

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم والبحث العلمي

جامعة محمد خيضر - بسكرة -

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية



الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل: 06/PG/D/PSY/13

عنوان الأطروحة

دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق

دراسة ميدانية بعيادة متخصصة في علاج داء السكري بولاية سطيف

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه العلوم في: علم النفس

تخصص: علم النفس الاجتماعي

مشرف:

أ. د عبد الوافي زهير بوسنة

إعداد الطالبة:

نوال حمريط

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
نصر الدين جابر	أستاذ	جامعة بسكرة	رئيسا
عبد الوافي زهير بوسنة	أستاذ	جامعة قسنطينة 2	مشرفا ومقررا
محفوظ بوشلوخ	أستاذ	جامعة قسنطينة 2	مناقشا
عائشة نحوي	أستاذ	جامعة بسكرة	مناقشا
عبد الحميد كربوش	أستاذ	جامعة قسنطينة 2	مناقشا
نبيل مناني	أستاذ محاضر "أ"	جامعة بسكرة	مناقشا

السنة الجامعية: 2020/2019



إهداء

إلى:

روح أبي الطاهرة وأمي العزيزة (حدة) رحمهما الله
أمي منبع حناني وعطفي وقوتي في الحياة أطل الله

في عمرها

أخوتي وأخواتي سند حياتي

إلى كل أهلي وأقاربي وأصدقائي كبيرا وصغيرا

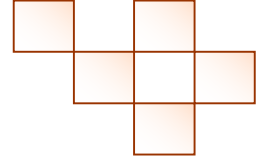
إلى كل شخص علمني درس في الحياة

الطالبة: حمريط نوال





شكر و عرفان



باسم الله والحمد والشكر لله سبحانه وتعالى الذي ييسر لنا الأمور لإتمام أطروحتي لنيل شهادة الدكتوراه ولو لا فضل من الله عز وجل لما تحقّق ذلك.

أتقدم بجزيل الشكر والعرفان والتقدير إلى أستاذي ومشرفي على هذه الأطروحة
"بوسنة عبد الوافي زهير"

والذي كان لي خير موجه وخير معين ولم يبخل عليّ بالنصائح والارشادات وقدم لي كل التشجيع ومهما تكلمت فلن أفيك حقك يا أستاذي الغالي.

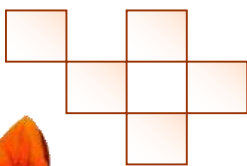
دمت في خدمت العلم والمعرفة وجزاك الله كل الخير

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى الدكتور محمد الصالح أخصائي في الغدد والداء السكري الذي فتح لي عيادته وقدم لي التسهيلات لإنجاز هذا البحث وأتقدم بكل الشكر الجزيل إلى معلمي الدكتور بركات الحسين على المراجعة اللغوية للأطروحة.

وأقدر بالشكر للأستاذة زينات نسرین على تقديم المساعدة لإنجاز هذا البحث

وأتقدم أيضا بالشكر والعرفان إلى رئيس مجلة الباحث الأستاذ أبي ميلود والأستاذ إلياس جامعة ورقلة جزاهم الله كل الخير

وفي الأخير الشكر موصول إلى كل أساتذة جامعة بسكرة الذين ساهموا في تكوين العلم



فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

01	مقدمة
الفصل الأول: الإطار العام للدراسة	
6	1- إشكالية الدراسة
11	2- أهمية الدراسة
11	3- أهداف الدراسة
12	4- المفاهيم الاجرائية للدراسة
12	5- الدراسات السابقة
19	6- فرضيات الدراسة
الفصل الثاني: المراهقة	
21	تمهيد
22	1- مفهوم المراهقة
23	2- الاتجاهات المفسرة لمرحلة المراهقة
28	3- أنواع المراهقة
29	4- أهداف المراهقة
30	5- أهمية مرحلة المراهقة
31	6- مراحل المراهقة
34	7- خصائص ومميزات المراهقة
34	8- المراهقة من منظور التنشئة الاجتماعية والأسرة الجزائرية
36	9- العوامل المؤثرة في نضج شخصية المراهق
38	10- متطلبات النمو في مرحلة المراهقة
39	11- الحاجات الأساسية للمراهق
41	12- أزمة المراهقة

فهرس المحتويات

42	13- المراهق وداء السكري
42	14- المشكلات التي يواجهها المراهق
44	خلاصة
الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية	
46	تمهيد
47	1- مفهوم المساندة الاجتماعية
49	2- المساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المصطلحات النفسية
52	3- النماذج والاتجاهات النظرية للمساندة الاجتماعية
57	4- أهمية المساندة الاجتماعية
60	5- أنواع المساندة الاجتماعية
60	6- أشكال المساندة الاجتماعية في حالة المرض المزمن (مرض السكري)
62	7- وظائف المساندة الاجتماعية
64	8- مصادر المساندة الاجتماعية
69	9- شروط تقديم المساندة الاجتماعية
71	10- الآثار الإيجابية والسلبية للمساندة الاجتماعية
73	11- المساندة الاجتماعية واستراتيجيات التعامل
74	12- فعالية المساندة الاجتماعية
75	13- المساندة الاجتماعية في الإسلام
الفصل الرابع: تقبل الداء السكري	
82	تمهيد
83	أولا الداء السكري
83	1- مفهوم مرض السكري
85	2- أنواع مرض السكري
86	3- أسباب للإصابة لداء السكري

