



جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة
كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الإنسانية
قسم علم النفس

الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري

مذكرة مقدمة ضمن متطلبات الحصول على شهادة ماستر
تخصص علم النفس العيادي

اشراف
د. محمد سمير

اعداد
مجبوري لينة
حديبي نورة

لجنة المناقشة

المؤسسة	الصفة	الرتبة	الاستاذ
جامعة سكيكدة	رئيسا	أستاذ التعليم العالي	د. لوشاحي فريدة
جامعة سكيكدة	مشرفا ومقررا	أستاذ محاضر (أ)	د. محمد سمير
جامعة سكيكدة	ممتحنا	أستاذ محاضر (أ)	د. زندوح زينة

السنة الجامعية 2024-2025



ملخص البحث



الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المصابين بمرض السكري

مجبوري لينة، حديبي نورة

ملخص البحث

تعتبر الصلابة النفسية من المتغيرات الأساسية في فهم استجابات الأفراد للضغوط المزمنة، خاصة لدى مرضى السكري، حيث تلعب دورًا مهمًا في تحسين التكيف النفسي وتعزيز جودة الحياة. وتهدف هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى هذه الفئة، وقد جاء هذا البحث ضمن تناول العيادي، حيث تم الاعتماد على المنهج العيادي واستراتيجية دراسة الحالة، واستخدام أدوات المقابلة العيادية نصف الموجهة مع مقياس الصلابة النفسية لعماد مخيمر (2002) ومقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية المختصر WHOQOL Bref، على 4 حالات من الإناث متواجدين على مستوى المؤسسة العمومية الاستشفائية، وتوصلنا الى وجود علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة، حيث تُعد الصلابة النفسية عاملاً نفسيًا حاسمًا في تعزيز التكيف الإيجابي والرضا عن الحياة لدى المرضى، وأن ارتفاع الصلابة النفسية يعزز جودة الحياة والقدرة على التكيف، بينما يرتبط انخفاضها بتدني الرضا وصعوبة مواجهة التحديات، من هنا يظهر دور الصلابة النفسية كعامل مساهم في جودة الحياة لدى المصابين بالأمراض المزمنة، وتسهم هذه النتائج في تحسين التكفل بالمصابين بها من حيث العمل على الجوانب النفسية والعلائقية ضمن سياق العمل متعدد الاختصاصات عند تشخيص الإصابة بالمرض وأيضا دعم تقبل العلاج والتكيف مع الواقع الجديد.

الكلمات المفتاحية: الصلابة النفسية، جودة الحياة، مرضى السكري.

Psychological Hardiness and Its Relationship with Quality of Life Among Individuals with Diabetes

Majbouri Lina, Hedibi Noura

Summary

Psychological hardiness is considered a fundamental variable in understanding individuals' responses to chronic stress, particularly among diabetic patients. It plays a significant role in enhancing psychological adjustment and improving quality of life. This study aims to examine the relationship between psychological hardiness and quality of life within this population. Conducted within a clinical framework, the research employed a clinical methodology and a case study strategy.

Data were collected using semi-structured clinical interviews, the Psychological Hardiness Scale developed by Emad Mekheimer (2002), and the WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Brief Version). The study sample consisted of four female patients from a public healthcare institution. The findings revealed a positive relationship between psychological hardiness and quality of life. Psychological hardiness emerged as a key psychological factor that promotes positive adaptation and life satisfaction in patients. Higher levels of hardiness were associated with improved quality of life and greater adaptability, while lower levels were linked to reduced satisfaction and greater difficulty in coping with challenges.

These findings underscore the role of psychological hardiness as a contributing factor to quality of life in individuals with chronic illnesses. The results also highlight the importance of addressing psychological and relational aspects within a multidisciplinary approach to diagnosis, treatment acceptance, and adaptation to a new reality.

Keywords: psychological hardiness, quality of life, diabetic patients.



شكر وتقدير



الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات

نتقدم بخالص عبارات الشكر والتقدير إلى الدكتور محند سمير، المشرف على هذا العمل، لما تفضّل به من جهد علمي وتوجيهات بناءة، ودعمه المتواصل منذ انطلاق هذا المشروع البحثي وحتى اكتماله.

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى أعضاء لجنة المناقشة على تخصيص وقتهم الثمين لقراءة هذا العمل وتقييمه، وعلى ما سيقدمونه من ملاحظات علمية قيّمة.

ولا يفوتنا أن نعبر عن تقديرنا العميق لجميع أساتذة قسم علم النفس لما بذلوه من جهود طيلة سنوات التكوين الأكاديمي، ولما قدّموه من معارف كان لها الأثر الكبير في إثراء رصيدنا العلمي والمنهجي.

كما نخص بالشكر عائلتيينا الكريمتين التي وقرت لنا الدعم المعنوي والمادي طوال مسيرتنا الجامعية، ولكل من ساهم، بشكل مباشر أو غير مباشر، في إنجاز هذا العمل.



إهداء

الى من كانت لهم بصمة في كل
خطوة، ونبض في كل لحظة...
إلى من زرعوا في قلبي القوة،
وسقوه بدعوات لا تنقطع...
إلى عائلتي التي كانت السند
الحقيقي والدافع الأول:
إلى روح والدي الغالية،
إلى أمي الحنون التي كانت لي
بعد الله نعم العون،
إلى أختي العزيزتين: إكرام وشيماء
وإلى روح رافقتني بصمت ورفيق
الدرب الذي استودع الله خطاه
حتى نلتقي، لك من هذا الجهد
نصيب،
لكم كل الحب والتقدير
والامتنان...
وإلى كل من مدّ لي يد العون،
ومن دعمني بكلمة، أو نصيحة،
أو دعاء،
أهديكم هذا العمل المتواضع،
عربون شكر ووفاء، راجية من
الله أن يكتب لي ولكم القبول
والتوفيق في الدارين.
﴿وَقُلْ اَعْمَلُوا فَسَيَرَى اللَّهُ عَمَلَكُمْ
وَرَسُولُهُ وَالْمُؤْمِنُونَ﴾ [سورة التوبة، الآية

[105]

حديبي نورة

إلى تلك الروح التي لم تتراجع
إلى قلبي الذي تعب وواصل
إلى عقلي الذي اختار العلم رغم كل
شيء
هذا الحصاد... لك، وبك، ومنك
إلى نفسي
إلى من كان ولا يزال القدوة والمُلهِم،
إلى من منحني القوة
والدي الحبيب
إلى حضن الأمان و نبع الحنان ،
أمي الغالية
إلى اخوتي الأعزاء
كنتم لي سندًا حقيقيًا، وظهرًا قويًا
في كل مراحل هذه الرحلة،
إلى جدي وجدتي،
إلى الطيبين اللذين حملاني بالدعاء
والرضا، إلى من كان صوتهما بركة،
وسكينة،
هذا التخرج أهديه إليكما
الى زوجي الكريم
إلى كل من منحني من قلبه دعوة،
ومن وقته دعمًا، ومن روحه
طمأنينة،
أهديكم هذا التخرج

مجبوري لينة

فهرس المحتويات

ب - ج	ملخص البحث
د	شكر وتقدير
هـ	اهداء
1	مقدمة
الفصل التمهيدي	
5	إشكالية البحث
7	فرضيات البحث
7	أسباب اختيار الموضوع
8	اهداف البحث
8	أهمية البحث
8	تحديد المفاهيم
9	الدراسات السابقة
الفصل الثاني: الصلابة النفسية	
13	تمهيد
13	نظرة تاريخية لمفهوم الصلابة النفسية
14	مفهوم الصلابة النفسية
15	أهمية الصلابة النفسية
16	أبعاد الصلابة النفسية
18	سيرورة نمو للصلابة النفسية
19	النظريات المفسرة لمفهوم الصلابة النفسية
24	خصائص ذوي الصلابة المرتفعة
25	خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة
26	خلاصة
الفصل الثالث: جودة الحياة	
28	تمهيد
28	نبذة تاريخية عن جودة الحياة
29	مفهوم جودة الحياة
31	أبعاد جودة الحياة
32	مؤشرات جودة الحياة
33	مقومات جودة الحياة
33	الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة
39	جودة الحياة والأمراض المزمنة
40	خلاصة
الفصل الرابع: مرض السكري	
42	تمهيد
42	نبذة تاريخية
43	مفهوم مرض السكري

44	أعراض مرض السكري
45	أنواع مرض السكري
46	آلية حدوث مرض السكري
46	عوامل الإصابة بمرض السكري
48	المضاعفات المزمنة لمرض السكري
50	مراحل تقبل مرض السكري
51	الخصائص النفسية لمرضى السكري
52	خلاصة

الفصل الخامس: منهجية البحث

54	تمهيد
54	حدود البحث
54	منهج البحث
55	أدوات البحث
60	حالات البحث
60	خلاصة

الفصل السادس: عرض ومناقشة النتائج

62	تمهيد
63	عرض الحالة الأولى
68	عرض الحالة الثانية
73	عرض الحالة الثالثة
77	عرض الحالة الرابعة
82	مناقشة النتائج
88	خلاصة
90	خاتمة البحث
92	اقتراحات البحث
92	صعوبات البحث
95	قائمة المراجع
102	قائمة الملاحق

فهرس الجداول

35	الجدول رقم (01) مجالات جودة الحياة حسب نظرية شالوك
58	الجدول رقم (02) أبعاد مقياس جودة الحياة
60	الجدول رقم (03) خصائص حالات البحث
66	الجدول رقم (04) نتائج المقاييس النفسية للحالة الأولى
70	الجدول رقم (05) نتائج المقاييس النفسية للحالة الثانية
75	الجدول رقم (06) نتائج المقاييس النفسية للحالة الثالثة
79	الجدول رقم (07) نتائج المقاييس النفسية للحالة الرابعة
83	الجدول رقم (08) نتائج المقاييس النفسية للحالة الأربعة

فهرس الأشكال

21	الشكل (01) نموذج كوبازا للصلابة النفسية
22	الشكل رقم (02) نموذج فنك للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها
23	الشكل رقم (03) نموذج مادي للصلابة النفسية
34	الشكل رقم (04) مخطط جودة الحياة المدركة وفق مفهوم طبيعة البيئة



مقدمة



تعد الأمراض المزمنة من أبرز التحديات الصحية التي تواجه المجتمعات المعاصرة، نظرًا لما تفرضه من أعباء جسدية ونفسية واجتماعية واقتصادية على الأفراد والدول، ومن بين هذه الأمراض يحتل مرض السكري مكانة متقدمة من حيث الانتشار والتأثير، إذ يُعتبر اضطرابًا استقلابيًا ناتجًا عن خلل في إنتاج أو استخدام الأنسولين، ما يؤدي إلى ارتفاع مستويات السكر في الدم، ومع مرور الوقت، يمكن أن يتسبب السكري في مضاعفات خطيرة مثل أمراض القلب، وتلف الأعصاب، ومشاكل الكلى والعينين، حيث يتطلب التعايش مع هذا المرض التزامًا دائمًا بنمط حياة صحي، إلى جانب التكيف النفسي مع التغيرات التي يفرضها المرض على الحياة اليومية، الذي أصبح يشكل تهديدًا حقيقيًا للصحة العامة.

وقد أشار إلى هذا الأمر تقرير الفدرالية العالمية لمرض السكري لعام 2015 إذا لم يتوقف هذا الخطر أو التقليل منه فسيصيب مرض السكري 642 مليون شخص بحلول عام 2040 والجزائر ليست بمنأى عن هذا الخطر لا من حيث النسبة ولا من حيث التكاليف وهذا ما أكدته دراسات المنظمة العالمية للصحة وترقباتها لعام 2025 أن الجزائر ستصنف ضمن الدول ذات الانتشار المرتفع لمرض السكري، حيث تشير إحصائيات وزارة الصحة الجزائرية إلى أن عدد المصابين بداء السكري قد بلغ حوالي 4 ملايين شخص، أي ما يعادل 14% من السكان البالغين فوق 25 سنة، مع تسجيل نسب إصابة أعلى بين النساء، ويرجع ذلك إلى عوامل متعددة منها انتشار السمنة وتغير نمط الحياة.

هذا الانتشار الواسع للمرض يفرض تحديات كبيرة على النظام الصحي، ولا تقتصر على كلفة العلاج والمضاعفات، بل تشمل أيضًا أبعادًا أعمق تتعلق بقدرة المرضى على التعايش اليومي مع المرض. فالتعايش مع السكري يتطلب نمط حياة دقيقًا، ووعيًا صحيًا ونفسيًا مستمرًا، مما يضاعف من الأعباء الفردية والمؤسسية خاصة في ظل التكاليف الباهظة المرتبطة بعلاج المرض ومضاعفاته.

إذ أن هذا التعايش أصبح لا ينحصر فقط على الجانب الطبي، بل يمتد ليشمل الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض، فهذا الأخير يواجه تحديات يومية تتعلق بالتحكم في مستويات السكر، والالتزام بالعلاج، والتكيف مع نمط حياة جديد، مما قد يؤثر سلبيًا على جودة حياته، بحيث تعرف أنها تقييم الفرد لرضاه عن حياته في مجالات متعددة، بما في ذلك الصحة البدنية، النفسية، العلاقات الاجتماعية، والبيئية، وقد أصبح هذا المفهوم معيارًا أساسيًا في تقييم آثار الأمراض المزمنة على حياة المرضى، لذلك اتجه اهتمام الباحثين في مجال علم النفس الصحي، وخصوصًا عند دراسة الأفراد المصابين بالأمراض المزمنة، نحو الأبحاث التي تُعنى بجودة الحياة، ومدى ارتباطها بالجوانب النفسية، مثل الصلابة النفسية لدى المرضى، وتأثير هذه الصلابة على جودة حياتهم بشكل عام، وجودة حياتهم بشكل خاص.

في هذا السياق، برز الاهتمام في الأوساط البحثية بدراسة العوامل النفسية التي يمكن أن تساهم في التخفيف من الآثار السلبية لداء السكري، ومن بينها الصلابة النفسية باعتبارها إحدى السمات التي تلعب دورًا وقائيًا في مواجهة الضغوط والمحن، كونها مجموعة من الخصائص النفسية التي تمكن الفرد من التعامل الإيجابي مع الضغوط والتحديات، وتتكون من ثلاثة أبعاد رئيسية: الالتزام، التحكم، والتحدي، حيث أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المرتفعة يتمتعون بصحة نفسية

أفضل، وهم أكثر قدرة على التكيف مع الأمراض المزمنة والتقليل من آثارها على جودة حياتهم، وقد جاءت أعمال كوبازا (Kobassa) لتؤكد على أهمية الصلابة النفسية باعتبارها كعامل وسيط في تعديل العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغط وتنتهي بالإجهاد النفسي.

انطلاقاً من هذه المعطيات، تهدف هذه الدراسة إلى البحث في العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى حالات من مرضى السكري، حيث نسعى من خلالها إلى استكشاف مدى مساهمة الصلابة النفسية كعامل نفسي إيجابي في تحسين جودة الحياة لدى هذه الفئة، وتتبع أهمية هذه الدراسة من الحاجة إلى توسيع الرؤية العلاجية لتشمل الأبعاد النفسية والاجتماعية، إلى جانب الرعاية الطبية، وذلك من أجل دعم التكيف النفسي لدى المرضى.

وقد انطلقت دراستنا من يدور حول البحث عن وجود علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، والبحث عن مستوى الصلابة النفسية ومستوى جودة الحياة لدى المصابين، ومن أجل الإجابة على أسئلتنا البحثية قمنا ببناء جانبين في المذكرة، خصص الجزء الأول لمراجعة ادبيات الموضوع، وقد تضمن فصلاً تمهيدياً يتناول الإطار لإشكالية البحث، بما في ذلك تحديد الإشكالية، أهمية الموضوع، أهداف البحث، حدود الدراسة، وتعريف المفاهيم الأساسية، الدراسات السابقة، ثم فصل ثاني خُصص لدراسة مفهوم الصلابة النفسية، حيث تطرقنا إلى لمحة تاريخية له، أبعاده النظرية، مع عرض لأهم الدراسات السابقة في المجال، وفصل ثالث تناولنا فيه مفهوم جودة الحياة، من حيث التعاريف المتعددة، الأبعاد الأساسية، المؤشرات المرتبطة بها، مع التطرق للاتجاهات النظرية المفسرة لها، وتطرق الفصل الرابع لمرض السكري من حيث التشخيص والاعراض والمعاش النفسي لدى المصاب

وخصصنا الجزء الثاني لعرض الجانب الميداني، حيث تضمن الفصل الخامس منهجية البحث حيث عرضنا فيه المنهجية المعتمدة في البحث، من حيث المنهج، الأدوات المستعملة، وخصائص حالات البحث. وتم في الفصل السادس عرض ومناقشة النتائج، من خلال تحليل البيانات المتحصل عليها من الحالات، ثم تفسير النتائج في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة.

نأمل من خلال هذه الدراسة أن نُسهم في إثراء النقاش العلمي حول أهمية الدعم النفسي لمرضى السكري، والتأكيد على دور الصلابة النفسية في تحسين جودة الحياة لديهم، مما قد يساعد المختصين النفسيين والأطباء في تطوير تدخلات نفسية فعالة قائمة على تعزيز قدرات الصمود والمرونة النفسية.



الفصل التمهيدي

الإطار العام لإشكالية البحث

1. إشكالية البحث
2. فرضيات البحث
3. أسباب اختيار الموضوع
4. أهداف البحث
5. أهمية البحث
6. تحديد المفاهيم
7. الدراسات السابقة

1. إشكالية البحث

تعد الأمراض المزمنة من أبرز التحديات الصحية التي تواجه المجتمعات في العصر الحديث، نظراً لتأثيرها الكبير والمستمر على حياة الأفراد وقدرتهم على العمل والإنتاج فالمرض المزمن يلزم الإنسان لفترة طويلة من حياته ويؤدي إلى حدوث الكثير من المشكلات الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية، كون المصاب به لا يستطيع القيام بأعماله المعتادة كما يجب (محمد حسن، 2021، ص81) وتتميز هذه الأمراض بأنها طويلة الأمد، وتتطور عادة بشكل تدريجي، وقد تستمر مدى الحياة، ومن بين أبرز هذه الأمراض نذكر: ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، الربو والسكري الذي يعد موضوع بحثنا، وتعدد أسباب الإصابة بها ما بين عوامل وراثية، وأسلوب حياة غير صحي يشمل التغذية السيئة، قلة النشاط البدني، والتدخين. وتكمن خطورتها في كونها لا تؤثر فقط على صحة الفرد، بل تُشكل أيضاً عبئاً اقتصادياً واجتماعياً على مستوى الأسرة والمجتمع والنظام الصحي ككل.

ومن أكثر الأمراض المزمنة انتشاراً في العالم عموماً والمجتمع الجزائري بصفة خاصة هو مرض السكري، فحسب إحصائيات الاتحاد الدولي للسكري لسنة 2010، فإن عدد المصابين بداء السكري في العالم بلغ حوالي 258 مليون شخص، تتراوح أعمارهم بين 20 و79 سنة، أي ما يمثل نحو 6.6% من إجمالي سكان العالم البالغ عددهم حوالي 7 مليارات نسمة آنذاك. وتشير التوقعات إلى أن هذا العدد سيرتفع بحلول عام 2030 ليصل إلى حوالي 438 مليون مصاب من نفس الفئة العمرية، أي ما يعادل 7.8% من عدد السكان المتوقع أن يبلغ قرابة 8.4 مليار نسمة ومن المتوقع أن يصبح عدد المصابين سنة 2045 إلى 783 مليون مريض (سرار، 2022، ص40) وأفاد المعهد الوطني للصحة العمومية في الجزائر سنة 2005 بأن مرض السكري يحتل المرتبة الرابعة بين الأمراض المزمنة غير المعدية. وقد بلغت نسبة انتشار داء السكري من النمط الأول ما بين 8.1% و11.9%، في حين تراوحت نسبة انتشار النمط الثاني بين 6.4% و8.2% لدى الأشخاص الذين تتراوح أعمارهم بين 30 و64 سنة. وفي سنة 2010، قُدّر عدد المصابين بالسكري في الجزائر بنحو 2.8 مليون شخص، وقد تضاعف هذا العدد خلال عشر سنوات بنسبة 50%، ليصل في عام 2019 إلى أكثر من 4 ملايين مصاب (لعربي، 2024، ص5) بحيث أصبح داء السكري يشكل مشكلاً صحياً ونفسياً كبيراً، ليس فقط بسبب مضاعفاته العضوية الخطيرة كأمراض القلب، الكلى، واضطرابات الأعصاب، وكذلك بتر الأطراف، بل أيضاً لما يفرضه من تغييرات جذرية على نمط حياة المصاب، بدءاً من النظام الغذائي، مروراً بالمتابعة الطبية المستمرة، وانتهاءً بالتعامل مع القلق المرتبط بإمكانية تدهور الحالة الصحية. وتنعكس هذه العوامل مجتمعة بشكل كبير على الجوانب النفسية والاجتماعية للمريض، مما قد يؤدي إلى انخفاض جودة الحياة لديه.

فمفهوم جودة الحياة لم يعد يُقاس فقط من منظور الصحة الجسدية، بل أصبح يشمل أيضاً شعور الفرد بالرضا العام عن حياته، إدراكه للرفاه النفسي، نوعية علاقاته الاجتماعية، ومدى شعوره بالاستقلالية والقدرة على أداء أدواره اليومية، وأصبحت تحتل صدارة عناية المصاب بالمرض المزمن في صورة الحاجة للقدرة على مواصلة العمل، والقدرة على مواصلة العلاقات الشخصية مع الأصدقاء والأزواج والأبناء، ومواصلة الشعور بالقدرة على الحياة، والقدرة على الاستمتاع بالمواقف أو الأحداث التي كانت تمنح السعادة قبل المرض (تركي، 2023، ص149) ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية، فإن جودة

الحياة هي "إدراك الفرد لوضعه في الحياة ضمن السياق الثقافي والمنظومة القيمية التي يعيش فيها، وعلاقته بأهدافه وتوقعاته ومعاييره واهتماماته" وبالتالي فإن مرضى السكري، وخصوصاً الذين يعيشون مع المرض لفترات طويلة، غالباً ما يعانون من تراجع في هذه المؤشرات، مما يستدعي البحث في العوامل التي قد تحميهم من هذا التدهور وتساعدهم على التكيف الإيجابي.

ومن بين هذه العوامل تبرز الصلابة النفسية كأحد المتغيرات النفسية الإيجابية التي تساهم في دعم الأفراد خلال فترات الشدة والأزمات الصحية، فحسب karver & scheier فهي قدرة تشير إلى ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات والصعاب والتحديات التي يتعرض لها إذ تعمل كمصدر واق من العواقب الجسمانية السيئة للاحداث (العوض، 2015، ص29) وقد حضي مفهوم الصلابة النفسية باهتمام كبير من قبل الباحثين في ميدان الدراسات النفسية، لاسيما في السنوات الأخيرة، حيث برز بشكل واسع في أعمال كوبازا Kobasa التي سعت إلى الكشف عن المتغيرات النفسية والاجتماعية الكامنة وراء قدرة الأفراد على الحفاظ على صحتهم النفسية والجسدية، بالرغم من تعرضهم لضغوط الحياة المختلفة (نوار وزكري، 2016، ص86) وتعد قدرة شخصية تقوم على ثلاث أبعاد أساسية: الالتزام (أي شعور الفرد بالمسؤولية والمعنى في حياته) التحكم (إحساسه بالقدرة على التأثير في مجريات الأمور)، والتحدي (استعداده لرؤية التغيرات كفرص للنمو والتطور لا كتهديدات) وتشير الأبحاث إلى أن الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية يميلون إلى استخدام استراتيجيات تكيفية فعالة، ويمتلكون قدرة أكبر على تحمل الضغوط والتعامل الإيجابي مع المعاناة، بما في ذلك تلك الناتجة عن الأمراض المزمنة.

وتعد دراسة كوبازا عام 1982 من أبرز الدراسات الاستكشافية التي تناولت الصلابة النفسية، حيث أُجريت على عينة مكونة من (295) فرداً، وقد بيّنت نتائج الدراسة أن الصلابة النفسية بمكوناتها لا تساهم فقط في تقليل تأثير الأحداث الضاغطة على الصحة النفسية والجسمية، بل تمثل أيضاً مصدر قوة ومقاومة، وتعدّ آلية فعالة للوقاية من الآثار السلبية للضغوط، كما خلصت الدراسة إلى أن الصلابة النفسية تشكل حاجزاً وقائياً ضد الإصابة بالأمراض، وتوفر حماية للفرد في الحاضر والمستقبل. (العربي، 2024، ص22)

وفي حالة مرضى السكري، يصبح دور الصلابة النفسية أكثر حساسية، نظراً لطبيعة المرض المزمنة والمعقدة، والتي تتطلب من الفرد استجابة تكيفية مستمرة، ومراقبة دائمة، وتقبل لحالة صحية قد لا تُشفى، ومن هنا، فإن المريض الذي يتميز بالصلابة النفسية قد يكون أكثر قدرة على التعامل مع جوانب المرض، مما يعزز شعوره بالتحكم، ويدفعه إلى الالتزام بنمط حياة صحي، ويقلل من حدة المشاعر السلبية مثل القلق والاكتئاب، الأمر الذي قد يؤدي إلى تحسين جودة حياته.

وهذا ما أكدته توماس (Thomas, 1998) بأن الأفراد الذين يتمتعون بقدر عالٍ من الصلابة النفسية يظهرون نشاطاً أكبر وقدرة أعلى على تحمل الأعباء، بالإضافة إلى قدرتهم على التحكم في المواقف ومواجهة التحديات، بخلاف الأفراد الذين يفتقرون إلى الصلابة النفسية، إذ يميلون إلى تبني سلوك التجنب عند التعرض للضغوط أو الحوادث مما يزيد من تعرضهم للضغوط النفسية. (العيافي، 2012، ص12)

وقد اتجهت الدراسات النفسية الى استكشاف هذا الطرح النظري ميدانيا، في محاولة لفهم دور العوامل النفسية في التقليل من الصعوبات التي تواجه المصاب بمرض السكري ابتداء من تقبل التشخيص حتى التكيف مع المرض وتعقيداته وتحسين جودة حياته، حيث أثبتت دراسة الباحثة آمال تركي (2023) وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السكري، حيث أظهرت النتائج أن مستوى الصلابة النفسية منخفض لدى هذه الفئة، مما يؤثر سلباً على جودة حياتهم. (تركي، 2023)، كما توصلت دراسة الباحثين سليمة جعير ونديرة اليزيد (2021) إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين أبعاد الصلابة النفسية (الالتزام، التحكم، التحدي) وأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى المصابين بداء السكري، مما يشير إلى أن الصلابة النفسية تسهم في تعزيز القدرة على التعامل مع الضغوط المرتبطة بالمرض. (اليزيد-جعير، 2021) فيما خلصت دراسة الباحث سمير لعربي (2024) إلى أن الصلابة النفسية تُعد منبئاً مهماً لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري، حيث أظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائياً بين الصلابة النفسية وجودة الحياة، مع إمكانية التنبؤ بجودة الحياة من خلال مستوى الصلابة النفسية. (لعربي، 2024)

وانطلاقاً مما سبق، جاءت دراستنا الحالية للتعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، وذلك من خلال طرح التساؤلات الآتية:

- هل توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري؟

التساؤلات الجزئية

- ما هو مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري؟
- ما هو مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري؟

2. فرضيات البحث

- توجد علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

الفرضيات الجزئية

- لدى مرضى السكري مستوى منخفض من الصلابة النفسية.
- لدى مرضى السكري مستوى منخفض من جودة الحياة.

3. أسباب اختيار الموضوع

يرجع اختيار موضوع هذا البحث الى مجموعة من الأسباب الذاتية والموضوعية التي دفعتنا لنعمل عليه، نذكرها فيما يلي:

- الرغبة في دراسة الموضوع بطريقة عيادية.

- الرغبة في معرفة المعاناة التي يمر بها مرضى السكري والتي تُساعد على فهم أعمق لتأثير هذا المرض على جودة حياتهم، سواء من الناحية الجسدية أو النفسية والاجتماعية، مما يُسهم في تطوير أساليب الدعم والرعاية المناسبة لهم.

- الملاحظات العيادية حول الصعوبات النفسية الاجتماعية التي يعيشها المريض، جعلت فضولنا العلمي يتجه نحو محاولة فهم المشكلة بوجهة نظر عيادية.

- الرغبة في الاقتراب بشكل مباشر من ميدان العمل، من خلال التفاعل مع المرضى والطواقم الطبي، إذ يسهم بشكل فعال في توسيع المعارف وتعزيز فهمنا العملي للواقع الصحي والممارسات الميدانية.

- الرغبة في اثراء الموضوع، ليكون مساهمة في فهمه بطريقة أفضل، خاصة وان عدد المرضى المصابين يتزايد بما يجعل من الموضوع مشكلة ملحة تحتاج البحث.

- الرغبة الشخصية في التعمق في الجوانب النفسية لمرضى الأمراض المزمنة، وخاصة مرضى السكري.

4. أهداف الدراسة

تهدف هذه الدراسة إلى تحقيق جملة من الأهداف العلمية والعملية، تتمثل في:

- التعرف على العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.
- التعرف على مستوى الصلابة النفسية لدى مرضى السكري.
- التعرف على مستوى جودة الحياة لدى هذه الفئة، وطرق التكيف مع الواقع الجديد الذي تعيشه.

5. أهمية البحث

تكمن أهمية هذا البحث في كونه يسلط الضوء على أحد الجوانب النفسية المهملة في التعامل مع داء السكري، من خلال ربط الصلابة النفسية كعامل وقائي ومساند بجودة الحياة كمؤشر على التكيف والصحة النفسية.

كما يمكن لنتائج البحث ان تقدم أرضية علمية يمكن أن تُبنى عليها تدخلات علاجية ونفسية موجهة نحو دعم المرضى، وتحسين تجربتهم المعيشية مع المرض، وإبراز دور الصلابة النفسية في رفع مستوى جودة الحياة لدى مرضى السكري.

6. تحديد المفاهيم

فيما يلي تحديد المفاهيم التي تم تناولها في البحث

1.6 الصلابة النفسية

تعرفها كوبازا (1972) بأنها مجموعة من السمات الشخصية التي تعمل على التصدي لمواجهة الأحداث الحياتية الصعبة، وأنها اعتقاد عام لدى الفرد في فاعليته وقدرته على استخدام كل المصادر

النفسية والاجتماعية المتاحة كي يدرك ويفسر ويواجه أحداث الحياة الضاغطة بفاعلية وجدارة. (سعد جمعه، 2020، ص390)

وتعرف الصلابة النفسية اجرائيا من خلال الدرجة الكلية التي تتحصل عليها حالات البحث في مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2002).

2.6 جودة الحياة

يعرفها بونومي وباتريك وبوشنيل Bonomi, patrick & Bushnel, 2000 على أنها مفهوم واسع يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلا عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها. (مسعودي، 2015، ص205)

وتعرف جودة الحياة اجرائيا بأنها الدرجة الكلية التي تتحصل عليها حالات البحث في مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية المختصر (1997).

3.6 مرض السكري

هو مرض يرتفع فيه مستوى السكر في الدم عن المعدل الطبيعي وذلك نتيجة نقص كلي أو جزئي في إنتاج هرمون الانسولين من خلايا البنكرياس و/أو ضعف في فعالية الانسولين على مستوى الخلايا والأنسجة، ويتضمن نوعين، النمط الأول يتميز بنقص كلي في إنتاج هرمون الانسولين من خلايا البنكرياس يصيب عادة الأشخاص دون سن الـ30 سنة، والنمط الثاني يتميز بنقص جزئي في إنتاج هرمون الانسولين مع ضعف في فعالياته على مستوى الخلايا والأنسجة يصيب عادة الأشخاص فوق سن الـ30 سنة. (اشتي، 2017، ص5)

7. الدراسات السابقة

تناولت الدراسات السابقة متغيرات هذا البحث من عدة جوانب، وفيما يلي عرض لبعض منها:

1.7 دراسة دباغ بشرى وعبيد غنية 2024، دور الصلابة النفسية في تحسين نوعية الحياة لدى الشباب الجامعي

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على دور الصلابة النفسية في تحسين نوعية الحياة لدى الشباب الجامعي والكشف عن الفروق في الصلابة النفسية ونوعية الحياة تعزى لمتغير الجنس، اتبعت المنهج الوصفي، ولتحقيق أهداف الدراسة استخدم مقياس الصلابة النفسية و مقياس نوعية الحياة، طبق على عينة بلغت 200 طالب وطالبة يتراوح سنهم ما بين 19 و26 سنة.

توصلت نتائج الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة، كما أنه توجد فروق دالة إحصائية في درجات الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس وكانت لصالح الإناث ، بينما لم توجد فروق دالة إحصائية في درجات نوعية الحياة تعزى لمتغير

الجنس، كما توصلت النتائج إلى وجود أثر ذو دلالة إحصائية للصلابة النفسية على نوعية الحياة لدى الشباب الجامعي. (دباغ- عبيد، 2024)

2.7 دراسة شهرزاد نوار ونرجس زكري، 2016، الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري

هدفت إلى الكشف عن العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري، بحيث اتبعت المنهج الوصفي الارتباطي لتحقيق أهداف الدراسة باستعمال عدة وسائل لجمع البيانات تتمثل في مقياس الصلابة النفسية ومقياس السلوك الصحي وتحليل هذه البيانات عن طريق الأساليب الإحصائية الملائمة، على عينة قدرت بـ 205 فردا من مرضى السكري من الجنسين (ذكر وأنثى)، وقد توصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى المرضى المصابين بمرض السكري إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب مدة المرض، بينما كانت الفروق غير دالة إحصائية في الصلابة النفسية والسلوك الصحي لدى مرضى السكري حسب الجنس. (نوار- زكري، 2016)

3.7 دراسة أميرة سعد جمعه، 2020، علاقة المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من النوع الثاني

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري من النوع الثاني، اعتمدت على المنهج الوصفي المقارن، واستخدمت الباحثة أدوات جمع البيانات المتمثلة في مقاييس المساندة الاجتماعية، الصلابة النفسية، نوعية الحياة المرتبطة بالصحة، على عينة تتكون من 60 مريض بمرض السكري بواقع 30 مريض من الذكور، 30 مريضة من الإناث تتراوح أعمارهم ما بين 45-55 سنة، وتوصلت نتائج الدراسة بوجود علاقة ارتباطية دالة بين المساندة الاجتماعية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، ووجود علاقة ارتباطية دالة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة، كذلك عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متوسطي درجات الذكور والإناث في المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية ونوعية الحياة المرتبطة بالصحة. (سعد جمعه، 2020)

4.7 دراسة سمير لعربي وسعيد قارة، 2023، الصلابة النفسية كمنبئ لجودة الحياة لدى مرضى السكري

هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على العلاقة الارتباطية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري بنوعيه (نمط 1 ونمط 2)، اتبع في هذه الدراسة المنهج الوصفي، واستخدمت أدوات لجمع البيانات متمثلة في مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2006) ومقياس جودة الحياة المرتبطة بالصحة، على عينة تكونت من 80 مريض سكري منهم 50 مريض من النمط 1 و 30 مريض من النمط 2 من مرضى السكري، وتوصلت الدراسة إلى وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة المرتبطة بالصحة، كما أمكن التنبؤ بدرجات جودة الحياة

المرتبطة بالصحة لدى المصابين بداء السكري من خلال درجاتهم على مقياس الصلابة النفسية.
(العربي وقارة، 2023)

5.7 دراسة سعدي سامية، 2022، الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لطلبة السنة الثانية علم النفس

هدفت الدراسة إلى معرفة مستوى الصلابة النفسية ومستوى جودة الحياة لطلبة السنة الثانية علم النفس ومعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرين وذلك حسب التخصص ونمط الإقامة (داخلي-خارجي)، تم اتباع المنهج الوصفي في هذه الدراسة، واستخدم أدوات لجمع البيانات المتمثلة في مقياس الصلابة النفسية لمخيمر (2002) ومقياس جودة الحياة لدى الطلبة للباحثين منسي وكاظم (2006)، على عينة بلغت 150 طالب جامعي إذ شارك 130 طالبة و 20 طالب، توصلت الدراسة إلى وجود مستوى مرتفع للصلابة النفسية لدى طالبة السنة الثانية علم النفس مقابل وجود مستوى متوسط لجودة الحياة، كذلك وجود علاقة ارتباطية ذات دلالة إحصائية بين درجة الصلابة النفسية ودرجة جودة الحياة ولا وجود لفروق دالة في درجات الصلابة وجودة الحياة تعزى إلى نمط الإقامة أو التخصص. (سعدي، 2022)

تعليقا على الدراسات السابقة يظهر تشابه ملحوظ من حيث اعتمادها على المنهج الوصفي بمختلف أنواعه، حيث استخدم المنهج الوصفي البسيط والارتباطي والمقارن، مع تفاوت في أدوات القياس التي تمثلت أساساً في مقياس الصلابة النفسية ومقاييس نوعية الحياة، السلوك الصحي، والمساندة الاجتماعية. كما اتفقت أغلب الدراسات في نتائجها على وجود علاقة ارتباطية دالة إحصائية بين الصلابة النفسية وكل من نوعية الحياة والسلوك الصحي، ما يعكس أهمية الصلابة النفسية كعامل مؤثر في الصحة النفسية وجودة الحياة. وتنوعت العينات بين طلبة جامعيين ومرضى السكري باختلاف خصائصهم الديموغرافية، مع تفاوت في حجم العينة وطبيعتها، وقد أظهرت بعض الدراسات فروقاً دالة في الصلابة النفسية تعزى لمتغير الجنس (لصالح الإناث)، في حين لم تسجل فروق في نوعية الحياة أو السلوك الصحي تبعاً للجنس في دراسات أخرى. كما أظهرت بعض الدراسات قدرة الصلابة النفسية على التنبؤ بجودة الحياة، ما يدعم مكانتها كمتغير نفسي يستحق مزيداً من الدراسة والاهتمام.

