

جامعة مولود معمري - تيزي وزو -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس

عنوان البحث

مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري
الخاضعين للأنسولين

مذكرة لنيل شهادة الماستر في علم النفس

تخصص علم النفس الصحة

إشراف الأستاذ :

بلخير رشيد

إعداد الطالب :

ناصر باي آدم

السنة الجامعية 2021-2022

اهداء

أشكر الله سبحانه وتعالى وأحمده على منحي الصبر لمواصلة المشوار الدراسي ولما أنا عليه وما سأكون عليه، وأشكر كل من ساعدني من قريب أو من بعيد على انجاز هذا العمل الذي أتمنى أن يكون سببا في اسعادي واسعادهم مستقبلا.

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام لإشكالية الدراسة	
1_الإشكالية	01
2- فرضيات الدراسة	08
3_اهداف الدراسة وأهميتها	09
4-تحديد التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة	10
القسم النظري	
الفصل الثاني: مصدر الضبط الصحي	
تمهيد	13
1-لمحة تاريخية حول مفهوم مصدر الضبط	14
2-تحديد مفهوم مصدر الضبط	15
3-أبعاد مصدر الضبط	17
3-1-الضبط الداخلي	17

18	3-2- الضبط الخارجي.....
18	4- السمات الشخصية لفئتي مصدر الضبط.....
20	5- مفهوم مصدر الضبط الصحي.....
21	6- نظرية مصدر الضبط الصحي.....
22	7- أبعاد مصدر الضبط الصحي.....
23	7-1- البعد الداخلي للضبط الصحي.....
23	7-2- بعد ذوي النفوذ للضبط الصحي.....
23	7-3- بعد الحظ للضبط الصحي.....
23	8- أنماط مصدر الضبط الصحي.....
27	9- العوامل المؤثرة في مصدر الضبط الصحي.....
27	9-1- عوامل تتعلق بالمريض.....
28	9-2- عوامل تتعلق بالمرض.....
28	9-3- عوامل تتعلق بمسيرة العلاج.....
29	10- التأثير بين مصدر الضبط الصحي والمرض المزمن.....
33	خلاصة.....

الفصل الثالث: استراتيجيات المواجهة

35	تمهيد.....
36	1- مفهوم إستراتيجية المواجهة.....

37	2-تعريف إستراتيجية المواجهة.....
42	3-التناولات النظرية لمفهوم المواجه.....
42	3-1-التناول التقليدي.....
42	3-2-النموذج التحليلي.....
43	3-3-النموذج المعرفي التفاعلي للضغطو المواجهة.....
47	4-تصنيف استراتيجيات المواجهة.....
53	5-تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية.....
54	6-العوامل المؤثرة في المواجهة.....
54	6-1-العوامل المرتبطة بالفرد.....
57	6-2-العوامل المرتبطة بالمحيط.....
57	6-3-العوامل المرتبطة بالوضعية.....
59	7-فعالية المواجهة.....
62	8-طرق قياس استراتيجيات المواجهة.....
65	خلاصة.....

الفصل الرابع : مرض السكري

67	تمهيد.....
68	1-لمحة تاريخية حول مرض السكري.....
68	2-تعريف داء السكري.....
69	3-الأنسولين.....
69	3_1_تعريف الانسولين.....
70	3-2-أنواع الأنسولين.....
71	4-أسباب مرض السكري.....
71	4-1-الوراثة.....
71	4-2-التغذية.....
71	4-3-أسباب أخرى.....
72	5-أعراض مرض السكري.....
72	5-1-الأعراض الجسمية.....
72	5-2-الأعراض النفسية.....
73	5-3-أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم.....
75	6-تشخيص مرض السكري.....
75	6-1-قياس مستوى السكر في البول.....
75	6-2-قياس مستوى السكر في الدم.....

76	7-أنواع مرض السكري
76	7-1-داء السكري غير الخاضع للأنسولين
76	7-2-داء السكري الخاضع للأنسولين
77	8-مضاعفات مرض السكري
79	9-الحمية
80	9-1-النظام الغذائي
80	9-2-تناول الوجبات المنتظمة
80	9-3-السيطرة على الوزن
81	10-علاج مرض السكري
81	10-1-علاج مرض السكري الخاضع للأنسولين (DID)
82	10-2-علاج مرض السكري غير الخاضع للأنسولين (DNID)
82	11-سيكولوجية مرضى السكري
82	11-1-المعاش النفسي لمرضى السكري
85	11-2-دور الأخصائي النفسي في التكفل بمرضى السكري
89	خلاصة

القسم الميداني

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد.....	92
1-منهج الدراسة.....	93
2-مجتمع الدراسة.....	93
3-عينة الدراسة.....	94
4-أساليب جمع البيانات	96
5-مقياس الدراسة	97
5-1-مقياس مصدر الضبط الصحي	98
5-2-مقياس استراتيجيات المواجهة	102
6-المعالجة والأساليب الإحصائية	106
7-مكان وزمان اجراء البحث.....	107
خلاصة.....	108
الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة	
1-عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة.....	110
2-عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.....	110
3-عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.....	112
4-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة.....	113

113مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى
114مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية
116خاتمة
117قائمة المراجع
126الملاحق

فهرس الجداول

الصفحة	العنوان	الرقم
19	خلاصة للفروق بين ذوي الضبط الداخلي و الضبط الخارجي	01
24	نمط مصدر الضبط داخلي خالص	02
24	نمط مصدر الضبط نفوذ الاخرين خالص	03
25	نمط مصدر الضبط حظ (صدفة)خالص	04
25	نمط مصدر الضبط خارجي مزدوج	05
26	نمط مصدر الضبط الاعتقاد في الضبط	06
26	نمط مصدر الضبط (النمط السادس)	07
27	نمط مصدر الضبط المجيب بنعم	08
27	نمط مصدر الضبط المجيب بلا	09
40	يمثل الفرق بين مفهوم المواجهة و مفهوم التكيف	10
41	الفرق بين كل من مفهوم المواجهة و مفهوم الدفاع	11
94	حجم عينة البحث	12
94	النسب المئوية للجنسين من أفراد العينة	13
95	توزيع أفراد العينة حسب السن	14
95	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية	15
96	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	16
98	مقياس ليكرت الخماسي	17
99	معامل الثبات (ألفا كرومباخ)	18
100	معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي والدرجة الكلية للبعد	19

100	معاملات الارتباط بين بنود بعد ضبط الحظ والدرجة الكلية للبعد	20
101	معاملات الارتباط بين بنود بعد فوي نفوذ الآخرين والدرجة الكلية للبعد	21
101	قيمة ت في بعد الضبط الداخلي	22
102	قيمة ت على بعد نفوذ الآخرين	23
102	قيمة ت على بعد الحظ	24
103	قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الأول (المواجهة المتمركزة حول المشكل) وبنوده	25
104	قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الثاني (المواجهة المتمركزة حول الانفعال) وبنوده	26
105	قيم الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الثالث (المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي) وبنوده	27
106	قيم a كرومباخ لكل بعد من أبعاد المواجهة	28
110	نتائج معامل الارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة	29
111	نتائج الإحصاء الوصفي لمصدر الضبط الصحي	30

قائمة الاشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
46	سيرورة المواجهة حسب النموذج المعرفي للتفاعل	01
52	حلقة سيرورة العملية التفاعلية للضغط ل"لازاروس" و"فولكمان" (1984)	02
58	مراحل ومحددات المواجهة	03
61	فعالية المواجهة حسب نموذج "لازاروس"	04

- مقدمة:

داء السكري من الأمراض المزمنة ذات المضاعفات الخطيرة التي ان أصابت الفرد استمرت معه طيلة حياته، هذا المرض الذي عرف منذ العصور القديمة ويعتبر مرض العصر بحيث مازال ينتشر إلى يومنا هذا بنسبة ليست بالقليلة خصوصا كونه لا يتوفر على دواء يقضي عليه بشكل دائم بالرغم من اجتهاد العلماء على توفيره لكن دون جدوى، على عكس بعض الأمراض الذي ساهم التقدم الحضاري في الحد منها، لهذا هو مشكلة عويصة تهتك بالمجتمع صحيا واقتصاديا وتعرقل مسار حياته.

وبالرغم من تلقي مرضى السكري للأنسولين الذي يمكن أن يجعل حياتهم مشابهة لما كانت عليه سابقا قبل المرض إلا أنه كما سبق وذكرت لا يعتبر علاجا يقضي على الداء نهائيا، لذلك قد تكون المتابعة المستمرة في تلقي العلاج المتمثل في الحقن والأدوية وعملية التحليل والفحص اليومي واتخاذ حمية غذائية مجلبة للملل وقد ينتج عنها أيضا عدم تقبل للمرض، وذلك يختلف من شخص لآخر حسب تقييم الفرد للحدث حيث قد تظهر ردود أفعال مختلفة من خلال ذلك ومن هنا تظهر ما تسمى باستراتيجيات المواجهة التي يتخذها وتكون إما بتجنب الحدث أو مواجهته أو التخفيف من آثاره السلبية على الأقل وبالتحديث عن استراتيجيات المواجهة واختلافها من شخص لآخر يقودنا هذا للتطرق لما يعرف بمصدر الضبط الصحي والذي بدوره ينقسم لقسمين ضبط داخلي وضبط خارجي وهذا ما يجعل الاعتقادات مختلفة حول الصحة النفسية وبمن هي متعلقة بالسلوكات الشخصية للفرد أم بالأشخاص الآخرين، ومنه نذكر أن السلوك الصحي للفرد يرتبط بمعتقداته حول مصدر صحته وهذا ما يلعب دورا هاما في تحديد نمط استجابته.

فإذا كان المصاب بالسكري يستمد تعزيزات سلوكه بتحكمه في ذاته داخليا يتوقع منه في هذه الحالة أن يكون من ذوي الضبط الداخلي، وبالمقارنة مع مصاب آخر يعتقد أنه عاجز عما يود تحقيقه لأنه لا يعتمد على نفسه وامكانياته بل على الأمور الخارجية كالصدفة

والحظ، في هذه الحالة لا يتوق منه السيطرة على أفعاله وما قد يتعرض له من مواقف في حياته.

الفصل الأول : الإطار العام لإشكالية الدراسة

1- الإشكالية.

2- فرضيات الدراسة.

3- أهداف الدراسة وأهميتها

4- تحديد التعريف الاجرائي لمتغيرات الدراسة

1-الإشكالية:

إن المحيط الذي نعيش فيه لا يخلو من المخاطر التي بإمكانها أن تعرض حياة الفرد إلى مختلف الاصابات سواء كانت هذه الأخيرة نفسية أو عضوية، والمعلوم أن الانسان يشكل وحدة متكاملة نفسو جسمية، أي لا يمكن فصل الجانب الجسمي عن الجانب النفسي، كما لا يمكننا فهم طبيعة أي اضطراب سواء كان جسميا أو نفسيا دون الأخذ بعين الاعتبار هذه الوحدة المتكاملة، فمع ازدياد ضغوط الحياة بصفة مستمرة والسعي الدائم وراء الماديات الضرورية في العصر الحالي والاحباطات التي تواجهنا بصفة كبيرة يوميا، ازداد ظهور عدد من الامراض التي لها جذور نفسية، وهي ما يعرف بالأمراض النفس جسمية، تحدث هذه الاضطرابات نتيجة إختلالات شديدة أو مزمنة في كيمياء الجسم نتيجة لضغوط نفسية حادة أو مستمرة. ومن بين الأمراض النفس-جسمية الشائعة نجد مرض السكري الذي يعد من الأمراض المزمنة التي تقتحم حياة الانسان بصورة مفاجئة وتعرقل عليه مسار حياته، وذلك كما عرفته منظمة الصحة العالمية OMS على أنه: "حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر في الدم وقد نتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم، وقد يرجع ارتفاع مستوى السكر في الدم إلى قلة وجود الانسولين" (م. جاسم، 2008. ص21).

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

حيث أخذت الحدود التي كانت العلوم الطبية تضعها حتى وقت قريب بين الأمراض الجسدية والنفسية تضحل بسبب تزايد البحوث التي انطلقت من أن العقل والجسد مترابطين بشكل ما، كما أن ظهور النموذج البيولوجي النفسي الاجتماعي احدث وثبة كبيرة في مسار هذه الدراسات ووسع مجالات البحث استنادا إلى فكرة الوحدة العلمية للإنسان في الصحة والمرض وإن أي اختلال في جانب منها يؤدي إلى اختلال الجوانب الأخرى تبعا لذلك وأصبحت العلاجات الطبية تعامل الجسد والعقل كوحدة واحدة.

(زناد، 2008، ص 54)

كما خلصت دراسات عيادية ومن بينها دراسات (Chishlim 2003) (Humeldeetal 2006)، "باور" وزملاؤه (2001)، "كوخ" و"مولنار" (1974)، إلى أن للأمراض الخطيرة والمزمنة انعكاسات سيكولوجية واجتماعية خطيرة تتطلب العناية والاهتمام كما أنها تشكل المعانات الأساسية للمريض، فهذه الحالة تستوجب ضرورة الاهتمام بالمضاعفات السيكولوجية والاجتماعية للمرض المصاحب له، وتوصلت الدراسات كذلك إلى أن المرض المزمن يشكل ضغطا نفسيا شديدا على المريض يجعله مشوشا. (آيت حمودة، 2005، ص 12)

وقد ركز هذا النموذج على الأمراض العضوية لاسيما الخطيرة والمزمنة كالسرطانات وأمراض القلب والكلية والسكري والتهاب المفاصل التي أظهرت الدراسات المختلفة أنها سببا في 70% من حالات الوفيات في الدول المتقدمة كما أنها تثقل كاهل الحكومات في جميع الدول التي تنتشر فيها. (James et Mrekes2002)

فالانتشار السريع للأمراض المزمنة والعبء النفسي والاجتماعي والاقتصادي لرعاية المصابين بها أدى بالباحثين إلى الاهتمام بالمتغيرات الفاعلة في المرض المزمن سواء المتغيرات التي تنتج جراء الإصابة بهذا المرض على الصعيد الحياتي، أي ما تخلقه من آثار اجتماعية كسوء في العلاقات الاجتماعية داخل أو خارج الأسرة، أو الاقتصادية حيث

يجبر المريض في كثير من الأحيان على التنازل أو التقاعد من عمله، و هذا يؤدي إلى تغيير في المستوى الاقتصادي على مستوى الأسرة وكذا مستوى العمل.
(زعطوط، 2005، ص 43)

ويعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا والتي لها دلائل خاصة على هؤلاء الذين يعانون منه، وكذا على عائلاتهم، فالمرض هنا يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها وقد يكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سببا لما تواتر واستقر في الأذهان منذ سنين طويلة من مضاعفات المرض الضارة، ويكفي لمرض السكري أن يحدث مضاعفاته على أحد الأفراد في محيط الأسرة أو المجتمع الصغير لتبقى ذكراه السيئة عالقة بالأذهان.

وردود الفعل النفسية تختلف من مريض لأخر، وتتمثل في الرفض والإنكار وهو رد الفعل الشائع، كما أن بعض المرضى قد يعتمدون عدم إتباع النظام الغذائي أو الإهمال في علاج المرض أو عدم تناول الأدوية كأنما يتحدى نفسه، هناك أيضا التمرد على العلاج وهو جانب من جوانب الرفض، خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة وصاية الكاملة على مآكل ومشرب المريض، فما من أحد يقبل التحكم الكامل وطوال الوقت ولمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه، أو قد ينشا خوف شديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض المرضى. وإذا زاد الخوف عن حده فإنه يسبب للمريض اكتئاب ويحول حياته إلى حياة منعزلة.

قد لا يكون بالضرورة المرض هو الذي يظهر هذه الأعراض، فقد تلعب متغيرات أخرى تتعلق بنواحي سمات الشخصية لدى الفرد دورا هاما في ظهورها، فاعتقاد الفرد وإيمانه بقدرته تحدد وتنبئ بسلوكه اللاحق ومدى قدرته على التحكم فيه، وكما هو معروف فإن الاعتقاد في أي موضوع سواء تعلق بالذات أو بموضوع خارجي يحدد بدرجة كبيرة السلوك الذي سيتبعه الفرد في الحاضر أو المستقبل، وعملية الاستمرار في النجاح ومواجهة

المواقف الخطرة (كالمرض) تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد، فقد يعمل الفرد نفسه على تعزيز سلوكاته بطريقة ايجابية و إرجاع نجاحه في تخطي مرض أو مهنة إلى قدراته الذاتية وجهده المبذول (مصدر الضبط الداخلي)، وقد يعزو سلوكاته ونجاحه إلى قوى خارجية أو راجعة للحظ والقضاء والقدر والآخرين، وهنا سيكون على عكس الحالة الأولى، فأى سلوك يقوم به أو ما يترتب عليه من نتائج لا يرجعه إلى قدراته، وإنما إلى مصادر أخرى. وهذا ما أطلق عليه "روتر (Rotter) "بمصدر الضبط 1966، و الذي ينظر إليه باعتباره متغير من متغيرات الشخصية يتعلق بمعتقدات الفرد حول أي العوامل أكثر مساهمة في التحكم في النتائج الهامة في حياته. (جبالي، 2007، ص 5).

وعند الحديث عن العلاقة بين مصدر الضبط و الصحة الجسدية فإن الأنظار تتجه نحو مصدر الضبط الصحي و الذي يعد احد أنواع إدراك الضبط الذي يرتبط ارتباطا وثيقا بادراك الفرد للعلاقة السببية الكامنة بين صحته و العوامل الداخلية أو الخارجية، فالأشخاص ذوو الاعتقاد في الضبط الصحي الداخلي يرون بان العوامل الداخلية أو السلوك الفردي هو المسؤول عن صحتهم أو مرضهم، بينما يدرك ذوو الضبط الصحي الخارجي بأن صحتهم تتحكم فيها عوامل أخرى خارجة عن نطاق سيطرتهم تتمثل في الحظ و الصدفة و الأطباء، وهذا ما أكدت عليه دراسة (GILLIBRAND 2011) والتي هدفت للكشف عن العلاقة بين إدراك المصابين لمصدر الضبط الصحي والإصابة بمرض السكري وتوصلت النتائج إلى أن مرضى السكري يتمتعون بمصدر ضبط خارجي لاعتمادهم على الأطباء فيمرضهم. (احمان، 2011، ص 11).

ووفقا لهذه النظرية فالناس الذين يعتقدون بعدم قدرتهم السيطرة على حالتهم الصحية (ضبط خارجي) يكونون اقل ميلا للانخراط في السلوك الوقائي من الناس الذين يعتقدون في الضبط الداخلي، وعلى هذا الأساس انصبت جهود العلماء في دراسة مصدر الضبط

وما مدى أهميته في السلوك الصحي إذ أثبتت العديد من الدراسات أهمية الضبط الداخلي في مجال الصحة منها دراسة (ستريكولاند) و(دبس) و(كنشت) التي بينت أهمية التحكم الداخلي، فهو يحسن الصحة لأنه متصل بالسلوك التنبؤي، كما تمت ملاحظة العديد من المرضى فوجدوا ان ذوو الضبط الصحي الداخلي يتميزون بصحة جيدة ولديهم معلومات أكثر عن مرضهم ويتسمون بسلوكات وقائية عن ذوو الضبط الخارجي، وحسب دراسة "ثوميسون" و آخرون (Thompson 1991) فان شعور الفرد بالقدرة على التحكم بالأحداث الضاغطة مرتبطة بالصحة الانفعالية و التعامل الناجح مع الحدث الضاغط و بالصحة الجسمية الجيدة و بتغير السلوك بما يساعده على الارتقاء بالصحة و تحسين الأداء في المهام المعرفية. (عزوز، 2015، ص 27 - 28)

وحسب "موس" و"شايفر" 1984 نقلا عن (Ogden 2008 P63) أن المرض الجسدي يعتبر كأزمة للفرد لأنه يمثل نقطة تحول في حياته كونه يخلق لدى المريض تحولات جذرية بالانتقال إلى بيئة جديدة و هي ملازمة المستشفى، تغير في الدور و تغيرات في الدعم الاجتماعي تنتج العزلة عن الأهل و الأصدقاء، فنجد المريض يسعى جاهدا لمواجهة مرضه وما يترتب عنه من آثار عن طريق تبني أساليب تكيفية وهنا يظهر بعد آخر مهم وهو المواجهة (COPING) حيث يختلف الأشخاص في الأساليب التي يتعاملون بها مع المواقف والأحداث الحياتية المهددة لراحتهم النفسية والجسدية ويستخدم مفهوم المواجهة للإشارة إلى الطرق التي يتعامل بها الفرد مع الضغوط النفسية التي يواجهها، فهي الوسائل المستخدمة من قبله للتعامل مع التهديدات إذ تعتبر كتنظيم مرن للوسائل المتاحة له للتعامل مع تحديات البيئة. (عزوز، 2015، ص 28)

وفي هذا الصدد يرى كل من "لازاروس" و "فولكمان" أن المواجهة تشير إلى الجهود المعرفية والسلوكية التي تهدف إلى إدارة الأحداث التي ترهق قدرة الفرد على الضبط والتكيف. (Nezu Et Al , 2003, P51)

كما أن دراسة (Deville 1980) أظهرت أن الأفراد ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي أكثر استعدادا للقيام بسلوكات وقائية و تغيير نمط الحياة، كما بينت أيضا أن ذوو مصدر الضبط الداخلي أكثر ميلا للحصول على معلومات حول و ضمهم في المقابل فإنهم أقل دقة في إتباع الدواء والوصفات الطبية. (عثمان يخلف، 2009، ص 39) ومن هذا المنطلق أشارت بعض الدراسات إلى أن مصدر الضبط الصحي يلعب دور في تقبل أو رفض العلاج و أن ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي تكون حالتهم الصحية جيدة، ويذكر (حسين علي فايد 2005) أن الدراسات قد أشارت إلى أن الأفراد ذوي الضبط الداخلي أكثر احتمالا لان ينغمسوا في المعلومات الخاصة بالمرض والمحافظة على صحتهم. (فايد، 2005، ص224)

ويرى "شفارتسر" وآخرون 1989 أن المواجهة المتمركزة حول المشكل والمواجهة المتمركزة حول الانفعال هي ميول أو خيارات مواجهة خاصة بالموقف تتأثر بدرجة ما بسمات الشخصية، ظروف المحيط، بما في ذلك الفروق الثقافية والاجتماعية أيضا، و يتكون هذا التفضيل لإستراتيجيات المواجهة بناءا على الخبرات في المحيط مع مواقف مطلبيه مشابهة. (رضوان، 2002، ص 171)

وقد ميز "لازاروس" و"فولكمان" بين نوعين أساسيين من المواجهة هما المواجهة المتمركزة حول المشكل التي تتجه إلى حل المشكلة المعنية أو على التأثير على الموقف الذي يعتقد بأنه مرهق، وبالتالي تعديل العلاقة المضطربة بين الشخص والمحيط، وإستراتيجية المواجهة المتمركزة حول الانفعال التي تسعى الى تنظيم الانفعالات السلبية بحيث تتم محاولة تخفيض حالة التوتر التي يعيشها الفرد على أنها مرهقة له والتي تتميز بالانفعالات المرهقة كالقلق والغضب.

وقد أكدت الدراسات والبحوث التي تناولت استراتيجيات المواجهة أن الناس يميلون إلى استخدام المواجهة المركزة على المشكل إذا كانوا يعتقدون ويؤمنون بأن المشكلة نفسها

يمكن أن تتغير، في المقابل يكونون أكثر استخداماً للمواجهة المركزة على الانفعال إذا اعتبروا أن المشكلة تتجاوز إمكاناتهم وقدراتهم (لازاروس و فولكمان 1987)، وقد توصل "هارنيش" (Harmich 2001) نقلاً عن "اوغدن" (Ogden 2008 P271) إلى أن المواجهة الفعالة تقلل من الضغوط أو تنتهيها كلياً وهذا ما توصل إليه (أمير خان 1990) فقد قام بفحص الأبعاد الثلاثة لاستراتيجيات المواجهة (المركزة على المشكل، على الانفعال، السند الاجتماعي) وارتباطها بمصدر الضبط الخارجي، فوجد ارتباطاً مصدر الضبط الخارجي بانخفاض استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل في حين (كومباس و بانز و مالكارنو وورشام 1991) فقد وجدوا ارتباطاً مصدر الضبط الداخلي باستراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل.

و عملية الاستمرار في النجاح ومواجهة المواقف الخطرة (كالمرض) تتوقف على مدى التدعيم أو التعزيز الذي يتلقاه الفرد، فقد يعمل الفرد نفسه على تعزيز سلوكياته بطريقة إيجابية و أعزاء نجاحه في تخطي مرض أو مهنة إلى قدراته الذاتية وجهده المبذول (مصدر الضبط الداخلي)، وقد يعزو سلوكياته ونجاحه إلى قوى خارجية أو راجعة للحظ والقضاء والقدر والآخرين، وهنا سيكون على عكس الحالة الأولى، فأى سلوك يقوم أو يرتب عليه من نتائج لا يرجعها إلى قدراته، وإنما إلى مصادر أخرى. وهذا ما أطلق عليه روتر (Rotter) بمصدر الضبط، حيث قدم مفهومي التحكم الداخلي للتدعيم والتحكم الخارجي للتدعيم في إطار نظرية التعلم الاجتماعي (معتز سيد عبد الله: ص 81)

وعلى الرغم من دعم أغلب الدراسات الغربية للعلاقة بين مركز الضبط و المواجهة فإن احتمال تأثير الاختلاف الثقافي على هذين المفهومين قد يؤدي بدوره إلى اختلاف درجة تلازمهما بدرجة لا تسمح لنا بتعميم نتائج الدراسات الغربية على الثقافات الأخرى و خاصة العربية. (مرازقة، 2009، ص 7)

فالمعتقدات المستعملة للتحكم في الوضعية المرضية لها تأثير كبير على المواجهة
فملخص ابحاث "فالنتينر" وآخرون توصلت لنفس نتيجة دراسات "كومباس" و الآخرين
بارتباط مصدر الضبط الخارجي بالمواجهة الانفعالية في حين الضبط الداخلي مرتبط
أكثر بالمواجهة المركزة على المشكل، فالأشخاص الذين يعتقدون بتحكمهم
و ضبطهم لمرضهم يتميزون بتحكم أكثر عن الآخرين و توتر اقل و مواجهة أكثر فعالية.
(عزوز، 2015، ص 29-30)

ومن هنا جاءت الدراسة الحالية للكشف عن حقيقة العلاقة الموجودة بين مركز
الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين
ذلك من خلال سؤال عام مفاده:

- هل هناك علاقة بين مركز الضبط الصحي و استراتيجيات المواجهة لدى مرضى
السكري الخاضعين للأنسولين ؟

ويتفرع عن هذا السؤال للتساؤلات التالية:

- ما هو نوع مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين ؟
- ما هي نوع استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداما لدى مرضى السكري الخاضعين
للأنسولين ؟

2-فرضيات الدراسة:

*الفرضية العامة:

- هناك علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة
لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

*الفرضيات الجزئية:

- نتوقع وجود مصدر ضبط صحي داخلي سائد لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

- نتوقع غالباً استخدام استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

3- أهداف الدراسة و أهميتها:

3-1- أهداف الدراسة:

تحديد نوع الضبط الصحي وطبيعة استراتيجيات المواجهة الأكثر استخداماً من طرف مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

3-2- أهمية الدراسة:

- الاهتمام بالمعاناة النفسية لمرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

- باعتبار مرض السكري الخاضع للأنسولين مرض مزمن واستحالة شفاؤه النهائي يجعلنا نفكر في حلول أخرى تجعل المريض قادر على التعايش مع مرضه، فهذه الدراسة من شأنها أن تسمح للمختصين في مجال الصحة النفسية بتقديم المساعدة والتوجيه للمرضى وذلك بجعل المريض يعتمد على فعاليته الذاتية للتعامل مع مرضه وشعوره وبالتالي قدرته على السيطرة (إلى حد ما) ستجعله أكثر تقبلاً للمرض.

