العوامل من شأنه أن يساعد في تطوير وتخطيط برنامج أكثر واقعية لترقية الصحة والوقاية من الأمراض. ومع ذلك من اجل بناء برنامج أكثر فعالية لتحسين الصحة لابد من النظر إلى أن العوامل المؤثرة في السلوك الصحي على أنها عوامل تكاملية تعمل معا في تحديد الحالة الصحية للفرد فمثلا يولد الفرد وله استعداد وراثي للإصابة بمرض السكري (عامل شخصي) ، فإذا ما تعرض لصدمة في المحيط الاجتماعي أو البيئي فان إمكانية ظهور المرض عنده تتضاعف بشدة.

### 4- أنماط السلوك الصحي:

تعتمد أنماط السلوك الصحي على الإجراءات التي يتخذها الفرد للتعرف المبكر على حدوث الأمراض ومنع حدوثها، ويشتمل ذلك على الأنماط السلوكية التي تبدو ملائمة لأجل الحفاظ على الصحة وتنميتها كصفة تميز الفرد.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

4-1. حدد كاسل وكوب ( Kassel et Cobb ) ثلاث أنماط من السلوك الصحي تتمثل في :

### 4-1.1. السلوك الصحي الوقائي:

يرمز السلوك الصحي إلى تلك النشاطات التي يقوم بها الأفراد الذين يعتقدون أنهم أحسن للمحافظة على مستوى صحي جيد أي أن السلوك الصحي الوقائي هو كل نشاط يقوم به الفرد ويعتقد انه مناسب للوقاية وتجنب المرض في المرحلة التي تسبق الأعراض المرضية

( glanz et al,2002 : 10)

وقد برهن برسلو وزملاءه ( Bresslo et al 1972 ) أن هناك ستة سلوكيات يومية تؤثر على الحالة الصحية للفرد وتساهم في الوقاية من الأمراض وتتمثل في : مدة النوم، عادات التغذية المنتظمة، التكرار، الاعتدال في الأكل، إدارة الوزن، الراحة الجسمية المتمثلة في ممارسة الرياضة- السباحة والمشي، الالتزام بأخذ العطل، عدم شرب الكحول وعدم التدخين

( sohal, valent et al,1985 :04 )

### 4-2.1. السلوك المرضي:

أثبتت الدراسات التي أجريت في النصف الثاني من القرن العشرين بشكل خاص أهمية السن والجنس في السلوك المرضي وكذا ارتباطه بالعرق وبالمستوى التعليمي والحالة الاجتماعية الاقتصادية التي تؤثر في سرعة ظهور الأعراض، وتوصل ميكانيك ( Mekanik 1995 ) في دراسته للمحددات الشخصية للسلوك المرضي إلى أن هذه الأخيرة تنشأ من أسباب معقدة تتضمن التركيبات البيولوجية قبل المرض، طبيعة العرض، المؤثرات الموقفية والحوافز الخاصة بنظام العناية الذاتية، وبذلك فان الطبقة المتوسطة والمنخفضة هي أكثر ميلا إلى التأخر في السعي للعناية الصحية المختصة مع وجود أعراض خطيرة

### 4-3.1. سلوك لعب دور المرض:

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ظهر مصطلح سلوك لعب دور المرض من خلال أعمال بارسونز (Barsonz) والذي اعتبر نشاط يمارسه الفرد بغية الوصول إلى الأحسن ، وهو يتضمن تلقي العلاج من المصالح الطبية وبعض مظاهر إعفاء الفرد من بعض المسؤوليات ( Cobb,1996 : 24 )

و حدد بارسونز (Barsonz) دور سلوك المرض بأربع خصائص رئيسية تتمثل في :

\*الفرد المريض حر أو معفى من تحمل الأدوار الاجتماعية الطبيعية

\*أن الفرد ليس مسؤولاً عن المشكل أو المأزق.

\*الفرد المريض يحتاج للمعالجة للكسب الحسن.

\*يسعى الفرد المريض في دور المرض إلى المساعدة الكافية والتعاون لنيل العناية الطبية الحسنة .

4-2. وأعطى سارافينو (Sarafino) تقسيماً آخر للسلوك الصحي يتمثل في :

4-2.1. البعد الوقائي:

ويتضمن الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحمي الفرد من خطر الإصابة بالمرض كإجراء الفحوص الدورية والحصول على اللقاحات الأساسية.

4-2.2. بعد الحفاظ على الصحة:

ويشمل كل الممارسات الصحية التي من شأنها أن تحافظ على صحة الفرد كإقبال على الأكل الصحي مثلاً أو تنفيذ سلوكيات صحية منصوص بها.

4-3.2. بعد الارتقاء بالصحة:

ويشمل كل الممارسات الصحية التي تعمل على تنمية صحة الفرد والارتقاء بها إلى أعلى المستويات الممكنة من خلال النشاط البدني وممارسة الرياضة بشكل دائم ومنتظم....الخ

( عثمان يخلف، 2001 : 35 )

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ويسمح تكامل هذه الأبعاد بإيجاد ميكانيزمات مناسبة تسمح للفرد بالتكيف الحسن مع الحالة المرضية

### 5- النماذج النظرية المفسرة للسلوك الصحي:

تنوعت النماذج والنظريات في المراجع المتخصصة التي تهدف إلى تفسير السلوك الصحي، ومن أكثر النتائج مناقشة المتمثلة في:

- نموذج المعتقدات الصحية أو القناعة الصحية Health Belief Model لروزينستوك (Rosenstock,1966) وبيكر (Becker,1974) .

- نظرية الفعل المعقول Theory of reasoned action لفيشباين وأجزين (Fishbein, Ajzen,1975)

- نظرية دوافع الحماية Protection Motivation Theory لروجرز (Rogers, 1975).

### 5-1. نموذج المعتقدات أو القناعة الصحية:

ظهر نموذج المعتقدات الصحية سنة 1952 على يد مجموعة من علماء النفس الاجتماعي

(روزانستوك، بيكر) ، ويعتبر من أول النماذج التي كيفت لتفسير المشاكل السلوكية المتعلقة بالصحة وتفسير بعض الممارسات الصحية الوقائية (gaucheman, 1997 :16)

وينفق معظم الباحثين انه من أفضل النماذج لدراسة السلوك الصحي كونه يتميز بالوضوح، كما انه نتيجة لدراسات نظرية وتطبيقية دقيقة كونه يعرض عمليات أو ميكانيزمات محددة تربط بين المتغيرات الاجتماعية والسلوك الصحي الفردي (دلية زناد، 2013: 148)

ينظر هذا النموذج للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف. ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

(111 : Bengel and Belz-Merk,1990)، فاحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشر إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط .

يتضمن هذا النموذج مبادئ أساسية تتمثل في:

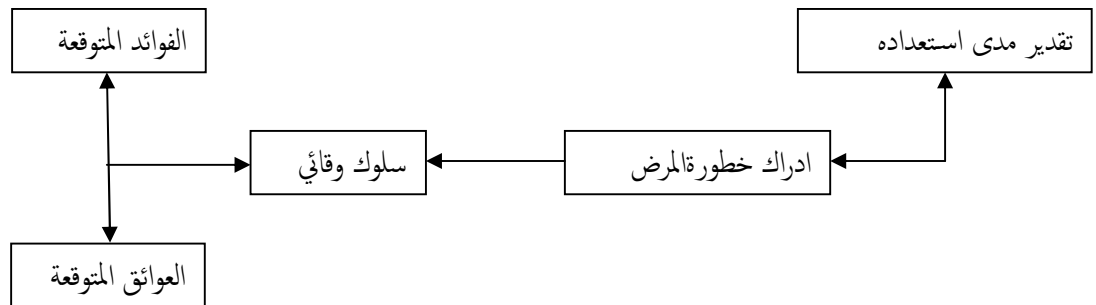
أ/ استعداد الفرد للقيام بسلوك صحي معين يحدد هو نتائجه وآثاره.

ب/ تقييم الفرد لنتائج السلوك المقترح ومقارنة هذه الفائدة بما يرتبط بهذا السلوك من تكاليف وأضرار أو معوقات جسمية أو اجتماعية.

ج/ وجود مثير للسلوك يدفع الفرد للبحث عن السلوك الصحي المناسب، وقد يكون هذا المثير داخليا (الأعراض المرضية) أو خارجيا (وسائل الإعلام).

ويسعى نموذج المعتقدات الصحية إلى تحديد المبادئ أو العوامل التي تتحكم في سلوك الفرد الوقائي بمعنى آخر انه النموذج الذي يحاول التنبؤ بتصرفات الفرد في المواقف الصحية المختلفة مما سيساهم في جعل البرامج الصحية الوقائية أو النمائية أكثر دقة وفعالية في التنفيذ، وحسب نموذج القناعة الصحية فان احتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط كما موضح في الشكل التالي :

### شكل (05) يوضح نموذج المعتقدات الصحية



(دليلية زناد، 2013، ص 150 عن عثمان يخلف 2001، ص 20)

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

يتضح من خلال الشكل وحسب نموذج المعتقدات الصحية أن السلوك الوقائي ينفذ عندما تكون شدة المرض وخطورته مرتفعين ويكون الاستعداد المدرك ( احتمالية المرض) لذلك المرض عالياً، وتكون الفوائد المتوقعة من الممارسة الصحية الوقائية معتبرة. ويتم تنفيذ مثل هذا السلوك على وجه الخصوص عندما تتوفر الشروط التالية:

1/ عندما يدرك الفرد ويقنتع أن عدم ممارسته للنشاط الصحي الوقائي سيعرضه لخطر الإصابة بالمرض

2/ وقد تكون هناك عواقب وخيمة لامتناع الفرد عن اتخاذ إجراءات وقائية

3/ أن تكون هناك فوائد متوقعة تالية لاتخاذ إجراءات وقائية

4/ تكون الفوائد المتوقعة أهم بكثير من التكلفة

5/ أن تتوفر قناعة ذاتية أن ممارسة النشاط الوقائي سيسفر عن النتائج الايجابية المتوقعة

6/ أن تتوقع دوافع داخلية وخارجية تغذي السلوك الصحي الوقائي وتعززه.

وقد توصل بعض الباحثين كجانس وبيكر ( Jans et Beaker 1984 ) إلى أن معظم البحوث

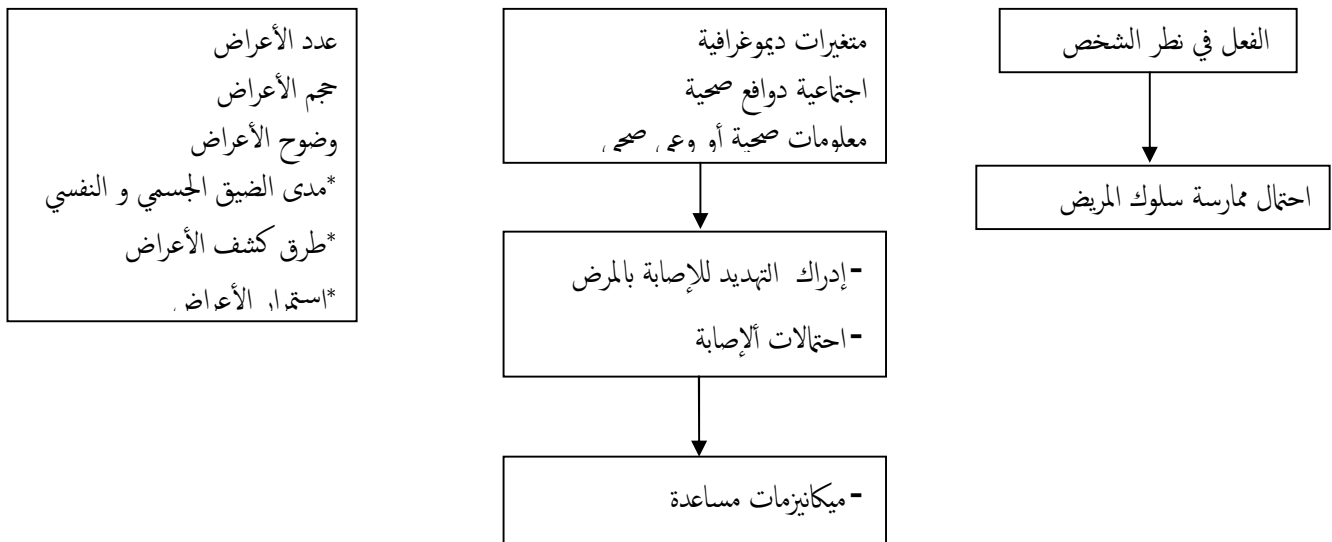
والدراسات التي استعملت هذا النموذج النظري للتنبؤ بالسلوكات الوقائية توصلت إلى وجود علاقة

وطيدة بين إدراك الخطر من جهة والسلوك الصحي من جهة أخرى، أي انه كلما توفرت قناعة لدى الفرد

حول استعداده لمرض معين وتعرضه لخطر الإصابة به اقبل على ممارسة سلوكات وقائية كما يشرحه

النموذج التالي :

شكل (06) يوضح نموذج القناعة الصحية (تقدير مدى الاستعداد للمرض)



( مفتاح عبد العزيز، 2010: 32 نقلا عن يخلف 2001 )

وعمل نموذج القناعة الصحية على وضع استراتيجيات وقائية فعالة للتصدي لمشكلات صحية خطيرة منذ تطبيقاته الأولى في مجال برامج الوقاية من مجموعة من الأمراض كمرض السل و الايدز والسرطان والتهاب الكبد الوبائي أو سلوك الإدمان أو أمراض القلب والسكري التي تعرف انتشارا شبيه وبائي في العالم.

وتسهم أيضا المعتقدات الصحية التي ترتبط مع المتغيرات الاجتماعية الديموغرافية والظروف الموقفية في بناء أو تشكيل قرار منطقي وإحصائي و فردي من أجل القيام بسلوك صحي أو اتخاذ إجراءات تأمين صحي ( سامر رضوان ، 2002: 142 ).

كان إذن لنموذج المعتقدات الصحية اثر كبير في إعداد وتطوير استراتيجيات الفعل والتقدير بهدف الحماية من الأمراض المزمنة والخطيرة ولجعل النموذج أكثر فاعلية.

## 5-2. نظرية التحكم أو الضبط الصحي ( Lieu de control de la sante ):

اعتمدت نظرية التحكم أو الضبط الصحي في نشأتها مع بداية الثمانينات على احد أبعاد نظرية العزو وهو البعد الداخلي مقابل البعد الخارجي في نشأة أسلوب العزو، وذلك من خلال تطبيق هذا البعد في مجال الصحة للتحدث عن مفهوم مركز التحكم الصحي.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

يشير مفهوم مركز التحكم عامة والذي جاء به روتر ( Rotter 1966 ) إلى كيفية إدراك الأفراد لمدى قدرتهم على التحكم في النتائج المرتبطة بسلوكياتهم، فهذا المفهوم يعتبر من المتغيرات ذات الأهمية في التأثير على الصحة النفسية والجسدية، حيث يرتبط البعد الخارجي لمركز التحكم بكل من العصائية والقلق والسلبية في التفاعل الاجتماعي ، بينما يزيد مستوى التوافق الاجتماعي كلما كان مركز التحكم داخليا ( عثمان يخلف، 2001: 33 ).

وحسب نظرية التحكم الصحي فان هناك بعدين أيضا لمركز ضبط الصحة والتحكم فيها بعد داخلي وآخر خارجي، حيث يعتقد أصحاب مركز التحكم الصحي الداخلي أن حماية صحتهم والارتقاء بها هي مسؤولية تقع عليهم وحدهم بما يقومون به من ممارسات سلوكية صحية وقائية. على عكس أصحاب مركز التحكم الصحي الخارجي الذين يرون أن الصحة تتأثر بعوامل خارجية كالحظ، وان حماية صحة الأفراد وترقيتها تقع على عاتق العاملين في مجال الصحة .

لقد بينت نتائج البحوث والدراسات التي تبنت نظرية التحكم الصحي أن هناك علاقة دالة بين ممارسة السلوكيات المرتبطة بالصحة وبين مركز التحكم الصحي، حيث أشارت هذه النتائج إلى أن مركز التحكم الصحي الداخلي يرفع من مستوى الاستعداد والرغبة في ممارسة السلوكيات الصحية الوقائية على عكس أصحاب مركز التحكم الخارجي ( seeman,1991 )، وان مركز التحكم الداخلي لا يواجه فقط السلوك الصحي الوقائي، بل يعمل أيضا على تفعيل أسلوب المواجهة أو التعامل مع وضعية المرض ( markes et al,1986 ; holtenhof et al, 2000 )

إن نظرية مركز التحكم الصحي حتى وان برهنت على قوتها من خلال استخداماتها الواسعة في شرح العلاقة بين الصحة والسلوك في مجالات التربية الصحية والوقاية والتعامل مع وضعيات المرض، إلا أنها لم تخل من الانتقادات. ولعل أبرزها ما يتعلق ببعدي مركز التحكم الداخلي والخارجي اللذان يظهران في النظرية وكأنهما قطبين منفصلين، بمعنى إما أن يكون الفرد ذو بعد داخلي في مركز تحكمه الصحي وبشكل دائم زمنيًا بنسبة مطلقة من الثبات، وإما أن يكون ذو بعد خارجي وهو ما لا يتطابق دائما مع الواقع. لذلك يرى الباحثون ضرورة النظر إلى مركز التحكم كمتصل واحد طرفاه الجانبيان هما الضبط أو



## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

التحكم الداخلي و الخارجي، وان الأفراد يقعون على نقاط ومواضع بينهما فينتج عن ذلك أن عددا قليلا منهم هم ذو توجه داخلي او خارجي بدرجة كبيرة وثابتة نسبيا

(hjell and ziegler , 1992).

وفي نفس السياق أشارت دراسة قام بها عثمان يخلف وزملاءه (1997) إلى أن مركز التحكم الصحي يتأثر بالمعطيات الثقافية التي تجعل من مركز التحكم الصحي الخارجي مصدر قوة بدلا من أن يكون مصدرا للإحساس بالعجز والتشاؤم، فيرفع من مستوى الرغبة والاستعداد لممارسة السلوك الصحي. وقد بينت نتائج الدراسة أن ذوي مركز التحكم الخارجي في عينة البحث كانوا أكثر ميلا من ذوي مركز التحكم الداخلي لممارسة السلوكات الصحية الوقائية .

إن عدم الانسجام في النتائج بين الدراسات المتعلقة بالبحث في علاقة مركز التحكم الصحي بالسلوك المرتبط بالصحة، قد يعود إلى عدم الاتفاق حول المعنى المعطى لمفهوم التحكم أو الضبط باعتباره خاصية من خصائص الوضعية محل التعامل وهو الأمر الذي يدفع إلى ضرورة اخذ هذا المفهوم من زوايا متعددة إذا ما اتفق على انه واحد من بين المحددات التي تقف وراء توجيه السلوك المرتبط بالصحة.

وعليه فان اعتماد فكرة تفاعل مفهوم مركز التحكم الصحي مع متغيرات الشخصية الأخرى من جهة ومعطيات البيئة الخارجية من جهة أخرى هو الذي سيعطي لمركز التحكم الصحي بعده التنبؤي العميق (ف.الزروق ، 2011 : 53)

### 3-5. نظرية الفعل المعقول:

تركز نظرية الفعل المعقول على تشكل النوايا (تشكيلة المحددات الممكنة للنوايا السلوكية) بدل التركيز على السلوك نفسه وتتحدد مقاصد أو نوايا التصرف من خلال عاملين هما :

- الاتجاهات نحو السلوك المشكوك فيه.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

- المعيار الذاتي، أي من خلال ضغط التوقعات الناجم عن "الآخرين الأعم".

وتشكل القناعات المعيارية والشخصية الطلائع المعرفية لمركبات هذا النموذج. وتتجه القناعات الشخصية نحو النتائج الممكنة للسلوك المشكوك فيه ونحو التقييمات. أما القناعات المعيارية فتقوم على التوقعات من جانب أشخاص أو مجموعات الإطار المرجعي للشخص. ومن أجل تعديل الاتجاهات أو المعيار الشخصي وبالتالي تعديل النوايا وأخيراً السلوك لا بد في البداية من تعديل القناعات.

وفي تطوير آخر لأجزين (Ajzen, 1985, 1988) أضيفت "القابلية الذاتية لضبط التصرف" إلى النموذج، والتي يقصد بها القناعة بقدرة الشخص على أن يقوم بالفعل بتصرف ما.

وطبقاً لنظرية توقعات الكفاءة الذاتية لباندورا (Bandura, 1977, 1986) فإن نية الفرد من أجل القيام بالسلوك الصحي لا تتولد إلا عندما يمتلك بالإضافة إلى توقعات النتيجة الممكنة توقعات الكفاءة المطابقة أو المناسبة في الوقت نفسه، إي على الشخص ألا يعتقد فقط أن التدخين مضر بالصحة مثلاً من أجل أن يتوقف عن التدخين وإنما عليه أن يكون مقتنعاً على أنه قادر على تحمل عملية الإقلاع الصعبة عن التدخين.

### 4-5. نموذج دافع الحفاظ على الصحة: Théorie de motivation de protection

يعتبر نموذج دافع الحفاظ على الصحة أو نظرية دافع الحماية لروجرز (Rogers, 1975, 1983) من بين النماذج المفسرة لسلوك الصحة والمرض ، ويقوم هذا النموذج على التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات بالقيام بإجراءات ملائمة، بمعنى القيام بأنماط السلوك الصحي. ويمكن في هذا النموذج التفريق بين أربعة مركبات والمتمثلة في :

1- الدرجة المدركة من الخطورة المتعلقة بتهديد الصحة.

2- القابلية المدركة للإصابة بهذه التهديدات الصحية.

3- الفاعلية المدركة لإجراء ما لأجل الوقاية أو إزالة التهديد الصحي.

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

4- توقعات الكفاءة الذاتية، أي الكفاءة الذاتية لصد الخطر.

وتساهم هذه المركبات في تشكيل طلائع ممارسة سلوك صحي ما، واستناداً إلى نظرية الفعل المعقول يفترض أن مثل هذه النوايا تمكن من التنبؤ الأفضل الممكن للسلوك الفعلي

( سامر رضوان، 2008 : 11-12 ) .

### 5-5. نموذج التربية الصحية لبرسيد :

يعتبر جرين ( Green 1974 ) رائد ا في مجال التربية الصحية، ولقد صاغ نموذجا نظريا يعرف بنموذج الإعداد أو برسيد **modele de precede** حول كيفية التخطيط للصحة الجيدة او الارتقاء بصحة المجتمعات إلى أعلى مستوى.

يرى جرين **Green** أن الصحة الجيدة مرتبطة بشكل قوي ومباشر بالبيئة المحيطة بالفرد والعادات الصحية التي يمارسها، واستطاع تحديد مجموعة من متغيرات أو عوامل يفترض أنها تتحكم أو تضبط في نشأة أو ممارسة مظاهر السلوك الصحي وتمثل هذه العوامل في:

**1/ عوامل أو متغيرات الاستعداد :** تتضمن هذه العوامل المتغيرات المعرفية مثل المعارف الصحية والقيم والاتجاهات والمعتقدات الصحية والوعي الصحي، وتشكل هذه المتغيرات الهدف التقليدي لبرامج التربية الصحية والتي غالبا ما تسعى من خلال تغيير هذه المكونات المعرفية إلى دفع الفرد لممارسة الأنشطة والعادات الصحية السليمة.

**2/ عوامل او متغيرات التنفيذ :** وتشمل الكفاءة والمهارات التي تساعد في تنفيذ النشاط الصحي المرغوب فيه كمرقابة مستوى ضغط الدم أو مراقبة الكوليسترول أو تعلم السباحة، وبمعنى عوامل أو متغيرات الكفاءة تعمل على تأهيل الفرد وتزويده بالمهارات الحياتية السليمة لتمكينه من تحقيق مستوى صحي جيد.

**3/ عوامل أو متغيرات التعزيز:** وتشمل جميع العوامل الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تؤثر ايجابيا أو سلبيا على سلوك الفرد وعاداته الصحية وعوامل التنشئة الاجتماعية الأخرى كسلوك المربيين أو المصلحين

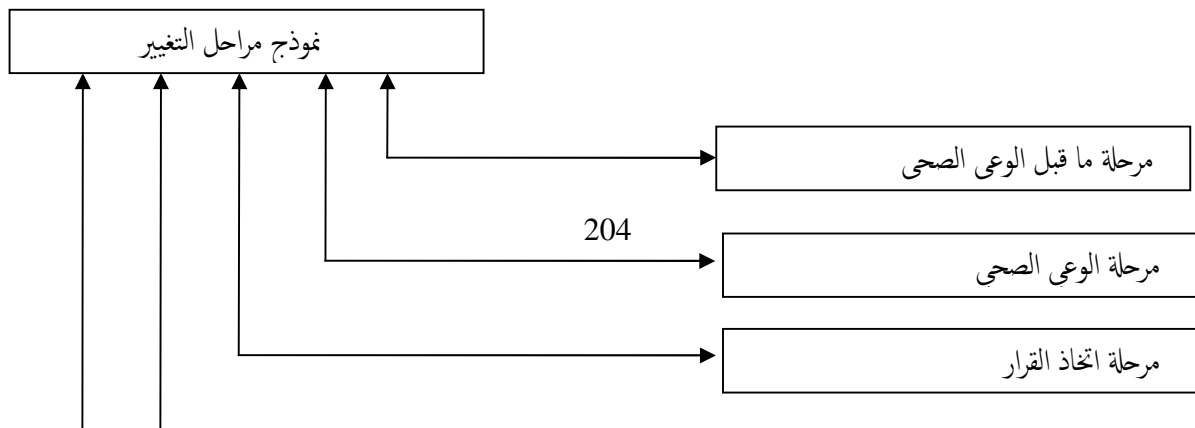
5-6. نموذج مراحل التغيير :Modèles des étapes de changement

تمكن كل من بروشاسكا، ديكليمانتي ونوركروس ( prochaska, diclimenté et norcross ) من بناء نموذج نظري يعنى بتحديد المراحل التي يمر من خلالها الفرد عندما يغير عن قصد سلوكا مضرا بالصحة كالتدخين أو تناول طعام غير صحي. وحسب نموذج مراحل التغيير فان رغبة الفرد للتخلي عن عادة صحية سيئة تخضع لعدة عوامل شخصية داخلية. وتعتبر الدافعية حجر الزاوية في هذا النموذج لهذا يعتبر بروشاسكا وديكليمانتي(1992, prochaska et diclimenté) أن تغيير سلوك ما يحدث من خلال مراحل الدافعية الخمس ووفق السياقات الخاصة بكل مرحلة تمثل من جهة أخرى بعدا زمنيا يسمح بدوره بالتعرف على التعديلات والتغيرات التي مست الحدس،الاتجاهات او السلوك.

وتعرف سياقات التغيير حسب ( prochaska et al,1997) أنها سلوكيات أو معارف خاصة تسهل المرور من مرحلة إلى أخرى، كما أنها تؤدي دور الموجه لتقدير وتقييم مدى تغير المريض وتبنيه لسلوكيات صحية (دليلة زناد، 2013 : 155)

و تمر عملية التغيير هذه بالمراحل الخمس الآتية:

شكل (07) يوضح مراحل تطور نموذج التغيير



( عبد العزيز مفتاح، 2010: 41 )

في المرحلة الأولى (مرحلة ما قبل الوعي الصحي) لا يظهر الفرد رغبة قوية في تغيير السلوك اللاسوي وغير مقتنع بفكرة التغيير والتعديل بسبب عدم وعيه بوجود مشكلة صحية ورفضه للواقع مثل سلوك الإدمان على المخدرات، وبالتالي لا يفكر في التغيير رغم حث الأصدقاء والأقارب على ذلك.

أما المرحلة الثانية (مرحلة الوعي الصحي أو التأمل) فتشمل الأفراد الذين هم على وعي بوجود مشكلة صحية ويفكرون جديا في كيفية التغلب عليها ولو أنهم غير مقبلين بعد على اتخاذ أي إجراء عملي من شأنه أن يقضي على المشكلة الصحية، فالفرد في هذه المرحلة يشعر بوجود مشكلة سلوكية ويفكر جليا في التغلب عليها. وحسب بعض الدراسات المتوفرة في مجال الصحة العامة وعلم النفس الصحة فان أغلبية المدمنين الذين شملتهم البحوث الاكلنيكية يستقرون في هذه المرحلة لمدة زمنية تتراوح بين سنتين وأربع سنوات بدون أي تغيير يذكر في استعدادهم للانتقال إلى مرحلة جديدة.

وتعرف المرحلة الثالثة بمرحلة اتخاذ القرار وتشمل رغبة الفرد القوية في التغيير، ويصاحب ذلك اتخاذ إجراءات عملية كالتخلي عن الطعام غير الصحي أو تخفيض عدد السجائر يوميا.

وفي المرحلة الرابعة (مرحلة الفعل والتنفيذ) يحدث تعديل وتغيير فعلي في السلوك كالإقلاع عن التدخين وتغلب الفرد على مشكلته الصحية، كما يلاحظ تغير في المتغيرات المحيطة بالشخصية، المحيط

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

العائلي والاجتماعي. ويكون التغيير واضحا في هذه المرحلة حيث يصب الفرد اهتمامه في "الفعل" ويتناسى جهد الحفاظ على هذا التغيير.

وغالبا ما تتطلب هذه المرحلة ارادة كبيرة وجهدا مستمرا لإحداث أي تغيير ملموس في تعديل السلوكات، ويتطلب الأمر كذلك الدعم الايجابي من طرف المحيط والفريق الطبي وتعزيز الذات لضمان عدم الانتكاسة ( عودة ظهور السلوك المشكل)

أما المرحلة الخامسة ( مرحلة التثبيت والاحتفاظ) فهي المرحلة التي يحاول فيها الفرد الحفاظ على الفوائد الصحية وتجنب الانتكاس، كما يعمل على توطيد النتائج التي توصل إليها، هي مرحلة الثبات الذي يعني الاستمرارية في السلوك الايجابي والالتزام به

( مفتاح عبد العزيز، 2010 : 41-42).

### ❖ سياقات التغيير:

إقتراح بروشاسكا (1992, prochaska et diclimenté) عشرة سياقات للتغيير تعمل على تعديل وتنظيم حالة الدافعية لدى الفرد ، تتميز كل مرحلة من مراحل التغيير بمجموع سياقات التغيير وهي كالاتي :

#### 1-الشعور Consciensation :

تشير عملية الشعور إلى تزويد المفحوص بالمعلومات وإثراء حصيلته المعلوماتية بخصوص ذاته، خصائصه الشخصية وسلوكه غير السوي،و كما تشير إلى تعلم واكتساب أفعال جديدة وأفكار تعزز رغبة التغيير السلوكي. فالوعي الشعوري هو مجموع التدخلات التي تسعى إلى التوعية والتحسيس وتجعل المريض يدرك مدى أهمية امثالته للتعليمات الطبية ، ففي حالة مرض السكري مثلا يزود الفاحص المفحوص بمعلومات عن مرضه، أسبابه، أنواع العلاج التي يتلقاها المريض والرعاية النفسية والاجتماعية المتوفرة .

#### 2-التنفيس الانفعالي Soulagement émotionnel:

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

يعبر المفحوص خلال عملية التنفيس الانفعالي عن مشاكله ومشاعره وأحاسيسه محاولا إيجاد الحلول المناسبة لها. ويستخدم الفاحص لبلورة هذه العملية تقنيات علاجية كلعب الأدوار والإفصاح الشخصي.

### 3- إعادة تقييم الذات : Réévaluation de soi

يعمل الفرد خلال هذه العملية على ما يشعر ويفكر به بخصوص مشكلته وذلك من خلال تصنيف وتوضيح معتقداته، قيمه والصور المعرفية والوجدانية وذلك قبل وبعد تغيير السلوك.

### 4- إعادة تقييم المحيط Réévaluation de l'environnement

تشير هذه العملية إلى تقييم الفرد لمدى تأثير مشكلته على المحيط العائلي والمهني حتى يتمكن من إدراك الآثار السلبية لسلوكه المشكل ( **comportement probleme** ) ، ففي حالة المرض المزمن مثلا يشكّل المريض الذي لا يلتزم بالعلاج ضغطا إضافيا على أفراد العائلة لأنه يعمل على تفاقم المرض.

### 5- تحرير الذات Libération de soi

تشير هذه العملية إلى الاعتقاد والالتزام بالسلوك الايجابي المتعلم، ثم التصريح أمام المحيط العائلي بقرار التغيير والتعديل والتعهد بعدم الرجوع إلى السلوك اللاسوي.

### 6- علاقات المساعدة: Relations d'aide

تشير علاقات المساعدة إلى استراتيجيات الفرد للبحث عن الدعم الاجتماعي وذلك من خلال تكوين شبكة العلاقات الاجتماعية الفعالة التي تساعد على اكتساب السلوك الصحي والتخلص من السلوك المشكل تدريجيا.

### 7- تسيير الوضعيات :Gestion des contingences

يعمل الفرد المريض من خلال هذا السياق على تعزيز السلوك الايجابي والتخلي عن السلوك المشكل .

### 8-ضبط المثير Control du stimulus :

وفي هذه المرحلة يصل الفرد إلى مرحلة التخلي وإلغاء المثيرات المفجرة للسلوك اللاسوي، كان يعزف المدخن عن الذهاب إلى الأماكن التي تعلم فيها التدخين وتجنب الأصدقاء المحرضين على ذلك. وفي حالة المرض المزمن مثلا يسعى مريض السكري إلى إتباع الحمية الغذائية لتجنب المواد السكرية والدسمة بانتظام لتعديل نسبة السكر في الدم.

### 9-التحرير الاجتماعي: Liberation social:

ويرتبط التحرير الاجتماعي بالمجال الحيوي الاجتماعي الذي يساعد الأفراد على اعتماد سلوكيات صحية ملائمة من خلال فتح مجالات اجتماعية صحية يتوافد عليها الأفراد ( كالمجالات المفتوحة لغير المدخنين وغير المدمنين)، مما يساعد الأفراد على التخلي عن الإدمان والتدخين.

### 10-الاشراط المضاد Contre conditionnement :

يشير الاشرط المضاد إلى تعلم الفرد سلوكيات صحية بعد تخليه عن السلوك اللاسوي ويكون ذلك من خلال بعض التقنيات المساعدة كالاسترخاء ، تأكيد الذات، التغذية الرجعية.....

( دليلة زناد، 2013 : 159-161 )

ويذكر الباحثون أن للعلاقة بين مراحل وسياقات التغيير تأثيرا مباشرا على العلاج كونها تؤكد على أهمية تعزيز التدخلات العلاجية عند مستوى المرحلة التي يكون قد وصل إليها الفرد، وعليه يكون العلاج الموجه نحو الفعل فعالا عندما يصل المفحوص الفرد أو المريض إلى مرحلة الإعداد أو الفعل، في حين يفقد العلاج فعاليته أو ينعكس سلبا إذا كان الفرد مازال في مرحلة ما قبل الوعي الصحي أو مرحلة الوعي الصحي، وقد ينجر عن هذه الوضعية معاش مؤلم يؤدي إلى الشعور بالنقص ونقص تقدير الذات مما يصعب من عملية التكفل الطبي والنفسي مستقبلا، لهذا فكل مرحلة محددة بالمدة الزمنية وبالسياقات الخاصة بها.



## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

يلاحظ مما سبق أن نموذج مراحل التغيير يعتبر احد النماذج السلوكية التي نالت اهتمام العديد من الباحثين في مجالي العلاج النفسي والطب السلوكي، حيث تم توظيف بعض مبادئها السلوكية المعرفية في اختيار استراتيجيات علاجية تتلاءم وتتناسب وطبيعة الاضطراب أو المرض الذي يعاني منه كل مريض من المرضى المترددين على العيادات الطبية والنفسية، كما استعمل هذا النموذج كإطار نظري لتنظيم الأفكار البحثية حول سلوك الإدمان بأبعادها البيولوجية والنفسية والاجتماعية .

إن يمكن القول أن أهمية البحث في العلاقة بين أنماط الحياة والصحة تكمن في فهم سلوكيات الصحة والخطر ومحدداتها، وخاصة وان هناك عوامل مختلفة هي التي توجه وتحدد سلوكيات الفرد اتجاه صحته كالعوامل الوراثية والانفعالية والاجتماعية والفكرية.

### 5-7. نموذج التسيير الذاتي لليفتيل ( Leventhal,1992 ):

انطلق نموذج التسيير الذاتي ( Leventhal,1992 ) من مجموع الدراسات حول استجابات الخوف لدى الأفراد الناتجة عن معرفة الانعكاسات السلبية للسلوك المشكل.

يقوم النموذج على ثلاث مسلمات أساسية تعتبر أولها الفرد عاملا نشطا وفعالا في حل مشكلته إذ يعمل على تقليص الهوة بين وضعيته الحالية والحالة التي يصبو إليها. ويرتكز المسلم الثاني على أن التصور المعرفي والانفعالي لتهديد وخطر المرض يساعد على التكيف وتقييم محيط العمل، في حين يشير الثالث إلى أن التصور يتعلق بكل فرد على حدا كما قد يكون غير ممثل للحقيقة الطبية (دليلة زناد، 2013: 165).

ويتضمن نسق تسيير السلوكيات الصحية حسب نموذج التسيير الذاتي أربعة مراحل تتمثل في :

1- التزود بالمعلومة واستخلاصها من المحيط.

2- تكوين تصور حول تهديد المرض.

3- المقاومة.

4- التقييم

1- التزود بالمعومة واستخلاصها من المحيط :

توجد ثلاث مصادر للمعلومات تتمثل في :

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

1-1.المعلومات الخارجية المنبثقة من المحيط الاجتماعي، الأصدقاء، العائلة، الفريق المعالج ووسائل الإعلام.

1-2.المعلومة الداخلية الآتية من الإحساسات الجسدية وعلاقتها بالأحداث المحيطة.

1-3.المعلومة الآتية من الخبرات الماضية المرتبطة بالمرض وبالتالي تكوين تصور للمرض يعتمد أساسا على كمية المعلومات المكتسبة ومدى صحتها ومصداقيتها.

### 2- تكوين تصور حول تهديد المرض:

يعرف تهديد تصور المرض من خلال خمس خصائص محددة للتصور المعرفي الذي يكونه المريض حول مرضه، بالإضافة إلى المعاش الانفعالي للمرض. تتمثل هذه الخصائص في:

### 2-1.تعريف المرض:

يتضمن تعريف المرض اسم المرض، نوعه، تصنيفه وأعراضه، فمثلا يتم التعرف على مرض السكر من خلال مجموع الأعراض العيادية، تحاليل الدم والبول، وعندما يكون المرض مشخصا تشخيصا دقيقا يكون المصاب به مطمئنا لان معرفة المرض تعني تحديد العلاج المناسب في أسرع وقت ممكن، أما عندما يكون المرض غير معروفا فان القلق يجتاح المريض ويتوقع كل الأخطار الممكنة وبالتالي يصعب وضع بروتوكول علاجي مناسب.

### 2-2.مدة المرض:

يمكن أن يكون المرض حادا لمدة زمنية معينة ثم يشفي المصاب حيث تختفي الأعراض تماما ، كما قد يكون المرض دوريا وينتقل إلى مرحلة الازمان، لذلك يختلف تقبل المريض للمرض بين الحاد أو العارض وتقبله كمرض مزمن والتي يحتاج فيها إلى استخدام استراتيجيات تكيف فعالة .

### 2-3.الانعكاسات :

وتشير إلى مخلفات المرض على المدى القريب والبعيد، وتشمل الجانب العضوي ،الاجتماعي والمهني، بالإضافة إلى الانعكاسات السيكلوجية كالقلق والاكتئاب.

### 2-4.السببية :

تشير السببية في المرض إلى الاعتقادات المتعلقة بالعوامل المساهمة في تطور المرض والأسباب السابقة له. ويعتقد المريض في كثير من الحالات انه السبب في مرضه وان له دور في حدوثه، فيراوده الشعور

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

بالذنب، وفي حالات أخرى يظهر المريض مشاعر الغضب والتمرد معتقدا أن الآخرين هم السبب في مرضه كان يعتقد أن إهمال الطبيب وعدم اهتمامه هو الذي جعل مرضه يتفاقم

### 2-5. إدراك الضبط والمراقبة :

يشتمل إدراك الضبط لتهديد المرض على ثلاثة عوامل أساسية وهي:

1- انتظار وتوقع الفعالية الذاتية،

2- إدراك الكفاءة الذاتية،

3- توقع النتائج والمهارات الضرورية لمواجهة المرض، مثلا تمتلك مريضة مصابة بمرض

السكري كل المعلومات الضرورية لتسيير حميتها الغذائية (أهمية الوجبات وانتظامها) لكن تشعر بعدم قدرتها على تطبيق هذا البرنامج يوميا وذلك منذ ان فقدت زوجها بسبب الشعور بالوحدة وفقدان الدعم الاجتماعي ، ونتيجة للقلق الذي يسيطر عليها تندفع بشراهة نحو الأكل. وتحدد هذه السلوكيات الاستراتيجية المناسبة لمواجهة وضبط المرض، كما تلعب دورا في تقييم النتائج.

### 3-مرحلة المقاومة:

تشير هذه المرحلة إلى عملية التخطيط وتبني سلوكيات صحية مناسبة وذلك لمواجهة تهديد المرض والانفعالات المصاحبة له، وتشتمل الاستراتيجيات :

أ/ الاستراتيجيات المركزة على تسيير الانفعالات والتي تسعى أساسا إلى التقليل من الوجدانات السلبية كإنكار المرض، فالمريض الذي ينكر مثلا انه مصاب بمرض السكري لا يبذل أي جهد في تغيير نمط حياته رغم أهميته لنقادي المضاعفات، لهذا يظهر انه من الصعب تغيير السلوك المرضي إذا لم يكن هناك تحكم في الانفعالات .

ب/ الاستراتيجيات المركزة على المقاومة الأدائية ( حل المشكل) التي تهدف إلى تغيير الوضعية وتبني السلوك الصحي كالامتنال للتعليمات الطبية من حيث اخذ الدواء، إتباع الحمية الغذائية، ممارسة الرياضة....

### 4-مرحلة التقييم:

تشير هذه المرحلة إلى تقييم الفرد المريض لمدى نجاح الاستراتيجيات التي تبناها وبالمقابل يغير التصور الانفعالي والمعرفي الذي كونه عن مرضه لكي يتمكن من الوصول إلى تسيير الوضعية الضاغطة ( وضعية المرض)، كما يعمل المريض على تقييم فعالية السلوك الذي يتعامل بواسطته مع

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

مرضه فإذا كان فعلا يواصل في إتباعه، أما إذا كان مضرا فانه يتخلى عنه، وهذا ما يعرف بعملية التقييم وإعادة التقييم.

( دليلة زناد، 2013: 166-169).

يلاحظ من هذا العرض أن نموذج التسيير الذاتي يحدد التأثير التفاعلي لنوعين من سياقات المعلومات يعتبر الأول نظري عقلاني مجرد، في حين أن السياق الثاني واقعي، معاشي، تلقائي وانفعالي. لذلك فان النسق الأول يحدث تصورا موضوعيا للتهديد الموجه نحو الصحة وذلك من خلال استراتيجيات المقاومة وسياقات التقييم أما النسق الثاني فهو يحدث تصورا ذاتيا موجهها وفق الانفعالات المعاشة.

ويتوافق مع هذين النسقين نوعان من البنيات الذاكرية وهما الذاكرة التصويرية وهي ذاكرة خاصة بمراحل المرض وتمثل رموزا غير لفظية هي لحظات وجدانية تعبر عن المرض السابق ولها دور في المعاشة الوجدانية لذكريات خاصة بالأعراض المرضية، أما البنية الثانية فهي الذاكرة التخطيطية المتعلقة بلحظات المرض المعاشة ومختلف الاعتقادات والادراكات المرتبطة به، فهي التي تحدد الحالات الانفعالية المصاحبة للمرض وأنواع السلوك المتبعة كالسلوك الصحي

( Phellipot, 2001 : 198 )

يساعد نموذج التسيير الذاتي المعالج المختص على فهم وتجاوز الصعوبات التي تواجه المرضى أثناء التسيير الذاتي والتي تؤدي إلى عدم الالتزام بالسلوك الصحي .

نلاحظ من خلال هذا العرض لمختلف النماذج النظرية المفسرة للسلوك الصحي أنها متكاملة حيث يسمح نموذجي مراحل التغيير ل **Prochaska** والتسيير الذاتي ل **Leventhal** بتوضيح وتفسير، تصور وإدراك معاش المرضى لمرضهم المزمن والتكيف معه حيث يدرس نموذج **Prochaska** الدافعية الآنية للمريض عند التزامه بالسلوك الصحة وامتناله للتعليمات الطبية لتحقيق مراحل التغيير من خلال سياقاته المشار إليها ، في حين يسمح نموذج **Leventhal** بفهم ومعرفة التصور المعرفي والانفعالي للمرض وتكيف المريض معه لإتباع السلوكات الصحية المناسبة.

6- السلوكات الصحية المساندة للصحة و المرض :

ذكر الباحثون أن الصحة الجسدية والتكيف مع المرض، وخاصة المزمّن منه ، مرتبط بمجموعة من السلوكيات الصحية التي يمارسها الفرد بانتظام والمرتبطة بالالتزام بالعلاج ، تتمثل هذه السلوكيات في الامتثال للتعليمات الطبية من خلال تنظيم نظام التغذية وممارسة التمارين الرياضية.

### 6-1. الالتزام بالبرنامج العلاجي :

تخبرنا مختلف الدراسات أن الأفراد الذين لديهم شعور قوي بالكفاءة الذاتية ويتقدير مرتفع للذات، والذين يتمتعون بمرونة في التعامل مع المشكلات والضغوط يحققون سيطرة أفضل ويكونون أكثر قدرة على الالتزام ببرامج العلاج ( Kavanauth et al,1993,Payrot et al,1999 ).

تعتمد الخطوة الأولى للالتزام على قرار المريض الانصياع للبرنامج العلاجي طبقا لما يصفه الطبيب ، لكن الأطباء يميلون إلى الاعتقاد أن المرضى سوف يلتزمون حتما بإرشاداتهم ونصائحهم دون أن يدركوا بان العامل الكفيل بضمان ذلك يتمثل في تصميم المريض واتخاذ قراره صارما وقاطعا بهذا الشأن "...فالمريض ليس طرفا سلبيا في إنجاز العلاج والالتزام وإنما له كامل الحرية في اتخاذ القرارات التي يجدها ملائمة لوضعه ومنسجمة مع قناعاته...." (شلي تايلور، 2007، ص 553).

ويحدد مدى استعداد المريض لمتابعة العلاج والالتزام به حسب لي ( Ley, 1988 ) في:

1/ إدراك المريض لمدى خطورة المرض: فإذا كان المريض يعتقد أن مرضه خطيرا فسوف يشعر بضرورة التزامه بالعلاج، بينما لن يكون الشعور مماثلا إذا عرف أن مرضه عابرا وليس خطيرا على مستقبله.

2/ مقارنة كلفة العلاج بفوائده: فإذا كان العلاج باهظ الكلفة وأنه سينتج عنه ألاما وأثارا جانبية وسيخل بالحياة اليومية للمريض ويسبب له الضيق والانزعاج فان التزام المريض سيكون ضعيفا.

3/ فهم المريض لما هو مطلوب منه : وللإجراءات التي سيشملها برنامج العلاج، إما إذا لم يفهم المريض هذه الإجراءات فانه لن يتبعها ويطبقها بدقة ( Hanenstein et al,1987, Stanton,1987 ) ويكون الالتزام في أعلى درجاته عندما يحصل المريض على وصف كامل للمرض وأسبابه وطرق علاجه بأسلوب مبسط خال من المصطلحات العلمية والطبية المعقدة والتعليمات المكتوبة والمكررة لضمان استيعابها ( Dematteo et Dinicola,1982 )، وينتج عدم الالتزام أيضا عن عوامل اجتماعية ولغوية وثقافية.

### 6-1.1. البرنامج العلاجي والالتزام العلاجي:

يؤثر البرنامج العلاجي المسطر على درجة إقبال المريض على الالتزام ، ويبدو أن رضا المريض له أهمية فائقة في التنبؤ بالالتزام أيضا إذ تشير الدلائل إلى إن المريض يلتزم التزاما عاليا بالعلاج عندما يكون راضيا وعندما يلمس أن توقعاته بشأن الرعاية الصحية بدأت تتحقق، وكذلك عندما يتحلى طبيبه بالدفء والاهتمام ويجيب عن استفساراته دون تسرع أو غضب ( Sherbourne et al,1992, )

(Dimatteo et al,1993) ، بينما تبين الدراسات أن الالتزام يقل عندما يستغرق العلاج زمنا طويلا وخصوصا إذا كان يتطلب إجراءات معقدة أو يعرقل أسلوب حياته المعتاد ويتطلب منه تغيير عاداته وسلوكياته الشخصية كالتوقف عن التدخين أو تغيير نظامه الغذائي ونشاطاته ( Dimatteo et

( Nicola,1982,Turk et Meichnbaum,1991

### 6-2.1. تحسين الالتزام بالعلاج :

تكتسي مسألة التحسين من الالتزام العلاجي أهمية كبيرة خاصة عند الحديث عن الدور الذي يلعبه تغيير أسلوب الحياة في تحسين الصحة وتجنب المرض وغالبا ما يصعب استيعاب الحديث عن مثل هذه القضايا من قبل الأطباء ( Wechsler et al,1983)، فإرشاد المرضى حول القضايا التي تتعلق بتعزيز الصحة وتغيير العادات والسلوكيات الصحية لم يكن جزءا من النشاطات التقليدية للطبيب، لكنه يلقى مزيدا من التشجيع في الوقت الحاضر، فقد أصبح الأطباء يدركون أن تعديل سلوك المريض فيما يتعلق بتعاطي الكحول وتغيير الحمية الغذائية المتبعة وممارسة التمارين بانتظام وتخفيض مستويات الكولسترول يعتبر من الأهداف المهمة لمرضاهم خاصة المراهقين والراشدين الشباب

( شلي تايلور، 2007:563).

ولان هذه التغييرات في نمط الحياة تشير إلى تلك السلوكيات التي تظهر مستويات متدنية من الالتزام فان تدريب الأطباء على التواصل الفعال بهدف تغيير هذه السلوكيات وزيادة الالتزام بالعلاج أصبح من الأهداف المهمة والأساسية ( Rotter et al,1998 )

### 6-3.1. عدم الالتزام العلاجي

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

ذكر الباحثون والأطباء أن عدم الالتزام العلاجي لدى المرضى المصابين بمرض مزمن -كمرض السكري مثلا- تعتبر من واكبر المشكلات التي تواجه الفريق المعالج وتشكل عبئا إضافيا على مؤسسات الرعاية الطبية والدولة ككل.

يشير عدم الالتزام العلاجي إلى عدم تبني المرضى السلوكات الصحية والمعالجات التي يوصي بها الفريق المعالج القائم بالرعاية الصحية، وتتراوح تقديرات عدم الالتزام ما بين 15 و 93 % من مجموع المرضى ( شيلي تايلور ،2007: 551).

وتوصلت دراسات ( Wing et al,1986, Watking et al,1976 ) إلى أن:

- 80% من مرضى السكري كانوا يستخدمون العلاج بصورة غير صحيحة.
- 58% اخطئوا في تناول الجرعات.
- 77% كانت فحوصاتهم للسكر والبول غير دقيقة.
- 75% لم يلتزموا بإتباع الحمية الغذائية

وتوصلت الدراسات أيضا أن ثلث المرضى لا يتقيدون بشكل كاف بالوصفات الطبية الأكثر شيوعا ولا يتم الالتزام بها، كما أن 50 إلى 60 % من المرضى لا يلتزمون بمواعيدهم التي يتم تحديدها بهدف تعديل سلوكياتهم الوقائية، وان ما بين 20 إلى 80% ينسحبون من برامج تعديل أساليب الحياة التي يتم اعدادها خصيصا لمعالجة مشكلات السلوك الصحي ( Rapoff et Dunbar et Agras,1980 , Cristopherson, 1986, Buckalew et Sallis,1991, DImatteo et Dinecola,1982,turk et Meichenbaum, 1991 ).

ويقود تدني مستوى الالتزام العديد من الباحثين إلى الاعتقاد بان فوائد الكثير من الأدوية لا تتحقق وذلك في ضوء مستويات الالتزام الراهنة لدى المرضى ( Haynes et al, 1996 ).

وحاول الأطباء في مرات عديدة قياس عدم الالتزام العلاجي لكن ذلك لا يعتبر بالأمر السهل أو الهين ويلاحظ التباين واضحا بين تقارير الأطباء وما تظهره اللوائح وما تبينه تقارير المرضى، كقياس عدد الحبوب التي يتناولها المريض أو من خلال استجواب الأطباء لمرضاهم فمعظم المرضى يعرفون أنهم يفترض بهم الالتزام لذا تكون إجاباتهم زائفة حتى يظهروا بالمظهر الملتزم والمتعاون. لذلك وجد أن طرق قياس الالتزام المستخدمة تقود إلى تقديرات مزيفة وغير صحيحة

( Kaplan et Simon ,1990, Türk et Meichenbaum,1991 )

### • طرق التقليل من عدم الالتزام العلاجي:

من أهم الطرق التي يراها الأخصائيون فعالة لمعالجة عدم الالتزام العلاجي والتقليل من النسب العالية لتحلف المرضى عن الحضور للمواعيد هو تدريب القائمين بالرعاية الصحية على كيفية التواصل السليم من خلال تحسين مستوى الخدمات، التقليل من مدة الانتظار في المستشفيات والعيادات، إعطاء المرضى مواعيد دقيقة، أو الاتصال عبر الهاتف لتذكير المرضى بالعودة للعيادة وتقليل فترات الانتظار (

. (Mullen et Green,1985, Friman et al,1986

كما تلجأ بعض المؤسسات في الدول المتقدمة إلى تنظيم دورات يشارك فيها الأطباء والفريق المعالج بهدف التحسين من قدراتهم على التواصل مع المرضى. كما يجب إشراك الأسرة بفعالية لتنفيذ البرنامج العلاجي، فالمرضى يستطيع أن يستمد المساندة والدعم العاطفي من المحيطين به .

ويؤكد الأخصائيون والباحثون أن الاتصال المتمركز حول المريض يمثل إحدى الطرق المهمة في تحسين الحوار بين المريض والفريق المعالج ( القائم بالرعاية الصحية)، فهذا النوع من الاتصال يجعل المريض طرفا مباشرا في عملية اتخاذ القرارات الطبية وبالتالي يبتعد الطبيب عن دوره التقليدي وينظر للمرض والمعالجة كما يراها المريض، وبذلك يضمن تعاونه في عمليتي التشخيص والعلاج. وتبين الأبحاث أن هذا المنحى لم ينجح في تحسين التواصل فحسب بل انه كان فعالا بصورة خاصة مع الحالات الصعبة أيضا ( Langewitz et al,1998, Sharpe et al,1994).

ويعتبر تايلور (Taylor,1992) أن من أهم الخطوات التي تساعد على التواصل الفعال بين المريض

الفريق المعالج تركز على الاتصال المباشر بالمرضى ، وتتمثل في :

\*\* مراعاة القواعد البسيطة في اللياقة ويمكن أن تصبح جزءا من الروتين الطبي حيث لا تتطلب سوى جهدا ضئيلا مثل استقبال المريض بالتحية ومخاطبته باسمه وإرشاده إلى مكان جلوسه وشرح أهداف الإجراء الطبي وغيرها من السلوكيات الروتينية التي لا تأخذ سوى بضع ثوان من وقت الطبيب لكن تأثيرها



## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

كبير في نفوس المرضى لما تحمله من مضامين ايجابية كثيرة كالدفع والدعم وإضافة لمسة العلاقة الشخصية، ولمساهمتها في تعزيز التواصل بين الطبيب والمريض.

\*\* وللتواصل غير اللفظي أهميته أيضا في خلق الأجواء الايجابية والدافئة والداعمة، وبإمكانه تعزيز التقارب والتعاطف والمشاركة بين الطبيب ومريضه، فمثلا الانحناء للأمام والاتصال البصري المباشر يمكن أن يعزز أجواء داعمة ، بينما الانحناء للخلف وتجنب الاتصال البصري المباشر والتباعد الكبير في الوضع الجسدي يمكن أن يوحي بالمسافة وعدم الارتياح (Dimatteo et al, 1979) .

كما أن مقدرة الطبيب على معرفة السلوك غير اللفظي للمريض وفهمه ترفع بدرجة اكبر من التواصل والالتزام.

وتشمل التدخلات التي ترمي إلى تحسين التفاعل بين المريض والفريق الطبي تعليم المريض مهارات تمكنهم إيصال حاجاتهم ومن الحصول على أفضل المعلومات من الأطباء، كان يسجل المريض الملاحظات والاحتياجات المطلوبة والأسئلة التي يود طرحها على الطبيب، وذلك يقلل من قلقه ويعطيه شعورا أفضل بالسيطرة (شيلي تايلور، 2007: 563).

ويستطيع الطبيب بما يتمتع به من علاقة خاصة بمريضه وما يوفره من خصوصية أن يتعمق في البحث عن أسباب ما يمكن أن يبديه المريض من مقاومة وتردد اتجاه العلاج ، فان عرف الطبيب كيف يتعامل مع المريض ويحفظ أسراره فسوف يفتح المريض على طبيبه ويبوح له بما يقلقه أو يسبب له الحرج (Pbert,1999) .

### 7- أهمية السلوكات الصحية ودورها في الحفاظ على الصحة :

تعتبر بعض الممارسات والسلوكات الصحية كالعادات الغذائية أو النوم أو النشاط البدني من العوامل الأكثر تأثيرا في الصحة والمرض في المجتمعات المعاصرة.

وتتدخل العوامل السلوكية ( أنماط الحياة غير الصحية أو عوامل الخطر) إلى جانب كل من العوامل الوراثية والبيئية في تهديد صحة الفرد، ويمكن التأكيد على أن نسبة الوفيات بالأمراض المزمنة كالأمراض

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

القلبية والسرطانات وغيرها تزداد من سنة إلى أخرى، وان العوامل السلوكية تشكل نسبة 50% من العوامل الواقعة خلف الإصابة بتلك الأمراض المزمنة والخطيرة (schweitzer, 2002).

لقد ازدادت الأبحاث الطبية والنفسية التي حاولت دراسة علاقة أنماط السلوك البشري بصحة الأفراد النفسية والجسدية ، وأكدت اغلب هذه الدراسات والأبحاث وجود ارتباط كبير بين سلوكيات الفرد الشخصية والحالة الصحية التي يتمتع بها، وبهذا فان الأمراض التي يعانيتها الفرد ترجع بالأساس إلى عاداته الصحية غير السليمة ، بمعنى أن التوجه السلوكي للفرد من خلال ممارساته اليومية يمكن أن يكون عاملا من عوامل الخطورة المشكلة على الصحة، بالإضافة إلى العوامل البيولوجية المعروفة كارتفاع مستوى الكوليسترول في الدم وعليه تم إدراج السلوك كمحدد ضمن محددات الخطورة على الصحة، وهذا ما استخلصته العديد من الدراسات عن الدور الرئيسي الذي يلعبه السلوك في رفع نسبة

الوفيات والإعاقات لدى المراهقين ( freidmam et rosenman1974, josser et all 1988 )

ولعل أهم الدراسات السابقة للبحث عن أهمية السلوك الصحي تلك الدراسة التي أجراها بلوك

وبراسلو ( Blook et Brassio1972 ) على ما يقارب سبعة آلاف فرد من الجنسين بين 20 و 70 سنة، وتبين من خلال نتائجها أن هناك علاقة واضحة بين الصحة الجسدية الجيدة وبين الممارسات

السلوكية الصحية فكلما ازداد عدد السلوكيات الصحية الممارسة بزيادة الانتظام والمواظبة عليها، كلما زاد معها تحسن المستوى الصحي لدى كل فئة عمرية من عينة الدراسة .

ومن خلال دراسة لبريسلو وانستروم (Breslow et enstrom 1980) تأكدت أهمية السلوك الصحي في الوقاية من خطر الإصابة بالأمراض، حيث بينت العينة الأصلية للدراسة والتي تم تتبعها لمدة تزيد عن التسع سنوات أن نسبة وفيات الذكور الذين اقبلوا على ممارسة العادات الصحية تمثل 28 % من نسبة الأفراد الذين مارسوا اقل من أربع عادات صحية، فممارسة العادات الصحية تعمل على تنمية صحة الفرد ( عثمان يخلف، 2001 : 22 - 23 )

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

كما توصلت دراسة أجراها 250 باحث على 29 ألف شخص من 52 بلد والتي تعتبر من أهم الدراسات التي تؤكد على دور العوامل النفسية في أمراض القلب والشرابين في أنحاء عديدة من العالم بما فيها الدول الفقيرة، وكشفت الدراسة أن 90 % من حالات جلطات القلب ترجع إلى عوامل سلوكية يمكن تفاديها بما فيها التدخين، ارتفاع ضغط الدم والسكري.

وتوصلت دراسة أمريكية أجريت على مليون أمريكي إلى أن السمنة تعد ثاني أسباب الوفاة في الولايات المتحدة الأمريكية، وجاء في تقرير الدراسة إلى وجود علاقة واضحة بين زيادة الوزن وخطر الإصابة بأمراض القلب والسكري والسرطان.

وتوصلت دراسة باكون (Bakon) التي شملت 31706 رجلا تجاوزوا سن الخمسين أن للسلوك الصحي تأثيرا كبيرا في الإصابة بالعجز الجنسي خصوصا في حال غياب المسببات المعروفة (مرض السكري تصلب الشرايين ، تضخم البروستاتا ، فرط معدل الكوليستيرول السيئ والشحيمات في الدم ارتفاع الضغط الدموي المزمن ، الأمراض العصبية ، الأمراض القلبية والوعائية والاكتئاب) وان نسبة حدوثه ترتفع مع تقدم العمر والسمنة وعدم الحركة وممارسة الرياضة والتدخين والإدمان على الكحول.

وهدف دراسة رودولفو (Rodolfo 1984) إلى معرفة إمكانية التنبؤ بالسلوك الصحي الوقائي بالاعتماد على مركز التحكم الصحي بوجود أو غياب بعض المتغيرات النفسية، وقد أجريت الدراسة

على عينة قوامها 71 طالبا من طلبة علم النفس بقياس القيم الصحية باستخدام استبيان والستون واستبيان مركز الضبط الصحي، ودلت النتائج على وجود علاقة مركز الضبط الداخلي بالسلوك الصحي وكذا على العلاقة بين البيئة ( العائلة والأصدقاء) والسلوك الصحي

(Rodolfo,1984 :283-283).

بالمقابل أجرى ليوتو وآخرون ( Luoto et al 1988) دراسة بفنلندا على عينة قوامها 8869 ذكرا و10105 أنثى تتراوح أعمارهم بين 45 و65 سنة شملت المسوح السنوية بهدف اكتشاف أسباب الوفيات لدى مرضى القلب والأوعية الدموية، ودلت النتائج إلى اعتبار السلوك الصحي مؤشرا تنبؤيا بنسبة

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

الوفيات لدى هذه الفئة المرضية. وكانت أهم السلوكات المؤثرة الغذاء الصحي وعدم التدخين وممارسة النشاط الرياضي ( luoto,1988 : 93 )

ويعتبر الاستقصاء الأوروبي للصحة والسلوك ما بين 1989 و 1991 من الدراسات الرائدة في مجال الصحة حيث شملت 16483 طالبا جامعيًا في 21 بلداً أوروبياً ، وتبين من تحليل النتائج إلى وجود علاقة دالة بين الصحة والسلوك، إلا أن الفروق بين البلدان كانت كبيرة وهي نفس النتائج التي خلص إليها الاستقصاء العالمي للصحة والسلوك والذي شمل 23 دولة ما بين 1999 و 2001.

وقد قام ستابتو ( pteptoe 1990 ) باستقصاء في ثلاثة عشر دولة أوروبية شمل 4701 من الذكور و 5729 من الإناث، وتم إعادة الاستقصاء سنة 2000 على عينة أخرى مكونة من 4604 من الذكور و 5732 من الإناث لاستكشاف السلوكات الصحية . ووجد الباحث ازدياداً في نسبة انتشار التدخين كما ارتبط التغيير في المعتقدات الصحية بالتغيير في السلوك ( steptoe,2002 : 97 )

كما توصل والدرون ( waldron 1995 ) إلى اختلاف السلوك الصحي حسب الجنس وذلك ضمن الدراسة التي أجريت لمعرفة النسبة الجنسية لانتشار السلوكات الخطرة على الصحة ضمن المسح الوطني للصحة في الولايات المتحدة الأمريكية، وتوصل إلى أن النساء أقل ميلاً إلى السلوكات الخطرة من الرجال وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الوفيات لدى الذكور مقارنة بالنساء، والإصرار على استعمال وسائل ومصالح الرعاية الصحية من طرف النساء أكثر من الرجال.

وفي دراسة أخرى لواردل وآخرين (Wardle et al, 1997) حول سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الأوروبيين باستخدام استبيان السلوك الصحي Survey Health-Behavior على عينة اشتملت على أكثر من 16000 طالباً وطالبة من 21 بلد أوروبي بلغت أعمارهم بين (19-29) سنة ، وأظهرت هذه الدراسة وجود انخفاض في مستوى ممارسة العادات الصحية. وقد أظهرت الارتباطات الأحادية المتغيرة لعادات الحمية الصحية وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس والوزن، والحالة الاجتماعية وقناعات الحمية الصحية، والمعارف الغذائية، ومركز الضبط .

ودرس ألغور وآخرين ( Allgower et al, 2001 ) الدعم الاجتماعي والسلوك الصحي الشخصي لدى عينة قوامها 2091 طالب ذكر و 3438 طالبة أنثى من طلاب الجامعة في 16 بلد من بلدان العالم،

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

باستخدام مقياس الدعم الاجتماعي وتسعة أبعاد من مقياس السلوك الصحي. وقد أخذ البلد والسن بعين الاعتبار في هذه الدراسة. وقد ارتبط السلوك الصحي المنخفض مع الاستهلاك المنخفض للكحول ونقص النشاطات الجسدية وعدم انتظام ساعات النوم وعدم استعمال أحزمة الأمان في السيارة. ويحتمل أن تكون هناك علاقة سببية متبادلة بين السلوك الصحي والمزاج الاكتئابي.

أما بريسلون وبيلوك ( belloc et breslon 2003 ) فقد توصلا في دراستهما أن الامتثال للسلوك الصحي الايجابي ينتشر لدى المسنين أكثر من الشباب، حيث تبين أن 75 % ممن تجاوزت أعمارهم 75 عاما يحترمون سبعة سلوكيات صحية على الأقل مقارنة بمن كان سنهم اقل من 45 عاما. وتفسر هذه النتائج النظرية القائلة باختلاف السلوك الصحي حسب السن على اعتبار ان المتغيرات الفاعلة مثل إدراك الخطر والقابلية للإصابة بالمرض ترتفع بارتفاع السن ، لذلك نجد السلوكيات الخطرة منتشرة في فترة المراهقة حيث يرى الفرد فيها انه بعيد عن الإصابة بالمرض

( Taylor,2003:546. )

وتناولت دراسة سامر رضوان (2008) تحليل السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة للطلاب من منظور عبر ثقافي بهدف إيجاد فروق عبر ثقافية بين عينة سورية وألمانية على عينة قوامها 300 مفحوص وبينهم 201 أنثى و 99 ذكر. وأظهرت الدراسة وجود بعض الخصائص المميزة للعينة السورية

بعضها ملم بالصحة مثل تناول الفاكهة ونوم عدد كاف من الساعات وتنظيف الأسنان، وأخرى غير صحية مثل غياب الزيارات الدورية إلى الطبيب وفحص الصدر ( سامر رضوان، 2008 : 18).

### خلاصة الفصل :

يعتبر علم النفس الصحة مجالا من مجالات علم النفس التطبيقي الهامة الذي أثار اهتماما كبيرا لدى الباحثين و العاملين نظرا لما له من مساهمات في مجال الحفاظ على الصحة و التعامل الصحيح مع المرض. وتساهم دراسة السلوكيات الصحية وفق نموذج علم النفس الصحي في الفهم الأفضل للمتغيرات

## الفصل الرابع : علم النفس الصحة والسلوك الصحي

---

المساعدة على الحفاظ على الصحة وتجنب السلوكات المسببة للخطر أو لمضاعفات المرض، وبذلك تبني سلوكات وقائية مخططة يمكن للباحثين تسطيرها وفق النماذج والتوجهات النظرية.

## الفصل الخامس: الألم العضوي في الأمراض المزمنة

### تمهيد

- 1- لمحة تاريخية عن تطور الألم العضوي.
- 2- تعريف الألم
- 3- مكونات الألم
- 4- القواعد النفسية العصبية للألم
- 5- تصنيف الألم
- 6- النماذج النظرية المفسرة للألم
- 7- العوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالألم
- 8- تشخيص وتقدير الألم
- 9- التكفل الطبي والنفسي بمرضى الألم
- 10- سمات الشخصية والألم

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

### تمهيد :

يعتبر الألم من أكثر الظواهر التي يكتنفا الغموض، فهو يؤدي وظيفة مهمة ويلعب دور جهاز الانذار الذي يوقف الانسان عن الاستمرار في العمل المؤدي، كما ان الالم في الاساس خبرة سيكولوجية (حسية، انفعالية) مزعجة تعتمد على درجة الاحساس به وبما يسببه من من عجز بشكل كبير على طريقة تفسيره. وبالرغم من ان الالم يعتبر شكوى عامة عند جميع المرضى الا انه اقل الاعراض تفهما في الطب وعلم النفس.

وإذا كان الألم من بين المشكلات والشكاوي **pleintes** التي يواجهها الاطباء فهي من المشكلات التي يصعب التكفل بها نظرا ولرد فعل الفرد المتعدد و للعوامل التي تؤثر بها كالمسن والمستوى الثقافي

(03 : saravane,2008)، فالثقافات والمجتمعات المختلفة لها اتجاهات متباينة نحو رد فعل الفرد للألم، هذه الاتجاهات تتكون من خلال التنشئة الاجتماعية .

ومن البديهي ان تؤثر معاناة الألم في جميع الجوانب الحياتية للمريض وخاصة عند استمرار ظهوره خلال فترات طويلة كعرض مزمن، حيث لا يتمكن المريض من القيام بالنشاطات اليومية ويواجه صعوبات عديدة مما يؤدي الى تفاقم المشاكل المتعلقة بالنوم والعمل والمشاكل النفسية والذهنية وبالرغم من التقدم الهائل في علم الامراض ووضائف الاعضاء والكيمياء الحيوية ، والعقاقير الطبية وكذا التدخلات الجراحية الا ان الالم وبالاخص المزمن منه يظل مشكلة من المشكلات الهامة التي يعيشها الافراد، فالالم يمثل مشكلة عامة حيث تشير الدراسات الوبائية الى ان نسبة انتشار الالم المزمن تتراوح بين 15 و20 بالمئة بين مجتمع الراشدين (أحمد حسانين الأحمد، 2011: 12)

وفي الولايات المتحدة الامريكية وحدها يقدر ما بين 30 الى 50 مليون امريكي يعانون من احد اشكال الالم المتمثلة في الام الظهر والصداع او الشقيقة والم في الوجه (pleis et cales,2002).  
بالاضافة الى كون الألم مشكلة واسعة الانتشار فانه أيضا مشكلة اقتصادية، حيث ان تكاليف الرعاية الصحية والعجز والنفقات ترتفع نسبيا كل سنة، بالاضافة الى انه سبب وراء ضياع ساعات العمل بسبب الغياب المتكرر.

