



جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم النفس والأرطفونيا

ميدان العلوم الاجتماعية

شعبة علم النفس

تخصص علم النفس العيادي

إعداد الطالبتين: بن التاج هنية / حكوم مريم

موضوع الدراسة:

التنظيم الانفعالي وعلاقته بتقبل المرض لدى المصابين

بداء السكري

دراسة ميدانية بوحدة بيت السكري بمستشفى محمد

بوضياف بورقلة

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر في علم النفس العيادي

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الدرجة العلمية	الجامعة	الصفة
أ.د بن مجاهد فاطمة الزهراء	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	رئيسا
أ.د خميس محمد سليم	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
أ.د بن سكريفة مريم	أستاذ التعليم العالي	جامعة ورقلة	عضوا مناقشا

السنة الجامعية: 2025 - 2026

شكر وتقدير

الحمد لله القائل في كتابه "لئن شكرتم لأزيدنكم"

وقال (ص) "من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

وما توفيقنا إلا بالله عليه توكلنا واليه ننيب.

نشكر الله أولاً وأخراً على توفيقه لنا لإتمام هذا العمل المتواضع.

كما نتقدم بجزيل الشكر وخالص الامتنان

إلى الأستاذ المشرف الدكتور خميس محمد سليم الذي ساعدنا في انجاز هذا العمل والذي كان له فضل علينا بعد فضل الله سبحانه وجزاه الله خيراً .

نشكر كل الأساتذة الأفاضل الذين سهروا من أجل تلقينا مختلف العلوم على مدى مشوارنا الجامعي.

كل الشكر والامتنان إلى أ.د بن مجاهد فاطمة الزهراء و أ.د بن سكرينة مريم اللتين شرفونا بكرم قراءتهما و مناقشة هذا العمل المتواضع.

خالص الامتنان والتقدير لجميع المرضى الذين شاركوا في هذه الدراسة، لما أبدوه من تعاون صادق في انجاح هذا العمل، نشكرهم جزيل الشكر على ثقتهم فلولا مشاركتهم القيمة لما كان لهذا العمل الإتمام، سائلين المولى عز وجل أن يشفي جميع المرضى وأن يلبسهم ثوب الصحة والعافية.

أشكر بشكل خاص الأهل والأقارب والأصدقاء على دعمهم.

و أخيراً نشكر كل من قدم لنا يد العون و المساعدة من قريب أو من بعيد.

ملخص

تهدف الدراسة الحالية إلى معرفة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة مكونة من 120 مصابا بداء السكري، وتحديد الفروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة الدراسة وفقا لمتغيرات الجنس، والسن، ونوع السكري، ومدة الإزمان. وإمكانية التنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى مرضى السكري من خلال مستوى التنظيم الانفعالي لديهم، تم الاعتماد على المنهج الوصفي الارتباطي المقارن، واستخدمت أداتي قياس تمثلت في: مقياس تنظيم الانفعال من إعداد جون وغروس (2003)، ومقياس تقبل المرض لسليمان جريو (2019)، وبعد التأكد من خصائصهما السيكومترية للأدوات المستخدمة، وتمت معالجة البيانات إحصائيا وتحليلها وقد توصلت نتائج الدراسة إلى:

- توجد علاقة ارتباطيه موجبة قوية دالة إحصائيا بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة الدراسة.
 - لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس، والسن، ونوع السكري، ومدة الإزمان.
 - وجود تأثير دال إحصائيا للتنظيم الانفعالي على تقبل المرض لدى المصابين بداء السكري.
- الكلمات المفتاحية:** التنظيم الانفعالي، تقبل المرض، الداء السكري.

Abstract

The present study aimed to investigate the relationship between emotional regulation and illness acceptance among a sample of 120 individuals with diabetes mellitus. It also sought to identify differences in the relationship between emotional regulation and illness acceptance according to gender, age, type of diabetes, and duration of illness, as well as to examine the possibility of predicting the degree of illness acceptance among diabetic patients through their level of emotional regulation.

The study adopted a descriptive correlational comparative approach. two measurement tools were used: the Emotional Regulation questionnaire developed by James and Gross (2003), and the illness acceptance Scale developed by Suleiman Jariou (2019). After verifying the psychometric properties of the instruments, the data were statistically processed and analyzed.

- There is a strong positive statistically significant correlation between emotional regulation and illness acceptance among the study sample.
- There are no statistically significant differences in the relationship between emotional regulation and illness acceptance attributable to gender, age, type of diabetes, or duration of illness.
- emotional regulation has a statistically significant effect on illness acceptance among individuals with diabetes mellitus.

Keywords: emotional regulation, illness acceptance, diabetes mellitus.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	شكر وتقدير
ب	ملخص باللغة العربية
ت	ملخص باللغة الفرنسية
ث	قائمة المحتويات
ح	قائمة الجداول
خ	قائمة الملاحق
	1. المقدمة
02	1.1 الأمراض المزمنة
02	2.1 التحديات العالمية للأمراض المزمنة
02	3.1 الانعكاسات النفسية والاجتماعية للأمراض المزمنة
03	4.1 الداء السكري
03	5.1 التحديات العالمية لداء السكري
04	6.1 انتشار الداء السكري عالميا ووطنيا
05	7.1 الداء السكري كمرض مزمن الخصائص والتداعيات النفسية
05	8.1 تعريف الداء السكري وأنواعه
06	9.1 تعريف التنظيم الانفعالي مهاراته واستراتيجياته

08	10.1 مفهوم تقبل المرض أهميته ومراحله
14	11.1 تساؤلات الدراسة
14	12.1 فرضيات الدراسة
14	13.1 أهداف الدراسة
15	14.1 أهمية الدراسة
	2. المنهج
18	1.2 منهج الدراسة
18	2.2 التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة
18	3.2 حدود الدراسة
19	4.2 المشاركون
20	5.2 أدوات الدراسة
22	6.2 الدراسة الاستطلاعية
23	6.2 إجراءات الدراسة الأساسية
25	8.2 متغيرات الدراسة
25	9.2 الأساليب الإحصائية
	3. النتائج
28	1.3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى
29	2.3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية

29	3.3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة
30	4.3 نتائج عرض وتحليل الفرضية الرابعة
31	5.4 عرض وتحليل نتائج لفرضية الخامسة
32	6.4 عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة
	4. المناقشة
35	1.4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى
37	2.4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية
38	3.4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة
40	4.4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة
41	5.4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة
42	6.4 تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة
44	استنتاج عام
44	المقترحات
46	قائمة المراجع
52	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	خصائص عينة الدراسة حسب المتغيرات الوسيطية.	19
02	نتائج حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقبل المرض.	22
03	نتائج معامل ألفا كرومباخ لعبارات مقياس تقبل المرض.	22
04	الأساليب الإحصائية المناسبة لتحقيق أهداف الدراسة.	26
05	نتائج معامل الارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة	28
06	نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض حسب متغير الجنس.	29
07	نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض حسب متغير السن.	29
08	نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض حسب متغير نوع السكري.	31
09	نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض حسب مدة الإصابة.	32
10	نتائج اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى أفراد العينة من خلال مستوى التنظيم الانفعالي.	33

قائمة الملاحق

الصفحة	عنوان الملحق	رقم الملحق
53	مقياس تنظيم الانفعال	01
55	مقياس تقبل المرض	02

مقدمة

- 1- الأمراض المزمنة.
- 2- التحديات العالمية للأمراض المزمنة
- 3- الانعكاسات النفسية والاجتماعية للأمراض المزمنة.
- 4- الداء السكري.
- 5- التحديات العالمية لداء السكري.
- 6- انتشار داء السكري عالميا ووطنيا.
- 7- الداء السكري كمرض مزمن الخصائص والتداعيات النفسية.
- 8- تعريف مرض السكري وأنواعه وأعراضه.
- 9- مفهوم التنظيم الانفعالي ومهاراته واستراتيجياته.
- 10- مفهوم تقبل المرض وأهميته ومراحله.
- 11- تساؤلات الدراسة.
- 12- فرضيات الدراسة.
- 13- أهداف الدراسة.
- 14- أهمية الدراسة.

1-مقدمة:

تعد الأمراض المزمنة أو الأمراض غير السارية من أكثر المشاكل الصحية انتشارا

في عصرنا الحالي فهي تزيد من حدة الصراعات والمشكلات، وبذلك تزداد معها مطالب الحياة بالنسبة للمريض. (ريحاني، 2019) ووفق تعريف منظمة الصحة العالمية (who) والمصادر المرجعية في علم الأوبئة وكتب علم النفس الصحي، حالات صحية طويلة الأمد تستمر عادة لأكثر من 12 شهرا، وتتميز بمسار تدريجي أو ثابت. (زعطوط، 2025، 17) ونادرا ما يتم الشفاء منها وغالبا ما تؤدي إلى العجز وحتى الوفاة. (Mckenne, fcollins, 2010) وتستلزم متابعة طبية أو نفسية مستمرة، وقد تؤدي إلى إعاقة وظيفية أو تقليص جودة الحياة. وهي تمثل التحدي الأكبر لأنظمة الرعاية الصحية في القرن الحادي والعشرين، إذ تساهم عالميا في الغالبية العظمى من الوفيات والعبء الاقتصادي والاجتماعي.

فهي مسؤولة عن أكثر من 43 وفاة على مستوى العالم في عام 2021، أي ما يعادل ثلاثة أرباع (75 %) جميع الوفيات غير المرتبطة بالجائحات وتشمل هذه الفئة من الأمراض أمراض القلب والأوعية الدموية، والسرطانات، والأمراض التنفسية المزمنة والسكري، وهي تمثل السبب الرئيسي للوفيات عالميا.

تتحمل الفئات الأصغر سنا عبئا كبيرا من هذه الوفيات، إذ سجل نحو 18 مليون وفاة بسبب الأمراض المزمنة بين أشخاص تقل أعمارهم عن 70 عاما، وهو عدد يفوق إجمالي الوفيات الناتجة عن جميع الإصابات والأمراض المعدية، وأسباب الوفاة المرتبطة بالأمومة وسوء التغذية مجتمعة. ويحدث 82% من هذه الوفيات المبكرة في البلدان منخفضة ومتوسطة الدخل، مما يعكس فجوات صحية عميقة، كما أن 73% من إجمالي وفيات الأمراض غير السارية تحدث في هذه البلدان. وتتصدر أمراض القلب والأوعية الدموية أسباب الوفاة ضمن الأمراض المزمنة، إذ تؤدي إلى ما لا يقل عن 19 مليون وفاة سنويا، تليها السرطانات (10 ملايين وفاة)، والأمراض التنفسية المزمنة (4 ملايين وفاة)، والسكري (أكثر من مليوني وفاة)، بما في ذلك الوفيات الناتجة عن أمراض الكلى المرتبطة بالسكري. وتشكل هذه المجموعات الأربع مجتمعة 80% من جميع الوفيات الناتجة عن الأمراض المزمنة. (زعطوط، 2025، 17-18). وللأمراض المزمنة انعكاسات نفسية

واجتماعية فلا يمكن التعامل معها من منظور الأطباء والأخصائيين النفسيين ككيانات بيولوجية معزولة فهي تجارب معيشية تمس هوية المريض، وأدواره الاجتماعية، وتطوره لذاته، وقد تولد استجابات وجدانية ومعرفية معقدة تشمل القلق، والاكتئاب، والإنكار، أو إعادة البناء المعنى. ويؤثر هذا البعد النفسي مباشرة في الالتزام العلاجي، والقدرة على التكيف، وجودة الحياة. (نفس المرجع السابق، 21)

ومن بين هذه الأمراض المزمنة نجد الداء السكري الذي أصبح مشكلة عالمية شهدت انتشارا كبيرا كونه يؤثر على حياة الشخص ويشكل خطر عليها. ويعتبر من أكثر التحديات الصحية في العالم حيث أصبح وباء يهدد الدول النامية والمتطورة، فالمضاعفات الخطيرة الناتجة عنه قد تسبب في إحداث أمراض أخرى مثل أمراض القلب الفشل الكلوي، والاعتلال العصبي السكري، وفقدان البصر وقد يصل الأمر في بعض الأحيان إلى بتر الأعضاء، والتي تؤدي إلى العجز وبالتالي زيادة العبء الاقتصادي والاجتماعي على الفرد والمجتمع ككل. كما قد يكون له تأثير على الحالة النفسية كالشعور بالقلق والاكتئاب وأحيانا القنوط واليأس، وخاصة أنه يلزم صاحبه طوال حياته، كما أن للحالة النفسية تأثير واضح على الصحة والجسم في أوساط هذه الفئة. (جاسم، 13، 2008).

ففي دراسة لـ Hislop, et al (2007) بأستراليا أجريت تحديد الضيق النفسي لدى المراهقين المصابين بالنمط الأول من السكري، واكتشاف العوامل المرتبطة به. تكونت عينة الدراسة من 92 مراهقين مصابين بالسكري من كلا الجنسين، استخدم الباحثون اختبارين نفسيين على شكل تقرير ذاتي مقياس مركز الدراسات الوبائية للاكتئاب، ومقياس التقرير الذاتي للبالغين. وأسفرت النتائج بأن نسبة 35% من المشاركين يعانون من أعراض الاكتئاب، و 23% أشاروا إلى أعراض خطيرة للاكتئاب. إن نسبة 40% من المشاركين اختبروا مشاعر جوهرية من الضيق، فالعوامل المساعدة للضيق النفسي تضمنت استمرار استخدام حقن الأنسولين تحت الجلد، وزيادة تكرار ارتفاع سكر الدم، واستنتاج الباحثون أن واحد من ثلاثة من أفراد العينة اختبروا مشاعر من الضيق النفسي، والذي ارتبط مع ضبط ضعيف لسكر الدم.