- إن دراسة هذه المتغيرات السيكولوجية المتمثلة في الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة بإمكانها لفت انتباه أعضاء الفريق الطبي نحو أهمية البعد النفسي لمرضى السكري وبالتالي ضرورة طلب تدخل الأخصائي النفسي العيادي بالموازاة مع الكفالة الطبية.

4- تحديد التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

4-1- مصدر الضبط الصحي : (Health Locus of control)

هو مجموع الأفكار والمعتقدات التي يحملها الفرد عن سلوكاته الصحية، و يعتقد انه المسؤول عن صحته، بمعنى آخر أن مصدر الضبط الصحي يشير إلى مفهوم الفرد حول مصدر صحته، هل هو داخلي أم خارجي أي يتحكم فيه ذوي النفوذ الآخرين، أو أنه راجع للصدفة والحظ وهو ما يقيسه مقياس مصدر الضبط الصحي الذي تم تكييفه على البيئة الجزائرية من طرف "الأستاذ جبالي نور الدين".

التعريف الإجرائي: هو الدرجة التي يتحصل عليها المريض في مقياس الضبط الصحي و الذي ينقسم إلى ثلاث أبعاد:

- **مصدر الضبط الصحي الداخلي:** ويتمثل في الدرجة المتحصل عليها من مجموع البنود المرقمة كما يلي: البنود رقم: 1،6،8.

- **مصدر الضبط الصحي للحظ:** هي الدرجة المتحصل عليها من مجموع البنود المرقمة كما يلي: البنود رقم: 2،4،9.

- **مصدر الضبط الصحي لذوي النفوذ:** هي الدرجة المتحصل عليها من مجموع البنود المرقمة كما يلي: البنود رقم: 3،5،7،10.

4-2- استراتيجيات المواجهة: (Coping)

عرفها "لازاروس" (Lazarus1984) بأنها مجموع الجهود المعرفية والسلوكية المستعملة في تسيير طلبات خاصة داخلية و التي يقيمها الفرد على أنها مستهلكة لموارده أو تتجاوزها. (MarilouBruchon- schweitzer, 2001, p70)

-**التعريف الإجرائي:** هي الدرجة التي يتحصل عليها المريض في مقياس استراتيجيات المواجهة لصاحبه لـ "كوسون"، وينقسم المقياس بدوره إلى ثلاث أبعاد: استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل: وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود المرقمة كما يلي: 1،4،7،10.

-**استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال:** وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود المرقمة كما يلي: 2،5،8.

-**استراتيجيات المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية:** وهي الدرجة الكلية المتحصل عليها من البنود المرقمة كما يلي: 3،6،9.

-4-3-مرض السكري الخاضع للأنسولين:

-يعرف "كانونر" مرض السكري بأنه اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الغلوكوز في الدم بسبب النقص الكلي أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب. (حمدي الحجار، 1990، ص22)

-**التعريف الإجرائي:** مرضى السكري الخاضعين للأنسولين أي الذين يحصلون على الأنسولين عن طريق الحقن نظرا لعجز جسمهم على إنتاج الأنسولين نهائيا.

الفصل الثاني :مصدر الضبط الصحي

-تمهيد

- 1-لمحة تاريخية حول مفهوم مصدر الضبط
 - 2-تحديد مفهوم مصدر الضبط
 - 3-أبعاد مصدر الضبط
 - 4-السمات الشخصية لفتي مصدر الضبط
 - 5-مفهوم مصدر الضبط الصحي
 - 6-نظرية مصدر الضبط الصحي
 - 7-أبعاد مصدر الضبط الصحي
 - 8-أنماط مصدر الضبط الصحي
 - 9-العوامل المؤثرة على مصدر الضبط الصحي
 - 10-التأثير بين مصدر الضبط الصحي والمرض المزمن
- خلاصة

تمهيد:

مصدر الضبط الصحي يعتبر من بين المفاهيم الأكثر شيوعا في علم النفس لما يتناوله من شروحات حول سلوك الفرد ومعتقداته حول صحته النفسية ان كانت راجعة لسلوكاته الشخصية من خلال عوامل داخلية متعلقة به أم خارجية متعلقة بمحيطه تعود لأشخاص آخرين وللحظ والصدفة ...

من خلال هذا الفصل تطرقت لكل من مفهومي الضبط والضبط الصحي الا أنني ركزت أكثر على مصدر الضبط الصحي كونه محور الموضوع بالدراسة.

1- لمحة تاريخية حول مفهوم مصدر الضبط:

لقد ظهر مفهوم مصدر الضبط في ثنايا نظرية التعلم الاجتماعي لـ "روتر"، وقد أخذت هذه النظرية تأخذ شكلها الحالي في أواخر الأربعينات وبداية الخمسينيات من القرن العشرين، وكأي نظرية لم تظهر فجأة ولم تبرز متكاملة مرة واحدة بل نمت ببطء، أين قاد "جوليان روتر" العقل المبدع للنظرية تلاميذه في الدراسات العليا لبحث واختبار فرضياتها المختلفة في جامعة "أوهايو"، وتوجت جهودهم في منتصف الخمسينيات بصدور كتاب "روتر" بعنوان "التعلم الاجتماعي وعلم النفس العيادي" عام 1954، ويعد هذا الكتاب بمثابة الإعلان العلمي عن ميلاد هذه النظرية، واستمر البحث حول جوانبها المختلفة بعد ذلك، وفي سنة 1966 ظهرت الصياغة النهائية لمفهومها الأكثر شهرة "التوقعات المعممة للضبط الداخلي الخارجي للتعزيز"، ثم تدعمت بداية السبعينيات 1972 بصدور كتاب "روتر" وآخرون بعنوان "تطبيقات نظرية التعلم الاجتماعي في الشخصية".

(معمرية، 2009، ص 8)

فالأفراد يكتسبون اعتقادات توجه توقعاتهم إن كانت النتائج عليها تعتمد على أسباب شخصية كالذكاء والقدرات والمهارات أم على عوامل أخرى بعيدة عن تحكم الشخص . وبهذا فإن نظرية التعلم الاجتماعي "لروتر" حاولت الدمج بين نظريتين وهما: السلوكية و المعرفية حيث تركز الأولى على الارتباط بين المثير والاستجابة ومفهوم التعزيز بينما تركز الثانية على العمليات العقلية كالإدراك والفهم والتفكير وقد كانت المهارة والصدفة المؤشران التوحيبان للتمييز بين المدركين في الضبط الداخلي والخارجي، وقد قام كل من "روتر" و "وليام جيمس" سنة 1951 بتجربة على مجموعتين مختبرين، المجموعة الأولى قيل لها أن الانجاز محكوم بعوامل الصدفة، بينما قيل للمجموعة الثانية أن انجاز المهمة متوقف على عامل المهارة، وكانت عملية التدعيم تتم حسب جداول معينة من التعزيز :

50% و 100%، وتوصلوا إلى نتائج مفادها أن الأداء كان أفضل من الأداء في ظل عوامل الصدفة، كما استمرت توقعات النجاح لمجموعة المهارة ومقاومة الانطفاء عند مقارنتها بمجموعة الصدفة. (مدور، 2005، ص 16)

ولتفسير هذه الفروق بين الأفراد في إدراكهم للجهة المسؤولة عن نتائج أعمالهم طرح "روتر" مفهوم الضبط الداخلي مقابل الضبط الخارجي للتعزيز، وهو متغير إدراكي يتوسط العلاقة بين التعزيز و التوقع ويعني أن الأفراد يجهلون توقعات واعتقادات يحددون خلالها الجهة التي يعززون إليها ضبط نتائج الأحداث في حياتهم فيما إذا كانت تعتمد على سلوكهم أعلى عوامل خارجية عن ضبطهم الشخصي.

2-تحديد مفهوم مصدر الضبط: (LOCUS OF CONTROL)

يعتبر مفهوم مصدر الضبط من المفاهيم الحديثة نسبيا في الدراسات السلوكية ولذلك تعددت الترجمات العربية للمصطلح الأجنبي " LOCUS OF CONTROL " مثل: مصدر التحكم، وجهة الضبط، مصدر الضبط، (وكل هذه الترجمات لا تكشف عن المعني المقصود من الواجهة النفسية، فالفرد ذو البنية النفسية الداخلية يتحكم بالسلوكات والأحداث من حوله، أما الفرد ذو البنية النفسية الخارجية تتحكم الأحداث و المواقف به دون تدخل يذكر من جانبه، وبذلك يكون مركز الضبط أكثر الترجمات دلالة على المفهوم من الناحية السلوكية) (احمد، 2001 ، ص 209)

وقالت رجاء الخطيب 1990 أن مركز الضبط هو ادراك لمصدر المسؤولية عن النتائج والأحداث، هل هي مسؤولية داخلية يأخذ الفرد على عاتقه فيها مسؤولية النجاح أو الفشل نتيجة جهوده الخاصة وقدراته الشخصية، أم أنها مسؤولية خارجة عن نطاق الفرد.

(عبد الله الذواذي، 2002، ص 127)

و قد قدمت "روتر" (Rotter ، 1975) مفهوم مركز الضبط في نسق نظري متكامل استند لمدرستين هما : المدرسة السلوكية : التي تركز على العلاقة بين المثير و الاستجابة، ومفهوم التعزيز، والمدرسة المعرفية : التي تركز على العمليات العقلية، نحو: الإدراك، والفهم، وذكر (Serin & et al 2010) أن مفهوم مركز يشير إلى المصدر الذي يعزو الفرد سلوكه إليه (داخلي - خارجي) ، وهذا يؤثر في جميع سلوكيات الفرد المستقبلية وبين "ستانك" " Stanke , 2004 , p2 " أن نظرية "وتر" في التعلم الاجتماعي (Theory Learning Social) أسهمت في فهم السلوك الإنساني، إذ تشير النظرية السلوكية إلى أن السلوك المعزز محكوم بنتائجه، فالسلوك المعزز تزداد احتمالية تكراره بشكل أكبر من السلوك غير المعزز. وذكر " Serin & et al " 2010 , أن الإنسان يبدأ ومنذ بداية مرحلة الطفولة بتكوين فكرة عن أساليب التعزيز و العقاب، ويشكل توقعاً عن سلوكه المقبول أو المرفوض من قبل الآخرين، وهذا التوقع يعمل على تعديل توجه الفرد نحو مركز الضبط لديه " داخلي : نابع من جهوده الشخصية - خارجي : ينبع من العوامل الخارجية التي لا تخضع لسيطرته"

وقد قام "جوليان روتر" بصياغة أول تعريف له في الستينات من القرن العشرين، ونشره عام 1966 تحت عنوان "التوقعات المعممة."

حيث عرف " روتر 1966 " وجهة الضبط: بأنه الدرجة التي عليها يدرك الفرد أن المكافأة أو التدعيم مضبوطة أو محكومة بقوى خارجية، وربما تحدث مستقلة عن سلوكه، أي أن مركز الضبط هو مدى إدراك الفرد بوجود علاقة سببية بين السلوك وما يتلو هذا السلوك من مكافأة أو تدعيم.

كما عرفه كذلك بأنه يشير إلى الجهة التي يعزى إليها السبب في السلوك، فقد أشار إلى أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الداخلي يعتقدون أن التدعيمات الايجابية أو السلبية التي

تحدث للفرد في حياته ترتبط بعوامل داخلية وعوامل تتعلق بشخصية الفرد مثل الذكاء، أو السمات الشخصية المميزة له.

في حين أن الأفراد ذوي وجهة الضبط الخارجي يعتقدون أن التدييمات الايجابية أو السلبية التي تحدث للفرد في حياته أو ما يحدث له من حوادث طيبة أو سيئة ترتبط بعوامل خارجية غير شخصية مثل الفرص أو المصادفات أو تأثير الآخرين، وهي من أهم العوامل التي تلعب دورا كبيرا في حياتهم. (ونوقي، 2010، ص 20)

3- أبعاد مصدر الضبط:

يطور الأفراد توقعات معمة في المواقف المختلفة تبعا لما إذا كان التعزيز أو المكافأة يعتمد في هذه المواقف على سلوكهم الخاص أم انه مضبوط بقوى خارجية. بما أن الخلفية النظرية لكل نشاط علمي لقياس مركز الضبط تقوم أساسا على تعريف "روتر" للضبط الداخلي - الخارجي للتعزيز. (أبو ناهية، 1989، ص 88)

فإن التعرض لأبعاد مركز الضبط يعتمد على ما قدمه "روتر" أي أن مركز الضبط الداخلي ذو بعد داخلي وآخر خارجي.

3-1- الضبط الداخلي:

يرى "روتر" أن الضبط الداخلي يصف الفرد الذي يعتقد في موقف معين أو مجموعة من المواقف بأن ما حدث أو يحدث أو سيحدث مرتبط ارتباطا مباشرا بأفعاله. فهو يرجع الأحداث الجيدة لما بذله من الجهد وما أظهره من مهارة عالية. وإذا حدثت أحداث سيئة فهو يشعر أيضا بالمسؤولية تجاه هذه الأحداث، وانه مسؤول عن فشله وسوء حظه في الماضي والحاضر والمستقبل.

3-2- الضبط الخارجي:

يصف الفرد الذي يعتقد أن ما حدث له في مواقف معينة ليس مرتبطاً بما يفعل في هذه المواقف، بل مرتبط بأنه محظوظ، أو لأن القدر بجانبه، أو بسبب تدخل أشخاص ذوي نفوذ وتأثير، أو لهذه الأشياء جميعها.

في حين يعزو الأحداث السيئة التي تحدث له إلى قوى خارجية أبعد من قدرته على الفهم أو التحكم. وهو لا يعزو الفشل أو العقاب لأفعاله أو لافتقاره القدرة أو الكفاءة ويرتبط الاعتقاد في الضبط الخارجي بشدة بفكرة انه ليس هناك فائدة، كما يرتبط بافتقار الفرد للثقة في قدرته على ضبط ما يحدث له في مواقف معينة. (محمد علي، 1994، ص 84) بالرغم من هذا التصنيف إلا انه يصعب تصنيف الأفراد إلى نمطين متميزين، إذ أن مركز الضبط بعد يمتد بين نهاية الضبط الداخلي ونهاية الضبط الخارجي. فقد أشار "ماك كونيل" (Me Connell 1977) إلى انه لا توجد أنماط نقية من الفئتين. ولا يجب أن تقع في خطأ الاعتقاد بأن أي فرد يجب أن يكون إما من فئة الضبط الداخلي أو الضبط الخارجي، فكل فرد وجته على خط يمتد بين النهائيتين والاختلاف في الدرجة وليس في النوع. (الذواد، 2002، ص 128)

4- السمات الشخصية لفئتي مصدر الضبط:

قدم "الكن" (Alken, 1993) ملخصاً للنتائج التي تم الحصول عليها من البحوث العلمية المتعلقة بسمات وسلوك الأشخاص بناءً على مصدر الضبط، والجدول (1) يوضح الفروق بين الأشخاص ذوي الضبط الداخلي والأشخاص ذوي الضبط الخارجي (Alken :1993, p75)

خصائص الأشخاص ذوي الضبط الخارجي	خصائص الأشخاص ذوي الضبط الداخلي
<ul style="list-style-type: none"> - أكثر احتمالا إلى إرجاع الفشل إلى صعوبة المهمة. - أكثر احتمالا للقيام بمحاولات انتحارية. - أكثر ميلا للخضوع. - أكثر عرضة للاضطرابات النفسية. - يميلون لان يكونوا أكثر قلقا واكتئابا. - أكثر عرضة للضغط النفسي. - أكثر ميلا لتطوير أساليب دفاعية عن فشلهم في التأقلم. - أكثر ميلا بأن يكونوا من الإناث. 	<ul style="list-style-type: none"> - أكثر ميلا إلى إرجاع الفشل إلى نقص القدرة. - أكثر احتمالا لأن ينجحوا في برامج إنقاص الوزن. - أكثر ميلا للقيام بما يضمن الحفاظ على صحتهم. - أكثر ميلا لاستخدام حزام الأمان. - أكثر إدراكا وأكثر استعدادا للتعلم من محيطهم. - يملكون ميلا كبيرا للسيطرة. - يملكون قدرات أفضل على حل المشكلات. - يقومون بإنجازات أكثر. - أكثر ميلا لإظهار الفضول. - يتعاملون مع المرض بشكل أكثر فاعلية. - أكثر ضلعاة بالأحداث السياسية المهمة. - أقل استعدادا للاستسلام إلى السلطات. - أكثر ميلا لإصدار الأحكام على الأشخاص الآخرين. - يحاولون بجهد ضبط سلوكيات الآخرين. - يميلون إلى تحميل أنفسهم مسؤوليات أكبر. - أكثر ميلا إلى معرفة الظروف التي تقود إلى الصحة الجسمية والنفسية الجيدة. - أقل عرضة للإحساس بالتوتر الزائد.

-أقل احتمالا إلى التعرض بالجلطات القلبية.

-أكثر احتمالا لاتخاذ إجراءات لتحسين صحتهم.

الجدول رقم (1): خلاصة Alken الفروق بين ذوي الضبط الداخلي والضببط الخارجي من خلال ما تم التطرق إليه من خصائص لذوي الضبط الداخلي أو الخارجي نستنتج أن من يتمتع بضبط داخلي أكثر احتمالا للتصرف بطرق تعزز الصحة، إلا أننا لا يمكن أن نجزم بأن الشخص داخلي الضبط أو خارجي الضبط وإنما هما بعدين متصلين بين نهاية الضبط الداخلي ونهاية الضبط الخارجي، وكما أشار "ماك كونايل" (1977 Mc Connell) إلى أنه لا توجد أنماط نقية بين الفئتين ولا يجب أن يكون إما من فئة الضبط الداخلي أو من فئة الضبط الخارجي، فلكل منا درجته على خط يمتد بين النهائيين والاختلاف في الدرجة وليس النوع. (أبو ناهية، 1986، ص 128)

5- مفهوم مصدر الضبط الصحي:

عرف مفهوم التحكم الذاتي أو مصدر الضبط Locus of Control تطورا ملحوظا في العقود الثلاثة الماضية، حيث قام العديد من الباحثين والدارسين بتطبيقه في مجال الصحة السلوكية، ولقد توصلت البحوث والدراسات التي أجريت في هذا الشأن إلى أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته. ويرجع الفضل في جعل هذا المفهوم يحتل مركز الصدارة في التراث العلمي الصحي إلى "بربارا" و"كنيث والستون" حيث قاما بإعداد أداة خاصة تقيس معتقدات الأفراد حول

مصدر صحتهم وتعرف. Multidimensional Health Locus Of Control.

(عثمان يخلف، 2001، ص 93-94)

هو درجة اعتقاد الفرد أن صحته متحكم فيها بواسطة عوامل داخلية أو خارجية، سواء كان هذا الشخص ذو بعد داخلي أو خارجي، أي أن السلوك الصحي للفرد يتأثر بمعتقداته حول مصدر صحته أي بمفهومه حول مصدر صحته. (عثمان يحيى، 2001، ص 92)

و حسب "والستون" (Walston 1978) يشير إلى الدرجة التي يعزو من خلالها الشخص نتائج الصحة الشخصية لأفعاله وتصرفاته، أو أنها نتاج قوى الآخرين أو الحظ أو الصدفة.

(Paul Gard, 2000, p 74)

وكما عرفته "غلين" (Glenn) بأنه درجة اعتقاد الأشخاص بأن صحتهم متحكم بها عن طريق عوامل داخلية أو خارجية فعلى نحو نموذجي تقدير مدى قبول أو معارضة الأشخاص من حيث سلسلة من المعتقدات أو التعبيرات مثل : أنا المسئول المباشر فيما يتعلق بصحتي، أشخاص آخريين يلعبون دور كبير فيما يتعلق ببقائي معافى أو مريض، بقاءى بصحة جيدة مجرد حظ. (Sanders et Suls , 1989 , p 67)

6- نظرية مصدر الضبط الصحي:

مصدر الضبط الصحي ظهر ضمن السياق أو التصور النظري الذي وضعه "جوليان روتر" Rotter عام 1966، من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي، حيث وضع تصورا نظريا وعمليا لتفسير الفروق الفردية في الإحساس بالتحكم الذاتي، حيث فرق Rotter بين فئتين من الناس وفقا لإدراكهم لمصدر التدعيم أي إدراك الأفراد للعلاقة بين سلوكهم و ما يرتبط به من نتائج. (عثمان يخلف، 2001، ص ص 90-91)

أبرز روتر (Rotter) من خلال نظريته في التعلم الاجتماعي مفهوم مصدر الضبط أين قدم هذا المفهوم في نسق نظري متكامل مستند إلى مدرستين كبيرتين من مدارس علم

النفس هما المدرسة السلوكية والمعرفية حيث أعطى تفسيراً للسلوك الإنساني في كونه يحدث في بيئة مليئة بالمعاني ويكتسب من التفاعل مع الآخرين.

يعتقد روتر أن باستطاعة البيئة مراقبة السلوك وان حدوث السلوك بصفة كاملة لا تحدده الطبيعة أو أهمية الأهداف والتعزيز لكن بتوقعات الأفراد لنتائج سلوكهم وبالأخص الرابط السببي الذي يربط به الفرد سلوكه مع الحصول على التعزيز.

يشير التعزيز في نظرية التعلم الاجتماعي لروتر إلى كل من لديه التأثير على مصادفة وتوجه ونوع السلوك ويعتقد روتر أن التعزيزات لها قيمة، أي أن الفرد يختار من بين التعزيزات الممكنة التعزيز الذي له قيمة أكثر. مثال إذا كان لدينا أكثر من مشروع (تعزيزات) في نهاية الأسبوع نختار المشروع الذي يؤدي إلى الاستمتاع.

(Hansenne, 2003,P153)

إن المفهوم الأساسي في النظرية هو التوقع وتعريفه تقييم الفرد لاحتمال ظهور التعزيز نتيجة سلوكه في وضعية معينة، ويصر روتر على أن الوضعية الواحدة مختلفة من فرد لآخر لتفسير السلوك، فسلوكياتنا تملئها علينا توقعاتنا في معظم الحالات، بالرجوع إلى المثال السال فإننا نختار مشروع نهاية الأسبوع حسب توقعاتنا، المشروع الأكثر أهمية. بمعنى آخر أن السلوك هو نتيجة التعزيزات ونتيجة التوقعات فإذا كانت التعزيزات والتوقعات مرتفعة فان احتمال حدوث السلوك يكون مرتفع والعكس إذا كان التعزيز والتوقع منخفضان ينقص احتمال حدوث السلوك (Hansenne, 2003 ,P155).

7- أبعاد مصدر الضبط الصحي:

قدم "روتر" مفهومين أو بعدين لمركز الضبط وهما الداخلي والخارجي وعندما استخدم هذا المفهوم في مجال الصحة فإن أبعاده لم تعد كافية بل أصبح مركز الضبط يعتمد على ثلاثة أبعاد.

7-1- البعد الداخلي للضبط الصحي (IHLC):

يقرر درجة اعتقاد الفرد بأن حالته الصحية تتأثر بسلوكه الشخصي فالفرد الذي يحرز ارتفاعا في مركز التحكم الداخلي يكون لديه إحساس بالمسؤولية الذاتية على حالته الصحية.

7-2- بعد ذوي النفوذ للضبط الصحي (PHLC):

وهو بعد يقيس درجة اعتقاد الفرد بأن صحته متحكم فيها بواسطة الآخرين (العائلة، الأصدقاء، العاملين بالقطاع الصحي)

7-3- بعد الحظ للضبط الصحي (CHLC):

حيث يعتقد بأن صحته متحكم فيها بواسطة القضاء والقدر. (أبو ناهية، 1989، ص 58) ويقصد به اعتقاد الفرد أن صحته تكون نتاج الحظ. (عزوز، 2015، ص 68، 69)

8- أنماط مصدر الضبط الصحي:

ركزت معظم الدراسات التي تناولت مصدر الضبط الصحي في أبعاده الثلاث منفصلة أن الدرجات المتحصل عليها بعد استخدام مقياس مصدر الضبط الصحي تقسم الأفراد إلى 08 أنماط محتملة كما يقترح (والستون وآخرون) 1978 (Wallston et al) انطلاقا من الدرجات العليا أو الدنيا التي يمكن أن يتحصل عليها الفرد وهذه الأنماط هي:

8-1- داخلي خالص: (Pureinternal)

درجات مرتفعة على مصدر الضبط الداخلي ومنخفض على بعد نفوذ الآخرين والحظ، كما هو موضح في الجدول رقم (2): نمط مصدر الضبط داخلي خالص

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*			مرتفع
	*	*	منخفض

2-8 - نفوذ الآخرين خالص: (Pure Powerful others)

درجات مرتفعة على بعد نفوذ الآخرين ومنخفضة على بعد الداخلي والحظ، كما هو موضح في الجدول رقم (3): نمط مصدر الضبط نفوذ الآخرين خالص

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
	*		مرتفع
*		*	منخفض

3-8 - حظ (صدفة) خالص: (Pure chance)

درجات مرتفعة على الحظ ومنخفضة على بعدي الداخلي ونفوذ الآخرين، كما هو موضح في الجدول رقم (4): نمط مصدر الضبط حظ (صدفة) خالص

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
		*	مرتفع
*	*		منخفض

8-4-4- خارجي مزدوج: (Double external)

درجات مرتفعة على بعدي الحظ ونفوذ الآخرين ومنخفضة على البعد الداخلي، كما هو موضح في الجدول رقم (5): نمط مصدر الضبط خارجي مزدوج

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
	*	*	مرتفع
*			منخفض

8-5-5- الاعتقاد في الضبط: (Beliver in control)

درجات مرتفعة على بعدي نفوذ الآخرين و الداخلي ومنخفضة على بعد الحظ، كما هو موضح في الجدول رقم (6): نمط مصدر الضبط الاعتقاد في الضبط

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*	*		مرتفع
		*	منخفض

6-8- النمط السادس: (Type 6)

درجات مرتفعة على بعدي الداخلي والحظ ومنخفضة على بعد نفوذ الآخرين، كما هو موضح في الجدول رقم (7) : نمط مصدر الضبط (النمط السادس)

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*		*	مرتفع
	*		منخفض

7-8- المجيب بنعم: (Yea-sayer)

درجات مرتفعة على الأبعاد الثلاثة، كما هو موضح في الجدول رقم (8) : نمط مصدر الضبط المجيب بنعم

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
*	*	*	مرتفع
			منخفض

8-8-8- المجيب بلا: (No-sayer) درجات منخفضة على الأبعاد الثلاثة، كما هو موضح في الجدول رقم (9) : نمط مصدر الضبط المجيب بلا.

