

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية



قسم: علم النفس وعلوم التربية
التخصص: علم النفس العيادي

مذكرة مقدمة لإستكمال متطلبات نيل شهادة ماستر أكاديمي
من اعداد الطالبة : قندوز نعمة

بعنوان:

علاقة التفكير الايجابي بإستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري بعيادات ورقلة

نوقشت وأجيزت علنا بالتاريخ: 2018/06/04

أمام اللجنة المكونة من السادة:

الأستاذ/ بلحسيني وردة	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة)	رئيسا
الأستاذ/ خميس سليم	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة)	مشرف
الأستاذ/ بوعافية خالد	(جامعة قاصدي مرباح ورقلة)	مناقشا

السنة الجامعية 2018/2017

الشكر و التقدير:

الحمد لله والصلاة والسلام على رسوله الكريم فالشكر لله وحده على فضله وإحسانه، الذي أُنعم علينا بنعمة العلم والإيمان وحثنا على مثابرة الجهد في الحصول عليهما بلا حدود لزمان أو مكان.

كما نتوجه بجزيل الشكر إلى الأستاذ المشرف "خميس سليم" لأرائه السديدة وتوجيهاته المفيدة ونصائحه القيمة في إثراء هذا العمل.

وبالغ شكرنا وعرفاننا إلى جميع أساتذتنا الكرام بكلية العلوم الاجتماعية والإنسانية بجامعة قاصدي مرباح ورقلة.

كما نخص بالشكر كل من ساهم في تعبئة الاستبيان وتوزيعه وتقديم المعلومات اللازمة.

كما لا أنسى مرضى السكري للبيت السكري

والي المشرف الميداني حمادي هاني

وشكرا لكل من ساعدنا لإنجاز هذا العمل من قريب أو من بعيد وكانوا بمثابة السند، الدعم والتشجيع.

إلى كل هؤلاء شكرا.

الإهداء

أهدي ثمرة عملي هذا المتواضع إلى معنَى العبد والعنان إلى بسمَةِ الحياة
وسر الوجود، إلى من كانت دَعَائِهَا سر نجاحي، وحنانها بلسم جراحي: والدتي
الكريمة حفظها الله ورعاها وأطال في عمرها
إلى روح جدي وجدتي الطاهرين رحمهم الله وأسكنهم فسيح جنانه، إلى عائلتي
الكبيرة فردا فردا.

إلى من قاسموني حنان أمي وشاركوني حُب أبي: إلى أختاي العزيزتان إلى
ابن أختي أسامة.

إلى من يسعدني لقاءهم ويجزئني فراقهم من عرفته معهم معنَى الصداقة
والعبد والإخلاص رمز المعاشرة الطيبة.
أصدقائي أجمعين وزملائي.
إلى كل من دعا لي بالتوفيق سرا وجهرا.

ملخص الدراسة :

تهدف الدراسة الحالية إلى دراسة العلاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري المترددين على عيادات التكفل بمرضى السكري بولاية ورقلة، وذلك من خلال طرح التساؤلات التالية:

- ما مستوى التفكير الايجابي لدى مرضى السكري؟
 - ما طبيعة استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري؟
 - هل هناك علاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات المواجهة الضغوط النفسية؟
 - هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لسن ؟
 - هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى الجنس ؟
 - هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى مدة المرض ؟
 - هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى المستوى التعليمي؟
- وللإجابة على هذه التساؤلات تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي، واستخدام مجموعة من المقاييس تمثلت في: مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية ل كوسون (Cousson)، ومقياس التفكير الايجابي لعبد الستار إبراهيم 2011، وبعد الاطمئنان لصلاحية المقاييس المستعملة من خلال إجراءات الدراسة الاستطلاعية، والتأكد من خصائصه السيكومترية تم تطبيقها في الدراسة الأساسية على عينة قدرت ب 160 مريض يترددون على عيادات التكفل بمرضى السكري بورقلة من شهر فيفري إلى غاية شهر أفريل من سنة 2018، تم اختيارهم بطريقة عشوائية.
- ولمعالجة البيانات وتحليلها إحصائيا تم استخدام برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (spss- v23) ولقد أسفرت النتائج على مايلي :

- 1 توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين التفكير الايجابي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري في استراتيجيتي التركيز حول حل المشكل وإستراتيجية الانفعال بينما لا توجد علاقة بينهما في إستراتيجية الدعم الاجتماعي.
- 2 -يستعمل مرضى السكري مستوى عالي من التفكير الايجابي.
- 3 يستعمل مرضى السكري استراتيجيات المواجهة العاملة بالتركيز حول المشكل و بعدها إستراتيجية الدعم الانفعالي ثم إستراتيجية الانفعال.
- 4 لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لمتغير السن.

5 -لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس.

6 -لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

7 -لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لمتغير مدة المرض.

وقد تمت مناقشة وتفسير هذه النتائج في ظل التراث النظري والدراسات السابقة.

الكلمات المفتاحية: التفكير الايجابي، استراتيجيات المواجهة.

Abstract:

This study aims at examining the correlation between positive thinking and strategies of coping of patients with diabetes mellitus in diabetes clinics of Ouargla through the following questions:

- What is the level of positive thinking of patients with diabetes mellitus?
- What is the nature of strategies of patients with diabetes mellitus in facing psychological pressures?
- Is there a relationship between positive thinking and strategies of facing psychological pressures?
- Are there differences that are statically significant in the use of the strategies in facing psychological pressures of patients with diabetes mellitus due to sex?
- Are there differences that are statically significant in the use of the strategies in facing psychological pressures of patients with diabetes mellitus due to the period of the illness?
- Are there differences that are statically significant in the use of the strategies in facing psychological pressures of patients with diabetes mellitus due to educational level?

The descriptive correlational approach has been opted for in order to answer the aforementioned questions in addition to a group of scales that are: strategies scales in facing psychological pressures for Cousson and scales of positive thinking for Abd al-sattar Ibrahim 2011. This study has been applied randomly on 160 patients with diabetes mellitus in diabetes clinics of Ouargla from February to April 2018.

In order to treat and analyze the data, SPSS has been used.

The results showed the following:

1. There is a correlation that is statically significant between positive thinking and strategies of facing psychological pressures of patients with diabetes mellitus in case of concentration strategy on problem solving; meanwhile, there is no correlation between them in case of social support.
2. Patients with diabetes mellitus use a high level of positive thinking.
3. Patients with diabetes mellitus use coping strategies which in its turn uses first a strategy of concentration on a problem, then emotional support strategy and finally emotional strategy.
4. There are no differences that are statically significant in the use of the strategies in facing psychological pressures of d Patients with diabetes mellitus due to age.
5. There are no differences that are statically significant in the use of the strategies in facing psychological pressures of Patients with diabetes mellitus due to sex.
6. There are no differences that are statically significant in the use of the strategies in facing psychological pressures of Patients with diabetes mellitus due to educational level.
7. There are no differences that are statically significant in the use of the strategies in facing psychological pressures of Patients with diabetes mellitus due to the period of the illness.

Key Terms: positive thinking- coping strategy

الفهرس	
I	الإهداء
II	الشكر
III	ملخص الدراسة بالعربية
IV	ملخص الدراسة بالانجليزية
V	قائمة المحتويات
VI	قائمة الجداول
IV	قائمة الإشكال
01	مقدمة
الجانب النظري	
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
02	إشكالية الدراسة
05	تساؤلات الدراسة
05	فرضيات الدراسة
06	أهداف الدراسة
06	أهمية الدراسة
07	التعريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة
08	حدود الدراسة
08	الدراسات السابقة
الفصل الثاني : استراتيجيات المواجهة	
12	تمهيد
13	مفهوم استراتيجيات المواجهة
15	الفرق بين المواجهة والتكيف
15	أهم استراتيجيات المواجهة
17	الاتجاهات النظرية المفسرة للمواجهة
20	المواجهة الفعالة والمواجهة الغير فعالة
20	سمات الاستراتيجيات الموجبة
22	خلاصة
الفصل الثالث التفكير الايجابي	

24	تمهيد
25	نشأة التفكير الايجابي كمجال من مجالات علم النفس الايجابي
27	مفهوم التفكير الايجابي
29	فوائد استخدام التفكير الإيجابي ما يلي في النقاط
30	نماط التفكير الايجابي الأساسية
33	التفكير الايجابي وتأثيراته العصبية
35	سمات الشخصية الايجابية
37	خلاصة
الفصل الرابع داء السكري	
39	تمهيد
40	تعريف داء السكري
40	أنواع داء السكري
41	داء السكري 02
42	أعراض الداء السكري بنوعيه
43	أسباب داء السكري النوع الثاني
43	أسباب مرض السكري بصفة عامة وبنوعيه
43	مضاعفات مرض السكري النوع الثاني
44	مضاعفات السكري على العيون
47	طرق التكفل والعلاج بمرض السكري
48	العلاج الدوائي
49	خلاصة الفصل
الجانب التطبيقي	
الفصل الخامس	
51	تمهيد
52	منهج البحث
52	التذكير بتساؤلات الدراسة
53	أدوات الدراسة
54	الدراسة الاستطلاعية
55	الخصائص السيكومترية للمقياس

57	الدراسة الأساسية
57	وصف عينة الدراسة الأساسية
59	إجراءات الدراسة الأساسية
59	الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية
61	خلاصة
الفصل السادس : عرض وتحليل نتائج الدراسة	
63	تمهيد
64	عرض وتحليل الفرضية الأولى
64	عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية
65	عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة
65	عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة
66	عرض وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة
67	عرض وتحليل نتيجة الفرضية السادسة
68	عرض وتحليل نتيجة الفرضية السابعة
70	خلاصة
الفصل السابع : تفسير ومناقشة النتائج	
72	تمهيد
72	تفسير ومناقشة الفرضية الأولى
74	تفسير ومناقشة الفرضية الثانية
76	تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة
77	تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة
78	تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة
80	تفسير ومناقشة الفرضية السادسة
81	تفسير ومناقشة الفرضية السابعة
81	خلاصة الدراسات والمقترحات
84	الخاتمة
	قائمة المصادر
	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	الجدول	الرقم
53	يوضح أبعاد استراتيجيات المواجهة ل Cousson	1
54	يوضح أبعاد مقياس التفكير الايجابي لعبد السار إبراهيم.	2
55	يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس ومقياس الدراسة:	3
56	يوضح نتائج قياس الصدق التمييزي لمقياس استراتيجيات المواجهة	4
56	يوضح قياس الصدق التمييزي لمقياس التفكير الايجابي	5
57	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط عن طريق معامل ألفا كرومباخ	6
57	يوضح نتائج معامل ثبات مقياس التفكير الايجابي عن طريق معامل ألفا كرومباخ	7
57	يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس	8
58	يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب السن	9
58	يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب مدة المرض	10
59	يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	11
64	يوضح نتائج العلاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجية مواجهة الضغوط	12
65	بين نتائج اختبار ت لمعرفة مستوى التفكير الايجابي	13
65	يوضح المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية	14
66	يبين نتيجة ANOVA لقياس الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة باختلاف السن.	15
67	يبين نتيجة اختبار ت لمعرفة فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة تعزى للجنس	16
67	يبين نتيجة ANOVA لقياس الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي.	17
68	يبين نتائج اختبار ANOVA لقياس الفروق في استعمال استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية حسب مدة المرض .	18

قائمة الأشكال

الرقم	الشكل	الرقم
44	عين مصابة باعتلال على مستوى الشبكية بسبب السكري	01
45	مضاعفات السكري على الكلى	02
46	القدم السكرية	03

قائمة الملاحق

01	استبيان استراتيجية المواجهة
02	استبيان التفكير الايجابي
03	الموافقة على تطبيق
04	نتائج الدراسة الاحصائية spss

المقدم

مقدمة الدراسة:

يعتبر التفكير الايجابي من المفاهيم الحديثة، التي تصب وتندرج تحت تخصص علم النفس الايجابي Positive Psychology، والذي يركز على الجوانب الايجابية للشخصية مثل الأمل والسعادة والرضا وكذا الذات الايجابية، وتعليم الشخص كيفية اكتساب المهارات التي تساهم في مضاعفة المظاهر الايجابية والاهتمام بالأسوياء بدلا من اهتمامات علم النفس الكلاسيكي بالشخصية المريضة، والاهتمام بالجانب اللاسوي ودراسة الاضطرابات .

تسعى دراسات التفكير الايجابي إلى كشف الغطاء عن طرق النجاح وتحسين نظرة الفرد إلى ذاته وإلى غيره وإلى المواقف التي تحدث له ، بهدف خلق التوازن ومعرفة مكامن قوة الشخصية ، وتقوية نقاط ضعفها (معمرية، 2011، ص:33).

ولذا ينظر المهتمون بعلم النفس الايجابي إلى الإنسان على انه كائن ايجابي بطبعه، واقوي دافع له هو تحقيق الذات والتفوق والنجاح، و امتيازه بسمات ايجابية تجعل من حياته مثمرة دعوية يمكن إعادة أحيائها بتحفيزه ومساعدته على إعادة فعالية ذاته

وضبطها وجعل حياته مليئة بالسرور والسعادة والأمل (معمرية ،2011، ص 103)

لكن تحديات الحياة وكثرة تراكم الضغوط المرهقة بسبب التغيرات الحاصلة في المجتمع الجزائري بصفة خاصة، والعالم بصفة عامة، وتزايد مواقف الخيبة والإحباط، التي تعمل على تصدع الجهاز النفسي نتيجة هذه التراكمات، قد تصل إلى نقص الرغبة في الحياة وتؤثر على إرادة لكفاح، ولهذا يسعى الفرد بطرق شعورية أو لاشعورية لسعي وراء إيجاد سبل لتصدي والمقاومة من اجل التكيف.(محمد بن سعد الحميد ، 2008،ص:16)

ومن بين الضغوط المهددة لسلامة النفسية ، نجد داء السكري والذي يعتبر من الأمراض المزمنة ، التي تتطلب نظاما علاجيا صارما، من طرف المريض، والالتزام بمجموعة من السلوكيات الصحية لهذا المريض كالمراقبة الدورية لنسبة السكر في الدم ، وإتباع نظام غذائي خاص والمتابعة الطبية المستمرة ، وممارسة الرياضة وذلك كله بهدف الوقاية من مضاعفات المرض، وعليه نستطيع القول أن مرض السكري ، يشكل وضعية ضاغطة للمريض و مصدر ضغط نفسي يفرض على المريض التعامل معه بطريقة معينة قصد التكيف معه .

ومن هذا المنطلق فإننا سوف نتناول من خلال دراستنا هذه، أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المرضى المصابون بالداء السكري، وكذا علاقة هذه الأساليب بالتفكير الايجابي لدى هؤلاء المرضى، وللوصول لهدف هاته الدراسة اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي لانجاز الدراسة الحالية وتم تطبيق مقياسين هما مقياس إستراتيجية المواجهة لكوسون (Cousson) ومقياس التفكير الايجابي لعبد الستار إبراهيم المعد سنة 2011 ، على عينة الدراسة المتمثلة في عدد من مرضى السكري ، للحصول على نتائج عملية يتم تفسيرها بطريقة موضوعية.

وفي هذا الإطار جاءت الدراسة الحالية بهدف معرفة علاقة التفكير الايجابي باستراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري.

وتبرز أهمية اختيار هذه المتغيرات، لمعرفة إستراتيجية المواجهة التي يتبعها مرضى السكري والتي تساعد في التغلب على الضغط النفسي، وما إذا كان التفكير الايجابي يدعم و يزيد من فاعلية استراتيجيات المواجهة.

وقد واجهت الباحثة صعوبات عديدة لانجاز هذه الدراسة والوصول إلى أهدافها منها قلة الدراسات السابقة والمراجع في مجال التفكير الايجابي بصفة خاصة ومتغيرات علم النفس الايجابي عموما، لأنه يبقى علم لازال في بداياته والكتب شحيحة في هذا الموضوع.

تعتبر هذه الدراسة إضافة جديدة لتراث السيكولوجي، وتحديدًا لموضع التفكير الايجابي.

لقد تضمنت هذه الدراسة جانبين نظري وآخر ميداني، حيث تمثلت فصول الجانب النظري في الفصل الأول والذي تناولنا فيه التعريف بإشكالية الدراسة وموضوعها وأهميتها وأهدافها وفرضياتها والمفاهيم الإجرائية لمتغيرات لدراسة، و تطرقنا في الفصل الثاني إلى استراتيجيات المواجهة وجذورها التاريخية، ومفاهيمها ونظرياتها وأنواعها وكذا الاستراتيجيات الفعالة، والغير فعالة، أما الفصل الثالث تناول التفكير الايجابي، نشأته وتعريفاته ومبادئه وكذا المنظور العصبي للتفكير الايجابي ومعززاته، واحتوى الجانب الميداني على أربع فصول بدءًا بالفصل الخامس، الذي تضمن الدراسة الاستطلاعية، وأهدافها، والعينة المستخدمة فيها، وكذا الحدود المكانية و الزمانية و البشرية للدراسة، ضف إلى ذلك الأدوات المستخدمة فيها و خصائصها السيكمترية.

أما الفصل السادس فقد تم التعرض فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة حيث احتوى على مضامين الدراسة الأساسية مع الأخذ بعين الاعتبار الإطار المنهجي للمنهج الوصفي التحليلي و العينة.

أما الفصل السابع فقد شمل استعراض نتائج الدراسة و تحليلها، ليتم في الفصل الثامن مناقشتها وتفسيرها في ضوء الدراسات السابقة و التراث النظري وختامًا تناولنا الاقتراحات والتوصيات وقائمة المراجع والملاحق.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

- 1- إشكالية الدراسة .
- 2- تساؤلات الدراسة .
- 3- فرضيات الدراسة .
- 4- أهداف الدراسة .
- 5- أهمية الدراسة .
- 6- التعاريف الإجرائية لمتغيرات الدراسة .
- 7- حدود الدراسة .
- 8- الدراسات السابقة .

1 إشكالية الدراسة:

تلعب الفكرة دورا هاما في الصحة والمرض، يقول الدكتور **سليجمان (SELIGMEN)** إن الصحة فكرة والمرض فكرة هو الآخر"، عزى الكثير من النفسيين والأطباء العقليين وكذا الأطباء العاملون الحالة الصحية الجيدة إلى الفكرة الايجابية والمرض إلى الفكرة السلبية وهو ما ذهب له المنظمة العالمية للصحة والتي ترفع شعار العقل السليم في الجسم السليم.

إن تبني معنى ايجابي للحياة يعد احد المتغيرات الذي سعى الإنسان لتحقيقها وإضافة قيمة لوجوده يلخص "فكتورفرينكو" (VICTOR Frenko) وهو من أوائل المهتمين بالتفكير و التفكير الايجابي في انه تلك الحالة المزاجية التي تتبع من العقل وينقلها الفرد عن نفسه للآخرين، من حوله بتصرفاته اتجاه الأشخاص والإحداث ونظرته الحسنة للأمور وتفسيرها بطريقة يغلب عليها الجانب الجيد (محمد السعيد أبو حلاوة، 2013).

إن كل ما يفكر فيه العقل يؤثر على أعضاء الجسم الخارجية ابتداء من التكشيرة مرورا بالعصبية نهاية بالاكنتاب، وبالتالي تتأثر الأعضاء الخارجية، هذا ما أكده **هربرت سبنسر (SPINSER)** من جامعة هارفورد (سبنسر، 2016).

تعمل الفكرة على ترك انعكاس كبير في ساحة الشعور وعلى مستوى مكونات الجهاز النفسي حيث يعمل التفكير بطريقة ايجابية، على ضمان الصحة النفسية، أما أنماط التفكير السلبي تعمل على مضاعفة الشعور بالتوتر والقلق والانشغال بالمخاوف من المستقبل والإحباطات وكذا الاكنتاب وكل ما يدخل ضمن المرض النفسي. (عبد الستار إبراهيم، 2011)

في المقابل يعمل النظر للأمور بطريقة متفائلة على خفض مستويات التوتر والقلق والتقليص من دائرة الحيرة والوقوع في دائرة الأمراض السيكوسوماتية. (عبد الستار إبراهيم، 2011)

في دراسة قام بها مجموعه من الباحثين بجامعة هارفورد قسم علم النفس الصحة على (9700) امرأة لمدة 8 سنوات، أسفرت الدراسة على أن 2 % من النساء الذين ينتهجون طرق التفكير الايجابي عانوا من الاضطرابات النفسية، اغلبها كانت قابلة للشفاء، في حين 98% أصيبوا بأمراض نفسية بين القابلة للشفاء والشديدة كالقلق والاكنتاب المستمر والخوف... الخ (محمد السعيد أبو حلاوة، 2014، ص:32) كما أسفرت نفس الدراسة أن 8% من النساء فقط الذين اعتادوا التفكير بطريقة ايجابية تعرضوا لازمات قلبية في المقابل 92 % النساء الذين يفكرون بشكل سلبي أصبن بأزمات قلبية ارجع الباحثون الأسباب إلى نمط التفكير السلبي وهو يفوق في نسبة الاختصار عامل التدخين والخمر وتناول الأطعمة الدهنية والسمنة. (نفس المرجع السابق:ص35)

وفي دراسة قام بها بركات (2006) هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى التفكير الايجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة في ضوء بعض المتغيرات الديمغرافية والتربوية لديهم ، أجريت الدراسة في فلسطين على

عينة مكونة من 200 طالب وطالبة اظهر 40 بالمئة نمطا من التفكير الايجابي 40 بالمئة منهم ذكور و16 بالمئة إناث، وهناك فرق جوهري بين درجات الطلبة والتفكير الايجابي تعزى لمتغير الجنس وعمل الأم وذلك لمصلحة الإناث وعدم وجود فرق جوهري بين درجات الطلبة على الاختبار نفسه تعزى لمتغير التحصيل الأكاديمي ومكان السكن وعمل الأب. (ربيع طه عطوي، 2016، ص:51)

قام الرقيب (2006) بإجراء دراسة هدفت إلى معرفة درجة فهم عمداء كليات الجامعات الأردنية الرسمية مفهوم التفكير الايجابي وأثره على عملية صنع القرار طبقت الدراسة على عينة بلغ عددها 93 عميد وعميدة، أظهرت الدراسة فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الإناث ولم يظهر فرق جوهري ضمن متغير الرتبة أو الخبرة الأكاديمية والنتيجة غير دالة عند فهم وممارسة التفكير الايجابي وصنع القرار. (ربيع طه عطوي، 2016، ص:55)

يطلق على العصر الراهن بعصر الضغوط والتوترات الناتجة عن التغير السريع والتطور الرهيب الذي مس الحياة اليومية، والذي أصبح يورق الفرد ويؤثر على أسلوب حياته فبالرغم من اعتبار الضغط مظهر من مظاهر الحياة الإنسانية، إلا أن هذه الضغوط وفي حال ما تفاقمت هذه الأحداث الغير سارة أدت بذلك إلى تراجع و تدهور الجانب الفيزيولوجي الناتج عن اختلال التوازن النفسي والاجتماعي ، والذي يندر إلى ظهور أمراض سكوسوماتية وأخرى مزمنة مثل الضغط والقلب والربو والسكري.....

ففي دراسة قام بها الكادر الطبي بمستشفى الأورام السرطانية بتكساس عام 2006 تم اكتشاف علاقة بين التوتر والضغط والسهر مع الإصابة بالسرطان وأضافوا، إلى انه يؤدي إلى الزيادة في حالة انتشار الأورام بطريقة سريعة ويساهم الاستمرار المزمن لضغط والأزمات والصدمات إلى تسريع مرحله إلى الحالة النهائية بطريقة جد سريعة. (مريم بن سكيريفة، بن زاهي منصور، 2015، ص16)

وخلصت دراسة بريطانية فنلندية مشتركة مفادها أن خطر الإصابة بالإمراض القلبية الوعائية يرتفع إلى الضعف عند الأشخاص الذين يعايشون ظروف ضاغطة، ومشحونة تسودها التوترات العلائقية التي تؤثر سلبا على نوعية حياتهم ، اشتملت العينة على (7268) شخصا ممن شخصوا على أنهم يعايشون ظروفًا ضاغطة نفسيا تتراوح بين المتوسطة والشديدة جدا، وفي ذات الدراسة لوحظ أن 200 شخص عايشوا ضغوطا شديدة لم يجدوا خلالها دعما اجتماعيا، ولا روحيا أصيبوا بذبذبات صدرية كانت السبب في وفاتهم.

وفي ذات السياق أجريت دراسات كثيرة حول علاقة الضغط بالإمراض المزمنة، فنظر إليها البعض على أنها السبب والبعض الآخر اعتراها استجابة فيزيولوجية مبكرة تخبي استعداد وراثي للإصابة بالمرض عجل من ظهوره الضغط والصدمات.

أكد عطية سنة (1993) على أن الأفراد يصابون بالسكري نتيجة صدمات معينة مع قابليتهم الوراثية للإصابة بهذا الداء. (عويضة، 2007، ص29)

الفصل الأول :

وأشار (MICHEAL,1998) إلى أن ضغط العمل أو فقدان عزيز أو الطلاق أو خسارة مادية تعمل على اختلال مستوى السكر في الدم بكلما زاد الضغط زاد معدل السكر في الدم والعكس صحيح وقد يتعدى الأمر إلى الإصابة بالمرض جراء التعرض لنوعين مختلفين من الضغوط في فترة زمنية وجيزة. (عويضة،2007،ص30)

تتسبب مثيرات الضغوط في استجابات وردود فعل عاطفية وفيزيولوجية وسلوكية تؤدي إلى استخدام الأفراد لتقنيات ومهارات تعمل على إحداث تكيف مع هذه الضغوط وتخفيف أثارها وحلها، هذه التقنيات يطلق عليها باستراتيجيات المواجهة والتي تتمثل في السياقات التي يلجا لها الفرد عند مواجهته الأزمات حسب لازاروس تستعمل فيها مجموعة السلوكيات ، والأنشطة المعرفية أو النفسية أو البدنية أو الاجتماعية التي يقوم بها الفرد، من أجل التخفيف من مستوى الضغط النفسي والتكيف معه، سواء كانت تلك الأنشطة عن قصد أو عن غير قصد . (عويضة،2007،ص33)

تعمل هاته الأساليب على إعادة التوازن الجسدي والنفسي و التوافق البيئي، ويختلف الأفراد في استعمال هذه الأساليب حسب نوع الموقف (القلق، 2011،ص33)، فهناك من يستعمل أساليب انفعالية وآخرون معرفية وهناك من يركز حول المشكل، وكل هذا بهدف التقليل من حالة الغضب والكران واحترام الذات أمام الآخرين حيث يلجا الفرد إلى استعمال بعض الميكانيزمات مثل الإنكار والخيال والتبرير والإسقاط..... (مريم بن سكيريفة، بن زاهي منصور،2015،ص16)

بات من المؤكد أن الهم والحيرة والتوتر والضغط واستراتيجيات المواجهة التشاركية والتوقع المظلم للمستقبل.... ارتباطا وثيقا بالأمراض المزمنة كالسكري والربو وأمراض القلب والشرابين... الخ والتي تشهد مؤخرا ارتفاعا مخيفا في عدد المصابين بهذه الأمراض ففي سنة 2015 قدر عدد المصابين بالسكري بالجزائر 926,000 مريضا حسب تصريحات مديرية الصحة والسكان بورقلة ، أرجعت المنظمة العالمية للصحة الارتفاع الهائل لمرض السكري إلى أسلوب الحياة الضاغط وطرق وأساليب التفكير المنتهجة في معالجة هذا الضغط النفسي واحتل النظام الغذائي الغير متوازن وعدم ممارسة الرياضة ترتيبا متأخرا في قائمة عوامل الاختصار. (مريم بن سكيريفة، منصور،2015،ص16)

لقد أثبتت الدراسات أنه بإمكان العوامل النفسية، التأثير المباشر على الجهاز المناعي إما بالسلب أو الإيجاب، فالعوامل النفسية الإيجابية كالفرح، السعادة، التسامح ، التفاؤل، الأمل، الرضا، لها تأثير إيجابي على الجهاز المناعي من حيث تعزيز نشاطه وتقويته لاسيما أمام التعرض لمختلف الفيروسات والميكروبات. في المقابل هناك عوامل سلبية كالاكتئاب،القلق،اليأس،التشاؤم وكذا التعرض لمختلف الضغوط النفسية الشديدة لديها تأثير سلبي على الصحة العامة مما يزيد احتمال الإصابة بمختلف الأمراض، وذلك الجهاز المناعي، فتعمل على تثبيط عمله و في إطار التبادل العلائقي بين العوامل النفسية والنظام المناعي. وأمام تعرض الفرد للأمراض العضوية المختلفة، فإن ذلك يسبب لهم ضغوطا

نفسية كبيرة ويقف عائقا أمام تماثلهم للشفاء لاسيما إذا كان المرض العضوي مزمن وغير متوازن وله مضاعفات حيث يشكل عائقا أمام مواقف الحياة التي تتطلب احتكاكا بالآخرين مما يؤثر أيضا في استمتاعهم بالحياة وفي تقبلهم لذواتهم والآخرين. (أبو حلاوة، 2014، ص39)

تشير جل الدراسات إلى أن مرض السكر يمثل ضغط نفسي للمريض وجب عليه استعمال وسائل صد فعالة لهذا الضغط يعمل التفكير على تحديد هذه الوسائل التي تساهم في توجيهها إلى السلب أو إلى الإيجاب.