وفي دراسة أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية للضغوط النفسية الشديدة لدى الأشخاص المصابين بالسكري، حيث هدفت الدراسة إلى تقييم معدل انتشار، وتأثير الضغوط النفسية لدى الأشخاص المصابين بالسكري، تكونت عينة الدراسة من عشرة آلاف فرد مشارك من دليل الهاتف اختبروا بطريقة عشوائية استخدم

مقياس الضغوط النفسية الشديدة (K6). وتوصلت الدراسة إلى أن الأفراد المصابين بالسكري لديهم ضغوط نفسية أكثر من الأفراد العاديين، وأيضاً الأفراد المصابون بالسكري وفي نفس الوقت لديهم أمراض أخرى مثل الربو وضغط الدم، يعانون من ضغوط نفسية أكثر من الذين مصابون بالسكري لوحده. (Meveigh, Mestashari et al, 2003)

إن مشكلة داء السكري ليست في مجرد ارتفاع نسبة السكر في الدم، فهذا عرض لمرض يتغلغل في جسم الإنسان بصمت وببطء، ولكنه يضرب بعنف حيث بينت أكثر الدراسات أن خطورة الوفاة نتيجة المضاعفات التي تحدث لمريض السكر تعادل الضعف مقارنة بغيرهم من الأصحاء ممن هم في مثل عمرهم وجنسهم. وتحديدًا مرضى السكري عرضة للوفاة بأمراض شرايين القلب بنسبة تتجاوز ثلاثة أضعاف، فحوالي 75% من وفيات مرضى السكر هي بسبب أمراض شرايين القلب، وهم عرضة للإصابة بجلطات الدماغ بنسبة تتجاوز الثلاثة أضعاف. ومرض السكري يعتبر السبب الأول لحالات فقدان البصر لدى من هم فوق سن العشرين، وهو السبب في حدوث 44% من حالات الفشل الكلوي التام، ومرضى السكري يعانون من حالات ضعف الانتصاب الجنسي، وحوالي 30% يعانون من الاكتئاب علموا بذلك أم لم يعلموا. وأخيرا الفاتورة الثقيلة التي يتحملها مريض السكر للعلاج والتي تقدرها المصادر الطبية لعلاج من هم فوق سن العشرين من العمر بحوالي 286 مليون دولار سنويا على مستوى العالم، ويشمل ذلك على الرعاية الطبية، وتكلفة المستشفيات، والاختبارات المعملية، والأدوية الطبية، وعدد الأيام التي ينقطع فيها المريض عن العمل بسبب مضاعفات المرض. (محمد بن السعد الحميد، 2008، 14-15)

وحسب تقديرات الاتحاد الدولي للداء السكري فإن عدد المصابين بمرض السكري عبر العالم بلغ 537 مليون شخص (أي 1 من كل 10) مصابين بمرض السكري في عام 2021 ومن المتوقع أن يرتفع عدد الأشخاص المصابين بالداء السكري إلى 643 مليون بحلول عام 2030، وأن يصبح سابع عامل للوفاة في العالم (الاتحاد الدولي للسكري، 2021). أما في الجزائر وحسب تصريحات الأمين العام لوزارة الصحة (13 نوفمبر 2025) فإن معدل انتشار الداء السكري في الجزائر بلغ 14.4% لدى السكان الذين بلغ أعمارهم 18 عاماً أو أكثر، و32% لدى السكان الذين يفوق أعمارهم 70 عاماً أي ما يقارب 3 ملايين و800 مصاب بالداء السكري.

فقد عرفت منظمة الصحة العالمية (OMS) الداء السكري بأنه مرض مزمن يعبر عن حالات الإفراط السكري (Hyperglycémie)، ويعني زيادة الغلوكوز في الدم. ويحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن استخدام الأنسولين الذي ينتجه، وقد ينتج عن مجموعة من العوامل البيئية والوراثية. (حافظ، 2002، 44)

ونميز نوعين من السكري النوع أو النمط الأول المعتمد على الأنسولين يبدأ هذا المرض في مرحلة الطفولة والمراهقة، يحتاج مريضى هذا النوع إلى مصدر خارجي للأنسولين عن طريق الحقن اليومية.

والنوع الثاني غير المعتمد على الأنسولين ويطلق عليه سكري الكبار لا يحتاج أغلب المرضى من هذا النوع إلى حقن يومية من الأنسولين في بداية الأمر، وهو الأكثر شيوعا بعد سن الثلاثين، ويمكن التحكم فيه بتناول أقراص دواء خاصة أو فقط بإتباع الحمية. (هنادي مزبودي، 2013، 4)

وللداء السكري أعراض تتمثل أساسا في كثرة التبول والاستيقاظ أثناء النوم للتبول، والعطش وكثرة شرب الماء، وفطر الشهية، والشعور بالإرهاق والتعب، ونقص الوزن، والحكة أو التهاب في الأعضاء التناسلية وتشوش النظر، والتتميل في بعض الأطراف، وضعف الميل الجنسي عند الذكور مع ضعف انتصاب العضو الذكري، وأخيرا زيادة الالتهابات الميكروبية. (عدوان، عيادي، 2014)

تعود إحصائيات مرض السكري المرتفعة والمقلقة إلى عدة أسباب تشمل طبية ونفسية..... الخ لكن الأسباب النفسية في صدارة هذه الأسباب. وتشير العديد من الدراسات إلى أن الضغوط النفسية والقلق وكبت الانفعالات وعدم تنظيمها لدى المرضى، تسهم في ظهور آثار سلبية على مستوى تكيفهم النفسي والجسدي (Mylis, S et al, 2001). وتعد الانفعالات حالة شعورية أو حالة إثارة سارة أو غير سارة تحدث للفرد

نتيجة تعرضه لموقف ما، كما يتصف الانفعال بحدوث استجابة فسيولوجية. (ريان، 2006، 17)

والتنظيم الانفعالي مصطلح حديث في علم النفس حيث يشير إلى تلك العمليات التي تساعد الأفراد على مراقبة وتقويم استجاباتهم الانفعالية حسب المثيرات في البيئة المحيطة، وهي أيضا استراتيجيات لتعديل الانفعال تعمل على تغيير حدته ووقته. (حمد الله، 2020، 24)

وهذا ما أشار إليه جيمس غروس في نظريته في أكثر من بحث في موضوع تنظيم الانفعال ليحدده بأنه عمليات يستخدمها الفرد للتأثير في نوع وشدة الانفعالات التي يشعر بها هو والآخرين

من حوله، وكيفية التعبير عنها (Gross,2002) ودرس غروس بعمق الطريقة التي يخبر بها الفرد انفعالاته وكيفية السيطرة عليها وكيفية تنفيذها وإظهارها، وذلك في نموذج تنظيم الانفعال، فقد أشار

إلى أن تنظيم الانفعال يتضمن كافة الاستراتيجيات الشعورية واللاشعورية التي يستخدمها الفرد لزيادة أو خفض واحدة أو أكثر من نزعات الاستجابة الانفعالية. (Gross, 1998,p226) ففي إطار تنظيم الانفعال يسعى الأفراد إلى إعادة توجيه التدفق العفوي التلقائي لمشاعرهم، وينظر إلى الانفعالات على أنها استجابات متبادلة ايجابية وسلبية، تصدر عن الأفراد اتجاه الأحداث التي يرون أنها مرتبطة باهتماماتهم المستمرة. ويتضمن مفهوم الانفعالات في هذا السياق مجموعة من المكونات تتضمن أفكارا ومشاعر محددة، إضافة إلى الاستجابات السلوكية والفيولوجية المصاحبة. (Grosset al, 2005)

أشار غراتز و رومر (2004) Gratz et Roemer إلى ست مهارات تشترك في تنظيم الانفعال وتشمل تحديد الانفعالات، ووصف الانفعالات بدقة، استخدام استراتيجيات لتنظيم الانفعال، تقبل الانفعالات الانخراط في السلوك الموجه نحو الهدف، وإظهار ضبط النفس أثناء الشعور بالانفعالات، كما تتضمن هذه المهارات الوعي بالانفعالات وفهمها، فضلا عن القدرة على فعل أو تثبيط أي فعل غير متكيف في الاستجابة للعاطفة السلبية القوية، وبناءا على هذا فان الغياب النسبي أو الكلي لهذه المهارات يرتبط بصعوبات تنظيم الانفعال، أو تقلبات الانفعال. (Robinson et al,20013, 1)

وتشير الدراسة المقطعية الرصدية 2021 أجريت في الولايات المتحدة الأمريكية من طرف Emil F Coccaro ,Sophie Lazarus et al بعنوان تنظيم المشاعر والضيق المرتبط بالسكري لدى البالغين المصابين بداء السكري النوع 1 و2، شملت دراسة 298 بالغ مصاب بالسكري والهدف من هذه دراسة الكشف عن العوامل المرتبطة بالضيق المرتبط بالسكري باستخدام أدوات قياس موثوقة لتنظيم العواطف لدى الأفراد المصابين بالسكري من النوع 1 و2 ومقاييس الخبرة العاطفية السلبية ومهارات تنظيم هذه الخبرة ومقاييس الضيق المرتبط بالسكري والضغط النفسي المدرك، والثقافة الصحية المتعلقة بالسكري، والعناية

الذاتية، وأسفرت النتائج عن ارتباط الخبرة العاطفية السلبية مباشرة بزيادة الضيق المرتبط بالسكري، بينما كانت مهارات تنظيم العواطف مرتبطة بشكل عكسي مع الضيق أي كلما تحسنت المهارات قل الضيق النفسي، أظهرت الخبرة العاطفية السلبية علاقة متوسطة القوة مع الضيق والعلاقة بين الضيق والعناية الذاتية والضغط النفسي المدرك ضعيفة نسبياً. (Emil F et al,2021).

أوضح لوبس وآخرون (2005) Lopes et al أن استراتيجيات التنظيم الانفعالي تعد الركيزة الأساسية لمفهوم تنظيم الانفعال وتشير إلى الطرق التي يستخدمها الأفراد ويوظفونها لتعديل التعبير عن الخبرات الانفعالية، سواء الانفعالات الايجابية أو السلبية، وتوضح الأدبيات النظرية المرتبطة بهذه الاستراتيجيات لوجود فروق فردية بين الأفراد أو داخل الفرد نفسه في استخدامها، فبعض الأفراد لديهم قدرة أكبر على اختيار استراتيجيات أكثر فعالية مقارنة بغيرهم في حين لا يملك آخرون مثل هذه القدرة. (سلوم، 2015، 15)

ففي دراسة نرمين غريب (2014) التي تناولت الكشف عن المجالات الضغوط النفسية التي تواجه مرضى السكري والتعرف على الاستراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية تبعا للنمط وجنس المريض، أجريت على 345 مريض سكري منهم 95 مريض سكري نمط الأول و250 مريض نمط ثاني، استخدمت استبانة للضغوط النفسية واستبانة استراتيجيات مواجهة الضغوط ، وتوصلت النتائج أن المصابون بالسكري يتعرضون لضغوط متعلقة بالعلاج بالمرتبة الأولى، ثم ضغوط الجسدية، النفسية، ثم المالية وتليها الأسرية وأخيرا الأسرية، كما وجد أن الاستراتيجيات المستخدمة من قبل مرضى السكري من النمط الأول هي الاستراتيجيات السلبية، بينما استخدم مرضى السكري من النمط الثاني الاستراتيجيات الايجابية.

