

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس



القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض
في تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل.م.د.) في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

الطالبة:

الإشراف:

جوهري إبتسام

الأستاذة الدكتورة شريفي هناء

أعضاء لجنة المناقشة:

ميراب ناصر	أستاذ التعليم العالي	جامعة مولود معمري-تيزي وزو-	رئيسا
شريفي هناء	أستاذة التعليم العالي	جامعة أبو القاسم سعد الله -الجزائر 2-	مشرفة
حداد نسيمة	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري -تيزي وزو-	مناقشة
بلحاج فروجة	أستاذة محاضرة أ	جامعة مولود معمري -تيزي وزو-	مناقشة
حلوان زوينة	أستاذة التعليم العالي	جامعة أكلي محند أولحاج -البويرة-	مناقشة
لعايب كلثوم	أستاذة محاضرة أ	جامعة أبو القاسم سعد الله - الجزائر 2-	مناقشة

السنة الجامعية 2022- 2023.

جامعة مولود معمري تيزي وزو
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم علم النفس



القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض
في تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه (ل.م.د.) في علم النفس تخصص: علم النفس العيادي

الطالبة:

الإشراف:

جوهرى إبتسام

الأستاذة الدكتورة شريفي هناء

أعضاء لجنة المناقشة:

میزاب ناصر	أستاذ التعليم العالي	جامعة مولود معمري-تيزي وزو-	رئيسا
شريفى هناء	أستاذة التعليم العالي	جامعة أبو القاسم سعد الله -الجزائر2-	مشرفة
حداد نسيمه	أستاذة التعليم العالي	جامعة مولود معمري -تيزي وزو-	مناقشة
بلحاج فروجة	أستاذة محاضرة أ	جامعة مولود معمري -تيزي وزو-	مناقشة
حلوان زوينه	أستاذة التعليم العالي	جامعة أكلي محند أولحاج -البويرة-	مناقشة
لعايب كلثوم	أستاذة محاضرة أ	جامعة أبو القاسم سعد الله - الجزائر2-	مناقشة

السنة الجامعية 2022 - 2023

شكر وتقدير

أشكر الله عز وجل والحمد لله حمدا كثيرا طيبا مباركا فيه أن وهبني من فضله وأنعم علي
بنعمه ويسر لي إتمام هذه الرسالة.

أتقدم بكل الشكر والتقدير لأستاذتي التي تشرفت بتأطيرها لي في هذا العمل المتواضع
وصاحبة الفضل فيما يحتويه، والتي تأنيب من صبرها وتعلمت من فضلها وتلمذت من علمها
الأستاذة الدكتورة الفاضلة " شريفية هناء".

وأزيد شكرا آخر لأستاذة التكوين في علم النفس في جامعة مولود معمري وأخص بذكرتي
الأستاذة الدكتورة الفاضلة ميزاب ناصر .

كما أتقدم بخالص شكري لعائلتي التي كانت تدعمني في إنجاز هذه الرسالة.

وأتقدم بخالص شكري وامتناني للأستاذ "علو زوهير" و للأستاذة "قزوي جبيقة" ولكل أستاذتي
الكرام وكل أفراد العينة ولكل أعضاء لجنة المناقشة وكل من ساهم في إثراء هذا العمل.

الشكر موصول للجميع

إبتسام جوهرية.

إهداء

إلى من قال فيهما الخالق " و اخفض لهما جناح الذل من الرحمة

و قل ربي ارحمهما كما ربياني صغيرا".

♥ إلى والدي الكريمن، صاحبي الفضل في هذا العمل،

♥ إلى من نشأت و ترعرعت بينهم إخوتي الأبية حفظهم الله ورحمهم.

♥ إلى من كانت لي المرجع و المنهل أستاذتي العزيزة أ.د. شريفى هناء.

♥ إلى أستاذتي الكريم أ.د. ميناى ناصر جازاه الله خيرا.

♥ إلى من تعلمت منهم و أخذت منهم و ما أكثرهم أستاذتي الكرام.

♥ إلى رفيقاتي الدرب و أعز الأصدقاء و لكل أحبائي.

إبتسام

الملخص:

هدف البحث الحالي إلى محاولة الكشف عن القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية، الإنبساطية، المقبولية، الانفتاح على الخبرة، ويقظة الضمير) ونوع المرض في تسيير الضغوطات النفسية التي يعاني منها المصابون بداء السكري، ومن أجل تحقيق ذلك تم الاعتماد على المنهج الوصفي، وتكونت عينة البحث من 306 مصاب ومصابة بداء السكري بولاية البويرة، تم اختيارهم بطريقة قصدية، وتطبيق أدوات الدراسة المتكونة من مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الذي أعده كوستا وماكري (1995) في صورته المعدلة من طرف جون وآخرون (2005) John OP. Et al ، والتي تحتوي 45 بند، المكيف على البيئة الفرنسية من طرف بليزون وآخري (2010) Plaisant O., et al، ومقياس الضغط النفسي لكوهين (Cohen et al., 1983) ومقياس إستراتيجيات التعامل لبولهان (Paulhan et al, 1994) ، ولتحليل النتائج تمت المعالجة الإحصائية باستخدام الإحصاء والوصفي والاستدلالي، حيث أسفرت نتائج الدراسة عن ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري بنوعيه، مع وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي تعزى لصالح مرضى النوع الأول المعتمد على الأنسولين على حساب النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، مع وجود تنوع في استراتيجيات التعامل المستخدمة في تسيير الضغوطات النفسية وعدم وجود اختلاف حسب نوع المرض، في حين أسفرت النتائج عن إمكانية تحديد عدة بروفيلات شخصية وفقا لمستوى الضغط النفسي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية وإستراتيجيات التعامل ونوع المرض، كما أسفرت النتائج عن عدم وجود لعامل الانبساطية ويقظة الضمير و الانفتاح على الخبرة قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري، في حين أثبت عامل العصابية والمقبولية القدرة على التنبؤ بمستوى الضغط النفسي وتسييره لدى المصابين بداء السكري.

الكلمات المفتاحية: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، الضغط النفسي، استراتيجيات التعامل، داء

السكري

Abstract:

The aim of the current research is to attempt to reveal the predictive ability of, the Big five factors of personality (neuroticism, extraversion, Agreeableness, openness to experience, and Conscientiousness) and the type of disease in managing the psychological pressures experienced by people with diabetes. The research sample consisted of 306 diabetics in the state of Bouira, who were chosen in an intentional way, And the application of the study tools consisting of the scale of The Big Five Factors of Personality Scale prepared by Costa & MacCrae (1995) in its modified form by John & al.(2005) Which contains 45 items, adapted to the French environment by Plaisant O., et al, 2010), and (Cohen et al., 1983)'s stress scale, and Paulhan et al., 1994)'s coping strategies scale.

In order to analyze the results, the statistical treatment was carried out using statistics, descriptive and inferential, as the results of the study resulted in a high level of psychological stress among people with diabetes, with statistically significant differences in the level of psychological stress due to the benefit of patients with type I insulin-dependent at the expense of type II non-insulin dependent.

With a diversity of coping strategies used in managing psychological stress and no difference according to the type of disease, while the results resulted in the possibility of identifying several personal profiles according to the level of psychological stress, the Big five factors of personality, coping strategies and the type of disease.

The results also resulted in the absence of Extroversion and Conscientiousness. Openness to experience has a predictive ability to predict the level of psychological stress in diabetic patients, while the factor of Neuroticism and Agreeableness proves the ability to predict the level of psychological stress and its management in people with diabetes.

Keywords: the big five factors of personality, stress, coping, diabetes

شكر وتقدير

إهداء

فهرس المحتويات

فهرس الأشكال

فهرس الجداول

الصفحة

الفهرس

1.....مقدمة

الفصل التمهيدي

الإطار العام للإشكالية

1. الإشكالية 6

2. فرضيات البحث..... 16

3. التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث..... 17

4. أسباب اختيار الموضوع..... 18

5. أهمية البحث..... 19

6. أهداف البحث..... 20

7. الدراسات السابقة..... 20

8. التعقيب على الدراسات السابقة..... 29

الجانب النظري

الفصل الأول: داء السكري

- تمهيد.....36
1. ماهية داء السكري.....37
2. أنواع داء السكري.....40
3. فسيولوجية داء السكري.....42
4. أعراض داء السكري.....45
5. التشخيص.....49
6. أسباب الإصابة بداء السكري.....49
7. المراحل التي يمر بها المصاب بداء السكري.....52
8. مضاعفات داء السكري.....53
9. الاضطرابات النفسية المصاحبة لداء السكري.....59
- خلاصة الفصل.....63

الفصل الثاني: الشخصية

- تمهيد.....65
- أولاً: الشخصية.....66
1. مفهوم الشخصية.....66
2. نظريات الشخصية.....68
- ثانياً: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.....75
1. الإطار التاريخي للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية.....75
2. نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.....79

80.....	3. مفهوم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.....
97.....	4. العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كعوامل منبئة.....
101.....	5. مميزات وخصائص نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.....
103.....	6. تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الصحة (النفسية و الجسمية).....
106.....	خلاصة الفصل.....

الفصل الثالث: الضغط النفسي

وإستراتيجيات التعامل.

108.....	تمهيد
108.....	أولاً: الضغط النفسي.....
109.....	1. نشأة وتطور مفهوم الضغط النفسي.....
112.....	2. تعريف الضغط النفسي.....
114.....	3. النظريات المفسرة للضغط النفسي.....
119.....	4. إدراك الضغط النفسي.....
121.....	5. أنواع الضغط النفسي.....
124.....	6. مراحل الضغط النفسي.....
125.....	7. أعراض الضغط النفسي.....
127.....	8. علاقة الضغط النفسي بالمرض.....
130.....	ثانياً: استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية.....
130.....	1. نشأة وتطور مفهوم استراتيجيات التعامل.....
131.....	2. تعريف استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية.....
133.....	3. مراحل التعامل.....
134.....	4. أنواع استراتيجيات التعامل.....
136.....	5. تصنيف إستراتيجيات التعامل.....

140.....	6. موارد استراتيجيات التعامل
141.....	7. دور الشخصية في التعامل مع الضغوط النفسية
145.....	خلاصة الفصل

الجانب الميداني

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للبحث

148.....	تمهيد
148.....	1. الدراسة الاستطلاعية
150.....	2. منهج البحث
151.....	3. عينة البحث
162.....	4. الإطار الزمني والمكاني للبحث
164.....	5. إجراءات الدراسة
164.....	6. أدوات البحث
164.....	6. 1. استمارة المعلومات العامة
165.....	6. 2. مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
170.....	6. 3. مقياس الضغط المدرك
174.....	6. 4. مقياس استراتيجيات المواجهة
180.....	7. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث
180.....	8. صعوبات البحث
182.....	خلاصة الفصل

الفصل الخامس: عرض وتحليل النتائج

184.....	تمهيد
184.....	1. المحور الأول: الضغط النفسي
184.....	1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى
186.....	2. المحور الثاني للدراسة: استراتيجيات التعامل
186.....	2. 1. عرض نتائج الفرضية الثانية
192.....	3. المحور الثالث: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
192.....	3. 1. عرض نتائج الفرضية الثالثة
199.....	4. المحور الرابع: القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية
199.....	4. 1. عرض نتائج الفرضية الرابعة
204.....	خلاصة الفصل

الفصل السادس: مناقشة النتائج

206.....	1. المحور الأول: الضغط النفسي
206.....	1.1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
208.....	1.1. 2. دراسة الفروق في مستوى الضغط النفسي حسب نوع المرض
212.....	2. المحور الثاني للبحث: استراتيجيات التعامل
212.....	2. 1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
221.....	3. المحور الثالث للدراسة: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية
221.....	3. 1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
221.....	3. 1. 1. بروفييلات المصابين بداء السكري بنوعيه
229.....	3. 1. 2. بروفييل مرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين

234.....	3. 2. 3. بروفيل مرضى السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين
241.....	4. المحور الرابع للدراسة: القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية
241.....	4. 1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
249.....	الاستنتاج العام
253.....	خاتمة
258.....	قائمة المراجع
	الملاحق .

قائمة الجداول

41	جدول توضيحي يبين خصائص داء السكري النوع الأول و الثاني	1
44	يوضح أنواع خلايا جزر لانغرهانس الموجودة في البنكرياس والهرمون الذي تفرزه	2
88	السمات الممثلة لعامل العصابية حسب نموذج كوستا وماكري 1992 costa &Mccrae	3
89	الأوجه الستة لعامل العصابية ومستوياته مستخلص من أنموذج 1992 costa &Mccrae كما أوردتها (هاورد وهاورد، 1995).	4
92	سمات عامل الإنبساطية حسب نموذج كوستا وماكري 1992 Costa&McCrae.	5
92	يوضح الأوجه الستة لعامل الانبساطية ومستوياته مستخلص من كما أوردته (هاورد وهاورد، 1995)Costa&McCraeنموذج1992	6
95	سمات عامل الصفاوة/ الإنفتاح على الخبرة حسب نموذج كوستا وماكري 1992Costa&McCrae	7
96	الأوجه الستة لعامل الإنفتاح على الخبرة	8
98	السمات الشخصية لعامل الطيبة/ الوداعة حسب نموذج كوستا Costa&McCraeوماكري1992	9
99	الأوجه الستة لعامل الطيبة ومستوياته مستخلص من أنموذج (1992) Costa & McCrae.(هاورد وهاورد، 1995).	10
101	السمات الشخصية لعامل يقظة الضمير حسب نموذج كوستا وماكري 1992Costa&McCrae	11

102	الأوجه الستة لعامل التفاني ومستوياته مستخلص من نموذج (1992) كما أوردها (هاورد وهاورد، 1995) Costa & McCrae	12
152	توزيع أفراد العينة على أماكن إجراء الدراسة.	13
153	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	14
154	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	15
155	توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع المرض	16
156	توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة المرض	17
157	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	18
159	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	19
160	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي.	20
165	البنود التي تنتمي لكل عامل من العوامل الخمسة	21
167	بنود مقياس العوامل الخمسة الكبرى المعدلة	22
168	ثبات العوامل الخمسة لمقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (ألفا كرونباخ)	23
168	ارتباط بنود الانبساطية بالمجموع الكلي للبعد	24
169	ارتباط بنود المقبولية بالمجموع الكلي للبعد	25
169	ارتباط بنود يقظة الضمير بالمجموع الكلي للبعد	26
169	ارتباط بنود العصابية بالمجموع الكلي للبعد	27
170	ارتباط بنود الانفتاح على الخبرة بالمجموع الكلي للبعد	28

172	طريقة تنقيط مقياس الضغط النفسي المدرك	29
173	درجة الضغط المسجلة وتفسيرها.	30
174	ارتباط بنود مقياس الضغط النفسي بالمجموع الكلي للمقياس	31
177	كيفية تنقيط بنود مقياس استراتيجيات التعامل	32
177	الاستراتيجيات المتركزة حول المشكل والاستراتيجيات المتركزة حول الانفعال	33
178	ارتباط بنود إستراتيجية حل المشكلة بالمجموع الكلي للإستراتيجية.	34
178	ارتباط بنود مقياس إستراتيجية التجنب بالمجموع الكلي للإستراتيجية.	35
178	ارتباط بنود إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بالبعد الكلي للإستراتيجية	36
179	ارتباط بنود إستراتيجية التقييم الإيجابي بالمجموع الكلي للإستراتيجية	37
179	ارتباط بنود إستراتيجية اتهام الذات بالمجموع الكلي للإستراتيجية	38
184	نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة	39
185	نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين	40
186	نوع المشكلة	41
187	المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري	42
189	المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الأول.	43

190	المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الثاني	44
191	الفرق بين نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الأول والنوع الثاني	45
193	نتائج التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري وفقا للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل.	46
195	التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري النوع الأول وفقا للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل	47
197	التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري النوع الثاني وفقا للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل	48
199	معاملات R^2 للانحدار المتعدد	49
200	معاملات الانحدار اللامعيارية و معاملات الانحدار المعيارية وقيم ت ودلالاته الإحصائية للعوامل الخمسة الخاصة بالنموذج (داء السكري)	50
201	معاملات الانحدار اللامعيارية و معاملات الانحدار المعيارية وقيم ت ودلالاته الإحصائية للعوامل الخمسة الخاصة بالنموذج (داء السكري نوع أول)	51
202	معاملات الانحدار اللامعيارية و معاملات الانحدار المعيارية وقيم ت ودلالاته الإحصائية للعوامل الخمسة الخاصة بالنموذج (داء السكري نوع الثاني)	52

قائمة الأشكال

153	توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس	1
155	توزيع أفراد العينة حسب متغير السن	2
156	توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع المرض	3
157	توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض	4
158	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي	5
159	توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية	6
160	توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي	7
187	نوع المشكلة	8
220	تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري	9
228	البروفيلات الخاصة بداء السكري بنوعيه	10
233	بروفيلات المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين	11
239	بروفيلات المصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين	12
247	القدرة التنبؤية لعامل العصابية والمقبولية لدى المصابين بداء السكري	13

مقدمة

مقدمة:

تعتبر الصحة من القضايا الأساسية التي باتت تحظى باهتمام العديد من العلماء من مختلف التخصصات، حيث أصبحت من الموضوعات الأكثر أهمية في عملية التنمية لمختلف المجتمعات لما لها من قيمة وأهمية في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، كما تعد مصدر الاكتمال النفسي والجسمي والاجتماعي للفرد، خاصة بعد الانتشار الواسع الذي عرفته الأمراض المزمنة في كل دول العالم، وما تبذله منظمات الصحة من جهود للوقاية منها وعلاج المصابين والوقاية من المضاعفات الخطيرة التي يؤول إليها المرض في حال عدم التزام المريض بالعلاج.

حيث يعتبر داء السكري أحد تلك الأمراض المزمنة التي تلازم المريض طول حياته وتفرض عليه نمط حياة قد يكون مختلفا تماما عن نمط حياته السابقة للإصابة، خاصة مع ملازمة الأعراض الخاصة بهذا المرض طول حياة المريض ناهيك عن التأثيرات السلبية الكثيرة التي يخلفها المرض على جسم المريض وصحته النفسية، والتي تنتقل بدورها إلى التأثير على مختلف جوانب الحياة لديه، خاصة حالات الانفعال الدائم والتوتر الناجم عن المواقف الضاغطة التي يتعرض لها من مختلف المصادر.

فضلا عن ذلك فإن الاهتمام بالضغط النفسي أصبح أحد أهم محاور البحث والدراسات خاصة بالنسبة للمختصين في علم النفس الصحي في إطار تناول الحيوي النفسي الاجتماعي، باعتبار أن الضغط النفسي أحد الاستجابات البيولوجية الناتجة عن تفاعل الفرد مع بيئته ومحيطه الاجتماعي، والذي يؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسمية للفرد الذي قد يصبح أكثر عرضة للأمراض والاضطرابات، وعلاقاته الأسرية والاجتماعية وحتى في بيئة العمل، ومن بين أهم المصطلحات الوثيقة الصلة بالضغط النفسي نجد إستراتيجيات التعامل مع الضغوطات النفسية والتي بموجبها يتمكن الفرد من بذل جهود معرفية كمحاولة منه للتخلص من الضغوطات النفسية التي تواجهه في حياته اليومية والتي تعتبر غالبا أحد أسباب انتشار الأمراض المزمنة في عصرنا الحالي.

حيث تعتبر الإصابة بالأمراض المزمنة من بين المواقف الضاغطة التي تؤثر على صحة الفرد النفسية والجسمية بصفة عامة، ولا تختلف الإصابة بداء السكري عن باقي الأمراض المزمنة في هذا الأمر، فالمصاب بداء السكري كغيره من أفراد هذا العصر تواجهه الكثير من المشاكل والمواقف

الضاغطة خلال حياته اليومية، بالإضافة إلى الضغوط النفسية المتعلقة بهذا المرض المزمن وملازمة أعراضه وضرورة التقيد بالعلاج وتغيير نمط الحياة نحو نمط صحي وإتباع السلوكيات الصحية من أجل ضبط مستوى السكري وحماية الجسم من المضاعفات الخطيرة التي قد تصل إلي العمى أو القصور الكلوي أو بتر أحد الأطراف ما يسبب العجز وأحيانا قد يصل إلى الوفاة خاصة من الإصابة بغيوبة السكر الحادة.

تعتبر معاشية المصاب بداء السكري لكل هذه المشاكل والضغوطات النفسية المختلفة يوجب عليه بذل جهود معرفية سلوكية للتعامل معها والتخفيف منها والتكيف مع المرض وتقبله والالتزام بالعلاج، وتعتبر هذه المحاولة للتخلص من الضغوطات النفسية الناجمة عن الإصابة بالمرض المزمن أو عن المواقف الأخرى على استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي والتي تكون عادة مرتكزة حول المشكل من جهة عبر السعي لمحاولة حل المشكل وبحث المريض عن المساندة الاجتماعية، أو مرتكزة حول الانفعال من جهة أخرى عبر التجنب أو إعادة التقييم الإيجابي للموقف أو اتهام الذات، حيث يختلف استخدام طرق التعامل من شخص لآخر، وتجدر الإشارة إلى هذا التعامل يتأثر حسب عوامل عديدة أهمها سمات الشخصية التي تجعل التفاعل مع المواقف يختلف من مصاب لآخر، حيث تمكننا معرفة السمات الشخصية للمصابين وللأفراد عموما بالتعرف على السلوك وفهمه فهما جيدا وحتى إمكانية التنبؤ به في بعض الأحيان.

تساهم السمات في وصف وفهم السلوك الإنساني والتنبؤ به ، ويمثل نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية أكثر النماذج دقة وشمولا، والتي حضرت باهتمام الكثير من علماء النفس الذين سعوا نحو تطوير علم النفس وتحقيق أحد أهم أهدافه الذي يتمثل في التنبؤ.

حيث يعتبر التنبؤ من أهم الأهداف التي يسعى علم النفس لتحقيقها منذ ظهوره إلى يومنا هذا، إذ أثبتت العديد من الدراسات أن الفهم الجيد لشخصية الفرد يساهم في التنبؤ بسلوكاته واتجاهاته نحو الحياة بصفة عامة، كما أثبتت الدراسات إمكانية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التنبؤ ببعض السلوكات الإنسانية كونها أنموذجا يقدم وصفا شاملا لأهم السمات الأساسية الثابتة نسبيا في شخصية الأفراد، وهذه الدراسات نقلت التنبؤ من افتراضات مجردة في نموذج كوستا وماكري النظري لهذه العوامل إلى دراسة واقعية مثبتة علميا.

جاء البحث الحالي امتدادا لهاته الدراسات، حيث سعى للتحقق أيضا من قدرة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في التنبؤ بتسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري، ومدى مساهمة سمات الشخصية في التحكم في الضغوطات النفسية والتعامل معها لدى مرضى السكري المرتادون على المستشفيات والعيادات الخاصة وذلك لتحسين مستوى الخدمات المقدمة إليهم وتحسين الرعاية الصحية التي يحضون بها من أجل ضبط السكري والارتقاء بالصحة الجسمية والنفسية لديهم.

لتحقيق الأهداف المرجوة من الدراسة الحالية تم تنظيمها حسب الأسس العلمية المتفق عليها لإنجاز مثل هذا النوع من الدراسات، إذ استهلّت الدراسة بمقدمة شاملة، أتبعّت بفصل تمهيدي يحتوي على الإطار العام لإشكالية البحث الذي يضم كل من الإشكالية وتساؤلاتها وفرضياتها، وتحديد مفاهيمها الإجرائية، بالإضافة إلى أهمية وأهداف الدراسة، ثم قسم إلى جانبين جانبي نظري وجانب تطبيقي.

حيث شمل الجانب النظري ثلاثة فصول، خصص الفصل الأول فيه للتعريف بداء السكري وأنواعه، وأعراضه، وتشخيصه، وأسباب الإصابة بالسكري والمراحل التي يمر بها مريض السكري: وآثار المرض على جسم المريض والمضاعفات المرتبطة به، مع التطرق للخصائص النفسية والاضطرابات المصاحبة لمرض السكري، وأخيرا العلاج والوقاية من داء السكري.

تناول الفصل الثاني الشخصية وشمل جزئين هما: الأول الشخصية ويتضمن مفهوم الشخصية والنظريات المفسرة لها، والعوامل المؤثرة فيها، كما تضمن خصائص الشخصية، وخصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية، أما الجزء الثاني فقد خصص للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية بداية بالإطار التاريخي لقائمة العوامل الخمسة ونظريتها، ومفهومها، كما تضمن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كعوامل منبئة، وكذا طرق قياسها، ومميزات وخصائص نموذج العوامل الخمسة، كما يتطرق إلى نقد ومزايا نظرية العوامل الخمسة الكبرى، وأخيرا تأثير العوامل الخمسة على الصحة النفسية والجسمية.

تمحور الفصل الثالث حول الضغط النفسي وإستراتيجيات التعامل، مقسم هو الآخر إلى جزئين الأول هو الضغط النفسي والذي يحتوي تعريفا للضغط وتطور المصطلح وكذا النظريات المفسرة له، وإدراكه، وأنواعه وخصائصه، ومصادره ومراحله وأعراضه وآثاره، إضافة إلى العوامل المؤثرة في شدة

الضغط وعلاقته بالمرض، أما الجزء الثاني فهو إستراتيجيات التعامل والذي يتضمن تعريفها وكذا نشأة وتطور مفهومها مراحلها وكذا أنواعها، وأخيرا دور الشخصية في التعامل مع الضغوط النفسية.

تضمن **الجانب التطبيقي** ثلاثة فصول هي امتداد للفصول السابقة، حيث خصص **الفصل الرابع** للإجراءات المنهجية المستخدمة في البحث، وتضمن الدراسة الاستطلاعية، والمنهج المستخدم في الدراسة، كما تضمن عينة الدراسة وطريقة اختيارها وخصائصها، بالإضافة إلى أدوات البحث وأساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة في البحث. في حين خصص **الفصل الخامس** لعرض النتائج المتحصل عليها بعد المعالجة الإحصائية للبيانات، أما **الفصل السادس** فقد خصص لتفسير ومناقشة النتائج استنادا إلى الدراسات السابقة في الموضوع وحسب الإطار النظري الذي استندت عليه الدراسة، وتبع باستنتاج عام وخاتمة انتهت ببعض الاقتراحات والتوصيات في المجال النظري والتطبيقي استنادا إلى ما توصلت إليه الدراسة، بالإضافة إلى إدراج قائمة المراجع تليها الملاحق في الأخير.

الفصل التمهيدي

الإطار العام للإشكالية

1. الإشكالية:

أصبح الاهتمام بالصحة في عصرنا الحالي أحد أكبر أولويات النظم الصحية في جميع الدول، وحضت باهتمام العلماء والباحثين ومؤسسات الصحة العمومية في مختلف مجالات البحث الطبي والنفسي والاجتماعي وحتى الأنثروبولوجيا الثقافية لأسباب عدة، أهمها تزايد عدد الأبحاث والدراسات حول مختلف الأمراض العضوية الحادة والمزمنة والوظيفية، حيث ركز أصحاب هذه الأبحاث على أسباب هذه الأمراض البيولوجية والنفسية والاجتماعية، ومع اهتمام المنظمات العالمية والمحلية بموضوع الأمراض العضوية ومدى تأثيرها على حياة المريض النفسية والاجتماعية، إلى جانب تضاعف الدراسات والأبحاث التي أشارت إلى أهمية دراسة الكيفية التي يدرك بها المرضى المرض العضوي واستراتيجيات مواجهتهم للمرض والتكيف معه، وكذا اهتمام الأطباء والمختصين في مجال رعاية المرضى العضويين في المستشفيات بالجوانب النفسية والاجتماعية على أنها عوامل تساهم في التخفيف من آثار المرض ومضاعفته، زاد الاهتمام بالصحة مؤخرًا وأصبحت محور اهتمام الباحثين في علم النفس الصحي باعتباره أحد الميادين الحديثة في علم النفس

فحسب شيلي (2008) فإن علم النفس الصحي يعتمد بصفة أساسية على النموذج الحيوي النفسي الاجتماعي في فهم ودراسة قضايا الصحة، التي لم تعد مفهوماً يقتصر عليه الطب فقط بل تعتبر نتيجة لتفاعل العوامل العضوية (البيولوجية) والنفسية والاجتماعية، هذه العوامل تؤثر على الصحة الجيدة للإنسان وسلامته كما تؤثر في البدايات الأولى لظهور المرض ونوعه كما تؤثر في تطور المرض أو الشفاء منه

أورد أودرس Udriș وآخرون في تعريف للصحة بأنها: "ليست عبارة عن حالة، وإنما توازن ديناميكي بين الموارد الفيزيولوجية 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 ببناء وتحقيق صحته، سواء كان الأمر بالدفاع المناعي أم بمعنى التلاؤم مع التغيرات الهادفة لظروف المحيط" (حربوش، 2017، ص251) ومنه فإن الصحة لا تعني الخلو من المرض فقط بل هي حالة من التكامل الجسدي والنفسي والاجتماعي.

إلا أن في الآونة الأخيرة قد عرف العصر الحديث تراجعاً كبيراً للصحة بعد الانتشار الواسع للأمراض الوبائية وتفاشي الأمراض المزمنة بصفة خاصة، حيث أصبحت هذه الأخيرة تشكل السبب الرئيسي للعجز والوفاة في الكثير من الدول، خاصة منها أمراض القلب والسرطان والسكري.

حيث تصف "شيلي تايلور" (2008) الأمراض المزمنة بأنها أمراض تتطور ببطء، ويعيش المصابون بها لفترات زمنية طويلة، ولا يمكن الشفاء منها، إذ تتسبب هذه الأمراض جزئياً عن عوامل اجتماعية ونفسية متعددة (ص 45)، لذا فهي تعد من أكبر التحديات الرئيسية التي تواجه النظم الصحية، والتي استقطبت اهتماماً عالمياً كبيراً في السنوات الماضية نظراً لأنها تؤدي مضاعفات ومخاطر صحية واجتماعية وحتى اقتصادية أثقلت عاتق الفرد والمجتمع، والتي من بينها داء السكري الذي عرف انتشاراً واسعاً مؤخراً بين كل الفئات في أنحاء العالم.

يعتبر داء السكري أحد أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة، والذي يحدث بسبب عجز الجسم عن إفراز الأنسولين، أو عن استخدامه بالشكل المناسب، إذ يمكن تمييزه بارتفاع في مستوى السكر في الدم عن المعدل الطبيعي نتيجة نقص أو عدم إفراز هرمون الأنسولين، وقد حددت الجمعية الأمريكية لداء السكري معيار الإصابة بالسكري في حال كانت قيمة سكر الدم الصباحي أكثر من 1.26 غ/ل في دم الفرد الصائم أي بعد صيام ليلة كاملة (بين 8-10 ساعات)، وذلك نتيجة نقص كلي أو جزئي في إنتاج هرمون الأنسولين من خلايا البنكرياس أو ضعف في فعالية الأنسولين على مستوى الخلايا والأنسجة، ويوجد نوعين رئيسيين من السكري، يسمى النوع الأول من المرض بالسكري المعتمد على الأنسولين، أما النوع الثاني فيسمى بالسكري غير المعتمد على الأنسولين (Grimaldi A., 2000, p10).

حيث يتميز النوع الأول باعتماده الكلي على الأنسولين وذلك بسبب تحطم خلايا بيتا لجزر لانجرهانس في البنكرياس التي تفرز الأنسولين والذي قد يصل بالمصاب إلى الموت في غياب العلاج بالأنسولين وعادة ما يصيب الأشخاص الأقل من 30 سنة، أما النوع الثاني فهو غير معتمد على الأنسولين والذي يظهر عادة عند الراشدين وكبار السن الأكبر من 30 سنة، والأشخاص الذين يعانون من الأمراض الأيضية و الوزن الزائد أو السمنة المفرطة، يتميز بوجود مقاومة للأنسولين من طرف الأنسجة ولا يستجيب له، كما أن أعراضه لا تظهر بصورة واضحة فقد يصاب به الفرد لفترة طويلة قبل اكتشاف إصابته، وتنتج عن الإصابة بالسكري أعراض جسمية تتمثل أهمها في كثرة الأكل، كثرة

العطش و كثرة التبول، هذا بالإضافة إلى التعب و ثقل الأطراف، النعاس وكثرة النوم، اضطرابات في الرؤية وعدم اتساحها، الشحوب و الرجفة مع عدم اتساح دقات القلب، آلام الرأس و البطن (Nicole z. et al, 2017,p1-5)، وأيا كان نوع السكري المصاب به المريض فإنه يفرض عليه نمطا معيناً من الحياة يحتاج فيه إلى العلاج النفسي والعلاج الطبي(الدوائي) مع ضرورة الالتزام بالحمية الغذائية التي يحددها له الطبيب المختص مع مراقبة نسبة السكر في الدم بشكل دوري ومستمر لتفادي الآثار أو الأضرار التي يخلفها هذا المرض في جسم المريض(CEEDMM,2011, p21).

إذ تنجم عن الإصابة بالسكري الكثير من الأضرار التي تجعل المريض يتخوف من مآل هذا المرض، والتي نذكر من بينها نقص النظر تدريجياً وقد يصل إلى العمى، أمراض جلدية ونقص الإحساس في الأطراف وعدم التئام الجروح والتهابها في كثير من الأحيان، إضافة إلى الأصبع السكري أو رجل السكري وهو موت الأصبع أو الرجل ما يجعل الأطباء يضطرون إلى بتره فيفقد المريض أحد أطرافه وهو الأم الذي يؤدي به إلى العجز، كما يؤثر السكري على الكلى ويؤدي إلى الإصابة بالفشل الكلوي لدى الكثير من المرضى كما يؤدي إلى تصلب الشرايين وأمراض القلب (Grimaldi, 2000)، ومن أجل الحفاظ على جسم المريض وسلامته اتجه العلماء إلى البحث عن العوامل الوقائية وتحديد جملة من أهم العوامل التي تحمي المريض من المضاعفات التي قد تصيبه، فيتوجب عليه التعاون مع الطبيب وإتباع نصائحه وإرشاداته ومتابعة العلاج للتحكم بالمرض، وذلك مع المراقبة المستمرة لمستوى سكر الدم والمحافظة على الحمية والمشى اليومي طوال حياته.

كما أوضح روبينسون وآخرون(Robinson D. J. et al. (2018) أن هناك عدة مشكلات ينفرد بها مرضى السكري منها ما يعرف بضائقة السكري « *détresse liée au diabète* » التي تشير إلى المشاعر السلبية المرتبطة بالإدارة الذاتية لمرض السكري والعبء الذي يفرضه ذلك. يشير مصطلح "الضيق المتعلق بمرض السكري" إلى الإحباط والاضطراب الذي يُعزى بشكل خاص إلى الإصابة بالمرض، ولاسيما الحاجة إلى المراقبة المستمرة والعلاج، والمخاوف المستمرة بشأن المضاعفات والتدهور المحتمل للعلاقات الشخصية والمهنية. أما بالنسبة لمقاومة الأنسولين النفسية، فيتم تعريفها بالامتناع عن بدء العلاج بالأنسولين أو رفض بدء هذا العلاج، مما قد يؤخر مؤقتاً بدء العلاج اللازم. كما يعد الخوف من نوبات السكر مصدر قلق آخر شائع يتعلق بمرض السكري، إذ يرتبط وجود اضطرابات نفسية أو نفسية اجتماعية مرتبطة بمرض السكري بإدارة ذاتية أقل فعالية لمرض

السكري وقد يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة. كما أوردت الدراسة أن الجهود المبذولة لتعزيز الرفاه وتخفيف الضيق لدى مرضى السكري يجب أن تركز على إدارة مرض السكري بشكل عام وتحسين الإدارة الذاتية للمرض وتسيير الضغط النفسي (Robinson D. J. et al, 2018, p S130, S135)

نشرت منظمة "الصحة العالمية" و"الاتحاد الدولي للسكري" تقريراً ينص على أهمية دعم وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى السكري، كما توصي جمعية السكري الكندية الأطباء وأعضاء فريق الرعاية الصحية لمرضى السكري بالاهتمام بالجوانب النفسية للمرضى في الرعاية المقدمة لهم، إذ أن التمتع بصحة عقلية جيدة والحفاظ عليها يعتبر عاملاً حاسماً يؤثر في قدرة الأفراد على رعاية أنفسهم والإدارة الفعالة لمرضهم المزمن. وإضافة إلى ذلك فإن الصحة العقلية الجيدة تساعدهم على الأداء الجيد في العمل وكذلك في علاقاتهم مع عائلاتهم ومن حولهم (HealthPartners, 2015, p10).

بذل الباحثون جهوداً لتوضيح العلاقة بين الضغط النفسي والسكري، إذ أن تطور العلاقة بين الضغط النفسي وسوء ضبط السكري ليس بشيء جديد، ففي القرن السابع عشر تكلم الطبيب الإنجليزي "توماس ويليس" (Tomas Willis) عن تأثير العصبية على داء السكري وأثبتت أبحاثه أن الضغط النفسي يسبب المرض، وفي القرن التاسع عشر أكد "ويليام أوسلر" (William Osler) أهمية العلاقة بين الضغط النفسي وداء السكري، وهذا ما أكدته الأبحاث العلمية في الـ 50 سنة الماضية والتي أثبتت أن الضغط النفسي أحد أهم العوامل المسببة لداء السكري النمط الثاني عند الأفراد ويجعل الأشخاص أكثر عرضة للإصابة به، فالضغط النفسي يزيد من ارتفاع نسبة السكر في الدم عند الأفراد المصابين بالنمط الثاني من داء السكري، بسبب إفراز هرمونات الضغط الأدرينالين و الكورتيزول التي تحرك الطاقة المخزنة وتحفز زيادة إفراز الجلوكوز والأحماض الدهنية في الدم، ومع وجود قصور في عمل البنكرياس ترتفع نسبة السكر أكثر من معدله الطبيعي بسبب قلة الأنسولين في الدم. وفي السياق نفسه أشار ريشارد سورويت (Richard Surwit) (2002) إلى تأثير الضغط النفسي ودوره في تطور مرض السكري وذلك من خلال دراساته التي كشفت أن الضغط النفسي يؤدي إفلات السكري عند مجموعة من الأفراد المهينين له، فالضغط هو أحد أهم المؤثرات في تطوير مرض السكري عند الأفراد الذين يملكون استعداداً جينياً للمرض، كما يؤثر سلباً على التحكم في نسبة السكر (الجلوكوز) في الدم عند المرضى، بالإضافة لكونه أحد أهم العوامل التي تساهم في تطور داء السكري من النوع الثاني خاصة ما يؤدي إلى زيادة الأضرار والمضاعفات على جسم المريض، كتصلب الشرايين وانسدادهما الذي يعزى

إلى تكلسات الدم، ضعف البصر وفقدانه عند الكبار، الفشل الكلوي، ويصاحب السكري أيضا عطل في الجهاز العصبي في الأطراف بما في ذلك الألم وفقدان الحس وفي الحالات الشديدة قد يصبح بتر الأطراف ضروريا (Richard Surwit, 2002, p38-40).

أورد نيكول كلير (2009) Nicole Clere في هذا السياق أن الإعلان عن الإصابة مرض مزمن لدى الفرد من شأنه أن يسبب له ضغطا بسبب اضطراب في التكيف، وهذا الضغط يتميز باضطراب العواطف والسلوك، القلق والاكتئاب، والتهيج في العمل والعائلة. إذ تظهر الأعراض الأولى على الفرد في غضون الثلاثة أشهر الأولى التابعة للحدث الذي تم تحديده على أنه مزعج، ويمكن أن تطول حالة التوتر هذه أكثر من ثلاثة أشهر إذا كان العامل المجهد موجود باستمرار (p31)، وبذلك فإن الإصابة بداء السكري من شأنها أن تجعل الفرد يعيش حالة من الضغط النفسي باعتباره أن خبر الإصابة غير سار بالنسبة له ومهدد لصحته ولنمط حياته الذي اعتاد عليه، وقد يستمر هذا الشعور بالتوتر والضغط مع استمرار المرض في حال عدم قدرة المريض على تقبل المرض والتكيف معه.

حيث تشير الأبحاث التي قام كل من جانل ألان (2018) Janelle Alain وروبينسون وآخرون (2018) Robinson et al إلى أن مرضى كلا النوعين من السكري الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين حساسون لآثار الضغوط النفسية، التي يمكن لها أن تجعل من حدوث النمط الأول لدى الأفراد الذين تكون جيناتهم مصابة. كما أن الأشخاص من ذوي الخطورة العالية للإصابة بالسكري يزداد لديهم معدل السكر في الدم بشكل غير طبيعي لدى تعرضهم للضغوط، وحين تقترن هذه الاستجابة بخبرات من الضغط المؤقت أو طويل المدى فإنها قد تساهم في تطور المرض، إذ تعمل الضغوط على تقاوم كلا النمطين بعد اكتشاف المرض (شليبي، 2008)، وفي نفس الاتجاه حدد هولمس وراهي 1993 "عدة مسببات للضغوط الحياتية المعاصرة وذكر من بينها إصابة الشخص بالمرض (شليبي، 2011، ص15)، حيث يؤثر الضغط النفسي سلبا على صحة الفرد ويساهم في ظهور الأمراض وتطورها.

إضافة إلى أن الآثار المتراكمة للضغط النفسي غير المعالج تساهم في الإصابة بأمراض مزمنة وخطيرة، فالضغط النفسي يمكن أن يكون سببا لمجموعة متنوعة من الأمراض، وذلك لكونه محفزا للجينات التي تسبب الأمراض وتسرع عملية الشيخوخة (Thurin J.M., Bauman N., 2003)

فالضغط النفسي وإن لم يكن مرضاً فإنه يمهد إلى الإصابة بالكثير من الاضطرابات الصحية سواء كانت نفسية أو جسدية، فمن المعلوم أن هناك طائفة كبرى من الأمراض النفسية التي تلعب الضغوط دوراً أساسياً في إحداثها وتفاقم أعراضها، كما أن هناك قطاعاً كبيراً من الأمراض العضوية التي يلعب فيها الضغط النفسي الدور المهم نفسه. (عبد الستار، 1998)

أكد في هذا الاتجاه "لازاروس وفولكمان" Lazarus S., & Folkman S., (1988). أن العامل الضاغط ليس هو الذي يثير استجابة الضغط وإنما إدراك الفرد للحدث أو العامل الضاغط (هل هو مؤذي أم مهدد أو خطر) هو الذي يحدد استجابته، فإذا أدرك عدم وجود تهديد لا تحدث الاستجابة، لكن إذا أدرك الفرد أن الحدث مؤذي أو مهدد أو لا يملك قدرة المواجهة هنا تظهر استجابة الضغط فهي نتيجة فقدان التوازن بين المتطلبات الداخلية والخارجية وقدرات الفرد للمواجهة، وعليه فالطريقة التي يدرك بها الفرد الضغوط وتقييمه المعرفي لمواقف الضاغطة وأساليب تعامله معها هي التي تؤثر على صحته النفسية والجسدية والاجتماعية.

يرتبط الضغط النفسي ارتباطاً وثيقاً بمصطلح الكوبين (Coping) استراتيجيات التعامل أو المواجهة حسب ما يعرّفه علماء النفس والذي بمقتضاه تتحدد قدرة الفرد في التعامل الجيد مع الأحداث الضاغطة أو الفشل في مواجهتها، حيث عرفها كل من "لازاروس وفولكمان" (عن Lazarus et Folkman, 1984, p.141) بأنها ذلك التغيير المستمر في المجهودات المعرفية والسلوكية، والانفعالية من أجل إدارة المطالب الداخلية و/أو الخارجية التي يعتبرها الفرد بأنها ترهق أو تفوق إمكانياته» (Bruchon-Schweitzer, 2001, p70)، وهي بذلك تصف كل الجهود التي يبذلها الفرد في محاولاته لتقليل من الضغوط والتأقلم مع مختلف ظروف الحياة .

وتكون هذه المحاولات حسب فولكمان ولازاروس (1988) Folkman & Lazarus بطرق مختلفة يستخدمها الفرد للسيطرة على الموقف بشكل مباشر عن طريق إستراتيجية حل المشكلة والتي تركز فيها الجهود حول المشكلة ذاتها، يقوم فيها الفرد بالبحث عن حل للمشكلة أو عن السند الاجتماعي. وبشكل غير مباشر عن طريق استخدام إستراتيجية التعامل المرتكزة حول الانفعال والتي يهدف خلالها الفرد لتنظيم انفعاله بضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة وذلك

بالجوء للتجنب والتهرب من المشكل أو إعادة تقييمه إيجابيا أو اتهام الذات والاعتراف بدوره الأساسي في المشكلة .

تعتبر هذه الاستراتيجيات الأكثر انتشارا واستعمالا بين الأفراد إذ تهدف لتقليل الضغوطات النفسية التي يتعرض لها الفرد في حياته اليومية خلال ممارسة نشاطاته وواجباته. وتؤثر هذه الضغوط سلبا على المصاب بداء السكري هذا إضافة إلى الضغط الناتج عن الإصابة بالمرض وتأثيره على الجسم، حيث يختلف إدراك المريض لتلك الضغوط النفسية التي تواجهه و قدرته على تسيير الضغوط واكتسابه لاستراتيجيات التعامل مع الضغوط من شخص لآخر .

ويرى كل من "فريدمان" (Friedman 1990) و"كوبر" (Cooper 1991) في هذا الصدد أن تأثير الشخصية على أسلوب التعامل مع الضغط هو حقيقة لا جدال فيها، فلا يمكن للفرد أن يواجهه بشكل منفصل عن سمات شخصيته التي تشكل دافعه للمواجهة، فأسلوب التعامل الذي يختاره الفرد يحدد في جزء منه بالشخصية. نقلا عن(شريف، 2002)، ومن جهة أخرى يؤكد فيرجيس برونو وآخرون (Vergés Bruno, et al(2021) على أهمية العلاقة بين السمات الشخصية والصحة، باعتبار أن سمات الشخصية تؤثر على طريقة تعامل المرضى مع الأمراض المزمنة والتزامهم بالاستراتيجيات العلاجية والوقائية (p2).

استنادا إلى ما سبق يتضح جليا أن سمات الشخصية تأثيرا مستقلا ومتزايدا على إدراك المواقف الضاغطة والتكيف معها ودورا أساسيا في الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية، خاصة مع الأمراض المزمنة التي ترافق الفرد طول حياته، ويمكن اعتبار الشخصية العنصر الأساسي في فهم وإدراك المواقف التي يتعرض لها الفرد والتعامل معها سواء كانت عادية بالنسبة له أو ضاغطة تشكل مصدر تهديد لأمنه وراحته، فيتمكن الفرد من التعامل مع مواقف الحياة المختلفة تبعا لنمط شخصيته، فعند تناول شخصية الفرد وعلاقتها بمصادر الضغط النفسي السلبية ينحصر الاهتمام في دور الاستعداد الشخصي في مواجهة هذه المصادر وانعكاس تلك المواجهة على الصحة البدنية والنفسية للفرد، حيث يتفق الباحثون أن شخصية الفرد لها دور في نوعية الاستجابة لمصادر الضغوط النفسية، إذا أن "كاتل" يعرف الشخصية على أنها ما يمكننا من التنبؤ بما سيفعله الفرد في موقف معين (عسكر، 2003).

انطلاقاً من هنا يمكن اعتبار شخصية الفرد وخصائصها على أنها عاملاً وسيطاً متداخلاً تخفف أو تزيد من وطأة الموقف الضاغط عليه، كما أن لها دوراً أساسياً في نوعية الاستجابة لمصادر الضغوط النفسية، حيث يختلف إدراك المواقف من شخص لآخر، وهذا الاختلاف في إدراك الضغوط النفسية و الاستجابة لها عادة ما يكون حسب سمات الشخصية التي يملكها الفرد.

تشكل السمات في مجموعها عوامل الشخصية التي تناولتها دراسات العديد من العلماء، ومواصلة للجهود أظهرت أعمال "جوردين ألبورت" و"ريموند كاتل" وهانز أيزنك وغيرهم الكثير من العلماء الذين اتبعوا نظرية السمات في تفسير الشخصية ودراساتها أن السمات تشكل في مجموعها عوامل الشخصية والتي بدورها تقدم وصفاً دقيقاً شاملاً لها، حيث يعرف ألبورت السمة على أنها نظام عصبي نفسي مركزي عام يختص بالفرد ويعمل على جعل المثيرات المتعددة متساوية وظيفياً، كما يعمل على إصدار وتوجيه أشكال متعددة من السلوك التكيفي والتعبيري، ويستخدم تعبير السمة بهدف وصف السلوك أو التنبؤ به»، إذ تكررت خمسة سمات في نتائج الدراسات التي أجراها علماء الشخصية حيث اشتمل نموذج كولديرج على خمسة عوامل فقط أطلق عليها اسم العوامل الخمسة الكبرى بهدف تجميع السمات المتناثرة في الأساسية (الجبوري، 2011، ص315)، ومنذ ظهور العوامل الخمسة الكبرى في صورتها الأولى عام (1980)، (1985) احتلت المكانة الأولى بين أدوات قياس العوامل الخمسة في عام (1990)، بوصفه نموذجاً تصنيفياً يضم معظم السمات التي أتاحت في مجال الشخصية وينظمه في وحدة متكاملة (كاظم، 2002، ص25).

كما قام الباحثان "كوستا و ماكري" (Costa&McCrae (1992) بإعداد نموذج للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية والتي على أساسها يتحدد تفاعل الفرد مع ذاته والمحيطين به، وهي تمثل خمس تجمعات لأبرز سمات الشخصية يمثل كل عامل منها تدرجاً لمجموعة من السمات المتناغمة وهي «العصابية، الانبساط، الانفتاح على الخبرة، المقبولية، و يقظة الضمير»، حيث يستجيب الفرد وفقاً لهذه العوامل التي تبني شخصيته، حيث يعكس عامل "العصابية" الميل إلى الأفكار والمشاعر السلبية أو الحزينة، حيث حدد الباحثان كوستا و ماكري السمات المميزة للأفراد ذوي الدرجة المرتفعة في القلق، الغضب والعداوة، الاكتئاب، الوعي بالذات، الاندفاع، والقابلية للتأثر بالضغوط، ويصف كوستا و ماكري (Costa & McCrae (1995) الشخص العصبي بأنه شخص لديه خبرات غضب عالية واشمئزاز وحزن وارتباك وانفعالات سالبة (p 314)، أما عامل "الانبساطية" فيعكس التفضيل

للمواقف الاجتماعية والتعامل معها (الأنصاري ومغازي، 2014، ص 105)، ويصف كوستا وماكري المنبسط بأنه شخص لبق ومتفائل ومبتهج ومستمتع بالتعبيرات في حياته (Costa P.T. & McCrae, 1995, p. 315)، في حين يعكس عامل "الطيبة" أو المقبولية القدرة على مواجهة مشاكل وضغوط الحياة العامة، وتعكس هذه السمة الفروق الفردية في الاهتمام العام لتحقيق الودائع الاجتماعية، ويتصف أصحاب هذه السمة بالتسامح والثقة وحسن الطباع والتعاون والقبول بحيث يحترمون والآخرين (DeRaad, 2000, p91)، كما أن عامل "الانفتاح" على الخبرة بالانفتاح والفضول الفكري، والخيال والمشاعر والاهتمام بعدد أكبر من الاهتمامات، والتحرر والقدرة على التفكير والانتقاد والإبداع وحب الفن والجمال ويمكن القول أن الشخص المنفتح يتمتع بمبادئ ولكنه يميل إلى دراسة الأساليب الجديدة وأخذها في الاعتبار وكذا السعي الدؤوب والإعجاب بالخبرات الجديدة (السليم، 2006، ص85)، أما عامل "يقضة الضمير" فيعني الاقتدار والكفاءة والنظام والالتزام بأداء الواجبات والاهتمام بالإنجاز وتحمل المسؤولية وضبط الذات، ويسهم هذا العامل في الطريقة التي نتحكم بها بحوافزنا وتنظيمها وتديريها، كما يرتبط بالحاجة للإنجاز وتحقيق مستويات عالية من النجاح عبر التخطيط الهادف والمثابرة (DeRaad, 2000, p93). وينشأ يقضة الضمير نتيجة التعلم المبكر والتنشئة الاجتماعية، وقد يكون هذا البعد الأكثر قابلية للتغيير من الأبعاد الأخرى، كما تكون الرغبة في التصرف بطريقة صحية أكثر أهمية من الإرادة في العيش، حيث تلعب يقضة الضمير دورا مخففا للتأثيرات التي يحدثها الضغط على الإصابة بالأمراض، ففي إحدى الدراسات التي قام بها فريدمان وآخرون (Friedman H.S. et al, 1993) والتي فحصت فيها تقديرات الشخصية لمجموعة من الأطفال في العامين 1921 و1922 لمعرفة ما إذا كان بإمكان هذه التقديرات التنبؤ بمن سيعيش أكثر، وجد الباحثون خلال هذه الدراسة الطولية أن الأطفال الذين حصلوا على تقدير مرتفع على سمة يقضة الضمير كانوا أكثر ميلا لبلوغ سن متقدمة، مما قد يعني أن الأفراد الذين يعملون بناءا على ما يمليه الضمير الحي أكثر نجاحا في تجنب ما يمكن أن يؤذيهم، أكثر التزاما بالحياة الصحية.

أكد شيلي (2008) على النقيض من ذلك أن الأفراد الانطوائيين والمنعزلين اجتماعيا الذين يحصلون على درجات عالية على سمة العصابية يظهرون ميلا أكبر للتعرض لمخاطر السلوك المرضي والمعاناة السيكولوجية الناتج عن الضغط وتأثرهم السلبي بالأحداث الضاغطة (ص427-429)، وكننتيجة لما سبق أكد الأنصاري ومغازي (2014) أن امتلاك الفرد لبعض العوامل والسمات

المعينة يساهم في مساعدته على مواجهة مصادر الضغوطات النفسية و الجسمية و امتلاك استراتيجيات فعالة للتعامل مع الضغوط ، فالشخصية تعتبر من أهم العوامل التي تساعد في التنبؤ بسلوك الفرد في موقف ما وهي تختص بكل سلوك يصدر عن الفرد سواء كان ظاهرا أو خفيا، إذ تعد سمات الشخصية طرقا عامة في الاستجابة عبر المواقف، فهي تصف بشكل عام الطريقة التي يسلكها الفرد عندما تصبح الأحداث مصدر ضغط بالنسبة له.

تأسيسا على ما سلف يتبين لنا أن لسمات الشخصية دورا مؤثرا في عملية إدراك الضغط وطرق التعامل معه، وكذا في الحفاظ على الصحة وتجنب الوقوع في المرض، فهي تعبر عن كيفية تعاملنا مع أحداث الحياة من خلال بعض السمات التي تدعم أو تثبط استخدام هذه القدرات. ومنه فإن استخدام سمات الشخصية كمنبئات يمكن أن يساهم في زيادة التباين والاختلاف في التعامل مع الضغط و مع المرض.

تعتبر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أهم العوامل المتفاعلة مع المواقف وقدرتها على التعامل مع الأحداث الضاغطة التي يتعرض لها الفرد والتي يتحدد عليها الحالة الصحية للفرد وبقاءه بحال جيدة وتكيفه مع محيطه أو تعرضه للضغط النفسي ومرضه، وتأسيسا على ما سبق ركزت اهتمامات الدراسة على القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في تسيير الضغوط النفسية لدى المرضى المصابين بداء السكري حسب نوع السكري (النوع الأول المعتمد على الأنسولين، والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين) لديهم، قصد تحقيق الصحة النفسية والجسدية لدى المرضى، ولتوضيح ذلك قمنا بطرح التساؤل العام لإشكالية الذي نحن بصدد دراسته على النحو التالي:

هل العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و نوع المرض منبئات لتسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري؟

ومن هنا يمكن طرح التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الضغط النفسي الذي يتميز به المصابين بداء السكري؟ وهل هناك اختلاف حسب نوع المرض؟
2. ما هي أهم أنواع استراتيجيات التعامل التي يستعملها المصابين بداء السكري؟ وهل هناك اختلاف فيها حسب نوع المرض؟
3. هل هناك بروفيل شخصية محدد للمصابين بداء السكري؟ وهل هناك اختلاف حسب نوع المرض؟
4. هل للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية القدرة التنبؤية بمستوى الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكري؟

2. فرضيات البحث:

الفرضية العامة:

العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض منبئات بتسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري.

الفرضيات الفرعية:

1. يعاني مرضى السكري من ارتفاع مستوى الضغط النفسي. مع وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي بين المصابين بداء السكري النوع الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) والنوع الثاني (السكري غير المعتمد على الأنسولين).
2. يستخدم المصابين بداء السكري استراتيجيات تعامل في تسيير الضغوط النفسية متنوعة. مع وجود اختلاف في استعمال استراتيجيات التعامل بين مرضى النوع الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) والثاني (السكري غير المعتمد على الأنسولين).
3. يمكن تحديد عدة بروفيلات شخصية لدى المصابين بداء السكري وفقا لمستوى الضغط النفسي، والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، واستراتيجيات التعامل، ونوع المرض.
4. للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية القدرة التنبؤية بالضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري

3. التعريف الإجرائي لمتغيرات البحث :

3.1. داء السكري: هو مرض مزمن يتميز بارتفاع في مستوى السكر في الدم عن المعدل الطبيعي نتيجة نقص أو عدم إفراز هرمون الأنسولين، ويحدد معيار الإصابة بالسكري في حال كانت قيمة سكر الدم الصباحي أكثر من 1.26 غ/ل في دم الفرد الصائم أي بعد صيام ليلة كاملة (بين 8-10 ساعات) ويحدد النوع حسب التشخيص والتحليل الطبية ونوع الدواء الذي يتعاطاه المريض .

3.2. نوع المرض: يقصد بنوع المرض أحد أنواع داء السكري المركز عليها في البحث الحالي وهما النوع الأول المعتمد على الأنسولين الذي يكون بالاعتماد الكلي على الأنسولين لدى المصاب بهذا النوع وعادة ما يصيب الأشخاص أقل من 35 سنة، أما النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين فيصيب الأشخاص أكثر من 35 سنة .

3.3. العوامل الخمسة للشخصية **The Big Five** : هو نموذج يقوم على تصور مؤداه أنه يمكن وصف الشخصية وصفا اقتصاديا كاملا من خلال خمسة عوامل أساسية هي: (العصابية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، المقبولية، يقظة الضمير)، تتمثل في الدرجات التي يتحصل عليها أفراد العينة في قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية التي أعدها "كوستا و ماكري" 1995 بصورته المصغرة التي عدلها جون وآخرون (2005) John et al.، وقامت الباحثة بتكييفه على البيئة الجزائرية وذلك من خلال حساب الدرجة التي يتحصل عليها المصاب بداء السكري في كل بعد من أبعاد الشخصية الخمسة (العصابية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، المقبولية، يقظة الضمير).

3.4. القدرة التنبؤية: هي القيمة الدالة على السلوك أو الأداء الذي يمكن من خلاله التنبؤ بقيمة متغير أو مجموعة متغيرات تسمى (المحك) ارتباطا بقيمة دال على متغير أو مجموعة متغيرات تسمى (المنتبئ)، ولغايات الدراسة فإن القدرة التنبؤية تعني القيمة التي تمثل معامل الارتباط بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض (المنتبئ) وتسيير الضغوط النفسية (المحك) ارتباطا بالأوزان القيمية لأداتي الدراسة.

3. 5. تسيير الضغط النفسي:

هو القدرة على الحفاظ على ضبط النفس للتصرف بفعالية في مواجهة المواقف المزعجة أو غير المتوقعة أو المجهد (Gestion du stress, n.d) ، وهو مجموعة واسعة من التقنيات التي تهدف إلى التحكم في مستوى الضغط لدى الشخص وخاصة الضغط المزمن، وعادة ما يكون لتحسين الأداء اليومي (Les Entreprises Éphémères, 2018).

تسيير الضغط النفسي أو إدارة الضغط النفسي هو قدرة الفرد على إدارة المواقف الضاغطة والتصرف الفعال في التعامل معها، وتظهر هذه القدرة في مستوى الضغط النفسي الذي يكون بحساب الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المصاب بداء السكري في مقياس الضغط النفسي ونوع إستراتيجيات التعامل المستخدمة حسب مقياس إستراتيجيات التعامل.

3. 6. الضغط النفسي Stress: يكون الضغط النفسي عندما يدرك الفرد أن مطالب الوسط تمثل

عبئاً أو تتعدى قدراته على التكيف، ويعبر عنه قياساً في البحث الحالي بالدرجة المتحصل عليها من خلال مقياس الضغط النفسي (سلم الضغط المدرك 14 PSS) الذي أعده (Cohen et al., 1983)، وذلك من خلال حساب الدرجات التي يتحصل عليها المصاب بداء السكري من خلال إجابته على مقياس الضغط النفسي.

3. 7. استراتيجيات التعامل Coping: هي تلك الجهود معرفية وسلوكية التي يبذلها الفرد لمحاولة

تخفيف الضغوطات النفسية التي تواجهه، ويعبر عنها بالدرجة التي يتحصل عليها المصاب بداء السكري بعد إجابته على بنود مقياس استراتيجيات التعامل ل "بولهان وآخرون" (Paulhan et al, 1994) تبعاً لنوع الإستراتيجية المستعملة من طرفه.

4. أسباب اختيار الموضوع:

عملية اختيار الباحث لموضوع دراسته لها أسباب و اعتبارات كثيرة ، منها ما هو ذاتي و يتمثل في رغبته في تجسيد فكرة أو تحقيق أغراض معينة يهدف إليها، إضافة إلى اهتمامات الباحث وميوله واستعداده لدراسته وكذا إمكانياته ، أو قد يكون لأسباب موضوعية يقدمها و يفرضها الواقع الاجتماعي الذي يعتبر المحفز الأساسي للبحث عن حلول لبعض مشكلات ، واختيار موضوع الدراسة لم يكن وليد الصدفة و إنما نتيجة ملاحظات كثيرة لفتت الانتباه لهذا الموضوع دعمت بقراءات و إطلاع على

كتابات و مؤلفات التي ساهمت من ربط متغيرات الدراسة ، ومن أهم الأسباب القائمة التي ساهمت في اختيار هذا الموضوع دون غيره ما يلي:

- انتشار مشكلة الضغط النفسي التي تعتبر مشكلة العصر وتأثيرها على صحة الأفراد النفسية والجسمية، خاصة لدى المصابين بالأمراض المزمنة التي ترافق المريض طول حياته ومن أكثرها انتشارا داء السكري.
- الاهتمام بهذه الفئة من المجتمع، والرغبة في التعرف على السمات الشخصية التي يتميز بها المصابون بداء السكري حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى، بغية تحسين الصحة النفسية لديهم.
- الرغبة في التعرف على قدرة العوامل الشخصية في تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري.

5. أهمية البحث:

تكمن أهمية الدراسة في البحث المستمر عن المتغيرات الأكثر تأثيرا في الصحة النفسية لمرضى السكري والتنبؤ بقدرتهم على تسيير الضغوط النفسية بناءا على العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض، مما يمكن القائمين على عمليات الإرشاد والعلاج النفسي على فهم مناطق القوة والضعف لدى مرضى السكري قصد تجنبهم التأثيرات السلبية في حياتهم وتقوية الجوانب الإيجابية التي تساعدهم على مواجهة أحداث الحياة بإيجابية، لضمان السير الحسن للعلاج ونجاحه، وذلك من خلال:

- دراسة الضغط النفسي وتأثيره على صحة الأفراد وسلوكاتهم، ومساعدة مرضى السكري على كشف مصادر مواجهتهم وتحسين قدراتهم على إدارة الضغوط والتعامل معها بنجاح.
- محاولة فهم الحالة النفسية للمرضى المصابين بداء السكري وخاصة العوامل الشخصية التي تساهم في تسيير الضغوطات النفسية.
- التعمق في شخصية المرضى المصابين بداء السكري وفهم تأثير نوع المرض على العوامل الخمسة لشخصية المريض و تسييره للضغوط النفسية.
- إمكانية اقتراح برامج إرشادية أو علاجية نفسية وحتى تربية علاجية قائمة على متغيرات الدراسة.

6. أهداف البحث: تهدف الدراسة الحالية إلى:

1. التعرف على مستوى الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري والاستراتيجيات المستخدمة في التعامل معها.
- معرفة ما إذا كانت العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض مرتبطان بالقدرة على تسيير الضغوطات النفسية التي تواجه المرضى المصابين بداء السكري.
2. التعرف على بروفيل شخصية المصابين بداء السكري و محاولة معرفة مميزات العوامل الشخصية التي تساهم في تسيير و مواجهة الضغوطات النفسية التي تواجههم حسب نوع المرض لديهم.
3. فهم العلاقة التي تربط بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و إدراك الضغط النفسي و نوع استراتيجيات التعامل التي يلجأ لها المرضى المصابين بداء السكري.
4. التأكد من إمكانية اقتراح نموذج لتسيير الضغوط اعتماداً على العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و نوع السكري.
7. الدراسات السابقة: يعتبر داء السكري من الأمراض المزمنة الأكثر شيوعاً في كل المجتمعات والذي نال الكثير من الاهتمام من طرف الباحثين في مختلف التخصصات
7. 1. الدراسات التي تناولت العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وداء السكري:

دراسة هدى جعفر حسن (2006):

تناولت الدراسة موضوع مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية التي تناولت منها نمط السلوك والعصابية والعدوان والغضب في المجتمع الكويتي، حيث أجرت الدراسة مقارنة بين عينتين الأولى ضابطة تكونت من 117 فرد سليم و الثانية تكونت من 122 مريض مصاب بداء السكري كمجموعة تجريبية منها 51 مريض بالنوع الأول للسكري و 71 منهم مريض بالنوع الثاني، واستخدمت أربعة مقاييس لجمع بيانات الدراسة هي مقياس نمط السلوك (أ)، العصابية، والعدوان، وحالة الغضب وسمته والتعبير عنه، حيث أسفرت نتائج الدراسة أن العمر ارتبط إيجابياً بنمط السلوك وضبط الغضب، ولكنه ارتبط سلبياً بالعصابية والعدوان وحالة الغضب وسمية الغضب وإظهار الغضب، وقد حصل مرضى السكري على درجات أعلى على مقياس نمط السلوك (أ) في

حين حصل غير المرضى على درجات أعلى على كل من حالة الغضب وسمة الغضب وإظهار الغضب، كما حصل مرضى السكري من النوع الأول على درجات أعلى على مقياس العدوانية وحالة الغضب مقارنة بمرضى السكري النوع الثاني، وجهة أخرى أظهر الذكور درجة عالية على نمط السلوك (أ) في حين أظهرت الإناث درجة عالية على العصابية، حيث توصلت الدراسة إلى أن المرضى المصابين بداء السكري أكثر عرضة للغضب وأقل عصابية والعدوان.

دراسة وسيلة مهني (2017):

التي تناولت العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالامتثال العلاجي عند مرضى السكري، هدفت إلى تسليط الضوء على مشكلة الامتثال العلاجي عند مرضى السكري من خلال محاولة التعرف على توزيع عوامل الشخصية لدى المرضى المصابين بداء السكري وإيجاد العلاقة الارتباطية بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومدى امتثال المرضى للعلاج ومنه البحث عن خصائص الشخصية التي قد يكون لها تأثير إيجابي في الدفع نحو سلوك الامتثال العلاجي، ومنه ذهبت الباحثة لفحص العلاقة بين الامتثال العلاجي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية المتمثلة في عامل العصابية، عامل الانبساط، عامل الانفتاح على الخبرة، عامل الطيبة وعامل يقضة الضمير، وشملت الدراسة 30 مريض بداء السكري متوسط العمر لديهم 43 سنة، باستعمال مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لكوستا وماكري ومقياس الامتثال العلاجي لفرونسوا ماماي، وقد خلصت الدراسة إلى أن عامل الانفتاح على الخبرة هو الأعلى انتشاراً بين مرضى السكري وعامل العصابية هو الأقل انتشاراً، في حين أشارت الدراسة إلى أن هناك عوامل أخرى يمكن أن تساعد على التقليل من السمات السلبية المميزة لعامل العصابية وتدفع الأفراد نحو تبني سلوكيات صحية كعامل السند الاجتماعي (مهني، 2017).

7. 2. الدراسات التي تناولت الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري:

دراسة جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي (2008):

تناولت الدراسة الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر) حيث ركزت الدراسة الاستطلاعية للحالات على محاولة معرفة مدى تأثير الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري الذين يترددون على المستشفيات الحكومية، في إمارة الشارقة بدولة الإمارات

العربية المتحدة، والتعرف على مدى تأثير القلق والاكتئاب والضغط النفسي على ارتفاع نسبة السكر لدى المرضى المصابين بالنوع الثاني، وطبيعة العلاقة بين المتغيرات النفسية ومستوى السكر في الدم، وهذه المتغيرات هي القلق والاكتئاب والضغط النفسي والأفكار اللاعقلانية.

حيث تكونت عينة الدراسة من المرضى المصابين بداء السكري النوع الثاني المترددين على المستشفيات والعيادات الحكومية بمدينة الشارقة، حيث بلغ عدد أفراد العينة 119 مريض، طبق عليهم مقياس القلق (حالة - سمة) الذي أعده كل من "سيبلرجر غورستش ولشن" المترجم من طرف "أمانة كاظم"، ومقياس "بيك" للاكتئاب ومقياس الضغط النفسي ومقياس الأفكار اللاعقلانية بالإضافة إلى قياس نسبة السكر في الدم لكل أفراد العينة، حيث تمت معالجة البيانات المتحصل عليها باستخدام البرنامج الإحصائي لتحليل البيانات ال SPSS.

توصلت نتائج الدراسة لكون المتغيرات النفسية أثرا كبيرا في ارتفاع نسبة السكر في دم المريض، حيث أثبتت الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية في مستوى السكر في الدم تعزى إلى مستوى القلق، ووجود علاقة بين مستوى السكر في الدم تعزى إلى مستوى الاكتئاب الذي يعاني منه مرضى السكري ووجود علاقة بين مستوى السكر في الدم تعزى إلى مستوى الضغط النفسي لدى مريض السكري، كما أثبتت وجود علاقة بين نمط الاعتقادات الشخصية وقدرة الفرد على ضبط نسبة السكر في الدم. (المرزوقي 2008، ص 146-149).

دراسة العدوان وجبريل(2014):

بجامعة الأردن حول فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، حيث هدفت الدراسة إلى بناء برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري والتعرف على فاعليته.

حيث تكونت عينة الدراسة من 30 مريض قسمت إلى مجموعتين تجريبية وضابطة، حيث استخدمت الدراسة مقياسي الضغوط النفسية والاكتئاب "لرودلف" الذين طبقا على المجموعتين التجريبية والضابطة قبل وبعد تطبيق برنامج إرشادي تألف من 20 جلسة إرشادية طبق على المجموعة التجريبية بمعدل جلتين أسبوعيا مدة كل جلسة 60 دقيقة، أظهرت النتائج الإحصائية للدراسة وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين المجموعتين التجريبية والضابطة إذ انخفض مستوى كل من

الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب لدى أفراد عينة الدراسة التجريبية بالمقارنة بالمجموعة الضابطة، وخلصت الدراسة إلى أن المرضى الذين خضعوا لجلسات البرنامج الإرشادي قد انخفض مستوى الضغط النفسي وأعراض الاكتئاب، ومنه فإن البرنامج المعد ذو فاعلية في خفض الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب، وبذلك

أكدت النتائج فاعلية البرنامج المعد في القدرة على خفض الضغوط النفسية وأعراض الاكتئاب لدى المرضى المصابين بداء السكري (العدوان وجبريل، 2014، ص203).

دراسة ميرود محمد وآيت حمودة حكيمة (2014):

هدفت الدراسة إلى دراسة الآثار النفسية والدراسية للإصابة بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) على المراهق المتمدرس، حيث تكونت عينة الدراسة من 08 حالات من المراهقين من الجنسين تراوحت أعمارهم بين 15-17 سنة، والذين قدرت مدة إصابتهم بداء السكري النوع الأول الخاضع للأنسولين بين السنتين و 12 سنة، اعتمدت الدراسة على المقابلة نصف الموجهة التي أسفرت عن نتائج مفادها أن الإصابة بداء السكري من النوع الأول تؤدي إلى الآثار النفسية السلبية كالشعور بالنقص والدونية والقلق والحزن واليأس كما تؤثر سلبا على الناحية الدراسية للمراهق المتمدرس، فكثرة الغيابات المتكررة وحالات الاستشفاء وظهور نوبات السكري (انخفاض أو ارتفاع) داخل القسم وأثناء فترة الامتحانات تؤدي به إلى صعوبات التركيز وفهم الدروس وانخفاض مستوى التحصيل، وتؤثر أيضا سلبا على النظرة المستقبلية للمراهق حيث تتراوح بين الخوف من المستقبل والتشاؤم منه ، وعند البعض النظرة التفاؤلية. (ميرود وآيت حمودة ، 2014 ، ص223).

دراسة سليمان وصبيبة وعلي (2014):

تناولت الدراسة موضوع مصادر الضغوط النفسية لدى مرضى السكري النوع الثاني والتي هدفت إلى معرفة مصادر الضغط النفسي عند المرضى المصابين بالنوع الثاني من داء السكري، حيث شملت الدراسة 272 مريض طبق عليهم مقياس مؤلف من 56 عبارة موزعة إلى ستة مستويات هي الضغوط الانفعالية، الضغوط الناتجة عن مرض السكري، الضغوط الناتجة عن الرفاق والزملاء، الضغوط الجسمية، الضغوط الأسرية والاجتماعية، وضغوط العادات والتقاليد، أثبتت نتائج الدراسة أن مستوى الضغوط النفسية جاء بدرجة متوسطة وكشفت عن وجود فروق ذات دلالة إحصائية تبعا

لمتغير الجنس لصالح المريضات، ووجود فروق دالة إحصائية تبعا لمتغير الحالة الاجتماعية لصالح المرضى المتزوجين، وكذا وجود فروق دالة إحصائية تبعا لمتغير عدد سنوات الإصابة بالمرض لصالح سنوات المرض الأعلى.

حيث أن مستوى الضغوط النفسية جاء بدرجة متوسطة، وأكدت تعرض المرضى المصابين بداء السكري النوع الثاني لضغوط نفسية مختلفة المصادر

دراسة كايل مورديوك و كريستوفر فاجونديس (2016): التي تناولت العلاقة بين الضغط النفسي و مرض السكري.

حيث أورد مورديوك صاحب الدراسة أن "الأثار العلمية السابقة تظهر أن الأفراد ذوي الكبت الرديء لديهم احتمالية أكبر للمعاناة من الأفكار المرهقة وفي مواجهة صعوبة في لفت انتباههم بعيدا عن هذه الأفكار، جعله يتساءل عن وجود مسار حيوي في الجسم يستطيع الربط بين الكبت والالتهاب والأمراض التي نهتم بها مثل داء السكري" ويضيف أن هناك الكثير من الأبحاث التي تظهر أنه عند تعرض الأفراد للاكتئاب أو الضغط النفسي أو القلق يزداد مستوى الالتهاب في الجسم ومنه ارتفاع نسبة السكري والإصابة بالمرض"، ومن هنا انطلقت الدراسة التي هدفت إلى إثبات وجود مسار حيوي في الجسم يمتد من الكبت مرورا بالقلق ثم بالالتهاب وصولا إلى مرض السكري.

حيث انطلقت مما قد أثبته العلماء عن وجود علاقة بين التحكم بالقلق والالتهاب ومرض السكري من النوع الثاني، حيث وجدت هذه الدراسة التي أجريت بجامعة ريس ارتباطا بين الضغط النفسي العاطفي ومرض السكري وذلك يعود إلى قدرة الدماغ على التحكم بالقلق، حيث أظهرت الدراسة أن التعرض للضغط النفسي يجعل الإنسان يشعر بالقلق والذين يتزايد بعلاقة ارتباطية مع إفراز بروتين "الأنترليوكين-6" (IL-6) في الجسم الذي ينتجه ليحفز الاستجابة المناعية والشفاء وهو الصانع البيولوجي للقلق الحاد والمزمن والمرتبب أيضا مع احتمالية أعلى للإصابة بمرض السكري وارتفاع نسبة مستويات السكر في الدم.

حيث أجريت الدراسة على عينة بلغ عدد أفرادها 1255 من البالغين، اهتم الباحثان بقياس القلق و نسبة السكر في الدم وتم اختبار قدرات أفراد العينة على مدى عامين منفصلين، أظهرت النتائج المتوصل إليها أن الأفراد الذين لديهم قدرة أقل على تجاهل المنبهات المستمرة هم أكثر عرضة

للإصابة بالسكري من أولئك الذين هم أكثر قدرة على تجاهل المنبهات بسبب المسار الرابط بين قلق أكثر و(الأنثريوكين-6)، ومنه فإن الضغط النفسي يؤدي إلى الإصابة بداء السكري و ارتفاع نسبة السكر في الدم، حيث أثبت العلماء من خلال هذه الدراسة وجود علاقة بين التحكم بالقلق والضغط النفسية والالتهاب ومرض السكري من النوع الثاني.

أظهرت كذلك النتائج أن الارتفاع الشديد للجلوكوز في الدم قد يؤثر على الوظائف المعرفية وأن العلاج لا يكون عن طريق إبقاء المريض في غرفة وإبلاغه أنه يحتاج إلى تنظيم غذائه واستخدام حقن الأنسولين بل قد حدد الباحثون مداخلات علاجية مختلفة من ضمنها علاج الوعي التام والأدوية المضادة للالتهاب والعلاج السلوكي المعرفي، كما اقترح أن لفت انتباه الفرد بعيدا عن الأفكار المرهقة قد يؤثر على الاستجابات النفسية.

7. 3. الدراسات التي تناولت استراتيجيات التعامل مع الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري:

دراسة رمالي (2012):

تناولت الدراسة استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى عينة من مرضى السكري بنوعيه اعتمدت الدراسة على المنهج العيادي وقامت بدراسة 8 حالات (4رجال و4نساء) راشدين مصابين بداء السكري بنوعيه، حيث اعتمدت الدراسة على المقابلة العيادية التي هدفت للكشف عن ديناميات سلوك المريض لفهم العوامل السيكولوجية التي أدت إلى حالته الراهنة والتعرف على مجمل الضغوط التي عايشها المريض وكيفية مواجهته لها، كما استعملت الدراسة مقياس استراتيجيات المواجهة "لبولهان" يضم 29 بند، كما استعملت الدراسة مقياس مركز التحكم لروتر الذي يتكون من 23 بند، وذلك بغية التعرف على نوعية استراتيجيات المواجهة التي يستعملها مرضى السكري ومعرفة مركز التحكم لديهم.

حيث توصلت الدراسة إلى أن تعرض الأفراد إلى أحداث ضاغطة تفوق قدرتهم على التحمل وتتجاوز إمكانياتهم من شأنها أن تكون عوامل معجلة لظهور السكري لديهم، كما كشفت الدراسة أن استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية تختلف تبعا لنوعية مركز التحكم لدى مرضى السكري، حيث أن الذين يكون مركز التحكم عندهم خارجيا يميلون إلى استعمال استراتيجيات التعامل المتمركزة على الانفعال حيث استخدموا إستراتيجية التجنب باعتبار أن الوضعية التي يتواجدون فيها أصلا ضاغطة وتخلق أحاسيس ووجدانات هشة تتكيف سلبا مع الصراعات التي تتبعها وبالتالي يكون

الهروب من الضغط هو الوسيلة والسلوك الأكثر تخفيفا بسبب عدم قدرتهم على تحمل الضغط ومواجهته، كما استخدم المرضى إستراتيجية اتهام الذات والتي قد تتضمن نوع من تقبل المرض المزمن ولم النفس على أنها سبب الإصابة لأنه لا يولون اهتماما كبيرا لصحتهم، في حين أبدى مرضى السكري الذين لديهم مركز تحكم داخلي ميل أكبر إلى استعمال استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول حل المشكل حيث يضاعفون من جهودهم لوضع خطط عمل يتبعونها بهدف الوصول إلى الحل المرغوب.

دراسة غرافيل ووندل (2012) (Gravls et Wandell):

تناولت الدراسة موضوع "استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري" بالسويد، وهدفت إلى معرفة مهارات المواجهة عند مرضى السكري من كلا الجنسين المصابين بالنوع الثاني من السكري، حيث تكونت عينة الدراسة من (232) مريضا بالسكري، تراوحت أعمارهم بين 35-64 سنة، منهم (121) ذكور و (111) إناث، طبق عليهم مقياس مهارات المواجهة مع الاستعانة بالتقارير الطبية الخاصة بأفراد المجموعة.

بينت نتائج الدراسة أن استراتيجيات المواجهة كانت ضعيفة لدى النساء أكثر من الرجال، ولوحظ انتشار الانعزالية والانطوائية لديهن والاستسلام أكثر من الرجال. (ريحاني، 2019، ص19-20)

دراسة غريب (2014):

تناولت الدراسة موضوع "استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري" حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن مجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري بغية التعرف على استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعا لنوع أو نمط السكري وتبعا لجنس المريض، وأجريت الدراسة على عينة بلغ عدد أفرادها 345 مريض سكري من النمطين الأول والثاني، 95 مريض منهم مصاب بالنمط الأول و 250 مريض مصاب بالنمط الثاني، تم تطبيق استبيان الضغوط النفسية واستبيان استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية من إعداد الباحثة، وقد أظهرت نتائج الدراسة أن المرضى المصابين بداء السكري يتعرضون لضغوط متعلقة بالعلاج بالمرتبطة الأولى ثم الضغوط الجسدية يليها الضغوط النفسية ثم المالية ثم الضغوط الأسرية وأخيرا الضغوط الاجتماعية، كما أسفرت النتائج عن الاستراتيجيات المستخدمة من طرف مرضى السكري من النمط الأول هي

الاستراتيجيات السلبية بينما يستخدم مرضى السكري النمط الثاني الاستراتيجيات الايجابية في مواجهة الضغوط النفسية التي يتعرض لها المريض.

دراسة بن سكيريفة وبن زاهي (2015):

قامت بدراسة أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري، على عينة مكونة من 202 مريض (93 ذكور، و 109 إناث) ممن يتلقون العلاج بمصلحة بيت مرضى السكري بمستشفى محمد بوضياف بورقلة، وقد استخدم الباحثان مقياس أساليب مقاومة الضغط النفسي المعد من طرف كارفر (1997)، وقد أظهرت النتائج أن المصابين بداء السكري النوع الثاني يستخدمون أساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على الانفعال بشكل كبير مقارنة بأساليب مقاومة الضغط النفسي المركزة على حل المشكل.

بناء على نتائج الدراسة تم اقتراح نموذج علاجي يعتمد على مساعدة المرضى المصابون بالنوع الثاني من داء السكري على استخدام أساليب مقاومة فعالة تساعدهم في التكيف الجيد مع المرضى وبالتالي التخفيف من مضاعفات داء السكري على المصاب (بن سكيريفة وبن زاهي، 2015، ص231).

دراسة قوارح و خميس (2016):

تناولت الدراسة الضغوط النفسية والاستراتيجيات المعتمدة في مواجهتها لدى مرضى السكري، حيث اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي في دراسة الظاهرة، واعتمدت على مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لكوزون (Cousson et al 1996)، الذي طبق على عينة قوامها 60 مريض ومريضة بداء السكري، إذ أسفرت نتائجها على أن مرضى السكري يستخدمون إجمالاً في مواجهتهم للضغوط النفسية على استراتيجيات تتمثل في : (المواجهة المتمركزة حول المشكل، المواجهة المتمركزة حول الانفعال، المواجهة المتمركزة حول المساندة الاجتماعية)، مع عدم وجود فروق دالة إحصائية بين الذكور والإناث في نوع الاستراتيجيات المستخدمة، بالإضافة إلى عدم وجود اختلاف في استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري باختلاف مدة المرض، مع عدم وجود اختلاف يعزى لصالح نوع المرض.

7. 4. دراسات أخرى تناولت مرض السكري:

دراسة نوار وزكري (2016):

تناولت الدراسة موضوع الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري بمدينة ورقلة بالجزائر، حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن ارتباطية العلاقة بين الصلابة النفسية لدى مرضى السكري وإتباعهم للسلوك الصحي، حيث أجريت الدراسة على عينة قوامها 205 مريض بداء السكري الذين طبقت عليهم المقابلة نصف موجهة إضافة إلى مقياس الصلابة النفسية ومقياس السلوك الصحي، حيث توصلت الدراسة إلى أن الأفراد الأكثر صلابة هم أكثرهم إتباعا للسلوكيات الصحية ومقاومة للمرض.

دراسة فيرجس وبراندس وآخرون (2021) Vergés B. Et Brands R., et al:

هدفت الدراسة إلى الكشف عن مدى تأثير سمات الشخصية في تطور قرحة القدم السكرية (DFU) والوقاية منها لدى مرضى السكري النوع الأول والثاني. حيث اعتمدت الدراسة على استخدام استبيان Bortner Scale لتقييم الشخصية لدى عينة قوامها 386 مريض بداء السكري النوع الثاني منهم 104 يعانون من قدم السكري و282 مريض لا يعانون من القدم السكري، بالإضافة إلى استبيان الشخصية تم استخدام مقاييس أخرى لتقييم الضغط النفسي والاكتئاب المتصور لدى أفراد العينة، حيث أسفرت النتائج أن مرضى السكري الذين يملكون شخصية من النوع (أ) التي تتميز بالدفاع القوي، والحاجة إلى الإنجاز، والقدرة التنافسية، يتميزون بانخفاض معدل الوفيات، وهي الشخصية الأقل انتشارا بين مرضى السكري الذين يعانون من القدم السكرية، وعلى النقيض من ذلك كانت سمات الشخصية النوع (ب) (عكس النوع أ) الأكثر انتشارا بين مرضى السكري مع ارتباطها بالقدم السكري بالإضافة إلى كونهم يستخدمون عدد أقل من استراتيجيات التعامل التي تركز على المشكلان وزيادة الالتزام بالرعاية الصحية في صالح تطوير القدم السكري (DFU).

7. 5. دراسات تناولت العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والضغط النفسي واستراتيجيات التعامل:

دراسة فراحي وشعبان وشارف (2018):

تناولت الدراسة العلاقة بين السمات الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة لدى عينة من موظفي الإدارة بجامعة وهران 1 تقدر 80 عاملاً، حيث استخدمت اختبار السمات الخمسة الكبرى (NEO-FFI) لـ (Costa and McCrae) واختبار استراتيجيات التعامل لـ (Pierre Tap) حيث أظهرت نتائج الإحصاء الوصفي أن بعد يقظة الضمير هو السمة السائدة لدى عينة الموظفين متبوعاً بعامل المقبولية ثم الانبساطية، بينما كان بعد العصابية الأقل درجة لدى أفراد العينة، كما أظهرت النتائج توجه أفراد العينة إلى اختيار إستراتيجية المعلومات في المرتبة الأولى تليها إستراتيجية العمليات، وإستراتيجية الانفعال كآخر إستراتيجية تنتهجها عينة الدراسة، كما أسفرت الدراسة عن وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً فقط بين يقظة الضمير وإستراتيجية المعلومات، وبين يقظة الضمير وإستراتيجية الانفعال، في حين لم تظهر أي علاقة بين باقي السمات واستراتيجيات التعامل.

8. التعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث الهدف: من خلال الدراسات السابقة نلاحظ أنها تبنت أهداف عديدة أهمها: دراسة سمات الشخصية لدى مرضى السكري وتوزيع العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عليهم، وكذا دراسة مستوى الضغوط النفسية لديهم وتأثيرها على توازن سكر الدم والتحكم بالسكري، إضافة إلى دراسة العلاقة بين الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة ومعرفة الاستراتيجيات الأكثر استخداماً من طرف مرضى السكري.

من حيث المنهج المستخدم: تنوعت المناهج المستخدمة من طرف الباحثين بتنوع دراساتهم التي كانت بين المنهج الوصفي بنوعيه التحليلي والمقارن والمنهج العيادي ودراسة حالة، وهو ما يتفق مع البحث الحالي الذي يعتمد على المنهج الوصفي في دراسته للفرضيات.

من حيث العينة: اختلفت عينات الدراسات السابقة حسب اختلاف أهدافها وتوافرها حيث تراوحت بين (8 حالات وحتى 1255) والتي كان أغلبها من الراشدين أو المرضى المصابين بداء السكري وهو ما يتفق مع البحث الحالي الذي اعتمد في اختياره للعينة على الإصابة بداء السكري .

من حيث الأدوات: تنوعت لأدوات المستخدمة من طرف الباحثين في الدراسات السابقة وتعددت حسب أهداف كل دراسة وتبين أن الباحثين استعانوا بمقاييس للتحقق من صدقها وبنائها وتطبيقها على عينة الدراسة، حيث تمثلت الأدوات المستخدمة في قياس الشخصية في مقياس العوامل الخمسة الكبرى لكوستا وماكري الذي اعتمدت عليه أغلب الدراسات السابقة المذكورة سابقا، ومقياس نمط السلوك (أ)، واستخدام استبيان Bortner Scale لتقييم الشخصية، في حين استخدمت الدراسات عدة مقاييس لقياس الضغط النفسي ومقياس الضغط النفسي ومقياس مصادر الضغط النفسي، كما استعانت بمقاييس مختلفة لقياس استراتيجيات التعامل منها مقياس استراتيجيات التحكم ومقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس مقاومة الضغط النفسي، كما تجدر بنا الإشارة إلى استخدام المقابلة العيادية من طرف بعض الدراسات ومقياس مركز التحكم ومقياس الصلابة النفسية ومقياس السلوك الصحي إضافة إلى مقاييس أخرى مما ذكرناه سابقا، وهذا يثبت لنا قابلية البحث لدى أفراد العينة المختارة في الدراسة وإمكانية تطبيق مختلف المقاييس على عينة الدراسة، التي كانت من الراشدين وغالبا من المصابين بداء السكري، وهذا يتفق مع البحث الحالي الذي اختيرت عينته من الراشدين المصابين بداء السكري .

حسب النتائج التي أسفرت عنها الدراسات السابقة نجد أن كل منها كانت تذهب وراء السعي للكشف عن العلاقة الارتباطية أو تأثير أو مستوى متغير واحد أو متغيرين على الأكثر وبذلك رغم تعدد الدراسات الوصفية التي تناولت داء السكري، والتي تناولت العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، والتي تناولت استراتيجيات التعامل والضغطات النفسية، إلا أن الرؤية تبقى مجزأة غير شاملة لكل الجوانب التي يسعى البحث الحالي إلى الكشف عنها.

الجانِب النظري

الفصل الأول

داء السكري

تمهيد:

يفهم المرض المزمن بأنه المرض الذي يتطور ببطء ويبقى باستمرار والذي لا يمكن إزالة مسببه، مما يفرض على المصاب التحمل الشديد المتميز، وليس من النادر أن تتكرر مراجعة المرضى المزمنين للطبيب كثيرا بما فيها الفحوصات المتعددة وكثرة التحاليل إلى أن يتم التوصل إلى تشخيص حقيقي و البدء بالعلاج المناسب، حيث يعتبر العيش مع مرض مزمن يعني بالنسبة للمريض مسؤولية ذاتية كبيرة وتحول كلي للنمط الحياتي بصورة عامة، وهذا يعني وجوب التخلي عن تصرفات معينة ومعتادة والتدرب على تصرفات جديدة، يطلب بشكل عام الانتباه أثناء فترة المرض بالقيام بمعالجة موجهة وعادلة، وعلى الأغلب دوائية بشكل منتظم ومراقبة الطبيب لها، حيث تعني المجريات المرضية هذه للمريض وذويه تغيير في الحياة اليومية أيضا، ومن أكثر هذه الأمراض المزمنة تأثيرا على نمط حياة المريض داء السكري و الذي يعتبر من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا في العالم، فهو يشكل عبء ثقيل على الشخص المصاب ليس فقط لطبيعته المزمنة ولكن لما يتطلبه من التزامات علاجية، بالإضافة إلى إمكانية ظهور مضاعفات جسدية وتعقيدات تمس الحالة الصحية و الحياة النفسية والاجتماعية و الاقتصادية للمريض، وهذا ما يجعله عرضة للانفعالات والمشاعر السلبية التي تؤثر على حياته النفسية.

