



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة مولود معمري تيزي وزو

Tasdawit n Mulud Meemmeri, Tizi-Uzzu

كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية

فرع علم النفس



مستوى كل من الذكاء الإنفعالي وتقبل المرض لدى

المرأة العاملة المصابة بالداء السكري

"دراسة عيادية ل (5) حالات في المستشفى الجامعي ندير محمد"

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

تخصص علم النفس الصحة

إشراف الدكتورة:

ا.د. نايت عبد السلام كريمة

من إعداد الطالبة:

شمال مريم

بلحوسين ليلى

السنة الجامعية: 2025/2024

الشكر والتقدير

بسم الله الرحمن الرحيم

قال الله تعالى: "رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والديا وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين"

لا يسعنا في نهاية هذه الدراسة إلى أن نشكر الله الذي أعاننا في إتمام هذا العمل المتواضع نتقدم بجزيل الشكر إلى أستاذتنا الدكتورة المشرفة "نايت عبد السلام" التي تكرمت بالموافقة على الإشراف على هذه الدراسة فكانت خير معين لنا وأحاطتنا بحسن الرعاية والاهتمام والمتابعة وما قدمته لنا من التشجيع والمساندة لإنجاز هذه المذكرة، فتركت أثرا طيبا وعميقا في قلوبنا.

والشكر موصول لأفراد عينة الدراسة لمشاركتهم في الإجابة على تساؤلات الدراسة ونقدر مجهودهم ولولا هم لما توصلنا لنتائج التي توصلنا إليه في دراستنا.

ونتوه بالشكر الكبير إلى كل الأساتذة قسم علوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة "مولود معمري" تامدة تيزي . وزو على كل ما قدموه من نصائح ومعلومات مفيدة.

ولكل من مد لنا يد العون والمساعدة في إظهار هذا العمل إلى حيز النور لكل هؤلاء نتقدم بخالص شكرنا وامتنانا وتقديرنا وندعو لهم بالصحة والعافية.

إهداء

لم تكن الرحلة قصيرة ولم يكن الحلم قريباً ولا كان الطريق محفوفاً بالتسهيلات لكنني فعلتها من بعد تعب ومشقة لوقت طويل ها أنا اليوم سأخرج بكل ما لدي من همّة ونشاط وبدخلي كل تقدير وإمتنان لكل شخص كان له الفضل في مسيرتي وقدم لي المساعدة ويد العون.

أشكر الله عز وجل أولاً وأخيراً له الحمد وله الفضل فالحمد لله عند البدء والختام.

إلى من هزت مهدي يمينها وحرسني فنامت عيني ولم تنم عيناها إلى من كان نجاحي من صنعها إليك " أمي ثم أمي ثم أمي الغالية".

إلى من إستندت عليه وترعرعت أمام عينيه وبين يديه إلى الدفء الذي شعرت به طيلة حياتي إلى الذي أرشدني إلى سبيل النجاح ولم ييخل علينا شيء " أبي الغالي " أطال الله عمره.

رحم الله عمتي الغالية التي غابت بجسدها وبقيت في قلبي وذاكرتي بدعائها وكلماتها المشجعة ومحبتها الصادقة.

اهدي لها هذا العمل المتواضع راجية من الله ان يتقبله صدقة جارية في ميزان حسناتها.

"ليلى"

إهداء

إلى من بلغ الرسالة وأدى الأمانة ونصح الأمة إلى نبي الرحمة ونور العالمين سيدنا محمد صلى الله

عليه وسلم"

إلى نفسي أولاً

إلى بنات أختي " نونا وياسمين".

إلى أخوتي الغاليين " أميرة، نسيمة".

إلى روح الطاهرة "جدي الغالي" الذي غادرنا جسدا وبقي حيا في قلبي، أهدي إليك هذا الإنجاز وأدعو الله أن يجعل قبرك روضة من رياض الجنة، وأن تصلك هذه الكلمات دعاء ووفاء لا ينقطع.

إلى الصديقة المفضلة عندي أعتبرها مثل أختي التي لم تلدها أمي "ياسمين".

إلى كل من سهر وبذل ولو مقدار ذرة في سبيل وصولي إلى هنا وإلى كل من ذكرهم قلبي ونسيهم

قلمي.

"مريم"

ملخص الدراسة:

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الذكاء الانفعالي وتقبل المرض لدى المرأة العاملة المصابة بداء السكري، وقد تكونت مجموعة الدراسة من (5) خمس حالات عيادية من النساء العاملات المصابات بداء السكري، وتم الحصول عليهم من المستشفى الجامعي "تدير محمد بالوا" تيزي . وزو .

وتم اختيارهن بطريقة قصدية حسب ما يناسب خصائص دراستنا.

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج العيادي، وتم استخدام الأدوات التالية: المقابلة العيادية نصف الموجهة، مقياس الذكاء الإنفعالي لعمر بن عبد الله مصطفى مغربو مقياس تقبل المرض لسليمان جريو .

توصلت النتائج الى أن مستوى الذكاء الانفعالي لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري يقدر بمستوى منخفض في معظم الحالات.

و أن مستوى تقبل المرض لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري يقدر بمستوى منخفض في معظم الحالات.

ومن خلال مناقشة النتائج على ضوء الإطار النظري واستنادا لمعطيات الحالات في المقابلة العيادية والمقاييس المطبقة يمكن القول إنه يظهر لدى النساء العاملات المصابات بداء السكر لكل الذكاء الإنفعالي وتقبل المرض أن معظم الحالات كانت ذات مستوى منخفض.

Study summary:

The title of our study is the level of emotional intelligence and disease acceptance in working women with diabetes, as this study aimed to know the level of emotional intelligence and disease acceptance in working women with diabetes, and the study group consisted of (5) five clinical cases of working women with diabetes, and then obtained them from the University Hospital "Nadir Mohamed Baloua" Tizi-Ouzou.

They were selected purposively to suit the characteristics of our study.

In this study, we relied on the clinical approach, and the following tools were used: the semi-directed clinical interview, the Emotional Intelligence Scale of Omar bin Abdullah Mustafa Maghribi, and the Illness Acceptance Scale of Suleiman Jeryu.

The level of emotional intelligence among working women with diabetes was estimated to be low in most cases.

The level of illness acceptance among working women with diabetes was estimated to be low in most cases.

By discussing the results in light of the theoretical framework and based on the data of the cases in the clinical interview and the applied measures, it can be said that working women with diabetes have a low level of emotional intelligence and acceptance of the disease.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	كلمة الشكر
	الإهداء
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	ملخص الدراسة باللغة العربية
	ملخص الدراسة باللغة الإنجليزية
1	مقدمة
	الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة
5	إشكالية الدراسة
8	فرضيات الدراسة
8	أهداف الدراسة
8	أسباب اختيار الموضوع
9	تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة
10	الدراسات السابقة
	الفصل الثاني: الذكاء الانفعالي
	تمهيد
18	تاريخ وتطور مفهوم الذكاء الانفعالي
29	مفهوم الذكاء الانفعالي
31	مكونات وأبعاد الذكاء الانفعالي
33	خصائص الذكاء الانفعالي

34	طبيعة الذكاء الانفعالي
34	نماذج عن نظريات الذكاء الانفعالي
54	أهمية الذكاء الانفعالي
56	خلاصة
الفصل الثالث: تقبل المرض	
	تمهيد
59	مفهوم تقبل المرض
60	مظاهر تقبل المرض وعدم تقبل
63	مكونات إدراك المرض
64	سيرورة ومراحل تقبل المرض
66	أهمية تقبل المرض
67	العوامل المؤثرة على تقبل المرض
70	خلاصة
الفصل الرابع: داء السكري	
72	تمهيد
73	لمحة تاريخية
74	تعريف داء السكري
75	أنواع داء السكري
78	أسباب داء السكري
81	أعراض داء السكري
84	تشخيص داء السكري
87	علاج داء السكري
89	الاضطرابات النفسية المصاحبة لداء السكري

91	خلاصة الفصل
	الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة
93	تمهيد
94	تعريف الدراسة الاستطلاعية
94	أهداف الدراسة الاستطلاعية
94	أهمية الدراسة الاستطلاعية
95	خطوات الدراسة الاستطلاعية
95	نتائج الدراسة الاستطلاعية
96	مكان وزمان إجراء الدراسة
97	عرض و مناقشة حالات الدراسة الاستطلاعية
105	نتائج الدراسة الاستطلاعية
106	الدراسة الأساسية
106	منهج الدراسة
107	مجموعة البحث
108	الحدود الزمانية و المكانية للدراسة
106	ادوات الدراسة
	خلاصة الفصل السادس: عرض و مناقشة نتائج الحالات
111	عرض و تحليل و مناقشة نتائج الحالات
130	استنتاج عام
131	خاتمة
133	قائمة المراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
97	خصائص مجتمع الدراسة الاستطلاعية.	.1
99	درجة الحالة 1 للدراسة الاستطلاعية على مقياس الذكاء الانفعالي.	.2
100	درجة الحالة 1 للدراسة الاستطلاعية على مقياس تقبل المرض.	.3
103	درجة الحالة 2 للدراسة الاستطلاعية على مقياس الذكاء الانفعالي.	.4
103	درجة الحالة 2 للدراسة الاستطلاعية على تقبل المرض.	.5
104	نتائج الدراسة الاستطلاعية.	.6
107	خصائص عينة الدراسة الأساسية.	.7
113	درجة الحالة 1 على مقياس الذكاء الانفعالي.	.8
114	درجة الحالة 1 على مقياس تقبل المرض.	.9
117	درجة الحالة 2 على مقياس الذكاء الانفعالي.	.10
117	درجة الحالة 2 على مقياس تقبل المرض.	.11
121	درجة الحالة 3 على مقياس الذكاء الانفعالي.	.12
122	درجة الحالة 3 على مقياس تقبل المرض.	.13
125	درجة الحالة 4 على مقياس الذكاء الانفعالي.	.14
126	درجة الحالة 4 على مقياس تقبل المرض.	.15
128	درجة الحالة 5 على مقياس الذكاء الانفعالي.	.16
128	درجة الحالة 5 على مقياس تقبل المرض.	.17
129	كل من مستوى الذكاء الانفعالي وتقبل المرض لدى الحالات الخمسة.	.18

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
37	1 نموذج الذكاء الانفعالي عند سالوني وماير.	.1
38	نموذج ماير وسالوفي لقدرات الذات	.2
40	النموذج الدائري للذكاء الانفعالي.	.3
47	النموذج الثالث للذكاء الانفعالي لجولمان.	.4

أصبحت الأمراض المزمنة من أبرز التحديات الصحية التي تواجه الأفراد والمجتمعات في العصر الحديث لما لها من تأثيرات طويلة المدى على الصحة البدنية والنفسية، فالأمراض المزمنة هي حالات صحية طويلة الأمد تتسم بالتطور البطيء والاستمرار لفترات طويلة، وغالبا ما تكون غير قابلة للشفاء التام. ومن بين أكثر هذه الأمراض شيوعا وانتشارا نجد داء السكري مثلا وهو من الأمراض المزمنة التي لا يقتصر تأثيراتها على الجانب العضوي فقط بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية لدى المصاب. وتزداد هذه التحديات النفسية تعقيدا عندما يتعلق الأمر بالمرأة لما لها من أدوار متعددة في المجتمع والأسرة.

ويعد كذلك الذكاء الانفعالي من المفاهيم الحديثة التي لها اهتمام واسع في مجال علم النفس، حيث يعكس قدرة الفرد على التعرف على مشاعره ومشاعر الآخرين وإدارتها بشكل فعال لتحقيق التوازن النفسي والاجتماعي، كما أنه من العوامل المؤثرة في تعزيز جودة الحياة خاصة لدى الفئات التي تواجه تحديات صحية مزمنة مثل النساء العاملات المصابات بداء السكري.

حيث أنه تواجه المرأة العاملة المصابة بداء السكري تحديات مزدوجة، فهي من جهة يتطلب منها المرض التكيف مع متطلبات الرعاية الصحية المستمرة ومن جهة أخرى يتوجب عليها التوفيق بين ضغوط العمل ومتطلبات الحياة الأسرية، في هذا السياق يصبح الذكاء الانفعالي عاملا محوريا يساعدها على مواجهة هذه الضغوط وتحقيق توازن أفضل بين حياتها الشخصية والمهنية.

كما أن تقبل المرض يعد مؤشرا أساسيا لقدرة الفرد على التكيف النفسي مع حالته الصحية بالنسبة للنساء المصابات بداء السكري، حيث أنه لا يقتصر فقط على التعامل مع الأعراض الجسدية للمرض، بل يشمل أيضا تقبل التغيرات التي يعرضها المرض على أنماط حياتهن

اليومية، مثل إتباع نظام غذائي معين أو الالتزام بأدوية محددة، ويسهم تقبل المرض في تعزيز قدرة الفرد على التكيف، وتقليل مشاعر القلق والإحباط، مما ينعكس إيجابيا على جودة حياتها.

بالنظر إلى المرأة العاملة يتداخل تأثير مستوى الذكاء الانفعالي مع مدى تقبلها للمرض في تشكيل قدرتها على التعامل مع ضغوط الحياة المختلفة. فالمرأة التي تتمتع بمستوى عال من الذكاء الانفعالي تكون أكثر قدرة على تنظيم مشاعرها وإدارتها. مما يمكنها من التفاعل بشكل أكثر إيجابية مع تحديات المرض، على النقيض فإن مستوى الذكاء الانفعالي قد يؤدي إلى زيادة مستويات الضغط النفسي وصعوبة التكيف مع المرض لذلك نهتم في دراستنا هذه بمعرفة مستوى الذكاء الانفعالي ومدى تقبل المرض لدى النساء العاملات المصابات بداء السكري، ليس فقط لفهم طبيعة العلاقة بين هذه المتغيرات بل أيضا من أجل تطوير برامج دعم نفسي واجتماعي يساهم في تحسين جودة حياتهن وتمكينهن من مواجهة تحديات المرض بفعالية.

ومن هذا المنطلق تم تقسيم دراستنا إلى قسمين جانب نظري وجانب تطبيقي حيث يشمل الجانب النظري على أربعة فصول:

الفصل الأول: كان عبارة عن طرح موضوع الدراسة من حيث تحديد الإشكالية، فرضيات وأهداف الدراسة، التعاريف الإجرائية والدراسات السابقة.

الفصل الثاني: تناولنا فيه موضوع الذكاء الانفعالي.

الفصل الثالث: تناولنا فيه موضوع تقبل المرض.

الفصل الرابع: تناولنا فيه موضوع داء السكري.

أما الجانب التطبيقي لهذه الدراسة تشمل:

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة.

الفصل السادس: عرض ومناقشة نتائج الدراسة.

الإطار التمهيدي

الفصل الأول

الإطار العام لإشكالية الدراسة

1. إشكالية الدراسة
2. فرضيات الدراسة
3. أهداف الدراسة
4. أسباب اختيار الموضوع
5. تحديد المفاهيم الإجرائية للدراسة
6. الدراسات السابقة

الإشكالية:

عرفت السنوات الأخيرة ارتفاع كبير في مستوى الإصابة بالأمراض المزمنة ومن بين أبرز هذه الأمراض الشائعة، نذكر داء السكري ويستمر مع المصاب لفترات زمنية طويلة فلا يمكن الشفاء منه في أغلب الأحيان. (مزيودي، 2013، ص 4)

ويعرف مرض السكري على أنه اضطراب في عملية التمثيل الغذائي، ويتسم بارتفاع نسبة الجلوكوز في الدم والمسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين المناسب. (المرزوقي، 2008، ص 22)

يغير هذا المرض حياة المريض ويسبب له العديد من التعقيدات سواء من ناحية العبء الاقتصادي والاجتماعي، كما أنه لا يقتصر هذا التأثير على هذه النواحي فقط، وإنما يشمل كذلك الحالة النفسية للفرد المصاب حيث يؤثر المرض بشكل سلبي على الحالة النفسية للمصاب والتي تعتبر المحور الأهم في حياة الإنسان المصاب وحالة إصابته، حيث أن تعرض الجسم للمخاطر والأمراض الجسدية تعرقل التوازن النفسي خاصة إذا كان هذا المرض من الأمراض المزمنة كمرض السكري. (مزيودي، 2019، ص 4)

ويعد الداء السكري من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا فوفقا للإحصائيات الإتحاد الدولي السكري لعام 2010 فإن 258 مليون شخص في العالم والذي تتراوح أعمارهم بين 20 و79 سنة مصابين بالداء السكري أي ما يقارب 6.6% من مجموع سكان العالم الذي يبلغ حوالي 7 مليارات نسمة ويتوقع أن يزداد هذا العدد بحلول عام 2030 ليصبح ما يقارب 438 مليون شخص لنفس الفئات العمرية أي بنسبة 7.8% من مجموع السكان المتوقع أن يكون حوالي 8.4 مليارات نسمة. (عليوة، 2014، ص 6)

ومن المتوقع أن تكون أكبر نسبة منهم نساء وخاصة النساء العاملات. (سرار، 2021) في فعاليات الاحتفال باليوم العلمي لمكافحة الداء السكري أمثال سيد وزير الصحة الأستاذ عبد الحق سايجي إلا أنه يوجد ما يقارب 4 ملايين مريض بالداء السكري في الجزائر.

(وزارة الصحة للجزائر) رغم العدد الهائل من الإصابات إلا أننا نجد العديد من الناس يستهينون بهذا المرض ويظنون أنه شيء سهل وبسيط لكن هو مرض معقد وله حقيقة مرادفها أنها إلى الآن غير قابل للشفاء وله مضاعفات خطيرة قد تسبب في إحداث أمراض أخرى وهذا ما جعل هذا المرض يعتبر من الأمراض الجسمية التي قد تكون لها تأثير على الحالة النفسية كالشعور بالاكتئاب والقلق واليأس. (سرار، 2021)

و حسب دراسة محمد جاسم محمد عبد الله محمد المرزوقي سنة 2008، إلى دراسة الأمراض النفسية و علاقتها بمرض العصر (السكر) في دول الإمارات العربية المتحدة و تكونت العينة من 119 مصاب بالسكري من النوع الثاني تم اختيارهم بطريقة ماثرة منهم 87 مواطنا 50 إناث و 37 ذكورا و 32 مواطنا منه 21 إناث و 11 ذكرا بينما تراوحت أعمارهم ما بين 30-70 سنة، و قد شملت أدوات الدراسة مقياس القلق (حالة- سمة) و مقياس بيك للاكتئاب و مقياس الضغط النفسي، و قد توصلت نتائج الدراسة إلى أن متغيرات الجنس و العمر و مدة الإصابة و المستوى التعليمي، لم يكن لهم أثر في تفسير نسبة التباين في مستوى السكر في الدم لدى مرض السكري من النوع الثاني.

كما أشارت الدراسات مثل دراسة حسن (2006)، عنوان الدراسة مرض السكري وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية، أهداف الدراسة الاستدلال على العلاقة بين مرض السكري وبعض العوامل النفسية نمط السلوك A الذي ينبئ بمرض الشريان التاجي للقلب والعصبية.

تكونت عينة الدراسة من 329 فرد منهم 122 من مرض السكري، 51 من النمط الأول، 71 من النمط الثاني من العيادات الخارجية لمرض السكري.

هذا المرض قد يحدث اختلالات على مستوى الذات وكذلك هذا المرض خطيرة ومضاعفات تؤدي بصاحبها إلى الوفاة.

نظرا للتحديات الصحية والنفسية المرتبطة بالمرض يعتبر الذكاء الانفعالي مهم بشكل خاص حيث أنه يشير إلى قدرة الفرد على التعرف على عواطفه وعواطف الآخرين وفهمها وإدارتها بفعالية.

ومنه الجانب المعرفي لدى الإنسان يساهم إيجابيا في العملية الانفعالية، لهذا فالمرضى الذين يتميزون بذكاء انفعالي عالي لديهم علاقة ناجحة ويتمتعون بصحة نفسية أفضل ويكونون أكثر قابلية للعلاج، كما نجد أن العوامل الشائعة المؤثرة في المرض هو مدى تقبل المرض. (سرار، 2021)

كما أن تقبل المريض لمرضه و إصابته يعد عنصر مهم في تطور حالته سواء سلبا أو إيجابا و له عدّة انعكاسات مصاحبة له، حيث أن تعرض الفرد للإصابة بالمرض بمثابة صدمة نفسية بالغة الأثر مما يؤثر على مدى تقبلهم للمرض، حيث أن الفرد الذي يتقبل مرضه يساهم بشكل كبير في عملية العلاج و الحالة النفسية له و العكس صحيح، خاصة عند النساء العاملات نظرا للمسؤوليات التي تحملها، و قد أسارت دراسة 2007، Lewkol etal، جاءت الدراسة تحت عنوان نوعية الحياة و علاقتها بدرجة قبول المرض لدى مرضى السكري مع أو بدون الاختلال الأعصاب المحيطة بالسكري.

اعتمد فيها الباحث على المنهج الوصفي كما استخدم أدوات الدراسة كالاستبيان تقبل المرض وآخر نوعية الحياة المرتبطة بالصحة (SF, 36V2) أيضا عملت الدراسة (59) من المرضى السكري.

وقد توصلت نتائج الدراسة على انخفاض في نوعية الحياة لدى مرضى مرض السكري تبعا لمستويات تقبل المرض، كما تعتبر مشاعر التبعية للعائلة والأصدقاء من العوامل التي تؤثر في تقبل المرض لدى المرضى، وتعتبر الحالة الصحية أسوأ لدى مرضى السكري الذين يعانون من اختلال الأعصاب المحيطة منها لدى المرضى دون مضاعفات. (جريو، 2019، ص 32)

غير انه يجب الإشارة إلى أن نسبة الذكاء الانفعالي ونسبة تقبل المرض تختلف من شخص لآخر ومن امرأة لأخرى وهذا ما قد ينعكس على حالتها.

ومن هنا نطرح التساؤل التالي:

- ما مستوى كل من الذكاء الانفعالي وتقبل المرض لدى المرأة العاملة المصابة بالداء

السكري؟

- الفرضيات:

- يكون مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرأة العاملة المصابة بداء السكري منخفض.

- يكون مستوى تقبل المرض لدى المرأة العاملة المصابة بداء السكري منخفض.

- أهداف الدراسة:

- التعرف على مستوى الذكاء الانفعالي لدى المرأة العاملة المصابة بداء السكري.

- التعرف على مستوى تقبل المرض لدى المرأة العاملة المصابة بداء السكري.

- أسباب اختيار الموضوع:

- محاولة الحصول على التحاليل والتفسيرات والنتائج المتعلقة بمرض داء السكري من

النساء العاملات بشأن بعض العوامل النفسية.

- تمكن الدراسات في هذا الموضوع في جهود علم الباحثان.

- كون هذا الموضوع، موضوع مهم ومثير للاهتمام.

- الميولات الشخصية للموضوع قيد الدراسة.

- مفاهيم الدراسة وتعريفها إجرائيا :
- **الذكاء الانفعالي لدى المرأة العاملة** : قدرة الفرد على القراءة الوجدانية أو قراءة مشاعر الآخرين، حتى يمكن تكوين علاقة إجتماعية طيبة، وذلك يتضمن الذكاء الانفعالي ضبط النفس والتحرك في نزاعاتنا ونزواتنا وهو قابل للتحكم والتعلم .
- ويعرف **الذكاء الإنفعالي إجرائيا بأنه**: الدرجة الكلية التي ستحصل عليها المفحوص على مقياس الذكاء الانفعالي المستخدم في الدراسة.
- **تعريف داء السكري لدى المرأة العاملة** : يعتبر السكري من الأمراض المزمنة المعقدة التي تعيب عدد كبير من الناس ومن أنواع السكري نذكر السكري النوع الثاني أو ما يسمى بالسكري الغير معتمد على الأنسولين والسكري لدى البالغين وهو أكثر شيوعا في منتصف أو متأخر العمر، يحدث بسبب إنخفاض كمية الأنسولين أو عدم فعاليته الطبيعية. مرض السكري يتم تشخيصه من طرف الأطباء.
- **تقبل المرض لدى المرأة العاملة** هو حالة نفسية يشعر فيها المريض بالرضا عن الذات رغم القيود التي يفرضها عليه دون أن يخل بنوعية حياته أو أداء أدواره الاجتماعية مع التفاعل الإيجابي للعلاج، ويمكن قياسه في هذه الدراسة من خلال مقياس تقبل المرض المستخدم في هذه الدراسة لاستخراج الدرجة الكلية التي يتحصل عليها المفحوص.

- الدراسات السابقة:

تشير الدراسات السابقة الى أهمية الذكاء الانفعالي كعامل نفسي مساعد في التكيف مع الامراض المزمنة، خاصة لدى المرأة العاملة المصابة بالداء السكري، التي تواجه ضغوطا مضاعفة بين متطلبات العمل والتعامل مع اعراض المرض، وقد أظهرت الأبحاث ان ارتفاع مستوى الذكاء الانفعالي يساعد المرأة على فهم مشاعرها والتحكم فيها، مما يساهم في تقبل المرض والتعايش معه بشكل أفضل، كما ان تقبل المرض والتعايش معه بشكل أفضل، كما ان تقبل المرض والتعايش معه بشكل أفضل، كما ان تقبل أمراض يرتبط بدرجة وعي المريضة بحالتها ومدى قدرتها على التكيف مع التغيرات الحياتية التي يفرضها السكري، وهو ما يؤكد عدد من الدراسات التي تناولت هذه العلاقة في سياقات مختلفة.

- دراسة حسن (2006) حول مرضى السكري وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية، أهداف الدراسة الاستدلال عن العلاقة عن مرض السكري وبعض العوامل النفسية نمط السلوك A الذي ينبئ بمرض الشريان التاجي للقلب والعصبية والغضب.

تكونت طبيعة الدراسة من 329 فرد منهم 122 من مرض السكري 53 من النمط الأول و 71 من النمط الثاني من العيادات الخارجية لمرض السكري.

- أدوات الدراسة: استخدمت الباحثة 4 مقاييس لجمع البيانات وهي نمط السلوك A العصبية، العدوان وحالة الغضب .

- دراسة مريامة حنصالي (2014) حول العلاقة بين الذكاء الانفعالي بأبعاد ودرجاته الكلية وبين إدارة الضغوط النفسية وسمتي الشخصية المناعية تكونت عينة الدراسة من الأساتذة الجامعيين الممارسين إدارية بجامعة محمد خضير بسكرة بالبالغة عددهم 140 حيث تم اختيارهم بطريقة قصدية للمو الجام (2013/2012):

كما اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي بأسلوب الارتباط والمقارنة .

واعتمدت في جمع بياناتها على مقياس الذكاء الانفعالي (عبد المنعم الدردير، 2002)، ومقياس الصلابة النفسية أسفرت الدراسة على النتائج التالية وجود علاقة إرتباطية موجبة ودالة إحصائية بين كل من إدارة الضغوط النفسية والصلابة النفسية والتوكيدين بالذكاء الانفعالي لدى الأساتذة الجامعيين الممارسين لمهام إدارية.

دراسة عبيد (2015) حول تجديد العوامل المؤثرة في مرض السكري استخدام طرائق

متعددة المتغيرات :

الباحث محمد بكري عبيد محمد في سنة 2015، تهدف لاستخلاص أهم العوامل المؤثرة في الإصابة بداء السكري، ومن ثم التمييز بين المصاب وغير المصاب، وذلك بالاعتماد على مختلف الأساليب الإحصائية التحليلية متعددة المتغيرات، ومن أهم النتائج التي تم التوصل إليها من خلال هذه الدراسة.

أظهرت الطريقة المركبات الرئيسية أن هناك أربعة عوامل الإصابة بالسكري والمتمثلة في أولاً العمر، المهنة، التدخين، الكحول والتغذية، ثانيا الرياضة، ثالثا ضغط الدم ومؤشر الكتلة الجسمية ورابعا درجة القرابة والمستوى التعليمي، كما أظهرت وجود ستة عوامل تمثل أهم مضاعفات السكري بداية من أمراض العيون حتى أمراض القلب.

بالإعتماد على التحليل العنقودي تم تصنيف عوامل الإصابة حسب أربعة عناوين بداية بالمهنة ثم العمر والعنقود الثالث يتضمن القرابة، التدخين، الكحول، الرياضة، ضغط الدم، المستوى التعليمي، والتغذية وكأخر عنقود مؤشر الكتلة الجسمية .

(Lewko J et al 2017): جاءت الدراسة تحت عنوان نوعية الحياة وعلاقتها بدرجة قبول المرضى في المرضى السكري مع أو بدون اعتلال الأعصاب المحيطة بالسكري اعتمد فيها الباحث على المنهج الوصفي كما استخدم أدوات الدراسة كاستبيان تقبل المرض وآخر نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، أيضا شملت الدراسة (59) من المرضى السكري.

وقد لخصت نتائج الدراسة على انخفاض من نوعية الحياة من مرضى السكري تبعا لمستويات تقبل المرض، كما تعتبر مشاعر التبعية للعائلة والأصدقاء ومن العوامل التي تؤثر في تقبل المرض لدى المرضى وتعتبر الحالة الصحية أسوأ لدى مرضى السكري الذين يعانون من اعتلال الأعصاب المحيطة منها لدى المرضى دون مضاعفات.

- دراسة سارة بوكري (2019) حول مستويات الإلتزام بالسلوك الصحي لدى مرض السكري :

تهدف الدراسة إلى الكشف عن مستوى الإلتزام بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، وكذلك التعرف على الفروق في المستويات الإلتزام بالسلوك الصحي حسب الجنس، السن، الوضعية الاجتماعية، مدة لإصابة، والمستوى التعليمي، أجريت الدراسة على عينة مكونة من 126 مريضا اختيروا بطريقة قصدية، وذلك باستخدام المنهج الوصفي الاستكشافي، ومقياس الإلتزام بالسلوك الصحي لـ:

شهرزاد نور 2013، وقد تمت المعالجة الإحصائية باستخدام SPSS V24 توصلت نتائج الدراسة إلى وجود مستوى معتدل من الإلتزام بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري، كما أنه لا توجد فروق في الإلتزام بالسلوك الصحي باختلاف الجنس، السن، الوضعية الاجتماعية، مدة الإصابة، وكذا المستوى التعليمي. (سارة بوكري، 2019، ص 2)

- دراسة عائشة سرار جامعة غرداية الجزائر السنة:2022

هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن العلاقة الموجودة بين تقبل المرض والذكاء الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري النمط الثاني وكذا الكشف عن مستوى الذكاء الإنفعالي وتقبل المرضى عند أفراد العينة، حيث تم استخدام المنهج الوصفي الإرتباطي وإعتمدت الباحثة على الأدوات التالية: استبيان الذكاء الانفعالي واستبيان تقبل المرض، أين تم تطبيقها على عينة اشتملت 30 مريض بالسكري من النمط الثاني وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

- عدم وجود علاقة إرتباطية بين تقبل المرض والذكاء الانفعالي لدى مرضى السكري تعزى لمتغير السن.

- عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الذكاء الانفعالي لدى مرضى السكري. .

- التعقيب على الدراسات السابقة:

من حيث العينة :

ركزت دراسة Lewko –J.etal (2017) على مجموعة المرضى المصابين بالداء السكري، أما دراسة مريامة حنصالي 2014 قامت بدراستها على عينة من الأساتذة الجامعين، أما دراسة سارة بوكري 2019 على مستويات الإلتزام بالسلوك الصحي لدى مرض السكري، أما دراسة عائشة سرار 2022، الكشف عن العلاقة الموجودة بين تقبل المرضى والذكاء الانفعالي لدى عينة من مرض السكري النوع الثاني، أما دراسة حسن 2006، عنوان الدراسة مرض السكري وعلاقته ببعض العوامل النفسية والسمات الشخصية، أما دراسة عبيد (2015) تحديد العوامل المؤثرة في مرض السكري باستخدام طرائق متعددة المتغيرات.

من حيث النتائج: تختلف نتائج باختلاف أهدافها وباختلاف نوع الدراسة وأدواتها .

توصلت دراسة (Lewko –J. etal 2017) إلى انخفاض نوعية الحياة من مرضى السكري تبعاً لمستويات تقبل المرض، أما دراسة مريامة حنصالي 2014 توصلت إلى وجود علاقة إرتباطية موجبة ودالة إحصائية بين كل من إدارة الضغوط النفسية والصلابة النفسية والتوكدين بالذكاء الانفعالي لدى الأساتذة الجامعيين.

أما دراسة سارة بوكري 2019 توصلت على وجود مستوى معتدل من الإلتزام بالسلوك المعنى لدى مرضى السكري، كما أنه لا توجد فروق في الإلتزام بالسلوك الصحي باختلاف الجنس، السن، الوضعية الاجتماعية، مدة الإصابة، وكذا المستوى التعليمي، أظهرت دراسة حسن (2006) أن مرضى السكري يعانون من القلق والإكتئاب، وترتبط إصابتهم بسمات مثل

الانطواء، ويؤثر الدعم النفسي في تقبلهم للمرض، أظهرت دراسة عائشة سرار 2022 أن
تقبل المرض لدى مرضى السكري يرتبط بالذكاء الإنفعالي والدعم النفسي .