رغم تعدد الدراسات التي تناولت موضوع الصلابة النفسية لدى مرضى السكري، سواء من حيث علاقتها بالضغوط النفسية أو التكيف مع المرض أو السلوك الصحي، إلا أن أغلب هذه البحوث ركزت على أبعاد محددة من العوامل النفسية دون الربط الشامل بين الصلابة النفسية وجودة الحياة بشكل مباشر. ومن هنا تبرز أهمية هذا البحث، إذ يسعى إلى سد هذه الفجوة من خلال دراسة العلاقة التكاملية بين الصلابة النفسية بمختلف أبعادها (التحكم، الالتزام، التحدي) وجودة الحياة لدى مرضى السكري، في محاولة لفهم كيف تسهم الصلابة النفسية في التخفيف من الأعباء النفسية والجسدية لهذا المرض المزمن. كما يكتسي هذا البحث أهميته من خلال إجرائه في بيئة ثقافية محلية، مما يعزز إمكانية توظيف نتائجه في تطوير تدخلات نفسية موجهة لهذه الفئة، وتقديم إضافة علمية تطبيقية للدراسات النفسية والصحية في السياق العربي بوجه عام والجزائري بوجه خاص.



الفصل الثاني

الصلابة النفسية



تمهيد

1. نظرة تاريخية لمفهوم الصلابة النفسية
 2. مفهوم الصلابة النفسية
 3. أهمية الصلابة النفسية
 4. أبعاد الصلابة النفسية
 5. سيرورة نمو للصلابة النفسية
 6. النظريات المفسرة لمفهوم الصلابة النفسية
 7. خصائص ذوي الصلابة المرتفعة
 8. خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة
- خلاصة

تمهيد

الصلابة النفسية هي إحدى السمات الشخصية التي تلعب دورًا محوريًا في تمكين الفرد من مواجهة التحديات والضغوط الحياتية بثبات وفعالية. في عالم مليء بالتغيرات والصعوبات، تظهر الصلابة النفسية كعامل أساسي يساعد الأفراد على التكيف مع الأزمات، والتعامل مع الظروف الصعبة بإيجابية، وتحقيق النمو الشخصي. وقد اهتمت الدراسات النفسية بشكل متزايد بفهم طبيعة هذه السمة وتأثيرها على الصحة النفسية والرفاهية العامة، مما يجعلها موضوعًا ذا أهمية كبيرة في مجالات البحث الأكاديمي، وفي هذا الفصل سنتطرق إلى مفهوم الصلابة وأبعادها والنظريات المفسرة لها.

1. نظرة تاريخية لمفهوم الصلابة النفسية

تمثل الصلابة النفسية أحد السمات الإيجابية للشخصية، حيث ظهر المفهوم بصورة متزامنة مع مفاهيم علم النفس الإيجابي، وقد أدى هذا إلى إثراء مجال البحث العلمي في التخصص، والتركيز على النقاط الإيجابية عند دراسة الشخصية، وليس فقط جوانب المرض والاضطراب.

ورغم أن الصلابة النفسية ليست مفهومًا جديدًا، فإنها تمثل إعادة صياغة لسمة عصبية، حيث يظهر الأفراد ذوو العصبية المرتفعة ضعفًا في الصلابة النفسية، مما يجعلهم أقل قدرة على مواجهة الواقع. أما الأفراد أصحاب الصلابة النفسية المرتفعة، فهم أكثر قدرة على التعامل مع الضغوط، لذا أصبحت الصلابة النفسية محور اهتمام الباحثين بوصفها سمة تساعد في التكيف مع التحديات. (مخلوفي، 2022، ص 105)

وتعتبر كوبازا من بين أوائل الباحثين الذين أسسوا مفهوم الصلابة النفسية، حيث لاحظت أن بعض الأفراد يتمكنون من تحقيق ذواتهم واستغلال إمكانياتهم رغم تعرضهم لضغوط وصعوبات كبيرة، وهو ما يميزهم عن الأشخاص الذين يشعرون بالعجز أو المرض. وقد عرفت هذا المفهوم بربطه بالتوجه الفلسفي الوجودي، مشيرة إلى أن استقرار الفرد يعتمد على تفسير سلوكه بشكل مستقبلي بعيدا عن الاعتماد على الماضي، ويقوم على البحث المستمر عن المعنى والغاية في الحياة. (حراث، جخراب، 2018، ص 213 - 214)

ومن أهم الدراسات التي أجرتها كوبازا وزملائها تلك التي هدفت إلى توضيح تأثير الصلابة النفسية على الفرد. في الدراسة الاستكشافية الأولى لكوبازا استهدفت معرفة الخصائص النفسية التي تساهم في مساعدة الفرد على الحفاظ على صحته النفسية والجسدية رغم تعرضه للضغوط.

شملت الدراسة عينة من الذكور (76 شخصا) تتراوح أعمارهم بين 40 و49 عامًا، كانوا جميعهم حاصلين على درجات جامعية. تم تطبيق مقاييس مختلفة، مثل مقياس هولمز لتقييم أحداث الحياة الضاغطة، بالإضافة إلى مقياس وايلر لتحديد مدى ارتباط هذه الضغوط بالأمراض النفسية والجسدية، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية أكبر يظهرون قدرة أعلى على الصمود والانجاز والتحكم والسيطرة على حياتهم، في المقابل يعاني الأشخاص الأقل صلابة نفسية من أعراض مثل المرض، والقلق والتوتر مع تدني مستوى ضبط النفس الخارجي. كما أشارت الدراسة إلى أن

الأفراد الأكثر صلابة يتميزون بروح المبادرة والنشاط والكفاءة بالإضافة إلى قدرتهم على التكيف واستيعاب التحديات بواقعية وفاعلية (عوالي، 2016، ص38-39)

من خلال ما تم ذكره سابقا نستخلص أن أبحاث كوبازا ساهمت بشكل كبير في فهم العلاقة بين الشخصية والصعاب التي يواجهها الفرد في حياته اليومية أن أغلب الدراسات والأبحاث تشير إلى أن الصلابة النفسية تسهم في تحسين جودة الحياة وتقليل الاضطرابات النفسية. كما أظهرت أبحاثها فعاليتها في تعزيز سلوكيات النكف الإيجابي وبناء معنى للحياة ومن هنا نستخلص أن الصلابة النفسية ليست مجرد سمة ثابتة لكنها مهارة يمكن تطويرها وتحسينها لمقاومة الصعاب والشدائد والتعامل معها بفعالية.

2. مفهوم الصلابة النفسية

تعددت التعريفات لمفهوم الصلابة النفسية، حيث تم تناولها من وجهات نظر مختلفة، نعرض لها فيما يلي:

عرفت الباحثة سوزان كوبازا kobasa الصلابة النفسية على أنه مصدر من المصادر الشخصية الذاتية لمقاومة الآثار السلبية الضغوط الحياة والتخفيف من آثارها على الصحة النفسية والجسمية. (نوار، زكري، 2016، ص89)

ويعرف كارفر وشاير 1994 karver & scheier الصلابة النفسية بأنها ترحيب الفرد وتقبله للتغيرات أو الضغوط التي يتعرض لها إذ تعمل الصلابة النفسية كمصد واق من العواقب الجسمية السيئة للضغوط. (العوض، 2015، ص29)

وتعرف أيضا " بأنها مجموعة من السمات تتمثل في اعتقاد الفرد بفاعليته وقدرته على استغلال كل المصادر النفسية والبيئية المتاحة كي يدرك بفاعلية أحداث الحياة الضاغطة الشاقة، إدراكا غير محرف أو مشوه، ويفسرها بواقعية وموضوعية ومنطقية، ويتعايش معها على نحو إيجابي ومتضمن ثلاثة أبعاد وهي الالتزام والتحكم والتحدى. (مصيطفى، داودي، 2022، ص. 330)

وعرفها عماد مخيمر (1996) بأنها نمط من التعاقد النفسي يلتزم به الفرد تجاه نفسه وأهدافه وقيمة الآخرين من حوله واعتقاد الفرد أن بإمكانه التحكم فيما يواجهه من أحداث يتحمل المسؤولية عنها وأن ما يطرأ على جوانب حياته من تغير هو أمر ضروري للنمو أكثر من كونه تهديدا وعاقة له (لعربي، قارة، 2023، ص252)

وعرفها بروكس على أنها قدرة الفرد على التعامل بفعالية مع الضغوط النفسية، والقدرة على التكيف مع التحديات والصعوبات اليومية، والتعامل مع الإحباط والأخطاء والصدمات النفسية والمشاكل اليومية لتطوير أهداف محددة وواقعية لحل المشاكل والتفاعل بسلاسة مع الآخرين ومعاملة الآخرين باحترام واحترام الذات. (العنزي، 2018، ص207)

وهي مجموعة من الاتجاهات والمعتقدات والميول السلوكية التي تتألف من ثلاثة مكونات الالتزام والتحكم والتحدى. (Lambert .& Vickie.1999. p11)

تعتبر الصلابة النفسية هي إدراك الفرد وتقبله للمتغيرات أو الضغوط النفسية التي تعترضه، فهي تعمل كوقاية من العواقب الحسية والنفسية للضغوط وتساهم في تعديل العلاقة الدائرية التي تبدأ بالضغوط وتنتهي بالإرهاك النفسي باعتباره مرحلة متقدمة من الضغوط (رحماني، 2023، ص98)

ان تصنيف الأفراد إلى أصحاب صلابة نفسية عالية لا يقوم على عامل واحد بل يقوم على عدة عوامل نفسية واجتماعية وموضوعية (Funk, Steven C, 1992, p 335) حيث ان التفاعل الدينامي بين مكونات الشخصية هي ما تهيء الفرد يكتسب قدرة الصلابة النفسية.

من خلال هذه التعاريف يظهر ان الصلابة النفسية تركز على ثلاثة أبعاد رئيسية الالتزام، التحكم، والتحدي وهي قدرة الفرد على مواجهة ضغوط الحياة ومواقفها الصعبة بثقة وثبات، مع الحفاظ على توازنه النفسي والعاطفي. كما تتسم بقدرة الشخص على التفكير الإيجابي في الأزمات، وإعادة صياغة التحديات كفرص للتعلم والنمو، كما أنها تمثل أداة فعّالة لتحقيق النجاح الشخصي والمهني وأحد المحددات الأساسية للصحة النفسية والنجاح في مختلف جوانب الحياة.

3. أهمية الصلابة النفسية

قدمت كوباسا (Kobaza, 1979) مجموعة من التفسيرات التي توضح السبب وراء قدرة الصلابة النفسية على تقليل حدة الضغوط التي يواجهها الفرد. وتتمثل هذه التفسيرات في فهم العلاقة من خلال دراسة تأثير الضغوط على الفرد. وتشير كوباسا إلى أن الأحداث الضاغطة تؤدي إلى سلسلة من ردود الفعل تبدأ باستثارة الجهاز العصبي اللاإرادي والضغط المزمن، مما ينتج عنه الإرهاق ويطرفق مع ظهور أمراض جسمية واضطرابات نفسية. (الحسيني، 2018، ص467)

وترى كوباسا أن الصلابة النفسية تلعب دورًا محوريًا في تعديل هذه العملية الدائرية، حيث تبدأ العملية بالضغط وتنتهي بالإرهاق، ويتم ذلك من خلال

أولاً: تعمل على تعديل إدراك الأحداث وجعلها تبدو أقل وطأة

ثانياً: تساهم في تبني أساليب مواجهة نشطة أو تحويل الموقف من حاد إلى عادي

ثالثاً: تؤثر على أسلوب المواجهة بشكل غير مباشر من خلال تعزيز الدعم النفسي

رابعاً: على الصعيد الاجتماعي، تساهم في تعزيز التغييرات الصحية الإيجابية، مثل اتباع نظام

غذائي متوازن وممارسة النشاط البدني بانتظام. والذي بدوره سيققل من الامراض الجسدية

وقد وجد كل من مادي وكوبازا أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية العالية يتمتعون بقدرة أكبر على

الاستفادة من أساليب مواجهة الضغوط مما يمكنهم من التعامل مع مختلف الأحداث الضاغطة من خلال رؤية أوسع وتحليلها بشكل أعمق لتحديد حلول مناسبة لها

وتتفق كوبازا مع فولكمان ولازاروس في أن الخصائص النفسية مثل الصلابة النفسية تؤثر على

تقييم الفرد للضغوط التي يواجهها وما يتضمنه ذلك من تقدير لصحته النفسية وأمانه الشخصي كما تؤثر

هذه العوامل فب تحديد أساليب المواجهة التي يعتمدها الفرد عند مواجهة الضغوط والتي تشمل

التعامل المباشر مع المشكلات أو الهروب أو التجنب أو تحمل المسؤولية أو البحث عن الدعم

الاجتماعي. (العيافي، 2012، ص18)

ومن خلال ما سبق يمكننا القول أن الصلابة النفسية لها دور كبير وأهمية كبيرة في تمكين الأفراد من مواجهة الضغوط والتعامل مع التحديات برؤية إيجابية وأساليب تكيف فعالة فهي تعزز من قدرة الفرد على التحليل العميق للمواقف واتخاذ قرارات واعية مما يساهم في تحقيق التوافق النفسي والثقة بالذات وبذلك تصبح الصلابة النفسية مفتاحاً للنجاح والاستقرار في مختلف جوانب الحياة.

4. أبعاد الصلابة النفسية

تقوم الصلابة النفسية على ثلاثة أبعاد رئيسية، هي: الالتزام، التحكم، والتحدي، والتي تعمل معاً على تعزيز قدرة الفرد على التعامل مع الصعوبات وتحويلها إلى فرص إيجابية، مما يجعله أكثر قدرة على مواجهة التغيرات والتحديات الحياتية بثقة ومرونة. وفيما يلي سنفصل في كل بعد من أبعادها الرئيسية .

1.4 الالتزام

أشارت "كوبازا" إلى أن الالتزام يتمثل في قدرة الفرد على إدراك قيمه وأهدافه وتقدير إمكاناته، مما يساعده في تحقيق أهدافه واتخاذ قرارات تعزز التوازن الداخلي والتنظيم. يعكس الالتزام الانضباط الذاتي للفرد تجاه نفسه وقيمه وأهدافه وكذلك علاقته بالآخرين. (بوخروف، 2019، ص 92) والالتزام حسب كوبازا أنواع وهي :

الالتزام نحو الذات: الالتزام نحو الذات يعني وعي الفرد بقيمه وأهدافه وتحديد توجهاته الإيجابية التي تميزه عن الآخرين، مما يساعده على بناء شخصية متماسكة قادرة على مواجهة التحديات. ووفقاً لكوبازا كما أشار شويطر والزقايين، فإن هذا الالتزام يعد من السمات الأساسية للأشخاص ذوي الصلابة النفسية، حيث يجمعون بين تحقيق أهدافهم الشخصية والتزامهم تجاه الآخرين.

الالتزام اتجاه العمل: يُعرّف على أنه إيمان الفرد بقيمة وأهمية العمل سواء له أو للمحيطين به، بالإضافة إلى قناعته بضرورة الانخراط الفعّال في بيئة العمل وتقديم أفضل أداء ممكن لإنجاز المهام المطلوبة. يشمل ذلك تحمّل الفرد لمسؤولياته المهنية والالتزام بها.

كما أشارت "كوبازا" إلى أن الأفراد الملتزمين يتميزون بنظام قوي للإيمان يساعدهم على تقليل تأثير التهديدات المحيطة بهم والتغلب عليها دون تراجع أو انسحاب، حتى في أصعب المواقف الاجتماعية. يسعون باستمرار إلى التفاعل الإيجابي مع الآخرين وبناء علاقات اجتماعية متينة، مما يعزز إحساسهم بالمعنى والقيمة في الحياة. وفي حال غياب هذا الالتزام، قد يؤدي ذلك إلى فقدان الإحساس بالهدف وظهور مشاعر الاغتراب. (شيباني، 2021، ص 105-106)

2.4 التحدي

تشير كوبازا (1983) على أن التحدي عبارة عن اعتقاد الفرد بأن التغيير المستمر في أحداث الحياة هو جزء طبيعي وحتمي، يُعد أمرًا ضروريًا للنمو الشخصي، حيث يساعد على تعزيز ثقته بنفسه والحفاظ على سلامته النفسية بدلاً من النظر إليه كتهديد أو مصدر قلق

كما يؤكد مخيمر (1997) أن تبني فكرة أن التحدي جزء من الحياة يدفع الفرد نحو تطوير قدراته، بما في ذلك المبادرة، استكشاف البيئة، وتحديد مصادر القوة. هذه العوامل تُعزز مرونته وإبداعه في مواجهة الأزمات، وتُمكنه من تحويل المشكلات إلى فرص للتطوير والتقدم الشخصي. (تركي، 2021، ص46)

يُركز التحدي على أهمية إدراك المشكلات من منظور أعمق، حيث يرى الفرد ذو الصلابة النفسية أن المشكلات هي جزء من تحديات الحياة وليست عوائق فقط. يعتقد هذا الفرد أن مواجهة التحديات تتطلب استجابات فعالة ومرونة فكرية، حيث إن عدم التكيف مع هذه التحديات قد يؤدي إلى تفاقم الوضع. يظهر التحدي كفرصة للتعلم والتطور بدلاً من كونه عائقاً، مما يعزز من قدرة الفرد على البحث عن حلول ناجحة ومبتكرة.

تعكس الصلابة النفسية قدرة الأفراد على التكيف مع مستجدات الحياة اليومية وتجاوز الضغوط بشكل إيجابي، حيث تُعتبر هذه الصلابة نتاجاً للتعلم المستمر والتجارب المتنوعة، وتعد مصدراً مهماً للنمو الشخصي والنضج الفكري.

يشير "كوبازا" و"مادي" إلى أن الصلابة النفسية تُعد ميزة أساسية تُبنى كنتيجة للتجارب المتنوعة والغنية خلال الطفولة. هذه الميزة تُمكن الأفراد من التعامل مع الضغوط النفسية بطريقة إيجابية، مما يعزز من صحتهم النفسية والجسدية. كما أن الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية يظهرون قدرة أكبر على التكيف مع الأزمات والتحديات، حيث تعمل الصلابة النفسية كمصدر للقوة والصمود أمام أحداث الحياة المختلفة. (هلكا، 2016، ص28)

3.4 التحكم

أوضحت كوبازا 1979 أن التحكم هو اعتقاد الفرد بقدرته على التحكم في مواقف الحياة وظروفها المختلفة حيث يمنحه دوراً فعالاً يمكنه من التكيف معها والسيطرة عليها

من جانبه رأى ويب 1991 Wab أن اعتقاد الشخص بأن الأحداث غير المتوقعة هي مجرد امتداد للأحداث السابقة يمنحه قدرة أكبر على مواجهتها وإيجاد حلول ملائمة لها مما يعزز لديه الشعور بالاستقلالية والتحكم في الظروف المختلفة

وأشار مخيمر إلى أن الشك في القدرة على التحكم يدفع الفرد إلى مقارنة الأحداث بقياسات سابقة مما يساهم في تكوين إدراكه الخاص حول مدى قدرته على السيطرة عليها

كما يرى أن الإيمان بوجود تحكم ذاتي يشمل إدراك العلاقات بين الأسباب والنتائج والتفريق بين الدلائل وتأويل وتفسير الأحداث بشكل منطقي ومتوازن (شاغوش، 2018، ص475)

وقد قام الباحثون بتطوير استبيان لقياس الصلابة الذهنية، وأظهرت النتائج وجود ارتباط بين الصلابة الذهنية ومكونات الصلابة النفسية كما حددها مادي وكوباسا، وتتجلى أشكال التحكم في أربعة أنواع رئيسية:

- التحكم في اتخاذ القرار: يتمثل في قدرة الفرد على الاختيار بين بدائل متعددة واتخاذ قرارات مناسبة بناء على تحليل منطقي للموقف
- التحكم المعرفي: يعتمد على توظيف العمليات الفكرية بفعالية مثل تحليل المعلومات التفسير المنطقي للمواقف واستخدام المعرفة في اتخاذ قرارات مناسبة
- التحكم السلوكي: يعكس قدرة الفرد على التعامل المباشر مع المواقف الصعبة من خلال التحمل الإنجاز والتفاعل الإيجابي مع التحديات
- التحكم الاستراتيجي: يشير إلى مراجعة فرد لخياراته واستنتاجاته بشكل منهجي مما يساعده على التكيف مع المواقف المختلفة واتخاذ قرارات مستنيرة. (إسماعيل، الرشدي، 2020، ص476، 475)

اقترح Clougn,Earl& Sewell، إضافة بعدٍ رابع إلى مفهوم الصلابة النفسية، أطلقوا عليه "الصلابة الذهنية"، مستندين في ذلك إلى نظرية مادي وكوباسا. ويؤكد نموذج الصلابة الذهنية على أهمية الثقة كعامل أساسي، وهو ما توصلوا إليه من خلال دراساتهم حول أداء الرياضيين.

يصف نموذج المكونات الأربعة للصلابة الذهنية (Cs Model of Mental Toughness⁴) الأفراد ذوي الصلابة الذهنية العالية بأنهم اجتماعيون، قادرين على الحفاظ على هدوئهم واسترخائهم، ويتمتعون بروح تنافسية قوية، كما أنهم أقل عرضة للقلق، ويتميزون بثقة عالية بالنفس وإيمان راسخ بقدرتهم على التحكم في مصيرهم. هؤلاء الأفراد لا يتأثرون بسهولة بالضغط أو التحديات. (بن العربي، 2022، ص103)

5. سيرورة نمو للصلابة النفسية

قدمت كوبازا ومادي تفسيراً لتطور الصحة النفسية لدى الفرد من خلال أربع فرضيات من المهم الإشارة إلى أن هذه الفرضيات ليست شرطاً ضرورياً لتحقيق الصحة النفسية لكنها توفر تفسيراً محتملاً لهذه العملية والتي تتمثل فيما يلي:

الفرضية الأولى: يتميز الفرد الذي يتمتع بدرجة عالية من الصلابة النفسية بمروره بتجارب سابقة مليئة بالتحديات والصراعات مثل الفقر، الهجرة، الأمراض المزمنة او فقدان أحد الوالدين سواء بالوفاة او الغياب العاطفي

الفرضية الثانية: تشير هذه الفرضية الى أن الأشخاص الذين نشأوا في بيئات اسرية تتطلب منهم تحمل مسؤوليات مبكرة مثل الأطفال الذين كانوا مضطرين لتلبية احتياجات اسرهم منذ الصغر غالبا ما يطورون صلابة نفسية عالية على سبيل المثال الطفل الذي يشعر بالحاجة إلى تامين الدعم لعائلته من خلال طلب المساعدة او تحمل المسؤوليات بشكل استباقي

الفرضية الثالثة: تفترض هذه الفرضية أن الصلابة النفسية تتشكل عند الأطفال الذين يتعلمون التحضير المسبق لمختلف الحياة الحياتية مثل ممارسة الألعاب الذهنية خوض التجارب التعليمية او الانتقال الى بيئات جديدة مما يساعدهم على تطوير المرونة والقدرة على التكيف

الفرضية الرابعة: تنص هذه الفرضية على أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية يسعون على تحقيق أهداف بعيدة المدى حيث تكون هذه الأهداف مدروسة ومخططة لتجنب التأثيرات السلبية الناجمة عن الفشل في تحقيقها (لحامة، 2023، ص53)

6. النظريات المفسرة لمفهوم الصلابة النفسية

تم تفسير الصلابة النفسية وفق عديد النظريات والنماذج وفيما يلي تفصيل ذلك:

1.6 نظرية كوبازا

قدمت كوبازا (1979) افتراضًا أساسيًا لنظريتها بعد إجراء دراسة على العاملين في مجالات الأعمال والمهن بدرجاتهم العليا والمتوسطة في الصحة النفسية والجسدية، حيث خرجت ببعض النتائج الهامة، منها اكتشاف مصدر إيجابي جديد في مجال الوقاية من الإصابة بالاضطرابات النفسية والجسدية، وهو الصلابة النفسية التي تتجلى في "الالتزام، والتحكم، والتحدي" وأيضا ان الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية يظهرون معدلات أقل من الإصابة بالاضطرابات النفسية، حتى عند تعرضهم لضغوط شديدة.

وقد استند الافتراض إلى أن التعرض للأحداث الصادمة الحياتية الشاقة لا يؤدي بالضرورة إلى ارتفاع مستوى الاضطرابات النفسية والاجتماعية، بل يعتمد الأمر على المصادر النفسية والاجتماعية الخاصة بكل فرد. وعليه، فإن الأفراد ذوي الصلابة النفسية يتمتعون بقدرة أكبر على مواجهة الضغوط.

وتوصلت الدراسة إلى أن الصلابة النفسية تعتبر عاملاً وقائياً هاماً ضد الأمراض. كما لوحظ أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية يظهرون نشاطاً أكبر وإرادة أقوى، ويتمتعون بقدرة على القيادة والسيطرة والإنجاز، مما يجعلهم أكثر مقاومة للضغوط وأقدر على التعامل مع التحديات (اليازجي، 2011، ص. 52)

كما تعتبر نظرية كوبازا من النظريات الرائدة في مجال تعزيز الصلابة النفسية والجسدية والوقاية من الاضطرابات فقد تناولت بشكل أساسي العلاقة بين الصلابة النفسية وإمكانية التعرض للأمراض حيث تعتمد هذه النظرية على مجموعة من الأسس التي أكدت عليها دراسات مختلفة ومن بين العلماء الذين دعموا هذا الاتجاه فرانكل ماسلو وجرز حيث أشاروا إلى أن قدرة الفرد على التكيف مع التحديات تعتمد إلى حد كبير على مدى استغلاله لقدراته الشخصية والاجتماعية بطريقة فعالة مما يساهم في تعزيز صحته النفسية

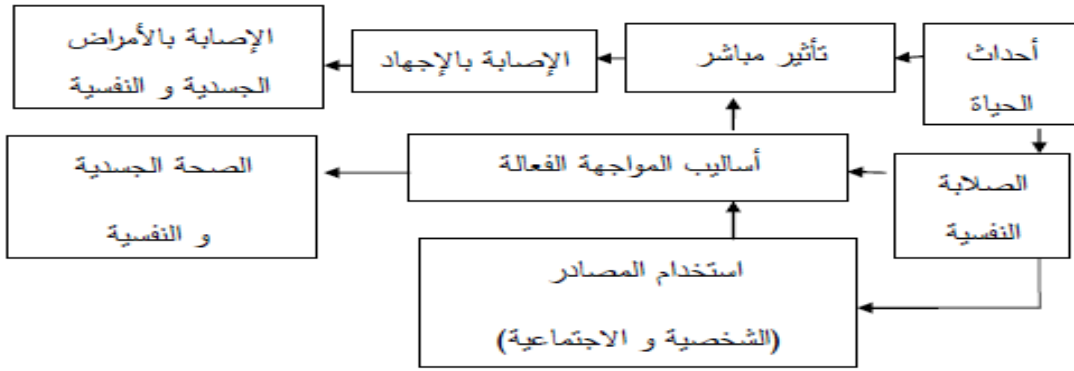
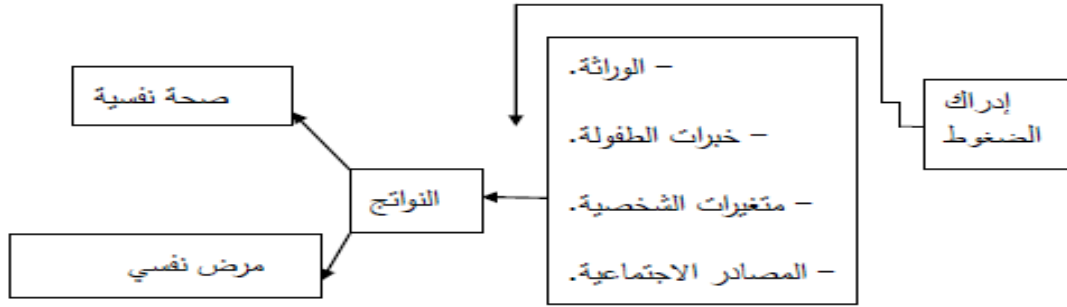
كما استندت كوبازا في نظريتها إلى النموذج المعرفي للازوس الذي يفترض أن مواجهة الفرد لأحداث الحياة الصعبة تعد تجربة ذات تأثير كبير على استجاباته السلوكية وأكد هذا النموذج أن التعرض لمواقف ضاغطة أو ظروف مؤلمة يمكن أن يحدد كيفية تكيف الكائن الحي حيث إن تقييم الفرد لقدراته على المواجهة بشكل سلبي قد يؤدي إلى الإحباط والشعور بالخطر مما يزيد من حدة القلق والتوتر في المقابل فإن القدرة على إدراك التهديدات بطريقة إيجابية تساهم في تحسين استجابة الفرد للمواقف الضاغطة

ومن بين النماذج المهمة التي استندت عليها نظرية كوبازا نموذج لازاروس حيث تم تحديد ثلاثة عوامل رئيسية تؤثر على الصلابة النفسية للفرد هي البيئة الداخلية للفرد، الأسلوب الإدراكي المعرفي والشعور بالإحباط والتهديد، وتؤثر هذه العوامل بدرجات متفاوتة على استجابة الفرد للمواقف الضاغطة فعلى سبيل المثال يتوقف تأثير الشعور بالتهديد على الأسلوب الإدراكي للفرد ومدى توافقه مع طبيعة الموقف حيث يؤدي الإدراك الإيجابي إلى تعزيز القدرة على التعامل مع التحديات بينما يؤدي الإدراك السلبي إلى زيادة الشعور بالخطر والإجهاد النفسي

تمكنت كوبازا من تقديم تحليل لبعض السمات الشخصية وتأثيرها على الصلابة النفسية فقد اعتمدت في نظريتها على استكشاف العلاقة بين العوامل النفسية والاجتماعية وتأثيرها على الصحة العامة للفرد حيث استهدفت دراساتها معرفة دور الإدراك في تحديد مستوى التكيف مع الضغوط

أجريت الأبحاث على عينة متنوعة من الأفراد الذين يشغلون مناصب إدارية متوسطة وعليا ومن ضمنهم المحامون ورجال الأعمال الذين تراوحت أعمارهم بين 32 و65 عاما بهدف تقييم مدى تأثير الضغوط على الصحة النفسية ومدى ارتباطها بالإصابة بالأمراض ومن ثم تطبيق مجموعة من الاختبارات عليهم بما في ذلك اختبار كوبازا للصلابة النفسية واختبار هولمز وراهي للضغوط النفسية والجسدية لأحداث الحياة الشاقة على الأفراد وقد أظهرت النتائج أن الصلابة النفسية بأبعادها الثلاثة (الالتزام، التحدي، التحكم) تلعب دورا إيجابيا في الوقاية من الاضطرابات النفسية حيث تكون معدلات الإصابة أقل لدى الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية عالية رغم تعرضهم لضغوط شديدة يرجع ذلك إلى الدور الذي تلعبه الصلابة النفسية في إدراك الضغوط بشكل مختلف والتفاعل معها بإيجابية مما يعزز القدرة على التكيف مع الأحداث الشاقة وتشير الدراسة إلى اضطرابات نفسية بل يتوقف التأثير على مدى تفاعل الفرد مع هذه الأحداث وفقا لمصادره النفسية والاجتماعية (حراث، جخراب، 2018، ص214-215)

الشكل رقم (01) نموذج كوبازا للصلابة النفسية



المصدر: (عائشة عوالي، 2016، ص61)

2.6 نموذج فنك

يعد نموذج فنك امتداداً لنظرية كوباسا حيث ركز على التفاعل بين الإدراكات المعرفية للفرد والقدرة على التكيف مع الأحداث الضاغطة وقد أظهرت دراسات فنك وجود علاقة بين الصلابة النفسية والصحة العقلية إذ تبين أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية يتمتعون بقدرة أكبر على التعامل مع المواقف الصعبة في حين أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة يظهرون ضعفاً في مواجهة التحديات والمشكلات (عردات، 2017، ص7)

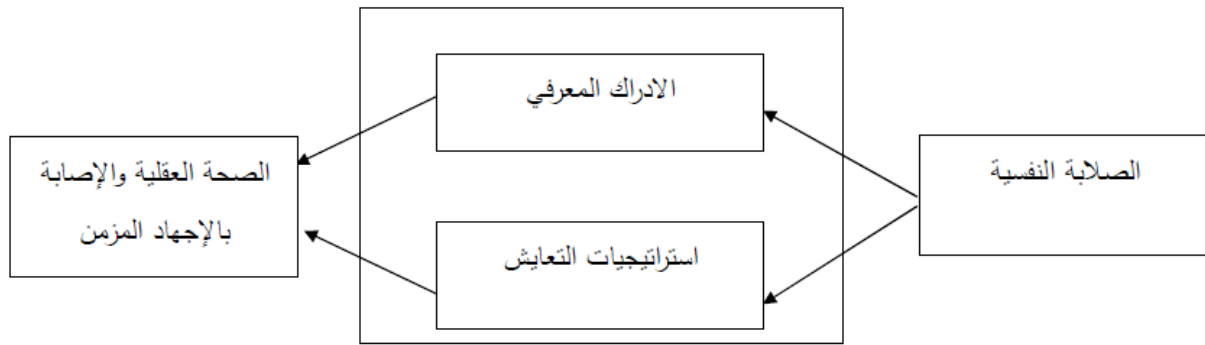
ظهر مؤخراً أحد النماذج الحديثة في مجال الوقاية من الاضطرابات، حيث أعاد النظر في نظرية كوباز مع تقديم تعديل جديد لها. وقد قدم فنك هذا النموذج عام 2022 من خلال دراسة استهدفت

بحث العلاقة بين الصلابة النفسية، والإدراك المعرفي، والتعايش الفعّال من جهة، والصحة العقلية من جهة أخرى، وذلك على عينة مكونة من 222 جنديًا.

اعتمد الباحث في دراسته على المواقف الشاقة الواقعية لتحديد دور الصلابة النفسية، حيث قام بقياس متغيري الصلابة والإدراك المعرفي للمواقف الصعبة، بالإضافة إلى أساليب التعايش، وذلك قبل خضوع المشاركين لفترة تدريبية استمرت ستة أشهر. وبعد انتهاء هذه الفترة، توصل فنك إلى نتائج مهمة، أبرزها ارتباط مكثف مع الالتزام والتحكم بالصحة العقلية الجيدة. فقد كان للالتزام دور جوهري في تعزيز الصحة العقلية من خلال تقليل الشعور بالتهديد، واستخدام استراتيجيات التعايش الفعّال، خاصةً استراتيجيات ضبط الانفعال. كما ارتبط بعد التحكم إيجابيًا بالصحة العقلية عبر إدراك المواقف الصعبة على أنها أقل مشقة، إلى جانب توظيف استراتيجيات حل المشكلات في التكيف معها

وفي دراسة ثانية أجراها فنك عام 2022، والتي استهدفت نفس أهداف الدراسة الأولى، تم تطبيقها على عينة من الجنود، ولكن مع فترة تدريبية أكثر عنقًا استمرت أربعة أشهر. وخلال هذه الفترة، طُلب من المشاركين تنفيذ الأوامر المطلوبة منهم بشكل مستمر، حتى وإن تعارضت مع ميولهم واستعداداتهم الشخصية. وبعد قياس مستوى الصلابة النفسية والإدراك المعرفي للأحداث الصعبة، بالإضافة إلى أساليب التعايش قبل وبعد انتهاء التدريب، أكدت النتائج ما توصلت إليه الدراسة الأولى. (رحماني، 2023، ص 115)

الشكل رقم (02) نموذج فنك للتعامل مع المشقة وكيفية مقاومتها



المرجع: (خرايفية آمنة، 2016، ص 97)

3.6 نظرية مادي

قدم سالفاتور مادي إسهامات كبيرة في مجال الصلابة النفسية، حيث بدأ عمله في هذا المجال من خلال دراسة طويلة امتدت 12 عامًا (1981-1993) أجراها مع فريق بحثه في شركة بيل للهاتف (IBT) حيث في عام 1981، قررت الشركة تقليص عدد موظفيها إلى النصف، مما أدى إلى تغييرات كبيرة في التوصيف الوظيفي للموظفين المتبقين، وكذلك في مهام المشرفين عليهم وأهداف الشركة. ونتيجة لذلك، قام مادي وفريقه بدراسة شاملة على عينة مكونة من 400 موظف، قبل عملية تخفيض الموظفين وبعدها، بهدف تحليل تأثير هذا التغيير على الأفراد.

كشفت النتائج أن ثلثي المشاركين عانوا من تراجع في الأداء والمهارات القيادية، كما ظهرت لديهم مشكلات صحية مثل النوبات القلبية، البدانة، الاكتئاب، وإدمان المخدرات بسبب الإجهاد أ ما الثلث الآخر، فقد واجهوا نفس الظروف الصعبة، لكنهم تمكنوا من الحفاظ على صحتهم وأدائهم الوظيفي، بل وأظهروا حماسة متجددة تجاه عملهم. أدى هذا الاختلاف بين المجموعتين إلى طرح سؤال مهم: ما السبب الذي جعل بعض الأفراد قادرين على التكيف بينما تأثر الآخرون سلبيًا؟

توصل مادي إلى أن الأشخاص الذين استطاعوا التكيف مع الظروف الصعبة احتفظوا بثلاثة معتقدات أساسية ساعدتهم على تحويل الأزمات إلى فرص للتطور، وهي:

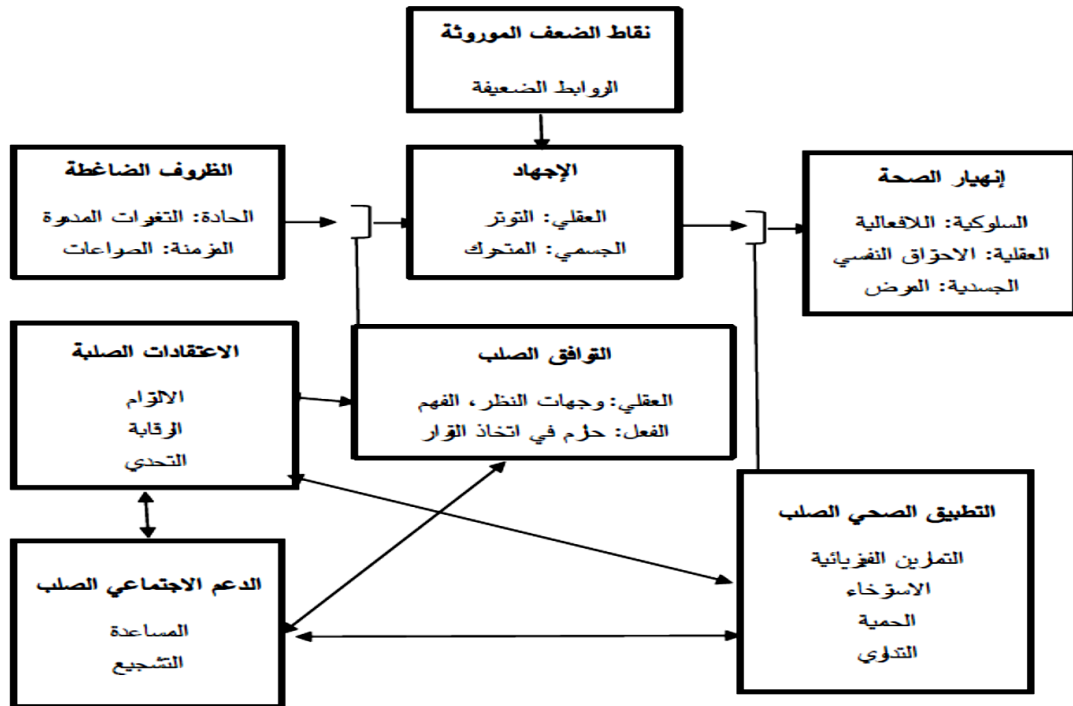
الالتزام: (Commitment) بدلاً من الانسحاب أو الشعور بالعزلة، واجهوا التحديات وسعوا للحلول.