يعرض الفصل الحالي تعريفا لداء السكري ولمحة تاريخية عن اكتشافه، كما يعرض أنواع داء السكري الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين، بالإضافة إلى أعراضه وتشخيصه وأسبابه، والمراحل التي يمر بها المصاب بداء السكري، ومضاعفاته، بالإضافة إلى الخصائص النفسية والاضطرابات المصاحبة لداء السكري.

1. ماهية داء السكري:

1.1. تعريف داء السكري:

لغة:

كلمة داء تعني المرض ظاهراً أو باطنياً، وكلمة مرض أصل صحيح يدل على ما يخرج به الإنسان عن حد الصحة في أي شيء كان، وتعني أيضاً ضعف في القوى يترتب عليه خلل في الأفعال، ويعرف المرض أيضاً بأنه السقم وهو نقيض الصحة والمفرد مريض والجمع مرضى ومرض ومرضى (رضوان، 2002، ص55).

أما كلمة السكري أو مرض السكري لغة تعني مرض إستقلاب السكر المزمن وهي ذات أصل يوناني لاتيني يعني السيلان العسلي (لنجراف، ب ت، ص7).

اصطلاحاً:

داء السكري هو مرض استقلابي أيضاً مزمن يتميز بزيادة مستوى السكر في الدم نتيجة لنقص نسبي أو كامل في الأنسولين في الدم أو لخلل في تأثير الأنسولين على الأنسجة، مما ينتج عنه مضاعفات مزمنة في أعضاء مختلفة من الجسم.

مرض السكري هو مرض استقلابي مزمن، يتميز بارتفاع سكر الدم المزمن المرتبط ب: إما من عمل الأنسولين (مقاومة الأنسولين)، أو إفراز الأنسولين (insulinorésistance)، أو كلاهما (Jaffeux S. 2020- 2021).

حسب تعريف المنظمة العالمية للصحة (OMS) يعرف داء السكري على أنه: "حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم، وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية و الوراثية، وقد يرجع ازدياد السكر في الدم إلى عدم وجود الأنسولين الذي يعد المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، أو لزيادة العوامل التي تكون ضد مفعوله، ويؤدي هذا الاختلال في التوازن إلى إحداث شذوذ في أيض الكربوهيدرات والبروتين والدهون. (CEEDMM, 2011, p3).

مرض السكري هو مرض مزمن تدريجي يعطل استيعاب السكريات الغذائية واستخدامها وتخزينها بعد حدوث خلل في عمل و / أو إفراز الأنسولين. ينتج عن هذا ارتفاع السكر في الدم المزمن الذي يتوافق مع ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم والذي يشهد على انهيار توازن الطاقة. في الحالة الفسيولوجية ، يكون مستوى السكر في الدم للفرد الصائم بين 0.70 جم / لتر و 1.10 جم / لتر. في

مرض السكري الثابت وغير المنضبط ، يعاني الفرد من ارتفاع سكر الدم الصائم المستمر فوق 1.26 جم / لتر .

هناك عدة أنواع من مرض السكري ، أهمها:

- مرض السكري من النوع 1 (T1D): أو مرض السكري المعتمد على الأنسولين ، وهو مرض مناعي ذاتي ناتج عن تدمير خلايا في البنكرياس مما يمنع تخليق وإفراز الأنسولين.

- مرض السكري من النوع 2 (T2D): أو مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين ، وهو مرض يتميز بمقاومة الأنسولين المكتسبة تدريجياً على مدار الحياة .

- سكري الحمل: مرض يحدث فقط أثناء الحمل وهو عامل خطر على الوليد (Dorsemans A., 2019, p25)

عرف غريمالدي (Grimaldi A. (2000) مرض السكري بأنه أحد أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة، ويحدث بسبب عجز الجسم عن إفراز الأنسولين، أو عن استخدامه بالشكل المناسب، إذ يمكن تمييزه بارتفاع في مستوى السكر في الدم عن المعدل الطبيعي نتيجة نقص أو عدم إفراز هرمون الأنسولين، وقد حددت الجمعية الأمريكية لداء السكري معيار الإصابة بالسكري في حال كانت قيمة سكر الدم الصباحي أكثر من 1.26 غ/ل في دم الفرد الصائم أي بعد صيام ليلة كاملة (بين 8-10 ساعات)، وذلك نتيجة نقص كلي أو جزئي في إنتاج هرمون الأنسولين من خلايا البنكرياس أو ضعف في فعالية الأنسولين على مستوى الخلايا و الأنسجة (Grimaldi A., 2000,p10) .

داء السكري إذا هو مرض مزمن يصيب الناس بمختلف أعمارهم، يتميز المرض بارتفاع في مستوى سكر الدم أكثر من 1.26 غرام/ لتر ويحدث ذلك بسبب خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان، يكون راجعاً إما لنقص إفراز الأنسولين من البنكرياس، أو انعدام إفرازه، أو بسبب نقص في فعالية الأنسولين وهذا ما يكون سبباً في ارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم والتي تسبب بدورها اضطراباً في عملية الأيض أو التمثيل الغذائي بصفة دائمة.

1. 2. لمحة تاريخية عن اكتشاف داء السكري:

يعتبر داء السكري مرض قديم عرفه المصريون منذ عام 1500 ق.م، حيث على بعض الجدران والمخطوطات المصرية القديمة وصف لمتلازمة البول والعطش، كما ذكرت في الكتابات الصينية في

القرن الثالث قبل الميلاد متلازمة تتضمن النهم والعطش والبول، مع ذكر المذاق الحلو لبول المرضى المصابين بهذه المتلازمة، أما عند اليونانيين القدماء فقد ذكر داء السكري منذ عام (70 ق.م) حيث أطلقوا عليه اسم (Diabètes Mellitus)، وكلمة (Mellitus) باللغة اللاتينية عني حلو المذاق أو العسل وكلمة (Diabetes) تعني خروج السائل والمقصود به البول وبذلك يكون معناها كاملا البول السكري.

وصف الطبيب اليوناني "أرتيس" (Aerates) منذ (138-81 ق.م) المظاهر السريرية لداء السكري كما هو معروف اليوم، وقد ذكر الطبيب الروماني "سيلس" (Celsus) منذ (30 سنة ق.م-50 سنة ق.م) ظاهرة البول المصحوبة بالوهن والضعف ونصح بعلاجها من خلال تنظيم الغذاء وممارسة الرياضة البدنية، وقد أخذ العرب اسم المرض من الإغريق وهو "ديانيطس" كما أطلقوا عليه اسم "الدوارة" و"الدولاب"، ويعتبر ابن سينا أول من وصف مرض السكري وصفا دقيقا في كتابه "القانون في الطب" حيث قال: "ديانيطس هو أن يخرج الماء كما يشرب قي زمن قصير أو أن صاحبه يعطش فيشرب ولا يروى بل يبول كما يشرب ويكون غير قادر على الحبس البتة"، كما أورد في كتابة أعراض المرض قائلا: "ومن أعراضه العطش الشديد والضعف الجسمي والإجهاد العصبي وعدم انتظام الشهية".

خلال القرن الـ17 وصف "توماس ويلس" حلاوة السكري بقوله "إنه مشروب العسل"، وأثبت دوبسن أن هذه المادة هي السكر ومما قاد للتفكير بمعالجة المرض بحمية قوية معقولة، وفي عام 1859 بين "كلود برنارد" أن دم الشخص المصاب بالسكري يحتوي على كمية زائدة من السكر وهذه صفة هامة للداء، وفي عام 1869 نجح طالب الطب الألماني "بول لنغرهانس" (Paul Langerhans) في وصف جزر الخلايا التي تنتج هرمون الأنسولين الموجود في البنكرياس والتي تحمل اسمه الآن، كما توصل إلى أن خلايا بيتا (β) هي المسؤولة عن إنتاج الأنسولين.

استطاع عام 1889 كلا من العالمين "فون ومينكووسكي" إحداث تطور مهم في فهم طبيعة مرض السكري وذلك من خلال إجراء جراحة لنزع غدة البنكرياس لأحد الكلاب، وبعد إجراء الجراحة لم يمت بل بدأ يشرب الماء بكثرة ويتبول بكثرة، الأمر الذي لفت انتباه العالمين وذلك من خلال تجمع الذباب بكثرة على بول الكلب مما دفع بهما إلى إجراء تحليل للبول فوجدا بأنه يحتوي على نسبة عالية من سكر الجلوكوز، وسرعان ما اكتشفا أنهما تسببا بإصابة الكلب بمرض السكري.

تمكن العالمان "بانتيغ وبست" في عام 1921 استخلاص مادة من البنكرياس سببت هبوط سكر الدم وسميت بالأنسولين، ومع اكتشاف الأنسولين أصبح مرضى السكري أكثر عمرا وأقل تعرضا للاختلالات الحادة وأكثر إصابة بالاختلالات المزمنة (المرزوقي، 2008، ص 17-19).

استخلاصا لما سبق فإن داء السكري مرض عرف منذ الأزل فهو قديم قدم الإنسان نفسه، ولم يكن تشخيصه منذ الظهور الأول له ولا حتى علاجه فقد كان تطور مفهوم داء السكري واكتشاف أعراضه وتشخيص الإصابة والعلاج متزايدا عبر الزمن، وقد تم تشخيصه من طرف الأطباء عبر الزمن بارتفاع سكر الدم وذلك من خلال الأعراض التي تم اكتشافها حسب ما توفر من وسائل وأدوات للتشخيص وأهمها كثرة العطش وكثرة التبول، ومن ثم تطور العلاج من إتباع الحمية الغذائية القاسية إلى العلاج بالأنسولين والأدوية المتاحة في الصيدليات في هذا العصر.

2. أنواع داء السكري:

2. 1. داء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين / D.insulino-dépendant :

داء السكري النوع الأول (Diabète Type1) يتميز بوجود الاستعداد الوراثي، ويعرف بوجود تحطيم لخلايا بيتا لجزر لانجرهانس في البنكرياس التي تفرز الأنسولين، حيث أن تسمية هذا النوع من المرض لها علاقة بتنظيمه، والذي يصل بالشخص المصاب به إلى حد الموت في غياب العلاج بالأنسولين، وهو أكثر الأنواع خطورة، وعادة ما يظهر خلال وقت مبكر (عند الأطفال والمراهقون، والشباب)، أي لدى الأشخاص أقل من 30 سنة، يكون أصحاب هذا النوع أكثر عرضة للإصابات الفيروسية (Jaffeux S. 2021, p17 -18).

2. 2. داء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين D.non insulino-dépendant :

يظهر النوع الثاني من داء السكري عادة عند الراشدين والكبار و الأشخاص الذين عانوا من أعراض الأمراض الأيضية و الذين يعانون من الوزن الزائد و السمنة المفرطة، كما أن أعراضه لا تظهر بشكل واضح فقد يصاب به الفرد لفترة طويلة قبل أن يكشف إصابته، حيث يتميز بوجود مقاومة للأنسولين من طرف الأنسجة ولا يستجيب له، ويلاحظ في هذا النوع أن وزن المريض في بداية الداء يكون في معظم الحالات زائدا عن الوزن الطبيعي، وغالبا ما يمكن ضبط الداء بالحمية فقط أو على الأكثر باستعمال خافضات السكر عن طريق الفم، ولا يظهر لدى هؤلاء المرضى نقص مطلق في الأنسولين، ويكون السكري لديه غالبا مستقر مع تغيرات طفيفة في سكر الدم ويكون البدء هنا على

الأغلب بطيئاً وخفياً، ولا يحدث جنوح شديد للاضطراب الاستقلابي المترافق مع البول "الأسيتوني" عند بقاء المريض ملتزماً بالحمية السكرية المفروضة مطبقاً إياها بشكل جدي (Nicole et al, 2017,p1).
وسنقوم بتوضيح خصائص داء السكري النوع الأول والثاني في الجدول التالي:

جدول رقم(1): جدول توضيحي يبين خصائص داء السكري النوع الأول و الثاني

النوع الأول	النوع الثاني	
نادر	منتشر	السوابق العائلية
أقل من 35 سنة	أكثر من 35 سنة	السن المتوقع للمرض
سريع وظاهر الأعراض	بطيء وصامت الأعراض	البدانة
كثيرة	كثيرة	العوامل المسببة
واضحة	قليلة أو غائبة	العوارض
عادي أو هزيل	بدين (سمين، أو مفرط السمنة)	الوزن
أكثر من 3 غ/ل	قليل الوجود	ارتفاع السكر في الدم
عادة موجود	قليل الوجود	الأنسولين في البول
غير موجود	موجودة في 50% من الحالات	المضاعفات
الفشل الكلوي أو القصور الكلوي	أمراض القلب والشرابين	الأسباب الرسمية للوفاة

(CEEDMM,2011, p3-4)

2. 3. أنواع أخرى ثانوية لداء السكري:

بالإضافة إلى النوعين السابقين اللذان اعتمدهما في البحث هناك أنواع أخرى ثانوية لم نعتمدها

في البحث لكن تجدر بنا الإشارة إليها و نذكر منها:

2-3-1-السكري المقترن بحالات مرضية:

من بين هذه الأمراض نجد أمراض البنكرياس، وأمراض الغدد الصماء مثل متلازمة كوشينج، أمراض الاضطرابات الهرمونية والحالات الناجمة عن استعمال العقاقير والمواد الكيميائية بالإضافة إلى العوامل الوراثية التي تؤدي إلى نقص في تركيب وإفراز الأنسولين نتيجة خلل في الصبغة الوراثية (Nicole et al, 2017,p2)، كما يسمى هذا النوع أيضا مرض السكري الثانوي.

حيث تعتبر هذه الأنواع كمسبب للإصابة بمرض السكري والناجمة عن إصابة في البنكرياس أو الغدد الصماء التي تجعل البنكرياس غير قادر على أداء مهامه كما يجب واحتمال عدم القدرة على إفراز هرمون الأنسولين بالكميات اللازمة التي يحتاجها الجسم أو حدوث تغيير في تركيبته الكيميائية ما يجعله غير فعال، وهذا يؤدي إلى حتمية الإصابة بداء السكري الناتج عن حالات مرضية تقلل من إنتاج الأنسولين أو من القدرة على الاستجابة له.

2-3-2-سكري الحمل:

غالبا ما تتعرض إليه السيدات الحوامل اللواتي يعانين من وجود تاريخ مرضي لداء السكري من النوع الثاني في العائلة، عادة اللاتي تفوق أعمارهن 30 سنة، سببه قصور الجسم عن احتمال الغلوكوز وذلك بسبب عدم قدرة البنكرياس على التخلص من السكريات التي تتناوله الحوامل بسهولة، إضافة إلى زيادة الوزن، حيث يكون وزن المولود أكثر من 4 كغ (Nicole et al, 2017,p2)، ويتم إجراء الفحوصات للأمهات الحوامل عادة بين الأسبوع الرابع والعشرين والسادس والعشرين من الحمل، وغالبا ما يؤدي سكري الحمل الذي لا يعالج إلى مشاكل في الأجنة وإلى زيادة احتمال الإصابة بالسكري خلال خمس سنوات من اكتشاف سكري الحمل

3. فسيولوجية داء السكري:

إن داء السكري متلازمة استقلابية تتميز بارتفاع مزمن في سكر الدم حيث تحدث هذه المتلازمة في سياق عدد من الأمراض والأحوال المختلفة سريريا ومرضيا، إذ ينجم فرط سكر الدم عن النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، وليس المقصود بالنقص نقصا في إنتاج الأنسولين فقط وإنما يشمل أيضا كل الأعطاب والاضطرابات التي تؤدي إلى خلل في الفعالية الحيوية للهرمون في أي مرحلة من المراحل العمرية، حيث أن نقص الأنسولين في الدم يؤدي إلى حدوث اضطرابات عديدة في إستقلاب الشحوم والبروتينات والمكونات الخلوية، تؤدي إلى اختلالات استقلابية حادة ومزمنة. وبناء عليه يمكن أن نوضح آلية عمل الأنسولين في الجسم ليتضح لنا فهم أثر غيابه أو نقصه على صحة الجسم.

الأنسولين هو هرمون بيتيد سكر الدم تنتجه خلايا β لجزر لانجرهانز في البنكرياس. من الضروري امتصاص الجلوكوز في الدم من قبل الخلايا والضوابط ، ولاسيما استخدام وتخزين الجلوكوز في الكبد والعضلات والأنسجة الدهنية. لذلك يضمن هذا الهرمون امتصاص الخلايا للجلوكوز ويسمح بتنظيم نسبة السكر في الدم. في حالة ما بعد الأكل ، وتحت تأثير ارتفاع نسبة السكر في الدم ووجود الطعام في الجهاز الهضمي ، يتم إطلاق الأنسولين في مجرى الدم. ويتم التوسط في عمل الأنسولين على الأنسجة المستهدفة عن طريق مستقبلات الأنسولين غير المتجانسة ، والتي تتكون من وحدتين فرعيتين خارج الخلية α تربطان الأنسولين ووحدتان فرعيتان تمتلكان نشاط التيروسين كيناز داخل الخلايا. وبالتالي فإن الأنسولين المنطلق سوف يرتبط بمستقبلاته مع نشاط التيروسين كيناز ويسمح للجلوكوز بدخول الخلايا.

لعبور أغشية الخلايا يستخدم الجلوكوز ناقلات عديدة الببتيد التي تسهل مروره إلى السيتوبلازم. نوع ناقل الجلوكوز 2 (GLUT-2) هو الناقل الرئيسي للجلوكوز في خلايا الكبد ونوع ناقل الجلوكوز 4 (GLUT-4) هو الناقل الرئيسي للجلوكوز في الخلايا المعتمدة على الأنسولين (الأنسجة الدهنية والعضلات).

لذلك يتم تعديل تعبير GLUT-4 على سطح الخلايا عن طريق مستوى الأنسولين في الدم. في الكبد والعضلات، يتم تخزين الجلوكوز في صورة جليكوجين. عندما يحتاج الجسم إلى ذلك ، يتبع ذلك إطلاق سريع للجلوكوز عن طريق تحلل الجليكوجين في الكبد (خلايا الكبد) وفي العضلات (الخلايا العضلية) لإنتاج الطاقة عبر دورة تحلل الجلوكوز في الأنسجة الدهنية ومن خلال مستقبلاتها الموجودة على سطح الخلايا الشحمية ، يعزز الأنسولين تكوين الدهون وتخزين الأحماض الدهنية، إذ ينظم الأنسولين سكر الدم بالتنسيق مع هرمون آخر ، الجلوكاجون. في الواقع، عندما ينخفض سكر الدم إلى ما دون عتبة 0.65 جم / لتر ، يتم حظر إفراز الأنسولين ورفع تثبيط إفراز الجلوكاجون بواسطة خلايا ألفا البنكرياسية. وهكذا ، يُفرز الجلوكاجون ويُطلق في مجرى الدم. يرتبط الهرمون بمستقبلاته المقترنة بالبروتين G في الكبد ، ويحفز تحلل الجليكوجين ويؤدي إلى زيادة تركيز الجلوكوز 6- فوسفات داخل الخلايا (G-6-P) والذي سيتحلل إلى جلوكوز بفضل الفوسفاتيز. وبالتالي يتم تنظيم نسبة السكر في الدم بشكل طبيعي. يؤدي فشل الأنسولين إلى تعطيل تنظيم الطاقة هذا ، مما يؤدي إلى ارتفاع السكر في الدم المزمن الذي يسبب الضرر عند مستويات مختلفة من الجسم (تلف الأوعية

الدموية الكلية والجزئية ، الالتهاب ، السكر ، الإجهاد التأكسدي ، إلخ) ويؤثر على العديد من الأعضاء (بما في ذلك العينين والكلى والأعصاب والقلب والأوعية الدموية ، Dorsemans A., 2019, p 26-27).

يضيف المرزوقي(2018) في هذا الصدد أن البنكرياس يعد الغدة المسؤولة عن الإصابة بمرض السكري وذلك من خلال نقص إفراز مادة الأنسولين اللازمة لتنظيم استعادة الجسم من المواد الغذائية، حيث تقع غدة البنكرياس خلف المعدة مباشرة، وتقوم بإنتاج إنزيمات الهضم وهرموني الأنسولين والجلوكاجون التي تنظم الوقود في جسم الإنسان. والجلوكاجون هرمون يفرزه البنكرياس عن طريق جزر لانغرهانس وذلك من خلال خلايا ألفا(A). وقد تم التعرف على أربعة أنواع رئيسية من جزر لانغرهانس الموجودة في البنكرياس كما هي موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم(2): يوضح أنواع خلايا جزر لانغرهانس الموجودة في البنكرياس والهرمون الذي تفرزه.

نوع الخلية	الهرمون الذي تفرزه
بيتا (β)	أنسولين (70% - 80%)
ألفا(A)	جلوكاجون (15% - 20%)
دلتا (D)	سوماتوستاتين (5%)
ب.ب(P.P)	عديد الببتيد البنكرياسي

(المرزوقي، 2008، ص 20)

يتضح من الجدول (2) أن البنكرياس يقوم بإنتاج هرموني الأنسولين والجلوكاجون، حيث أن هرمون الأنسولين تنتجه خلايا بيتا(β) وهو يعمل على مساعدة الجسم على استخدام الجلوكوز (سكر الدم)، إذ يعد الأنسولين بمثابة المفتاح الذي يفتح أبواب الخلايا ويسمح للجلوكوز بالدخول إليها ويعمل على تقليل مستوى السكر في الدم.

أما الجلوكاجون فهو الهرمون الآخر الذي تفرزه غدة البنكرياس عن طريق جزر لانغرهانس وذلك من خلال خلايا ألفا(A)، حيث يقوم بعمل معاكس للأنسولين، ويتم إنتاج السكر في الجسم عند تحلل الطعام في الجهاز الهضمي ويقوم الجلوكاجون بحمل جزيئات السكر إلى الدم وتعرف كمية السكر في الدم بمستوى جلوكوز الدم، ويعد الأنسولين والجلوكاجون مهمين لعملية الاستقلاب (والاستقلاب هي

العملية التي يقوم بها الجسم بتحويل الغذاء إلى وقود)، ومرض السكر هو اختلال في عملية إستقلاب السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع معدل السكر في الدم (الجلوكوز).

تتضاعف أعراض مرض السكري نتيجة نقص في الأنسولين فإذا لم تنتج خلايا بيتا كمية كافية من الأنسولين فإن السكر في الدم سيصل إلى مستويات عالية جدا ومن ثم يظهر مستوى السكر في البول، وإذا لم يتم ضبطه بشكل جيد فإنه سيؤدي إلى غيبوبة ومن ثم إلى موت محقق، لذا فإن إعطاء الأنسولين للمريض أمر ضروري حتى يتسنى له ضبط الأعراض التي تنجم عن نقص الأنسولين، وعلى الرغم من أهمية الأنسولين بالنسبة لمريض السكري إلا أنه لا يشفى من المرض بمجرد استخدامه، لذا فإن قلة نسبة الأنسولين في دم الإنسان تؤدي إلى ارتفاع الجلوكوز في الدم مما قد يتسبب في إحداث أمراض جسمية خطيرة لمرضى السكر، مثل أمراض القلب والإصابة بالعمى وأمراض الكلى وغيرها

4. أعراض داء السكري: تتمثل أعراض الإصابة بداء السكري فيما يلي:

4.1. الأعراض الجسمية: هناك أعراض أساسية عامة خاصة بمرض السكري وتظهر عند الأفراد المصابين بداء السكري بصفة عامة وفي كل الأنواع وهي:

- ارتفاع نسبة السكر في الدم، وهذا راجع إلى عمل الكبد الذي يعمل على رفعه، وغياب ادخاره من طرف أنسجة الكبد.
- كثرة التبول La polyurie ، حيث تتكرر عدة مرات في اليوم خاصة في الليل، والسبب يعود إلى مرور السكر في البول وبالتالي يسحب معه كمية من البول.
- كثرة العطش، حيث أن ضياع كمية معتبرة من الماء على مستوى الكلى يتطلب تعويضه عن طريق الشرب، وبالتالي هنا الجسم يتلقى تنبيه العطش ليفسر الاحتياج.
- التعب المزمن وبطء النتمام الجروح، إضافة إلى الوخز و/ أو تتميل اليدين والقدمين (Dorsemans A., 2019, p 29).
- وجود أجسام خلوية، تنتج عن الارتفاع الحاد للأجسام الخلوية في الدم، وهذه المادة تأخذ شكل حامض يعبر الدم، فتسبب اضطراب أيضا على مستوى الجسم، وهنا يتطلب علاج مستعجل لأن بإمكانها أن تؤدي بالشخص إلى التهلكة.

- النحافة، و انخفاض الوزن حيث أن عدم استعمال السكريات من طرف خلايا الجسم بسبب الغياب الكامل للأنسولين، فتلجأ هذه الخلايا إلى استعمال البروتينات التي هي أساس بالنسبة للعضلات وهنا تنصهر العضلات وتستهلك الدهون على شكل أجسام خلوية، وهذا ما يسبب نحافة الجسم لدى الكثير من مرضى السكري .

- ثقل الأطراف و الخمول والنعاس.

-اضطرابات في الرؤية و عدم اتضاحها.

-الشعور بآلام في البطن. (Nicole et al, 2017,p1)

يمكن اختصار هذه الأعراض في كثرة العطش والتبول والتعب المزمن كأهم الأعراض الدالة على عدم انتظام نسبة السكر في الدم، بالإضافة إلى التعب المزمن والكسل والخمول وثقل الأطراف والشعور بالوخز والتنميل في اليدين والقدمين، مع بطئ التئام الجروح والالتهابات الجلدية بشكل عام. وتكون هذه الأعراض عامة لدى كل المصابين بداء السكري لكنها تخلف مضاعفات حادة تختلف من مريض لآخر، كما تجدر بنا الإشارة إلى أن الأعراض في حالة ارتفاع نسبة السكر في دم المريض تختلف عن انخفاضه وهذا ما سنشرحه بنوع من التفصيل فيما يلي:

4. 1.1. أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم L'hypoglycémie:

نقص السكر في الدم يعني أن الجسم يفتقر إلى الجلوكوز (سكر الدم يكون اقل من 50ملغ/دل) سبب ذلك هو كمية الأنسولين العالية في الدم التي قد تكون جراء أخذ جرعة عالية من الأنسولين أو لطول المدة بين حقنه ووجبة الطعام أو لقلة كمية الغذاء أو السكر عند إعطاء جرعة الأنسولين أو الأقرص أو عدم تناسبها مع النشاط الجسدي للمريض، ومن علامات هذا الانخفاض ما يلي:

- ظهور مفاجئ لنقص نسبة السكر في الدم وتطور سريع للأعراض.

-العصبية وصعوبة التركيز.

- الشحوب و الرجفة مع عدم انتظام دقات القلب.

- شدة التعرق وبرودة الجسم خاصة الأطراف وارتعاش وعدم الاتزان في الجسم والنمنمة.

- اضطراب الرؤية وعدم وضوحها و خلل في النظر.

- أوجاع الرأس والشعور بصداع حاد مفاجئ.

- جوع مصاحب بآلام في البطن.

- ثقل اللسان وصعوبة النطق.

- الدوخة وفقدان الوعي.

تجدر الإشارة إلى أنه في حالة ما إذا لم يتم اتخاذ إجراءات مضادة و حصول نقص حاد للسكر في دم المريض فمن الممكن ظهور مشاكل في الدورة الدموية و التنفس و اضطرابات في الوعي وحالات تشنج وكذلك الغيبوبة، التي يمكن أن تنتهي بالموت. (لنجراف، 2013، ص22).

4. 1. 2. أعراض ارتفاع نسبة السكر في الدم **L'hyperglycémie**: ارتفاع نسبة السكر في دم المريض تعني أن قيمة الغلوكوز قد تجاوزت 160مغ/دل و هذا ما يشكل خطرا على المرضى خاصة المسنين الذين يعانون من التهابات وتتمثل هذه الأعراض في:

- ظهور الارتفاع بالتدرج.

- كثرة النوم(الخمول).

- كثرة التبول.

- التقيؤ والشعور بالغثيان.

- شدة العطش وكثرة شرب الماء.

- تعب و ضعف شديد.

- صدور رائحة من الفم تشبه رائحة الفاكهة وحلاوته.

تجدر الإشارة إلى أن في الحالات الحادة يمكن أن تؤدي زيادة نسبة السكر في الدم إلى فقدان الوعي أي ما يسمى بغيبوبة السكري، فإن كان السكر مرتقعا جدا (غالبا أعلى من 600 ملغ/دل) فتتفقد خلايا الجسم الماء الذي يصرف عن طريق البول، وهذا الفقدان الكبير للماء يكون عاليا إلى درجة أنه لا يمكن تعويضه عن طريق الشرب، وهنا يجب الانتباه ما أمكن لشدة أعراض ارتفاع السكر في الدم التي تتطلب الفحص الفوري للغلوكوز واتخاذ الإجراءات الملائمة بسرعة كإعطاء الأنسولين للمريض.

(لنجراف، 2013 ، ص22)

4. 2. الأعراض النفسية: حسب شيلي تايلور (2008) فإن هناك استجابات انفعالية للمرض أولها الإنكار، إذ يشكل خبر الإصابة بمرض مزمن صدمة كبرى للفرد، حيث يتغير كل شيء في حياته بدءا من البسيط (ماذا يمكن أن يفعل غدا) إلى المعقد(ماذا يمكن أن يفعل بقية حياته)، إذ أن التشخيص المبدئي يربك المريض لدرجة تجعله عاجزا عن الإدراك الفوري لعمق التغيير المطلوب، وقد يحتاج لأيام وربما أسابيع للإجابة عن التساؤلات التي تتعلق بحياته الراهنة والمستقبلية وكيف يضعها في نظام حياة مناسب. يعتبر الإنكار كوسيلة دفاعية تحجب عن المريض الشعور بالخوف كما يبعده

عن إدراك حجم المشكلات الناجمة عن المرض، إلى أن يتكيف مع التشخيص ويفهم ما يمكن أن يفرضه المرض من قيود في حياته بصورة واقعية. كما تظهر بعض الاستجابات الأخرى لدى المريض بعد التشخيص مباشرة وتكون مصاحبة للمريض في بداياته الأولى للتعامل مع المرض والتكيف معه كالقلق والاكتئاب والخوف والتوتر (شيلي، 2008، ص 623-625).

كما في أغلب الحالات تصاحب داء السكري أعراض نفسية عديدة ومن أهمها التعب النفسي، فقد يمر المريض باضطرابات نفسية كالخوف، التوتر، الاكتئاب، واليأس من الحياة، الشيء الذي يستوجب تدخل الأخصائي النفسي وذوي المريض لتوجيه وإرشاد المريض والعمل على تقوية معنوياته ومساعدته على الصمود والانضباط فيما يتعلق بالعلاج والحمية اللازمة، بالإضافة إلى هذه الأعراض هناك أعراض أخرى منها انعدام الرغبة في العمل، القلق، الأرق وضعف الذاكرة، الدوران والغثيان (غريب، 2014، ص 308)، حيث تظهر هذه الأعراض عامة لدى المرضى المصابين بداء السكري لكن بشدة مختلفة حسب الحالة النفسية التي يكون فيها والموقف الذي يمر به لكن الشعور الأكثر التزاماً مع هذا الداء يبقى التعب و الإرهاق النفسي مرفق أحيانا بتقلبات المزاج.

كما يكون مريض السكري عرضة للإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية كالخوف المستمر من تقادم المرض وسرعة الإثارة و اليأس من الحياة (رويحة، 1973، ص 16). لذا فإن الإصابة بداء السكري تؤثر سلباً على النظرة المستقبلية للمريض حيث تتراوح بين الخوف من المستقبل والتشاؤم منه وعند البعض النظرة التفاؤلية (ميرود، 2014، ص 223).

رغم كثرة أعراض داء السكري إلا أنه من النادر أن تظهر جميعها عند مريض واحد أو في آن واحد، كما يمكن أن يظهر بعضها كأعراض وأمراض أخرى لا علاقة لها بداء السكري لذا فعلى المريض استشارة الطبيب في كل الحالات، فالمرض المزمن يخلق تأثيراً واضحاً على جسم المريض وهو ما يظهر كعرض في بداية الأمر أو حتى بعد مدة طويلة فالإصابة بداء السكري من النوع الثاني لا تشخص مباشرة بعد الإصابة وذلك لضعف شدة الأعراض في البداية ومحاولة المريض التأقلم معها دون استشارة الطبيب، وتظهر إضافة إلى الأعراض الجسدية أعراض نفسية أهمها الخمول والتوتر وسرعة الغضب والانفعال بصفة عامة .

5. التشخيص:

يعتمد تشخيص داء السكري عند المرضى عادة بعد ظهور بعض أو جميع الأعراض عند الفرد لمدة معينة على التحاليل الطبية التي يطلب الطبيب العام أو المختص من المريض القيام بها أو من خلال فحوصات عامة والتي تكون عادة فحص الدم لقياس مستوى الجلوكوز إضافة إلى فحص لعينة من البول لفحصها. وقد تأتي النصيحة بزيارة مختص في داء السكري و مختص في طب العيون وذلك لأن فحص العين يظهر المؤشرات الأولى إلى حالة تسمى باعتلال الشبكية السكري الذي تضمن تغيرات في الأوعية الدموية للعين كإحدى مضاعفات السكري (بيلوس، 2013، ص13).

لذا فمن المهم جدا أن ينتبه الفرد إلى الأعراض الجسدية التي تصيبه فقد يكون المريض مصابا بالمرض لفترة طويلة دون أن يعلم، لذا فلا بد من الانتباه لأهمية الأعراض التي تظهر لدى المريض والتي تتمثل في كثرة العطش وكثرة شرب الماء وكثرة التبول وكثرة التعب، واستشارة الطبيب من أجل تشخيص الإصابة فكلما كان التشخيص أبكر كان تفادي المضاعفات الناتجة عن المرض وسار العلاج بشكل أحسن.

6. أسباب الإصابة بداء السكري: لم يكن يعرف السبب الحقيقي للإصابة بداء السكري وخاصة النوع الثاني، إلا أن هناك عدة استنتاجات من قبل بعض العلماء أمثال "أوسكار مينكوسكي" (Oscar Minkowski) الذي يعتبر أول من ربط بين مرض السكري وغدة البنكرياس التي كانت قد أزيلت من جسم الكلب أثناء الجراحة، وهناك بعض الفرضيات والبراهين الحديثة مفادها أن جهاز المناعة في الجسم هو المسؤول الأول عن تدمير خلايا بيتا (β) والمسؤول عن مرض السكري النوع الأول. (المرزوقي، 2008، ص30)

إضافة إلى أنه من المعروف أن بعض الأشخاص مهيوون أكثر من غيرهم للإصابة بداء السكري الذي يزداد حدوثه بين الأشخاص الذين تكثر في تاريخهم العائلي الإصابة به، كما أنه كثير الحدوث بين الأشخاص الذين يتجاوز عمرهم الثلاثين سنة وبين الأفراد البدينين وبين النساء وهي من بين الأسباب الأكثر انتشارا وفي ما يلي توضيحها:

6. 1. الوراثة: لا يمكن اعتبار مرض السكري مرضا وراثيا بحتا، بمعنى أن الآباء المرضى بالسكري قد لا يكون أبناؤهم مصابين بهذا المرض، ولكن نسبة إصابتهم بالسكري تكون أكثر من غيرهم وهذه

الحقيقة تم إثباتها من قبل الإحصاءات العلمية التي أجريت على مرضى السكري، والمقصود بالوراثة الوراثة العائلية أي الأب والأم (المرزوقي، 2008، ص31).

حيث يؤكد الأطباء على أهمية عامل الوراثة ودوره في الإصابة بالمرض وأن هناك ميلا وراثيا في الإصابة بداء السكري، على الرغم من عدم التمكن من تحديد كيفية توارث هذا المرض أو طبيعة الخلل البيوكيميائي في خلايا الفرد المصاب ويبدو أن الوراثة لها دور مهم في الإصابة بالمرض عند الأطفال أكثر منها عند الكبار، فإذا كانت أسرة الطفل مصابة بالمرض فإن احتمال إصابته به تكون أعلى بعشرين مرة من طفل آخر لأسرة غير مصابة بالمرض، وتجدر الإشارة إلى أن الاستعداد لمرض السكري يورث وليس المرض كما هو، يعني هذا أن الكفل يرث من أبويه المصابان استعدادا للإصابة بالمرض ولا يرث المرض بحد ذاته.

كما يؤكد بعض الباحثين أن العامل الوراثي يلعب دورا كبيرا في النوع الثاني من المرض (داء السكري غير المعتمد على الأنسولين) بينما لا يكون هناك أي تأثير واضح لعامل الوراثة في النوع الأول (داء السكري المعتمد على الأنسولين) (رضوان، 2002، ص63).

ومن هذا يمكننا القول أن للعامل الوراثي دورا مهما في نقل الاستعداد للإصابة للمرض وذلك يكون عند الأشخاص الذين يعاني آباؤهم من مرض السكري، وهذا الاستعداد الوراثي للمرض يتعلق بشكل واضح بالنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

6. 2. البدانة: إن البدانة ليست كافية للتسبب بالسكري، بمعنى انه ليس كل بدين مصاب بالسكري، ولكن أثبتت الدراسات العلمية أن البدانة من عوامل الخطورة للإصابة بالسكري وإن نسبة هذا المرض تزداد عند البدنيين.

يمكن اعتبار البدانة أنها زيادة وزن الشخص عن 30% عن الوزن الطبيعي الذي يمكن معرفته بطرح 100سم من طول الجسم، تنجم عن تراكم الدهون في الجسم بنسبة أعلى عن المعدل الطبيعي، وتشير العديد من الدراسات إلى أن البدانة أو السمنة الزائدة من العوامل المساعدة على ظهور مرض السكري بعد سن الأربعين ومن أهم الشروط في علاج هذا المرض هو التخلص من السمنة الزائدة. (رضوان، 2002، ص 60).

6. 3. الأدوية والعقاقير: تعد بعض الأدوية من العوامل التي قد تتسبب بالإصابة من السكري كالأقراص المانعة للحمل والأدوية الكضرية (الكورتيزون)، وصادات بيتا (β -blockers) التي

تستخدم في معالجة أمراض القلب والضغط، وغيرها من الأدوية التي تساهم في رفع مستوى السكر في الدم (المرزوقي، 2008، ص32).

لذا فمن الواجب الانتباه إلى نوع وكمية العقاقير والأدوية التي يأخذها الفرد واستشارة الطبيب قبل كل خطوة لتجنب الآثار الجانبية للأدوية الإصابة بالمرض.

6.4. الانفعالات النفسية الشديدة: يعتبر الخوف الشديد والقلق المستمر أو الخسارة المادية الكبيرة والمفاجئة والتعرض للضغوطات النفسية الحادة والصدمات، كلها أسباب قد تساهم في الإصابة بالسكري، وهنا تجدر الإشارة إلى أن هذه الحالات النفسية الشديدة ليست المسببة بشكل مباشر لهذا المرض ولكنها إذا تعرض لها شخص لديه استعداد للسكري أو مصاب بالسكري بشكل بسيط فإنها تزيد من خطورة الإصابة وتساهم في رفع نسبة السكر في الدم (شيلي، 2008).

6.5. الأمراض: تعد بعض الأمراض عوامل مساهم في الإصابة بالسكري، خاصة الأمراض المعدية كمرض البنكرياس الكحولي أو التشمع الكبدي أو الحمى القرمزية التي قد تتسبب في ارتفاع مستوى السكر في الدم، وسبب الارتفاع في هذه الحالة ليس المرض المعدي وإنما الحمى التي ترافق هذا المرض وقد يخفي السكري بزوال الحمى ويشفى المريض، إضافة إلى الأمراض التي قد تصيب البنكرياس.

6.6. الاختلال في الغدد الصم: وبالأخص أمراض الغدة الكظرية والنخامية فهي أحد العوامل المؤثرة في الجسم والمساهمة في الإصابة بالسكري (المرزوقي، 2008، ص 32).

6.7. التغذية: يلعب الغذاء دورا هاما في الإصابة بداء السكري فمن البديهي أن نسبة السكر في الدم بعد تناول الطعام تتعرض دائما للتذبذب المستمر، وفي بعض الحالات يقتضي الأمر معرفة درجات هذا التذبذب في أوقات النهار، فقد أكد العديد من الباحثين والأطباء على أهمية العلاقة بين الغذاء ونوعيته بمرض السكري، فإذا كان الغذاء يعتبر سببا من أسباب الإصابة بهذا المرض فإن الغذاء أيضا يعتبر من أهم وسائل الوقاية من مرض السكري وعلاجه كما وكيفا.

فبالرغم من عدم وجود إثباتات علمية تؤكد أن الإفراط في تناول السكريات والنشويات يؤدي إلى حتمية الإصابة بداء السكري إلى أن هناك علاقة تأثير وتأثر بين نوعية الغذاء ومرض السكري، فيعتبر نوع الغذاء وكميته احد العوامل المساهمة في احتمالية الإصابة بداء السكري، فلذلك ينبغي على الفرد أن يهتم بنوعية غذائه وكميته ويتناول غذاء صحي ومتوازن لتفادي الإصابة بمرض السكري (رضوان، 2002، ص 59).

حيث أنه لا توجد أسباب مباشرة لمرض السكري وإنما هناك عوامل متعددة تلعب دورا هاما في حدوث المرض وتأثيراته المختلفة لطل نوع من السكري، يمكن اختصارها فيما يلي حتى يسهل علينا فهم الأسباب المتعلقة بكل منهما في ما يلي:

أولا: مرض السكري المعتمد على الأنسولين: وتعتبر العوامل المساعدة على الإصابة به كالتالي:

- إصابات فيروسية.
- خلل في مناعة الجسم الإنساني
- عوامل بيئية
- الأدوية والهرمونات التي تؤثر سلبا على الأنسولين وإفرازه.

ثانيا: مرض السكري غير المعتمد على الأنسولين:

- التقدم في العمر: حيث تزداد احتمالية الإصابة بهذا المرض بعد سن 25 سنة.
- البدانة أو السمنة: وهي من أكثر العوامل المسببة للإصابة بداء السكري النمط الثاني.
- العامل الوراثي: حيث أن الاستعداد الوراثي للمرض يورث عن طريق الجينات الوراثية للأبوين الحاملين للمرض (رضوان، 2002، ص63).

رغم الاهتمام البالغ الذي حظي به داء السكري وكثرة الدراسات التي حاول العلماء من خلالها إيجاد السبب الرئيسي الذي يؤدي للإصابة بهذا المرض، إلا انه لا يمكن إيجاد سبب واحد فقط بل هناك عدة عوامل مساعدة لظهوره بداية من الاستعداد الوراثي ووجود قصور في أعمال الغدد الصماء بالإضافة إلى العوامل البيئية التي سبق عرضها غير أن ما يهمنا في هذا الإطار هو دور العوامل النفسية في ظهور وتطور المرض لدى الأفراد، فقد اهتم العديد من العلماء منهم الطبيب سيلبي بدراسة العلاقة بين الضغوط النفسية وداء السكري التي أثبتت أن الضغط النفسي والتوتر يؤثر على عمليات الأيض في الجسم مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم فوق المستوى العادي

7. المراحل التي يمر بها المصاب بداء السكري: يمر مريض السكري بعدة مراحل خلال تطور المرض وهي:

7.1. المرحلة الأولى: تسبق هذه المرحلة الإصابة بمرض السكري وتتمثل في حدوث اضطرابات في التمثيل الغذائي للكربوهيدرات، وتحدث للأفراد الذين لديهم تاريخ عائلي مع مرض السكري أو السمنة.

7. 2. المرحلة الثانية: ويتم في هذه المرحلة التأكد من وجود مرض السكري من خلال إجراء الفحوص والتحليل الطبية.

7. 3. المرحلة الثالثة: هي من الحالات الشائعة وغير المنظورة والتي يبدأ خلالها مرض السكري بالتسلل إلى الجسم بهدوء ويكون مستوى الجلوكوز في الدم في مستواه العادي ولكنه يبدأ في الارتفاع وبعد تناول الوجبات.

7. 4. المرحلة الرابعة: في هذه المرحلة تكون نسبة السكر في الدم قليلة ولكن بعد تناول الوجبات تزداد نسبة السكر في الدم حتى تصل إلى نسبة عالية.

7. 5. المرحلة الخامسة: تسمى بالمرحلة الكيتونية (والكيتونات هي عبارة عن مواد كيميائية يتم إنتاجها عندما يقوم الجسم بتحليل الدهون للحصول على الوقود، ويحدث هذا في حالة عدم وجود الأنسولين الكافي للسماح للجلوكوز بالدخول إلى الخلايا لإمدادها بالوقود، أو عند ارتفاع مستوى هرمون الضغط النفسي في الدم، وتظهر الأجسام الكيتونية في البول، ويؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم).

7. 6. المرحلة السادسة: في هذه المرحلة تزداد ظهور الأجسام الكيتونية في البول وتكون مصحوبة بتراكم حمض الكيتون في بلازما الدم، ويكون الدم أكثر ميلا إلى الحمضية.

7. 7. المرحلة السابعة: هي مرحلة اشتداد مرض السكري التي تؤدي إلى حالة غير سوية وهي الغيبوبة الكيتونية. (المرزوقي، 2008، ص 35-36).

8. مضاعفات داء السكري:

يعتبر روبينسون وآخرون (Robinson D. J. et al. (2018) أن النظام الغذائي السيئ وعدم التحكم في مستوى السكر في الدم يؤدي إلى الكثير من التأثيرات والعديد من المضاعفات المرتبطة بداء السكري (p s131)، لذا فيمكن اعتبار أن السبب الرئيسي لظهور المضاعفات المرتبطة بداء السكري هو النظام الغذائي السيئ وعدم إتباع الحمية الغذائية والعلاج الدوائي، وهو ما يسبب عدم قدرة المريض على ضبط مستوى السكر في دم الأمر الذي يؤدي بدوره إلى تلف الأعضاء وظهور المضاعفات والآثار السلبية المترتبة عن هذا المرض، سواء كانت قصيرة المدى ناجمة عن الارتفاع

الحاد أو الهبوط الحاد لنسبة السكر في الدم، ومضاعفات طويلة المدى ناجمة عن ارتفاع نسبة السكر في الدم لفترة زمنية طويلة، وهذه المضاعفات والتأثيرات تظهر على مختلف جوانب الحياة لدى مرضى السكري والتي سنتطرق إليها فيما يلي:

8.1. الجانب الجسمي:

يجعل غياب هرمون الأنسولين الحياة مهددة على المدى القصير، إذ تصاب الأنسجة بالانحلال والتخرب ويمتلئ الجسم بالمخلفات الحامضية الناتجة عن التدمير السريع للأنسجة الدهنية، إضافة إلى ذلك يرتفع مستوى السكر في الدم إلى درجة كبيرة ويظهر السكر بكميات عالية في البول الذي يكون غنيا بالأزوت وحامض الأستون واليوتاسيوم، ونتيجة لذلك فإن الشخص يعاني من النحافة والتعب والتبول الغزير ليلاً نهاراً، ففي حالة غياب العلاج اللازم فإن صحة المريض تسوء أكثر وينحل كثيراً ويموت بالسبات السكري، وهذا في حالة الغياب المطلق للأنسولين لدى مرضى النوع الأول، أما في حالة النقص الجزئي للأنسولين لدى مرضى النوع الثاني فلا يحصل الانحلال في الأنسجة الدهنية والعضلات ولا يرتفع السكر في الدم كثيراً وأحياناً لا يشاهد أي أثر للسكر في البول، حيث تتمثل هذه الحالة في ارتفاع مزمن لسكر الدم قد تدوم لسنوات من دون علم المريض بإصابته حيث تجعل المريض معرضاً على المدى البعيد لخطر الإصابة باختلالات في شبكة العين وفي الكليتين وإلى اختلالات عصبية وشرىانية خطيرة (الطيارة، 1998، ص18)، حيث حددت المضاعفات إشارة لتوصيات منظمة الصحة العالمية بأنها تشمل:

- مضاعفات حادة أنية تنتج عن تدهور مفاجئ لمرضى السكري مثل غيبوبة السكر وارتفاع السكر الحاد.
- مضاعفات مزمنة تكون بعد فترة من حدوث المرض (رضوان، 2002، ص67) وهي تشمل:

8.1.1.1. **مضاعفات السكري على العيون:** يؤثر مرض السكري على عيون المرضى المصابين به فهو يؤدي بما يقارب من 50% من المرضى إلى فقدان بصرهم ما يعادل حوالي 12000 إلى 24000 حالة فقدان بصر جديدة سنوياً بين مرضاه، حيث تعتبر المشاكل الأكثر شيوعاً هي اعتلال الشبكية أي اختلال في الأوعية الدموية في الشبكية، و عتامة العدسة وارتفاع ضغط الدم داخل العين،

وعموماً هذه المشاكل في الرؤية وضعف البصر تعوق القدرة على التكيف النفسي بالإضافة إلى ردود الأفعال الداخلية السلبية كالاكتئاب الانطواء، ولوم النفس. (بن سكيرفة وبن زاهي، 2015، ص 239).

8. 1. 2. مضاعفات داء السكري على القلب و الأوعية الدموية: يعتبر مريض السكري أكثر عرضة من غيره للإصابة بجلطة الشريان التاجي، بالإضافة إلى خطر الإصابة بأمراض القلب و الأوعية الدموية.

حيث أثبتت دراسة ترومبلاي جوهان وآخرون (Tremblay J. Et al. (2021) أن داء السكري يزيد من خطر الإصابة بمضاعفات القلب والأوعية الدموية والكلية كما يؤدي للموت الوعائي القلبي وفي حال لم يتم التحكم في مستوى الجلوكوز في دم المريض وعدم حصوله على علاج مكثف يزيد مرض السكري من خطر الموت وارتفاع نسبة الوفيات لدى مرضى السكري خاصة النوع الثاني منهم (Tremblay J. et al, 2021, p 2012).

8. 1. 3. مضاعفات داء السكري على الجهاز العصبي و الأعصاب: يؤثر داء السكري باختلال نوعين من الأعصاب النوع الذي يتحكم بانقباض العضلات وإحساس الجلد وإصابته تسمى اعتلال الأعصاب الطرفية، والنوع الذي يتحكم في مختلف الأعضاء يؤدي إلى ما يسمى باعتلال الأعصاب الذاتية، ومن أعراض تأثير الأعصاب ضعف الإحساس، إحساس بوخز خفيف، إحساس بحرقان، فقدان الإحساس بالحرارة أو البرودة، تتميل الأطراف خاصة بالليل.

8. 1. 4. مضاعفات داء السكري على الوظائف العقلية: يؤثر مرض السكري على الوظائف العقلية للمريض فيصبح أكثر عرضة للنسيان و الإصابة بفقدان الذاكرة الناتج عن مرض الزهايمر، أو المشاكل الناتجة عن الأوعية الدموية في الدماغ (بن سكيرفة وبن زاهي، 2015، ص 240).

8. 1. 5. مضاعفات داء السكري على القدمين: تعتبر الأقدام من أهم الأعضاء قابلية لتصلب الشرايين خاصة لكبار السن، وقصور الدورة الدموية بسبب ضيق الشرايين في الأطراف السفلية الذي يؤدي إلى عدم تغذية أطراف القدم مما يتسبب في إصابة طرف الأصبع وقد تنتقل الإصابة إلى الأصابع، ما قد يؤدي إلى بتر الأصبع أو القدم وهي أكبر مشاكل السكري عند المريض وأهله (Tremblay J. Et al, 2021, p 2012).

8. 1. 6. مضاعفات داء السكري على الجلد: تتمثل مضاعفات داء السكري على الجلد في الأعراض التالية: الحكة، ظهور الدامل التي تصبح وسطا جيدا لنمو البكتيريا والفطريات، كما تتميز بأنها متكررة الحدوث خاصة في فصل الصيف وتأخذ فترة طويلة لكي يتم الشفاء منها.

8. 1. 7. مضاعفات داء السكري على الكلى: يعتبر مرض الكلى و الفشل الكلوي من المضاعفات الخطيرة التي تصيب مرضى السكري، وتظهر أعراض الفشل الكلوي في تورم القدم والركبة، الإجهاد والتعب، وشحوب لون الجلد، كما يؤدي مرض السكري إلى تكرار الإصابة بالتهابات جرثومية لحوض الكلى والمثانة ما يؤدي لزيادة عدد مرات التبول والحرقان أثناء التبول

8. 1. 8. مضاعفات داء السكري على الجهاز الهضمي : قد يسبب مرض السكري خلل في الأعصاب اللاإرادية مما يؤدي إلى حدوث العديد من المشكلات أهمها الإسهال الإمساك، انتفاخ البطن. (Anderson, D.2000)

أثبتت بعض الدراسات أن المضاعفات تختلف لدى الرجال عنها لدى النساء، حيث إن الرجال لديهم القدرة على التعايش مع داء السكري أكثر من النساء، والمضاعفات لداء السكري لديهم تكون عادة أقل من النساء وتحدث في مراحل متقدمة من المرض، كما أن هذه المضاعفات تنقص من عمر المريض غير المعالجين على عكس المرضى الذين يبكرون بإتباع الوصفات العلاجية فهم يمكن لهم التعايش مع المرض أكثر من أربعين سنة ولا يكون داء السكري سببا في وفاتهم (رضوان، 2002، ص67).

استنادا إلى ما سبق يتبين أن مضاعفات داء السكري كثيرة لا تنتهي تتفاوت درجة خطورتها من مريض لآخر حسب نوع الإصابة ومدتها، كما تختلف المضاعفات و شدة خطورتها لدى الرجال عن النساء، حيث تزداد قدرة التعايش مع المرض ونقل الإصابة بالمضاعفات وخطورتها لدى الرجال أكثر من النساء، ولذا يتوجب على المريض السعي إلى تجنب الإصابة بها والمحافظة قدر الإمكان على صحته ونظامه، التعايش مع هذه المضاعفات والتقليل منها بالالتزام بالعلاج والبدء المبكر به.

8. 2. الجانب النفسي :

يعتبر داء السكري مرضاً مزمناً يتطلب التعايش معه من طرف الكثير من الأفراد وأسرتهم تحديات كثيرة حسب روبينسون وآخرون (Robinson D. J. et al. (2018)، بما في ذلك ضرورة التكيف مع التشخيص الجديد والضيق المرتبط بالمرض الذي يهدد الإدارة الذاتية والمقاومة النفسية للأشخاص، وكذلك الخوف من نوبات سكر الدم (الارتفاع أو الهبوط الحاد)، هذا بالإضافة إلى أنه يمكن أن تؤدي الاضطرابات النفسية المختلفة إلى تعقيد تقييم مرض السكري وسوء علاجه بشكل كبير، ويمكن لهذه الأفكار غير المنطقية التأثير سلباً على السيطرة على مرض السكري، وفي حالة عدم معالجتها يؤدي ذلك إلى زيادة خطر الإصابة بمضاعفات السكري وتدهور نوعية الحياة . (Robinson et al, 2018, p s131).

أوضح الدليل التشخيصي والإحصائي الأمريكي للاضطرابات العقلية (2000) أن مرض السكري هو أحد الاضطرابات الجسمية التي تسهم العوامل السيكولوجية بدور كبير في بداية الإصابة به أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد (العوان، 2014، ص 204).

8-2-1 الجانب الشخصي:

حيث أكد العديد من الباحثين على وجود عوامل واضطرابات نفسية ذات علاقة بمرض السكري مثل القلق والضغوط النفسية و التوافق النفسي وقوة الأنا، كما أن ما يصيب الأنا من أمراض حادة أو مزمنة أو إعاقات لا يؤثر من الناحية الجسمية فقط إنما من نواح مختلفة منها النفسية، العقلية، المعرفية، الانفعالية والاجتماعية (الشريقي، 2014، ص 92)

أكدت الكثير من الدراسات النفسية على التأثير الذي يسببه داء السكري على الحالة النفسية للمريض و التي أفادت أن إصابة الشخص بهذا المرض من شأنها تشكيل وضعية ضاغطة يحتمل أن ينجر عنها مشاكل سيكولوجية، تؤثر على المريض و مواقفه وسلوكاته اليومية وتضعه في موضع مواجهة شبه دائمة مع صعوبات في التعامل مع ظروف الحياة والمواقف المختلفة، فالإصابة بداء السكري يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات كثيرة تتمثل في القلق، سرعة الغضب، قلة التقدير للذات إضافة إلى اتخاذ المرض كحجة في التعامل مع المواقف التي يعيشها. (رمالي، 2012، ص 169).

8. 2. 2. الجانب الاجتماعي والعائلي:

تؤثر الأمراض المزمنة في تنظيم الحياة النفسية وتوجيهها و التحكم بها، و يشكل المرض المزمّن ضغطاً نفسياً شديداً على المريض، ما يجعله مشوشاً في التعامل مع ردود فعل الآخرين نحو مرضه المزمّن، ونتيجة للسكري فإن الفرد يقع تحت وطأة الصراعات والمعتقدات السلبية حول الذات بسبب المرض، ووجود أفكار سلبية عن صورة الجسم (العدوان، 2014، ص204)، هذه الصورة التي يعتقد أن الجميع يراه بها تجعل تفكيره تجاه الآخرين سلبياً، وهذا الاعتقاد السلبي الذي يكونه عن نفسه وعن الآخرين ينتقل بصفة لا إرادية إلى سلوكياته وتصرفاته وهو ما يجعل علاقاته مضطربة مع الآخرين ويخلق الكثير من التوتر بينه وبينهم .

أشار روبينسون وآخرون (Robinson D. J. et al. (2018) في هذا السياق أن مرض السكري يؤثر سلباً على العلاقات الشخصية والاجتماعية للمريض، إذ يتطلب من الكثير من الأشخاص التعايش معه بدءاً من المصابين به وأفراد أسرهم إلى المحيطين بهم، إذ من الضروري أن يفرق المريض بين الحالة المزاجية السيئة والاكتئاب والتوتر الذي يشعر به أي شخص في الحالة العادية وبين الضائقة المرتبطة بالسكري والتي تشمل أربعة أبعاد مترابطة العبء العاطفي للمرض، ضائقة الإدارة الذاتية لمرض السكري، الإجهاد (الضغط) المرتبط بالعلاقات الاجتماعية، وترتبط هذه العوامل عامة بصغر السن وجنس الإناث، ومستوى التعليم المنخفض، وعيش المريض بمفرده، والشعور بانخفاض الكفاءة الذاتية أو نقص تقدير الذات، والشعور بنقص الدعم من الأخصائيين، وهذا ما يجعلهم يحتاجون إلى الدعم والمساندة من طرف الأشخاص المرتبطين بهم، كما أن نوبات نقص السكر في الدم وارتفاعه الشديد يعتبر أمراً متعباً ومزعجاً للمرضى ولأفراد الأسرة خاصة النوبات الليلية منها (p s131)، ومن هنا يمكننا فهم الأثر السلبي الذي تخلفه الإصابة بداء السكري على العلاقة التي تربط المريض بأفراد أسرته، وأهمية الدعم النفسي الذي يحتاجه في التعايش مع المرض والتكيف معه.

نستخلص من كل هذا أن لداء السكري أياً كان نوعه تأثيرات مختلفة الشدة على مرضى السكري، فبالإضافة إلى المضاعفات الجسمية والضرر الناجم عنه في مختلف الأعضاء، يؤثر كذلك وبشكل كبير على الصحة النفسية والانفعالية للمريض الذي يزداد لديه الشعور بالقلق و الإحباط ما يجعله أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية التي تصاحب هذا المرض، الذي أثبت أنه يشكل وضعية

ضاغطة قد تعرض المريض إلى الإصابة بالضغط النفسي وتزيد من حدة انفعالاته التي قد تؤثر على تعاملاته مع الآخرين مما قد يسبب له سرعة الانفعال وتوتر علاقاته الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها في المحيط وحتى في بيئة العمل، وهذا راجع بطبيعة الحال إلى شخصية المريض وبنيته النفسية.

كما أن تدهور الحالة الصحية للمريض يولد لديه شعورا بالنقص وسوء تقدير الذات الناتج عن شعوره بالتعب المزمن وثقل أطرافه الدائم وسوء ضبط السكري وتخوفه من تفاقم المضاعفات يجعله يشعر بعدم قدرته على أداء المسؤوليات والمهام المنوطة به، سواء داخل الأسرة أو خارجها.

9. الاضطرابات النفسية المصاحبة لداء السكري:

تصاحب الإصابة بداء السكري خصائص نفسية ومشاعر كثيرة إضافة إلى احتمال الإصابة بالعديد من الاضطرابات النفسية، فمن الواضح أن مريض السكري يملك خصائص نفسية ومشاعر معينة مع إمكانية أن يصاب باضطرابات نفسية كثيرة ويكون عرضة لغيرها، وبحسب دراسة لانجر ولانجر (Langer & Langer, 1994) فإن المعاناة من مرض مزمن كالسكري قد تقود إلى الشعور بالقلق أو الاكتئاب أو التوتر أو غيرها من الأعراض النفسية وخاصة إذا كان المريض يعاني من صعوبة في ضبط مستوى السكر في الدم (المرزوقي، 2008، ص 23). ومن بين هذه الأعراض و الاضطرابات النفسية نجد:

9. 1. الخوف المستمر من تفاقم المرض والإصابة بالمضاعفات: يظهر شعور الخوف كاستجابة مباشرة بعد تشخيص المرض لدى الكثير من المرضى ويكون ناتجا عن اعتقاد المريض وتصوره للمرض ومضاعفاته كما تزداد درجة الخوف من تغير حياته وتقييد قدراته وإعاقته في أدائه لمهامه ومسؤولياته، إضافة إلى الخوف من التبعية الصحية والاعتماد على مختصي الصحة. (شيلي، 2008، ص 623)

9. 2. الإنكار: يعتبر وسيلة دفاعية يتجنب الشخص من خلالها حقيقة المرض وأبعاده يكون فيها المريض في حالة المنع اللاشعوري لإدراك واقع الإصابة بالمرض، فقد ينكر إصابته بالمرض رغم كل المعطيات الواضحة في التشخيص، أو يتصرف وكأن المرض ليس بالشدة التي هو عليها، أو أنه سيزول بعد فترة وجيزة، حيث يعتبر رد فعل شائع للأمراض المزمنة مثل مرض السكري.

9.3. الحزن والاكتئاب: يعتبر الاكتئاب من الاضطرابات النفسية الشائعة بين مرضى الأمراض المزمنة بصفة عامة، وبصفة خاصة مرض السكري والاكتئاب كاضطراب نفسي يحدث نتيجة لبعض الأحداث المؤلمة يصاحبها انخفاض في تقدير الذات والأفكار غير السارة، إضافة إلى العجز عن مجاراة الحياة اليومية وضعف الطاقة وسرعة الإنهاك عادة، كما أن وجود اكتئاب مصاحب لمرض السكري يسبب زيادة ظهور مضاعفات المرض أكثر، وذلك استناداً إلى الكثير من الدراسات التي اهتمت بالاكتئاب لدى مرضى السكري، كما يرافق ذلك الشعور بالحزن شعوراً باليأس وفقدان الأمل (مقبل، 2010، ص50).

9.4. القلق و التوتر: عادة ما يكون القلق والتوتر كاستجابة طبيعية ناتجة عن توقعات المريض لحدوث تغيير جوهري في نمط حياته نتيجة المرض أو العلاج أو توقعه عودة النوبة المرضية أو حين يفتقر إلى المعلومات الصحيحة حول طبيعة المرض، قد يقل هذا القلق مع الوقت إلا أن قلق المريض حول احتمال ظهور المضاعفات والأبعاد المستقبلية للمرض وأثره على جوانب حياة الفرد قد يزداد مع الوقت، كما يتسبب ذلك في زيادة الانفعال وسرعة الإثارة والغضب لدى المريض ومنه الوقوع في مشاكل أخرى تزيد من شدة قلقه وتوتره وتعكر عليه صفو حياته.

9.5. الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري:

داء السكري هو أحد أمراض العصر الناجمة عن المعاناة النفسية التي يعيشها إنسان هذا العصر في عالم متوتر مليء بالانفعالات الحادة والصراعات والتوترات ، حيث يعتبر المريض مرضه كوضعية حياتية ضاغطة (رمالي، 2012، ص169). ومن الخصائص التي يتميز بها هذا المرض هي أنه يشكل وضعية ضاغطة على المصاب وهذا ما أكدته العديد من الدراسات مثل دراسة Lustman1899، و دراسة Leedom1991، ودراسة Slonska1986، ودراسة Wulsin et Al 1987، التي خلصت إلى أن التشخيص بوجود مضاعفات متعلقة بداء السكري يقود المريض لتغيير مسار النظام العلاجي الذي يدخل في نطاق الغموض وعدم الاستقرار وهما خاصيتان تفرضهما طبيعة داء السكري ذاتها، وهذا ما يؤدي لزيادة درجة القلق و الضغط النفسي عند المريض.

توصلت دراسة Strauss et al 1984 إلى أن التغييرات التدريجية التي تميز المراحل الأولى من المرض يمكن التنبؤ بها، لكن الشيء الذي لا يمكن التأكد منه هو المدة التي تستغرقها تلك التغييرات،

ودرجة الخطر الذي تشكله على مسار المرض، وعليه يمكننا القول أن مرض السكري يعتبر من الأمراض المزمنة التي تكون مصدر ضغط بالنسبة للمصاب.

حيث أشار لازاروس (1981 Lazarus) صاحب نظرية الضغط و المقاومة، إلى أن هناك اختلاف في ردود الأفعال لدى الأشخاص المصابين بالأمراض المزمنة، حيث أن بعض منهم بعيد إلى حد ما عن الانزعاج من المرض على عكس البعض الآخر، وهو الشيء الذي يعكس وجود تباين في مدى التوافق السيكولوجي مع المرض بين المصابين به (بن سكيريفة. وبن زاهي، 2015، ص 235، 234).

يعيش جميع الناس هذه الأيام حياة مليئة بالضغط سواء أكانوا مصابين بداء السكري أم غير مصابين به، فالشخص عند إصابته بمرض السكري يتغير نمط حياته وهذا لا يعني أن تتغير حياته نحو الأسوأ بل قد تختلف عما كانت فيه في السابق، فالمصاب بداء السكري قد يتأثر نتيجة المرض وخاصة عندما يكون مرهقا فإن جسمه يقوم بإنتاج مجموعة من الهرمونات التي تعمل على إطلاق الدهون والجلوكوز إلى مجرى الدم لتساعد الأفراد على مواجهة الضغط مما يؤدي إلى ارتفاع جلوكوز الدم لدى المصاب إلى مستويات مخيفة، الأمر الذي قد يزيد من حالة التوتر والقلق والضغط النفسي عليه وخاصة عند مواجهة المواقف التي يكون الفرد فيها بين إقدام وإحجام.

فصلا عن ذلك فقد أجريت دراسات عديدة حول علاقة الضغط بمرض السكري، حيث نظر إليها البعض أنها سبب المرض في وضح بعض الباحثين منهم عطية (1993) أن الأقوال بأن السكري يأتي بعد صدمة مفاجئة أو فقد عزيز غير صحيح وأن ربط السكري بالصددمات لا يكون بصورة مباشرة إذ إن الدور الأول للاستعداد الوراثي وأن أثر الصدمات يكون في التعجيل بظهور المرض قبل أوانه، وبمتابعة هؤلاء المرضى وجد الباحثون أن السكري قد يغيب تلقائيا بعد زوال الضغوط الفجائية خاصة عند المرضى الذين يستطيعون الحفاظ على لياقتهم الجسمية أن الضغوط اليومية أو الأسرية أو مشاكل العمل أو الوضع الاقتصادي السيئ الذي يتعرض له مريض السكري يؤثر بشكل سلبي حاد على مستوى السكر في الدم، وكلما زادت هذه الضغوط زاد مستوى السكر في الدم (شريقي، 2014، 97).

تعتبر العلاقة بين الضغوط النفسية ومرض السكري علاقة متبادلة كما هو الحال في العديد من الأمراض المزمنة، فقد تؤدي الضغوط إلى ظهور أعراض المرض كما يمكن للمريض نفسه أن يزيد

من الضغوط النفسية، فيمكن لداء السكري أن يهيج الضغوط العصبية الحقيقية أو الوهمية أو المتوقعة منها، ويمكن أن يجعل الشخص يشعر كما لو أنه لم يعد قادراً على السيطرة على جسمه وقد يشعر بالغضب ويتساءل "لماذا أنا؟" أو قد تجده في حالة إنكار "لا يمكن أن يحدث هذا لي". (المرزوقي، 2008، ص72)

المهم في الأمر أن يتحكم المريض بالسكري ولا يسمح للسكري بالتحكم به، وهي عملية تتطلب تدعيم الصحة النفسية والعاطفية للمريض، مع توفير جو الراحة والهدوء للمريض والابتعاد عن كثرة المشاكل و التوترات ومنغصات الحياة هذا بالإضافة إلى إتباع نصائح الطبيب وتطبيق تعليماته و الالتزام بالعلاج و الحمية.

خلاصة الفصل:

ودون شك أن داء السكري من أكثر الأمراض انتشاراً في كل دول العالم بنوعيه، وهو أحد الأمراض المزمنة ذات المضاعفات الخطيرة، و الذي يفرض على المريض نظاماً علاجياً صارماً و نمط حياة مختلف عن ما تعود عليه المريض في حياته السابقة للإصابة، وهذا التغيير والنظام يجعل المريض يشعر بالتوتر و القلق ويجعله أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية وأهمها الضغط النفسي، فقد خلصت الكثير من الدراسات إلى إصابة المرضى المصابين بداء السكري بالضغط النفسي الذي تختلف شدته من مريض لآخر وكذا الإستراتيجيات وأساليب المقاومة للضغط حسب عوامل عديدة أهمها كيفية إدراك المريض لهذا المرض وتصوره له و قدرته على التكيف معه وهذا راجع بدوره إلى شخصية المريض و بناءه النفسي.

صحيح أن مرض السكري مرض مزمن ويلزم المريض طوال حياته ويضطر إلى تغيير نمط حياته قليلاً عما كان عليه سابقاً إضافة إلى تغير الحالة النفسية للفرد بعد الإصابة بالمرض وتقلبات المزاج الحادة والقلق والخوف والاضطرابات النفسية المصاحبة للمرض التي قد يعاني منها المريض والتي من أهمها الضغط النفسي، إلا أنه بصورة جديّة يعاني أهل المريض من تلك الاضطرابات وتقلبات المزاج وحالات الغضب الحاد والهيجان التي يعاني منها المريض، ما يزيد من ارتفاع السكري لدى المريض واحتمالية إصابة أفراد الأسرة بالمرض، لذا يؤكد الخبراء والمختصون على أهمية العلاج النفسي للمريض من أجل تحقيق التوافق والراحة النفسية والتخلص من الضغوط النفسية التي تصيب المريض واكتساب استراتيجيات فعالة لمواجهة الضغوط النفسية.

الفصل الثاني

الشخصية

تمهيد:

يعتبر موضوع الشخصية من المواضيع الهامة في مجال علم النفس الحديث، فقد احتلت مكانة هامة في الدراسات النفسية والاجتماعية الحديثة، التي هدفت إلى التعرف على مكوناتها والعوامل المؤثرة في تطورها وكيفية تكيفها وتفاعلها مع البيئة المحيطة بها، وذلك من أجل معرفة الأسس التي يقوم عليها السلوك الإنساني بهدف التنبؤ به في المواقف المختلفة وضبطه والتحكم فيه، وعلى الرغم من الاتفاق على وحدة هذه الشخصية وتكاملها كنتاج اجتماعي من جهة وكمحرك لتصرفات الفرد ومواقفه الحياتية من جهة أخرى، إلا أنه من الصعب إيجاد وجهة نظر واحدة شاملة يمكن الاعتماد عليها لضبط مفهوم الشخصية ووصفها وتفسيرها تفسيراً دقيقاً شاملاً.

يحتوي الفصل الحالي جزئين أساسيين الأول حول الشخصية ويتضمن مفهوم الشخصية وأهم النظريات المفسرة لها، أما الجزء الثاني فيتضمن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بداية بالإطار التاريخي للعوامل الخمسة ونظريتها، ومفهومها، كما تضمن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كعوامل منبئة، وكذا طرق قياسها، ومميزات وخصائص نموذج العوامل الخمسة، كما يتطرق إلى نقد ومزايا نظرية العوامل الخمسة الكبرى، وأخيراً تأثير العوامل الخمسة على الصحة النفسية والجسمية.

أولاً: الشخصية

1. مفهوم الشخصية:

لغة: ورد في لسان العرب لابن منظور (2003) "الشخص" هو سواد الإنسان تراه من بعيد، وكل شيء رأيت جسمانه رأيت شخصه، وورد أيضا بأن الشخص هو كل جسم له ارتفاع وظهور (ابن منظور، 2003، ص49)

يرجع أصل كلمة الشخصية في اللغة الإنجليزية إلى الكلمة اللاتينية "Persona" ومعناها الوجه المستعار الذي يضعه الممثل على وجهه ليؤدي دوره على خشبة المسرح فيظهر أمام الجمهور بمظهر خاص يتماشى ويساير طبيعة الدور المسرحي الذي يؤديه (نبيل ، 2004 ، ص17).

تأسيسا على ذلك أصبحت كلمة الشخصية تدل على المظهر الذي يظهر فيه الشخص، وبهذا المعنى تكون (الشخصية) ما يظهر عليه الشخص في الوظائف المختلفة التي يقوم بها على مسرح الحياة (غباري، وأبو شعيرة، 2015، ص15).

اصطلاحاً: يجمع علماء النفس والصحة النفسية على أنه لا يوجد تعريف محدد للشخصية ، فبالرغم من كثرة الدراسات والأبحاث التي اهتمت بدراسة الشخصية إلا أن لكل منها وجهة علمية موضوعية في تعريف مصطلح الشخصية، ويمكن عرض بعض التعريفات التي وضعها العلماء فيما يلي:

يعرف جون واطسون الشخصية على أنها مجموعة الأنشطة التي يمكن اكتشافها عن طريق الملاحظة الفعلية للسلوك لفترة كافية بقدر الإمكان لكي تعطي معلومات موثوق بها.

وهي وحدة متكاملة من الصفات والمميزات الجسمية والعقلية والاجتماعية والمزاجية التي تبدو في التعامل الاجتماعي للفرد والتي تميزه عن غيره تمييزاً واضحاً، فهي تشمل دوافع الفرد وعواطفه وانفعالاته وميوله وسماته الخلقية وآراءه ومعتقداته أو هي بقول مختصر سمات الفرد جميعاً (شحاتة، 2013، ص41)

يعرفها كاتل بأنها مجموعة من السمات المترابطة التي تسمح لنا بالتنبؤ عما سيفعله الشخص في موقف معين (الزغلول والهنداوي، 2014، ص399).

أما أيزنك فيعرف الشخصية بأنها التنظيم الثابت المستمر نسبيا لأخلاق الشخص و مزاجه وعقله وجسده، وهذا التنظيم هو الذي يحدد تكيفه الفريد مع محيطه.

يعرفها ألبورت بأنها حقيقة الفرد الداخلية التي تحدد طريقته في الانتفاع من الخبرة الحياتية، ويمر ألبورت كذلك على بعض التطور في تعريفه للشخصية حيث يقول في مطلع أبحاثه عن الشخصية أن الشخصية هي التنظيم الديناميكي في نفس الفرد لتلك المنظومات الجسمية النفسية التي تحدد أشكال التكيف الخاصة لديه مع البيئة. (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص15).

أورد عويضة (1996) تعريف الشخصية بأنها "التنظيم الذي يتميز بدرجة من الثبات والاستمرار لخلق الفرد ومزاجه وعقله وجسده، والذي يحدد توافقه المميز مع البيئة التي يعيش فيها" (عويضة، 1996، ص8).

يعرف سترونجمان الشخصية أيضا أنها مجموعة من السمات النفسية والآليات الكامنة داخل الفرد، والتي تكون عادة متسقة وثابتة نسبيا وتؤثر في تفاعلاته وتكيفه مع البيئة (بما في ذلك البيئات الداخلية النفسية والمادية والاجتماعية) (سترونجمان، 2015، ص284).

أورد عبد الرحمن (1998) تعريفا للشخصية على أنها "التفاعل المتكامل للخصائص الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية التي تميز الشخص وتجعل منه نمط فريد في سلوكه ومكوناته النفسية"، وقد تكون هذه الخصائص شعورية محسوسة يعيشها الفرد ويدركها مثل مظاهر سلوكه الخارجي، أو قد تكون لا شعورية مثل الذكريات والأحلام (عبد الرحمن، 1998، ص 27).

جاء عن العيسوي (2002) أن الشخصية هي التنظيم الفريد لاستعدادات الشخص لسلوك في المواقف المختلفة (العيسوي، 2002، ص46).

يعرفها زهران بأنها جملة من السمات الجسمية والعقلية والانفعالية والاجتماعية (الموروثة والمكتسبة) التي تميز الشخص عم غيره (زهران، 2005، ص53).

استنادا إلى التعريفات السابقة نلاحظ أنه ليس هناك اتفاق على تعريف واحد للشخصية بين العلماء، وذلك لتباين وجهات النظر واهتماماتهم العلمية والأطر النظرية التي يتبنونها، وبناءا عليه سنحاول تحديد أهم الصفات التي يجب أن يشتمل عليها مفهوم الشخصية في التعريف التالي:

الشخصية هي مجموعة من السمات الأساسية التي تصف الفرد وصفا دقيقا، تتشكل من مجموعة الصفات النفسية والجسدية موروثه أو مكتسبة الثابتة نسبيا، تتكون هذه السمات منذ الصغر شيئا فشيئا منذ السنوات الأولى للطفولة، وهي حاصل جميع الاستعدادات والميول والغرائز والاتجاهات والقيم الناتجة عن التنشئة التي يتلقاها الإنسان من محيطه، وينتج عنها الطباع والخصال التي تميز الفرد عن غيره وتنعكس على سلوكياته وتصرفاته ومستوى إدراكه وفهمه وتفاعله مع بيئته.

2. نظريات الشخصية:

2. 1. نظرية الأنماط في الشخصية:

ظهرت نظرية أنماط الشخصية لمحاولة جمع سمات متشابهة في نمط محدد بحيث نتوقع بشكل أكثر دقة السلوك المستقبلي للشخصية، فالنمط هو عبارة عن مجموعة من السمات تتجمع لدى الفرد (شقيقة، 2011، ص 90). وهي مصنفة إلى أربعة أنماط رئيسية المزاجية، الجسمية، النفسية، والهرمونية على النحو التالي:

-**الأنماط المزاجية:** يرجع أصل هذه النظرية إلى عهد أبقراط (400ق.م) الذي أكد أن مزاج الإنسان يعود إلى أربعة أنماط تقوم على أساس سيطرة أحد سوائل الجسم على الأخرى وقد جرى ربط بعض الصفات النفسية المزاجية بنوع السائل السائد على النحو التالي: النمط الدموي (متفائل، نشط، سهل الاستثارة، سريع الاستجابة، حاد الطبع، متحمس، واثق)، والنمط البلغمي (خامل، بليد، منزو، متبلد الانفعال، فاتر، بارد، متراح، عديم المبالاة)، النمط الصفراوي (سريع الانفعال، غضوب، عنيد، طموح)، النمط السوداوي (متشائم، منطو، مكتئب، هابط النشاط، بطيء التفكير، متأمل)، والتوازن بين الأنماط المزاجية الأربعة يعبر عن الصحة النفسية للفرد (زهرا، 2005، ص54)

-**الأنماط الجسمية (نظرية كريتشمر):** ترى هذه النظرية أن هناك أربعة أنماط للشخصية حسب نمط الجسم الذي يتميز بصفات معينة كسمات للشخصية هي:

أ. النمط البدين: ممتلئ الجسم، ساقين قصيرتين، عنق قصير، وجه عريض، والرأس كبير، يتصف بالمرح والانبساط، والاجتماعية، والصراحة، والتقلب.

ب. النمط النحيل: يمتاز بضعف الجسم ونحوه، طول الأطراف، دقيق القسامات، ويتصف بالانطواء والحزن والتأمل والتفكير، مع الميل إلى الجوانب النظرية وكره الجانب العملي في جميع الأعمال التي يمارسها.

ج. النمط الرياضي: يتصف بقوة العضلات وامتلاء الجسم وعرض المكبين، يتصف بأنه نشيط، ذووب الحركة، محبوب وفعال، غير عدواني، يميل غلى اللعب والمسابقات، ويمارس الأنشطة التي تعتمد على قوة الجسم.

د. النمط المنتظم: وهو الذي تتوازن فيه الصفات السابقة وبشكل معتدل حيث أنه مزيج من صفات الأنماط السابقة (الزغلول والهنداوي، 2014، ص 395)

-**الأنماط النفسية:** قسم كارل يونج أنماط الشخصية إلى قسمين هما:

أ. النمط الانبساطي: يتصف بأنه نشط، اجتماعي، يميل إلى المشاركة في النشاط الاجتماعي، متعدد العلاقات، متوافق، حيوي و صريح، يتفرع هذا النمط إلى أربعة أنماط فرعية هي: الانبساطي (التفكيري، الوجداني، الحسي، والإلهامي).

ب. النمط الانطوائي: يتميز بأنه انسحابي، غير اجتماعي، انعزالي، يتحاشى العلاقات الاجتماعية، يفكر دائما في نفسه، متمركز حول ذاته، غير مرن، غير متوافق، شكاك. ويتفرع هذا النمط أيضا إلى أربعة أنماط فرعية هي: الانطوائي (التفكيري، الوجداني، الحسي، والإلهامي) (زهران، 2005، ص55-56).

-**الأنماط الهرمونية:** قسم برمان أنماط الشخصية حسب الإفرازات الهرمونية في الجسم إلى: نمط درقي (يتميز بالقلق، النشاط، والعدوانية)، نمط أدرياليني (يتميز بالقوة والمثابرة والنشاط)، نمط نخامي (يتميز بالتحكم في الانفعالات)، نمط جنسي (خجول، يغلب العاطفة على العقل)، ونمط تيموسي (يتميز بعدم الشعور بالمسؤوليات الأخلاقية) (صالح، 2008، ص57).

تعقيا على نظرية الأنماط يعلق العميان (2008) بأن نظرية لا يمكن الاعتداد بها بدرجة كبيرة، حيث أنها تبسط الشخصية الإنسانية إلى درجة غير مقبولة، لأنها تحاول أن تضع الشخصيات

المختلفة في قوالب جامدة ومستقلة عن بعضها البعض وهذا أمر يستحيل تحقيقه من الناحية العملية (العيان، 2008، ص 134)

2.2. نظرية السمات : (Traits theory):

لجأ الباحثون إلى استبدال فكرة الأنماط بفكرة السمات وفحوى ذلك أن الشخصية في نظرهم عبارة عن تنظيم دينامي لسمات أو صفات مختلفة سواء أكانت جسمية أو عقلية أو انفعالية أو دافعية أو اجتماعية، فطرية كانت أم مكتسبة، ويحظى كل فرد منا بقدر معين من هذه السمات ويمكن التحقق من ذلك باستخدام المقاييس والاختبارات النفسية.

يعتبر "جوردون ألپورت" (Allport) من أعلام نظرية، حيث نظر إلى السمة على أنها الوحدة الطبيعية لوصف الشخصية وأن السمات ليست وحدات مستقلة داخل الفرد ولكنها مجموعة متوافقة من الصفات تتجمع لإحداث الآثار السلوكية، وقد ركز ألپورت على السمات وإنها تكون بشكل وحدة واحدة، وأشار إلى أن علم النفس يجب أن لا يكتفي من دراسة إنسان مقنّع وإنما يجب أن يدرس كإنسان حقيقي، وأننا نستطيع أن ندرس الشخصية بالنظر إلى إنسان حقيقي وعدم الاكتفاء بالدليل (الرقاد، 2017، ص231).

أكد ألپورت على أن سمات الشخصية مثل القدرات العقلية تماما لأنها جزء من شخصية الإنسان وتؤدي إلى أن يسلك الفرد سلوكا ثابتا وأن يفكر بطريقة ثابتة، فالشخص الذي يمتلك صفة أو سمة الصداقة سوف يميل لأن يسلك بطريقة اجتماعية في عدد مختلف من المواقف كأن يختلط ويندمج مع زملاء العمل، كما أنه قسم سمات الشخصية إلى ثلاثة أنواع من السمات هي:

- **السمات الأساسية:** وهي تلك السمة السائدة في سلوك الفرد والتي يتأثر بها كل سلوك يصدر عنه، كوجود ميل متطرف عند فرد ما نحو القوة، المتعة، العدل، بحيث نجد أن كل ما يصدر عن الفرد من سلوكيات مصبوغ بهذا الميل، هذا النوع من السمات قليل ويتسم به قلة من الأفراد.

- **السمات المركزية:** وهي من بين أكثر السمات تميزا لشخصية الفرد، وهي أكثر من خمس إلى عشر سمات يمكن أن نصف بها شخص ما، فكل فرد منا يتسم سلوكه بهذا العدد من السمات المركزية التي تعكس أسلوبه المميز في السلوك والتعامل مع الآخرين والاستجابة للمواقف المختلفة، ومن الصفات المركزية التي كثيرا ما تتكرر لدى الأفراد هي الخجل، الدفء، المنافسة والسلبية.

- السمات الثانوية: إن السمات حسب علماء النفس تمثل العناصر أو المكونات الأساسية في الشخصية، وهي سمات مركزة خاصة تظهر في مواقف معينة دون غيرها، وهي أقل أهمية بالنسبة لجوهر الشخصية، ويمكن للفرد أن يملك عددا من هذه السمات كأن يتسم الفرد بالسيطرة والعدوانية في البيت أثناء ممارسته لدوره كأب في حيث يتسم بالامتثال في تعامله مع رؤسائه في العمل، كما يمكن أن تتدرج التفضيلات والعادات ضمن هذا النوع من السمات، كعادات الفرد في الطعام والشراب والعادات التي يميل إلى ممارستها. (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص124-125).

أورد العميان (2008) تعقبا على نظرية السمات أنه من بين الانتقادات الموجهة لها قصورها من الناحية التحليلية، فهي لم تبين دوافع السلوك الإنساني، كما أنها لم تقدم تبصرا يذكر في ديناميكية الشخصية وتطورها وإنما اكتفت بذكر الصفات والخصائص الشخصية للأفراد، كما أنها لم تكن ناجحة في التنبؤ بسلوك الفرد في المواقف المختلفة (العميان، 2008، ص130).

استنادا إلى ما سبق ذكره فإن الشخصية من منظور هذه النظرية عبارة عن مجموعة منظمة من السمات أو الصفات والميول والاتجاهات الثابتة نسبيا والتي تطلق على الأفراد تبعا لتوزيعها بينهم. وتجدر الإشارة إلى أن ألبورت في دراسته للسمات الشخصية وجد أن الصفات الصغرى والميول والاتجاهات تتغير بتغير الزمن وباستمرار تفاعل الفرد مع بيئته، الذي يغير قيمه واتجاهاته بتقدمه في العمر، فبالتمعن في المحتوى الجوهرية للنظريات نجد أن نظريات السمات متعارضة مع نظريات الأنماط في بعض الجوانب، فعوض تصنيف الأفراد وفق أنماطهم السلوكية يتم تصنيفهم حسب درجة توفر بعض السمات لديهم.

2.3. النظرية الإنسانية:

يعد "روجرز وماسلو" أهم رواد هذا التيار الإنساني أو ما يعرف بنظرية الذات، ويحتل البحث في مفهوم الذات وتناول الشخصية من المنظور الذي يرى به الفرد نفسه مكانة كبيرة في علم النفس خاصة في دراسات النمو والشخصية والصحة النفسية. حيث أكد أن حركة الكائن الحي نحو الارتقاء و تحقيق الذات، حيث ركز اهتمامه على بناء الذات وعلى الطرق التي يدرك بها الفرد خبرات الذات، و هكذا أصبحت الذات مركز اهتمامه البحثي و محور وصفه للشخصية. (لورانس أبرافين، 2010، ص40)

أورد روجرز مفهوما للذات على أنه عامل هام في تحديد السلوك الاجتماعي للشخص وفي نمو الشخصية، حيث يؤكد أنه من المتعذر على أي شخص أن يفهم الإطار المرجعي الداخلي لشخص آخر، فإن الشخص نفسه هو الذي يكون لديه الوعي بماهية الواقع بالنسبة له.

نلاحظ أن دراسة التيار الإنساني في علم النفس لها الفضل الأكبر في دراسة الشخصية السوية من خلال البحث والتتظير على تناول الصحة النفسية الإيجابية من مفهوم تحقيق الذات وعلى تحليل خصائص الشخصية المحققة لذاتها وللأشخاص المحققين لذاتهم، حيث يقوم هذا التيار على عدد من المسلمات منها: أن الإنسان خير وليس شرير، الإنسان له حرية مقيدة بالمواقف والظروف وجانب من المسؤولية، وأن حياة الإنسان لها معنى فمهمة كل شخص في الحياة هي مهمة فريدة. (سليمان، 2014، ص19-21).

2. 4. النظرية السلوكية:

تعرف هذه النظرية بنظرية المثير والاستجابة وتقر أن الفرد في نموه يكتسب أساليب سلوكية جديدة عن طريق عملية التعلم، وقد بينت النظرية السلوكية على أساس من البحوث التجريبية العملية بهدف تفسير السلوك الإنساني ومن أقطاب هذه النظرية "وليم جيمس وإيفان بافلوف، واطسون، ثرونديك، ودولارد ميلر.

إلا أن رائد هذه النظرية "جون واطسون" (1878-1958) ومؤسس المدرسة السلوكية رفض فكرة تأثير الوراثة كلياً على السلوك وعلى شخصية الفرد، وأبرز دور البيئة الاجتماعية في تشكيل الشخصية ورفض فكرة الغرائز التي جاء بها "فرويد"، حيث اعتبر "واطسون" الانفعالات والتفكير على أنهما سلوكيات موضوعية يتم اكتسابها من البيئة المحيطة بالفرد، وأكد على أن الأنماط السلوكية هي في واقع الأمر ارتباطات بين مثيرات معينة تؤدي إلى استجابات محددة (مثير - استجابة) ورأى أن الشخصية عبارة عن تنظيم مكون من مجموعة من العادات المكتسبة أو المتعلمة نتيجة لما ينشأ من روابط شرطية بين المثيرات والاستجابات وتستوي في ذلك الأنماط السلوكية السوية والمضطربة (عويضة، 1996، ص75)

2. 5. النظرية العاملية: (نظرية التحليل العاملي):

تتشارك نظرية العوامل ونظرية السمات في عدة جوانب وفي اعتمادهما على أسماء السمات وأوصافها، إضافة لاستخدامها لمنهج التحليل العاملي كمنهج إحصائي لاختزال البيانات، في حين أنهما تختلفان في مستوى التحليل الذي يتوقفان عنده، حيث تتوقف نظرية السمات عند مستوى العوامل المباشرة أي السمات المباشرة أي السمات الأولية ويكون عددها في هذه الحالة كبيراً، في حين تستمر نظرية الأبعاد صاعدة على مستوى أرقى من العوامل أي العوامل من المرتبة الثانية، ويؤدي هذا الإجراء الإحصائي (التحليل العاملي) إلى عدد أقل من العوامل (الزبيدي، 2007، ص25)

يعتبر التحليل العاملي منهجاً إحصائياً يستخدم لتحليل البيانات المتعددة التي ترتبط فيما بينها بدرجات مختلفة من الارتباط في صورة تصنيفات مستقلة قائمة على أسس نوعية للتصنيف، يتولى فيه الباحث فحص هذه الأسس التصنيفية واستشفاف ما بينها من خصائص مشتركة وفقاً للإطار النظري والمنطق العلمي الذي بدأه (الأنصاري، 2000، ص87)

تجدر الإشارة إلى أنه من أبرز النظريات التي اعتمدت على التحليل العاملي كأسلوب إحصائي في اختزال السمات المتعددة نظرية كاتل ونظرية أيزنك، ونموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية .

أ- **نظرية كاتل:** قدم كاتل نظرية في عوامل الشخصية حاول فيها أن يبسط الشخصية الإنسانية إلى ستة عشر عاملاً أساسياً ثنائي القطب كانت على النحو التالي: الانطلاق، الذكاء قوة الأنا، السيطرة، قوة الأنا الأعلى، المغامرة، الطراوة، التوجس، الاستقلال، الدهاء، الاستهداف للذنب، التحرر، الاكتفاء الذاتي، التحكم في العواطف، و ضغط الدوافع (غباري. وأبو شعيرة، 2015، ص130)

يرى كاتل أن السمات هي العنصر الأساسي في بناء الشخصية، ويعد السمة بياناً عقلياً أو استنتاجاً تقوم به من السلوك الملاحظ لتفسير النظام أو اتساق السلوك، ويعتبر أن السمات تأخذ ثلاثة أشكال هي:

- **السمات الديناميكية:** وهي التي تتعلق بالدوافع والاهتمامات، وهذه الفئة الفرعية تحظى بالاهتمام الأكبر وتتكون من ثلاث فئات مترابطة.

- **سمات القدرة:** تنعكس في نوع الاستجابة لدرجة تعقد الموقف (وتختار بعد أن يحدد الفرد الأهداف التي يريد أن يحققها في هذا الموقف).

-سمات المزاج: وهي خصائص الشخص التي تحدد وراثيا وتحدد أسلوبه العام وإيقاعه، وتحدد سمات المزاج السرعة التي يستجيب بها الفرد للمواقف والطاقة والانفعال.

في حين تلعب السمات الدينامية دورا في تفسير سلوكنا -لماذا نعمل ما نفعله- فإن السمات المزاجية وسمات القدرة تهتم بالأسلوب ومدى النجاح الذي نحققه (السيد، 1998، ص496)

ب-نظرية أيزنك: حاول أيزنك الربط بين نظرية الأنماط، والسمات، والسلوك، ويرى بأن الشخصية تأخذ شكلا هرميا فكل فرد يملك عددا أكبر أو أصغر من سمات محددة، وهكذا تميل هذه السمات إلى التجمع في أنماط نسقية، تحدد هذه التجمعات درجة أعلى في وصف الشخصية أو أنماطها

أكد "أيزنك" على أن هناك مجموعة من السمات التي تميز الشخصية وعلى أساسها يتم تقسيم أو تصنيف الناس في المجتمع وهي:

- الانبساط (extraversion): والمنبسط يوصف بأنه اجتماعي، سريع غير دقيق، غير مثابر، مستوى طموحه منخفض، مرن، مرح، منطلق، كثير العلاقات الاجتماعية.

- الانطواء (Introversion): والمنطوي يتصف بأنه مكتئب، غير مستقر، سهل الاستثارة، يشعر بالنقص، متقلب المزاج، يستغرق في أحلام اليقظة، يبتعد عن الأضواء والمناسبات الاجتماعية، يتسم بالأرق، مثابر، ذكي، طموح، ودقيق.

- العصابية (Neuroticism): وتشير إلى الاستعداد بالإصابة بالمرض العصابي، والشخص العصابي يشكو قصورا في جسمه وعقله، نكاؤه متوسط، قابل للإحياء، غير مثابر، بطئ التفكير والعمل، غير اجتماعي، يميل للكبت.

-الذهانية (Psychoticism): وتشير إلى الاستعداد للإصابة بالمرض العقلي، والشخص الذهاني تركيزه قليل وذاكرته ضعيفة، كثير الحركة مبالغ، مستوى طموحه منخفض(الرقاد، 2017).

تتباين نظريات الشخصية حسب تباين التناولات النظرية للباحثين والعلماء الذين اهتموا بدراساتها اهتماما كبيرا نظرا لأهميتها في فهم جوانب الشخصية بشكل دقيق، فمنها ما أرجع الأهمية في تفسير الشخصية إلى تقسيم أنماطه وتصنيف الشخصيات حسبها، ومنها ما أعطى الأهمية للمراحل الطفولة في بناء الشخصية، ومنها ما أولى الأهمية للسمات في ذلك، ومنها ما أولى الأهمية في ذلك إلى دراسة شخصية الفرد ضمن الجماعة التي ينتمي إليها.

وبالرغم من كل تلك الاختلافات إلا أن جميع النظريات باختلاف وجهات النظر فيها وتركيزها إلا أنها ترمي جميعها إلى الكشف عن الأبعاد الأساسية للشخصية وبنائها الحقيقي، ومنها ما اتبع منهج التحليل العاملي كأسلوب إحصائي في اختال السمات المتعددة وتمحيص مجموعة السمات في عوامل أقل عدداً، ومن بينها نظرية كاتل ونظرية أيزنك اللتان تمثلان توجهين مختلفين في التحليل العاملي، الذي تعتبر نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من بين أهم نظرياته الحديثة التي تسهم في الفهم العام للشخصية، والتي اعتمدها البحث الحالي كنموذج لدراسة الشخصية باعتبارها أكثر النماذج وصفاً وشمولاً للشخصية الإنسانية وقدرة على تحديد اضطراباتها، وبالأخص قدرتها على التنبؤ بالسلوك عموماً كما هو موضح في الجزء الثاني لهذا الفصل.

ثانياً: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: The Big Five Factors:

يعتبر نموذج العوامل الخمسة من أكثر النماذج وصفاً وشمولية للشخصية وأكثرها قدرة على تحديد اضطراباتها، فهي تحتوي على عدد كبير من السمات التي تسهم في تحسين الفهم العام للشخصية وقدرتها على التنبؤ بالسلوك عموماً ونتائجها، وقياس الفروق الفردية باعتباره يحتوى على أهم وحدة في دراسة الشخصية وهي السمة، حيث تم صياغة هذا النموذج ووصف الشخصية من خلاله اعتماداً على مجموعة متنوعة من وجهات النظر النظرية وعلى مستويات مختلفة من التجريد ليظهر بصورته الأخيرة التي يتم عرضها بشيء من التفصيل في هذا الجزء.

1. الإطار التاريخي للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

استند الإطار التاريخي لنموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في بداية ظهوره على الفرضية العجمية التي أوردت أن "الفروق الفردية الدالة على التفاعلات التي يتحدث بها الأشخاص أحدهم مع الآخر، تصبح ذات شكل مسجل في اللغات التي يتحدثون بها"، حيث مرت النظرية بتاريخ طويل يجسد الجهود المتواصلة .

مر نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بمجموعة من المراحل التي يمكن إدراجها من خلال أهم المنظرين الذين ساهموا بصورة مباشرة في تطوير هذا النموذج.

"ماكدوجول" (1929) Mc Dougall: يعتبر "ماكدوجول" من بين أوائل المنظرين الذين اهتموا بعوامل الشخصية وأبعادها وقد اقترح خمسة أبعاد أو مجالات لتحديد الشخصية وهي بعد "الفكر" أو الفهم الذي يتضمن الذكاء والمعرفة، و بعد "التصرف" أو الترتيب، بعد "المزاج"، بعد "الاستعدادات"، و بعد "الطبع" .

مهد ألبورت أيضا لأعمال كل من كلاج (1926) Klages و بومجرتين (1933) Baumgarten، حيث قام ألبورت وأودبرت بدراسة معجمية من خلال ملاحظة جميع المصطلحات التي تصف الشخصية في قاموس اللغة الإنجليزية وهي تشمل جميع المصطلحات التي يمكن استخدامها في تمييز سلوك شخص عن سلوك آخر، حيث بلغ عدد بنود القائمة 1800 بند حددوا أربع فئات رئيسية.

- يتضمن الجزء الأول سمات الشخصية الأساسية (على سبيل المثال اجتماعي، عدواني، خائف)، والتي اعتبرت كميول ومحددات عامة للشخصية والسلوكيات المعتادة والاستقرار وتكيف الفرد مع بيئته.

- ويشمل الجزء الثاني بنود الحالات الوجدانية أو المزاجية والمشاعر المؤقتة مثل الشعور بالخوف أو الابتهاج.

- ويتكون الجزء الثالث من الأحكام والتقييمات الاجتماعية أو السمعة مثل محترم أو مزعج.

- يتضمن الجزء الرابع الخصائص الفيزيائية أو الجسدية والقدرات والمواهب والأوصاف التي يصعب فرزها ضمن الأجزاء الثلاثة الأولى. (Plaisant et al. 2010.p482)

حاول في عام (1934) "ثيرستون" اكتشاف طبيعة العلاقات المحتملة بين (60) مصطلحا من مصطلحات قائمة جالتون، وتوصل إلى خمسة عوامل فقط فسرت معامل الارتباط، وقال "ثيرستون" أنه لمن الأهمية النفسية الكبرى أن نعرف بأن قائمة الـ 60 صفة يمكن أن تفسر بواسطة خمسة عوامل مستقلة وشائعة.

خلال الحرب العالمية الثانية قام أيزنك (1948) من خلال التحليل العاملي للاستبيان الهادف إلى تقييم الأشخاص المصابين بالحالات العصابية المختلفة وذلك من خلال كتابه "أبعاد الشخصية" واقترح أيزنك نموذجين لبعدين أساسيين يقيمان الشخصية وهما: بعد العصابية الذي يقابله الثبات الانفعالي وبعده الانطواء الذي يقابله بعد الانبساط والمطبق سواء على الشخصية العادية أو المريضة، لاحقا

أضاف أيزنك من خلال أبحاثه بعدا ثالثا لهذا النموذج تمثل في بعد الاختلال العقلي (الغفاري، 2011، ص48)

قام كاتل بعدها باستخدام قائمة ألبرت وأدبرت كنقطة بداية لنموذجه المتعدد الأبعاد للشخصية، ورأى كاتل أن حجم قائمة ألبرت كان كبير جدا، فقد بدأ بـ 4500 سمة منظمة في 160 مجموعة من المصطلحات ثنائية القطب التي اختصرها إلى 35 متغيرا فقط، وبعد إجراء العديد من التحليلات قام بتلخيصها إلى 12 عاملا للشخصية والتي شكلت أخيرا جزءا من استبيانته المكون من 16 عاملا للشخصية وهو ما يعرف بقائمة كاتل 16.

رغم أن البداية الأولى لظهور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كانت على يد فسيك (1949) الذي اعتمد في بنائه لمقياس الشخصية على قائمة كاتل 16 وباستخدامه التحليل العاملي توصل إلى استخراج خمسة عوامل أساسية للشخصية من أصل 22 سمة وهي: بعد التكيف الاجتماعي، بعد المسيرة، بعد التحكم الوجداني أو الانفعالي، بعد التعبير عن الذات وأخيرا بعد الفكر العقلي. وهي تشبه إلى حد كبير ما يعرف الآن بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (Plaisant et al., 2012. p6).

توصل كل من "تیبوس وكريستال" في عام 1961 عن طريق التحليل العاملي لقائمة كاتل لخمس عوامل للشخصية أطلقا على العامل الأول: اسم الانبساط أو الاستبشار، والثاني: الطيبة، والثالث: الاتكالية، والرابع: الاتزان الانفعالي، والخامس: التحضر. (الغفاري، 2011، ص 38).

اعتمد بورجاتا (1964) على نتائج تیبوس وكريستال وتوصل إلى خمسة عوامل أساسية للشخصية وهي: بعد الحزم، بعد المسؤولية، بعد الذكاء، بعد الاجتماعية، وبعد الانفعالية. (صالح، 2012، ص34)

قام نورمان (1967) بعدها بإجراء التحليل العاملي لقائمة كثيرة الاستعمال تحتوي 100 سمة وحيدة القطب، ثم توصل إلى عزل خمسة أبعاد أساسية للشخصية هي: الانبساطية، الوداعة، حيوية الضمير، العصابية، والتفتح على الخبرة. (Plaisant et al., 2010.p483)

أجرى ديجمان وتيكوموتو (1981) دراسة قاما من خلالها بتحليل معطيات كل من كاتل (1947)، فيسك (1949)، تیبوس وكريستال (1961)، أسفرت عن وجود خمسة عوامل للشخصية، كما قاما بتطبيق استبيان نورمان والذي اشتمل على 20 متغير على عينة من الفلبين، وقد توصل الباحثان أيضا إلى وجود خمسة عوامل (DeRaad, 2000, p8).

قام "جولديبرج" (1981) أيضا بإجراء عدد من الدراسات حول قائمة نورمان Norman للبحث ما إذا أمكن استخراج العوامل الخمسة من هذه القائمة، كما ارتكز اهتمامه على طبيعة وتكوين هذه العوامل بشكل دقيق، ومن خلال استبيان مكون من 1710 سمة لوصف الذات والزملاء ومن خلال التقدير الذاتي، وتقدير المحكمين، والتحليل العاملي، استطاع عزل ما يقرب من ثلاثة عشرة عاملا، بحيث كان تشكيل العوامل الخمسة الأولى وترتيبها مطابقا للعوامل الخمسة الكبرى التي توصل إليها نورمان.

حيث أطلق "جولديبرج" على هذه الأبعاد العوامل الخمسة الكبرى وأكد أن كل عامل من هذه العوامل الخمسة عبارة عن عامل مستقل تماما عن العوامل الأخرى، بحيث يلخص كل عامل مجموعة كبيرة من سمات الشخصية المميزة، بحيث يندرج تحت العاملين الأول والثاني (الانبساطية والوداعة) السمات ذات الطابع الانفعالي، في حين يصف العامل الثالث (التفاني) المطالب السلوكية والتحكم في الدوافع، وكان العاملان الأخيران (العصابية والانفتاح على الخبرة) أصغر العوامل من ناحية السمات المدرجة فيهما، حيث يتكون العامل الرابع العصابية من السمات المرتبطة بالاتزان الانفعالي، في حين يصف العامل الخامس (الانفتاح على الخبرة) التكوين العقلي للفرد ومدى عمقه ونوعيته، بالإضافة إلى الخبرة الذاتية.

أخيرا قام كوستا وماكري (Costa & McCrae) في عام 1986 بسلسلة من الدراسات لتحقيق من وجود العوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، وهي "العصابية والانبساطية والانفتاح على الخبرة"، ثم أضافا عليها كلا من عامل الوداعة وعامل التفاني، لتطابق قائمة العوامل الخمسة (Neo- Five- « NEO-FFI Factor Inventory »)، وأطلق على المقياس الجديد اسم: قائمة الشخصية المنقح والذي يتكون من (180) بندا تم استخراجها عن طريق التحليل العاملي لوعاء بنود مشتق من عديد من استخبارات الشخصية.

إضافة إلى ذلك فقد أجرى "جون" في عام 1989 دراسة على الراشدين 280 ذكورا وإناثا، مستخدما طريقة تقدير الملاحظين، حيث قام بعزل (112) صفة، والتي تشكل بدورها النموذج الأصلي لعوامل الخمسة الكبرى، ثم وضعها في قائمة خاصة وقدمها لعشرة من الملاحظين ممن يعملون في معهد البحوث الشخصية وتقييمها في كاليفورنيا، وطلب منهم تقدير عينة الدراسة على قائمة الصفات هذه، وذلك من خلال ملاحظتهم الفعلية لسلوك أفراد هذه العينة لفترة تزيد عن ثلاثة أعوام، وبعد أن

استخدم طريقة التجميع لتقديرات الملاحظين للمفحوصين على قائمة الصفات (112) صفة قام جون بتحليل عاملي لمصفوفة معاملات الارتباط، وأسفر هذا التحليل عن عزل خمسة عوامل كبرى للشخصية شبيهة بالعوامل الخمسة الكبرى التي توصل إليها كل من كوستا وماكري.

قام "ديجمان" 1990 بفحص تحليلي لست دراسات أمبيريقية اعتمدت في منهجها على اختبار كاتل وقائمة فيسك، وذلك عن طريق تجميع تقديرات الملاحظين عن الأفراد أو المفحوصين دون تحديد سواء أكان تقدير المعلمين لتلاميذهم، أم تقدير المشرفين للعمال، أم تقدير التلاميذ لزملائهم، أم تقدير المعالجين لمرضاهم، أم تقدير الخبراء لزملائهم في المهنة، وتوصل "ديجمان" إلى النتائج نفسها وهي عزل خمسة أبعاد كبرى للشخصية شبيهة بالعوامل التي توصل إليها كوستا وماكري

حيث يرجع عدم الاتفاق في تسمية هذه العوامل إلى أمرين هما:

الأول: أن إحدى الخطوات الأصعب في تحليل العامل هي تسمية العوامل نفسها.

الثاني: ما يبدو عليه العامل بالضبط يعتمد على أي إجراءات قد تضمنت في الدراسة، فلو أن قيمة معينة قد تركت أو لم تمثل جيدا فإن تضمنها في ميزة ما سيكون مفقدا، وهكذا فإن التحليلات المختلفة ذات الإجراءات المختلفة يمكن أن تؤدي إلى نتائج مختلفة عن معنى العوامل حتى عندما يكون هناك اتفاق إن أكثر أو أقل من نفس العوامل قد ظهرت. (الغفاري، 2011، ص48-50)

مرت قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على عدة مراحل تاريخية خلال تطور وضبط أبعادها من طرف العديد من الباحثين، إلا أن العوامل الخمسة لم تلق الاهتمام الكبير حينها إلا بعد استخدامها من طرف عدد من الباحثين أهمهم جولدبيرج وكوستا وماكري وكاتل، الذين بينت أعمالهم أن مجموع هذه النماذج والاستخبارات الموضوعية لتقييم الشخصية التي يمكن تلخيصها في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المتمثلة في العصابية، الانبساطية، المقبولية، الانفتاح على الخبرة، ويقظة الضمير.

2. نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

قدم فيسك (Fiske, 1949) اقتراحا مفاده أن العوامل التي تقيس خصال الشخصية هي خمسة عوامل وليست ستة عشر عاملا كما توصل إليها كاتل، كما أن الأساس النظري في تطور العوامل

الخمسة الكبرى يعود إلى استعمال أسلوب إحصائي خاص يعرف بالتحليل العاملي استخدم كأداة رئيسية في نظريات الشخصية، مع اختلاف النظريات بشكل فردي إلا أنها جميعا تتجمع في عائلة واحدة، وباستعمال التحليل العاملي يمكن أن يكون من المفيد التفكير بطرز العوامل معا كمجموعة واحدة من النظريات.

يعتبر فتوبس وكريستال (1961) ونورمان (1963) وأيزنك (1967) وكوستا وماكري (1992) هم الذين طوروا مؤخرا أساسا صلبا للعوامل الخمسة الكبرى، ومن خلال التقدير الذاتي و تقدير المحكمين و التحليل العاملي استطاع جولدبرج عزل ما يقارب من ثلاثة عشر عاملا، بحيث كان تشكيل العوامل الخمسة الأولى وترتيبها مطابقا لما توصل لما توصل له نورمان، فكل من الأبعاد الخمسة الكبرى أشبه بوعاء يحتوي على مجموعة من الخصال التي تميل للحدوث معا، أما تعاريف العوامل الخمسة الكبرى فتمثل محاولة لوصف العنصر المشترك بين الخصال أو العوامل الثانوية، وقد طور كل من كوستا و ماكري الخصال الأكثر شيوعا، ويرى كوستا وماكري أنه من المفيد تبني النظرية التي مفادها: أن نموذج العوامل الخمسة بالضرورة صحيح في تمثيلاته لبنية الخصال، فإن كانت هذه النظرية صحيحة، وإن كان حقا ما اكتشفاه من أبعاد الشخصية الأساسية، فإنها تشكل نقطة انعطاف لعم نفس الشخصية. (غباري وأبو شعيرة، 2015، ص131-132) .

بعد التاريخ الطويل لبحوث سمات الشخصية و الاختلافات حول عدد الوحدات أو العوامل الأساسية للشخصية وأسماء هذه الوحدات قد بزغ ما يشبه الإجماع على وجود خمسة عوامل أو أبعاد أساسية للشخصية عرفت باسم "نموذج عوامل الشخصية الخمسة" مع افتراض أن الفروق الفردية في هذه السمات ترجع أساسا إلى الوراثة، وهي: العصابية، الانبساط، يقضة الضمير، المقبولية (السماحة)، والانفتاح على الخبرة (لورانس، 2010، ص55) .

3. مفهوم العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

المقصود بكلمة "عامل" هو مفهوم رياضي يفسر سيكولوجيا، مستمد من استخدام منهج التحليل العاملي لمعاملات الارتباط بين مجموعة من المقاييس السلوكية.

ويعرف العامل في معجم وولمان بأنه التأثير الكامن والمسؤول عن جزء من الفروق الفردية لعدد من المظاهر السلوكية، كما تم تعريفه بأنه مقدار كمي يمتد بين قطبين بحيث يكون لكل فرد درجة

على هذا العامل، والبعد مرادف للعامل إلى حد كبير، وهو مفهوم رياضي يعني الامتداد الذي يمكن أن قياسه.

يذكر "جولدبرج" في هذا الصدد أن كلمة كبرى تشير إلى النتيجة بأن كل عامل من العوامل الخمسة يصنف عددا كبيرا من السمات الشخصية الدقيقة، حيث تعتبر العوامل الخمسة الكبرى مثلها مثل عوامل آيزنك واسعة وتجريدية في هرم الشخصية. (العفاري، 2011، ص45).
وعرفها ديجمان وكوستا (1990) بأنها تصنيف لسمات الشخصية وفقا إلى خمسة أبعاد موسعة، وهي الخمسة الكبرى، العصابية، الانبساطية، الانفتاح على الخبرة، حسن المعشر، حيوية الضمير
كما عرفها جولدبرج 1994 بأنها نموذج يهدف إلى تجميع أشتات السمات المتناثرة للشخصية في فئات أساسية (الجبوري، 2011، ص 329).

بناءا عليه يمكننا تعريف العوامل الخمسة الكبرى للشخصية The big five حسب ما ورد سابقا هي نموذج يقوم على تصور مؤداه أنه يمكن وصف الشخصية وصفا دقيقا كاملا من خلال خمسة عوامل أساسية يضم كل عامل منها مجموعة من السمات الفرعية وهذه العوامل هي: العصابية و الانبساطية و الانفتاح على الخبرة و المقبولية و يقضة الضمير، وهي التسميات الأكثر استخداما وشيوعا عن العوامل الخمسة.

و يمكن اعتبار العوامل خمسة الكبرى للشخصية أيضا أنها خمس تجمعات لأبرز سمات الشخصية يمثل كل عامل تدريجا لمجموعة من السمات المتناغمة التي قام "كوستا و ماكري" ببناء قائمة لها، والتي سنتناولها ببعض من التفصيل فيما يلي:

3. 1. العامل الأول: العصابية (N) Neuroticism:

يصف كوستا وماكري (1995) costa & Mccrae عامل العصابية بأنه ثنائي القطب بين مظاهر حسن التوافق والنضج والتماسك ومعالجة الضغوط بسهولة وبين اختلال التوافق فالشخص العصبي لديه خبرات غضب عالية وارتباك وحزن وصعوبة التكيف وعدم القدرة على تحمل الضغوط إضافة إلى بعض الانفعالات السالبة (p314)، كما يتسم أصحاب هذا العامل عموما بجملة من الصفات السلبية الأخرى مثل القلق، الغضب، العدائية، الاكتئاب، الشعور بالذات، الاندفاع، الضغوط والقابلية للإنجرار (الجبوري، 2011، ص318).

تعرف العصابية على أنها نظام إدراكي للتهديدات الحقيقية أو الوهمية واليقظة الشديدة لهذه التهديدات، أي أنها نظام لمراقبة الإنتاج الانفعالي والمعرفي السلبي وغير المقبول، وتتمثل أوجه العصابية حسب كوستا وماكري في ستة أوجه أو أبعاد أساسية وهي: القلق والتوتر، العدائية والغضب، الاكتئاب، الإدراك الذاتي، الاندفاعية، والقابلية للإنجراف. (صالح، 2012، ص34-35)، في حين لخص جون P. John Oliver عامل العصابية في ثلاثة أبعاد أساسية تشمل السمات الأساسية لهذا العامل هي: العصبية، المشاعر السلبية، والعصابية (Plaisant et al, 2010, p486)

سمة العصابية عكس الاستقرار العاطفي حيث يعكس هذا العامل ميل الأفراد بصورة كبيرة إلى عدم الاستقرار العاطفي، وعدم الرضا وصعوبة التكيف مع متطلبات الحياة، كما يرتبط هذا العامل بالقلق والإحراج والشعور بالذنب والتشاؤم والحزن وانخفاض احترام الذات (De Raad, 2000, p 96).

حيث وصف كوستا وماكري (1992) costa &Mccrae هذا العامل بأنه اشمل بعد من أبعاد الشخصية، يتصف فيه الأفراد الذين يكونون في مستوى مرتفع في هذا البعد بأنهم معرضين إلى أن تكون لديهم أفكار غير منطقية، وان يكونوا ضعيفي القدرة على السيطرة على دوافعهم، أما الأفراد الذين يحرزون درجات منخفضة فإنهم يكونون مستقرين انفعاليا وهادئون ومعتدلوا المزاج وقادرون على مواجهة المواقف الضاغطة من دون أن يصيبهم ارتباك أو إزعاج (الجبوري، 319، 2011-320).

وقد نقل الأنصاري (2002) إجمال السمات الممثلة لعامل العصابية كما أوردها كوستا وماكري (1992) costa &Mccrae في الجدول التالي:

جدول (3): السمات الممثلة لعامل العصابية حسب نموذج كوستا وماكري 1992 costa &Mccrae

العامل	السمات
العصابية Neuroticism	-القلق Anxiety : الخوف، النرفزة، الهم، الانشغال، الخوف، سرعة التهيج. -الغضب Ange: حالة الغضب الناتجة عن الاحباطات. -العدائية Hostility : الناتجة عن كبت المشاعر. -الاكتئاب Depression : انفعالي، منقبض أكثر منه مرح ويؤدي ذلك إلى الهم والكرب والقلق والانفعالية الدائمة والحالة المزاجية القابلة للتغير. -الشعور بالذات Self-consciousness: الشعور بالإنتم والإحراج والخجل والقلق الاجتماعي من عدم الظهور أمام الآخرين في صورة مقبولة. -الاندفاع Impulsiveness: عدم القدرة على ضبط الدوافع وفيه يشعر الفرد بالتوتر والقلق

وسرعة الاستثارة.	
-الإنعصابStress والقابلية للإنجرار Vulnerability: عدم قدرة الفرد على تحمل الضغوط، وبالتالي يشعر الفرد بالعجز أو اليأس والانتكال وعدم القدرة على اتخاذ القرارات في المواقف الضاغطة	

(الأنصاري، 2002، ص 713).

ولعامل العصابية ستة أوجه حددها كوستا وماكري 1992 costa & Mccrae في الجدول التالي:
جدول (4): الأوجه الستة لعامل العصابية ومستوياته مستخلص من نموذج costa & Mccrae 1992
كما أوردها (هاورد وهاورد، 1995).

الأوجه الستة لعامل العصابية	مرن (قابل للتكيف) (N-)	متوسط (معتدل) (N)	منفعل (N+)
القلق	مسترخ/ هادئ	قلق/ هادئ	قلق/ غير مرتاح
الغضب والعدائية	متماسك/ بطيء الغضب	شيء من الغضب	سريع الشعور بالغضب
الاكتئاب وتثبيط العزيمة	يفقد عزمته ببطء	يحزن أحيانا	يفقد عزمته بسرعة
لوم الذات	يصعب إخراجها	يخرج أحيانا	يسهل إخراجها
الاندفاع والتهور	يقاوم الإلحاح والإثارة	يستسلم أحيانا	يسهل استثارته
الإنعصاب للإنجرار والقابلية	يعالج الضغوط بسهولة	بعض الضغوط	صعوبة التكيف وعدم القدرة على تحمل الضغوط

(الشمالي، 2015، ص 43)

استخلاصا لما سبق يمكن القول أن سمة العصابية تمثل الجانب السلبي لنفسية وسلوك الشخص وعدم القدرة على مواجهة الواقع واستثمار المجال الانفعالي أكثر من المجال العقلي في العلاقات الاجتماعية وحل المشكلات، حيث أن ارتفاع هذا العامل يجعل الشخص شديد الانفعال سريع الاستثارة للمشاعر السلبية كالغضب، القلق، والإحراج، مع سرعة الاستجابة لمصادر الضغوط والتوتر عدم القدرة على التكيف. في حين يجعل انخفاض عامل العصابية الشخص أكثر هدوءا وأقل استثارة وأكثر قدرة على معالجة الضغوط وحل المشكلات.

3. 2. العامل الثاني: الانبساط (E): Extraversion:

يتسم أصحاب هذا العامل حسب (De Raad 2000) بالاجتماعية وحب الاختلاط والتوافق مع المعايير الخارجية، وحب العمل الجماعي واحترام التقاليد والسلطة، و توكيد الذات، والنشاط، والبحث عن الإثارة، وعلى مستوى التفكير يميل الشخص الانبساطي لتفسير جوانب العالم الخارجي باستخدام المنطق، والميل إلى العيش وفق قواعد ثابتة عملية أو موضوعية أو عقائدية، وعلى الطرف الآخر لهذا العامل يتسم الشخص الانطوائي بتوجيه أفكاره واهتماماته ومشاعره نحو ذاته وليس تجاه العالم الخارجي، حساس ويتكلم عن أحاسيسه، وعلى مستوى التفكير يميل الشخص الانطوائي إلى تفسير أفكار خاصة تستند لقواعد تخصه، كما يحتاج للسرية والخصوصية (p89).

والتي تعرف بالتوجه نحو الخارج (أي خارج الذات) تحمل في طياتها معنيين أساسين هما الاجتماعية و الاندفاعية، فهي تمثل مقدار العلاقة التي يربطها الشخص مع البيئة الخارجية وتشير كذلك إلى الميل والسعي إلى بناء العلاقات الاجتماعية والتعامل مع الخبرات والتجارب بشكل إيجابي، تضم في مفهومها ستة أوجه أو أبعاد تتمثل فيما يلي:

- **الدفء (أو الحميمية):** ويشير إلى العلاقات الحميمة و اللطيفة مع الآخرين والمرونة في التفاعل، الود، والحب بصدق.(صالح، 2012، ص35)، ويكون هذا المظهر مقياساً لنتائج العلاقات بين الأشخاص، فالأفراد الحميميون يحبون الناس بصدق، ويبنون علاقات حميمة معهم، فهم ودودون ومؤثرون فيمن حولهم، أما أصحاب العلامات المنخفضة فهم أكثر رسمية، ومحافظون في علاقاتهم، وهذا لا يعني أنهم عدائيون.(الغفاري، 2011، ص54)
- **الاجتماعية:** وهي سمة تخص الأشخاص الذين يحبون الاجتماعات، الإثارة، مقاسمة الآخرين النشاطات، تفضيل الرفقة والتواجد مع الآخرين.

يميل الأفراد في هذا المظهر إلى العيش مع الآخرين، وتكوين علاقات مرحة معهم أما أصحاب العلامات المنخفضة فيكونون منعزلين، لا ينسجمون مع من حولهم ، ولا يشتركون في الأنشطة الاجتماعية.

- **تأكيد الذات:** هؤلاء الأشخاص يمتازون بتحمل المسؤولية، اتخاذ القرارات الصعبة، التعبير السهل والبسيط عن مشاعرهم ورغباتهم.

- **النشاط أو الفعالية:** يتميز هؤلاء الأشخاص بالنشاط المرتفع، اندفاعيون، رد الفعل السريع، والعمل بنشاط. ويمتاز الأفراد في هذا المظهر بالنشاط والحيوية، ولديهم نشاط جسمي واسع، مثل التدريبات والأعمال الصعبة، والطاقة لديهم مرتفعة، وينتقلون من نشاط لآخر بشكل سريع، أما أصحاب العلامات المنخفضة فهم كسولون، لديهم خمول، يبتعدون دائما إلى مكان خال نسبيا ويتعبون بسرعة، ويبحثون عن الهدوء .

- **البحث عن الاستثارة (الإثارة):** يفضل هؤلاء الأشخاص الاستثارة، يبحثون عن الأضواء، السيارات السريعة، الملابس المبهجة، المشاريع الخطيرة.(صالح، 2012 ص35)

يجب أفراد هذا المظهر الإثارة والألوان الساطعة، ويرون أن الحياة مملة بدون إثارة، ودائما يبحثون عن الضجة والبيئات المزعجة، أما أصحاب العلامات المنخفضة فيشعرون بقليل من الإثارة ويرون أن حياة الإثارة والبيئات المزعجة مملة .

- **الانفعالات الإيجابية:** يميل هؤلاء الأشخاص إلى المتعة والبهجة، السعادة والمزاح (صالح، 2012 ص35-36) .

يعني ذلك تجريب العواطف الإيجابية مثل السعادة والحب والمتعة، وأصحاب هذا المظهر يضحكون بسهولة، وسعداء ومتفائلون، أما أصحاب العلامات المنخفضة فهم أقل حيوية وهذا يعني بالطبع أنهم غير سعداء .

حيث يرى أيزنك أن المنطوي شخص هادئ ومتر و متأمل وجدي، أي يأخذ الأمور بجدية، ويجب نمط الحياة المنظم، ومغرم بالكتب أكثر من غيره من الناس، ومحافظ ومتباعد إلا بالنسبة للأصدقاء المقربين، هو ميال إلى التخطيط مقدما، يخضع مشاعره للضبط الدقيق، ولا يسلك السلوك العدواني، ولا ينفعل بسهولة، ويعطي أهمية للمعايير الأخلاقية المنبسطة، كما يرى أيزنك أن المنبسط شخص اجتماعي يحب الحفلات وله أصدقاء كثيرون، ويحتاج إلى الناس من حوله، يتحدث معهم ولا يحب القراءة والدراسة منفردا، يسعى للحصول على الاستثارة، ويتطوع لعمل أشياء ليس ملزما بعملها، غير

مترو، ومتسرعا في تصرفاته ومندفعا، يجب عمل المقالب، ويحب التغيير، ويأخذ الأمور ببساطة، ومتفائل، يكثر من الضحك والمرح، وهو دائم النشاط (الغفاري، 2011، ص53) .
يمكن إجمال السمات الممثلة لعامل الإنبساطية في الجدول الموالي الذي أعده الأنصاري (2002) نقلا عن نموذج كوستا وماكري 1992 Costa&McCrae .

جدول (5): سمات عامل الإنبساطية حسب نموذج كوستا وماكري 1992 Costa&McCrae.

العامل	السمات
الانبساطية Extraversion	<p>-الدفء أو المودة Warmth: ودود، حسن المعشر، لطيف، يميل إلى الصداقة.</p> <p>-الاجتماعية Gregariousness: يحب الحفلات، له أصدقاء كثيرون، يحتاج إلى اناس حوله يتحدث معهم، يسعى وراء الإثارة، يتصرف بسرعة ودون تردد.</p> <p>-توكيد الذات Assertiveness: حب السيطرة والسيادة، والخشونة وكذلك حب التنافس وكذلك الزعامة، يتكلم دون تردد واثق من نفسه مؤكد لها.</p> <p>-النشاط Activity: الحيوية وسرعة الحركة، سريع في العمل ومحب له، وأحيانا يكون مندفعا.</p> <p>-البحث عن الإثارة Exeitement-Seeking: مغرم بالبحث عن المواقف المثيرة الاستفزازية، ويحب الألوان الساطعة والأماكن المزدحمة أو الصاخبة.</p> <p>-الانفعالات الإيجابية Positive Emotions: الشعور بالبهجة والمتعة وسرعة الضحك والابتسام والتفاؤل</p>

(الأنصاري، 2002، ص 713).

حدد كوستا وماكري 1992 Costa&McCrae ستة أوجه لهذا العامل يوضحها الجدول التالي:
جدول(6): يوضح الأوجه الستة لعامل الانبساطية ومستوياته مستخلص من نموذج 1992 Costa&McCrae كما أورده (هاورد وهاورد، 1995)

الأوجه الستة لعامل الانبساطية	انطوائي (E-)	متكافئ (E)	انبساطي (E+)

الدفء	متحفز/ رسمي	يقظ/ متنبه	محبوب/ أليف/ حميم
النزعة الاجتماعية	نادرا ما يبحث عن أصحاب	الوحدة/ الاختلاط	اجتماعي، يحب وجود أصحاب
الحزم والتأكد	يظل في المؤخرة	في المقدمة	في القيادة، حازم، يتحدث بحرارة، يقدم أفكارا
النشاط	متأن	بين التآني والنشاط	نشط
البحث عن الإثارة	قليل الحاجة للمثيرات	يحتاج أحيانا للمثيرات	يتوق للإثارة
الانفعالات الإيجابية	أقل حيوية	متوسط الحيوية والمرح	مرح، متفائل

(الشمالي، 2015، ص 45).

غير أن جون أوليفر John Oliver لخص هذا العامل في ثلاثة أوجه رئيسة تختصر الأوجه الستة لكوستا وماكري هي: الانبساط، الطاقة، والحماس، واعتبر أن هذا العامل هو الأكثر انفتاحا على المجتمع وحماسا للعلاقات الاجتماعية والتواصل مع الآخرين (plaisant et al, 2010, p486) حيث تعتبر سمة الانبساط من أكثر السمات تفتحا على الاجتماعية والإحاطة باهتمامات الفرد والقرب من الفعالية والنشاط واستثمار الانفعالات الموجبة بهدف تحقيق الإشباع والإحساس بالرضا، ويتميز الانبساطيون عامة بذكاء اجتماعي وعلاقات جيدة ومتعددة مع الأشخاص المحيطين بهم.

3.3. العامل الثالث: الانفتاح على الخبرة (O) Openness to Experience :

حسب ما نقله الأنصاري (2002) عن كوستا وماكري (1992) يتسم أصحاب هذا العامل بالخيال، الجمال، المشاعر، الأفعال، الأفكار، والقيم، كما يتسم المنفتحون بالسعي الدؤوب والإعجاب بالخبرات الجديدة والانفتاح على مشاعر الآخرين وخبراتهم الانفعالية، والفضول الفكري والتصورات القوية الكثيرة وحياة مفعمة بالخيال وحب الفن والأدب، كما يميل لتأكيد القيم التي يعتنقها والمناضلة من أجلها (الأنصاري، 2002، ص712) .

يعرف أيضا هذا البعد على أساس مجموعة من الموصفات وهي السعي للتحرر، الارتباط بالقيم والعادات، احترام الآخرين، مرونة الاتصال والاعتدال في الرأي، تتمثل أوجه الانفتاح في منظور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بما يلي:

-**الخيال:** يتميز هؤلاء الأشخاص بخيال واسع وبحيوية كبيرة واستثمار أحلام اليقظة، وأصحاب هذا المظهر يتميزون بأن لديهم أحلامهم اليومية التي تكون دافعا للإبداع لأنفسهم بعالم داخلي ممتع، وهم يطورون خيالهم، ويعتقدون أن الخيال يساهم بحياة غنية ومبدعة، وأصحاب العلامات المنخفضة هم أكثر واقعية، ويستعملون عقولهم للأعمال الملموسة باليد.

-**الجمال (الجمالية):** يقدر هؤلاء الأشخاص الجمال، الشعر، الفن، كثير الرومانسية والرهافة، ولا يحتاجون إلى موهبة، ولكن من خلال اهتمامهم بالفن سيقودهم إلى تذوق وتطوير معرفتهم الفنية، وأصحاب العلامات المنخفضة تقريبا حساسون ولكن غير مهتمين بالفن.

-**المشاعر:** يمتاز هؤلاء الأشخاص بالقدرة على التعبير عن انفعالاتهم بشكل قوي، مرهفي الإحساس، يتقبلون المحيطين بهم بشكل إيجابي، كما يتميز الأفراد في هذا المظهر بكونهم أكثر عاطفية ويشعرون بالسعادة، وأصحاب العلامات المنخفضة لا يعتقدون أن حالات المشاعر لها أهمية.

-**النشاط:** يمتاز هؤلاء الأشخاص بالنشاط العالي، المثابرة، التكيف مع كل الوضعيات، الإلتقان والتقاني في أعمالهم، وأصحاب العلامات المنخفضة ويجدون أن التغيير والبحث شيء صعب.

-**الأفكار:** يمتاز هؤلاء الأشخاص بالفضول الفكري، الذهن المتفتح، الوعي الكبير، وإدراك الوضعيات المحيطة بهم.

-**القيم:** يمتاز هؤلاء الأشخاص باحترامهم للقيم والمعايير المتفق عليها، ولهم استعداد كبير في إعادة النظر في القيم التي يسلكونها إضافة إلى المرونة في التعامل.

يتسم المنفتحون بأنهم فضوليون فكريا، ومتذوقون للفن، وحساسون للجمال، ويميلون بالمقارنة مع المنغلقين ليكونوا أوعى بمشاعرهم، كما يميلون إلى امتلاك مصالح مشتركة ضيقة، ويفضلون البسيط والمستقيم والواضح على المعقد والمبهم وغير المفهوم، ولربما نظروا إلى الفن والعلم نظرة شك فيما يتعلق بهذه المحاولات كشيء صعب أو من دون فائدة علمية، ويفضل المنغلقون المؤلف على الجديد، كما أنهم محافظون، ومقاومون للتعبير، وغالبا منفتحون على الخبرات وعلى أية حال، فإن أسلوب التفكير المنغلق يرتبط بأداء العمل الفائق في عمل الشرطة والمبيعات (الغفاري، 2011، ص58).

يمكن تحديد السمات الممثلة لعامل الانفتاح على الخبرة كما حددها الأنصاري (2002) نقلا عن كوستا وماكري 1992 Costa&McCrae في الجدول التالي:

جدول(7): سمات عامل الصفاوة/ الإنفتاح على الخبرة حسب نموذج كوستا وماكري 1992
 . Costa&McCrae

السمات	العامل
<p>-الخيال Fantasy : لديه تصورات كثيرة وقوية وحياة مفعمة بالخيال، عنده أحلام كثيرة وطموحات غريبة، كثرة أحلام اليقظة، ليست هروبا من الواقع وإنما يهدف إلى توفير بيئة تناسب خيالاته، ويعتقد بأن هذه الخيالات تشكل جزءا مهما حياتهم وتساعد على البقاء والاستمتاع بالحياة.</p> <p>-جمالي Aesthetics : حب الفن والأدب ولديه اهتمامات بارزة في تذوق جميع أنواع الفنون والجماليات.</p> <p>-المشاعر Feelings : التعبير عن الحالات النفسية أو الانفعالات بشكل أكثر من الآخرين، والتطرف في الحالة حيث يشعر الفرد بقيمة السعادة ثم ينتقل إلى قمة الحزن، كما تظهر عليه علامات الانفعال الخارجية، كالمظاهر الفيزيولوجية المصاحبة للانفعال في أقل المواقف الضاغطة أو المفاجئة.</p> <p>-الأفعال Actions : الرغبة في تحديد الأنشطة والاهتمامات والذهاب إلى أماكن لم يسبق زيارتها في السابق ويحب أن يجرب وجبات جديدة وغريبة من الطعام، والرغبة في التخلص من الروتين اليومي والمغامرة.</p> <p>-الأفكار Ideas : الانفتاح العقلي والفتنة وعدم الجمود والتجديد أو الابتكار في الأفكار والدهاء والتبصر.</p> <p>-القيم Values : الميل لإعادة النظر في القيم الاجتماعية والسياسية والدينية، فالفرد المنفتح للقيم نجده يؤكد القيم التي يعتقدونها ويناضل من أجلها، على حين نجد العكس بالنسبة للفرد غير المنفتح للقيم فإنه مسابر للأحزاب السياسية على سبيل المثال ويقبل جميع التشريعات التقليدية.</p>	<p>الصفاوة/ الإنفتاح على الخبرة Opennes to Experience</p>

(الأنصاري، 2002، ص713).

وحدد كوستا وماكري 1992 الأوجه الستة لعامل الانفتاح على الخبرة كما يوضحها الجدول التالي:
جدول (8): الأوجه الستة لعامل الانفتاح على الخبرة.

الأوجه الستة لعامل الانفتاح على الخبرة	متحفظ (O-)	معتدل (O)	الرائد (المستكشف) (O+)
الخيال	يركز على الزمان والمكان الحاليين	خيالي أحيانا	أحلام اليقظة، طموحات غريبة بدافع توفير بيئة آمنة مناسبة لخيالاته، تصورات كثيرة يعتقد أنها تساعده على البقاء والاستمتاع بالحياة
جمالي	لا يهتم بالفنون	متوسط الاهتمام بالفنون	محب للفن والأدب، محب للجمال
الشعور والأحاسيس	يتجاهل الأحاسيس	يتقبل المشاعر	يهتم ويفهم المشاعر كافة، متطرف في انفعالاته
الأفكار والتصرفات	يحب المؤلف	يجمع بين المؤلف والتنوع	يحب التنوع والتجديد
الأفكار	اهتمام فكري	متوسط الاهتمام	اهتمام فكري واسع، الابتكار في الأفكار
القيم	حازم/ مساير	معتدل	إعادة النظر في القيم، والمناضلة من أجل ما يعتقده صحيحا

(الشمالى، 2015، ص50)

أما جون (John) فقد لخص هذا العامل في ثلاثة أوج هي: الانفتاح، الأصالة، والانفتاح الذهني. (Plaisant et al, 2010, p486)، وعموما إن الشخص المنفتح على الخبرة يتميز بخيال واسع وفضول فكري وقوة التصورات وكثرتها، مقدر للجمال ذو مشاعر فياضة، إضافة إلى حب الاستطلاع وإتقان العمل وحسن القيام بالواجبات مع احترام القيم الموجودة والالتزام بها.

إذ أن الارتقاع في هذا العامل يجعل الشخص جمالي مرهف الحس، يتسم بسمات الرائد المستكشف الذي يملك اهتماما فكريا واسعا وأفكارا ابتكارية وأحلاما وطموحات وخيالا واسعا. وبالمقابل فإن انخفاض عامل الانفتاح على الخبرة يكسب الشخص سمات واقعية أكثر تبعده عن الخيال وتعزز ارتباطه بالواقع الذي يعيشه فينحصر تركيزه على المكان والزمان الذي يكون فيه، محبا للمألوف غير مكترث بالمشاعر والفنون.

3.4. العامل الرابع: المقبولية (الطيبة) (Agreeableness (A):

يعكس هذا العامل كيفية التعامل مع الآخرين، فالدرجة المرتفعة تدل على أن الأفراد يكونون أهل ثقة و تميزون بالود والتعاون و الإيثار و التعاطف و التواضع و الحرص و المحافظة، و يحترمون مشاعر وعادات الآخرين، بينما تدل الدرجة المنخفضة على العدوانية وعدم التعاون وحددت السمات المميزة للمقبولية في "الثقة، الاستقامة، الإيثار، الإذعان و القبول، التواضع، اعتدال الرأي" (الأنصاري، 2002، ص714).

يرتبط عامل المقبولية بالعلاقات الشخصية، إذ يجعل الفرد قادرا على مواجهة الضغوطات ومشاكل الحياة العامة، وتعكس هذه السمة الفروق الفردية في الاهتمام العام لتحقيق الوثام الاجتماعي، ويتسم الذين يتصفون بهذه السمات بالتسامح والثقة، وحسن الطباع والتعاون والقبول بحيث يحترمون ويقدرّون الآخرون. (DeRaad, 2000, p91)

يعرف هذا العامل أيضا "بالوداعة" حيث تعكس الفوارق الفردية في الاهتمام والتعاون والانسجام الاجتماعي، فيقيم الأفراد الوديعون صحبة مع الآخرين، لذلك هم ودودون، وغيورون، كرماء، ذوو مروءة، مستعدون للتوفيق بين مصالحهم ومصالح الآخرين، ويتمتع الوديعون بنظرة تفاعلية للطبيعة البشرية، ويعتقدون نزاهة الناس وأنهم موضع ثقة، والوداعة هي مصدر لكسب الشعبية فالأشخاص الذين يتسمون بالوداعة محبوبون، وهي ليست مفيدة في اتخاذ القرارات الصعبة، ويضع الأفراد غير الوديعون مصلحتهم فوق مصلحة الجميع، ويتسمون بالأنانية ولا يهتمون بالآخرين، ويشعرون أن الآخرين لديهم دوافع عدائية.

حيث وصف "كاتل" عامل السيطرة بأن الأفراد فيه يكونون مسيطرون وعدوانيون، ومنافسون وعنيدون، وأكثر توكيدا لذواتهم، ويصفون أنفسهم بأقوياء، وفعالين ومؤثرين في علاقتهم بالآخرين،

والدرجة المرتفعة جدا ترتبط بمظاهر العدوان والعناد الذي يغطي شعورا خفيا بالنقص، وهي مفيدة في اتخاذ القرارات، ويمكن أن يكون الوديعين علماء ونقاد ومحامون، ومن أهم مظاهر الوداعة:

-الثقة: الأفراد في هذا المظهر يعتقدون أن الآخرين لهم نوايا حسنة، ويفترضون فيهم النبل والصفات الحسنة، أما أصحاب العلامات المنخفضة فهم شكاكون ساخرون، ويعتقدون أن الآخرين غير نبلاء.

-الاستقامة: يمتاز أصحاب هذا المظهر بكونهم مستقيمون في علاقاتهم مع الآخرين، ولا يميلون إلى الإطراء وخداع الآخرين من أجل كسبهم، أما أصحاب العلامات المنخفضة فيحاولون التأثير في الآخرين، من خلال الإطراء والمخادعة، ويعتبرون هذه الصفات مهارات اجتماعية ضرورية.

-الإيثار: ويتمثل في معرفة الآخرين ومحاولة تحقيقها، فالأفراد هنا يحاولون الاندماج في مشاكل الآخرين وحلها، ويحاولون دائما مساعدة الآخرين، أما أصحاب العلامات المنخفضة فغالبا ما يركزون على أنفسهم أكثر، وهم كارهون أو معارضون للاندماج في مشاكل الآخرين.

-الطاعة: وتظهر في الصراعات بين الأشخاص فالأفراد في هذا المظهر إذا مروا بصراع معين فإنهم يكبتون الغضب ويتسامحون في ذلك وسرعان ما ينسون وهم لطفاء، أما أصحاب العلامات المنخفضة فيفضلون مناقشة الآخرين أكثر من التعاون معهم، ولا مانع من إظهار الغضب عند الضرورة.

-التواضع: يكون الفرد في هذا المظهر بسيطا يخفي ذاته، ورغم ثقته بنفسه واحترامه لذاته إلا أنه يفضل البقاء بعيدا عن الأضواء، أما مسجلو العلامات المنخفضة فيعتقدون أنهم عاين أكثر، وربما يعتبرهم الآخرون أنهم مغرورون أو متعجرفون.

-الرقرة والحساسية: يظهر أصحاب هذا المظهر الشفقة والاهتمام بالآخرين، ويركزون على الجانب الإنساني في الخطط السياسية والاجتماعية، أما أصحاب العلامات المنخفضة فيعتبرون أنفسهم واقعيين ولا ينظرون إلى جانب الرحمة في قراراتهم، وقد يظهر عليهم العناد (العفاري، 2014، ص56).

وقد حدد الأنصاري (2002) السمات الممثلة لعامل الطيبة أو المقبولية كما أوردها كوستا وماكري

Costa&McCrae 1992 في الجدول التالي:

جدول (9): السمات الشخصية لعامل الطيبة/ الوداعة حسب نموذج موستا وماكري 1992

Costa&McCrae

العامل	السمات
	-الثقة Trust : يشعر بالثقة اتجاه الآخرين واثق في نفسه، يشعر بالكفاءة، جذاب من الناحية الاجتماعية، غير متمركز حول ذاته، يثق في نوايا الآخرين. -الاستقامة Straight forwardness: مخلص، مباشر، مبدع، صريح، جذاب.

<p>-الإيثار Altruism : حب الغير والرغبة في مساعدة الآخرين، متعاون، المشاركة الوجدانية في السراء والضراء مع الآخرين.</p> <p>-الإذعان أو القبول Compliance: قمع المشاعر العدوانية والنفوس والنسيان تجاه المعتدين والاعتداء أو اللطف والتروي في المعاملة مع الغير أثناء الصراعات.</p> <p>-التواضع Modesty : متواضع غير متكبر ولا يتنافس مع الآخرين.</p> <p>-معتدل الرأي Tender-Mindedness : متعاطف مع الآخرين ومعين لهم، ويدافع عن حقوق الآخرين وبالذات الحقوق الاجتماعية والسياسية.</p>	<p>الطيبة/ الوداعة Agreeableness</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------

(الأنصاري، 2002، ص713-714).

لعامل الطيبة ستة أوجه حددها كوستا وماكري (Costa & McCrae 1992) يوضحها الجدول التالي:

جدول (10): الأوجه الستة لعامل الطيبة ومستوياته مستخلص من أنموذج (Costa & McCrae 1992) كما أوردها (هاورد وهاورد، 1995).

الأوجه الستة لعامل الطيبة	المتحدي (A-)	المفاوض (A)	المتكيف (A+)
الثقة	متشائم، شكاك	حذر	يرى أن الآخرين أمناء وذوي أهداف
الاستقامة	حذر، يجنح للحقيقة	لبق	مستقيم، صريح
الإيثار	يتردد في المشاركة	يرغب في مساعدة الآخرين	مستعد على الدوام لمساعدة الآخرين
الإذعان والخضوع	منافس، عدواني	يمكن التقرب إليه	يذعن للصراع
التواضع	يشعر بالتميز على الآخرين، متعالي	متكافئ	متواضع، يبعد نفسه عن الأضواء
معتدل الرأي	عنيد، عقلاني	مستجيب	مرن، متعاطف، يدافع عن حقوق الآخرين

(الشمالى، 2015، ص47)

يتضح جليا من الجدول أن كوستا وماكري لخصا وصف هذا العامل في ستة أوجه هي الإثارة، الاستقامة، الإيثار، الإذعان والخضوع، التواضع، اعتدال الرأي. في حين لخص جون (John) "عامل الطيبة في ثلاثة أوجه هي: القبول، الإيثار، والمودة" (Plaisant et al, 2010, p486).

يتضح من العرض السابق لعامل الطيبة أن ارتفاع هذا العامل يجعل الشخص يتسم بسمات المتكيف الواصل في الآخرين والمدافع عن حقوقهم، يقدم لهم العون والمساعدة على الدوام، متواضع،

مرن مستقيم وصريح، في حين يجعل انخفاض عامل المقبولية الشخص يتسم بالشك والتشاؤم والعناد والجنوح للحقيقة وبعض العدوانية في التنافس والتعالي على الآخرين .

3. 5. العامل الخامس: يقظة الضمير (C) :Conscientiousness:

يتسم أصحاب هذا العامل بالكفاءة، والالتزام بالواجبات، ضبط الذات، والتأني والرؤية، والنضال في سبيل الإنجاز، إضافة إلى الحذر والحرص واليقظة والتروي قبل اتخاذ القرار أو القيام بأي فعل (الأنصاري، 2002، 714-715) .

يشير هوارد (1995) Howard إلى أن التفاني العالي "يقظة الضمير" يعني التركيز، وفي المقابل يشير التفاني المنخفض إلى الشخص الذي يتابع عددا كبيرا من الأهداف ويظهر قدرا من التلقائية والسمو وعدم التركيز، والتأني من الإنتاج إلى البحث، وصورة الشخص المتوازن قادر على خلق أشخاص ذوي اهتمامات مركزة. نقلا عن (السليم، 2006، ص82).

ومن أهم مظاهر التفاني:

- 1-الكفاءة: يشعر الفرد أن لديه قدرة عالية وأنه حساس، ودرّب جيدا ليتعامل مع الحياة، أما أصحاب العلامات المنخفضة فينظرون إلى أنفسهم نظرة معرفية، أي أنهم غير أكفاء وغير مدربين للتعامل مع الحياة.
- 2-الترتيب: يمتاز أفراد هذا المظهر في كونهم مرتبين، يضعون الأشياء في مكانها المناسب ويحافظون على بقائها فيه، أما أصحاب العلامات المنخفضة فهم فوضويون غير نظاميين، ليس لديهم القدرة للحصول على وصف منظم لأنفسهم.
- 3-يقوم بالواجب: يتقيد أصحاب هذا المظهر بشكل كبير بمبادئهم الأخلاقية والتزاماتهم الأدبية، ويميلون إلى الدقة في ذلك، أما مسجلو العلامات المنخفضة فلا يعتمد عليهم، ولا يلتزمون بالمبادئ الأخلاقية.

4-الكفاح من أجل الإنجاز: يمتاز أصحاب العلامات المرتفعة في هذا المظهر بأن لديهم همة عالية وعزيمة لتحقيق أهدافهم، ويستثمرون وظائفهم للوصول إلى مستويات أعلى، أما أصحاب العلامات المنخفضة فهم كسولون ليس لديهم همة، واهنون، ربما ليس لديهم أهداف.

5-الانضباط الذاتي: إن أصحاب العلامات العالية هنا لديهم القدرة على البدء بعمل وإنجازه رغم الصعوبات والحواجز، ولديهم المقدرة لحفوا أنفسهم لإنجاز المهمة التي يقومون بها، أما أصحاب العلامات المنخفضة فيماتلون في أعمالهم ولا ينفونها بسرعة وبدائيتهم في العمل تكون بطيئة.

6-التفكير المتأني: أصحاب هذا المظهر لديهم قدرة على التفكير بحذر (الغفاري، 2014، ص57).

حيث أورد الأنصاري (2002) السمات الممثلة لعامل يقظة الضمير حسب ما نقله عن كوستا وماكري 1992 Costa&McCrae موضحة في الجدول التالي:

جدول (11): السمات الشخصية لعامل يقظة الضمير حسب نموذج كوستا وماكري 1992 .Costa&McCrae

العامل	السمات
يقظة الضمير / التفاني Conscientiousness	<p>-الافتقار أو الكفاءةCompetence: بارع، كفاء، مدرك، متبصر أو حكيم ويتصرف بحكمة مع المواقف الحياتية المختلفة.</p> <p>-منظمOrder: مرتب، مهذب، أنيق، يضع الأشياء في مواضعها الصحيحة.</p> <p>-ملتزم بالواجباتDutifulness: ملتزم بما يمليه ضميره ويتقيد بالقيم الأخلاقية بصرامة.</p> <p>-مناضل في سبيل الإنجازAchievement striving: مكافح، طموح، متابر، مجتهد، ذو أهداف محددة في الحياة، مخطط، جاد.</p> <p>-ضبط الذاتSelf-Discipline: القدرة على البدء في عمل ما أو مهمة ومن ثم الاستمرار حتى إنجازها دون الإصابة بالكلل أو الملل والقدرة على التدعيم الذاتي من أجل إنجاز الأعمال دون الحاجة إلى التشجيع من قبل الآخرين.</p> <p>-التأني أو الرويةDelibration: والنزعة على التفكير قبل القيام بأي فعل ولذلك يتسم الفرد بالحذر والحرص واليقظة والتروي قبل اتخاذ القرار أو القيام بأي فعل.</p>

(الأنصاري، 2002، 714).

ولعامل يقظة الضمير ستة أوجه حددها كوستا وماكري (1992) Costa&McCrae في الجدول التالي:

جدول(12): الأوجه الستة لعامل التقاني ومستوياته مستخلص من أنموذج (1992) McCrae Costa & كما أوردها (هاورد وهاورد، 1995)

الأوجه الستة لعامل يقظة الضمير	مرن (C-)	متوازن (C)	اهتمام مركز (C+)
الاقتدار والكفاءة	غالبا ما يشعر بعدم الاستعداد	مستعد	يشعر بأنه قادر وفعال وكفؤ
النظام	غير منظم، غير منهجي	شبه منظم	منظم، أنيق، يضع الأشياء في موضعها الصحيح
الالتزام بالواجب	غير مكترث بالالتزامات والواجبات	ينظر للأولويات	محكوم بضمير، موثوق
الاهتمام بالتحصيل والإنجاز	حاجته قليلة للتحصيل والإنجاز	جاد لتحقيق النجاح	يسعى لتحقيق النجاح، مكافح، وطموح
انضباط الذات	غير مكترث	مزيج من العمل واللعب	يركز على انجاز المهام واستكمالها
الاحترااس والتبصر	سهو، عدم تركيز، تسرع	تفكير جاد	التفكير المتأنى قبل البدء في العمل

(الشمالي، 2015، ص 53).

استنادا إلى ما سلف يمكن وصف هذا العامل على أنه الالتزام في أداء الواجبات، وبذل الجهد من أجل الإنجاز، والقدرة على العمل والاستمرارية، يؤدي ارتفاعه للكفاءة العالية والقدرة على الإنجاز وتحقيق النجاح، وكذلك التفكير والتروي قبل الإقدام على أي إنجاز أو عمل، الاعتمادية، الإنجاز، ضبط الذات، والتأني والمرونة وهي سمات يمكن مشاهدتها في بيئة العمل وفي الحياة اليومية للأفراد، في حين أن انخفاضه يجعل الشخص يشعر بفقدان القدرة والكفاءة والرغبة في الإنجاز، وعدم الالتزام بالمسؤوليات والواجبات والإهمال.

4. العوامل الخمسة الكبرى للشخصية كعوامل منبئة:

يسعى علم النفس إلى تحقيق أهم أهدافه المتمثل في التنبؤ بسلوكيات الأفراد منذ بداياته الأولى، وهو ما سعت إليه العديد من الدراسات النفسية في مختلف مجالات علم النفس، وقد سعى العديد من العلماء للتحقق من إمكانية اعتبار العوامل الخمسة كعوامل منبئة لسلوكيات الأفراد باعتبارها نموذجاً يقدم وصفاً دقيقاً شاملاً لسمات الشخصية.

تعتبر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عوامل تنبؤ عامة نسبياً بالأفعال السلوكية الفردية، ولكنها عوامل تنبؤ أفضل بالاتجاهات العامة لسلوك الشخص، والتنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل، وبشكل عام فإن انخفاض الوداعة وضعف التقاضي يمكن أن يتنبأ بجنوح الأحداث، والعصابية وضعف التقاضي يمكن أن يتنبأ بالاضطرابات الداخلية (العقلية)، كما يتنبأ الانفتاح على الخبرة والتقاضي بالأداء المدرسي، ويعتبر التقاضي عامل تنبؤ عام بالأداء في العمل، بينما العوامل الخمسة الكبرى الأخرى تتوقع الأداء في أنواع معينة في الوظائف على سبيل المثال تتنبأ الإنبساطية بالنجاح في المبيعات والوظائف الإدارية، كما يرتبط الإنفتاح على الخبرة بالسلوكيات المرتبطة بالأداء الإبداعي (شقة، 2011، ص96).

فضلا عما سبق أضاف هوارد (1995) Howard وصفاً دقيقاً لتأثير ارتفاع مستوى كل عامل وانخفاضه على سلوك الفرد وحدد المهن التي قد نجد فيها كل نوع، بالنسبة له كل عامل من العوامل الخمسة يتحدد في مستوياته.

حيث يصف ارتفاع عامل العصابية الشخص المنفعل الذي يشعر بقدر كبير من الانفعال السلبي بالمقارنة مع معظم الناس، ويظهر القليل من الرضا عن الحياة، وعلى البعد الآخر يوجد الأشخاص المرنون على التكيف، والذين يميلون إلى معايشة الحياة وفق مستوى أكثر عقلانية مقارنة مع معظم الناس، والذين يبذلون غير متأثرين بما يدور حولهم، فمثل هذا الطرف يمثل الأساس للعديد من الأدوار الاجتماعية مثل "طيارى الخطوط الجوية و المهندسين"، بينما يحتوي هذا العامل بين طرفيه (منفعل-مرن) مدى واسعاً من المستجيبين الذين يمثلون خليطاً من سمات الانفعالية والمرونة ولديهم القدرة على تغيير سلوكهم حسب متطلبات الحياة (السليم، 2006، ص76).

حسب بروك وألان (2003) Bruk & Alleen يرتبط هذا العامل سلباً بالرضا عن الحياة وإيجاباً بالتعبير الذاتي عن الإجهاد، كما أن الأشخاص العصبيين أقل قدرة على التعامل مع الضغوط المرهقة في البيت والعمل، وأقل تحكماً في اندفاعاتهم (p461). وبناءً عليه يمكن اعتبار أن ارتفاع عامل العصابية ينبئ بعدم القدرة على التعامل مع المشاكل والضغوط النفسية سواء في البيت أو في بيئة العمل، كما ينبئ ارتفاعه بعدم القدرة على التحكم في درجة الاندفاع والانفعال بصفة عامة.

في حين أشار هوارد (1995) Howard إلى أن ارتفاع عامل الانبساطية يجعل الشخص الانبساطي يميل إلى ممارسة مزيداً من القيادة والتمتع بمزيد من النشاط البدني واللفظي والألفة والرغبة في المشاركة الاجتماعية، وهذه الصورة الاجتماعية تمثل الأساس للأدوار الاجتماعية المتمثلة في "المبيعات، السياسة، الفنون، العلوم الاجتماعية". وعلى الطرف الآخر يميل الشخص الانطوائي إلى الاستقلالية والتحفيز، ويشعر بالراحة مع الوحدة، وذلك مقارنة مع الأشخاص الآخرين، وهذه الشخصية الانطوائية تمثل الأساس لبعض الأدوار مثل "الكتاب، وعلماء الطبيعة"، وبين هذين الطرفين (الإنبساط-الإنطواء) يوجد عدد كبير متكافئ (الإنبساط والإنطواء) القادرين على التحرك بسهولة بين حالات الانفتاح الاجتماعي (السليم، 2006، ص78).

كما ورد في دراسة جون John وزملائه أن عامل الإنبساط يسعى إلى حد كبير لتحقيق مكانة أعلى والوصول إلى الشهرة والاحترام والتأثير لكلا الجنسين حيث يتنبأ عامل الإنبساط بالجانب العلائقي والاجتماعي للفرد (John et Naumann et Soto, 2008, p39)، وحسب ما أسفرت عنه نتائج الدراسة فإن عامل الإنبساط يتنبأ بالمكانة الاجتماعية التي يحققها الأفراد ونجاح علاقاتهم الاجتماعية سواء داخل الأسرة أو خارجها.

فضلا عن ذلك أضاف هوارد (1995) أن عامل الطيبة هو الآخر ينقسم إلى مستويات يأتي في أحد طرفي بعد الطيبة في مستوياته العليا الشخص المتكيف، الذي يميل إلى إخضاع حاجاته الشخصية إلى حاجات الجماعة وقبول النماذج المعيارية للجماعة أكثر من الإصرار على نماذجه المعيارية الشخصية، ويصبح في المستويات العليا من هذا العامل شخص تابع وفاقد الإحساس بالذات، يمثل الأساس لأدوار اجتماعية هامة مثل "التدريس، الخدمة الاجتماعية، علم النفس"، وعلى الطرف الآخر من البعد يوجد الشخص المتحدي الذي يكون أكثر تركيزا على معايير وحاجاته الخاصة منه على معايير وحاجات الجماعة، ويكون أكثر ميلا لاكتساب السلطة وممارستها، ويصبح في الحالات القصوى لانخفاض هذا العامل شخص نرجسي، أناني، متسلط، غير اجتماعي، أو شخص كثير الشك، فاقد الإحساس بوح الزمالة، وتمثل صورة المتحدي الأساس لأدوار اجتماعية هامة مثل "الدعاية والإعلان، الإدارة، والقيادة العسكرية. وبين هذين الطرفين يوجد الأشخاص المفاوضين والقادرين على الانتقال من القيادة إلى التبعية حسب متطلبات الموقف (علوان، 2012، ص489).

أورد هوجان (1983) Hogan أيضا أن عامل المقبولية هو الأكثر ارتباطا بالعلاقات الشخصية، فالمقبولية تجعل الفرد قادرا على مواجهة مشاكل وضغوط الحياة العامة (DeRaad,2000, p91). وهذا ما يجعل عامل المقبولية أحد العوامل المنبئة بالقدرة على التعامل مع المشاكل والضغوط اليومية بشكل عام.

يشر هاورد (1995) Howard في نفس السياق إلى أن ارتفاع عامل الانفتاح على الخبرة (المستكشف) يميز الشخص بعدد أكبر من الاهتمامات والخيال الخلاق ويمكن وصفه بالمتحرر، كما يكون قادرا على التفكير والانتقاد، كما أنه يتمتع بمبادئ ولكنه يميل لدراسة الأساليب الجديدة وأخذها في الاعتبار، وتمثل صورة الرائد (المستكشف) الأساس لعدد من الأدوار الاجتماعية الهامة مثل "مدراء ونظمي الأعمال، الفنانين والعلماء المنظرين خاصة في المجالات الاجتماعية والطبيعية.

حيث في الطرف الآخر يتميز المتحفظ باهتمامات أقل ويعد أكثر تمسكا بالتقاليد وأكثر راحة مع الأشياء المألوفة، ولكن ليس بالضرورة أن يكون المتحفظ متسلطا، وتمثل صورة المتحفظ الأساس لعدد من الأدوار المهمة مثل "المدراء الماليين، مدراء المشاريع، وعلماء العلوم التطبيقية. ويوجد بين طرفي هذا البعد عدد كبير من المعتدلين القادرين على استكشاف الاهتمامات عند الضرورة ولكن الإفراط في

ذلك يرهقهم، كما أنهم قادرون على التركيز على الأشياء المألوفة لفترات طويلة لكنهم يلجؤون للابتكار والتجديد في نهاية المطاف (علوان، 2012، ص492).

أورد جون ونومان وسوتو (John et Naumann et Soto, 2008) أن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية تتنبأ بكيفية تشكيل الأفراد لبيئاتهم المادية وتعديلها، حيث يميل الأفراد المنفتحون للغاية إلى خلق سمات مميزة والبحث عن أماكن العمل والمعيشة (مع مجموعة كبيرة ومتنوعة من أنواع الكتب المختلفة)، بينما يميل الأفراد ذوو الضمير العالي إلى الحفاظ على غرفهم منظمة جيداً وخالية من الثرثرة، كما يتنبأ الانفتاح العالي أيضاً بالتعبير عن مجموعة متنوعة من الاهتمامات والتفضيلات في مواقع الانترنت والشبكات الاجتماعي على الانترنت.

أشارت النتائج إلى الروابط الاجتماعية والعلاقات مع الجماعة، فالعوامل الخمسة الكبرى ذات صلة بالسلوكيات والتجارب الاجتماعية بين العلاقات الاجتماعية أو في المجموعات، ففيما يتعلق بالعلاقات الأسرية يميل المراهقون الذين يعانون من عصابية انخفاض الضمير الحي وانخفاض الإنبساطية إلى أن تكون لديهم علاقة ضعيفة مع الوالدين، ومن المرجح أن يتعرض الأفراد المنخفضون في المقبولية والانبساطية لرفض الأقران.

في حين يتنبأ عامل الانبساطية والضمير الحي والعصابية المنخفضة بقدر أكبر من الرضاة العلاقة ونقص في الصراع أو سوء المعاملة أو الانحلال. نظراً لأن معظم المجموعات الاجتماعية تشكل تسلسلاً هرمياً أو غير رسمي للوضع، فإن أحد الأهداف الاجتماعية المهمة هو الوصول إلى المكانة (الاحترام والتأثير والشهرة)، في المجموعات الاجتماعية للفرد. عبر عدة أنواع من المجموعات (John et Naumann et Soto, 2008, p38-39).

قسم هاورد (1995) في نفس المسار عامل يقظة الضمير إلى عدة مستويات، حيث يشير هذا العامل إلى عدد من الأهداف التي يركز عليها الشخص، فارتفاع مستوى يقظة الضمير يعني التركيز على عدد من الأهداف وإظهار انضباط الذات المصحوب بمثل هذا التركيز، وفي المقابل تشير يقظة الضمير المنخفضة إلى الشخص الذي يتابع عدد كبيراً من الأهداف ويظهر قدراً التلقائية والسهو وعدم التركيز. ويأتي في وسط البعد الشخص المتوازن القادر على التحرك بسهولة بين التركيز والتأني، من الإنتاج إلى البحث، وصورة الشخص المتوازن القادر على خلق أشخاص ذوي اهتمامات مركزة من

خلال توجيه المرين نحو الهدف المحدد، دون ان يؤدي ذلك إلى تنفيره، ومساعدة ذوي الاهتمامات المركزة على الاسترخاء بين الفينة والأخرى للتمتع بالحياة أحيانا (علوان، 2012، ص 490).

أورد أيضا كوستا وماكري (Costa & Macrae (1992) أن عامل يقظة الضمير يشير إلى العزم والإرادة القوية والتصميم على الفعل والإنجاز وهي سمة تبرز بين عظماء الموسيقيين والرياضيين (p15-16)

حيث أضاف جون وزملاؤه (John et Naumann et Soto, 2008) في نفس السياق إلى أن أصحاب عامل الضمير الحي أو يقظة الضمير قادرون على الالتزام بنظام صحي أو غذائي أو رياضي أو خطة علاج طبية، مما يؤثر بشكل كبير على النتائج الصحية النهائية وطول العمر وينبئ به، ومن المهم أن ندرك أنه على الرغم من أن الفروق الفردية في سمات الشخصية مستقرة وثابتة نسبيا بمرور الوقت إلا أن الكثير من الأفراد لديهم القدرة على تغيير أنماط سلوكهم وفكرهم وشعورهم كنتيجة لعدة عوامل منها العلاج أو برامج التدخل وبالتالي فإن الروابط بين العوامل الخمسة ومتغيرات الحياة ليست ثابتة وليست حتمية بالنسبة للفرد، ويشير إلى المجالات المهمة للسلوك والعاطفة التي قد يستهدفها الفرد من أجل التنمية الشخصية والتغيير في المجال الصحي (John et Naumann et Soto, 2008, p38-39)

استنادا على ما سبق يعتبر نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أكثر النماذج دقة وشمولا في وصف الشخصية وتحديد سلوكها وكذا التنبؤ به، حيث تتحدد سمات الشخصية لكل عامل من هاته العوامل الخمسة بناء على مستوياته، فإن ارتفاع أي عامل منها يقدم لنا وصفا محددا لشخصية معينة كما يسهل علينا التنبؤ بسلوكياتها تجاه مواقف معينة، ومعرفة اتجاهاته في العمل وفي الحياة بشكل عام، وعلى النقيض من ذلك الاتجاه أيضا يمكننا تحديد كل ذلك عند انخفاض مستوى ذلك العامل

5. مميزات وخصائص العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: وردت بعض صفات العوامل الخمسة الكبرى وهي كالتالي:

-الأبعاد الخمسة هي طيف متصل من الأبعاد وليست أنماطا، لذا فإن الأفراد يتباينون على مساق ذلك الطيف، ويقع غالبية الأشخاص فيما بين نهايتها المتطرفة.

-تبقى ثابتة على مدى (45) عاما بعد بداية سن الشباب المبكر.

-يمكن أن تورث.

-شاملة في كل الحضارات، ولا تتأثر بالتباين الثقافي.

-معرفة الشخص لموقعه على طيف الأبعاد العاملة ذات فائدة في اكتساب البصيرة وتساعد على التحسن خلال العلاج. (الشاملي، 2015، ص59)

5. 1. مزايا نظرية العوامل الخمسة الكبرى: تتميز هذه النظرية ببعض المزايا التي يمكن إجمالها فيما يلي:

1-الفروق الفردية: قدرة نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على تحديد الفروق الفردية بين الأشخاص، كما قال ديجمان "إن نموذج العوامل الخمسة قدم لنا مجموعة مفيدة من الأبعاد، تحدد الفروق الفردية بين الأشخاص"، ومما ذلك تطبيق هذه العوامل على الجاهل والمتعلم، والصغير والكبير، وانتشارها بين الثقافات.

2-الثبات والصدق: برهنت العديد من الدراسات كما هو موضح سابقا أن مقاييس هذه العوامل على درجة عالية من الصدق والثبات.

3-سهولة اللغة: يمتاز نموذج العوامل الخمسة الكبرى بالوضوح لدى عامة الناس، حيث يضم عددا كبيرا من السمات الشائعة والدارجة في اللغة المستخدمة في الحياة اليومية.

4-الشمولية: تتميز هذه النظرية بأنها من أكثر النظريات وصفا وشمولية للشخصية للإنسانية مقارنة بالنظريات السابقة، حيث توفر للمتخصصين نسقا أو نظاما متكاملًا للبحث في الشخصية.

5-متوسطة المدى: بمعنى أنها ليست قليلة العدد مثل عوامل "أيزنك" ولا بكثرة العدد كعوامل "كاتل".

6-تعتمد نظرية العوامل الخمسة الكبرى على تراث ممتد عبر فترة زمنية غير قصيرة.

7-يعتبر نموذج العوامل الخمسة ذا فائدة في البحث والتعلم، حيث يشير مؤيدو نموذج العوامل الخمسة إلى أن التحليل العملي يعتبر جسرا مساعدا في النظريات الإكلينيكية والنظريات السلوكية (العفاري، 2014، ص60-61)

استنادا مما سبق فإن نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أوسع نماذج الشخصية انتشارا بدليل الكم الهائل للدراسات التي تناولته في مجال الشخصية بشكل خاص ومختلف مجالات علم النفس بشكل عام، وذلك لكونه نموذجا شاملا يمكن من خلاله وصف سمات الشخصية وصفا دقيقا شاملا لكل جوانبها مع مراعاة الفروق الفردية والاختلافات العمرية والثقافية وكذا الاجتماعية بين الأفراد.

5. 2. نقد نظرية العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: على الرغم من إيجابيات نظرية العوامل الخمسة الكبرى إلا أنه قد وجهت لها بعض الانتقادات التي يمكن حصرها فيما يلي:

1- اختلاف الباحثين على اللغة والنهج المتبع لقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، وذلك من حيث الاختلاف في أسماء العوامل فمنهم من يستخدم الأعداد الرومانية أو الأحرف الأبجدية أو الأسماء.

2- تشير نتائج الدراسات الحضارية على عدم قابلية العوامل الخمسة الكبرى للظهور في بعض الحضارات مثل روسيا و أيسلندا والفلبين، مما يشكك في عمومية هذا النظام لوصف الشخصية.

3- حصر عدد العوامل في خمسة عوامل الأمر الذي يعتبره البعض قليلا والبعض الآخر كثيرا (الشمالي، 2015، ص61)، إذ يعد كاتل وأيزنك من أكبر المعارضين لنموذج العوامل الخمسة الكبرى، حيث يصر كاتل على وجود أبعاد أساسية للشخصية أكثر بكثير من الأبعاد الخمسة الكبرى، في حين يؤكد أيزنك على أن العوامل الخمسة كثيرة في عددها، وبالتالي لا بد من تقليصها إلى عدد أقل من الأبعاد (عبد الخالق والأنصاري، 1996، ص18).

6. تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الصحة (النفسية و الجسمية): إن الصحة النفسية هي حالة يكون فيها الفرد متوافقا نفسيا ويشعر بالسعادة والكفاية والراحة النفسية، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته واستثمار طاقاته، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة وإدارة الأزمات النفسية، وتكون شخصيته متكاملة ويكون سلوكه عاديا (التميمي، 2013).

6. 1. خصائص الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية:

حسب ما أورده الفخراني (2014) تتميز الشخصية المتمتعة بالصحة النفسية بعدة خصائص تميزها عن الشخصية غير المتمتعة بالصحة النفسية منها ما يلي: التوافق مع النفس والآخرين وفي العمل، والشعور بالسعادة مع النفس ومع الآخرين خاصة أثناء المشاركة في الأدوار الاجتماعية، التأكيد الإيجابي وتحقيق الذات واستغلال وتنمية القدرات، المرونة في مواجهة مطالب الحياة، بالإضافة إلى التكامل بين مظاهر النمو النفسي (الفخراني، 2014).

في حين أضاف "فرج طه" وآخرون (2005) أن الصحة تعني:

1- الخلو من الانحرافات والاضطرابات أو الأمراض الواضحة سواء كانت جسدية أو نفسية أم اجتماعية.

2- عدم شذوذ الفرد عما تتصف به غالبية أعضاء المجتمع أو الجماعة التي ينتمي إليها سواء أكان في خصائصه وسماته أم في تصرفاته.

3- الخصائص أو الأخلاقيات أو التصرفات المقبولة من الوسط الذي يعيش فيه الإنسان والتي تتفق مع ما يتوقع من أمثاله عن (سليمان، 2014، ص21-22).

تنعكس الصحة النفسية للفرد إيجاباً على سماته الشخصية وتظهر جلياً في توافقه النفسي والاجتماعي بشكل عام، وكما تظهر في شعوره بالرضا والسعادة والراحة النفسية التي يشعر بها سواء مع نفسه أو في تعاملاته مع الآخرين، إذ يكون قادراً على التعامل معهم وعلى التفاعل الإيجابي أيضاً بالإضافة إلى قدرته على إقامة علاقات اجتماعية جديدة وسليمة تسهل عليه القيام بدوره الاجتماعي وتحمل مسؤولياته تجاه نفسه وأسرته ومجتمعه، وقدرته على التعامل مع مطالب الحياة ومشاكلها بمرونة وإيجابية.

بناءً عليه فإن تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الصحة النفسية يكون خلال شعور الفرد بالراحة النفسية والتوافق وكذا قدرته في التعامل مع مختلف المواقف ومواجهة المشاكل والضغوطات التي قد تواجهه في حياته اليومية وبذلك خلوه من الاضطرابات النفسية وارتفاع مستوى الصحة النفسية لدى الأفراد.

حيث يكون تأثير العوامل الخمسة الكبرى للشخصية على الصحة الجسدية أمراً مختلفاً قليلاً، إذ يتحقق ذلك بالتزام الفرد بالسلوك الصحي وإتباعه أسلوب حياة صحيح، ومحافظته على سلامة جسده

من الأمراض. وذلك لا يتحقق إلا إذا كان الفرد سويا يتمتع بمقومات الشخصية السوية التي تتمتع بالصحة النفسية.

يجدر بالذكر أن للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية الأثر الأكبر على صحة الأفراد بصفة عامة النفسية والجسدية، فبالعودة إلى الوصف الذي قدمه كوستا وماكري (1995) وسمات العوامل الخمسة الكبرى للشخصية يمكننا ربط بعض الصفات التي قد تعد مقومات تؤثر على الصحة لدى الأفراد، وبناءا عليه فإن وجود مستوى منخفض من العصابية لدى الأفراد يجعلهم أقل اندفاعا وأكثر مرونة وقدرة على التعامل مع الضغوطات ومشاكل الحياة، كما يساهم عامل الإنبساطية في الشعور بالانفعالات الإيجابية والحيوية والتفاؤل والقدرة على التعامل مع مختلف الشرائح الاجتماعية، وهي سمات أساسية تجعل الفرد يشعر بالراحة النفسية وتمتعه بالصحة.

يؤثر عامل الانفتاح على الخبرة على الصحة النفسية بجعل الفرد منفتحا شغوفًا بالأفكار والإبداع محبا للقيم محافظا عليها ما يجعله ساعيا إلى التطور والانجازات الجمالية والفكرية خاصة، وتساهم الطيبة أيضا في تمتع الفرد بالصحة النفسية كونها تجعل الفرد أكثر قدرة على التكيف مع مختلف المواقف وأكثر تقبلا لمقومات الجماعة وتوافقا معها وأكثر ثقة في نفسه والآخرين عموما.

أما بالنسبة لعامل يقظة الضمير فهو العامل الأكثر تحفيزا على الإنجاز والنجاح والالتزام بالواجبات وتحمل المسؤولية والتفكير قبل القيام بأي فعل وهو ما يجعل الأفراد يشعرون بالراحة النفسية حيال إنجازاتهم وإنهاء مهامهم في البيت والعمل ما يخفف عنهم الشعور بالأعباء وتجنب الوقوع في المشاكل والقدرة على التعامل معها.

استنادا إلى ما سبق ذكره فإن العوامل الخمسة تساهم في ظهور الصحة النفسية والجسمية لدى الأفراد وقد تؤثر فيها بشكل نسبي لكنها ليست العامل الرئيس الذي يتحكم في مستوياتها لدى الأفراد، بل هناك عدة عوامل أخرى تتحكم في تمتع الفرد بالصحة وبمستواها لديه.

خلاصة الفصل:

استنادا لما سبق فإن الشخصية وحدة متكاملة من الصفات والمميزات الجسمية والنفسية والعقلية والاجتماعية، التي تبدو في سلوكيات الفرد تعامله مع بيئته، فهي ما يتميز به عن غيره من انفعالات وميول وسمات وآراء ومعتقدات خاصة به، وبالرغم من صعوبة اتفاق العلماء والباحثين على تعريف شامل ونظرية واحدة تفسر الشخصية من كل الجوانب، إلا أنه قد أسفرت نتائج البحوث والدراسات التي أجريت بهدف استخراج العوامل الأساسية للشخصية عن وجود خمسة عوامل شاملة مكررة في كل البحوث، ويعد نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الذي أعده كوستا وماكري الأكثر شهرة وشمولا ودقة، كونه يصف السمات الرئيسية الخمسة للشخصية وهي العصابية، الانبساطية، الطيبة، الانفتاح على الخبرة، وبقظة الضمير، والتي تشمل عددا من السمات الفرعية التي تنتمي إليها، والتي تصف شخصية الأفراد وتمكن من التنبؤ ببعض سلوكياتهم واتجاهاتهم في الحياة، وبالنظر إلى خصائص الشخصية الخاصة بالتغير والثبات يقر الباحثون أن الفروق الفردية التي تفرها العوامل الخمسة الكبرى للشخصية والسمات خاضعة لقانون الثبات النسبي للسمات ما يجعل التنبؤ بسلوكيات الأفراد وكيفية أدائهم في المواقف المختلفة.

الفصل الثالث

الضغط النفسي وإستراتيجيات التعامل

تمهيد:

من الثابت أن ضغوط الحياة قد أصبحت من أخطر الظواهر التي تهدد حياة الإنسان المعاصر، حيث يوصف العصر الذي يعيش فيه بأنه عصر الضغوط النفسية وما تخلفه من جروح نفسية، تعد الضغوط بمثابة المحرك الأساسي للحياة، فمن خلالها تتكشف الإمكانيات والقدرات الإنسانية الكامنة التي تدفع الفرد إلى العمل والمثابرة عليها والتحدي والمواجهة، ومن جهة أخرى قد تصبح هذه الضغوط حملا ثقيلًا يؤرق حياة الفرد ويثقل كاهله، ويكون حائلًا بينه وبين سعادته وسببا في عدم قدرته على التكيف مع متطلبات الحياة وتغيرات أحداثها. ولفهم ذلك بدقة فقد احتوى هذا الفصل محتويين أساسيين أولهما الضغط النفسي بالتطرق إلى تعريفه ونشأة وتطور مفهومه ثم النظريات المفسرة له وكيفية إدراكه مع عرض أنواعه وخصائصه ومصادره وأعراضه و المراحل التي يمر بها، وعلاقته بالمرض وبداء السكري، أما الثاني فكان عن استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية والذي احتوى تعريفا شاملا لها ونشأة وتطور مفهومها مع عرض مراحلها وأنواعها، ودور الشخصية في التعامل مع الضغوط النفسية.

أولاً: الضغط النفسي.

تعد الضغوط في حالتها المعتدلة عنصراً مجدداً للطاقة الإنسانية وبدون الضغوط تصبح الحياة بدون معنى، فالفرد القادر على احتواء المتطلبات والاستمتاع بالاستتارة التي تسببها الضغوط، يجد أن الضغوط مقبولة ومفيدة (تعليق، 2016، ص45)، لكن إذا كان الأمر يعيق حياة الفرد ويسبب له جملة من الأعراض السلبية يصبح الضغط شيئاً سلبياً معرقلاً للحياة ولسعادة الفرد وراحته النفسية.

1. نشأة وتطور مفهوم الضغط النفسي:

يرجع سميث Smith (1993) المعنى الاشتقاقي للمصطلح إلى الأصل اللاتيني فكلمة الضغط (stress) مشتقة من الكلمة اللاتينية "Stictus" وهي تعني الصرامة وهي تدل ضمناً على الشعور بالتوتر وإثارة الضيق والذي يرجع في أصله إلى الفعل stringere والذي يعني يشد Tighten ومعنى هذا إن الضغط يشير إلى مشاعر الضيق والقلق الداخلية التي يتعرض لها الكثيرون في ظروف ما.

حيث استخدم هذا المصطلح في القرن الرابع عشر بطريقة أكثر عمومية ليصف المشقة أو الضيق أو الشدة، وفي القرن السابع عشر استخدم ليصف الشدة والصعوبات الهندسية غير أن العديد من الدعم والتأييد النظري لمفهوم الضغط استمر إلى اليوم متأثراً بعمل المهندس "روبرت هووك Hooke"، وفي أواخر القرن الثامن عشر استخدم مصطلح الضغط معنى القوة force أو الضغط pressure أو التوتر والإجهاد strain أما في القرن العشرين فقد عرفت القواميس الأجنبية الضغط بأنه الضيق أو القوة (عن الفاخري، 2018، ص13).

يعتبر كانون (Cannon W.B.) 1927 من الأوائل الذين درسوا الضغط النفسي حيث طور أول نظرية للضغط النفسي والتي عرفها كرد فعل فسيولوجي مرتبط بالعواطف ويهدف إلى استعادة التوازن، وحسب دراسته يعد الضغط النفسي جزءاً من نظم "الجسم/العقل" الموحد، حيث تكون الإثارة الفسيولوجية والخبرة العاطفية متزامنة، مما يؤدي إلى ظهور نموذج رد فعل سلوكي يسمى "المواجهة أو الهروب" أي أن الجهاز يحضر للثبات ومواجهة الحدث الضاغط أو تجنب والوضعية والفرار.

منذ 1946 جعل "هانز سيللي" الضغط النفسي مفهوماً رئيسياً في الطب وعلم النفس، حينما كان يشير إلى الإجهاد و الضغط و العبء، وقد استعاره علم النفس من الهندسة والعلوم الفيزيائية في بداية

القرن العشرين عند انفصال علم النفس عن الفلسفة و جرى استخدامه في الصحة النفسية و الطب النفسي على يد هذا الطبيب الكندي هانز سيلبي (Selye H.) عندما درس أثر المتغيرات الجسدية و الانفعالية غير السارة الناتجة عن الضغط و الإجهاد و الإحباط، حيث قام على إثرها تأسيس نظريته الخاصة بالضغط النفسي التي وصف فيها سلسلة التفاعلات البيولوجية و الفسيولوجية التي تحدث تحت تأثير عوامل الضغط النفسي المختلفة، حيث تشارك في محور الغدة النخامية - الغدة الكظرية مما يسبب إفراز الكورتيزول في النخاع الكظري المسؤول عن إفراز الأدرينالين، و تفعيل النظام الجهاز العصبي الودي يسبب تفاعلات داخلية متعددة، ثم استنتج سيلبي " أن جميع هذه المظاهر الهرمونية و العصبية هي مؤشرات موضوعية لاستجابة الجسم للضغط النفسي، و بعد إجراء عدة تعديلات على مفهوم الضغط، وفي سنة 1956 أعطى سيلبي إجابة شاملة حول هذا المفهوم هي "التناذر العام للتكيف" « Syndrome général d'adaptation » والذي يمر بثلاثة مراحل هي: مرحلة الإنذار أو الصدمة، مرحلة المقاومة، و مرحلة الإنهاك (Khiati M., 2018, p140).

بعد حصوله على جائزة نوبل سنة (1949) نشر "سيلبي" أفضل معارفه و مؤلفاته في كتابه الشهير "Stress of life" وذلك سنة (1956) والذي يحوي أكبر إسهاماته في الضغط النفسي. (Sing Yong, Tan, 2018, p170-171) ، و بذلك تعد إسهامات سيلبي في مجال الضغط النفسي بمثابة حجر الأساس الذي اعتمد عليه الكثير من العلماء في أبحاثهم، باعتباره رائد المدرسة التي قدمت مفهوم الضغوط إلى الحياة العلمية، و قد أشار إلى أن الجسم حين يتعرض إلى الضواغط أو مثيرات الضغط يستجيب بجهاز منظم من التغيرات الجسمية و الكيميائية التي تعد الفرد للمواجهة.