الداخلي	نفوذ الآخرين	الحظ	
			مرتفع
*	*	*	منخفض

(Sanders et Suls, 1989, p 70)

9-العوامل المؤثرة في مصدر الضبط الصحي:

9-1- عوامل تتعلق بالمريض:

يعتبر المريض حجر الأساس في العملية العلاجية من خلال أساليب علاجية جيدة تساعد على تجنب المضاعفات السلبية للمريض خاصة فيما يتعلق بالأمراض المزمنة، حيث

المريض يعيش خبرة المرض ويتصوره بأسلوبه الخاص، إذ يعيش المريض المرض بمثابة وضعية انتقالية قد تقصر وقد تطول مدته، تخضع خلالها تمثيلات المريض ونشاطاته وأدواره ورغباته للتوتر، و تعاود ملاءمتها من قبل المريض نفسه تبعا للوضعية التي تفرض عليه أدوار اجتماعية وتكون أنماط من علاقات اجتماعية جيدة وقد أشارت الدراسات إلى أن عملية الضبط الصحي تقل مع تقدم العمر، و يكون مرتفعا لدى الأطفال وصغار السن.

9-2- عوامل تتعلق بالمرض:

يؤثر المرض على الضبط الصحي لدى المرضى بأشكال مختلفة ومن بين العوامل المتصلة بالمرض:

-المرض المزمن.

-عدم وجود أعراض واضحة.

-أعراض ثابتة يمكن أن يتعود المريض عليها.

-عدم وجود خطورة للمرض.

9-3- عوامل تتعلق بمسيرة العلاج:

يعد العلاج الطبي والنفسي من الأمور الصعبة وليست السهلة كما يتصوره البعض بالنسبة للمريض والمعالج لان هذا يتطلب جهدا ووقتا مضاعفا للحد من أعراض المرض التي يمكن أن تكون واضحة أو غير واضحة إضافة إلى ذلك التغيرات التي يمكن أن يحدثها العلاج في سلوك المريض ومدى استجاباته لها تبعا لمدة العلاج، وتعقيده وفعاليتها ومدى تقبل المريض له وامتناله لتوصيات المريض له، وامتناله لتوصيات المعالج.

(العاسمي، 2016، ص278)

10- التأثير بين مصدر الضبط الصحي والمرض المزمن:

من خلال المقارنة بين ذوي الضبط الداخلي والضبط الخارجي من حيث التحكم تبين أن الداخليين أكثر إيجابية وأكثر محاولة لمواجهة الضغوط وهذا ما أثبتته العديد من الدراسات والآراء لبعض الباحثين والذين سنتطرق إليهم فيما يلي:

في دراسة "لاروين" وآخرين (Erwinetal 1996) ل 95 امرأة أمريكية من أصل إفريقي يتراوح سنهم بين 25 - 60 سنة تم اكتشاف أن اللواتي يتمتعن بمستويات عالية من الاعتقاد في الضبط الخارجي لقوى الآخرين (في هذه الحالة المختصين في الصحة) مقارنة بين مرتفعي مستويات معتقدات الضبط الداخلي لديهم انخفاض معدلات الفحص الذاتي للثدي.

كما أظهرت دراسة لـ "بول" و "كابلان دو نور" (Poll et Caplan de Nour , 1980) على عينة من المرضى الخاضعين لتصفية الدم تراوحت أعمارهم بين (20 - 65 سنة) والتي كان هدفها الكشف عن مصدر الضبط الصحي أين أسفرت النتائج على ارتفاع درجات مصدر الضبط الخارجي لنفوذ الآخرين مقارنة بالبعدين الآخرين (الحظ والداخلي) وانتهت الدراسة إلى أن المرضى يعتقدون بانهم غير قادرين على التحكم في وضعيتهم الصحية.

وقد اهتمت دراسة "نوري اردا" وآخرون (Nuri Arda et al , 2009) بفحص العلاقة بين مصدر الضبط الصحي وجوده الحياة لدى المرضى المصابين بآلام الظهر المزمنة على عينة مكونة من 113 مريض تم تقسيمهم إلى مجموعتين حسب مستوى العجز، 53 مريض مصاب بعجز منخفض، و60 مصاب بعجز مرتفع، النتائج بينت ارتفاع بعد الضبط الخارجي للحظ لدى الأشخاص المصابين بعجز مرتفع، و وجود علاقة ارتباطيه سلبية بين مصدر الضبط ومجالات جودة الحياة الصحية وعلاقة إيجابية بين مصدر الضبط الصحي للحظ والعجز المنخفض وشدة الألم.

كما تم دراسة التفاعل بين مصدر الضبط و التصورات حول التعرض للمرض لدي
مراهقين هولنديين يتراوح سنهم بين 15 - 18 سنة من قبل "هورنس" و"بوينك"
(Hoorens et Buunk , 1993)، أين قام المستجيبون بإكمال مقياس مصدر الضبط
العام ومقياس السلوك الصحي إذ سئلوا عن تقدير فرصهم أو فرص الآخرين للتعرض
للمرض كالإيدز ومشاكل شرب الكحول وتعرضهم لأزمة قلبية قبل 40 سنة وأظهرت
النتائج أن أولئك الذين قاموا بتصنيف أنفسهم بأنهم ذوي ضبط داخلي يميلون إلى إدراك
مخاطر السلوكيات على صحتهم من الذين لديهم ضبط للآخرين ذو النفوذ علاوة على
ذلك فإن السلوك الصحي للمستجيبين كان أقل خطر، فالباحثين أشاروا إلى أن الداخليين
هم أكثر عرضة للاعتقاد بأن لديهم القدرة على الحد من المخاطر التي تتعرض لها
صحتهم وهم أكثر انخراطا في السلوكيات الوقائية الصحية عن الخارجييين الذين يعتقدون
أن الحظ أو القدر يلعب دور في تحديد حياتهم.

وفي دراسة لـ "سبرولس" (Sproles 1977) وجد أن مرضى غسيل الكلى ممن يتمتعون
بضبط داخلي كانوا أكثر معرفة بحالتهم وأكثر طلبا للحصول على معلومات وكانوا أكثر
استعدادا لحضور حصص تثقيفية من الذين لديهم ضبط خارجي.

كما وجد الباحثون المهتمون بالسلوك الجنسي الآمن أن الأشخاص الذين يتمتعون بمصدر
ضبط داخلي أكثر قابلية لتغيير سلوك الخطر الجنسي العالي عن الأشخاص ذوو مصدر
الضبط الخارجي.

في حين أوضحت دراسة لـ "والستون" و "فاورز" (Wallston et all 1987, 1994)
fowers) أنه من بين الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة مختلفة (كالتهاب المفاصل،
القصور الكلوي، الأمراض القلبية... الخ) الذين يتميزون ببعد ذوي النفوذ وخاصة بعد
الحظ يمثلون نتائج عالية من الضيق مقارنة بالداخليين.

أما "رورتر" 1966 وجد أن المرضى ممن يتمتعون بضبط خارجي يمثلون قلق أكثر ومشاكل تكيف واضطرابات نفسية، كما توصل كل من "شوفيلي" و "أورمل"

(Shaufeli1991 ,et Ormel) إلى نفس النتيجة، وفي المقابل لديهم ضبط داخلي لديهم مستوى من الارتياح (الرضا) أكثر من ذوي الضبط الخارجي.

أما دراسة "كوهين" و "ادوارد" (Cohen et Edward) توصلوا إلى أن التحكم الداخلي يخفض الاضطرابات الناجمة عن وضع ضاغط بينما التحكم الخارجي يضاعفها.

أيضا في دراسة لـ "بروسشو" وآخرين (Brosschot et al) توصلت إلى أن الأشخاص ذوي الضبط الداخلي يرتبطون بصحة جسدية جيدة وأساليب حياة صحية واستراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل.

فمعظم الدراسات تؤيد أن البعد الداخلي ذو نفع على الصحة الجسدية والنفسية للمرضى المزمنين وذلك بدون شك لأنه يخفف الجهود المؤذية للأحداث الضاغطة، أما من الناحية أساليب الحياة الصحية فالداخليين يبدون أكثر تفضيلا لتبني سلوكيات صحية (تمارين رياضية، تغذية متوازنة، العلاجات الطبية، اذعان طبي، امتناع عن التدخين... الخ)

فالدراسات أغلبيتها وجدت أن مصدر الضبط الداخلي يعتبر منبئاً بتقبل جيد للتعليمات الطبية واتخاذ إجراءات وقائية، فالمرضى مع ضبط داخلي أكثر ثقة في فعالية التدخلات العلاجية المقترحة، فالضبط الداخلي يعتبر منبئاً بتقبل العلاج لدى مرضى السكري. وبالتالي ومن خلال الدراسات السالفة الذكر فإننا نستطيع القول أن المصدر الداخلي يبدو كورقة رابحة فمن خلاله يستطيع الفرد تحمل مسؤولية أفعاله وسلوكياته فيما يتعلق بصحته وبالتالي يبذل جهود ذاتية للحفاظ على صحته ويلجأ إلى اتخاذ إجراءات إيجابية لتحسين حياته، بينما يبدو الضبط الخارجي كإعاقة أو أقل تكيف مع الأحداث المعاشة (الضابطة منها كالمريض) لاعتقادهم بأنهم لا يملكون المقدرة على تغيير وضعياتهم، إلا أن بعض

الدراسات أكدت أن توقعات مصدر الضبط الخارجي لا تشجع دائما السلوكيات الخاصة بسوء التكيف، فمع ذلك ارتبط مصدر الضبط لذوي النفوذ مع ارتفاع معدلات استخدام الدواء في فيروس نقص المناعة البشري للرجال في دراسة لكل من "ايفانس" و"فيراندو" و"روبكينس" و"فيشمان" (Evans, Fernando, Robkins et Fishman,2001)

ومع مؤشرات للامتثال الغذائي لدى المرضى الذين يعانون من القصور الكلوي المزمن في دراسة "شنايدر" (Schneider 1992) فهي تظهر لتعكس التفاعل بين مصدر الضبط الخارجي لذوي النفوذ وجوانب العلاقة بين الطبيب والمريض والتي تؤثر على التقيد بالتعليمات الطبية. (عزوز، 2015، ص 79-83)

- خلاصة:

من خلال ما تم تناوله يمكن أن نستنتج بأن اعتقاد الفرد بأنه بإمكانه التحكم بنفسه وتحديدًا بصحته الشخصية وذلك من خلال سلوكياته و أعماله الراجعة لإرادته الشخصية معتمداً بذلك على نفسه يفسر أنه يملك السيطرة الذاتية وهذا ما يعرف بالضبط الداخلي، أما في حالة ربطه لما يحدث سواء كان إيجابياً أو سلبياً بالحظ أو الصدفة أو تأثير الأشخاص المحيطين به أو بصفة عامة الظروف التي تحيط به فهذا ما يعرف بالضبط الخارجي، ونستخلص من ذلك أن ذوي مصدر الضبط الصحي الداخلي ظروفهم الصحية تكون أفضل من ذوي الضبط الصحي الخارجي لكن ورغم ذلك لا ننكر دور الضبط الصحي الخارجي في بعض الظروف التي يكون إرجاع أسبابها للقضاء و القدر دافعا للتقبل.

الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

تمهيد

- 1- مفهوم استراتيجية المواجهة
- 2- تعريف استراتيجية المواجهة
- 3- التناولات النظرية لمفهوم المواجهة
- 4- تصنيف استراتيجية المواجهة
- 5- تصنيف استراتيجية المواجهة في البيئة العربية
- 6- العوامل المؤثرة في المواجهة
- 7- فعالية المواجهة
- 8- طرق قياس استراتيجية المواجهة

خلاصة

تمهيد:

تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط من شخص لآخر حسب سمات الشخصية التي يتمتع بها كل فرد وتميزه عن غيره كما تختلف أيضا حسب الموقف الضاغط الذي يتعرض اليه، حيث لكل شخص مقومات واستراتيجيات مختلفة يتبعها لمواجهة الضغوط ، فهناك من يقاوم وهناك من يتجنب وهناك من يستسلم.

يواجه الفرد في حياته العديد من المواقف الضاغطة والتي تتضمن خبرات غير مرغوب فيها لا يمكنه تجنبها بل يتحتم عليه التكيف معها، وتتراوح هذه المواقف ما بين السلبية كخطر فعلي أو الايجابية كتحقيق النجاح، لذا فإن الاستجابة للضغوطات و انتهاج استراتيجيات مواجهة معينة هي التي تحدد تأثير الضغوط على الأفراد. (مارثا ديفيز ، 2005 ، ص1)

وفي حالة ما أحسن الفرد استعمال هذه الاستراتيجيات سيكون بذلك قادرا على مجابهة أو التكيف مع الظروف التي تعترضه، وان لم يحسن ذلك سيؤول الأمر لظهور تأثيرات سلبية سواء على مستوى الصحة النفسية أو الجسدية أو السلوكية.

حيث أنه إذا أحسن الفرد استعمالها يستطيع التكيف مع الظروف الضاغطة المحيطة به، أما إذا حدث العكس فإن ذلك سيؤدي إلى ظهور تأثيرات سلبية سواء على مستوى الصحة النفسية أو الجسدية أو السلوكية.

وللتوضيح بشكل أكبر بخصوص هذا المفهوم سأتطرق في هذا الفصل لمختلف جوانبه بدءا من تعريفه والنظريات المفسرة له وتقييم فعالية الاستراتيجية وطرق قياسها.

الفصل الثالث : استراتيجيات المواجهة

1- مفهوم إستراتيجية المواجهة:

إن المواجهة أو (Coping) تعني استراتيجيات التعامل أو المعيشة وإذا أردنا التحديد بدقة فإن كلمة إستراتيجية مأخوذة من الكلمة اليونانية "ستراتيجيوس (Strategos) وهي تعليفنون الحرب وإدراك المعارك، ويعرف قاموس "ويبستر (Websters) "الإستراتيجية بأنها علم التخطيط وتوجيه العمليات العسكرية. (عبد الحميد المغربي، 1999، ص 17) أما كلمة مواجهة (Coping) فهي صعبة الترجمة لغويا وتعني (To CopeWith) و (Faire Face) وهي تعني التعامل أي المواجهة (Dantecheve, 1989, p23). أما من الناحية اللغوية اختلفت تسميتها فهي في الأصل كلمة انجليزية (Coping) تعني بالفرنسية (Faire Face) ويقصد بها التسوية أو التعامل أي استجابات تكيفيه للتغيرات التي تحدث في البيئة المحيطة بالفرد (Boudarene M,2005, p8) .

تاريخيا مفهوم المواجهة (Coping) يتصل بمفهومين هما :

ميكانيزمات الدفاع: "Mécanismes de défense" الذي تطور مع نهاية القرن 19 منظر نظرية التحليل النفسي.

التكيف : "Adaptation" الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 معتمدا في ذلك على علم البيولوجيا، علم الطبائع، و علم نفس الحيوان (خاصة خلال تطور نظرية النشوء والارتقاء لداروين) (MarilouBruchon-Schweitzer, 2001, p69) .

يعد "مورفي (1962) Morphy "من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة في أبحاثه حيث أشار إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها (Lazarus, R.S et Folkman. 5, 1984, p14) .

أما المصطلح COPING فقد جاء به العالم الأمريكي "لازاروس"

وشركاؤه R.S Lazarus وطوره في سنوات 1990،1984، 1978 على التوالي.
(Norbert Sillamy, 1999, P68)

2-تعريف استراتيجيات المواجهة:

لقد اجتهد الكثير من العلماء والباحثين في وضع تعريفهم الخاص لما يعرف باستراتيجيات المواجهة وفيما يلي عرض يوضح ذلك:

-تعريف "نيومان" 1981 Newman :

هي المجهودات المبذولة من قبل الفرد لإزالة التوتر وخلق طرق جديدة للمواجهة مع المواقف الجديدة في كل مرحلة من مراحل الحياة.

-تعريف "روتر" 1981 Rutter :

هي المحاولات التي يبذلها الفرد لتغيير ظروف الضغوط المباشرة أو تغيير تقييمه لها فهي تتطلب وجود حل المشكلة الفعال وكذلك تنظيم انفعالي للضغط.

-تعريف "فليشمان" 1984 Fleshman:

هي مجموع السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي تحدث للتقليل من الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة. (الشخابنة، 2010، ص35)

-تعريف "لازاروس" و "فولكمان": 1984 Lazarus et Folkman

هي مجموع الجهود المعرفية والسلوكية التي يستعملها الفرد لتحمل أو خفض المتطلبات الداخلية أو الخارجية التي يقيّمها بأنها مهددة أو تفوق مصدر الشخصية.

(Lazarus. R.S et folkman .S.1984.P19)

-تعريف "كوكس: Cox 1985 "

المواجهة صورة من حل المشكلة وان الضغط يكون نتيجة الفشل في حل المشكلة، وان
المواجهة تتضمن مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية والسلوكية التي يستخدمها الفرد في
التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة التي يعترض لها والخبرات الانفعالية الناتجة عنها.
(عبد الله الضريبي، 2010، ص676)

-تعريف "ريان: Ryan 1989 "

هي استراتيجيات توافقية متعلمة ومكتسبة تمثل محتوى السلوك وتستخدم للسيطرة على
أزمات الحياة وظروفها الضاغطة. (N Ryan, 1989. p110)

-تعريف "اندرسون" وآخرون: Henderson et al 1992

المواجهة هي محاولة الفرد ضبط مطالب وصراعات البيئة الخارجية والداخلية التي ترهق
مصادر تكيفه، أي أنها جهود الفرد لضبط البيئات الداخلية والخارجية والعلاقات التي تربط
معها.

-تعريف كل من "ستون" و "نيل" (Stone et Neal 1984):

تعرف بأنها مصطلح يتضمن كل الجهود السلوكية والمعرفية التي يستخدمها الأفراد شعوريا
لتحقيق أو خفض تأثيرات الموقف الضاغطة.

-تعريف كل من "موس" و "هولهان" (Moos&Holahan 1987):

على أنها الجهود التي تعمل على تحمل التهديد الذي يؤدي إلى الضغوط أو إلى ضبطها
أوتقليلها.

-تعريف "دانتشيف" (Dantchev 1989):

فمصطلح المواجهة يضم مجموعة متجانسة من المعارف و الاتجاهات السلوكية ومصادر نفسية مستخدمة في نفس الوقت وبشكل ديناميكي كعنصر لإستراتيجية تكيف لمواجهة التهديدات الداخلية و الخارجية.

-تعريف "ناكانو"(Nakano 1991):

فعرفها على أنها جهود فردية معرفية وسلوكية للتخفيف من آثار الأحداث الضاغطة أو تخفيف تأثيرها الجسمي و الانفعالي على الفرد.

تعريف "لاتاك"(Latack 1992):

قدم تعريف للمواجهة يقترب في مضمونه من التعريف السابق لـ "لازاروس" و "فولكمان" بأن المواجهة تغيير مستمر للجهود المعرفية والسلوكية من اجل البحث عن الحاجات أو المطالب الداخلية والخارجية التي تؤثر أو تتجاوز مصادر الشخص.

-تعريف كل من "شرويدر" و"ستشوش" و "شرويدر" (scheuch et 1986,1990):
:(Shroeder

إن المواجهة تشتمل على العمليات المعرفية وخبرانية وسلوكية و فيزيولوجية و عددية و مناعة نفسية عصبية وترتبط مع المحيط الاجتماعي للشخص المعني في علاقة نشطة متبادلة.

-تعريف "باروا":(Barois)

قدم تعريفين مع اقتراح فكرة أن المواجهة هي أن يواجه الفرد ما تفرضه عليه الحالة ويتحكم في محيطه:

-استراتيجيات المواجهة هي مجموعة من الأفعال البيولوجية و السيكولوجية ذات المدى القصير أو الطويل التي تهدف لحل المشكلة الناتجة عن الصدمة النفسية.

-المواجهة هي الوجه النشط من الاستجابة للضغط بل عادة هي المعنى الايجابي للمصطلح ولكنها ليست مرادفة للتكيف. (عزوز،2015، ص ص 86-87)

أما في بحثنا هذا فنعرف استراتيجيات المواجهة على أنها توظيف الفرد لمجموعة من الأساليب المعرفية والسلوكية والانفعالية في المواقف الضاغطة للتخفيف من الضغوط والوصول إلى حالة من التوازن بين الفرد ومحيطه حفاظا على صحته النفسية والجسمية. ويرى "ريتشارد لازاروس" انه من الضروري أن نميز تماما ونفرق بين مفهوم المواجهة والتكيف، حيث أن هذا الأخير واسع جدا يضم كل من علم النفس والبيولوجيا، كما أنه يتضمن ويشتمل على كل ردود الفعل الحية خلال تفاعلها مع الظروف المتغيرة في المحيط في حين المواجهة (Coping) هو مفهوم أكثر خصوصية لأنه يتضمن مختلف استجابات التوافق لدى الأفراد التي لا تخص إلا ردود الفعل إزاء متغيرات المحيط التي تقيمها على أنها مهددة (أو ضاغطة). (Marillou.B, 2001, p70)

ويمكن أن نوضح الفرق بين هذين المفهومين في الجدول التالي:

التكيف Adaptation	المواجهة Coping
- مفهوم واسع يشمل البيولوجيا وعلم النفس	- مفهوم ضيق
- يشمل كل الكائنات الحية	- يخص الإنسان
- يضم كل أنماط ردود الفعل للكائنات الحية خلال تفاعلها مع مختلف ظروف المحيط	- يضم ردود الفعل إزاء وضعيات في المحيط مدركة على أنها مهددة
- يستلزم ردود أفعال متكررة وآلية	- يتضمن جهود سلوكية و معرفة واعية

جدول رقم: (10) : يمثل الفرق بين مفهوم المواجهة و مفهوم التكيف

ومن بين المفاهيم القريبة من المواجهة أيضا هو مفهوم أساليب الدفاع والتي يمكن أن نعرفها بأنها أنماط مختلفة من العمليات التي يمكن للدفاع أن يتخصص فيها. وتتنوع الآليات تبعا لنمط الإصابة (موضع لبحث) وتبعا للمرحلة التكوينية (موضع الدراسة) وكذلك لمرحلة ارضان الصراع الدفاعي تستخدم من قبل الأنا.

(جان لابلاتش، 2002، ص132)

وهي متصلبة لاشعورية كما لا يمكن للفرد مقاومتها وهي تتعلق بصراعات نفسية داخلية، كما يمكن أن ترتبط بأحداث الحياة الماضية، وتهدف أساسا إلى خفض مستوى القلق بشكل مقبول ومحتمل. في حين المواجهة تتضمن أسلوب مباشر وشعوري لمعالجة المشكلات وتصمم لمعالجة القلق.

ويمكن أن نشير إلى الفرق في الجدول التالي :

المواجهة Coping	الدفاع Défense
شعورية	لاشعورية
أسلوب مباشر	أسلوب غير مباشر
معالجة مصدر القلق	معالجة القلق مباشرة
تتعلق بالفردو المحيط	تتعلق بأحداث الضاغطة

الجدول رقم (11): الفرق بين كل من مفهوم المواجهة و مفهوم الدفاع

3- التناولات النظرية لمفهوم المواجهة:

3-1- التناول التقليدي :

يمثل هذا النموذج النظرية النشوئية (Evolutionnistes) التطورية الخاصة بداروين Darwin وينطبق هذا النموذج بصفة عامة على كل الكائنات الحية، والتي تعطي استجابات سلوكية نفسية آلية من نوع الهروب أو الهجوم، سواء كانت فطرية أو مكتسبة من أجل مواجهة تهديدات المحيط أو البيئة.

فآليات التكيف حسب هذا النموذج تتدرج في نوعين أساسيين هما:

1- آلية التكيف أو الهروب المستعملة في حالة الخوف أو الفرع.

2- آلية المواجهة أو الهجوم

(Marie Albert, 2006, p28)

3-2- النموذج التحليلي:

تناول فرويد 1933 مفهوم ميكانيزمات الدفاع والعمليات اللاشعورية التي سيستخدمها الفرد في مواجهة التهديدات والقلق. حيث تعد ميكانيزمات الدفاع من أهم استراتيجيات المواجهة التي سيستخدمها الفرد في مواجهة المواقف الضاغطة ليحمي بذلك نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة، فهي آليات عقلية تعمل على مستوى اللاشعور تقوم بتشويه إدراك الفرد للمواقع وتزييف الأفكار كوسيلة لخفض ما يهدد الفرد من توتر.

يرى "فرويد" أن الميكانيزمات الدفاعية بمثابة استراتيجيات مواجهة يلجأ إليها الفرد لا شعوريا للتخفيف من التوتر والقلق والصراع الداخلي، والفرد لا يلجأ إلى استخدام حيلة دفاعية واحدة بل يستخدم أكثر من أسلوب، وترى نظرية التحليل النفسي أن المواجهة

عملية نفسية داخلية (intra psychique) تتبع من داخل الفرد وتتضمن ميكانيزمات الدفاع الشعورية. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص86) وقد تابعت أيضا "أنا فرويد (Anna Freud)" أعمال والدها وبحثت في نماذج وأنماط أخرى للآليات الدفاعية حيث ميزت بين الآليات الدفاعية وربطت هذه الآليات بأمراض معينة. (Koorsh M,2009, p34)

ذلك أن الآليات الدفاعية حسب "أنا فرويد (Anna Freud)" تنقسم إلى نوعين من آليات دفاعية، سوية تساعد الفرد في حل مشكلاته وآليات دفاعية غير سوية ترتبط بظهور الأمراض والمشكلات النفسية لدى الأفراد فمثلا الأعصاب الهستيرية ترتبط بالكبت، كما أن الأفراد الذين يستخدمون آليات دفاعية توافقية كالإعلاء والتسامي يتمتعون بدرجة مناسبة من الصحة النفسية. (طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص88)

3-3- النموذج المعرفي التفاعلي للضغط والمواجهة:

مما لا شك فيه أن الاتجاه المعرفي هو المسيطر، والسائد في البحث العلمي في مجال الضغط النفسي وهو الذي يتزعمه "أرنولد لازاروس" (Arnold Lazarus 1966)، لقد طور هذا الأخير نظرية معرفية في السنوات الأخيرة لتفسير بعض مظاهر الضغط وللكشف عن أساليب المواجهة التي يوظفها الناس لدى تعرضهم لمواقف ضاغطة، وتتمثل فكرة "لازاروس" الأساسية في أن استعمال الفرد لأساليب مواجهة غير فعالة هو الذي يترتب عنه معاناته من الضغط النفسي.

حسب نظرية الضغوط المواجهة Stress model coping، لا يمكن فهم الضغط النفسي بدون الرجوع إلى المكون المعرفي الكامن وراء تفسير الفرد للموقف أو الحدث الذي يتعرض له. والعملية المعرفية هذه تمثل حجر الأساس لتحديد طبيعة استجابة هذا الفرد للضغوط المختلفة داخلية كانت أم خارجية.

وعملية إدراك الموقف وتقييمه هي الأساس في مسألة مواجهة الضغوط الحياتية والتغلب عليها، وعليه فإن العملية المعرفية المسؤولة عن تقييم الموقف وتحديد طبيعة استجابة الإنسان له هي التي تعرف بمفهوم المواجهة.

