



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الانسانية والاجتماعية
قسم علم النفس العيادي



المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين

(دراسة ميدانية بالمؤسسة الجوارية متعددة الخدمات أمدور تونس مصلحة
مرض السكري ولاية قالمة)

مذكرة مكملّة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف:

د. مشطر حسين

إعداد:

بوشحدان كريمة

عويسي رانية

بعطوشي هديل

لجنة المناقشة

رقم	الاسم واللقب	الرتبة	مؤسسة الانتماء	الصفة
1	بودودة نجم الدين	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	رئيسا
2	مشطر حسين	أستاذ التعليم العالي	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	مشرفا ومقررا
3	هامل أميرة	أستاذ محاضر "أ"	جامعة 8 ماي 1945 قالمة	مناقشا

السنة الجامعية: 2025/2024

شكر وعرفان

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات، وبتوفيقه تذلل الصعوبات.

نتقدم بالشكر والاحترام للأستاذ الفاضل الدكتور: "مشطر حسين" على ما قدم لنا من نصائح وتوجيهات قيمة، وكان له الفضل في تصحيح مسارنا خلال انجاز هذا العمل وتحسينه والوصول به الى المستوى المطلوب.

لك منا فائق الاحترام والتقدير

كما يسرنا أن نتقدم بجزيل الشكر المسبق الى الأساتذة لجنة المناقشة الكرام، وجميع أساتذة قسم علم النفس. ونخص بالذكر الأستاذ الفاضل "تواتي إبراهيم عيسى" الذي لم يبخل علينا بخبرته وتوجيهاته القيمة. نسأل الله أن يجازيك عنا خير الجزاء،

ولا ننسى أن نشكر من أعماق قلوبنا عائلاتنا الكريمة التي كانت الحضن الدافئ والسند الحقيقي، ولكل من وقف بجانبنا ولو بكلمة طيبة، بدعوة صادقة، أو بدعم صامت.

لكم جميعاً منا كل الحب والتقدير والاحترام.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
	شكر وعرفان
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس الأشكال
	فهرس الملاحق
	ملخص الدراسة
أ	مقدمة
أولاً: الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
05	1. الإشكالية
06	2. الفرضيات
06	3. أهمية موضوع الدراسة
08	4. أهداف موضوع الدراسة
08	5. تحديد مفاهيم موضوع الدراسة
10	6. الدراسات السابقة لموضوع الدراسة
14	7. مناقشة الدراسات السابقة
الفصل الثاني: المرونة النفسية	
17	تمهيد
18	1. مفهوم المرونة النفسية
19	2. نبذة تاريخية حول المرونة النفسية
20	3. مفاهيم مرتبطة بالمرونة النفسية

فهرس المحتويات

23	4. النظريات المفسرة للمرونة النفسية
25	5. مصادر المرونة النفسية
27	6. العوامل المؤثرة في المرونة النفسية
28	7. طرق بناء المرونة النفسية
29	8. مقومات المرونة النفسية
30	9. الصفات التي يتصف بها الأفراد ذوي المرونة النفسية
31	10. أهمية المرونة النفسية
32	11. المرونة النفسية لدى مرضى السكري
32	12. المرونة النفسية وتقدير الذات
33	خلاصة الفصل
الفصل الثالث: تقدير الذات	
35	تمهيد
36	1. نبذة تاريخية حول تقدير الذات
37	2. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات
37	3. مفهوم تقدير الذات
38	4. تقدير الذات عند مرضى السكري
39	5. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات
40	6. أنواع تقدير الذات
41	7. نظريات المفسرة لتقدير الذات
44	8. أهمية تقدير الذات
45	9. العوامل المؤثرة في تقدير الذات
48	خلاصة الفصل
الفصل الرابع: مرض السكري النوع الأول (الخاضع للأنسولين).	
50	تمهيد

فهرس المحتويات

51	1. تاريخ مرض السكري
51	2. تعريف مرض السكري
52	3. أنواع مرض السكري
53	4. أسباب مرض السكري
54	5. أعراض مرض السكري
54	6. مضاعفات مرض السكري
55	7. تشخيص مرض السكري
56	8. علاج مرض السكري
57	9. الوقاية من مرض السكري
58	10. نبذة تاريخية عن الأنسولين
59	11. تعريف الأنسولين
59	12. أنواع الأنسولين
59	13. وظيفة الأنسولين
	خلاصة الفصل
ثانيا: الجانب الميداني	
الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية	
64	تمهيد
65	أولاً: الدراسة الاستطلاعية
65	1. تعريف الدراسة الاستطلاعية
65	2. أهداف الدراسة الاستطلاعية
65	3. حدود الدراسة الاستطلاعية
66	4. خصائص الدراسة الاستطلاعية
67	5. أدوات الدراسة الاستطلاعية
67	ثانيا: الدراسة الأساسية

فهرس المحتويات

67	1. منهج الدراسة
68	2. مجتمع الدراسة
68	3. عينة الدراسة
70	4. حدود الدراسة
71	5. أدوات الدراسة
75	خلاصة الفصل
الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة نتائج الدراسة على ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة.	
77	تمهيد
78	1. عرض وتحليل نتائج الفرضيات
78	1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة
79	2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضيات الجزئية الأولى
80	3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية
82	4.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
83	2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات
83	1.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة
84	2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات الجزئية الأولى
86	3.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية
86	4.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
88	الاستنتاج العام
88	التوصيات والاقتراحات
90	الخاتمة
92	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح الفرق بين مرونة الأنا وقوة الأنا	21
02	يوضح الفرق بين الصلابة النفسية والمناعة النفسية	21
03	يوضح الفرق بين الاتزان الانفعالي والهدوء الانفعالي	22
04	يوضح الفرق بين مفهوم وتقدير الذات	39
05	يوضح الفرق بين مرض السكري النوع الأول والثاني	54
06	يوضح أنواع الأنسولين	59
07	يوضح النسب المئوية بتوزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	66
08	يوضح النسب المئوية بتوزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر	66
09	يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية حسب متغير الجنس مع النسب المئوية	69
10	يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية حسب متغير العمر	69
11	يوضح المعيار الإحصائي المعتمد لتحديد مستوى المرونة النفسية	72
12	يوضح مستويات المرونة النفسية	72
13	يوضح مستويات تقدير الذات	73
14	يوضح نتائج الاختبارات الاعتدالية	78
15	يوضح نتائج استجابات أفراد العينة على مقياس المرونة النفسية وتقدير الذات	78
16	يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين المرونة النفسية وتقدير الذات	79
17	يوضح نتائج المرونة النفسية	79
18	يوضح تكرارات مستويات المرونة النفسية	79
19	يوضح نتائج مقياس تقدير الذات	80
20	يوضح تكرارات مستويات تقدير الذات	80
21	يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير المرونة النفسية حسب متغير الجنس والفئة العمرية	81
22	يوضح نتائج تحليل التباين الثنائي Anova لمتغير المرونة النفسية.	81

82	يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير المرونة النفسية حسب الجنس والفئة العمرية	23
83	يوضح نتائج تحليل التباين الثنائي Anova لمتغير تقدير الذات.	24

فهرس الأشكال

فهرس الأشكال

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
01	منحنى بياني يبين مؤشرات ارتفاع وانخفاض الاهتمام بكل من متغير المرونة النفسية تقدير الذات ومرض السكري.	07
02	يبين طرق بناء المرونة النفسية	29
03	يبين مقومات المرونة النفسية	30
04	يبين مؤشرات تقدير الذات ومفهوم الذات	39
05	مقارنة بين تقدير الذات المكتسب وتقدير الذات الشامل	40
06	يبين حاجات تقدير الذات حسب ما سلو	41
07	المتغيرات التي تؤثر في بناء تقدير الذات حسب كوبر سميث	42
08	مراحل تطور الذات وأهميتها	44
09	يبين أعراض مرض السكري	53
10	يبين التركيب الكيميائي لجزيء الأنسولين	57
11	يبين أثر الأنسولين على الكربوهيدرات	58
12	يبين أثر الأنسولين على أيض الدهون	59
13	يبين أثر الأنسولين على أيض البروتين	59
14	دائرة نسبية تبين نسبة توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس	65
15	نسب توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير العمر	66
16	يبين النسب المئوية لتوزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس	68
17	يبين نسب توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير العمر	69
18	يبين العلاقة التفاعلية حسب متغيرات الدراسة	70

فهرس الملاحق

فهرس الملاحق

فهرس الملاحق:

الرقم	العنوان
01	مقياس تقدير الذات
02	مقياس المرونة النفسية
03	نتائج التحليل الاحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية للفرضية العامة
04	نتائج التحليل الاحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الفرضية الجزئية الأولى
05	نتائج التحليل الاحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الفرضية الجزئية الثانية
06	نتائج التحليل الاحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية الفرضية الجزئية الثالثة

ملخص الدراسة

العنوان: المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين. دراسة ميدانية ميدانية بالمؤسسة الجوارية متعددة الخدمات أمدورتونس مصلحة مرض السكري ولاية قالم.

الملخص:

هدفت الدراسة الحالية التي تناولت موضوع " المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين." الى الكشف عن طبيعة العلاقة والمستوى بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، كما تسعى إلى التعرف عن الفروقات المحتملة حسب متغير الجنس والعمر.

كما اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي، وشملت عينة مكونة من 35 مريض ومريضة بالسكري النوع الأول، حيث تم اختيارهم بطريقة قصدية، تتراوح أعمارهم بين 21-60 سنة. ولجمع البيانات تم استخدام مقياسي المرونة النفسية من إعداد هشام عبد الحافظ رابعة (2017)، ومقياس تقدير الذات "لكوبر سميث" (1967) ترجمة" فاروق عبد الفتاح، ومحمد كمال دسوقي" سنة (1981)

ولمعالجة البيانات تم استخدام الأساليب الإحصائية المتمثلة في المتوسط الحسابي، الانحراف المعياري، معامل الارتباط بيرسون للعلاقة بين متغيرين، وكذلك استخدام تحليل التباين الثنائي Two-way ANOVA وذلك بالاعتماد على برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 21.

حيث أظهرت نتائج الدراسة:

- عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

- مستوى المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين متوسط.

- لا توجد فروق دالة احصائية في كلا من المرونة النفسية وتقدير الذات حسب كل من متغير الجنس والعمر.

كما تم عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج على ضوء التراث النظري والدراسات السابقة.

الكلمات المفتاحية: المرونة النفسية، تقدير الذات، مرض السكري النوع الأول (الخاضع للأنسولين).

Title: Psychological Resilience and Its Relationship with Self-Esteem among Insulin-Dependent Diabetic Patients. A field study at the Multi-service Neighborhood Foundation, Amdour Tunis, Diabetes Department, Guelma province

- Abstract

The present study, entitled« Psychological Resilience and Its Relationship with Self-Esteem among Insulin-Dependent Diabetic Patients », aimed to investigate the nature and level of the relationship between psychological resilience and self-esteem in individuals with insulin-dependent diabetes. The study also sought to examine potential differences based on gender and age.

A descriptive research design was adopted, and the sample consisted of 35 patients diagnosed with Type 1 diabetes, selected through purposive sampling. Participants ranged in age from 21 to 60 years. Data were collected using the Psychological Resilience Scale developed by Hicham Abdelhafid Rababah (2017) and the Cooper Semith Self-Esteem Scale (1967) Translated by Farouk Abdel Fattah. And Mohamed Kamal Desouky in (1981). Statistical analysis was conducted using means, standard deviations, Pearson correlation coefficient, and two-way ANOVA, utilizing the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

The results revealed the following:

- No statistically significant correlation was found between psychological resilience and self-esteem among insulin-dependent diabetic patients.
- The levels of both psychological resilience and self-esteem among the participants were moderate.
- No statistically significant differences were found in psychological resilience or self-esteem based on gender or age.

The findings were presented, interpreted, and discussed in light of the theoretical framework and previous research.

- Keywords

Psychological resilience, self-Esteem, Type 1 diabetes (insulin-dependent)

المقدمة

تعد الأمراض المزمنة من أبرز القضايا الصحية التي تشغل الباحثين والممارسين في مجالات الطب والصحة النفسية، نظرا لما تسببه من معاناة مستمرة وتأثيرات بعيدة المدى على الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية للفرد. ومن بين هذه الأمراض، مرض السكري اذ يعتبر شبح يهدد صحة الفرد. وما يؤكد ذلك هو ارتفاع إحصائيات في عدد المصابين به كل سنة من كلا الجنسين ومختلف أعمار.

مما أدى إلى وجود أنواع عديدة منه. كالسكري بنوعيه (النوع الأول، النوع الثاني) اذ عرف النوع الأول أي الخاضع للأنسولين ارتفاع محسوس و بشكل رهيب، و ذلك راجع إلى عدم تعاطي جرعات الأنسولين بانتظام، حيث يعتبر سبب من أسباب ارتفاع السكر بالدرجة الأولى و كما لا ننسى أيضا أن عدم إتباع التوصيات الصحية بما في ذلك عدم توازن الحمية الغذائية و إكثار من الكربوهيدرات والسكريات، ويمكننا الإشارة أيضا إلى أن التوتر و الضغط النفسي و الإكثار من الجلوس و قلة النشاط البدني يحفزان على إفراز الهرمونات كالكورتيزول التي يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر فالدّم .

حيث أصبحت الجزائر من بين دول العالم التي عرفت ارتفاع متزايد في عدد المصابين بمرض السكري النوع الأول و ذلك من خلال دراسات متعددة في المراكز بالعاصمة حيث وجدوا حوالي 4.8 مليون شخص مصاب بالسكري النوع الأول في عام 2024 أي وصلت نسبة انتشاره إلى 17.5 % و خاصة ولاية تلمسان، سجلت نسبة إصابة مرتفعة جدا حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية، و هذا ما جعل السكري يعتبر خطرا صحيا على مستوى الجزائر إلا أن هذا الخطر لا يؤثر على الجانب الجسدي فقط، بل يؤثر أيضا على الجانب النفسي للمصاب كذلك، حيث يشعر المريض باختلاف كبير في أداء نشاطاته اليومية و الزامية مداومة العلاج قد يؤدي إلى تراجع في تقدير الذات لدى المريض لإحساسه بالعجز و النقص لذلك لا بد من تعزيز تقدير الذات لديهم لكي لا يشعروا بالضعف أمام الناس .

ومن هنا نجد أن للمرونة النفسية أهمية بارزة في تمكين المرضى من تقبل ذاتهم و المرض، أيضا مزاوله العلاج رغم الصعوبات التي يواجهونها وكل ما يعيقهم في حياتهم اليومية فهي تعتبر أساس التكيف و تأقلم المرضى و تعاملهم مع حالتهم بشكل إيجابي.

ومن هذا المنطلق حاولت هذه الدراسة معرفة العلاقة بين المرونة النفسية و تقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين أين تم الاعتماد على خطة تتكون من جانبين جانب نظري وجانب ميداني.

فالجانب النظري مقسم إلى أربعة فصول

الفصل الأول: تمثل في الإطار العام للدراسة حيث شمل الإشكالية التساؤلات الأساسية التي قامت عليها دراستنا، الفرضيات، وكذلك أهمية الدراسة وأهدافها كما حددنا أهم المفاهيم التي تتشكل منها وأيضا الدراسات السابقة والتعقيب عليها.

أما الفصل الثاني: تحت عنوان المرونة النفسية وقد كان هذا الأخير متكونا من عدة عناصر والتي تتمثل في نبذة تاريخية حول المرونة النفسية ومفهومها والمفاهيم المرتبطة بها والنظريات المفسرة لها، إضافة إلى المصادر والعوامل المؤثرة في المرونة النفسية. ثم تم تقديم أهم الطرق ومقومات للمرونة النفسية وأهم الصفات التي يتصف بها الأفراد ذوي المرونة النفسية وأهميتها، كما تم التطرق الى المرونة النفسية لدى مرضى السكري وكذلك علاقتها بتقدير الذات.

أما الفصل الثالث: كان بعنوان تقدير الذات الذي يتكون من نبذة تاريخية وكذلك المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات تعريفه، ثم مفهومه عند مرضى السكري، وكذلك الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات، وأنواعه والنظريات المفسرة له وأهميته والعوامل المؤثرة فيه.

كما تناولنا في الفصل الرابع: مرض السكري النوع الأول (الخاضع للأنسولين) وقد احتوى على جزئين، مرض السكري الذي تم التطرق فيه الى نبذة على تاريخه وتقديم مفهوم له كما قمنا بتوضيح أنواعه وأسباب التي أدت إلى الإصابة به وشرح كذلك أعراضه والمضاعفات التي تنتج عن مرض السكري وكيف يشخص وعلاجه وكيفية الوقاية منه. في حين الجزء الثاني كان بعنوان الأنسولين الذي تضمن فيه نبذة تاريخية عنه، كما تم تعريفه مع التطرق الى اهم أنواعه مع ابراز وظيفته.

أما الجانب الميداني فقد ضم فصلين:

الفصل الخامس: تمثل في الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية بداية بالدراسة الاستطلاعية، تعريفها، أهدافها، حدودها، خصائصه وأدواتها. ثم تليها الدراسة الأساسية للبحث التي تطرقت إلى المنهج المتبع في الدراسة، مجتمع الدراسة، عينة الدراسة وحدودها الزمنية والمكانية وأيضا المعرفية والبشرية، بعدها الأدوات المستخدمة في الدراسة التي تتمثل في مقياس المرونة النفسية من اعداد الباحث هشام عبد الحافظ ربابعة (2017)، ومقياس تقدير الذات " كوبر سميث " (1967) زيادة على ذلك أساليب المعالجة الإحصائية التي تم الاستعانة بها.

في حين الفصل السادس كان تحت عنوان: عرض وتحليل ومناقشة وتفسير نتائج فرضيات الدراسة حيث تم فيه عرض النتائج التي تم توصل إليها من خلال الدراسة، بعدها قمنا بتحليلها ومناقشتها وتفسيرها على ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة، وأخيرا خلاصة هذه النتائج، إلا أن فالنهاية قد قمنا بوضع أهم الاقتراحات والتوصيات وعرض قائمة المراجع والمصادر وفي الختام الملاحق.

الجانِب النظري

الفصل الأول: الإطار العام للدراسة

1. الإشكالية
2. الفرضيات
3. أهمية موضوع الدراسة
4. أهداف موضوع الدراسة
5. تحديد مفاهيم موضوع الدراسة
6. الدراسات السابقة لموضوع الدراسة
7. مناقشة الدراسات السابقة

1. الإشكالية:

لا تقل الصحة النفسية أهمية عن الصحة الجسدية، إذ تُعدّ عنصراً أساسياً في الحفاظ على توازن الفرد واستقراره في مواجهة التحديات اليومية. ومن أبرز العوامل التي تهدد هذا التوازن الأمراض المزمنة، حيث تؤثر بشكل عميق على الحالة النفسية والاجتماعية للفرد، ويأتي مرض السكري على رأس هذه الأمراض نظراً لانتشاره الواسع ومضاعفاته المعقدة.

فوفقاً للإحصائيات من منظمة الصحة العالمية (WHO)، سُجّلت في عام 2022 نسبة 14% من البالغين المصابين بمرض السكري، بزيادة تُقدّر بـ 7% عن عام 1990. كما كان هذا المرض في عام 2021 سبباً مباشراً في وفاة حوالي 6 ملايين شخص، 47% منهم قبل بلوغ سن السبعين. أما في الجزائر فقد أشار رئيس الجمعية الجزائرية للطب الداخلي إلى أن 14.4% من السكان مصابون بالسكري، وهو ما يعكس مدى انتشاره في المجتمع بفعل عوامل متعددة، منها الوراثة، ضعف المناعة، نمط الحياة غير الصحي، وقلة النشاط البدني.

ويحدث هذا المرض نتيجة الإصابة على مستوى غدد البنكرياس مما يسبب اختلال في عملية أيض السكري الذي يؤدي إلى ارتفاع أو انخفاض مستوى الجلوكوز في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو وراثية نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، وينقسم هذا المرض إلى نوعين فالنوع الأول الخاضع للأنسولين، غالباً ما يستهدف الصغار و المراهقين الشباب، ونادراً ما يظهر بعد سن الأربعين، ينتج عن شذوذ في إفراز الأنسولين من طرف خلايا بيتا¹ لجزر لانجرهانز² المتواجدة في البنكرياس، أي إفراز الأنسولين بكميات ضئيلة جداً تكاد تكون معدومة أو عدم إفرازه بتاتا، وفي هذه الحالة لابد من حقن الأنسولين يوميا بالكمية اللازمة. (حداد، 2023، ص584).

وفي عام 2017، بلغ مجموع المصابين بمرض السكري من النمط الأول 09 ملايين شخص مصاب عالمياً. أما النوع الثاني يحدث عادة بعد سن الأربعين ويظهر عندما تفقد خلايا الجسم قدرتها على الاستجابة للأنسولين بشكل صحيح، مما يسبب ما يعرف بمقاومة الأنسولين، في البداية يفرز البنكرياس المزيد من الأنسولين للتعويض، لكن مع مرور الوقت يتراجع إفرازه، مما يؤدي إلى اختلال التوازن ويسبب الإصابة بالنوع الثاني من السكري. (مشري، مكي، 2023، ص77).

ويُعدّ مرض السكري بنوعيه وخاصة النوع الأول المعتمد على الأنسولين مرضاً مزمناً يتطلب من المصاب التعايش المستمر معه، ما يفرض عليه تكيفاً نفسياً طويلاً الأمد. وهنا تبرز أهمية المرونة النفسية، التي تُمكن الفرد من التكيف مع المرض، التحكم في الانفعالات، إدارة الضغوط، والالتزام بخطة العلاج بشكل متوازن. فالمرونة النفسية تُعتبر من العوامل المهمة التي تساعد على تخفيض حدة التوتر والقلق، وتُعزز من قدرة الفرد على التعامل الفعال مع متطلبات الحياة الصحية.

¹ خلايا بيتا: من الخلايا الرئيسية الموجودة في جزر لانجرهانز بالبنكرياس، وتتمثل وظيفتها في إفراز هرمون الأنسولين. (باشا، 2006، ص 56).

² جزر لانجرهانز: هي الغدة التي تحتوي في وسطها على مجموعة خلايا منها بيتا وألفا وغيرها، مختلفة الشكل عن باقي خلايا الغدة، تم اكتشافها سنة 1869. (صروف، 1817، ص 460).

من جهة أخرى، يظهر تقدير الذات كعامل نفسي مهم يتداخل مع المرونة النفسية في التأثير على قدرة المريض على التكيف مع مرضه. فالأشخاص الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من تقدير الذات يكونون أكثر قدرة على مواجهة المرض بثقة، وأكثر التزامًا بالعلاج، مما ينعكس إيجابًا على حالتهم النفسية والجسدية. أما الأفراد الذين يعانون من تدني تقدير الذات، فإنهم يكونون أكثر عرضة للقلق، الإحباط، الإهمال الصحي، وهو ما يؤدي إلى تذبذب في مستويات السكر وزيادة خطر المضاعفات.

وقد تناولت دراسات سابقة العلاقة بين المرونة النفسية وتقدير الذات في مجالات متعددة، كدراسة فاطمة بنت علي صالح الشمراني (2022) التي تناولت العلاقة بين هذين المتغيرين لدى معلمات رياض الأطفال، واستخدمت الباحثة المنهج الوصفي الارتباطي، حيث تكونت عينة الدراسة (40) معلمة، وأظهرت نتائجها عدم وجود فروق دالة تعزى لعدد الأطفال في الصف، وهو ما يفتح المجال لدراسة هذه العلاقة ضمن سياقات وفئات مختلفة.

وعليه، فإن التغيرات النفسية والاجتماعية الناتجة عن الإصابة بمرض السكري خاصة النوع الأول المعتمد على الأنسولين تطرح تساؤلًا جوهريًا حول طبيعة العلاقة بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى هذه الفئة من المرضى، نظرًا لأهمية هذه المتغيرات في تخفيف معاناة المصاب.

وعلى ضوء ما تقدم نقوم بطرح التساؤل التالي:

- هل توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية في استجابات افراد العينة من مرضى السكري الخاضعين للأنسولين بين كل من متغير المرونة النفسية ومتغير تقدير الذات؟
ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من الأسئلة الفرعية:

- ما مستوى المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية تعزى لمتغيرات (العمر، الجنس)؟
- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيرات (العمر، الجنس)؟

2. فرضيات الدراسة:

1.1. الفرضية العامة:

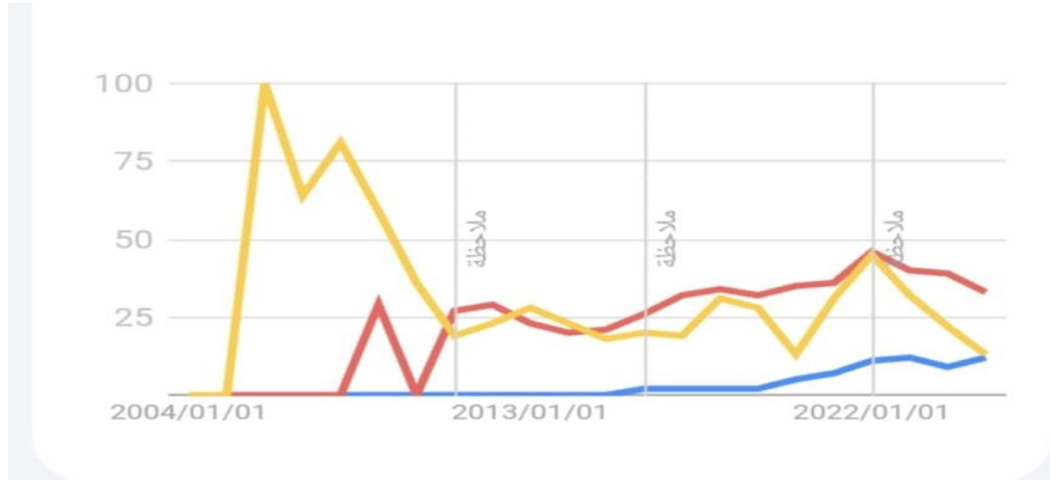
- توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

2.2. الفرضيات الجزئية:

- مستوى المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين مرتفع.
- توجد فروق دالة احصائية في مستوى المرونة النفسية تعزى لمتغيرات (العمر، الجنس).
- توجد فروق دالة احصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيرات (العمر، الجنس).

3. أهمية الدراسة:

تمتلك كل دراسة أهميتها العلمية المتفردة التي تميزها عن كل الدراسات ولتوضيح أهمية دراستنا الحالية قمنا بالاعتماد على محرك البحث Google trend.



الشكل رقم (01): منحني بياني يبين مؤشرات ارتفاع وانخفاض الاهتمام بكل من متغير المرونة النفسية وتقدير الذات ومرض السكري

- المرونة النفسية
- تقدير الذات
- مرض السكري

بالاعتماد على محرك البحث Google Trends وبغرض الحصول على معلومات تفيدنا في دراستنا فقد توصلنا الى النتائج التالية:

حيث يمثل المحور العمودي حجم الأبحاث بالنسب المئوية أما المحور الأفقي يمثل الزمن بداية من سنة 2004 حتى لسنة 2022.

أظهرت نتائج البحث من خلال محرك البحث Google Trends لمتغير المرونة النفسية نسب منخفضة من الاهتمام أو شبه معدوم حتى قرابة 2013، حيث يمكن تفسير هذا الانخفاض بأن الباحثين أو الناس لم يكونوا يمنحون أهمية كافية لهذا الموضوع، ربما لأن الوعي النفسي في المجتمع لم يكن قد تطور بعد أو لأن قضايا الصحة النفسية لم تحظى باهتمام كاف. كما شهد نموًا بطيئًا وثابتًا، ومع الوقت استمر في الارتفاع بشكل تدريجي، مع وصوله الى أعلى مستوياته تقريبًا في الفترة الأخيرة لسنة 2022 وما بعدها.

أما بالنسبة لمتغير تقدير الذات فقد شهد تقلبات ملحوظة في مستوى الاهتمام به عبر السنوات، حيث تشير بيانات محرك البحث Google Trends الى انخفاض ملحوظ في الاهتمام بهذا المتغير النفسي في بداياته، خاصة في سنة 2004، ما يعكس ضعف الوعي بأهميته في الصحة النفسية. مع الارتفاعات الحادة غير مستقرة بعد 2010، يرجع ذلك الى تزايد الوعي المجتمعي والدراسات العلمية التي أبرزت أثر تقدير الذات على التوازن النفسي والسلوكي، وقد تأرجح هذا الاهتمام بين الارتفاع والانخفاض، متأثرًا بعدة عوامل كتطور وسائل التواصل الاجتماعي، وازدياد المحتوى الداعم للصحة النفسية، الى جانب الظروف العالمية التي فرضت مراجعة الأولويات النفسية للأفراد، كجائحة كورونا.

كما أظهرت نتائج متغير مرض السكري أكثر بروزا خاصة من بداية (2004 – 2010) حيث سجلت فهم نسبة مرتفعة من الاهتمام، يرجع الى الاهتمام به عالميا. الا انها سجلت انخفاضاً تدريجي في مستوى البحث، يعزى هذا التراجع الى عدة عوامل، تشبع الأفراد بالمعلومات الكافية حول المرض بفضل الحملات التوعوية ما جعله أقل أهمية للبحث فيما بعد، الا انه لازال محافظ على نسب اهتمام معبرة.

ومن خلال دراستنا نسعى الى ابراز العلاقة بين المتغيرات وتوجيه الأنظار نحو أهمية التدخلات النفسية الداعمة لتعزيز المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري، مما قد يساهم في تحسين التوازن النفسي والجسدي لديهم، بحيث يدعم فعالية العلاج الطبي ويقلل من مضاعفاته المحتملة. حيث تساهم في فهم العلاقة بين الصحة النفسية والأمراض المزمنة.

وبالتي تندرج هذه الدراسة ضمن البحوث العلمية التي تسعى الى تقديم مقاربة شاملة للعناية بمرضى السكري، من خلال التركيز على البعد النفسي والاجتماعي، بما يدعم الجهود الرامية الى تحسين جودة حياتهم وتعزيز قدرتهم على التكيف مع متطلبات العلاج والمرض.

4. أهداف الدراسة:

من بين الأهداف التي دفعتنا لاختيار موضوع دراستنا:

- التعرف على مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.
- قياس مستوى تقدير الذات لديهم.
- الكشف عن العلاقة الارتباطية بين المرونة النفسية وتقدير الذات.
- دراسة الفروق في المرونة النفسية وتقدير الذات بين مرضى السكري من حيث العمر، الجنس.

5. تحديد مفاهيم موضوع الدراسة:

1.5. المرونة النفسية:

1.1.5. لغة:

قال ابن فارس: "مرن الميم والراء والنون أصل صحيح يدل على لين شيء وسهولته، (مرنَ يمرنُ مرانةً ومُرونةً: وهو لين في صلابة. ومرنت يد فلان على العمل أي صلبت واستمرت والمرانة: اللين. (الحمداني، 2018، ص 40). ورد في لسان العرب على أن المرونة من اللين والتأقلم مع الأوضاع المتغيرة، وبالتالي يمكن ربطها بالقدرة على التكيف النفسي. (ابن منظور، 2003).

2.1.5. اصطلاحاً:

حسب (شارما) "Sharma" عرف المرونة النفسية على أنها "القدرة على استعادة التوازن بعد أي فشل أو صدمة، وهي واحدة من أهم مهارات الحياة التي يحتاجها الفرد لحماية وجوده في عالم اليوم، وكثيرا ما يستخدم مصطلح المرونة لوصف سمة شخصية مستقرة، أو القدرة التي تحمي الأفراد من الآثار السلبية للمخاطر والمحن". (Sharma, 2015, p 71).

كما عرفها (كونر ودافيدسون) "Connor&Davidson" هي القدرة على التكيف مع الأحداث الصادمة والمحن والمواقف الضاغطة المتواصلة وهب عملية مستمرة يظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا إيجابيا في مواجهة المحن والتحديات التي تواجهه. (مبارك، 2023، ص 77).

3.1.5. اجرائيا:

ونقصد بها استجابات افراد العينة المصابين بمرض السكري الخاضعين للأنسولين المتواجدين بالعيادة متعددة الخدمات أمدور تونس مصلحة داء السكري بمدينة قالمة من كلا الجنسين وعلى مختلف الفئات العمرية اعتمادا على مقياس المرونة النفسية من اعداد الباحث هشام عبد الحافظ رابعة (2017) المتكون من (25) بند.

2.5. تقدير الذات:

1.2.5. لغة:

يشق مصطلح "تقدير" من الجذر الثلاثي (قدر)، والذي يحمل معاني الحكم، والتثمين، وإعطاء الشيء قيمته ومكانته. قدر الشيء أي قدر الشخص الشيء بمعنى عرف قيمته ووزنه. أما مصطلح "الذات" فيشير الى النفس البشرية والى كينونة الشخص الفردية. (ابن منظور، 2003، ص402)

2.2.5. اصطلاحا:

حسب كوبر سميث: هو تقييم الفرد لذاته، والذي يعكس مدى شعوره بالكفاءة والنجاح والاستحقاق قد يكون هذا التقييم ايجابيا أو سلبيا. (Cooper Smith, 1984, p10).

هو مجموعة الأحكام الذاتية التي يصدرها الفرد عن نفسه والتي تعبر عن مدى رضاه عن ذاته وقدرته على تحقيق أهدافه. (Mruk, 2006, P 10).

استخدم وليام ألبورت مصطلح "النفس" للإشارة الى الذات، بينما أطلق على الأنا اسم "الذات العليا". (حمري، 2012، ص12)

3.2.5. اجرائيا:

وهو الاستجابات التي يتحصل عليها أفراد العينة المصابين بمرض السكري الخاضعين للأنسولين المتواجدين بالعيادة متعددة الخدمات أمدور تونس مصلحة داء السكري بمدينة قالمة من كلا الجنسين وعلى مختلف الفئات العمرية على مقياس تقدير الذات لكوبر سميث (1967) المستخدم في هذه الدراسة من خلال إجابته على العبارات الواردة في المقياس المتكون من 25 عبارة. وتمت ترجمته من قبل "فاروق عبد الفتاح، ومحمد كمال دسوقي" سنة (1981)

3.5. مرض السكري الخاضع للأنسولين:

1.3.5. لغة:

المرض يعني الداء، والسكري نسبة الى السكر، بمعنى حالة يكون فيها مستوى السكر في الدم مرتفعا بشكل غير طبيعي.

2.3.5. اصطلاحا:

يتم تعريف مرض السكري على أنه ارتفاع سكر الدم الذي يحدث عندما لا يتم إنتاج كمية الأنسولين في البلازما بشكل كافٍ ونشطة بما يكفي مقارنة باحتياجات الجسم. (Mathie , 2018, p 26)

حسب منظمة الصحة العالمية 2023 تعرفه على أنه حالة مزمنة تحدث بسبب عجز البنكرياس عن انتاج كميات كافية من الأنسولين، مما يؤدي الى ارتفاع مستوى السكر في الدم.

كما يعتبر الأنسولين هرمون بروتيني تُفرزه خلايا بيتا في جزر لانجرهانز داخل البنكرياس، ويلعب دورا محوريا في تنظيم مستوى لغلوكوز في الدم. (جادو، 1996، ص 246).

3.3.5. اجرائيا:

هو كل فرد تم تشخيصه بمرض السكري من النوع الأول من طرف طبيب مختص، ويتلقى علاجاً منتظماً بالأنسولين.

6. الدراسات السابقة لموضوع الدراسة:

يعتبر جزء الدراسات السابقة من بين أهم الأجزاء التي تعمل على إثراء البحوث العلمية وتدعيمها، وككل هذه البحوث سنقوم بعرض مجموعة من الدراسات التي تتضمن متغيرات دراستنا الحالية وهي كالتالي:

1.6. الدراسات المحلية:

1.1.6. دراسة عبدلي عامر (2015):

العنوان: الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري

العينة: (77) مريض ومريضة تتراوح أعمارهم بين 21-63 يختلفون حسب الجنس ونوع العلاج.

الهدف: تهدف الى التعرف على مستوى الضغط النفسي لدى مرضى السكري وعلاقته بتقدير الذات

أدوات الدراسة: مقياس الضغط النفسي، مقياس مستوى تقدير الذات باستخدام سلم تقدير الذات لروزنبارغ

المنهج: المنهج الوصفي

نتائج الدراسة: توصلت نتائج الدراسة الى:

توجد علاقة بين الضغوط النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري.

لا توجد فروق في مستوى تقدير الذات باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

توجد فروق في مستوى الضغوط باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

لا توجد فروق في مستوى الضغوط النفسية باختلاف نوع العلاج (انسولين، حبوب) لدى مرضى السكري. (عبدلي، 2015).

2.1.6. دراسة بختي نصيرة (2016)

العنوان: النمط السلوك السائد (أ، ب) وعلاقته بالمرونة النفسية لدى الراشد المصاب بداء السكري.