أكد ريس (Rees, 1976) في هذا الإطار على أن الضغوط تشمل مثيرات في البيئة الداخلية أو الخارجية بهذه الدرجة من الشدة و الدوام، بما يتقل القدرة التكيفية للكائن الحي إلى حده الأقصى، و التي في ظروف معينة يمكن أن تؤدي إلى اختلال السلوك أو عدم التوافق أو الاختلال الوظيفي الذي يؤدي إلى المرض، و يقدر استمرار الضغوط بقدر ما يتبعها من استجابات جسمية و نفسية و صحية. عن (الضريبي، 2010، ص 678)

أشار العالمان فولكمان و لازاروس 1984 على أن الوضعيات الضاغطة يختلف آثارها من فرد لآخر من حيث التأثيرات الانفعالية و الأثر الذي يحدثه الموقف الضاغط على مستوى الشخصية،

ومن هنا تم استخلاص مصطلح "الضغط المدرك" (Bruchon-Schweitzer, 2001, p69) تعتبر أعمال فولكمان ولازاروس من أهم الأعمال والدراسات في مجال الضغط النفسي، والتي ركزت على أساليب مواجهة الضغوط والتعامل معها.

حيث يعتبر عالم النفس الأمريكي "ريتشارد لازاروس" مؤسس نظريات الضغط النفسي الحديث التي تنطلق من الموقع الإنساني الخاص أو المميز في البيئة، إذ اشتركت أعماله مع بعض العلماء الذي برزت أعماله في هذا المجال ومنهم "فولكمان" و "كوهن" (تعليب، 2016، ص57).

بالنظر إلى التطور الذي مر عليه مصطلح الضغط بدءاً من استخدامه في مجال الهندسة والعلوم الأخرى إلى كونه مصطلحاً هاماً في الطب وعلم النفس وعلوم الصحة عامة، فإنه من الجدير بالذكر الإشارة إلى أهمية الأعمال التي قدمها كانون في وصفه للضغط النفسي رد فعل فسيولوجي مرتبط بالمشاعر يهدف إلى استعادة التوازن، في حين قدم سيلبي مجموعة من الأبحاث والدراسات التي هدفت إلى دراسة الآثار البيوكيميائية للضغط النفسي على الفرد وارتفاع هرمون الأدرينالين وتبعاته جراء تعرض الجسم للضغط متأثراً بتخصصه الطبي، لكن أعمال فولكمان ولازاروس قدمت مفهوماً خاصاً للضغط بعلم النفس بعيداً عن الطب والكيمياء البيولوجية.

2. تعريف الضغط النفسي:

لغة: صَغَطَ (صَغَطَهُ) رَحَمَهُ إلى حائط ونحو وبأبْه قطع، وأما الصُّغَطَةُ فهي الشدة والمشقة
أما اصطلاحا: فيعرف الضغوط بأنه مشاكل أو صعوبات يواجهها الإنسان وتعرض طريقه وتوقه
فترة عن الاستمرار وتتطلب منه أن يحاول حلها وإزالتها من طريقه (الفاخري، 2018، ص15، 17).

يعرف الضغط في موسوعة علم النفس والتحليل النفسي بأنه: الضغوط عبارة عن عوامل خارجية
ضاغطة على الفرد سواء بكليته أو على جزء منه وبدرجة توجد لديه إحساسا بالتوتر أو تشويها في
تكامل شخصيته، وحينما تزداد شدة هذه الضغوط فإن ذلك قد يفقد الفرد قدرته على التوازن ويغير نمط
سلوكه عما هو عليه إلى نمط جديد، وللضغوط آثارها على الجهاز البدني والنفسي للفرد، والضغط
النفسي حالة يعانها الفرد حين يواجه بمطلب ملح فوق حدود استطاعته أو حين يقع صراع حاد أو
خطر شديد، كما أن مصادر الضغوط متعددة (غانم، 2009، ص287).

يعرف أيضا بأنه عملية تفاعلية و تحويلية بين الفرد و الوضعية المقيّمة و المدركة على أنها اختراق
للمصادر التي يمكن أن تجعل حياة الفرد في خطر (Bruchon-Schweitzer, 2001, p68).

قدم "هانز سيلبي" مفهوم الضغوط للحياة العلمية و لقد أشار إلى أن الكثير من العوامل البيئية تحول
الجسم عن حالة التوازن مما يحتاج إلى ردود فعل جسمية لاستعادة التوازن، وهذه العوامل تسمى
الضواغط أو مثيرات الضغط، و تتضمن أي شيء يتطلب من الجسم أن يعي استجاباته فالجسم
يستجيب للضغوط بجهاز منظم من التغيرات الجسمية و الكيميائية التي تعد الفرد للمواجهة، وعرفه
بأنه استجابة الجسم غير المحددة لأي طلب للتكيف معه (Khiati, 2018).

أشار "لازاروس" أن مصطلح الضغط مصطلح عام يشير إلى كثير من المشكلات، و أن هذه
المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة، وأكد أن مجال الضغط يشمل مظاهر
فسيولوجية اجتماعية و نفسية، فهم ليس مثيرا أو استجابة بل هو علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة، يؤثر
الفرد في البيئة و يتأثر بها (ماجدة، 2009، ص269).

وفي هذا السياق عرفه لازاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman, 1984) بأنه علاقة خاصة بين الفرد والبيئة والتي يقدرها الفرد على أنها شاقة ومرهقة أو أنها تفوق مصادره للتعامل معها وتعرض صحته للخطر (الفاخري، 2018، ص17)

حسب نيكول كلير (Nicole Clere, 2009) فإن الضغط النفسي يعبر عن حالة رد فعل الكائن الحي الذي يخضع لعمل منبه أو أي ضغط، وغالبا ما يكون رد فعل عصبي أو نفسي لمشاعر غير سارة ومكثفة. يمكن أن يكون مفيدا في بعض الأحيان من خلال حشد جهود وطاقت الفرد (31 p).

حيث يشير مفهوم الضغوط الحياتية في معانيه على أنه شيء من شأنه أن يؤدي إلى استجابة انفعالية مستمرة، وبعبارة أخرى تمثل الأحداث الخارجية بما فيها أحداث العمل أو الصراعات الأسرية و غيرها ضغوطات مثلها في ذلك الأحداث الداخلية أو التغيرات العضوية كالإصابة بالمرض أو الأرق أو غير ذلك، ومصادر الضغوط الخارجية كثيرة مثل الأعباء المالية وضغوط العمل و الضغوط الأسرية بما فيها الصراعات الأسرية (الانفصال، الطلاق، تربية الأطفال... إلخ) كذلك ضعف العلاقات الاجتماعية كالتفاعل مع الآخرين و العزلة الاجتماعية (شليبي، 2011، ص14).

يعتبر "ماير و واتكن" (Mayer et Watkin) بأن مفهوم الضغوط النفسية اصطلاح واسع يصف تحدي الفرد مع البيئة و العوامل الكامنة في الضغط، و التي تقوده لمحاولة التوافق و التكيف مع البيئة، أو محاولة الهروب و الانسحاب لتجنب هذه الضغوط (الضريبي، 2010، ص677).

حسب "شيلي تايلور" فإن الضغط هو خبرة انفعالية سلبية يترافق ظهوره مع حدوث تغيرات بيوكيميائية، وفسولوجية، ومعرفية، وسلوكية يمكن التنبؤ بها، ويمكن أن تؤدي إما إلى تغيير الحدث الضاغط أو إلى التكيف مع آثاره. (شيلي، 2008).

حيث أنه يصعب إيجاد تعريف واحد للضغط النفسي يتفق عليه علماء علم النفس المهتمين بدراسة هذا المفهوم إذ يمكن تعريفه على أنه مجموعة من ردود الأفعال التي تظهر في سلوك الفرد أو في حالته النفسية أو الجسمية نتيجة لتفاعله مع البيئة التي تحتوي مثيرات أو أحداث أو مواقف ضاغطة.

3. النظريات المفسرة للضغط النفسي:

اختلفت النظريات التي اهتمت بدراسة الضغوط طبقا لاختلاف الأطر النظرية التي تبنتها والوحدة التفسيرية التي اتخذت منها أساس لهذا الإطار، كما اختلفت هذه النظريات فيما بينها بناء على ذلك من حيث مسلمات كل منها، ومن النظريات المفسرة للضغط النفسي ما يلي:

3. 1. نظرية هانز سيلبي Hans Selye:

تؤكد هذه النظرية على دور المؤثرات الخارجية في الإصابة بالضغط النفسي، كما أكد سيلبي على دور الضغط النفسي في الأمراض الجسمية، وأحداث الحياة الهامة كالموت أو الطلاق أو الزواج أو التقاعد أو الإصابة بالمرض كمصدر أساسي للضغوط أو الكرب الذي يعاني منه الإنسان، فهو يتحدث عن ثلاثة مراحل للتكيف أو التعامل مع الضغوط وهي التهيؤ ثم المواجهة، فإذا لم تفلح فيصاب الشخص بالإرهاك أو الاستنزاف مما يؤدي إلى الإصابة بالأمراض الجسدية مثل السكري وارتفاع ضغط الدم أو غيره.

يعتبر أن ردود فعل الفرد للأحداث الضاغطة تتبع نمطا متسعا أطلق عليه سيلبي متلازمة أعراض التكيف العام الذي يتكون من ثلاثة مراحل:

-**استجابة الإنذار Alarm Reaction**: وهي تبدأ بوجود صدمة يتعرض لها الفرد وتكون مقاومته فيها منخفضة يتلوها صورة صدمة- مضادة (Shock- Counter) حيث تصبح ميكانيزمات الدفاع الفسيولوجية الداخلية نشطة ويمكن أن تكون زيادة النشاط ملحوظة في هذه المرحلة.

-**مرحلة المقاومة Resistance**: وهي مرحلة التكيف لأقصى درجة، حيث يتمكن الفرد من العودة إلى حالة التوازن، ولكنه إذا أطال أمد بقاء الموقف الضاغط على الفرد فإن ميكانيزمات الدفاع لا تستطيع المواصلة تتوقف ويلي ذلك انتقال الفرد إلى المرحلة الثالثة.

-**مرحلة الإنهاك Exhaustion**: حيث يصبح الفرد عاجزا عن التكيف والاستمرار في المقاومة وهنا تنهار الدفاعات الهرمونية، والتعرض الزائد للضغوط يؤدي إلى تفكك الكائن الحي إلى الدرجة التي قد ينتج عنها الموت (تعليب، 2016، 53-54)

3-2- نظرية الصلابة ومقاومة الضغط لكوباسا ومادي:

ترى صاحبة هذه النظرية (كوباسا Kobasa) أن الأشخاص الذين لديهم قدرة عالية على التحمل هم أقل احتمالاً للتعرض للضغط النفسي، ويتميز هؤلاء الأشخاص بالالتزام (Commitment)، والضبط (Control)، والتحدي (Challenge)، وقد ميزت كوباسا بين مجموعتين ممن يعانون من الضغط:

- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض.
- مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع.

يتميز أفراد (مجموعة الضغط المرتفع ← مرض منخفض) بالانضباط الذاتي ورؤية الحياة كأنها سلسلة من التغيرات المرحب بها وبالانخراط بأشياء وما يحيط بهم، بينما يتميز أفراد (مجموعة الضغط المرتفع ← مرض مرتفع) بالاعترا ب الذاتي وقلة الحيوية وقلة معنى الحياة أو الشعور بمعنى الحياة، ويمكن لمرض السكري بحسب هذه النظرية أن يكون لديهم القدرة على ضبط مستوى السكر في الدم من خلال الالتزام بالإرشادات الطبية، الانضباط بالحمية الغذائية وذلك من خلال الضبط الذاتي. (المرزوقي، 2008، ص73)

3-3- نظرية المواجهة أو الهروب لكانون (Fight or Flight):

يركز كانون على فكرة التوازن (Homeostasis) في تفسيره للضغط النفسي، حيث يرى أن الفرد يعمل على المحافظة على حالة التوازن الداخلي لديه حين تعرضه للضغط وعرف الضغط على أنه مجموعة من المثيرات الفسيولوجية والانفعالية التي تجعل الإنسان يتصرف بطريقة ما من أجل استعادة التوازن، لذلك أي حدث لا يبقى أو يحافظ على التوازن الداخلي للفرد يعتبر مؤثراً ضغطاً، حيث اعتبر أن الضغط مؤثر بيئي، والمقصود بحسب هذه النظرية إذا لم يستطع مريض السكري الحفاظ على استقرار مستوى السكر في الدم فإن الأعراض الجسمية قد تؤثر على صحة المريض، وهذا من شأنه أن يعرض المريض للضغط. (المرزوقي، 2008، ص73)

3-4- نظرية عملية التكيف المتبادل ل لازاروس وفولكمان (Stress a Dynamic Transactional Coping Process):

يعتبر لازاروس العوامل العقلية والمعرفية أكثر أهمية في تفسير الضغوط من الأحداث نفسها، أي أنه ليس المثير وليست الاستجابة اللذان يحددان الضغط، ولكن إدراك الشخص وتفسيراته للموقف النفسي هي التي تحدد الضغط، ولقد أولى لازاروس أهمية كبرى للتقييم الشخصي للموقف وأهمية أقل للاستجابة الانفعالية، وقد اهتم بدراسة المنغصات والمنعشات اليومية، وعرف الضغط النفسي بأنه مصطلح عام يشير إلى الكثير من المشكلات، وأن هذه المشكلات عبارة عن مثيرات ينتج عنها ردود أفعال ضاغطة، وأكد أن مجال الضغط يشتمل على مظاهر فسيولوجية واجتماعية ونفسية ويشتمل على المفاهيم المرتبطة بها ويضيف أن الضغط ليس مثيرا أو استجابة، بل هو علاقة ثنائية بين الفرد والبيئة، فالفرد يؤثر في البيئة ويتأثر بها (المرزوقي، 2008، ص74)، فهو ينظر إلى الضغط النفسي على أنه نوع من التقييم الذهني ورد فعل من جانب الفرد للمواقف الضاغطة، فالفرد عندما يواجه موقفا متعدد الأبعاد يصعب عليه تقييمه فالخطوة الأولى التي يجب القيام بها هي تقييم الحالة، والخطوة الثانية هي اتخاذ القرار.

كذلك ركز "لازاروس" بصورة خاصة في نمودجه على تقييم الشخص للمواقف التي يمر بها في البيئة، وعلى دور الإحباط والصراع والتهديد في إحداث الضغوط وهو يركز على ثلاثة تقديرات مختلفة هي:

3 . 4 . 1. التقييم الأولي (المبدئي) Primary appraisal: والذي من خلاله يتم تفسير الحدث على أنه إيجابي لطيف أو على أنه حدث ضاغط، وقد يكون التقدير الأولي سلبيا وضاغطا بسبب ضررا أو تهديدا أو تحديا يفوق إمكانات الفرد، وعادة ما يصاحب التقدير السلبي انفعالات سلبية أيضا كالغضب والخوف والاستياء.

يتأثر التقدير الأولي بنوعين من العوامل هما: العوامل الشخصية والعوامل الموقفية، أما العوامل الشخصية فتشمل المعتقدات والالتزامات في حين أن العوامل الموقفية تشمل طبيعة الضغط أو التهديد.

3. 4. 2. التقييم الثانوي Secondary Appraisal: وهو يشير إلى أساليب مواجهة الموقف الضاغط، حيث الحكم على ماذا أستطيع أن أفعل اتجاه الخسارة الصغيرة أو المكسب الكبير (الموقف الضاغط)؟ والإجابة على هذا السؤال تتعلق بتحكم الفرد في قدراته التي سيواجه بها الموقف الضاغط. كما تشمل الإمكانيات النفسية معتقدات الفرد التي يمكن الاستناد عليها في الإبقاء على الأمل، ومهارات حل المشكلات، وتقدير الذات والروح المعنوية، في حين أن الإمكانيات المادية تشير إلى الأشياء الملموسة كالمال والأدوات والتجهيزات.

3. 4. 3. عملية إعادة التقييم Reappraisal: وتشير إلى تكرار عمليات التقييم ومعادلتها بالإمكانيات المتاحة من الفرد، ويشمل التغيير الذي يحدث عدة أشكال: التقييم المختلف للحدث بصورة أفضل، وشكل الاستجابات، وطرق المواجهة، وإعادة التقييم عبارة عن عملية تغذية راجعة تأخذ شكلين:

الأول: يشمل معلومات جديدة واستبصارا جديدا عن علاقة الفرد بالبيئة.

الثاني: ويشمل إعادة التقييم المبني على العمليات الدفاعية ويكون الهدف منه خفض الضيق، وبدلا من أن يكون التقييم متضمنا فقدان الضرر أو التهديد كما كان في التقييم الأولي أصبح في عملية إعادة التقييم غير مهدد، وبالتالي أدى إلى خفض الضيق والتوتر خاصة عمليات الاستبصار للحدث المهدد، ففي هذه المرحلة يتم ممارسة استجابة المواجهة الفعلية للموقف الضاغط ورغم أن هذه العملية ثلاثية المراحل تعد دائرية، إلا أنها تختلف من فرد لآخر طبقا لخصائص كل منهم ومتطلبات المواقف الضاغطة وما يتوفر له من مساعدات.

ويتضح من خلال النموذج السابق ما يلي:

1- إن الضغوط في هذا النموذج هي عملية يكون فيها الفرد إيجابيا في مواجهة الضغوط، وذلك تبعا لما يقوم به من التقييم الأولي والثانوي ثم إعادة التقييم ومدى نجاحه في ذلك.

2- إن هذا النموذج من النماذج الإجرائية (التفاعلية) بين الفرد والبيئة المحيطة به من أجل إيجاد أساليب لمواجهة الضغوط.

3-يبين أيضا هذا النموذج دور الإدراك المعرفي في تقدير الموقف إذا كان ضاعطا أم لا، ويكون ذلك ناتجا عن خبرات الشخص السابقة وسماته الشخصية وتقديره لذاته والموارد والمصادر المتاحة له لمواجهة الضغط، وذلك يوضح لنا لماذا يختلف الأفراد في الاستجابة للضغوط بالرغم من أن الموقف الضاغط واحد (تعيلب، 2016، ص59-62).

3. 5. نظرية "موراي Murray": يميز موراي بين نوعين من الضغوط هما:

أ- **ضغط ألفا Alpha stress**: وتشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي (وجود مادي).

ب- **ضغط بيتا Beta stress**: ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية والشخصية كما يدركها الفرد (وجود دال).

يشير موراي إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع أو كما يظهرها البحث الموضوعي، ويوضح موراي أن سلوك الفرد يرتبط غالبا بالنوع الأول ويؤكد على أن الفرد بخبرته يصل إلى ربط موضوعات معينة بحاجة بعينها ويطلق على هذا المفهوم تكامل الحاجة (Need intergrate) أما عندما يحدث التفاعل بين الموقف الحافز والحاجة النشطة، وإذا كان العلماء الآخرون قد اقتصروا على التفسير النظري لموضوع الضغط فإن موراي قد أضاف إلى ذلك قائمة للضغط اشتملت على :

ضغط نقض التأثير الأسري - ضغط الأخطار والكوارث - ضغط النقص والضياع - ضغط العدوان - ضغط النبذ وعدم الاهتمام والاحتقار - ضغط الانتماء والصداقة - ضغط الجنس - ضغط العطف من الآخر - ضغط العطف على الآخرين - ضغط الخداع والمراوغة - ضغط الخصوم والأقران المتنافسين - ضغط السيطرة والقهر والمنع. (تعيلب، 2016، ص45)

4. إدراك الضغط النفسي:

أشار فولكمان و لازاروس 1984 في أبحاثهما إلى مصطلح الضغط المدرك و على اختلاف آثار الوضعيات الضاغطة من شخص لآخر وذلك من خلال التأثيرات الانفعالية وما يتركه الموقف الضاغط من معنى على المستوى الشخصي (Bruchon-Schweitzer, 2001, p69)، ومن هنا ندرك أن إدراك الأفراد للموقف الضاغط يحدد شعور الفرد اتجاهه و كذا استجابته.

نبه "لازاروس" إلى دور الإدراك المعرفي في تقدير الموقف إذا كان ضاغطاً أم لا، ويكون ذلك ناتجاً عن خبرات الشخص السابقة وسماته الشخصية وتقديره لذاته والموارد والمصادر المتاحة له لمواجهة الضغط، وهذا ما يوضح اختلاف استجابة الأفراد للضغوط بالرغم من أن الموقف الضاغط واحد، وذلك من خلال التقييم الأولي الذي وضعه لازاروس لتفسير الفرد للحدث على أنه إيجابي لطيف أو على أنه حدث ضاغط (تعيلب، 2016، ص62)، وهذا ما حدده ريس (Rees 1976) أيضاً في مقاله حول "الضغط والمعاناة والمرض" (Stress, distress and disease)، فإن اعتبار حدث أو مثير ما ضاغطاً يعتمد على الإدراك المعرفي للموقف على أنه ضاغطاً مهدداً للفرد أم لا. بحيث أن القلق وتراكم المواقف التي يشعر فيها بالانضغاط تؤثر على توافق الفرد، ويمكن أن يكون ذلك مشروطاً بالخبرات المبكرة وبالطريقة التي يدرك بها الفرد التهديد المصاحب للمثيرات أو الموقف، فالمعالم الموضوعية للأحداث تتأثر ببعض التفسيرات الذاتية للناس وهذا يحدد في النهاية التأثيرات النفسية للأحداث (عبد المعطي، 2006).

يركز معظم الباحثين من الناحية المبدئية على الأحداث الضاغطة، ويطلقون عليها: مسببات الضغط (Stressors)، التي ساعدت دراستها على تحديد بعض الظروف التي يمكن أن تحدث الضغوط أكثر من غيرها، ولكن التركيز على الأحداث المسببة للضغط لا يقدم تفسيراً وافياً لخبرة الضغط، حيث أن نفس الحدث قد يكون سبباً للضغط بالنسبة لبعض الأفراد ولكنها لا تكون كذلك بالنسبة لغيرهم، فقد يرى أحد الأشخاص أن فقدان الوظيفة يشكل مصدر ضغط شديد بالنسبة له في حين يرى أحد آخر ذلك فرصة ليحرب العمل في حقل جديد ويعد الأمر مصدر تحد بالنسبة له وليس مصدراً للتهديد.

فإن كيفية إدراك الفرد للموقف الذي يمكن أن يكون ضاغطا يلعب دورا مهما في تقرير ما إذا كان سيعده مصدر ضغط أم لا (شيلي، 2008).

كما يرى العديد من الباحثين أن الضغوط النفسية أمر لا بد منه في حياة الأفراد، و قد تكون ضرورية في بعض الأحيان لتكون دافعا لأداء الأعمال و القيام بالمهام المختلفة، غير أن الضغوط النفسية المفرطة قد تكون أكبر من القدرة على تحملها، ما يؤدي إلى عدم القدرة على مواجهتها ما يؤثر على الحالة النفسية و سلوكيات الأفراد (العبد، 2013، ص12).

انطلاقا من هنا جاء التمييز بين نوعين متعاكسين لإدراك الضغط حيث ميز العلماء بين الضغط الإيجابي والضغط السلبي، فالضغط الإيجابي يستند على الحث من أجل تحسين الأداء عامة لمواجهة المشكلات اليومية التي تواجهنا، كما أن الضغوط الإيجابية تزودنا بمشاعر من الإثارة وتشحن القوة الفاعلة لدى الإنسان سواء كانت قوة بدنية أو نفسية تجعله أكثر قدرة على المنافسة و التحدي ومثال ذلك ما يطرأ على الحياة من تغيرات و تحولات كبيرة، أما الضغط السلبي فيمثل أهم مساراته عدم تحمل صعوبة ما ربما تفوق قوة التحدي عند الفرد، و الذي إذا لم ينظر إلى كونه ضغط سلبي قابل لتكوين تأثيره على النفس فهناك احتمال كبير أن ينتقل ذلك التأثير إلى الجسد ليمرضه، كما أن الضغوط السلبية تحدث عندما يشعر الفرد بالإرهاق وعدم التوازن تحت ظروف ضاغطة و مستمرة ومن ثم يفقد التركيز فيشعر بالوحدة و القلق و الحزن وعدم القدرة على التعامل الصحيح مع تلك الظروف الضاغطة وقد القدرة على حل المشاكل اليومية العادية، ومن أمثلة هذه الظروف فقد شخص عزيز أو اضطراب عائلي أو مالي أو حدوث مشاكل صحية للشخص أو لأحد أفراد أسرته. (شيلي، 2011، ص16)

اقترح "هورويتز Horowitz" (1976) في هذا الصدد "نموذج إدراك الضغط" الذي يوضح من خلاله كيفية وصول الأفراد إلى التفسيرات الذاتية للأحداث وذلك على أساس قواعد تنظيم المعلومات، حيث افترض "هورويتز" بأن الناس يندفعون بشدة بالحاجة إلى تخفيض التعارض أو التناقض بين المعلومات الجديدة التي تأتي من المصادر الخارجية والمعلومات القديمة فيما يتعلق بأنفسهم وبالبيئة التي يعيشون فيها، وهو ما يسميه "بالميل المعرفي للاكتمال" الذي يهدف إلى استيعاب الحدث في البناء المعرفي بالطريقة التي يخزن بها في النهاية تقدير الذات، السيطرة، وجهة النظر عن العالم بأنه خطير أو معتدل، ولكي يحدث ذلك فإن المعلومات عن كل من الأحداث والتمثيلات الموجودة تكون

ذات عملية متكررة، و أن إعادة التفسير حتى الوصول إلى تعارضات قد تم حلها، وبصفة أساسية فإن التأثير النفسي للأحداث الضاغطة يمكن أن يعتمد على درجة الاكتمال المعرفي وطبيعة المتمثلات التي تصبح مستوعبة في البناء المعرفي، كما قد أشار إلى أن هذه الوظائف عمليات ذات ردود فعل متكاملة وتحدث مستقلة عن الجهود السلوكية للتعامل مع الحدث، حيث يمكن للناس تقييم الحدث سلبي أو إيجابي حسب هوية الذات لديهم ومهارات التعامل مع الضغوط وإدارتها ووجهة النظر نحو العالم (عبد المعطي، 2006، ص56-57).

انطلاقاً مما سبق فإن طريقة إدراك الشخص للضغط يتحكم في استجابته نحو المواقف الضاغطة وحتى مواقف الحياة اليومية، حيث أن الإدراك الإيجابي للموقف الضاغط يجعل الإنسان يتصرف بشكل فعال مع المواقف و يحاول حل المشاكل اليومية وتجاوز الظروف الضاغطة، و ذلك لكونه يشحن الفرد بالطاقة النفسية و الجسدية ويعزز رغبته في حل مشاكله و الانتصار على الضغوط، أم الإدراك السلبي للضغط فيرهق الفرد ما يجعله غير قادر على التغلب على الضغوط أو حتى التفاعل مع الحياة اليومية ما قد يؤدي به إلى الإصابة بالمرض أو زيادة خطورته.

5. أنواع الضغط النفسي: يعتبر بعض العلماء أنه يمكن تصنيف الضغط النفسي إلى نوعين وهما:

- **الضغط النفسي الحاد (Acute Stress):** هو عبارة عن حالة يظهر فيها الضغط النفسي بسرعة ولكنه حاد وشديد، وغالبا ما تكون المثيرات الضاغطة مفاجئة ومؤقتة، مثل إصابة خطيرة أو تهديد بالموت، يرافقه مشاعر خوف ورعب شديد (Jacquet-Fournier C., 2012, p25).

- **الضغط النفسي المزمن (Chronic Stress):** الضغط النفسي المزمن لا يظهر بشكل حاد وواضح، ولكنه يستمر لمدة زمنية طويلة (أسابيع، أو أشهر، أو سنوات)، حيث تكون مصادر الضغوط أو المثيرات الضاغطة مزمنة ومستمرة في حياة الفرد، مثل خلافات مستمرة مع العائلة أو خلافات بين الزوجين، أو العمل مع مدير لا يطاق أو العيش مع شريك مزعج، أو العيش بمكان غير مريح، وهذا النوع من الضغط النفسي يسبب الأمراض والاضطرابات العديدة (المرزوقي، 2008، ص75-76).

أيضا من أنواع الضغوط:

- **الضغط النفسي الإيجابي:** هو عبارة عن التغيرات والتحديات التي تفيد نمو الفرد وتطوره (كالتفكير مثلا)، وهذا النوع من الضغط يحسن من الأداء العام ويساعد على زيادة الثقة بالنفس.

- **الضغط النفسي السلبي:** أو الضيق فهو عبارة عن الضغوطات التي يواجهها الفرد في العائلة أو العمل أو في العلاقات الاجتماعية، وتؤثر هذه الضغوطات سلبا على الحالة الجسدية والنفسية، وتؤدي إلى عوارض مرتبطة بالضغط النفسي كالصداع وآلام المعدة والظهر والتشنجات العضلية والإرهاق وعسر الهضم والأرق وارتفاع ضغط الدم والسكري (عبيد، 2008، 25).

حيث يمثل الضغط السلبي في أهم مساراته عدم تحمل صعوبة ما ربما تفوق قوة التحدي عند الفرد المعين، والذي إذا لم ينظر إلى كونه (ضغط سلبي) قابل لتكوين تأثيره على النفس، فهناك احتمال كبير بن ينقل ذلك التأثير إلى الجسد ليمرضه، ويشترط في الضغوط السلبية أن تكون مؤثرة على توازن الفرد مع كيانه الشخصي وبيئته أن يتوفر فيها بعدين أساسيين هما:

1- الاستمرارية النسبية في مسبباتها ونتائجها.

2- ضعف التكوين الشخصي لتحمل آثار تلك الضغوط.

والضغوط غالبا ما تصاحبها مواقف أو أحداث يصعب التعامل معها ولكنها ليست بدرجة واحدة بل تختلف في حدتها باختلاف مسبباتها وعوامل حدوثها. (شليبي، 2011، ص16-17).

كما نجد أن "موراي" (Murray) قد ميز بين أنواع مختلفة من الضغوط النفسية هي:

أ- **ضغط ألفا Alpha stress:** ويشير إلى خصائص الموضوعات البيئية كما توجد في الواقع

ب- **ضغط بيتا Beta stress:** ويشير إلى دلالة الموضوعات البيئية كما يدركها الفرد. (تعليق، 2016، 67).

يميز "سيلي Selye" بين نوعين للضغوط وهما كالتالي:

- **الضغط السلبي أو المزعج (Distress)** أو استجابة الأسى أو الانضغاط والألم والاستجابة لأحداث سلبية، فالضغوط بمثابة إنذار فسيولوجي للأحداث السلبية التي يستجيب لها الجسم كنوع من المقاومة، ولقد سلم "سيلي" بأن الضغوط النفسية (الصدام أو التضارب الانفعالي والحزن والأسى) يمكن أن تكون هامة ومماثلة للضغوط الجسمية كالتعرض للحرارة المرتفعة أو المنخفضة أو الكيماويات السامة والضوضاء... إلخ، فكلها ضغوط تتطلب استجابة الجسم لها، والاستجابة إما بالمقاومة أو الهروب والتي غالبا ما تكون زيادة التحرك نحو اتجاه يذهب إليه، فهذا النوع من الضغط يزيد من حجم المتطلبات على الفرد مثل فقدان عمل أو شخص عزيز.

- **الضغط الحسن** أو الجيد (Eustress) وهو النوع الثاني للضغوط عند سيلي والذي قد يكون له تأثيرا إيجابيا، إذ يعتبر الاستجابة لأحداث إيجابية وذات مشاعر طيبة حتى وإن كانت تتطلب من الجسم أن ينتج طاقة قصيرة المدى تحت على العمل والإدراك ما يؤدي إلى إعادة التكيف مع الذات والبيئة. حيث لم يعتبر سيلي أن كل الضغوط سيئة ومضرة أو متجنبة إذ أنها تفرض على الفرد التزامات جديدة قد لا يستطيع التوافق معها (الفاخري، 2018، ص27-28).

أوردت في هذا السياق " (2012) Célia Jacquet-Fournier إضافة إلى الضغط الجيد والضغط الحسن، والضغط الحاد والضغط المزمن، فقد أضافت الضغط ما بعد الصدمة والضغط المهني كأشكال أخرى للضغوط، وهما كالتالي:

- **الضغط ما بعد الصدمة:** وهو الضغط الناتج عن معاشة الكوارث والحوادث والأحداث الصدمية المفاجئة والجرائم التي قد يتعرض لها الإنسان ويكون ماليا للصدمة التي تتسبب بها تلك الحوادث ويعتبر من أخطر أنواع الضغط، فعندما يصبح الفرد ضحية لحدث ما يسبب ضغطا شديدا فإن الأعراض المترتبة على المرور بخبرة الضغط هذه تستمر لفترة طويلة بعد انتهاء الحدث، إذ تتضمن آثار ما بعد التعرض للحدث الضاغطة الاستثارة الفسيولوجية والتشتت و آثار سلبية جانبية أخرى تستمر لساعات بعد انتهاء الحدث المسبب للضغط، وفي حال التعرض لصدمة كبيرة فإن هذه الآثار تستمر وتتكرر لشهور عدة أو حتى لسنوات.

- **الضغط في مكان العمل:** إذ يمكن أن يكون الضغط المهني أحد مصادر الضغط التي يمكن الوقاية منها مما يتيح الفرصة للتدخل وإمكانية إعادة تصميم الأعمال وتنفيذ إجراءات التدخل اللازمة للتعامل مع الضغوط المهنية الناتجة عن أعباء العمل أو المخاطر الجسدية أو غموض الدور وصراع الدور وغيرها مما يسبب للعامل التعب والإرهاق والتوتر الناتج عن الضغط النفسي مما قد يقلل من إنتاجية العامل أو جودة أعماله. (Jacquet-Fournier, 2012, p 24-33)

6. مراحل الضغوط النفسية:

مرحلة رد فعل الأخطار: التي تسببها عوامل الضغوط حيث يقوم الجهاز العصبي السمبثاوي و الغدد الأدرينالينية بتعبئة أجهه الدفاع في الجسم إذ يزداد إنتاج الطاقة إلى أقصاه لمواجهة الحالة الطارئة ومقاومة الضغوط وإذا ما استمر الضغط والتوتر انتقل الجسم إلى مرحلة المقاومة: فعندما يتعرض الكائن للضغوط يبدأ بالمقاومة وجسمه يكون في حالة تيقظ تام، وهنا يقل أداء الأجهزة المسؤولة عن النمو وعند الوقاية من العدوى تحت هذه الظروف وبالتالي سيكون الجسم في حالة إعياء وقد يتعرض لضغوط من نوع آخر هي الأمراض و إذا استمرت الضغوط الأولى وظهرت ضغوط أخرى انتقل إلى مرحلة الإعياء: فجسم الإنسان لا يمكنه الاستمرار بالمقاومة إلى ما لا نهاية، إذ تبدأ علامات الإعياء بالظهور تدريجيا وبعد أن يقل إنتاج الطاقة في الجهاز العصبي السمبثاوي يتولى الأمور فتتباطأ أنشطة الجسم وقد تتوقف تماما، وإذا ما استمرت الضغوط يصبح من الصعوبة التكيف معها لتؤدي إلى اضطرابات نفسية مثل الاكتئاب أو أمراض جسدية تصل إلى حد الموت (شليبي، 2011، ص24).

حيث تعد الضغوط مثيرات لابد أن يستجيب لها الإنسان استجابات مختلفة تبعا لخصائصه من جهة وطبيعة تلك الضغوط وشدتها من جهة أخرى، حيث تأخذ الاستجابة للضغوط عدة أشكال هي: أ- استجابات إرادية: وهي تلك التي يعيها الفرد، ويشعر إزاء وقوعها برد فعل مثل استجابته بتخفيف ملابسه عند الإحساس بارتفاع درجة الحرارة أو ارتداء ملابس أخرى عند الإحساس بالبرد.

ب- استجابات لاإرادية: وهي ردود فعل بعض أجهزة الجسم التي يصعب التحكم بها مثل الارتجاف عند التعرض لموقف لا يستطيع التحكم فيه، أو التعرق بسبب الخجل ويمكن تقسيم الاستجابة إلى:

- عضوية: مثل التنبيهات الهرمونية وإفرازات بعض الغدد وفعاليات الجهاز السمبثاوي المسؤول عن امن الجسم تلقائيا من حيث السيطرة على جميع أجهزته الحيوية اللاإرادية مثل الجهاز الدوري والتنفسي وجهاز الغدد والجلد الذي يعمل وقت تعرض الجسم للخطر (ضغط خارجي أو داخلي) وهو يعلن ما يشبه حالة الطوارئ وذلك بتجهيز طاقاته ووضعها في أعلى درجات الاستعداد، وكذلك الجهاز الباراسمبثاوي، حيث العمل بالاتجاه المعاكس للسمبثاوي بإبطاء أو كف عمل بعض أجهزة الجسم.

- نفسية: كافة الاستجابات التي يتحكم بها أو لا يتحكم بها الفرد في الموقف المحدد، وهي التي تمثل العمليات العقلية مثل التفكير بمعطيات الضغط ومسبباته، وكذلك تقييم الضغط الموجود ثم الوصول إلى معرفة الضغوط دون القيام بفعل ما.

- سلوكية: وهي الاستجابات التي يلجأ إليها الفرد تحت وطأة الضغوط، تلك الاستجابات التي يمكن ملاحظتها.

حيث أن الاستجابة للضغوط لا تقتصر على الكائن البشري، بل إنها موجودة عند الحيوانات أيضا، لذا فإن أي ضغوط يتعرض لها الإنسان لا تؤثر على أجهزة الجسم كلها بل على قسم منها، إذ قد يتأثر أحدها بشدة بينما لا يكاد يتأثر الآخر أبدا. (العبد، 2013، ص 18-20).

7. أعراض الضغط النفسي:

تختلف أعراض الضغط النفسي باختلاف الوضعيات الضاغطة ومدى استمراره، فنجد في بعض الحالات أن التجربة القصيرة المدى أو الموجزة قد تكون شديدة الوقع وذات آثار مدمرة ووخيمة مثل تلك التي قد تخلفها وضعيات الضغط المستمرة وتكون الأحداث المفاجئة والغير متوقعة ذات تأثير كبير على الشخص. (ويلكسون، 2013)

كما نجد أن التعرض للضغوط أمر حتمي لكل الأفراد في الحياة المعاصرة لذلك نجدهم يختلفون من خلال ما يجهدون عليه سواء بمفردهم أو بمساعدات تنظيمه للتغلب على آثار الضغط ومن هنا يمكن أن تظهر ثلاثة نواحي لأعراض الضغط النفسي وهي كما يلي:

7. 1. الأعراض الفسيولوجية (الجسدية): إن هذه الأعراض تظهر في التغيرات في أنماط الحياة الفسيولوجية للفرد إذ تظهر الأعراض التالية على جسد المريض في حال تعرضه للضغط النفسي:

-صداع، ألم عضلي، ألم في الصدر، تعب، أرق.

-كز الأسنان، شد الفكين

-خفقان القلب، ارتفاع ضغط الدم.

-فقدان الشهية أو زيادتها، عسر الهضم، إمساك، إسهال، مرض متكرر.

-زيادة التعرق، برودة وتعرق في اليدين. (السيد عبيد، 2008، ص 34-35)

7. 2. الأعراض النفسية: من الممكن أن يؤدي الضغط النفسي إلى أعراض نفسية تلعب دورا رئيسيا في حياة الإنسان منها:

- الشعور بالقلق والتوتر، الفوضى والارتباك.
- الشعور بالحزن والاكتئاب، والرغبة في البكاء.
- ضعف الذاكرة، ضعف التركيز وصعوبة اتخاذ القرارات.
- شرود الذهن واختلاط في التفكير.
- الانحراف عن الوضع السوي.
- فقدان الدافعية، والشعور بالعجز، شعور بغياب الهدف.
- شعور بفقدان الأمل، وانعدام القيمة.
- شعور بخطر أو موت مدهمين، شعور بعدم الأمان.
- اندفاعية أو بلادة، الغضب، فرط الحساسية .
- تشويش العمليات المعرفية، انخفاض في كل الوظائف المعرفية العليا.(السيد عبيد، 2008، ص 34-35)

7. 3. الأعراض السلوكية: تظهر أعراض الضغط النفسي على الفرد في السلوكات التي يقوم بها، كما يمكن الإشارة بأنه توجد استجابة تسبق الاستجابة السلوكية وهي الاستجابة الفكرية الوجدانية التي قد تزيد من احتمال ظهور الأعراض السلوكية ومن شدتها، ومن علامات وأعراض الضغط النفسي السلوكية ما يلي:

- فرط الأكل ونقص الشهية.
- انعدام الصبر، الميل إلى الجدل.
- الانعزال والابتعاد عن الأصدقاء.

- تغير في العلاقات العائلية أو الحميمة.
- تجنب المسؤولية وآثارها، وأداء سيء في العمل، و المماطلة.
- عناية سيئة بالصحة، والتدخين بكثرة.
- العدوان والاستثارة دون مبرر كاف، و عدم القدرة على الاسترخاء، و التنفيس الانفعالي الحاد.
- صرامة الرأي والانحياز.

إن الاستجابة السلوكية تظهر عندما يتجاوز الضغط النفسي المستويات العادية أو المؤقتة في ردود أفعال سلوكية عديدة تشمل التوتر إضافة إلى آثار عضوية تكون مباشرة للضغط النفسي، كما يمكن أن نجد هذه الأعراض ظاهرة عند البعض كما قد لا تظهر عند الآخرين إضافة إلى ذلك فقد نجد شخص يعاني الألم أسفل الظهر، ونادرا ما يعاني من ألم الرأس والعكس صحيح (السيد عبيد، 2008)

8. علاقة الضغط النفسي بالمرض:

بدأ التفكير في العلاقة بين الضغط النفسي والإصابة بالأمراض الجسدية من خلال نموذج الأحداث الضاغطة الكبرى الذي ظهر على يد العالمان هولمز وراه (1967) عندما حاولا اختبار الفكرة التي مؤداها أن الضغوط الكبرى مرتبطة بزيادة معدل الأمراض، إذ يرى العالمان أن كلا من الضغوط السيئة والضغوط الحسنة تتطلب جهودا لإعادة التوافق ومن ثم مطالب ملحمة وأعباء الجسد، حيث توصلنا إلى نتيجة هامة مؤداها أن الأفراد الذين كانت لديهم أحداث حياة بها أزمات كبرى خلال الشهر الستة الأخيرة كانوا أكثر احتمالا للإصابة بالأمراض الجسدية عن الذين كانت لديهم مستويات منخفضة من الضغوط (تعليب، 2016، ص67).

تعتبر الإصابة أو المرض أحد أهم المصادر التي تسبب للفرد ضغط نفسي مرتفع جدا، فتعرض الفرد أو احد أفراد عائلته للإصابة بأحد الأمراض يسبب له الشعور بالضغط النفسي مما قد يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية للفرد، وذلك سببه أن الضغط النفسي يحدث مجموعة كبيرة من التغيرات في الهرمونات التي تسيطر على المحور الوطائي النخامي الكظري (ويلكنسون، 2013).

يترافق الضغط النفسي مع أي مرض آخر، غير أن الأمراض الأكثر شيوعا هي: أمراض القلب والشرابين، السرطان، السكري، التهاب المفاصل، القرحة في المعدة، الربو، وأوجاع الرأس والظهر. (العبد، 2013، ص11) حيث يؤثر الضغط على الأقل على أربعة من أجهزة الجسم وهي: الجهاز السمبثاوي المنشط لنخاع الأدرينالينية، والجهاز النخامي المنشط لقشرة الأدرينالية، والجهاز العصبي الهضمي، وجهاز المناعة.

حيث يتقرر حدوث المرض بمقدار الأثر الذي يحدثه الضغط في هذه الأجهزة، كما أن الضغط قد يسبب تغيرات فسيولوجية وسيكولوجية تقضي إلى المرض، ومن العوامل التي تنذر بحدوث الأمراض (Precursors): التعب والأوجاع التي تتطور بعده. ومع ذلك فليس بالضرورة أن يمرض جميع الأفراد الذين يتعرضون للضغط، وهذا يرجع إلى عدة عوامل تقرر إصابة الفرد بالمرض من عدمها أهمها الضعف المبدئي الجسمي أو النفسي الموجود أساسا لدى الفرد، إذ يؤدي الضغط إلى مرض الأفراد الذين يعانون أساسا من الضعف.

يؤثر الضغط أيضا بشكل غير مباشر عي الإصابة بالمرض عن طريق تغيير أنماط سلوك الفرد ولاسيما الصحية منها، حيث وجد الباحثان "كوهين ووليامسون (Cohen S.& Williamson, 1988) هذا النمط من العلاقات في دراستهما حول الضغط والسلوكيات الصحية، إذ أن مقدار التغيير الذي يمكن أن يحدث في العادات الصحية نتيجة التعرض للضغط يمكن أن يؤدي إلى الإصابة بالأمراض. وبذلك يمكن أن يكون للضغط تأثير مباشر على الإصابة بالأمراض ومع ذلك تظل هناك فروق فردية يتقرر في ضوئها ما إذا كان التعرض للضغط سيؤدي إلى الإصابة بالأمراض أم إلى تمكنه من التعامل معه (شيلي، 2008) .

8.1. علاقة الضغط النفسي بداء السكري:

تصنف الإصابة بمرض مزمن ضمن أهم الأسباب التي تسبب ضغوطا طويلة المدى لدى الأفراد حيث يستمر تأثير هذا النوع من الضغوط لفترة طويلة (العبد، 2013، ص40)، كما أظهرت الكثير من الدراسات الطبية المعاصرة أن هناك نوع من الارتباط بين الضغط النفسي والعديد من الأمراض والتي من بينها مرض السكري، وأن عملية الشفاء تتأثر بالضغط النفسي.

تعتبر الإصابة بمرض السكري من العوامل المسببة للضغط النفسي لدى المرضى لعدة أسباب منها كون داء السكري مرض مزمن ودائم مفروض على المريض، وعادة ما تكون الأعراض موجودة ومقلقة، كما يفرض المرض على المريض تغيير نمط حياته وتعديل أسلوب عيشه حسب ما ينصح به الطبيب المختص، وبالإضافة إلى الأعراض الجانبية التي يخلفها الدواء على جسم المريض هناك المضاعفات الخطيرة التي تسبب الإحباط للمريض، حيث يمكن أن يكون للمرض تأثيرا على الصورة الذاتية والثقة بالنفس للمريض، الذي قد يكون عرضة للتحيز وسوء المعاملة من طرف الآخرين بسبب المرض.

إضافة إلى ذلك فإن المواقف العصبية الخاصة بمرض السكري أو حتى الصراعات النفسية غير المرتبطة تماما بالمرض تؤثر على توازن نسبة السكر في الدم لدى مرضى السكري، إذ يمكن أن يؤثر الضغط النفسي على مرض السكري بطريقتين هما:

أولاً: يمكن أن يؤثر الضغط النفسي على السيطرة على مرض السكري من خلال التأثير المفرط لهرمونات التوتر، خلال المواقف العصبية يتفاعل الجسم عن طريق إفرازها هرمونات التوتر وهي: الكاتيكولامينات (الأدرينالين والنورادرينالين) والكورتيزول والجلوكاجون وهرمون النمو. هرمونات التوتر هذه لها تأثير في التسبب في ارتفاع نسبة السكر في الدم من أجل تزويد الجسم بالطاقة اللازمة للسماح له بالتصرف جسديا (الفرار أو القتال).

ثانياً: يمكن أن يؤثر الضغط النفسي أيضا سلبا على السيطرة على مرض السكري من خلال استراتيجيات أو سلوكيات التكيف مع الضغط، وبالمثل يمكن أن يؤثر الضغط الشديد أيضا سلبا على دافع المريض المصاب بالسكري للمشاركة في علاجهم وبالتالي تحسين التحكم في نسبة السكر في الدم لديهم (Janelle Alain. 2018).

أثبتت في هذا السياق دراسة روبينسون وآخرون (2018) Robinson et al أن التحديات المرتبطة بتشخيص مرض السكري (التكيف مع المرض، والالتزام بالعلاج، والقضايا النفسية والاجتماعية) التي يواجهها مرضى السكري تزيد من مستوى الضغط النفسي لديهم، هذا بالإضافة إلى أن الضغوط النفسية تؤدي إلى خلل وظيفي مزمن وفراط نشاط المحور الوطائي - النخامي - الكظري، والذي يحفز إفراز الكورتيزول مما يؤدي أيضا إلى مقاومة الأنسولين.

لذا فإن الانتباه لقضايا الصحة الذهنية والتحكم بحالة الضغوط والتوتر التي نمر بها في النهاية أمر أساسي للمحافظة على صحة أجسادنا فضلا عن النفسية منها (عبيد، 2008)، فالأمراض المزمنة تعد من بين أهم العوامل التي تزيد في نوبات القلق والتوتر والإجهاد وتتأثر بها، فإن تعرض المريض لنوبات الجهاد أو حتى للضغوط النفسية يزيد من ارتفاع السكر في الدم مع صعوبة ضبط مستوياته والتحكم فيه بالرغم من تناول الدواء وأخذ جرعات الأنسولين أو حتى إتباع حمية غذائية صحية.

حيث يتعرض المريض إلى ضغوطات الحياة اليومية و المواقف الضاغطة إضافة إلى الضغط النفسي الذي يسببه الإصابة بالمرض المزمن والخوف من أضراره وآثاره على الجسم التي قد تصل إلى بتر الأطراف، حيث تؤثر الإصابة بداء السكري على الجانب النفسي للفرد فتزيد من شدة الضغوط النفسية التي يشعر بها الفرد على حياته الاجتماعية بحيث يميل إلى العزلة و قلة العلاقات الاجتماعية.

ثانيا: استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية.

يسبب الضيق النفسي والجسمي المرافق للضغط النفسي شعور مزعج وغير مريح، يدفع الناس للقيام "بأشياء أو سلوكيات" معينة من أجل خفضه والتخلص منه ليتمكنوا من الاستمرار في حياتهم بصفة عادية وأكثر سلاسة محاولين بذلك اتباع أساليب عديدة تبعد عنهم الخطر والتهديد في سبيل استعادة توازنهم، وهذه الأشياء والسلوكيات هي ما نقصده بمفهوم "التعامل Coping"، إذ يرتبط هذا الأخير بالضغط النفسي ارتباطا وثيقا حاز به على اهتمام العديد من العلماء والباحثين خاصة المهتمين منهم بدراسة الضغط النفسي.

1. نشأة وتطور مفهوم استراتيجيات التعامل "Coping":

تاريخيا يرجع مفهوم التعامل إلى ميكانيزمات الدفاع الذي طوره التحليليون في نهاية القرن التاسع عشر، إضافة إلى مفهوم التكيف الذي تطور في اتحاده مع البيولوجيا والإيثولوجيا وعلم النفس الحيوان في المنظور التطوري لداروين وكان ذلك خلال النصف الثاني من القرن التاسع عشر (Bruchon-Schweitzer M., 2001, p69).

وقد أشار لازاروس أن دراسة مورفي (Murphy 1992) تعد من بين الدراسات الأولى التي استخدمت مصطلح التعامل أو لمواجهة للإشارة إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد أمام المواقف المهدة بهدف السيطرة عليها (Lazarus, 1991, p14) واستخدم بعدها مصطلح التعامل في

دراسات الضغط للإشارة إلى الاستجابات الإيجابية نحو الضغوط، وقد انتقل اهتمام العديد من الباحثين في الثمانينات من دراسة مفهوم هذا المصطلح إلى دراسة خصائصه واستجاباته (Coping process)، من بينها أعمال لازاروس وفولكمان (1984-1987) Lazarus & Folkman التي حددت نوعين من الاستراتيجيات بوصفهما مفاهيم مركزية في إدارة الضغوط هما استراتيجيات التعامل المركزة على المشكلة والاستراتيجيات المركزة على الانفعال (ساعد، 2019، ص141)

2. تعريف استراتيجيات التعامل:

حضي مفهوم التعامل على اهتمام الكثير من الباحثين، بداية من أصل الكلمة الانجليزية "Coping" المأخوذة من الفعل to cope with (Johannes Gutenberg, 2002, p6) التي ترجمت لمعان مختلفة هي: "التعامل مع الشيء، المجابهة، المواجهة، المقاومة، كما ارتبطت في بداياتها الأولى بمصطلح Adaptation عند كثير من الباحثين منهم لازاروس وفولكمان (-BRUCHON SCHWEITZER, 2001,p70) لذا اقترحت لها عدة ترجمات منها: التكيف أو التوافق، استراتيجيات التكيف، الميكانيزمات الدفاعية، استراتيجيات المواجهة، أو استراتيجيات التعامل. وهذا بالرجوع إلى مختلف المصادر والمراجع النظرية المختلفة التي تناولت هذا المصطلح باختلاف ترجماته المتعددة التي يخدم كل منها توجهها نظريا معينا، هذا في حين أصبح الأكثر شيوعا واستخداما هو المواجهة والتعامل.

رجوعا إلى التحديد الذي وضعه لازاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman, 1984) نجد أن الكثير من الترجمات العربية لا تعكس المعنى الحقيقي لنفس المفهوم الذي قصده الباحثان. ويعتبر إيجاد تعريفا واحدا شاملا لاستراتيجيات التعامل شيئا مستحيلا لذا سنعرض فيما يلي بعض التعاريف لمختلف الباحثين قصد الإلمام بالمفهوم:

يعرف "ماثيني" وآخرون (Matheny, 1986) التعامل Coping بأنها أي جهد صحي أو غير صحي، شعوري أو لاشعوري لمنع أو تقليل أو إضعاف الضغوط، أو المساعدة على تحمل تأثيراتها وبأقل طريقة مؤلمة (عبد المعطي، 2006، ص 97).

يعرفها "شوبل" (schwebel) بأنها استراتيجيات تساعد الفرد في الحصول على التوازن في الحياة اليومية الضاغطة .

ويعرفها أتواتر (Atwater) أنها أساليب يقوم بها الفرد تجاه المثيرات التي تفقده توازنه و تجاوز قدرته على التوافق (الضريبي، 2010، ص676).

كما يعرف "لازاروس و فولكمان" (Lazarus et Folkman, 1984, p141) التعامل بأنه: "جهود معرفية وسلوكية متغيرة باستمرار، تهدف إلى تدبر متطلبات داخلية و/أو خارجية محددة، تقيم على أنها عبء على الشخص أو تفوق إمكانياته" (Bruchon-Schweitzer, 2001, p70).

وأشار "عبد المعطي" إلى التعريف الأول الذي وضعه لازاروس وفولكمان (Lazarus et Folkman, 1980) لاستراتيجيات التعامل على أنها: "الجهود الثابتة المعرفية السلوكية لتغيير أو التعامل مع المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي تفوق قدرات الفرد لفهم المطالب وتقليلها أو جعلها أكثر احتمالاً"، أي محاولة إدارة المواقف الضاغطة ببعض الطرق الفعالة، وهي ليست فعل واحد ولكنها عملية تسمح لنا أن نتعامل مع ضغوط متنوعة، وفي ضوء التعريفات السابقة يمكن استنباط العناصر التالية:

أ- أن الناس لا يستخدمون دائماً استراتيجيات ملائمة أو صحية، فربما ينكرون الحقائق لدرجة أنهم يشوهون الواقع.

ب- أن الفرد ربما لا يكون واعياً أو مدركاً للطريقة التي يستخدمها كي تصبح هذه الطريقة إستراتيجية ثابتة للمواجهة.

ج- أن استراتيجيات المواجهة لا تزيل الضغوط تماماً ولكنها تعمل على منع تفاقمها، فهي تستهدف إضعاف أو تخفيف الضواغط وتأثيراتها الجسمية أو الانفعالية حتى لو تضمن ذلك بعض التكاليف (عبد المعطي، 2006، ص99).

يعتبر ستويتو (Stopto 1991) بأن التعامل يتضمن تلك الاستجابات التي يظهرها الفرد لمواجهة المواقف الضاغطة، قد تكون ذات طبيعة معرفية أو وجدانية (كتحويل موقف خطر لفرصة ذات نفع شخصي)، وقد تضع أشكالاً للسلوك المباشر مثل مواجهة المشكل أو اتخاذ سلوك تجنب (Paulhan et al., 1994, p293).

ذهبت "إيزابال بولهان" (Isabelle Paulhan) في هذا السياق خلال عرضها لمفهوم ال Coping إلى التعريف الذي قدمه "ري" وآخرون (Ray et al., 1982) حيث اعتبروا أن الفرد لا يستطيع أن يعتاد على ما هو مبني للمجهول وما سيحدث له بل يحاول مواجهته، باعتبارها طريقة التأقلم مع الظروف المختلفة، فالحديث عن استراتيجيات التعامل يكون من أجل وصف طريقة تحكمه في المواقف الصعبة، يعني من جهة وجود مشكلة واقعية أو وهمية، ومن جهة أخرى تبني استجابة لمواجهة الحدث الضاغط" (Bruchon-Schweitzer M. et Dantzer R., 1994, p100).

وهي تتضمن أي شيء يتطلب من الجسم أن يعي استجاباته فالجسم يستجيب للضغوط بجهاز منظم من التغيرات الجسمية و الكيمائية التي تعد الفرد للمواجهة (شلبي، 2011، ص11)

فمفهوم التعامل هو عملية يحاول الفرد من خلالها أن يتدبر أو يتحكم (Manage) بالتناقض المدرك بين متطلبات الموقف ومصادره الشخصية أثناء تقييمه للموقف الضاغط، وتشير كلمة تدبر إلى أن جهود التعامل يمكن أن تكون مختلفة ولا تعود بالضرورة إلى حل المشكلة. (الشيخ وقاسم، 2015، ص 266).

انطلاقاً من التعاريف السابقة يمكن أن نعبر عن إستراتيجيات التعامل بأنها سيرورات معرفية وسلوكية يستخدمها الفرد في إدارة متطلبات الحياة الناجمة عن تفاعله مع البيئة (تفاعل الثنائية فرد – بيئة)، والتعامل مع المواقف المهددة لسلامته والتي يدركها الفرد على أنها ضاغطة مع الاستجابة للضغوط الداخلية والخارجية والعمل على تقليص آثارها على صحته وتوازنه النفسي والجسمي والاجتماعي.

3. مراحل التعامل:

عملية التعامل ليست حادثة مفردة وحيدة ولكنها تتضمن عدد من الطرق أو "صفقات المعاملة" (transactions) مع البيئة، وبذلك فإنها تمثل عملية من سلسلة خطوات أو مراحل كما يقول لازاروس وفولكمان :

يرجع التقييم وإعادة التقييم للتناقض أو الفجوة بين الشخص وبيئته، تتم باستمرار وبدون انقطاع، وينتج التحول من جهود التعامل الموجهة لتعديل البيئة، أو التعامل مع مصادر الشخص، بحيث يحدث تعديل في معنى الموقف أو الحدث أو زيادة في التناقض، وقد ينتج التحول عن البيئة التي تكون مستقلة عن الشخص وعن أنشطته للتعامل، وبغض النظر عن ذلك فإن أي تحول في العلاقة بين البيئة والشخص ستقود إلى إعادة تقييم ما حدث ومغزاه وما يمكن أن يحصل.

حيث أن إعادة التقييم هذه ستؤثر على طرق التعامل اللاحقة التي سيتبعها الفرد ويبدو من هذا النص أن الشخص أثناء محاولته التعامل مع التناقض الحاصل بين مصادره وإمكاناته الذاتية وبين متطلبات بيئته (باعتبار التناقض موقفاً ضاغطاً) فإنه يسعى باستمرار لإعادة تقييم الموقف مما يحدث

تعديلا في النظر لمتطلبات الموقف أو لكشف مصادر شخصية جديدة، وفي جميع الحالات قد تقود إعادة التقييم هذه إلى طريقة مناسبة للتعامل مع الموقف الضاغط وخفض تأثيراته.

يمكن التعامل مع التهديد الذي ينتج عن مرض خطير أن يدفع الشخص إلى بذل جهود للتعامل والتدبر بحيث تعدل من نمط حياته، أو أن يتلقى مزيد من التشجيع أو العلاقات الاجتماعية الأفضل مع الطبيب أو أفراد الأسرة، فمثل أساليب التعامل بالبحث عن مصادر مواجهة (كالدعم الأسري مثلا) قد تتيح له خفض التهديد الناتج عن الموقف الضاغط، وذلك على العكس من الشخص الذي يتجاهل المشكلة الذي سيؤدي تجاهله لها إلى مزيد من التهديد والخطر على صحته وعلى علاقاته بالآخرين، إن كل تحول أو تنقل باتجاه أو آخر سيتأثر بطريقة التعامل التي يتبعها الشخص وسينعكس ذلك على طرق التعامل المقبلة أيضا، من هنا يكون التأثير والتأثر متبادل بين طرق التعامل والموقف الضاغط. (الشيخ وقاسم، 2015، ص267-268)

4. أنواع استراتيجيات التعامل : في البحث عن أنماط ومهارات التعامل واستراتيجياتها التي يتبعها الناس لتعديل المشكلة أو لتنظيم الاستجابة الانفعالية والتحكم بها حين يواجهون موقف يسبب ضغط نفسي، نجد أن هناك عدد من مهارات التعامل واستراتيجياتها التي يسود استعمالها بين الناس وقد وضع لازاروس وزملاؤه قائمة بهذه المهارات بعضها يركز على المشكلة وبعضها الآخر يركز على الانفعال، هذه المهارات والاستراتيجيات هي:

1. حل المشكلة Problem-solving: وهي مهارة بالتركيز على المشكلة، وتشمل هذه المهارة أو الإستراتيجية على تحليل الموقف بهدف الوصول إلى الحل، ثم تنفيذ هذا الحل بطريقة صحيحة.

2. التعامل عن طريق المواجهة Confrontive coping : وهي مهارة بالتركيز على المشكلة، القيام بفعل تأكيدي غالبا ما يتضمن على الغضب وذلك من أجل تغيير الموقف.

3. البحث عن مساندة ودعم اجتماعي: ويكمن أن يكون تركيز على المشكلة أو على الانفعال، فحين يسعى الشخص إلى طلب الدعم المعلوماتي كأن يطلب المريض معلومات إضافية من الممرضات والأصدقاء عن المختصين بالمشفى (دعم بالتركيز على المشكلة)، أما حين يطلب دعما انفعاليا من أفراد الأسرة والأصدقاء بهدف تخفيف القلق والكآبة لديه، فإنه يعتمد طريقة التركيز على الانفعال (دعم بالتركيز على الانفعال).

4. الهروب والتجنب أو الانسحاب Escape-avoidance: وهو تعامل بالتركيز على الانفعال، التفكير التأملي حول الموقف أو القيام بعمل ما من أجل التهرب من الموقف والانسحاب منه، فقد ينشغل المريض في المشفى بأحلام اليقظة والتخيل بحيث يبتعد عن المشكلة، أو يتجنب معها عن طريق كثرة النوم أو الإفراط في تناول الكحول.

5. التحكم الذاتي Self-control: وهي تعامل بالتركيز على الانفعال، وهي محاولة الشخص أن يعدل من مشاعره أو أفعاله حيل الموقف الضاغط، فقد يخفي الشخص مشاعره من أجل منع حالته الانفعالية من الظهور للآخرين أثناء تفاعله معهم.

6. تقبل المسؤولية وتحملها Acceptingresponsibility: وهو تعامل بالتركيز على المشكلة، وهي تقدير أدوار الآخرين في مشكلته، بحيث يثمن الفرد ما قام به الآخرون من ادوار في محنته، ولكنه في نفس الوقت يضع الأمور في نصابها ويتحمل مسؤولياته في بعض التصرفات، كأن يقوم المريض بتعليم نفسه وقراءة الكثير عن المرض الذي يعاني منه بحيث يحسن من استجابته للمعالجة وبالتالي تساعد في تحسين صحته مستقبلا.

7. إعادة التقييم الإيجابي Positive reappraisal: وهو تعامل بالتركيز على الانفعال، وهي محاولة الشخص أن يوجد معاني جيدة إيجابية للمشكلة وأن يستفيد من هذه الخبرة بما يساعد في نموه الشخصي، وأحيانا من وجهة نظر دينية، فالمريض بالمستشفى ربما يصبح رجلا قويا أو أحسن حالا بسبب هذه الخبرة ولأنه شعر بأن هذا الموقف قد طور من شخصيته وتعلم منه الكثير.

يمكن للشخص أن يطبق عددا من المهارات والاستراتيجيات في الوقت نفسه حين يمر بأزمة أو موقف ضاغط، كما أن مهارات التعامل المركزة حول الانفعال ذات أهمية كبيرة لأنها تتداخل مع الكثير من السلوكيات التي يسعى الفرد من خلالها إلى التفريغ الانفعالي كمحاولة منه للتخلص من الضغوط وهو سلوك تعامل انسحابي تجنبى، في حين يكون التعامل مع الموقف الضاغط بالتركيز على المشكلة أو الموقف الضاغط سلوك تعامل إقدامى تركيزي يركز فيه الفرد على مواجهة المشكلة ومحاولة إيجاد حلول عقلانية لها . (الشيخ وقاسم، 2015، ص272-275)

عند تعرض الفرد لحالة من الضغط والتوتر يلجأ إلى استخدام أسلوب أو أساليب عدة للتخلص من هذه الحالة المؤلمة، حيث يستخدم إما أساليب مباشرة تقوم على أساس إدراك واقعي لطبيعة العوامل

المؤثرة في الموقف وتعامل مباشرة مع مكوناته ويكون ذلك تبعاً للطرق السابقة الذكر أعلاه، أو لا يستطيع الفرد استخدام هذه الأساليب المباشرة في مواجهة هذه المواقف فيلجأ إلى أساليب غير مباشرة، تلك الأساليب التي يحاول (الأنا) عن طريقها حماية نفسه من مواجهة القوى التي تتصارع مع مثله الفرد من قيم واتجاهات اجتماعية، ويطلق على هذه الأساليب غير المباشرة آليات الدفاع الأولية. حيث يقصد بالطرق غير المباشرة أساليب الدفاع الأولية أو ميكانيزمات الدفاع، والتي قد تنجح في القضاء على الإحباط والقلق لفترة وجيزة ومع استمرار شدة المشكلة تظهر هذه الأخيرة في شكل مض نفسي. (السيد عبيد، 2008، ص203-204)

5. تصنيف إستراتيجيات التعامل:

اهتم العديد من الباحثين بدراسة الأساليب المستعملة من طرف الأفراد في تعاملهم مع البيئة المحيطة بهم ومختلف المواقف الضاغطة والمشكلات التي تواجههم في حياتهم، وقد أسفرت تلك الدراسات عن وجود تنوع كبير في إستراتيجيات التعامل المستعملة من طرف الأفراد منها ما هي فردية ومنها ما هي فردية وأخرى بين-فردية أي أنها مرتبطة بالعلاقة بين الأفراد (Paulhan&al, 1994,p293)، والتي يرجع تعدد تصنيفاتها إلى اختلاف وجهات النظر للعلماء الذين أثروا الأساس النظري المؤطر لها بمختلف الدراسات التي أرجحت هذا الاختلاف إلى تنوع مصادر الضغوط النفسية وكذا الفروق الفردية وتنوع واختلاف البيئة للأفراد التي تقيّم طبيعة الحدث أو الموقف، ومن بين أهم تلك التصنيفات ما يلي:

-تصنيف موس وبيلينج (Moss& Billings 1981): وقد حددا فيه ثلاثة أنواع من الاستراتيجيات هي:

❖ الاستراتيجيات السلوكية الفعالة (Active Behavioral stratégies): تشمل مختلف المحاولات والمجهودات السلوكية الظاهرة للتعامل مع المشكل مباشرة.

❖ الاستراتيجيات المعرفية الفعالة (Active Cognitive Stratégies): وتتمثل في المجهودات المعرفية الموجهة لتقدير الموقف أو الحدث بأنه ضاغط.

❖ الاستراتيجيات التجنبية (Avoidance Stratégies): وتضم المجهودات والمحاولات التي يقوم بها الفرد لتجنب وتقادي مواجهة المشكل، أو محاولة مواجهة المشكل بصورة غير مباشرة وتقليص التوتر من خلال بعض السلوكيات كالأكل والتدخين بإفراط (Holahan & Moos,1987,p: 946).

-تصنيف فلتشر وسول (Fletcher & Suls (1985): توصلت أعمالهما إلى تصنيفين أساسيين هما:

❖ **المواجهة التجنبية (Avoidance coping):** هي إستراتيجية سلبية واستسلامية مثل التجنب والتهرب، والنفي والتقبل الطوعي.

❖ **المواجهة اليقظة (Awakening coping):** وهي إستراتيجيات نشطة منها البحث عن المعلومات، ومخططات حل المشكل والدعم الاجتماعي. (Paulhan et al, 1994, p294)

-تصنيف كوهن (Cohen (1994): قدم Cohen مجموعة من أنواع الإستراتيجيات المعرفية للتعامل مع الضغوط النفسية وهي:

❖ **التفكير العقلاني:** ويعني به التفكير المنطقي في مصدر القلق والدوافع المرتبطة بالضغوط.

❖ **التخيل:** وهي إستراتيجية تتعلق بالتفكير في المستقبل، وما يمكن حدوثه لاحقا.

❖ **الإنكار:** وهو ميكانيزم ينكر من خلاله الفرد الضغوط وكل مصادر القلق بأساليب معرفية.

❖ **حل المشكلة:** وفيها يبتكر الفرد أفكار جديدة للتعامل مع المشكلة.

❖ **الفكاهة:** يلجأ الفرد من خلالها لروح الدعابة والمرح والسرور للتعامل مع المواقف الضاغطة وفي هذا السياق تستخدم الانفعالات الإيجابية أثناء المواجهة.

❖ **اللجوء إلى الدين:** حيث يعود الفرد إلى الدين كمصدر للدعم الروحي والانفعالي لمواجهة الأحداث الضاغطة ولتغلب عليها والإيمان بقضاء الله وقدره. (خرخاش، 2017، ص66)

- تصنيف لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman (1984): قدم كل من لازاروس وفولكمان

تصورا لأساليب التعامل مع الضغوط النفسية التي يقيّمها الفرد على أنها مهددة لسلامته عبر مراحل التقدير المعرفي للمواقف والذي يمر عبر ثلاثة مراحل هي التقدير الأولي و التقدير الثانوي وإعادة التقييم للموقف الضاغط، وبالتالي يتطلب الأمر إستراتيجيات خاصة للتعامل مع الضغوط النفسية والتقليل من حدتها، والتي سنتناولها بشيء من التفصيل فيما يلي:

5.1. إستراتيجية التعامل المتمركزة حول المشكل (Problem-focused coping):

يعمل هذا النوع من الاستراتيجيات على تعديل الوضعية وتغيير مباشر لأسباب الضغط من خلال المواجهة والتخطيط، الذي يحدث عند تقييم الفرد لإمكانية التحكم في الموقف خلال تفاعله مع المحيط، مما يسمح له بالتعرف على المشكل ومختلف الحلول الممكنة تجاهه ومن ثم اختيار أحدها

(Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. T. 1996. P226). أي أنها محاولة من الفرد لتغيير الأسباب المباشرة للوضعية التي يعيشها ما يؤدي إلى تعديل الحالة الانفعالية المرتبطة بها. “وهي حسب لازاروس (1993) Lazarus محاولة أيضا للسيطرة بشكل مباشر على الموقف الضاغط عن طريق استعمال الفرد مصادره الذاتية في حل المشكل ومواجهته مباشرة، واتخاذ الإجراءات التي تخفف من تأثير الأحداث الضاغطة بما يتناسب مع صحة الفرد النفسية والسلوكية، أي تعديل العلاقة المضطربة بين الفرد والمحيط” ، كما اعتبر لازاروس وفولكمان أن هذا النوع من الإستراتيجية موجه نحو تحديد المشكل وإيجاد حلول بديلة ودراسة فعالية وعواقب هذه الحلول الجديدة، تم اختيار واحدة منها وتطبيقها، لذلك فهي تعمل مباشرة على تغيير المشكلة، كما تؤدي بدورها على تغيير الحالة الانفعالية بصفة غير مباشرة (خرخاش، 2016، 67)، هذه الإستراتيجية تتمثل في مجهودات التفاعل النشط مع المشكل وتتكون من أساليب أو إستراتيجية حل المشكل، والبحث عن السند الاجتماعي الموضحة فيما يلي:

5.1.1. إستراتيجية حل المشكل: حسب لازاروس وفولكمان (1988) Lazarus et Folkman فإن هذا النوع من الاستراتيجيات يشير إلى مجهودات مدروسة تركز على المشكل بهدف تغيير الوضعية، إذ يصاحبها تناول تحليلي لحل المشكل (p: 11)، إذ يحاول الفرد مضاعفة جهوده لوضع مخططات عمل وتصرف لإيجاد الحل الأفضل وتطبيقه وتقبل نتائجه. ويمكن القول أن حل المشكلات هو عملية يحاول من خلالها الشخص أن يخرج من مأزق أو موقف ضاغط، وهو نوع من السلوك المحكوم بقواعد يستحضر فيها الأشخاص معرفتهم السابقة (الشناوي والسيد، 1998، ص229). وبذلك يمكن اعتبار إستراتيجية حل المشكل بأنها عمليات معرفية سلوكية تترجمها محاولات الفرد الجادة في تقييم الوضعية والبحث عن الحلول المناسبة أو استراتيجيات يواجه بها الفرد مشكلات الحياة ويتمكن من التعامل معها وتقبله لنتائجها.

5.1.2. البحث عن السند الاجتماعي: إن المساندة الاجتماعية هي الإمكانية الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق، ويتزود الفرد بالدعم الاجتماعي من خلال شبكة علاقاته الاجتماعية التي تضم كل الأشخاص الذين لهم اتصال اجتماعي به، وضم في الغالب الأسرة والأصدقاء وزملاء العمل (خرخاش، 2017، ص 68)

يعتبر هال Hale (1996) أن الدعم الاجتماعي هو أحد أشكال التعامل التي تهدف إلى تنظيم الاستجابات العاطفية، فهو الجهد الذي يقوم به الناس للحصول على المساندة الاجتماعية للتخفيف من الوضع الضاغط وآثاره، فالبحت عن دعم اجتماعي يلعب دورا في التخفيف من الضغط النفسي عن طريق التواصل الاجتماعي الجيد والعلاقات الاجتماعية المرنة الحميمة.

أضاف كوهن Cohen (1997) في نفس السياق أن الفرد لن يرى الحدث ضارا أو ضاعطا إذا اعتقد أن شبكته الاجتماعية سوف تساعده لمواجهة هذا الحدث، ويتم الدعم والمساندة الاجتماعية عموما بثلاث طرق هي: دعم اجتماعي مادي (وسيلي)، ويتمثل في المساعدات المادية والقروض، وذلك عندما تتعلق المشكلة الضاغطة بالمال أو السكن كالتسريح المفاجئ من العمل، ودعم معلوماتي، ويتضمن إعطاء النصائح والآراء حول كيفية التعامل مع الحدث، ويتم أحيانا عن طريق إعطاء النصائح والآراء حول كيفية التعامل مع الحدث، ويتم أحيانا عن طريق إعطاء الآخرين نتائج خبراتهم في المواقف المتشابهة لموقف الفرد، أو تزويد الفرد بالمعلومات الهامة التي يتوقع أن تساعده على التعامل مع المشكلة، ودعم عاطفي، ويقصد به التعاطف الذي يحصل عليه الفرد تجاه مشكلته من أفراد أسرته أصدقائه أو زملاء العمل، حيث يسهم هذا التعاطف ومشاركة الألم في التخفيف من الإحساس بالقلق أو الحزن. وقد كشفت الدراسات أن الدعم الوجداني أو التعاطف من الآخرين يلطف بشكل هام درجة رد فعل الفرد تجاه الضغط النفسي قلا عن (شريف، 2002، ص70-71).

5.2. إستراتيجية التعامل المتمركزة حول الانفعال (Emotion-Focused Coping):

يعتمد التعامل في هذه الحالة على الجهود التي يبذلها الفرد لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة، أي التنظيم الانفعالي المركز على التعامل مع الخوف، والغضب أو الشعور بالذنب، وتتضمن لإستراتيجيات التي تركز على الانفعال مواجهة سلوكية وانفعالية و مواجهة معرفية انفعالية (شريف، 2002، ص68). يحتوي هذا النوع من الإستراتيجيات على مجموعة من الأساليب هي:

5.2.1. إستراتيجية التجنب:

تشير هذه الإستراتيجية حسب فولكمان ولازاروس (1988) Folkman & Lazarus إلى التفكير الخيالي والمجهودات السلوكية للتهرب من المشاكل أو تجنبها. وتتضمن هذه الأساليب إستراتيجيات تجنب المواقف الضاغطة، فيتخل الفرد نفسه في عالم أفضل أو مكان آخر ويتمنى إمكانية تغيير ما يحدث وانتهاء الوضعية الضاغطة سريعا، ويتضمن إستراتيجية التهرب من خلال النوم، الأكل، تناول الكحول والأدوية، وإدمان المخدرات، فالتجنب أو التهرب تسمح من الخروج من التفاعل الضاغط دون تغييره عن (Graziani et al., 1988, p 105).

5. 2. 2. إستراتيجية إعادة التقويم الإيجابي: تشير هذه الإستراتيجية إلى المجهودات المعرفية التي يبذلها الفرد في محاولة منه لتغيير المعنى الذاتي للتجربة وذلك من خلال إعادة تقييم الوضعية الضاغطة والاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث وإعطائه معنى إيجابي (Graziani et al, 1998, p106).
5. 2. 3. إستراتيجية اتهام الذات: تتضمن هذه الإستراتيجية الوعي بالمسؤولية الشخصية في المشكلة، ومحاولات الفرد للاستدراك (Graziani et al, 1998, p106)، أي أنها اعتراف الفرد بدوره في المشكلة وما يصاحب ذلك من محاولات من طرفه لجعل الأشياء صحيحة (Lazarus, et Folkman, 1988).

رغم اختلاف التسميات وكثرة التصنيفات التي جعلت الإطار النظري لمصطلح إستراتيجيات التعامل ثريا من حيث الكم الهائل للدراسات المختلفة إلا أنها في جوهرها تشترك في هدف واحد حيث أن الإستراتيجيات التي تهدف إلى حل المشكل أو التفكير العقلاني يسعى الفرد من خلالها إلى حل الصراع والتخلص من الضغط المدرك والتقليل من الخطر المهدد لسلامته، وذلك يكون بالتركيز على الموقف الضاغط أو المشكل بحد ذاته ومحاولة البحث عن حلول أو السند الاجتماعي للتخلص من الضغط، في حين أن الإستراتيجيات التي تركز حول الانفعال فيهدف الفرد من خلالها إلى تجنب الصراع أو الموقف الضاغط بدلا من الخوض فيه ومحاولة إيجاده للحلول رغبة منه في تخفيض التوتر والانفعال وحدة الضغط من أجل استعادة سلامته النفسية وتوازنه الذي فقده بسبب المشكل

6. موارد إستراتيجيات التعامل Coping resources:

يقصد بها تلك المهارات التي يمتلكها الفرد وتلعب دورا إيجابيا في المواقف الضاغطة المتعددة، وعادة ما تنقسم إلى موارد داخلية و موارد خارجية، "وقد أدى الاختلاف الذي عرفه مفهومي الضغط النفسي والتعامل إلى اختلافات في تحديد طبيعة العوامل المؤثرة في نوع التعامل المستخدم بين من يركز على أثر العوامل الشخصية مثل كوباسا (1979) Kobassa وهان (1977) Haan وآخرون

اهتموا بدور الموقف الضاغط منهم شولر وبييرلين (Schooler & Pearlin (1978)، فيما عمد اتجاه ثالث إلى بحث أثر التقدير المعرفي في تحديد التعامل: لزاروس وفولكمان (1984، Lazarus & Folkman (1985)، ماكري (1984) Mc Crae لكن هذا الاختلاف لم يمنع من التأكيد على الدور المتكامل لهذه العوامل، فموارد التعامل تمثل تلك الخصائص المستقرة نسبياً للفرد والبيئة (Moos et al., 1982)، والتي ترتبط بما هو متاح للأفراد عندما يعملون على تطوير قدراتهم على المواجهة (Holahan et al., 1996 : 27)، حيث يشير سرور (2003) أن الاستراتيجيات لا تعتبر تنظيمات فردية ثابتة بل إنها سمات نوعية يختارها الفرد للتعامل مع المواقف الضاغطة وفقاً لتقييمه الذاتي لمصدر الضغط وحجمه والوسائل المادية والاجتماعية والشخصية المتاحة، وهو ما يجعل تلك على ارتباط وثيق بالصحة النفسية والجسدية فيما بعد سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة وذلك من خلال استجاباتهم التكيفية" نقلاً عن (ساعد، 2019، ص165).

حيث تصنف موارد التعامل إلى قسمين: داخلية وخارجية، حيث تشير الموارد الخارجية للجوانب الاجتماعية والمادية كشبكة العلاقات الاجتماعية (نوعية وحجم مجموعات الدعم)، الموارد المالية ومستوى المعيشة وتوفر الوقت وتوفر الأحداث الإيجابية وغياب الضغوط الحياتية الأخرى (شيلي، 2008، ص370).

أما الموارد الداخلية فتشير إلى بعض الخصائص الشخصية، أي السمات التي تساعد على التنبؤ بتكيف الفرد النفسي والاجتماعي أمام ووضعية ضاغطة وتشمل حسب مارتن وليفن: التحكم الذاتي، الصلابة النفسية تقدير الذات الإيجابي، زيادة الطاقة، الكفاية الذاتية، التماسك، التفاؤل، مهارات حل المشكلات وكذا مهارات التعامل مع الآخرين، وفي المقابل ينظر إلى بعض العوامل الشخصية على أنها تقلص الموارد الشخصية، إذ وجد أنها ترتبط مع النتائج النفسية والاجتماعية الأكثر فقراً وتشمل مشاعر اليأس والتشاؤم وانخفاض مفهوم الذات (ساعد، 2019، ص166).

7. دور سمات الشخصية في التعامل مع الضغوط النفسية:

تعتبر الشخصية من أهم الموضوعات التي اهتم بها العلماء في دراستهم لمختلف المتغيرات التي تتحكم في سلوكيات الأفراد وردود أفعالهم خاصة مع الأحداث الضاغطة التي تفرضها الحياة على الأفراد أثناء أدائهم لمهامهم وحياتهم بصفة عامة، والتي قد تسبب لهم ضغوط نفسية يتوجب عليهم التعامل معها

حيث اعتبر كوستا وآخرون (Costa et al, 1996) أن استراتيجيات التعامل ليست خاصة إنما هي استراتيجيات عامة، لأنها لا تحدد أي شخصية ثابتة للفرد أي أن العديد من الشخصيات يمكن أن تستعمل نفس الإستراتيجية للتعامل مع الضغط النفسي، كما اعتبر كوستا وزملاؤه أن نفس الفرد يمكن أن يستعمل عدة طرق للتعامل مع الضغوط، كما أن الفرد يمكن يغير من طرق تعامله مع الضغوط الحياتية وذلك حسب خصائص شخصيته ومتغيرات المحيط أو الموافق، هذا ما يكون "أنماط التعامل Style de Coping" خاصة بكل فرد، وفي هذا السياق أكد "كوهن وآخرون (1983) Cohen et al., أنه في الواقع ليس هناك نموذج موضوعي للأحداث التي تؤثر في الفرد، لكن طريقة تأويله وترجمته وتقييمه للحدث هو ما يؤثر به. وهذا الاتجاه يجعل من التعامل عملية تكيف مع الأحداث بالنسبة للفرد (Bruchon-Schweitzer M., 2001, p72).

تؤكد "شيلي تايلور" (2008) في هذا الصدد أن الشخصية التي يحملها كل فرد تؤثر في مواجهة الحدث الضاغط، وفي كيفية تعامله مع ذلك الحدث، حيث يزيد البعض من حدة المواقف الضاغطة في حين يساعد البعض الآخر في التخفيف من حدة تلك المواقف، إذ تميل بعض الشخصيات إلى إدراك الأحداث الضاغطة على أنها في غاية الضغط ما يزيد من مقدار المعاناة التي يتعرضون لها وكذا الأعراض الجسمية وعلى معدلات إصابتهم بالأمراض، ويعود ذلك إلى الوجدانية السلبية التي تتسم بها شخصيتهم والتي تتسم بعدة مظاهر مميزة لها مثل المزاج السيئ، القلق، الكآبة، والعدوانية.

وعلى النقيض من ذلك توصل الباحثون أيضا إلى أن الكثير من الانفعالات الإيجابية تظهر أثناء الضغوط المزمنة، فالبعض يواجهها بالانبساط ويتخذ منها نقطة انطلاق لإعادة بناء الذات وتنمية مهارات جديدة للوصول إلى أعلى درجة من إبراز السمات الإيجابية للشخصية التي تتمتع بالتقاؤل والصلابة النفسية، بهدف تحسين نوعية الحياة وتعامل الفعال مع أحداث الحياة الضاغطة وزيادة أنماط السلوك الاجتماعي السوي الذي يجعل للحياة معنى وقيمة، والتخفيف من الآثار السلبية للأعراض المرضية التي تفقد الحياة معناها وتقلل من قيمتها وتزيد من احتمال الإصابة بالأمراض وخطورة أعراضها (شيلي، 2008، ص 416-420)

وهذا ما أكده لازاروس و زملائه حين أعطوا الأهمية لسمات الشخصية في التأثير على إدراك الضغط وطرق التعامل واختلافها بين الأفراد الذي يكون حسب سمات الشخصية والمتغيرات المحيطة

التي تشمل الموقف أو الحال الذي يكون فيه الفرد وما يترتب عنه مسؤوليات والتزامات للتعامل مع ذلك الحدث والأحداث الحياتية الأخرى (Bruchon-Schweitzer M., 2001).

كما أكد لازاروس وفولكمان أن الشخصية ليست كفيلة لوحدها أن تنبئ بالطريقة التي يتعامل بها الفرد مع الضغط، وعليه فمن الأجدى عدم الاهتمام فقط بمن هو الفرد وإنما كذلك بما يفعل، فمفهوم التعامل يمكن من الاهتمام بإمكانيات الشخص (الموارد) وبأنماط السلوكية الفعلية (الاستجابة) الموظفة في مختلف الظروف الضاغطة (بوصوار، 2018، ص 56)، ومنه فإن سمات الشخصية لا تعبر بالشكل الكامل عن كيفية تعامل الشخص مع الضغوط النفسية التي يتعرض لها، بل تعد طرقاً عامة في الاستجابة عبر المواقف الضاغطة.

حيث أجرى كوستا وماكري (1988) دراسة حول العلاقة بين العصابية والانبساطية و استراتيجيات التعامل، حيث توصلوا إلى أن العصابية ترتبط باستعمال أكبر لاستجابات مثل الأحلام التهريبية، الانسحاب، التفكير الخيالي، السلبية وتوبيخ الذات، بينما ترتبط الانبساطية بالتصرف العقلاني، التفكير الإيجابي والاستبدال، كما تبين الأدلة وجود ارتباط بين المستويات المنخفضة في العصابية واستراتيجيات التعامل التي تركز على المشكل خاصة في المواقف التي تقدر بأنها قابلة للضبط، ذلك لأن الأفراد منخفضي مستوى العصابية يمكنهم التعامل مع متطلبات الموقف باستعمال الإستراتيجيات التي تركز على المشكل لأنهم أقل ارتباكاً أمام الضيق الانفعالي المصاحب للموقف الضاغط، ولديهم قدرة أكبر لتقدير الموقف والتعامل معه باستعمال مواجهة موجّهة وهادفة (Folkman & Lazarus, 1988)

كما أكد بولجر (1990) Bolger بأن الأفراد ذوي المستوى العالي من العصابية يميلون أكثر لاستعمال استراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال، وأقل استعمالاً للاستراتيجيات التي تركز على المشكل مقارنة بذوي المستوى الضعيف في العصابية (Terry, 1994, p895).

استخلاصاً من الطرح السابق فإن للشخصية دور مهم في تقييم الأحداث والمواقف وتفسيرها عما إذا كانت مصدر تهديد للفرد أم لا ومن هنا يتم تصنيف الأحداث ما إذا كانت ضاغطة أم لا وهذا راجع إلى كيفية إدراك الضغوط من طرف الفرد والتي تتأثر بالدرجة الأولى بنمط الشخصية وسماتها وهو ما يفسر لما تكون نفس الوضعية كتهديد لشخص معين وكمصدر للتحدي بالنسبة لشخص آخر،

وهو ما يتأثر بسمات الشخصية وبنمط تفكيرها وتقديرها للأحداث والوقائع والتعامل معها، فكل فرد يملك نمط معين للتعامل مع الأحداث الضاغطة وكذا الضغوط النفسية التي تصيبه، حيث يمكن لمجموعة من الأفراد الاشتراك في نفس طرق التعامل على اختلاف شخصياتهم، كما يمكن للفرد نفسه استعمال عدة طرق للتعامل مع الضغوط حسب سمات شخصيته وما يتطلبه الموقف أو المحيط.

يبرز لنا جليا مما سبق الدور الأساسي الذي تلعبه الشخصية في تسيير الضغوط النفسية وإدارتها من أجل تحسين نوعية حياة الأفراد والحفاظ على صحتهم النفسية والجسمية، فإن عملية التقييم المعرفي التي يقيم بها الأفراد المواقف التي يتعرضون لها خلال حياتهم اليومية والتي تتأثر عادة بالسمات الشخصية بدرجة كبرى تتضح جليا في اختلاف إستراتيجيات التعامل التي يستعملها الأفراد في التعامل مع المواقف نفسها.

خلاصة الفصل:

استنادا إلى الطرح الوارد في هذا الفصل فإن الضغط النفسي وتأثيره على الصحة النفسية والجسدية كان ولازال محل اهتمام الكثير من الباحثين، فالضغط خبرة انفعالية سلبية يرافق ظهوره حدوث تغيرات فسيولوجية ومعرفية وسلوكية يمكن التنبؤ بها، والتي قد تؤدي لتغيير الحدث الضاغط أو إلى التكيف مع آثاره والتعامل معه.

حيث يمكن اعتبار استراتيجيات التعامل من المصطلحات ذات الصلة الوطيدة بموضوع الضغط النفسي، وذلك لما لها من أهمية في حياة الفرد وتأثيرها عليها بشكل عام، حيث يعتبر الشعور بضغط أمر وارد جدا لدى الفرد مع زيادة ضواغط الحياة ومصادر الضغط الكثيرة التي أصبح يفرضها عليه الواقع الذي يعيشه، وحسب نوع الضغط يكون التعامل فإذا كان الفرد يعتبر الحدث الضاغط تحديا له يريد من خلاله تحقيق هدف معين أو أنه في مشكلة يتوجب عليه مواجهتها وإيجاد حل لها، فهنا يمكن أن نصف هذا النوع من التعامل الذي يتبعه الفرد بالإيجابية، في حين إن قرر الفرد تجاهل المشكلة والهروب منها سيكون التعامل مبني على الانسحاب والصفات الهروبية، كما يمكن القول في هذا السياق أن للشخصية وسماتها الدور الخفي الكامن وراء اختيار نوع استراتيجيات التعامل مع الضغوط عند الفرد، إذ تختلف ردود الأفعال من شخص لآخر حسب بنيته الشخصية وسماته.

الجانب الميداني

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للبحث

تمهيد:

بعد التطرق للإطار العام للإشكالية وتناول الجانب النظري لمتغيرات البحث، يأتي الجانب التطبيقي لتدعيم البحث بمعطيات كمية وخطوات منهجية تساهم في الوصول لأهداف البحث والتحقق من فرضياته.

يتناول هذا الفصل وصفا دقيقا لخطوات البحث والإجراءات العلمية المستخدمة في تحليل البيانات وهذا من خلال التطرق إلى وصف الخطوات المنهجية والإجراءات المتبعة خلال الدراسة الاستطلاعية، المنهج المعتمد، الإطار الزمني و المكاني للبحث، ومعايير اختيار عينة البحث وخصائصها، بالإضافة إلى وصف الأدوات وذكر الأساليب الإحصائية المستخدمة في ذلك.

1. الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية المرحلة الأولى في تطبيق البحث العلمي والتحقق من المشكلة أو الظاهرة، حيث تساعد الباحث في التأكد من وجود عينة الدراسة والكشف عن خصائصها، وكذا إمكانية تطبيق أدوات الدراسة على العينة والتأكد من ملائمتها، والتأكد من صدق وثبات المقاييس، والتعرف على الصعوبات والعراقيل التي قد تعيق سير الدراسة التطبيقية من أجل تفاديها.