وقد ركز غروس(2003) على إستراتيجيتين محددين لتنظيم الانفعال هما إعادة التقييم المعرفي، وقمع الانفعال. وغالبا ما تستخدمان في الحياة اليومية من قبل الأفراد، كما يمكن التحكم في طريقة استخدامها حسب الموقف.(Christophe, Antoine, 2008, 61)

فقد أشار غروس وجون (2003) Gross et John إلى أن إستراتيجية إعادة التقييم المعرفي بأنها أحد أساليب التغيير المعرفي الذي يندرج على تفسير الموقف الانفعالي المحتمل بطريقة تعدل تأثيره العاطفي

قبل أن يحدث هذا التأثير بشكل كامل. (Brockman et al,2008, 12) كما تقوم هذه الإستراتيجية على إعادة تقييم الوضع بطرق تقلل من المشاعر والانفعالات السلبية، وتزيد من المشاعر الايجابية، وهي تستخدم في علم النفس الايجابي لتعزيز التكيف والتقاؤل التركيز على الجوانب الايجابية للمواقف. (Christophe, Antoine, 2008, p16)

في حين عرف غروسوليفستون (1993) Gross et Levensson قمع الانفعال بأنه إستراتيجية تقوم على تثبيط وكبت التعبير العاطفي الظاهر أثناء الموقف (Brockman et al,2016, 2). وتستعمل هذه الإستراتيجية أثناء حدوث الموقف وهو كبت التعبير عن الانفعالات وإخفائها حتى

لا تظهر للآخرين أي تعديل الاستجابة العاطفية بعد تشكيلها، مع تغيير الاستجابة السلوكية بهدف التقليل من حدة الانفعال الناتج عن المشاعر السلبية، لكنه قد يؤدي في نفس الوقت إلى كبت المشاعر الايجابية أيضا. بالمقابل هذه الإستراتيجية لا تخفف الانفعال ككل، وهذا ينعكس سلبا على الصحة النفسية ويشجع على ظهور اضطرابات نفسية. (Christophe, Antoine, 2008, 61)

ففي دراسة عيادية تحليلية أجريت في جامعة تسمسليت بالجزائر، لمعرفة مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرض السكري من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي، وتوصلت إلى أن هناك مجموعة من العوامل النفسية الكامنة وراء قصور كل من التنظيم الانفعالي والرفاه النفسي والمرونة النفسية لدى الحالتين والمتمثلة في كبت الانفعالات وإدارة المشاعر السلبية، والقلق النفسي، وسوء التكيف النفسي مع المرض، التقبل الزائف للمرض، وثقافة المجتمع المرضية التي يتبناها المريض. (مراح، 2024)

وفي هذا السياق يعتبر تقبل المرض Acceptance of illness من المفاهيم التي حظت باهتمام كبير في الدراسات التي أجريت على المرضى المصابين بالأمراض المزمنة (Kiely,1989). خصوصا مرض السكري الذي له مضاعفات خطيرة سواء على المستوى الجسدي أو النفسي، ولذا فإن من الأفضل للمريض أن يعرف أنه مصاب بالسكري ويتعلم كيفية التعايش معه، وأن يكون له دورا فعالا في تقبل مرضه والسيطرة عليه. وقد تم التوصل إلى أن من ينجح في تقبل مرضه، يجد توازنا نفسيا، وبفضل هذا التوازن يستطيع أن يتحكم في علاجه ويتكيف معه، في الحياة اليومية، ومختلف المجالات الشخصية، والعائلية، والمهنية، والمجتمعية. ولهذا

فان واحدة من أهم خاصيات تقبل المرض، هي معرفة المريض بان المرض سيفرض عليه قيودا في حياته، كما أنه يحوي على بعض المضاعفات والأخطار التي يجب أن يعيها دون أن يدخل في تظاهرات الاضطراب النفسي. (Lacroix, Assal, 2003, p240)

حيث تشير دراسة Xiao Liu في يونيو (2025) التي أجريت في الصين باستخدام دراسة مقطعية شملت 230 مريض مصاب بداء السكري من النوع الثاني، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التحقيق والإبلاغ عن تقبل المرض والالتزام بالنظام الغذائي، والعوامل المؤثرة على الالتزام بالنظام الغذائي لدى مرضى السكري من النوع الثاني، وأسفرت النتائج على حصول العينة على درجة متوسطة في تقبل المرض (24,50,7,3).

ومتوسط درجة الالتزام بالنظام الغذائي (13,32+-78,79) وأظهرت الدراسة عن وجود علاقة طردية قوية بين تقبل المرض والالتزام بالنظام الغذائي.

وفي دراسة مقطعية أجريت في بولندا (2025) من طرف (Agnieszka pluta) et al، بعنوان تقبل المرض والالتزام بتناول الأدوية لدى مرضى السكري، شملت 190 مريض بالغ مصاب بداء السكري من النوع الأول والثاني، هدفت الدراسة إلى تقييم مستويات تقبل المرض والالتزام بالأدوية بين مرضى السكري ودراسة العلاقة بينهما وكانت النتائج كالتالي متوسط درجة تقبل المرض (6,53+-29,16)، حيث أظهر 53,2% من المشاركين مستوى عادي من التقبل، وكان الالتزام في تناول الأدوية متوسطا وفقا لتصنيف MMAS8 (6,49+-1,5) وارتبط تقبل المرض ايجابيا بالالتزام بتناول الأدوية ($R=0,92P>(0,001)$).

ويعرف تقبل المرض بأنه عبارة عن استجابة نفسية، معرفية وسلوكية أيضا، يتضح من خلالها قدرة الشخص على التكيف مع المتغيرات الحياتية المختلفة والتي تمس حالته على أصعدة شتى، كما يمكنه من تطبيع

كل طارئ لما يتماشى وحياته الخاصة، بحيث لا تمثل له هذه التغيرات أي عائق في سير حياته النفسية والاجتماعية وغيرها. (Amar. L, 2005, 1)

كما يعتبر تقبل المرض أمر ضروري من حيث تقوية النفس، كما يعتبر عاملا مهما في تقوية المناعة النفسية لدى المريض، فهي بمثابة مقاومة الفرد لكافة المواقف والأحداث الحياتية التي يتعرض لها. وقدرته على تحمل مصاعبها وتصديه لها بفعالية ومرونة عالية، حيث تساعده في كيفية التعايش والتكيف مع المرض وظروفه الجديدة المتعلقة بقيود المرض، وتسهم في مساعدة مريض السكري على تجاوز محنتهم والابتعاد عن كل ما يثير القلق، الضغوط التي تؤثر سلبا على صحتهم. (سليمان جريو، 2019، 88)

كما أشار زعطوط (2010) إلى أن تقبل المرض، يعتبر هو الأساس في بناء القدرة على التحكم في المرض ومسايرته إذ انه يعتبر مؤشرا هاما على التكيف الايجابي مع المرض وقد دعمت دراسة كل من Zobore و Baker و Speiel (1996) حيث لا حظوا تحسن العلاقات الاجتماعية بعد الإصابة وزيادة صلة الرحم وأن 51% إلى 66% يتكيفون بطريقة ايجابية مع مرضهم وتقبلهم له. (زعطوط، 2010، 102).

كما أشارت دراسة Gulyyeter Erdogan et Yice Hgeuldrum (2025) التي أجريت في تركيا باستخدام دراسة مقطعية وصفية ارتباطية على 332 فرد مصاب بالسكري من النوع الثاني هدفت هذه الدراسة إلى فحص العلاقة بين الدعم الاجتماعي وتقبل المرض والالتزام بالعلاج لدى البالغين المصابين بالسكري نوع 2 وأظهرت النتائج تأثيرا معنويا للدعم الاجتماعي على الالتزام بالعلاج ($B=0,312p<0,001$)

وتأثير معنوي لتقبل المرض في الالتزام بالعلاج ($B=0,267p<0,001$) ، وتأثير معنوي لتقبل المرض

في الالتزام بالعلاج أما تقبل المرض يتوسط جزئيا العلاقة بين الدعم الاجتماعي والالتزام بالعلاج ($B=0,378p<0,001$).

وفي دراسة قام بها سمير المختار السيد كريمة (2023) هدفت للتعرف على المساندة الاجتماعية ودورها في تقبل المريض لإصابته بالداء السكري وذلك من خلال التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري ودرجة تقبل المريض لمرضه، تكونت العينة من 120 مريض سكري من كلا الجنسين واستخدم المنهج الوصفي التحليلي. وأسفرت النتائج إلى أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى المرضى المترددين للعلاج بالمصلحة بدرجة عالية، وإن درجة تقبل مريض السكري لإصابته جاء بدرجة عالية وإلى وجود علاقة ارتباطية طردية ذات دلالة إحصائية بين المساندة الاجتماعية وتقبل المريض لمرضه السكري.

وفي دراسة تناولت اكتشاف مدى علاقة المهارات الاجتماعية بتقبل داء السكري على عينة قوامها 100 مريض سكري استخدمت الدراسة مقياس المهارات الاجتماعية، ومقياس التقبل المرض الذي هو من إعداد الباحثة وكشفت نتائج الدراسة وجود علاقة إحصائية قوية بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري. كما يتضح بأن عملية تقبل الداء السكري يرتبط بمستوى المهارات الاجتماعية لدى الفرد المصاب، وبأن مستوى المستوى التعليمي وجنس المصاب أيضا يؤديان دورا مهما على مستوى هذه العلاقة وعليه فإن للمهارات الاجتماعية دور فعال في تأكيد الصحة النفسية للفرد. (حربوش سمية، 2014)

كما يسهم تقبل المرض في تجاوز المشكلات النفسية والاجتماعية المتعلقة بالمرض، وهذا ما أشارت إليه دراسة دعميس خليصة (2005) بالنسبة لصحة المرض النفسية، والتي تناولت الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بالداء السكري، دراسة ميدانية بالمستشفى الجامعي بسطيف، حيث تبين أن 52% ليست لديهم مشكلات من أي نوع، نظرا لتأقلمهم وتقبلهم للمرض، بينما 48% لديهم مشكلات نفسية بنسبة 66% منها الانطوائية الشعور بالنقص، والاكتئاب. (دعميس، 2005، 199)

وفي سياق الصحة دراسة ل (Karademas et al, 2009) تناولت فحص تأثير تقبل المرض

على الصحة على عينة يونانية قوامها 128 مريض من الأمراض المزمنة وأسفرت النتائج إلى أن تقبل المرض يرتبط إيجاباً مع الصحة وتقدير الصحة الذاتي وسلبا مع الأعراض النفسية.

كما ترتبط نوعية الحياة بتقبل المرض حيث تتأثر نوعية الحياة لمرضى السكري بمستوى تقبل المرض، فقد توصلت دراسة مونیکا أو أيجلو وآخرون إلى أن المرضى القادرون على تقبل مرضهم يتمتعون بنشاط أكبر ويشعرون بالألم بدرجة أقل وبإقبال أكبر على الحياة وبنوم أفضل مقارنة بمن لا يتقبلون حقيقة مرضهم.

(جريو، 2019، 25)

وتوصلت دراسة Lewko Jetal (2007) على انخفاض من نوعية الحياة لمرضى السكري تبعا لمستويات تقبل المرض، كما تعتبر مشاعر التبعية للعائلة والأصدقاء من العوامل التي تؤثر في تقبل المرض لدى المرضى، وتعتبر الحالة الصحية أسوأ لدى مرضى السكري الذين يعانون من اعتلال الأعصاب المحيطية منها لدى المرضى دون مضاعفات. (نفس المرجع، 32)

كما توصلت دراسة نوال حمريط (2020) على وجود دور للمساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق المصاب بالسكري، وعلى وجود مستوى متوسط لدى المراهق المصاب بالسكري في كل من تقبل الداء السكري والمساندة الاجتماعية.

فتشخيص المرض يعني الدخول في مرحلة من الحزن، وكثيرا ما يواجه المرضى أزمة تتخللها حالة من عدم التوازن النفسي والجسمي والاجتماعي. (Bourdon, 2012, 12) لذا فان تقبل المرض يعتبر ضروري إذ يعبر على الفرد هذا التغيير الحاصل على مستوى النفسي والجسمي، وعدم تقبله سوف تؤثر في تضخيم تعقيدات هذا المرض وبالتالي سيطرة المشاعر السلبية عليه. ويشير المختصون أن مريض السكري يستغرق وقت حتى يصبح قادر على تقبل مرضه، والتعايش والاندماج مع الحالة الجديدة، ويمر كل مريض ببعض المراحل الوسيطة قبل هذا التقبل (Grimaldi, 2004, 86). تتمثل هذه المراحل في مرحلة الصدمة، ثم مرحلة الإنكار، تليها مرحلة التمرد، ثم مرحلة المساومة أو المفاوضة، ثم مرحلة الاكتئاب، وأخيرا مرحلة التقبل. (سليمان جريو، 2019، 84)

وقد أشار "كليبرروس" في مخططة حول مراحل تقبل داء السكري إلى نموذجين مختلفين هما:

النموذج الأول المريض لا يصدق إصابته بالمرض في حياته، ويعيش حياته بطريقة عادية تماما مثلما اعتاد قبل مرضه، لكن سرعان ما يتأكد بأنه مستحيل أن يعيش حياته الطبيعية فيبدأ بالانفعال ضد العادات القديمة وبرنامج العناية، ومن ثم يدخل في مرحلة حزن، ويجب عليه أن يستقبل حالته الجديدة ليكون في توازن نفسي، وهذا التوازن يسمح له بإدارة العلاج في حياته اليومية العائلية، الاجتماعية والمهنية، وعند تقل المريض للمرض المزمن ينتابه إحساس بالتقيد والاستلام

أما النموذج الثاني يعتبر أن الاستجابات النفسية مختلفة بالنسبة للمريض المصاب بمرض مزمن خطير تدخله في قلق دائم ويستعمله ميكانيزم دفاعي، ويتجنب المرض بالرفض، وهذا يتطلب معرفة المرض وهذا يؤدي إلى ولادة شعور وإحجام، والمريض يصيبه الخجل بمرضه. (حمريط نوال 2020، 152)

ومع تزايد الاهتمام العالمي بالداء السكري بسبب تزايد نسبة الإصابة به ولما له من مضاعفات خطيرة، إلا أن معظم الدراسات الطبية التي تناولت المرض قد ركزت على الجانب الفيزيولوجي، إلا أن البعد السيكولوجي أيضا يلعب دورا مهما في عملية التكفل بالمريض. لا سيما بأنه ينتج بسبب ضغوط يتعرض لها المريض، كما أنها في حد ذاتها تشكل مصدر لضغوط نفسية كبيرة. (Anderson, 2000) وهذا ما تؤكد العديد من الدراسات حيث توصلت دراسة كل من (Humilde et al, 2006) و (Chishlim, 2003) و (Pawer et al, 2001) و (Koch et Molner, 1974) إلى أن للأمراض المزمنة انعكاسات سيكولوجية واجتماعية خطيرة، مما يجعلها مصدرا رئيسيا لمعاناة المريض، مما يتطلب الاهتمام والعناية وبالتالي ضرورة الاهتمام بالمضاعفات السيكولوجية (آيت حمودة، 2005، 12). كما يتطلب الأمر الاهتمام بالمحددات المعرفية والنفسية المتعلقة بالصحة والمرض التي تساعد في التكيف الايجابي مع المرض. لذلك جاءت الحاجة لإجراء هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري.