### 1-لمحة تاريخية عن تطور الألم:



## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

تعددت وجهات النظر المفسرة للألم فقديمًا كان ينظر الى الألم من منظور ثنائية الجسم والعقل الديكارتية وبناء على هذه النظرة عرف الألم بأنه خبرة حسية تعتمد على درجة التضرر الواقع في النسيج الحي (أحمد حسانين ،2011، عن 128 : turk,1997).

منذ زمن بعيد عرف القدامى أن الألم يمكن أن يصدر عن عامل نفسي وكان الأطباء يطلقون على الحالات التي يستمر فيها الألم مدة طويلة أو يكون شديد الوطأة اسم "هبوط الروح المعنوية" أو "النوراستينيا". وقد لاحظ العالمان سيدنهام وبرودي (Sidinham et Brody) أن الهستيريا يمكن أن تسبب احساسا شديدا بالألم والتي وصفها أيضا فرويد وبروير (Freud et Brurer) في كتاب "دراسات الهستيريا".

ومع تزايد فهم خبرة الألم وظهور بعض النظريات المفسرة له في الربع الاخير من القرن العشرين حدث تحول دال في التفكير بشأن ماهية الألم ، حيث ساعدت هذه النظريات في اختبار المفاهيم الحسية التقليدية التي ظلت مسيطرة منذ اقتراحها في القرن الخامس عشر، فضلا عن ذلك فان عجز المفاهيم التقليدية عن تفسير بعض المظاهر الخاصة بالألم مثل الاصابة دون الشعور بالألم، أو وجود ألم دون وجود اصابة أو عدم ملائمة الألم مع درجة الاصابة أو التضرر الواقع على النسيج أو استمرار الألم بعد الشفاء، وكل ذلك أدى الى ظهور تعريفات مختلفة مرتبطة بتوجهات نظرية، ففي بداية الستينات قدم ميلرز ووال نظرية أسماها بوابة التحكم في الألم ،اذ ذكرا أن الألم خبرة معقدة ومتعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية، وجدانية وتقييمية (melzek et wall,1965).

وفي السبعينات من القرن الماضي قدمت النظرية السلوكية شرحا لدور العوامل النفسية وكيفية تأثيرها في خبرة الألم وعرفت الألم في ضوء ما يعرف باسم سلوكيات الألم وهي عبارة عن اشارات لفظية وغير لفظية من الكدر والتي تعتمد على التقرير الذاتي للفرد (fordyce,1976). ومع زيادة التوجه نحو العوامل المعرفية ودورها في التأثير على خبرة الألم ظهر النموذج المعرفي السلوكي لتفسير الألم بأنه خبرة ذاتية تنظم أحاسيس وانفعالات وأفكار الفرد وسلوكاته ، ويرى التوجه أن التعريف الأمثل للألم هو ما يخبر به المريض ( turk et al,1993 :140 ).

### 2- تعريف الألم :

تعددت التعاريف التي تناولت الألم بتعدد وجهات النظر المتعلقة بتفسير تلك الخبرة ،وعلى الرغم من الانتشار الواسع لها الا أن أيًا منها لم يحظ بالقبول العام لأن كل تعريف من هذه التعريفات السابقة جاء كوظيفة للتوجه النظري لصاحبه .

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

ولعل التعريف الذي نال القبول والانتشار باعتباره تعريفا شاملا هو التعريف الذي قدمته الجمعية العالمية لدراسة الألم حيث عرفت الألم بأنه خبرة انفعالية وحسية غير سارة مرتبطة بوجود ضرر حقيقي أو كامن في النسيج الحي أو يمكن وصفه من خلال مفاهيم مثل هذا التضرر (mersky,1986; mersky et bokduk,1994).

وأشار الباحثون الى أن هذا التعريف يوضح أن الألم يمكن أن يحدث بدون وجود تضررات واضحة في النسيج الحي، فيلاحظ معانات المريض من الألم في غياب الأسباب الباتولوجية، كما ارتبط الألم بصورة وثيقة بالانفعالات السلبية. ويحمل التعريف أيضا مظهرين مهمين بالنسبة لدراسة الألم فهو لم يفرق بين الحاد والمزمن منه، كما يشير الى خبرة الألم الانفعالية فقط

(أحمد حسانين، 2011 : 22 )

ويلاحظ أن هذا التعريف لاقى القبول والانتشار اذ أنه يتسق مع أحدث النماذج المفسرة للألم وهو النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي والذي ينظر الى الألم كظاهرة متعددة الأبعاد تشمل جوانب حسية معرفية، وجدانية وبيئية، وهو نفس ما ذهب اليه تايلور (Taylor,2003) حيث عرف الألم بأنه حدث بيولوجي، نفسي واجتماعي معقد له مكوناته النفسية والسلوكية والبيولوج (شيلي تايلور، 2007: 554).

وبعيدا عن التعريفات الوظيفية التي ارتبطت بتوجهات نظرية ظهرت تعريفات أخرى تعاملت مع الألم كبناء أو كمفهوم مجرد ، فهو حسبها مفهوم يمكن أن يستدل عليه من خلال احساس الألم وسلوكه والحالة الوظيفية في المنزل والعمل، والحالة الانفعالية والانفعال الجسمي. وذكر حسانين (2011) نقلا عن مايكل (Mikhael 1994) انه يمكن توضيح كل مكون من هذه المكونات على النحو التالي :

- احساس الألم : ويشير الى خبرة الألم الحقيقية كما يقررها المريض.
- سلوك الألم : وهو تعبير يستخدم في مجال واسع من الانشطة التي تتضمن طلب العلاج ومؤشرات استخدامه والشكاوي اللفظية من الألم والاستجابات غير اللفظية والسلوكات السلبية البارزة مثل البقاء في السرير أ تجنب الانشطة التي يمكن ان تؤدي الى تفاقم الألم.
- الحالة الوظيفية في العمل : ويشير هذا الجانب الى الجوانب المتعلقة بتأثير الألم على أداء المريض في العمل وكثرة الغياب، ويفيد ذلك بشكل كبير في تأهيل المريض.

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

- الحالة الوظيفية في المنزل : وتشير الى تأثير الألم على اداء بعض المهام المنزلية، ويقدر هذا الجانب من خلال من خلال مقاييس التقدير الذاتي، وتقارير افراد الاسرة.
- الانشغال الجسمي : يشار الى هذا الجانب باعتباره المكون المعرفي للالم المزمن، ويمكن تعريفه على انه يشير الى زيادة الحساسية او الانتباه الانفعالي الى التعب الجسمي

( Michael,1994 : 3-4 )

ويعرف سترونج ( Strong 1999 ) الألم بأنه إحساس غير سار، وهو معاناة في الجسم أو العقل مرتبط بضرر أو مرض يمكن أن يسبب حالة من الجمود للفرد وشعور بالضغط والإرهاق. أما سيبر ( Sieber ,2004 ) فيرى أن الألم عبارة ظاهرة معقدة تشير إلى خبرة حسية وانفعالية غير سارة، مرتبطة بضرر نسيجي حقيقي أو كامن .و الألم هو خبرة ذاتية، أين تكون المكونات الحسية المرتبطة بصورة دقيقة بالمكونات الانفعالية معدلة من طرف العوامل المعرفية والمحيطية (أحمد حسانين، 2011: 23 ).

إن يمكن تقسيم التعاريف المذكورة الى نوعين فمنها ما تناولت الألم من منظور ضيق باعتباره خبرة حسية تعتمد بدرجة كبيرة على كمية الأذى الواقع على النسيج الحي، وهناك تعريفات تناولت الألم باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تشمل جوانب متعددة يمثل الجانب الحسي جزءا منها، وقد لاقت هذه التعريفات قبولا واسعا في الأوساط العلمية المهتمة بدراسة الألم بل ودعمت من خلال عدد كبير من الأبحاث العلمية. وقدم حسانين (2011) تعريفا شاملا للالم باعتباره ظاهرة متعددة الابعاد يمكن أن تحدث في وجود أو غياب الاسباب الباثولوجية، وتتضمن جوانب حسية، معرفية، وجدانية وبيئية (أحمد حسانين، 2011: 25).

ونستخلص إنطلاقا مما سبق أيضا أن الألم هو عبارة عن إحساس مصاحب بانفعال مزعج يرتبط بوجود ضرر حقيقي أو كامن وهو ظاهرة معقدة تلعب فيها العوامل النفسية والفيزيولوجية دورا مهما ، كما أن للالم مكونات تشمل المكون الحسي ، المكون الانفعالي، المكون المعرفي و المكون السلوكي .

### 3- مكونات الألم

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

### 3-1. المكون الحسي للألم :

للألم مظهر حسي حيث يبدأ الإحساس به من خلال نظام حسي خاص يعلم الفرد عن محيطيه وعن حالة جسمه، ويعطي هذا النظام نشأة لإحساسات يسمح من خلالها بمعرفة مدة الألم (مستمرة او منقطعة) شدة المثير الألمي، نوعية الرسالة ، والألم في هذا المستوى عبارة عن نظام إحساس - رد فعل.

### 3-2. المكون الانفعالي للألم :

الألم أيضا هو انفعال مؤلم وغير سار يعمل الجسم على قمعه ورفضه ، ويظهر خلال هذا الرفض انتقال الإحساس الذي لا يتوافق مع أي تأثير إلى الإدراك .

### 3-3. المكون المعرفي وخبرة الألم :

تؤكد الجمعية الدولية لدراسة الألم (IASP) أن الألم هو معاش وتجربة حسية ووجدانية مرتبطة بجرح حقيقي أو كامن. تستخدم هذه الظاهرة بنيات انفعالية ومعرفية حيث ان المكون الانفعالي يمنح للألم صفته غير محبوبة ومقلقة . ويتدخل المكون المعرفي في الوظائف المتعلقة بالذاكرة والإحساس، والانتباه المسؤولة عن المعرفة ،انها تسمح بتبليغ وترجمة أو إدراك الألم وتعبيره.

أظهرت تجارب مختلفة أن مدى الألم يختلف باختلاف الانتباه وانحرافه، فإذا ركز الفرد انتباهه على خبرة مؤلمة بقوة فإنه سيدرك الألم بشدة أكبر مما هو عليه طبيعيا، وقد كشف هيل وستريد ( Hill et Stread ) أن وجودا بسيطا وعاديا لكلمة الألم في التعليمات المقدمة قاد الأفراد القلقين إلى الإحساس بشدة كهربائية بصورة مؤلمة ، واختلف الإدراك عند غياب هذه الكلمة في نفس شدة الصدمة الكهربائية إذ إن توقعا وحيدا للألم يكفي لرفع مستوى القلق، وبناء على هذا يتم الإحساس بشدة الألم.

### 3-4. المكون السلوكي للألم :

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

يضم المكون السلوكي مجموعة من التظاهرات اللفظية وغير اللفظية لدى الفرد الذي يعاني من آنين، شكوى، تأوهات، إيماءات... وتركز هذه التظاهرات الانعكاسية لمثير ألمي على وظيفة الاتصال مع المحيط ( المحيط العائلي والثقافي، وماتعلمه الفرد خلال تجاربه السابقة، والمعايير الاجتماعية المرتبطة بالجنس والسن ) والتي تقوم بتعديل ردود فعل الفرد .وقد يلجأ المريض إلى المجتمع بحيث يعبر عن ألمه بقصد التعرف عن عجزه أو بقصد التعويض عن خسارته.

وفي الألم يجعل الانزعاج والانفعال السلبي الفرد في حالة إنذار ويعلمه بالخطر، إنه الانزعاج الحسي الذي يدفع الفرد لتفادي مسببات الألم، ويكون هذا الإحساس المزعج حدا فاصلا بين الإحساس الجسدي والألم كأنفعال، اي إحساس مليء بعاطفة سلبية. وعندما تصل درجة الإحساس إلى درجة الألم تنطلق ردود فعل حيوية جسمية ويجرب الجسم طبيعيا الاحتماء وهو أول ميكانيزم دفاعي يظهر بمجرد ظهور الآلية الأولى . هذا يدل أنه ليست هناك ضرورة لوجود الشعور، إنه رد فعل آلي يلاحظ أثناء النوم أيضا (Salamagne, 1994 : 60-66)

### 4- القواعد النفسية العصبية للألم:

تشتمل الأبنية العصبية لتمثل الألم عند الانسان على تأثير معقد للبنى العصبية والبيوكيميائية، ففي كل أعضاء الانسانية توجد ما يسمى بمستقبلات الألم ( nocicepteurs ) بصورة مختلفة الكثافة، وهي عبارة عن نهايات عصبية ( مستقبلات محيطية) تستجيب الى المؤثرات الآلية أو الكيميائية أو الحرارية التي تبلغ شدة عالية (ضارة)، وتتعدل قابلية هذه المستقبلات للآثار ( القابلية للاستجابة) من قبل مواد بيوكيميائية ( وسائط داخلية المنشأ كالسيروتونين) التي تتحرر عند اصابات بنى الخلايا.

ويمكن لهذه المواد الأليمة أن تصدر المؤلّمات nociceptions بصورة مباشرة أو تخفض من موجة المثير لمستقبلات الألم. ويتم تحويل الدفقات الحسية للألم في الجهاز العصبي المحيطي من خلال ألياف عصبية خاصة ( الياف دلتا A والياف C اللانخاعية ) الى القرون الخلفية للنخاع الشوكي.وهنا توصل ألياف دلتا A ما يسمى بالألم المميز للألم الحاد ( واضح،واخز،متموضع ويهدأ

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

بصورة سريعة نسبياً)، في حين أن الياف C مهمة بالنسبة لحالات الألم المزمنة ( عميق وصعب الموضع، يهدأ بصورة بطيئة).

وتنتقل دفعة الألم على المستوى الشوكي ( النخاع الشوكي) بمساعدة النواقل العصبية من الجهاز العصبي المحيطي الى الجهاز العصبي المركزي، وفي أثناء ذلك تثار استجابات انعكاسية حركية في الوقت نفسه ( منحنى الألم). ومن خلال مسارات خاصة يتم التحويل الى الدماغ حيث تصل دفعة الألم خلال بضع من جزء من مئة من الثانية بعد التأثير الخارجي من المهاد ( التالاموس)، وهناك يتم تجميع كل مثيرات المحيط وتحويلها الى باقي الدماغ ( محطة التوزيع) وفي حالة الضرورة استثارة استجابة هجوم أو هروب.

وهناك القليل من المعرفة حول التمثيل العصبي المركزي للألم، فعلى العكس من منظومات الحس الأخرى لا يوجد "مركز ألم"، وإنما هناك بنى وظيفية عصبية وتشريحية عصبية مختلفة كلياً تسهم في هذه السيرة المعقدة ومنها:

- جذع الدماغ ( تنظيم العمليات الاعاشية كالتنفس والدورة الدموية).
- منظومة الغدة النخامية - الهيپوتالاموس ( تنظيم المنظومة الغددية ، طرح الهرمون والاندروفين).
- التشكل الشبكي ( توجيه الانتباه، استجابات التوجه).
- الجهاز اللمبي ( مركز المشاعر المركبات الانفعالية لخبرة الألم، نوعية الألم )
- اللحاء الجديد ( وعي الألم، الموضع، التفسير والتقييم، توجيه التصرفات)

وعند اثاره الألم تبدأ في الدماغ سيرة تنظيم معاكس تعدل مثيرات الألم من خلال آليات مسكنة

داخلية المنشأ، وذلك من خلال تخفيض تحرير المواد المثيرة في الجهاز العصبي المحيطي أو رفع المواد الكابحة على سبيل المثال ( شيلي تايلور، 2007: 587-588).

وتتحرر في الدماغ الأوسط مواد بيوكيميائية ( كالأندروفين) والتي تعمل على تنشيط المسارات العصبية الهابطة لتوصل اشاراتها الى النخاع الشوكي ( كف هابط في النخاع الشوكي )، وهناك يتم

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

تحرير مواد اخرى في المشابك العصبية كالسيروتونين التي تعمل من جهتها على كف تحرير مواد ناقلية للألم ( المادة p مثلا) ومن خلال ذلك يتم كبح نشاط عصبونات القرينات الخلفية المسؤولة عن توصيل الألم في النخاع الشوكي .وفي الوقت نفسه تتم مواصلة تحرير الاندروفينات في الدماغ التي تخفض بصورة اضافية من نقل الألم.

وتتضح المركبات التشريحية والوظيفية والكميائية العصبية المختلفة لمنظومة الالم اثناء التكوين الانساني بسرعات مختلفة، وتكتمل عند الولادة بصورة كافية من أجل الادراك التفريقي للألم (Dagmar, Breuker et al, 2008). وتشارك عمليات القشرة الدماغية في الأحكام المعرفية المتعلقة بالألم - بما فيه تقييم معناه- اذ تعتبر الميكانيزمات النفسية العصبية المتضمنة في البعد الوجداني للألم جزءا مهما في خبرته، حيث يتكون من مشاعر غير سارة وعواطف سلبية ترتبط بمشاعر قلق مستقبلية.

هذا وتتفاعل شدة الاحساس بالألم مع الفترة التي يستغرقها في التأثير على المشاعر غير السارة المدركة أين يتم دمجها على مستوى القشرة الدماغية داخل اطار الخبرة المؤلمة، مما يسهم في اثاره العواطف القوية التي يخبرها الفرد أثناء الألم .

ويظهر تأثير الألم جليا على الجانب النفسي والمعرفي حيث يصبح الفرد من خلاله غير قادر على القيام بشؤونه الخاصة والتي تلقي على عاتقه مشاكل تمس أهم الجوانب في حياته مما يزيد من امكانية الاصابة بالاكئاب بسبب الابعاء الاضافية على الفرد أو المحيطين به

( أحمد حسائين، 2011 : )

5- تصنيف الألم:

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

يعتبر الوصف الدقيق والتصنيف المنهجي لظواهر الألم أمرا هاما وضروريا لتقييم أفضل للألم وكذا لتحسين أساليب العلاج وتصميم الأبحاث وتقييم نتائجها. وظهرت تصنيفات الألم وفقا لمظاهر متعددة تتمثل في :

### 5-1. التصنيف وفقا لموضع الألم :

غالبا ما يصنف الألم وفقا لموقعه في الجسم الى نوعين هما التصنيف التشريحي للألم والذي يهتم بتحديد مكان الألم النوعي بالجسم كالصداع، ألم الحوض والظهر ، وتصنيف الألم وفق ارتباطه باجهزة الجسم كالجهاز العضلي الهيكلي، الجهاز الدوري، الجهاز العصبي. ومن الملاحظ أن هذين التصنيفين يركزان على بعد واحد فقط وهو البعد الجسمي، وبذلك يمكن أن يفشل الاخصائي في تحديد التشريحية او الفيزيولوجية العصبية لكثير من المشكلات ( coles,2002).

### 5-2. تصنيف الألم وفقا لفترة استمراره: يصنف الألم وفقا لاستمراره الى :

\* **الألم الحاد:** وهو الألم الذي تكون فترته الزمنية محدودة وتقدر بأقل من شهر.

\* **الألم المزمن :** ويستمر أكثر من ستة أشهر، ويمكن النظر الى الألم المزمن من خلال خلال أسبابه، أي الألم المزمن المرتبط بأسباب خبيثة والألم المزمن غير المرتبط بأسباب خبيثة.

\* **الألم شبه الحاد :** ويشمل الفترة الزمنية التي تمتد من نهاية الشهر الأول الى بداية الشهر السابع من الألم.

\* **الالم الحاد الدوري أو المتواتر :** وهي آلام تستمر لفترات طويلة نسبيا ولكنها تحدث بشكل رئيسي على هيئة نوبات من الألم ( crue,1983, portonoy,1988 )



## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

### 3-5. تصنيف الألم وفقا لأسبابه :

يصنف الألم وفقا لأسبابه الى ألم جسمي المنشأ ( كسر أو تمزق) أو حشوي ( امساك، انسداد معوي) أو نفسي أو عصبي، وحصول المريض على تشخيص دقيق يمكن أن يكون خطوة هامة نحو اختيار العلاج الفعال.

### 4-5. تصنيف الألم وفقا لشدته :

يعتبر تصنيف الألم وفقا لشدته من التصنيفات التي لا تتال في الغالب القبول ذلك لأن شدة الألم تتباين لدى المرضى عبر أوقات مختلفة ومن شخص الى آخر، كما أنها غالبا ما تخضع للتقدير الذاتي للمريض. وأوضحت الدراسات أن تقديرات المرضى تختلف بالرغم من تشابههم في الأعراض الفيزيولوجية لذلك فان التركيز على شدة الألم فقط يعتبر أمرا محدودا بل يجب توجيه الانتباه الى العوامل الاخرى التي تساهم في ادراك الألم. وقد تم تيرك وميلزك تصنيفا يعتمد على خمسة أنماط مختلفة وهي :

#### 1-الآلام الحادة:

وغالبا ما تكون قابلة للتحديد الموضعي ومثارة من خلال سبب مرتبط بوجود تضررات في النسيج أو لالتهابات أو لاصابة أثناء التدخل الطبي اذ تعتبر الآلام الحادة عابرة وذات مدة زمنية محددة (ساعات- ايام- أسابيع ) كما انها قابلة للمعالجة، وغالبا ما تقتصر العواقب النفسية لهذه الآلام على الخبرة العابرة للقلق والارهاق.

#### 2- الآلام الانتكاسية الدورية:

وهي الآلام المتكررة بصورة منتظمة ( كالشقيقة وآلام الظهر والبطن)، وهي ذات منشأ غير واضح اذ تظهر بدون وجود تضررات في النسيج، على شكل أطوار وباختلاف في التواتر والشدة والمدة ، وغالبا ما تكون صعبة التنبؤ و لايمكن تحديد مثيرات الألم بها فظهورها غير قابل للتنبؤ لذلك يعالج عرضيا.

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

وترتبط الآلام الانتكاسية بعوامل الاجتماعية (أحداث حياتية مزعجة، مواقف ارهاق في الأسرة والمدرسة)، عوامل شخصية ( المزاج، الانفعالات والعوامل المعرفية) وعوامل خارجية ( تأثيرات الطقس، الأغذية).

### 3- الآلام المزمنة:

وهي الآلام التي تظهر نتيجة اصابات عضوية دائمة أو نتيجة لمرض أساسي مزمن، ويستمر هذا الألم لفترة طويلة، وغالبا ما يستطيع المرضى تحديد موضعها بدقة ووضوح وتحديد التآرجح في شدتها. أما المنشأ الفزيولوجي لحالات الألم المزمن فيبقى غير معروف الى حد كبير . ويتحدث الفرد عن آلام مزمنة اذا امتدت الى أكثر من ستة أشهر.

### 4- الآلام ذات الطبيعة التصاعدية :

وهي الآلام التي ترتبط بالامراض ذات الطبيعة التصاعدية كمرض السرطان وغالبا ما تسوء هذه الآلام مع الوقت.

(أحمد حسانين، 2011: 29-30)

5-5. تصنيف الألم وفق المحكات التشخيصية للدليل التصنيفي والتشخيصي للامراض والاضطرابات النفسية والعقلية (DSM) :

مر تصنيف الألم في الدليل التشخيصي الرابع بمراحل وتطورات عديدة، ففي الاصدارات الأولى منه لم يكن يدرج اضطراب الألم في الدليل ولكن كانت الحالات المؤلمة الناتجة عن العوامل الانفعالية تعتبر كجزء من الاضطرابات الفزيولوجية النفسية. وفي الاصدار الثالث (DSM3 1980) تم تقديم مصطلح اضطراب الألم نفسي المنشأ ( **psychogenic pain** ) ليوصف بهذا التشخيص المرضى الذين يعانون لفترة طويلة من الألم الشديد دون وجود أسباب عضوية واضحة أو ميكانيزمات فسيولوجية مرضية. ويسمح هذا التشخيص أيضا بادراج الألم الذي تكون له أسباب عضوية ولكن يشترط لذلك أن تكون الشكوى من الألم وأشكال العجز الاجتماعي والوظيفي غير متناسبة مع ما هو

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

متوقع من هذا الألم (الشكوى من الألم غير متناسبة مع مستوى الضرر). ولقد قدمت أدلة كثيرة دعمت فكرة أن العوامل النفسية يمكن أن تسبب الألم ومن هذه الأدلة :

- وجود علاقة تزامنية بين نشوء الألم وبعض الأحداث البيئية التي تؤدي الى صراعات نفسية.
- يعطي الألم الفرصة للمريض لتجنب أحداث مقلقة أو مسؤوليات.
- يساعد الألم الفرد في الحصول على الدعم الاجتماعي والانتباه الذي لا يتحقق الا في هذه الاجواء والظروف

ولكن هذه الأدلة أيضا لم تقدم تدعيما كافيا لفكرة الألم نفسي المنشأ. ونظرا للانتقادات الموجهة له ظهر تعديل لهذا الاضطراب في الاصدار الثالث المعدل ( DSM3-R ) وأعيد تسميته باسم اضطراب الألم المستمر جسدي الشكل ، وأحتوى هذا التشخيص على ثلاثة تغيرات أساسية في محكات تشخيص الألم حيث ألغي محك ضرورة وجود أسباب نفسية وكذلك التقليل من شأن اسهامات الاضطرابات العقلية الاخرى، ويتطلب تشخيص هذا الألم الجسدي :

1- الإنشغال الدائم بالألم على الأقل لمدة ستة اشهر.

2- إما أ أو ب :

أ/ لا يمكن تفسير هذا الألم تماما بواسطة عمليات فسيولوجية أو اضطراب بدني.

ب/ يدرج الألم الذي له سبب عضوي فقط عندما تكون الشكوى من الألم والضعف المهني والاجتماعي غير متناسبة مع ما هو متوقع من هذه الاسباب المرضية

( American Association Pain, 1987 )

لكن بالرغم من هذه التعديلات فان محكات هذا التشخيص ظلت محدودة ولم يستخدم الا في الحالات التي تستبعد فيها العوامل الطبية لدى المرضى الذين لهم شكاوي طويلة الأمد من الألم.

وفي الاصدار الرابع (DSM4) تم مناقشة أنواع عديدة للألم حيث تلعب كل من العوامل النفسية والعوامل الطبية العامة دورا رئيسيا في ظهورها، اضافة الى الآلام التي تلعب فيها العوامل النفسية وحدها دورا بارزا. كما عمل على تصنيف الألم الحاد والألم المزمن والتفريق بينهما.

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

وتشمل المحكات التشخيصية لاضطرابات الألم في الدليل الرابع مايلي :

- 1- وجود ألم في موضع جسدي أو أكثر ويكون التركيز الجوهري عليه في الشكوى الاكلينيكية، ويكون من الشدة الكافية لجذب الانتباه الاكلينيكي.
- 2- يسبب هذا الألم ضيقا أو ضعفا في الوظائف الاجتماعية أو المهنية أو أي وظائف أخرى.
- 3- تلعب العوامل النفسية دورا هاما في نشوء وتفاقم واستمرار الألم.
- 4- لا تحدث هذه الأعراض عمدا أو بالادعاء ( كما في حالات تصنع الاضطراب أو التمارض).
- 5- لا يكون هذا الألم ناتجا عن اضطراب عقلي أو اضطراب القلق أو المزاج، ولا تنطبق عليه حالات عسر الجماع النفسي.

( الدليل التصنيفي الرابع APA، 1994 )

أما بالنسبة للتشفيرة فكانت كما يلي :

**307- 80. اضطراب الألم المرتبط بالعوامل النفسية :**

وتلعب فيه العوامل النفسية دورا هاما في نشوءه واستمراره وتفاقمه، وإذا كانت هناك عوامل طبية فان دورها في نشوء واستمرار وبقاء الألم ضعيف أو لا يذكر، ويستبعد هذا التشخيص اذا انطبقت عليه محكات الاضطرابات التجسيدية.

**307- 89. اضطراب الألم المرتبط بكل من العوامل النفسية والعوامل الطبية العامة :**

حيث تلعب العوامل النفسية والعوامل الطبية دورا رئيسيا في نشوء واستمرار وبقاء وتفاقم الألم، ويفضل أنه قد يكون حادا ( مدة استمراره قد تكون أقل من شهر) أو مزمنا ( مدة استمراره ستة اشهر أو تزيد ).

**ملاحظة :** التشخيص التالي لا ينظر اليه باعتباره اضطراب عقلي وقد تم ذكره في هذا السياق لتسهيل التشخيص الفارقي:

\*اضطراب الألم المرتبط بعوامل طبية عامة :

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

تلعب العوامل الطبية دورا رئيسيا في نشوء وشدة واستمرار وتفاقم الألم ( إذا كانت هناك عوامل نفسية فان هذه العوامل لا تلعب دورا في واستمرار الألم).

وقد أثبتت أيضا بعض النقاط الهامة المتعلقة بتشخيص اضطراب الألم في الاصدار الرابع للدليل التشخيصي والاحصائي للاضطرابات النفسية والعقلية، ومن هذه النقاط:

- ينظر الى مشاكل الألم المزمن بأنها مشاكل تلعب فيها العوامل النفسية والعوامل الطبية دورا رئيسيا الا أن هناك مشكلة من حيث أن الأسباب الجسمية يصعب تحديدها بالنسبة لمستخدمي هذا الدليل بدون تدريب طبي.
- لم يقدم هذا التشخيص قائمة يمكن على أساسها تحديد متى يكون للأسباب النفسية دور رئيسي في مشاكل الألم
- لا يوجد دليل يوضح متى تصبح العوامل النفسية هي الأساس في حدوث الألم مع وجود العوامل الطبية.
- انتشار اضطرابات المزاج والقلق بين أكثر من مرضى الألم المزمن يؤدي في كثير من الأحيان الى استبعاد عدد كبير من الحالات نظرا لعدم انطباق المحكات عليه.

(أحمد حسانين ، 2011: 33)

5-6. تصنيف الألم وفق الاصدار العاشر للتصنيف العالمي للاضطرابات العقلية والسلوكية الصادر عن منظمة الصحة العالمية ( ICD 10- WHO ) :

تم التعامل مع التشخيصات المتعلقة بالألم في التصنيف العالمي الصادر عن منظمة الصحة العالمية في اطار الألم جسدي الشكل، حيث يتم التشخيص وفقا لوجود شكاوي دائمة ومستمرة من الألم الشديد والمستمر لا يمكن شرحه في ضوء عمليات فسيولوجية أو اضطرابات جسمية.

ويحدث الألم مرتبطا بصراعات عاطفية تكون فيه العوامل النفسية الاجتماعية من الشدة بحيث يمكن القول أنها السبب الرئيسي للألم ، وينتج عن هذه الآلام زيادة واضحة في الدعم والانتباه سواء على المستوى الشخصي أو الطبي. وتبدو استخدامات هذا التشخيص قليلة أو نادرة بسبب نفس المشكلات التي تم عرضها سابقا في الدليل التشخيصي الثالث ( DSM3-R).

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

ويذكر حسانين الأحمد (2011) أن الباحثين يرون أن تصنيفات الألم المذكورة آنفا رغم أنها حاولت الخروج من النظرة التقليدية الأحادية في التعامل مع الألم أو تصنيفه إلا أنها لم تتجح في ذلك، فبؤرة هذه التصنيفات كانت تتمركز اما على المظاهر الجسدية أو المظاهر النفسية وبالتالي فإنها ظلت كذلك أسيرة تصور المرض التقليدي اما نفسي أو جسدي، وانها لم تعر الا الاهتمام القليل لتعددية الأبعاد لظاهرة الألم. وفي ضوء التصورات الحديثة للألم المزمن التي تؤكد على أهمية النظرة المتعددة الأبعاد للألم (أحمد حسانين ، 2011: 33)

وقام كلينجر وآخرون (klinger et al) بوضع تصور لوصف متلازمات الألم يقوم على فهم اجتماعي بيولوجي له، ويتالف هذا التصنيف من جزء جسدي وجزء نفسي اجتماعي جديد، حيث يحدد الجزء الجسدي المظاهر الجسدية لاشكالية الألم وفق تموضعه ومدته وتكراره وشدته ، والمجال الوظيفي المصاب والعوامل النشئية...الخ. ويعكس الجزء الاجتماعي النفسي الجديد المظاهر النفسية والاجتماعية استنادا الى النشأة والأستمرار وعواقب الآلام المزمنة بصورة ضمنية مثل التضررات النفسية المتمركزة على الألم وسمات شخصية الفرد والتي تكبح أو تنمي مواجهة الألم، والمجهودات والعوامل الاجتماعية التي تؤثر على الألم، ويرى داغمر (dagmar 2003) أن ذلك يسمح بتوفير منظومة تصنيف عملية تسمح بعرض مبدأ معالجة تكاملي (dagmar broyker et al, 2003).

ويوضح الجدول التالي التصنيف متعدد المحاور للألم :

### جدول رقم (05) يوضح التصنيف متعدد المحاور للألم

مستويات سلوكية	شذوذات سلوكية
	سلوك الم ( لفظي/غير لفظي)
	تجنب النشاطات الجسدية والاجتماعية
	سلوك التحمل
مستويات انفعالية	مزاج حزين - مكتئب

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

غضب، توتر، قلق

عدم استقرار داخلي

عدم استقرار مزاجي

نقص في التعبير الانفعالي

مستوى معرفي

اليأس، العجز، الاستسلام

تضخيم كارثي (تهويل) معمم

نقص في ادراك الحوادث الجسدية

تهويل الاعراض الجسدية

انتباه ذاتي واضح متمركز على الجسد

نموذج المرض الجسدي

توقعات غير واقعية من اهداف المعالجة

مشكلات اجتماعية ( الأهل، الأخوة، الأصدقاء)

مرهقات

ارهاقات من خلال المشكلات الصحية والاجتماعية

ارهاقات في مجال وقت الفراغ

سمات شخصية اعتيادية تحميل الذات فوق طاقتها

نقص في الكفاءات الاجتماعية

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

عجز في قيمة الذات

تضررات قيمية ومعايير جامدة

نقص في التعبير عن الذات

التصنيف وفق ICD-10 يمكن طرح تصنيف اضافي

DSM 4

(أحمد حسانين الاحمد 2011: 36 عن dagmar ,broyker et al, 2003 )

وباستخدام تحليل التجميع قام تيرك وآخرون ( turk et al, 1994 ) بتصنيف مرضى الألم المزمن في ثلاث مجموعات فرعية تتميز كل مجموعة بخصائص يمكن وصفها كالاتي :

### 1-مجموعة مرضى العجز الوظيفي:

وهم الأفراد الذين يتميزون بأنهم يعانون من مستويات مرتفعة من الألم الذي يؤثر بشكل ملحوظ في جميع جوانب الحياة اليومية، وكذلك مستويات مرتفعة من الكدر الانفعالي وادراك منخفض للقدرة على التحكم في جوانب الحياة اليومية ومستوى منخفض من النشاط.

### 2- مجموعة المرضى الذين يتميزون بوجود كدر في العلاقات البين -شخصية:

تتميز هذه المجموعة بدرجات منخفضة في تقديراتهم لمشاعر الأشخاص المهمين ( الأهل والأقارب) واستجاباتهم نحوهم وتقارير منخفضة في الدعم الاجتماعي، ودرجات مرتفعة في الاستجابات الانفعالية

(لوم الذات).

### 3- مجموعة المرضى الذين يتميزون بالتوافق الايجابي:

ويتصف المرضى بارتفاع في مستوى النشاط والقدرة على التحكم في جوانب الحياة المختلفة، كما أنهم يخبرون مستويات منخفضة من الألم والكدر الانفعالي وذلك مقارنة بالمجموعتين السابقتين.



## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

(أحمد حسنين، 2011: 37)

تساعد مختلف التصنيفات المحددة للألم الحاد والمزمن الى التعرف على مختلف الأعراض ولتسهيل اجراء التشخيص الفارقي، وهذا من شأنه أن يعمل على تسهيل التدخل السريع والآني للحالة المرضية التي يعانيتها بالفرد.

### 6- النماذج النظرية المفسرة للألم:

بذل الباحثون محاولات عديدة لتفسير الألم وتوضيح كيفية نشوءه وتطوره، وقدمت في ذلك تفسيرات مختلفة تبعا لطبيعة الحضارة والثقافة السائدة في المجتمع ، وميز العلماء والباحثون ثلاث نماذج مختلفة لتفسير الألم تتمثل في النماذج الطبية التقليدية، النماذج النفسية والنماذج التكاملية والتي سنحاول التطرق لها في هذا الفصل.

#### 6-1. الأفكار القديمة المتعلقة بالألم :

فسر الأطباء والفلاسفة الألم قديما بارجاعه الى عوامل مختلفة كتأثير القوى الروحية والسحرية والشعوذة واحباط الرغبات أو بارجاعه الى الطاقة الحيوية ، ومع التطور الحضاري قدم الاغريق القدماء تصورات أكثر خصوصية لتفسير الألم، حيث أعتقد افلاطون (Aflathon) أن القلب والكبد هما مركز ادراك كل الأحاسيس ، وأن الألم لا ينشأ من الاحاسيس الطرفية لكن يحدث كاستجابة انفعالية في الروح والتي تسكن في القلب. وتصور أرسطو (Arestau) أن المخ لا توجد له وظيفة مباشرة في العمليات الحسية لكن هذا التصور لم يكن واضحا وشاملا ، وعلى العكس من ذلك تماما تحدث جالينوس (Galinos) بوضوح عن التحليل البنيوي للخلايا العصبية حيث ميز بين ثلاثة أنواع من الأعصاب وهي (الأعصاب الناعمة، الأعصاب الصلبة وأعصاب الألم) وأعتبر أن مركز الاحساس هو المخ .

وفي العصور الوسطى أرسى ابن سينا للدراسة العلمية في المجال الطبي وقد اهتم بشكل خاص بدراسة الألم والطرق المختلفة لعلاجه. وقد تمكن ابن سينا من تقديم وصفا دقيقا لاسباب الباثولوجية لخمس عشرة نوعا من الألم ترجع جميعها الى أنواع مختلفة من التغيرات الهرمونية، وقدم أساليب

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

عديدة لعلاجها مثل التمرينات والتدفئة والتدليك ، بالإضافة الى استخدام الأفيون وبعض المسكنات الطبيعية .

في عصر النهضة الأوروبية لم يحدث تحول كبير في التفكير بشأن الألم الا أنه ظهرت بعض الصفات الطبية العلاجية، وكان الاطباء يستخدمون خطاطات متنوعة تعطى كمخدر للمريض عن طريق الاستنشاق بواسطة قطعة من الاسفنج المبلل بالماء الساخن. ثم تواصلت البحوث في هذا المجال لارساء نموذج مقبول لتفسير الألم (أحمد حسانين ،2011: 128)

### 6-2. النموذج الحسي المفسر للألم:

يرجع أصل النموذج الحسي الى الاغريق القدماء ولكنه طور بواسطة ديكرت في القرن السابع عشر ويفسر هذا النموذج الألم من منظور ثنائية العقل والجسم الديكارتية، فالألم خبرة حسية تعتمد بشكل أساسي على درجات المثيرات الحسية الضارة التي تعرض لها الفرد، ووفقا لهذا المنظور توجد نهايتان لمسارات الألم الحسية ( كما هو الحال في الاتصال الهاتفي مثلا) حيث تمثل المدخلات الحسية احدى هذه النهايات والتي تؤثر مباشرة على النهاية الأخرى في المخ، ومن خلال ذلك يمكن القول أن الاثارة الواقعة في المناطق المحيطة تؤدي مباشرة الى اثارة في الجانب الاخر ( main et spanswick,2000).

وتعتمد النماذج الحسية على المفهوم التخصصي للألم والذي يفترض انه احساس خاص ومميز يختلف عن الأحاسيس الأخرى وينتج من خلال مستقبلات الألم المحيطة الواقعة في مكان الإصابة ، حيث يفترض أن التضرر النسيجي يثير بيوكيميائيا المستقبلات المتخصصة في الاندفاع من خلال مسارات الألم الواردة الى مراكز الألم المتخصصة الواقعة في منطقة ما في المخ،حيث يتم الاخبار عن الألم الذي يؤدي بدوره الى رد فعل حركي يؤدي الى تجنب الأذى أو أي أضرار أخرى

( 128 : 1997 ,turk).

ووفقا لهذا النموذج فان درجة الألم التي يخبرها الفرد تعتمد بشكل مباشر على درجة التضرر الواقع عليه، واعتمادا على ذلك النموذج فان تقييم الألم ينبغي أن يركز على ايجاد أسباب الألم، كما أن

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

العلاج يكون قائما على أساس ازالة السبب أو قطع أو غلق مسارات الألم المتخصصة بالسبل الدوائية أو الجراحية.

وعلى الرغم من أن هذا النموذج ظل مسيطرا على التفكير بشأن الألم ومازال ينتسب اليه عدد كبير من المعالجين أو العاملين في مجال الألم حتى الآن، الا أن عدم قدرته على حسم بعض القضايا المتعلقة بالألم الحاد بشكل عام والألم المزمن بشكل خاص دفع بعض الباحثين الى البحث عن نماذج بديلة. وقد عرض تيرك (turk,1996) وتيرك وفلور (turk et flor,1999) بعض أوجه النقد لهذا النموذج على النحو التالي:

- لوحظ أنه على الرغم من تشابه بعض المرضى بشكل كبير في درجة الاصابة أو المرض الا أنه يوجد تباين كبير في تقارير الألم الخاصة بكل منهم.
- أجريت بعض الجراحات لمنع ارسال الألم وذلك بقطع الممرات العصبية والتي تعتبر المسؤولة الذي يخبره المرضى، الا انه بالرغم من ذلك ظل المرضى يعانون من الألم ( الألم الطرفي الوهمي).
- لوحظ أيضا أن بعضا من المرضى الذين ينتشبهون في الأسباب المرضية المؤدية الى المرض أو ينتشبهون في درجة التلف أو التضرر الواقع على النسيج يختلفون في الاستجابة للعلاج على الرغم من تماثله بينهم.
- في بعض أشكال الألم المزمن تكون الأسباب الباثولوجية للألم غير معروفة ومن ثم لا يمكن تحديد عوامل بيولوجية لتفسير الألم الذي يخبره المريض.
- في الحالات التي تستطيع الاجراءات التشخيصية تحديد أسباب باثولوجية لها غالبا ما لا تتناسب فيها هذه الأسباب مع كمية الألم والعجز التي يخبرها المريض،على سبيل المثال بعض من مرضى ألم اسفل الظهر المزمن يمكن تحديد الأسباب الباثولوجية المسؤولة عن الألم الذي يعاني منه، وبالرغم من ذلك يلاحظ أن بعض الأفراد لهم نفس الدرجة من الأسباب المرضية الا أنهم لا يخبرون ألما على الاطلاق، وفي مثل هذه الحالات يجد الباحث نفسه أمام مجموعتان من الأفراد ينتشبهون في الأسباب المرضية، الا أن مجموعة منها تعاني من الألم بينما لا تعاني المجموعة الاخرى منه، لذلك يبدو من الواضح أن هناك أسبابا أخرى غير الأسباب الباثولوجية تؤثر في تقارير الألم لدى المرضى

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

( أحمد حسائين، 2011: 45-46).

### 6-3. النظريات النفسية المفسرة للألم :

ونظرا للقصور الملاحظ في النموذج الحسي في شرح بعض الجوانب المتعلقة بالألم كما عرضناها سابقا، فقد حاول بعض اخصائيو الطب والتحليل النفسي الاهتمام بدور العوامل النفسية في تفسير الألم المزمن وأرجعوه الى عوامل نفسية وليس الى عوامل طبية، وقد قدمت أفكار عديدة متعلقة بتفسير خبرة الألم سنعرضها في السياق التالي :

### 6-3.1. افتراضات مدرسة التحليل النفسي:

ركزت مدرسة التحليل النفسي على ربط الألم بمفهوم الصدمة ، فنظرية فرويد طرحت الصدمة المبكرة ذات الطابع الجنسي كمشكل للبنيات العصابي ( وخاصة العصاب الهستيرى). وقد اقترح فرويد فيما يخص الألم نظرية أساسية قد وصفه كثوران الطاقة ، وهي مسؤولة على احداث جرح في النفس

( defontaine-catteau,2007 : 81 ).

إذن منذ نهاية القرن التاسع عشر سطر فرويد المجال الصدمي للألم حيث أنها تثير وتخلق في الميكانيزمات الدفاعية للفرد، إذ أن الأمر يشبه نوعا ما النزيف الذي يمتص كل قدرات للفرد المتألم.

إن الألم النشط والحاد يخلق شكلا من أشكال الهدم لأجهزة الانتباه والاتصال العادية للفرد ، ويكون سببا في اعاقه العمليات العقلية واحداث شلل وهذا ما يدفع به للتركيز على المنطقة الجسدية المؤلمة ( في حالة الألم الجسدي يخلق ضغطا مرتفعا يستفيد من نرجسية المنطقة المؤلمة في الجسم )

يخلق الألم إذن حركة مزدوجة تتمثل في التركيز على الجسم متبعة بزيادة المصلحة الفردية يظهر على شكل استثمار جسدي ، ففي الألم يكون الجهاز النفسي في عجز عند ظهور احساس لم يكن

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

الفرد مهين له من قبل (pedielli et al,1997) . وترتبط الصفة الصدمية للألم بغياب التحضير له وعدم امكانية الفرد ابعاد التجارب المؤلمة .

ويعتبر الألم المستمر الذي يصعب تحديد تفسيرات عضوية له ، وفقا لوجهة نظر مدرسة التحليل النفسي، بمثابة وسيلة وقائية ضد الصراعات النفسية اللاشعورية ، فالألم الانفعالي يكون بمثابة ازاحة اتجاه الجسم حيث يبدو أكثر قبولا واحتمالا. وقد حاولت الدراسات التي أجريت في هذا المجال اثبات أن المرضى الذين يعانون من الألم المزمن يعانون من صراعات لم يتم حلها ولا يكون الأفراد على وعي بها، ويظهر الألم كوسيلة تعبير عن هذه الصراعات اللاشعورية، كما يظهر أيضا من النزعات العدوانية والعداوية المكبوتة والأنا الأعلى المتصلب والشعور بالذنب وعدم الرضا كحيلة دفاعية ضد الحرمان او التهديد به، وخبرات الطفولة الكئيبة واضطرابات الشخصية المتنوعة

( defontaine-catteau,2007 : 83 )

وقد قدم كل من سزاير (Sizaer 1957) وأنجل ( Angel 1957 ) المنتميان الى مدرسة التحليل النفسي صياغة شاملة لشرح كيفية تحويل الاضطرابات النفسية الى ألم حسي، فقد اقترح سزاير أن الأنا يدرك الجسم كموضوع كما أن الفرد يتعامل مع الجسم كشيئ وكشخص ما خارج الذات وعليه فان المشاعر الواقعة على الجسم تعتبر كأنها في شخص آخر . وينظر الى الألم باعتباره هجوم عدائي من الجسم على الفرد الذي يعاني، كما أن الاحساس بالألم الجسمي يعتبر بمثابة بديل للحزن على خسارة أو فقد حبيب، فالألم يسمح للشخص في هذه الحالة ان يجد أو يقلل من القلق الذي يشعر به والمرتبط بالشعور بالذنب. كما يمكن أن يفهم الألم أيضا باعتباره وسيلة تعبيرية في مستويات متنوعة تتضمن التعبير عن العدوان والتكفير عن الذنوب من خلال المعانات.

وتعتبر هذه الصيغة الى حد كبير وجهة نظر تصويرية لتفسير الألم حيث لم توجد دراسات تجريبية تدعم هذه التصورات كما ان سزاير نفسه لم يقدم أدلة تجريبية كافية لهذه التصورات

(أحمد حسنين،2011: 47)

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

أما بالنسبة لأنجل (Angel) فقد قدم نظرية جديدة لتفسير الألم عرفت بنظرية الألم النفسي المنشأ للإشارة إلى ذلك الألم الذي يحدث في غياب الأسباب العضوية أو الاثارة الطرفية ، فمنذ لحظة الميلاد يكون لدى الفرد حصيلة من خبرات الألم التي يتعرض لها بسبب الاصابة أو التعرض لمثيرات ضارة، وخلال النمو يكتسب الألم معناه من خلال السياق الذي يحدث فيه، هذا الأخير يصبح قادرا على استدعاء خبرات الألم في غياب التضرر أو الاصابة، فالألم مثلا الذي يجعل الرضيع يبكي يجلب له الألم لتهمته به وتشعره بالعطف والتالي يصبح الألم مؤشرا للحصول على الحب، كما ان الألم يرتبط في خبرات الطفولة المبكرة بالعقاب المتعلق بفعل أشياء سيئة، وهنا يعتبر العقاب مرتبطا بالتفكير في الذنوب والخطايا، ومن خلال هذه الارتباطات المبكرة يستخدم الفرد الألم بشكل لاشعوري لحل الصراعات النمائية ولإعادة تحقيق التوازن النفسي، وهذه الديناميات النفسية تساهم في ظهور اضطرابات الاستهداف للألم والتي تتميز بالخصائص التالية:

\* احساس شعوري أو لاشعوري بالذنب، ويعتبر الألم وسيلة للتخلص من هذا الذنب.

\* تاريخ من المعانات وصعوبات متعلقة بالنجاح وسمات شخصية مازوشية

\* نزاعات عدوانية فورية ومكبوتة ، ويعتبر الألم بديلا للعدوان.

\* يعتبر ظهور الألم كبديل للشعور بالحرمان أو خسارة العلاقات الاجتماعية أو التهديد بها.

ولقد طور بولمر وبيرون (Blumer et Heilbronn,1982) نموذج أنجل بالإشارة إلى أن اضطراب الاستهداف للألم يتميز بمجموعة من السمات أهمها انكار المشاكل العاطفية، المشاكل البين-شخصية، الخمول، المزاج الكئيب، الشعور بالذنب، ضعف القدرة على التعامل مع الغضب، العدوانية، الأرق، المودة والتقليد، الاعتمادية وقلة المبادرة، تاريخ عائلي كئيب، ادمان الكحول والألم المزمن (novy et al ,1995)

كما افترض بوتلر وزملاءه (butler et al) نموذجا يتشابه مع النموذج السابق حيث أشار إلى أن صعوبة التعبير عن الغضب والتحكم في المشاعر الحادة بشكل عام يعتبر من العوامل المرتبطة بالاستهداف للألم المزمن والوجدان السلبي.

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

ولقد لاقت أفكار التحليل النفسي العديد من الانتقادات فيما يتعلق باختيار العينات والاجراءات المنهجية التي استخدمت في صياغة هذه الأفكار، والأساليب الاحصائية المستخدمة في تحليل النتائج وكذا العينات وطريقة اختيارها، وذكر الباحثون أن معظم الابحاث والدراسات التي ركزت على الوجهة التحليلية والطب نفسية كانت تعتمد على الروايات القصصية والعينات الاكلنيكية صغيرة الحجم والتحليلات الاحصائية غير المناسبة والتفسيرات الشخصية، وبشكل عام يمكن القول أن الدراسات في هذا المجال كانت غير موضوعية، كما أن الدراسات التي حاولت اختبار مفاهيم التحليل النفسي والمتعلقة بخبرات الطفولة والحالة الاجتماعية والاقتصادية والمشاكل العاطفية والحرمان العاطفي والمرضي والاكنتاب وسوء التوافق الزوجي واضطراب الشخصية والشعور بالذنب وارتباطها بالألم كانت متعارضة في نتائجها، ففي الوقت الذي أثبتت فيه بعض الدراسات وجود العلاقة بين هذه المتغيرات والألم ، أشارت بعض الدراسات الى عدم وجود هذه العلاقة. كما أن الدراسات التي حاولت التوصل الى وجود بروفييل نفسي واضح ومميز لمرضى الألم لم تتجح في ذلك، كما أن العلاقة السببية بين هذه المتغيرات والألم كانت غير واضحة ( mirskey et spear,1967, turk et (salovey,1984,gasma ,1994

(أحمد حسنين،2011: 48)

### 6-3.2. نموذج الدافعية :

يقوم نموذج الدافعية على افتراض مؤداه أنه في غياب دليل طبي واضح لتفسير الألم الذي يعاني منه الفرد فيما أن يكون الشكوى من الألم زائفة أو أنها نوع من التمارض للحصول على مكاسب مالية أو غير ذلك، وقد أدى هذا الاعتقاد الى استخدام أساليب ملاحظة متطورة وآلات مصممة خصيصا لتمييز التضارب في الأداء الوظيفي للأفراد ، وقد وجد أن صدق هذه الوسائل غير كاف بالاضافة الى

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

ذلك لم تجرى دراسات للتأكد من تحسن تقارير الألم من المرضى بعد استلام مكافئة مالية أو الحصول على مكافئة معنوية (turk,2002).

### 6-3.3. نظرية بوابة التحكم :

تعتبر نظرية بوابة التحكم من أول وأكثر المحاولات المنظمة لوضع نموذج تكاملي يعتمد على تفاعل العوامل البيولوجية والنفسية لتفسير الألم، وقد اقترح هذه النظرية رونالد ميلزك وباتريك وال ( melzack et wall ,1965 ).

ووفقا لهذه النظرية لا ينظر للألم باعتباره خبرة حسية تعتمد فقط على درجة التضرر الحادث في النسيج الحي ولكن ينظر اليه باعتباره خبرة متعددة الأبعاد تتكون من جوانب حسية، انفعالية وتقديرية حيث يفترض وجود ميكانيزمات فزيولوجية عصبية معقدة في كل من الحبل الشوكي والمخ تعمل على تعديل اشارات الألم الواردة، فقبل أن تصل هذه الاشارات الى المخ تمر ببوابة عصبية موجودة في القرن الظاهري للحبل الشوكي، فيمكن فتح وغلق هذه البوابة وفق نشاط نسبي في ألياف ناقلة صغيرة وكبيرة حيث يعمل نشاط الألياف الكبيرة على اعاقه نقل رسائل الألم (بغلق البوابة) بينما يعمل نشاط الألياف الصغيرة على تسهيل نقل أشارات الألم (بفتح البوابة)، وبناءا على ذلك فان المدخلات الحسية يمكن من خلال تحقيق التوازن في نشاط الالياف الصغيرة والكبيرة فانه يتأثر أيضا بالتعليمات النازلة من المخ. وبذلك تقترح هذه النظرية ان المراكز العليا في المخ والمسؤولة عن المعرفة والوجدان تؤثر في نقل اشارات الألم من منطقة الاصابة الى المخ، حيث ان هذه المراكز تقوم بتنشيط أنظمة معينة تعمل على تعديل عمل البوابة العصبية ( melzack,1999 ).

اذن يمكن القول أن بوابة الألم كما أقترحها ميلزك ووال ( melzak et wall ) تتأثر بعدد من العوامل يمكن ان تعمل على فتحها أو غلقها، وأن هذه العوامل تنقسم الى عوامل حسية ، عوامل معرفية وأخرى وجدانية وكل منها يتعلق بأبعاد مرتبطة بها، فالعوامل الحسية تشمل جوانب تتعلق بالضرر الجسمي الحقيقي، وتشمل العوامل المعرفية جوانب تتعلق بافكار الفرد وذاكرته وتفسيره



## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

للموقف الحالي والتنبؤ في المستقبل، بينما تشمل العوامل الوجدانية كل ما يتعلق بالوجدان أو المشاعر والسعادة والحسن والأسى والذنب. ووفقا لذلك فان العوامل التي تؤدي الى فتح البوابة، وبالتالي الى الشعور بمزيد من المعانات، تتضمن جوانب حسية مثل الاصابة والخمول وميكانيزمات جسمية ضعيفة وعدم التقدم في ممارسة الأنشطة والاستخدام طويل المدى للأدوية. أما العوامل المعرفية فتشمل التركيز الزائد على الألم والانزعاج منه وذكر كل ما يتعلق به، والتفكير بأن المستقبل سيكون كارثي أو ماساوي.

ويمكن من خلال ذلك التركيز على العوامل المساعدة وتحسين حالة الفرد فتشمل العوامل الحسية زيادة النشاط، الاستخدام قصير المدى للأدوية، تدريبات الاسترخاء والأيروبيك، وتتضمن العوامل المعرفية الاهتمامات الخارجية والاعتقادات في القدرة على التغلب على الألم وتشتيت الانتباه بعيدا عنه، أما العوامل الوجدانية فتشمل الاتجاهات الايجابية نحو الألم والشعور بالقدرة على التحكم فيه، ادارة الضغوط وانخفاظ الاكتئاب (أحمد حسانين، 2011: 51).

وقد أثرت هذه النظرية بشكل كبير في الدراسة النفسية للألم وذلك باقتراحها وجود أساس بيولوجي لتأثير العوامل النفسية في الألم كما أنها أثارت العديد من الأبحاث التي حاولت دراسة أثر العوامل المعرفية (التوقعات، الذاكرة، العوامل الوجدانية، القلق والاكتئاب) على ادراك مثير الألم التجريبي. ومهدت النظرية أيضا للدور الذي يمكن أن تلعبه التدخلات النفسية في ادارة الألم ( keef et al,2005 : 605).

اقترح ميلزاك (Melzak 1999) حديثا نظرية جديدة مكملة لنظرية التحكم بالبوابة أسماها نظرية المصفوفة العصبية، ووفقا لهذه النظرية يوجد بالمخ شبكة عصبية تعمل على تكامل المعلومات من مصادر عديدة لكي يتم الاحساس بالألم، ولا تتضمن المدخلات الأساسية لهذه المصفوفة المدخلات الحسية فقط ولكن تشمل أيضا مدخلات مرحلية أخرى من مناطق المخ المسؤولة عن المعرفة والوجدان وكذا أنظمة تعديل الضغوط.

### جدول (06) يوضح العوامل المؤثرة في بوابة التحكم

جسديا العقاقير، الجراحة، انخفاض التوتر العضلي

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

**معرفيا** صرف الانتباه عن مراكز التوتر الخارجية، التصديق بأن الألم يمكن التنبؤ به وسهل الانقياد

**انفعاليا** استقرار عاطفي، استرخاء، هدوء انفعالي ومزاج ايجابي

**اجتماعيا** الدعم والتشجيع من الآخرين للحفاظ على النشاطات المعتادة ،مسؤولية الالتزام من طرف العائلة والأصدقاء.

**نشاطات** تخصيص وقت للنشاط،عادت صحية ايجابية ،الموازنة بين العمل والراحة والنوم والنشاطات الاجتماعية.

(أحمد حسانين،2011: 52 عن Melzak 1999).

وتؤكد هذه النظرية على دور العوامل النفسية في خبرة الألم وأثارت عددا من الابحاث المعملية والاكلنيكية.

### 6-4.3. النظرية السلوكية:

قدمت المدرسة السلوكية في فترة السبعينات تفسيرا جديدا لدور العمليات النفسية في نشوء خبرة الألم المزمن، وعلى عكس مدرسة التحليل لبنفسي اهتمت المدرسة السلوكية فقط بالسلوك الموضوعي الظاهر والذي يكون بعيدا عن الاستبطان، وحاول انصار هذه المدرسة اثبات ان السلوك يمكن ان يشكل ويغير ويقوي او يضعف كنتيجة مباشرة للمعالجات البيئية.

اعتبر فورديس ( Fordyce et all,1986) أول من استخدم مبادئ النظرية السلوكية في تفسير الألم وذلك من خلال اهتمامه بدراسة ما يعرف باسم سلوكيات الألم والتي تستخدم للاسارة الى الاشارات اللفظية وغير اللفظية من الكدر، والتي تعتمد على التقدير الذاتي للفرد (adams et 126 : al,1996).

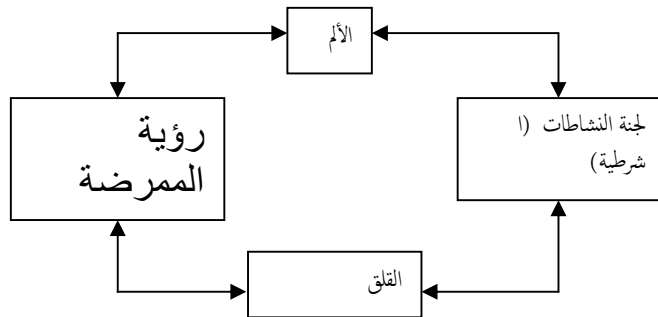
## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

وذهب فوردس الى أن سلوكيات الألم يتم تعلمها من خلال الاشتراط الكلاسيكي والاجرائي والافتراض الرئيسي في هذا أن ما يترتب على سلوكيات الألم من تعزيز سيؤثر في تشكيل هذه السلوكيات بعد ذلك فعلى سبيل المثال ، ووفقا لمبادئ الاشتراط الكلاسيكي يمكن لاستجابة الألم أن تشتت على الأقل جزئيا ببعض المثيرات، فاذا اقترنت مثيرات الألم بمثيرات طبيعية لعدة مرات فان المثيرات الطبيعية ستكون قادرة على اثاره استجابة الألم. فعلى سبيل المثال المريض الذي تلقى علاجاً مؤلماً من معالج طبيعي ربما يشترط بخبرة الاستجابة الوجدانية السلبية بشخص المعالج الطبيعي وفرقة العلاج واي مثيرات أخرى ارتبطت بالمثير المؤلم (turk,1997).

وفي حالة الألم الحاد فان كثيرا من النشاطات التي قد تكون محايدة وسارة قد تؤدي الى اثاره الألم وتفاقمه ومن تم تخبر أنها مثيرات متجنبة، ومع مرور الوقت سوف يتجنب الفرد نشاطات كثيرة (أفراد، موارد طبيعية) يخبرها على أنها ضارة وتؤدي الى زيادة الألم، كما أن توقع الفرد المرتبط بالنشاطات ربما يتطور ويعمل كمثير شرطي ويؤدي الى اثاره الاستجابة الشرطية، وربما يبقى القلق بعد اختفاء أو انطفاء المثيرات الاصلية غير الشرطية (الاصابة)، والاستجابة الشرطية (الاثارة واستجابة الأعراض)

( Lethem et al, 1983, linton et al,1984, philips 1987 ) . ومع مرور الوقت أيضا ربما يصبح الخوف من الألم مشروطا من خلال عملية تعميم المثيرات بعدد كبير من السلوكيات الحركية والعمل والنشاطات الترفيهية والنشاطات الجسمية، وبالتالي يظهر الفرد استجابات لاتوافقية لمثيرات متنوعة ويقلل من من تكرار الاداءات التوافقية في نشاطات كثيرة اخرى (philips,1987). و يمكن عرض تصور لنموذج الاشتراط الاستجابي كما يلي :

شكل (08) نموذج الاشتراط الايجابي للألم



(أحمد حسانين 2011: 53 نقلا عن turk 1997 )

وفقا للشكل السابق فان الاشتراط الايجابي يعتبر أن الألم الحاد بمثابة مثير غير شرطي ، وأن أي مثيرات ترتبط لدى المريض تعتبر مثيرات شرطية يمكن ان تخلق استجابة شرطية وبالتالي تؤدي الى توقع الألم، ولا يقتصر ذلك على الألم الحاد فقط بل أيضا الألم المتعلق بالأمراض (السرطان، الروماتيزم، السكري....) ، فعلى الرغم من أن هذه الآلام توجد لها أسباب باثولوجية تكون مسؤولة عن حدوثها، وأن سلوك الأفراد المتعلق يكون قائما على قاعدة مرضية فان هذا السلوك يمكن أيضا أن يخضع للاشتراط وقوانين التعلم، فعلى سبيل المثال المثيرات المرتبطة بالألم يمكن أن تكتسب مع مرور الوقت القدرة على أحداث سلوكيات ألم غير توافقية، فعلى سبيل المثال مرضى الحروق الذين يخضعون لعملية تنظيف الجروح ربما يظهرون زيادة في مستويات التوتر والاثارة الفزيولوجية والألم بمجرد أن يدخلوا الى الحجرة التي يتم فيها اجراء عملية التنظيف، وفي حالة الأعراض التي لها أساس عضوي واضح أو متعلقة بوجود تلف في النسيج يمكن أن تؤدي الأنسجة اليومية مثل نزول السلم أو التحرك من وضع الى آخر الى تنشيط مستقبلات الألم والذي يؤدي بالتدريج الى ظهور سلوكيات الألم، ومع تكرار المزاجية بين مثل هذه الأنشطة وزيادة الألم، فان مثل هذه المثيرات الطبيعية يمكن أن يكتسب القدرة على اثاره سلوكيات الألم ( keefe et lefebvere,1999 : 1447 ).

ويركز الاشتراط الاجرائي على العلاقة بين هذه السلوكيات ونتائجها. وقد قدم فوردريس (Fordys) وصفا لأربعة أنماط من العلاقات بين السلوك ونتائجه يمكن من خلالها تفسير كيفية اكتساب وبقاء الألم والسلوكيات الجديدة، وهذه العلاقة يمكن تصنيفها في ضوء بعدين أساسيين هما:

- إما أن تكون المثيرات البيئية ايجابية أو سلبية
- إما أن تقدم المثيرات أو تسحب بعد ظهور الشكوى

(أحمد حسانين، 2011: 55).

فسلوكيات الألم التي يتم تدعيمها ايجابيا (الانتباه والعطف من الآخرين) يمكن أن تستمر وتثبت اكثر وعلى العكس فان السلوك الجيد ( القيام ببعض المهام المنزلية) قد يلاقي ( بالاستجابة المرجحة من طرف الزوج) ويكون هناك ميل لعدم تكراره، وهناك عدد كبير من المتغيرات البيئية ذات العلاقة

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

بسلوك الألم والتي دائما ما يتم مناقشتها باعتبارها متغيرات مؤثرة في تشكيل سلوك الألم، ومن هذه المتغيرات:

- تدعيم الآخرين ذوي الاهمية لسلوك الألم.
- سلوك التجنب في صورة الحد من الممارسات والعمل والانشطة اليومية الروتينية.
- التعاضدي ونظم حماية الداخل
- التأخر في العودة من العمل الذي يلي العلاج والشفاء.

(Bears et Mayers,2002 : 740).

ويمكن لهذه المتغيرات البيئية السابقة ان تلعب دورا هاما في بقاء سلوكيات الألم بعد شفاء الاصابة أو الجرح، وتصبح بدورها قادرة تدريجيا على استدعاء الألم أو سلوكياته في غياب الأسباب الباثولوجية وذلك اعتمادا على النتائج التي تترتب عليها أو المكاسب الثانوية التي يحصل عليها المريض كتجنب المهام والأنشطة الجسمية غير السارة والتفاعلات غير المحببة مع أفراد العائلة، فالألم الاجرائي يمكن ان يفيد في التحكم في اعضاء العائلة والحصول على الانتباه والتعاطف واهمال المسؤوليات (Fordyce et al,1984,1996,2001 ;Romano et al,1992 ;Kerns et Rosenberg,1995,Freidman et al,1998)، ومن المتغيرات البيئية أيضا التي يتم مناقشتها في هذا السياق استجابة اخصائي الرعاية الطبية لشكاوي المرضى من الألم، حيث يمكن للأطباء دعم سلوك الألم وزيادة احتمال تكرار الآلام وذلك من خلال وصفهم للأدوية اعتمادا على تعبيرات المرضى عن الأعراض والتعب وليس على أساس الأسباب الباثولوجية المرضية، وهنا يتعلم المرضى بشكل لاشعوري استدعاء هذه الاستجابات حيث انها تساعدهم على الحصول على الراحة وتخفيف الألم وذلك بوصف الطبيب المزيد من الأدوية المسكنة ويحدث هذا في كثير من الأحيان عندما يتم وصف الدواء على حسب الحاجة بغض النظر على مستوى الألم (turk et okifuji,1997) .

وبينت بعض الأبحاث ( keefe et williams,1989 ;keefe et fordyce et al,1982 ) أنه تم تقديم دراسات تجريبية عديدة ادلة تدعم المبادئ السلوكية في تفسير الألم وانتقاله من الحاد الى المزمن، واعتمدت معظم هذه الدراسات اساسا على نجاح العلاج السلوكي في تقليل سلوكيات

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

الألم، في نفس الوقت لم تتجح بعض الدراسات الأخرى في الحصول على نفس المكاسب العلاجية كما في الدراسات السابقة .

وبالرغم من أن هذا النموذج قد قدم شرحا للدور الذي تلعبه العوامل الاجرائية في خبرة الألم والعجز الا أنه تعرض للنقد كونه ركز فقط على الجوانب السلوكية واهمل الجوانب المعرفية والوجدانية للألم.

ولقد لخص تيرك (turk 1997) عددا من المشكلات التي ظهرت من خلال بعض الدراسات التي تناولت نموذج الاشتراط الاجرائي وذلك على الشكل التالي:

- الصدق المشكوك فيه لمفهوم سلوك الألم
- عدم تحديد واضح لمفهوم سلوك الألم.
- الافتراضات العامة التي لوحظ على أساسها سلوك الألم وكانت غير ملائمة.
- امكانية أن يكون الألم معطن عنه (صريح) قليلة ومحدودة.
- بعض المرضى لا يقبلون العلاج الاجرائي ، وغير راضيين عن اهداف العلاج.
- وجود بعض المشاكل المتعلقة ببقاء بعض السلوكات بعض العلاج.

### 5.3-6. النموذج المعرفي - السلوكي:

ظهر النموذج المعرفي السلوكي للألم أثناء الحقبة الزمنية التي زاد فيها الاهتمام بالعوامل المعرفية في مجال علم النفس بشكل عام والتعديل السلوكي بشكل خاص، بالإضافة الى ظهور بعض أشكال العلاج المعرفي والتطور الذي حدث في نظرية التعلم الاجتماعي (novy et al,1995).

ويرى كيني (keefe) أن هذا النموذج يعتبر التصور العقلي الأكثر قبولا في مجال الألم الحاد والمزمن وكذا المتكرر وذلك للأسباب التالية:

- يتميز هذا النموذج بالمرونة حيث يمكن استخدامه لتفسير معظم اشكال الألم المختلفة.
- يتميز بالشمولية حيث يتعامل مع الألم من منطلق التفاعل المتبادل بين العوامل البيولوجية، السلوكية والاجتماعية.

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

- ساعد هذا النموذج على ظهور أساليب علاجية مقننة تعتمد على تعليم المرضى مهارات معرفية وسلوكية تساعدهم على ادارة الامهم (أحمد حسانين،2011: 55).