فهرس المحتويات

88	4-أعراض مرض السكري
90	6- علاج داء السكري
95	7-الخصائص النفسية للمريض لداء السكري
98	8- الداء السكري وعلاقته ببعض الأمراض الأخرى
102	ثانيا تقبل الداء السكري
102	1- مفهوم تقبل داء السكري
102	2- مراحل التقبل مرض السكري
105	3- الاستجابة النفسية لمرض السكري
105	4- العوامل المؤثرة في تقبل مرض السكري
114	5- دور التعليم والتدريب في تقبل وعلاج مرض السكري
115	6- التعايش مع مرض السكري
116	7- المعاش النفسي لمريض السكري
118	خلاصة
الفصل الخامس: إجراءات ومنهجية الدراسة	
120	تمهيد
121	أولا الدراسة الاستطلاعية
121	ثانيا الدراسة الأساسية
121	1- المنهج المستخدم
122	2- حدود الدراسة الأساسية
122	3- أدوات الدراسة الأساسية
132	4- مجتمع وعينة الدراسة الأساسية
الفصل السادس: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة	
138	أولا عرض نتائج الدراسة
138	1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى

فهرس المحتويات

139	2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية
140	3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
140	4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة
141	5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
142	6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة
142	7- عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة
143	8- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثامنة
144	9- عرض نتائج الفرضية العامة
145	ثانيا تفسير ومناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة
145	1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى
147	2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية
148	3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة
149	4- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة
150	5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة
150	6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة
151	7- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة
152	8- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثامنة
153	8- مناقشة نتائج الفرضية العامة
155	خاتمة
159	قائمة المصادر والمراجع

فهرس الأَشكال

والجداول

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
55	يوضح نموذج الآثار الرئيسية للدعم الاجتماعي	01
62	يمثل أشكال المساندة الاجتماعية المقدمة للمراهق مريض السكر.	02
64	يمثل نموذج كوهين وويلز لتأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والبدنية للفرد	03
71	يمثل دور العلاقة بين كم المساندة ونوع تقبل المرض	04
104	يمثل نتائج تطورين إزاء المرض كيبلر روس Kubler-Ross	05
108	يمثل تطور الإعلان عن المرض	06
133	توزيع أفراد العينة حسب الجنس	07
134	أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	08
135	توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض	09

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	يوضح تأثير مرض السكر على العين.	99
02	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس المساندة الاجتماعية مع الدرجة الكلية لمحاور المقياس	125
03	معامل ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد من مقياس المساندة الاجتماعية مع الدرجة الكلية للمقياس:	127
04	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية	128
05	يبين قيمة Cronbach's Alpha معامل للمقياس	128
06	يبين قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية	129
07	معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس تقبل داء السكري مع الدرجة الكلية للمقياس	130
08	يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس تقبل داء السكري	131
09	يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس	133
10	يوضح أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	134
11	يوضح أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض	135
12	يمثل طول الفئة ومستوياتها	138
13	يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مقياس المساندة الاجتماعية لدى المراهق	138
14	يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الجنسين.	139
15	يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين المستويات التعليمية	140
16	يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمدة الإصابة بالمرض	141

فهرس الأشكال والجداول

141	يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مقياس تقبل داء السكري لدى المراهقين المصابين بداء السكري	17
142	يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري بين الجنسين.	18
143	يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري بين المستويات التعليمية.	19
143	يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري تعزى لمدة الإصابة.	20
144	يوضح العدد وقيمة معامل الانحدار الخطي البسيط ومستوى الدلالة بين كل من المساندة الاجتماعية وتقبل داء السكري لدى المراهق	21

ملخص الدراسة:

هدفت الدراسة الحالية الموسومة بـ: دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق، إلى تحقيق الأهداف التالية:

- التعرف على دور للمساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق.
- التعرف على مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المصاب بداء السكري.
- التعرف على مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق.
- التعرف على الفروق في متغيري الدراسة التي تعزى للمتغيرات التالية: (الجنس والمستوى التعليمي ومدة الإصابة).

- وقد اجريت الدراسة على عينة قوامها (150) مراهق ومراهقة مصابين بداء السكري، تم اختيارهم بطريقة قصدية، ولاختبار فرضيات الدراسة تم تطبيق الأدوات التالية: "مقياس المساندة الاجتماعية" "مقياس تقبل داء السكري" من إعداد الباحثة، التي تم التحقق من خصائصهما السيكومترية، وقد استعانة الباحثة بالمنهج الوصفي، كما استعانت الباحثة في المعالجة الإحصائية بالبرنامج الإحصائي (spss20)، حيث تم الاستعانة بأساليب الإحصائية منها: المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار (t.test) و(اختبار anova) بالإضافة إلى الانحدار البسيط.