التحكم: (Control) حاولوا التأثير في مجريات الأحداث بدلاً من الاستسلام لها.

التحدي: (Challenge) رأوا في التغييرات فرصًا جديدة للتعلم والنمو، بدلاً من اعتبارها تهديدا

ساهمت هذه الدراسة في تطوير مفهوم الصلابة النفسية، الذي أصبح عنصرًا أساسيًا في فهم كيفية تعامل الأفراد مع الضغوط، مما يمكنهم من مواجهة الأزمات والتكيف معها بطريقة تعزز نموهم الشخصي والمهني. (هروال، 2022، ص86)

الشكل رقم 03: نموذج مادي للصلابة النفسية



المراجع: (زيد الخير، 2021، ص83)

بعد اطلاقنا على نظرية كوبازا ومادي ونموذج فنك الممتد لنظرية كوبازا يتوضح لنا أن النماذج الثلاثة أكدت على دور الالتزام التحكم والتحدي في مواجهة الضغوط، مما يثبت أن هذه العوامل أساسية في تعزيز المرونة النفسية. **فنموذج كوبازا** كان الأول في وضع الأساس النظري للصلابة النفسية، بينما **مادي** قدم إثباتاً عملياً لها في سياق بيئة العمل. أما **نموذج فنك** يُعد تطويراً حديثاً، حيث ربط بين الإدراك المعرفي والصلابة النفسية، وأكد أن الطريقة التي يُدرك بها الشخص الضغوط تلعب دوراً كبيراً في تحديد استجابته لها. وركز **مادي** على العامل المهني، و**كوبازا** على الصحة النفسية عموماً، كما قدم **فنك** رؤية أعمق حول **الصلابة النفسية في البيئات القاسية**، مما أضاف بُعداً جديداً للنظرية، ومنه نستخلص أن جميع النماذج تتكامل فيما بينها وتظهر أن الصلابة النفسية ليست مجرد سمة ثابتة، بل هي مهارة يمكن تطويرها وتعزيزها من خلال الممارسات المعرفية والإدراكية الصحيحة، سواء في العمل أو الحياة اليومية.

7. خصائص ذوي الصلابة المرتفعة

يشير هانتون 2008 إلى أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية يتمتعون بثقة عالية بالنفس ودافعية للإنجاز مما يساعدهم على مواجهة الضغوط بطريقة أكثر إيجابية وأقل تهديداً، أما كوبازا فتوضح أن الأشخاص ذوي الصلابة النفسية يكونون أكثر نشاطاً، مبادرة، وضبطاً داخلياً كما أنهم أكثر قدرة على مواجهة الضغوط والتحديات بواقعية واثبات إضافة إلى ذلك فإنهم يرون الأحداث كتجارب تعليمية تساعدهم على التطور والاستفادة في المستقبل.

من خلال الدراسات التي أجرتها كوبازا توصلت إلى مجموعة من الخصائص التي تميز الأفراد الذين يتمتعون بالصلابة النفسية نذكر منها :

- يتمتعون بالقدرة على التحمل والصمود
- يحققون إنجازات متميزة
- يمتلكون درجة عالية من الانضباط الذاتي
- أكثر ثقة بأنفسهم ويميلون إلى القيادة والسيطرة
- يتميزون بروح المبادرة والنشاط والدافعية العالية

بالإضافة إلى هذا يقترح باحثون آخرون خصائص لذوي الصلابة النفسية المرتفعة منها:

- يلتزمون بالعمل المكلفين به، مما يعكس شعورهم بالانتماء بدلا من الاغتراب
- يمتلكون القدرة على التحكم في الأحداث مما يعزز إحساسهم بالقوة بدلا من الضعف
- ينظرون إلى التغيير باعتباره جزءاً طبيعياً من الحياة، دون أن يثير لديهم الشعور بالتهديد
- يرون في التجارب الحياتية الصعبة فرصاً لاتخاذ القرارات واكتساب الخبرات (خرايفية، 2016، ص 106-107)

ومن خلال ما تم ذكره نستخلص أن ذوي الصلابة المرتفعة لديهم القدرة على التكيف مع الضغوط حيث يواجهون المواقف الصعبة بمرونة دون أن يسمحوا لها بالتأثير السلبي على أدائهم أو حالتهم النفسية، كذلك يتمتعون بدافع ذاتي قوي يدفعهم لمواصلة العمل وتحقيق الأهداف حتى في الظروف الصعبة ويتعاملون مع التحديات بإيجابية والتركيز على إيجاد الحلول بدلا من الاستسلام للمشكلات التي تعترضهم مع إدارة عواطفهم والتحكم في المشاعر والانفعالات مما يساعدهم على التصرف بحكمة في المواقف العصيبة مع الاستمرار في المحاولة أمام الصعوبات حتى يحققوا أهدافهم.

8. خصائص ذوي الصلابة النفسية المنخفضة

إن الأفراد الذين يعانون من ضعف في الصلابة النفسية يتميزون بعدة سمات سلبية من بينها:

- عدم القدرة على التحلي بالصبر وتحمل المشقة والمرض
- افتقارهم إلى تحمل المسؤولية
- الشكوى المستمرة والاستسلام للأمراض مثل الصداع وقرحة المعدة
- التردد في اتخاذ القرارات
- فقدان التوازن وضعف الأمل في الحياة
- تجنب مواجهة الأزمات والصعوبات واللجوء إلى الهروب بدلا من المواجهة
- سرعة الغضب والشعور بالحزن الشديد مع الميل إلى العزلة والانطواء
- غياب القيم والمبادئ الواضحة لديهم
- الشعور بالضعف والاعتماد على الآخرين في البحث عن المساندة والعون
- عدم القدرة على ضبط النفس والتحكم الذاتي (بوخروف، 2019، ص98)

يتضح مما سبق أن الأفراد ذوي الصلابة النفسية المنخفضة يميلون إلى الاستسلام والانسحاب عند مواجهة التحديات، حيث يشعرون بالعجز وعدم القدرة على التحكم في مجريات حياتهم، مما يجعلهم أكثر عرضة للتوتر والقلق المفرط. كما يرون التغييرات والمواقف الضاغطة كتهديدات بدلاً من فرص للنمو، ويفتقرون إلى مهارات التكيف الفعالة، مما يؤدي إلى استسلامهم للمشاعر السلبية مثل الإحباط والتشاؤم. بالإضافة إلى ذلك، يعانون من تدني مستوى الالتزام بأهدافهم، ويتخلون عنها بسهولة عند مواجهة الصعوبات، مما يؤثر سلباً على أدائهم الشخصي والمهني. ونتيجة لذلك، يكونون أكثر عرضة للإصابة بالمشكلات النفسية مثل الاكتئاب والقلق، وكذلك الأمراض الجسدية المرتبطة بالإجهاد، مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب. لذا، فإن تنمية الصلابة النفسية من خلال تعزيز مهارات التكيف، والتفكير الإيجابي، والتحكم في الانفعالات يُعد أمراً ضرورياً لمساعدتهم على التعامل مع الضغوط بشكل أكثر فعالية.

خلاصة

تعد الصلابة النفسية من العوامل الأساسية التي تساعد الأفراد على التكيف مع الضغوط والتحديات الحياتية بطريقة إيجابية. فهي تمثل إطارًا فكريًا وسلوكيًا يمكن الأفراد من مواجهة الأزمات والصعاب، بدلاً من الاستسلام للتوتر والإحباط. وترتكز الصلابة النفسية على ثلاثة أبعاد رئيسية، هي الالتزام، التحكم، التحدي وبفضل هذه الأبعاد، يصبح الأفراد أكثر قدرة على التكيف مع الأزمات، والتعامل مع التغيرات بثقة ومرونة، والاستمرار في تحقيق أهدافهم رغم الصعوبات، مما ينعكس إيجابيًا على صحتهم النفسية وجودة حياتهم. وتلك الأبعاد التي تحدثت عنها كوبازا في نظريتها كما تعد نظريتها في الصلابة النفسية من النظريات المهمة، حيث تسلط الضوء على قدرة الأفراد على تحمل الضغوط والتكيف مع الشدائد دون أن تتأثر صحتهم النفسية والجسدية سلبيًا. حيث يتميز الأفراد ذوو الصلابة النفسية المرتفعة بعدة خصائص تساعد على مواجهة التحديات والتكيف مع الضغوط، حيث يتميزون بالالتزام، والتحكم في الظروف، والنظر إلى التحديات كفرص للنمو، مما يساعدهم على التكيف مع الضغوط، في المقابل نجد أن ذوو الصلابة النفسية المنخفضة يميلون إلى الانسحاب، والشعور بالعجز، ورؤية التحديات كتهديدات، مما يجعلهم أكثر عرضة للتوتر والاضطرابات النفسية.



الفصل الثالث

جودة الحياة

تمهيد

1. نبذة تاريخية عن جودة الحياة
2. مفهوم جودة الحياة
3. أبعاد جودة الحياة
4. مؤشرات جودة الحياة
5. مقومات جودة الحياة
6. الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة
7. جودة الحياة والأمراض المزمنة

خلاصة

تمهيد

يعتبر مصطلح جودة الحياة من المفاهيم الحديثة التي حظيت باهتمام كبير في مجال علم النفس، حيث يعد أحد المحاور الأساسية في علم النفس الإيجابي. هذا التوجه يركز على تعزيز النظرة الإيجابية لحياة الأفراد، مفضلًا إياها على التركيز التقليدي على الجوانب السلبية مثل الاضطرابات والمشكلات النفسية. تعتبر جودة الحياة هدفًا محوريًا في حياة الفرد، حيث تساهم في تحقيق الذات وتوفير شعور بالرضا الداخلي.

في هذا الفصل، سنستعرض مجموعة من التعريفات المتعلقة بجودة الحياة، بالإضافة إلى أهم النظريات التي حاولت تفسير هذا المفهوم وأبعاده ومؤثراته.

1. نبذة تاريخية عن جودة الحياة

كان البحث في جودة الحياة النفسية موضوعًا قديمًا، حيث تعود جذوره إلى التأملات حول المتعة، والسعادة، والرضا المرتبط بالحاجات الإنسانية، ويمكن تتبع تطور هذه البحوث بسهولة بالرجوع إلى الفلسفة اليونانية القديمة، حيث سعى فلاسفة مثل سقراط، أفلاطون، وأرسطو إلى تحديد العناصر الأساسية للتجربة الإنسانية الإيجابية التي تساهم في تعزيز الشعور بالسعادة والرفاهية.

وفي السياق الحديث، أصبحت جودة الحياة من الأولويات الأساسية في المجتمعات الغربية بعد الحرب العالمية الثانية، مما أدى إلى إدراج هذا المفهوم ضمن المصطلحات الشائعة، حيث أصبح يُستخدم للتعبير عن الحياة الكريمة التي تتأثر بعوامل متعددة، مثل العمل، والسكن، والبيئة، والصحة. (مسعودي، 2017، ص129)

حيث استحوذ مفهوم جودة الحياة على الكثير من الاهتمام في السنوات الأخيرة علي الرغم من أنها ليست فقط فكرة القرن الحادي والعشرين، وإنما تعود إلى الفلاسفة القدامى مثل أرسطو (384-322 قبل الميلاد)، عندما كتب عن الحياة الطيبة أو المرهفة "the good life" والعيش بهناء (العنزي، 2023، ص70)، كما يعد كتاب الأخلاق لأرسطو أحد المصادر المبكرة التي تعرضت لمفهوم جودة الحياة حيث قال "إن كلا من العامة أو الدهماء وأصحاب الطبقة العليا يدركون الحياة الجيدة بطريقة واحدة وهي أن يكونوا سعداء ولكن مكونات السعادة عليها خلاف إذ يقول بعض الناس شيئًا ما في حين يقول آخرون غيره ومن الشائع كذلك أن الرجل نفسه يقول أشياء مختلفة في مختلف الأوقات فعندما يقع فريسة المرض فإنه يعتقد أن السعادة هي الصحة وعندما يكون فقيرًا يرى السعادة في الغنى" (مسعودي، 2015، ص204) بحيث يبرز أرسطو في هذا القول فكرة نسبية السعادة واختلاف تصورات الناس عنها وفقًا لظروفهم وأوضاعهم المختلفة.

ولم يدخل مفهوم جودة الحياة العلوم النفسية والاجتماعية حتى بدايات القرن العشرين، حيث أصبح أحد أهم مفاهيم علم النفس الإيجابي الذي تم تأسيسه عام (1998) على يد عالم النفس الأمريكي مارتن سليجمان Seligman Martin 2002 الذي يركز علي دراسة كيفية جعل الفرد يعيش سعيدا. (العنزي، 2023، ص70)

وهذا المفهوم جاء استجابة إلى أهمية النظرة الإيجابية إلى حياة الأفراد كبديل للتركيز الكبير الذي أولاه علماء النفس للجوانب السلبية من حياتهم، وقد تعددت قضايا البحث في هذا الإطار، فشملت الخبرات الذاتية والعادات والسمات الإيجابية للشخصية، وكل ما يؤدي إلى تحسين جودة الحياة، وقد أكدت دراسات القرن الماضي أن الجانب الإيجابي في شخصية الإنسان هو أكثر بروزاً من الجانب السلبي، وأن هذين الجانبين لا يمثلان بالضرورة اتجاهين متعاكسين، وإنما يتحرك السلوك الإنساني بينهما طبقاً لعوامل كثيرة مرتبطة بهذا السلوك. (محمدي وبوعيشة، 2013، ص3)

اقترح أعضاء من منظمة الصحة العالمية عام 1947 مفهوماً ضمناً لجودة الحياة وتوجه هذا المفهوم إلى الرعاية الصحية عندما تم تعريف الصحة "حالة صحية جيدة" لتشمل الجوانب الفيسيولوجية وحتى عام 1978 حيث وسعت المصطلح. (شيخي، 2014، ص87)

وبحلول عام 1975، بدأ استخدام مصطلح جودة الحياة بشكل أكثر تحديداً، وأصبح جزءاً من المصطلحات الطبية المعتمدة، وفي أوائل الثمانينيات تم تطبيق هذا المفهوم بشكل منهجي ومنظم، لا سيما في مجال رعاية مرضى الأورام، إذ واجه الأطباء معضلة كبيرة تتعلق بالتكاليف الباهظة لعلاج السرطان، حيث لم يكن الهدف فقط إطالة عمر المرضى، ولكن أيضاً تحسين نوعية حياتهم خلال فترة العلاج وما بعدها.

وقد ساهمت جودة الحياة بشكل فعال في الأبحاث المتعلقة برعاية المرضى، حيث أصبحت أداة مهمة في تقييم تأثير العلاجات المختلفة على الحالة الصحية والنفسية للمريض، كما امتد تأثير هذه الأبحاث ليشمل مستويات الرعاية حتى بعد وفاة المرضى، من خلال دراسة تأثير جودة الرعاية على عائلاتهم وتجاربهم في مراحل الاحتضار وما بعدها، واليوم يُعد قياس جودة الحياة جزءاً أساسياً في تقييم نجاح العلاجات الطبية، وهو ما يعكس تحول الرعاية الصحية من مجرد التركيز على إطالة العمر إلى الاهتمام بجودة الحياة والرفاهية العامة للمرضى. (فواطمية، 2015، ص309-310)

ويعد مفهوم جودة الحياة من المفاهيم الحديثة نسبياً ومع ذلك نرى أن استخدامه قد توسع ليشمل جميع العلوم والتخصصات، فهو لا يرتبط بمجال محدد من مجالات الحياة وإنما امتد ليشمل أغلب المجالات، الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية، ويدل في بعض الأحيان على التعبير عن رقي مستوى الخدمات المادية والاجتماعية التي تقدم لأفراد المجتمع، أو أنه يستخدم للتعبير عن طريقة إدراك الأفراد لمدى قدرة هذه الخدمات على إشباع حاجاته المختلفة. (شيخي، 2014، ص73)

2. مفهوم جودة الحياة

لا يقتصر مفهوم جودة الحياة على مجال معين أو فرع محدد من العلوم، بل يمتد ليشمل مختلف التخصصات، حيث يتناولها العلماء والباحثون من زوايا متعددة، وتعددت آرائهم حول تحديد هذا المفهوم.

بحيث يعرفها تايلور وروجان Taylor & Rogdan بأنها رضا الفرد بقدره في الحياة والشعور بالراحة والسعادة. (حمایدية وآخرون، 2018، ص198)

أما "مارتن سليجمان" فقد قدم رؤيته حول جودة الحياة في أنها تعتمد على أبعاد عديدة يتم تربيتها مع الطفل في الصغر لينشأ محملاً بهذه التصورات التي تعتمد في أساسها على التفاؤل، و يرى أنه يمكن تدريب الصغار والراشدين على ممارسة السلوك التفاؤلي و الذي يعتبره أساساً لجودة الحياة. (بورزق- شلالى، 2016، ص86)

وتعرف أيضا بأنها الدمج والتكامل بين عدة جوانب لدى الفرد منها الصحة الجسمية والصحة النفسية والحياة الاجتماعية، متضمنة المكونات الإدراكية التي تشمل الرضا، والمكونات العاطفية التي تشمل السعادة. (الهاجري والخرافي، 2023، ص264)

وأكد بونومي وباتريك وبوشنيل Bonomi, patrick & Bushnel, 2000 على أن جودة الحياة مفهوماً واسعاً يتأثر بجوانب متداخلة من النواحي الذاتية والموضوعية، مرتبطة بالحالة الصحية والحالة النفسية للفرد، ومدى الاستقلال الذي يتمتع به، والعلاقات الاجتماعية التي يكونها، فضلاً عن علاقته بالبيئة التي يعيش فيها. (مسعودي، 2015، ص205)

و يرى "كومنس" أن مفهوم جودة الحياة يشير إلى الصحة الجيدة أو السعادة، أو تقدير الذات، أو الرضا عن الحياة، أو الصحة النفسية. (وهيب وصغير، 2021، ص250)

ويعرفها منسي وكاظم 2006 بأنها شعور الفرد بالرضا والسعادة والقدرة على إشباع حاجاته من خلال ثراء البيئة ورفي الخدمات التي تقدم له في المجالات الصحية والاجتماعية والتعليمية والنفسية مع حسن إدارته للوقت والاستفادة منه. (اسماعيل بكر، 2013، ص39)

ان جودة الحياة مفهوم ذاتي ومتعدد الأبعاد يُعبّر عن شعور الفرد بالرضا العام عن حياته، ويشمل حالته الجسدية، والوظيفية، والعاطفية، والاجتماعية. وفي السياق الطبي، تُقاس جودة الحياة من وجهة نظر المريض نفسه، وتركز على مدى تأثير المرض أو العلاج على رفايته اليومية وأدائه الشخصي. (David F.1994.p186)

ورغم عدم الاتفاق على تعريف موحد لمفهوم جودة الحياة، إلا أن أدبيات المجال غالباً ما تستند إلى تعريف منظمة الصحة العالمية الذي يُعد من أكثر التعريفات دقة في توضيح الجوانب العامة لهذا المفهوم، حيث تُعرّف جودة الحياة على أنها ادراك الفرد لموقعه في الحياة في سياق الثقافة والقيم التي يعيش فيها وربطها مع اهدافه الخاصة وتوقعاته ومعتقداته واهتماماته، فمفهوم نوعية الحياة مفهوم واسع النطاق يتأثر بحالة الفرد النفسية والبدنية وعلاقاته الاجتماعية. (سلامة رزق الله، 2008، ص15)

وعلى الرغم من تعدد التعريفات وتباينها، يمكن استنتاج أن جودة الحياة هي حالة من الرضا العام والشعور بالسعادة التي تنشأ من التوازن بين الجوانب النفسية، الصحية، الاجتماعية، والبيئية في حياة الفرد. وتعتمد على قدرة الشخص على تلبية احتياجاته، تحقيق أهدافه الشخصية، والاستفادة من الفرص المتاحة في بيئته، مع شعوره بالاستقلالية، التفاؤل، وتقدير الذات.

3. أبعاد جودة الحياة

تشير منظمة الصحة العالمية **WHO 2015** إلى ان مفهوم جودة الحياة يتضمن أربعة أبعاد متداخلة ومتفاعلة معا، هي كالتالي:

البعد الجسمي: وهو متعلق بالراحة والنوم وكيفية التعامل مع الألم وعدم الراحة والتخلص من التعب.

البعد النفسي: ويتكون من المشاعر الإيجابية، والسلوكيات الإيجابية، وتركيز الانتباه، والرغبة في التعلم والتفكير والتذكر، وتقدير الذات، واهتمام الإنسان بمظهره، وصورة الجسد، ومواجهة المشاعر السلبية.

البعد الاجتماعي: يشمل هذا البعد طبيعة العلاقات الشخصية والاجتماعية، ومستوى الدعم الاجتماعي، ومدى نجاح العلاقات الزوجية. كما يتضمن تلبية الحاجات الاجتماعية، مثل: الشعور بالولاء، الانتماء، القبول الاجتماعي، والتفاعل مع الآخرين.

البعد البيئي : يركز على ممارسة الحرية بمعناها الإيجابي، والشعور بالأمن والاستقرار في البيئة المحيطة وداخل المنزل. كما يشمل توفر مصادر الدخل، والابتعاد عن مصادر التلوث والضوضاء. (العنزي، 2023، ص71)

و وفقا لرؤية **فينتيجودت وآخرون 2003** التي تعد من ابرز الأفكار التي تناولت أبعاد جودة الحياة، من خلال التوفيق بين البعدين الذاتي والموضوعي. فقد وضعوا ما يُعرف بـ متصل جودة الحياة، الذي استندوا إليه في تطوير النظرية التكاملية لجودة الحياة. وتتمثل ابعادها فيما يلي:

البعد الذاتي Subjective Quality Of Life ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في الرفاهية الشخصية، و الاحساس بحسن الحال، الرضا عن الحياة، السعادة، الحياة ذات المعنى.

البعد الموضوعي Objective Quality Of Life ويتضمن أبعاد فرعية تتمثل في :عوامل موضوعية (مثل المعايير الثقافية، إشباع الاحتياجات، تحقيق الإمكانيات، السلامة البدنية). (عبيد، 2017، ص356)

و حددها **Good** في ثلاثة أبعاد أساسية و هي:

- حاجات الفرد.
- التوقعات بأن هذه الحاجات خاص بالمجتمع الذي يعيش فيه.
- المصادر المتاحة لإشباع هذه الحاجات بصورة مقبولة إجتماعيا والنسيج المرتبط بإشباع هذه الحاجات. (بورزق- شلال، 2016، ص87)

وبناءً على ذلك، يمكن القول إن جودة الحياة تشمل بُعدين أساسيين:

الأبعاد الذاتية: وهي المتعلقة بالفرد نفسه، مثل مشاعره الشخصية ومستوى الرضا عن حياته.

الأبعاد الموضوعية: وهي المرتبطة بالعوامل الخارجية التي تؤثر على الجميع، مثل الظروف الاقتصادية والاجتماعية.

ويهدف كلا البعدين في النهاية إلى تلبية الحاجات الأساسية للفرد، مما يساهم في تحقيق التوازن والرضا في الحياة.

4. مؤشرات جودة الحياة

تختلف مؤشرات جودة الحياة من شخص لآخر، إذ تؤثر في تحديدها عدة عوامل بناءً على المعايير التي يعتمدها الفرد في تقييم حياته. ووفقاً لبعض الباحثين تتمثل هذه المؤشرات كالتالي:

إذ حدد فلوفيد (Fallowfield,1990) مؤشرات جودة الحياة كالتالي :

المؤشرات النفسية: وتتبدى في شعور الفرد بالقلق والاكتئاب، أو التوافق مع المرض، أو الشعور بالسعادة والرضا.

المؤشرات الاجتماعية: وتتضح من خلال العلاقات الشخصية ونوعيتها، فضلاً عن ممارسة الفرد للأنشطة الاجتماعية والترفيهية.

المؤشرات المهنية: تتمثل في مدى رضا الفرد عن عمله، وحبه له، وقدرته على أداء مهامه الوظيفية، والتكيف مع متطلبات وظيفته.

المؤشرات الجسدية والبدنية: تشمل رضا الفرد عن حالته الصحية، قدرته على تحمل الألم، جودة النوم، ومستوى الشهية تجاه الطعام. (مطلق ناصر، 2022، ص911)

ومن جهة أخرى حددت موسوعة علم النفس الأمريكية مؤشرات جودة الحياة في ستة عناصر

هي :

- ضبط الانفعالات (الحزن – الكآبة – القلق – الضغوط).
- الحالة الصحية للجسم والاستقرار المهني (الرضا عن العمل والدراسة).
- الاستقرار الأسري وتواصل العلاقات في داخل البناء العائلي.
- استمرار وتواصل العلاقات خارج نطاق العائلة.
- الاستقرار الاقتصادي (دخل الفرد).
- التواءم الجنسي (صورة الجسم والرضا عن المظهر). (برابح، 2020، ص85)

كما يقدم كلا من فيلس وبيري **Felce Berry 1995** نموذجاً لجودة الحياة تتكامل فيه المؤشرات الموضوعية والذاتية للمدى الواسع لمجالات الحياة ، وللقيم الفردية، ويتضمن هذا النموذج خمسة أبعاد أساسية هي: الصلاحية الجسمية، والرفاهية المادية، والرفاهية الاجتماعية، والصلابة الانفعالية، والنمو والنشاط. (فواظمية، 2015، ص311)

ومنه نستخلص أن جودة الحياة مفهوم متعدد الأبعاد يشمل الحالة النفسية، الاجتماعية، المهنية والجسدية، ويتأثر بعوامل ذاتية (مثل مشاعر الفرد) وموضوعية (مثل الوضع المادي والاجتماعي).

5. مقومات جودة الحياة

تُعد جودة الحياة مفهوماً نسبياً يختلف من فرد لآخر وفقاً للاعتبارات التي يعتمد عليها في تقييم حياته. وهناك العديد من العوامل التي تؤثر في تحديد مقومات جودة الحياة، ومنها:

- القدرة على التفكير وأخذ القرارات.
 - القدرة على التحكم.
 - الصحة الجسدية والعقلية.
 - الأحوال المعيشية والعلاقات الاجتماعية.
 - المعتقدات الدينية.
 - القيم الثقافية والحضارية.
 - الأوضاع المالية والاقتصادية والتي عليها يحدد كل شخص ما هو الشيء الأهم بالنسبة له والذي يحقق
- سعادته في الحياة التي يحيها. (صفاء صلاح ، 2016، ص11)

بحيث تمثل النواحي الأساسية في الاحتياجات الضرورية لحياة الإنسان، والتي تُعد جزءاً من مقومات جودة الحياة، ويؤدي الإخلال بها إلى حدوث الصراع. ومع ذلك، هناك عوامل صحية خارجة عن إرادة الإنسان تؤثر على حياته مثل: العجز، التقدم في العمر، الألم، الخوف، ضغط العمل، الحروب، الموت، الإحباط، الأمل، اللياقة البدنية، والراحة. من المهم التمييز بين ما هو طبيعي وما ينتج عن اتباع نمط حياة غير صحي أو الإصابة بمرض. (برابح- كتفي، 2020، ص301)

6. الاتجاهات المفسرة لجودة الحياة

ظهرت عدة نظريات لتفسير جودة الحياة، حيث تباينت وجهات النظر حول مفهومها. فالبعض ينظر إليها من منظور معرفي، بينما يفسرها آخرون من منظور إنساني، في حين يرى بعض الباحثين أنها تُفسّر من منظور نفسي. وفيما يلي توضيح لهذه الاتجاهات:

1-6 الاتجاه المعرفي

يعتمد هذا المنظور في تفسير جودة الحياة على فكرتين أساسيتين، **الفكرة الأولى** إن نوع الإدراك الصادر من الفرد هو المحدد لدرجة شعوره بجودة الحياة، **اما الفكرة الثانية** فترى ان العوامل الذاتية هي الأقوى أثراً من العوامل الموضوعية في درجة شعورهم بجودة الحياة في إطار الاختلاف

الإدراكي الحاصل بين الأفراد. (بورزق- شلالى، 2016، ص90) وبناءً على ذلك، يبرز في هذا المنظور نظريتان حديثتان لتفسير جودة الحياة:

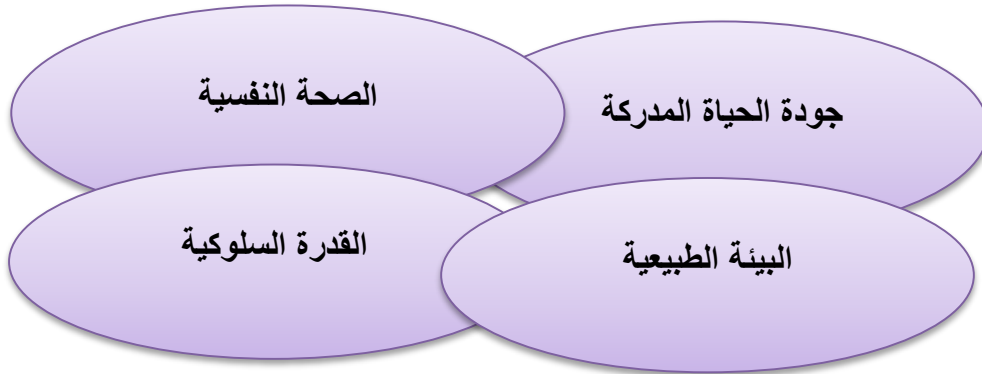
6-1-1- نظرية لاوتن 1996 (Lawton theory)

قدم لاوتن نظرية طبيعة البيئة (Environmental Press) في تفسير جودة الحياة، والتي تركز على التكيف بين متغيرات الشخص (الكفاءات) والمتغيرات البيئية، والتفاعل القائم بينهما بحيث تشمل الكفاءات الصحة الجسدية والوظيفية، الأداء المعرفي والعاطفي، ونوعية الحياة، بما في ذلك الشعور بالفعالية والتمكن، وتتضمن المتغيرات البيئية المنزلية، البيئة الاجتماعية، والبيئة المحيطة بالفرد، وتعتمد مدى الملاءمة بين مستوى كفاءات الشخص ومتطلبات بيئته على جودة أداء الفرد، أي أن إدراك الفرد لنوعية حياته يتأثر بتفاعل قدراته الشخصية بظرفين:

- **الظرف المكاني**: يعنى تأثير البيئة المحيطة بالفرد على إدراكه لجودة الحياة، وهذا التأثير إما أن يكون مباشراً كتأثير الصحة مثلاً، أو يكون غير مباشر إلا أنه يحمل مؤشرات إيجابية كرضا الفرد عن البيئة التي يعيش فيها.
- **الظرف الزمني**: يصبح إدراك الفرد لتأثير البيئة على جودة حياته أكثر إيجابية مع التقدم في العمر. فكلما زاد عمر الفرد، زادت قدرته على التحكم في ظروف بيئته، مما يؤدي إلى تأثير أكثر إيجابياً على شعوره بجودة الحياة. (الهاجري والخرافي، 2024، ص266)

ويوضح الشكل التالي أثر طبيعة البيئة على إدراك الفرد لجودة حياته وتأثر قدرته السلوكية والصحة النفسية بهذا الأثر:

الشكل رقم (4): مخطط جودة الحياة المدركة وفق مفهوم طبيعة البيئة



المصدر: (برايح، 2020، ص91)

2-1-6- نظرية شالوك 2002 : (Sharlok theory)

قدم شالوك تحليلًا دقيقًا لمفهوم جودة الحياة، موضحًا أنه يتألف من ثمانية مجالات، يحتوي كل منها على ثلاثة مؤشرات. وتُبرز هذه المؤشرات تأثير الأبعاد الذاتية باعتبارها العامل الأكثر أهمية مقارنةً بالأبعاد الموضوعية في تحديد مستوى شعور الفرد بجودة الحياة. ومع ذلك، فإن درجة هذا الشعور تعتمد بشكل أساسي على كيفية إدراك الفرد لجودة حياته. (فواطمية، 2015، ص 312) ويُبرز الجدول التالي تفاصيل نظرية شالوك حول المجالات الثمانية لجودة الحياة، موضحًا مؤشرات كل مجال من هذه المجالات

الجدول رقم (1): مجالات جودة الحياة حسب نظرية شالوك

المجالات							المؤشرات
الحقوق	الاندماج الاجتماعي	تقرير المصير	السعادة البدنية	النمو الشخصي	السعادة المادية	العلاقات الشخصية	
- حقوق الجماعة - الحقوق الفردية - الأعمال الواجبة والقانونية	- الأدوار المجتمعية - الترابط الاجتماعي - التناسق	الاستقلالية - الأهداف -الاختيارات	- وقت الفراغ -الصحة -الأنشطة اليومية	- التعليم - الكفاءة الشخصية - الأداء	-الحالة المادية - العمل - المسكن	التفاعلات -العلاقات - السند	- الرضا - مفهوم الذات -انخفاض الضغوط

المرجع: (فواطمية، 2015، ص 313)

استنادًا إلى ما ورد في الجدول السابق يمكن تحديد مؤشرات جودة الحياة على النحو التالي:

- ✓ **المؤشرات الذاتية:** تشمل تقييم الأداء الوظيفي باعتباره مقياسًا للمدى، ويتضمن ذلك الأحداث البيئية، مدى المشاركة، استبيانات الظروف، مستوى الوظيفة، التفاعل في الأنشطة اليومية، اتخاذ القرارات الشخصية، التحكم الذاتي، أوضاع (مثل التعليم، المهنة، والمسكن).
 - ✓ **الظروف الخارجية:** تشمل المحفزات الاجتماعية، مستوى المعيشة، ومستوى العمل.
- (فواطمية، 2015، ص 314)

2-6-الاتجاه الانساني

يرى ماسلو في نظريته أن الحاجات الإنسانية تنقسم إلى حاجات أساسية وحاجات نمو، مرتبة في شكل هرمي تصاعدي وفقًا لأهميتها (برابح، 2020، ص 89)، بحيث أن تحقيق الفرد لإشباع حاجاته الأساسية يؤدي إلى الإحساس بجودة الحياة، من خلال شعور عام بالسعادة والسرور، مما يجعل نظريته للحياة أكثر إيجابية على المستوى الوجداني. كما يشير ماسلو إلى أن الإشباع الكامل

للحاجات الأساسية يدفع الفرد إلى السعي نحو تحقيق القيم العليا في الحياة، وبالتالي بلوغ أهدافه وطموحاته. وعندما يصل الفرد إلى هذه الحالة من الإشباع، يصبح أكثر قدرة على مواجهة تحديات الحياة والتعامل مع مختلف الخبرات بقدر أكبر من الإيجابية والكفاءة. (مطلق ناصر، 2022، ص912)

ومن منظور المدرسة الإنسانية، فإن جودة الحياة تقوم على تكامل عنصرين أساسيين، الأول وجود كائن حي ملائم، والثاني وجود بيئة جيدة يعيش فيها هذا الكائن، وتتجلى جودة الحياة من خلال التفاعل المتبادل بين هذين العنصرين، إذ تشمل:

البيئة الطبيعية: المتمثلة في الموارد الطبيعية التي تُشكل أساس حياة الفرد.

البيئة الاجتماعية: التي تضبط سلوك الأفراد والجماعات وفقاً للمعايير المجتمعية، وتتحقق جودة البيئة الاجتماعية بمدى التزام الأفراد بهذه المعايير.

البيئة الثقافية: التي تُقاس جودتها بقدرة الفرد على تطوير بيئة حضارية، سواء على المستوى المادي أو المعنوي.

وأكد هذا المنظور في تفسيره لجودة الحياة على مفهوم الذات وقد بين أن حقيقة الحياة الإنسانية تنطوي على إمكانيات هائلة، لتحقيق أفضل المستويات للتطور والارتقاء في الحياة. (برابح، 2020، ص89)

3-6-الاتجاه الاجتماعي

يُشير المير هانكس Hankiss إلى أن الاهتمام بدراسات جودة الحياة بدأ منذ فترة طويلة، تحديداً في عام 1984، حيث ركزت هذه الدراسات على المؤشرات الموضوعية في الحياة، مثل معدلات الوفيات، معدلات المواليد، معدل انتشار الأمراض، مستوى التعليم في المجتمع، نوعية السكن، بالإضافة إلى مستوى الدخل. وتختلف هذه المؤشرات من مجتمع إلى آخر.

وترتبط جودة الحياة بنوعية العمل الذي يؤديه الفرد، وما يحققه من عائد مادي، إلى جانب مكانته المهنية وتأثيره في حياته. كما يرى العديد من الباحثين أن علاقة الفرد مع زملاء العمل تُعد عاملاً مؤثراً في تحقيق جودة الحياة، حيث تؤثر بشكل واضح على مستوى رضا الفرد عن عمله أو عدمه.