واقترح تيرك وآخرون ( Turk et all ) النموذج المعرفي السلوكي في منتصف الثمانينات من القرن الماضي وأشار الى أن الاستجابة المعرفية كالأفكار،المعتقدات والتوقعات تلعب دورا هاما في ادراك الألم والتوافق معه وبدلا من التركيز على اسهام العوامل المعرفية أو السلوكية في ادراك الأعراض يكون التركيز في هذا النموذج على العلاقة المتبادلة بين العوامل الجسمية والمعرفية والانفعالية والاجتماعية والسلوكية، ووفقا لذلك فان منظور المريض لأعراضه يعتمد على اتجاهاته الفطرية ، معتقداته، ومخططاته الغريزية التي تتفاعل بشكل تبادلي مع العوامل الوجدانية والتأثيرات الاجتماعية والاستجابات السلوكية والمظاهر الحسية، علاوة على ذلك فان سلوك المرضى يمكن أن يستدعي استجابات من الآخرين وذلك من خلال ردود أفعال الأفراد المهمين في حياة المريض. هذه الاستجابات يمكن أن تدعم أنماط التفكير والمشاعر التوافقية وغير التوافقية ( turk et meinchenbaum,1994 )

ومن منظور النموذج المعرفي السلوكي يتميز الأفراد الذين يعانون من الألم بوجود توقعات سلبية اتجاه قدراتهم الشخصية للتحكم في خبرة الألم أو ادارة الأنشطة الحركية بدون ألم، هذه التقديرات السلبية والتوقعات غير التوافقية اتجاه المواقف والفعالية الشخصية قد تدعم انخفاض الروح المعنوية والحمول وكذلك ردود افعال مرتفعة تعمل على تحفيز مستقبلات الالم، كما أن هذه التوقعات والتقديرات المعرفية تعمل على تقليل الجهد والنشاط الذي يؤدي الى بشكل متتالي الى زيادة الوهن النفسي والضعف الجسدي ومع مرور الوقت يصبح دور العوامل الطبيعية التي اثارت تقارير الالم في البداية اقل فاعل في التأثير على العجز، وفي نفس الوقت فان بعض المشاكل الثانوية المرتبطة بعدم التكيف ربما تثير وتبقي الالم، فعدم النشاط يؤدي الى زيادة التركيز على الجسم والالم، فعدم النشاط يؤدي الى زيادة التركيز على الجسم والالم والانشغال الدائم بهما، وهذه التغيرات في الانتباه المعرفي تزيد من عملية اساءة فهم الاعراض والتاكيد الزائد عليها وادراك المريض لنفسه على انه معاق، فانخفاض النشاط والخوف من اعادة الاصابة والالم وفقد التعويض ربما تعيق هذه العوامل وبشكل غير متعمد قدرة المريض على تخفيف الالم ونجاح التأهيل وتقليل العجز (أحمد حسانين،2011: 61).

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

وتلعب المخططات المعرفية أيضا دورا مهما في التأثير على الألم وعلاجه، فغالبا ما يستجيب الأفراد للظروف الطبيعية بشكل جزئي معتمدين على تمثيلاتهم الشخصية للمرض والاعراض ( مخطط معرفي) فمعتقدات الافراد حول معنى الالم وقدراتهم على العمل واداء الوظائف عند وجود الألم يعتبر

جانبا هاما في المخططات اتجاه الالم، فعندما يتعرض الفرد لمثير جديد (عرض مرضي) فانه ينشغل بما يسمى تحليل المعنى والذي يوجه بالمخططات المعرفية، وبناءا على هذه المخططات يفسر الفرد المثير ويكون سلوكه بناءا على هذا التفسير، فالافراد يقومون ببناء تمثيلات دقيقة لحالاتهم الجسمية والتي تقدم القاعدة الاساسية لخطط الفعل والمواجهة، كما انها تساهم بشكل كبير في فهم الاعراض والتعامل معها، فمثلا المخطط الذي يدرك فيه الفرد ان وضعه خطير جدا والظروف صعبة وان النشاط يشكل خطورة وبالتالي ان العجز ضروري للالم وانه سبب لاهمال الواجبات والمسؤوليات ، فان هذا المخطط سيؤدي بالضرورة الى استجابات غير توافقية. ومن خلال تقييم المثيرات يتجنب هذا المريض النشاطات ويصبح غير قادر على التوافق وبالتالي يؤدي الى مزيد من العجز .

ويوجد عدد كبير من العوامل التي يمكن ان تسير او تعيق احساس المريض بالتحكم كالمعتقدات الشخصية، التقديرات، التوقعات اتجاه الالم، الدعم الاجتماعي، جهود التغلب وطبيعة الاضطرابات ونظام الرعاية الصحية، هذه العوامل من شأنها ان تؤثر في استجابة المريض للعلاج وقدرته على تحمل المسؤولية.

وتؤثر التفسيرات المعرفية كذلك على طريقة تعامل المريض مع الأعراض وتعامله مع الفريق الطبي فتعبيرات المريض الظاهرة للألم ستؤثر على المحيطين به، ومن خلالها يحصل المريض على استجابات يمكن أن تدعم سلوك الألم وانطباعاته حوله وخطورته وشدته وعدم القدرة على التحكم فيه، كما ان هذه الشكاوي يمكن ان تدفع الاطباء الى وصف ادوية اكثر فعالية .

ويظهر أفراد العائلة نوعا من التعاطف مع المريض والأعراض والدعم السلبي مما يزيد من عدم التوافق الجسدي ( turk ;1997).

وفي الأخير يمكن القول أن النموذج المعرفي السلوكي يجمع بين الاشتراط الاجرائي الذي يؤكد على التدعيمات الخارجية والاشتراط الايجابي الذي يركز على التجنب المتعلم وذلك في اطار معالجة المعلومات ، وطبقا لهذا النموذج فان سلبية الأفراد وتقديراتهم اللاتوافقية لمواقفهم وأفكارهم لفعاليتهم



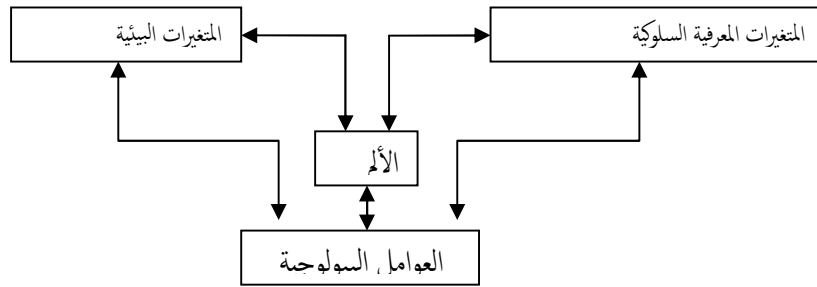
## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

الشخصية في التحكم في الألم والمشاكل المتعلقة به يؤدي الى تقليل جهود التقلب وزيادة الوهن النفسي.

### 6-3.6. النموذج البيولوجي النفسو- اجتماعي لتفسير الألم :

يتعامل النموذج البيولوجي النفسو-اجتماعي مع الألم باعتباره ظاهرة معقدة يمكن تفسيرها في ضوء ثلاث مجموعات من المتغيرات وهي المتغيرات البيولوجية، المتغيرات السلوكية المعرفية والمتغيرات البيئية ( الاجتماعية). وقدّم هذا النموذج نظام يمكن من خلاله فهم طبيعة التفاعل بين هذه المتغيرات، ويوضح الشكل التالي هذه العلاقة :

شكل رقم (09) النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي للألم



( أحمد حسنين، 2011: 68 )

من خلال هذا النموذج يمكن القول ان التغيير في احدى هذه المتغيرات يمكن ان يؤثر ويتأثر بالمتغير بالمجموعات الاخرى من المتغيرات، فعلى سبيل المثال مريض الروماتيزم المفصلي الذي يعاني من الاكتئاب ( متغير معرفي سلوكي) قد يعاني من عدم الرعاية في تناول الدواء واتباع سلوكيات صحية مما يؤثر على تقليل نشاط المريض (متغير بيولوجي)، ويصبح هذا الشخص أكثر اعتمادا على أفراد العائلة والأصدقاء ( متغير بيئي) ونتيجة لذلك يشعر أو يعاني من مستويات مرتفعة من الألم.

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

ولفهم الألم المستمر والمتواصل لدى المريض يجب التعرف على طبيعة العوامل البيولوجية، العوامل المعرفية السلوكية والعوامل البيئية التي تؤثر في الألم ، والمتمثلة في :

**1-المتغيرات البيولوجية:** وتشتمل هذه المتغيرات على العوامل المرتبطة بوجود ضرر فعلي في النسيج الحي، وقد أشارت الملاحظات الاكلينيكية والأبحاث العلمية أنه لا يمكن الاعتماد على العوامل البيولوجية وحدها لتفسير خبرة الألم والاستجابة للعلاج وذلك لأسباب التي تم عرضها سابقا في النموذج الحسي.

**2- المتغيرات المعرفية السلوكية :** تشمل العوامل السلوكية المعرفية التي يمكن أن تؤثر على الألم ثلاث مجموعات من المتغيرات المعرفية والتي تتضمن اعادة التشكيل والتقدير والتغيرات الوجدانية ( المزاج، القلق والاكتئاب) والمتغيرات السلوكية التي تشمل أنماط الأنشطة اليومية والاستجابة السلوكية للألم.

**3- المتغيرات البيئية :** وتشتمل على كل من البيئة الحالية للفرد والبيئة الاجتماعية بشكل عام، فعندما يظهر المريض سلوك ألم فانه سوف يحصل على استجابات من الآخرين المهمين بالنسبة له. هذه الاستجابات يمكن أن تدعم سلوك الألم وبالتالي تزيد احتمال تكرار هذا السلوك.

( أحمد حسانين، 2011: 69)

ويمكن القول أن هذا النموذج يقوم على احتمال ارتباط نشوء واستمرار حالات الألم بالعوامل البيولوجية، النفسية والاجتماعية ومن خلال تفاعلاتها المتبادلة، وفرضية هذا النموذج هي أن كل انسان يملك استعدادا لتنمية مرض ألم معين، هذا الاستعداد لا يتحقق الا عندما تتوافر العوامل السابقة الذكر

**تعليق:**

من خلال العرض السابق للنماذج المفسرة للألم المزمن يمكن التمييز بين ثلاث نماذج مختلفة:النماذج الطبية التقليدية،النماذج النفسية، والنماذج التكميلية التي حاولت تقديم تفسيرات

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

للأسباب المؤدية الى الشعور بالألم وتقديم أساليب علاجية واضحة وفعالة للتخفيف من الألم والتكيف معه .

### 7-العوامل النفسية الاجتماعية المرتبطة بالألم :

لقد اتضح من خلال السنوات الماضية وبشكل واضح ان العوامل النفسية تلعب دورا مهما في خبرة الألم، وكما ذكرنا سابقا أن التوجهات الحديثة لدراسة الألم تعتمد على فكرة انه خبرة ادراكية معقدة تتأثر بمدى واسع من العوامل النفسية والاجتماعية، والتي تشمل الانفعالات والسياق البيئي والاجتماعي والخلفية الثقافية الاجتماعية والمعتقدات والتوجهات ومعناه بالنسبة للفرد، فالألم يؤثر ويتأثر بكل جوانب حياة المريض. وتتمثل المتغيرات النفسية والاجتماعية المرتبطة بالألم في :

#### 7-1. المعتقدات المتعلقة بالألم :

يظهر الكثير من المرضى الذين يعانون من الألم أنواعا مختلفة من المعتقدات المتعلقة بأسباب ودلالة الألم ، هذه المعتقدات ليست شخصية ولكنها يمكن أن تكون مقتبسة من الثقافة التي يعيش فيها المريض والتي غالبا ما تكون خاطئة وغير توافقية. ففي دراسة مسحية أجريت في بلجيكا توصل سيزيلسكي وآخرون ( szipelski et al,1995 ) الى أن الكثير من الأفراد - سواء كان لديهم ألم أسفل الظهر أم لا- يعتقدون أن هذا النوع من الألم سببه الأساسي تعرض الفرد لاصابة ما ، وأن الحركة تزيد منه ومن تم فان الراحة والعلاج الدوائي هما من أفضل الأساليب العلاجية للتعامل بالألم

( أحمد حسانين، 2011 :73).

وتوصل وليامس وثورن (Williams et theurn) في دراسة للتعرف على طبيعة معتقدات المرضى حول الألم، الى أن هذه المعتقدات يمكن تصنيفها وفق ثلاثة أبعاد اساسية وهي :

- **البعد الاول :** الاعتقاد بأن الألم شيء مستمر ولا يمكن تغييره.
- **البعد الثاني :** الاعتقاد بأن الألم سر غامض وغير مفهوم
- **البعد الثالث :** الاعتقاد بأن المريض هو سبب الألم وسبب استمراره

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

فمرضى الألم الذين حصلوا على درجات مرتفعة في البعد الأول أظهروا التزاما طعيفا بالعلاج الطبيعي والعلاج السلوكي لإدارة الألم، أما المرضى الذين حصلوا على درجات مرتفعة في البعد الثاني أظهروا درجات منخفضة في تأكيد الذات ومستويات مرتفعة من الوهن النفسي، والتزام ضعيف بالعلاج. كما أن معتقدات المريض حول أسباب المرض والألم تؤثر بشكل دال على كمية الوهن والعجز الذي يعاني منه، وتؤثر على المنحى العلاجي للمعالج. فقد توصلت دراسة على مجموعات مختلفة من مرضى الألم المزمن إلى أن المرضى الذين أرجعوا آلامهم إلى التعرض لصدمة أو إصابة ما أظهروا مستويات مرتفعة من شدة الألم ومستويات مرتفعة من تدخل الألم في أنشطة حياتهم وذلك عند مقارنتهم بمجموعة من الأفراد الذين أرجعوا آلامهم إلى عوامل وأسباب مبهمة على الرغم من عدم وجود فروق موضوعية ، وكذا اعتقاد المرضى أن الألم عبارة عن تلف في الجسم يصيب العضو، كما انه يؤدي إلى العجز وبذلك يجب تجنب النشاط ( turk et okifuji,1996 ; turk et al,1996 )

وتؤثر المعتقدات أيضا على استخدام استراتيجيات التغلب على الألم من قبل المرضى، فقد توصل وليمز وكيف (Williamz et Kyeef) إلى وجود علاقة بين المعتقدات المتعلقة بالألم وكمية ونوع الاستراتيجيات المستخدمة للتغلب عليه، فالمرضى الذين يعتقدون أن آلامهم عبارة عن سر غامض وغير مفهوم أظهروا استخداما ضعيفا للاستراتيجيات المعرفية للتغلب، وقدروها أنها غير فعالة في تقليل الألم والتحكم فيه. وعلى العكس من ذلك فإن المرضى الذين يعتقدون أن آلامهم مفهومة وزائلة فقد قدروا قدراتهم على التحكم في آلامهم أنها مرتفعة، واستجابوا بشكل جيد للعلاج المعرفي السلوكي .

من هنا يمكن القول أن اعتقادات الأفراد وتقديراتهم وتوقعاتهم المتعلقة بنتائج الأحداث يفترض أنها تؤثر في الوظائف بطريقتين حيث انها تؤثر بطريقة مباشرة في الحالة المزاجية وبطريقة غير مباشرة على جهود التغلب .

وبهذا الأساس وجب على العاملين في مجال الرعاية الطبية لمرضى الألم المزمن ان يتعرفوا على طبيعة المعتقدات السائدة لدى المرضى الذين يتعاملون معهم، لأن الكشف عن مثل هذه المعتقدات ومعالجتها سيؤثر بشكل كبير على نجاح المعالجة والمتابعة الصحية ( أحمد حسانين ،2011: 354).

### 7-2. الفعالية الذاتية :

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

ترتبط الفعالية الذاتية بشكل وثيق بالاحساس بالقدرة على التحكم في المثيرات المنفرة المنفرة، ويعرفها بندورا بانها قدرة الفرد على أداء السلوك الذي يحقق نتائج مرغوبة في موقف معين والتحكم في الأحداث التي تؤثر في حياته واصدار التوقعات الذاتية عن كيفية أداءه للمهام والانشطة التي يقوم بها والتنبؤ بمدى الجهد والمثابرة المطلوبة لتحقيقه ( mayers,2005 :57 ) .

ولقد لاقى مفهوم الفعالية الذاتية اهتماما كبيرا من قبل الباحثين في مجال الألم المزمن وأجريت دراسات عديدة تناولت العلاقة بين الفعالية الذاتية والألم وأشارت نتائج هذه الدراسات الى أن معتقدات الفعالية الذاتية ارتبطت بانخفاض الضغوط والألم لدى مرضى الألم المزمن ( kores et al,1995, keefe et al,1990, lakner et al,1996 )

لقد أثبتت مناقشات عديدة حول الميكانيزمات التي تؤثر بها الفعالية الذاتية على الألم، وقدم باندورا (bandura,1991) عددا من النقاط الهامة للطرق التي يمكن للفعالية الذاتية أن تؤثر بها على الألم وعلاجه وذلك على النحو التالي :

- يكون الأفراد الذين يعتقدون أنهم يستطيعون تخفيف الألم اكثر ميلا للبحث عن مهارات ومعلومات تساعدهم في ادارة آلامهم والاستمرار في الانشطة بالرغم من الألم.
- يقلل الشعور بالفعالية الذاتية من توقعات التوتر الجسمي والقلق مما يؤثر بشكل ايجابي في تخفيف الألم.
- يميل الأفراد الذين لديهم معتقدات قوية في فعاليتهم الذاتية الى النظر الى المثيرات غير السارة على أنها ليست خطيرة، وذلك يؤدي الى انخفاض مستوى الألم الذي يعانون منه.

وأظهرت بعض الدراسات ( loring et al,1989 ;parker et al,1993 ;buckelew et al,1994 ;keefe et al,1997 ;brecke et al,2003 ;rudy et al,2003 ; marks,2004 ;waby et al,2005 ) أن مرضى الألم يتباينون في فعاليتهم الذاتية مما يؤثر في بعض المتغيرات المرتبطة بالألم فالمرضى الذين يظهرون درجات مرتفعة في الفعالية الذاتية يظهرون مستويات منخفضة من الألم وتحمل اكبر له وبذلك انخفاض في النتائج الطبية السلبية وتحسن في مستوى الأداء الطبيعي .

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

بالإضافة الى ذلك فان الفعالية الذاتية تؤثر أيضا على التنبؤ ببعض النتائج العلاجية بعد التدخلات الجراحية، فقد أشارت بعض الدراسات الاستطلاعية كدراسات ( orbell et al,2005 ,dohnke et al,2001 ) على عينة من المرضى الذين خضعوا لعمليات جراحية في العظام أن المرضى الذين أظهروا مستويات مرتفعة من الفعالية الذاتية قبل العملية الجراحية كانوا أسرع في الشفاء، كما أنهم أظهروا تحسناً علاجية لفترات زمنية طويلة.

كما توصلت دراسات ( keefe et al,2004 ;marks,2001 ;kores et al, 1995 ) أن التحسن في الفعالية الذاتية بعد التدخلات العلاجية القائمة على الادارة الذاتية والعلاج المعرفي السلوكي ارتبط بالتحسن في الالم والحالة الوظيفية والتوافق النفسي .

ومن الدراسات المهمة أيضا في اطار العلاقة بين الفعالية الذاتية وتقديرات الألم والمزاج دراسة ليفيفر وآخرون ( lefebvere et al,1999 ) على عينة من 128 مريضا بروماتيزم المفاصل توصل فيها الى ان الفعالية الذاتية ارتبطت بشكل دال بالتقديرات اليومية للالم والمزاج، وفعالية التغلب حتى يعد التحكم في المثيرات الديموغرافية والطبية (أحمد حسانين ، 2011 : 78).

وفي ضوء النتائج والدراسات السابقة عن العلاقة بين الفعالية الذاتية والألم يمكن القول أنها تؤكد على الدور الفعال الذي تلعبه الفعالية الذاتية في فهم الألم وعلاجه، وذلك في ضوء ما أشارت اليه الأبحاث من أن انخفاض الفعالية الذاتية يرتبط بارتفاع مستوى الألم والعجز واستخدام ضعيف لاستراتيجيات التغلب عليه، كما ان التحسن في الفعالية الذاتية ارتبط بالتحسن في المزاج والألم. لذلك يجب أخذ هذا المتغير بعين الاعتبار عند علاج الالم الحاد والمزمن، بالإضافة الى تطوير اساليب علاجية نفسية تعمل على تحسين الفعالية الذاتية لدى مرضى الألم.

### 7-3. الأخطاء المعرفية :

بالإضافة الى الفعالية الذاتية توجد مجموعة من الأخطاء المعرفية التي يمكن أن تؤثر في ادراك الألم والعجز. وتعرف الأخطاء المعرفية بأنها معتقدات سلبية مشوهة اتجاه الذات او اتجاه الموقف ( smith et al,1990 ) .

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

وتعتبر المؤسوية من أكثر الأخطاء المعرفية شيوعاً لدى مرضى الألم والتي تشير إلى الميل إلى توقع النتائج السلبية أو الجوانب المنفرة في خبرة ما أو إساءة تفسير نتائج حدث ما على أنها سلبية إلى حد كبير، كما عرفت بانها أفكار سلبية مبالغ فيها اتجاه المشكلة التي يتعرض لها الفرد (lefebvre,1981).

ولقد تم التحقق من تأثير المؤسوية على الألم عبر أنماط مختلفة من الآلام مثل ألم أسفل الظهر وروماتيزم المفاصل وألم الأسنان والألم العضلي الليفي ( rosensteil et keef, 1983, turner et ) (clancy,1986, sullivan et neish,1998, jacobson et butler, 1996) وظهرت هذه النتائج عبر مراحل عمرية متتالية من الطفولة إلى الرشد إلى الشيخوخة ( أحمد حسنين ، 2001: 82 ) .

ولقد ازداد الاهتمام بالمؤسوية في العشر سنوات الماضية بشكل ملحوظ وتوصلت دراسات عديدة إلى أنها ترتبط بعدد من المتغيرات والتي تشمل التقارير المرتفعة من الألم الذاتية ( sullivan et al,2006, edwards et al, 1998, al) وزيادة مستوى الإحساس بالألم (turner et al,2002) وزيادة استخدام أدوية الألم (jacobson et bulter,1996) والاستخدام المبالغ فيه لنظام الرعاية الصحية ( gil et al,1993) وبتطوّر معدل الشفاء بعد العمليات الجراحية ( kendell et al, 2001, ) (pavlin,2005, granot et feber, 2005) .

وعلى ذلك وفي ضوء الدراسات التي أشارت إلى أن المؤسوية يمكن أن تنتجاً بتقديرات شدة وسلوك الألم بدأ الباحثون بالتساؤل عما إذا كانت العلاجات النفسية التي تهدف إلى تقليل المؤسوية لدى مرضى الألم المزمن يمكن أن تؤدي إلى تقليل العجز المرتبط به ، وللتحقق من هذا الفرض أجريت دراسات كيبف وآخرون ( Kieef et al ) وسميت وآخرون وثورن ( smeets et al,2006, thorn, ) (2004) والتي توصلت إلى أن مرضى المفاصل الذين أظهروا تحكماً أفضل في الألم بعد جلسات العلاج الجماعي لتدريب مهارات التغلب على الألم حققوا أفضل النتائج العلاجية بعد العلاج والمتابعة.

### 7-5. العوامل الثقافية والاجتماعية:

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

اهتم العديد من الباحثين بدراسة تأثير العوامل الثقافية والاجتماعية على ادراك الألم الحاد والمزمن وأشارت نتائج الأبحاث الى أهمية الدور الذي تلعبه هذه العوامل في تشكيل وفهم خبرة الألم

(أحمد حسانين ،2011: 101 )، فالأبعاد الثقافية المتمثلة في اعتقادات الجماعات العرقية يؤثر في كيفية ادراك الفرد واستجاباته للاعراض التي يعاني منها ( bates et all,1993 ) . ولقد توصلت مجموعة من الدراسات ( hibnall et al,2005, edwerds et all,2001, green et al 2003- ) الى وجود فروقا عرقية في الألم الاكلينيكي من حيث تحمله وعدم تقبله، كما أن الألم المزمن يؤثر في نوعية الحياة والحالة الصحية للأمريكيين السود أكثر بكثير من تأثيره على الأمريكيين البيض ( nerenz et levental, 1983 ) (mechanic).وبالمقابل توصلت دراسات أخرى (Edwards et al,2005 ; jordon et al,1998) الى عدم وجود فروق عرقية في شدة الألم.

### 8- تشخيص وتقدير الألم :

إن اعتبار الألم تجربة شخصية وذاتية وتقييمه لا يتوقف على حدته بل يحتاج الى تحليل ايثولوجيته وميكانيزماته الفزيوباتولوجية، لمكانته في تاريخ وثقافة المريض وأيضا تأثير الألم على نوعية حياة المريض وعلاقاته الاجتماعية.

يحتاج التكفل بالألم قبل كل شيء الى تقييم دقيق يركز على الاختبار الاكلينيكي والمقابلة مع المريض.

### 8-1. المقابلة :

تركز المقابلة التي تجرى مع المريض على السوابق المرضية- الجراحية والعقلية للحالة يسجل فيها الأخصائي تجارب الحالة مع الألم وسلوكاته اتجاهها وذلك من خلال :

1- تاريخ الألم: يتعين على المريض تحديد تاريخ بداية الألم بدقة وظروفها وأحداث الحياة المصاحبة لها



## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

كما يجب تحديد التشخيص وطرق التكفل بالمريض وأثره عليه. ويذكر المريض كذلك الاختبارات المختلفة التي أجريت له والاطباء الذين زارهم، تطور الألم ومختلف الأدوية المستخدمة بدقة وفعاليتها في تخفيف الألم ( مضادات الالتهاب- مضادات الاكتئاب..... )

**2- الألم الحالي :** يحدد المريض مدة الألم وتكراره والتغيرات المصاحبة له سواء كانت يومية، أسبوعية أو شهرية وذلك من خلال : طوبوغرافية الألم ، شدة الألم وحدته، الوصف النوعي للألم أي موضعه وانتقاله الى مواضع أخرى ، فترة ظهور الألم أي متى يبدأ ومتى يتوقف، فترة استمرار الألم ومدى التغيرات في وتيرته خلال ساعات النهار أو الليل، ظروف ظهور الألم والعوامل التي تزيد من حدته أو تقلل منه، رد الفعل السلوكي اتجاهه، الظروف العائلية والاجتماعية والظروف النفسية المرتبطة بالألم.

**3- الفحص النفسي:** يبدأ الفحص الاكلينيكي بملاحظة عامة للمريض ( ايماءاته، حركاته التلقائية، طريقة نهوضه وجلوسه، حركاته، تهدياته، رد فعله وشكاويه ) . ويعتمد الفحص الاكلينيكي على تسجيل منطقة الألم ويتبع الفحص الاكلينيكي بفحص نورولوجي ( ..... )

### 2-8. التقدير الكمي للألم وقياسه:

يحتاج الأطباء وأخصائيو الرعاية الصحية والنفسية الى البحث ليس فقط عن العوامل الطبية المسببة للألم أو المسؤولة عنه، بل أيضا الى معلومات عن النواحي المزاجية للمريض وتوجهاته ومخاوفه وجهود التغلب واستجابات الآخرين المهمين في حياته، تأثير الألم عليه، ويمكن تقدير هذه العوامل أو الجوانب من خلال المقابلة واختبارات التقدير الذاتي.

#### أ/ مقاييس التقدير الذاتي للألم :

تعد مقاييس التقدير من أكثر المقاييس شيوعا في مجال البحوث الاكلينيكية للألم وهي تتباين وفق عدد وطبيعة نقاط ارتكازها، فقد يسأل المريض عن مستوى الألم لديه ( خفيف، متوسط أو حاد)، أو يطلب منه أن يسجل على مدار الأسبوع مستويات الألم التي يشعر بها (أحمد حسانين، 2011: 121).

ويشير الباحثون الى أن الاعتراض الأساسي على الاعتماد على مقاييس التقدير أحادية البعد يعود الى فشلها في التعبير عن تعقد خبرة الألم. ورغم محاولة استخدام مجموعة من مقاييس التقدير لكل من

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

الأبعاد الحسية والوجدانية للألم الا أنه قد تبين أن الاعتماد على مقاييس مفرد يمكن أن يشوه الاستخلاصات المتعلقة بتغير المكونات الذاتية للألم. لذلك ظهرت مجموعة من الاستبيانات لتقدير الألم تعتمد على قياس الجوانب المتعددة لخبرة الألم ومن بينها:

ب / مقاييس التقدير المتعدد:

### 1/استبيان ماكجيل MC jill للألم :

أعد الاستبيان من طرف ميلزك ( melzack,1975)، ويتضمن 78 صفة لوصف الألم مصنفة في اثنين وعشرين مجموعة تعكس خصائص مختلفة للألم تصف بعض المجموعات الخبرة الحسية للألم كالوخز،الغليان،السخونة،الحروق، بينما تصف مجموعات أخرى خصائص وجدانية مثل الاحساس بالمرض،الخوف،الاذى،القسوة. وتصف مجموعات أخرى جوانب تقييمية للألم كالمضايقة،البؤس واثارة المتاعب، ويطلب من المفحوص تحديد أي الكلمات تصف آلامه. ويمكن تصحيح الاستبيان إما بالوصول الى مؤشر يعكس شدة الكلمات المختارة، وإما بطريقة أبسط من خلال عدد الكلمات التي تم اختيارها من المجموعات الثلاثة (أحمد حسانين،2011:121).

### 2/قائمة الأبعاد المتعددة للألم ( multidintional pain inventory MPI ) :

أعدت القائمة من طرف كيرنس واخرون ( kern ei al ) وتتكون من 60 عبارة مقسمة الى ثلاثة أقسام رئيسية يتناول القسم الأول تقييما لشدة الألم وتأثيره على النواحي المختلفة لحياة المريض والضغط الانفعالية والدعم من الاشخاص المعمين، بينما يتضمن القسم الثاني ادراك المريض لاستجابات الاشخاص المهمين لشكواه من الألم، بينما يتضمن القسم الثالث التغير في الأنشطة الشائعة في حياة المريض ( kerns et al,1985 ).

ترجمت قائمة الأبعاد المتعددة الألم الى اللغة العربية من طرف أحمد حسانين الأحمد (2007) ووجد انها تتمتع بثبات وصدق عاليين في الثقافة العربية.

### 3-8. قياس النواحي الانفعالية للألم:

#### أ/استبيان معتقدات تجنب الخوف fear-Avoidance Beliefs questionnaire :

أعد المقياس من طرف وادل واخرون ( Wadel et al ) لقياس المعتقدات اتجاه العمل والأنشطة الجسمية وكيفية تأثيرها على ألم أسفل الظهر، يتكون من مقياسين فرعيين وهما معتقدات تجنب

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

الخوف المرتبطة بالأنشطة الجسمية ومعتقدات تجنب الخوف المرتبطة بالعمل، وقد توصلت الدراسة الأصلية أن المقياسين يتمتعان بدرجة عالية من الاتساق الداخلي تراوحت بين (0.84 و 0.92) بالنسبة لمقياس العمل وبين ( 0.52 و 0.77) بالنسبة للأنشطة الجسمية، كما أن معامل ثبات المقياسين كان مرتفعا باستخدام اعادة التطبيق ( أحمد حسنين، 2011: 129 عن pfingsten et al,2000)

### ب/ استبيان الخوف من الألم : Fear of pain questionnaire

يتكون المقياس المعد من طرف مكنيل وراينواتر (Mc nail et Rainwater, 1998) من ثلاثون (30) عبارة تهدف الى قياس الخوف من الألم، يتم الاجابة عن كل عبارة بتدرج من خمس نقاط . أظهر التحليل العاملي للمقياس وجود ثلاثة عوامل هي الخوف من الألم الشديد، الخوف من الألم البسيط والخوف من الألم الطبي كما أنه يتمتع المقياس بخصائص سيكومترية عالية .

### ج/مقياس أعراض قلق الألم:

أعد المقياس من طرف ميكركين وآخرون (Mc craken et al, 1992) لقياس الأعراض المعرفية ، السلوكية والفزيولوجية للقلق المتعلق بالألم، ويتكون من أربعين (40) عبارة يتم الأجابة عليها بتدرج من 6 نقاط بطريقة ليكرت من 0 الى 5. يتميز المقياس بدرجة عالية من الصدق والثبات سواء على عينات اكلنيكية أو غير اكلنيكية.

4-8. قياس العوامل المعرفية المرتبطة بالألم : وتقاس المعتقدات المتعلقة بالألم عادة من خلال :

### 1/ قائمة ادراك الألم والمعتقدات المرتبطة به :

أعد القائمة وليامز وثورن (williams et thorn,1989) لقياس معتقدات المرضى حول الألم الذي يعانون منه، وتتكون من 16 عبارة موزعة على أربعة عوامل فرعية وهي الاعتقاد بان الألم سر غامض، اللوم الذاتي، الألم المستمر، الألم الثابت، وتتميز القائمة بخصائص سيكومترية عالية.

### 2/ استبيان مسح الاتجاهات حول الألم :

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

يعتبر استبيان مسح اتجاهات الألم واحدا من أشهر الاستبيانات المستخدمة لقياس معتقدات المرضى نحو الألم، ويتكون في صورته الأصلية من 57 عبارة يتم الاجابة عليها على تدرج من 5 نقاط تتراوح بين 0 و4، وهذه العبارات موزعة على سبعة مقاييس فرعية هي ادراك القدرة على التحكم في الألم (التحكم في الألم)، الاعتقاد بأن الشخص عاجز بسبب الألم (العجز)، المعتقدات المتعلقة بالرعاية الطبية للألم ( الرعاية الطبية)، المعتقدات حول مراعاة الآخرين لمشاعر المريض وخاصة أفراد الأسرة ( الرعاية الأسرية)، الاعتقاد في مناسبة الأدوية لعلاج الألم (الدواء)، الاعتقاد في تأثير الحالة الانفعالية على الألم(الانفعال)، الاعتقاد بأن الألم يشير الى وجود ضرر كبير( التضرر). يتميز المقياس بخصائص سيكومترية جيدة .

### 3/ مقياس استراتيجيات التغلب على الألم :

قام باعداد المقياس روزنستيل وكيف (Rosensteil et Kieef 1993) لقياس استراتيجيات التغلب على الألم لدى مرضى الألم المزمن، يتكون من 48 عبارة موزعة على سبعة مقاييس فرعية ستة منها لقياس الاستراتيجيات المعرفية وواحدا لقياس الاستراتيجيات السلوكية. يتم الاستجابة على بنود المقياس من خلال تدرج من سبع نقاط يتم في ضوءه تقدير مدى تكرار استخدام كل استراتيجية من الاستراتيجيات عندما يتم الشعور بالألم، ولقد تم تقدير صدق وثبات المقياس في دراسات عديدة ( resentiel et kefee,1983,kefee et al,1987,gil et al, 1989, ) (michael et al, 1997).وقام أحمد حسانين الأحمد (2007) بترجمة المقياس ونقله الى اللغة العربية وتوصل الى أنه يتمتع بصدق وثبات عاليين .

### 4- تقييم الأخطاء المعرفية المرتبطة بالألم :

تعد مأساوية الألم ومن أشهر الأخطاء المعرفية الشائعة لدى المرضى والتي تكون هدفا للقياس ، ويعد مقياس مأساوية الألم لسوليفان ( Sullivan et al,1995) من أكثر المقاييس شيوعا في البحث العلمي يتكون من 13 عبارة يطلب من المريض فيها أن يقدر مدى انطباق العبارة عليه على تدرج من صفر (لا تنطبق على الاطلاق ) الى أربعة ( تنطبق معظم الوقت) . وللمقياس ثلاث أبعاد هي اجترار الافكار والتفخيم والشعور بالعجز ، كما أنه يتمتع بخصائص سيكومترية جيدة. ( أحمد حسانين أحمد ، 2011 : 132 - 133).

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

وفي الأخير وفي ضوء العرض السابق لتقييم وتشخيص الألم يمكن القول أنه لتقديم المساعدة المرجوة والفعالة للمريض لابد من إجراء الفحص الشامل له من حيث العوامل الطبية المسؤولة عن المرض- إن وجدت- ، وكذا الفحص الدقيق للعوامل الاجتماعية والنفسية والسلوكية التي تبث ارتباطها بالألم .

### 9-التكفل الطبي والنفسي بمرضى الألم:

ظهرت منذ القديم الأدلة على محاولة الانسان مواجهة وعلاج الألم، اذ جرب السحر والشعوذة والأعشاب والخمور. وقد كانت الشعوب البدائية تحدث تقوبا في جمجمة المريض بألم الرأس ظنا منها أن الروح الشريرة حبيسة في رأس المريض، وكان قدماء المصريين يعالجون الألم بالزيوت والدهانات، أما الرومانيون فقد كانوا يقدمون لمريض الألم فضلات الحيوانات وأمعانها كطعام حتى تشعر الشياطين بالاهانة فتهرب ، واكتشف الصينيون القدماء التأثير المهدئ للأفيون والحشيش والكحول في الجراحة ( ched lerhapy, 1998 : 10-11 ).

ومع بداية سنة 1795 اكتشف ديفي ( Devey ) الخواص المخدرة لأول أكسيد النترجين والذي أستخدم لتخفيف آلام الصداغ وخلع الاسنان وأستخدم فيما بعد في التخدير الجراحي، ومع النجاحات المحققة لعلاج الألم أنكب الاطباء وعلماء النفس على دراسة المواد المخدرة وسبل اعطائها والأجهزة المستخدمة في التخدير للقضاء على الالم وتخفيفه دون تغييب الوعي .وكان للتطور الذي عرفته الكيمياء العضوية سندا كبيرا في هذا الاتجاه حيث امكن عزل العناصر المسؤولة عن النشاط التخديري من نباتات مثل الخشخاش والكوكا فكانت أكثر فعالية وأسهل استخداما، ومن خلال التعرف على صيغتها الكيميائية تمكن العلماء من خلق أجسام مشابهة أكثر بساطة لها نفس النشاط وأقل آثارا جانبية ( Chochard,1992 : 58 )

### 9-1. العلاج الطبي للألم :

#### 9-1.1. أدوية الألم:

استخدمت الأدوية المهدئة للجهاز العصبي لمقاومة الألم والسيطرة عليه بطرق مختلفة عبر تأثيرها على حدوث اشارات الألم أو ترددها أو تفسير الدماغ لها،ومن أشهر المسكنات المستخدمة مضادات الالتهاب غير الستيرودية ( الأسبرين،كيتوبروفن،نابوميثون...) والاستامينوفيت

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

(سيليكوسكيب، روفيكوكسيب) والمسكنات القوية التي تستخدم في معالجة الألم الناتج عن السرطان والاصابات الشديدة

(بوتورفانول، كوديين، فنتانيل، هايدروكودون، هايدرومورفون، ميريبين، مورفين، اوكسيمورفون)، ومضادات الاكتئاب ثلاثية الحلقات (أميتريبتلين، كلوميبرامين، اموكسابين، ديزيرامين، نورترينبتلين ) التي تؤثر على بعض التفاعلات الكيميائية المساهمة في الشعور بالألم، والأدوية المضادة للصرع

(David et soinson,2000 :146-148). ورغم نجاح الأدوية في تخفيف الآلام والحد منها الا أن استخدامها على المدى البعيد وخاصة في حالة الألم المزمن يرتبط بأضرار كبيرة حيث تؤثر على المعدة وتسبب الغثيان ونزيف المعدة والتهاب الكبد وانحباس الماء في الجسم وهبوط في وظيفة القلب، وتزداد خطورة الدواء مع تقدم السن، كما أن تناول الأدوية المخدرة قد يؤدي الى الاعتماد الجسدي عليها والادمان وقد تفقد فعاليتها مع اعتياد الجسم مع مرور الوقت (أحمد حسانين، 2011:211 )

### 9-2.1. جراحات الألم:

يلجأ الى الجراحة كحل أخير اذا تعذر معرفة سبب الألم والقضاء عليه بالعلاج الملائم، ويحذر الباحثون من اللجوء الى الجراحة الا في الحالات المستعصية نظرا لتأثيراتها الجانبية كبعض الاضطرابات في تغذية الأنسجة العضلية.

لكن بالمقابل يمكن أن يكون للعميات الجراحية أضرارا جسيمة تؤثر على حياة المريض بشكل عام. ونظرا لمحدودية العلاجات الطبية والانتقادات الموجهة لها بدأت تتجه الانظار الى البحث عن علاجات بديلة او مكملة للتدخلات الطبية، ومن بين أنواع العلاج التي ظهرت وأثبتت فعاليتها التدخلات النفسية.

### 9-2. العلاج النفسي للألم :

أثبتت نتائج الأبحاث ، كما ذكرنا سابقا، الدور الفعال الذي تلعبه العوامل النفسية في نشوء واستمرار وزيادة الألم وخاصة المزمن منه، حيث ظهرت مجموعة من المناحي النفسية العلاجية قدمت عددا متنوعا من الطرق العلاجية التي أثبتت فعاليتها في التخفيف من أعراض الألم، ومن بين العلاجات المستخدمة :

### 9-1.2. العلاج السلوكي :

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

يعتمد العلاج السلوكي للألم على المبادئ النظرية لنظريات التعلم التي تم استخدامها لتفسير الألم المزمن، ففي عام 1970 قام فورديس (Fordiss) باستخدام مبادئ الاشرط الاجرائي لشرح الألم المزمن وأكد ان الألم يعتبر مشكلة سلوكية أساسا قد يستمر في بعض الحالات بدرجة كبيرة نتيجة لمتربته التدعيمية. وقد يتدعم سلوك الألم اما ايجابيا من خلال العوامل الاجتماعية مثل الاهتمام ورعاية أفراد الأسرة أو سلبيا من خلال تجنب المسؤوليات وعدم الرغبة في تحملها. وتهدف برامج التعلم الشرطي الفعال الى زيادة تكرار السلوك الحسن والتقليل من سلوك الألم حيث لا يهدف البرنامج الى ازالة الألم بل يهدف بالاحرى الى المساعدة في التغلب على الألم بصورة أفضل، وأن يواصل المرضى الأنشطة العادية بالرغم منه. وبعد خفض مستويات تعاطي العقاقير هدفا كذلك لبرامج الاشرط الفعال ( Morly et al, 1999, ) (Cherly, bery et mays, 2002 : 740). وتوصلت نتائج الأبحاث ( Mc craken et al, 2002, Sandars, 2003, Lousberg et al, 2005) الى فعالية أساليب العلاج المعتمدة على مبادئ النظرية السلوكية كما قدمها فورديس، وأشارت النتائج الى فعالية هذه الأساليب سواء تم استخدامها بمفردها أو بالموازاة مع علاجات أخرى في تحسين مستوى النشاط العام وسلوكات الألم واستخدام أدوية الألم .

### 9-2.2. العلاج المعرفي - السلوكي للألم :

يعتبر العلاج المعرفي السلوكي اتجاها علاجيا حديثا نسبيا يعمل على الدمج بين العلاج المعرفي بتقنياته المتعددة والعلاج السلوكي بما يضمنه من فنيات، ويعتمد الى التعامل مع الاضطرابات من منظور ثلاثي الابعاد (معرفي، انفعالي وسلوكي) ، كما يعتمد على اقامة علاقة علاجية تعاونية بين المعالج والمريض تتحدد في ضوءها المسؤولية الشخصية للمريض عن كل ما يعتقد فيه من أفكار خاطئة ومشوهة واعتقادات لاعقلانية مختلة وظيفيا تعد هي المسؤولة في المقام الأول عن الاضطرابات التي يعاني منها المريض وما يترتب عليها من ضيق وكرب، وبنفس الطريقة يتحمل المريض مسؤولية شخصية في احداث التغيير العلاجي من خلال تصحيح الأفكار المشوهة والاعتقادات اللاعقلانية وتعديلها واستبدالها بافكار واعتقادات اخرى تتسم بالاعقلانية والتوافقية.

ويستمد هذا الاسلوب العلاجي جذوره من اعمال بيك (Beck 1963) على مرضى الاكتئاب وليس (Ellis 1953) حيث يركز كل منهما على افكار واعتقادات المريض باعتبارها المسبب الرئيسي للاضطرابات الانفعالية والسلوكية ( عادل عبد الله، 2000: 17).

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

بدأ تطبيق العلاج المعرفي السلوكي في مجال الألم المزمن في منتصف الثمانينات حيث قدم تيرك وآخرون (turk et al,1993) الخطوط العريضة لهذا العلاج والذي يركز على اكساب المريض بعض الأساليب التي تنمي لديه الاحساس بالسيطرة على الألم وتأثيراته على حياته، بالإضافة الى التعديل الحقيقي للمظاهر الحسية، المعرفية، السلوكية والانفعالية لخبرة الألم.

وتساعد الخبرات السلوكية في اقناع المريض أنه قادر على تحقيق أكثر مما يفترضه وتعمل على زيادة الاحساس بالكفاءة الشخصية، أما الاساليب المعرفية فهي تساعد المريض على السيطرة على الاستجابات الحسية والسلوكية والمعرفية والانفعالية ( احمد حسنين ، 2011: 150).

### 9-3.2 التفكير الموجه:

تستهدف تقنيات التفكير الموجه الى حصر تفكير المريض عند وجود الألم في شأن محدد ، بحيث ينغمس فيه تماما ويكل حواسه بغية صرف تفكيره عن الشعور بالألم. ومن أفضل طرق توجيه التفكير والتي استخدمتها جمعية أدم لسرطان الطفولة (2010) هي القراءة الجهرية للقرآن الكريم وذلك بحث الطفل على القراءة بنفسه مما يحفظه من القرآن ومراجعته وحثه على الاعداد والتصحيح، فتركيزه الذهني سيتحول الى ضرورة استظهار ما يحفظه واجادة تلاوته مما سيحصر تفكيره بالقرآن ويصرفه عن الشعور بالألم، اضافة الى أن قراءة القرآن الكريم تساعد على الدعم النفسي وتنفي عنه الافكار السلبية وتخفف من الشعور بالألم.

### 9-4.2 العلاج التحليلي للألم :

يستخدم العلاج التحليلي للألم بالاستفادة من نظرية التحليل النفسي وخاصة المبادئ التي قدمها انجل ( angel,1957) لشرح وتفسير الألم - كما ذكرناها سابقا- حيث تتم المناقشة مع المريض حول بعض الموضوعات كسوء الاستخدام الجنسي والاهمال العاطفي وعلاقتها بالألم المزمن في سياق الافتراض الرئيسي وهو أن الخبرات الماضية والتفاعلات العاطفية والشخصية تؤثر في ادراك المرضى واستجاباتهم للألم (Adam et al,1996).

إن زيادة الوعي بهذه الجوانب المهمة من حياة المريض يزيد من امكانات المعالج في فهم حاجات المريض البين-شخصية وصراعاته، ومن تم تساعده في ابتكار سياق يمكن من أن يسهل أو يسيّر اتمام العلاج المعرفي السلوكي ( أحمد حسنين ، 2011: 183)

ومن بين الوسائل المستخدمة في العلاج التحليلي العلاج بالتنويم المغناطيسي الذي استخدم في مجال علاج الألم بداية من سنة 1850، وأظهرت الدراسات المختلفة فعاليته في تخفيف الألم المتعلق



## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

بالصداع واصابات الحروق والتهاب المفاصل والسرطان وألم أسفل الظهر المزمن، كما توصلت الدراسات الى فعالية التنويم في تقليل الألم الحاد أكثر من الألم المزمن ( Jensen et Pattersan, 2000 ; Montgomery et al, 2003 ; Jensen et Pattersan, 2006 ).

### 9-5.2. العلاج الأسري للألم :

يستخدم العلاج الأسري كعلاج مكمل للعلاجات الأخرى للألم وذلك من منطلق أن الألم لا يؤثر على حياة المريض فقط بل ولكنه يؤثر ويتأثر بالبيئة الأسرية التي يعيش فيها ، فمعظم الأفراد المهمين بالنسبة للمريض يحدث تغير في نشاطاتهم المختلفة ومسؤولياتهم وأدوارهم الاجتماعية، وتوصلت نتائج الدراسات ( Feinauer,1992 ; schwartz et slater,1991 ) الى أن ما يزيد من 80% من مرضى الألم المزمن يعانون من أعراض اكتئابية. لذلك اهتمت الدراسات بتطبيق العلاجات الأسرية في مجال الألم المزمن وذلك للتعامل مع كثير من المشكلات التي تحدث بسبب وجود مريض يعاني من الألم داخل الأسرة من خلال تبني المنحى الاجرائي الذي قدمه فورديس ( Fordiss;1976 ) والذي يركز على الدور الذي تلعبه التدعيمات الأسرية في تشكيل الألم واستمراره ، ومن تم تقديم الأساليب العلاجية التي يلتزم بها أفراد الاسرة في تعاملهم مع المريض وتحديد أنماط التفاعلات الملائمة وغير الملائمة والعواقب المترتبة عنها. كما يمكن للمعالج أن يتبنى المنظور المعرفي السلوكي في العلاج الأسري للألم المزمن والذي يركز بشكل جوهري على اظهار أعضاء الأسرة أفكارا ومعتقدات وتصورات وردود افعال انفعالية متعلقة بالألم والعجز الذي يعاني منه المريض والتي تؤثر في الألم وعلى أعضاء الأسرة أنفسهم لذلك يحاول المعالج اعادة عرض تصوري لمشكلة الألم من جديد من خلال تصحيح الأفكار والمعتقدات والتصورات المتعلقة به ( أحمد حسنين ، 2011 : 189-190 ).

وتوصلت الدراسات ( Moore et chaney ;1985, Kefee et al, 1996 ; Kole et Snijders et al, 1999 ) الى أن دعم الزوج يحسن مستوى الشعور بالألم وسلوكاته ومستوى الرضا الزوجي ويقلل من الضغوط النفسية .

### 10- سمات الشخصية والألم العضوي :

نظرا للدور الذي تلعبه العوامل النفسية في خبرة الألم، وما يمكن أن يقوم به هذا الاخير من وظيفة بالنسبة للشخص، فقد حاول الباحثون التحقق من فرضية وجود مجموعة من السمات التي تهيئ بعض الأفراد للاصابة بالألم المزمن، وكما تشير بعض الأبحاث فان القول بمثل هذه الفرضية هو تبسيط شديد للمسألة، فالألم نفسه قد يؤدي الى تغييرات في الشخصية فتكون نتيجة لخبرة الألم وليس سببا له

## الفصل الخامس : الألم في الأمراض المزمنة

، ثم أن خبرات الألم الفردية عادة ما تكون على درجة من التنوع والتباين والتعقيد بحيث يتعذر تفسيرها من خلال بروفييل شخصي واحد. وفي دراستهم لهذه الخصائص استخدم الباحثون من أشكالاً متنوعة من أدوات قياس الشخصية خاصة قائمة منسوتا متعددة الأوجه (MMP) والتي تقيس الأعراض الجسمية والنفسية لدى المريض وتزود الفاحص بـ 14 مقياساً تقيس أبعاد الشخصية، وقد استطاعت هذه القائمة أن تميز بثبات عال بين أنواع مختلفة من مرضى الألم فيما يتعلق بالألم الحاد الذين أظهروا ارتفاعاً على مقياس توهم المرض أي الاهتمام الزائد بالصحة الجسدية والهستيريا أي التطرف في السلوك العاطفي والمبالغة في الأعراض، كما أظهر بعض المرضى ارتفاعاً على مقياس الهوس الذي يعكس الانفعال الشديد والقلق الذي يلاحظ في خبرة الألم.

وقد توصل استيرنبود (Asternbeurd 1974) بتحليل عناصر زيادة العصابية لدى مرضى آلام الظهر الحاد باستخدام اختبار منسوتا، وقد لاحظ زيادة في درجات مقياس الهستيريا وتوهم المرض أثناء نوبات الألم، فرفع مستويات العصابية يجعل الشخص عرضة للإصابة بأمراض مزمنة كالروماتيزم المفصلي وأمراض القلب (تايلور، 2007: 755)

أما مرضى الألم المزمن فقد أظهروا ارتفاعاً في ثلاث مقاييس فرعية هي توهم المرض، الهستيريا والاكئاب وذلك لأنها تتوفر في بروفييلات الشخصية للمرضى العصبيين وبسبب انشغالهم واهتمامهم بالوضائف الجسدية

وأكد العديد من الباحثين أمثال (eyznik 1961, dosowinson 1967, bond 1978) أن الشكوى الشديدة للألم ترجع مباشرة إلى درجات العصابية المرتفعة في قائمة ايزنك للشخصية، كما توصلت إلى وجود ارتباط بين القلق الظاهر ومستوى العصابية في الأمراض المزمنة (آمال عبد السميع، 1991: 61).

### خلاصة :

أصبح من الواضح انه لا يمكن التعامل مع حالات الألم من خلال المنظور الطبي التقليدي فقط الذي يركز على الجوانب الطبية المسببة للمرض بل أصبح الأسلوب العلمي المقبول عالمياً هو التعامل مع أنماط الألم الحاد منه أو المزمن من المنظور البيولوجي النفسي الاجتماعي سواء فيما يتعلق بالتقييم أو العلاج التي لم يعد ينظر إليها الآن باعتبارها الملاذ الأخير الذي يلجأ إليه للعلاج عندما تفشل الأساليب العلاجية الطبية حيث أصبح العلاج النفسي يستخدم جنباً إلى جنب مع العلاج الطبي والمهني.

الباب الثاني: الأسس التطبيقية للبحث

الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث .

تمهيد

1. إجراءات الدراسة الإحصائية

1- منهج البحث

2- التذكير بفرضيات البحث

3- المجال الزمني والمكاني للبحث

4-مجتمع البحث

5-عينة البحث

6- أدوات جمع البيانات

7- إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية

8- الأساليب الإحصائية

خلاصة الفصل

### تمهيد :

بعدما نظرنا بإسهاب في الجانب النظري إلى تحديد إشكالية البحث وما يتعلّق بها من متغيرات (تقدير الذات، الصلابة النفسية، المساندة الاجتماعية، السلوك الصحي والألم العضوي )، خصصنا جزءاً من البحث للجانب التطبيقي الذي احتوى على المنهج وعينة البحث والأدوات المستخدمة، وعرض لإجراءات البحث الأساسية، كما يبرز أهم الأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات المتحصّل عليها وعرض نتائج البحث وتفسيرها ، ومناقشتها على ضوء الفرضيات المقدمة ، وأخيراً تقديم الاستنتاج العام للبحث .

### 1- منهج البحث:

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي والمنهج الإكلينيكي (المنهج المختلط)، حيث استخدم المنهج الوصفي لأنه "يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفاً دقيقاً، ويعبر عنها تعبيراً كفيّاً أو تعبيراً كمياً،...." (عمار بوحوش وآخر، 1995: 130) وللبحث عن إمكانية وجود علاقة بين كل من سمات الشخصية (تقدير الذات، الصلابة النفسية) والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي ، ثم محاولة الكشف عن الفروق في المتغيرات باختلاف الجنس والسن ومدة المرض والمستوى التعليمي والوضعية الاجتماعية لمريض السكري ونوع المرض،

وتم تبني استخدام المنهج العيادي في الدراسة كذلك للتعرف على المعاش النفسي للمرضى ولأنه يسمح بتحديد وصفاً دقيقاً ومحدداً لوضعية السلوك الصحي لدى مرضى السكري وبالتعرف بعمق على مختلف المستويات ( العضوية ، النفسية، الاجتماعية ) .

وتعتمد الدراسة الإكلينيكية دراسة الحالة " فمنذ البداية، طرح علم النفس العيادي كدراسة منهجية لحالات فردية (50 – 49 : Pedinielli, Fernandez, 2009) .

وتعرّف دراسة حالة بأنها الوعاء الذي ينظّم فيه الإكلينيكي كل المعلومات والنتائج التي تحصّل عليها (لويس مليكة، 1992، 79)

ويعتبر المنهج العيادي تناول للسيرورة السيكولوجية في منظورها الخاص ، كما أنه التعرف على مواقف وتصرفات الفرد المريض اتجاه وضعيات محددة ( وضعية المرض مثلاً)، فهو يكشف عن الصراعات التي تحركه " إنه بمثابة الملاحظة العميقة والمستمرة لتلك الحالات الفردية "

( دليلة زناد، 2008: 200 عن Roger Piéron ) .

ويحتاج الباحث المعتمد على المنهج العيادي أثناء بحثه ، وحتى يتمكن من الإجابة على إشكالية بحثه وفرضياته، على إجراءات البحث وبذلك اعتمدت الباحثة في البحث الحالي وللدراسة العيادية على التصميم العيادي ذو المفحوص الواحد وذلك بالاعتماد على الملاحظة ، المقابلة العيادية ، والبرنامج العلاجي المعتمد للحالات .

### • الدراسة الأولية :

انطلقت فكرة البحث الحالي من الملاحظة الميدانية والممارسة العيادية للباحثة كأخصائية نفسية في مصلحة الطب الداخلي ( نساء-رجال) بالمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بمدينة ورقلة وذلك لمدة 8 سنوات، وبذلك سمح الاحتكاك بالأطباء الأخصائيين ( الطب الداخلي وأمراض الغدد والسكري ) ورسالاتهم للباحثة ( orientations psychologique ) قصد التكفل النفسي بالمرضى المزمنين الذين يجدون معهم إما صعوبة في التكيف مع المرض وفي تقبل المرض والالتزام بالتعليمات الطبية، أو أنهم يعانون من وضعيات قلق ( état d'angoisse ) أو اكتئاب ( Dépression réactionnelle). فمن خلال احتكاكات الباحثة مع الفريق الطبي للمصلحة تمكنت من رصد مجموعة من الإشكاليات المنطلقة سواء من الفريق الطبي ( أطباء وممرضين المصالح ) أو من الشكاوي المقدمة من طرف المريض.

وقد سمح هذا الاستطلاع بجمع معلومات كافية ومهمة حول هؤلاء المرضى تتمثل في مشكلة تقبل العلاج والالتزام به ( عدم تقبل الدواء خاصة الأنسولين، صعوبة تقبل الحمية الغذائية ) إذ كان بعض المرضى لا يتبع العلاج حسب الوصفات الطبية أو يمتنع عن إتباع الحمية الغذائية بشكل مناسب، كما يتساءلون عن طول مدة المرض وازمانه والخوف من مضاعفاته .

وقد كان هذا السلوك يؤدي إلى مضاعفات قد تكون أحيانا خطيرة على الجسم ( كالارتفاع الكيتوني، ارتفاع نسبة الكولسترول في الدم، إصابة العين والكلى والشكاوي المتكررة لألام البطن والصدر والأطراف ) مما يؤدي إلى اضطراب العلاقة العلاجية بين الفريق المعالج والمرضى داخل المصلحة . كما طرحت إشكالية التكفل في الوسط الاجتماعي مع عائلات المرضى حول نوعية المساندة التي يتلقاها المريض من طرف المحيط العائلي .

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

سمح الاستطلاع الأولي أيضا بجمع معلومات أولية حول السلوك الصحي ومجالات ظهوره ( الحمية الغذائية، الدواء، المواظبة على إجراء التحاليل والحضور إلى حصص مواعيد الفحص الطبي)، وكذا شدته وتواتره.

### 2- التذكير بفرضيات البحث :

- 2-1. توجد علاقة ارتباطية دالة تقدير الذات والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري.
- 2-2. توجد علاقة ارتباطية دالة بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري
- 2-3. توجد علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري.
- 2-4. نتوقع ارتفاع مستوى الألم العضوي لدى مرضى السكري.
- 2-5. توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات و الصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية و السلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الوضعية الاجتماعية.
- 2-6. توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف المستوى التعليمي.
- 2-7. توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف مدة المرض.
- 2-8. توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الجنس.
- 2-9. توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الفئة العمرية.
- 2-10. توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف نوع مرض السكري.
- 2-11. يعاني مرضى السكري من معاش صعب وعدم تقبل للمرض.

### 3- المجال المكاني والزمني للبحث:

#### 3-1. مكان البحث:

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

لقد تم تطبيق البحث الحالي بولاية ورقلة وذلك بالمؤسسة العمومية الإستشفائية محمد بوضياف (مصلحة الطب الداخلي ووحدة بيت السكري) والعيادات المتعددة الخدمات التابعة للصحة الجوارية (أنفوسة، الرويسات، سعيد عتبة ، سيدي خويلد)، في كل من الدراستين الاستطلاعية والأساسية.

### 3-2. زمن البحث:

انطلق البحث ككل ( بما فيه الدراسة الاستطلاعية والدراسة الأساسية ودراسة الحالات ) في بداية شهر أكتوبر من سنة 2012 لتستمر إلى غاية شهر ديسمبر 2013 ، حيث أجري الاستطلاع الأولي من الفترة الممتدة من شهر أكتوبر 2012 إلى شهر جانفي 2013، وأجريت الدراسة الاستطلاعية بين شهري فيفري ومارس 2013. وفيما يخص الدراسة الأساسية فقد أجريت ابتداء من 21 أبريل 2013 إلى غاية 22 سبتمبر 2013.

وأجريت الدراسة العيادية من بداية شهر سبتمبر 2013 إلى غاية نهاية شهر ديسمبر 2013 ، وتمت متابعة الحالات بعد مرور شهر من إنجاز الدراسة العيادية ، لتتوقف المتابعات العلاجية بشكل نهائي في نهاية شهر جانفي 2014 .

### 4- مجتمع البحث:

لم تجد الباحثة إحصائيات كاملة ودقيقة عن مرضى السكري بولاية ورقلة ، رغم أن مديرية الصحة بنفس الولاية أحصت ما يقارب 1200 مريضا مصابا بالسكري من الراشدين سنة 2012 .

لذلك ارتأت الباحثة جمع الإحصائيات من خلال متابعة سجلات الفحوصات الطبية للمرضى المتوافدين للفحوصات الطبية ببيت السكري وبالمؤسسة العمومية الإستشفائية والمرضى المسجلين بمديرية الصحة بولاية ورقلة التي أجريت منذ سنة 2010 إلى نهاية سنة 2012 ،(وهي فترة التحضير لإجراء البحث). وتوزعت العينة حسب مجتمع البحث كما يلي :

### جدول رقم (07) يوضح توزيع مرضى السكري حسب مجتمع البحث

السنة	النوع	سكري النوع الأول	سكري النوع الثاني	المجموع



## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

	ذكور	إناث	ذكور	إناث	
2010	162	286	114	133	695
2011	244	506	94	250	1094
2012	510	1114	297	340	2558
المجموع	916	1906	505	723	4347

يلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن عدد المرضى المصابين بمرض السكري والمتريدين على بيت السكري قد بلغ 695 مريضا سنة 2010، بينما بلغ عدد المرضى 1094 مريضا سنة 2011، وبلغ عدد المرضى سنة 2012، 2558 مريضا. هذا ويلاحظ من خلال الجدول تزايد نسبي للمرضى من سنة إلى أخرى خاصة مرضى السكري النوع الثاني. وتوصلت كذلك الباحثة من خلال الإحصائيات التي أجرتها أن عدد المرضى قد بلغ خلال السداسي الأول من سنة 2013، 3322 مريضا مصابا بالسكري منهم 438 سكري النوع الأول و2884 سكري النوع الثاني.

### 5- عينة البحث:

#### 5-1. حجم العينة وخصائصها:

اعتمدت الباحثة في اختيار أفراد عينة هذا البحث على طريقة العينة المقصودة وهي عينة يتم اختيارها بأسلوب غير عشوائي من قبل الباحث نظرا لتوافر بعض الخصائص في أولئك الأفراد دون غيرهم.

اختيرت عينة الدراسة من مختلف المراكز الصحية والعيادات العمومية التابعة لمنطقة ورقلة وضواحيها والتي يتوافد عليها المرضى بهدف الفحص أو إجراء التحاليل الطبية ( ورقلة ، الرويسات، سعيد عتبة ، أنقوسة ، سيدي خويلد )، وتوزعت عينة البحث حسب مكان إجراءها كالتالي:

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

جدول رقم (08) يوضح توزيع عينة البحث حسب مكان إجرائها

النسبة المئوية	عدد الأفراد		
%58.35	120	دائرة ورقلة	يلاحظ من خلال الجدول رقم (08) أن أكبر عدد
	55	بيت السكري	
	35	الرويسات	
	30	سعيد عتبة	
%24.39	50	دائرة أنقوسة	
%17.09	35	دائرة سيدي خويلد	
% 100	205	المجموع	

من المرضى يتمركزون بوسط مدينة ورقلة بنسبة %58.35 بينما تساوى عدد المرضى بمناطق أنقوسة ، سيدي خويلد بنسب % 24.39 و %17.09 على التوالي، وقد فسرت الباحثة ذلك أن اغلب المرضى يتمركزون بمدينة ورقلة كونها بها أكبر كثافة سكانية ويتوافد كذلك المرضى على المنطقة للفحص لتوفر الأطباء المختصين.

وتكونت عينة الدراسة النهائية من 205 مريضا مصابا بالسكري منهم 71 ذكرا و134 أنثى يتراوح سنهم بين 20 و55 سنة . وتوفرت في أفراد العينة الشروط التالية :

- يتراوح سن أفراد العينة بين 20 و55 سنة (20 سنة وهي مرحلة بداية الشباب والتالية لمرحلة المراهقة وذلك لتفادي خصوصيات مرحلة المراهق و55 سنة قبل مرحلة الشيخوخة، لأن مرحلة الشيخوخة لها خصوصياتها التي قد تؤثر على البحث) .
- أن يتم اكتشاف إصابة الفرد بمرض السكري منذ 6 أشهر على الأقل.

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

- أن يكون مرض السكري اضطراب في حد ذاته وليس عرضا لاضطرابات أخرى، وفي هذه الحالة تم استثناء المرضى الذين يعانون من بعض الأمراض الغددية ، وكذا المريضات اللواتي ظهر لديهن مرض السكري أثناء فترة الحمل لأنها مرحلة قد تكون عابرة.
- أن يكون أفراد العينة من نفس البيئة الجغرافية والثقافية.

أما عينة الدراسة الاكلينيكية فقد اشتملت على مجموعة من المرضى الذين أجريت عليهم الدراسة الأساسية ( الدراسة الإحصائية ) وكان عددهم في البداية 20 مريضا تم اختيارهم من بين الحالات التي حصلت على نتائج منخفضة في أدوات الدراسة المتمثلة في تقدير الذات، الصلابة النفسية والمساعدة الاجتماعية، وبذلك حصلوا على نتائج متدنية في السلوك الصحي المتبع وعلامات متوسطة أو مرتفعة في مستوى الألم العضوي وأبدوا رغبتهم في المشاركة في البحث. ومن خلال الاطلاع على ملفات المرضى ودراستها واستبعاد الحالات التي خضعت أو تخضع للمتابعة النفسية، تم تحديد العينة التي تستجيب لشروط البحث ( تم إلغاء حالتين لظروف عملهما بمؤسسة صناعية بحاسي مسعود بنظام التناوب (4 أسابيع / 4) أسابيع وبذلك لا تستطيع الحضور بشكل دائم للفحص رغم رغبتها الشديدة في المشاكة في البحث وانسحبت حالتان عن المشاركة وتم إلغاء 4 حالات اتضح أنها سكري الحمل) ليستقر العدد النهائي على 12 فردا تتراوح أعمارهم بين 25 و 50 سنة بمتوسط عمري قدره 41 سنة.

كانت الباحثة تراعي منذ البداية رغبة الحالات في المشاركة في البحث فأظهرت بعض الحالات نوع من الفضول لمحتوى البحث والرغبة في المشاركة ، بينما لوحظ لدى حالات أخرى نوع من الخضوع دون إظهار الرغبة الحقيقية في المشاركة، لكنها كانت ضمنية .

كانت الباحثة تشرح للحالة بعد التأكد من موافقتها في المشاركة أن البحث يتطلب مجموعة من اللقاءات قد تمتد إلى 12 حصة بمعدل حصة أو حصتين أسبوعيا مع الشرح المفصل لتفاصيل البحث، كما كانت الباحثة تشرح للحالة المشاركة قوانين سر المهنة من عدم التعريف بالحالة وسرية المعلومات.

وتتميز عينة البحث بالخصائص التالية :

### 5-1.1. خصائص عينة البحث حسب الجنس :

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب الجنس :

جدول رقم (09) يوضح اختلاف أفراد العينة من حيث الجنس

العدد الكلي	إناث	ذكور	
205	134	71	عدد الأفراد
%100	65.35%	% 34.65	النسبة المئوية

يتضح من خلال الجدول رقم (09) أن عدد الذكور المشاركين في الدراسة قد بلغ 71 فردا ويمثلون نسبة 34.65 %، بينما بلغ عدد الإناث 134 أي بنسبة قدرت ب 66.34 %، وقد فسرت الباحثة ذلك إلى أن معظم المرضى المتوافدين على العيادات الطبية من الإناث.

وتوزعت عينة البحث الاكلينيكية من حيث الجنس كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (10) يوضح اختلاف أفراد العينة العيادية من حيث الجنس

العدد الكلي	إناث	ذكور	
12	7	05	عدد الأفراد
%100	%58.33	%41.66	النسبة المئوية

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن عدد الذكور قد بلغ 05 حالات ويمثلون نسبة 41.66 %، بينما بلغ عدد الإناث 07 بنسبة قدرت ب 58.33 %، وتعتبر هذه النسبة منطقية إذا ما قورنت بالدراسة الإحصائية التي معظم حالاتها من الإناث.

5-2.1. خصائص عينة البحث حسب نوع السكري:

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب نوع السكري:

جدول رقم (11) يوضح اختلاف أفراد العينة على حسب نوع السكري

العدد الكلي	سكري النوع الثاني	سكري النوع الأول	
205	127	78	عدد الأفراد
%100	%61.95	38.04%	النسبة المئوية

يلاحظ من خلال الجدول رقم (11) أن عدد مرضى سكري النوع الأول قد بلغ 78 مريضاً أي بنسبة 38.04 %، بينما بلغ عدد مرضى سكري النوع الثاني 127 مريضاً أي بنسبة 61.95 %، وقد يرجع ارتفاع نسبة عدد مرضى سكري النوع الثاني إلى ارتفاع الإصابات بمرض السكري في السنوات الأخيرة.

ويتوزع أفراد العينة العيادية حسب نوع السكري كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (12) يوضح اختلاف أفراد العينة من حيث نوع مرض

العدد الكلي	سكري النوع الثاني	سكري النوع الأول	
12	08	04	عدد الأفراد
%100	%66.66	%33.33	النسبة المئوية

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يتضح من خلال الجدول أن عدد حالات مرضى السكري من النوع الأول قد بلغ 04 حالات بنسبة 33.33%، بينما يمثل مرضى النوع الثاني من السكري 08 حالات بنسبة 66.66%، وقد ذكرنا سابقاً أن نسبة مرضى السكري خاصة مرضى النوع الثاني في تزايد مستمر.

### 3.1-5. خصائص عينة البحث حسب سن المرضى:

يتراوح سن المرضى بين 20 و 55 سنة، وتتنوع العينة كما يلي:

جدول رقم (13) يوضح اختلاف أفراد العينة حسب سن المرضى

العدد الكلي	55 - 47 سنة	46 - 38 سنة	37 - 29 سنة	28-20 سنة	
205	82	50	48	25	عدد الأفراد
%100	%40	% 24.39	%23.41	%12.19	النسبة المئوية

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن عدد المرضى الذين يتراوح سنهم ما بين (20 و 28) سنة قدر ب 25 مريض أي بنسبة (12.19%)، وبلغ عدد المرضى الذين يتراوح سنهم (29 و 37) سنة ب 48 مريض بنسبة (23.41%)، بينما قدر عدد المرضى الذين يتراوح سنهم بين (38 و 46) سنة ب 50 مريض أي بنسبة (24.39%)، في حين بلغ عدد المرضى الذين تراوح سنهم بين (47 و 55) سنة ب 82 مريض أي بنسبة 40 %، وهي الفئة التي تحوي أكبر عدد من المرضى. ومع أن سن المرضى وتوزعه على مختلف فئات العينة يثبت أن مرض السكري لا يقتصر على فئة عمرية محددة، إلا أنه يتزايد كلما تقدم الفرد بالعمر وتكثر الإصابة بالأمراض المزمنة ومنها مرض السكري، مع التقدم في العمر .