وبناء على ما سبق ذكره، وفي محاولة منا إلى تحسين التكفل الأمثل بهذه الشريحة من مرضى السكري جاءت تساؤلات الدراسة كالتالي:

التساؤل العام: هل للتفكير الايجابي علاقة باستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري؟

2 تساؤلات الدراسة:

1- هل توجد علاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية؟

2 - ما مستوى التفكير الايجابي لدى مرضى السكري؟

3- ما طبيعة استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري؟

4- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لسن ؟

5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى للجنس ؟

6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى مدة المرض ؟

7 - هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى المستوى التعليمي؟

3 - فرضيات الدراسة:

1 -توجد علاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري.

2 - يتمتع مرضى السكري بمستوى عالي من التفكير الايجابي

3- يستعمل مرضى السكري إستراتيجية المتمركزة حول حل المشكل والانفعال بشكل اكبر لمواجهة الضغط النفسي.

4 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى

السكري تعزى لمتغير السن.

5 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لمتغير الجنس.

6 - توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى مدة المرض.

7- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى المستوى التعليمي.

وللإجابة على هذه الفرضيات تم استعمال المنهج الوصفي ، حيث أجريت الدراسة على عينة قدرت ب 78 حالة من مرضى السكري المترددين على عيادات التكفل بمرضى السكري عبر تراب ولاية ورقلة.

4-أهداف الدراسة: تسعى الدراسة إلى تحقيق الأهداف التالية:

- معرفة العلاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.
- معرفة نوع استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية المستخدمة بكثرة عند مرضى السكري
- معرفة اختلاف استراتيجيات المواجهة النفسية باختلاف السن .
- معرفة ما إذا يختلف استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية باختلاف الجنس .
- معرفة ما إذا يختلف استخدام استراتيجيات المواجهة النفسية باختلاف مدة المرض .
- معرفة ما إذا يختلف استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية باختلاف المستوى التعليمي.

5- أهمية الدراسة:

تبرز أهمية الدراسة من ناحيتين، إحداهما نظرية والأخرى تطبيقية.

أ. الناحية النظرية : تتمثل فيما يلي:

- تعتبر هذه الدراسة من الدراسات القليلة على حدود علم الباحثة التي تهتم بمواضيع علم النفس الايجابي الذي لا يزال في بداياته.
- يعد موضوع التفكير موضوع بالغ الأهمية في مجال الصحة النفسية وعلم النفس المرضي والايجابي، إذ ترتبط به عمليات عقلية وذهنية معقدة، حيث يعبر سلوك الإنسان الظاهري عن وظيفة هذا التفكير سواء سلبى كان أو ايجابى.
- كما تبرز أهمية هذه الدراسة من أهمية العينة التي تم التعامل معها وهي عينة مرضى السكري حيث تعتبر ذات خصوصية، زاد الاهتمام بها مؤخرا نظرا للارتفاع المرعب في عدد المصابين بداء السكري.
- إفادة مرضى السكري بسبل استعمال التفكير لايجابي، من اجل التصدي لضغوط، وبالتالي التعايش الايجابي مع المرض وإحداث التوازن النفسي والجسدي للمصابين.
- الحفاظ على التوازن النفسي الذي يضمن لنا عدم دخول المريض في مضاعفات خاصة بالمرض كالبتير أو اعتلال الشبكية.....

- تتميز الدراسة بكونها تهتم بالتفكير الايجابي والذي يدخل ضمن حيز اهتمامات المريض بالسكري والأسوياء.

- تدخل الدراسة ضمن متغيرات علم النفس الايجابي الذي احدث ثورة عالمية حيث يتم التركيز فيه حول نقاط القوة والفضيلة.

ب . **الناحية التطبيقية**، تتمثل فيما يلي:

في ضوء ما قد تسفر عنه هذه الدراسة من نتائج يمكن الاستفادة منها في فتح آفاق جديدة تظهر فعالية العلاج النفسي الايجابي بتطبيقاته الإكلينيكية، ليكون بمثابة نمط جديد من التدخلات الوقائية والعلاجية الذي يمثل أرضية يبنى عليها تصميم البرامج الإرشادية اللازمة لتعزيز كل من التفكير الايجابي واستراتيجيات المواجهة لتعزيزها عند مرضى السكري، واحتمالية تعميمها على باقي المترددين على العيادات النفسية من غير المرضى.

يمكن استغلال نتائج الدراسة في تنمية جوانب الشخصية حتى عند الأسوياء.

استفادة الأطباء والطاقم الطبي وكل من له علاقة بالتكفل بمرضى السكري من الدراسات وطرق تعزيز التفكير الايجابي واختيار استراتيجيات المواجهة الضغوط النفسية الفعالة والهادفة.

5.التعريف الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

5-1 **تعريف التفكير:**حسب ويلسون (Wilson) على أنه تلك العمليات العقلية التي نقوم بها من أجل

جمع المعلومات وحفظها أو تخزينها، وذلك من خلال إجراءات التحليل والتخطيط والتقييم بهدف

الوصول إلى استنتاجات وصنع القرارات .

التفكير الايجابي: يتبنى (جودة، وآخرون: 2013:ص22) وهو قدرة العقل على استخدام أسلوب متكامل

من التفكير حيث يتم من خلالها استغلال مراكز قوة الفرد لبلوغ أماله وتحقيق أهدافه حيث تنعكس إيجابا

على تصرفاته اتجاه الأحداث والأشخاص وعند حل مشاكله.

يعرف إجرائيا بالدرجة التي تحصل عليها العاملون على مقياس التفكير الايجابي المستخدم في الدراسة

الحالية.

5-2 **إستراتيجية المواجهة:** يعرف "لازاروس" و"فولكمان" المواجهة على أنها: الجهود السلوكية والمعرفية

المتغيرة باستمرار التي يتخذها الفرد في إدارة مطالب المواقف، والتي تم تقديرها من جانب الفرد على أنها

مرهقة وشاقة وتتجاوز مصادر الضغط وإمكانياته.

5-3 تعريف مرض السكري

(هالة رمضان علي ، 1997، ص : 12) مرض السكري هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي ،

يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم ، والمسؤول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي

الفصل الأول :

للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو إستخدام الأنسولين بشكل مناسب ، وعلى إعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكريوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول.

6- الدراسات السابقة:

- 6-1** دراسة (ايرس، 1988) (Ayers, Joe, 1988) كشفت ن نتائج الدراسة عن العلاقة بين قلق الاتصال(الحديث) والأفكار الإيجابية ، و عن وجود ارتباط دال بين قلق الحديث واستخدام الأفكار الإيجابية والسلبية، كما أن الأفكار الإيجابية خفضت من التصور الذاتي عن قلق الحوار.
- 6-2** دراسة (ليني، 1994) (Lightsey, Owen Richard, Jr, 1994) ناقشت هذه الدراسة تساؤل هل الأفكار الأتوماتيكية الإيجابية (PATs) واتصالها بالأحداث السلبية تنبئ باحتمالية حدوث إما الاكتئاب أو الشعور بالسعادة؟
- طبقت الدراسة على (152) طالبًا وأظهرت النتائج أن الأفكار الإيجابية منبئة بالشعور بالسعادة والأفكار الإيجابية المتعلقة باستحقاق وجدارة الذات ارتبطت بالأحداث السلبية للتنبأ بالاكتئاب وأن المستويات المرتفعة من الأفكار الإيجابية ارتبطت بأقل نسب من الاكتئاب.
- 6-3** هدفت دراسة (أوران، 1997) (Orwan, 1997) وآخرون التي تناولت الأفكار الإيجابية في الشخصية إلى تنمية توكيد الذات باستخدام برنامج التوجهات الإيجابية لدى مجموعة من الطلاب الجامعيين الذين تتراوح أعمارهم بين (18 -24) يعانون من القلق وزيادة الضبط الذاتي ، طبق على عينة الدراسة برنامج ارشادي ايجابي لمدة 38 ساعة، أعيد بعد انتهاء البرنامج قياس الضبط الذاتي وتوكيد الذات وكذا القلق المرتفع لطلبة المتطوعين ، أسفرت الدراسة عن زيادة في قبول الذات وانخفاض معدل العدوان ووجود ارتباط سلبي بين توكيد الذات والقلق والعدوانية.
- 6-4** دراسة (جينيل وتيري، 2002) (Jenelle Gilbert & Terry Orlick, 2002) هدفت هذه الدراسة إلى اختبار ما إذا كان أطفال المدرسة يمكنهم تعلم بعض المؤشرات الإيجابية في الحياة مثل استخدام استراتيجيات إدارة الضغوط وتهدئة أنفسهم والشعور بالسعادة ووجود هدف ومعنى للحياة وتم تطبيق برنامج لتنمية المهارات الإيجابية Orlick Positive Skills Program وأشارت النتائج بعد التطبيق إلى أن المعلمين استطاعوا تعليم الأطفال كيفية الاسترخاء وضبط النفس والتهدئة وإدارة الضغوط و التفكير بإيجابية وهو ما أدى إلى رفع في مردودهم الدراسي.
- 6-5** أجرى (زياد بركات غانم، 2005) دراسة بهدف التعرف على مستوى التفكير الإيجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة في ضوء بعض المتغيرات الديموجرافية والتربوية وتكونت عينة الدراسة من (200) طالب وطالبة في جامعة القدس المفتوحة ، في حين استعمل الباحث مقياس التفكير الإيجابي والسلبي لدى طلبة الجامعة وقد أظهرت النتائج أن حوالي 45% من أفراد الدراسة قد أظهروا نمطا من التفكير الإيجابي

منهم (40%) من الذكور و (59%) من الإناث مع فروق دالة بين الطلاب في التفكير الإيجابي ترجع إلى بعض المتغيرات مثل التحصيل الدراسي والمستوى الاجتماعي الاقتصادي.

6-6 دراسة (عبد المريد قاسم، 2009) هدفت الدراسة إلى التعرف على أبعاد التفكير الإيجابي لدى المصريين من خلال التعرف على البنية المعرفية لمقياس التفكير الإيجابي لعبد الستار إبراهيم، تكونت العينة من 151 مفحوص من المجتمع المصري من الجنسين تراوحت أعمارهم بين (17-50) عام، استخدم الباحث مقياس التفكير الإيجابي العربي لعبد الستار إبراهيم 2008 والذي يقيس عشرة أبعاد، أسفرت نتائجها عن توافر شروط سيكومترية مقبولة بالنسبة لهذا المقياس.

6-6 دراسة (وانج شايه، 2012) (Wong, Shyh Shin, 2012) اختبرت الدراسة العلاقة بين التفكير الإيجابي مقابل التفكير السلبي مع كل من السعادة وعدم التوافق النفسي وطبقت الدراسة على عينة تكونت من (398) طالباً جامعياً من سينجاپور وأشارت النتائج إلى أن التفكير الإيجابي يرتبط سلبياً مع المؤشرات لعلم النفس المرضي (الضغوط، القلق، الاكتئاب، الغضب) وعلى العكس في المقابل ارتبط التفكير السلبي سلبياً مع مؤشرات التوافق النفسي، السعادة، الرضا عن الحياة وموجبا مع المؤشرات المرضية (الضغوط، القلق، الاكتئاب، الغضب) وأيضاً لا توجد فروق دالة بين الجنسين في الاكتئاب، الغضب، الرضا عن الحياة، السعادة في حين وجدت فروق كانت فيها الإناث أكثر من الذكور على متغيرات القلق، الضغوط، وأخيراً متغير العمر لم يكن دالاً في التنبؤ بأي من متغيرات الدراسة بمعنى أن التفكير الإيجابي لا علاقة له بمؤشرات السعادة والتوافق النفسي ولا علاقة له بمؤشرات القلق والاكتئاب والغضب.

6-6 دراسة (أبو دف ومنصور، 2010) : هدفت الدراسة إلى التعرف إلى درجة ممارسة الأستاذ الجامعي لدوره في تعزيز منهاج التفكير السليم لدى طلبته، في ضوء المعايير الإسلامية، والكشف عن دلالة الفروق في تقدير أفراد العينة لهذه الممارسة، قد و استخدم الباحثان المنهج الوصفي التحليلي وصمما استبيانها و قاما ببنائها ثم طبقاها على عينة قوامها (235) طالبا وطالبة من المستوي الرابع ومن أبرز نتائج هذه الدراسة:

- أظهرت الدراسة ممارسة عالية للأستاذ الجامعي في تنمية منهاج التفكير السليم لدى طلبته وبنسبة (75.11%).

- وجود فروق ذات دلالة إحصائية، في تقدير درجة ممارسة الأستاذ الجامعي لدوره في تعزيز منهاج التفكير السليم لصالح الإناث، في حين لم تظهر الدراسة فروق في تخصص علوم (شرعية، إنسانية، تطبيقية).

7- الدراسات السابقة التي تناولت استراتيجيات المواجهة:

7-1 دراسة " (ابنسام محمود علي شتات، 2008) بعنوان العلاقة بين إدارة الوقت وأساليب مواجهة الضغوط ودافعية الانجاز لدى طلاب المرحلة الثانوية هدفت إلى التعرف على الدور الذي تلعبه بعض العوامل مثل نوع التعليم، نوع المدرسة والصف الدراسي في تدعيم

استخدام إدارة الوقت لمواجهة أساليب الضغوط النفسية وزيادة دافعية الانجاز وقد دلت نتائج الدراسة جميع أساليب المواجهة، على وجود فروق في درجات أساليب المواجهة بين مجموعات طلاب تعزى لمتغير التفوق.

7-2 دراسة (مصطفى رشاد الأسطل، 2010) التي أجريت على 208 من الطلبة المتفوقين من طلبة المدارس المختلفة أسفرت الدراسة وجود فروق بين مجموعات الطلاب موزعين وفقا للصف الدراسي، وأوضحت نتائجها وجود فروق دالة بين الطلبة المتفوقين تبين استخدامهم لاستراتيجيات المواجهة كذلك وجود فروق بين الطلبة المتفوقين تبين تعرضهم للضغوط تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور.

7-3 دراسة تفاحة (2000) فقد كانت عن الالتزام الشخصي واستراتيجيات التعامل مع الضغوط لدى (233) طالبا من كلية التربية انتهت نتائجها إلى وجود ارتباط بين استراتيجيات المواجهة وجميع أبعاد الالتزام الديني ووجود فروق بين المتفوقين و العاديين في استراتيجيات المواجهة لصالح المتفوقين دراسيا.

8- دراسات تناولت علاقة التفكير الايجابي باستراتيجيات مواجهة الضغوط :

8-1 دراسة طبي سهام (2004-2005) التي أجريت على 107 محروق بمستشفى الحروق بانته، أسفرت الدراسة على وجود علاقة جزئية بين التفكير الايجابي واستراتيجيات المواجهة في إستراتيجية حل المشكل عند المرضى المصابين بالحروق ولم تتحقق العلاقة بين باقي الاستراتيجيات.

8-2 دراسة (حسام محمد منشد، 2014) حول التفكير الايجابي وعلاقته باستراتيجيات مواجهة الضغوط عند المعلمات، تمثلت نتائج الدراسة في أن المعلمين الذين استعملوا التركيز حول المشكل كإستراتيجية لمواجهة الضغط والتدين، هم أكثر المعلمين استعمالا لتفكير الايجابي، ولم تختلف العلاقة باختلاف الجنس ولا باختلاف الرتبة ولى عدد سنوات التدريس.

9- التعقيب على الدراسات السابقة :

كانت اغلب الدراسات تناولت عينة الطلبة الجامعيين و المتمدرسين، وتمثل منهج الدراسات السابقة في المنهج الوصفي الارتباطي وكانت الدراسات تناولت اغلبها فئة الأ سوياء ولم تتناول فئة المرضى السيكوسوماتيين والمزمنين.

الفصل الثاني : استراتيجيات المواجهة

تمهيد

- 1- تطور مفهوم المواجهة
- 2- الفرق بين المواجهة والتكيف
- 3- أهم استراتيجيات المواجهة
- 4- الاتجاهات النظرية المفسرة للمواجهة
- 5- المواجهة الفعالة والمواجهة الغير فعالة
- 6- سمات المواجهة الايجابية

خلاصة

تمهيد:

يعيش الفرد حياة ممزوجة بالضغوط والكروب، ومنه يحاول التعامل معها من خلال إتباع أساليب وتقنيات عديدة تبعد الخطر عنه، من أجل إحداث التوازن، وعلى هذا تختلف استراتيجيات المواجهة باختلاف خصائص شخصية الفرد، وكذا نوعية الموقف، اختلف الباحثين في تحديد استراتيجيات المواجهة باختلاف منظوراتهم النظرية والمنهجية وكذا توجهاتهم الشخصية لهذا حاولنا في هذا الفصل تحديد الإطار النظري لهذا المفهوم، والاطلاع على كافة جوانبه وتقنياته وأساليبه والتفرقة بين الاستراتيجيات السلبية الغير فعالة ونظيراتها الايجابية التي تحقق التوازن والصحة من أجل الحصول على حياة مستقرة وهادئة.

1 -تطور مفهوم المواجهة:

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.(Mahmoud Boudarene , 2005,p8)

وتعود أصل كلمة إستراتيجية "stratégie" إلى كلمة يونانية إستراتيجوس "strategos" وتعني فنون الحرب وإدارة المعارك بمعنى أن الإستراتيجية تتضمن أفضل قيادة للفصائل للأسطول البحري كالسفن ويتصل مفهوم المواجهة "coping" بمفهومين هما:

***يكانيزمات الدفاع "mécanismes de défense"** الذي تطور مع نهاية القرن 19 من

طرف نظرية التحليل النفسي.

* **التكيف "adaptation"** الذي تطور مع النصف الثاني من القرن 19 معتمدا في ذلك على علم البيولوجيا، علم الطبائع،وعلم نفس الحيوان (خاصة خلال تطور نظرية النشوء والارتقاء لداروين).

(Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001,p69)

يعد مورفي (Morphy 1962) من أوائل العلماء الذين استخدموا مفهوم المواجهة في أبحاثه ، حيث أشار إلى الأساليب التي يستخدمها الفرد في تعامله مع المواقف المهددة بهدف السيطرة عليها. أما مصطلح coping فقد جاء به العالم الأمريكي لازاروس وشركاؤه R.S.Lazarus وطوره في سنوات 1990، 1984، 1978 على التوالي. (Norbert Sillamy,1999, p68)

تعريف استراتيجيات المواجهة:

تعريف نيومان Newman (1981):

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

تعريف روتر Rutter (1981):

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

تعريف فيلشمان Fleshman (1984):

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

وتعرف الإستراتيجية بأنها "فن استخدام الإمكانيات والوسائل المتاحة". (حسن شحاتة، زينب النجار،2003،ص 39)

التعريف الاصطلاحي للمواجهة: نجد الكثير من التعريفات المتباينة وذلك نتيجة تباين اتجاهات العلماء والمختصين والمهتمين بمجال الضغوط وأساليب مواجهتها نذكر منها:

تعريف صلاح مخيمر بأنها "الدراسة العلمية للصحة النفسية أي التكيف وما يتعين عليها وما يعيقها وما يبحث فيها من اضطرابات وعلاج الفرد منها أو بمعنى آخر هي حالة إيجابية تتضمن التمتع بالصحة العقلية والجسمية وليس عجز أو خلو المرء من أعراض المرض". (محمد أحمد النابلسي، 1999، ص92).

"فلكمان ولازاروس" Folkman&Lazarus فيرى هي مجموعة مجهودات معرفية متنسقة وجهود سلوكية متواصلة وذلك للتكيف والسيطرة مع مطالب نوعية خارجية أو داخلية مهددة وتتجاوز إمكانيات الفرد (). P546,1992,Paulhan

أما في معجم علم النفس والطب النفسي فهي سلسلة من الأفعال وعمليات التفكير تستخدم لمواجهة موقف ضاغط أو غير سار أو في تعديل استجابات الفرد في مثل هذه المواقف (طبي سهام، 2005 ص102)

عند التدقيق في التعريفات الاصطلاحية التي تناولت مفهوم المواجهة نجد أنها اختلفت في تناولها حيث اعتبرها " صلاح مخيمر " نوع من أنواع التكيف الذي يعبر عن الصحة النفسية والخلو من الأمراض والاضطرابات، أما بالنسبة ل"فلكمان ولازاروس Folkman& Lazarus " ومعجم علم النفس فكانت المواجهة عبارة عن عملية معرفية تتبعها سلسلة من الأفعال والجهود السلوكية لصد المواقف الضاغطة وهذه التعريفات تتفق مع العديد من التعريفات الأخرى و من هذه التعريفات نذكر:

- تعريف "لطي عبد الباسط" بأنها مجموعة من النشاطات أو الاستراتيجيات الدينامكية - سلوكية أو معرفية - يسعى من خلالها الفرد مواجهة الموقف الضاغط أو حل المشكلة أو تخفيف التوتر الانفعالي المترتب عنها. (نشوة كرم دردير، 2010، ص61) ومن التعريفات التي تأخذ نفس الصبغة نجد تعريف كل "من أليس Ellis" إذ يرى بأنها الطريقة التي يدرك بها الفرد ضغوط الحياة ويفسرها ويقيمها وكذا أسلوبه في التعامل معها حتى يصل إلى مستوى من التوافق "

أما ديفيد فونتانا Fontana David فيرى أنها التدريب الذاتي كي تتطابق التقييمات المدركة للحدث مع الاستجابة للمواقف لتكون أكثر ايجابية في مواجهة الموقف الضاغط وعندما تكون التقييمات المدركة صحيحة فسوف تقود تفكير الفرد ومعتقداته لتكون أكثر فاعلية في مواجهة الموقف الضاغط (محمد عرافي، 2014، ص31)

نجد هناك بعض الباحثين والمهتمين في مجال الضغوط من يرى أن المواجهة هي عملية شعورية واعية يقوم بها الفرد ومنهم من يرى أنها حيل ووسائل دفاعية للتعامل مع المواقف الضاغطة في حين أن البعض الآخر يرى بأنها سلوكيات يقوم بها الفرد استجابة لمثيرات خارجية ومنهم من ينظر إليه كسلوك متعلم تم اكتسابه من المعطيات البيئية .

عرفها " فليشمانة (1984.Fleshman) بأنها السلوكيات الظاهرة أو الخفية التي تحدث للتقليل من الضغوط النفسية أو الظروف الضاغطة، أما بالنسبة ل"كابن (Caplan .1984) فهي السلوك الذي

يهدف إلى خلق تغيير في الذات وتغيير في القدرات أو الحاجات، ويرى "روتر (Rutter، 1991)" أنها أساليب صحية أكثر من الأساليب الدفاعية التي يسلكها الفرد أمام الضغوط كما أنها شعورية وواقعية في التوجه (أمل سليمان تركي العنزي، 2004، ص59) يرى "جمعة سيد" أنها عملية التصدي للمتطلبات الخارجية والداخلية التي يقدرها الفرد على أنها مرهقة أو مكلفة أو تستنزف مصادره وموارده وتتكون عملية المواجهة من الجهود سواء النفسية أو السلوكية (جمعة سيد يوسف، 2006، ص:43).

2- الفرق بين المواجهة و التكيف coping et adaptation :

إن مفهوم المواجهة أخذ مرجعيته من النظريات المتعلقة بالتكيف وتطور الأجناس، التي ترى بأن الفرد يمتلك مجموعة من الاستجابات سواء كانت فطرية أو مكتسبة تسمح له بالبقاء والاستمرار تجاه مختلف التهديدات، خاصة عندما يتعرض الفرد إلى موقف خطير أو عدو (الهجوم، الهروب)، وهذا ما أكده العديد من الباحثين باعتبار أن العملية الدينامية التي تربط الضغط بالواجهة تعتبر كجزء من ميكانيزمات التكيف للتصدي لصعوبات الحياة (Marilou Bruchon-Schweitzer, 2001, p70). حدد لازروس و فولكمان (Lazarus et folkman) 1984 كل من المواجهة و التكيف بشكل واضح، فالتكيف مفهوم واسع جدا يضم كل من علم النفس والبيولوجيا، كما أنه يتضمن كل ردود أفعال الكائنات الحية خلال تفاعلها مع ظروف ومتغيرات المحيط، بالمقابل فإن المواجهة مفهوم خاص ونوعي حتى وإن كان يتضمن مختلف استجابات التوافق لدى الفرد إلا أنه لا يختص إلا بردود الأفعال تجاه المواقف البيئية.

3- أهم استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية:

تختلف تقنيات التصدي لضغوط من فرد لآخر ولذلك اهتمت الدراسات بمعرفة الأساليب الأكثر ايجابية وفعالية ومن هذه الاستراتيجيات نجد الأساليب المعرفية والأساليب السلوكية والنفسية ويمكن إجمال أساليب مواجهة الضغوط فيما يلي - :

3-1 أسلوب إعادة البناء المعرفي : هي السلوكيات التي تتطلب التفكير والنشاطات المعرفية المتعددة مثل ضبط الذات والتقييم الايجابي حيث يتقبل الفرد من خلالها الواقع الأساسي للموقف ويرى "أيتواتر Atwater (1999) أن إعادة تشكيل مفهوم المشكلة أو مفهوم الموقف الضاغط من الأساليب التي ينظر الفرد من خلالها على أنها قابلة للحل ومن الأساليب المعرفية في مواجهة الضغوط أطلق عليها "ميشنامبوم Mechamboum" المناعة ضد الضغوط وتكون في تطوير وعي الفرد حول أكثر فهما للأسباب المحددة لمشاعره السلبية وفيها يتم التدريب العقلي للفرد والبدء بالتفكير و لتصرف بسلوك لا تشوبه أفكار غير عقلانية، ويرى "سيورد ل (Seaward, 1996) بأن الأفكار أو المنبهات التي تصل العقل قد تكون سلبية أو ايجابية أو وسط بين الطرفين وهذا ما يطلق عليه الإدراك الحسي حيث أن الأفكار السلبية أو اللاعقلانية قد تسبب تأثيرا شديدا للفرد لذلك فإن إعادة البناء المعرفي تعني إعادة بنائه

من الحالة السالبة إلى الحالة الموجبة وتعمل على مساعدة الأفراد في تخفيف التوتر النفسي من خلال تصحيح التصورات ويندرج تحت هذا المفهوم العلاج العقلاني لـ إيليس " Ellis" والعلاج المعرفي السلوكي لـ بيك (Beck أمل سليمان تركي العنزي، 2004، ص 64)

ويرى عبد الرحمان الطريبي (1994) أن العمليات التي يواجه بها الفرد المواقف الضاغطة تأخذ صورتين :

- الصورة الأولى: عملية التكيف مع الموقف الضاغط وتكون أوتوماتيكية ومتكررة يزاوله الفرد .

- الصورة الثانية: عملية المواجهة وهي عبارة عن إجراءات يتخذها الفرد من أجل حل المشكلة التي تواجهه ومن ثم العودة إلى الوضع الانفعالي الطبيعي. (عبد الله بن حميد السهلي، 2016، ص 32)

3-2 استراتيجيات المواجهة حسب "كوهن Cohen" صنفها إلى أشكال معرفية لمواجهة الضغوط:

أولاً: التفكير العقلاني: وهي إستراتيجية تلجأ إلى استخدام التفكير المنطقي بحثاً عن مصادر القلق و أسبابه المرتبطة بالضغوط

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

ثالثاً: الإنكار: عملية معرفية يسعى من خلالها الفرد إلى إنكار الضغوط ومصادر القلق بالتجاهل و الانغلاق و كأنها لم تحدث على الإطلاق.

رابعاً: حل المشكلات : نشاط معرفي يتجه إلى استخدام أفكار جديدة ومبتكرة لمواجهة الضغوط .

خامساً: الفكاهة(الدعابة) : تتضمن التعامل مع الضغوط والأمور الخطيرة وروح الفكاهة مثل التهكم والمشاهدة والضحك.

سادساً: الرجوع إلى الدين: عن طريق الإكثار من العبادات كمصدر للدعم الروحي والانفعالي وذلك لمواجهة المواقف الضاغطة والتغلب عليها. (عبد الله الضريبي، 2010، ص 281)

حسب لازاروس يلجأ بعض الأفراد خلال شعورهم بالضغط إلى استعمال بعض الوسائل يذكرها في قوله " ان وسائل تنصدها الصحة الجسدية والطاقة النفسية وعدد المعتقدات والقيم الايجابية والكفاءات والخبرات المتصلة مباشرة بحل المشكلات ،الذكاء العقلي والذكاء الاجتماعي والمهارات الاجتماعية الأخرى ،السند الاجتماعي وأخيراً الوسائل والموارد المادية . (طبي سهام، 2004، 218)

هناك العديد من الاستراتيجيات الأخرى التي يستخدمها الفرد منها الايجابية والمتكيفة ومنها ما هو سلبي وغير متكيف ومنها ما يجب على الفرد أن يتعلمه ويتدرب عليه حتى يكون أكثر فعالية في مواجهته

الضغط والحصول على أخف الأضرار النفسية والجسمية والعقلية وغيرها والتحكم أكثر في الضغوط وتوجيهها توجيهها إيجابيا وهذا ما دعمه "إيفرلي" Efferly " إذ أن هناك أساليب تهدف إلى التوافق وتخفف من الضغط وتعزز من صحة الفرد على المدى البعيد وأساليب أخرى تبعث على سوء التوافق وتؤدي إلى تآكل الصحة مثل استخدام العقاقير والانسحاب الاجتماعي . (أحمد محمد عرافي، 2003، ص 31) وهناك

أساليب بيولوجية فالتعرض للضغوط يؤدي إلى اختلال الاتزان الكيميائي والحيوي للفرد ولا تتوقف عملية الاتزان البيولوجي على جزء بعينه من جسم الإنسان ولكن تكاد جميع الخلايا تعمل حتى تحقق لنفسها قدراً من الثبات الداخلي يساعدها على القيام بوظائفها . (عبد الله بن حميد السهلي ، 2010، ص 34) هذا بالإضافة إلى أساليب التمارين الرياضية للأفراد المنتظمين في أداء التمرينات الرياضية بأنواعها أقل عرضة لكثير من الأمراض المتعلقة بالضغوط مثل الأزمات والسكتة القلبية وتتسبب التمارين في إحداث مستوى عال من الرضا الداخلي بالإضافة إلى خفض التوتر وهذا بدوره يؤدي إلى الإحساس بالمتزايد بالاسترخاء والشعور بالابتهاج والمرونة .