ونموذج "لازاروس" يبين المتغيرات المعرفية التي يتم على أساسها تقييم الحدث الضاغط ومواجهته للتغلب عليه، وعملية المواجهة تمر بمراحل معرفية مختلفة و أهمها ما يلي :

1- مرحلة الحدث الضاغط:

مبنية على أن الإنسان يواجه في حياته مواقف وأحداث ضاغطة تستدعي الكثير من الجهد لمواجهتها والتغلب عليها، وقد تنطوي عليها صعوبات صحية إذا تم استعمال استراتيجيات معرفية سلوكية غير فعالة.

2-مرحلة التقييم:

التقييم الأولي:

فيه يقوم الفرد بمحاولة التعرف على الحدث الضاغط، ثم يقوم بمحاولة تحديد مستوى التهديد الذي يمثله هذا الحدث بالنسبة للفرد، ويعتمد الفرد في هذه العملية التقديرية على أسلوبه المعرفي وخبراته الشخصية. (يخلف، 2001، ص 51-52)

أي أن الفرد في هذه الحالة يقيم خصائص الوضعية الضاغطة المتعرض لها، ومدى اعتقاده في القدرة على التحكم، إذن التقييم الأولي هو السياق الذي تقيم من خلاله العوامل التي تتدخل في الوضعية.

ويمكن أن يتعلق الأمر بفقدان شيء ما (جسدي: مرض، علائقي، أصدقاء، أو مادي: مهنة، تجارة)، أو تهديد أو تحدي. (Schweitzer, Dantzer, 2003, p106)

وقد يكون التقييم الأولي إيجابيا، وهو ما يشير إلى أن الوضعية الضاغطة لا تطغى ولا تزيد عن إمكانات الشخص. وقد يكون سلبيا وضاغطا بسبب ضررا أو تهديدا أو تحدي يفوق إمكانات الفرد.

وعادة ما يصاحب التقييم السلبي انفعالات سلبية كالغضب، والخوف والاستياء، أما تقديرات التحدي غالبا ما يصاحبها انفعالات سارة، كالاستثارة والتحفز أو التطلع.

التقييم الثانوي:

ويقصد بها تقييم امكانيات التعامل، أو مواجهة الضغط الحادث.

(السيد عبد الرحمان، 2000، ص 313)

3- استراتيجيات المواجهة:

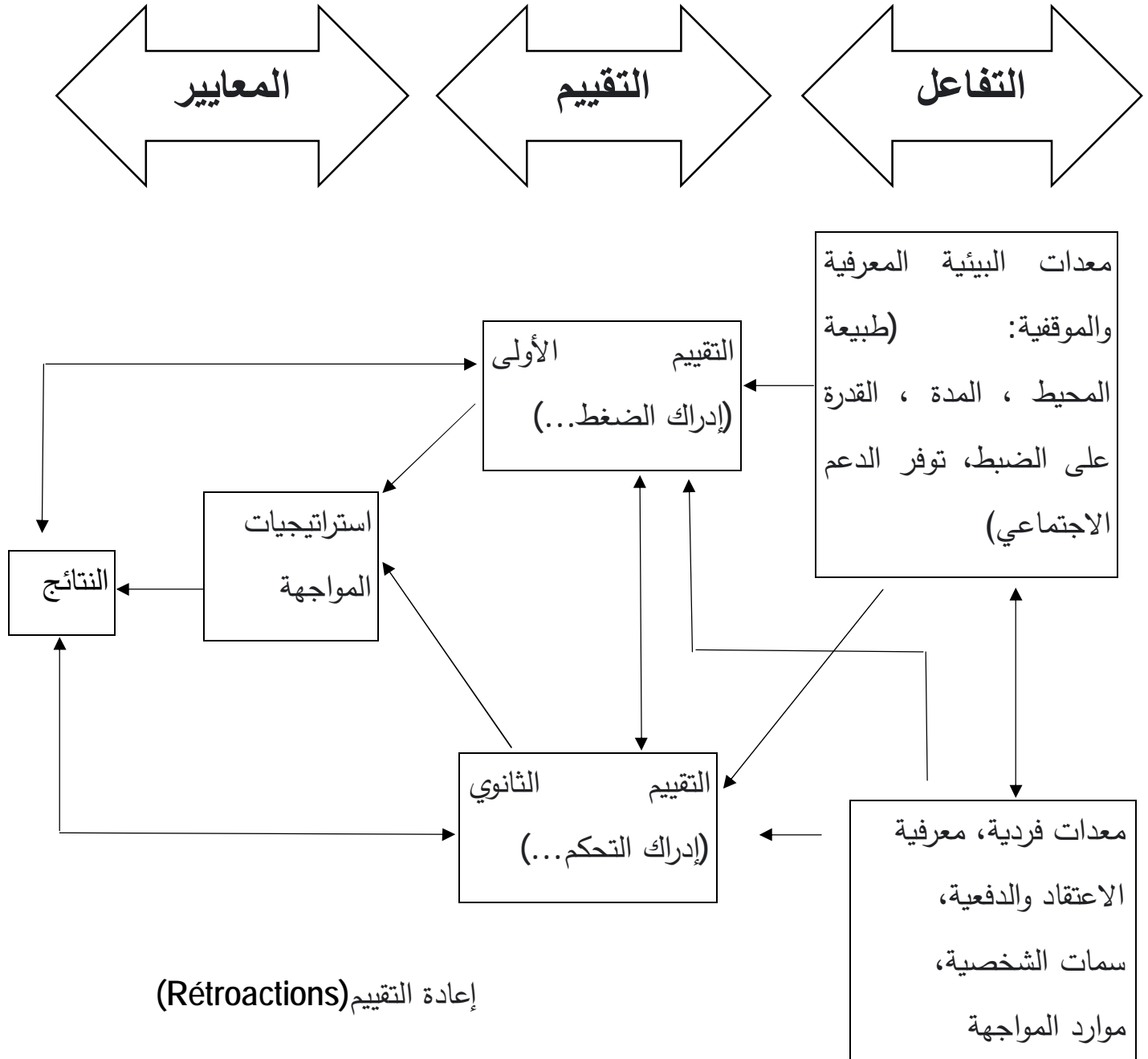
في هذه المرحلة يلجأ الفرد إلى استعمال استراتيجيات معرفية أو سلوكية لمواجهة الموقف الضاغط ولقد صنف استراتيجيات المواجهة في نوعين أساسيين، تكمن الأولى فيما يسمى بالفعل المباشر وتشمل اتخاذ إجراءات عملية مباشرة لتغيير الموقف الضاغط وتنسم بطبيعة سلوكية تعتمد أسلوب حل المشكلات، الإستراتيجية الثانية تتمثل في ما يسمى بالفعل المخفف وهو فعل غير مباشر ذو طبيعة انفعالية.

4- مرحلة النتائج:

يتحدد فيها مدى تأثير أساليب المواجهة على كل من النشاط الانفعالي، والمعرفي والفيزيولوجي والسلوكي، وتتوقف استجابة الفرد التوافقية للموقف الضاغط على مدى نجاحه في استعمال إستراتيجية مناسبة للتغلب عليها. (يخلف، 2001، ص 53-54) وقد حدد "لازاروس" المواجهة ضمن هذا الاتجاه بأنها عملية مواجهة المواقف الضاغطة الناتجة عن التفاعل الخاص بين الفرد والبيئة وتتأثر هذه المواجهة بمجموعة من العوامل

الفردية و المتمثلة في (الشخصية، المعتقدات، وغيرها) والمحيطية المتمثلة في (الشدة و التكرار والتحكم في الضواغط وتوافر المساندة الاجتماعية). (Koorosh M,2009,p29).

والمخطط التالي يوضح تفسير المواجهة حسب هذا الاتجاه:



إعادة التقييم (Rétroactions)

مخطط رقم (1): سيرورة المواجهة حسب النموذج المعرفي للتفاعل

(Marilou B, 2001, p74)

4- تصنيف استراتيجيات المواجهة:

نلاحظ في الحياة اليومية أن لكل فرد أسلوب خاص به في حل المشكلات ومواجهة المواقف الضاغطة، فهناك من الأشخاص من يتجه نحو المشكلة ويتصدى لها وهناك من يبتعد أو يهرب من الموقف الضاغط، ومن خلال هذا قام الباحثون بدراسة هذه الاستراتيجيات المستعملة في مواجهة المواقف الضاغطة وهو ما تمخض عنه عدة تصنيفات يمكن أن نورد بعضها فيما يلي:

1- تصنيف "موس" و "بيلينجز" (Moos et Billings 1984):

صنف كل من "موس" و "بيلينجز" استراتيجيات مواجهة الضغوط إلى ثلاث أنواع حسب الهدف منها ذلك إلى:

المواجهة المركزة حول التقييم: ويشمل هذا النوع من المواجهة مواقف الضغط على محاولات تقييم معنى الموقف ويشمل:

أسلوب التحليل المنطقي: من خلال التعرف على سبب المشكلة مع الاستفادة من الخبرات السابقة للفرد، والاستعراض العقلي للتصرفات الممكنة.

إعادة التقييم المعرفي: وهذا من خلال استخدام الفرد لمجموعة من الأساليب المعرفية التي يمكن من خلالها أن يتقبل الواقع الخاص بالموقف مع إعادة بنائه ليصبح شيئاً مرغوباً فيه.

التجنب المعرفي: ومثال ذلك رفض الفرد وجود المشكلة من الأساس فينغمس في التخيلات المؤلمة بدلاً من التفكير الواقعي حول المشكلة.

المواجهة المركزة حول المشكلة: تسعى المواجهة هنا إلى تعديل أو استبعاد مصدر الضغط وهي تتضمن أساليب منها: البحث عن المعلومات أو طلب النصيحة أو اتخاذ إجراء لحل المشكلة (مثل إعداد خطة بديلة).

المواجهة المركزة حول الانفعال: هنا تسعى استراتيجيات المواجهة لمواجهة الانفعالات الناتجة عن مصادر الضغوط ومن ثم المحافظة على التوازن الانفعالي، وهي تتضمن الأساليب الآتية:

التنظيم الوجداني: من خلال التأجيل الواعي، مثل أن يقرر الفرد عدم الانشغال بالمشاعر المتصارعة مثلاً.

التقبل: (قبول الموقف كما هو، مع توقع الأسوء)

التفريغ الانفعالي: (البكاء، زيادة الأكل، الغرق في الأنشطة العدوانية الموجهة إلى الغير) (Moos et billing, 1984, p875)

2- تصنيف "كوهين" Cohen :

قدم "كوهين (Cohen) "مجموعة من الاستراتيجيات المعرفية لمواجهة الضغوط شملت الآتي:

التفكير العقلاني: وهي إستراتيجية يلجأ من خلالها الفرد إلى التفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق وأسبابه المرتبطة بالضغوط.

التخيل: إستراتيجية يتجه فيها الفرد إلى التفكير في المستقبل كما أن لديهم قدرة كبيرة على تخيل ما قد يحدث.

الإنكار: عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل والانغلاق.

حل المشكلة: نشاط معرفي يتجه من خلاله الفرد إلى استخدام أفكار جديدة و مبتكرة لمواجهة الضغوط.

الفكاهة: إستراتيجية تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة ببساطة وروح فكاهة.
الرجوع إلى الدين: وتشير هذه العملية إلى رجوع الأفراد إلى الدين كمصدر للدعم الروحي والانفعالي. (Cohen S, 1988, p285)

3- تصنيف "شيفر" 1991 Schafer:

يعتبر نموذج "شيفر" من أهم وأشهر نماذج المواجهة، يقوم على ثلاث استراتيجيات هي:

1- تغيير مصدر الضغط.

2- التكيف مع مصدر الضغط أي تقبله والبحث عن طرق لمنع الإثارة الشديدة من خلال أنشطة مثل:

-إدارة الحديث الذاتي.

-ضبط استجابة الضغوط الجسدية (الاسترخاء).

-إدارة الأفعال (الإنصات الفعال، تأكيد الذات، الوضوح والصدق مع الذات، توظيف أسلوب مناسب للتواصل).

-الحفاظ على مصدات الصحة (كالتمارين الرياضية، والتغذية الجيدة، الجانب الروحي..).

3- تجنب الاستجابات غير التكيفية للضغط (استهلاك الكحول، المخدرات، التدخين الشراهة، الهروب، لوم الآخرين، الإفراط في المرح الصاخب...) و تجنب مصدر الضغط .

4- تصنيف المواجهة حسب "ريتشارد لازاروس" و"فولكمان" (1984):

قام كل من "فولكمان" و "لازاروس" بوضع نموذج سيرورة المواجهة من خلال بحوث حول (COPING) حيث قاما بتطبيق سلم يضم 67 على 100 حيث كان عليهم الإجابة على

تلك البنود كل شهر خلال سنة كاملة من خلال التفكير في حدث حديث العهد سبب لهم ارتباك والطريقة المستخدمة في مواجهته، وقد تم تجميع الإجابات في مجموعتين كبيرتين هما:

-المواجهة المتمركزة حول المشكل:

وهو إستراتيجية تهدف إلى خفض طلبات الوضعية أو زيادة موارد الفرد، وقدراته الخاصة حتى يواجه بجدارة هذه الطلبات.

فالمواجهة المتمركزة حول المشكل تتمثل وظيفتها في تعديل المشكلة التي تمثل أصل الضغط وتعديل الاستجابات الانفعالية التي تمثل أصل المشكلة.

(Marilou 3, 2001 ,p72)

وقد وجد "لازاوس" و"فولكمان" شكلين من أشكال المواجهة المركزة على المشكل هما:

البحث عن المعلومات: وهو البحث عن معلومات أكثر حول هذا الموقف الضاغط من أجل فهمه أكثر لإيجاد حل من أجل الخروج من المشكل وبهدف التغيير من الوضعية **حل المشكل:** بعد مرحلة تفسير الموقف الضاغط والبحث عن المعلومات يلجأ الفرد إلى وضع خطة تكون مناسبة لحل المشكل المتعلق بهذا الموقف الضاغط ويقوم بتنفيذها كما يضع أيضا خطط بديلة.

وهذان الشكلان يمكنهما تخفيف ردود الفعل الانفعالية وكذلك تخفيف الضيق من خلال

زيادة الفهم اتجاه الضغط. (Pierluigi G et Joel S, 2004, p85)

-المواجهة المتمركزة حول الانفعال:

ويقصد بها تنظيم الانفعالات الضاغطة وذلك عن طريق أفكار وأفعال صممت لتخفيف التأثير الانفعالي وتتمثل في:

التجنب: وهو تحويل الانتباه من مصدر الضغط وتعتبر هذه الإستراتيجية أكثر استعمالاً ويمكن أن تتضمن نشاطات ذات تعبير سلوكي أو معرفي. (السديسي، 2002، ص369) وكمثال على النشاط السلوكي (اللعب، ممارسة الرياضة أو أي نشاط معرفي، القراءة...)
اتخاذ مسافة: تشير للجهود المعرفية لتحرير الذات وذلك من خلال الإنقاص والتقليل من معنى الوضعية الضاغطة وأهميتها. (Folkman, et Lazarus, 1988,p11)

المساندة الاجتماعية: يعرف "سارسون Sarson" وآخرون المساندة الاجتماعية بأنها تعبر عن مدى وجود أو توافر أشخاص يمكن للفرد أن يثق فيهم كما تشير إلى الإمكانيات الفعلية أو المدركة للمصادر المتاحة في البيئة الاجتماعية للفرد التي يمكن استخدامها للمساعدة في أوقات الضيق. (فايد، 2000، ص 238)

إعادة التقييم الإيجابي: وهنا يقوم الشخص بإعادة التقييم الإيجابي للمشكلة من خلال الاهتمام بالجوانب الإيجابية للموقف الضاغط وكذلك وضع معنى إيجابي.

ومثال ذلك: "سأخرج بقوة من هذه الوضعية."

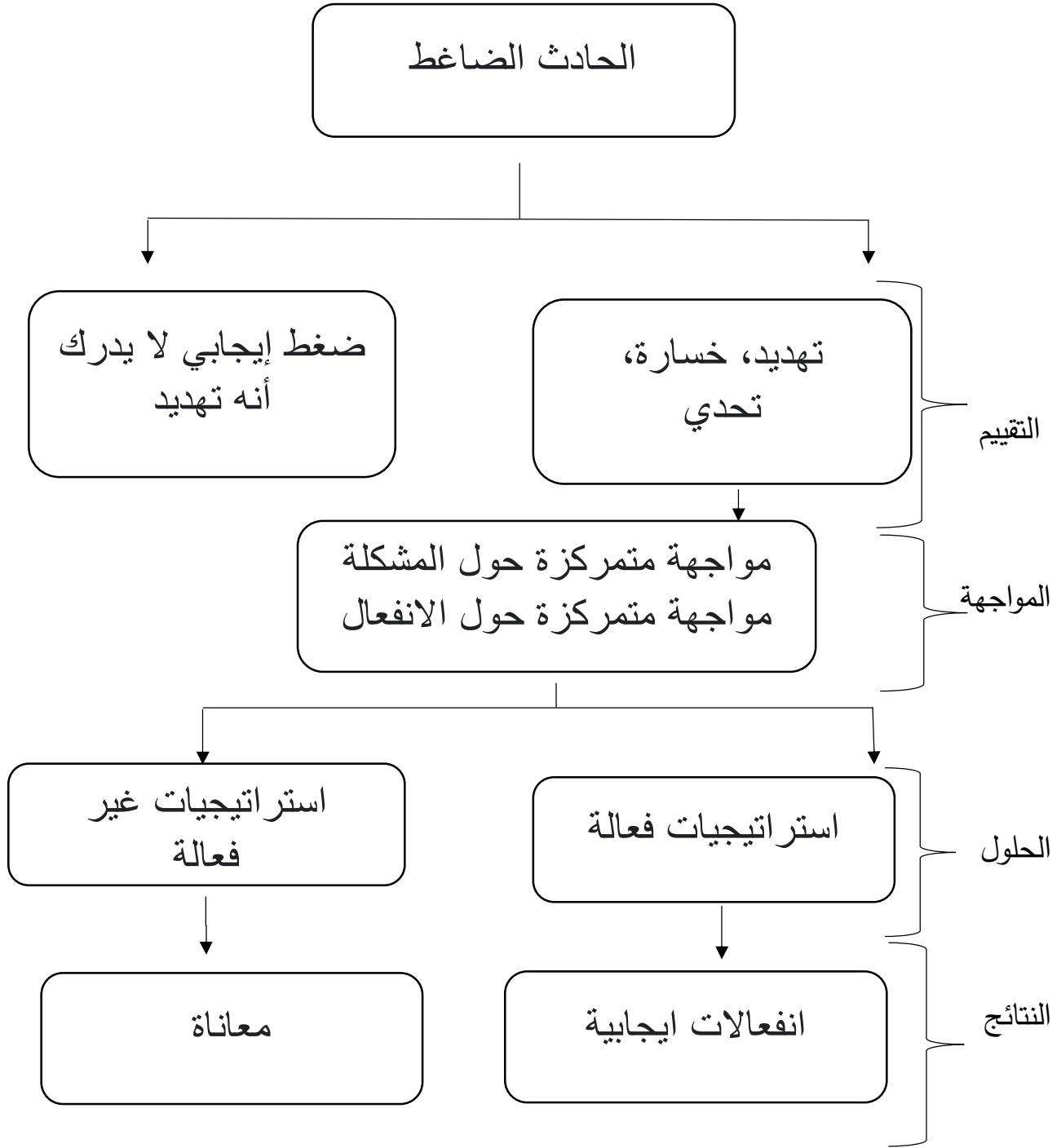
اتهام الذات: و هنا يتهم الفرد ذاته بأنه هو المسؤول عن المشكل أي يعترف الفرد بدوره في الحدث الضاغط.

ومثال ذلك: " قول الشخص أنا أفهم بأني المسؤول عن هذا المشكل."

(Marilou B, 2001, p72)

وفيما يلي مخطط يلخص سيرورة العملية التفاعلية للضغط لـ "لازاروس" و "فولكمان"

1984



مخطط رقم (02) : حلقة سيرورة العملية التفاعلية للضغط لـ "لازاروس" و "فولكمان "

(1984)

(Pierluigi Grazian et Joel Swendsen, 2005, p49)

5- تصنيف استراتيجيات المواجهة في البيئة العربية:

أما في البيئة العربية فنجد تصنيف:

1- تصنيف لطفي عبد الباسط(1994):

الاستراتيجيات الإيجابية:

وهي قيام الفرد بأفعال لمواجهة المشكلة مع محاوله مستمرة لزيادة الجهد أو تعديله وعدم التسرع والتريث في محاولته لمواجهة الموقف الضاغط، وقد يقتضي ذلك استرجاع الفرد لخبراته السابقة في المواقف الضاغطة.

الاستراتيجيات السلبية:

تتمثل في نقص جهد الفرد في التعامل مع الموقف الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى كالنوم وعزل الذات والإنكار والانسحاب المعرفي العقلي أو الاستغراق في أحلام اليقظة والتفكير في أشياء وموضوعات بعيدة عن المشكلة.

2- تصنيف طه عبد العظيم حسين (2006): فقد صنفها إلى ثلاثة أنواع رئيسية :

التخطيط والسعي لحل المشكلة مقابل الإنكار والهروب من المشكلة.

المساندة الاجتماعية في مقابل المواجهة الدينية.

أساليب مواجهة على المستوى المعرفي في مقابل أساليب انفعالية.

(طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين، 2006، ص106-107)

6-العوامل المؤثرة في المواجهة:

تتأثر سيرورات المواجهة بمجموعة من العوامل منها ما هو مرتبط بالفرد (خصائص الشخصية)، ومنها ما هو مرتبط بالمحيط (خصائص الوضعية)، هذه الخصائص أو المميزات هي التي تفسر الاختلافات في تقييم الحدث الضاغط من فرد إلى آخر.

6-1-العوامل المرتبطة بالفرد: (خصائص الشخصية)

تؤثر الشخصية التي يحملها كل فرد في مواجهة الحدث الضاغط، حيث أن بعض الناس بسبب شخصيتهم يميلون إلى إدراك الأحداث على أنها ضاغطة أو أنها غاية في الضغط، ما يؤدي الى التأثير على مقدار ما يتعرضون له من معاناة وأعراض جسمية وقد ركز الباحثون على بعض هذه الخصائص ومن بينها ما يلي:

1-الوجدانية السلبية: والتي من بين مظاهرها المزاج السيئ، والقلق، والكآبة، والعدوانية

حيث أن الأفراد الذين تتميز شخصيتهم بزيادة الوجدانية السلبية يعبرون عن معاناتهم وآلامهم عبر مواقف مختلفة وهم أكثر قابلية للإفراط في شرب الكحول ومحاولات الانتحار.

2-الصلابة: تتشكل الصلابة من ثلاث خصائص أساسية هي:

-الإحساس بالالتزام أو وجود قابلية لدى الفرد للانخراط بما يمكن أن يواجهه من مواقف.
-الاعتقاد بتوافر القدرة على الضبط وهو الإحساس بأن الشخص مسؤول عما يواجهه في حياته.

-التحدي والاستعداد لتقبل التغيير ومواجهة أنشطة جديدة تتيح الفرصة للنمو.

3- قوة الأنا: تلعب هذه الخاصية دورا مهما في مواجهة الضغط النفسي ذلك أن

الأشخاص أصحاب الأنا القوي بإمكانهم مقاومة الضغط النفسي كما يستعملون استراتيجيات مواجهة قوية وفعالة.

4- **تقدير الذات:** يعتبر تقدير الذات العالي خاصية مهمة من خصائص الشخصية التي تخفف من الآثار التي يخلقها الضغط النفسي على الحالة الصحية للفرد.

5- **التفاؤل :** السمة التفاؤلية تقود إلى المواجهة الفعالة أكثر مع الضغط، مما يقلل من المخاطر الناتجة عنه.

6- **مكان الضبط:** نجد فيه شكلين أساسيين هما:

- **مكان الضبط الخارجي:** وهنا يعتبر الفرد أن الأحداث تقع عموماً نتيجة الصدفة أو الحظ، أو حتى الحتمية (الفرد هنا يؤمن بفكرة أنه مسير لا مخير، يقول دائماً: الله غالب...) وهو لا يستطيع فعل أي شيء إزاء ذلك، وعموماً عادة ما يستعمل هذا الفرد استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال.

- **مكان الضبط الداخلي:** وهو هنا عكس الأول، حيث يشعر الفرد بأن كل منا لديه إمكانيات وقدرات شخصية تسمح له بتصرف إزاء الأحداث. (عادة ما يستعمل هذا الفرد إستراتيجية المواجهة المركزة على المشكلة).

7- **نمط الشخصية: (A)** من بين العوامل المؤثرة في المواجهة نمط الشخصية وخاصة الأشخاص الذين يحملون نمط الشخصية (أ)، حيث يتميز أصحاب هذا النوع من الشخصية بفقدان الصبر والعدوانية والتهيج والسيطرة والالتزام المهني في المقابل تتميز نمط الشخصية (ب) بالغياب أو الاعتدال من هذه الصفات وهذا ما أكدته دراسة ("روزمان" 1964 Rosenman et all) حيث وجدت هذه الدراسة أن نمط الشخصية (أ) أكثر عرضة للضغوط وللإصابة بأمراض القلب والأوعية الدموية. حيث أن أفراد هذا النمط في مواجهة دائمة ضد الزمن ومع الآخرين يتبعون في ذلك

أسلوب المقاومة أو ما يعرف أسلوب التنظيم يكون ذلك بالضبط النفسي البيئي.
8-سمة شخصية الفرد: من سمات الشخصية النمط المنطوي الذي يعتبر أكثر تأثراً بالضغط من النمط المنبسط، والنمط المتزن انفعالياً أقل تأثراً بالضغط من النمط العصابي، والنمط العصابي / النمط المنطوي أكثر تأثراً بالضغط من النمط المتزن انفعالياً.

9-هيكل حاجات الفرد: كلما كان هيكل حاجات الفرد غير مشبع كلما كان الفرد أكثر تأثراً بالضغط و العكس.

10-النسق القيمي للفرد: كلما كان النسق القيمي للفرد متمركزاً حول قيم محدودة وعالية كلما كان أكثر تأثراً بالضغط.

11-قدرات الفرد: كلما كانت قدرات الفرد عالية ومتنوعة كلما كان أكثر قدرة على مواجهة الضغوط والعكس.

12-الجنس: أثبتت الدراسات وجود فروق بين الجنسين في مدى الإدراك والتأثر بالضغط، حيث لوحظ أن الرجال أكثر إدراكاً و تأثراً بالضغط من النساء. (السديسي، 2002، ص355-356) وقد وجد "لازاروس" في بحوثه أن النساء يستعملن استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة في مجال العمل أقل من الرجال.

13-السن: له دور كذلك في تقييم الوضعيات الضاغطة و تحديد استراتيجيات المواجهة، حيث اكتشفت "فولكمان" وزملائها أن النساء المسنات (السن المتوسط 68 سنة) يستعملن استراتيجيات التجنب والهروب أكثر من النساء الأكثر شباباً (السن المتوسط 39 سنة). كما توجد هناك سمات أخرى للشخصية أثبتت أنها تؤثر أيضاً على المواجهة، كالقلق والعصابية (Névrosisme) والاكئاب التي تنبئ تقييماتها بإدراك عال للضغط وانخفاض في الفعالية الذاتية المدركة، بالإضافة إلى الجلد (Resilience) الوعي وكون الفرد مقبولاً لدى الآخرين.