حيث أكد الكيداني (2007) على ضرورة قيام الباحث بالدراسة الاستطلاعية قبل الشروع في البحث العملي، فهي تقربه من ميدان البحث، وتوضح له الظروف التي سيجري فيها البحث وتمكنه من ضبط متغيرات الدراسة، وتساعد على اختيار الأدوات المناسبة لجمع البيانات، ليتأكد من خلالها من توفر مجموعة بحثه، حيث يعتبر الباحثون أن الدراسة الاستطلاعية تعزز لدى الباحث الإقبال أكثر على الموضوع والاستمرار فيه، لأنها تفيد في التحقق من إمكانية تنفيذ الدراسة الرئيسية والحصول على تغذية راجعة على الموضوع، و التنبيه إلى أمور لم يلتفت إليها الباحث وهذا ما يعزز قناعته في الإقبال على الموضوع والاستمرار فيه(الكيداني، 2007، ص19).

فبالنسبة للبحث الحالي تمت الدراسة الاستطلاعية على النحو التالي:

بعد القيام بالإجراءات الإدارية تم أخذ الموافقة بإجراء التربص الميداني من طرف "مديرية الصحة والسكان" لولاية البويرة ومدير مستشفى "أعمر أوعمران بالأخضرية" في بداية شهر فيفري (2019) وبداية البحث عن عينة البحث التي تتمثل في المصابين بداء السكري، وذلك بالتقرب إلى

مختلف مصالح المستشفى والعيادة المتعددة الخدمات التابعة للمستشفى التي يزورها المرضى من أجل المتابعة الدورية والفحوصات الروتينية التي يجريها عادة مرضى السكري لدى الطبيب المختص المتابع للحالة.

حيث ساهم تواجد الأطباء المختصين بداء السكري والغدد الصماء في المستشفى بالتأكد من الكثير من المعلومات الطبية والاعتقادات المشاعة عن داء السكري من خلال الحوار معهم وطرح مختلف الأسئلة المتعلقة بهذا المرض وأعراضه وعلاجه، وخطورة المضاعفات الناجمة عنه خاصة في حال عدم التزام المريض بالعلاج، من أجل اكتساب خلفية علمية صحيحة تسهل التعامل الصحيح مع المصابين بداء السكري أثناء الدراسة الاستطلاعية .

بداية تم إجراء المقابلة العيادية مع بعض المصابين بداء السكري بغية التعرف أكثر على حياة المرضى ومدى تقبلهم للمرض والتزامهم بالعلاج ومدى استعدادهم للمشاركة في البحث، وبعد أخذ موافقتهم تم تطبيق أدوات البحث على العينة الاستطلاعية التي بلغ عددها (75) مصاب بداء السكري المتواجدون بمستشفى أمير أوعمران بالأخضرية ولاية البويرة بهدف:

- التأكد من وضوح الصياغة اللغوية للمقاييس بالنسبة للمصابين بداء السكري.
- التعرف على المشكلات والصعوبات التي قد تعرقل السير الحسن لإجراءات البحث من أجل تفاديها عند التطبيق النهائي.
- معرفة متوسط زمن الإجابة على كل الأسئلة والمقاييس والوقت المستغرق خلال ذلك من طرف المرضى.

-التأكد من صدق وثبات أدوات البحث المتمثلة في استبيان المعلومات الأولية، مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، مقياس الضغط النفسي، ومقياس استراتيجيات التعامل.

تم توزيع 80 نسخة دون وضع حدود زمنية أو إعطاء وقت محدد للإجابة، مع شرح التعليمات للمصابين وكيفية الإجابة دون التدخل في إجاباتهم.

بعد الانتهاء من التطبيق تم استرجاع 78 نسخة فقط كما تم استبعاد 3 نسخ كانت إجاباتها غير مكتملة وواحدة منها تم إعطاء تقديرا واحدا لكل البنود في كل المقاييس، وبالتالي بلغ عدد أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية 75 مصاب ومصابة بداء السكري .

تجدر الإشارة إلى أن تطبيق المقاييس كان فردياً و في مجموعات صغيرة لا يتجاوز عددها 5 أفراد . على المرضى الذين تراوحت أعمارهم بين 20 و 57 سنة بمتوسط عمري يبلغ 38 سنة المتواجدون بمستشفى أمر أوعمران بالأخضرية بطريقة قصدية .

حيث أسفرت نتائج الدراسة الاستطلاعية عن:

- إمكانية تطبيق المقاييس على أفراد عينة البحث وقدرتهم على فهم بنود وعبارات المقاييس المستخدمة في البحث.

- توصلت الدراسة الاستطلاعية للتحقق من الخصائص السيكومترية لأدوات البحث وتوصلت إلى أن صدق وثبات المقاييس المستخدمة جيد.

- تحديد المدة الزمنية لتطبيق أدوات البحث والتي تتراوح بين 15 إلى 35 دقيقة لكل فرد أو مجموعة. إضافة إلى التعرف على أماكن تواجد أفراد العينة والتعرف على مختلف المصالح التي يتواجد بها أفراد العينة في المستشفيات العمومية وحتى في العيادات المتعددة الخدمات والعيادات الخاصة بأطباء السكري وعلاج الغدد الصماء، والتأكد من قابلية المصابين بداء السكري للمشاركة في البحث ومختلف الصعوبات التي قد تعرقل التطبيق النهائي وكيفية تفاديها، وكننتيجة عامة للدراسة الاستطلاعية تم اتخاذ قرار إنجاز الدراسة الأساسية للبحث.

2. المنهج المستخدم:

يعتبر اختيار منهج البحث أولى مراحل تصميم البحث وأهمها، إذ يعرف المنهج على أنه الطريق المؤدي إلى الكشف عن الحقيقة في العلوم بواسطة طائفة من القواعد العامة، التي تهيمن على سير العقل و تحدد عملياته حتى يصل إلى نتيجة معلومة (داودي، 2013). إذ أن الدراسات السيكولوجية تفرض على الباحث اختيار المنهج الملائم الذي يمكنه من الإجابة على تساؤلات بحثه والوصول لنتائج على قدر من الدقة والموضوعية.

حيث يهدف البحث الحالي إلى معرفة قدرة العوامل الخمسة الكبرى ونوع المرض على التنبؤ بتسيير الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكري، ومن أجل غايات البحث فقد تم اختيار المنهج الوصفي كونه الأنسب لمثل هذا النوع من الدراسات والبحوث.

يستخدم المنهج الوصفي في دراسة الأوضاع الراهنة للظواهر من حيث خصائصها، أشكالها، وعلاقتها والعوامل المؤثرة في ذلك، وهذا يعني أن المنهج الوصفي يهتم بدراسة حاضر الظواهر

والأحداث، مع ملاحظة أنه يشمل في كثير من الأحيان على عمليات التنبؤ لمستقبل الظواهر والأحداث التي يدرسها (ربحي وغنيم، 2000، ص 42)، ويكون ذلك عبر الخطوات التالية:
أ- تحديد المشكلة وصياغتها.

ب- وضع الفروض وتحديد الأسس التي بنيت عليها.

ج- تحديد المعلومات والبيانات التي يجب جمعها لأغراض البحث وكذلك تحديد طرائق وأساليب جمعها.

د- جمع المعلومات والبيانات من المصادر المختلفة وبأساليب التي تم تحديدها.

هـ- تنظيم البيانات والمعلومات وتحليلها وتفسيرها.

و- حصر النتائج والاستنتاجات وصياغتها والتوصيات المناسبة (الحمودي، 2019، ص 45).

يُمكن الاعتماد على المنهج الوصفي في البحث الحالي من وصف القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في تسيير الضغوط النفسية وصفا دقيقا يساعد في التعبير عنها كمًا وكيفًا، للتمكن من معرفة خصائصها والتعبير عنها تعبيراً رقمياً.

3. عينة البحث: هي "مجموعة جزئية من مجتمع الدراسة يتم اختيارها بطريقة مناسبة، وإجراء الدراسة عليها ومن ثم استخدام تلك النتائج، وتعميمها على كامل مجتمع الدراسة الأصلي" (الحمودي، 2019، ص 160) إذ أن العينة تمثل جزءاً من مجتمع الدراسة من حيث الخصائص.

- **العينة القصدية:** وتسمى أيضاً العينة الغرضية ويكون الاختيار في هذا النوع من العينات طبقاً للغرض الذي يهدف الباحث لتحقيقه من خلال البحث، ويتم اختيارها على أساس توفر صفات محددة في مفردات العينة تكون محددة هي الصفات التي تتصف بها مفردات المجتمع محل البحث (نفس المرجع، 2019، ص 176)

يعتبر المجتمع الأصلي لعينة البحث المرضى المصابين بداء السكري، الذي اختير منه عينة من المرضى المصابين بالنوع الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) والنوع الثاني (غير المعتمد على الأنسولين)، وبذلك يكون اختيار العينة قصدياً مع احترام المعايير والشروط التي تخدم موضوع البحث وهي كالتالي:

3. 1. معايير اختيار العينة: تمثلت المعايير التي اتخذت لتحديد العينة في ما يلي:

- المرض: الإصابة بداء السكري النوع الأول أو الثاني.
- الجنس: ذكر و أنثى.
- السن: من 20 إلى 65 سنة.
- عدم الإصابة بأمراض مزمنة أخرى أو إعاقات.

حيث تم إيجاد أفراد العينة في المستشفيات العمومية لولاية البويرة وبعض العيادات الخاصة بها وهي على موزعة على النحو التالي:

جدول (13): توزيع أفراد العينة على أماكن إجراء الدراسة.

العدد	المكان
المستشفيات	
60 مصاب	المؤسسة العمومية الاستشفائية الشهيد محمد بوضياف بالبويرة
80 مصاب	المؤسسة العمومية الاستشفائية أمير أوعمران بالأخضرية
33 مصاب	المؤسسة العمومية الاستشفائية المجاهد بشير محمد بعين بسام
20 مصاب	المؤسسة العمومية الاستشفائية الشهيد يحي فارس بمشدالة
30 مصاب	المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحيوي بسور الغزلان
العيادات الخاصة	
33 مصاب	عيادات البويرة (الطبيب داود، جيريدان)
50 مصاب	عيادة عين بسام (الطبيب قبلي)

يلاحظ من الجدول رقم (13) أن أغلب أفراد العينة تم إيجادهم بالمؤسسات العمومية الاستشفائية بالترتيب مستشفى الأخضرية (80) مصاب، البويرة (60) مصاب، عين بسام (33) مصاب، سور الغزلان (30) مصاب، مشدالة (20) مصاب، في حين بلغ عدد أفراد العينة في العيادات (50) مصاب في عيادة عين بسام، و(33) مصاب في عيادات البويرة التي تم التردد عليها أثناء مرحلة البحث.

3. 2. حجم العينة وخصائصها: تتمثل عينة البحث في المرضى المصابين بداء السكري بنوعيه

الأول والثاني والذين بلغ عددهم 306 مصاب، مع مراعاة عدم إصابتهم بأمراض مزمنة أخرى أو إصابتهم بأي إعاقة، والذين تم إيجادهم في المؤسسات الاستشفائية المتواجدة بولاية البويرة حسب ما تم عرضه في الجدول (13) .

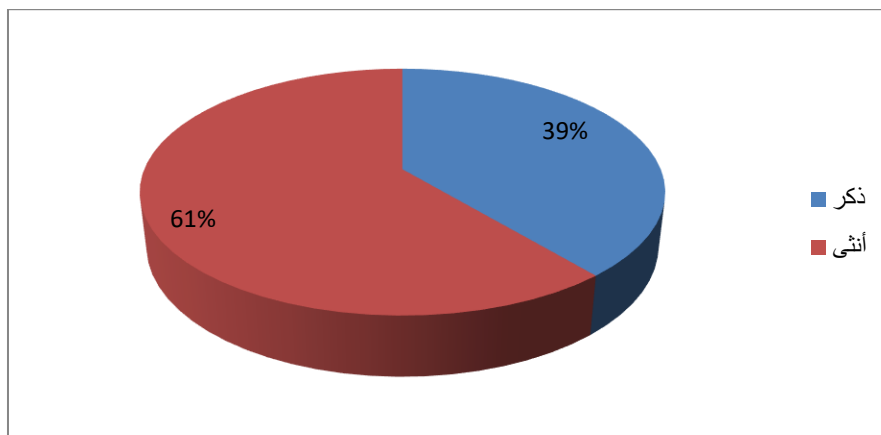
يتوزع أفراد العينة حسب بعض الخصائص كالجنس، السن، المستوى الدراسي، المستوى الاقتصادي، نوع المرض ومدته والتي توضحها الجداول والأشكال التالية:

❖ الجنس:

الجدول (14): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

الجنس	سكري النوع الأول	سكري النوع الثاني	العينة الكلية	النسبة المئوية للعينة الكلية
ذكر	47	72	119	39%
أنثى	101	86	187	61%
المجموع	148	158	306	100%

يتضح من خلال الجدول (14) أن عدد الذكور المصابين بالنوع الأول من السكري (47) مصاب وبالنوع الثاني (72) مصاب، بمجموع (119) مصاب في العينة الكلية، في حين بلغ عدد الإناث المصابات بالنوع الأول (101) مصابة والنوع الثاني (86) مصابة بمجموع (187) مصابة في العينة الكلية التي بلغ عددها (306) من المصابين بداء السكري، حيث يوضح الشكل (1) السبب المئوية للعينة الكلية حسب الجنس.



الشكل (1): توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس

ويتبين من خلال الشكل (1) أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور، حيث بلغت نسبتهم المؤوية: (60.1%) في مقابل نسبة (38.9%) للذكور وذلك لكون الإناث أكثر تأثراً بالمضاعفات التي يسببها المرض وذلك بسبب البنية الجسدية الضعيفة مقارنة بالبنية الجسدية للذكور الذين هو أكثر تحملاً للأعراض بالإضافة إلى قدرتهم على ممارسة الرياضة والمشي اليومي الذي يساعد على ضبط السكري والتقليل من الأعراض وظهور المضاعفات، على عكس الإناث اللاتي يمكنن كثيراً في المنزل دون ممارسة أي رياضة أو المشي لفترات كثيرة خلال اليوم، هذا بالإضافة إلى أن الإناث أكثر تواجداً في قاعات الانتظار مقارنة بالذكور الذين يفضلون البقاء في الخارج أو قضاء أشغالهم إلى حين وصول دورهم.

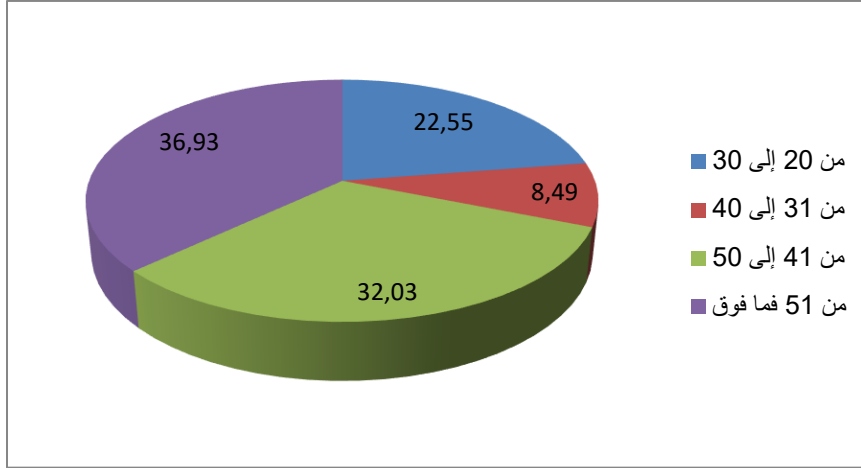
❖ السن:

الجدول (15): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

النسبة المئوية % للعينة الكلية	العينة الكلية	سكري النوع الثاني	سكري النوع الأول	السن
22.55	69	00	69	من 20 إلى 30
8.49	26	15	11	من 31 إلى 40
32.03	98	68	30	من 41 إلى 50
36.93	113	75	38	من 51 فما فوق
100	306	156	148	المجموع

يمثل الجدول (15) توزيع أفراد العينة حسب السن لكل نوع من السكري، حيث بلغ عدد المصابين الذين يتراوح سنهم من 20 إلى 30 سنة (سكري النوع الأول 69، سكري النوع الثاني 00، العينة الكلية 69)، أما من 31 إلى 40 سنة (سكري النوع الأول 11، سكري النوع الثاني 15، العينة الكلية 26)، أما من 41 إلى 50 سنة (سكري النوع الأول 30، سكري النوع الثاني 68، العينة الكلية 98)، في حين بلغ عدد المصابين الذين بلغت أعمارهم 51 سنة فما فوق (سكري النوع الأول 38، سكري النوع الثاني 75، أما العينة الكلية 113)، أما النسب المؤوية التي تخص توزيع أفراد العينة الكلية والتي تضم المصابين بكلى النوعين حسب السن فهي موضحة في الشكل (2).

تجدر الإشارة إلى أن سبب عدم وجود مصابين بداء السكري النوع الثاني الذين يتراوح سنهم من 20 إلى 30 سنة يرجع إلى طبيعة المرض وخاصة هذا النوع الذي يصيب الإنسان من سن 35 سنة فما فوق كما هو موضح في الفصل الأول داء السكري.



الشكل (2): توزيع أفراد العينة حسب متغير السن

ويظهر من خلال الشكل (2) أن أغلب أفراد العينة يبلغ سنهم 51 سنة فما فوق بنسبة (36.93%)، يليها نسبة المصابين الذين يتراوح سنهم من 41 إلى 50 سنة (32.03%)، وذلك لكونهم الفئتين الأكثر تردداً على المستشفيات والعيادات الطبية لكثرة الفحوصات والمضاعفات التي يسببها المرض، ثم تليها نسبة المصابين الذين يتراوح سنهم بين 20 إلى 31 سنة (22.55%)، وأخيراً الذين يتراوح سنهم من 31 إلى 40 سنة بنسبة (8.49%).

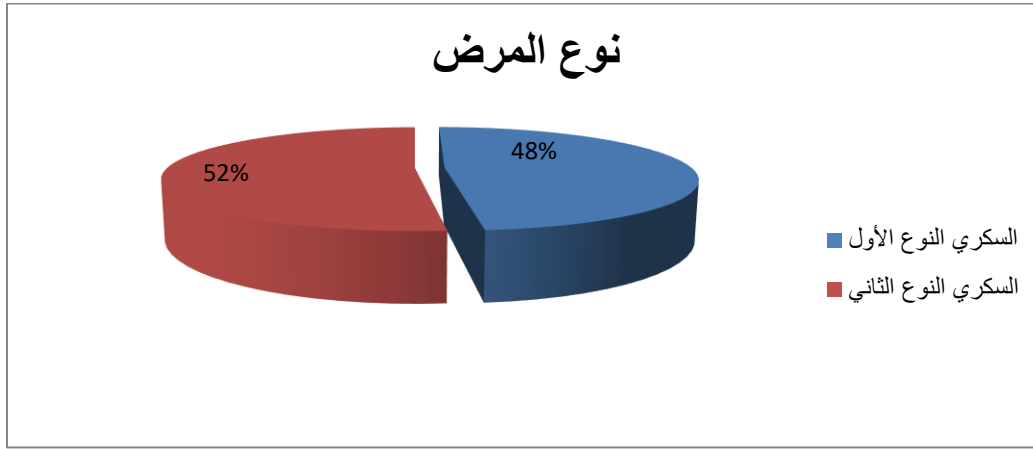
❖ **نوع المرض:** ينقسم المصابون بداء السكري إلى نوعين تم اختيارهم في عينة البحث وهما السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين، والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

الجدول (16): توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع المرض.

النسبة المئوية	التكرار	
48.4	148	السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين
51.6	158	السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين

يظهر الجدول (16) توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض، ويظهر من خلاله التوزيع المتقارب لأفراد العينة على نوعي السكري الأول والثاني، حيث بلغ عدد المرضى المصابين بالنوع الأول 148 مصاب بنسبة (48.4%)، في حين بلغ عدد المرضى المصابين بداء السكري النوع الثاني 158

مصاب بنسبة (51.6%) حسب الانتشار الواسع الذي عرفه النوعين الأول والثاني في عينة الدراسة كما هو مبين في الشكل (03).



الشكل (03): توزيع أفراد العينة حسب متغير نوع المرض.

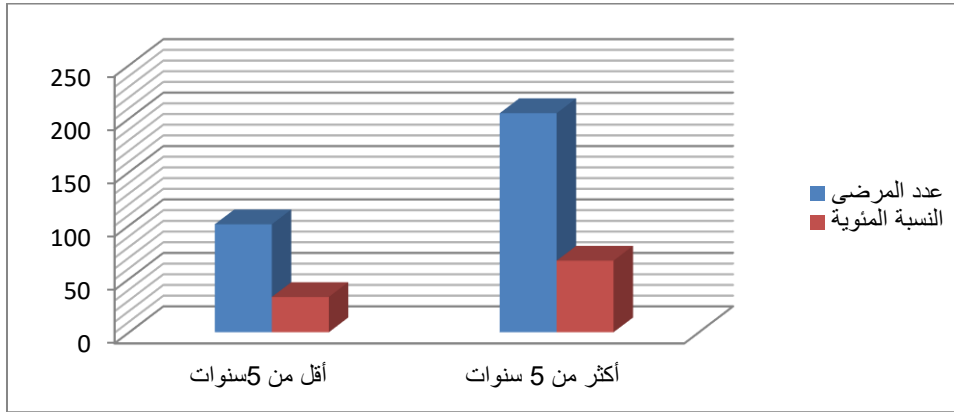
❖ مدة المرض:

الجدول (17): توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة المرض

مدة المرض	سكري النوع الأول	سكري النوع الثاني	العينة الكلية	النسبة المئوية للعينة الكلية
أقل من 5 سنوات	23	78	101	33
أكثر من 5 سنوات	125	80	205	67
المجموع	148	158	306	100

يظهر الجدول (17) توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة المرض ونوعه، حيث بلغ عدد المصابين الذين كانت مدة مرضهم أقل من (5) سنوات (23 سكري النوع الأول، و78 سكري النوع الثاني)، في حين بلغ عدد المصابين الذين كانت مدة مرضهم أكثر من 5 سنوات (125 النوع الأول، و80 النوع الثاني)، إذ يرجع هذا التباين في المدة بالنسبة لكل نوع وبين النوعين إلى طبيعة المرض في حد ذاتها والتي يختلف عمر الإصابة فيها بالنسبة لكل نوع، حيث أن الإصابة بالنوع الأول تكون في سن أقل من 35 سنة وعادة ما تكون الإصابة به في مرحلة مبكرة من الطفولة، أما النوع الثاني فتكون الإصابة

به بعد 35 سنة، وبالعودة إلى شروط اختيار العينة نجد أن أفراد العينة من الراشدين وهذا ما يفسر أن أغلب أفراد النوع الأول كانت مدة المرض لديهم أقل من 5 سنوات، كما هو موضح في الشكل (4).



الشكل (04) توزيع أفراد العينة حسب مدة المرض

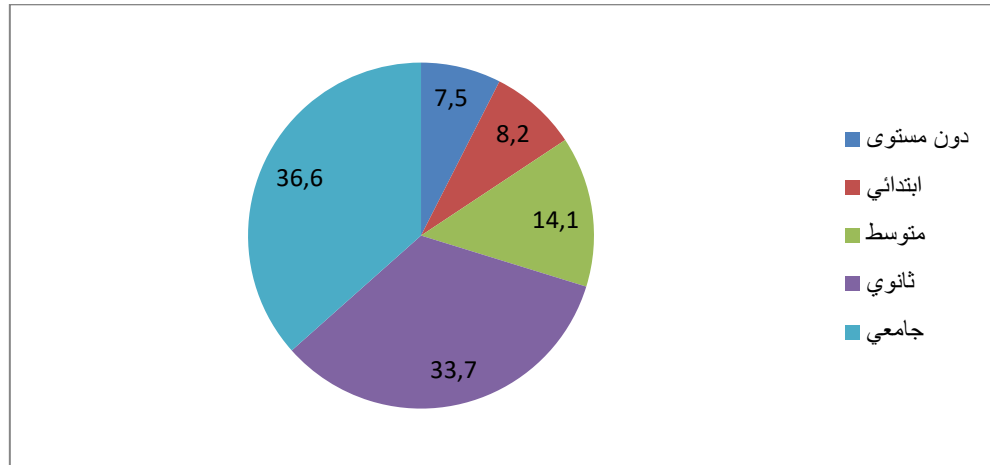
يتبين من خلال الشكل (04) أن مدة الإصابة بالسكري لدى أغلبية أفراد العينة أكثر من خمس سنوات إذ بلغ عددهم (205) مصاب بنسبة (67 %)، في حين بلغ عدد المصابين بداء السكري الذين تقل مدة إصابتهم عن خمسة سنوات (101) مصاب بنسبة (33 %)، وذلك لكون المرض مزمن تدوم فترته بدوام حياة الإنسان وامتداد حياته، كما أنه راجع إلى طبيعة المرض حيث أن الإصابة بالنوع الأول المعتمد على الأنسولين عادة ما تكون في مراحل مبكرة من حياة الفرد (أي في مرحلة الطفولة) وهو ما يجعل مدة الإصابة بالمرض تفوق الخمسة سنوات في مرحلة الرشد.

❖ المستوى التعليمي:

الجدول (18): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

النسبة المئوية	التكرار	السكري النوع الثاني	السكري النوع الأول	المستوى التعليمي
7.5 %	23	13	10	دون مستوى
8.2 %	25	13	12	ابتدائي
14 %	43	28	15	متوسط
33.7 %	103	54	39	ثانوي
36.6 %	112	40	72	جامعي
100 %	306	158	148	المجموع

يظهر من خلال الجدول (18) المستويات التعليمية المختلفة التي يمتلكها المصابين بداء السكري بنوعيه حيث بلغ عدد المصابين الذين هم دون مستوى (10 من النوع الأول، و13 من النوع الثاني)، أما المستوى الابتدائي (12 من النوع الأول، 13 من النوع الثاني)، والمتوسط (15 من النوع الأول، و28 من النوع الثاني)، أما المستوى الثانوي فبلغ عددهم (39 النوع الأول، و54 النوع الثاني)، والمستوى الجامعي (72 النوع الأول، و40 من النوع الثاني)، حيث يوضح الشكل (3) النسبة المؤوية للمستوى التعليمي لأفراد العينة الكلية .



الشكل (05): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي.

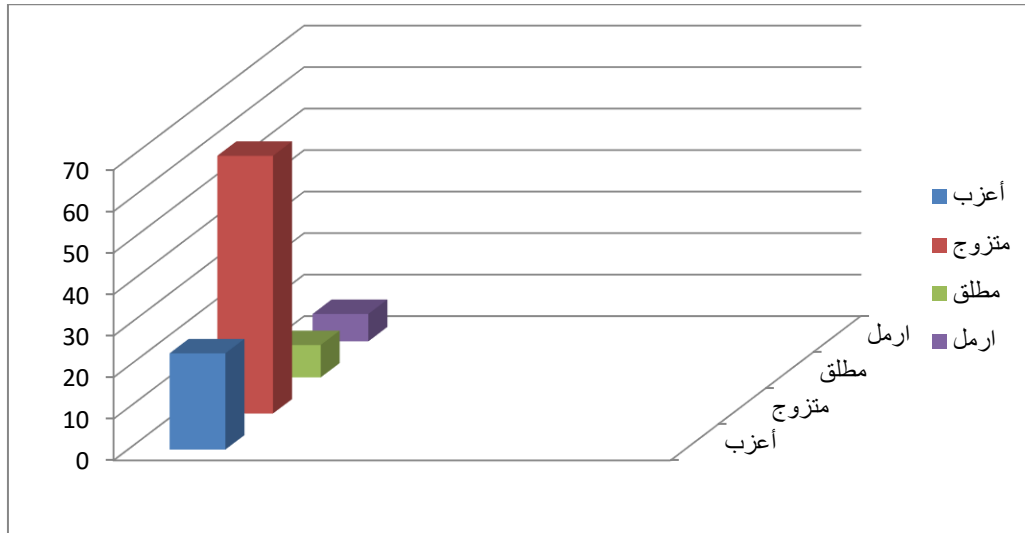
يظهر الشكل (05) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي، حيث يتوزع مرضى السكري عبر مستويات تعليمية مختلفة، كانت في الدرجة الأولى بالمستوى الجامعي بعدد 112 ونسبة (36.6%)، ثم مستوى ثانوي بعدد 103 ونسبة (33.7%)، يليها مستوى متوسط بعدد 43 ونسبة (14%)، ومستوى ابتدائي ودون مستوى بالترتيب بعدد 25 و 23 مصاب ونسبة (8.2% و 7.5%)، وذلك لأن داء السكري يمس كل الشرائح باختلاف المستويات التعليمية، بالإضافة لكونه مرض لا يعيق المصاب عن التعلم والدراسة.

❖ الحالة الاجتماعية:

جدول (19): توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية

النسبة المئوية	العينة الكلية	السكري النوع الثاني	السكري النوع الأول	الحالة الاجتماعية
23.2	71	6	65	أعزب
62.1	190	129	61	متزوج
7.8	24	14	10	مطلق
6.9	21	9	12	أرمل
100	306	158	148	المجموع

يظهر الجدول (19) الحالة الاجتماعية لأفراد العينة حسب نوع السكري، حيث بلغ عدد العازبين (65 من النوع الأول، و6 من النوع الثاني)، كما بلغ عدد المتزوجين (61 من النوع الأول، و129 من النوع الثاني)، والمطلقين (10 النوع الأول، و14 النوع الثاني)، أما الأرامل (12 من النوع الأول، و9 من النوع الثاني)، حيث يوضح الشكل (06) الحالة الاجتماعية لأفراد العينة الكلية بالنسبة المئوية .



الشكل (06) توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية.

يوضح الشكل (06) توزيع أفراد العينة حسب متغير الحالة الاجتماعية والذي نلاحظ من خلاله أن الحالة الاجتماعية لأغلب أفراد العينة متزوج بعدد (190) مصاب ونسبة (62.1%) وذلك لكون أن الغالبية القصوى أفراد العينة من البالغين الذين هم في سن الزواج ، يليها أعزب بعدد (71) مصاب

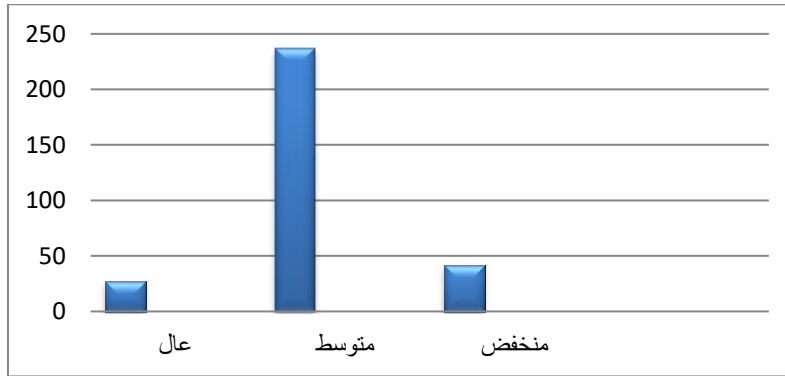
وبنسبة (23.2%)، ثم مطلق بعدد (24) مصاب وبنسبة مؤوية قدرت بـ (7.8%)، ثم أرمل بعدد (21) مصاب وبنسبة (6.9%).

المستوى الاقتصادي:

جدول (20): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي.

النسبة المئوية للعينة الكلية	العينة الكلية	السكري النوع الثاني	السكري النوع الأول	المستوى الاقتصادي
8.8%	27	16	11	عال
77.5%	237	121	115	متوسط
13.7%	42	21	21	منخفض
100%	306	158	148	المجموع

يظهر الجدول (20) توزيع أفراد العينة حسب المستوى الاقتصادي لكل نوع، حيث بلغ عدد المصابين ذوو المستوى الاقتصادي العال (11 من المصابين بالسكري النوع الأول، و16 من السكري النوع الثاني)، في حين كان عدد المصابين ذوو المستوى الاقتصادي المتوسط (115 النوع الأول، و 121 النوع الثاني)، إذ يوضح يوضح الشكل (07) المستوى الاقتصادي لأفراد العينة الكلية بالنسبة المؤوية.



الشكل (07): توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى الاقتصادي

يتبين من خلال الشكل (07) أن أغلب أفراد العينة ذوو مستوى متوسط والذين بلغ عددهم (237) مصاب بنسبة (77.5%)، يليها ذوو المستوى الاقتصادي المنخفض بعدد 42 مصاب وبنسبة (13.7%)، وفي المرتبة الأخيرة ذوو المستوى الاقتصادي العالي بعدد 27 مصاب وبنسبة (8.8%)

يظهر خلال عرض الخصائص الخاصة بعينة البحث أن أغلب أفراد العينة من جنس الإناث بنسبة (61.1%) وذلك لكون أغلب المصابين بداء السكري من الرجال لا يمكثون طويلا في أماكن الفحص الطبي أو حتى في قاعات الانتظار في العيادات، فغالبا ما تكون لديهم انشغالات أخرى يفضلون القيام بها أو البقاء خارجا إلى حين وصول دورهم في الفحص، وبالمقابل تمكث الإناث داخل قاعات الانتظار إلى حين دورهن في الفحص سواء في المستشفيات أو حتى في العيادات الخاصة، كما يرجع ذلك أيضا لكون الإناث أكثر عرضة للإصابة بداء السكري نظرا لارتباط هذا المرض بالتوتر والضغط النفسي، ولكونهن أكثر ضعفا من ناحية البنية الجسدية مقارنة بالذكور الأمر الذي يجعلهن أكثر حساسية بالنسبة للأعراض وأكثر إصابة بالمضاعفات التي تستلزم المتابعة الطبية المستمرة وكثرة الفحوص. كما بلغ سن أغلب أفراد العينة 51 سنة فما فوق بنسبة (36.93%) يليها من 41 إلى 50 سنة بنسبة (32.03%) وذلك لكون عمر الإصابة بالنوع الثاني لداء السكري غير المعتمد على الأنسولين هو 35 سنة فما فوق إضافة إلى عدم الاكتشاف المبكر لهذا النوع وهو ما يجعل المصابين بهذا النوع تتراوح أعمارهم بين هذه الفئات العمرية .

كما يظهر من خلال الخصائص السابقة توزيع أفراد العينة حسب نوع المرض والذي كان على النحو التالي: إذ تتراوح نسبة المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين (48.4%)، وبالمقابل تتراوح نسبة المصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين (51.6%)، والذين كانت مدة المرض لدى غالبيتهم أكثر من 5 سنوات بنسبة تقدر بـ (67%)

كما أن المستوى التعليمي لدى أغلب أفراد العينة جامعي (36.6%) وثانوي (33.7%) وهذا راجع لكون المرض لا يعيق المصاب عن التعلم فبالرغم من التحديات التي يفرضها المرض على المصابين بالنوع الأول خاصة إلا أن دافعتهم للتعلم تجعلهم أكثر إصرار على التحصيل التعليمي، كما تبين الخصائص السابقة الحالة الاجتماعي لأغلب أفراد العينة متزوج بنسبة تقدر بـ (62%) وذلك لكون كل أفراد العينة من الراشدين والذين هم في عمر الزواج كما أن الإصابة بالسكري لا تمنعهم من القيام بكافة مسؤولياتهم الأسرية، ومستوى اقتصادي متوسط بنسبة (77.5%) وهم من الشريحة السائدة في المجتمع.

4. الإطار الزمني والمكاني للبحث:

لكل بحث زمان ومكان محددين يعتمد فيهما الباحث على إيجاد مجموعة بحثه وتطبيق أدوات البحث المعتمدة، وكأي بحث تطبيقي لابد من اعتماد هذا البحث على الإطار الزمان والمكاني كما هو متعارف عليه، وبالنسبة للبحث الحالي تم اعتماد الزمان والمكان التاليين:

4. 1. الإطار الزمني للبحث: أجريت الدراسة الأساسية من بداية شهر جوان إلى غاية نهاية شهر نوفمبر من سنة 2021.

4. 2. الإطار المكاني للبحث: تم جمع أفراد العينة من مستشفيات ولاية البويرة وهي:

- المؤسسة العمومية الاستشفائية الشهيد محمد بوضياف بالبويرة EPH: هي مؤسسة عمومية استشفائية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي لتغطية سكان بلدية البويرة أو مجموعة البلديات المجاورة، تم إنشائها ابتداء من 01 / 01 / 2008، تتحدد المشتملات المادية به بقرار من الوزير المكلف بالصحة، كما تحوي 316 سرير موزع على مختلف المصالح (مصلحة طب الأطفال، تصفية الدم، التوليد وأمراض النساء، الطب الداخلي "نساء ورجال"، طب العظام، طب الأنف والحنجرة، ومصلحة الجراحة العامة "نساء ورجال"، الصيدلية، مصلحة أورام السرطان، طب العيون، الطب العام، مصلحة الإنعاش)، كما يحتوي المستشفى أيضا على مصلحة الراديو (التصوير الطبي)، قسم التشريح الباطني، مركز نقل الدم، المخبر، الاستجالات، وغرف العمليات.

حيث يمكن تواجده مرضى السكري داخل المستشفى في عدة مصالح لكن أهمها مصلحة الطب الداخلي "نساء ورجال" وكذا مصلحة الجراحة العامة "نساء ورجال"، وهي الأكثر تركيزا بالنسبة لعملية جمع العينة.

- المؤسسة العمومية الاستشفائية أعمار أو عمران بالأخضرية: نشأ القطاع الصحي بالأخضرية في الفترة الاستعمارية حوالي سنة 1952م، وبعد الاستقلال تم تجهيزه وتدشينه سنة (1967م) من طرف البعثة الطبية السوفيتية نظرا لعلاقة الصداقة التي كانت تربط بين الجزائر والاتحاد السوفيتي سابقا، حيث تكفلت وزارة الصحة السوفيتية بتمويل المستشفى بالمعدات والأدوات والأدوية اللازمة والأطباء والتقنيين الذين رحلوا سنة (1990) واستبدلوا بإطارات وتقنيين جزائريين، وفي (2007) خضع المستشفى إلى قانون تقسيم القطاع الصحي الذي أصبح بموجبه عبارة عن مؤسستين هما المؤسسة

العمومية الاستشفائية والمؤسسة العمومية للصحة الجوارية. وكغيره من المستشفيات يحوي مستشفى الأخرية عدة مصالح استشفائية يتواجد في بعضها مرضى السكري منها الجراحة العامة والطب العام والطب الداخلي للنساء والرجال ومصحة الاستجالات .

- المؤسسة العمومية الاستشفائية المجاهد بشير محمد بعين بسام: أنشئ القطاع الصحي بعين بسام في سنة 1948 وكان يحمل اسم "لوي لورانس" وكان ملحق لمستشفى باب الواد بالجزائر، ونظرا للتنظيم الإداري الجديد للإصلاح المستشفيات تم تقسيم القطاع الصحي بعين بسام إلى مؤسستين عموميتين، وهي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي، تدرج ضمن اسم "المجاهد بشير محمد"، يتضمن مصالح عديدة هي: مصلحة الجراحة العامة، الاستجالات، طب النساء والرجال، مصلحة الولادة، مصلحة رعاية المواليد، مصلحة تصفية الدم، مصلحة حفظ الجثث، مخبر، صيدلية، مغسلة، قاعة للتكوين، مطبخ، حظيرة السيارات.

حيث كان تواجد أفراد العينة على مستوى طب النساء والرجال وقسم الجراحة العامة وكذا القسم المستحدث لرعاية مرضى الكوفيد 19 بعد ضم بعض المصالح وتفرغ جناح خاص لاستقبال المرضى المصابين بفيروس كورونا.

- المؤسسة العمومية الاستشفائية الشهيد يحي فارس بمشدالة: هي مؤسسة تستقبل وتعالج المرضى، لها حدود صحية مختارة من طرف وزارة الصحة خدماتها تابعة للدولة، أنشئ سنة 1919 وكان تابعا لسور الغزلان وعرف في الحرب العالمية بمستشفى "مايو"، ويملك المستشفى 84 سرير موزع على 6 مصالح هي: طب الأطفال، طب النساء، طب الرجال، جراحة النساء، جراحة الرجال. حيث تم إيجاد بعض أفراد العينة في مصالح طب النساء والرجال و الجراحة (نساء ورجال).

- المؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة يحيوي بسور الغزلان: هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وهي موضوعة تحت وصاية الوالي، أنشئ سنة (1865) وكان يتسم بطابعه العسكري إلى غاية (1936)، حيث كان كرفع لمستشفى البلدية للأمراض العقلية إلى غاية سنة 1942م ليستقل عنه، يتضمن (309) سرير مقسمة على (07) مصالح استشفائية هي: مصلحة الطب الداخلي، الجراحة العامة، الأمراض الصدرية، الأمراض العقلية، جراحة العظام، أمراض النساء والولادة، طب الأطفال، الاستجالات، بالإضافة إلى المصالح التقنية كالمخبر

ومصلحة الأشعة، حيث يتواجد مرضى السكري في مستشفى سور الغزلان بمصلحة الطب الداخلي والجراحة العامة.

تمت الاستعانة ببعض العيادات الخاصة بأطباء السكري وأمراض الغدد الصماء على مستوى الولاية منها: الطبيب داود، والطبيب جيردان بالبويرة، والطبيب قبلي بعين بسام.

5. إجراءات الدراسة:

تم الاعتماد في إجراء هذا البحث على طريقة التقييم الذاتي في تطبيق المقاييس إذ يقتصر دور الباحثة على شرح التعليمات وكيفية الإجابة على بنود المقاييس لأفراد العينة وترك حرية الإجابة للمبحوثين على البنود، وتم التطبيق بصورة فردية أو مجموعات لا تزيد عن أربعة أفراد في مدة تتراوح من 20 دقيقة إلى نصف ساعة.

تم التطبيق بحضور الباحثة أو بالاعتماد على المختصين النفسيين العاملين بالمؤسسات الاستشفائية التي تم إجراء التبرص الميداني بها في حال غياب الباحثة عن المؤسسة الاستشفائية، وذلك بترك نسخ من المقاييس المطبقة وشرح كيفية تطبيقها.

تجدر الإشارة أيضا إلى أن التطبيق كان متزامنا في كل المستشفيات وذلك حسب أيام الأسبوع بالتناوب على المستشفيات خلال الفترة الممتدة من شهر جوان إلى نهاية شهر نوفمبر 2021.

6. أدوات البحث:

للتحقق من الفرضيات البحث وتحقيق أهدافه تم استعمال اختبارات نفسية لقياس متغيرات البحث، والتي تمثلت في استمارة للمعلومات العامة، مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، مقياس الضغط النفسي، ومقياس استراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية.

6. 1. استمارة المعلومات العامة: تضمن تمهيدا لمرضى السكري وبعض المعلومات العامة تمثلت في 8 بنود باختيارات مختلفة كما يلي: السن، الجنس، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية، المستوى الاقتصادي، مدة المرض، نوع المرض، نوع الدواء الخاص بالسكري، كما هو موضح في الملحق رقم(1).

6. 2. مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية:

6. 2. 1. تعريف المقياس: هو مقياس مصمم لقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية تم الاعتماد في هذه الدراسة على الصورة المصغرة لمقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و« المعد من طرف جون وآخرون John OP. Et al.2005 حيث تم الاستغناء على عدد من البنود في المقياس الأصلي الذي أعده كوستا وماكري 1995 الذي يحوي 65 بند إلى مقياس مصغر يحوي 44 بنداً في النسخة الأمريكية الأصلية، حيث قام ثلة من الباحثين بالتعاون مع John Oliver P. وتطويره في نسخته النهائية التي تحتوي على 45 بنداً، كما تم تكييف المقياس على بيئات مختلفة واستخدامه بشكل متكرر في البحوث منها البيئة الفرنسية، تم تكييف المقياس على البيئة الفرنسية من طرف Plaisant John O.P., O., Guetault J., Courtois R., Réveillère C., Mondelsohn G.A., (2010).»، الذي تم فيه استخدام عبارات قصيرة تقدم شرحاً أكثر للسّمات وتستغرق وقتاً أقل من المقاييس الأخرى في التطبيق (Plaisant O., Et al, 2010)، وهو مرفق في الملحق رقم (6)، والذي تم تكييفه على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة والتأكد من الخصائص السيكمترية له قبل استخدامه في الدراسة الأساسية للبحث الحالي وهو مرفق في الملحق رقم (02).

يوضح الجدول التالي البنود التي تنتمي لكل عامل وتنقيطها، حيث R تعني التنقيط العكسي للبند

الجدول (21): البنود التي تنتمي لكل عامل من العوامل الخمسة.

العامل	البنود
الانبساطية	1. 6R. 11. 16. 21R. 26. 31R. 36
المقبولية	2R. 7. 12R. 17. 22. 27R. 32. 37R. 42. 45R
يقضة الضمير	3. 8R. 13. 18R. 23R. 28. 33. 38. 43R
العصابية	4. 9R.14. 19. 24R. 29. 34R. 39
الانفتاح على الخبرة	5. 10. 15. 20. 30. 25.35R. 40. 41R. 44

(Plaisant O., et al, 2010, p99)

6. 2. 2. التنقيط: ينقط المقياس حسب سلم ليكارت الخماسي من 1 إلى 5 حسب الدرجات التالية:
1- لا أؤيد أبدا، 2- لا أؤيد، 3- متردد في الإجابة، 4- أؤيد، 5- أؤيد بشدة.

أما بالنسبة للبنود التي تمل الرمز R فهي تنقط بطريقة عكسية: 5- لا أؤيد أبدا، 4- لا أؤيد، 3- متردد في الإجابة، 2- أؤيد، 1- أؤيد بشدة.

6. 2. 3. الخصائص السيكومترية لمقياس BFI- Fr:

تم تطبيق المقياس المترجم من النسخة الأصلية الأمريكية إلى اللغة الفرنسية (مقياس العوامل الخمسة الكبرى النسخة الفرنسية BFI Fr) من طرف Plaisant o. Et al على عينة قوامها 2499 طالب (69% إناث، 31% ذكور) متوسط العمر لديهم 20 سنة وشهرين.

حيث تم قياس الاتساق الداخلي لـ BFI Fr حيث بلغت قيمة ألف كرونباخ لكل عامل من العوامل على النحو التالي: عامل الإنبساطية (0.83)، عامل المقبولية (0.75)، عامل يقظة الضمير (0.80)، عامل العصابية (0.82)، عامل الانفتاح على الخبرة (0.74).

مع عدم وجود ارتباط بين العوامل الخمسة (متوسط الارتباط ضعيف قيمته: 0.14) ما يؤكد أن العوامل مستقلة كما أن أبعادها تتبع التوزيع الطبيعي، وهذه النتائج قابلة للمقارنة مع النسخة الأمريكية التي استخدمت معاملات كرونباخ يساوي أو أكبر من (0.70) وهذا يمثل اتساقا داخليا قويا للنسختين. (Lignier Baptiste et al., 2016, p 436-441) (Plaisant O., et al, 2010, p99).

6. 2. 4. تكيف المقياس على البيئة الجزائرية: بعد ترجمة المقياس إلى اللغة العربية كان لابد من التحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس والتأكد من إمكانية تطبيقه على عينة البحث عبر الخطوات التالية:

أ- حساب الصدق الظاهري لمقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: بعد ترجمة المقياس من اللغة الفرنسية إلى اللغة العربية الفصحى وتدقيقه لغويا، تم عرض المقياس على (07) أساتذة محكمين متخصصين في مجال علم النفس العيادي، بجامعة البويرة، جامعة الجزائر2، وجامعة تيزي وزو، الذين تم ذكرهم في الملحق رقم (07)، وفق نموذج طلب التحكيم المرفق في الملحق رقم (05)، من أجل التأكد من صدق محتوى المقياس، وذلك للتحقق من دقة البنود وصياغتها اللغوية ووضوحها

ومناسبتها لمرضى السكري، وبناءا على ذلك تم اعتماد الصياغة النهائية لبنود المقياس (الملحق رقم 2) بعد الأخذ بملاحظات وتوجيهات الأساتذة المحكمين حسب ما يلي:

- سلامة اللغة.

- وضوح البند.

- ملائمة البند لمرضى السكري (النوع الأول والثاني).

- الموافقة على البند.

وبناءا على ملاحظات السادة المحكمين تم تعديل صياغة بعض البنود وفقا لملاحظاتهم وهي مبينة في الجدول التالي:

الجدول (22): بنود مقياس العوامل الخمسة الكبرى المعدلة.

رقم البند	قبل التعديل	بعد التعديل
العبرة	أنني أرى نفسي مثل من هو	أرى نفسي كمن هو
11	مليء بالطاقة وحيوي	مليء بالطاقة والحيوية
36	اجتماعي ومنفتح على الآخرين	اجتماعي ومنفتح مع الآخرين
43	يتشوش، يشرد بسهولة	يتشوش ويشرد بسهولة
45	يبحث عن المشاكل مع الآخرين	يبحث عن قصص مع الآخرين

حيث تم حساب الصدق الظاهري للمقياس حسب ما تقدم به الأساتذة المحكمون لكل بند وقد كانت نسبة الاتفاق الكلية (71.42%)، وذلك بالاعتماد على معادلة كوبر سميث التالية:

$$\text{نسبة الاتفاق} = \frac{\text{عدد مرات الاتفاق}}{\text{عدد مرات الاتفاق} + \text{عدد مرات عدم الاتفاق}} \times 100$$

وبذلك يمكن القول أن مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المكيف على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة يملك مستوى صدق ظاهري مرتفع.

6. 2. 4. ثبات مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: خلال إجراء الدراسة الاستطلاعية للبحث الحالي تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ عددها (75) مصاب ومصابة بداء السكري، ومن أجل التأكد من ثبات مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المكيف من طرف الباحثة، تم حساب معامل ألفا كرونباخ لقياس الثبات لكل عامل من العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

الجدول (23) ثبات العوامل الخمسة لمقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (ألفا كرونباخ)

العوامل الخمسة	الثبات (ألفا - كرونباخ)
الانبساطية	0,536
المقبولية	0.549
يقظة الضمير	0,505
العصابية	0,727
الانفتاح على الخبرة	0,560

يظهر لنا من الجدول (23) أن مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المكيف على البيئة الجزائرية من طرف الباحثة ثابت.

6. 2. 5. الصدق البنوي لمقياس أبعاد الشخصية:

- ارتباط البنود الخاصة بعد الانبساطية بمجموع بعد الانبساطية:

جدول (24) ارتباط بنود الانبساطية بالمجموع الكلي للبعد.

البنود	البنود	البنود	البنود	البنود	البنود	البنود	البنود	البنود
1.1	2.1	3.1	4.1	5.1	6.1	7.1	8.1	
,450**	,549**	,472**	,552**	,465**	,293**	,383**	,553**	ارتباط بيرسون
,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	الدالة الإحصائية
75	75	75	75	75	75	75	75	ن

** دال إحصائيا عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد انبساطية بالمجموع الكلي لبعد الانبساطية بعلاقة ايجابية دالة إحصائيا عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$).

-ارتباط بنود الخاصة ببعد المقبولية بمجموع بعد المقبولية:

جدول (25) ارتباط بنود المقبولية بالمجموع الكلي للبعد.

البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	
10.2	9.2	8.2	7.2	6.2	5.2	4.2	3.2	2.2	1.2	
,366**	,393**	,662**	,420**	,636**	,276**	,381**	,486**	,314**	,535**	ارتباط بيرسون
,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	الدلالة الإحصائية
75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	ن

** دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد المقبولية بالمجموع الكلي لبعد المقبولية بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$).

- ارتباط بنود الخاصة ببعد يقظة الضمير بمجموع بعد يقظة الضمير:

جدول (26) ارتباط بنود يقظة الضمير بالمجموع الكلي للبعد.

البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	
9.3	8.3	7.3	6.3	5.3	4.3	3.3	2.3	1.3	
,534**	,449**	,325**	,328**	,547**	,508**	,238**	,569**	,334**	ارتباط بيرسون
,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	الدلالة الإحصائية
75	75	75	75	75	75	75	75	75	ن

* دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد اليقظة بمجموع بعد اليقظة بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,05$).

-ارتباط بنود الخاصة ببعد العصابية بمجموع بعد العصابية:

جدول (27) ارتباط بنود العصابية بالمجموع الكلي للبعد.

البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	
8.4	7.4	6.4	5.4	4.4	3.4	2.4	1.4	
,685**	,695**	,649**	,589**	,595**	,530**	,601**	,340**	ارتباط بيرسون
,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	الدلالة الإحصائية
75	75	75	75	75	75	75	75	ن

** دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد العصابية بمجموع بعد العصابية بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى أصغر من $(\alpha=0,05)$.

-ارتباط بنود الخاصة ببعد الانفتاح بمجموع بعد الانفتاح:

جدول (28) ارتباط بنود الانفتاح على الخبرة بالمجموع الكلي للبعد.

البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	البند	
10.5	9.5	8.5	7.5	6.5	5.5	4.5	3.5	2.5	1.5	
,147*	,555**	,213*	,501**	,543**	,598**	,637**	,584**	,446**	,495**	ارتباط بيرسون
,028	,000	,042	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	الدالة الإحصائية
75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	ن

* دال إحصائياً عند مستوى أصغر من $(\alpha=0,05)$

* دال إحصائياً عند مستوى أصغر من $(\alpha=0,01)$

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد الانفتاح بمجموع بعد الانفتاح بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة أصغر من $(\alpha=0,05)$.

استناد على ما سبق عرضه فإن مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية صادق .

5. 2. مقياس الضغط المدرك (Cohen et al., 1983):

" نظراً لأن الناس يختلفون كثيراً بما يمكن أن يعدوه سبباً للضغط، فقد شعر كثير من الباحثين أن الضغط المدرك (Perceived Stress) يشكل وسيلة أفضل لقياس الضغط، ومن الأدوات التي تقيس تعرض الأفراد لأحداث معينة تسبب الضغط ولتحقيق ذلك قام كوهين وزملاؤه (Cohen S., Kamarck & Mermelstein, 1983) ، بتطوير أداة لقياس الضغط النفسي.

يسمح سلم إدراك الضغط (PSS) بتقديم الأهمية التي يدرك بها الفرد الوضعيات الحياتية المهددة لكيانه، بمعنى آخر أنها صعبة ومستحيل التحكم فيها والتنبؤ بها، وحسب (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994) وباستثناء كونه سلم قياس الضغط المدرك، فقد نشأ هذا السلم انطلاقاً من دراسة أجريت من طرف الباحث النفساني كوهن وآخرون (Cohen et al., 1983) على عينة تشمل 2387 فرداً (960 رجل و 1427 امرأة) يمثلون المجتمع الأمريكي على مستوى الجنس، السن، الدخل، الأصل، العرق، والمكانة المهنية، وتم إثبات أن الضغط المدرك من قبل الأفراد والمتعلق

بأحداث وقعت في الماضي القريب يفسح لنا المجال للتنبؤ الدال بالاضطرابات الجسدية اللاحقة وكذلك النفسية.

كما أحدثت دراسات علمية أخرى في نفس السياق أن الخطورة الموضوعية الضاغطة أقل دلالة تنبؤية بالاضطرابات الصحية اللاحقة من إدراك الفرد لمعانات الحدث، ويتكون سلم إدراك الضغط (Cohen et al., 1983) من ثلاث صور وصياغات هي كالتالي:

الصياغة الأولى: وهي الصورة الأولية للسلم، وتحتوي على 14 بنداً وتسمى PSS 14. وهو مرفق في الملحق رقم (3).

الصياغة الثانية: وتحتوي على 10 بنود (البنود من 1 إلى 3، من 6 إلى 11، والبند 14 الصورة الأولية للسلم) وهي الصياغة التي أظهرت أفضل المميزات القياسية.

الصياغة الثالثة: وهي الصياغة الأخيرة وتحتوي على بنود (البند 6، 2، 7، 14 من بنود الصورة الأولية للسلم).

إذ يطبق سلم الضغط المدرك على الأفراد ابتداءً من 14 سنة فما فوق ولا يدوم تطبيقه أكثر من 15 دقيقة

يعتمد البحث الحالي على الصياغة الأصلية للمقياس لأنها شاملة وتحتوي على كل البنود وتسمى PSS 14، ويتميز هذا السلم بإمكانية تطبيقه في وضعيات متعددة سواء كانت فردية أو جماعية، كما أنه سهل التطبيق ويمكن تمريره بسرعة حتى وإن كانت الظروف حساسة (كوضعية الاستشفاء).

كما تم إثبات أن الضغط المدرك من قبل الأفراد المتعلق بأحداث وقعت في الماضي القريب يفسح أمامنا مجالاً واسعاً للتنبؤ بالاضطرابات الصحية والجسدية والنفسية، حيث يتميز سلم الضغط المدرك لقوهن بإمكانية تطبيقه مهما كانت الوضعية حساسة وتطبيقه بسرعة، وتوفير الجهد والوقت، وكذا أنه يتميز بعدم تأثر بنوده بالعامل الثقافي، ومنه بإمكانية تطبيقه على البيئة الجزائرية، ولصدقه العالي والثقة العلمية التي يتميز بها» (خرخاش، 2017، ص245).

6. 3. 1. **كيفية التنقيط:** يحتوي على 14 بند مرقمة من 1 إلى 14 منها 7 تتضمن إحساسات وأفكار سلبية وهي البنود (4، 5، 6، 7، 9، 10، 13) وتتقط بطريقة التنقيط المدرج من 1 إلى 5 وذلك في نفس اتجاه الاختبارات المقترحة .

أما البنود المتضمنة للإحساسات والأفكار الإيجابية وهي (1، 2، 3، 8، 11، 12، 14) فتتقط من 5 إلى 1 في الاتجاه المعاكس للاختبارات الخمس.

جدول (29): طريقة تنقيط مقياس الضغط النفسي المدرك.

تنقيط البنود 1، 2، 3، 8، 11، 12، 14	تنقيط البنود 4، 5، 6، 7، 9، 10، 13
أبدا ← نقطة واحدة	أبدا ← خمس نقط
تقريبا أبدا ← نقطتان	تقريبا أبدا ← أربع نقاط
أحيانا ← ثلاث نقاط	أحيانا ← ثلاث نقاط
غالبا ← أربع نقاط	غالبا ← نقطتان
دائما ← خمس نقط	دائما ← نقطة واحدة

6. 3. 2. **التعليمة:** يحتوي سلم قياس الضغط على ثلاث تعليمات أولية تشرح فيها للمفحوص ما هو مطلوب منه:

1- أسئلة مختلفة ستطرح عليك الآن، تتعلق بأحاسيسك وأفكارك خلال الشهر الماضي، وما ينبغي على المفحوص فعله للإجابة على بنود المقياس.

2- حتى وإن كانت بعض الأسئلة متقاربة، فإن بينهما بعض الاختلاف وكل سؤال يجب اعتباره سؤال مستقل عن الآخرين، كما تقترح عليه الأجوبة الخمس التي يفترض منه الاختيار بينها:

1/ أبدا، 2/ تقريبا أبدا (نادرا)، 3/ أحيانا، 4/ غالبا، 5/ غالبا جدا (دائما).

3- أفضل طريقة هي الإجابة بسرعة ولا تحاول حساب عدد المرات التي شعرت فيها بإحساس أو بأخر، ولكن أشر فقط إلى الإجابة التي تبدو لك الأقرب إلى الواقع، ومن بين الاختبارات الخمس المقترحة.

إن سلم الضغط لا يقيم إدراك الفرد للأحداث الخاصة، وهذا ما يفسر الصياغة المفتوحة للتعليمية التي ترافق كل البنود "في خلال الشهر الماضي كم مرة" مثلا :

البند 1: في خلال الشهر الماضي كم مرة تعرضت للانزعاج من قبل حدث غير منتظر.

البند 3: خلال الشهر الماضي كم مرة شعرت بأنك عصبي (ة) ومتوتر (ة).

6. 3. 3. كيفية حساب درجة الضغط المدرك:

بعد تنقيط كل بند، نقوم بجمع النقاط المتحصل عليها للوصول إلى الدرجة الكلية للضغط المدرك مع العلم أن أدنى درجة هي (14 و 70) كأقصى درجة، ويمثل الجدول رقم (2) درجات الضغط والمستويات التي تقابلها:

الجدول (30): درجة الضغط المسجلة وتفسيرها.

درجة الضغط	مستوى الضغط
من 14 إلى 32	منخفض
من 33 إلى 51	متوسط
من 52 إلى 70	مرتفع

تمثل الدرجات من (14) إلى (30) الأفراد الذين لديهم مستوى منخفض من للضغط المدرك، أي أن إدراكهم للوضعية الضاغطة يشير إلى أنها تهددهم بشكل ضئيل، ومن الممكن التحكم فيها.

أما الدرجات من (33) إلى (51) فتمثل الأفراد الذين لديهم مستوى متوسط من الضغط المدرك، أي أن إدراكهم للوضعية الضاغطة يشير إلى أنها مهددة نوعا ما، ومن الممكن التحكم فيها نسبيا.

كما تشير الدرجات من (52) إلى (70) إلى الأفراد الذين لديهم مستوى مرتفع من الضغط المدرك، أي أن إدراكهم للوضعية الضاغطة يشير إلى أنها مجهدة ومهددة ومن الصعب التحكم فيها.

6. 3. 4. الخصائص السيكومترية لمقياس الضغط النفسي في البيئة الجزائرية:.

صدق وثبات المقياس: للتأكد من صدق وثبات المقياس تم تطبيقه على عينة استطلاعية من المصابين بداء السكري عددهم (75) مصاب ومصابة بداء السكري بنوعيه، من أجل التأكد من الخصائص السيكومترية لمقياس الضغط النفسي كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (31) ارتباط بنود مقياس الضغط النفسي بالمجموع الكلي للمقياس

البند	البند1	البند 2	البند 3	البند 4	البند 5	البند 6	البند 7	البند 8	البند 9	البند 10	البند 11	البند 12	البند13	البند 14
ارتباط بيرسون الدلالة الإحصائية	.528*	.415*	.466*	.499*	.453*	.488*	.539*	.480*	.600*	.600*	.511*	.478*	.585**	.603*
ن	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75	75

يلاحظ ارتباط جميع بنود مقياس الضغط النفسي بعلاقة ايجابية بالمجموع الكلي لهذا المقياس وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة أصغر من $(\alpha=0,05)$ ، فالمقياس صادق وأسفرت نتائج التحليل الإحصائي أن قيمة معامل ثبات المقياس ألفا كرونباخ $0,856$ ، فمقياس الضغط النفسي ثابت.

كما أسفر التحليل الإحصائي لنتائج الدراسة الاستطلاعية التي قامت بها الباحثة مزغيش (2013) للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس في البيئة الجزائرية أن معامل ثبات المقياس قدر بـ (0.72) بحساب معامل ألفا كرونباخ للاتساق الداخلي لعينة من الراشدين قدر عددها 250 فرد، لذا فإن قيمة معامل ألفا التي تحصلت عليها الباحثة تدل أن المقياس ذو درجة ثبات جيدة (مزغيش، 2013، ص 176)

6.4. مقياس استراتيجيات التعامل بولهان وآخرون (Paulhan et al, 1994): تم إعداد مقياس استراتيجيات التعامل من طرف فيتاليان vitalian وآخرون (1985) المكيف من طرف بولهان Paulhan وآخرون (1994) عن (شريف، 2014، ص214).

6.4.1. وصف مقياس استراتيجيات التعامل:

اهتمت الكثير من الدراسات بمعرفة استراتيجيات التعامل التي يستعملها الأفراد في تعاملهم مع البيئة المحيطة بهم، وضواغط الحياة، وأول عمل كان في هذا المجال "للازاروس وفولكمان" Lazarus et (1984) Folkman، وأيضا "راي Ray وآخرون" (1982) انطلاقا من مقالات عيادية وإحصاء مختلف الأساليب والطرق التي يستعملها الأفراد في التعامل مع مختلف الوضعيات في جميع الميادين، وقد استنتج هؤلاء الباحثين وجود تباين في نوعية الاستراتيجيات المستخدمة وهما نوعان: التعامل المتمركز حول الانفعال، والتعامل المتمركز حول المشكل.

وانطلاقا من هذه الاستراتيجيات تم بناء سلم للازاروس وفولكمان المعروف بـ: (The ways of coping check-liste)، الذي يحتوي 8 سلالم فرعية تضم 67 بند موزعة على نوعي الاستراتيجيات المستخدمة المرتكزة حول الانفعال والمرتكزة حول المشكل (Folkman & Lazarus.1988, p468)

قامت بولهان (1994) وآخرون بتكييف النسخة المختصرة التي أعدها فيتالين وجماعته (1985) انطلاقا من سلم لازاروس وفولكمان، وقامت بتكييف تلك النسخة المختصرة حسب البيئة الفرنسية، وكان الهدف من هذا العمل هو البحث عن فعالية التعامل في دورها المعدل للعلاقة بين ضغط - توتر، كذلك توضيح أنواع الاستراتيجيات المرتبطة بالصحة الجسدية والنفسية، باستعمال التحليل العاملي تم التوصل إلى أن بنود المقياس تضع بين الاعتبار محور عام لاستراتيجيات التعامل الذي يضم استراتيجيات التعامل المرتكزة على المشكل واستراتيجيات التعامل المرتكزة على الانفعال، وتضم هذه القائمة 29 بند وخمسة أبعاد (شريف، 2014، ص216).

4.6.2. خصائص مقياس استراتيجيات التعامل:

تمت ترجمة المقياس إثر خطوات تكيفه على البيئة الفرنسية من طرف مخبر اللغات بجامعة "Bordeaux" ثم تطبيقه على عينة مكونة من (501) راشد بين طلاب وعاملين من كلا الجنسين (172 رجل، و 329 امرأة) تتراوح أعمارهم ما بين 20-35 سنة بإتباع نفس التعليم.

وباستخدام التحليل العاملي مع (Rotation varimax) تم التوصل إلى نتيجتين:

-بنود الاختبار تأخذ بعين الاعتبار محور عام للتعامل الذي يضم استراتيجيات التعامل مركزة حول المشكل، وأخرى مركزة حول الانفعال.

- وجود أبعاد خاصة للمواجهة تتمثل في خمس مستويات مكونة للصورة النهائية للسلم وهي: حل المشكل، التجنب، البحث عن السند الاجتماعي، إعادة التقييم الإيجابي، واتهام الذات.

خلال دراستها حول صدق المقياس تم استجواب 100 فرد، منهم 52 امرأة و48 رجل تتراوح أعمارهم بين 40-65 سنة، وذلك كل شهر ولمدة سنة، وكان يطلب منهم وصف الوضعية الضاغطة والإشارة إلى نوع الاستراتيجيات التي استعملوها لمواجهة الوضعية (Paulhan, 1994, p. 133).

3. 4.6. كيفية تطبيق مقياس استراتيجيات التعامل: يطبق مقياس بولهان و آخرون Paulhan et al. بصفة فردية أو جماعية، وتتبع في ذلك التعليمات التالية:

أ- صف موقف مؤثر عشته خلال الأشهر الأخيرة.

ب- حدد شدة الانزعاج والتوتر الذي سببه لك هذا الموقف (منخفض، متوسط، مرتفع) وذلك بوضع العلامة (x) أمام المستوى المناسب.

ج- أشر بالعلامة (x) إلى الاستراتيجيات المولدة إن كنت قد استعملتها، أم لم تستعملها في مواجهة هذا الموقف.

علما بأن الاستراتيجيات موضوعة في جدول مرقم من البند (1) إلى البند (29)، ويجب الفرد حسب سلم متدرج مؤلف من أربعة احتمالات، وهي: (نعم، تقريبا نعم، لا، تقريبا لا).

يضم هذا المقياس خمسة مستويات، يحتوي كل مستوى على عدد معين من البنود، وهي كالاتي:

- إستراتيجية حل المشكل: وتضم (8) بنود وهي (1، 4، 6، 13، 16، 18، 24، 27).

- إستراتيجية التجنب: وتضم (7) بنود وهي (7، 8، 11، 17، 19، 22، 25).

- إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي: وتضم (5) بنود وهي (3، 10، 15، 21، 23).

- إستراتيجية التقييم الإيجابي: وتضم (5) بنود وهي (2، 5، 9، 12، 28).

- إستراتيجية اتهام الذات: وتضم (4) بنود وهي (14، 20، 26، 29) أنظر الملحق رقم (4).

عموما فإنه لا يتم وضع وقت معين ومحدد للإجابة على أسئلة المقياس مع مراعاة أن لا تطول مدته بشكل مبالغ فيه، وقد وجد أن مدة تطبيق المقياس تتراوح بين (5) و(7) دقائق.

4.4.6. **كيفية تصحيح مقياس استراتيجيات التعامل:** يتم تنقيط المقياس وفق سلم متدرج من 1 إلى 4، إذ تمنح النقاط وفق الجدول التالي:

الجدول (32): كيفية تنقيط بنود مقياس استراتيجيات التعامل.

الإجابة	العلامة
لا	نقطة واحدة
تقريبا لا	نقطتين
تقريبا نعم	ثلاث نقاط
نعم	أربع نقاط

يعرض الجدول (32) كيفية تنقيط مقياس استراتيجيات التعامل، وهو التنقيط المعتمد في جميع البنود ما عدا البند 15، الذي يكون تنقيطه بعكس البنود الأخرى أي من 4 إلى 1. (Paulhan et al, 1994, p298-299).

ويتم تدوين النتائج حسب الجدول التالي:

الجدول (33): الاستراتيجيات المتركزة حول المشكل والاستراتيجيات المتركزة حول الانفعال

الاستراتيجيات المتركزة حول المشكل			الاستراتيجيات المتركزة حول الانفعال	
حل المشكل	البحث عن السند الاجتماعي	التجنب	إعادة التقييم الإيجابي	اتهام الذات
.
المجموع=			المجموع=	

4.6. 5. الخصائص السيكومترية لمقياس استراتيجيات التعامل: تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية بلغ عددها (75) مصاب ومصابة السكري المتواجدون بمستشفى أعمارهم بالأخضرية للتأكد من إمكانية تطبيق المقياس على مرضى السكري والتأكد من خصائصه.

الصدق البنيوي:

ارتباط بنود استراتيجيات حل المشكل بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات جدول (34) ارتباط بنود إستراتيجية حل المشكلة بالمجموع الكلي للإستراتيجية.

البند 1.1	البند 2.1	البند 3.1	البند 4.1	البند 5.1	البند 6.1	البند 7.1	البند 8.1	
,576**	,421**	,501**	,606**	,466**	,481**	,577**	,368**	ارتباط بيرسون
,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	الدالة
75	75	75	75	75	75	75	75	الإحصائية
								ن

** دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد إستراتيجية حل المشكلة بمجموع بعد إستراتيجية حل المشكلة بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة أصغر من ($\alpha=0,01$).

- ارتباط بنود استراتيجيات التجنب بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات:

جدول (35) ارتباط بنود مقياس إستراتيجية التجنب بالمجموع الكلي للإستراتيجية.

البند 1.2	البند 2.2	البند 3.2	البند 4.2	البند 5.2	البند 6.2	البند 7.2	
,459**	,568**	,592**	,593**	,622**	,513**	,585**	ارتباط بيرسون
,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	الدالة الإحصائية
75	75	75	75	75	75	75	ن

** دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد إستراتيجية التجنب بمجموع بعد إستراتيجية التجنب بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة أصغر من ($\alpha=0,01$).

- ارتباط بنود استراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات

جدول (36) ارتباط بنود إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بالبعد الكلي للإستراتيجية.

البند 1.4	البند 2.4	البند 3.4	البند 4.4	البند 5.4
-----------	-----------	-----------	-----------	-----------

ارتباط بيرسون	,448**	,506**	,490**	,488**	,475**
الدلالة الإحصائية	,000	,000	,000	,000	,000
ن	75	75	75	75	75

** دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد استراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي بمجموع بعد استراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة أصغر من ($\alpha=0,01$) -ارتباط بنود استراتيجيات التقييم الايجابي بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات

جدول (37) ارتباط بنود إستراتيجية التقييم الإيجابي بالمجموع الكلي للإستراتيجية

ارتباط بيرسون	البند 1.3	البند 2.3	البند 3.3	البند 4.3	البند 5.3
الدلالة الإحصائية	,221**	,357**	,689**	,653**	,578**
ن	75	75	75	75	75

* دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,05$)

** دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد إستراتيجية التقييم الإيجابي بمجموع بعد استراتيجيات التقييم الإيجابي بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$) .

-ارتباط بنود استراتيجيات اتهام الذات بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات

جدول (38) ارتباط بنود إستراتيجية اتهام الذات بالمجموع الكلي للإستراتيجية

ارتباط بيرسون	البند 1.5	البند 2.5	البند 3.5	البند 4.5
الدلالة الإحصائية	,602**	,550**	,627**	,684**
ن	75	75	75	75

** دال إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$)

يلاحظ ارتباط جميع بنود بعد إستراتيجية اتهام الذات بمجموع بعد استراتيجيات اتهام الذات بعلاقة ايجابية دالة إحصائياً عند مستوى أصغر من ($\alpha=0,01$) . ومنه نستنتج أن مقياس إستراتيجيات التعامل صادق.

-معاملات كرونباخ / ثبات مقياس : أسفرت نتائج التحليل الإحصائي أن قيمة ألفا كرونباخ لكل نوع من إستراتيجيات التعامل كانت كما يلي: إستراتيجية حل المشكلة:(0,579) ، إستراتيجية التجنب:

(0,638)، إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي: (0,541)، إستراتيجية التقييم الإيجابي: (0,539)، إستراتيجية اتهام الذات: (0,553)، وهي قيم مقبولة، فمقياس استراتيجيات التعامل ثابت .

7. الأساليب الإحصائية المستخدمة في البحث: تمت المعالجة الإحصائية للبيانات عن طريق برنامج Statistical Package of Social Sciences (SPSS 20) البرنامج الإحصائي للحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية، وذلك لاختبار صحة ومدى تحقيق فرضيات الدراسة، حيث قمنا من خلاله باستخدام الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية.

-معامل الارتباط بيرسون، ألفا كرونباخ.

- اختبارات "ت" لعينة واحدة، واختبار "ت" لعينتين مستقلتين.

-المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي .

-الانحدار المتعدد التسلسلي الهرمي

8. صعوبات البحث:

ككل البحوث في العلوم الإنسانية والاجتماعية واجهت البحث الحالي عدة صعوبات عرقلت السير الحسن لإنجازه حسب المخطط الزمني المبرمج له في بداية البحث، إلا انه تم التغلب عليها دون الخوض في غمار تفاصيلها والاكتفاء بذكر الصعوبات التي كانت مختلفة بعض الشيء عن ما هو مألوف وما يواجهه الباحثون في العادة لتزامن إنجازه مع جائحة كورونا التي فرضت إجراءات صحية استثنائية على العالم أجمع انعكست على النقاط التالية:

-إيقاف التبرصات: لم يكن جمع العينة أمرا سهلا خاصة في الظروف التي واجهتها البلاد والعالم بأسره جراء انتشار وباء كورونا القاتل، الذي حصد آلاف الأرواح خاصة في الموجة الثالثة إذ اعترض التطبيق الكثير من الصعوبات والتحديات بعد إيقاف التبرصات في المستشفيات سنة (2019)، وسنة (2020)، ما سبب تأخرا في الحصول على الموافقة من مديرية الصحة لإجراء الدراسة الميدانية إلى غاية (2021)، ومع ذلك كانت كل المستشفيات قد حولت مختلف مصالحتها لاستقبال المرضى المصابين بالكوفيد-19، الأمر الذي نتج عنه تقليل الاستشفاء لمرضى السكري ونقص هاته الفئة

داخل المستشفيات، لذا فقد تم التوجه إلى العيادات الخاصة بأطباء السكري من أجل الحصول على العدد الكافي قبل إعادة فرض الحجر الصحي .

-قلة الإجابات على الاستبيان الإلكتروني: تم الاستعانة باستبيان الكتروني متواجد على الرابط التالي (<https://forms.gle/w5MmkvGXJe6hpCPi7>) يضم أدوات الدراسة وإرساله لمرضى السكري عبر مواقع التواصل الاجتماعي من خلال المجموعات الخاصة بهم عبر التطبيقات الجماعية كالفيسبوك مثلا والخاصة في الماسنجر، لتدارك الأمر أثناء فترة الحجر الصحي وغلق التربصات، لكن رغم ذلك تفاجئنا بقلة الإجابات المتحصل عليها والتي كان أغلبها لا يستوفي شروط اختيار العينة لذلك قمنا بالاستغناء عن الباقي، واتجهنا إلى العيادات الخاصة بعد انتهاء الحجر الكلي.

-خوف المرضى من الموت: ومن بين أكثر الصعوبات حزنا كانت وفاة المرضى بسبب وباء كورونا (كوفيد19) وجثث الموتى (رحمهم الله) التي كانت تمر علينا أثناء تواجدها في المستشفيات وخاصة أثناء إجراء بعض المقابلات مع بعض المرضى، الذين أبدوا ردود فعل تمتزج بين الخوف من الموت والبكاء والانهيار.

- الحرائق في الولاية: بالإضافة إلى ذلك تزامن الدراسة التطبيقية مع الحرائق المهولة التي مست غابات الكثير من ولاية الوطن من بينها غابات الولاية الأمر الذي زاد من صعوبة التنقل بين المستشفيات والعيادات الخاصة وكذا صعوبة المناخ وارتفاع درجات الحرارة لأكثر من (50) درجة في كثير من الأيام.

-الخوف من الإصابة بفيروس كورونا: تزامنت فترة التبرص مع الموجة الثالثة لفيروس كونا (كوفيد دالتا) والتي كانت أشد خطورة وفتكا من كوفيد-19، ورغم اتخاذ كل التدابير الوقائية من أجل السلامة إلا أن الخوف من انتقال العدوى أو نقلها لأفراد الأسرة، كان هاجسا بالنسبة للباحثة وحتى لأفراد العينة.

كل هذه الصعوبات عرقلت الباحثة عن السير في إنجاز الدراسة وفق البرنامج الزمني المخطط له لإنهاء الدراسة.

خلاصة الفصل:

تعتبر الإجراءات المنهجية التي تقوم عليها أي دراسة بمثابة خارطة الطريق التي يسلكها الباحث في إنجاز دراسته وهو ما قد تم عرضه في هذا الفصل، فقد كان اعتماد الدراسة الحالية على المنهج الوصفي وقواعده وهو ما تطرقنا إليه في هذا الفصل بالإضافة إلى إجراءات الدراسة الاستطلاعية التي تم فيه التعرف على مجتمع الدراسة والتأكد من الخصائص السيكومترية للأدوات المستخدمة في الدراسة، مع تحديد العينة حسب الشروط الملائمة لطبيعة الدراسة وأهدافها وعرض خصائصها، كما تطرقنا لأدوات الدراسة والأساليب الإحصائية المستخدمة في معالجة البيانات ودراسة فرضيات الدراسة التي سنتطرق في الفصل الموالي إلى عرضها ومناقشتها بالتفصيل .

الفصل الخامس

عرض وتحليل النتائج

تمهيد :

يتناول هذا الفصل عرضاً مفصلاً لنتائج الدراسة بعد الانتهاء من تطبيق أدوات القياس على أفراد العينة للتأكد من صحة الفرضيات التي أجبنا بها على مشكلة الدراسة في الفصل التمهيدي، وقد حلت البيانات المتحصل عليها لمعرفة: هل للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية (عامل العصابية، الإنبساطية، المقبولية، الانفتاح على الخبرة، ويقظة الضمير) ونوع المرض قدرة تنبؤية بتسيير الضغط النفسي (مستوى الضغط النفسي، واستراتيجيات التعامل: إستراتيجيات التعامل المرتكزة حول الانفعال، وإستراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكل)، وكذا معرفة مستوى الضغط النفسي لدى أفراد العينة، ونوع إستراتيجيات التعامل لديهم، مع محاولة تحديد بروفيل شخصية لهم وفقاً لنموذج العوامل الخمسة، كما هو مبين من خلال عرض نتائج المعالجة الإحصائية الخاصة بكل فرضية فيما يلي:

1. المحور الأول: الضغط النفسي

1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى: [يعاني المصابين بداء السكري من ارتفاع مستوى الضغط

النفسي، مع وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي بين المصابين بداء السكري النوع الأول (المعتمد على الأنسولين) والنوع الثاني (غير المعتمد على الأنسولين)].

1.1.1. مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري بنوعيه: لتأكد من ارتفاع مستوى

الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري تم استعمال اختبار "ت" لعينة واحدة .

الجدول(39): نتائج اختبار "ت" لعينة واحدة

مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	ن	
0,944	-0,7	305	42	41,97	306	العينة الكلية
0,021	2,331	147	42	43,52	148	النوع 1
0,004	-2,919	157	42	40,52	158	النوع 2
نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس الضغط النفسي (%)						
						العينة الكلية
						النوع 1
						النوع 2

يتبين من نتائج الجدول (40) عدم وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين المتوسط الحسابي للمتغير الضغط النفسي لدى العينة الكلية و المتوسط الفرضي للمقياس.

أظهرت النتائج وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين المتوسط الحسابي للمتغير الضغط النفسي لدى العينة المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين و المتوسط الفرضي للمقياس وهذه الفروق لصالح المتوسط الحسابي .

يظهر من النتائج أيضا وجود فروق دالة إحصائية عند مستوى (0,05) بين المتوسط الحسابي للمتغير الضغط النفسي لدى العينة المصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين و المتوسط الفرضي للمقياس وهذه الفروق لصالح المتوسط الفرضي، مستويات الدلالة جاءت أكبر من (0,05).

1.1.2. دراسة الفروق في مستوى الضغط النفسي بين مرضى السكري النوع الأول والنوع الثاني: للتأكد من وجود فروق إحصائية بين مستوى الضغط النفسي بين داء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين تم القيام باختبار "ت" لعينتين مستقلتين

الجدول (40) نتائج اختبار "ت" لعينتين مستقلتين

مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	المتوسط الحسابي	ن		
دالة 0,000	3,632	282,07	43,52	148	النوع 1	مرض السكري
			40,52	158	النوع 2	

يظهر من خلال اختبار "ت" لعينتين مستقلتين أن هناك فروق دالة إحصائية بين مستويات الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري النوع الأول و المصابين بداء السكري النوع الثاني عند مستوى الدلالة أصغر من (0,05)، حيث جاء المتوسط الحسابي لمتغير الضغط النفسي لدى المرضى السكري النوع الأول والمقدر بـ (43,52) أعلى من متوسط الحسابي لهذا المتغير لدى المصابين الذين يعانون من داء السكري النوع الثاني المقدر بـ (40,52) .

2. المحور الثاني للدراسة: استراتيجيات التعامل.

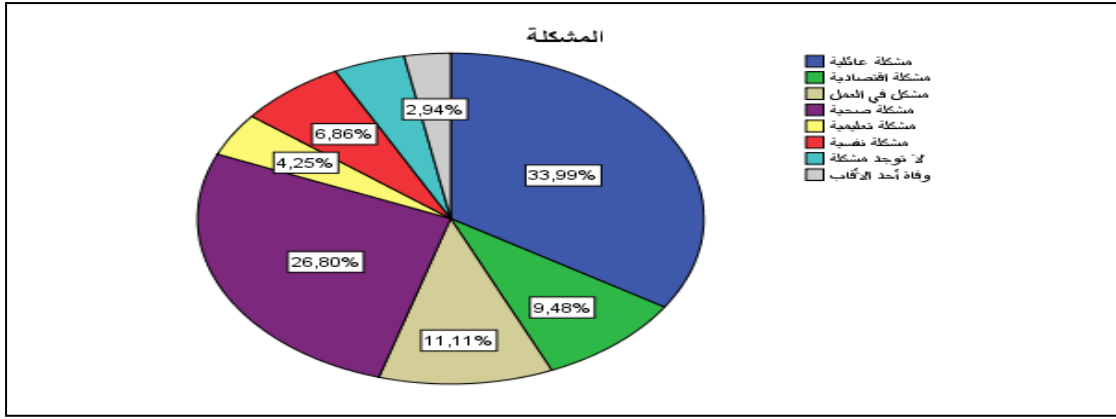
2. 1. عرض نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية على أن [المصابين بداء السكري يستخدمون استراتيجيات تعامل متنوعة في تسيير الضغوط النفسية. مع وجود اختلاف في استعمال استراتيجيات التعامل بين مرضى النوع الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) والثاني (السكري غير المعتمد على الأنسولين)].
 قبل الشروع في دراسة الفرضية الثانية الخاصة باستراتيجيات التعامل التي يستخدمها مرضى السكري لابد من التطرق أولاً إلى مصادر الضغوط أو أنواع المشكلات التي يتعرضون لها والتي تم تصنيفها حسب الأنواع التالية المبينة في الجدول (41):

الجدول (41) نوع المشكلة

النسبة المئوية	التكرار	
34	104	مشكلة عائلية
9,5	29	مشكلة اقتصادية
11.1	34	مشكل في العمل
26,8	82	مشكلة صحية
4,2	13	مشكلة تعليمية
6,9	21	مشكلة نفسية
4,6	14	لا توجد مشكلة
2,9	9	وفاة أحد الأقارب

يظهر جلياً من الجدول (41) أنواع المشاكل التي وصفها المصابين بداء السكري في إجاباتهم على أدوات البحث والتي تم تصنيفها إلى مشاكل عائلة والتي تكررت لدى (104) مصاب، مشاكل اقتصادية لدى (29) مصاب، مشكل في العمل (34) مصاب، مشكلة صحية (82) مصاب، مشكلة تعليمية (13) مصاب، مشكلة نفسية (21)، لا توجد مشكلة (14)، وفاة أحد الأقارب (9) مصابين، حيث يوضح الشكل رقم (8) النسب المئوية لنوع المشكلة التي يعاني منها المصابون بداء السكري.



الشكل (8): نوع المشكل

يظهر الشكل (8) النسب المئوية لنوع المشاكل التي يتعرض لها المصابين بداء السكري، إذ يوضح الشكل أن (95.4%) من أفراد العينة يصرحون بمعاناتهم من مشاكل مختلفة، في حين بلغت نسبة الأفراد الذين انعدمت لديهم المشاكل (4.6%)، كما بلغت نسبة المرضى الذين يعانون من مشاكل عائلية 34%، يليها المشاكل الصحية بنسبة (26.8%)، يليها مشاكل في بنسبة (11.1%)، ثم مشاكل اقتصادية بنسبة (9.5%)، يليها مشاكل نفسية بنسبة (6.9%)، تليها مشاكل تعليمية بنسبة 4.2%، وأخيرا وفاة حد الأقارب بنسبة (2.9%) .

2.1.1. العينة الكلية: لقد تم استخدام اختبار "ت" لعينة واحدة للنظر في الدلالة الإحصائية للفروق بين المتوسطات الحسابية والمتوسطات الفرضية للمقاييس، ثم تم حساب نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس (%). وترتيبها .

جدول (42): المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري

مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	ن	
0,000	-10,37	305	12	10,26	306	اتهام الذات
0,000	7,658	305	15	16,13	306	التقييم الايجابي
0,636	-0,473	305	21	20,88	306	التجنب
0,000	5,1	305	24	25,2	306	حل المشكل
0,218	1,234	305	15	15,18	306	البحث عن السند الاجتماعي
الرتبة	نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس (%)					
5	39,13 %					اتهام الذات
1	55,65 %					التقييم الايجابي
4	49,58 %					التجنب
3	53,77 %					حل المشكل
2	53,83 %					البحث عن السند الاجتماعي

يظهر من النتائج المتمثلة في الجدول (42) وجود فروق في المتوسطات الحسابية في استعمال استراتيجيات التعامل من طرف المصابين بداء السكري حيث قدر المتوسط الحسابي لاستعمال إستراتيجية اتهام الذات بـ (10.26)، في حين جاءت قيمة المتوسط الحسابي لإستراتيجية التقييم الإيجابي (16.13)، وإستراتيجية التجنب بـ (20.88)، أما إستراتيجية حل المشكلة فقدر بـ (25.2)، والبحث عن السند الاجتماعي بـ (15.18).

أما نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس (%) لكل إستراتيجية جاءت ترتيبا على النحو التالي: أولا: إستراتيجية التقييم الإيجابي (55,65%)، ثانيا: البحث عن السند الاجتماعي (53,83%)، ثالثا: حل المشكل (53,77%)، رابعا: التجنب (49,58%)، خامسا: اتهام الذات (39,13%).

حسب النتائج المتحصل عليها نجد أن أفراد العينة الكلية (مرضى السكري) لا يعتمدون على إستراتيجية واحدة في التعامل مع الضغوط النفسية المدركة بل هناك تنوع في الإستراتيجيات المتبعة للتعامل مع المواقف الضاغطة وهي بالترتيب إستراتيجية التقييم الإيجابي، البحث عن السند الاجتماعي، حل المشكلة، التجنب، وأخيرا إستراتيجية اتهام الذات.

2.1.2. إستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الأول: وللتأكد من وجود اختلاف بين استراتيجيات التعامل التي يستخدمها مرضى السكري النوع الأول والثاني قمنا بحساب المتوسط الفرضي للاستراتيجيات التي يستخدمه كل نوع على حدا كما هو مبين في الجدول (43) الخاص بالاستراتيجيات التي يستخدمها النوع الأول والجدول (44) الخاص بالاستراتيجيات التي يستخدمها النوع الثاني كما يلي:

جدول (43) المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الأول

مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	ن	
0,000	-7,918	147	12	10,11	148	اتهام الذات
0,011	2,57	147	15	15,54	148	التقييم الايجابي
0,064	-1,866	147	21	20,36	148	التجنب
0,083	1,746	147	24	24,59	148	حل المشكل
0,277	-1,092	147	15	14,76	148	البحث عن السند الاجتماعي
الرتبة	نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس (%)					
5	٪ 38,21					اتهام الذات
1	٪ 52,7					التقييم الايجابي
4	٪ 47,73					التجنب
2	٪51,86					حل المشكل
3	٪48,78					البحث عن السند الاجتماعي

يظهر من خلال نتائج الجدول (43) أن هناك فروق في قيم المتوسط الحسابي للإستراتيجيات التعامل المتبعة من طرف مرضى السكري النوع الأول حيث قدرت قيمته لكل إستراتيجية كما يلي: اتهام الذات (10.11)، والتقييم الإيجابي (15.54)، والتجنب (20.36)، وحل المشكل (24.59)، أما البحث عن السند (14.76).

في حين جاء النسب المئوية للمتوسط الحسابي على طول المقياس لكل إستراتيجية حسب الترتيب التالي: أولاً: التقييم الإيجابي (52,7 ٪)، ثانياً: حل المشكل (51,86 ٪)، ثالثاً: البحث عن السند الاجتماعي (48,78 ٪)، رابعاً: التجنب (47,73 ٪)، وخامساً: اتهام الذات (38,21 ٪).

2. 1. 3. إستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الثاني:

جدول(44):المتوسط الحسابي والمتوسط الفرضي لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الثاني

مستوى الدلالة	T	درجة الحرية	المتوسط الفرضي	المتوسط الحسابي	ن		
0,000	-6,779	157	12	10,4	158	اتهام الذات	
0,000	8,504	157	15	16,68	158	التقييم الايجابي	
0,306	1,027	157	21	21,37	158	التجنب	
0,000	5,507	157	24	25,78	158	حل المشكل	
0,002	3,215	157	15	15,57	158	البحث عن السند الاجتماعي	
الرتبة		نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس (%)					
5	٪ 39,99					اتهام الذات	
1	٪ 58,41					التقييم الايجابي	
4	٪ 51,13					التجنب	
2	٪55,56					حل المشكل	
3	٪52,84					البحث عن السند الاجتماعي	

يظهر لنا من خلال نتائج الجدول (44) أن هناك فروق في قيمة المتوسط الحسابي للاستراتيجيات التعامل المستعملة من طرف المصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، حيث قدرة قيمة المتوسط الحسابي لكل إستراتيجية كما يلي: اتهام الذات (10.4)، والتقييم الإيجابي (16.68)، و التجنب (21.37)، وحل المشكل (25.78)، أما البحث عن السند (15.57). كما جاءت النسبة المئوية للمتوسط الحسابي على طول المقياس بالترتيب على النحو التالي : أولاً التقييم الإيجابي (58,41 ٪) ، ثانياً: حل المشكل (55,56٪)، ثالثاً: البحث عن السند الاجتماعي (52,84٪)، رابعاً: التجنب (51,13 ٪)، خامساً: اتهام الذات (39,99 ٪).