(أمل سليمان تركي العنزي 2004 ص 223-15)

4- الاتجاهات النظرية المفسرة لاستراتيجيات المواجهة : تختلف تفسيرات استراتيجيات المواجهة من مدرسة إلى أخرى كلا حسب مبادئها وتفسيراتها لضغط وآثاره ونتائجه وهذا ما اظهر الحاجة إلى دراسة سلوكيات المواجهة التي يعتمدها الفرد في التصدي لهذه المواقف الضاغطة ومن خلال هذا العنصر سنتعرض لأهم النظريات التي درست استراتيجيات المواجهة ومن هذه الاتجاهات نجد :

4-1 نظرية التحليل النفسي : تعمل آليات الدفاع من وجهة نظر التحليل النفسي كإستراتيجية بل ومن أهم استراتيجيات المواجهة التي تعمل على مقاومة وتصدي الضغوط النفسية إذ يرى " سيجموند فرويد Freud " أن Sigmund الناس يلجئون إليها لحماية أنفسهم والعمل على معالجة الصراعات والاحباطات وبالتالي فهي أساليب عقلية لا شعورية تقوم بتشويه الخبرات وتزييف الأفكار والصراعات التي تمثل تهديدا وتساعد على خفض التوتر والقلق أثناء المواجهة وتشمل عملية المواجهة حسب النظرية التحليلية على سلسلة من الاستراتيجيات تتطور انطلاقاً من آليات أولية غير ناضجة إلى آليات ناضجة .

(طبي سهام، 2004، ص 114).

4-1-1 حسب التحليليون الحديثون تقسم أساليب الدفاع إلى :

* حيل الدفاع والإنسحابية (الهروب) : مثل الانسحاب والنكوص والتثبيت والتفكيك والتخيل والتبرير والإنكار وكذا الإلغاء والسلبية - * حيل الدفاع (العدوانية) : الهجومية مثل العدوان والإسقاط والاحتواء * حيل الدفاع الإبدالية : مثل الإبدال والإزاحة والتحويل والإعلاء والتعويض والتقمص والتكوين العكسي والتعميم والرمزية والتقدير المثالي وتعتبر ميكانيزمات الدفاع أساليب لا شعورية تستعمل لمواجهة الضغوط النفسية للمحافظة على التوازن النفسي من أن يصيبه الاختلال . (عبد الله بن حميد

السهلي، 2010، ص 33) كما بينت عدة أبحاث دور أهمية آليات الدفاع في تكيف بعض المرضى مع حالتهم المرضية ويرى " فياننت (Vaillant " 1992) أن آليات الدفاع هي عبارة عن تشوهات معرفية متواجدة بفضل الانتقاء الطبيعي وهذا من أجل التخفيف عن الصراعات وحالات القلق الناتجة عن تغيرات الوسط الداخلي أو الخارجي فهي آليات دفاعية لا شعورية

4-1-2 آليات الدفاعية التي تعمل دور المواجهة حسب "فيانت Vaillant" والتي قسمها إلى أربع مستويات:

***دفاعات ذهانية:** كالإنكار الذهاني و الإسقاط الهذيانى -دفاعات غير ناضجة كالإسقاط و الوسواس - دفاعات عصابية دفاعات ناضجة كالتصعيد و الفكاهة . (بغيجة لياس ، 2005،ص105) إذ يرى فرويد أن العصاب والذهان ما هي إلا عبارة عن شكل من أشكال فشل أو سوء التكيف و المواجهة فالدفاع وما يرتبط به من علاقات عبارة عن آليات تحمي الأنا من الصراعات، ويمكن لهذا الصراع أن يتكون من مطالب و طموحات غير محققة داخل الجهاز النفسي أو من تهديدات المحيط و يفترض أن القلق هو المثير الذي يسبب تسخير هذه الآليات وقد تم صهر مفهوم المواجهة مع دفاعات الأنا . (وليدة مرازقة، 2008،ص 63) فميكانيزمات الدفاع عبارة عن إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد ليحمي نفسه من الصراعات والتوترات التي تنشأ عن المحتويات المكبوتة فهي تعمل على مستوى اللاشعور كما أنها تحرف وتشوه إدراك الفرد للوقائع كوسيلة لخفض ما يهدده من قلق وضغوط فالفرد لا يلجأ إلى حيلة واحدة بل يستخدم أكثر من أسلوب دفاعي وهي تستثار عن طريق مثيرات داخلية أو خارجية . (طه عبد العظيم، سلامة عبد العظيم، 2006،ص 85) وحسب وجهة نظر التحليل النفسي تعتبر الدفاعات النفسية من أهم الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد في مواجهة الضغوط الداخلية والخارجية فهي أساليب لا شعورية يلجأ إليها الأفراد للتخفيف من الصراعات والاحباطات هدفها الأساسي المحافظة على التوازن النفسي ومنع الاختلال وتتنوع الآليات الدفاعية تبعاً لاستخداماتها وتبعاً لنوعية المواقف الضاغطة التي يعيشها الشخص منها السوية كالإعلاء والتعويض والتقمص وتوجد أخرى، غير السوية تظهر في السلوك المرضي وتستخدم عندما يستنفذ الدفاعات السوية منها النكوص والتثبيت والعدوان والتحويل.

4-2 النظرية المعرفية: بين "ألبرت أليس Ellis" الأهمية العلاجية لتعديل التوقعات والمعتقدات غير المنطقية كوسيلة لخفض الضغط النفسي والقلق ويشير إلى أنه عندما يصبح الناس مضطربين انفعاليا بسبب تبنيهم أفكارا لا عقلانية فإن هناك مبررا واضحا للاعتقاد بأنه من خلال تعليمهم التفكير بعقلانية أكثر فإنه يمكن خفض الاضطرابات الانفعالية التي يعانون منها وقد بين زملاؤه الدور الذي تلعبه العمليات المعرفية في استمرار ردود الفعل الضاغطة أو خفضها وقد بينت دراساته أن المثيرات المهددة يمكن أن تكون منفردة للفرد من خلال وسائل التقييم المعرفي.

(عبد الله بن حميد السهلي، 2010،ص41)

إن نظرية لازاروس التي تمثل وجهة النظر المعرفية في تناول المواجهة تقوم على أساس عملية عقلية يقدر بها الفرد الموقف الضاغط وبناء على هذا التقدير يتحدد مستوى الضغط ومن ثم تتحدد إستراتيجية المواجهة التي يستخدمها الفرد ويفترض "كاريف وهيمان (2005) ن استراتيجيات المواجهة تؤدي وظيفتين أساسيتين متمثلتين في :

-إدارة المشكلة: وهو الذي ظهر بسبب الضغط

-التحكم في الانفعالات المرتبطة بتلك الضغوط: لذا فعندما يدرك الفرد الضغوط على أنها متحكم فيها أو تحت سيطرته فإنه في هذه الحالة يلجأ إلى استخدام استراتيجيات مواجهة نشطة أما عندما يدرك الفرد الموقف على أنه ليس مسيطرا عليه فإنه يستخدم استراتيجيات تجنبية .

(سوسن شلبي، أسماء مبروك، 2007، ص 21)

من خلال هذا الطرح الذي تم ذكره حول النظرية المعرفية يتضح لنا أن الاستراتيجيات المعرفية عبارة عن طرق يلجأ إليها الفرد أثناء التعرض للمواقف الحياتية الضاغطة وبذلك تختلف نوعية الإستراتيجية حسب المواقف الضاغطة بحيث يؤدي إلى ضبط السلوك وتنظيمه وتعديله باستخدام استراتيجيات معينة كعملية التقييم وعملية المواجهة سواء المركزة على الانفعال أو المشكلة.

4-3 النظرية التفاعلية : يوصف هذا الاتجاه بالاتجاه التكاملي جاء كرد فعل على الاتجاه

السيكودينامي فقد أشار "كابلان و ساليسو وباترسون Kaplan, Sallies & Patterson" إلى العلاقة بين أحداث الحياة الضاغطة والصحة حيث يتدخل بها ثلاث جوانب تتفاعل كل منها مع الأخرى عند حدوث الحدث أو الموقف الضاغط متمثلة في الاستعدادات والصفات الوراثية للفرد أو ما يسمى بالجانب البيولوجي وكذلك الجوانب النفسية وسماته وخصائصه ودور البيئة والمجتمع اذ يؤثر الجانب الاجتماعي بدوره في إدراك الفرد للضغوط.

(نشوة كرم دردير، 204، ص 66)

لكي نفهم جيدا الترتيبات التي يقوم بها الفرد في المواقف التي يحكم عليها على أنها ضاغطة توجد مجموعة من المتغيرات مرتبطة بالفرد والمحيط والتي تجمع بين الموارد والعوائق ومن بين التصنيفات المرتبطة بالموارد والتي تم اختيارها في مجمل المواقف الضاغطة الصحة والطاقة وعدد من المعتقدات الايجابية، الجدارة والتأهيل المرتبط مباشرة بحل المشكل وتأهيلات اجتماعية والدعم الاجتماعي وأخيرا موارد مادية .

حدد ميكانيك "Mechanic" (1984) صاحب النظرة النفسية الاجتماعية عن وجود ثلاث وظائف

لاستراتيجيات التكيف متمثلة في التعامل مع المتطلبات الاجتماعية مع توفير الدافعية لمواجهة تلك المتطلبات إضافة إلى المحافظة على التوازن السيكولوجي بهدف توجيه الطاقة والمهارات نحو المتطلبات الخارجية وبهذا فإن مقاومة الضغط تستلزم التعامل مع متطلبات البيئة الاجتماعية وهذا يتوقف على مستوى الدافعية للفرد في مواجهة تلك الوضعية وذلك بهدف تحقيق التوازن النفسي. (مريم بن سكريفة، 2008، ص 77)

يتضح في هذا الاتجاه التفاعل الواضح بين خصائص الفرد والمعطيات الخارجية فالفرد والمحيط فهي تعبر عن ثنائية تبادلية لكل متغير أثر على الآخر فالاستجابة للضغوط تظهر كنتيجة للتفاعل بين

المطالب البيئية وتقييم الفرد لهذه المطالب وللمصادر الشخصية لديه وذلك بدوره يؤثر بشكل فعال في تحديد استراتيجيات المواجهة التي يستخدمها الفرد حيال المواقف الضاغطة

5- المواجهة الايجابية والواجهة السلبية:

توصل الباحثين المهتمين بالواجهة إلى انه هناك نوعين رئيسيين لاستراتيجيات المنتهجة في عملية الدفاع والتصدي للضغوط والأزمات هما:

5-1 المواجهة السلبية الاجترارية للمواقف :

الضاغط والإفراط في ممارسة أنشطة أخرى لا تقدم تلك الحلول بشكل وافي ومباشر في مواجهة المثيرات الضارة أو في حل المشكلات أو تخفيف التوترات الانفعالية الناجمة عنها. (الزيود، 2011، ص 18)

5-2 المواجهة الايجابية المتوافقة: ظهر بتأثر علم النفس الايجابي وهو أكثر حداثة وتتمثل بقدرة الفرد على مواجهة الضغوط النفسية محاولا التعامل معها والتكيف مع أثارها أو حلها (الزيود، 2011

،ص 4)، إذ يقوم الفرد الذي يتبنى هذه الاستراتيجيات بمجموعة من الجهود المعرفية والسلوكية الايجابية بهدف السيطرة أو التعامل مع متطلبات الموقف الذي تم إدراكه على انه خبرة غير محببة، فهي طرائق أو

أساليب دينامية وسلوكية ومعرفية متعددة يوظفها الفرد عندما يواجه مثيرات ضارة أو مشكلات تحاول أن تضغط على طريقته في التفكير وتشنت انتباهه وتسبب له الأسى، مما يوجه جهوده بطريقة ايجابية

ومثمرة ويركز على حلها، لذلك تعمل هذه الاستراتيجيات على حل المشكلات النفسية بطريقة عقلانية وبحكمة والتخفيف من التوترات الانفعالية المترتبة عليها. (حسين وآخرون، 1990)

توجد عدة تعريفات للمواجهة الايجابية ، منها السيطرة أو التعامل مع متطلبات الموقف الذي تم إدراكه .
5-3 سمات المواجهة الايجابية:

* يتميز بأنه أسلوب ايجابي قادر على التوافق مع ضغوطات الحياة المختلف .

* تتضمن عدة استراتيجيات متنوعة تم تعلمها من خلال الخبرة والآخرين . .

* تستثمر كافة الجهود من اجل المحافظة على توازن البنية السيكولوجية والجسمية أمام التحديات الخارجية.

* تخفف من الضغوط وتؤدي إلى الشعور بالراحة، والتمتع بالصحة النفسية وكذا التفريغ الانفعالي.

* تعمل على التخلص من المشاعر السلبية المرتبطة بالموقف الضاغط من خلال التحدث عنه إلى

الأهل والأصدقاء وطلب الدعم منهم، وتمارس الدعابة هنا إعادة التقييم و يعمل التفكير الايجابي في

مواجهة مواقف الحياة يساعد الفرد على تحقيق التوافق.

6- تصنيفات استراتيجيات المواجهة : اختلف تصنيف المواجهة من باحث الى اخر فهناك من صنفها

حسب نواتجها واخر حسب كيفية التصدي وهذا ما ادى إلى تنوع التصنيفات نجد من بينها:

6-1 تصنيف كل من "فريدنبرج و لويس" (Lewis & Frydenberg 1990) :

حيث يصنفان المواجهة بحسب نواتجها المتكيفة ولقد قسمها إلى ثلاث تصنيفات بناء على نتائج العديد من الدراسات التي أجريها على آلاف المراهقين الاستراليين والتمثلة في- : 6-1-1 العمل على حل المشكلة في جو يسوده مشاعر التفاؤل : وهذا بلجوء إلى الآخرين للحصول على دعمهم -

6-1-2 المواجهة غير المنتجة والتمثلة في تجاهل المشكلة والقلق والتفكير التفاوضي : ويرى الباحثان أن المواجهة لا يمكن اعتبارها جيدة أو سيئة في حد ذاتها فالمحاولات التي يبذلها الفرد من أجل إدارة المشكلة سواء بمساعدة الآخرين أو منفردا تعد أسلوب وظيفي ا في المواجهة بينما استخدام الاستراتيجيات غير المنتجة تشمل الجوانب العاطفية بمثابة أسلوب غير وظيفي . (سوسن شلبي، أسماء مبروك، 2008، ص27)

6-2 تصنيف "موس وبيلينجر (Billinger & Moos " 1978) يصنفها إلى ثلاثة أنواع تبعا للهدف وهي:

6-2-1 التعامل المتمركز حول التقدير : تتضمن فعل التحليل المنطقي بالتعرف على سبب الضغط وإعادة التحديد المعرفي للمشكلة مع الاهتمام بجانب واحد والاستفادة من خبرات الماضي و بتذكير الفرد لنفسه بأن الأمور كان من الممكن أن تكون أسوأ وأن يفكر في نفسه كما يفكر بالآخرين والتجنب المعرفي برفض الاعتقاد في وجود المشكلة ومحاولة نسيان الموقف والانشغال في التخيلات المؤلمة بدل التفكير الواقعي في حل المشكلة- .

6-2-1 التعامل المتمركز حول المشكلة : تتضمن البحث عن المعلومات وطلب النصيحة ومحاولة حل المشكل .

6-2-1 التعامل المتمركز حول الانفعال : تتضمن التنظيم الوجداني كمحاولة عدم الانشغال بالمشاعر المتصارعة كذلك تقبل الموقف كما هو والتفريغ الانفعالي كالبكاء والتدخين .

(عياش بن سمير العنزي، 2004، ص28)

وبناء على تصنيف "موس وبيلينجر Billinger & Moos " (عمدت منى عبد الله، 2002) إلى إعادة

صياغة هذه الاستراتيجيات وقامت بتصنيفها كالآتي- :

-تغيير أسلوب الحياة و البحث عن إثباتات بديلة .

-البحث عن المعلومات -الإدراك الايجابي للذات و تأكيد الذات .

- ضبط الذات و القدرة على التأقلم -الحماس وروح الدعابة و المرح .

-الاسترخاء و الانفصال الذهني ومواجهة القلق .

-التحليل المنطقي -تقبل الأمر الواقع.

- تحمل المسؤولية .

- اللجوء إلى الله و الحالة الروحانية .

-التركيز على حل المشكلات. (أحمد محمد عرافي، 2013، ص34)

خلاصة:

قمنا في هذا الفصل بشرح بعض المفاهيم الأساسية التي ستساعدنا على فهم واستيعاب كيف تكون المواجهة، حيث اتفق كل الباحثين، على أن استراتيجيات المواجهة هي مجهودات يبذلها الفرد في التصدي للضغوط، وقد يستعمل الفرد نوع واحد من أنواع استراتيجيات المواجهة كالتركيز على المشكل وفي بعض الأحيان يستعمل اثنين، أو ثلاث أو أكثر كالتركيز على المشكل والانفعال والمواجهة المتمركزة على الدعم الاجتماعي، ورأينا كيف انه هناك من يستعمل طرق للمواجهة فعالة وآخرون ينتهجون أخرى غير فعالة.

الفصل الثالث التفكير الايجابي

تمهيد

نشأة التفكير الايجابي كـمجال من مجالات علم النفس الايجابي

مفهوم التفكير الايجابي

فوائد استخدام التفكير الإيجابي ما يلي في النقاط

نماط التفكير الايجابي الأساسية

التفكير الايجابي وتأثيراته العصبية

سمات الشخصية الايجابية

خلاصة

تمهيد:

أنّ التفكير عملية عقلية معرفية وجدانية تبني على محصلة العمليات النفسية، كما يعد من العوامل الأساسية في حل المشكلات وتجنب الإخاطر في حياة الإنسان، وبه يستطيع السيطرة والتحكم على أمور كثيرة وتسييرها لصالحه، لهذا لا بد من تفكير ايجابي يحول كل أحاسيسنا وخبراتنا عن ذاتنا بما يشبع حاجتنا، التي تساعدنا على حل مشكلاتنا، ومنه في هذا الفصل سنقوم بشرح مفهوم وأبعاد وفوائد التفكير الايجابي.

نشأة التفكير الإيجابي كمجال من مجالات علم النفس الإيجابي:

يعد نيرمان أول من ارسى المفاهيم الحديثة لعلم النفس الإيجابي وكان له الفضل في انه كان أول المتنبئين بقوة التفكير الإيجابي وقوته على قلب المواقف السلبية، ارتبط التفكير الإيجابي عنده بقوة الإيمان فأى شي بالإيمان يعطي القوة وأول شي الإيمان بالله هو صاحب القوة العظمى وهو صاحب التفكير الإيجابي الرئيس

(الرقيب، 2006، ص: 22)

خلال فترة توليه منصب رئيس جمعية علم النفس الأمريكية قام مارتين سليجمان بتحدي علماء النفس على أن يؤسسوا "علم القوة والفضيلة"، والذي من شأنه أن يرعى أجمل مافي أنفسنا (عبد الستار ابراهيم، 2011)، ولتحقيق هذا الهدف، اقترح سليجمان مع سيكسزمنهالي على أن نشجع حقلا جديدا من علم النفس الإيجابي والذي يمكنه "أن يصوغ رؤية للحياة الجيدة على أن تكون سليمة تجريبيا وفي الوقت ذاته سهلة الفهم وجذابة"، علم يستطيع أن يجذب علماء النفس وعلماء الاجتماع وعامة الناس (سليجمان وسيزكميهالي ص5). من المحتمل أن يكون علم النفس الإيجابي حركة مؤثرة جدا، فقد نال اهتماما كبيرا وتلقى سمعة طيبة على مستوى الإعلام، إلا أنه نادرا ما يتلقى تقييما انتقاديا من قبل علماء النفس أو غيرهم.

إن الغرض الرئيسي من الكتابات الخاصة "بالتفكير من خلال علم النفس الإيجابي" هو الكشف والصياغة والتقييم النقدي للركائز المفاهيمية والأخلاقية الأساسية لهذه الحركة.

بحسب تصور سليجمان، فإن لدى علم النفس الإيجابي ثلاثة أهداف أساسية. الأول تحديد وقياس الصفات الإيجابية "والتي تتجاوز الثقافات والأمور السياسية الخاصة، وتنتهج العمومية" وهو بذلك يضعنا في مركز للبدأ في بناء القوى الإنسانية، والفضائل المدنية، والحياة الجيدة. الهدف الثاني تعزيز الخبرات والعواطف الإيجابية. الهدف الثالث خلق مجتمعات ومؤسسات أكثر ايجابية والتي من شأنها أن تجسد وتعزز تلك القوى والخبرات

هناك مأخذ قوي على علم النفس الإيجابي وهو أنه لا يفلت من العديد من المشاكل والعيوب التي تصيب علم النفس التقليدي فهو يسعى إلى التحويل، على سبيل المثال تشير الانتقادات الأولية إلى جنوحه نحو تجاهل التغلغل الثقافي في الأنشطة البشرية كلها وهو أيضا يعكس النوع أحادي الجانب من الفردية التي يرى كثير من المنتقدين أنها أساءت بشكل كبير إلى علم النفس.

أقر كل من "سبينس 1988، سامبسون 1999، وتاييلور 1985 بدراسة الأسس الفلسفية والتوجه الأخلاقي لهذه الحركة الجديدة المؤثرة عن كتب.وأضافوا" بصفتنا محرري هذا الإصدار، فإننا نتعاطف مع الكثير من أهداف علم النفس الايجابي. إلا أننا قلقين من أنه بفكرته الحالية، قد لا يكون كافياً لتعزيز حتى أفضل أهدافه الخاصة.

لقد اهتم علم النفس الايجابي في بداياته بكيفية إيضاح طبيعة الفاعلية الإنسانية والمسؤولية على الرغم من اختلاف وجهات النظر بين الثقافات. (نفس المرجع السابق،ص36)

لقد لقيت حركة علم النفس الايجابي انتقادات لأفكارها الرئيسية، إلا أن النمو السريع لهذه الحركة واندفاع علماء النفس في إعادة توجيه عملهم تحت عنوان علم النفس الايجابي

بدأت بوادر علم النفس الايجابي بالظهور بمبالغة المجتمع الأمريكي بالانجاز الفردي والاستقلالية الشخصية والنزعة الفردية ظهر ليعيد القيم والمبادئ الأخلاقية ويرجع عامل التدين والإيمان بالله كمبدأ من مبادئ الصحة النفسية، تثمين التصورات الأخلاقية و الروحية فإنه يميل إلى عرضها كأمر مفيدة إذ أنها توظف غالباً كوسائل تخدم تلك الغايات الفردية، وهذا المنطق الذرائعي يتعارض مع علم النفس الكلاسيكي الذي بهمل الجانب الديني ويرفض الخوض فيه.

جاء علم النفس الايجابي ليعدل الإحساس بالكآبة وتغييرها بالسعادة والتفكير بايجابية عكس ما غرسه فينا المجتمع وهذا يتعارض مع العديد من التقاليد الثقافية والأخلاقية، سواء الغربية وغير الغربية (كالبودية والهندوسية والفكر الاجتماعي المجتمعي وعلم نفس ما وراء الشخصي) يحددون شعورهم بالهوية من خلال انتمائهم إلى واقع جماعي عريض أو روحي ويضعون تركيزاً أكبر على التعلم وإيجاد معنى في المعاناة بدلاً من السعي بأي ثمن للخلاص منها.

ويشير إلى أن الطريق إلى توسيع وتعميق علم النفس (وفي الواقع نمط حياتنا ذاته) ليس بإصدار نظرية شاملة ومبررة علمياً، بل من خلال الحوار المتأني والمستدام والقائم على الاحترام المتبادل مع الثقافات ووجهات النظر الأخرى. ولا شك في أن لدى نظرية العلوم الاجتماعية والبحوث الكثير ليقدمانه في مثل هذا التبادل، ولكن عليهم ان يساهموا بطريقة متكاملة وبحثية.

في سنوات الالفينات اتجه علم النفس الايجابي منحى مستحدث في الفلسفة والنظرية الاجتماعية من أجل تطوير أساس نظري ملائم للتحقيق في المسائل التي يثيرها علماء النفس الإيجابي حول علم النفس والحياة الجيدة.

وتحاول أن تتناول الحاجة المحددة من قبل علماء النفس الايجابي لطرح نهج لعلم النفس العلمي والمهني يكون أكثر إيجابية و متمحور حول الصحة وموضوع من الناحية الأخلاقية، وأيضاً يتحدث عن المعضلات الحالية والاحتياجات الثقافية.

تطور بعد 2010 ليرسم مبادئه ويحدد طريقته ، حيث شهد التقاف الباحثين والمفكرين من كل أنحاء العالم، إذ انه نجح في إيجاد مكانة راسخة في مجالات علم النفس وأصبح تخصص يدرس في الجامعات بدلا من ادعاء بعض الباحثين في انه موضة وسوف ترحل تاركة اثر طيب و فقط.

1 - مفهوم التفكير الايجابي:

التفكير:

من حيث اللغة: "فَكَرَّ في الأمر، يفكر، يفكر، فكَرّاً: أعمل عقله فيه، ورتب بعض ما يعلم ليصل به إلى المجهول، وفكر مبالغة في فَكَرَ، والتفكير: إعمال العقل في مشكلة للتوصل إلى حلها"، وهذا قصرٌ للتفكير على نوعٍ من أنواعه، وهو حل المشكلات.

يقول إدوارد ديبونو أحد أشهر الخبراء في علم التفكير: "لا يوجد هناك تعريف واحد مرضٍ للتفكير، لأن معظم التعريفات مُرضية عند أحد مستويات التفكير، أو عند مستوى آخر، وتعريف التفكير الذي اعتمده في كتابه: هو التقصي المدروس للخبرة من أجل غرض ما"، ويعرف التفكير بوصفه مهارة بأنه: "المهارة الفعالة التي تدفع بالذكاء الفطري إلى العمل".

ماهية التفكير: التفكير مفهوم افتراضي يشير إلى عملية داخلية تعزى إلى نشاط ذهني معرفي تفاعلي انتقائي قصدي موجه نحو حل لمسألة ما، أو اتخاذ قرار معين، أو إشباع رغبة في الفهم، أو إيجاد المعنى ، أو إجابة شافية لسؤال معين ، ويتعلمه الفرد من ظروفه البيئية المتاحة، ولا يمكن ملاحظته بل يستدل عليه بما يلاحظ من سلوك داخلي أو ظاهري إذ يتطور وينما نتيجة تراكم الخبرات التي يواجهها الفرد (الكبيسي، 2008:15).

التفكير الإيجابي: Positive Thinking حسب (إبراهيم، 2005) التفكير الإيجابي هو قدرة الفرد الإرادية على تقويم أفكاره ومعتقداته ، والتحكم فيها، وتوجيهها تجاه تحقيق ما توقعه من النتائج وتدعيمه أثناء حل المشكلات باستعمال انساق وأنظمة ذات طابع تفاؤلي لحل المشكلات ولانجاز المهام ولرؤية وتفسير الأحداث والظروف والافتتاح بتحقيق النجاح.

يعرف (زحلوط) يعرفه بأنه فن التعامل بما هو متاح من وسائل وقدرات وأدوات للوصول إلى أفضل النتائج بها وطريقة التفكير هي إحدى خبرات الشخص الحياة ، والشخص السعيد يمتلك مجموعة من طرق التفكير تمكنه من التغلب بشكل امثل مع المتاعب ومصاعب الحياة .
يعرفه (جودة ، وآخرون ، 2013، ص:22) هو أسلوب متكامل من التفكير فيبرابيفر: هو الانتفاع بقابلية العقل للاوعي للتأثير على حياة العامة بطريقة تساعد على بلوغ آمالك وتحقيق أحلامك (بيفر، 2011، ص:102).

هو حالة مزاجية ايجابية ينقلها الفرد عن نفسه للآخرين من حوله بتصرفاته اتجاه الأشخاص والأحداث ونظراته الحسنة للأمور وتفسيرها بطريقة يغلب عليها الجانب الايجابي (بكار، 2013)

وتقول وفاء محمد مصطفى: ” هو أن تستخدم قدرة عقلك الباطن (عقلك اللاوعي) للتأثير على حياتك العامة بطريقة تساعدك على بلوغ آمالك، وتحقيق أحلامك .”

في حين ذهب .” سكوت دلبيو الى النتيجة التي يحقق التفكير الايجابي بقوله هو: ” هو قدرتنا الفطرية للوصول إلى نتائج أفضل عبر أفكار إيجابية

هو سلوك عقلي بترجمة الأفكار والكلمات والتصورات العقلية ويجعلها قابلة للنمو والتوسيع وتحقيقها بنجاح.

هو التفاؤل والنظر إلى الحياة بالجمال.

هو جهد عقلي يقوم بتوقع السعادة والفرح وصحة أفضل، لكل عمل وموقف تقوم به.

يعرف عبد الستار إبراهيم (2008 : 101) الإيجابيون من الناس بأنهم من يتصفون بالسعادة لما يتبنون من تلك الأفكار العقلانية التي تهديهم في توجهاتهم الشخصية والسلوكية والاجتماعية مثل بعض المعتقدات الفكرية والسلوكية مثل : على الفرد مواجهة الصعاب وليس الهروب ، الحل السهل السريع قد يؤدي على المدى الطويل إلى آثار سيئة وسعادة الإنسان ترتبط بقدرته على الفعل والنشاط ومجاهدة النفس والنجاح في حياتنا مرهون بوجود ما لدينا من مهارات ونشاط وطرق كل الأبواب المتاحة. ترى ترى (عفراء العبيدي، 2014، ص:129) أن التفكير الإيجابي هوالمعتقدات و الآراء والأساليب المتبعة في كل أمور الحياة والتي من شأنها حل كل ما يواجه الفرد من مشكلات.