وقد أسفرت الدراسة على النتائج ما يلي:

- مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق متوسط.
 - مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق متوسط.
 - لا توجد فروق في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغيري الجنس والمستوى التعليمي لدى المراهق.
 - توجد فروق في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير مدة الإصابة لدى المراهق.
 - لا توجد فروق في تقبل داء السكري تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق.
 - توجد فروق في تقبل داء السكري تعزى لمتغيري المستوى التعليمي ومدة الإصابة لدى المراهق.
 - يوجد دور للمساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق.
- الكلمات المفتاحية: المراهقة-المساندة الاجتماعية - تقبل داء السكري.

Abstract:

The current study entitled: The role of social support in accepting diabetes in adolescents, aimed to achieve the following goals:

- Identifying the role of social support in accepting diabetes in adolescents.
 - Identifying the level of social support for adolescents with diabetes.
 - Identifying the level of acceptance of diabetes in adolescents
 - Identifying the differences in the two variables of the study that are attributed to the following variables: (gender, educational level and duration of injury).
- The study was conducted on a sample of (150) male and female adolescents with diabetes, who were chosen intentionally. To test the study hypotheses, the following tools were applied: "Social Support Scale" "Diabetes Acceptance Scale" prepared by the researcher, whose psychometric properties were verified. The researcher used the descriptive approach, and the researcher used the statistical treatment using the statistical program (spss20), where he used statistical methods, including: arithmetic averages, standard deviations, (t.test) and (anova test) in addition to simple regression.

The study resulted in the following results:

- The level of social support for adolescents is average.
- The level of acceptance of diabetes in adolescents is average
- There are no differences in social support due to the variables of gender and educational level of the adolescent.
- There are differences in social support due to the variable duration of injury in the adolescent.
- There are no differences in the acceptance of diabetes mellitus due to the gender variable among adolescents.
- There are differences in the acceptance of diabetes mellitus due to the variables of educational level and duration of infection in the adolescent.
- There is a role for social support in accepting diabetes in adolescents.

Keywords: adolescence - social support - acceptance of diabetes mellitus.

Résumé :

La présente étude intitulée : Le rôle du soutien social dans l'acceptation du diabète chez les adolescents, visait à atteindre les objectifs suivants :

- Identifier le rôle du soutien social dans l'acceptation du diabète chez les adolescents.
- Identifier le niveau de soutien social pour les adolescents diabétiques.
- Identifier le niveau d'acceptation du diabète chez les adolescents
- Identifier les différences entre les deux variables de l'étude qui sont attribuées aux variables suivantes : (sexe, niveau d'éducation et durée de la blessure).
- L'étude a été menée sur un échantillon de (150) adolescents et adolescentes diabétiques, choisis intentionnellement. Pour tester les hypothèses de l'étude, les outils suivants ont été appliqués : « Échelle de soutien social » « Échelle d'acceptation du diabète » préparée par le chercheur, dont les propriétés psychométriques ont été vérifiées. Le chercheur a utilisé l'approche descriptive, et le chercheur a utilisé le traitement statistique à l'aide du programme statistique (spss20), où il a utilisé des méthodes statistiques, notamment : les moyennes arithmétiques, les écarts types, (t.test) et (anova test) en plus de la simple régression.

L'étude a abouti aux résultats suivants :

- Le niveau d'accompagnement social des adolescents est moyen.
- Le niveau d'acceptation du diabète chez les adolescents est moyen
- Il n'y a pas de différences dans le soutien social en raison des variables de genre et de niveau d'éducation de l'adolescent.
- Il existe des différences dans le soutien social en raison de la durée variable de la blessure chez l'adolescent.
- Il n'y a pas de différences dans l'acceptation du diabète sucré en raison de la variable sexe chez les adolescents.
- Il existe des différences dans l'acceptation du diabète sucré en raison des variables du niveau d'éducation et de la durée de l'infection chez l'adolescent.
- Le soutien social a un rôle à jouer dans l'acceptation du diabète chez les adolescents.

Mots clés : adolescence - accompagnement social - acceptation du diabète sucré.

مقدمة

مقدمة:

يعد مرض السكري في الوقت الحاضر من أكثر الأمراض انتشارا في العالم اجمع، المتقدم منه والنامي ويصيب الأغنياء والفقراء، الصغار والكبار، الرجال والنساء. وقد اظهرت الدراسات العلمية ان ما يقارب من 5-8% من الأفراد مصابون بمرض السكري، وكثير من المرضى لا يظهر عليهم أعراض المرض، ولا يعرفون بأنهم مصابون بمرض السكري، وربما يكون وراء الانتشار الكبير لهذا المرض تغير نوع الطعام والسمنة والرفاهية والقلق والتوترات النفسية والإصابة ببعض الفيروسات وغيرها من الأسباب.

وفي تقرير منظمة الصحة العالمية (2015م) فان عدد المصابين بهذا المرض يقارب (347) مليون شخص على مستوى العالم، كما ان هذا العدد في ازدياد، وتتوقع ان يتضاعف بحلول العام (2030م) بسبب زيادة السمنة التي تؤدي إلى خلل في إفراز هرمون الأنسولين وكذلك ارتفاع المعدل العمري للأشخاص في الدول المتقدمة.