العينة: عينة قصدية تكونت من 50 مصاب بداء السكري من مختلف الجنسين (27 ذكور و 23) اناث تراوحت أعمارهم ما بين (21-53 سنة) ولاية المدية.

الهدف: الهدف الأساسي للدراسة حول معرفة العلاقة بين النمط السلوك السائد (أ، ب) والمرونة النفسية لدى الراشد المصاب بداء السكري.

أدوات الدراسة: مقياس النمط السلوك (أ، ب) ومقياس المرونة النفسية.

المنهج: تم الاعتماد على المنهج الوصفي.

نتائج الدراسة:

توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين النمط السلوك السائد (أ، ب) والمرونة النفسية لدى الراشد المصاب بداء السكري. يتمتع الراشد المصاب بداء السكري بمرونة نفسية مرتفعة.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في النمط السلوك السائد (أ، ب) لدى الراشد المصاب بداء السكري حسب كل من الجنس ونوع السكري.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المرونة النفسية لدى الراشد المصاب بداء السكري حسب متغير الجنس و نوع السكري. (بختي، 2016).

3.1.6 دراسة بكير مليكة (2019):

العنوان: المرونة النفسية وعلاقتها بالضغط المدرسية لدى التلاميذ المترشحين لامتحان البكالوريا.

العينة: تكونت من (150) تلميذ وتلميذة منهم 62 ذكور و 88 اناث.

الهدف: هدفت الدراسة معرفة مدى وجود العلاقة بين المرونة النفسية والضغط المدرسية لدى أفراد عينة الدراسة.

أدوات الدراسة: مقياس المرونة النفسية المعدل من طرف الباحثة، ومقياس الضغط المدرسي المعدل من طرف الباحثة عبدي سميرة (2011).

المنهج: المنهج الوصفي الارتباطي.

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة للنتائج التالية:

وجود علاقة ارتباطية سالبة ومنخفضة بين المرونة النفسية والضغط المدرسية.

مستوى المرونة النفسية مرتفع لدى عينة الدراسة.

مستوى الضغط المدرسية منخفض لدى عينة الدراسة.

لا توجد فروق بين التلاميذ الذكور والاناث في المرونة النفسية والضغط المدرسية. (بكير، 2019).

4.1.6 دراسة سامية بورنان (2022):

العنوان: مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول

العينة: تكونت من (41) مريض ومريضة بالسكري النوع الأول في مستشفى الزهراوي بالمسيلة

الهدف: هدفت الدراسة الى التعرف مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول، والتعرف

على الفروق بين الجنسين في المرونة النفسية والسلوك الصحي

أدوات الدراسة: مقياس السلوك الصحي للبا حثان الصمادي عبد المجيد وعبد الغفور، مقياس المرونة النفسية

المنهج: المنهج الوصفي التحليلي

نتائج الدراسة: توصلت الدراسة للنتائج التالية:

مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري بمستشفى الزهراوي مرتفع.

مستوى السلوك الصحي لدى مرضى السكري بمستشفى الزهراوي مرتفع.

لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطات درجات المرضى السكري بمستشفى الزهراوي على مقياس المرونة

النفسية والتي تعزى لمتغير الجنس (ذكر، انثى). (بورنان، 2022).

5.1.6. دراسة بريشي مريامة، قريميط ريحانة وآخرون (2024):

العنوان: المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري من النوع الأول بولايي تقرت وورقلة.
العينة: تكونت العينة من 56 امرأة، تم اختيارهن بطريقة قصدية.

الهدف: هدفت الدراسة الى الكشف عن العلاقة بين تقدير الذات والمرونة النفسية لدى النساء المصابات بداء السكري النوع الأول.

وكذا الكشف عن احتمال تدخل عامل السن في هذه العلاقة، كما تسعى للكشف عن الفروق المحتملة في تقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري النوع الأول ذوات مرونة اسرية عالية تعزى لمتغيرات (الحالة الاجتماعية، الأمومة، العمل).

أدوات الدراسة: استخدام مقياس تقدير الذات "لروزنبارغ" سنة 1965، ومقياس المرونة الاسرية من اعداد "فورما والش" المنهج: الوصفي الارتباطي.

الأساليب الإحصائية: الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية.

نتائج الدراسة:

عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين المرونة الاسرية وتقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري النوع الأول. السن عامل مؤثر في العلاقة بين المرونة الاسرية وتقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري النوع الأول. تأكيد الفروق في تقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري نوع الأول ذوات مرونة اسرية عالية باختلاف الحالة الاجتماعية.

نفي الرق في تقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري نوع الأول ذوات مرونة اسرية عالية باختلاف كل من متغير الأمومة والحالة المهنية. (بريشي، قريمط، 2024).

2.6. الدراسات العربية:

1.2.6. دراسة الشيماء إبراهيم محمد حسب الله (2024):

العنوان: المرونة النفسية متغير وسيط بين الهيموجلوبين السكري ونوعية الحياة لدى المراهقين مرضى السكري نوع الأول
العينة: تكونت من (152) مراهق ومراهقة تراوحت أعمارهم ما بين (12-18) سنة

الهدف: توصل الى نموذج عام يفسر التأثيرات المباشرة وغير المباشرة بين المرونة النفسية والهيموجلوبين السكري ونوعية الحياة لدى المراهقين مرضى السكري نوع الأول، وتعرف على مدى اختلاف كل من المرونة النفسية ومستوى الهيموجلوبين السكري ونوعية الحياة لدى المراهقين مرضى السكري نوع الأول.

أدوات الدراسة: معدل الهيموجلوبين السكري، مقياس نوعية الحياة، مقياس التقبل والعمل للأطفال والمراهقين مرضى السكري.

المنهج: الوصفي الارتباطي المقارن.

نتائج الدراسة:

وجود تأثيرات مباشرة دالة احصائيا بين الهيموجلوبين السكري والمرونة النفسية ونوعية الحياة لدى المراهقين مرضى السكري النوع الأول، وعدم وجود تأثير مباشر بين الهيموجلوبين السكري ونوعية الحياة، بينما وجد تأثير غير مباشر بينهم بواسطة المرونة النفسية لدى المراهقين مرضى السكري النوع الأول.

كما أشارت نتائج الى عدم وجود فروق دالة احصائية في المرونة النفسية، ومتوسط نسب الهيموجلوبين السكري لدى المراهقين مرضى السكري وفقا لمتغير النوع، ومدة المرض والتفاعل بينهما، ووجدت فروق دالة احصائية في نوعية الحياة وفقا لمتغير النوع في اتجاه الذكور حيث ارتفعت لديهم نوعية الحياة مقارنة بالإناث، و لم توجد فروق دالة احصائية في نوعية الحياة وفقا لمتغير مدة المرض، والتفاعل بين متغيري النوع ومدة المرض. (حسب الله، 2024).

2.2.6. دراسة راشد علي السهل، سارة جاسم الطويل الرشيدى وآخرون (2024)

العنوان: المرونة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهقين الذين يعانون من مرض السكري.

العينة: تكونت من 113 مراهق من كلا الجنسين.

الهدف: التعرف على مستوى المرونة النفسية وجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسكري في الكويت.

أدوات الدراسة: مقياس المرونة وجودة الحياة.

المنهج: الوصفي الارتباطي.

نتائج الدراسة:

وجود زيادة في متغير جودة الحياة لدى عينة الدراسة وشعورهم بالرضا عن الحياة والسعادة

وجود علاقة الارتباطية ايجابية بين المرونة النفسية وجودة الحياة لدى المراهقين المصابين بالسكري

3.6. الدراسات الأجنبية:

1.3.6. دراسة: "عبيدة نواز وآخرون Ubaida Nawaz et al (2014)"

بعنوان "العلاقة بين المرونة وجودة الحياة لدى مرضى السكري في مستشفيات إسلام آباد باكستان"

العينة: تكونت العينة من 242 مريضاً بالسكري منهم 108 إناث و134 ذكور تتراوح أعمارهم بين 17 و85 سنة.

الهدف: تحديد العلاقة بين المرونة ونوعية حياة مرضى السكري من خلال التحكم في تأثير المستوى الشخصي (الجنس

والعمر والدخل) والديموغرافيا الخاصة بالمرض (مدة المرض ومستوى الجلوكوز الحالي).

أدوات الدراسة: مقياس مرونة الحالة والسمات، نموذج منظمة الصحة العالمية لجودة الحياة كما أجريت الاختبارات

الإحصائية وتحليل U الارتباط ثنائي المتغير واختبار مانويتني، الانحدار الخطي المتعدد لاختبار الاعتدال.

المنهج: المنهج الوصفي تحليلي.

نتائج الدراسة: أوضحت نتائج أن للمرونة النفسية تأثير إيجابي غير مشروط على جميع جوانب جودة الحياة، قد يستفيد

مرضى السكري المزمنون من التدخلات التي تعنى بالمرونة النفسية.

2.3.6. دراسة: "سي جيه هوجيندورن، جيه اركينويتز C.J. HoGendorn. J.O. Kinontz (2019)".

بعنوان "تقدير الذات والرعاية الذاتية والتحكم في نسبة السكر في الدم لدى المراهقين المصابين بداء السكري من النوع

الأول"

العينة: تكونت العينة من 85 مراهق مصاب بمرض السكري.

الهدف: هدفت الدراسة إلى استكشاف العلاقة بين احترام الذات لدى مرضى السكري والرعاية الذاتية والتحكم في نسبة

السكر في الدم بين المراهقين المصابين بمرض السكري من النوع الأول.

أدوات الدراسة: مقياس تقدير الذات مثل روزنبارغ و استبيان الرعاية الذاتية للسكري وكذلك تحليل HbA1c.

المنهج: المنهج الوصفي الارتباطي.

نتائج الدراسة:

تشير النتائج إلى أن تقدير الذات المرتبط بمرض السكري له علاقة قوية بالعناية الذاتية وضبط مستويات السكر في الدم لدى المراهقين المصابين بالسكري من النوع الأول كما أن تقدير الذات له ارتباط وثيق بمستويات HbA1c مقارنة بتكرار سلوكيات العناية الذاتية مما يعتبر مؤشر للاستفادة منه في ممارسات السريرية والبحوث المستقبلية.

3.3.6. دراسة: "أنيكاكايذر Annika Kaiser" (2020).

بعنوان "تأثير ضائقة السكري على إدارة الذات وتقدير الذات لدى مرضى السكري"

العيينة: تتكون العينة هذه الدراسة من 255 مريض بالداء لسكري منها 100 إناث و155 ذكور.

الهدف: هدفت الدراسة ملاحظة تأثير ضائقة السكري على الإدارة الذاتية وتقدير الذات بين مرضى السكري.

أدوات الدراسة: مقياس ضائقة السكري، مقياس الإدارة الذاتية ومقياس روزنبارغ لتقدير الذات.

المنهج الدراسة: منهج وصفي مسحي.

نتائج الدراسة: أظهرت نتائج أن ضائقة السكري تؤثر سلباً على إدارة الذات وتقدير الذات لدى مرضى السكري كما أظهرت نتائج إضافية أن ضائقة السكري وإدارة الذات كانت أعلى لدى مرضى السكري من النوع الأول مقارنة بالنوع الثاني.

4.3.6. دراسة "مي كيونغ تشوومي يونغ كيم Mi_Kyungcho and Mi youngkim" (2021)

بعنوان "ما الذي يؤثر على جودة حياة الأشخاص المصابين بداء السكري من النوع الأول"

العيينة: تكونت العينة من 111 مصاب بالداء السكري النوع الأول.

الهدف: هدفت إلى فهم مجموعة المعقدة التي تؤثر على جودة حياة الأشخاص المصابين بالداء السكري النوع الأول.

أدوات الدراسة: قاموا باستخدام برنامج إحصاءات PASW.

المنهج: منهج الوصفي.

نتائج الدراسة:

أظهرت نتائج أن أربع متغيرات كان لها تأثير كبير على جودة حياة (مستوى سكر الدم عند نقص سكر الدم والمضاعفات في النموذج 1 وفعالية الإدارة الذاتية لمرض السكري والقبول والمبادرة في النموذج 2).

7. التعقيب على الدراسات:

لقد توصلت الدراسات السابقة التي تناولناها الى نتائج جد هامة، ساهمت بشكل كبير على تحديد المسار الذي تبينناه طيلة مدة انجاز هذه الدراسة من خلال هذه الدراسات تم استخلاص ما يلي:

- من حيث الموضوع:

اتفقت معظم الدراسات السابقة بالتركيز على المتغيرات النفسية المرتبطة بمرض السكري، كدراسة عبدلي عامر (2015)، ودراسة بختي نصيرة (2016) التي بحثت في العلاقة بين النمط السائد وعلاقته بالمرونة النفسية لدى المصاب بالسكري، بينما ركزت دراسات أخرى مثل دراسة بريثي وقرميط، آخرون (2024) على المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري، كما تناولت بعض الدراسات متغيرات مماثلة ولكن من فئات مختلفة مثل دراسة بكير مليكة (2019)، حول المرونة النفسية والضغط المدرسية لدى تلاميذ البكالوريا، في حين الدراسات الأجنبية

مثل دراسة عبدة نواز وآخرون (2014)، دعمت كذلك أهمية المرونة النفسية لمرضى السكري، مما يبرز الطابع العالمي للاهتمام بهذه الموضوعات.

- من حيث الهدف:

بالرغم من أن لكل دراسة أهدافها الخاصة إلا أننا نجد معظم الدراسات هدفت إلى الكشف عن العلاقة بين المرونة النفسية مع بعض المتغيرات الأخرى، وكذلك تقدير الذات مع متغيرات مختلفة، ومن جانب آخر التعرف على الفروق الموجودة بين كل متغير إلا أن دراسة بريثي وقرميظ (2024) اتفقت أهدافها مع أهداف دراستنا وهو الكشف عن العلاقة بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري.

- من حيث العينة:

تباينت الدراسات السابقة من حيث طبيعة وحجم العينة بين مرضى السكري من كلا الجنسين ومن فئات مختلفة في دراسة كل من (عبدلي عامر، وبختي نصيرة، بورنان سامية، بريثي وقرميظ، الشيماء حسب الله ودراسة راشد علي السهل وآخرون)، ما أضفى تنوعاً على السياقات البحثية، كما نلاحظ تفاوت حجم العينات من صغيرة 41 مريض سكري في دراسة بورنان 2022 إلى كبيرة نسبياً في دراسة عبدة نواز وآخرون (2014) بعينة مكونة من 242 مريض سكري. وما هو ملاحظ أيضاً أن غالبية الدراسات اعتمدت على عينات مكونة من كلا الجنسين (ذكور، إناث).

- من حيث المنهج:

نلاحظ أن معظم الدراسات اعتمدت على المنهج الوصفي وبهذا توافقت مع منهج المعتمد في دراستنا.

- من حيث الأدوات: تماثلت معظم الدراسات السابقة مع دراستنا في المقاييس منها مقياس المرونة النفسية وتقدير الذات كما تم استخدام برامج إحصائية لتحليل النتائج مثل SPSS.

الفصل الثاني: المرونة النفسية.

تمهيد.

1. نبذة تاريخية عن المرونة النفسية.
2. مفهوم المرونة النفسية.
3. مفاهيم مرتبطة بالمرونة النفسية.
4. النظريات المفسرة للمرونة النفسية.
5. مصادر المرونة النفسية.
6. العوامل المؤثرة في المرونة النفسية.
7. طرق بناء المرونة النفسية.
8. مقومات المرونة النفسية.
9. الصفات التي يتصف بها الأفراد ذوي المرونة النفسية.
10. أهمية المرونة النفسية.
11. المرونة النفسية عند مرضى السكري.
12. المرونة النفسية وتقدير الذات.

خلاصة الفصل

تمهيد:

تتمثل المرونة النفسية في قدرة الفرد على الاستمرارية والتكيف ومواجهة الأحداث بطريقة مفعمة بالإيجابية متحدياً أصعب الظروف، فالأفراد المرنون لا يتركون مجالاً للأحداث السلبية والضغطات الحياتية أن تهزمهم وتسحق مقومات صمودهم النفسي.

في هذا الفصل سوف يتم التطرق إلى: مفهوم المرونة النفسية وبعض المفاهيم المرتبطة بها والنظريات التي قامت بتفسيرها، إضافة مصادر المرونة النفسية والعوامل المؤثرة، وكذلك مقوماتها وطرق بناءها وتم التطرق أيضاً إلى الصفات التي يتصف بها الأفراد ذوي المرونة النفسية وثمراتها وفوائدها وفي ختام الفصل تم التطرق إلى المرونة النفسية عند مرضى السكري وعلاقتها بتقدير الذات.

1. مفهوم المرونة النفسية:

تعددت تعاريف المرونة النفسية وسنعرض أبرزها على النحو التالي:

يعرفها حامد عبد السلام زهران بأنها حالة دائمة نسبيا، يكون الفرد فيها متوافقا نفسيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه ومع بيئته، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكاناته الى اقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة. (زهران، 2005، ص 9).

حيث يركز هذا التعريف على المرونة كحالة من التوافق الشامل والمستمر في مختلف أبعاد الشخصية، كما يبرز أهمية التوازن بين الذات والبيئة المحيطة، ويعكس رؤية شاملة للمرونة كقدرة على الإنجاز والتكيف الذاتي في الوقت ذاته. تعد المرونة النفسية بمثابة العملية الديناميكية التي بموجها يظهر الأفراد تكيفا سلوكيا إيجابيا عندما يواجهون محن شديدة تعترض حياتهم. (المالكي، 2012، ص 05).

بينما يرى محمد السعيد أبو حلاوة على أنها عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، صدمات، نكبات، أو ضغوط نفسية التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل، المشكلات المالية، كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو المشكلات والاحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفعالية. (أبو حلاوة، 2013، ص 3).

حيث يعد هذا التعريف أكثرها شمولاً، إذ لا يكتفي بالإشارة الى التكيف، بل يربط المرونة النفسية بقدرة الفرد على التعافي والاستمرار، مما يغطي نطاقاً واسعاً من الضغوط الحياتية التي تواجه الأفراد. كما أنها تدل على عملية نشطة متغيرة، تبرز تحديداً في أوقات الشدة، وتركز على التكيف الإيجابي كسمة رئيسية تساعد الفرد على اجتياز الأزمات.

وخلافاً لما ذكر فالمرونة النفسية هي القدرة على التكيف مع الأحداث الصادمة مثل المحن والمواقف الضاغطة المتواصلة، وهي عملية مستمرة يُظهر من خلالها الفرد سلوكاً تكيفياً إيجابياً في مواجهة المحن والمشكلات والصدمات ومصادر الضغط النفسي. (العزري، 2016، ص 9).

وعرفت أيضاً على أنها الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الانسان من التكيف بالتوسط او القابلية للتغير او الاخذ بأيسر الحلول كما تتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة الصراع والإحباط، وذلك لحل المشكلات بدلا من تجميدها على النظم القديمة، والرغبة في التعليم وفي التغيير والتجريب. (شاهين، 2016، ص 294).

كما أنها بناء دينامي متعدد الأبعاد يدمج بين التفاعل ثنائي الاتجاه وبين الأفراد وبيئاتهم داخل السياقات المختلفة سواء كانت الأسرة أو الرفاق، أو المدرسة، أو المجتمع. (مبارك، 2023، ص 68).

يتميز هذا التعريف بتركيزه على الأبعاد الاجتماعية والبيئية، ويبرز المرونة النفسية كمحصلة تفاعل بين الفرد ومحيطه، وهذا ما يفتح المجال لفهمها ضمن سياقات ثقافية واجتماعية أوسع.

تعد المرونة النفسية أيضا إحدى السمات الشخصية الأساسية التي تسهم في تعزيز التكيف الإيجابي للفرد، وذلك من خلال دعم استقراره الانفعالي وإيجاد بيئة نفسية داخلية متوازنة، على الرغم من تعرضه لمتغيرات نمائية كانت أو مهددات بيئية قد تؤثر سلبا في تكيفه النفسي، كما تعد مؤشرا على الفروق الفردية في التعامل مع مثيرات الضغط والتوتر، إذ أن استجابات الأفراد تختلف تبعا لخصائصهم النفسية والسمات المزاجية والمعرفية، فبينما يتمكن بعض الأفراد من توظيف استراتيجيات المواجهة التكيفية الفعالة، حيث يظهر آخرون استجابات أقل تكيفا قد تنعكس سلبا على مستوى أدائهم النفسي والاجتماعي. (جيران، إبراهيم، 2024، ص 648).

في ضوء التعريفات السابقة يمكن النظر للمرونة النفسية على أنها قدرة الفرد على التكيف مع الظروف الصعبة التي قد يمر بها في حياته اليومية، كالضغوط والمشكلات والصدمات، وتظهر هذه القدرة في الطريقة التي يتعامل بها الشخص مع التحديات، حيث يحاول فهم الموقف والتأقلم معه بدلا من الاستسلام له، كما تساعد المرونة النفسية الإنسان على تعديل أفكاره وسلوكياته، بحيث يحقق توازنا بين ما يحتاجه وبين ما تفرضه عليه الحياة من متغيرات، ويستمر في السعي نحو أهدافه بروح إيجابية دون أن يفقد قدرته على العطاء والتقدم.

2. نبذة تاريخية عن المرونة النفسية:

من أجل الفهم العميق والدقيق لمفهوم المرونة يجب معرفة تطورها عبر التاريخ فهو أمر معقد نظرا لطبيعته الديناميكية وتعداد استخداماته في تخصصات مختلفة وكذا علاقته بحياتنا اليومية. ترجع بدايات الاهتمام بمفهوم المرونة النفسية إلى نحو خمسين عاما مضت، وقد كان هذا الاهتمام محدودا وضيق النطاق، يقتصر على مجموعة صغيرة من الباحثين الذين خصصوا مسيرتهم المهنية لدراسة هذا المفهوم وتحليل الظواهر المرتبطة به، وتركزت الأبحاث في تلك الفترة على فهم آليات التكيف والنجاة لدى الأفراد في مواجهة الضغوط مع اغفال كبير للعوامل البيئية والاجتماعية والمحيطية. لكن لاحقا توسع الاهتمام ليشمل تأثير الظروف المعيشية والمخاطر البيئية، خاصة فيما يتعلق بالشباب الذين أظهروا قدرة ملحوظة على التكيف مع التحديات الاقتصادية والمشكلات النفسية وضغوط الحياة المختلفة. (زكي، 2022، ص 27).

يشير أبو حلاوة (2013) إلى أن جارميري (1973) أول من نشر نتائج بحث عن المرونة النفسية، حيث استخدم ما يسمى بعلم الوبائيات، إذ يدرس كل من يتعرض للمرض أو لا يتعرض له، وطرق الكشف عن أسباب الخطورة وكيفية وقايتها والتي تساعدنا في تحديد مفهوم المرونة النفسية. (الهاشمية، 2017، ص 12).

وتطور المفهوم أيضا مع إيميويرنر (1982) واحدة من الأوائل الذين استخدموا مصطلح المرونة النفسية في العقد السابع من القرن العشرين، حيث درست مجموعات من الأطفال من عائلات فقيرة ومدمنة للكحول أو يعاني بعض أبنائهم من مرض نفسي، وكان كثيرا من آباء هؤلاء الأطفال لا يعملون، فلاحظت أن ثلثي هؤلاء الأطفال يظهرون سلوكا عدوانيا وتخريبيا وتشير "ايي ويرنر" إلى أن ربع هؤلاء الأطفال لم يظهروا مثل هذا السلوك العدواني والتخربي ونجحوا في حياتهم

المهنية، ويطلق عليهم أطفال ذوي المرونة النفسية الذين يمتلكون سمات تجعلهم مختلفون عن أقرانهم. (بريس، 2022، ص 16).

عند ظهور علم النفس الإيجابي على يد "مارتن سليجمان" بدأ يظهر مفهوم المرونة النفسية بقوة، عندما كان يمارس دوره كرئيس لجمعية علم النفس الأمريكية عام 1997 حيث بدأ يطالب علماء النفس بتوجيه قدراتهم ومواهبهم نحو محاولة فهم مصادر المرونة، أي قدرة الانسان على التكيف جسديا ونفسيا مع أي حالة طارئة يمر بها، والتي تمكنه كذلك من استعادة الحيوية جراء بلاء لحق به. (زكي، 2022، ص 27).

رأى رواد علم النفس الإيجابي ألا يقتصر البحث في المرونة النفسية لدى الأفراد الذين يعانون ويمروا بضغوطات وصعوبات في حياتهم اليومية، بل لابد من التوسع في استخدام هذا المفهوم لكي يصبح نقطة رئيسية في حياة كل فرد سواء كان يواجه خبرات سيئة وصعوبات أم لا، فنحن جميعا نمر بدرجة من الضغوط والتحديات كل يوم في حياتنا، و تختلف في تحديد درجة هذه الضغوط للفرد وتأثيرها عليه أيضا لا يمكننا التنبؤ بمن سيكون قادرا على مواجهة تلك الصعوبات ومن لا يقدر، لذلك يجب أن يتمتع الجميع بقدر من المرونة. (أبو عجيبة و سلامة، 2017، ص 17).

مفهوم المرونة النفسية:

تعددت تعاريف المرونة النفسية وسنعرض أبرزها على النحو التالي:

يعرفها حامد عبد السلام زهران بأنها حالة دائمة نسبيا، يكون الفرد فيها متوافقا نفسيا وشخصيا وانفعاليا واجتماعيا أي مع نفسه ومع بيئته، ويكون قادرا على تحقيق ذاته واستغلال قدراته وامكانياته الى اقصى حد ممكن، ويكون قادرا على مواجهة مطالب الحياة. (زهران، 2005، ص 9).

حيث يركز هذا التعريف على المرونة كحالة من التوافق الشامل والمستمر في مختلف أبعاد الشخصية، كما يبرز أهمية التوازن بين الذات والبيئة المحيطة، ويعكس رؤية شاملة للمرونة كقدرة على الإنجاز والتكيف الذاتي في الوقت ذاته.

تعد المرونة النفسية بمثابة العملية الديناميكية التي بموجها يظهر الأفراد تكيفا سلوكيا إيجابيا عندما يواجهون محن شديدة تعترض حياتهم. (المالكي، 2012، ص 05).

بينما يرى محمد السعيد أبو حلاوة على أنها عملية التوافق الجيد والمواجهة الإيجابية للشدائد، صدمات، نكبات، أو ضغوط نفسية التي يواجهها البشر، مثل المشكلات الأسرية، مشكلات العلاقات مع الآخرين، المشكلات الصحية الخطيرة، ضغوط العمل، المشكلات المالية، كما تعني المرونة النفسية القدرة على التعافي من التأثيرات السلبية لهذه الشدائد أو المشكلات والاحداث الضاغطة والقدرة على تخطيها بشكل إيجابي ومواصلة الحياة بفعالية. (أبو حلاوة، 2013، ص 3).

حيث يعد هذا التعريف أكثرها شمولاً، إذ لا يكتفي بالإشارة الى التكيف، بل يربط المرونة النفسية بقدرة الفرد على التعافي والاستمرار، مما يغطي نطاقا واسعا من الضغوط الحياتية التي تواجه الأفراد.

كما أنها تدل على عملية نشطة متغيرة، تبرز تحديدا في أوقات الشدة، وتركز على التكيف الإيجابي كسمة رئيسية تساعد الفرد على اجتياز الأزمات.

وخلافا لما ذكر فالمرونة النفسية هي القدرة على التكيف مع الأحداث الصادمة مثل المحن والمواقف الضاغطة المتواصلة، وهي عملية مستمرة يُظهر من خلالها الفرد سلوكا تكيفيا إيجابيا في مواجهة المحن والمشكلات والصدمات ومصادر الضغط النفسي. (العزري، 2016، ص9).

وعرفت أيضا على أنها الاستجابة الانفعالية والعقلية التي تمكن الانسان من التكيف بالتوسط او القابلية للتغير او الاخذ بأيسر الحلول كما تتضمن القدرة على التوافق والتعديل لمواجهة الصراع والإحباط، وذلك لحل المشكلات بدلا من تجميدها على النظم القديمة، والرغبة في التعليم وفي التغيير والتجريب. (شاهين، 2016، ص294).

كما أنها بناء دينامي متعدد الأبعاد يدمج بين التفاعل ثنائي الاتجاه وبين الأفراد وبيئاتهم داخل السياقات المختلفة سواء كانت الأسرة أو الرفاق، أو المدرسة، أو المجتمع. (مبارك، 2023، ص68).

يتميز هذا التعريف بتركيزه على الأبعاد الاجتماعية والبيئية، ويبرز المرونة النفسية كمحصلة تفاعل بين الفرد ومحيطه، وهذا ما يفتح المجال لفهمها ضمن سياقات ثقافية واجتماعية أوسع.

تعد المرونة النفسية أيضا إحدى السمات الشخصية الأساسية التي تسهم في تعزيز التكيف الإيجابي للفرد، وذلك من خلال دعم استقراره الانفعالي وإيجاد بيئة نفسية داخلية متوازنة، على الرغم من تعرضه لمتغيرات نمائية كانت أو مهددات بيئية قد تؤثر سلبا في تكيفه النفسي، كما تعد مؤشرا على الفروق الفردية في التعامل مع مثيرات الضغط والتوتر، إذ أن استجابات الأفراد تختلف تبعا لخصائصهم النفسية والسمات المزاجية والمعرفية، فبينما يتمكن بعض الأفراد من توظيف استراتيجيات المواجهة التكيفية الفعالة، حيث يظهر آخرون استجابات أقل تكيفا قد تنعكس سلبا على مستوى أدائهم النفسي والاجتماعي. (جيران، إبراهيم، 2024، ص 648).

في ضوء التعريفات السابقة يمكن النظر للمرونة النفسية على أنها قدرة الفرد على التكيف مع الظروف الصعبة التي قد يمر بها في حياته اليومية، كالضغوط والمشكلات والصدمات، وتظهر هذه القدرة في الطريقة التي يتعامل بها الشخص مع التحديات، حيث يحاول فهم الموقف والتأقلم معه بدلا من الاستسلام له، كما تساعد المرونة النفسية الانسان على تعديل أفكاره وسلوكياته، بحيث يحقق توازنا بين ما يحتاجه وبين ما تفرضه عليه الحياة من متغيرات، ويستمر في السعي نحو أهدافه بروح إيجابية دون أن يفقد قدرته على العطاء والتقدم.

3. المفاهيم المرتبطة بالمرونة النفسية:

لقد تعددت المصطلحات التي لها علاقة بمفهوم المرونة النفسية وذلك لتوسيعها وأهميتها الكبيرة، سيتم عرضها على النحو التالي:

1.3. مرونة الأنا:

تعد مرونة الأنا أحد المفاهيم المحورية في علم النفس، وتشير إلى قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط والتغيرات، وفقا للجمعية النفسية الأمريكية، هي عملية التكيف الإيجابي والتأقلم الفعال والملاءمة النفسية الجيدة في مواجهة المصاعب والمحن و مختلف التحديات، سواء كانت أزمات حادة أو ضغوط حياتية يومية، مثل الخلافات الأسرية ، أو مشاكل صحية كالإصابة بمرض ما، و تتمثل في قدرة الفرد على التعافي من آثار هذه الأزمات وتجاوزها بطريقة بناءة ، مع الاستمرار في أداء وظائفه الحياتية بشكل طبيعي وفعال .(حمدان، 2020، ص 47).

2.3. قوة الأنا:

وفي هذا السياق، يستخدم مفهوم قوة الأنا كمؤشر دال على مرونة الأنا، وينظر إليه بوصفه أحد الأسس الرئيسية للصحة النفسية، وتشير قوة الأنا إلى قدرة الفرد على التفاعل بفعالية مع معطيات الواقع، والحفاظ على التوازن الانفعالي والامتثال للمطالب الاجتماعية، فضلا في القدرة على تنظيم الانفعالات والتعبير عنها بشكل ملائم في مختلف المواقف، سواء تلك التي تثير مشاعر الغضب أو الرضا، الأمر الذي يساهم في تعزيز الصحة النفسية وتحقيق التكيف الشخصي والاجتماعي.(شقورة، 2012، ص 11).

والجدول التالي يوضح الفرق بين كلاهما:

جدول (01): يوضح الفرق بين مرونة الأنا وقوة الأنا.

العنصر	مرونة الأنا	قوة الأنا
المفهوم الأساسي	قدرة الفرد على التكيف الإيجابي مع الأزمات والضغوط، والرجوع لوضعه الطبيعي بعد الصدمة.	قدرة الفرد على التعامل مع الواقع بفعالية، وتنظيم انفعالاته، والحفاظ على توازنه النفسي والاجتماعي.
الوظيفة النفسية	تساعد في التكيف مع التغيرات والضغوط اليومية أو المفاجئة كالإصابة بأمراض أو فقدان شخص.	تساهم في ضبط النفس، وتحقيق التوازن بين الرغبات الشخصية والمتطلبات الخارجية أو الاجتماعية.
الأهمية لدى مريض السكري	مريض السكري يتجاوز صدمة المرض ويتأقلم مع العلاج، ويتعلم كيفية التعامل مع الحمى والأنسولين، ويستمر في حياته بشكل طبيعي.	رغم الضغط النفسي من المرض، لا يسمح له بالتأثير على عمله أو علاقاته، بل ينظم وقته واحتياجاته الصحية بكل وعي.

المصدر: من اعداد الطلبة

3.3. الصلابة النفسية:

ويقصد بها مجموعة من السمات التي تتمثل في اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة، كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة إدراكا غير مشوه ويفسرها بطريقة منطقية، ويتعايش معها على نحو إيجابي وتتضمن ثلاثة أبعاد "الالتزام، التحكم، التحدي". (حسين، 2017، ص 51).

4.3. المناعة النفسية:

تعرف المنة النفسية على أنها منظومة نفسية معرفية متكاملة، تتكون من موارد داخلية تشمل الإمكانيات المعرفية، الدافعية الذاتية، والقدرات السلوكية التنظيمية، تعمل جميعها على دعم الفرد وتمكينه من مواجهة التحديات والمواقف الضاغطة، والحد من أثارها السلبية، وتكتسب هذه المنة أهمية خاصة لدى الأشخاص المصابين بأمراض مزمنة كمرض السكري، خصوصاً الحالات التي تتطلب علاجاً بالأنسولين، إذ تساعدهم على التكيف مع متطلبات المرض والتقليل من أثاره النفسية، والحفاظ على توازنهم النفسي رغم التحديات اليومية المرتبطة بحالتهم الصحية. (جعفر ، 2023، ص 460).

جدول (02): يوضح الفرق بين الصلابة النفسية والمناعة النفسية.

العنصر	الصلابة النفسية	المناعة النفسية
المفهوم	اعتقاد الفرد بقدرته على التعامل الإيجابي مع الضغوط.	منظومة داخلية تعزز مقاومة الضغوط والحد من أثارها السلبية.
الوظيفة النفسية	تفسير منطقي للضغوط والتعايش معها بفعالية.	تمكين الفرد من التكيف مع المواقف الصعبة.
الأهمية لدى مريض السكري	تقليل الأثر النفس، ي وتساعد مريض السكري على التكيف مع العلاج بالأنسولين.	تعزز القدرة النفسية على مواجهة والتعايش مع المرض.

المصدر: من اعداد الطلبة

5.3. الاتزان الانفعالي

يشير الى قدرة الفرد على تنظيم استجاباته الوجدانية بصورة متزنة وواعية، بحيث يتمكن من ضبط مشاعره المختلفة والتفاعل مع المواقف الحياتية بشكل مرن يتناسب مع طبيعة الحدث، وتعد هذه القدرة من المؤشرات المهمة للمرونة النفسية، حيث تساعد الفرد لاسيما مريض السكري الخاضعين للعلاج بالأنسولين، على التكيف مع الضغوط النفسية والجسدية الناتجة عن المرض، مما يسهم في تعزيز الاستقرار النفسي.

6.3. الهدوء الانفعالي

الهدوء الانفعالي هو مؤشر على النضج الانفعالي، ويعبر عن قدرة الفرد على مواجهة مختلف الظروف الحياتية، بما في ذلك المواقف الضاغطة أو المحبطة، بدرجة عالية من الاتزان والطمأنينة النفسية، ويشمل هذا الهدوء القدرة على تنظيم الانفعالات السلبية كالغضب والقلق، وتعزيز الانفعالات الإيجابية كالرضا والبهجة والانشراح، بطريقة تعكس الوعي الذاتي وال ضبط الداخلي. ويعد الهدوء الانفعالي من العوامل الأساسية التي تتيح للفرد استبصاراً أوضح بالمواقف، مما يسمح له باتخاذ قرارات أكثر عقلانية واستجابة أكثر توافقاً. (الصفدي، 2013، ص 28).

والجدول التالي يوضح الفرق بينهما:

جدول (03): يوضح الفرق بين الاتزان الانفعالي والهدوء الانفعالي.