أما سعيد صالح بن عبد الرقيب (2008) فقد عرف التفكير الإيجابي على النحو التالي " هو أن تستخدم قدرة عقلك الباطن (عقلك اللاواعي) للتأثير على حياتك العامة بطريقة تساعدك على بلوغ آمالك ، وتحقيق أحلامك " أو " هو قدرتنا الفطرية للوصول إلى نتائج أفضل عبر أفكار إيجابية. وفي مقابل الأفكار السابقة التي تحقق لأصحابها النجاح والرضا من المنطقي أن توجد أيضًا أساليب ومعتقدات واتجاهات ذهنية مناقضة للتفكير الإيجابي ومن ثم تسهم بعكس التفكير الإيجابي في إثارة الفوضى والاضطراب النفسي وسوء التوافق أي أن التعامل مع المفاهيم والاستجابة لمختلف المواقف التي تواجهنا يمكن معالجتها والتفكير فيها إما بطرق سلبية تزيد من صعوبتها وتضفي على الفرد الشعور بالتعاسة أو في المقابل سيجد الفرد البدائل الإيجابية التي تساعده في القيام بالسلوكيات السوية. (عبد الستار ابراهيم، 2008، ص:116)

تتمو السعادة بممارسة الأفكار السعيدة والسارة وإن سبب الشعور بالتعاسة والحزن هو ما يصنعه الفرد بنفسه بأن يترك الأفكار السلبية تتسرب إلى العقول وأيضًا إلى طريقة التفكير تجاه المواقف و تجاه الآخرين ، وبذلك يصبح الفرد مجالًا خصبًا للقلق والخوف. (نورمان فنست بيل، 2001 ، ص: 78)

2- فوائد استخدام التفكير الإيجابي ما يلي في النقاط:

- يجلب السعادة: إن الأفكار التي تشغل العقل تكون ذات أهمية أكثر من أي شىء في الحياة فكوننا لانستطيع شراء السعادة ولا الفوز بها لذا يجب أن نختارها وذلك بأفكارنا الايجابية .
- وأكدت على ذلك دراسة (بارك بيترسون، وسيليجمان، 2004) انه يوجد ارتباط إيجابي بين جوانب التفكير الإيجابي في الشخصية وبين الامتتان والقدرة على الحب و حب الاستطلاع والتسامح مع الذات وتقدير الجمال والإبداع وحب العلم والحكمة والارتياح في الحياة.
- يعتبر التفكير الإيجابي السر للأداء المتميز سواء في الدراسة أو بيئة العمل .
- التفكير الإيجابي يتيح لك الاختيار الناجح للأهداف .
- تأكد أن التغيير الإيجابي البناء الذي تجريه داخل نفسك سوف يكون له الأثر النافع في شخصيتك وفي كافة نشاطاتك" .
- التفكير الإيجابي يجعل الحياة ممتعة ومليئة بالسعادة مع وجود القلق ولكن بشكل أقل.
- "إن العقل يمتلك فكرة واحدة في أي وقت فإذا أدخلنا في عقولنا فكرة إيجابية أخرجت الفكرة السلبية التي تقابلها ، إن العقل لا يقبل الفراغ فإذا لم نملأه بالأفكار الإيجابية فسوف تملأه الأفكار السلبية" .
- إن هذه الإيجابيات في عقولنا ومشاعرنا تصنع في حياتنا : الإيجابية ، والتفاؤل والطاقة ، والقدرة على الدفاع عن النفس.
- عندما نفكر بطريقة إيجابية تنجذب إلينا المواقف الإيجابية، والعكس يحدث عندما نفكر بطريقة سلبية فإننا نجذب إلينا الموقف السلبية.

- إن الشخص الذي يفكر إيجابياً ويعتمد على نفسه ، وينظر نظرة متفائلة يستطيع أن يستهوي ما حوله فعلاً ، ويطلق القدرات التي تحقق الهدف".

" وينبغي عدم الإفراط في التفكير الإيجابي بمفرده فهو لا يكفي لتغيير الحياة إلى الأفضل فإنه من الضروري أن يكون لدى الإنسان بعض الاستراتيجيات ، وبعض الخطط التدريجية لتغيير الطريقة التي يفكر بها ، والتي يشعر بها ، وأيضاً لتغيير ما يفعله في كل يوم يمر عليه ،فالتفكير الإيجابي هو عملية وإجراء وليس غاية في حد ذاته. (سعيد بن صالح الرقيب،2008، ص: 910).

3-أنماط التفكير الايجابي الأساسية:

رغم تعدد أنماط التفكير الايجابي إلا انه هناك ثلاث أنماط رئيسية تدخل تحتها باقي الأنماط الثانوية المتعددة، كما يعتبر الالتزام بها ضمان لحل المشكلات بطرق ناجحة بامتيازوهي :

3-1 التفكير العلمي: ويتناول ذات المشاكل التي يطرحها الواقع المعين، لكن على مستوى جزئي عيني، أي منظور إليها من جهة معينة ،هي البحث في قوانين التي تضبط حركة الطبيعة والإنسان، والتي لا بد أن تأتي حلول هذه المشاكل على مقتضاها لتكون صحيحة، ويتم هذا التناول عبر خطوات معينة هي خطوات المنهج العلمي وهي :

* **الملاحظة:** أي مراقبة مفردات الظاهرة ورصدها خلال حركتها.

* **الافتراض:** أي محاولة افتراض قانون لتلك الحركة من أطوارها على قاعدة واحده في ظروف مماثلة.

* **التحقق:** إذ الممارسة هي اختبار مستمر لصحة القانون .

خصائص التفكير العلمي:

* **الإقرار بان هناك قوانين حتمية تضبط حركة الأشياء والظواهر، ومضمون الحتمية تحقق السبب بتوافر المسبب وانتقائه بانتفاء المسبب.**

* **التحقق من صدق الأفكار بالتجربة والجانب العلمي:** وهو الذي نستعمل فيه منهجية صحيحة ويكون فعال ليس خرافي أو نستعمل فيه الحدس او ناتج عن مرجعية وإيديولوجيات ثقافية سلبية.

التخطيط وله شرطين: عدم توقع تحقق غاية معينة دون تدخل ايجابي من الإنسان، وضرورة سبق

الأحداث قبل أن تقع والتحكم في وقوعها طبقا لخطط معينه .

وقد اقر الإسلام التفكير العلمي من خلال تقريره لخصائصه ، حيث قرر القران أن حركة الكون خاضعة لسنن إلهية لا تتبدل (فلن تجد لسنة الله تبديلا ولن تجد لسنة الله تحويلا)(فاطر:43)، كما اقر الإسلام التخطيط لأنه يحث على التزام شرطه الأول بتقريره أن شيئا من الواقع لن يتغير ما لم يتدخل الإنسان لتغييره(أن الله لا يغير ما بقوم حتى يغيروا ما بأنفسهم)، كما حث على التزام شرطه الثاني بنهيه عن التواكل (عفراء العبيدي، 2014، ص:129).

التفكير العقلاني: ويتناول ذات المشاكل التي يطرحها الواقع المعين، لكن على مستوى كلي مجرد، أي منظور إليها من جهة معينة، هي الأصول الفكرية (الكلية، المجردة) لهذه المشاكل. ويتصف هذا التناول بالاتي : أولاً: الشك المنهجي (النسبي): وهو شك مؤقت، ووسيلة لا غاية في ذاته ، إذ غايته الوصول إلى اليقين، أي أن مضمونه المنهجي عدم التسليم بصحة حل معين للمشكلة إلا بعد التحقق من كونه صحيح، وهو يختلف عن كل من : / الشك المذهبي أو المطلق: وهو شك دائم وغاية في ذاته ، أي أن مضمونه المنهجي قائم على أنه لا تتوافر للإنسان إمكانية حل أي مشكلة -النزعة القطعية: وتقوم على التسليم بصحة حل معين دون التحقق من كونه صادق أم كاذب، ثانياً: العقلانية: ومضمونها المعرفي استخدام ملكة الإدراك (المجرد).

-المنطقية: أي أن التفكير العقلاني يستند إلى المنطق، بما هو القوانين النوعية التي تضبط حركة الفكر الإنساني ، ذلك أن حل الصحيح لاى مشكله يجب أن يستند إلى القوانين التي تضبط حركة حركه الطبيعة و الإنسان(العلوم الطبيعية والانسانية) والفكر(علم المنطق).

- النقدية : وهى الموقف الراض لكل من موقفي القبول المطلق والرفض المطلق، والذي يرى أن كل الآراء (بما هي اجتهادات إنسانية) تتضمن قدراً من الصواب والخطأ ، وبالتالي نأخذ ما نراه صواباً ونرفض ما نراه خطأ. وقد اقر الإسلام التفكير العقلاني(الذى لا يناقض الوحي) من خلال إقراره لخصائصه ، حيث نجد نموذج للشك المنهجي، في وصف القرآن الكريم لانتقال إبراهيم (عليه السلام) من الاعتقاد بربوبية القمر إلي الاعتقاد بربوبية الشمس، إلي الاعتقاد بربوبية الله تعالى في قوله تعالى (فلما جن عليه الليل رأى كوكباً قال هذا ربي فلما أفل قال لا أحب الآفلين .فلما رأى القمر بازغاً قال هذا ربي فلما أفل قال لئن لم يهدني ربي لآكونن من القوم الضالين فلما رأى الشمس بازغة قال هذا ربي هذا اكبر فلما أفلت قال يا قوم إني بريء مما تشركون) (الأنعام: 76 - 78)، كما حث الإسلام على التزام الموقف النقدي فى العديد من النصوص كما في قوله تعالى(الذين يسمعون القول فيتبعون أحسنه)، كما في قوله (صلى الله عليه وسلم)(لا يكون أحدكم امعه، يقول إنا مع الناس أن أحسنوا أحسنتم وان أساءوا أسئتم، بل ووطنوا أنفسهم، أن أحسن الناس أن تحسنوا ،وأن أساءوا تجتنبوا أساءتهم)، كما حث الإسلام علي أعمال العقل (بما لا يناقض الحواس والوحي كوسائل المعرفة)، كما أشار القرآن إلى بعض قوانين المنطق كقانون عدم التناقض كما فى قوله تعالى(ولو كان من عند غير الله لوجدوا فيه اختلافاً كبيراً).

- التفكير الديني(الاجتهاد): ويتناول ذات المشاكل التي يطرحها الواقع المعين، ولكن منظور إليه من جهة علاقتها بالمطلق الغيبي ، ووسيلة معرفته الوحي، أي هو نمط التفكير الذي يحدد فيه الوحي (ولا يلغى)نوع المشاكل التي يواجهها الإنسان ، وطريقة العلم بها ، ونمط الفكر الذي يسوغ حلولها ، وأسلوب العمل اللازم لتنفيذها.

أنماط التفكير السلبي الأساسية:

تعدد أنماط التفكير السلبي ، نذكر منها ثلاثة أنماط أساسية للتفكير السلبي ، الذي يؤدي إلى فشل الإنسان في حل المشاكل التي يطرحها واقعه وهي:

- التفكير الخرافي : هو نمط من أنماط التفكير المناقض للتفكير العلمي، لأنه يشترك معه في الموضوع (تفسير الظاهرة أو الظواهر الجزئية العينية)، ولكنه يختلف عنه في المنهج، فهو يقوم على إنكار القوانين الموضوعية التي تضبط حركتها أو إنكار حتميتها ، أي يقوم على أمكانيه انقطاع إطرء هذه السنن الإلهية، كما يقوم على أمكانيه قبول أى فكره تفسر هذه الظواهر، دون توافر إمكانية التحقق من صدق هذا التفسير بالتجربة والاختبار العلميين، كما يناقض التخطيط ، وذلك لإلغائه شرطه الأول بالسلبية والتواكل ، وإلغائه شرطه الثاني بالتجريبية والمغامرة. وقد رفض الإسلام التفكير الخرافي من خلال نهيه عن كثير من أنماط التفكير الخرافي ، التي كانت سائدة في المجتمع العربي الجاهلي : كالكهانة (من أتى كاهنا فصدقه بما يقول فقد بريء مما أنزله الله على محمد) (رواه الطبراني)، والنتجيم (من اقتبس علما من النجوم اقتبس شعبه من السحر) (رواه أبو داود وابن ماجه)، والعرافة (من أتى عرافا فسأله عن شيء فصدقه لم تقبل له صلاه أربعين يوما)، والتطير (العيافه والطيرة والطرق من الجبت).

- التفكير الاسطوري: هو نمط من أنماط التفكير المناقض للتفكير العقلاني، لأنه يشترك معه في الموضوع (تفسير الأصول الفكرية الكلية المجردة)، ولكنه يختلف عنه في المنهج فهو يقوم على *القبول المطلق لفكره وبالتالي الرفض المطلق للأفكار الأخرى ، *الشك المطلق أي إنكار إمكانية التحقق من صحة أي فكرة، أو النزعة القطعية أي التسليم بصحة فكرة دون التحقق من كونها صادقة أم كاذبة.

*الاستناد إلى الإلهام أو الوجدان أو العاطفة والخيال (على الوجه الذي يلغى العقل).

- اللامنطقيه (التناقض) وهو استعمال الطرق الخرافية والتي لا تحقق للفرد أهدافه وتضعه في خانة المتفرج لا يتقدم ولا يسعى للوصول لما يطمح له ويسعده مثل اعتقاد الفرد أن سبب إصابته وقلق واكتئابته هو عين إصابته أو سحر فلا يذهب لطبيب نفسي يعالجه ولا يعمل على تصحيح أفكاره والتخلص منها.

- اختيار العبارات الايجابية التي تساعد على النجاح، وتكرارها وكتابتها.
- مراقبة الأفكار، واستبعاد السلبية منها ، لان الاستمرار في التفكير فيها سيحولها إلى عادته ، وبالتالي تؤثر سالباً على التفكير والسلوك .

• تحديد الأهداف، وترتيبها حسب أولويتها، وتحديد وسائل تحقيقها، والتميز بين الأهداف الممكنة والمستحيلة..

• اكتساب معارف ومهارات في مجالي فن النجاح وفن التفكير الايجابي .

• تجنب الانطواء على الذات.

• عدم الاسترسال مع الانفعالات السالبة .

• التخلص من الأفكار السلبية و الخواطر التشاؤمية بالهدوء والاسترخاء ، والتأمل الموضوعي الذي يلغى المبالغة .

• التفاؤل.

• برمجة العقل الباطن على التفكير الايجابي ، عن طريق تكرار الجمل الايجابية، وعدم تكرار الجمل السلبية، لان العقل الباطن يتبرمج عن طريق التكرار .

• البحث عن الجوانب الايجابية لكل أمر من أمور الحياة حتى لو كان أمر سلبي.

• تفادى التأثير التراكمي، لان التفكير السلبي يبدأ بالتفكير بجمله بسيطة تذكر بأخرى وهكذا حتى تشكل

انفعال سلبي مستمر ، لذا فان التغلب على التفكير السلبي يتم بالتغلب على هذا التأثير التراكمي .

• إيجاد جذر المشكلة لان التفكير السلبي قد يكون مصدره عدم حل مشكله معينه ،وهو ما يؤثر سلبا على تفكير و سلوك الإنسان.

• البحث عن الأدلة بدلا من الاستناد إلى افتراضات لا أساس لها من الصحة.

• عدم استخدام المطلقات مثل "دائما" و "أبدا"، لأنها تجعل الموقف يبدو أسوأ مما هو عليه.

• الانفصال عن الأفكار السلبية وعدم تتبعها.

• استخدم أسلوب القطع لمكافحة الاجترار، فالاجترار هو التركيز المبالغ فيه على أحداث سلبية، وهو نمط

من أنماط التفكير السلبي، لأنه ليس منطقيا أو موجه لحل ولكنه مجرد قلق زائد، لذا يجب مقاطعته

بإجبار النفس على فعل شئ مختلف تماما و تغيير البيئة.

• كتابه المشكلات لأنها تساعد على الحد منها و تنظيمها والسيطرة عليها.

• التحدث إلى الآخرين، بمناقشة المخاوف ودواعي القلق مع صديق او شخص تثق به.

• توسيع نطاق التفكير والخروج من الدوائر الضيقة.

• الابتعاد عن الفراغ وشغل النفس بالهوايات و تطوير المهارات.

• التخلص من الهموم أولا بأول.

• الانتقال من التقييم السلبي الى التقييم الايجابي.

• اجتناب الحديث السلبي مع الذات وتحفيز الذات وبرمجتها بتأكيدات

6- التفكير الايجابي وتأثيراته العصبية:

يعتبر التفكير السليم مقوي لعصبونات الدماغ ووظائف العليا للجهاز العصبي كالمرونة والوظائف

التنفيذية والذاكرة والذكاء والانتباه وكذا التركيز..... تتموهذه النشاطات بالتفكير السليم شأنه شأن

الرياضة البدنية التي تقوي العضلات وتحافظ على حيوية بقية أعضاء الجسم. فاللياقة الدماغية تأتي من

خلال قدرة الشخص على استيعاب المعلومات، وفهم العلاقات ووضع الخطط والاستنتاجات المنطقية،

وصنع القرارات للسيطرة على واقعه والحياة.

ويمكن تطوير ذلك عن طريق التعليم واستمراريته وتحفيز الفكر، والتفكير لتحديات الواقع والمستقبل. وإطلاق العنان للمفكرين بدون قيد أو شرط ما دامت أفكارهم تصب في خدمة الإنسان، والمجتمع والنهضة به.

ويعرف الإنسان بأنه الكائن المفكر الوحيد من بين بقية المخلوقات. والتفكير هو ترتيب الأمور في الذهن كي يتوصل الإنسان به إلى غاية مطلوبة فيكون علما أو شكا. وهو ينتقل من التساؤل إلى التأمل والتفسير والتحليل لغاية التدبير، ومن ثم التغيير، فهو المعالجة الذهنية لما يدور في مخيلة الإنسان من تصورات بقصد تحقيق هدف ما.

وإن لم يتم ذلك، يصبح التفكير مجرد حالة من (الوسواس والاجترار). كما هو الحال في المجتمعات المتخلفة ذهنيا والتي تنقش فيها التأويلات والتفسيرات بدون الوصول إلى قدرة على التغيير في أحوالها. (إبراهيم محمود أبو الهدى، 2011، ص23)

إن النتائج الفكرية يخدم سيطرة العقل على ظواهر العالم وسيطرة الإنسان على نفسه وواقعه، لصناعة مستقبله ومصيره. وأي حجر على العقل يرد الإنسان إلى مستوى النشاط العصبي الانفعالي وإشباع حاجاته البيولوجية فقط من خلال التفكير المقنن على مستوى تلبية الحاجات الأساسية (الطعام، والشراب، واللباس، ومعالجة الأمراض)، وتحقيق متطلبات الرزق. فهنا يتم تعطيل نشاط الدماغ ولا يبقى فعالا منه إلا جزء صغير وهو ما يعرف بالهايبيوثالاماس (غدة ما تحت المهاد). وظيفته تنظيم النوم، والجنس، والأكل، والانفعال (كلها وظائف غريزية كبقية الكائنات الأخرى)، حسب علما الاعصاب والجهاز العصبي هذه المنطقة المخية يستعملها بكثرة اغلب الناس في هذا الكون على مستوى الهايبيوثالاماس في عالم يخلو من الاستحاثات الفكرية والحجر على المفكرين!؟

في بحوث قامت بها جامعة " الفلازكو" المختصة في البحوث العصبية جاء في خلاصة دراساتها التي قامت بها سنة 2017 مفادها ان البيئة التقليدية التي تخلو من المثيرات والمحفزات الفكرية تعمل على المدى البعيد على ترقيق القشرة الدماغية وبالتالي انحطاط الكفاءات الذهنية. وتظهر (أبحاث كوتولاك) كل نواحي قصور التفكير المنطقي البناء في صناعة القرار وحل المعضلات. وفي الوقت نفسه يتدفق السلوك الاندفاعي الانفعالي والمتمثل بالعنف، وبالتالي تدهور قدرات العقل على السيطرة على واقع الحياة والجنوح تجاه اللاعقلانية، مما يشكل خطورة على كيان الإنسان والمجتمع والعيش في أدنى مستويات المجتمعات حضاريا.

وفي دراسة (كين)، ثبت أن تشجيع التفكير الإيجابي وتحدي معضلات الحياة بالنهج الفكري الواقعي والتحليلي، ومن خلال الحوار البناء يزيد من النواقل العصبية في الدماغ (الاندورفين والدوبامين)، وكلاهما يؤديان إلى الشعور بالحيوية والطاقة والفرح والاستمتاع بالحياة .

و في دراسة (فيرغيس) الحديثة، وجد أن هناك ارتباطا طرديا بين الاستحاثات والتدريب الفكري في حل الأزمات والمعضلات والتحديات وتدنيا في نسبة حصول مرض ألزهايمر. من خلال دراسته الواسعة على

مدى 4-6 سنوات، ذلك أن الاستحثاث الفكري يعمل على زيادة إفراز ما يعرف بهرمون نمو الخلايا العصبية . "nerve growth factor secretion" وكلما زادت اليقظة والفاعلية الذهنية زاد هرمون نمو الخلايا العصبية وبالتالي تنشيط الخلايا الدماغية وتنبيهها ، وخلق عصبونات جديدة يؤدي إلى تحسين الأداء الذهني كالذاكرة والانتباه والقدرة على الربط والاستيعاب والتقصي واتخاذ القرارات السليمة والمرونة العقلية. وكلما زاد نشاط الخلية زادت ارتباطاتها بالزوائد العصبية للخلايا المجاورة من خلال ما يعرف ب(التبرعم للزوائد العصبية الموصلة التشابكية). وكل خلية عصبية دماغية واحدة لها القدرة على امتلاك ثلاثين ألفا من الزوائد الشبكية مشكلة كثافة عالية من النشاط الدماغي الكلي .

كما كشفت الدراسات الحديثة على الدماغ في (أبحاث جانسن)، أن تنشيط التفكير الإيجابي سواء أن كان تحليليا أو نقديا أو تأمليا أو رياضيا يزيد من تكوين الشبكات العصبية وارتباطاتها في الدماغ، ويزيد من خلق خلايا عصبية جديدة ومن كفاءتها وشجيراتهما، مانعة أيضا من موتها وبالتالي حفظ الدماغ من الخرف الطبيعي ومن مرض ألزهايمر . وهناك تناسب طردي بين النشاط الفكري وتشكيل الشبكات العصبية وكفاءتها. كما وجد أن التلقين يؤدي إلى تصلب الدماغ، وتقليص الشبكات العصبية، وتدهور كفاءة الخلايا العصبية والذهن وبالتالي الخرف المبكر . (محمد عبد الكريم الشوبكي، 2017، ص211)

7- سمات الشخصية الايجابية:

أ- السمات النفسية:

- 1- الاستبصار بالذات : الشخص الإيجابي يستبصر بذاته ، بجوانبه الإيجابية ونقاط القوة لديه ويستثمرها أفضل استثمار ، ويستبصر بجوانبه السلبية ونقاط الضعف لديه ويحاول التخلص منها ، ويحاول أن يحول السلبيات إلى إيجابيات . فهو يجيد التعامل مع الذات .
- 2- التكيف مع الواقع : فهم الواقع والتكيف معه ومحاولة تغييره .
- 3- القدرة على التحكم في الذات : يتسم الشخص الإيجابي بالضبط ، والثبات الانفعالي لاسيما في مواجهة المشكلات والضغوط .
- 4- الانبساطية : يتسم الشخص الإيجابي بأنه انبساطي وليس انطوائي .
- 5- التفاؤل : من سمات الشخص الإيجابي التفاؤل ، والتوقع الإيجابي .
- 6- التمسك بالأمل : من سمات الشخص الإيجابي أنه لا ييأس لاسيما في مواقف الإحباط والفشل وإنما دائما يتمسك بالأمل . والإيمان بأن طريق الألف ميل يبدأ بخطوة .
- 7- التدين : من سمات الشخص الإيجابي أنه يحب الله ورسوله ، ويعتبر أن الإيجابية من سلوك المسلم الصادق .
- 8- الشعور بالمسئولية : يتسم الإيجابي بالشعور بالمسئولية تجاه دينه ونفسه وربه وأسرته ومجتمعه وعمله ، وهو يؤمن بأن " رب همة أحييت أمة "
- 9- القدرة على العطاء : يتسم الإيجابي بأنه عطاء ، يعطي من وقته وماله وصحته .

10- الثقة بالنفس : الإيجابي يثق في قدراته ولذا يقدم على العطاء والإنجاز .
ب- السمات العقلية:

1- القدرة على التفكير الإيجابي .

2 الانفتاح على العالم .

3 القدرة على الإبداع .

4 المرونة العقلية.

ج- السمات السلوكية:

1- القدرة على التواصل مع الآخرين .

2- القدرة على إقامة علاقات اجتماعية .

3- الحماس : يمتلك الإيجابي طاقة داخلية مشتعلة للعمل والعطاء والإنجاز .

4- المبادرة : أى أن الإيجابي يبدأ الأعمال دون انتظار توجيه وتشجيع .

5- الإقدام والشجاعة .

6- النجاح فى الحياة .

خلاصة:

لا يستطيع الإنسان العيش بدون ايجابية والشخصية المتوازنة هي الشخصية التي تتمتع بقدر عالي من الايجابية الا انه لا يصل للإفراط فيصبح الفرد يعيش حياة الوهم والأمانى، كما أننا رأينا أن الايجابية لا تعني أن الفرد لا يتصادف مع ظروف سلبية، ومحن ولكن الافتتاح بان هذه الظروف غير دائمة ويتم الاستفادة منها وحلها بطرق سليمة والتعلم منها والتنبؤ بالخير والسعادة

الفصل الرابع داء السكري

تمهيد:

تعريف داء السكري

أنواع داء السكري

داء السكري 02 :

أعراض الداء السكري بنوعيه:

أسباب داء السكري النوع الثاني

أسباب مرض السكري بصفة عامة وبنوعيه:

مضاعفات مرض السكري النوع الثاني

مضاعفات السكري على العيون

طرق التكفل والعلاج بمرض السكري:

العلاج الدوائي:

خلاصة الفصل:

تمهيد:

يصنف السكري ضمن قائمة الأمراض المزمنة والمعروف عنها أنها غير معدية والتي تتطور ببطى نسبيا، تشكل الأمراض المزمنة مشكل عالمي بسبب الزيادة الكبيرة في نسب الإصابة به، أرجع الخبراء هذه الزيادة المرعبة إلى التغيير الجذري الذي طرا على النظام الغذائي، ومستوى النشاط والحركة، إن الإصابة بالسكري تعمل على تنمية المعتقدات السلبية حول الذات وتضعف الثقة بالنفس ولهذا يلجا المصابين إلى استعمال استراتيجيات مواجهة الضغط الناتج عن المرض، بهدف التأقلم معه وإحداث توازن نفسي، ولهذا حاولنا في هذا الفصل التطرق إلى مفهوم المرض و أنواعه وشرح أعراضه وكذا مضاعفاته.

1 - **تعريف داء السكري :** السكري هو مرض ناتج عن اضطراب في عملية التمثيل الغذائي يتميز بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم بسبب النقص المطلق أو النسبي للأنسولين . (حسن رضوان ، فوقية ، 2003، ص:104)

السكري هو مرض إستقلابي مزمن يتميز بزيادة نسبة السكر في الدم ، نتيجة نقص نسبي أو كامل في الأنسولين، أو الخلل في تأثير الأنسولين في الأنسجة مما ينتج عنها مضاعفات مزمنة في أعضاء مختلفة من الجسم

(Tazarit.Chaabane.1990.p:09)

التعريف الطبي : مرض السكري هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي ، يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم ، والمسؤول عن ذلك الإرتفاع هو النقص المطلق، أو النسبي للأنسولين حيث يعجز الجسم عن تصنيع أو إستخدام الأنسولين بشكل مناسب ، وعلى إعتبار أن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر ، والكربوهيدرات إلى الطاقة ، فإنه عندما يحدث إضطراب وظيفي للأنسولين يزدادالجلوكوز بالدم ويظهر بالبول.

(هالة رمضان علي ،1997، ص : 12)

التعريف السيكولوجي : وفقا لما ورد بالدليل التشخيصي و الإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي ، يعتبر مرض السكري أحد الإضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السيكولوجية بدورها في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد . (نفس المرجع السابق ، ص : 12).

أنواع داء السكري: هناك نوعين من داء السكري

1-**داء السكري نوع الأول :**أو لسكري المعتمد على الأنسولين ، هو نمط من أنماط السكري ناتج عن تدميرمناعي ذاتي لخلايا بيتا المنتجة للإنسولين في البنكرياس، إن نقص الإنسولين الناتج عن ذلك يؤدي إلى ارتفاع مستويات السكر في الدم والبول.

الأعراض المركزية كثرة التبول، وعطاش (زيادة العطش)، وئهام (زيادة الجوع)، وخسارة الوزن.

لا يزال حتى يومنا هذا سبب سكري النمط الأول غير معروف، يمكن التمييز بين سكري النمط الأول وسكري النمط الثاني بواسطة فحص الضدات الذاتية. كذلك يمكن استعمال مقايصة ببتيدي سي الذي يقيس إنتاج الإنسولين داخلي المنشأ نقص الرعاية قد يكون مميت وإعطاء الإنسولين ضروري للبقاء. علاج الإنسولين يجب أن يستمر طوال الوقت وعادة لا يتضارب مع النشاطات اليومية عند الوعي والرعاية السليمة وكذلك الانتظام في أخذ الجرعات وقياس مستوى سكر الدم، وعادة يكون الأشخاص مؤهلين لإدارة السكري بشكل مستقل، ومع ذلك في بعض الأحيان قد يشكل ذلك تحدّ.