الإطار النظري

الفصل الثاني

الذكاء الانفعالي

تمهيد

1. تاريخ وتطور مفهوم الذكاء الانفعالي

2. مفهوم الذكاء الانفعالي

3. مكونات وأبعاد الذكاء الانفعالي

4. خصائص الذكاء الانفعالي

5. طبيعة الذكاء الانفعالي

6. نماذج عن نظريات الذكاء الانفعالي

7. أهمية الذكاء الانفعالي

خلاصة

تمهيد:

يعد الذكاء الانفعالي من بين المهارات التي يستخدمها الفرد في حياته اليومية، لتحقيق التوافق النفسي والتوافق مع الغير، وفهم مشاعرهم وظروفهم وتفهمها، وللذكاء الإنفعالي مصطلحات أخرى تطلق عليه، وهي الذكاء الوجداني والذكاء العاطفي وذكاء المشاعر وكل هذه المفاهيم تصب في معنى الذكاء الانفعالي.

الجزور التاريخية للذكاء الانفعالي:

- نظرة تاريخية:

لقد مضت سنوات قليل على دخول موضوع الذكاء الانفعالي ضمن الأدب النفسي و ظهر إبداع حديث أكثر انتشارا في مجلة الأعمال الشعبية و كذلك في أدب العمل الأكاديمي و في الحقيقة تم سرحه و بمستوى رفيع في نشرة إدارة الأعمال الأكاديمية لهي (Huy, 1999) و نشرة هارفارد للأعمال لكولمان (Goleman, 19) و شبكة اتصال العالمية Entrant لمعرفة كيف يتعامل الباحثون و كيفية ربطه ببعض المتغيرات، و على الرغم من هذا النسب الذي هو إثبات و قوة سائدة كلية غير مجزأة لقياس الذكاء الانفعالي على المستوى الشعبي، أصبح الذكاء الانفعالي يلعب دور المفتاح في مكان العمل.

إن تاريخ الشرائع الملكية القديمة عبارات تفيض حبا للناس و عطفًا وإحساسًا مسؤولًا كما يجدر أن يقدمه لهم من الخير كتلك العبارات التي أختتم بها حمورابي شريعته، فهو يدعوا الناس في زمانه والأجيال القادمة ليعرفوا الخير ويتعلموا كيف ينشروه ويقدموه عن حب وتعاطف فلا يظلم أحد حقًا وأنانية، وتلك هي النظرة الكلية للإرادة الأخلاقية البابلية في شريعة حمورابي.

لقد اهتم الإنسان في مراحل تاريخه بملاحظة الفروق الفردية بين الأفراد و وصفها هذه الفروق التي تتجلى في تصورنا عن عالمنا الشخصي و خيالاتنا الذاتية و مساعرتنا الخاصة و دوافعنا و انفعالاتنا و قيمنا و معتقداتنا و أفكارنا و آرائنا و مثلنا العليا، إن هذا الاهتمام ولد لدى الفلاسفة القدماء الرغبة في دراسة النفس الإنسانية للتعرف على أسباب هذه الفروق و أثرها، و لاسيما سقراط الذي ينادي بالرحمة و التعاطف لكل ذي روح، و أما أفلاطون فيرى إن التربية تعني الفضيلة التي تنمي العواطف و العادات الحسنة و هما العمل اليدوي الأول الذي يقدم على كل تعليم، و قد ميز أفلاطون قديما قوى العقل إلى ثلاثة مظاهر رئيسية هي الإدراك للناحية المعرفية، و الانفعال للناحية العاطفية، و النزوع للأداء و

الفعل، و يرى بيرت Burt أن مفاهيم أفلاطون يمكن التعبير عنها بلغة علم النفس الحديث بالنواحي العقلية Intellectuel و الانفعالية Emotionnel و الخلقية Moral، كما يمكن أن تستخدم ألفاظ المعرفة Cognition و الوجدان Affection و النزوع Conation، أما أرسطو فإنه يقسم قوى العقل إلى مظهرين رئيسين، الأول عقلي معرفي، و الثاني انفعالي مزاجي حركي دينامي، و تحدث عن الانفعالات و حصرها في مستوى الاجتماعي، و الميل للقيام بالسلوك، و تمييز الاستثارة الجسمية.

ويذكر أرسطو دعوته إلى إدارة الحياة الانفعالية بذكاء، فالانفعالات إذا ما مارست ممارسة جيدة ستحوز بالحكمة، والانفعالات هي التي تقود إلى التفكير والقيم، فالمشكلة عند أرسطو ليس في حالة الانفعال وإنما في سلامة الانفعال وكيفية التعبير عنه وهي التي بدورها تؤدي إلى التحضر والاهتمام والتعاطف على حياة المجتمع.

أما ديكارت فيرى إلى إن وظيفة العقل التفكير والشعور، فالتفكير في نظره ما ينطوي تحت النشاط الشعوري من الناحية العقلية، ونقصد بالشعور ما يجده الفرد في نفسه من أحوال السرور والألم أو الرضا والسخط أو الميول والرغبات، وبذلك فإن ديكارت قد أفاد علم النفس كثيرا حين وجه الاهتمام بدراسة الشعور بدلا من العقل، فأصبح علم النفس هو علم الشعور.

أما شارلز دارون Charles Darwin فيبحث مبكرا في الجوانب الوجدانية غير المعرفية وتعرض لهذا الموضوع منذ عام 1938 حيث تعرض لموضوع "التعبير الوجداني" العاطفي الذي يلعب دورا هاما في السلوك التوافقي الذي يظل بديهية حقيقية و هامة للذكاء الانفعالي حتى الآن.

إن جذور الذكاء الانفعالي ترجع إلى القرن الثامن عشر، حيث كانت النظرة إلى العقل والحياة النفسية للفرد تقسم إلى ثلاثة أقسام هي:

1- المعرفة: **Cognition** تشتمل على وظائف الذاكرة والتفكير ومختلف العمليات المعرفية.

2- العاطفة أو الوجدان: **Affection** تشتمل على الانفعالات والنواحي المزاجية والحدس ومختلف المشاعر مثل الفرح والسرور والغضب والإحباط والخوف.

3- الدافعية: **Motivation** تشتمل على الدوافع البيولوجية والمكتسبة والغايات والأهداف التي يسعى الفرد إلى تحقيقها ومقاصده من سلوكيات.

أما ويليام جيمس 1890 فيرى إن الشعور أو الوعي بالذات، هو في جوهره خبرة اجتماعية، وهذا يتفق مع حكمة سقراط "أعرف نفسك" والتي تعد حجر الزاوية في الذكاء الانفعالي الذي يكون جانبا مهما في الذكاء الشخصي، وتعني الحكمة وعي الإنسان بمشاعره وقت حدوثها، أي إن الوعي بالذات كموضوع نفسي اجتماعي يتعلق بإدراك الفرد بأن له تأثير على الآخرين وللآخرين تأثير عليه، وفي عام 1892 ذكر جيمس في كتابه دروس مختصرة في علم النفس تعريفا اعتبر قياسيا حين قال: خير تعريف لعلم النفس هو وصف حالات الشعور وتفسيرها بحد ذاتها.

أما فونت Wundt (1832- 1920) فيسير إلى أن علم النفس هو تأمل الفرد لما يجري في داخله من خبرات حسية أو عقلية، وأن على علم النفس أن يبحث فيما نسميه بالخبرة الداخلية، وتعني الإحساس والمشاعر والأفكار، وذلك تمييزا لها عن الخبرة الخارجية التي تكون موضوع العلوم الطبيعية.

أما ماكدوجل (McDougall, 1908) فقد بذل جهدا في بيان المنابع الغريزية الممكنة لعواطف الحياة الراشدة وأوضاعها، وذكر إن العواطف تتكون عند الطفل نحو الناس كأبيه وأمه أي نحو مدرسته وناديه مبكرا، وأن هذه العواطف تنثر في نفسه انفعالات مختلفة، كما يتكون عند الإنسان عاطفة نحو نفسه يعلق ماكدوجل لأهمية كبرى في ضبط النفس والأخلاق والإنتاج وهذه العاطفة مبنية بصورة رئيسة على غريزتي إثبات الذات والخضوع.

لكن البداية الحقيقية للذكاء الانفعالي تعود إلى حركة اختبارات من قبل ثورندايك (Thorndik) 1925). إذ أشار في بحثه إلى أن الذكاء يتكون من مجموعة من العناصر المنفصلة، فكل أداء عقلي عبارة عن عنصر منفصل عن بقية العناصر الأخرى، ولكن يشترك مع كثير من العناصر في بعض المظاهر، وحددها بثلاث عناصر هي الذكاء المجرد والذكاء الميكانيكي والذكاء الاجتماعي، وقد قدم هذه الفكرة في مجلة Harpers Magazine، وقد فسر السلوكيون الذكاء في ذلك الوقت بأنه القدرة على جعل الآخرين يتصرفون وفقاً لما يريده الشخص.

أما سيبرمان (Speama, 1927) فقد تنبه إلى ما أسماه قانون إدراك الخبرة و يقصد به أن كل خبرة تتم ممارستها تميل إلى أن تستدعي معرفة مباشرة بخصائصها، و الخبرة هي كل ما ينتقل إلى الإنسان عن طريق الحواس و جميع الحالات الوجدانية و العمليات المعرفية و بالتالي هذه المفهوم قريب الشبه من مفهوم الذكاء الشخصي، يضاف إلى ذلك اقتراح سيبرمان الذي يعد من ضمن أنواع العلاقات العشرة التي تكون هذا القانون و هو ما يسميه العلاقات النفسية و يقصد بها لإدراك أفكار و مشاعر الآخرين و الحكم عليها، و هو قريب من مفهوم الذكاء الاجتماعي، أما دراسات كاتل 1933 فقد برهنت على وجود ارتباط قوي بين مقاييس الشخصية بالمعنى الوجداني و المعرفي.

وأما ديفيد ويكسلر (Wechsler, 1940) فعرف الذكاء بالقدرة الكلية لدى الفرد على التصرف الهادف والتفكير المنطقي والتعامل المجدي مع البيئة، وأكد في عام 1943 بضرورة الاهتمام بالقدرات الانفعالية لتنبؤ قدرة أي شخص على النجاح في الحياة، وقد انقطع حبل التفكير والبحث حول هذه المسألة ولم يطرأ أي تعديل أو دراسة حتى قام هوارد جاردر (Howard Gardner, 1985) بالحديث عما أسماه "الذكاء المتعدد".

وظهرت مفاهيم لها علاقة بالذكاء الاجتماعي كالاستبصار واستنتاج شابن (Chapin, 1942) إن المشاركة الاجتماعية في المجتمع تمثل مقياس أوليا للذكاء الاجتماعي وقدم الاستبصار الاجتماعي ليمثل الفهم للذكاء الاجتماعي الانفعالي. أما ويديك (Wedek, 1947) في دراستها للقدرات النفسية فوجدت أن إدراك الأشخاص الآخرين يتطلب من الشخص المدرك أن يتوافر له قدر كاف من الاستبصار بدوافعه ومشاعره وبرغم اهتماما بالذكاء الشخصي إلا إنها لم تبذل جهدا في دراستها لقياسه أو تقديره.

ثم قام ليبير (Leeper, 1948) بتقديم مفهوم التفكير الانفعالي كجزء من التفكير المنطقي، ومن الذكاء بشكل عام.

وفي عام 1950 درس بياجيه (Pegett, 1950) الذكاء الاجتماعي من الجانب التطوري وليس من جانب الفروق الفردية، وقد استعمل تعليمات لمقارنة المفاهيم الأخلاقية للأطفال ومقترحاتهم لبعض القصص ذات المشكلات الأخلاقية.

و قد أوضح جيلفورد (Guilford, 1959) في كتابه (ثلاثة أوجه للذكاء) قدرات المحتوى السلوكي Behavioral Content في نموذج التكوين العقلي المتمثلة بالاستدلال من ظواهر السلوك على قدرات الفرد في استقبال و تفسير أفكار و مشاعر و مواقف الآخرين في التفاعلات الاجتماعية (الذكاء الاجتماعي)، و في تعديله لنموذجه أسار جيلفورد على المحتوى السلوكي (كمعلومات غير لفظية)، التي تشمل التفاعل الاجتماعي (الوعي بمشاعر الآخرين و الوعي بمشاعرنا)، و لكنه ركز على الجزء الأول و هو ما يتصل بإدراك الآخرين و هو جوهر الذكاء الانفعالي، و أهمل الجزء الآخر و هو جوهر الذكاء الشخصي. وفي عام 1960 صدر كتاب هام عن الذكاء ومقاييسه وصور مفهوم الذكاء الاجتماعي بأنه لا فائدة منه.

وأشار ونستن (Weinstn, 1969) إلى مصطلح كفايات الاتصال الاجتماعي الذي مثل تطور مفهوم الذكاء الاجتماعي من خلال الاهتمام بالعملية التفاعلية بين الأفراد وقدر ركن على اتخاذ أدوار الآخرين في ضوء القدرة على توقع سلوكهم.

وعرض كرونباخ (Cronbach, 1963) إلى ما يسمى الأداء المميز للفرد Typical Performance، الذي أشار إلى أهمية السلوك الاجتماعي في الأداء.

وتوصل تومسون (Thomson, 1971) إلى أن الذكاء يرتبط بالأخلاق ارتباطاً موجباً وأن أعلى الصفات الخلقية ترتبط إيجابياً بالذكاء وهي ضبط النفس والقدرة على الاحتمال وإن هذا الارتباط الموجب لا يحول دون وجود فروق فردية تظهر لدى بعض المجرمين الذين قد يصل ذكائهم إلى مستوى العبقرية، أو بعض الحالات لدى الأفراد الذين قد يهبط ذكائهم إلى المستوى المتوسط أو الأقل من المتوسط ولا يعني هذا الارتباط أن العلاقة بين الذكاء والأخلاق سببية.

وتوصل بلين وواتسون وموتران (Balbin et Mottran, 1976) إلى نتيجة مفادها أن المجموعات ذات الذكاء العقلي العالي لم تكن أعلى أداءً الذي دفعهم إلى تقديم نموذج شهير عن أدوار فريق العمل.

كما قدم وارديل ورويس (Wardeel et Royce, 1978) تصوراً نظرياً مبنياً على نتائج الدراسات في هذا المجال، يؤكد على وجود علاقات قوية وارتباطات بين النظام الانفعالي والنظام المعرفي، ويظهر تأثيرها على الشخصية الإنسانية في تكاملها ونظرتها وتعاملاتها مع العالم مما يضيف عليها وحدة كلية منظمة ومتميزة.

أما في عام 1979 فقد بحث جاردنر مع مجموعة من الباحثين موضوع الذكاء المتعدد الأبعاد بهدف استقصاء الإمكانيات الذهنية والبشرية الكامنة.

وفي عام 1980 أشار بوزان Buzan إلى أنموذج يصور العلاقة بين الجانب العقلي والانفعالي داخل الفرد، حيث يظهر هذا التكامل ويتبلور من خلال الذكاء الانفعالي والذي يعبر عن نفسه في صور سلوكية متعددة.

وفي عام 1983 صدر كتاب لهورارد جارنر Howard Gardner بعنوان أطر العقل (Frames of Mind) ذكر فيه إن العصر الذهبي لاختبارات الذكاء بدأ خلال الحرب العالمية الأولى حيث اخضع مليونان من الأمريكيين لاختبارات الذكاء التحريرية من أجل تصنيفهم ، ثم نمت وتطورت على يد عالم النفس (Lewis Terman) من جامعة ستانفورد ولقد استنتج إن مقياس ستانفورد (بينيه للذكاء لا يتنبأ بإنجاز ناجح أو نشاط دائم وفاعل في العمل الوظيفي، وذكر إن نجاح الفرد في الحياة لا يقرره نوع واحد من الذكاء بشكل حاسم، وإنما هناك قطاع واسع من أنواع الذكاء المتعدد وليس كما كان يعتقد فيما مضى بوجود نوع واحد من الذكاء يتحكم في جميع مجالات الحياة، وأخيرا أعلن فيه نظرية الذكاء المتعدد الأبعاد الذي يرى فيه إن العقل البشري يمكن أن يوصف بشكل أفضل من خلال مجموعة محددة من القدرات والمواهب الذهنية تتألف من سبعة أبعاد رئيسة اسمها ذكاءات، وقد أشار بالتحديد إلى نوعين من الذكاء يتقاطعان مع ما يسمى بالذكاء الانفعالي وهما الذكاء الوجداني والذكاء الشخصي.

وفي عام 1985 أوضح جارنر (Howard Gardner, 1985) في كتابه الذكاءات المتعددة إن فهم الإنسان لنفسه وللآخرين وقدرته على استلام وتوظيف هذا الفهم يعد أحد نماذج الذكاء.

ويعد باينز (Paynes, 1985) أول من استخدم مصطلح الذكاء الانفعالي في أطروحة الدكتوراه التي قدمها عن نمو الذكاء الانفعالي (study of emotion Developing emotional intelligence) ولم ينتبه له أحد في ذلك الوقت.

وفي عام 1985 جاءت النظرية السياقية Contextuel theory لستيرنبرج (Sternberg, 1985)، التي انتقد فيها الاتجاه التقليدي الذي حصر الذكاء بمجموعة من النشاطات التحليلية في السياق الأكاديمي، ورأى أنه من غير المعقول أن يتم استخدام الاختبارات العقلية المشبعة بالمواقف الأكاديمية للتنبؤ بأداء الأفراد في المجالات المهنية والاجتماعية، لذا طالب بتوسيع مفهوم الذكاء ليشمل الحياة اليومية للفرد، وفي العام نفسه (1990) قدم لنا بار أون (Bar-on, 1985) مصطلح معامل الانفعالية Emotionally Quotient، الذي يعد بمثابة بداية لظهور نظرية الذكاء الانفعالي، وشهد عام (1990) الميلاد الحقيقي للذكاء الانفعالي بوصفها نظرية قابلة للبحث والدراسة في علم النفس بمجموعة من المقالات التي قدمها جون ماير John Mayer أستاذ علم النفس بالجامعة الأمريكية وبيتر سالو في Peter lovey أستاذ علم النفس بجامعة بيل الأمريكية، وكل ما كتب عن الذكاء الانفعالي قبل ذلك كان مجرد إرهابات. وتوصلت دراسات روبرت ستيرنبرج (1985) (Sternberg.) إلى أن الذكاء يتكون من ثلاثة جوانب هي الجانب المكوناتي الذي يدل على التفكير التحليلي والجانب الخبراتي المرتبط بالتفكير الإبداعي والجانب السياقي المتضمن الشخص البارح في العلاقات الاجتماعية، وحدد مفهوم الذكاء الاجتماعي في كتابه "ما بعد الذكاء"؛ بأنه مستقل عن القدرات الأكاديمية وأنه مفتاح أساسي للأداء الناجح في الحياة.

وأما في عام 1986 وصف ليفين Levine الذكاء الانفعالي بتصرف الفرد وفقا للمعايير الأخلاقية في المجتمع الذي يعيش فيه، لأنه إذا تصرف الفرد خلافا لما فيه من عادات وتقاليده اكتسب عداوة من يعيش معهم وأثار بذلك استيائهم. كما قدم جرينسبان في عام 1989 نموذج لتعلم الذكاء الانفعالي في ضوء نظرية بياجيه للنمو المعرفي ونظريات التحليل النفسي والتعلم الانفعالي، وفي هذا النموذج عرض جرينسبان مستويات الذكاء الانفعالي:

- التعلم الجسدي Somatic Learning وفيه يتعلم الطفل الانفعالات المرتبطة بالحاجات الجسمية.

- التعلم بالنتائج Conséquence Learning وفيه يتعلم الطفل الأفكار والمعاني.

- التعلم التركيبي التمثيلي Représentationnel Structural ويحدث فيه أعلى درجات تعلم الأفكار والمعاني والانفعالات.

وفي عام 1989 ارتبطت محاولات جاردنر وهاتش Gardner et Hatch لتفسير الذكاء الشخصي بشكل كبير بما نسميه ما وراء المعرفة أكثر من ارتباطها بالبحث عن القدرات الوجدانية، وقد وضعت نماذج لتحليل وفهم الذكاء الانفعالي، ولكنها أعطت أوجه مختلفة عن طبيعة الذكاء الانفعالي.

وفي عام 1990 تم نشر مقالين لاثنتين من الأساتذة الاكاديميين في إحدى الجامعات الأمريكية وهما جون ماير وبيتر سالوني (Mayer et Saloney,1990) في محاولتهما لتطوير طريقة القياس العلمي في تقدير المشاعر الانفعالية المختلفة للأشخاص، وقد وجدا إن بعض الأشخاص كانوا أفضل من غيرهم في تعريفهم لمشاعرهم الخاصة ومشاعر الآخرين وفي حل المشكلات المتعلقة بالقضايا الانفعالية وقد وضعوا اختبارا لقياس الذكاء الانفعالي، أطلقا عليه نكاؤنا الانفعالي (القيسي، 2009) وقدموا نموذجا للذكاء الانفعالي في كتابهما (الخيال المعرفة الشخصية Imagination, Cognitions Personality) متأثرين بكتاب جاردنر وقد استخدموا مصطلح الذكاء الانفعالي Emotional Intelligence لأول مرة، وأرادا أن يميزا بين القدرات المتدرجة تحت الذكاء الانفعالي وبين السمات الاجتماعية ولا بد من الإشارة إلى أنهما كانا على دراية تامة بما سبق من عناصر الذكاء غير المعرفي، وقد وصفا الذكاء الانفعالي بأنه نوع من أنواع الذكاء الاجتماعي مرتبط بالقدرة على مراقبة الفرد لانفعالاته وانفعالات الآخرين والتمييز بينهما واستخدام المعلومات في توجيهه وضبط تفكيره وانفعالاته.

وفي أوائل التسعينيات من القرن العشرين وتحديدًا في عام 1990 لمع اسم دانيال جولمان Daniel Goldman لجعل مصطلح الذكاء الانفعالي معروفًا وليس حكرًا على المؤسسات الأكاديمية المتخصصة نظرًا لتوجهه بكتابه إلى وسائل الإعلام المختلفة، وقد بدأ في عام 1994 التخطيط لكتابة مؤلف بعنوان التور الانفعالي Emotional Literacy ولكي ينجز هذا الكتاب قام بزيارات متعددة للمدارس للوقوف على البرامج التي تستخدم في التربية وقد قرأ الكثير مما كتب في مجال الانفعالات إلى أن قرأ آل ماير وسالوفي، وأصبح على دراية تامة بأعمال سالوفي وماير مما دفعه إلى تغيير عنوان كتابه من الأمية الانفعالية إلى الذكاء الانفعالي، وحاول فيه أن يعرف الذكاء الانفعالي على شكل مجموعة من القدرات تتمثل في معرفة الانفعالات والدافعية وإدراك مشاعر الآخرين وإدارة العلاقات مع الآخرين، وقد بنى جولمان على افتراضات هذا التعريف العديد من الاستراتيجيات العصف الذهني وتركيز الانتباه والترفيه عن النفس والثقة بالنفس والابتسام والوعي بالذات والبحث عن شيء حسن وتفريغ الطاقة وتفسير المشكلة بشكل أفضل والتوقعات الايجابية وضبط النفس وإراحتها وتكرار الإستراتيجية التي حققت حلولًا ناجحة وطلب العون من الله سبحانه وتعالى.

وقام جاك بلوك في العام نفسه في جامعة كاليفورنيا بدراسة المتغيرات الشخصية المرتبطة بالذكاء مستقلاً عن الذكاء الانفعالي والذكاء الانفعالي مستقلاً عن الذكاء المعرفي وتوصل إلى أن ذوي الذكاء المرتفع مستقلاً عن الذكاء الانفعالي كانوا أكثر تميزًا في الجوانب العقلية وأقل تميزًا في الجوانب الشخصية، أما المتميزون في الذكاء الانفعالي مستقلاً عن الذكاء المعرفي فكانوا أكثر تميزًا في الجوانب الاجتماعية ولديهم اتجاهات ايجابية نحو أنفسهم ونحو الآخرين.

أوضح ستوك 1996 إن الوصول إلى قمة الأداء ينبع من الاهتمام بالعوامل الداخلية والخارجية لدى الأفراد ومن أبرز العوامل الداخلية القدرة الوجدانية، لان الوجدان

يؤثر في طاقتنا البدنية والعقلية فعواطفنا معنا طوال الوقت ومن المستحيل أن تتركها عند الباب، ثم تأخذها مرة ثانية عند العودة للمنزل.

وأما ماير وجيهر (Mayer et Geher, 1996) فقسما الذكاء إلى ثلاثة أنواع من الذكاءات (معرفي وانفعالي ودفاعي) وهذه الأنواع مرتبطة مع بعضها بدرجة ما ومن هنا كان الذكاء الانفعالي هو أساس التنمية الاجتماعية والمعرفية للطفل. وفي عام 1998 نظم كولمان (25) مهارة في كتابه العمل مع الذكاء الانفعالي (Working With Emotional Intelligence) إذ لاحظ إن صانعي النجوم والشهرة يتجهون في عالم العمل لامتلاك (5) فئات لإكمال الشخصية وهي تنظيم الذات Self-Regulation والوعي الذاتي Self-Awareness والدافعية Motivation والتعاطف Empathy والمهارات الاجتماعية Social Skills.

وفي عام 1999 نشر جيلدر وكرابر (Childre et Cryer, 1999) دراساتهم حول الآثار القلبية في الدماغ وأوضحا بان القلب وتصرفاته تؤثر في كل ما نشاهده في الحياة في حين أشارت تاييس وفايبر (Tice et Faber, 1999) في العام نفسه إلى دوافع تقديم الذات للأشخاص ذوي الذكاء الانفعالي وهي:

1- بناء الذات Self Construction

يعد بناء الذات الهدف الرئيس للأفراد ذوي الذكاء الانفعالي لان الفرد في تفكيره الخاص ربما يكون حرا بتخيل نفسه يملك أي نوع من الهوية إلا إن الهوية الجادة تتطلب إقناع الآخرين بأنه يملك خصائص معينة.

2- التنظيم الانفعالي Emotional Regulation

إن خلق انطباع جيد لدى الأفراد يزيد المشاعر الايجابية ويقلل المشاعر السلبية فالأفراد ربما يقدمون أنفسهم بشكل ايجابي من أجل أن يشعروا بالأفضل حول ذواتهم فالشخص الذي

يشعر بالحزن والكرب يكشف عن ذاته أكثر من محاولته لتنظيم انفعالاته من خلال الاتصال بالآخرين وتقديم ذاته.

3- الحاجة للانتماء Need To Belong

يعد الانتماء أحد الحاجات الأساسية لتقديم الذات للآخرين لأن السبب الرئيس لجعل الأفراد ذوي الذكاء العاطفي يحاولون تقديم فكرة مرغوبة عن ذواتهم هو ليكونوا ملائمين للمجموعة ومن أجل تحقيق ذلك لابد لهم يكونوا جزءا منها.

أن هذه الكتابات والملاحظات قد أهملت لسنوات طويلة حتى جاء هوارد جاردنر Howard Gardner وبدأ يكتب عن الذكاء المتعدد حيث أشار إلى أهمية الذكاء الشخصي والذكاء بين الأفراد وإنهما بأهمية الذكاء المعتاد الذي نقيسه باختبارات الذكاء. (عباس الخفاف. 2013. ص23)

1- مفهوم الذكاء الانفعالي:

للتطرق إلى مفهوم الذكاء الانفعالي لابد أن نتطرق إلى مفهومي الذكاء والانفعالات وتعريف كل واحد منهما:

أولاً: الذكاء:

يرى تيرمان أن الذكاء هو القدرة على التفكير المجرد، ويعني المجرد التفكير بالرموز من ألفاظ وأرقام مجردة من مدلولاتهن الحسية، هناك تعريف لسترين الألماني عرف الذكاء بأنه القدرة على التكيف العالي للمشاكل والمواقف الجديدة.

ثانياً: الانفعالات:

يقول غولمان أن معنى الانفعال يجمع بين الشعور والأفكار المصاحبة له وأنه يمثل في الوقت نفسه حالات نفسية وبيولوجية معينة وكل ما يستشيره من ميول سلوكه. (بن جامع،

2010، ص 25)

- تعريف الذكاء الانفعالي:

لقد اختلفت ترجمة (Intelligence Emotionnelle. IE) إلى اللغة العربية باختلاف الباحثين فمنهم من أطلق عليه الذكاء العاطفي، و آخرون عبروا عليه بالذكاء الوجداني أو ذكاء مشاعر، فحين تناوله بعض الباحثين بالذكاء الانفعالي، و ستبقى الطالبة في هذه الدراسة مصطلح الذكاء الانفعالي، و سنتطرق في هذا المحور لأهم التعاريف التي تم رصدها عن هذا المفهوم.

يعرف (حسن، 2006، 11) الذكاء الانفعالي على أنه القدرة على إيجاد نواتج إيجابية في علاقة الفرد بنفسه والآخرين، وذلك من خلال معرفة عواطف الفرد وعواطف الآخرين، وتشمل النواتج الإيجابية للهجة والتفاؤل والنجاح في المدارس والعمل والحياة. ويعرفها ماير وسالوفي (186، 1997، Mayer Salovey) بأنه نوع من الذكاء الاجتماعي والذي يتضمن قدرة الفرد على معرفة انفعال وانفعالات الآخرين من أجل التمييز بينهما، واستخدام هذه المعرفة لتوجيه تفكير الفرد.

أما بار- أون (41، 2005 Bar- On) فيعرفه ب: مجموعة منظمة من الكفايات والمهارات الغير معرفية في الجوانب الشخصية والانفعالية الاجتماعية التي تؤثر على قدرة الفرد على النجاح والتكيف مع متطلبات وضغوط البيئية وهو عامل مهم لتحديد قدرة الفرد على النجاح في الحياة.

وقد عرفه ثورديك (1920: بأنه القدرة على فهم الأفراد والتفاعل معهم ضمن العلاقات الإنسانية. (إبراهيم حسن، 2017، ص 17)

إن أول من قدم مفهوم الذكاء الانفعالي إلى التراث السيكلوجي هو جرتسيان في 1989، وذلك عندما حاول تقديم نموذج موحد للذكاء الانفعالي في ضوء نظرية بياجيه للنمو المعرفي، ونظرته التحليل النفسي والتعليم الانفعالي. (سعود وسماوي، 2012، ص

(730

كما عرفه جولمان 1990 أنه القدرة على معرفة مشاعرنا ومشاعر الآخرين وعلى تحقيق ذواتنا وإدارة انفعالاتنا وعلاقاتنا مع الآخرين بشكل فاعل. (الفيقي، 2010، ص 6) وعرفه جابر وسالوفي الذكاء الوجداني 1990: بأنه نوع من معالجة المعلومات الانفعالية، والتي تضمن التقييم الدقيق للانفعالات في ذات الفرد ولدى الآخرين، والتعبير الملائم عن الانفعالات والتنظيم المتوافق للانفعال لتعزيز الحياة. (الشهري، 1430، ص 4) وعرفه الناشئ 2005: بأنه قدرة الفرد على إدراك مشاعره الذاتية وإدراك انفعالاته بشكل جيد وتحفيز ذاته لزيادة دافعيته وتعاطفه مع الآخرين وإدراك مشاعر الآخرين وإدارة علاقتهم معه. (باسر مخطوف، غانم د العبيدي، 2008، ص 344)

وتذكر رزق الله 2006: أن الذكاء الانفعالي عبارة عن قابلية لفهم مشاعره ودوافعه وانفعالاته والتحكم بها، وقدرته على فهم مشاعر الآخرين، والتعامل بمرونة معهم من خلال امتلاكه لمهارات الاتصال الجيد. (يوسف، 2017، ص 13)

3- أبعاد ومكونات الذكاء الإنفعالي:

هناك عدة أبعاد للذكاء الإنفعالي وذلك لتعدد وجهات النظر في دراسة هذا الموضوع من طرف باحثين عدة، ومن أبرز الباحثين الذين وضعوا أبعاد هذا الموضوع نذكر منهم: ماير سالوفي وكايوس، جولمان وتار، أون وتجلت أبعادهم كما يلي: عدد ماير وسالوفي وكاريوس 2000، المكونات الآتية للذكاء الانفعالي التي تصنف في أربعة الأبعاد:

- * القدرة على إدراك الانفعالات بدقة، وتقييمها، والتعبير عنها.
- * القدرة على توليد المشاعر أو الوصول إليها عندما تسير عملية التفكير.
- * القدرة على فهم الانفعال، والمعرفة الوجدانية.
- * القدرة على تنظيم الانفعالات بما يعزز النمو الوجداني والعقلي (الفيقي، 2010، ص 8) وذكر ماير وسالوفي أن الذكاء الانفعالي يتكون من أربعة أبعاد وهي:

- إدارة الانفعالات: يقيس قدرة الفرد على معرفة انفعالات الوجوه والتصميمات.
- قياس واستخدام الانفعالات: ويعني التعرف على الانفعالات والتفكير المنطقي.
- تنظيم الانفعالات: أي إدارة توجيه الانفعالات. (بلقاسم محمد، 2010، ص 21)
- أما عن الأبعاد الخمسة لجولمان، والتي يرى أنها يجب أن تتوفر في كل نشاط فردي وجماعي تتمثل في:
- * الوعي الذات: معرفة الفرد لعواطفه ووعي الفرد بذاته، وإدراك مشاعره خلال حدوثها هو أساس الثقة بالنفس، وهو الأساس الذي يبني عليه الفرد قراراته التي يتخذها في مجمل الأمور وشؤون حياته.
- وهو أن يعي الإنسان ما بنفسه من أوجه قوة وقصور ويتخذ من هذه المعرفة أساس لقراراته.
- (سالم الشوارة، 2006، ص 16)
- * معالجة الجوانب الوجدانية (إدارة انفعالاتك ومعالجة الجوانب الوجدانية والعاطفية)، وهو يعتبر البعد الثاني من الأبعاد الخمسة للذكاء الانفعالي ويهتم بكيفية معالجة وتعامل الفرد مع المشاعر التي قد تزعجه وتؤذيه، والقدرة على التعامل مع المشاعر بحيث تكون متوافقة، مع المواقف الحالية. (غنيم أو الخير، أبو شعيرة، 2018، ص 119)
- * دافعية الذات: بمعنى أن الذكاء يؤثر بقوة وعمق في كافة القدرات الأخرى إيجابيا وسلبيا، لأن حالة الفرد الانفعالية تؤثر على قدراته العقلية وأدائه بشكل عام. (مسلم، 2017، ص 19)
- * معرفة وفهم عواطف الآخرين (الاستئناف الوجداني)، أي قراءة مشاعر الآخرين وصوتهم وتعبيرات وجوههم وليس بالضرورة ما يقولون، معرفة مشاعر الغير قدرة إنسانية أساسية.
- (بن غربال ، 2015، ص 64)

4- خصائص الذكاء الانفعالي:

إن كل من ماير وسالوفي استخدم تعبير الذكاء الوجداني لوصف الخواص الوجدانية التي تظهر أهميتها في تحقيق النجاح، وهذه الخواص هي: التقمص الوجداني، ضبط النزاعات أو المزاج، تحقيق محبة الآخرين، المثابرة أو الإصرار، التعاطف أو الشفقة، التعبير عن المشاعر والأحاسيس وفهمها القابلية للتكيف، حل المشكلات بين الأشخاص.