العنصر	الاتزان الانفعالي	الهدوء الانفعالي
المفهوم	قدرة الفرد على ضبط مشاعره بتوازن ووعي.	حالة من الهدوء والثبات في مواجهة الضغوط.
الوظيفة النفسية	يساعد على التنظيم الانفعالي والتكيف.	يخفف التوتر ويحافظ على الاستقرار النفسي.
الأهمية لدى مريض السكري	يعزز الالتزام بالعلاج وتحمل الضغوط المرضية.	يقلل القلق المرتبط بالمرض ويحسن نوعية الحياة.

المصدر: من اعداد الطلبة

7.3. التوافق الإيجابي:

يقصد به قدرة الشخص على الاندماج والتكيف مع بيئته الاجتماعية ومع ذاته، بحيث يتمكن من تحقيق حياة خالية من الأزمات والاضطرابات، ويعني هذا قبول الفرد لنفسه كما هو، مع تقبل الآخرين وتفاعل إيجابي معهم.

8.3. التفكير الإيجابي:

مجموعة استراتيجيات في الشخصية توجد بدرجات متفاوتة عند البشر منها التفاؤل والذكاء الوجداني والرضا وتقبل الذات غير المشروط، والكفاءة الشخصية والانجاز وتحقيق الذات والمشاركة الوجدانية والعطاء والتشجيع على المودة والتفتح والانفتاح على الخبرة ومهارات التفاعل الاجتماعي، والتطلع نحو المستقبل وغيرها من الاستراتيجيات التي من شأنها تجعل الفرد أكثر مسؤولية وتحضرا. (العازمي، 2022، ص 150).

9.3. القدرة على التكيف:

يشير هذا المفهوم الى مجموعة من العمليات النفسية والسلوكية والاجتماعية التي تمكن الفرد من التعامل بمرونة وفعالية مع المتغيرات، أو الأمراض التي قد تؤثر على توازنه النفسي والاجتماعي، وتتمثل هذه القدرة في استعداد الشخص لإعادة تنظيم أفكاره ومشاعره وسلوكياته بما يتناسب مع الظروف الجديدة، بحيث ينجح في تقليل أثر الضغوط السلبية، ويستعيد توازنه الداخلي، بل وقد يتمكن من النمو الشخصي والتطور الإيجابي من خلال التجربة الصعبة.

4. النظريات المفسرة للمرونة النفسية:

شهدت محاولات العلماء لتفسير مفهوم المرونة النفسية تباينا واضحا، مما أدى الى ظهور العديد من وجهات النظر التي تناولت هذا المفهوم من زوايا مختلفة وفسرته بطرق متعددة ومن بين هذه النظريات نذكر:

1.4. نظرية ريتشاردسون:

نظرية ريتشاردسون في المرونة النفسية تعد من النظريات الحديثة التي تعد اطارا نظريا مهما لفهم كيفية تكيف الأفراد مع التحديات والضغوط النفسية، تركز هذه النظرية على التوازن الديناميكي بين الجوانب البيولوجية والنفسية والروحية، وتفسر كيف يعيد الأفراد بناء أنفسهم بعد الأزمات، حيث تفترض أن الانسان يولد بحالة من التوازن الداخلي (بيولوجيا ونفسيا وروحيا)، عندما يعترض لضغوط كالصدمات، الخسارة، أو الاجهاد اليومي، يختل هذا التوازن مما يدفع الفرد الى إعادة التكامل لاستعادة الاستقرار. (بزوبيري، 2022، ص 621).

فحسب نظريته الضغوط النفسية، سواء كانت متوقعة أو مفاجئة، فهي تشكل تهديدا لحالة التوازن النفسي للفرد، كما أن إدراك الفرد لتلك الضغوطات أو الصدمات والأمراض، فالتفاعل معها سواء عبر الأفكار أو المشاعر السلبي يحدد مدى تأثره بها، وعليه فان نجاح الفرد في تجاوزه لهذه الضغوط يساهم في تعزيز توازنه النفسي، وتدعيم مرونته الإيجابية، مما يجعله أكثر قدرة على التكيف مستقبلا. (العزري، 2017، ص 23)

اذ نستنتج أن نظرية ريتشاردسون من الاسهامات المهمة في فهم المرونة النفسية من منظور تكاملي شامل، حيث جمعت بين الجوانب البيولوجية والنفسية والروحية، وهو ما يميزها عن غيرها من النظريات التي ركزت على جانب واحد فقط، وقد قدمت هذه النظرية تصورا ديناميكيا للمرونة النفسية باعتبارها عملية مستمرة تتأثر بتفاعل الفرد مع بيئته وليست مجرد سمة ثابتة ، كما أنها توضح كيفية تجاوز الأزمات الصحية والضغوط المرتبطة بالمرض هذا بدوره يعزز من

النمو الشخصي والقدرة على التكيف، ما يدعم فكرة أن المرونة النفسية ليست فقط أداة مواجهة، بل وسيلة لتقدير الذات وتحقيق المعنى .

2.4. نظرية التحليل النفسي (سيجموند فرويد) :

- أشار سيجموند فرويد، مؤسس التحليل النفسي، الى أن الجهاز النفسي يتكون من ثلاث مكونات أساسية:
- الهو: وهو الجزء الغريزي من النفس، يمثل الهو الرغبات الفطرية والدوافع البيولوجية مثل الجوع، العطش، الجنس، العدوان وغيرهم، يعمل الهو وفق مبدأ اللذة أي يسعى الى اشباع الفوري للحاجات دون اعتبار للواقع أو العواقب.
- الأنا: يمثل الأنا الجانب الواعي والمنطقي من النفس، ويبدأ بالتكوين بعد الهو، يمثل الأنا مبدأ الواقع، أي انه يسعى الى تحقيق رغبات الهو ولكن بطريقة واقعية ومقبولة اجتماعيا، فهو المسؤول عن التوفيق بين متطلبات الهو، وضوابط الأنا الأعلى، ظروف الواقع.
- الأنا الأعلى: يمثل الأنا الأعلى الضمير الأخلاقي والمعايير الاجتماعية التي يكتسبها الفرد من مجتمعه، يعمل الأنا كسلطة داخلية تقيم الأفعال وتدفع الفرد التصرف وفقا للقيم والمبادئ.

حسب فرويد فالنمو النفسي السوي يسهم في بناء أنا متماسك وقادر على إدارة الصراعات الداخلية والخارجية بفعالية، ما يجعل منه عنصرا حاسما في تكوين الشخصية المتزنة، وتتحقق هذه الحالة من التوازن النفسي عندما يحدث حالة توازن بين مكونات الجهاز النفسي، بحيث لا يهيمن أحدهما على الآخر بصورة مفرطة، ويعد الانتقال التدريجي من استخدام أساليب دفاعية بدائية الى استراتيجيات أكثر نضجا في التعامل مع التحديات، ويُعد مؤشرا على تطور وظائف الأنا، وهذا بدوره يسهم في تعزيز قدرة الفرد على التوافق مع بيئته ومواجهة الضغوط.(الشمراي، بن كدسه، 2022، ص 763).

حيث يرى فرويد أن التوافق في الشخصية ما هو الا حصيلة نهائية لإمكانية تحقيق الذات وتفادي المعاناة عبر الواقع الاجتماعي، الذي تتحدد عبره السمات الجوهرية للشخصية، فالسلوك التوافقي هو السلوك الذي يهدف الى تجاوز التحديات البيئية أو الصعوبات والمواقف المختلفة، كما أن الأساليب التوافقية التي يكتسبها تعد استجابات نمطية يعتمد عليها لإشباع احتياجاته، وارضاء دوافعه، وتخفيف حدة توتراته، كما يشير الى أن درجة التكيف والاستعداد تعتبر من الجوانب الأساسية للمرونة النفسية لدى الفرد. (الحمداني، 2018، ص 75).

نستنتج من خلال هذه النظرية التي تأسست ضمن إطار التحليل النفسي الكلاسيكي، فهي تقدم رؤية عميقة للبنية النفسية للفرد، حيث أنها تتيح إدراكا للأليات التي تساهم في التكيف والمرونة، اذ أن تركيز فرويد على دور "الأنا" في الموازنة بين القوى الداخلية المتعارضة، اذ يسلط الضوء على العمليات النفسية التي تعزز قدرة الفرد على مواجهة الضغوط والتغيرات، الا أن هذه النظرية قد لا تغطي كافة جوانب المرونة النفسية بمفهومها المعاصر، خاصة فيما يتعلق بالعمليات المعرفية والادراكية والموارد الإيجابية كتقدير الذات والتفاؤل، ومع ذلك تظل الأسس التي وضعها فرويد ذات قيمة كبيرة في تتبع بدايات المرونة النفسية، مما يفتح المجال أمام دمجها مع نظريات حديثة لتقديم تصور أكثر شمولية للمرونة النفسية باعتبارها سمة متعددة الجوانب.

3.4. نظرية النمو النفسي الاجتماعي النمو (أريك أريكسون):

يفيد أريكسون أن البيئة الاجتماعية التي تحتوي الانسان مقترنة بالتفاعل مع عمليات النضج البيولوجي التي تطرح أمام كل فرد مجموعة من الأزمات يتعين عليه تجاوزها وحلها بصورة إيجابية، وانتظام مسار نموه النفسي والاجتماعي، اذ

يمر الانسان خلال مختلف مراحل حياته بفترات حرجة أو حساسة، اذ لابد من أن يتوصل الى حل لتجاوزها بطريقة إيجابية قبل أن يواجه أزمة أخرى، فكل مرحلة من مراحل النمو تتميز بصراعات وأزمات تحتاج الى معالجات وحلول من خلال التعامل معها بطريق تكيفية تتناسب مع هذه المرحلة.

فوفقاً لمبدأ التخلق المتعاقب فكل مرحلة من مراحل النمو بالنسبة لإريكسون لها مهامها الحياتية، والنجاح أو الفشل في تحقيق هذا له أثره الهام على النمو في المراحل التالية، فمن خلال نظرية إريكسون يمكن النظر الى انه وصف للقوة الاجتماعية والتاريخية التي تؤثر في قوة ومرونة وضعف وصلابة الأنا. (الحمداي، 2018، ص 77).

تبرز أهمية هذه النظرية في كونها تسلط الضوء على الدور الحيوي الذي تلعبه البيئة الاجتماعية والتجارب الحياتية في تشكيل شخصية الانسان عبر مراحل نموه المختلفة، فهي تميزت بدمجها بين العوامل النفسية والاجتماعية في تفسير النمو الإنساني، على عكس بعض النظريات التي ركزت فقط على الجوانب البيولوجية أو النفسية البحتة.

4.4. النظرية الإنسانية (كارل روجرز):

يركز هذا المنظور على أهمية نظرة الفرد لذاته، ومشكلاته الأساسية وفاعليته وحرية في اتخاذ قراراته لحل مشكلاته، ويركز بصفة عامة على الكشف عن السبل التي تؤدي بالفرد الى التكيف وتحقيق أقصى فاعلية لذاته. اذ يرى روجرز أن سلوك الفرد مدفوع بقوة ورغبة في المحافظة على النفس وتطويرها، اذ يسعى الانسان باستمرار لاستكشاف قدراته ويعمل على تحقيقها وهذا ما يطلق عليه روجرز تحقيق الذات، حيث يرى إذا كانت صورة الذات مرنة، وواقعية بالشكل الذي يسمح للوعي بتقييم كل خبرات الكائن الحي، عندها سنكون في موقع قادرين على التوحد مع تلك الخبرات ومتابعتها بهدف تعزيزها، وان المحددات التي من الذات أن تكون مرنة أو متصلبة، وواقعية أو غير واقعية، كخبرات الطفولة. فعندما يصبح الأطفال مدركين بذواتهم، فانهم يتطور لديهم بشكل تلقائي الحاجة التي سماها روجرز الاحترام الإيجابي. (الحمداي، 2018، ص 78).

تركز نظرية روجرز على قدرة الفرد على فهم ذاته وتحقيقها من خلال اتخاذ قرارات فعالة وواعية تنبع من إدراك داخلي صادق، وهذا ما يتقاطع بوضوح مع مفهوم المرونة النفسية التي تشير الى قدرة الفرد على التكيف مع والمواقف الصعبة بشكل مرن ومتزن.

5. مصادر المرونة النفسية:

1.5. الموارد الشخصية الذاتية: وهي التي تعتبر الأكثر أهمية والتي تشمل السمات الشخصية سيتم شرحها على النحو التالي:

- التصميم: كسمة نفسية تعني الإصرار على تحقيق الأهداف رغم التحديات، من خلال القدرة على المواجهة دون فقدان الأمل والاستمرار نحو تحقيق الأفضل.

- الثقة بالنفس: والتي تعتبر إحدى السمات الجوهرية في الشخصية التي تبدأ في التكون منذ مراحل الطفولة المبكرة، ولها علاقة قوية بقدرة الفرد على التكيف النفسي والاجتماعي، كما أنها تتأثر بشكل كبير بقدراته العقلية والجسمية والنفسية. (المخزومي، 2002، ص 122).

- التمكن من مواجهة الصعوبات: وذلك من خلال القدرة على إدارة التحديات والاستجابة بمرونة للمواقف الصعبة والمفاجئة.

- استثمار الفرص المتاحة: تشير الى قدرة الفرد على استغلال ما يمتلكه من قدرات وإمكانات داخلية كالمهارات، المعرفية والاجتماعية والانفعالية من أجل تحقيق أهداف ومكاسب تساعد على تجاوز التحديات التي تواجهه.

2.5. المصادر الاجتماعية: وتتضمن مايلي:

- المساندة الاجتماعية: هي إدراك الفرد لوجود شبكة من العلاقات الاجتماعية المتماسكة والداعمة، وتتمثل في الأسرة أو الأصدقاء، اذ توفر له الدعم النفسي والمعنوي والوجداني، هذا بدوره يساعد على التكيف مع الضغوط والمواقف الصعبة، وتعزز له الشعور بالقيمة الذاتية والانتماء الاجتماعي. (حسنين، 2004، ص 27).

- التماسك الأسري: يعد التماسك الأسري أحد المصادر الجوهرية التي تدعم تنمية المرونة النفسية لدى الأفراد، حيث يُعبر عن قوة الروابط العاطفية بين أفراد الأسرة ومدى ترابطهم، حيث يقاس التماسك الأسري من خلال مجموعة من المؤشرات كالترابط العاطفي، ووضوح الحدود داخل الأسرة، اذ يركز هذا المفهوم على قدرة النظام الأسري من جهة، وبين التقارب والترابط من جهة أخرى. (Olson, 2000, p145).

3.5. المعتقدات والقيم: تشمل المعايير التي توجه سلوك الأفراد، التي من خلالها يمكن للفرد التعامل مع المواقف الصعبة بفعالية ومرونة، فعندما يمتلك الفرد منظومة ومعتقدات وقيم واضحة، فانه يكون أكثر قدرة على تفسير تلك المواقف بإيجابية، مما يساهم في تعزيز قدرته على مواجهتها والتعايش معها.

4.5. الموارد الثقافية: تشمل المعرفة والثقافة العامة التي يمتلكها الأفراد، والتي تساهم في تعزيز شعورهم بالدعم والانتماء حيث يُقصد بكل منهما مايلي:

- المعرفة والثقافة العامة: تُعد المعرفة والثقافة العامة مصدرا مهما للمرونة لأنها تزود الفرد بمعلومات وخبرات متنوعة تساعد على تفسير المواقف وفهم الأزمات بشكل أعمق، مما تمكنه من التعامل معها بطريقة أكثر فعالية.

- الشعور بالانتماء: يمثل الشعور بالانتماء حاجة نفسية أساسية تساهم في تكوين بنية الانسان النفسية، اذ يشعر الفرد بأنه جزء من جماعة، هذا بدوره يعزز لديه مشاعر القبول والتقدير، ما ينعكس إيجابا على ادراكه لذاته وقيمه داخل المجتمع الذي ينتمي اليه، يعتبر الانتماء من أهم مصادر المرونة، حيث يزود الفرد بشبكة دعم عاطفي واجتماعي تساعد على مواجهة التحديات، ويمنحه الشعور بالأمان والاستقرار القدرة على تحقيق التوازن النفسي. (المومن، 2023، ص 236).

5.5. المهارات السلوكية والمعرفية: وتشمل مايلي:

- مهارات التعامل مع المشاعر وتنظيم العواطف: تعد مهارات التعامل مع المشاعر وتنظيم العواطف من الركائز الأساسية للمرونة النفسية، اذ تكمن أهمية هذه المهارات في قدرة الفرد على التعرف على مشاعره السلبية (كالحزن، الغضب، القلق وغيرهم) وتفسيرها بشكل صحيح، ومن ثم ادارتها وتنظيمها بدلا من كبها، ويكتسب مرونة أعلى في التفكير والتفاعل مع الضغوط اليومية. (Gross, 2015, p4).

- مواجهة المواقف الصعبة: تُعد مواجهة المواقف الصعبة سمة نفسية بارزة يتميز بها الأفراد القادرون على التكيف الإيجابي مع ضغوط الحياة وتحدياتها، فوفقا لما أشار اليه، فان هذه السمة ترتبط بامتلاك الفرد لمجموعة من المهارات المعرفية والانفعالية التي تعزز من مرونته النفسية، فالأشخاص الذين يتصفون بهذه السمة يميلون الى التعامل مع الفشل بروح إيجابية، حيث ينظرون اليه كفرصة للتعلم واكتساب الخبرة، وليس دليل على الإخفاق والعجز، كذلك استخدام أساليب فعالة لحل المشكلات، من خلال التحليل المنطقي للمواقف والتفكير في البدائل الممكنة واتخاذ قرارات

مناسبة، وهكذا فإن مواجهة المواقف الصعبة، لا تُعد فقط استجابة ظرفية، بل هي سمة مستقرة نسبياً تسهم في دعم قدرة الفرد على الصمود والتعافي في مواجهة مختلف الأزمات.

(Reivich&Shatte, 2002, p11).

6.5. الموارد الموضوعية: وتتضمن:

- الموارد الاقتصادية: تعد الموارد الاقتصادية من العوامل الداعمة للاستقرار النفسي، فالقدرة على تلبية الاحتياجات الأساسية، فعندما يشعر الفرد أن لديه موارد اقتصادية كافية، فإنه يميل إلى تطوير سمات نفسية كالشعور بالكفاءة، والقدرة على التخطيط، والرضا عن الذات، مما ينعكس إيجاباً على صحته النفسية. (Luthar&Cicchetti, 2000, p25).
- الحصول على التعليم: الحق في التعليم لا يقتصر على كونه وسيلة لاكتساب المعرفة فقط، بل يُعد أيضاً سمة نفسية تعكس الانفتاح الذهني، والقدرة على التحليل والتفكير النقدي، كما يُمكن التعليم الأفراد من تطوير مهارات التكيف، وإيجاد حلول فعالة للمشكلات التي تواجههم، مما يعزز من قدرتهم على التفاعل الإيجابي مع التحديات.
- الرعاية الصحية: تُشكل الرعاية الصحية مورداً حيواً يدعم التوازن النفسي والجسدي، يعزز من الوعي الذاتي والقدرة على التنظيم الذاتي، وهي من المصادر المهمة في بناء المرونة النفسية، فالوصول إلى الخدمات الصحية، لا سيما عند الإصابة بأحد الأمراض المزمنة، حيث توفر الرعاية لصحية يسهم في التقليل من الآثار النفسية السلبية، ويوفر بيئة داعمة لاستعادة التوازن. (Luthar&Cicchetti, 2000, p26).

6. العوامل التي تعزز المرونة النفسية:

هناك مجموعة من العوامل التي تعزز لدى الفرد المرونة النفسية ومن بين هذه العوامل نجد ما يلي:

1.6. عوامل على مستوى الفرد:

وتتمثل فيما يلي:

- التفكير الإيجابي: وهو التركيز على جوانب الحياة الإيجابية وتعلم كيفية التعامل مع التحديات، وكيفية معالجة المعلومات وتطبيق المعرفة من خلال إعادة الهيكلة ووجود توقعات نتائج إيجابية والنظرة الإيجابية.
- التعامل الإيجابي: هو عملية إدارة الظروف، وكذلك إنفاق جهد لحل المشاكل الشخصية، والسعي لتقليل الاجتهاد والنزاع أو التسامح.
- الواقعية: أي إمكانية توقع أو وجود توقعات نتائج واقعية، احترام الذات وتقديرها، الثقة، الكفاءة الذاتية والقبول.
- السيطرة السلوكية واللياقة البدنية: عملية رصد وتقييم وتعديل ردود الفعل العاطفية لتحقيق هدف (تنظيم ذاتي، تعزيز الذات، إدارة ذاتية) وتشمل المواجهة الروحية بناءً على المعتقدات والقيم الدينية لأنها تعتبر شكلاً من أشكال التكيف الإيجابي. (بن حديد، 2015، ص 45).

2.6. عوامل على مستوى العلاقات الاجتماعية:

- الروابط العاطفية: بناء علاقات قوية ومساندة أفراد العائلة والأصدقاء يساهم في تحسين التوازن النفسي.
- التواصل الفعال: التعبير عن الأفكار والمشاعر بشكل واضح ومباشر يساعد في تقليص المشكلات.
- الدعم المتبادل: تلقي الدعم وتقديم الدعم العاطفي يعزز من الشعور بالانتماء والاستقرار النفسي.
- الرعاية: تخصيص الوقت للاهتمام بالذات وبالآخرين يعزز من الشعور بالرضا النفسي.

3.6. عوامل على مستوى المجتمع المحلي:

- الانتماء المجتمعي: يعد الشعور بالانتماء الى المجتمع من العوامل الأساسية التي تعزز من مرونة الفرد النفسية، وذلك من خلال مشاركته في الأنشطة المجتمعية كالاكتفالات، الفعاليات الثقافية أو الدينية، هذا يجعله يشعر بأنه جزء من نسيج اجتماعي داعم، هذا الانتماء يقلل من مشاعر العزلة ويزيد من الثقة بالنفس والقدرة على التعامل مع التحديات.
 - العلاقات الاجتماعية والدعم المتبادل: تساعد العلاقات الاجتماعية الواسعة والمتنوعة في توفير مصادر متعددة للدعم العاطفي والمعنوي، فالتواصل مع أفراد المجتمع وتبادل الخبرات والأفكار يوفر للفرد فرصا للتعلم والنمو، مما يساهم في تعزيز قدرته على مواجهة الأزمات.
 - التنظيم المجتمعي: تساهم الأنشطة المنظمة في المجتمع، مثلا لجمعيات والفعاليات الرياضية، والمبادرات الخيرية في خلق بيئة داعمة تمنح الأفراد الفرصة للتعبير عن أنفسهم والتواصل مع الآخرين، هذا التنظيم يخلق مساحات آمنة لتبادل الخبرات وتطوير حلول مشتركة للمشكلات.
 - التواصل وبناء الروابط: التواصل الفعال بين أفراد المجتمع يعزز من التعاون والفهم المتبادل، يشمل ذلك التواصل مع القيادات المحلية أو الفرق التطوعية التي تساعد في تنظيم الحياة الاجتماعية، هذا التفاعل يخلق بيئة إيجابية يشعر فيها الجميع بأنهم مسموعون ومشاركون.
 - القدرة على التكيف: يساعد المجتمع الداعم في تيسير عملية تأقلم الأفراد مع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية عندما يشهد الشخص وجود مرونة في التعامل مع الظروف الطارئة والتحويلات المجتمعية، يشعر بأنه ليس وحيد في مواجهة التحديات. (بن حديد، 2015، ص46).
- ويمكن استخلاص أن كل العوامل السابقة تشارك في تعزيز المرونة النفسية لدى الفرد العوامل لكن يجب التركيز على تعزيز القدرات الشخصية مثل التفكير الإيجابي، الاستجابة الفعالة، والتعامل الهادئ مع الضغوط، والسيطرة على السلوك في الوقت ذاته، لا يمكن إهمال وإغفال أهمية البيئة الأسرية ودورها في تعزيز المرونة، إذ يعد الدعم العائلي أساسا لا يمكن تجاهله، كما أن المجتمع يلعب دورا هاما في توفير بيئة داعمة تساعد الفرد على اكتساب مهارات المرونة النفسية وتحقيق استقرار نفسي متوازن.

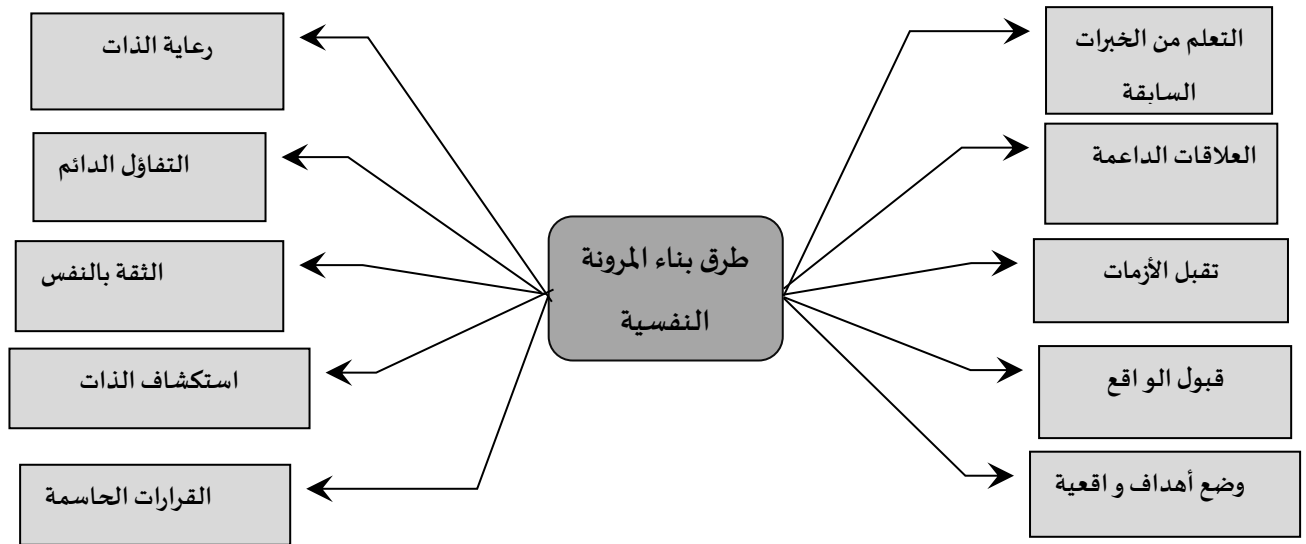
7. طرق بناء المرونة النفسية:

- قدمت الجمعية الأمريكية لعلم النفس (2010) عشرة طرق لبناء المرونة النفسية كمايلي:
- التعلم من الخبرات السابقة: وذلك من خلال قدرة الفرد على مراجعة تجاربه السابقة، سواء كانت ناجحة أو مليئة بالتحديات، واستخلاص الدروس منها بهدف تحسين مهارات التكيف واتخاذ قرارات أفضل في المستقبل.
 - العلاقات الاجتماعية الداعمة: وجود شبكة دعم قوية سواء كانت مع الآخرين بصفة عامة وأعضاء الأسرة والأصدقاء بصفة خاصة يعزز الإحساس بالأمان والانتماء، ويخفف من آثار الضغوط.
 - تقبل الأزمات: تجنب الاعتقاد بأن الأزمات أو الأحداث الضاغطة مشكلات لا يمكن تجنبها، إذ لابد النظر الى تلك الأزمات كجزء طبيعي من الحياة يمكن التعامل معه، بدلا من الاستسلام لها.
 - تقبل الواقع والظروف التي لا يمكن تغييرها: أي القدرة على التكيف مع الواقع والتوقف عن مقاومة ما لا يمكن تغييره، مما يقلل من الضغط النفسي ويسهل التعامل مع مختلف الظروف بمرونة.

- وضع أهداف واقعية: أي بمعنى تحديد أهداف قابلة للتحقيق يمنح شعورا بالإنجاز والاندفاع الإيجابي باتجاه تحقيقها.
 - اتخاذ قرارات حاسمة: وذلك من خلال القدرة على اتخاذ قرارات صائبة بدلا من التردد أو الانسحاب عند مواجهة مشكلات.
 - التطلع لفرص استكشاف الذات بعد الصراع مع الخسارة: يشير الى تحويل الأزمات والخسارات الى فرص لفهم أعمق للذات والنمو الشخصي، بعد المرور بتجربة صعبة، يبدأ الفرد في إعادة تقييم أولوياته، معتقداته، مما يقوده لاستكشاف جوانب جديدة من شخصيته.
 - تنمية الثقة بالنفس: فالإيمان بالقدرات الشخصية يعزز من القدرة على مواجهة التحديات وتحمل المسؤولية
 - الحفاظ على روح التفاؤل: تبني نظرة إيجابية نحو المستقبل والتوقع بأن الأمور ستتحسن، مما يخفف من الإحباط والقلق والاستبشار وتوقع الأفضل.
 - رعاية المرء لعقله وجسده: ويشمل ذلك ممارسة تدريبات منتظمة، مع الانتباه لحاجاته ومشاعره، فضلا من الاندماج في أنشطة الترفيه والاسترخاء وامتناع الذات، والتأسيس لحياة مرنة ومتوازنة.
- (شاهين، 2017، ص296).

كما أنه يجب أن يكون الفرد قادرا على الاحتفاظ بسعادته، وأمنه النفسي، وثقته بذاته، وتحمله المسؤولية، وأن يحافظ على العلاقات الاجتماعية التكيفية مع الآخرين كل ذلك يعمل ويساعد على بناء المرونة النفسية.

والشكل التالي يبين طرق بناء المرونة النفسية:

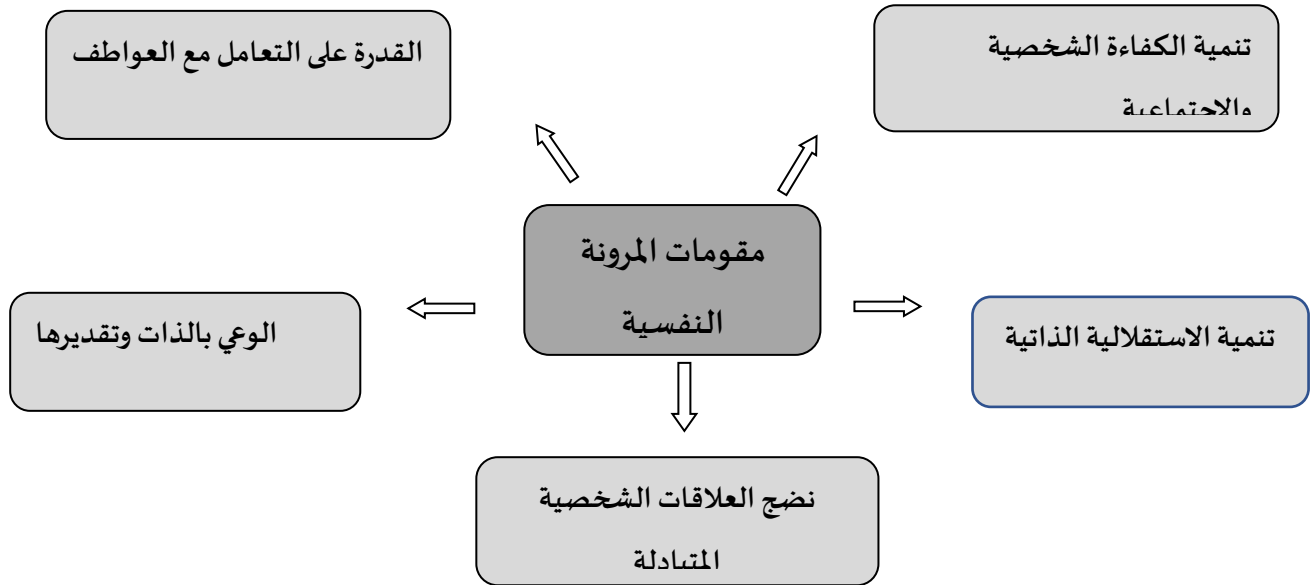


الشكل (02): يبين طرق بناء المرونة النفسية.

المصدر: من اعداد الطلبة

8. مقومات المرونة النفسية:

- تنمية الكفاءة الشخصية والاجتماعية: تتطلب المرونة النفسية أن يمتلك الفرد مهارات عقلية وجسمية واجتماعية تُمكنه من التكيف مع المواقف المختلفة بفعالية، كلما زادت كفاءة الفرد، زادت قدرته على التعامل بثقة مع التحديات والمواقف الصعبة.
 - القدرة على التعامل مع العواطف: يقصد بها تنمية قدرة الفرد على ضبط مشاعره وادارتها بوعي، بحيث لا يندفع في تصرفاته نتيجة انفعالاته، بل يتصرف بتوازن وهدوء.
 - تنمية الاستقلالية الذاتية: بمعنى أن يعتمد الفرد على نفسه في اصدار القرارات التي تتعلق بمستقبله وحياته دون الاعتماد على الآخرين، مما يُعني لديه الإحساس بالمسؤولية والسيطرة على مجريات حياته.
 - الوعي بالذات وتقديرها: يعني إدراك الفرد لقيمته وقدراته، والثقة بما يستطيع تحقيقه، هذا التقدير دافعا مهم
 - نضج العلاقات الشخصية المتبادلة: تسهم العلاقات الاجتماعية السليمة في تعزيز المرونة النفسية، اذ توفر للفرد الدعم العاطفي والتواصل الفعال، مما يساعده على تجاوز الأزمات بشكل أفضل ويحسن من حالته النفسية.
- (التلاهي، 2024، ص72).



شكل (03): يبين مقومات المرونة النفسية.

المصدر: من اعداد الطلبة

9. الصفات التي يتصف بها الأفراد ذوي المرونة النفسية

- يتميز الأفراد ذوي المرونة النفسية بعدة صفات كالاعتماد على الذات، والإبداع، والثقة بالنفس، والشعور بالبهجة، والميول الإبداعية، واحترام الذات، والضبط الداخلي، كما أن لديهم مهارات متعددة لحل المشكلات التي يواجهونها بالإضافة إلى السمات الأخرى والمتمثلة فيما يلي:
- القدرة على تقبل النقد والتعلم من الأخطاء.

- القدرة على تحمل المسؤولية وتنفيذها
- الاستبصار: هي قدرة الشخص على قراءة وترجمة المواقف والأشخاص والقدرة على التواصل بين الأشخاص ومعرفة طريقة الفرد في التكيف مع المواقف المختلفة، مما يجعله يفهم نفسه والآخرين.
- الاستقلالية: أي الشعور بالاستقلالية والاعتماد على الذات، والقدرة على صنع واتخاذ القرار دون الاعتماد على الآخرين، وكذلك الاعتزاز بالذات.
- المبادرة: وتشمل قدرة الشخص على بدء التحدي ومواجهة الأحداث، بعد دراسة سريعة وصحيحة وتمثل قدرة الفرد الشعور بادراك النتائج الايجابية الصحيحة والسريعة.
- تكوين العلاقات: وتشمل قدرة الفرد المرن على تكوين علاقات اجتماعية متبادلة، فهي عنصر عطاء وتلقي المساندة الانفعالية، وتسهم هذه العلاقات في تنمية الشعور بالانتماء، فضلا عن كونها مصدرا للشعور بالطمأنينة والأمن النفسي.
- القيم الموجهة (الأخلاق): وتشمل البنية الأخلاقية والروحية الصحيحة للشخص المرن، والتي تشمل قدرته على تكوين مفاهيم روحانية، وتطبيقها من خلال تعاملاته مع أفراد مجتمعه ومع خالقه ليكون شخصا مستمتعا بالإدراكات روحانية وخلقية في حياته العامة والخاصة. (العاظمي، 2022، ص 145).
- القدرة على تقبل النقد والتعلم من الأخطاء: الانسان معرض للوقوع في الخطأ دون أن يشعر، ولهذا هو يحتاج الى ان يستمع ويتقبل النقد برحابة صدر ويتعلم منه لتحسين أدائه فالمرونة تجعل الفرد يستفيد من مختلف الآراء حتى لو كانت متعارضة لما يؤمن به.
- القدرة على اتخاذ القرارات المناسبة بنفسه: القدرة على اتخاذ القرارات واحساس الشخص بالمسؤولية والالتزام وأن يدرس كل موقف بدقة، ويصبح قادرا على اتخاذ القرارات المناسبة في الأوقات الصحيحة، عدم التردد يعكس شخصية متزنة تمتلك مهارات اتخاذ القرار وتحمل عواقبه. (العاظمي، 2022، ص 145).
- القدرة على تحمل المسؤولية والقيام بها: الشخص المتزن يتسم بالالتزام وتحمل المسؤوليات بجدية ويسعى لتحقيق أهدافه من خلال مواجهة التحديات بواقعية دون اهمال أو التهرب، ما يجعله قادرا على التعامل مع المشكلات وإيجاد حلول فعالة لها، ولديه القدرة على التخطيط للمستقبل. (الهاشمية، 2017، ص 17).
- التصميم والعزيمة: ويتسم الفرد المرن بالمتابعة حتى اكتمال المهمة وتحقيق الهدف، ويكون لديه اعتقاد قوي بالقدرة على حل المشاكل التي تواجهه ويستطيع الفرد المرن أن يكون لديه علاقات إيجابية ليس فقط مع المجتمع الخارجي انما أيضا تشمل قدرته على التواصل مع ذاته. (الغبور، 2019، ص 67).
- ويمكن استخلاص من ذلك أن الأشخاص الذين يتمتعون بالمرونة النفسية يتعاملون بفعالية مع المشاعر السلبية، ويسعون الى السيطرة عليها بدلا من أن تسيطر عليهم، يتميزون بقدرتهم على التكيف مع المواقف المختلفة، والتحلي بالصبر والقدرة على تجاوز التحديات، كما انهم يظهرون توازنا بين المشاعر الإيجابية والسلبية، مما يتيح لهم مواجهة الازعاج بروح إيجابية دون تجاهل الجوانب السلبية.