في حين عرّفت منظمة الصحة العالمية (2013) مرض السكري بأنه مرض مزمن يحدث عندما يعجز البنكرياس عن إنتاج الأنسولين بكمية كافية، أو عندما يعجز الجسم عن الاستخدام الفعال للأنسولين الذي ينتجه. (رامي طشطوش، محمد القشار، 2017، ص133).

والسكري ينقسم إلى نوعين داء السكري نوع 1، وهو الخاضع في علاجه للأنسولين وعادة ما يظهر في سن مبكر حيث يصيب الأطفال والشباب على حد سواء، وقد يظهر في أعمار مختلفة خاصة عند المسنين، ظهوره يكون بصورة مفاجئة وتطوره سريع، ينتج عندما يعجز البنكرياس على إفراز الأنسولين وهو لا يستجيب للعلاج بالحبوب. (عبد الرحمان عبيد، 2001، ص73).

والنوع الثاني وهو الغير معتمد على الأنسولين ويشكل نسبة 90% من مرضى داء السكري وهو ينتج عن عدم مقدرة الجسم على إفراز كمية كافية من الأنسولين أو وجود كمية غير فعالة مما ينتج عنه ارتفاع سكر في الدم وعلاجه يكون عن طريق الأقراص التي تؤخذ عن طريق الفم وابتاع نظام غذائي معين وممارسة الرياضة والإقلاع عن التدخين... الخ.

ونظرا لما يتسبب به مرض السكري من مضاعفات تؤثر على عدد كبير من أجزاء الجسم كالاختلال العصبي، اعتلال الشبكية، اضطراب الجهاز الهضمي وكذا الدوراني اعتلال الكلية. تصلب الشرايين والسكتات الدماغية، اضطراب المسالك البولية وأيضا الضعف الجنسي... الخ.

فالداء السكري يحتاج لنظم علاجي صارم وتحمل العديد من المسؤوليات تجاه هذا المرض كالمراقبة الدورية لنسبة السكر إتباع، نظام غذائي خاص المتابعة الطبية المستمرة، ممارسة الرياضة، ففعالية الالتزام تعتمد على إدراك المريض ووعيه بأهمية تلك التعليمات وكذا التزامه بها تفاديا لمضاعفات المرض.

إلا ان هناك من العوامل والمشاكل المتعلقة بالعلاج أثرا في عرقلة فاعلية العلاج. لذلك فقد ساهم مجموعة من العلماء في ميدان علم النفس الصحي للبحث والتدخل على مستوى تقبل العلاج والعوامل المساهمة فيه بهدف تحسين الاستراتيجيات العلاجية في التكفل بالمرضى وبالأخص المصابين بالأمراض المزمنة والمقاومة ضد فشل العلاج (خنفار سامرة، بوصيع عائشة، 2017، ص29، ص30).

وتعد المراهقة من المراحل العمرية الهامة في حياة الفرد، نتيجة ما يحدث فيها من تغييرات على المستوى الجسدي والنفسي لذا فالمراهق يحتاج إلى رعاية خاصة واهتمام من جوانب مختلفة منها الجسمية والنفسية والانفعالية والعقلية والاجتماعية لكي يتجاوزها بأمان، فظهور أي مشكلة جسدية أو نفسية قد تؤثر على حياة المراهق وخاصة أن مرحلة المراهقة هي مرحلة تتسم بتفاعل اجتماعي واسع وتكوين علاقات اجتماعية، حيث يبدأ المراهق بالبحث عن الاستقلال والاهتمام بصورة الذات والبحث عن الاحترام والتقدير.

تنطلق المراهقة مع مرحلة البلوغ التي تحدث بعد مرحلة الكمون، أي ما بين 10-11 عند البنات و 11-12 سنة عند الذكور، المراهقة كمرحلة تكوينية ووظيفية فتمتد إلى حدود متفاوتة من السن حسب المجتمعات، الثقافات ومعايير التربية

ويظهر تأثير مرض السكر بشدة في مرحلة المراهقة فكما أكد احمد شعبان (1994: 182) ان مرحلة المراهقة تمثل مرحلة متميزة من حيث خصائصها عن غيرها من المراحل فهي فترة استيقاظ الانفعالات والحاجات المختلفة، وفترة ظهور ووضوح القدرات والإمكانات الجسمية والعقلية وغيرها، فالحاجات النفسية للأفراد في هذه المرحلة من المتوقع ان تختلف عن غيرها من المراحل سواء من حيث النوعية أو من حيث الأهمية النسبية من تلك الحاجات، كما يختلف أيضا سعي الفرد لإشباع تلك الحاجات، وإذا لم يجد الفرد الوسيلة المناسبة لإشباع تلك الحاجات فإنه قد يلجأ إلى طرق ملتوية أو منحرفة لإشباعها قد تؤثر على الفرد، كما تؤثر على المجتمع لاسيما في مرحلة المراهقة لما يتمتع به المراهق من حماس وحيوية واندفاع بجانب نقص الخبرة في الحياة.(حنان مجدي صالح سليمان، 2009، ص1).