(أحمد عبيد، 2013، ص 20)

- نجاح الأفراد الأنكياء انفعاليا أكثر من المفترض في الاتصال والأفكار والأهداف والاهتمامات، وكل ذلك يجعلهم أكثر تكيفا مع البيئة المهنية.

- الذكاء الانفعالي يتعلق بالمهارات الاجتماعية ويحتاج إلى فريق عمل، والأفراد الذين يتمتعون بذكاء وجداني عالي بارعون جدا في تصميم المشاريع، والتي تتضمن حب

المنتجات والمشاكل وعالم الجمال. (بنت محمد بن حمد القاسم، 2011، ص 25)

- يساعد الذكاء الانفعالي على تجاوز أزمة المراهقة وسائر الأزمات.

- يعد الذكاء الوجداني عاملا مهما في استقرار الحياة الزوجية، فالتغير الجيد عن المشاعر وتفهم مشاعر الطرف الآخر ورعايتها بشكل واضح، كل ذلك يتضمن توافقا رائعا بين الزوجين.

- يعد الذكاء الوجداني وراء النجاح في العمل والحياة، فالأكثر ذكاء وجداني محبوب ومثابر ومتألق وقادر على التواصل والقيادة ومصدر النجاح. (مزياني، 2012، ص 69)

5- طبيعة الذكاء الانفعالي:

ذكرت عائشة ربحان قصاب العازمي، أن فريدمان أوضح أن هناك مجموعة من الأسئلة تتضمن الذكاء الوجدانية وهي:

- ماذا تكون لو لم تكن لديك تلك المشاعر؟

- ما الفرق بين الحياء والخجل والندم؟
- من مرادف غضبان؟
- كما من المشاعر تستطيع أن تمتلكها في نفس الوقت؟
- إذا كنت قادرا على إعطاء فرد مشاعر جديدة، ما تلك المشاعر؟
- ما الهيئة أو الشكل الملائم لكل من المشاعر والانفعالات؟ (عبد الحميد محمود، 2020، ص 19)

بالرغم من أن مفهوم الذكاء الإنفعالي قد انطلق بفعالية في مجال علم النفس، إلا أن الدراسات التي تناولت هذا المفهوم قليلة نسبيا بالمقارنة مع أي متغير آخر وقد ترجع ذلك إلى أن مفهوم الذكاء الإنفعالي مازال يكتفه بعض الغموض.

ويرى ماير وآخرون 2001، أن نموذج الذكاء الإنفعالي ينطلق من فكرة أن الانفعالات تتضمن معلومات متعلقة بالعلاقات، فعندما تتغير علاقة شخص ما بشخص ما، أو شيء أو الموضوع هذه العلاقات سواء كانت آتية، متذكرة أو حتى متفاعلة، تكون مترافقة مع إشارات شعورية تسمى "انفعالات" وبالتالي فالذكاء الإنفعالي هو مصادرة معرفة معنى الانفعالات والعلاقات فيما بينها، واستخدامها كقاعدة من التفكير حل المشكلات. (بلقاسم ، 2004، ص 25)

6- نماذج عن نظريات الذكاء الإنفعالي:

لقد دفعت المعدلات العالية للاضطرابات الانفعالية الباحثين إلى دراسة ومناقشة بعض البحوث والدراسات أمثال دانيال كولمان الذي أضاف وطور في نظرية عالم النفس بيتر سالوفي للذكاء الانفعالي والذي طور هو الآخر في نظرية هوارد جاردنر للذكاء المتعدد الذي قسم الذكاء إلى سبعة أنواع والتي كان من ضمنها الذكاء الشخصي الداخلي والخارجي، وفيما يلي استعراض لأهم النماذج التي تفسر الذكاء الانفعالي، ومنها:

أولاً: نماذج القدرة للذكاء الانفعالي Emotional Intelligence ability Model

يتبنى هذا النموذج كلا من ماير وسالوفي حيث ان الذكاء الانفعالي يتضمن القدرة على الإدراك الدقيق والتقييم والتعبير عن الانفعال والقدرة على تنمية وتوليد المشاعر والقدرة على فهم الانفعال والمعلومات الانفعالية او الوجدانية، والقدرة على تنظيم الانفعالات او العواطف لتشجيع النمو الانفعالي والعقلي والذي في الوقت نفسه يسهل عملية التفكير. يرى أصحاب هذه النماذج أن الذكاء الانفعالي قدرة عقلية تعمل في المجال الوجداني، وان نماذج القدرة بنيت أساسا على العلاقة بين الوجدان والذكاء، وقد نبه ماير وسالوفي باستخدامهم مصطلح الذكاء الانفعالي أصحاب نظريات الذكاء للتأمل في دور النظام الانفعالي في النظام المعرفي للقدرة الإنسانية، ولتحدي المداخل التقليدية في مجال الانفعالات والتي تشير إلى أن الانفعالات معيقة للنشاط المعرفي وان الذكاء والانفعال مجالان منفصلان، ويفرق ماير وسالوفي في وصف بنية الذكاء الانفعالي كقدرة في أمرين هاميين.

أولاً- التمييز بين العمليات المعرفية Cognitive Proxess والمتمثلة في مراقبة الانفعالات والتمييز بينها في مقابل العمليات السلوكية، والتي يتم فيها الاستخدام الفعلي للمعلومات الانفعالية في توجيه التفكير والأفعال وعلى الرغم من أن النموذج المعدل للذكاء الانفعالي كقدرة، أكد أكثر على العمليات المعرفية إلا أنه يمكن ملاحظة نفس التمييز فالنموذج المعدل يتضمن إدراك الانفعالات وتقديرها والتعبير عنها وتسهيل الانفعالات للتفكير وفهم وتحليل وتوظيف المعلومات الانفعالية وتنظيم الانفعالات يعكس العمليات السلوكية بينما الإدراك وتقدير الانفعالات وفهم لانفعالات وتيسير الانفعالات لعملية التفكير وتحليل المعلومات الانفعالية يعكس العمليات المعرفية.

ثانياً- يتمثل في التمييز بين العمليات المتعلقة بالانفعالات والمشاعر الذاتية في مقابل العمليات المتعلقة بانفعالات ومشاعر الآخرين، ويؤكد ماير بأن إدراك الانفعالات والتعبير

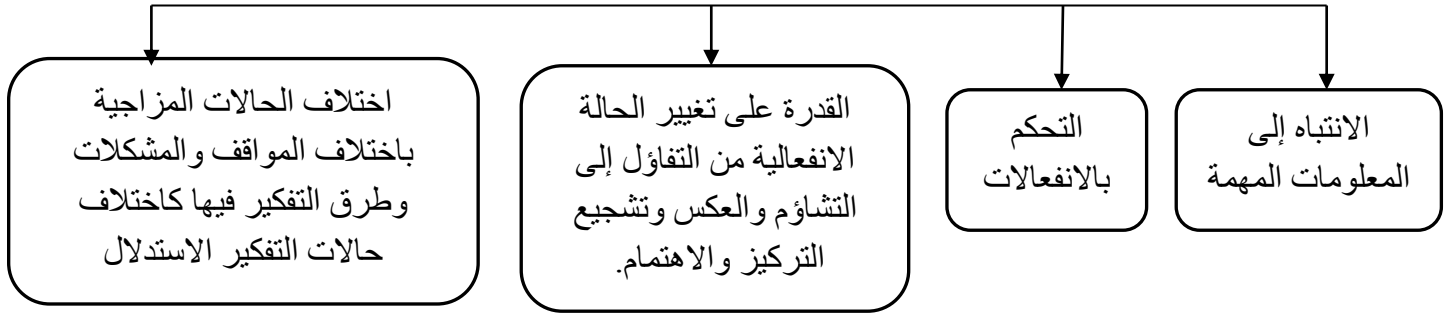
عنها وكفاءة استخدام الانفعالات في تحسين تفكير تعد منطقة متميزة في منظومة تجهيز ومعالجة المعلومات والتي من المتوقع أن تعمل أو تتحد مع منظومة بانفعالات، وثمة خصائص تميز الأفراد مرتفعي الذكاء الانفعالي في هذا النموذج، تعرضها كما يلي:

- إنهم تربوا في بيئات متكيفة اجتماعيا ولديهم إحساس انفعالي المرتفع.
- لديهم القدرة على إعادة تشكيل الاجتماعات بشكل فعال كاللي وبقيمون الأمور بواقعية
- غير دفاعين لا يستخدمون الحيل الدفاعية.
- يخبرون الأدوار الاجتماعية والوجدانية المتميزة.
- يتميزون بالقدرة على مخاطبة المشاعر.
- يطورون معارفهم وخبراتهم في مجال انفعالي مثل المشاعر الأخلاقية وحل المشكلات الاجتماعية والقيادة.
- ومن هذه النماذج:

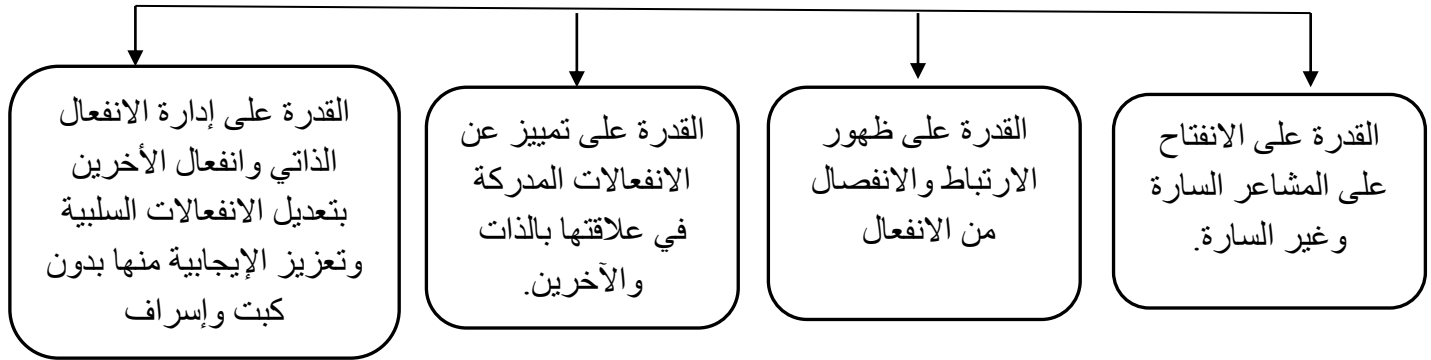
- نموذج الذكاء الانفعالي عند سالوفي وماير **Salovey et Mayer 1990**:
 هذا النموذج هو أول نموذج وضع لتحليل وتقسيم مكونات الذكاء الانفعالي كقدرة، إلا أن هذا النموذج ظهر ناقصا وغير مكتمل، لأنه لم يظهر قدرة الفرد على التحكم في الوجدانيات وقدرة الفرد على فهم مشاعره ومشاعر الآخرين، والشكل التالي يوضح هذا النموذج.

- ب- الاستراتيجيات والخطط: تتمثل في قدرة الفرد على فهم وإدارة المشاعر باستعداده لذلك دون الحاجة إلى ضرورة تجربة تلك المشاعر الوجدانية، ويندرج تحتها أربع عمليات نفسية من العمليات الأساسية إلى العمليات الأكثر تعقيدا، وكما يليك
- أولاً: القدرة على الإدراك والتقييم والتعبير عن الوجدانيات، الشمل هذه القدرة ما يأتي:
- أ- القدرة على تحديد الانفعالات من خلال الحالة الجسمية، والمشاعر والأفكار.
- ب- القدرة على الحديد الفعال الآخريين والانفعالات التي تحملها التصميمات والأعمال الفنية من خلال اللغة، والمظهر، والصوت.
- ت- القدرة على التعبير عن الانفعالات بدقة، والتعبير عن الحاجات المرتبطة بهذه المشاعر.
- ث- القدرة على التمييز بين تعبيرات المشاعر الرقيقة، أو الصادقة وغير الصادقة.
- ثانياً- القدرة على استخدام الانفعالات لتسهيل للتفكير: تشمل:
- أ- القدرة على استخدام الانفعالات لتوجيه الانتباه للمعلومات المهمة في الموقف.
- ب- القدرة على استخدام الانفعالات لتنشيط التفكير والخيال والإبداع، وحل المشكلات.
- ج- القدرة على توظيف فهم انفعالات الآخريين في التعامل الفاعل معهم.
- ثالثاً: القدرة على فهم الانفعالات تشمل:
- 1- القدرة على تسمية، ومعرفة العلاقة بين الكلمات والانفعالات مثل العلاقة بين الميل والحب.
- ب- القدرة على تفسير وترجمة المعاني التي تعبر عنها الانفعالات.
- ج- القدرة على فهم المشاعر المعقدة.
- د - القدرة على معرفة التحولات بين الانفعالات.
- رابعاً: القدرة على تنظيم وإدارة الانفعالات: تشمل:
- أ- القدرة على الانفتاح على المشاعر السارة وغير السارة.
- ب- ب القدرة على تحديد الانفعالات بتأمل تلك التي يمكن الاندماج فيها وتلك التي يمكن تجنبها اعتمادا على فائدتها.
- ت- ج- القدرة على التأمل الواعي للانفعالات.
- د- القدرة على إدارة الانفعالات عند الفرد، أو لدى الآخريين والشكل التالي يوضح ذلك.

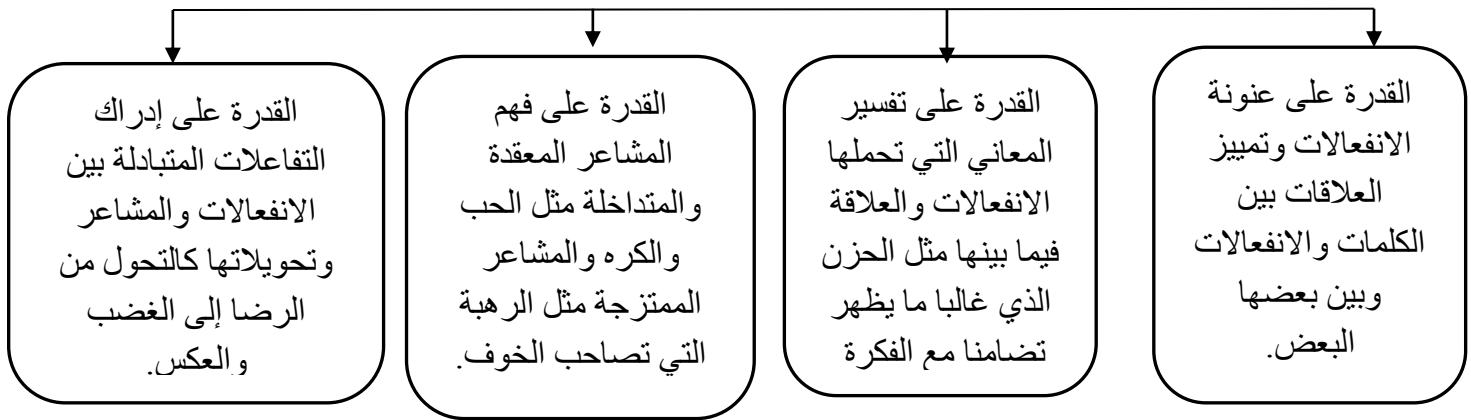
تسهيلات الانفعالية للتقدير



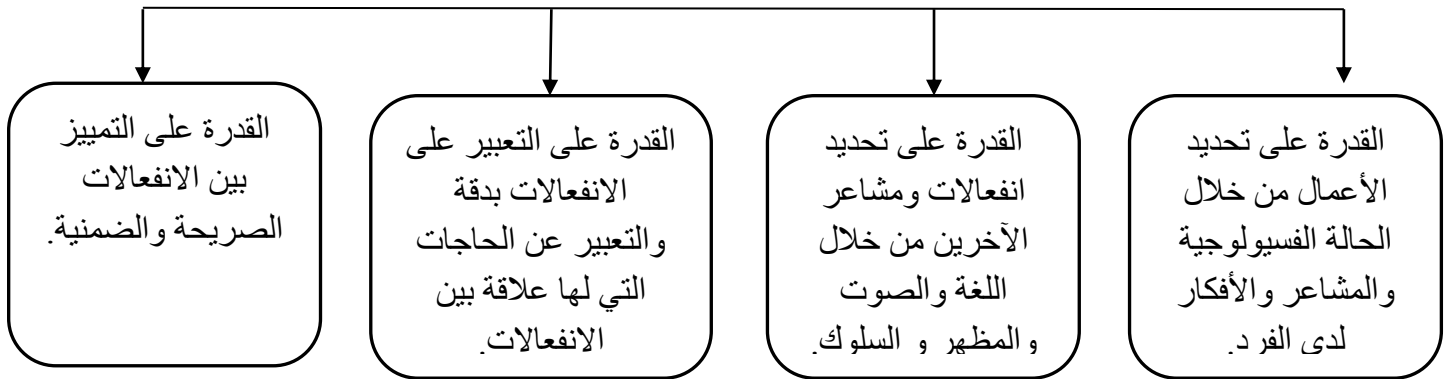
تنظيم الانفعالات



فهم الانفعالات



التمييز عن الانفعالات

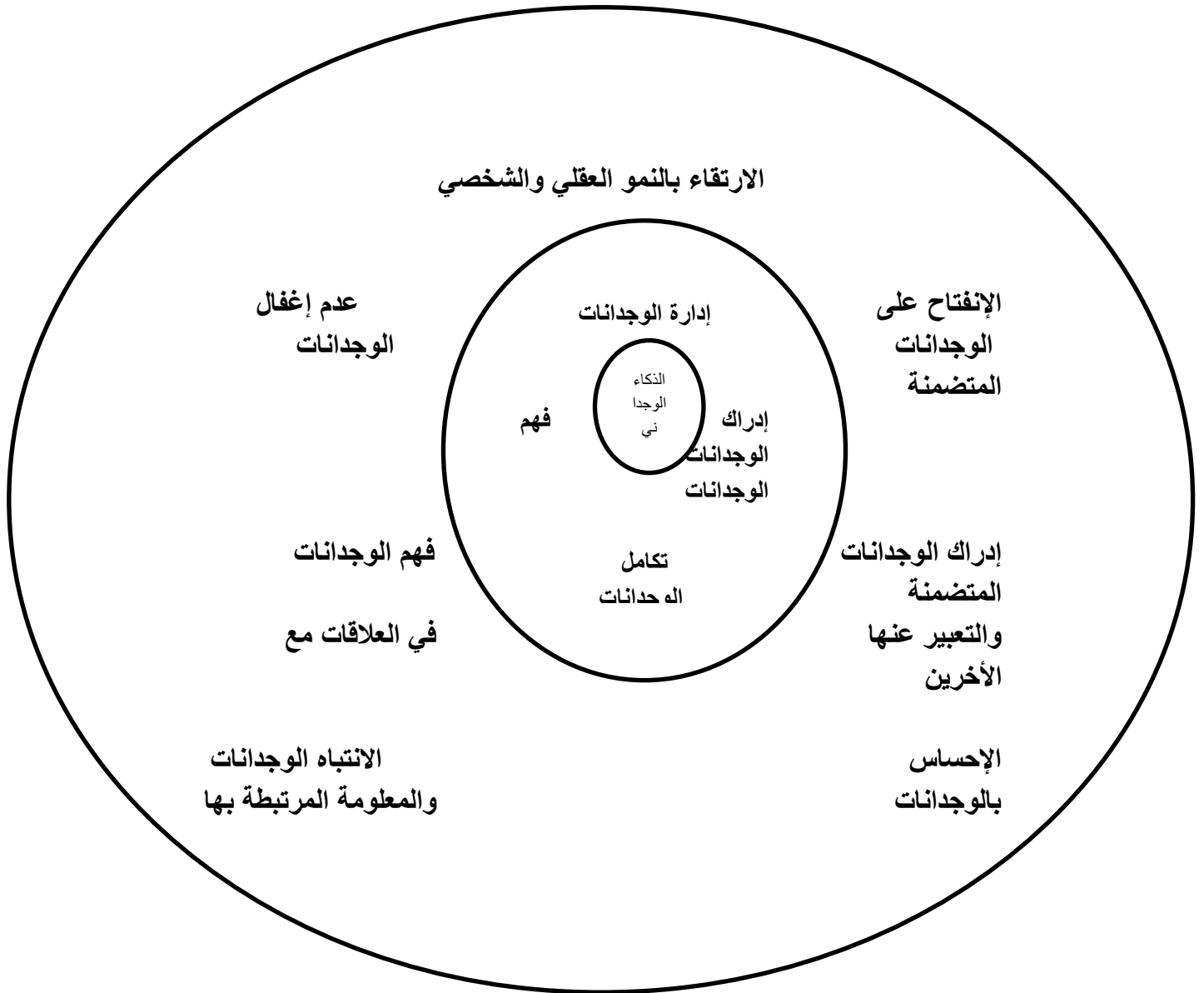


شكل (2): نموذج ماير وسالوفي لقدرات الذكاء

ج- النموذج الدائري للذكاء الانفعالي عند ماير وسالوفي (2000):

هذا النموذج أحدث نموذج ويعد أكثر النماذج تفصيلا وتوضيحا لمكونات الذكاء الإنفعالي،

والشكل التالي يوضح ذلك:



الشكل (3) النموذج الدائري للذكاء الانفعالي

ثانياً - النماذج المختلفة للذكاء الانفعالي Emotionnel Intelligence Mixed Model

يطلق على هذه النماذج المختلفة أو النماذج غير المعرفية أو نماذج القدرات والسمات ومنها نموذج جولمان (2001) (1998) (1995) Golman ونموذج بار أون (1997) Bar-on وقد ظهرت هذه النماذج في المقالات الأكاديمية الأولية لمجال الذكاء الانفعالي وعلى الرغم من أن تلك المقالات أرست مفهوم القدرة للذكاء الانفعالي فإنها في الوقت نفسه تشتمل على عوامل مصنفة تاريخياً على أنها جزء من الشخصية ويرى أصحاب النماذج المختلفة أن الانفعال سمة من سمات الشخصية شأنه شأن الانبساط ويقتطع الضمير، و لمة خصائص تميز الأفراد مرتفعي الذكاء الانفعالي في هذا النموذج، تعرضها كما يلي:

- يتميزون بالواقعية.
 - يشعرون بالدفء الوجداني.
 - يضعون خططا مستقبلية.
 - لديهم قدرات للاستفادة من الخطط المستقبلية.
 - يظهرون مثابرة مع المهام الصعبة.
- وفيما يلي عرض موجز لهذه النماذج ما يلي:

النموذج الأول لجولمان:

قسم جولمان الذكاء الانفعالي عام 1990 على خمسة أبعاد هي:

1- الوعي بالذات Self Awareness

الوعي بالذات هو أساس الثقة بالنفس ونحن بحاجة دائماً لتعرف أوجه القوة لدينا، وأوجه القصور، ونتخذ من هذه المعرفة أساساً لقراراتنا.

2- معالجة الجوانب الوجدانية **Handling Emotions Generally**:

وهنا تعرف كيف تعالج أو تتعامل مع الوجدانات التي تؤذيها وتزعجنا.

3- الدافعية: **Motivations** :

ويرى جولمان أن الأمل مكون رئيسي في الدافعية، ويجب أن يكون لدينا هدف، وأن تعرف خطواتنا خطوة نحو تحقيقه، وأن يكون لدينا الحماس، والمثابرة لاستمرار السعي.

4- التعاطف **Empathy**

هو قراءة مشاعر الآخرين من أصواتهم، أو تعبيرات وجوههم، فليس بالضرورة أن تتم هذه القراءة مما يقولون.

4- المهارات الاجتماعية **Social Skill** :

تتمثل في قدرة الفرد على التعامل مع الآخرين وكسب الحب والتقدير، والإعجاب منهم.

ب النموذج الثاني لجولمان (Golman(1998)

يرى جولمان أن الكفاية الوجدانية هي قدرة متعلمة تقوم على الذكاء الوجداني والتي تنتج عنها أداء بارز في العمل وأن الكفايات المتعلمة تختلف من شخص لآخر، فقد قسم جولمان الذكاء الانفعالي (25) إلى خمس وعشرين كفاءة هي:

أولاً - الكفاءات الشخصية **Personal Competence**، تشمل:

1- الوعي بالذات **Self Awareness** هو وعي الفرد بمشاعره وانفعالاته وكذلك الوعي

بالحالة المزاجية ويشمل:

1- الوعي الوجداني **Emotional Awareness**

2- الدقة في تقدير الذات **Accurate Self Assessment**

3 -الثقة بالنفس **Self Confidence**

ب- إدارة الانفعالات **Emotions Management** هو قدرة الفرد على التعامل مع

انفعالاته وإدارتها بصورة جيدة وتشمل:

1- الضبط الذاتي Emotional Control

2- الجدارة بالثقة Trust Worthine

3- الضمير Consciousness

4- التكيف Adaptability.

5- التجديد Innovation

ج- الدافعية **Motivations** هي الإصرار وحث النفس على التقدم والسعي ومواجهة

الاحباطات والتفاؤل والشعور بالأمل عند مواجهة العقبات، وتشمل

1- دافع الانجاز Achievement Motive

2- الالتزام بالوعد Commitment

3- المبادرة Initiative

4- التفاؤل Optimism

ثانيا- الكفاءات الاجتماعية **Social Compétence** تعني كيفية التفاعل مع الآخرين،

وتتضمن:

أ- التعاطف - **Empathy** : هو القدرة على إدراك انفعالات الآخرين والتوحد معهم انفعالياً

والتناغم معهم في حل مشاكلهم، ويتضمن:

1- فهم الآخرين Understanding Others

2- تطوير الآخرين Developing others

3 - تقديم المساعدة Service Orientation

4 -تنوع الفاعلية Leveraging Diversity

5- الوعي السياسي Political Awareness

ب- المهارات الاجتماعية: **Social skills** هي القدرة على الحصول على الاستجابات

المرغوب فيها من الآخرين، وتتضمن:

- 1- التأثير Influence
- 2- الاتصال Communication
- 3- إدارة النزعات Conflict Management .
- 4- استقطاب التغيير Change Catalyst
- 5- قدرات الفريق Team Capabilities
- 6- بناء الروابط Building Bonds
- 7- التعاون والتنسيق Cooperation Collaborations
- 8- القيادة Leadership

ج- النموذج الثالث الجولمان (2001) Golman

هذا النموذج يعد بمثابة تحسين النموذج الذي قدمه جولمان (1998) وفيه نجد (20) كفاءة تتدرج تحت (4) تجمعات هي:
أولاً: الكفاءة الذاتية، وتشمل:

أ- الوعي بالذات ويتمثل في فهم الشاعر ودقة تقييم الذات وتضم:

- الوعي الوجداني بالذات: يعكس الوعي الوجداني الثكنات الحية التعرف على مشاعر الفرد وتأثيرها على أداءه ويساعد هذا على معالجة ردود الأفعال الانفعالية وجعلها مناسبة الموقف.
- التقييم الدقيق للذات: هو مفتاح النجاح الإدراك جوانب القوة والضعف، فالدقة في تقييم الذات تجعل الفرد مدركاً لقدراته وحدودها وتعطيه تغذية راجعة وتوضع له أخطاءه.
- الثقة بالنفس: هي المنبئ القوي التمييز في الأداء بمستوى المهارة أو التدريب.
- ب- إدارة الذات: ويتكون من ست أبعاد وهي:

1- ضبط النفس: يظهر في مواقف المؤلمة أو المجهدة أو مواقف التعامل العدائي مع شخص آخر.

2- **يقظة الضمير:** تتضمن أن يكون الفرد حذرا ومنظما ذاتيا ويكون مدققا في قيامه بالمسؤوليات وكل فعاليات العمل وحسن الأداء به يعتمد على شعور الأفراد به.

3- **التكيف:** تعني الانفتاح على المعلومات الجديدة، وترك الدعامات القديمة، والتكيف مع الأعمال والمرونة الانفعالية تسمح للأفراد بالتوافق مع الشقق وأثناء العمل بابتكارية وإبداع وتطبيق الأفكار الجديدة لإنجاز النتائج.

5- **الدافع للإنجاز (المبادأة):** تعتبر في مجال عمل الفرد قبل أن تجربه الأحداث الخارجية على العمل، وهذا يعني المبادأة بالعمل، والأخذ بالتوقع تجنباً للمشكلات قبل وقوعها.

الجدارة بالثقة: هي تترجم خلال الاستماع والمعرفة لقيم الآخرين وعبادتهم وأراءهم ومشاعرهم واتخاذ السلوك الذي يتسق مع ذلك.

حافز (دافع التحصيل): يعتبر من أهم الكفاءات التي تقود إلى النجاح ويفضل أصحابها التفاضل وتحسين الأداء باستمرار وهم مثابرون ويدعمون الإبداع ويتخذون الأهداف.

ثانياً الكفاءة الاجتماعية، تتكون من بعدين هما:

1- **الوعي الاجتماعي:** يتمثل في القراءة الدقيقة للأفراد والمجموعات بدقة ويضم ثلاث كفاءات هي:

2- **التعاطف:** يمنج التعاطف الناس الوعي بمشاعر الآخرين واهتماماتهم واحتياجاتهم والفرد ذو الكفاءة العاطفية يمكنه قراءة الأحوال الانفعالية في اللفظية كنغمة الصوت أو تعبير الوجه ويحتاج التعاطف إلى الوعي الذاتي والفهم لمشاعر واهتمامات الآخرين.

3- **توجيه الخدمات:** يلعب الوعي الاجتماعي دوراً رئيساً في هذه الكفاءة فالقدرة على تحديد احتياجات واهتمامات الفرد ومن ثم مطابقتها للخدمات أو المنتجات هذه الإستراتيجية تؤدي إلى التوحد مع وجهة النظر الأخرى ومعرفتها وبالتالي معرفة احتياجات الآخرين.

3- **الوعي التنظيمي:** تتمثل في القدرة على قراءة المشاعر والوقائع السياسية لدى المجموعات وهي كفاية حيوية لما وراء المشاهد، والاستبصار في التسلسلات الاجتماعية

للمجموعة يحتاج إلى وعي اجتماعي على المستوى التنظيمي وليس فقط على المستوى الشخصي.

4- إدارة العلاقات: هي تحفيز المنتجات المرغوب بها لدى الآخرين، وتشمل المهارات الاجتماعية الأساسية، وتتكون من ثمان كفاءات هي:

1- تنمية الآخرين: تشمل الإحساس باحتياجات النمو لدى الأفراد ودعم قدراتهم، وهي مهمة لا تخلص بالمدرسين والمرشدين وإنما بالقيادات البارزة.

2- التأثير في الآخرين: تمارس جوهر هذه الكفاءة عندما تتعامل مع الانفعالات وتديرها بفاعلية لدى الآخرين، والأفراد الأكثر فاعلية يشعرون برد فعل الآخرين ويعدلون من استجاباتهم لتحقيق أفضل اتجاه للتفاعل.