2. 1. 4. الفرق في استراتيجيات التعامل حسب نوع السكري:

للتأكد من وجود اختلاف في استراتيجيات التعامل المستخدمة في تسيير الضغوط حسب نوع السكري تم القيام بحساب المتوسط الحسابي لكل إستراتيجية على طول المقياس حسب نوع المرض (داء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين و النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين).

جدول (45): الفرق بين نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس لاستراتيجيات التعامل لدى المصابين بداء السكري النوع الأول والنوع الثاني

الفرق بين النسب بالقيمة المطلقة	نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس (%) النوع 2	نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس (%) النوع 1	
1,78%	39,99%	38,21%	اتهام الذات
5,71%	58,41%	52,7%	التقييم الايجابي
3,4%	51,13%	47,73%	التجنب
3,7%	55,56%	51,86%	حل المشكل
4,04%	52,84%	48,78%	البحث عن السند الاجتماعي

يظهر من خلال الجدول (45) أن نسبة المتوسط الحسابي على طول المقياس لإستراتيجية اتهام الذات المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري النوع الأول والنوع الثاني (38,21%، 39,99% بالترتيب، والتقييم الإيجابي (52,7%، 58,41%)، في حين إستراتيجية التجنب (47,73%، 51,13%)، أما حل المشكل (51,86%، 55,56%)، والبحث عن السند الاجتماعي (48,78%، 52,84%).

انطلاقاً من النتائج السابقة يلاحظ عدم وجود اختلاف بين النوعين في استخدام استراتيجيات التعامل، كما يلاحظ أن المصابين بداء السكري بنوعيه يميلون نحو استخدام مختلف استراتيجيات التعامل بنوعيتها (استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال، وإستراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل).

إضافة إلى ذلك أظهرت النتائج أنه بغض النظر عن دلالة الفروق بين نسب المتوسطات الحسابية على طول المقاييس ، فإن هذه الفروق لا تتعدى 6% أي أنه ليس هناك فروق في ميولات المصابين بداء السكري نحو هذه الاستراتيجيات ومنه فإن الفرضية التي تنص على أن هناك اختلاف

في استعمال استراتيجيات التعامل في تسيير الضغوط النفسية لدى مرضى السكري حسب نوع المرض غير محققة (الفرضية غير محققة)

3. المحور الثالث للدراسة: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

تنص الفرضية الثالثة على أنه [يمكن تحديد عدة بروفيلات شخصية لدى المصابين بداء السكري وفقا لمستوى الضغط النفسي، العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، استراتيجيات التعامل ونوع المرض].

3. 1. تحديد بروفيل الشخصية لدى المصابين بداء السكري وفقا لمستوى الضغط النفسي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل

ولاختبار هذه الفرضية تم استعمال التصنيف العنقودي الهرمي Classification hiérarchique، ووفقا لتصنيف المتحصل عليه تمت حساب المتوسطات هذه المتغيرات

3. 1. 1. العينة الكلية (داء السكري بنوعيه): بغية التعرف على البروفيلات أو الملفات الشخصية لأفراد العينة الكلية تم الاعتماد على نتائج التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري بنوعيه حسب الجدول التالي:

الجدول (46) نتائج التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري وفقا للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل.

Average Linkage (Between Groups)	الانبساطية	يقظة الضمير	المقبولية	العصابية	الانفتاح على الخبرة	ا حل المشكل	ا التجنب	ا التقييم الايجابي	ا اتهام الذات	ا البحث عن السند الاجتماعي	الضغط	
البروفيل الأول	Moyenne	28,2951	36,7222	29,9688	24,9340	26,9757	25,3958	20,8507	16,1736	10,2431	15,3889	41,6285
	N	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288
	Ecart-type	3,63870	4,50233	3,38511	5,26766	4,54050	4,06518	4,40327	2,55621	2,92710	2,24186	7,05756
البروفيل الثاني	Moyenne	21,5833	28,7500	22,1667	34,0833	26,0000	20,8333	21,2500	14,5833	11,6667	12,9167	52,7500
	N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
	Ecart-type	4,81396	7,03401	3,18614	3,02890	6,48074	3,15748	3,67114	2,81096	2,64002	4,14418	5,87947
البروفيل الثالث	Moyenne	15,0000	39,1667	29,6667	22,3333	16,3333	24,8333	21,6667	17,1667	8,3333	9,5000	36,8333
	N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
	Ecart-type	3,34664	6,24233	2,42212	7,81452	5,92171	4,99667	3,01109	2,71416	2,87518	1,37840	3,65605
المجموع	Moyenne	27,7712	36,4575	29,6569	25,2418	26,7288	25,2059	20,8824	16,1307	10,2614	15,1765	41,9706
	N	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
	Ecart-type	4,29563	4,90364	3,68024	5,54744	4,86759	4,13622	4,34714	2,58290	2,93262	2,50146	7,31689

اللون الأحمر المستويات المرتفعة

اللون الأخضر المستويات المنخفضة

النتائج

يظهر من الجدول (46) أن التصنيف العنقودي الهرمي للمعطيات الدراسة الخاصة بالعينة الكلية قد أفرز ثلاثة بروفيلات وفقا لـ: مستوى الضغط، العوامل الخمسة الكبرى ودرجة الميل لمختلف استراتيجيات التعامل، حيث جاءت النتائج كالتالي:

البروفيل الأول: أظهر هذا البروفيل اقتران ارتفاع مستويات عامل المقبولية (29,9688) والانبساطية (28,2951) والانفتاح (26,9757) مع درجة ميل كبيرة إلى استراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي (15,3889) واستراتيجيات حل المشكل (25,3958).

البروفيل الثاني: أظهر هذا البروفيل اقتران ارتفاع مستوى الضغط النفسي (52,75) ودرجة العصابية (34,0833) مع كبر الميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات (11,6667) وقلة الميل لإستراتيجية التقييم الايجابي (14,5833) و إستراتيجية حل المشكل (20,8333) ومع انخفاض مستويات عامل المقبولية (22,1667) وعامل يقظة الضمير (28,75).

البروفيل الثالث: أظهر هذا البروفيل اقتران بين انخفاض الضغط النفسي الميل الكبير نحو إستراتيجية التقييم الإيجابي (17,1667) وإستراتيجية التجنب (21,667) وارتفاع درجة يقظة الضمير (39,1667) مع قلة ميل لإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي (9,5) وإستراتيجيات اتهام الذات (8,3333) وتدني درجة الانفتاح على الخبرة (16,3333)

وبالنظر إلى البروفيل الثاني والثالث نلاحظ وجود علاقة عكسية بين مستويات الضغط النفسي العليا وبين الميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات، وإستراتيجية التقييم الايجابي، وبين عامل يقظة الضمير

وكذلك بالنظر إلى البروفيل الأول والثاني نلاحظ وجود علاقة عكسية بين درجة المقبولية وبين الميل لاستخدام إستراتيجية حل المشكل .

وأخيرا بناءا من البروفيل الأول والثالث نلاحظ وجود علاقة عكسية بين الميل نحو استخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي ودرجة الانفتاح على الخبرة .

3. 1. 2. السكري النوع الأول: بغية التعرف على البروفيلات أو الملفات الشخصية لأفراد العينة الكلية تم الاعتماد على نتائج التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين حسب الجدول التالي:

الجدول (47): التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري النوع الأول وفقا للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل:

Average Linkage (Between Groups)	الانبساطية	يقظة الضمير	المقبولية	العصابية	الانفتاح على الخبرة	احل المشكل	التجنب	التقييم الايجابي	اتهام الذات	البحث عن السند الاجتماعي	الضغط	
البروفيل الأول	Moyenne	27,5396	36,2806	28,9209	26,1439	27,6403	24,9353	20,1151	15,6187	10,2302	14,8993	43,8705
	N	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139
	Ecart-type	4,08650	4,49964	3,75531	5,38861	4,43636	3,51232	4,11973	2,42091	2,91253	2,54038	7,89591
البروفيل الثاني	Moyenne	34,2500	40,0000	31,7500	22,2500	21,2500	11,7500	26,0000	10,7500	7,2500	16,7500	39,7500
	N	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	Ecart-type	3,09570	5,35413	3,59398	7,27438	2,21736	2,98608	1,41421	1,89297	1,25831	1,70783	9,70824
البروفيل الثالث	Moyenne	14,6000	41,4000	29,2000	20,4000	15,2000	25,4000	22,8000	17,2000	9,2000	9,2000	36,8000
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Ecart-type	3,57771	3,36155	2,38747	6,94982	5,84808	5,36656	1,30384	3,03315	2,16795	1,30384	4,08656
المجموع	Moyenne	27,2838	36,5541	29,0068	25,8446	27,0473	24,5946	20,3649	15,5405	10,1149	14,7568	43,5203
	N	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
	Ecart-type	4,80368	4,59264	3,72434	5,57657	5,05256	4,14341	4,14064	2,55917	2,89622	2,70957	7,93380

اللون الأحمر المستويات المرتفعة

اللون الأخضر المستويات المنخفضة

النتائج

يظهر من الجدول (47) أن التصنيف العنقودي الهرمي للمعطيات الدراسة الخاصة بمرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين قد أفرز ثلاثة بروفيلات وفقاً لـ: مستوى الضغط، العوامل الخمسة الكبرى ودرجة الميل لمختلف استراتيجيات التعامل، و نوع المرض (السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين) حيث جاءت النتائج كالتالي:

البروفيل الأول: أظهر هذا البروفيل اقتران ارتفاع مستوى الضغط النفسي (43.87) وارتفاع عامل الانفتاح على الخبرة (27.64) وعامل العصابية (26.143) مع الميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات (10.32)، مع انخفاض في مستويات المقبولية (28.92) و يقظة الضمير (36.28)، لدى 139 مريض سكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين.

البروفيل الثاني: أظهر هذا البروفيل اقتران ارتفاع مستويات الإنبساطية (34.25) و المقبولية (31.75) مع الميل الكبير لاستخدام إستراتيجية التجنب (26.00) والبحث عن السند الاجتماعي (16.75)، وقلة الميل لاستخدام إستراتيجية حل المشكل (11.75) والتقييم الإيجابي (10.75) واتهام الذات (7.25)، لدى 4 مرضى بداء السكري النوع الأول.

البروفيل الثالث: أظهر هذا البروفيل اقتران بين انخفاض الضغط النفسي (36.8) والميل الكبير نحو استخدام إستراتيجية التقييم الإيجابي (17,2) وحل المشكل (25.4) و ارتفاع درجة يقظة الضمير (41.4)، مع تدني درجة الانفتاح على الخبرة (15.2) والعصابية (20.4) والانبساطية (14.6)، لدى 5 مرضى بداء السكري النوع الأول.

بالنظر إلى البروفيل الأول والثالث نلاحظ وجود علاقة طردية بين المستويات العليا للضغط النفسي وعامل العصابية وعامل الانفتاح على الخبرة والميل الكبير لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات.

كذلك بالنظر إلى البروفيل الأول والثاني نلاحظ وجود علاقة عكسية بين درجة المقبولية والميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات .

يتبين من خلال البروفيل الثاني والثالث وجود علاقة عكسية بين عامل الانبساطية والميل لإستراتيجية حل المشكل والتقييم الإيجابي

3. 1. 3. السكري النوع الثاني: بغية التعرف على البروفيلات أو الملفات الشخصية لأفراد العينة الكلية تم الاعتماد على نتائج التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين حسب الجدول التالي:

الجدول (48) التصنيف العنقودي الهرمي للمصابين بداء السكري النوع الثاني وفقا للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل

Average Linkage (Between Groups)	الانبساطية	الضمير يقظة	المقبولية	العصابية	على الانفتاح الخبرة	المشكل حل ا	التجنب ا	الاجيبي التقييم ا	الذات اتهام ا	السند عن البحث ا الاجتماعي	الضغط	
البروفيل الأول	Moyenne	29,0000	37,6147	31,0183	22,3486	27,4312	26,8991	20,8807	17,3028	10,2110	15,5596	38,1835
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
	Ecart-type	2,99382	4,50701	3,29978	4,32986	4,62154	2,96880	4,76431	1,99306	2,83847	1,83803	5,09569
البروفيل الثاني	Moyenne	26,6596	34,2766	28,8511	29,4468	24,4468	23,2979	22,3617	15,1702	10,9149	15,5745	45,7234
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
	Ecart-type	4,40492	4,48525	3,34260	3,56803	3,91657	5,09012	3,66787	2,88413	3,24928	2,93217	5,94431
البروفيل الثالث	Moyenne	23,0000	17,5000	22,5000	39,5000	18,5000	23,0000	24,5000	18,5000	8,5000	16,0000	45,5000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ecart-type	8,48528	4,94975	2,12132	,70711	3,53553	1,41421	2,12132	2,12132	2,12132	4,24264	6,36396
المجموع	Moyenne	28,2278	36,3671	30,2658	24,6772	26,4304	25,7785	21,3671	16,6835	10,3987	15,5696	40,5190
	N	158	158	158	158	158	158	158	158	158	158	158
	Ecart-type	3,71586	5,19107	3,54303	5,47754	4,68412	4,05947	4,49112	2,48842	2,96893	2,22713	6,37843

اللون الأحمر المستويات المرتفعة

اللون الأخضر المستويات المنخفضة

يظهر من الجدول (48) أن التصنيف العنقودي الهرمي للمعطيات الدراسة الخاصة بمرضى السكري النوع الثاني قد أفرز ثلاثة بروفيلات وفقا لـ: مستوى الضغط، العوامل الخمسة الكبرى ودرجة الميل لمختلف استراتيجيات التعامل، لدى مرضى السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين البالغ عددهم (158 مريض) حيث جاءت النتائج كالتالي:

البروفيل الأول: أظهر هذا البروفيل اقتران انخفاض مستوى الضغط النفسي (38.183) وارتفاع عامل المقبولية (31.018) وعامل يقظة الضمير (37.614) والانبساطية (29.00) وتدني عامل العصابية (22.348) مع الميل بدرجة كبيرة إلى استخدام إستراتيجية حل المشكل (26.899) وقلة الميل لاستخدام إستراتيجية التجنب (20.88)، لدى (109) مريض بداء السكري النوع الثاني.

البروفيل الثاني: أظهر هذا البروفيل اقتران ارتفاع مستوى الضغط النفسي (45.273) مع كبر الميل لإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي (15.574) واتهام الذات (10.914) وقلة الميل لاستخدام إستراتيجية التقييم الايجابي (15.170)، ودرجة متوسطة من العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، لدى (47) مريض سكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

البروفيل الثالث: أظهر هذا البروفيل اقتران بين انخفاض الانبساطية (23.00) ويقظة الضمير (17.50) والمقبولية (22.5) والانفتاح على الخبرة (18.5) وارتفاع درجة عامل العصابية (39.5) والميل الكبير نحو إستراتيجية التقييم الايجابي (18.5) وإستراتيجية التجنب (24.5) واتهام الذات (8.5) مع قلة ميل لإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي (16) وإستراتيجيات حل المشكل (23.00)، لدى (2) من مرضى السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

بالنظر إلى البروفيل الأول والثالث نلاحظ وجود علاقة طردية بين درجة الإنبساطية ويقظة الضمير و المقبولية وبين الميل لاستخدام إستراتيجية حل المشكل، وعلاقة عكسية بين درجة هذه العوامل والميل لاستخدام إستراتيجية التجنب.

يظهر أيضا من البروفيل الأول والثاني وجود علاقة طردية بين عامل العصابية والميل لاستخدام درجة إستراتيجية التجنب، ووجود علاقة عكسية بين هذا العامل والميل لاستخدام إستراتيجية حل المشكل .

4. المحور الرابع للدراسة: القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية

4.1. عرض نتائج الفرضية الرابعة:

تتص الفرضية على أنه [للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية القدرة التنبؤية بالضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري].

4.1.1. تحليل الانحدار المتعدد ذو التسلسل الهرمي:

لاختبار صحة هذا الفرض قامت الباحثة بإجراء تحليل الانحدار المتعدد ذو التسلسل الهرمي Hierarchical Multiple Regression وحساب كل من الثابت (Constant)، وقيم المعاملات المعيارية Standardized Coefficients بيتا (β)، و المعاملات اللامعيارية Unstandardized Coefficients (B)، و درجات الحرية ف (df)، وقيم ت (T)، و قيم (R^2) (R Square) الدلالة على مقدار التباين في المتغير التابع ،وجاءت النتائج كما هي موضحة في الجدول

الجدول (49): معاملات R^2 للانحدار المتعدد

النموذج	R	R^2	R^2 المعدلة	الخطأ المعياري في التقدير
مرض السكري	0,523	0,274	0,262	6,287
نوع السكري (1)	0,583	0,340	0,317	6,558
نوع السكري (2)	0,439	0,193	0,166	5,824

يظهر من خلال الجدول (49) أن قيمة (R^2) (R Square) في النموذج الأول (1) (مرض السكري) تساوي 0,274 ، أي أنّ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية أسهمت بنسبة 27,20 بالمائة من التباين الكلي المفسّر لدرجة الضغط النفسي؛ كما يتبين منه أيضا أنّ قيمة (R^2) ارتفعت في النموذج الثاني (2) (السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين) لتساوي 0,340، أي أنّ هذه العوامل قد أسهمت بنسبة 34 بالمائة من التباين الكلي المفسّر لدرجة الضغط النفسي، ولقد انخفضت قيمة في النموذج الثاني (3) (السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين) حيث قدرت بـ 0,193، أي أنّ هذه العوامل قد أسهمت بنسبة 19,3 بالمائة من التباين الكلي المفسّر لدرجة الضغط

النفسي، و بناءا على هذه النتائج يمكن القول بأن للعوامل الكبرى للشخصية قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي.

4. 1. 2. تحديد المعادلات التنبؤية:

لتحديد المعادلات التنبؤية تم حساب معاملات الانحدار المعيارية واللامعيارية كما هي موضحة في الجدول الموالي:

جدول (50): معاملات الانحدار اللامعيارية و معاملات الانحدار المعيارية وقيم "ت" ودلالاته

الإحصائية للعوامل الخمسة الخاصة بالنموذج (داء السكري)

الدالة الإحصائية	قيمة ت	المعاملات المعيارية	المعاملات اللامعيارية		النموذج (مرض السكري)
		β	الخطأ المعياري	A	
0,000	6,658		5,658	35,26	الثابت
0,084	1,734	0,087	0,086	0,149	الانبساطية
0,330	0,976	0,055	0,084	0,082	يقظة الضمير
0,000	-3,94	-0,226	0,144	-0,450	المقبولية
0,000	7,368	0,417	0,075	0,550	العصابية
0,637	-0,472	-0,024	0,076	-0,036	الانفتاح على الخبرة

a - المنبئات : الانبساطية، يقظة الضمير، المقبولية، العصابية، الانفتاح على الخبرة.

b - المتغير التابع : الضغط النفسي.

يتبين من الجدول (50) عدم وجود للانبساطية ويقظة الضمير والانفتاح على الخبرة قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى مرض السكري، حيث جاءت قيم بيتا (β) الخاصة بهذه العوامل مساوية على التوالي ل: (0,087)، (0,055)، (-0,024) وهي غير الدالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05).

يظهر أيضا من النموذج (داء السكري) أنّ للمقبولية قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي، حيث بلغت قيمة بيتا (β) (-0,226)، وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01)، أي أنّ زيادة وحدة معيارية في درجة المقبولية يقابلها نقص وتغيّر ب (0,226) وحدة معيارية في الضغط النفسي، والعكس صحيح، فالزيادة في مستوى المقبولية لدى مريض السكري يؤدي إلى النقص في مستوى الضغط النفسي، كما أنّ الانخفاض في مستوى هذا العامل لديه يؤدي إلى زيادة في درجات الضغط النفسي.

يظهر كذلك من خلال هذا النموذج أنّ للعصابية قدرة تنبؤية على مستوى الضغط النفسي، حيث قدرت قيمة بيتا (β) (0,417)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,01)، أي أن زيادة وحدة معيارية في درجة العصابية يقابلها زيادة أو تغير ب (0,417) وحدة معيارية في درجة الضغط النفسي، فالزيادة في درجة العصابية تؤدي إلى الزيادة في شدة الضغط النفسي والعكس صحيح.

استنتجا لما سبق يمكن كتابة معادلة الضغط النفسي من خلال النموذج (مرض السكري) على الشكل التالي:

$$\text{الضغط النفسي} = 35,26 - 0,226 \times (\text{المقبولية}) + 0,417 (\text{العصابية})$$

جدول (51): معاملات الانحدار اللامعيارية و معاملات الانحدار المعيارية وقيم ت ودلالاته الإحصائية للعوامل الخمسة الخاصة بالنموذج (داء السكري نوع أول المعتمد على الأنسولين)

الدالة الإحصائية	قيمة ت	المعاملات المعيارية	المعاملات اللامعيارية		النموذج (مرض السكري)
			الخطأ المعياري	B	
0,000	4,287		8,784	37,654	الثابت
0,075	1,791	0,127	0,117	0,210	الانبساطية
0,533	-0,624	-0,052	0,144	-0,09	يقظة الضمير
0,032	-2,166	-0,192	0,189	-0,409	المقبولية
0,000	5,140	0,427	0,118	0,607	العصابية
0,894	-0,133	-0,009	0,112	-0,015	الانفتاح على الخبرة

يتبين من خلال الجدول (51) كما هو الحال في النموذج داء السكري، عدم وجود للانبساطية و يقظة الضمير والانفتاح على الخبرة قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى مرض السكري، حيث جاءت قيم بيتا (β) الخاصة بهذه العوامل مساوية على التوالي ل: (0,127)، (-0,052)، (-0,009) وهي غير الدالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0,05).

يظهر أيضاً من النموذج (داء السكري نوع أول) أنّ للمقبولية قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي، حيث بلغت قيمة بيتا (β) (-0,192)، وهي دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0,05)، أي أنّ زيادة وحدة معيارية في درجة المقبولية يقابلها نقص وتغير ب (0,192) وحدة معيارية في الضغط النفسي، والعكس صحيح، فالزيادة في مستوى المقبولية لدى مريض السكري النوع الأول يؤدي إلى النقص في

مستوى الضغط النفسي، كما أن الانخفاض في مستوى هذا العامل لديه يؤدي إلى زيادة في درجات الضغط النفسي.

يظهر أيضا من خلال هذا النموذج أنّ للعصابية قدرة تنبؤية على مستوى الضغط النفسي، حيث قدرت قيمة بيتا (β) (0,427)، وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01)، أي أن زيادة وحدة معيارية في درجة العصابية يقابلها زيادة أو تغير ب 0,427 وحدة معيارية في درجة الضغط النفسي، فالزيادة في درجة العصابية تؤدي إلى الزيادة في شدة الضغط النفسي والعكس صحيح.

ويمكن كتابة معادلة الضغط النفسي من خلال النموذج (داء السكري) على الشكل التالي:

$$\text{الضغط النفسي} = 37,654 - 0,192 \times (\text{المقبولية}) + 0,427 (\text{العصابية})$$

جدول (52): معاملات الانحدار اللامعيارية و معاملات الانحدار المعيارية وقيم ت ودلالاته الإحصائية للعوامل الخمسة الخاصة بالنموذج (داء السكري نوع الثاني) .

الدالة الإحصائية	قيمة ت	المعاملات المعيارية	المعاملات اللامعيارية		النموذج (مرض السكري)
		β	الخطأ المعياري	A	
0,000	4,767		7,384	35,201	الثبات
0,748	0,332	0,25	0,131	0,042	الانبساطية
0,112	1,599	0,131	0,101	0,161	يقظة الضمير
0,022	-2,316	-0,186	0,144	-0,334	المقبولية
0,000	4,66	0,379	0,095	0,442	العصابية
0,348	0,941	-0,070	0,102	-0,096	الانفتاح على الخبرة

يتبين من خلال الجدول (52) كما وهو الحال أيضا في النموذجين السابقين، عدم وجود للانبساطية و يقظة الضمير والانفتاح على الخبرة قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى مرض السكري، حيث جاءت قيم بيتا (β) الخاصة بهذه العوامل مساوية على التوالي ل: (0,131)، (-0,186)، (-0,07) وهي غير الدالة إحصائيا عند مستوى الدلالة (0,05).

يتبين أيضا من النموذج (داء السكري نوع ثاني غير المعتمد على الأنسولين) أنّ للمقبولية قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي، حيث بلغت قيمة بيتا (β) (-0,186)، وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,05)، أي أنّ زيادة وحدة معيارية في درجة المقبولية يقابلها نقص وتغير ب (0,18) وحدة معيارية في الضغط النفسي، والعكس صحيح، فالزيادة في مستوى المقبولية لدى المصاب بداء السكري

النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين يؤدي إلى النقص في مستوى الضغط النفسي، كما أن الانخفاض في مستوى هذا العامل لديه يؤدي إلى زيادة في درجات الضغط النفسي.

يظهر من خلال هذا النموذج أيضا أن للعصابية قدرة تنبؤية على مستوى الضغط النفسي، حيث قدرت قيمة بيتا (β) (0,379)، وهي دالة إحصائيا عند مستوى دلالة (0,01)، أي أن زيادة وحدة معيارية في درجة العصابية يقابلها زيادة أو تغير ب 0,379 وحدة معيارية في درجة الضغط النفسي، فالزيادة في درجة العصابية تؤدي إلى الزيادة في شدة الضغط النفسي والعكس صحيح.

استخلاصا لما سبق يمكن كتابة معادلة الضغط النفسي من خلال النموذج (داء السكري) على

الشكل التالي:

$$\text{الضغط النفسي} = 35,201 - 0,186 \times (\text{المقبولية}) + 0,379 (\text{العصابية})$$

يتبين من الجداول الثلاث (50، 51، 52) الدور الوقائي من الضغط لعامل المقبولية وهذا الدور هو أقوى لدى المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين مقارنة من بمرضى السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين (أنظر قيم بيتا)

يظهر من هذه الجداول الدور المحفز للضغط النفسي للعامل العصابية و هو أقوى لدى المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين مقارنة بالمصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين (أنظر قيم بيتا)

انطلاق من نتائج الفرضية التي تنص على أنه للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية القدرة التنبؤية بالضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري يتبين أن عامل الإنبساطية والانفتاح على الخبرة ويقظة الضمير هي عوامل غير منبئة بمستوى الضغط النفسي، في حين أظهر عامل المقبولية قدرته التنبؤية بمستوى الضغط النفسي فارتفاع هذا العامل يؤدي إلى خفض في مستوى الضغط النفسي، وفي الجهة الأخرى أظهر عامل العصابية قدرته على التنبؤ بمستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري حيث أن الارتفاع في هذا العامل يقابله ارتفاع في مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري بنوعيه وهذا يعني تحقق الفرضية جزئيا.

خلاصة الفصل:

بعد عرض نتائج الدراسة سيتم في الجزء الموالي مناقشة النتائج الإحصائية التي كشفت عنها التحليلات الإحصائية، والتي تمت من أجل اختبار صدق فروض الدراسة ومدى اتقاقها مع ما جاء في الإطار النظري والدراسات السابقة، مع محاولة إعطائها تفسيرات مبنية على معطيات علمية وواقعية حسب الواقع المعاش لدى أفراد العينة.

الفصل السادس

مناقشة النتائج

تفسير ومناقشة نتائج البحث:

1. المحور الأول: الضغط النفسي

1.1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى: أثبتت النتائج تحقق الفرضية التالية:

[يعاني المصابين بداء السكري من ارتفاع مستوى الضغط النفسي، مع وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي بين مرضى السكري النوع الأول (المعتمد على الأنسولين) والنوع الثاني (غير المعتمد على الأنسولين)].

جاء في العديد من الدراسات التي اهتمت بالضغط النفسي والصحة أن آثار الضغط النفسي المتراكم من شأنها أن تؤثر على صحة الفرد وسلامته وظهور الأمراض لديه وتطورها، حيث أثبتت الدراسات النفسية التي أجريت منذ البدايات الأولى لدراسة الضغط النفسي ترابط العلاقة بين الضغط النفسي وسوء ضبط السكري منها دراسة "توماس ويليس التي أثبتت تأثير العصبية على داء السكري وأن الضغط النفسي يسبب المرض، وتبعه "وليام أوسلر" الذي أوضح أهمية العلاقة بين الضغط النفسي وداء السكري، كما أن ظروف الحياة الراهنة القدر الأكبر في ارتفاع مستوى الضغوط لدى مرضى السكري (Surwit, 2002). وهذا ما يبين أن ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري يؤثر سلبا على صحتهم، فإن الشعور بالضغط النفسي يجعل الجسم يقوم بإفراز هرمونات التوتر والتي تتسبب بدورها في ارتفاع نسبة السكر في الدم، من أجل تزويد الجسم بالطاقة اللازمة للسماح له بالتصرف في المواقف الضاغطة أو المهددة له حسب ما أورده (Janelle Alain 2018) في دراسته حول الضغط النفسي لدى مرضى السكري، كما أن هذا الارتفاع في مستوى سكر الدم يزيد من نوبات السكري وسوء ضبط مستوياته حتى مع الالتزام بالتعليمات الطبية، ومن جهة أخرى أكد أن الأعراض المرتبطة بهذا المرض قد تبدو مقلقة لدى الكثير من المرضى وتتسبب لهم ارتفاع في مستوى الضغوط النفسية التي يعيشونها بسبب هذا المرض، الذي يحتوي على عدة عوامل من شأنها أن تكون ضاغطة بالنسبة لمرضى السكري.

حيث أورد نيكول كلير (Nicole Clere, 2009) في نفس السياق أن خبر الإصابة بمرض مزمن لدى الفرد من شأنه أن يسبب له ضغطا نفسيا بسبب اضطراب في التكيف، وهذا الضغط يتميز باضطراب العواطف والسلوك، القلق والاكتئاب، والتهيج في العمل والعائلة (p 31)، إذ أن الإصابة

بمرض مزمن يعد لدى الأفراد خبرا صادما، ويعتبره البعض موقفا مهددا، ويؤدي بدوره إلى الشعور بالضغط النفسي والذي يرتفع مستواه مع عدم تقبل المريض لنمط الحياة الجديد الذي يفرضه عليه المرض إذ يضطر المريض للالتزام بالبرنامج العلاجي الذي يصفه الطبيب المختص وإتباع الحمية الغذائية المناسبة لنوع السكري وحالته الصحية.

إضافة إلى ذلك فقد أسفرت دراسة المرزوقي (2008) عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مستوى السكر في الدم ومستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري، إذ يرتبط ارتفاع الضغط النفسي بارتفاع مستويات السكر في الدم لدى المصابين بداء السكري، وهذا ما يفسر في السياق نفسه ما أسفرت عنه النتائج المتحصل عليها في البحث الحالي والتي تؤكد ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري

حيث أثبتت دراسة روبينسون وآخرون (2018) Robinson et al أن التحديات المرتبطة بتشخيص مرض السكري (التكيف مع المرض، والالتزام بالعلاج، والقضايا النفسية والاجتماعية) التي يواجهها مرضى السكري تزيد من مستوى الإجهاد أو الضغط النفسي لديهم، كما يؤثر الضغط النفسي ونقص الدعم الاجتماعي والموقف السلبي اتجاه مرض السكري سلبا على الرعاية الذاتية والتحكم في نسبة السكر في الدم. كما أكدت الدراسة على ضرورة التركيز في العلاج على إدارة مرض السكري بشكل عام وتحسين الإدارة الذاتية للمرض وتسيير الضغط النفسي من أجل تعزيز الرفاه وتخفيف الضيق لدى مرضى السكري

إضافة إلى كون المرض مزمنا وتلازم الأعراض مع المريض طول فترة حياته بالإضافة إلى ضرورة الالتزام بالتعليمات الطبية وتغيير نمط الحياة حسب ما يتناسب مع هذا المرض والامتناع عن تناول الكثير من الأطعمة والمشروبات التي من شأنها أن ترفع معدل السكري بالجسم والتقليل من البعض الآخر حسب ما يرد في الحمية الغذائية المسطرة من طرف الطبيب المعالج أو مختص التغذية، ومع ظهور الآثار الجانبية للعلاج ونوبات السكري والخوف من غيبوبة السكري ومن مضاعفات السكري يجد المصاب بداء السكري نفسه محاطا بكم هائل من الهواجس التي من شأنها أن تجعله يشعر بالضيق والتوتر وارتفاع مستوى الضغط النفسي لديه

جاءت نتائج الفرضية مماثلة لما أسفرت عنه نتائج دراسة "بن سيد وبن منصور" (2018) أيضا، والتي أثبتت أن نسبة تعرض مرضى السكري من النوعين (النوع الأول المعتمد على الأنسولين والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين) إلى ضغوطات نفسية مرتفعة جدا، وأن الإناث هم الأكثر عرضة للضغوطات النفسية مقارنة مع الذكور .

أقرت دراسة ريشارد سورويت (2002) Richard Surwit أيضا أن مرض السكري يرتبط ارتباطا وثيقا بالضغط النفسي منذ القدم حسب ما أثبتته الدراسات الأولى التي اهتمت بدراسة الضغط وتأثيراته الفيزيولوجية على الجسم، كما أثبتت نتائج الدراسة أن مرضى السكري عامة يعانون من ضغوطات نفسية متعددة المصادر أهمها ما يسببه المرض من أعراض مختلفة على المريض، كما يزيد سوء ضبط السكري من مستوى الضغط النفسي لديهم خاصة بالنسبة لدى مرضى السكري النوع الثاني، إذ أن عدم قدرة المريض على التحكم في نسبة السكر في الدم يجعله أكثر توترا وقلقا وإحساسا بالضغط النفسي.

استخلاصا لما سبق يتبين أن هناك علاقة وطيدة بين الإصابة بداء السكري المزمن والشعور بالضغط النفسي المرتفع، فبالإضافة إلى مصادر الضغط الأخرى التي تواجه المصاب بداء السكري في حياته اليومية سواء في بيئة العمل أو الأسرة أو البيئة المحيطة به بشكل عام هناك المشاكل الصحية التي ترتبط بالمرض وتقل العلاج ونمط الحياة الذي يفرضه داء السكري بنوعيه الأول والثاني على المصاب والآثار الجانبية للعلاج والخوف من مضاعفات السكري وبترا الأطراف وهذا ما يبرر لنا ارتفاع مستوى الضغوطات النفسية المدركة لدى أفراد العينة.

1.1.2. دراسة الفروق في مستوى الضغط النفسي حسب نوع المرض:

للتأكد من وجود فروق إحصائية في مستوى الضغط النفسي بين مرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين تم الاعتماد على اختبار "ت" لعينتين مستقلتين، حيث أظهرت النتائج ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى مصابي داء السكري الأول المعتمد على الأنسولين أكثر من مصابي داء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

يظهر من النتائج أن هناك اختلاف في مستوى الضغط النفسي بين المصابين بالنوع الأول والثاني، وهذا الاختلاف يعود عادة لاختلاف طبيعة ونمط الحياة الذي يفرضه داء السكري النوع الأول المعتمد

على الأنسولين على المصاب الذي يضطر لقياس نسبة السكر في الدم قبل وبعد كل جرعة أنسولين والتي غالبا ما تصل إلى أربع جرعات في اليوم أو أكثر في بعض الحالات إضافة إلى الأثر الذي تتركه على الجلد وألم الوخز المتكرر، إضافة إلى كثرة تعرضهم لنوبات الهبوط المفاجئة للسكري والتي تزيد من خطورة الإصابة بغيوبة السكر التي تشكل خطرا كبيرا على حياة المرضى، وهذه كلها عوامل من شأنها أن تجعل مريض النوع الأول أكثر إدراكا للضغط النفسي من مريض النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين الذي غالبا ما يكون التحكم في مستوى السكر في الدم عن طريق الالتزام بالحمية الغذائية وجرعتي الدواء الذي يصفه الطبيب للمريض.

فضلا عن ذلك فإن المصاب بداء السكري من النوع الأول المعتمد على الأنسولين يعتمد في حياته اعتمادا كبيرا على الأنسولين ويلتزم بجرعة الأنسولين من أجل الحفاظ على الوظائف الحيوية للجسم، ويتوجب عليه تناول الطعام بعد كل جرعة أنسولين يأخذها وليس من أجل الحفاظ على نسبة السكر في المعدل الطبيعي فقط، كما يؤدي عدم الأكل بعد استعمال الأنسولين إلى الدخول في غيبوبة هبوط السكر أما تناول الطعام بدون أخذ جرعة الأنسولين فيؤدي إلى غيبوبة ارتفاع السكري، وهذه الخطورة تجعل مريض النوع الأول يقعون تحت وطأة الضغوط النفسية المرتفعة جدا، في حين أن مريض النوع الثاني يتناولون الدواء من أجل تعديل نسبة السكر في الدم فقط ويمكنهم التحكم في مستوى السكر عن طريق الحمية الغذائية ما يجعل خطورة النوع الثاني أقل من النوع الأول، وهذا ما يفسر لنا ارتفاع مستوى الضغوط النفسية المدركة عند مريض النوع الأول أكثر من النوع الثاني.

إضافة إلى ذلك يمكن أن يكون العمر الذي يصيب فيه كل نوع من هذا المرض احد العوامل التي تفسر سبب ارتفاع مستوى الضغوط المدركة لدى مصابي النوع الأول المعتمد على الأنسولين أكثر من مريض النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، إذ أن الإصابة بالنوع الأول تكون من الولادة إلى سن 35 سنة يكون فيها المريض أقل وعيا وأقل نضجا، كما أن الإصابة في سن مبكر تعني طول المدة التي يصيب المرض فيها الفرد وهو ما يجعله أكثر .

إضافة إلى سن الإصابة الذي يلعب دورا مهما في التأقلم مع المرض والاهتمام بالرعاية الذاتية للصحة والالتزام بالعلاج، حيث يكون عادة عمر الإصابة بالنوع الأول من السكري أقل من 35 سنة يكون فيها المريض أقل وعيا وأقل نضجا، كما أن الإصابة في سن مبكر تعني طول المدة التي يصيب المرض فيها الفرد وهذا ما يجعله يشعر بثقل العبء الذي يسببه المرض، أما النوع الثاني

فالإصابة به تكون من سن الـ 35 سنة فأكثر، وهو ما يتأثر بالنضج العقلي للمريض ووعيه حول المرض وأهمية الالتزام في العلاج وإدراكه المعرفي للحدث، فبالعودة إلى نموذج التقييم المعرفي الذي أعده لازاروس وفولكمان (Lazarus S., Folkman S (1984) لإدراك الضغوط النفسية يتضح أن مرضى السكري جميعهم قد أدركوا الإصابة بداء السكري على أنها حدث ضاغط مهدد لصحتهم وسلامتهم، ويرجع الاختلاف في مستوى الضغط النفسي بين المصابين بالنوع الأول المعتمد على الأنسولين والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين إلى الاختلاف في مستوى إدراكهم لشدة خطورة المرض حسب معرفتهم به. فمرضى النوع الأول المعتمد على الأنسولين يدركون المرض على أنه خطر مهدد لصحتهم ولحياتهم أيضاً أكثر من مرضى النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين الذين أدركوا المرض بشكل أقل خطورة، ويعود الاختلاف في الإدراك إلى درجة الوعي والنضج العقلي والخبرات المعرفية التي يملكها مرضى السكري بنوعيه حول طبيعة المرض وكيفية التعامل معه ودرجة خطورته على صحتهم وسلامتهم. وهو أحد العوامل التي تفسر سبب ارتفاع مستوى الضغوطات النفسية لدى مرضى النوع الأول المعتمد على الأنسولين أكثر من مرضى النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

فضلا عن ذلك أثبتت دراسة غريب (2014) في هذا السياق أن مرضى السكري يعانون من ضغوطات متعلقة بالعلاج بالدرجة الأولى ثم الضغوط الجسدية، ويلها الضغوط النفسية، ثم الضغوط المالية أو الاقتصادية، ثم الضغوط الأسرية، ويلها الضغوط الاجتماعية، كما أوردت أن مرضى النوع الأول من السكري يعانون من مستوى ضغوط أعلى من مرضى النوع الثاني وذلك حسب طبيعة المرض ومدته وما يفرضه العلاج على المريض.

أورد روبينسون وآخرون (Robinson D. J. et al. (2018) طرحا مفاده أن هناك عدة مشكلات ينفرد بها مرضى السكري منها ما يعرف بضائقة السكري « détresse liée au diabète » التي تشير إلى المشاعر السلبية المرتبطة بالإدارة الذاتية لمرض السكري والعبء الذي يفرضه ذلك. يشير مصطلح "الضيق المتعلق بمرض السكري" إلى الإحباط والاضطراب الذي يُعزى بشكل خاص إلى الإصابة بالمرض، ولا سيما الحاجة إلى المراقبة المستمرة والعلاج، والمخاوف المستمرة بشأن المضاعفات والتدهور المحتمل للعلاقات الشخصية والمهنية. أما بالنسبة لمقاومة الأنسولين النفسية، فيتم تعريفها بالامتناع عن بدء العلاج بالأنسولين أو رفض بدء مثل هذا العلاج، مما قد يؤخر مؤقتاً

بدء العلاج اللازم. كما يعد الخوف من نوبات السكر مصدر قلق آخر شائع يتعلق بمرض السكري، إذ يرتبط وجود اضطرابات نفسية أو نفسية اجتماعية مرتبطة بمرض السكري بإدارة ذاتية أقل فعالية لمرض السكري وقد يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة، وقد أشار إلى أن ضائقة السكري هذه ترتبط ارتباطاً وثيقاً بسكري النوع الأول أكثر منها بالنوع الثاني، وذلك لكثرة الأعباء التي يفرضها النوع الأول على المريض أكثر من النوع الثاني، وهذا ما يتوافق من النتائج المتحصل عليها التي كشفت عن تعدد مصادر الضغط لدى المصابين بداء السكري وكثرة الأعباء التي يعانون منها سواء كانت متعلقة بالمرض كسوء ضبط السكري، وتأثير أعراضه ومضاعفاته على الجسم كالتعب المستمر وكثرة العطش وكثرة التبول وقصور النظر، بالإضافة إلى الخوف من بتر الأطراف وغيوبية السكري، أو بمصادر أخرى للضغط النفسي.

حسب ما ورد في دراسة الداهري (2018) فإن أي موقف مهدد جديد يمكن أن يسبب الضغط، ولكن هذا الضغط يمكن أن يقل مع مرور الزمن (ص394) وهو ما يكون عادة بسبب التعود والتكيف مع المرض لدى مرضى السكري النوع الثاني خاصة عند الضبط الجيد لنسبة السكر في الدم والتحكم في مستوياته، الأمر الذي يخفف عن المرضى المصابين بالنوع الثاني البعض من أعباء المرض وخطورته.

بناءً على ذلك فإن ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري النوع الأول أكثر منه لدى النوع الثاني راجع إلى عدة عوامل منها عمر الإصابة ومدتها ونمط الحياة الذي يفرضه المرض على المريض ودرجة الوعي والنضج وفهم المرض وكيفية التعامل معه وقدرة المرضى على التكيف مع المرض. وبعيداً عن الأعباء الخاصة بالمرض وأعراضه وعلاجه والخوف من مضاعفاته يبقى مريض السكري سواء النوع الأول أو الثاني فرد من المجتمع تقع على عاتقه مسؤوليات ومهام وأدوار مختلفة عليه أن يقوم بها على أحسن وجه والذي يجعله عرضة للضغوطات والمشاكل اليومية كباقي الأفراد عليه التعامل معها.

استخلاصاً لما سبق فإن المصابين بداء السكري عامة يعانون من مستوى ضغط نفسي مرتفع وذلك بسبب الأعباء الكثيرة التي يلقيها هذا المرض عليهم وملازمة الأعراض طول حياتهم، بالإضافة إلى عوامل أخرى متعلقة بالحياة الشخصية ومصادر الضغط المختلفة التي يعاني منها كل مصاب، فالمصاب بداء السكري يعاني من ضغوطات متعلقة بالإصابة بالمرض المزمن وأعراضه والعلاج

والمضاعفات وضغوطات متعلقة بالحياة اليومية بصفة عامة والتي تتأثر بإصابته بالمرض بشكل كبير، حيث أثبتت الدراسات أن الإصابة بداء السكري تؤثر على نمط حياة المريض وعلاقاته الشخصية مع أفراد العائلة والمجتمع وفي بيئة العمل، فالمصاب بداء السكري هو شخص لديه مسؤوليات والتزامات ونمط حياة معين قبل المرض، والذي يضطر إلى تغييره بعد الإصابة بالمرض وهو ما يجعل المرض أحد مصادر الضغط التي يواجهها المصابين بداء السكري إضافة إلى كون المرض غير قابل للشفاء وكثرة الأدوية والتحاليل التي يجريها طول حياته لمتابعة حالته الصحية، فضلا عن دوام الأعراض وخطورة المضاعفات المتعلقة بالمرض .

أظهرت النتائج أن المصابين بداء السكري بنوعيه الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين يعانون من مستوى ضغط نفسي مرتفع، مع وجود فرق في المستوى لصالح النوع الأول المعتمد على الأنسولين على حساب النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، الأمر الذي يرجع سببه إلى خصائص كل نوع ومدة المرض، إذ يشكل النوع الأول المعتمد على الأنسولين عبئا على المصابين به أكثر من النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين وذلك بسبب التبعية الكلية لجرعة الأنسولين والتي يمكن أن يؤدي غيابها إلى غيبوبة السكر والتي قد تكون سببا في الوفاة، بالإضافة إلى مدة المرض والتي تكون غالبا أطول من مدة الإصابة بالنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

2. المحور الثاني للدراسة: استراتيجيات التعامل.

2. 1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية: أثبتت النتائج أن الفرضية التالية:

[يستخدم المصابين بداء السكري استراتيجيات تعامل في تسيير الضغوط النفسية متنوعة. مع وجود اختلاف في استعمال استراتيجيات التعامل بين مرضى النوع الأول (السكري المعتمد على الأنسولين) والثاني (السكري غير المعتمد على الأنسولين)] غير محققة.

أظهرت نتائج الفرضية أن هناك تنوع في استعمال إستراتيجيات التعامل لدى مرضى السكري بنوعيه الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين إذ يستعمل مرضى السكري بالدرجة الأولى إستراتيجية التقييم الإيجابي وهي من الاستراتيجيات الانفعالية حسب تصنيف لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman والتي يبذل فيها المريض الجهود لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة، إذ يحاول مرضى السكري تغيير المعنى

الذاتي للتجربة من خلال إعادة تقييم الوضعية الضاغطة بالاهتمام بالجوانب الإيجابية للحدث وإعطائه معنى إيجابي، فبالرغم من أن الإصابة بمرض السكري تشكل مصدر ضغط له إلا أن مسعاه في التكيف مع المرض يجعله يحاول إيجاد تقييماً إيجابياً لتقبل المرض فينتج بذلك إلى الوازع الديني ليرى بأن المرض ابتلاء من الله ليظهر به ذنوبه ومقياس للصبر الذي هو أحد أبواب الجنة حسب ما صرح به الكثير من مرضى السكري، ويرى البعض الآخر أن الأعراض التي يراها المرضى مزعجة لهم على أنها مقياس لنسبة السكر في الدم والتعرف على الحالة الجيدة أو السلبية للمرض من خلال الأعراض الجسمية التي تظهر لديهم إذ يمكنهم التنبؤ بهبوط أو ارتفاع السكري من خلالها وهو ما يخفف من شدة الانزعاج لديهم من الأعراض الجسدية التي يخلفها داء السكري وحتى الاضطراب في نسبة السكر في الدم.

يلجأ مرضى السكري إلى استخدام الاستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة بالدرجة الثانية والتي يصفها لازاروس وفولكمان (1984) Lazarus & Folkman بأنها استراتيجيات يحدد المريض فيها المشكلة ويبحث لها عن حلول فعلية وهي نوعان الأول حل المشكلة والذي يركز على محاولة إيجاد حلول فعالة للمشكلة أو الوضعية الضاغطة وتطبيقها، هنا نجد المحاولات الجادة للتحكم في السكري عن طريق الالتزام بالبرنامج العلاجي المسطر من طرف الطبيب المختص وكذا الالتزام بالحمية الغذائية والبحث عن حلول أخرى تساعد المريض في ضبط السكري إذ يتجه الكثير إلى الطب البديل والاستعانة بالأعشاب والمكملات الغذائية التي من شأنها تعديل مستوى السكر في الدم

والثاني البحث عن السند الاجتماعي الذي يستخدمه مرضى السكري بالدرجة الثالثة إذ يحاول مرضى السكري من خلال هذه الإستراتيجية التركيز على المشكل والبحث عن الدعم المعنوي والمساندة من طرف الأسرة والأفراد المحيطين بهم وحتى مرضى السكري الذين يلتقون بهم، إذ نجد مصابي السكري كثيرو الحديث عن المرض وأعراضه ومضاعفاته خاصة في قاعات الانتظار في العيادات المختصة إذ يتبادل مرضى السكري الخبرات والتجارب التي يمرون بها بحثاً منهم عن الدعم والتخفيف من حدة المعانات النفسية التي يسببها داء السكري للمصاب ، حيث أظهرت النتائج أن مصابي النوع الثاني أكثر استخداماً لإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي من مصابي النوع الأول الذين اعتادوا على الحصول على الدعم والمساندة من طرف أفراد الأسرة وذلك يرجع إلى سبب إصابتهم بالمرض في سن مبكرة (أقل من 35 سنة) والتي تكون غالباً في سن الطفولة، حيث يحصل الطفل المصاب

بدء السكري النوع الأول على الرعاية والاهتمام والدعم والمساندة من طرف الأولياء والأهل على غرار النوع الثاني الذي يصيب الأفراد البالغين (أكثر من 35 سنة) والتي نادرا ما يحصل فيها المصاب على الرعاية الاهتمام الكافي والمساندة، هذا ما يجعل مرضى النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين أكثر ميلا لإستراتيجيات البحث عن السند الاجتماعي من النوع الأول المعتمد على الأنسولين، وهذا ما يتوافق مع دراسة رياش وبعوني (2016) التي أثبتت أن هناك فروق فردية في درجة الدعم والمساندة الاجتماعية التي يحصل عليها مرضى السكري حسب نوع السكري تعزى لصالح النوع الأول على حساب النوع الثاني، كما أسفرت الدراسة عن ضرورة توفر المساندة الاجتماعية ودورها الفعال في تحسين الحالة الصحية لمرضى السكري والتزامهم بالعلاج، وطلب المرضى للدعم والمساندة الاجتماعية، وفي نفس السياق أثبتت دراسة جريو واسماعيلي (2017) أهمية المساندة الاجتماعية وارتباطها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري.

أثبتت دراسة طالبي (2017) في السياق نفسه الدور المهم للمساندة الاجتماعية وعلاقتها بالملائمة العلاجية لدى المصابات بداء السكري، إذ أن المصابات بداء السكري اللاتي يملكن مساندة اجتماعية وبالأخص المساندة الأسرية ومساندة الأصدقاء لهن يملن إلى الالتزام أكثر بالعلاج وأخذ الأدوية وإتباع الحمية ومواظبة إجراء الفحوصات.

إضافة للسابق ذكره يمكن تفسير الميل الكبير لاستخدام مرضى السكري بنوعيه إستراتيجية البحث عن السند بالرغبة في استعادة المكانة في الأسرة والمجتمع وتخطي العجز الذي تسبب به المرض، حيث أثبتت دراسة بوخلخال وبكاي (2018) في بحثها عن المكانة والرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الجزائرية أن مرضى السكري قد أجمعوا أن المكانة الاجتماعية تتغير وتأخذ منحى التنازل بعد الإصابة بمرض السكري وهي النتيجة الحتمية للعجز وقلّة النشاط الاجتماعي والاقتصادي داخل الأسرة، كما أشارت الدراسة إلى رغبة في الحصول على الدعم والرعاية الصحية وأهميتها في تحسين صحتهم وتقبل عجزهم، إذ أن وعي الأسرة بالمراقبة الطبية والمتابعة الغذائية تمنح مرضى السكري حالة من الاستقرار والثبات في حياتهم اليومية. فالميل لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي يرتبط برغبة مرضى السكري في استعادة مكانتهم داخل الأسرة والمجتمع.

وبالدرجة الرابعة يستعمل مرضى السكري إستراتيجية التجنب في الكثير من الأحيان للهروب من ضغوطات المرض والعلاج واستعمال الأعشاب بدلا من الدواء ورفض الحمية الغذائية والإفراط في

الأكل أو حتى النوم، مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم وتفاقم الأعراض وعدم التحكم في مضاعفاته خاص في مرحلة الإنكار والتي تلي خبر الإصابة بداء السكري مباشرة وكذا المرضى الذين اكتشفوا الإصابة حديثاً، الأمر الذي يؤدي إلى الارتفاع المستمر لنسبة السكري وتفاقم المشكلة وارتفاع مستوى الضغوطات النفسية أكثر.

وأخيراً يستعمل مرضى السكري إستراتيجية اتهام الذات بالدرجة الخامسة والتي تركز حول الانفعال ويعلن فيها المريض مسؤوليته ودوره في المشكلة ولوم الذات وتكون خاصة عند المرضى الذين تقل مدة الإصابة بالمرض عن خمسة سنوات والذين اكتشفوا المرض حديثاً، هذا ما اتفقت معه دراسة بن سكيريفة وبن زاهي (2015) التي أثبتت أن مرضى السكري النوع الثاني يستخدمون استراتيجيات متنوعة في التعامل مع الضغوطات النفسية ويرتكزون بالدرجة الأولى على الإستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال في تسيير الضغوط المتعلقة بالمرض ثم الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكلة بالدرجة الثانية، وهذا بالنسبة للضغوط النفسية المتعلقة بالمرض في حين يواجه مرضى السكري ضغوطات نفسية أخرى مختلفة ومتعددة المصادر تزيد من مستوى الضغوط النفسية لديهم.

جاءت نتائج الدراسة مماثلة لما توصلت إليه نتائج دراسة قوارح وخميس (2016) التي أثبتت أن مرضى السكري يستخدمون استراتيجيات متنوعة في التعامل مع الضغوط النفسية إذ يستخدم مرضى السكري استراتيجيات التعامل المتمركز حول المشكل واستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال واستراتيجيات التعامل المتمركزة حول المساندة الاجتماعية في التعامل مع الضغوطات النفسية التي تواجههم، بالإضافة إلى ذلك أثبتت الدراسة عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاستراتيجيات المستعملة تعزى لمتغير نوع المرض، إذ لا يوجد اختلاف في الاستراتيجيات التي يستخدمها مرضى النوع الأول والنوع الثاني، فكلاهما يستخدم استراتيجيات متنوعة في التعامل مع الضغوط النفسية.

فضلاً عن ذلك فقد وافقت النتائج مع ما توصلت إليه دراسة مزغيش سمية (2013) أيضاً التي أثبتت أنه كلما كان إدراك الضغط مرتفعاً لجأ مرضى السكري لاستعمال كل استراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل. مع استعمال استراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال المتمثلة في توبيخ الذات كلما زاد إدراك الضغط والتي تمثلت في توبيخ الذات التي اتخذها مرضى السكري كإستراتيجية انفعالية في التعامل مع المرض .

حيث أثبتت دراسة واكد رابح (2019) أن مرضى السكري النوع الثاني يعانون من ضغوط نفسية متوسطة ومختلفة (الضغوط الانفعالية، الاجتماعية، الجسمية، المعرفية، الاقتصادية، والنفسية)، حيث أخذت الضغوط الاجتماعية والانفعالية صفة الأولوية على بقية الضغوط، وهذا يعني أن كليهما يؤثر على مرضى السكري بسبب التفاعل الاجتماعي الذي يضخم من الضغوط الاجتماعية. وهو ما يجعل مرضى السكري يميلون على استخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي والاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال كمحاولة منهم لتخفيف الضغوط الاجتماعية والانفعالية.

إضافة إلى ذلك أوردت دراسة غريب (2014) أن مرضى السكري يعانون من ضغوطات نفسية مختلفة وان هناك تنوع في استراتيجيات التعامل المستخدمة من طرف مرضى السكري في مواجهة الضغوط النفسية، إذ أن أكثر الاستراتيجيات المستخدمة لدى مرضى السكري النوع الأول هي إستراتيجية الانسحاب الاجتماعي بصفة أولى، ثم التعبير الانفعالي، يليه تجنب المشكلة، ثم حل المشكلة، يليه إعادة البنية المعرفية، وأخيرا الدعم الاجتماعي، في حين يستخدم مرضى السكري النوع الثاني إستراتيجية حل المشكلة بالمرتبة الأولى، ثم إعادة البنية المعرفية، يليها التعبير الانفعالي، فالدعم الاجتماعي، ثم التفكير المرغوب، يليه الانسحاب الاجتماعي، ثم تجنب المشكلة، وأخيرا النقد الذاتي.

يعود هذا التنوع في استخدام استراتيجيات التعامل من طرف المصابين بداء السكري بنوعيه الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين إلى تنوع مصادر الضغوط النفسية وتنوع وتشابه المشاكل التي تواجههم سواء المشاكل الصحية المتعلقة بالمرض أو المشاكل اليومية الأخرى، حيث وصف مرضى السكري أثناء إجاباتهم على مقياس استراتيجيات التعامل بعض المشاكل التي تسبب لهم ضغوطات نفسية في حياتهم، كانت أغلبها مشاكل عائلية لدى أغلب أفراد العينة حيث تؤثر المشاكل العائلية سلبا على مرضى السكري وتزيد من انفعالاتهم، إذ يجد المصاب بداء السكري نفسه في مواجهة الكثير من الصراعات الأسرية والعائلة مع أهله والمقربين منه، ما يشعره بفقدان المكانة الاجتماعية، حيث يصف المصابين بداء السكري بعض المشاكل الأسرية والاجتماعية التي يتسبب بها المرض حسب تصريحاتهم إذ يؤثر المرض على سلوكيات المرضى وسرعة انفعالاتهم فارتفاع نسبة السكر في الدم تجعل المصابين أكثر انفعالا وعصبية، الأمر الذي ينعكس سلبا على علاقاتهم الأسرية والاجتماعية بصفة عامة، هذا ما يجعل المرضى يتجهون نحو استخدام إستراتيجية البحث عن السند

الاجتماعي للتخفيف من حدة الضغوط الأسرية و محاولتهم لحل المشكلة للتخلص من الضغط النفسي.

أظهرت النتائج بالمرتبة الثانية نوع المشاكل التي يتعرض لها المصابين بداء السكري والتي كانت **مشاكل صحية** حيث وصف المرضى الضغوطات المتعلقة بالمرض وما يلحق بالمريض من أعراض جسمية وآلام ومشاكل صحية لخصت تعب السنين والمعانات الدائمة مع هذا المرض المزمن الذي جعل حياة البعض منهم صعبة إلى حد ما وعرقل بعض المشاريع لديهم، مع صعوبة التكيف والتقبل لمضاعفات السكري على الجسد خاصة بالنسبة للمرضى الذين تحتم عليهم بتر أحد أطرافهم وقد أدلى بعض أفراد العينة بالعبارات التالية أثناء إجابتهم على المقياس: (كنت أتمنى الموت عوض أن يقطعوا رجلي: "كنت نتمنى نموت وما يقطعوليش رجلي")، (صدمني خبر إصابتي بالمرض لم أستطع تقبله: "انصدمت كي قالي الطبيب عندك السكر ما قدرتش نتقبلها")، (لقد حرمني السكري من أشياء كثيرة أحبها: "السكر حرمني من بزاف حاجات كنت نحبها")، (حطم داء السكري حياتي: "السكر حطلي حياتي")، (كنت أتمنى العيش مثل باقي الأفراد بدون التبعية للأنسولين أتناول كل ما أشتهي وأقوم بكل الأمور التي أريدها: "كنت نتمنى نعيش حياتي كيما كل الناس بلا أنسولين ناكل واش نحب وندير واش نحب")، (أتعبني داء السكري وأخذ صحتي وأهلك جهدي: "السكر تعبني وادالي صحتي وهلكي جهدي")، ("أكبر مشكل في حياتي هو السكر"، "أنا أكره هذا المرض ولا أحبذ الحديث عنه")، هذا بالإضافة إلى ملازمة الأعراض للمريض طول حياته هذا ما يجعل المرضى يلجؤون لاستخدام الحيل الهروبية والتجنب خاصة عند الحديث عن المرض الاكتفاء بالرد المختصر أحيانا لتجنب الحديث عن المرض والأعراض والمضاعفات التي تسبب بهم ضغطا وقلقا حول مآل حالتهم الصحية، وكذا اللجوء لاستراتيجيات متنوعة من أجل تسيير الضغوطات النفسية المتعلقة بالمرض وآثاره السلبية على المريض وعلى مختلف جوانب حياته، كالبحث عن الدعم والمساندة من أفراد الأسرة والرغبة في استعادة المكانة.

إضافة إلى كل المشاكل المتعلقة بالمرض وأعراضه يجعل مرض السكري المريض أكثر عرضة للإصابة بالأمراض الأخرى خاصة المعدية منها، خاصة فيروس كورونا التي كان ظهوره وتطوره مترامنا مع إجراء التبرص الميداني للبحث، والذي عرف انتشارا واسع في مجتمع الدراسة وأصاب

الكثير من مرضى السكري وأهلهم، فنقص مناعة مرضى السكري تجعلهم أكثر عرضة للإصابة بفيروس كورونا وتجعله أكثر خطورة عليهم خاصة مع التقدم في السن.

وصف أفراد العينة في المرتبة الثالثة **مشاكل اقتصادية** تصف التكلفة المادية العالية للعلاج ومستلزمات طبية خاصة بالمرض كالأفرشة والأحذية الطبية ومعدات القياس الخاصة بالسكري ناهيك عن الأدوية والتحاليل الطبية التي يقوم بها المصابون كل ثلاثة أشهر أو كل ستة أشهر والأغذية الخاصة بالحمية، إذ يعتبر الكثير من مرضى السكري التكلفة المادية للعلاج أمرا ضاعطا في ظل غلاء المعيشة والتدهور الاقتصادي، الأمر الذي يجعلهم يبحثون عن المساندة والدعم الاجتماعي من الأفراد المحيطين بهم أو الجمعيات الخيرية سواء كان دعما ماديا أو معنويا في حال فشلت محاولاتهم في حل المشكلة .

فضلا عن ذلك فإن التعرض لبعض الحوادث بسبب انخفاض السكري أو ارتفاعه والذي يجعل الفرد يشعر بالدوخة والرجفة وعدم اتضاح الرؤية ما يسبب للمريض فقدان الوعي أحيانا والتسبب بحوادث خطيرة سواء في العمل أو في الطريق، وهو ما يخلق **مشاكل في بيئة العمل** وصعوبات وضغوط نفسية للمريض والتي قد تتسبب في حرمانه من عمله كما حدث مع بعض المرضى الذي كان عددهم في المرتبة الرابع، إذ تؤثر أعراض السكري سلبا على الصحة النفسية والجسمية وبالتالي على مستوى الأداء في العمل .

يصف مرضى السكري كذلك بعض المعانات النفسية **والمشاكل النفسية** التي يشعرون بها سواء متعلقة بالمرض أو بضغوطات الحياة بصفة عامة ومن أهمها نوبات القلق المتكررة والغضب والعصبية وسرعة الانفعال، والتوتر والاكنتئاب وفترات الحزن التي يمر بها المرضى بسبب الحزن وتغيرات المزاج خاصة مع سوء ضبط السكري، واضطرابات النوم والأرق، وخاصة الشعور بالذنب وجلد الذات وسوء تقديرها، بالإضافة إلى تشوه صورة الجسد بسبب الإصابة بالسمنة أو النحافة أو بتر أحد الأطراف بسبب السكري.

وصف أيضا بعض المصابين بداء السكري معاناتهم بالمرتبة السابعة من **مشاكل تعليمية** لدى البعض منهم الذين يزاولون دراستهم العليا أو يشرفون على تعليم أبنائهم، إذ يؤثر السكري حسبهم على درجة تركيزهم ومدة استيعابهم وانتباههم في الحصص الدراسية خاصة في أوقات الامتحانات إذ يؤثر

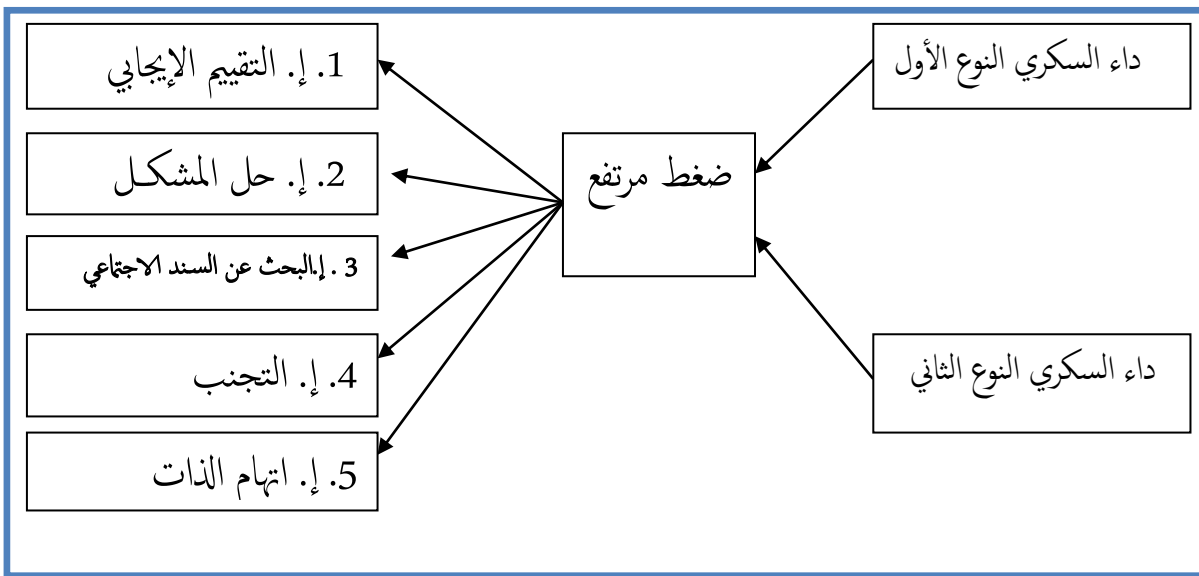
قلق الامتحان على نسبة سكر الدم ما يؤثر على تركيز الطالب وقدرته على الإجابة، وقد يحتاج أحيانا بعض الطلبة لتناول بعض السكريات أو أخذ جرعة من الأنسولين لتعديل نسبة السكر في الدم وكل هذا من المحتمل أن يحدث مع الطالب أثناء فترة الامتحان المحدودة المدة الأمر الذي يؤثر سلبا على مستوى الأداء وبالتالي انخفاض مستوى التحصيل الدراسي الذي يجعل المرضى يشعرون بالفشل والإحباط الذي يعود بالأثر السلبي على صحتهم النفسية.

فضلا عن ذلك وصف بعض المصابين بداء السكري المشكلة التي تسبب لهم ضغطا نفسيا خلال تلك الفترة وهي وفاة أحد الأقارب الأمر الذي سبب لهم شعورا بالضيق والحزن بسبب فقدانهم لأحد أفراد عائلتهم وشعورهم بالفراغ العاطفي جراء ذلك الفقد، في حين وصف البعض الآخر من أفراد العينة عدم وجود مشكلة محددة يمكن إرجاع السبب الرئيسي للشعور بالضغط إليها واعتبروا أن مرورهم بالمشكلات أمر وارد في الحياة والواجب عليهم التعامل معها بشكل جيد ومحاولة إيجاد الحلول المناسبة حسب رأيهم، وهو ما يفسر استخدامهم لإستراتيجية التقييم الإيجابي وإستراتيجية حل المشكلة للتعامل مع الضغوطات النفسية التي تواجههم .

يرجع هذا التنوع في استخدام استراتيجيات التعامل من طرف المصابين بداء السكري إلى حقيقة مفادها أن التمزق الجسدي بجميع أنواعه يلحق آثارا على المستوى النفسي لدى مرضى السكري، هذا ما يجعلهم دائمو البحث عن آليات تمكنهم من التخفيف من الضغوطات النفسية المختلفة التي يتعرضون لها، وحسب لازاروس وفولكمان (Lazarus & Folkman, 1984) فإن تأثير الموقف على الفرد يحدد نوع التعامل، كما تؤثر طبيعة الشخصية على نوع الإستراتيجية المتبعة في التعامل مع الموقف والتي تعد نتاج التفاعل بين الخبرات النفسية ومصادر الضغط ، وهذا راجع لكون مرضى السكري يتأثرون بالضغوط الانفعالية والاجتماعية والبدنية .

فضلا عن ما سبق يرجع عدم وجود اختلاف في استراتيجيات التعامل المستخدمة في تسيير الضغوطات النفسية المدركة من طرف مرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين إلى اختلاف وتنوع المشكلات التي يعاني منها مرضى السكري، بالإضافة لكون إستراتيجيات التعامل هي استراتيجيات عامة لا يشترط استعمالها خصائص نفسية محددة فيمكن للفرد نفسه استخدام عدد متنوع من الاستراتيجيات حسب اختلاف نوع المشكلة، إذ لا يؤثر نوع السكري في كيفية التعامل مع الضغوط النفسية التي تواجه المريض، إذ يستخدم المرضى

إستراتيجية التقييم الإيجابي بالدرجة الأولى وهي من الاستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال كمحاولة منهم لضبط وتقليل الانفعالات السلبية التي سببتها المشكلة، ثم الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة وهي إستراتيجية حل المشكلة والتي يحاول فيها أن يجد حلا فعليا للمشكلة، وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي والتي يسعى من خلالها للحصول على الدعم من الأفراد المحيطين به، ثم إستراتيجية التجنب والتي يسعى من خلالها للتهرب من المشكلة باللجوء للتفكير الخيالي أو الهروب إلى النوم أو الأكل أو الأدوية والكحول والمخدرات، وأخيرا إستراتيجية اتهام الذات والتي يتحمل خلالها مسؤولية المشكلة والاعتراف بدوره في المشكلة، وهو موضح في الشكل التالي .



الشكل (09): تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري.

يتضح من خلال الشكل (09) الاستخدام المتنوع لمختلف إستراتيجيات التعامل من طرف المصابين بداء السكري بنوعيه الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين، من أجل التعامل مع الضغوطات النفسية المرتفعة وهي بالترتيب إستراتيجية التقييم الإيجابي، حل المشكل، البحث عن السند الاجتماعي، التجنب، اتهام الذات، والذي يظهر جليا في إعادة تقييمهم للمواقف التي يتعرضون لها خاصة المتعلقة بالمرض، مع محاولتهم الجادة لإظهار الرضا عن حالتهم، كما أنهم يسعون إلى إيجاد حلول فعالة ناجحة للمشاكل التي تواجههم، كالسعي لضبط مستوى السكري بالالتزام بالبرنامج العلاجي ومتابعة الفحوصات الطبية وغيرها من الطرق الجادة التي يسعى خلفها المصابين لضبط السكري.

3. المحور الثالث للدراسة: العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

3.1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة: أثبتت النتائج أن الفرضية التالية:

[يمكن تحديد عدة بروفيلات شخصية لدى مرضى السكري وفقا لمستوى الضغط النفسي، العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، استراتيجيات التعامل ونوع المرض] فرضية محققة.

قبل البدء في تفسير نتائج الفرضية الثالثة لا بد من الإشارة إلى المعنى المقصود من خلال كلمة بروفيل التي ارتكزت عليها الفرضية في إدراج التصنيفات الخاصة لكل فرد من أفراد العينة، فبالعودة إلى القواميس العربية-الإنجليزية تفسر كلمة بروفيل بعدة معان منها لمحة عن حياة شخص، أو مجموعة مواصفات أساسية، أو بالملف الشخصي، والذي يقصد بها في البحث الحالي الملف الذي يحتوي على الوصف الشامل لشخصية أفراد العينة من خلال مجموعة مواصفات أساسية تتمثل في وصف سمات الشخصية حسب المحددات التالية:

- نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية، الإنبساطية، المقبولية، الانفتاح على الخبرة، ويقظة الضمير).

- مستوى الضغط النفسي.

- نوع إستراتيجيات التعامل المستخدمة في التعامل مع الضغوطات النفسية (إستراتيجيات مرتكزة حول المشكل، وإستراتيجيات مرتكزة حول الانفعال).

- نوع المرض (النوع الأول المعتمد على الأنسولين، والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين).

3.1.1. بروفيلات المصابين بداء السكري بنوعيه:

أسفرت نتائج التحقق من الفرضية إمكانية تحديد ثلاث بروفيلات لمصابين بداء السكري عامة وفقا لمستوى الضغط النفسي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ودرجة الميل لمختلف إستراتيجيات التعامل والتي يمكن تفسيرها كما يلي:

البروفيل الأول: يظهر من خلال البروفيل الأول والذي يشكل أغلب المصابين بداء السكري بنوعيه ارتفاع عامل المقبولية والانبساطية والانفتاح على الخبرة مع الميل لاستخدام إستراتيجيات التعامل

المرتكزة حول المشكل، ويمكن تفسير ذلك بالعودة إلى السمات الأساسية لكل عامل من هذه العوامل حسب ما ورد في نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لكوستا وماكري (1992) Costa&McCrae، إذ أن ارتفاع عامل المقبولية أو الطيبة يجعل الأفراد يحملون سمات الشخص المتكيف وأن يكونون أهل ثقة ويتميزون بالود والتعاون والإيثار والتعاطف والتواضع والحرص والمحافظة، ويحترمون مشاعر وعادات الآخرين، يخضعون للصراع، مرنون متعاطفون ويدافعون عن حقوق الآخرين، في حين أن ارتفاع الانبساطية يجعل الشخص محبوب، اجتماعي يحب وجود الأصحاب، قيادي، حازم، يتحدث بجرارة، ويقدم الأفكار، نشط، محب للإثارة والمرح ومتفائل، كما أن ارتفاع مستوى عامل الانفتاح على الخبرة يجعل الشخص يحمل سمات الرائد المستكشف وأولها الخيال وأحلام اليقظة وطموحات غريبة بدافع توفير بيئة آمنة مناسبة لخيالاته، تصورات كثيرة يعتقد أنها تساعده على البقاء والاستمتاع بالحياة، محب للفن والأدب، محب للجمال، يهتم ويفهم المشاعر كافة، متطرف في انفعالاته، يحب التنوع والتجديد، له اهتمام فكري واسع، قادر على الابتكار في الأفكار، والمناضلة من أجل ما يعتقد صحيا.

اجتماع هذه السمات في فئة معينة من مرضى السكري تجعلهم قادرين على التحليل المنطقي للأمور والتكيف مع المواقف الضاغطة والتركيز على إيجاد الحلول المناسبة للمشاكل التي تواجههم سواء تلك المتعلقة بالمرض أو مشاكل الحياة الأخرى، كما أنهم يجمعون بين سمات الاجتماعية وحب الآخرين وهو ما يفسر ميلهم لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي .

يرى دوريد (2000) DeRaad في هذا الشأن أن عامل المقبولية يرتبط بالعلاقات الشخصية ويجعل الفرد قادرا على مواجهة الضغوطات والمشاكل التي تواجههم في حياتهم اليومية. وفي هذا السياق أورد أن ارتفاع هذا العامل يجعل الفرد قادرا على مواجهة مشاكل وضغوط الحياة العامة، وتعكس هذه السمة الفروق الفردية في الاهتمام العام لتحقيق الوئام الاجتماعي (DeRaad, 2000, p91)

استنادا إلى ما سبق فإن ارتفاع عامل المقبولية يجعل الشخص يملك سمات المتكيف وارتفاع عامل الانبساطية هو ما يفسر لنا قدرة مرضى السكري الذين ينتمون إلى هذا البروفيل على التكيف مع المرض وتسيير الضغوطات النفسية باستخدام إستراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل والتي تتمثل في حل المشكلة والبحث عن السند الاجتماعي وهي إستراتيجيات يركز فيها المصابين جهودهم

المبذولة على تعديل الوضعية الضاغطة عن طريق إيجاد حل فعلي للمشكلة وتغيير مباشر لأسباب الضغط من خلال المواجهة والتخطيط، حيث يعتبر "موس" وتسو" (1977) Moos et Tsu أن الفرد في المواقف الضاغطة يستعمل إستراتيجيات متنوعة إذ لا يمكن أن تحصر في بعد واحد كسمة من سمات الشخصية (طعيلي وعمامرة، 2014).

فضلا عن ذلك فقد أسفرت نتائج دراسة جعير واليزيد (2021) أن مرضى السكري يميلون لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي، فعندما يتعرض المصابين للضغوط فإنهم يتجهون لطلب السند من الوسط المحيط بهم وتكوين علاقات اجتماعية داعمة لهم ليخففوا من انفعالاتهم.

استنادا إلى ما سبق نستنتج أن مريض السكري الذي يحمل هذا البروفيل يملك جملة من السمات الرئيسة التي تتمثل في الاجتماعية وحسن العلاقات مع الآخرين وحب وجود الأصحاب و الثقة في الآخرين، مستقيم صريح متواضع، مرن يتعاطف مع الآخرين مستعد لمساعدتهم والدفاع عن حقوقهم على الدوام، كثير التصورات والتي يعتقد أنها تساعده على البقاء والاستمتاع بالحياة، لديه طموحات غريبة بدافع توفير بيئة آمنة مناسبة لخيالاته مرح، متفائل، نشط، محب للإثارة والمرح والقيادة ولديه الرغبة في المشاركة الاجتماعية والانفتاح الاجتماعي، ويتميز بعدد أكبر من لاهتمامات والخيال الخلاق، قادر على التفكير والانتقاد والقدرة على مواجهة ضغوط الحياة، كل هذه الصفات تجعل المريض متكيفا مع مرضه ومع ضغوط الحياة قادر على التعامل مع الضغوط النفسية المدركة وتسييرها بشكل فعال باستخدامه لاستراتيجيات التعامل المتمركزة حول المشكل إذ يسعى مريض السكري إلى بذل جهود فعالة في محاولة منه لحل المشكل والتركيز على الوضعية الضاغطة ومحاولة تغييرها بالإضافة إلى محاولاته للحصول على الدعم من الآخرين والمساندة الاجتماعية من الأصدقاء والمقربين كما يفعل هو دائما اتجاههم.

البروفيل الثاني: يظهر من خلال البروفيل الثاني ارتفاع عامل العصابية ويصف كوستا وماكري (1995) Costa & McCrae الشخص العصبي بأنه لديه خبرات غضب عالية واشمئزاز وحزن وارتباك وانفعالات سالبة، قلق سريع الغضب، يفقد عزمته بسرعة، يسهل استثارته وإجراجه، مع صعوبة التكيف وعدم القدرة على تحمل الضغوط ولوم الذات. كما أن انخفاض عامل المقبولية يجعل الشخص يمتلك صفات المتحدي الذي يكون متشائم، شكاك، حذر، منافس، عدواني، يشعر بالتميز على الآخرين متعالي عنيد، عقلاني، أكثر تركيزا على حاجاته الخاصة منه على حاجات الجماعة،

أكثر ميلا للسلطة وممارستها، ويصبح في الحالات القصوى شخص نرجسي، أناني، متسلط، غير اجتماعي، أو شخص كثير الشك فاقد الإحساس بروح الزمالة. كما أن انخفاض عامل يقظة الضمير يجعل الشخص يتسم بصفات المرن فغالبا ما يشعر بعدم الاستعداد، غير منظم، غير منهجي، غير مكترث بالالتزامات والواجبات، حاجته قليلة للتحصيل والإنجاز، غير مكترث، متسرع، قليل التركيز.

يملك الشخص العصبي سمة الغضب وسرعة الانفعال وعدم القدرة على تحمل الضغوط وهو ما يفسر ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى أصحاب هذا البروفيل، كما أن اتسامهم بسمة لوم الذات يجعلهم أكثر ميلا نحو استخدام إستراتيجية اتهام الذات. كما أن انخفاض عامل المقبولية يجعل الشخص يصب كل تركيزه واهتمامه حول الذات ومن الطبيعي جدا أن يرتفع مستوى الضغط النفسي لديه، الأمر الذي يجعله يتعامل مع الضغوط والمشاكل باتهام الذات وتحميلها المسؤولية

حيث أثبتت دراسة بوزغاية وبركو (2021) أن سمة العصابية هي السمة السائدة لدى المرهقين من مرضى السكري النوع الأول حسب منظور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية أما الإنبساطية فكان العامل الأقل انتشارا بين المرضى وجود علاقة بين هذه العوامل، الأمر الذي يعود إلى عدم تقبل المرض ورفضه، إضافة إلى التحديات التي يفرضها عليه مرضه، خصوصا إبرة الأنسولين الملازمة له طول حياته ومضاعفات المرض والنظام الغذائي الصارم وغيرها من التحديات التي تواجه مرضى السكري.

يعتبر اجتماع هذه السمات في مريض السكري يجعل منه شخصا عصبي سريع الغضب، كثير القلق والانفعال، سريع الشعور بالغضب، عدواني، عنيد، متشائم، متعالي، أناني، غير منظم، لا يكثر بالاهتمامات والواجبات، قليل الإنجاز، مع صعوبة التكيف وعدم القدرة على تحمل الضغوط والمشاكل.

تجعل هذه السمات المريض عصبي يملك نظرة سلبية للأمر، يتمحور كل اهتمامه حول الذات ويميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات. كما أن سمة التشاؤم تفسر لنا قلة ميله لاستخدام إستراتيجية التقويم الإيجابي، وكونه شخص سريع الانفعال والغضب غير قادر على تحمل الضغوط يجعله يميل لاستخدام استراتيجيات المتمركزة حول الانفعال دون الاستراتيجيات التي تركز على حل المشكل.

فضلا عن ذلك فإن عدم الاكتراث بالواجبات يجعل المريض يهمل البرنامج العلاجي الخاص به والاستهتار بالمرض عدم الالتزام بالعلاج مما يجعله أكثر عرضة لمضاعفات السكري وعدم قدرته على ضبط السكري الذي يزيد من ارتفاع مستوى الضغط النفسي لديه يجعله يقوم بلوم نفسه وتحميلها مسؤولية المشاكل الصحية التي تحدث معه بصفة خاصة ومشاكل الحياة اليومية بصفة عامة.

البروفيل الثالث: يظهر من خلال التصنيف الثالث ارتفاع عامل يقظة الضمير ويصف كوستا وماكري (1992) Costa & McCrae الشخص الذي يملك درجة مرتفعة من عامل التقاني بالكفاءة العالية بالدرجة الأولى، وبأنه شخص قادر وفعال، منظم وأنيق، يضع الأشياء في موضعها الصحيح، موثوق، يحكمه الضمير، طموح يسعى لتحقيق النجاح، يركز على إنجاز المهام واستكمالها. وانخفاض عامل الانفتاح على الخبرة يجعل الشخص يركز على الزمان والمكان الحاليين لا يهتم بالفنون يتجاهل الأحاسيس، يجب المؤلف يميل إلى الروتين، حازم و متحفظ، مسير، لديه عدد أقل من الاهتمامات، أكثر تمسكا بالتقاليد، وهو الأمر الذي يعكس لنا قدرته على النجاح في التعامل مع المواقف وانخفاض مستوى الضغط النفسي، فالكفاءة العالية تعكس مستوى الإدراك المعرفي الجيد والتفكير المنطقي الإيجابي، وهذا ما يجعل مريض يرى بأنه قادر على تجاوز الكثير من المواقف التي قد تبدو للآخرين ضاغطة إلا أنه لا يراها مصدر تهديد له كبير له، فتقييمه الإيجابي يمكنه من ضبط انفعالاته وتقليل حجم الضغط الذي يسببه له الموقف الضاغط وهو ما يفسر لنا ميله نحو استخدام إستراتيجية التقييم الإيجابي كما أن ميله لاستخدام استراتيجيات التجنب فيمكن تفسيره بقدرته على وضع الأشياء في موضعها الصحيح وعدم الاهتمام بالأحاسيس والمشاعر بصفة عامة والسلبية بصفة خاصة، فيهرب من المواقف الضاغطة بالتركيز على أعماله وإنجازاته فهو شخص طموح يسعى لتحقيق النجاح، كما أنه يتسم بالثقة بالنفس وتقدير الذات وهو ما ينتج عنه قلة لوم الذات واتهامها أثناء المواقف الضاغطة وهو ما يفسر لنا قلة مليه لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات، كما ترجع قلة ميله لاستخدام إستراتيجية البحث إلى كونه شخص قليل العلاقات الاجتماعية لا يهتم بتوسيع شبكته الاجتماعية بقدر ما يهتم بتوسيع إنجازاته ونجاحاته، فاعتماده على ذاته وتوجيه طاقته واهتمامه نحو النجاح يجعله قليل البحث عن المساندة الاجتماعية والدعم الاجتماعي من طرف الآخرين.

حسب ما أورده جعيرير واليزيد (2021) نقلا عن لاتسي وكوبازا إن توقع الكفاءة الذاتية عند الفرد عن قدراته في مواجهة الضغوط تجعله يقوم بسلوكيات ناجحة وفعالة في إدارة الضغوط النفسية التي

تواجهه، وأن هذه الكفاءة تجعل مريض السكري بصفة عامة أكثر مرونة وتفاؤلاً وبالتالي قد يكونون أكثر قابلية لمواجهة الضغوط النفسية. (جعير واليزيد، 2021، ص 676)

أظهرت في هذا السياق دراسة فراحي وشعبان وشارف (2018) وجود علاقة ارتباطية بين يقظة الضمير وإستراتيجية المعلومات وبين يقظة الضمير وإستراتيجية الانفعال في حين لم تظهر أي علاقة بين السمات الشخصية وإستراتيجيات التعامل لدى عينة من موظفي الجامعة. ومنه فإن ارتفاع عامل اليقظة لدى الفرد يرتبط بميله نحو استخدام إستراتيجية المعلومات وإستراتيجية الانفعال.

عامة يتسم أصحاب هذا البروفيل بالكفاءة العالية والتفكير المتأني، كما يعتبر كل منهم شخص واقعي، طموح يسعى لتحقيق النجاح والتميز، يحرص على الانجاز، يثق بنفسه وبقدراته، قليل الاهتمام بالمشاعر والأحاسيس، عقلاني، ويقدر ذاته، وهذه السمات تتجلى في الخصائص المعرفية الإدراكية العالية التي تتحكم في إدراكه المنخفض للضغوطات النفسية التي تواجهه في حياته اليومية أو تلك المتعلقة بالمرض، وهو ما يفسر لنا استخدامه للإستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال لضبط مشاعره المقلقة والتحكم في انفعالاته في المواقف الحرجة أو الضاغطة والتي تمثلت في إستراتيجيتي التقييم الإيجابي والتجنب، كما أن قلة اهتمامه بتوسيع علاقاته الاجتماعية وتوجيه اهتمامه نحو تطوير قدراته الذاتية وكفاءته يجعله قليل الميل لبحث عن السند الاجتماعي أو حتى اتهام الذات ولومها في تسيير الضغوط النفسية.

بناء على البروفيل الأول والثاني نلاحظ التّخالف (التضاد) في درجة عامل المقبولية والميل لإستراتيجية حل المشكل والذي يرجع إلى قدرة أصحاب الدرجة المرتفعة من المقبولية يتسمون التكيف والقدرة على معالجة المواقف بسلاسة وهو ما يقلل من احتياجهم إلى اللجوء لاستراتيجيات التعامل في حين أن أصحاب الدرجة المنخفضة متشائمون شكاكون وعنيدون وهو الأمر الذي يجعلهم أكثر انفعالا وشعورا بالضغط النفسي أثناء المواقف الضاغطة وهو ما يفسر لنا زيادة الحاجة لاستخدام إستراتيجيات التعامل والتركيز على إيجاد حلول مناسبة للموقف الضاغط ما يعني الميل الكبير لاستخدام إستراتيجية حل المشكلة .

يظهر أيضا من خلال البروفيل الأول والثالث نلاحظ التضاد في درجة عامل الانفتاح على الخبرة والميل نحو استخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي وذلك لكون أصحاب الدرجة العليا من

الانفتاح يتسمون بالكفاءة العالية الثقة في أنفسهم وفي قدرتهم على تحقيق النجاح في كل المواقف التي يسعون إليها فهم يتسمون بالانفتاح الفكري والثقافة العالية والتفكير الانفرادي المتميز كما يتميزون بعدد أكبر من الاهتمامات وهو يعطيهم القدرة على معالجة عدة أمور ومواقف في آن واحد دون الشعور بالضغط أو التوتر هم يملكون تصورات كثيرة وطموحات غريبة وأحلام يقظة كثيرة لحماية عالمهم الخاص المليء بالإبداع والفن، وهو ما يجعلهم يتجنبون كثرة الاختلاط مع الآخرين خشية أن يفسدوا عليهم عالمهم وهذا ما يفسر لنا قلة ميل المنفتحين لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي. وفي الاتجاه المقابل نجد في الدرجات المنخفضة من هذا العامل المرضى المتحفظين الذين يملكون أقل عدد من الاهتمامات والأكثر تمسكا بالعادات والتقاليد، لذا نجد مرضى السكري المتحفظون يتحفظون على الالتزام بالعلاج الطبي مقابل التمسك بالعادات والتقاليد الشعبية أكثر في علاج هذا المرض ونجد أنهم أكثر الأشخاص تمسكا بما هم مألوف لدى الجماعة أو المجتمع بصفة عامة، وهذا التحفظ يجعلهم يبحثون عن المساندة الاجتماعية والدعم الأسري خاصة أثناء الأزمات المتعلقة بالمرض، الأمر الذي يفسر لنا ميلهم الكبير لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

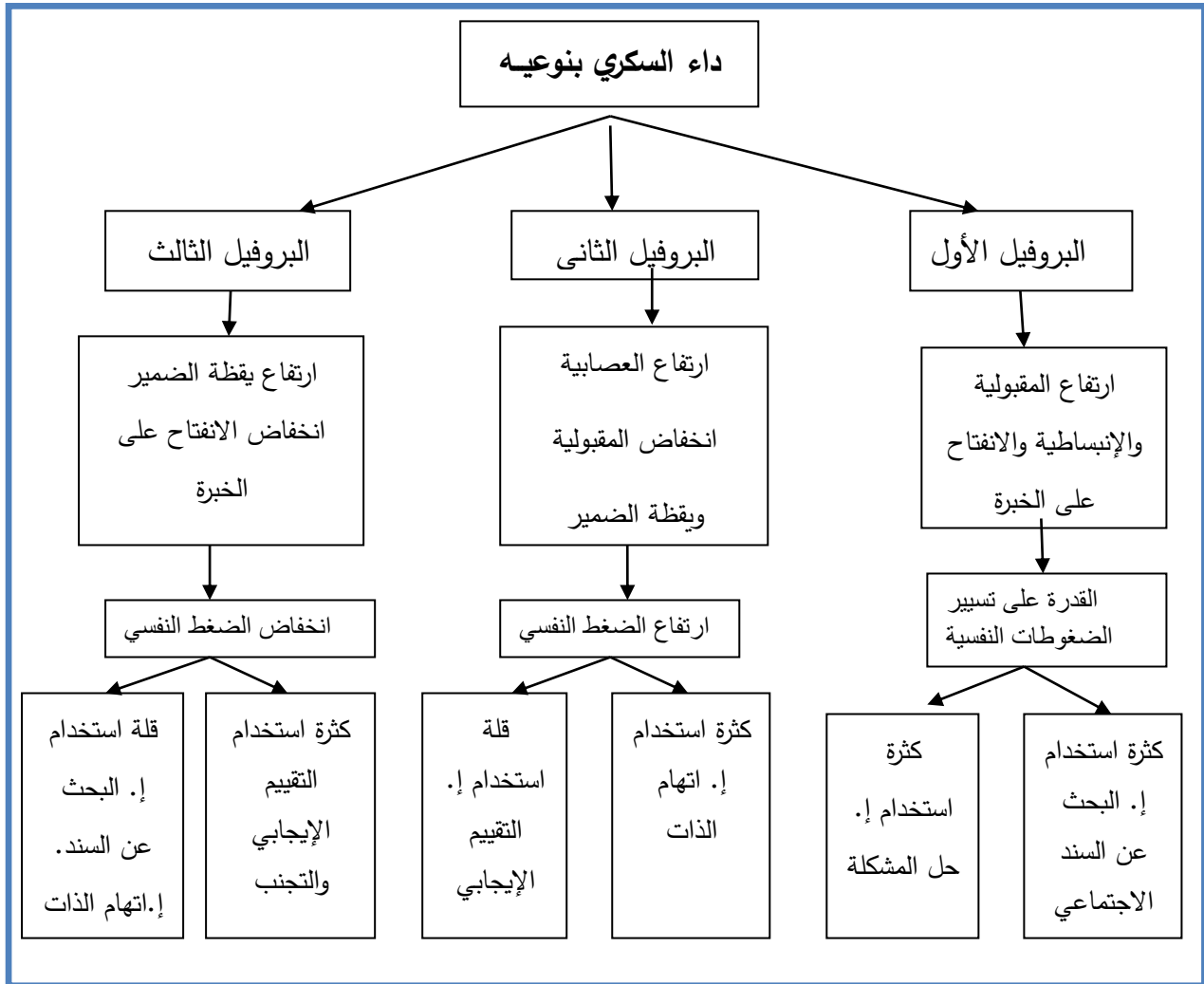
استنتجا مما سبق فإن ارتفاع الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري بنوعيه بسبب المواقف الضاغطة التي يعيشونها خلال حياتهم اليومية إضافة إلى الضغوطات النفسية التي يسببها المرض يجعل منهم أكثر استخداما لإستراتيجيات التعامل بأنواعها وذلك تبعا لعوامل الشخصية حيث أن انخفاض عامل يقظة الضمير يرتبط بقلّة استخدام إستراتيجيتي اتهام الذات و التقييم الإيجابي،

في حين ارتبط ارتفاع عامل المقبولية بالميل لاستخدام إستراتيجيتي البحث عن السند وحل المشكل وهو ما يجعل مرضى السكري اقل إدراكا للضغوط وأكثر بحثا عن الدعم والمساند الاجتماعية من أفراد الأسرة والأصدقاء وأحيانا حتى الطبيب وعمال الصحة القائمين على المتبعة والعلاج الخاص بهم، هذا بالإضافة إلى اللجوء لمحاولة إيجاد الحلول الفعلية للمشاكل التي تواجههم، ويكون هؤلاء المرضى أكثر تقبلا والتزاما بالعلاج في حال حصولهم على الدعم والمساندة الاجتماعية التي يبحثون عنها.