- لتوضيح متغيرات الدراسة بشكل إجرائي أكثر، يمكن طرح مجموعة من الأسئلة التي تعكس أهداف الدراسة. وسنعرضها فيما يلي:

1- هل توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري؟

2- هل توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس ؟

3- هل توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن؟

4- هل توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب نوع السكري؟

5- هل توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب مدة الإزمان؟

6- هل يمكن التنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى مرضى السكري من خلال مستوى التنظيم الانفعالي لديهم؟

• واعتمادا على تحليل الدراسات السابقة، اعتمدنا الفرضيات التالية:

1- توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائيا بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري.

2- توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

3- توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن.

4- توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب نوع السكري.

5- توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب مدة الإزمان.

6- يمكن التنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري من خلال مستوى التنظيم الانفعالي لديهم.

• تهدف الدراسة الحالية إلى تقديم إجابات عن الأسئلة المطروحة والتحقق من فرضيات الدراسة، وتمثلت هذه الأهداف في:

1- تحديد درجة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة الدراسة.

2- الكشف عن الفروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة الدراسة تبعا للجنس والسن ونوع السكري ومدة الإزمان.

3- تحديد مقدار إسهام التنظيم الانفعالي في التنبؤ بتقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري.

- تكتسب هذه الدراسة أهميتها من خلال موضوعها وهو العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى مرضى السكري اعتماداً على المقياسين تنظيم الانفعال وتقبل المرض. ويتجلى ذلك من خلال الأهمية النظرية حيث:

- 1- تساهم هذه الدراسة في إثراء الدراسات النفسية العربية المتعلقة بالتنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري.
 - 2- معرفة الدور الذي تلعبه العمليات الانفعالية في تشكيل الموقف النفسي للمريض تجاه الأمراض المزمنة.
 - 3- تدعيم وجهة النظر التي ترى أن علاج السكري لا يتوقف عند ضبط الأنسولين فحسب بل يمتد لضبط الانفعالات.
 - 4- تبرز هذه الدراسة أن مقياس التنظيم الانفعالي ومقياس تقبل المرض كأدوات نفسية شاملة ودقيقة.
- كما تكتسب دراستنا أهمية تطبيقية بحيث:

- 1- تزود الأخصائيين النفسيين بمؤشرات علمية تساعد في تصميم برامج تدريبية لتعليم المرضى استراتيجيات التنظيم الانفعالي الصحيحة.
- 2- تعزيز الالتزام العلاجي للمصابين بداء السكري وذلك بمساعدة الفريق الطبي في فهم أن رفض المريض للعلاج قد يكون ناتج عن فشل انفعالي أو عدم تقبله للمرض وليس إهمال.
- 3- تنبيه المختصين إلى أهمية العوامل النفسية وما تلعبه من دور فعال في تبني السلوكات الصحية التي ترفع من مستوى تقبل المرض وبالتالي تحسين جودة الحياة لديه.
- 4- لفت نظر القائمين على رعاية المصابين بالسكري في المستشفيات إلى ضرورة دمج الدعم النفسي كجزء من البروتوكول العلاجي العضوي.

المنهج

- 1-منهج الدراسة.
- 2- التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة.
- 3-حدود الدراسة.
- 4-المشاركون.
- 5-أدوات الدراسة.
- 6-الدراسة الاستطلاعية.
- 7-إجراءات الدراسة الأساسية.
- 8-متغيرات الدراسة
- 9-الأساليب الإحصائية.

2- المنهج:

ضمن الجانب التطبيقي للدراسة سنقوم بعرض الإجراءات الميدانية المتبعة للتحقق من الفرضيات المطروحة كالتالي:

1-2 منهج الدراسة:

إن المنهج المستخدم في أية دراسة يتحدد تبعاً لنوع الدراسة وطبيعتها فقد اعتمدنا في الدراسة الحالية المنهج الوصفي الارتباطي المقارن. وبما أن دراستنا تهدف إلى معرفة طبيعة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة من المصابين بالداء السكري، فإن المنهج الوصفي الارتباطي هو الملائم لهاته الدراسة، وذلك لأنه يهدف إلى معرفة وجود علاقة، أو عدمها بين متغيرين أو أكثر.

2-2 التحديد الإجرائي لمتغيرات الدراسة:

1-2- يشير مفهوم التنظيم الانفعالي إلى الاستراتيجيات التي يستخدمها الفرد للتأثير على مستويات الاستجابة الانفعالية. ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها مريض السكري على مقياس التنظيم الانفعالي لغروس وجون (2003) Gross et John.

2-2- يشير مفهوم تقبل المرض إلى حالة نفسية يشعر فيها المريض بالرضا عن الذات والتعايش مع المرض رغم القيود التي يفرضها عليه مرضه، دون أن يعيق سير حياته ومع التجاوب للعلاج. ويعرف إجرائياً في هذه الدراسة بالدرجة الكلية التي يحصل عليها مريض السكري على مقياس تقبل المرض لجريو سليمان 2019.

3-2 حدود الدراسة:

3-1 الحدود البشرية: المرضى المصابين بالسكري (ذكورا وإناثا) المتابعين بوحدة البيت السكري بورقلة.

3-2- الحدود المكانية: أجريت الدراسة بوحدة بيت السكري التابع للمؤسسة

العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة.

3-3- الحدود الزمنية: أجريت الدراسة في فترة ممتدة بين شهري مارس وأفريل من سنة

2026.

4-2 المشاركون:

- بلغ حجم مجتمع الدراسة 900 مصابا بالداء السكري ببيت السكري التابع لمستشفى محمد بوضياف بورقلة ، فقد اختيرت عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة ممثلة للمجتمع الأصلي، وبلغ حجم العينة 120 مصاب ومصابة بالداء السكري، تراوحت أعمارهم بين (9 و85) سنة.

- خصائص المشاركون:

بلغ حجم العينة الأساسية (n=120) من المصابين بالداء السكري ببيت السكري، وقد تم عرض خصائصهم الديمغرافية في الجدول التالي:

جدول رقم (01) يوضح خصائص عينة الدراسة حسب المتغيرات الوسيطة.

المتغير	الفئة	التكرار (n)	النسبة المئوية (%)
الجنس	ذكر	46	38.3%
	أنثى	74	61.7%
السن	أقل من 51 سنة	55	45.8%
	أكبر من 51 سنة	65	54.2%
نوع السكري	النوع الأول	41	34.2%
	النوع الثاني	79	65.8%
مدة الإزمان	أقل من 8 سنوات	65	54.2%
	أكثر من 8 سنوات	55	45.8%

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن عدد الإناث يفوق عدد الذكور، حيث بلغت نسبة الإناث 61.7% بينما نسبة الذكور تمثلت في 38.3%. وأن عدد الأفراد كان توزيعهم متقارب في ظل متغير السن فالأفراد الذين أعمارهم أقل من 51 سنة بلغ عددهم 55 بنسبة 45.8%، بينما الذين أعمارهم أكبر من 51 سنة بلغ عددهم 65 بنسبة 54.2%. وأن حسب نوع السكري فعدد الأفراد المصابين بالنوع الأول 41 مريض بنسبة 34.2%، بينما المصابين بالنوع الثاني 79 مريض بنسبة 65.8%، وأن عدد الأفراد كان توزيعهم متقارب في ظل متغير مدة الإزمان، حيث بلغ عدد المصابين الذين مدة إصابتهم أقل من 8 سنوات بلغ 65 مصاب بنسبة 54.2%، بينما عدد المصابين الذين مدة إصابتهم أكثر من 8 سنوات بلغ 55 مصاب بنسبة 45.8%.

2-5 أدوات الدراسة :

5-1- مقياس التنظيم الانفعالي: إعداد غروس وجون (Gross et John, 2003)، ترجمة البراهمة 2017، المكون من 10 فقرات من خلال سبعة بدائل

متدرجة من أرفض بشدة إلى أتفق بشدة من (1 - 7) ، موزعة على بعدين هما :

القمع التعبيري: 2، 4، 6، 9.

إعادة التقييم المعرفي: 1، 3، 5، 7، 8، 10.

المقياس في نسخته الأصلية باللغة الانجليزية، وتمت ترجمته فيما بعد للعديد من اللغات

من بينها اللغة العربية، وهي النسخة المستعملة في البحث، حيث كانت الخصائص

السيكومترية للمقياس حيث قدر معامل ارتباط بيرسون لبعد القمع التعبيري قدر ب: 0.74

ومعامل ارتباط بعد التقييم المعرفي قدر ب: 0.91 مما يدل على صدق الاتساق الداخلي

لمقياس التنظيم الانفعالي.

أما بالنسبة لثبات المقياس من خلال استعمال معامل ألفا كرونباخ قدر ب: 0.81 مما

يعني أن المقياس ثابت. (مراح، الماحي، 2023)

2-5 - مقياس تقبل المرض:

مقياس تقبل المرض لسليمان جريو تم إعداده من خلال الاستقراء النظري للتعريفات والنظريات
السيكولوجية، وعلى بعض الدراسات لتقبل المرض، وكذلك من فحص وتحليل بعض المقاييس
التي صممت في هذا المجال ومن أهم المقاييس التي استعانة بها الباحث هي مقياس تقبل
مرض داء السكري لسمية حريوش 2009، واستبيان تقبل العلاج لقارة سنة 2015.

يتكون المقياس من فقرات وكل بند له خمسة بدائل (نعم (دائماً)، كثيراً، أحياناً، نادراً، لا(أبداً)).
أعطيت الفقرات الموجبة الدرجات (4. 3. 2. 1. 0) أما الفقرات السالبة أعطيت درجات عكسية
(0. 1. 2. 3. 4). (جريو، 2019، 151)

الخصائص السيكومترية لمقياس تقبل المرض:

للتحقق من الخصائص السيكومترية للمقياس (الصدق والثبات)، تم تطبيقه على عينة
استطلاعية مكونة من 30 مريض سكري ببيت السكري التابع لمستشفى محمد بوضياف بورقلة،
وقد استخدمت نتائج هذه العينة لحساب صدق المقارنة الطرفية، والثبات باستخدام معامل الثبات
ألفا كرومباخ، مما سمح بالتأكد من صلاحية الأداة قبل اعتماده في هذه الدراسة.

1-6 الصدق:

تم حساب صدق مقياس تقبل المرض باستعمال طريقة المقارنة الطرفية، حيث تم ترتيب
درجات أفراد العينة ترتيباً تصاعدياً، ثم أخذ نسبة 27% من ذوي الدرجات المنخفضة
و27% من ذوي الدرجات المرتفعة، وبعد ذلك تم حساب الفرق بين متوسطي المجموعتين
باستخدام اختبار t test وكانت النتائج كما يلي:

الجدول رقم (02) يوضح نتائج حساب صدق الاتساق الداخلي لمقياس تقبل المرض.

العينات	العينات الدنيا عدد=32		العينات العليا عدد=32		قيمة t المحسوبة	قيمة t الجدولية	درجة الحرية	مستوى الدلالة	مدى الدلالة
البيانات الإحصائية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	11.278-	2.66	62	0.01	دال إحصائياً
	122.43	24.04	183.00	18.56					

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة "ت" المحسوبة بلغت (-11.278) وهي أكبر من قيمة "ت" الجدولية (2.66)، كما أن مستوى الدلالة بلغ (0.01) وهي أقل من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، مما يدل على وجود فروق دالة إحصائية بين أفراد العينات الدنيا وأفراد العينات العليا في مقياس تقبل المرض. وعليه فإن المقياس يتمتع بقدرة تمييزية جيدة بين الأفراد ذوي الدرجات المرتفعة والمنخفضة، مما يؤكد تمتع مقياس تقبل المرض بالصدق التمييزي باستخدام طريقة المقارنة الطرفية.

ب- الثبات:

للتحقق من ثبات أداة الدراسة تم حسابه باستخدام معامل الثبات ألفا كرونباخ كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم (03) يوضح نتائج معامل ألفا كرونباخ لعبارات مقياس تقبل المرض.

عدد العبارات	معامل ألفا كرونباخ
47 بند	0.851

يتبين من الجدول أعلاه أن قيمة معامل الثبات ألفا كرونباخ بلغت 0.851، وهي قيمة مرتفعة تدل على تمتع المقياس بدرجة عالية من الاتساق الداخلي، وهذا ما يسمح بالاعتماد على المقياس في الدراسة الحالية.