ويُوضح ماك كول (S. McCall) أن جودة الحياة ترتبط بمدى توافر متطلبات السعادة العامة، ويشمل ذلك توفر هذه المتطلبات في مختلف أنحاء المجتمع، ومدى تحققها لدى الأفراد في أعلى حد. (العنزي، 2023، ص72)

4-6-الاتجاه النفسي

يُعرّف مفهوم جودة الحياة من المنظور النفسي على أنه بناء شامل يتكون من مجموعة من المتغيرات التي تهدف إلى إشباع الحاجات الأساسية للأفراد في حياتهم. ويُقاس هذا الإشباع من خلال مؤشرات موضوعية ومؤشرات ذاتية. ومع انتقال الفرد إلى مرحلة جديدة من النمو، تظهر متطلبات

وحاجات جديدة تستدعي الإشباع، مما يدفع الفرد إلى مواجهة هذه المتطلبات. وينعكس ذلك على شعور الفرد بالرضا في حالة تحقيق الإشباع، أو عدم الرضا في حالة عدم تحقق الإشباع، وهو ما يؤثر على مستوى جودة الحياة التي يعيشها الفرد. كما أن مفهوم جودة الحياة يرتبط بالعديد من المفاهيم النفسية منها: القيم، الإدراك الذاتي، الحاجات، مفهوم الاتجاهات، مفهوم الطموح، مفهوم التوقع، إضافة إلي مفاهيم الرضا، التوافق، الصحة النفسية ويرى البعض أن جوهر جودة الحياة يكمن في إشباع الحاجات كمكون أساسي لجودة الحياة وهذا استنادا إلى نظرية أبراهام ماسلو.

وبذلك، يُعد أساس جودة الحياة هو العلاقة الانفعالية القوية بين الفرد وبيئته، والتي تتأثر بمشاعر الفرد وأحاسيسه، إلى جانب إدراكه والمؤشرات النفسية الأخرى التي تعكس مستوى جودة حياة الفرد. ومن المنظور النفسي، تُعرّف جودة الحياة بأنها مدى شعور الفرد بالتحسن المستمر في الجوانب النفسية، مع تهيئة مناخ انفعالي ومزاجي ملائم يُعزز العمل، الإنجاز، التعلم، وتطوير العادات والمهارات والاتجاهات. كما تشمل جودة الحياة القدرة على حل المشكلات، وتعلم أساليب التكيف، وتبني منظور يسعى نحو التحسن المستمر. (برابج-وكتفي، 2022، ص301-302)

6-4-1- نظرية رايف : (Ryff ; 1999)

تتمحور نظرية "رايف" حول مفهوم السعادة النفسية، حيث يرى أن جودة الحياة تنعكس في مدى شعور الفرد بالسعادة. وقد حدد رايف السعادة النفسية من خلال ستة أبعاد، ويشمل كل بُعد ست صفات تُستخدم كمؤشرات لتحديد معنى السعادة النفسية.

- البعد الأول : الاستقلالية تمثل قدرة الشخص على اتخاذ القرارات، يكون مستقل بذاته.
- البعد الثاني :التمكن البيئي.
- البعد الثالث :النمو الشخصي .
- البعد الرابع :العلاقات الإيجابية مع الآخرين.
- البعد الخامس :تقبل الذات.
- البعد السادس :الهدف من الحياة.

وأوضح رايف أن جودة حياة الفرد تتجلى في قدرته على مواجهة الأزمات التي يمر بها خلال مختلف مراحل حياته. ويُعد تطور هذه المراحل هو العامل الأساسي في تحقيق سعادته النفسية، مما يُعزز شعوره بجودة الحياة. (شخي، 2014، ص85)

6-5-الاتجاه الطبي

يركز هذا الاتجاه على تحسين جودة الحياة للأفراد الذين يعانون من أمراض جسدية أو نفسية أو عقلية، من خلال تقديم برامج إرشادية وعلاجية. وتُعد جودة الحياة من الموضوعات الشائعة التي تُناقش في المحاضرات المتعلقة بالوضع الصحي وتطوير الصحة. كما يُعد تطوير جودة الحياة الهدف الأساسي لمقدمي الخدمات الصحية، حيث يشمل تقييم حاجة الأفراد لجودة الحياة أيضًا تقييم

احتياجاتهم وتوفير البدائل المناسبة لتلك الاحتياجات، حتى في غياب تشخيص لحالة مرضية أو مشكلة محددة.

وتعطي جودة الحياة مؤشرًا للمخاطر الصحية والتي من الممكن أن تكون جسدية أو نفسية، وذلك في غياب علاج حالي أو الاحتياج للخدمات. (مسعودي، 2015، ص206)

6-6-الاتجاه التكاملي

قدّم أندرسون **Anderson** تفسيرًا شاملاً لمفهوم جودة الحياة، معتمداً على عناصر مثل السعادة، معنى الحياة، النظام البيولوجي، الحياة الواقعية، وتلبية الحاجات، إلى جانب العوامل الموضوعية الأخرى، ليُشكل بذلك إطارًا نظريًا متكاملًا لفهم جودة الحياة. وتُبرز النظرية التكاملية أن شعور الفرد بالرضا هو العامل الأساسي في إدراكه لمستوى جودة حياته.

- أن نضع أهدافا واقعية نكون قادرين على تحقيقها .
- أن نسعى إلى تغيير ما حولنا لكي يتلاءم مع أهدافنا.
- أن إشباع الحاجات لا يؤدي بالضرورة إلى رضا الفرد وإلى شعوره بجودة الحياة. (شيخي، 2014، ص86)

فيما يلي فقرة مقارنة بين النظريات السابقة من حيث نظرتها إلى جودة الحياة والجوانب التي ركزت عليها:

اختلفت النظريات السابقة في تناولها لجودة الحياة، حيث ركز الاتجاه المعرفي، كما في نظرية لاوتن (1996) ونظرية شالوك (2002)، على دور إدراك الفرد في تحديد جودة حياته، مع التأكيد على التفاعل بين العوامل الذاتية والبيئية. بينما ركز الاتجاه الإنساني، ممثلاً بنظرية ماسلو، على إشباع الحاجات الأساسية وصولاً إلى تحقيق القيم العليا، معتبراً أن جودة الحياة تعتمد على تحقيق الذات والتكامل بين الفرد وبيئته. أما الاتجاه الاجتماعي فقد نظر إلى جودة الحياة من منظور موضوعي، مثل مستوى الدخل، التعليم، ونوعية العمل، مما يبرز تأثير العوامل الخارجية على شعور الفرد بالرضا. في المقابل، ركز الاتجاه النفسي، كما في نظرية رايف (1999)، على البعد الانفعالي، معتبراً أن جودة الحياة تتحدد بمدى شعور الفرد بالسعادة والتوازن النفسي. أما الاتجاه الطبي فقد ركز على تحسين جودة الحياة للأشخاص الذين يعانون من مشكلات صحية من خلال التدخلات العلاجية. وأخيراً، تبني الاتجاه التكاملي رؤية شاملة تجمع بين العوامل الذاتية والموضوعية، مشيراً إلى أن الرضا الشخصي هو الأساس في إدراك جودة الحياة.

هذا التباين في النظريات يعكس تعددية العوامل التي تؤثر على جودة الحياة، مما يجعلها مفهوماً معقداً يعتمد على التفاعل بين الفرد وبيئته بمختلف أبعادها.

7. جودة الحياة والأمراض المزمنة

تُعدّ جودة الحياة مفهومًا متعدد الأبعاد يشمل الصحة الجسدية، النفسية، والاجتماعية للفرد، وتعكس إدراكه الذاتي لحالته العامة في سياق الثقافة والبيئة المحيطة به. في حالة الأمراض المزمنة، تكتسب جودة الحياة أهمية خاصة نظرًا لطبيعة هذه الحالات التي تتسم بالاستمرارية والتأثير طويل الأمد على مختلف جوانب حياة المصاب.

ويعتبر المرض المزمن حسب Dimatteo هو حالة صحية طويلة الأمد لا يمكن الشفاء منها بشكل تام، وقد تشمل خللاً في الوظيفة أو البنية الجسدية، وغالبًا ما تكون مصحوبة بعجز دائم. وتشمل هذه الأمراض، مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب، تحديات يومية تؤثر على حياة المرضى من جوانب متعددة، منها الأداء الجسدي، القدرة على العمل، العلاقات الاجتماعية، والوضع النفسي.

تشير الدراسات إلى أن العلاقة بين المرض المزمن وجودة الحياة علاقة معقدة، حيث تتأثر الأخيرة ليس فقط بالأعراض الجسدية أو مسار المرض، وإنما أيضًا بالعوامل النفسية والاجتماعية مثل الدعم الاجتماعي، الصحة النفسية، وتكيف المريض مع حالته.

ومن أبرز الخصائص التي تجعل الأمراض المزمنة مؤثرة على جودة الحياة:

1- الاستمرارية وعدم الشفاء: معظم الأمراض المزمنة لا تُشفى، بل تُدار على المدى الطويل، مما يفرض نمط حياة مقيدًا ويُحبط التطلعات الشخصية.

2- الإعاقات الجسدية والوظيفية: تُسبب هذه الأمراض تراجعًا في القدرة على أداء الأنشطة اليومية، مما يؤثر على الاستقلالية ونمط المعيشة.

3- العبء النفسي والاجتماعي: يُعاني المصابون من القلق، الاكتئاب، والعزلة الاجتماعية نتيجة طول فترة المرض وتحدياته المستمرة.

4- التكاليف الاقتصادية: تتطلب إدارة الأمراض المزمنة تكاليف باهظة، سواء من حيث العلاج أو الرعاية طويلة الأمد، مما ينعكس سلبيًا على الوضع المادي للفرد والأسرة.

5- السلوكيات الصحية ونمط الحياة: تلعب العادات اليومية كالنظام الغذائي، النشاط البدني، والتدخين دورًا كبيرًا في تطور المرض، وبالتالي التأثير على جودة الحياة.

وتُشير تقارير منظمة الصحة العالمية إلى أن حوالي 75% من أمراض القلب والأوعية الدموية تُعزى إلى أنماط سلوكية غير صحية، مما يؤكد أهمية الوقاية والتدخل المبكر لتحسين جودة حياة المرضى.

أمام هذا الواقع، أصبحت جودة الحياة مؤشرًا مركزيًا في تقييم فعالية التدخلات العلاجية، حيث انتقل التركيز من مجرد السيطرة على الأعراض إلى تحسين تجربة المريض اليومية، ودمجه في الحياة الاجتماعية والمهنية. ويُعتمد بشكل متزايد على تقييمات المريض الذاتية لجودة حياته، ما يُبرز

أهمية العوامل النفسية والاجتماعية إلى جانب الجوانب الطبية البحتة. (زعطوط، 2013، ص44-45)

خلاصة الفصل

يُعد مفهوم جودة الحياة مفهومًا شاملاً يغطي مختلف الجوانب الجسدية، العقلية، النفسية، المادية، والاجتماعية للفرد. ويتجلى ذلك في القدرة على التعامل مع الأزمات، التغلب على الضغوط، التكيف مع البيئة المحيطة، إلى جانب الاستمتاع بالظروف الحالية والنظر إليها من منظور إيجابي. كما يمكن القول أن جودة الحياة لا تقتصر فقط على التعامل مع الأزمات والضغوط، بل تمتد أيضًا إلى تنمية القدرات الشخصية، وتعزيز الإبداع، وتحقيق الأهداف، بالإضافة إلى إقامة علاقات اجتماعية صحية والشعور بالانتماء. كما أن الشعور بالرضا والتوازن في مختلف جوانب الحياة يُعد مؤشرًا رئيسيًا على جودة الحياة، مما ينعكس على الصحة النفسية والقدرة على مواجهة تحديات الحياة بثقة وفعالية.



الفصل الرابع

مرض السكري



تمهيد

1. نبذة تاريخية
 2. مفهوم مرض السكري
 3. أعراض مرض السكري
 4. أنواع مرض السكري
 5. آلية حدوث مرض السكري
 6. عوامل الإصابة بمرض السكري
 7. المضاعفات المزمنة لمرض السكري
 8. مراحل تقبل مرض السكري
 9. الخصائص النفسية لمرضى السكري
- خلاصة

تمهيد

يُعدّ مرض السكري أحد أكثر الأمراض المزمنة انتشارًا في العالم، حيث يؤثر على الملايين من الأشخاص من مختلف الفئات العمرية. يحدث هذا المرض نتيجة خلل في إنتاج الأنسولين أو استجابة الجسم له، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات السكر في الدم. وينقسم السكري إلى أنواع رئيسية، منها النوع الأول الذي يعتمد على الأنسولين، والنوع الثاني الأكثر شيوعًا، بالإضافة إلى سكري الحمل. يمكن أن يؤدي إهمال إدارة المرض إلى مضاعفات خطيرة تؤثر على القلب، الكلى، العينين، والأعصاب. لذلك، فإن التوعية حول أسبابه، طرق الوقاية منه، وأساليب التحكم به أمر بالغ الأهمية للحفاظ على صحة جيدة وجودة حياة أفضل، وتُعد الإصابة بمرض السكري حدثًا مفاجئًا وصعبًا في حياة الكثيرين، إذ يفرض تغييرات جذرية على نمط الحياة والعادات اليومية، ما يخلق تحديات نفسية كبيرة. وهنا تبرز أهمية الصلابة النفسية كعامل حاسم في قدرة المريض على التكيف مع المرض، حيث تساعد على تجاوز الصدمة الأولى، والالتزام بالعلاج، والتعامل مع الضغوط بشكل إيجابي. فكلما كان الشخص أكثر مرونة وصبرًا وإيمانًا بقدرته على المواجهة، زادت فرصته في الحفاظ على جودة حياته رغم التحديات التي يفرضها السكري.

1. نبذة تاريخية

يطلق على مرض السكري اسم (Diabetes Mellitus)، وهي تسمية تعود إلى العصور القديمة قبل الميلاد، حيث استخدمها الرومان لوصف هذا المرض. تشير كلمة "Diabetes" إلى "الماء الجاري"، في إشارة إلى كثرة التبول، بينما تعني كلمة "Mellitus" "العسل"، للدلالة على مرور السكر في البول. (ضيف الله، 2016، ص81)

اكتشف الصينيون مرض السكري من خلال وسيلة بدائية تمثلت في تذوق بول المريض، بهدف التأكد مما إذا كان يحتوي على نسبة من السكر تُكسبه مذاقًا حلواً. وقد سُجلت أعراض هذا المرض في مراجع طبية قديمة فارسية ويونانية، ووردت في كتابات عدد من العلماء القدامى). وفي حوالي عام 1000 ميلادي، رصد ابن سينا الطعم الحلو في بول المصابين بالسكري، كما أشار إلى الصلة بين المرض وكل من العجز الجنسي (Impuissance sexuelle) والإصابة بالغرغرينا (Gangrène) (نوار، 2014، ص25-26)

تتابعت الجهود البحثية لكشف حقيقة هذا المرض، مما أدى إلى توسع كبير في التعرف على أعراضه وأسبابه. ففي القرن السابع عشر الميلادي، وتحديدًا عام 1674م، اكتشف توماس ويليس (Tomas Willis) أن لبول المصاب بهذا الداء طعمًا حلواً. وبعد ذلك، تبين أن هذا العرض ليس حتميًا، مما أتاح إمكانية وضع تصنيف مبدئي للمرض، فتم التمييز بين نوعين: السكري المصحوب بارتفاع نسبة السكر في الدم، والنوع الآخر المصحوب بانخفاضها. (حربوش، 2009، ص74)

في عام 1869، تمكن بول لانجرهانس (Paul Langerhans) من اكتشاف خلايا جزر لانجرهانس في البنكرياس. أما فان ميرينغ (Van Mehring)، فقد اكتشف في سنة 1893 أن البنكرياس هو العضو المسؤول عن الإصابة بمرض السكري. (زعموم، 2013ص23)

في عام 1889، تمكن العالمان جوزيف فون ميرينج (Joseph Von Mering) وأوسكار مينكوسكي (Oskar Minkowski) من اكتشاف دور البنكرياس في الإصابة بمرض السكري، وذلك من خلال تجربة قاما فيها باستئصال البنكرياس بالكامل من بعض الكلاب. وقد ظهرت على هذه الحيوانات علامات واضحة لمرض السكري، مما أدى إلى وفاتها بعد فترة قصيرة، وفي عام 1910، اكتشف العالم (Sir Edward Sharpey-Schäfer) سير إدوارد شاربي-شيفر أن مرضى السكري يعانون من نقص في مادة كيميائية يُنتجها البنكرياس، وأطلق عليها اسم الأنسولين، وهي كلمة مشتقة من الكلمة اللاتينية "Insula"، والتي تعني "جزيرة"، في إشارة إلى جزر لانجرهانس في البنكرياس، المسؤولة عن إفراز هذه المادة، وفي نهاية عام 1920، تمكن العالم فريدريك بانتينغ (Banting) وزملاؤه في جامعة تورنتو - كندا من عزل هرمون الأنسولين لأول مرة من بنكرياس البقر، ما أدى إلى تطوير حقن الأنسولين التي استُخدمت للمرة الأولى لعلاج مرضى السكري عام 1922. (ضيف الله، 2016، ص81)

2. مفهوم مرض السكري

هناك عدة تعريفات لمرض السكري نذكر منها:

يعرف مرض السكري بأنه "عدم قدرة الجسم على استهلاك الموجود في الدورة الدموية بطريقة طبيعية، ويأتي هذا العجز، إمّا عن نقص كامل في كمية هرمون الأنسولين الذي يفرزه البنكرياس، أو نتيجة عدم فعالية الهرمون، أو نتيجة عدم فعالية الأنسولين الموجود بكثرة على خلايا الجسم. وفي كلتا الحالتين. ترتفع نسبة السكر في الدم." (مزغيش، 2013ص133)

ويعرف Simon سيمون على أنه من أمراض الغدد الصماء المزمن واضطراب إستقلابي بسبب قصور غدة البنكرياس المسؤولة عن إفراز هرمون الأنسولين أو إفرازه بكميات غير كافية أو لا يعطي الأنسولين مفعوله مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم أو نتيجة لمقاومة خلايا الجسم للأنسولين حيث السكر لا يدخل في خلايا الجسم (تركي، فاضلي، 2021ص349)

ويعرف كذلك بأنه اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر الجلوكوز في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية أو بسبب الانخراط في تناول السكريات أو بسبب عوامل وراثية. ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين من البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب أو يكون هناك توقف تام عن إنتاجه ويطلق عليه في هذه الحالة قصور الأنسولين أو أن الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات بالأفراد المصابين بالسمنة ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة مقاومة الأنسولين. (بوخلخال، 2018 بكاي، ص493)

تعرفه منظمة الصحة العالمية OMS 2012 بأنه: مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج مادة الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن استخدام تلك المادة بشكل فعال. وهو يؤدي مع الوقت إلى حدوث أضرار وخيمة في الكثير من أعضاء لجسد، وخاصة في الأعصاب والأوعية الدموية وتتأكد إصابة الفرد بالسكري من خلال ظهور أعراض السكري المتمثلة في الإحساس بالعطش ومنه كثرة الشرب و التبول، الشعور بالإجهاد الجسدي و النفسي و كذا من خلال نتائج الفحص الطبي. (جربو، اسماعيلي، 2017، ص15)

بناء على التعاريف السابقة نستنتج أن مرض السكري هو اضطراب مزمن في عملية أيض السكر، يحدث عندما يعجز الجسم عن استخدام الأنسولين بشكل فعال أو لا يُفرز بكمية كافية من البنكرياس، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر في الدم، وقد يكون ذلك لأسباب وراثية، نفسية، أو مرتبطة بنمط الحياة. يؤدي هذا الاضطراب مع الوقت إلى مشاكل صحية في الأعصاب، الأوعية الدموية، وأعضاء الجسم المختلفة.

3. أعراض مرض السكري

تتعدد أعراض مرض السكري، مما يساعد في التعرف على الإصابة به.

- الشعور بالتعب العام، وضعف الجسم، وبرودة الأطراف، الدوخة، الغثيان، الشعور بالجوع، وصعوبة في النطق.
- فقدان الوزن، الشعور بالعطش، وألم في اللسان.
- كثرة التبول، مع الإحساس المستمر بالحاجة إليه رغم فراغ المثانة.
- مشكلات في الأوعية الدموية مثل تصلب الشرايين والدوالي.
- اضطرابات في الرؤية، كتشوش النظر.
- ضعف جهاز المناعة وزيادة خطر الإصابة بالالتهابات الميكروبية.
- بطء في النمو لدى الأطفال.
- اضطرابات عصبية مثل التوتر المستمر، سرعة الانفعال، والخوف من المرض. (عليوة، 2007، ص50)
- اضطرابات في الرؤية: وتشمل ضبابية النظر وضعف حدة الإبصار.
- بطء شفاء الجروح والكدمات: حيث يستغرق التئامها وقتًا أطول، مع زيادة احتمال الإصابة بتقرحات، خاصة في القدمين.
- اضطرابات التنفس: قد يعاني المريض من ضيق مفاجئ وكأن الهواء لا يكفيه، وهو ما قد يكون ناتجًا عن تفاعل كيميائي في الجسم يؤدي إلى فرط إنتاج الأنسولين وتأثيره على مراكز التنفس في الدماغ.
- مشكلات في الجهاز العصبي: تشمل التنميل أو الخدر في الأطراف، خاصة في الساقين والقدمين، وقد تصل إلى فقدان الإحساس في باطن القدم.

- اضطرابات الحمل: مثل زيادة حجم المولود عن المعدل الطبيعي أو حدوث حالات إجهاض متكررة دون سبب واضح. (حربوش، 2009، ص62)

تساعد معرفة هذه الأعراض في التشخيص المبكر، مما يساهم في السيطرة على المرض وتقليل مضاعفاته

4. أنواع مرض السكري

يتم تصنيف مرض السكري الى أربع أنواع أساسية هي:

1.3 النمط الأول: السكري المعتمد على الأنسولين (Type 1 Diabetes)

يظهر هذا النوع غالبًا لدى الأطفال، المراهقين، والشباب، ولكنه قد يحدث في أي مرحلة عمرية. ينجم عن نقص إنتاج الأنسولين بسبب تدمير جزئي لجزر لانجرهانز في البنكرياس، مما يؤدي إلى عدم قدرتها على إنتاج الكمية الكافية من الأنسولين. في الشخص السليم، تقوم هذه الجزر بإفراز الأنسولين باستمرار وفقًا لاحتياجات الجسم، لكن في حالة النمط الأول، يؤدي تلف هذه الخلايا إلى نقص الأنسولين وارتفاع مستويات السكر في الدم. (بن سيد، بن منصور، 2018، ص238)

2.3 النمط الثاني السكري غير المعتمد على الانسولين (Type 2 Diabetes)

يظهر عادةً بعد سن الأربعين، وهو النوع الأكثر شيوعًا من مرض السكري. في هذا النمط، يظل الجسم قادرًا على إنتاج الأنسولين، ولكنه قد يكون غير كافٍ، أو قد لا تستجيب له الخلايا بشكل فعال. ينشأ هذا النوع غالبًا نتيجة لعوامل مرتبطة بنمط الحياة، حيث يؤدي اضطراب أيض الجلوكوز إلى اختلال التوازن بين إنتاج الأنسولين واستجابة الجسم له. ومن بين العوامل التي تساهم في حدوث هذا الاختلال: السمنة، والتعرض للضغوط النفسية. (عربي، قارة، 2023، ص255)

3.3 السكري الثانوي

يُعد السكري الثانوي أحد أنواع مرض السكري، ويحدث نتيجة الإصابة بحالات مرضية تؤثر على خلايا البنكرياس المسؤولة عن إفراز الإنسولين. من أبرز هذه الأسباب: الالتهاب المزمن للبنكرياس، أورام الغدة الكظرية (فوق الكلوية)، استئصال البنكرياس، خصوصًا في حالات الأورام السرطانية، أمراض الغدة الصماء مثل: مرض العملاقة (Gigantism) الناتج عن زيادة إفراز هرمون النمو، فرط نشاط الغدة الدرقية (Hyperthyroidism)، كما في حالات التسمم الدرقي متلازمة كوشينغ، التي تؤدي إلى ارتفاع مستويات الكورتيزون في الجسم، بالإضافة إلى ما سبق، قد يظهر السكري الثانوي نتيجة استخدام بعض الأدوية مثل هرمونات الغدة الدرقية والكورتيزون. (صيفي، 2016، ص89)

4.3 سكري الحمل

يعد داء السكري الحملي من الحالات الشائعة التي قد تصيب النساء أثناء الحمل، وخاصة اللواتي لديهن تاريخ عائلي للإصابة بمرض السكري، أو يعانين من ضعف تحمل الجلوكوز نتيجة لقصور البنكرياس في التخلص من السكر الزائد في الدم. كما تزداد احتمالية الإصابة به لدى النساء ذوات الوزن الزائد، أو من سبق لهن إنجاب أطفال يزيد وزنهم عن 4 كغ. ويُصيب سكري الحمل ما بين 1 إلى 14% من الحوامل، ويُشكل نحو 90% من حالات السكري المرتبطة بفترة الحمل. (بومدين، 2018، ص156)

5. آلية حدوث مرض السكري

يتم إفراز هرمون الأنسولين من خلايا بيتا الموجودة في جزر لانجرهانز داخل البنكرياس، وهو المسؤول عن تنظيم عمليات أيض السكر في الدم. عند نقص هذا الهرمون أو انخفاض حساسية أنسجة الجسم له، يرتفع مستوى الجلوكوز في الدم، مما يؤدي إلى اضطرابات في التمثيل الغذائي. في الحالة الطبيعية، عند تناول الطعام، يتم تكسيه إلى مركباته الأساسية، مثل الجلوكوز، الذي يُمتص إلى الدم، ليبدأ الأنسولين في تسهيل دخوله إلى الخلايا واستخدامه كمصدر للطاقة. أما لدى مرضى السكري، فقد يكون هناك نقص في الأنسولين أو مقاومة من قبل الخلايا لعمله، مما يؤدي إلى نقص الطاقة داخلها. نتيجة لذلك، يشعر المريض بالخمول وصعوبة التركيز، كما قد يتراكم الجلوكوز على جدران الأوعية الدموية، مسببًا مشكلات صحية خطيرة. يُعزى مرض السكري إلى أحد ثلاثة أسباب رئيسية: عدم إفراز البنكرياس للأنسولين بشكل كامل، نقص إنتاجه عن الحد المطلوب، أو عدم استجابة خلايا الجسم له بالرغم من إفرازه. كما أن أي اضطراب في خلايا بيتا داخل جزر لانجرهانز قد يؤدي إلى اختلال التمثيل الغذائي للكربوهيدرات، الدهون، والبروتينات، مما يسبب فرط سكر الدم المزمن، الذي قد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة تؤثر على مختلف أجهزة الجسم وتسبب ضعفها أو فشلها على المدى الطويل. (اللة، 2016، ص81)

6. عوامل الإصابة بمرض السكري

تتعدد العوامل المساهمة في الإصابة بمرض السكري إلى عوامل وراثية، جسدية ونفسية وأخرى تتعلق بالسن، فيما يلي تفصيل ذلك:

1.5 العامل الوراثي

لا يُعتبر مرض السكري مرضًا وراثيًا بشكل قطعي، إذ قد لا يُصاب أبناء الأشخاص المصابين بالسكري بالضرورة. ومع ذلك، أظهرت بعض الدراسات أن العامل الوراثي يلعب دورًا في انتقال المرض من خلال استعدادات وراثية معينة. فالطفل لا يُولد مصابًا بالسكري، لكنه قد يكون لديه قابلية للإصابة نتيجة لوجود هذه الاستعدادات، وهو ما يُعرف بـ (Homozygote).

عندما يكون كلا الوالدين مصابًا بالسكري، يكون هناك احتمال بنسبة 50% أن يُصاب الأبناء بالمرض، خاصة إذا كان الطفل الأول مصابًا. كما أشارت دراسات أخرى إلى أن التوأم المتماثل قد يُصاب بالسكري بنسبة ضئيلة، أو قد لا يُصاب به إطلاقًا.

2.5 إصابة البنكرياس

يؤدي أي ضرر يصيب البنكرياس، سواء كان نتيجة تعاطي المخدرات أو الخضوع لجراحة، إلى اضطراب في تنظيم مستويات السكر في الدم. وهذا بدوره يؤثر على عملية التمثيل الغذائي للطعام، وخاصة الكربوهيدرات، مما يؤدي إلى ارتفاع نسبة السكر في الدم وظهوره في البول. بالإضافة إلى ذلك، فإن إصابة الغدد الصماء الأخرى، مثل الغدة النخامية أو الغدة الدرقية، قد تؤدي إلى الإصابة بالسكري بسبب تأثيرها على توازن الإفرازات الهرمونية في الجسم.

3.5 ضعف كفاءة الجهاز المناعي

يرتبط النمط الأول من مرض السكري بخلل في الجهاز المناعي، حيث ينتج الجسم أجسامًا مضادة (**les anti corps**) تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لانجرهانز في البنكرياس، مما يؤدي إلى تلف خلايا بيتا المسؤولة عن إنتاج الأنسولين. في الظروف الطبيعية، تعمل خلايا الدم البيضاء (**GB**) على حماية الجسم من الفيروسات والبكتيريا من خلال استجابتها المناعية، لكن في حالات اضطراب المناعة الذاتية، تهاجم هذه الخلايا أنسجة الجسم نفسها، مما يؤدي إلى تدمير الخلايا المنتجة للأنسولين وظهور مرض السكري.

4.5 السمنة

وفقًا لتقرير فريق خبراء منظمة الصحة العالمية (**WHO**)، تُعد السمنة من أقوى العوامل التي تساهم في الإصابة بالنمط الثاني من السكري. في بداية الإصابة، قد تكون مستويات الأنسولين في الدم طبيعية لدى الأشخاص الذين يعانون من السمنة المفرطة، لكن الدراسات العلمية أكدت أن السمنة تزيد من خطر تطور مرض السكري، وأن نسبة الإصابة تكون مرتفعة بين الأفراد الذين يعانون من زيادة الوزن بشكل كبير.

5.5 العمر

تشير الإحصائيات إلى أن معدل الإصابة بالنمط الثاني من السكري يزداد مع التقدم في العمر، ويصل إلى ذروته بعد سن الخمسين. ومع التقدم في السن، يواجه الجسم صعوبة متزايدة في التعامل مع الجلوكوز بشكل طبيعي، مما يؤدي إلى ارتفاع مستويات السكر في الدم. غير أن هذا الارتفاع لا يصل دائمًا إلى الحد الذي يسبب أعراضًا واضحة للسكري، بل يكون في مرحلة تُعرف بـ "عدم تحمل الجلوكوز"، وهي حالة متوسطة بين المعدل الطبيعي والإصابة الكاملة بالسكري، حيث يتضاعف خطر الإصابة بالمرض في هذه الفئة مقارنة بالأشخاص الأصحاء. (مراح، 2024، ص 65-67)

6.5 أمراض الغدد الصماء

قد تؤدي بعض الاضطرابات الهرمونية، مثل ارتفاع مستويات هرمون الكورتيزون، بالإضافة إلى الأمراض المزمنة التي تصيب الكبد والبنكرياس، إلى زيادة خطر الإصابة بمرض السكري.

7.5 أثر بعض الأدوية

يمكن أن تسهم بعض العقاقير في تطور المرض، مثل مركبات الكورتيزون (بجميع أشكالها: حبوب، مراهم، بخاخات)، وحمض النيكوتينيك، وكذلك بعض مدرات البول وحبوب منع الحمل، وغيرها من الأدوية التي تؤثر على توازن السكر في الدم.

8.5 الفيروسات

تشير الأبحاث إلى أن بعض الفيروسات، مثل المسببة للحصبة الألمانية، والنكاف، وفيروسات من عائلة كوكس ساكي، قد تلعب دورًا في تطور النوع الأول من السكري، لا سيما لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي للإصابة به، حيث تهاجم هذه الفيروسات خلايا بيتا في البنكرياس، المسؤولة عن إنتاج الأنسولين، مما يؤدي إلى إضعاف وظيفتها أو تدميرها تمامًا، وبالتالي التأثير على قدرة الجسم في تنظيم مستويات السكر في الدم، كما أن العدوى الفيروسية المتكررة قد تكون عاملاً رئيسيًا في ظهور مرض السكري. على سبيل المثال، النساء المصابات بالحصبة الألمانية أثناء الحمل أكثر عرضة لإنجاب أطفال لديهم استعداد وراثي للإصابة بالسكري. كما أن الأطفال المصابين بهذا المرض يمتلكون مستويات مرتفعة من الأجسام المضادة مقارنة بغيرهم من الأطفال الأصحاء. (حمريط، 2020، ص 87-88)

9.5 عوامل نفسية

قد تساهم بعض العوامل النفسية مثل التعرض للإجهاد، أو القلق، أو فقدان مادي كبير، في ظهور داء السكري. إلا أن هذه العوامل لا تُعد السبب الأساسي للمرض، بل تُسهم في تفاقمه لدى الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي أو فسيولوجي مسبق للإصابة. فالتوتر النفسي مثلاً يؤدي إلى زيادة إفراز بعض الهرمونات كالأدرينالين والكورتيزول، والتي تعاكس تأثير الإنسولين، مما يُسهم في اختلال تنظيم مستوى السكر في الدم (عليوة، 2007، ص 49)

7. المضاعفات المزمنة لمرض السكري

تؤدي الإصابة بمرض السكري إلى مضاعفات على الصحة الجسدية للمصاب، تظهر فيما يلي:

تأثير السكري على الأعصاب: تُعد إصابة الأعصاب من المضاعفات الشائعة التي تحدث نتيجة نقص التروية الدموية للأعصاب أو بسبب اضطرابات كيميائية داخل الخلايا العصبية تظهر في خدر وتنميل في الأطراف، شعور بوخز أو حرقان وفقدان الإحساس بالحرارة أو البرودة.

تأثير السكري على القلب والأوعية الدموية: يزيد مرض السكري من خطر الإصابة بأمراض القلب وتصلب الشرايين، حيث يؤدي ارتفاع مستويات السكر إلى تلف جدران الشرايين، مما يزيد من احتمالية الإصابة بالسكتات القلبية والدماغية.

تأثير السكري على العين: يتسبب مرض السكري في مشكلات بصرية مثل: اعتلال الشبكية السكري نتيجة تلف الأوعية الدموية في الشبكية، المياه البيضاء (الكاتاركت) التي تسبب ضبابية في الرؤية وارتفاع ضغط العين (الجلوكوما) الذي قد يؤدي إلى فقدان البصر.

تأثير السكري على الكلى: قد يؤدي السكري إلى الفشل الكلوي بسبب تلف الأغشية الدقيقة التي تصفي الفضلات من الدم. من العلامات المبكرة لهذا الضرر ظهور البروتين في البول، وقد يتطور إلى احتباس السوائل وارتفاع ضغط الدم.

تأثير السكري على الجهاز الهضمي: نتيجة لتلف الأعصاب اللاإرادية، قد يعاني المريض من الإسهال بسبب اضطراب حركة الأمعاء. الإمساك الناتج عن بطء حركة الأمعاء، الانتفاخ وعسر الهضم بسبب تأخر تفريغ المعدة للطعام.

تأثير السكري على القدمين (القدم السكرية) نتيجة تضرر الأعصاب وضعف الدورة الدموية، قد يفقد المريض الإحساس بقدميه، مما يجعله عرضة للجروح والتقرحات دون الشعور بها. في الحالات الشديدة، قد يؤدي ذلك إلى التهابات حادة تستلزم البتر.

تأثير السكري على الأسنان واللثة يزيد مرض السكري من خطر الإصابة بالتهابات اللثة، مما قد يؤدي إلى فقدان الأسنان بسبب ضعف مقاومة الأنسجة المحيطة بها.

تأثير السكري على الأنف والأذن قد يعاني مريض السكري من التهابات متكررة في الأنف والأذن، وقد يتأثر السمع في بعض الحالات النادرة نتيجة تلف الأعصاب السمعية.

العلاقة بين السكري والسرطان تشير بعض الدراسات إلى أن النساء المصابات بالسكري من النوع الثاني أكثر عرضة للإصابة بسرطان الرحم، خاصة إذا كن يعانين من السمنة. كما أن مرضى السكري من الجنسين معرضون لخطر أكبر للإصابة بسرطان القولون والمستقيم.

تأثير السكري على الجهاز التنفسي يكون مرضى السكري أكثر عرضة لمضاعفات الإنفلونزا والتهابات الجهاز التنفسي، مما يجعل من الضروري حصولهم على التطعيمات السنوية للوقاية من هذه الأمراض.

عموماً؛ يمكن لمرض السكري أن يؤثر على جميع أجهزة الجسم إذا لم يتم التحكم فيه بشكل جيد، لذا فإن المتابعة الطبية الدورية واتباع نمط حياة صحي أمران ضروريان لتجنب هذه المضاعفات. (صيفي، 2016ص94-97)

8. مراحل تقبل مرض السكري

يمر المصاب بمرض السكري بعدة مراحل نفسية في رحلة التكيف مع المرض، حيث اقترح الباحث **Marc Keipes** مجموعة من المراحل التي قد يمر بها المرضى، إذ يستطيع البعض تجاوزها بسهولة وصولاً إلى مرحلة التقبل، بينما يواجه البعض الآخر صعوبة في ذلك. وهذه المراحل هي:

1.7 مرحلة الصدمة

تُعد المواجهة الأولى للمريض مع تشخيص إصابته بالسكري، حيث يُصدم بالخبر نتيجة لعدم استعداده النفسي، خاصة إذا كانت الإصابة مفاجئة وغير متوقعة. يشعر المريض بحالة من عدم التكيف المؤقت بسبب تأثير المرض على نمط حياته.

2.7 مرحلة الإنكار

تأتي بعد الصدمة مباشرة، حيث يرفض المريض الاعتراف بحقيقة إصابته بالسكري. قد يحاول إنكار الواقع عبر الاستمرار في عاداته الغذائية السابقة أو إهمال تناول الأدوية والامتناع عن زيارة الطبيب. قد تكون هذه المرحلة قصيرة، لكنها قد تستمر لسنوات وفقاً لشخصية كل مريض.

3.7 مرحلة التمرد

في هذه المرحلة، يعبر المريض عن رفضه للمرض بعد التشخيص، ويظهر سلوكيات عدوانية، سواء تجاه نفسه أو المحيطين به. يتجلى التمرد في عدم الالتزام بالعلاج أو نمط الحياة الصحي، مما قد يؤدي إلى تفاقم حالته الصحية.

4.7 مرحلة التفاوض

يبدأ المريض هنا في استيعاب حالته الصحية، مما يدفعه للتفاوض حول طرق التعامل مع المرض. قد يزور الطبيب بانتظام ويحاول الالتزام بتعليماته، لكنه يظل متردداً بين الامتثال التام والتفاوض حول بعض الجوانب مثل الأدوية أو النظام الغذائي.