6-2-العوامل المرتبطة بالمحيط:

ويقصد بها العوامل الموجودة في محيط الفرد و التي تأثر في عملية المواجهة من بينها مايلي:

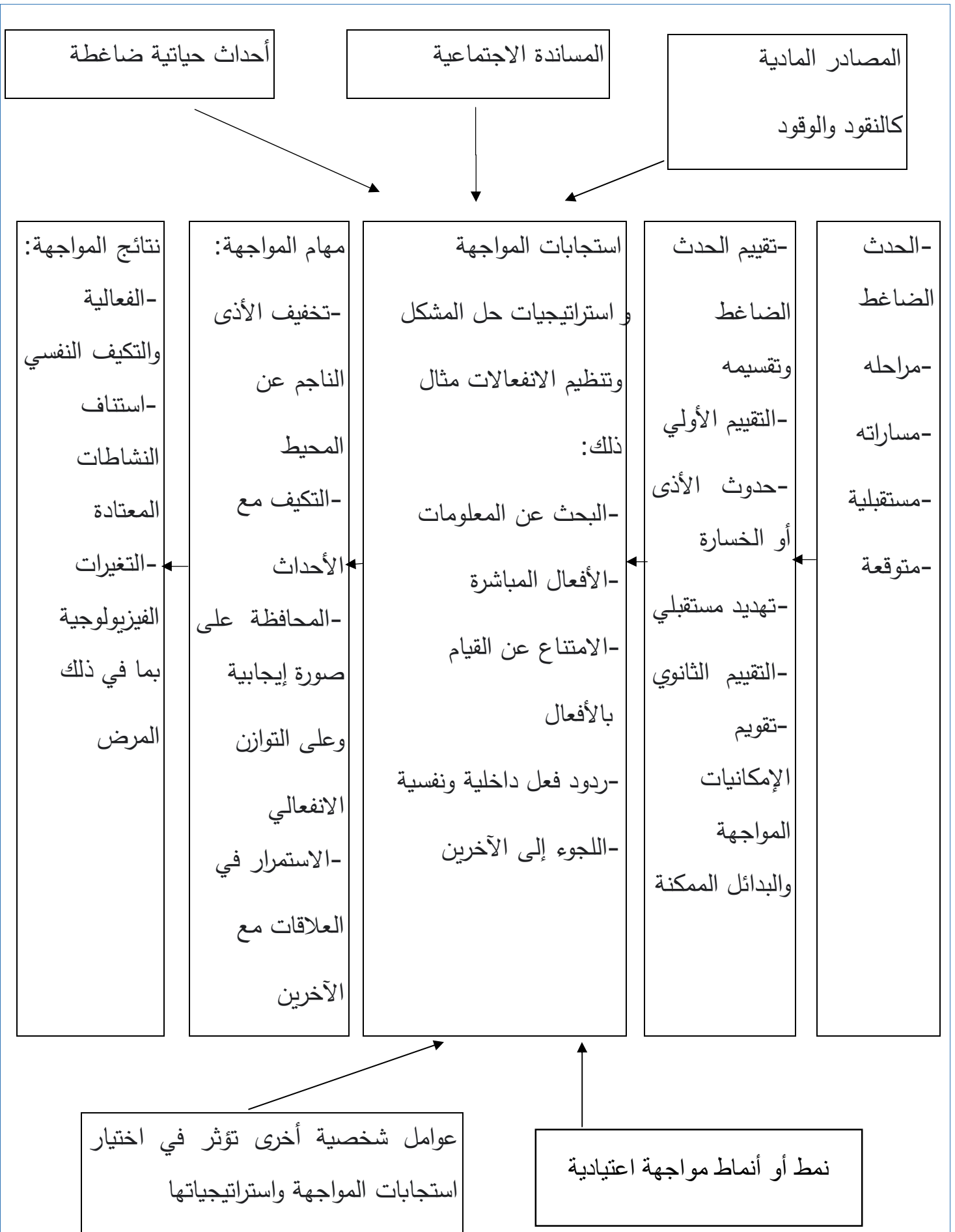
1-العوامل المتعلقة بالوضعية:

- **شدة المواقف الضاغطة:** فكلما كان الموقف ضاغطا، كان إفراز الهرمونات أعلى من المعدلات الطبيعية المطلوبة، وهو ما قد يعوق بعض العمليات الحيوية ويؤثر على الحالة الانفعالية وعلى الاستجابات المطلوبة والعكس صحيح.

- **الوراثة:** الوراثة تؤثر في قدرة الفرد على المواجهة لأن الجينات الوراثية في الأسرة قد تلعب دورا نوعا ما في الحالة العامة لعضو معين، لأن هناك أسر لها استعداد للإصابة بأمراض القلب وأخرى لدى أفرادها استعداد للإصابة بأمراض الجهاز التنفسي... الخ -**البيئة:** يمكن للبيئة أن تسهم بشكل جوهري في تحديد قدرة الفرد على مواجهة الضغط النفسي، فهي إما تساعد على زيادة الضعف الناتج عن الضغوط أو تدعم مستوى الصحة والرفاهية لدى الفرد هناك نوعين من البيئة، وهما البيئة الفيزيكية كالحرارة الشديدة أو البرودة والضوضاء والتلوث والمخاطر الطبيعية وغير ذلك، والبيئة الاجتماعية وما تحتويه من عناصر داعمة كالمساندة والتعاون من الآخرين أو عناصر مضادة كالصراعات و المشاجرات.

-**الدعم الاجتماعي:** ويقصد به الأشخاص المحيطين بالفرد ويعتقد أنهم سيدعمونه بشتى الطرق عندما يتعرض لوضعية ضاغطة، وقد دلت البحوث على أن المستوى الضعيف من الدعم في حياة الفرد يعتبر عامل ضعف *Vulnérabilité*، في المقابل ارتفاع مستوى الدعم الاجتماعي يجعل الفرد قادرا على المواجهة ويخفض من مستوى الضغط. (صندلي، 2012، ص 70-72)

وسنوضح في المخطط التالي مراحل و محددات المواجهة:



المخطط رقم (03): مراحل ومحددات المواجهة (تاييلور، 2008، ص 417)

7- فعالية المواجهة:

يشير مفهوم الفعالية إلى التأثير النفسي للمواجهة. يعني النتائج المرتبة عن الطريقة التي يتصرف بها الفرد في الوضعية و الآثار الناتجة على راحته الجسمية والنفسية. (Fisher, Tarquinio, 2006, p124) وليبيان هذا نعرض فيما يلي فعالية المواجهة على الضغط الانفعالي والصحة الجسمية للفرد.

لهذا اهتم الكثير من الباحثين بدراسة فعالية المواجهة ومعرفة الخصائص المؤثرة فيها وهذا ما أكده "ماثني" وآخرون (Matheny et al 1986) حيث أكدوا أن فعالية استراتيجيات المواجهة تتوقف على سلوك المواجهة ومصادر المواجهة يشير الأول إلى الاستجابات التي تصدر من الفرد للتوافق مع الضغط والثاني يتمثل في الخصائص الفردية والاجتماعية والبيئية للفرد. (طه وسلامة عبد العظيم، 2006، ص 82)

وهنا أشار "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus et Folkman) إلى أنه لا يمكن دراسة فعالية المواجهة دون ربطها بخصائص شخصية وخصائص الإدراك المعرفية للفرد وكذا خصوصية الوضعيات الضاغطة، وعموما فإن استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول الانفعال تكون فعالة على المدى القصير (Marilou B, 2001, p73). حيث تؤثر مختلف نشاطات هذه المواجهة على الانفعال بطريقة مختلفة فأول نشاط ممكن يتمثل في تغيير درجة الانتباه، التجنب أو الهروب أو تمنى زوال مصدر الضيق أو الانزعاج حيث تعمل على تغيير مصدر الضغط بصورة مؤقتة، فيظهر لهذا الأسلوب أثر مؤقت وأقل فاعلية. (أيت حمودة، 2006، ص 180)

وقد أسفرت دراسة "بومباردي" (Bombardier et all 1990) إلى أن هناك علاقة بين الميل إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال والاضطراب النفسي كما أنها ترتبط بالتوافق السيئ مع المشكلات وبالاضطرابات النفسية. (يوسف، 2000، ص 60)

وقد أشار كذلك (Shweizer,d) أن المواجهة المتمركزة حول انفعال تهدد الصحة الجسمية للفرد، لأنها تعيق السلوكات التكيفية خاصة في حالة الإنكار والتجنب التي تقود الفرد إلى إدراك الأعراض في وقت متأخر (Shweizer, Dantzer, 2000, p117) حيث أكدت البحوث أن الأفراد الذين يستعملون إستراتيجية التجنب أو الإنكار تعتبر محاولتهم محاولات لا توافقية أكثر منها طرق ثابتة للمواجهة. (يوسف 2000 ص 90) تسمح المواجهة المتمركزة حول الانفعال بتخفيض الضغط المعاش، فقد أظهرت دراسة (Schmidt (1988)، أنه قبل التدخل الجراحي المرضى الذين بحثوا عن معلومات وطوروا استراتيجيات فعالة كانوا أقل قلقا، وكانت لديهم تعقيدات أقل بعد الجراحة من الذين لجأوا إلى استراتيجيات مواجهة سلبية مثل الاستسلام غير أن فعالية إستراتيجية المواجهة المتمركزة حول المشكل تعتمد عموما على عدد من العوامل مثل التحكم في الوضعية، فإذا كانت الوضعية متحكم فيها، يصبح هذا النوع من المواجهة فعال، بينما في الوضعيات غير المتحكم فيها فإن تأثيرها يميل ليصبح سلبيا.

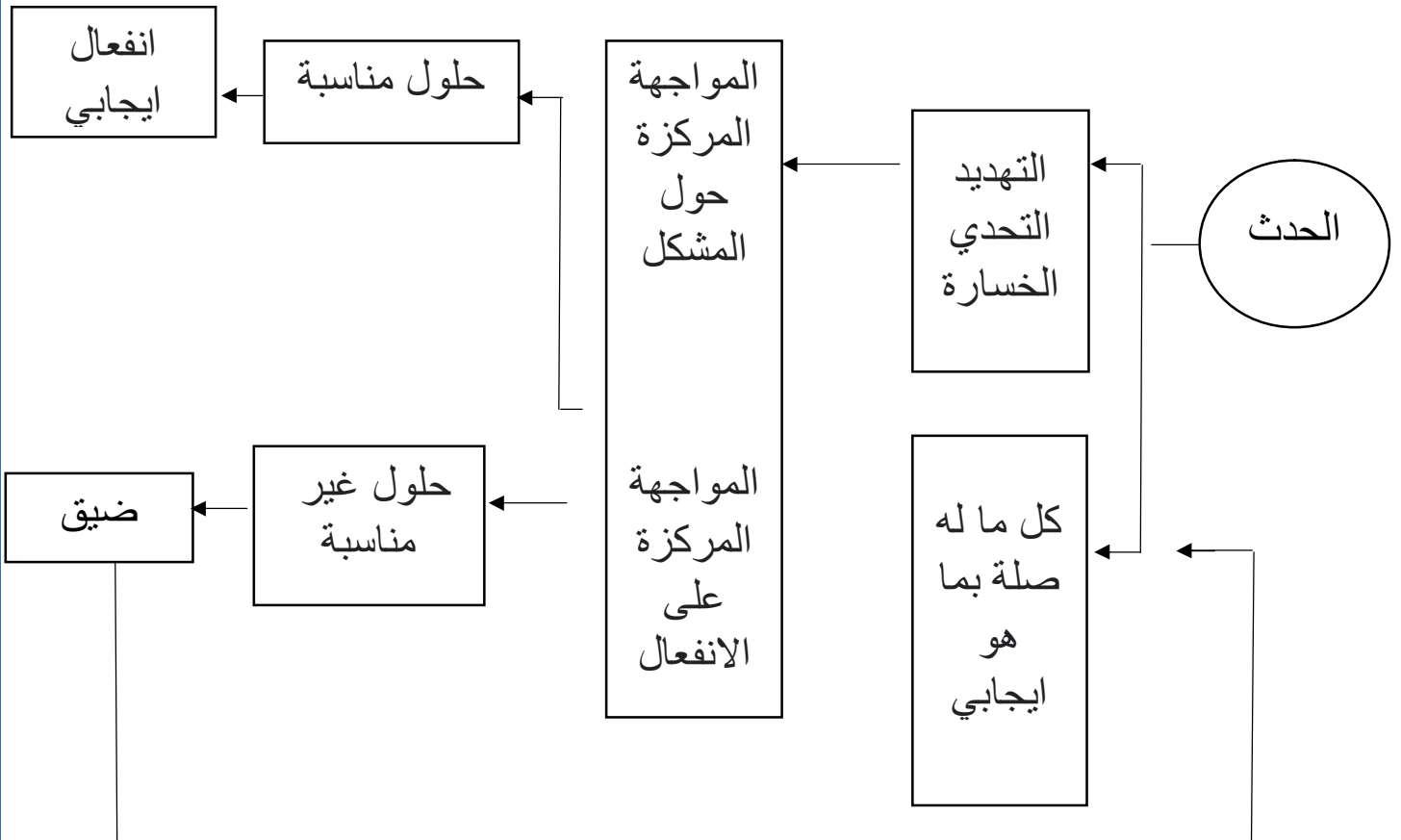
ولقد اكتشف "كوهن" و"هابرت (Cohen and Herbert (1996) بعد ملاحظتهما لمرضى السرطان طوروا هذا النوع من المواجهة، انه يمكن أن يكون لهذه المواجهة تأثير منعدم وغير مناسب خاصة بعد أوقات معينة وذلك بسبب الميزة الدائمة، وغالبا ميزة عدم التحكم في هذه الأمراض.

تعتبر المواجهة المتمركزة حول الانفعال عموما اقل فعالية بفعل أشكالها التعبيرية المختلفة مثل قمع الانفعالات أو العجز مرتبطان بارتفاع الضيق النفسي، وبينت دراسات أن بعض مظاهر المواجهة المتمركزة حول الانفعال لها أثر ذو فائدة وواق لجودة الحياة على مدى قصير حتى لو أن الكثير من أشكالها يبدو عموما لديه أثر سلبي.

(Fischer, Tarquinio, 2006, p124)

في حين نجد أن الإستراتيجية المتمركزة حول المشكلة تكون أكثر تكيفا على المدى الطويل عند مواجهة حدث ما خاصة إذا كان هذا الأخير قابلا للسيطرة والتحكم (Marilou B, 2001, p73) هذا لأنها تسعى لتغيير مصدر الضغط والتعامل مع الآثار الملموسة للمشكلة فهي مجهودات تهدف لإزالة الحدث المهدد أو التقليل من تأثيراته وذلك بإيجاد حلول بديلة ودراسة فعالية وعواقب هذه الحلول. (آيت حمودة، 2005، ص180) كما أن المواجهة المتمركزة حول المشكل تحمي الفرد من ظهور الأمراض لأنها تتطلب ميكانيزمات (معرفية) تسمح بأخذ معرفة كاملة حول الحدث و قياس التغيرات التي يمكن أن يحدثها هذا الأخير (Boudarene M,2005, p36).

ويمكن توضيح أكثر لفعالية المواجهة حسب هذا النموذج الخاص بضرورة المواجهة لـ "لازاروس" و "فولكمان".



المخطط رقم (04): فعالية المواجهة حسب نموذج "لازاروس" Sorvia M. 2005p23,

إذا فعالية المواجهة ليس لها أي ميزة آلية، ويجب أن تقدر بناء على تعددية المعايير التي تصبح وظيفة في حالة وليس بالضرورة في حالات أخرى. الفعالية تبدوا إذا مرتبطة بشروط وبالكيفية التي تسمح فيها المواجهة للفرد أن يعدل أو ينقص من تأثير الوضعية الضاغطة على راحته الجسمية والنفسية ومن هنا يتعين تفحص ومعاينة استراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل والمتمركزة حول الانفعال في كل حالة.

(Fischer, Tarquinio, 2006, p125)

8- طرق قياس استراتيجيات المواجهة:

تتعدد طرق تقدير استراتيجيات المواجهة بتعدد تصنيفاتها، ومن أبرز المقاييس التي استخدمت في قياسها:

1- قائمة المواجهة في المواقف الضاغطة (Parker et Endler 1990):

وتعرف بـ CISS، يتكون من 48 عبارة تتضمن ثلاثة أبعاد لمواجهة الضغوط:

1/ استراتيجيات مرتكزة على المشكلة.

2/ استراتيجيات مرتكزة على الانفعال.

3/ استراتيجيات مرتكزة على التجنب (الأحجام).

2- مقياس WCC من طرف "لازاروس" و "فولكمان" (1988):

يتكون الاستبيان من 66 بند يقيس استراتيجيات المواجهة المعرفية والسلوكية التي

سيستخدمها الأفراد للتعامل مع المواقف الضاغطة، يضم ثمانية أبعاد أساسية هي:

-التحدي: الجهود العدائية في مواجهة الموقف الضاغط.

-الابتعاد: الابتعاد عن الموقف للتقليل من أهميته.

-ضبط الذات: تنظيم الفرد لانفعالاته وسلوكياته.

- طلب المساعدة الاجتماعية: سعي الفرد للحصول على المساعدة سواء كانت مادية، معرفية، أو اجتماعية في أوقات الضغوط.
- تحمل المسؤولية: إدراك الفرد لدوره في حل المشكلة.
- الهروب: تجنب الموقف الضاغط.
- حل المشكلة: جهود يقوم بها الفرد لتحليل المشكلة.
- إعادة التقييم الإيجابي: إعطاء معنى إيجابي.

3- قائمة المواجهة المتعددة الأبعاد Carver et Scheire:1989

تتكون من عبارة موزعة على ثلاثة عشر بعدا منها:

- خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على المشكلة.
 - خمسة أبعاد تقيس جوانب من استراتيجيات مواجهة مرتكزة على الانفعال.
 - ثلاثة أبعاد تقيس استراتيجيات المواجهة السلبية.
- وفيما يلي لمحة عن الأبعاد الثلاثة عشر:
- المواجهة الفعالة: تشير إلى قيام الفرد بخطوات فعالة في محاولة للتخفيف أو القضاء على الحدث الضاغط.
 - التخطيط: التفكير في كيفية مواجهة الحدث الضاغط بإتباع أفضل الخطوات للتعامل مع المشكلة.
 - قيمة الأنشطة التنافسية: تجنب الفرد أن يصبح مشتتا عن طريق أحداث أخرى.
 - طلب المساعدة الاجتماعية: الجهود التي يقوم بها الفرد طلبا للمساعدة والنصيحة والمعلومة من قبل الأشخاص المحيطين.

- إعادة التفسير الإيجابي: محاولة إيجاد الفرد معنى و تفسير جديد.
 - التقبل: تقبل الفرد للموقف الضاغط نظرا لعدم وجود ما يمكنه القيام به نحوه أو تغييره.
 - التحول إلى الدين: الإكثار من ممارسة العبادات.
 - التركيز على الانفعالات: يشير إلى المحاولات التي يقوم بها الفرد لخفض الانفعالات السلبية الناتجة عن الموقف الضاغط.
 - الإنكار: يتمثل في عدم الاعتراف بوجود المشكلة.
 - التباعد السلوكي: التوقف عن بذل أي مجهود في المواقف الضاغطة.
 - التباعد العقلي: اللجوء إلى أحلام اليقظة أو الإفراط في الأكل أو مشاهدة التلفزيون لتجنب التفكير في الموقف الضاغط.
 - تعاطي الكحول والمخدرات: تشير إلى اللجوء إلى المخدرات أو الكحول لخفض التوتر الناتج عن المواقف الضاغطة.
- (جبالي، 2012، ص 96-98)

خلاصة:

تعتبر استراتيجيات المواجهة بمثابة درع يحمي به الفرد من المواقف الضاغطة التي قد تعترضه، وذلك يمكنه من تخفيف حدة الضغوط أو القضاء عليها وبالتالي الحصول على الراحة النفسية والجسدية، ومن هذا يتبين لنا مدى أهمية وضرورة استراتيجيات المواجهة في حياتنا اليومية وذلك حسب كل شخص من خلال كيفية ادراكه وتقييمه للموقف الضاغط.

الفصل الرابع: مرض السكري

-تمهيد

1- لمحة تاريخية حول مرض السكري

2- تعريف داء السكري

3- الأنسولين

4- أسباب مرض السكري

5- أعراض مرض السكري

6- تشخيص مرض السكري

7- أنواع مرض السكري

8- مضاعفات مرض السكري

9- الحمية

10- علاج مرض السكري

11- سيكولوجية مرضى السكري

-خلاصة

تمهيد:

يعتبر مرض السكري من بين الأمراض المزمنة الأكثر انتشارا حول العالم والذي يصيب مختلف الفئات العمرية حيث عرف منذ العصور القديمة، وهو بمثابة تهديد على سلامة الانسان بأعراضه ومضاعفاته كما يشكل عبئا كبيرا ان لم يتكيف معه خصوصا أن المريض به يتعايش معه طيلة حياته، وقد قدر عدد المصابين بالسكري في العالم سنة 1980 بـ 25 مليون شخص حسب إحصائيات منظمة الصحة العالمية.

كما أنه من الأمراض المتعلقة بالغدد حيث أن العطب على مستوى البنكرياس وبالخصوص في جزر لانجرهانس المسؤولة عن افراز الأنسولين الذي في حالة انعدامه أو نقص افرازه يؤدي لمرض السكري، مع الذكر أنه هناك نوعين من داء السكري فالنوع الأول "DID" يكون فيه الجسم عاجزا عن انتاج الأنسولين أما الثاني يكون افرازه بنسبة قليلة غير كافية والتي يتم تشخيصها بفحص كل من الدم والبول.

1-لمحة تاريخيه حول مرض السكري :

إن داء السكري من الأمراض العضوية التي شغلت عقول البشرية منذ معرفتهم إياه، حيث كان شائعا في قديم الزمان، وكان يسمى " بول " ومع مرور الزمن اكتشفوا بأن بول المريض له طعم حلو المذاق ، لذا أضيفت هذه الصفة إلى التسمية الأولى و أصبح إسمه الحقيقي "البول السكري Mellitus Diabete"، وهذه التسمية الأخيرة لاتينية ومعناه الحلو كالعسل " (أمين رويحة، 1973 ص 11)

وكان "ابن سينا" قد شخصه منذ قرون حيث كان يبخر السكري ليتحول إلى مادة شاربة لزجة أو يتحول لسكر أبيض، وكان مريض السكر حتى مطلع هذا القرن يعتبر الحي الميت وأنه قد حلت به لعنة بعدما حكم المرض عليه بالموت المبكر، لأن علاجه لم يكن معروفا وكان الأطفال والمواهقون عندما يصابون به تذوى أجسامهم ليموتوا بعد عدة شهور. (بدح ، 2009، ص12)

2-تعريف داء السكري :

مرض السكري **diabètes** هو اضطراب في التمثيل الغذائي للمواد الكربومائية "السكريات والنشويات والمواد البروتينية والدهنية التي يحتاجها الجسم وينتج عف ذلك فقدان خاليا الجسم لبعض أو كل قدراتها على استغاثة المواد السكرية والتي تصلها عن طريق الدورة الدموية عقب عمليات الهضم والامتصاص، فتزداد كمية السكر في الدم وذلك بسبب نقص كمي أو جزئي لهرمون الأنسولين (Hormone l'insuline) الذي يعجز الجسم عن تصنيعه أو استخدامه بشكل مناسب وبالتالي يظهر السكر في البول.

(محمد سليم خميس 2012، 2013، ص131)

ويعرف داء السكري على أنه مرض يعرف بارتفاع نسبة السكر " الغليكوز " Glucose في الدم و"الغليسمي" فوق القيمة العادية أكبر أو يساوي 1.14 وهو صائم، هذا

الارتفاع "Hyperglycémie" راجع إلى نقص نسبي أو كلي للأنسولين (وهو هرمون يفرز من طرف البنكرياس الذي يعمل على تخفيض نسبة السكر "الغليكويز")

(Tazairt, Chabane, p9) بأنه "حالة مزمنة ناتجة عن ارتفاع مستوى السكر l'hyperglycémie في الدم وقد نتج ذلك عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية، ويعد الأنسولين المنظم الرئيسي لتركيز الجلوكوز في الدم.

(جاسم محمد عبد الله، محمد المرزوقي 2008، ص21)

3- الأنسولين:

3-1- تعريف الأنسولين:

الانسولين هو هرمون يساعد الجسم على استخدام الغلوكوز للحصول على الطاقة، ويتم إنتاجه من قبل خلايا بيتا في البنكرياس. ويدخل الانسولين السكر الموجود في الدم (الغلوكوز) إلى الخلايا.

والبنكرياس هو عضو يقع بين المعدة والعمود الفقري. ويفرز البنكرياس الأنسولين إلى مجرى الدم بعد تناول الشخص للطعام، وذلك استجابة لارتفاع السكر في مجرى الدم.

يشكل الغلوكوز الطاقة التي يتحول إليها الغذاء الذي يأكله الإنسان، ويفرز في الدم فتأخذه خلايا الجسم وتحرقه لإعطائها الطاقة اللازمة لعملياتها الحيوية. ولفعل ذلك فهي تحتاج لهرمون الأنسولين الذي يجعل الغلوكوز يتحرك من مجرى الدم إلى الخلايا.

كلما ارتفع مستوى الغلوكوز في الدم، أفرز البنكرياس كمية أكبر من الأنسولين لخفضه. أما إذا انخفض مستوى الغلوكوز فإن البنكرياس يقلل أو يوقف إفراز الأنسولين.

ويفرز الجسم أربعة هرمونات أخرى لرفع مستواه في الدم، وهي الغلوكاغون والكورتيزول والأدرينالين وهرمون النمو، تجعل الكبد يطلق الغلوكوز إلى مجرى الدم.

في الأحوال الطبيعية يحافظ الجسم على مستوى الغلوكوز في الدم بنطاق يتراوح بين 90 و120 مليغراما لكل ديسيلتر، وذلك عبر آلية تضمن الحفاظ على مستواه حتى لو صام الشخص مدة طويلة عن الطعام، أو بالعكس تناول كمية كبيرة منه.

والغلوكاغون هو هرمون تفرزه خلايا ألفا في البنكرياس، وهو يعمل بشكل معاكس للانسولين ويرفع سكر الدم.

ويعمل الانسولين والغلوكاغون وهرمونات أخرى معا للحفاظ على مستوى ثابت للغلوكوز في الدم، وتنظيم تزويد الجسم وخلاياه بالطاقة.

والسكري هو مرض استقلابي يسببه نقص هرمون الأنسولين أو ضعف الاستجابة الطبيعية من خلايا الجسم للأنسولين، مما يؤدي إلى ارتفاع الغلوكوز فوق الحد الطبيعي.

والعلاج بالأنسولين ضروري لكل شخص مصاب بالسكري من النوع الأول وبعض الأشخاص المصابين بالسكري من النوع الثاني. وتتوفر أنواع مختلفة من الأنسولين، وهي تختلف من حيث السرعة والفترة التي تكون فيها فعالة.

<https://www.aljazeera.net>

3-2- أنواع الأنسولين:

1- الأنسولين العادي سريع التأثير.

2- الأنسولين متوسط التأثير.

3- الأنسولين بطيء التأثير .