10. أهمية المرونة النفسية:

ترجع أهمية المرونة النفسية الى أنها تهيئ الفرد للمواجهة وحسن التصرف والتوافق مع الضغوط النفسية والتهديدات والمخاطر.

فهي تساعد على التوافق مع مختلف المطالب الأنية، والحفاظ على التوازن بين مجالات الحياة، كما تمثل المرونة النفسية حجر الزاوية في الأداء الصحي الشخصي والاجتماعي للفرد من خلال ضبط النفس أو السيطرة الذاتية لجعل الأداء النفسي والاجتماعي في أفضل حالة ممكنة، فهي لا تساعد الفرد في تجاوز الضغوط فحسب، وإنما تجعله قادرا على التعامل مع هذه الضغوط بفعالية والاستفادة منها واعتبارها تحديا يستحق المواجهة وفرصة لاكتساب مهارات والتقدم في الحياة. (السويهي، 2024، ص 155).

وتتلخص أهميتها فيما يلي:

- تعمل على المحافظة على ثبات واتزان الفرد.
- تساعد الفرد على إعادة تكيفه عندما يتعرض لمواقف ضاغطة.
- تحويل المواقف والضغوطات الى مواقف أقل تهديدا وأكثر إيجابية، مما يجعله أقل عرضة للأثار السلبية المتعلقة بالضغوط الناتجة عن هذه المواقف. (السويهي، 2024، ص 156).

11. المرونة النفسية عند مرضى السكري:

يعتبر مرض السكري من الأمراض المزمنة التي تؤثر بشكل كبير على حياة المصابين به، فهو يتطلب تكيف مستمر مع نمط الحياة الجديد، مما يشكل عبئا نفسيا وجسديا يؤثر على مجريات حياتهم اليومية، فالمرونة النفسية تلعب دورا أساسيا في التخفيف من هذه التحديات، حيث تساعد المرضى على التكيف بشكل أفضل مع متطلبات المرض وتجاوز الصعوبات المرتبطة به، إذ تتيح للمريض التعامل مع القلق والتوتر الناتجين عن مرض السكري، خاصة فيما يتعلق بالخوف من انخفاض مستوى السكر في الدم أو المضاعفات المحتملة، فعندما يمتلك المريض قدرة التكيف معه يكون أكثر استعدادا لتقبل المرض والتعامل معه بطريقة إيجابية، مما ينعكس بشكل مباشر على التزامه بالعلاج وتحسين حالته الصحية، (حسب الله، 2024، ص 2).

فالمرونة النفسية تساعد على تعزيز السلوكيات الصحية، كالمواظبة على النشاط البدني، واتباع نظام غذائي منتظم، والالتزام في مواعيد الدواء، هذا بدوره يقلل من المضاعفات المزمنة المرتبطة بالسكري، كأمراض القلب، مشاكل الكلى.

وبذلك فإن امتلاك مستوى مرتفع من المرونة النفسية لا يعد فقط مؤشرا على التكيف النفسي الجيد، بل يعتبر أيضا آلية وقائية تدعم المريض جسديا ونفسيا في مواجهة مختلف أعباء المرض، وتحسن مسار علاجه على المدى الطويل.

12. المرونة النفسية وتقدير الذات:

تُعد المرونة النفسية من المفاهيم الأساسية في علم النفس الكلينيكي، وتشير الى قدرة الفرد على التكيف الإيجابي، مع الضغوط النفسية والصدمات، والانتكاسات، مع المحافظة على استقراره النفسي والوظيفي. وهي لا تعني غياب الألم أو المعاناة، بل تتمثل في قدرة الفرد على تجاوز المواقف الصعبة، والتعامل معها بمرونة وانفتاح، دون أن تتأثر بشكل مدمر على توازنه الداخلي.

وتعتبر هذه القدرة عامل حماية نفسي مهم، إذ تمكن الفرد من تجاوز العقبات وإعادة تنظيم حياته بطريقة صحية. في المقابل يُعد تقدير الذات من أبرز المحددات الداخلي التي تساهم في تشكيل استجابة الفرد للضغوط، ويُقصد به تقييم الفرد لقيمتها الذاتية، ومدى شعوره بالكفاءة والاحترام لذاته. فالفرد الذي يمتلك تقديرا ذاتيا مرتفعا غالبا ما يتمتع بالثقة

بالنفس واستقلالية في اتخاذ القرارات، وقدرة أكبر على التعامل مع النقد شأو الفصل دون أن تتأثر صورته الذاتية سلباً. (عمروش وبن مجاهد، 2024، ص ص 6-7).

في هذا السياق تبرز العلاقة بين المرونة النفسية وتقدير الذات، إذ يساهم ارتفاع تقدير الذات في تعزيز قدرة الفرد على التعامل مع الأزمات، حيث تشكل الصورة الإيجابية للذات قاعدة صلبة تُبنى عليها آلية التكيف، كالثقة في القدرة على المواجهة، وتنظيم الانفعالات، وحل المشكلات. وبالمثل فإن الشخص المرن نفسياً يكون أكثر قدرة على تخطي الفشل والضغوط، مما يُعزز شعوره بالكفاءة ويدعم بدوره تقديره لذاته. إذ أن العلاقة بين المفهومين علاقة تكامل وتفاعل.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم تناوله في هذا الفصل يتضح أن المرونة النفسية تعد من الأساسيات الضرورية لتطوير شخصية الفرد وتعزيز قدرته على التعامل مع الحياة اليومية وتحدياتها، فهي تساعد على مواجهة المواقف الصعبة والتغلب على الضغوط بطريقة إيجابية، مما يساهم في الحفاظ على التوازن النفسي والاستمرار في أداء الأدوار الاجتماعية بثقة وفعالية، وقد تم تسليط الضوء على دور المرونة النفسية في تمكين الأفراد من تجاوز الصعوبات بما في ذلك تلك المرتبطة بالإصابة بالأمراض المزمنة مثل داء السكري، ويعد من الأمراض التي تتطلب من المصاب التكيف المستمر مع نمط حياة جديد يتضمن التزامات وقيود صحية وجسدية ونفسية، إذ تساهم المرونة في تمكينهم من التعامل مع التغيرات النفسية والجسدية باتزان، مما ينعكس بشكل إيجابي على استقرارهم النفسي والاجتماعي، وبما أن المرونة تؤثر بصورة مباشرة على نظرة الفرد لذاته ومشاعره تجاه نفسه، فإن تقدير الذات يُعد أحد المتغيرات المرتبطة بها، حيث أن ارتفاع مستوى المرونة النفسية يساهم في تعزيز الشعور بالكفاءة والقدرة على السيطرة، وهو ما يرفع من مستوى تقدير الذات.

الفصل الثالث: تقدير الذات

تمهيد.

1. نبذة تاريخية عن تقدير الذات
2. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات
3. مفهوم تقدير الذات
4. تقدير الذات عند مرضى السكري
5. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات
6. أنواع تقدير الذات
7. نظريات تقدير الذات
8. أهمية تقدير الذات
9. العوامل المؤثرة في تقدير الذات

خلاصة الفصل

تمهيد

يعد تقدير الذات من المحاور الجوهرية في دراسة الشخصية والصحة النفسية، لما له تأثير مباشر على طريقة تفكير الفرد، سلوكياته، وتفاعله مع ذاته ومع الآخرين. في ظل التغيرات الاجتماعية والنفسية التي يعيشها الإنسان في مختلف مراحل حياته، ومن خلال هذا الفصل سنقوم باستعراض أهم النقاط المتعلقة بتقدير الذات والتي تخدم هذه الدراسة.

1. نبذة تاريخية حول تقدير الذات:

يرجع أصل مصطلح تقدير الذات إلى القرن العشرين فقط، أما بالنسبة للكتابات السابقة على هذا المفهوم، فقد كانت كتابات، غير محددة، تكافئ بين الذات وعدد من المفاهيم الميتافيزيقية، مثل: الروح والإرادة. ولذلك كانت معظم المناقشات المتعلقة بالذات في ذلك الوقت تنتهي إلى الفلسفة أو الدين. (جمعة، 2007، ص36)

ومعظم الفلسفات التي تطرقت إلى الذات تناولتها ضمن إطار غير علمي، بل فلسفي محض، منها ما تم تناوله في كتابات أفلاطون، أرسطو، وديكارت. ومع ذلك لم يصغ المفهوم بصيغته النفسية إلا في أواخر القرن التاسع عشر على يد عالم النفس الأمريكي "ويليام جيمس".

الذي يعد من أوائل العلماء الذين ساهموا في الانتقال من المفهوم الفلسفي إلى التفكير العلمي في الذات، من خلال كتاباته في علم النفس. حيث كتب جيمس كتابه الشهير: مبادئ علم النفس وخصص أكبر فصل فيه تحت عنوان: الذات الواعية ومع ذلك فإن الدراسات العلمية المنظمة لم تظهر إلا بعد حوالي ستين عاما من صدور هذا الكتاب. عندما حاول جيمس تصنيف الذات، ميز بين أنواع مختلفة منها، إلا أن تناوله للموضوع جاء مواكبة للمبادئ العلمية السائدة آنذاك إذ كان يخشى أن تؤدي دراسة الذات إلى إضعاف مكانة علم النفس كعلم موضوعي. ولكن مع مرور الوقت عدلت المدرسة السلوكية من توجهاتها، إذ بدا من غير المعقول أن تهمل موضوعات مثل الطموحات والمعتقدات والأفكار، وهي تمثل الموضوعات التي تميز الإنسان عن غيره من المخلوقات كما أسهم أيضاً ظهور نظرية الذات على يد "سنيج و كومب"، والتي تعتبر من أهم الاتجاهات في علم النفس الإنساني حيث يؤكد كل من "سنيج و كومب" أن سلوك الإنسان يتحدد من خلال المجال الظاهري الذي يعيش فيه، أي بالاهتمام بدراسة الذات، فهي تطرح دراسة عالم الفرد الذاتي أو المدرك، فلا يجب وفقا لسنيج أن يقتصر اهتمام علم النفس على السلوك الظاهر فحسب، بل يجب أن يهتم أيضا بالنشاط النفسي، إذ يمكننا تحسين عمليات التنبؤ بالسلوك، من خلال معرفة كيفية إدراك الفرد لذاته، فالأفراد لا يتصرفون بناء على الواقع الموضوعي للأشياء، وإنما يتصرفون بناء على تصوراتهم الذاتية لتلك الأشياء. (جمعة، 2007، ص37).

كما أسهم موريس روزنبارغ في منتصف القرن العشرين تقديم مقاربة أكثر وضوحا للمفهوم، حيث قام بتعريف تقدير الذات بأنه "اتجاه الفرد الإيجابي أو السلبي نحو نفسه، مؤكدا أن تقدر الذات يشكل الحجر الأساسي للصحة النفسية والتكيف الاجتماعي. (Rosenberg, 1965, p 30).

كذلك أسهم ظهور نظرية المجال على يد "ليفين" أيضاً في تعزيز الاهتمام بدراسة الذات، حيث يفسر السلوك الإنساني ضمن المجال الكلي. وهو لا يقصد به المجال الواقعي، ولكن المجال كما يراه الفرد، فهو يؤكد أهمية التعرف على المجال الشخصي أو الداخلي للفرد كشرط أساسي لفهم سلوكه والتنبؤ به. (جمعة، 2007، ص38).

بالإضافة أيضا إلى إسهامات روجرز في مجال علم النفس، فقد قام بدور مهم في تطوير علم النفس الإنساني، حيث ركز على تنمية وعي الفرد بذاته وتحسين قدرته على التعبير عنها. (جمعة، 2007، ص39).

2. بعض المفاهيم المرتبطة بتقدير الذات:

1.2. مفهوم الذات:

هو تكوين معرفي ومتعلم للمدرجات الشعورية والتطورات والتعميمات الخاصة بالذات، كما انه يحدد انجاز الفرد الفعلي ويظهر جزئيا في خبرات الفرد بالواقع واحتكاكه به، حيث انه يتأثر بالخبرات وتجارب الفرد والاحكام التي يتلقاها عن ذاته. (عبدلي، 2015، ص35)

2.2. صورة الذات:

تمثل رؤية المرء الذهنية لذاته التي تتكون بطريقة تلقائية من المحيط من خلال تجاربه (عبدلي، 2015، ص35). وهي التصور الذي يبنيه الشخص عن نفسه، سواء كان حقيقيا أو متخيلا، حيث تتعدد مصادر تكوين صورة الذات، فقد تكون داخلية نابعة من تصورات الفرد الذاتية، أو خارجية تتشكل من خلال تفاعله مع الآخرين وخبراته الاجتماعية. كما يمكن أن تتأثر أيضا بالطريقة التي يتصور بها الآخرين ذلك الفرد. (سويح، 2022، ص442).

3.2. قيمة الذات:

تمثل القبول غير المشروط للذات والشعور بأهميتها، مما يساعد على تحقيق الأهداف (مالهيويزنر، 2006، ص205).

نستنتج من هذا التعريف أن قيمة الذات هي البعد التقييمي المرتبط بصورة الذات، حيث تعكس مدى إدراك الفرد لأهميته وقيمه الشخصية، حيث تعتبر عنصرا جوهريا في بناء الصحة النفسية، من خلال تقدير الفرد لذاته، وقناعاته باستحقاقه للقبول والاحترام من قبل الآخرين ومن ذاته على حد سواء.

4.2. ضبط الذات:

يشير إلى قدرة الفرد لذاته بكل ما فيها من نقاط قوة وضعف، مما يعزز استقراره النفسي وقدرته على التكيف مع مختلف المواقف الحياتية. (عبدلي، 2015، ص35)

من خلال هذا التعريف يعد ضبط الذات عنصرا أساسيا في التوافق النفسي والاجتماعي، حيث يوضح قدرة الفرد على التحكم في سلوكياته، وأفكاره وانفعالاته،

5.2. تقدير الذات:

يعتبر تقدير الذات من أهم المفاهيم المتعلقة بشخصية الفرد فهو يعد أحد الأبعاد الهامة للشخصية، بل يعد أكثر الأبعاد أهمية وتأثيراً في سلوك الفرد؛ بحيث يرى الكثير من العلماء أن الغرض الأساسي كل أنواع النشاط هو محاولة الفرد رفع تقدير الذات لديه (الركيبات، 2007، ص 13).

3. مفهوم تقدير الذات:

ان تقدير الذات يتضمن التقييم الذي يضعه الفرد لذاته ولكل ما يتمسك به من عادات مألوفة لديه، ولذلك فان تقدير الذات يتضمن الفهم الانفعالي للذات الذي يعكس الثقة بالنفس. (الزبني، 2023، ص31).

حسب ما سلو هو إحدى الحاجات الإنسانية المسيطرة. وأن حاجة الفرد إلى تقدير الذات من الآخرين يتمثل على أساس تقويم كفاية وقدرة الفرد الحقيقة، وأن إرضاء هذه الحاجة يولد الإحساس بالثقة بالذات، والكفاية والاستقلالية، والحرية. (الالوسي، 2014، ص105).

يرى ما سلو أن تقدير الذات يجسد الشعور بالاحترام الذاتي الايجابي الذي يتطور عندما يحقق الأفراد باستمرار الأهداف المهمة في حياتهم، وهو الجانب التقييمي للمعرفة الذاتية. (Virgil،2013,p13)

حسب كوبر سميث: تقدير الذات هو حكم الفرد على ذاته من حيث الاستحقاق، والذي يتضح من خلال الاتجاهات التي يتمسك بها، ويحافظ عليها نحو ذاته فيما يتعلق بتوقعات النجاح والفشل والقبول وقوة الشخصية. (ذيب، 2010، ص 76).

يعرفه روزنبارج 1979: بأنه موقف الفرد اتجاه نفسه سواء كان هذا الاتجاه سلبيا أو ايجابيا نحو نفسه. وكذلك ان يكون اتجاهها نحو جميع الموضوعات التي يتعامل معها. حيث يرى أن تقدير الفرد ا العالي للفرد لذاته يعني شعوره بأهمية نفسه واحترامه لها. (أبو مغلي، 2002، ص 108).

يعرف كارل روجرز (1969) بأنه الاتجاهات التي يتبناها الفرد حول ذاته، والتي تشتغل على مكونين الأول سلوكي، أما الثاني فانفعالي. (قهار، دس، ص 116).

وفقا "لبرونو" أن تقدير الذات تقييما عاما يقوم به الفرد فيما يتعلق بشخصيته، وبالتالي يكون إما ايجابيا أو سلبيا يعد تقدير الذات حسب "بيني وروبنسون" هو المكون التقييمي لمفهوم الذات، إذ تشير المستويات المرتفعة من تقدير الذات إلى اتجاهات ايجابية نحو الذات، بينما تشير المستويات المنخفضة منه إلى اتجاهات سلبية نحوها. (جمعة، 2007، ص 34).

مفهوم تقدير الذات: هو نظرة الفرد إلى نفسه، هذه النظرة إما أن تتسم بالاحترام أو الشعور بعدم القيمة، وذلك تتبعا لما يطره الفرد عن نفسه من أفكار تتغير بتغير مراحل العمرية. (السروري وآخرون، 2011، ص 16).

من خلال استعراض مختلف التعاريف التي قدمها الباحثون حول مفهوم تقدير الذات، يتبين أنه مفهوم متعدد الأبعاد يعكس نظرة الفرد لنفسه، ومدى شعوره بالكفاءة والقيمة الشخصية. كما يتضح أن تقدير الذات ليس سمة ثابتة بل يتطور عبر مراحل الحياة، بتأثير مجموعة من العوامل النفسية والاجتماعية.

4. تقدير الذات عند مرضى السكري:

يعتبر مرضى السكري من الأمراض المزمنة التي تفرض على المصاب بها تغيرات جذرية في نمط حياته، سواء من حيث النظام الغذائي، النشاط البدني، أو حتى من ناحية المتابعة الطبية المستمرة. هذه التغيرات اليومية قد تؤثر بشكل كبير على تقدير الذات لدى المرضى.

كما يلعب تقدير الذات دور أساسي في كيفية تأثير ادارة مرض السكري، فكلما كان لدى مريض السكري تقدير ذات أعلى، كلما تمكن بشكل أفضل من ادارة مرضه، وشعر بمستوى أعلى من الراحة النفسية. أما المرضى الذين لديهم تقدير ذات منخفض، يظهرون ضعفا في قدرتهم على الالتزام بنمط حياة صحي، وفي مواجهة الضغوط النفسية الناتجة عن السكري، مما يؤثر سلبا على حالتهم النفسية. (jessy،2023, p 3)

يمكن القول ان تقدير الذات عند مرضى السكري هو عنصر حساس يتأثر بعدة عوامل كطبيعة المرض، مدى الدعم الاجتماعي، شخصية المريض، طريقة تعامله مع القيود الصحية، والكيفية التي ينظر بها الى نفسه ومرضه، لذلك يعتبر العمل على تعزيز تقدير الذات لدى هؤلاء المرضى خطوة أساسية في تحسين نوعية حياتهم وتحقيق التكيف الإيجابي مع المرض.

5. الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات:

يعتبر مفهوم الذات وتقدير الذات من المفاهيم النفسية الخاصة بالفرد حيث يعتبران أساس التوافق النفسي ومن خلال الجدول التالي سنوضح الفرق بينهما:

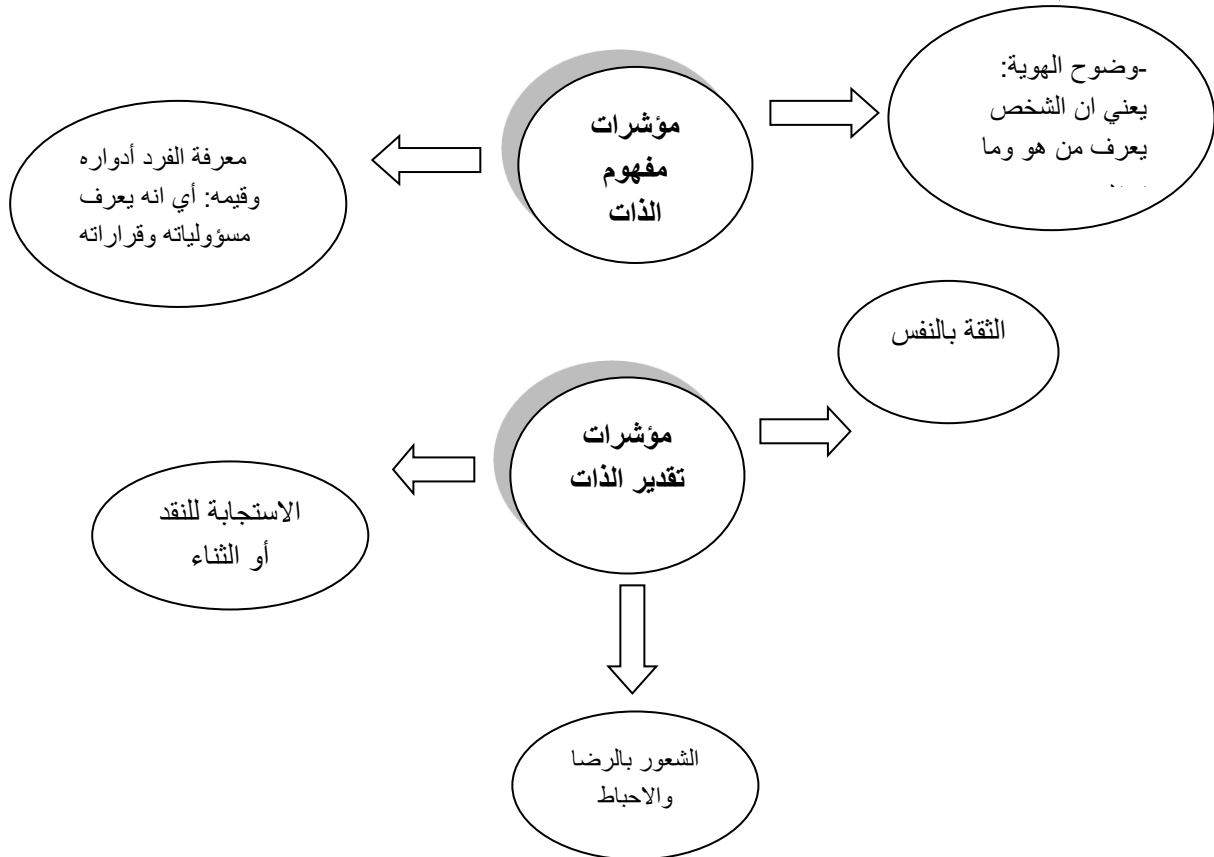
الجدول (04): يوضح الفرق بين مفهوم الذات وتقدير الذات.

العنصر	مفهوم الذات	تقدير الذات
التعريف	هو إدراك الفرد لنفسه، ويتشكل من مجموعة من الآراء والأفكار عن شخصيته	هو التقييم الذي يوجهه الفرد نحو نفسه، أي حكمه على مدى قيمته الذاتية.
الجانب العقلي	يشمل الجانب الإدراكي (المعرفي) من الشخصية أي كيف يرى نفسه ويصفها.	يشمل الجانب الانفعالي (العاطفي) من الشخصية أي كيف يشعر اتجاه نفسه.
الوظيفة النفسية	يساعد الفرد على فهم ذاته وتحديد هويته ومكانته في المجتمع.	يؤثر على ثقة الفرد بنفسه ودافعيته وسلوكه في المواقف المختلفة.
العوامل المؤثرة	يتأثر بالخبرات والتجارب، الثقافة، والتنشئة الاجتماعية.	يتأثر بالإنجازات، القبول، الرفض، الفشل، التقدير أو الانتقاد.
الاستقرار	أكثر ثباتاً نسبياً أي لا يتغير بسرعة.	أقل ثباتاً، يتغير بتغير الظروف والمواقف اليومية.

المصدر: (بطرس، 2008، ص479)

ومن خلال الجدول الموضح أعلاه نستنتج مجموعة من المؤشرات الخاصة بمفهوم الذات وتقدير الذات:

مؤشرات مفهوم الذات وتقدير الذات:



المصدر: من اعداد الطلبة

الشكل (4): يبين مؤشرات مفهوم الذات وتقدير الذات

6. أنواع تقدير الذات:

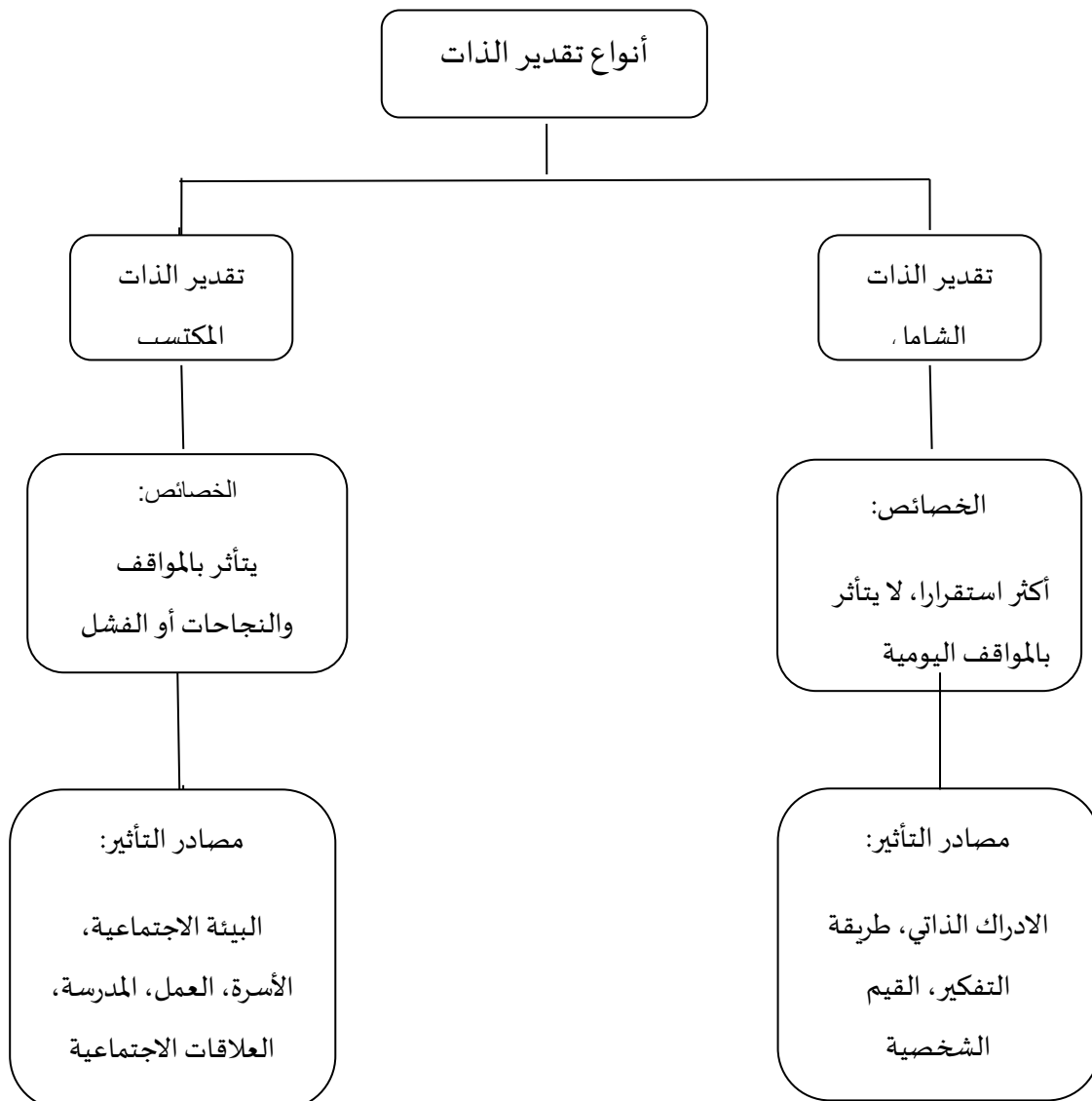
يعد تقدير الذات من الركائز النفسية التي تحدد كيف يرى الفرد نفسه وكيف يتعامل مع العالم من حوله، فهو لا ينشأ من فراغ، بل يتأثر بعدة عوامل داخلية وخارجية، مما يؤدي إلى ظهور أنواع مختلفة منه. ومن بين أبرز هذه الأنواع نجد تقدير الذات المكتسب وتقدير الذات الشامل، حيث يعكس كل منهما جانباً معيناً من نظرة الفرد لذاته. ويساعد التمييز بين هذين النوعين في فهم أعمق لتقدير الذات.

1.6. تقدير الذات المكتسب:

وهو التقدير الذي يتشكل من خلال تجارب الفرد الحياتية كتحقيق الانجازات، حيث يشعر بالرضا بناءً على مدى نجاحاته وما حققه من أهداف.

2.6. التقدير الذاتي الشامل:

يشير إلى الشعور العام بالفخر والاعتزاز بالذات، حيث يظل الأفراد الذين لديهم تقدير ذاتي شامل يشعرون بقيمتهم حتى في غياب الانجازات العملية، يكمن الفرق الجوهرى بين النوعين في أن التقدير الذاتي المكتسب يعتمد على الانجازات أولاً، بينما يرى التقدير الذاتي الشامل أن القيمة الذاتية تأتي في المقام الأول، ثم تلها النجاحات والتحصيل. (بطرس، 2008، ص458).



الشكل (05): يبين مقارنة بين تقدير الذات المكتسب وتقدير الذات الشامل

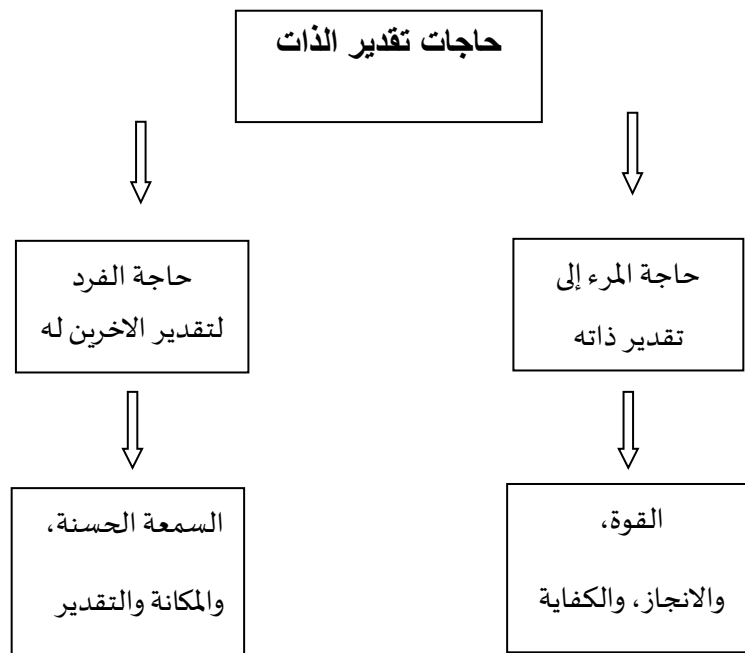
المصدر: من اعداد الطلبة

7. نظريات تقدير الذات

تعددت النظريات التي تناولت مفهوم تقدير الذات واختلفت باختلاف توجهات ومناهج الباحثين؛ كما اعتمد الباحثون في تصميم تقدير الذات على بعض النماذج لتفسير مستويات تقدير الذات ومن أهم هذه النظريات نجد:

1.7. نظرية ماسلو (1954):

يرى ماسلو في هرمه المدرج أن هناك مجموعة من الحاجات منها حاجات تقدير الذات، وقسمها إلى



الشكل (06): يبين حاجات تقدير الذات حسب ماسلو.

المصدر: من اعداد الطلبة

ويرى ماسلو أن المجموعة الأولى من الرغبات تتلخص جميعها في حاجة المرء لتقدير ذاته، والثقة بالنفس، في حين تتمثل المجموعة الثانية في حاجة المرء لتقدير الآخرين له أو الشهرة، والمكانة، والإقدام من جانب الآخرين، والجيلولة دون إتاحة الفرصة لإشباع هذه الحاجات أو تحقيقها يمكن أن ينتج الشعور بالنقص أو الدونية وإشباع هذه الحاجة يتجه سلوك الفرد نحو مقابلة متطلبات ذلك الغير فيبذل ما يمكن من جهد في القيام بما يتوقع أنه عمل له قيمته الاجتماعية، والايجابية بالنسبة لهؤلاء الآخرين، ويؤدي إشباع هذه الحاجة إلى الشعور بالثقة بالنفس والقوة، والنضج بالنسبة للمجتمع في حين يؤدي عدم إشباعها إلى الشعور بالنقص، والعجز، كما يؤدي إلى تثبيط الهمم، والعزيمة. (سمور، 2015، ص22).

2.7. نظرية كوبر سميث (1967):

يرى كوبر سميث أن تقدير الذات هو مفهوم معقد ومتعدد الأبعاد، لذلك لا ينبغي دراسته من خلال منهج واحد أو مدخل محدد، بل يجب الاستفادة من مختلف المناهج لفهم الجوانب المتعددة لهذا المفهوم.

ويعتبر كوبر سميث أن تقدير الذات يتكون من بعدين رئيسيين: عملية تقييم الذات، والاستجابات الدفاعية المرتبطة بها. ومن هذا المنطلق يميز بين نوعين من تقدير الذات:

تقدير الذات الحقيقي:

ويوجد عند الأفراد الذين يشعرون فعلا بأهميتهم وبأن لهم قيمة ذاتية حقيقية. هؤلاء الأشخاص يتمتعون بثقة متوازنة ويعبرون عن ذواتهم بشكل واقعي ومتزن. (الالوسي، 2014، ص 111).

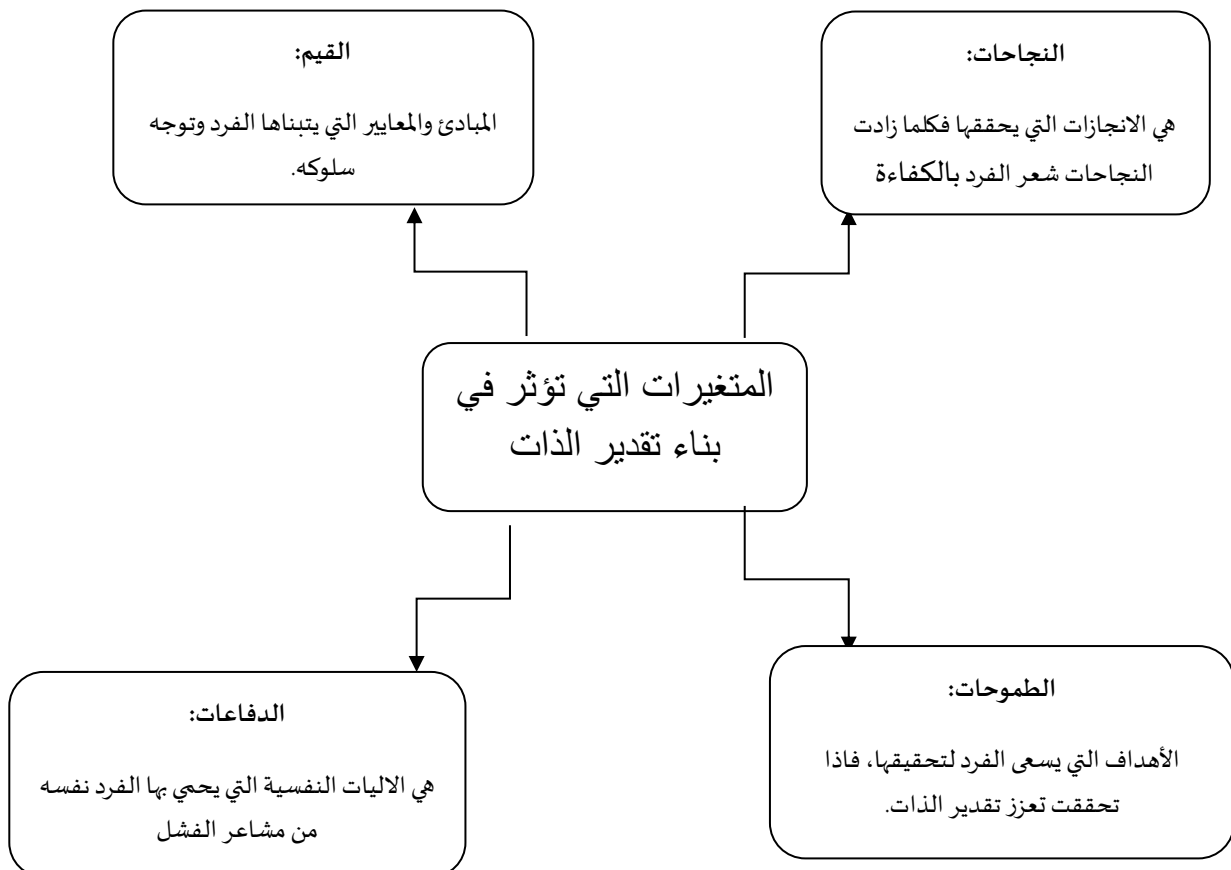
تقدير الذات الدفاعي:

يوجد لدى الأفراد الذين يفتقرون الى الشعور الحقيقي بالقيمة، لكنهم لا يستطيعون الاعتراف بذلك، فيلجؤون الى سلوكيات دفاعية عند التعامل مع أنفسهم ومع الآخرين.