(محمد بن سعد الحميد ،2007، ص : 25)

حسب تصريحات دكتور بن ساسي مجيد طبيب متقاعد مختص في أمراض السكر والغدد "ان اسباب مرض السكري غير معلومة عند معظم الأشخاص مصابي مرض السكر النوع الأول ، يقوم الجهاز المناعي - والمسؤول بشكل طبيعي عن محاربة البكتيريا والفيروسات الضارة بتدمير الخلايا المنتجة للأنسولين (الخلايا الجزيرية) عن طريق الخطأ في البنكرياس، قد يكون للوراثة دور في هذه العملية، كما أن التعرض لبعض العوامل البيئية، مثل الفيروسات، قد يحفز ظهور المرض".

1-2 دور الأنسولين في السكري نوع الأول:

في حال تضرر عدد كبير من الخلايا الجزيرية، لا ينتج الجسم الأنسولين أو ينتج القليل من الأنسولين والذي هو هرمون يأتي من البنكرياس، وهي غدة تقع خلف الجزء الأسفل من المعدة يفرز البنكرياس الأنسولين إلى مجرى الدم.

- يأخذ الأنسولين دورته ليتمكن السكر من الدخول إلى الخلايا.

- يقلل الأنسولين من كمية السكر في مجرى الدم.

- وبسبب انخفاض مستوى السكر في الدم، يقوم البنكرياس بإفراز الأنسولين.

(أحمد غريب ، 1990،ص: 46)

3-1 عمل الجلوكوز في الجسم :

الجلوكوز هو نوع من السكر مصدره الرئيسي من الطاقة التي تمكن الخلايا من بناء العضلات والأنسجة الأخرى، ويأتي الجلوكوز من مصدرين أساسيين هما الطعام والكبد، كما يتم امتصاص السكر في مجرى الدم، بينما يدخل الخلايا بمساعدة الأنسولين، ليتم تخزينها في الكبد الجلوكوز على هيئة جليكوجين. عندما ينخفض مستوى الجلوكوز، في مثل حالات البقاء وقت طويل بدون تناول الطعام، يحول الكبد الجليكوجين المخزن إلى جلوكوز للحفاظ على مستوى الجلوكوز ضمن النطاق الطبيعي.

بالنسبة لمرض السكري من النوع الأول، لا يوجد أنسولين يساعد على إدخال الجلوكوز في الخلايا، لذا يتراكم السكر في مجرى الدم، وهو ما قد يتسبب في مضاعفات مميتة.

يختلف سبب إصابة مرض السكري النوع الأول عن سبب الإصابة بمرض السكري من النوع الثاني الأكثر شيوعاً. بالنسبة لمرض السكري من النوع الثاني، لا تزال الخلايا الجزيرية تؤدي وظيفتها، ولكن يصبح الجسم مقاوماً للأنسولين أو أن البنكرياس لا ينتج ما يكفي من الأنسولين أو السببان معاً

4- داء السكري 02 :

تعريف الداء السكري النوع الثاني : يسمى سكري الكبار أو سكري البالغين ، هو أكثر شيوعاً في

منتصف أو متأخر العمر ، يحدث بسبب انخفاض كمية الأنسولين أو عدم فعاليته الطبيعية ، بحيث يرتفع الجلوكوز ببطء في الدم ، وتتكرر كميات أقل من الدهون والبروتينات ، وتنتج كميات أقل بكثير من الكيتونات من الكيتونات ، وعليه فإن خطر الإصابة بالغيوبية الكيتونية يكون أقل

(رودى بيلوس ، 2013،ص: 8)

وهو يمثل نسبة 90 بالمئة من مرضى السكري ، وليست له علاقة بالجهاز المناعي للجسم وقد لايعتمد على الأنسولين ، والمريض في هذا النوع من السكري يستجيب غالبا للأقراص الخافضة للسكري .
(محمد بن سعد الحميد ، 2008 ، ص21)

ويحدث هذا النوع غالبا نتيجة لعاملين هما : مقاومة الجسم لعمل الأنسولين ، والعامل الآخر هو تلكؤ البنكرياس في إفراز الأنسولين، كما أنه ينقسم مرض السكري من النوع الثاني إلى قسمين هما : أقل من 10 بالمئة من مرضى السكري من النوع الثاني غير مصحوب بالسمنة ويشكل المصابون بالسكري غير المعتمد على الأنسولين.

مرض السكري النوع الثاني المصحوب بالسمنة : ويشكل المصابون به أكثر من 90 بالمئة من مرضى السكري النوع الثاني

(جاسم محمد عبدالله محمد المرزوقي ،2008،ص :26)

2- أعراض الداء السكري بنوعيه:

***شدة العطش :** والإكثار من شرب الماء وذلك لأن الزيادة الكبيرة في مستوى السكر في الدم ، يتم إفرازها عن طريق الكلى ، ولكن هذا يحتاج إلى الماء لحمله و بالتالي يؤدي ذلك فقدان كبير لسوائل من الجسم ، والتي يجب إحلالها عن طريق الماء المتواجد في خلايا الجسم ، وهذا بدوره يؤدي للجفاف .
*الشعور بالتعب ويتطور ذلك لزغلة في البصر ويمكن أن يتعرض المريض للجفاف .

*كثرة التبول

*زيادة الشهية

* الجفاف

* عدوى المسالك البولية

* التعب

* ضباب في الرؤية بسبب

* جفاف عدسة العين .

2-2أما بالنسبة للأعراض النفسية فتتمثل في مايلي :

- الشعور بالحزن المستمر و الإحباط
- شعور بالذنب وعدم القيمة.
- إنعدام الرغبة في القيام بالأنشطة والهوايات التي كان يمارسها من قبل .
- الضعف الجنسي .
- الشعور بالتعب .
- صعوبة التركيز والتذكر و إتخاذ قرارات مهمة.
- تغيرات في الشهية.

- سرعة التهيج والتوتر .

إذا ظهرت خمسة من هاته الأعراض النفسية أو أكثر عند المريض بصفة يومية ، ولمدة أسبوعين على الأقل و أثرت على أنشطته اليومية المعتادة فإنه ينبغي عليه مراجعة مختص نفسي

(. محمد بن سعد الحميد ، 2008، ص 46)

5 أسباب داء السكري النوع الثاني : قبل تناول أسباب الإصابة بهذا النوع من الداء السكري سوف

نتطرق ، لعوامل الاختطار في الإصابة بالسكري النوع الثاني والتي أكدت عليها الجمعية

الأمريكية لمرض السكري والمتمثلة في :

- زيادة الوزن .

- قلة التمارين الرياضية

- إرتفاع ضغط الدم

- إذا كان أحد الوالدين مصاب بالداء السكري

- إذا أنجبت الأم طفل يزن 4 كغ عند الولادة .

(شيلي تايلور ، 2008، ص: 761)

7-أسباب مرض السكري بصفة عامة وبنوعيه:

_ وجود عامل جيني.

- إرهاب خلايا بيتا الموجودة في البنكرياس في إفراز الأنسولين .

التكفل بمرض السكري النوع الثاني : تهدف معالجة الداء السكري إلى إحداث توازن ما بين كمية الغذاء ،التي تدخل للجسم وكمية الأنسولين من جهة وكمية الطاقة التي يحتاجها الجسم من جهة أخرى ويتمثل الهدف من التكفل الصحي بمرضى السكري ليس علاج المريض والتعافي من الداء بشكل نهائي بل نعمل على التحكم في:

-المحافظة على معدل طبيعي لسكر الجلوكوز في الدم طوال اليوم .

_ تجنب الهبوط الحاد في مستوى السكر في الدم .

_ منع حدوث أعراض ومضاعفات مرض السكر .

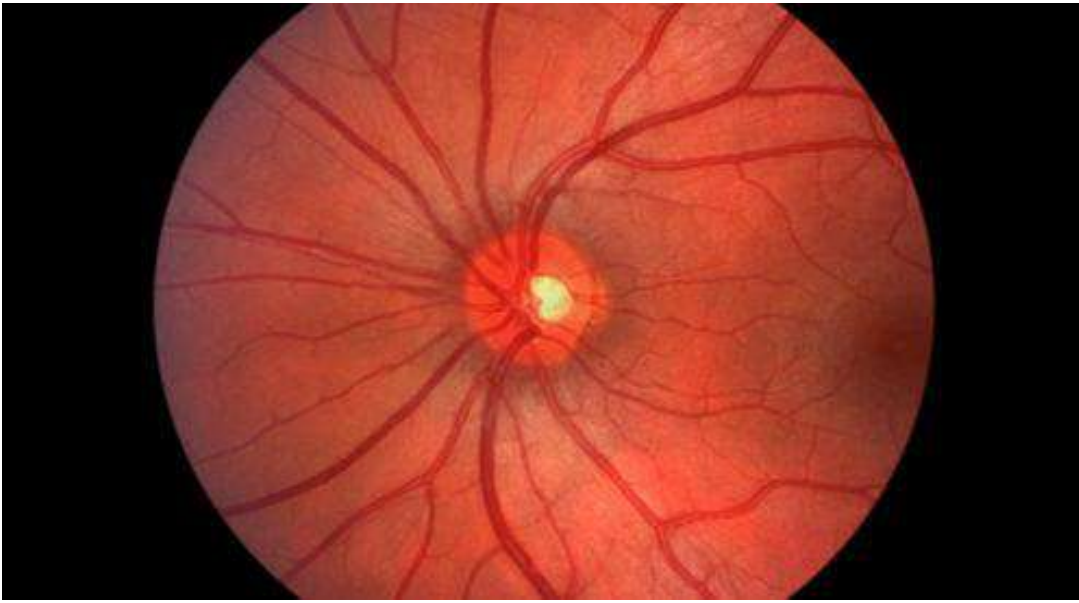
_ التعامل مع مضاعفات الداء السكري .

_ تمكين المريض من مزاوله أنشطته اليومية بدون تعب .

7- مضاعفات مرض السكري النوع الثاني : لا يمثل السكري خطر كبير على الانسان بقدر ما تمثل

مضاعفات المرض خطر على سلامة المريض قد تصل إلى حد الوفاة، تكون المضاعفات كالتالي:

6 مضاعفات السكري على العيون : مايقرب من 50 % من مرضى السكري قد تتأثر عيونهم في وقت من الأوقات بعد 5 أو 7 سنوات، حيث يضعف بصرهم ، ويؤدي مرض السكري إلى حدوث مايعادل من 12000 إلى 24000 حالة جديدة من فقدان البصر سنويا ،ويعتبر مرض السكري السبب الرئيسي الأول لحالات فقدان البصر الجديدة عند الأشخاص البالغين، ومن المشاكل الأكثر شيوعا هو إعتلال الشبكية ، وهي عبارة عن إختلال في الأوعية الدموية على مستوى الشبكية ، وكذلك فإن مرضى السكري أكثر عرضة للإصابة بعتامة العدسة ، أو مايعرف بالكتاركت ، و إرتفاع ضغط الدم داخل العين وكذلك وجود دمامل في جفن مريض السكري. تعمل مشاكل الإبصار الناجمة عن مرض السكري ، عل إعاقة القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي ، وقد وصف فيتزجيرالد (1971)، المظاهر النفسية لضعف الإبصار عند مرضى السكري ، والتي تشمل إنكار مظاهر العمى ،ولاحظ أن ردود الأفعال الداخلية لضعف البصر كإكتئاب ، والانتواء ، والألم العضوية وقلة النوم والخجل ولوم الذات كل هذه اعراض يشترك فيها مرضى السكري.



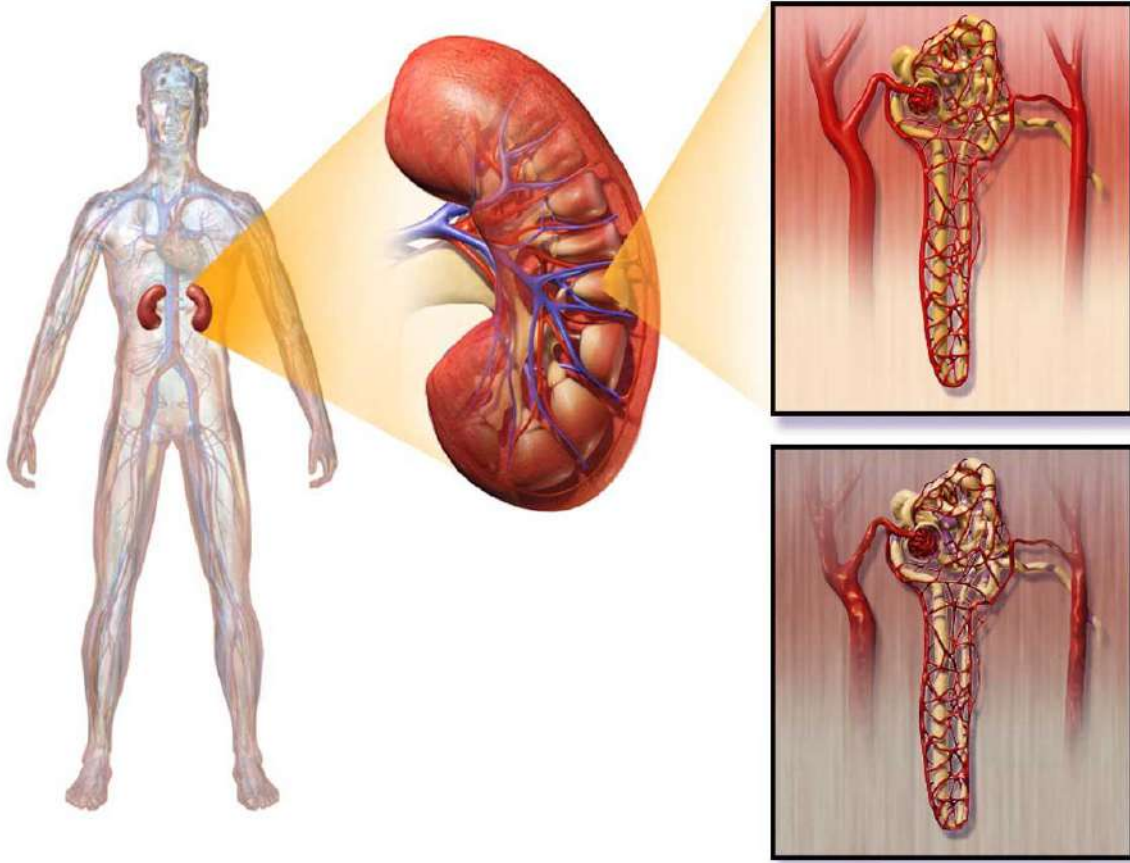
عين مصابة باعتلال على مستوى الشبكية بسبب السكري

7 I مضاعفاته على الكلى: ومن اخطر المضاعفات لهذا الداء اعتلال الكلى : التعب وعدم الرغبة في التعاون وعدم الراحة ، وكثرة موجات الغضب وضعف الذاكرة ، وتذبذب القدرة على التركيز .

(مغازي محجوب ، 1996، ص :58)

وتشمل أعراض الفشل الكلوي التورم في القدم والركبة ، والإجهاد والتعب ، وشحوب لون الجلد ، كما يؤدي مرض السكري إلى تكرار الإصابة بالتهابات جرثومية لحوض الكلى والمثانة ، مما يؤدي لزيادة عدد مرات التبول والحرقان أثناء التبول .

إن مضاعفات إصابة الكلى تنتشر بين 40 بالمئة من مرضى السكري ، وتصاحبها مضاعفات نفسية حيث يبدأ المريض و الأسرة في مواجهة الأزمات عندما تبدأ عمليات الغسيل الكلوي ، بحيث يشعر المريض بالإكتئاب لأسباب كثيرة منها الضغوط التي يسببها التغير الدائم في الحاجات العلاجية للمريض ، وتشمل الأعراض النفسية التي تظهر على المرضى .



مضاعفات السكري على الكلى

5-7 مضاعفات مرض السكري على الجلد : وتتمثل الأضرار الجلدية في الحكة ، وظهور الدمامل ، التي تصبح وسطا جيدا لنمو البكتيريا والفطريات ، و أهم ما يميز الدمامل والخراريج عند مريض السكري أنها متكررة الحدوث ، خاصة في فصل الصيف و تأخذ فترة طويلة لكي يتم الشفاء منها . وتتركز الحكة في منطقة العانة حول الأعضاء التناسلية وحول الشرج للرجال والنساء.

2-7 مضاعفات مرض السكر على الأعصاب : ويصيب هذا الخلل نوعين من الأعصاب : النوع الذي يتحكم في إنقباض العضلات و إحساس الجلد و إصابته تسمى إعتلال الأعصاب الطرفية ، والنوع الذي يتحكم في مختلف الأعضاء يؤدي إلى ما يسمى بإعتلال الأعصاب الذاتية .

(مغازي محجوب ، 1996 ، ص :86)

ومن أعراض تأثر الأعصاب

مايلي :

-ضعف الإحساس ، إحساس بوخز خفيف ، إحسان بحرقان ،فقدان الإحساس بالحرارة أو البرودة ، تنميل يزداد ليلا ، وتنميل القدمين يأخذ أكثر من شكل .

3-7 مضاعفات مرض السكري على القدمين قدم او (القدم السكرية): تعتبر القدمان من أهم الأعضاء قابلة لتصلب الشرايين خاصة عند كبار السن ، وقصور الدورة الدموية المتسبب عن ضيق الشرايين ، في الأطراف السفلى قد يؤدي لعدم تغذية أطراف القدم ، وفي هذه الحالة فإن غرغرينا السكر قد تصيب طرف الأصبع ، وقد تمتد إلى باقي الأصابع ، ويعتبر مشكلة بتر الأصابع أو القد من أكثر المشاكل الشائعة عند مرضى السكري نوع الأول وأهله.

القدم السكرية



القدم السكرية

4-7 مضاعفات مرض السكر على الحياة الجنسية : قد تتأثر كذلك الأعصاب الإرادية التي تغذي الأعصاب الداخلية ، و أهمها تأثر الأعصاب الجنسية للإرادية فينتج عنها الضعف الجنسي ولكنه لا يؤثر على الخصوبة و إنجاب الأطفال ، وتكثر حالات الضعف الجنسي بين مرضى السكري بشكل واضح ، فالرجال يشكون من الضعف الجنسي ، وذلك إما بسبب إصابة شرايين الأعضاء التناسلية بالتصلب والضييق فيقل الدم المندفعا بهذه الأعضاء مما يؤدي لضعف الجنسي .

(Fitzgerald.1971.p .1533)

6-7 مضاعفات مرض السكري على القلب والأوعية الدموية : مريض السكري أكثر من غيره عرضة للإصابة بجلطة الشريان التاجي. (أحمد غريب ، 1990،ص: 46)

7-8 مضاعفات مرض السكري على الجهاز الهضمي : قد يسبب مرض السكري خلل في الأعصاب اللاإرادية ، ويؤدي إلى حدوث عدد من المشكلات عند مريض السكري ، أهمها : -الإسهال - الإمساك -إنتفاخ البطن .

(محمد بن سعد الحميد ،2007، ص : 32)

7-9 مضاعفات السكري على الوظائف العقلية : بينت الدراسات أن المرضى المصابين بالسكري أكثر عرضة للإصابة بفقدان الذاكرة الناتج عن مرض الزهايمر ، أو المشاكل الناتجة عن الأوعية الدموية في الدماغ .

ان مضاعفات مرض السكري عديدة ومتداخلة مع اعضاء ووظائف عديدة لها تأثير على نشاط المريض اليومي وحياته الخاصة والاجتماعية وعليه وجب على مريض السكري التعايش مع مرضه والحفاظ على استقرار السكر في الدم للوقاية من مضاعفات الداء الخطرة. ومحاولة التحسين من ظروفه الراهنة و مشاعره

(. فاروق مرشد ،كمال المتيم ،1995، ص : 33)

8- طرق التكفل والعلاج بمرض السكري:

-تنظيم الغذاء كما ونوعا من خلال إتباع حمية خاصة و ان يحتوي الغذاء على نسب مدروسة ومسموح بها من النشويات والسكريات ، وبروتينات وكذلك الفيتامينات و الأملاح المعدنية والحبوب ، والخضار والأطعمة الغنية بالألياف

ينصح اطباء الغدد وامرض سكري بتقسيم الوجبات الغذائية ، إلى وجبات صغيرة لاتقل عن ثلاث وجبات في اليوم ، و أن لا يحتوي على الكثير من السكريات سريعة الهضم ، و أن لا يحتوي على الدهون المشبعة ، ودهون الحيوانات و إستبدالها بالزيوت النباتية .

- مزاوله الرياضة : للرياضة دور مهم في علاج مرض السكري من اجل حرق كمية كبيرة من سكر الجلوكوز للحصول على الطاقة اللازمة ، وبالتالي تؤدي لتقليل من مستوى السكر في الدم .

- إنقاص الوزن وتقليل الدهون عالية الكثافة وهذا سوف يقلل من فرص حدوث تصلب الشرايين شائعة الحدوث في المرضى المصابون بهذا النوع من الداء السكري، ويعتبر المشي من الرياضات المهمة التي تساعد على تخفيض مستوى السكر بالدم ، ويفضل المشي بخطوات واسعة ، بشكل منظم على الأقل ثلاثة أيام في الأسبوع ،وينصح بعدم إستعمال الأحذية الضيقة أثناء مزاوله الرياضة .

10- العلاج الدوائي:

10-1 الأقراص الخافضة للسكر : توصف هاته الأدوية التي تعطى عن طريق الفم للمرضى المصابين بالنوع الثاني من السكري وكإضافة للأنسولين في النوع الأول، عندما تفشل الحمية الغذائية، والرياضة في خفض مستوى السكر ، وهذه الأدوية تزيد من إستجابة الجسم للأنسولين ، وتزيد من حساسية مستقبلات الأنسولين في أعضاء الجسم المختلفة للأنسولين، كما أنها تعمل على إبطاء امتصاص سكر الجلوكوز من الأمعاء وتستخدم للتقليل من الإرتفاع في سكر الدم بعد تناول الوجبة الغذائية .

10-2 العلاج بحقن الأنسولين و: يتم العلاج بالأنسولين مع المصابين بالداء السكري النوع الثاني في الحالات التالية :

عدم القدرة على ضبط مستوى السكر في الدم ، عن طريق التغذية ، و إنقاص الوزن والرياضة ، أو الأقراص الخافضة للسكر

(محمد بن سعد الحميد، 2007، ص : 65)

خلاصة الفصل:

رغم الدراسات الكثيرة والمتعددة حول داء السكري الذي يطلق عليه داء العصر إلا انه لا يعرف إلى يومنا هذا السبب الرئيسي والمباشر لهذا المرض، إلا أن نمط المعيشة الحالي يبقى المتهم الرئيس بسبب الضغوط المتزايدة ونوع الغذاء الملي بالدهون ونقص النشاط الذي أدت له الآلة، مما ساعدا على ظهور السمنة التي تعتبر عامل أول من عوامل الاختصار، وفي دراسة اجتماعية أجريت على المجتمع الجزائري سنة (2016) مفادها أن الضغوط الناتجة عن طبيعة يوميات الفرد الجزائري من عادات الزواج وتكاليف المناسبات بدءا من الدخول الاجتماعي ورمضان وحفلات الختان إلى مشاريع الشراء كسواء سيارة أو شقة أو بناء مسكن.....اعتبرها المختصين الاجتماعيين من بين مصادر الضغط الحادة التي تكون كعامل مفجر لظهور الأمراض المزمنة

الجانب الميداني

الفصل الخامس : الإجراءات المنهجية للدراسات الميدانية

تمهيد:

منهج البحث:

التذكير بتساؤلات الدراسة :

أدوات الدراسة :

الدراسة الاستطلاعية:

الخصائص السيكومترية للمقياس:

الدراسة الأساسية :

وصف عينة الدراسة الأساسية :

إجراءات الدراسة الأساسية:

الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية:

خلاصة :

تمهيد:

بعد الانتهاء من الجانب النظري لهذه الدراسة والمتمثل في تحديد الإشكالية وعرض كل ما يتعلق بمتغيرات الدراسة، نتعرض في هذا الفصل للخطوات والإجراءات اللازمة المتعلقة بإجراءاته التطبيقية على اعتبارها حلقة ذات أهمية في هذه الأطروحة.

1 منهج البحث:

في هذا الفصل سيتم التعرض للمنهج المتبع في هذه الدراسة ثم ننتقل للدراسة الاستطلاعية التي نتعرض فيها لوصف العينة وقياس الصدق والثبات بالنسبة لأدوات الدراسة قصد التأكد من مدى صلاحيتها والخروج بها في صورتها النهائية والتوجه بها إلى الميدان في حدود مكانية أوسع ويحدود بشرية أكبر وهذا ما سنحاول الوقوف عليه في هذا الفصل.

1-2- منهج الدراسة :-

تعتمد أي دراسة على منهج يتبعه الباحث لمعالجة البيانات ويكون اختياره حسب طبيعة الموضوع و الأهداف التي يسعى لتحقيقها ويعرف المنهج بأنه الوسيلة التي يمكننا عن طريقها الوصول إلى الحقيقة أو مجموعة من الحقائق في أي موقف من المواقف ومحاولة اختبارها للتأكد من صلاحيتها في مواقف أخرى وتعميمها

(مروان عبد المجيد، 2000، ص 23)

و للإجابة على تساؤلات الدراسة و التعرف على طبيعة العلاقة بين إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية والتفكير الايجابي لدى عينة الدراسة قامت الباحثة باستخدام المنهج الوصفي الارتباطي باعتبار أن موضوع الدراسة هو الذي تحدده طبيعة المنهج المستخدم و يهدف المنهج الوصفي الارتباطي إلى وصف ما هو كائن من ظواهر أو أحداث معينة بعد جمع البيانات كما يهدف إلى تفسير الظواهر وتحديد الظروف والعلاقات التي توجد بين المتغيرات كما هي في الواقع

(عبد الحلیم منسي، 2003 ، ص 202) .

2-التذكير بتساؤلات الدراسة :

- ما مستوى التفكير الايجابي لدى مرضى السكري؟
- ما طبيعة استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري؟
- هل هناك علاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات المواجهة الضغوط النفسية؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى لسن ؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى للجنس ؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى مدة المرض ؟
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري تعزى إلى المستوى التعليمي؟

3 - أدوات الدراسة :

اعتمدت الدراسة الحالية على الأدوات التالية :

3-1 مقياس إستراتيجية مواجهة الضغوط النفسية :

أعد كل من "لازاروس" و"فولكمان" (Lazarus&Folkman) (1980) مقياس إستراتيجيات المواجهة، والذي تم تطويره عدة مرات من قبل مصمميها، ويحتوي على (67 بنداً) تعمل على تقرير سلوكيات وأفكار الأفراد المستخدمة لتصدي لضغوط التي يواجهونها في الحياة اليومية، ولقد تم تعديله من قبل "فيتاليانو" (Vitaliano (198) والذي قام بتقليص عدد البنود ليصبح (47) بنداً ، ثم تم تكيفه وتعديله بما يتلائم مع أفراد المجتمع الفرنسي من خلال ترجمته للغة الفرنسية من قبل "كوسو" وآخرون (Cousson et al) عام (1996)، كما طبقوا هذه النسخة والتي تم تقليصها في شكل (27 بنداً) على (468 فرداً فرنسياً راشداً)، وقد سمح لهم هذا بإبراز ثلاث (3) إستراتيجيات رئيسية تتمثل فيما يلي:

المواجهة المتمركزة حول المشكل: تشمل 10 بنود هي البنود رقم : - 27. -1 -4 -7 -10 -13 -16 -19 -22 -25

المواجهة المتمركزة حول الانفعال: تشمل 9 بنود هي البنود رقم : - 26. -2 -5 -8 -11 -14 -17 -20

المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي: تشمل 8 بنود هي البنود رقم: - 24. -3 -6 -9 -12 -15 -18

أما عن كيفية الإجابة على هذا المقياس، فتكون حسب سلم من بدائل (نعم و لا) ، أما فيما يخص التصحيح فيفترض وضع العلامات نعم 1 و لا 0 لكل عبارة تبعا لنوعيتها:

جدول رقم (1) : يوضح أبعاد استراتيجيات المواجهة ل Cousson

البعد	البنود
المواجهة المتمركزة حول المشكل.	1-4-7-10-13-16-19-22-25-27.
المواجهة المتمركزة حول الانفعال.	2-5-8-11-14-17-20-23-26.
المواجهة المتمركزة حول الدعم الاجتماعي.	3-6-9-12-15-18-21-24.

3-2 مقياس التفكير الإيجابي لعبد الستار إبراهيم 2010: اعد عبد الستار إبراهيم مقياس التفكير

الإيجابي كان قد صدر في كتابه " عين العقل: دليل المعالج المعرفي لتنمية التفكير العقلاني والإيجابي " يستعمل في العلاجات الاكلينيكية للعلاج المعرفي

أجريت عليه دراسات و قنن و بشروط سيكومترية لاستعماله في شكل مقياس قابل لتطبيق وأعيد تقنينه على المجتمع المصري للباحث الدكتور عبد المرید قاسم ب السعودية والإمارات و الجزائر.

الجدول رقم (2) يوضح أبعاد مقياس التفكير الايجابي لعبد السار إبراهيم.