ويتوزع أفراد العينة الاكلينيكية حسب السن كما هو موضح في الجدول التالي:

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

جدول رقم (14) يوضح اختلاف أفراد العينة العيادية حسب السن

العدد الكلي	55 - 47 سنة	46- 38 سنه	37 - 29 سنة	28-20 سنة	
12	04	04	03	01	عدد الأفراد
%100	%33.33	%33.33	%25	%9	النسبة المئوية

يتضح من خلال الجدول أن حالة واحدة يتراوح عمرها 25 سنة وهي من الفئة العمرية ( 20-28 سنة) وتمثل نسبة 9%، بينما بلغ عدد أفراد الفئة العمرية ( 29-37 سنة) 03 حالات بنسبة مئوية بلغت 25%،

بينما نسبة أفراد الفئة العمرية (38-46 سنة) 33.33%، وهو نفس عدد أفراد الفئة العمرية (47-55 سنة) 33.33%، مما يبين أن معظم المرضى يتجاوز سنهم الخامسة والثلاثون سنة.

### 4.1-5. خصائص عينة البحث حسب المستوى التعليمي:

يوضح الجدول التالي توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

جدول رقم (15) يوضح اختلاف أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

العدد الكلي	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	(أمي) لا يعرف القراءة والكتابة	
-------------	-------	-------	-------	---------	--------------------------------	--

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

عدد الأفراد	45	35	48	47	30	205
النسبة المئوية	21.95 %	17.07 %	23.41 %	22.92 %	14.34 %	100 %

يلاحظ من خلال الجدول رقم (15) نوع من التجانس بين أفراد العينة حسب مستواهم التعليمي، حيث أن 45 فردا من أفراد العينة لا يعرفون القراءة والكتابة (أميين) ويمثلون نسبة 21.95 % و 35 فردا ذوي مستوى ابتدائي بنسبة 17.07 % ، أما 48 فردا مستواهم متوسط ويمثلون نسبة 23.41 % ، بينما 47 مريضا من أفراد العينة ذوي مستوى ثانوي و 30 فردا مستواهم جامعي ويمثلون نسبة 22.92 % و 14.34 % على التوالي ، وبذلك كان المستوى التعليمي متقاربا لدى أفراد العينة.

ويتوزع أفراد العينة العيادية حسب المستوى التعليمي كما هو موضح في الجدول التالي:

### جدول رقم (16) يوضح اختلاف أفراد العينة العيادية حسب المستوى التعليمي

العدد الكلي	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	(أمي) لا يعرف القراءة و الكتابة	
عدد الأفراد	01	03	03	04	01	12
النسبة المئوية	8.33 %	25 %	25 %	33.33 %	8.33 %	100 %

إذن يتضح من خلال الجدول أن غالبية أفراد العينة ذوي مستوى تعليمي متوسط و ثانوي حيث عددهم 03 لكل فئة ويمثلون نسبة 25 %، بينما عدد الأفراد الذين مستواهم ابتدائي 04 بنسبة 33.33 %، وتمثل حالة واحدة للمستوى الجامعي وحالة واحدة لا تعرف القراءة والكتابة بنسبة 8.33 % لكل فئة.

### 5.1-5. خصائص عينة البحث حسب مدة المرض :



## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يتوزع مرضى السكري حسب مدة المرض كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (17) يوضح اختلاف أفراد العينة من حيث مدة المرض

العدد الكلي	أكثر من 10 سنوات	من 05 إلى 10 سنوات	أقل من 05 سنوات	
205	49	79	77	عدد الأفراد
%100	%23.90	%38.53	% 37.56	النسبة المئوية

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن أفراد العينة الذين مدة مرضهم أقل من خمس سنوات يمثلون نسبة تقدر ب 37.56%، بينما بلغ عدد أفراد المرضى الذين مدة مرضهم بين 05 و 10 سنوات 79 مريضا ويمثلون نسبة 38.53 %، بينما 49 مريضا مدة مرضهم أكثر من 10 سنوات بنسبة تقدر ب 23.90 %

ويتوزع أفراد العينة العيادية حسب مدة المرض كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (18) يوضح اختلاف أفراد العينة العيادية حسب مدة المرض

العدد الكلي	أكثر من 10 سنوات	من 05 إلى 10 سنوات	أقل من 05 سنوات	
12	01	03	08	عدد الأفراد
%100	%08.33	%25	%66.66	النسبة المئوية

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عدد أفراد العينة الذين مدة مرضهم أقل من خمس سنوات يبلغ 08 حالات أي بنسبة تقدر ب 66.66 %، بينما بلغ عدد أفراد المرضى الذين مدة مرضهم تتراوح بين 05 إلى 10 سنوات 03 حالات ويمثلون نسبة 25 %، بينما حالة واحدة تتجاوز مدة مرضها العشر سنوات بنسبة تقدر ب 08.33 %، وفسرت الباحثة ذلك أن المرضى الجدد هم مرضى يحتاجون إلى كفالة ومتابعة نفسية، بالإضافة إلى معلومات وافرة عن المرض.

### 5-6.1. خصائص عينة البحث حسب الوضعية الاجتماعية :

يتوزع مرضى السكري حسب الوضعية الاجتماعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (19) يوضح اختلاف أفراد العينة حسب الوضعية الاجتماعية

العدد الكلي	أرمل	مطلق	متزوج	أعزب	
205	21	06	134	44	عدد الأفراد
%100	%10.24	%2.92	%65.36	%21.46	النسبة المئوية

يظهر من خلال الجدول السابق أن معظم أفراد العينة من المتزوجون وعددهم 134 فردا ويمثلون نسبة 65.36 %، بينما 44 فردا من المرضى أعزب ويمثلون نسبة 21.46 %، وتمثل فئة المرضى المطلقون والأرامل 06 و 21 مريضا بنسبة 2.92 % و 10.24 % على التوالي وهي نسبة ضئيلة نسبيا. ويتوزع أفراد العينة العيادية حسب الحالة الاجتماعية كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول رقم (20) يوضح اختلاف أفراد العينة حسب الوضعية الاجتماعية

العدد الكلي	أرمل	مطلق	متزوج	أعزب	
12	00	00	10	02	عدد الأفراد

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

	00	00	%83.33	%16.66	النسبة المئوية
%100					

يظهر من خلال الجدول حسب الوضعية الاجتماعية أن معظم أفراد العينة متزوجون أي 10 حالات وتمثلون نسبة 83.33%.

### 6- أدوات جمع البيانات:

اعتمدت الباحثة لدراسة العلاقة بين سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي ، وكذا للتعرف على درجة الألم العضوي لدى أفراد العينة ، في جمع البيانات على الأدوات التالية :

- سلم تقدير الذات لروزنبرغ (Rosenberg 1965) من تقنين الباحثة.
  - مقياس الصلابة النفسية من إعداد عماد مخيمر (2002) وتقنين الباحثة .
  - مقياس المساندة الاجتماعية لسارازون (sarason 1983) وتقنين الباحثة .
  - مقياس السلوك الصحي من اعداد وتقنين الباحثة .
  - سلم قياس الألم لسانت اونطوان (st-antoine 1984) من ترجمة و تقنين الباحثة .
  - المقابلة العيادية نصف الموجهة
- وفيما يلي وصف لأدوات القياس المعتمدة في البحث:

### 6-1. سلم تقدير الذات لروزنبرغ M. Rosenberg (1965) :

يقيس سلم روزنبرغ Rosenberg (1965) لتقدير الذات شعور الفرد نحو ذاته وشعوره مقارنة بالآخرين، واختارت الباحثة تطبيقه لميزته باعتباره أداة مناسبة للدراسات النفسية والاجتماعية وباعتباره أداة قصيرة وسهلة الاستعمال تلائم المرضى، كما أن بنوده مفهومة وبسيطة وتتماشى مع كل المستويات الثقافية والفئات العمرية .

يتكون مقياس روزنبرغ Rosenberg (1965) من عشرة بنود مقسمة لقياس الشعور الايجابي والشعور السلبي يختار منها المفحوص البنود التي تناسبه، وتكون الإجابة بأربع نقاط من أوافق تماما إلى لا أوافق تماما حيث يحصل المفحوص في المحاور 1- 3 - 4 - 5 - 9 على أربع نقاط في أوافق

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

تماما- ثلاث نقاط لأوافق - نقطتين لأوافق - نقطة واحدة في لا أوافق تماما، بينما يكون التقيط عكسي في المحاور 2- 6-7-8- 10 حيث يمنح المفحوص نقطة واحدة إذا أجاب بأوافق تماما - نقطتين لأوافق - ثلاث نقاط إذا أجاب المفحوص لا أوافق - أربع نقاط نقاط في لا أوافق تماما. تتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين عشرة نقاط وأربعون نقطة ( 10 نقاط هي أقل درجة يمكن أن يحصل عليها المفحوص و 40 نقطة هي أعلى درجة) ويتم التقييم كالتالي:

• من 10 إلى 16 نقطة تقدير ذات منخفض.

• من 17 إلى 33 نقطة تقدير ذات متوسط أو معتدل.

• من 33 إلى 40 نقطة تقدير ذات عالي.

(André et Lilord, 1998 : 297).

### 6-1.1. الخصائص السيكومترية لسلم تقدير الذات :

أثبت سلم تقدير الذات ارتفاع نسبته من حيث الصدق الثبات، فقد أجريت دراسة روزنبرغ Rosenberg الأساسية على عينة قوامها 5024 مراهقا من الذكور والإناث تراوحت أعمارهم بين 16 و18 سنة وتم اختيارهم من بين 10 مدارس مختلفة في ولاية نيويورك . تعلقت أسئلة المقياس بنظرة الفرد نحو ذاته وقد تم توزيع الأسئلة على أفراد العينة بواسطة المدرسين خلال الدوام الدراسي. و توصلت الدراسة إلى وجود علاقة واضحة بين جوانب نمو الشخصية والتكيف الايجابي ، كما امتاز المقياس عند تطبيقه بثبات عالي وصل إلى 0.82 باستخدام طريقة ألفا كرونباخ (Alpha de cronbach) ووصل معامل الثبات الداخلي إلى 0.77 ، بينما وصل معامل الثبات باستخدام طريقة إعادة التطبيق بعد مدة زمنية تراوحت شهرين إلى 0.88 (قحطان أحمد الظاهر، 2003 : 83 ) .

وطبق روزنبرغ Rosenberg المقياس بالاشتراك مع برلين perlin (1978) وذلك لدراسة العلاقة بين المكانة الاجتماعية وتقدير الذات لدى الأطفال والبالغين وكانت الفرضية أن العمر هو عامل حساس في هذه العلاقة. وقام روزنبرغ وسكولر وسكونباخ (Rosenberg , skoler et 1979) بدراسة العلاقة السببية لتقدير الذات المنخفض وانحراف الأحداث والأداء التحصيلي المنخفض حيث تكونت العينة من 1886 فردا من المراهقين الذكور.

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

طبق سلم روزنبرغ **Rosenberg** كذلك في العديد من الدراسات لقياس صدق المقياس وثباته ، فقد طبق السلم في الولايات المتحدة الأمريكية في كل من دراسة هوقس وديمو (**hughes et 1980**) ودراسة جوردان (**Jordan 1981**) لدراسة تقدير الذات لدى عينة من التلاميذ المراهقين الزنوج بالمدارس الأمريكية ، ودراسة كلاسن، كريسين وقوداكر - **Classen –Crispin** ووصلت قيمة الثبات الى 0.78. وتوصلت دراسة (**Jenkinson et Goodacre 1993**) ودراسة ماك كيري (**Mac creary 1996**) إلى وجود تأكيد عال للذات لدى المراهقين حيث وصل معامل الثبات ألفا كرونباخ على التوالي إلى 0.82 و 0.71 ووصل صدق المقياس 0.77 . وأجريت بإنجلترا دراسة (**Link, Struening, Todd, Asmussen et Phelan1993**) لمعرفة تقدير الذات لدى عينة مكونة 166 أنثى قبل وبعد العملية الجراحية تراوح سنهن بين 16 و 65 سنة حيث وصل معامل الثبات إلى 0.64 ، كما توصل الباحثون إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية وتغير في مستوى تقدير الذات لدى الإناث قبل وبعد العملية الجراحية.

استخدم كذلك سلم تقدير الذات من طرف (**Yi et al,2007**) لقياس تقدير الذات لدى مرضى السكري من النوعين الأول والثاني وقد وصل معامل الثبات ألفا إلى 0.91، والصدق الى 0.72 بإعادة القياس (**Yi et al,2007 : 317**).

وأجرت روسل وآخرون **Russel and all** دراسة بالجامعة البريطانية لتحديد تقدير الذات لدى المدمنين على المخدرات وعلاقته بنمط الحياة لدى 241 مفحوص تراوح سنهم بين 19 و 61 سنة ، تراوح معدل صدق الاختبار 0.78 بينما وصل معامل الثبات إلى 0.88 و 0.95 بطريقة إعادة تطبيق الاختبار بعد أسبوع ، وقد توصل الباحثون إلى وجود علاقة قوية دالة بين تقدير الذات ونمط الحياة لدى بعض الفئات المرضية وصلت إلى 0.71.

ويكندا أجريت دراسة سكوت وسكوت (**Scott et Scott 1998**) ودراسة بورت و رامبو (**Portes et Rumbaut2001**) على بعض الفئات المرضية ، وطبق مقياس تقدير الذات من طرف (**Astous1999**) لدراسة تقدير الذات العام لدى المدرسين حيث تراوح معامل الثبات بين 0.65 و 0.89

( شهرزاد نوار، 2008 : 64 )

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

وبالرغم من ارتفاع نسب الصدق والثبات في الدراسات المذكورة والتي طبقت السلم، إلا أن الباحثة ارتأت في الدراسة الحالية تقنينها على عينة من مرضى السكري باعتبار أن البعد قد يكون له تأثير على اختلاف الاستجابات لدى الأفراد سواء ما بين المجتمعات أو حتى ما بين أفراد المجتمع الواحد، خاصة في المجتمع الجزائري المتنوع.

ولغرض حساب الصدق والثبات تم تطبيق سلم تقدير الذات المستخدم في البحث على عينة مكونة من 60 مريضا مصابا بالسكري لهم نفس خصائص العينة الأصلية اختيروا بشكل عشوائي .  
أجري التطبيق بشكل فردي وذلك باستغلال مواعيد الفحص الطبي أو حضور المريض لإجراء التحاليل الطبية ودامت مدة التطبيق من 30 إلى 40 دقيقة مع كل مريض لمدة شهر واحد بالنسبة إلى كافة المرضى. واستخدمت الباحثة لحساب معاملات الصدق والثبات للأداة الطرق التالية :

أولاً: حساب ثبات سلم تقدير الذات :

اعتمدت الباحثة في حساب ثبات الأداة على طريقتين هما:

1- حساب الثبات باستخدام معادلة ألفا كرومباخ:

وذلك لتوضيح مدى صدق اتساق الفقرات المكونة للأداة ببعضها البعض داخل المقياس، «...فكلما

كانت البنود (الفقرات) متجانسة فيما تقيس كان التناسق عاليا فيما بينها والعكس صحيح...»

(سعد عبد الرحمان، 1983: 207). وللتحقق من مدى تجانس الفقرات لسلم تقدير الذات تم حساب

معامل ألفا كرومباخ ، والنتائج مبينة في الجدول الآتي :

جدول رقم (21) يوضح قيمة معامل الثبات لمقياس تقدير الذات بتطبيق معادلة ألفا كرومباخ

معامل الثبات ألفا كرومباخ	سلم تقدير الذات
0.783	عدد البنود 10

(\*) $p < 0.01$

يظهر من خلال الجدول رقم (21) أن قيمة معامل ألفا كرومباخ وصلت إلى (0.783) وهي قيمة

تطمئن على ثبات نتائج الأداة إذا ما أعيد استخدامها في البحث .

2- حساب ثبات المقياس باستخدام التجزئة النصفية:

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

تعتمد طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات الأداة على تجزئتها إلى جزئين متكافئين ثم حساب معامل الارتباط بينهما و تعديله باستخدام معادلة سبيرمان - براون والنتائج المحسوبة موضحة في الجدول الآتي :

جدول رقم (22) يوضح قيم معاملات الثبات لسلم تقدير الذات بتطبيق معادلة سبيرمان - براون

معامل الثبات سبيرمان - براون	سلم تقدير الذات
0.72	عدد البنود 10

يلاحظ من خلال الجدول رقم (22) أن نتائج حساب معامل الثبات بتطبيق التجزئة النصفية وصلت إلى 0.72 ،وهي قيمة دالة بعد تصحيحها باستخدام معادلة سبيرمان - براون، ومنه يمكن الاطمئنان مرة ثانية على ثبات نتائج الأداة إذا ما استخدمت في الدراسة الأساسية للبحث .

ثانيا : حساب صدق سلم تقدير الذات :

تم حساب صدق سلم تقدير الذات بالطرق التالية :

أولا : صدق سلم تقدير الذات عن طريق المقارنة المقارنة الطرفية

تقوم المقارنة الطرفية في جوهرها على مقارنة متوسط درجات الأقوياء في الميزان بمتوسط درجات الضعاف في نفس ذلك الميزان بالنسبة لتوزيع درجات الاختبار (فؤاد البهي السيد، 200: 404) ، ويوضح الجدول التالي النتائج المتوصل إليها:

جدول رقم (23) يوضح ترتيب قيم اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين

المتطرفتين (33% الدرجات العليا و 33% الدنيا ) في سلم تقدير الذات ن =60

المعايير القيمة	ن عدد أفراد العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	ت المجدولة	درجة الحرية	مستوى الدلالة
33%	30	32.27	3.92	23.72	3.81	58	0.01
القيمة العليا							

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

				7.56	11.87	30	%33 القيمة السفلى
--	--	--	--	------	-------	----	----------------------

يتضح من خلال الجدول (23) قيمة المتوسط الحسابي لكلا المجموعتين حيث بلغت نتيجة القيمة العليا %33 (32.27) والقيمة السفلى (11.87) ، وتشير قيمة الانحراف المعياري في القيمة العليا =ع 3.92 وفي القيمة السفلى =ع 7.56. أما بالنسبة لقيمة (ت) المحسوبة عند درجة الحرية (58) فقد وصلت إلى 23.72، وهي قيمة أكبر من (ت) الجدولة التي تساوي 3.81 ، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01) وهذا يعني أن الاستبيان يتصف بالكفاية في التمييز بين مستويات الأداء لدى المفحوصين وبذلك تطمئن الباحثة إلى صدق سلم تقدير الذات على عينة الدراسة الحالية .

### ثانيا : حساب صدق سلم تقدير الذات عن طريق الصدق الذاتي :

يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات ألفا كرونباخ ، وبما أن ثبات المقياس وصل إلى 0.78 فان الصدق الذاتي يساوي 0.84 .  
بما أن معاملات الصدق والثبات كانت عالية فان الباحثة تطمئن إلى تطبيق سلم تقدير الذات على عينة البحث الحالي .

### 6-2. مقياس الصلابة النفسية :

يعتبر مقياس الصلابة النفسية الذي أعده عماد مخيمر ( 2002 ) أداة تعطي تقديرا كميًا لصلابة الفرد النفسية. يتكون المقياس من 47 فقرة تقع الإجابة عليها في ثلاثة مستويات هي (دائماً - أحيانا - أبداً) حيث تتراوح الدرجة على كل مفردة ما بين 3 درجات إلى درجة واحدة، وبذلك تصبح درجة المقياس تتراوح ما بين 47-141 درجة حيث تشير الدرجة المرتفعة إلى زيادة إدراك المستجيب لصلابته النفسية . ويوجد من بين العبارات 15 عبارة تصحح بطريقة عكسية، وذلك للتقليل من وجهة استجابة المفحوص وتمثل في

7-11-16-21-23-25-28-32-35-36-37-38-42-46-47.

يتكون المقياس من ثلاثة أبعاد هي :

**1/الالتزام :** وهو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه و أهدافه و قيمته و الآخرين من حوله، ويتكون من 16 عبارة، تشير الدرجة المرتفعة أن الفرد أكثر التزاما تجاه نفسه وأهدافه و الآخرين و يشتمل



## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

على البنود التالية : 1- 4- 7- 10- 13- 16- 19- 22- 25- 28- 31- 34- 37- 40- 43- 46.

**2/ التحكم:** ويشير إلى مدى اعتقاد الفرد أن بإمكانه أن يكون له تحكم فيما يلقاه من أحداث ويتحمل المسؤولية الشخصية عما يحدث له، ويتكون من 15 عبارة حيث تشير الدرجة المرتفعة أن الفرد لديه اعتقاد عال بالقدرة على التحكم في الأحداث. ويشتمل التحكم على البنود التالية : 2-5-8-11-14-17-20-23-26-29-32-35-38-41-44.

**3/ التحدي:** وهو اعتقاد الفرد أن ما يطرأ من تغير على جوانب حياته هو أمر مثير و ضروري للنمو أكثر منه تهديدا له مما يساعده على المبادأة، يتكون هذا البعد من 12 عبارة حيث تشير الدرجة المرتفعة على التحدي. وتشتمل على البنود : 3- 6- 9-12-15-18-21-24- 27-30-33-36-39-42-45-47.

استخدم الباحث في الدراسة الأساسية في حساب معاملات الصدق والثبات لمقياس الصلابة النفسية عدة طرق حيث تم التحقق من الثبات بطريقتين هما طريقة الاتساق الداخلي حيث تراوح بين 0.60 و 0.72 وطريقة ألفا كرونباخ وتراوح بين 0.72 و 0.92. بينما تم التحقق من الصدق بطريقة الصدق الظاهري أو صدق المحكمين وطريقة الصدق التلازمي حيث تم حساب الارتباط بين درجات مقياس قوة ألانا فوصل إلى 0.75 ، بينما بلغ معامل الارتباط بين درجات مقياس بك للاكتئاب 0.63 .

( فائقة محمد بدر، 2008: 123-124 )

ورغم ارتفاع نسبة الصدق والثبات لمقياس الصلابة النفسية إلا أن الباحثة ارتأت في دراسة البحث الحالي تقنينها على عينة من مرضى السكري.

### 6-1.2. الخصائص السيكومترية لمقياس الصلابة النفسية :

أولاً: حساب ثبات مقياس الصلابة النفسية:

اعتمدت الباحثة في حساب ثبات مقياس الصلابة النفسية على استخدام طريقتين: تمثلت الطريقة الأولى في حساب معامل ألفا كرونباخ لتوضيح مدى صدق اتساق الفقرات المكونة للأداة ببعضها البعض داخل القائمة، وقد وصلت نتائجها إلى 0.90.

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

أما الطريقة الثانية وهي حساب التجزئة النصفية عن طريق معامل سبيرمان- براون، والنتائج موضحة في الجدول الآتي :

جدول رقم (24) يوضح معامل ثبات التجزئة النصفية في مقياس الصلابة النفسية عن طريق معامل سبيرمان- براون ( ن=60)

المؤشرات الإحصائية	ر		ر المجدولة	درجة الحرية ن-2	مستوى الدلالة
	المحسوبة	المحسوبة			
البنود الفردية والزوجية	قبل التعديل	بعد التعديل	0.30	58	0.01
	0.78	0.92			

\*دال عند 0.05

يتضح من خلال الجدول اعلاه ان قيمة ( ر ) قد قدرت بـ 0.78 وهو معامل عالي جدا وقد تم تصحيح هذه النتيجة باستخدام معادلة سبيرمان براون التي تصحح أثر التجزئة النصفية حيث قدرت قيمة ( ر ) بـ 0.92 مما هذا يؤكد أن المقياس ثابت .

ثانيا : حساب صدق مقياس الصلابة النفسية:

### 1- حساب صدق التمييز بطريقة المقارنة الطرفية:

يقوم حساب معامل الصدق التمييزي للمقارنة الطرفية للأداة على حساب الفروق بين متوسطي درجات الثلث الأعلى والمحدد في الدراسة بنسبة (33%) ودرجات الثلث الأدنى والمحدد كذلك بنسبة (33%)، وتطبيق اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين (العليا والدنيا) بالنسبة لكل فقرة من الفقرات المكونة لمقياس الصلابة النفسية ، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

جدول (25) يوضح صدق التمييز لدرجات مقياس الصلابة النفسية بطريقة المقارنة الطرفية

( ن=60)

المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	ت المحسوبة	ت	درجة الحرية	مستوى الدلالة

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

0.01	58	2.79	5.74	5.39	111.02	القيم العليا %33
				6.60	42.68	القيم الدنيا %33

يتضح من خلال الجدول رقم (25) أن قيمة (ت) المحسوبة لمقياس الصلابة النفسية والمساوية ل(5.74) أكبر من القيمة (ت) المجدولة والمساوية (2.79) عند مستوى دلالة (0.01) أي أن الاختبار يتمتع بالقدرة على التمييز بين المجموعات القوية والمجموعات الضعيفة وعليه فالمقياس صادق وتطمئن الباحثة إلى صدق مقياس الصلابة النفسية على عينة الدراسة الحالية .

### 2- حساب صدق المقياس عن طريق الصدق الذاتي :

يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات ألفا كرونباخ وبما أن ثبات المقياس وصل إلى 0.90 فإن الصدق الذاتي يساوي 0.94.

يتضح من خلال النتائج المعروضة أن معاملات الصدق والثبات كانت عالية فان الباحثة تطمئن إلى تطبيق مقياس الصلابة النفسية على عينة البحث الأساسية .

### 6-3. مقياس المساندة الاجتماعية:

صمم مقياس المساندة الاجتماعية من طرف ساراسون وآخرون ( Sarason et al 1983 ) وقام بتعريبه وتقنيته على البيئة العربية محمد الشناوي وسامي أبو بيه (1990) . يشتمل المقياس على (27) فقرة كما يعتبر مقياس سارازون المعدل SSQ6 الطبعة المصغرة والمختصرة للمقياس الأصلي SSQ ويشتمل على 12 بنداً تقيس بعدين رئيسيين هما :

- 1\_ عدد الأشخاص المتاحين للمساندة ، أي أقرب الأشخاص المتاحين في النسيج الاجتماعي للفرد .
- 2\_ مدى الرضا عما يمكن لهؤلاء الأشخاص أن يقدموه من مساندة.

وقد تم بناء المقياس على أساس عرض مجموعة من المواقف وعددها (12) موقفاً يطلب من المفحوص في إجابته على كل موقف أن يذكر عدد الأشخاص الذين يمكنهم أن يقدموا له المساندة أو العون في مثل هذا الموقف ، وذلك في حدود تسعة أشخاص يحددهم باستخدام حرفين يشيران لأسم كل

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

فرد مثل (م . ش) ثم يطلب من المفحوص أن يحدد مدى رضاه عن علاقته بهؤلاء الأشخاص وذلك باختيار إجابة واحدة من بين ست إجابات هي :

- 1/ غير راض على الإطلاق .
- 2/ غير راض .
- 3/ غير راض بدرجة قليلة .
- 4/ راض بدرجة قليلة .
- 5/ راض .
- 6/ راض بدرجة كبيرة .

قيمت الطبعة الفرنسية للمقياس انطلاقاً من عينة مكونة من 348 فرداً راشداً يتمتعون بصحة جيدة ، أما ثبات المقياس فقد وصل الاتساق الداخلي إلى 0.85 للأشخاص المتاحين لتقديم المساندة و0.79 للرضا عن المساندة المقدمة ( Rasle et al,1997 : 65 ) .

توصلت الدراسة الأصلية إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق والثبات وذلك بإجراء دراسات متنوعة وتطبيقه على عينات مختلفة ، حيث أجريت الدراسة الأولى على عينة مكونة من (602) طالباً من جامعة واشنطن حيث وصل صدق المقياس بإعادة القياس بمدة زمنية قدرها أربعة أسابيع إلى 0.90 للأشخاص المتواجدين لتقديم المساندة و 0.83 للرضا عن المساندة المقدمة، وقد وصل الاتساق الداخلي إلى 0.97 للمساندة المقدمة و 0.94 لدرجة الرضا عن المساندة .

وحاولت الدراسة الثانية بحث العلاقة بين مقياس المساندة الاجتماعية ومقاييس الشخصية المرتبطة به وقد أجريت هذه الدراسة على (100) من الذكور و (127) من الإناث من طلاب جامعة واشنطن وأظهرت

الدراسة ارتباط مقياس المساندة الاجتماعية بعدد متنوع من المقاييس .

أما الدراسة الثالثة فقد بحثت العلاقة بين المساندة الاجتماعية والأحداث الحياتية السلبية والإيجابية ومركز التحكم والاعتزاز بالذات ، وقد تكونت عينة الدراسة من (295) طالب من جامعة واشنطن وهي مكتملة للدراسة الثانية ، حيث أن الاعتزاز بالنفس كان مرتبطاً ارتباطاً عكسياً بمقاييس القلق النفسي . وأجريت الدراسة الرابعة بهدف البحث عن العلاقة بين مقاييس الإخبار عن الذات والسلوك في إطار معلمي والربط بين متغيرين للفروق الفردية والمثابرة ، وقد تم إجراء الدراسة على (40) طالب من جامعة واشنطن . وأشارت النتائج إلى وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وكل من المثابرة والتدخل المعرفي عند التعامل مع مهمة شاقة ومعقدة ومثيرة للإحباط (عبير الصبان، 2003 : 138).

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

\* ثبات المقياس : توصلت الدراسة الأساسية إلى أن المقياس يتمتع بثبات عالي وذلك باستخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ الذي وصل إلى 0.95 للبعد الأول و 0.90 للبعد الثاني، ومعامل التجزئة النصفية حيث وصل إلى 0.92 للبعد الأول و 0.91 للبعد الثاني.

\* صدق المقياس : تم حساب صدق المقياس في الدراسة الأصلية بطريقة صدق المحتوى عن طريق استطلاع آراء المحكمين ، وقد تراوحت معاملات الاتفاق بين آراء المحكمين للفقرات بين (85\_100%) وطريقة الاتساق الداخلي بين الفقرات والدرجة الكلية للأبعاد المنتمة إليها والتي وصلت إلى 0.84 عند مستوى (0,01)، وانتهت النتائج إلى صلاحية استخدام المقياس والاطمئنان إليه

(محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن ، 1994 : 77)

إلا أن المقياس خضع في دراسة البحث الحالي لإعادة تقنيه، لأن مثل هذه الاختبارات قد تؤثر فيها الخصوصيات الثقافية والاجتماعية التي يتميز بها مجتمع عن آخر بالرغم من الانتماء لنفس الثقافة. ولتقنين المقياس أجريت دراسة استطلاعية على عينة مكونة من 60 مريضاً من مرضى السكري لهم نفس خصائص عينة البحث الأساسية.

### 6-1.3. الخصائص السيكومترية لمقياس المساندة الاجتماعية :

استخدمت المعادلات الإحصائية في حساب معاملات الصدق والثبات وهي كما يلي:

أولاً : حساب ثبات المقياس :

تم حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية باستخدام :

1- حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ : قامت الباحثة بحساب

ثبات المقياس بطريقة ألفا لكرونباخ ، والجدول رقم (26) يوضح النتيجة :

جدول رقم (26) يوضح ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق معادلة ألفا كرونباخ

مقياس المساندة الاجتماعية	معامل الثبات	درجة الدلالة
البعد الاول	0.92	دال عند * 0.05

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

	0.88	البعد الثاني
	0.90	الدرجة الكلية

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده، حيث وصلت الدرجة الكلية إلى 0.90.

### 2- حساب ثبات مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق التجزئة النصفية :

تعتمد طريقة التجزئة النصفية في حساب ثبات الأداة على تجزئتها إلى جزئين متكافئين ثم حساب معامل الارتباط بينهما وتعديله باستخدام معادلة سبيرمان - براون Spearman \_ Brown وتوصلت نتيجته إلى 0.87 وهي دالة إحصائياً عند 0.05. ويوضح جدول رقم (21) النتيجة المحصل عليها :  
جدول رقم (27) يوضح قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية

أبعاد المساندة الاجتماعية	عدد الأسئلة	معامل التجزئة النصفية
البعد الأول	06	*0.85
البعد الثاني	06	*0.90
الأبعاد الكلية	12	*0.87

\*دال عند 0.05

يتضح من الجدول رقم (27) أن قيمة معامل الثبات قد وصلت إلى 0.85 في البعد الأول و 0.90 في البعد الثاني، بينما بلغت الدرجة الكلية إلى 0.87 وهي قيمة دالة عند 0.05، وبذلك تتأكد الباحثة أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول.

ثانياً : حساب صدق المقياس :

### 1- حساب صدق التمييز بطريقة المقارنة الطرفية :

يقوم حساب معامل الصدق التمييزي للمقارنة الطرفية للأداة على حساب الفروق بين متوسطي درجات الثلث الأعلى والمحدد في الدراسة بنسبة (33%) ودرجات الثلث الأدنى والمحدد كذلك بنسبة

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

(33%) وبتطبيق اختبار "ت" لدلالة الفروق بين متوسطي المجموعتين (العليا والدنيا) بالنسبة لكل فقرة من الفقرات (32) المكونة لمقياس المساندة الاجتماعية ، تحصلنا على النتائج الموضحة في الجدول الآتي:

جدول (28) يوضح صدق التمييز لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية بطريقة المقارنة الطرفية (ن = 60)

مستوى الدلالة	درجة الحرية	ت المجدولة	ت المحسوبة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
0.01	58	2.79	12.75	5.39	24.02	القيم العليا %33
				7.60	10.75	القيم الدنيا %33

يتضح من الجدول السابق أن قيمة (ت) للفروق بين متوسطي درجات المجموعتين والمساوية ل (12.75) دالة إحصائياً عند مستوى (0,01) مما يدل على أن المقياس يتمتع بالقدرة على التمييز بين بين مستويات الأداء لدى المفحوصين .

1- حساب صدق مقياس المساندة الاجتماعية عن طريق الصدق الذاتي : بما أن ثبات المقياس وصل إلى 0.90 فان الصدق الذاتي يساوي 0.94.

يتضح إذن من خلال الدراسة الاستطلاعية أن معاملات الصدق والثبات لمقياس المساندة الاجتماعية كانت عالية مما يجعل الباحثة تطمئن إلى تطبيق مقياس المساندة الاجتماعية على عينة البحث الحالية.

6-4. مقياس السلوك الصحي :

6-1.4. وصف خطوات بناء مقياس السلوك الصحي :

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

تم إعداد مقياس السلوك الصحي بهدف التعرف على السلوكيات الصحية المتبعة من طرف مريض السكري والمتعلقة بالالتزام بالمواعيد الطبية، الالتزام بالحمية الغذائية، الالتزام بممارسة الرياضة وجمع معلومات حول المرض.

وتتمثل المبررات وراء إعداد هذا المقياس في عدم وجود مقياس - على حد علم الباحثة وبحثها - معد ومقنن موجه لقياس السلوك الصحي لدى مرضى السكري، فمعظم المقاييس المتاحة تهتم بقياس السلوكيات الصحية بشكل عام أو نوعية الحياة أو تهتم بقياس عينات مرضية أخرى (كمرضى السرطان) ، فالمقاييس المتاحة في البيئة العربية هي بمثابة مقاييس أعدت في مجتمعات أجنبية وتم ترجمتها إلى العربية كمقياس (stepoe 1991) ، مقياس نوعية الحياة لمنظمة الصحة العالمية،....

ولهذه الأسباب ارتأت الباحثة ضرورة إعداد مقياس لقياس السلوكيات الصحية لدى مرضى السكري في البيئة المحلية وهذا من شأنه أن يشكل إسهاما يثري المكتبة السيكمترية بمقياس جديد متخصص يمكن استخدامه في الدراسات والبحوث أو في العيادات بغرض تشخيصي .

إن بناء مقياس جديد يزيد أيضا من قيمة البحث الحالي ويشكل موقفا تعليميا للباحثة للتدريب على مهارة إعداد وبناء المقاييس . وقد اتبع المقياس في إعداد الخوات التالية :

\* أولا: الإطلاع على الأطر النظرية التي تناولت مفهوم السلوك الصحي، والملاحظ أنها انقسمت إلى ثلاث مناحي رئيسية : حيث تعامل المنحى الأول مع السلوك الصحي على أنه كيفية التخطيط للصحة الجيدة والعادات الصحية التي يمارسها الفرد من خلال تحديد مجموعة من المتغيرات أو العوامل التي يفترض أنها تتحكم في نشأة أو ممارسة مظاهر السلوك الصحي أو تضبطه ، وتتمثل هذه المتغيرات في المتغيرات المعرفية وجميع العوامل الاجتماعية والثقافية التي يمكن أن تؤثر ايجابيا أو سلبيا على سلوك الفرد وعاداته الصحية، الكفاءة والمهارات التي تساعد في تنفيذ السلوك الصحي.

وتعامل المنحى الثاني مع السلوك الصحي على أنه التمثل المعرفي للمعلومات المهددة للصحة واتخاذ القرارات بالقيام بإجراءات ملائمة، أي القيام بأنماط السلوك الصحي الوقائي.

بينما تبنت الدراسة الحالية في إعدادها للمقياس المنحى الثالث والذي ينظر للسلوك الصحي على أنه سلوك وقائي يحاول التنبؤ بتصرفات الفرد في المواقف الصحية المختلفة، كما يشرح أن استخدام الأفراد



## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تتجم عن ذلك النشاط .

وبناء على هذا التصور النظري لمفهوم السلوك الصحي تمت مراجعة بعض المقاييس التي أتيحت لنا لغرض الإطلاع عليها والاستفادة منها في تصميم المقياس، ومن هذه المقاييس مقياس السلوك الصحي والاتجاهات نحو السلوك الصحي لستابتو (Staptoe 1991) والذي استخدم للمرة الأولى في دراسته بتمويل من لجنة المجموعة الأوروبية قام بتعريبه وتقنيته في البيئة العربية سامر جميل رضوان (1997) مقياس نوعية الحياة المعد والمقنن من طرف منظمة الصحة العالمية، ومقياس السلوك الصحي لوليامس وجرو (Williams et Grow,1996) الذي يتكون من 50 فقرة لمعالجة مرض السكري

\*ثانيا: اعتمدت الدراسة على الخبرة العيادية للباحثة في مجال المتابعة النفسية لمرضى الأمراض المزمنة ومن بينهم مرضى السكري بمصلحتي الطب الداخلي (نساء/رجال) التابعة لمستشفى محمد بوضياف بورقلة، وكذا الفحوص النفسية الخارجية التي كانت تجريها على مستوى العيادة المتعددة الخدمات القصر التابعة للصحة الجوارية بمدينة ورقلة ، ومن خلال مراجعة التقارير السنوية التي أعدها بيت السكري بمدينة ورقلة خلال الثلاث سنوات الأخيرة تم التعرف على أنواع المشكلات الصحية التي يتقدم بها المرضى للمتابعات الصحية. والملاحظ أن هذه المشكلات تمثل عينة فقط لحالات تقدم فيها المرضى للفحص أو الذين أرسلوا من طرف الأطباء للمتابعة النفسية.

ثالثا : تم إجراء استطلاع للرأي على عدد من الأطباء المختصين في الطب الداخلي وأمراض الغدد والسكري وعددهم عشرة وذلك بطرح السؤال التالي عليهم :

حسب تجربتك وتعاملك مع مرضى السكري، ماهي أهم المشكلات التي تتلقاها في علاج المرضى ومتابعتهم ؟ ( الالتزام بالعلاج،احترام النصائح والإرشادات الطبية، السلوك الصحي المتبع، تصور المرض

العلاقة مع الطبيب والفريق الطبي ككل، مشكلات نفسية أخرى ....)، وسمح لنا الاستطلاع بجمع عدد من الملاحظات التي تم الاستفادة منها والاعتماد عليها في بناء فقرات الأداة بما يتلاءم مع مرضى السكري.

وتكونت الأداة في صورتها الأولية من 51 فقرة تم عرضها على أستاذين متخصصين في القياس النفسي من جامعتي الأردن وفلسطين على التوالي لإبداء رأيهما في المقياس ككل ( انظر الملحق )، فقد

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

ذكر الأستاذان أن المقياس مقبول عموماً في صورته الأولى لكن يجب تحسين لغته ليتماشى مع الدراسات العليا، كما لاحظ المحكمان ضرورة حذف بعض البنود التي ليس لها علاقة بقياس السلوك الصحي وعددها سبعة (07) بنود، ليتم تقليص عدد الفقرات إلى 45 فقرة. وتم إعداد تعليمة توضح طريقة الإجابة على فقرات المقياس وهي تهدف عموماً إلى ضمان توحيد التطبيق الجيد للأداة، بالإضافة إلى وضع بدائل الإجابة وفق سلم ليكارت تمثلت في دائماً ، عادة ، أحياناً ، نادراً ، أبداً. وبناءً على التصور النظري الذي تبناه البحث في تحديده لمفهوم السلوك الصحي تمت صياغة التعريف الإجرائي لمتغير السلوك الصحي والمتمثل بأنه " كل سلوك يفترض أن يتبعه مريض السكري لوقاية وتنمية حالته الصحية ولتجنب مضاعفات المرض وذلك من خلال الالتزام بالعلاج ( إتباع تعليمات وإرشادات الطبيب، احترام المواعيد الطبية، أخذ الدواء بانتظام واحترام الجرعات ، المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم وإتباع الحمية الغذائية)، ممارسة النشاطات الرياضية والقيام بالسلوك الوقائي المناسب المتمثل في زيارة طبيب الأسنان، الابتعاد عن التدخين وشرب الكحول" ، كما صممت استمارة تحكيم مزودة بالتعريف الإجرائي ليسهل عملية التحكيم الظاهري على المقياس.

### • الاستعانة بالمحكّمين :

فيما بعد عُرضت استمارة التحكيم على سبعة (07) خبراء، ثلاثة (03) منهم بدرجة أستاذ التعليم العالي وأربعة (04) بدرجة أستاذ محاضر (أنظر الملحق) وذلك قصد:

- أ/ استبعاد البنود التي لا تعد من السلوكيات الصحية لدى مرضى السكري .
- ب/ اقتراح أي تعديل في صياغة البنود
- ج/ إبداء آرائهم حول وضوح التعليمة، وملائمة البدائل وكفايتها، و سلامة الفقرات، وتحديد مستوى انتمائها للمقياس ككل.

وبناءً على ذلك تم تفرغ استمارة التحكيم حسب تحديد الخبراء لنسبة الملائمة بـ (00 %، 25 %، 50 %، 75 %، 100 %)، واعتماداً على هذه الخطوة تم حذف 13 فقرة حصلت على نسبة تقل على الـ 75% لنحصل في نهاية التحكيم على 32 فقرة حصلت على نسبة تحكيم في صلاحيتها من 75% إلى ما فوق وأجريت التعديلات التي اقترحتها الأساتذة المحكمون بشأن الصياغة اللغوية لبعض الفقرات )

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

وعددها 12 فقرة ) وحذف بعض الفقرات (وعددها 03) باعتبارها من الفقرات المكررة التي تقيد نفس المعنى ، كما لاحظ الأساتذة أن سلم ليكرت يعتبر الأنسب كبداية للإجابة ليصبح المقياس جاهزا لاختبار نتائج صدقه وثباته تجريبيا وذلك من خلال تطبيقه على عينة من مرضى السكري .

### 6-2.4. وضع تعليمة الاستبيان :

تم إعداد تعليمة توضح طريقة الإجابة على فقرات المقياس موضحة الغرض منه وطريقة الإجابة عليه، وهي تهدف عموما إلى ضمان توحيد التطبيق الجيد للأداة.

### 6-3.4. تصحيح وإعطاء الأوزان لمقياس السلوك الصحي:

يعطى لكل فقرة مكونة للمقياس الدرجة الموزونة الآتية: ( دائما 4 - عادة 3 - أحيانا 2 - نادرا 1- أبدا 0) ثم تستخرج الدرجة الكلية بجمع الدرجات الموزونة للاثنتان والثلاثون فقرة المكونة للمقياس، ويوجد من بين العبارات 10 عبارات تصحح بطريقة عكسية، وذلك للتقليل من وجهة استجابة المفحوص وتمثل في البنود رقم 06-08-13-15-18-19-20-21-22-27.

تتراوح الدرجات على المقياس من درجة صفر (0) كأدنى درجة ومئة وثمانية وعشرون (128) كحد

أقصى يمكن أن يحصل عليه المفحوص في الاستبيان حيث تمثل الدرجة :

- من 0 إلى 43 سلوك صحي منخفض

- من 44 إلى 87 سلوك صحي معتدل.

- من 88 إلى 128 سلوك صحي مرتفع.

### 6-4.4. الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي :

للتأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس السلوك الصحي تم تطبيقه على عينة استطلاعية مكونة

من 60 فردا لها نفس خصائص العينة الأساسية، وقد تم حساب ثبات وصدق المقياس بالطرق التالية :

أولا : حساب ثبات المقياس :

#### 1- حساب ثبات مقياس السلوك الصحي عن طريق ألفا كرونباخ :

قامت الباحثة بحساب ثبات مقياس السلوك الصحي بطريقة ألفا كرونباخ ، والجدول رقم (05)

يوضح النتيجة المتحصل عليها :

جدول رقم (29) يوضح معامل الثبات ألفا كرونباخ لمقياس السلوك الصحي (ن = 60)

معامل الثبات ألفا كرونباخ      درجة الدلالة

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

دال عند 0.01

0.89

مقياس السلوك الصحي

يتضح من الجدول السابق أن المقياس يتمتع بمعامل ثبات مرتفع ومقبول على كافة أبعاده

### 2- حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، وذلك عن طريق حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية والزوجية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان- براون ، ويوضح الجدول التالي النتيجة المتوصل إليها :

جدول رقم (30) يوضح قيم معاملات ثبات التجزئة النصفية لدرجات مقياس السلوك الصحي  
(ن = 60)

المؤشرات الإحصائية	ر		ر المجدولة	درجة الحرية ن-2	مستوى الدلالة
	المحسوبة				
المتميزات	قبل التعديل	بعد التعديل	0.30	58	0.01
	0.78	0.92			
البنود الفردية و الزوجية					

يلاحظ من خلال الجدول رقم (30) أن قيمة ( ر ) بعد التعديل قدرت بـ 0.92 وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بثبات عال .

ثانيا : حساب صدق مقياس السلوك الصحي : قامت الباحثة بحساب صدق مقياس السلوك الصحي بطريقتين هما :

### 1- حساب صدق المقياس بطريقة الاتساق الداخلي :

تم حساب معامل الارتباط بطريقة بيرسون من الدرجات الخام بين درجة كل عبارة والدرجة الكلية للمقياس على نفس العينة السابقة ، والنتائج المحصل عليها مدونة في الجدول التالي :

جدول رقم (31) يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من عبارات مقياس السلوك الصحي والدرجة الكلية لدى أفراد العينة (ن = 60)

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

0.05	0.618	23	0.05	0.493	12	0.05	0.656	1
0.05	0.283	24	0.05	0.510	13	0.05	0.544	2
0.05	0.523	25	0.05	0.654	14	0.05	0.868	3
0.05	0.439	26	0.05	0.484	15	0.05	0.602	4
0.05	0.491	27	0.05	0.640	16	0.05	0.632	5
0.05	0.614	28	0.05	0.710	17	0.05	0.653	6
0.05	0.465	29	0.05	<b>0.324</b>	18	0.05	0.43	7
0.05	0.517	30	0.05	0.579	19	0.05	0.655	8
0.05	0.471	31	0.05	0.335	20	0.05	0.723	9
0.05	0.889	32	0.05	0.543	21	0.05	0.431	10
			0.05	0.899	22	0.05	0.496	11
<b>0.880</b>								<b>الدرجة الكلية</b>

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن معاملات الارتباط الخاصة بينود استبيان السلوك الصحي ال 32 قد تراوحت بين 0.288 و 0.899 ، وقد وصلت الدرجة الكلية للاتساق الداخلي بين الفقرات إلى 0,88 مما يدل على أن البنود تتمتع بدرجة جيدة من التماسك والاتساق .

### 2- حساب صدق المقياس عن طريق الصدق الذاتي :

يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات ألفا كرونباخ ، وبما أن ثبات الاستبيان وصل إلى 0.89 فإن الصدق الذاتي يساوي 0.94.

يتبين من معاملات الثبات والصدق التي تم استخراجها لمقياس السلوك الصحي أن هذه المعاملات كانت مرتفعة ودالة إحصائياً، وهذا ما يجعله صالحاً للاستخدام في دراسة البحث الأساسية بكل ثقة واطمئنان.

### 6-5. استبيان قياس الألم ل QDSA Saint- Antoine :

استخدمت الباحثة لقياس درجة الألم العضوي لدى مرضى السكري استبيان قياس الألم لسانت اونطوان ( questionnaire de douleur de Saint- antoine QDSA ) والذي يعتبر الصيغة الفرنسية المترجمة والمكيفة لاستبيان ماكجيل الأمريكي للألم لملاك ووال ( 1975 Melwak et Wall ) ، فهو من المقاييس التي تسمح بالتقييم الذاتي للألم بجوانبه الحسية والانفعالية ولوصف شدة الألم الذي

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يشعر به الفرد . يستخدم الاستبيان مع المراهقين والراشدين الذين لديهم قدرة على التواصل، كما يحتاج تطبيقه إلى مستوى فهم عالي وتعاون من طرف المفحوص، فهو يسمح له بالتعرف على الكلمات التي تصف الألم الجسدي الذي يشعر به الفرد والتغيير الذي أحدثه في نشاطاته اليومية وحالته المزاجية . يحتوي الاستبيان على ستة عشر (16) مجموعة مقسمة إلى فئتين ( فئة حسية وأخرى عاطفية ) مصنفة من A إلى P تسمح بوصف التجربة المؤلمة . يتم تقييم الاستبيان من 0 إلى 4 ( 0 غياب الألم - 1 الم بسيط - 2 ألم متوسط - 3 ألم شديد - 4 ألم شديد جدا ) ليحصل المفحوص على علامة تقدر بين 0 و 232 نقطة.

اعتمدت الباحثة في هذا البحث على تطبيق الصيغة المختصرة للاستبيان المعدلة والمقننة من طرف الباحثين التابعين لشبكة الألم للمستشفيات الجامعية السويسرية (جنيف) حيث يتكون الاستبيان المعدل من 16 عنصرا فقط لوصف الألم ، ليحصل المفحوص على درجة تتراوح بين 0 و 64 نقطة ، حيث :

- من 0 - 10 غياب الألم
- من 12-25 الم بسيط
- من 26-38 الم متوسط
- من 39-51 الم شديد
- من 52-64 الم شديد جدا

استخدم استبيان الألم في العديد من الدراسات على عينات تعاني من الألم الحاد أو المزمن ، ومن هذه الدراسات يمكن ان نذكر دراسة (Michael et al,1997) التي توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية بين الاكتئاب والألم المزمن ، وقد امتازت الدراسة أيضا بصدق وثبات عالي.

كما توصلت دراسات (Younger et al,2009)،(Gillam et Newman,1993)

و دراسة (Boureau,1984,1991) ودراسة (Montagne,2014) للتعرف على الآلام التالية للجراحة العظام حيث وصل ثبات المقياس إلى 0.56 ، كما استخدم استبيان الألم في دراسة (Pernes,2009) لتقييم درجة الألم لدى الأطفال المصابين بالربو المزمن (

[http://www.cnr.fr/IMG/pdf/Pernes\\_E.pdf](http://www.cnr.fr/IMG/pdf/Pernes_E.pdf)

وتوصلت الدراسات إلى أنه يتمتع بدرجة صدق عالية وصلت إلى 0.85، أما ثبات المقياس فإنه مساوي ل0.78.

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

وقد قامت الباحثة بترجمة المقياس من لغته الأصلية الفرنسية إلى العربية وذلك بمساعدة متخصصين في اللغة الفرنسية، كما قامت بالترجمة العكسية من العربية إلى الفرنسية للتأكد من تطابق المعاني . ومع أن بنود السلم تبدو متحررة من التحيز الثقافي، حيث ثبت صدق المقياس وثباته في الدراسات السابقة ، إلا الباحثة ارتأت التأكد منها في البحث وذلك بتطبيقه على عينة استطلاعية مكونة من 60 مريضا مصابا بمرض السكري.

### 6-1.5. الخصائص السيكومترية لاستبيان قياس الألم :

أولا : حساب ثبات استبيان قياس الألم :

#### 1- حساب الثبات عن طريق التجزئة النصفية :

قامت الباحثة بحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية ، وذلك عن طريق حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات الأسئلة الفردية والزوجية بعد تصحيحه بمعادلة سبيرمان-براون (Spearman-Brown) ، ويوضح جدول رقم (32) النتيجة المتوصل إليها :

جدول (32) يوضح ثبات استبيان الألم العضوي عن طريق التجزئة النصفية

المؤشرات الإحصائية	ر المحسوبة	ر المجدولة	درجة الحرية ن-2	مستوى الدلالة
التمميزات	قبل التعديل	بعد التعديل	58	0.01
البنود الفردية و الزوجية	0.69	0.821		

يتضح من خلال الجدول السابق أن قيمة ر المحسوبة تقدر 0.821 بعد التعديل عند درجة حرية 58 وهي دالة عند مستوى 0.01 على ثبات سلم قياس الألم.

#### 2- حساب الثبات عن طريق معادلة ألفا كرونباخ :

كما قامت الباحثة بحساب ثبات الاستبيان بطريقة ألفا كرونباخ ، حيث وصلت نسبة معامل الثبات إلى 0.910 عند مستوى دلالة 0.01 ، وهي قيمة عالية نسبيا للاطمئنان على استخدام المقياس في الدراسة الأساسية للبحث .

ثانيا : حساب صدق استبيان قياس الألم: تم حساب صدق استبيان الألم بالطرق التالية:

#### 1- حساب صدق استبيان قياس الألم عن طريق الصدق الذاتي:

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يمثل الصدق الذاتي الجذر التربيعي لمعادلة الثبات ألفا كرونباخ ، وبما أن ثبات المقياس وصل إلى 0.91 فان الصدق الذاتي يساوي 0.95.

### 2- حساب صدق استبيان قياس الألم بطريقة الاتساق الداخلي :

تم فحص صدق الاتساق الداخلي للفقرات بالدرجة الكلية لاستجابات أفراد عينة التقنين ، وذلك بإيجاد قيم معاملات الارتباط بين درجة كل بند والدرجة الكلية للمقياس، ويوضح الجدول التالي النتيجة :

جدول رقم (33) يبين معاملات الارتباط بين كل عبارة من العبارات استبيان قياس الألم والدرجة الكلية لدى العينة ( ن = 60).

أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة	أرقام العبارات	معاملات الارتباط	مستوى الدلالة
1	0.603	0.05	9	0.787	0.05
2	0.488	0.05	10	0.706	0.05
3	0.638	0.05	11	0.713	0.05
4	0.749	0.05	12	0.810	0.05
5	0.649	0.05	13	0.725	0.05
6	0.704	0.05	14	0.713	0.05
7	0.685	0.05	15	0.673	0.05
8	0.499	0.05	16	0.640	0.05
الدرجة الكلية					0.84



## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

يلاحظ من خلال الجدول رقم (33) أن معاملات الارتباط الخاصة بينود استبيان قياس الألم ال16 قد تراوحت بين 0.488 و0.810 ، بينما وصلت الدرجة الكلية للاتساق الداخلي إلى 0,84 مما يدل على أن البنود تتمتع بدرجة جيدة من التماسك والاتساق .  
إذن من خلال حساب معاملات الصدق والثبات لأدوات البحث والتي كانت مرتفعة، يمكن الاطمئنان لتطبيقها في البحث.

### 6-6. المقابلة العيادية نصف الموجهة :

تعتبر المقابلة العيادية من التقنيات التي يستعين بها المختص النفسي أثناء عمله، إذ تساعده في الحصول على معلومات عن المفحوص وتكوين صورة عن شخصيته. وقد عرفها الباحث عبد السلام زهران أنها "علاقة مهنية ودينامية تتم وجها لوجه بين المختص النفسي والعميل في جو نفسي آمن، تسوده الثقة

المتبادلة بين الطرفين، تهدف إلى جمع المعلومات التي يتم توظيفها لتحقيق هدف معين"  
( إيمان فوزي ، دون سنة، 30 )

وقد اعتمدت الباحثة في الدراسة على المقابلة العيادية نصف الموجهة ذلك لان المقابلة المغلقة أو الموجهة تقترب من الاستبيان و لا تسمح بجمع المعلومات الأساسية المتعلقة بالبحث، أما المقابلة المفتوحة أو الحرة فإنها مقابلة غير محدودة . أما المقابلة نصف الموجهة فإنها تهدف إلى جمع أكبر قدر ممكن من المعلومات المتعلقة بمتغيرات البحث وذلك تماشيا مع المنهج العيادي واستنادا إلى طبيعة الموضوع وعينة البحث.

لذلك تم تشكيل دليل المقابلة المتكوّن من مجموعة من الأسئلة نصف الموجهة التي تسمح للمفحوص بالإجابة عنها بحرية دون الخروج من صميم موضوع البحث.

وللقيام بمقابلة ناجحة يجب ان تتوفر ثلاث شروط حسب موريس أونجرس ( ongers ) :

أ/ درجة توافر المعلومة لدى المفحوص وسهولة نيلها منه.

ب/ المعرفة أي فهم المفحوص لما هو مطلوب منه.

ج/ الدافعية من طرف المفحوص وذلك بالرغبة بالمشاركة في البحث والدقة في الاجابة على الاسئلة ،  
وتحدد الدافعية مدى تعاون المفحوص مع الفاحص .

(دليلة زناد، 2008: 206).

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

### 6-1.6. طرق إجراء المقابلات العيادية نصف الموجهة :

تمت مقابلة الحالات في نفس الشروط السالفة الذكر بعد التحسيس بالبحث الذي نحن بصدد إجراءه وقبول الحالة المشاركة فيه . وعلى العموم رغم أن الحالات أبدت رغبة في المشاركة إلا أن الباحثة كانت منذ البداية تراعي الجانب الأخلاقي للبحث وذلك للتوضيح للحالة منذ البداية - رغم قبولها المبدئي - أنها حرة في المشاركة أو الانسحاب ( تحديد العقد النفسي من حيث عدد الحصص ومدتها، المدة الزمنية الفاصلة بين كل حصة وأخرى، ضرورة الالتزام بالحصص، السر المهني وعدم التشهير بالحالة)، وكانت الباحثة تترك الحرية للحالة لاختيار الموعد المناسب لها من بين الاحتمالات الممكنة لحضور الباحثة للعيادة وكذا تأجيل الموعد إن كان ذلك ضروريا لها وذلك حرصا على خلق نوع من المرونة في التعامل والثقة الأساسية لإجراء البحث .

كان تطبيق المقابلة مرنا وذلك لمنح الحرية للحالة للتعبير عن نفسها وصعوباتها مع المرض ، وحياتها الوجدانية والانفعالية، وتكيفها الاجتماعي والمهني، وقد استخدمت معطيات المقابلة لمناقشة فرضيات الدراسة ودعم الفهم العيادي للحالة، لذلك صممت المقابلة بمحاور مع مراعاة اللغة المستعملة من طرف المفحوص، ووفقا لذلك أيضا تم تصميم برنامج شبه علاجي والجلسات العلاجية لتحقيق الهدف المنشود. تم إجراء المقابلات بطريقتين :

#### الأسلوب الأول: المقابلات الفردية:

وهي مقابلات دورية ومنتظمة تجمع بين الباحثة وكل مريض مصاب بالسكري على حدا وذلك بهدف التعرف على الحالة النفسية للمريض وكيفية تعايشه مع المرض، ومدى تأثيره على نشاطاته الأسرية والاجتماعية والمهنية ومدى تجاوب محيطه مع مرضه وحالته الصحية. والهدف من المقابلات الفردية أيضا التخفيف من شدة التوتر والضغط النفسي الذي يعانيه مريض السكري، وبذلك تتمكن الأخصائية النفسية من تقديم التوجيهات والإرشادات تتوافق مع الحالة الصحية للمريض.

#### الأسلوب الثاني : مقابلات العلاج الجماعي ويشمل : وذلك حسب :

أ/ تنشيط الحوار الجماعي : ويتم ذلك بجمع مرضى السكري من أفراد العينة مع بعضهم البعض ويقوم كل مريض بعرض تجربته الشخصية مع المرض لزملائه وذلك بهدف التخلص من شعور الانفراد بالمرض والعزلة والوحدة.

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

ب/ تبسيط حقيقة المرض : وذلك بعرض شريط أو تدخل أطباء المصلحة للتداول مع المرضى حول حقيقة المرض وطرق التعايش معه وتبسيطه في أذهان المريض وإزالة الخوف من تعقيدات المرض والخوف من المجهول

ج/ التحفيز للاقتداء بالنموذج الايجابي لجماعة الأقران : ويتم ذلك بعرض تجربة مريضين يعانين من مرض السكري منذ مدة طويلة وتمكنا من التعايش والتكيف معه، وذلك بعرض الطرق الفعالة والناجحة للتعايش مع المرض رغم إزمائه

6-2.6. محاور المقابلة العيادية : اعتمدت محاور المقابلة العيادية على :

المحور 1 : تاريخ الحالة المرضي و أحداث حياتية أخرى :

الهدف منه التطرق إلى السوابق الشخصية والمرضية للحالة، انعكاسات المرض وأحداث حياتية أخرى المتمثلة في طلاق، وفاة شخص عزيز، مشاكل مالية، وفتح المجال لها أن تتحدث عن نفسها، وكانت الأسئلة كالتالي :

- أحكي لي على المرض تاعك؟
- كيفاش حتى عرفت انك مصاب بالسكري؟
- شكون أيضا من أفراد العائلة مصاب بالمرض ؟
- كيفاش عشت خبر المرض تاعك؟ واش يعني بالنسبة ليك المرض؟ ( وهذا يسمح للحالة بالحديث عن خبرة المرض الجسمية والنفسية )

المحور 2 : التاريخ الحالي للمرض:

الهدف من هذا المحور هو التعرف على تعريف المريض للمرض والجهة التي تحصل من خلالها على المعلومات وطريقة معالجته لهذه المعلومات ، ومن الأسئلة :

- واش تعرف على مرض السكري؟
- منين تحصلت على المعلومات هذي؟

المحور 3 : خصائص الشخصية وسماتها:

يهدف المحور إلى التعرف على خصائص شخصية المريض بعد المرض:

- كيفاش توصف روحك قبل المرض؟
- واش لي تغير فيك بعد المرض؟

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

- كيفاش راك تشوف روحك الآن؟

**المحور 4 : نوعية معاش المرض والاستجابة للعلاج :** يهدف المحور للتعرف على استجابة المريض

للمرض للعلاج للتعرف على السلوكيات الصحية المتبعة ، ومن اسئلة المحور :

- السكر تاعك الآن راه مليح ؟ إذا كان لا واش السبب حسب رأيك؟
- راك اتبع مليح الحالة تاعك؟
- كيفاش جاك العلاج؟
- راك تلتزم بنصائح الطبيب؟ كيفاش؟
- والرجيم؟ والرياضة؟
- تبع الدوا تاعك مليح؟
- كيفاش أثر مرض السكري على حياتك الخاصة؟

**المحور 5 : معاش الألم :** يهدف المحور للتعرف على معاش الألم لدى المريض

- تحس بالسطر والوجع؟ في أي وقت؟
- كي يعود عندك آلام واش دير باش تنقص؟
- واش لي يزيدلك من الوجع والسطر؟ واش لي ينقص منو؟
- كيف يتعامل المحيط مع آلام تاعك؟

**المحور 6 : النشاطات المهنية والمساعدة التي يتلقاها المريض من طرف المحيط؟**

- شكون لي وقف معاك كي مرضت ؟
- واش لي تغير في حياتك كي مرضت؟ وفي عائلتك؟
- والعمل تاعك كيفاش؟
- واش لي كنت ديرو وتشوف روحك ما تقدرش ديرو ضرك
- شكون أكثر شخص مساعدك الآن ؟
- والأسرة تاعك كيفاش تتعامل معاك الآن؟
- كيفاش يتصرف المحيط لمساعدتك؟

**المحور 7 : النظرة للمستقبل :**

يهدف هذا المحور إلى التعرف على تموضع المريض في المستقبل ونظرتة له بعدما كانت كل

الأسئلة السابقة مرتكزة على الماضي والوضعية الحالية، وكانت الأسئلة كالتالي :

- كيفاش راك تشوف المستقبل تاعك؟ كيفاش تشوف روحك منا للقدام؟

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

• كيفاش تتعامل مع المضاعفات تاع المرض إذا ظهرت؟

✓ **تحكيم المقابلات :**

قامت الباحثة بتحديد دلالات صدق المحكمين بعرض برنامج المقابلات الاكلينيكية على هيئة المحكمين من ذوي التخصص والبالغ عددهم (05)، وذلك للتحكيم بشكل عام وإبداء الملاحظات والمقترحات بشكل خاص من ناحية توزيع الجلسات ومواضيعها ومن خلال تحكيم الأساتذة لجلسات برنامج التربية الصحية وتحديد مدى صدق محتوى كل جلسة في تحقيق هدفها، فقد تم إنفاق جميع المحكمين على محتوى كل جلسة في البرنامج بنسبة 100%. ووفقا لهذا الإنفاق فإن جميع الجلسات تعتبر صادقة وواضحة. ولقد أشار المحكمين إلى بعض المرئيات حول البرنامج بصفة عامة والجلسات بصفة خاصة وكانت على النحو التالي:

• ضرورة التحكم في الفنيات العلاجية.

• مراعاة رغبة أفراد العينة في المتابعة العلاجية .

### 7-إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية :

تم إجراء الدراسة الأساسية للبحث في جانبها الإحصائي من الفترة الممتدة من 21 أبريل 2013 إلى 22 سبتمبر 2013 مع توقف عن التطبيق خلال شهر أوت 2013. وقد أجريت قبل ذلك لقاءات تمهيدية مع الأخصائيات النفسانيات و الذين تطوعوا لمساعدة الباحثة وعددهن 05 \* حيث قامت الباحثة بشرح طبيعة البحث وطرق إجراء المقابلات مع المرضى. وكان تطبيق أدوات البحث على شكل بطارية واحدة تحتوي على سلم تقدير الذات ، مقياس الصلابة النفسية ، مقياس المساندة الاجتماعية ، مقياس السلوك الصحي وسلم قياس الألم .

تم توزيع للدراسة الأساسية 300 استمارة ، ليتم بعد ذلك إلغاء 95 استمارة ،75 استمارة منها بسبب عدم تناسبها مع خصائص العينة من حيث السن ( حيث أن بعض المرضى تجاوز سنهم 55 سنة أو كان اقل من 20 سنة )، وفي 21 استمارة لم يتم الإجابة على كل بنود المقاييس الموزعة (ذكر بعض المرضى المشاركين أن الاستبيانات طويلة ومعقدة ولم يتمكنوا من فهمها جيدا، كما أن بعض المرضى رفضوا مواصلة المشاركة بشكل صريح)، ليستقر العدد النهائي لأفراد العينة على 205 فردا مصاب بمرض السكري بين الإناث والذكور .

أجري التطبيق مع كل مريض على حدا على شكل مقابلات نصف موجهة وذلك من أجل التحكم في سير تطبيق الدراسة الميدانية، ودامت مدة كل مقابلة بين 40 و 60 د.

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

تم ترتيب كل إجراءات التطبيق مع المرضى مسبقا وذلك بالحصول على موافقة المرضى للمشاركة قبل أن توزع عليهم أدوات البحث ، كما تم الحرص على إتباع مجموعة من التوجيهات والتعليمات للمستجوبين والمتمثلة في :

- تقديم الباحثة لنفسها والغرض العلمي للبحث.
- شرح طريقة الإجابة على المقاييس.
- التأكد من فهم كل مفحوص لطريقة الإجابة والأسئلة المطروحة عليه.
- الالتزام باختيار نوع الفقرة التي تناسب شخصيته.
- التأكد من تسجيل جميع البيانات الخاصة بالمفحوص.
- في الأخير شكر المفحوص على مشاركته الفعالة في إعداد البحث .

### 8. برنامج التربية الصحة لتحسين السلوك الصحي والتخفيف من الألم لدى مرضى السكري حسب نموذج مراحل التغيير لبروشاسكا ( Prochaska ).

بعد دراسة وتحليل معطيات البيانات الاجتماعية والمحيطية، طبيعة وشدة المرض، تقدير مستوى تقدير الذات والصلابة النفسية، تقدير مستوى المساندة الاجتماعية، تقدير مستوى السلوك الصحي ، تقدير مستوى الأم العضوي، تم اختيار المرضى الذين حصلوا على درجات منخفضة في نتائج المقاييس المقدمة وعددهم 12 مريضا.

و من بين أهداف إجراء هذا البحث إعداد برنامج التربية الصحية الذي يهدف إلى تحسين السلوكيات الصحية لدى مرضى السكري وكذا التخفيف من الألم الذي يشعرون به ، وذلك بالاعتماد على على تقنيات سلوكية معرفية وانطلاقا من نموذج مراحل التغيير الذي اشرنا إليه عند التعريف بالسلوك الصحي. ويهدف برنامج التربية الصحية إلى تعزيز استخدام الأفراد للسلوكيات الصحية وبذلك التعامل بفعالية مع الألم العضوي و التخفيف منه.

وقد امتدت فترة المتابعة العلاجية من 15 سبتمبر إلى 30 ديسمبر 2013 ، وحددت فترة العلاج بين 8 و 12 حصة بمعدل حصة أو حصتين أسبوعيا حسب توقيت الحالة ، وتهدف إلى تحسين مستوى التكيف مع المرض والتخفيف من الألم العضوي، ويتم تطبيق البرنامج على شكل مقابلات نصف موجهة حددت بين 8 و 12 مقابلة تراوحت مدة كل جلسة بين 45 و 60 دقيقة . ارتكز البرنامج على:

#### 1- خصائص المرض و العلاج:

أعراض المرض ، المضاعفات الناتجة عن المرض، العلاج المستخدم .

#### 2- أحداث مرتبطة بالمرض :

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

مشاكل عائلية مرتبطة بالمرض، فقدان العمل، مشاكل زوجية وعلائية

### 3- الاستجابات :

\*- الاستجابات الانفعالية: التوتر، الضغط، العدوانية، البكاء....