5.7 مرحلة الاكتئاب

بعد استيعاب المريض لحقيقة مرضه، قد يدخل في حالة من الإحباط والقلق والاكتئاب، حيث يشعر بالعجز عن ممارسة حياته بشكل طبيعي. قد يؤدي ذلك إلى فقدان الاهتمام بالحياة والانتواء، وقد تتفاقم هذه الحالة إلى اضطرابات معرفية وعاطفية.

6.7 مرحلة التقبل

يبدأ المريض هنا في التأقلم مع مرضه والتكيف مع متطلباته. يصبح أكثر تعاونًا مع الأطباء، ويتقبل حالته الصحية كجزء من حياته، مما يساعده على إدارة المرض بشكل أكثر فاعلية. (بوفج، 2018، ص 167-169)

9. الخصائص النفسية لمرضى السكري

رغم أن معظم المصابين بالأمراض المزمنة يمرون بحدود فعل نفسية سلبية نتيجة معاناتهم مع المرض، إلا أن قلة منهم يلجؤون إلى العلاج النفسي لمعالجة تلك الأعراض. وبدلاً من ذلك، يعتمد العديد من المرضى على قدراتهم الذاتية والدعم الاجتماعي المتاح لهم في مواجهة مشكلاتهم والتخفيف من الضغوط النفسية التي يواجهونها. وعندما يُنظر إلى المرض المزمن كمصدر تهديد وتحذّر، فإن ذلك غالبًا ما يدفع المريض إلى اتخاذ خطوات تساعد على التكيف والتأقلم. وتكون الاستجابة النفسية عند اكتشاف المرض في البداية سلبية، وذلك بسبب الصورة الذهنية السائدة حول مضاعفات المرض وآثاره الخطيرة، خصوصًا إذا كان المريض قد شهد تجربة مماثلة في أسرته من قبل. وتختلف هذه الاستجابات من شخص لآخر؛ فبعض المرضى قد يظهرون سلوكًا رافضًا أو إنكاريًا، بينما يتمرد آخرون على العلاج، خاصة إذا شعروا أن المحيطين بهم من أفراد الأسرة يفرضون عليهم رقابة صارمة على تفاصيل حياتهم اليومية، الأمر الذي يولد لديهم شعورًا بالضيق والرفض المستمر للقيود المفروضة. وفي بعض الحالات، يتولد لدى المريض خوف شديد من المرض وتبعاته، وإذا استمر هذا الشعور لفترة طويلة، فقد يؤدي إلى الاكتئاب وانغلاق المريض على نفسه. كما قد يشعر البعض بالذنب، خاصة إذا كان المرض منتشرًا بين أفراد الأسرة نفسها، ما يعزز لديهم اعتقادًا بأن المرض عقاب على أخطاء أو معاصٍ سابقة، مما يؤدي إلى شعور بالإحباط. ومن أبرز الضغوط التي يواجهها مريض السكري، القيود الصارمة المرتبطة بالنظام الغذائي، والتي تخلق لديه حالة من القلق والخوف تجاه أنواع الأطعمة، وقد تؤدي إلى نوع من المقاومة والرفض، نظرًا لطبيعة النظام الغذائي المتكررة والمحدودة التي يُطلب منه الالتزام بها. (حمريط، 2020، ص 117)

وقام العديد من العلماء بإجراء اختبارات نفسية على مرضى السكري في محاولة لتحديد الملامح الشخصية للمصابين بهذا المرض. وأظهرت النتائج أن مرضى السكري غالبًا ما يتميزون ببعض الخصائص النفسية، منها:

- الشعور المستمر بالإجهاد البدني والنفسي.
- الميل إلى الاستسلام لليأس بسرعة.
- الشعور بعدم الاستقرار والقلق.
- الإحساس بالظلم والتعاسة دون أسباب واضحة.
- وجود صعوبات في العلاقات مع الأقارب والآخرين.
- ضعف الثقة بالنفس والتردد في اتخاذ القرارات.

تجدر الإشارة إلى أن هذه السمات قد لا تنطبق على جميع المرضى، إذ تختلف التأثيرات النفسية من شخص لآخر بناءً على عوامل متعددة، مثل الدعم الاجتماعي، ومستوى التكيف مع المرض، والظروف الحياتية. (زعموم، 2013، ص33)

وتُظهر مجموعة الدراسات أن كثيرًا من مرضى السكري قد عاشوا في طفولتهم صراعات داخلية بين الاستياء من الوالدين والخضوع لهم. كما أن أغلبهم كانوا أطفالاً مدللين، وكانت أمهاتهم مسيطرات عليهم، مما جعلهم يعتمدون عليهن بشكل كبير. في الجانب العاطفي، يميل مرضى السكري إلى السلبية، خصوصًا في الحياة الجنسية، ما يؤدي في كثير من الأحيان إلى زيجات غير مرضية. ويرغب المريض بأن يُعامل كطفل مدلل أكثر من كونه رجلًا أو زوجًا. ويُفسّر هذا السلوك السلبي على أنه تعبير غير واعٍ عن رغبة داخلية عميقة في العودة إلى مرحلة الطفولة، خاصة تلك المرتبطة بالشعور بالحب والرعاية والإطعام من قبل الآخرين. هذا الاشتياق الطفولي قد يؤدي إلى إفراز كميات كبيرة من السكر في الدم، وكأن الجسد يعوّض بطريقة غير مباشرة عن تلك الحاجات النفسية غير المشبعة. (عليوة، 2007، ص51)

الخلاصة

يُعدّ داء السكري من الأمراض المزمنة الشائعة، وينتج عن خلل في إفراز هرمون الأنسولين أو ضعف استجابة الجسم له، مما يؤدي إلى ارتفاع غير طبيعي في مستويات السكر بالدم. تتنوع أنواعه بين السكري من النوع الأول، الذي يعتمد على الأنسولين، والنوع الثاني المرتبط بنمط الحياة والسمنة، بالإضافة إلى السكري الثانوي وسكري الحمل. وتعود أسبابه إلى عوامل وراثية، وأخرى نفسية وجسدية مثل السمنة، التوتر، الفيروسات، وأمراض الغدد. تتراوح أعراضه بين العطش الشديد، وكثرة التبول، والإرهاق، وتشوش الرؤية، وتأخر شفاء الجروح. الصلابة النفسية تلعب دورًا مهمًا في حياة المريض، إذ تساعد على التكيف مع المرض، وتحمل ضغوطاته، والالتزام بالعلاج، ما يحد من مضاعفاته الخطيرة كأمراض القلب، الكلى، الأعصاب والعيون. لذلك، كما يُعد الوعي الصحي والدعم النفسي والاجتماعي من أهم ركائز التعايش السليم مع السكري.



الفصل الخامس

منهجية البحث



تمهيد

1. حدود البحث
2. منهج البحث
3. أدوات البحث
4. حالات البحث

خلاصة

تمهيد

تعتمد موثوقية النتائج التي يتوصل إليها الباحث على دقة المنهجية المتبعة، وكفاءة الأدوات والأساليب المستخدمة في جمع البيانات وتحليلها. لذا، سيُخصص هذا الفصل لعرض أهم الإجراءات المنهجية التي تم اتباعها في إطار هذه الدراسة وذلك بالتطرق إلى الدراسة الأساسية المتمثلة في المنهج المستخدم، حدود الدراسة، إضافة إلى الأدوات المستخدمة لجمع البيانات وحالات البحث.

1. حدود البحث

تمثلت الحدود الزمنية والمكانية للبحث فيما يلي:

1.1 الحدود الزمنية

تم اجراء هذا البحث في السنة الجامعية 2025/2024، وتم انجاز الجانب التطبيقي منه بين شهري أفريل وماي 2025.

2.1 الحدود المكانية

تم إجراء هذا البحث في المؤسسة العمومية الاستشفائية – ساعد قرمش - سكيكدة في قسم طب النساء، وقد نشأت المؤسسة العمومية الاستشفائية لولاية سكيكدة في منتصف القرن الماضي أثناء وجود الاستعمار الفرنسي، وكان يسمى آنذاك بمستشفى سكيكدة (Hôpital de Skikda) الموجود بحي ديدوش مراد وسط قلب مدينة سكيكدة، كما أصبح يدعى بالمستشفى القديم بعد إنشاء مستشفى جديد في المدينة، وقد نشأت المؤسسة بموجب المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 2 جمادى الأولى عام 1428 هجري، الموافق ل 19 ماي 2007، والمتضمن انشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية الجوية وتنظيمها وسيرها، وهي تتكون من المصالح التالية:

- الاستعجالات
- مصالحة طب الرجال
- مصالحة طب النساء
- مصالحة التشريح المرضي
- وعلم الخلايا
- مجمع الأمومة والطفولة
- مصالحة الأمراض المعدية
- مصالحة علم الأوبئة
- قسم الجراحة
- والانعاش
- قسم الطب الباطني
- والأمراض الصدرية
- وحدة تصفية الدم
- وحدة أمراض الكلى
- مصالحة التصوير الطبي
- مصالحة الصيدلة
- مصالحة التوليد

2. منهج البحث

استخدمنا في بحثنا الحالي المنهج العيادي (الكلينيكي) الذي يعرف بأنه الدراسة المعمقة للشخصية كحالة فردية (عادية ام مرضية)، يستهدف فهم الحالة الراهنة لسلوك الفرد اعتمادا على معطيات تاريخه الماضي وادائه الحاضر، بغية تشخيص الحالة انيا مع التقدير او التنبؤ بتطورها مستقبلا، ثم الانتقاء بعد ذلك الطرق العلاجية المناسبة. (حاج سليمان، 2021، ص11)

ولقد اعتمدنا في دراستنا للبحث عن هذا المنهج كونه يساعد على فهم وتشخيص وعلاج الحالة على أساس علمي دقيق، يعطي صورة أوضح وأشمل للشخصية باعتبارها أشمل وسيلة من وسائل جمع المعلومات، باعتباره أيضا منهج موجه نحو الفرد أي أنه يتجه إلى دراسة الحقائق السلوكية الخاصة بفرد معين وتقييم دوافعه وتوافقه، يساعد بفهم أوضح وأعمق لشخصية المفحوص، وأيضا يجمع بين الملاحظة، والمقابلة والاختبارات النفسية لتقديم صورة شاملة عن الفرد. وقد اعتمدنا على دراسة الحالة، التي تمثل أسلوب يقوم على جمع بيانات ومعلومات كثيرة وشاملة عن حالة فردية واحدة أو عدد من الحالات بهدف الوصول إلى فهم أعمق للظاهرة المدروسة وما يشبهها من ظواهر.

وهي طريقة لتنسيق وتحليل المعلومات التي يتم جمعها عن الفرد وعن البيئة التي يعيش فيها أو هي دراسة مظهر من مظاهر السلوك ببعض العمق والخبرة الذاتية للفرد ويتم ذلك عن طريق جمع بيانات كيفية وصفية تفصيلية عن ذلك الشخص باستخدام المقابلة والملاحظة أو كليهما معا. (متولي، 2016، ص22-23)

واعتمدنا على هذا الأسلوب للكشف عن الظروف التي ظهرت فيها المشكلة باعتبار كل موقف يحتوي على عوامل مختلفة تتفاعل مع بعضها بنسب متفاوتة، كذلك لفهم وتقييم شخصية الفرد والتعرف على نمط الحياة الذي يعيش فيه وبيئته الاجتماعية، باختصار الوصول إلى فهم أفضل وتحديد وتشخيص المشكلات وطبيعتها وأسبابها واتخاذ التوصيات والارشادات اللازمة وتجميع المعلومات ومراجعتها ودراستها وتحليلها وتركيبها وتجميعها وتنظيمها وتلخيصها.

3. أدوات البحث

اعتمدنا في هذا البحث على المقابلة العيادية ومقاييس الصلابة النفسية وجودة الحياة، وفيما يلي توضيح لذلك.

1.3 المقابلة العيادية

المقابلة هي تفاعل لفظي يتم عن طريق موقف مواجهة يحاول فيه الشخص القائم بالمقابلة أن يستشير معلومات أو آراء أو معتقدات شخص آخر أو أشخاص آخرين للحصول على بعض البيانات الموضوعية. (نقي، 2021، ص86)

وعرفها أنجلش وأنجلش English & English بأنها عبارة عن محادثة موجهة يقوم بها شخص مع شخص آخر أو أشخاص آخرين، هدفها استثارة أنواع معينة من المعلومات المحددة سلفا للاستعانة بها في التوجيه والعلاج. (دحمانى، 2024، ص7)

واعتمدنا في بحثنا هذا البحث المقابلة العيادية نصف الموجهة التي تعرف بأنها نمط من المقابلة العيادية يقدم الفاحص على مقابلة المفحوص وفي ذهنه مجموعة من المحاور أو رؤوس مواضيع بدل الأسئلة التي نجدها في الشكل الموجه، كأن يفكر في أن يطرق المحاور التالية: الأسرة،

المرض الحالي، الطفولة، سنوات التعلم، العمل، مكان الإقامة، الحوادث والأمراض، العادات والهوايات، الاتجاه نحو الأسرة، الاتجاه نحو المرض الحالي، الأحلام. (مقراني-جابر، 2022، ص61)

واعتمدنا عليها كونها تسمح بجمع بيانات معمقة كما تحدد حرية للمفحوص في الإجابة عن التساؤلات دون الخروج عن الموضوع مع احتفاظ الباحث بحقه في طرح أسئلة بالفرد المبحوث بإمكانه تنظيم حديثه كما يشاء، ونحن نهدف من خلالها إلى إعطاء فرصة كافية لجمع أكبر قدر ممكن من المعلومات التي تخدم البحث، مع ضبط بعض الأسئلة في محاور خاصة والمحافظة على حرية التعبير في أحيان أخرى واختبارنا هذا يساعدنا على الوصول إلى ما نرغب في البحث عنه، إنها تقدم لنا عدة مزايا من بينها ترك الحرية للمبحوث للقيام ببعض الاستطراد الذي يمكن أن يحمل إضافة قيمة للبحث.

1.1.3 دليل المقابلة

تم بناء دليل المقابلة لجمع البيانات اللازمة حول موضع البحث والذي اشتمل على أربع محاور نذكرها ادناه، وفي الملاحق توضيح للأسئلة التي يتضمنها كل محور من هذه المحاور

المحور الأول: المعاش النفسي لمرض السكري

المحور الثاني: الصلابة النفسية

المحور الثالث: جودة الحياة

المحور الرابع: ختام المقابلة

2.3 مقياس الصلابة النفسية

هي أداة تعطي تقديرا كميا لصلابة الفرد النفسية أعدها مخيمر عماد (2002)، والأداة تتكون في الأصل من 47 بندا تركز على جوانب الصلابة النفسية للفرد، موزعة على ثلاثة أبعاد هي: الالتزام وقيسه: 16بند، التحكم: وقيسه 15 بند، التحدي وقيسه: 16 بند، وتصحح إجابات المفحوصين ضمن ثلاثة بدائل وهي : (تنطبق دائما، تنطبق أحيانا ،لا تنطبق أبدا) وتتراوح الدرجة لكل عبارة ما بين ثلاث درجات ودرجة واحدة بمعنى إذا كانت الإجابة تنطبق دائما: 3، إذا كانت تنطبق أحيانا : 2 ، إذا كانت لا تنطبق أبدا: 1 ، وبذلك يتراوح المجموع الكلي للأداة ما بين 47 إلى 141 درجة ، حيث يشير ارتفاع الدرجة إلى ارتفاع الصلابة النفسية، وهذا ما اعتمدنا عليه في هذا البحث.

وللحد من التحيز نحو تبني نمط ثابت في الإجابات، تم تضمين بعض العبارات بصيغة معكوسة، بحيث تعكس هذه العبارات الجوانب السلبية للصلابة النفسية بحيث بلغ عددها 15 عبارة وهذه العبارات تقابل في المقياس الأعداد (7، 11، 16، 21، 23، 25، 28، 32، 35، 36، 37، 38، 42، 46، 47) ويجب أن تصحح في الاتجاه العكسي بمعنى (تنطبق دائما: 1، تنطبق أحيانا: 2، لا تنطبق أبدا: 3) . (رجاء محمود، 2016، ص364)

ويتكون المقياس من ثلاث ابعاد، كل بعد من عدد من البنود كما يلي:

الالتزام: يحتوي على البنود الآتية: 1- 4- 7- 10- 13- 16- 19- 22- 25- 28- 31- 34- 37- 40- 43- 46.

التحكم: 2- 5- 8- 11- 14- 17- 20- 23- 26- 29- 32- 35- 38- 41- 44.

التحدي: 3- 6- 9- 12- 15- 18- 21- 24- 27- 30- 33- 36- 39- 42- 45- 47.

ويتم تفسير نتائج المقياس وفق ما يلي:

- إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (78-47) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة منخفض.

- إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (109-79) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة متوسط.

- إذا كان مجموع الدرجات يتراوح ما بين (141-110) فإن هذا يعني أن مستوى الصلابة مرتفع.

أجرى مخيمر (2002) دراسة للتحقق من ثبات وصدق المقياس على عينة مكونة من 80 طالبًا وطالبة من كلية الآداب بجامعة الزقازيق، تضمنت 45 أنثى و35 ذكرًا، تراوحت أعمارهم بين 19 و24 عامًا. وقد استخدم طريقتين لقياس الثبات: 1- الاتساق الداخلي: حيث تم إيجاد ارتباطات دالة إحصائية عند مستويي 0.05 و0.01 بين كل مفردة والبعد الذي تنتمي إليه، وكذلك بين كل بعد والدرجة الكلية للاستبيان. 2- معامل ألفا كرونباخ: الذي بلغ 0.75 عند مستوى دلالة 0.01، مما يدل على تجانس مفردات الاستبيان. كما أظهرت الأبعاد الفرعية للمقياس ارتفاعًا ملحوظًا في معاملات الثبات، ما يؤكد تجانسها الداخلي وقوة الاتساق. (محمد الرئيسي، 2016، ص425-426)

كما اعتمد على هذا المقياس في العديد من الدراسات منها دراسة سعدي سامية فخلال الدراسة الاستطلاعية أسفرت على أن كل أبعاد مقياس الصلابة النفسية دالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.01 وذلك لأن معامل الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية عال، حيث بلغ أكثر من (0.50) في كل الأبعاد والدلالة المعنوية Sig تساوي (0.00) و منه فإن مقياس الصلابة النفسية يتمتع بدرجة عالية من الصدق. ومنه فإن المقياس صالح لقياس ما أعد لقياسه ولتقديم نتائج موضوعية.

وتم حساب ثبات المقياس من قبل الباحثة سعدي سامية أيضا في الدراسة الاستطلاعية، باستخدام معادلة ألفا كرومباخ، فبلغ معامل الثبات (0,866) وهذا ما يشير إلى أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات. (سعدي، 2022، ص251-252)

3.3 مقياس جودة الحياة

جاء هذا المقياس كاختصار لمقياس جودة الحياة المئوي WHOQOL 100 الصادر عن منظمة الصحة العالمية الذي تم إعداده عام 1991، عندما بدأ قسم الصحة العقلية بمنظمة الصحة العالمية في إعداد مشروع بحثي في 15 دولة لبناء مقياس عالمي لقياس نوعية الحياة، يغطي الجوانب المختلفة لجودة الحياة التي تناولتها أو لم تناولها الأدوات التقليدية لتقدير جودة الحياة المتعلقة

بالصحة، وكان الهدف الأساسي للمشروع، هو تصميم أداة لتقييم جودة الحياة يمكن استعمالها بشكل واسع حيث تم إعداده من خلال 15 مركزاً ميدانياً تابعاً لمنظمة الصحة العالمية وترجم لـ12 لغة، حيث طبقت الصيغة الاستطلاعية الأصلية 235 بنداً، واستعملت هذه الصيغة في خمسة عشر مركزاً ميدانياً بلغات مختلفة غير العالم لتنتهي إلى 100 بند شملت 24 مجالاً من مجالات الحياة والذي اختصر فيما بعد إلى WHOQOL Bref المكون من 26 بنداً تقيس جودة الحياة في ست مجالات وهي الممثلة كالتالي: **الصحة الجسدية**: الطاقة والتعب، الراحة (الانزعاج)، الألم، النوم. **الصحة النفسية**: صورة الجسم والمظهر، المشاعر الإيجابية، تقدير الذات، ردود الفعل. **مستوى الاستقلالية**: الحركة، النشاط اليومي، الاستقلالية في العلاج والمساعدة الطبية، القدرة على العمل. **العلاقات الاجتماعية**: العلاقات الشخصية، الدعم الاجتماعي، النشاط الجنسي. **البيئة**: الموارد والتمويل، الحرية والأمن، الرعاية الصحية والمعونة الاجتماعية، السكن، القدرة على التعلم، الهوايات، البيئة الفيزيائية: التلوث، الصخب، المناخ. **الصحة الروحية**: الروحانية، التدبير، المعتقدات الشخصية.

تكونت الصيغة المختصرة من بند واحد ممثل عن كل مجال من المجالات الأربع والعشرين إضافة لبندين عن الحياة ككل. وأصبح WHOQOL Bref مكوناً من 26 بنداً موزعة على 4 أبعاد بندين حول الجودة الأولى الحياة عامة والبند الثاني حول الصحة العامة أما باقي الأبعاد فهي موزعة في الجدول الآتي:

الجدول رقم (2): ابعاد مقياس جودة الحياة

البعد	البنود
1 - الصحة الجسدية	18-17-16-15-10-4-3
2 - الصحة النفسية	26-19-11-7-6-5
3 - العلاقات الاجتماعية	22-21-20
4 - البيئة	25-24-23-14-13-12-9-8

(برباوي-دوخ، 2023، ص483)

وصيغت البنود على شكل أسئلة يجاب عن كل منها على أساس مقياس خماسي ترتيبى (مقياس ليكارت الخماسي) يتراوح بين 1 و5، من 1-5 في البنود الايجابية والمتمثلة في البنود التالية: (1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13-14-15-16-17-18-19-20-21-22-23-24-25) وتعكس في البنود السلبية التالية (3-4-26) وتشير الدرجة العليا الى ارتفاع جودة الحياة بحيث تبلغ أدنى درجة 26 وأقصاها 130 درجة. (حمزة- بوداود، 2018، ص148-149)

ويتم تفسير نتائج المقياس وفق ما يلي:

- من 26 - 61 مستوى منخفض.

- من 62 - 95 مستوى متوسط.

- من 96-130 مستوى مرتفع. (حمزة- بوداود، 2018، ص153)

بخصوص الشروط السيكومترية للمقياس، أظهرت الباحثة فاطيمة حمزة من خلال النسخة العربية لمقياس جودة الحياة (WHOQOL-BREF) أن المقياس يتمتع بدرجات عالية من الصدق والثبات، إذ بلغ معامل الاتساق الداخلي ألفا كرونباخ (0.885) ، ومعامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية (0.817)، مما يدل على إمكانية الاعتماد عليه في جمع البيانات العلمية. وقد جاءت هذه النتائج منسجمة مع ما أقرته منظمة الصحة العالمية (WHOQOL Group, 1998)، التي أثبتت بعد سنوات من البحث، أن المقياس يتمتع بخصائص سيكومترية موثوقة. ، حيث بلغ معامل الصدق والثبات (0.91) (حمزة، 2018، ص151-152). كما انسجمت نتائج هذه الدراسة مع ما توصلت إليه دراسات عربية ، منها دراسة أمال تركي حيث قامت بحساب صدق مقياس نوعية الحياة المختصر بطريقة الاتساق الداخلي للاختبار بحيث اعتمدت على هذا النوع من الصدق في بحثها من خلال حساب معاملات الارتباط بين الدرجة الكلية للمقياس والأبعاد المكونة له حيث تراوحت قيمة معامل الارتباط بين (0,71) و(0,95) وهي قيم تدل على صدق المقياس ، وأكدت أن WHOQOL-BREF يتمتع بموثوقية عالية ويُعد أداة مناسبة لمقياس جودة الحياة في مجالاتها الأربعة: الجسدية، النفسية، الاجتماعية، والبيئية.

أما الثبات فقد استعملت الباحثة التجزئة النصفية حيث وصل معامل الارتباط بعد التصحيح إلى (0.90) وبطريقة ألفا كرونباخ حيث وصلت قيمة المعامل إلى (0.84) ومن خلال ملاحظة قيم معاملات الصدق والثبات فهي قيم تدل على صدق وثبات مقياس نوعية الحياة. (تركي، 2023، ص152-153)

وأيضاً دراسة الدكتورة بشرى أحمد (2008) بعد ترجمة المقياس قامت بتطبيقه على عينة كبيرة بلغت (11830) فرداً من 23 دولة، وكان اختيار الأفراد بطرق عشوائية ومن أفراد المجتمع العام، ويشمل فئات مختلفة من كل دولة، وتحققت من صدق المقياس من خلال حساب معاملات الارتباط بين درجة كل فقرة والدرجة الكلية، ودرجة كل بعد والدرجة الكلية، حيث جرى حساب معاملات الصدق لكل مجتمع على حدة، ولكل فئة على حدة، ولكافة العينة، وتبين أن جميع معاملات الارتباط بين الأبعاد والدرجة الكلية تجاوزت (0.89) كما تحققت من قدرته التمييزية، وتمتعه بالصدق التمييزي، وصدق المحتوى، والاتساق الداخلي، كما جرى حساب مؤشرات الثبات من خلال إعادة الاختبار. وتحرياً للدقة اللازمة قامت بشرى أحمد بالتحقق من الصدق والثبات أيضاً من خلال عينة مكونة من (50) فرداً فقط، ويمكننا أن نضيف أن المقياس ثبت صدقه وثباته في بيئات عالمية أخرى بعد ترجمته في البيئة الماليزية، والكورية، والإيطالية، والنرويجية، والأمريكية، والهندية، والبرازيلية، والإيرانية، والسويدية، واستخدم في عدد هائل من الدراسات والبحوث على المستوى العربي والعالمية. (اليامي، 2021، ص209)

4. حالات البحث

تم اختيار حالات البحث وفق الشروط التالية:

- ان يكون مصاب بمرض السكري
- ان يكون راشد

الجدول رقم (3): خصائص حالات البحث

الحالة	السن	الجنس	المستوى التعليمي	المهنة	نوع السكري	مدة الإصابة
الحالة الاولى	64	أنثى	المستوى المتوسط	ماكثة بالبيت	النمط الأول	منذ 32 سنة
الحالة الثانية	62	أنثى	الابتدائي	ماكثة بالبيت	النمط الثاني	20 سنة
الحالة الثالثة	57	أنثى	بدون مستوى	ماكثة بالبيت	النمط الأول	20 سنة
الحالة الرابعة	63	أنثى	المتوسط	ماكثة بالبيت	النمط الأول	6 سنوات

خلاصة الفصل

يمثل المنهج الأساس الذي تبني عليه البحوث العلمية، فهو يسمح ببناء تصور عن العمل الذي يقوم به الباحث، وفي بحثنا هذا استندنا الى المنهج العيادي الذي يعد ملائماً لمثل هذه الأنواع من البحوث التي تركز الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى المصاب بمرض السكري، في دراسة تركز على الفردانية والشمولية، واعتمدنا في ذلك أسلوب دراسة الحالة المناسب لما تتميز به من مرونة وقرب من المبحوث.

ولجمع البيانات اعتمدنا الى المقابلة العيادية نصف الموجهة التي تعطي المبحوث الفرصة للتعبير بحرية أكبر انطلاقاً من تعليمة واسعة وتسمح بالوصول الى السيرورات النفسية، ثم مقياسي الصلابة النفسية وجودة الحياة، وقد طبقنا كل من المقابلة العيادية والمقياسين على حدا في حصة مستقلة، هذا ما يمنح الجهد البحثي المبذول الطابع العلمي والمنهجي.



الفصل الخامس

عرض ومناقشة النتائج

تمهيد

1. عرض الحالة الأولى
 2. عرض الحالة الثانية
 3. عرض الحالة الثالثة
 4. عرض الحالة الرابعة
 5. مناقشة النتائج
- خلاصة

تمهيد

انطلقنا في هذا البحث الذي يدور حول الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مريض السكري؛ من البناء النظري لنتجه فيما بعد نحو الجانب الميداني منه، أين قمنا باستغلال تلك المعلومات التي استقينها والنظريات العلمية التي اطلعنا عليها على أرض الواقع، وهذا من خلال انتهاج المنهج العيادي، وتطبيق الأدوات التي اخترناها، والتي تتمثل في المقابلة العيادية ومقاييس الصلابة النفسية وجودة الحياة.

في هذا الفصل سوف نتطرق إلى عرض وتحليل النتائج المحصل عليها، اذ نتناول كل حالة بطريقة مفصلة، من خلال تحليل محتوى المقابلة العيادية، ثم المقاييس المطبقة على الحالات لنخرج بعدها بتحليل عام يرسم صورة واضحة ومتكاملة حول الحياة النفسية للحالة.

وفي الأخير اتجهنا نحو مناقشة النتائج المحصل عليها، من خلال التركيز على أوجه التشابه والاختلاف، وبناء استنتاج عام حول النتائج المحصل عليها.

1. عرض الحالة الاولى

1.1 تقديم الحالة

الحالة (ج) انثى تبلغ من العمر 64 سنة، أرملة لديها 5 أبناء ذكور مأكثة في البيت، لديها 5 اخوة، زاولت دراستها حتى مستوى المتوسط، ذات مستوى معيشي متدن، حيث تنفق على نفسها من اجرة زوجها المتوفى، تعيش بمفردها في المنزل بعد وفاة زوجها وزواج أبنائها.

تعاني الحالة من مرض السكري، الذي عانى منه افراد في اسرتها، الاب والاخوة، إضافة إلى ذلك تعاني الحالة من فقر الدم ومشاكل صحية على مستوى الغدة الدرقية.

كانت الحالة متعاونة أثناء المقابلة العيادية، حيث تميز خطابها باستفاضة وإسهاب في الكلام وسيولة في الحديث كما أنها تجمع بين الهدوء والرغبة في التفريغ الانفعالي للصعوبات التي تعانيتها في حياتها اليومية.

حمل خطاب الحالة محتوى انفعالي حيث ركز على مجموعة من المخاوف تمثلت في قلق حول الصحة، قلق المستقبل، مع مشاعر الوحدة النفسية بسبب عيشها بمفردها، كما بينت الملاحظات العيادية التي استقينها اثناء العمل مع الحالة ظهور مشاعر الحزن والاكتئاب.

1.2 نتائج المقابلة العيادية

بدا واضحا من خلال المقابلة العيادية مع الحالة أنها تبحث عن السند والدعم النفسي والعائلي، حيث تعاني من الوحدة ومشاعر فقدان الجو الاسري والفراغ في حياتها، تعبر عن ذلك في خطابها "ولادي كل واحد عايش حياتو كون جات عندي طفلة منيش هك هي اللي تخدمني وتعاوني وتحس بيا" كما ظهر أن تقدير الذات لديها منخفض، حيث انعكست الظروف التي تعيشها وما تحمله من صعوبات وآلام المرض على نظرتها لذاتها.

تعاني الحالة من مرض السكري الذي أصيبت به منذ 32 سنة، حيث تم تشخيصها في سن الرشد عند 32 سنة من عمرها بالسكري من النمط الثاني، ليتطور لاحقا بعد 10 سنوات الى النمط الأول المعتمد على الانسولين، وقد تم تشخيص المرض من خلال ملاحظات قدمتها صديقتها التي تعمل في المجال الصحي بعد حديث الحالة عن مشاكل صحية تتعرض لها من (شرب الماء بكثرة وكثرة التبول، جفاف على مستوى الحلق) لتطلب فحص متخصص تم بعدها تشخيصها بالسكري.

مثلت تجربة تشخيص المرض لدى الحالة حدثا صدميا مؤلما، حيث استجابت عند اعلان التشخيص بالخوف وعدم التقبل (كي قالولي عندك السكر تشوكيت، وليت نبكي ونعيط بالصوت) حيث تأتي الاحداث الصدمية بفيض من المشاعر السلبية على الحياة النفسية للشخص، وتلقي الاختلال والمعاناة، وهو ما ظهر خلال الحدث واستمر مع حياة الحالة، فيما حملت تصوراتها وافكارها اللقاء مع المجهول والعدم الذي تمثله الصدمة، اين قالت (حسيت حياتي خلاصت، السكر يخوف تولي حياتك ماشية غير بالدواء) ويعبر ذلك على ان المعاش النفسي يتمحور حول التجربة الصدمية، ويعجز الفرد عن الاستمرار في الحياة، عندها يعيش الماضي وكأنه مستمر والمعاناة التي خلفها وكأنها حتمية.

ولان الحالة كانت أم لخمس أطفال، فتشخيص المرض قد مثل حدثا صعبا لها لتأدية دور الام التي تعتني باطفالها وتقوم برعايتهم، فالخوف من الواقع المجهول الذي حركه حدث تشخيص المرض لم يتمحور حول نفسها فقط، بل حول مستقبل أولادها الصغار أيضا، والطفل الجنين في بطنها، وقد ظهر ذلك في قولها (وليت نخمم في ولادي كيفاش نديرلهم) رغم ان التفسيرات العائلية للمرض كانت باعتباره سكري الحمل، مما أعطاها نوع من الامل في الشفاء عندها.

وكتعبير عن انكار المرض وعدم تقبله، فقد رفضت الحالة أن ينظر لها أي شخص بتعاطف أو يظهر لها مشاعر الشفقة، وهذا كمحاولة لظهار قوة مصطنعة وغير حقيقية في مواجهة الحدث الصعب، وعدم تقبل للسند من طرف الاخرين، ويأتي ذلك أيضا في سياق محاولة الظهور كأم وزوجة قادرة على تأدية وظائفها بطريقة عادية، خاصة امام محاولة زوجها تعدد الزواج.

لا يفوت ان نشير الى ازدواجية الحدث الصدمي الذي تلقته الحالة والمتمثل في اعلان تشخيصها بمرض السكري، مع اعلان وفاة والدها في نفس اليوم، عندها كان التعبير عن الألم مزدوجا، غير ان الأثر الأكبر كان من الإصابة بالسكري (الناس يقولولي باباك مات، بصح راجلك كين، قلت لهم في قلبي راني نبكي على روعي، لقيت الفرص باش نبكي)

رد فعل اسرة الحالة عند التشخيص كان غير داعم من طرف الزوج، ويرى انها أصبحت غير قادرة على تدابير المنزل (الراجل ما يحبكش تكوني مريضة) فيما أثر ذلك على أبنائها، الذين اعتبروا انها ستموت، غير انها واجهت ذلك باظهار التقبل وأنها يمكن ان تستمر في حياتها بنفس الطريقة، وصد أي محاولة للتعاطف من طرف الاهل (خلوني نعيش حياتي كيما كنت واحد ما نعز بيه) غير انها تلقت الدعم الاجتماعي والمادي من طرف الاخوة الكبيرة والأقارب والجيران، اين ساعدوها في تكاليف الدواء والحاجيات الشخصية، اجراء عملية جراحية لاحقا على عيونها، وكان ذلك بسبب تعقيدات مرض السكري.

في الوقت الراهن تكيفت الحالة مع المرض ومتطلباته، فالمرض المزمن بطبعه يغير من نمط الحياة اليومية، وقد يحد من بعض النشاطات، ويدفع المريض الى اتباع بروتوكول علاجي محدد، وهو الامر الذي سجلناه مع الحالة المدروسة، اذ عملت على تنمية الوعي بالمرض وسلوكات التكيف معه، رغم التعقيدات المرضية الناتجة عن الإصابة بالسكري حيث أصيبت بمشاكل صحية على مستوى البصر والكلى وفقر الدم والغدة الدرقية، والقدرة على القيام بنشاطاتها اليومية بصورة طبيعية.

التغيرات التي جاء بها المرض شملت نمط الحياة بصفة عامة، حيث تقول (تتبدل حياتك كامل) كما يتطلب ذلك حمية غذائية صارمة تلتزم بها المريضة، وايضا مستوى النشاط اليومي الذي أصبح من الصعب القيام به، الى حد انها أصبحت تعتمد على شراء وجبات جاهزة، وتعتمد على الجمعيات التي تقدم لها المساعدة في الحصول على الدواء والعلاج، فيما تعتمد على الاخوة في أعباء المنزل.

تلتزم المريضة بالبروتوكول العلاجي الموصوف والذي يعتمد على الانسولين وفق الطريقة اللازمة، كما تعتمد في حياتها الحمية الغذائية المحددة من طرف الطبيب المعالج، اما العلاقة مع القائمين بالرعاية الصحية فهي علاقة متزنة، رغم ان الحالة قد عمدت في سنوات سابقة الى تغيير مستمر للطبيب المعالج مما يشير الى صعوبة في تقبل المرض واثاره في البداية غير ان الحالة قد اخذت

تتكيف مع العلاج وتتقبل المرض، وهذا ما عبرت عنه في كلامها (تتقبل بالسيف عليه، أي واحد لازم يتقبل المرض تاعو، المرة اللولة صعبة ومن بعد تولي normale) ورغم هذا فهي ترى بان المرض قد حدّ من قدراتها واعاقها في ان تعيش الحياة التي تريد (مانيش عايشة كيما حابة، تلقاي روحك والو) فيما يشير الى ان المرض يعتبر عائق كبير في حياتها، حيث كانت تتمنى الحصول على حياة ميسورة مثل اخوتها، وهذا ما يعبر عن مستوى متدني من الصلابة النفسية عند مواجهة التحديات في الحياة، اين ظهر المرض كعائق كبير في حياتها ورغم تقبله بسبب غياب خيارات أخرى، الا انها لم تستطع تحدي هذا الواقع وان تبقى صامدة رغم الصعاب، وقد انعكس هذا على نظرتها نحو المستقبل التي كانت سوداوية يطبعها التشاؤم اين تعبر عن ذلك في قولها (واش من مستقبل بقى لي، مظلم، لا طاقة لا بيبان) فيما يشير الى ان المرض كحدث صعب في الحياة تم معايشته كحدث صدمي لازال يلقي بآثاره السلبية على الحياة، وينعكس حتى على تصوراتها المستقبلية واملها في الحياة، فتعجز عن بناء أي تصورات تحمل الامل والنجاح، وأصبحت حياتها روتينية تتمحور حول الضروريات فقط.