3- التواصل: التواصل هو العامل الرئيس في النجاح التنظيمي، فالأفراد الذين يبذلون كفاءة الاتصال، هم أكثر فاعلية في المعلومات الانفعالية الخاصة بالعبء والأخذ والتعامل مع القضايا الصعبة بشكل مباشر والمشاركة بالمعلومات بشكل كامل وتبنى هذه الكفاءة على إدارة مشاعر الفرد والتعاطف والحوار الصحي المتناغم مع حالات المشاعر لدى الآخرين.

4 - إدارة الصراع: هي خاصة في تحديد المشكلة واتخاذ خطوات لتهدئة الأفراد، وبالتالي فإن الاستماع والتعاطف أمور هامة لمهارات التعامل مع الناس والمواقف الصعبة، كما أن إدارة الصراع الفعالة والتفاوض الفعال تعتبر أمور هامة على المدى الطويل.

5 - القيادة: بملك القياديون مدى من المهارات الشخصية لإلهام الآخرين للعمل معا نحو أهداف مشتركة وكلما كان أسلوب القائد ايجابي كلما كانت مجموعته أكثر ايجابية وتعاون ومساعدة.

6- تحفيز الآخرين: أن الإسراع بالتغيير كفاءة ذات تقدير كبير لدى القيادات حيث يكون القائد قادر على التعرف على الحاجة للتغيير وإزالة الحواجز وتحدي الحالة الموجودة وتحفيز

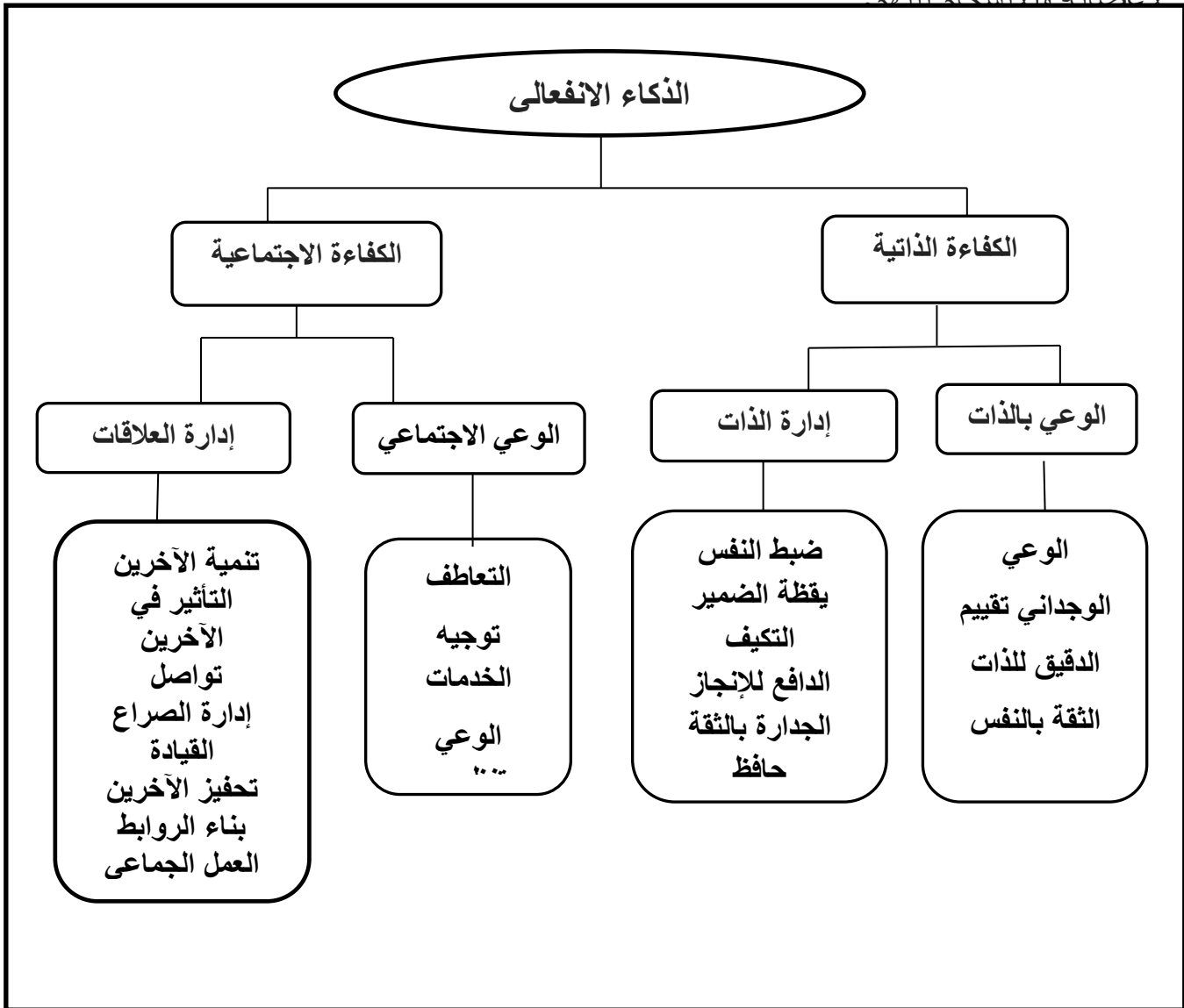
الآخرين لمبادرات جديدة وقدرة القائد على الإسراع بالتغيير والتحفيز تحقق جهود أكبر وأداء أفضل من مساعديه وتجعله أكثر فاعلية.

7- بناء الروابط: هي العمل على جمع الشتات بين مجموعة الأفراد العاملين في شبكة واحدة.

وذلك ببناء جسور الثقة وحسن النية بين الآخرين.

8- العمل الجماعي والتعاون: يبرز التعاون والعمل في الفريق أهمية كبيرة لهذه الكفاءة ولاتجاه كل الأعمال نحو العمل الجماعي داخل الفريق، وهذا ما يعتمد على الذكاء الانفعالي

لأعضائه والانسجام بينهم



الشكل (4) النموذج الثالث للذكاء الانفعالي لجولمان

ثالثاً: نموذج بار – أون Bar-On Theory

بعد بار أون (Bar-On 1985) أول من ذكر حاصل الانفعال (EQ) بوصفه نظيراً لحاصل الذكاء (IQ) في رسالة الطيبة والتي كانت متوافقة مع الاهتمام المتزايد بدور الانفعالات في الوظيفة الاجتماعية.

فيرى بارون أن الذكاء الانفعالي هو مجموعة من القدرات غير المعرفية والكفاءات والمهارات التي تؤثر في قدر الفرد على النجاح والتعايش مع متطلبات وضغوط الحياة. ومن ثم فإن النموذج ينطلق من الإجابة على سؤال مؤداه: لماذا ينجح الناس في الحياة بينما يفشل آخرون ولهذا فقد قام بمراجعة الأدبيات التي تناولت خصائص الأفراد الناجحين في حياتهم .

وفي تطور لاحق أشار بارون وباركر (Bar-On et Parker, 2000) إلى أبعاد الذكاء الانفعالي مستدين إلى مكونات الذكاء الانفعالي التي أشار إليها جولمان (Golman, 1998) في كتابه العمل مع الذكاء الانفعالي (Working with Emotional Intelligence) بعد أن عرفا الذكاء الانفعالي بأنه مجموعة من القدرات الشخصية والعاطفية والاجتماعية تؤثر في كفاءة الإنسان في مواجهة ضغوط الحياة ومتطلباتها، وفقاً لهذه النظرية أورد بارون الأبعاد الرئيسية للذكاء الانفعالي في خمس مجالات هي:

1- كفاءات شخصية داخلية تشمل:

- الوعي بالذات: هو قدرة الفرد على معرفة مشاعره وانفعالاته والوعي بها والتمييز بين تلك المشاعر والانفعالات، لمعرفة ما يشعر به الفرد ولماذا يشعر به؟

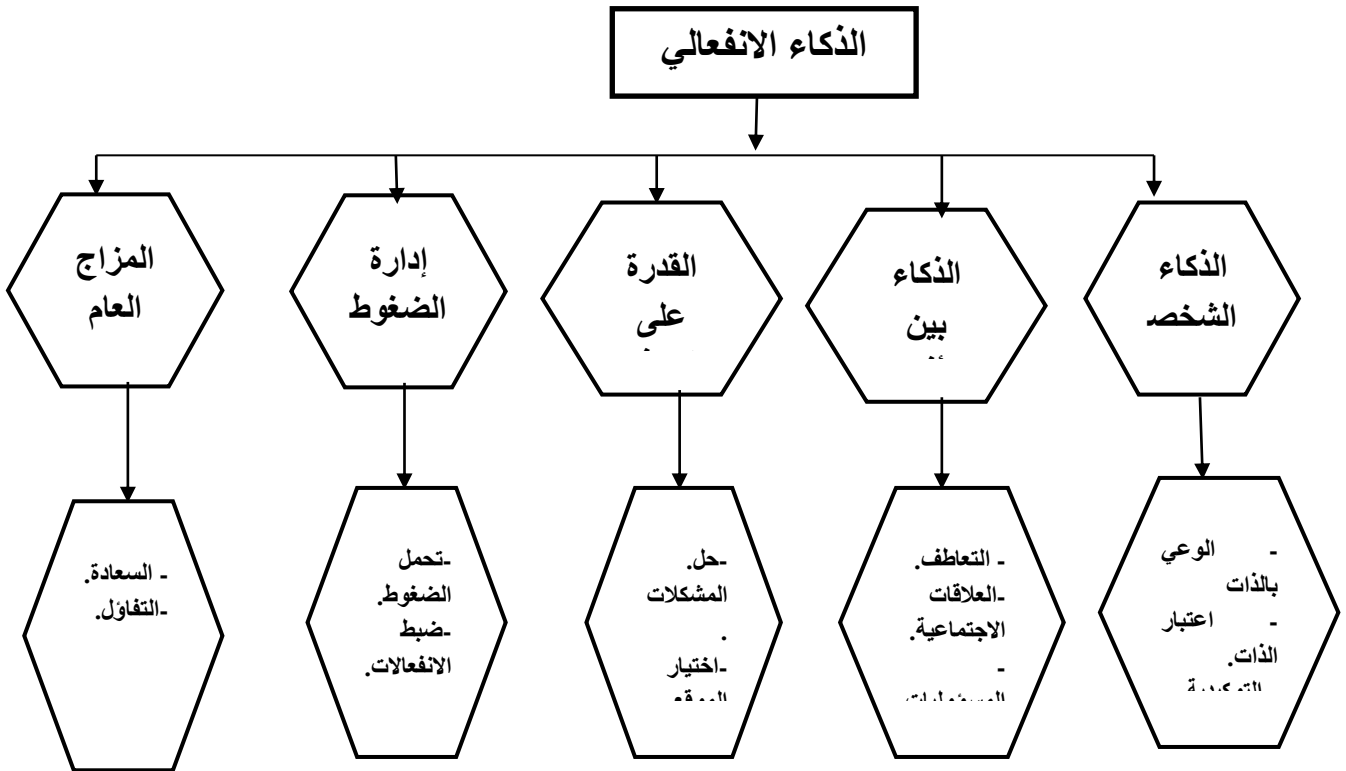
- التوكيدية: هي قدرة الفرد على التعبير عن مساعره وأفكاره والدفاع عن حقوقه بأسلوب بناء.

- اعتبارات الذات: هو قدرة الفرد على احترام ذاته وحبها وتقبل الجوانب الموجبة والسالبة وأوجه القوة والضعف فيها.

- تحقيق الذات: هو القدرة على تحقيق إمكانات الفرد بأن يصبح منهمكا في المحاولات التي تقوده إلى حياة هادفة وغنية ومملوءة بالإنجازات.
- الاستقلال: هو القدرة على توجيه الذات والسيطرة عليها والتحكم في التفكير والتصرفات بأن يكون الفرد غير معتمد وجدانيا على أحد.
- 2- كفاءات شخصية متبادلة مع الآخرين تشمل:
 - التعاطف: هو القدرة على معرفة وفهم وتقدير مشاعر الآخرين، وذلك بأن يكون لدى الفرد القدرة على معرفة كيف ولماذا يشعر الفرد بما يشعر به الآخرين.
 - العلاقات الشخصية مع الآخرين: هو القدرة على إقامة علاقات مرضية مع الآخرين والحفاظ عليها، تلك العلاقات التي تتميز بالعمق والمودة والعطاء والحصول على المحبة.
 - 3- قابلية للتكيف، تشمل:
 - حل المشكلات ذات الطبيعة الاجتماعية والشخصية: تتمثل في القدرة على حل المشكلات، وتوليد الحلول الفعالة لتلك المشكلات.
 - اختبار الواقع: هو القدرة على تقدير مدى التطابق بين ما يخبره أو يسعر به الفرد وما هو موجود بشكل موضوعي.
 - المرونة: تتمثل في القدرة على تكيف انفعالات وأفكار وسلوكيات الفرد مع المواقف المتغيرة.
 - 4- إدارة الضغوط: تشمل:
 - تحصيل الضغوط: هي لقدرة على الصعود أمام الأحداث غير الملائمة والمواقف الانفعالية دون تراجع والتعامل بنشاط وفعالية مع الضغوط.
 - ضبط الانفعالات: هي القدرة على مقاومة أو تأجيل الاندفاع أو الحافز أو الإغراء للقيام بالسلوك أو التصرف.

5- عوامل مزاجية عامة: تشمل:

- السعادة: تتمثل في الشعور بالرضا عن الذات والاستمتاع بالذات والآخرين.
- التفاؤل: هو القدرة على رؤية الجانب المضيء في الحياة والإبقاء على الجانب الإيجابي لدى الفرد في مواجهة الأشياء غير الملائمة والشكل التالي يوضح هذا النموذج.



الشكل (5): نموذج بارون للذكاء الانفعالي

- التوفيق بين النماذج النظرية للذكاء الإنفعالي:

استنادا إلى ما تقدم يتضح لنا من النماذج الثلاثة ما يأتي:

- إن الذكاء الإنفعالي كقدرة يعكسه نموذج ماير سالوفي وما يتوفر فيه من سمات انفعالية رئيسة.

- إن الذكاء الإنفعالي كسمة وقدرة يعكسه نموذج جولمان وبار-رون، وهو مجموعة كفاءات ومهارات متعلمة، وما هي لا وصف للاستعدادات الانفعالية المتوافرة لدى الفرد بعد صقلها بخبرات البيئة الخارجية، كنواتج قابلة للقياس عن طريق التقرير الذاتي للأفراد.

- أن نموذج القدرة يركز على انفعالات الفرد وتفاعلاتها مع التفكير، بينما النماذج المختلطة قد عالجت القدرات من خلال دمجها مع الخصائص الأخرى مثل الدافعية والحالات الشعورية والنشاط الاجتماعي.

- إن الوعي الإنفعالي هو البعد الأساسي في الذكاء الإنفعالي، فيعتبر جولمان أن الوعي بالذات يعني الانتباه المستمر للحالة الانفعالية والأفكار المصاحبة لها وتفحص الخبرة الانفعالية الداخلية، وأما (ماير) فيرى أن وعي الفرد بذاته يتطلب منه التأمل الذاتي لانفعالاته حتى في الانفعالات المضطربة والانفعالات المزدوجة والوعي بالحالة الانفعالية إضافة إلى الأفراد يتميزون ويختلفون فيما يخص وعيهم الذاتي والأساليب المتبعة في معالجة انفعالاتهم.

- تتفق تلك النماذج فيما بينها على أن هناك تداخل بين مسميات الأبعاد الرئيسية للذكاء الانفعالي.

- تشترك النماذج فيما بينها في الرغبة لفهم وقياس القدرات والسمات الخاصة بأدراك وضبط المشاعر الخاصة بالفرد.

- تهدف النماذج فيما بينها إلى فهم أسلوب ومهارة كل فرد في إدراك المشاعر وفهمها وإدارتها والاستفادة منها لزيادة فعالية الفرد الوظيفية والاجتماعية وبالتالي هي مكملة لبعضها البعض ولا تؤدي لتحقيق أي نوع من التناقض والتصارع.
- إن جميع النماذج تؤكد على أن الذكاء الإنفعالي يتمركز على العوامل غير المعرفية للذكاء والتي تختص بالتعامل مع الوجدانات من حيث إدراكها والتعبير عنها وتنظيمها وإدارتها.
- إن نماذج القدرة ترى أن الذكاء الانفعالي قدرة عقلية جديدة من قدرات الذكاء.
- إن النماذج المختلطة تعالج القدرات من خلال خلطها مع بعض سمات الشخصية.
- إنها تشترك في بعض الأبعاد مثل ضبط الانفعالات والوعي به.
- التعريفات الخاصة بالأبعاد مختلفة لدى النموذجين فنماذج القدرة لها تعريفات محددة في حين أن التعريفات الخاصة بالنماذج المختلطة واسعة وغير محددة.
- إن زاوية معالجة كلا النموذجين مختلفة للأبعاد فحين يراها النموذج المختلط أساليب وتفضيلات شخصية لا تخضع للصحة أو الخطأ فيراها نموذج القدرة قدرات عقلية تخضع للصحة والخطأ، والشكل التالي يوضح النماذج النظرية للذكاء الانفعالي:

ماير وسالوفي 1997	بار - ون 1998	جولمان 1995
التعريف العام على القدرة على الإدراك والتعبير عن الانفعال في الأفكار وفهم وتحليل العاطفة وتنظيم الانفعال للذات والآخرين.	التعريف العام هو مجموعة من القدرات والمهارات التي لم يتم التعرف عليها وتؤثر على قدرة الفرد ليستمر في التأقلم مع الضغوط والمطالب البيئية.	التعريف العام على القدرات التي تشمل السيطرة على النفس والحماس والمواظبة والقدرة على تحفيز الذات.
المجالات العامة للمهارات	المجالات العامة للمهارات	المجالات العامة للمهارات والأمثلة

<p>المحددة.</p> <p>معرفة انفعالات الإنسان:</p> <p>التعرف على الشعور حين حدوثه.</p> <p>السيطرة على الشعور من لحظة إلى أخرى.</p> <p>التعرف على مشاعر الآخرين:</p> <p>التعاطف.</p> <p>التناغم لما يريده الآخرين.</p> <p>معالجة العلاقات القيادية:</p> <p>المهارة في قيادة انفعالات الآخرين.</p> <p>التفاعل بدقة مع الآخرين.</p> <p>إدارة المشاعر:</p> <p>معالجة المشاعر.</p> <p>القدرة على تهدئة النفس.</p> <p>القدرة على التخلص من القلق والحزن والانزعاج.</p> <p>تحفيز الذات:</p>	<p>والأمثلة المحددة.</p> <p>المهارات الشخصية الباطنية.</p> <p>المعرفة الشخصية الانفعالية.</p> <p>التأكيدية.</p> <p>التحقيق الذاتي.</p> <p>الاستقلال.</p> <p>المهارات التي تدخل بين الأشخاص</p> <p>العلاقات الشخصية المتداخلة</p> <p>المسؤولية الاجتماعية.</p> <p>مقاييس التكيف.</p> <p>حل المشاكل.</p> <p>اختيار الواقع.</p> <p>المرونة.</p> <p>مقاييس إدارة الشد:</p> <p>تحمل الشد النفسي.</p> <p>السيطرة على الدوافع.</p> <p>المزاج العام:</p>	<p>والأمثلة المحددة استيعاب العاطفة في التفكير.</p> <p>إن الفهم والتعبير عن الانفعال يكمن في الحالة الجسدية الفيزيائية للإنسان وكذلك في مشاعره وأفكاره وتعبيره ويمكن التعرف عن الانفعالات لدى الأشخاص الآخرين في اللغة والعمل.</p> <p>فهم وتحليل العواطف وضع العواطف في المرتبة الأولى للتفكير وبطريقة بناءة.</p> <p>وتتولد الانفعالات كعوامل مساعدة للحكم والذاكرة.</p> <p>إن القدرة على فهم وتحليل العواطف يتضمن:</p> <p>نظام الانفعالات التأملي.</p> <p>القدرة على البقاء منفتح الانفعالات.</p> <p>القدرة على مراقبة العواطف</p>
--	--	---

وتتظيمها.	السعادة.	قيادة العواطف لخدمة الأهداف.
القدرة التأملية على رفع	التفاؤل.	تأجيل السيرورة والاندفاع
وتعزيز العواطف.		المكبوت.
النمو الانفعالي والفكري.		

(عباس الخفاف، 2013، ص41-52)

7- أهمية الذكاء الإنفعالي:

لقد أصبحت اليوم أهمية الذكاء الإنفعالي وتأثيره على حياة الفرد محط اهتمام العديد من العلماء والباحثين، خاصة ونحن نعيش في عصر يسهد تغيرات سريعة في كافة مجالات الحياة سواء منها الصحية أو الأسرية أو التعليمية أو الاقتصادية أو السياسة أو غيرها، الأمر الذي يتطلب من الفرد أن يمتلك العديد من الجهاز التي يستطيع من خلالها التعامل مع المواقف الجديدة ومع الآخرين بنجاح، وهو ما لا يتم إلى من خلال مهارات الذكاء الإنفعالي.

وانطلاقاً من ذلك فإن بتر سارب (Peter Sharp, 2001) يؤكد على أن الذكاء الإنفعالي عنصر هام جداً للنجاح في كافة مجالات الحياة لأنه يجعل الفرد قادراً على بذل أقصى جهد لديه، كما يجعله من أكبر المشاركين في مجتمعه، فالأفراد يحتاجون لفهم مشاعرهم لكي يصبحوا متعلمين فاعلين، ويحتاجون لإدارة مشاعرهم لكي تنمو لديهم علاقات اجتماعية إيجابية ونافعة.

كما أنهم يحتاجون للتعبير عن مشاعرهم حول الآخرين لكي يصبحوا أصحاب انفعالياً، وبالتالي يستطيعون مساعدة أنفسهم ومساعدة الآخرين.

كما أوضح فرنك لاند (Frاند Land, 2005) أيضا أن الذكاء الإنفعالي يعد منبأ جيد للسلوك ولتفسير تصرفات الأشخاص أكثر من الذكاء المعرض يعد منبأ جيدا للسلوك ولتفسير تصرفات الأشخاص أكثر من الذكاء المعرفي أو سمات الشخصية، كما أنه يعد مفهوما مرتبطا بالنجاح في الحياة.

وفي نفس السياق يرى بار- أون (Bar-On, 2000) أن الأفراد ذوي الذكاء الإنفعالي المرتفع يتميزون عن غيرهم بأنهم أكثر إدراكا لأنفسهم وتعبيرا عنها بالإضافة إلى أنهم يتميزون بأنهم واقعيون وناجحون في حل المشكلات التي تواجههم وأكثر قدرة على مواجهة الضغوط وعلى منبذ اندفاعاتهم وأكثر مرونة ولديهم قدر كبير من التفاؤل، وقدرة على إقامة علاقات جيدة ومفيدة مع الآخرين، وهم أكثر من غيرهم تقبلا لدوائهم وللآخرين ورضا عن حياتهم، لذا إعادة ما يكونون قادرين على تحديد أهدافهم بنجاح والسعي وراء تحقيقها. (مبارك موسى حميد، 2011، ص 32)

كما تظهر هذه الأهمية من خلال ما أسار إليه رايف (Reif, 2011) من أن الذكاء الإنفعالي يساعد على الابتكار والحب والمسؤولية والاهتمام بالآخرين، بالإضافة إلى تكوين أفضل المسافات والعلاقات الاجتماعية، كما توجد علاقة بين الذكاء الانفعالي والتوجه نحو الأهداف والرضا عن الحياة.

ومن جهته أشار ماير (Mayer, 2001) لأهمية الذكاء الانفعالي لتحقيق الإيجابية في التكيف مع الظروف المختلفة وأثبتت أن الفرد الذي لديه ذكاء انفعالي يقوم بالتحدي للأفراد الذين يأتون بأفعال سيئة أو خاطئة أو أفعال مهددة للآخرين، وأوضح أيضا أنه عندما يكون الفرد لديه انفعالات سلبية فإنه يميل إلى أن يكون أكثر تشاؤما، ولا يمكنه إدراك الأحداث بإيجابية، أما الشخص الذي لديه انفعالات إيجابية فإنه يسهل أن تتواجد لديه العمليات المعرفية. (الطيب الحسين رابع، 2011، ص 62-63)

وفي نفس الشأن يضيف محمود ومطر (2002) أن العديد من الدراسات قد أشارت إلى وجود علاقة ارتباطية موجبة دالة إحصائياً بين الذكاء الانفعالي والرضا عن الحياة وقلة الأمراض الإكتئابية ومقاومة الضغوط والاحباطات وخففت السلوك العدواني. كما أشارت دراسات أخرى أيضاً أن من لديهم ذكاء انفعالي مرتفع هم الأقدر على غدارة الضغوط ولديهم كفاءة اجتماعية عالية. (الشوارة، 2006، ص 20) بالمقابل فإن لديهم.

خلاصة:

الذكاء الانفعالي هو القدرة على التعرف على المشاعر والانفعالات الذاتية وفهم مشاعر الآخرين وإدارتها بفعالية في المواقف المختلفة، يشمل هذا النوع من الذكاء مهارات مثل الوعي الذاتي وضبط النفس، والتعاطف، والقدرة على بناء علاقات اجتماعية ناجحة، يعد الذكاء الانفعالي عنصرا مهما في تحقيق التوازن النفسي والنجاح في الحياة الشخصية والمهنية، حيث يساعد الفرد على التعامل مع التوتر، واتخاذ قرارات أكثر وعيا والتواصل بشكل فعال مع الآخرين.

الفصل الثالث

تقبل المرض

تمهيد

1. مفهوم تقبل المرض

2. مظاهر تقبل المرض وعدم تقبل

3. مكونات إدراك المرض

4. سيرورة ومراحل تقبل المرض

5. أهمية تقبل المرض

6. العوامل المؤثرة على تقبل المرض

خلاصة

تمهيد:

يعد المرض تجربة انسانية شاملة لا تؤثر فقط على الجسد بل تمتد لتشمل الجوانب النفسية و الاجتماعية و الروحية للمريض. ففي لحظة التشخيص يجد الانسان نفسه أمام واقع جديد قد يفرض عليه تغيير نمط حياته ، و هنا يبرز مفهوم تقبل المرض كعنصر أساسي في تعزيز القدرة على المواجهة و تحقيق التوازن النفسي

تتناول في هذا الفصل التعريف الشامل لتقبل المرض و الأهمية الكبيرة التي يتمتع بها و العوامل المؤثرة فيه...

- مفهوم تقبل المرض:

* مفهوم تقبل المرض لغتنا:

تقبل بمعني رضي، ارتضى، قبل وقبول تقبل موافقة تحل على الموافقة والقبول وتستخدم في وصف العلاج ومرحلة من الحزن وقبول الأمر الواقع. (الشرييني، دون سنة، ص 02) والتقبل بصفة عامة هو ارتضاء فكرة أو حكم أو شخص، وليس من الضرورة أن يتضمن هذا الإرتضاء والموافقة الشاملة لكل ما يصدر عن هذا الشخص أو ما يترتب على تطبيق هذه الفكرة أو هذا الحكم. (جريو، 2019، ص 82)

* **تقبل المرض:** هو الشعور بالرضا عن الذات، والاندماج والتعايش مع المرض رغم القيود التي يعرضها عليه وهو التسليم بالمرض من الناحية النفسية والاجتماعية باعتباره داء عادي، حيث يمكن للفرد الحد من درجة تأثيره على مختلف أعضاء الجسم، عبر اتخاذ مبدأ الاحتراس والحيلة والحمية، فالأساس هو وعي المريض لمرضه، واتخاذ كل تدابير اللازمة من أجل الحد من تفاقمه مستقبلا. (البحيري، 2017، ص 38)

كما يعرفه كويلر روس وكسلر على أنه المرحلة التي حدث فيها التكيف من قبل المريض من خلال تعديل ثابت في أعماله وسلوكه.

فتقبل المرض يقصد به عملية نضج أو تأقلم جد طويلة، يمر بها كل فرد عند مواجهته لمثل هذه الحقائق الحميدة عليه في حياته. (Lacroix A. Assil J. PH, 2003, P

260)

كما عرف تقبل المرض على هذا النحو:

هو حالة نفسية يشعر فيها المريض بالرضا عن الذات ويتعايش مع المرض رغم القيود التي يفرضها عليه، دون أن يقل بنوعية حياته أو أداء أدواره الاجتماعية مع التفاعل الإيجابي للعلاج. (سرار ، 2022، ص 47)

يحتوي مفهوم تقبل المرض على الموافقة والقبول وتستخدم في وصف العلاج ومرحلة من الحزن وقبول الأمر الواقع، فتقبل المرض يقصد به وفقا للنموذج التفسيري للردود العاطفية المتعلقة بالمريض عند تشخيصه للمرض "نموذج الانفعال العاطفي مع المرض" أو "تقبل المرض وفق مراحل" أمه المرحلة الأخيرة تلي مرحلة الصدمة والإنكار. (جريو، 2019، ص 405)

كما يعرفه أيضا أنه عبارة عن استجابة نفسية، معرفية وسلوكية أيضا، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة، والتي تمس حالته على أصعدة شتى، كما تمكنه من تطبيع كل طارئ كما يتمشى وحياته الخاصة، بحيث لا تمثل له هذه التغيرات أي عائق في سير حياته النفسية والاجتماعية وغيرها..... ولذلك من المهم التحدث عن تقبل الشخص المريض لمرضه العضوي، أيا كان نوع هذا المرض، إذا ما لم يستدعي ذلك تكفل نفسي للمرض، فيما عدا ذلك لا يمكن ادعاء مشكلة تكيف أو تقبل المرض.

(حربوش، 2008، ص 85)

2- مظاهر تقبل المرض وعدم تقبله:

أ- مظاهر التقبل:

قد يظهر تقبل المرض من خلال المعاش النفسي ومدى تعايشه ومسايرته وكذا عدم تطور المرض وظهور مضاعفاته ونستطيع أن نلخص مظاهر تقبل المرض على النحو التالي:

- من خلال المريض نفسه وكيفية تلقي خبر إصابته ومدى تقبله وإنكاره للمرض، فبعض الحالات تصرح بأنها استطاعت أن تتكيف مع مرضها وأن الأمر كان عاديا إلى حد ما وسهلا بالنسبة لها، وهذا ما أشارت إليه الدراسات التي تناولت تقبل المرض ومن بينها دراسة (شهرزاد، 2011)، التي ذكرت أن المعاش النفسي للمريض في معايشة مرض السكري يمتاز بالسهولة لبعض الحالات.

- من خلال عدم تطور المرض وظهور مضاعفات مما يعني أن المريض يتعايش مع مرضه بشكل طبيعي.

- عدم ظهور أعراض القلق والاكتئاب بدرجة كبيرة تدخل بنوعية حياة المريض.

- من خلال استجابة المريض للالتزام بالعلاج وذلك بإتباع نصائح الطبيب وتناول الأدوية في وقتها.

- من خلال حديث المريض عن مرضه بشكل عادي وممارسة نشاطاته اليومية وإقامة علاقاته الاجتماعية وأداء أدواره بشكل طبيعي.

- من خلال تقبل نمط الحياة الجديدة التي لابد أن يعيشها المصاب بداء السكري وخاصة بنوع التغذية الصحية (العمية الغذائية) التي تحافظ على مستوى السكر في الدم، وكذا ممارسات النشاطات الرياضية، بالإضافة إلى الفحوصات الدورية لقياس نسبة السكر في الدم وفحوصات أخرى سنوية بالنسبة للرؤية والعظام وغيرها. (جريو، 2019، ص 406)

ب- مظاهر عدم تقبل المرض:

تتمثل مظاهر عدم تقبل المرض في كون المريض بداء السكري يظهر بعض الاستجابات وردود الأفعال الناتجة عن التغيرات الجديدة المتعلقة بالمرض والمتمثلة في تظاهرات الاضطراب النفسي بحيث تبرز حالات القلق والاكتئاب بدرجة كبيرة، اضطرابات النوم والتغذية، ظهور بعض المشاكل الأسرية، شعور المريض أن هناك تغيراً في صورة الجسدية.

ونستطيع أن نلخص مظاهر عدم تقبل المرض على النحو التالي:

- من خلال تصريحات المريض أنه لم يتقبل المرض عند تلقيه الخبر إصابته وأنه لم يستطيع أن يتكيف مع مرضه وأن الأمر كان صعباً، وهذا ما أشارت إليه عدة دراسات التي تناولت تقبل المرض ومن بينها دراسة (شهرزاد، 2014)، التي ذكرت أن المعاش النفسي للمريض في معايشة مرض السكري يمتاز بصعوبة لبعض الحالات.