وقد افترض كوبر سميث وجود أربع مجموعات من المتغيرات تؤثر على بناء تقدير الذات وهي: النجاحات، القيم، الطموحات، الدفاعات. (الالوسي، 2014، ص 110).

فالتقدير المرتفع للذات ينمو من قدرتنا على عمل الأشياء المطلوبة منا بطريقة أفضل من معظم الأفراد الآخرين ويحدد مستوى طموح كل شخص لمدى كبرى تفسيره للنجاح أو الفشل.

ويصف كوبر سميث الأفراد ذوي تقدير الذات المرتفع بأنهم يتوقعون النجاح في الأعمال التي يقدمونها كما يتوقعون رضا الناس عنهم لان ثقتهم بأنفسهم كبيرة (الالوسي، 2014، ص 111).



الشكل (07): يبين المتغيرات التي تؤثر في بناء تقدير الذات حسب كوبر سميث

المصدر: من اعداد الطلبة

3.7. نظرية روزنبارغ (1969): تركزت أعمال روزنبارغ على دراسة تطور السلوك التقييبي للفرد اتجاه ذاته، في ضوء المعايير الاجتماعية السائدة في محيطه. وقد أولى اهتماما خاصا بتقدير الذات لدى المراهقين، ثم وسع نطاق بحثه واهتمامه بعد ذلك ليشمل ديناميات تشكل صورة الذات الايجابية في مرحلة المراهقة، كما أبرز الدور المحوري الذي تقوم به الأسرة بناء تقدير الذات، موضعا العلاقة بين تقدير الذات الذي يتكون في إطار الأسرة وأساليب السلوك الاجتماعي اللاحق للفرد فيما بعد. (بوبة، 2012، ص 67).

اعتبر روزنبارغ أن تقدير الذات مفهوم يعكس الاتجاه الذي يتبناه الفرد اتجاه ذاته، وطرح فكرة أن الفرد يكون اتجاهها نحو الموضوعات التي يتعامل معها، فالذات من منظوره تعد أحد هذه المواضيع التي تطور الفرد تجاهها موقفا شعوريا معرفيا. ويؤكد روزنبارغ أن الصورة الذاتية تحتل مكانة مركزية في وعي الفرد، خصوصا عند مواجهته لقضايا مصيرية تتعلق بما يطمح أن يكون عليه. في هذا السياق تصبح صورته الذاتية أولوية اهتمامه وينظر روزنبارغ الى صورة الذات هذه على أنها اتجاه ثابت نسبيا يعبر عن مشاعر الفرد تجاه ذاته، سواء كانت ايجابية أو سلبية. (الالوسي، 2014، ص 110).

مما سبق نستنتج أن نظرية روزنبارغ هي أحد الاسهامات الأساسية في فهم تقدير الذات، حيث سلطت الضوء على البعد الوجداني في تقدير الذات، وأبرزت أن تقدير الفرد لذاته لا يقتصر على تقييمه العقلي لصفاته فقط، وإنما يتضمن أيضا المشاعر والانفعالات التي يكونها الفرد تجاه ذاته. كما وتكمن قيمة هذه النظرية في تركيزها على مرحلة المراهقة، باعتبارها فترة محورية في تشكل الهوية الذاتية، إذ يواجه فيها الفرد تحديات بتعريف ذاته وتحديد مكانته داخل المجتمع. اضافة على ذلك فإن إبراز روزنبارغ لدور الأسرة في تشكيل تقدير الذات يبرز أهمية البيئة الاجتماعية الأولى في صياغة المواقف الذاتية، مما يشير أن تقدير الذات يتشكل ضمن سياق اجتماعي تفاعلي.

4.7. نظرية زيلر (1991):

يشير علاء الدين كفا في 1989 إلى أن نظرية زيلر في تقدير الذات لم ترتق إلى مستوى نظريتي روزنبارغ وكوبر سميث من حيث الشيوع والانتشار لكنها في الوقت نفسه تعد أكثر تحديدا وأشد خصوصية، أي أن زيلر يعتبر تقدير الذات ما هو إلا البناء الاجتماعي للذات. وينظر إلى تقدير الذات من زاوية نظرية المجال في الشخصية ويؤكد أن تقييم الذات بأنه تقدير يقوم به الفرد لذاته. وعليه فعندما تحدث تغيرات في بيئة الشخص الاجتماعية فإن تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية المتغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك. ويلعب دور المتغير الوسيط حلقة وصل بين المنطقة المتوسطة للذات والعالم الواقع. (سني، 2015، ص 44).

يرى عبد الرحمان سليمان (1999) إن تقدير الذات حسب رأي زيل مفهوم يرتبط بين تكامل الشخصية من ناحية وقدرة الفرد على أن يستجيب لمختلف المثيرات التي يتعرض لها من ناحية أخرى. ولذلك فإن الشخصية التي تتمتع بدرجة عالية من التكامل، تحظى بدرجة عالية من تقدير الذات. (سني، 2015، ص 45).

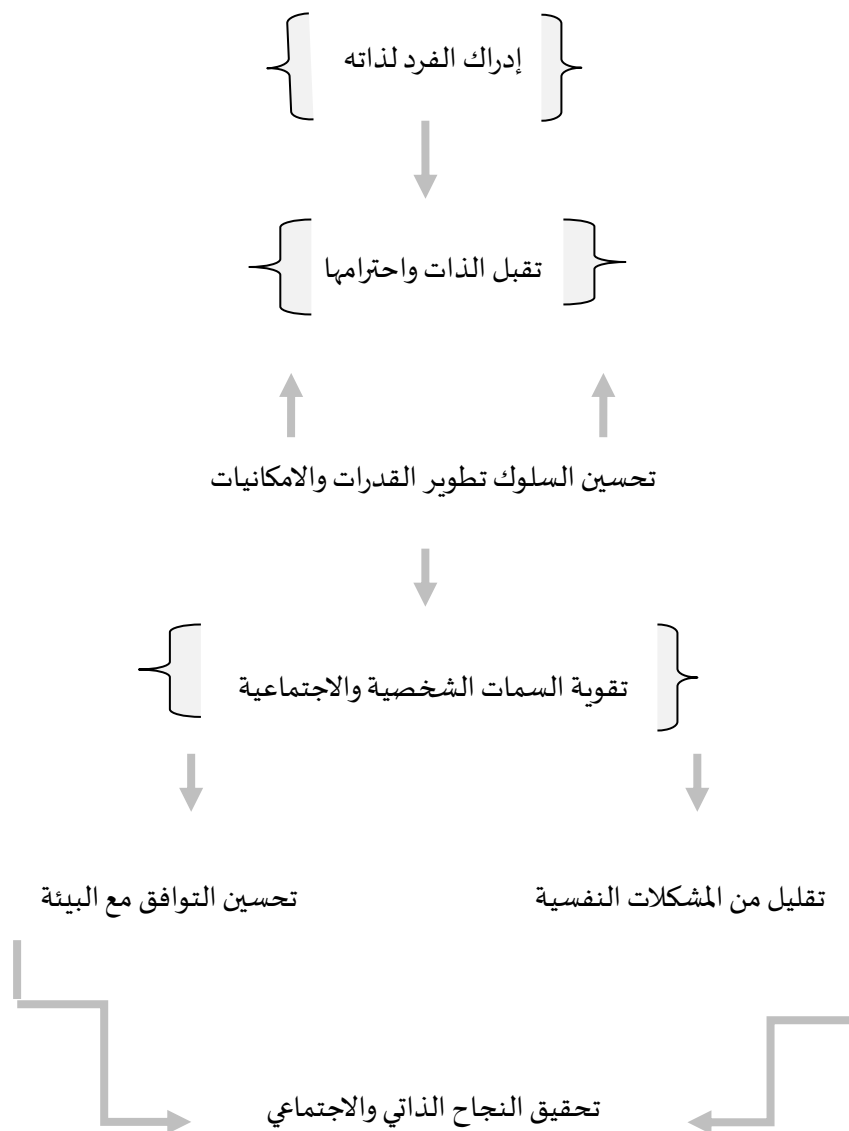
8. أهمية تقدير الذات:

يعد مصطلح تقدير الذات من المفاهيم الأساسية في علم النفس الحديث، إذ ينظر اليه على انه عنصر محوري في تشكيل سلوك الفرد. فبعد أن يدرك الفرد ذاته، يسعى الى استثمار طاقاته وتطوير قدراته عندما يتقبلها ويؤمن بها. أما في حال غياب هذا التقبل، فإنه يهدر معظم طاقاته في الصراع الداخلي بدلا من توجيهها نحو البناء والانتاج.

ويمثل تقدير الذات انعكاساً لتكوين السمات الشخصية التي تتبلور عبر مراحل النمو المختلفة، ويعد من العوامل المهمة التي تؤثر على نظرة الفرد إلى نفسه وإلى المجتمع. فارتفاع تقدير الذات قد يسهم في الحد من المشكلات النفسية والاجتماعية، مما يؤدي إلى تحسين نوعية الحياة بشكل عام. (جمعة، 2007، ص 39).

ويؤكد عبد الرؤوف (1985) أن الذات تعد أساس التوافق للفرد حيث يسعى الإنسان من خلاله إلى تحقيق ذاته عن طريق إشباع حاجاته المختلفة بطرق تتلاءم مع متطلبات الواقع وظروف البيئة المحيطة، مما تنعكس على مدى نجاحه وتكيفه. وفي تحقيق هذا التوازن ينمو لديه تقدير موجب لذاته بدرجة مرتفعة (يونس، 2012، ص، ص، 83، 84).

ووفقاً للبعض، لا يوجد حكم أو تقييم أكثر أهمية وقيمة بالنسبة للفرد، من التقدير الذي يحمله هو لذاته، كما لا يوجد أيضاً عامل أكثر حسماً في الارتقاء النفسي، وفي مستوى الدافعية، أكثر من التقدير الذي يحمله الفرد لذاته (جمعة، 2007، ص 40).



الشكل (08): يبين مراحل تطور الذات وأهميتها.

المصدر: من اعداد الطلبة

9. العوامل المؤثرة في تقدير الذات:

نظرا لأهمية تقدير الذات في حياة الفرد، أصبح موضوعا رئيسيا في الدراسات النفسية، حيث يسعى الباحثون لفهم العوامل المؤثرة عليه وكيفية تطويره وتعزيزه من أجل تحسين جودة الحياة النفسية والاجتماعية للأفراد. ومن بين هذه العوامل نجد:

1.9. العوامل الوراثية:

- تشير الدراسات بأن هناك مكونات وراثية تؤثر على تقدير الذات. بمعنى أن الصفات النفسية والسلوكية قد تنتقل عبر الجينات من الآباء الى الأبناء.

- كذلك وضحت الأبحاث في علم الوراثة السلوكية، تبين أن بعض السمات الشخصية كالعصابية "زيادة الحساسية للضغوط والانفعالات"، والانبساطية "القدرة على التفاعل والانفتاح على الآخرين". ترتبط وراثيا بمستوى تقدير الذات. تأثير الاستعداد الوراثي على الاضطرابات النفسية فالأفراد الذين ينحدرون من عائلات ينتشر فيها القلق والاكتئاب قد يعانون من مستويات منخفضة من تقدير الذات مقارنة بغيرهم مما يجعلهم الشعور بعدم الكفاءة والدونية. (عمروش، بن مجاهد، 2024، ص4).

بعد عرض هذه المعطيات يمكننا ان نلاحظ بوضوح أن في حالة وجود تاريخ عائلي لمرض السكري يجعل المريض يشعر أن الإصابة أمر حتمي، مما قد يؤثر سلبا على تقديره لذاته.

2.9. عوامل شخصية: تتمثل فيما يلي:

- تؤثر العوامل الداخلية الخاصة بالمراهق في تقدير الذات، حيث يولي الفرد اهتماما بالغاً بمظهره الجسدي خاصة في فترة المراهقة.

- كلما كانت صورة الفرد الجسدية مرضية له، ارتفع مستوى تقديره لذاته.

- أما في حال ملاحظته أي انحراف أو خلل في مظهره، قد يؤدي ذلك الى الشعور بالنقص والتراجع عن تحقيق النمو العاطفي والاجتماعي.

- يعتبر تقويم الفرد لإمكانياته البدنية والعقلية عاملا أساسيا ومؤثرا في تشكيل تقديره لذاته. (قهار، دس، ص132).

وعليه نستنتج أن صورة الجسم جد مهمة في تقدير الفرد لذاته خاصة عند مرضى السكري بسبب التغيرات المرتبطة بمرضه حيث تؤثر على نظرة المريض لنفسه. كذلك تلعب الإرادة، الصبر، والتفاؤل على مدى اعتزاز المريض بنفسه والعكس.

3.9. عوامل اجتماعية: تتمثل خصوصا في:

- مواقف أفراد المحيط الاجتماعي تجاه الفرد، وكيفية معاملتهم له وتقديرهم لشخصيته.

- يتأثر تقدير الذات للفرد من خلال تقبل الآخرين لهم وتشجيعهم.

- كذلك الملاحظات والانتقادات ومظاهر الإشادة والتنويه التي تصدر عن الآخرين لها دور كبير في تأثيرها على الفرد في تقديره لذاته.

- المقارنة الاجتماعية مع الآخرين، وعلاقات القرب أو المعاملة السلبية تترك اثرا مباشرا في شخصية الفرد.

- كذلك تساهم الظروف الاجتماعية والخبرات السابقة والمعارف المكتسبة لها دور أساسي في تشكيل تقدير الذات. (بوبة، 2012، ص75)

وعليه يتضح لنا أن وجود الدعم المعنوي والمساندة الاجتماعية يعزز من تقدير الذات لدى المريض. بحيث نجد في بعض المجتمعات تنظر للمريض نظرة سلبية أو شفقة مما قد يحطم تقديره لذاته، فالمشاركة في الأنشطة الاجتماعية رغم المرض ترفع من مستوى تقدير الذات، كذلك الصورة التي ينشرها الاعلام عن السكري سواء كانت ايجابية أو سلبية لها تأثير واضح على الطريقة التي يرى بها المريض نفسه.

خلاصة الفصل:

من خلال ما تم التطرق إليه في الفصل يعد تقدير الذات عنصراً أساسياً في الصحة النفسية، إذ يرتبط بأدراك الفرد لقيمته الشخصية وكفاءته الذاتية، عند مرضى السكري، حيث يظهر تقدير الذات تأثيراً مباشراً على الالتزام بالعلاج، التحكم بمستويات السكر والتكيف مع المتغيرات النمطية التي يفرضها المرض. من جهة أخرى تمثل المرونة النفسية قدرة الفرد على التكيف مع الضغوط والمواقف الصعبة بشكل إيجابي مما يساهم في تحسين القدرة على مواجهة التحديات المزمدة مثل السكري.

وبالتالي يمكن القول إن تقدير الذات والمرونة النفسية يشكلان معاً دعامة أساسية في تحسين الصحة النفسية والجسدية لدى مرضى السكري.

الفصل الرابع: مرض السكري النوع الأول (الخاضع للأنسولين)

محتويات الفصل

تمهيد

1. تلخيص مرض السكري
2. تعريف مرض السكري
3. أنواع مرض السكري
4. أسباب مرض السكري
5. أعراض مرض السكري
6. مضاعفات مرض السكري
7. تشخيص مرض السكري
8. علاج مرض السكري
9. الوقاية من مرض السكري
10. نبذة تاريخية عن الأنسولين
11. مفهوم الأنسولين
12. أنواع الأنسولين
13. وظيفة الأنسولين

خلاصة الفصل.

تمهيد:

يعد مرض السكري من أبرز الأمراض المعاصرة والمهددة لحياة الإنسان أي يعتبر مرض العصر الصامت وعرف انتشارا كبيرا فالعالم لأنه مشكلة صحية تؤثر على ملايين من الأشخاص من مختلف أعمار كما يحتاج إلى متابعة مستمرة ووعي من طرف المصابين. ومن خلال هذا الفصل سنقوم باستعراض أهم النقاط المتعلقة بداء السكري والتي تخدم هذه الدراسة.

1. تاريخ مرض السكري:

في القرن السابع عشر كان يعرف باسم " التبول الشرير"، قام أبو لونيوس بصياغة مصطلح مرض السكر حوالي 250 قبل الميلاد حيث تم إدراج مرض السكر لأول مرة باللغة الانجليزية في بيان طبي عام 1425، إلا أن في عام 1975 قام توماس ويليس بإضافة كلمة mellitus إلى كلمة مرض السكر إذ لسبب طعم البول الحلو. كما أن الإغريق والصينيين والمصريين والهنود والفرس وقد لاحظوا هذا الطعم من قبل.

في عام 1889 توصل جوزيف فون ميرينج وأوسكار مينكوفسكي إلى دور البنكرياس في مرض السكر، وذلك من خلال القيام بالتجربة استئصال البنكرياس الكلاب، إذ ظهرت عليهم جميع علامات مرضية لمرض السكر وتوفيت بعد ذلك بوقت قصير.

في عام 1910 ساهم إدوارد ألبرت شارب في استكشاف أن نقص العنصر الكيميائي الذي يعمل على تنظيم نسبة سكر فالدوم يسبب مرض السكر والتي وصفها بالأنسولين من "insula" اللاتينية أي " الجزيرة " لدلالة على جزر التي تنتج الأنسولين في جزر لانجرهانز المتواجدة في البنكرياس (محمود، 2020، ص ص8-9).

في سنة 1939 توصل العالم "هاك دارن" إلى استكشاف الأنسولين، أما في عام 1955 رسخ العالم "فريدريك سنجر" الهيكل الكيميائي للأنسولين. ثم بعد ذلك وصف العالمان "نيكول" و "سميث" التركيب الكيميائي للأنسولين البشري. اكتشف الباحث الفرنسي رودولف فيرش تقريباً منذ 25 سنة انتشار مستقبلات على سطوح الخلايا والتي من خلالها يمكن للهرمون الأنسولين المرور إلى داخل هذه الخلايا لكي يقوم من بعدها بوظيفته الأساسية، أي استقلاب سكر الدم³ Métabolism (الطيارة، 1998، ص7).

2. تعريف مرض السكري:

مرض السكري: هو خلل وظيفي يتمثل في زيادة نسبة الجلوكوز في الدم أو في عملية الأيض وذلك إما بسبب نقص إفراز هرمون الأنسولين أو انخفاض حساسية الأنسجة لهرمون الأنسولين أو كلا سببين. (بدوي، 2023، ص1).

ويعرف على أنه اضطراب ارتفاع سكر الدم يكون بسبب تدني تام أو جزئي لهرمون الأنسولين مما يؤدي إلى حدوث تغييرات في استقلاب الجلوكوز والدهون والبروتينات مما ينتج عنها أثار سلبية كأمراض كلوية أو شبكية أو شريانية أو عصبية. (عيدروس، 1993، ص 25).

إضافة على ذلك فهو متلازمة تتصف بارتفاع في سكر الدم يكون بسبب نقص لهرمون الأنسولين الذي يفرز من البنكرياس أو ندرة في استجابة خلايا الجسم له أو كميته في أكثر الحالات وهذا كله نتيجة أسباب وراثية أو بيئية متعددة. (عبد الرحمان، دس، ص23).

ويعرف أيضاً بمرض بول السكر أو مرض السكري هو ارتفاع معدل سكر في الدم. (الطبال، 2008، ص5).

مرض السكري: هو تغييرات كيميائية داخلية نتيجة زيادة نسبة السكر في دم الإنسان، وذلك بسبب انخفاض هرمون الأنسولين. (أحمد عوف، 2009، ص20).

³ Métabolisme: يعرف بالأيض أو التمثيل الغذائي وهو مجموعة من العمليات الكيميائية التي من خلالها يمكن لخلايا الجسم تغيير المكونات الغذائية إلى طاقة لأنها تساهم في عملية النمو و بناء الأنسجة و غيرها (عويضة، 2009، ص46)

ويعرفه "كلير" هو حالة مرضية خطيرة تؤثر في عملية استعمال الجسم للسكر، فالشخص المصاب بمرض السكري يكون مستوى الجلوكوز مرتفع في دمه لهذا فهو يحتاج إلى علاج طويلة حياته. (كلير، 2006، ص 4).

مرض السكري هو زيادة في نسبة الجلوكوز بالدم وهو حالة صحية تحدث نتيجة تدني جزئي أو كلي لهرمون الأنسولين الذي تفرزه الغدة البنكرياسية، ليساهم في نقل السكر في الدم إلى خلايا الجسم حيث يتحول إلى طاقة تعين الجسم على الحركة، فعند انخفاض الأنسولين في الجسم فإن السكر يرتفع مستواه في الدم مما يعجز الجسم عن الاستفادة منه ولهذا يطرح في البول. (الحمداني، 2009، ص 11).

يعرف أيضا على أنه مرض وراثي تتوقف فيه الغدة المعنكة⁴ عن توفير الكم الكافي من الهرمون الأنسولين، وبهذا يصبح الجسم غير قادر على استعمال المواد الغذائية البروتينات، السكريات الشحوم بشكل كامل وهذا ما ينتج عنه توقف تحول النشويات والأغذية المكونة للنشويات إلى الطاقة اللازمة لاستمرارية نشاط خلايا الجسم والمحافظة على وظائفها بشكل طبيعي. (وفائي، 1981، ص 13).

3. أنواع مرض السكري:

1.3. مرض السكري من النوع الأول:

النوع الأول من مرض السكري، الذي كان يُعرف بمرض سكري الأطفال أو مرض السكري المعتمد على الأنسولين، هو حالة مرضية ينتج فيها البنكرياس الأنسولين بكميات قليلة جداً أو منعدمة نهائياً. فهرمون الأنسولين هو الهرمون اللازم الذي يسمح للسكر (الجلوكوز) بدخول الخلايا لتحويل الطاقة.

يتسم النوع الأول المعتمد على الأنسولين (IDDM)⁵ بتدني في الأنسولين ويبدأ في مرحلة الطفولة المتأخرة من 8 إلى 12 عامًا ولكنه قد يحدث في أي عمر كما يتم في علاج مرض السكري اعتماداً على النظام الغذائي والأنسولين. حيث توصل العلماء مؤخراً أن معدل تدمير الخلايا غالبا ما يكون سريعاً في أغلب الأحيان عند الرضع والأطفال وبطيء عند البالغين. إلا أن هناك بعض العوامل تساعد في الإصابة بالنوع الأول من داء السكري منها العوامل بيئية (العدوى الفيروسية) أو الوراثية. بالرغم من أنه يظهر عادةً خلال مرحلة الطفولة أو المراهقة، ولكنه قد يُصيب البالغين أيضاً بعد الإصابة بالنوع الثاني. وعلى الرغم من كثرة البحوث التي تجرى مثل الدراسات التي أجريت عام 2021 حيث أشارت إلى أن هناك أكثر من نصف حالات السكري من النوع الأول نجدها عند البالغين وذلك مع تباين العمر عند التشخيص إلا أنه لم يتم وصول إلى علاج نهائي للنوع الأول من داء السكري. لكن هدفه هو التركيز على التحكم في مستويات الجلوكوز في الدم من خلال استعمال الأنسولين ومتابعة نظام غذائي لتجنب حدوث آثار جانبية (خليفة، 2019، ص 18-19).

2.3. مرض السكري من النوع الثاني:

يعرف بمرض السكري غير معتمد على الأنسولين يحدث بسبب سوء التغذية أو السمنة أي يعاني أكثر من 220 مليون شخص في جميع أنحاء العالم من داء السكري، منهم 80-90% مصابون بالنوع الثاني لمرض السكري في عام 2005،

⁴ الغدة المعنكة: فهو يتمثل في الغدة البنكرياسية إفرازها يكون خارجي، عملها مثل عمل الغدة صماء فهي تفرز الهرمونات المسؤولة عن تنظيم استقلاب السكريات في الدم (قولي، 2006، ص 38)

⁵ IDDM هو اختصار Insulin-Dependent Diabetes Mellitus أي يقصد به الداء السكري المعتمد على الأنسولين

<https://www.diabetes.org/diabetes/type-1>

ومليون شخص توفي بسبب مرض السكري ما يقارب نصف الوفيات الناجمة عن مرض السكري تحدث للأشخاص الذين تقل أعمارهم عن 70 عاماً و55% من وفيات مرض السكري هم النساء.

حسب National Diabetes Data Group في عام 1989، فإن المرضى الذين يعانون من النوع الثاني من السكري لا يعتمدون على الأنسولين للوقاية من الكيتونية وقد يكون هناك مستويات أنسولين طبيعية أو تدني الأنسولين المعتدل أو زيادة مستويات الأنسولين بمقاومة الأنسولين كما يمكن أن يكون هناك مرضى الذين يعانون من النوع 2 من السكري دون ظهور أعراض عليهم لسنوات بالرغم من أن ظهور المرض عند أغلب المرضى بعد سن 40 عاماً ن كما نجده أيضاً عند الشباب الذين لا يحتاجون إلى الأنسولين. (خليفة، 2019، ص 22).

3.3. مرض السكري الكاذب:

مرض السكري الكاذب هو حالة صحية تتصف بالعطش المفرط وإفراز البول بشكل كبير والتوقف من تناول السوائل ليس له أي تأثير على هذا الأخير. فالسكر الكاذب متعدد أنواع فكل نوع له سبب مختلف أما النوع الأكثر انتشاراً عند الأشخاص هو السكري الكاذب المركزي، ناتج عن نقص هرمون مضاد لإدرار البول والنوع الثاني من مرض السكري هو مرض الكلى السكري الكاذب من أهم أسبابه عدم حساسية الكلى لهرمون إدرار البول (خليفة، 2019، ص 22-23).

4.3. مرض السكري الحملي:

يصيب النساء الحوامل حيث يظهر الداء السكري في فترة الحمل، وبعد انتهاء الحمل يزول، تتضاعف نسبة مصابات بالمرض السكري بعد الحمل من 5 إلى 10 سنوات. فالسكر الحملي يلزم له متابعة صارمة لمستوى سكر الدم لكيلا تحدث الاختلالات مثل (الإجهاض والتشوهات الخلقية)، فالنساء الحوامل مرضى بمرض السكري يخضعن لعلاج بمضخة الأنسولين بشكل حسن (شوا، 2005، ص 5).

4. أسباب مرض السكري:

هناك عدة أسباب لإصابة بمرض السكري لكن العامل الرئيسي غير معروف ومنها:

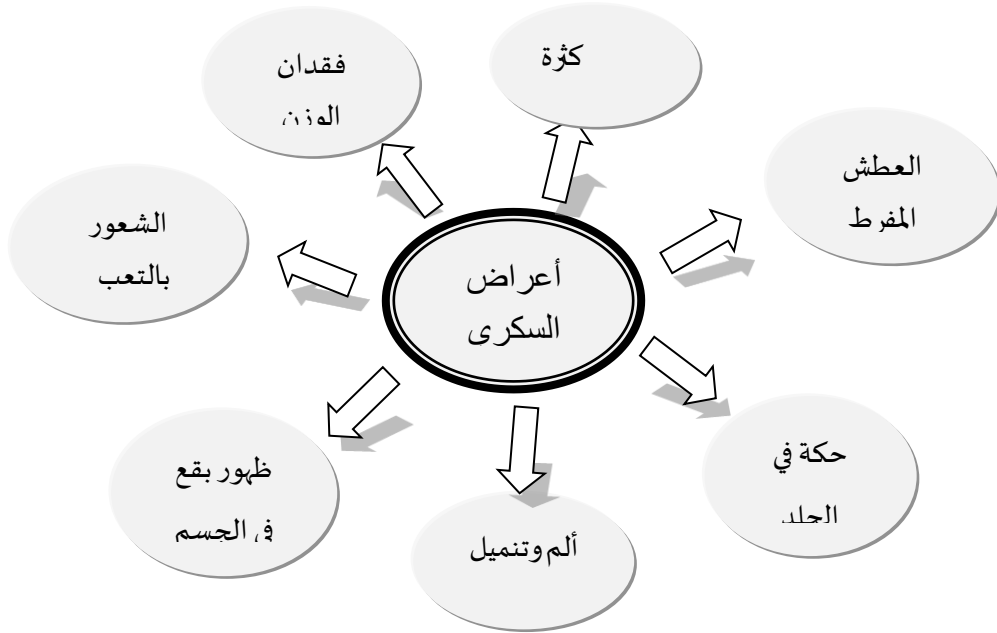
1.4. الوراثة: تعتبر الوراثة أحد العوامل في الإصابة بمرض السكري لدى أبناء وأحفاد أي يعني إذا كان أب أو أم أو كان كلاهما مصاباً بالسكري من النوع الثاني، فإننا هنا نتوقع زيادة فرصة الإصابة عند أحد أطفال أو أحفادهم، بينما نجدها واضحة بشكل أكثر عند التوائم الحقيقية، بنسبة 30-50% لإصابة أحد التوأم بالنوع الأول من السكري لترتفع الاحتمالية إلى نسبة 75 – 90% في حال إصابة أحدهما بالنوع الثاني من السكري.

2.4. السمنة: أكدت الدراسات أن هناك علاقة ترابطية بين مرض السكري والسمنة حيث وجدوا أن ثلث البدناء مصابون بالسكري، أي بنسبة 80% من الأشخاص مصابين بمرض السكري النوع الثاني هم اللذين يعانون من البدانة، وسبب رئيسي وراء ارتفاع نسبة الإصابة بالداء السكري عند البدناء هو انعدام الاستجابة للخلايا للمفعول الأنسولين، ولتخلص من مخاطر إصابة لابد من إتباع حمية غذائية تساعد على إنقاص الوزن لمعدله الطبيعي لدى الشخص الذي يعاني من البدانة.

3.4. الحالة النفسية: تعتبر الضغوط النفسية كالقلق والتوتر عامل يساعد في ظهور أعراض الإصابة، ولكن ليس كعامل رئيسي للإصابة بمرض السكري (لطفي، 2014، ص 19-20).

4.4. أمراض البنكرياس: يلعب البنكرياس دور هام في إنتاج كميات كافية من الأنسولين ويؤدي تلف جزء من البنكرياس بسبب أمراض أو التهابات في البنكرياس إلى عدم قدرته على إفراز الأنسولين لتحكم في نسبة الجلوكوز في الدم. إضافة إلى انخفاض استجابة الجهاز المناعي، نظام غذائي غير صحي وسيء كالأطعمة السريعة. استعمال العلاجات الطبية تناول بعض الأدوية لفترة طويلة (زيفقات، 2021، ص ص 22-23).

5. أعراض مرض السكري:



الشكل (09): يبين أعراض مرض السكري.

المصدر: (معتوق، 1989، ص 12)

الجدول (05): يوضح الفرق بين أعراض مرض السكري النوع الأول والنوع الثاني

النوع الأول	النوع الثاني	
يظهر غالبا في غضون بضعة أسابيع أو أيام	يظهر غالبا تدريجيا في غضون بضعة أشهر أو سنوات	ظهور أعراض
فقدان الوزن	زيادة الوزن (السمنة)	الوزن
العطش، التبول	بدون أعراض	الأعراض

المصدر (Kirby, 2024, p 22)

6. مضاعفات مرض السكري:

إن لم يتم السيطرة على الداء السكري بشكل جيد فسوف يؤدي ذلك إلى عدة مخاطر ومضاعفات التي تصيب مختلف أجهزة الجسم تتمثل في:

1.6. أمراض القلب:

- مرض الشريان التاجي: يعتبر مرض الشريان التاجي من أكثر مضاعفات انتشارا وهذا لتراكم الدهون في جدران الشرايين، مما يؤدي إلى تصلب الشرايين أو انسدادها هذا الأخير يمكن من احتمالية الإصابة بالسكتة الدماغية. أو النوبة القلبية.
- السكتة الدماغية: حالة مرضية تحدث بسبب احتباس تدفق الدم إلى جزء من الدماغ مما ينتج عنه تلف الدماغ أو الموت.

• أمراض الأوعية الدموية الطرفية: يؤدي هذا إلى الأمراض الأوعية الدموية سواء في الساقين أو القدمين، مما تسبب آلام في الساقين، والتهابات، وحتى استئصال الأطراف.

2.6. أمراض الكلى:

• اعتلال الكلى السكري: هو تدمير الكلى بسبب ارتفاع مستوى الجلوكوز في الدم.

• فشل الكلى: يعتبر فشل الكلى إحدى مخاطر اعتلال الكلى السكري، مما يحتاج المصاب إلى غسل الكلى أو زرعها.

3.6. أمراض العيون:

• اعتلال الشبكية السكري: هو إتلاف لأوعية الدموية الدقيقة في شبكية العين بسبب مرض السكري مما ينجم عنه فقدان البصر.

• المياه البيضاء: هي حالة مرضية ينتج عنها تشوش وضعف الرؤية ونجدها عند مرضى السكري بكثرة.

• الجلوكوما: هي حالة صحية مرضية تتمثل في زيادة ضغط العين، مما يحدث له إتلاف العصب البصري أو فقدان البصر.

(القاسم، 2024، ص 12).

4.6. تلف الأعصاب:

• اعتلال الأعصاب السكري: هو حالة طبية تتمثل في تدمير الأعصاب بسبب زيادة مستوى الجلوكوز في الدم.

• الألم العصبي: هو شعور بتنميل أو وخز أو كذلك ألم حاد في القدمين والساق.

وهناك مضاعفات أخرى تتجلى فيمايلي:

• بطء التئام الجروح: يعتبر بطء التئام الجروح أحد مضاعفات داء السكري، مما يساهم في خطر الإصابة بالعدوى.

• الأمراض الجلدية حالة مرضية يمكن أن يعاني منها مصابون بمرض السكري كالحكة وجفاف الجلد أو العدوى الفطرية.

• الاكتئاب: حالة مرضية نفسية نجدها أكثر انتشارا لدى مرضى السكري

• ضعف الانتصاب: حالة مرضية جنسية منتشرة عند الرجال المصابين بمرض السكري (القاسم، 2024، ص 13)

7. تشخيص مرض السكري:

لتشخيص المرض السكري توجد طريقتين تتمثل في:

1.7. فحص البول:

للكشف عن السكر لا بد من قيام بالفحص البول و ذلك ضمن الفحوص الجسمية الروتينية ، من خلال متابعة الشخص المصاب بالداء السكري حالته في المنزل و ذلك بفحص السكري أربع مرات يوميا قبل تناول الوجبات الغذائية وقبل النوم ، يكون قياس السكر في البول بنقع شريط ورق مؤشر أو شريط يحتوي على مواد قابلة للتفاعل في البول ثم نقوم بالمقارنة التغير في لون شريط بألوان قياسية لتقدير تركيز السكر كنسبة مئوية فالقيمة من 0-25% يعني تحكم التام بالمرض، كما يتم قياس الأجسام الكيتونية بنفس الطريقة فالبول الشخص السليم لا نجد فيه نهائيا سكر أو أجسام كيتونية لكن في بعض أحيان نجدها عند الشخص السليم وهذا كله بسبب تناول بعض الأطعمة غنية بالدهون و فقيرة بالكربوهيدرات. (عويضة، 2007، ص 51).

2.7. فحص الدم:

بالرغم من تشخيص المرض لدى معظم الأشخاص إلا أن هناك بعض الحالات يطلب منهم قيام بالفحص إضافي وهو اختبار تحمل الغلوكوز الفموي وذلك من خلال صيام المريض طول الليل لكي يقوم بقياس مستوى الجلوكوز في الدم

عند وصوله للمخبر التحليل حيث يعطى له مشروب يحتوي على كمية معتبرة من الغلوكوز، ليعاد قياس معدل السكر في الدم بعد ساعتين لكي نرى كيف يتعامل الجسم مع الغلوكوز. إن كان مستوى الغلوكوز في الدم هو على الحد الفاصل بين الطبيعي والمرتفع قد نحتاج إلى ثلاث نتائج:

- إن كان مستوى الغلوكوز في الدم ضمن القيمة الطبيعية يكون هنا الشخص غير مصاب بالسكري
- أن يكون مستوى الغلوكوز أعلى من معدل لكن ليس بالقيمة التي تصنفك على أنك مصاب بالسكري وتسمى هذه الحالة بضعف تحمل الغلوكوز
- إذا كان مستوى الغلوكوز عال جداً تصنف على أنك مصاب بالسكري (مزيودي، 2013، ص ص 15-16).