\*- الاستجابات المعرفية : إصدار أحكام خاطئة عن المرض والعلاج والمعلومات المقدمة من طرف الطبيب المعالج والمرضى والمحيط العائلي ( التعليمات الطبية المتعلقة باستخدام الأنسولين، الالتزام أو عدم الالتزام بالتعليمات الطبية والمواظبة ).

\*- تقييم الحاجات والأهداف: تحديد الحاجات الأولية كالحاجة إلى البحث عن المعلومات، البحث عن الدعم الاجتماعي (المعنوي المادي، المعلومات)، ، تقييم الهدف من تبني السلوك الصحي .

### 4- الموارد الداخلية وخصائص الشخصية :

تحويل خبرة المرض والعلاج إلى خبرة معاش داخلية تستدعي التقبل والتكيف معها، رفع التحكم الداخلي ( الالتزام، التحكم والتحدي) ، رفع تقدير الذات والتركيز على بعض الاستراتيجيات الروحية كالعبادة.

### 5- الانعكاسات الفسيولوجية :

تعديل نسبة السكر في الدم، الوقاية من مضاعفات المرض كانسداد الشرايين، مشكل القدمين واليدين، التهاب العين ،الاعتدال في الوزن، تناول الأدوية والاعتدال في الحمية.

### 6- الانعكاسات الاجتماعية:

بناء علاقات اجتماعية مرنة مع الفريق الطبي والمرضى، تحسين العلاقات داخل العائلة ( خاصة مع الزوج أو الزوجة )،تحسين إدراك الدعم الاجتماعي، المشاركة في النشاطات الاجتماعية.

### 7- الانعكاسات النفسية :

السيطرة على الانفعالات والتوتر والعدوانية ( التحكم، الالتزام، التحدي)، تصحيح إدراك فكرة المرض وذلك من خلال :

- النمذجة : وهي تقنية سلوكية تم من خلالها تعليم المرضى السلوك الايجابي للتخلي عن السلوك السلبي . كتصوير فيلم خاص عن حياة مريض مصاب بالسكري والنشاطات التي يقوم بها.
- حل المشكل: ومن خلال هذا الأسلوب تسعى الباحثة إلى تعليم المرضى طرق حل مشاكلهم الناتجة عن المرض وتزويدهم بمهارات اجتماعية.

ويعمل نموذج مراحل التغيير على تنمية وتعزيز الدافعية لدى المرضى من خلال تعزيز الثقة بالذات والصلابة النفسية للمرضى، وخلال هذه المرحلة تعمل الباحثة على تعديل السلوك لتسيير خبرة المرض والعلاج.

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

8- يصل المريض إلى مرحلة التكيف الايجابي مع المرض وذلك من خلال تطوير مهارة معالجة المعلومات المرتبطة بالمرض وبالتالي تحسين السلوك الصحي المرتبط بفاعلية العلاج ( إتباع التعليمات الطبية، المواظبة على الفحوصات الطبية وإجراء التحاليل، إتباع الحمية الغذائية، عدم التدخين، ممارسة الرياضة ) وتحقيق التكيف البيولوجي النفسي والاجتماعي لمريض السكري.

### • مراحل تطبيق برنامج التربية الصحية :

#### 1-المرحلة الأولى :

##### \*الجلسة الأولى :

يتم في هذه المرحلة وضع العقد العلاجي بين المريض والباحثة ، حيث يتم التعرف خلال الجلسة الأولى على الحالة من خلال جمع معلومات أولية عنها، عن طبيعة عملها ونشاطاتها وعلى تاريخ الاضطراب والإصابة بالمرض.

##### \* الجلسة الثانية:

يتم في الجلسة الثانية مساعدة المريض على التعبير على انفعالاته السلبية اتجاه المرض بهدف التخفيف من مقاومته. كما يتم تعليم المرضى تقنية الاسترخاء وممارستها للمرضى بهدف التخفيف من التوتر ومن الألم العضوي الذي تشعر به الحالة وتوجيهه ، رفع ثقة المريض بذاته، رفع وزيادة الالتزام والتحكم في المرض.

#### المرحلة الثانية: الجلسة الثالثة :

كانت الحصة جماعية شملت كل المرضى ( ال 12) بهدف إعطاء معلومات عن المرض ، السلوك الصحي والالتزام بالعلاج، الألم العضوي والعوامل الفسيولوجية المرتبطة به ، والهدف هو تعزيز المريض للمشاركة في تسيير مرضه حتى يتمكن من تقبله كخبرة ذاتية يمكن مواجهتها، معلومات عن الحقن بالانسولين والتأكد أن كان المريض فهمها فعلا ، وهنا استخدمت الباحثة الملصقات والكتيبات الخاصة بتشخيص المرض وأعراضه ، بالحمية الغذائية والرياضة .

#### المرحلة الثالثة: الجلسة الرابعة الخامسة ، السادسة :

تعمل الباحثة في هذه المرحلة على الحفاظ على النتائج المتوصل اليها من خلال المرحلتين السابقتين، كما يعمل على تثبيت المهارات التي اكتسبها المرضى لتسيير خبرة المرض والعلاج، ممارسة حصص الاسترخاء

#### \* المرحلة الرابعة: الجلسة السابعة، الثامنة، التاسعة.

وهي المرحلة التي يتم فيها:



## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

-التدريب على مهارات التواصل والتدريب على التعبير عن الذات بطريقة لفظية و مقبولة بدلا من الحوار السلبي ، وذلك لرفع تقدير الفرد لذاته، وزيادة مرونته للتعامل مع الوضعية المرضية.

- كما يتم تعريف المرضى بالآثار النفسية الناتجة على عدم محاولة الحصول على الدعم.

-تعليم المريض كيفية الحصول على الدعم من المحيط.

### الجلسة العاشرة :

- فك عزلة المريض والمشاركة في الأنشطة.

- تعليم المرضى المشاركة الوجدانية.

### الجلسة الحادية عشر:

-حصة جماعية يتم تقييم ما تعلمه المرضى بشكل جماعي .

-إجراء حصة استرخاء.

### الجلسة الثانية عشر: جلسة ختامية

تقييم ما تعلمه المرضى من الحصص العلاجية وترك المجال مفتوحا لتلقي علاجات متواصلة

## 9- الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث :

اعتمدت الباحثة لمعالجة البيانات إحصائيا في البحث الحزمة الإحصائية للعلوم الإجتماعية على

الأساليب الإحصائية التالية :

\***المتوسط الحسابي**: وقد استخدم من أجل حساب متوسط الفروق في فرضيات الدراسة حيث يعتبر

المتوسط الحسابي من أهم مقاييس التوسط وأكثرها استخداما ،

ويعرف على أنه القيمة النموذجية المتوسطة التي تتركز حولها التكرارات ويمكن لقيمة المتوسط

الحسابي لعدد من القيم بتقسيم مجموع القيم على عددها و يرمز للمتوسط بالرمز (م).

(محمود السيد أبو النيل , 1987 : 102)

\***الانحراف المعياري**: وقد استخدم لحساب انحراف القيم عن المتوسط في فرضيات الدراسة، ويعتبر

الانحراف المعياري أهم معاملات التشتت جميعا وأكثرها استعمالا فالانحراف المعياري هو الجذر التربيعي

لمتوسط مربعات انحراف القيم عن متوسطها الحسابي (عبد الكريم بوحفص, 2005 : 75)

\***معامل الارتباط بيرسون** : وقد تم استخدامه في الدراسة الأساسية، ويستخدم معامل الارتباط في الكشف

عن العلاقة بين أي متغيرين واما إذا كانت هذه العلاقة موجبة أو سالبة. ويقصد بأن العلاقة موجبة (+)

أي الزيادة في أحد المتغيرين يتبعه زيادة في المتغير الثاني، كما يقصد بالعلاقة سالبة (-) أي الزيادة في

أحد المتغيرين يتبعه نقصان في المتغير الآخر. ويفيد معامل الارتباط في الحكم على أحد المتغيرين من

المتغير الآخر(بشير معمره, 2002, ص202) .

## الفصل السادس : الإجراءات المنهجية للبحث

\*اختبار(ت): حيث استخدم للأغراض التالية :

- لقياس دلالة الفروق و المتوسطات المرتبطة وغير المرتبطة للعينة,
- لمعرفة دلالة الفروق بين الجنسين وحسب السن والمستوى التعليمي ومدة المرض ونوعه في متوسطات

\*تحليل التباين :

\* وقد تم الاستعانة بالحزمة الإحصائية SPSS19.00 ، وهو عبارة عن برنامج للحاسب الآلي يقوم بعمليات التحليل الإحصائي للدراسات والبحوث التربوية والنفسية والعلمية حيث يتم استخراج المعالم الإحصائية المختلفة للعينات قيد الدراسة.

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال التطرق في إجراءات الدراسة الإحصائية إلى المنهج الملائم للدراسة، ثم إلى العينة وخصائصها ، بعد ذلك وصف أدوات جمع البيانات وخصائصها السيكومترية من خلال حساب معاملات الصدق والثبات باستخدام طرائق مختلفة ، والتي انتهت إلى الاطمئنان عليها أثناء التطبيق في الدراسة الأساسية، ثم تم التعرض إلى إجراءات تطبيق الدراسة الأساسية وإلى الأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات . كما تم التطرق في الدراسة العيادية إلى خصائص منهج وعينة الدراسة ، وإلى برنامج التربية الصحية للتكفل بمرضى السكري . وسيتم عرض النتائج المتوصل إليها في الفصل الآتي.

## الفصل السابع: عرض نتائج البحث.

### 1. عرض نتائج التحليل الإحصائي

- 1- عرض نتائج الفرضية الأولى
- 2- عرض نتائج الفرضية الثانية
- 3- عرض نتائج الفرضية الثالثة
- 4- عرض نتائج الفرضية الرابعة
- 5- عرض نتائج الفرضية الخامسة
- 6- عرض نتائج الفرضية السادسة
- 7- عرض نتائج لفرضية السابعة
- 8- عرض نتائج الفرضية الثامنة
- 9- عرض نتائج الفرضية التاسعة
- 10- عرض نتائج الفرضية العاشرة
- 11- عرض نتائج الفرضية الحادية عشر

### خلاصة الفصل

### تمهيد

بعدها تم التطرق في الفصل السادس إلى الإجراءات المنهجية للبحث ، خُصص هذا الفصل لعرض نتائج البحث السيكمترية وكذا نتائج الدراسة الاكلنيكية ، وذلك حسب الفرضيات الواردة .

### أولا : عرض نتائج الدراسة الإحصائية :

#### 1/ عرض نتائج الفرضية الأولى :

تنص الفرضية الأولى على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين سمة الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري .  
ولغرض فحص نتائج الفرضية إحصائيا، تم حساب قيمة معامل الارتباط بين درجات تقدير الذات بدرجات السلوك الصحي لدى مرضى السكري، ويبين الجدول الآتي النتائج المتوصل إليها :

جدول رقم (35) يوضح العلاقة الإرتباطية بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى مرضى السكري

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
تقدير الذات	*0.269	دال عند 0.01
السلوك الصحي		

يتضح من خلال الجدول رقم (34) أن معامل الارتباط المحسوب بين تقدير الذات والسلوك الصحي يقدر ب 0.269 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 على وجود علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، وبذلك تقبل فرضية البحث.

#### 2/ عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري ، ويبين الجدول الآتي النتائج المتوصل إليها :

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

جدول رقم (36) يوضح العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري (ن=205) .

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
الصلابة النفسية	*0.463	دال عند 0.01**
السلوك الصحي		

يتضح من خلال الجدول رقم (35) أن معامل الارتباط المحسوبة بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي يقدر ب 0.463 وهي قيمة دالة عند مستوى 0.01 على وجود علاقة ارتباطية دالة بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي، وبذلك تأكدت فرضية البحث الثانية .

وتؤكد هذه النتيجة وجود علاقة ارتباطية دالة بين سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري ، أي أنه كلما ارتفع مستوى تقدير الذات ومستوى الصلابة النفسية كلما تحسنت الممارسات السلوكية الصحية المتبعة من طرف مرضى السكري .

### 3/ عرض نتائج الفرضية الثالثة :

تنص الفرضية الثالثة على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري .

ولغرض فحص نتائج الفرضية إحصائياً، تم حساب قيمة معامل الارتباط بين كل من درجات المساندة الاجتماعية بدرجات السلوك الصحي لدى مرضى السكري ، ويبين الجدول التالي النتائج المتوصل إليها :

جدول رقم (37) يوضح العلاقة الارتباطية بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى

مرضى السكري .

المتغيرات	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
المساندة الاجتماعية	0.28	دال عند 0.01**
السلوك الصحي		

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

يتضح من خلال الجدول أن معامل الارتباط المحسوب بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي يقدر ب 0.28 وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى 0.01 على وجود علاقة ارتباطية بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي وبذلك تتأكد فرضية البحث الثالثة .

### 4/ عرض نتائج الفرضية الرابعة :

تنص الفرضية الرابعة على أن نتوقع أن ترتفع نسبة الأفراد من مرضى السكري الذين يعانون من شدة الألم العضوي من خلال استجاباتهم على فقرات سلم الألم المستخدم في البحث ، ولغرض المعالجة الإحصائية للفرضية تم الاعتماد على حساب الدرجة الكلية التي يحصل عليها أفراد العينة من خلال استجاباتهم على فقرات استبيان St-antoine لتقييم أعراض الألم العضوي وعلى أساسها يتم تحديد مستوى الألم حسب ما وضعه مصمم السلم، والجدول الآتي يوضح النتائج المتوصل إليها

جدول رقم (38) يوضح توزيع نسبة الأفراد من مرضى السكري حسب مستويات الألم لديهم

( ن = 205 )

ألم شديد جداً [64-52]		ألم شديد [51-39]		ألم متوسط [38-26]		ألم بسيط [25-11]		غياب الألم [10-0]	
%	ت	%	ت	%	ت	%	ت	%	ت

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

مرضى السكري = ن 205	62	30.24%	50	24.39%	62	30%	29	14.14%	2	1%
------------------------------	----	--------	----	--------	----	-----	----	--------	---	----

نلاحظ من خلال الجدول رقم (38) أن تكرارات مرضى السكري من أفراد العينة الذين يعانون من شدة الألم قد بلغت (ت = 29) و(ت = 2) وهم يمثلون نسبة 14.14 % و 2 % ممن لديهم ألم شديد وألم شديد جدا على التوالي ، في حين توزعت النسب الباقية على الألم البسيط (ت = 50، 24.3%) و المتوسط (ت = 62، 30%)، بينما 30 % من أفراد العينة لم يعبروا على وجود الألم (ت = 62) ، وعليه نقبل فرض البحث الذي ينص على أن «تتوقع أن ترتفع نسبة الأفراد من مرضى السكري الذين يعانون من شدة أعراض الألم من خلال استجاباتهم على فقرات سلم الألم المستخدمة في الدراسة»، والملاحظ أن النسبة العالية من المرضى يعانون من ألم تراوح بين المتوسط والشديد والشديد جدا (69.53%) والذي يعد مؤشرا للتعبير عن الألم لديهم.

### 5/ عرض نتائج الفرضية الخامسة :

تنص الفرضية الخامسة على أنه توجد فروق في كل من سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب **الوضعية الاجتماعية**. ويلخص الجدول التالي نتيجة حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعات مرضى السكري حسب **الوضعية الاجتماعية** ( أعزب، متزوج، مطلق، أرمل) في استجاباتهم على أدوات الدراسة المتمثلة في سلم تقدير الذات ومقاييس الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي واستبيان الألم العضوي، وذلك باستخدام **تحليل التباين** كأسلوب للمعالجة الإحصائية للفرضية ، وكانت النتائج المتوصل إليها كالآتي :

جدول رقم (39) يوضح الفروق في متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري حسب الوضعية

الاجتماعية (ن = 205)

قيمة ف	دح	ع	م	ن	الوضعية الاجتماعية	متغيرات الدراسة
0.338	3 200 203	8.03	29.97	35	أعزب	تقدير الذات
		7.12	28.63	146	متزوج	
		6.97	28.33	06	مطلق	
		6.00	28.86	17	أرمل	
0.430	3 200 203	16.72	101.57	35	أعزب	الصلابة النفسية
		14.19	102.86	146	متزوج	
		14.19	105.33	06	مطلق	
		29.71	98.64	17	أرمل	
0.590	3 200 203	13.37	38.40	35	أعزب	المساندة الاجتماعية
		12.11	38.39	146	متزوج	
		12.03	32.00	06	مطلق	
		15.04	30.05	17	أرمل	
0.753	3 200 203	20.51.	74.88	35	أعزب	السلوك الصحي
		17.69	78.90	146	متزوج	
		24.39	83.50	06	مطلق	
		16.74	75.35	17	أرمل	
0.488	3 200 203	12.93	20.34	35	أعزب	الأم العضوي
		15.00	22.18	146	متزوج	
		17.51	27.00	06	مطلق	
		15.76	19.88	17	أرمل	

$p < 0.01$  (\*): م: المتوسط الحسابي ، ع: الانحراف المعياري، دح : درجة الحرية ، ف: قيمة التباين المحسوب

يبين الجدول رقم (38) من خلال استجابات أفراد العينة على سلم تقدير الذات أن المتوسط الحسابي لفئة العزاب قد بلغ (م=29.97) و تتحرف عنه القيم بدرجة (ع=08.03)، أما فئة المتزوجين فقد وصل المتوسط الحسابي إلى (م=28.63) و تتحرف عنه القيم ب (ع=07.12)، في حين وصل المتوسط الحسابي لفئة المطلقين (م=28.33) و تتحرف عنه القيم ب (ع=06.97)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة الأرمال (م=28.82) و تتحرف عنه القيم ب (ع=06.00).



أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت ( 3 ، 203 ) = 0.338 و عند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة (  $p < 0.01$  ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة ( أعزب، متزوج، مطلق، أرمل ) في استجابتهم على سلم تقدير الذات.

ويتضح من خلال الجدول السابق أيضا أن قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية من خلال الاستجابات على مقياس الصلابة النفسية قد بلغت ( 3 ، 203 ) = 0.430 و عند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة (  $p < 0.01$  ) فإنها كذلك غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة ( أعزب، متزوج، مطلق، أرمل ) في استجابتهم على مقياس الصلابة النفسية.

كما يبين الجدول رقم (38) أيضا أن قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية قد بلغت ( 3 ، 203 ) = 0.590 وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة (  $p < 0.01$  ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة ( أعزب، متزوج، مطلق، أرمل ) في استجابتهم على مقياس المساندة الاجتماعية.

أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية الموضحة من خلال الجدول (37) على استجابات أفراد العينة على استبيان السلوك الصحي فقد بلغت ( 3 ، 203 ) = 0.753 و عند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة (  $p < 0.01$  ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة ( أعزب، متزوج، مطلق، أرمل ) في استجابتهم على مقياس السلوك الصحي .

ويوضح الجدول السابق أيضا أن قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية على استجابات أفراد العينة على سلم الألم العضوي فقد بلغت ( 3 ، 203 ) = 0.338 وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة (  $p < 0.01$  ) فإنها كذلك غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة ( أعزب، متزوج، مطلق، أرمل ) في استجابتهم على استبيان الألم العضوي .

وعليه يتضح من خلال هذه النتائج المعروضة أنه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في كل من سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " وكذا المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الوضعية الاجتماعية مما يدفعنا إلى رفض فرضية البحث الخامسة.

### 6/ عرض نتائج الفرضية السادسة :

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

تنص الفرضية السادسة على أنه توجد فروق دالة احصائية في كل من سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " وكذا المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب المستوى التعليمي.

ويخلص الجدول التالي نتيجة حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعات مرضى السكري حسب المستوى التعليمي ( لا يعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي ) في استجاباتهم على أدوات الدراسة المتمثلة في سلم تقدير الذات ومقاييس الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي واستبيان الألم العضوي، وذلك باستخدام تحليل التباين كأسلوب للمعالجة الإحصائية للفرضية السادسة ، وكانت النتائج كالاتي :

جدول رقم (40) يوضح الفروق في متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري حسب المستوى التعليمي (ن = 205).

متغيرات الدراسة	المستوى التعليمي	ن	م	ع	دح	قيمة ف
تقدير الذات	أي	47	29.25	06.50	4 199 203	1.427
	ابتدائي	39	26.66	09.50		
	متوسط	36	28.77	06.41		
	ثانوي	52	29.23	07.49		
	جامعي	31	30.54	04.13		
الصلابة النفسية	أي	47	104.25	13.57	4 199 203	0.527
	ابتدائي	39	103.97	16.19		
	متوسط	36	100.11	22.49		
	ثانوي	51	100.86	15.69		
	جامعي	31	102.58	13.11		
المساندة الاجتماعية	أي	47	32.61	13.22	4 199 203	4.620
	ابتدائي	39	38.92	11.42		
	متوسط	36	38.97	09.23		
	ثانوي	51	37.86	12.15		
	جامعي	31	44.45	14.04		
السلوك الصحي	أي	47	79.02	17.79	4	2.141

	199 203	17.58	80.28	39	ابتدائي	
		16.45	78.08	36	متوسط	
		21.18	72.25	51	ثانوي	
		15.17	83.29	31	جامعي	
1.263	4 199 203	14.46	20.08	47	أي	الأم العضوي
		16.35	24.23	39	ابتدائي	
		14.99	25.36	36	متوسط	
		13.29	19.60	51	ثانوي	
		14.80	20.93	31	جامعي	

يبين الجدول رقم (39) من خلال استجابات أفراد العينة على سلم تقدير الذات ، أن المتوسط الحسابي لفئة الأفراد الذين لا يعرفون القراءة والكتابة (الأميين) قد بلغ (م=29.25) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=06.50)، أما فئة الأفراد الذين لهم مستوى ابتدائي وصل متوسطهم الحسابي (م=26.66) و تتحرف عنه القيم ب (ع=09.50)، في حين وصل المتوسط الحسابي لذوي المستوى المتوسط (م=28.77) وتتحرف عنه القيم ب (ع=06.41)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة المستوى الثانوي (م=29.23) وتتحرف عنه القيم ب (ع=7.49)، أما فئة الجامعيين فقد وصل متوسطهم الحسابي (م=30.54) وتتحرف عنه القيم ب (ع=04.13).

أما قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (4،203) = 1.427 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة احصائيا على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الخمس (لا يعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) في استجاباتهم على سلم تقدير الذات.

ويتضح من خلال الجدول رقم (39) أيضا أن المتوسط الحسابي للاستجابات على مقياس الصلابة النفسية، لفئة الأفراد الذين لا يعرفون القراءة والكتابة قد بلغ (م=104.25) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=16.19)، أما فئة الأفراد الذين لهم مستوى ابتدائي وصل متوسطهم الحسابي (م=103.97) و تتحرف عنه القيم ب (ع=09.50)، في حين وصل المتوسط الحسابي لذوي المستوى المتوسط (م=100.11) و تتحرف عنه القيم ب (ع=22.49)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة المستوى الثانوي (م=100.86) و تتحرف عنه القيم ب (ع=15.69)، أما فئة الجامعيين فقد وصل متوسطهم

الحسابي (م=102.58) و تحرف عنه القيم ب (ع=16.33). كما أن قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية من خلال الاستجابات على مقياس الصلابة النفسية قد بلغت ( 4،203 ) = 0.527 ، وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها كذلك غير دالة على وجود فروق إحصائية جوهرية بين المجموعات الخمس (لا يعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي ) في استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية .

ويوضح الجدول رقم (39) أيضا أن المتوسط الحسابي للاستجابات على مقياس المساندة الاجتماعية لفئة الافراد الذين لا يعرفون القراءة والكتابة (الأميون) قد بلغ (م=32.61) و تحرف عنه القيم بدرجة (ع=13.22)، أما فئة الأفراد الذين لهم مستوى ابتدائي وصل متوسطهم الحسابي (م=38.92) و تحرف عنه القيم ب (ع=11.42)، في حين وصل المتوسط الحسابي لذوي المستوى المتوسط (م=38.97) و تحرف عنه القيم ب (ع=09.23)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة المستوى الثانوي (م=37.86) و تحرف عنه القيم ب (ع=12.15)، أما فئة الجامعيين فقد وصل متوسطهم الحسابي (م=38.05) و تحرف عنه القيم ب (ع=12.55).

كما يبين الجدول السابق أن قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية فقد بلغت ( 4،203 ) = 4.620 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها دالة إحصائية على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الخمس (لا يعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي ) في استجاباتهم على مقياس المساندة الاجتماعية و ذلك لصالح فئة الجامعيين.

أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية الموضحة من خلال الجدول رقم (38) في استجابة أفراد العينة على استبيان السلوك الصحي فقد بلغت ( 3، 203 ) = 2.141 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الخمس (لا يعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي ) في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي.

ويوضح الجدول رقم (39) كذلك أن قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية على استجابات أفراد العينة على سلم الألم العضوي قد بلغت ( 3، 203 ) = 1.263 وعند مقارنتها بقيمة

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

"ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة إحصائياً على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الخمس (لا يعرف القراءة والكتابة، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي) في استجاباتهم على استبيان الألم العضوي.

وعليه يتضح من خلال النتائج المتوصل إليها أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف المستوى التعليمي، بينما توصلت ذات النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً في المساندة الاجتماعية حسب المستوى التعليمي وذلك لصالح فئة الجامعيين.

### 7/ عرض نتائج الفرضية السابعة :

تنص الفرضية السابعة على أنه توجد فروق دالة إحصائياً في كل من سمات الشخصية المتمثلة في "تقدير الذات والصلابة النفسية" وكذا المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي وذلك حسب مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات)، ويلخص الجدول التالي نتيجة حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعات مرضى السكري.

جدول رقم (41) يوضح الفروق في متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري حسب

مدة المرض ن = (205)

متغيرات الدراسة	مدة المرض	ن	م	ع	دح	قيمة ف
تقدير الذات	أقل من 5 سنوات	76	28.38	6.86	2 201 203	0.280
	من 5 إلى 10 سنوات	78	29.11	7.43		
	أكثر من 10 سنوات	50	29.22	7.54		
الصلابة النفسية	أقل من 5 سنوات	76	98.98	18.94	2 201 203	*7.131
	من 5 إلى 10 سنوات	78	103.55	14.44		

الفصل السابع : عرض نتائج البحث

		14.07	105.66	50	أكثر من 10 سنوات	
0.607	2 201 203	11.78	38.26	76	أقل من 5 سنوات	المساندة الاجتماعية
		12.79	38.89	78	من 5 إلى 10 سنوات	
		13.40	36.42	50	أكثر من 10 سنوات	
0.320	3 200 203	18.89	78.98	76	أقل من 5 سنوات	السلوك الصحي
		18.60	76.75	78	من 5 إلى 10 سنوات	
		17.07	78.66	50	أكثر من 10 سنوات	
1.741	3 201 203	15.17	23.86	76	أقل من 5 سنوات	الأم العضوي
		14.1814.74	21.70	78	من 5 إلى 10 سنوات	
			18.88	50	أكثر من 10 سنوات	

يبين الجدول رقم (40) ومن خلال استجابات أفراد العينة على سلم تقدير الذات ، أن المتوسط الحسابي لفئة الأفراد الذين لم تتجاوز مدة مرضهم خمس سنوات قد بلغ (م=28.38) و تحرف عنه القيم بدرجة (ع=6.68)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة الأفراد الذين تتراوح مدة المرض لديهم من 5 إلى 10 سنوات إلى (م=29.11) و تحرف عنه القيم ب (ع=07.43)، في حين وصل المتوسط الحسابي للأفراد الذين تفوق مدة مرضهم 10 سنوات (م=29.22) و تحرف عنه القيم ب (ع=07.54)، أما قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (2،203) = 0.280 ، وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض ( أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات ) في استجاباتهم على سلم تقدير الذات.

ويوضح الجدول رقم (40) أيضا من خلال استجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصلابة النفسية أن المتوسط الحسابي لفئة الأفراد الذين لم تتجاوز مدة مرضهم خمس سنوات قد بلغ (م=98.98) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=18.94)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة الأفراد الذين تتراوح مدة المرض لديهم من 5 إلى 10 سنوات إلى (م=103.55) وتتحرف عنه القيم ب (ع=14.44)، في حين وصل المتوسط الحسابي للأفراد الذين تفوق مدة مرضهم 10 سنوات (م=105.66) وتتحرف عنه القيم ب (ع=14.07)، أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (2,203) = 7.131 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة (0.01)  $p <$  فإنها دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) في استجابتهم على مقياس الصلابة النفسية وذلك لصالح الفئة التي تفوق مدة مرضها 10 سنوات.

كما يتبين من خلال الجدول رقم (40) ومن خلال استجابات أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية، أن المتوسط الحسابي لفئة الأفراد الذين لم تتجاوز مدة مرضهم 5 سنوات قد بلغ (م=38.26) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=11.78)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة الأفراد الذين تتراوح مدة المرض لديهم من 5 إلى 10 سنوات إلى (م=38.89) وتتحرف عنه القيم ب (ع=12.79)، في حين وصل المتوسط الحسابي للأفراد الذين تفوق مدة مرضهم 10 سنوات (م=36.42) و تحرف عنه القيم ب (ع=13.40)، أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (2,203) = 0.607 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض (أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات) في استجابتهم على مقياس المساندة الاجتماعية.

أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية الموضحة من خلال الجدول دائما في استجابة أفراد العينة على استبيان السلوك الصحي فقد بلغت (3، 203) = 0.320 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض في استجابتهم على مقياس السلوك الصحي.

ويوضح الجدول السابق أيضا أن قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية على استجابات أفراد العينة على استبيان الألم العضوي قد بلغت (2,203) = 1.741 وعند مقارنتها بقيمة "ف"

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة كذلك على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض في استجابتهم على استبيان الألم العضوي.

يتضح إذن من خلال هذه النتائج التي تم عرضها انه تأكد فرض البحث في جانبه الذي ينص على وجود فروق دالة احصائيا في الصلابة النفسية باختلاف مدة المرض وذلك لصالح مجموعة الأفراد الذين تفوق مدة مرضهم 10 سنوات ، أما فيما يخص وجود فروق في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب مدة المرض فقد توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة احصائيا حسب مدة المرض ( أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات ) وبذلك لم يتأكد فرض البحث في هذا الجانب .

### 8/ عرض نتائج الفرضية الثامنة :

تتص الفرضية الثامنة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب الجنس (أي بين الإناث والذكور) وبلخص الجدول التالي نتيجة حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعات مرضى السكري في استجابتهم على أدوات الدراسة:

### جدول رقم (42) يوضح الفروق في متغيرات الدراسة لدى مرضى السكري

بين الذكور والإناث (ن = 205)

متغيرات الدراسة	الجنس	ن	م	ع	دح	قيمة ف
تقدير الذات	ذكور	70	29.12	6.66	202 154	0.099
	إناث	135	28.73	7.43		



الفصل السابع : عرض نتائج البحث

1.854	202 142	16.07	99.92	70	ذكور	الصلابة النفسية
		16.38	103.64	135	إناث	
0.145	202 142	13.03	36.85	70	ذكور	المساندة الاجتماعية
		12.30	38.67	135	إناث	
2.878	202 133	20.07	75.85	70	ذكور	السلوك الصحي
		17.26	79.20	135	إناث	
3.253	202 125	6.66	23.45	70	ذكور	الألم العضوي
		7.43	20.96	135	إناث	

يوضح الجدول رقم (41) ومن خلال استجابات أفراد العينة على سلم تقدير الذات باختلاف الجنس، أن المتوسط الحسابي لفئة الذكور قد بلغ (م=29.12) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=6.66) ووصل المتوسط الحسابي لفئة الإناث إلى (م=28.73) وتتحرف عنه القيم ب (ع=7.43)، بينما بلغت قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية (202،133) = 0.099 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على سلم تقدير الذات.

ويوضح الجدول رقم (41) أيضا ومن خلال استجابات أفراد العينة على مقياس الصلابة النفسية أن المتوسط الحسابي لفئة الذكور قد بلغ (م=99.92) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=16.07) ووصل المتوسط الحسابي لفئة الإناث إلى (م=103.64) و تتحرف عنه القيم ب (ع=16.38)، أما قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (202،142) = 1.854 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية.

أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية الموضحة من خلال الجدول دائماً في استجابة أفراد العينة على استبيان المساندة الاجتماعية فقد بلغت (202،133) = 0.145 ، وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية باختلاف الجنس أي بين الإناث والذكور في استجاباتهم على مقياس المساندة الاجتماعية

وبالمقابل أيضاً يتبين من خلال الجدول رقم (41) ومن خلال استجابات أفراد العينة على مقياس السلوك الصحي ، أن المتوسط الحسابي للذكور قد بلغ (م=75.85) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=20.07)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة الإناث إلى (م=79.20) وتتحرف عنه القيم ب (ع=17.26)، أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (202،123) = 2.878 وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها دالة على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي وذلك لصالح الإناث.

ويوضح الجدول رقم (41) دوماً أن المتوسط الحسابي لفئة الذكور في استجاباتهم على استبيان الألم العضوي قد بلغ (م=23.45) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=15.96)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة الإناث إلى (م=20.96) و تحرف عنه القيم ب (ع=14.06)، أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت (202،125) = 3.253 ، وعند مقارنتها بقيمة " ف "

المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها دالة احصائياً على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على استبيان الألم المستخدم في البحث وذلك لصالح الذكور.

إذن يتضح من خلال هذه النتائج التي تم عرضها انه لم تأكد فرض البحث في جانبه الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية باختلاف الجنس، أما فيما يخص وجود فروق في السلوك الصحي حسب الجنس فقد توصلت النتائج إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الإناث والذكور وذلك لصالح الإناث ، كما توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً بين الإناث والذكور في الألم العضوي وذلك لصالح الذكور .

9/ عرض نتائج الفرضية التاسعة :

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

تنص الفرضية التاسعة على وجود فروق في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب الفئة العمرية (من 20 إلى 28 سنة، من 29 إلى 37 سنة، من 38 إلى 46 سنة، من 47 إلى 55 سنة) ، ويلخص الجدول الآتي نتيجة حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعات مرضى السكري :

جدول رقم (43) يوضح الفروق في متغيرات الدراسة حسب سن المرضى

( ن = 205 )

قيمة ف	دح	ع	م	ن		
0.075	3 201 204	05.23	29.00	25	28-20	تقدير الذات
		05.80	28.61	49	37-29	
		07.70	28.61	49	46-38	
		08.04	29.10	82	55-47	
3,686	3 201 204	25,75183	96.64	25	28-20	الصلابة النفسية
		15,04110	97.84	49	37-29	
		13,42882	106.28	49	46-38	
		14,16682	104.23	82	55-47	
0,328	3 201 204	13,14978	36,6000	25	28-20	المساندة الاجتماعية
		13,30787	37,6735	49	37-29	
		12,33896	39,4286	49	46-38	
		12,13450	37,8415	82	55-47	
3,262	3	15,45154	80,2000	25	28-20	السلوك الصحي

	201	19,65361	73,1633	49	37-29	
	204	17,08833	82,2245	49	46-38	
		17,76524	77,5854	82	55-47	
	3	14,85956	23,1600	25	28-20	الام العضوي
	201	14,61670	22,6531	49	37-29	
	204	16,31039	22,6327	49	46-38	
0,374		13,91260	20,5366	82	55-47	

01 (\*) م: المتوسط الحسابي ، ع: الانحراف المعياري، دح : درجة الحرية ، ف: قيمة التباين المحسوب

يبين الجدول رقم (42) من خلال استجابات أفراد عينة البحث على سلم تقدير الذات أن المتوسط الحسابي للفئة العمرية (20-28 سنة) قد بلغ (م=29.00) و تتحرف عنه القيم بدرجة (ع=05.23) أما المتوسط الحسابي للفئة العمرية بين (29-36) فقد وصل إلى (م=28.61) وتتحرف عنه القيم ب (ع=05.80)، ووصل المتوسط الحسابي للفئة العمرية بين (37-46) إلى (م=28.61) وتتحرف عنه القيم ب (ع=07.70)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة (47-55) إلى (م=29.10) و تتحرف عنه القيم ب (ع=08.04).

وبلغت قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية (3، 203) = 0.075 وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة للفئة العمرية (20-29، 28-36، 38-47، 46-55) في استجاباتهم على سلم تقدير الذات.

ويتضح من خلال الجدول السابق أيضا أن المتوسط الحسابي للفئة العمرية (20-28 سنة) قد بلغ (م=96.64) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=25.75)، أما المتوسط الحسابي للفئة العمرية بين (29-36) فقد وصل إلى (م=97.84) وتتحرف عنه القيم ب (ع=15.04)، ووصل المتوسط الحسابي للفئة

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

العمرية بين (37-46) إلى (م=106.28) وتتحرف عنه القيم ب (ع=13.42)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة (47-55) إلى (م=104.23) و تتحرف عنه القيم ب (ع=14.16).

وبلغت قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية من خلال استجابات أفراد عينة البحث على مقياس الصلابة النفسية (3، 203) = 3.68 ، وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p<0.01$ ) فإنها دالة إحصائياً على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة (20-29، 28-38، 36-47، 46-55) في استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية وذلك لصالح الفئة العمرية الثالثة (36-47) .

كما يبين الجدول رقم (42) أيضاً أن قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية فقد بلغت (3، 203) = 0.328 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p<0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة (20-29، 28-38، 36-47، 46-55) في استجاباتهم على مقياس المساندة الاجتماعية .

ويتبين من خلال الجدول ومن خلال استجابات أفراد عينة البحث على مقياس السلوك الصحي أن المتوسط الحسابي للفئة العمرية (20-28سنة) قد بلغ (م=80.20) و تتحرف عنه القيم بدرجة (ع=15.45)، أما المتوسط الحسابي للفئة العمرية بين (29-36) فقد وصل إلى (م=73.16) وتتحرف عنه القيم ب (ع=19.65)، ووصل المتوسط الحسابي للفئة العمرية بين (37-46) إلى (م=82.22) وتتحرف عنه القيم ب (ع=17.08)، بينما بلغ المتوسط الحسابي لفئة (47-55) إلى (م=77.58) و تتحرف عنه القيم ب (ع=17.76).

أما قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية على استجابات أفراد العينة على استبيان السلوك الصحي فقد بلغت (3، 203) = 3.26 ، وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p<0.01$ ) فإنها دالة إحصائياً على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة (20-

29،28-36،38،47-46،55) في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي وذلك لصالح المجموعة الثالثة ( 37-46).

ويوضح الجدول رقم (42) دوماً أن قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية على استجابات أفراد العينة على سلم الألم العضوي فقد بلغت ( 3، 203 ) = 0.374 و عند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين المجموعات الأربعة (20-29،28-36،38،47-46،55) في استجاباتهم على استبيان الألم العضوي المستخدم في البحث.

وعليه يتضح من خلال هذه النتائج المعروضة انه لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والالم العضوي حسب سن المرضى، بينما توصلت ذات النتائج الى وجود فروق دالة احصائيا في الصلابة النفسية والسلوك الصحي باختلاف سن المرضى وذلك لصالح الفئة العمرية بين 37 و 46 سنة.

#### 10/ عرض نتائج الفرضية العاشرة :

تنص الفرضية العاشرة على وجود فروق في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب نوع مرض السكري، أي بين سكري النوع الاول وسكري النوع الثاني، ويلخص الجدول الآتي نتيجة حساب الفروق بين المتوسطات الحسابية لمجموعات مرضى السكري وكانت النتائج هي كالاتي :

جدول رقم(44) يوضح الفروق في متغيرات الدراسة لدى مرضى سكري النوع الاول وسكري النوع الثاني ن = 205

متغيرات الدراسة	نوع مرض السكري	ن	م	ع	دح	قيمة ف
تقدير الذات	النوع الأول	78	28.92	6.91	203	0.084

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

		7.31	28.81	127	النوع الثاني	
1.71	203	14.26	103.51	78	النوع الأول	الصلابة النفسية
		17.51	101.51	127	النوع الثاني	
0.20	203	13.56	36.58	78	النوع الأول	المساندة الاجتماعية
		11.82	38.91	127	النوع الثاني	
0.41	203	18.75	76.97	78	النوع الأول	السلوك الصحي
		17.54	78.55	127	النوع الثاني	
0.19	203	15.05	21.03	70	النوع الأول	الألم العضوي
		14.57	22.37	135	النوع الثاني	

يوضح الجدول من خلال استجابات أفراد العينة على سلم تقدير الذات فيما يخص الفروق بين مرضى السكري النوع الأول ومرضى السكري النوع الثاني، أن المتوسط الحسابي لفئة سكري النوع الأول قد بلغ (م=28.92) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=6.91)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة سكري النوع الثاني إلى (م=28.81) و تحرف عنه القيم بـ (ع=7.31)، بينما بلغت قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية عند درجة حرية (203) = 0.048 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين مرضى السكري بنوعيه الأول والثاني في استجاباتهم على سلم تقدير الذات.

ويوضح الجدول رقم (44) أيضا من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس الصلابة النفسية أن المتوسط الحسابي لمرضى السكري النوع الأول قد بلغ (م=103.51) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=14.26)، ووصل المتوسط الحسابي لمرضى السكري النوع الثاني إلى (م=101.51) وتتحرف عنه القيم بـ (ع=17.51)، أما قيمة "ف" لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية عند درجة حرية 203 فقد بلغت =1.71 وعند مقارنتها بقيمة "ف" المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على

وجود فروق جوهرية بين مرضى سكري النوع الأول وسكري النوع الثاني في استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية.

أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية الموضحة من خلال الجدول رقم (42) دائما في استجابة أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية فقد بلغت (203) = 0.20 ، وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية باختلاف نوع مرض السكري وذلك من خلال استجابة أفراد العينة على مقياس المساندة الاجتماعية.

وبالمقابل يتبين من خلال الجدول رقم (44) كذلك من خلال استجابات أفراد العينة على مقياس السلوك الصحي أن المتوسط الحسابي لمرضى سكري النوع الأول قد بلغ (م=76.97) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=18.75)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة سكري النوع الثاني إلى (م=78.55) وتتحرف عنه القيم بـ (ع=1754)، أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت

عند درجة حرية (203) = 0.40 وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين نوعي مرض السكري في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي .

ويوضح الجدول السابق أيضا أن المتوسط الحسابي لمرضى سكري النوع الأول في استجاباتهم على استبيان الألم العضوي قد بلغ (م=21.03) وتتحرف عنه القيم بدرجة (ع=15.05)، ووصل المتوسط الحسابي لفئة الإناث إلى (22.37) وتتحرف عنه القيم بـ (ع=14.57)، أما قيمة " ف " لدلالة الفروق بين المتوسطات الحسابية فقد بلغت عند درجة حرية (203) = وعند مقارنتها بقيمة " ف " المجدولة عند مستوى الدلالة ( $p < 0.01$ ) فإنها غير دالة على وجود فروق جوهرية بين نوعي مرض السكري في استجاباتهم على سلم الألم .

يتضح إذن من خلال هذه النتائج التي تم عرضها انه لم يتأكد فرض البحث الذي ينص على وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم



العضوي وذلك حسب نوع مرض السكري (أي بين سكري النوع الاول وسكري النوع الثاني) وبذلك ترفض فرضية البحث العاشرة .

وسيتم مناقشة و تفسير نتائج الدراسة السيكوميتريية المحصل عليها في ضوء الدراسات السابقة وهذا ما سيتناوله الفصل الموالي.

### 11- عرض نتائج الفرضية الحادية عشر :

نحاول من خلال الدراسة العيادية التعرف على المعاش النفسي لمرضى السكري وذلك من خلال عرض نتائج المقابلات العيادية التي اجريت مع المرضى، ونتائج استجاباتهم على مقاييس البحث.

### 1- عرض النتائج الكمية للمقابلات :

بعد قراءة محتوى كل مقابلة على حدا لاحظنا مجموعة من المعطيات المشتركة بين الحالات وأيضا مجموعة من المقابلات التي تميز بينها، وفيما يلي أهم المواضيع المتناولة من طرف حالات مجتمع البحث:

#### 1- 1. نوعية معاش المرض:

قمنا من خلال محتوى مقابلات مرضى السكري باستخراج العناصر الخاصة بنوعية معاش المرض، وكانت هذه العناصر كما يلي:

أ/ نوعية الاستجابة للمرض :

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

قامت الباحثة في هذه الفقرة بتحديد استجابة الحالات الأولية للمرض وذلك بجمع المضامين التي صرح بها المرضى، حسب المعاني التي ترمي إليها، وعلى غرار البنود الأخرى في هذا الفصل لا يمكن إدراج المعاني المصرح بها من طرف المرضى بشكل خام لذلك تم جمعها في الجدول التالي:

جدول رقم (45) يوضح نوعية استجابة مرضى السكري للمرض (ن = 12)

مج	استجابة متناقضة	استجابة سلبية	استجابة ايجابية	نوعية الاستجابة الجنس
05 %21.66	01 %8.33	04 %33.33	0	ذكور
07 %58.33	01 %8.33	06 %50	0	إناث
%100	02 %16.66	10 %83.33	0	مج

يلاحظ من خلال الجدول رقم (45) اختلاف استجابات المرضى الأولية للمرض بين السلبية التي تمثل نسبة 83.33% ب 10 مرضى ( 04 ذكور و 06 إناث ) كأن يصرح المرضى مباشرة عن عدم تقبل المرض والصدمة الأولية أمامه، أو تكون استجابات سلبية غير مباشرة كان يقول المريض أن هذا المرض امتحان وابتلاء من عند الله. بينما تراوحت الاستجابات المتناقضة لحالتين (بنسبة 83.33% )، بينما لم يعبر المرضى عن ايجابية المرض مما يدل على عدم تقبل المرض عموماً.

### ب/ نوعية معاش المرض:

يتم في هذا البند التركيز على معاش المرضى اتجاه مرض السكري سواء كان معاشاً سهلاً ام متوسطاً أم صعباً مع الأخذ بعين الاعتبار :

\*تشخيص الطبيب المعالج لمرض السكري و مضاعفاته

\*تصريحات المريض في حد ذاتها عن مرضه، وكانت المعايير كما يلي :

### 1- بالنسبة لمعاش المرض سهل :

- تصريح المريض انه استطاع أن يتكيف مع المرض وانه كان سهلا بالنسبة له.
- عدم ظهور لدى المريض اضطرابات جسدية مهمة ، وحتى وان ظهرت الأعراض فهي غير خطيرة من حيث العرض أو مدته أو شدته أو خطورته، أو من ناحية عدد الأعراض.
- عدم ظهور قلق أو اكتئاب شديدين مرتبطين بالمرض، أو إنكار للمرض وإهماله.

### 2- بالنسبة لمعاش المرض صعب :

- تصريح المريض ان المرض صعب وانه لم يستطع تقبله او التكيف معه
- ظهور لدى المريض اضطرابات جسدية مهمة أو خطيرة مرتبطة بالمرض، أو الارتفاع الدائم لمستوي السكر في الدم أو اضطرابه وعدم استقراره رغم التكفل الطبي المناسب مما قد يشكل خطرا على المريض ،والتي تحدد خطورتها أيضا من طرف الطبيب .
- ظهور قلق أو اكتئاب شديدين، أو إنكار المرض وعدم متابعة العلاج.
- ظهور تصريحات لدى المرضى عن معاناتهم النفسية.

### 3- بالنسبة لمعاش المرض متوسط :

- تصريح المريض في حد ذاته أن المرض من نوع صعوبة متوسطة مثلا كان يصرح المريض " شوي شوي ماهو سهل ماهر صعب كل ساعة كيفاه، والحمد لله على كل شي ء.
- ظهور اضطرابات جسدية لدى المريض لكن ليست من النوع الخطر الذي يشكل تهديدا لحياته.

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

- استجابة المريض للعلاج حتى وان ظهرت الصعوبات الصحية ، فإذا استجاب المريض بالإيجاب للعلاج فذلك يعتبر مؤشر ايجابي ( أي معاش المرض متوسط).

وتشير الباحثة أنها حاولت تفادي الذاتية قدر المستطاع لكن الأمور ليست دقيقة وجامدة وإنما النظرة الشاملة للعناصر السابقة هي التي تسمح بتقدير معاش المرض، وفي هذه الحالة كان رأي الطبيب المعالج مساعدا أيضا.

وانطلاقا من العناصر السابقة تم تصنيف الحالات حسب معاش المرض كما يلي:

جدول رقم (46) يوضح توزيع مرضى السكري وفقا لمعاش المرض

معاش التكرار	سهل	متوسط	صعب	مج
ذكور	00 00	01 %8.33	04 %33.33	05 %41.66
إناث	01 8.33	02 16.66	04 33.33	07 %58.33
مج	01 %8.33	03 %25	08 %66.66	12 %100

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه معاش المرضى حول المرض تراوح بين المتوسط والصعب بينما عبرت حالة واحدة فقط ( أنثى واحدة وتمثل بذلك نسبة 8.33 % ) أن معاش المرض كان سهلا بالنسبة لها. وصرح 03 مرضى ( 01 ذكر و 02 أنثى ويمثلون نسبة 25% ) أن معاش الحمل كان متوسطا، بينما عبر غالبية المرضى أي 08 مرضى (نسبة 66.66% من افراد العينة ) أن معاش المرض كان صعبا.

ج/ وصف الحالة الصحية للمريض :

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

بعد قراءة مضمون المقابلات العيادية لكل حالة تم استخراج مجموعة من الأعراض التي يعاني منها كل مريض خاصة منذ الثمانية أيام الأخيرة السابقة، وتدل الأعراض كذلك على معاناة أفراد العينة من الألم العضوي . وتم استخراج الأعراض التالية :

- ارتفاع نسبة السكر في الدم وعدم انتظامها
- ارتفاع الحمض الكيتوني ( الأستون)، وآلام في البطن
- ارتفاع ضغط الدم
- أعراض قلبية وارتفاع نسبة الكولسترول
- التهاب في شبكية العين
- إصابة احد الأطراف ( اليدين أو القدمين بالالتهاب ).
- التهاب الجهاز التناسلي.

وقد ظهرت الأعراض بشدة وتكرر مختلفين من حالة إلى أخرى ولدى نفس الحالة ، حيث تمثل الأعراض المذكورة في الجدول حسب ظهورها لدى المريض أما لمرة واحدة على الأقل أو أكثر ، فإذا ظهر أكثر من عرض لدى نفس المريض فسيتم حساب كل واحد منهما مرة واحدة، مثلا إذا عانى المريض من الحمض الكيتوني وارتفاع ضغط الدم يتم حساب الحمض الكيتوني مرة وارتفاع ضغط الدم مرة لدى نفس المريض.

أما بالنسبة للشدة فقد تم في تحديدها اعتمادا على تصريح الحالة وكذلك على الفحص والتقرير الطبيين، وتم عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول التالي:

جدول رقم (47) يوضح الحالة الصحية وشدة الألم لدى مرضى السكري (ن=12)

التهاب الجهاز التناسلي		آلام الأطراف		ارتفاع الكلسترول		ارتفاع ضغط الدم		التهاب العين		ارتفاع الأستون		ارتفاع نسبة السكر		الشدة
ا	ذ	ا	ذ	ا	ذ	ا	ذ	ا	ذ	ا	ذ	ا	ذ	

الفصل السابع : عرض نتائج البحث

2	1	1	0	2	1	2	1	1	2	0	1	3	1	خفيف
03		01		03		03		03		01		04		
%17		%06		%17		%17		%17		%06		%22		
0	1	1	1	0	0	3	2	2	1	3	1	2	2	متوسط
01		02		00		05		03		04		04		
%05		%10		00		%26		%16		%21		%21		
1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	1	2	2	شديد
02		01		01		02		01		02		04		
%15		%08		%08		%15		%8		%15		%31		
<b>06</b>		<b>04</b>		<b>04</b>		<b>11</b>		<b>07</b>		<b>07</b>		<b>12</b>		مج

يتجلى من خلال الجدول رقم (47) تنوع الأعراض بين الخفيفة والمتوسطة والشديدة لدى المرضى، فبالنسبة للأعراض الخفيفة فقد ظهر ارتفاع خفيف في نسبة السكر في الدم لدى 04 حالات ( حالة واحدة ذكر و 03 حالات أنثى ) ويمثلون نسبة 21% ، بينما ظهر الالتهاب في شبكية العين لدى ثلاث حالات (2 ذكر و 01 أنثى ) أي نسبة 17%، وظهر ارتفاع ضغط الدم لدى 03 حالات ( 2 أنثى و 01 ذكر) بنسبة 17% ، وهي نفس نسبة ارتفاع الكلسترول في الدم والمرضى المصابين بالتهاب الجهاز التناسلي (02 أنثى و 01 ذكر)، بينما ظهر ارتفاع الحمض الكيتوني لدى حالة أنثى واحدة ، وتمثل بذلك نسبة 06%.

أما بالنسبة للأعراض المتوسطة فقد ظهر الارتفاع النسبي في السكر لدى 4 حالات (21%) وهو أيضا نفس عدد حالات ظهور الأستون ، و5 حالات لارتفاع ضغط الدم (2 ذكور و 3 إناث ) وتمثل

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

نسبة 26%، وأصيب 03 حالات بالتهاب شبكية العين (بنسبة 16%) وحالتان بالتهاب الأطراف بينما أصيبت حالة واحدة ب التهاب الجهاز التناسلي (01 ذكر ) بنسبة 05% .

وبالنسبة للأعراض الشديدة فقد ظهر ارتفاع شديد لنسبة السكر في الدم لدى 04 حالات (02 إناث و 02 ذكور بنسبة 31%) ، وحالتي ارتفاع شديد للأستون وضغط الدم والتهاب الجهاز التناسلي (15%) ، بينما يعاني مريض واحد من كل من التهاب العين وارتفاع نسبة الكوليسترول في الدم والتهاب أحد الأطراف ويمثل نسبة 15%. وتدل هذه النتائج على أن 65% من أفراد العينة يعانون من الألم المرتبط بمرض السكري.

### 1-2. إدراك خطورة المرض والتعرف عليه :

يتم من خلال هذا المحتوى التعرف على نظرة المريض لمرض السكري وإدراك خطورته أم لا ، ويبين الجدول التالي النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (48) يوضح إدراك خطورة المرض لدى مرضى السكري (ن = 12)

مج	غير مدرك	مدرك ومهمل	مدرك	إدراك خطورة المرض التكرار
05 %41.66	01 %8.33	03 %25	01 %8.33	ذكور
07 %58.33	00 00	05 %41.66	02 %16.66	إناث

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

12 %100	01 % 8.33	08 % 66.66	03 %25	مج
------------	--------------	---------------	-----------	----

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن غالبية مرضى السكري (5 إناث و 3 ذكور) أي 66.66 % منهم يدركون المرض وخطورته لكن يهملونه أي أنهم تلقوا معلومات كافية عن المرض وخطورته لكن لا يتبعون العلاج بالشكل السليم، بينما 25 % من المرضى يدركون خطورة المرض ويتبعون العلاج في حين أن مريض واحد فقط ( ذكر واحد ويمثل نسبة 8.33 % ) لا يدرك خطورة المرض أي لم يتعرف على المرض بالشكل السليم .

### 1-3. خصائص الشخصية وسماتها:

يتم في هذا المحور استخراج أهم مميزات سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية وذلك من خلال تصريحات المرضى خلال المقابلات الاكلينيكية ، وتم عرض النتائج المتوصل إليها في الجدول التالي :

### جدول رقم(49) يوضح سمات الشخصية لدى مرضى السكري (ن = 12)

المجموع الكلي	مج	مرتفعة	منخفضة	الجنس	سمات الشخصية
					التكرار
% 100	05 %41.66	2 %16.66	3 %25	ذكور	تقدير الذات
	07 %58.33	3 %25	4 %33.33	إناث	
%100	05 %41.66	4 %33.33	1 %8.33	ذكور	الصلابة النفسية
	7 58.33%	4 %33.33	3 %25	إناث	



## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

--	--	--	--	--	--

يظهر من خلال الجدول رقم (49) وحسب المقابلات التي اجريت مع المرضى أن 58.33% من المرضى لهم انخفاض في تقدير الذات مقابل 5 حالات (41.66%) لها تقدير ذات مرتفع ، بينما 33.33% لهم صلابه نفسية منخفضة مقابل 8 حالات (66.66%) من ذوي الصلابه النفسية المرتفعة .

### 4-1. درجة المساندة الاجتماعية :

تم استخراج إدراك المريض للمساندة الاجتماعية التي يتلقاها من طرف المحيط ، وكذا عدد الأفراد المتواجدين والذين يمكن أن يعتمد عليهم لتقديم هذه المساعدة، وتعرض النتائج المتحصل عليها في والجدول التالي :

جدول رقم (50) يوضح درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري (ن=12)

مج	مرتفعة	منخفضة	المساندة المتلقاة
			التكرار
05 %41.66	02 16.66	03 %25	ذكور
07 %58.33	00 00	07 %58.33	إناث
12 %100	02 %16.66	10 %83.33	مج

يتضح من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة أي 83.33 % حصلوا على مساندة اجتماعية منخفضة ، بينما حصلت حالتان (16.66% ) على مساندة اجتماعية مرتفعة . أما الأفراد المتاحين للمساندة الاجتماعية فقد عرضت في الجدول التالي:

جدول رقم (51) يوضح الأفراد المتاحين لتقديم المساعدة الاجتماعية لدى أفراد العينة من مرضى السكري ( ن=12)

الأفراد المتاحين	احد الوالدين	الزوج أو الزوجة	أخ أو أخت	أحد الأبناء	صديق	التكرار
ذكور	02 %16.66	03 %25	01 %8.33	00 00	02 16.66	
إناث	00	04 %41.66	01 %8.33	01 %8.33	02 %16.66	
مج	02 % 41.66	07 % 58.33	02 %16.66	01 % 8.33	04 %41.66	

يتوزع الأفراد الذين يقدمون المساعدة للمرضى بين الشريك (الزوج أو الزوجة) أو أحد أفراد العائلة المتمثل في الوالدين أو أحد الإخوة أو أحد الأبناء أو احد الأصدقاء. ويمكن للمريض أن يتلقى المساعدة من مصادر متعددة (كالصديق والزوجة مثلا).

ويتضح من خلال الجدول السابق أيضا أن 58.33% من أفراد العينة ( 3 ذكور و 4 إناث ) يتلقون مساعدة ودعم معنوي من طرف الشريك ( زوج أو زوجة )، بينما يتلقى 04 مرضى ( 2 إناث و 2 ذكور ويمثلون نسبة 41.66%) المساعدة الاجتماعية من أحد الأصدقاء. ويتلقى مريضين (أنثى وذكر) المساعدة الاجتماعية من طرف أحد الوالدين أو احد الأخوة، كما يتلقى مريض واحد المساعدة الاجتماعية من احد الأبناء (8.33% ).

#### 1-5. السلوك الصحي والاستجابة للعلاج :

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

قمنا من خلال هذا البند استخراج محاور السلوك الصحي لدى مرضى السكري والاستجابة للعلاج وذلك حسب تصريحات المرضى والطبيب المعالج ، وكذا من خلال الاطلاع على الملف الطبي. ويتم أيضا ملاحظة المضاعفات والتعقيدات التي تحدث للمريض، وقد تم تقسيم هذا المحور إلى :

### 1.5-1. السلوك الصحي :

يتم من خلال المقابلات العيادية استخراج محاور السلوك الصحي حسب تصريحات المريض، وتم عرض النتائج المحصل عليها في الجدول التالي :

جدول رقم (52) يوضح الالتزام بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري ( ن = 12)

السلوك الصحي	الالتزام بنصائح الطبيب		الفحص الدوري		إجراء التحاليل الدورية		استخدام الأنسولين والدواء		الالتزام بالحمية الغذائية		ممارسة الرياضة		الابتعاد عن التوتر	
	أ	ب	أ	ب	أ	ب	أ	ب	أ	ب	أ	ب	أ	ب
يلتزم دائما	2	2	2	2	2	2	2	4	1	1	1	0	0	0
	04		04		04		06		02		00		00	
	%33.33		%33.3		%33.3		%50		%17					
أحيانا	2	2	2	2	4	1	3	1	2	4	2	1	2	3
	04		04		06		04		06		03		05	
	%33.33		%33.3		%50		%33.33		%50		%25		%41.66	

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

3	2	6	3	2	2	0	2	1	2	3	1	3	1	لا يلتزم أبدا
04		09		04		02		03		04		04		
%33.33		%75		%33.3		%17		%25		%33.3		%33.33		
12		12		12		12		12		12		12		مج

يلاحظ من خلال الجدول رقم (52) تباين إتباع السلوكات الصحية لدى مرضى السكري، حيث أن 33.33% من المرضى لا يلتزمون أبدا بإتباع النصائح الطبية ، بينما نفس النسبة من المرضى

(2 إناث و 2 ذكور) يلتزمون بشكل دائم بنصائح الطبيب المعالج ويجرون الفحص الدوري بشكل منتظم. و يلاحظ أيضا أن 50% من المرضى (4 إناث و 1 ذكر ) لا يجرون التحاليل الطبية بشكل دوري بينما 25% من المرضى (2 ذكور و 1 أنثى ) لا يلتزمون أبدا بإجراء التحاليل الطبية، و 17% لا يلتزمون باستخدام الأنسولين أو الدواء.

ويلاحظ أيضا أن 50% من المرضى لا يلتزمون بشكل دائم ودقيق في إتباع الحمية الغذائية مقارنة ب 33.33% من المرضى (2 ذكور، 2 إناث ) لا يلتزمون بها أبدا، كما 75% من أفراد العينة (3 ذكور، 6 إناث ) لا يلتزم بممارسة النشاط الرياضي ، و 33.33% منهم معرضون لتوتر دائم.

### 1-2.5. معاش العلاج:

يتم في هذا البند استخراج معاش مرضى السكري نحو إتباع العلاج الذي يتم وصفه من طرف الطبيب، وذلك من خلال تصريحات المرضى مباشرة أو تصريحات الطبيب المعالج، أو من خلال الاطلاع على الدفتر الطبي للمريض، وكانت النتائج كالتالي :

جدول رقم (53) يوضح معاش مرضى السكري من أفراد العينة نحو العلاج (ن = 12)

معاش العلاج	احترام العلاج بدقة	احترام العلاج بشكل نسبي	عدم احترام العلاج نهائيا	مج
ذكور	00	05 %41.66	02 %16.66	07 % 58.33
إناث	00	03 % 25	02 %16.66	05 % 41.66
مج	00	08 % 66.66	04 % 33.33	12 %100

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن 66.66 % من مرضى السكري يلتزمون بالعلاج لكن ليس

بشكل دقيق بل نسبيا، أما 33.33 % (2 ذكور، 2 إناث) فلا يلتزمون بإتباع العلاج نهائيا.

### 3.5-1. مضاعفات المرض:

وتم أيضا تحديد مضاعفات المرض الناتجة عن عدم الإلتباع الدقيق للعلاج ، ويوضح الجدول التالي

النتائج المتحصل عليها :

جدول رقم (54) يوضح مضاعفات المرض لدى مرضى السكري (ن = 12)

مضاعفات المرض	حدثت مضاعفات فعلية للمرض	بداية حدوث مضاعفات	لم تحدث مضاعفات للمرض	المجموع
ذكور	01 %8.33	02 %16.66	02 %16.66	05 %41.66

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

07 %58.33	01 %8.33	04 %33.33	02 %16.66	إناث
12 %100	03 % 25	06 %50	03 % 25	مج

يتجلى من خلال الجدول رقم (54) أن 25% من المرضى حدثت لهم مضاعفات فعلية للمرض تمثلت (1 ذكر، 2 أنثى) تمثلت في بتر قدم إحدى المريضات، وإصابة متقدمة لشبكية العين لدى مريضين مما يدل على عدم إتباع السلوك الصحي بشكل سليم، بينما 50% من المرضى (2 ذكور، 4 إناث) ظهرت لديهم مضاعفات لكنها ليست بالخطيرة وقد يرجع ذلك الى مدة المرض التي لا تعتبر بالطويلة نسبيا لدى المرضى ، ولم تحدث مضاعفات لدى 25% من المرضى .

### 1-6. معاش الألم:

يحدد معاش الألم حسب تصريحات أفراد العينة، وحدد الألم المرتبط بمرض السكري بين الألم البسيط والمتوسط والخفيف وضمن التعبيرات الصريحة للمرضى، كما أخذت نتائج الفحص الطبي وتعليقات الطبيب المعالج بعين الاعتبار، وكانت النتائج المتوصل إليها كالآتي :

جدول رقم (55) يوضح معاش الألم العضوي لدى مرضى السكري من أفراد العينة (ن=12)

معاش الألم العضوي	لا يوجد ألم	ألم بسيط	ألم متوسط	ألم مرتفع	مج
التكرار					
ذكور	01 8.33%	02 % 16.66	01 %8.33	01 % 8.33	05 %41.66

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

07 %58.33	04 % 33.33	03 %25	00	00	إناث
12 %100	05 %41.66	04 % 33.33	02 %16.66	01 % 8.33	مج

يلاحظ من خلال الجدول رقم (55) وحسب تصريحات المرضى، أن 41.66% من المرضى (3 إناث و 1 ذكر) يعانون من ألم مرتفع، و 33.33% من المرضى ( 1 ذكر و 3 إناث ) يعانون من ألم متوسط ، بينما يعاني 16.66% من المرضى ( 2 ذكور ) من ألم خفيف، وبذلك فإن معظم المرضى من افراد العينة يعانون من الألم.

### 1-7. النظرة للمستقبل :

يتم من خلال هذا البند استخراج الصورة المستقبلية للمرض لدى مرضى السكري، ومن خلالها أيضا يمكن التنبؤ بتقبل المرضى للمتابعة العلاجية المقترحة ، وكانت النتائج كالتالي :

جدول رقم (56) يوضح النظرة المستقبلية لمرضى السكري من أفراد العينة (ن=12)

مج	تفاعلية	غير واضحة المعالم	تشاؤمية ومظلمة	النظرة للمستقبل التكرار
05 %41.66	04 33.33	00	01 %8.33	ذكور
07 %58.33	03 %25	03 % 25	01 %8.33	إناث
12	07 % 58.33	03 % 25	02 % 16.66	مج

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

%100				
------	--	--	--	--

يتضح من خلال الجدول السابق أن غالبية المرضى (58.33%) صرحوا عن تفاؤلهم اتجاه المرض والعلاج وتحسن الأعراض وبذلك إمكانية التكيف مع المرض، وأبدى 16% من المرضى تشاؤمهم اتجاه المرض والعلاج، بينما كانت التصريحات عند 25% من المرضى غير واضحة أي أنهم لم يبدو لا نظرة تفاؤلية أو تشاؤمية اتجاه المرض.

### 2- عرض النتائج الكمية للاختبارات النفسية:

#### 2-1. نتائج سلم تقدير الذات :

تمثل المعطيات اللاحقة أهم المعطيات الكمية المستخلصة من استجابات حالات الدراسة ال 12 حيث تمثل النتائج من : 1 إلى 16 تقدير ذات منخفض، من 17 إلى 32 تقدير ذات متوسط أو معتدل ، من 33 إلى 40 تقدير ذات مرتفع . وقد عرضت النتائج في الجدول التالي :

جدول رقم (57) يوضح استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على سلم تقدير الذات (ن=12)

مج	مرتفع	متوسط	منخفض	سلم تقدير الذات التكرار
05 %41.66	00	03 %25	02 % 16.66	ذكور



## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

07 %58.33	00	04 % 33.33	03 % 25	إناث
12 %100	00 %16.66	07 % 58.33	05 % 41.66	مج

يلاحظ من خلال الجدول أن 41.66% من حالات الدراسة العيادية حصلت على تقدير ذات منخفض لم يتجاوز 17 (أي 5 حالات) بينما حصلت 7 حالات على تقدير ذات متوسط تراوح بين 20 و 25 درجة (ويمثلون نسبة 58.33%)، ولم تحصل أي حالة من حالات البحث على تقدير ذات مرتفع .

### 2-2. نتائج مقياس الصلابة النفسية :

يوضح الجدول (58) نتائج الحالات من خلال استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية:

جدول رقم (58) يوضح استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على مقياس

الصلابة النفسية (ن=12)

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

مج	مرتفعة	منخفضة	الصلابة النفسية
			التكرار
06 %50	01 %41.66	05 %8.33	ذكور
06 %50	00	06 %8.33	إناث
12 %100	01 % 8.33	11 % 91.66	مج

يلاحظ من خلال الجدول رقم (58) أن معظم أفراد العينة لا يدركون صلابتهم النفسية بنسبة جيدة حيث كانت منخفضة لدى 91.66% من الحالات ( 5 ذكور و6 إناث) ، وذلك عكس النتائج المتوصل إليها في المقابلات الاكلينيكية التي أوضحت أن 66.66% من الحالات لها صلابة نفسية .

وحسب أبعاد الصلابة النفسية المتمثلة في الالتزام، التحكم والتحدي فقد كانت النتائج كالاتي:

جدول رقم (59) يوضح استجابات أفراد العينة من مرضى السكري وحسب أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم والتحدي)

مج	التحدي	التحكم	الالتزام	أبعاد الصلابة النفسية
				التكرار
07 66.66%	02 % 16.66	03 %25	02 % 16.66	ذكور
05 41.66%	01 %8.33	01 % 8.33	03 % 25	إناث
12 %100	03 % 25	04 %33.33	05 %41.66	مج

## الفصل السابع : عرض نتائج البحث

يلاحظ من خلال الجدول رقم (58) أن 41.66% من أفراد العينة حصلوا على درجات عالية في الالتزام، أي يمكنهم تحديد نوع من التعاقد النفسي للالتزام تجاه أنفسهم وأهدافهم ، وحصل 33.33% من أفراد العينة ( 3 ذكور وأثنى واحدة ) على درجات عالية في التحكم أي أنهم لديهم اعتقاد عال بالقدرة على التحكم في الأحداث من حولهم والتحكم في وضعية المرض. ويلاحظ من خلال الجدول أيضا أن 25% فقط من أفراد العينة حصلوا على درجات عالية في التحدي أي يمكنهم الاعتقاد أن ما يطرأ من تغير على جوانب حياتهم لا يمثل تهديدا لحياتهم ، ويساعدهم ذلك بشكل ايجابي على التحسن والتغيير، وبذلك يمكن التنبؤ على قدرتهم على التكيف بشكل ايجابي مع حالة المرض وإجراء التغييرات الضرورية لمواجهة الحالة المرضية .

### 3-2. نتائج مقياس المساندة الاجتماعية:

يوضح الجدول التالي نتائج استجابات حالات البحث على مقياس الصلابة النفسية:

جدول رقم (60) يوضح استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على مقياس

المساندة الاجتماعية ( ن=12 )

مج	منخفضة	مرتفعة	درجة المساندة التكرار
05 %41.66	05 %41.66	00	ذكور
07 %58.33	05 %41.66	02 % 16.66	إناث
12 %100	10 % 83.33	02 % 16.66	مج

يلاحظ من خلال الجدول السابق أن غالبية أفراد العينة ( 10 أفراد) حصلوا على نتائج منخفضة في مقياس المساندة الاجتماعية تراوح بين 28 و 37 ويمثلون بذلك نسبة 83.33%، بينما حصلت حالتان على نتائج مرتفعة في المساندة الاجتماعية تراوحت بين 49 و 50 ومثلان بذلك نسبة 16.66%.