- من خلال تطور المرض وظهور مضاعفاته مما يعني أن المريض لم يتعايش مع مرضه بشكل طبيعي، ولم يتبع حمية غذائية مما أدى إلى اختلال مستوى السكر في الدم.
- ظهور أعراض القلق والاكتئاب بدرجة كبيرة تحل بنوعية وجودة حياة المريض بداء السكري.
- من خلال عدم الالتزام بالعلاج من خلال ما تعلق بنصائح الطبيب وعدم تناول الأدوية في وقتها.
- من خلال العزلة الاجتماعية وسوء التوافق الأسري والمهني جراء القيود التي يفرضها المرض، مما يولد ضغوطا قد تؤثر على سلوك المريض وعلاقاته.
- من خلال حديث المريض عن مرضه بشكل غير عادي، فهو ينجرح من الحديث عن مرضه وكذا اختلال ممارساته ونشاطاته اليومية المعتادة وعدم إقامة علاقات اجتماعية توحى بالطبيعة إلى عدم أداء أدواره بشكل طبيعي.
- من خلال عدم تقبل نمط الحياة الجديدة التي لابد أن يعيشها المصاب بداء السكري وخاصة بالنوع التغذية الصحية التي تعادها على مستوى السكر في الدم، وكذا ممارسة النشاطات الرياضية وإتباع تعليمات الطبيب المتعلقة بتناول الأدوية في وقتها، بالإضافة إلى الفحوصات الدورية لقياس نسبة السكر في الدم وفحوصات أخرى سوية بالنسبة للرؤية والعظام وغيرها فنجده لا يحافظ على مثل هذه الإجراءات الوقائية في المحافظة على نسبة السكر في الدم وعدم توفر الإمكانيات الاقتصادية المتمثلة في دخل المريض. (جريو، 2019، ص 407-408)

3- مكونات إدراك المرض أو الأبعاد المكونة لإدراك المرض:

هناك العديد من الأبعاد المكونة لإدراك المرض، حيث كانت خمسة أبعاد في البداية وأضيفت فيما بعد أبعاد أخرى وهي:

- **بعد الهوية "Identity":** عبارة عن تحديد وتعيين هوية المرض، والتي يتصورها المريض "تسمية المرض"، وهكذا عزوه لمرضه.

- **بعد السبب "Cause":** عبارة عن العوامل المسببة للمرض والتي يتصورها المريض، ومنها الأسباب البيولوجية، البيئية، والانفعالية أو النفسية.

- **بعد الوقت أو المدة:** "Timeline" ومنها المزمنا أو الحادة، وقد يتصور المريض حالته بأنها منتهية مع الوقت، وقد يدرك سرعة انتهائها. حالة دورية فقد يدرك المريض على أن حالته الصحية متطورة حسب الأزمان التي يتعرض لها، إذ تذهب الأعراض ثم تعود مرة أخرى.

- **نتائج المرض "Conséquences":** عبارة عن إدراك المريض لخطورة مرضية أو نتائج حالته الصحية على حسب فهمه الشخصي، بيئته، وعلى حسب مرور الأيام.

- **الشفاء/الضبط: "Control"** ويعني الضبط الذاتي أو الشخصي والفعالية الذاتية وهو عبارة عن اعتقاد المريض في التحكم في أعراض مرضه، وكذا إمكانية ضبطه مع المرض. -**الشفاء/الضبط :** ويعني الاعتقاد في فعالية العلاج أو التأقلم، وهو عبارة عن ثقة المريض في اعتقاده بأن العلاج أو النصيحة المقدمة من طرف أحد المعالجين قد تحسن حالته الصحية.

الصورة الانفعالية "Emotionnel Représentation": وهذا البعد يعطي الصورة الانفعالية السلبية التي يولدها المريض مثل: القلق، الخوف، والاكتئاب.

الانسجام مع المرض: "Ilnes Cohérence" وهو عبارة عن تفكير ما ورائي "Métacognition" أي يستعمل المريض تصوراتهِ فيما يخص إعطائه معنى خاص للمرض،

وذلك من خلال" تغيير أحداث الحياة المختلفة من أسباب المرض والأبعاد التي مسها المرض مثل :الآلام التي يحسها المريض من البعد

الجسمي أو الفيزيقي .وهو عبارة عن درجة التعبير عن المرض، حسب مختلف المكونات السابقة الذكر لإدراك المرض والتي قد يعتبرها المريض في تجانس مع بعضها أو لا، وبالتالي فإن الوضع الجيد للمرض لدى المريض هو ذلك التناغم الذي يجتمع مع أفضل معايشة أو مواجهة مع الوقت.(أبركان، 2025، ص 29-30)

4- سيرورة ومراحل تقبل المرض:

إن حدوث المرض ليس أمراً نختاره أو أمراً نطلبه، لأنه حدث يسفر عنه معاناة وتهديدات حيوية ونفسية .إن تشخيص المرض يعني دخول المريض في مرحلة الحداد" أي الحداد على كل ما كان مألوف للمريض "فهو يتصل بفقدان الشيء، عندما يعلن عن المرض فإن الفرد المعني بالأمر تظهر عليه ردود أفعال عاطفية شائعة وهي تعتمد بدرجة كبيرة على شدة المرض.

ويعتبر مارك كاييس أن تقبل المرض عبارة عن إستراتيجية تتم عبر مراحل معينة والتي حددها كما يلي:

1- مرحلة الصدمة: تعتبر الصدمة أول هجوم على نفسية الشخص المتلقي، لخبر إصابته بالمرض، حيث ينشأ من ورائها عدة سلوكيات لا شعورية من قبل الشخص، وذلك لعلمنا أن الصدمة النفسية تنشأ نتيجة ظهور مفاجئ وغير منتظر لعنصر جديد في حياة الفرد، والذي يغير وجوده بصفة كبيرة ومهمة، حيث بسببه يصل الفرد مؤقتاً إلى عدم التكيف.

2- مرحلة الإنكار: وهو يلي مباشرة مرحلة الصدمة، حيث يرفض المصاب بالمرض حقيقة إصابته، كما أنه ينكر إمكانية تعرضه لمثل هذا المرض.

3-مرحلة التمرد: وهو ثالث حالة يتعايش معها الفرد بعد تشخيصه لحالته المرضية، وبما أن التمرد في معناه هو التعدي على الحكم أو السلطة أو القانون، ففي هذه الحالة يمكن

تعريفه على أنه التعبير المصاحب لعدم الرضا عن وضع معين سواء للفرد أو الجماعة، وعادة ما يربط الفرد سلوكه التمردى هذا "حسب وجهة نظره "بقدر غير عادل أو محيط عدواني، وبالتالي فهذا السلوك التمردى ناتج عن نظرة مبهمه وغير واضحة، وبهذا يكون التمرد رد فعل طبيعي للإحباط.

4- مرحلة المفاوضة: تمثل هذه المرحلة بوابة استيعاب فكرة المرض، حيث يلجأ الفرد المريض إلى الطبيب ويحاول قدر استطاعه إتباع تعليماته، لكنه بين الحين والآخر يحاول التفاوض مع طبيبه على حالته الصحية.

5- مرحلة الاكتئاب: بعد استيعاب المريض لحالته، يصيبه نوع من الاكتئاب وهو حالة نفسية تؤدي بالفرد إلى حالة مرضية تتميز بالشعور بالدونية واللامبالاة اتجاه الحياة.

6-مرحلة التقبل: نصل إلى مرحلة تقبل المرض أو بالأحرى التعود عليه والتكيف معه، وعادة ما يصاحب هذه المرحلة هدوء تام من قبل المريض، وتعاون واضح مع الطبيب، بحيث يحاول المريض إدراج مرضه كجزء من حياته، وبتطور هذه المرحلة يجد المريض نفسه في حالة من خضوع تام.

7-مرحلة الخضوع: وهو امتداد للمرحلة السابقة، حيث يكون هناك استسلام كلي من قبل المريض لحالته، وانصياع تام لأوامر الطبيب، حيث يفوض المريض أمره لطبيبه ، لكن قد تتعدى مراحل تقبل المرض هذه حسب كاييس إلى مرحلة أخيرة وطارئة هي التقبل الزائف.

8-مرحلة التقبل الزائف: يرفض فيها الفرد شعوريا الإحساس بالمرض، وينتابه تخوفا شديد من مضاعفاته، وذلك بعد إدراكه التام ومعرفته الكلية بالمرض. (بولحال ، 2022،

ص 59-60)

5- أهمية تقبل المرض:

إن أهمية تقبل المرض لا تشمل أو تقتصر على المستوى الفردي فقط بل وحتى الجوانب النفسية والاجتماعية والأسرية وغيرها.....

* الأهمية الفردية:

يعتبر تقبل المرض من الأمور الضرورية لتقوية النفس، فهو عامل مهم في تقوية المناعة النفسية لدى الفرد المريض، يعمل على مساعدة المريض في كيفية التعايش مع المرض وظروفه الجديدة المتعلقة بقيود المرض، كما قال الباحث على لسان الدكتور زحملوط رمضان، إن تقبل المرض يعتبر هو الأساس في بناء القدرة على التحكم في المرض ومسايرته إذ أنه يعتبر مؤثر إيجابي في التكيف مع المرض. (جريو، 2019، ص 88)

* الأهمية الصحية:

يعتبر تقبل المرض من المتغيرات الضرورية والمهمة التي تتعلق بالصحة سواء الجسمية أو النفسية، فهو يساهم في تجاوز المشكلات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمرض، حيث تتقبل المرأة إصابتها بالمرض ونظرة الآخرين لها وقدرتها على التعامل مع المرض يعتبر هدف قريب، يتمثل في تخفيض الضغوطات الداخلية عندها، فعند تقبل المرأة لمرضها يعطيها جزء من العلاج والراحة النفسية والجسمية وتستطيع الحفاظ على صحتها. (نفس المرجع السابق، ص 89)

* الأهمية الأسرية:

تشخيص مرض السكري في أحد من أفراد العائلة، قد يحدث نوعا من القلق عليه خصوصا إذ لم يتقبل المريض مرضه، حيث يسبب لمن حوله و المحيطين به من أفراد عائلته قلقا و ارتباكا وجيزة، فالمريض المتقبل لمرضه سيساعد أسرته في التجاوب معه بإيجابية تجاه المرض المزمن، خصوصا إذا ما تعلق الأمر بالمراحل النمائية المبكرة حيث أن المصاب لم يستقل بعد بنفسه فعلى سبيل المثال لا يتقبل الطفل المريض مرضه بسهولة، حيث شكل له في المرحلة الأولى صدمة، أما فيما بعد فإنه أصبح يشعر بالقلق عندما لا يجد طعامه جاهزا، حيث روت الأم حادثة تخص انكسار أنبوب الأنسولين التي أثارت ثائرتة حيث أقام الدنيا و أتعبها منا أشعر الأم بالحيرة في كيفية التعامل معه، و على هذا الأساس

فإن تقبل المرض يعتبر من الأهمية حيث يجنب الأسرة الكثير من المشكلات التي قد تجعل أفراد الأسرة في ضغط مستمر و الذي قد يتسبب بأمراض نفسية و جسمية. (حميس، 2005، ص 208-209)

* الأهمية الاقتصادية:

على اعتبار أن الذي يتقبل المرض يجد في نفسه توازنا يساعده على تقبل العلاج و بالتالي تجنب مضاعفات المرض و من ثم تقادي مصاريف الأدوية حيث تؤثر بدورها على شحنات كبيرة من المستحضرات الصيدلانية، ففي الولايات المتحدة بلغت 47.4 مليار دولار، أو ما يقارب 1% من الناتج القومي الإجمالي للبلد في تلك السنة، فعملية تقبل المرض من الناحية الاقتصادية توفر على الدولة مصاريف العلاج من خلال توعية الحياة التي يعيشها المريض و كذا التزامه بالأمور العلاجية مما قد يقلل من استعمال الأدوية و تجنب التحاليل الدورية و بالتالي التقليل من المصاريف المخصصة للعلاج. (David S. Gilman, 1997)

6- العوامل المؤثرة في تقبل المرض:

* شدة المرض:

تعتبر شدة المرض عاملا مهما في حياة المريض وهو أساسي في تحديد نوعية تقبل المرض، ففي حالة المرض الطبيعي الحاد يصيب المريض لفترة من الزمن ويزول على عكس المرض المزمن الذي ينتقل من مرحلة إلى أخرى والذي يؤثر بصورة بالغة الخطورة على المريض وقد تصاب أجهزة أخرى من الجسم بسبب مضاعفات المرض، لهذا السبب يختلف تأثير المرض عند المريض. (نوار ، 2014، ص 211)

* نوع المرض:

ما لاحظناه من خلال الاستقراء لمختلف الدراسات التي تناولت الأمراض المزمنة المختلفة أن الحديث عن تقبل المرض بالنسبة لمريض السرطان مثلا قد يزيد أو ينقص

بالنسبة لتقبل المرض عند المرض المصاب بالربو وغيرها من الأمراض الأخرى، وهذا الموضوع نعتقد كباحثين أنه لا بد أن يكون محط دراسات تقوم بمثل هذه المقارنات عن مختلف الأمراض المزمنة. (جريو، 2019، ص 95)

* الوعي الصحي:

إن وعي المريض بمرضه ومضاعفاته وكذا الأعراض الجانبية التي قد يخلفها العلاج، يعد خارقاً في تقبله للمرض، فالشخص الذي يمتلك المعارف المرتبطة بالعلاج والتمثلة في معرفة فائدة العلاج و مخاطر الانقطاع عنه أو وجود تفاعلات عن العلاج والتغذية والأدوية الأخرى التي يتناولها المريض، وتحدد بدورها المستوى المعرفي للمريض ونوعية علاقاته مع فريق الرعاية الصحية. (نفس المرجع السابق، ص 100)

* مدة المرض:

تعتبر مدة المرض هي المسؤولة عن كيفية تقبل المرض والتعامل معه، فمدة المرض تزيد من فرص تقبل المرض لدى المصاب ففي البداية يتعرض للصدمة لكن مع الوقت يتأقلم المريض مع وضعه الجديد ويحدث تقبل المرض.

كما جاء في دراسة نوار شهرزاد أن كل الحالات التي تفوق مدة مرضها مدة 10 سنوات، اعتبرت أكثر تكيفاً مع مرضها وأكثر قدرة على مواجهته، فالمريض بنفسه هو القادر على تحسين والالتزام والتحكم بالمرض من كل شجاعتها وكيفية تقبل المرض، مما يؤثر هذا الإيجاب على نفسية المصاب وسلوكياته المتبعة والتحكم في الشعور بالألم ويساعد على الشفاء. (نوار ، 2014، ص 398)

خلاصة الفصل :

وفي نهاية هذا الفصل الذي تتولنا فيه تقبل المرض، اتضح أن تقبل المرض هو أهم شيء في حياة الفرد المصاب بالمرض وبالخصوص المرض المزمن، حيث يعتبر المحور الأساسي المساهم في سيرورة العلاج وحتى يتمكن المصاب من الاستمرار في حياته والتعايش مع مرضه وكذا تقبل التغيرات التي قد تطرأ على حياته من الحالة الصحية إلى الحالة المرضية ويخلصه من كل الضغوط النفسية المصاحبة للمرض.

الفصل الرابع

داء السكري

تمهيد

1. لمحة تاريخية

2. تعريف داء السكري

3. أنواع داء السكري

4. أسباب داء السكري

5. أعراض داء السكري

خلاصة الفصل

تمهيد الفصل:

يعتبر داء السكري من أكثر الأمراض المزمنة انتشارا في العالم، وكل عام يتزايد عدد المصابين به وكما يشكل عبء ثقيل على صاحبه، سواء من الناحية الاقتصادية أو من ناحية المرض ليس فقط لطبيعته المزمنة ولكن لما يتطلبه من التزامات، بالإضافة إلى إمكانية ظهور مضاعفات وتعقيدات تمس حياته النفسية والجسدية، وبما أن هذا المرض يصاحب المصاب مدى الحياة فإن كل الخبرات التي يمر بها سوف ينسبها لإصابته وهذا ما يجعله عرضة للانفعالات والمشاعر السلبية التي تؤثر على حياته النفسية.

وسنتطرق في هذا الفصل بشكل مفصل إلى تاريخ هذا المرض، تعريفه، أنواعه، والأسباب المؤدية له.

1. لمحة تاريخية لداء السكري:

يعتبر مرض السكر من أقدم الأمراض التي عرفت البشرية في تاريخها الطويل حيث تم ذكره في البرديات المصرية القديمة منذ ما يقرب من 1500 عاما قبل الميلاد بوصفه حالة تتميز بالتبول الشديد والمتكرر التي تنتهي عادة بالوفاة، كما وصفه أطباء الهند في نفس الفترة تقريبا على أنه البول المسكر الذي يجذب إليه النمل؟

وقد ظهرت تسمية مرض السكر للمرة الأولى على يد أطباء اليونان القدامى عام 203م قبل الميلاد باسم (ديابيتيس) وهي تعني التدفق الشديد، ثم أضيفت إليه كلمة (ميليتيس) عام 1700 ميلادية على يد الطبي الإنجليزي دون رول وهي تعني العسل كي يتم تمييز هذا المرض عن مرض آخر يتميز أيضا بتدفق البول لكنه غير مصاحب بزيادة السكر في الدم أو البول.

لم يتم الكشف عن السبب الحقيقي لمرض السكر إلا في أوائل القرن العشرين على يد مجموعة من العلماء حيث اكتشف العالم الألماني الشاب (22 عام) بول لانجر هاس مجموعة من الخلايا التي تفرز هرمون الأنسولين والتي تأخذ شكل الجزر المتناثرة داخل البنكرياس والتي سميت باسمه فيما بعد، وجدير بالذكر لأن كلمة أنسولين هي كلمة لاتينية تعني جزيرة.

ثم جاء الاكتشاف الأعظم في تاريخ هذا المرض على يد عالمين كنديين هما فردريك بانتج وتشارلز بست اللذين استطاعا استخلاص هرمون الأنسولين واستخدامه للمرة الأولى في التاريخ لعلاج المرض عام 1922، وكان ذلك من نصيب المريض الساب ليونارد تومسون وكان عمره 14 عاما وتم إنقاذ حياته باستخدام الأنسولين، وحصل بعدها العالمان الكنديان على جائزة نوبل في الطب عام 1923. (الغرابي جريد، 2015، ص 13-14)

1- تعريف داء السكري:

يعتبر داء السكري من الأمراض المزمنة التي تحدث نتيجة لوجود خلل في إفراز أو عمل الأنسولين في الجسم، والأنسولين عبارة عن هرمون يفرز من قبل غدة البنكرياس ويساعد خلايا الجسم على استهلاك سكر الجلوكوز من الدم وعند نقص الأنسولين يبقى معظم الجلوكوز في مجرى الدم بدلا من أن يستخدم أو يخزن وبالتالي فإن الجسم يحصل على كفايته من الطاقة المطلوبة.

أما لوثر ترافيس استشاري عند الصم والسكري في قسم الطب جامعة تكساس الولايات المتحدة الأمريكية، فيعرف داء السكري أنه عبارة عن اضطراب في عملية تحويل الأغذية التي يتناولها الناس إلى طاقة.

كما يمكن تعريفه أيضا بالتعريف التالي: مرض السكري من أمراض جهاز الغدد الصماء المزمنة ويحدث بسبب عجز الجسم عن إفراز الأنسولين أو انخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما. (تايلور، 2001، ص 76)

- بينما عرفه السوا (2000) في كتابه للأفاق الحديثة في دراسة ومعالجة داء السكري بأنه ارتفاع نسبة سكر الدم فوق المعدل الطبيعي نتيجة لنقص في إفراز هرمون الأنسولين أو عدم فعاليته. (المرزوقي، 2008، ص 23)

- عرفته المنظمة الصحية العالمية أنه حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكري في الدم، وقد ينتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية، الوراثية ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الأنسولين.

(المرزوقي، 2008، ص 23)

- كما يعرف أنه تغير دائم في كيمياء الشخص الداخلية تنتج عنه زيادة كبيرة في معدلات الجلوكوز في الدم ويعود السبب إلى نقص في هرمون الأنسولين، وأما الإنسان هو مادة كيميائية ينتجها عضو في الجسم. (في هذه الحالة البنكرياس). (مزيودي، 2013، ص 4)

- التعريف العلمي: يعرف داء السكري بأنه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (للجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نسبية أو عضوية أو بسبب الإفراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية، و يحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه، و يطلق على هذه الحالة "قصور الأنسولين" أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة و لكن هناك مقاومة من الأنسجة و الخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين و يطلق مثل هذه الحالة "مقاومة الأنسولين". (الحميد، 2008، ص 20)

وحسب Nettine 1996 هو عبارة عن خلل في عملية تحمل الجلوكوز داخل جسم الإنسان ويكون سبب ذلك هو نقص في إفراز الأنسولين من البنكرياس أو عدم إفرازه، أو نقص فعالية الأنسولين، مما يسبب زيادة نسبة السكر في الدم وبالتالي اضطراب في عملية التمثيل الغذائي لكاربوهيدرات والبروتينات والدهون. (Nettine, P 9) 1996

2. أنواع داء السكري:

* النوع الأول: داء السكري المعتمد على الأنسولين.

و يسمى أحيانا بالسكري الشبابي لأنه يشاهد عند الأطفال و الشباب خصوصا و لكن يمكن أن نراه عند الكبار في هذا النوع من الداء يكون نقص الأنسولين مطلقا، إذ أن خلايا بيتا في البنكرياس لا تستطيع أن تمد الجسم بما يحتاجه من الأنسولين الضروري، لأنها تكون مدمرة جزئيا أو كليا، فإن العلاج في هذه الحالة يكون الأنسولين الخارجي و يصبح أمرا لا مفر منه و يشكل يومي، يبدأ داء السكري المعتمد على الأنسولين غالبا بشكل فجائي و دون سابق إنذار عند المصاب و كذلك يمكن أن لا يشكو المريض من أية أعراض في حوالي 15% من الحالات و يتم الاستدلال على وجوده صدمة من خلال فحص البول أو الدم

لأسباب أخرى و قد تبدأ المظاهر السريرية لهذا النوع من السكري من يوم و آخر. (الطيارة، 1998، ص 36-37)

* النوع الثاني: داء السكري المعتمد على الأنسولين.

عادة ما يصيب مرض السكري من النوع 2 الأشخاص الذين تفوق أعمارهم 40 سنة، يمكن أن يكون وراثيا وغالبا ما يرتبط بزيادة الأذن، كما تم تشخيص حالات إصابة بالمرض عند الأطفال قبل سن البلوغ وخاصة الذين يعانون من البدانة ولا يمارسون الرياضة أو إذا كان أحد الوالدين مصاب بمرض السكري من النوع الثاني. (Graham Ogle et coll, 2017, P 7)

وتوجد ثلاث مراحل في تطور مرض السكري من النوع الثاني وهي:

- مرحلة ما قبل السكري: تتميز بخلل في تنظيم السكري في الجسم.
- مرحلة قبل السريرية بدون أعراض وتكون طويلة نسبيا وفي هذه المرحلة يجد المريض في كل مرة ارتفاعا لسكر في الدم، ومع ذلك لا توجد أي أعراض تشير إلى وجود المرض.
- مرحلة السريرية وتكون مصحوبة بأعراض ومضاعفات مزمنة.

(Prévention et dépistage du diabète de type 2, (2016), P 2)

* النوع الثالث: سكري الحمل

هو من أنواع داء سكري الأقل انتشارا، ويظهر أثناء العمل فقط عند النساء اللواتي: لم يصبين بداء السكري في السابق وغالبا يعود سكر الجلوكوز في الجسم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة، ليعاود الظهور في الحمل التالي وتسير الدراسات إلى أن حوالي ثلث إلى ضعف النساء والمصابات سكر الحمل قد يصبين بالنوع الثاني من السكري في غضون 10 سنوات.

(بن سعد الحميد، 2008، ص 41)

* النوع الرابع: السكري الثانوي أو المصاحب لأعراض أخرى، حيث يكمن ناتج عن وجود حالة مرضية تؤثر على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس وأهم هذه العلل الالتهاب

المزمن للبنكرياس، أوراق الغدد فوق الكلوية واستئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية، بعض أمراض الغدد الصماء، فرط إفراز الغدد الدرقية، وقد يحدث في حالات التسمم الدرقي وأيضا تعاطي أدوية قد تؤثر في إفرازات هرمونية (عيدروس، 1993، ص 51) - ما هي الفروق الأساسية بين النوعين الأول والثاني:

رغم الصعوبات التي تكثف التفريق بين النوعين خاصة في سن المراهقين والبالغين، إلا أنه يمكننا الاسترشاد بالجدول التالي لتوضيح الصورة:

النوع الأول	النوع الثاني	
عادة قبل سن 35	عادة بعد سن 35	1- السن.
فجأة (أسابيع).	تدرجيا شهور أو سنوات.	2- ظهور الأعراض.
تحيف أو طبيعي.	عادة بدناء	3- الوزن.
واضحة	غالبا بدون أعراض	4- الأعراض.
غالبا موجودة	عادة لا تظهر.	5- الأحماض الكيتونية.

1- الأنسولين الداخلي.	لا يوجد	قليل وربما كثير مع عدم استجابة من الخلايا
2- الدهون.	زيادة الكوليسترول والترايغليسيريد في الدم.	زيادة الكوليسترول والترايغليسيريد في الدم.
3- العلاج بالأنسولين.	حتمي	مطلوب فقط في حوالي 30-20%

4- الأدوية الفموية.	لا تستخدم	تستخدم
5- الحماية الغذائية.	ضرورية	أساسية
6- الأضداد الذاتية.	موجودة	عادة غير موجودة.
7- تاريخ عائلي.	غير شائع	شائعة
8- أمراض مناعة ذاتية أخرى.	شائعة.	غير شائعة.

3- أسباب داء السكري:

* **الوراثة:** إذا كان أحد أو كلا الوالدين مصابا بالسكري من النوع الثاني، فإن هناك زيادة في احتمالية الإصابة عند أحد الأبناء أو أحفادهم، بينما تتضح الصورة أكثر في التوائم المشابهة، حيث أن ثمة احتمال بنسبة 35-50 % لإصابة أحد التوأمين إذا أصيب التوأم الآخر بالنوع الأول من السكري، لتزيد الاحتمالية إلى سنة 75-90% في حال الإصابة أحدهما بالنوع الثاني من السكري. (الطفي، (2017)، ص 32)

* **السمنة:** لقد أظهرت دراسة عملت في عام 2001 على ما يقارب من 85000 ممرضة، أن السمنة كانت السبب الرئيسي و الأول لخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكري، كما أوضحت دراسة حديثة أن إنقاص الوزن بما يعادل 5% فقط، قد يكون كاف لمنع حدوث مرض السكري من النوع الثاني عند الأشخاص المدينين الذين يعانون من اختلال في تحمل الجلوكوز، و تشير التقديرات أن 80% إلى 90% من الزيادة الحالية في مرض السكري من النوع الثاني هي بسبب السمنة و زيادة الدهون في منطقة البطن، حيث أن زيادة الدهون قد تلعب دورا هاما في مقاومة الأنسولين، و لكن أيضا طريقة توزيع الدهون في الجسم مهمة. فزيادة الوزن حول البطن والجزء العلوي من الجسم (بشكل التفاحة) له علاقة بمقاومة الأنسولين و حدوث مرض السكر ومرض القلب وزيادة معدات الكوليسترول الغير صحية،

بينما الدهون التي تكون على شكل إحصاة حول الأوراث قد لا يكون لها علاقة بالأمراض المذكورة أعلاه، بحيث أن دهون البطن وبشكل التفاحة وسط البطن يعتبر غير صحي لأن الخلايا الدهنية الموجودة في وسط البطن تطلق الدهون في الدم بسرعة تفوق تلك الخلايا الموجودة في أجزاء الجسم المختلفة. (بن سعد الحميد، 2008، ص 33-34)

* **قصور البنكرياس:** قصور البنكرياس في تلبية حاجة الجسم من الأنسولين عند الضرورة، ففي الحالة العادية يستطيع البنكرياس سد حاجة الجسم اليومية والعادية من الأنسولين، ولكن عندما يزداد الطلب عليه لمواجهة ارتفاع مهم وطارئ في سكر الدم فإن البنكرياس يقف مكتوف اليدين لا يقدر على تحقيق ما هو مطلوب منه، أي طرح كميات متزايدة من الأنسولين.

* **الاستعداد للإصابة:** أي استعداد للإصابة بالسكري القملي، يملك بعض الأشخاص استعدادا للإصابة بالمرض أكثر من غيرهم وهما: أقرباء المرض المصابين بداء السكري، وخطر الإصابة يزداد كلما كانت درجة القرابة قوية الأشخاص المصابين بالبداية، الأشخاص المسنون.

الأمهات اللواتي يلدن أطفالا كبار الحجم، إذ أن زيادة وزن الطفل قد تكون مؤشرا على وجود السكري كامن عند الأم. (الطياري، (1998)، ص 45)

* **الحالة النفسية:** كالقلق والتوتر فهما يعملان بظهور أعراض الإصابة، ولكنهما يعتبران من الأسباب المباشرة للإصابة.

* **تناول الأدوية والكحول:** تعمل المشروبات الكحولية على إتلاف عدة البنكرياس وبالتالي الإصابة بداء السكري، فضلا عن محتواها العالي من السعرات الحرارية وما تسببه من السمنة.

* **التدخين:** أثبتت الدراسات الحديثة أن المدخنين أكثر عرضة للإصابة بالنوع 2 من السكري بنسبة تبلغ 30% - 40%. (لطي، (2017)، ص 33-34)

* نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم: يعود السبب الرئيسي في حدوث النوع الأول من السكري إلى نقص كفاءة الجهاز المناعي للجسم والتي يصاحبها ظهور أجسام مضادة (Antibodies) تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا أنجر هاتز وتسبب تلف خلايا بيتا في البنكرياس التي تفرز الأنسولين ولا يعرف السبب الحقيقي عن كيفية بدء التأثير على الجهاز المناعي للجسم ولكن الدراسات تشير إلى أن الاستعداد الوراثي والإصابة ببعض الفيروسات قد تكون السبب في حدوث نقص كفاءة للجهاز المناعي للجسم. (بن سعد الحميد، 2008، ص 28)

* أعراض داء السكري:

- جوع شديد.
- كثرة التبول.
- حكة في الجلد (وعند المرأة بالذات في الأعضاء التناسلية).
- ألم وتنميل في الأطراف.
- ضعف في البصر.
- ظهور تماحل في الجسم.
- تعب شديد.
- زيادة في الوزن.
- حدوث قروح جلدية بالذات في القدم.
- بطء في شفاء الجروح. (معتوف ، 1989، ص 12)

- الأعراض العامة لداء السكري:

شدة العطش - polydipsia والإكثار من شرب المياه وخاصة المثلجة. ويحدث العطش بسبب التأثير الأزموزي ، حيث أن الزيادة الكبيرة في مستوى السكر في الدم (فوق الحد الكلوي السكر)، يتم إفرازها عن طريق الكلى، ولكن هذا يحتاج إلى الماء لحمله، وبالتالي

يؤدي ذلك إلى فقدان كبير للسوائل من الجسم والتي يجب إحلالها عن طريق الماء المتواجد في خلايا الجسم، وهذا بدوره يؤدي إلى الجفاف، وفي النوع الثاني من السكر فإن زيادة التبول والعطش قد تكون خفيفة في البداية، ولكنها تزيد سوءا بالتدرج خلال أسابيع أو أشهر، وبعد ذلك يشعر المريض بالتعب الحاد، وقد تطور ذلك إلى زغلة في البصر ويمكن أن يتعرض للجفاف.

- زيادة عدد مرات وكمية التبول polyuria.

- ازدياد الشهية لتناول الطعام polyphagia، وخاصة الحلويات والسكريات.

أعراض السكر المذكورة أعلاه يمكن أن تحدث بسرعة في النوع الأول من السكر، وخاصة في الأطفال (أسابيع وأشهر)، ولكنها قد لا تظهر تماما، أو تظهر بشكل بطيء في النوع الثاني من السكر.

- جفاف الحلق واللسان.

- وفي النوع الأول من السكر يمكن أن يحدث نقص في الوزن الجسم دون سبب واضح على الرغم من الأكل الطبيعي أو حتى زيادة الأكل عند الشخص، ويعزى ذلك إلى إفراز هرمون والجلوكاجون Glocagon (مضاد لعمل الأنسولين) ، والذي يفرز من البنكرياس أيضا، ويعمل هذا الهرمون على تكسير البروتينات والدهون وتحويلها إلى السكر مما يسبب في حدوث نقص في الوزن، كما يرجع نقص الوزن أيضا بسبب فقد كمية كبيرة من الماء نتيجة لكثرة التبول.

- يمكن أن يصاحب النوع الأول من السكر الشعور بالكسل والضعف والخمول وعدم القدرة على احتمال المجهود العضلي. وهنا يجب الحرس على عمل التحاليل الطبية بدلا من البحث عن دواء منشط أو فيتامينات يدل المريض أنها مقوية، وهي في الواقع تأخر موعد اكتشافه لحقيقة المرض الذي يشكو منه فعلا.

والشراهة في الأكل وفقدان الوزن والتعب المستمر يمكن أن تظهر عند مريض السكر من النوع الثاني عندما يكون مستوى التحكم في السكر لديه ضعيف.

- عدم وضوح الرؤيا والدوخة أو الصداع وعدم التركيز.

- وقد تكون الغيبوبة السكرية الكيتونية (Diabète konacidosis) هي أول مؤشر لوجود داء السكري، وخاصة في الصغار السن المصابين بالنوع الأول من السكر.

وتحدث الغيبوبة السكرية الكيتونية بسبب تكسر الخلايا الدهنية وإنتاج مركبات يطلق عليها المركبات الكيتونية، وتقوم الكيتونات بإمداد الخلايا ببعض الطاقة ولكنها تجعل الدم شديد الحموضة (konacidosis)، ومن أعراضها الأولية كثرة العطش والتبول، وفقدان الوزن، والغثيان، والإجهاد والألم في البطن.