نستطيع أن نفرق بين هذه الأنواع فاسم الأنسولين مكتوب بخطوط عريضة علي الزجاجاة، وعلاوة على ذلك فالأنسولين العادي أو السريع التأثير هو محلول في سائل رائق وصاف، أما الأنسولين المتوسط و البطيء التأثير فيكون لونه مثل الحليب وعكر. (شامل، 1980، ص 20)

4- أسباب مرض السكري :

تبين للأطباء أن مرض السكري ليس مرضا واحدا بل هو على أنواع عديدة تتظاهر بشكل واحد، أما الأسباب التي تؤدي إلى مرض السكري فليست معروفة بوضوح، لكن هنا كعوامل تؤثر في حصول السكري و منها:

4-1- الوراثة:

بينت الإحصائيات أن مرض السكري عادة ما يكون وراثيا، فقد ينتقل مباشرة من الآباء إلى الأبناء أو بصفة غير مباشرة من الأجداد إلى الأحفاد.

وفي هذا الصدد توصلت الدراسات على أن مرض السكري الذي يمس الأفراد بين سن العاشرة وثلاثين سنة، ينتقل عن طريق الوراثة بنسبة 35 إلى 40%.

4-2- التغذية:

إن الإفراط في الأكل يعود بالضرر على صحة الفرد، فالمعدة عندما يمنح لها عملا يفوق طاقتها تنتهي بالتعب وينتج عن ذلك ظهور مرض السكر عند الأفراد الذين يعانون من ضعف خلقي في وظيفة البنكرياس.

4-3- أسباب أخرى: من الملاحظ أن مرض السكري ينتشر بكثرة عند الأفراد قليلي الحركة، و هذا راجع إما لنوعية مهنتهم أو لأسباب أخرى مثل: (العزل، العجز الجسدي،

الشراهة)، بالعكس هذا المرض نادرا ما يلاحظ عند الأفراد الذين يمارسون الرياضة أو الذين ينتقلون كثيرا بحكم مهنتهم. (Saponaro, 1983, p3-4)

5- أعراض مرض السكري:

5-1- الأعراض الجسمية:

-اضطراب عملية الأيض واختلال نظامها بشكل واضح.

-ارتفاع نسبة السكر في الدم.

-كثرة البول.

-زيادة شدة العطش.

-الإغماء.

-رجفة الأطراف.

-ضعف الإبصار.

-الضعف والوهن.

-فقدان الوزن

5-2- الأعراض النفسية:

-الخوف الدائم من تفاقم المرض والقلق والاكتئاب والأرق.

-اليأس من الحياة.

-انعدام الرغبة في العمل.

-مشاعر الاكتئاب الحادة.

-انخفاض مفهوم الذاتي.

-صعوبة حل المشكلات.

-الشعور بعدم الاستقرار.

-ضعف الثقة بالنفس.

-الخجل.

-سوء التوافق النفسي.

-صعوبة التركيز.

-ضعف الذاكرة.

-سرعة الإثارة.

(المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، 2011، ص25)

5-3- أعراض انخفاض نسبة السكر في الدم :

- عرق بكثرة.

- شعور بالجوع.

- ارتعاش.

- شحوب اللون.

- دوخة وعدم التركيز.

- خفقان القلب.

- إغماء وتشنجات.

أما عن كيفية تطوير استجابة المناعة الذاتية، فإن الشخص له استعداد وراثي للإصابة بهذا المرض "DID"، وهو حامل معلومة وراثية خاصة تقع فوق كروموزوم رقم ستة (6)، فالبحوث المخبرية بينت أنه بإمكانها أولاً أن تطور يوماً بعض استجابات المناعة الذاتية التي تظهر مرض السكر ذو النمط الأول وذلك من خلال ثلاث مراحل:

-المرحلة الأولى:

تتمثل في حدوث شذوذ في المناعة الذاتية أي يعني هنا أن الفرد حامل فقط للمعلومة المتواجدة في الكروموزوم رقم (6) وهنا يظهر أنه له استعداد الإصابة بالمرض، لكن إنتاجاتها لكمية الأنسولين معتدلة.

-المرحلة الثانية :

يتدخل عامل المحيط في تحضير المرض، فنتج استجابة المناعة الذاتية في الدم، لكن هذا العامل غير معروف، وفي هذه الحالة تتجه الأجسام المضادة ضد الخلايا المسؤولة عن إنتاج الأنسولين، و تكون هذه المهاجمة بطينة بحيث تصل 80% إلى 90% من الخلايا المنتجة للأنسولين محطمة.

المرحلة الثالثة :

هنا يظهر مرض السكري عند الفرد في البداية لا يكون تهديم الخلايا المنتجة للأنسولين كاملاً، فهنا إمكانية استرجاع أو إنقاص لمحاصرة استجابة المناعة الذاتية بواسطة علاج يسمى "Cytosparine" وهذا الدواء يوقف عمل الخلايا للمفاوية والأجسام المضادة عن تهديم جزر لانجرهانس، و بإمكانه أيضاً إيقاف هذا التهديم بواسطة بعض الحقنات من الأنسولين.

إن العلاج بالأنسولين هو مجرد تعويض مادة عطل الجسر عن إنتاجها، لكن لا يعالج

سبب المرض، وأيضا لا يمنع أن نضع تشخيصا للمرض مبكرا، وهذا في حالة بقاء :
عدد كبير من جزر لانجر هانس التي لم تهدم بعد.

(Association française des diabétiques, 1990, p55-57)

هنا يجب أن يتدخل الأخصائي النفساني، وذوي المريض للانتباه والعمل على عدم تعرضه
قدر الإمكان للإثارات النفسية ومساعدته على تطبيق العلاج اللازم.

بالإضافة على هذه الأعراض، هناك انعدام الرغبة في العمل، القلق والأرق، وإنحطاط
الذاكرة والدوار (الدوخة) والغثيان.

6- تشخيص مرض السكري :

يمكن تشخيص مرض السكري طبيا من خلال طريقتين :

6-1- قياس مستوى السكر في البول:

يظهر السكر في البول عادة إذا وصل تركيز سكر الدم إلى 180 ميلغرام/سم وذلك بعد
تناول 75غ من الجلوكوز بعد فترة صيام أو انقطاع عن الطعام لمدة تتراوح ما بين 10 أو
16 ساعة وتسمى هذه الطريقة تحمل الجلوكوز، وانه من الضروري إجراء فحص آخر
للبول للكشف عن تواجد الأجسام الكيتونية فيه، والتي تدل دلالة واضحة على وجود
السكري من النوع الأول أي السكري الحقني.

6-2- قياس مستوى السكر في الدم:

تعتمد هذه الطريقة على فحص تركيز مادة "الجليكوسيليت" في "الهيموجلوبين" الدم، والتي
تتشكل من اتحاد سكر الدم مع مادة "الهيموجلوبين"، وكلما زاد مستوى السكر في الدم
زادت كمية "الجليكوسيليت" "الهيموجلوبين" في الدم أيضا، وإذا زادت نسبتها عن 10% من
المعدل الطبيعي، يفضل إجراء فحص للبول للكشف عن وجود الأجسام الكيتونية التي

يعني ظهورها أن المريض قد وصل إلى مرحلة خطرة من السكري تستدعي المعالجة الفورية.

7- أنواع مرض السكري:

وهناك نوعين أساسيين من داء السكري :

7-1- داء السكري غير خاضع للأنسولين :

يحدث هذا الداء في العادة بعد سن البلوغ، إذ أن ثلثي الحالات تشخص في سن الأربعين ولهذا يسمى هذا النمط "بالنمط الكهلي" و من أعراضه:

- زيادة في الوزن العادي.

- مولود صغير يفوق وزنه حد 4 كلغ عند الولادة.

(Damiens Delloye, 1985, p35)

والآن سنتطرق بالتفصيل لداء السكري التابع للأنسولين لأنه موضوع بحثنا.

7-2- داء السكري الخاضع للأنسولين:

عندما لا ينتج الشخص أي أنسولين على الإطلاق تظهر الأعراض سريعا جدا بسبب فقدان السيطرة على غلوكوز الدم، ان للأنسولين دورا مهما جدا في المحافظة على الاستقرار في الجسم بمنع تحلل البروتينات الموجودة في العضلات والدهون، وعندما ينصب الأنسولين تراكم المنتجات الجانبية لتحلل الدهون والبروتينات في الدم، ويؤدي ذلك إلى إنتاج مواد تدعى "كيتونات"، وإذا لم يعمل شيء لوقف ذلك يرتفع المستوى حتى يسبب للشخص ما يدعى غيبوبة الحامض الكيتوني "Toaidotic" وهذه حالة أقل شيوعا بكثير حاليا، لأن داء السكري يشخص عادة قبل أن يتطور بفترة طويلة، ومع ذلك فعندما تحدث يحتاج المرضى إلى معالجة عاجلة في المستشفى باستعمال الأنسولين والسوائل في الوريد،

و هي ليست مماثلة للغيوبة التي يسببها نقص سكر الدم. (بيلوس، 2002، ص 11-12)

8- مضاعفات مرض السكري :

1- الاضطرابات العينية :

يخشى العديد من مرضى السكري فقدان البصر، ومن الصحيح أن يكون المصابون بالداء أكثر عرضة لفقدان جزء أو كل البصر بمعدل 25 مرة أكثر من الأشخاص السليمين، حيث يسبب تغيرات في العينين، فهو يؤثر مثلا على شكل و سطح العدسات، هذا قد يؤدي لحدوث النظر المشوش أو الغير سليم، والذي يعود عادة إلى وضعه الطبيعي مع مرور الوقت، قد تحدث الآفات غشاوة البصر وتضاعف البصر، في فترات تكون فيها مستويات سكر الدم متغيرة كثيرا أو أثناء الأسابيع الأولى من المعالجة، وفي الواقع فإن غشاوة أو تضاعف الرؤية تكون في العادة علامة مبكرة لداء السكري، كما أن البصر قد يكون ضعيفا أثناء هذه الفترات، وهذه الاضطرابات تتحسن في العادة بعد ذلك، لأن تغير مستويات سكر الدم قد تعسر اختبار البصر، كما أن النظارات يجب ألا تستعمل قبل ثبوت داء السكري.

ان "اعتلال شبكية السكري" هو حالة تكون فيها أوعية الشبكية الشعرية راشحة مما يؤدي لتأذي الشبكية، والشبكية هي النسيج المتواجد خلف العينين والذي بواسطته نستطيع الرؤية.

ان معظم مصابي داء السكري قد يعانون من اعتلال الشبكية لدرجة معينة، هذه التغيرات تحدث ببطئ شديد و قد لا تؤثر أبدا على البصر، يقترح بعض الخبراء أنه بالإمكان معالجة المراحل الأولى و ذلك بتنظيم أفضل لسكر الدم، كما يمكن أيضا معالجة المراحل المتقدمة، لهذا يقوم الطبيب بفحص عيني المصاب دوريا لاكتشاف أي علامة تدل على اعتلال الشبكية. (فارسورث ، 2002 ، ص 79-80)

2- إصابة الكليتان:

تعمل الكليتان بمثابة مرشحين للدم وإحدى مهماتهما التخلص من الماء الزائد والمنتجات الثانوية للغذاء اليومي، ان داء السكري قد يتلف هاذين المرشحتين وقد يتلفهما أيضا تراكم الجلوكوز في الأوعية الدموية الدقيقة التي تكونها من المواد التي تظهر في البول عندما تتلف المرشحتان للبروتين، ويظهر بروتين خاص اسمه ألبومين في البول في مرحلة مبكرة جدا من تلف كلية السكري. (بيلوس، 2002، ص 76)

على أية حال، فإن ظهور هذا العجز الكلوي قد يستغرق من 20 إلى 30 سنة و يشيع تلف الكلية بين مرضى النمط الأول أكثر من شيعوية مرضى النمط الثاني.

3- إصابة الأعصاب:

إن أي نوع من تلف الأعصاب يعرف طبيا بالاعتلال العصبي وتعتمد العواقب على أي نوع من الأنواع الثلاثة من الأعصاب هو المتضرر.

-أعصاب الحركة:

تحمل هذه الأعصاب الرسائل من الدماغ إلى العضلات وتحفزها على الانقباض وقد يؤدي تلف هذا النوع من الأعصاب المعروفة باعتلال أعصاب الحركة على فقدان نشاط العضلات الصغيرة في القدمين أو اليدين ونتيجة لذلك قد تصبح أصابع القدمين ضعيفة ومخلفية وتتجه نحو الأعلى.

- الأعصاب الحسية:

تكتشف هذه الأعصاب الألم واللمس والحرارة والأحاسيس الأخرى وتبعت رسائل إلى الدماغ، ويمكن أن يجعل اعتلال الأعصاب الحسية القدمين حساستين جدا وحتى مصابتين بالألم في البداية إلا أنهما في النهاية تفقدان الحس وتصبحان غير قادرتين على الشعور بأي إحساس بما في ذلك الألم.

- الأعصاب المستقلة:

هذه الأعصاب مسؤولة عن السيطرة على الوظائف البدنية المستقلة مثل نشاط الأمعاء والمثانة، ان إعتلال الأعصاب المستقلة غير شائع نسبيا وأكثر تأثيراته ازعاجا تصيب المثانة والأمعاء، فقد يؤدي إلى الإمساك أو الإسهال الذي يظهر ويتوقف.

وقد يعاني الشخص بين الحين والآخر من التقيؤ المستمر، وربما يعاني الرجال أيضا من هبوط قدرتهم الجنسية، إلا أن معظم هذه المشكلات يمكن أن تتحسن بتناول الأدوية (فارنسورث و آخرون، 2002، ص 79)

4 - إصابة القدمين:

يعتبر مرضى السكري أكثر عرضة من غيرهم للإصابة بالمضاعفات في القدمين أسفل الساقين، تعتبر القدمان أبعد أجزاء الجسم عن مضخة الدم (القلب) وعن علامات التحكم العصبية (الدماغ) وعندما يكبر الإنسان تزداد التروية الدموية في القدمين بسبب تصلب الشرايين، وبالتالي تصبح أديات القدمين أبطأ شفاءا، وإذا كان مريض داء السكري مصابا باعتلال الأعصاب فإن قدميه تصبحان أقل حساسية للألم أو للأذية كما قد لا يلاحظ حدوث الأذى أو الإنتان.

ان كلا من نقص التروية ونقص الحساسية وقابلية حدوث الإنتان، تشكل مجتمعه عنصرا خطيرا لدى مريض داء السكري، ويمكن تجنب هذه الاضطرابات بالوقاية من الأذيات والانتانات، ويفيد ضبط سكر الدم بذلك، إن الاعتناء بالقدمين هو أفضل الأشياء التي يفعلها المصاب لنفسه و لمرضه. (المرجع السابق، ص 82-83)

9 - الحمية :

يحتاج مريض السكري إلى حمية غذائية فيما يتعلق بنوعية الطعام، كميته ووقت تناوله، وتزداد أهمية تثبيت مواعيد تناول وجبات الطعام بالنسبة للنوع الأول الذي يصيب صغار

السن حيث يجب حقن الأنسولين قبل تناول الطعام بفترة قصيرة، وعليه أن يكون الغذاء متوازنا لأن تغيير نظام الأكل ليس سهلا عند المسنين والامتناع عن الأكل له أثر فيزيولوجي وبسيكولوجي خطير. (Permuter, et al, 2002, p98)

وعلى المريض أن يهتم بـ:

9-1- النظام الغذائي :

ان نوع النظام الذي ينبغي أن يتبعه المصاب بداء السكري هو أن يكثر من الأطعمة المفيدة وأن يقلل من الأطعمة غير الجيدة، و هذا ما يوصي به الخبراء للجميع سواء كانوا مصابين أو غير مصابين، ان الفرق الذي يمكن أن يحدثه الطعام في الصحة العامة جدير بالاهتمام عندما يكون الشخص مصابا بداء السكري، إذ بدونه لن يكون تناول الدواء فعالا كما يجب.

9-2- تناول الوجبات المنتظمة :

ان تناول الوجبات المنتظمة يسهل السيطرة على غلوكوز الدم، وقد يكون من الصعب تحقيقه في البداية لأولئك الأشخاص الذين يعملون بالمناوبة، وقد يتم توجيههم من طرف فريق داء السكري ويتم جدولة مواعيد تناول الطعام، وينبغي أساسا أن يهدف إلى تناول وجبة كبيرة أو وجبة خفيفة كل 3-4 ساعات، وقد تحتاج إلى وجبات إضافية أو وجبات خفيفة عندما تعمل ليلا. (بيلوس، 2002، ص 20)

9-3- السيطرة على الوزن :

ينصح من يشخص عندهم الداء حديثا بتخفيف وزنهم بعد أن تثبت الخطة الجديدة لطعامهم، سيجدون على الأرجح أنه يسهل المحافظة على وزن مستقر إلا أنه من المفيد

في الوقت نفسه إتباع بعض القواعد البسيطة، وأن وزنهم لن يقل إلا إذا تناولوا طعام أقل مما يحتاج إليه جسمهم لأداء نشاطاتهم اليومية. (المرجع السابق، ص 23)

10- علاج مرض السكري وأهدافه:

إن السكري مرض مزمن يصيب الفرد ويستمر معه طوال الحياة ومعنى هذا أنه يحتاج إلى استمرارية العلاج والمتابعة الطبية، فداء السكري ليس كغيره من الأمراض المعتادة فإنه لا يصيب عضواً أو جزءاً فقط من أعضاء الجسم وإنما يصيب ويؤثر تأثيراً سلبياً على كل أعضاء الجسم بداية من الجلد ونهاية بالعظم.. مروراً على كل الأنسجة والأجهزة من قلب وأوعية دموية وأعصاب وعضلات وكلية.. فمريض السكري إذن زائر لكل الأطباء حتى الطبيب النفسي. ومن هنا تأتي الأهمية الصحية لداء السكر.. فهو مرض ككل الأمراض والوقاية منه والعلاج المبكر له هما وقاية من مضاعفات كثيرة من أهمها فقدان النظر وجلطات القلب والأزمات القلبية والفشل الكلوي.. وكذلك حماية للأطراف والأصابع من الإصابة بالغرغرينا التي كثيراً ما تنتهي بالبتر وبالتالي فإنه ليس قضية صحية فقط بل أيضاً قضية اجتماعية تحتاج إلى مواجهة من الاجتماعيين والمهتمين بالسلوك الإنساني الاجتماعي. (قويسم عبد الحميد، ص162)

11- علاج مرض السكري:

11-1- علاج مرض السكري الخاضع للأنسولين:(DID)

بعد تشخيص المرض يفترض على المريض تغذية منتظمة في الحمية الخاصة بهذا الداء المنحصرة في تجنب أكل السكريات، إلا في حالة انخفاضه، والعلاج بالأنسولين مدى الحياة ومراقبة معدل نسبة السكر في الدم كل يوم بواسطة فحوصات بولية ودموية وتكون أربع مرات في اليوم يقوم بها المريض بنفسه.

11-2- علاج مرض السكري غير الخاضع للأنسولين (DNID):

يتطلب أيضا حماية خاصة، أي غذاء مراقب من مواد الكربوهيدرات والعلاج بواسطة الأقراص تعمل على خفض نسبة السكر في الدم، وذلك بالعمل على تنبيه خلايا الغدة البنكرياسية على الرفع من إفراز كمية الأنسولين. (موريس، 1993، ص ص 62- 70)

12- سيكولوجية مرضى السكري:

12-1- المعاش النفسي لمرضى السكري:

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

وتوصلت الدراسات الى أن الاستراتيجيات التي يمكن أن يستخدمها المريض المصاب بالمرض المزمن لا تختلف في جوهرها عن تلك التي تستخدم في التعامل مع الأحداث الضاغطة الأخرى، وأبرز ما يفرق بينهما هو أن المريض يذكر القليل من الاستراتيجيات النشطة أو الفاعلة والكثير من الاستراتيجيات السلبية.

ومرض السكري له دلائل خاصة على المرضى وعائلاتهم، فالمرض يمثل حالة طويلة الأمد كما أنه يحمل دلالات مهددة للحياة نفسها. ويعني المرض وعي الفرد وإدراكه للخطر الذي يكمن مصدره في خوف المصاب من حدوث الانخفاض الحاد لنسبة السكر في الدم، فقد أوضح "كوكس" وآخرون (Cox et al 1987) أن انخفاض جلوكوز الدم من الممكن أن يؤدي إلى أعراض غير محببة بالنسبة للمريض سواء من الناحية المعرفية أو السلوكية،

فانخفاض جلوكوز الدم يحتوى على أعراض فسيولوجية مثل الشعور بالجوع والإحساس بالتعب وصعوبة المشي وتعذر القيام بالحركات الدقيقة وبالتالي يكون المريض في خوف دائم من حدوث هذا الانخفاض وذلك قد يؤدي إما إلى إنكار هذه الأعراض أو الجهاد بنشاط ضد انخفاض نسبة السكر في الدم.

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

وفي دراسة بعنوان المشكلات النفسية عند أطفال مرضى السكري أوضح حسين (1987) أن دور العامل النفسي يتمثل في الإسراع بالإصابة بالمرض لدى الأطفال الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة ويحدد العامل النفسي أيضا قدرة المصاب على الاستجابة للعلاج عند بدء تشخيص المرض، فوجود عوامل نفسية يقلل من الاستجابة للعلاج ويطيل فترة بقاء المريض في المستشفى حتى يمكن التحكم في المرض والحد من خطورته ومضاعفاته.

ويكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئا لما تواتر واستقر في الأذهان عن مضاعفات المرض الضارة، خاصة إذا عاش مريض السكري خبرة المرض مع أحد أفراد أسرته سابقا. وتختلف ردود الفعل النفسية من مريض لآخر اختلافا كبيرا، وتتمثل في أن يكون الرفض والإنكار أو التمرد على العلاج الذي يعتبر جانبا مهما من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على نمط حياة المريض مما يجعله يرفض التحكم الكامل لمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه. وقد ينشأ خوف شديد من المرض وآثاره كرد فعل عند بعض

المرضى إذا تواصل لمدة طويلة فإنه يسبب للمريض حالة اكتئاب ويحول حياته إلى حياة منكشحة على نفسها. وأخيراً يلاحظ الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود المرض في أسرة واحدة حيث ينتاب المريض شعور بأن المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت في الماضي الأمر الذي يؤدي به إلى حالة من الإحباط.

ومن القيود المفروضة على مريض السكري والتي تمثل مواقف ضاغطة هي القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق تجاه الأطعمة والميل إلى المقاومة بسبب تناول مريض السكري نمطا نوعيا ومتكررا منها.

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

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

وتوصلت بعض الدراسات ومنها دراسة (Spector et al, 1993, Carroll et al, 1999, Talbot et al 1999) أنه بالإضافة إلى المشاكل الصحية والعصبية المسببة للألم وفقدان الإحساس يؤدي مرض السكري إلى صعوبات على مستوى الوظائف النفسية والاجتماعية مما يساهم في نشوء اضطرابات الأكل واختلال الوظائف الجنسية والشعور بالاكتئاب، كما تشير بعض الأبحاث (Halfard et al, 1990, Golder- 1990)

(Fredrick et al) إلى أن مرضى كلا الصنفين من السكري (النمط 1 والنمط 2) حساسون لآثار الضغوط النفسية التي تساهم في تطور المرض ويمكن أن تعجل من حدوث النمط الأول لدى الأفراد ذوي الاستعداد المرتفع للإصابة أو تزيد من معدل السكر بالدم بشكل غير طبيعي لدى تعرضهم للضغوط مما يؤدي إلى تطور المرض، وترتبط مستويات زيادة السكر بالدم بالعدائية والغضب والضغط المتكرر (Lahman et al, 1996, Surwit et Williams, 1994, Espesito et al, 1991) كما أن الضغوط بإمكانها أن تؤثر سلبا على السلوك الصحي والالتزام بالعلاج وعلى الحمية الغذائية. (نوار، 2014، ص ص 51- 54)

12-2- دور الأخصائي النفسي في التكفل بمرضى السكري :

توضح الخبرة النفسية مع الأمراض المزمنة - ومن بينها مرض السكري - أن المرضى لا يطالبون بالفحص النفسي ذلك بسبب جهل المريض بوجود دور للأخصائي النفسي في المصلحة الاستشفائية، أو لأنه يهتم بشكل كبير وأساسي بتلقي العلاجات الطبية التي تمنعه من التفكير في تلقي المساعدة النفسية، أو عدم وعيه بوجود معاناة سيكولوجية إلى جانب معاناته العضوية، لذلك يعمل الأخصائي على التدخل لعرض خدماته والتكفل بالمرضى.

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

من بين التطورات المهمة في خدمات الرعاية التي يقدمها المستشفى زيادة مساهمة المختصين النفسيين في رعاية المرضى والتكفل بهم، وقد لوحظ في الجزائر ارتفاع عدد المختصين النفسيين الذين يعملون في مختلف المصالح الاستشفائية خلال

السنوات العشرة الأخيرة، كما اتسعت الأدوار التي يقومون بها، فهم يساهمون في تشخيص المرضى وخاصة من خلال استخدام اختبارات الشخصية والقدرة العقلية والعصبية وبتقدير المستوى الوظيفي العام للمرضى وما لديهم من جوانب قوة وضعف يمكن أن تساعد في تشكيل الأساس للتدخل العلاجي.

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

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

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

ويتدخل الأخصائي النفسي كذلك لمساعدة الفريق المعالج (خاصة الطبيب المعالج) على فهم أكثر للمريض وللمعني الذي يمثله المرض بالنسبة له (كأن يحمل المريض مثلاً فكرة أن المرض ثابت ودوري وأن العلاج الدوائي أو الأنسولين لا يساعد في تحسين حالته). كما أنه من المهم جداً أن يبصر الأخصائي النفسي الفريق الطبي بأهمية عدم اعتبار المريض فرداً مصاباً يحتاج إلى مساعدة بل التعامل معه بإنسانية حتى يصل به إلى تكيف أفضل مع المرض.

وعموماً يعمل الأخصائي النفسي على تحسين إجراءات التدخل التي تعزز قدرة المريض على التحكم التي يمكن أن يكون لها أثر مميز في إكساب المريض القدرة على التكيف، مع التطور في نظام الرعاية الصحية عبر العقود القادمة يتوقع أن يستمر الدور الذي يقوم به الأخصائي النفسي في المستشفى بالتحسن.

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

إن الدلائل حول أهمية الضبط السيكولوجي يجب ألا تعامل على أنها دواء سحري لجميع الحالات المرضية والمزعجة، فالأفراد الذين يمتلكون رغبة قوية لممارسة الضبط هم الذين يمكن أن يستفيدوا بشكل خاص من إجراءات التدخل التي تستند إلى تعزيزه، ولكن يمكن تجنب الضبط إذا أدى إلى فرض مسؤوليات إضافية تزيد عن قدرة استيعاب الفرد المعلوماتية أو قدرة تحمله، فذلك قد يكون مصدر إضافي للضغط ويؤدي إلى تفاقم التوتر والمعاناة المتعلقة بالإجراءات الطبية، وأثبتت الدراسات أيضاً (Mills et 1979,

KrantzSchultheis et al, 1987, Thompson et al, 1988, Burger, (1989, Law et al, 1994) أن العلاج النفسي والدعم المعنوي للمرضى وإتباع أساليب العلاج المناسبة لكل مريض تبعاً لشخصيته وحالته ودرجة مرضه والمقابلة النفسية مع المرضى بشأن المرض والمشاكل المرافقة له قد أدت إلى تحسن الوضع النفسي الذاتي وتحسين الحالة الجسدية للمريض أيضاً. ويعمل الأخصائي النفسي على إتباع كافة أساليب العلاج النفسي المتوفرة من تمارين الاسترخاء العضلي والعصبي.