2-4. نتائج مقياس السلوك الصحي:

يوضح الجدول التالي النتائج التي حصل عليها أفراد العينة في مقياس السلوك الصحي والتي كانت كالتالي:

جدول رقم (61) يوضح استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على مقياس السلوك الصحي  
(ن=12)

السلوك الصحي	منخفض	متوسط	مرتفع	مج
التكرار				
ذكور	00	05 % 41.66	00	05 %41.66
إناث	00	07 %58.33	00	07 %58.33
مج	00	12 % 100	00	12 %100

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن كل أفراد العينة أي 12 فردا (5 ذكور، 7 إناث) بنسبة 100 % حصلوا على نتائج متوسطة في السلوك الصحي ، ورغم ذلك يمكن القول أنها لم تكن مؤشرا كافيا على إتباع مرضى السكري من أفراد العينة للسلوكات الصحية المناسبة.

2-5. نتائج استبيان الألم العضوي:

يتم استخراج النتائج التي تحصل عليها أفراد العينة من مرضى السكري في استبيان الألم العضوي، وقد كانت النتائج كما يلي :

جدول رقم (62) يوضح استجابات أفراد العينة من مرضى السكري على استبيان الألم (ن=12)

مج	الم شديد جدا	الم شديد	الم متوسط	الم ضعيف	لا يوجد الم	الألم العضوي التكرار
07 58.33%	00	02 %33.33	02 %16.66	01 % 8.33	00	ذكور
05 %41.66	00	04 % 16.66	02 % 16.66	01 % 8.33	00	إناث
12 %100	00	06 % 50	04 % 33.33	02 % 16.66	00	مج

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه رقم أن 6 حالات من أفراد العينة (4 إناث، 2 ذكور) تحصلوا على ألم شديد في درجات مقياس الألم ويمثلون بذلك نسبة 50 % ، كما حصل 4 أفراد ( 2 إناث، 2 ذكور ) على الم متوسط بنسبة 33.33 %، بينما حصل فردين (أنثى وذكر) على ألم ضعيف ونسبتهما 16.66%.

سمح إذن عرض النتائج الكمية للمقابلات بالتعرف على مختلف استجابات حالات الدراسة للمرض المزمن ومعاشهم النفسي اتجاهه وكذا التعرف على استجاباتهم للمقاييس النفسية بدقة.

## الفصل الثامن: مناقشة و تفسير نتائج البحث

ا. مناقشة وتفسير النتائج الإحصائية

1-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى

2- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية

3-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثالثة

4-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الرابعة

5-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الخامسة.

6-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية السادسة

7- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية السابعة

8- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثامنة

9- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية التاسعة

10-مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية العاشرة

11- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية العاشرة

ا. تقديم حالات نموذجية

الاستنتاج العام

### تمهيد :

بعدها تم عرض نتائج البحث من خلال مرحلتين حيث شملت المرحلة الأولى تقديم نتائج التحليل الإحصائي لأدوات البحث ، بينما اعتمدت المرحلة الثانية على تقديم نتائج حالات الدراسة لتقديم البيانات التي تم جمعها وذلك بالاعتماد على تصميم دراسة الحالة لتقديم البيانات التي تم جمعها واعتمادا على المقابلة العيادية نصف الموجهة وأدوات البحث المتمثلة في سلم تقدير الذات، مقياس الصلابة النفسية، مقياس السلوك الصحي واستبيان قياس الألم، سيتم في هذا الفصل مناقشة وتفسير النتائج في ضوء فرضيات البحث.

### 1- مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين سمة الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري ، وقد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات والمعروضة في الجدول رقم (29) أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين تقدير الذات والسلوك الصحي لدى مرضى السكري عند مستوى دلالة 0.01 .

وتتفق نتيجة البحث الحالي المتوصل إليها مع ما توصلت إليه دراسة تيرادا ( Tirada ) إلى وجود علاقة ارتباطية بين مميزات الشخصية - ومنها التقدير الذاتي - وبين الأمراض المزمنة ومن بينها مرض السكري.

كما تتفق مع ما توصلت إليه دراسة (Hauser et al,1991) إلى وجود تقدير ذات منخفض لدى المراهقين المصابين بمرض السكري

ودراسة ([www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article](http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article))

(Parker,1982) التي توصلت إلى وجود تأثير دال لتقدير الذات على ضبط نسبة السكر في الذات ( 60 :parker,1982 ).

وأیضا دراسة (Knecht Mc et al,2001) التي توصلت إلى ارتباط تقدير الذات بالسلوك الصحي حيث ان تقدير الذات يساهم في تحسين السلوكات الصحية والالتزام بالعلاج لدى مرضى السكري ، فتقدير الذات من بين العوامل النفسية المؤثرة في الالتزام العلاجي.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وتتفق هذه النتيجة كذلك مع مجموعة من الدراسات والمتمثلة في دراسات فاري (varray, 2002) ، باربا ونينو (barbin et ninot,2003) ، دولينيار وآخرون (dolignaires et al, 2003)، مونتوي ونينو (monthuy et ninot, 2005)، ليماري وآخرون (leymarie et al,2005)، ريمبول (raimbault,2006)، دولينيار وآخرون (dalignaires et al ,2006) التي توصلت إلى أن تقدير الذات يعتبر من المتغيرات الحامية للأنا فهو يؤثر ويتأثر بإحداث الحياة وبالأمراض الخطيرة أو المزمنة .

وتتفق كذلك نتائج البحث الحالي مع دراسات عبود وكونواي (Abood et conwey,1992) ، ويرفين (Pervin,1993) ودراسة رودين وماكافي (Roddin et Mcavay,1993) إلى ارتباط تقدير الذات بالسلوك الصحي الإيجابي وبالقدرة على المتابعة في برامج الوقاية الصحية والتكيف الصحي مع المرض .

كما تؤكد نتائج البحث الحالي النتيجة التي توصلت إليها دراسة ماك اولاي ( MC Aulay 1994)، ودراسة سونستروم وآخرون (Sonstrom et al ,1994)، وكذا دراسة مارش وسونستروم (Marsh et Sontroem,1995)، ودراسة هريكايكو (Hrykayko,1997)، ودراسة بوميستر وآخرون (Baumeister et al,2003) والتي توصلت إلى ارتباط ارتفاع تقدير الذات بممارسة الرياضة وتحسن القدرات الجسدية لدى المرضى المزمنين .

وتوصلت دراسة (Yi et al,2006) إلى أن المتغيرات المتمثلة في تقدير الذات، فعالية الذات التفاوضية والمرونة النفسية تعد من أهم المتغيرات النفسية التي تساعد مريض السكري على المحافظة على صحته النفسية والجسدية ( Yi et al,2006 :316).

بينما اختلفت نتائج البحث الحالي مع دراسة (Gramer et al,1979) التي توصلت إلى أن مرضى السكري المرتبط بالأنسولين يعانون من فقدان الثقة في الذات العجز والفشل مما يؤدي إلى التقدير السيئ للذات، وهذا من شأنه أن يؤثر على المتابعة الصحية والعلاج.

كما اختلفت و دراسة ماسيا وآخرون (Macia et al,2008) التي توصلت إلى أن المرض المزمن لا يؤثر في تقدير الفرد لذاته ( www.bmsa.revues.org/6154)



## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

إن هذه النتيجة المتوصل إليها تبين أن تقدير الذات يعتبر من العوامل المؤثرة في السلوك الصحي فهو سمة شخصية تتعلق بالقيمة التي يعطيها الفرد لشخصيته، كما أنه يتحدد كوظيفة للعلاقة بين الحاجات المشبعة ومجمل الحاجات التي يشعر بها الفرد (دولان، 1997: 431).

ويرى روزنبرغ (Rosenberg) أن تقدير الذات المرتفع لدى الفرد يعني شعوره بالأهمية واحترامه لذاته في صورته التي هي عليها، كما بين ماسلو أن تقدير الذات هو حاجة إنسانية لا تستقيم الحياة المتزنة دون إشباع لها، فالصحة النفسية والجسدية للأفراد ترتبط بمفهوم ايجابي وبتقدير مرتفع عن الذات (إبراهيم بلكيلاني، 2008: 34).

ويتضمن تقدير الذات الشعور بالكفاءة والاستقلالية والمهارة والانجاز، فبدون وجود قدر معين من تقدير الذات يمكن أن تكون الحياة شاقة ومؤلمة إلى حد كبير، فقيمة تقدير الذات المرتفع تتضمن القدرة على تسيير الحياة الشخصية بشكل جيد خاصة في المواقف الخاصة كالمرض المزمن، التعامل بإيجابية مع الإحباطات والفشل والحسم في إتخاذ القرارات.

وتبين النتيجة المتوصل إليها إلى أن تقدير الذات المرتفع يمنح القدرة على التقييم والتنظيم الحياتي مما يسمح لمرضى السكري بتخطي الصعوبات التي يتعرضون لها جراء المرض وبالتالي تحقيق السعادة والتكيف المناسب.

وبالنسبة لمرض السكري فان كل الدراسات التي أجريت بشأن العلاقة بينه وبين الشخصية لم تخرج عن كونها مجرد محاولات للكشف عن بعض المتغيرات أو الخصائص الشخصية المعزولة عن بعضها البعض والتي يتميز بها المصابين بالسكري غير تقدير الذات أو الصلابة النفسية ومن بين هذه الدراسات دراسة لوتسمان وزملائه (Lutsman et al, 1991) حول العلاقة بين بعض ملامح الشخصية المزاجية والسكري، والتي توصل فيها إلى وجود اختلاف في عملية مراقبة الأيض

(controle metabolique) بين ذوي الملامح الحادة من الشخصية (مزاج انفعالي حاد وردود فعل قوية) وبين ذوي الملامح المعتدلة، ودراسة اورلنديني وزملائه (Orlandini et al, 1997) التي توصلت إلى وجود علاقة بين بعض الخصائص الشخصية كالانقباض الشديد وعدم القدرة على تحمل الإحباطات وبين المراقبة الضعيفة للأيض أو الإستقلاب (ف. الزروق، 2008، ص 10).

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

أما في البيئة العربية فان المحاولتين الوحيدتين في هذا المجال فهما المحاولتان اللتان قامت بهما كل من ماري شاهين (1991) التي ركزت فيها على تجميع بعض الخصائص الشخصية لمرضى السكري انطلاقا من البحوث القليلة المتوفرة كسرعة الاستسلام والقابلية للإحباط واليأس والشعور بالكآبة والتعبية والتاريخ الطويل من التعب والإرهاق الجسدي والنفسي . أما المحاولة الثانية فكانت لف.الزروق ( 2008 ) التي توصلت من خلالها إلى أن المصابين بمرض السكري يتميزون بنمط سلوكي معرفي خاص يتشكل من مجموعة من المكونات والخصائص المتمثلة في أسلوب شخصي يتميز بالميل إلى إظهار الاستقلالية الذاتية والقدرة على الأداء وعدم الحاجة إلى مساعدة الآخرين، أسلوب انفعالي يتميز بالانفعالية السلبية المتمثلة في شدة الغضب والشعور بالكآبة ، أسلوب معرفي يقوم على تفاؤل غير واقعي ومركز تحكم خارجي وأسلوب اجتماعي علائقي يتصف بتقدير أنماط الاتصال الاجتماعي وبالحاجة إلى الآخرين المرغوبة الاجتماعية ، الحساسية لمتغيرات المحيط وعدم القدرة على تحملها ( ف. الزروق، 2008 : 174 ).

### 2 - مناقشة وتفسير نتيجة الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، وقد تبين من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى عينة البحث.

وتؤكد نتيجة البحث هذه المتوصل إليها نتيجة دراسة آرد وسميث ( Allerd et Smith ) التي توصلت إلى أن الأفراد الأكثر صلابة هم الأفراد الأكثر مقاومة للأمراض المزمنة والخطيرة وكذلك الأكثر قدرة على التكيف معها بسبب الطريقة الإدراكية التكيفية وما ينتج عنها من انحدار في مستوى التحفز الفسيولوجي (ياغي، 2006 : 39 )

كما تتفق نتيجة البحث الحالي مع النتيجة التي توصل إليها برنارد وآخرون ( Bernard et al ) إلى وجود علاقة طردية دالة إحصائية بين الصلابة النفسية وتقدير الذات والكفاءة الذاتية والتفاؤل وبين القدرة على التوافق الصحي والحالة الصحية.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وتتفق كذلك مع ما توصلت إليه دراسة فيكتوريا (Victoria 1998) إلى وجود ارتباط ايجابي بين الصلابة النفسية وسلوكيات الرقي الصحي .

كما تؤكد نتائج البحث الحالي النتيجة التي توصلت إليها دراسة ميشيل (Michelle 1999) في أن الصلابة النفسية تظهر كمنبئ أكثر قوة في علاج الأمراض النفسية والجسمية .

كما تتفق مع ما أشار إليه جييري (jeary) في أن الصلابة النفسية تلعب دور الوسيط في التخفيف من الأثر السلبي الناتج عن الضغوط.

ويذكر بارجوري (Bergeret,1979) أن مرضى السكري يظهرون أعراض والإحباط والإحساس بالفشل والعجز في تحقيق مطالب الحياة اليومية والملل والوحدة وعدم القدرة على الإلتزام والتحكم في مختلف الوضعيات والمواقف (منيرة زلوف، 2011، 83).

وتفسر هذه النتيجة أن الصلابة النفسية تسمح لمرضى السكري من إدراك المرض إدراكا ايجابيا وليس عاملا ووضعية مفجرة للضغوط، وبذلك يوجه قدراته للتكيف الايجابي مع المرض من خلال الإلتزام بظروف العلاج وإتباع السلوكات الصحية المناسبة.

يتبين إذن من خلال النتيجة المتوصل إليها في البحث الحالي أن الصلابة النفسية تعتبر من العوامل المساهمة في إتباع السلوكات الصحية لدى المرضى ، فالأفراد ذوي الصلابة النفسية أو الشخصية الصلبة هم الأفراد الذين لديهم التزام عال ويستمتعون بعملهم وأسرههم وأصدقائهم والذين يمتلكون الإحساس بالقدرة على مواجهة التحديات ( عادل المنشاوي، 2006 :12).

وتؤكد نتيجة البحث الحالي ما توصلت إليه نظرية كوباسا (kobassa) في أن الصلابة النفسية مصدر ايجابي جديد في مجال الوقاية من الاضطرابات النفسية والجسمية ، فمتغير الصلابة النفسية يلعب دورا فعالا في إدراك ضغوط الأحداث الشاقة للحياة وتفسيرها وترتيبها على نحو ايجابي . وترتبط الصلابة النفسية بطرق التعايش التكيفي الفعال وتبتعد عن استخدام التعايش التجنبي أو الانسحابي للمواقف. كما أن الأفراد الذين يمتلكون سمة الصلابة النفسية هم اقل عرضة للمرض ولديهم القدرة على تحويل أحداث الحياة الضاغطة إلى فرص لنموهم وتطويرهم الشخصي.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وقد فسرت كوبازا (**Kobassa**) الارتباط القائم بين الصلابة النفسية والإصابة بالأمراض

العضوية أو التأقلم معها من خلال تحديدها للصفات المميزة للأفراد المرتفعي الصلابة النفسية ومن خلال توضيحها للأدوار الفعالة التي يؤديها هذا المفهوم للتقليل من آثار التعرض للضغوط .

وذكرت كوبازا (**Kobasa**) أن الأفراد الذين يتميزون بالصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطا ومبادأة واقتدارا وقيادة وضبطا داخليا وأكثر صمودا ومقاومة لأعباء الحياة المجهدا واثدا واقعية وانجازا وسيطرة وقدرة على تفسير الأحداث ، كما أنهم يضعون تقييما متفائلا لتغيرات الحياة ويميلون للقيام بالأفعال الحاسمة للسيطرة عليها من خلال معرفة المزيد من الخبرات لتعلم كل ما هو مفيد للحياة المستقبلية (**زينب راضي الوقفي، 2008 : 40**).

وتوصلت مادي وكوبازا (**1985, madi et kobasa**) إلى أن الصلابة النفسية تعدل من وطأة الأحداث على الفرد وتساعده على تبني أساليب مواجهة نشطة تنقله إلى حال أفضل ، كما تقود إلى التغيير في الممارسات الصحية مثل إتباع نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة وهذا من شأنه التقليل من الإصابة بالأمراض الجسدية أو الحماية من مضاعفاتها (**حمادة وعبد اللطيف، 2002 : 336**).

وضمن التفاعل بين الصلابة النفسية وبعض المتغيرات بينت نتائج برنارد وآخرون **bernard et all** وميشيل (**1999 michelle**) إلى أن الصلابة النفسية ارتبطت بالتوافق الصحي ، فالصلابة النفسية تظهر كمنبئ أكثر قوة في علاج الأمراض الجسمية والنفسية وبذلك ضرورة دراستها كمتغير بارز في الشخصية والتأكيد عليه في البحوث حتى تتغير النظرة السائدة قديما للشخصية المرضية. وتدعم الصلابة النفسية عمل متغيرات نفسية كالمساندة الاجتماعية بوصفها من المتغيرات الواقية حيث يميل الأفراد الذين يتسمون بالصلابة إلى التوجه نحو طلب العلاقات الاجتماعية الداعمة عند التعرض للضغوط.

وميز يونغ (**Young**) الشخص القوي الصلب بأنه يحاول أن يتطور ويتوسع ويتغير نحو الأفضل أما الشخص العاجز فهو الشخص الذي يتحرك إلى الوراء ويبقى حبيس الماضي ويتوقف عن الحركة والتوسع ، من خلال التوجه نحو المستقبل والمساندة والمشاركة والتعاون والالتزام وتحمل المسؤولية

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

( محمد بلوم، مريامة حنصالي، 2013: 280).

والصلابة النفسية من خلال مكوناتها المتمثلة في الالتزام والتحكم والتحدي تسمح لمريض السكري أن يتعامل مع حالة المرض بشكل أفضل ويتحكم فيه ، كما تساهم في إتباعه للسلوكات الصحية المناسبة للتكيف الأفضل مع المرض ولتفادي تعقيداته.

يعتبر مكون الالتزام من أكثر مكونات الصلابة النفسية ارتباطا بالدور الوقائي ، فهو نوع من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد اتجاه نفسه وأهدافه وقيمه والآخرين من حوله وبذلك فإن الصلابة النفسية باعتبارها سمة من سمات الشخصية تساهم بدورها الفعال في إتباع مرضى السكري للسلوك الصحي من خلال التزامهم بالعلاج . ويضيف وايب ( Wiebe1991 ) بأن التحكم هو اعتقاد الفرد بتوقع حدوث الأحداث الضاغطة ورؤيتها كمواقف وأحداث شديدة قابلة للتناول وللتحكم فيها أو إمكانية التحكم الفعال فيها، ويعني التحكم الاستقلالية والقدرة على اتخاذ القرار ومواجهة الأزمات .

ويشير فولكمان ( Fulkman,984 ) إلى أن التحكم يتمثل اعتقاد الفرد بإمكانية تحكمه في المواقف الضاغطة التي يتعرض لها ومنها وضعية المرض المزمن ( Fulkman,984 : 842 ) ، فهنا يعتقد الفرد بأن ما يطرأ على جوانب حياته من تغير هو أمر ضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا مما يساعده على اكتشاف البيئة المحيطة به ومعرفة المصادر النفسية والاجتماعية التي تساعده على مواجهة الضغوط بفاعلية ( عماد مخيمر ، 1997: 14)، وبذلك يصبح الفرد أكثر وعيا بأن التحكم ضروري لاستقرار حالته الصحية ولتفادي المضاعفات السلبية للمرض ، وبذلك يصبح أكثر استجابة وتقبلا للالتزام بالسلوك الصحي .

ويظهر التحدي، كمكون ثالث للصلابة النفسية، في اقتحام المشكلات لحلها والقدرة على المثابرة وعدم الخوف عند مواجهتها ( عثمان يخلف، 2001: 210)، فالتحدي يتمثل في قدرة الفرد على التكيف مع مواقف الحياة الجديدة وتقبلها بكل ما فيها من مستجدات سارة أو محزنة باعتبارها أموراً طبيعية لا بد من حدوثها لنموه وارتقائه ، وهذه الخاصية تساعده على التكيف السريع في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة والمؤلمة ، وتخلق مشاعر التفاؤل في تقبل الخبرات الجديدة كحالة المرض المزمن .

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وخلصت دراسة رولي (Rooley et al,2000) إلى أن خصائص الشخصية تلعب دورا هاما في تمكين مريض السكري من المحافظة على توازن السكر في دمه ( Macleod,2003. ) ، لكن الدراسة لم تذكر أهم خصائص الشخصية المستخدمة في البحث.

وتؤكد النتائج المتوصل إليها في أن الصلابة النفسية تعتبر من الخصائص الهامة في حالة الإصابة بمرض السكري، فالتحكم في الألم والالتزام بظروف العلاج يساعد المريض على التكيف مع حالته الصحية ومع المرض.

وتدفع هذه النتيجة الباحثة أيضا إلى التأكيد على أن سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية تعتبر من العوامل الأساسية المساهمة في إتباع مريض السكري للسلوك الصحي ويتمشى ذلك أيضا مع النظرة التكاملية لفهم الفرد والتي يركز على محاولة فهم المتغيرات النفسية أو سمات الشخصية التي لها الدور الأقوى في عملية تحديد وتوجيه وتطوير السلوك الصحي، والذي يتبنى نظرة شمولية تراعي الوضع الصحي للمريض.

لكن بالمقابل نشير إلى أن عوامل الشخصية أو متغيراتها ليست لوحدها عاملا رئيسيا ، فلو توصلت النتيجة إلى معامل ارتباط قوي لقلنا أن سمات الشخصية تعتبر وحدها العوامل الرئيسية للسلوك الصحي لدى مرضى السكري ولأهملت بقية العوامل الأخرى.

### 3- تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أنه توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائيا بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري ، وقد تبين من خلال النتائج المعروضة في الجدول رقم (31) إلى أنه توجد علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري والتي بلغت درجتها 0.28 عند مستوى دلالة 0.01.

وعلى غرار ما توصلت إليه الدراسات فإن المساندة الاجتماعية تتعلق باعتقاد الفرد بأن ما في البيئة المحيطة من أشخاص ومؤسسات تعتبر مصدراً من مصادر الدعم الفعال ، وهي تؤثر في كيفية إدراك الفرد للأحداث الصادمة، وفي كيفية مواجهتها.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وتتفق هذه النتيجة المتوصل إليها مع ما يشير إليه لويد (Layd et al,1992) لأهمية العوامل النفسو - اجتماعية ومنها المساندة الاجتماعية في التخفيف من مضاعفات مرض السكري

(Layd et al,1992 : 166).

وأكدت اولبرايت (albright,2001) على دور السياق الاجتماعي واشتراك العائلة في التكفل برعاية المريض المزمن و رضا المريض عن علاقته بطبيبه (albright,2001 : 168) .

إن النتيجة المتوصل إليها تؤكد أن المساندة الاجتماعية تسمح بالتكيف النفسو - اجتماعي الأفضل بالنسبة للمريض المصاب بالمرض المزمن، حيث تعطي القدرة الأساسية لمواجهة المرض ، وتكون نتيجتها أكثر فعالية خاصة إذا كان المريض محبباً أمام المرض المزمن المصاب به (Florack,2009, Stonton et al,2002) .

ويذكر دي جياكومو ( Di Giacomo,2003) أن الشخص الذي يقاسم تجربة صعبة مع الآخرين يحصل على استماع قيم ومساندة وكل سلوك يبتعد عن هذه التصرفات الطبيعية والقاعدية لدى الفرد يخلق حالة توتر وألم ( sergustin,2010 : 302)

وتذكر دراسة هاتشات ( hatchatt et al, 1997) أن المساندة الاجتماعية تعتبر عاملاً منبئاً قويا للتكيف مع الأمراض المزمنة كمرض السكري.

وفي نفس السياق يؤكد دريفر (Driver) أن المساندة الاجتماعية للمريض تعتبر ضرورة علاجية لأنها تنظر إليه على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية ، وأن مساندته نفسياً واجتماعياً تساعده على تقبل مرضه والرضا عن ذاته وتدعيم أمله في الحياة وذلك بإقامة زيارات علاجية منتظمة أو اتصالات دائمة . وقد كشفت كذلك نتائج دراسات بركمان وسيمس (Berkman et Symes) أن شبكة العلاقات الاجتماعية التي تدعم المريض تساهم بقدر كبير في علاجه وتعزز من مراحل شفائه وتكيفه مع المرض (محمد بيومي خليل، 1996 : 52)

وتتفق نتيجة البحث الحالي مع مجموعة من الدراسات ومنها دراسة عيبر الصبان (2003) التي توصلت الى وجود علاقة ارتباطيه دالة سالبة بين المساندة الاجتماعية والاضطرابات النفسو -جسدية

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

(المزمنة منها) ، أي انه كلما ارتفعت درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض المصاب بالمرض المزمن كلما انخفضت الأعراض المرضية لديه ( عبيد الصبان، 2003: 177).

كما تتفق ودراسة هند الميزر (2003) التي توصلت إلى أن التزام الأطفال المصابين بمرض السكري بإجراءات العلاج تؤثر فيه مجموعة من العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية، فهناك علاقة متبادلة بين الالتزام بسلوكيات العلاج والظروف الاجتماعية التي تحيط بالأسرة ونوعية العلاقات الأسرية وقدرة الأسرة في تنفيذ مسؤوليات العلاج.

كما تتفق مع دراسة فوزي شحاتة (2005) التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية المقدمة في حالة الإصابة بالمرض المزمن ومن بينه مرض السكري تعتبر عاملاً منبئاً قوياً للتكيف مع المرض ، كما تساهم في تقبل العلاج وتبني سلوكيات جديدة تتلاءم مع الحالة الصحية وبذلك تخفف من مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المرضى.

وتتفق كذلك مع نتيجة دراسة سليمة حربوش (2009) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية قوية ودالة بين المساندة الاجتماعية كبعد من أبعاد المهارات الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى السكري ( سليمة حربوش، 2009: 138 ).

ووكذلك دراسة خليل (1996) التي توصلت إلى وجود علاقة دالة بين طمأننة المريض على حالته الصحية كبعد من أبعاد المساندة النفسية والاجتماعية وإرادة البقاء كبعد من أبعاد إرادة الحياة (محمد الشناوي ومحمد عبد الرحمن، 1996: 62).

ويذكر السيد (2005) في دراسته إلى حاجة مريض السكري للمساندة بأنواعها ومصادرها المختلفة حتى يستطيع التكيف والتعايش مع مرضه ولكي ينظر للحياة بنظرة أكثر شمولاً تجعله يشعر بجودة الحياة.

وتتفق نتائج البحث الحالي أيضاً مع الدراسة التي أجراها ألغور وآخرون (Allgower 2001) والتي توصلت من خلالها إلى وجود علاقة سببية متبادلة بين الدعم الاجتماعي والسلوك الصحي، فقد



## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

ارتبط الدعم الاجتماعي المنخفض مع نقص النشاطات الجسدية وعدم انتظام ساعات النوم وعدم استعمال أحزمة الأمان في السيارة.

وتتفق كذلك ودراسة ألبوراي (Elboraei,1980) التي توصلت إلى أن المساندة الاجتماعية تلعب دورا هاما في حالة الإصابة بمرض السكري، وان لمشاكل الأسرة وتفككها علاقة مؤثرة في الإصابة بمرض السكر (مفتاح عبد العزيز،2010: 338 )

وكذا دراسة رودولفو ( Rodolfo,1984) التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية بين البيئة (العائلة والأصدقاء) والسلوك الصحي ( Rodolfo,1984 : 283 )،

ودراسة (Peters et al,2013) التي توصلت الى وجود علاقة دالة بين المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي الملائم الذي يتبعه المراهق المصاب بالنوع الأول من مرض السكري (جودة الحياة الملائمة) ، حيث ان الدعم الاجتماعي الذي يتلقاه المريض من طرف الأصدقاء يساعد بشكل فعال في الالتزام العلاجي والمراقبة الذاتية للمرض ( scientifica,2014 : 08 )،

كما تتفق ودراسة شيشليم (Shichlim,2003) التي توصلت إلى أن سوء التوافق في العلاقات العائلية والاجتماعية لدى أفراد العينة من مرضى السكري انعكس سلبا على نظام علاجهم وتكيفهم الايجابي مع المرض،

وتتفق نتيجة البحث كذلك مع ما توصلت دراسة (Goa et al,2011) على عينة صينية إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية والمراقبة الذاتية لنسبة السكر في الدم وصلت قيمتها إلى 0.32 ([www.biomedcentral.com/1471-2296/14/66](http://www.biomedcentral.com/1471-2296/14/66))،

ومع ما توصلت إليه دراسة (Mayberry et al,2011) في أن مرضى السكري البالغين الذين كان أفراد عائلاتهم أكثر معرفة بالمرض وبحيئاته كانوا أكثر تكيفا مع المرض وأكثر ضبطا للحالة للصحية .

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

كما تتفق مع نتائج دراسات (Delamater,2006) و (Klomegah,2006) و (Rosland et al,2008)

(al,2008) و (Kirk et al,2013) التي توصلت جميعها إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين المساعدة الاجتماعية ( المساعدة العائلية والمهنية) وضبط نسبة السكر في الدم وتحسين نتائج الالتزام العلاجي وذلك من خلال ممارسة النشاط الرياضي والالتزام بالحمية الغذائية (www.clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full)

ومع ما توصلت إليه دراسة (Epple,2003) إلى إن المساعدة الاجتماعية النشطة تساهم في المراقبة الذاتية للسكري وإتباع الحمية الغذائية لدى مرضى السكري النوع الثاني

وتتفق نتائج البحث الحالي أيضا مع نتائج دراسات فولك (Falk et al,1986)، وكيتنر (Kittner et al,1990)، وكنساستي ونوريس (Kansasty et Norris,1993)، وبينيكس (Penninx et al,1998)، ودراسة سرافينو (Sarafino,1998) التي توصلت جميعها إلى أن شعور الفرد المريض بالمساعدة الاجتماعية يؤثر بشكل ايجابي على المداومة على ممارسة التمارين الرياضية وتناول الأدوية بشكل منتظم وإتباع نصائح الطبيب بالمقارنة بغيره ممن لا يتلقى المساعدة المطلوبة (هناك شويخ، 2007: 94).

كما تتفق كذلك ونتائج دراسات ويشلورد وآخرون (Wichlurd et al 1973)، وكوين (Coynne et al,1973)، ولجموث وسبيتز (waljamouth et pitz, 1991)، أومار وآخرون (Oumar et al,2007)، (Gomes-Villas Boas et al,2012) التي توصلت إلى أن المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها المرضى من طرف أفراد العائلة تعتبر من بين العوامل الأساسية في تقبل العلاج والالتزام به من خلال مساعدتهم على تناول الأدوية والالتزام بالفحوص الدورية والالتزام بنصائح الطبيب وإرشاداته وبذلك أتباع السلوك الصحي المناسب، وتبني سلوكيات جديدة تتلاءم مع الحالة الصحية.

لكن تختلف نتيجة البحث مع ما توصلت إليه دراسة (chlibowy et al,2012) إلى أنه لا توجد علاقة دالة بين المساعدة الاجتماعية و المتابعة الذاتية لمرض السكري لدى البالغين.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

ومع أن تأثير المساندة الاجتماعية على الصحة الجسمية مستقل عن أي تأثيرات لها علاقة بالعادة والسلوكيات الصحية، إلا أن تأثيرها على السلوكيات الصحية قد اتضح بشكل مباشر، فالأفراد الذين يحصلون على مستويات مرتفعة من المساندة الاجتماعية يكونون - في أغلب الأحيان - أكثر تقيدا بالالتزام بالنظام العلاجي الخاص بهم ، وأكثر ميلا للاستفادة من الخدمات الصحية (شيلي تايلور، 2007: 452).

ويذكر كوب (cobb1976) بأن المساندة الاجتماعية هي تصور الفرد بأنه محبوب ومقبول وموضع تقدير واحترام وأنه ينتمي إلى شبكة اجتماعية توفر لأعضائها التزامات متبادلة، هذه المجالات الثلاثة توفر للفرد أنواعا مختلفة من الدعم العاطفي ودعم التقدير والدعم من المجتمع (عفاف شكري، 1995: 930)

والمساندة الاجتماعية حسب ساراسون (Sarason et all 1983) تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم ويعتقد أنهم في وسعهم أن يعتنوا به ويحبوه ويقفوا بجانبه عند الحاجة ويضيف أن السند الاجتماعي يعتمد على إدراك الأفراد لشبكاتهم الاجتماعية باعتبارها الأطر التي تشتمل على الأفراد الذين يتقون فيهم ويستندون على علاقاتهم بهم (sarason et all, 1983, 127-128 )

وتتمثل وظيفة المساندة الاجتماعية حسب بروئل وشوماكير ( Brownell et Shumaker 1984) في تعزيز الثقة بالنفس و تعميق روابط المشاركة الاجتماعية مع الآخرين وتنمية الإحساس بالتوافق النفسي الاجتماعي وعلى مواجهة المطالب الحياتية، والشعور بالتطابق مع معايير الجماعة وتعزيز الإحساس بالأمن النفسي ، كما أنها مفيدة على مدار واسع من المواقف بما في ذلك في حالة المرض أو فقدان العمل والحزن على فقيد ( علي علي، 2005: 29)

ويمكن تفسير نتيجة هذه الفرضية على ضوء النظرية الحيوية النفسية الاجتماعية التي تربط تطور المرض بالعوامل النفسية الاجتماعية من خلال الدور الكبير الذي تلعبه المساندة الاجتماعية باعتبارها متغيرا واقيا من الأحداث السلبية التي يتلقاها الفرد نظرا لانعكاسها الايجابي على الصحة، إذ ترتبط

المساندة الاجتماعية بالصحة الجسدية والسعادة النفسية كما أن غيابها يرتبط بزيادة الأعراض المرضية (cutrona, 1996 :22) ، أي أن درجة الاندماج الاجتماعي للفرد الذي من شأنه تحسين الصحة من خلال دعم السلوك الصحي عن طريق منع الفرد من ممارسة سلوكيات غير صحية .

ومن الأمور الأساسية في علم نفس الصحة أن المساندة الاجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية في مواجهة أحداث الحياة الهامة، وأن بإمكانها أن تخفض أو تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة (حكيمة آيت حمودة، 2005 : 503).

يرى بولبي من خلال نموذج الارتباط أن المساندة الاجتماعية التي يقدمها الأهل والأصدقاء لا تعوض الفرد عن النقص الكبير وهناك بعض الدراسات التي أيدت نموذج الارتباط واعتبرت أن تعبير الفرد عن خبراته الوجدانية سواء بالكتابة أو الحديث يؤدي إلى التحسن في حالته الصحية بل أن الكلمات التي يستخدمها في وصف الصدمة تنبأ عن مدى التحسن في حالته الصحية البدنية أو النفسية أو التكيف معها (أسماء إبراهيم، 2001 : 14)

وفي اعتقادنا انه بالرغم مما تتعرض إليه الأسرة اليوم من تحديات وضغوطات فرضتها عليها سلسلة التحولات الاقتصادية والاجتماعية، إلا أنها مازالت توفر لأفرادها، وخاصة المرضى منهم، الدعم و التعزيز من خلال شبكة من التفاعلات ما بين أفرادها وبالإستناد إلى ما ينص عليه الدين الإسلامي ومعتقدات أفراد المجتمع التي تؤكد على ذلك بضرورة تأمين الحماية والرعاية للمريض وضرورة التكافل الاجتماعي وتقديم المساندة المطلوبة وقت الحاجة، مما يساعد أيضا على تدريب الأفراد على مواجهة هذه الوضعية التي يتعرضون لها.

ولكن من المهم جدا أن تكون المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الأفراد فعالة وتؤدي الدور الذي وجدت لأجله، وإلا فإنها ستنعكس سلبيا على المريض وتؤدي إلى نتائج عكسية، فوجود الكثير من المساندة الاجتماعية من شأنه أن يقتحم حياة الفرد ويؤدي بذلك إلى زيادة الضغوط، وتوصل الباحثون إلى أن المساندة الاجتماعية التي تأخذ طابعا تحكيميا أو توجيهيا قد تحقق بعض الفوائد على السلوكيات

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

الصحية لكنها تسبب بعض المعانات النفسية، فالأفراد المرضى الذين ينتمون إلى شبكة من العلاقات الاجتماعية المكثفة، يجدون أنفسهم محاطين بالنصائح والتدخلات ( تايلور ، 2008: 454 ) .

أشار كابلان وتوشلما ( Caplan et Tochelma 1990 ) إلى أنه لا يمكن وصف فعالية المساعدة الممنوحة للفرد إلا إذا دعت باستراتيجيات التعامل الفعالة المرتبطة بالسلوكيات الصحية التي ترفع من احتمال الشفاء بالنسبة للمرضى ،أما إذا وجد الفرد أمام مساندة اجتماعية غير صحية فان ذلك من شأنه أن يعود بإضرار صحية جد سلبية على المريض ( nascle,1994 : 138-139 )

كما أبرز بيرج ( Burg,1991 ) أنه إذا كان المحيطون بالفرد لا يقدمون المساندة بالشكل الصحيح فان ذلك يشجعه على إتباع سلوكيات ضارة بالصحة أو التشكيك فيما يقوله الطبيب المعالج أو عدم الامتثال للتعليمات الطبية مما قد يؤدي إلى نواتج صحية سلبية( هناء شويخ، 2007: 95 ) وأيضاً عندما يظهر أفراد العائلة نوعاً من التعاطف مع المريض والدعم السلبي فان ذلك قد يزيد من عدم التوافق الجسدي ( turk ;1997 ) ، فرغم أن المساندة الاجتماعية تحسن من إتباع الأفراد لسلوكيات صحية ومن الالتزام للعلاج، إلا أن المشاركة في نشاطات ضمن شبكة من العلاقات الاجتماعية غالباً ما تعرض المريض الى انماط مختلفة من الإغراءات الضارة بنظامه الغذائي ( تايلور ، 2008: 667).

### 4- تفسير نتائج الفرضية الرابعة:

تنص الفرضية الرابعة على أنه نتوقع ارتفاع مستوى الألم العضوي لدى مرضى السكري، وقد بينت النتائج المعروضة في الجدول رقم (32) ومن خلال المعالجة الإحصائية للبيانات أن النسب المئوية الخاصة بتوزيع مستويات الألم العضوي لدى مرضى السكري من خلال استجاباتهم على فقرات سلم الألم العضوي المطبق في البحث الحالي ، وقد ترتبت مستويات الألم كالاتي :

أولاً: نسبة (30.24%) من مرضى السكري عبروا عن غياب الألم لديهم.

ثانياً: نسبة (24.39%) من مرضى السكري لديهم ألم بسيط جداً، و هو لا يعد مؤشراً لوجود الألم لديهم .

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

ثالثا: نسبة (30 %) من مرضى السكري أظهرت استجاباتهم على وجود ألم متوسط لديهم.

رابعا: نسبة (14.14%) دلت استجاباتهم على وجود ألم شديد لديهم.

خامسا : نسبة (1%) من مرضى السكري عبرت عن وجود مظاهر الألم الشديد جدا لديهم .

وبذلك يمكن القول أن نسبة (45 %) من مرضى السكري عبروا على وجود الألم لديهم

وتتفق نتائج البحث مع ما توصلت إليه بعض الدراسات ومنها دراسات ( koening 1998 ,

2001,hauchbaum 2001,albright 2001 ، رضوان 2001 ، الكندري 2003)، التي توصلت

إلى أن غالبية المرضى المصابين بالأمراض المزمنة ومن بينها مرض السكري والذين يتعرضون لألم

مستمر ومتكرر لا يتبعون سلوكا صحيا مناسباً، كما أن العلاقات الاجتماعية وقيم الفرد تلعب دورا

كبيرا في توجيه السلوك الصحي لدى المريض المزمن، وهي من أهم أسبابه عدم امتثال الفرد

للتعليمات الطبية وقيامه بسلوكات تتعارض ووضعه الصحي بل تزيد من خطورة المرض واحتمالات

المضاعفات الخطيرة .

كما تتفق مع ما توصل إليه فريق البحث من الجمعية الأمريكية للدراسات النرولوجية العصبية

(Brill and al,2011) إلى أن الالتزام بنوعية حياة ملائمة يساهم في خفض درجة الألم لدى

مرضى السكري، وأن الأدوية المقترحة للمريض لا تكون فعالة إذا لم يلتزم بالاحتياط لذاته

([www.aanem.org/getmedia/e384cf75](http://www.aanem.org/getmedia/e384cf75))

وتتفق نتائج البحث أيضا مع ما توصلت إليه دراسة (Krein et al,2004) أن الألم الذي يشعر

به مريض السكري يتأثر بالإدارة الذاتية للمريض ولمتابعته للتعليمات الطبية

([care.diabetesjournals.org/content/28/1/65.abstract](http://care.diabetesjournals.org/content/28/1/65.abstract))

وتتفق مع دراسة (Munman and al,2012) التي توصلت إلى أن عدم الالتزام بنوعية حياة

مناسبة يعتبر من بين الأسباب الرئيسية لظهور واستمرار الألم لدى مرضى السكري من النوعين الأول

والثاني ( [professional.diabetes.org/ResearchDB](http://professional.diabetes.org/ResearchDB) )

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

كما تتفق مع الدراسة التي أجرتها منظمة الصحة العالمية (OMS 1999) والتي شملت 5447 فردا من 15 مركزا من مختلف أنحاء العالم ( آسيا- إفريقيا- أوروبا وأمريكا) لفحص العلاقة بين الألم

والصحة الجسدية والنفسية ، وتوصلت من خلالها إلى أن شدة الألم وقدرة التحكم فيه ترجع إلى درجة القلق التي يعيشها الفرد وبمدى تكيفه مع وضعه الصحي .

وتتفق كذلك مع ما توصل إليه كل من (Turner, 1991) و ( Zautra et Manne,1991)

في أن المرضى المصابين بالأمراض المزمنة ومنها مرض السكري الذين يعانون من الآلام يقومون باستخدام استراتيجيات سلبية للتكيف كالإنكار أو التركيز على الألم أو تحويل الانتباه مما يجعله يستمر لفترة أطول ، كما يعانون من درجات أعلى من ضعف الكفاءة الجسمية والنفسية .

كما تتفق نتيجة البحث الحالي مع دراسات فريديس وآخرون (fordyce et al,1984) ، ودراسة

رومانو وآخرون (romano et al,1992)، دراسة كارن وروزنبرغ ( kerns et

rosenberg,1995) ، ووفريدمان وآخرون (freidman et al,1998) ودراسة فوريديس

(fordyce,1996,2001) أن سلوكيات الألم التي يتم تدعيمها ايجابيا ( الانتباه والعطف من

الآخرين) يمكن أن تستمر وتثبت أكثر (بيرس و مايرز، 2002: 740) ، فهي يمكن أن تلعب دورا

هاما في بقاء سلوكيات الألم بعد شفاء الإصابة أو الجرح، وتصبح بدورها قادرة تدريجيا على استدعاء

الألم أو سلوكياته في غياب الأسباب الباثولوجية وذلك اعتمادا على النتائج التي تترتب عليها أو

المكاسب الثانوية التي يحصل عليها المريض ، فالألم الإجرائي يمكن أن يفيد في التحكم في أعضاء

العائلة والحصول على الانتباه والتعاطف وإهمال المسؤوليات) (أحمد حسنين،2011:65)

ويمكن تفسير النتيجة المتوصل إليها من منظور النموذج المعرفي السلوكي الذي يوضح أن

الأفراد الذين يعانون من الألم يتميزون بوجود توقعات سلبية اتجاه قدراتهم الشخصية للتحكم في خبرة

الألم أو إدارة الأنشطة الحركية بدون ألم، هذه التقديرات السلبية والتوقعات غير التوافقية اتجاه المواقف

والفعالية الشخصية قد تدعم انخفاض الروح المعنوية ومواجهة الألم.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وتذكر بعض الدراسات ومنها دراسات ( Spector et al,1993 ,Caroll et al,1999 )

(Talbot et al,1999) أنه بالإضافة إلى المشاكل الصحية والعصبية المسببة للألم وفقدان

الإحساس يؤدي مرض السكري إلى صعوبات على المستوى الوظائف النفسية والاجتماعية مما يساهم

في نشوء اضطرابات الأكل واختلال الوظائف الجنسية والشعور بالاكتئاب ، كما تشير أبحاث

( Halfard et al,1990,Golder-Fredrick et al,1990 ) إلى أن مرضى كلا الصنفين من

السكري ( النمط 1 والنمط 2 ) حساسون لآثار الضغوط النفسية التي تساهم في تطور المرض ويمكن

أن تعجل من حدوث النمط الأول لدى الأفراد ذوي الاستعداد المرتفع للإصابة أو تزيد من معدل السكر

بالدم بشكل غير طبيعي لدى تعرضهم للضغوط مما يؤدي إلى تطور المرض.

### 5- تفسير نتائج الفرضية الخامسة:

تنص الفرضية الخامسة على أنه توجد فروق في كل من سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير

الذات والصلابة النفسية " والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب الوضعية

الاجتماعية (أعزب،متزوج،مطلق،أرمل) ، وقد توصلت النتائج كما تم عرضها إلى انه لا توجد فروق

دالة إحصائية في متغيرات الدراسة حسب الوضعية الاجتماعية .

ويتضح من خلال هذه النتائج إلى أن الوضعية الاجتماعية لم تحدث فارقاً أساسياً لدى مرضى

السكري، فأفراد المجتمع يقدمون المساندة والدعم للمريض المصاب دون النظر إلى وضعيته، كما أن

الفرد باعتباره كائناً اجتماعياً فهو دوماً بحاجة إلى الدعم والمساندة من طرف الآخرين خاصة في

الوضعية الضاغطة كوضعية المرض.

وتختلف النتائج المتوصل إليها مع دراسة لواردل وآخرين ( Wardle et al, 1997 ) التي

أجريت حول سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الأوروبيين باستخدام عينة اشتملت على أكثر من

16000 طالباً وطالبة من 21 بلد أوروبي بلغت أعمارهم بين (19-29)، وأظهرت النتائج وجود

ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس والوزن، والحالة الاجتماعية وذلك لصالح المتزوجين



## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وقناعات الحمية الصحية، والمعارف الغذائية. ويمكن ان نذكر هنا أن العامل في الاختلاف يرجع إلى اختلاف العينة.

### 6- تفسير نتائج الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة على أنه توجد فروق دالة إحصائية في كل من سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " وكذا المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب المستوى التعليمي، وقد دلت النتائج التي تم عرضها في الجدول رقم (34) انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف المستوى التعليمي ، بينما توصلت ذات النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية حسب المستوى التعليمي وذلك لصالح فئة الجامعيين.

وتتفق نتيجة البحث مع دراسة (Gottlieb et Green,1984) التي توصلت إلى أن الأفراد الأكثر تعليماً والأكثر حصولاً على المساعدة الاجتماعية، يمارسون عادات صحية جيدة أكثر من غيرهم.

وقد تدل النتائج المتوصل إليها إلى أن فئة الجامعيين هم أكثر قدرة على استيعاب المساندة المتلقاة من المحيط وأكثر استفادة منها ، وهم بذلك أكثر قدرة على التكيف مع مختلف الوضعيات الصعبة والضاغطة، فالمستوى التعليمي المرتفع يمنح القدرة على التواصل الايجابي والفهم الأفضل للمشكلات التي قد يقع فيها الفرد المريض ، كما تمنحه القدرة على الاعتراف بالجميل للآخر الذي يقدم له المساعدة وإدراكه على انه مصدر من المصادر الايجابية الموجهة له. كما أن الشهادة الجامعية التي تحصل عليها الفرد تمكنه من تحقيق طموحاته ومشاريعه المهنية المستقبلية، وبالتالي تحقيق ذاته حتى في حالة المرض .

### 7/ تفسير نتائج الفرضية السابعة :

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

تتص الفرضية السابعة على أنه توجد فروق دالة إحصائيا في كل من سمات الشخصية المتمثلة في " تقدير الذات والصلابة النفسية " وكذا المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي وذلك حسب مدة المرض ( أقل من 5 سنوات، من 5 إلى 10 سنوات، أكثر من 10 سنوات ).

وقد توصلت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائيا في الصلابة النفسية باختلاف مدة المرض وذلك لصالح مجموعة الأفراد الذين تفوق مدة مرضهم 10 سنوات ، أما فيما يخص وجود فروق في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب مدة المرض فقد توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا حسب مدة المرض .

وتختلف نتيجة البحث الحالية مع ما توصلت إليه دراسة (Hauser et al,1991) في أن تقدير الذات مرتبط بمدة المرض ([diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168](http://diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168))

فيما يخص وجود فروق في الصلابة النفسية باختلاف مدة المرض وذلك لصالح الأفراد الذين تفوق مدة مرضهم 10 سنوات، فان نتيجة البحث الحالي تختلف مع دراسة بورجسون ( Borjison et al,1993) التي توصلت إلى أن المرضى المصابين بالمرض منذ فترة قصيرة أكثر مقدرة على التكيف مع مرض السكري من المرضى المصابين منذ مدة طويلة ، وقد يتزايد الخوف من المضاعفات بطول فترة الإصابة بالمرض (Borjison ,1993 : 768)

إذن تبين هذه النتائج أن مدة المرض تعتبر عاملا وقائيا بالنسبة لمرضى السكري ، فالصلابة النفسية توفر لهم القدرة على التحكم إلى حد ما في المرض وذلك بهدف الالتزام بظروف العلاج والحماية من مضاعفاته خاصة وأن أهمية سمة الصلابة النفسية تكمن في الرفع من الشعور بالقيمة الذاتية والتخفيف من درجة الانفعالية السلبية ( Kobasa,1979, Holahan et Moos,1985, William et al,1992, Cox et Ferguson,1991).

كما توضح النتائج المتوصل إليها أن الصلابة النفسية تأخذ بعدا آخر يساعد مريض السكري على التكيف الأفضل مع المرض وذلك من خلال الالتزام بالعلاج وإتباع السلوكات الصحية المناسبة

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

للوضعية المرضية للتحكم في المرض وأيضاً تحدي الوضعية يغبة عدم التعرض لمضاعفات المرض السلبية. وإذا كان المرضى الذين تتجاوز مدة مرضهم 10 سنوات أكثر صلابة نفسية فهذا يعني أنهم أكثر التزاماً وتحكماً في تسيير المرض.

ويمكن تفسير النتائج المتوصل إليها أيضاً إلى أن المريض تعود على المرض والمواقف المهددة له وعلاجه بالشكل المناسب فيدفعه ذلك إلى إتباع السلوكات الصحية المناسبة ، وتسمح له من تحدي المرض لتفادي مضاعفاته رغم ورود حدوثها ، كما أن مدة المرض تجعل المريض قادراً على الاعتماد على نفسه بشكل أفضل ويقل أيضاً اعتماده على المحيط.

ويذكر أتالي (Attali, 2010) أن الفرد يمكن أن يتعايش مع المرض المزمن حتى 100 سنة إذا وجد التكفل الجيد والمناسب، فالتحكم في المرض والالتزام به يساعد على العيش المناسب

( Attali, 2010 : 210 )

### 8/ تفسير نتائج الفرضية الثامنة :

تنص الفرضية الثامنة على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب الجنس (أي بين الإناث والذكور) ، وقد توصلت نتائج البحث التي تم عرضها في الجدول رقم (38) على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والصلابة النفسية و المساندة الاجتماعية حسب متغير الجنس ، بينما توصلت نتائج البحث ذاتها إلى أنه توجد فروق دالة إحصائية في السلوك الصحي وذلك لصالح الإناث ، كما أنه توجد فروق دالة في الألم العضوي بين الإناث والذكور وذلك لصالح الذكور .

أ/ الفروق في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية حسب متغير الجنس:

فيما يخص عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية حسب متغير الجنس، فإن نتائج البحث الحالي تختلف مع مجموعة من الدراسات التي توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين في المساندة الاجتماعية وتقدير الذات والصلابة النفسية ، ومن

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

بين هذه الدراسات دراسة (Hauser et al,1991) التي توصلت إلى وجود فروق دالة في تقدير الذات لدى مرضى السكري بين الإناث والذكور، حيث كان الذكور أقل تقديراً للذات من الإناث.

كما تختلف كذلك مع نتائج دراسة هولاهان وموس (Holahan et Moos, 1985) على عينة قوامها 267 من الطلبة والطالبات، والتي توصلت إلى أن الذكور أكثر صلابة نفسية من الإناث. ومع دراسة بجبي (Bigbee, 1992) التي توصلت إلى أن الذكور يتحملون الأحداث السلبية الضاغطة أكثر من الإناث وبذلك هم أكثر صلابة نفسية.

وتختلف أيضاً مع دراسة مخيمر (1996) التي أجريت على 163 طالباً وطالبة والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسط درجات الذكور والإناث في الصلابة النفسية خاصة في إدراكهم للتحكم والتحدي وذلك لصالح الذكور.

وأيضاً دراسة (Gangi,2013) التي توصلت إلى وجود فروق دالة في الصلابة النفسية لدى مرضى السكري، حيث كان الذكور المصابين بمرض السكري أكثر صلابة من الإناث المصابات (Gangi,2014 :78).

كما تختلف مع دراسة الزروق (2011) التي توصلت إلى وجود فروق دالة إحصائية بين الجنسين في بعد العلاقات الاجتماعية وذلك لصالح الذكور (ف.الزروق، 2011: 181).

وتختلف نتائج البحث الحالي كذلك مع نتيجة مجموعة دراسات (Marteau et al,1987,Penninx et al, 1998, Stone et al, Schwartz, Springer al, 1986, التي توصلت إلى أن النساء اللواتي لهن مستويات عالية من المساندة الاجتماعية يظهرن تكيفاً أفضلًا لدى التعرض لمرض السكري (تايلور، 2007: 452).

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وكذلك تختلف مع نتائج دراسات ( Umberson,1987, Wickrama et al,1995, )

(Broadwell et light,1999) التي توصلت إلى أن جميع أنواع المساندة الاجتماعية لا تساهم

بنفس الدرجة في الوقاية من الضغوط أو تحقيق الهدف المنشود، فوجود فرد أهل للثقة ( خاصة

الشريك أو الزوج ) قد يكون أفضل مصدر للمساندة خاصة لدى الرجال.

كما تختلف مع نتائج دراسة تيرادا وآخرون (Terada et al,2000) ودراسة جرافستروم

(Gravstrom,1994) التي توصلت إلى أن الرجال المصابون بالسكري هم أكثر طلبا واهتماما

وتقديرا للعلاقات الاجتماعية ، فالنساء ملزمات أكثر من الرجال بتقديم الدعم الأسري بدلا من تلقيه .

وتختلف نتائج البحث أيضا مع البحث المجري حول الصحة والمجتمع في بلجيكا (2001) والذي

توصلت نتيجته إلى أن الرجال سجلوا اكبر نسبة من المستويات المنخفضة في تلقي الدعم الأسري

والاجتماعي بالمقارنة مع النساء ( Buziarsist, 2002 :2346 )

ويذكر كوهن (Cohen et al,1986) في نتائج دراسته أن النساء اللواتي لهن مستويات عالية

من المساندة الاجتماعية يظهرن تكيفا أفضل لدى التعرض للأمراض المزمنة ومنها مرض السكري ،

فالمرأة أكثر طلبا للمساندة الاجتماعية ، ونقص كمية المساندة التي تحصل عليها المرأة يُضعف من

وقايتها ويعرضها للمضاعفات الصحية (تايلور، 2007).

ورغم أن نظرية التنشئة الاجتماعية توضح بأن الإناث هن أكثر ميلا إلى البحث عن الدعم

الاجتماعي من الذكور ، وذلك بسبب العوامل التربوية التقليدية التي أكسبت الإناث والذكور مواجهة

مختلف الضغوط المتشابهة بطرق مختلفة ، ألا أننا يمكن أن نفسر هذه النتيجة بان التغييرات الحاصلة

في المجتمع الجزائري جعلت الذكور والإناث على حد سواء يدركون الضغوط بطرق متشابهة، فرغم أن

المجتمع الجزائري مازال محافظا على القيم التقليدية إلا أن التغييرات الاقتصادية الحاصلة في المجتمع

جعلت أفراد المجتمع يدركون مختلف التغييرات على حد سواء.

### ب/ الفروق في السلوك الصحي حسب متغير الجنس:

ويتضح من خلال نتائج البحث المتوصل إليها أنه توجد فروق دالة إحصائيا في السلوك الصحي

وذلك لصالح الإناث ، كما انه توجد فروق دالة في الألم العضوي بين الإناث والذكور وذلك لصالح

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

الذكور ، وهذا ما يوضح أن الإناث كن أكثر ميلا لإتباع السلوكات الصحية وبذلك أقل إحساسا بالألم العضوي.

وتتفق نتيجة البحث المتوصل إليها مع دراسة والدرون ( **waldron 1995** ) التي أكد من خلالها اختلاف السلوك الصحي حسب الجنس ، وتوصل إلى أن النساء اقل ميلا إلى السلوكات الخطرة من الرجال وهو ما يفسر ارتفاع نسبة الوفيات لدى الذكور مقارنة بالنساء، كما أن النساء أكثر إصرارا على استعمال وسائل ومصالح الرعاية الصحية أكثر من الرجال.

كما تتفق مع دراسة لواردل وآخرين ( **Wardle et al,1997** )، في دراسة حول سلوك الحمية الصحية بين الطلاب الأوروبيين باستخدام استبيان السلوك الصحي على عينة اشتملت على أكثر من 16000 طالباً وطالبة من 21 بلد أوروبي بلغت أعمارهم بين (19-29 سنة)، والتي توصل من خلالها إلى وجود ارتباطات دالة بين السلوك الصحي والجنس وذلك لصالح الإناث.

وتتفق كذلك ودراسة بورجسون ( **Borjison et al,1993** ) التي توصلت إلى أن السيدات كن أكثر قدرة على اكتشاف الجوانب الايجابية في التعامل مع المرض ( **Borjison et al,1993 : 768** ).

بينما اختلفت نتائج البحث مع ما أشارت إليه دراسة الزروق ( **2011** ) التي توصلت إلى وجود فروق بين الجنسين في بعد الصحة الجسدية والسلوكات الصحية وذلك لصالح الذكور ( **ف. الزروق، 2011: 178** ).

وتختلف أيضا ودراسة يوسف ( **2000** ) التي توصلت إلى أن الإناث يعانون من أعراض مرضية جسدية أكثر من الذكور مما قد يعكس عدم التزامهم بالسلوكات الصحية الملائمة ( **جمعة يوسف، 2000: 157** )

وكذلك مع دراسة مناحم ( **Menahem,1992** ) على عينة مكونة من 4600 فردا ، والتي توصلت إلى أن نسبة تعرض الرجال للإصابة بالمرض كانت أقل ب 31 % من نسبة تعرض النساء.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

كما تختلف مع دراسة (Klomegah,2006) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في المتابعة الغذائية والسلوك الصحي بين الإناث والذكور ( Sociological associationn,2006 ) .

ويمكن تفسير نتائج هذه الفرضية وفقا لنموذج القناعة الصحية الذي ينظر للتصرفات الإنسانية بأنها محددة منطقياً، ويعتبر السلوك الصحي في هذا النموذج وظيفة لعمليات الاختيار الفردية القائمة على أساس الحسابات الذاتية للفوائد والتكاليف. ويتم هنا افتراض وجود قابلية مترابطة للتنبؤ بالاتجاهات المتعلقة بالصحة (Bengel and Belz–Merk,1990 : 111)، فاحتمال تنفيذ الأفراد لسلوكات وقائية يرجع مباشرة إلى نتائج تقديراتهم حول خطورة المشكلات الصحية التي يواجهونها، كما تتوقف ممارسة النشاط الوقائي على تقديرهم للسلبيات والايجابيات التي يحتمل أن تنجم عن ذلك النشاط ( مفتاح عبد العزيز ، 2010 : 33).

ويمكن تفسير هذه النتيجة إلى أن المرأة بطبيعتها الأنثوية وبفطرتها هي أكثر تقديرا للخطر وبذلك هي أكثر حرصا على تفادي سلوكات الخطر وإتباع عوامل الحماية التي تساعدها على التحكم في وضعية المرض.

### ج/ الفروق في السلوك الصحي حسب متغير الجنس:

كما توصلت نتائج البحث إلى أنه توجد فروق دالة في الألم العضوي بين الإناث والذكور وذلك لصالح الذكور، أي أن الذكور كانوا أكثر شعورا بالألم من الإناث،

وتختلف هذه النتائج مع ما توصلت إليه بعض الدراسات كدراسة (Keogh,2008) من مختبر البحث في الدراسات المرتبطة بالألم بجامعة باث بانجلترا التي توصلت أن النساء أكثر تعبيراً وإحساساً للألم من الرجال ( Keogh,2008 : 04 )

كما تختلف مع دراسة (Greenspan et al,2006) ودراسة (Hallin,2005) ودراسة (Mogil,Bailey,2010) التي توصلت كلها إلى أن النساء أكثر حساسية وتعبيراً عن الألم من الرجال ، وتختلف هذه التعبيرات حسب العوامل الثقافية-الاجتماعية والنفسية

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

([www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21094890](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21094890))

وتؤكد نتيجة البحث المتوصل إليها مع ما أوضحه برند (Brand,1993) أن الآلام البطنية الشديدة التي ظهرت لدى مرضى السكري والأوجاع الجسدية خاصة لدى الذكور مرتبطة بسوء استخدام الأدوية والإهمال وسلوك تدمير الذات.

وإذا كان الألم من بين المشكلات والشكاوي التي يواجهها الأطباء فهي من المشكلات التي يصعب التكفل بها نظرا ولرد فعل الفرد المتعدد و للعوامل التي تؤثر بها ( Djéa saravane,2008 :03 )

وبما أن الإناث كن أكثر التزاما بالسلوكات الصحية - كما هو موضح في النتائج - كانت بذلك درجة الألم اقل لديهن ، فالذكور يعتبرون اقل تعبيرا لفظيا عن الألم المعاش وقد يكون ذلك مرتبطا بنمط التنشئة الاجتماعية الذي يعود الذكور على عدم الشكوى اللفظية فيعبر عنها بشكل جسدي.

وقد تفسر هذه النتائج أن الذكور في البيئة العربية والبيئة الجزائرية على وجه الخصوص هم اقل تعبيرا وإفصاحا عن حملهم للمشاعر السلبية مقارنة بالإناث وبذلك هم يعبرون عنها تعبيرا جسديا من خلال مضاعفات الألم، فرغم أنهم يظهرون أمام المجتمع أكثر إدراكا لأنفسهم بأنهم أكثر تحملا للضغوط اليومية الممارسة عليهم، إلا أن هذه الضغوط تنعكس على الجانب الجسدي. كما أن الصورة الذكورية تمنع الذكر من التعبير الصريح عن آلامه وانفعالاته التزاما بالأعراف والتقاليد وحرصا على الصورة الذكورية في البيئة العربية التي تربط بين سمة الرجولة وسمة ضبط النفس والانفعالات والهدوء عكس الإناث ، مما قد يشكل ضغطا إضافيا للرجل في حالة المرض فيعبر عنه على شكل آلاما جسدية . ويجب كذلك التأكد من خلال دراسات لاحقة ما إذا كان الألم لا يعبر عن انفعالات سلبية أو يعكسها لدى الذكور والمتمثلة في القلق أو الاكتئاب.

### 9/ عرض نتائج الفرضية التاسعة :

تنص الفرضية التاسعة على وجود فروق في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب الفئة العمرية (من 20الى 28 سنة، من 29 إلى 37 سنة، من 38 إلى 46 سنة، من 47 إلى 55 سنة)، بينما توصلت ذات النتائج إلى وجود فروق



## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

دالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي باختلاف سن المرضى وذلك لصالح الفئة العمرية بين 37 و46 سنة.

أ/ الفروق في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والألم العضوي حسب متغير سن المرضى

توصلت إذن نتائج البحث أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والألم العضوي حسب سن المرضى

وتؤكد نتائج البحث المتوصل إليها نتائج دراسة **عبير الصبان (2003)** التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية لدى النساء العاملات المصابات بالأمراض السيكوسوماتية تبعاً لمتغير العمر (**عبير الصبان: 2003 ، 322** )

كما تتفق نتائج البحث مع نتائج دراسة **ماسيا (Macia,2008)** إلى أنه لا توجد علاقة مباشرة بين تقدير الذات والسن لدى المرضى المزمنين.

بينما تختلف نتائج البحث الحالي إلى ما توصلت إليه دراسة (**Arcury et al,2011** ) إلى أن المسنين المصابين بمرض السكري الذين تلقوا شبكة اجتماعية هامة من المساندة الاجتماعية كانوا أكثر التزاماً بالسلوكات الصحية (مراقبة نسبة الغلوكوز في الدم والالتزام بالحمية الغذائية)، وبذلك كانت العلاقة الارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية المتلقاة والسلوكات الصحية المتبعة (**Taylor,2003**).

ب/ الفروق في الصلابة النفسية والسلوك الصحي حسب متغير سن المرضى:

توصلت كذلك ذات النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي باختلاف سن المرضى وذلك لصالح الفئة العمرية بين 37 و46 سنة.

وتتفق نتائج البحث مع دراسة **كلارك (Clarke,1995)** التي توصلت إلى أن الأفراد الأكثر صلابة نفسية والأصغر سناً ذوي عادات صحية جيدة يعكس الأقل صلابة والأكبر سناً.

بينما تختلف نتيجة البحث مع نتائج دراسة (**Gottlieb et Green,1984**) التي توصلت إلى أن الأفراد الأقل سناً هم أكثر الأفراد الذين لا يتبعون سلوكات صحية مناسبة.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وكذا دراسة بريسلون وبيلوك ( **belloc et breslon 2003** ) التي توصلت إلى أن الإمتثال للسلوك الصحي الايجابي ينتشر لدى المسنين أكثر من الشباب.

وتفسر هذه النتائج النظرية القائلة باختلاف السلوك الصحي حسب السن على اعتبار أن المتغيرات الفاعلة مثل إدراك الخطر والقابلية للإصابة بالمرض ترتفع بارتفاع السن ، لذلك نجد السلوكات الخطرة منتشرة في فترة المراهقة حيث يرى الفرد فيها انه بعيد عن الإصابة بالمرض

### 10/ عرض نتائج الفرضية العاشرة :

تتص الفرضية العاشرة على وجود فروق في كل من تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي حسب نوع مرض السكري ،أي بين سكري النوع الأول وسكري النوع الثاني، وقد توصلت النتائج كما هو موضح في الجدول رقم (42) الى **عدم وجود فروق دالة إحصائية** في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي وذلك حسب نوع مرض السكري

وتتفق نتائج البحث الحالي مع دراسة قام بها المعهد الأمريكي للصحة ( **Van dam et al,2003** ) والتي توصلت إلى أن تدخلات المساندة الاجتماعية التي يتلقاها مرضى السكري من النوعين الأول والثاني تساهم في التكيف الايجابي مع المرض وفي المراقبة الذاتية للمرض ، كما انه لا توجد فروق دالة في تلقي المساندة بين الجنسين وبين نوعي السكري

[www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198213](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16198213)

لكن بالمقابل تختلف نتائج البحث الحالي مع ما توصلت إليه دراسة ( **Goetz et al,2012** ) على عينة ألمانية إلى أن المساندة الاجتماعية تعتبر متغير هام وفعال ، فهو يساعد المرضى من النوع الثاني على تغيير السلوكات الصحية والإلتزام بها ( ممارسة النشاط الرياضي، تغيير نظام الحمية الغذائية ومراقبة نسبة السكر في الدم .

كما تختلف ودراسة ( **Shrestha et al,2013** ) بجامعة بالهند أن النساء المصابات بالنوع الثاني من السكري كن أكثر احتراما لمواعيد الفحص وأكثر التزاما بالحمية الغذائية

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وتوضح النتائج المتوصل إليها أن كل مرضى السكري سواء كانوا من النوع الأول أو النوع الثاني يحتاجون إلى تقدير ذات عالي والى رفع في مستوى الالتزام والتحكم لتحدي وضعية المرض ولإتباع سلوكيات صحية تساهم في الإدارة الذاتية الفعالة. كما أن المرضى بحاجة إلى سند وعدم من طرف المحيط الخارجي.

ثانيا : تفسير نتائج الدراسة العيادية :

\*تفسير نتائج الفرضية الحادية عشر :

يعتبر البحث الحالي من البحوث المنتسبة إلى ميدان الصحة والمرض من خلال تناول علم النفس الصحي واعتماد النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي، فالسلوك الصحي لدى مرضى السكري والالتزام العلاجي يعتبر من أهم الإشكاليات في الوسط الطبي (مصلحة الطب الداخلي وبيت السكري) إذ يشتكي الأطباء من المرضى الذين يتأخرون عن مواعيد الفحص الطبي أو يرفضون إتباع بعض التعليمات الطبية، حيث لا يمكن لمرضى السكري أن يعتمدوا فقط على العلاج الدوائي ( الأنسولين أو الحبوب ) وان هناك بعض الشروط الواجب إتباعها ليكون العلاج فعالا والمتمثلة في المواظبة على حضور حصص الفحص الطبي، الالتزام بتناول الأدوية حسب الوصفة الطبية ، الالتزام بالحمية الغذائية والالتزام بإجراء التحاليل الطبية في وقتها. وفي حال تطبيق كل هذه الشروط والاستجابة لها فانه يمكن القول ان مريض السكري يتبنى السلوك الصحي المناسب.

وقد تبين من خلال عرض النتائج العيادية أن مرضى السكري لا يلتزمون بالسلوكات الصحية بالشكل المطلوب حسب تعبيراتهم وحسب نتائج مقياس السلوك الصحي خاصة فيما يتعلق بالحمية الغذائية وبالالتزام بمواعيد الفحوصات الطبية ويجدون لذلك عدة تبريرات كما يظهر من خلال المقابلات العيادية ، هذا وقد أكدت العديد من الدراسات ( **Petterson et Kaplan,1993** , **Turk et al,1991** , **Schlenk et Jacob,2000** ) أن المرضى الذين يعانون من أمراض عقلية أو عضوية مزمنة لا يمتثلون للتعليمات الطبية بصفة جيدة وقد تصل نسبتهم من 20% إلى 80% (دليلة زناد، 2008 : 468).

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

كما أكد أيضا الأطباء المعالجون أن مرضى السكري لا يلتزمون بكل التعليمات الطبية أو شروط العلاج الحامية للمضاعفات الصحية الناتجة عن المرض.