وهذا الأخير أكثر شيوعا في الأطفال ولكنه يمكن أن يحدث في الأشخاص البالغين أيضا ويكون التنفس عميقا وسريعا بسبب محاولة الجسم لتصحيح حموضة الدم.

وتتميز هذه الحالة برائحة الأسيتون وهو شبيه برائحة مزيل الألوان من الأظافر من تنفس المريض وبدون التدخل العلاجي يمكن أن تؤدي الحمضية الكيتونية السكرية إلى الغيبوبة السكرية، والوفاة والتي قد تحدث في بعض الأحيان خلال ساعات محدودة.

وبسبب إنتاج بعض الأنسولين في الأشخاص المصابين بالنوع الثاني من السكر فإن الغيبوبة السكرية الكيتونية عادة لا تحدث لديهم.

- زيادة قابلية الإصابة بالالتهابات الميكروبية، السكر ماذا تساعد على نمو الجراثيم لذلك تكثر

الالتهابات في المناطق الرطبة من الجسم مثل: الأعضاء التناسلية خاصة لدى السيدات، والجلد، كما تساعد على تقليل مقاومة الجسم ضد الجراثيم في موقع أخرى من الجسم.

- الحكة وخاصة في منطقة الأعضاء التناسلية.

- التأخر في التئام الجروح والردود عند حدوثها (تقرحات القدم).

- الضعف الجنسي ويكون واضحا عند الذكور.
- عدم النظام التبول.
- القلق والاضطراب النفسي وعدم الرغبة في العمل والأرق، وقد أظهرت الدراسات أن مرضى السكر أكثر عرضة للإصابة بالاضطرابات النفسية مقارنة بالأشخاص الأصحاء، وقد يعزى السبب في ذلك إلى ارتفاع هرمون الكوريتزول (Corisol) بسبب الاضطراب النفسي وقد أوضحت الدراسات أن ارتفاع معدل هذا الهرمون يقلل من الحساسية للأنسولين، مما يؤدي إلى توزيع الدهون في وسط البطن، ومن المعروف أن زيادة الدهون في هذه المنطقة يعتبر من أحد عوامل الخطورة للإصابة بداء السكري.

وتشمل أعراض الاضطرابات النفسية:

- الحزن المستمر.
- الشعور بالإحباط.
- الشعور بالذنب وعدم القيمة.
- انعدام الرغبة في القيام بالأنشطة والهوايات التي كانت محببة إليها في الماضي وتشمل الحياة الجنسية.
- قلة الطاقة والشعور بالتعب.
- صعوبة التركيز والتذكر وعمل القرارات.
- الأرق والنهوض مبكرا في الصباح أو النوم لساعات طويلة.
- تغيرات في الشهية الأكل والوزن.
- التفكير في الموت أو الانتحار أو القيام بمحاولات انتحار.
- سرعة التهيج والتوتر.

إذا حدث لدى الشخص خمسة أو أكثر من الأعراض المذكورة أعلاه يوميا لمدة أسبوعين على الأقل وأثرت على الأنشطة اليومية المعتادة، مثل: العمل، والاهتمام بالنفس، ورعاية الأطفال، وحياة الاجتماعية، فينبغي مواجهة طبيب نفسي.

- أظهرت بعض الدراسات أن الأشخاص البالغين الذين يعانون من الاختناقات أثناء النوم قد يكون احتمال إصابتهم أيضا بداء السكري بما يعادل ثلاث مرات مقارنة بالأشخاص الأصحاء، وقد أوصت تلك الدراسات بوجود فحص الشخص الذي يعاني من الاختناقات أثناء النوم عن إمكانية إصابته بداء السكري. (بن سعد الحميد، 2008، ص 46-47-

(48)

- كيف يتم تشخيص داء السكري:

ذكر جاسم عبد الله المرزوقي (2008) أن الجمعية الأمريكية لمرضى السكري حددت معيار الإصابة بالسكري بان تكون قيمة السكر الصيامي ب 126 ملغ/د. ل فما فوق أي بعد صيام ليلة كاملة من 8 إلى 12 ساعة. كما تعتبر منظمة الصحة العالمية أن قيمة 140 ملغ / 100 مل فما فوق مشخصة لمرض السكري. أما القيمة الطبيعية لسكر الدم فتتراوح ما بين 70-109 ملغ / 100 مل. وهذه هي وحدة القياس التي تستخدم عند الإشارة لمستويات الجلوكوز في الدم. (ص30)

أهمية مزاوله الرياضة لمرضى السكر:

للرياضة دور مهم في علاج مرض السكر حيث تؤدي إلى:

- حرق كمية كبيرة من سكر الجلوكوز للحصول على الطاقة اللازمة لنشاط وحركة العضلات أثناء الرياضة، وبالتالي تؤدي إلى التقليل من مستوى السكر في الدم.
- إنقاص الوزن وتقليل الدهون الضارة، وهذا سوف يقلل من فرص حدوث تصلب الشرايين شائعة الحدوث في المرضى المصابين بالسكر.

• زيادة تدفق الدم في شرايين الساقين والقدمين، مما يقلل من إمكانية حدوث مضاعفات مرض السكر في القدمين.

و يعتبر المسي من الرياضات المهمة لمريض السكر التي تساعد على تخفيض مستوى السكر في الدم و يفضل المسي بخطوات واسعة، و تكون المعدة فارغة، و أن يكون ذلك بشكل منظم على الأقل ثلاثة أيام في الأسبوع و يفضل ارتداء الملابس القطنية و أن يكون الحذاء مريح للقدمين و يجب عدم استعمال الأحذية الضيقة أو الجوارب المصنوعة من النايلون أثناء مزاوله الرياضة، و يجب على مريض السكر تجنب مزاوله الرياضة العنيفة، مثل: المصارعة، و الكارتيه، و خلاف ذلك، و خاصة المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر، خاصة بعد أخذ حقنة الأنسولين، و يفضل عند مزاوله النشاط الرياضي الاحتفاظ بقطعة من الحلوى، لتجنب حدوث غيبوبة نقص السكر.

زراعة البنكرياس:

في بداية القرن كان متوسط بقاء مرضى السكر على قيد الحياة في حدود سنتين فقط من بداية تشخيصهم بالنوع الأول من السكر، وقد أدى تطور هرمون الأنسولين واستخدامه كدواء ناجح إلى حدوث ثورة عظيمة في علاج المرضى المصابين بالسكر وتحويله من مرض يؤدي إلى الوفاة بسرعة إلى مرض مزمن.

ومع امتداد عمر المصابين بداء السكري الذين يستخدمون الأنسولين أخذت مضاعفات السكر طويلة الأمد بالظهور عليهم، والتي تشمل فشل الكلى، واعتلال الأعصاب، وشبكية العين والمضاعفات الأخرى على الشرايين الصغيرة والكبيرة.

وهذه المضاعفات تحدث بعد 10-20 سنة من بدء الإصابة بداء السكري.

و كثير من المرضى المصابين بالنوع الأول من السكر يتم التحكم مستوى السكر لديهم عن طريق الرياضة و التغذية و إعطاء حقن الأنسولين، و لكن بعض المرضى يجدون صعوبة في ضبط مستوى السكر لديهم باستخدام تلك الطرق، و ينتج عن ذلك

مضاعفات خطيرة على المدى القصير و البعيد، و قد تكون زراعة البنكرياس البديل الناجح للمرضى المصابين بالنوع الأول المتقدم من السكر الذين لا يستجيبون بصورة جيدة للعلاج بالأنسولين و الذين يظهر عليهم مضاعفات خطيرة بسبب المرض، و تهدف عملية زراعة البنكرياس إلى تحسين النوع الأول من مرض السكر و عدم الاعتماد على الأنسولين.

و قد تمت زراعة أول بنكرياس في العالم عام 1966 م، بواسطة الدكتور ريتشارد ليلييهي (Richard Lillehei) من جامعة مينيسوتا في الولايات المتحدة الأمريكية، حيث تمت زراعة بنكرياس مع الكلى في نفس الوقت بنجاح، ثم تلي ذلك زراعة البنكرياس مع الكلى و الإثني عشر لمريضة تبلغ من العمر 27 سنة، و بالرغم من انخفاض مستوى السكر في دمها مباشرة بعد عملية الزراعة، إلا أنها توفيت بعد ثلاثة أشهر بسبب مشاكل في الرئة، و في عام 1979م، تم زراعة أو جزء من البنكرياس من الأشخاص المتطوعين الأحياء، و قد كانت تلك العمليات في مرحلة التجارب حتى العام 1990م، و في الوقت الحاضر فإن زراعة البنكرياس تعتبر مقبولة علاجياً، و في الولايات المتحدة الأمريكية يوجد حالياً ما يقارب من 100 مركز طبي لزراعة البنكرياس يتم بها ما يقارب من 1400 حالة زراعة بنكرياس سنوياً، و يعتبر هذا العدد محدود جداً بسبب قلة الأعضاء التي يتم التبرع بها من قبل الأشخاص المتوفين لغرض الزراعة. (بن سعد الحميد، 2008، ص

(56-55-54-53)

- علاج داء السكري:

هناك 3 عوامل رئيسية في معالجة مرض السكري:

النظام الغذائي، النظام الرياضي، النظام الدوائي.

أ- النظام الغذائي:

هو الخطوط الأولى والأساسية للسيطرة على سكر الدم، حيث تشير الإحصائيات أن ما يقارب 50% من العرض المصابين بالنوع الثاني من السكري يمكنهم ضبط مستوى السكر في الدم عن طريق تنظيم الغذاء فقط ولا يمكن ضبطه بدون تنظيم الغذاء، والهدف من تنظيم الغذاء في علاج مريض السكري هو ضبط مستوى السكر في الدم، الحد من الأعراض والمضاعفات ارتفاع السكر، التقليل من جرحة أدوية السكر، تقليل الكوليسترول والدهون الضارة بالجسم وكذا تخفيف الوزن وتجنب حدوث انخفاض شديد في سكر الدم. (بن سعد الحميد، 2008، ص 30)

وللاستفادة من هذا النظام يجب الإلتباع التالي:

- الانتظام في تناول وجبات الطعام في مواعيدها المحددة.
- تجنب تناول كميات كبيرة من الطعام في نفس الوقت.
- عدم إضافة السكر إلى المشروبات كالشاي، القهوة.
- التقليل من الطعام المحتوي بكثرة على المحل مثل المخللات والمكسرات.
- يجب أن يكون الطعام منفوخا ومتكاملا من حيث النشويات والبروتينات. (رويحة، 1983)، ص 87)

ب- النظام الرياضي:

- الرياضة هي الإدارة العائلة للجسم والتي تعود عليه بفوائد جمة منها:
- تحسين المزاج النفسي: خفض نسبة الدهون الثلاثية وزيادة مستوى الكوليسترول الجيد، خفض الوزن عند مريض السكري البدين، مما يوحى إلى زيادة استجابة الأنسجة الأنسولين.
 - زيادة حساسية الأنسجة واستجابتها بفضل الأنسولين.
 - تدعم جهاز المناعة وتقوية.
 - تحسن كفاءة القلب والرئة وخفض ضغط الدم. (لطفى، 2017)، ص 138)

ج- النظام الدوائي:

إذا لم تتم السيطرة على ارتفاع سكر الدم عن طريق النظام الغذائي والنشاط الحركي وإزالة الوزن الزائد، لابد من اللجوء إلى الدواء سواء كان على شكل أقراص أو حقن الأنسولين.

* العلاج بواسطة الأدوية وهي نوعين:

- أدوية تساعد على تحريض البنكرياس لإفراز مادة الأنسولين.

- أدوية تساعد على إدخال السكر في خلايا الجسم.

* العلاج بواسطة حقن الأنسولين:

هناك 4 أنواع من الأنسولين تصنف وفقا لسرعة فعاليتها ومدة تأثيرها ولكل نوع استخداماته الخاصة وفقا لحالة المصاب وحاجته من الأنسولين.

- الأنسولين سرعة المفعول: وهذا النوع يبدأ مفعوله بعد نصف ساعة ويكون تأثيره الأقصى بعد 2-3 ساعات وينتهي تأثيره بعد حوالي 6 ساعات، يستعمل هذا النوع للمعالجة داخل المستشفيات.

- الأنسولين متوسط المفعول: يبدأ مفعوله بعد ساعتين من الحقن ويكمن تأثيره الأقصى بعد 6 ساعات ومدة تأثيره تتراوح بين 12-16 ساعة.

- الأنسولين الممزوج: وهو عبارة عن ممزوج من الأنسولين السريع والمتوسط المفعول.

- الأنسولين طويل المفعول: يبدأ مفعوله بعد حوالي 4 ساعات من الحقن لكن تأثيره الأقصى بعد 8-12 ساعة ومدة تأثيره تتراوح من 16-21 ساعة. (رويحة، 1998، ص

(87)

- مرض السكري وعلاقته بالاضطرابات النفسية:

تختلف طريقة اكتشاف المريض لإصابته بمرض السكري حسب نوع الإصابة، فإذا

كان النوع من النوع الأول فمن المحتمل أن أعراض السكري تحدث له مفاجئة، ويتم

تشخيص المرض عند الإصابة بنوبة حادة، وبالتالي يكون استقباله للمرض دون سابق إنذار.

أما إذا كان من النوع الثاني، فإن المريض يكون قد لاحظ تغيرات، وأعراض في جسمه منذ مدة زمنية طويلة وهو ما يجعله يتساءل عن سببها، ثم يزور الطبيب أو يجري تحليلاً، فيكتشف حينها أنه مصاب بمرض السكري، ويجد تفسيراً لما كان يعاني منه من أعراض، وبالتالي تكون صدمة أقل حدة.

يسير التشخيص أنواع مختلفة من المشاعر المتضاربة، وقد يصعب على المريض مواجهتها في أول الأمر غلا أن مواجهة الحقيقة ليس بالأمر السهل، ومواجهة المشاعر المتضاربة التي توافق تشخيص المريض يمكن أن تكون أكثر صعوبة من المرض في حد ذاته، وهي مشاعر متفاوتة بين الشعور بالتوتر، القلق، العصبية، الكآبة والغضب، وهذه المشاعر يمكنها أيضاً أن تفاقم أعراض مرض السكر.

كما يواجه مرضى السكري درجة عالية من التوتر، والضغط النفسي خاصة عند بداية إصابتهم بالمرض، فهم معرضون للإصابة بالاكنتاب أكثر بخمس مرات من غير المصابين به.

وتبقى ردود أفعال تختلف من مريض إلى آخر، فمنهم من تسوء حالتهم النفسية، فينكر المرض، ولا يتعامل معه بجدية، ة منهم بتكيف مع المرض ونمط الحياة الجديدة، ومن ناحية أخرى، فإن الاضطرابات النفسية تجعل من الالتزام بالتوصيات الطبية الضرورية.

كما يعاني مرض السكري من قلق شديد، وعدم الأمان ناتج عن القيود الجسمية التي أصبحوا يعانون منها باعتمادهم على الأنسولين، الدواء، والرعاية الطبية المستمرة. (جاسم،

2008، ص 15)

خلاصة الفصل:

من خلال ما تطرق إليه في الفصل يتبين أن مرض السكري من بين الأمراض التي تزامن المصاب طوال حياته، كما نجد عدة عوامل مسببة له وله مضاعفاته تهدد حياة الإنسان، لهذا يتطلب من المصاب الالتزام بالعلاج الدوائي، الإصرار، المثابرة، وبذل الجهد للتقليل من هذه التعقيدات من التي قد تصيب الجسم في المستقبل والتقليل من الأعراض المصاحبة له التي قد تسبب عبء على المصاب.

الفصل الخامس

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد

الدراسة الاستطلاعية

- 1- تعريف الدراسة الاستطلاعية
- 2- أهداف الدراسة الاستطلاعية
- 3- أهمية الدراسة الاستطلاعية
- 4- خطوات الدراسة الاستطلاعية
- 5- مكان و زمان اجراء الدراسة الاستطلاعية
- 6- عرض و مناقشة حالات الدراسة الاستطلاعية
- 7- نتائج الدراسة الاستطلاعية

الدراسة الأساسية

- 8- منهج الدراسة
- 9- مجموعة البحث
- 10- الحدود الزمانية و المكانية للدراسة
- 11- أدوات الدراسة

خلاصة

تمهيد :

بعد عرضنا في السابق الإطار النظري سوف نتطرق في هذا الجانب إلى الإطار التطبيقي الذي يعتبر من أهم خطوات البحث العلمي والذي يعتبر كذلك الركيزة الأساسية لكل دراسة علمية، له طرقه ووسائله كالمقابلة والملاحظة العيادية والمقاييس المستعملة بالإضافة إلى المنهج الدراسة المتمثل في المنهج العيادي.

فهذا الفصل سوف يتضمن إجراءات الدراسة الإستطلاعية التي قامت بها الباحثة وهي عبارة عن دراسة مبدئية للتعرف على ميدان الدراسة بالإضافة إلى الدراسة الأساسية.

1- تعريف الدراسة الإستطلاعية:

يطلق على الدراسة الاستطلاعية عدد من الأسماء المختلفة كالدراسة الكشفية أو الدراسة التمهيدية أو الدراسة الصياغية وهي أول الخطوات الأساسية في الأبحاث الإجتماعية حيث تتوقف مراحل البحث الأخرى التي تلي مرحلة الدراسة الإستطلاعية على استكمال هذه المرحلة بشكل صحيح وتركز الدراسة الإستطلاعية على إكتشاف كل الأفكار الجديدة والإستبصارات الواضحة التي تساهم في مساعدة الباحث على فهم مشكلة البحث: يلجأ الباحث إلى هذه الدراسة في حالة كان موضوع البحث الذي يقوم بدراسته نادرا، ولا يجد عدد من المعلومات الوفيرة ليبيّن عليها بحثه ولا يتمكن من القيام بعمل دراسة وصفية بسبب ندرة أو قلة المعلومات الخاصة بموضوع بحثه، حيث نجد أن الدراسة الإستطلاعية تساهم في زيادة معرفته للمعلومات التي تخص مجال بحثه العلمي، فهي تمنح الباحث من دراسة الموضوع بشكل أعمق . (منسي ، 2003 ، ص 61)

2-أهداف الدراسة الاستطلاعية :

- يمكن تحديد أهداف الدراسات الكشفية فيما يلي :
- بلورة موضوع البحث أو الظاهرة موضوع البحث إلي يختارها الباحث وصياغته بطريقة أكثر إحكاما بغية دراستها بصورة أعمق في المستقبل
 - تحديد المفاهيم الأساسية ذات الصلة بالموضوع الذي اختاره الباحث للدراسة أو البحث .
 - تنمية الفروض وذلك ببلورة مشكلة البحث أو صياغتها في صورة فروض علمية أو تساؤلات.
 - التعرف على الجوانب المختلفة لموضوع البحث أو الدراسة.
 - يمكن تحديد جوانب القصور في إجراءات تطبيق أدوات جمع بيانات البحث ويمكن تعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما تفسر عليه الدراسة الإستطلاعية.

- ممارسة تطبيق الاختبارات وتحديد الصعوبات ومحاولة حلها .
- يمكن تحديد ما تستغرقه الدراسة الميدانية من وقت .(خضر .(2013))
- 3- أهمية الدراسة الاستطلاعية:**
- هي بمثابة خطوة تمهيدية جيدة لأغلب البحوث والدراسات العلمية .
- تهدف في الغالب إلى فتح المجال أمام أفكار جديدة عن مشكلة البحث.
- يمكن أن يلجأ إليها الباحث لزيادة معرفته وإلمامه بمشكلة بحث حتى يتعمق في الدراسة .
- - تساعد الباحث على تحديد الأولويات التي سيبدأ بها بحثه
- تعمل بمثابة تمهيد وأساس جيد للبحث.
- يمكن أن تساعد الباحث على تحديد أوجه التغيير في إجراءات الدراسة وبالتالي يمكن تعديل الدراسة من البداية لتحقيق أقصى إستفادة ممكنة.
- يمكنها أن تساعد الباحث على تحديد مدة الدراسة فضلا عن المشكلات المستقبلية التي قد تطرأ، وبالتالي محاولة تجنبها منذ البداية .

(حجاب، 2013)

4- خطوات الدراسة الإستطلاعية:

لقد قمنا بإجراء تريبنا في المؤسسة الاستشفائية المستشفى الجامعي "تدير محمد" لم يكن من السهل علينا القيام بالدراسة الإستطلاعية إلا بموافقة مكتب التدريب بالمؤسسة الإستشفائية من أجل الموافقة عليه وأخذ الإذن ببدء الدراسة الإستطلاعية التي تمت يوم 20 ماي 2025 أين رفقتنا الأخصائية في مصلحة الاستعجالات إن عرفتنا على الحالات التي بصدد بحثنا .

وبعدما أجرينا مع الحاليتين المقابلة العيادية نصيف الموجهة وطبقنا عليهم مقياس الذكاء الإنفعالي ومقياس تقبل المرضى وذلك بالتأكيد أول من بنود المقاييس، حيث استغرقنا حوالي

ساعة ونصف، وتوصلنا إلى التعليمات بحيث أن عبارات المقاييس واضحة ومفهومة، ومن هنا تمكنا من إجراء الدراسة الإستطلاعية.

5-مكان و زمان اجراءها :

قمنا بتقديم طلب تسهيل المهمة لمكتب التدريب بالمؤسسة الإستشفائية "تدير محمد CHU ولاية تيزي وزو.

وذلك بمساعدة الأخصائية النفسانية المشرفة علينا "عمارة فتيحة"، وفيما يخص تواجد الدراسة الاستطلاعية لقد تمت يوم 20 ماي أين رفقتنا الأخصائية في مصلحة الإستعجالات إذ عرفتنا على الخالات التي نحن بصدد بحثنا، والتعريف على أنفسنا على أننا طلاب العلم النفس الصحة ونحن بصدد القيام بمذكرة تخرج وتم القبول من طرفهم على إجراء المقابلة، حيث قمنا باختيار حالتين (02) لإجراء الدراسة الإستطلاعية والتي تتماشى مع موضوع مذكرتنا .

- وبعدها أجرينا الحالتين المقابلة العيادية النصف موجهة وطبقنا عليهم مقياس الذكاء الإنفعالي ومقياس تقبل المرضى وذلك بالتأكيد أولا من بنود المقاييس، حيث استغرقنا حوالي ساعة ونصف، وتوصلنا إلى المعلومات التي نريدها بما أن التعليمات وعبارات المقاييس واضحة ومفهومة.

جدول رقم (1): يمثل خصائص مجموعة الدراسة الإستطلاعية

الحالات	السن	الحالة الاجتماعية	المستوى التعليمي	المهنة	مدة الإصابة بالمرض
فايزة	46 سنة	متزوجة	جامعي	محاسبة	5 سنوات
مليقة	39 سنة	متزوجة	ابتدائي	لديها محل حلويات	سنة

- عرض الحالة الأولى للدراسة الاستطلاعية:

الحالة مليكة، تبلغ من العمر 39 سنة، ذات مستوى تعليمي ابتدائي، متزوجة وأم 04 أولاد، لديها محل حلويات ذات مستوى اقتصادي متوسط، تقيم بمدينة ذراع بن خدة، لديها 05 أخوات.

تعاني الحالة من داء السكري من النوع الأول وهي حاليا في المستشفى الجامعي ندير محمد بمدينة تيزي-وزو، قسم أمراض السكري، جناح النساء منذ 25 يوم.

قمنا بالمقابلة العيادية مع المفحوصة في مكتب المختصة النفسية، كانت المفحوصة متوترة كثيرا، تظهر عليها علامات القلق والحزن، تتحرك كثيرا وتهتز، وجه حزين، قليلة الكلام، حسرة وتنهّد، في بداية المقابلة طرحت علينا بعض الأسئلة " من أنتم وما الغرض من هذه المقابلة" وبعد تفسيرنا لها بدأت بالارتياح وتجاوبت مع أسئلتنا.

تم تشخيص المفحوصة بداء السكري من النوع الأول منذ سنة من طرف الطبيب، حيث صرحت بأنها كانت تعاني من تعب شديد وإرهاق، عطش على غير معتاد، كثرة التبول، زيادة في الوزن مما أثار استغرابها ويظهر هذا في قولها " رومار كيت في روجي حوايج قلفوني سمنت بزاف ووليت نعّش بزاف.... تقلت بزاف وماعرفتش واش هي سبة، راجلي قالي لازم تشوفي الطبيب" وعند الالتحاق بالطبيب طلب منها القيام بعدة فحوصات وهنا تم تشخيصها بداء السكري، عبرت مليكة عن صدمتها من خلال تصريحها " كي خرجو التحاليل، ديتهم لطبيب شافهم قالي مادام تويي ديابيتيك وهنا ما فهمت والو بقيت غير نشوف فيه والدنيا ظلامت في عينيا" بمعنى حين أخذت التحاليل إلى الطبيب قام بتشخيصها وقال لها أنها مصابة بداء السكري، قالت أنها لم تفهم شيء وبقيت في حالة صدمة وطلبت من زوجها إخفاء الأمر عن أولادها، بعد عام من الإصابة لم تتقبل الأمر بشكل تام بعد وصرحت أنها تواجه صعوبات في التعايش مع المرض و النظام العلاجي... كما أنها تحاول

إخفاء مرضها عن الناس لأنها تشعر بالإحراج منه ودائماً ما يغمرها الحزن وتسيطر عليها مشاعر القلق والتوتر خاصة من ناحية تناول جرعات الدواء والأنسولين حينما أنها عبرت عن خوفها و إنزعاجها من الأنسولين لقولها " هذا الأنسولين اقلقني بزاف مانحبش نديرو سرتو قدام الناس وراني خايفة بزاف نكمل حياتي بيه" أما فيما يخص عائلتها فقد تقبلوا الأمر بشكل عادي لكن أصبحوا يخافون عليها كثيراً ويحرصون دائماً على الاعتناء بها والاهتمام بالحمية الغذائية، وزوجها دائماً ما يصطحبها لممارسة الرياضة، ما عاد أخت زوجها دائماً ما تسخر منها وتنتمر عليها بسبب وزنها مما سبب انزعاج كبير لدى الحالة مليكة.

كما أنها صرحت بأنها أصبحت سريعة الانفعال وحساسة تبكي وتصرخ لأتفه الأسباب مما يدفعها للعزلة والجلوس وحدها بعيداً عن الناس، كما أنها أصبحت تتقاضي التجمعات والمناسبات لأنها تخجل من مرضها ومن أسئلة الناس وتحس بالإحراج من أخذ جرعة الأنسولين أمام الناس، وكما أنها دائماً ما تحس بالحرمان من الأكل وتحس نفسها مقيدة بالحمية الغذائية حسب تصريحها " كرهت من الريجيم، لوكان نموت، نموت محرومة" وفي أغلب الأحيان لا تلتزم بالحمية والعلاج مما يسبب لها ارتفاع نسبة السكر في الدم ودخولها المستشفى عدة مرات.

وبالنسبة لنظرة المريض إلى ذاته ترى الحالة مليكة بأنها مقيدة بالمرض والأنسولين وكذلك الحمية وأنها ستكمل بقية حياتها تحت قيود المرض المزمن وتحس بالتعبية الطبية وأنها عبئ على زوجها وأولادها.

ورغم كل المجهودات التي قامت بها إلا أنها لم تستطيع تقبل المرض والتعايش معه ويظهر هذا في قولها " والله كرهت هذا المرض ومقدرتش نعيش بيه"

أما فيما يخص الحياة المهنية ترى المفحوصة أن عملها يساعدها كثيراً في حياتها وفي مصاريف البيت..... خاصة أن زوجها لا يعمل فكل مصاريف العلاج عليها وتحزن كثيراً

لأنها لم تعد تستطيع العمل منذ فترة لأن المرضى يعيقها وكما أنها أصبحت تواجه ضغوطات بين العمل والمرض والبيت ولم تعد تملك الوقت الكافي للموازنة بينهم وأحيانا أثناء القيام بالعمل تتناول بعض الحلويات مما يؤدي إلى تدهور حالتها الصحية وترى أنه يوجد اختلاف كبير في عملها وحياتها بصفة عامة قبل وبعد مرضها.

أما بالنسبة للمستقبل فهي جد متشائمة وليس لديها أي أمل في الشفاء وتواجه مخاوف الموت.

عرض وتحليل نتائج الحالة على مقياس الذكاء الانفعالي:

جدول رقم 2: يمثل درجة الحالة على مقياس الذكاء الانفعالي:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجات
1	135	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الانفعالي على الحالة 1 تحصلت على 135 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من الذكاء الانفعالي.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من الذكاء الانفعالي.

عرض وتحليل نتائج الحالة للدراسة الاستطلاعية على مقياس تقبل المرض:

جدول رقم (03): يمثل درجة الحالة على مقياس تقبل المرض:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
1	90	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس تقبل المرض على الحالة 1 تحصلت على درجة 90 والذي مدلوله درجة منخفضة من تقبل المرض.

نستنتج أن الحالة تتميز بمستوى تقبل المرض منخفض.

عرض الحالة الثانية :

البيانات الشخصية:

الاسم: (س) ف

السن: 64 سنة

الجنس: أنثى

المستوى التعليمي: مستوى تعليمي جامعي

المستوى الاقتصادي : متوسط

الحالة الاجتماعية: متزوجة

المهنة: محاسبة

تاريخ الإصابة بالمرض: 5 سنوات

مكان الإقامة: تيزي وزو

ملخص الحالة

امرأة تبلغ من العمر 46 سنة، تعمل بدوام كامل وتعاني منذ خمس سنوات من داء سكري من النوع الثاني، بسبب ضغط العمل وعدم انتظام حياتها، تفتقر إلى الالتزام بالنظام الغذائي والتمارين الرياضية، مما أدى إلى شعورها بالإرهاق وقلة التركيز أثناء العمل، تعاني أيضا من ارتفاع ضغط الدم المصاحب للسكري. تواجه صعوبة في موازنة بين صحتها ومتطلبات

العمل، مما يؤثر على أدائها المهني وحياتها الاجتماعية، تحتاج إلى خطة علاجية شاملة تشمل التنقيف الصحي، تعديل نمط الحياة الدعم النفسي والمتابعة الطبية المنتظمة.

قمنا بإجراء المقابلة في مكتب الأخصائية النفسانية مع السيدة البالغة من العمر 46 عاما في مستشفى " ندير محمد" بعد تعرضها بنوبة إرهاق شديد مصحوب بدوخة، وتذبذب في مستوى سكر الدم. أثناء وجودها في مقر عملها. المريضة تعمل موظفة بدوام كامل. وقد تم تشخيصها بداء السكري من النوع الثاني منذ 5 سنوات غير أنها تعاني من صعوبات واضحة في التعايش مع المرض بسبب نمط حياتها السريع وضغوطاتها المهنية والعائلية بدت متوترة وقلقة، وصرحت بأن الإرهاق الذهني والتعب الجسدي أصبحا جزءاً يومياً من حياتها، خاصة في ظل عدم انتظامها في تناول وجبات صحية أو ممارسة أي نشاط بدني منتظم، ذكرت كذلك أنها لا تلتزم دائماً بقياس نسبة السكر أو بأخذ الأدوية في مواعيدها ، بسبب الانشغال والتعب ، كما أنها تتردد كثيراً في إخبار زملائها بخصوص حالتها الصحية خوفاً من نظرة الشفقة أو التمييز قالت: صحباتي في الشغل بعض المرات يحكيو على مرضي قدامي بطريقة تتقلقني سورتو كي يقولولي كي تحبي تاكلي حاجة تاكليها ولا لا؟ نحس روجي محرجة خصوصاً فالطلعات والمناسبات كي نكون مقيدة فالماكلة هوما كامل ياكلو وأنا نشوف برك محرومة.

عبرت المفحوصة عن الانزعاج وإحساسها بالذنب والإحباط أحيانا نتيجة عدم قدرتها على إدارة مرضها بالشكل المطلوب، إلى جانب الإحساس المستمر بأنها لا تؤدي واجباتها الأسرية والمهنية بالكفاءة التي كانت عليها قبل الإصابة. ورغم ذلك فهي تتمتع بدعم جزئي من زوجها وأبنائها الذين يحاولون مساعدتها في تحضير الوجبات وتذكيرها بمواعيد الدواء، إلى أنها صرحت بأن العلاقات العائلية أصبحت مشحونة أحياناً ، نظراً لحساسيتها المفرطة، وتوترها المتكرر الناتج عن اضطراب المزاج المرتبط بمرضها، كما أبدت شعوراً بالحرَج في المناسبات الاجتماعية ، خاصة عند اضطرابها لإتباع نظام غذائي مختلف ، مما يدفعها

أحيانا إلى الانعزال أو اللإعتذار عن الحضور من الناحية المهنية عبرت المريضة عن ارتباطها القوي بعملها حيث قالت: " خدمتي عندها قيمة كبيرة في حياتي نحب خدمتي ونبغيها من قلبي ، بصح السكري دارلي شوي عراقيل كي يهبط لي السكر فالنهار ولا كي نتقلق وما نقدرش نركز . حيث تعتبره معتذرا لهويتها واستقلالها المادي. لكنها تواجه صعوبات متزايدة في أداء مهامها اليومية، خاصة خلال فترات انخفاض الطاقة أو اضطراب السكر.