نوعية الحياة لدى الحالة بعد الإصابة كانت متدنية على المستوى الجسدي، اين أثر المرض على صحتها بشكل كبير وفق تقييمها، وأثر على نشاطاتها اليومية حيث تعجز على القيام بالمتطلبات المنزلية، وعلى المستوى النفسي فقد أثر على نظرتها للحياة التي أصبح يطبعها التشاؤم وعيش الواقع كما هو حيث ليس لديها خيارها ولا قدرات لتغيير حياتها، كما طبع ذلك مشاعر الاكتئاب كما تعبر عنه في (مرات نقلق وحدي ونحزن) وتجاوزا لهذا تتجه الى أساليب مواجهة تعتمد التجنب مثل الانغماس في مشاهدة التلفاز وأيضا الاستناد على الجانب الديني المتمثل في الصلاة والدعاء.

الحياة العلائقية لدى الحالة كانت منحصرة وقليلة، تتلقى الدعم من طرف الاخوة وبالأخص الأخت، يتضمن هذا الدعم الجانب المادي والمعنوي، فيما تلتقي صديقاتها في مرات قليلة، وبالنسبة لأثار المرض على الحياة العلائقية فقد أدى ذلك على سلوكات حماية وشفقة من طرف الأقارب في بداية الإصابة، وقد عادت العلاقات الى ما كانت عليه سابقا، وقد ركزت الحالة بشدة على أثر الإصابة بالمرض على نظرة زوجها المتوفى اليها سابقا (الراجل يولي ما يشوفكش، يتبدل عليك، كل دورة يعيط لي يا العميا) اين حمل هذا الجانب فيض وجداني كبير، باعتبار ان ذلك قد مس كيائها ومكانتها في الاسرة.

تقييم الحالة لمستوى الرضى عن حياتها كان سلبيا، فهي غير راضية على الحياة التي تعيشها من الجانب الصحي الذي اثر على قدراتها واستقلاليتها، ضف الى ذلك الجانب العلائقي الذي تميز بظهور مشاعر الوحدة فقدان الزوج غير الداعم، ثم انتقال ابنائها الى منازلهم الفردية بعد زواجهم، كما كان للجانب المادي دور في ذلك حيث تعيش بأجرة شهرية غير كافية لتلبية حاجاتها، كل هذا انعكس في نظرة سلبية وتشاؤمية اتجاه المستقبل.

3.3 نتائج المقاييس النفسية

سلوك الحالة اثناء تطبيق المقاييس النفسية تميز بالهدوء والتعاون، كما كانت تطلب إيضاح وشرح بعض بنود المقياس، وقد اخذت وقت طويل في الإجابة عن أسئلة المقاييس.

جدول رقم (04) يبين نتائج المقاييس النفسية مع الحالة الاولى

المقياس	الدرجة	الشدة
الصلابة النفسية	33	متوسط
	28	متوسط
	37	متوسط
	98	صلابة متوسطة
جودة الحياة	72	متوسطة

يوضح الجدول ان مستوى الصلابة النفسية لدى الحالة كان متوسط، وقد ظهرت نتائج كل ابعاد المقياس بمستوى متوسط، وكان مستوى بعد التحدي هو الأعلى بمستوى 37 يليه مستوى بعد الالتزام بدرجة 33 وفي الأخير قيمة بعد التحكم بدرجة 28، ويبين هذا ان لدى الحالة مستوى من تحدي الصعوبات التي تواجهها في حياتها، وبالأخص تلك المتعلقة بتعقيدات واثار المرض، فيما يظهر ان لها مستوى من الالتزام خاصة المتعلق بنمط الحياة الجديد بعض المرض، وأخيراً تحكم متوسط الحياة التي تعيشها.

وبينت نتائج مقياس جودة الحياة مستوى متوسط في جودة الحياة لدى الحالة، فيما يعبر عن مستوى متوسط في تقبل الحياة والرضى عن الحياة، في مختلف الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية.

4. التحليل العام للحالة

من خلال المقابلة العيادية ظهر ان الحياة النفسية للحالة تتميز بالهشاشة وعدم الاستقرار، مع ظهور مشاعر الوحدة النفسية والبحث عن السند من طرف الاخر، نتاج للظروف التي تعيشها بسبب الإصابة بمرض السكري، حيث جاء اعلان المرض كحدث صدمي استجابت له الحالة بالخوف والرعب وافكار تحمل محتوى الغموض والمجهول، وقد رافق ذلك حدث فقدان شخص عزيز غير ان اهتمامها النفسي كان بوضعها الصحي دون الاهتمام بالآخر.

الحياة العلائقية لدى الحالة تميزت بالانحصار والانكفاء على الذات، اذ فقدت زوجها بسبب مرض السرطان، وانتقل أبناؤها للعيش في منازل مستقلة وبقي بعض الأقارب والجيران يقدمون لها السند الاجتماعي والاسري والمادي في مواجهة متطلبات المرض والعلاج، خاصة بعد المضاعفات التي تطورت لديها.

أثر المرض على الحالة كان على المستوى الصحي بشكل أكبر حيث جعل رغبتها في عيش حياة تستحقها غير ممكن بالنسبة لها، فالمرض قد القى بآثار كبيرة عليها، وأيضا على علاقاتها اين أصبحت

في نظر الزوج غير قادرة على الوفاء بدور الزوجة المناسبة، وأصبح المرض جرحاً نرجسياً في كيانها، وعلى المستوى النفسي فقد أصبح التفكير التشاؤمي اتجاه المستقبل سمة ظاهرة لديها.

بينت المقابلة العيادية مستوى متدني من الصلابة النفسية لدى الحالة، من حيث صعوبة في تقبل الإصابة بالمرض في البداية، ثم القدرة على المواجهة الفعالة مع الواقع الذي أحدثه، والتكيف معه والقدرة على تجاوز الصعوبات التي صاحبها، فيما بينت مستوى متدن في الرضا عن الحياة وجودة الحياة على مستوى الصحة الجسدية والنفسية والعلائقية.

هذه النتائج تم تدعيمها بمقاييس النفسية في سياق التناول العيادي المدعم، حيث بينت نتائج مقياس الصلابة النفسية مستوى متوسط من الصلابة لدى الحالة، ليدل على قدرة متوسطة في التعايش مع الصعوبات التي تواجهها الحالة، كما بين مقياس جودة الحياة مستوى متوسط من جودة الحياة، ليبين ان لدى الحالة رضى متوسط على مختلف جوانب حياتها.

ومن منظور متكامل يظهر ان نتائج المقابلة العيادية أقرب الى الواقع النفسي للحالة، حيث انها تمنحنا قراءة نفسية تحمل طابع الفردانية والشمولية في النظر للحالة، تسمح للمبحوث بالتعبير عن المعاناة والحصول على التقبل والسند، حيث يظهر تدني في ابعاد الصلابة النفسية من خلال صعوبة في الالتزام الذي يظهر من خلال الانخراط في الحياة اليومية دون معنى، وتدني في التحكم الذي يعبر عنه من خلال الإحساس بعدم القدرة على التأثير في مجريات الحياة بسبب المرض، وتدني في التحدي وهو ما يظهر في رؤية الظروف الصعبة والمرض كعائق صعب وليس كفرصة للنمو والتعلم، في حين يمكن قراءة نتائج المقاييس من وجهة نظر أكثر موضوعية، حيث ان العلاقة مع الفاحص تتيح للحالة التعبير عن المعاناة والبحث عن السند وهذا ما لا يتوفر في العلاقة مع مادة المقياس النفسي، مع ميل المبحوث الى خيار الإجابة الوسط ضمن ما يسمى منهجياً بنزعة المركز كانهيار استجابي من طرف المبحوث.

من هنا يظهر ان الإصابة بالسكري قد القى بآثار سلبية على مستوى حياة الحالة، وانعكس على الحياة النفسية والعلائقية، حيث ظهر ان مستوى الصلابة المتدني او المتوسط لا يسمح للفرد بالتعايش مع الحدث الصعب المتمثل في المرض بطريقة متكيفة، وعلى الجانب الاخر قد أسهم في مستوى متدن في جودة الحياة والرضا عن الحياة التي يعيشها الفرد.

2. عرض الحالة الثانية

1.2 تقديم الحالة

الحالة (ح) انثى تبلغ من العمر 62 سنة، متزوجة وأم لـ 6 أبناء 4 بنات و 2 ذكور، مأكثة في البيت، لديها أخ من والديها و 5 إخوة من أمها، زاولت دراستها حتى المرحلة الابتدائية، ذات مستوى معيشي متوسط، زوجها أستاذ، تعيش رفقة زوجها وأبنائها بعد زواج بناتها الثلاث.

توفي والدها في عمر مبكر جدًا، عندما كانت تبلغ من العمر سنة واحدة، وتربت هي وأخوها من الأب في كنف أقاربها (العم والعمّة) بعد زواج والدتها وإنجابها لخمسة أولاد آخرين من زوجها الثاني.

تعاني الحالة من مرض السكري من النمط الثاني، كما تعاني من تضخم على مستوى الغدة الدرقية وهي نفس الأمراض التي يعاني منها أفراد أسرتها.

كانت الحالة متعاونة أثناء المقابلة العيادية، تميز خطابها بالنقطع والكف في الحديث كما أنها كانت هادئة مما يشير إلى صعوبات في التعبير الانفعالي ووجود مقاومة داخلية للبوح. حمل الخطاب أفكار الخوف من المرض، والخوف من المستقبل، والخوف من فقدان الاستقرار العائلي، وخاصة من فكرة زواج الزوج عليها.

2.2 نتائج المقابلة العيادية

أظهرت المقابلة العيادية أن الحالة تعاني من توتر نفسي مزمن ناتج عن مرض السكري، الذي يُشكّل عاملاً ضاغظًا مستمرًا في حياتها اليومية، والخوف الشديد من تفاقم المرض وتدهور حالتها الصحية، والقلق من المستقبل، كذلك الخوف من فقدان السيطرة على الجسد

تعاني الحالة من مرض السكري الذي أصيبت به منذ 20 سنة، حيث تم تشخيصها في سن الرشد عند 42 سنة من عمرها بالسكري من النمط الثاني، وقد تم تشخيص المرض من خلال ظهور أعراض منبهة مثل شرب الماء بكثرة، لتطلب فحص متخصص تم بعدها تشخيصها بالسكري.

مثلت تجربة تشخيص المرض لدى الحالة حدثًا مؤلمًا حيث ظهرت عليها استجابات انفعالية اتسمت بالخوف وعدم تقبل الواقع الجديد (كي قالي الطبيب عندك السكر قلقت بزاف وخفت) وقد يعود ذلك إلى صعوبة في تقبل التغيرات الحياتية المرتبطة بالتشخيص وإدراك داخلي لخطورة المرض وتأثيره على جودة الحياة ومن المضاعفات المحتملة له، فيما حملت تصوراتها وأفكارها اتجاه المرض فكرة الموت ونهاية الحياة لقولها (رايحة نموت ونخلي ولادي وحدهم) مما يعكس أثر تجربة الفقد المبكرة التي عاشتها في صغرها مع والدها إذ أن فقدان والدها في الصغر كان له الجزء الأكبر بعدم الأمان فأسقطت مشاعرها على أولادها مباشرة، مشاعر القلق من المستقبل والخوف على صحتها.

رد فعل أسرة الحالة عند التشخيص تمثل في الدعم والمساندة من طرف الزوج والأبناء، حيث تقبلوا المرض وكانوا الطرف الداعم لها وكذلك الحال مع زوجها الذي ساندها (راجلي جامي قلقني حتى خدمة الدار ميخلينيش نخدم) كما تلقت الدعم المادي والمعنوي والمساندة من إخوتها وجيرانها وأقاربها.

ظهر لدى الحالة في بداية المرض عدم تقبل المرض من خلال تغيير الأطباء في كل مرة (الطبة منحش نروح عندهم، الطبيب اللي يقلي ندير الانسولين منوليش عندو) الرفض الصريح للعلاج بالانسولين وهو ما يعكس وجود مقاومة للتقبل المرضي وإنكار لخطورة الحالة الصحية والذي نتج عن رغبة في الحفاظ على صورة الذات كشخص غير مريض، كما تحاول التعامل مع الوضعية الصحية عن طريق الانشغال بالأعمال المنزلية والعودة للروتين السابق كمحاولة لاستعادة الإحساس بالسيطرة على حياتها والتقليل من الإحساس بالعجز والضعف المرتبط بالمرض (نلهي روجي بخدمة الدار ونخدم كلش) في الوقت الراهن تظهر الحالة قدرة على التكيف مع مرضها وذلك باتباع بروتوكول علاجي وأدوية معينة مع وجود تغيرات في نمط الحياة خاصة ما يتعلق بالجوانب الغذائية حيث تلتزم بحمية غذائية والدواء الموصوف لها، في حين ان هنالك دائما لمشاكل لدى الحالة في سياق العلاقات مع الأطباء الذين يتابعون حالتها، اذ تظهر الحالة عدم استقرار وتغيير مستمر للطبيب المعالج، وتبرر ذلك بعدم الشعور بالراحة، في حين انها تبدي تكيف مع نمط الحياة الجديد مع المرض "لازم نرضى بيها راضية بشي تع ربي" يظهر هذا الرضى مشوب بألم داخلي، وفقد للأمان والراحة النفسية، كما تحمل دلالة على اللجوء للإيمان والرضا بالقضاء والقدر للتقليل من وطأته، كما تتجاهل تأثيرات المرض على حياتها "راميتو ومطيشتوو حاطة روجي منيش مريضة".

تتسم نظرة الحالة للمستقبل بقلق متزايد وهاجس بتر القدم تجاه المرض وآثاره، (خليفة ينحيولي رجلي) لكنها متشبثة بالأمل والإيمان، وتحاول أن توازن بين القلق والتفاؤل رغم حالة عدم اليقين التي تعيشها، كما تظهر نظرة واقعية إلى حد كبير، لا تملك تصورات طموحة، لكنها تتمنى أن تشفى ما يعكس بقاء الأمل رغم الظروف، لا تتحدث كثيرًا عن خطط أو أهداف مستقبلية، بل تركز على العيش في الحاضر وتلبية الضروريات.

تظهر الحالة تقلبًا في مزاجها وحالتها النفسية، ما بين لحظات من الحزن والبكاء (مرات نولي نبكي) ولحظات من التكيف والقبول، إلى تأثير المرض على نمط النوم (منرقدش حتى وقت متأخر)، (المرض يخليك تخمي، يهدك ويطيحك) ما قد يدل على معاناة نفسية ووجود توتر داخلي دائم، ورغم محاولات التقبل لا تزال مخاوفها قائمة، خصوصًا من فقدان الزوج ("خليفة راجلي يتزوج عليا وانا عايشة")، وهي مخاوف متجذرة في تجاربها السابقة مع الفقد العائلي المبكر المتمثل في وفاة الأب، غياب الأم.

تلجأ الحالة في حالة القلق إلى ممارسة أنشطة اجتماعية وترويحوية "نخرج نحوس مع بنتي، نشري، ندير شويينغ" هذه الممارسات تمثل وسيلة فعالة لتخفيف الضغط النفسي، والتقليل من مشاعر الاكتئاب والقلق، عبر تحفيز مشاعر السرور والاهتمام بالعلاقات الاجتماعية، هذا النوع من المواجهة يُعد من الأساليب التكيفية الإيجابية التي تدل على بقاء الحالة في تواصل مع بيئتها، رغم التحديات الصحية.

على المستوى العلائقي، تحظى الحالة بدعم ومساندة وبيئة داعمة من الجميع، الزوج كان الداعم الأول، كما يشارك الأبناء في دعمها النفسي عبر تشجيعها وضبط انفعالاتها (يهاوشوني كي يشوفوني قلق) كذلك العلاقة الطيبة مع جيرانها (جيرياني دار وحدة يجيو ع ندي ويسقسيو عليا كون

نغيب) فقد أكدت الحالة أنهم يقفون إلى جانبها، سواء من خلال مساعدات مادية مثل شراء مستلزماتها أو من خلال المساندة النفسية، ما يمنحها شعورًا بالأطمئنان والأمان الاجتماعي، والعلاقة الوطيدة مع جيرانها، هذا يدل على أن المرض لم يضعف علاقاتها الاجتماعية، بل عزز من تعاطف الآخرين معها واهتمامهم بها، وخلق لديها شعورًا بالارتباط والدعم الاجتماعي الحقيقي، كما استذكرت كيف أن المرض يمكن أن يُغيّر مكانة المرأة في نظر زوجها أو الآخرين، ما يشير إلى قلق داخلي من فقدان التقدير أو المكانة بسبب المرض.

رغم إصابة الحالة بالمرض فإنه لم يحد من نشاطها اليومي كثيرًا، حيث تصر على القيام بكل الأعمال المنزلية والاعتناء بعائلتها كما كانت تفعل سابقًا، (نخدم كلش ومنتعش وحرصها على القيام بواجباتها اتجاه أبنائها، شاغلة روي بداري وولادي، منخليهمش يحتاجو حتى حاجة) والذي يعكس رغبة كبيرة في تجاهل المرض ونسيانه مما يدفعها للمبالغة في القيام بأدوارها لأنها تخشى أن يظهر المرض تأثيره عليها وتفقد دورها ومكانتها داخل الأسرة.

تظهر الحالة نظرة مزدوجة إلى الحياة، تتأرجح بين قبول الواقع (قابلة بشي تع ربي، لازم نرضي) والأمل المحدود في تحسن الوضع (نتمنى نشفى ونبرا) لكنها في العمق تعيش نوعًا من الصراع الداخلي بين ما تتمنى أن تكون عليه حياتها، وبين ما فرضه عليها المرض والظروف.

ظهر لدى الحالة قدرة متوسطة من الصلابة النفسية التي ظهرت من خلال ابعادها الثلاثة، اذ ظهر لديها التزام بالبروتوكول العلاجي والشروط الضرورية للتكيف مع المرض المزمن، مع احساسها بالقدرة على مواجهة الظروف الصعبة والبقاء قوية امام الصعوبات من اجل اسرتها، التي تقدم لها الدعم الاجتماعي المناسب للتكيف، كما ظهر لديها مستوى من الرضى بالحالة التي تعيشها خاصة في جانبها العلائقي وعلى المستوى النفسي فكان انشغالها القلبي اتجاه المستقبل حول مضاعفات المرض وفقدان السند.

3.2 نتائج المقاييس النفسية

تميز سلوك الحالة أثناء تطبيق الاختبار بالهدوء، وقد تطلب الأمر توضيح بعض بنود المقياس، استغرقت وقتًا متوسطًا للإجابة على أسئلة المقاييس

الجدول رقم (5) نتائج المقاييس النفسية للحالة الثانية

المقياس	الدرجة	الشدة
الصلابة النفسية	34	متوسط
	25	متوسط
	30	متوسط
	89	صلابة متوسطة
جودة الحياة	69	متوسطة

يوضح الجدول ان مستوى الصلابة النفسية لدى الحالة كان متوسط، وقد ظهرت نتائج كل ابعاد المقياس بمستوى متوسط، وكان مستوى بعد الالتزام هو الأعلى بمستوى 34 يليه مستوى بعد التحدي بدرجة 30 وفي الأخير قيمة بعد التحكم بدرجة 25، ويبين هذا ان لدى الحالة مستوى من تحدي الصعوبات التي تواجهها في حياتها، وبالأخص تلك المتعلقة بتعقيدات واثار المرض، فيما يظهر ان لها مستوى من الالتزام خاصة المتعلق بنمط الحياة الجديد بعض المرض، وأخيرا تحكم متوسط الحياة التي تعيشها.

وبينت نتائج مقياس جودة الحياة مستوى متوسط في جودة الحياة لدى الحالة، فيما يعبر عن مستوى متوسط في تقبل الحياة والرضى عن الحياة، في مختلف الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية.

4.3 التحليل العام للحالة

اظهرت المقابلة العيادية أن الحالة تعيش حالة من التوتر النفسي المزمن بسبب مرض السكري، باعتباره عاملاً ضاغظاً في حياتها اليومية، فقد كان الإعلان عن المرض بمثابة حدث مؤلم، عبّرت عنه بالخوف الشديد، والقلق من المستقبل، وتخوّفها من تطوّر الحالة نحو ما هو أسوأ، خاصة حين أشارت إلى رفضها القاطع للعلاج بالأنسولين، وامتناعها عن العودة إلى الطبيب الذي اقترحه، هذا الموقف يُبرز مستوى القلق المرتفع، والخوف من فقدان السيطرة على الجسد، وهو ما جعلها تتجه نحو أساليب إنكارية في تعاملها مع المرض، عبر الانشغال المفرط بالأعمال المنزلية كوسيلة دفاعية لإبعاد التفكير السلبي.

رغم هذا، تُظهر الحالة مظاهر التماسك، حيث تعتمد على محيطها الأسري والاجتماعي كمصدر دعم نفسي ومادي، إذ تحدثت عن أبنائها، إخوتها، جيرانها، وعمّتها وعمّها الذين وقّروا لها الرعاية في الطفولة ولا يزال بعضهم إلى جانبها، يتجلى من كلامها نوع من التوازن الهش بين الشعور بالضعف الداخلي والحاجة إلى من يدعمها، وبين قدرتها على الاستمرار والتأقلم، وإن كان هذا التأقلم يتم أحياناً بطريقة دفاعية قائمة على التجاهل والإنكار.

تُظهر الحالة تكيف تدريجي مع المرض، رغم ما يحمله من شعور بالعجز، خاصة حين عبّرت عن الفرق الكبير بين حياتها قبل الإصابة وبعدها، مشيرة بذلك إلى تأثيره على المستوى الجسدي والنفسي، وعلى الرغم من ذلك تحاول أن تبني لنفسها نوعاً من التوازن من خلال الاستعانة بسلوكيات ترفيهية مثل الخروج مع ابنتها، التسوق، أو الحديث مع الجيران، مما يدل على وعي جزئي بالحاجة إلى وسائل تخفيف الضغط.

تصورات الحالة حول المستقبل تبدو قاتمة إلى حد ما، فهي تذكر القلق من المرض، الخوف من تفاقمه، وحتى من التخلي من طرف الزوج، رغم تأكيدها على أنه يعتني بها، هذا التناقض في الحديث يعكس قلقاً داخلياً غير مُعلن بشكل مباشر، ربما مرتبطاً بصورة الذات التي تشعر بأنها أصبحت أقل قيمة بسبب المرض، كما يظهر التفكير في الموت ضمناً في خطاب الحالة، وهو ما يعطي مؤشراً على مزاج اكتئابي خفيف، يختلط مع مظاهر من الحزن والدموع كما حدث خلال المقابلة.

تعكس الحالة كذلك مستوى متوسطًا من الصلابة النفسية، فهي رغم رفضها للمرض في البداية، بدأت تدريجيًا في تقبله، والتأقلم مع تبعاته من خلال الحمية والأنشطة اليومية، مما يدل على نوع من التكيف. إلا أن هذا التكيف لا يخلو من الهشاشة، فهو قائم على استراتيجيات دفاعية أكثر من كونه تكيفًا عميقًا مع الواقع الصحي الجديد.

الصورة النفسية العامة التي تنقلها الحالة تشير إلى أنها تمر بمرحلة إعادة تنظيم لحياتها في ظل المرض، تسعى من خلالها إلى الحفاظ على توازنها النفسي عبر دعم المحيط، التجاهل الواعي، والتقرب من الدين كوسيلة للقبول والرضا. ومع ذلك، فإن التوتر الخوف من المستقبل، والحنين إلى حياة ما قبل المرض، تظل معالم واضحة في تجربتها النفسية الحالية.

هذه النتائج دعمتها ما تم التوصل إليه من خلال المقاييس النفسية المطبقة على الحالة، حيث بين مقياس الصلابة النفسية مستوى متوسط من الصلابة النفسية، ما يعكس التزاما يظهر من خلال انخراط الحالة في الحياة اليومية والأنشطة الاجتماعية، مع إحساس بقدرة متوسطة في التحكم في حياتها ومجريات الحياة رغم المرض، بالإضافة إلى تحدي صعوبات المرض والتضحية من أجل أبنائها، ومحاولة البقاء في وضع يسمح لها بتقديم العناية لأسرتها.

من هنا يظهر ان لدى الحالة مستوى متوسط من الصلابة النفسية، ظهر في تقبل المرض واتباع متطلبات علاجه، ومستوى متوسط في جودة الحياة من خلال الرضى عن الجوانب النفسية والعلائقية لديها، رغم الصعوبات الصحية والتعقيدات التي قد يؤدي إليها المرض.

3. عرض الحالة الثالثة

1.3 تقديم الحالة

الحالة (ل) أنثى تبلغ من العمر 57 سنة، متزوجة لديها 3 أبناء ذكرين أنثى، مأكنة بالبيت، لديها 2 إخوة، لم تزاول الدراسة طوال حياتها، مستواها المعيشي متدنٍ، حيث يعمل زوجها كتاجر، تعاني الحالة من مرض السكري منذ ما يقارب 20 سنة.

كانت الحالة في أول المقابلة العيادية مترددة قليلا لكن قامت بالتعاون معنا لاحقا، حيث تميز خطابها بسيولة وهدهوء أثناء الحديث مع كونه قصير ومختصر، وكانت عند طرح بعض الأسئلة تتجنب التواصل البصري معنا.

تضمن خطاب الحالة طابع انفعالي حيث تجلى في مجموعة من المخاوف مثل الخوف من المستقبل والقلق من فكرة ترك أبنائها وزوجها وحدهم، كما أظهرت الملاحظات العيادية التي تمت من خلال متابعة الحالة بروز مشاعر الاكتئاب.

2.3 نتائج المقابلة العيادية

أظهرت المقابلة العيادية ان الحالة تعاني من مشاعر الحزن والقلق وتأنيب الضمير المترتب عن تقصيرها في أداء دورها في الاسرة بسبب التزامات للعلاج، تعبر عن ذلك في خطابها "نقلق بزاف نولي نتقابض معاهم، نبات نبكي فليل، كي نمرض نخلي ولادي وراجلي وحدهم مكانش لي يقيم بيهم"، كما ظهر تقدير الذات لديها منخفض، حيث أثر الألم ومشاكل المرض والظروف المادية السيئة والمشاعر السلبية على نظرتها لذاتها.

تعاني الحالة من مرض السكري منذ مايقارب 20 سنة، حيث تم تشخيصها في سن الرشد في سن 37 سنة بدء السكري من النمط الأول المعتمد على الأنسولين، وتم التشخيص عند قيامها ببعض التحاليل الطبية لدى دخولها للمؤسسة العمومية للعلاج من مشاكل صحية تعاني منها، عندها تم تشخيصها بمرض السكري.

شكلت تجربة تشخيص المرض للحالة حدثا صعبا وقاسيا، حيث كانت استجابتها لدى اعلان التشخيص بالخوف والقلق وعدم التقبل وهذا ما ظهر من خلال كلامها " قلقت وعييت ترمدت كل يوم فالسبب داخلة خارجة حسيت بالخوف " حيث توالى الأحداث السريعة والسيئة في حياة الحالة ما تسبب في مجموعة من المشاعر السلبية اثرت على الحالة النفسية لديها، فيما تركزت تصوراتها وأفكارها حول مصير أبنائها وزوجها بدونها، حيث قالت "خمنت في ولادي مبشتين وانا داخلة خارجة للسبب وخلت داري" ويعبر ذلك على أن المعاش النفسي يحمل صراع بين تعقيدات المرض والقيام بدورها كزوجة وأم، الذي سبب لها عجز ومعاناة مستمرة في الحياة.

تشخيص المرض كان حدثا قاسيا للحالة لكونها أمًا لثلاثة أطفال وربة منزل لها دور مهم داخل أسرتها وعند إصابتها بالمرض تخلت عن بعض من مسؤولياتها من أجل طلب العلاج في بعض الأحيان وهذا ما سبب لها مشاعر القلق والخوف حول مستقبل أبنائها وزوجها أكثر من خوفها على نفسها لعدم وجود من يهتم بهم في غيابها وهذا ما عبرت عنه في قولها "بقيت نخم في ولادي مكانش لي بيهم".

وكانعكاس للمرض الذي تم تشخيصه لدى الحالة فهي تقوم بتجنب الخروج من المنزل إلا للذهاب للطبيب والعودة مباشرة دون الالتقاء بأي شخص بحيث تشغل وقتها بالأعمال اليومية في المنزل والاهتمام بعائلتها كون زوجها وأبنائها هم السند الوحيد لها وعبرت عن ذلك في قولها "مانروح حتى عند واحد وملا تياش حاكمة داري مع ولادي وراجلي هو ما كلش "

رد فعل أسرة الحالة عند تشخيص المرض كان داعم ومساعد من طرف زوجها الذي أصبح السند الوحيد لها لقولها "راجلي هو كلش عندي، جرى عليا داواني واقف معاي ميخلينيش يشريلي الدوا"، وكذلك يوجد أبنائها الذين يهتمون بها ويدعمونها (ولادي يعاونوني يضربولي الانسولين) وهذا ما ساعدها قليلا في التكيف مع المرض والبدء في تقبله.

يظهر على الحالة محاولة للتكيف مع التغييرات التي طرأت على حياتها بحيث أن مرض السكري يرغب المريض على اتباع علاج معين من حمية غذائية وحقن الانسولين في الوقت المحدد والتقليل من القيام ببعض النشاطات اليومية وهذا ما نسجله مع الحالة التي تستخدم استراتيجيات لمواجهة هذا المرض للتكيف معه ومع الصعوبات التي تواجهها يوميا.

التغيرات التي جاء بها المرض شملت القيام بالأعمال اليومية في المنزل خاصة بعد أن أصيبت في قدمها حيث عبرت عنها بقولها "وليت منقدرش نخدم فالدار ما عدتش كيما كنت وليت نخدم حاجة خفيفة برك"، كما أن المرض يتطلب حمية غذائية يلتزم بها مع كون ظروفها المادية صعبة فهذا أصبح مشكل لها وهذا ما يسبب لها مشاعر القلق وانعكس من خلال مشاكل على مستوى الجهاز الهضمي.

تلتزم الحالة بالعلاج المحدد المتمثل في حقن الأنسولين في الوقت والطريقة المحددة، وتعتمد على حمية غذائية موصوفة من قبل طبيبها المختص، كما ان العلاقة مع القائمين بالرعاية الصحية فهي علاقة جيدة، وهذا ما يظهر أن عمل نفسي في سياق تقبل المرض والتكيف معه لقولها "متقبلة وعايشة مع المرض عادي"، ورغم ذلك فإن المرض قد وضع عقبات في حياتها لقيامها بما تريد لقولها "نحب نعيش مليح ندير هدي وهدي مي وش رح تدير الله غالب" الذي يشير أن المرض سبب لها صعوبات حيث كانت تأمل أن تصبح حالتها المادية جيدة وأن تشفى وتشارك عائلتها القيام بأنشطة ترفيهية، وهذا ما يعبر عن مستوى متوسط من الصلابة النفسية عندما تواجه التحديات، بحيث أصبح المرض يسبب لها مشاكل في حياتها رغم محاولة تقبله والتكيف مع ظروفه، مما أثر هذا على نظرتها لمستقبلها التي كانت تحمل افكار التشاؤم واليأس وظهر هذا من خلال نبرة الصوت المكتئبة "وش من مستقبل ما بقاو حتى أحلام"، وهذا ما يظهر أن المرض أثر على حياتها بشكل كبير وصعب الذي جعلها تحمل مشاعر وتصورات سلبية اتجاه نفسها والعالم والمستقبل، وتفقد أي أمل في حياتها إذ أصبحت بلا قيمة في نظرها تدور حول أسرتها وكيفية تلبية حاجياتهم .

نوعية الحياة لدى الحالة بعد الإصابة كانت متوسطة على مستوى الصحة الجسدية، بحيث أثر على قدرتها على القيام بالأنشطة المنزلية والاهتمام بأفراد أسرتها، وأثر على المستوى النفسي من خلال ظهور المشاعر السلبية والنظرة السوداوية لحياتها ومستقبلها ومشاعر الاكتئاب لعدم قدرتها على تغيير حياتها وهذا ما عبرت عنه "نتغشش ونقلق نولي نتقابض مع ولادي بلا سبة، ساعات نبات نبكي ومانقدرش نرقد"، ولتجاوز كل هذا تلجأ إلى أساليب مواجهة تتمثل في التجنب كالقيام بالأعمال المنزلية

والنوم أحيانا والبكاء الذي يعتبر شكلا من أشكال التفريغ الانفعالي، والاعتماد على الجانب الديني من خلال الصلاة والدعاء.

الحياة العلائقية لدى الحالة كانت محدودة في محيط أسرتها، حيث تتلقى الدعم من زوجها وأبنائها ولم يقيم أخواها وأختها بمساعدتها أثناء المرض لقولها "معاونونيش راجلي برك واقف معاي" وبالنسبة لآثار المرض على الحياة العلائقية أدى ذلك إلى سلوكيات التجنب والبعد من طرف أخواها وأختها مما جعل الحالة تشعر بالتجاهل وعدم التقدير لغياب المبادرة من جانبها مما سبب لها مشاعر القلق والحزن وظهر هذا من خلال نغمة الصوت الحزينة "كي نقلق نعيطلهم نتواحشهم نلوم عليهم لماه ما تفكروش فيا، ما تجيبولي والوكي تجيو خير نحس بلي أم واقفين معاي كي يبعدو نحقر روجي"، وهذا ما جعلها تحمل ألم وحزن يظهر على ملامحها باعتبار أن السند الأسري لديه أهمية بالغة خاصة بعد وفاة والديها.

تقييم الحالة لجودة الحياة عن حياتها ظهر في عدم الرضا عن الجانب المادي لعدم قدرتها أحيانا على تلبية متطلبات العلاج الذي أدى إلى ضغوط مستمرة والتفكير المفرط، إضافة إلى الجانب العلائقي الذي اتسم بمشاعر القلق والحزن نتيجة بعد الإخوة وموقفهم غير الداعم، وكذلك الجانب الصحي الذي أثر على قدراتها في القيام بالنشاطات والأعمال اليومية مما سبب نظرة سلبية اتجاه نفسها واتجاه المستقبل.

3.3 نتائج المقاييس النفسية

تميز سلوك الحالة أثناء تطبيق المقاييس النفسية بالهدوء مع قليل من التردد وتجنب التواصل البصري أثناء طرح بعض أسئلة المقاييس وطلب توضيح أغلب بنود المقاييس، وقد أخذت وقت طويل قليلا في الإجابة عنها.

جدول رقم(6): يبين نتائج المقاييس النفسية مع الحالة الثالثة

المقياس	الدرجة	الشدة
الصلابة النفسية	30	متوسطة
	28	متوسطة
	26	متوسطة
	84	صلابة متوسطة
جودة الحياة	71	متوسطة

يوضح الجدول ان مستوى الصلابة النفسية لدى الحالة كان متوسط، وقد ظهرت نتائج كل ابعاد المقياس بمستوى متوسط، وكان مستوى بعد الالتزام هو الأعلى بدرجة 30 يتبعه بعد التحكم بدرجة 28 وفي الأخير يأتي بعد التحدي بمستوى 26 درجة، ويبين هذا أن الحالة لديها مستوى من الالتزام بنمط حياتها الجديد من النظام الغذائي والدوائي والمواعيد الطبية والقيام بمسؤولياتها رغم تعقيدات المرض، فيما يظهر أن لها مستوى من التحكم في وضعها الصحي ومتقبلة للمرض كجزء من الحياة، وأخيرا تحدي العقبات والتغيرات التي تتعرض لها في حياتها كمحاولة للتكيف.

وأظهرت نتائج مقياس جودة الحياة مستوى متوسط لدى للحالة، الذي يوضح مستوى متوسط من التقبل والرضى عن الحياة في مختلف مجالاتها الجسدية، النفسية، الاجتماعية والبيئية.

4.3 التحليل العام للحالة

من خلال المقابلة العيادية، اتضح أن الحياة النفسية للحالة تتسم بالضعف والانفعالية المرتفعة، إضافة إلى ضعف القدرة على التكيف النفسي والاجتماعي مع متطلبات الحياة بعد الإصابة بداء السكري. المرض شكّل حدثاً صعباً كان له أثر نفسي عميق، نتج عنه اضطرابات في المزاج، أبرزها القلق، الحزن، الشعور بالذنب، وأعراض اكتئابية واضحة، كما لوحظت ميولات نحو العزلة الاجتماعية، وسلوكات تجنبية تعكس رفضاً ضمنياً للواقع الجديد بعد المرض. الشخصية تميل إلى الحساسية المفرطة وضعف الثقة بالنفس، مع تمركز كبير حول الأسرة كمصدر وحيد للدعم النفسي والاجتماعي.

الحياة العلائقية للحالة مركزة داخل الأسرة، حيث تتلقى الدعم الأساسي من زوجها وأبنائها، مما يمنحها بعض الاستقرار النفسي، في المقابل تعاني من ضعف العلاقات مع إخوتها، ما يسبب لها مشاعر الحزن والتجاهل ويزيد من عزلتها، مما يؤثر سلبيًا على حالتها النفسية ويقلل من شعورها بالدعم الاجتماعي.

أثر المرض على الحالة في عدة مستويات فعلى المستوى الصحي، سبب لها مضاعفات جسدية أبرزها إصابة في القدم واضطرابات هضمية، مما قلل من قدرتها على أداء الأعمال المنزلية كالسابق، وأجبرها على التخفيف من نشاطها اليومي، أما على المستوى النفسي فقد وّلد لديها مشاعر دائمة من القلق، الحزن، تأنيب الضمير، والعجز، إلى جانب انخفاض في تقدير الذات ونظرة سوداوية للمستقبل، مع نوبات بكاء وأرق متكرر، ما يدل على اضطراب في توازنها النفسي، أما على المستوى المادي، فزادت أعباء العلاج وتكاليف الغذاء الخاص من معاناتها، خاصة في ظل ظروف اقتصادية صعبة، مما أدى إلى ضغط مستمر وتفكير مفرط في كيفية تلبية حاجاتها وحاجات أسرتها، وهو ما فاقم من حالتها النفسية.

وأظهرت نتائج المقابلة العيادية أن الحالة لديها مستوى متوسط من الصلابة النفسية من حيث التكيف مع المرض الذي اخذ وقتاً من المفحوصة من اجل تقبله رغم صعوبته، فيما أظهرت مستوى متوسط في الرضا عن الحياة وجودتها على مستوى الجسدي والعلائقي والنفسي.