2-6 الدراسة الاستطلاعية:

أجريت الدراسة الاستطلاعية ببيت السكري بورقلة، حيث تهدف الدراسة الاستطلاعية في عمل أي باحث إلى التعرف على الميدان الذي سيتم فيه الدراسة، وتقدير الصعوبات التي يمكن أن نواجهها أثناء الدراسة الأساسية، وعليه فإن الدراسة الاستطلاعية تعتبر مرحلة مهمة للتثبت من الأداة لإنجاز البحث وسلامة معطياته، كما تساعدنا الدراسة الاستطلاعية على التعرف على نوعية الأفراد الذين ستطبق عليهم الأدوات، ومدى استعدادهم ورضاهم عن الإجراءات الخاصة

التي ستتبع معهم .وعليه فإنه قبل الدراسة الأساسية قمنا بدراسة استطلاعية يمكن تلخيص أهدافها، بالنسبة للدراسة الحالية في النقاط التالية :

- التأكد من أن المقاييس المعتمد عليها في الدراسة تتوفر على الخصائص السيكمترية التي يتطلبها البحث العلمي الجيد ، وهي الصدق والثبات ، أي أنها ثابتة وتقيس ما وضعت لقياسه .
- التأكد من السلامة اللغوية لوسائل القياس، وبالتالي التأكد من أن عينة الدراسة الأساسية سوف لا تجد صعوبة في فهم المطلوب منها، في التعامل مع المقاييس وبالتالي الحصول على معطيات صحيحة .
- المعرفة المسبقة لظروف الدراسة الأساسية لتفادي بعض العراقيل التي قد تواجهها.
- عمل ملاحظات بشأن التأكد من مناسبة محتويات الأدوات لمستوى أفراد عينة الدراسة، وكذلك مناسبة الوقت المحدد لكل منها .
- تمكنا الدراسة الاستطلاعية من تحديد القصور في إجراءات تطبيق أدوات البحث ويمكن تعديل تعليمات هذه الأدوات في ضوء ما تسفر عنه الدراسة الاستطلاعية .
- وقد اعتمدنا أثناء تطبيق أدوات الدراسة على المقابلة والملاحظة المباشرة كأداة ثانوية والتي أتاحت فرصة اللقاء مع المصابين بالسكري فرديا وجماعيا وساعدتنا هذه الوسيلة على تكوين انطباعات بسيطة حول خصائص ومواصفات هاته الفئة.
- **عينة الدراسة الاستطلاعية:** تكونت من 30 مصابا بالداء السكري لهم نفس خصائص العينة الأساسية، اختيروا من بيت السكري التابع لمستشفى محمد بوضياف بمدينة ورقلة، وقد تم اختيارهم بطريقة عشوائية بسيطة من المجتمع الأصلي.

2-7 إجراءات الدراسة الأساسية:

بعد إعداد المقاييس الخاصة بجمع البيانات والتأكد من صدقها وثباتها في الدراسة الاستطلاعية، باشرنا في الدراسة الأساسية ، التي دامت شهرين (مارس ، أبريل 2026) وقد باشرنا التطبيق بعد اجتياز المراحل التالية :

في البداية قامت الطالبتين الباحثتين بالاتصال بوحدة بيت السكري التابعة للمؤسسة العمومية الاستشفائية محمد بوضياف بورقلة، وبعد الحصول على التصريح الخاص بالدخول لوحدة بيت السكري، اتصلنا بعد ذلك برئيسة المصلحة التي تشرف على هاته الوحدة، وأوضحنا لهم هدف الدراسة ، كما قمنا بتحديد المدة الزمنية التي تستغرقها هذه الدراسة الأساسية، وكذلك عدد الساعات التي تستغرق في تطبيق الأدوات، حيث قامت الباحثتين كذلك بتوضيح كل تفاصيل إجراءات البحث بالنسبة لرئيسة المصلحة كما حددنا معهم عدد الحصص التي تلزمنا في استخدامها في تطبيق أدوات الدراسة، وبعد ذلك اتجهنا إلى مكان تواجد المصابين بداء السكري في قاعة الجلوس وذلك بغرض الحصول على موافقة ورضا عينة الدراسة (مصابين بداء السكري) الذين سيجرى عليهم البحث، قمنا بالتعريف بأنفسنا للمرضى والهدف من الدراسة حيث اكتسبنا صداقة هؤلاء المرضى، بتعاونهم معنا وبيننا لهم أن تعاونهم معنا سيكون له أثر طيب، في سبيل إتمام الدراسة وأن هذا التعاون سيكون له تقدير ، كما بينا لهم كذلك أهداف دراستنا هاته ، كما أكدنا كذلك على أن إجاباتهم ستحظى بالسرية ولا يطلع عليها أحد خارج مهمة البحث، وأنها ستتحول إلى أرقام وغرضنا من هذه الدراسة هو الاستفادة من نتائجها لغرض البحث العلمي، كما أكدنا لهم على الصراحة والوضوح في الاستجابة وبيننا لهم أن صراحتهم وصدقهم هو معيار صدق النتائج العلمية لهذه الدراسة. قدمنا استمارة المقاييس للمريض وأعطي له الوقت الكافي للإجابة، طبقت هذه الدراسة على شكل مقابلات فردية وذلك بهدف التحكم في سير تطبيق الدراسة الميدانية وتراوحت مدة كل مقابلة بين 15 و 20 دقيقة، بعد الانتهاء من ملئ المقياس تم شكر الحالات.

وبعد جمعنا للإجابات قمنا بفرزها وإلغاء بعض الإجابات التي تتضمن مثلا إجابتين على بند واحد أو البند التي لم تتم الإجابة عنه، حيث أنه تم استبعاد النسخ التي لم تتوفر شروط التعاون المنهجية المقبولة .

ومن بين الصعوبات التي واجهتنا في الدراسة الأساسية:

- نقص عينة الدراسة ببيت السكري أثناء تطبيقنا الدراسة الأساسية وذلك لتزامنها مع شهر رمضان حيث أن الكثير من المرضى لم يأتوا لموعدهم الطبي.

- خلال تطبيقنا للمقياسين واجهنا صعوبة كبيرة خاصة مع فئة الكبار إذ تمت الاستعانة باللغة الشعبية لإفهام أغلب أفراد العينة .
- إلغاء العديد من النسخ الخاصة بمقياس تقبل المرض ، وذلك نتيجة لاحتواء المقياس على عدد كبير من البنود (47 بند) ، وهذا مما أدى بنا لإلغاء عدد كبير من النسخ في هذا المقياس وكذا مقياس التنظيم الانفعالي لأنهم لم يتموا الإجابة على بعض البنود .

2-8 متغيرات الدراسة

1-8- متغيرات الدراسة :

- المتغير المستقل : التنظيم الانفعالي .
- المتغير التابع :تقبل المرض .
- المتغيرات الوسيطة : وتتمثل في
 - الجنس : ذكر أو أنثى.
 - السن : ونقصد به كل من فاق عمره أو قل عن 51 سنة.
 - نوع السكري: النوع الأول أو النوع الثاني.
 - مدة الإزمان: مدة المرض الفعلية التي نقل أو تزيد عن 8 سنوات.

2-9 الأساليب الإحصائية:

لغرض تحليل بيانات المحصل عليها بواسطة أداتي البحث انتقينا بعض الأساليب الإحصائية المناسبة لهذه البيانات، وذلك في ضوء أهداف البحث والتأكد من فرضياته، والجدول التالي يبين الأهداف والأسلوب الإحصائي المستخدم لتحقيقها:

جدول رقم (04) يبين الأساليب الإحصائية المناسبة لتحقيق أهداف الدراسة.

الأسلوب الإحصائي المستخدم	الهدف المراد تحقيقه
ال تكرارات والنسب المئوية.	لوصف خصائص عينة الدراسة حسب المتغيرات الديمغرافية.
اختبار "ت" لمجموعتين مستقلتين – المتوسط الحسابي والانحراف المعياري.	لحساب صدق المقارنة الطرفية وللمقارنة بين المجموعتين المتطرفتين.
معامل ألفا كرونباخ للثبات.	للتأكد من ثبات المقياس بالاتساق الداخلي.
معامل الارتباط بيرسون.	للكشف عن العلاقة الارتباطية بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة الدراسة.
اختبار فيشر Z	للمقارنة بين معاملات الارتباط حسب المتغيرات الديمغرافية.
تحليل الانحدار الخطي البسيط.	لقياس القدرة التنبؤية للتنظيم الانفعالي في تفسير وتوقع تقبل المرض لدى عينة الدراسة.

النتائج

- 1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.
- 2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.
- 3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.
- 4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.
- 5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.
- 6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.

3- النتائج:

كشفت عملية تطبيق أداتي القياس على عينة الدراسة عن مجموعة من المعطيات الكمية، قمنا بترتيبها وتفرغها، وبعد معالجتها إحصائياً توصلنا إلى مجموعة من النتائج سنعرضها حسب تسلسل الفرضيات.

1- عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى.

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطيه دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي وتقبل

المرض لدى المصابين بداء السكري.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا بحساب معامل الارتباط بيرسون لمعرفة العلاقة بين متغيرات الدراسة، وجاءت النتائج كما موضحة في الجدول الموالي.

الجدول رقم (05) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين متغيرات الدراسة.

متغيرات الدراسة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	معامل الارتباط	قيمة الدلالة
التنظيم الانفعالي	4.050	1.279	0.881**	0.00
تقبل المرض	3.268	0.512		

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن المتوسط الحسابي للتنظيم الانفعالي 4.050 والانحراف المعياري 1.279، بينما المتوسط الحسابي لتقبل المرض 3.268 والانحراف المعياري 0.512، وأن قيمة معامل الارتباط 0.881، وهي قيمة دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (Sig = 0.01) (0.000)، وبالتالي توجد علاقة ارتباطية موجبة قوية دالة إحصائياً بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة.

2- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية.

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة وفقا لمتغير الجنس، و النتائج تظهر في الجدول التالي.

جدول رقم (06) يوضح نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض حسب متغير الجنس.

التنظيم الانفعالي وتقبل المرض	معامل الارتباط	مستوى الالامعنوية sig	حجم العينة	القيمة المحسوبة Z	قيمة Z الجدولية
إناث	0.894	0.000	74	0.73	1.96
ذكور	0.862	0.000	46		

أظهرت نتائج الدراسة من خلال الجدول أعلاه نلاحظ ان قيمة معامل الارتباط لدى الإناث $r = 0.894$ ، بينما بلغت لدى الذكور $r = 0.862$ ، وكلا القيمتين دالتان إحصائيا عند مستوى الدلالة 0.01 ($Sig = 0.000$) مما يدل وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة من الذكور والإناث، وقد أظهر اختبار فيشر أن القيمة المحسوبة بلغت $Z = 0.73$ ، وهي أقل من القيمة الجدولية $Z = 1.96$ عند مستوى الدلالة 0.05 ، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في قوة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض. ويدل هذا على عدم تحقق الفرضية الثانية.

3- عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة.

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة وفقا لمتغير السن، و النتائج تظهر في الجدول التالي.

جدول رقم (07) يوضح نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض حسب متغير السن.

القيمة Z الجدولية	قيمة Z المحسوبة	حجم العينة	مستوى المعنوية sig	معامل الارتباط	التنظيم الانفعالي وتقبل المرض
1.96	1.37	55	0.000	0.912	أقل من 51 سنة
		65	0.000	0.857	أكبر من 51 سنة

أظهرت نتائج الدراسة من خلال الجدول أعلاه أن قيمة معامل الارتباط $r = 0.912$ للفئة الأولى، و $r = 0.857$ للفئة الثانية، وكلا القيمتين دالتان إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 ($Sig = 0.000$)، مما يدل على أن العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض علاقة قوية وموجبة لدى مختلف الفئات العمرية.

أما فيما يخص الفروق بين الفئتين العمريتين في قوة العلاقة، فقد أظهر اختبار فيشر Z أن القيمة المحسوبة بلغت $Z = 1.37$ ، وهي أقل من القيمة الجدولية $Z = 1.96$ عند مستوى الدلالة 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير السن. ويدل هذا على عدم تحقق الفرضية الثالثة.

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة.

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب نوع السكري.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة حسب نوع السكري، و النتائج تظهر في الجدول التالي.

جدول رقم (08) يوضح نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض حسب نوع السكري.

القيمة Z الجدولية	القيمة Z المحسوبة	حجم العينة	مستوى المعنوية sig	معامل الارتباط	التنظيم الانفعالي وتقبل المرض
1.96	-0.89	41	0.000	0.851	النوع الأول

		79	0.000	0.893	النوع الثاني
--	--	----	-------	-------	--------------

أظهرت نتائج الدراسة من خلال الجدول أعلاه قد بلغت قيمة معامل الارتباط لدى النوع الأول $r = 0.851$ ، بينما بلغت لدى النوع الثاني $r = 0.893$ ، وكلا القيمتين دالتان إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01. ($Sig = 0.000$) وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى كل من المصابين بالسكري من النوع الأول والنوع الثاني.

أما فيما يتعلق بالفروق بين الفئتين، فقد أظهر اختبار فيشر Z أن القيمة المحسوبة بلغت $Z = 0.89$ وهي أقل من القيمة الجدولية $Z = 1.96$ عند مستوى الدلالة 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين النوع الأول والنوع الثاني في قوة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض. ويدل هذا على عدم تحقق الفرضية الرابعة.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة.

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب مدة الإزمان.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين متغيرات الدراسة حسب مدة الإزمان، و النتائج تظهر في الجدول التالي.

جدول رقم (09) يوضح نتائج اختبار فيشر Z لاختبار العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل

المرض حسب مدة الإزمان.

القيمة الجدولية Z	القيمة المحسوبة Z	حجم العينة	مستوى المعنوية sig	معامل الارتباط	التنظيم الانفعالي وتقبل المرض
1.96	0.39	65	0.000	0.891	أقل من 8 سنوات
		55	0.000	0.875	أكثر من 8 سنوات

يتبين من خلال الجدول أعلاه أنه بلغت قيمة معامل الارتباط لدى الفئة الأولى $r = 0.891$ ، بينما بلغت لدى الفئة الثانية $r = 0.875$ ، وكلا القيمتين دالتان إحصائياً عند مستوى الدلالة 0.01 (Sig = 0.000) وهذا يدل على وجود علاقة ارتباطية موجبة قوية بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى فئتي مدة الإزمان (أقل من 8 سنوات وأكثر من 8 سنوات).

أما بالنسبة للفروق بين الفئتين، فقد أظهر اختبار فيشر Z أن القيمة المحسوبة بلغت $Z = 0.39$ وهي أقل من القيمة الجدولية $Z = 1.96$ عند مستوى الدلالة 0.05، مما يدل على عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في قوة العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض تعزى لمتغير مدة الإزمان. وبالتالي عدم تحقق الفرضية الخامسة.

6- عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة.

نص الفرضية: يمكن التنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى المصابين بداء السكري من خلال مستوى التنظيم الانفعالي لديهم.

للتحقق من هذه الفرضية قمنا باستخدام تحليل الانحدار الخطي البسيط لقياس التنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى أفراد العينة من خلال مستوى التنظيم الانفعالي ، وجاءت النتائج كما موضحة في الجدول الموالي.

جدول رقم (10) يوضح نتائج اختبار تحليل الانحدار الخطي البسيط للتنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى أفراد العينة من خلال مستوى التنظيم الانفعالي.

المتغير المستقل	المتغير التابع	الثابت	معامل لانحدار (B)	معامل الارتباط R	معامل التفسير R^2	F قيمة المحسوبة	مستوى المعنوية (Sig)	قرار الاختبار
التنظيم الانفعالي	تقبل المرض	1.838	0.353	0.881	0.776	408.697	0.000	دال إحصائياً

أظهرت نتائج الدراسة من خلال الجدول وجود تأثير دال إحصائياً للتنظيم الانفعالي على تقبل المرض لدى المصابين بداء السكري، حيث بلغ معامل الارتباط $R = 0.881$ ، وهو ما يعكس علاقة قوية وموجبة بين المتغيرين. كما بلغ معامل التفسير $R^2 = 0.776$ ، مما يعني أن التنظيم الانفعالي يفسر حوالي 77.6 بالمائة من التباين في مستوى تقبل المرض، وهي نسبة مرتفعة تدل على قوة المتغير المستقل في تفسير المتغير التابع. كما بينت نتائج اختبار F أن النموذج ككل دال إحصائياً بقيمة $F = 408.697$ عند مستوى دلالة $Sig = 0.000$ ، وهو ما يؤكد أن نموذج الانحدار دال إحصائياً. مما يدل على تحقق الفرضية السادسة.

المناقشة

- 1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.
- 2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية.
- 3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.
- 4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.
- 5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.
- 6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.

4- المناقشة:

سنحاول تقديم تفسيرات للنتائج التي توصلنا إليها وتوضيح ومناقشة نتائج كل فرضية، وهذا بالاستناد إلى البحوث السابقة والمعلومات النظرية المتوفرة وما أتيح لنا من فهم وملاحظات حول هذه الدراسة.

1- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الأولى.

نص الفرضية: توجد علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى المصابين بداء السكري.

ظهر من خلال تحليل نتائج هذه الفرضية وجود علاقة ارتباطية موجبة وقوية دالة إحصائية بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة الدراسة، ويشير ذلك إلى أنه كلما ارتفع مستوى التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالداء السكري ارتفع مستوى تقبلهم للمرض. ومن الطبيعي أن يتأثر تقبل المرض بدرجة قدرة الفرد على إدارة انفعالاته كون أن التنظيم الانفعالي بالنسبة لمصابين بالسكري يساعدهم على استخدام استراتيجيات متكيفة مع التنظيم الانفعالي يساعد المصاب بالسكري في التحكم في مشاعره السلبية. فالمصاب الذي يملك القدرة على ضبط انفعالاته والسيطرة عليها بإمكانه التحكم كذلك في استجاباته الانفعالية، مما يجعله أكثر قدرة على التكيف النفسي مع وضعه الصحي وتقبله بصورة ايجابية.

كما أن التنظيم الانفعالي بالنسبة للمصابين بالسكري يساعدهم على الاستخدام المنظم لاستراتيجيات متكيفة في مواجهة الضغوطات النفسية والانفعالية المرتبطة بالمرض من خلال القدرة على السيطرة على المشاعر السلبية كالقلق والخوف والإحباط وإعادة تفسير الضغوطات النفسية والانفعالية بطريقة ايجابية، مما يجعل قدرتهم على التكيف مع المرض والالتزام بالعلاج.

وأن هذه الإستراتيجيات تساعد في عملية تنظيم انفعالاتهم اتجاه المواقف الضاغطة كارتفاع أو انخفاض السكر المفاجئ أو مواجهة مضاعفات صحية، فيلجئ إلى آليات إعادة التقدير المعرفي لتعديل التفسيرات الانفعالية للمثيرات الضاغطة، التي تساهم في خفض مستويات الانفعالات السلبية (كالإنكار، الاكتئاب، الغضب)، كما أن المرضى

الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من التنظيم الانفعالي هم أكثر قدرة على فهم انفعالاتهم وضبطها والتعبير عنها بشكل مناسب، وهذا يساعدهم على تقبل وضعهم الصحي والنظر إلى مرضهم بأنه جزء من واقعهم يمكنهم التحكم عليه والتعايش معه.

أما المرضى الذين لديهم صعوبة في التنظيم الانفعالي لا يستطيعون التحكم والسيطرة على مشاعرهم السلبية المتعلقة بالمرض، حيث ينعكس هذا على مستوى تقبلهم للمرض ويجعلهم أكثر عرضة للضغوطات النفسية وصعوبات التكيف مع متطلبات المرض.

ففي هذا الإطار تتفق هذه النتيجة مع نتيجة دراسة (Farra et al (2020) التي توصلت نتائجها إلى وجود مستوى مرتفع من التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري، ودراسة Deser وآخرون (2018) التي توصلت إلى أن مرضى السكري من النوع 1 و2 لديهم صعوبات في تنظيم الانفعالات مع تشوه معرفي داخلي وخارجي نتيجة ضغوطات المرتبطة بمرض السكري، ودراسة حربوش سمية (2014) التي توصلت إلى وجود علاقة موجبة بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري، ودراسة Jolantalewko (2013) التي توصلت أن مستوى تقبل المرض عند المرضى السكري نوع 2 لديهم قدرة في التحكم في المرض ويتميزون بنجاح العلاج، ودراسة سمير المختار (2023) التي أسفرت نتائجها أن درجة تقبل مريض السكر لإصابته بمرض السكري جاء بدرجة عالية. كما تتعارض نتيجتنا مع نتيجة دراسة مراح علي والمحي (2023) التي توصلت نتائجها إلى وجود مستوى منخفض من التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري، ودراسة بلال بن محمد الرجبى (2013) التي توصلت أن الإدارة الذاتية لدى مرضى السكري من النوع 2 متدنية، ودراسة سرار عائشة (2022) التي سعت إلى كشف العلاقة الموجودة بين تقبل المرض وذكاء الانفعالي لدى 30 مرضى السكري نوع 2 وتوصلت نتائجها إلى عدم وجود علاقة ارتباطية بين تقبل المرض والذكاء الانفعالي لدى مرضى السكري وأن مستوى تقبل المرض لدى مرضى السكري كان منخفض.

وهذا ما أكدته نظرية غروس وجون (2003) أن عملية التنظيم الانفعالي تتحكم فيها مجموعة من الاستراتيجيات متكيفة وغير متكيفة التي بدورها تسهم في الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية، كاستراتيجية إعادة التقييم المعرفي التي تقوم بإعادة تقييم الوضع للتقليل

من الانفعالات السلبية وإستراتيجية قمع الانفعال (التعبير) التي تعمل على منع وكبت التعبير عن الانفعالات حتى لا تصل للآخرين.

ومما سبق يمكن القول بأن التنظيم الانفعالي لدى المصابين بالسكري له دور وأثر إيجابي على صحة المريض النفسية والجسمية، وهذا حسب رأي سحر علام (2016)، بأن التنظيم الانفعالي يلعب دوراً أساسياً في النمو السوي للأفراد في الجانب الوجداني أو الاجتماعي أو الصحي وعلى النقيض تؤدي مشكلات التنظيم الانفعالي إلى أمراض واضطرابات نفسية .(أبو المجد سيد حسين ،2023) وبالتالي فإن المصاب بالسكري كلما فهم انفعالاته ونظمها وكانت لديه القدرة على التحكم في مشاعره كلما كانت لديه قدرة على إدراكه ووعيه لحالته الصحية والتعايش معها وتقبلها بصورة ايجابية وهذا ما يتطلب اتزان انفعالي للتحكم في انفعالاته.

2- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثانية:

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس. تبين من خلال تحليل نتائج هذه الفرضية انه لا توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير الجنس.

وبناء على ذلك يمكن القول أن تأثير التنظيم الانفعالي على تقبل المرض متقارب لدى الجنسين، ولا يتأثر بمتغير الجنس وإنما يرتبط بخصائص نفسية مشتركة.

تتطابق نتائج دراستنا إلى ما توصلت إليه دراسة قرمان لينا (2016)، ودراسة العاسمي رياض (2018) التي طبقت على 40 فرد، وأظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى التنظيم الانفعالي بين الذكور والإناث في محافظة السويداء، ودراسة حمريط نوال (2020) التي توصلت إلى عدم وجود فروق في مستوى تقبل داء السكري للمراهق تعزى لمتغير الجنس. بينما اختلفت نتائج دراستنا الحالية مع دراسة Aljund (2006)، Carlson (2015)، وأيضاً دراسة مانع وآخرون (2021) التي توصلت إلى وجود فروق في التنظيم الانفعالي تعزى لمتغير الجنس،

ودراسة حربوش سمية (2014) التي أوضحت النتائج وجود اختلاف في العلاقة بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري بين الرجال والنساء، ودراسة Ostapowiicz وآخرون (2012) التي توصلت لوجود فروق بين الجنسين في تقبل المرض لصالح الذكور.

إن النتائج المتوصل إليها توضح أن العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لا تتأثر بمتغير الجنس بل تتأثر بالتجارب السابقة، والنصوص الثقافية، والحالات الوجدانية، والسياق الاجتماعي. وأن المريض سواء كان ذكر أو أنثى يمكنه تسيير الوعي بانفعالاته وإدراكه لمشاعره لتسيير الانفعالات السلبية والتحكم في المرض وتقبله، وهذا ما أكدته لازاروس وفولكمان في نظريتهما التي تعتمد على التقييم المعرفي للمواقف الضاغطة فهي عملية سيكولوجية داخلية ترتبط بالبنية المعرفية للفرد وليس بنوعه البيولوجي، فعند تشخيص الفرد بالداء السكري يتمثل تقييمه الأولي بالتهديد لحياته، سواء كان ذكر أو أنثى، فكما تتشابه انفعالاتهم أثناء الخوف والقلق والضيق النفسي تتشابه استجابات التكيف لديهم والوصول إلى مرحلة التقبل. وعليه فإن الداء السكري يفرض على جميع المصابين به تحديات نفسية وصحية بغض النظر على جنس المريض فنجد تشابه في المتطلبات العلاجية والتثقيف الصحي بالإضافة إلى تشابه الخبرات الانفعالية المرتبطة بالتكيف مع المرض والتعايش معه.

3- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الثالثة.

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن. اتضح من خلال تحليل نتائج هذه الفرضية أنه لا توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير السن. بمعنى أن هذه العلاقة تبقى متقاربة بين الفئات العمرية المدروسة.

إن نتائج دراستنا تتفق مع نتائج دراسة حمود بن بلال (2013)، ودراسة الخوري (2014)، ودراسة Michael (2017) ودراسة Dollers وآخرون (2015) التي توصلت لعدم وجود فروق

في التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري تعزى لمتغير السن، ودراسة عائشة سرار (2021) التي توصلت إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل المرض لمرض السكري تعزى لمتغير السن. (نوال حبريط، 2020)

بينما تتعارض دراستنا مع دراسة Myungho. M. (2002) ودراسة دغمي وآخرون (2007) ودراسة جريو سليمان (2017).

ونرجع هذه النتيجة إلى أن الداء السكري هو مرض العصر الذي استوفى كل الفئات العمرية (أطفال، شباب، شيوخ) بما يستوجب إعادة النظر في نمط حياتنا .

وإلى طبيعة وخاصة الداء السكري الذي يفرض على جميع المصابين حسب مختلف أعمارهم، تبني إستراتيجيات تنظيم انفعالي مماثلة لسيطرة على القلق المصاحب لتقلبات السكر فالتنظيم الانفعالي لا يرتبط بالعمر بل هو ضرورة وظيفية لاستقرار الحالة الصحية، إن مهارات التنظيم الانفعالي هي مهارات يمكن تعلمها وتطبيقها بكفاءة في أي مرحلة عمرية، وليست سمة فطرية تتطور تلقائياً مع السن . فداء السكري مرض مزمن، وما يحمل من ضغوط نفسية وتحديات لدى المريض كضائقة السكري، التي تمثل عاملاً ضاعطاً ومقلقاً يغطي على الفروق العمرية، إضافة إلى الوعي والتثقيف الصحي الموحد الذي يتلقاه المرضى من الفريق الطبي يساهم في تقليص الفجوات العمرية في التعامل النفسي مع المرض .

وعليه فإن الوازع الديني مهم خاصة التنشئة الإسلامية التي تلعب دورا هاما إذ تجعل الفرد يتحمل سلوكياته وتصرفاته، وإرجاع كل ما يحدث " كحادثة المرض "إلى القضاء والقدر بدل الحظ والصدفة خاصة عند مشاهدة مريض أكثر معاناة منه كمرض السرطان والغسيل الكلوي. (نوار شهرا زاد، 348، 2020).

4- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الرابعة.