8. علاج مرض السكري:

1.8. العلاج الدوائي:

1.1.8 المعالجة بالأنسولين:

يعتبر أنسولين أحد الهرمونات الطبيعية يتم إفرازه من البنكرياس في الجسم حيث يعمل على تنظيم عملية الأيض في الجسم فإن نقص إفراز الأنسولين سبب من أسباب التي تم ذكرها سابقاً ينتج عنه الإصابة بمرض السكري فالأنسولين الذي نجده في الصيدليات يستخدم في علاج البول السكري، يتم إدخاله للجسم الشخص المصاب عن طريق الحقن في العضلات، لأن أخذه عن طريق الفم يبطل مفعوله عند وصول للمعدة و كمية التي تحقن يحددها الطبيب حسب حالة الشخص المصاب و كذلك الوقت المناسب كما أن الكمية تختلف باختلاف درجة نقص الأنسولين و هدف منها تعديل لتخلص من زيادة للعودة إلى حالتها الطبيعية و نقص نسبة السكر في الدم أقل من معدلها طبيعي قد ينجم عنه الدوخة، الغثيان، رجفة أطراف و كذلك إحساس بالصداع. (رويحة، 1973، ص ص 67 - 68).

2.1.8 العلاج بالأقراص:

يعتبر أطباء في الحرب العالمية الأولى أن مركبات "الكوادين" لها دور فعال في إنقاص نسبة السكر في الدم حيث بدوا يستخدمون أقراص للعلاج البول السكري لكن سرعان ما توقفوا عن استعماله وذلك لظهور مضاعفات عن الشخص



المصدر <https://m.india mart.com>

المصاب كاضطرابات في المعدة والأمعاء لكن لحسن الحظ توصل مصنعان من أكبر مصانع الأدوية في ألمانيا على استكشاف عدة أقراص في العلاج المرض السكري والتي تتمثل في أقراص من مشتقات (السولفونSulfon). فمصانع (هوخستHoechst) اكتشفت أقراص (انفنولInvenol)، كما اكتشفت في الوقت نفسه مصانع (بورينكرBoehringer) أقراص (الناديانNadisan) وكلاهما متشابهان تماماً في تركيبها الكيميائي. ثم أحدث كل من المصنعين بعض التعديلات في

أقراصه. فظهرت إلى جانب (الانفنول) أقراص (الراستينون Rastinon)، وإلى جانب أقراص (الناديزان) أقراص (الارتوزين Artosin) فجعل هذه الأقراص لازالت تعطى لعلاج مرضى السكري (رويحة، صص 76-77).

3.1.8. العلاج بالرياضة:

تعد ممارسة الرياضة كالمشي فهو عنصر أساسي في علاج المرضى السكري فعند تكلم عن تعديل نمط الحياة و تساهم كذلك في فقدان الوزن و تدفق الدم في القلب يعني أنها تساعد في تخفيف احتمالية إصابة بتصلب الشرايين إضافة إلى ذلك زيادة كفاءة الجهاز الحركي حيث يقل إحساس بالألم عند حركة المفاصل ، فالرياضة لها دور فعال في زيادة كفاءة هرمون الأنسولين أثناء تأدية وظيفته، فإذا كان المريض منضبط بالعلاج و يكون مستوى الجلوكوز بالدم في المستوى العادي يسمح للمريض السكري بممارسة الرياضة عن و ذلك قبل تناول أدوية أو قبل النوم لكن إذا تفاوتت مدة ممارسة الرياضة عن نصف الساعة فهنا يستطيع خفض جرعة الدواء بنسبة من 10 - 50 % حسب كل حالة مع سماح بتناول العصائر أو السكريات بكمية قليلة جدا (الغزالي، 2015، ص ص 104-105).

4.1.8. العلاج بالأعشاب: أصبح العلاج بالأعشاب من أكثر العلاجات شيوعا ولاقت انتشارا كبير وذلك بصفة خاصة لدى المرضى المصابين بالأمراض المزمنة وذلك راجع لخبرة سابقة للأجداد والآباء في التداوي بالأعشاب، كما انه يعتبر عنصر أساسي في خطة علاجية لكن قبل تناول لابد من استشارة الطبيب لتفادي آثار الجانبية وسوف نذكر عدة الأعشاب تساعد في نقص نسبة السكر في الدم مثل:

- البصل

- الحلبة المطحونة

- الكمون

- الترمس

- الكرفس

كما لا ننسى دور التوابل المشهورة وخاصة القرفة التي لها دور فعال في تخفيض مستويات السكر والدهون وضغط الدم المرتفع وتم استكشافها من خلال تجارب التي قاموا بها على الإنسان والحيوان، حيث توصلوا إلى نتائج التي تؤكد أن القرفة تحتوي على مادة فعالة تقوم بعمل الأنسولين لهذا يستحسن بإضافة ملعقة صغيرة " 3 غرام " من مسحوق القرفة إلى أطعمة كالسلطة والمعجنات وأيضا الحساء. (لطفى، 2018، ص ص 121-122).

9. الوقاية من مرض السكري:

للوقاية من الإصابة بمرض السكري لا بد من اتخاذ إجراءات التالية:

- تناول أطعمة صحية وذلك لفقدان الوزن الزائد خاصة الأشخاص الذين يعانون من السمنة لتخص من الدهون التي تعيق عمل الأنسولين.

- دور ممارسة الرياضة في تحفيز الأنسولين على تحريك الجلوكوز إلى داخل الخلايا مما ينتج عنه عدم إصابة الإنسان بالسكري.

- تفادي الإجهاد الذهني والجسدي والنفسي.

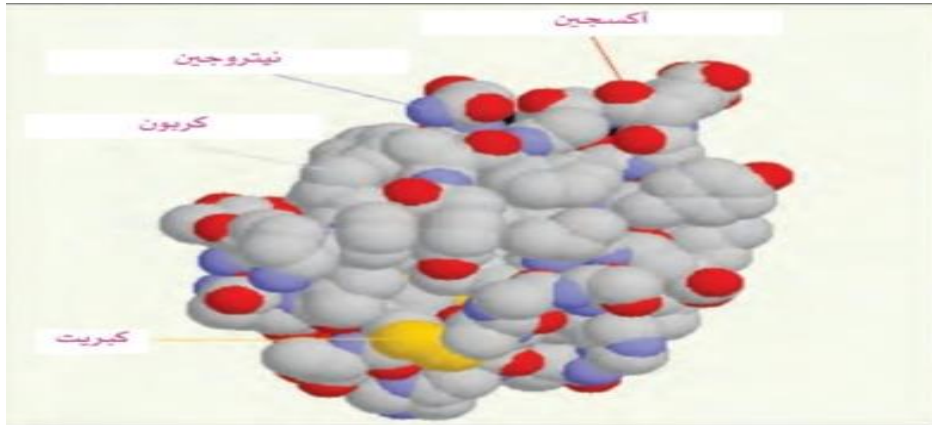
- تجنب تناول الحلويات والسكريات بكثرة.

- عدم إكثار من الأكل لتفادي السمنة أو أمراض الأخرى.
- تقليل من المأكولات السريعة واللحوم أو الأسماك المدخنة قدر الإمكان.
- الحفاظ على الوزن المثالي للجسم دون أي زيادة أو نقصان.
- تفادي إعطاء الطفل حليب اصطناعي لا حبذا أن يتم إرضاع الطفل من حليب الثدي خاصة في 6 أشهر الأولى من العمر (حساني، 2022، ص 37).

10. نبذة تاريخية عن الأنسولين:

في عام 1889 ظهرت اكتشافات الأنسولين مع الباحثين منهم مينكوفسكي وفون ميرينغ وفي ذلك الوقت لم تكن هناك أي شكوك حول علاقة البنكرياس بمرض السكري، حتى أنه لم تكن هناك أي فكرة عن وسائل لتحقيق من المرض، لكن من خلال التجربة التي قام بها مينكوفسكي على الكلب التي تمثلت في استئصال البنكرياس اتضح أن هناك علاقة البنكرياس بمرض السكري ولتأكيد ذلك أعادوا إجراء تجربة على الخنازير والضفدع إلا أن فالأخير كانت نفس نتيجة. وفي عام 1869 قام بول بوصف جزر لانجرهانز بأنها كتلة غريبة من الخلايا مختلفة المظهر عن أنسجة البنكرياس. أما في عام 1890 استنتج سكوبولو و شولتز أن الحيوانات لم تصاب بالسكري إذا عولجت بربط القنوات المؤدية من البنكرياس لأن الجزر تبقى صامدة إذا حدث التدمير في بقية العضو وذلك بسبب تراكم إفرازات من البنكرياس أي أن الجزر هي التي تنتج لنا المادة المضادة لمرض السكري في البنكرياس وفي عام 1916 قام شافر باقتراح اسم "الأنسولين" لهذه المادة (Russell, 2022, p18).

وفي أواخر عام 1921 وبعد أبحاث كثيرة اكتشف الجراح الكندي جرانت بانتنج وطالب الطب شارل بست الأنسولين من خلال تحضير خلاصة من بنكرياس الكلب لأنها تستطيع تخفيض من مستوى سكر الدم إذا كان مرتفع. أما في بدايات 1922 قام بانتنج وبست بعلاج مرض السكري بالأنسولين حيث أن أول مريض عولج بالأنسولين يبلغ من العمر 12 سنة اسمه ليونارد. إلا أن الأبحاث بقت متواصلة لمعرفة البنية الكيميائية للأنسولين وكذلك تنقيته من شوائبه الأولية إلا أن أصبح الأنسولين ذو مركب واحد. وفي عام 1996 كان شعار اليوم العالمي للسكري "الأنسولين هو الحياة" وذلك بمناسبة مرور 75 سنة على اكتشاف الأنسولين (ندا، 2007، صص 339-340).



الشكل رقم (10) يبين التركيب الكيميائي لجزيء الأنسولين

المصدر (جادو، 1996، ص 246).

11. تعريف الأنسولين:

الأنسولين هو هرمون بروتيني تُفرزه خلايا بيتا في جزر لانجرهانز داخل البنكرياس، ويلعب دورا محوريا في تنظيم مستوى لغلوكوز في الدم. بعد تناول الطعام وارتفاع نسبة السكر في الدم، يحفز الأنسولين الخلايا في الكبد، العضلات، الأنسجة الدهنية على امتصاص الغلوكوز واستخدامه كمصدر للطاقة، أو تخزينه على شكل جلايكوجين في الكبد والعضلات كما يمنع الأنسولين الكبد من إنتاج المزيد من الغلوكوز ويساعد على تنظيم أيض الدهون والبروتينات يعرف الأنسولين على أنه مركب بروتيني قابل للذوبان في الماء كما أنه إفراز داخلي لخلايا بيتا المتواجدة في جزر لانجرهانز (جادو، 1996، ص 246).

12. أنواع الأنسولين:

جدول (06) يوضح أنواع الأنسولين.

نوع الأنسولين	يبدأ مفعوله بعد	ينتهي مفعوله بعد
الأنسولين سريع مفعول	بعد 20 دقيقة	من 3 إلى 4 ساعات
الأنسولين قصير مفعول	بعد 30 دقيقة	من 5 إلى 7 ساعات
الأنسولين متوسط المفعول	بعد ساعة ونصف	من 12 إلى 15 ساعة
الأنسولين طويل المفعول	بعد ساعة أو ساعتين	يدوم من 18 إلى 24 ساعة

المصدر (جنبدل، 2011، ص 57)

13. وظيفة الأنسولين: للأنسولين قدرة هائلة لتأثير على خلايا الجسم وذلك من خلال دوره في تنظيم السكريات والدهون والبروتين.

1.13. أيض الكربوهيدرات: فالأنسولين يساعد في دخول جلوكوز إلى الخلايا لكي يحفز وينشط عملية تخزينه في شكل جلايكوجين وذلك واضح في الكبد والعضلات والدهون



الشكل رقم (11) يبين أثر الأنسولين على أيض الكربوهيدرات

(Saqib , 2024,p70)

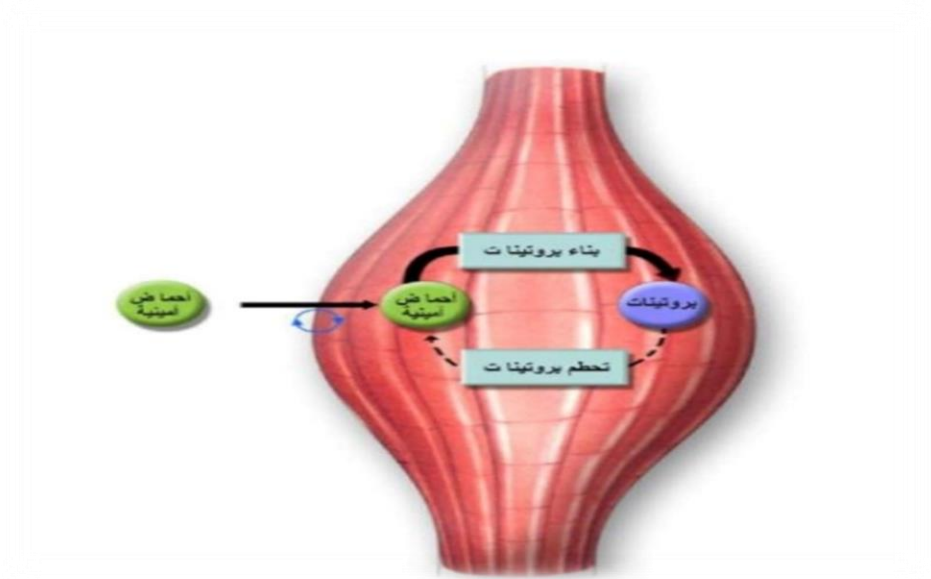
2.13. أيض الدهون: يقوم الأنسولين بتحويل جلوكوز إلى أحماض دهنية وذلك كله يكون واضح في النسيج الدهني منه فالكبد. حيث في النسيج الدهني يقوم أنسولين بتنشيط الأنزيم محلل البروتينات الدهنية الذي يساهم في إدخال وتحليل البروتينات الدهنية من الدم إلى الخلايا الدهنية.



الشكل رقم (12) يبين أثر الأنسولين على أيض الدهون

(Saqib , 2024,p70)

3.13. أيض البروتينات: يساعد هرمون الأنسولين في عملية البناء و ذلك من خلال إدخال و تحويل الأحماض الأمينية إلى بروتين، فكل ما زاد الجلوكوز في الدم زاد إفراز هرمون الأنسولين حيث يتمثل دوره في تحويل الجلوكوز إلى الدهون ثم بعدها يخزن في النسيج الدهني و جلايكوجين فالكبد و العضلات.



الشكل رقم (13) يبين أثر الأنسولين على أيض البروتين

(Saqib , 2024,p70)

خلاصة الفصل:

في الختام، يعتبر مرض السكري أحد أمراض المزمنة التي تحتاج إلى وعي مستمر ودائم للمحافظة على صحة المريض وتحسين نمط حياته. كما أن له أنواع عديدة إلا أنهم يشتركون جميعًا في اضطراب تنظيم مستوى الجلوكوز في الدم، مما ينتج عنه مضاعفات إذا لزم علاجه في وقت أسرع لهذا لا بد من زيادة الوعي لدى المجتمع حول مرض السكري وثقافتهم بأهمية الكشف المبكر للسكري للحد من مضاعفاته إضافة على ذلك لا بد من إتباع نصائح طبية للحفاظ على صحة أشخاص المرضى مما قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة إذا لم يتم التعامل معه بالشكل المناسب لذا من الضروري تعزيز الوعي المجتمعي حول مرض السكري وتشجيع الفحوصات المبكرة لاكتشافه والحد من مضاعفاتها إضافة إلى الالتزام بالإرشادات الطبية للحفاظ على صحة المصابين مع التطورات الطبية المستمرة، يظل الأمل قائمًا في إيجاد حلول وعلاجات أكثر فعالية تسهم في تحسين حياة الملايين حول العالم.

الجانب الميداني

الفصل الخامس: إجراءات الدراسة الميدانية

تمهيد

1. الدراسة الاستطلاعية

1.1 تعريف الدراسة الاستطلاعية

2.1 أهداف الدراسة الاستطلاعية

3.1 حدود الدراسة الاستطلاعية

4.1 خصائص الأفراد المشاركون في الدراسة الاستطلاعية

5.1 أدوات الدراسة الاستطلاعية

2. الدراسة الأساسية:

1.2 . منهج الدراسة

2.2 . مجتمع الدراسة

3.2 . عينة الدراسة

4.2 . حدود الدراسة

5.2 . أدوات الدراسة

تمهيد:

بعد عرض المفاهيم الأساسية والإطار النظري للدراسة، ننتقل في هذا الفصل إلى توضيح الجوانب التطبيقية التي تشكل أساس العمل الميداني. ويعد هذا الفصل بمثابة الامتداد العلمي للدراسة النظرية، حيث نتناول فيه منهجية البحث والإجراءات المتبعة خلال الدراسة.

حيث يتضمن هذا الفصل محورين رئيسيين:

في البداية، تم إجراء الدراسة الاستطلاعية: والتي يتم من خلالها التعريف بها، وبيان أهدافها، وحدودها، إضافة تحديد خصائص عينة الدراسة الاستطلاعية، والأدوات المعتمدة لجمع البيانات، وتحليل النتائج الأولية لهذه الدراسة. أما المرحلة الثانية، الدراسة الأساسية: تتضمن توضيح المنهجية المتبعة في الدراسة وذلك من خلال القيام بذكر المنهج المتبع خلال الدراسة، إلى جانب تفاصيل العينة والأدوات المستخدمة.

1. الدراسة الاستطلاعية:

1.1. تعريف الدراسة الاستطلاعية:

أول ما يلجأ اليه الباحث في بحثه العلمي هو الدراسة الاستطلاعية بهدف استكشاف الموضوع المراد دراسته وجمع معلومات أولية، وتحديد معالم البحث بدقة، وتمثل هذه المرحلة الأساس الذي يبنى عليه التصميم المنهجي للدراسة. تعرف الدراسة الاستطلاعية بالبحث الكشفي أو الصياغي، ويلجأ اليها الباحث عندما تكون معرفته بموضوع الدراسة محدود، بحيث لا يتمكن من تصميم دراسة وصفية دقيقة. ومن خلال اتباع منهجية مناسبة تساعد هذه الدراسة في تحقيق أهدافه الأولية. وتعد الدراسة الاستطلاعية غالباً الخطوة الأولى في مسار البحث العلمي، سواء كان نظرياً أو تطبيقياً. (العيسوي، 1997، ص30).

وهي نوع من أنواع الدراسات تهدف إلى جمع المعلومات أولية وظروف حول الظاهرة أو مشكلة ما يرغب الباحث بدراستها وفهمها من خلال وضع فروض تناسب البحث كما تعتبر كذلك دراسة تمهيدية للبحوث تكون مواضعه جديدة لم يسبق للباحث تناولها من قبل أولاً تتوفر عنها بيانات أو معلومات كافية حول الموضوع أو إيجاد الباحث صعوبة في صياغة المشكلة البحث بشكل دقيق (إبراهيم، 2000، ص 38).

تعتبر هذه الدراسة بمثابة خطوة تمهيدية تجمع معلومات أولية حول المجتمع المستهدف، وتساعد في وضع الفرضيات وتصميم أدوات البحث المناسبة للدراسة، علاوة على ذلك، فهي تتيح للبحث تحديد ومعرفة الصعوبات التي قد تعترضه خلال تنفيذ الدراسة الأساسية، مما يسمح له بتعديل الإجراءات البحثية أو تعديل خطة البحث نفسها، أو حتى تغيير نطاق البحث في حال اقتضت الحاجة لذلك.

2.1. أهداف الدراسة الاستطلاعية:

- في إطار دراسة بحثنا العلمي تحت عنوان " المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين " تم اجراء دراسة استطلاعية كخطوة أولية وكان الهدف منها على النحو التالي:
- الحصول على الموافقة اللازمة من المركز الصحي المعني لإجراء الدراسة، مما يضمن التعاون اللازم لتنفيذ الدراسة.
- تحديد أنسب الطرق لتقديم التعليمات وتوضيح فقرات أدوات البحث المعتمدة في الدراسة للمشاركين، خاصة في ظل تفاوت المستوى التعليمي والادراكي لديهم.
- تقدير الوقت اللازم لتطبيق أدوات الدراسة كمقياس المرونة النفسية وتقدير الذات.
- رصد الصعوبات المحتملة التي قد تعيق تنفيذ الدراسة في مرحلتها الأساسية، بهدف وضع استراتيجيات مسبقة لتجاوزها وضمان سير الدراسة في ظروف ملائمة.

3.1. حدود الدراسة الاستطلاعية:

الإطار المكاني: أجريت هذه الدراسة بالعيادة متعددة الخدمات الشهيذة أمدور تونس بمصلحة الداء السكري ولاية قالمة.
الإطار الزمني: بدأت هذه الدراسة في 25 فيفري من السنة الجامعية 2025
شملت الدراسة عينة من مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

4.1. خصائص الأفراد المشاركون في الدراسة الاستطلاعية:

تكونت عينة الدراسة الاستطلاعية من 10 أفراد من كلا الجنسين ومن أعمار مختلفة وقد ساعد هذا التنوع في إعطاء نظرة أولية لموضوع الدراسة، وهذا في تقديم نظرة أولية شاملة حول موضوع الدراسة، مما أتاح لنا التعرف على مدى ملاءمة محتوى عبارات المقياسين وسهولة الفهم باختلاف الجنس والعمر.

- توزيع الأفراد المشاركون في الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس:

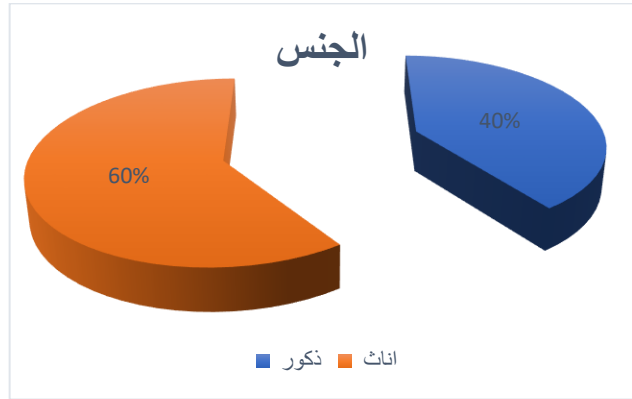
أخذنا المتغير الوسيط المتعلق بالجنس من أجل دراسة الفروق المطروحة في تساؤلات وفرضيات الدراسة والجدول التالي يوضح ذلك.

الجدول رقم (7): يوضح النسب المئوية لتوزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

النسبة المئوية	التكرار	الجنس
40%	4	ذكر
60%	6	أنثى
100%	10	المجموع

يوضح الجدول (7) أن أفراد العينة الاستطلاعية تمثل في الجنسين ذكر وأنثى بتكرار 4 و6 على الترتيب وبنسب مئوية تمثلت في (40%) بالنسبة للذكور و (60%) بالنسبة للإناث.

يتبين من خلال الشكل (14) تباين عدد أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس المتمثل في الإناث والذكور، حيث بلغت النسبة المئوية للذكور (40%) أما بالنسبة للإناث فتمثلت في (60%)



الشكل (14): يبين نسب توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير الجنس

- توزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر:

أخذنا المتغير الوسيط المتعلق بالعمر من أجل دراسة الفروق المطروحة في تساؤلات وفرضيات الدراسة.

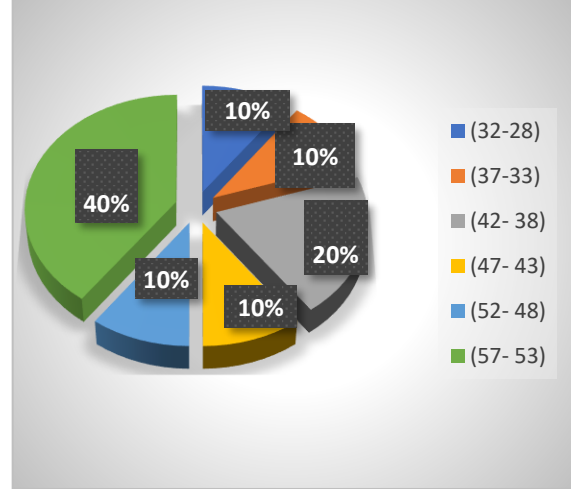
جدول (8): يوضح النسب المئوية لتوزيع أفراد عينة الدراسة الاستطلاعية حسب متغير العمر.

النسبة المئوية	التكرار	السن
10%	1	(32-28)
10%	1	(37-33)
20%	2	(42-38)
10%	1	(47-43)
10%	1	(52-48)
40%	4	(57-53)
100%	10	المجموع

يتضح من خلال الجدول رقم (8) أن الأفراد المشاركون في الدراسة الاستطلاعية البالغ عددها 10 من مرضى السكري خاضعين للأنسولين التي توزعت على ستة فئات عمرية، حيث تمثلت الفئات (32-28)، (37-33)، (47-43) و (52-48) بتكرار 1 وعلى نسبة 10%، أما بالنسبة لتكرار فئة (42-38) تكرارين و تمثلت ب (20%)، بينما تمثلت الفئة (57-53) ب4 تكرارات و نسبة قدرت ب (40%) .

يبين الشكل (15) التوزيع النسبي لأفراد عينة الدراسة حسب الفئات العمرية حيث:

تمثل الفئة العمرية (57-53) النسبة الأكبر من العينة ب 40%، مما يدل على أن أغلب أفراد العينة ينتمون الى هذه الفئة، أما بالنسبة لفئة (42-38) تأتي في المرتبة الثانية بنسبة 20%، وبالنسبة للفئات (32-28)، (37-33)، (47-43)، (52-48) تمثل كل منها 10% فقط.



الشكل (15) يبين نسب توزيع أفراد العينة الاستطلاعية حسب متغير العمر

5.1. أدوات الدراسة الاستطلاعية:

من أجل استيفاء متطلبات الدراسة والإحاطة الشاملة بكافة المتغيرات قيد البحث، بالإضافة إلى جمع البيانات الضرورية وضبط فرضيات الدراسة، كان من الضروري اختيار أدوات قياس تتناسب مع طبيعة موضوع دراستنا، وقد تمثلت الأدوات المستخدمة في هذه الدراسة في مقياسين أساسيين: مقياس المرونة النفسية ومقياس تقدير الذات.

2. الدراسة الأساسية

1.2. منهج الدراسة:

يعد اختيار المنهج العلمي المناسب حجر الأساس في أي دراسة بحثية، حيث تحدد الموضوع المراد دراسته وخصائص البيانات المطلوبة الإطار المنهجي الأمثل لضمان مصداقية النتائج، فالمنهج هو الإطار المنظم الذي يضبط عمل الباحث من خلال مجموعة القواعد والضوابط التي تحدد المسار الواضح الذي يجب اتباعه لتحقيق الغاية التي تم تسطيرها. بناءً على موضوع دراستنا تحت عنوان " المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، فإن المنهج البحثي الأمثل والذي يتوافق مع أهداف الدراسة وطبيعة الفرضيات المطروحة هو المنهج الوصفي. - تعريف المنهج الوصفي:

المنهج الوصفي له أهمية كبيرة في البحث العلمي حيث يزود الباحث ببيانات عن موضوع أو ظاهرة المراد دراستها وتفسير هذه البيانات، حيث يعرف بأنه مجموعة أساليب بحثية التي تتكامل من أجل وصف موضوع أو حدث وذلك من خلال الاعتماد على استخلاص الحقائق والمعلومات والبيانات والقيام بتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلًا معمقًا ودقيقًا للوصول إلى نتائج عن موضوع أو ظاهرة المراد البحث عنها. (المشهداني، 2019، ص ص 126-127).

يعتبر من أبرز المناهج في البحث العلمي يهدف إلى فهم الحاضر لتوجيه المستقبل وذلك من خلال وصف الحاضر بتوفر معلومات وبيانات كاملة لفهمه وتوضيحه كما يشمل تنبؤ المستقبل الظواهر والأحداث التي يقوم بدراستها، كما أنه يقوم على تدقيق في حدث معين سواء بالطريقة نوعية أو كمية وذلك يكون في فترة زمنية معينة لأجل التعرف على الظاهرة سواء من جهة المحتوى أو من جهة المضمون للوصول إلى نتائج تساهم في فهمنا للواقع. (مصطفى، 2011، ص ص 47-48). كما أنه أهم المناهج في البحث العلمي يهدف إلى جمع المعلومات والبيانات والحقائق عن حدث أو ظاهرة معينة كما يحاول تفسير تلك الحقائق تفسيراً كافياً. (عبد الرحيم، 2014، ص 149).

وبالتالي، فإن المنهج الوصفي لا يقتصر على جمع البيانات فحسب، بل يتعدى إلى تحليلها وتسييرها لتقديم رؤى علمية تساهم في حل المشكلات البحثية.

2.2. مجتمع الدراسة:

هو فئة من الأفراد يسمح للباحث بإجراء دراسة عليها لتحقيق النتائج وتعميمها على المفردات ككل، حيث يعتبر جزء مهم الذي يمثل المجتمع المقصود. (إبراهيم، 2019، ص 44).

هو مجموعة مفردات تابعة إلى فئة ما حيث يرغب الباحث في دراستها أو التأكد من فرضيات بحثه من خلالها. (الغامدي، 2020، ص 88)

مجموعة الأفراد ككل التي يقوم الباحث بدراستها والتي من خلالها يمكن للباحث الوصول إلى نتائج تطبق على المجتمع المقصود (عبيدات وآخرون، 2010، ص 104)

مجموعة عناصر يشتركون في صفات معينة تهتم الباحث للقيام بدراستها من خلال بحثه (عدس، 2003، ص 132) هو أحد عناصر مهمة التي يستمد الباحث منها المعلومات والبيانات تخص موضوع الدراسة فهو يحتوي على مفردات التي تتشابه وتتماثل في صفات لها صلة بمشكلة البحث (زيدان، 2007، ص 91)

3.2. عينة الدراسة:

يعد اختيار لعينة من الخطوات المحورية التي يجب على الباحث مراعاتها بدقة، لما لها دور كبير في تعزيز موضوعية ومصداقية النتائج المتوصل إليها، حيث يسعى الباحث إلى انتقاء العينة وفق منهجية علمية مدروسة تضمن تمثيلاً مناسباً لمجتمع الدراسة. (خوجة، 2022، ص 20).

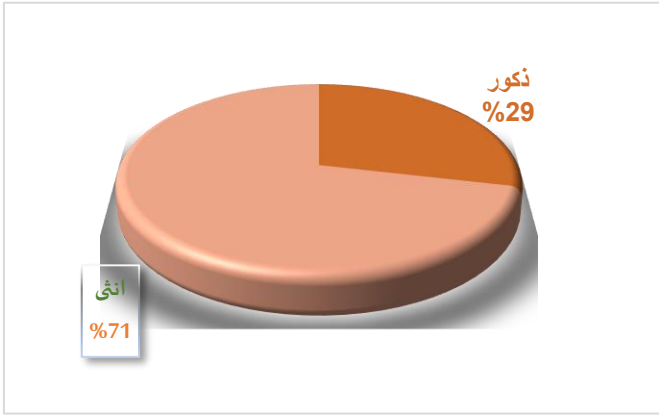
حيث تم اختيار عينة الدراسة بطريقة قصدية، وذلك نظراً بطبيعة موضوع دراستنا، وتعد العينة القصدية من الأساليب الملائمة في الدراسات الوصفية، لأنها تتيح للباحث التركيز على فئة معينة تملك المعلومات والخبرات المرتبطة بموضوع الدراسة، مما يساهم في تحقيق نتائج أكثر دقة وعمقا.

- توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

جدول (9): يوضح توزيع أفراد العينة الأساسية حسب متغير الجنس مع النسب المئوية.

الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	10	%28.58
أنثى	25	%71.42
المجموع	35	%100

يتضح من خلال الجدول (9) أن عدد أفراد العينة في الدراسة الأساسية تمثل في الجنسين ذكر وأنثى بتكرار 10 و 25، وبنسب مئوية تمثلت في (%28.58) بالنسبة للذكور و (%71.42) بالنسبة للإناث.



يظهر الشكل وجود تباين واضح في توزيع أفراد العينة تبعاً لمتغير الجنس حيث بلغت نسبة الذكور (28.58) % في حين شكلت الإناث النسبة الأكبر بمقدار النسبة الأكبر ب (%71.42) وتشير هذه النتائج إلى ارتفاع نسبة الإناث المصابات بمرض السكري الخاضعات للعلاج بالأنسولين.

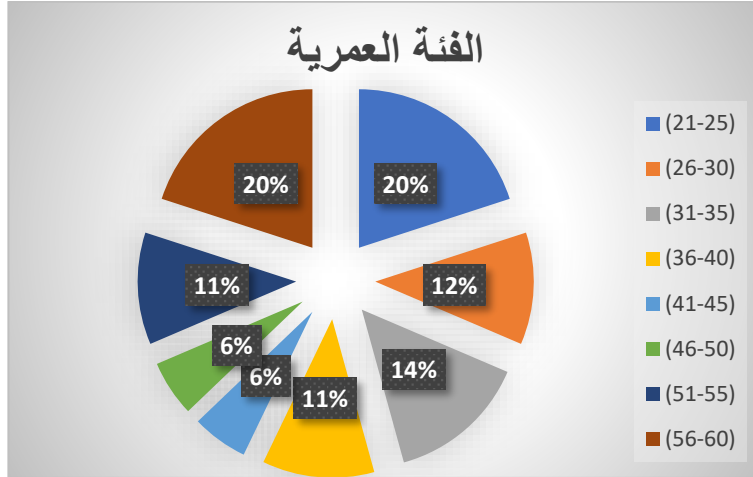
الشكل (16): يبين النسب المئوية لتوزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير الجنس.

- توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير السن:

جدول (10): يوضح توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير العمر.

الفئة العمرية	التكرار	النسبة المئوية
(25-21)	7	%20
(30-26)	4	%11.43
(35-31)	5	%14.29
(40-36)	4	%11.43
(45-41)	2	%5.71
(50-46)	2	%5.71
(55-51)	4	%11.43
(60-56)	7	%20
المجموع	35	%100

يتضح من خلال الجدول رقم (10) أن عينة الدراسة الأساسية البالغ عددها 35 مريض سكري خاضع للأنسولين التي توزعت على ثماني فئات عمرية، حيث كانت الفئتان (21-25 سنة) و(56-60 سنة) الأكثر تمثيلاً بنسبة 20%، حيث أن لكل منهما (7 أفراد لكل فئة)، بينما كانت الفئتان (41-45 سنة) و(46-50 سنة) الأقل تمثيلاً بنسبة 5.71% لكل منهما (فردين لكل فئة)، في حين الفئات العمرية (26-30 سنة)، (31-35 سنة)، (36-40 سنة) و(51-55 سنة) تمثل نسباً متقاربة تتراوح بين 11.43% إلى 14.29%، مما يشير إلى تنوع معتدل في هذه الفئات.

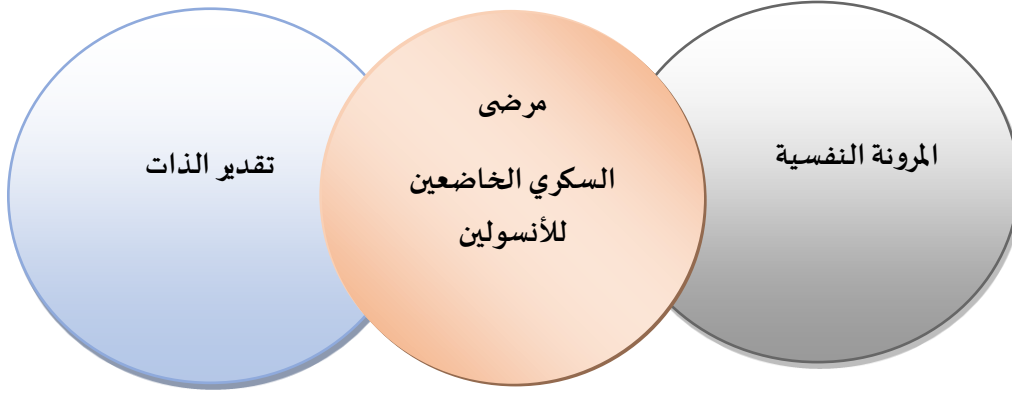


الشكل (17): يبين نسب توزيع أفراد عينة الدراسة الأساسية حسب متغير العمر.

يتضح من خلال الشكل رقم (17) تباين عدد أفراد العينة الأساسية حسب متغير العمر حيث يظهر تبايناً واضحاً في النسب بين الفئات العمرية المختلفة حيث أن الفئة العمرية (21-25 سنة) و(56-60 سنة) تمثل النسبة الأكبر بنسبة 20%، مما يدل على تمثيل قوي مست فئة الشباب وفئة كبار السن المصابين بمرض السكري والمعتمدين على الأنسولين، كما أن فئة (46-50 سنة) تمثل نسبة معتبرة 14.28%، تليها فئة (30-35 سنة) بنسبة تقريبية 12% بينما تنخفض النسبة تدريجياً بنسبة تقريبية 6% عند فئة (41-45 سنة) و(46-50 سنة).