البعد	البند
التوقعات الايجابية	من 1 الى 8
الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا	من 9 إلى 19
حب التعلم والتفتح المعرفي الصحي	من 20 إلى 30
الشعور العام بالرضا	من 31 إلى 42
التقبل الايجابي للاختلاف على الآخرين	من 42 إلى 47

ويتضح من الجدول أبعاد مقياس التفكير الايجابي حيث يقابل بعد التوقعات الايجابية البنود من 1 إلى غاية 8، و يقابل الضبط الانفعالي والتحكم في العمليات العقلية العليا البنود من 9 إلى غاية 19، كما يقابل بعد حب التعلم والتفتح المعرفي والصحي من 20 إلى غاية 30، أما بعد الشعور العام بالرضا فكان من 31 إلى غاية 42، وكما نلاحظ من الجدول التقبل الايجابي للاختلاف عن الآخرين فكان من البند 42 إلى غاية 47.

4- الدراسة الاستطلاعية:

إن القيام بأي بحث علمي يتطلب تتبع مجموعة من الخطوات العلمية والمنهجية من أجل الوصول إلى نتائج أكثر مصداقية، ولعل أهم خطوة من هذه الخطوات أن يقوم بدراسة أولية (مبدئية) على عينة الدراسة، وهي ما تسمى بالدراسة الاستطلاعية، والتي سيتم تناولها في هذا الفصل، ذلك بعرض الهدف من الدراسة الاستطلاعية، وصف عينة الدراسة، وأداة الدراسة الاستطلاعية مع تناول بعض الخصائص السيكمترية للأداة، وفيما يلي عرض مفصل لكل عنصر على حدا:

4-1 الهدف من الدراسة الاستطلاعية:

تعتبر الدراسة الاستطلاعية أمر جد مهم في بناء البحث، حيث أن إهمالها يفقد البحث أحد العناصر الأساسية فيه، حيث تكتسي هذه الدراسة أهمية بالغة في البحث العلمي، إذ تعتبر دراسة أولية، وتهدف هذه الدراسة إلى:

- التعرف على خصائص أفراد العينة المراد دراستها.
- التأكد من دراسة أداة البحث ومعرفة مدى صلاحيتها وصدقها وثباتها من أجل استعمالها أو استخدامها في الدراسة الأساسية.
- التأكد من توفر متغيرات الدراسة في مجتمع البحث.
- التعرف على أهم الصعوبات التي قد تعرقل سير الدراسة الأساسية.

4-2 وصف عينة الدراسة الاستطلاعية:

تم إجراء الدراسة الاستطلاعية على عينة قوامها (30) مريض بالسكري منها (20) استبيان طبق في مصلحة الطب الداخلي للنساء مستشفى ورقلة و (10) من الاستبيانات طبق في بيت مرضى السكري العيادة المتعددة الخدمات بالمخادمة.

وقد اختيرت هذه العينة بطريقة عشوائية بسيطة من مجتمع الدراسة.

جدول رقم (3) : يوضح توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب الجنس ومقياس الدراسة:

العدد	الجنس
22	ذكور
08	إناث
30	المجموع

يبين الجدول السابق توزيع عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس، حيث تتشكل من 22 ذكر و 8 إناث.

5- الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتأكد من الخصائص السيكومترية (الصدق والثبات) لمقياس استراتيجيات المواجهة ومدى ملائمتها لخصائص الدراسة الحالية وبيئتها، تم تطبيق المقياس على عينة مقدارها 30 مريض من ذكورا وإناث يترددون على بيت مرضى السكري المتواجد بالمخادمة ورقلة. وكان ذلك حسب الطرق التالية:

أ- الصدق: تم الاعتماد في قياس صدق استراتيجيات المواجهة على الطريقة التالية:

الصدق التمييزي (صدق المقارنة الطرفية): وهو قدرة الاستبيان على التمييز بين طرفي الخاصية التي يقيسها من المفحوصين، حيث ترتب الدرجات التي حصلوا عليها تصاعديا أو تنازليا، وتسحب 23 % من المفحوصين من طرفي التوزيع، لتكون لدينا مجموعتان طرفيتان متناقضتان، إحدهما يطلق عليها مجموعة عليا من حيث ارتفاع درجاتها على الخاصية، والثانية يطلق عليها مجموعة دنيا من حيث انخفاض درجاتها على الخاصية، حيث يستخدم الأسلوب الإحصائي المناسب وهو اختبار "ت"، للدلالة الفروق بين متوسطين حسابيين، وصدق المقياس هنا مرتبط على قدرته التمييزية بين المجموعتين المتطرفتين تمييزا دالا إحصائيا. (ميسون، 2013)

قامت الباحثة بترتيب الدرجات تنازليا واستخراج الدرجات العليا والدنيا، من عدد أفراد العينة، فكان عدد أفراد العينة العليا 07 والدنيا 07.

كانت النتائج المتحصل عليها انطلاقاً من برنامج (SPSS-23) في معالجة البيانات الإحصائية كما يلي:

الجدول رقم (4) يوضح نتائج قياس الصدق التمييزي لمقياس استراتيجيات المواجهة

المجموع	المتوسط الحسابي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدنيا (ن=07)	0.5503	9.44	0.05
العليا (ن=07)	0.8677		

نلاحظ من خلال الجدول (4) هناك فروق جوهرية بين قيم. ف..... بما أن مستوى الدلالة الإحصائية اقل من 0.05 نقول أن هناك فروق دالة إحصائية بين الفئتين لصالح الأعلى إذا المقياس صادق.

جدول (5): يوضح قياس الصدق التمييزي لمقياس التفكير الايجابي

المجموع	المتوسط الحسابي	قيمة "ت"	مستوى الدلالة
الدنيا (ن=07)	0.56	14.79	0.01
العليا (ن=07)	0.82		

يتضح من الجدول اعلاه أن قيمة المتوسط الحسابي للمجموعة الدنيا قدر ب 0.56 وقيمة المتوسط الحسابي للمجموعة العليا قدرت ب 0.82 وقيمة ت قدرت ب 14.79 عند مستوى دالة 0.01 ومنه نقول أن مقياس التفكير الايجابي صادق.

ب **النتائج:** قامت الباحثة من التحقق من ثبات مقياس استراتيجيات المواجهة باستخدام:

1-معامل ثبات ألفا كرومباخ: يرتبط معامل ثبات الاختبار بثبات بنوده، فكلما انخفضت نسبة

التباين بين البنود بالنسبة للتباين الكلي أدى هذا إلى ارتفاع معامل الثبات.

تم تطبيق هذه الطريقة على مقياس استراتيجيات المواجهة الضغوط، وكانت النتيجة كما يظهر في

الجدول التالي:

جدول (6) : يوضح نتائج معامل ثبات مقياس استراتيجيات مواجهة الضغوط عن طريق معامل ألفا كرومباخ

الأداء	عدد البنود	معامل ألفا كرومباخ
مقياس استراتيجيات المواجهة	27	0.72

يتضح من الجدول رقم (6) أن قيمة معامل الثبات ألفا كرومباخ، مرتفعة حيث قدرت ب (0.72)، وهي قيمة دالة إحصائياً، مما يدل على ثبات المقياس.

ج- ثبات مقياس التفكير الإيجابي:

جدول (7) يوضح نتائج معامل ثبات مقياس التفكير الإيجابي عن طريق معامل ألفا كرومباخ

الأداء	عدد النود	معامل ألفا كرونباخ
مقياس التفكير الإيجابي	47	0.72

يتضح من الجدول رقم (7) أن قيمة معامل الثبات ألفا كرومباخ، مرتفعة حيث قدرت ب (0.72)، وهي قيمة دالة إحصائياً، مما يدل على ثبات المقياس.

6- الدراسة الأساسية :

تكونت عينة الدراسة الأساسية من 78 فرداً إناثاً وذكوراً، تم اختيارهم حسب طريقة العينة القصدية (العرضية)، وهي طريقة ملائمة لطبيعة دراستنا والمتمثلة في عينة مرضى السكري، حيث تم قصد العينة مباشرة.

- وصف عينة الدراسة الأساسية :

أ- توزيع عدد أفراد العينة حسب الجنس :

يتوزع عدد أفراد العينة الكلية حسب الجنس حسب النسب كما هو موضح في الجدول التالي:

جدول (8) : يوضح توزيع عينة الدراسة حسب الجنس

الجنس	العدد	النسب المئوية
إناث	34	43.58 %
ذكور	44	56.41 %
المجموع	78	100 %

يوضح الجدول أعلاه عدد الإناث والذكور حسب العينة الإجمالية والمقدرة ب 34 أنثى بما يقدر ب 43 %، وقدر عدد الذكور ب 44 ذكر بما يعادل 56 % من أفراد العينة الإجمالية.
ب-توزيع عدد أفراد الدراسة حسب العمر:

يتوزع أفراد العينة الكلية فيما يخص السن حسب النسب كما هو موضح في الجدول التالي :

جدول رقم (9) يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب السن

الفئة العمرية	عدد الأفراد	النسب المئوية
اقل من 36 سنة	29	37 %
من 36 إلى 64 سنة	36	46 %
من 65 فأكثر	13	16 %
المجموع الكلي	78	100 %

يوضح الجدول أعلاه توزيع عدد أفراد العينة حسب السن والمتمثلة في 78 فرد وتتوزع إلى فئات عمرية من 0 إلى 36 سنة تمثلت في 39 فرد مايعادل 37 % من مجموع العينة الكلية، في حين توزعت الفئة العمرية من 36 إلى 64 وقدرت ب 36 شخص بما يعادلها ب 46 % من مجموع العينة الكلية أما الفئة العمرية المتمثلة في 65 فأكثر فقدرت ب 13 شخص ويعادله 16 % من مجموع العينة الكلية.

د- توزيع عدد أفراد الدراسة حسب مدة المرض : يتوزع افراد عينة الدراسة الكلية حسب مدة المرض كالتالي:

جدول (10) يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب مدة المرض

مدة المرض	العدد	النسبة
اقل من 5 سنوات	62	79 %
من 6 سنوات إلى 10 سنوات	10	12 %
أكثر من 10 سنوات	6	7 %
المجموع	78	100 %

يوضح الجدول أعلاه توزيع عدد أفراد العينة حسب مدة المرض والمتمثلة في 78 فرد وتتوزع إلى الذين عانوا من المرض مدة 5 سنوات فاقل تمثلت في 62 فرد ما يعادل 79 % من مجموع العينة الكلية، في حين تمثل عدد المصابين بالسكري من 6 إلى 10 سنوات وقدرت ب 10 أفراد بما يعادلها ب 12 % من مجموع العينة الكلية أما المصابين بالداء لأكثر من 10 سنوات فما فوق فقدر عددهم ب 6مرضى ويعادله 7 % من مجموع العينة الكلية

جدول (11) يوضح توزيع عدد أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	عدد الأفراد	النسب المئوية
أمي	23	29 %
ابتدائي	04	5 %
أساسي	17	21 %
ثانوي	23	29 % 21 %
جامعي	11	14 %
المجموع	78	100 %

يوضح الجدول أعلاه توزيع عدد أفراد العينة حسب المستوى التعليمي والمتمثلة في 78 فرد وتوزع ضمن مستويات تعليمية بدءاً من أمي يقدر عدد أفراد العينة بـ 23 ما تقديره 29 %، وكان عدد أفراد عينة الذين مستواهم الدراسي ابتدائي تمثلت في 04 أفراد ما تقديره 05 %، أما الفئة التي واصلت دراستها إلى غاية الأساسي فكانت 17 فرد ما يعادل 21 %، وذوي المستوى الثانوي تمثل عددهم 23 فرد ويعادله 21 %، أما ذوي المستوى الجامعي فمثلوا 11 فرداً بما يقارب 14 % من مجموع العينة الكلية.

7- إجراءات الدراسة الأساسية:

تم تطبيق إجراءات الدراسة الأساسية خلال شهر مارس 2018، حيث وزع المقياسين معاً (مقياس استراتيجيات المواجهة ومقياس التفكير الإيجابي) على عينة الدراسة الأساسية البالغ عددها 160 مريض قبل الحذف وبعد الحذف أصبحت 78، حيث تم التطبيق في بعض الأحيان بشكل جماعي وأحياناً بشكل فردي وأحياناً أخرى في شكل مقابلة وهذا كان في حالة أفراد العينة الأمية، وللسير الحسن لإجراءات التطبيق تم إتباع الخطوات التالية:

-تعريف الباحثة بنفسها والهدف من التطبيق.

-اخذ موافقة أفراد العينة، وفي حالة الرفض تحترم حالة المريض.

-شرح التعليمات الخاصة بالإجابة على بالمقياسين.

-التأكيد على أفراد العينة أن يجيبوا بكل بمصداقية وشرح بأنه لا يوجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة.

8- الأساليب الإحصائية المستخدمة في الدراسة الأساسية:

لمعالجة البيانات المتحصل عليها من خلال تطبيق الدراسة الأساسية لمعالجة تم الاعتماد على

الأساليب الإحصائية التالية :

-معامل الارتباط بيرسون: استعملناه لتحقق من الفرضية العامة والتي تقضي بوجود ارتباط وقياس اتجاه وحجم العلاقة، حيث يأخذ قيمة بين $(+1, -1)$ ، والإشارة الموجبة والسالبة تشير إلى اتجاه العلاقة والقيمة المطلقة تشير للعامل تشير إلى حجم العلاقة.

-اختبارات للعينة واحدة.

-لحساب صدق وثبات الاختبار استعمال.

-اختبار ألفا كرومباخ.

-اختبارات لدراسة الفروق.

-اختبار تحليل التباين الأحادي ANOVA: هو اختبار معلمي يهدف للمقارنة بين المتوسطات

أو الوصول إلى قرار بوجود أو عدم وجود فروق بين متوسطات الأدا.

ولقد تمت معالجة البيانات بالأساليب الإحصائية المذكورة أعلاه بحزمة البرامج للعلوم الاجتماعية

SPSS نسخة 23.

خلاصة :

تم التطرق في هذا الفصل إلى إجراءات تطبيق الدراسة الاستطلاعية وإجراءات الدراسة الأساسية، وكان ذلك باعتماد المنهج المعتمد في الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي، لملائمته لطبيعة الموضوع ونوع الدراسة، بعدها قمنا بوصف عينة الدراسة الاستطلاعية، والتعريف بها وبخصائصها، وكيفية اختيارها، وقما بالتطرق كذلك إلى بعض الخصائص السيكومترية لأدوات الدراسة من أجل التأكد من صدقها وثباتها وجاهزيتها من أجل الاطمئنان على نتائج الدراسة المتحصل عليها، من أجل الحصول على أفضل النتائج.

الفصل السادس : عرض وتحليل نتائج الدراسة

تمهيد

عرض وتحليل الفرضية الأولى

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة

عرض وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة

عرض وتحليل نتيجة الفرضية السادسة:

خلاصة:

تمهيد :

بعد أن تم التطرق في الفصل السابق إلى إجراءات المنهجية للدراسة الاستطلاعية والأساسية، والتي خلصت باختبار ودراسة فرضيات الدراسة الحالية، حيث تم معالجتها إحصائياً سيخص هذا الفصل عرض نتائجها وتحليلها وفق ترتيبها المنهجي.

1 عرض وتحليل نتيجة الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى: توجد علاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب معامل الارتباط بيرسون لحساب العلاقة بين متغيرات الدراسة الاثنيتين، وتم التوصل إلى النتائج الموضحة في الجدول أدناه :

الجدول رقم (12) يوضح نتائج العلاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجية مواجهة الضغوط

الدلالة الإحصائية	مستوى الدلالة	"ر" المحسوبة	العينة	
دال إحصائيا	0.01	0.38	78	المقياس ككل
دال	0.05	0.24		المشكلة
دال	0.01	0.35		الانفعال
غير دالة	0.05	0.16		المساندة الاجتماعية

يتضح من الجدول أعلاه أن قيمة "ر" قدرت ب 0.38 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية، أي توجد علاقة بين التفكير الايجابي ومواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري، حيث بين الجدول وجود علاقة قوية بين التفكير الايجابي واستراتيجية مواجهة الضغوط المعتمدة على حل المشكل التي قدرت قيمة (ر) ب 0.24 عند مستوى الدلالة 0.01، و قدرت قيمة (ر) المتحصل عليها في استخدام إستراتيجية المركزة على الانفعال ب0.35 عند مستوى دلالة 0.01 وهي قيمة دالة إحصائيا، أما إستراتيجية الدعم والمساندة الاجتماعية ف قدرت قيمة (ر) ب 0.16 عند مستوى دلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة إحصائيا مما يؤكد عدم تحقق جزئي للفرضية وهذا يعني عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين إستراتيجية المواجهة و التفكير الايجابي في مستوى إستراتيجية الدعم الاجتماعي.

2 - عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية : بأنه يتمتع مرضى السكري بمستوى عالي من التفكير الايجابي ، وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب القيمة الوسطية لدرجات مقياس التفكير الايجابي والتي قدرت ب 23.5 وبعد حساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري للتفكير الايجابي وكذا استخدام اختبار ت لعينة واحدة تحصلنا على النتائج المدونة في الجدول التالي:

جدول (13) بين نتائج اختبار ت لمعرفة مستوى التفكير الايجابي

متغيرات الدراسة	العينة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "ت"	درجة الحرية	مستوى الدلالة	القرار الإحصائي
التفكير الإيجابي	78	33.02	4.90	18.06	77	0.01	دال

نلاحظ من الجدول أعلاه ان قيمة المتوسط الحسابي المقدر ب (33.02) اكبر من القيمة

الوسطية لدرجات التفكير الايجابي المقدر ب (23.5) أي بمعنى أن أفراد عينة الدراسة (مرضى السكري) يتمتعون بمستوى عالي من التفكير الايجابي كما قدرت قيمة ت المحسوبة ب (18.06) وهي قيمة دال عند درجة الحرية (77) بمستوى الدلالة (0.01)، أي وجود مستوى عالي من التفكير الايجابي عند مرضى السكري مما يؤكد صحة فرضية الدراسة .

3 عرض وتحليل نتيجة الفرضية الثالثة :

3 تتص الفرضية الثالثة : يستخدم مرضى السكري إستراتيجية التركيز على (حل المشكلة، الانفعال، المساندة الاجتماعية) على الترتيب لمواجهة الضغط النفسي.

جدول رقم (14) يوضح المتوسطات الحسابية والانحراف المعياري استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية

أسلوب المقاومة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري
المشكل	7.15	01.7
الانفعال	6.02	1.4
الدعم الانفعالي	5.67	1.16

يتضح لنا من الجدول أعلاه أن مرضى السكري يستخدمون استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجات مختلفة، حيث يستعملون بشكل اكبر إستراتيجية التركيز حول المشكل بمتوسط حسابي قدر ب (7.15)، وانحراف معياري قدر (1.7)، تأتي بعدها إستراتيجية التركيز الانفعال بمتوسط حسابي قدر ب (6.02)، وانحراف معياري قدر (1.4)، في حين تأتي إستراتيجية الدعم الاجتماعي المرتبة الثالثة والأخيرة بمتوسط حسابي قدر ب (5.67) وانحراف معياري قدر ب (1.16).

4 عرض وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة :

تتص الفرضية الرابعة بأنه تختلف استراتيجيات مواجهة الضغوط باختلاف السن. وللتأكد من صحة الفرضية تم حساب قيمة ف (تحليل التباين الأحادي) وذلك باختلاف السن والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي.

جدول رقم (15): يبين نتيجة ANOVA لقياس الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة باختلاف السن.

الحكم	مستوى الدلالة	ف المحسوبة	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات		
غير دال	0.9	0.04	0.05	2	0.11	بين المجموعات	الدعم الانفعالي
			1.39	75	104.8	داخل المجموعة	
غير دال	0.89	0.11	0.25	2	0.5	بين المجموعات	الانفعال
			2.25	75	169.4	داخل المجموعة	
غير دال	0.80	0.22	0.65	2	1.31	بين المجموعات	المشكل
			2.97	75	222.8	داخل المجموعة	

من خلال الجدول رقم (15) يتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة للدعم الاجتماعي قدرت ب (0.04) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (2-75) ومستوى دلالة 0.05، أي لا توجد فروق في الدعم الاجتماعي باختلاف السن أما بالنسبة للانفعال فقد قدرت قيمة ف ب (0.11) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (2.75) و مستوى الدلالة 0.05 أي غير دالة بمعنى لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة باختلاف السن، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في المشكل قدرت ب (0.22) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (75) عند مستوى دلالة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل بالنسبة لسن.

5 - عرض وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة : تنص الفرضية بان هناك فروق في استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس للتأكد من صحة الفرضية تم استخدام ت لعينتين مستقلتين والنتائج المتحصل عليها مدونة في الجدول التالي:

جدول (17) يبين نتيجة اختبارات لمعرفة فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة تعزى للجنس

الإحصائية	الحكم الإحصائي	الدلالة الإحصائية	درجة الحرية	قيمة "ت"	المتوسط الحسابي	الجنس	الإستراتيجية
الدعم الاجتماعي	غير دال	0.28	76	0.95	5.82	إناث	
			75	0.96	5.56	ذكور	
الانفعال	غير دال	0.23	76	0.17	6.05	إناث	
			75	0.17	6	ذكور	
المشكلة	غير دال	0.40	76	0.77	7.32	إناث	
			75	0.77	7.02	ذكور	

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أن قيمة ت في الدعم الاجتماعي المقدر (0.95) عند الإناث وعند الذكور مقدر ب (0.96) عند مستوى دلالة (0.28) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتيجية الانفعال عند الإناث بقدر ب 0.17 وكذلك عند الإناث عند درجة حرية (76) قدرت دلالة الإحصائية ب (0.23) وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتيجية المشكل عند الإناث والذكور قدرت ب (0.77) عند درجة حرية قدرت عند الإناث 76 وعند الذكور 75 عند مستوى دلالة (0.40) وهي قيمة غير دالة عند قيمة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لاتوجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل تعزى للجنس.

6- عرض وتحليل نتيجة الفرضية السادسة:

تنص الفرضية السادسة إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. جدول رقم (18) يبين نتيجة ANOVA لقياس الفروق في استعمال استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي.

مستوى الدلالة	ف المحسوبة	درجة الحرية	المتوسط المربعات	مجموع المربعات	بين المجموعات	الاجتماعي
0.37	1.08	4	1.36	5.87	بين المجموعات	
		73	1.35	99.11	داخل المجموعة	

1	0.009	77	0.02	0.08	بين المجموعات	الانفعال
		4	2.32	169.86	داخل المجموعة	
0.11	1.91	4	5.32	21.28	بين المجموعات	المشكل
		73	2.77	202.87	داخل المجموعة	

من خلال الجدول رقم (18) يتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة للدعم الاجتماعي قدرت ب (1.08) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (4) ومستوى دلالة 0.05، أي لا توجد فروق في الدعم الاجتماعي باختلاف المستوى التعليمي، أما بالنسبة للانفعال فقد قدرت قيمة ف ب (0.009) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (77) و مستوى الدلالة 0.05 أي غير دالة، بمعنى لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في المشكل قدرت ب (1.91) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (4) عند مستوى دلالة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل بالنسبة المستوى التعليمي.

جدول رقم (19) يبين نتائج اختبار ANOVA لقياس الفروق في استعمال استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية حسب مدة المرض .

مستوى الدلالة	ف المحسوبة	درجة الحرية	متوسط المربعات	مجموع المربعات		
0.73	0.31	2	0.43	0.87	بين المجموعات	الدعم الاجتماعي
		75	1.38	104.11	داخل المجموعات	
0.71	0.34	2	0.76	1.53	بين المجموعات	الانفعال
		75	2.24	168.11	داخل المجموعات	

0.05	2.96	2	8.22	16.4	بين	المشکل
		75	2.76	207.	داخل	
				4	المجموعات	
				11	المجموعات	

من خلال الجدول رقم (19) يتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة للدعم الاجتماعي قدرت ب (0.31) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (2) ومستوى دلالة 0.05، أي لا توجد فروق في الدعم الاجتماعي باختلاف مدة المرض، أما بالنسبة للانفعال فقد قدرت قيمة ف ب (0.34) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (75) و مستوى الدلالة 0.05 أي غير دالة، بمعنى لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة الانفعال باختلاف مدة المرض ، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في المشكل قدرت ب (2.96) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (75) عند مستوى دلالة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل بالنسبة مدة المرض.

خلاصة:

تم التطرق خلال هذا الفصل إلى عرض وتحليل نتائج فرضيات الدراسة، تبعا لترتيبها المنهجي، اعتمادا على الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرضية، حيث تحققت فرضيتنا العامة التي تنص على وجود علاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري، تحققت فرضيتنا الثانية والتي تنص على أن مرضى السكري يستعملون مستوى عالي من التفكير الايجابي، وبينت الدراسة أن مرضى السكري يستعملون إستراتيجية حل المشكل كأولى وسائل التصدي، تأتي بعدها إستراتيجية الانفعال، أما إستراتيجية الدعم الاجتماعي فاحتلت الترتيب الثالث عند عينة الدراسة، وأظهرت الدراسة عدم وجود فروق في استعمال استراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري تعزى لمتغيرات الجنس و السن والمستوى التعليمي ومدة المرض .

الفصل السابع : تفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

تفسير ومناقشة الفرضية الأولى

تفسير ومناقشة الفرضية الثانية

تفسير ومناقشة الفرضية الثالثة

تفسير ومناقشة الفرضية الرابعة

تفسير ومناقشة الفرضية الخامسة

تفسير ومناقشة الفرضية السادسة

خلاصة الدراسات والمقترحات

تمهيد:

سيتم في هذا الفصل مناقشة وتفسير فرضيات الدراسة الحالية، في ظل ما توفر من تراث نظري، ودراسات سابقة تناولت متغيرات الدراسة الحالية، بعد ما تم عرض وتحليل نتائجها، في الفصل السابق باستعمال التحليل الإحصائي للبيانات الدراسة الأساسية، سنقوم في هذا الفصل بطرح خلاصة عامة لنتائج المتوصل إليها من الدراسة، وبعض الدراسات المقترحة التي من شأنها أن تدفع عجلة البحث العلمي إلى الأمام وتثريه.

1 - تفسير ومناقشة نتيجة الفرضية الأولى:

نصت الفرضية الأولى على انه توجد علاقة بين التفكير الايجابي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري.

يتضح من الجدول (12) أن قيمة " ر " قدرت ب 0.38 وهي دالة عند مستوى الدلالة 0.01 وبالتالي نقبل الفرضية البديلة ونرفض الفرضية الصفرية، أي توجد علاقة بين التفكير الايجابي ومواجهة الضغوط النفسية عند مرضى السكري، حيث بين الجدول وجود علاقة قوية بين التفكير الايجابي واستراتيجية مواجهة الضغوط المعتمدة على حل المشكل التي قدرت قيمة (ر) ب 0.24 عند مستوى الدلالة 0.01، و قدرت قيمة (ر) المتحصل عليها في استخدام إستراتيجية المركزة على الانفعال ب 0.35 عند مستوى دلالة 0.01 وهي قيمة دالة إحصائيا، أما إستراتيجية الدعم والمساندة الاجتماعية فقدرت قيمة (ر) ب 0.16 عند مستوى دلالة 0.05 وهي قيمة غير دالة إحصائيا مما يؤكدهم عدم تحقق جزئي للفرضية وهذا يعني عدم وجود علاقة دالة إحصائيا بين إستراتيجية المواجهة و التفكير الايجابي في مستوى إستراتيجية الدعم الاجتماعي.

نستنتج من التحليل الإحصائي السابق وجود علاقة بين التفكير الايجابي وإستراتيجية المواجهة عند مرضى السكري عند مستوى الإستراتيجيتين المعتمدة على حل المشكل والانفعال بينما كانت النتيجة غير دالة عند إستراتيجية الدعم الاجتماعي وهذا يفسر أن نوع التفكير عند الشريحة التي تم طلب المساندة منهم يعتمدون في دعمهم والذي قد يكون على شكل استشارة أو معونة....الخ إلى طبيعة خلفيتهم الاجتماعية التي قد تحدد بمستويات من التفكير الايجابي يطغى عليه التفاؤل والأمل والتنبؤ بالنجاح، كما قد يسوده أنماط من التفكير السلبي والاستراتيجيات التشاؤمية الغير فعالة.

و تفسر وجود علاقة بين الإستراتيجية المتمركز حول المشكل والانفعال بانه كلما زاد استعمال استراتيجيات المواجهة المعتمدة على التركيز حول المشكل بشكل كبير وإستراتيجية الانفعال زاد استعمال التفكير الايجابي وهذا ما تؤكدته دراسة سيلقمان وآخرون (SELIGMEN ET AL.1998) والتي مفادها أن الفرد صاحب التفكير الايجابي لديه من الصفات الايجابية التي تساعده على تخطي الفشل وتحمل التحديات المختلفة، ويضيف سيلقمان (SELIGMEN) أن الفرد صاحب التفكير الايجابي خصاله الايجابية تعد حصنا قويا وقائيا ضد الضغوط النفسية، حيث تعمل على تحمل الصعاب في مواجهة المشكلات، ويرى سيلقمان أيضا أن الفرد صاحب التفكير الايجابي تكون لديه القدرة على فهم والتفسير والتحكم في المشكل إضافة إلى قدرته على طلب المساعدة والمساندة والمشورة من المقربين، والأصدقاء والعائلة، لان الأفراد ذوي التفكير الايجابي يتمتعون بنمط علائقي جيد والتفاف عائلي يساعده على الدعم والمساندة في الظروف القاهرة والضاغطة، كما يتم تسيير الانفعال ضمن ما تقوم به المعالجة الفعالة للمشكل.