فضلا عن ذلك فإن ارتفاع عامل العصابية لدى المصابين بداء السكري يزيد من ارتفاع مستوى الضغوطات النفسية وزيادة الميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات وقلّة استخدام إستراتيجيتي حل المشكل والتقييم الإيجابي، ما ينتج عنه الشعور بالغضب والتوتر الدائم أمام المواقف الضاغطة وتحميل الذات المسؤولية في كل المشاكل التي تواجههم ولوم الذات دون البحث عن حلول أو إعادة تقييمها

بشكل إيجابي، وتجدر بنا الإشارة إلى أن هذا النوع من المرضى يعانون من سوء ضبط السكري وعدم سير العلاج بالشكل الحسن، وذلك لارتباط ارتفاع الضغط النفسي مع ارتفاع نسبة السكر في الدم، ومع استمرار العصبية والانفعالات السلبية يستمر ارتفاع مستوى السكر ويصعب على المريض ضبطه رغم تناوله لجرعة الأنسولين أو الدواء

يرى كل من فريدمان (1990) Friedman وكوبر (1991) Cooper في هذا السياق أن تأثير الشخصية على أسلوب التعامل هو حقيقة لا جدال فيها، فلا يمكن للفرد أن يتعامل مع الضغوطات بشكل منفصل عن سمات شخصيته التي تشكل دافعه للتعامل، فأسلوب التعامل الذي يختاره الفرد يحدد في جزء منه بالشخصية (شرسف، 2002)، ومن هنا يتجلى الدور الرئيسي للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في اختيار مرضى السكري بنوعيه لإستراتيجيات التعامل بمختلف أنواعها خلال تعاملهم مع المواقف الضاغطة ومختلف المشاكل التي تواجههم سواء كانت متعلقة بداء السكري أو بمصادر أخرى، حيث يمكن توضيح البروفيلات الثلاثة الخاصة بداء السكري بنوعيه في الشكل التالي:



الشكل (10): البروفيلات الخاصة بداء السكري

يتضح من الشكل (10) السمات الشخصية والقدرة على تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري حيث أظهر البروفيل الأول قدرة المصابين على تسيير الضغوطات النفسية من خلال استخدامهم لإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي بشكل كبير وإستراتيجية حل المشكلة، مع اتسامهم بسمات الشخص المتكيف المرن والانبساطي الاجتماعي المحبوب من الآخرين والرائد ذو الأفكار الإبداعية، حيث نجد أن المريض الذي يملك هذه السمات لديه القدرة على التعامل مع الضغوط بطريقتين مختلفتين الأولى هي المحاولة للحصول على الدعم والمساندة التي عادة ما يقدمها للآخرين، والثانية المحاولة الجادة في حل المشكلة وتركيزه عليها من خلال ابتكار حلول إبداعية تمكنه من تسيير الضغوطات النفسية.

كما يظهر لدى أصحاب البروفيل الثاني من المصابين ارتفاع الضغط النفسي بسبب اتسامه بشدة الانفعال وسرعة الغضب والتوتر والتشاؤم والعدوانية والتكبر والعناد، وعدم الاكتراث بالالتزامات وعدم التركيز والفوضى، الأمر الذي يجعله يقوم بتقييم المواقف بشكل سلبي يؤدي به إلى جلد الذات واتهامها.

مقابل ذلك نجد أن لدى أصحاب البروفيل الثالث ضغطا منخفضا، كما أنهم يتسمون بالكفاءة العالية والقدرة على تحقيق النجاح، إلا أنهم روتينيون متحفزون نوعا ما يتجاهلون إحساسهم، هذا ما يجعلهم يتجهون نحو إعادة تقييم المواقف بشكل إيجابي أو تجنبها، والابتعاد عن اتهام الذات والبحث عن السند الاجتماعي ولذلك لكونهم واثقون من قدراتهم وكفاءتهم العالية في التعامل.

3. 1. 2. بروفيل المصابين بالسكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين:

يظهر من خلال النتائج البروفيلات الثلاثة التي يتكون منها أفراد العينة المصابون بمرض السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين، من خلال نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومستوى الضغط النفسي والميل لاستخدام مختلف إستراتيجيات التعامل والتي يمكن تفسير كل منها على النحو التالي:

البروفيل الأول: يظهر من التصنيف الأول ارتفاع عامل الانفتاح والعصابية وانخفاض المقبولية وبقظة الضمير والذي يجعل مريض السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين يتسم بمجموعة من السمات حسب نموذج كوستا وماكري (Costa&McCrae (1992) يتسم بمجموعة معينة من السمات،

فارتفاع عامل الانفتاح على الخبرة يجعل المنفتحون فضوليون فكريا، متذوقون للفن، حساسون للجمال، يميلون إلى التصرف بطرائق انفرادية وغير مطابقة، خياليون، يملكون طموحات غريبة بدافع توفير بيئة آمنة لخيالاتهم، محبو للفن والجمال، متطرفون في انفعالاتهم، يحبون التنوع والإبداع، لديهم اهتمام فكري واسع، لديهم أكبر عدد من الاهتمامات وبالخيال والتحرر. في حين أن ارتفاع عامل العصابية يجعلهم أكثر غضبا وتعصبا، قلقون، سريعو الانفعال لديهم صعوبة في التكيف وعدم القدرة على تحمل الضغوط، في حين أن انخفاض المقبولية يجعلهم متشائمين، شكاكين، يشعرون بالتميز عن الآخرين، متعالين، يميلون إلى التنافس والعدوانية، ويشعرون بالتميز عن الآخرين، والعناد والعقلانية، كما أن انخفاض عامل يقظة الضمير يجعلهم يشعرون غالبا بعدم الاستعداد قليلو الكفاءة، غير منظمين، لا يكثرثون بالالتزامات والواجبات، قليلو الحاجة للإنجاز، كثيرة السهو وعدم التركيز والتسرع.

استنادا إلى ذلك فإن اكتساب هذه السمات لدى أصحاب البروفيل الأول يجعل مرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين أكثر إدراكا لضغوط النفسية وهو ما يفسر لديهم اقتران هذه السمات مع ارتفاع مستوى الضغط النفسي الذي يسعى مرضى السكري لتخفيفه أو التحكم فيه عن طريق استخدامهم لإستراتيجيات التعامل المرتكزة حول الانفعال، كالتجنب الذي يكون عن طريق الخيال وأحلام اليقظة والتصورات الغريبة التي يهرب بها المرضى من الضغوط النفسية التي تواجههم فيتجه أصحاب هذا البروفيل إلى الهروب من المواقف الضاغطة من خلال اتجاههم إلى مختلف الفنون والتركيز على الأعمال الفنية والأدب والموسيقى والفنون الجمالية فهم يحبون التنوع والإبداع والفن كما أنهم يملكون تصورات غريبة تحمي خيالاتهم وأحلام اليقظة الكثيرة التي يعيشونها، بالإضافة إلى ذلك فهم يلجؤون إلى لوم الذات وتحميلها المسؤولية في المواقف السلبية التي يتعرضون لها.

البروفيل الثاني: يتصف أصحاب هذا التصنيف بأنهم إنبساطيون طيبون يميلون بدرجة كبيرة لاستخدام إستراتيجية التجنب والبحث عن السند الاجتماعي وعدم الميل لاستخدام إستراتيجية التقييم الإيجابي واتهام الذات ويمكن أن نفسر مجموع السمات التي يملكونها بالعودة إلى نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية الذي أعده كوستا وماكري (Costa&McCrae(1992) فإن ارتفاع عامل الانبساطية يجعل الانبساطي شخص اجتماعي محبوب، أليف، يحب وجود الأصدقاء، قيادي حازم يقدم أفكار، نشط، يتوق للإثارة، مرح ومتفائل، ويساهم ارتفاع عامل المقبولية في جعل الشخص يكتسب سمات المتكيف، ويرى أن الآخرين أمناء وذو أهداف، مستقيم وصريح، متواضع يبعد نفسه

عن الأضواء، مرّن متعاطف مع الآخرين ويدافع عن حقوقهم. إن اجتماع كل هذه السمات في مريض السكري تجعله كثير الميل إلى استخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي في تسييره لضغوطه النفسية، إذ يلجأ مريض السكري الإنبساطي إلى التزود بالدعم من الآخرين أثناء الضيق ومحاولة التفريغ الانفعالي والتخلص من المشاكل عن طريق الحصول على الدعم من الشبكة الاجتماعية الخاصة بهم، كما يحاول أصحاب هذا البروفيل تقديم الدعم للآخرين وتقديم المساعدة والتعاطف معهم والدفاع عن حقوقهم يسعى كل منهم للحصول على نفس الدعم والمساندة التي يقدمونها للآخرين، كما يمكن تفسير ميلهم إلى استخدام إستراتيجية التجنب إلى أن هذا النوع يتوافق مع سماتهم الشخصية السابقة الذكر، فالانبساطيون المقبولون يميلون لإخضاع حاجاتهم الشخصية إلى حاجات الجماعة والتي تكون غالباً العائلة والأصدقاء يكرسون كل طاقتهم في الاهتمام بمصلحة الجماعة وبمسؤولياتهم اتجاهها ويسعون لإسعاد من حولهم من أجل تعزيز علاقاتهم الاجتماعية والحصول على الدعم والرعاية التي اعتادوا عليها منذ إصابتهم بالمرض في سن مبكرة وبذلك يتجنبون الشعور بالضيق أثناء المواقف الضاغطة.

كما ذكر هاورد وهاورد (1995) Howard & Howard أن في المستويات العليا من عامل المقبولية يصبح الشخص تابع وفاقد للإحساس بالذات نقلاً عن (علوان، 2012، ص 489)، ففقدان الإحساس بالذات في هذا النوع من المرضى يجعلهم قليلو الميل للشعور بمشاكلهم الخاصة ما يفسر لنا قلة ميلهم لاستخدام إستراتيجية حل المشكل والتقييم الإيجابي واتهام الذات، كما يجعل ارتفاع الانبساطية مريض السكري يميل إلى ممارسة مزيد من القيادة والتمتع بمزيد من النشاط البدني واللفظي والألفة والرغبة في المشاركة الاجتماعية التي تشعره بالراحة وتخفف عنه الضغوط النفسية التي يواجهها.

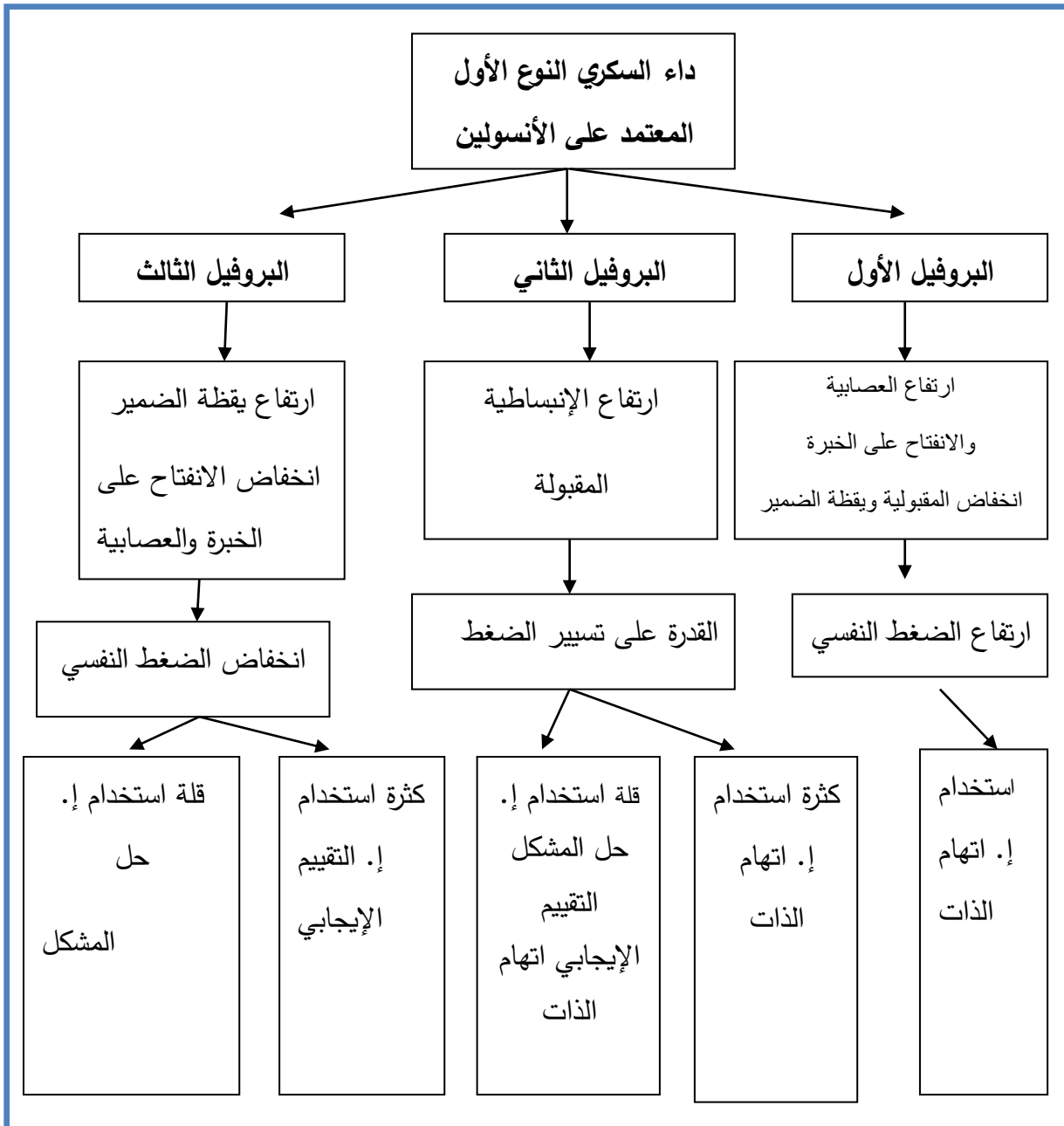
البروفيل الثالث: يتسم أصحاب هذا التصنيف من مرضى السكري بارتفاع عامل يقظة الضمير وتدني عامل الانفتاح على الخبرة، العصابية، والانبساطية مع انخفاض في مستوى الضغط النفسي والميل الكبير لاستخدام إستراتيجيتي للتقييم الإيجابي وحل المشكل.

حيث يمكن جمع السمات التي يتسم بها مرضى السكري الذين يملكون هذا البروفيل بالعودة إلى نموذج كوستا ماكري (1992) Costa&McCrae للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في أنهم يملكون كفاءة عالية، يركزون على إنجاز المهام واستكمالها، يسعون لتحقيق النجاح، يتسمون بالتفكير

المتأني قبل البدء في العمل، يركزون على الزمان والمكان الحاليين، قليلو الاهتمام بالمجال الفني، يتجاهلون الأحاسيس، يحبون المألوف، متحفظون، يعالجون الضغوط بسهولة، يقاومون الإلحاح والإثارة، يصعب إخراجهم ولا يفقدون عزيمتهم بسرعة، متحفظون، قليلو الحاجة للمثيرات والحيوية، لا يحبون القيادة، يتسمون بالتأني والاستقلالية، يشعرون بالراحة مع الوحدة. هذه السمات تمكنهم من التعامل مع الضغوط النفسية من خلال استخدام إستراتيجية التقييم الإيجابي وحل المشكل، إذ أن الكفاءة العالية والتركيز على الإنجاز، وقدرتهم على تحقيق النجاح في كل مهامهم وقيامهم بمسؤولياتهم على أكمل وجه، وهو ما يفسر تركيز مرضى السكري على المشكل وبذل الجهود في إيجاد حلول فعالة وناجحة وضبط انفعالاتهم أثناء المواقف الضاغطة عن طريق تقييم المواقف بشكل إيجابي للحفاظ على تركيزهم لإيجاد الحلول المناسبة لحل المشكل .

أثبتت دراسة جعير واليزيد (2021) في هذا الصدد أن مرضى السكري الذين يملكون مستوى عال من الكفاءة الذاتية يميلون إلى القيام بسلوكيات تقودهم إلى نتائج ناجحة في الاعتقاد بقدرتهم على القيام بذلك وبذلك يواجهون المواقف الضاغطة بنجاح. وهو ما يفسر تركيز مرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين الذين يتسمون بارتفاع درجة عامل يقظة الضمير على المشكل وبذل الجهود في إيجاد حلول فعالة وناجحة وضبط انفعالاتهم أثناء المواقف الضاغطة عن طريق تقييم المواقف بشكل إيجابي للحفاظ على تركيزهم لإيجاد الحلول المناسبة لحل المشكل .

استخلاصا من البروفيل الأول والثاني يظهر ارتفاع عامل العصابية وعامل الانفتاح على الخبرة لدى مرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين والذي اقترن بارتفاع الضغط النفسي لديهم والذي يعود إلى سمات الشخصية العصابية، فحسب بروك وآلان (2003) Bruk & Allen يرتبط عامل العصابية سلبا بالرضا عن الحياة والتعبير عن الضغط النفسي، إضافة إلى أنهم أقل قدرة على التعامل مع الضغوط المرهقة في البيت والعمل وأقل تحكما في اندفاعاتهم، حيث تتسم هذه الفئة من المرضى بالغضب وسرعة الانفعال أمام المواقف الضاغطة التي عادة ما يحملون أنفسهم مسؤوليتها يتعاملون معها على أنهم سبب حدوثها، والتي غالبا ما تكون في نظرهم بسبب إصابتهم بالمرض الذي يحد من قدرتهم على ممارسة حياتهم بشكل طبيعي الأمر الذي يزيد من حدة انفعالهم وتوترهم أثناء التعامل مع المواقف الضاغطة، وهذا ما يجعلهم أكثر استخداما لإستراتيجيات المرتكزة حول الانفعال .



لشكل (11): بروفيلات المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين.

استنادا إلى النتائج المتوصل إليها الموضحة في الشكل (11) يتضح من بروفيلات المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين ارتفاع عامل المقبولية ويقظة الضمير الأمر الذي يجعل المريض منهم يكتسب سمات المتكيف المرن ذو الكفاءة والقدرة العالية وهو ما يجعل إدراكه للمواقف على أنها ضاغطة منخفضة وبالتالي يكون مستوى الضغط النفسي لديه منخفضا، كما أن امتلاكهم للكفاءة العالية والخبرة التي تجعلهم واثقين في قراراتهم وقدرتهم على حل المشاكل والتعامل مع المواقف بعقلانية، يركزون على إيجاد حلول فعالة وناجحة في التعامل مع المشاكل، ويظهر ذلك على سبيل المثال في التزامهم بالعلاج ومحاولتهم أيضا لضبط السكري عن طريق حلول أخرى فعالة يتبعونها

لحفاظ على صحتهم النفسية والجسمية كالغذاء الصحي والرياضة، وبذلك نستنتج أن ارتفاع عامل المقبولية يقترن بانخفاض ومستوى الضغط النفسي ويجعل مريض السكري النوع الأول يتجه نحو استراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكل للتعامل مع مختلف المواقف الضاغطة التي تواجهه في الحياة سواء كان مصدرها المرض وسوء ضبط السكري أو كانت ذات مصادر أخرى غير متعلقة بالمرض.

3. 2. 3. بروفييل مرضى السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين:

أسفرت نتائج التصنيف العنقودي الهرمي البروفيلات الثلاثة التي يتكون منها أفراد العينة المصابون بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، من خلال نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومستوى الضغط النفسي والميل لاستخدام مختلف إستراتيجيات التعامل والتي يمكن تفسير كل منها على النحو التالي:

البروفيل الأول: يظهر من التصنيف الأول انخفاض مستوى الضغط النفسي وارتفاع عامل المقبولية وبقطة الضمير والانبساطية، وانخفاض العصابية والذي يجعل مريض السكري النوع الثاني يتسم بمجموعة من السمات حسب نموذج كوستا وماكري (1992) Costa&McCrae يتسم بمجموعة معينة من السمات، فارتفاع عامل المقبولية يجعل المريض يتسم ببعض السمات أهمها التواضع، والاستقامة، والصراحة، والمرونة والتعاطف مع الآخرين والدفاع عن حقوقهم، يميلون إلى إخضاع حاجاتهم لحاجات الجماعة وقبول النماذج المعيارية للجماعة أكثر من الإصرار على نماذجه المعيارية الشخصية، وارتفاع درجة التقاني يشعره بقدرته الذاتية وكفاءته العالية، يسعى لتحقيق النجاح، مكافح وطموح، يركز على انجاز المهام واستكمالها، في حين أن ارتفاع عامل الانبساطية يجعله أكثر ألفة وحباً للاختلاط، والميل إلى تفسير جوانب العالم الخارجي باستخدام المنطق والميل إلى العيش وفق قواعد ثابتة قد تكون عملية أو موضوعية أو عقائدية، متفائل ومبتهج، اجتماعي يحب وجود الأصحاب، قيادي، يتوق للإثارة، في حين ارتفاع العصابية يضيف بعض سمات عدم الراحة والقلق، وسرعة الانفعال وسهولة الاستثارة وصعوبة التكيف وعدم القدرة على تحمل الضغوط.

حيث أن اكتساب مريض السكري النوع الثاني لهذه السمات تجعله قادراً على التعامل مع ضغوط الحياة بصفة عامة من خلال تركيز جهوده المبذولة على المشكل ومحاولة إيجاد حلولاً فعلية وناجحة

وتنفيذها من أجل حل المشكل والتخلص من الضغوط الناجمة عنها، فإن قدرة هذا النوع من المرضى وكفاءته العالية وسعيه وكفاحه في إنجاز مهامه والتقيد والالتزام لإتمامها يجعله أكثر التزاما بالبرنامج العلاجي الذي يسطره له طبيب السكري من أجل التحكم في السكري ما يخفف عنه شدة الضغوط الناتجة عن المرض وهو ما يفسر لنا المستوى المنخفض للضغوط المدركة لدى أصحاب هذا البروفيل، إضافة إلى تقدير الذات ووعيهم بقدراتهم والمعرفية والعملية في النجاح في كل المهمات التي يثابرون عليها وهو ما يجعلهم يبحثون عن الحلول للمشاكل من أجل التخلص من الضغوط ولا يهربون منها، ما ينتج عنه قلة الميل لاستخدام استراتيجيات التجنب.

استنتجا لما سبق ومن خلال ملاحظة البروفيل الأول أن ارتفاع عامل المقبولية ويقظة الضمير لدى مرضى السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين يقترن مع انخفاض مستويات الضغط لديهم، وذلك لقدرتهم وكفاءتهم العالية في التعامل مع المواقف والتكيف معها، وقدرتهم على إيجاد الحلول لمختلف المشاكل التي يواجهونها بشكل فعال وهو ما يفسر الميل الكبير لاستخدام إستراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكل .

البروفيل الثاني: يظهر من التصنيف الثاني بالاعتدال في درجات كل عامل من العوامل الخمسة الكبرى للشخصية مع ارتفاع في مستوى الضغط النفسي والميل الكبير لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند واتهام الذات وقلة الميل للتقييم الإيجابي.

يصف اكتساب مرضى السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين لدرجات متوسطة من كل عامل من العوامل اتسامهم بدرجة متوسطة من السمات التالية بالعودة لنموذج كوستا وماكري(1992) Costa&McCrae التي تجعل كل منهم قلق/ هادئ، لديه شيء من الغضب، يحزن أحيانا، يحرص ويستسلم أحيانا، لديه بعض الضغوط، يقظ/ متنبه، تتراوح نزعتة الاجتماعية بين الوحدة والاختلاط، يبقى في المقدمة، نشط/ متأن، يحتاج أحيانا للمثيرات، متوسط الحيوية والمرح، حذر، لبق، يرغب في مساعدة الآخرين، متكافئ، مستجيب، خيالي أحيانا، متوسط الاهتمام بالفن، يجمع بين المؤلف والتنوع، متوسط الاهتمام بالأفكار، معتدل القيم، مستعد شبه منظم، الالتزام بالأولويات في أداء الواجبات، جاد لتحقيق النجاح، المزج بين العمل واللعب، التفكير الجاد.

فضلا على أن اكتساب المرضى للدرجة المتوسطة من العوامل تعطي لهم سمات سطحية فدرجة العامل هي ما تؤكد قوة السمة وتثبتها في الشخصية وهذا ما يعطي لنا بوادر الضعف في شخصية أصحاب هذا البروفيل فارتفاع أو انخفاض أي عامل ينتج عنه اكتساب وتشيع بمجموعة من السمات المعينة التي ينتج عنها وجود السمة أو ضدها بقوة لكن الدرجة المتوسطة تجعل الشخص عائما بينهما لا امتلك الصفة الإيجابية ولا امتلك عكسها، فذا التذبذب في سمات أصحاب هذا البروفيل يجعلهم أكثر عرضة للضغوط النفسية وهو ما يفسر ميلهم الكبير لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات أثناء المواقف الضاغطة التي تفوق قدرتهم المعرفية على التعامل معها دون توتر وانفعال، إذ يلجأ لاتهام الذات ولومها كحمولة منه لتخفيف شدة الضغط النفسي وكذا البحث عن الدعم والمساندة الاجتماعية من خلال شبكتهم الاجتماعية الصغيرة، وقلة الميل للتقييم الإيجابي.

البروفيل الثالث: يظهر لنا من نتائج الدراسة أن أصحاب هذا التصنيف يتصفون بانخفاض في عامل الانبساطية، ويقظة الضمير، والمقبولية، والانفتاح على الخبرة، وارتفاع عامل العصابية، مع الميل الكبير لاستخدام إستراتيجية التقييم الإيجابي والتجنب، واتهام الذات مع قلة الميل لإستراتيجيتي للبحث عن السند الاجتماعي وحل المشكلة . وهذا ما يمكننا فهمه وتفسيره بجمع السمات التي تفسر لنا سبب الميل لاستخدام إستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال وقلة الميل لاستخدام إستراتيجيات المتمركزة حول الانفعال، فبالرجوع إلى أصل السمات الخاصة بدرجة ارتفاع أو انخفاض أي عامل من العوامل في نموذج كوستا وماكري (1992) Costa&McCrae نجد أن أصحاب هذا البروفيل يتسمون انخفاض الانبساطية التي تجعل كل منهم انطوائي، متحفظ، نادرا ما يبحث عن أصحاب، يظل في المؤخرة، متأن، قليل الحاجة للمثيرات، أقل حيوية، كما أن انخفاض عامل يقظة الضمير يجعل الفرد غالبا ما يشعر بعدم الاستعداد، غير منظم وغير منهجي، غير مكترث بالالتزامات والواجبات، حاجته قليلة للتحصيل والإنجاز، غير مكترث، السهو والتسرع وعدم التركيز، وانخفاض عامل المقبولية الذي يجعله لا يثق في الآخرين عموما، متشائم، شكاك، حذر، يتردد في المشاركة، منافس، يشعر بالتميز عن الآخرين، متعال، عنيد وعقلاني، وانخفاض عامل الانفتاح على الخبرة يجعله متحفظ يركز على الزمان والمكان الحاليين، لا يهتم بالفن، يتجاهل الأحاسيس، يحب المؤلف، أما ارتفاع العصابية فيجعله قلق، غير مرتاح، سريع الغضب والانفعال، يسهل إحراجه واستثارته، لديه صعوبة في التكيف وعدم القدرة على تحمل الضغوط، واجتماع كل هذه السمات تجعل مريض

السكري الذي يملك هذا البروفيل يتجه نحو الميل الكبير لاستخدام إستراتيجيات التعامل المتمركزة حول الانفعال وقلة الميل لاستخدام الإستراتيجيات المتمركزة حول المشكل، وذلك للتقليل من حدة الانفعالات التي يشعرون بها أثناء الضيق أو المواقف الضاغطة، ارتفاع عمل العصابية دوناً عن العوامل الأخرى يجعل المريض أكثر انفعالا وغضبا في كثير من المواقف اليومية التي تواجهه، وهذا ما يجعله يبذل كل الجهود لتنظيم انفعاله عن طريق ضبط أو تعديل الأهمية العاطفية للأحداث الضاغطة سواء بالهروب منها ومحاولة تجنبها عن طريق القيام بأفعال وسلوكيات أخرى يوجه تركيزه عليها كالنوم أو الأكل أو القيام بنشاطات أخرى، أو إعادة تقييمها بشكل إيجابي وإعطائها معنى إيجابي، أو حتى تحمل مسؤولية ما حدث ولوم الذات واتهامها .

سمح التعرف على البروفيلات الشخصية الخاصة بالمصابين بداء السكري من خلال نتائج الفرضية السابقة بالتعرف على الموصفات التي يتصف بها المرضى والإلمام بكافة الجوانب النفسية التي تصف السمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومستوى الضغط النفسي لدى المرضى واستراتيجيات التعامل التي يميلون لاستخدامها في التعامل مع المواقف الضاغطة والمشاكل المتعلقة بالمرض أو بمصادر أخرى.

استخلاصا لما سبق يتضح أن هناك ثراء وتنوع كبير في السمات الشخصية الخاصة بكل بروفيل من البروفيلات السابقة التي أسفرت عنها نتائج دراسة الفرضية القائمة على إمكانية تحديد بروفيل لدى مرضى السكري وفقا لمستوى الضغط النفسي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية، والتي أثبتت أن هناك تنوع في العوامل الشخصية لدى مرضى السكري بنوعيه، إذ تم تحديد ثلاث بروفيلات للعينة الكلية للبحث وهم المصابون بداء السكري بنوعيه، حيث انتمى أغلب المرضى للبروفيل الأول الذي اتسم أصحابه بصفة عامة بالمقبولية والإنبساطية والانفتاح مع ميلهم الكبير لاستخدام الاستراتيجيات المركزة حول المشكل، يجعل مرضى السكري بنوعيه يتسمون بسمات المتكيف الإنبساطي الرائد وهو ما يجعلهم أكثر إقبالا على العلاقات الاجتماعية، جماليون، قادرون على التكيف مع المواقف المختلفة، وبالتالي فهم يستخدمون إستراتيجيات التعامل المركزة حول المشكلة .

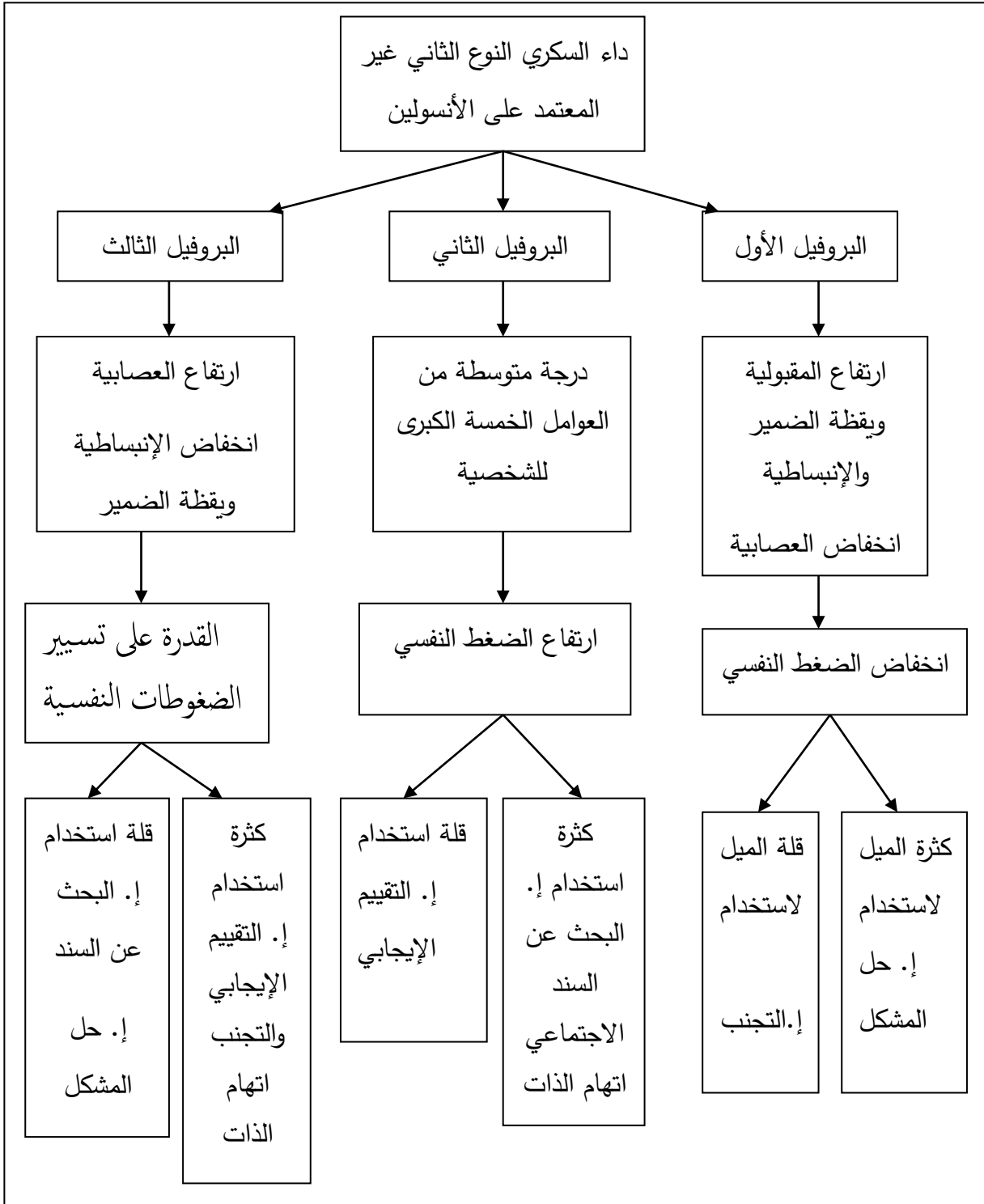
اتصف أصحاب البروفيل الثاني لمرضى السكري بنوعيه بارتفاع في مستوى الضغط النفسي وارتفاع عامل العصابية الذي جعلهم يميلون بدرجة كبيرة لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات، مع انخفاض عاملي المقبولية ويقظة الضمير الذي اقترن مع قلة الميل لاستخدام إستراتيجيتي حل المشكل

والتقييم الإيجابي، ما يجعلهم يتسمون بالانفعال والغضب الشديد وعدم القدرة على التكيف ومواجهة المواقف الضاغطة التي يتعاملون معها باستخدام إستراتيجيات مرتكزة حول الانفعال .

شمل البروفيل الثالث لمرضى السكري مجمعة من الصفات تمثلت في انخفاض في مستوى الضغط النفسي الذي اقترن مع ارتفاع عامل يقظة الضمير وانخفاض عامل الانفتاح على الخبرة مع الميل نحو إستراتيجية التقييم الإيجابي والتجنب وقلة الميل لإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي واتهام الذات.

أثبتت دراسة طعيلي وعمامرة (2014) في هذا السياق وجود علاقة ارتباطية موجبة بين كل عامل من العوامل التالية الإنبساطية، الطيبة، يقظة الضمير واستراتيجيات التعامل المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال، وعدم وجود علاقة ارتباطية بين العصابية واستراتيجيات التعامل المركزة على المشكل مع وجود علاقة ارتباطية موجبة بين عامل العصابية واستراتيجيات التعامل المركزة على الانفعال، بالإضافة إلى عدم وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الانفتاح على الخبرة واستراتيجيات التعامل المركزة على المشكل والمركزة على الانفعال.

حيث أثبتت دراسة النهاري (2020) في نفس السياق دور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في التعامل مع أحداث الحياة اليومية الضاغطة، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة بين العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومختلف أنواع إستراتيجيات مواجهة أحداث الحياة الضاغطة.



الشكل (11): بروفيلات المصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

يتضح من خلال الشكل (11) البروفيلات الثلاث للمصابين بداء السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، حيث نلاحظ اتسام أصحاب البروفيل الأول بالقدرة على التكيف والمرونة والكفاءة العالية والثقة والنجاح والمرونة التي تجعل مستوى الضغط النفسي لديهم منخفض، فالمصابين بالنوع الثاني

الذين يملكون هاته السمات يتجهون نحو مواجهة المشاكل والمواقف الضاغطة والتركيز على إيجاد حلول فعالة لها وبيتعدون عن التجنب والهروب في التعامل مع مختلف الموقف الضاغطة.

أما بالنسبة للبروفيل الثاني فيتجه أصحابه إلى كثرة استخدام البحث عن السند واتهام الذات والابتعاد عن التقييم الإيجابي في التعامل مع الضغوطات النفسية المرتفعة لديهم، في حين يتجه مرضى البروفيل الثالث في تسييرهم للضغوطات النفسية التي تواجههم إلى التقييم الإيجابي والتجنب واتهام الذات في حين بيتعدون عن الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكل (حل المشكل والبحث عن السند الاجتماعي وذلك لكونهم يتسمون بشدة الانفعال وسرعة الغضب والتشاؤم وعدم القدرة على التكيف ما يجعلهم أكثر ميلا لاستخدام إستراتيجيات العامل المتمركزة حول الانفعال، كونهم غير قادرين على ضبط انفعالاتهم والتحكم بها والتصرف بعقلانية.

أسفرت النتائج أن هناك اختلاف في البروفيلات المحددة وفقا لمستوى الضغط النفسي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض، اختلفت البروفيلات المحددة لمرضى كل نوع من السكري، وهذا الاختلاف إن دلّ على شيء فإنه يدل على عدم تأثر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية بنوع المرض، وتظهر فاعليتها ودورها في نوع الإستراتيجية المتبعة في التعامل مع الضغوط النفسية التي تصاحب هذا المرض المزمن بما يلقي به من أعباء على عاتق المريض وتأثيره على علاقاته الأسرية والاجتماعية وحتى في بيئة العمل، بغض النظر عن الضغوطات الأخرى المختلفة المصادر التي تواجه مريض السكري كفرد من الأسرة والمجتمع لديه مسؤوليات والتزامات قد يقلل المرض من قدرته على القيام بها ما يجعله يشعر بضغط أكبر يتوجب عليه التعامل الفعال معه للتخفيف منه وللتحكم في السكري الذي أثبتت الدراسات تأثيره بمستوى الضغط وتأثيره عليه.

4. المحور الرابع للدراسة: القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية

4.1. تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة: أثبتت النتائج أن الفرضية التالية:

[للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية القدرة التنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري] فرضية محققة جزئياً.

أسفرت النتائج الفرضية عن إسهام العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في مجملها العام في التباين الكلي المفسر لدرجة الضغط النفسي لدى مرضى السكري ككل بنوعيه الأول والثاني وهذا ما يؤكد لنا أن للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية القدرة التنبؤية بمستوى الضغط النفسي، وهو ما يتفق مع الإطار النظري للدراسة، إذ أثبتت العديد من الدراسات قدرة النموذج الذي أعده كوستا وماكري (1992) Costa&McCrae على التنبؤ. إذ تعتبر العوامل الخمسة الكبرى للشخصية عوامل تنبؤ عامة نسبياً بالأفعال السلوكية الفردية، ولكنها عوامل تنبؤ أفضل بالاتجاهات العامة لسلوك الشخص، والتنبؤ بسلوك الفرد في المستقبل (شقة، 2011، ص96). فمؤذ العوامل الخمسة الكبرى للشخصية من أهم العوامل التنبؤية التي تجمع بين السمات الأساسية لشخصية الأفراد وتمكننا من بناء التوقعات المدروسة لما س وتقييم جودتها

حيث أظهرت نتائج تحديد المعادلات التنبؤية عدم وجود للانبساطية ويقظة الضمير و الانفتاح على الخبرة قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري، ويمكن أن نفسر عدم قدرة هذه العوامل على التنبؤ بالضغط النفسي بالعودة إلى الأدبيات النظرية المعتمد عليها في وصف كل عامل منها وتأثير درجة ارتفاعه وانخفاضه على سمات شخصية المصاب بداء السكري.

عامل الانبساطية فقد أثبتت النتائج عدم قدرة هذا العامل في التنبؤ بمستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري، ويمكن تفسير ذلك بحسب ما أشار إليه كوستا وماكري (Costa et McCrae, 1995) و من سمات لهذا العامل الذي يعد عاملاً ثنائي القطب تتراوح أبعاده بين الانبساط والانطواء ويؤثر اختلاف الدرجة من هذا العامل في سلوكيات الأفراد وسماتهم الشخصية بشكل كبير، كما يؤثر على إدراكهم للأمور إذ يكون الانبساطيون أكثر منطقية ويميلون إلى العيش وفق قواعد ثابتة، محبون للحياة يستمتعون بالإثارة في حياتهم، حيويين ولديهم الكثير من الانفعالات الإيجابية، وفي الجهة المقابلة يكون الإنطوائيون أكثر توقعاً على الذات، إذ يوجهون اهتمامهم نحو أنفسهم

وأمرهم الخاصة ويميلون إلى الحفاظ على الخصوصية، وهذا ما يفسر لنا عدم وجود علاقة بين هذا العامل ومستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري .

حيث أسفرت دراسة جون (John) وآخرون (2008) أن عامل الإنبساط يسعى إلى حد كبير لتحقيق مكانة أعلى والوصول إلى الشهرة والاحترام والتأثير لكلا الجنسين، حيث يتنبأ عامل الإنبساط بالجانب العلائقي والاجتماعي للفرد (John et Naumann et Soto, 2008, p39) وهذا ما يجعل مرضى السكري الذين يتسمون بارتفاع عامل الانبساطية يكرسون كل الجهود المبذولة في سبيل توطيد العلاقات الاجتماعية لديهم سواء داخل الأسرة أو حتى بين المرضى المصابين بداء السكري، إذ يحاولون بناء علاقات جديدة مع المرضى في قاعات الانتظار في المشفى والعيادات الخاصة التي يجتمعون فيها عادة بالمرضى الذين يعانون من نفس المرض.

حسب ما جاءت به دراسات (De Raad,2000)و(Zhang, 2006) في هذا السياق إذ يمكن لاختلاف درجة العامل بالنسبة للأفراد أن تحدث farkا جذريا في تعاملاتهم مع الأمور وإدراكهم لها وحتى طريقة عيشهم، كما أن لديهم نزعة اجتماعية تجعلهم يرغبون بالاندماج والاختلاط حيث يكون الإنبساطيون اجتماعيون بالدرجة الأولى. ومنه فإن مرضى السكري الانبساطيون يولون اهتماما بالغا لعلاقاتهم الاجتماعية ويميلون إلى تفسير جوانب العالم الخارجي باستخدام المنطق والميل إلى العيش وفق قواعد ثابتة قد تكون علمية أو موضوعية أو عقائدية، فبالنسبة لهم إن التعرف على مرضى آخرين يعايشون نفس الأحداث والمرض والانتماء إلى الجماعة وتكوين صداقات جديدة بناء على خاصية الإصابة بالسكري قد يكون بالنسبة لهم أكثر أهمية من محاولة الالتزام والنجاح في العلاج لضبط السكري، إذ أن المشاركة الاجتماعية بالنسبة للمرضى الانبساطيين تكون أهم سمة في شخصيتهم، فمحاولة مريض السكري الانتماء إلى جماعته تلك تجعله يتأثر بمستوى الصحة النفسية للجماعة واتجاهاتها نحو المرض ودرجة الالتزام بالبرنامج العلاجي المسطر من طرف الطبيب المختص والقائمين على الرعاية الصحية لهم، فينتج عن محاول مريض السكري التطبع بخصائص الجماعة والانصهار فيها يجعل من هذا العامل يفقد خاصية الاستقلالية نوعا ما إذ يكون نفس التفكير الذي يتبناه أفراد الجماعة سائدا لدى مريض السكري الانبساطي سواء كان إيجابيا أو سلبيا، وهذا ما جعل عامل الانبساطية بالنسبة لمرضى السكري عامل غير قادر على التنبؤ بمستوى الضغوطات النفسية لديهم.

وفي نفس السياق أورد فولكمان ولازاروس (Folkman & Lazarus (1988) أن إدراك الضغوط النفسية يتأثر بالشخصية وإدراكها المعرفي وبالبيئة المحيطة وهذا ما ينطبق حرفياً على أصحاب هذا العامل من مرضى السكري، فالمرضى الانبساطيون متعلقون بالجماعة المحيطة بهم وبأصدقائهم وشبكتهم الاجتماعية بصفة عامة بالدرجة الأولى والتي عادة ما تكون مختلفة الخصائص والتأثير، فإن جماعة مرضى السكري النوع الثاني تختلف عن مجموعة السكري النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، كما يختلف مرضى النوع الواحد في توجهاتهم السلبية والإيجابية نحو المرض والتحكم فيه.

أثبتت النتائج أيضاً فيما يخص عامل **يقظة الضمير** عدم قدرة هذا العامل على التنبؤ بمستوى الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكري، الأمر الذي يمكن تفسيره بالعودة إلى السمات الأساسية التي وصف بها كوستا وماكري (Costa & McCrae (1992) أصحاب هذا العامل بالكفاءة العالية، والالتزام بالواجبات، وضبط الذات، والتأني والرؤية، والنضال في سبيل الإنجاز، إضافة إلى الحذر والحرص واليقظة والتروي قبل اتخاذ القرار أو القيام بأي فعل، والمثابرة لتحقيق النجاح، إذ يتجه مرضى السكري يقظوا الضمير بعد الإصابة بالمرض نحو التركيز على اكتساب خبرات ومعارف علمية صحيحة حول داء السكري وطرق علاجه والتعامل معه وكيفية تجنب مضاعفاته، كما يعرف أصحاب هذا العامل بالحاجة للإنجاز والتفاني في أداء الواجبات والمهام والقدرة على تجنب المشاكل خاصة المتعلقة بالعمل فهم يحققون مستويات عالية من النجاح عبر التخطيط الهادف والمثابرة، وبالمقابل يكون مرضى السكري في الدرجات العليا من هذا العامل أقل اهتماماً وتعبيراً عن المشاعر والأحاسيس وهذا ما يجعل عامل التفاني غير منبئ بمستوى الضغوط النفسية المدركة، وكون هذا البعد الأكثر قابلية للتغيير من بين الأبعاد الأخرى يجعله قادراً على مجارات كل الأحداث والوضعيات التي يكون فيها مهما اختلفت عن طبيعته الشخصية أو بيئته المألوفة، كما تكون الرغبة في التصرف بطريقة صحية أكثر أهمية من الإرادة في العيش، حيث تلعب يقظة الضمير دوراً مخففاً للتأثيرات التي يحدثها الضغط على الإصابة بالأمراض.

أثبتت دراسة فريدمان وآخرون (Friedman H.S. et al, 1993) في هذا الصدد أيضاً أن ارتفاع عامل يقظة الضمير يجعل الشخص أكثر التزاماً بالحياة الصحية، وأكثر نجاحاً في تجنب ما يمكن أن يؤذيهم، لذا فإنهم قد يكونون أكثر ميلاً لبلوغ سن متقدمة أيضاً، وبالمقابل فإن ارتفاع هذا

العامل لدى المصابين بداء السكري يجعلهم أكثر التزاما بالعلاج والنصائح الطبية والحمية الغذائية وممارسة للنشاط البدني بغية النجاح في تحقيق السير الحسن للعلاج والتحكم في السكري.

أسفرت النتائج أيضا عن عدم قدرة عامل الانفتاح على الخبرة في التنبؤ بمستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، وهو ما يمكن تفسيره بأن أصحاب هذا العامل حسب ما أورده دوريد (2000) DeRaad والأنصاري (2002) نقلا عن كوستا ماكري (1992) Costa&McCrae يتميزون بعدد أكبر من الاهتمامات، فهم جماليون، متحررون، قادرين على التفكير والانتقاد، يميلون إلى الابتكار والتجديد، وذوو خيال واسع وتصورات قوية تساعدهم على البقاء والاستمتاع بالحياة، أما من ناحية المشاعر فهو قادر على التعبير عن الحالات النفسية والانفعالات بشكل أكثر من الآخرين والتطرف في الحين، حيث يشعر الفرد بقيمة السعادة ثم ينتقل إلى قمة الحزن في نفس الوقت والطرف، وتظهر عليه علامات الانفعالات الخارجية وهذا ما يفسر صعوبة إعطاء وصف دقيق وصحيح عن التأثيرات الانفعالية التي تخلفها المواقف الضاغطة لدى أصحاب هذا العامل من مرضى السكري حيث يتجه البعض منهم إلى محاولة الاطلاع على كل ما يخص المرض والعلاجات الجديدة وتزويد خبراتهم ومعارفهم المتعلقة بالمرض ومحاولة الوصول إلى حلول إبداعية جديدة في التعامل مع المرض وضبط السكري بغض النظر عن نجاعتها، وكل هذه السمات تجعل من هذا العامل عاملا غير منبئ بمستوى الضغوط النفسية لدى مرضى السكري المنفتحين على الخبرة، إذ أنهم يملكون خيالا معرفيا واسعا لا يرتبط بزيادة مستوى الضغط ولا بخفضه، يهربون إلى عالمهم الخاص وأحلام اليقظة لحماية أفكارهم ومعتقداتهم الخاصة وهذه لا ترتبط بالقدرة على تسيير الضغوط النفسية ولا بارتفاع مستوياتها لدى مرضى السكري المنفتحين على الخبرة.

فضلا عن ذلك بالتمعن في السمات الأساسية لهذه العوامل غير المنبئة نجد أن اتجاه المرضى الذين يحذون حذو كل عامل منها أقل اهتماما بالضغوط النفسية وتأثرا بها، إذ أن الضغط النفسي لا يندرج ضمن قائمة سماتهم، وبصريح العبارة ليس هناك تأثير أو تأثير بين الضغط والشخصية، ومنه نستنتج أن وجود عوامل الانبساطية ويقظة الضمير والانفتاح على الخبرة بدرجات مرتفعة أو منخفضة لا يؤثر بشكل مباشر على الضغوطات النفسية ولا يتأثر بها، وهو ما يفسر لنا عدم وجود قدرة تنبؤية للعوامل الثلاثة السابقة الذكر بمستوى الضغط النفسي.

كما أظهرت النتائج أن للمقبولية قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري، فالزيادة في مستوى المقبولية لدى مريض السكري يؤدي إلى النقص في مستوى الضغط النفسي، كما أن الانخفاض في مستوى هذا العامل لديه يؤدي إلى الزيادة في مستوى الضغط النفسي.

فحسب دوريد (2000) De Raad نقلا عن هوجان (1983) فإن المقبولية تجعل الفرد قادرا على مواجهة مشاكل الحياة العامة وضغوطها بشكل جيد ، فارتفاع عامل المقبولية يجعل الفرد قادرا على مواجهة مشاكل وضغوط الحياة العامة، وتعكس هذه السمة الفروق الفردية في الاهتمام العام لتحقيق الونام الاجتماعي، ويتسم الذين يتصفون بهذه السمات بالتسامح والثقة وحسن الطباع والتعاون والقبول بحيث يحترمون ويقدرّون الآخرين ” (De Raad, 2000, p91)، ما يجعل المقبولون أشخاص قادرين على التكيف مع المواقف والأشخاص وهو ما يجعل ارتفاع هذا العامل لدى مرضى السكري يقلل من الشعور بالإجهاد و الضغوط النفسية لديهم.

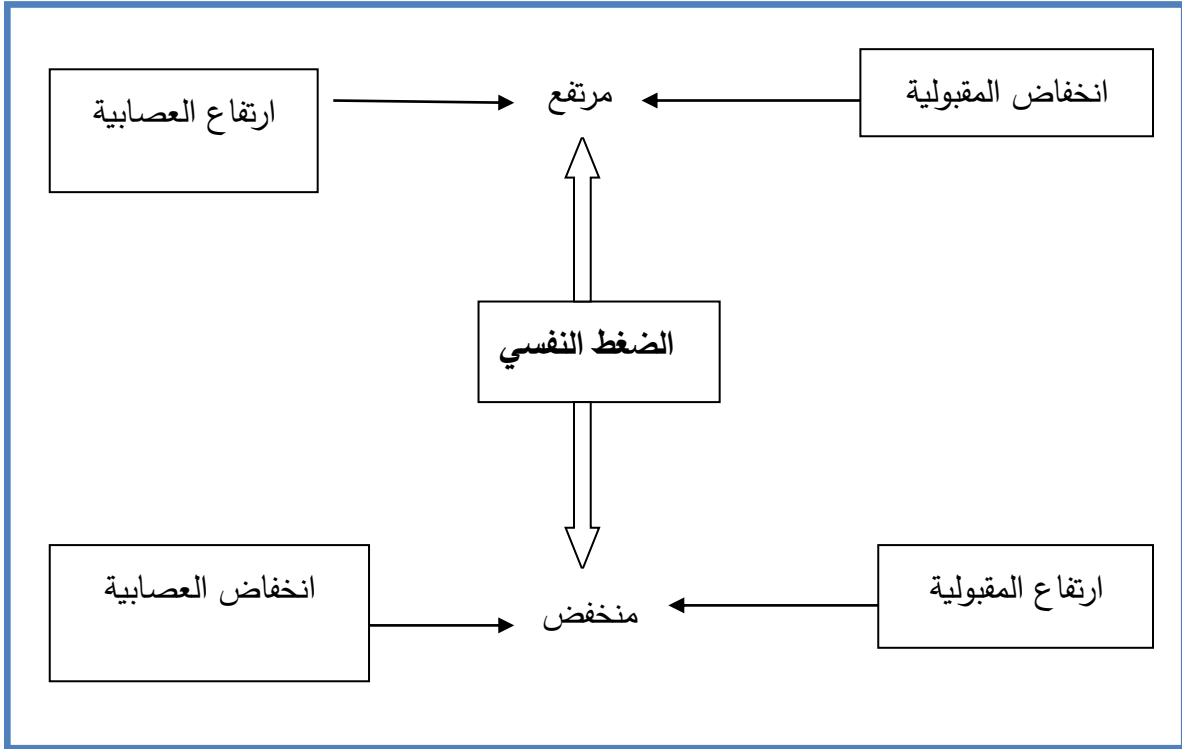
كما أن الدرجة المنخفضة من هذا العامل تنبئ بمستوى ضغط مرتفع، فمرضى السكري الذين ينخفض هذا العامل لديهم يتسمون بالتحدي والتركيز على المعايير الشخصية واحتياجاتهم الخاصة على حساب معايير الجماعة وهم يتصفون بالأنانية مقارنة بأصحاب الدرجة المرتفعة ، متشائمون، شكاكون، عدوانيون عنيدون، وهذا ما يجعلهم أكثر عرضة للضغط النفسي بمستويات مرتفعة.

يملك أصحاب الدرجة المرتفعة من عامل المقبولية أهم صفة فعالة تشرح لنا اقتران ارتفاع هذا العامل بانخفاض في مستوى الضغط النفسي وهي الإذعان للصراع والتي تعني عملية تهيئة لتقبل الضغوط أو المواقف الضاغطة وهذه التهيئة القبلية تجعله قادرا على التحكم في انفعالاته أثناء حدوث المشاكل وعدم إدراك كل المواقف على أنها مصدر خطر وتهديد له بل أنه قادر على التعامل معها وحلها فهو يملك سمات المتكيف ما يجعله قادرا على التكيف مع المواقف والظروف، وهو ما يفسر لنا قدرة هذا العامل على التنبؤ بمستوى الضغط النفسي .

كما أظهرت النتائج أن للعصابية قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي، فالزيادة في درجة العصابية تؤدي إلى الزيادة في مستوى الضغط النفسي، وبالنظر إلى سمات أصحاب عامل العصابية فيكونون عادة سريعو الانفعال والغضب، ومتقلبو المزاج حسب ما ورد في قائمة كوستا وماكري Costa (1995) & McCrae وما أثبتته نتائج الدراسات التي اهتمت بسمات أصحاب عامل

العصابية منها دراسة (DeRaad,2000) و(Zhang, 2006) و(Bruk & Alleen, 2003) و(الأنصاري، 2002) وغيرها من الدراسات التي اتفقت أن ارتفاع عامل العصابية يجعل الفرد منفعل غير قادر على التكيف وتحمل الضغوط، إضافة إلى حالته المزاجية القابلة للتغير السريع والقلق يمكن للعصابي أن يشعر بالعجز واليأس والافتكالي في كثير من الأحيان مع عدم القدرة على اتخاذ القرار في كثير من المواقف التي قد تكون ضاغطة، بالإضافة إلى هذا فإن أول ما يعرف عن أصحاب عامل العصابية هو تقلب المزاج الذي يتحكم في الكثير من السلوكيات وردود الأفعال تجاه المواقف التي يتعرض لها مرضى السكري العصابيون، إذ أن الانفعالات التي يشعرون بها سواء كانت إيجابية أو سلبية فهي تؤثر في إدراكهم للمواقف وفي تصرفاتهم أيضا، رغم أنها قد تكون مؤقتة وسرعان يتغير وينقلب مزاجهم لكنهم يتأثرون بها ويتصرفون وفقا لها، إذ يعكس ارتفاع عامل العصابية الميل الكبير لعدم الاستقرار العاطفي وصعوبة التكيف مع متطلبات الحياة مع عدم القدرة على التعامل مع الضغوط المرهقة في البيت والعمل، وعدم القدرة على التحكم في الاندفاع إضافة إلى خبرات الغضب العالية التي يمتلكونها وهو ما يفسر لنا اقتران ارتفاع عامل العصابية بارتفاع مستوى الضغط النفسي، في حين أن انخفاض هذا العامل يقترن بانخفاض الضغط النفسي بسبب السمات التي ينتج عنها انخفاض هذا العامل التي تجعل مريض السكري مسترخ، متماسك، هادئ، بطيء الغضب يصعب إجراجه، يعالج الضغوط بسهولة.

حيث يمكن أن يتراوح أصحاب هذا العامل بين مستويات مختلفة لسمة الإنعصاب والقابلية للإنجراح، حيث يمكن أن يكون مريض السكري الذي يتسم بعامل العصابية أحيانا مرنا قابلا للتكيف مع الضغوط إلى معتدل أو حتى منفعل غير قادر على التكيف، مع عدم قدرته على تحمل الضغوط، وإضافة إلى حالته المزاجية القابلة للتغير السريع والقلق يمكن لمريض السكري العصابي أن يشعر بالعجز واليأس والافتكالي في كثير من الأحيان مع عدم قدرته على اتخاذ القرار في كثير من المواقف التي قد تكون ضاغطة بالنسبة له، وهذا يفسر لنا قدرة هذا العامل في التنبؤ بمستوى الضغط النفسي، إذ يعتبر ارتفاع عامل العصابية مؤشرا على ارتفاع مستوى الضغط النفسي المدرك فهو أحد أهم سمات الشخصية لديه والتي ترتبط ارتباطا وثيقا بهذا العامل، في حين يؤدي انخفاض عامل العصابية إلى انخفاض في مستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري.



الشكل (13): القدرة التنبؤية لعامل العصبية والمقبولية بمستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري.

استخلاصا لما سبق من نتائج يمكن الإجابة على السؤال العام للإشكالية والتأكد من صحة الفرضية العامة والتحقق من القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض في تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري، حيث أظهرت النتائج عموما ارتفاع مستوى الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري، واستخدامهم المتنوع لمختلف إستراتيجيات التعامل، مع تحديد عدة بروفيلات شخصية ظهر خلالها اكتساب المرضى لمختلف السمات الشخصية حسب نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية العصبية، الانبساطية، المقبولية، الانفتاح على الخبرة، ويقظة الضمير. واستنادا إلى نتائج ظهرت القدرة التنبؤية لعامل العصبية والمقبولية، في حين لم تكن للعوامل الثلاثة الأخرى (الإنبساطية، الانفتاح على الخبرة، يقظة الضمير) قدرة تنبؤية بمستوى الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري بنوعيه. فحسب بيرلان وشولار (1978) فإن إستراتيجيات التعامل المركزة حول الانفعال تكون متنبأة أكثر في حالة ما إذا كان الموقف غير متحكم فيه كالإصابة بمرض خطير مثلا. (Bruchon-Schweitzer et Dantzer, 1994)

حيث أظهرت النتائج أن عامل العصبية عامل منبئ بمستوى الضغوطات النفسية، مع اقتران ارتفاع هذا العامل بالميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات وقلّة الميل لاستخدام إستراتيجية حل

المشكل والتقييم الإيجابي لدى المصابين بداء السكري بنوعيه. إذ ينبئ ارتفاع عامل العصابية عن ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري بنوعيه، ، في حين ينبئ انخفاض هذا العامل على انخفاض مستوى الضغط، وبالمقابل فإن عامل المقبولية هو الآخر عامل منبئ بمستوى الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري بنوعيه، حيث أن ارتفاع المقبولية ينبئ بانخفاض الضغط النفسي، في حين ينبئ انخفاضه بارتفاع مستوى الضغط النفسي.

حسب لازاوس وفولكمان (Lazarus et Folkman, 1984) فإن سمات الشخصية غير كافية بمفردها للتنبؤ بالطريقة التي يمكن بها الفرد من التعامل مع الضغط، إذ يرتبط الميل لاستخدام استراتيجيات التعامل بعوامل عديدة أخرى إضافة سمات الشخصية أو العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، منها ما يتعلق بالحالة المزاجية والبيئة التي يعيش فيها مريض السكري، وحسب إدراكه للمواقف فهي ضاغطة أم لا، وحسب نوع المشكلة التي تواجهه، كلها عوامل من شأنها أن تؤثر على القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية بتسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري بنوعيه الأول والثاني.

حيث أن بالعودة إلى نوع المرض يتضح أن النوع الأول المعتمد على الأنسولين ينبئ ارتفاع عامل العصابية بارتفاع الضغط النفسي والميل الكبير لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات، في حين ينبئ ارتفاع عامل المقبولية بانخفاض مستوى الضغط والميل الكبير لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي وقلة الميل لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات من طرف مرضى السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين. في حين أن في النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين ارتفاع العصابية بارتفاع الضغط والميل الكبير لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات والتقييم الإيجابي والتجنب مع عدم الميل لاستخدام إستراتيجيتي البحث عن السند الاجتماعي وحل المشكل، وبالمقابل ينبئ عامل المقبولية المرتفع بانخفاض الضغط النفسي والميل الكبر لاستخدام إستراتيجية حل المشكل وعدم الميل لاستخدام إستراتيجية التجنب .

الاستنتاج العام:

هدف البحث الحالي إلى التحقق من القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض في تسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري، من خلال البحث عن العلاقة الأساسية التي تربط بين سمات الشخصية في تسيير الضغوطات النفسية لدى مرضى السكري وتأثير نوع المرض في ذلك، حيث سعى البحث الحالي إلى التحقق من الأهداف المتمثلة في تحديد مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري، ونوع الاستراتيجيات التي يستخدمها المرضى في التعامل مع الضغوطات النفسية، وكذا إمكانية تحديد بروفييلات خاصة بمرضى السكري وفقاً للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ومستوى الضغط النفسي وإستراتيجيات التعامل مع الضغوط النفسية، وفي الأخير تحديد قدرة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض على التنبؤ بتسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري.

بغرض تحقيق أهداف البحث والإجابة على تساؤلاته، وبالاعتماد على المنهج الوصفي تم تطبيق مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في صورته المصغرة، ومقياس الضغط النفسي، ومقياس استراتيجيات التعامل، على عينة قوامها 306 من الراشدين المصابين بداء السكري بطريقة قصدية في هذا البحث، بلغ عدد الذكور 119 بنسبة 38.9% و 187 إناث بنسبة 61.1%، تتراوح أعمارهم من 20 إلى 65 سنة، حيث بلغ عدد المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين 148 مصاب بنسبة 48.4% في حين بلغ عدد المصابين بالنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين 158 مصاب بنسبة 51.6%، الذين تواجدوا في المؤسسات الاستشفائية العمومية التابعة لولاية البويرة وبعض العيادات الخاصة بها، تمت المعالجة الإحصائية للنتائج باستخدام أساليب إحصائية متعددة تمثلت في النسب المئوية والتكرارات، والمتوسطات الحسابية، معامل بيرسون، وألفا كرونباخ، اختبارات "ت" لعينة واحدة، واختبار "ت" لعينتين مستقلتين، الانحدار المتعدد التسلسلي الهرمي .

بعد عرض النتائج لكل الفرضيات ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة والإطار النظري للبحث، تلخصت النتائج في النقاط المهمة التالية:

- أسفرت نتائج دراسة الفرضية الأولى عن ارتفاع في مستوى الضغوطات النفسية التي يدركها المصابين بداء السكري، مع وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي بين مرضى السكري

حسب نوع المرض، إذ يعاني كل المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين بمستوى ضغط أكبر من النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين، ومنه فإن الفرضية الأولى محققة.

فالإصابة بمرض مزمن وملازمة الأعراض للمريض طول حياته وضرورة الالتزام بالعلاج وعدم التحكم بمستوى السكري والتعرض لنوبات السكري المتكررة والخوف من بتر الأطراف، وتأثير المرض على نمط حياتهم وعلاقاتهم الأسرية والاجتماعية وعملهم، كلها مواقف يدركها المصابين بداء السكري بأنها مواقف مهددة لصحتهم وسلامتهم ما يجعلهم يشعرون بضغط مرتفعة، وبالإضافة إلى الضغوط المتعلقة بالمرض هناك مصادر أخرى للضغوط النفسية التي يعاني منها المصابين بداء السكري والتي تختلف من مصاب لآخر فمنها ما مشاكل أسرية، اجتماعية، اقتصادية، وغيرها من مشاكل الحياة المختلف التي يعاني منها كل الأفراد بغض النظر عن حالتهم الصحية.

-أسفرت نتائج الفرضية الثانية التي تنص على استخدام المصابين بداء السكري إستراتيجيات متنوعة في تسيير الضغوطات النفسية، مع وجود اختلاف في استعمال إستراتيجيات التعامل بين مرضى النوع الأول السكري المعتمد على الأنسولين والنوع الثاني السكري غير المعتمد على الأنسولين، فرضية غير محققة.

حيث أثبتت النتائج أن هناك تنوع في استعمال إستراتيجيات التعامل لدى مرضى السكري بنوعيه الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين، إذ يستعمل مرضى السكري بالدرجة الأولى إستراتيجية التقييم الإيجابي، وهي من الاستراتيجيات الانفعالية التي يستخدمها المصابين بداء السكري كمحاولة منهم لضبط وتقليل الانفعالات السلبية التي تسببها المشكلة، ثم الاستراتيجيات المرتكزة حول المشكلة وهي حل المشكلة والتي يحاول فيها أن إيجاد حلا فعليا للمشكلة، وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي والتي يسعى من خلالها المصابين للحصول على الدعم من الأفراد المحيطين بهم، ثم إستراتيجية التجنب ومن خلالها يحاول المصابين التهرب من المشكلة باللجوء للتفكير الخيالي أو الهروب إلى النوم أو الأكل أو الأدوية والكحول والمخدرات وغيرها، وأخيرا إستراتيجية اتهام الذات والتي يتحمل خلالها المصابين مسؤولية المشكلة والاعتراف بدورهم في المشكلة.

يرجع التنوع في استخدام استراتيجيات التعامل من طرف مرضى السكري بنوعيه الأول والثاني إلى تنوع مصادر الضغوط النفسية وتنوع وتشابه المشاكل التي تواجههم سواء المشاكل الصحية المتعلقة بالمرض أو المشاكل اليومية الأخرى، التي تسبب لهم ضغوطا نفسية في حياتهم من بينها الضغوطات المتعلقة بالمرض وما يلحق بالمرضى من أعراض جسمية وآلام ومشاكل صحية، إضافة إلى صعوبة التكيف والتقبل لمضاعفات السكري على الجسد خاصة بالنسبة للمرضى الذين تحتم عليهم بتر أحد أطرافهم.

-أسفرت نتائج دراسة الفرضية الثالثة انطلاقا من نتائج التصنيف العنقودي الهرمي لأفراد العينة إمكانية تحديد ثلاث بروفيلات أو للمصابين بداء السكري عامة وتحديد ثلاث بروفيلات شخصية داخل العينة الكلية لمرضى السكري بنوعيه وداخل كل نوع من السكري (الأول المعتمد على الأنسولين، والثاني غير المعتمد على الأنسولين)، وذلك وفقا لمستوى الضغط النفسي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ودرجة الميل لمختلف إستراتيجيات التعامل، ومنه فإن الفرضية الثالثة محققة.

حيث ظهر لدى مرضى البروفيل الأول الذي يتكون من 288 مريض ارتفاع عامل المقبولية والانبساطية والانفتاح على الخبرة مع الميل لاستخدام إستراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكل المتمثلة في إستراتيجية حل المشكلة وإستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي.

ويظهر من خلال البروفيل الثاني والذي يشكل جزءا صغيرا من العينة (12 مريض) اقتران ارتفاع مستوى الضغط النفسي وارتفاع عامل العصابية مع الميل الكبير لاستخدام إستراتيجية اتهام الذات وقلة الميل لاستخدام إستراتيجية التقييم الإيجابي واستخدام إستراتيجية حل المشكل مع انخفاض مستويات عامل المقبولية وبقظة الضمير.

أما البروفيل الثالث فقد أظهر اقتران انخفاض الضغط النفسي مع الميل الكبير نحو استخدام إستراتيجيتي التقييم الإيجابي والتجنب وارتفاع عامل يقظة الضمير، مع قلة الميل لاستخدام إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي واتهام الذات وانخفاض عامل الانفتاح على الخبرة.

-أسفرت نتائج دراسة الفرضية الرابعة التي تنص بأن للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية القدرة التنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري، فرضية محققة جزئيا.

حيث أظهرت نتائج تحديد المعادلات التنبؤية عدم وجود لعامل الانبساطية ويقظة الضمير و الانفتاح على الخبرة قدرة تنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري، في حين أظهرت النتائج القدرة التنبؤية لعامل العصابية وعامل المقبولية بمستوى الضغوطات النفسية لدى مرضى السكري.

خاتمة:

أصبح الاهتمام بالصحة أمراً في بالغ الأهمية بالنسبة للفرد والمجتمع، خاصة مع التقدم السريع للبحوث والدراسات في مجال الصحة في السنوات الأخيرة، والتي غيرت التطلعات إلى فهم الصحة والمرض، واتجهت الجهود العلمية والأكاديمية نحو ضم العوامل النفسية والاجتماعية إلى نشأة وتطور المرض، حيث دعم علم النفس الصحي فكرة تداخل السمات الشخصية والمعرفية والاجتماعية مع الصحة والتي تلعب دوراً مهماً للإصابة بالمرض ولتطوره.

بناءً على ما جاء به البحث الحالي من سرد للأدبيات النظرية لمتغيرات الدراسة ونتائج دراسة الفرضيات الجزئية فإن الفرضية العامة التي تنص على " قدرة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض بالتنبؤ بتسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري " محققة جزئياً إذ أن العوامل الخمسة الكبرى للشخصية في مجملها العام ونوع المرض منبئات بتسيير الضغوطات النفسية لدى المصابين بداء السكري.

حيث أسفرت دراسة الفرضيات الجزئية عن النتائج التالية:

- يعاني المصابون بداء السكري من ضغوطات نفسية مرتفعة، مع وجود فروق دالة إحصائية في مستوى الضغط النفسي لصالح المصابين بالنوع الأول المعتمد على الأنسولين على حساب النوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين.

- يستخدم المصابين بداء السكري بنوعيه استراتيجيات متنوعة للتعامل مع الضغوطات النفسية، مع عدم وجود اختلاف حسب نوع المرض.

- يمكن تحديد عدة بروفيلات شخصية لدى المصابين بداء السكري وفقاً لمستوى الضغط والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية واستراتيجيات التعامل ونوع المرض.

- يمكن للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية في مجملها العام التنبؤ بمستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري، إذ ينبئ ارتفاع عامل المقبولية بانخفاض مستوى الضغط النفسي في حين ينبئ ارتفاع عامل العصابية بارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري، في حين لم تظهر

للعوامل التالية الإنبساطية، الانفتاح على الخبرة، وبقظة الضمير القدرة التنبؤية بمستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري.

انطلاقاً من هذه النتائج نستخلص أن كل المرضى المصابون بداء السكري بنوعيه يعانون من ضغوطات نفسية مرتفعة ذات مصادر متعددة منها ما هو متعلق بالمرض وتأثيره على الصحة النفسية والجسمية، بالإضافة إلى تأثيره على العلاقات الشخصية والاجتماعية في البيت والعمل، إذ أن ارتفاع مستوى السكري في الدم يحفز ارتفاع مستوى الضغط النفسي والتوتر والانفعال ما ينعكس سلباً على شدة انفعاله أثناء تعاملاته الشخصية وردود أفعاله تجاه المواقف بصفة عامة، والتي غالباً ما يفسرها المريض على أنها مواقف ضاغطة ما يستلزم عليه استخدام استراتيجيات تعامل مع الضغوط النفسية.

فضلاً عن ذلك فقد أثبتت النتائج استخدام مرضى السكري لمختلف إستراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكل والمرتكزة حول الانفعال، حيث يرجع التنوع في استخدام هذه الاستراتيجيات إلى تنوع مصادر الضغوطات النفسية واختلاف المواقف والمشاكل التي يعيشها غالباً المصاب بداء السكري، حيث يستخدم المصابون بداء السكري إستراتيجيات التعامل المرتكزة حول الانفعال واستراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكلة وذلك حسب ما يتطلبه الموقف أو الحدث الضاغط أو المشكل الذي يواجههم.

بناءً على نتائج التنبؤ المدروسة في هذا البحث ظهر الدور الوقائي لعامل المقبولية من الضغط النفسي، فارتفاع عامل المقبولية لدى المصابين بداء السكري ينبئ بقدرتهم على تسيير الضغوطات النفسية التي يتعرضون لها سواء كانت متعلقة بالمرض أو ذات مصادر أخرى، إذ يرتبط هذا العامل بانخفاض مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري بنوعيه الأول المعتمد على الأنسولين والثاني غير المعتمد على الأنسولين حيث أن ارتفاع عامل المقبولية لدى مرضى السكري يجعلهم يتسمون بسمات المتكيف المرن، القادر على مواجهة الضغوطات ومشاكل الحياة العامة وذلك من خلال اللجوء لاستخدام استراتيجيات التعامل المرتكزة حول المشكل وهي إستراتيجية البحث عن السند الاجتماعي وإستراتيجية حل المشكلة.

أسفرت النتائج عن الدور المحفز لعامل العصابية للضغط النفسي، إذ أن ارتفاع عامل العصابية لدى مرضى السكري ينبئ بارتفاع مستوى الضغط النفسي وبعدم قدرتهم على تسيير الضغوطات النفسية التي يتعرضون لها، حيث يؤدي ارتفاع عامل العصابية إلى الانفعالات الشديدة والغضب والتوتر ما يزيد من

ارتفاع مستوى الضغط النفسي لدى مريض السكري الذي يتجه بدوره إلى استخدام استراتيجيات التعامل المرتكزة حول الانفعال وخاصة إستراتيجية اتهام الذات من اجل تخفيف حدة الانفعالات التي تتسبب بها المشاكل المتعلقة بالمرض خاصة حيث يوجه مرض السكري العصابيين تركيزهم نحو الانفعالات التي يشعرون بها كمحاولة منهم للتخلص منها ولوم الذات وتحميلها المسؤولية الكاملة لما يحدث من ظروف غير مرغوبة، يؤدي هذا الانفعال والتوتر الشديد إلى إفراز الجسم لهرمونات التوتر والتي بدورها تعمل على تحفيز الخلايا ورفع نسبة السكر في الدم لدرجات مرتفعة تتسبب عدم القدرة على التحكم في ذلك الارتفاع بالجرعات العادية للدواء أو الأنسولين والتي قد تصل أحيانا إلى غيبوبة السكر وحدوث عدة مضاعفات غير مرغوبة جراء الارتفاع الحاد والمتكرر لمستوى السكر في الدم، وهو ما يعرف بسوء ضبط السكري، في حين ينبئ انخفاض عامل العصابية لدى مرضى السكري بانخفاض مستوى الضغط النفسي وقلة الميل لاستخدام إستراتيجية التعامل المرتكزة حول الانفعال.

الاقتراحات:

انطلاقا من النتائج المتوصل عليها في هذا البحث يمكن اقتراح بعض الاقتراحات التي من شأنها أن تساهم في رفع مستوى الصحة لدى مرضى السكري:

-بناء برامج علاجية خاصة بالضغوطات النفسية الناجمة عن الإصابة بالأمراض المزمنة والعمل على تقبل المرض والتكيف معه من طرف المريض.

-الحث على الالتزام بالعلاج النفسي من طرف المصابين بداء السكري وتوفير سبل الرعاية الصحية والتكفل النفسي.

وأخيرا فإن نتائج هذا البحث تفتح آفاق البحث أمام الكثير من الباحثين وتوجه الأبحاث المستقبلية إلى الاهتمام بالمقترحات التالية:

- الاهتمام ببناء مقاييس لسمات الشخصية تناسب البيئة الجزائرية بدل الاعتماد على المقاييس الأجنبية.
- إجراء دراسات حول النماذج والنظريات المفسرة لسمات الشخصية وعلاقتها بمستوى الصحة لدى المصابين بالأمراض المزمنة.

- إجراء البحوث حول العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بمستوى الصحة والإصابة بالأمراض المزمنة.
- إجراء دراسات أخرى للكشف عن القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية بالاضطرابات النفسية
- إجراء دراسة حول القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية بالاتجاه نحو السلوك الصحي والالتزام بالعلاج لدى المصابين بداء السكري أو المصابين بالأمراض المزمنة عموماً.
- المقارنة بين القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية بتسيير الضغوطات النفسية لدى المرضى والأصحاء .
- تصميم برامج علاجية حسب كل عامل من العوامل الخمسة الكبرى للشخصية (العصابية، الانبساطية، المقبولية، الطيبة، الانفتاح على الخبرة، يقظة الضمير) لتخفيف مستوى الضغط النفسي لدى المصابين بداء السكري.
- بناء برامج علاجية مخصصة لعامل العصابية للتقليل من سمات العصابية والتحكم في الغضب والانفعال لدى المصابين بداء السكري.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

المراجع العربية:

1. ابن منظور، جمال الدين. (2003). لسان العرب. القاهرة: دار الحديث.
2. أحمد، سهير كامل. (2003). الصحة النفسية والتوافق. ط2. الإسكندرية: مركز الإسكندرية للكتاب.
3. أشتي، أكرم. (ب ت)، داء السكري بين العلاج والوقاية من المضاعفات، منشور وزارة الصحة العامة، الجمهورية اللبنانية. ص 1-20.
4. الأنصاري، بدر محمد. (2002)، المرجع في مقاييس الشخصية- تقنين على المجتمع الكويتي، القاهرة: دار الكتاب الحديث.
5. الأنصاري، بدر محمد. (2000)، قياس الشخصية. ط1. القاهرة: دار الكتاب الحديث.
6. الأنصاري، بدر محمد. و مغازي، سليمان عبد ربه (2014). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى الشباب العربي: دراسة مقارنة بين الكويتيين والمصريين. مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد 15، (العدد4). ص 89- 120.
7. البلاد، 14-11-2017، 1.8 مليون شخص مصاب بالسكري في الجزائر، تاريخ الزيارة 21-02-2019، الساعة 22:36.
8. التميمي، محمود كاظم. (2013). الصحة النفسية، مفاهيم نظرية وأسس تطبيقية. عمان، الأردن: دار الصفاء.
9. الجبوري، محمد عباس محمد. (أيلول 2011). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. مجلة البحوث التربوية والنفسية، بغداد، العدد 30، ص 313- 334.
10. الرشيدى، هارون توفيق (1999)، الضغوط النفسية طبيعتها- نظرياتها برنامج لمساعدة الذات في علاجها، القاهرة: مكتبة الأنجلو المصرية.
11. الرقاد، هناء خالد. (2017). نظريات الشخصية وقياسها. ط1. عمان: دار المأمون للنشر والتوزيع.
12. الزبيدي، عبد المعين. (2007). العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى الطلبة العنيفين وغير العنيفين في مدارس المرحلة الثانوية(دراسة مقارنة). رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير غير منشورة. قسم الإرشاد والتربية الخاصة. جامعة مؤتة. تبوك.

13. الزغلول، عماد. والهنداوي، علي.(2014). مدخل إلى علم النفس. ط8. الإمارات العربية المتحدة، العين: دار الكتاب الجامعي.
14. السليم، هيلة عبد الله. (2006). *التقاؤل والتشاؤم وعلاقتهما بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من طالبات الملك سعود*، رسالة ماجستير غير منشورة، قسم علم النفس. كلية التربية. جامعة الملك سعود. السعودية.
15. السيد عبيد، ماجدة بهاء. (2008). *الضغط النفسي ومشكلاته وأثره على الصحة النفسية*. ط1. عمان: دار الصفاء للنشر والتوزيع.
16. السيد، محمد عبد الرحمن. (1998). *نظريات الشخصية*. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
17. الشناوي، محمد محروس. والسيد، عبد الرحمن محمد.(1998). *العلاج السلوكي الحديث*، أسسه وتطبيقاته، مصر، القاهرة: دار قباء للنشر والتوزيع.
18. الشيخ، محمد عبد الحميد. وقاسم، عبد الله محمد (2015). *علم النفس العيادي*. ط1. عمان. الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
19. العبد، مسير. (2013). *إدارة الضغوط الحياتية (كيف تتغلب على الضغوط النفسية)*. ط1. عمان، الأردن: دار البداية ناشرون وموزعون.
20. العدوان، فاطمة عيد. وجبريل، موسى عبد الخالق،(2014). *فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكنتاب لدى عينة من المصابين بالسكري*. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية. دورية علمية محكمة. المجلد 11، العدد 1. ص 203-233.
21. العفاري، إبتسام (2011)، *العلاقة بين وجهة الضبط والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى عينة من طالبات جامعة أم القرى بمكة المكرمة*، متطلب تكميلي لنيل شهادة الماجستير، تخصص شخصية وعلم النفس الاجتماعي، جامعة أم القرى، مكة المكرمة.
22. العيافي، أحمد بن عبد الله محمد (2011)، *الصلابة النفسية و أحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام و العاديين بمدينة مكة المكرمة و محافظة الليث*، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
23. العيسوي، عبد الرحمن. (2002). *سيكولوجية الشخصية*. الإسكندرية: منشأة المعارف.

24. المرزوقي، جاسم محمد عبد الله محمد. (2008). *الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكر)*، دراسة استطلاعية لمعرفة مدى تأثير الأمراض النفسية على مستوى السكر في الدم لدى مرضى السكري. ط1. مصر، الإسكندرية: العلم والإيمان لنشر والتوزيع.
25. النهاري، مها بنت ناصر بن عائض. (2020). السمات الخمس الكبار وعلاقتها بأساليب مواجهة أحداث الحياة اليومية الضاغطة (دراسة استكشافية). *المجلة الدولية للتعليم بالإنترنت*. ص 109-124.
26. بلال، رشيدة. (15 نوفمبر 2018)، *المسح الوطني حول عوامل الخطر للأمراض غير المتنتقلة*، جريدة المساء، www.el-massa.com، تاريخ الزيارة 18-02-2019، الساعة 18:46.
27. بن سكيريفة، مريم. و بن زاهي، منصور. (2015). أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني، *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، العدد 18 ص 231-254.
28. بن سيد، أسية. وبن منصور، مليكة. (2018). *العوامل النفسية وعلاقتها بالمرض السكري*، دراسة انثربولوجيا. *مجلة الفكر المتوسطي للبحوث والدراسات في حوار الديانات والحضارات*. مجلد 7. عدد 2. ص 233-246.
29. بوخلخال، علي. وبكاي، رشيد. (2018) *المكانة والرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الجزائرية (دراسة ميدانية على عينة من مرضى السكري بمستشفى أحميدة بن علفية الأغواط)*، مجلة دراسات وأبحاث. مجلد 10، عدد 4، ص 527-537.
30. بوزغاية، نهاد. وبركو، مزوز. (2021). سمات شخصية المراهقين المصابين بالسكري النوع الأول وفق نموذج العوامل الخمسة الكبرى للشخصية. *مجلة العلوم الإنسانية لجامعة أم البواقي*. المجلد 8، العدد 2، ص 446-466.
31. بوضوار، عبد العزيز. (2018). *علاقة التفاؤل والتشاؤم والضغط النفسي المدرك والتحصيل الدراسي لدى الطلبة الجامعيين (دراسة الوسطة والتعديل)*. رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم النفس العمل والتنظيم. جامعة الجزائر-2 أبو القاسم سعد الله. الجزائر.
32. بيلوس، رودي. ترجمة مزبودي، هنادي. (2013). *مرض السكري*، ط1. الرياض: دار المؤلف.
33. تعيلب، أحمد عبد الجواد. (2016). *الاضطرابات النفسية والضغط وعلاقتها بحياة المسنين*. الجزائر: دار أطفالنا للنشر والتوزيع.

34. جريو، سليمان. واسماعيل، اليامنة.(2017). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري-دراسة ميدانية بالمسيلة. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية جامعة محمد بوضياف المسيلة، مجلد 7، عدد13.
35. جزايرس، جمعية مرضى السكري لولاية الجزائر تنظم أبوابا مفتوحة للتحميس والوقاية من المرض، وكالة الأنباء الجزائرية، تاريخ الزيارة 10-03-2019، ساعة 14:21،
file :///data/data/com.android.browser/files/index-5.mth
36. جعير، سليمة. واليزيد، نذيرة. (2021). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة مرضى السكري. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة1. المجلد 22، العدد 02. ص 661-682.
37. حبارة، محمد. (2014-2015)، مصادر الضغوط النفسية وعلاقتها بأساليب المواجهة والعوامل الخمسة الكبرى لسمات الشخصية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في نظرية ومنهجية التربية البدنية والرياضية. تخصص إرشاد نفسي رياضي. جامعة الجزائر3. معهد التربية البدنية والرياضية.
38. حربوش، سمية.(2017). الصحة والمرض بمنظار علم النفس الصحة. مجلة روافد. العدد2. ص 247-278.
39. حسن، هدى جعفر. (2006)، مرض السكر وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية، مجلة جامعة الكويت، المجلد 34، العدد 1. ص 47-93.
40. خرخاش، أسماء (2017). تأثير العلاج السلوكي المعرفي على وجهة مركز التحكم ونوع إستراتيجية التعامل والضغط المدرك لدى آباء الأطفال المصابين بالصرم. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر2. الجزائر .
41. داودي، محمد. و قنوعة، عبد اللطيف. (ديسمبر 2013)، الإجراءات المنهجية المستخدمة في البحوث النفسية و التربوية التطبيقية، مجلة الدراسات و البحوث الاجتماعية - جامعة الوادي، العدد الثالث، الجزائر.
42. ربحي، مصطفى عليان، و غنيم، عثمان محمد، (2000)، مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق. ط1، عمان، الأردن: دار الصفاء للنشر والتوزيع.

43. رضوان، عبد الكريم سعيد محمد. (2002)، *القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات*، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير، الجامعة الإسلامية - غزة.
44. رضوان، عبد الكريم سعيد محمد. (2002). *القلق لدى مرضى السكري بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات*، رسالة مقدمة للحصول على درجة الماجستير، الجامعة الإسلامية - غزة.
45. رمالي، حبيبة. ديسمبر (2012). *استراتيجيات المواجهة ومركز التحكم لدى مرضى السكري*، مجلة *دراسات*، العدد 2، مخبر الدراسات الصحراوية، جامعة بشار، الجزائر. ص 167-181.
46. روديجر لنجراف (Pof. Dr. Med. Rudiger Landgraf) وآخرون، مرض السكري - إعلام. وقاية. تصرف (النسخة العربية)، www.bkk-promig.de، تاريخ الزيارة 2018/09/25.
47. رويحة، أمين (1973)، *داء السكري - أسبابه أعراضه طرق مكافحته*. ط1. بيروت لبنان: دار القلم.
48. رويحة، أمين. (1973)، *داء السكري - أسبابه أعراضه طرق مكافحته*، ط1. بيروت لبنان: دار القلم.
49. رياش، سعيد. وبعوني، نجاه. (2016). *المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري*. مجلة *حوليات جامعة الجزائر 1*. المجلد 30. العدد 1. ص 180-195.
50. الريحاني، الزهرة. (2019). *مصادر الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها - دراسة ميدانية لعينة من المصابين بمرض مزمن. أطروحة دكتوراه*. تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي. جامعة محمد خيضر. بسكرة.
51. زايدي، باية. (2010-2011). *علاقة الضغط النفسي المدرك بمعدل الخلايا المناعية لدى المصاب بالسرطان*، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي، جامعة مولود معمري - تيزي وزو.
52. زهران، حامد عبد السلام. (2005). *الصحة النفسية و العلاج النفسي*. ط4. القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
53. ساعد، شفيق. (2019). *مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى المرضى المصابين بأمراض سيكوسوماتية - دراسة على أربع مجموعات من المرضى المترددين على المؤسسات الاستشفائية بمدينة بسكرة*. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس تخصص. علم النفس المرضي الاجتماعي. جامعة محمد خيضر بسكرة. الجزائر.
54. سترونجمان، كينيث. ت. ترجمة معتر سيد عبد الله، (2015). *علم النفس في حياتنا اليومية*. الطبعة الأولى. القاهرة: المركز القومي للترجمة.