4.2. حدود الدراسة:

الإطار المكاني: أجريت هذه الدراسة في مركز متعدد الخدمات أمدور تونس بمصلحة داء السكري
الإطار الزمني: بدأنا في إجراء هذه الدراسة من تاريخ 6 أفريل إلى 13 أفريل 2025.
الإطار البشري: شمل مجموعة من مرضى السكري الخاضعين للأنسولين (النوع الأول) من الجنسين (ذكور، إناث)
الإطار المعرفي: توزعت متغيرات هذه الدراسة على عدة حقول معرفية تتعلق الأول بالمرونة النفسية باعتبارها متغير مستقل، بينما يتعلق المتغير الثاني بتقدير الذات باعتباره متغير تابع عند مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.



الشكل (18): يبين العلاقة التفاعلية بين متغيرات الدراسة.

5.2. أدوات الدراسة:

لابد في كل دراسة الاعتماد على مجموعة من الأدوات والوسائل التي من خلالها جمع البيانات المتعلقة بموضوع الدراسة ولقد تم الاعتماد في دراستنا الحالية على مقياسين هما المرونة النفسية وتقدير الذات.

1.5.2. مقياس المرونة النفسية:

وصف المقياس: مقياس المرونة النفسية من اعداد الباحث "هشام عبد الحافظ ربابعة" (2017) في دراسة تحت عنوان المرونة النفسية وعلاقتها بقلق الاختبار لدى طلبة الجامعة الاردنية، " بحث مقدم لنيل شهادة الماجستير في علوم قسم علم النفس الارشادي والتربوي من كلية التربية- جامعة اليرموك.

وتكون من (25) فقرة موزعة على أربعة أبعاد، وهي

البعد الأول: الصلابة ويقاس ب (7) فقرات.

البعد الثاني: التفاؤل ويقاس ب (7) فقرات.

البعد الثالث: تعدد المصادر ويقاس ب (6) فقرات.

البعد الرابع: الغرض أو الهدف ويقاس ب (5) فقرات.

- تعليمية تطبيق الاختبار:

نرجو منكم التكرم والاجابة على فقرات استبيان "المرونة النفسية" وذلك بعد قراءة متأنية ثم اختيار إجابة واحدة من الاختيارات الخمس المقترحة والتعبير عن رأيكم الشخصي، علما أنها لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فقط أجب بكل صراحة وصدق، لا تترك أي سؤال دون إجابة تأكد أن ما تقدمهم من معلومات ستستخدم في إطار البحث العلمي فقط.

- كيفية تصحيح المقياس:

تم استخدام التدرج الخماسي للإجابة على فقرات المقياس، حيث يتم تقييم كل فقرة بدرجات تتراوح بين: 1 و 5 كما يلي: بدرجة كبيرة جدا (5)، بدرجة كبيرة (4)، بدرجة متوسطة (3)، بدرجة قليلة (2)، بدرجة قليلة جدا (1). وبناء على هذا فقد تراوحت الدرجة على كل فقرة بين الدرجة واحدة وخمس درجات.

وبما أن المقياس تكون بصورته النهائية من (25) فقرة فإن أعلى درجة يمكن أن يحصل عليها المستجيب هي (125) درجة، وأدنى درجة هي (25) درجة، ولتحديد مستوى المرونة النفسية لدى أفراد الدراسة، تم استخدام المعيار الاحصائي التالي:

جدول (11): يوضح المعيار الاحصائي المعتمد لتحديد مستوى المرونة النفسية.

الرقم	المستوى	المعيار الاحصائي
01	منخفضة	(1-2.33)
02	متوسطة	(2.33-3.67)
03	مرتفعة	(3.67-5)

- مستويات المرونة النفسية:

جدول (12): يوضح مستويات المرونة النفسية.

المستويات	منخفض	متوسط	مرتفع
المجالات	(58 -25)	(92-59)	(125-93)

- الخصائص السيكومترية للمقياس:

للتحقق من صدق البناء تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (34) طالبا وطالبة من خارج عينة الدراسة ومن داخل مجتمع الدراسة مرتبين بفارق زمني مدته (أسبوعان)، وتم قياس صدق البناء للمقياس من خلال معاملات الارتباط بين درجة كل عبارة من عبارات أبعاد المقياس والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي اليه بما فيها درجة هذه العبارة وهو ما يطلق عليه "الصدق البنائي" وقد أظهرت النتائج أن جميع معاملات الارتباط بين درجة العبارة والدرجة الكلية للبعد الذي تنتمي له الدالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$) مما يشير الى الاتساق الداخلي بين العبارات المكونة للمقياس وأنها صادقة بنائيا.

وللتحقق من ثبات مقياس المرونة النفسية تم تطبيق المقياس على عينة استطلاعية مكونة من (34) طالبا وطالبة من خارج عينة الدراسة ومن داخل مجتمع الدراسة مرتين بفارق زمني مدته اسبوعان، واستخراج معامل الاستقرار باستخدام ارتباط بيرسون بين درجاتهم في جميع ابعاد المقياس في المرتين، حيث أن جميع معاملات الاستقرار للاختبار بين التطبيقين لأبعاد مقياس المرونة النفسية والمقياس ككل كانت قيمة دالة احصائيا، وهذا يدل على ثبات تطبيق المقياس، وقد أظهرت النتائج أن معاملات الارتباط بين أفراد العينة الاستطلاعية في التطبيقين لأبعاد مقياس المرونة النفسية تراوحت بين (0.48-0.60) وهي قيم دالة احصائيا عند مستوى الدلالة ($\alpha \geq 0.05$)، مما يدل على ثبات مقياس المرونة النفسية كما بلغت قيمة معامل الارتباط بين التطبيقين للمقياس ككل (0.58). وهي قيمة دالة احصائيا، مما يدل على ثبات مقياس المرونة النفسية.

كما تم تطبيق معادلة كرو نباخ ألفا على جميع أبعاد فقرات مقياس المرونة النفسية لاستخراج معامل الاتساق الداخلي بين فقرات كل بعد من أبعاد المقياس، وتم إيجاد المعاملات الثبات لهذه الأبعاد تراوحت ما بين (0.70 - 0.76) وجميعها قيم مرتفعة ومقبولة لأغراض التطبيق، حيث أشارت معظم الدراسات نسبة قبول معامل الثبات (0.60).

2.5.2. مقياس تقدير الذات:

- وصف المقياس:

صمم هذا المقياس من طرف الباحث الأمريكي كوبر سميث سنة 1967 م. وتضيف ليلى عبد الحميد (1985) أن مقياس كوبر سميث تمت ترجمته إلى العربية من "فاروق عبد الفتاح، محمد كمال الدسوقي" (1981) ويتكون من خمسة وعشرون عبارة (25) معدة لتقدير الذات وهي الصورة الخاصة بالكبار الذين يتجاوزون من السادسة عشر سنة. (عبد الحميد، 1985، ص15).

منها العبارات السالبة التي ذات الأرقام:

(25-24-23-22-21-18-17-16-15-13-12-11-10-7-6-3-2)

والعبارات الموجبة ذات الأرقام: (20-19-14-9-8-5-4-1)

- تعليمية تطبيق الاختبار:

فيما يلي مجموعة من العبارات اجابتك عليها سوف تساعدني في معرفة ما تحب وما لا تحب، إذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (×) داخل المربع في خانة "تنطبق"، أما إذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به فضع علامة (×) داخل المربع في خانة "لا تنطبق" ولا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وانما الإجابة الصحيحة هي التي يعبر بها الشخص عن شعوره الحقيقي.

طريقة تصحيح المقياس:

يمكن الحصول على درجات مقياس كوبر سميث بالإتباع الخطوات التالية:

إذا كانت الإجابة لا تنطبق على العبارات السالبة بمنحه (1)

إذا كانت الإجابة تنطبق على العبارات السالبة بمنحه (0)

إذا كانت الإجابة تنطبق على العبارات الموجبة بمنحه (1)

إذا كانت الإجابة لا تنطبق على العبارات الموجبة بمنحه (0).

ومنه يمكن الحصول على الدرجة الكلية للمقياس بجمع عدد العبارات الصحيحة، وضرب التقدير الكلي في رقم

(4).

أقصى درجة يمكن الحصول عليها في هذا الاختبار (25) وأقل درجة هي (0) ولحساب مقدار تقدير الذات يجب إتباع

هذه الخطوات: عدد الدرجات×100/عدد الأسئلة

- مستويات تقدير الذات:

جدول (13): يوضح مستويات تقدير الذات.

الرقم	المستوى	الفئة
01	درجة منخفضة	20 – 40
02	درجة متوسطة	40 – 60
03	درجة مرتفعة	60 – 80

- الخصائص السيكومترية لمقياس تقدير الذات:

قام الباحث (بشير معمري) بتقنين المقياس على عينة مكونة من (419) فردا، منها (198) ذكرا و (221) أنثى. تراوحت أعمار عينة الذكور بين 17 – 46 سنة بمتوسط حسابي قدره 28.41 وانحراف معياري 4.26 وتراوحت أعمار الاناث بين 16 و 46 سنة بمتوسط حسابي قدره 27.21 وانحراف معياري قدره 4.21، وتم سحب العينتين (ذكور واناث)، من تلاميذ وتلميذات مؤسسات التعليم الثانوي بولاية باتنة، ومن مراكز التكوين المهني والتكوين شبه الطي باتنة.

6.2. أساليب المعالجة الإحصائية:

بعد الحصول على المعلومات والبيانات الخاصة بالدراسة، نقوم بمعالجتها بعد تصنيفها وتفرغها بالاعتماد على مجموعة من الأساليب الإحصائية التالية:

أولا: المعالجة الكمية:

تم التعامل مع البيانات بطريقة كمية لتحقيق من صحة الفرضيات، وذلك باستخدام الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS21، الذي يتيح اجراء عدة اختبارات إحصائية، ومن بين الأساليب:

- المتوسط الحسابي.

- الانحراف المعياري.

- معامل الارتباط بيرسون.

- تحليل التباين الثنائي.

ثانيا: المعالجة الكيفية:

الى جانب التحليل الكمي، تم اللجوء الى التحليل الكيفي لفهم وتفسير النتائج بشكل أعمق، وذلك من خلال المعالجة الكمية للبيانات، وإعطاء تحليل وربط النتائج بأهداف الدراسة وتساؤلاتها.

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل الخطوات الإجرائية المتبعة في الدراسة، حيث تم اعتماد المنهج الوصفي بهدف دراسة ظاهرة نفسية واجتماعية ضمن سياق محدد. وقد تم اختيار عينة قصدية من مرضى السكري الخاضعين للعلاج بالأنسولين، وتم الاعتماد على مقياسيين، مقياس المرونة النفسية ومقياس تقدير الذات لكوبر سميث، وتحديد الخصائص السيكو مترية لكل مقياس من أجل توضيح مدى ملاءمتها لموضوع الدراسة، وفي الأخير تم استخدام مجموعة من الأساليب الإحصائية المناسبة لمعالجة البيانات.

الفصل السادس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج

تمهيد

1. عرض وتحليل نتائج الفرضيات.
 - 1.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية العامة.
 - 2.1. عرض وتحليل نتائج الفرضيات الجزئية الأولى.
 - 3.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية.
 - 4.1. عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.
2. : مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات على ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة.
 - 1.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة.
 - 2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى.
 - 3.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية.
 - 4.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.

تمهيد:

بعد أن تناولنا في الفصل السابق الإجراءات الأساسية للدراسة ، وجمع البيانات وتحليلها باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة، يهدف هذا الفصل الى عرض نتائج الدراسة وتحليلها ومناقشتها بناء على ماتم التوصل اليه بعد تطبيق أدوات الدراسة (مقياس المرونة النفسية وتقدير الذات) على عينة الدراسة المتمثلة في مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، إضافة الى تفسير ومناقشة النتائج وفرضيات الدراسة، وقبل البدء في عرض وتحليل نتائج الدراسة سيتم التذكير بفرضيات الدراسة والتي تتضمن فرضية عامة وثلاث فرضيات جزئية وهي كالتالي:

الفرضية العامة:

توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين.

الفرضيات الجزئية:

الفرضية الجزئية الأولى:

مستوى المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين مرتفع.

الفرضية الجزئية الثانية:

توجد فروق دالة احصائية في مستوى المرونة النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر).

الفرضية الجزئية الثالثة:

توجد فروق دالة احصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر).

التحقق من اعتدالية توزيع البيانات:

لكي نقوم باختيار الأساليب الإحصائية المناسبة وذلك للتحقق من الفرضيات لابد من اجراء اختبارات الاعتدالية (شابيرو- ويلك، كولموجوروف-سميرنوف) حسب بيانات الجدول التالي:

جدول (14): يوضح نتائج الاختبارات الاعتدالية

كولموجوروف-سميرنوف			شايررو-ويلك			المتغيرات
مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	مستوى الدلالة	درجة الحرية	الإحصاءات	
0.200	35	0.119	0.068	35	0.943	المرونة النفسية
0.007	35	0.176	0.095	35	0.947	تقدير الذات

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه المتعلقة باختبارات، ولأن عدد أفراد العينة أقل من 50، فتوزيع بيانات متغيري المرونة النفسية وتقدير الذات اعتدالي لأن مستوى الدلالة (0.068، 0.095) أكبر من (0.05). ومنه يمكننا الاعتماد على الأساليب البارامترية لاختبارات فرضيات الدراسة.

1. عرض وتحليل نتائج الفرضيات:

1.1. عرض نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على "توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين". وللتحقق من هذه الفرضية تم استخراج المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية لدرجات المرونة النفسية وتقدير الذات وكذلك استخدام معامل الارتباط بيرسون للعلاقة بين متغيرين والجدول التالي يوضح النتائج:

جدول (15): يوضح نتائج استجابات افراد العينة على مقياس المرونة النفسية ومقياس تقدير الذات.

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المتغير
10.80950	90.5143	35	المرونة النفسية
12.36096	58.9714		تقدير الذات

يتضح من خلال الجدول رقم (12) أن المتوسط الحسابي لاستجابات أفراد العينة على مقياس المرونة النفسية بلغ 90.5143، وهو يمثل مستوى مرتفعاً من المرونة النفسية لدى أفراد العينة، مما يدل على قدرتهم على التكيف مع الضغوط والمتغيرات. كما بلغ الانحراف المعياري 10.80950، مما يدل على وجود تباين متوسط في الاستجابات، أي أن هناك اختلافاً نسبياً بين المشاركين في مدى تمتعهم بالمرونة النفسية.

أما بالنسبة لمقياس تقدير الذات، فقد بلغ المتوسط الحسابي 58.9714، وهو يشير إلى مستوى متوسط من تقدير الذات لدى أفراد العينة. كما بلغ الانحراف المعياري 12.36096، وهو ما يشير إلى وجود تباين واضح في استجابات الأفراد، مما يدل على أن تقدير الذات يختلف بدرجات متفاوتة بين المشاركين.

الجدول (16) يوضح نتائج معامل الارتباط بيرسون بين المرونة النفسية وتقدير الذات.

ارتباطات بيرسون	
المرونة النفسية	تقدير الذات
1	0.123
0.123	1

يتضح من خلال الجدول رقم (16) أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين. لأن قيمة معامل الارتباط بيرسون (0.123) غير دالة إحصائياً أي أن مستوى الدلالة أكبر من 0.05.

2.1. عرض نتائج الفرضيات الجزئية الأولى:

"مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين مرتفع"

لمعرفة مستوى المرونة النفسية تم حساب الإحصاءات الوصفية والجدول التكراري لتوزيع مستويات المرونة النفسية حسب الفئات الثلاث لهذا المقياس.

جدول (17): يوضح نتائج مقياس المرونة النفسية.

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	أدنى قيمة	أعلى قيمة
المرونة النفسية	35	2,4000	2.0000	2.00	0.49705	2,00	3,00

يتبين من خلال الجدول رقم (17)، الذي يعرض نتائج مقياس المرونة النفسية، أن المتوسط الحسابي لدرجات أفراد العينة بلغ 2.4000، كما بلغ الانحراف المعياري 0.49705، وهي قيمة منخفضة نسبياً مقارنة بالمتوسط، مما يعكس تقارب درجات الأفراد وتجانسهم من حيث مستوى المرونة النفسية.

وبناءً على هذه النتائج، يمكن الاستنتاج أن أفراد العينة والمتمثلين في مرضى السكري الخاضعين للعلاج بالأنسولين، يتمتعون بدرجات متوسطة من المرونة النفسية، مما يعكس قدرتهم على التكيف مع الضغوط النفسية والصعوبات المرتبطة بمرضهم والتعامل معها بمرونة وفعالية.

جدول (18): يوضح تكرارات مستويات المرونة النفسية.

المستويات	التكرار	النسبة المئوية
متوسط (59-92)	21	60 %
مرتفع (93-125)	14	40%
المجموع	35	100 %

يتضح من خلال الجدول أن أغلبية أفراد العينة يتمتعون بمستوى متوسط من المرونة النفسية، حيث بلغت نسبتهم 60% من إجمالي العينة، أي ما يعادل 21 فرداً، بينما بلغ عدد الأفراد الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من المرونة النفسية 14 فرداً، بنسبة 40% من العينة، ومنه عدم تحقق الفرضية.

"مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين مرتفع"

لمعرفة مستوى تقدير الذات تم حساب الإحصاءات الوصفية والجدول التكراري لتوزيع مستويات تقدير الذات حسب الفئات الثلاث لهذا المقياس.

جدول (19): يوضح نتائج مقياس تقدير الذات.

المتغير	العينة	المتوسط الحسابي	الوسيط	المنوال	الانحراف المعياري	أدنى قيمة	أعلى قيمة
تقدير الذات	35	2.2571	2.0000	2.00	0.50543	1.00	3.00

يتضح من خلال الجدول (19) الذي يعرض نتائج تقدير الذات، فالمتوسط الحسابي 2.2571، وهو يشير إلى أن مستوى تقدير الذات لدى العينة يقع في حدود متوسطة إلى مرتفعة نوعاً ما. أما قيمة الوسيط لدرجات تقدير الذات بلغت 2.0000، هذا يدل على أن نصف أفراد عينة الدراسة تقريباً قد حصلوا على درجات متوسطة، والنصف الآخر حصلوا على درجات مرتفعة، ويعد الوسيط مؤشراً مهماً لتركز البيانات، منكم بلغ الانحراف المعياري 0.50543 وهو ما يدل على وجود تشتت متوسط في درجات تقدير الذات بين أفراد العينة، ما يعني أن معظم الأفراد لديهم درجات قريبة من المتوسط. تشير هذه النتائج إلى أن أفراد العينة المتمثلين في مرضى السكري الخاضعين للأنسولين يتمتعون بـ مستوى متوسط إلى مرتفع من تقدير الذات.

جدول (20): يوضح تكرارات مستويات تقدير الذات.

المستويات	التكرار	النسبة المئوية
منخفض	1	2.9%
متوسط	24	68.6%
مرتفع	10	28.6%
المجموع	35	100%

نلاحظ من خلال الجدول (20) أن عدد الذين سجلوا مستوى تقدير ذات متوسط 24 حالة بنسبة (68.6%)، أما مستوى تقدير الذات مرتفع 10 حالات بنسبة (28.6%). وأخيراً كان مستوى تقدير الذات المنخفض بنسبة (2.9%). ومنه عدم تحقق الفرضية أي أن مستوى تقدير الذات كان متوسط عند أغلبية أفراد العينة.

3.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تنص الفرضية الجزئية الثانية للدراسة على أنه "توجد فروق دالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية تعزى لمتغيرات (الجنس، العمر) واختبار هذه الفرضية تم استخدام تحليل التباين الثنائي ANOVA

جدول (21): يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير المرونة النفسية حسب الجنس والفئة العمرية.

الجنس	الفئة العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التكرار
ذكر	21 – 25 سنة	89.00	6.36	2
	26 – 30 سنة	79.00	5.66	2
	36 – 40 سنة	103.00	9.90	2
	46 – 50 سنة	89.50	4.95	2
	56 – 60 سنة	100.50	30.41	2
	الإجمالي	92.30	2 14.41	10
أنثى	21- 25 سنة	94.25	14.36	4
	26 – 30 سنة	92.50	10.61	2
	31 – 35 سنة	90.20	4.21	5
	36-40 سنة	89.00	1.41	2
	41 – 45 سنة	90.33	2.341	3
	51 – 55 سنة	89.50	11.09	4
	56 – 60 سنة	85.00	9.62	5
	الإجمالي	89.80	9.26	25
	21- 25 سنة	92.67	11.75	6
الإجمالي	26 – 30 سنة	85.75	10.44	4
	31 – 35 سنة	90.20	4.21	5
	36-40 سنة	96.00	9.93	4
	41 – 45 سنة	90.33	12.34	3
	46 – 50 سنة	89.50	4.95	2
	51 – 55 سنة	89.50	11.09	4
	56 – 60 سنة	89.43	16.52	7
	الإجمالي العام	90.51	10.81	35

أظهرت نتائج الجدول (21) أن نتائج متوسط المرونة النفسية عند الذكور بلغ 92.30، مما يشير إلى تمتع الذكور في هذه العينة بمستوى أعلى من المرونة النفسية مقارنة بالإناث قدر ب 89.80 أما في خانة العمود الأخير (الإجمالي) يوضح القيمة الكلية من كلا الجنسين لأفراد عينة الدراسة.

جدول (22) يوضح نتائج تحليل التباين الثنائي (Two-Way ANOVA) لمتغير المرونة النفسية.

المتغير	درجة الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
الجنس	1	0.284	0.599
المرحلة العمرية	7	0.271	0.959
الجنس X المرحلة العمرية	3	1.798	0.176

يوضح الجدول رقم (22) نتائج تحليل التباين الثنائي (ANOVA) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المرونة النفسية تعزى إلى متغير الجنس، حيث بلغت قيمة $F=0.284$. عند مستوى دلالة $(Sig=0.599)$ ، مما يشير إلى أن

الذكور والاناث لا يختلفون بدرجة ملحوظة احصائيا في مستوى المرونة النفسية. كما تبين أن المرحلة العمرية لم يكن لها تأثير ذو أهمية إحصائية، اذ بلغت قيمة ($F=0.271$) عند مستوى الدلالة ($Sig=0.959$)، وهو ما يدل على تقارب مستويات المرونة بين الفئات العمرية المختلفة. أما بالنسبة لأثر التفاعل بين الجنس والمرحلة العمرية، فقد بلغت قيمة ($F=1.798$) عند مستوى الدلالة ($Sig=0.176$)، وهي أيضا غير دالة احصائيا، وبذلك تشير النتائج الى أن متغيري الجنس والمرحلة العمرية، والتفاعل بينهما، لا تحدث فروقا معنوية في مستوى المرونة النفسية لدى أفراد العينة، مما يرجح وجود تأثيرات لعوامل أخرى مثل الظروف النفسية والاجتماعية أو السمات الشخصية.

4.1. عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

جدول (23): يوضح الإحصاءات الوصفية لمتغير تقدير الذات حسب الجنس والفئة العمرية.

الجنس	الفئة العمرية	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	التكرار
ذكر	21 – 25 سنة	46.00	31.11	2
	26 – 30 سنة	66.00	14.14	2
	36 – 40 سنة	54.00	14.14	2
	46 – 50 سنة	50.00	8.49	2
	56 – 60 سنة	70.00	2.83	2
	الإجمالي	57.20	16.00	10
أنثى	21- 25 سنة	67.00	14.38	4
	26 – 30 سنة	58.00	8.49	2
	31 – 35 سنة	60.80	5.22	5
	36-40 سنة	50.00	14.14	2
	41 – 45 سنة	64.00	4.00	3
	51 – 55 سنة	58.00	14.79	4
	56 – 60 سنة	56.00	12.32	5
	الإجمالي	59.69	10.89	25
	21- 25 سنة	60.00	20.86	6
الإجمالي	26 – 30 سنة	62.00	10.58	4
	31 – 35 سنة	60.80	5.22	5
	36-40 سنة	52.00	11.78	4
	41 – 45 سنة	64.00	4.00	3
	46 – 50 سنة	50.00	8.49	2
	51 – 55 سنة	58.00	14.79	4
	56 – 60 سنة	60.00	12.22	7
	الإجمالي العام	58.97	12.36	35

تشير النتائج الى وجود فروق في متوسط تقدير الذات بين الذكور والاناث، حيث بلغ متوسط تقدير الذات لدى الاناث 59.69 وهو أعلى من متوسط الذكور الذي بلغ 57.20، وهذا يدل على أن الاناث في عينة الدراسة يتمتعن بمستوى

أعلى من تقدير الذات مقارنة بالذكور. تعكس هذه الفروق تباينا في البناء الذاتي تبعا للجنس، وقد يرتبط ذلك بعوامل نفسية واجتماعية مختلفة تؤثر في إدراك الفرد لقيمتها الذاتية. أما بالنسبة للعمود الأخير يمثل القيمة الاجمالية لكلا الجنسين.

جدول (24) يوضح نتائج تحليل التباين الثنائي (Two-Way ANOVA) لمتغير تقدير الذات.

المتغير	درجة الحرية	قيمة F	مستوى الدلالة
الجنس	1	0.045	0.835
المرحلة العمرية	7	0.508	0.819
الجنس X المرحلة العمرية	3	1.934	0.152

يوضح الجدول نتائج تحليل التباين الثنائي (ANOVA) عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقدير الذات تعزى الى متغير الجنس، حيث بلغت قيمة ($F=0,045$) عند مستوى دلالة ($Sig=0,835$)، مما يشير الى أن الذكور والاناث في العينة لا يختلفون بشكل معنوي في تقديرهم لذواتهم، كما تبين أن المرحلة العمرية كذلك لم يكن لها تأثير معنوي، إذ بلغت قيمة ($F=0,508$) عند مستوى الدلالة ($Sig=0,819$). أما بالنسبة للتفاعل بين الجنس والمرحلة العمرية فقد كانت قيمة ($F=1,934$) وهي أعلى نسبيا من القيم السابقة. إلا أن مستوى الدلالة ($Sig=0,152$) فهي أكبر من 0.05، مما يعني أن هذا التفاعل أيضا لم يكن ذا دلالة إحصائية وعليه يمكن القول إن متغيرات الجنس والعمر والتفاعل بينهما لا تؤثر بشكل حقيقي على تقدير الذات لدى أفراد العينة. مما يشير الى احتمال وجود عوامل أخرى أكثر تأثيرا في تشكيل تقدير الذات، كالمدعم النفسي والاجتماعي، أو السمات الشخصية، أو الحالة الصحية.

2. مناقشة وتفسير النتائج على ضوء الجانب النظري والدراسات السابقة.

1.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية العامة:

أسفرت نتائج الفرضية العامة على عدم وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، لأن قيمة معامل الارتباط بيرسون 0.123 غير دالة احصائيا (مستوى الدلالة أكبر من 0.05)

ويمكن تفسير هذا الغياب للعلاقة من خلال نظرية ماسلو للحاجات. حيث يعتبر تقدير الذات حاجة تقع في مرتبة عليا في هرم الحاجات، بينما يعيش مريض السكري في كثير من الأحيان ضمن دائرة تلبية الحاجات الفيزيولوجية (الدواء، التغذية) وحاجات الأمن (الصحي، والنفسي) بسبب متطلبات المرض المزمن.

كذلك يمكن تفسير هذا الغياب للعلاقة على ضوء نظرية كوبر سميث وزيلر فان تقدير الذات هو العامل الذي يحدد نوعية المتغيرات التي ستحدث في تقييم الفرد لذاته تبعا لذلك. ويلعب دور المتغير الوسيط حلقة وصل بين المنطقة المتوسطة للذات والعالم الواقع، أي أن تقدير الذات يتشكل من خلال عدة مصادر خارجية مثل الأسرة، النجاح الشخصي الاقران وغيرها وليس فقط من خلال الخصائص النفسية الداخلية كالتكيف أو المرونة. وبالتالي، فان مرضى السكري قد يستمدون تقديرهم لذواتهم من مدى شعورهم بالدعم الاجتماعي أو تقبل الأسرة والبيئة لوضعهم الصحي، وليس بالضرورة من قدرتهم النفسية على التكيف مع المرض. من جهة أخرى، وبالرجوع الى نظرية النمو النفسي الاجتماعي لإريكسون، فان

مواجهة مرض مزمن مثل السكري قد تعيد الفرد الى صراعات داخلية نفسية -اجتماعية غير مكتملة النمو في مراحل سابقة، مثل فقدان الشعور بالاستقلالية أو الكفاءة،

حيث تتفق نتائج الفرضية العامة مع دراسة بريشي مريامة وقرميوط ربحانة (2024) والتي عنوانت: "المرونة الاسرية وعلاقتها بتقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري النوع الأول" والتي من نتائجها عدم وجود علاقة ارتباطية دالة احصائيا بين المرونة الاسرية وتقدير الذات لدى النساء المصابات بداء السكري النوع الأول. كما اتفقت مع دراسة رباب أبو الليل محمد (2019) بعنوان "القلق الاجتماعي وعلاقته بتقدير الذات والثبات الانفعالي لدى عينة من مرضى القلق" والتي كانت نتائجها تنص لا توجد علاقة ارتباطية بين تقدير الذات والثبات الانفعالي.

وتعارضت مع دراسة دراسة بختي نصيرة (2016) بعنوان النمط السلوك السائد (أ، ب) وعلاقته بالمرونة النفسية لدى الراشد المصاب بداء السكري. واختلفت أيضا مع دراسة عبدلي عامر (2015) التي درست الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري.

2.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضيات الجزئية الأولى:

"مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين مرتفع"

وفي ضوء التحقق من صحة الفرضية وبالإطلاع على النتائج الإحصائية لاختبار هذا الفرض يتضح أن مرضى السكري الخاضعين للأنسولين يتمتعون بمستوى متوسط من المرونة النفسية حيث بلغ المتوسط الحسابي $M=2.4000$ بانحراف معياري $SD=0.49705$ حيث أن متوسط درجاتهم ينتمي الى المجال (59- 92) وبالتالي الفرضية غير محققة.

وبالرجوع الى التراث النظري يفيد اريكسون أن البيئة الاجتماعية التي تحتوي الانسان مقترنة بالتفاعل مع عمليات النضج البيولوجي التي تطرح أمام كل فرد مجموعة من الأزمات يتعين عليه تجاوزها وحلها بصورة إيجابية لضمان سواء وانتظام مسار نموه النفسي والاجتماعي ، اذ يواجه الانسان خلال مختلف مراحل حياته بفترات حرجة أو حساسة ، اذ لابد من أن يتوصل الى حل لتجاوزها بطريقة إيجابية قبل أن يواجه أزمة أخرى. فكل مرحلة من مراحل النمو تتميز بصراعات وأزمات تحتاج الى معالجات وحلول من خلال التعامل معها بطريق تكيفية تتناسب مع هذه المرحلة. فوفقا لمبدأ التخلق المتعاقب فكل مرحلة من مراحل النمو بالنسبة لإريكسون لها مهامها الحياتية ، والنجاح أو الفشل في تحقيق هذا له أثره الهام على النمو في المراحل التالية ، فالكثير من عمل اريكسون يمكن النظر اليه انه وصف للقوة الاجتماعية والتاريخية التي تؤثر في قوة ومرونة اضعف وصلابة الأنا. فحسب ما أفاد به اريكسون في نظريته نجد أن حالة مرضى السكري، وغالبيتهم من الراشدين، نجد أنهم غالباً في مرحلة "الإنتاجية مقابل الركود"، وهي مرحلة يكون فيها الفرد حريصاً على الإحساس بأنه عنصر فعال ومفيد في المجتمع.

لكن الإصابة بمرض مزمن مثل السكري قد تؤثر على هذا الإحساس، إذ قد يشعر المريض بأن قدرته على الإنتاج والعطاء قد تراجعت، مما ينعكس على صحته النفسية وشعوره بالركود أو التراجع. هذه الحالة النفسية لا تعني بالضرورة غياب القدرة على التكيف، لكنها قد تفسر لماذا أظهرت النتائج أن أغلب أفراد العينة يمتلكون مرونة نفسية بمستوى متوسط، وليس مرتفع

بمعنى آخر، فإن وجود المرض قد يشكل عقبة أمام استكمال المهام النمائية لهذه المرحلة، ويجعل الشخص يعيش في حالة من التردد أو الصراع غير المحسوم، وهو ما ينعكس على قدرته على التكيف الكامل والمرونة في مواجهة الضغوط. أما وفقاً لنظرية فرويد، تتكوّن شخصية الإنسان من ثلاث قوى رئيسية: "الهو" التي تمثل الرغبات الغريزية، و"الأنا الأعلى" التي تعكس الضمير والقيم، و"الأنا" التي تعمل على تحقيق التوازن بين الطرفين في ضوء الواقع. عندما يتعرض الفرد لضغط نفسي مثل مرض مزمن، فإن الأنا تُستنفد في محاولتها المستمرة للحفاظ على هذا التوازن. في حالة مرضى السكري، تعاني الأنا من توتر دائم بين رغبة المريض في الراحة والتخلص من الألم (الهو)، ومطالب الأنا الأعلى في الالتزام بالعلاج والانضباط الصحي. هذا الصراع المتواصل قد يُضعف قدرة الأنا على التكيف الكامل، ما يفسر وجود مرونة نفسية متوسطة، حيث يتمكن الفرد من التكيف جزئياً، لكنه لا يصل إلى مستوى من الصلابة والمرونة النفسية العالية.

ومن الدراسات التي تعارضت في نتائجها مع دراستنا نجد دراسة بكير مليكة "2019" حول "المرونة النفسية وعلاقتها بالضغوط المدرسية لدى التلاميذ المترشحين لامتحان البكالوريا" والتي توصلت إلى مستوى المرونة النفسية مرتفع لدى عينة الدراسة. بالإضافة إلى دراسة "سامية بورنان 2022" حول "مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول وقد أسفرت نتائجها مستوى المرونة النفسية لدى مرضى السكري مرتفع.

"مستوى تقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين مرتفع"

بالاطلاع على النتائج الاحصائية لاختبار هذا الفرض يتضح لنا ان مرضى السكري الخاضعين للأنسولين لديهم تقدير ذات متوسط. حيث بلغ المتوسط الحسابي $M = 2.2571$ بانحراف معياري $SD = 0.50543$ حيث أن متوسط درجاتهم ينتهي إلى المجال (34 _ 66) وبالتالي الفرضية غير محققة.

ويمكن تفسير هذه النتيجة على ضوء ما تطرقنا له في الجانب النظري. إذ يؤكد ماسلو إلى أن تقدير الذات يمثل مستوى متقدماً من الحاجات النفسية، في ضوء هذه النظرية، فإن مرضى السكري قد يواجهون صعوبات في إشباع الحاجات التقديرية نتيجة الضغوط المستمرة المرتبطة بالمرض، مما ينعكس سلباً على مستوى الرضا العام عن الذات. فالمريض قد يعاني من شعور مزمن بالعجز أو الاعتمادية على العلاج، وهو ما يُضعف الشعور بالكفاءة الذاتية، أحد المحاور المركزية لتقدير الذات وفق ماسلو.

من جانب آخر، فإن التغيرات التي تطرأ في الصورة الاجتماعية للمريض (مثل فقدان الدور الاجتماعي الفعال، أو نظرة الشفقة من المحيط) قد تؤثر في حاجة التقدير من الآخرين، ما يخلق فجوة بين ما يتوقعه الفرد من ذاته، وما يحققه فعلياً

بالتالي، فإن عدم إشباع كامل لهاتين الحاجتين يؤدي إلى تثبيط تقدير الذات واستقراره عند مستوى متوسط. كما ركز روزنبارغ على أن تقدير الذات هو اتجاه وجداني معرفي يتبناه الفرد تجاه نفسه، وليس مجرد تقييم عقلي بارد. ويؤكد على دور الأسرة، التنشئة الاجتماعية، والظروف الحياتية في تشكيل هذه الصورة الذاتية. وفق هذه النظرية، فإن المرض المزمن مثل السكري يُعد من العوامل التي تؤثر على الاتجاه الشعوري نحو الذات، خاصة في حالة الإحساس بفقدان السيطرة على الجسم أو الاعتماد المستمر على الرعاية الطبية. كما أن التغير في نمط الحياة والمقارنة الاجتماعية مع الأصحاء أو حتى المرضى غير المعتمدين على الأنسولين، قد يضعف النظرة الإيجابية للذات، ويؤدي إلى بناء صورة ذاتية معتدلة تميل إلى التحفظ والانكماش.

روزنبارغ أيضًا أشار إلى أن تقدير الذات يتأثر بشدة عند مواجهة قضايا مصيرية مثل المرض أو الشعور بفقدان القدرة على الإنجاز، وهي ظروف كثيرًا ما تُضعف البنية الوجدانية لتقدير الذات وتجعلها هشّة ومتذبذبة. كما يرى كوبر سميث أن المستوى المتوسط لتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين يعود إلى ضعف الإحساس بالإنجاز، وتعارض بين القيم الشخصية والواقع الصحي، بالإضافة إلى استخدام آليات دفاعية نفسية. هذه العوامل تؤدي إلى بناء صورة ذاتية غير مستقرة، تعكس تقديرًا ذاتيًا متوسطًا لا يبلغ مستوى التقدير المرتفع. ومن الدراسات التي تناولت موضوع تقدير الذات تجد دراسة سمور أمانى "2014" حول "تقدير الذات وعلاقته بالضغوط النفسية والمساندة الاجتماعية لدى الفتيات المتأخرات عن الزواج" حيث توصلت النتائج إلى مستوى تقدير الذات وصل إلى 80% وهو مستوى مرتفع. إلا أن هذه الدراسة اختلفت نتائجها مع نتائج دراستنا.