وينصح الأخصائيون أنه لا يتعين بالضرورة إتباع أساليب العلاج النفسي الطويلة المدى بل من الأحسن استخدام الأساليب المتعلقة بحل مشاكل سريعة أو مستجدة تصيب كل مريض على حدة. (نوار، 2014، ص 66-68)

خلاصة:

يعتبر مرض السكري من أخطر الأمراض المزمنة تهديدا على حياة الانسان اذا لم يتلق الرعاية والعناية الطبية والنفسية اللازمة ، لذلك يجب أن ينال المريض تكفلا طبيا ونفسيا كافيا وحرصا على الانتظام في العلاج حتى يتسنى له السيطرة على نسبة السكر في الدم لتجنب حدوث مضاعفات صحية خطيرة على المدى البعيد وذلك باتباع نظام غذائي صحي مناسب و ممارسة الأنشطة الرياضية على سبيل المثال.

ويهدف العلاج بالأنسولين على ضبط داء السكري وجع الانسان يعيش حياة مشابه لحياة الشخص السليم وهذا ما يشعروهم بتحسن عند اتباع الحمية لكن رغم ذلك لا يمكن اعتباره علاجا شافيا للداء كونه مازال حاليا يعتبر من الأمراض المزمنة رغم الجهود المبذولة من طرف العلماء.

الجانب التطبيقي

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

الفصل الخامس: الإجراءات المنهجية للدراسة

-تمهيد

1-منهج الدراسة

2-مجتمع الدراسة

3-عينة الدراسة

4-أساليب جمع البيانات

5-مقياس الدراسة

6-المعالجة والأساليب الإحصائية

7-مكان وزمان اجراء البحث

-خلاصة

تمهيد:

أصاب "ديوي" حين قال: بأن البحث العلمي موجود لوجود مشكلة و أن الوضع غير محدد في بداية الأمر حيث تكون فيه الأفكار الغامضة، ويشير "ديوي" بعد ذلك إلى أنه لا يمكن حل المشكلة إلا بعد أن يستشعر المفكر هذه الحيرة و يطرح هذه التساؤلات، ويضع تلك الفرضيات.

ويضيف أنه إذا أثبت الاختبار صحة فرضية صارت نظرية أو قانونا، وإذا لم يثبت تخلى عنها إلى فرضية جديدة تؤيدها الاختبارات وتدعمها الوقائع المجردة، والبحث العلمي يعتمد على منهج، فالعلم لا يكون علما بقدر ما تكون طريقته عملية ومنهجية بغية الوصول إلى تعميم النتائج المتحصل عليها أي قلب الفرضية التي تثبت صحتها إلى قانون أو حقيقة عامة. (عاقل، 1982 ، ص 49-52)

و لا ننسى أن نشير إلى أن قيمة الحقيقية العلمية لا تنبع من مدى قدرتنا على الوصول إلى إجابات صحيحة (في نهاية البحث والتقصي) وإنما تقوم على مدى تمكننا من طرح التساؤلات بطريقة صحيحة ومعالجتها بأدوات مناسبة لتكون النتائج بعد ذلك مقبولة وذات مصداقية.

يتناول هذا الفصل وصفا مفصلا للإجراءات المنهجية المتبعة في تنفيذ الدراسة، حيث كان لازما إتباع منهج معين والاعتماد على طرق محددة لجمع المعطيات اللازمة ومباشرة تنظيمها وتحليلها وبعد ذلك تفسيرها للخروج بنتائج.

1- منهج و مجتمع الدراسة :

1- منهج الدراسة:

إن طبيعة الموضوع هي التي تحدد لنا المنهج الذي يجب على الباحث تطبيقه وإتباعه، ومن خلال هذا المنطلق نرى بأن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي التحليلي، وقد تم اختياره دون غيره لأنه يتناسب مع موضوع الدراسة وكذلك من أجل وصف وتحليل واقع مقياس مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين للوصول إلى استنتاجات تساهم في تطوير الواقع وتحسينه وعليه تم الاعتماد على نوعين من أنواع البحث الوصفي و هما:

- أسلوب البحث الوصفي المسحي: هدفه هو تحديد مصدر الضبط الصحي السائد من جهة ومستوى استراتيجيات المواجهة لدى المرضى من جهة أخرى.

- أسلوب البحث الوصفي الارتباطي: هدفه هو تحديد مدى تأثير مقياس مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين وتوضيح طبيعة العلاقة بينهما.

2-مجتمع الدراسة:

لإجراء أي دراسة ميدانية إحصائية لا بد من تحديد مجتمع وعينة الدراسة كأول خطوة لتحديد اتجاه هذه الأخيرة، وهو ما سنتطرق له في هذا الفرع كما يلي:

يعرف مجتمع الدراسة بأنه: «مجموعة محددة من الأشخاص أو المؤسسات أو الأسواق التجارية أو الطلاب أو غيرها التي لها بعض الخصائص المشتركة» (شفيق، 2015)، يتمثل مجتمع الدراسة في مجموعة من المرضى بالسكري على اختلاف مستوياتهم الدراسي و الحالة الاجتماعية لهم، يعاني هؤلاء المرضى من مرض السكري المزمن الخاضع للأنسولين مع العلم أن هناك اختلاف في مدة المرض ما بينهم.

3- عينة الدراسة:

في حين العينة هي: «مجموعة مصغرة و جزئية يعتمد عليها لتجميع البيانات» (عادل، وآخرون، 2009). فيما يخص عينة الدراسة فقد تم اختيار العينة وتم توزيع 40 قائمة استبيان وتم استرجاع 30 منها، كما يوضح الجدول التالي:

توزيع عينة الدراسة

جدول رقم (12): حجم عينة البحث:

عدد الاستبيانات	التوزيع	المسترجعة	الباقى
المجموع	40	30	10
النسب	100	75	25

وقد تم اختيار أفراد العينة بشكل عشوائي، وتوزيع قوائم الاستبيان بشكل شخصي مع تقديم بعض الإيضاحات في بعض الأحيان عن هدف الدراسة وطريقة الاجابة.

- خصائص العينة: فيما يلي نقدم جدول (13) يوضح النسب المئوية للجنسين من أفراد العينة :

جدول رقم (13): النسب المئوية للجنسين من أفراد العينة :

الجنس	العدد	النسب المئوية%
ذكور	16	53.3%
إناث	14	46.7%
المجموع	30	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (13) أن عدد الذكور يبلغ 16 بنسبة 53.3% من حجم العينة المختارة في حين بلغ عدد الإناث 14 بنسبة 46.7% من إجمالي العينة.

الجدول رقم (14): توزيع أفراد العينة حسب السن.

السن	العدد	النسب المئوية%
اقل من 20 سنة	5	16.7%
من 20 الى 30 سنة	22	73.3%
اكبر من 30 سنة	3	10%
المجموع	30	100%

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (14) توزيع أفراد حسب العينة حيث نسجل في فئتي (من 20 سنة إلى 30 سنة) 22 فرد بنسبة 73.3% وهي أعلى نسبة، بينما سجلنا 5 افراد في فئتي من (اقل من 20 سنة) بنسبة 16.7% من إجمالي العينة، في الاخير ما نسبته 10% تتدرج في فئة (اكبر من 30 سنة).

الجدول رقم (15): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الاجتماعية.

الحالة الاجتماعية	العدد	النسب المئوية%
اعزب	17	56.7%
متزوج	13	43.3%
المجموع	30	100%

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أن عدد حالة اعزب يبلغ 17 بنسبة 56.7% من حجم العينة المختارة في حين بلغ عدد المتزوجين 13 بنسبة 43.3% من إجمالي العينة.

الجدول رقم (16): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي.

النسب المئوية%	العدد	المستوى التعليمي
10%	3	متوسط
20%	6	ثانوي
70%	21	جامعي
100%	30	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (16) توزيع أفراد حسب المستوى التعليمي أن أغلبية أفراد العينة هم من حملة مستوى جامعي 70% من إجمالي العينة المدروسة، ونسبة 20% من الافراد الذين يحملون مستوى ثانوي، في حين أنالأفراد الذين يحملون مستوى متوسط فكانت نسبتهم قليلة أي بنسبة 10% من أفراد العينة المدروسة.

4-أساليب جمع البيانات:

تعتبر عملية جمع البيانات من أهم الخطوات التي يقوم بها الباحث لدراسة ظاهرة معينة، وتعد من المراحل الأولى من مراحل إعداد البحوث، حيث يقوم الباحث فيها بجمع البيانات المتعلقة ببحثه. اعتمدت الدراسة على مجموعة من الأساليب والأدوات لجمع البيانات مجتمعة في:

4-1- الاستبيان:

الاستبيان هو «أداة لفظية بسيطة الهدف منها معرفة اتجاه المستجوبين نحو موضوع معين». (القاضي، 2014) وهو الأداة الأكثر استخداما في البحوث العلمية ويعتبر وسيلة لجمع البيانات من خلال احتوائها على مجموعة من الأسئلة والعبارات، كما يعتبر أنسب الأدوات استعمالا في دراسة العينات الكبيرة والمتوسطة.

وتعرف استمارة الاستبيان على أنها نموذج يضم مجموعة من الأسئلة توجه للأفراد من أجل الحصول على معلومات حول موضوع أو مشكلة البحث، ويتم توزيع الاستبيان إما عن طريق البريد أو المقابلة الشخصية (احمد، وآخرون، 2012).

وقد تم إعداد الأسئلة انطلاقاً من مشكلة البحث والفرضيات المتعلقة بها بالإضافة إلى الجانب النظري، أيضاً من خلال الاطلاع على مجموعة من الأبحاث والدراسات السابقة المتعلقة بالموضوع أو مواضيع قريبة منه. وقد قسم الاستبيان إلى قسمين كالآتي:

أولاً: القسم الأول : ويضم هذا القسم أربعة أسئلة حول بيانات الشخصية وهي الجنس، السن، المستوى التعليمي، الحالة الاجتماعية.

ثانياً. القسم الثاني : ويتضمن محورين أساسيين:

- **المحور الأول :** يعبر على مقياس الضبط الصحي وهو بدوره يشمل 10 عبارات.
- **المحور الثاني:** يعبر على استراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين وهو بدوره يشمل 10 عبارات.

5-مقياس الدراسة:

اعتمدت الدراسة على مقياسين هما:

- 1-مقياس مصدر الضبط الصحي متعدد الأبعاد لـ"والستون" وآخرون (Wallston& al) والذي كیفه وقتنه على البيئة الجزائرية جبالي نور الدين (2007).
- 2-مقياس استراتيجيات المواجهة ل فورانسكوسون (Florence Cousson1996) والمترجم والمعد للعربية من قبل الباحثة عزوز أسمهان.

5-1- مقياس مصدر الضبط الصحي:

لقد صمم المقياس كلا من "باربارا" و"كينيث والستون" (1974.1978) حيث قاما بإعداد هذه الأداة لقياس معتقدات الأفراد حول مصدر صحتهم ويعرف المقياس باسم (Multidimensionnel health locus of control) وهو من أهم المقاييس التوعوية المتعلقة بالضبط والتي استخدمت في علم النفس الصحة. وكيفه وأعدده للعربية والبيئة الجزائرية (جبالي نور الدين، 2007) وهو يقيس ثلاثة أبعاد تتمثل في:

البعد الداخلي: العبارات الخاصة به: 1،6،8.

بعد ذوي النفوذ: العبارات الخاصة به: 3،5،7،10.

بعد الحظ: العبارات الخاصة به: 2،4،9.

وتتم الإجابة على البنود، وفقا لمقياس ليكرت الخماسي كما هو موضح في الجدول حيث تعطي الدرجة (5) لموافق تماما والدرجة (1) لغير موافق تماما في ما يلي:

الجدول (17): مقياس ليكرت الخماسي

التقييم	موافق تماما	موافق	غير متأكد	غير موافق	غير موافق تماما
الدرجة	5	4	3	2	1

المصدر: من إعداد الطالب.

- صدق وثبات أداة الدراسة:

يعتبر صدق أداة الاستبيان مهم جدا في أي دراسة يجب القيام بها ويعرف بأنه «قدرة أداة القياس على قياس ما هو مطلوب قياسه» (عادل، وآخرون، 2009).

ويعتبر ألفا كرومباخ من أهم المقاييس و الطرق التي يمكن قياس بها ثبات أداة القياس و يقصد بثبات أداة القياس «أن يعطي النتائج نفسها إذا أعيد تطبيق الاستبانة على نفس العينة في نفس الظروف» (جاسم محمد، وآخرون، 2016).

ومن أجل التحقق من ثبات أداة الدراسة استخدمنا معادلة ألفا كرومباخ لحساب الثبات حيث تعتبر القيمة ($\text{Alpha} \geq 0,60$) مقبولة تطبيقيا في العلوم الإنسانية والجدول رقم (18) يوضح لنا معامل ثبات الاتساق الداخلي:

الجدول رقم (18): معامل الثبات (ألفا كرومباخ)

عدد الأسئلة	قيمة الفا كرومباخ
20	0.904

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22). من خلال الجدول رقم (18) يتضح أن قيمة ألفا كرومباخ جيدة لكل الأبعاد، حيث قدرت قيمتها ب0.904، وكون هذه القيمة أعلى من القيمة التي تقبل عندها درجة الاعتمادية، فإن قيمة معامل الثبات جيدة ومقبولة وبذلك يكون قد تم التأكد من صلاحية استخدام هذا الاستبيان في هذه الدراسة.

لمعرفة مدى صلاحية الاختبار الذي تم الاستعانة به، قمت بالاعتماد على بعض الخصائص السيكومترية (الصدق. الثبات).

- **حساب صدق المقياس:** قام الباحث بحساب صدق المقياس على عينة استطلاعية تكونت من 30 فردا بطريقتين: صدق التكوين و الصدق التمييزي.

- **صدق التكوين:** وتم حسابه من خلال حساب معامل الارتباط بين كل بند و المقياس الفرعي الذي ينتمي إليه، و الجداول التالية توضح معاملات الارتباط المحسوبة.

جدول رقم (19): معاملات الارتباط بين بنود بعد الضبط الداخلي والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض	0.46	0.01
أعتقد أنني متحكم في صحتي	0.56	0.01
لا ألوم إلا نفسي عند إصابتي بالمرض	0.56	0.01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

نلاحظ من خلال الجدول أن كل معاملات الارتباط دالة عند مستوى دلالة 0.01 وقد تراوحت قيمتها بين 0.46 و 0.56

جدول رقم (20): معاملات الارتباط بين بنود بعد ضبط الحظ والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
إذا قدر لي أن امرض فإنني لا أستطيع فعل شيء لتفاديه	0.71	0.01
أغلب ما يؤثر على صحتي يعود إلى الصدفة	0.46	0.01
يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض	0.71	0.01

جدول رقم (21): معاملات الارتباط بين بنود بعد ذوى نفوذ الآخرين والدرجة الكلية للبعد

البنود	معامل الارتباط مع الدرجة الكلية للبعد	الدلالة
المداومة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتفادي المرض	0.56	0.01
عند شعوري بوعكة صحية أزور فورا طبيبا مختصا	0.71	0.01
لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض أو بقاني سليما	0.71	0.01
يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي	0.46	0.01

مما سبق يتبين أن المقياس يتمتع بصدق تكوين مرتفع يمكن الوثوق به. - **الصدق التمييزي:** بعد ترتيب درجات الأفراد على كل تصاعديا، تم اختيار مجموعتين على طرفي المنحنى ويمثلان 27% لكل مجموعة. وتم بعدها حساب الفروق بين متوسطات المجموعتين العليا و الدنيا كما هو موضح في الجداول التالية:

جدول رقم (22): قيمة ت في بعد الضبط الداخلي

المحتوى	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
الضبط الداخلي	10.50	2.51	22.86	0.01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22). يتضح من خلال الجدول أن قيمة ت 22.86 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01.

جدول رقم (23): قيمة ت على بعد نفوذ الآخرين

المحتوى	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
ذوي النفوذ	13.23	3.11	23.27	0.01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

يتضح من خلال ان ت بلغت قيمة 23.27 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01

جدول رقم (24): قيمة ت على بعد الحظ

الفئة	المتوسط	الانحراف	قيمة ت	الدلالة
بعد الحظ	9.76	2.73	19.53	0.01

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

يتضح من خلال الجدول ان قيمة ت بلغت 19.53 وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 من خلال ما سبق يتضح أن المقياس يتمتع بالصدق التمييزي بأبعاده الثلاث، وتمتعه بقابلية التمييز بين المجموعتين المتناقضتين.

5-2- مقياس استراتيجيات المواجهة:

وضع "لازاروس" و"فولكمان" سنة 1980 مقياس استراتيجيات الذي تم تطويره عدة مرات من قبل مصمميها، يحتوي على 67 بنداً، تعمل على تقرير سلوكيات وأفكار الأفراد المستخدمة أمام الضغط الذي يواجهونه في الحياة اليومية.

ولقد تم تعديل هذا المقياس من قبل "فيتاليانو Vitaliano" سنة 1985 حيث قام بتقليص عدد البنود ليصبح 42 بنداً.

تم تكييف هذا المقياس إلى اللغة الفرنسية من قبل "كوسون" وآخرون *cousson et al* سنة 1996 حيث عرضوا النسخة التي تحتوي 42 بنداً على 468 فرداً فرنسياً راشداً. وقد سمح لهم هذا بإبراز ثلاثة عوامل هي:

المواجهة المتمركزة حول المشكل، وتشمل 4 بنود هي : 1-4-7-10 .

المواجهة المتمركزة حول الانفعال، وتشمل 3 بنود هي : 2-5-8.

المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي، وتشمل 3 بنود هي : 3-6-9.

كيفية الإجابة على هذا المقياس تكون حسب سلم ليكارت الخماسي.

ولقد تم استعمال هذا المقياس بدل المقاييس الأخرى لعدد من الأسباب منها، كونه يحتوي على عدد بنود أقل (29 بند) ولتسهيل عملية الإجابة وتفاذي تعرض المريض للملل منطول المقياس وتشعبه وأيضاً السماح للطالب بربح الوقت سواء في عرض المقياس أو تصحيحه حاولنا التقليل من عدد البنود الى (10 بنود)، مع الإشارة إلى ضرورة تعديل صياغة بعض البنود، وبعد التعديل الذي أجري على المقياس تم حساب صدقه وثباته وكانت النتائج المتحصل عليها كالتالي:

الخصائص السيكومترية للأداة:

-الصدق: اعتمدت في حساب صدق المقياس على طريقة الاتساق الداخلي وذلك بحساب معامل الارتباط بيرسون بين كل بعد وبنوده والجداول التالية توضح قيم معاملات الارتباط بين كل بعد من أبعاد المقياس وبنوده.

الجدول رقم (25) : قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الأول (المواجهة المتمركزة حول المشكل) وبنوده

البند	البند 1	البند 4	البند 7	البند 10
قيمة معامل الارتباط	**	**	**	**
	0.70	0.74	0.71	0.75

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

العلامة (*) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.05

العلامة (**) تدل على وجود دلالة عند مستوى 0.01

من خلال الجدول نلاحظ أن كل قيم معاملات الارتباط بين بعد المواجهة المتمركزة حول المشكل وبنوده دالة عند مستوى الدلالة 0.01 .

هذا يعني أن عدد البنود الدالة هو 4/4 من المجموع الكلي للبنود التي تمثل هذا البعد، وهذا ما يشير إلى وجود اتساق داخلي.

الجدول رقم (26): قيم معامل الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الثاني (المواجهة المتمركزة حول الانفعال) وبنوده

البند	البند 2	البند 5	البند 8
قيمة معامل الارتباط	**	**	**
	0.74	0.7	0.75

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

يتضح من الجدول أن كل قيم معامل الارتباط بين بعد المواجهة المتمركزة حول الانفعال دالة، فقد كان عدد البنود الدالة عند مستوى الدلالة 0.01 .

أي أن عدد البنود الدالة 3 على 3 من المجموع الكلي للبنود، ما يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي.

الجدول رقم (27): قيم الارتباط لكارل بيرسون بين البعد الثالث (المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي) وبنوده.

البند	البند 3	البند 6	البند 9
قيمة معامل الارتباط	**	**	**
	0.26	0.51	0.70

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

يتبين من الجدول أن عدد قيم معامل الارتباط بين بعد المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي وبنوده الدالة عند مستوى الدالة 0.01 هو 1 ، بينما كانت قيمة معامل الارتباط للبند رقم (3) و (6) غير دالة، أي أن عدد البنود الدالة هو 3/1 من المجموع الكلي للبنود الممثلة لهذا البعد، وهذا يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي.

يتضح من الجداول السابقة الممثلة لمعاملات الارتباط بين أبعاد المواجهة والبنود الممثلة لكل بعد، وهذا يدل على وجود نوع من الاتساق الداخلي للمقياس، ما يشير بدوره إلى تمتع المقياس بدرجة من الصدق يمكن الاعتماد عليها في هذه الدراسة.

الثبات: اعتمد في حساب ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة على:

تطبيق معادلة كرومباخ.

-معادلة كرومباخ:

بعد تطبيق معادلة a كرومباخ، تحصلت الطالب على النتائج التالية الموضحة في الجدول

الجدول رقم (28): قيم a كرومباخ لكل بعد من أبعاد المواجهة

أبعاد المواجهة	المواجهة المتمركزة حول المشكل	المواجهة المتمركزة حول الانفعال	المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي
قيمة كرومباخ	0.45	0.27	0.97

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

من خلال النتائج المتحصل عليها سابقا بواسطة تطبيق معادلة كرومباخ يتبين لنا ان كل قيم الارتباط هي قيم مقبولة وتدل على تمتع المقياس بالثبات الذي يسمح لنا باستعماله في هذه الدراسة.

6- المعالجة والأساليب الإحصائية:

تمثلت المعالجات الإحصائية المستخدمة في الدراسة في :

- برنامج (SPSS) البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية: وقد تم اختياره باعتباره برنامج يساعد على إدخال و معالجة المعلومات بأسلوب دقيق وجيد وكذلك يساعد على اختصار الكثير من الجهد و الوقت.

- المتوسط الحسابي: لتحديد متوسطات درجات أفراد العينة مصدر الضبط الصحي وإستراتيجيات المواجهة.

- معامل الارتباط "كارل بيرسون": لحساب صدق المقاييس.

- النسب المئوية.

- معادلة الفا كرومباخ.

- معادلة جوتمان: وذلك لحساب ثبات المقاييس.

7- مكان وزمان اجراء البحث:

تم اجراء البحث بالمركز الاستشفائي ببلدية عمر التابعة لولاية البويرة، الذي يوجد به مكتب طبية عامة، مكتب الاخصائية النفسانية، مكتب طبية أسنان، مكتب تحليل الدم، مكتب رئيس المركز، مكتب رعاية الأطفال، قاعة للأشعة، مكتب لاستقبال المرضى وأماكن مخصصة للانتظار.

وكانت فترة اجراء البحث خلال الفترة الممتدة بين شهري جويلية و أوت.

خلاصة:

لقد خصص هذا الفصل لتوضيح المنهج المتبع لتحقيق الدراسات، و كذلك تم تقديم كل من ميدان الدراسة و العينة بمختلف خصائصها، بالإضافة إلى التعريف بأدوات الدراسة و تقديم خصائصها السيكومترية لنختم بعرض لمختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة في حساب ومعالجة المعطيات الكمية.

الفصل السادس: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج الدراسة

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

4- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة

5- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الأولى

6- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الثانية

أولاً: عرض وتحليل نتائج الدراسة:

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية على أنه: وُجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

الجدول رقم (29) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة.

العينة	القيمة (t)	درجة الحرية	معامل الارتباط	معامل التحديد	مستوى الدلالة	الدلالة الإحصائية
30	21.45	28	0.94	0.97	0.00	دالة إحصائية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).

يظهر الجدول أعلاه أهم النتائج التي نبحت عنها، والمتمثلة في العلاقة بين المتغيرين مصادر الضبط الصحي واستخدام استراتيجيات المواجهة، حيث يتبين من نتائج هذا الجدول وجود ارتباط بين المتغيرين بقيمة قدرت ب (21.45)، وهو ارتباط دال إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.05، وعليه نقول أن الفرضية تتحقق وبالتالي نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية البحثية التي تنص على وجود علاقة دالة إحصائية بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية على أنه: نتوقع وجود مصدر ضبط صحي داخلي سائد لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

الجدول رقم (30) يوضح نتائج الإحصاء الوصفي لمصدر الضبط الصحي

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	المجموع	أعلى قيمة	أقل قيمة	القيم الإحصائية و الأبعاد
2.51	10.50	315	15	6	بعد المصدر الداخلي
3.11	13.23	397	20	6	بعد المصدر الخارجي ذو النفوذ
2.73	9.76	293	15	4	بعد المصدر الخارجي للحظ

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).
 من خلال الجدول نلاحظ أن درجات أفراد العينة قد انحصرت بين (6) كأدنى درجة و (15) كأعلى درجة فيما يخص البعد الأول وهو بعد المصدر الداخلي، حيث بلغ المتوسط الحسابي (10.50) بانحراف معياري مقداره (2.51)، في حين انحصرت درجاتهم بين (6) كأدنى درجة و (20) كأعلى درجة في البعد الثاني وهو بعد المصدر الخارجي ذو النفوذ، وقد بلغ المتوسط الحسابي له (13.23) بانحراف معياري مقداره (3.11)، أما فيما يخص البعد الثالث وهو بعد المصدر الخارجي للحظ فقد انحصرت درجات أفراد العينة بين (4) كأدنى درجة و (15) كأعلى درجة، وبلغ المتوسط الحسابي له (9.76) بانحراف معياري مقداره (2.73)، وبمقارنة نتائج الأبعاد الثلاثة فيما بينها نجد أن قيم بعد المصدر الداخلي للضبط الصحي أعلى من البعدين الآخرين وهذا يتفق مع الفرضية البحثية التي تنص على وجود ضبط صحي داخلي لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، وعليه نقول أن الفرضية تحققت وبالتالي نقبلها.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

تنص الفرضية على أنه: نتوقع غالباً استخدام استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

الجدول رقم (31) يوضح نتائج الإحصاء الوصفي لاستخدام استراتيجيات المواجهة

القيم الإحصائية و الأبعاد	أقل قيمة	أعلى قيمة	المجموع	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
الأبعاد المركزة على الانفعال	6	20	394	13.13	3.66
الأبعاد المركزة على المساندة الاجتماعية	4	15	290	9.67	02.96
الأبعاد المركزة على المشكل	5	15	318	10.60	2.96

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج SPSS الإحصائي (V.22).
من خلال الجدول نلاحظ أن درجات أفراد العينة قد انحصرت بين (6) كأدنى درجة و (20) كأعلى درجة فيما يخص البعد الأول وهو بعد الاستراتيجيات المركزة على الانفعال، حيث بلغ المتوسط الحسابي (13.13) بانحراف معياري مقداره (03.66)، في حين انحصرت درجاتهم بين (4) كادنى درجة و(15) كأعلى درجة في البعد الثاني وهو بعد الاستراتيجيات المركزة على المساندة الاجتماعية، وقد بلغ المتوسط الحسابي له (09.67) بانحراف معياري مقداره (02.96)، أما فيما يخص البعد الثالث وهو بعد الاستراتيجيات المركزة على المشكل فقد انحصرت درجات أفراد العينة بين (5) كادنى درجة و(15) كأعلى درجة، وبلغ المتوسط الحسابي له (10.60) بانحراف معياري مقداره (2.96)، وبمقارنة نتائج الأبعاد الثلاثة فيما بينها نجد أن قيم بعد الاستراتيجيات المركزة على الانفعال أعلى من البعدين الآخرين وهذا لا يتفق مع الفرضية البحثية التي تنص على

استخدام الاستراتيجيات المركزة على المشكل لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، وعليه نقول أن الفرضية لم تتحقق وبالتالي نرفضها ونقبل الفرضية البديلة التي تنص على استخدام الاستراتيجيات المركزة على الانفعال لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

4-مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

والتي تنص على انه توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة احصائية بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

وبعد عرض النتائج اتضح انه توجد علاقة، فقط بلغ قيمة الارتباط (94%) وهي قيمة دالة، وبناءا على هذه النتيجة ونتائج الدراسات السابقة فإننا نلاحظ وجود تطابق حيث اشارت نتائج دراسة "هالنتهوف" (2000)، دراسة "لينا" و"سانيتا" (2000)، ودراسة "داركس" وآخرون (2005) الى انه توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل. (مرزافة، 2008، ص 131).