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب نوع السكري. اتضح من خلال تحليل نتائج هذه الفرضية انه لا توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير نوع السكري. وهذا يدل على أنه كلما ارتفع مستوى التنظيم الانفعالي يرتفع مستوى تقبل المرض لدى الفئتين، أي أن التنظيم الانفعالي يسهم بشكل واضح في تعزيز قدرة المريض على التكيف مع مرض السكري بغض النظر عن نوعه.

تتماثل نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه دراسة Jolan Talewko (2013)، ودراسة Desire et al (2018)، التي توصلت إلى أن مريض السكري من النوع الأول والثاني لديهم صعوبات في تنظيم الانفعالات مع تشوه معرفي داخلي وخارجي، وهذا نتيجة الضغوطات المرتبطة بالسكري (مراح علي ، 2024). كما تختلف دراستنا مع دراسة مراح والمحي (2023) التي توصلت التي توصلت إلى وجود فروق في التنظيم الانفعالي لدى مريض السكري تعزى لنوع السكري، ودراسة غريب نرمين (2014) التي أجريت على عينة من مريض السكري قوامها 345 مريض بالسكري والتي توصلت إلى أن مرض السكري من النوع الأول يستخدمون إستراتيجيات سلبية ، مقارنة بمرض السكري النوع الثاني الذين يعتمدون على استراتيجيات إيجابية أثناء تعرضهم لمواقف انفعالية ضاغطة (ريحاني الزهرة، 2019).

فالإصابة بمرض السكري من النوع الأول أو الثاني لا يكمن في نوع المرض فحسب، بل يمتد ليشمل العواطف والانفعالات العميقة التي يختزنها المريض، وما لها من عواقب على الصحة النفسية والجسدية، فاستخدام الاستراتيجيات الغير تكيفية تساهم في تفاقم ضغوطات المصاحبة للمرض من قلق وخوف ومن المضاعفات كأمراض القلب، السكتة الدماغية، بتر الأطراف السفلية كما أثبتت دراسات أن الأفراد الذين لديهم قدرة على ضبط انفعالاتهم بشكل سليم تتخفف لديهم الإصابة بأمراض القلب بنسبة من 20% إلى 66% وهذا ما تؤكد كل من دراسة كوينزسكي، باركيترسون (بن قويدر أمينة 2002). ما يجعل العمليات النفسية كالتنظيم الانفعالي وتقبل المرض عمليات مرتبطة بشخصية المريض وتجارب المريض وخبراته في مواجهة الضغوط أكثر من ارتباطها بنوع السكري.

5- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية الخامسة.

نص الفرضية: توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة حسب مدة الإزمان. تبين من خلال تحليل نتائج هذه الفرضية انه لا توجد فروق في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى أفراد العينة تعزى لمتغير مدة الإزمان. وبناء على ذلك يمكن القول إن تأثير التنظيم الانفعالي على تقبل المرض متقارب لدى الفئتين، ولا يتأثر بمتغير مدة الإزمان.

فقد أيدت نتائج دراستنا دراسة Serban (2020) التي أسفرت أن مدة الإصابة لا تعمل فارق في قبول المرض، ودراسة محمد شريف التي توصلت إلى أن تقبل المرض لا يقتصر على مدة الإزمان. وعلى خلاف ما أشارت إليه دراستنا نجد دراسة حمريط (2020) التي توصلت إلى وجود فروق في مستوى تقبل الداء السكري لدى المراهق تعزى لمدة الإزمان.

إن الإصابة بالداء السكري سواء كانت مدة إزمانهم حديثة أو منذ سنوات، فإن طبيعة الداء السكري يفرض على المصاب منذ تشخيصه التقييد بالعلاج، فالانتظام في العلاج لا يجعلهم يشعرون بمدة الإصابة خاصة رؤية مرضى آخرين أقل وأكثر من فترة إصابتهم أي نفس الظروف الصحية، كما أن دور الدعم النفسي الاجتماعي الذي قد يكون من الأهل أو الأصدقاء أو رفقاء الحياة أو حتى من طاقم المؤسسات الاستشفائية يكون له دور كبير في تحفيز المريض للسيطرة على مرضه والتكيف معه، وحتى الانتظام بالخطة العلاجية، والمشاركة الانفعالية لمساعدته على استرجاع قوته بسرعة في حالة الانتكاس لتحقيق التكيف مع المرض، وإظهار الجوانب المشرقة في حياته كل ذلك يعطيه القوة التي تدفعه إلى الصبر، وعدم الانشغال بمدة الإصابة. (بوزيدي سهام، 2023، 55)

كما أن هذه السياقات الاجتماعية لها دورا مهما في دعم العافية النفسية، وتوجيه استراتيجيات التكيف، لمواجهة الضغوط والتعايش مع المرض وتسيير الوصول إلى الرعاية ذلك أن مرض السكري كونه مرض مزمن يمتد مساره لسنوات.

وفي هذا السياق يؤكد دريفر (Driver) أن المساندة الاجتماعية للمريض ضرورية علاجية لأنها تنظر إلى المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالته المرضية وأن المساندة نفسيا واجتماعيا تساعده على تقبل مرضه والرضا عن ذاته وتدعيم أمله في الحياة وذلك بإقامة زيارات علاجية واتصالات دائمة. (حمريط نوال 2020)

6- تفسير ومناقشة نتائج الفرضية السادسة.

نص الفرضية: يمكن التنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري من خلال مستوى التنظيم الانفعالي لديهم. تبين من خلال تحليل نتائج هذه الفرضية أنه يمكن التنبؤ بدرجة تقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري من خلال مستوى التنظيم الانفعالي لديهم. حيث أن ارتفاع مستوى التنظيم الانفعالي يؤدي إلى ارتفاع مستوى تقبل المرض بشكل واضح

ودال إحصائيا، مما يعني أن التنظيم الانفعالي يفسر حوالي 77.6 بالمائة من التباين في مستوى تقبل المرض، وهي نسبة مرتفعة تدل على قوة المتغير المستقل في تفسير المتغير التابع.

وأيدت دراستنا دراسة محمد السلمي صفية وآخرون (2020) التي توصلت نتائجها إلى وجود مستوى مرتفع من التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري، و دراسة فيحان بن الحميد (2023) بحيث أسفرت النتائج عن فعالية استراتيجيات التنظيم الانفعالي في التنبؤ بسلوكيات الرعاية الذاتية لدى الأطفال المصابين، ودراسة Parchi وآخرون(2021) التي أشارت إلى أن الصعوبات في فهم وتنظيم الانفعالات لهما تأثير سلبي على صحة المصاب.

يمكن إرجاع هذه النتيجة إلى أن المصاب بالسكري وما يواجهه من تحديات نفسية وقلق مستمر بشأن فحص مستويات الجلوكوز بشكل متكرر أي يستلزم متابعة مستمرة للعلاج وإجراء فحوصات مستمرة الالتزام بنظام غذائي خاص وحمية روتينية مع احتمال وقوع مضاعفات صحية مما يؤدي إلى توليد ضغوطات نفسية وانفعالية متكررة و يمكن أن يزيد من مشاعر الإحباط والقلق والضيق النفسي، بل يمتد أثره ليؤثر سلبا على جودة الحياة والأداء الاجتماعي، مما ينتج عنه صعوبة في التأقلم والتكيف مع المرض، حيث تعمل هذه المشاعر كعائق يحول دون التقبل النفسي للمرض فالمريض الذي يمتلك إستراتيجيات تكيفية للتكيف مع الانفعالات السلبية وهذه الضغوطات، لا يغرق في المشاعر السلبية مما يترك له متسع لتقبل حقيقة المرض دون إنكاره ، فمن الضروري الالتزام بإستراتيجيات التنظيم الانفعالي التكيفية، للوصول إلى التكيف مع مرض، وبالتالي كلما ارتفعت قدرة المريض على التحكم في انفعالاته ارتفع مستوى تقبله للمرض، وهذا ما أكدته عثمان (2008) بأن التنظيم الانفعالي إستراتيجية هامة في الحياة لأنها تمكن الإنسان من النجاح في الحياة، شريطة أن يكون لدى الإنسان تنظيم انفعالي جيد، كما أكدته نظرية غروس وجون (2003) التي تنظر

لعملية التنظيم الانفعالي تتحكم فيها مجموعة من الاستراتيجيات متكيفة وغير متكيفة التي بدورها تسهم في الحفاظ على الصحة النفسية والجسمية

استنتاج عام:

ركزت الدراسة على فئة المصابين بالداء السكري الذين يمثلون نسبة كبيرة من الأمراض المزمنة حيث هدفت هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري وقد وجد أنه توجد علاقة ارتباطية موجبة قوية بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى عينة الدراسة، ولا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في العلاقة بين التنظيم الانفعالي وتقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري تعزى لمتغير الجنس، والسن، ونوع السكري، ومدة الإزمان كما وجد أنه يوجد تأثير دال إحصائياً للتنظيم الانفعالي على تقبل المرض لدى المصابين بالداء السكري.

وبذلك يمكن أن نؤكد على أهمية البعد النفسي في التكفل بالمصابين بالسكري، وضرورة الاهتمام بتنمية استراتيجيات تنظيم الانفعال لما له من دور في تقبل المريض لمرضه والتكيف معه والرفع من جودة الحياة.

المقترحات:

- إجراء دراسات أوسع حول هذه المتغيرات على عينات أكبر وأكثر تنوعاً في الخصائص الديمغرافية (مثل الحالة الاجتماعية، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي).
- ضرورة تفعيل دور الأخصائي النفسي من أجل تقديم رعاية نفسية أكثر فعالية للمصابين بالداء السكري خاصة والمرضى المزمنين عامة.
- التركيز على الدمج بين التكفل النفسي والتكفل الطبي فيما يخص البرامج العلاجية الخاصة بالمصابين بالسكري.
- ربط التنظيم الانفعالي وتقبل المرض بمتغيرات سريرية (مثل مستوى التحكم بالسكري، ونوع العلاج) في الدراسات المستقبلية.

قائمة المراجع:

المراجع باللغة العربية:

1. أبو المجد السيد حسين، (2013)، استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقتها بنمو ما بعد الصدمة لدى عينة من السيدات متكرري الإجهاد، دورية علمية محكمة، كلية الآداب جامعة أسوان ابريل (2023)، المجلد 11 العدد(2).
2. أجريو سليمان اسماعيلي اليامنة، (2017)، المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بالمسيلة، مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة محمد بوضياف العدد(13).
3. ايت حمودة حكيمة، (2005)، دور سميات الشخصية واستراتيجيات المواجهة في تعديل العلاقة بين الضغوط النفسية، رسالة دكتوراه جامعة الجزائر.
4. بن قويدر أمينة وكركوش فتيحة، (بدون تاريخ)، دور الضبط الانفعالي في الصحة والمرض مجلة حقائق لدراسات النفسية والاجتماعية، العدد(10).
5. بوزقاق ميادة (2023)، تقبل المرض وعلاقته بالمساندة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، مذكرة لنيل شهادة ماستر في علم النفس العيادي ورقلة.
6. بوزيدي سهام (2023)، الفاعلية الذاتية لدى مرضى السكري دراسة ميدانية بورقلة، مذكرة محكمة لنيل شهادة الماستر علم النفس العيادي جامعة ورقلة.
7. جاسم المرزوقي، (2008)، الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر (السكري)، ط1، دار العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية، مصر.
8. جريو سليمان، (2019)، مستوى التدين وتقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، أطروحة نهاية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه في علم النفس جامعة محمد خيضر بسكرة.
9. جيو سليمان، (2019)، مستوى التدين وتقبل المرض لدى الراشد المصاب بداء السكري، أطروحة نهائية الدراسة لنيل شهادة الدكتوراه، في علم النفس وجامعة محمد خيضر، بسكرة.

10. حافظ ايمان، (2002)، برنامج علاجي مقترح لتخفيف حدة القلق لدى الأطفال المصابين بمرض السكري باستخدام اللعب، رسالة ماجستير (غير منشور) جامعة عين الشمس القاهرة، مصر.
11. حربوش سمية، (2014)، المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، دراسة استطلاعية على عينة من مرض السكري (30_50)مجلة العلوم الاجتماعية.
12. حمد الله ولاء وائل، (2020)، التنظيم الانفعالي لدى مديري المدارس الخاصة في عمان وعلاقته بدرجة ممارسة السلوك الإداري غير مرغوب من وجهة نظر المعلمين، رسالة استكمال لمتطلبات الحصول على درجة الماجستير في التربية تخصص إدارة وقيادة تربوية .
13. حمريط نوال، (2020)، دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق، أطروحة دكتوراه جامعة محمد خيضر بسكرة.
14. خرباشي معاذ بن تونس مخلوف ساجية، (2021)، مستوى تقبل العلاج لدى عينة من المصابين بداء السكري مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة الجزائر.
15. دعميس خليصة، (2005)، الخدمة الوطنية الاجتماعية الصحية ، المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، دراسة ميدانية بالقطاع الاستشفائي جامعة سطيف، رسالة ماجستير جامعة محمد بوضياف مسيلة الجزائر .
16. رودى بيلوسي، ترجمة هنادي مزيودي، (2013)، مرض السكري، ط1، دار النشر الرياض.
17. ريان محمود إسماعيل محمد، (2006)، الاتزان الانفعالي علاقته بكل من السرعة الإدراكية والتفكير الابتكاري لدى طلبة الصف الحادي عشر بمحافظات غزة، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة الأزهر غزة.
18. ربحاني الزهرة، (2019)، مصادر الضغوط النفسية واستراتيجيات مواجهتها.دراسة مقارنة لدى عينة من المصابين بمرض مزمن، أطروحة دكتوراه في علم النفس جامعة محمد خيضر بسكرة الجزائر.
19. زعطوط رمضان، (2010)، بنوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات ،أطروحة الدكتور في جامعة قاصدي مرباح ورقلة الجزائر .