فإصابة المراهق بداء السكري قد يؤثر على مساره النفسي والاجتماعي والجسدي وقد تعيقه على التكيف، وخاصة ان السكري من النوع الأول يصيب في سن مبكر مما قد تجعل المراهق يعيش في صدمة عنيفة، وذلك نتيجة القيود المفروضة عليه من التزام في العلاج والأكل والرعاية الصحية والسلوك الصحي والحقن المستمر للأنسولين قد تجعل المصاب في حيرة وقلق وتفكير مستمر وعدم تقبل للحالة الصحية الجديدة من الناحية النفسية فالمراهق يكون في حالة ثوران وقلق وحزن، مما يستدعي ويتطلب مساندة اجتماعية من أطراف متعددة منها الأسرة، جماعة الرفاق، الطبيب المعالج، حيث تتضافر هذه المجموعة من الشبكات الاجتماعية لتقديم العون والمساعدة لتخطي هذه الصدمة وتقبل الإصابة ومحاولة التكيف معها بطريقة ايجابية.

حيث يعرف التقبل بأنه ان يتقبل الفرد نواحي القصور أو العجز الذي يحدث في نفسه ويؤمن بمبدأ الفروق الفردية بين الناس، كما يتقبل نواحي القصور عند الآخرين لكي يتقبلونه (علا عبد الباقي، د س، ص 20).

وهنا يأتي الدور المهم والفعال للمساندة الاجتماعية إلى مساعدة هذه الفئة للتحسين نوعية حياتهم، مما تساعدهم على زيادة القدرة على التحكم بمرضهم، وتحسين الحالة النفسية للمراهق مريض السكري يعد أمراً في غاية الأهمية لأنه يزيد من تقبل المريض لمرضه وحالته الصحية الجديدة.

ويجب ان لا ننسى ان الدعم الاجتماعي في حد ذاته ليس هو المهم، بل مدى إدراك الفرد لهذا الدعم هو الذي بإمكانه ان يخلق لديه أثراً ايجابياً سواء على الجانب النفسي أو البيولوجي. (قنون خميسة، 2007، ص 1).

حيث تعتبر التربية العلاجية جزاً لا يتجزأ من العلاج والتكفل بالمرضى والمصابين في الجوانب المختلفة، فيما يتعلق بالحياة اليومية للمرضى والبيئة النفسية والاجتماعية، وتهدف إلى مساعدة المرضى للحفاظ على المكاسب أو المهارات التي يحتاج إليها لإدارة حياته بشكل جيد خلال إصابته وتشمل التربية العلاجية أنشطة منظمة بما في ذلك المساندة الاجتماعية، حيث تعتبر المساندة الاجتماعية من مستويات التربية العلاجية بما أنها تقوي لدى المرضى تقديرهم لذواتهم وتولد لديهم مشاعر الأمل بدل الألم.

لذا كانت مبرراتنا لإجراء الدراسة الحالية هو التعرف على دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق، حيث اعتمدنا في الجانب النظري على خمسة فصول نظرية تمثلت في:

الفصل الأول وتمثل في الإطار العام للدراسة

الفصل الثاني: المراهقة تضمن مفهومها اتجاهاتها، أنواعها- أهدافها، أهميتها بالإضافة إلى مراحلها وخصائها، كما تطرقنا إلى المراهقة من منظور التنشئة الاجتماعية والأسرة الجزائرية، العوامل المؤثرة في نضج شخصية المراهق، متطلبات النمو في مرحلة المراهقة، الحاجات الأساسية للمراهق، أزمة المراهقة، المراهق وداء السكري، المشكلات التي يواجهها المراهق

الفصل الثالث: المساندة الاجتماعية تطرقنا فيه إلى مفهوم المساندة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المصطلحات النفسية، نماذج والاتجاهات النظرية للمساندة الاجتماعية أهميتها أنواعها أشكالها وظائفها مصادرها شروطها الآثار الإيجابية والسلبية للمساندة الاجتماعية، المساندة الاجتماعية واستراتيجيات التعامل، فعالية المساندة الاجتماعية، المساندة الاجتماعية في الإسلام وفي الأخير تقبل داء السكري.

الفصل الرابع: تقبل الداء السكري تناولنا فيه الداء السكري مفهومه أنواعه أسباب الإصابة به أعراضه وعلاجه بالإضافة إلى الخصائص النفسية للمريض وعلاقته ببعض الأمراض الأخرى، ثم عرجنا إلى تقبل داء السكري مفهومه مراحل تقبله الاستجابة النفسية العوامل المؤثرة فيه دور التعليم والتدريب في تقبل وعلاج مرض السكري التعايش مع مرض السكري وفي الأخير المعاش النفسي لمريض السكري.

الفصل الخامس: إجراءات ومنهجية الدراسة تناولنا فيها الدراسة الاستطلاعية والاساسية من خلال الولوج إلى منهج الدراسة وحدوها والأدوات المستخدمه فيها بالإضافة إلى مجتمع وعينة الدراسة .

الفصل السادس: تحليل ومناقشة نتائج الدراسة عالجنا فيه فرضيات الدراسة من خلال عرضها ومناقشتها في ضوء الدراسات السابقة وفي الأخير خاتمة بالإضافة إلى توصيات

الفصل الأول

الإطار العام للدراسة

1- إشكالية الدراسة:

هناك علاقة وطيدة وواضحة بين الجسم والنفس، ولا يمكن الفصل بينهما فكل اضطراب يظهر على إحدى الجانبين يؤثر أليا على الجانب الآخر. وأن فكرة العلاقة بين الجسد والنفس قديمة قدم الفكر الإنساني، فالتاريخ يذكر أن "هوبوقراط" أبو الطب. كان يتحرى حياة المريض وصراعاته، وطريقه نومه وأحلامه، ويذكر انه استطاع شفاء " بريديكاس ملك مقدونيا " من مرضه الجسمي، وذلك عندما قام بتحليل أحلامه، ويعكس ذلك دون شك إدراك "هيبوقراط" للعلاقة بين النفس والجسد (محمود سيد أبو النيل، 1984، ص 11).