في حين عدم تطابق نتيجة الدراسة مع ماتوصلت اليه دراسة " تومي" وآخرون (1995) الى أنه لا توجد علاقة بين مصدر الضبط الصحي الداخلي واستراتيجيات المواجهة المتمركزة حول المشكل. (مرزافة، 2008، ص 132).

5-مناقشة وتفسير الفرضية الاولى:

توصلت نتائج الفرضية الاولى الى هيمنت مصدر الضبط الصحي الداخلي لدى المرضى السكري الخاضعين للأنسولين وتتفق نتيجة هذه الدراسة مع دراسة "valk" و" vink " (1996) حيث كان هدفها دراسة العلاقة بين جودة الحياة ومصدر الضبط الصحي لدى عينة من مرضى سرطان الرئة، وأسفرت نتائجها على سيادة مصدر الضبط الصحي الداخلي.

وكذلك نجد دراسة "جبالي نور الدين" (2007) التي كانت تهدف الى الكشف عن النمط السائد لدى عينة من الجزائريين في ابعاد مصدر الضبط الصحي ومعرفة العلاقة بين الاضطراب السيكوسوماتي ومصدر الضبط الصحي الداخلي. (احمان، 2012، ص:222)

بينما تختلف نتيجة هذه الدراسة مع دراسة "arrarras" (2002) والتي بينت ان مرضى السرطان اكثر ميل للضبط الخارجي، وكذلك دراسة "جيلبيراند" (2001) التي توصلت الى ان مرضى السكري يتمتعون بمصدر ضبط صحي خارجي لاعتمادهم على الاطباء. (مرازفة، 2008، ص:128)

كما نذكر هنا دراسة ل"درويش" (2000) التي تؤكد على ارتباط مصدر الضبط الصحي الداخلي بالقيم الاسلامية، فالتنشئة الاسلامية في مجتمعنا تلعب دورا رئيسيا في ترسيخ الضبط الداخلي لدى افرادها اين يصبح اعتقاد الفرد بذوي النفوذ والحظ ضعيف أمام القدرة الالهية والقضاء والقدر. (جبالي نور الدين، 2007، ص:64)

6- مناقشة وتفسير الفرضية الثانية:

التي تنص على : نتوقع غالبا استخدام استراتيجيات مواجهة مركزة على المشكل لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

حيث بينت النتائج ارتفاع درجات افراد العينة في استراتيجية المواجهة المركزة على الانفعال وذلك بمتوسط حسابي قيمته (13.13) وهو ما يشير الى عدم تحقق الفرضية الثانية.

وتختلف هذه النتيجة عن نتائج الدراسات السابقة مثل دراسة "مرازفة" (2008)، والتي توصلت الى هيمنة استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكل ودراسة "لورا جولدستان" (2008) والتي بينت سيادة المواجهة المركزة على المساندة الاجتماعية، كما نجد دراسة "ايمان النزلي" (2011) والتي هدفت للكشف عن الضغوط التي يواجهها مرضى

الغسيل الكلوي الاردنيين و الاستراتيجية المستخدمة في التعامل معها، وقد كشفت النتائج ان
المواجهة الايجابية والتي تركز على اعادة التقييم هي السائدة لدى العينة.

(عزوز، 2015، ص206-207)

الا ان نتائج الدراسة اتفقت مع دراسات اخرى مثل دراسة " schooler and pearlin"
(1978) اللذان توصلا الى كون المواجهة الانفعالية تكون متبناة أكثر في حالة ما اذا
كان الحدث غير متحكم به كالمرض الخطير وذلك للتقليل من ضغطه.

وهذه النتيجة تجعلنا نعود الى ما اشار اليه "لازاروس" و"فولكمان" وهو أن استراتيجيات
المواجهة غير النشطة (المتمركزة حول الانفعال، والمتمركزة حول الدعم الاجتماعي) تكون
اكثر ملائمة في حالة ما اذا كان الحدث غير قابل للتحكم، كما أنهما ذكرا في دراسة
اخرى (1980) والتي هدفت الى معرفة أساليب مواجهة الاحداث اليومية على مدى سنة
كاملة لدى عينة من الافراد تكونت من 100 ذكر واثني تتراوح اعمارهم بين (40 و 50
سنة) وجد أن 98% من افراد العينة استخدموا اسلوب المواجهة المركزية على المشكل
وأسلوب المواجهة المركزية على الانفعال وبينت النتائج ان الذين لديهم مشكلات صحية
من الجنسين استخدموا أسلوب المواجهة المركزة على الانفعال.

(عزوز، 2015، ص208)

خاتمة:

تناولت الدراسة موضوع مصدر الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، وقد سمحت النتائج المتوصل اليها بالإجابة على التساؤلات المطروحة، حيث تبين ان مصدر الضبط الصحي الداخلي هو السائد لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، في حين تحققت الفرضية العامة أين تبين وجود علاقة دالة احصائيا بين مصدر الضبط الصحي واستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، كما تبين ان استراتيجيات المواجهة الاكثر استعمالا هي الاستراتيجيات المركزة حول الانفعال، وقد يرجع هذا الى تأثير عدد من العوامل(عوامل تتعلق بظروف الدراسة، عوامل تتعلق بطبيعة بيئة الدراسة، والعامل الثقافي المرتبط بعينة الدراسة).

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

- الكتب :

- أحمد محمد بدح وآخرون (2009): الثقافة الصحية، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، الأردن.
- أمين رويحة: داء السكري، أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته، ط3، دار القلم للنشر والتوزيع، بيروت 1983.
- بشير معمريه (2009): "مصدر الضبط والصحة النفسية" ط1، المكتبة العصرية مصر.
- جاسم محمد التميمي، وسام مالك داود (2016) «الإحصاء الحيوي باستخدام برنامج Spss»، مركز الكتاب الأكاديمي، الأردن، ط1 .
- جاسم محمد عبد الله مرزوقي (2008): الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر، ط1، العلم والايمان للنشر والتوزيع، عمان.
- رضوان، سامر جميل (2002): الصحة النفسية، دار المسيرة للنشر والتوزيع، ط1، عمان، الأردن.
- معتز سيد عبد الله: بحوث في علم النفس الاجتماعي، ج1، دار غريب للطباعة، القاهرة.
- فاخر عاقل (1982): أسس البحث العلمي في العلوم السلوكية، دار العلم للملايين، بيروت.

- محمد شطوطي (2003): منهجية البحث، دار مدني، الجزائر.
- محمد مزيان (1999): مبادي في البحث النفسي والتربوي، ط1، دار المغرب للنشر والتوزيع، وهران.
- احسان الأغا، البحث التربوي (2002): عناصره، مناهجه، أدواته، ط4، الجامعة الإسلامية.
- رودى، بيلوسن (2002)، ترجمة سمير عبد الرحيم حليبي: الدليل الطبي لأسرة السكري، أكاديمية بيروت، لبنان.
- شامل ابراهيم معكرون (1980): السكري، بيروت.
- دانا، ل. فارنسورثو آخرون، (2002)، ترجمة مروان منير مسلوب: تعلم العيش مع داء السكري، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
- موريس عطية (1993): داء السكري كيف نتعايش معه، دار الشرق، الرياض.
- شعبان علي حسين السديسي (2002): علم النفس أسس السلوك الإنساني بين النظرية والتطبيق، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية.
- شفيق العتوم (2015)، «طرق الإحصاء باستخدام SPSS»، دار المناهج للنشر والتوزيع، الأردن .
- العاسمي، رياض نايل (2016): علم النفس الصحة الاكلينيكي، دار الاعصار العلمي.
- شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاكرا داود، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع، عمان الأردن.

- عثمان يحيى (2001) : علم النفس الصحة، (ب.ط)، قطر، الدوحة: دار الثقافة للطباعة.
- فايد علي حسين (2005): المشكلات النفسية والاجتماعية، ط1، مؤسسة الطبع للنشر والتوزيع، كلية الآداب، جامعة حلوان، مصر.
- يوسف جمعة السيد (2000): "دراسات في علم النفس الإكلينيكي"، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع.
- طه عبد العظيم حسين، سلامة عبد العظيم حسين (2006): استراتيجيات مواجهة الضغوط التربوية والنفسية، الطبعة، دار الفكر، الأردن.
- أمل الأحمد (2001): مركز الضبط وعلاقته بمتغيري الجنس والتخصص العلمي، ط1.
- جان لابانشو ج.ب.بونتاليس (2002): ت. مصطفى الحجازي: معجم مصطلحات التحليل النفسي، ط1، المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع، بيروت لبنان.
- أحمد عيد مطيع الشخابنة (2010): التكيف مع الضغوط النفسية، الطبعة الأولى، دار الحامد للنشر والتوزيع، الأردن.
- المرجع الوطني للتحقيق، مرضى داء السكري (2011) :الإصدار الأول، الوكالة المساعدة للطب الوقائي، وزارة الصحة، المملكة العربية السعودية.
- معتز سيد عبد الله: بحوث في علم النفس الاجتماعي، ط1، القاهرة، دار الغريب للطباعة.

- يخلف، عثمان (2001): علم النفس الصحة، ط1، دار الثقافة، الدوحة.

- الاطروحات و المذكرات:

- مليكة كدور (2005): "وجهة الضبط وعلاقته بأنماط التفكير"، رسالة ماجستير

مقدمة لنيل شهادة الماجستير، دراسة غير منشورة، جامعة باتنة.

- آيت حمودة، حكيمة (2006): "دور سمات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في

بين الضغوط النفسية والصحة الجسدية والنفسية" - دراسة ميدانية تعديل العلاقة بمدينة

عنابة" رسالة دكتوراه منشورة في علم النفس العيادي - جامعة الجزائر.

- يحي ونوقي (2009-2010): علاقة مصدر الضبط الداخلي بمستويات دافعية

الانجاز الرياضي عند لاعبي كرة اليد، دراسة ميدانية لنادي كرة اليد أكابر بسكرة، رسالة

ماجستير غير منشورة، قسم التربية البدنية والرياضية، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية،

جامعة محمد خيذر بسكرة، الجزائر.

- جبالي نور الدين (2007): علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بمصدر الضبط

الصحي، أطروحة دكتوراه دولة غير منشورة في علم النفس العيادي، جامعة باتنة،

الجزائر.

- احمان لبني (2012): دور المساندة الاجتماعية بمصدر الضبط الصحي في العلاقة بين الضغط النفسي والمرض الجسدي، أطروحة دكتوراه في علم النفس العيادي، جامعة باتنة.
- زناد، دليلة (2008): سلوك الملائمة العلاجية وعلاقته بالمتغيرات النفسية، المعرفية والسلوكية لدى مرضى العجز الكلوي المزمن والخاضعين لتصفية الدم، رسالة دكتوراه غير منشورة، جامعة الجزائر 2.
- صندلي ريمة (2012): الضغوط النفسية واستراتيجيات المواجهة المستعملة لدى المراهق المحاول للانتحار، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف.
- جبالي صباح (2012): الضغوط النفسية و استراتيجيات مواجهتها لدى امهات الأطفال المصابين بمتلازمة داون، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة فرحات عباس سطيف.
- نوار شهرة زاد (2014): علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري، دراسة عيادية وفق نموذج علم النفس الصحة، جامعة الجزائر 2.
- غوزر أسمهان (2015): الضبط الصحي وعلاقته باستراتيجيات المواجهة والكفاءة الذاتية لدى مرضى القصور الكلوي المزمن، رسالة دكتوراه منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة.
- مرازقة وليدة (2009): مركز ضبط الألم وعلاقته باستراتيجيات المواجهة لدى مرضى السرطان، مذكرة ماجستير منشورة، جامعة الحاج لخضر باتنة.

- خميس محمد سليم (2013): فاعلية برنامج علاجي معرفي سلوكي في التخفيف من حدة القلق والاكتئاب لدى المصابين بالأمراض المزمنة، رسالة دكتوراه جامعة قسنطينة.

- قويسم عبد الحميد: "اقتراح برنامج رياضي مكيف لتعديل نسبة السكر في الدم لدى فئة النساء المصابات بداء السكري -النوع الثاني- " أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة زيان عاشور الجلفة.

-المقالات :

- القاضي أمين (2014) ، «الاتصال الداخلي في المؤسسة»، مجلة العلوم الإنسانية، جامعة أم البواقي، المجلد 1، العدد 2.

- أحمد دروم، بلقاسم العالي (2012) ،«أثر الاتصال الداخلي على بناء القيم الثقافية في المؤسسة»، مجلة دفاتر اقتصادية، المجلد، 1 العدد 1.

- عادل مرابطي، عائشة نحوي (2009)، «العينة»، مجلة الواحات للبحوث والدراسات ، العدد 4 .

- عبد الله الضريبي (2010): أساليب مواجهة الضغوط النفسية المهنية وعلاقتها ببعض المتغيرات، مجلة جامعة دمشق، المجلد 26، العدد 4.

- أبو ناهية، صلاح الدين (1989): تقنين مقياس الضبط الداخلي- الخارجي للأطفال والمراهقين في الصفوف العليا بالمرحلة الابتدائية في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة، مجله علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 9.

- أبو ناهية، صلاح الدين (1989): تقنين مقياس الضبط الداخلي- الخارجي وبعض أساليب المعاملة الوالدية في الأسرة الفلسطينية بقطاع غزة، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 10.
- الذواد، عبد الله الجوهرية (2002): وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى طالبات الجامعة السعودية والمصريات، دراسة عبر ثقافية، دراسات عربية في علم النفس، دار غربي للطباعة، مجلد 1، العدد3.
- خليل، محمد محمد بيومي (1996): المساندة النفسية الاجتماعية وإرادة الحياة ومستوى الألم لدى المرضى بمرض مفضي إلى الموت، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية العامة للكتاب، العدد 37 السنة العاشرة.
- عبد الله الذواذي (2022): وجهة الضبط وعلاقتها بمستوى الطموح لدى بعض طالبات الجامعة السعودية والمصرية، دراسة ثقافية، دراسات عربية في علم النفس، دار عربي للطباعة، مجلد 1، العدد03.

المراجع باللغات الأجنبية (الفرنسية و الإنجليزية):

- Fischer. Gustave Nicolas, Tarquinio, Tarquinio, Cyril (2006): **concepts fondamentaux de la psychologie de la sante**, DUNOD, Paris.
- Hansenne, M (2003) : **psychologie de la personnalité**, 1^{er} édition, de boeck, paris.
- Henderson. P.A. Kelbey. J.JteEngerbreton, K.M, 1992, **Effects of a stress control program in children's loss of control**, self-concept and coping behavior, the school counselor, vol40, N2.
- L'Permuter, et al (1987): **Diabète et maladies métabolique masson**, paris, 3^e édition.
- Saponaro (1983): **Comment soigner le diabete**.
- B. Damiens Delloye (1985): **Diabete et mutation**, édition vigot.
Association française des diabétiques (1990).
- Tazairt, B. Chabane: **le diabetique s'interroge qu'est ce que le diabete**.
- Nezu, Arthur M et al (2003): **Handbook of psychology**, John Wiley and sons inc, vol9, New Jersey.
- Schweitzer, M.B. et Dantzer, Robert (2003): **Introduction a la psychologie de la sante**, presse universitaires de France, 4^e édition, Paris.
- Gard Paul (2000): **a behavioral approach to pharmacy practice**, 1st published, Black well Science, USA.
- Glenn Sandersn, Jevery Suls (1989): **Social psychology of health and illness**, Lawrence Erlbaum associates, new York
- Leila Maria Sorvia: (2005) **Effects Of Cortisone treatment in social anxiety disorder**, Edition Cuviller Verlag Gottingen.
- Mahmoud Boudarene, (2005) **Le stress**
Professionnel édition peterlang new york. American.
- Mahmoud Boudarene, 2006, **psychologie et Clinique sociale**. Le champediteur, 2^e année, volume 2, printemps, constantine.

- Marie Christine Albert: (2006) **La Perception de la maladie et le copingchez les personnes fibromyalgiques**, thèse obtenir de garde de master, discipline psychologie, France.
- Mariloubuchon et schweitzer : (2001) **de coping et les strategiesd'ajustement face au stress**, revue, sois infirmiers nm 67, Decembre.
- Moos R et Billing, (1984) **coping stress and social Resources anong Adults with unipolar depression**, journal of personality and socialpsychologieVol 46-N04.
- Lazarus, R.S et Folkman. S, 1948, **stress, appraisal and copingspringe**, Publishing company, new York.
- Danchev Nicolas, (1989) **Strategies de coping et pattern A cornnarrogeneRev- De medPsychosom 17/18.**
- Cohen S, (1988)**Psychosocial Models of social Support in theEtiologyod Physical Diseau**, Puf health psychology America.
- Marlou Bruchon-Schweitzer, 2001, **concepts, Stress, coping, recherche en soin infirmiers**, N°67. decembre, France.
- Norbert sillamy, 1999, **dictionnaire de psychologie**, Larousse, paris.
- Pierluigi, Graziani et JoelSwendsen, (2004) **Le stress emotion etstrategies D'adaptation**, edition Nathan Paris, France.
- Ryan.N 1989, **stress-coping**, strategies identified from school agechildrens, research in Nursing and Health, Vol12,N2.
- Susan Folkman, R lazarus, (1988) **way ofcoping Questionnaire, Sampler set**, Manual, test Booklet. scoring Consulting Psychologist presse America.
- Verrier, pierre (2003): **la douleur chronique**, le medecin du Quebec, Vol 38, N°6.

- المواقع الإلكترونية :

- <http://www.workhealth.org/risk/RFlocusofcontrol.html>

- <http://www.wiked.uiuc.edu/index.php.html>

- <http://www.aljazeera.net>

ملاحق:

ملحق رقم 01

مقياس مصدر الضبط الصحي:

الجنس : ذكر () انثى ()

السن : اقل من 20 سنة () من 20 سنة الى 30 سنة () اكبر من 30 سنة ()

الحالة الاجتماعية: اعزب () متزوج () مطلق () ارملة ()

المستوى التعليمي: ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()

التعليمة: فيما يلي مجموعة من العبارات تتحدث ن اعتقادات الناس حول الصحة والمرض، اقرأ كل عبارة جيدا والمطلوب منك تحديد الإجابة التي تتفق مع اعتقادك وتصرفاتك بوضع علامة + داخل الخانة التي تناسب سلوكك.

الرقم	العبارات	موافق	موافق	غير	غير
		تماما	موافق	مؤكد	موافق
1	سلوكي الشخصي هو الذي يحدد سرعة شفائي من المرض				
2	إذا قدر لي أن أمرض فاني لا أستطيع فعل شيء لتقادي المرض				
3	المدائمة على زيارة الطبيب هي أفضل وسيلة لتقادي المرض				
4	أغلب ما يؤثر على صحتي يعود الى الصدفة				
5	عند شعوري بوعكة صحية أزور فوراً طيباً مختصاً				
6	أعتقد أنني متحكم في صحتي				
7	لأسرتي دور كبير في إصابتي بالمرض				

				لا ألوم الا نفسي عند إصابتي بالمرض	8
				يلعب الحظ دورا كبيرا في سرعة شفائي من المرض	9
				يلعب المختصون في المجال الصحي دورا كبيرا في التحكم في صحتي	10

ملحق رقم 02

مقياس استراتيجيات المواجهة

الجنس : ذكر () انثى ()

السن : اقل من 20 سنة () من 20 سنة الى 30 سنة () اكبر من 30 سنة ()

الحالة الاجتماعية: اعزب () متزوج () مطلق () ارمل ()

المستوى التعليمي: ابتدائي () متوسط () ثانوي () جامعي ()

من بين هذه الاستراتيجيات بين أي استراتيجية مواجهة لجأت إليها لمواجهة المشكلة، ضع علامة + في المكان المختار.

الرقم	العبارات	اطلاقا	الى حد ما	كثيرا	كثيرا جدا
1	وضعت خطة عمل واتبعتها				
2	تمنيت لو أن الوضعية اختفت أو انتهت				
3	حدثت شخصا عما أحسست به				
4	كافحت للحصول على ما أريد				
5	تمنيت لو استطعت تغيير ما حدث				
6	التمست مساعدة اختصاصي وقمت بما نصحني به				
7	تغيرت بشكل إيجابي الى الأحسن				
8	تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة				
9	طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها				
10	عالجت الأمور واحدة بواحدة				

Table de fréquences

الجنس

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide ذكر	16	53,3	53,3	53,3
انثى	14	46,7	46,7	100,0
Total	30	100,0	100,0	

السن

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide اقل من 20 سنة	5	16,7	16,7	16,7
من 20 الى 30 سنة	22	73,3	73,3	90,0
اكبر من 30 سنة	3	10,0	10,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

الحالة الاجتماعية

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide اعزب	17	56,7	56,7	56,7
متزوج	13	43,3	43,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

المستوى التعليمي

	Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide متوسط	3	10,0	10,0	10,0
ثانوي	6	20,0	20,0	30,0
جامعي	21	70,0	70,0	100,0
Total	30	100,0	100,0	

Fiabilité

Statistiques de fiabilité

Alpha de Cronbach	Alpha de Cronbach basé sur des éléments standardisés	Nombre d'éléments
,904	,911	20

Statistiques de total des éléments

	Moyenne de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Variance de l'échelle en cas de suppression d'un élément	Corrélation complète des éléments corrigés	Alpha de Cronbach en cas de suppression de l'élément
المواجهة المتمركزة حول المشكلة	20,2667	18,961	,767	,145
المواجهة المتمركزة حول الانفعال	23,7333	25,651	,747	,267
المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	22,8000	43,269	,123	,973

Corrélations

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	N
مقياس الاول	33,5000	7,37072	30
المقياس الثاني	33,4000	7,54115	30

Corrélations

	مقياس الاول	المقياس الثاني
مقياس الاول	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	1 ,971** ,000 30 30
المقياس الثاني	Corrélation de Pearson Sig. (bilatérale) N	,971** 1 ,000 30 30

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
مقياس الاول	30	33,5000	7,37072	1,34570
المقياس الثاني	30	33,4000	7,54115	1,37682

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 0					
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
مقياس الاول	24,894	29	,000	33,50000	30,7477	36,2523
المقياس الثاني	24,259	29	,000	33,40000	30,5841	36,2159

Régression

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variables introduites	Variables éliminées	Méthode
1	مقياس الاول ^b	.	Introduire

a. Variable dépendante : المقياس الثاني

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

Récapitulatif des modèles

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,971 ^a	,943	,941	1,83838

a. Prédicteurs : (Constante), مقياس الاول

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	1554,570	1	1554,570	459,980	,000 ^b
	Résidus	94,630	28	3,380		
	Total	1649,200	29			

a. Variable dépendante : المقياس الثاني

b. Prédicteurs : (Constante), مقياس الاول

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	,123	1,587		,078	,939
	مقياس الاول	,993	,046	,971	21,447	,000

a. Variable dépendante : المقياس الثاني

Corrélations

Corrélations

	س3	س5	س7	س10	مقياس الاول	
س3	Corrélation de Pearson	1	,218	,218	-,044	,562**
	Sig. (bilatérale)		,248	,248	,817	,001
	N	30	30	30	30	30
س5	Corrélation de Pearson	,218	1	1,000**	-,129	,710**
	Sig. (bilatérale)	,248		,000	,495	,000
	N	30	30	30	30	30
س7	Corrélation de Pearson	,218	1,000**	1	-,129	,710**
	Sig. (bilatérale)	,248	,000		,495	,000
	N	30	30	30	30	30
س10	Corrélation de Pearson	-,044	-,129	-,129	1	,464**
	Sig. (bilatérale)	,817	,495	,495		,010
	N	30	30	30	30	30
مقياس الاول	Corrélation de Pearson	,562**	,710**	,710**	,464**	1
	Sig. (bilatérale)	,001	,000	,000	,010	
	N	30	30	30	30	30

** . La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
البعد الاول	30	10,5000	2,51547	,45926

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 0					
	T	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
البعد الاول	22,863	29	,000	10,50000	9,5607	11,4393

T-TEST

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
البعد الثاني	30	13,2333	3,11485	,56869

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 0					
	T	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
البعد الثاني	23,270	29	,000	13,23333	12,0702	14,3964

T-TEST

Test T

Statistiques sur échantillon uniques

	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
البعد الثالث	30	9,7667	2,73777	,49985

Test sur échantillon unique

	Valeur de test = 0					
	T	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
البعد الثالث	19,539	29	,000	9,76667	8,7444	10,7890

Descriptives

Statistiques descriptives

	N	Plage	Minimum	Maximum	Somme
	Statistiques	Statistiques	Statistiques	Statistiques	Statistiques
البعد الاول	30	9,00	6,00	15,00	315,00
البعد الثاني	30	14,00	6,00	20,00	397,00
البعد الثالث	30	11,00	4,00	15,00	293,00
N valide (liste)	30				

Statistiques descriptives

	Moyenne	Ecart type	Variance	Skewness	
	Statistiques	Statistiques	Statistiques	Statistiques	Erreur std.
البعد الاول	10,5000	2,51547	6,328	,292	,427
البعد الثاني	13,2333	3,11485	9,702	-,137	,427
البعد الثالث	9,7667	2,73777	7,495	-,148	,427
N valide (liste)					

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Somme	Moyenne
	Statistiques	Statistiques	Statistiques	Statistiques	Statistiques
المواجهة المتمركزة حول المشكلة	30	6,00	20,00	394,00	13,1333
المواجهة المتمركزة حول الانفعال	30	4,00	15,00	290,00	9,6667
المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	30	5,00	15,00	318,00	10,6000
N valide (liste)	30				

Statistiques descriptives

	Ecart type	Variance	Skewness	
	Statistiques	Statistiques	Statistiques	Erreur std.
المواجهة المتمركزة حول المشكلة	3,66468	13,430	-,204	,427
المواجهة المتمركزة حول الانفعال	2,96338	8,782	-,239	,427
المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي	2,96648	8,800	-,354	,427
N valide (liste)				