ويتفق نتائج دراستنا مع دراسة (الحجازي، 2002) الذي قام بها على الطلبة الجامعيين والتي مفادها أن التفكير الايجابي بما يحمل من أبعاد تفاؤلية، وكذا التوقع الذاتي الايجابي و التفسير المتفائل للإحداث هو بنية استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية والتي اعتبرها قاعدة تبنى عليها وسائل التصدي لضغط النفسي بشكل فعال والذي أطلق عليها باستراتيجيات المواجهة الفعالة أو التفاؤلية في حين تقابلها استراتيجيات تشاؤمية غير فعالة يكون فيها التفكير السلبي مرتفع ويكون هو أساس كل العمليات العقلية العليا. (الحجازي، 2002)

كما تتفق نتائج فرضيتنا مع ما توصل له صنيدر وآخرون (SNIDER ; et ;al ;1991) حيث توصل في دراسته إلى دور الأمل الذي يعتبر مصدر من مصادر ايجابية التفكير في حل المشكلات، والحصول على الصحة النفسية الايجابية والاستجابات لمواجهة الضغوط النفسية المستمرة، ففي خلاصة دراساته توصل إلى أن الأمل و التفسيرات الايجابية هي نواة استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية الفعالة. وفي دراسة (حسام محمد منشد، 2015) التي قام بها على معلمي بعض المدارس الابتدائية بالعراق حاول دراسة علاقة التفكير الايجابي باستراتيجيات المواجهة عند المعلمين توصل إلى أن التفكير الايجابي و مبادئه يعتبر الأرضية والقاعدة الآمنة لمواجهة الضغوط وبدونه لا تكون عملية التصدي فعالة وذات جدوى.

2 - تفسير وتحليل نتيجة الفرضية الثانية:

تنص الفرضية الثانية بأنه يتمتع مرضى السكري بمستوى عالي من التفكير الايجابي وهذا ما يبينه الجدول رقم (13) حيث قدرت قيمة المتوسط الحسابي المقدر ب (33.02) وهي قيمة اكبر من القيمة الوسطية لدرجات التفكير الايجابي المقدر ب (23.5) أي بمعنى أن أفراد عينة الدراسة (مرضى السكري) يتمتعون بمستوى عالي من التفكير الايجابي كما قدرت قيمة ت المحسوبة ب (18.06) وهي قيمة دال عند درجة الحرية (77) بمستوى الدلالة (0.01)، أي وجود مستوى عالي من التفكير الايجابي عند مرضى السكري.

نفس ارتفاع التفكير الايجابي عند مرضى السكري، لكون مرضى السكري يعتمدون على التفكير الايجابي كنمط من أنماط استراتيجيات المواجهة، فيتخطى مريض السكري بالأمل لتخفيف والقضاء على الافكار هذه النتيجة عكس الدراسة التي قامت ب السلبية ولتصدي لمخاوفه وهذا يتفق مع دراسة قام بها (GANDER.et .al.2016) مفادها أن التفكير الايجابي وسيلة لتصدي للاكتئاب وقلق المستقبل، كما أسفرت دراسة (MECABE et FACH.2009) على ان المرضى السيكوسوماتيين بما فيهم المرضى المزمنين يستعملون التفكير الايجابي في خفض مستويات الاكتئاب وقلق الموت، ويعتمدون عليه في عملية التعايش مع المرض وأضاف MECABE أن المرضى المزمنين يغذون أفكارهم الايجابية لبعضهم البعض داخل قاعات الانتظار إذ يعملون على شحن بعضهم البعض بالأفكار الايجابية خاصة المرضى الذين أصيبوا بالمرض لسنوات وتعايشوا معه

بطريقة ايجابية يصبحون يتناقلون تجاربهم للمرضى حديثي الإصابة ، وجاءت دراسة (ASL.2014) لدعم نتائج فرضيتنا التي تدرس متغيريين من متغيرات التفكير الايجابي المتمثل في التوقع الايجابي من الموقف الضاغط والرضا عن الحياة والتفكير العقلاني حيث ان الاصابة بالمرض تعمل على تنمية هذه السمات الايجابية لتصدي للمرض المزمن، ولعلى دراسة (الحديبي، 2011) جاءت لتفسر ارتفاع مستوى التفكير الايجابي عند المرضى المزمنين حيث ارجعه الى استعمالهم الى الميكانيزم الدفاعي المتمثل في التسامي الذي يعتمد عليه المريض ليتقبل مرضه ويتعايش معه بطريقة ايجابية من اجل الحفاظ على توازنه النفسي والبيولوجي، وجاء في دراسات بيار ماتي التي كانت على المرضى السيكوسوماتين بان المرضى يتصدون لضغوط والصدمات النفسية بالتصورات الايجابية والتي يطلق عليها بالعقلنة الجيدة وهي التي تعيد التوازن البيولوجي للمريض السيكوسوماتي ومنهم المرضى المزمنين. (مريم رزاق، 2016)

ولعلى الاستشهاد بالدراسات الاجتماعية تدعم نتائج فرضيتنا بشكل مباشر حيث تفر الدراسات الاجتماعية وخاصة دراسة (مريم رزاق، 2016) حول التصورات الاجتماعية لمرض السكري في جنوب الجزائر على انه يرتبط بالتقديس الديني لمكانة مريض السكري يأخذ تصورات مقدسة ودليل على حب واختيار الله لعبده الصالح وفي حال صبر المصاب للمرض وتلقى خبر إصابته بالداء بايجابية وتقبل كان مصيره الجنة وكتب في زمرة الصابرين والصالحين والتقبل الايجابي للقضاء خيره وشره، ويشيع هذا المستوى من التصور الشعبي الايجابي لتقبل المرض حتى في حالات المضاعفات والبتر حيث يعتقد غالبية مبتوري الأطراف السفلية بفكرة أن أعضاءهم سبقتهم إلى الجنة وسوف يلحقون بها يوما ما ليعيشوا في نعيم دائما ودار الخلود. (مريم رزاق، 2016)

وفي نفس السياق قام (الوكيل ، 2016) بدراسة تناول فيها متغيراتنا على عينة من المكفوفين حيث قام بدراسة مدى فاعلية التدين في رفع مستوى التفكير الايجابي لتقبل الإعاقة البصرية ، أشار فيها الوكيل إلى أن المرضى المزمنين يستعملون التدين لتغذية والرفع من مستويات التفكير الايجابي الذي يعمل على تقبل المريض لإعاقته ولمرضه وهذا باستعمال سمات الرضا والإيمان بالله والقضاء والقدر وهذا ما أطلق عليه بالمواجهة الدينية التي تعطى معنى للحياة تحت متغيرات السعادة.

وجاءت دراسة أخصائيون في علم النفس الصحة بأمريكا تتعارض مع نتيجة فرضيتنا التي تنص على وجود مستوى عالي من التفكير الايجابي عند مرضى السكري، حيث أسفرت هذه الدراسة التي قاموا بها على مرضى السكري النوع الثاني بنيويورك 2013 مفادها أن نسبة 46 % من مرضى السكري النوع الثاني الذين يقطنون بنيويورك يعتمدون على التفكير السلبي وهذا ما يجعلهم غير متقبلين لمرضهم، ولحالتهم الصحية وغير متقبلين لنظام الغذائي الصحي (ناتاشا، 2015) وقد يرجع سبب تزايد مستوى التفكير السلبي عند مرضى السكري نوع 2 إلى غياب المعتقدات الروحية والدينية، والى ضعف الدعم والمساندة الاجتماعية الذي يميز ثقافة المجتمع الأمريكي.(ABARGHOUEM.et. AL...2016)

ومن خلال الاطلاع على الدراسات السابقة التي اهتمت بمتغيرات دراستنا لم تجد الباحثة على حد علمها دراسة اهتمت بالبحث في مستويات التفكير ، عند مرضى السكري، لذا تعد النتيجة التي توصلت لها إضافة لتراث السيكلولوجي، نفتح آفاق واسعة لتفكير في إيجاد برنامج إرشادي يستخدم لتقوية التفكير الايجابي وتعزيزه عند هذه الفئة من المرضى، وعند فئة الأسوياء، وهذا هدف علم النفس الايجابي.

3- تفسير وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة : يستعمل مرضى السكري إستراتيجية التركيز على المشكل لمواجهة الضغط النفسي، اتضح لنا من الجدول (14) أن مرضى السكري يستعملون استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بدرجات مختلفة، حيث يستعملون بشكل اكبر إستراتيجية التركيز حول المشكل بمتوسط حسابي قدر ب (0.71)، وانحراف معياري قدر (0.21)، تأتي بعدها إستراتيجية الدعم الاجتماعي بمتوسط حسابي قدر ب (0.70)، وانحراف معياري قدر (0.20)، في حين تأتي إستراتيجية التركيز على الانفعال المرتبة الثالثة والأخيرة بمتوسط حسابي قدر ب (0.66) وانحراف معياري قدر ب (0.16).

يتضح لنا أن مرضى السكري يستعملون استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية بشكل متدرج حيث يعتمدون بشكل كبير وأولي على التركيز حول المشكل، ثم الانفعال وبعدها يعتمدون على الدعم الاجتماعي ، وهذا هو الشكل الفعال لتصدي الضغوط حسب معالجة المعلومات وحل المشكلات حيث يستعمل العقل التعرف على المشكل أو الموقف أولاً وتقدير حجم المواقف والإنذار بعدها تأتي الاستجابات البيولوجية والهرمونية والجسدية حسب نظرية الضغط لسيلي (SELY).

جاءت دراسة SHIMIDIT لتدعم نتائج فرضيتنا التي مفادها أن المرضى الذين يستعملون أساليب المقاومة النشطة المركزة على المشكل أمام وضعية المرض الضاغطة، يظهرون أقل قلقاً ، ويكونون أكثر تكيفاً مع المرض وذلك لأن أساليب المقاومة المركزة حول الإنفعال فعاليتها قد تكون إيجابية ، ولكن في مدى قصير أما الأساليب المركزة حول المشكل فإن لها فعالية طويلة الأمد (من أسبوعين فما فوق)) ، كما توصلت الدراسة إلى أن المرضى الذين ينوعون في إستخدام أساليب مقاومة الضغط (يطلبون الدعم من الأصدقاء والمقربين أيضاً)، يتمكنون من التكيف مع المرض و يحققون عدة تغيرات إيجابية في حياتهم، مقارنة بأولئك الذين يتمسكون بأسلوب واحد في حياتهم. وعليه فإذا كان المصاب بالداء السكري ينوع في إستخدام أساليب مقاومة الضغط النفسي ويستخدم أساليب المقاومة المركزة حول المشكل مثل : التدبير النشط و التخطيط ، والتقبل، وإعادة التشكيل فإنهم سوف يتكيفون مع المرض ويحققون نوع من التوافق النفسي مع هذا المرض من خلال فهم المرض، وخصائصه مثلاً فإن ذلك سوف يساعد المريض في التعايش مع المرض لأنه كما يقال السكر الصديق الودود للمريض. (مريم بن سكيريفة، 2015، ص:251)

وجاءت دراسة (كوبازاء، 1983) لتدعم موقف فرضيتنا حيث أشار في دراسته حول الصلابة النفسية عند مرضى السكري، والتي تتولد حسب ما توصل له من استعمالهم لاستراتيجيات ضغط فعالة تتصدى بقوى إلى المواقف الصعبة، فأولى استراتيجيات التصدي هي التعرف على المشكل ومعالجته وتقييم أبعاده، ومنه أُلجوا إلى استعمال استراتيجيات أخرى تدعم الإستراتيجية الأولى وتقويها وهو ما يعطي مريض السكري الصلابة النفسية المكتسبة من هذه الأنواع النشطة من استراتيجيات المواجهة. (KOBASA.1983)

يلجأ مريض السكري إلى استعمال إستراتيجية الدعم الاجتماعي في المرتبة الثانية بعد استعمال إستراتيجية التركيز على المشكل فيلجأ إلى جماعة الأصدقاء والأسرة، حيث تعتبر بمثابة الدعامة الأولية لإعادة التقييم المعرفي والحصول على التعزيز وإطفاء الشعور بالتوتر والقلق والتعايش مع المرض دون التأزم النفسي والصحي. (عسكر، 2002)

إن عدم قدرة الفرد على تفريغ الشحنة الانفعالية بشكلها الجيد وبفعالية تؤدي بالفر إلى عدم استقرار نفسي وتوتر وقلق دائمين وكذا اضطراب الجهاز المناعي والبيولوجي مما يؤدي إلى مضاعفات صحية لمرض السكري. (عسكر، 2002)

ومنه نستنتج أن استعمال استراتيجيات مواجهة الضغوط الفعالة، أمر ضروري للحفاظ على الصحة النفسية والجسدية واستعمالها يكون بمقدار كل واحدة وفي وقتها المحدد يساعدنا على التكيف مع المرض، وإحلال التعايش والتوازن البيولوجي.

4- تفسير وتحليل نتيجة الفرضية الرابعة :

تنص الفرضية الرابعة : توجد فروق ذات دلالة إحصائية في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط باختلاف السن.

من خلال نتائج الجدول رقم (15) يتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة للدعم الاجتماعي قدرت ب (0.04) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (2-75) ومستوى دلالة 0.05، أي لا توجد فروق في الدعم الاجتماعي باختلاف السن أما بالنسبة للانفعال فقد قدرت قيمة ف ب (0.11) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (2.75) و مستوى الدلالة 0.05 أي غير دالة بمعنى لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة باختلاف السن، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في المشكل قدرت ب (0.22) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (75) عند مستوى دلالة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل بالنسبة لسن.

جاءت دراسة عبد المعطي (1992) لتدعم فرضيتنا والتي كانت عبارة عن دراسة مقارنة بين المجتمع المصري، والأندونيسي، حول ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية، والتي هدفت إلى التعرف على تأثير حضارة وثقافة كل من المجتمعين السابقين في تشكيل شخصية أفرادها واستجاباتهم لضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها، وقد تألفت عينة الدراسة

من (385) مصري و (297) اندونيسي ، توصلت الدراسة إلى أن المصريين أكثر معاناة لضغوط أحداث الحياة، وذلك بسبب ما يتبعونه من أساليب في مواجهتهم كالميل إلى أسلوب التجنب والإنكار إلى جانب حدوث الإلحاح والافتحام القهري إلا أنها لم توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن. وتتفق نتائج دراسة (إبراهيم 1994، ولازاروس 1980) مع ما توصلت له الباحثة في دراستها هته إلى عدم وجود أثر دال للفئة العمرية على أساليب مواجهة الضغوط عكس ما توصل له النيال في دراسته التي أجراها سنة (1997) التي أشارت إلى أن صغار السن أكثر ميلاً لاستخدام أسلوب التوجه نحو الأداء في مواجهة الضغوط مقارنة بكبار السن.

وتختلف مع نتائج دراستنا نتجة بعض الدراسات مثل دراسة (عبد المعطي 1994) التي أشارت إلى أن الفئات العمرية الأكبر في استخدام استراتيجيات التصدي للضغط كانت أكثر ميلاً إلى تنمية الكفاءة الذاتية، والعمل من خلال الحدث، والاتفات إلى أنشطة أخرى، وأن الفئات العمرية الأصغر كانت أكثر ميلاً إلى استخدام أساليب التجنب والإنكار، والتدخل والإلحاح القهري للحدث، وطلب المساندة. وكانت نتيجة دراسة جاد الله مدعمة لدراسة عبد المعطي والنيال توصلت إلى عكس ما توصلت اه الباحثة في هذه الدراسة، حيث توصل جاد الله (2002) إلى أن الزيادة في العمر تكسب الفرد مهارات وأساليب يستطيع بها التكيف مع الضغوط، كما تتفق هذه النتائج مع الدراسات البريطانية والأمريكية التي أوضحت أن الناس الأصغر عمراً يستجيبون للضغوط باللجوء إلى المساعدة غير الرسمية من الآخرين، وأن الأكبر عمراً يكتفون من الأنشطة للبعد عن مصدر الضغط، إلى جانب تنمية القدرات الشخصية لمواجهة الأحداث الضاغطة.

قد يرجع استخدام مرضى السكري لنفس استراتيجيات المواجهة إلى نوعية المجتمع الجزائري الذي عايش عشرية سوداء ساهمت في تقريب وجهات النظر بين الأجيال وبحكم عمليات التقمص وتماهي الأبناء مع الآباء في العمليات السلوكية ومنها عملية التصدي لضغط ، والمحاكاة في كل جوانب الشخصية.

5- تفسير وتحليل نتيجة الفرضية الخامسة :

تنص الفرضية بان هناك فروق في استخدام استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تعزى لمتغير الجنس.

من خلال الجدول رقم (17) يتضح لنا أن قيمة ت في الدعم الاجتماعي المقدر (0.95) عند الإناث وعند الذكور مقدر ب (0.96) عند مستوى دلالة (0.28) وهي قيمة غير دالة عند مستوى دلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتيجية الانفعال عند الإناث قدرة ب 0.17 وكذلك عند الإناث عند درجة حرية (76) قدرت دلالة الإحصائية ب (0.23) وهي قيمة غير دالة عند مستوى الدلالة (0.05)، وقدرت قيمة ت في إستراتيجية المشكل عند الإناث والذكور قدرت ب (0.77) عند درجة حرية قدرت عند الإناث 76 وعند الذكور 75 عند مستوى دلالة (0.40) وهي قيمة غير دالة عند

قيمة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لاتوجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل تعزى للجنس.

جاءت دراسة شعبان (1995) في مصر مؤيدة لنظريتنا بعدم وجود فروق في استعمال استراتيجيات المواجهة الضغوط تعزى لمتغير الجنس تراوحت أعمار عينة الدراسة بين 14 إلى 38 سنة ، اشتملت عينة الدراسة على طلبة جامعيين وعاملين بقطاعات مختلفة ومتمدرسين، كان الهدف من الدراسة، معرفة ما إذا كان هناك فروق في استعمال استراتيجيات التكيف مع الضغوط تعزى إلى الجنس، كشفت نتائج الدراسة إلى أنه لا توجد فروق دالة بين متوسطي الجنسين في كل من أساليب التكيف الإقدامية والإحجامية.

كما جاءت دراسة عبد المعطي (1992) والتي هي عبارة عن دراسة مقارنة بين المجتمع المصري والاندونيسي حول ضغوط أحداث الحياة وعلاقتها بالصحة النفسية وبعض متغيرات الشخصية، هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على تأثير حضارة وثقافة كل من المجتمعين في تشكيل شخصية أفرادها واستجاباتهم لضغوط أحداث الحياة وأساليب مواجهتها أسفرت الدراسة على أن المجتمع المصري، أكثر معاناة لضغوط أحداث الحياة، وذلك بسبب ما يتبعونه من أساليب في مواجهتها كالميل إلى أسلوب التجنب والإنكار و المبالغة في تضخيم الضغوط، وبيئت عدم وجود فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة تعزى لمتغير الجنس.

كما توصل ستون (STONE 1984) في دراسته التي قام بها على عينة قوامها (120) فردا هدفت إلى معرفة مدى استعمال استراتيجيات المواجهة عند أفراد العينة مع معرفة نوع الإستراتيجية المستعملة بكثرة عند الجنسين واهم إستراتيجية مستعملة خاصة بالجنس، صنفت الأساليب التي تضمنتها إجاباتهم إلى ثماني أصناف هي: التحول، وإعادة تعريف الموقف، والفعل المباشر، والتفريغ والتقبل، والحصول على الدعم الاجتماعي، والاسترخاء، وقد توصلت هذه الدراسة إلى أن النشاط الديني كان أكثر استخداماً عند الذكور، كما بينت النتائج أيضاً عدم وجود فروق بين الجنسين في استخدام أسلوب إعادة تعريف الموقف. قد يعود عدم وجود فروق في استعمال استراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري تعزى للجنس لعامل التنشئة الاجتماعية التي تعمل على توحيد أساليب التصدي للمصائب والكروب والى العامل الديني الذي يسفل مهاراتنا في التعامل مع الظروف الصعبة والى كون المرض خاصة السكري يعطي صاحبه نوعاً من الصلابة والمرونة مما يكسبه جلدا أقوى مع زيادة في مدة المرض وهذا حسب دراسة الحديبي 2011. أما دراسة لازاروس (Lazarus) ، عنوان التي أجراها سنة 1998 في أمريكا حول المواجهة كوسيط لدى الشخصية العاطفية أجريت هذه الدراسة التي طورت فيها (20) قائمة لقياس استراتيجيات توافق الراشدين مع الظروف والأزمات الضاغطة، وقد تم جمع المعلومات عن طريق المقابلات الشخصية مع أفراد العينة لمدة ستة أشهر، أظهرت النتائج أن الاستراتيجيات المستخدمة لدى أفراد العينة كانت تتعلق بالبحث عن الدعم الاجتماعي والتحول والهروب، وضبط الذات، والتخطيط لحل المشكلات والمواجهة،

والتقييم الإيجابي ولا توجد فروق تعزى لا للجنس ولا للعمر . (Lazarus & Flokman ,1988 ,p.466).

وحسب ما سبق نستنتج أن الضغط لا يفرق بين رجل ولا امرأة، حيث أن طريقة الاستجابة للمواقف الضاغطة بنفس الطريقة، والإحساس والشعور بنفس العمق والمستوى، لكن التنشئة الاجتماعية هي التي تعمل على جعل الرجل يخفي أحاسيسه وردة فعله، وكذا التظاهر بالصمود في المواقف الضاغطة والمتعبة.

6- تفسير نتائج الفرضية السادسة :

تنص الفرضية السادسة إلى انه توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى التعليمي. من خلال الجدول رقم (18) يتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة للدعم الاجتماعي قدرت ب (1.08) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (4) ومستوى دلالة 0.05، أي لا توجد فروق في الدعم الاجتماعي باختلاف المستوى التعليمي، أما بالنسبة للانفعال فقد قدرت قيمة ف ب (0.009) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (77) و مستوى الدلالة 0.05 أي غير دالة، بمعنى لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في المشكل قدرت ب (1.91) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (4) عند مستوى دلالة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل بالنسبة للمستوى التعليمي.

يمكن تفسير هذه النتيجة لإرجاعها أن الشخص الجزائري مهما بلغ مستواه العلمي فإنه يعود إلى مرجعيته الثقافية في التعامل مع المواقف والضغوط وتصوراته الاجتماعية للمرض ولتفسير مترتبات المرض ففي البحوث الانثروبولوجية الصحية والثقافية بينت ان الفرد يتعامل مع المواقف الحقيقية في طقوس الشفاء ووفق لمنظوره الثقافي والاجتماعي راميا عرض الحائط أي انجازات علمية وأكاديمية. (مرينو، 2003) جاءت دراسة (أبو القراط، 2004) لتبين عكس ما توصلنا له في دراستنا والتي مفادها بأنه كلما زاد المستوى العلمي للفرد زاد وعيه وإدراكه لأحداث الحياة الضاغطة نتيجة تعلمه لكثير من الخبرات والمهارات خلال حياته العلمية، وبالتالي فإنه يتبع أساليب ذات فاعلية في مواجهة ما يتعرض إليه من صعوبات ومواقف ضاغطة .وتتفق هذه الدراسة مع دراسة (جاد الله 2002 ،)والتي أشارت إلى أن قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط بشكل عام، تزيد بزيادة المرحلة التعليمية

وجاءت دراسة ماك لندين (MECLINDIEN، 2005) التي أجريت على (120) عائلة كندية لديهم ابن من ذوي الاحتياجات الخاصة هدفت الدراسة إلى معرفة الأساليب المنتهجة من طرف الوالدين لمواجهة الضغوط النفسية والفروق في المستوى التعليمي، جاءت نتائج الدراسة عكس ما توصلت له دراستنا كذلك حيث أسفرت دراسة ماك لندين (MECLINDIEN) على اختلاف الاستراتيجيات المنتهجة من طرف أولياء الطفل ذو الاحتياج الخاص الذين واصلو دراساتهم الجامعية والذين لم يتمكنوا من إكمال دراستهم

ويشتغلون في مهن بسيطة، حيث استعمل الأولياء الجامعيون استراتيجيات تكيف ايجابية فيما انتهج الأولياء ذوي المستوى العلمي البسيط استراتيجيات إجمالية رافضة للابن المعاق. وجاءت دراسة أبوقريط (2006) بالأردن حول نوعية الحياة الصحية و الدعم الاجتماعي واستراتيجيات التكيف لدى المرضى المصابين بالسكري من النمط الثاني هدفت الدراسة إلى تحديد مستويات التكيف، والدعم الاجتماعي، ونوع الحياة الصحية لدى مرضى السكري من النمط الثاني. و البحث في العلاقة بين المتغيرات الديموغرافية واستراتيجيات التكيف، وكذا الدعم الاجتماعي ونوع الحياة، تمثلت عينة الدراسة في (74) أنثى، تتراوح أعمارهم بين (30-78)، و(77) ذكراً أسفرت الدراسة على وجود فروق في استعمال استراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري تعود إلى المستوى العلمي ونوع المهنة، وكذا مضاعفات المرض ومدة الإصابة.

7- تفسير نتائج الفرضية السابعة :

نصت الفرضية السابعة بأنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في استراتيجيات المواجهة النفسية باختلاف مدة المرض عند مرضى السكري.

من خلال الجدول رقم (18) يتضح أن قيمة ف المحسوبة بالنسبة للدعم الاجتماعي قدرت ب (1.08) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (4) ومستوى دلالة 0.05، أي لا توجد فروق في الدعم الاجتماعي باختلاف المستوى التعليمي، أما بالنسبة للانفعال فقد قدرت قيمة ف ب (0.009) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (77) و مستوى الدلالة 0.05 أي غير دالة، بمعنى لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة باختلاف المستوى التعليمي، ويتضح لنا أن ف المحسوبة في المشكل قدرت ب (1.91) وهي قيمة غير دالة إحصائياً عند درجة الحرية (4) عند مستوى دلالة (0.05) بما أنها غير دالة فهذا يعني لا توجد فروق في استخدام إستراتيجية مواجهة المشكل بالنسبة للمستوى التعليمي. كما لاحظنا كانت نتيجة الدراسة قد بينت انه لا توجد فروق في استخدام استراتيجيات المواجهة عند مرضى السكري تعود إلى متغير مدة المرض.

ربما تعود هذه النتيجة إلى قدرة مريض السكري على سرعة التعايش مع المرض وتقبله وما يحمله المرض من معنى غير مهدد بسبب الانتشار المريع لهذا الداء الذي افقده طبيعته المخيفة، ويرجع عدم وجود الاختلاف إلى رجوع المرضى إلى الجانب الديني وكذا إلى التصورات الاجتماعي في تفسير المرض. وتبين دراسة تونكاي وآخرون (TUNCAY.et.al.K.....2008) التي أجريت على (1800) حالة من كندا وفرنسا بهدف دراسة المعاش النفسي لمرضى السكري النوع الثاني يعتمدون في بداية سنين إصابتهم، على استراتيجيات نفسية فعالة تعمل على تقبلهم وتعايشهم مع المرض والاهتمام بفحوصاتهم الطبية والاهتمام بالجانب الغذائي والحمية إلا انه بعد 5 سنوات من الإصابة يبدأ المريض يستسلم لأفكاره السلبية وحالة فقدان الأمل في الشفاء والاستقرار مما يؤدي إلى استعمال استراتيجيات مواجهة غير فعالة تزيد من الإحساس بالامعنى وان هذا الجسم الذي يعيش فيه على حد تعبيرهم بالي ومهتري أي تصبح

صورة الذات مشوهة خاصة بعد إصابته بالالتهابات الجلدية الناتجة عن المرض والدمامل وكذا فقدان الإحساس الجلدي بسطح الأرجل ويقابله استراتيجيات تصدعت من كثرة الاستعمال لم يصبح يشعر المريض بفائدتها لأنها لم تعمل على تماثله لشفاء رغم معرفته من الوهلة الأولى انه مرض مزمن غير قابل للشفاء لكنه يمكن التحكم فيه والحفاظ على استقرار معدل السكر في الدم.

(TUNCAY.et.al.K.....2008)

ولعل هذه الدراسة رغم اهتم الاها على اغلب الجنسيات من العالم القاطنة بالبلدين (فرنسا، كندا) لكنها تمثل طبيعة مجتمع أوروبي له خصائصه الثقافية، وعلاقاته الاجتماعية، ولعل متوسط عمر عينة الدراسة كان 52 سنة أي أن العينة اغلبها متقدمين في العمر، تحمل خصوصية أن الشيخ يعيش الحرمان العاطفي والعلاقات الاجتماعية الحميمة ويفقد الشيخ فيه مكانته ويصبح عالة على أولاده. عكس ما يحدث في واقعنا، الذي يوضح لنا أن الشيخ المصاب بالسكري في بلدنا بزيادة مدة المرض يعمل على التأقلم ويزيد ويكفل بدعم اسري نفسي متين، ومساندة من طرف الأبناء تزيد من فاعلية استراتيجيات الضغوط النفسية خاصة إذا قام المسن بزيارات إلى البقاع المقدسة التي تعمل على تغذية التفكير الايجابي حسب ملاحظات الأخصائيين النفسيين.

الخاتمة

خاتمة :

خلصت هذه الدراسة من خلال المعالجة الإحصائية للبيانات، إلى وجود علاقة إرتباطية بين التفكير الايجابي واستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، من خلال تطبيق معامل الارتباط بيرسون، كشفت الدراسة على وجود مستوى عالي من التفكير الايجابي لدى عناصر عينة الدراسة، في حين اتضح أن مرضى السكري يستعملون استراتيجيات مواجهة الضغوط بصورة كبيرة من اجل الحفاظ على توازنهم النفسي والصحي، حيث يستعمل المرضى أسلوب التصدي المتمركز حول المشكل بشكل أولي واكبر نوعا ما، ويعتمد على أسلوب الانفعال من اجل تفريغ الشحنة الانفعالية التي سببتها الضغوط النفسية حيث جاءت في الترتيب الثاني أما الدعم الاجتماعي، فقد احتلت المرتبة الثالثة في عملية التصدي، ولاحظنا خلال تفسير نتائج الفرضية الخامسة والسادسة والسابعة، انه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس والسن والمستوى التعليمي وكذا مدة المرض.