ويرى أيضا أن الانفعالات مثل الغضب والخوف والفرح لا يمكن أن تصدر عن النفس وحدها، ولكنها تصدر عن المركب من النفس والجسم، ويصف قائلا: " أنه في نفس الوقت الذي يحدث فيه انفعالا نفسيا يحدث فيه تغييرا جسميا " (محمد شحاته ربيع، 2004، ص 95). حيث عرف "حسن عبد العاطي، 1992" الاضطرابات النفسجسمية بأنها: " مجموعة من الاضطرابات أو الأعراض الجسمية التي تحدثها العوامل الانفعالية، وتتضمن أحد الأجهزة العضوية التي يتحكم فيها الجهاز العصبي المستقل " (أمل سليمان تركي العنزي، 2004، ص 26).

وعلى الرغم من أنه لا يكاد يخلو مرض جسمي من تأثيرات نفسية، ومن انه قد لا يخلو الاضطراب النفسي تماما من تأثيرات تكوينية وعضوية، إلا أن وحدة النفس والجسم، والعلاقة بينهما تتبدى في أوضح وأجلى صورها فيما يطلق عليه الاضطرابات البسيكوسوماتية، ومن بين أشكال الاضطرابات البسيكوسوماتية؛ قرحة المعدة، الاثنى عشر، الإمساك المزمن، الصداع النصفي، وروماتيزم المفاصل، ومرض السكر. (سعد رياض، 2005، ص 238).

الاضطرابات النفسجسمية هي اضطرابات موضوعية ذات أساس وأصل نفسي، ذلك بسبب الاضطرابات الوجدانية الشديدة التي تؤثر على المناطق والأعضاء التي يتحكم فيها الجهاز العصبي الذاتي، ومن المعروف حاليا انه يوجد فرع من فروع الطب النفسي هو الطب النفسي الجسمي، ويهتم بهذه الاضطرابات التي هي حصيلة التفاعل من النواحي النفسية والنواحي الجسمية، ويزيد الاهتمام حاليا بالطب النفسي، وذلك بعد أن تبين للباحثين

أنَّ لمعظم الأمراض الجسمية مكونا انفعاليا لا تقل أهميته عن أي مكون آخر لهذه الأمراض، فيقول الطبيب النفسي الانجليزي " بارناردماليت " إننا لا نستطيع أن نزن الإحساس بالذنب كما أننا لا نستطيع أن نحسب الجرعة المعدية من الانفعالات والخوف، بالرغم من أن هذه تسبب الأمراض مثلها في ذلك مثل الجراثيم والفيروسات" (فيصل محمد خير الزراد، 1984، ص 120). وهناك مجموعة من الأمراض الجسدية ذات المنشأ النفسي والتي يطلق عليها الأمراض البسيكوسوماتية، حيث يكون للانفعالات والضغط دورا بارزا في ظهورها من بينها الصداع النصفي، ضغط الدم، الروماتيزم المفصلي، الربو الشعبي...الخ.

ونجد من بين الأمراض البسيكوسوماتية أو النفسجسمية مرض السكر الذي كثر انتشاره وخاصة في السنوات الأخيرة، بسبب ازدياد مشاكل الحياة المختلفة، وهو مرض يصيب جميع الأفراد في مختلف الأعمار قد ترجع أسبابه إلى عوامل وراثية تنتقل من الآباء إلى الأبناء أو عوامل مكتسبة من البيئة نتيجة السمنة أو الإفراط في الأكل، وهو عبارة عن ازدياد نسبة السكر في الدم بنسبة تفوق المعدل العادي للشخص الطبيعي، وهناك أنواع عديدة من هذا المرض، من بينها السكري النوع الثاني أو الغير معتمد على الأنسولين أو السكر النضجي يصيب فئة كبار السن، وسكر الحمل تصاب به المرأة الحامل، وهو مؤقت يزول بزوال وضع المولود، أما النوع المعني بالدراسة الحالية هو السكر المعتمد على الأنسولين في العلاج أو ما يسمى بالسكر الغير نضجي يصيب فئة الصغار في سن مبكر من العمر، كما يصيب فئة المراهقين مما قد يسبب لهم بعض الضغوطات الحياتية والنفسية والاجتماعية، فالمرهق في هذه الفترة الحرجة يحتاج إلى رعاية واهتمام من نواحي مختلفة بما فيها الجسدي والنفسي والعقلي...الخ، والمرهق يسعى دائما إلى تحقيق اشباعاته المختلفة، فمرحلة المراهقة من أهم المراحل العمرية في حياة الإنسان والتي يمر فيها بمجموعة من التغيرات الجسمية والنفسية التي تسمح له بالانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد فقد يعاني المرهق المصاب بداء السكري من ضغوطات المرض كاحترام مواعيد العلاج والحقن المستمر واليومي للأنسولين وإتباع نظام حمية، مما قد يسبب له ضغط مادي ونفسي، فالمرهق بهذا الوضع يحتاج إلى تقديم المساندة الاجتماعية بمختلف مصادرها وأنواعها لكي يتجاوز هذه المرحلة بأمان ويتعايش مع المرض بطريقة سليمة، فقد يصاب مريض السكر بالعديد من