3.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

تشير نتائج الفرضية الجزئية الثانية إلى عدم وجود فروق دالة احصائية في المرونة النفسية تعزى لمتغيري الجنس والعمر، حيث أن قيم الدلالة الإحصائية ($\text{sig}=0,959$) أما بالنسبة للعمر فقد بلغت ($\text{Sig}=0,959$) أعلى من مستوى الدلالة المعتمد (0.05)، وهذا يعني أن الذكور والاناث، وكذلك الفئات العمرية المختلفة، لا يختلفون بشكل جوهري في مستوى المرونة النفسية.

ويمكن تفسير هذه النتيجة نظريًا بأن المرونة النفسية ليست سمة فطرية تتأثر بالجنس والعمر، بل هي قدرة مكتسبة تنمو خلال التجارب الحياتية والضغوط التي يتعرض لها الفرد وهذا ما أوضحته نظرية ريتشاردسون في نموذج المرونة النفسية، ووفقًا للنظرية الإنسانية لكارل روجرز، فإن جميع الأفراد بغض النظر عن جنسهم، يمتلكون القدرة على النمو وتحقيق الذات إذا توفرت له ظروف الدعم والتقبل، مما يعزز قدرته على التكيف والمرونة النفسية، أما من منظور النمو النفسي الاجتماعي لاريكسون، فإن الأفراد يمرون بمراحل نمائية تحمل تحديات مختلفة، وتجاوز هذه التحديات يساهم في بناء المرونة النفسية، بغض النظر عن العمر الزمني.

ويؤكد التحليل النفسي أن المرونة النفسية، مما يفسر تقارب مستوياتها بين الأعمار المختلفة، وعليه فإن غياب الفروق قد يعود إلى اشتراك أفراد العينة من ظروف مرضية متشابهة كالتعايش مع المرض، مما يؤدي إلى تطوير آليات تكيف متقاربة تعزز مرونتهم النفسية بغض النظر عن جنسهم أو عمرهم.

وعليه توافقت نتائج دراستنا مع نتائج دراسة بكير مليكة 2019 تحت عنوان "المرونة النفسية وعلاقتها بالضغوط المدرسية لدى التلاميذ المترشحين لامتحان البكالوريا"، حيث أسفرت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق بين التلاميذ الذكور والاناث في المرونة النفسية والضغوط المدرسية، كما توافقت مع النتائج مع دراسة سامية بورنان 2022 تحت عنوان "مستوى المرونة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري النوع الأول" توصلت نتائجها إلى عدم وجود فروق دالة احصائية بين متوسطات درجات المرضى السكري بمستشفى الزهراوي على مقياس المرونة النفسية والتي تعزى لمتغير الجنس.

4.2. مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

حسب نتائج الفرضية الجزئية الثالثة فقد أظهرت أنه "عدم وجود فروق دالة احصائية في تقدير الذات تبعاً لمتغيري الجنس والعمر". فحسب القيم الإحصائية فإن هل أكبر من 0.05 في كلا الحالتين، تشير إلى عدم وجود فروق دالة احصائية بين الذكور والإناث، أو بين الفئات العمرية المختلفة، في مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة.

وعليه فيرى كوبر سميث أن تقدير الذات لا يعتمد فقط على عوامل خارجية كالجنس أو العمر، بل على الخبرات الشخصية والتفاعل مع البيئة الاجتماعية، خاصة البيئة الأسرية. وبالتالي فإن عدم وجود فروق بين الجنسين أو الفئات العمرية يتماشى مع هذه النظرية، لأن الأفراد قد يمرون بخبرات متشابهة من حيث الدعم الأسري أو الانتماء الاجتماعي، مما ينعكس على مستوى ثابت نسبياً من تقدير الذات بغض النظر عن الجنس أو العمر. كما أكد روزنبارغ أن تقدير الذات هو موقف داخلي مستقر نسبياً، لا يتغير بسهولة بتغير السمات الظاهرة كالجنس أو العمر، بل يتأثر بالخبرات الإدراكية والنفسية طويلة المدى.

وعليه، فإن نتائج الدراسة التي لم تظهر فروقاً ذات دلالة إحصائية تعزز تصور روزنبارغ بأن تقدير الذات سمة داخلية لا تتأثر كثيراً بالعوامل الديموغرافية البسيطة.

وعليه اتفقت دراستنا مع دراسة عبدلي عامر 2015 عنونت ب الضغوط النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري إذ توصلت نتائجها إلى أنه لا توجد فروق في مستوى تقدير الذات باختلاف الجنس لدى مرضى السكري.

الاستنتاج العام:

كخلاصة النتائج التي توصلنا إليها من هذه الدراسة التي كانت تحت عنوان " المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين." حيث تمت معالجة الفرضيات من خلال برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية SPSS 21 وقد تم التوصل الى النتائج التالية:

حيث كانت نتيجة الفرضية العامة التي تنص على " وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين "وقد توصلنا الى عدم وجود علاقة ارتباطية بين كلا المتغيرين، ومنه الفرضية لم تتحقق.

وبالنسبة للفرضية الجزئية الأولى التي نصت " مستوى المرونة وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين مرتفع "، لم تتحقق أيضا وذلك راجع الى تمتع تقريبا جميع أفراد عينة الدراسة بمستوى متوسط من المرونة النفسية وتقدير الذات، وقد تم التوصل الى دراسات اختلفت مع نتائج دراستنا.

أما الفرضية الجزئية الثانية التي كان منطوقها "توجد فروق دالة احصائية في مستوى المرونة النفسية تعزى لمتغير الجنس والعمر" فكانت النتائج تدل على أنه ليس هناك فروق دالة احصائية في مستوى المرونة النفسية تعزى لمتغير الجنس والعمر، حيث استشهدنا بالجانب النظري وذلك من خلال أن المرونة النفسية ليست سمة فطرية تتأثر بالجنس والعمر، كذلك اعتمدنا على دراسات توافقت في نتائجها مع دراستنا.

وبخصوص الفرضية الجزئية الثالثة التي نصت " توجد فروق دالة احصائية في مستوى تقدير الذات تعزى لمتغير الجنس والعمر "، فحسب القيم الإحصائية، فهي تشير الى عدم وجود فروق دالة احصائية بين الذكور والاناث، أو بين الفئات العمرية المختلفة، في مستويات تقدير الذات لدى أفراد العينة.

بناءا على تحليل نتائج الدراسة، يمكن القول أن جميع فرضيات الدراسة لم تتحقق، حيث لم تظهر علاقة ارتباطية دالة احصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين للأنسولين، كما لم تسجل فروق ذات دلالة إحصائية في مستويات المرونة النفسية وتقدير الذات، وتشير هذه النتائج الى أن مستوى هذين المتغيرين جاء متوسط لدى أغلبية أفراد عينة الدراسة، ولا يتأثران بشكل واضح بالمتغيرات الديموغرافية المدروسة، وهو ما يفتح المجال أمام دراسات مستقبلية تأخذ بعين الاعتبار عوامل أخرى قد تكون أكثر تأثيرا.

التوصيات والاقتراحات:

- من خلال ما توصلت إليه هذه الدراسة حول المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى المرضى الداء السكري الخاضعين للعلاج بالأنسولين "النوع الأول" تم وضع مجموعة من الاقتراحات والتوصيات خاصة بهذه الفئة والتي تتمثل في:
- القيام بدراسات دقيقة وشاملة حول متغيرين المرونة النفسية وتقدير الذات على عينات كبيرة من المرضى السكري الخاضعين للعلاج بالأنسولين "النوع الأول" وباقي أنواع الأخرى حسب الفئة العمرية، الجنس وكذلك مدة الإصابة بالمرض.
 - من أفضل وضع أخصائي نفسي في مراكز علاج السكري وذلك من أجل تعزيز المرونة النفسية لدى المرضى لأنها تساهم بشكل كبير في تفهمهم والمواجهة لضغوط التي تنتج عن المرض.
 - قيام بحملات تحسيسية وبرامج إرشادية للأسرة المريض مما تساهم في زيادة مستوى المساندة وهذا ما ينتج عنه رفع تقدير الذات والقدرة على التأقلم والتكيف للمريض.
 - إلزام رفع الوعي بمضاعفات مرض السكري.
 - إلزامية إدراج برامج الدعم النفسي في الخطة العلاجية للمصابين بالداء السكري "النوع الأول".
 - إعداد وإجراء تكوينات للأطباء والممرضين حول المهارات النفسية والاجتماعية التي تساهم بشكل كبير على تطوير المرونة النفسية لدى المرضى.
 - تنمية مهارات التكيف الإيجابي من خلال قيام بجلوسات استشارية مع أخصائيين نفسيين.

الخاتمة

يعتبر موضوع المرونة النفسية وتقدير الذات من أهم المواضيع التي لها أهمية كبيرة حيث ناقشت الدراسة الحالية " المرونة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات لدى مرضى السكري الخاضعين لأنسولين النوع الأول "، وذلك رغبة في معرفة إن كانت هناك فروق وعلاقات ارتباطية عند عينة من مرضى السكري، وهذا كله من خلال تطبيق مقياس المرونة النفسية من اعداد الباحث هشام عبد الحافظ رابعة، ومقياس تقدير الذات لكوبرسميث.

تناولت الدراسة جانبين فالجانب النظري اشتمل على أربعة الفصول، تناول الفصل الأول إشكالية الدراسة أما الثاني فتطرق إلى متغير المرونة النفسية والثالث إلى تقدير الذات والرابع إلى مرض السكري، أما الجانب الميداني فقد اشتمل على فصلين فالأول يتعلق بالإجراءات المنهجية للدراسة أما الثاني يتعلق بعرض وتحليل وكذلك مناقشة وتفسير نتائج الدراسة. وقد أظهرت نتائج أنه لا توجد علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى المرضى المصابين بمرض السكري كما أنه لا توجد أيضا علاقة ذات دلالة إحصائية بين استجابات أفراد العينة من مرضى السكري الخاضعين للعلاج بالأنسولين بين كل من متغير المرونة النفسية ومتغير تقدير الذات.

وقد تم النظر إلى أن الأمراض المزمنة كمرض السكري له أثار نفسية على صحة وهذا الأمر يستدعي قيام بالمزيد من الدراسات المعمقة في هذا المجال مع حاجة إلى قيام ببرامج موجهة لتعزيز مهارات التكيف والتأقلم مع المرونة النفسية من خلال مقارنة علاجية شاملة.

قائمة المصادر والمراجع

- إبراهيم مروان عبد المجيد. (2000). أسس البحث العلمي لإعداد الرسائل الجامعية. عمان: مؤسسة الوراق.
- ابن سيف العزري سالم صالح. (2016). المرونة النفسية وعلاقتها بالمهارات الإيجابية لدى طلبة كلية العلوم الشرعية بسلطة عمان. مذكرة ماجستير. عمان.
- ابن منظور، محمد مكرم. (2003). لسان العرب. الطبعة الخامسة. دار الثقافة. بيروت. ط 1.
- أبو حلاوة محمد السعيد عبد الجواد. (2013). الطريق للمرونة النفسية. جامعة الإسكندرية. كلية التربية بدمهور.
- أبو عجيلة هيام، سلامة عبد العظيم. (2017). المرونة النفسية والرضا الوظيفي لدى المعلمين مرتفعي السعادة بمرحلة التعليم الأساسي. رسالة ماجستير في التربية. جامعة السادات.
- أبو مغلي سميح. (2002). التنشئة الاجتماعية للطفل. القاهرة. دار البازوري.
- الالوسي أحمد إسماعيل. (2014). فاعلية الذات وعلاقتها بتقدير الذات لدى طلبة الجامعة "دراسة ميدانية في علم النفس الاجتماعي". بغداد. دار الكتب العلمية للنشر والتوزيع. ط 1.
- ايناس السعيد إبراهيم. (2019). السوشيال ميديا أثارها على المجتمع، القاهرة. العربي للنشر والتوزيع. ط 1.
- باشا حسان شمسي. (2006). داء السكري. الدليل العملي للعلاج. جدة. دار الشروق.
- بدوي تامر رمضان. (2023). مشكلات العظام والمفاصل لدى مرضى الداء السكري. الكويت. المركز العربي لتأليف وترجمة العلوم الصحية. ط 1.
- بزوبيري كمال. (2022). الصمود النفسي في ضوء التفسيرات العلمية الحديثة. مجلة قيس للدراسات الإنسانية والاجتماعية. جامعة حمه لخضر. الوادي. المجلد 06. العدد 02.
- بطرس حافظ. (2008). التكيف والصحة النفسية للطفل. عمان. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- بن حديد سميرة. (2005). المرونة النفسية وعلاقتها بالإدراكات المتبادلة بين الزوجين نحو أبعاد الحياة الأسرية. دراسة ميدانية لنيل الحصول على درجة الماجستير تخصص ارشاد أسري. جامعة غرداية.
- بن خلفان الهاشمية سعاد بنت عيد. (2017). المرونة النفسية وعلاقتها بمهارات التواصل والصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة نزوى بسلطة عمان في ضوء بعض المتغيرات. رسالة لنيل شهادة الماجستير. جامعة نزوى. عمان.
- بن سعد محمد الحميد. (2008). داء السكري أسبابه ومضاعفاته وعلاجه. الرياض. مكتبة الملك فهد الوطنية.
- بن عبد المومن رزيقة. (2023). الشعور بالانتماء للجماعات الافتراضية وعلاقته باستخدام الشبكات الاجتماعية. مجلة الحكمة لدراسات الفلسفية. جامعة لونييسي على البليدة. الجزائر. المجلد 11. العدد 02.
- بويطة لطفي. (2012). تقدير الذات وعلاقته بالمشكلات الانفعالية عند المراهقين في مرحلة التعليم الثانوي. مذكرة ماجستير. عنابة.
- التلاهي فاطمة محمد. (2024). أثر برنامج ارشادي جمعي المستند الى النظرية المعرفية السلوكية في تحسين المرونة لدى عينة من المطلقات في فترة الخطوبة بعمان. مجلة جامعة الحسن بن طلال للبحوث. عمان. المجلد 10. العدد 1.
- جاسم محمد جندل. (2011). أمراض العصر. دار الكتب العلمية للسلسلة.

- جعفر صالح. (2023). المنة النفسية وعلاقتها باستراتيجيات مواجهة الضغوط لدى طلبة المعهد الوطني للتكوين العالي شبه الطبي المقبلين على التخرج. مجلة المحترف لعلوم الرياضة والعلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة بسكرة. المجلد 10. العدد 04.
- جمعة مایسة. (2007). تعاظم المخدرات بين مشاعر المشقة وتقدير الذات. القاهرة. مكتبة الدار العربية للنشر والتوزيع. ط1.
- حرب صلاح الغزالي. (2015). كيف تهزم مرض السكر القاهرة. مكتبة مؤمن قريش
- حسب الله محمد، الشيماء إبراهيم. (2024). المرونة النفسية متغير وسيط بين الهموجلوبين السكري ونوعية الحياة لدى المراهقين مرضى السكري النوع الأول. كلية الآداب جامعة الأسيوط.
- حسن يوسف ندا. (2007). أطعمة ونصائح مهمة لمريض السكر. مكتبة العبيكان. الرياض. ط1.
- حسنين عائدة عبد الهادي. (2004). الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل. رسالة مقدمة لنيل درجة الماجستير في علم النفس. الجامعة الإسلامية. غزة.
- حسين هيام بشير. (2017). الصلابة النفسية وعلاقتها بتقدير الذات. المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال. جامعة المنصورة. المجلد 3. العدد 3.
- الحمداني ربيعة مانع. (2018). المرونة النفسية والجفاف العاطفي رؤية تربوية نفسية ومعاصرة. مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع. عمان. الأردن. ط1.
- الحمداني رعد. (2009). مقالات في التوعية بمرض السكر. ط6.
- حمري صارة. (2012). علاقة تقدير الذات بالدافعية للإنجاز لدى تلاميذ الثانوية. رسالة ماجستير. جامعة وهران.
- خليفة محمود. (2019). الأثر في معرفة علاج السكر.
- ذيب عايدة عبد الله محمد. (2010). الانتماء وتقدير الذات في مرحلة الطفولة. عمان. دار الفكر.
- ربيعي مصطفى عليان. (دس). البحث العلمي أسسه مناهجه وأساليبه إجراءاته الأردن. جامعة البلقاء التطبيقية.
- رنجيت سينغ مالهي، روبرتد بيلو ريزنر. (2005). تعزيز تقدير الذات. ترجمة مكتبة جرير. الرياض. مكتبة جرير للنشر والتوزيع. ط1.
- رودي بيلوس. (2013). مرض السكري. (ترجمة هنادي مزبودي). الرياض. مكتبة الملك فهد الوطنية. ط1.
- رويحة أمين. (1973). الداء السكري أسبابه أعراضه طرق مكافحته. لبنان. الدار القلم. ط1.
- زهران حامد عبد السلام. (2005). الصحة النفسية والعلاج النفسي 4. مصر. عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- زيدان، حسن حسين. (2007). منهجية البحث العلمي، بغداد. مكتبة دار الحكمة.
- السروري حواء أحمد، ناصر علي. وآخرون. (2023). الذات والتعرف على الذات. بحث تخرج مقدم كجرد من متطلبات نيل شهادة الدبلوم العالي في تخصص معلم صف.
- سعد السلطان المشهداني. (2019). منهجية البحث العلمي. درا أسامة للنشر والتوزيع. الأردن. عمان. ط1.
- سعدون لمياء، قيس محمود الزهيري. (2012). المرونة النفسية وعلاقتها بأحداث الحياة الضاغطة لدى طلبة الجامعة. رسالة ماجستير في التربية. جامعة ديالي.

- سمور أماني. (2014). تقدير الذات وعلاقته بالضغط النفسي والمساندة الاجتماعية لدى الفتيات المتأخرات في الزواج. مذكرة ماجستير. الجامعة الإسلامية. غزة.
- سناري إسماعيل هالة خير. (2017). المرونة النفسية وعلاقتها باليقظة العقلية لدى طلاب كلية التربية. مصر: مجلة الارشاد النفسي. العدد 50. الجزء 1.
- السند عبد الرحمن بن عبد الله. (د.س). مرض السكري والصوم. الرياض. الجامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية.
- سني أحمد. (2015). تقدير الذات وعلاقته بالتوافق النفسي لدى المسن. مذكرة ماجستير. جامعة وهران 2.
- سويح نصيرة، تواتي نورة. (2022). صورة الذات وعلاقتها بالتمرد النفسي لدى المراهقين الجانحين. العدد 2. المجلد 6.
- السويهي سعود بن ساطي. (2024). فاعلية برنامج ارشادي لتحسين المرونة النفسية وتقدير الذات لدى معلمي التلاميذ ذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة البحث العلمي في التربية. المجلد 25. العدد 11.
- شاهين ايمان فوزي. (2017). الارشاد النفسي. جامعة عين الشمس. مصر. العدد 50. الجزء 1.
- شقورة يحي، عمر شعبان. (2012). المرونة النفسية وعلاقتها بالرضا عن الحياة لدى طلبة الجامعات الفلسطينية بمحافظة غزة. مذكرة ماجستير. فلسطين.
- شوا مصطفى محمد. (2005). الأفاق الحديثة في دراسة ومعالجة الداء السكري. سوريا. منتدى اقرأ الثقافي.
- صروف يعقوب. (1817). المقتطف. الوم أ. جامعة ميتشيغان. ط 4.
- الصفدي مجدي هاشم. (2013). المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية وعلاقتها بقلق المستقبل لدى زوجات شهداء الارامل بمحافظة غزة. رسالة مذكرة لنيل شهادة ماجستير. كلية التربية الجامعة الإسلامية.
- الطبال أحمد علي. (2008). مرض السكر. لبنان. دار الشمال الطباعة والنشر والتوزيع. ط 1
- الغازمي عائشة عبد الله قويضي. (2022). المرونة النفسية وعلاقتها بالتفكير الإيجابي لدى المراهقين. القاهرة. مجلة كلية التربية. جامعة عين الشمس. العدد 46. الجزء 3.
- عبد الرحمن عدس. (2003). أساسيات البحث العلمي. عمان. دار المسيرة للنشر والتوزيع.
- عبد العظيم دعاء مبارك. (2023). تقدير الذات واليأس كمنبئين بالمرونة النفسية لدى عينة من طلاب الجامعة. مجلة العلوم التربوية والدراسات الإنسانية. جامعة القصيم. العدد 30.
- عبيدات وآخرون. (2010). البحث العلمي: مفاهيمه، أدواته، أساليبه) عمان. دار الفكر.
- عدنان القاسم. (2024). أسئلة عن المرض السكري. سلسلة التوعية الصحية. ط 1
- عصام، علي عبد الرحيم. (2014). البحث العلمي أسسه ومناهجه. عمان. دار الرضوان للنشر والتوزيع. ط 1
- عمروش محمد وبن مجاهد فاطمة الزهراء. (2024). تقدير الذات مفهومه وأهميته وتأثيره على الحياة. مجلة الحكمة للدراسات التربوية. العدد 3. المجلد 12.
- عمروش محمد، بن مجاهد فاطمة الزهراء. (2024). تقدير الذات: مفهومه وأهميته وتأثيره على حياة الفرد. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. المجلد 12. العدد 3.
- عوف أحمد محمد عبد الرحمن. (2009). الداء السكري والعين. القاهرة. المكتبة الأكاديمية. ط 1.
- عويضة عصام بن حسن. (2007). الغذاء العلاج السكري القرن 21. الرياض. مكتبة العبيكان. ط 3.
- عويضة عصام بن حسن. (2009). أساسيات تغذية الإنسان. الرياض. مكتبة العبيكان. ط 3.

قائمة المصادر والمراجع

- عبدروس عقيل حسين. (1993). مرض السكر بين الصيدلي والطبيب. مؤسسة مكة للطباعة والإعلام. ط1.
- الغامدي، محمد. (2017). مناهج البحث العلمي. النظرية والتطبيق. الرياض. مكتبة الرشد.
- الغبور عبير محمد جمعه عطية. (2019). أثر التفاعل بين استراتيجيتين للتحصين ضد العجز المتعلم ومستوى المرونة التكيفية في بعض نواتج التعلم المعرفية والوجدانية لدى عينة من المراهقات. رسالة للحصول على درجة الدكتوراه في الدراسات التربوية كلية التربية. جامعة الأزهر.
- قهار صبرينة. مفهوم تقدير الذات والنظريات المفسرة له. مجلة التربية والصحة النفسية: الجزائر. المجلد 4. العدد 2.
- قولي أسامة إسماعيل. (2006). العلاج النفسي بين الطب والإيمان. بيروت. دار الكتب العلمية. ط1.
- كلير ليولين. (2006). الحقائق عن الداء السكري. الدار العربية للعلوم. ط1.
- لطيارة بسام خالد. (1998). السكري مرض العصر. لبنان. مؤسسة المعارف.
- المالكي حنان. (2012). فاعلية برنامج ارشادي جمعي قائم على استراتيجيات المرونة النفسية لزيادة المرونة لدى طالبات جامعة أم القرى. السعودية. دراسات عربية في التربية وعلم النفس. العدد 31. الجزء 3.
- محمد صفوت عبد المجيد جادر. (1996). فيسيولوجيا الغدد الصماء " الهرمونات والناقلات العصبية ". ط 2
- محمد ظافر وفائي. (1981). داء السكري وقاية وعلاج. الرياض. مؤسسة الجريسي للتوزيع. ط1.
- محمود يونس أحمد. (2020). مرض السكر وإمكانية إيقافه. القاهرة. كنوز لنشر والتوزيع. ط1
- المخزومي أمل. (2002). التنشئة الاجتماعية والثقة بالنفس. مجلة المنهل. المجلد 63. العدد 574.
- معتوق عبد العزيز، حسنين أحمد. (1989). مرض السكر الحلو والمر. جدة. سلسلة التوعية الصحية.
- منسي محمود عبد الحليم. (2003). منهج البحث العلمي في المجالات التربوية والنفسية. دار المعرفة الجامعية.
- منصوري ليندة، مياح خديجة. (2022). مساهمة معنى الحياة في ظهور المرونة النفسية ممارسي الصحة العمومية في ظل جائحة كورونا. دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الامراض العقلية سي الحواس. بسكرة.
- منير لطفي. (2014). السكري الداء والدواء. المنصورة دار البدر للنشر والتوزيع. ط2.
- منير لطفي. (2018). رحلتي مع مرض السكري. مصر. دار اليقين للنشر والتوزيع. ط1.
- يونسى تونسية. (2013). تقدير الذات وعلاقته بالتحصيل الدراسي لدى المراهقين المبصرين المكفوفين. مذكرة ماجستير. جامعة بسكرة. الجزائر.

المسترجع من الأنترنت:

<https://www.diabetes.org/diabetes/type-1>

<https://m.india mart.com>

المراجع الأجنبية:

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and familysystems. Journal of FamilyTherapy,22(2), 144-16.

Cooper Smith (1984) manuel inventair d'estime de soi. Editio, cent de psychologie apploque. Paris.

-Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Currentstatuts and futurs prospects. Psychological Inquiry, 26 (1), 1-26

- Jessy, Fenn. (2023). The mediating role of self-esteem in the relationship between diabetic patients. Volume 11. Issue 3.
- Kirby Campbell. (2024).Diabete Symptômes Causes et solution du diabete de type1 et 2, FreegullsPublishing House
- Luthar, S. S. &Cecchetti, D. (2000). The Construct of resilience : Implications for interventions and social policies. Developement and Psychopathology, 12(4),857-885.
- Majed Fayez Imjalli, Osama Mahmoud Abdel, (2021), Diabetes physical activity – Psychological care Nutrition physical therapy, The national library, The Université of Jorden.
- Mathie Tenenbaum, Amélie Bonnefond, Philippe Froguel, Amar Abderrahmane, (May 2018), Physiopathologie du diabète, Revue Francophone des Laboratoires , Issue 502
- Mr. MohdSaqib. (2024). Endocrine Glands andBreast.EduGorilla publication
- Mruk, C. (2006). Self-esteemresearch, theory and practice: toward a positive psychology of self-esteem. New york
- Reivich, K. &Shatte', A. (2000). The résilience factor: 7 essential skills for Overcoming life's inevitable obstacles. Broadway Books.
- Russell M. Wilder. (2022). Diabetes Its Cause and Its Treatment WithInsulin.
- Sharma. B. (2015). A study of Résilience and Social problème Solving in UrbanIndian Adolescent. The International Journal of Indian Psychology.2(3). 2349-3429
- Virgil, zeigler-hill. (2013). Self-Esteem. Current issues in social psychology

الملاحق

الملاحق

ملحق رقم (01) مقياس تقدير الذات "كوبر سميث"

- تعليمية تطبيق الاختبار:

فيما يلي مجموعة من العبارات اجابتك عليها سوف تساعدني في معرفة ما تحب وما لا تحب، اذا كانت العبارات تصف ما تشعر به عادة فضع علامة (×) داخل المربع في خانة "تنطبق"، أما اذا كانت العبارة لا تصف ما تشعر به فضع علامة (×) داخل المربع في خانة "لا تنطبق" ولا توجد إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وانما الإجابة الصحيحة هي التي يعبر بها الشخص عن شعوره الحقيقي.

الجنس:

العمر:

الرقم	العبارات	تنطبق	لا تنطبق
1	لا تضايقني الأشياء عادة		
2	أجد من الصعب عليا التحدث امام مجموعة من الناس		
3	اود لو استطعت ان اغير أشياء في نفسي		
4	لا أجد صعوبة في اتخاذ قرار في نفسي		
5	يسعد الآخرون بوجودهم معي		
6	اتضايق بسرعة في المنزل		
7	احتاج وقتا طويلا في ان اعتاد على الأشياء الجديدة		
8	انا محبوب بين الأشخاص من بين سني		
9	تراعي عائلتي مشاعري عادة		
10	استسلم بسرعة في بعض المواقف		
11	تتوقع عائلتي مني الكثير		
12	من الصعب جدا ان اظل كما انا		
13	تختلط الأشياء كلها في حياتي		
14	يتبع الناس افكاري		
15	لا أقدر نفسي حق قدرها		
16	اود كثيرا لو اترك المنزل		
17	اشعر بضيق غالبا من عملي		
18	مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس		
19	إذا كان عندي شيء اريد ان أقوله فاني أقوله عادة		
20	يفهمني افراد عائلتي		
21	معظم الناس محبوبون أكثر مني		
22	اشعر كما لو كانت عائلتي تدفعني لعمل الأشياء		
23	لا اتلقى التشجيع عادة بما أقوم به من الاعمال		
24	ارغب كثيرا لو أكون شخصا آخر		
25	لا يمكن للآخرين الاعتماد علي		

الملاحق

ملحق رقم (02) مقياس المرونة النفسية

- تعليمية تطبيق الاختبار:

نرجو منكم التكرم والاجابة على فقرات استبيان "المرونة النفسية" وذلك بعد قراءة متأنية ثم اختيار إجابة واحدة من الاختيارات الخمس المقترحة والتعبير عن رأيكم الشخصي، علما أنها لا توجد إجابة صحيحة وأخرى خاطئة فقط أجب بكل صراحة وصدق، لا تترك أي سؤال دون إجابة تأكد أن ما تقدمهم من معلومات ستستخدم في إطار البحث العلمي فقط.

الجنس:

العمر:

الرقم	البند	بدرجة كبيرة جدا	بدرجة كبيرة	برجة متوسطة	درجة قليلة	درجة قليلة جدا
01	أستطيع التعامل مع المشاعر السلبية					
02	أستطيع التعامل مع كل شيء جديد					
03	لا يحبطني بالفشل					
04	مواجهة الضغوط تجعلني أكثر قوة					
05	لدي القدرة على تحقيق الأهداف					
06	لدي القدرة على اتخاذ قرارات صعبة غير شائعة					
07	أتعامل مع ذاتي على انني شخص قوي					
08	لا أحبط وان كانت الأمور ميؤوسا منه					
09	أمتلك القدرة على التركيز والتفكير بوضوح تحت الضغط					
10	أتصرف بناء على الحدس دون معرفة السبب					
11	أستأنف أعمالي بكل حيوية وحماس بعد تعرضي للمرض أو الاجهاد					
12	أنظر للجانب المشرق (الإيجابي) للأشياء					
13	أبذل قصارى جهدي بغض النظر عن طبيعة العمل					
14	أفضل لعب دور القائد عند حل المشكلة					
15	أؤمن بقدرة الله على مساعدتي.					
16	أعتقد أن لكل حدث سبب					
17	لدي القدرة على إقامة علاقات عميقة وأمنة					
18	خبرات النجاح السابقة تمنحني الثقة لمواجهة التحديات الجديدة					
19	لدي القدرة للتكيف مع المتغيرات					
20	أعرف أين أجد المساعدة في أوقات الضغط التي أتعرض لها					

الملاحق

					لدي إحساس قوي بهدي في الحياة	21
--	--	--	--	--	------------------------------	----

ملحق رقم (03) يمثل نتائج التحليل الاحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية للفرضية العامة

Descriptive Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
النفسي_المرونة	90.5143	10.80950	35
الذات_تقدير	58.9714	12.36096	35

Correlations

		النفسي_المرونة	الذات_تقدير
		ة	ت
النفسي_المرونة	Pearson Correlation	1	.123
	Sig. (2-tailed)		.482
	N	35	35
الذات_تقدير	Pearson Correlation	.123	1
	Sig. (2-tailed)	.482	
	N	35	35

ملحق رقم (04) يمثل نتائج التحليل الاحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية للفرضية الجزئية الأولى

Statistics

المرونة النفسية

N	Valid	35
	Missing	0
Mean		2.4000
Median		2.0000
Mode		2.00
Std. Deviation		.49705
Minimum		2.00
Maximum		3.00

الملاحق

تكرارات مستويات المرونة النفسية

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
متوسطة (59-92)	21	60.0	60.0	60.0
Valid مرتفعة (93-125)	14	40.0	40.0	100.0
Total	35	100.0	100.0	

Statistics

تقدير الذات

N	Valid	35
	Missing	0
Mean		2.2571
Median		2.0000
Mode		2.00
Std. Deviation		.50543
Minimum		1.00
Maximum		3.00

تكرارات مستوى تقدير الذات

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
منخفض	1	2.9	2.9	2.9
Valid متوسط	24	68.6	68.6	71.4
مرتفع	10	28.6	28.6	100.0
Total	35	100.0	100.0	

ملحق رقم (05) يمثل نتائج التحليل الإحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية للفرضية
الجزئية الثانية

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
الجنس	1.00 ذكر	10
	2.00 أنثى	25
العمرية_المرحلة	1.00 21-25	6
	2.00 26-30	4
	3.00 31-35	5
	4.00 36-40	4
	5.00 41-45	3
	6.00 46-50	2
	7.00 51-55	4
	8.00 56-60	7

Descriptive Statistics

Dependent Variable: النفسية_المرونة

الجنس	العمرية_المرحلة	Mean	Std. Deviation	N
ذكر	21-25	89.5000	6.36396	2
	26-30	79.0000	5.65685	2
	36-40	103.0000	9.89949	2
	46-50	89.5000	4.94975	2
	56-60	100.5000	30.40559	2
	Total	92.3000	14.40717	10
أنثى	21-25	94.2500	14.36141	4
	26-30	92.5000	10.60660	2
	31-35	90.2000	4.20714	5
	36-40	89.0000	1.41421	2
	41-45	90.3333	12.34234	3
	51-55	89.5000	11.09054	4
	56-60	85.0000	9.61769	5

الملاحق

Total	89.8000	9.26463	25
21-25	92.6667	11.74166	6
26-30	85.7500	10.43631	4
31-35	90.2000	4.20714	5
36-40	96.0000	9.93311	4
Total 41-45	90.3333	12.34234	3
46-50	89.5000	4.94975	2
51-55	89.5000	11.09054	4
56-60	89.4286	16.52127	7
Total	90.5143	10.80950	35

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: النفسية_المرونة:

Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1005.526 ^a	11	91.411	.709	.719
Intercept	232610.771	1	232610.771	1803.053	.000
الجنس	36.685	1	36.685	.284	.599
العمرية_المرحلة	244.285	7	34.898	.271	.959
الجنس * العمرية_المرحلة	695.688	3	231.896	1.798	.176
Error	2967.217	23	129.009		
Total	290722.000	35			
Corrected Total	3972.743	34			

a. R Squared = .253 (Adjusted R Squared = -.104-)

ملحق رقم (06) يمثل نتائج التحليل الإحصائي بالحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية للفرضية الجزئية الثالثة

Between-Subjects Factors

	Value Label	N
الجنس 1.00	ذكر	10
الجنس 2.00	أنثى	25
العمرية_المرحلة 1.00	21-25	6

الملاحق

2.00	26-30	4
3.00	31-35	5
4.00	36-40	4
5.00	41-45	3
6.00	46-50	2
7.00	51-55	4
8.00	56-60	7

Descriptive Statistics

Dependent Variable : الذات_تقدير

الجنس	العمرية_المرحلة	Mean	Std. Deviation	N
ذكر	21-25	46.0000	31.11270	2
	26-30	66.0000	14.14214	2
	36-40	54.0000	14.14214	2
	46-50	50.0000	8.48528	2
	56-60	70.0000	2.82843	2
	Total	57.2000	16.00555	10
أنثى	21-25	67.0000	14.37591	4
	26-30	58.0000	8.48528	2
	31-35	60.8000	5.21536	5
	36-40	50.0000	14.14214	2
	41-45	64.0000	4.00000	3
	51-55	58.0000	14.78738	4
	56-60	56.0000	12.32883	5
	Total	59.6800	10.88853	25
Total	21-25	60.0000	20.86145	6
	26-30	62.0000	10.58301	4
	31-35	60.8000	5.21536	5
	36-40	52.0000	11.77568	4
	41-45	64.0000	4.00000	3
	46-50	50.0000	8.48528	2
	51-55	58.0000	14.78738	4
	56-60	60.0000	12.22020	7
	Total	58.9714	12.36096	35

Tests of Between-Subjects Effects

Dependent Variable: الذات_تقدير

Source	Type III Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
Corrected Model	1450.171 ^a	11	131.834	.810	.631
Intercept	95130.178	1	95130.178	584.275	.000
الجنس	7.246	1	7.246	.045	.835
العمرية_المرحلة	578.741	7	82.677	.508	.819
الجنس * العمرية_المرحلة	944.640	3	314.880	1.934	.152
Error	3744.800	23	162.817		
Total	126912.000	35			
Corrected Total	5194.971	34			