55. سفیان، نبیل صالح. (2004). المختصر في الشخصية و الإرشاد النفسي، ط 1. مصر: إيتراك للنشر و التوزيع.
56. سليمان، عبد الواحد إبراهيم، (2014). الشخصية الإنسانية واضطراباتها النفسية "رؤية في إطار علم النفس الإيجابي"، ط 1. الأردن: الوراق للنشر والتوزيع.
57. سليمون، ريم. وصبيرة، فؤاد. وعلي، رانية عادل. (2014). الأنماط المزاجية لدى عينة من مرضى السكري من النوع الثاني دراسة في محافظة اللاذقية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية المجلد 36، العدد5، ص 95- 115.
58. سهير كامل أحمد، (2003)، الصحة النفسية والتوافق، مركز الإسكندرية للكتاب، الطبعة الثانية، الإسكندرية.
59. شحاتة، محمد ربيع. (2013). علم نفس الشخصية. ط1. عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.
60. شريف ليلي، 2002، أساليب مواجهة الضغط النفسي وعلاقتها بنمطي الشخصية (أ-ب) لدى أطباء الجراحة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الصحة النفسية (غير منشورة)، جامعة دمشق، سوريا.
61. شريف، هناء. (2014). الذكاء الانفعالي والصلابة النفسية واستراتيجيات التعامل كمتغيرات معدلة للعلاقة بين الضغط النفسي والصحة النفسية-دراسة ميدانية من خلال نموذج علم النفس الإيجابي. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2. الجزائر.
62. شريقي، رولا رضا. (2014)، فاعلية برنامج إرشادي لرفع مستوى الرضا عن الحياة لدى مرضى السكري، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في الإرشاد النفسي، جامعة دمشق، كلية التربية، قسم الإرشاد النفسي، سوريا.
63. شقفة، عطا. (2011). الاتجاهات السياسية وعلاقتها بالانتماء السياسي والعوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى الشباب الجامعي في قطاع غزة. رسالة دكتوراه غير منشورة. معهد البحوث والدراسات العربية. قسم الدراسات التربوية. علم النفس. جامعة الدول العربية.
64. شلبي، نعيم عبد الوهاب (2011)، الضغوط الحياتية المعاصرة و التعامل مع المشكلات الفردية و الأسرية من منظور إداري و اجتماعي. ط1. مصر: المكتبة العصرية للنشر و التوزيع.

65. الشمالي، نضال عبد اللطيف. (2015). *العوامل الخمسة للشخصية وعلاقتها بالاكتئاب لدى المرضى المترددين على مركز غزة المجتمعي-برنامج غزة للصحة النفسية*. أطروحة مقدمة لنيل درجة الماجستير في التربية، تخصص الصحة النفسية والمجتمعية. الجامعة الإسلامية. غزة.
66. شيلي، تاييلور. ترجمة فوزي، شاكراً. ودرويش، وسام. (2008). *علم النفس الصحي*. ط1. الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
67. صالح، مأمون. (2008). *الشخصية بناؤها، تكوينها، أنماطها واضطراباتها*. عمان: دار أسامة.
68. صالح، سعيدة. (2012)، سمات الشخصية في منظور العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، مجلة الباحث، العدد6. ص 32-41.
69. صبيبة، فؤاد. ورزان، إسماعيل. (2015). مصادر الضغوط النفسية المهنية لدى عينة من الممرضين والممرضات "دراسة ميدانية في مستشفى الأسد الجامعي في محافظة اللاذقية". مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد 37 العدد1.
70. الضريبي، عبد الله. (2010). *أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات*، مجلة جامعة دمشق، المجلد 26، العدد الرابع، ص 669-719.
71. ضيف الله، حبيبة. (2021). أثر برنامج علاجي مقترح في تحسين الصحة النفسية لدى مرضى السكري النوع الثاني. *مجلة العلوم الإنسانية*. مجلد 32، عدد 4، ص 95-112.
72. طالب، إيمان. (2017)، *المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالملائمة العلاجية لدى مصابات بداء السكري*. مجلة دراسات في علم نفس الصحة. المجلد 2. العدد1. ص126-144.
73. الطيرري، سليمان عبد الرحمن. (1993)، *الضغط النفسي مصادره ومسبباته*، مجلة كلية التربية، جامعة الإمارات، مجلد 8، عدد9، ص153-208.
74. طعيلي، محمد طاهر. وعمامرة سميرة. (2014). *العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية- دراسة ميدانية على عينة من الإطار الطبي وشبه الطبي بالقطاع الصحي بالوادي*، مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية، مجلد 2، عدد3 ص22-46.
75. الطيارة، بسام خالد (1998). *أهم ما يجب أن تعرفه عن السكري مرض العصر*، ط1. بيروت لبنان: مؤسسة المعارف.
76. عبد الخالق، أحمد والأنصاري، محمد بدر. (1996). *العوامل الخمسة الكبرى للشخصية: عرض نظري*. مجلة علم النفس. العدد 38. السنة العاشرة. ص6-19.

77. عبد الرحمن، محمد السيد. (1998). نظريات الشخصية. القاهرة: دار قباء للطباعة والنشر والتوزيع.
78. عبد الستار، إبراهيم. (1998)، الاكتئاب اضطراب العصر الحديث فهمه وأساليب علاجه، سلسلة عالم المعرفة، العدد 239، المجلس الوطني للفنون والآداب، الكويت.
79. عبد المعطي، حسن مصطفى. (2006). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها. ط1. مصر. القاهرة: مكتبة زهراء الشرق.
80. عريس، نصر الدين. (2017). استراتيجيات أطباء مصلحة الاستعجالات في وضعيات الضغط النفسي -دراسة ميدانية على عينة من الأطباء بالمشفى الجامعي. أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم. علم النفس العيادي. جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. الجزائر.
81. عسكر، علي (2003). ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، الصحة النفسية والبدنية في عصر التوتر والقلق. القاهرة، مصر: دار الكتب الحديث.
82. عشوي، مصطفى. وآخرون. (2015). تقنين مقياس السمات الشخصية الخمس الكبرى في الجزائر. مجلة أفكار وآفاق، المجلد 4، العدد5، ص 37- 70.
83. علوان، عمر محمد. (2012). التفكير الجانبي وعلاقته بسمات الشخصية على وفق أنموذج قائمة العوامل الخمسة الكبرى للشخصية لدى طلبة الجامعة. الجامعة العراقية. قسم التاريخ. كلية التربية. مجلة الأستاذ. العدد 201. ص463- 540.
84. علي، رانية. و سليمان، ريم. (2014). مصادر الضغوط النفسية لدى مرضى السكري (النوع الثاني) دراسة ميدانية في مدينة اللاذقية، مجلة جامعة البعث، المجلد 36، العدد 4، سوريا، ص165-193.
85. عليان، ربحي مصطفى. وغنيم، عثمان محمد. (2000)، مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق. ط1. مصر. القاهرة: دار الصفاء للنشر والتوزيع .
86. العميان، محمود سليمان. (2008). السلوك التنظيمي في منظمات الأعمال. عمان: دار وائل.
87. عويضة، الشيخ كامل محمد محمد. (1996). علم النفس بين الشخصية والفكر. لبنان، بيروت: دار الكتب العلمية.
88. عويضة، كامل محمد (1996)، علم نفس الشخصية، ط1، لبنان، بيروت: دار الكتب العلمية.

89. عياش سنوسي، تاريخ النشر 2018/12/11 ساعة 8:22، مرض السكري في الجزائر يعاني منه الملايين ..وأزمة في مستلزمات التحليل تفاقم الوضع، تاريخ الزيارة: 10-3-2019، ساعة 20:53 ، عربي بوست، الجزائر، [file:///data /data/com.android.browser/index-4.mht](file:///data/data/com.android.browser/index-4.mht)
90. عيسى مزغيش، سمية.(2013)، دور مركز التحكم الصحي ونمط الشخصية في الاستجابة للضغط لدى مرضى السكري والضغط الدموي، أطروحة دكتوراه علم النفس الاجتماعي. جامعة الجزائر2. الجزائر.
91. غانم، محمد حسن (2009)، مقدمة في علم الصحة النفسية (تأصيل نظري ودراسات نفسية)، ط1. الإسكندرية. مصر: المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع.
92. غباري، ثائر أحمد. و أبو شعيرة، خالد محمد. (2015). سيكولوجيا الشخصية. ط1. الأردن. عمان: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع و مكتبة المجمع العربي للنشر والتوزيع.
93. الغيلاني، سالم بن محمد. (2013)، بعض سمات الشخصية وعلاقتها بالاحترق النفسي لدى مدربي الفرق الأولى والاتحادات الرياضية في محافظة مسقط، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في التربية، جامعة نزوى، مسقط.
94. الفاخري، مبروكة على محمد (2018)، الضغوط النفسية والتوافق النفسي للمتقاعدين، ط1. عمان، الأردن: مركز الكتاب الأكاديمي.
95. الفخراني، خالد إبراهيم (2014). علم النفس العام، طنطا، مصر: جمعية جودة الحياة المصرية للنشر.
96. فراحي، فيصل. شعبان، الزهرة. شارف، جميلة. (2018). علاقة السمات الخمسة الكبرى للشخصية باستراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة - دراسة ميدانية أجريت على عينة من موظفي جامعة وهران 1. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. العدد 34. ص 29- 42.
97. قنون، خميسة. (2007)، الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكنتاب لدى المصابين بالأمراض الانتنانية، رسالة ماجستير، المشرف جابر نصر الدين، جامعة محمد خيضر - بسكرة.
98. قوارح، محمد. وخميس، محمد سليم. (2016). الضغوط النفسية والاستراتيجيات المعتمدة في مواجهتها لدى مرضى السكري. مجلة نسق. العدد 12. ص 1- 23.
99. كاظم، علي مهدي. (2002). القيم النفسية والعوامل الخمسة الكبرى في الشخصية، مجلة العلوم التربوية والنفسية، المجلد2. ص 12- 40.

100. كاييل، موردوك. وكريستوفر، فاجونديس وآخرون. (2016). *العلاقة بين الضغط النفسي ومرض السكري*. جامعة راييس، مجلة ناسا بالعربي، <https://nasainarabic.net/main/articles/view/rice-study-details-stress-diabetes-link> ، تاريخ الزيارة 2019/03/19، الساعة 21:00.
101. لابلاتش ج. و بونتاليس ج.ب.، ترجمة مصطفى حجازي. (1985). *معجم مصطلحات التحليل النفسي*. ط1. بيروت: مجد المؤسسة الجامعية للدراسات و النشر والتوزيع.
102. لنجراف، روديجر. (Pof. Dr. Med. Rudiger Landgraf) وآخرون، *مرض السكري إعلام وقاية*. تصرف (النسخة العربية)، www.bkk-promig.de، تاريخ الزيارة 2018/09/25.
103. لورانس أ. برفين، ترجمة عبد الحليم محمود السيد و آخرون، (2010)، *علم الشخصية*، ج1، ط1. القاهرة: المركز القومي للترجمة.
104. لورانس أ. برفين، ترجمة عبد الحليم محمود السيد و آخرون، (2010)، *علم الشخصية*، ج2، ط1. القاهرة: المركز القومي للترجمة.
105. ماجدة، حسين محمود. (2009)، *المساندة الاجتماعية و علاقتها بالضغوط النفسية و القلق لدى مريضات سرطان الثدي، دورية دراسات نفسية - دورية علمية سيكولوجية ربع سنوية محكمة*، المجلد 19، العدد 2، تصدر عن رابطة الأخصائيين النفسيين المصرية، القاهرة. ص 269 - 312.
106. مارتن، بول. ترجمة الجسماني، عبد العالي. (2001)، *العقل المريض*، ط1. الدار العربية للعلوم، الطبعة الأولى.
107. مجذوب، أحمد محمد أحمد قمر. (2011)، *العوامل الخمسة الكبرى للشخصية و علاقتها ببعض المتغيرات الديمغرافية لدى أسر المعاقين عقليا*، رسالة ماجستير غير منشورة. جامعة دنقلا. السودان.
108. محمود، عبد الحميد الشيخ ، و عبد الله، محمد قاسم (2015). *علم النفس العيادي وتطبيقاته الإرشادية*، ط1، عمان - الأردن: دار الإعصار العلمي للنشر والتوزيع.
109. مخيمر، هشام بن محمد بن إبراهيم (2012). *الصلابة النفسية و علاقتها بمواجهة الضغوط النفسية لدى عينة من طلاب المرحلة الثانوية*. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.

110. مسيلي، رشيد وفاضلي، أحمد. (2013)، الضغوط النفسية المدركة وعلاقتها بمعاودة المحاولة الانتحارية دراسة مقارنة بين أساليب التعامل ومستوى الشعور بالاكتئاب واليأس، *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*، العدد 13، ص 305-331.
111. مقبل، مرفت عبد ربه عايش. (2010). *التوافق النفسي وعلاقته بقوة الأنا وبعض المتغيرات لدى مرضى السكري في قطاع غزة*. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس. الجامعة الإسلامية، غزة.
112. المليجي، حلمي (2001). *علم نفس الشخصية*. ط1. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.
113. ممدوح، مختار علي. (2001)، *العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج للاضطرابات النفسية المصاحبة لمرض السكر في ضوء بعض متغيرات الشخصية*، رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه الفلسفة في علم النفس، جامعة طنطا. الإسكندرية.
114. مهني، وسيلة. (4 يونيو 2017)، *العوامل الخمسة الكبرى للشخصية وعلاقتها بالامتثال العلاجي عند مرضى السكري*، <file:///data/data/com.android.browser/files/blog-post.html-1.mht> تاريخ الزيارة 15-03-2019، الساعة 20:35، الجزائر.
115. ميرود، محمد. وآيت حمودة، حكيمة، (2014)، الآثار النفسية والدراسية للإصابة بداء السكري من النوع الأول (الخاضع للأنسولين) على المراهق المتمدرس: دراسة 8 حالات، *مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية*. العدد 15. الجزائر. ص 223 - 233.
116. نبيل، صالح سفيان. (2004). *المختصر في الشخصية و الإرشاد النفسي*. الطبعة الأولى. مصر: إيتراك للنشر و التوزيع.
117. نرمين غريب، 2014، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، *مجلة تشرين للبحوث والدراسات العلمية -سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية*، المجلد 36، عدد (3). ص 305-324.
118. نوار، شهرزاد. و زكري، نرجس. (2016). *الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بمدينة ورقلة*، *مجلة العلوم النفسية والتربوية*، العدد 2، الجزائر، ص 85-108.
119. ويلكنسون، غريغ. ترجمة منعم، زينب (2013)، *الضغط النفسي*، ط1، الرياض: دار المؤلف.

120. Baptiste Lignier et autre,(2016), Validation du Big Five Inventory français (BFI-Fr) dans un contexte d'hétéro-évaluation, Annales Médico-Psychologique, N 174, Elsevier Masson SAS, France, 436-441.
121. Baydoun Ghada, (2013), Dictionnaire des étudiants français-arabe, dar el kitab el hadith, Alger.
122. Bergeret J., (1995), Psychologie pathologique théorique et clinique, Masson, 6^{ème} édition, Paris.
123. Bonnie R. Strickland, (2001), The Gale Encyclopedia of psychology, Second Edition, Gale group staff, ALMERICA.
124. Bruchon-Schweitzer Marilou et Dantzer Robert, (1994), Introduction a la psychologie de la santé, 1er édition, PUF, paris.
125. Bruchon-Schweitzer Marilou et Robert Dantzer, (2003), Introduction a la Psychologie de la sante, 1er édition, édition DUNOD, paris.
126. Bruchon-Schweitzer Marilou et Emilie Boujut, (2014), Psychologie de la Santé Concepts méthodes et modèles ,2^{ème} édition, édition DUNOD, paris.
127. BRUCHON-SCHWEITZER Marilou, décembre(2001), Concepts, Stress, Coping,- Le Coping et les stratégies d'ajustement face au stress, recherche en soins infirmiers N67, paris.
128. Bruchon-Schweitzer, M. (2001). Concepts, Stress, Coping,- Le Coping et les stratégies d'ajustement face au stress. Recherche en soins infirmiers. Paris. N.67. p68- 83
129. Bruk C.S. & Alleen D.T. (2003). The relationship Between Big Five Personality Traits, Negative Affectivity, Type a Behavior, and work-family conflict. *Journal of vocational Behavior*, 63, 457- 472.
130. CEEDMM : Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métabolique, 2011, Support de cours (version PDF), Item 233 : Diabète sucré de type1, Université Médicale Virtuelle Francophone
131. Cohen S., Kamarck T., Mermelstein R., (1983), a global mesure of perceived stress, *J Health Soc Behav.*24 (4), 385-396.

132. Costa P.T. & McCrae R.R., (1992). Normal personality Assessment in clinical practice: The NOE personality, Inventory. Psychological-Assessment.
133. Costa P.T. & McCrae R.R., (1995). Primary traits of Eysenck's P.E.N system: Three and five factor solution. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 308 -317.
134. De Raad, B. (2000). The big five personality factor: The psycholexical approach to personality. Toronto: Hogrefe and Huber Publishers.
135. Dordevic M. M. et al, (2022). Centaurium erythraer methanol extracts improves the functionality of diabetic liver and kidney by mitigating hyperglycemia-induced. *Journal of Functional Foods*. N90. P 1-10.
136. Dorsemans Anne-Claire, (2019), Diabète, inflammation et stress oxydatif : impact sur la barrière hémato-encéphalique, la neurogenèse et la réparation cérébrale, la neurogenèse et la réparation cérébrale. Santé. Université de la Réunion. Français. HAL open science, <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01979869>.
137. Emmanuel Wiernik et Cédric Lemogne, (2017), Stress psychologique et diabète de type 2, CORDIAM Recommandations Cœur Diabète Métabolisme, N 15, p16-17, France.
138. Equipe de professionnels de la santé de Diabète Québec, (2018), Stress et Diabète, Diabète Québec, <http://www.preventiondiabete.ca/prevenir-le-diabete-oui-cest-possible/stress>, 24- 01- 2022, 22 :00.
139. Ficher G.F., (2002), Traité de psychologie de la santé, Dunod, Paris.
140. Florence Boyer, (2016), Stress oxydant et pathologie diabétique, Thèse présentée pour l'obtention du titre de docteur de l'université de la réunion spécialité Biochimie,
141. Folkman Susan & Lazarus s. Richard, (1988), Coping as Mediator of Emotion, *Journal of personality and social psychology*, vol 54 (N 3), p 466- 475.
142. Friedman H.S. et al, (1993), Does Childhood Personality Predict Longevity?, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 65, N1, p 176-185.

143. *Gestion du stress : Signification professionnelle*, (n.d.).glossaire de l'emploi. <https://www.presentation-cv-simple.com/gestion-du-stress-signification-professionnelle/>. Date de visite 12. 03.2022. hr 10 :48
144. Graziani P., Rusinek S., Servant D., Haute Keete-Sence d. hute Keete M., (1998), validation Française du questionnaire de Coping et analyse des événements Stressants du quotidien. Journal de thérapie comportementale et cognitive. Vol 8, (N 3), p 100- 112.
145. Grimaldi A.,(1999-2000), Diabétologie Question d'internat, Université Pierre et Marie Curie, France.
146. HealthPartners, (2015), Rapport sur les maladies chroniques et la santé mentale, PartenaireSanté Canada.
147. Holahan, C & Moos, R.H (1987): Personal and contextual determinants of coping strategies, Journal of Personality and social Psychology, vol 52, No5, p: 945-955.
148. Jacquet-Fournier Célia, (2012), Vaincre le stress – Guide des méthodes naturelles antistress, édition Ellipses, Paris.
149. Jaffeux Sandrine. (2020- 2021). Le diabète, processus dégénératifs et défaillances organiques, cours de compatibilité, Semestre 4. UE2.7.
150. Janelle Alain. (2018). *Le stress et le diabète*. Diabète Québec. <https://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete/psychologie/le-stress/le-stress-et-le-diabete/>. 27/ 03/ 2022. H 10 :40.
151. Jean Benjamin stora, (1993), Le stress, 2^{ème} édition, éditions DAHLAB, Paris.
152. Johannes Gutenberg, (2002), Stress and Coping Theories, H.W. Krohne, Universität Mainz Germany.
153. John Oliver P., Naumann Laura P., Soto Christopher J., (2008), Paradigm Shift to the Integrative Big Five Taxonomy: history, Measurement, and conceptual Issues. To appear in: Handbook of personality: Theory and research, (3 rd ed.), New York: Guilford.
154. KHIATI Mostéfa, (2019), Psychologie Médicale, office des publications universitaires, Alger.
155. Langevin V. et Boini S. et François M. et Riou A., septembre (2015), Perceived stress scale (PSS) échelle de stress perçu, Références en santé au Travail- N° 143, Risques psychosociaux, catégorie Evaluation de stress perçu, p101- 104.

156. LAPLANCHE J. et PANTALIS J-B., (1990), Vocabulaire de Psychanalyse, presses universitaire de France, Paris.
157. Lazarus S.(1991), Emotion and adaptation, Oxford University Press.
158. Lazarus S., Folkman S., (1988). Ways of Coping questionnaire. Mind Garden, Publisher. USA.
159. Lignier B., Petot J M., Zebdi R, (2015), Validation du Big Five Inventory français (BFI-Fr) dans un contexte d'hétéro-évaluation, Annales Médico-Psychologique, N 174, Elsevier Masson SAS, France, 436-441
160. Lilly France, (2013), Que dois- tu savoir sur le Diabète, Information Médicale, édition Lilly, paris, www.lilly.fr .
161. Maes, S., Leventhal, H., & Ridder, D. T. (1996). Coping with chronic diseases. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), Handbook of coping: Theory, research and applications (pp. 221–251). New York: John Wiley & Sons.
162. Marie-Claude Boulet, (n.d). Gestion du stress, la minute psychologique, N : 4, Groupe RENAUD.
163. Marth M., (2016), 4 étapes pour gérer votre diabète toute votre vie, NDEP-67FR (National Diabètes Education Program), édition NIH (National institutes of Health), www.cdc.gov/diabetes/ndep/index/html.
164. Nicole Clere. (2009). Bien gérer son stress, indispensable pour une vie saine. *Actualités pharmaceutiques*. N 485. P 31-32.
165. Nicole Jenni et autres, (2017), Définition du diabète_ Conseils pour la prise en charge des patients diabétique, Programme cantonal Diabète, paris.
166. Olfa Chakroun-Walha et autres, (2016), Caractéristiques épidémiologiques de l'hyperglycémie de stress chez les sujets âgés aux urgences, édition la Tunisie Médicale, vol 94, n 2, p 140- 144.
167. Paulhan I. Nussier J., Quintard B., Caussan F., et al, (1994), "La mesure du " Coping". Traduction et validation françaises de l'échelle de vitaliano et al (Vitaliano et al, 1985), Ann Méd Psychol, 152 (5), Paris, p292- 299.
168. Plaisant O., Guetault J., Courtois R., Réveillère C., Mondelsohn G.A., John O.P., (2010). Histoire des Big Five : OCEAN des cinq grands facteur de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory

- français ou BFI-FR, Annales Médico-Psychologiques, vol 168, Elsevier Masson France, p481-486.
169. Plaisant O., Guetault J., Courtois R., Réveillère C., Mondelsohn G.A., John O.P., (2012). Histoire des « Big Five » :OCEAN des cinq grands facteur de la personnalité. Introduction du Big Five Inventory français ou BFI-FR, HAL archives-ouvertes. p1-20.
170. Richard Surwit, Décembre(2002), Diabète de type 2 et Stress, Diabètes Voice, Volume 47, Numéro 4, Paris, P38-40.
171. Robinson D. J. et al. (2018). Diabète et Santé Mentale. *Canadian Journal of Diabetes*. N 42. P s130- s141.
172. Sandor Szabo, Yvette Tache, Arpad Somogyi, (2012), The legacy of Hans Selye and the origins of stress research: A retrospective 75 years after his landmark brief “Letter” to the Editor of Nature,
173. Saucier, G. (2002). Orthogonal marker for orthogonal factor: The case of Big Five. *Journal of Research in Personality*. 36. P1-31.
174. Soto, Christopher J. & John Oliver P., (2017). The Next Big Five Inventory (BFI-2): Developing and assessing a hierarchical model with 15 factors to bandwidth, fidelity and predictive power, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol 113, N1, p117-143.
175. Les Entreprises Éphémères, (2018), Savoir gérer son stress est une compétence professionnelle, <https://entreprises-ephemeres.fr/blog/2018/08/24/savoir-gerer-son-stress/#:~:text=Savoir%20g%C3%A9rer%20son%20stress%20signifie,de%20subir%20un%20d%C3%A9bordement%20abusif>. Date de visite 12 /03/2022. Hr 11 :15.

الملاحق

ملحق رقم (1): استمارة المعلومات الأولية

إلى مريض السكري:

بهدف إجراء بحث أكاديمي في مجال علم النفس العيادي، نقدم لك هذه المقاييس التي تتضمن مجموعة من البيانات و المواقف، صيغت في فقرات تتعلق بالجوانب المختلفة للشخصية و الضغط النفسي نرجو من حضرتك الإجابة عليها.

يتطلب ذلك وضع علامة (X) أمام كل فقرة و تحت الاختيار الذي يعكس رأيك الحقيقي، لذا نرجو من حضرتك التفضل بالتأشير لدرجة التي تعكس وجهة نظرك بما يمكن من الدقة وشكرا لحضرتك.

<input type="checkbox"/>	السن	<input type="checkbox"/>	الجنس: ذكر	<input type="checkbox"/>	أنثى	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	المستوى الدراسي: دون مستوى	<input type="checkbox"/>	ابتدائي	<input type="checkbox"/>	توسط	<input type="checkbox"/>	نوي	<input type="checkbox"/>	جامعي	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	الحالة الاجتماعية: أعزب	<input type="checkbox"/>	متزوج	<input type="checkbox"/>	مطلق	<input type="checkbox"/>	أرمل	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	المستوى الاقتصادي: عال	<input type="checkbox"/>	توسط	<input type="checkbox"/>	منخفض	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	مدة المرض: أقل من 5 سنوات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أكثر من 5 سنوات	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	نوع المرض: سكري النوع الأول	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	سكري النوع الثاني	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	نوع الدواء الخاص بالسكري: أقراص	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	أنسولين	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

المقياس لا يتطلب الاسم إنما الغرض الرئيسي منه هو البحث الأكاديمي، مهما تكون الأجوبة فلها قيمتها و يؤخذ بها كونها صادقة و لا توجد أجوبة صحيحة و أخرى خاطئة.

وشكرا لتعاونكم.

ملحق رقم (2): مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية.

ضع علامة (x) أمام الاختيار المناسب لكل عبارة.

رقم	أرى نفسي كمن هو	لا أؤيد أبدا	لا أؤيد	لا أؤيد	متردد في الإجابة	أؤيد	أؤيد بشدة
1	كثير الكلام						
2	يميل إلى انتقاد الآخرين						
3	يؤدي عمله بضمير حي						
4	مكتئب، وحزين						
5	مبدع يأتي بأفكار أصلية						
6	متحفظ، منطوي						
7	يقدم المساعدة للآخرين وغير أناني						
8	يمكن أن يكون في بعض الأحيان مهمل، غير مبالي						
9	هادئ الطبع مسترخي، يتعامل مع الضغوط بشكل جيد						
10	يهتم بالعديد من المواضيع						
11	مليء بالطاقة و الحيوية						
12	يبدأ في مجادلة الآخرين بسهولة						
13	يؤدي عمله بإتقان						
14	يمكن أن يكون قلقا						

					عبقري، عميق التفكير	15
					بيدي حماسا كبيرا في التواصل	16
					له طبع متسامح	17
					يميل إلى عدم الانتظام	18
					يقلق كثيرا	19
					ذو خيال واسع	20
					يميل إلى الصمت	21
					يثق بالآخرين على العموم	22
					يميل إلى الكسل	23
					مستقر عاطفيا، لا يزعج بسهولة	24
					مخترع ، مبدع	25
					له شخصية قوية، يعبر عن نفسه بثقة	26
					يكون أحيانا محتقرا للآخرين	27
					مثابر إلى غاية إنهاء المهمة	28
					يمكن أن يكون مزاجيا، متقلب المزاج	29
					يقدر النشاطات الفنية والجمالية	30
					يكون أحيانا خجولا ومنكبت المشاعر	31
					ودي يراعي شعور الآخرين	32
					فعال في عمله	33
					يبقى هادئ في مواقف مقلقة	34
					يفضل العمل البسيط الروتيني	35

					اجتماعي و منفتح على الآخرين	36
					أحيانا فض مع الآخرين	37
					يضع برامج ويتابع سيرها	38
					يشعر بالقلق بسهولة	39
					يحب أن يفكر و يتفاعل مع أفكاره	40
					قليل الاهتمام بالمجال الفني	41
					يحب التعاون مع الآخرين	42
					تشوش، يشرذ بسهولة	43
					لديه معارف جيدة في الفن و الموسيقى و الأدب	44
					يبحث عن قصص مع الآخرين	45

ملحق رقم (3) مقياس الضغط النفسي

ضع علامة (X) أمام الاختيار المناسب في كل عبارة

الرقم	في الشهر الماضي كم مرة	أبدا	نادرا	أحيانا	غالبا	دائما
1	تعرضت للانزعاج من قبل حدث غير منتظر؟					
2	بذلك من الصعب السيطرة على الأشياء المهمة في حياتك؟					
3	شعرت بأنك عصبي (عصبية) ومتوتر (متوترة)؟					
4	واجهت بنجاح المشاكل الصغيرة والانفعالات اليومية؟					
5	شعرت بأنك تواجه بفعالية التغيرات المهمة التي تطرأ على حياتك؟					
6	شعرت بالثقة في قدراتك على التكفل بمشاكلك الخاصة؟					

					7	شعرت أن الأمور تسير كما تريد؟
					8	فكرت بأنك لا تستطيع القيام بكل الأشياء التي يجب عليك فعلها؟
					9	كنت قادراً على التحكم في عصبيتك؟
					10	شعرت بأنك تسيطر على الوضع؟
					11	شعرت بالغضب لأن الأحداث تخرج عن سيطرتك؟
					12	تفاجأت بأنك تفكر في أشياء يفترض أنك تقوم بها على أحسن وجه
					13	استطعت السيطرة على الكيفية التي كنت تمضي بها وقتك؟
					14	وجدت أن الصعوبات تتراكم لدرجة أنك لا تستطيع السيطرة عليها؟

ملحق رقم (4): مقياس استراتيجيات التعامل.

من فضلك صف لنا وضعية ضاغطة (مشكلة) عايشتها خلال الأشهر الأخيرة الماضية:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

حدد شدة الانزعاج و التوتر التي سببتها المشكلة:

منخفض () متوسط () مرتفع ()

من بين هذه الاستراتيجيات أي إستراتيجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة المشكلة.

ضع علامة (x) في الخانة المناسبة لوصف ردود فعلك لمواجهة الموقف

البنود	نعم	إلى حد مانعم	إلى حد مالا	لا
1- وضعت مخطط عمل واتبعته				
2- تمنيت لو كنت أكثر قوة وأكثر تفاؤلاً وحسماً				
3- حدثت شخصاً عما أحسست به.				
4- كافحت من أجل الحصول على ما كنت أريده				
5- تغيرت إلى الأحسن				
6- تناولت الأمور واحدة بواحدة				
7- تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
8- تضايقت لعدم قدرتي على تجنب المشكل				
9- ركزت على الجانب الإيجابي الذي يمكن أن يظهر فيما بعد				
10- تناقشت مع شخص لأعرف أكثر عن الموقف				
11- تمنيت لو حدثت معجزة				
12- خرجت أكثر قوة من الوضعية				
13- غيرت الأمور حتى ينتهي كل شيء				
14- أنبت نفسي				
15- احتفظت بمشاعري لنفسي				
16- تفاوضت للحصول على شيء إيجابي من الموقف				
17- جلست أو تخيلت مكاناً أو زماناً أفضل من الذي كنت فيه				
18- حاولت عدم التصرف بتسرع أو إتباع أول فكرة خطرت لي				
19- رفضت التصديق أن هذا قد حدث فعلاً				
20- أدركت أنني سبب المشاكل				

				21- حاولت عدم البقاء لوحدي
				22- فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أكون أحسن
				23- تقبلت تعاطف وتقهم شخص ما
				24- وجدت حلاً أو حلين للمشكلة
				25- حاولت نسيان كل شيء
				26- تمنيت لو استطعت تغيير موقعي
				27- عرفت ما ينبغي القيام به وضاعفت مجهوداتي وبذلت كل ما بوسعي للوصول إلى ما أريد
				28- عدلت شيئاً في ذاتي من أجل أن أتحمل الوضعية بشكل أفضل
				29- نقدت نفسي ووبختها.

ملحق رقم (5): نموذج طلب تحكيم مقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المقدم للأساتذة

جامعة مولود معمري تيزي وزو

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

طلب التحكيم لتكييف مقياس:

العوامل الخمسة الكبرى للشخصية

إشراف الأستاذة: د. شريفى هناع

إعداد الطالبة: جوهري إبتسام

موضوع الدراسة:

القدرة التنبؤية للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية ونوع المرض في تسيير الضغوطات النفسية لدى

المصابين بداء السكري.

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته

معلومات المحكم:

الاسم واللقب:.....

المؤهل العلمي:

التخصص:

الوظيفية:

الجامعة:

سنوات الخبرة في التدريس:

سنوات الخبرة في العمل العيادي:

أستاذي(أستاذتي) الكريم (الكريمة)،

لي عظيم الشرف أن أتقدم إلى سيادتكم أستاذي (أستاذتي) المحترم (المحترمة) بطلب التحكيم لهذا المقياس، المعد لقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية، في صورته المصغرة التي تحتوي على 45 والمعدل من طرف John OP. Et Soto CJ " سنة 2005 ملقبة ب(Big five inventory.fr) والذي تمت ترجمته من اللغة الأجنبية (الفرنسية) إلى اللغة العربية، يهدف المقياس إلى قياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المتمثلة في:

-الانبساطية "E" Extraversion :

-المقبولية (الوداعة) "A" Agréabilité :

-يقضة الضمير "C" Conscienciosité :

-العصابية "N" Névrosisme :

- الانفتاح على الخبرة "O" Ouverture :

ملاحظات واقترحات	الموافقة على البند		ملائمة البند لمريض السكري		وضوح البند		سلامة اللغة		البند	
	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم		
	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	أنني أرى نفسي كمن هو	
الانبساطية										
									كثير الكلام	1
									متحفظ، منطوي	6
									مليء بالطاقة و الحيوية	11
									يبدي حماسا كبيرا في التواصل	16
									يميل إلى الصمت	21
									له شخصية قوية، يعبر عن نفسه بثقة	26
									يكون أحيانا خجولا ومثبط المشاعر	31
									اجتماعي و منفتح على الآخرين	36
المقبولية										
									يميل إلى انتقاد الآخرين	2
									يقدم المساعدة للآخرين وغير أناني	7
									يبدأ في مجادلة الآخرين بسهولة	12
									متسامح بطبعه	17
									يثق بالآخرين عموما	22

									يكون أحيانا محتقرا للآخرين	27
									ودي يراعي شعور الآخرين	32
									أحيانا وقح مع الآخرين	37
									يحب التعاون مع الآخرين	42
									يبحث عن قصص مع الآخرين	45

يقضة الضمير

									يؤدي عمله بضمير حي	3
									يمكن أن يكون في بعض الأحيان مهمل وغير مبالي	8
									يؤدي عمله بإتقان	13
									يميل إلى عدم الانتظام	18
									يميل إلى الكسل	23
									مثابر إلى غاية إنهاء المهمة	28
									فعال في عمله	33
									يضع برامج ويتابع سيرها	38
									يتشوش بسهولة	43

العصابية

									مكتئب، وحزين	4
									هادئ الطبع مسترخي، يتعامل مع الضغوط بشكل جيد	9

									يمكن أن يكون قلقا	14
									يقلق كثيرا	19
									مستقر عاطفيا، معتدل لا يزعج بسهولة	24
									يمكن أن يكون مزاجيا، متقلب المزاج	29
									يبقى هادئ في مواقف مقلقة	34
									يشعر بالقلق والانزعاج بسهولة	39

الانفتاح على الخبرة

									مبدع لديه أفكار أصيلة	5
									يهتم بالكثير من المواضيع	10
									بارع، عبقرى وعميق التفكير	15
									ذو خيال واسع	20
									مخترع ، مبدع	25
									يقدر النشاطات الفنية والجمالية	30
									يفضل العمل البسيط الروتيني	35
									يحب أن يفكر و يتفاعل مع أفكاره	40
									قليل الاهتمام بالمجال الفني	41
									لديه معارف جيدة في الفن، الموسيقى، الأدب	44

ملحق رقم (6) المقياس الأصلي للعوامل الخمسة الكبرى للشخصية باللغة الفرنسية

	Extraversion (E)				
1	Est bavard				
6	Est réservé				
11	Est plein d'énergie				
16	Communique beaucoup d'enthousiasme				
21	A tendance à être silen				
26	Aune forte personnalité, s'exprime avec assurance				
31	Est quelquefois timide, inhibé				
36	Est sociable, extraverti				
	Agréabilité (A)				
2	A tendance à critiquer les autres				
7	Est serviable et n'est pas égoïste avec les autres				
12	Commence facilement à se disputer avec les autres				
17	Est indulgent de nature				
22	Fait généralement confiance aux autres				
27	Est parfois dédaigneux, méprisant				
32	Est parfois impoli avec les autres				
37	Est parfois impoli avec les autres				

42	Aime coopérer avec les autres				
45	Cherche des histoires aux autres				
	Conscienciosité (C)				
3	Travaille consciencieusement				
8	Peut être parfois négligent				
13	Est fiable dans son travail				
18	A tendance à être désorganisé				
23	A tendance à être paresseux				
28	Persévère jusqu'à ce que sa tâche soit finie				
33	Est efficace dans son travail				
38	Fait des projets et les poursuit				
43	Est facilement distrait				
	Névrosisme (N)				
4	Est déprimé, cafardeux				
9	Est « relaxe », détendu, gère bien les stress				
14	Peut être angoissé				
19	Se tourmente beaucoup				
24	Est quelqu'un de tempéré, pas facilement troublé				
29	Peut être lunatique, d'humeur changeante				
34	Reste calme dans les situations angoissantes				

39	Est facilement anxieux				
	Ouverture (O)				
5	Est créatif, plein d'idées originales				
10	S'intéresse à de nombreux sujets				
15	Est ingénieux, une grosse tête				
20	A une grande imagination				
25	Est inventif				
30	Apprécie les activités artistiques et esthétiques				
35	Préfère un travail simple et routinier				
40	Aime réfléchir et jouer avec des idées				
41	Est peu intéressé par tout ce qui est artistique				
44	A de bonnes connaissances en art, musique ou littérature				

ملحق رقم (7):

قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس العوامل الخمسة الكبرى للشخصية المكيف:

اسم الأستاذ	الجامعة	الوظيفة	سنوات الخبرة في التدريس	سنوات الخبرة في العمل العيادي
أ.د. ميزاب ناصر	مولود معمري تيزي وزو	أستاذ مدرس	40 سنة	-
د. قزوي ججيقة	الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله	أستاذة محاضرة أ	10 سنوات	4 سنوات
د. براهيم شيلي	الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله	أستاذ	10 سنوات	3 سنوات
د. عتاب حميمي	أكلي محند أولحاج البويرة	أستاذ محاضر أ، ورئيس قسم	14 سنة	-
أ. صوان عبد الوهاب	أكلي محند أولحاج البويرة	أستاذ محاضر ب	12 سنة	-
د. سيدر كاميليا	أكلي محند أولحاج البويرة	أستاذة محاضرة أ	11 سنة	-
د. بوكنوس عائشة	أكلي محند أولحاج البويرة	أستاذة محاضرة أ	17 سنة	4 سنوات

ملحق رقم (8): النتائج الإحصائية:

Corrélations

	التجنب	it2-7	it2-8	it2-11	it2-17	it2-19	it2-22	it2-25
Corrélation de Pearson	1	,459**	,568**	,592**	,593**	,622**	,513**	,585**
tSig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000
N	75	75	75	75	75	75	75	75
Corrélation de Pearson	,459**	1	,142*	,188**	,150**	,275**	,015	,244**
tSig. (bilatérale)	,000		,013	,001	,009	,000	,795	,000
N	75	75	75	75	75	75	75	75
Corrélation de Pearson	,568**	,142*	1	,203**	,281**	,268**	,227**	,171**
tSig. (bilatérale)	,000	,013		,000	,000	,000	,000	,003
N	75	75	75	75	75	75	75	75
Corrélation de Pearson	,592**	,188**	,203**	1	,328**	,211**	,195**	,242**
tSig. (bilatérale)	,000	,001	,000		,000	,000	,001	,000
N	75	75	75	75	75	75	75	75
Corrélation de Pearson	,593**	,150**	,281**	,328**	1	,196**	,115*	,187**
tSig. (bilatérale)	,000	,009	,000	,000		,001	,045	,001
N	75	75	75	75	75	75	75	75
Corrélation de Pearson	,622**	,275**	,268**	,211**	,196**	1	,227**	,245**
tSig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,001		,000	,000
N	75	75	75	75	75	75	75	75
Corrélation de Pearson	,513**	,015	,227**	,195**	,115*	,227**	1	,180**
tSig. (bilatérale)	,000	,795	,000	,001	,045	,000		,002
N	75	75	75	75	75	75	75	75
Corrélation de Pearson	,585**	,244**	,171**	,242**	,187**	,245**	,180**	1
tSig. (bilatérale)	,000	,000	,003	,000	,001	,000	,002	
N	75	75	75	75	75	75	75	75

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

الصدق البنوي
مقياس استراتيجيات التعامل

		it2-1	it2-4	it2-6	it2-13	it2-16	it2-18	it2-24	it2-27	حل المشكل
it2-1	Corrélation de Pearson	1	,211**	,277**	,291**	,020	,152**	,193**	,010	,576**
	Sig. (bilatérale)		,000	,000	,000	,730	,008	,001	,868	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
it2-4	Corrélation de Pearson	,211**	1	-,006	,239**	,222**	-,009	,096	,159**	,421**
	Sig. (bilatérale)	,000		,915	,000	,000	,879	,093	,005	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
it2-6	Corrélation de Pearson	,277**	-,006	1	,065	,005	,278**	,254**	,000	,501**
	Sig. (bilatérale)	,000	,915		,257	,932	,000	,000	,996	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
it2-13	Corrélation de Pearson	,291**	,239**	,065	1	,236**	,114*	,256**	,186**	,606**
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,257		,000	,047	,000	,001	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
it2-16	Corrélation de Pearson	,020	,222**	,005	,236**	1	,110	,246**	,152**	,466**
	Sig. (bilatérale)	,730	,000	,932	,000		,056	,000	,008	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
it2-18	Corrélation de Pearson	,152**	-,009	,278**	,114*	,110	1	,175**	,104	,481**
	Sig. (bilatérale)	,008	,879	,000	,047	,056		,002	,070	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
it2-24	Corrélation de Pearson	,193**	,096	,254**	,256**	,246**	,175**	1	,014	,577**
	Sig. (bilatérale)	,001	,093	,000	,000	,000	,002		,801	,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
it2-27	Corrélation de Pearson	,010	,159**	,000	,186**	,152**	,104	,014	1	,368**
	Sig. (bilatérale)	,868	,005	,996	,001	,008	,070	,801		,000
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75
حل المشكل	Corrélation de Pearson	,576**	,421**	,501**	,606**	,466**	,481**	,577**	,368**	1
كل	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	75	75	75	75	75	75	75	75	75

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ارتباط بنود استراتيجيات حل المشكل بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات

ارتباط بنود استراتيجيات التجنب بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات

ارتباط بنود استراتيجيات التقييم الايجابي بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات

Corrélations

		it2-3	it2-5	it2-9	it2-12	it2-28	الايجابي التقييم
it2-3	Corrélation de Pearson	1	-,043	,111	,183**	,103	,221**
	Sig. (bilatérale)		,456	,053	,001	,071	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-5	Corrélation de Pearson	-,043	1	,113*	,036	,067	,357**
	Sig. (bilatérale)	,456		,048	,535	,241	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-9	Corrélation de Pearson	,111	,113*	1	,451**	,182**	,689**
	Sig. (bilatérale)	,053	,048		,000	,001	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-12	Corrélation de Pearson	,183**	,036	,451**	1	,130*	,653**
	Sig. (bilatérale)	,001	,535	,000		,023	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-28	Corrélation de Pearson	,103	,067	,182**	,130*	1	,578**
	Sig. (bilatérale)	,071	,241	,001	,023		,000
	N	75	75	75	75	75	75
الايجابي التقييم	Corrélation de Pearson	,221**	,357**	,689**	,653**	,578**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	75	75	75	75	75	75

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

* . La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

ارتباط بنود استراتيجيات اتهام الذات بالمجموع الكلي لهذا نوع من الاستراتيجيات

Corrélations

		it2-14	it2-20	it2-26	it2-29	الذات اتهام
it2-14	Corrélation de Pearson	1	,027	,211**	,250**	,602**
	Sig. (bilatérale)		,644	,000	,000	,000
	N	75	75	75	75	75
it2-20	Corrélation de Pearson	,027	1	,154**	,153**	,550**
	Sig. (bilatérale)	,644		,007	,007	,000
	N	75	75	75	75	75
it2-26	Corrélation de Pearson	,211**	,154**	1	,243**	,627**
	Sig. (bilatérale)	,000	,007		,000	,000
	N	75	75	75	75	75
it2-29	Corrélation de Pearson	,250**	,153**	,243**	1	,684**
	Sig. (bilatérale)	,000	,007	,000		,000
	N	75	75	75	75	75
الذات اتهام	Corrélation de Pearson	,602**	,550**	,627**	,684**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	
	N	75	75	75	75	75

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Corrélations

		it2-3	it2-10	it2-15	it2-21	it2-23	الاجتماعي السند البحث
it2-3	Corrélation de Pearson	1	,067	-,045	,102	,076	,448**
	Sig. (bilatérale)		,243	,434	,074	,188	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-10	Corrélation de Pearson	,067	1	,026	,052	,079	,506**
	Sig. (bilatérale)	,243		,646	,368	,166	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-15	Corrélation de Pearson	-,045	,026	1	-,061	,172**	,490**
	Sig. (bilatérale)	,434	,646		,286	,003	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-21	Corrélation de Pearson	,102	,052	-,061	1	-,038	,488**
	Sig. (bilatérale)	,074	,368	,286		,505	,000
	N	75	75	75	75	75	75
it2-23	Corrélation de Pearson	,076	,079	,172**	-,038	1	,475**
	Sig. (bilatérale)	,188	,166	,003	,505		,000
	N	75	75	75	75	75	75
الاجتماعي السند البحث	Corrélation de Pearson	,448**	,506**	,490**	,488**	,475**	1
	Sig. (bilatérale)	,000	,000	,000	,000	,000	
	N	75	75	75	75	75	75

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

ثبات مقياس استراتيجيات التعامل :
معامل كرونباخ / حل المشكل :

RELIABILITY

```
/VARIABLES=it21 it24 it26 it213 it216 it218 it224 it227
/SCALE('ALL VARIABLES') ALL
/MODEL=ALPHA.
```

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	75	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	75	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,579	8

معامل كرونباخ / التجنب :

RELIABILITY

/VARIABLES=it27 it28 it211 it217 it219 it222 it225

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	75	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	75	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,638	7

معامل كرونباخ / التقييم الايجابي :

RELIABILITY

/VARIABLES=it22 it29 it212 it228 it25

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	75	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	75	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,539	5

RELIABILITY

/VARIABLES=it214 it220 it226 it229

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

معامل كرونباخ / اتهام الذات :

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLES

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	75	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	75	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,553	4

معامل كرونباخ / البحث عن السند الاجتماعي :

RELIABILITY

/VARIABLES=it23 it210 it215 it221 it223

/SCALE('ALL VARIABLES') ALL

/MODEL=ALPHA.

Fiabilité

Echelle : TOUTES LES VARIABLE

Récapitulatif de traitement des observations

		N	%
Observations	Valide	75	100,0
	Exclus ^a	0	,0
	Total	75	100,0

a. Suppression par liste basée sur toutes les variables de la procédure.

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Nombre d'éléments
,541	5

خصائص العينة:

المسن * المرض. نوع Tableau croisé

Effectif		المسن				Total
		30 إلى 20 من	40 إلى 31 من	50 أعلى 41 من	فوق 51 من	
المرض. نوع	الأول النوع سكري	69	11	30	38	148
	الثاني النوع سكري	0	15	68	75	158
Total		69	26	98	113	306

المرض. مدة * المرض. نوع Tableau croisé

Effectif		المرض. مدة		Total
		سنوات 5 من أقل	سنوات 5 من أكثر	
المرض. نوع	الأول النوع سكري	23	125	148
	الثاني النوع سكري	78	80	158
Total		101	205	306

الدراسي. المستوى * المرض. نوع Tableau croisé

Effectif		الدراسي. المستوى				Total	
		مستوى دون	ابتدائي	متوسط	ثانوي		جامعي
المرض. نوع	الأول النوع سكري	10	12	15	39	72	148
	الثاني النوع سكري	13	13	28	64	40	158
Total		23	25	43	103	112	306

الاجتماعية. الحالة * المرض. نوع Tableau croisé

Effectif		الاجتماعية. الحالة					Total
		أعزب	متزوج	منفصل	مطلق	أرمل	
المرض. نوع	الأول النوع سكري	65	61	2	8	12	148
	الثاني النوع سكري	6	129	1	13	9	158
Total		71	190	3	21	21	306

الاقتصادي. المستوى * المرض. نوع Tableau croisé

Effectif		الاقتصادي. المستوى			Total
		عال	متوسط	منخفض	
المرض. نوع	الأول النوع سكري	11	116	21	148
	الثاني النوع سكري	16	121	21	158
Total		27	237	42	306

T-TEST
 /TESTVAL=42
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES=الضغط
 /CRITERIA=CI (.95) .

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الضغط	306	41,9706	7,31689	,41828

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 42					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
الضغط	-,070	305	,944	-,02941	-,8525	,7937

T-TEST
 /TESTVAL=42
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES=الضغط
 /CRITERIA=CI (.95) .

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الضغط	306	41,9706	7,31689	,41828

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 42					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
الضغط	-,070	305	,944	-,02941	-,8525	,7937

T-TEST
 /TESTVAL=42
 /MISSING=ANALYSIS

/VARIABLES=الضغط
/CRITERIA=CI (.95) .

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الضغط	158	40,5190	6,37843	,50744

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 42					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
الضغط	-2,919	157	,004	-1,48101	-2,4833	-,4787

T-TEST
/TESTVAL=42
/MISSING=ANALYSIS
/VARIABLES=الضغط
/CRITERIA=CI (.95) .

Test-t

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الضغط	148	43,5203	7,93380	,65215

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 42					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
الضغط	2,331	147	,021	1,52027	,2315	2,8091

الفرضية الثانية

Test-t

Statistiques de groupe

المرض.نوع	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الضغط الأول النوع سكري	148	43,5203	7,93380	,65215
الضغط الثاني النوع سكري	158	40,5190	6,37843	,50744

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances	Test-t po					
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence
الضغط	Hypothèse de variances égales	5,687	,018	3,658	304	,000	
	Hypothèse de variances inégales			3,632	282,073	,000	

الفرضية الثالثة :

البروفيل / مرض السكري

التقييم التجنب المشكل الانفتاح العصبية المقبولة يقظة الانبساطية الضغط
السند اتهام
/METHOD BAVERAGE
/MEASURE=SEUCLID
/PRINT SCHEDULE CLUSTER(3)
/PRINT DISTANCE
/PLOT DENDROGRAM VICICLE
/SAVE CLUSTER(4) .

Classe

Récapitulatif de traitement des observations^a

Observations					
Valide		Manquante		Total	
N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
306	100,0	0	,0	306	100,0

a. Distance moyenne (entre les classes)

التقييم التجنب المشكل الانفتاح العصبية المقبولة يقظة الانبساطية الضغط
السند اتهام
/METHOD BAVERAGE
/MEASURE=SEUCLID
/PRINT SCHEDULE CLUSTER(3)
/PRINT DISTANCE
/PLOT DENDROGRAM VICICLE

/SAVE CLUSTER(4).

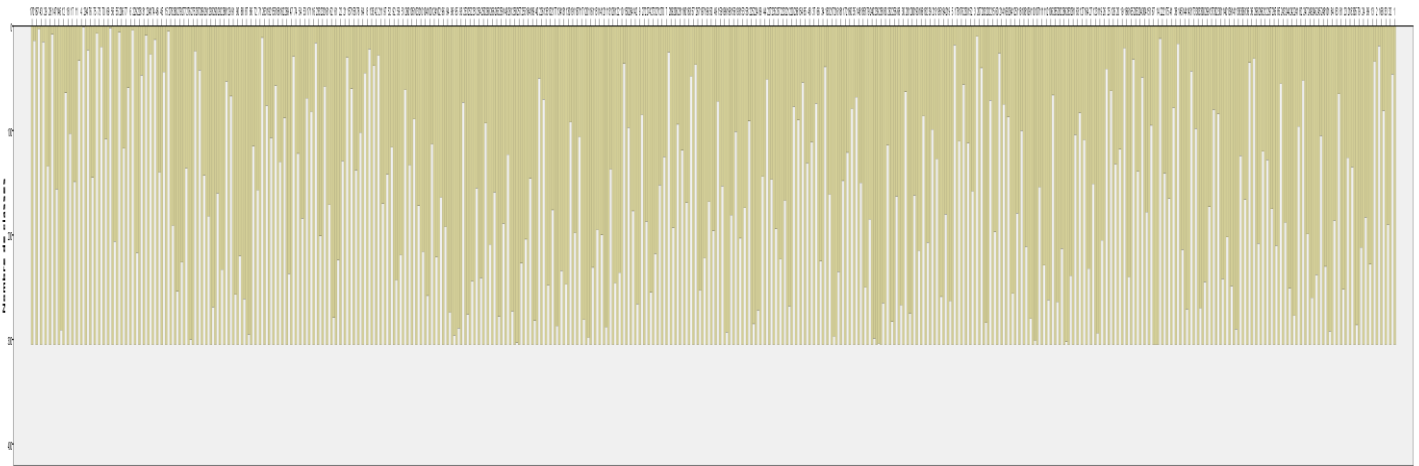
Classe

Récapitulatif de traitement des observations^a

Observations					
Valide		Manquante		Total	
N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
306	100,0	0	,0	306	100,0

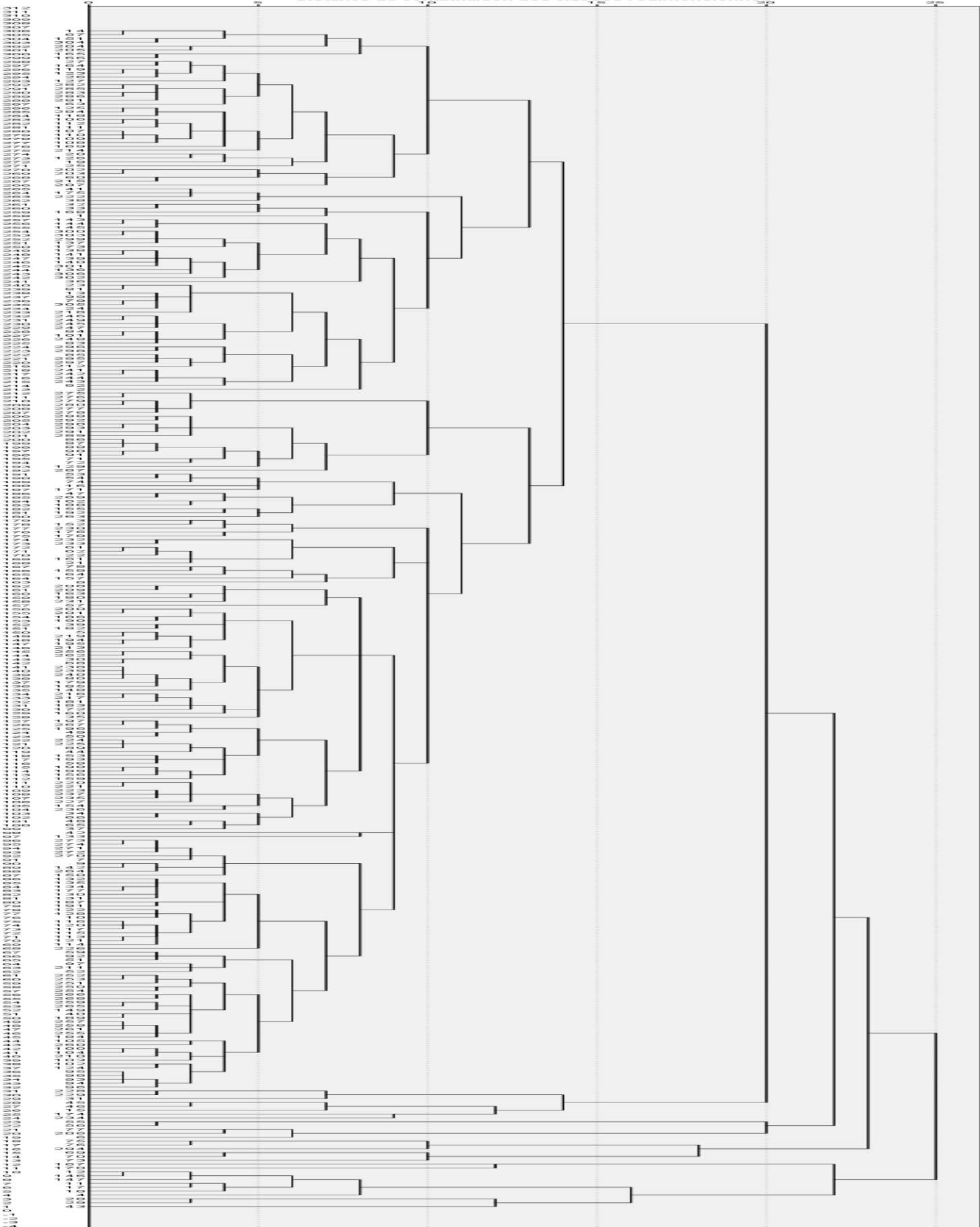
a. Distance moyenne (entre les classes)

Barres



Arbre hiérarchique utilisant la Distance moyenne (entre classes)

Distance de dissimilation des classes recommandées



Moyennes

[\$Ensemble_de_données] D:\ibti stat doctorat\plate forme1 - Copie (2).sav

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
الانبساطية * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
الضمير يقظة * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
المقبولية * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
العصابية * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
الخبرة على الانفتاح * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
المشكل حل ا * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
التجنب ا * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
الايجابي التقويم ا * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
الذات اتهام ا * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
الاجتماعي السند عن البحث ا * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%
الضغط * Average Linkage (Between Groups)	306	100,0%	0	0,0%	306	100,0%

Average Linkage (Between Groups)	الانيساطية	يقظة الضمير	المقبولية	العصابية	على الانفتاح الخبرة	حل ا المشكل	التجنب ا	التقييم ا الايجابي	اتهام ا الذات	عن البحث ا السند الاجتماعي	الضغط
Moyenne	28,2951	36,7222	29,9688	24,9340	26,9757	25,3958	20,8507	16,1736	10,243 1	15,3889	41,6285
1 N	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288	288
Ecart-type	3,63870	4,50233	3,38511	5,26766	4,54050	4,06518	4,40327	2,55621	2,9271 0	2,24186	7,05756
Moyenne	21,5833	28,7500	22,1667	34,0833	26,0000	20,8333	21,2500	14,5833	11,666 7	12,9167	52,7500
2 N	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
Ecart-type	4,81396	7,03401	3,18614	3,02890	6,48074	3,15748	3,67114	2,81096	2,6400 2	4,14418	5,87947
Moyenne	15,0000	39,1667	29,6667	22,3333	16,3333	24,8333	21,6667	17,16 67	8,3333	9,5000	36,8333
3 N	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
Ecart-type	3,34664	6,24233	2,42212	7,81452	5,92171	4,99667	3,01109	2,71416	2,8751 8	1,37840	3,65605
Moyenne	27,7712	36,4575	29,6569	25,2418	26,7288	25,2059	20,8824	16,1307	10,261 4	15,1765	41,9706
Total N	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306	306
Ecart-type	4,29563	4,90364	3,68024	5,54744	4,86759	4,13622	4,34714	2,58290	2,9326 2	2,50146	7,31689

البروفيل النوع الأول

CLUSTER التقييم التجنب المشكل الانفتاح العصابية المقبولية يقظة الانيساطية الضغط
السند اتهام

/METHOD BAVERAGE
/MEASURE=SEUCLID
/PRINT CLUSTER(3)
/PLOT DENDROGRAM VICICLE
/SAVE CLUSTER(3) .

Récapitulatif de traitement des observations^{a,b}

Observations					
Valide		Manquante		Total	
N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
148	100,0	0	,0	148	100,0

a. Carré de la distance Euclidienne utilisé

b. Distance moyenne (entre les classes)

Observation

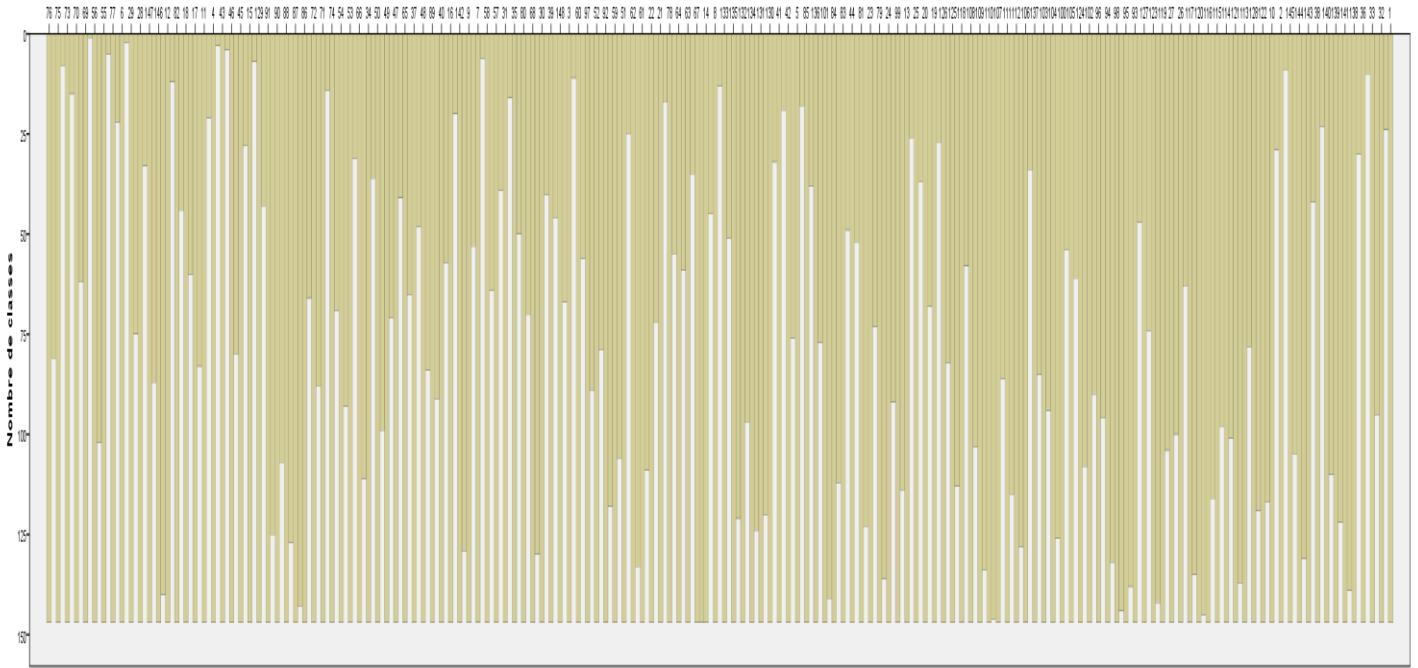
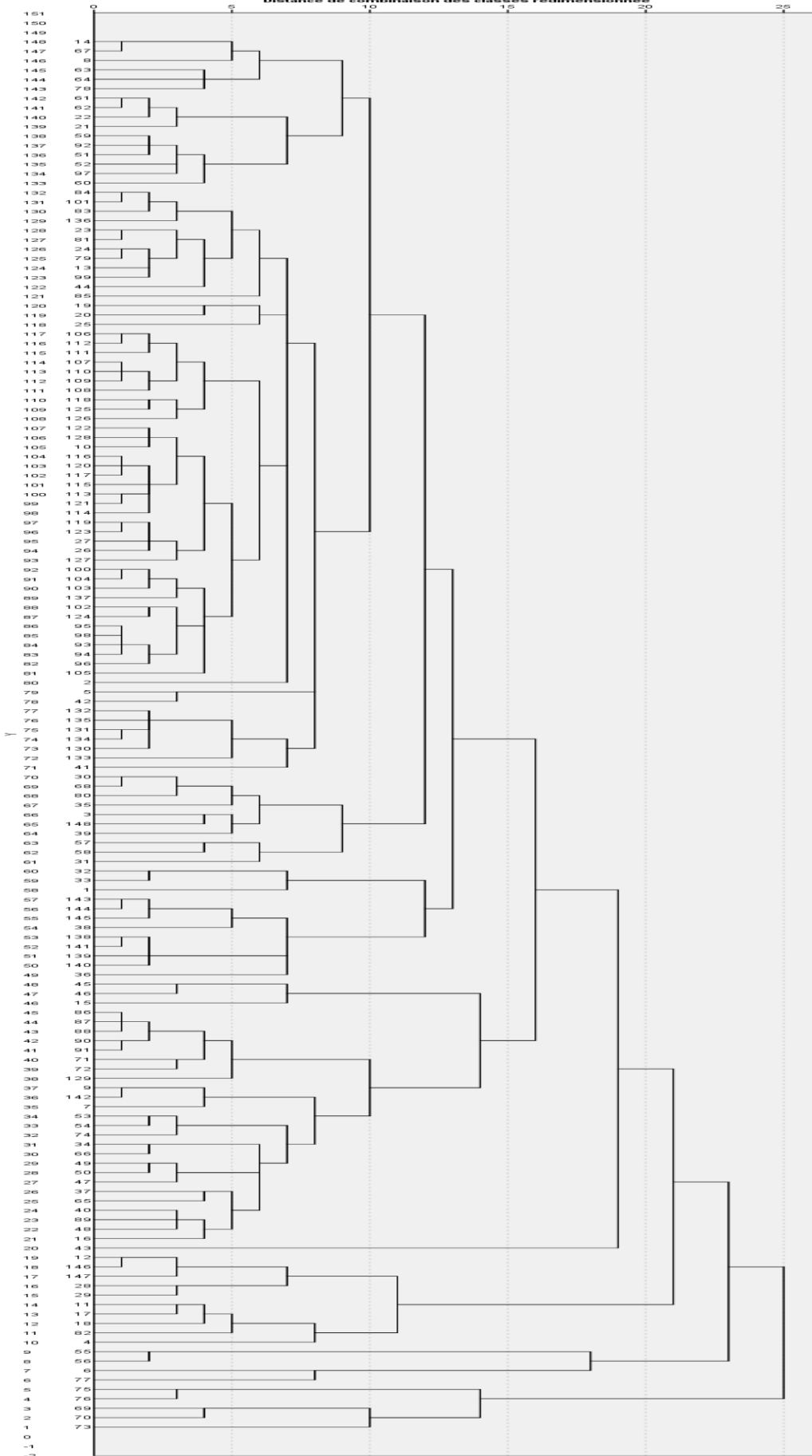


Tableau de bord

(Between	الانبساطية	الضمير يقف	المقبولية	العصايبية	على الانفتت الخبرة	المشكل حل	التجنب	الايجابي الثقة	الذات اتها	السند عن البعد الاجتماعي	الضغط
enne	27,5396	36,2806	28,9209	26,1439	27,6403	24,9353	20,1151	15,6187	10,2302	14,8993	43,8705
	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139	139
rt-type	4,08650	4,49964	3,75531	5,38861	4,43636	3,51232	4,11973	2,42091	2,91253	2,54038	7,89591
enne	34,2500	40,0000	31,7500	22,2500	21,2500	11,7500	26,0000	10,7500	7,2500	16,7500	39,7500
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
rt-type	3,09570	5,35413	3,59398	7,27438	2,21736	2,98608	1,41421	1,89297	1,25831	1,70783	9,70824
enne	14,6000	41,4000	29,2000	20,4000	15,2000	25,4000	22,8000	17,2000	9,2000	9,2000	36,8000
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
rt-type	3,57771	3,36155	2,38747	6,94982	5,84808	5,36656	1,30384	3,03315	2,16795	1,30384	4,08656
enne	27,2838	36,5541	29,0068	25,8446	27,0473	24,5946	20,3649	15,5405	10,1149	14,7568	43,5203
	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148	148
rt-type	4,80368	4,59264	3,72434	5,57657	5,05256	4,14341	4,14064	2,55917	2,89622	2,70957	7,93380

Arbre hiérarchique utilisant la Distance moyenne (entre classes)

Distance de combinaison des classes redimensionnée



Moyennes

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
الانبساطية * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
الضمير يقظة * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
المقبولية * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
العصابية * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
الخبرة على الانفتاح * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
المشكل حل ا * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
التجنب ا * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
الاجابي التقييم ا * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
الذات اتهام ا * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
الاجتماعي السند عن البحث ا * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%
الضغط * Average Linkage (Between Groups)	148	100,0%	0	0,0%	148	100,0%

البروفيل السكري النوع الثاني

اتهام التقييم التجنب المشكل الانفتاح العصابية المقبولية يقظة الانبساطية CLUSTER
الضغط السند

```

/METHOD BAVERAGE
/MEASURE=SEUCLID
/PRINT SCHEDULE CLUSTER(3)
/PRINT DISTANCE
/PLOT DENDROGRAM VICICLE
/SAVE CLUSTER(3) .

```

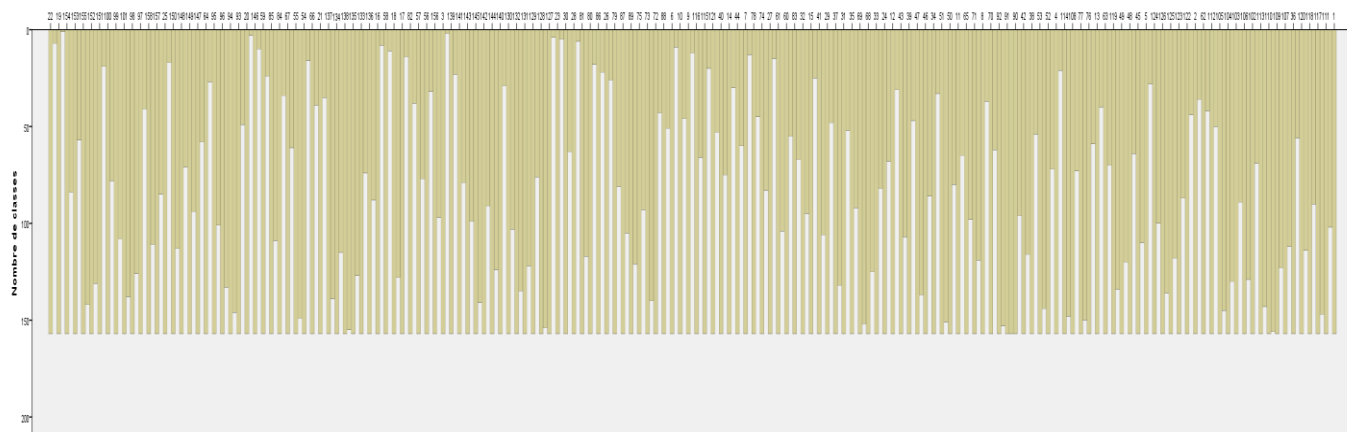
Classe

Récapitulatif de traitement des observations^a

Observations					
Valide		Manquante		Total	
N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
158	100,0	0	,0	158	100,0

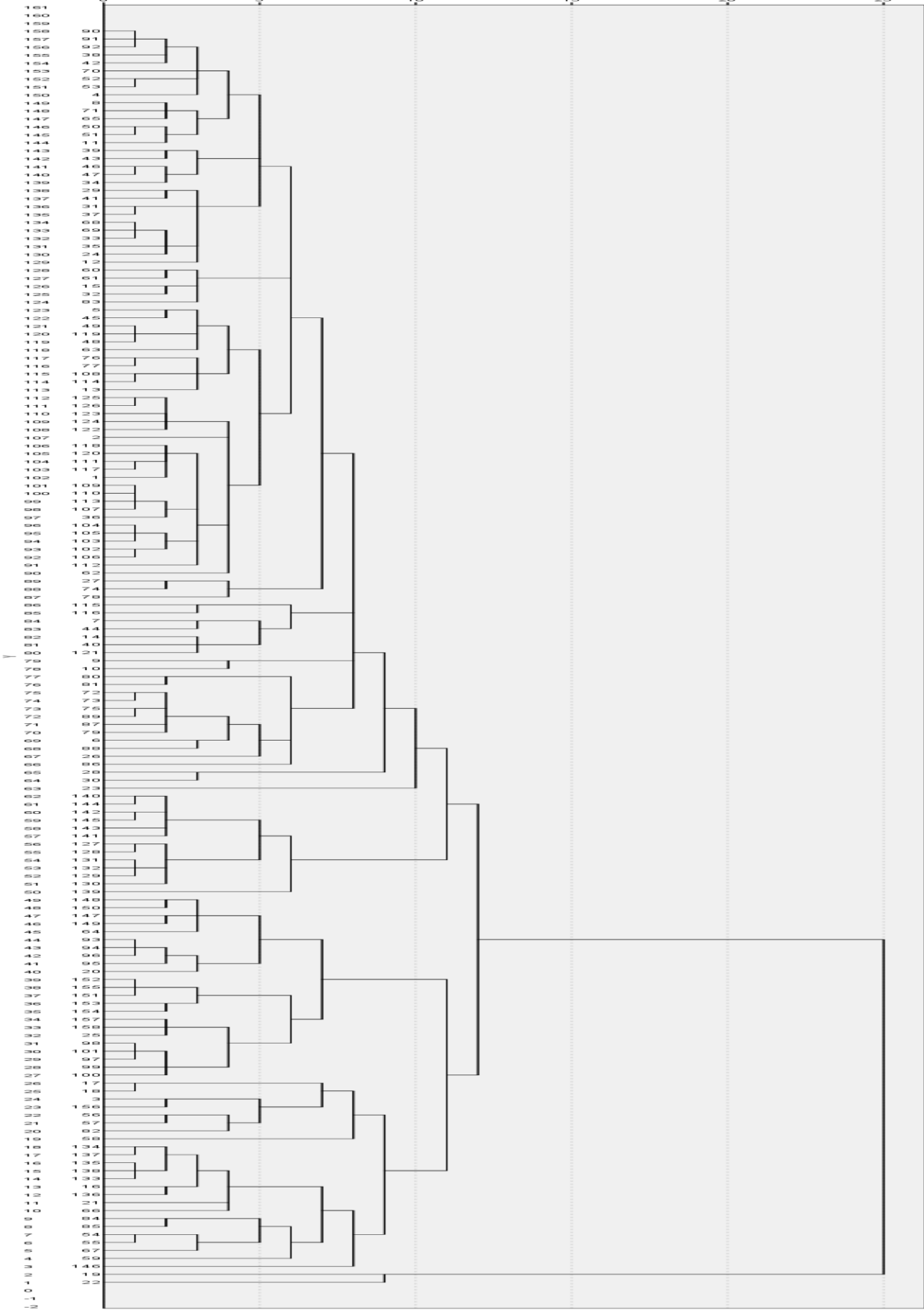
a. Distance moyenne (entre les classes)

Observation



Arbre hiérarchique utilisant la Distance moyenne (entre classes)

Distance de combinaison des classes redimensionnées



Moyennes

Observation Calculer Récapituler

	Observations					
	Inclus		Exclu(s)		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
الانبساطية * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
الضمير يقظة * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
المقبولية * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
العصابية * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
الخبرة على الانفتاح * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
المشكل حل ا * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
التجنب ا * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
الايجابي التقويم ا * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
الذات اتهام ا * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
الاجتماعي السند عن البحث ا * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%
الضغط * Average Linkage (Between Groups)	158	100,0%	0	0,0%	158	100,0%

Tableau de bord

Average Linkage (Between Groups)		الانبساطية	يقظة الضمير	المقبولية	العصابية	على الانفتاح الخبرة	حل ا المشكل	التجنب ا	التقييم ا الاجباري	الذات اتهام ا	عن البحث ا السند الاجتماعي	الضغط
1	Moyenne	29,0000	37,6147	31,0183	22,3486	27,4312	26,8991	20,8807	17,3028	10,2110	15,5596	38,1835
	N	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109	109
	Ecart-type	2,99382	4,50701	3,29978	4,32986	4,62154	2,96880	4,76431	1,99306	2,83847	1,83803	5,09569
2	Moyenne	26,6596	34,2766	28,8511	29,4468	24,4468	23,2979	22,3617	15,1702	10,9149	15,5745	45,7234
	N	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
	Ecart-type	4,40492	4,48525	3,34260	3,56803	3,91657	5,09012	3,66787	2,88413	3,24928	2,93217	5,94431
3	Moyenne	23,0000	17,5000	22,5000	39,5000	18,5000	23,0000	24,5000	18,5000	8,5000	16,0000	45,5000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Ecart-type	8,48528	4,94975	2,12132	,70711	3,53553	1,41421	2,12132	2,12132	2,12132	4,24264	6,36396
Total	Moyenne	28,2278	36,3671	30,2658	24,6772	26,4304	25,7785	21,3671	16,6835	10,3987	15,5696	40,5190
	N	158	158	158	158	158	158	158	158	158	158	158
	Ecart-type	3,71586	5,19107	3,54303	5,47754	4,68412	4,05947	4,49112	2,48842	2,96893	2,22713	6,37843

الفرضية:

Régression

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	4470,318	5	894,064	22,618	,000 ^b
Résidu	11858,417	300	39,528		
Total	16328,735	305			

a. Variable dépendante : الضغط

b. Valeurs prédites : (constantes), المقبولية, العصابية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح,

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح, الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الضغط

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,523 ^a	,274	,262	6,28713

a. Valeurs prédites : (constantes), العصابية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح, المقبولية

b. Variable dépendante : الضغط

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	35,260	5,658		6,232	,000
1					
الانبساطية	,149	,086	,087	1,734	,084
الضمير يقظة	,082	,084	,055	,976	,330
المقبولية	-,450	,114	-,226	-3,940	,000
العصابية	,550	,075	,417	7,368	,000
الخبرة على الانفتاح	-,036	,076	-,024	-,472	,637

a. Variable dépendante : الضغط

Statistiques des résidus^a

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	32,4599	52,7359	41,9706	3,82842	306
Résidu	-20,06299	18,69762	,00000	6,23539	306
Erreur Prévision	-2,484	2,812	,000	1,000	306
Erreur Résidu	-3,191	2,974	,000	,992	306

a. Variable dépendante : الضغط

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح, الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الضغط

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,583 ^a	,340	,317	6,55788

a. Valeurs prédites : (constantes), العصبانية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح, المقبولية

b. Variable dépendante : الضغط

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	3146,126	5	629,225	14,631	,000 ^b
1 Résidu	6106,814	142	43,006		
Total	9252,939	147			

a. Variable dépendante : الضغط

b. Valeurs prédites : (constantes), المقبولية, العصبانية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	37,654	8,784		4,287	,000
1 الانبساطية	,210	,117	,127	1,791	,075
1 الضمير يقظة	-,090	,144	-,052	-,624	,533
1 المقبولية	-,409	,189	-,192	-2,166	,032
1 العصبانية	,607	,118	,427	5,140	,000
1 الخبرة على الانفتاح	-,015	,112	-,009	-,133	,894

a. Variable dépendante : الضغط

Statistiques des résidus^a

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	32,7928	52,9696	43,5203	4,62625	148
Résidu	-21,01510	17,90379	,00000	6,44538	148
Erreur Prévision	-2,319	2,043	,000	1,000	148
Erreur Résidu	-3,205	2,730	,000	,983	148

a. Variable dépendante : الضغط

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير العصابية, المقبولية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الضغط

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,439 ^a	,193	,166	5,82375

a. Valeurs prédites : (constantes), المقبولية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح, العصابية

b. Variable dépendante : الضغط

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	1232,200	5	246,440	7,266	,000 ^b
	Résidu	5155,243	152	33,916		
	Total	6387,443	157			

a. Variable dépendante : الضغط

b. Valeurs prédites : (constantes), العصابية, المقبولية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	A	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	35,201	7,384		4,767	,000
	الانبساطية	,042	,131	,025	,322	,748
	الضمير يقظة	,161	,101	,131	1,599	,112
	المقبولية	-,334	,144	-,186	-2,316	,022
	العصابية	,442	,095	,379	4,660	,000
	الخبرة على الانفتاح	-,096	,102	-,070	-,941	,348

a. Variable dépendante : الضغط

Statistiques des résidus^a

	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart-type	N
Prévision	33,9601	48,4971	40,5190	2,80150	158
Résidu	-14,92279	14,27809	,00000	5,73027	158
Erreur Prévision	-2,341	2,848	,000	1,000	158
Erreur Résidu	-2,562	2,452	,000	,984	158

a. Variable dépendante : الضغط

الفرضية

النوع الثاني

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	السند عن البحث ا المشكل حل ا , الاجتماعي التقييم ا , التجنب ا الذات اتهام ا , الايجابي ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الضغط

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,222 ^a	,049	,018	6,32117

a. Valeurs prédites : (constantes), السند عن البحث ا , الاجتماعي , المشكل حل ا , التجنب ا , التقييم ا , الذات اتهام ا , الايجابي

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	313,955	5	62,791	1,571	,171 ^b
1 Résidu	6073,488	152	39,957		
Total	6387,443	157			

a. Variable dépendante : الضغط

b. Valeurs prédites : (constantes), السند عن البحث ا , الاجتماعي , المشكل حل ا , التجنب ا , التقييم ا , الذات اتهام ا , الايجابي

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	33,147	5,242		6,324	,000
المشکل حل ا	,032	,147	,020	,218	,827
التجنب ا	,332	,144	,234	2,305	,023
الإيجابي التقييم ا	-,095	,241	-,037	-,393	,695
الذات اتهام ا	-,164	,219	-,076	-,748	,456
الاجتماعي السند عن البحث ا	,176	,240	,061	,732	,465

a. Variable dépendante : الضغط

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,184 ^a	,034	,002	2,22493

a. Valeurs prédites : (constantes), المقبولة, الانبساطية, الضمير بقطة, الخبرة على الانفتاح, العصابية

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	26,288	5	5,258	1,062	,384 ^b
1 Résidu	752,446	152	4,950		
Total	778,734	157			

a. Variable dépendante : الاجتماعي السند عن البحث ا

b. Valeurs prédites : (constantes), العصابية, المقبولة, الانبساطية, الضمير بقطة, الخبرة على الانفتاح,

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
(Constante)	16,208	2,821		5,745	,000
الانبساطية	,067	,050	,112	1,342	,182
الضمير بقطة	-,009	,039	-,020	-,224	,823
المقبولة	-,077	,055	-,122	-1,393	,166
العصابية	-,029	,036	-,072	-,806	,421
الخبرة على الانفتاح	,031	,039	,065	,795	,428

a. Variable dépendante : الاجتماعي السند عن البحث ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانيساطية, الضمير العصابية, المقبولية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الذات اتهام ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,327 ^a	,107	,078	2,85103

a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانيساطية, المقبولية, العصابية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	148,371	5	29,674	3,651	,004 ^b
	Résidu	1235,509	152	8,128		
	Total	1383,880	157			

a. Variable dépendante : الذات اتهام ا

b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانيساطية, المقبولية, العصابية

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	A	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	13,025	3,615		3,603	,000
	الانيساطية	-,104	,064	-,130	-1,612	,109
	الضمير يقظة	-,070	,049	-,123	-1,420	,158
	المقبولية	-,069	,071	-,083	-,979	,329
	العصابية	,039	,046	,073	,847	,398
	الخبرة على الانفتاح	,150	,050	,237	3,016	,003

a. Variable dépendante : الذات اتهام ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الايجابي التقييم ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,219 ^a	,048	,017	2,46772

a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, المقبولية, العصابية

العصابية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	46,553	5	9,311	1,529	,184 ^b
	Résidu	925,625	152	6,090		
	Total	972,177	157			

a. Variable dépendante : الايجابي التقييم ا

b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, المقبولية, العصابية

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	12,761	3,129		4,078	,000
	الانبساطية	,044	,056	,065	,784	,434
	الضمير يقظة	,048	,043	,101	1,134	,259
	المقبولية	,046	,061	,065	,747	,456
	العصابية	-,036	,040	-,080	-,906	,367
	الخبرة على الانفتاح	,017	,043	,032	,390	,697

a. Variable dépendante : الايجابي التقييم ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير العصابية, المقبولية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : التجنب ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,483 ^a	,234	,208	3,99594

a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, المقبولية, العصابية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	739,641	5	147,928	9,264	,000 ^b
	Résidu	2427,067	152	15,968		
	Total	3166,709	157			

a. Variable dépendante : التجنب ا

b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, المقبولية, العصابية

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	21,270	5,067		4,198	,000
	الانبساطية	-,215	,090	-,178	-2,380	,019
	الضمير يقظة	-,011	,069	-,013	-,163	,871
	المقبولية	-,228	,099	-,180	-2,306	,022
	العصابية	,162	,065	,198	2,491	,014
	الخبرة على الانفتاح	,358	,070	,374	5,131	,000

a. Variable dépendante : التجنب ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير العصابية, المقبولية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : المشكل حل ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,422 ^a	,178	,151	3,74076

a. Valeurs prédites : (constantes), المقبولية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح, العصابية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	460,269	5	92,054	6,578	,000 ^b
	Résidu	2126,978	152	13,993		
	Total	2587,247	157			

a. Variable dépendante : المشكل حل ا

b. Valeurs prédites : (constantes), العصابية, المقبولية, الانبساطية, الضمير يقظة, الخبرة على الانفتاح

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	A	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	22,477	4,743		4,739	,000
	الانبساطية	-,010	,084	-,009	-,116	,907
	الضمير يقظة	,018	,065	,023	,273	,785
	المقبولية	,042	,093	,037	,456	,649
	العصابية	-,195	,061	-,264	-3,208	,002
	الخبرة على الانفتاح	,245	,065	,283	3,748	,000

a. Variable dépendante : المشكل حل ا

النوع الأول :

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	السند عن البحث ا الذات اتهام ا , الاجتماعي التجنب ا , المشكل حل ا الاجباري التقييم ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الضغط

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,347 ^a	,121	,090	7,56993

a. Valeurs prédites : (constantes), ا , المشكل حل ا , الذات اتهام ا , الاجتماعي السند عن البحث ا

الاجباري التقييم ا , التجنب

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	1115,802	5	223,160	3,894	,002 ^b
	Résidu	8137,137	142	57,304		
	Total	9252,939	147			

a. Variable dépendante : الضغط

b. Valeurs prédites : (constantes), ا , المشكل حل ا , الذات اتهام ا , الاجتماعي السند عن البحث ا , الاجباري التقييم ا , التجنب

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	A	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	44,124	5,628		7,840	,000
	المشكل حل ا	-,280	,192	-,146	-1,460	,147
	التجنب ا	-,335	,174	-,175	-1,922	,057
	الاجباري التقييم ا	-,093	,319	-,030	-,291	,772
	الذات اتهام ا	,982	,242	,359	4,065	,000
	الاجتماعي السند عن البحث ا	,312	,240	,107	1,303	,195

a. Variable dépendante : الضغط

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الاجتماعي السند عن البحث ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,503 ^a	,253	,227	2,38227

a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

ANOVA^a

Modèle	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1 Régression	273,363	5	54,673	9,634	,000 ^b
1 Résidu	805,880	142	5,675		
Total	1079,243	147			

a. Variable dépendante : الاجتماعي السند عن البحث ا

b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
	A	Erreur standard	Bêta		
1 (Constante)	4,524	3,191		1,418	,158
1 الانبساطية	,261	,043	,463	6,141	,000
1 الضمير يقظة	,062	,052	,104	1,181	,239
1 المقبولية	-,102	,069	-,140	-1,483	,140
1 العصابية	,039	,043	,081	,920	,359
1 الخبرة على الانفتاح	,103	,041	,192	2,528	,013

a. Variable dépendante : الاجتماعي السند عن البحث ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الذات اتهام ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,399 ^a	,159	,130	2,70180

a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	196,485	5	39,297	5,383	,000 ^b
	Résidu	1036,563	142	7,300		
	Total	1233,047	147			

a. Variable dépendante : الذات اتهام ا

b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	14,524	3,619		4,013	,000
	الانبساطية	-,122	,048	-,202	-2,526	,013
	الضمير يقظة	-,122	,059	-,193	-2,053	,042
	المقبولية	-,053	,078	-,068	-,684	,495
	العصابية	,070	,049	,135	1,445	,151
	الخبرة على الانفتاح	,114	,046	,199	2,464	,015

a. Variable dépendante : الذات اتهام ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b		Entrée

a. Variable dépendante : الإيجابي التقييم ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,352 ^a	,124	,093	2,43699

a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	119,428	5	23,886	4,022	,002 ^b
	Résidu	843,328	142	5,939		
	Total	962,757	147			

a. Variable dépendante : الإيجابي التقييم ا

b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	16,435	3,264		5,035	,000
	الانبساطية	-,016	,043	-,029	-,359	,720
	الضمير يقظة	-,076	,053	-,137	-1,426	,156
	المقبولية	,089	,070	,129	1,262	,209
	العصابية	-,104	,044	-,227	-2,369	,019
	الخبرة على الانفتاح	,090	,042	,178	2,159	,032

a. Variable dépendante : الإيجابي التقييم ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b	.	Entrée

a. Variable dépendante : التجنب ا

b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,147 ^a	,022	-,013	4,16691

a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	54,732	5	10,946	,630	,677 ^b
	Résidu	2465,565	142	17,363		
	Total	2520,297	147			

a. Variable dépendante : التجنب ا

b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		A	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	23,070	5,581		4,133	,000
	الانبساطية	-,110	,074	-,128	-1,485	,140
	الضمير يقظة	-,032	,091	-,036	-,355	,723
	المقبولية	,106	,120	,096	,887	,377
	العصابية	-,015	,075	-,020	-,200	,841
	الخبرة على الانفتاح	-,044	,071	-,054	-,624	,533

a. Variable dépendante : التجنب ا

Régression

Variables introduites/supprimées^a

Modèle	Variables introduites	Variables supprimées	Méthode
1	يقظة, الخبرة على الانفتاح الانبساطية, الضمير المقبولية, العصابية ^b		Entrée

- a. Variable dépendante : المشكلة حل ا
b. Toutes variables requises saisies.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,439 ^a	,193	,164	3,78797

- a. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	D	Sig.
1	Régression	486,156	5	97,231	6,776	,000 ^b
	Résidu	2037,520	142	14,349		
	Total	2523,676	147			

- a. Variable dépendante : المشكلة حل ا
b. Valeurs prédites : (constantes), الخبرة على الانفتاح, الضمير يقظة, الانبساطية, العصابية, المقبولية

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	
	A	Erreur standard	Bêta			
1	(Constante)	19,919	5,074		3,926	,000
	الانبساطية	-,043	,068	-,050	-,634	,527
	الضمير يقظة	,008	,083	,009	,102	,919
	المقبولية	,042	,109	,038	,387	,700
	العصابية	-,132	,068	-,178	-1,937	,055
	الخبرة على الانفتاح	,286	,065	,348	4,411	,000

- a. Variable dépendante : المشكلة حل ا