20. زعطوط رمضان، قريشي عبد الكريم، (2014)، الاتجاه نحو السلوك الصحي وعلاقته بالتدين لدى مرضى السكري ومرض ضغط الدم المرتفع ورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، مجلد(17_2014).
21. زعطوط رمضان، (2025)، مبادئ توجيهية في الرعاية التكاملية للمصابين بأمراض مزمنة للاختصاصيين النفسيين والأطباء، ط1، فكر كوم للنشر والتوزيع.
22. سرار عائشة، (2022)، تقبل المرض وعلاقته بالذكاء الانفعالي لدى عينة من مرض السكري، مجلة الواحات للبحوث والدراسات، 15(2)38_59.
23. سلوم هناء عيassen، (2015)، استراتيجيات التنظيم الانفعالي وعلاقته بحل المشاكل دراسة مقارنة عينة من طلاب المرحلة الثانوية وطلاب المرحلة الجامعة بمدينة دمشق، رسالة ماجستير، غير منشورة، جامعة دمشق.
24. سمير المختار السيد كريمة، (2023)، المساندة الاجتماعية ودورها في تقبل مريض السكري لإصابته بداء السكري، دراسة ميدانية على عينة من المترددين للعلاج بمصحة رويال التخصصية بالزاوية .
25. شيلي تايلور، (2008)، علم النفس الصحي ترجمة وسام درويش بريك وفوزي شاكرا داود، ط1 دار جامد لنشر والتوزيع عمان الأردن .
26. عدوان يوسف، عيادي نادية، (2014)، مركز ضبط الصحة عند مرض السكري، أفات علمية العدد(9).
27. عمارة عائشة، (2022)، علاقة التنظيم الانفعالي بإيذاء الذات غير الانتحاري لدى عينة من طلبة جامعة ورقلة، مذكرة لنيل شهادة ماستر جامعة ورقلة .
28. مراح علي، ماحي زبيدة، (2023)، مستوى التنظيم الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري، مجلة روافد لدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية، مجلد 7(03)173,188.
29. مراح علي، ماحي زبيدة، (2024)، مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسي، رسالة دكتوراه، جامعة تيارت.
30. مراح علي، وحمادي فتحي، (2022)، التنظيم الانفعالي وعلاقته بالرفاه النفسي لدى طلبة الجامعة، مجلة الدراسات في سيكولوجية الانحراف، المجلد (7)، العدد (03).

31. نرمين غريب، (2014)، استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، مجلد (36)، العدد (3).

32. نوار شهرا زاد، حشاني سعاد، (2020)، مصدر الضبط الصحي السائد لدى مرض السكري، دراسة ميدانية بورقلة، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، أم البواقي، المجلد (7)، العدد (2).

33. تصريحات الأمين العام لوزارة الصحة (13 نوفمبر 2025)، <https://alfadjr.dz>

• المراجع باللغة الأجنبية:

34. Agnieszka pluta (2025) . illness acoptance and medication adherence in patinents with diabetes in baland :a cross sectional study ,frontiers in public health.
35. A mor , L(2005) Endocrinologie <<Domepreuves classantes nationales >>ed :estern.
36. Brockman ,Robert,& ciarrochi,joseph.B parker,Philip&kashadom ,todd ,(2016) Emotion regulation strategies in daily life :mindfulness wgnutuve reapprissal and emotion suppression .wgnitive behaviour therapy.(1-23).
37. Christophe ,V&Antoine P.(2008) Evaluation de deux stratégies de régulation émotionnelle ,la suppression expressive et la réévaluation cognitive .domaine universitaire du Pont=de Bors ,France.
38. Emperial wllge London Diabètes & endocrine center <https://icldec.ae>
39. Gulyetr erdograyice ,Heja vildrim (2025),Mediating role of disease accptiance un the relation between social support and adherence to treatment in patisents with type (2) diabetes .journalist of Behassicral Medicine (2025/48_572_582)
40. Norman ,B.Anderson (2004).encyclocy clopedia of health and behavoir ,SAG, United States ,Volume (1,p98).
41. Perlemuter.L,Sélan ,J.L et collin de l'hortet .G.(2003).Diabète et maladies métiboliques ,4ème éd ,paris ,masson .

42. Pacaud . G , (1995) le diabète et ses complication ,prèvetion ,prise en charge et traitement ,Alger ,édition dahlab .
43. Kiely .D.(1989)the phenomenon of acceptance asrevealed in cancer patients acceptances of this terminal illness: An existential phenomenoio=gical investigation (doctoral Dissertation).Duquesne University.
44. Koole, sander l, &van pillen , latte f ,&sheppes, gal(2010).the self=Regulation of Emotion.center for Advanced study in the Behavioral science ,stanford university .
45. Mckennqa .M, and wellins is (2010)current Issues and challenges in chrvnic disease control in; Remington p1, Brownson R,weginer MV (eds)chronic disease epidemiology and control Americcan public health ; in personality ,(43,347,385,doi:20103166997)
46. Lacrox A .Assal j.=ph.L'éducation thérapeutique des patients: nouvelle approches de la maladie chronique,2ème édition .paris Maloine ,(2003).p,(240).
47. Grimaldi ,(2004)=Relation médecine = maladie ,Masson ,p.(960).
48. Maylis's (2021) per ception et émotion de patient disbétique de type concernant leur diabète pendant le premier confiement ,thèse pour l'obtention du diplôme d'etat de docteur en médecine année (2021) .
49. Gross ,J.James ,(2002)Emotion regulation :Affective, cogvitive ,and social consequences .psychophysiology .Combridge University Press, (39,281,291).
50. Gross ,J,James (1998),the emerging filed of emetion regulation : Anintegrative review. Of general psychology , (2(3),271=299).
51. Robinson ,adele lofrance &Kosmerly , Stacey ,&Mansfield, Sarah ,&la France , Glencys (2013)Disvrdered eating Behaviours in an undergraduate sample : Associations a mong .
52. Gender , Body mass index ,and difficulties in emotion regulation . Canadian journal of Behavioural Science ,DOI:(10,1037/a00311231=7) .
53. Karademas , E.C, TSagarki,A,& lambrou,N .(2009).Illnece acceptance ,hospitalization stress and subjective health in a sample of chronic potients to hospital.Jornal of health Psychology, (14,1234=1250).

54. Hislop , A.L, fegon, PG, schlaepi, MJ, Duck , Mand
yeap, BB, Preveence and association of psychological distress in
young adults with type (1) diabetes . American Diabetes association
diabetes education unite and department of emdocrinology and
dibetes, (vol52, No1, 2007, 91=106)
55. Mcveigh , K, H. Mostashari , F& Thorpe , le. serions psychological
distress amvng person with
diabetes, (2003, 201). www.edc.gov/od/oc/media/mmwrnews/n0411.
New York : Springer publishing company .
56. Emile F. coccaro, sophielazarus jashua joseph , kathlive et al ,
Emotional regulation and Piabeles Distress in adults with type
(1) and type (2) Diabetes . Diabetes care (2021, 44, 20=25).

قائمة الملاحق:

- الملحق رقم (01) مقياس تنظيم الانفعال.
- الملحق رقم (02) مقياس تقبل المرض.
- الملحق رقم (03) تصريح شرفي بالالتزام بمعايير الأمانة والنزاهة العلمية.

الملحق رقم (01) مقياس تنظيم الانفعال

الجنس: ☐ أنثى ☐ ذكر

السن:

نوع السكري:

مدة الإصابة:

أضع بين يديك هذه الأداة لمعرفة وجهة نظرك حول بعض الفقرات، المرجو منك أن تقرأ كل عبارة بدقة ثم تبدي رأيك بوضع علامة (X) في الاختيار الذي ينطبق عليك، مع العلم أنه لا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وإنما إجابتك تعبر عن رأيك الشخصي حول كيفية تعاملك مع انفعالاتك الايجابية والسلبية عندما تواجه مواقف معينة. ونشكر لك حسن تعاونك.

الرقم	الفقرات	أرفض بشدة	أرفض	أرفض أحيانا	محايد	اتفق أحيانا	اتفق بشدة
1	إذا أردت أن اشعر بانفعال ايجابي (كالسرور والبهجة) أغير ما كنت أفكر فيه من أمور سلبية						
2	عندما أريد أن اشعر بانفعالات اقل سلبية (كالحزن أو الغضب) أغير ما كنت أفكر فيه						
3	عندما أشعر بانفعالات ايجابية أكون حذرا في التعبير عنها						

							4	عندما أريد أن أشعر بانفعال ايجابي أغير طريقة تفكيري عن ذلك الموقف
							5	أنظم انفعالاتي بواسطة تغيير طريقة تفكيري عن الموقف الذي أكون فيه
							6	عندما أريد أن أشعر بانفعالات أقل سلبية فإنني أغير طريقة تفكيري عن الموقف الذي أكون فيه
							7	أحتفظ بانفعالاتي في داخلي
							8	عندما أواجه موقفا ضاعطا فإنني أفكر فيه بطريقة تساعدني لكي أبقى هادئا
							9	انظم انفعالاتي من خلال عدم التعبير عنها
							10	عندما أشعر بانفعالات سلبية أكون متأكد بأنني لن أفصح عنها

ملحق رقم (02) مقياس تقبل المرض

المطلوب: قراءة كل العبارات بتأن ثم تحديد العبارة بوضع X داخل الخانة التي تتواءم مع سلوكك، ومن فضلك أن تجيب (ي) على كل العبارات بصراحة وتأكد (ي) أن كل معلوماتك ستوظف لأغراض البحث العلمي فقط ولن يطلع عليها أي أحد وتبقى موضع سرية وشكرا لحسن تعاونكم معنا .

الجنس:

السن:

نوع السكري:

مدة الإصابة:

الرقم	العبارات	نعم (دائما)	كثيرا	أحيانا	نادرا	لا (أبدا)
1	أعيش حياتي بشكل عادي رغم وجود المرض					
2	أن أمارس الرياضة بشكل طبيعي ومستمر					
3	من أجل أن أحيأ سعيدة عليا الاهتمام بصحتي					
4	أسعى دوما لتعايش مع مرضي المزمن					
5	أحتقر نفسي وأشعر بالحزن كلما ذكرت مرضي					
6	مرضي يشعرني بالتبعية لطبيبي					

					7 أنزعج عند الجلوس مع أصدقائي وهم يتكلمون عن وجبات لا أستطيع تناولها
					8 أنا حزينة ما دام مرضي معي
					9 أتكلم بشكل عادي عن مرضي أمام الآخرين
					10 مرضي يجعلني أشعر أنني غير كفى
					11 مرضي يجعلني أشعر أنني عبئ على الآخرين
					12 أقوم بنشاطات تطوعية من أجل توعية المصابين بمثل مرضي
					13 لا تعيقني قيود مرضي عم أداء عملي
					14 أشعر بالحرمان من الطعام بسبب مرضي
					15 أكره سماع اسم مرضي (السكري) لأنه يذكرني بآلامي ومعاناتي
					16 أشعر أنني استنفدت كل جهدي في التعايش مع المرض

					17	أتجنب أخذ دوائي أمام الناس
					18	أتجنب تلبية دعوة أصدقائي لي خوفا من الإحراج أمامهم
					19	أتابع باهتمام كل جديد في مجال الصحة له علاقة بمرضي
					20	أشعر بالحزن عندما لا أستطيع تناول بعض الوجبات وممارسة بعض النشاطات
					21	تقلقني القيود التي يفرضها عليا مرضي
					22	مرضي يشعرني بالتبعية لأسرتي
					23	التحكم في المرض ليس مهم بالنسبة لي
					24	لا أستطيع الانخراط في أي نادي أو جمعية لأن مرضي يعيقني
					25	أضحى بالكثير من الأشياء التي أحبها من أجل الحفاظ على صحتي
					26	أعتقد أنه يجب السيطرة على المرض من خلال الالتزام بالحمية الغذائية
					27	رغم زيادة مضاعفات المرض لا أزال أمارس نشاطاتي بشكل عادي
					28	رغم وجود المرض أنا أؤدي دوري في الحياة

					29	أتعامل بشكل طبيعي مع أصدقائي رغم القيود التي يفرضها عليا المرض
					30	ما زلت لم أتقبل إصابتي بالمرض
					31	أعتقد أن المرض قد أصابني ولا يمكن الهروب منه
					32	أتعلم كيف أتعاش مع المرض
					33	أقبل مساعدة الآخرين في الأمور التي لا أستطيع فعلها
					34	لدي معرفة كبيرة عن مرضي
					35	أبحث عن أفضل سبل للعيش مع مرضي
					36	أعتقد أن مرضي هو حيلتي الجديدة لابد أن أعيشها
					37	أشعر أنني وحيد منذ أن أصبت بالمرض
					38	أشعر بالإحراج عندما اسأل عن مرضي
					39	أفضل العزلة عن الناس
					40	أبتعد عن المشروبات الغازية
					41	أنا دائم الاهتمام بوزني ونظام غذائي
					42	أخفي مرضي عن كل ما يعرفني أنني مصاب به

					أقلق دائما كلما فكرت في مضاعفات مرضي في المستقبل	43
					أنا أشعر بالفخر والاعتزاز تجاه نفسي رغم مرض	44
					أنا أقلق وأخاف من المستقبل والموت	45
					أشعر أنا الناس لا يرغبون في مصاحبتي	46
					أشعر بالحرع أمام الناس الذين يقضون أطول وقت معي	47