هذه النتائج تم تدعيمها بمقاييس النفسية في سياق التناول العيادي، حيث أظهرت نتائج مقياس الصلابة النفسية مستوى متوسطاً، ما يشير إلى امتلاكها بعض القدرات على التكيف، لكنها تبقى غير كافية لمواجهة تحديات المرض المزمن بشكل فعال. أما جودة الحياة فقد جاءت في المستوى المتوسط، حيث تراجعت بشكل ملحوظ في الجوانب النفسية والعلاقات الاجتماعية، مع رضى على الجانب الجسدي رغم المضاعفات الصحية.

من هنا تظهر أن الصلابة النفسية تلعب دوراً أساسياً في جودة حياة الحالة، حيث ظهر ان مستواها المتوسط يرتبط مع القدرة على التكيف مع المرض ومواجهة مرض السكري، مما أدى إلى مستوى متوسط في الجوانب النفسية والاجتماعية من جودة الحياة، وبذلك فإن الصلابة النفسية كان عاملاً مؤثراً في جودة الحياة لديها.

4. عرض الحالة الرابعة

1.4 تقديم الحالة

الحالة (ف) تبلغ من العمر 63 سنة، أرملة لديها 5 أبناء ثلاثة بنات وذكورين، مأكثة بالبيت، زاولت دراستها حتى مستوى المتوسط، ذات مستوى معيشي متوسط، لديها 4 إخوة، تعيش مع أبنائها الذكور بعد زواج بناتها.

تعاني الحالة من مرض السكري من النمط 1، الذي عانت منه أمها، إضافة لمعانيتها من مرض ضغط الدم والكوليسترول ومشاكل على مستوى الغدة الدرقية.

كانت الحالة متعاونة وهادئة أثناء المقابلة العيادية، حيث تميز خطابها بسيولة في الحديث والرغبة في الكلام مع ملاحظة تجنب التواصل البصري أحيانا.

حمل خطاب الحالة مجموعة من المخاوف المتمثلة في قلق حول الصحة مع مشاعر الوحدة بعد وفاة زوجها وزواج بناتها، كما أظهرت الملاحظات العيادية أثناء المقابلة ظهور مشاعر القلق والحزن.

2.4 نتائج المقابلة العيادية

أظهرت المقابلة العيادية أن الحالة تعاني من مشاعر القلق والغضب الدائم بعد وفاة زوجها الذي تم معاشته كصدمه لها ولأبنائها ومحاولتها تعويضهم عن غياب الأب، وقد تم تشخيصها بمرض السكري بعد فترة قصيرة من وفاة الزوج، يظهر ذلك في خطابها "نقلق ديما ونتغشش من الدراري ومن روحي، كي مات بوهم وخلاهم تصدموا قالولي بابا راح وماما وحدها" كما ظهر أن تقدير الذات لديها متدني، حيث أن التغيير المفاجئ في نمط حياتها أثر بشكل سلبي على حالتها النفسية، فالتكيف مع الظروف الجديدة أصبح صعبا أدى إلى حملها مشاعر سلبية أثر على نظرتها لذاتها.

تعاني الحالة من مرض السكري الذي أصيبت به منذ 6 سنوات، عندما كانت تبلغ من العمر 57 سنة وتم تشخيصها بالسكري من النمط الثاني، ليتطور بعد ذلك إلى النمط الأول المعتمد على الأنسولين، وتم تشخيص المرض عندما ذهبت للقيام بالاستشارة الطبية لدى طبيبها وطلب منها إجراء بعض التحاليل الطبية ليتم بعدها تشخيصها بمرض السكري.

مثلت تجربة تشخيص المرض لدى الحالة حدثا صعبا، حيث استجابت عند التشخيص بالقلق وعدم التقبل، الذي عبرت عنه في كلامها "كي قالولي قلقت وخفت مقدرتش نتقبلو مفهمتش علاه حكمني"، حيث أن الأحداث المقلقة تأتي بعدة مشاعر سلبية تؤثر على حياة الفرد واستقراره النفسي، وهذا ما ظهر مع الحالة، فيما حملت تصوراتها وأفكارها انشغال بكيفية العلاج والاستمرار فيه للتخلص من المرض، وعبرت عنه في قولها "وليت نحوس غير كيفاه نداوي، نشرب الدوا ونداوي ونبرا"، ويبين هذا على أن المعاش النفسي يتسم بنوع من الصراع الداخلي بين مشاعر القلق المزمن المرتبط بالمستقبل والخوف من المضاعفات، وبين الأمل والإرادة في التغيير والتحسين، مما يدل على وجود ديناميكية نفسية متقلبة لكنها تحمل مؤشرات إيجابية قليلة نحو التكيف والمرونة.

وكتعبير عن انكار المرض في بداية تشخيصه، لم تستطع أن تبدي الحالة ضعفها أمام الحدث الصعب كونها هي السند لأبنائها بعد وفاة الأب لتقديم صورة الأم القوية والتماسكة والقيام بوظائفها رغم معاناتها الداخلية وتجنب واقعها الصحي.

رد فعل اسرة الحالة عند التشخيص كان داعما من طرف إخوتها وأبنائها، حيث أصبحوا يساعدونها في الأعمال المنزلية والأنشطة اليومية كلما استطاعوا ذلك (يعاونوني فالشغل الدار لبغا بناتي يساعفوني)، كما يقدمون لها الدعم لمواجهة المرض وتقبله (يقولولي ماتقلقيش روحك بش ما يطلعلكش السكر وماتخميمش فيه لي على ربي ديرو ونتي أو قاعدة)، كما يقدم لها إخوتها الدعم المادي عند حاجتها خاصة بسبب ما يحمله المرض من متطلبات.

تكيفت الحالة مع المرض وما يفرضه في الوقت الحالي، فهو يفرض لطبيعته المزمنة نظام غذائي ودوائي محدد، والتقليل من القيام ببعض الأعمال والأنشطة اليومية، وهذا ما تم ملاحظته مع الحالة، إذ قامت رغم الصعوبات التي تواجهها مع المرض بتطوير استراتيجيات للتكيف معه.

التغيرات التي جاء بها المرض تمثلت في عدم قدرتها على القيام بالأعمال المنزلية اليومية عكس ما كانت عليه قبل الإصابة حيث عبرت عنه بقولها "ماعدتش نقدر نخدم فالدار كيما كنت قيس قيس برك" وهذا ما يفرضه هذا المرض المزمّن وأيضاً اتباع نظام غذائي مقيد تلتزم به طول فترة الإصابة بالمرض.

تُبدي الحالة مستوى من الالتزام بالخطة العلاجية المعتمدة، والتي تتضمن استعمال الأنسولين وفق التعليمات الطبية المحددة، إلى جانب تقيدها بالحمية الغذائية التي أوصى بها الطبيب المعالج. كما تتسم علاقتها بمقدمي الرعاية الصحية بالاستقرار والتفاهم، ما يعكس مستوى من التكيف مع متطلبات العلاج ودرجة جيدة من الوعي بالمرض، هذا ما ظهر في كلامها " لازم عليك تتقبل ما عندك ما تدير تبقى تداوي ولي عند ربي سبحانو مرحبا"، ورغم هذا حسب رؤيتها فإن المرض قد وضع في حياتها صعوبات لقيامها بما تريد لقولها "حايبة ندير حوايج بزاف مي مع المرض ميخلينيش، نحب نخرج، ناكل وش نحب مي الله غالب"، الذي يبين أن المرض قد حد من قدراتها ووضع عقبات في عيش حياتها بالطريقة التي تريد والقيام بنشاطاتها كالمعتاد والاهتمام بأبنائها، وهذا ما يعبر عن مستوى متدني في التحكم في مجريات حياتها ومواجهة تحدياتها مع الضغوطات والمسؤوليات التي تواجهها بعد وفاة زوجها.

مع ذلك تحاول تقبل هذا المرض رغم العقبات التي وضعها في حياتها لعدم وجود خيارات أخرى للقيام بها، إلا أنها لم تستطع مواجهة هذا المرض خاصة مع المضاعفات التي تصاحبه، الذي أثر على نظرتها للمستقبل الذي أصبح يسوده طابع اليأس أين ظهر هذا في قولها "ما بقى حتى مستقبل، رانا غير مع المرض والدوا ما راح يتبدل والو"، الذي يبين أن المرض المزمّن يتطلب التعايش المستمر معه، ما يسبب إرهاقا نفسيا دائما، وينمي شعور فقدان السيطرة على الحياة مما يساهم في ظهور المشاعر السلبية، الذي ينعكس على تصوراتها للمستقبل، التي أصبح يحمل تصورات حول المرض فقط وكيفية التعايش معه.

نوعية الحياة لدى الحالة بعد الإصابة بالمرض كانت تحمل رضى متوسط على مستوى الصحة الجسدية، حيث أثر بشكل شديد على قيامها بالأعمال المنزلية والأنشطة اليومية لما يفرضه طابع المرض الذي يستلزم تقليل النشاط المعتاد خاصة مع مضاعفاته التي تعاني منها (تورم في القدم)، وعلى المستوى النفسي جعلها تعاني من مشاعر القلق والحزن المتكررة نتيجة ضغوط الحياة التي تعرضت لها بعد وفاة زوجها الذي انعكس على نظرتها لحياتها التي أصبح يسودها اليأس والقلق عبرت عنه "نقلق بزاف ونبات نخمم يجيني لبكا"، وتجاوزا لهذا تتبع أساليب مواجهة تركز على التجنب مثل الذهاب لغرفتها وعدم الرغبة في التحدث مع أفراد أسرتها لقولها "كي يقلقوني دراري ولا نقلق وحدي منحش نهدر معاهم نقعد وحدي خير"، كذلك تعتمد على الذهاب خارج المنزل للهروب من أسلوب الحياة الضاغط، وأيضا الاعتماد على الجانب الديني كالصلاة و قراءة الأذكار اليومية.

الحياة العلائقية للحالة ظهرت ثرية، تتلقى المساعدة من طرف إخوتها وأبنائها وجيرانها بحيث تتلقى منهم الدعم المادي والنفسي، اما عن آثار المرض على الحياة العلائقية للحالة كانت تتميز بالمساندة والدعم من طرفهم خاصة بعد وفاة زوجها بحيث أصبحت هي السند الوحيد لأبنائها فأصبحوا يهتمون بصحتها وكذلك قيام أخواتها بمساعدتها في الأعمال المنزلية من الحين للآخر (يجيو يعاونوني ما يخلونيش وحدي لبغا جيرياني يجيو عندي كش ما محتاجت حاجة).

تقييم الحالة لمستوى الرضى عن حياتها كان يتسم بالسلبية في الجانب الصحي، فهي غير راضية عن حياتها خاصة من الجانب الصحي الذي يمنعها من القيام بأعمالها المنزلية وأنشطتها اليومية عكس ما كانت عليه، رغم أن الجانب العلائقي يتميز بالدعم الاسري الذي تتلقاه من قبل إخوتها و بناتها إلا أن أبنائها الذكور يسببون لها مشاعر القلق الدائم خاصة بعد زواج بناتها و وفاة زوجها وهذا لقولها "يقلقوني ذكور يديرو لمشاكل أو تعرفهم كيفاه يخممو صعاب عياوني"، ما جعلها تتحمل ضغوط الحياة ومسؤوليات كثيرة سببت لها معاناة نفسية ومشاعر سلبية اتجاه ذاتها والآخرين ونظرة تشاؤمية اتجاه المستقبل.

3.4 نتائج المقاييس النفسية

سلوك الحالة أثناء تطبيق المقاييس النفسية تميز بالتعاون والتقبل مع تجنب للتواصل البصري عند طرح بعض بنود المقاييس، كما استغرقت وقت قصير في الإجابة عن أسئلة المقاييس.

جدول رقم(7): يبين نتائج المقاييس النفسية مع الحالة الرابعة

المقياس	الدرجة	الشدة
الصلابة النفسية	41	متوسطة
	27	متوسطة
	23	متوسطة
	91	صلابة متوسطة
جودة الحياة	87	متوسطة

توضح النتائج ان مستوى الصلابة النفسية لدى الحالة كان متوسط، وقد ظهرت نتائج كل ابعاد المقياس بمستوى متوسط، وكان مستوى بعد الالتزام هو الأعلى بدرجة 41 يليه بعد التحكم بدرجة 27 وفي الأخير بعد التحدي بمستوى 23 درجة، ويبين هذا أن الحالة لديها مستوى من الالتزام والمسؤولية اتجاه حياتها الصحية والاجتماعية والخطط العلاجية، فيما يظهر أن لها مستوى من التحكم والقدرة على التأثير في مجريات حياتها، وأخيرا لديها مستوى من تحدي الصعوبات وتكيف مع المرض.

وأوضحت نتائج مقياس جودة الحياة مستوى متوسط من جودة الحياة للحالة، الذي يظهر تحقيق درجة من التكيف مع المرض وبعض الصعوبات المرتبطة به في حياتها في مختلف الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية.

4.4 التحليل العام للحالة

أظهرت المقابلة العيادية أن الحالة تعاني من آثار نفسية سلبية ناتجة عن صدمة وفاة زوجها، والتي تزامنت مع فترة تشخيصها بمرض السكري، ما زاد من شدة وقع الحدث عليها، كما تعاني من مشاعر القلق والغضب، وتُظهر مؤشرات على ضعف تقدير الذات وصعوبة في التكيف مع الوضع الصحي الجديد، مع وجود ديناميكية نفسية تتراوح بين القلق من المستقبل ومحاولات التكيف الإيجابي، عبّرت كذلك عن مشاعر الحزن واليأس وضعف السيطرة على حياتها، رغم محاولتها إظهار التماسك أمام أبنائها وتحمل المسؤولية بعد وفاة زوجها.

الحالة تتمتع بحياة علائقية قائمة على الدعم والمساندة، لكنها تعيش أيضًا ضغوطًا داخل علاقاتها الأسرية، خاصة مع أبنائها الذكور، ما يؤثر على توازنها النفسي ويزيد من التوتر اليومي لديها. ومع ذلك، تبقى هذه العلاقات مصدرًا أساسيًا للتكيف والدعم في مواجهة المرض.

أثر المرض على الحالة صحيًا من خلال تراجع قدرتها على أداء الأنشطة اليومية وظهور مضاعفات كتورم القدم، مما حدّ من حركتها ونشاطها، كما فرض عليها التزامًا بنظام علاجي وغذائي صارم، وعلى المستوى النفسي تعاني من القلق، الحزن، وانخفاض تقدير الذات، مع نظرة تشاؤمية للمستقبل، ما يدل على معاناة نفسية مستمرة وصعوبة في التكيف مع المرض.

تُظهر المقابلة العيادية مع الحالة مستوى متوسط من الصلابة النفسية، في كونها تحاول تقبل المرض عن طريق الالتزام بالعلاج رغم الصعوبات التي يفرضها ومضاعفاته، والانخراط في الحياة اليومية من منظور المسؤولية اتجاه الأبناء، مع محاولة التحكم في مجريات الحياة والتأثيرات التي سببها المرض، وتوجه نحو تحدي الصعوبات والعوائق التي تعيشها، كما بينت إن جودة الحياة لدى الحالة متوسطة عموما في ابعادها الجسدية والنفسية وجيدة في جانبها الاجتماعي.

هذه النتائج تم تدعيمها بنتائج المقاييس النفسية في سياق التناول العيادي، حيث أظهرت نتائج مقياس الصلابة النفسية مستوى متوسط، حيث كان أعلى أبعادها الالتزام، ما يدل على إحساسها بالمسؤولية والجدية في التعامل مع وضعها الصحي والاجتماعي، يليه التحكم، ثم التحدي، هذا يعني أن الحالة تمتلك بعض القدرات في مواجهة الصعوبات والتكيف مع المرض، رغم وجود معوقات نفسية ومشاعر سلبية تعيقها أحيانًا، أما نتائج مقياس جودة الحياة بينت مستوى متوسطا في الرضا عن الحياة،

حيث حققت نوعًا من التكيف مع المرض، خاصة في ما يتعلق بالعلاج والتعايش، لكنها ما زالت تعاني من تدهور في الصحة الجسدية، وضغوط نفسية.

وتشير المعطيات إلى أن الإصابة بداء السكري قد أثرت سلباً على التوازن النفسي والحالة الجسدية للحالة، ما يعكس صعوبة التكيف مع الضغوط المرتبطة بالمرض، ويبدو أن محدودية مستوى الصلابة النفسية لدى الحالة قد أسهمت في ضعف القدرة على التكيف الإيجابي، مما انعكس على تدهور جودة الحياة وانخفاض الإحساس بالرضا العام.

5. مناقشة النتائج

من خلال نتائج المقابلة العيادية مع الحالات الأربع ظهر أن الحياة النفسية لديهم تميزت بالهشاشة والقلق حول المستقبل بسبب المرض حيث ظهر أن الحالة الأولى تتسم بهشاشة واضحة في الحياة النفسية، وعدم الاستقرار، الوحدة، والبحث عن السند، نتيجة تشخيص مرض السكري وتزامنه مع فقدان شخص عزيز، اذ مثلت تجربة تشخيص المرض حدثًا صدميًا مؤلمًا، استجابت له بالرفض والخوف، وانعكست من خلال مشاعر سلبية وفقدان للأمل، وقد عبّرت عن تصوراتها حول نهاية حياتها وأن المرض فرض نمطًا قاسيًا يعتمد على الدواء فقط، وباعتبار الحالة أمًا لخمس أطفال وفي مرحلة حمل، زاد من ألم تلقي التشخيص، إذ امتد خوفها إلى مصير أبنائها، رغم التفسيرات العائلية التي اعتبرت حالتها سكري حمل، مما منحها بصيص أمل مؤقت.

وكذلك الحال مع الحالة الثانية التي تعيش حالة من التوتر النفسي والخوف الشديد من تطور حالتها للأسوأ ورفضها للأنسولين الذي يبرز مستوى القلق المرتفع والخوف من فقدان السيطرة على الجسد لديها فقد كان الإعلان عن المرض بمثابة حدث مؤلم، عبّرت عنه بالخوف الشديد، والقلق من المستقبل، وتخوّفها من تطوّر حالتها الصحية نحو الأسوأ، خاصة حين أشارت إلى رفضها القاطع للعلاج بالأنسولين، وامتناعها عن العودة إلى الطبيب الذي اقترحه، هذا الموقف يُبرز مستوى القلق والخوف، وهو ما جعلها تتجه نحو أساليب إنكارية في تعاملها مع المرض، عبر الانشغال المفرط بالأعمال المنزلية كوسيلة دفاعية لإبعاد التفكير السلبي.

أما الحالة الثالثة فقد اتسمت حياتها النفسية بالضعف والانفعالية وصعوبة التكيف مع الإصابة بالمرض التي شكلت حدثًا صعبًا كان له أثر نفسي عميق نتج عنه انخفاض في المزاج والشعور بالذنب والعزلة والحساسية المفرطة مع سلوكيات تجنبية، وقد كان تشخيص المرض حدثًا قاسيًا ومؤلمًا للحالة باعتبارها أمًا لثلاثة أطفال وربة منزل لها دور مهم داخل أسرتها وعند إصابتها بالمرض تخلت عن بعض مسؤولياتها من أجل طلب العلاج في بعض الأحيان وهذا ما سبب لها مشاعر القلق والخوف حول مستقبل أبنائها وزوجها أكثر من خوفها على نفسها لعدم وجود من يهتم بهم في غيابها في حين بدا ان الحالة الرابعة تعاني من آثار نفسية سلبية ناتجة عن وفاة زوجها، والتي تزامنت مع فترة تشخيصها بمرض السكري، مثلت تجربة تشخيص المرض لدى الحالة حدثًا صعبًا، حيث استجابت عند التشخيص بالقلق وعدم التقبل، وانعكس ذلك من خلال مشاعر القلق والغضب، وتُظهر مؤشرات على ضعف تقدير الذات وصعوبة في التكيف مع الوضع الصحي الجديد، مع وجود ديناميكية نفسية تتضمن القلق حول المستقبل ومحاولات التكيف الإيجابي، عبّرت كذلك عن مشاعر الحزن واليأس وضعف السيطرة على حياتها، رغم محاولتها إظهار التماسك أمام أبنائها وتحمل المسؤولية بعد وفاة زوجها.

كما بينت المقابلة العيادية مستوى متدني من الصلابة النفسية لدى الحالة الأولى، من حيث صعوبة في تقبل الإصابة بالمرض في البداية، ثم القدرة على المواجهة الفعالة مع الواقع الذي أحدثه، والتكيف معه والقدرة على تجاوز الصعوبات التي صاحبها، فيما بينت مستوى متدن في الرضا عن الحياة وجودة الحياة على مستوى الصحة الجسدية والنفسية والعلائقية، في حين تُظهر الحالة الثانية مستوى متوسطًا من الصلابة النفسية، فهي رغم رفضها للمرض في البداية، بدأت تدريجيًا في تقبله، والتكيف مع تبعاته من خلال الحمية والأنشطة اليومية، مما يدل على نوع من التكيف، إلا أنه يقوم على التجنب

والهروب أكثر من كونه تكيف مع الواقع الصحي الجديد، كما ظهر لديها مستوى من الرضى بالوضعية التي تعيشها خاصة في جانبها العلائقي وعلى المستوى النفسي فكان انشغالها القلبي اتجاه المستقبل حول مضاعفات المرض وفقدان السند، أما الحالة الثالثة فأظهرت مستوى متوسط من الصلابة النفسية، في كونها تحاول تقبل المرض عن طريق الالتزام بالعلاج رغم الصعوبات التي يفرضها ومضاعفاته، والانخراط في الحياة اليومية من منظور المسؤولية اتجاه الأبناء، مع محاولة التحكم في مجريات الحياة والتأثيرات التي سببها المرض، وتوجه نحو تحدي الصعوبات والعوائق التي تعيشها، كما ظهرت جودة الحياة لديها متوسطة عموماً في ابعادها الجسدية والنفسية وجيدة في جانبها الاجتماعي، وفيما يخص الحالة الرابعة فقد اظهرت مستوى متوسط من الصلابة النفسية من حيث التكيف مع المرض الذي اخذ وقتاً لتقبله رغم صعوبته، فيما أظهرت مستوى متوسط في الرضا عن الحياة وجودتها على مستوى الجسدي والعلائقي والنفسي.

هذه النتائج المحصل عليها من خلال المقابلة العيادية، جاءت لتدعمها نتائج المقاييس النفسية المستخدمة في سياق المقاربة العيادية المدعمة، حيث بينت نتائج مقياس جودة الحياة والصلابة النفسية النتائج الموضحة ادناه.

جدول رقم (8) يبين نتائج المقاييس النفسية مع الحالات الرابع

الحالات	الحالة 1	الحالة 2	الحالة 3	الحالة 4
المقاييس النفسية	98	89	84	91
مقياس الصلابة النفسية	متوسطة	متوسطة	متوسطة	متوسطة
مقياس جودة الحياة	72	69	71	87
	متوسطة	متوسطة	متوسطة	متوسطة

يوضح الجدول ان مستوى الصلابة النفسية لدى الحالات الأربعة كان متوسط، وقد ظهرت نتائج كل ابعاد المقياس بمستوى متوسط، بالنسبة للحالة الأولى كان مستوى بعد التحدي هو الأعلى بمستوى 37 يليه مستوى بعد الالتزام بدرجة 33 وفي الأخير قيمة بعد التحكم بدرجة 28، في حين الحالة الثانية والثالثة والرابعة نلاحظ أن بعد الالتزام هو الأعلى، فقد أظهرت النتائج بالنسبة للحالة الثانية بعد الالتزام بمستوى 34 يليه مستوى بعد التحدي بدرجة 30 وفي الأخير قيمة بعد التحكم بدرجة 25.

أما الحالة الثالثة كان مستوى بعد الالتزام بدرجة 30 يتبعه بعد التحكم بدرجة 28 وفي الأخير يأتي بعد التحدي بمستوى 26 درجة، والحالة الرابعة مستوى بعد الالتزام بدرجة 41 يليه بعد التحكم بدرجة 27 وفي الأخير بعد التحدي بمستوى 23 درجة، ويبين هذا مستوى التحدي الخاص بصعوبات وتعقيدات المرض والتكيف معه وبالنسبة للتحكم القدرة على التأثير في مجريات الحياة، فيما يظهر ان بعد الالتزام خاص ومتعلق بنمط الحياة الجديد بعد المرض،

وبينت نتائج مقياس جودة الحياة مستوى متوسط في جودة الحياة لدى الحالات حيث بلغت أكبر نسبة 87 وهي خاصة بالحالة الرابعة تليها الحالة الأولى بنسبة 72 ثم الحالة الثالثة بنسبة 71 وفي الأخير الحالة الثانية بنسبة 69، نتيجة المقياس التي تظهر تحقيق درجة من التكيف مع المرض وبعض الصعوبات المرتبطة به في حياتهم في مختلف الجوانب الجسدية والنفسية والاجتماعية والبيئية.

تظهر النتائج ان الحالات الثانية والثالثة والرابعة كانت لها قدرات في الصلابة النفسية تتمحور أكثر حول بعد الالتزام لتشير الى الانخراط في الحياة اليومية وشعور بوجود معنى للحياة في ما يقومون به، مع الالتزام بالشروط الضرورية للتعاش مع المرض مثل البروتوكول العلاجي الموصوف، في حين يشير ارتفاع مستوى بعد التحدي لدى الحالة الأولى الى رؤية الظروف الصعبة والمرض كفرصة للنمو والتعلم، والرغبة في تجاوز مصدر المعاناة. فيما يشير بعد التحكم الذي يعبر عنه من خلال الإحساس بالقدرة على التأثير في مجريات الحياة بسبب المرض، حيث يظهر البعض قدرة على تحكم داخلي في الحياة، ويبيد البعض الاخر استجابة كنتيجة حتمية للوضعية التي يعيشها.

من خلال النظر الى نتائج المقابلة العيادية والمقاييس النفسية مع حالات البحث ظهر ان لدى الحالات معاناة نفسية واضحة، تم معاشتها قبل الإصابة بمرض السكري لدى البعض وتفاقت شدتها لدى الاخرين، وكان لتشخيص المرض أثر سلبي عنيف اذ تم معاشته كحدث صعب مؤلم وأحياناً كحدث صدمي ألقى بالاختلال على الحياة النفسية لديهم، وانعكس من خلال معاناة نفسية ساهم الدعم الاسري في تخفيفها، في حين ان غياب هذا الدعم قد عززها وجعل الحالة تعيش ألم المرض ومشاعر الوحدة، وفي هذا السياق ظهرت الصلابة النفسية كمورد نفسي داخلي يقوم على مجموعة من السمات الشخصية والقدرات الذاتية التي تدعم الفرد في مواجهة الصعاب والشدائد في الحياة، ففي حين كانت المستويات المتوسطة في هذه القدرة النفسية عامل حماية امام التشخيص بالمرض المزمن، فان ضعف الصلابة النفسية قد ضاعف من الانعكاس النفسي على الفرد في مثل هذه الاحداث الحياتية.

وقد ظهر جليا من خلال نتائج الحالات العيادية المدروسة في هذا البحث دور الصلابة النفسية كعامل حماية عند المرض، وعلاقتها بجودة الحياة، حيث لاحظنا أن الحالات التي أظهرت مستوى متوسط من الصلابة النفسية قد أظهرت مستوى رضى مقبول عن الحياة في مختلف مستوياتها، النفسية، العلائقية والجسدية والبيئية، في حين ان تلك التي تميزت بصلابة نفسية متدنية فقد بدت غير راضية عن الحياة، وكان مستوى جودة حياتها متدنياً، ومن هنا يظهر الارتباط الوثيق بين الصلابة النفسية كعامل نفسي مهم يحدد نظرة الفرد الى قدراته والفرص المتاحة لديه، وتوجهه نحو تحدي الصعاب واعتبارها فرصاً للتطور والنمو، وأيضا يحدد مستوى رضاه عن الحياة باعتبارها حياة تستحق أن تُعاش.

هذه النتائج تأتي لتدعم البناء النظري الذي قمنا بمراجعته في هذا البحث حيث توافق ما ذهبت اليه كوبازا في تنظيرها لمفهوم الصلابة النفسية، حيث ان الأفراد الذين يتمتعون بصلابة نفسية يظهرون قدرة أعلى على الصمود والانجاز والتحكم والسيطرة على حياتهم، في حين يعاني الأقل صلابة نفسية من أعراض والقلق والتوتر مع تدني مستوى ضبط النفس الخارجي. (عوالي، 2016، ص38) وهو ما ظهر لدى الحالات من خلال ضعف التكيف واستيعاب التحديات التي خلفها المرض.

وقد بينت النتائج ان الحالات تعاني مشاعر الإحباط وتدني قيمة الذات المميز للمعاش النفسي للمرض، والذي يصف مستوى متدني من الصلابة النفسية التي لا تتيح التكيف الفعال مع الواقع الجديد، اذ تعتبر الصلابة النفسية عامل حماية امام الصدمات، وتتيح للفرد التعامل مع الإحباط والصدمات النفسية والمشاكل اليومية والقدرة على حل المشاكل والتفاعل بسلاسة مع الآخرين ومعاملة الآخرين باحترام واحترام الذات. (العنزي، 2018، ص207)

من جهة أخرى ظهر لدى الحالات مستوى متوسط ل جودة الحياة، من خلال رضى متوسط عن الحياة في الجوانب الصحية الجسدية والنفسية التي طبعها التشاؤم، اذ يشير سليجمان ان جودة الحياة تعتمد على أبعاد عديدة تظهر منذ الصغر من خلال تصورات تعتمد في أساسها على التفاؤل (بورزق وشلاي، 2016، ص86) كما أن العلاقة بين المرض المزمن وجودة الحياة علاقة معقدة، حيث لا تتأثر بالأعراض الجسدية أو مسار المرض فقط، وإنما أيضًا بالعوامل النفسية والاجتماعية مثل الدعم الاجتماعي، الصحة النفسية، وتكيف المريض مع حالته. (زعطوط، 2013، ص 44)

ولابد أن نشير إلى أهمية التفاؤل والتشاؤم كعوامل نفسية مؤثرة في جودة الحياة، حيث يُسهم التفاؤل في تعزيز التكيف الإيجابي، بينما يُعد التشاؤم عاملاً مثبطاً يرتبط بزيادة التوتر، وتراجع القدرة على المواجهة، ما يؤثر سلباً على جودة الحياة. وهذا ما أكدته نظرية "رايف" حول مفهوم السعادة النفسية، أين يرى بأن جودة الحياة تنعكس في مدى شعور الفرد بالسعادة كما تتجلى في قدرته على مواجهة الأزمات التي يمر بها خلال مختلف مراحل حياته. (شيخي، 2014، ص85)

توافق النتائج المحصل عليها ما توصلت اليه دراسة سعد جمعه، 2020 من ان جودة الحياة ترتبط بالمساندة الاجتماعية اذ ان عدم تلقي الحالة دعم اجتماعي مناسب ارتبط بمستوى متدني من جودة الحياة، ويوافق أيضا ما توصلت اليه دراسة لعربي وقارة 2023 في وجود علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة، اذ ظهر ارتباط ايجابي بين مستوى متدني من الصلابة مع مستوى متدني من جودة الحياة. وتوافق أيضا ما توصلت إليه دراسة تركي 2023 على وجود علاقة ارتباطية موجبة بين الصلابة النفسية ونوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلى مستوى منخفض من الصلابة النفسية وتوافق أيضا ما توصل إليه دراسة راشد وزملاؤه 2024 والتي اسفرت عن جود علاقة ارتباطية إيجابية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة إذ أن توفير الشعور بالصلابة النفسية يسهم في زيادة الشعور بجودة الحياة.

1.5 مناقشة الفرضيات

نصت الفرضية الجزئية الأولى على وجود صلابة نفسية منخفضة لدى مرضى السكري، ومن خلال النتائج المحصل عليها يظهر ان الفرضية قد تحققت مع الحالة الأولى التي بدت لديها صلابة نفسية متدنية وحالة معاناة نفسية واضحة، في حين لم تتحقق الفرضية مع الحالات المتبقية ويعود ذلك لاختلافات فردية بين الحالات وسمات الشخصية والدعم الاجتماعي الذي كان عامل مهم في تعزيز قدرة الفرد على التكيف ما انعكس إيجاباً على مستوى الصلابة النفسية.

نصت الفرضية الجزئية الثانية على وجود جودة حياة منخفضة لدى مرضى السكري، ومن خلال النتائج المحصل عليها فقد ظهرت الحالة الأولى بمستوى متدني في جودة الحياة، من خلال عدم

الرضى عن حياتها في مختلف الجوانب النفسية والعلائقية والجسدية والبيئية، وكانت لديها تصورات تحمل التشاؤم إزاء المستقبل، أما الحالات المتبقية فقد ظهرت لديهم جودة حياة متوسطة، ما يشير الى عدم تحقق الفرضية مع الحالة الثانية والثالثة والرابعة، ويرجع ذلك الى دور الدعم الاسري كعامل حماية امام الصعوبات التي يواجهها الفرد ويجعله يعيش الهدوء في نظرته للحياة حيث ان هناك مورد اجتماعي يحتضنه ويمكن الاستناد عليه عند الحاجة.

نصت الفرضية العامة للبحث على وجود علاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، ومن خلال النتائج المحصل التي أظهرت أن الصلابة تلعب دورا محوريا في تعزيز جودة الحياة والتكيف مع المواقف الصعبة والتغلب على التحديات، حيث ان الحالات التي أظهرت مستوى متوسط من الصلابة النفسية قد ظهر لديها رضى وجودة حياة متوسطة، في حين ان الحالة الأولى التي بدت لديها صلابة نفسية متدنية، قد ظهرت لديها جودة الحياة متدنية، ومن هنا يظهر ان الفرضية قد تحققت وهناك علاقة إيجابية بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري.

تكتسي هذه النتائج أهمية من الناحية العيادية حيث يظهر ان الصلابة النفسية تلعب دورا كعامل مساهم في تحسين جودة الحياة لدى المصابين بالامراض المزمنة، إذ أن الأفراد الذين يتمتعون بمستوى عالٍ من الصلابة النفسية قادرون على التكيف بشكل أفضل مع الضغوط النفسية والجسدية المرتبطة بالمرض، مما ينعكس على تحسن نوعية وجودة حياتهم، سواء من الناحية النفسية أو الجسدية أو الاجتماعية ومنه يمكن العمل على هذه الجوانب من أجل تحسين حياتهم وتكفيهم مع تحديات المرض المزمن ورضاهم عن الحياة، وذلك بالعمل على توفير الدعم الاجتماعي والمؤسسي من طرف الشبكات الاجتماعية، وأيضا من خلال توفير برامج التدخل النفسي التي تعمل على تنمية تقدير الذات وحل المشكلات وتأكيد الذات وتسيير القلق. ويمكن استغلال هذه النتائج في تصميم برامج تدخل نفسي تهدف إلى تعزيز الصلابة النفسية لدى المرضى، سواء عبر جلسات الدعم النفسي، أو من خلال تطبيقات ذكية رقمية تدمج تدريبات نفسية موجهة.

كما تمهد هذه النتائج الطريق لتطوير أدوات تشخيصية تساعد في رصد الحالات الأكثر عرضة لتدني جودة الحياة بناءً على مستوى صلابتهم النفسية، مما يتيح تدخلا مبكراً أكثر فعالية، وتكمن الإضافة العلمية لهذا البحث في تسليط الضوء على البعد النفسي في التعامل مع مرض السكري، مما يثري التوجهات الحديثة نحو الرعاية الشاملة متعددة الأبعاد والتخصصات.

وفي سياق النظر لأفاق البحث في الموضوع؛ من المهم البحث حول مكانة متغير جودة الحياة لدى المصابين بأمراض جسدية أخرى، كما يمكن البحث في العوامل النفسية منذ الطفولة المساهمة في الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى الافراد، ضف الى ذلك أنه من الضروري بناء برامج تدخل نفسي مخصصة تهدف إلى تعزيز الصلابة النفسية، من حيث مدى تأثيرها على تقبل المرض والتكيف مع العلاج، إضافة إلى ذلك، يظل من المهم دراسة العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة في سياقات ثقافية ومجتمعية مختلفة، حيث تلعب التصورات الثقافية والدينية دورا مهما عند معايشة الازمات الصحية، كل هذه الافكار تفتح المجال أمام أبحاث مستقبلية قد تسهم في بناء نماذج تدخل ومرافقة شاملة وأكثر فاعلية لمرضى السكري.

تبقى النتائج المحصل عليها في هذه الحالات خاصة بهم، وفي الوقت الذي تمت فيه الدراسة، اذ يتميز السلوك الإنساني بالثبات النسبي، ومع ذلك يمكننا ذلك فهم عديد القوانين التي تحكم الحياة النفسية للأفراد كما أنها تظل صالحة ضمن السياق الذي أُجريت فيه، سواء من حيث عدد المشاركين أو خصائصهم الاجتماعية والصحية، فكل حالة تُعد فريدة من نوعها، سواء من حيث الاستجابة النفسية أو الظروف المحيطة بها، وهو ما يفرض الحذر في تعميم النتائج، كما أن العوامل الثقافية، والدعم الأسري، والفروق الفردية في الشخصية، قد تلعب دورًا في تشكيل العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة، لذلك تبرز الحاجة إلى إجراء بحوث مستقبلية على عينات أكبر وأكثر تنوعًا، مع اعتماد مناهج متعددة كمية ونوعية للتحقق من ثبات النتائج، وفهم أعمق للديناميات النفسية المرتبطة بإدارة مرض السكري.

خلاصة الفصل

لقد أسهمت المقاربة العيادية المعتمدة في هذا البحث في تقديم نتائج كيفية تسمح فهم الحياة النفسية للحالات المدروسة، حيث ساهم المنهج العيادي في اعطاءنا صورة واضحة للشخصية في جانبها الفردي والشمولي، وذلك من خلال الاعتماد على المقابلة العيادية ومقاييس الصلابة النفسية وجودة الحياة في سياق المقاربة العيادية المدعمة، التي تجمل بين التقدير النوعي والكمي للنتائج.

تبين من خلال النتائج المحصل عليها دور الصلابة النفسية كقدرة نفسية داخلية كعامل مساهم في تقييم جودة الحياة لدى الفرد، حيث تشير من خلال ابعادها الثلاث الى قدرة لمواجهة الصعاب والأزمات الصحية مثلما ظهر في هذا البحث، اين يلعب الالتزام دورا في الانخراط في الحياة اليومية والشعور بوجود معنى للحياة في ما يقوم به الفرد، مع الالتزام بالشروط الضرورية للتعايش مع المرض مثل البروتوكول العلاجي الموصوف، في حين يشير التحدي الى رؤية الظروف الصعبة والمرض كفرصة للنمو والتعلم وتحقيق إنجازات رغم الألم، والرغبة في تجاوز مصدر المعاناة. فيما يشير التحكم الى الإحساس بالقدرة على التأثير في مجريات الحياة بسبب المرض، ويعبر كل ذلك على قدرة في التحكم الداخلي في الحياة.