وتوصلت نتائج البحث الحالي أن مرضى السكري لا يدركون بالشكل الكافي معاناتهم النفسية فهم يعيشون معاشا صعبا أو متوسطا للمرض مما يدل على أنهم غير قادرين على التعرف على الجانب الايجابي للمرض للتكيف معه أو غير قادرين على التعبير على انفعالاتهم، مما يدفع إلى الاعتقاد بأن مرضى السكري غير قادرين على تسيير حياتهم اليومية بالشكل المناسب وغير قادرين على الفهم الجيد لأسباب وأثار المرض خاصة على المدى البعيد أو أنهم يتغاضون عنها، فقد ذكر 80% من المرضى أنهم لم يحضروا ملتقيات و أنهم لم يعملوا على جمع معلومات كافية عن مرضهم.

ويعتقد بعض المرضى في حالات كثيرة أن مرضهم دوري ويمكن الشفاء منه على المدى البعيد خاصة أفراد العينة ذوي المستوى التعليمي المنخفض الذين يحاولون دوما طرح تساؤلات عما إذا كان المرض مزمنا أم يمكن الشفاء منه، وهذا لأن المرضى في حالة عدم تقبل لازمان المرض و انكاره (**Le deni de la maladie**) -رغم تصريح البعض منهم عكس ذلك- و للحالة التي يعيشونها مما يجعله يهمل صحته ويتأخر في اتجاه الخطوات اللازمة للعلاج ، وهذا من شأنه ان يزيد من احتمالات مضاعفات المرض وتفاقمه على المدى القصير، وهنا يطرح جولي (Jolly,2002) إشكالية ما إذا كان الجسم هو الذي يعاني أم الفرد في حد ذاته ( في هويته)، وإذا ما كان الفرد قادرا على مراقبة حالته وضبطها (Jolly,2002,p 329).

إن المرضى الذين تحصلوا على درجات منخفضة أو متوسطة في سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية قد حصلوا بالمقابل أيضا على درجات منخفضة في السلوك الصحي ، وهذا ما يؤكد أيضا النتائج التي توصلت إليها نتائج البحث الإحصائي فسمات الشخصية تؤثر على السلوك الصحي المتبع من طرف المرضى.

وعبر المرضى كذلك أنهم يحتاجون إلى سند اجتماعي من المحيط والفريق الطبي على اعتبار أن المعلومات التي يقدمها الطبيب المعالج مهمة جدا للفهم الأفضل للحالة وللتخفيف من القلق والتوتر الذي يعيشه المريض ، كما أن السند الاجتماعي الايجابي يسمح للمريض بالتكيف وبالتخفيف من

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

عبئ المرض وضغوطاته كما توصلت إليه نتيجة البحث الحالي ونتائج مختلف الدراسات التي تم عرضها.

إن الحالة النفسية التي يعيشها المريض لا تختلف عن التفسير الكلاسيكي للأعراض النفسية للمرض المزمن عامة ومرض السكري بشكل خاص والمتمثلة في الرفض والإنكار أو التمرد على العلاج إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على نمط حياة المريض مما يجعله يرفض التحكم الكامل لمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه ومن القيود أيضا المفروضة على مريض السكري والتي تمثل مواقف ضاغطة هي القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق تجاه الأطعمة والميل إلى المقاومة بسبب تناول مريض السكري نمطا نوعيا ومتكررا من الأطعمة ( فتحي عبد الرحيم ،1987: 427)

ومن المظاهر الأخرى للقيود المفروضة على ضبط الحياة اليومية لمريض السكري هو ضرورة فحص البول، ونظراً لخبرة المريض الطويلة بالفحوص والتحليل فإنه ينتابه الشعور بالقلق تجاه نتائجها وقد يترتب على هذه المظاهر السابقة عدم الاستجابة لإرشادات الطبيب وعدم الاعتماد على النفس في مراقبة المرض سواء من ناحية تحليل البول اليومي أو الدم (ضياى حسين ،1987: 46).

ويوضح بات كليرك (Patcleark 1981) أن مرض السكري يمد المريض المصاب به بسلاح للهروب من المواجهات سواء بأخذ أنسولين زائد أو عدم تناول الوجبات أو عدم الحقن في المواعيد وذلك كله يسبب نتائج درامية وسريعة والتي تركز الاهتمام على المريض ، وتجذب إليه والتعاطف وهذا التأثير في الآخرين ينعكس (Patclerk,1981 : 64).

وأوضحت الدراسة كذلك أن الحالات التي تفوق مدة مرضها عن ال 10 سنوات اعتبرت أكثر تكيفا مع المرض وأكثر قدرة على مواجهته، فالمريض قادر على تحسين الالتزام والتحكم والتحدي من خلال الصلابة النفسية، فتشجيع المرضى للقيام بالنشاطات اليومية يجعلهم أكثر إحساسا بالمكانة والقيمة الذاتية وأكثر تقديرا لذواتهم ، وأكثر تقبلا للمرض المزمن والعلاجات الطبية المقدمة، مما يؤثر إيجابيا على نوعية حياتهم وسلوكياتهم الصحية المتبعة وأكثر تحكما في الشعور بالألم ، وفي هذا

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

الصدد توصل كفيف وآخرون (Kief et al 2003) إلى أن تعليم وتدريب المرضى له علاقة وارتباط بالألم الجسدي و ببعض الأفكار العقلية ذات العلاقة بإحساس المريض بالجدوى والتغيرات في الأعراض النفسية الجسدية والانفعالية السلوكية لإعادة البناء المعرفي لقدراتهم والسيطرة على الألم، إذ تكسبهم مهارات تسمح لهم بتغيير طرقهم في التكيف وتمنحهم استراتيجيات فعالة نحو الألم والمرض المزمن.

وتوصلت أيضا نتائج الدراسة العيادية أن برنامج التربية والمتابعة النفسية يحسن من حالة مرضى السكري ويجعلهم أكثر تكيفا مع المرض، حيث مكنت المرضى من التعبير عن انفعالاتهم السلبية وضبطها من جهة ، ومكنتهم من جهة أخرى من فهم أفضل لوضعيتهم وتقبل العلاج، فإدراكهم لخطورة المرض على المدى البعيد جعلهم يدركون مدى أهمية إتباع السلوكات الصحية المناسبة والالتزام بالعلاج ( Allen et al,2002 ;Antoni et al,2001 ) ، فقد استطاع العلاج النفسي حسب ميلتون ( Milton 1989 ) أن يؤثر تأثيرا ايجابيا على الاضطرابات الانفعالية التالية لمرض السكري، كما توصلت دراسة كيان ( chkian 1996 ) إلى أن العلاج النفسي المختصر يفيد مرضى السكري في التقليل من نسب الغلوكوز في الدم (ممدوح مختار على ، 2001 : 60-79).

وتوصل ديسفيك وآخرون (Dysvik,2004) إلى أن العلاج المعرفي السلوكي والتغلب على الجوانب المرتبطة بنوعية الحياة يساهم بشكل هام في التخفيف من الشعور بالألم .

كما تتفق نتائج البحث الحالي مع نتائج دراسة سليجمان و آخرون (seligman et al،1999) ودراسة جورتنر و"جككسون ( Gortner and Jacobson،1999) و دراسة أسماء محمد الحسين (1997) ، وكذا دراسة هشام عبد الرحمن خولي ( 2008 ) حول تأثير التدخلات العلاجية المعرفية- السلوكية في التخفيف من حدة الاضطرابات النفسية لدى المرضى .

وأیضا دراسة لان (Lane 1993) التي توصلت إلى أن ممارسة الاسترخاء يساعد على التحكم الانفعالي وبالتالي التحكم في نسبة السكر في الدم، وكذا دراسة (Zambanini 1996) إلى أن أسلوب الاسترخاء التخيلي يساهم في التحكم الأفضل للمرض وللتغلب على الخوف والقلق.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

كما تتفق ودراسة دوازن (douazan, 1997) إلى أن الالتزام العلاجي له دور مباشر على النتائج الاكلينيكية للمرضى المزمنين ومنهم مرضى السكري .

وذكرت دراسة تونسمان أن العلاج السلوكي من شأنه أن يغير من الأنماط السلوكية ، كما يرفع من قدرة مريض السكري على تقبل حالته المرضية الراهنة، وتتفق كذلك مع ما أشار إليه

( Barbar, 1996 ) إلى أن العلاج السلوكي يساهم في علاج فرط السكر في الدم، فالتدخلات العلاجية أثبتت فعاليتها في زيادة درجات التكيف النفسي للمرضى نحو مرضهم مما يتسبب في توفير نوعية حياة أفضل لهم ويشجعهم للقيام بالنشاطات اليومية، مما يزيد من إحساسهم بالكفاءة والجدوى ويصبحون أكثر تقبلاً لطبيعة مرضهم المزمن والعلاجات الطبية المقدمة لهم

(Pawlak et al, 2003).

ويجب كذلك التركيز على أهمية العلاقة العلاجية حيث تعتمد أساساً على التعاون بين المعالج والمريض في البحث عن المعوقات الذهنية التي تعرقل مجرى السلوك العادي، وفي البحث عن مدلول الاضطراب والتفسيرات الممكنة المعطاة للاستجابات غير المتكيفة واللاعقلانية، علاوة على تحديد كيفية التخلص من المعارف السلبية . ذلك يعني أن المريض يشكل طرفاً فعالاً في العلاج، ويتم ذلك بتدريب المريض على اختبار صدق أفكاره أو خطئها . وبذلك يكون العلاج المعرفي السلوكي ، قد وضع أساساً لمواجهة مشكلات التكيف مع المرض.

### 2- تقديم حالات نموذجية:

سنقوم في هذا الجزء من البحث بتقديم نموذج لحالتين من بين الحالات ال 12 التي خضعت للبرنامج العلاجي من لتوضيح أهمية الكفالة النفسية بالنسبة لمرضى السكري.

1- الحالة الأولى حالة سلمى :

1- ملخص المقابلات العيادية :

1-1. معلومات عامة عن الحالة :

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

\* المعلومات الشخصية :

العمر : 26 سنة.

المستوى الدراسي: السنة الثامنة أساسي.

سن الزواج: 22 سنة.

عدد الأطفال: 2 ( بنتان 3 سنوات و 14 شهرا ).

سن الزوج : 37 سنة.

المستوى الدراسي للزوج: 3 ثانوي .

مهنة الزوج: عامل حر.

\*معلومات عن العائلة:

الأب: متوفي منذ 16 سنة ، الأم على قيد الحياة تبلغ من العمر 67 سنة.

عدد الإخوة: 7 ( 4 إناث، 3 ذكور ).

الترتيب بين الإخوة: الأخت الصغرى.

\* الإصابات المرضية في العائلة: إصابة الأم بمرض السكري منذ 18 سنة وبعد 10 سنوات اثر على

الكلية مما جعلها تخضع لعملية تصفية الدم منذ 7 سنوات ، بالإضافة إلى أخ مصاب بمرض السكري.

\* البيانات الجسمية والطبية :

الطول (165) سم الوزن ( 75 ) كغ

علامات فارقة: الإصابة بمرض السكر ، وارتفاع في الأستون وفي نسبة الكولسترول في الدم ضغط

الدم عادي : 12/08



## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

### \*ملاحظات على سلوك الحالة

كسولة	( √ )	مجتهدة	( )
كثيرة الحركة	( )	هادئة	( √ )
مهمة	( √ )	غير مهمة	( )
صامتة	( )	منكلمة	( √ )
مشاكسة	( )	ودودة	( √ )
متمردة	( )	متعاونة	( √ )
متعبة دائماً	( √ )	نشيطه	( )
منعزلة	( √ )	اجتماعية	( )

سلمى سيدة متزوجة منذ 4 سنوات مأكثة بالبيت تقطن بضواحي مدينة ورقلة في بيت للإيجار ، المستوى الاقتصادي للعائلة فوق المتوسط . سلمى هي الأخت الصغرى بين 7 إخوة ( 4 إناث و 3 ذكور)، الأب متوفى منذ 16 سنة وأم سلمى طريحة الفراش حيث أنها مصابة بمرض السكري والكلبي الذي يستوجب تصفية الدم ثلاث مرات اسبوعياً. تقول سلمى أنها توقفت عن الدراسة بسبب مرض والدتها واضطرت للاعتناء بها بعد زواج كل أخواتها البنات : "..... بما كانت من قبل مريضة بالسكر من مدة، من بعد المرض اثر لها على الكلى تاعها ولات تصفي وتتعب ياسر وعندها الروماتيزم ..... ضرك عندها خمس سنين ملي راهي في الفراش وما تتحركش..... وخاوتي اكل متزوجين ماكانش شكور يقوم بيها عليها أنا حبست القراية وبقيت في الدار..... ما حملتش نشوفها هكذالك حبست القراية باش نقوم بيها.....".

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

بدأت سلمى خلال المقابلات معنتية بمظهرها رغم وزنها الزائد نوعا ما، واهم ما يلفت الانتباه هو طلاقها في الحديث رغم هدوءها ، حيث كانت تتكلم بتلقائية . تقول أن حياتها كانت سعيدة إلى حد ما ورغم وفاة والدها إلا أن إخوتها استطاعوا تعويض غيابها .

### 1-2. التاريخ المرضي والعلاج :

أصيبت سلمى بمرضى السكري منذ سنة تقريبا، لكن إصابتها تعود إلى قبل ذلك ، حيث أصيبت بسكري الحمل أثناء حملها بابنتها الأولى وارتفعت نسبة السكر في الدم إلى 2غ/ل ، لذلك طلب منها الطبيب المعالج مراقبة نسبة السكر وإتباع حمية غذائية. ورغم ذلك كان وزن المولود 4 كلغ . لكن بعد الولادة انخفضت نسبة السكر إلى مستواها العادي. وفي فترة الحمل الثاني عانت أيضا سلمى من ارتفاع نسبة السكر في الدم (3.75 غ/ل) مما اضطرها إلى بداية العلاج بالأنسولين وإتباع الحمية الغذائية طيلة فترة الحمل، لكن سلمى لم تكن تحترمها بالشكل السليم مما اضطرها إلى ولادة ابنتها الثانية بالعملية القيصرية.

بعد الولادة ورغم المراقبة المستمرة بقيت نسبة السكر مرتفعة ( أكثر من 2 غ/ل) وبذلك قرر الفريق المعالج أن تبدأ سلمى العلاج بالأنسولين .

وجدت سلمى صعوبة في تقبل المرض ".....كنت علابالي بعد الولادة يروح السكر كيما المرة الأولى، ما علاباليش بلي راح يبقى طالع، خلعت ياسر كي قالتلي الطبيبة بلي السكر يبقى طالع، و راح نرجع ندير الأنسولين هذي المرة على طول.....".

أما عن المرض تذكر سلمى أنها لم تحصل على معلومات كافية "....فهموني بالصح ماشي بالتفصيل، كاين حاجات فهمتهم وحاجات لا...." ، وقد يرجع عدم حصولها على معلومات كافية إلى اهمال سلمى وعدم سعيها للحصول على المعلومة وذلك بسبب عدم تقبلها للمرض كما تذكر ، فهي لم تتمكن من تقبل المرض نظرا لصعوبته ".....صعب وما تقبلتوش مليح.....ساعات نتقبلو ساعات لا.... في الأول حتى الأنسولين ما قدرتش نديرو على طول من بعد لقيت روجي لازم علي نديرو بالصح الرجيم جاني صعب...أنا من طبعي كي نتقلق وإلا نزعف روح نأكل.....نحب ياسر الحلويات " تضحك" ....على هذا بناتي جاو كبار في الحمل، كنت ناكل ياسر.....كانت تقولي

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

الطبيبة ديري الرجيم بالصح ما كنتش نتبع... " ، وتضيف سلمى أنها لا تستطيع متابعة العلاج بشكل دقيق " ما نجمش نتحكم في روجي سرتو في الرجيم وحتى كي نقول نبدا نتبع ما نقدرش نكمل " .

بالنسبة للمتابعة الطبية نقول سلمى إنها في البداية لم تكن تتبعها بالشكل السليم فقياس نسبة السكر 3 إلى 4 مرات في اليوم متعب ويقلق، وكذلك إجراء التحاليل "..... ما كنتش نقيس السكر ولا ندير التحاليل قلت خليني منها.....بالصح كي بدأت تحكمني الدوخة ، وطلعتلي الأستون (acitone) قالتلي الطبية لازم تقيسي باش نضبطو السكر تاعك ونضبطو الأنسولين لي يسحقها جسمك ، على هذا وليت نقيس حتى باش تاني ما تصراليش مضاعفات أكثر " .

وتذكر سلمى أن سبب الرغبة في المتابعة الآن هو خوفها من مضاعفات المرض وعلى بناتها أيضا " ... ضرك وليت نخاف على روجي ، وعلى بناتي تاني مازالو صغار راني ندير الانسولين بالصح ساعات نقص فيه شوية... تضحك.. " .

يبدو إذن من تصريحات سلمى انها وجدت صعوبة في تقبل المرض مما جعلها لا تتبع السلوك الصحي المناسب والحصول عن معلومات كافية عن المرض.

وعن المساندة التي تتلقاها سلمى من طرف المحيط تقول ان زوجها هو اكثر شخص يفهمها ويساندها بل هو الوحيد على الإطلاق ، وهو أيضا من يستطيع تهدئتها ويشعرها بالاسترخاء في حالة القلق، فهي تقلق دائما على حالة والدتها " زوجي يفهمني مليح وهو لي يوقف معايا حتى كي مرضت قاللي علاش تقلقي روحك، حتى كي نتقلق هو لي يهديني.....أنا من طبعي نتقلق بزاف على يما ونخاف عليها كي عادت مريضة، ديما نسقسي عليها في التليفون .. " .

### 1-3. تقرير الطبيب المعالج :

تذكر الطبيبة المعالجة أن سلمى هادئة نوعا ما فهي ليست عدوانية ولا تخلق مشاكل مع الفريق الطبي لكنها صعبة السلوك، فهي تتبع التعليمات الطبية بشكل دوي، وتذكر الكبيبة المعالجة أنها وجدت صعوبة معها في البداية لرفضها الالتزام بعلاج الأنسولين لأنها كانت تعتقد انها فترة عابرة فقط، لذلك لم تقتنع بضرورة مواصلة العلاج لذلك كانت نسبة السكر مرتفعة عن المستوى العادي رغم

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

أن سلمى تذكر أنها تتبع العلاج نوعا ما، لكن التحاليل الطبية تثبت عكس ذلك مما أدى الى ظهور الاستون، ارتفاع نسبة الكولسترول في الدم وزيادة في ضربات القلب.

نلاحظ إذن من خلال تصريحات الطبيبة أن سلمى لا تمتثل للتعليمات الطبية ولا تلتزم بكل شروط العلاج .

### 1-4. التقرير الذاتي للحالة :

عبرت سلمى عن انعكاسات مرضها إذ تذكر أنها لم تتمكن من التكيف مع المرض أو ان تتبع سلوكيات صحية مناسبة ، فهي لا تتبع نصائح الطبيب المناسبة والملائمة لحالتها، كما لا تتبع الحمية الغذائية المناسبة وذلك لأنها تجد صعوبة في إدارة المرض.

تذكر سلمى أنها فقدت الثقة بنفسها نوعا ما كما أنها لا تستطيع التحكم في ظروف المرض أو الالتزام بالعلاج لصعوبة تقبل المرض، كما تذكر أنها للتخفيف من الألم الذي تشعر به أحيانا فإنها تستخدم بعض الأدوية المسكنة فقط.

أما بالنسبة للمستقبل فتري سلمى أنها متفائلة بصدده خاصة أنها لها ابنتان صغيرتان وتحتاجان إلى الرعاية والى تواجدها معهما، بالإضافة إلى أن زوجها يقف دوما إلى جانبها .

### 2- نتائج المقاييس النفسية :

حصلت سلمى في المقاييس النفسية على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (63) يوضح نتائج المقاييس النفسية للحالة سلمى :

المقياس	الدرجة الكلية	النتائج المتحصل عليها
سلم تقدير الذات	16	40
مقياس الصلابة النفسية	147	الالتزام:25 التحكم:22

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

التحدي:23		
70		
الأشخاص المتاحين للمساعدة: 06 درجة الرضا عن المساعدة : 24	90	مقياس المساعدة الاجتماعية
30		
70	128	مقياس السلوك الصحي
43	64	سلم الألم العضوي

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن سلمى حصلت على 16 درجة في سلم تقدير الذات من 40 درجة وهي تشير إلى تقدير ذات منخفض . وتعتبر سلمى عن ذلك بنفسها إذ تذكر أنها فقدت الثقة نوعا ما في ذاتها وفي قدراتها خاصة بعد المرض. أما بالنسبة لمقياس الصلابة النفسية فقد حصلت سلمى على 70 درجة وهي درجة متوسطة نوعا ما مقارنة بالدرجة الكلية المقدرة ب 147، وحصلت

في أبعاد الصلابة النفسية على 25 درجة في الالتزام وعلى 22 درجة في التحكم، وعلى 23 درجة في التحدي. ونلاحظ أن هذه النتائج لم تمكن سلمى من الالتزام بالعلاج والتحكم به لإدارة وتسيير المرض بالشكل المناسب، وأيضا تهاونها في شروط علاج مرض السكري.

وحصلت سلمى في مقياس المساعدة الاجتماعية على 30 درجة في وهي نتيجة ضعيفة نسبيا مقارنة بالدرجة الكلية المقدرة ب 90 درجة، حيث حصلت سلمى على 06 درجات بالنسبة للأشخاص المتاحين للمساعدة الاجتماعية و 24 درجة بالنسبة لدرجة الرضا عن المساعدة الاجتماعية.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وفي نتائج مقياس السلوك الصحي فقد حصلت سلمى على 70 درجة في مقياس السلوك الصحي وهي درجة متوسطة عموماً ولا تعكس إتباعها الجيد للسلوكات الصحية المناسبة لذلك.

بينما تحصلت سلمى في نتائج استبيان الألم العضوي على 43 درجة ، وهي درجة مرتفعة نسبياً مقارنة بالدرجة الكلية المقدرة ب 64.

### 3- نتائج برنامج التربية الصحية المطبق مع الحالة سلمى :

لم تعترض سلمى عن المشاركة في البرنامج العلاجي المقترح بل رحبت بالفكرة، ورغم ذلك فإن الباحثة تأكدت من طلب المساعدة.

دامت مدة العلاج 10 أسابيع ( 8 حصص بمعدل حصة واحدة أسبوعياً + الحصة الجماعية ) تراوحت مدة كل حصة بين 50 و 60 دقيقة ، وكانت مدة الحصة الجماعية 120 دقيقة.

يهدف البرنامج المطبق مع سلمى إلى :

- رفع حالة ثقة المفحوصة بذاتها ودفعها إلى تقبل المرض والتكيف معه
- تزويد الحالة بالأفكار والمعلومات الكافية عن حالتها المرضية والمضاعفات المستقبلية.
- التحسين من الحالة الصحية للمفحوصة، والتخفيف من الألم والتوتر من خلال التدريب على ممارسة تمارين الاسترخاء.
- توجيهها لممارسة النشاطات لملى وقت الفراغ

### الجلسة الأولى : المدة : 60 د

الهدف : جمع معلومات عامة عن الحالة ، تطبيق بطارية الاختبارات النفسية. تم في الجلسة الأولى :

- ✓ جمع معلومات عن الحالة وتطبيق بطارية المقاييس النفسية ، في هذه المرحلة يتم التأكد من شعور الحالة بوجود فعلاً مشكلة تحتاج إلى تغيير وتتمثل في عدم الالتزام بالنظام العلاجي.
- ✓ التأكيد على أن البرنامج العلاجي هو نوع من العلاج بالكلام وأهمية تفاعل الحالة مع كل
- ✓ أنشطة، والخبرات خلال الجلسات و التحدث بقلب مفتوح مع الباحث لتمكينه من المعلومات اللازمة، لتسهيل تسيير الحالة.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

### الجلسة الثانية:المدة : 60 د

يتم التعرف على طرق تسيير الحالة للمرض، كما يتم رفع ثقة الحالة بالذات وبداية تطبيق تمارين الاسترخاء.

### الجلسة الثالثة : المدة : 90 دقيقة .

أجريت الجلسة الثالثة بشكل جماعي حيث تم عرض فيلم عن مرض السكري، أسبابه، أعراضه ومضاعفاته، الألم العضوي والعوامل الفسيولوجية له وفتح المجال للنقاش، للتعرف على المشكلات التي يتلقاها المرضى في إدارة المرض، إجراء حصة استرخاء جماعية.

### الجلسة الرابعة: المدة : 45 د تم التركيز على تمارين الاسترخاء.

الجلسة الخامسة : المدة : 55 د ، في هذه الجلسة يتم النقاش مع الحالة ما تعلمه في الحصة السابقة ، وان كانت الحالة وجد صعوبات في تتبع ما عرض ، مع إجراء حصة استرخاء

الجلسة السادسة: المدة 60 د، يتم خلالها تعليم الحالة مهارات تسيير خبرة المرض والعلاج، ممارسة حصص الاسترخاء

الجلسة السابعة: المدة 60 د، ويتم خلالها التدريب على التعبير عن الذات بطريقة لفظية ومقبولة ، وذلك لرفع تقديرا لحالة لذاتها، وزيادة مرونته للتعامل مع الوضعية المرضية، وذلك بتبصيرها بايجابياتها.

الجلسة الثامنة المدة 60 د ، ويتم خلال الجلسة مساعدة الحالة على التوصل إلى استراتيجيات الحصول على الدعم من المحيط الاجتماعي ، وكذا تعليم المريضة المشاركة الوجدانية مع الآخرين.

الجلسة التاسعة: المدة 60 د ، مناقشة الصعوبات التي يتلقاها أحمد في تطبيق برنامج التربية الصحية، ممارسة تمارين الاسترخاء.

الجلسة العاشرة: المدة 120 د، وهي حصة جماعية يتم تقييم ما تعلمه المرضى بشكل جماعي ، .

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

الجلسة الحادية عشر : المدة 50 د وهي حصة ختامية يتم خلالها تقييم ما تعلمته الحالة من حصص المتابعة العلاجية وترك المجال مفتوحا لتلقي علاجات متواصلة.

### خلاصة الحالة :

نلاحظ من خلال قراءة معطيات المقاييس النفسية أن الحالة سلمى قدمت مؤشرات عن عدم تكيف واضح مع الذات والحالة المرضية فهي تحصلت على درجات منخفضة في تقدير الذات، وكان التزامها والتحكم منخفضا مما جعلها غير قادرة على تحدي الوضعية المرضية التي تعيشها ، ولا تلتزم بالسلوكات الصحية المناسبة ( العلاج ، إتباع الحمية الغذائية) وحصلت بذلك على درجات منخفضة في مقياس السلوك الصحي، مما جعلها معرضة لخطر الإصابة بمضاعفات المرض ولارتفاع نسبي في درجة الألم .

والتمسنا كل الصعوبات السالفة الذكر في المقابلات العيادية ، فمن خلالها ذكرت سلمى أنها لم تتمكن من إتباع السلوكات الصحية نظرا صعوبتها كما لم تستطع التحكم في المرض أو تخفيف الألم بالشكل المناسب. لذلك اتبعنا خطة علاجية دامت 10 أسابيع هدفها رفع ثقة المفحوصة بذاتها وتوجيهها إلى التحكم الأفضل بالمرض.

ولوحظ ان الحالة توصلت نسبيا مع نهاية البرنامج إلى فهم طبيعة المرض النفسية وبذلك تحسنت نتائج التحاليل الطبية، فبعد 4 حصص انخفضت نسبة السكر في الدم كما انخفضت نسبة الأستون وسجلت نتيجة سلبية بعدها ، وتقبلت تناول علاج الكولسترول واستخدام جرعة الأنسولين بانتظام ، وكان الأهم في البرنامج هو جعل الحالة تعطي أكثر قيمة لذاتها وتحسين صورتها لجسمها، فقد مكنتها تمارين الاسترخاء من توجيه أفكارها توجيها ايجابيا والتخلص نسبيا من القلق والتوتر الذي تعيشه وذلك بالتعامل مع الوضعية بايجابية.

ودفعت الحصص العلاجية الحالة سلمى إلى استغلال شبكة العلاقات الاجتماعية ومحاولة توسيعها والاستفادة منها وذلك من خلال تسجيلها في المشاركة في نشاط في المحيط الذي تعيش فيه. وفي الأخير كانت المفحوصة سعيدة جدا بالنتائج المتوصل إليها وتقول أن الأمر كان يبدو صعبا في البداية، لكن بالمساعدة المناسبة تمكنت من المتابعة المناسبة .



## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

ونذكر أنه من المهم جدا أن تبقى الحالة تحت المراقبة النفسية وذلك بالبقاء على اتصال مع الأخصائية النفسية لمصلحة بيت السكري ، ومن خلال ملاحظات الطبيبة المعالجة لمدة شهر على الأقل للمحافظة على النتائج المتوصل إليها على المدى الطويل.

2- الحالة الثانية : حالة أحمد .

1- ملخص المقابلات العيادية :

1-1. معلومات عامة عن الحالة :

1-1.1. المعلومات الشخصية :

\*العمر : 39 سنة.

\*المستوى الدراسي : جامعي، ليسانس حقوق + شهادة الكفاءة المهنية .

\*المهنة : محامي لدى المجلس له مكتب خاص منذ 3 سنوات .

\*الوضعية الاجتماعية: متزوج منذ ثلاث سنوات.

\*سن الزوجة: 32 سنة .

\*عدد الأطفال: بنت واحدة عمرها 18 شهرا.

\*المستوى الدراسي للزوجة: جامعي.

\*مدة الإصابة بمرض السكري : سنة 2006، أي منذ 7 سنوات .

\*البيانات الجسمية والطبية

الطول (176) سم الوزن (78) كغ .

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

\*التاريخ الطبي : المعاناة من مرض السكر ، اضطرابات هضمية ، الإحساس بالتعب النفسي المتكرر .

### 2-2. معلومات عن العائلة :

\*الوالدان على قيد الحياة، عمر الأب 85 سنة ، عمر الأم 76 سنة.

\*عدد الإخوة : 08.

\*الترتيب بين الإخوة: الرابع بعد ثلاث بنات

\*الإصابات المرضية في العائلة: الأم مصابة بمرض السكري بالإضافة إلى خالين وتعاني من مرض القلب، الأب مصاب بارتفاع ضغط الدم مما سبب له شللاً نصفياً.

### 2-3. ملاحظات على سلوك الحالة

كسول	( √ )	مجتهد	( )
كثير الحركة	( )	هادئ	( √ )
مهتم	( √ )	غير مهتم	( )
صامت	( )	متكلم	( √ )
مشاكس	( )	ودود	( √ )
متمردة	( )	متعاون	( √ )
متعب دائماً	( √ )	نشيط	( )
منعزل	( )	اجتماعي	( √ )

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

أرسل احمد للفحص النفسي من طرف الطيبية المعالجة، التي أصرت على متابعته نفسيا، بعد حضوره لتلقي العلاج وإجراء التحاليل اللازمة بسبب جرح تعرض له وسبب له مضاعفات صحية وبعد أن شرحنا له طبيعة البحث الذي نحن بصد إجراءه لم يمانع من المشاركة وذكر انه يحتاج إلى

متابعة نفسية وفكر أكثر من مرة زيارة أخصائي نفسي. أجريت المقابلة الأولى للإجابة على الاختبارات، ولتحديد موعد لحصة ثانية تغيب عنها احمد فيما بعد متحججا بالعمل ، كما تغيب عن الموعد الثاني الذي حدد له أيضا ، وقد تركت الباحثة الحرية للحالة فحالة التغيب والتحجج تدل على أن أحمد لم يكن مستعدا وبعد لمواجهة صعوباته والضغط التي تعرض لها، كما تدل على مقاومته الكبيرة ، لذلك كانت الباحثة تحترم رغبة احمد عندما كان يطلب كل مرة تحديد موعد اخر للمتابعة النفسية.

حددنا موعد آخر لأحمد عند حضوره للمراقبة الطبية لجرح يده وذلك حسب رغبته وما يناسب توقيته ليحضر للحصة في الموعد المحدد هذه المرة .

### 2- تاريخ بداية المرض :

عمل أحمد في مؤسسة اقتصادية كرئيس مصلحة وذكر انه كان له علاقات كثيرة جدا مع المحيط المهني و يشهد له من طرف زملاءه ورؤساءه بإخلاصه وتفانيه في العمل. لكن احمد وجد نفسه فجأة متهما باختلاس مبلغ كبير من المال بسبب ثغرة مالية ظهرت في الحسابات ، وانه قد امضي على أوراق لا يعرف عنها شيئا، مما جعل مسؤولوه يفصلونه عن العمل ويحولونه للتحقيق، فحكم عليه بموجبها بالسجن لمدة 24 شهرا نافذة ، ورغم اعادة فتح التحقيق وتبرئته من التهمة المنسوبة إليه، إلا انه قضى سنة كاملة في السجن . تعرض أحمد بسبب هذه الحادثة إلى صدمة نفسية اصيب بعدها مباشرة بمرض السكري، يقول احمد " كان وقت صعب بالنسبة ليا، ما كنتش نتوقع ابدأ هذا المشكل و انو بعد ما كنت نخدم بإخلاص نلقى روعي متهم بحاجة ما درتهاش ..... ما صدقتش ؟ وحتى لي كنت انظن أنهم أصحابي ما لقيتهمش واقفين معايا، والاطر عرفت من بعد انو صديقين اللي كنت أنظن أنهم مقربين هما لي ورطوني في المشكل؟ واش تحبي هذي هي الثقة العمياء.....فقدت الثقة في الناس ولقيت روعي وحدي... " يتعهد احمد .

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

يذكر أحمد انه أصيب بإحباط شديد وبعد 3 أشهر من الحادثة بدأت تظهر عليه بعض الأعراض المتمثلة في التعب الشديد ، العطش وكثرة التبول ليثبت الفحص الطبي انه يعاني من ارتفاع حاد في نسبة السكر في الدم وصل الى 5.4 غ/ل ، وانه يتوجب عليه بداية العلاج بالانسولين : " هذي كانت صدمة أخرى بالنسبة ليا ما ركزتس خلاص في المرض كنت مركز في الحالة تناعي وكيفاش نثبت براءتي....".

ويذكر احمد انه بعد خروجه من السجن أحس بإحباط وعزلة شديدين فقد الثقة في نفسه وفي المحيط ورفض بشدة العودة إلى العمل عندما طلب منه مديره ذلك "... أول حاجة درتها استقلت من الخدمة ورفضت نرجع للمؤسسة ، وليت نحب العزلة وما نحب نشوف حتى واحد،..نحب نبقي وحدي برك... " لكن رغم ذلك يذكر احمد المساعدة والدعم الذين تلقاهما من طرف عائلته "... أكثر حاجة ريحتتي في وسط هذا كلو عائلتي....صدقوني وما فقدوش الثقة فيا كان والدي ديما يقولي هذا ابتلاء من عند ربي سبحانو ولازم تصبر، لازم تعاون روحك باش تخرج من هذي الأزمة وهذا شجعني كثيرا...."، يصمت احمد لبرهة ثم يواصل "..... وهذا زاد وجعني ، كنت أنا لي نرفع ديما رأس عائلتي ، واللي غاضني أني بهذا المشكلة تاغي جبت العار لاهلي ... ( بكاء) بسبتي طاحت قيمتهم وسط العائلة.. " وفي هذه اللحظة يبكي أحمد بحرقة.

يظهر إذن من خلال تصريحات احمد انه يعاني من ضغط كبير راجع إلى الصدمة والوضعية التي عاشها ، والتي كانت سببا مباشرا في ظهور مرض السكري وعدم قدرته على التكيف مع الوضعية الجديدة ، كما أن احمد يعاني من وضعية اكتئابية يحتاج إلى من خلالها إلى تكفل نفسي جاد ومعرق، فالوضعية الاكتئابية ترجع إلى شعوره بالذنب وفقدانه للمكانة و العلاقات الاجتماعية التي كان يتمتع بها من قبل ، فهو قبل الحادثة كان ناجحا ومتفائلا جدا وله العديد من المخططات البناءة. كما أن المشكلات و الضغوط التي تعرض لها احمد أثرت سلبا على ثقته بنفسه وعلى قدرته على التحكم في الضغط وتوجيهه بالشكل السليم أولا ثم التحكم في المرض ثانيا، كما يظهر من خلال المقابلات.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

بالنسبة للنشاطات المهنية يذكر أحمد " سنة 2009 فتحت مكتب محاماة خاص بي، انا عندي العديد من الشهادات بالإضافة إلى شهادتي الأصلية ، بديت نخدم مريح في البداية وتشجعت بالصح من بعد بديت نتكاسل وما نحيش نروح رغم القضايا لي عندي وكانت تجيني ، وليت مهمل و ما نخدمش الخدمة في وقتها.... حتى انو في 2010 و 2011 قريب ما خدمت خلاص كنت فاتح المكتب هكذاك برك...." .

وبالنسبة للمرض يعترف أحمد انه لا يهتم بمرضه ولا يلتزم بالعلاج ولا يتبع السلوكات الصحية المناسبة إلا القليل منها ، فهو يهمل مواعيد الفحص الطبي ولا يجريها في الوقت المناسب ولا يجري التحاليل إلا عند ظهور مشكلة صحية مثلما حدث معه هذه المرة ، كما انه لا يتبع بشكل دقيق الحمية الغذائية " .... علابالي بالمرض وبمضاعفاتو وعلابالي لازم انتبع، بالصح المشكلة ما قدرتش نتقبل المرض.....صدمة الحادثة ثم المرض بزاف عليا ..... علابالي راني مقصر في صحتي ولوكان ما تصراش مشكلة كيما هذي المرة في صبعي (يشير إلى أصبعه) ماكنتش نجي نتبع..، كما أن أحمد يهمل موعد حقن الأنسولين متحججا بنسيانه .

أما بالنسبة للألم فيذكر أحمد انه تحدث له بعض المضاعفات الصحية التي تسبب له الالم كزيادة ضربات القلب، ألأم في البطن بسبب ارتفاع نسبة الحمض الكيتوني ( l'acitone )، وايضا تقرحات الجروح.

بالنسبة للمساندة الاجتماعية المتقاة من طرق المحيط يذكر أحمد دون تردد ان والداه وخاصة والده هما اللذان يدعمانه رغم المرض : "..... والداي وخاصة والدي...." كما انه يجد المساعدة حاليا من طرف زوجته بعد زواجه " ....بعد زواجي زوجتي هي أكثر من يساندني ويدعمني....هي من العائلة وتعرف مشكلتي، وتاني متعلمة و مثقفة....تضل تقولي لازم تبع مريح صحتك..... من ناحية المرض هي لي واقفة عليا ..... " ، حتى ان احمد اقترح أن تحضر زوجته للحديث معها قصد جمع معلومات إضافية عنه من طرفها و للتعرف عليها .

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

ورغم كل ما مر به، يبدو أحمد متفائلاً بخصوص مستقبله رغم كل شيء، ويقول بهذا الصدد ".....راني شاد في ربي ومتفائل خاصة انو عندي زوجة وبنت ... بالصح ما علاباليش كيفاش نخرج من هذي الدوامة وكيفاش نحسن من روحي ونرجع كيما كنت أو على الاقل نكون مليح ..."، وفي هذه الحالة يعترف احمد انه يحتاج فعلا للمساعدة والعلاج، لكن لا يعرف كيف يحدث ذلك لنفتح المجال لاقتراح متابعة علاجية.

### 3- تقرير الطبيب المعالج :

تذكر الطبيبة المعالجة أن احمد من بين أكثر المرضى غير الملتزمين بالسلوك الصحي و لم يصل بعد إلى مرحلة تقبل المرض رغم مرور 7 سنوات من ذلك حيث انه لا يحضر إلى المواعيد المحددة للفحص في الوقت المحدد ويعاني من ارتفاع نسبي واضطراب في نسبة السكر في الدم ، فهو لا يحترم جرعة الأنسولين المحددة و يتناولها كما يريد هو، مما اثر سلبا على شبكية العين وظهرت تقرحات في أصبع يده اليمنى، كما يعاني احمد من ارتفاع الأستون مما يسبب له آلام متكررة في البطن وذلك يشكل خطرا على حياته.

وترى الطبيبة المعالجة أن أحمد يعتبر من أكثر المرضى الذين يحتاجون إلى التكفل والمتابعة النفسية.

### 4- نتائج المقاييس النفسية :

حصل أحمد في المقاييس النفسية على النتائج الموضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (64) يوضح نتائج المقاييس النفسية للحالة أحمد :

المقياس	الدرجة الكلية	النتائج المتحصل عليها
سلم تقدير الذات	40	22

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

الالتزام:24	147	مقياس الصلابة النفسية
التحكم : 25		
التحدي:27		
76		
الأشخاص المتاحين للمساعدة : 07	90	مقياس المساندة الاجتماعية
درجة الرضا عن المساعدة : 25		
32		
54	128	مقياس السلوك الصحي
46	64	سلم الألم العضوي

يلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن أحمد حصل في سلم تقدير الذات على 22 درجة من أصل 40 درجة ، وهي تشير إلى تقدير ذات متوسط أو معتدل نوعا ما . كما حصل أحمد على 76 درجة في مقياس الصلابة النفسية وهي درجة متوسطة مقارنة بالدرجة الكلية المقدرة ب 147. وحصل أحمد في أبعاد الصلابة النفسية على 24 درجة في الالتزام وعلى 25 درجة في التحكم، وعلى 27 درجة في التحدي ودرجة كلية وصلت الى 76. ونلاحظ أن هذه النتائج لم تمكنه من الالتزام بالعلاج والتحكم به لإدارة وتسيير المرض بالشكل المناسب، وأيضا تهاونه في شروط علاج مرض السكري، لكن بالمقابل تنبئ أنه يمكن تحسينها واستغلالها لرفع كفاءته الذاتية للتكفل مع المرض.

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

وتحصل أحمد على 32 درجة في مقياس المساندة الاجتماعية وهي نتيجة ضعيفة نسبيا مقارنة بالدرجة الكلية المقدرة ب 90 درجة ، حيث حصل على 07 درجات بالنسبة للأشخاص المتاحين للمساندة الاجتماعية ، وتقتصر على شخصين هما الزوجة والأب ، و 25 درجة بالنسبة لدرجة الرضا عن المساندة الاجتماعية ، وبذلك نلاحظ أن احمد راضي عن الأشخاص المتاحين للمساندة الاجتماعية رغم قلة عددهم

ومن نتائج مقياس السلوك الصحي يلاحظ أن احمد تحصل على 54 درجة في استبيان السلوك الصحي وهي درجة ضعيفة نسبيا مقارنة بالدرجة الكلية ، ولا تعكس عموما التزامه بالسلوكات الصحية المناسبة لمرض السكري. وتحصل احمد في سلم الألم العضوي على 46 درجة في وهي درجة مرتفعة تنبئ بأنه يعاني من الألم العضوي.

### 3- نتائج برنامج التربية الصحية المطبق مع أحمد:

يهدف البرنامج المطبق مع أحمد إلى :

- التفرغ الانفعالي للمشكلات التي يعيشها احمد.
- رفع حالة ثقة المفحوص بذاته ودفعه إلى تقبل المرض والتكيف معه.
- تزويد الحالة بالأفكار والمعلومات الكافية عن حالتها المرضية والمضاعفات المستقبلية.
- التحسين من الحالة الصحية للمفحوص، والتخفيف من الألم والتوتر من خلال التدريب على ممارسة تمارين الاسترخاء.

دامت مدة المتابعة العلاجية مع أحمد 12 حصة (12 أسبوع بمعدل حصة واحدة اسبوعيا و

الحصتان الجماعيتان )

### الجلسة الأولى:

مدة الجلسة 60 د. تم في الجلسة الأولى جمع معلومات عن الحالة وتطبيق بطارية الاختبارات

النفسية، في هذه المرحلة تم التأكد من شعور الحالة بوجود فعلا مشكلة تحتاج إلى تغيير .

### الجلسة الثانية:



## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

مدة الجلسة 60 د، تم في الحصة التفريغ الانفعالي واصل احمد الحديث عن مشكلاته الانفعالية، والصدمة التي تعرض لها.

### الجلسة الثالثة :

مدة الجلسة 55 د، يتم في هذه الحصة التركيز على المعوقات التي تمنع الحالة من الالتزام بالعلاج، يتم رفع ثقة الحالة بذاتها ، وبداية تطبيق حصة الاسترخاء

### الجلسة الرابعة:

مدة الجلسة 120 د .كانت جلسة جماعية حيث تم عرض فيلم عن مرض السكري، أسبابه، اعراضة ومضاعفاته، الألم العضوي والعوامل الفسيولوجية المرتبطة به وفتح المجال للنقاش للتعرف على المشكلات التي يتلقاها المريض في إدارة المرض.

### الجلسة الخامسة:

مدة الجلسة 60 د. في هذه الجلسة يتم النقاش مع الحالة ما تعلمه في الحصة السابقة ، وإن كان وجد صعوبات في تتبع ما عرض ، مع إجراء التدريب على تمارين الاسترخاء

### الجلسة السادسة:

مدة الجلسة 50 د. التركيز على تدريب الحالة على طرق الالتزام بالعلاج والتحكم في الحالة الصحية ، مع رفع ثقة المريض بذاته.

### الجلسة السابعة:

مدة الجلسة 50 د، التركيز دوما على طرق الالتزام بالعلاج والتحكم في الحالة الصحية.

### الجلسة الثامنة:

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

المدة 60 د ، ويتم خلال الجلسة مساعدة الحالة على التوصل إلى استراتيجيات الحصول على الدعم من المحيط الاجتماعي والتخلص من فكرة نظرة المحيط المسيطرة عليه ، وكذا تعليمه المشاركة الوجدانية مع الآخرين.

### الجلسة التاسعة:

المدة 45د ، التركيز دوما استراتيجيات الحصول على الدعم من المحيط الاجتماعي ، وكذا تعليمه المشاركة الوجدانية مع الآخرين.

### الجلسة العاشرة:

المدة 60 د ، التركيز على تمارين الاسترخاء، مناقشة الصعوبات التي يتلقاها أحمد في تطبيق برنامج التربية الصحية.

### الجلسة الحادية عشر:

المدة 120 د، وهي حصة جماعية يتم تقييم ما تعلمه المرضى بشكل جماعي.

### الجلسة الثانية عشر:

المدة 50 د وهي حصة ختامية يتم خلالها تقييم ما تعلمته الحالة من حصص المتابعة العلاجية وترك المجال مفتوحا لتلقي علاجات متواصلة.

### خلاصة المعطيات العامة

عاش أحمد صدمة كانت السبب في إصابته بمرض السكري، ولم يتمكن من تقبل المرض لذلك رفض الالتزام به ومتابعته.

حديث احمد وبكائه جعله يخرج شحنة انفعالية كانت نوع من التنفيس لضغوطاته وكذلك جعلته يواجه صعوباته و بداية صفحة جديدة للتكيف النسبي مع المرض ، وقد ترتبط تعقيدات المرض بفقدان الهوية الجسدية. والمواجهة في حد ذاتها سمحت له بالبداية من جديد إذ يقول احمد " كنت مركز برك على المشكلة لي فانتت علي وكيفاش الناش رابحين يشوفو فيا..... مع إنني مانو يعاملوني مليح في

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

السجن.....كنت نتحرك بسهولة وعندني علاقات جيدة مع الجميع، المدير، الطبيب، العمال.... وأيضاً كنت مدرسا ومعلما.... " وهذا كله ساعده على الخروج من مشكلته والتعايش معها بايجابية ".... هي تجربة ساعدتني على تعلم أشياء ايجابية ورؤية الحياة أيضا من زاوية أخرى... يقول أحمد أيضا أن التجربة علمته ألا يضع ثقته في جميع الناس وان يكلمهم بمكيال حسن ، ان يعطي قيمة اكبر لذاته ونفسه وحتى إن ساعد الناس فلا ينتظر الرد منهم.

يقول أحمد أيضا أنه كان سعيدا جدا لأنه وجد تجربة للمتابعة النفسية " .... عاونتني هذي التجربة ياسر... سمحتلي باش أنعبر عن أحزاني وعن ألامى...." ، وأنه لم يندم انه عاشها.

المهم في حالة احمد أنه تمكن من الالتزام بجرعة الأنسولين المحددة من طرف الطبيب المعالج ومن احترام مواعيد الفحص الدورية وإجراء التحاليل ، وهذا يدل على أن أحمد عندما تمكن من مواجهة احباطاته وصدمة النفسية تمكن من الخروج من المشكلة التي يعيشها ومن حالته الاكتئابية. يجدر بالذكر أيضا أن فترة العلاج تواصلت مع أحمد لمدة إضافية بعد نهاية البرنامج العلاجي.

### الاستنتاج العام :

سعت إجراءات البحث الحالي إلى التحقق من الأهداف المتمثلة في الكشف عن العلاقات الارتباطية بين كل من تقدير الذات، الصلابة النفسية والمسندة الاجتماعية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، والتعرف على مختلف الفروق في تقدير الذات، الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية لسلوك الصحي والألم العضوي حسب بعض المتغيرات الوسيطة للدراسة ( الوضعية الاجتماعية، مدة المرض، الجنس، المستوى التعليمي، نوع المرض،). كما هدف البحث إلى الكشف مستوى معاناة عينة مرضى السكري من الألم العضوي .

وتجدر الإشارة أن الأهداف المسطرة لهذا العمل قد تحققت ،من خلال النتائج المتوصل إليها والتي توصلت وجود علاقات ارتباطية بين تقدير الذات ،الصلابة النفسية، المساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري ، كما توصل البحث أن مرضى السكري يعانون من الألم العضوي .

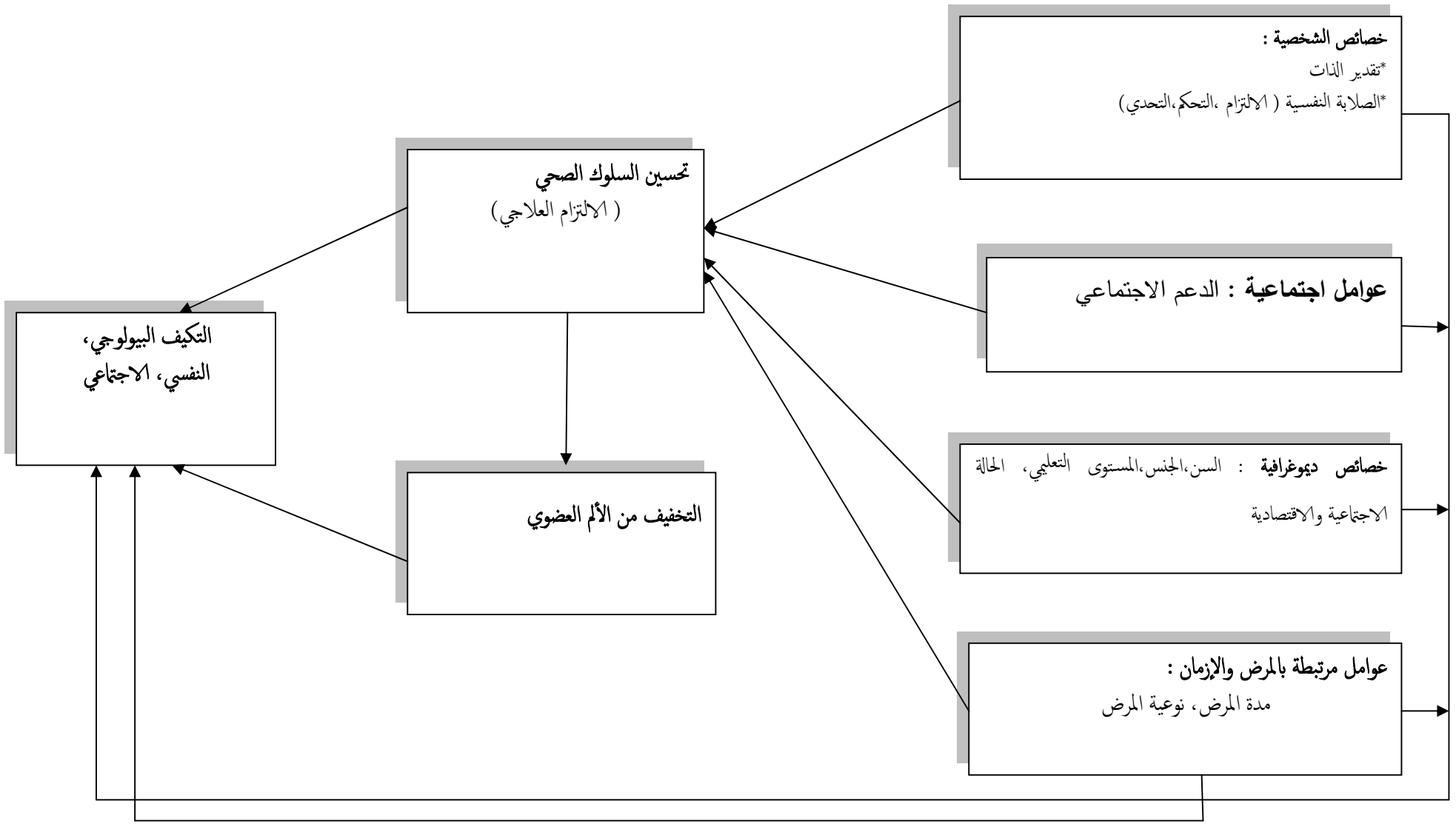
كما توصلت النتائج إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في سمات الشخصية " تقدير الذات ،الصلابة النفسية " ، والسلوك الصحي والألم العضوي حسب المستوى التعليمي، بينما كانت الفروق

## الفصل التاسع : مناقشة وتفسير نتائج البحث

دالة في استجابات مرضى السكري على مقياس المساندة الاجتماعية وذلك لصالح فئة الجامعيين ، عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات، المساندة الاجتماعية، السلوك الصحي والألم العضوي حسب مدة المرض ، بينما كانت النتائج دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض في استجابتهم على مقياس الصلابة النفسية وذلك لصالح الفئة التي فاقت مدة مرضها 10 سنوات ، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات، الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية حسب الجنس، بينما كانت النتائج دالة إحصائية على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجابتهم على مقياس السلوك الصحي وذلك لصالح الإناث، وأيضاً وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجابتهم على سلم الألم العضوي وذلك لصالح الذكور . عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والألم العضوي حسب سن المرضى، بينما توصلت ذات النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي باختلاف سن المرضى وذلك لصالح الفئة العمرية بين 37 و 46 سنة، عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي وذلك حسب نوع مرض السكري ، وكذلك وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية بالسلوك الصحي، وكذا وجود علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري.

كما تمكن البحث الحالي من دراسة دور العديد من العوامل والمتغيرات وفق النموذج التكاملية لعلم النفس الصحة الذي مكن من التحكم الحسن في البحث ، والذي يمكن تطبيقه أيضاً على عينات مرضية أخرى غير مرضى السكري ، أو فئات عمرية أخرى مختلفة ( أطفال - مراهقون ) لذلك يمكن أن يفتح البحث الحالي المجال لدراسات أخرى مكتملة.

وفي الأخير اقترحت الباحثة نموذجاً لدراسة المتغيرات النفسو - اجتماعية والديموغرافية المؤثرة في إتباع السلوكات الصحية لدى مرضى السكري:



شكل رقم (10) يوضح نموذج التكيف مع مرض السكري والتخفيف من الألم العضوي من خلال تحسين السلوك الصحي

## الخاتمة :

أجريت الدراسة الحالية من خلال تناول علم النفس الصحة وبالاعتماد على النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي وذلك بهدف دراسة العلاقات الإرتباطية بين كل من سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، كما حاول البحث التعرف على دور هذه المتغيرات في التخفيف من الألم العضوي لدى المرضى، فالتزام مرضى السكري بالسلوك الصحي يعتبر من بين الإشكاليات في الوسط الطبي إذ يشتكي الأطباء من عدم التزام المرضى بالتعليمات الطبية أو مواعيد الفحص الطبي المتعلق بعلاج المرض، رغم أن هذا الأخير يلعب دورا كبيرا في التخفيف من تعقيدات المرض أو تأخيرها، إذ لا يمكن لمريض السكري أن يعتمد على العلاج الدوائي فقط ( الأنسولين أو الحبوب) وإنما هناك بعض الشروط الواجب إتباعها حتى يكون العلاج فعالا والمتمثلة في إتباع الحمية الغذائية، ممارسة الرياضة، عدم التدخين والابتعاد عن الكحول، المواظبة على مواعيد الفحص .

يعتبر هذا البحث فرصة للتعرف على مجموع الدراسات التي اهتمت بمرض السكري وأهمية المساندة الاجتماعية المقدمة، وبينت نتائجها أنه من المهم إجراء دراسات وبحوث أخرى للفهم الأفضل للعوامل النفسية والاجتماعية المسيرة لمرض السكري

إذن تناول البحث المعنى النفسي والاجتماعي الذي يمثله مرض السكري للفرد والعوامل النفسية ( تقدير الذات ، الصلابة النفسية ) والاجتماعية ( المساندة الاجتماعية ) المرتبطة به.

وقد توصلت نتائج البحث ان مرضى السكري لا يلتزمون ولا يتبعون بشكل كامل السلوكات الصحية التي يصفها الطبيب المعالج بل ويجدون لذلك عدة تبريرات، مما يتسبب في حدوث مضاعفات صحية يدركها المرضى على انها نتيجة لعدم الإلتزام بالسلوك العلاجي ( كالألم،ارتفاع الاستون، أعراض ارتفاع نسبة السكر) مما يدل أيضا على انه غير قادرين على تسيير حياتهم بالشكل الملائم بعد الإصابة بالمرض .

ويتوافق ذلك مع ما توصلت اليه بعض الدراسات كدراسات (Kaplan et Petterson,1993) و (Turk et al,1991) و (Schlenk et Jacob,2000) إلى أن المرضى الذين يعانون من أمراض عضوية أو عقلية مزمنة لا يلتزمون بالتعليمات المقترحة من طرف الطبيب المعالج وقد تصل نسبتهم الى 80 ٪ (زناد، 2013: 512).

وهنا يذكر جولي كذلك أنه (Jolly,2002) تطرح إشكالية ما إذا كان الجسم هو الذي يعاني أم الفرد في حد ذاته ( في هويته)، وإذا ما كان الفرد قادرا على مراقبة حالته وضبطها

وتجدر الإشارة أن الأهداف المسطرة لهذا العمل قد تحققت ، فقد تمكن البحث من تأكيد بعض الدراسات والبحوث السابقة من خلال تحليل النتائج الإحصائية التي توصلت إلى وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من تقدير الذات ، الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، كما توصل البحث أن مرضى السكري يعانون من الألم العضوي.

توصل البحث كذلك إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في سمات الشخصية " تقدير الذات الصلابة النفسية "، والسلوك الصحي والألم العضوي حسب المستوى التعليمي، بينما كانت الفروق دالة في استجابات مرضى السكري على مقياس المساندة الاجتماعية وذلك لصالح فئة الجامعيين ، عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات، المساندة الاجتماعية، السلوك الصحي والألم العضوي حسب مدة المرض ، بينما كانت النتائج دالة على وجود فروق جوهرية بين مجموعات مدة المرض في استجاباتهم على مقياس الصلابة النفسية وذلك لصالح الفئة التي فاقت مدة مرضها 10 سنوات، وعدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات، الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية حسب الجنس، بينما كانت النتائج دالة إحصائية على وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على مقياس السلوك الصحي وذلك لصالح الإناث، وأيضاً وجود فروق جوهرية بين الذكور والإناث في استجاباتهم على سلم الألم العضوي وذلك لصالح الذكور . عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقدير الذات والمساندة الاجتماعية والألم العضوي حسب سن المرضى، بينما توصلت ذات النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي باختلاف سن المرضى وذلك لصالح الفئة العمرية

بين 37 و46 سنة. كما توصل البحث إلى عدم وجود فروق دالة إحصائية في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي وذلك حسب نوع مرض السكري ، وكذلك وجود علاقة ارتباطية دالة بين كل من سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية بالسلوك الصحي، وكذا وجود علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري.

كما أوضحت النتائج أن أفراد العينة يحتاجون إلى المساندة الاجتماعية ، فيلاحظ عموماً الرضا عن المساندة المتلقاة لكنه ليس بالشكل الكافي ، فمن المهم جداً أن يحس الفرد أن هناك أفراداً يساندونه ويقفون إلى جانبه وقت الحاجة وذلك من شأنه أن يحسن من السلوكيات الصحية المتبعة .

ورغم ذلك تذكر كروز (Crouse,2003) أن المساعدة الاجتماعية تقل مع الوقت (المساعدة المتلقاة والرضا عنها) .

إن الحالة النفسية التي يعيشها المريض لا تختلف عن التفسير الكلاسيكي للأعراض النفسية للمرض المزمن عامة ومرض السكري بشكل خاص والمتمثلة في الصدمة الأولية أمام المرض، رفضه وإنكاره ودخول في دوامة من الفلق والاكئاب، ثم إعادة البناء ومحاولة التكيف مع المرض ، لذلك فإن الحالات التي تفوق مدة مرضها عن 10 سنوات اعتبرت أكثر تكيفا مع المرض وأكثر قدرة على مواجهته، فالمريض قادر على تحسين الالتزام والتحكم والتحدي في الصلابة النفسية. وما يطرح التساؤل أيضا إن كانت سمات الشخصية نفسها قبل الإصابة بالمرض؟ وهل مرض السكري في حد ذاته يعتبر عاملا مفعرا لبعض السمات النوعية أو مطورا لبعضها الآخر؟

ومن المهم جدا أن يتلقى المرضى تكفلا نفسيا فعالا من شأنه أن يساعدهم على التكيف مع المعاناة النفسية ومع صعوبات المرض، وكذا إيجاد استراتيجيات ملائمة مع الوضعيات الضاغطة، وهذا من شأنه أيضا أن يسלט الضوء على الدور الفعال للأخصائي النفسي العيادي في المؤسسات الصحية الجزائرية إذ من المهم إجراء تكوينات مكثفة للأخصائيين حتى يكون أكثر امتلاكا للمعارف والمعلومات المتعلقة ببيكولوجية الأمراض المزمنة والخطيرة، وحتى يكون أكثر فعالية في التشخيص وفي التدخلات العلاجية.

وفي الأخير يمكننا القول أن نتائج البحث الحالي تفتح أفقا جديدة لبحوث مستقبلية ، وفي

ضوء ذلك نوصي ب :

✓ إجراء دراسات أخرى تشتمل على عينة أكبر من مرضى السكري إدراج متغيرات أخرى ( كالفعالية الذاتية، التفاؤلية، مركز الضبط أو التحكم والعصابية) والتي قد تكون لها دور أكثر فعالية من اختيار سمتين فقط من سمات الشخصية ( تقدير الذات والصلابة النفسية) وهنا تتساءل الباحثة عن إمكانية دراسة العوامل الخمس الكبرى للشخصية وعلاقتها بالتكيف الإيجابي لمرض السكري.

✓ دراسة استراتيجيات التوافق Coping التي يعتمدها مرضى السكري في مواجهة المواقف الضاغطة

✓ دراسة ملامح السلوكيات الصحية الحامية للصحة، أو سلوكيات الخطر لدي عينات مرضية أخرى



- ✓ التعمق أكثر في دراسة الألم العضوي لدى مرضى السكري أو عينات مرضية أخرى، وكذا دراسة الألم النفسي لدى المرضى .
- ✓ اختبار فعالية برامج علاجية مقترحة للتكفل بمرضى السكري .
- ✓ وفي الأخير لا يمكن أن نختم هذا البحث دون الحديث عن ضرورة اختبار دور العلاجات النسقية المتمثلة في العلاج العائلي الذي عرف تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة مما أدى إلى ظهور شكل من أشكال العلاج العائلي المتكيف مع المرض المزمن والمتمثل في العلاج العائلي الطبي.

## • المراجع باللغة العربية :

### 1-الكتب :

- 1- أبو زيد، إبراهيم (1987) : سيكولوجية الذات و التوافق ، دار المعارف ، مصر .
- 2- أبو سريع، أسامة (1993) : الصداقة من منظور علم النفس، سلسلة عالم المعرفة، العدد 179، المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب، الكويت.
- 3- أحمد، أحمد حسنين (2011): سيكولوجية الألم، إيتراك للطباعة والنشر والتوزيع، ط1، القاهرة .
- 4- أحمد، سهير كامل (2003) : الصحة النفسية والتوافق، مركز الإسكندرية للكتاب ، ط1، الإسكندرية، مصر.
- 5- الحجار، حمدي (1990): فن العلاج في الطب النفسي السلوكي ، دار العلم للملايين ، بيروت.
- 6- الرواجبة، عايدة (2008) : علاج مريض السكري ، ط1، دار الإسراء للنشر والتوزيع ،عمان ، الأردن
- 7- الزهراني ،حسن بن علي (2006): الأقدام السكرية ،الوقاية والعلاج، مدينة الملك عبد العزيز للعلوم والتقنية ، المملكة العربية السعودية .
- 8- الزيات، فتحي مصطفى (2001): علم النفس المعرفي: دراسات وبحوث، دار النشر للجامعات، ج1 ، ط1، مصر.
- 9- الشراوي، أنور محمد (1992): علم النفس المعرفي المعاصر ، مكتبة الأنجلو مصرية ، القاهرة .
- 10- الظاهر، قحطان أحمد (2004) : مفهوم الذات بين النظرية و التطبيق ، دار وائل للنشر ، ط1
- 10- العنوم ،عدنان يوسف (2004) : علم النفس المعرفي النظرية والتطبيق، دار المسيرة، ط1، الأردن.
- 11- العيسوي ،عبد الرحمن ( 1994 ) : الأمراض النفسية والعقلية ، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
- 12- المليجي، حلمي (2004) : علم النفس المعرفي ، دار النهضة العربية ، بيروت ، لبنان .
- 13- الهرساني ، حامد محمد ( 1965 ): قصة البول السكري، مؤسسة مكة للطباعة والإعلام، مكة المكرمة، ط2.

- 14- الوقفي راضي (1998): مقدمة في علم النفس ، الشروق للدعاية والإعلان والتسويق ، ط3، عمان .
- 15- باظة، أمال عبد السميع (1998) : الشخصية والاضطرابات السلوكية و الوجدانية ، مكتبة الانجلو مصرية، القاهرة.
- 16- بن عبد الله ، محمد (2010) : سيكوباتولوجيا الشخصية المغاربية ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر.
- 17- بوحوش ، عمار ، الذنبيات محمود (ب س) : مناهج البحث العلمي ، ط1، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر
- 18- ترول تيموتي ، ترجمة فوزي شاعر طعيمة حداد (2007): علم النفس الاكلينيكي، دار الشروق للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 19- دويدار، عبد الفتاح (1992) : سيكولوجية العلاقة بين مفهوم الذات و الاتجاهات ، دار النهضة العربية للطباعة و النشر ، بيروت ، لبنان .
- 20- رويحة، أمين (1973) : داء السكري، أسبابه أعراضه وطرق مكافحته، دار القلم، الطبعة الأولى ، لبنان.
- 21- زلوف، منيرة (2011): المعاش النفسي للمراهقات المصابات بداء السكري المرتبط بالأنسولين واثره على التحصيل الدراسي، دار هومة للطباعة والنشر والتوزيع ، الجزائر.
- 22- زناد، دليلة (2013) : علم النفس الصحي، تناول حديث للأمراض العضوية المزمنة ، العجز الكلوي المزمن وعلاج الهيمودياليز نموذجاً ، دار الخلدونية للنشر والتوزيع، الجزائر.
- 23- سلطان، ابتسام محمود محمد ( 2009): المساندة الاجتماعية وأحداث الحياة الضاغطة، دار صفاء للطباعة والنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
- 24- سعيد، إيمان فوزي (1996): الصحة النفسية، مكتبة زهراء الشرق، ط1، القاهرة.
- 25- سليم مريم (2003) : تقدير الذات و الثقة بالنفس ، دار النهضة العربية ، ط1، بيروت .
- 26- سليمان ،شحاتة وسليمان ،محمد (2005): اتجاهات الأطفال نحو الذات والرفاق والروضة، مركز الإسكندرية للكتاب، الإسكندرية، مصر.
- 27- زهران ،حامد عبد السلام ( 1997) : الصحة النفسية و العلاج النفسي ، عالم الكتب ، ط.3

- 28- شكري، مايسة محمد وآخرون (2000) : مفاهيم الصحة والمرض الجسدي في علم النفس، دار الفتح للنشر ،الإسكندرية.
- 29- شقير ، زينب محمود (2005) : الإعاقة الصحية ، ط1، مكتبة النهضة المصرية.
- 30- شكشك، أنس (2008): علم النفس العام ، دار النهج للدراسات والنشر والتوزيع، ط1، حلب، سوريا.
- 31- شويخ، هناء أحمد (2007) : أساليب تخفيف الضغوط الناتجة عن الأورام السرطانية .....،
- 32- صالح ، قاسم حسين والطارق ،علي (1998) : الاضطرابات النفسية والسلوكية والعقلية من منظوراتها النفسية والإسلامية ، مكتبة الجيل الجديد ، ط1 ، صنعاء.
- 33- عبد، الحميد جابر(1990): نظريات الشخصية ، البناء ، النمو ، طرق البحث و التقييم ، دار النهضة العربية ، القاهرة .
- 34- عبد الحميد، ليلي (1985) : مقياس تقدير الذات للصغار والكبار ، دار النهضة العربية ، القاهرة.
- 35- عبد الرحمن ،محمد (1999) : علم الاضطرابات النفسية والعقلية، دار قباء للكتاب ، الجزء الثاني، القاهرة .
- 36- عبد المعطي، حسن مصطفى (1998): علم النفس الإكلينيكي، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.
- 37- عباس، فيصل (1996): الاختبارات النفسية تقنياتها وإجراءاتها، دار الفكر العربي، ط1، بيروت.
- 38- فايد حسين علي ، أبو النيل محمود السيد (2001): دراسات في الصحة النفسية ، المكتب الجامعي الحديث.
- 39- كامل ،سهير (2003) : الصحة النفسية والتوافق ، مركز الإسكندرية للكتاب، ط2، الإسكندرية مصر .
- 40- مالهى رانجيت .س و ر. ريزنر (2005) : تعزيز تقدير الذات ، مكتبة جرير، ط1 ، الرياض.
- 41- مخيمر عماد ( 2002) : دليل استبانة الصلابة النفسية، القاهرة، مكتبة الأنجلو مصرية.
- 42- معمريه ،بشير ( 2002): القياس النفسي وتصميم الاختبارات النفسية، منشورات شركة باتنيت للمعلوماتية والخدمات المكتبية والنشر، ط1، الجزائر .
- 43- محمد،عبد الرحمن السيد (1999): علم الأمراض النفسية والعقلية :الأسباب،الأعراض، التشخيص والعلاج، موسوعة الصحة النفسية، الكتاب الأول،ج2، دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة.

44- هني،محمود عبد الحليم (1986) : قياس مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة ، مركز النشر العلمي مطبعة جامعة الملك عبد العزيز ، السعودية .

45- نصار،كريستين (1998): اتجاهات معاصرة في العلاج النفسي، شركة المطبوعات للتوزيع والنشر ط1 ، بيروت.