حاليا تخضع المريضة للمراقبة الطبية وتعديل جرعة الأدوية. كما تم التنسيق مع أخصائية التغذية لتقديم خطة غذائية تتناسب مع طبيعة عملها، تمت إحالتها أيضا إلى الدعم النفسي والاجتماعي داخل المستشفى حيث تم تشجيعها على التعبير على مشاعرها وتحديد أولوياتها الصحية والمهنية. وتوفير بيئة داعمة لها سواء داخل الأسرة أو العمل مع التركيز على التنقيف الذاتي والتمكين النفسي لتحسين جودة حياتها والتقليل من المضاعفات المستقبلية المحتملة و

ترى أن مستقبلها مع مرض السكري تحديا طويلة الأمد، حيث قالت:

" رغم كلشي عندي أمل نقول دائما على المرض ماشي نهاية العالم نقدر نعيش معاه وننظم حياتي عندي هدف نضعف شوية ونقص السكر التراكمي ". أكثر ما يشجعني على الاستمرار هو دعم أسرتي خصوصا أطفالي الذين يعطونني دافعا قويا للبقاء قوية، أيضا معرفتي بأن الكثير من المرضى نجحوا في السيطرة على حالتهم يمنحني أملا وثقة بأنني أستطيع فعل نفسه.

عرض وتحليل نتائج الحالة 2 على مقياس الذكاء الانفعالي:

جدول رقم(04): يمثل درجة الحالة على مقياس الذكاء الانفعالي:

رقم الحالة	مجموعة الدرجات	مستوى الدرجة
02	137	متوسط

من خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الانفعالي على الحالة 2 تحصلت على 137 درجة والذي مدلوله درجة متوسطة من الذكاء الانفعالي.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من الذكاء الانفعالي.

عرض وتحليل نتائج الحالة 2 على مقياس تقبل المرض:

جدول رقم 5: تمثل درجة الحالة على مقياس تقبل المرض:

رقم الحالة	مجموعة الدرجات	مستوى الدرجة
02	100	منخفض

من خلال تطبيقها لمقياس تقبل المرض على الحالة (02) تحصلت على درجة 100 والذي مدلوله درجة منخفضة من تقبل المرض.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض. .

7- نتائج الدراسة الإستطلاعية:

جدول رقم (06): يمثل نتائج الدراسة الاستطلاعية على مقياس تقبل المرض والذكاء

الانفعالي

نتائج مقياس تقبل المرض		نتائج مقياس الذكاء الانفعالي		رقم الحالة
الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى	
90	منخفض	135	منخفض	الحالة 1
100	منخفض	137	متوسط	الحالة 2

من خلال نتائج الجدول التالي يتبين لنا أن معظم الحالات من النساء العاملات المصابات بداء السكري يتمتعن بمستوى منخفض من تقبل المرض والذكاء الانفعالي.

لقد سمحت لنا هذه الدراسة الإستطلاعية بتطبيق مقياس الذكاء الانفعالي، ومقياس تقبل المرض وبالتالي أوضحت نتائج الدراسة أو التطبيق أهمية هذا الموضوع وهذه الفئة وذلك لتعرف على مجموعة البحث والتقرب منهم لتسهيل العمل مع الدراسة الإستطلاعية.

ومن خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الإنفعالي ومقياس تقبل المرض وجدنا أن الحالتين تختلفان في كلا المقياسين من حيث الدرجة والمستوى .

- وبعدها أجرينا الحالتين المقابلة العيادية النصف موجهة وطبقنا عليهم مقياس الذكاء الإنفعالي ومقياس تقبل المرضى وذلك بالتأكيد أولاً من بنود المقاييس، حيث استغرقنا حوالي ساعة ونصف، وتوصلنا إلى المعلومات التي نريدها بما أن التعليمات وعبارات المقاييس واضحة ومفهومة.

الدراسة الأساسية :

8- منهج الدراسة :

مجموعة من الأسس والقواعد والخطوات والعمليات العقلية التي يستعين بها الباحث، ويسير في ضوءها لتحقيق الهدف الذي نصبو إليه هو اكتشاف الحقيقة واستخلاص النظريات والقوانين التي تحكم الظاهرة والتنبؤ بما سيحدث في المستقبل. (حسين 2003 ، ص 47) نظرا لتعدد المناهج في إجراء البحوث والدراسات في العلوم الاجتماعية فإن طبيعة موضوع الدراسة والهدف منه طبيعة المنهج المستخدم في إجراء الدراسة، حيث اقتضت طبيعة هذه الدراسة استخدام أكثر من منهج، ولكن ارتأينا استخدام المنهج العيادي كونه يتماشى مع طبيعة تخصصنا ، و يخدم موضوع الدراسة أكثر، وتحقيقا لأهداف الدراسة شد الاعتماد على المنهج الإكلينيكي الذي يعرف على أنه الدراسة العميقة للحالة الفردية أي الشخصية في بيئتها، حيث يستند هذا المنهج على طرق علمية التي تتسم بالوصول إلى نتائج موضوعية تخدم مجال البحث العلمي، لذا يستخدم منهج دراسة الحالة بهدف استكشاف عميق للحالة الفردية . (حسن، 2008، ص 62)

9- مجموعة البحث :

تكونت هذه الدراسة من 05 حالات تعاني من مرض السكري ، بحيث تم اختيارهم عينة الدراسة بطريقة قصدية قبل الشروع بالمقابلة العيادية، قمنا بالتعريف بأنفسنا أن و الزميلة على أن طلاب علم النفس الصحة ونحن بصدد القيام بمذكرة التخرج وأن غايتنا هو جمع المعلومات التي تخدم موضوعنا مع التأكيد على السرية حول المعلومات ، و لكن بمساعدة الأخصائية النفسانية المشرفة "حملوي غانية" إن قمنا يا جراء المقابلة العيادية نصف الموجهة لجميع المعلومات عن الحالات، وقد كانت تدوم مدة المقابلة من ساعة فما فوق حسب اختلاف و قدرات الحالة.

جدول رقم (7): يمثل مجتمع خصائص مجتمع الدراسة الأساسية

الحالات	السن	الجنس	المستوى التعليمي	المهنة	مدة الإصابة بالمرض
زاهية	52 سنة	أنثى	سنة رابعة متوسط	خياطة	ماي 2025
فريدة	38 سنة	أنثى	متخرجة من الجامعة	ممرضة	سنة ونصف
أميرة	26 سنة	أنثى	مستوى تعليمي جامعي	أستاذة تعليم إبتدائي	شهرين (02)
نسيمة	30 سنة	أنثى	مستوى تعليمي متوسط	عاملة نظافة	من 2019
صبيحة	45 سنة	أنثى	مستوى تعليمي ثانوي	مراقبة	تقريبا شهرين

10- مكان وزمان إجراء الدراسة :

قمنا بتقديم بالمؤسسة طلب تسهيل المهمة لمكتب التدريب بالمؤسسة الإستشفائية ندير محمد CHU ولاية تيزي وزو من أجل الموافقة عليه وأخذ الإذن لبدئ الدراسة الميدانية . قمنا بالدراسة الأساسية في مستشفى "بالوا" لم يكن من السهل علينا إقناع الأخصائية إلا بتوقيع من طرف مكتب التدريب وافقت الأخصائية النفسانية "حملاوي غانية" على بدئ الدراسة الميدانية، حيث قمنا بالتعرف على المصلحة والتعرف على الحالات المصابة بالداء السكري وذلك بمساعدة الأخصائية النفسانية المشرفة على الجناح.

- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة بالمستشفى "بالوا".

- الحدود الزمانية: استغرقت مدة الدراسة من 3 ماي إلى غاية 18 ماي 2025

11- أدوات الدراسة الأساسية:

يسعى كل باحث لجمع المعلومات والبيانات الضرورية لدراسة موضوع بحثه وهذا بالاعتماد على مجموعة من الوسائل التي تتمثل في بحثنا هذا في :

أ- المقابلة العيادية نصف الموجهة .

إعتمدنا على المقابلة نصف موجهة التي تخدم دراستنا وتعطي حرية أكثر للمفحوص في إجابة على الأسئلة بشكل كامل.

هي عبارة عن أداة لجمع المعطيات وتعتبر وسيط بين المقابلة المغلفة والمقابلة المفتوحة، فهي تجمع بين متناقضتين هما من جهة تسمح للمبحوث ببناء فكرة حول الموضوع، ومن جهة ثانية تنفي من مجال اهتمام نختلف الإعتبارات التي يريد إثارتها المبحوث، وتهدف إلى جعل المبحوث يثير خطابه بأقل تدخلًا 2016 من الباحث لاكتشاف المعطيات التي يملكها المبحوث حول الموضوع. (مشري، 2016، ص 251-252)

كما عرفها حامد عبد السلام زهران على أنها الوسيلة الأولى في الفحص والتشخيص وهي علاقة إجتماعية مهنية وجها لوجه بين العميل والمعالج في جو أمن ونشوء الثقة المتبادلة بين الطرفين يهدف إلى جمع المعلومات. (حامد زهران، 1987، ص 186)

في حين احتوى دليل المقابلة النصف موجهة الذي قمنا بتطبيقه على المحاور التالية :

1- البيانات الشخصية .

2- الحالة المرضية.

3- الجانب العائلي والأسري والاجتماعي.

4- نظرة المريض إلى ذاته.

5- الحياة المهنية.

6- النظرة المستقبلية .

ثم قمنا بتطبيق مقياس الذكاء الانفعالي الذي يحتوي على (58) سؤال ومقياس تقبل المرض الذي يحتوي على (38) سؤال وذلك بعد أن تأكدنا من صدق المقاييس وأنها صالحة للتطبيق بحيث طبقنا المقاييس على المجتمع الجزائري ولم يتجاوز 5 سنوات منذ تطبيقهما أي مزال صالحا التطبيق في دراستنا هذه.

ب- مقياس الذكاء الإنفعالي: لعمر بن عبد الله مصطفى مغربي

مقياس الذكاء الانفعالي الذي اعده الدكتور عمر عبد الله مصطفى مغربي (2007) هو أداة نفسية مكونة من 58 بندا صممت لقياس مستوى الذكاء الانفعالي لدى الافراد. وفق نظرية جولمان التي تتضمن عدة ابعاد هي... الوعي بالذات ،ادارة الانفعالات ،الدافعية، التعاطف ،و المهارات الاجتماعية .تتم الاجابة على البنود باستخدام مقياس ليكرت الخماسي وتتراوح الدرجة الكلية للمقياس بين 58 و 290.حيث تشير الدرجات المرتفعة الى مستوى عال من الذكاء الانفعالي . اما من حيث الخصائص السيكومترية. فقد اظهر المقياس صدقا عاليا من خلال طرق متعددة منها الصدق العاملي و الصدق التلازمي. كما بلغ معامل الثبات بطريقة الفا كرونباخ 0.89 للدرجة الكلية . مما يعكس اتساقا داخليا جيدا.

ج- مقياس تقبل المرض: مقياس تقبل المرض لسليمان جريو.

تم اعداد هذا الاستبيان من طرف الباحث حيث استند على التراث الأدبي على الدراسات التي وجدها تتحدث عن تقبل المرض. و كذلك مجموعة من الاستبيانات المصممة لقياس متغيرات نفسية تعتبر مؤشرات هامة لتقبل المرض كنوعية الحياة و غيرها . وهذا وفقا للدراسات التي تناولت متغير تقبل المرض. و من بين الاستبيانات التي استعان بها الباحث في تصميم استبيانها هي (استبيان تقبل مرض داء السكري لسمية حريوش 2009. و استبيان تقبل العلاج لقارة سنة 2015)

الفصل السادس

عرض ومناقشة نتائج الحالات

1. عرض الحالات

2. مناقشة نتائج الحالات

3. استنتاج عام

خاتمة

1- عرض وتحليل و مناقشة نتائج الحالات :

الحالة 1:

الحالة (م.ن)، تبلغ من العمر 30 سنة، ذات مستوى تعليمي متوسط، متزوجة منذ 10 سنوات وأم ل 4 أبناء، تعمل كعاملة نظافة، ذات مستوى اقتصادي متوسط، تقيم بمدينة تيزي وزو.

تعاني الحالة (م.ن) من داء السكري من النوع الأول وهي حاليا في المستشفى الجامعي ندير محمد لمدينة تيزي وزو، قسم أمراض السكري، جناح النساء منذ أسبوع بدأنا بالمقابلة العيادية مع المفحوصة في مكتب المختص النفسي وكانت علامات الحزن والقلق تظهر عليها، حسرة، تنهد، عينان ممتلئتان بالدموع.

ثم تشخيص إصابة الحالة (ن.م) بداء السكري من النوع الأول قبل 6 سنوات من طرف طبيب عام في عيادة متعددة الخدمات، حيث أنها صرحت بأنها انتقلت رفقة زوجها إلى ولاية أخرى لحضور عرس أحد الأقارب وبذلك قد تناولت مأكولات وسكريات وفي الليل بدأت أعراض المرض تظهر عليها " الإسهال، التعب الشديد، التقيؤ"، لكنها ظنت أنه بسبب تسمم غذائي وهذا حسب قولها: " في الليل بداني المرض درت في بالي بلي تسمم كشما كليت، ما خممتش كامل بلي يقدر يكون السكر ". توجهت مباشرة إلى الاستعجالات وبعد القيام بكافة الفحوصات اللازمة، قام الطبيب بقياس نسبة السكر في الدم، وجدها 5غرام، فتم تشخيص الإصابة بداء السكري وتم تحويلها إلى المستشفى قسم أمراض السكري للتكفل بالحالة.

كان خبر الإصابة بمثابة صدمة للحالة (ن.م) حيث أنها صرحت " كي قالي طبيب عنك السكر تشوكيت، كانت صدمة بالنسبة ليا، صدمة حياتي، ما قدرتش نأمن، قعدت نبكي"، كما قالت إنها كانت تشعر بالخوف الشديد.

إلى حد الآن لازالت تواجه صعوبة كبيرة في تقبل المرض والتعايش معه وغالبا ما تحس بالحزن الشديد وخاصة عند الحديث عن مرضها وتخجل منه وتحس بالإحراج من إصابتها، حتى أنها تكره سماع اسمه ودائما ما تخفي مرضها عن الناس.

كما صرحت أنها تشعر بالقلق والانزعاج من الأنسولين وأنها لا تستطيع التعايش مع هذا الوضع حسب قولها " ما نقدرش نعيش مع هذا الأنسولين، يقلقني بزاف، ما نقدرش نكمل حياتي كامل بيه". وعبرت عن انزعاجها الشديد من زيادة وزنها وخاصة أنها لا تأكل شيء حسب أقوالها، أما بالنسبة لعائلتها ، وزوجها فقد تقبلوا الأمر بشكل عادي، وخاصة الزوج كان دائما داعما لها، ويسعى لمساعدتها فيما يخص العلاج و الحماية الغذائية، والتكفل بالأبناء كما قالت " راجلي يعاوني بزاف فالدراري وهو يطيبلي..." ، لكنها تواجه بعض المشاكل مع عائلتها و جيرانها وخاصة بعد إصابتها بداء السكري حيث أنها أصبحت سريعة الغضب، و كثيرة القلق والوسواس، دائما ما تتشاجر معهم، حتى أنهم لا يأتون لزيارتها، وغالبا ما تميل إلى العزلة والجلوس وحدها أغلب الوقت خاصة للهروب وتقادي الحديث حول مرضها وتتفادى التجمعات الأعراس والولائم... لأنها تنزعج كثيرا من أسئلة الناس حول المرض نظراتهم إليها وتكره الحديث عنه، وكذلك بسبب شعورها بالحرمان من الأكل أمامهم وأيضا تحس بالإحراج من أخذ جرعة الأنسولين أمام الناس وتأخذها بسرية.

كما صرحت أنها ترى أن جميع الناس يكرهونها ويتحدثون عنها بالسوء، مما سبب لها عدة مشاكل مع محيطها، وشهدت عدة مشاجرات في المستشفى لقولها: " حتى هنا في السبيطار ضاربت معاهم وليت نتقلق بزاف ومنقدرش نتحكم في المشاعر والزعاف تاعي"

بالنسبة لنظرة المريض إلى ذاته ترى المفحوصة أنها أصبحت مقيدة بالمرض ولا يوجد أي شفاء منه أو أي دواء وأنها ستكمل بقية حياتها مريضة، وأنها دائما ما تحتاج مساعدة الآخرين، تحس بالتعبية لأسرتها وترى نفسها عبئ عليهم، كما تحس بالتعبية للطبيب حيث تقول " لازم نكمل حياتي كامل مجرب من طبيب لطبيب وبالذواء، ورغم كل المحاولات

والمجهودات التي تقوم بها إلا أنها لم تستطع التعايش مع الصرف وتقبله وهذا حسب ذكر تصريحها: " قد ما حاولت ودرت الدواء وبعدت على السكر يصبح ما قدرتش تتعايش معاه جاني صعب".

أما فيما يخص الحياة المهنية ترى أن العمل شيء مهم في حياتها ولكن بعد إصابتها أصبحت تواجه ضغوط بين العمل والمرض والمنزل ولا تجد الوقت الكافي للموازنة بينهم وأثناء العمل دائما ما تكون مشغولة وتنسى قياس السكر وأخذ الأنسولين وأصبحت تعاني من التعب الشديد ، وترى أنه يوجد اختلاف كبير في طريقة ممارستها لمهنتها قبل وبعد إصابتها بداء السكري .ترى الحالة أن (م) أن حياتها تغيرت بالكامل بعد إصابتها بالمرض وقد أثر كثيرا فيها فدائما ما تشعر بالحزن والخوف والإحراج أمام الناس وغالبا ما تغمرها المشاعر السلبية والانفعالات و أما بالنسبة للمستقبل فهي جد متشائمة وليس لديها أي أمل في الشفاء وتواجه خوف وقلق الموت.

عرض وتحليل نتائج الحالة على مقياس الذكاء الانفعالي:

جدول رقم (08): يمثل درجة الحالة على مقياس الذكاء الانفعالي:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
1	152	متوسط

من خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الانفعالي على الحالة 1 تحصلت على 152 درجة والذي مدلوله درجة متوسطة من الذكاء الانفعالي.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من الذكاء الانفعالي.

عرض وتحليل نتائج الحالة 1 على مقياس تقبل المرض:

جدول رقم (09): يمثل درجة الحالة على مقياس تقبل المرض:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
1	106	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس تقبل المرض على الحالة 1 تحصلت على 106 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من تقبل المرض.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض.

خلاصة الحالة:

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي قمنا بها مع الحالة وتطبيق مقياس تقبل المرض ومقياس الذكاء الانفعالي اتضح أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض ومستوى ذكاء انفعالي متوسط.

الحالة 2:

الحالة صبيحة، تبلغ من العمر 45 سنة، عذباء، ذات مستوى تعليم ثانوي، تعمل المراقبة في مدرسة ابتدائية، ذات مستوى اقتصادي متوسط تعيش في بيت العائلة مع والديها لديها 3 أخوات و 3 إخوة، تعيش في قرية الأربعاء ناث إيراثن.

تعاني صبيحة من داء السكري من النوع الأول وهي حاليا في المستشفى الجامعي ندير محمد لولاية تيري وزو، قسم أمراض السكري كما أنها لا تعاني من أية أمراض أخرى قمنا بالمقابلة العيادية مع المفحوصة في مكتب المختص النفسي، في حين كانت علامات التوتر تظهر على الحالة، وبدأت ملامح الحزن في أعينها لكنها كانت تحاول أن تخفي حزنها قدر المستطاع وتتناهر بالفرح كذلك ذهن مشتمت ومماثلة في الحديث والإجابة على الأسئلة.

تم تشخيص صبيحة بداء السكري منذ شهر حيث بدأت الأعراض تظهر عليها تدريجيا العطش الشديد ، التعب، فقدان الوزن ... وفي حين تقوم بقياس السكر دائما ما تجده مرتفع 3 غرام إلا أنها فسرت ذلك أنه بسبب الإبر التي وصفها الطبيب لعلاج،آلام الظهر التي كانت تعاني منها إلى حين أن تزايدت الأعراض عليها بنسبة كبيرة ووجدت السكر 5 غرام متوجهة مباشرة إلى المستشفى وهنا تم تشخيص المرض وتحويلها إلى قسم أمراض السكري بصفة عاجلة صرحت المفحوصة أنها عند التشخيص لم تتقبل الأمر نهائيا لقوله : "ما تقبلتش الأمر " وبدأت في البكاء ولم تستطع الكلام وكما قالت أنها دائما ما تنعزل في غرفتها وتبكي لوحدها ولكن عندما ترى الحالات المصابين أكثر خطورة منها تتقبل الأمر نوعا ما أما بالنسبة للعلاج والأنسولين تقول أنه أمر ضروري للشفاء من المرض لكن تخاف كثيرا من أن يطلب منها الأطباء استخدام الأنسولين طوال حياتها وترى أنه سيقيدها طوال حياتها، حسب قولها : لازم ندير الدواء ما عنديش خيار آخر لازم باه نبرا، بصح راني بزاف

خايفة يقولولي ديري الأنسولين كامل حياتك ما نقدرش نتقبل هاد الحاجة ، أما بالنسبة لعائلتها فقد أصيبوا بالخوف والذكر عليها وخاصة الأم وهذا حسب قولها : دارنا خافو بزاف عليا، سورتو يما ولات تخاف بزاف ودايما حزينة وتبكي ، ودائما يأتون لزيارتها في المستشفى ويحرصون على مساندتها و تحسين معنوياتها، ويحضرون لها أكل صحي لنتبع الحمية الغذائية الخاصة بها و يهتمون كثيرا بها و بأكلها.

ونقول إنها أخفت مرضها عن الناس والأقارب حيث أنها ترى بأنهم سينظرون إليها لنظرة شفقة، كما أنها تتزعج كثيرا عند الكلام حول مرضها وخاصة عندما يرتفع السكري وتتفادى الحديث عنه، وتواجه صعوبات كبيرة بالنسبة للوجبات الغذائية حيث أنها مدمنة على المشروبات الغازية وتتاول السكريات ويظهر هذا في قولها: كنت مدمنة على الغازوز والحلويات ما قدرتش نحبسهم ونقعد بلا بيهم، والماكلا هادي ما خرجتتش كامل عليا، ما عجبنتيش ما نقدرش نكلها وليت نأكل غير ياغورت طبيعي، ولم تستطع التعايش مع الحمية الغذائية. وبالنسبة لنظرة المريض لذاته ترى المفحوصة أن المرض سيقيدها ولم تقبل بعد بأن مرضها مزمن وتحاول إقناع نفسها بأنها وعكة صحية ويتم الشفاء منه عن طريق الالتزام بالعلاج وأنه علاج مؤقت فقط.

كما تحزن كثيرا عندها ترى أمها حزينة وقلقة عليها، ومن عدم استطاعها المزاولة عملها حيث قالت: ملي مرضت ودخلت السبيطار مقدرتش نروح نخدم هاذا الشي قلقتي بزاف، حبيت نروح نخدم، ما نقدرش نبعد على الخدمة هي الصح في هاذ الدنيا، كما صرحت أنها أصبحت تواجه صعوبات في العمل بعد مرضها وضغوط ونساء كثيرا عندما ينخفض نسبة السكر قد تصاب بتعب شديد ورجعها فلا تستطيع القيام بعملها بصفة جيدة وتضطر إلى العودة للمنزل ولا تستطيع الموازنة بين مرضها وعملها. أما بالنسبة للنقاط المستقبلية تقول المفحوصة أن من الضروري الوقاية والحذر للشفاء من المرض، وتسعى لاسترجاع الوزن الذي فقدته كما لديها أمل في الشفاء لتحقيق بسبب المرض وأحلام أخوها الميت.

عرض وتحليل نتائج الحالة 2 على مقياس الذكاء الانفعالي:

جدول رقم (10): يمثل درجة الحالة 2 على مقياس الذكاء الانفعالي:

رقم الحالة	مستوى الدرجات	مستوى الدرجة
2	134	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الانفعالي على الحالة 2 تحصلت على 134 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من الذكاء الانفعالي.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من الذكاء الانفعالي

عرض وتحليل نتائج الحالة 2 على مقياس تقبل المرض:

جدول رقم (11): يمثل درجة الحالة 2 على مقياس تقبل المرض:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
2	88	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس تقبل المرض على الحالة 2 تحصلت على 88 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من تقبل المرض.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض.

خلاصة الحالة:

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي قمنا بها مع الحالة وتطبيق مقياس تقبل المرض ومقياس الذكاء الانفعالي اتضح أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض ومستوى ذكاء انفعالي منخفض.

الحالة 3:

الحالة أميرة، تبلغ من العمر 26 سنة ذات مستوى تعليمي جامعي، متزوجة أم الطفلة أستاذة تعليم ابتدائي ذات مستوى اقتصادي جيد تقيم بمدينة تيزي-وزو لديها 3 أخوات. تعاني الحالة من داء السكري من النوع الأول وهي حاليا في المستشفى الجامعي ندير محمد المدينة تيزي وزو قسم أمراض السكري، جناح النساء منذ 10 أيام. قمنا بالمقابلة العيادية مع المفحوصة في مكتب المختصة النفسية ، وكانت علامات الحزن تظهر بوضوح على أميرة. عند بداية الحديث معها امتلأت عيناها بالدموع و بدأت في البكاء، وجه حزين. علامات القلق والتوتر، كثيرة الحركة ، حسرة، تنهد، في بداية المقابلة كان الحوار صعب معها، قليلة الكلام ولكن بعد مرور الوقت بدأت تتجاوب تلقائيا مع الأسئلة.

تم تشخيص المفحوصة بداء السكري من النوع الأول منذ شهرين تقريبا من طرف طبيب عام، حيث صرحت بأنها شهدت زيادة كبيرة في الوزن وبدأت تعاني من أعراض تعب، عطش، كثرة التبول ، الجوع المفرط، تشوش الرؤية بدأت هذه الأعراض تتزايد شيئا فشيئا مما بعد الحيرة فيه فقررت زيارة الطبيب لتشخيص حالتها و بعد القيام بالفحوصات اللازمة والتحليل الطبية تم تشخيص حالتها بداء السكري ،صرحت المفحوصة أن عندما قال لها الطبيب بأنها مصابة بداء السكري تفاجئت ولم تستوعب الأمر حسب قولها: " كي قلي الطبيب عندي السكر خلعت وفي الأول ما قدرتش نستوعب و جا ديركت في بالي الأنسولين ، بتر الأعضاء والموت وجاني البكاء ما قدر تش نحكم روعي"، وقررت إخفاء الأمر عن زوجها ظنت بأنها سيتركها.

إلى حد الآن لم تتقبل المرض وتواجه صعوبة كبيرة في التعايش معه وفي أغلب الأحيان يغمرها الحزن والقلق وكذلك الخوف كما أنها تخفي مرضها عن الناس لأنها تخجل منه

وتحس بالإحراج لقولها: وليت دائما حزينة ونحشم بزاف ما نحش ندير دوا قدامهم . كما عبرت عن انزعاجها من الأنسولين ومن زيادة وزنها حسب تصريحها: "تكره هاد الأنسولين يقعد يتبع فيا كامل حياتي و سمنت بزاف درك يضحكو كامل عليا صحاباتي و يكرهني راجلي مزالني صغيرة. صح هوما ما قالولي والو بصح أنا علبالي ، وثاني درك نقعد نجري من طيب لسبيطار وتقلي بنتي صغيرة وما نعيش حياتي "

أما بالنسبة لعائلتها و زوجها في البداية انصدموا مثلها بعدها قالت أنهم أصبحوا يخافون عليها ويهتمون بها ودائما يحضرون لها الأكل الصحي لتتبع الحمية الغذائية ويحثونها على الالتزام بالعلاج وممارسة الرياضة، لكنها تواجه بعض المشاكل مع عائلة زوجها لقولها " عجوزتي على سمعت بلي راني مريضة ولات تعيرني وتقولي درك ما تزيدش تجيبي دراري، راكي سميحة بزاف "، كما صرحت أنها أصبحت تنتشجر كثيرا مع أصدقائها وزملائها لأنها أصبحت سريعة الغضب والإنفعال ودائما ما تميل إلى العزلة والجلوس وحدها بعيدا من الناس أنها تخجل من الحديث عن مرضها وتتزعج من أسئلة الناس لأنها تخجل من الحديث عن مرضها بالإحراج من وزنها بعدما كانت تتمتع برشاقة عالية وقالت أنها نكره سماع سيرة المرض و تخجل من أخذ جرعة الأنسولين أمام الناس ، كما أنها أصبحت تنفادى التجمعات لأنها تحس بالحرمان من الأكل وأنها لا تجد ملابس مناسبة لوزنها بعدما أصبح 100 كيلوغرام لقولها: "ملي مرضت وليت نكره العراس والتجمعات هوما كامل يقدررو ياكلو واش بحبوا وأنا نشوف برك ووليت ما نلقاش واش نلبس". و بالنسبة لنظرة المريض إلى ذاته ترى الحالة أميرة أنها أصبحت مقيدة بالمرض والأنسولين وأنها لن تستطيع الشفاء منه وأنها تستكمل بقية حياتها مريضة و تحس بالتبعية الطبية وتحس أنها عبئ على عائلتها ودائما ما تحتاج المساعدة للآخرين وأنها ستبقى دائما وحيدة وترى أنها عاجزة و أن هذا المرض بمثابة عقاب لها و رغم كل الجهود ومحاولات التي تقوم بها كالحمية الغذائية وممارسة الرياضة إلى أنها لا تستطيع التعايش مع المرضى حسب تصريحها : "قدما درت ما قدرتش نقبل هاد

المرض كرهت وكرهت روجي خلاص". أما فيما يخص الحياة المهنية تقول أن عملها مقدس وأنها متعلقة كثيرا بتلاميذها وأنها مستاءة وحزينة كثيرا أنها لم تستطع العمل منذ فترة بسبب تواجدها في المستشفى وأنها أصبحت تواجه ضغوطات من العمل و المرض ولا تملك الوقت الكافي للموازنة بينهم ولا تحب قياس السكر وأخذ جرعة الأنسولين أمام التلاميذ ولا تستطيع ممارسة عملها بأكمل وجه بسبب التعب و الإرهاق الشديد وأحيانا تنسى قياس السكر أثناء العمل مما يسبب لها مضاعفات وترى أن يوجد اختلاف كبير في عملها وحياتها قبل وبعد مرضها، وترى أن حياتها تغيرت بالكامل بعد إصابتها وأن المرض أثر كثيرا فيها بطريقة سلبية أما بالنسبة للمستقبل والنظرة المستقبلية، ترى أن المستقبل مظلم وليس لديها أي أمل في الشفاء وتحسن حالتها فهي جد متشائمة وتواجه مخاوف كبيرة من الموت وترك ابنتها ويظهر ذلك في قولها: "راني بزاف خايفة نموت ونخلي بنتي وليت ما نرقدش الليل وأنا نخم".

عرض وتحليل نتائج الحالة 3 على مقياس الذكاء الانفعالي:

جدول رقم (12): يمثل درجة الحالة 3 على مقياس الذكاء الانفعالي:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
3	130	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الانفعالي على الحالة 3 تحصلت على 130 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من الذكاء الانفعالي.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من الذكاء الانفعالي.

عرض و تحليل نتائج الحالة 3 على مقياس تقبل المرض:

جدول رقم (13): يمثل درجة الحالة 3 على مقياس تقبل المرض:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
3	110	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس تقبل المرض على الحالة 3 تحصلت على 110 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من تقبل المرض.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض.

خلاصة الحالة :

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي قمنا بها مع الحالة و تطبيق مقياس تقبل المرض و مقياس الذكاء الانفعالي اتضح أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض و مستوى ذكاء انفعالي منخفض.

الحالة 4 :

الحالة (أ) ممرضة بالغة من العمر 38 سنة، عزباء، ذات مستوى تعليمي جامعي و مستوى اقتصادي متوسط. تقيم بمدينة تيزي وزو. تعاني حاليا من الداء السكري، وهو المرض الأساسي الذي يتطلب مراقبة مستمرة لمستوى السكر في الدم وإتباع نظام علاجي وغذائي دقيق. إلى جانب ذلك، كانت تعاني أيضا من أمراض مزمنة أخرى مثل الربو الذي تسبب لها في نوبات تنفسية متكررة ونقص المناعة الذي جعلها عرضة للعدوى، خاصة في بيئة العمل. كما كانت مصابة بارتفاع ضغط الدم، وهو ما زاد تعقيد حالتها الصحية، فضلا عن معاناتها من تساقط الشعر، والذي قد يكون ناتجا عن حالتها الصحية العامة أو تأثيرات الأدوية التي تتناولها.