مقترحات وتوصيات:

في ضوء نتائج هذه الدراسة تم اقتراح التوصيات والمقترحات التالية:

- 1- توجيه البحث العلمي إلى الاهتمام بمتغيرات علم النفس الايجابي الإكلينيكي على مختلف العينات.
- 2- إستغلال ما توصلنا له من نتائج في التربية الصحية النفسية لمرضى السكري.
- 1 - دراسة متغيرات الدراسة على عينة من الأسوياء وإعدادها في برامج وقائية من اجل التركيز على نقاط القوة وتقوية مواطن الضعف في الشخصية عند الأسوياء.
- 2 -تكثيف البحوث حول متغيرات علم النفس الايجابي، لقدرته و فاعليتها على إحداث تغيير في شخصية الأسوياء، وتعزيز نقاط قوتهم بدلا من الاهتمام بفئة المرضى فقط.
- 4- الاهتمام أكثر بفئة المرضى المزمنين بما فيهم مرضى السكري وتعليمهم أبجديات التفكير الايجابي ومعاني الايجابية.
- 5- تصميم برنامج علاجي ووقائي في إطار التربية السكرية، مثله مثل تعلم الحمية وتقنيات الاعتناء بالقدم السكرية عند مرضى السكري، وهذا البرنامج يهتم بعلاج مرضى السكري من التفكير السلبي وتغييره بالتفكير الايجابي.
- 6- زيادة التكفل النفسي بشريحة مرضى السكري، خاصة المسنين الأميين، الذين يعانون غالبا من أمراض أخرى تدخل تحت مظلة أمراض الشيخوخة.
- 7- توفير أخصائي نفسي عصبي مختص في أمراض الشيخوخة في كل مصلحة مختصة في مجال الغدد والأمراض الباطنية والمزمنة.

8- ضرورة تعليم مرضى السكري أهم استراتيجيات المواجهة الفعالة، وتشجيعهم علي استعمالها في حياتهم اليومية.

الدراسات والبحوث المقترحة :

- إجراء بحوث حول تعليم اكتساب التفكير الايجابي عند الأطفال وتعليمهم وتنشئتهم على أساليب التفاؤل والأمل واستعمال الاستراتيجيات الايجابية.

- إجراء بحوث حول طرق الوقاية من الإصابة بمرض السكري انطلاقا من الاستعمال الأمثل لأساليب التفكير الايجابي وجودة الحياة.

إجراء بحوث حول علاقة الجلد بالتفكير الايجابي

قائمة المصادر والمراجع

المراجع العربية:

- أبو حلاوة، محمد السعيد.(2006). **علم النفس الايجابي - الوقاية الايجابية والعلاج النفس الايجابي** - مصر، القاهرة: دار النشر للجامعات.
- إبراهيم، عبد الستار.العسكري،عبد الله. (1999). **علم النفس الإكلينيكي** ، ط1، القاهرة: مكتبة الانجلو المصرية، مصر.
- إبراهيم، عبد الستار.(2011). **العلاج النفسي السلوكي المعرفي الحديث: الهيئة المصرية العامة للكتاب، مصر.**
- أمل سليمان، تركي العنزي . (2004): **أساليب مواجهة الصدمات الضغوط عند المصابات بالاضطرابات النفس -جسمية السيكماتية -دراسة مقارنة-** ، رسالة ماجستير في علم النفس ، كلية علم النفس ، فلسطين، غ م.
- بن سكيريفة، مريم.(2005). **أساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بالداء السكري النوع الثاني دراسة ميدانية على عيمة من المرضى بمستشفى محمد بوضياف ورقلة، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ، ورقلة، الجزائر.**
- بن سعد الحميد، محمد.(2007). **مرض السكر أسبابه و مضاعفاته وعلاجه** ، ط1، السعودية: دار النشر المملكة العربية السعودية. .
- بن الطاهر، بشير (2005). **إستراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الضاغطة وعلاقته بالصحة العامة على ضوء متغيري نمط الشخصية والدعم الإجتماعي** ، رسالة دكتوراة غير منشورة ، جامعة وهران ، الجزائر .

- تيغزي، أمحمد. (1993). *الضغط المهني وعلاقته بمستوى القلق و الاكتئاب و إنخفاض*

الرضا المهني ، منشورات كلية الآداب والعلوم الإنسانية بالرباط ، سلسلة ندوات ومناظرات ، رقم

25، علم النفس وقضايا المجتمع المعاصر ، المملكة المغربية.

- عثمان، فاروق. (2001). *القلق وإدارة الضغوط النفسية*، ط1 ،مصر: دار الفكر العربي

القاهرة.

- عقيل، حسين عيدروس (1993): *مرض السكري بين الصيدلي والطبيب* ، ط 1، السعودية:

مؤسسة مكة المكرمة للطباعة و الإعلام.

- غانم، زياد بركات.(2005). *التفكير الايجابي ومصادره* ، مصر: دار الفكر العربي القاهرة.

- رودى، بيلوس ترجمة ،هنادى مزبودى.(2013). *مرض السكري*، ط1، الرياض: مكتبة الملك

فهد الوطنية.

- طه جميل، سمية.(1998). *التخلف العقلي و إستراتيجيات مواجهة الضغوط الأسرية* ،

لبنان: دار النهضة بيروت.

- فؤاد بهي السيد،1978، *علم النفس الإحصائي وقياس العقل البشري* ، مصر ، ب ط، القاهرة:

دار الفكر العربي

- فهمي، مصطفى.(1975). *الإنسان والصحة النفسية* ، القاهرة، المصرية: مكتبة الأنجلو

القاهرة.

- فوقية ، حسن رضوان .(2003). *دراسات في اضطرابات الشخصية تشخيص وعلاج*، مصر : القاهرة دار الفكر العربي.

- رجاء، مريم .(2007). *الإستراتيجيات التي يستخدمها الطلبة للتعامل مع الضغوط النفسية* ، دمشق : مجلة إتحاد الجامعات العربية للتربية وعلم النفس.

-الجمعية الأمريكية لمرض السكر ، الدليل الوافي لمرض السكر (2004)، ط1، مكتبة جرير ،
- جمعة ،سيد يوسف.(2008). *إدارة الضغوط*، ط1، جامعة القاهرة:مركز تطوير الدراسات العليا والبحوث في العلوم الهندسية .

- شحات، حسن ، النجار زينب .(2004). *معجم المصطلحات التربوية والنفسية* ، مصر:القاهرة الدار المصرية اللبنانية .

- عبد العظيم، طه حسين، سلامة عبد العظيم.(2008). *استراتيجيات المواجهة لإدارة الضغوط النفسية*، الأردن، دار الفكر.

- معمريّة، بشير . (2012) :*علم النفس الايجابي - اتجاه جديد لدراسة القوى والفضائل الإنسانية* - الجزائر: دار الخلدونية.

- معمريّة، بشير. (1999). **مدخل لعلم النفس**: مطبوعات قسم علم النفس وعلوم التربية جامعة باتنة، الجزائر.

- مخيمر، عماد محمد. (2003). **الارتقاء الإنساني في ضوء علم النفس الايجابي**، القاهرة، مصر: دار الكتاب الحديث.

- منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي للشرق المتوسط. (2014). **الإستراتيجية المعنية بالصحة النفسية في الشرق المتوسط (2012-2016)**

- منسي، عبد الحليم محمود. (2004). **مناهج البحث العلمي في المجالات التربوية**، القاهرة، مصر: دار الكتاب الحديث.

- مرزوقي، جاسم محمد عبد الله محمد. (2008). **الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكري**، الإسكندرية، مصر: دار العلم و الإيمان للنشر و التوزيع.

- مسلوب، مروان منير. (2002). **تعلم العيش مع الداء السكري دون أنسولين**، لبنان: دار الكتب العلمية بيروت .

- مغازي، محجوب. (1996). **الأنسولين وعلاج السكر**، د ط ، القاهرة ، مصر: نور القاهرة.

- طريبي، عبد الرحمان بن سليمان. (2004). **الضغط النفسي : مفهومه ، تشخيصه ، طرق علاجه**، القاهرة، مصر: دار الكتاب الحديث.

- مارتن سليجمان. (2002). **السعادة الحقيقة و استخدام الحديث في علم النفس الايجابي**. ترجمة: صفاء الأعسر وآخرون، مصر: دار العين للنشر القاهرة.

- علي، هالة رمضان . (1997). *الإصابة بمرض البول السكري لدى عينة من الأطفال*

وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لكل من الطفل المريض و الأم ، رسالة ماجستير غير

منشورة ، كلية الآداب، مصر، جامعة طنطا.

- شيلي، تايلور ، ترجمة وسام درويش بريك ، وآخرون. (2008). *علم النفس الصحي ، الأردن:*

دار حامد للنشر و التوزيع عمان.

- فاروق مرشد ، كمال المتيم .(1995). *الفم و الأسنان والوقاية للسليم - والعلاج للمريض*

- د ط ،مصر : دار النشر القاهرة.

- حسن مصطفى، عبد المعطي.(1989). *ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها ، مصر: مكتبة*

زهراء الشرق القاهرة.

المراجع الأجنبية :

- 1 Dantcher(N),1989,Stratègie de Coping et Pattern à Coronarogème_revue de mèdceine Psychosomatique .
- 2 Dulewicz , V . & Higgs , M . (1999) Emotional intelligence Questionnaire User Guide U .K :Neer – Nelson Publishing Company .
- 3 Haynal .Apasini (1978). "Abrègèe de mèdecin psychosomatique. Paris ...
- 4 lazarus,R, & Flokman, S.(1978) . CopingSpringer publishing company, Ne Inventory. Toronto ,Ontario: Mutti-Health Systems .

- 5 Paulhan .B. Stress et coping les strategies dajustment ala deversite.edition PUE.1941
- 6 Schooler .C&Pearlin .Li.1978 ,Structure of emotional distress,journal of healthSocBeh19 .

مواقع الكترونية :

- <http://www.addustour.com>

قائمة الملاحق



جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية



استبيان لنيل شهادة الماستر الأكاديمي في تخصص علم النفس العيادي .
في إطار انجاز مذكرة تخرج لنيل شهادة الماستر في علم النفس الإكلينيكي أضع بين
يديك هذا المقياس لاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية التي تعرضت لها.

-الجنس: - العمر: - مدة المرض:

المستوى التعليمي:

من فضلك صف لنا وضعية ضاغطة عايشتها خلال الأشهر الأخيرة

.....
.....

حدد إستراتيجية من بين هذه الاستراتيجيات التي استعملتها لمواجهة هذا الضغط.

.....
.....

تجد في هذا الاستبيان عددا من الجمل، اقرأ كل الجمل بعناية، إذا ما تثبتت الجملة يبدو لك
صحيحا، ضع العلامة (x) في الخانة نعم، أما إذا كان ما تثبتت الجملة خاطئا ضع (x) في
الخانة لا.

لاتوجد أجوبة جيدة، وأخرى سيئة بالمعنى، العادي هدف هذا الاختبار يتحقق بصورة
أحسن إذا وضعت وحددت أرائك بأكبر دقة.

الرقم	الأسئلة	نعم	لا
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 (إلى الاحسن)		
8	تضايقت عندما عجزت عن تجنب المشكلة		
9	طلبت نصائح من شخص جدير بالاحترام واتبعتها		
10	عالجت الأمور واحدة بواحدة		
11	تمنيت لو أن معجزة تحدث		
12	تكلمت مع شخص لأستعلم أكثر عن الموضوع		
13	ركزت على جانب إيجابي قد يظهر فيما بعد		
14	شعرت بالذنب		
15	احتفظت بمشاعري لنفسي		
16	خرجت أقوى من هذه الوضعية		
17	فكرت في أمور خيالية أو وهمية حتى أشعر بتحسن		
18	تكلمت مع أحد يستطيع التصرف بواقعية فيما يتعلق بالمشكلة		
19	غيرت أمورا لتكون النهاية حسنة		
20	حاولت نسيان كل شيء		
21	حاولت أن لا أعزل		
22	حاولت عدم التصرف بطريقة متسرعة أو أن أتبع الفكرة الأولى		
23	تمنيت لو أستطيع تغيير موقفني		
24	X		
25	وجدت حلا أو اثنين للمشكلة		
26	وبخت وانتقدت نفسي		
27	عرفت ما ينبغي القيام به لذا ضاعفت جهودي لتحقيق ذلك		

xxxxxxx

فيما يلي مجموعة من العبارات تصف بعض أساليبنا من التفكير في الشخصية والمواقف الاجتماعية ، كل عبارة منها تتكون من عبارتين فرعيتين "أ" و "ب"، نرجو أن تقرأ كل عبارة منها وأن تقرر أي العبارتين الفرعيتين تنطبق عليك بأن تضع دائرة أو علامة صح علي العبارة التي تتفق معها سواء كانت (أ) أو (ب)، وأن تترك العبارة التي لا توافقتك بدون أي علامات. تذكر أنه لا توجد إجابات صحيحة أو خاطئة ... فما توافق عليه من عبارات قد لا يوافق الآخرون عليها والعكس بالعكس لذا نرجو أن تعكس أجاباتك طريقة تفكيرك في الأمور كما تعبر عنها أي عبارة تختارها من العبارتين .

- 1) أعتقد أن الغد أفضل من اليوم
- 2) أمني كبير في المستقبل
- 3) أعتقد أنني محظوظ
- 4) أعتقد أنني أميل للتفاؤل .
- 5) أشعر بالطمأنينة عندما أتصور ما ستكون عليه حياتي بعد 10 أعوام.
- 6) مصائب اليوم تكون لها فوائد في المستقبل
- 7) أعتقد أن أموري تسير دائما إلى الأحسن
- 8) ببعض الجهد سأجعل من المستقبل أفضل من الحاضر
- 9) مهما واجهت أعتقد أن المستقبل مكتوب علينا .
- 10) أحب أنواع الفن والأغاني لدي تلك التي تدعو للتفاؤل والأمل
- 11) أستطيع بسهولة ان أغير في أفكار الآخرين نحو
- 12) أستطيع أن أتحكم في مشاعري نحو الأشياء حتى وإن كانت مؤلمة
- 13) بإمكان الإنسان أن يوقف نفسه عن الاستمرار في الغضب
- 14) بإمكان الإنسان أن يوقف نفسه عن الاستمرار في القلق
- 15) أعتقد أنني صبور
- 16) يمكنني أن أتحكم في أحلامي
- 17) عموما أنا إنسان هادي و لا انفعل بسهولة.
- 18) ليس من عادتي أن استجيب انفعاليا حتى ولو أراد أحد أن يثيرني .
- 19) أتسامح بسرعة حتي مع من يخطئون في حقى.
- 20) نادرا ما أتصرف باندفاع و دون حساب للعواقب .
- 21) أغضب دائما لأسباب محددة وسرعان ما اعود لحالتي الهادئة.
- 22) أحاول أن أتعرف على نقاط ضعفى لتجنبها) بيدي أن أجعل الآخرين يحبوني أو لا يحبوني .

- (23) رضا الناس غاية لا أستطيع تحقيقها
- (24) إذا فشلت مرة فسأنجح في المرة القادمة
- (25) بيدي أن أجعل حياتي مشوقة
- (26) حب الناس مكسب ولكنني أستطيع أن أعيش دون حب البعض
- (27) إذا نظمت وقتي جيدا فستكون النتيجة مختلفة
- 28 لا بأس أن يشعر الإنسان بالاكنتاب أحيانا
- (29) في الدنيا متسع لنموي ونمو الآخرين من حولي
- (30) أعتقد أن نجاحي أو نجاح أي شخص آخر مرهون: بتخصيص وقت للعمل ووقت للهو والترفيه عن النفس
- (32) بإمكاننا أن نتغلب على ما قد يعترينا من قلق و مخاوف
- (33) أومن بأهمية العلاج النفسي في تغييرنا للأحسن
- (34) أري أن حياتي ستكون دائما سعيدة وراضية
- (35) أميل للمرح والبهجة
- (36) شكلي مقبول
- (37) يذكرني الناس بالخير.
- (38) أفعل ما علي و تسير أموري دائما بما يرضيني
- (39) أشعر أن الحياة مليئة بالفرص وإمكانيات النمو
- (40) أشعر أن الله يرعاني
- (41) أشعر بمتعة العمل الذي أقوم به
- (42) أشعر بالرضا لأن الأمور تسير دائما في صالحني .
- (43) أنسى الإساءة بسرعة
- (44) أشعر بالرضا عن حياتي
- (45) أحلم عادة بأشياء سعيدة وسارة
- (46) عرف كيف أتعامل مع الناس بغض النظر عما أحمل لهم في قرارة نفسي من نفور التعامل معه أو معها.
- (47) أشعر أن الناس أحرار فيما يفكرون
- (47) أشعر براحة الاختلاط بالناس المختلفين عني .

CORRELATIONS

/VARIABLES=التفكير_الاجباري_استراتيجيات_المواجهة_المشكلة_الانفعال_الدعم_الاجتماعي

/PRINT=TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.

Corrélations

[Ensemble_de_données1]

Corrélations						
		التفكير_الاجباري	استراتيجيات_المواجهة	المشكلة	الانفعال	الدعم_الاجتماعي
التفكير_الاجباري	Corrélation de Pearson	1	,368**	,245*	,353**	,160
	Sig. (bilatérale)		,001	,031	,002	,161
	N	78	78	78	78	78
استراتيجيات_المواجهة	Corrélation de Pearson	,368**	1	,801**	,697**	,568**
	Sig. (bilatérale)	,001		,000	,000	,000
	N	78	78	78	78	78
المشكلة	Corrélation de Pearson	,245*	,801**	1	,311**	,247*
	Sig. (bilatérale)	,031	,000		,006	,029
	N	78	78	78	78	78
الانفعال	Corrélation de Pearson	,353**	,697**	,311**	1	,102
	Sig. (bilatérale)	,002	,000	,006		,374
	N	78	78	78	78	78
الدعم_الاجتماعي	Corrélation de Pearson	,160	,568**	,247*	,102	1
	Sig. (bilatérale)	,161	,000	,029	,374	
	N	78	78	78	78	78
**. La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).						
*. La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).						

DESCRIPTIVES VARIABLES=التفكير_الاجباري
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1]

Statistiques descriptives					
	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
التفكير_الاجباري	78	24,00	46,00	33,0256	4,90156
N valide (listwise)	78				

T-TEST
 /TESTVAL=23
 /MISSING=ANALYSIS
 التفكير_الاجابي /VARIABLES=
 /CRITERIA=CI (.95) .

Test-t

[Ensemble_de_données1]

Statistiques sur échantillon unique

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
التفكير_الاجابي	78	33,0256	4,90156	,55499

Test sur échantillon unique

	Valeur du test = 23					
	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Intervalle de confiance 95% de la différence	
					Inférieure	Supérieure
التفكير_الاجابي	18,064	77	,000	10,02564	8,9205	11,1308

المشكلة_الانفعال_الدعم_الاجتماعي DESCRIPTIVES VARIABLES=
 /STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Descriptives

[Ensemble_de_données1]

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
المشكلة	78	3,00	10,00	7,1538	1,70619
الانفعال	78	3,00	9,00	6,0256	1,48564
الدعم_الاجتماعي	78	2,00	8,00	5,6795	1,16768
N valide (listwise)	78				

ONEWAY الدعم_الاجتماعي الانفعال المشكلة استراتيجيات_المواجهة BY العمر
/STATISTICS DESCRIPTIVES
/MISSING ANALYSIS.

A 1 facteur

[Ensemble_de_données1]

Descriptives

	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la		Minimum	Maximum
					moyenne			
					Borne inférieure	Borne supérieure		
من 35 فأقل	29	5,7241	1,25062	,23223	5,2484	6,1998	3,00	8,00
من 36-64	36	5,6667	1,14642	,19107	5,2788	6,0546	2,00	8,00
من 65 فما فوق	13	5,6154	1,12090	,31088	4,9380	6,2927	4,00	8,00
Total	78	5,6795	1,16768	,13221	5,4162	5,9428	2,00	8,00
من 35 فأقل	29	5,9655	1,49959	,27847	5,3951	6,5359	3,00	9,00
من 36-64	36	6,1111	1,59960	,26660	5,5699	6,6523	4,00	9,00
من 65 فما فوق	13	5,9231	1,18754	,32936	5,2055	6,6407	4,00	9,00
Total	78	6,0256	1,48564	,16822	5,6907	6,3606	3,00	9,00
من 35 فأقل	29	7,1034	1,98827	,36921	6,3472	7,8597	4,00	10,00
من 36-64	36	7,2778	1,54200	,25700	6,7560	7,7995	3,00	10,00
من 65 فما فوق	13	6,9231	1,55250	,43059	5,9849	7,8612	5,00	10,00
Total	78	7,1538	1,70619	,19319	6,7692	7,5385	3,00	10,00
من 35 فأقل	29	18,7931	3,32071	,61664	17,5300	20,0562	13,00	23,00
من 36-64	36	19,0556	2,96594	,49432	18,0520	20,0591	13,00	27,00
من 65 فما فوق	13	18,4615	2,93301	,81347	16,6891	20,2339	15,00	27,00
Total	78	18,8590	3,06520	,34707	18,1679	19,5501	13,00	27,00

ANOVA à 1 facteur

Ur

	Somme des carrés	Ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
Inter-groupes	,117	2	,059	,042	,959
Intra-groupes الدعم_الاجتماعي	104,870	75	1,398		
Total	104,987	77			
Inter-groupes	,505	2	,252	,112	,894
Intra-groupes الانفعال	169,444	75	2,259		
Total	169,949	77			

Inter-groupes	1,319	2	,659	,222	,801
المشكلة Intra-groupes	222,835	75	2,971		
Total	224,154	77			
Inter-groupes	3,570	2	1,785	,186	,831
استراتيجيات_المواجهة Intra-groupes	719,878	75	9,598		
Total	723,449	77			

T-TEST GROUPS= الجنس (0 1)
 /MISSING=ANALYSIS
 /VARIABLES= الدعم_الاجتماعي الانفعال المشكلة استراتيجيات_المواجهة
 /CRITERIA=CI (.95)

Test-t

[Ensemble_de_données1]

Statistiques de groupe

	الجنس	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
الدعم_الاجتماعي	إناث	34	5,8235	1,05803	,18145
	ذكور	44	5,5682	1,24635	,18789
الانفعال	إناث	34	6,0588	1,30131	,22317
	ذكور	44	6,0000	1,62824	,24547
المشكلة	إناث	34	7,3235	1,51198	,25930
	ذكور	44	7,0227	1,84880	,27872
استراتيجيات_المواجهة	إناث	34	19,2059	2,43434	,41749
	ذكور	44	18,5909	3,47963	,52457

Test d'échantillons indépendants

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)	Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
								Inférieure	Supérieure
Hypothèse de variances égales	1,166	,284	,957	76	,342	,25535	,26677	-,27598	,78667
Hypothèse de variances inégales			,978	75,284	,331	,25535	,26121	-,26497	,77566
Hypothèse de variances égales	1,465	,230	,172	76	,864	,05882	,34139	-,62111	,73876
Hypothèse de variances inégales			,177	75,896	,860	,05882	,33175	-,60193	,71958
Hypothèse de variances égales	,688	,409	,770	76	,444	,30080	,39063	-,47720	1,0788
Hypothèse de variances inégales			,790	75,727	,432	,30080	,38069	-,45744	1,0590
Hypothèse de variances égales	5,609	,020	,877	76	,383	,61497	,70096	-,78110	2,0110
Hypothèse de variances inégales			,917	75,339	,362	,61497	,67043	-,72049	1,9504

ONEWAY الدعم الاجتماعي الانفعال المشكلة استراتيجيات_المواجهة BY المستوى
 /STATISTICS DESCRIPTIVES
 /MISSING ANALYSIS.

A 1 facteur

[Ensemble_de_données1]

Descriptives									
		N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum
						Borne inférieure	Borne supérieure		
الدعم الاجتماعي	أمي	23	5,5217	1,34400	,28024	4,9406	6,1029	2,00	8,00
	ابتدائي	4	5,0000	,81650	,40825	3,7008	6,2992	4,00	6,00
	متوسط	17	5,5294	1,00733	,24431	5,0115	6,0473	4,00	8,00
	ثانوي	23	6,0435	,92826	,19355	5,6421	6,4449	4,00	7,00
	جامعي	11	5,7273	1,48936	,44906	4,7267	6,7278	4,00	8,00
	Total	78	5,6795	1,16768	,13221	5,4162	5,9428	2,00	8,00
الانفعال	أمي	23	6,0435	1,36443	,28450	5,4535	6,6335	4,00	9,00
	ابتدائي	4	6,0000	1,63299	,81650	3,4015	8,5985	4,00	8,00
	متوسط	17	6,0000	1,36931	,33211	5,2960	6,7040	4,00	9,00
	ثانوي	23	6,0000	1,85864	,38755	5,1963	6,8037	3,00	9,00
	جامعي	11	6,0909	1,22103	,36815	5,2706	6,9112	5,00	9,00
	Total	78	6,0256	1,48564	,16822	5,6907	6,3606	3,00	9,00
المشكلة	أمي	23	7,2174	1,47576	,30772	6,5792	7,8556	5,00	10,00
	ابتدائي	4	5,5000	2,38048	1,19024	1,7121	9,2879	3,00	8,00
	متوسط	17	7,8235	1,18508	,28742	7,2142	8,4328	6,00	10,00
	ثانوي	23	6,8261	2,05939	,42941	5,9355	7,7166	4,00	10,00
	جامعي	11	7,2727	1,48936	,44906	6,2722	8,2733	5,00	10,00
	Total	78	7,1538	1,70619	,19319	6,7692	7,5385	3,00	10,00
استراتيجيات المواجهة	أمي	23	18,7826	3,10361	,64715	17,4405	20,1247	14,00	27,00
	ابتدائي	4	16,5000	3,00000	1,50000	11,7263	21,2737	14,00	20,00
	متوسط	17	19,3529	2,78256	,67487	17,9223	20,7836	16,00	27,00
	ثانوي	23	18,8696	3,65941	,76304	17,2871	20,4520	13,00	25,00
	جامعي	11	19,0909	1,97254	,59474	17,7657	20,4161	16,00	23,00
	Total	78	18,8590	3,06520	,34707	18,1679	19,5501	13,00	27,00

ANOVA à 1 facteur					
	Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification

الدعم_الاجتماعي	Inter-groupes	5,874	4	1,469	1,082	,372
	Intra-groupes	99,113	73	1,358		
	Total	104,987	77			
الانفعال	Inter-groupes	,083	4	,021	,009	1,000
	Intra-groupes	169,866	73	2,327		
	Total	169,949	77			
المشكلة	Inter-groupes	21,284	4	5,321	1,915	,117
	Intra-groupes	202,870	73	2,779		
	Total	224,154	77			
استراتيجيات_المواجهة	Inter-groupes	27,136	4	6,784	,711	,587
	Intra-groupes	696,313	73	9,539		
	Total	723,449	77			

ONEWAY /STATISTICS DESCRIPTIVES /MISSING ANALYSIS.
 الدعم_الاجتماعي الانفعال المشكلة استراتيجيات_المواجهة BY مدة_المرض

A 1 facteur

[Ensemble_de_données1]

Descriptives									
	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95% pour la moyenne		Minimum	Maximum	
					Borne inférieure	Borne supérieure			
الدعم_الاجتماعي	من 05 فأقل	62	5,6935	1,15359	,14651	5,4006	5,9865	2,00	8,00
	من 06 الى 10 سنوات	10	5,8000	1,47573	,46667	4,7443	6,8557	4,00	8,00
	من 10 سنوات فما فوق	6	5,3333	,81650	,33333	4,4765	6,1902	4,00	6,00
	Total	78	5,6795	1,16768	,13221	5,4162	5,9428	2,00	8,00
الانفعال	من 05 فأقل	62	6,0161	1,45413	,18467	5,6468	6,3854	3,00	9,00
	من 06 الى 10 سنوات	10	6,3000	2,05751	,65064	4,8281	7,7719	3,00	9,00
	من 10 سنوات فما فوق	6	5,6667	,51640	,21082	5,1247	6,2086	5,00	6,00
	Total	78	6,0256	1,48564	,16822	5,6907	6,3606	3,00	9,00
المشكلة	من 05 فأقل	62	7,2097	1,71910	,21833	6,7731	7,6462	3,00	10,00
	من 06 الى 10 سنوات	10	7,7000	1,56702	,49554	6,5790	8,8210	6,00	10,00
	من 10 سنوات فما فوق	6	5,6667	1,03280	,42164	4,5828	6,7505	4,00	7,00
	Total	78	7,1538	1,70619	,19319	6,7692	7,5385	3,00	10,00
استراتيجيات_المواجهة	من 05 فأقل	62	18,9194	2,88182	,36599	18,1875	19,6512	13,00	27,00
	من 06 الى 10 سنوات	10	19,8000	4,34102	1,37275	16,6946	22,9054	13,00	27,00
	من 10 سنوات فما فوق	6	16,6667	1,36626	,55777	15,2329	18,1005	14,00	18,00
	Total	78	18,8590	3,06520	,34707	18,1679	19,5501	13,00	27,00

ANOVA à 1 facteur						
		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Significati on
الدعم الاجتماعي	Inter-groupes	,876	2	,438	,316	,730
	Intra-groupes	104,111	75	1,388		
	Total	104,987	77			
الانفعال	Inter-groupes	1,532	2	,766	,341	,712
	Intra-groupes	168,417	75	2,246		
	Total	169,949	77			
المشكلة	Inter-groupes	16,446	2	8,223	2,969	,057
	Intra-groupes	207,708	75	2,769		
	Total	224,154	77			
استراتيجيات المواجهة	Inter-groupes	37,919	2	18,959	2,074	,133
	Intra-groupes	685,530	75	9,140		
	Total	723,449	77			