الاضطرابات النفسية كالخوف من تفاقم المرض، والسويداء، وسرعة الإثارة، واليأس الشديد من الحياة، ومن واجب الطبيب وذوي المريض الانتباه جيدا والعمل على مكافحتها بالإيحاء تقوية معنويات المريض، وعدم تعريضه قدر الإمكان للايثار النفسية، ومساعدته لتطبيق الحماية اللازمة (أمين رويحة، 1973، ص16).

والرعاية التي تقدم للمراهق مريض السكر ليست من جانب علاجي أو مادي فقط، بل تستدعي تقديم اهتمام من جميع الجوانب عن طريق المساندة الاجتماعية، والتي يقصد بها مجموع العلاقات الاجتماعية التي تؤثر في الفرد التي من خلالها يشعر بأنه فرد لديه مكانة، وأهمية داخل هذه العلاقات، وجدير بالاهتمام والرعاية.

وهناك العديد من الدراسات التي أشارت إلى أهمية المساندة الاجتماعية للمرضى المصابين بالأمراض المزمنة بصفة عامة ومرضى السكري بصفة خاصة، حيث توصل دراسة فوزي شحاتة (2005) بأن المساندة الاجتماعية المقدمة في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن ومن بينه مرض السكري، تخفف من مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المرضى، وتوصلت دراسة خليل (1996) إلى وجود علاقة دالة بين طمأنة المريض على حالته الصحية كبعد من أبعاد المساندة النفسية والاجتماعية، وإرادة البقاء كبعد من أبعاد إرادة الحياة، كما أن المساندة الاجتماعية تخفف من مستوى الألم لدى المرضى (محمد الشناوي، محمد عبدا لرحمان، 1994، ص62).

وبالمقابل أيضا أشار كابلان وتوشلما (Cablan et Tochelma 1990) إلى أنه لا يمكن وصف فعالية المساعدة الممنوحة للفرد إلا إذا دعمت باستراتيجيات التعامل الفعالة المرتبطة بالسلوكيات الصحية التي ترفع من احتمال الشفاء بالنسبة للمرضى، أما إذا وجد الفرد أمام مساندة اجتماعية غير صحية فإن ذلك من شأنه أن يعود بأضرار صحية جد سلبية على المريض (شهرزاد نوار، 2014، ص178).

وهناك مجموعة من مؤسسات التنشئة الاجتماعية المسؤولة عن تقديم المساندة الاجتماعية سواء بطريقة مقصودة أو غير مقصودة ومنها الأسرة، جماعة الرفاق، دور العبادة، وسائل الإعلام... الخ.

ويقصد بالتنشئة الاجتماعية هي عملية تعلم وتعليم وتربية تقوم على التفاعل الاجتماعي، وتهدف إلى اكتساب الفرد سلوك ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية معينة (فاروق عبده فليبه، أحمد عبد الفتاح الركي، 2004، ص 131).

وهي أيضا كل ما يدعم الإنسان ويقف بجانبه ماديا أو معنويا سواء كان الدعم من الأفراد، أهل أو زملاء أو أصدقاء أو جيران أو منظمات؛ حكومات وقوانين أو منظمات حقوق الإنسان. (فوزية إبراهيم رباح الكردي، 2012، ص 19).

والمساندة الاجتماعية تعد مصدرا هاما من مصادر الدعم الاجتماعي الفاعل الذي يحتاجه الإنسان، ويؤثر حجم المساندة ومستوى الرضا عنها في كيفية إدراك الفرد لحل مشاكل الحياة المختلفة، وأساليب مواجهته وتعامله مع هذه المشكلات، والعلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص قد تمثل جوهر المساندة، مشاركة وجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات، والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات أو المساهمة المادية، حيث أن المساندة ترتبط بالصحة والسعادة النفسية، وتزيد من قوة المواجهة للمواجهة من مشكلات الحياة (علياء حسين، ماجدة عباس، 2014، ص 115).

تعد المساندة الاجتماعية مطلبا أساسيا يسعى الكل للحصول عليه، لكي يتخلص من مشاعر التوتر وعدم الاستقرار وعدم الشعور بالأمن التي تعرضه الاضطرابات النفسية. (نجاح السميري، 2010، ص 6).

ونجد من بين هذه المؤسسات الأسرة التي تعتبر الجماعة الأولى التي ينتمي إليها الطفل، ويعيش مع أفرادها ويقع تحت تأثيرها ويستمتع إلى توجيهات أفرادها، والأسرة هي أولى المنشئين اجتماعيا. (سهير كامل أحمد، 2001، ص 25).