قمنا بإجراء المقابلة في مكتب الأخصائية النفسانية مع المريضة التي تبلغ من العمر 38 سنة. تعمل في مهنة التمريض وغير متزوجة تم تشخيصها بالداء السكري في جانفي 2024، وهو تشخيص قلب تجرى حياتها بشكل ملحوظ، لكن ليس بشكل مفاجئ أو صادم تماما لأنها كانت تعاني مسبقا من عدة أمراض مزمنة منذ سنوات. مثل الربو ونقص المناعة وارتفاع فقر الدم. وتساقط الشعر، وهي أمراض جعلتها أكثر وعيا بجسدها و بالتحديات الصحية التي قد تواجهها، مما ساعدها نوعا ما على تقبل مرض السكري.

كما أنها صرحت أنها مولعة بالسكريات بقولها : " قبل النوم ناكل باطة شيكولا كوليوم."

مما ساهم في تدهور حالتها الصحية قبل التشخيص كانت تستخدم الأنسولين مرة واحدة في الأسبوع فقط. لكنها الآن بعد التأكد من إصابتها بالسكري أصبحت تنقيد بدقة بالعلاج و بمختلف الفحوصات والتحليل التي يطلب منها القيام بها، سواء في المستشفى أو في المنزل. وتؤكد التزامها الكامل بالأدوية و التعليمات الطبية.

على المستوى الأسري، لم يكن تقبل الأم للمرض سهلاً، إن عبرت عن صدمة وخوف واضحين، إلى أن بقية أفراد الأسرة أبدوا تفهما واحتواءً واضحاً، وهو ما عبرت عنه بفخر قالت: أشعر بالفخر والامتنان لكونها فرداً من عائلتها .مؤكد أنها تشعر بالامتنان لكونها فرداً منهم. حسب تعبيرها يعاملونها بشكل عادي تماماً ولا تشعر أنها مريضة في نظرهم. بل تعامل بقدر من الاحترام والدعم المعنوي والغذائي أيضاً

مما ساعدها على تخفيف شعورها بالوحدة أو الاختلاف، من جهة أخرى تقول إن نظرة الناس لا تختلف حسب الأشخاص لكنها لا تهتم كثيراً بذلك. ولا تحاول إخفاء مرضها بل تتحدث عنه بثقة وراحة بل تعتبره جزءاً من تجربتها الحياتية التي شكلت شخصيتها، تتلقى بعض الدعم من طرف أفراد تعرفهم في مجال صحي لا يزعجها. بل أصبحت معتادة عليه وترى أنه لا يؤثر سلباً على حياتها كما كانت تتوقع في البداية أما في محيط العمل، فتصف علاقتها بزملاتها بالجيدة، وتقول إنهم يتعاملون معها بشكل طبيعي و يفهمون طبيعة مرضها إذا احتاجت للراحة أو للتخفيف من الجهد علاقتها مع الفريق المعالج أيضاً مبنية على الثقة والتفاهم ، ولا تشعر بأي إحراج أو توتر عن الحديث عن حالتها معهم . تقول أن هناك فرقا واضحاً بين طريقة عملها قبل المرض وبعده حيث أصبحت الآن تشعر بإرهاق مستمر، يعود جزئياً إلى تأثير الأدوية وأحياناً إلى الضغط النفسي الناتج عن التغيرات الجديدة في حياتها أحياناً تبدأ يومها في العمل دون قياس نسبة السكر وهو أمر تدرك خطورته لكنها تحاول التكيف وتدارك ذلك تعبر المريضة عن حبها الشديد لمهنتها وتؤكد أن اختيار التعريف لم يكن وليد الصدفة بل قالت : " التمريض كان حلم طفولتي ليس المنزراً وهي ترى في ممارستها للمهنة رسالة إنسانية أكثر من مجرد عمل ، لعدم التعب المستمر والإرهاق. إلى أن رؤية المرضى الأخرى خصوصاً من هم في حالات أكثر تدهوراً، تمنحها نوعاً ما من الراحة النفسية والشكر الداخلي وتشعر بالقوة وتخفف عنها نقل مرضها. حيث تقول إنها لا تخجل من وضعها الصحي ولا تجد ضرورة لإخفائه.

فيما يخص المستقبل، فإن المريضة تبدي تفاؤل ملحوظا، وتؤمن بأن الوضع الذي تمر به هو مجرد بداية لمرحلة جديدة من التعافي تقول: هدفي الأساسي هو الشفاء. أو على الأقل الوصول إلى الحالة الصحية مستقرة تشبه ما كانت عليه قبل المرض كما أنها تسعى خسارة الوزن الزائد، وتعمل على ذلك تدريجيا وقد عبرت عن ارتياحها لتصريح الطبيب الذي أخبرها أن الشفاء من السكري ممكن في حال الالتزام، تؤكد أن لديها أملا كبيرا في العودة إلى حالتها الطبيعية، وتقول بثقة: بدون طموح لا نعيش. مما يدل على أنها لا ترى في مرضها نهاية أو عائق. بل مرحلة تتطلب القوة والانضباط، ترى المريضة نفسها كشخص عادي، له واجباته اليومية، وتعيش حياتها بأقصى ما تستطيع من طاقة وتفاؤل، رغم التحديات الصحية التي تواجهها.

عرض وتحليل نتائج الحالة 4 على مقياس الذكاء الانفعالي:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
4	135	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الانفعالي على الحالة 4 تحصلت على 135 درجة والذي مدلولها درجة منخفض من الذكاء للانفعالي.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من الذكاء الانفعالي.

عرض ونتائج الحالة 4 على مقياس تقبل المرض:

جدول رقم (15): يمثل درجة الحالة 4 على مقياس تقبل المرض:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
4	153	متوسط

من خلال تطبيقنا لمقياس تقبل المرض على الحالة 4 تحصلت على 153 درجة والذي مدلوله درجة متوسط من تقبل المرض.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من تقبل المرض.

خلاصة الحالة :

من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي قمنا بها مع الحالة و تطبيق مقياس تقبل المرض و مقياس الذكاء الانفعالي اتضح أن الحالة تتمتع بمستوى متوسط من تقبل المرض و مستوى ذكاء انفعالي منخفض.

الحالة 5 :

البيانات الشخصية

سيدة تبلغ من العمر 52 سنة، متزوجة أم الطفلين، ذات مستوى تعليمي ابتدائي و مستوى اقتصادي متوسط تقيم في واقنون تشخيصها بداء السكري في 8 ماي ويرجح أنه من النوع الثاني رغم إجابتها لم تتوقف عن ممارسة حياتها المهنية ، حيث فتحت ورشة خياطة تديرها بنفسها، ما يدل على روحها الإيجابية وإصرارها على الإنتاج والعمل حالتها تتطلب متابعة طبية منتظمة و الالتزام بنظام غذائي صحي ونمط حياة متوازن للسيطرة على المرض وتقادي مضاعفاته.

قمنا بإجراء المقابلة في مكتب الأخصائية النفسية مع سيدة تبلغ من العمر 52 سنة متزوجة وأم لطفلين . تم تشخيصها بداء السكري من النوع الثاني بتاريخ 8 ماي بعد معاناتها من أعراض واضحة مثلت في كثرة التبول والشعور الارهاق عند التشخيص كانت نسبة السكر مرتفعة جدا و بلغت خمسة غرام مما استدعى دخولها إلى المستشفى لمدة 11 يوم ويومين آخرين في مستشفى الجامعي ندير محمد لتلقي العلاج والمتابعة . لاستكمال الفحوصات والتحليل اللازمة . بعد التشخيص، بدأت العلاج بالأدوية و حرصت على الالتزام بتعليمات الطبيب من حيث الجرعات والنظام الغذائي ودعم الخدمة الأولى تقبلت المرض من حيث قالت هذا بمشيئة الله سبحانه " خاصة بفضل دعم عائلتها الكبيرة حين وصفتهم بالسند الحقيقي، إذ حرص أولادها على مساعدتها في تناول الدواء في وقته وتوفير الطعام الصحي المناسب لها أما نفسيا عبرت عن قلقها من مضاعفات السكري . قالت: "أخاف أن أنجح أو أن يرتفع وينخفض السكر. لكنها في الوقت نفسه تنزعج من الحديث عن مرضها، وترى أنه لا يوجد ما يعجل فيما كتبه الله، تعاملها مع محيطها لم يتغير ولا تشعر بأن إحراج من رفعت السكريات أو إظهار مرضها أمام الأصدقاء. ترى في العمل وسيلة مهمة لتجاوز الضيق والتفكير الزائد حيث قالت : " بالعمل أنسى الوقت وتؤمن بأنها قادرة على مواصلة

حياتها بشكل طبيعي رغم المرض ، أما عن نظرتها للمستقبل ، فتعبر عن رضاها بقضاء الله وتضع آمانياتها في توفيق أولادها، مؤكدة أنها ستبذل جهدها من أجل وقتها وتمنى أن تسترجع عافيتها وتعود إلى ما كانت عليه في السابق قدر الإمكان.

عرض وتحليل نتائج الحالة 5 على مقياس الذكاء الانفعالي:

جدول رقم (16): يمثل درجة الحالة 5 على مقياس الذكاء الانفعالي:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
5	135	منخفض

من خلال تطبيقنا لمقياس الذكاء الانفعالي على الحالة 5 تحصلت على 135 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من الذكاء الانفعالي.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من الذكاء الانفعالي.

عرض وتحليل نتائج الحالة 5 على مقياس تقبل المرض:

جدول رقم (17): يمثل درجة الحالة 5 على مقياس تقبل المرض:

رقم الحالة	مجموع الدرجات	مستوى الدرجة
5	113	منخفض

من خلال تطبيقها لمقياس تقبل المرض على الحالة 5 تحصلت على 113 درجة والذي مدلوله درجة منخفضة من تقبل المرض.

نستنتج أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض.

خلاصة الحالة: من خلال المقابلة العيادية النصف موجهة التي قمنا بها مع الحالة و تطبيق مقياس تقبل المرض و مقياس الذكاء الانفعالي اتضح أن الحالة تتمتع بمستوى منخفض من تقبل المرض و مستوى ذكاء انفعالي منخفض.

جدول رقم (18): يمثل كل من مستوى الذكاء الانفعالي وتقبل المرض لدى الخمس حالات (5):

رقم الحالات	نتائج مقياس تقبل المرض		نتائج مقياس الذكاء الإنفعالي	
	الدرجة	المستوى	الدرجة	المستوى
الحالة 1	106	منخفض	152	متوسط
الحالة 2	88	منخفض	134	منخفض
الحالة 3	110	منخفض	130	منخفض
الحالة 4	153	متوسط	135	منخفض
الحالة 5	113	منخفض	135	منخفض

استنتاج عام للحالات :

من خلال تحليل خمس حالات عيادية من النساء العاملات المصابات بداء السكري و تطبيق مقياس تقبل المرض و مقياس الذكاء الانفعالي عليهن , اظهرت النتائج ان معظم الحالات محل الدراسة تتمتع بمستوى منخفض في كل من تقبل المرض و الذكاء الانفعالي . و قد عكست هذه النتائج وجود صعوبات واضحة في تعامل الافراد مع حالتهم المرضية واء على المستوى النفسي أو الانفعالي.

فقد لوحظ ان انخفاض الذكاء الانفعالي لدى هذه الحالات ادى الى ضعف في القدرة على ادارة المشاعر و التعبير عنها بطريقة صحية كما تفتقر الى مهارات ادارة الانفعالات و التعامل مع الغضوب الناتجة عن المرض مما ساهم في تدني مستوى التقبل للمرض مما قد يترجم الى انكار المرض او الشعور الدائم بالاحباط و الياس او مقاومة العلاج و التعليمات الطبية.

مما سبق نستنتج أن كلما انخفض الذكاء الانفعالي زادت صعوبة الفرد في التكيف مع المرض .يعد تعزيز الذكاء الانفعالي أحد الأساليب المفيدة لتحسين تقبل المرض والتعايش معه بشكل صحي.

اتفقت هذه النتيجة مع دراسة (العدرة،2021) التي أظهرت ان مستوى الذكاء الانفعالي لدى طلبة المدارس في يطا والمسافر كان بدرجة مرتفعة، ووجود فروق ذات دلالة إحصائية في متوسطات إجابات عينة الدراسة حول الذكاء الانفعالي تبعا لمتغيرات، وكذلك دراسة (الدرابكة،2019) التي اشارت الى ان مستوى الذكاء الانفعالي الكلي وابعاده لدى الطلبة المتفوقين وغي المتفوقين جاء مرتفعا، ومع دراسة (panboli gopu,2011)

التي أظهرت نتائجها وجود مستوى مرتفع من الذكاء الانفعالي لدى افراد عينة الدراسة ككل.

- دراسة بلال بن حمود بن محمد الرحبي 2013 عمان:

تكلمت الدراسة عن الإدارة الذاتية لدى العمانيين المصابين بالسكري، وهدفت الدراسة الى تقييم مستوى الإدارة الذاتية لمرضى السكري لدى العمانيين المصابين بالسكري من النوع الثاني وتقييم وقياس العلاقة بين مستوى التحكم في السكر بالدم اما عينة الدراسة تكونت من (135) مريض بالسكري من النمط الثاني في محافظة مسقط (131) في المحافظة الداخلية ولخص الباحث في دراسته الى عدة نتائج أهمها ان الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع الثاني متدنية، وتوصلت الدراسة الى النتائج التالية ،،، حقق الرجال مستويات مرتفعة مقارنة بالنساء في قضية الالتزام بالنشاط البدني بينما حققت النساء مستويات عالية في قضية الالتزام بتعاطي الادوية مقارنة بالرجال.(عطية 2017،ص 15)

الخاتمة

في ختام هذه الدراسة، توصلنا إلى أن المرأة العاملة المصابة بداء السكري تواجه تحديات متعددة لا تقتصر فقط على الجوانب الصحية، بل تمتد لتشمل الأبعاد النفسية والانفعالية، مما يجعل من تقبل المرض و التمتع بمستوى مناسب من الذكاء الانفعالي عاملين حاسمين في تحسين جودة حياتها والتكيف مع متطلبات المرض والعمل في أن واحد. وقد أظهرت نتائج الدراسة أن أغلب الحالات من النساء العاملات المصابات بداء السكري يتمتع بمستوى منخفض من كل تقبل المرض ومستوى الذكاء الانفعالي، كما أظهرت وجود علاقة دالة بين مستوى تقبل المرض ومستوى الذكاء الانفعالي، حيث ثبت أن النساء العاملات اللاتي يتمتعن بقدرة أكثر على فهم مشاعرهن وتنظيمها. أظهرن قدرة أكبر على التعايش مع المرض ومستوى التقبل.

التوصيات والمقترحات :

وبناء مما سبق توصي الدراسة وبناء مما سبق توصي بضرورة تقديم اهتمام أكبر بالجوانب النفسية في البرامج العلاجية للنساء العاملات المصابات بداء السكري ومن خلال تقديم دعم نفسي وتدريبات تهدف إلى تنمية الذكاء الانفعالي وتعزيز تقبل المرض مما ينعكس إيجابا على التكيف النفسي والأداء المهني لديهم.

قائمة المصادر و المراجع

قائمة المراجع

1. آدم إبراهيم حسن. (2017).
2. أسماء أحمد عبير. (2013).. *الذكاء الوجداني وعلاقته بفعالية الذات*, رسالة لنيل شهادة الماجستير في الارشاد النفسي والتوجيه التربوي, الجامعة الاسلامية, غزة.
3. أنس الطبيب. الحسين رابع. (2011)..
4. أبركان. (2025)..
5. أبركان الصالح. (2015). *إدراك المرض، أساليب للمواجهة وجودة الحياة لدى المصاب بالمرض المزمن*, دراسة ميدانية بولاية باتنة، رسالة دكتوراه، قسم العلوم الإجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة.
6. إيمان عباس الخفاف. الطبعة الأولى. (2017/09/01).. *الذكاء الانفعالي تعلم كيف تفكر انفعاليا، الطبعة 1، الناهج لنشر والتوزيع، عمان، الأردن*.
7. أحمد رويحة. (1983)..
8. إبراهيم بن جامع (2010).. *الذكاء الانفعالي و علاقته بفعالية القيادة*. مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العمل و التنظيم. جامعة منتوري قسنطينة.
9. بيام خالد الطيار. (1998). *كل ما يجب أن تعرفه عن السكري مرض العصر*، مؤسسة المعارف للطباعة والنشر، بيروت، الطبعة 1.
10. بلقاسم محمد. (2010)..
11. بن غريال سعيدة. (2015).
12. بولحبال أية، شهيناز كنزة. (2022). *تقبل المرض وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية لدى مريضات السرطان*، دراسة مقارنة بين مريضات سرطان الرحم وسرطان الثدي، جامعة باتنة 1 لخضر، المجلد 09، العدد 2.
13. البحيري. (2017).
14. جاسم محمد عبد الله المرزوقي. (2008). *الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكري*، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإمارات، الطبعة 1.
15. حمزة مزياني. (2012).. *الذكاء الوجداني وعلاقته بأساليب التعامل مع الضغوط النفسية عند الأحداث الجانحين من مؤسسات اعادة التربية*، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماجستير، الارشاد النفسي والصحة النفسية، جامعة الجزائر 2.
16. حربوش. (2008)..
17. خميس. (2005).

18. خضر احمد إبراهيم (2013) اعداد البحوث الرسائل العلمية من الفكرة و حتى الخاتمة .كلية التربية .جامعة الأزهر بالقاهرة.
19. سليمان جريو. (2019). مستوى التدخين وتقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة دكتوراه، الطور الثالث في علم النفس، تخصص علم النفس المرضي للراشد، جامعة محزد خيضر، بسكرة.
20. سعد محمد علب الشهري. (1430). الذكاء الوجداني وعلاقته بأتخاذ القرار لدى عينة من موظفي القطاع العام والقطاع الخاص، للمقدمة على حصول الماجستير في علم النفس الارشاد النفسي، جامعة أم القرى، المملكة العربية السعودية.
21. سليمان جريو. (2019).
22. سليمان جريو. (2019).
23. شيلي تايلور. (2007). علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويشبريك، فوزي شاكر داوود. دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، الطبعة 1.
24. صبيحة ياسر معطوف. سرى غان م محمود. العبيدي. (2008).
25. صافية مبارك. موسى حميد. (2011)..
26. صلاح الفرابي جريد. (2015)..
27. عليوة سامية. (2014). علاقة كل من معمر الضبط الصحي والكفاءة الذاتية بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، العلوم في علم النفس العيادي، جامعة باتنة.
28. عميس. (2005). الخدمة الاجتماعية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، دراسة ميدانية، أطروحة رسالة الماجستير، جامعة محمد بوضياف الجزائر.
29. عبد العزيز معتوف. أحمد حسين. (1989).
30. عبد روس عقيل حسين. (1993).
31. فادي سعود. فريد سماوي. (2012).
32. لطفي الشريني. (دون سنة). معجم المصطلحات الطب النفسي، مركز تعريب العلوم الصحية، بدون طبعة.
33. محمد بن سعد الحميد. (2008)..
34. منير لطفي. (2017).
35. موفي بنت محمد بن أحمد القاسم. (2011).
36. محمد بن سعد الحميد. (2008).
37. محمد رضا مسلم. (2017).

38. محسن محمود. أحمد الكيكي. (2010). الذكاء الانفعالي لدى الطلبة المميزين, مجلة أبحاث كلية التربية الأساسية, العدد 2
39. محمد بن سعد الحميد. (2008). داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه، الرياض، بدون طبعة.
40. منسي محمود عبد الحليم (2003). منهج البحث العلمي في المجالات التربوية و النفسية . دار المعرفة الجامعية .
41. مجدم منير حجاب. 2003. أساسيات البحوث الإعلامية . الطبعة الثانية . دار الفجر للنشر و التوزيع القاهرة مصر
42. نوار شهرزاد. (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الإجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري، أطروحة الدكتوراه، جامعة الجزائر 2.
43. هانديمر بوجي. (2013). مرض السكري، دار المؤلف للنشر والتوزيع، الرياض، الطبعة 1.
44. يوسف محمد يوسف. (2017). تقنين مقياس الذكاء المصور للأطفال لنوي الاحتياجات الخاصة على البيئة السعودية، الجمعية الكويتية لتقدم الطفولة العربية سلسلة الدراسات العلمية المتخصصة، العدد 36.
45. ياسين سالم الشواورة، (2006). علاقة الذكاء الانفعالي بالعوامل الخمسة الكبرى للشخصية عند طلبة جامعة مؤتة، رسالة مقدمة الى عمادة الدراسات العليا استكمال لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في القياس والتقويم.

1. Nettunos.(1996). Manuel of nursing. Practice 6th, addition Lippincott company, new lurk
2. Graham ongle et coll. (2017). Livre de poche pour le traitement du diabète chez les enfants et les adolescents, 2eme édition, Bruxelles, Belgique.
3. Prevention et dépistage du diabète de type 2 et des maladies liées au diabète, (2014). Haut autorité de santé, France.
4. La croix A, Assal J.PH, L'éducation thérapeutique patients, nouvelle approches de la maladie chronique, 2éme édition, Paris,(2003). P 240.
5. La croix A. Assi. J. PH. (2003)..
6. Nitin. (1996). P9.
7. Graham ogle et coll. (2017)..
8. Prevention et dépistage du diabète de type (2). (2016)..
9. America Diabète Association. (2001).

الملاحق

الملحق رقم 1:

دليل المقابلة العيادية

البيانات الشخصية

/ الاسم:

/ السن:

/ الجنس:

/ المستوى التعليمي:

/ المستوى الاقتصادي:

/ الحالة الاجتماعية:

/ تاريخ الإصابة بالمرض:

/ مكان الإقامة:

المحور الأول: الحالة المرضية

- منذ متى أصبت بهذا المرض؟

- كيف عرفت أنك مصابة بالداء السكري وما نوع السكري الذي تعاني منه؟

- كيف تعاملت مع الموقف وكيف كانت ردة فعلك الأولى عند تشخيصك بالمرض؟

- كيف تتعايش حالياً مع وضعك هذا؟

- ما هو إحساسك وشعورك عند بدأ استخدام الأنسولين لأول مرة؟

- هل تعاني من مرض آخر غير مرضك؟

- هل تقوم بإجراء جميع التحاليل الطبية أو فحص بالأشعة التي يطلبها منك الطبيب المعالج؟

- هل تنقيد بجرعات دوائك كما حددها لك الطبيب؟

للمحور الثاني: الجانب العلائقي:

العلاقات الأسرية:

-كيف تعاملت أسرتك مع إصابتك بداء السكري؟

- بماذا تشعر في محيطك الأسري ؟

-هل ترى أن العائلة أصبحت تتعامل معك بطريقة أخرى منذ إصابتك بالمرض ؟

-هل تتلقى دعم من طرف الأسرة فيما يخص برنامجك علاجك الغذاء، احترام الجرعة الرياضة؟

العلاقات الاجتماعية:

-كيف ترى نظرة الناس إليك بعد إصابتك بالمرض ؟ -

- هل تنزعج عند حديث أصدقائك حول مرضك ؟

-كيف تتعامل مع المحيط والآخرين و كيف يعاملونك ؟

-هل تحس بالإحراج والانزعاج مع الأصدقاء عند ما يتكلمون عن وجبات لا تستطيع تناولها أو الإحراج في التجمعات عند تناول وجبات في حين أنك مفيد بحمية غذائية ؟

المحور الثالث : نظرة الحريق إلى ذاته-

-كيف ترى نفسك كشخص مصاب بالسكري ؟

-ما هي الصعوبات التي تواجهك في عمالك وحياتك بصفة عامة؟

-ما هي التغيرات التي طرأت في حياتك بعد الإصابة بالمرض ؟

-ما الذي يساعدك على تقوية شعورك الإيجابي بذاتك رغم المرض؟

-هل تخجل أو تحفظ في الحديث عن إصابتك بالسكري أمام الناس؟

المحور الرابع: الحياة المهنية.

-ماذا يمثل العمل بالنسبة لك ؟ ونقل كان اختيارك للمهنة برغبة منك ؟

-في المصلحة التي تعلمي بها هل تتفقد المرض عند بداية العمل ؟ إذا كان نعم ما هي دواعي وأسباب التي تدفعك لذلك ؟

-هل تواجه صعوبات أو عوائق في ممارسة عمالك بعد إصابتك بالمرض إن كان نعم فيما تتمثل هذه العقوبات ؟

-هل تواجه ضغوط في التوفيق بين مرضك وعملك ؟

-هل هناك اختلاف في طريقة أدائك لعملك قبل و بعد الإصابة فيما تتمثل الاختلافات ؟
المحور الخامس : النظرة المستقبلية.

-كيف ترى مستقبلك مع مرض السكري ؟ -

-هل لديك خطط أو أهداف صحية تسعى لتحقيقها ؟ مثل تغيير نمط الحياة ، خسارة الوزن ،
تنظيم السكر...

- ما الذي يشجعك أو يعطيك أمل في المستقبل ؟

-هل ترى أن هناك أمل للشفاء من هذا المرض؟

-هل تطمح دوما في الرجوع إلى حالتك الطبيعية التي كنت عليها قبل إصابتك بالمرض؟

-ملحق رقم 2 مقياس الذكاء الإنفعالي:

لا يحدث	يحدث نادرا	يحدث أحيانا	يحدث عادة	يحدث دائما	العبارات	رقم
					أستخدم إنفعالات الإيجابية والسلبية في قيادة حياتي	1
					تساعدني مشاعري السلبية في تغيير حياتي	2
					أستطيع مواجهة مشاعري السلبية عند إتخاذ قرار يتعلق بي	3
					مشاعري السلبية جزء مساعد في حياتي الشخصية	4
					ترشدني مشاعري السلبية في التعامل مع الآخرين	5
					مشاعري الصادقة تساعدني على النجاح	6
					أستطيع إدراك مشاعري الصادقة	7
					أستطيع التعبير عن مشاعري	8
					أستطيع التحكم في مشاعري السلبي	9
					أعتبر نفسي مسئولا عن مشاعري	10
					أستطيع السيطرة على نفسي بعد أي أمر مزعج	11
					أستطيع التحكم على مشاعري وتصرفاتي	12
					أنا هادئ تحت أي ضغوط أتعرض لها	13

				لا أعطي للإنفعالات السلبية أي إهتمام	14
				أستطيع أن أكافئ نفسي بعد أي حدث مزعج	15
				أستطيع نسيان مشاعري السلبية بكل سهولة	16
				أستطيع التحول من مشاعري السلبية إلى الإيجابية بسهولة	17
				أنا قادر على التحكم في مشاعري عند مواجهة أي خطر	18
				أنا صبور حتى عندما لا أحقق نتائج سريعة	19
				عندما أقوم بعمل فإني أستمتع بالعمل	20
				أحاول أن أكون مبتكرا مع تحديات الحياة	21
				أتصف بالهدوء عند إيجاز أي عمل أقوم به	22
				أستطيع إنجاز الأعمال المهمة بكل قوتي	23
				أستطيع إنجاز المهام بنشاط وتركيز عالي	24
				في وجود الضغط لا أشعر بالتعب	25
				عادة أستطيع أن أفعل ما أحتاجه عاطفيا بإرادتي	26
				أستطيع تحقيق النجاح حتى تحت الضغط	27
				أستطيع استدعاء الانفعالات الإيجابية كالمرح والفكاهة بسر	28
				أستطيع أن أنهمك في إنجاز أعمالي رغم التحدي	29
				أستطيع تركيز على إنتباهي في الأعمال	30

					المطلوبة مني	
					أفقد الإحساس بالزمن عند تنفيذ المهام التي تتصف بالتحدي	31
					أستطيع أن أضع عواطفني جانبا عندما أقوم بإنجاز أعمالتي	32
					أنا حساس لاحتياجات الآخرين	33
					أنا فعال في الاستماع لمشاكل الآخرين	34
					أحب فهم مشاعر الآخرين	35
					لا أغضب إذا ضايقتني الناس بأسئلتهم	36
					أنا قادر على قراءة مشاعر الناس من تعبيرات وجوههم	37
					أنا حساس لإحتياجات العاطفية للآخرين	38
					أنا على دراية بالإشارات الاجتماعية التي تصدر من الآخرين	39
					أنا متناغم مع أحاسيس الآخرين	40
					أستطيع فهم مشاعر الآخرين بسهولة	41
					لا أجد صعوبة في التحدث مع الغرباء	42
					عندي قدرة على التأثير على الآخرين	43
					عندي قدرة على الإحساس بالناحية الانفعالية مع الآخرين	44
					أعتبر نفسي موضع لفة من الآخرين	45

				أستطيع الاستجابة لرغبات وإنفعالات الآخرين	46
				أمتلك تأثيراً قوياً على الآخرين في تحديد أهدافهم	47
				يراني الناس أنني فعال تجاه أحاسيس الآخرين	48
				أدرك أن لدي مشاعر رقيقة	49
				تساعدني مشاعري في إتخاذ قرارات هامة في حياتي	50
				يغمرنى المزاح السيئ	51
				عندما أغضب لا يظهر على آثار الغضب	52
				يظل لدي الأمل والتفاؤل أمام هزائمي	53
				أشعر بالانفعالات والشاعر التي لا يضطر الآخرين لإفصاح عنها	54
				إحساسي الشديد بمشاعر الآخرين يجعلني مشفقاً عليهم	55
				أجد صعوبة في مواجهة صراعات الحياة ومشاعر القلق والإحباط	56
				أستطيع الشعور بنبض الجماعة والمشاعر التي لا يفصحون عنها	57
				أستطيع إحتواء مشاعر الإجهاد التي تعوق أدائي لأعمالي	58

الملحق رقم 3 مقياس تقبل المرض:

الرقم	العبارات	كثيرا	أحيانا	نادرا	لا "أبدا"
1	أعيش حياتي بشكل عادي رغم وجود المرض				
2	أنا أمارس الرياضة بشكل طبيعي ومستمر				
3	من أجل أن أعيش سعيدا علي الإهتمام بصحتي				
4	أسعي دوما تعايش مع مرضي المزمّن				
5	أشعر أنني استنفذت كل جهدي في التعايش مع المرض				
6	أحتقر نفسي وأشعر بالحزن كلما أتذكر مرضي				
7	مرضي يشعرني بتبعية لطبيبي				
8	أنزعج عند الجلوس مع أصدقائي وهم يتكلمون عن وجبات لا أستطيع تناولها				
9	أنا حزين مادام مرضي معي				
10	أتكلم بشكل عادي عن مرضي أمام الآخرين				
11	مرضي يجعلني أشعر أنني غير كفي				
12	مرضي يجعلني أشعر أنني عبئ على الآخرين				
13	أتجنب تناول الدواء أو الأنسولين أمام الناس				
14	أقوم بنشاطات تطوعية من أجل نوعية المصابين مثل مرضي				

				لا تعيقني قيود مرضي عن أداء عملي	15
				أشعر بالحرمان من الطعام بسبب مرضي	16
				أكره سماع اسم مرضي (مرض السكري) لأنه يذكرني بالأمي و معاناتي معه	17
				أتجنب تلبية دعوة أصدقائي خوف من الإحراج أمامهم	18
				أتابع باهتمام كل جديد في مجال الصحة له علاقة بمرضي	19
				أعتقد أنه يجب على التحكم في المرض حتى أنعم بحياتي	20
				أشعر بالحزن عندما لا أستطيع تناول بعض الوجبات و ممارسة بعض النشاطات	21
				تقلقتني القيود التي يفرضها على القيود	22
				مرضي يشعرني بتعبئة لأسرتي التحكم في المرض ليس مهم بالنسبة لي	23
				لا أستطيع الإفراط في أي جمعية لأن مرضي يعيقني	25
				لا أنزع قياس السكر في الدم يوميا	26
				أضحى بكثير من الأشياء التي أحبها من أجل الحفاظ على صحتي	27

				أعتقد أنه يجب السيطرة على المرض من خلال الإلتزام بالحمية الغذائية	28
				رغم زيادة مضاعفات المرض لا أزال أمارس نشاطاتي بشكل عادي	29
				رغم وجود المرض أنا أؤدي دوري في الحياة	30
/				أتعامل بشكل طبيعي مع أصدقائي رغم القيود التي أفرضها علي المرض	31
				مازلت لم أتقبل إصابتي بالمرض	32
				أعتقد أن المرض قد أصابني ولا يمكن الهروب منه	33
				أتعلم كيف أتعايش مع مرضي أقبل مساعدة الآخرين في الأمور التي لا أستطيع فعلها/	34
				لدي معرفة كبيرة عن مرضي	36
				أبحث عن أفضل سبل العيش مع مرضي	37
				أعتقد أن مرضي هو حيلتي الجديدة التي لا بد أن أعيشها	38
				أشعر أنني وحيد منذ أن أصبت بالمرض	39

				أشعر بالإحراج عندما أسأل عن مرضي	40
				أفضل العزلة عن الناس	41
				أداوم على قياس نسبة السكر في الدم	42
				أبتعد دائما عن المشروبات الغازية	43
				أنا دائم الإهتمام بوزني ونظام غذائي	44
				أخفي مرضي عن كل من لا يعرفني أنني مصاب	45
				أقلق دائما كلما فكرت في مضاعفات مرضي في المستقبل	46
				أنا أشعر بالفخر والإعتزاز تجاه نفسي رغم مرضي	47
				أنا أقلق و أخاف من المستقبل وخوف من الموت	48
				أشعر أن الناس لا يرغبون في مصاحبتي	49
				أشعر بالحرَج أمام الناس الذين يقضون أطول وقت معي	50