خاتمة البحث



يعتبر تشخيص داء السكري من الأحداث الصعبة التي يمكن ان يواجهها الفرد في حياته، وتنعكس على حياته من خلال المعاناة النفسية، وتختلف استجابته إزاء هذا الحدث تبعاً لعدد العوامل النفسية والعلائقية والموضوعية، من اجل هذا جاء هذا البحث ليدرس دور الصلابة النفسية كعامل حماية نفسي امام الاختلالات النفسية التي قد يلقي بها الإصابة بالمرض المزمن، وتساعد الفرد على المواجهة المتكيفة ومن ثم تسهم في الرضى عن الحياة الجديدة رغم المرض، حيث تمنح الأفراد القدرة على مواجهة الأزمات بثبات ومرونة، ووفقاً لنظرية كوبازا، تركز الصلابة النفسية على ثلاثة أبعاد: الالتزام، التحكم، والتحدى، إذ يتسم الأفراد ذوو الصلابة النفسية المرتفعة بالقدرة على التكيف، والنظر إلى التحديات كفرص للنمو، مما ينعكس إيجابياً على صحتهم النفسية، أما أصحاب الصلابة المنخفضة، فيميلون إلى الشعور بالعجز والانفعال السلبي، مما يزيد من تعرضهم للضغوط والاضطرابات النفسية.

ومن اجل تناول دور هذا العامل النفسي في جودة الحياة إرتائنا القيام ببحث علمي يسمح بفهم هذه العلاقة، فانطلقنا من سؤال يبحث العلاقة بين الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مريض السكري، واتبعنا المنهج العيادي واستراتيجية دراسة الحالة على 4 حالات من النساء تتراوح أعمارهم بين 57 و64 سنة ومن خلال تحليل نتائج المقابلات العيادية والمقاييس النفسية المطبقة على حالات البحث، تبين أن هذه الحالات تعاني مع معاناة نفسية واضحة، ظهرت لدى بعضهم قبل الإصابة بمرض السكري وتفاقمت حدتها بعد التشخيص، في حين ظهرت لدى آخرين بشكل أكثر حدة بعد الإصابة، وقد كان لتشخيص المرض أثر سلبي عنيف، تمت معاشته كحدث صعب ومؤلم، بل وأحياناً كحدث صدمي أخل بالتوازن النفسي لديهم مما انعكس على شكل معاناة نفسية متفاوتة الشدة، وقد ساهم الدعم الأسري في التخفيف من هذه المعاناة لدى بعضهم بينما ساهم غيابه في تعزيزها وجعل الحالة تعيش تجربة المرض في ظل مشاعر الوحدة والألم.

وفي هذا السياق، برزت الصلابة النفسية كمورد نفسي داخلي، يتكوّن من مجموعة من السمات الشخصية والقدرات الذاتية التي تُمكن الفرد من مواجهة الصعوبات والشدائد في الحياة، فقد شكّلت المستويات المتوسطة من هذه القدرة النفسية عامل حماية أمام وقع تشخيص المرض المزمن، بينما أدى ضعف الصلابة النفسية إلى مضاعفة الانعكاسات النفسية السلبية الناتجة عن مثل هذه الأحداث الحياتية.

وقد أظهرت نتائج الدراسة العيادية بوضوح دور الصلابة النفسية كعامل حماية في سياق التعايش مع المرض، وعلاقتها المباشرة بجودة الحياة، إذ لاحظنا أن الحالات التي أظهرت مستوى متوسطاً من الصلابة النفسية عبّرت عن مستوى رضى مقبول عن حياتها بمختلف أبعادها: النفسية، العلائقية، الجسدية والبيئية، بينما بدت الحالات ذات الصلابة النفسية المتدنية غير راضية عن حياتها، وكانت جودة حياتها منخفضة. ومن هنا تظهر العلاقة بين الصلابة النفسية كعامل نفسي أساسي يؤثر في إدراك الفرد لذاته، وقدراته، وفرصه المتاحة، ويحدد نظرتة للأحداث الصعبة باعتبارها فرصاً للنمو والتطور، ويحدد في الوقت ذاته مستوى رضاه عن حياته، باعتبارها حياة تستحق أن تُعاش.

ونظراً لما تقدم، وما توصلنا إليه من نتائج في هذا البحث، نُقدّم مجموعة من الاقتراحات التي تؤكد على أهمية الصلابة النفسية في تحسين نمط حياة مرضى السكري، سواء من الناحية النفسية أو

الجسدية أو الاجتماعية، ويمكن الانطلاق من هذه النتائج للعمل على تعزيز هذه الأبعاد، بما يسهم في تحسين جودة حياة المرضى وتكيفهم مع تحديات المرض المزمن ورفع مستوى رضاهم عن الحياة، ويتطلب ذلك توفير الدعم الاجتماعي والمؤسسي من طرف الشبكات الاجتماعية المحيطة، إلى جانب تطوير برامج تدخل نفسي تُعنى بتنمية تقدير الذات، وحل المشكلات، وتأكيد الذات، وتسيير القلق، كما يمكن استثمار هذه النتائج في تصميم تدخلات نفسية موجهة تهدف إلى تعزيز الصلابة النفسية، سواء من خلال جلسات الدعم النفسي الفردي أو الجماعي، مع تقديم تدريبات نفسية مخصصة، بما يعزز موارد التكيف الداخلي لدى المرضى ويُحسن من تعايشهم مع المرض.

اقتراحات البحث

استنادًا إلى نتائج البحث الميداني وتحليل المعطيات الخاصة بعلاقة الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى مرضى السكري، نقدم مجموعة من المقترحات التي يمكن أن تساهم في تحسين جودة الحياة النفسية والاجتماعية للمرضى، والتكفل بهم نفسيًا بطريقة فعالة.

تقديم الدعم النفسي الفردي أو الجماعي تهدف إلى تعزيز الصحة النفسية لدى المرضى، خاصة من خلال أساليب العلاج المعرفي السلوكي.

تقديم مرافقة نفسية لعائلات المرضى، ومساعدتهم على تطوير طرق التعامل مع مرضاهم، وذلك لما للدعم العائلي من دور في تحسين جودة حياة المريض.

ضرورة استعمال مقاييس نفسية مقننة ومترجمة ثقافيًا لتقييم كل من الصلابة النفسية وجودة الحياة لدى المرضى المصابين بأمراض مزمنة، وخاصة داء السكري.

إدراج تقييم نفسي دوري يشمل الصحة النفسية ضمن الملف الصحي للمريض، مما يسمح بالتدخل المبكر في حالة وجود مؤشرات سلبية.

إعداد برامج توعوية لفائدة المرضى، تهدف إلى تنمية الأمل، والتفاؤل، كعوامل نفسية تؤثر إيجابيا في جودة الحياة.

تشجيع المرضى على الانخراط في أنشطة رياضية واجتماعية ملائمة لوضعهم الصحي، ما يعزز ثقتهم بأنفسهم ويقلل من مشاعر العجز.

توفير بيئة علاجية مريحة نفسيًا، تتيح للمرضى التعبير عن مشاعرهم ومخاوفهم دون خوف أو وصم.

في ضوء البحث الحالي، يمكن اقتراح المواضيع البحثية التالية:

- العلاقة بين الدعم الاجتماعي وجودة الحياة النفسية لدى مرضى السكري.
- دراسة مقارنة للصلابة النفسية بين مرضى السكري النمط الأول والنمط الثاني.
- جودة الحياة والصلابة النفسية لدى المراهقين المصابين بالسكري.
- العلاقة بين الضغوط النفسية اليومية ونوعية الحياة لدى مرضى السكري.

صعوبات البحث

عدم توفر مكاتب خاصة داخل المستشفى لإجراء المقابلات النفسية، في ظروف لا تحترم مبدأ السرية والراحة النفسية للضروريين في العلاقة العيادية.

تردد بعض المرضى في الإجابة عن الأسئلة، ما تطلب منا جهودًا إضافية لبناء علاقة ثقة.

كنا بحاجة الى وقت كافي في الجانب الميداني لدراسة حالات أخرى، غير ان الوقت الممنوح من قبل المؤسسة المستقبلية لم يكن كاف لذلك.



قائمة المراجع



برايح نعيمة (2020). أطروحة دكتوراه بعنوان جودة الحياة وعلاقتها بالتفكير الابتكاري ودافعية الانجاز الأكاديمي لدى طلبة الجامعة. كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية. جامعة محمد بوضياف . المسيلة. الجزائر.

برايح نعيمة. كفي عزوز(2020). مستوى جودة الحياة لدى طلبة علم النفس بجامعة المسيلة. مجلة دراسات نفسية وتربوية. العدد1. المجلد13. ص-ص: 291-312.

بوخروف سمير.(2019). دور استراتيجيات المواجهة والصلابة النفسية في تعديل العلاقة بين الضغط النفسي المهني ونوعية الحياة في العمل لدى الممرضين العاملين في مصالح الأمراض المعدية. رسالة دكتوراه غير منشورة . تخصص علم نفس الصحة . جامعة الجزائر 2 – أبو القاسم سعد الله –

بوخلخال علي. بكاي رشيد.(2018). المكانة والرعاية الاجتماعية لمرضى السكري داخل الأسرة الجزائرية. مجلة دراسات وأبحاث المجلة العربية في العلوم الانسانية والاجتماعية. العدد04, صفحة(489-501)

بورزق كمال. شلالى لخضر (2016). جودة الحياة لدى المراهقين الأيتام-دراسة ميدانية بمدينة الاغواط. مجلة العلوم القانونية والاجتماعية الصادرة عن جامعة زيان عاشور بالجلفة . العدد 4. ص-ص: 77-112.

بوفج وسام. (2018). استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية وجودة الحياة لدى المعلمين المصابين بالسكري. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه. أطروحة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس المرضي للراشد. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

بومدين فاطنة. (2018). الضغوط الاجتماعية والعوامل الوراثية وعلاقتها بالأمراض المزمنة لدى عينة مرضى السكري والضغط الدموي. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث LMD. "أطروحة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم الاجتماع. جامعة عمار ثليجي . الأغواط.

تركي أمال (2023). الصلابة النفسية وعلاقتها بنوعية الحياة لدى مرضى السكري. مجلة العلوم النفسية والتربوية. العدد1. ص-ص: 147-158.

تركي أمال. (2021). علاقة كل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية المدركة بنوعية الحياة لدى الراشدين المصابين بداء السكري. رسالة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس الصحي. جامعة لونيبي علي- البليدة 2-

تركي امال. فاضلي أحمد.(2021). نوعية الحياة لدى مرضى السكري وعلاقتها بنوع السكري وبعض المتغيرات السوسيوديمغرافية. مجلة العلوم النفسية والتربوية. العدد02. صفحة(344-359)

جربو سليمان. عائشة نحوي (2020). المعاش النفسي لدى مريض السكري في ظل مستوى تقبل المرض-دراسة حالة أنموذج-. مجلة علوم الإنسان والمجتمع. العدد 4. المجلد 09. ص-ص: 397-424.

جربو سليمان.اسماعيلي اليامنة. (2017). المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. العدد13. صفحة(09-39)

جعيرير سليمة. اليزيد نذيرة(2021). الصلابة النفسية وعلاقتها بأساليب مواجهة الضغوط النفسية لدى طلبة مرضى بداء السكري .مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية .العدد 2. المجلد 22. ص-ص: 661-681.

جوان إسماعيل بكر (2013).جودة الحياة وعلاقتها بالانتماء والقبول الاجتماعيين. ط1. عمان .دار الحامد للنشر والتوزيع.

حاج سليمان فاطمة الزهراء(2021). المنهج العيادي .كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية. جامعة أبي بكر بلقايد . تلمسان. الجزائر.

حراث علي. جخراب محمد عرفت (2018) .الصلابة النفسية لدى طلبة البكالوريا دراسة ميدانية بمدينة الأغواط . مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية .العدد 34 ص . 211 -224

حربوش سمية. (2009). المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري. دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس العيادي. رسالة ماجستير غير منشورة. تخصص علم النفس الصحة. جامعة الحاج لخضر. باتنة.

حمادية علي. أسماء خلاف. دنيا بوزيدي (2018). جودة الحياة وعلاقتها بالتفاؤل لدى عينة من طلبة الدكتوراه (ل.م.د.).مجلة وحدة البحث في تنمية الموارد البشرية. العدد 2.المجلد9.ص-ص: 194-217.

حمريط نوال.(2013). القلق من المستقبل وعلاقته بالتوافق النفسي الاجتماعي لدى المراهق المصاب بداء السكري. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم النفس. رسالة ماجستير غير منشورة. تخصص علم النفس الاجتماعي. جامعة محمد خيضر بسكرة.

حمريط نوال.(2020). دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق. دراسة ميدانية بعيادة متخصصة في علاج داء السكري بولاية سطيف. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه . رسالة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس الاجتماعي. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

حمزة فاطيمة . حسين بوداود (2018).تقنين مقياس جودة الحياة المختصر الصادر عن منظمة الصحة العالمية على عينات من البيئة الجزائرية. مجلة العلوم الاجتماعية. العدد31. المجلد 07. ص-ص: 139-157.

خديجة مصيطفى . محمد داودي (2022) . الصلابة النفسية لدى عمال قطاع الصحة العمومية بالمؤسسة الاستشفائية بالأغواط في ظل جائحة كوفيد -19 . مجلة العلوم الاجتماعية . العدد 01 . ص 341 – 328 .

دباغ بشرى. عبيب غنية (2024). الصلابة النفسية ودورها في تحسين نوعية الحياة لدى الشباب الجامعي. مجلة البحوث التربوية والتعليمية. العدد2. المجلد13. ص-ص: 317-334.

دحماني وفاء (2024). كلية العلوم الاجتماعية. جامعة محمد بوضياف. المسيلة. الجزائر.

دوخ عليمة- برباوي كمال (2023). اختبار البنية العاملية لمقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية دراسة ميدانية لعينة طلبة جامعة طاهري محمد بشار. *مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف*. العدد 1. المجلد 8. ص-ص 477-493.

رجاء محمود مريم (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة لدى طالبات جامعة الملك سعود. *دراسات عربية في التربية وعلم النفس*. العدد 74. ص-ص: 384-355.

رحماني جمال (2023). التفكير الإيجابي وعلاقته بفاعلية الذات والصلابة النفسية - لدى تلاميذ السنة الثالثة ثانوي - دراسة ميدانية بمدينة عين الحجل ولاية المسيلة. رسالة دكتوراه غير منشورة تخصص علم النفس المدرسي. جامعة مولود معمري - تيزي وزو.

زعطوط رمضان (2013). أطروحة دكتوراه بعنوان نوعية الحياة لدى المرضى المزمنين وعلاقتها ببعض المتغيرات. منشورة. كلية العلوم الاجتماعية والعلوم الانسانية. جامعة قاصدي مرباح. ورقلة. الجزائر.

زعموم حكيم (2013). العقلنة عند المراهق المصاب بداء السكري. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير. رسالة ماجستير غير منشورة. نخصص علم النفس العيادي. جامعة الجزائر 2.

سرار عائشة (2022). تقبل المرض وعلاقته بالذكاء الانفعالي لدى عينة من مرضى السكري. *مجلة الواحات للبحوث والدراسات*. العدد 2. المجلد 15. ص-ص: 59-38.

سعد جمعه أميرة (2020). علاقة المساندة الاجتماعية والصلابة النفسية بنوعية الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى النوع الثاني من مرض السكري. *مجلة الخدمة النفسية*. العدد 13. ص-ص: 381-414.

سعد سامية (2022). الصلابة النفسية في المؤسسة الجامعية وعلاقتها بجودة الحياة لطلبة السنة الثانية علم النفس. بجامعة البلدية 2 لونيبي علي أنموذجا. *مجلة التنمية وإدارة الموارد البشرية - بحوث ودراسات*. العدد 1. المجلد 9. ص-ص: 266-242.

سلامة رزق الله رائدة عوده (2008). رسالة ماجستير بعنوان نوعية الحياة وعلاقتها باضطراب فرط الحركة وتشتت الانتباه لدى أطفال محافظة بيت لحم من وجهة نظر أمهاتهم. منشورة. عمادة الدراسات العليا. جامعة القدس. فلسطين.

سليمانى نادية (2024). السكري في الجزائر.. أعباء اقتصادية واجتماعية ونفسية. *مجلة الشروق العربي*.

شيباني ليلي (2021). علاقة الوعي الصحي والصلابة النفسية نحو ممارسة النشاط الرياضي لدى الراشدين المصابين بالسمنة في ظل متغيري الجنس والمستوى التعليمي. -دراسة ميدانية على عينة من الراشدين المصابين بالسمنة بولاية البويرة -رسالة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس الصحي - جامعة لونيبي علي البلدية 2.

شيخي مريم (2014). رسالة ماجستير بعنوان طبيعة العمل وعلاقتها بجودة الحياة -دراسة ميدانية في ظل بعض المتغيرات. منشورة. كلية العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية. جامعة أبي بكر بلقايد. تلمسان. الجزائر.

صفاء صلاح سند إبراهيم (2016). جودة الحياة والصحة النفسية. مصر. دار للنشر والتوزيع.

صيفي فيصل.(2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالتوافق النفسي لدى مرضى السكري. مذكرة مقدمة لنيل شهادة ماجستير. رسالة ماجستير غير منشورة. تخصص إرشاد وصحة نفسية. جامعة أبو القاسم سعد الله الجزائر2.

ضيف الله حبيبة. (2016) استراتيجيات وقائية مقترحة لتفعيل الرعاية الصحية والنفسية للحد من البتر لدى مرضى السكري. رسالة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه . أطروحة دكتوراه غير منشورة. تخصص علوم التربية. جامعة أبو القاسم سعد الله. جامعة الجزائر 02

عبيد عائشة بية(2015). جودة الحياة وسبل تحقيقها في ظل علم النفس الايجابي. مجلة تاريخ العلوم. العدد 6. ص-ص:352-362.

عليوة سمية.(2007). مصدر الضبط الصحي وعلاقته بالكفاءة الذاتية لدى مرضى السكري. مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير. رسالة ماجستير غير منشورة. تخصص علم النفس المرضي الاجتماعي. جامعة محمد خيضر. بسكرة.

العنزي سالم غزاي(2023). جودة الحياة الأنواع والأبعاد والمؤشرات والاتجاهات المفسرة. مجلة المستقبل العلوم الاجتماعية. ع15. ج1. ص-ص:65-78.

عوالي عائشة. (2016). دور الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في تخفيض إدراك الضغط النفسي وتحسين نوعية الحياة لدى مرضى إحتشاء عضلة القلب. رسالة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس الصحة , جامعة الجزائر 2 .

العوض مهدي عناد (2015). رسالة ماجستير بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي- دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة جامعة دمشق.-منشورة. كلية التربية. جامعة دمشق.

العيافي أحمد بن عبد الله محمد (2012). رسالة ماجستير بعنوان الصلابة النفسية وأحداث الحياة الضاغطة لدى عينة من الطلاب الأيتام والعاديين بمدينة مكة المكرمة ومحافظة الليث. منشورة. كلية التربية. جامعة أم القرى. المملكة العربية السعودية.

فكري لطيف متولي (2016).دراسة الحالة في علم النفس(تقديم ومراجعة د.صبحي بن سعيد الحارثي). ط1. المملكة العربية السعودية . مكتبة الرشد.

فواظمية محمد (2016). التوجهات النظرية لجودة الحياة. مجلة الحوار الثقافي. العدد 2.المجلد4. ص-ص: 309-317.

لعربي سمير(2024). اطروحة دكتوراه بعنوان الصلابة النفسية وعلاقتها بجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري -دراسة مقارنة بين مرضى السكري نمط 1 ونط 2.-منشورة. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة محمد بوضياف. المسيلة.

لعربي سمير. قارة سمير (2023). الصلابة النفسية كمنبئ لجودة الحياة المرتبطة بالصحة لدى مرضى السكري-دراسة ميدانية على بعض مرضى السكري بمدينة المسيلة. مجلة الجامع في الدراسات النفسية والعلوم التربوية. العدد1. المجلد 8. ص-ص: 247-268.

- لعزالي صليحة. عايش صباح. (2021) النفسية كمنبئ بجودة الحياة لدى طلبة الجامعة. مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية. العدد 02. صفحة (252-268)
- لعيفاوي فايزة. سيدي عابد عبد القادر. (2023). العصابية وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري. مجلة الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية. العدد 02. صفحة (117-126)
- لعيفاوي فايزة. (2024). الضغوط النفسية ومتغيرات الشخصية ذات الخطورة على الصحة وعلاقتها بالامتثال العلاجي لدى مرضى السكري. أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه. أطروحة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس الصحة. جامعة حسيبة بن بوعلي. الشلف.
- لمياء محمد حسن (2021). المشكلات الاجتماعية للمصابين بالأمراض المزمنة (دراسة ميدانية في بغداد). مجلة الاناسة وعلوم المجتمع. العدد 9. ص-ص: 78-105.
- محمدي فوزية. بوعيشة أمال (2013). ملتي بعنوان الاتصال وجودة الحياة في الأسرة. كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.
- مخلوفي عمار. (2022). أساليب التنشئة الأسرية وعلاقتها بالصلابة النفسية لدى تلاميذ المرحلة الثانوية -دراسة ميدانية بمدينة الاغواط . رسالة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس الأسري .جامعة وهران 2
- مراح علي. (2024), مستوى التنظيم الانفعالي لدى مرضى السكري من خلال متغيري المرونة النفسية والرفاه النفسية. دراسة عيادية وتحليلية إحصائية لعينة من المرضى بمصلحة الأمراض المزمنة. اطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث في علم النفس. رسالة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس العيادي. جامعة ابن خلدون. تيارت.
- مرزوق العبد الهادي العنزي. (2018). الصلابة النفسية لدى المرأة في ضوء بعض المتغيرات الديموغرافية. مجلة علوم الإنسان والمجتمع . العدد 29 . ص. 201-226.
- مسعودي امحمد (2015). بحوث جودة الحياة في العالم العربي. مجلة العلوم الانسانية والعلوم الاجتماعية. العدد 20. ص-ص: 203-220.
- مسعودي أمحمد (2017). جودة الحياة النفسية. مجلة روافد. العدد 1. ص-ص: 127-148.
- مطلق ناصر عبد الله (2022). جودة الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية. مجلة كلية الآداب بقنا (دورية أكاديمية علمية محكمة). جامعة جنوب الوادي. العدد 55. ص-ص: 906-936.
- مقراني سهيلة. جابر نصر الدين (2022). تطبيقات المقابلة العيادية. مجلة العلوم النفسية والتربوية. العدد 3. المجلد 8. ص-ص: 57-70.
- مهدي العوض. (2015) الصلابة النفسية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي دراسة ميدانية لدى عينة من طلبة جامعة دمشق. رسالة ماجستير غير منشورة. تخصص علم النفس التربوي -جامعة دمشق .
- نقي أحمد (2021). المقابلة: الماهية. الأهمية. الأهداف. الأنواع. مجلة أفانين الخطاب. العدد 2. المجلد 1. ص-ص: 85-95.

نوار شهرزاد. (2014). علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري. مذكرة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه. رسالة دكتوراه غير منشورة. تخصص علم النفس العيادي. جامعة الجزائر2.

نوار شهرزاد. زكري نرجس (2016). *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. العدد 2. ص-ص: 85-108.

نوار شهرزاد. زكري نرجس. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بالسلوك الصحي لدى مرضى السكري. *مجلة العلوم النفسية والتربوية*. العدد 02. صفحة 85-108

نورة بنت حمد بن محمد الرئيسي (2016). الصلابة النفسية لدى عينة من الاخصائيين النفسيين في سلطنة عمان. *مجلة كلية التربية بنها*. العدد 108. ج1. ص-ص: 417-430.

الهاجري عبد الله منيرة. الخرافي مشاري نورية (2024). الإبداع الانفعالي وعلاقته بجودة الحياة. *مجلة بحوث*. العدد 2. الجلد 4. ص-ص: 253-291.

هبة حسين إسماعيل. نشميه عمهوج حمدان الرشدي. (2020) علاقة الصلابة النفسية بمستوى الرضا الوظيفي لدى معلمات التربية الخاصة. *المجلة المصرية للدراسات النفسية*. العدد 107. ص 468-503.

هلكا عمر علاء الدين. (2016). الصلابة النفسية وعلاقتها بكل من تحمل الضيق والأبعاد الأساسية للشخصية لدى عينة من المراهقين اللبنانيين. أطروحة مقدمة كجزء من متطلبات نيل درجة الدكتوراه في علم النفس. رسالة دكتوراه غير منشورة. جامعة بيروت العربية .

وزارة الصحة اللبنانية (د.ت). كتيب بعنوان داء السكري بين العلاج والوقاية من المضاعفات. وزارة الصحة العامة. الجمهورية اللبنانية.

وليد عبد الرحمن محمد شاغوش. (2018). الصلابة النفسية عند الأطفال. *المجلة العلمية لكلية رياض الأطفال* _ جامعة المنصورة. العدد 01. ص 463-488

وهيب وهيبة. صغير فاطمة (2021). مصطلح جودة الحياة: المفهوم والتطور. *مجلة الحكمة للدراسات والأبحاث*. العدد 1. المجلد 1. ص-ص: 247-257.

اليامي محمد حسين فهد (2021). تقنين مقياس جودة الحياة المختصر لمنظمة الصحة العالمية على عينة من طلبة جامعة نجران بالمملكة العربية السعودية. *مجلة الجامعة الإسلامية للدراسات التربوية والنفسية*. العدد 29. رقم 2. ص-ص: 201-217

David F. Cella .1994. Quality of life: Concepts and definition. *Journal of Pain and Symptom Management* .volume09.issue3. pages186-192

Funk, Steven C. (1992). Hardiness: A review of theory and research. *Health Psychology*, Vol 11(5), 335-345

Lambert, Clinton E. Jr., RN, CS; Lambert, Vickie A. Jr. DNSc, RN, FAAN.(1999) . *Psychological Hardiness: State of the Science Lambert . Nursing Practice*. 13(3):p 11-19



قائمة الملاحق



الملحق رقم 1 دليل المقابلة

المعلومات العامة

- اسم مستعار
- السن
- الحالة الأسرية
- عدد الأبناء أو الترتيب في الاسرة
- الحالة المادية
- المهنة
- الأمراض المزمنة
- مدة الإصابة بالسكري نمط السكري

المحور الأول: المعاش النفسي لمرض السكري

- * احكي لي على روحك
- احكي لي على المرض تاعك
- * كيف عرفت بالإصابة؟
- * كيف كان رد فعلك عند التشخيص؟
- * في واش فكرت (الأفكار)؟
- * كيفاش حسيت (المشاعر)؟
- * كيفاش تصرفت (السلوك)؟
- * كيف كان رد فعل اسرتك؟
- * كيفاش ساعدوك الناس لي قراب ليك عند الإصابة؟

المحور الثاني: الصلابة النفسية

- * كيفاش راك تعيش مع المرض الآن؟
- * واش تبدل عندك قبل المرض وبعده؟
- * واش هي المشكلات التي تعيشها يوميا بسبب المرض؟
- * كيفاش تتعامل معها؟
- * كيفاش نظام حياتك مع المرض. الدواء والحماية الغذائية وعلاقتك مع طبيبك؟
- * تشوف روحك قدرت تتقبل المرض وتتعايش معاه؟

- *تشوف بلي تقدر تعيش حياتك كيم حاب رغم المرض؟
- *كيفاش تشوف المستقبل تاعك؟

المحور الثالث: جودة الحياة

- كيفاش تشوف صحتك الجسدية؟
- تحس بلي المرض يؤثر على نشاطك اليومي؟
- *احكي لي على حالتك النفسية ومزاجك؟
- *كي تقلق ولا تحس روحك ماش مليح كيفاش تدير
- *احكي لي على علاقاتك الاجتماعية
- *كيفاش اثر المرض على علاقاتك مع اسرتك
- *كيفاش اثر المرض على علاقاتك مع الناس
- *تحس بلي الآخريين يعاونوك ونت مريض ويحسو بيبك؟
- *كيفاش أثر المرض على الاعمال لي تديرها؟
- *كيفاش تشوف حياتك بصفة عامة؟ راضي على حياتك؟

الملحق رقم 2: مقياس الصلابة النفسية لمخيمر

تعليمية المقياس

- امامك عدد من العبارات التي تمثل رؤيتك في مواجهة عدد من المواقف. والمطلوب منك ان تقرا كل عبارة بعناية ثم تضع علامة (x) في احدى الخانات الثلاث المقابلة للعبارة:
- فاذا كانت العبارة تنطبق عليك دائما فضع علامة (x) تحت خانة تنطبق دائماً.
 - واذا كانت العبارة تنطبق عليك أحيانا فضع علامة (x) في خانة تنطبق أحيانا
 - واذا لم تنطبق العبارة عليك فضع علامة (x) امام لا تنطبق ابداً.
- ونأمل ألا تترك عبارة واحدة دون ان تجيب عليها مع ملاحظة انه لا توجد عبارة صحيحة واخرى خاطئة تعتبر صحيحة عندما تعبر عن حقيقة ما تشعر به تجاه المعنى الذي تتضمنه العبارة. ولك الشكر

الرقم	العبارة	تنطبق دائماً	تنطبق أحياناً	لا تنطبق ابداً
1	مهما كانت العقبات فانني استطيع تحقيق اهدافي			
2	اتخذ قراراتي بتفسي ولا تملى علي من مصدر خارجي			
3	اعتقد ان متعة الحياة واثارتها تكمن في قدرة الفرد علي مواجهة تحدياتها.			
4	قيمة الحياة تكمن في ولاء الفرد لبعض المبادئ والقيم			
5	عندما اضع خطتي المستقبلية غالباً ما اكون متاكداً من قدرتي علي تنفيذها .			
6	اقتحم المشكلات لحلها ولا انتظر حدوثها			
7	معظم اوقات حياتي تضيق في انشطة لا معنى لها.			
8	نجاحي في اموري (عمل - دراسة) يعتمد علي مجهودي وليس علي الحظ او الصدفة.			
9	لدى حب استطلاع ورغبة في معرفة ما لا اعرفه.			
10	اعتقد ان لحياتي هدفاً ومعنى اعيش من اجله.			
11	الحياة فرص وليست عمل وكفاح.			
12	اعتقد ان الحياة المثيرة هي التي تنطوي علي مشكلات استطيع ان اواجهها.			
13	لدى قيم ومبادئ معنية التزم بها واحافظ عليها.			
14	اعتقد ان الفشل يعود الي اسباب تكمن في الشخص نفسه.			
15	لدى قدرة على المثابرة حين انتهي من حل اي مشكلة تواجهني.			
16	لا يوجد لدى من الاهداف ما يدعو للتمسك بها او الدفاع عنها			
17	اعتقد ان كل ما يحدث لي غالباً هو نتيجة تخطيطي.			
18	المشكلات تستقر قواي وقدرتي علي التحدي.			
19	لا اتردد في المشاركة في اي نشاط يخدم المجتمع الذي اعيش فيه .			
20	لا يوجد في الواقع شئ اسمه الحظ.			
21	اشعر بالخوف والتهديد لما قد يطرأ علي حياتي من ظروف واحداث			
22	ابادر بالوقوف بجانب الاخرين عند مواجهتهم لاي مشكلة.			
23	اعتقد ان الصدفة والحظ يلعبان دوراً هاماً في حياتي			
24	عندما احل مشكلة اجد متعة في التحرك لحل مشكلة اخرى.			
25	اعتقد ان " البعد عن الناس عنيمة "			
26	استطيع التحكم في مجرى امور حياتي.			
27	اعتقد ان مواجهة المشكلات اختيار لقوة تحملي وقدرتي علي المثابرة.			

28	اهتمامى بنفسى لا يترك لى فرصة للتفكير فى اى شىء آخر.
29	اعتقد ان سوء الحظ يعود الى سوء التخطيط
30	لدى حب المغامرة والرغبة فى استكشاف ما يحيط بي
31	ابادر بعمل اى شىء اعتقد انه يخدم اسرتى او مجتمعى.
32	اعتقد ان حياة الافراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها
33	ابادر فى مواجهة المشكلات لاننى اثق فى قدراتى على حلها.
34	اهتم كثيراً بما يجرى من حولى من قضايا واحداث.
35	اعتقد ان حياة الافراد تتأثر بقوى خارجية لا سيطرة لهم عليها
36	الحياة الثابتة والساكنة هى الحياة الممتعة بالنسبة لى.
37	الحياة بكل ما فيها لا تستحق ان نحياها.
38	أومن بالمثل الشعبي " قيراط حظ ولا فدان شطارة "
39	أعتقد ان الحياة التى لا تنطوى على تغيير هى حياة مملة وروتينية.
40	أشعر بالمسئولية تجاه الآخرين وأبادر بمساعدتهم.
41	أعتقد أن لى تأثير قوى على ما يجرى حولى من احداث.
42	أتوجس من تغييرات الحياة فكل تغير قد ينطوى على تهديد لى ولحياتى.
43	اهتم بقضايا الوطن وشارك فيها كلما أمكن
44	أخطط لامور حياتى ولا أتركها تحت رحمة الصدفة والحظ والظروف الخارجية.
45	التغير هو سنة الحياة والمهم وهو القدرة على مواجهة بنجاح.
46	أغير قيمي ومبادئى إذا دعت الظروف لذلك.
47	أشعر بالخوف من مواجهة المشكلات حتى قبل أن تحدث.

الملحق رقم 03 مقياس جودة الحياة لمنظمة الصحة العالمية المختصر (WHOQOL – BREF)

التعليمة

هذا الإستبيان يستفسر عما تشعر به فيما يتعلق بنوعية حياتك وصحتك و نواحي أخرى من حياتك. نرجو الإجابة على جميع الأسئلة . إذا لم تكن متأكد من الإجابة على سؤال معين. نرجو اختيار الجواب الأنسب وهذا قد يكون ردك الأول فى أحيان كثيرة . نرجو أن تضع فى اعتبارك قيمك و آمالك و ما يمنحك ويشغلك نطلب أن تفكر فى نمط حياتك خلال الشهرين الماضيين.

*يرجى قراءة كل سؤال و تقييم مشاعرك ووضع الدائرة حول الرقم الذى يعطى أفضل إجابة بالنسبة لك.

جيدة جداً	جيدة	لا بأس	سيئة	سيئة للغاية	
5	4	3	2	1	1- كيف تقييم جودة حياتك؟

راض تماماً	راض	لا راض و لا غير راض	غير راض	غير راض مطلقاً	
5	4	3	2	1	2- كيف أنت راض عن صحتك ؟

الأسئلة التالية تستفسر عن مدى تعرضك لأشياء معينة خلال الشهرين الماضيين.

لا يوجد	قليلا	درجة متوسطة	كثير جدا	درجة بالغة	
1	2	3	4	5	3- إلى أي حد تشعر بأن الوجود يمنعك من القيام بالأعمال التي تريدها ؟
1	2	3	4	5	4- كم تحتاج من العلاج الطبي لتمكين من القيام بأعمالك اليومية ؟
1	2	3	4	5	5- إلى أي مدى تستمتع بالحياة ؟
1	2	3	4	5	6- إلى أي مدى تشعر بأن حياتك ذات معنى ؟
1	2	3	4	5	7- كم أنت قادر على التركيز ؟
1	2	3	4	5	8- كم تشعر بالأمان في حياتك اليومية ؟
1	2	3	4	5	9- إلى أي حد تعتبر البيئة المحيطة بك صحية ؟

الأسئلة التالية تستفسر عن مدى قدرتك على إتمام أمور معينة خلال الأسبوعين الماضيين.

لا يوجد	قليلا	درجة متوسطة	كثير جدا	درجة بالغة	
1	2	3	4	5	10- هل لديك طاقة كافية لمزاولة الحياة اليومية ؟
1	2	3	4	5	11- هل أنت قادر على قبول مظهرك الخارجي ؟
1	2	3	4	5	12- هل لديك من المال ما يكفي لتلبية إحتياجاتك ؟
1	2	3	4	5	13- كم تتوفر لك المعلومات التي تحتاجها في حياتك اليومية ؟
1	2	3	4	5	14- إلى أي مدى لديك الفرصة للأنشطة الترفيهية ؟

سيئة للغاية	سيئة	لا بأس	جيدة	جيد جدا	
1	2	3	4	5	15- كم أنت قادر على التجول بسهولة ؟

*الأسئلة التالية تطلب منك أن تعبر عن مدى رضاك نحو جوانب مختلفة من حياتك خلال الشهرين الماضيين.

غير راض مطلقا	غير راض	لا راض ولا غير راض	راض	راض تماما	
1	2	3	4	5	16- كم أنت راض عن نومك ؟
1	2	3	4	5	17- إلى أي مدى أنت راض عن قدرتك على القيام بنشاطاتك اليومية ؟
1	2	3	4	5	18- كم أنت راض عن قدراتك على العمل ؟
1	2	3	4	5	19- كم أنت راض عن نفسك ؟

5	4	3	2	1	20- كم أنت راض عن علاقاتك الشخصية ؟
5	4	3	2	1	21- كم أنت راض عن حياتك الجنسية ؟
5	4	3	2	1	22- كم أنت راض عن الدعم أو المساعدة من الأصدقاء ؟
5	4	3	2	1	23- كم أنت راض عن أحوالك السكنية ؟
5	4	3	2	1	24- كم أنت راض عن الخدمات الصحية المتوفرة لك ؟
5	4	3	2	1	25- كم أنت راض عن وسائل مواصلاتك.؟

* الأسئلة التالية تشير إلى كم من المرات شعرت أو تعرضت فيها لأشياء معينة خلال الشهرين الماضيين.

دائما	غالبا جدا	غالبا	نادرا	أبدا	
5	4	3	2	1	26- كم من المرات كانت عندك مشاعر سلبية مثل الحزن أو اليأس أو القلق أو الاكتئاب ؟

هل ساعدك أحد في ملء هذا الإستبيان ؟

كم من الوقت إستغرقت لملء هذا الإستبيان ؟

هل لديك أي تعليقات حول هذا الإستبيان ؟

شكرا لمساعدتك