46- هو طوني ، هوك بول ، تعريب شيخاني سمير (1998) : سيكولوجيا التقييم الذاتي ، دار الجيل ط2 ، بيروت .

47- يخلف عثمان (2001) : الأسس النفسية والسلوكية للصحة، ط1، دار الثقافة للطباعة والنشر والتوزيع، الدوحة.

## 2- القواميس :

48- الحفني ،عبد المنعم (1993) : موسوعة أعلام علم النفس ، مكتبة مدبولي ، القاهرة.

49- أسعد، يوسف ميخائيل (1998) : قاموس علم النفس ، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع القاهرة.

50- عبد الحميد ، جابر وكفافي ،علاء الدين (1992) : معجم علم النفس والطب النفسي ، النهضة العربية ، الجزء الخامس ، القاهرة.

51- معتوق، فريدريك (1993) : معجم العلوم الاجتماعية ، مراجعة وإشراف محمد دبس ، ط1 أكاديمية ، بيروت ، لبنان.

## 3- الرسائل والمقالات :

52- الأنصاري،محمد بدر (1999): مقدمة لدراسة الشخصية ، كلية العلوم الاجتماعية، جامعة الكويت ط1 .

53- آيت حمودة حكيمة (2006): دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس العيادي جامعة الجزائر 2.

54- إبراهيم ،أسماء (2001) : المساندة الاجتماعية التقليدية وغير التقليدية في حالات الثقل، دراسة ميدانية ، المؤتمر السنوي الثامن، مركز الإرشاد النفسي ،القاهرة ، جامعة عين شمس ،ص ص 13\_35.

- 55- أبو النيل محمود ( 1973 ) : تقويم العصابية وتقبل المرض عن طريق اختبار ايزنك للشخصية رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة عين الشمس.
- 56- أبو ندى ، عبد الرحمن (2007) : الصلابة النفسية وعلاقتها بضغط الحياة لدى طلبة جامعة الأزهر بغزة، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الأزهر، كلية التربية ، قسم علم النفس ، غزة.
- 57- البهاص ،سيد احمد (2002) : النهك النفسي وعلاقته بالصلابة النفسية لدى معلمي ومعلمات التربية الخاصة، مجلة كلية التربية، جامعة طنطا ، العدد 31، المجلد الأول، ص ص 384- 414.
- 58- التميمي ،أمينة عبد الجواد (2006) : فاعلية التدريب على استراتيجيات التكيف في خفض القلق والاكتئاب وتحسين مستوى التكيف النفسي لمرضى الفشل الكلوي المزمن ، رسالة دكتوراه غير منشورة جامعة اليرموك، الأردن .
- 59- الجمل ، زهرة البشير محمد ( 2005 ) : تأثير مرض السكر في النمو الجسمي والنفسي والاجتماعي للأطفال المصابين في السن من ( 5 - 14 ) سنة دراسة إمبريقية
- 60- الداغستاني، سناء عيسى (2010): المعتقدات الصحية التعويضية وعلاقتها بتنظيم الذات الصحي، مجلة البحوث التربوية والنفسية، العدد 26، ص - ص 78-126 .
- 61- الدخان، نبيل كامل ، الحجار بشير إبراهيم (2006): الضغوط النفسية لدى طلبة الجامعة الإسلامية وعلاقتها بالصلابة النفسية لديهم ،مجلة الجامعة الإسلامية (سلسلة الدراسات الإنسانية)، المجلد 14 ، العدد الثاني، ص-ص 369-398 ، غزة.
- 62- الدريني، حسين عبد العزيز واحمد، سلامة محمد (1983) : قياس تقدير الذات في البيئة القطرية بحوث ودراسات في الاتجاهات والميول النفسية، ج 2، المجلد، 7، مركز البحوث التربوية ، جامعة قطر، ص ص 481-511
- 63- الرفاعي ،عزة (2003) : الصلابة النفسية كمتغير وسيط بين إدراك أحداث الحياة الضاغطة وأساليب مواجهتها، رسالة دكتوراه غير منشورة، القاهرة، كلية الآداب، جامعة حلوان .
- 64- الصبان، عبير بنت محمد حسن (2003) : المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى عينة من النساء السعوديات المتزوجات العاملات في مدينتي مكة المكرمة وجدة ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس تخصص صحة نفسية، كلية التربية للبنات المملكة العربية السعودية. ،

- 65- المحمداوي ، حسن إبراهيم حسن (2007) : العلاقة بين الاغتراب والتوافق النفسي للجالية العراقية في السويد ، رسالة دكتوراه، الآكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك، كلية الآداب والتربية، قسم العلوم التربوية والنفسية والاجتماعية.
- 66- المفرجي، سالم محمد عبد الله ، الشهري ، عبد الله علي (2008) : الصلابة النفسية والأمن النفسي لدى عينة من طلاب وطالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة ، بحث منشور في مجلة ( علم النفس المعاصر والعلوم الإنسانية ) ، جامعة المنيا - العدد 19 ، أكتوبر 2008 .
- 67- المنشاوي ، عادل محمود (2006) : التنبؤ بالتفاؤل والتشاؤم في ضوء بعض المتغيرات النفسية والديموغرافية لدى عينة من طلاب كلية التربية، مجلة التربية المعاصرة العدد 74 ؛ أغسطس 2006؛ ص ص 1- 61، جامعة دمنهور ، الإسكندرية ، مصر .
- 68- الوقفي، زينب نوفل احمد راضي (2008) : الصلابة النفسية لدى أمهات شهداء انتفاضة الأقصى وعلاقتها ببعض المتغيرات ، رسالة ماجستير غير منشورة في الصحة النفسية ، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 69- بدر، فائقة محمد (2008): علاقة الخبرات الانفعالية المرتبطة بمواقف الغضب بالصلابة النفسية لدى معلمات المرحلة الابتدائية، المجلة المصرية للدراسات النفسية ، العدد 58، المجلد 18،
- 70- بلكيلاني، ابراهيم بن محمد (2008) : تقدير الذات وعلاقته بقلق المستقبل لدى الجالية العربية المقيمة بمدينة أوسلو بالنرويج، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس، الاكاديمية العربية المفتوحة في الدانمارك .
- 71- بلوم محمد، حنصالي مريامة (2013):المقاربة النظرية لإحدى سمات الشخصية المناعية : الصلابة النفسية، مجلة علوم الإنسان والمجتمع، العدد 08، ديسمبر 2013.
- 72- بنت احمد عطار ،إقبال (2007) : الذكاء الاجتماعي وعلاقته بكل من الصلابة النفسية ومفهوم الذات لدى طالبات الاقتصاد المنزلي بجامعة الملك عبد العزيز ، العدد 36، المجلد الأول ، ص ص 62- 73 ، مجلة كلية التربية ، جامعة طنطا.
- 74- بوشدوب ، شهرزاد (2009): المساندة الاجتماعية وأثرها على بعض العوامل الشخصية وإستراتيجية التعامل مع الضغط المدرسي ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس الاجتماعي، جامعة الجزائر2.

- 75- بوعافية، نبيلة ( 2009): علاقات الشخصية بالأمراض العضوية ، مجلة دراسات نفسية وتربوية، الجزائر ، عدد 03، ديسمبر 2009.
- 76- تركي ،أمل سليمان (2005) : أساليب مواجهة الضغوط عند الصحيحات والمصابات بالاضطرابات النفسجسمية" السيكوسوماتية"، دراسة مقارنة، دراسة ماجستير غير منشورة في علم النفس ، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
- 77- حريوش، سليمة (2009) : المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري ، رسالة ماجستير غير منشورة في علم النفس الصحة ، جامعة الحاج لخضر، باتنة، الجزائر.
- 78-خطار، زهية (2011): دور المساندة الاجتماعية في التخفيف من درجة الشعور بالاكتئاب لدى المصابات بمرض السرطان ، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 08 ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر2، ص ص 107-13
- 79- خليل، محمد محمد بيومي (1996): المساندة النفسية/الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضي إلى الموت، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 37 السنة العاشرة.
- 80- رضوان ،سامر جميل ، كونراد ريشكه (2001): السلوك الصحي والاتجاهات نحو الصحة، دراسة ميدانية مقارنة بين طلاب سوريين وألمان، مجلة التربية، العدد 4، جامعة دمشق، دمشق، ص ص 42-7
- 81- زناد ،دليلة (2007) : سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم ، رسالة دكتوراه غير منشورة ، جامعة الجزائر 2.
- 82- سلامة ،ممدوحة (1991) : المعاناة الاقتصادية وتقدير الذات والشعور بالوحدة النفسية لدى طلاب الجامعة، مجلة الدراسات النفسية، المجلد (8)، العدد (1) ،القاهرة ،رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين (رانم) . ص ص 475 \_ 496 .
- 83- شكري ،مايسة محمد ( 1993): الفروق في نمط السلوك أ لدى ثلاث فئات اكلنيكية من المرضى الراشدين، المجلة المصرية للدراسات النفسية، القاهرة، ص 54 ( 28-55).
- 84- عبد الله ، محمد قاسم (1995): النظريات المعرفية للاكتئاب ،مجلة الثقافة النفسية،مركز الدراسات النفسية، دار النهضة العربية، العدد 04، المجلد السادس، بيروت.



- 85- عابد، وفاء جميل دياب (2008) : الوحدة النفسية لدى زوجات الشهداء وعلاقتها بالصلابة النفسية في ضوء بعض المتغيرات النفسية ، رسالة ماجستير غير منشورة في الصحة النفسية ، الجامعة الإسلامية، غزة.
- 86- عبد الرحمن ، صالح عبد الكريم مدني (1999) : قوة الأنا وتقدير الذات ، كلية الآداب ، جامعة عين الشمس.
- 87- عبد المقصود، هانم علي (1991) : علاقة التأمل / الاندفاع بكل من القلق وتقدير الذات، مجلة التربية ، كلية التربية، جامعة الزقازيق، مصر، ص ص 61-93.
- 88- علي ،علي عبد السلام (1997): المساندة الاجتماعية ومواجهة أحداث الحياة الضاغطة كما تدركها العاملات المتزوجات، مجلة الدراسات النفسية، المجلد(7) ، العدد(2) ، القاهرة ، رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية (رانم) ، ص ص 201\_232 .
- 89- علي ،ممدوح مختار ( 2001) : العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية ، رسالة دكتوراه الفلسفة في علم النفس ، جامعة طنطا ، مصر .
- 90- فايد ،حسين علي (1998) : الدور الدينامي للمساندة الإجتماعية ، العدد (2)، القاهرة ، رابطة الأخصائيين المصريين النفسيين المصرية ( رانم ) ، ص ص 153\_192 .
- 91- مصطفى ،يوسف صالح ، بتو ،أسيل إسحاق (2007) : قياس العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية وعلاقتها بتقييم الذات التحصيلي لدى طلبة الجامعة ،مجلة كلية الآداب، العدد 77، كلية التربية للعلوم الإنسانية،جامعة صلاح الدين، اربيل، العراق.
- 92- كوريس ،مؤيد إسماعيل (2007) : كشف الذات وعلاقته بالعوامل الكبرى للشخصية لدى مدرسي الجامعة والصحفيين والمحامين ، أطروحة دكتوراه غير منشورة، كلية التربية ، ابن رشد، جامعة بغداد.
- 93- محمد ،عبد الخالق أحمد (1981): التفاؤل وصحة الجسم، دراسة علمية، مجلة العلوم الاجتماعية، العدد 1، الكويت.
- 94- محمد ،عبد الخالق أحمد والأنصاري، بدر (1996) : العوامل الخمسة الكبرى في مجال الشخصية، الهيئة المصرية العامة للكتاب ، مجلة علم النفس ، العدد (38) ، ص ص 6-19

- 95- محمد جهان ( 2002 ): دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية وتقدير الذات في إدراك المشقة والتعايش معها لدى الراشدين من الجنسين في سياق العمل، رسالة ماجستير غير منشورة، كلية الآداب، جامعة القاهرة.
- 96- مسيلي رشيد، آيت حمودة حكيمة، احمد فاضلي (2011) : أهمية المساندة الاجتماعية في تحقيق التوافق النفسي والاجتماعي لدى الشباب البطل ،مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد الثاني، جوان 2011، جامعة الجزائر 2 ، الجزائر.
- 97- مخيمر ، عماد ( 1997 ) : الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية متغيرات وسيطية في العلاقة بين ضغوط الحياة وأعراض الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، المجلة المصرية للدراسات النفسية 7 (17) ص ص 103-138 .
- 98- مقبال ، يمينة (2009) : محددات إستراتيجية المواجهة لدى مرضى الربو، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس الصحة، جامعة باتنة، الجزائر.
- 99- مكي لطيف غازي ،حسن براء محمد (2007) : مجلة البحوث التربوية والنفسية ، مركز الدراسات التربوية والنفسية ، العدد 31، جامعة بغداد .
- 100- نوار، شهرزاد (2008): علاقة تقدير الذات بالنشاط المعرفي لدى عينة من الفتيات المتأخرات عن الزواج، رسالة ماجستير غير منشورة، جامعة الجزائر 2.
- 101- هرمز، جميلة (2011): الدعم الاجتماعي وتأثيره على الاكتئاب لدى مرضى القصور الكلوي المزمن الملازمين للكلية الاصطناعية، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 08 ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2، ص- ص 65-84.
- 102- وهبان ،علي حسن (2008) : ضغوط الحياة وعلاقتها بالاضطرابات السيكوسوماتية لدى طلبة الجامعة في البيئة العربية (اليمن - الجزائر) دراسة مقارنة ، رسالة دكتوراه غير منشورة في علم النفس، جامعة الجزائر 2.
- 103- ياحي، سامية (2011): دراسة تحليلية لمفهوم الارجاعية من خلال طرحين (الطرح المعرفي والطرح التحليلي)، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 08 ، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر 2، ص- ص 09-25.

• قائمة المراجع باللغة الأجنبية

## 1-Liste des livres :

- 104- Allaz, anne –francoise (2007) et autres : **Aspect psychologique de la douleur**, institut upsa de la douleur, France.
- 105- André.c et lilord.f (2002) : **L'estime de soi**, s'aimer pour mieux vivre avec les autres, Odile Jacob, paris .
- 106-Bruchon–shweitzer.M (2002) : **psychologie de la santé** : Modèles, Concepts et Méthodes, édition DUNOD, Paris.
- 107- Chanchard.C (1971) : **La maîtrise de soi**, dessard et Margada, 7e édition, Bruxelles.
- 108- Chebel.M (2002) : **Le sujet en islam**, le seuil, Paris.
- Djait.M (1974) : **La personnalité et le devenir arabo–islamique**, le seuil, Paris.
- 109- DSM 3 R (1987) : **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux**, Masson, Paris.
- 110 – Khiati.M (2010) : **Le diabète sucré chez l'enfant**, offices des publications universitaires, 4e édition, Alger.
- 111- L'ecuyer.p (1978) : **Le concept de soi**, p.u.f, Paris.
- 112- Mikolajzak.M (2013): **Les interventions de la psychologie de la santé**, édition Dunod, Paris.
- 113-Monbourquette (2002) : **de L'estime de soi a l'estime de soi, de la psychologie a la spiritualité**, Novalis, Bayard.
- 114- Pacaud.G (1995) : **Le diabète et ses complications**, prévention, prise en charge et traitement, édition dahlab, Alger.
- 115-Piolat.M,Churting.Mc, Pichiven.F (192): **Le soi**, recherche dans le champ de la cognition sociale, édition de la chaexet niestlé, Paris.
- 116- Pewzner.E (1995): **Introduction a la psychopathologie de l'adulte**, Armand colin, Paris.
- 117- Sultan.S (2012) : **psychologie de la santé**, PUF, Paris
- Tisseron.S (2006) : **La résilience**, édition presse universitaires de France.

118- Zerdoumi. (1979) : **Enfants d'hier, l'éducation de l'enfant en milieu traditionnel algérien**, Maspero, Paris.

## 2- Dictionnaires :

119- Garnier et Delamare (2003) : **Dictionnaire des termes de médecine**, Edition Maloine, 27<sup>e</sup> édition, Paris .

120- Larousse.P (1980). Petit Larousse, **dictionnaire encyclopédique pour tous**, Paris : librairie Larousse.

121- Mac-Mahon (1997) : **le psy de poche**, édition marabout, France.

122- Rauchelin.M (2005) : **grand dictionnaire de la psychologie**, édition Larousse, Paris .

123- Sillamy.S (1999) : **dictionnaire de psychologie**, édition Larousse, France.

## 3- Revues et thèses :

124- Achir.M ,GUER.S et autres (2008) : **Alimentation et mode de vie de l'enfant diabétique.....**

125 - Alba.e, Perez.f,(2008) **diabets mellitus ,psychosocial factors**, bolitin del sicologia vol 8 (2) 32/53.

126- Baqué. MF (2002) : **la prise en charge psychologique de la maladie chronique** : aider les malades a faire face ; revue des maladies respiratoires vol 19 ; n1, fév. 2002, pp 35-37, UFR de psychologie, université de Charles de Gaulle, Lille3, France.

127- Bonnaud-Antignac . A (2007) : **psychologie médicale** : le modèle de la psychologie de la santé, cours DCM1, faculté de médecine, département de science humaine et sociale, université de Nantes.

128- Benger.J (1985): **Behavioral therapy**, pediatric journal, vol 18, (1) /57 (15) BOARD way R.H ( 1993) 21/61.

129– Buunk. B & Hoorens .V (1992): **social support and stress**: the roal of social comparison and social exchange processes. British journal of clinical psychology. Vol (31) pp 445 \_457.

130– Caplan G. (1981) : **mastery of stress** : psychosocial aspects, American journal of psychiatry (138) pp 413 \_420 .

131– chanques.G(2010) : **douleur, trouble neurologique et psychologique acquis en réanimation adulte** : physiopathologie et prise en charge, thèse de doctorat en sciences chimiques et biologiques pour la santé, université montpellier1, France.

132– Chassot.F et al (2006) : **Douleur chronique et thérapie cognitivo-comportementale de groupe**, le courrier de l'algologie (5),n1, jan/mars 2006, pp 07–10

133–Cobb.S (1976): **Social support as a moderator of life stress**, Psychosomatic medicine,38,pp 300–314.

134– Cohen.S et Wills.T.A. (1985): **Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis**, Psychological Bulletin, vol. 98, n° 2, p. 310–357.

135–Coyne.J,downey.G (1991): **social factors and psychopathology stress, social support and coping processes**,vol 42,401/429.

136– De fruyt.F et al (2008) : **une approche des troubles de la personnalité par le modèle a cinq facteur** , Annales medico-psychologiques,166/2008/pp 137–41, ELSEVIER MASSON, Paris.

138– Deligniere.D (2006) : **la dynamique de l'estime de soi**, journée de l'QPS éducation et estime de soi, université montpelier1, bordeaux, 20 janvier 2006.

139–Didier.S (2012) : **éducation thérapeutique chez les patients en dialyse** ; impact de la mise en place d'un programme d'éducation

thérapeutique en autodialyse sur l'adhésion thérapeutique : la qualité de vie et l'état anxio-dépressif a partir d'une approche transactionnelle, thèse de doctorat en psychologie, université de bordeaux, France.

140–Gauchman.D (1997): **handbook of health behavior**, research 3, demography, development and diversity springer,new York .

141–Goldman.B et kaplan.A (2008) : **évaluation et prise en charge de la douleur chronique, rôle** potentiel de la médecine narrative, health care communications, mai 2008.

142– Gomes–Villas Boas.L,Foss de Freitas,M ,Pce.AE (2014 ) : Relationship among social support, treatment adherence and metabolic control of diabetes mellitus patients, Journal of psychology and behavioral studies,Vol (1)2 p76–82/2014

143– Holland.w (1999): **Factors influencing the onset of chronic disease**, British medical journal.

144– Haydon.E et al (2006) : **les maladies chroniques en ontario et au canada** : les déterminants, les facteurs de risque et les priorités en matière de prévention, résumé du rapport intégral, association pour la santé publique de l'Ontario, mars 2006, pp 09–17.

145– Jacque et Thurin (2002) : **stress, unité et physiologie du système nerveux**, médecine sciences 18–1160–6.

146– Judkins.Sh.K (2001): **Hardiness, stress and coping strategies, among mid–level nurse manager**: implication for continuing higher education, dissertation prepared for the degree of philosophy, university for north Texas.

147– Kobaza.S (1982): **commitment and coping in stress resistance among lawyers**, Journal of personality and social psychology, vol 42, N° 04, pp 707–717.

148– Kobaza.S et Puccetti.M (1983) : **Personality and social resources in stress resistance**, journal of personality and social psychology,Vol 45, N° 04, pp 839–880.

149 –lafaye. Q (2009) : **effets acteurs–partenaires du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxio–dépressif de patients atteints d’un cancer de prostate et leur conjointe**, Doctorat de l’université Bordeaux 2, option de psychologie, Université Victor Segalen Bordeaux 2.

150 – Laouar.S (2006) : **le diabète dans l’histoire**, le fascicule de la santé N°05, maison de la presse, Alger.

151– Lepore .S (1994): **social support**, encyclopedia of human behavior, Vol (4) pp 247–251.

152 – Leavy L.(1983): **social support and psychological disorder**, a review journal of community psychology, Vol (11), pp 3 –21

153– Macia et al (2008) : **relation entre l’estime de soi et l’état de santé**, bulletin et mémoire de la société d’anthropologie de paris,20,n 3–4,pp 189–204 ,France.

154 –Maugendre.M (2008) : **comportement de santé et motivation sportive chez les adolescents**, thèse de doctorat en psychologie, université Verlaine–Metz, France.

155–MC–Carty.M, Garcia.p(2000):**measuring health** :a step in the development of city health profiles, worth health organization ,regional office for oropeen, Copenhagen.

156– Mc steen,P.E ( 1997) : **an investigation of the Relationship between dispositional optimison and family environment** ,psychological hardiness and low of control ,D.A.I ,58(5), p1603.

157 – Matteson.M et Ivancevich.JM (1987): **controlling work stress effective** human resource and management strategies, London, Jossey–Basspublishers.

158 – Monnier.L et all (1995) : **nutrition et diabète**, Ifediam association de langue française pour l’étude de diabètes et des maladies métaboliques.

159–Mounier.B(1974) :**Algerie,Algeriens et transplantés**, thèse en medecine,université Claud bernard, LYON 1.

- 160 –Moughrabi.FM (1978): **The Arab basic personality**: A critical survey of the literature,International journal of Middle east studies,London,9, N= 1.
- 161–Oumar et al (2007): **les facteur associés a l'observance du traitement antirétroviral a l'hôpital du point G**,Mali médical,1,18–21.
- 162– Paradise.Y (2004) : **the relationship between psychosocial stress and chronic disease for indigenous and African American people chronic**, New York review.
- 163– Parker.P.D (1982) : **Relationship between self-esteem and depression and adolescent diabetic control**,A thesis submitted to the faculty of the university of Utah in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master of science, the university of Utah graduate school
- 164– Passa. Ph (2002) : **Approche psychosociale et éducation chez les diabétiques de type 2**, journal diabète et éducation, vol 12, N 03, pp31–33.
- 165 –Plaisant. O et al (2010) : **validation par analyse factorielle du big five inventory français (BFI-Fr)** , Annales medico psychologiques,168/2010/ Pp 97–106.
- 166 – pionchon.P (2003) : **la douleur en question**, société d'étude et de traitement de la douleur, ministère de la santé et de la protection sociale.
- 167–Robert.M (1988) : **Fondement et étape de la recherche scientifique en psychologie**, édition méloine , Paris, édisssem,Quebec, 3<sup>e</sup> édition .
- 168– Rodhwalt.F et Zone.j ( 1989): **appraisal of life change, depression and illness in hardy and non hardy women**, journal of personality and social psychologie,56(1),81–88.
- 169–Romano, J.M., & Turner, J.A : (1985) :**Chronic pain and depression: does the evidence support a relationship ?** Psychological Bulletin, 97, 1, 18–34.
- 170– Rosenberg.M, perlin (1978) : **social class and self esteem among children and adults**, American journal of sociology, N= 84, pp 53–77.
- 171– réseau douleur (2011) :**échelle QDSA de la douleur**, réseau douleur, hôpitaux universitaires de geneve,France



172– Rosenstiel, A.K., & Keefe, F.J. (1983). **The use of coping strategies in chronic low back pain patients**: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain*, 17, 33–44.

173–Rouxel, G., Le Hélias, L., Mury, S. (2001) : **Douleur chronique et coping** : concomitants psychologiques, contextuels et démographiques. In A. Flieller, C.

174– Santiago.M ( 2006) : **psychologie de la santé et cancer** , état de la question et perspective, centre de recherche en psychologie de la santé, psychologie qualitative et critique de la santé et de l'activité, université Lausanne.

174– Saravane.D (2008) : **l'évaluation de la douleur en santé mentale**, douleur et santé mentale, n 03, institut Upsa de la douleur, paris.

175– Seers et al (1983): **the interaction of job stress and social support**, Academy of management. Journal. Vol (26) pp 273\_ 284

176–Segrestin–crouzet.C(2010) :**évolution et différences dans l'ajustements des couples du cancer du sein** : rôles des facteurs psychosociaux et influences réciproque des deux membres de la dyade, thèse de doctorat e psychologie, université Victor ségala, bordeaux 2, école doctorale des sciences humaines et sociales , UFR des sciences de l'homme. 122–

177– Siddiqui.M ,Khan.MF,Carline.Th (2013) **Gender Differences in Living with Diabetes Mellitus** ,Mater sociomed,2013,25(2), pp140–1

178–Steptoe. A et al (2000) : **sociodemographic and psychological predictors of changes in dietary fat consumption in adult with high blood cholesterol following counseling in primary care**, health psychology,19, 411–419.

179– Stroebe et al (1996) : **hearts or broken bonds**, Love and death in historical perspective, American psychologist ,Vol (47) , No , (10) pp 1205–1212 .

180- Taylor.S (2000) : **psychological resources, positive illusions and health** American psychologist,55, 99-109.

181-Turk, D.C., Okifuji, A., Scharff, L. (1995): **Chronic pain and depression: role of perceived impact and perceived control in different age cohorts.** Pain, 61, 93-101 le 8 janvier 2009.

182- Uchino et al (1996): **the relation between social support and physiological processes: a review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health.** Psychological bulletin. Vol (119). No (3) pp 488\_531.

183-van Holland.M (2011) : **promotion de la santé en foyer de l'enfance : méthode d'éducation biographique par la résilience,** thèse de doctorat en psychologie, université renne2. France.

184- Wallon (1976) : **Les étapes de la personnalité chez l'enfant,** Enfance, N= spécial.

130- World health organization WHO (2003) : **Adherence to long term therapies,** Switzerland.

184-wizard.Kh(1999) : **Représentation de soi et la réaction a la frustration,** thèse de doctorat en psychologie, université paris, France.

185-Yi.G.P,Vitaliano.P et al (2007): **The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes,** British journal of health psychology, May 2008,13(pt2),311-325.

#### **4- Sites d'internet :**

186-[https://www.aanem.org/getmedia/e384cf75-7d07-4608-8165-96534280d2d5/MUS-11-0157\\_FINAL.pdf.aspx](https://www.aanem.org/getmedia/e384cf75-7d07-4608-8165-96534280d2d5/MUS-11-0157_FINAL.pdf.aspx), consulté le 08-05-2012.

187- <http://bjp.sagepub.com/content/2/2/4.refs>, consulté le 08-05-2014.

188- <http://care.diabetesjournals.org/content/28/1/65.abstract>, consulté le 14-04-2012.

188- [www.diabetesatlas.org](http://www.diabetesatlas.org), consulté le 05-02-2012.

- 189-<http://www.diabetesresearchclinicalpractice.com/article/S0168-8227%2814%2900200-9/abstract>. consulté le 23-07-2013.
- 190- [www.elmuallem.net/maga/that090.html](http://www.elmuallem.net/maga/that090.html) مجلة المعلم ، consulté le 05-02-2013.
- 191- <http://www.dmeducation.com/vb/s> , consulté le 08-10-2012.
- 192 -<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21094890> consulté le 08-05-2014
- 193- <http://professional.diabetes.org/ResearchDB>, consulté le 08-05-2014.
- 194- Research Article : How Adolescents with Diabetes Experience Social
- 195- Support from Friends: Two Qualitative, studies, [www.biomedcentral.com/1471-2269/14/66](http://www.biomedcentral.com/1471-2269/14/66), consulté le 05-05-2014.
- 196- sebboun.F et Dupperin.A (2009) : bien vivre avec une maladie chronique, section sur site, octobre 2009, consulté le 23-07-2013.
- 197- scientifica Volume 2014 (2014), Article ID 415849, 8 pages <http://dx.doi.org/10.1155/2014/415849>, consulté le 06-03-2014.
- 198- Social Support Strategies in Adult Patients With Diabetes, consulté le 06-03-2014.
- 199- <http://clinical.diabetesjournals.org/content/24/2/71.full> ,consulté le 23-07-2013.
- 200- <http://www.egms.de/static/en/journals/psm/2012-9/psm000080.shtml> consulté le 23-07-2013.

# - قائمة الملاحق -

الملحق رقم (1): يمثل سلم تقدير الذات المستخدم في الدراسة

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

التعليمة

أخي الكريم ، أختي الكريمة :

فيما يلي مجموعة من العبارات ، الرجاء منك أن تقرأها بتمعن وتجيب عليها بكل صراحة .  
المطلوب منك:

- \* قراءة كل عبارة بدقة ووضع علامة (✓) أمام الاختيار الذي يناسبك والعبارة التي تنطبق عليك.
- \* لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة ، كل إجابة تعتبر صحيحة مادامت تعبر عن رأيك.
- وتأكد (ي) أن الإجابات تبقى سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي . وشكرا جزيلاً لتعاونكم

الطالبة الباحثة شهرزاد نوار

### البيانات الأولية:

- الجنس: ذكر ( ) ، أنثى ( )

- السن:

- الحالة المدنية : أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( )

- المستوى التعليمي: ( ) لا يعرف القراءة والكتابة ( ) ابتدائي ( ) متوسط ( )

( ) ثانوي ( ) جامعي

- تاريخ بداية المرض :

- نوع الدواء المستخدم : ( ) أنسولين ( ) حبوب

- أمراض أخرى مصاحبة للمرض:

ضع (ي) علامة (+) في الإطار المناسب لوصف حالتك:

العبارات	أوافق تماما	أوافق	لا أوافق	لا أوافق تماما
1-بصفة عامة أنا راض عن نفسي				
2- أحيانا أرى أنني فرد غير صالح				
3- أشعر أن لي العديد من الصفات الجيدة				
4-بالمقارنة مع الآخرين، أرى أنني فرد جدير بالاحترام				
5- مثل الأفراد الآخرين، بإمكانني القيام بالعديد من المهام				
6-ليس لي ما أفتخر به				
7-من غير أدنى شك أشعر أنني فاشل أحيانا				

				8- أتمنى لو أحترم نفسي أكثر
				9- اتجاهي نحو نفسي اتجاه ايجابي
				10- بصفة عامة أشعر أنني فاشل

## الملحق رقم (2) : يمثل مقياس الصلابة النفسية

ضع (ي) علامة امام العبارة التي تنطبق عليك :

العبارة	تنطبق دائما	تنطبق أحيانا	لا تنطبق أبدا
1. مهما كانت العقبات فإنني أستطيع تحقيق أهدافي			
2. اتخذ قراراتي بنفسني ولا تملئ علي من مصدر خارجي			
3. اعتقد أن متعة الحياة وإثارته تكمن في قدرة الفرد على مواجهة تحدياتها			
4. تكمن قيمة الحياة في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم			
5. عندما أضع خطتي المستقبلية غالبا ما أكون متأكدا من قدرتي على تنفيذها			
6. اقتحم المشكلات لحظها ولا انتظر حدوثها			
7. معظم أوقات حياتي تضيق في أنشطة لا معنى لها			
8. يعتمد نجاحي في أموري ( دراسة، عمل....الخ) على مجهودي وليس على الحظ أو الصدفة			
9. لدي حب استطلاع ورغبة في معرفة ما لا اعرفه			
10. اعتقد إن لحياتي هدفا ومعنى أعيش من اجله			
11. الحياة فرص وليست عملا وكفاح			
12. اعتقد أن الحياة المثيرة هي التي تتطوي على مشكلات أستطيع مواجهتها			
13. لدي قيم ومبادئ معينة التزم بها وأحافظ عليها			
14. اعتقد أن الفشل يعود إلى أسباب تكمن في الشخص نفسه			

			15.لدي قدرة على المثابرة حين انتهى من حل أي مشكلة تواجهني
			16.لا يوجد لدي من الأهداف ما يدعو للتمسك بها أو الدفاع عنها
			17.اعتقد أن كل ما يحدث لي غالبا هو نتيجة تخطيطي
			18.المشكلات تستنفق قواي و قدرتي على التحدي
			19.لا أتردد في المشاركة في أي نشاط يخدم المجتمع الذي أعيش فيه
			20.لا يوجد في الواقع شيء اسمه الحظ
			21.اشعر بالخوف والتهديد لما قد يطرأ على حياتي من ظروف وأحداث
			22.أبادر بالوقوف بجانب الآخرين عند مواجهتهم لأي مشكلة
			23.اعتقد أن الصدفة والحظ يلعبان دورا هاما في حياتي
			24.عندما احل مشكلة أجد متعة في التحرك لحل مشكلة أخرى
			25.اعتقد أن البعد عن الناس غنيمة
			26.استطيع التحكم في مجرى أمور حياتي
			27.اعتقد أن مواجهة المشكلات إظهار لقوة تحملي وقدرتي على المثابرة
			28.اهتمامي بنفسي لا يترك لي فرصة للتفكير في أي شيء آخر
			29.اعتقد أن سوء الحظ يعود إلى سوء التخطيط
			30.لدي حب المغامرة والرغبة في اكتشاف ما يحيط بي
			31.أبادر بعمل أي شيء اعتقد انه يخدم أسرتي أو مجتمعي
			32.اعتقد أن تأثيري ضعيف على الأحداث التي تقع لي
			33.أبادر في مواجهة المشكلات لأنني أثق في قدرتي على حلها
			34.اهتم كثيرا بما يجري من حولي من قضايا وأحداث
			35.اعتقد أن حياة الأفراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها

			36.الحياة الثابتة والساكنة هي الحياة الممتعة بالنسبة لي
			37.الحياة بكل ما فيها لا تستحق أن نحياها
			38.أومن بالمثل الشعبي 'قيراط حظ ولا فدان شطارة'
			39.اعتقد أن الحياة التي لا تتطوي على تغيير هي حياة مملة وروتينية
			40.اشعر بالمسؤولية اتجاه الآخرين وأبادر لمساعدتهم
			41.اعتقد أن لي تأثيرا قويا على ما يجري حولي من أحداث
			42.احترس من تغييرات الحياة، فكل تغير قد ينطوي على تهديد لي ولحياتي
			43.اهتم بقضايا الوطن وأشارك فيها كلما أمكن
			44.اخطط لأمر حياتي ولا اتركها تحت رحمة الصدفة والحظ والظروف الخارجية
			45.التغير هو سنة الحياة والمهم هو القدرة على مواجهته بنجاح
			46.أغير قيمي ومبادئي إذا دعت الظروف إلى ذلك
			47.اشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث



## الملحق رقم (3) : يمثل مقياس المساندة الاجتماعية المختصر (QSS6) المستخدم في الدراسة

أخي الكريم، أختي الكريمة:

يتعلق الاستبيان التالي بالأشخاص المحيطين بك والذين يقدمون لك المساعدة،  
1- في المرحلة الأولى عدد (حدد) كل الأفراد الذين يكمن أن تعتمد عليهم للدعم أو المساندة في الوضعية الموصوفة، أعط ترقيمًا لشخص ما وللرابط الذي يجمعك به (كما هو موضح في المثال التالي )، كل رقم يحدد أو يشير إلى شخص واحد فقط.

2- في المرحلة الثانية ضع علامة على الإجابة التي تمثل درجة الرضا الذي تشعر به مقارنة بالمساندة التي تتلقاها. إذا كان في سؤال ما لا تتلقى أي نوع من المساندة استخدم الإجابة (لا احد) لكن قم بتقييم درجة الرضا الذي تشعر به، ولا تحدد أكثر من 09 تسعة أشخاص في السؤال الواحد.  
لا توجد إجابة صحيحة وإجابة خاطئة لكن حاول(ي) الإجابة بأفضل ما لديك، وتأكد(ي) أن إجابتك تبقى سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي.

مثال: \*لمن يمكن أن تعطي المعلومات التي تشغل بالك ؟

- ( ) لا احد 1) ن م ( صديق ) 4 7  
2) دك ( زوجة ) 5 8  
3) 6 9

\* ما هي درجة الرضا الذي تشعر بها مقارنة بالمساندة المقدمة؟

- 1) غير راضي تماما 2) غير راضي 3) غير راضي نوعا ما  
4) راضي نوعا ما 5) راضي ✓ 6) راضي جدا

1- من هم الأشخاص المتفرغين الذين يمكنك الاعتماد عليهم فعليا عندما تحتاج للمساعدة؟

- ( ) لا احد 1) 4 7  
2) 5 8  
3) 6 9

2- ما هي درجة الرضا الذي تشعر بها مقارنة بالمساندة المقدمة؟

- 1) غير راض تماما 2) غير راض 3) غير راض نوعا ما  
4) راض نوعا ما 5) راض 6) راض جدا

3- من هم الأشخاص الذين يمكن أن تعتمد عليهم فعلا لمساعدتك على الإحساس بالراحة حين تكون تحت ضغط أو توتر؟

- ( ) لا احد 1) 4 7

(2) (5) (8)  
(3) (6) (9)

4- ما هي درجة الرضا الذي تشعر بها مقارنة بالمساندة المقدمة؟

(1) غير راض تماما (2) غير راض (3) غير راض نوعا ما  
(4) راض نوعا ما (5) راض (6) راض جدا

5- من يتقبلك كما أنت، يعني بايجابياتك وسلبياتك؟

( ) لا احد (1) (4) (7)  
(2) (5) (8)  
(3) (6) (9)

6- ما هي درجة الرضا الذي تشعر به مقارنة بالمساندة المقدمة؟

(1) غير راض تماما (2) غير راض (3) غير راض نوعا ما  
(4) راض نوعا ما (5) راض (6) راض جدا

7- من هم الأشخاص الذين يمكن أن تعتمد عليهم فعليا للاهتمام بك إذا حصل لك مكروه؟

( ) لا احد (1) (4) (7)  
(2) (5) (8)  
(3) (6) (9)

8- ما هي درجة الرضا الذي تشعر بها مقارنة بالمساندة المقدمة؟

(1) غير راض تماما (2) غير راض (3) غير راض نوعا ما  
(4) راض نوعا ما (5) راض (6) راض جدا

9- من هم الاشخاص الذين يمكنك ان تعتمد عليهم فعلا لمساعدتك للإحساس أفضل عندما يحدث وان تصبح الدنيا مظلمة امامك؟

( ) لا احد (1) (4) (7)  
(2) (5) (8)  
(3) (6) (9)

10- ما هي درجة الرضا الذي تشعر بها مقارنة بالمساندة المقدمة؟

(1) غير راض تماما (2) غير راض (3) غير راض نوعا ما  
(4) راض نوعا ما (5) راض (6) راض جدا

11- على من يمكن أن تعتمد فعلا لمساعدتك على الإحساس باسترخاء أكثر عندما تكون عصبي؟

( ) لا احد (1) (4) (7)

(2) (5) (8)  
(3) (6) (9)

12- ما هي درجة الرضا الذي تشعر بها مقارنة بالمساندة المقدمة؟

(1) غير راض تماما (2) غير راض (3) غير راض نوعا ما  
(4) راض نوعا ما (5) راض (6) راض جدا

**الملحق رقم (4) : يمثل مقياس مقياس السلوك الصحي قبل التعديل**

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم: علم النفس وعلوم التربية

• اسم ولقب الاستاذ المحكم:

• الدرجة العلمية :

• الجامعة :

استمارة تحكيم استبيان لقياس السلوك الصحي لدى مرضى السكري

أستاذي الكريم، تحية طيبة...و بعد،

في إطار إعداد رسالة دكتوراه في علم النفس العيادي حول علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودوره في التخفيف من الألم العضوي لدى عينة من مرضى السكري نعرض عليكم أداة للتحكيم تقيس السلوك الصحي المتبع من طرف المرضى ، المطلوب منكم أستاذي الكريم إبداء رأيكم الصريح حول التعلّمة والبدائل والفقرات المتعلقة بالاستبيان، وقد خصصت جداول مرافقة لغرض التحكيم .

شكرا لكم على تعاونكم معنا.

### تصميم استبيان لقياس السلوك الصحي لدى مرضى السكري

نحن بصدد إعداد استبيان حول قياس السلوك الصحي لدى عينة من مرضى السكري، لذلك ارتأينا إشراككم في تصميم هذا الاستبيان تبعا لإحدى طرق قياس الصدق الذي نرجو منكم إفادتنا سيدي المحترم في هذا الإنجاز.

ولتسهيل مهمتكم نضع بين أيديكم التعريف الإجرائي لمتغير السلوك الصحي :

#### التعريف الإجرائي للسلوك الصحي :

السلوك الصحي في الدراسة هو كل سلوك يفترض أن يتبعه مريض السكري لحماية وتنمية حالته الصحية ولتجنب مضاعفات المرض وذلك من خلال الالتزام بالعلاج ( إتباع تعليمات وإرشادات الطبيب، احترام المواعيد الطبية، اخذ الدواء بانتظام واحترام الجرعات، المراقبة المستمرة لنسبة السكر في الدم وإتباع الحمية الغذائية)، ممارسة النشاطات الرياضية والقيام بالسلوك الوقائي المناسب المتمثل في زيارة طبيب الأسنان، الابتعاد عن التدخين وشرب الكحول.

#### التعلّمة

أخي الكريم ، أختي الكريمة :

فيما يلي مجموعة من العبارات التي تقيم السلوكيات اليومية المرتبطة بمرضك (مرض السكري)، المطلوب منك:

- \* قراءة كل عبارة بدقة ووضع علامة (\*) أمام الاختيار الذي يناسبك والعبارة التي تنطبق عليك.
- \* لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة، كل إجابة تعتبر صحيحة مادامت تعبر عن رأيك.
- وتأكد (ي) أن الإجابات تبقى سرية ولا تستخدم إلا لغرض البحث العلمي .
- هذا المثال يوضح لك كيفية الإجابة .

#### مثال توضيحي:

الفقرات	دائما	عادة	أحيانا	نادرا	أبدا
أنا راض عن العلاج الذي أتلقاه	✓				

وشكرا جزيلاً لتعاونكم

الطالبة الباحثة

#### البيانات الأولية:

- الجنس: ذكر ( ) ، أنثى ( )
- السن:
- الحالة المدنية: ( ) أعزب ( ) متزوج ( ) مطلق ( ) أرمل ( )
- المستوى التعليمي: ( ) أمي ( ) ابتدائي ( ) متوسط ( ) ثانوي ( ) جامعي ( )
- تاريخ بداية المرض :
- أمراض أخرى مصاحبة للمرض :

الفقرات	يحدث دائما	يحدث عادة	يحدث أحيانا	يحدث نادرا	لا يحدث أبدا
1-التزم بتناول الأطعمة المفيدة صحيا					
2 التزم بممارسة النشاط الرياضي بانتظام					
3- التزم بتناول الأدوية بشكل مستمر.					
4- التزم بتغيير نظامي الغذائي بما يتناسب مع حالتي الصحية.					

				5- التزم بالاحتفاظ بالمعدل المناسب لوزن جسمي.
				6- أنا واثق بأنه باستطاعتي السيطرة على نفسي حتى لا أكثر من تناول الحلويات.
				7- أنا قادر على ممارسة التمارين الرياضية حتى لو كنت مشغولاً.
				8- أتجنب تناول اللحوم الحمراء لأنها تضر بصحتي.
				9- يقلقتني استخدام جرعة الأنسولين بشكل مستمر.
				10- التزم بالقيام بالتحاليل الطبية التي يطلبها الطبيب في كل مرة.
				11- أكثر من تناول المشروبات الطبيعية ( العصائر) أثناء الوجبات الغذائية.
				12- استعمل معجون الأسنان يوميا
				13- يزعجني التدخين في الأماكن العمومية
				14- استطيع منع نفسي عن الإكثار من تناول الفواكه.
				15- التزم بتناول الطعام قليل الملح.
				16- لا أجد حرجا في تناول الأدوية التي يصفها لي معارفي.
				17- اهتم بحضور الملتقيات التي تنظم حول مرض السكري.
				18- أفرط في تناول المشروبات المحتوية على الكافيين ( شاي، قهوة).
				19- يمكنني الالتزام بكل التعليمات التي

					يطلبها طبيبي المعالج.
					20- إن إجراء التحاليل والفحوصات الطبية بشكل دوري هي عملية مزعجة ومؤلمة.
					21- أقوم بجمع معلومات حول مرضي.
					22- أتصور أن إجراء الفحوصات الطبية بشكل دوري مضيعة للوقت.
					23- إن إتباع نظام غذائي (حمية) سوف يحسن من حالتي الصحية .
					24 - اشعر بالتوتر كلما حان موعد الدواء.
					25- أفضل تناول الأعشاب التقليدية بدل الأدوية الطبية .
					26- التزم بممارسة الرياضة مرتين أسبوعيا على الأقل.
					27 - يمكنني الالتزام بجرعة دواء محددة.
					28- التزم بالتردد على طبيب الأسنان
					29- التزم بالاعتناء بصحتي بشكل جيد لتجنب مضاعفات المرض
					30- أفضل الابتعاد عن المشي أثناء التنقل
					31- أفضل التردد على أطباء مختلفين للكشف على حالتي الصحية .
					32- اهتم كثيرا بمشكلاتي الصحية
					33- ألتزم بتجنب تناول الأطعمة الدسمة.
					34- التزم باحترام مواعيد الفحص الدورية
					35- التزم بأخذ الدواء معي كلما سافرت

					36- التزم بالابتعاد عن الطعام غير الصحي
					37- اهتم كثيرا بمشكلاتي الصحية

التعديل	واضحة	غير واضحة	
			التعليمة

التعديل	مناسبة جدا	مناسبة تقريبا	غير مناسبة	البدائل
				يحدث دائما
				يحدث عادة
				يحدث أحيانا
				يحدث نادرا
				لا يحدث أبدا

التعديل	كاف جدا	كاف نسبيا	غير كاف	
				عدد البدائل

اقتراح	غير كاف	كاف	
			عدد الفقرات

التعديل	مناسبة	غير مناسبة	
			لغة الفقرات

اقتراح	مرتبة تماما	مرتبة نسبيا	مرتبة	غير مرتبة	
					ترتيب الفقرات



ملاحظات أخرى:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

إمضاء الأستاذ المحكم

**الملحق رقم (05) : يمثل السؤال الاستطلاعي لبناء مقياس السلوك الصحي**

**Université d'Alger 2**

**Faculté des sciences sociales      département de psychologie**

Cher confrère, chère consœur :

Dans le cadre de la préparation d'une thèse de recherche en psychologie clinique (psychologie de la santé), j'ai l'honneur de solliciter votre participation en répondant d'une façon explicite et précise à la question suivante :

D'après votre expérience avec les malades diabétiques, quels sont les problèmes majeurs rencontrés avec ces patients (adhérence au traitement, hygiène de vie et comportement de la santé, respects de vos conseils, représentation de la maladie, relation avec l'équipe soignante, troubles psychologiques) :



					الأنسولين بشكل مستمر.
					6- التزم بالقيام بالتحاليل الطبية التي يطلبها الطبيب في كل مرة.
					7- أكثر من تناول المشروبات الطبيعية ( العصائر) أثناء الوجبات الغذائية.
					8- أقوم بتنظيف أسناني يوميا
					9- اهتم بنظافة قدمي بشكل مستمر
					10- التزم بتناول الطعام قليل الملح.
					11- لا أجد حرجا في تناول الأدوية التي يصفها لي معارفي.
					12- اهتم بحضور الملتقيات التي تنظم حول مرض السكري.
					13- أفرط في تناول المشروبات المحتوية على الكافيين ( شاي، قهوة).
					14- يمكنني الالتزام بكل التعليمات التي يطلبها طبيبي المعالج.
					15- أقوم بجمع معلومات حول مرضي.
					16- أعتقد أن إجراء الفحوصات الطبية بشكل دوري مضيعة للوقت.
					17- إن إتباع نظام غذائي (حمية) سوف يحسن من حالتي الصحية .
					18- اشعر بالتوتر كلما حان موعد الدواء
					19- أفضل تناول الأعشاب التقليدية بدل الأدوية الطبية
					20- التزم بممارسة الرياضة مرتين أسبوعيا على الأقل.

					21- أفضل أن يمنع التدخين في الأماكن العمومية.
					22- يمكنني الالتزام بجرعة دواء محددة
					23- التزم بالتردد على طبيب الأسنان
					24- التزم بالاعتناء بصحتي بشكل جيد حتى لا تحدث لي مضاعفات نتيجة المرض
					25- أفضل الابتعاد عن المشي أثناء التنقل
					26- أفضل التردد على أطباء مختلفين للكشف على حالي الصحية .
					27- اهتم كثيرا بمشكلاتي الصحية
					28- ألتزم بتجنب تناول الأطعمة الدسمة.
					29- التزم باحترام مواعيد الفحص الدورية
					30- التزم بأخذ الدواء معي كلما سافرت
					31- التزم بتغيير نظامي الغذائي بما يتناسب مع حالي الصحية.
					32- التزم بالابتعاد عن الطعام غير الصحي

### **الملحق رقم (07) : يمثل مقياس الألم العضوي بعد الترجمة**

تجد (ين) في القائمة أدناه مجموعة من الكلمات يستخدمها الأفراد في وصف الألم الذي يعانون منه، اقرأها بعناية ثم حدد بدقة الوصف الذي ينطبق عليك منذ الأيام الثمانية الأخيرة وذلك بوضع علامة على الإجابة المناسبة لحالتك:

الكلمات التي تصف الألم	0	1	2	3	4
لا يوجد ألم		الم ضعيف	الم متوسط	الم شديد	الم شديد جدا
وخز					
نافذ					
شحنة كهربائية					

					طعنة خنجر
					عصر
					شد
					حرقة
					تتميل
					ثقل
					انهاك
					مفلق
					مزعج
					لا يطاق
					مثير للعصبية
					خانق
					محبط

**الملحق رقم (08) يمثل قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس السلوك الصحي**

اسم ولقب الأستاذ	الرتبة العلمية	الاختصاص	الجامعة
أ.د. يحيى النجار	دكتوراه أستاذ مشارك	الصحة النفسية	جامعة الأقصى، غزة - فلسطين
أ. د. نادية بوشلاق	أستاذ التعليم العالي	علم النفس التربوي	قاصدي مراح-ورقلة-
أ. د. رشيد مسيلي	أستاذ التعليم العالي	علم النفس الاجتماعي	جامعة الجزائر 2
أ. د. الطيب بلعربي	أستاذ التعليم العالي	علم النفس العام	جامعة الجزائر 2
د. أيمن محمد فريحات	أستاذ محاضر "أ"	القياس النفسي والتقويم المشترك	جامعة البلقاء التطبيقية الأردن
د. عبد الفتاح ابي مولود	أستاذ محاضر "أ"	علم النفس العيادي	قاصدي مراح-ورقلة-
د. لويذة فرشان	أستاذ محاضر "أ"	علم النفس الاجتماعي	جامعة الجزائر 2
د. فاطمة الزهراء الزروق	أستاذ محاضر "ب"	علم النفس العيادي	سعد دحلب - البليلة
د. ياسين محجر	أستاذ محاضر "أ"	علم النفس عمل وتنظيم	قاصدي مراح-ورقلة-

**الملحق رقم (09) : يمثل قائمة الاطباء المشاركين المجيبين على السؤال الاستطلاعي**

إسم ولقب الدكتور	الاختصاص	مكان العمل
------------------	----------	------------

د. بونعاعة فريد	الطب الداخلي - أمراض القلب	عيادة خاصة
د. بازين فتيحة	امراض الكلى وتصفية الدم	عيادة خاصة
د. مزياني الطاهر	الطب الداخلي - أمراض القلب	مصلحة الطب الداخلي رجال - المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - ورقلة
د. دغول مالحة	أمراض الغدد والسكري	عيادة خاصة
د. أحمانى فطيمة	الطب الداخلي - الأمراض الباطنية	مصلحة الطب الداخلي رجال - المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - ورقلة
د. يحيى سامية	أمراض الغدد والسكري	مصلحة الطب الداخلي نساء - المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - ورقلة
د. بن ساسي عبد الحميد	أمراض السكري	بيت السكري - المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - ورقلة
د. دغة الزهرة	طب عام	بيت السكري - المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - ورقلة
د. بوجمعة حسان	طب عام	مصلحة الطب الداخلي نساء - المؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف - ورقلة

### الملحق رقم (10) يمثل قائمة الأساتذة المحكمين للمقابلات العيادية

إسم ولقب الأستاذ	الرتبة العلمية	الاختصاص	الجامعة
أ.د رشيد مسيلي	استاذ التعليم	علم النفس	جامعة الجزائر -2

	الاجتماعي	العالى	
أ.د نادية بوشللق	علم النفس المدرسي	أستاذ محاضر "أ"	قاصدي مرياح-ورقلة-
د. عبد الفتاح ابي مولود	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر "ب"	قاصدي مرياح-ورقلة-
د. فاطمة الزهراء الزروق	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر "ب"	سعد دحلب- البلدية
د.لويزة فرشان	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر -2

**الملحق رقم (11) : يمثل قائمة الأخصائيين النفسانيين المشاركين في توزيع**

**مقاييس الدراسة**

الاسم واللقب	التخصص	مكان العمل
سلمى معاش	علم النفس العيادي	العيادة متعددة الخدمات- الرويسات- ورقلة
مباركة ميدون	علم النفس العيادي	العيادة متعددة الخدمات- انقوسة- ورقلة
ملالة قادري	علم النفس العيادي	العيادة المتعددة الخدمات-



سعيد عتبة - ورقة		
العيادة المتعددة الخدمات - سيدي خويلد - ورقة	علم النفس العيادي	نكار فتيحة
المؤسسة العمومية الاستشفائية تقرت	علم النفس العيادي	حسينة خميسات
بيت السكري - مستشفى محمد بوضياف - ورقة	علم النفس العيادي	مريم زكور
بيت السكري - مستشفى محمد بوضياف - ورقة	علم النفس العيادي	كلثوم عميرات
مصلحة الطب الداخلي رجال - مستشفى محمد بوضياف - ورقة	علم النفس العيادي	هاني حمادي

**الملحق رقم (12): يمثل النتائج الإحصائية باستخدام نظام الرزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية (13,0)**

## 1-العلاقات الارتباطية

### Correlations

1/ Estime de soi/comportement de santé

		VAR00003	VAR00004
VAR00003	Pearson Correlation	1	,269 <sup>*</sup>
	Sig. (2-tailed)		,003
	N	205	205
VAR00004	Pearson Correlation	,269	1
	Sig. (2-tailed)	,003	
	N	205	205

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Correlations

## Endurance psy/ comportement de santé

### Correlations

		VAR00005	VAR00006
VAR00005	Pearson Correlation	1	,463
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	205	205
VAR00006	Pearson Correlation	,463	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	205	205

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

## Correlations

### Soutien social/ comportement de santé

### Correlations

		VAR00007	VAR00008
VAR00007	Pearson Correlation	1	,288
	Sig. (2-tailed)		,007
	N	206	205
VAR00008	Pearson Correlation	,288	1
	Sig. (2-tailed)	,007	
	N	205	205

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

/2 نسبة الفروق

الفروق حسب الوضعية الاجتماعية

## Oneway

تقدير الذات

### Descriptives

VAR00009

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	36	28,6111	6,92522	1,15420	26,2680	30,9543
2,00	145	28,6759	7,23215	,60060	27,4887	29,8630
3,00	7	30,8571	3,07834	1,16350	28,0102	33,7041
4,00	17	30,1176	8,29821	2,01261	25,8511	34,3842
Total	205	28,8585	7,15065	,49942	27,8738	29,8432

### ANOVA

VAR00009

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.

Between Groups	61,955	3	20,652	,400	,338
Within Groups	10368,943	201	51,587		
Total	10430,898	204			

الصلابة النفسية

**ANOVA**

VAR00011

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	830,975	3	276,992	1,037	,430
Within Groups	53700,176	201	267,165		
Total	54531,151	204			

المساندة الاجتماعية

**ANOVA**

VAR00013

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	737,185	3	245,728	1,578	,590
Within Groups	31304,640	201	155,744		
Total	32041,824	204			

السلوك الصحي

**ANOVA**

VAR00016

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	622,714	3	207,571	,638	,753
Within Groups	65383,891	201	325,293		
Total	66006,605	204			

الآلم العضوي

**ANOVA**

VAR00018

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	570,251	3	190,084	,875	,488
Within Groups	43677,925	201	217,303		
Total	44248,176	204			

الفروق حسب المستوى التعليمي

تقدير الذات

**Oneway**

**ANOVA**

VAR00001

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	133,258	4	33,314	1.427	,630
Within Groups	10297,640	200	51,488		
Total	10430,898	204			

الصلابة النفسية

**Oneway****Descriptives**

VAR00003

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	47	104,3404	14,36674	2,09560	100,1222	108,5587
2,00	39	101,3333	14,13531	2,26346	96,7512	105,9155
3,00	36	102,8056	15,63845	2,60641	97,5143	108,0968
4,00	52	103,0769	16,57407	2,29841	98,4627	107,6912
5,00	31	98,3871	21,70050	3,89753	90,4273	106,3469
Total	205	102,2780	16,34960	1,14191	100,0266	104,5295

**ANOVA**

VAR00003

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	747,245	4	186,811	,527	,596
Within Groups	53783,906	200	268,920		
Total	54531,151	204			

**Descriptives**

المساعدة الاجتماعية

VAR00005

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	47	37,0426	12,40259	1,80910	33,4010	40,6841
2,00	39	36,4359	13,25418	2,12237	32,1394	40,7324
3,00	36	37,2222	11,57117	1,92853	33,3071	41,1373
4,00	52	37,8269	12,27579	1,70235	34,4093	41,2445
5,00	31	42,8065	12,96256	2,32814	38,0517	47,5612
Total	205	38,0293	12,53267	,87532	36,3034	39,7551

**ANOVA**

VAR00005

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	877,817	4	219,454	4.620	,233
Within Groups	31164,008	200	155,820		

**ANOVA**

VAR00005

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	877,817	4	219,454	4.620	,233
Within Groups	31164,008	200	155,820		
Total	32041,824	204			

السلوك الصحي

**Descriptives**

VAR00007

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	47	77,8085	17,36643	2,53315	72,7095	82,9075
2,00	39	74,8718	20,86193	3,34058	68,1091	81,6344
3,00	36	76,1111	20,66160	3,44360	69,1202	83,1020
4,00	52	78,8846	15,03937	2,08558	74,6976	83,0716
5,00	31	82,6452	16,22457	2,91402	76,6939	88,5964
Total	205	77,9561	17,98782	1,25632	75,4791	80,4331

**ANOVA**

VAR00007

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1221,009	4	305,252	2.141	,440
Within Groups	64785,596	200	323,928		
Total	66006,605	204			

**Descriptives**

VAR00009

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	47	25,4681	16,00116	2,33401	20,7700	30,1662
2,00	39	19,5128	13,42988	2,15050	15,1594	23,8663
3,00	36	18,9167	13,87161	2,31193	14,2232	23,6101
4,00	52	21,4231	14,13429	1,96007	17,4881	25,3581
5,00	31	23,5161	15,76890	2,83218	17,7321	29,3002
Total	205	21,8634	14,72762	1,02862	19,8353	23,8915

الألم العضوي

**ANOVA**

VAR00009

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1233,546	4	308,386	1,263	,224
Within Groups	43014,630	200	215,073		

### ANOVA

VAR00009

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1233,546	4	308,386	1,263	,224
Within Groups	43014,630	200	215,073		
Total	44248,176	204			

الفروق حسب مدة المرض :

### Descriptives

VAR00011

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	77	28,2208	6,86261	,78207	26,6632	29,7784
2,00	78	29,4487	6,18890	,70076	28,0533	30,8441
3,00	50	28,9200	8,85677	1,25254	26,4029	31,4371
Total	205	28,8585	7,15065	,49942	27,8738	29,8432

### ANOVA

VAR00011

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	58,676	2	29,338	,280	,566
Within Groups	10372,222	202	51,348		
Total	10430,898	204			

الصلابة النفسية

### Descriptives

VAR00013

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	77	97,2468	18,57004	2,11625	93,0319	101,4616
2,00	78	106,8462	12,20291	1,38171	104,0948	109,5975
3,00	50	102,9000	16,45061	2,32647	98,2248	107,5752
Total	205	102,2780	16,34960	1,14191	100,0266	104,5295

### ANOVA

VAR00013

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3596,186	2	1798,093	7,131	,001
Within Groups	50934,966	202	252,153		
Total	54531,151	204			

المساعدة الاجتماعية

### Descriptives

VAR00015

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	77	37,8312	11,80812	1,34566	35,1511	40,5113
2,00	78	38,6667	11,20838	1,26910	36,1396	41,1938
3,00	50	37,3400	15,46109	2,18653	32,9460	41,7340
Total	205	38,0293	12,53267	,87532	36,3034	39,7551

#### ANOVA

VAR00015

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	58,466	2	29,233	,607	,832
Within Groups	31983,359	202	158,333		
Total	32041,824	204			

السلوك الصحي :

#### Descriptives

VAR00017

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	77	76,9870	16,79794	1,91430	73,1743	80,7997
2,00	78	79,8718	19,46916	2,20445	75,4822	84,2614
3,00	50	76,4600	17,44052	2,46646	71,5035	81,4165
Total	205	77,9561	17,98782	1,25632	75,4791	80,4331

#### ANOVA

VAR00017

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	470,480	2	235,240	,320	,486
Within Groups	65536,125	202	324,436		
Total	66006,605	204			

الالام العضوي

#### Descriptives

VAR00019

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	
					Lower Bound	Upper Bound
1,00	77	25,7792	14,01561	1,59723	22,5981	28,9604
2,00	78	18,7949	14,19654	1,60744	15,5940	21,9957
3,00	50	20,6200	15,52337	2,19534	16,2083	25,0317
Total	205	21,8634	14,72762	1,02862	19,8353	23,8915

### ANOVA

VAR00019

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	1992,431	2	996,215	1.741	,010
Within Groups	42255,745	202	209,187		
Total	44248,176	204			

الفروق حسب الجنس :

تقدير الذات

### Group Statistics

	VAR00022	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00021	1,00	70	28,9231	6,91839	,78335
	2,00	135	28,8189	7,31645	,64923

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00021	Equal variances assumed	,099	,772
	Equal variances not assumed		

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00021	Equal variances assumed	,101	203	,920	,10418
	Equal variances not assumed	,102	170,072	,919	,10418

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00021	Equal variances assumed	1,03117	-1,92900	2,13735
	Equal variances not assumed	1,01742	-1,90422	2,11258

الصلابة النفسية



## T-Test

**Group Statistics**

	VAR00024	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00023	1,00	70	103,5128	14,26898	1,61564
	2,00	135	101,5197	17,51682	1,55437

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00023	Equal variances assumed	1,854	,191
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00023	Equal variances assumed	,847	203	,398	1,99314
	Equal variances not assumed	,889	187,396	,375	1,99314

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00023	Equal variances assumed	2,35362	-2,64754	6,63381
	Equal variances not assumed	2,24195	-2,42958	6,41585

المساندة الاجتماعية

## T-Test

**Group Statistics**

	VAR00026	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00025	1,00	70	36,5897	13,56795	1,53627
	2,00	135	38,9134	11,82077	1,04892

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00025	Equal variances assumed	,145	,655
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00025	Equal variances assumed	-1,291	203	,198	-2,32364
	Equal variances not assumed	-1,249	146,120	,214	-2,32364

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00025	Equal variances assumed	1,79996	-5,87266	1,22537
	Equal variances not assumed	1,86020	-6,00002	1,35274

**T-Test**

**Group Statistics**

	VAR00028	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00027	1,00	70	76,9744	18,75749	2,12387
	2,00	135	78,5591	17,54661	1,55701

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00027	Equal variances assumed	2.878	,521

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00027	Equal variances assumed	2.878	,521
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00027	Equal variances assumed	-,611	203	,542	-1,58470
	Equal variances not assumed	-,602	154,699	,548	-1,58470

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00027	Equal variances assumed	2,59164	-6,69467	3,52528
	Equal variances not assumed	2,63346	-6,78687	3,61748

الام العضوي

**T-Test**

**Group Statistics**

	VAR00030	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00029	1,00	70	21,0385	15,03713	1,70262
	2,00	135	22,3701	14,57101	1,29297

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00029	Equal variances assumed	3.253	,663
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00029	Equal variances assumed	-,628	203	,531	-1,33162
	Equal variances not assumed	-,623	159,086	,534	-1,33162

#### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00029	Equal variances assumed	2,12181	-5,51523	2,85200
	Equal variances not assumed	2,13792	-5,55397	2,89074

### Oneway

الفروق في تقدير الذات حسب السن

#### ANOVA

VAR00011

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	11,620	3	3,873	,075	,974
Within Groups	10419,278	201	51,837		
Total	10430,898	204			

### Means

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
VAR00011 * VAR00012	205	100,0%	0	,0%	205	100,0%

VAR00012	Mean	N	Std. Deviation
1,00	29,0000	25	5,23609
2,00	28,6122	49	5,80882
3,00	28,6122	49	7,76428
4,00	29,1098	82	8,04924
Total	28,8585	205	7,15065

## Means

الفروق في الصلابة النفسية حسب السن

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
VAR00013 * VAR00014	205	100,0%	0	,0%	205	100,0%

## Report

VAR00014	Mean	N	Std. Deviation
1,00	96,6400	25	25,75183
2,00	97,8776	49	15,04110
3,00	106,2857	49	13,42882
4,00	104,2317	82	14,16682
Total	102,2780	205	16,34960

## Oneway

### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2843,528	3	947,843	3,686	,013
Within Groups	51687,623	201	257,152		
Total	54531,151	204			

## Means

الفروق في المساعدة الاجتماعية حسب سن المرضى

Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
VAR00015 * VAR00016	205	99,5%	1	,5%	206	100,0%

VAR00016	Mean	N	Std. Deviation
1,00	36,6000	25	13,14978
2,00	37,6735	49	13,30787

3,00	39,4286	49	12,33896
4,00	37,8415	82	12,13450
Total	38,0293	205	12,53267

## Oneway

### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	156,110	3	52,037	,328	,805
Within Groups	31885,715	201	158,635		
Total	32041,824	204			

## Means

### الفروق في السلوك الصحي حسب سن المرضى

#### Case Processing Summary

	Cases					
	Included		Excluded		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
VAR00017 * VAR00018	205	100,0%	0	,0%	205	100,0%

VAR00018	Mean	N	Std. Deviation
1,00	80,2000	25	15,45154
2,00	73,1633	49	19,65361
3,00	82,2245	49	17,08833
4,00	77,5854	82	17,76524
Total	77,9561	205	17,98782

### ONEWAY VAR00017 BY VAR00018 /MISSING ANALYSIS

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	2155,478	3	718,493	3,262	,082
Within Groups	63851,127	201	317,667		
Total	66006,605	204			

## Means

### الفروق في الألم العضوي حسب سن المرضى

#### Case Processing Summary

	Cases		
	Included	Excluded	Total

	N	Percent	N	Percent	N	Percent
VAR00019 * VAR00020	205	100,0%	0	,0%	205	100,0%

VAR00020	Mean	N	Std. Deviation
1,00	23,1600	25	14,85956
2,00	22,6531	49	14,61670
3,00	22,6327	49	16,31039
4,00	20,5366	82	13,91260
Total	21,8634	205	14,72762

#### ANOVA

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	245,936	3	81,979	,374	,772
Within Groups	44002,240	201	218,917		
Total	44248,176	204			

#### T-Test

الفروق في تقدير الذات حسب نوع السكري

#### Group Statistics

	VAR00002	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00001	1,00	78	28,9231	6,91839	,78335
	2,00	127	28,8189	7,31645	,64923

#### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00001	Equal variances assumed	,084	,772
	Equal variances not assumed		

#### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00001	Equal variances assumed	,101	203	,920	,10418
	Equal variances not assumed	,102	170,072	,919	,10418

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00001	Equal variances assumed	1,03117	-1,92900	2,13735
	Equal variances not assumed	1,01742	-1,90422	2,11258

### T-Test

الفروق في الصلابة النفسية حسب نوع السكري

### Group Statistics

	VAR00004	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00003	1,00	78	103,5128	14,26898	1,61564
	2,00	127	101,5197	17,51682	1,55437

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00003	Equal variances assumed	1,718	,191
	Equal variances not assumed		

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00003	Equal variances assumed	,847	203	,398	1,99314
	Equal variances not assumed	,889	187,396	,375	1,99314

### Independent Samples Test

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00003	Equal variances assumed	2,35362	-2,64754	6,63381
	Equal variances not assumed	2,24195	-2,42958	6,41585

### T-Test



## الفروق في المساعدة الاجتماعية حسب نوع السكري

**Group Statistics**

	VAR00006	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00005	1,00	78	36,5897	13,56795	1,53627
	2,00	127	38,9134	11,82077	1,04892

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00005	Equal variances assumed	,200	,655
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00005	Equal variances assumed	-1,291	203	,198	-2,32364
	Equal variances not assumed	-1,249	146,120	,214	-2,32364

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00005	Equal variances assumed	1,79996	-5,87266	1,22537
	Equal variances not assumed	1,86020	-6,00002	1,35274

## T-Test

## الفروق في السلوك الصحي حسب نوع السكري

**Group Statistics**

	VAR00008	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00007	1,00	78	76,9744	18,75749	2,12387
	2,00	127	78,5591	17,54661	1,55701

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00007	Equal variances assumed	,414	,521
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00007	Equal variances assumed	-,611	203	,542	-1,58470
	Equal variances not assumed	-,602	154,699	,548	-1,58470

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00007	Equal variances assumed	2,59164	-6,69467	3,52528
	Equal variances not assumed	2,63346	-6,78687	3,61748

**T-Test**

الفروق في الألم العضوي حسب نوع السكري

**Group Statistics**

	VAR00010	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
VAR00009	1,00	78	21,0385	15,03713	1,70262
	2,00	127	22,3701	14,57101	1,29297

**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	
		F	Sig.
VAR00009	Equal variances assumed	,191	,663
	Equal variances not assumed		

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means			
		t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference
VAR00009	Equal variances assumed	-,628	203	,531	-1,33162
	Equal variances not assumed	-,623	159,086	,534	-1,33162

**Independent Samples Test**

		t-test for Equality of Means		
		Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
			Lower	Upper
VAR00009	Equal variances assumed	2,12181	-5,51523	2,85200
	Equal variances not assumed	2,13792	-5,55397	2,89074