فبالأسرة هي المسؤول الأول عن تقديم المساندة الاجتماعية للمراهق المصاب التي يشعر من خلالها بالأمان، ويتعايش أكثر مع المرض، ففي مرحلة المراهقة تتسع دائرة العلاقات الاجتماعية ويبدأ المراهق في البحث عن الاستقلال، والبحث عن جماعة الرفاق، والتي لها جزء كبير في تكوين شخصية المراهق من خلال الاحتكاك الكثير معها فيؤثر فيها ويتأثر بها، فقد يكون لجماعة الرفاق دورا في تقديم المساندة الاجتماعية للمراهق المصاب،

ومريض السكر كذلك له علاقة وطيدة مع الطبيب المعالج، وهو مجبر باحترام النصائح والتعليمات المقدمة من الطبيب.

فالمراهق مريض السكري قد يحتاج إلى مساندة اجتماعية من مصادر مختلفة والتي قد تلعب دورا هاما في مساعدته وتقبل المرض من طرف المصاب، وخاصة أن هذا النوع من المرض يصيب الفرد في سن مبكر وبصورة مفاجئة دون استعداد نفسي أو جسمي أو معرفي أو معنوي، مما قد يشعر الفرد بعدم تقبل المرض، وهذا الأخير قد يؤثر على مساره النفسي والصحي والاجتماعي، ويصبح يعاني من ضغوطات وتوترات مختلفة قد تؤثر بصورة سلبية على شخصيته وحالته الجسدية والنفسية.

وعليه كانت مبرراتنا لإجراء الدراسة الحالية هو الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق.

ومن هذا المنطلق جاءت تساؤلات دراستنا على النحو الآتي:

التساؤل العام:

هل للمساندة الاجتماعية دور في تقبل داء السكري لدى المراهق؟

وانبثق عن التساؤل العام التساؤلات الجزئية التالية:

1- ما هو مستوى المساندة الاجتماعية للمراهق؟

2- هل توجد فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق؟

3- هل توجد فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق؟

4- هل توجد فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير مدة المرض لدى المراهق؟

5- ما هو مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق؟

6- هل توجد فروق دالة إحصائية في تقبل داء السكري تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق؟

7- هل توجد فروق دالة إحصائية في تقبل داء السكري تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق؟

8- 4 هل توجد فروق دالة إحصائية في تقبل داء السكري تعزى لمتغير مدة المرض لدى المراهق؟

2- أهمية الدراسة:

أ- إن مرض السكر من الأمراض المزمنة التي قد تؤثر في سن مبكر، وبصورة مفاجئة مما يتطلب تقديم مساندة اجتماعية بأنواعها، ومصادرها للمريض لتقبل الإصابة.

ب- أن مرض السكر قد يترتب عليه مجموعة من الآثار النفسية والجسمية والاجتماعية مما يجعل المريض بحاجة إلى المساندة الاجتماعية.

ج- الضغوطات التي يتلقاها مريض السكر نتيجة الإصابة كالحقن اليومي ونظام الحمية الغذائية، واحترام مواعيد العلاج مما يستدعي تقديم المساندة الاجتماعية للمريض.

د- لفت انتباه المختصين ومؤسسات التنشئة الاجتماعية، وخاصة الأسرة والطبيب لتقديم المساندة الاجتماعية للمراهق المصاب.

3- أهداف الدراسة:

تمثلت أهداف الدراسة الحالية فيما يلي:

- الكشف عن مستوى المساندة الاجتماعية للمراهق.
- الكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق.
- الكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق.
- الكشف عن الفروق في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير مدة المرض لدى المراهق.
- الكشف عن مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق.
- الكشف عن الفروق في تقبل داء السكري تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق.
- الكشف عن الفروق في تقبل داء السكري تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق.
- الكشف عن الفروق في تقبل داء السكري تعزى لمتغير مدة المرض لدى المراهق.
- الكشف عن دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق.

4- المفاهيم الاجرائية للدراسة:

4-1- المساندة الاجتماعية:

تعرف المساندة الاجتماعية إجرائيا هي مجموع الدرجات التي يحصل عليها مريض السكري من خلال الإجابة على بنود مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحثة.

4-2- تقبل داء السكري:

ويعرف تقبل داء السكري إجرائيا بأنه "الدرجة التي يحصل عليها المراهق مريض السكر على مقياس تقبل داء السكري من إعداد الباحثة".

4-3- المراهق مريض السكر:

هم الأفراد الذين يبلغ عمرهم بين 12 و 21 سنة والمصابين بمرض السكري النوع الأول.

5- الدراسات السابقة:

• دراسة الكور - نيمة - احمد (2003) Al-Acour- Nemeh-Ahmed

عنوان الدراسة: «العلاقة بين معرفة مرض السكر والاتجاه نحو مرض السكر ومساندة الأسرة والأصدقاء وفوائد وعوائق العلاج والإذعان للنظم الغذائية الصحية بين المراهقين الأردنيين المصابين بمرض السكر الذي يعتمد في علاجه على الأنسولين».

تكونت عينة الدراسة من (93) مراهق نوى IDDM، (50) من الذكور، (43) من الإناث من (13-19) عام بمتوسط عمري 15.9 عام من أربد بالأردن.

ولقد استخدمت الدراسة مجموعة من الأدوات وهي: اختبار معرفة مرض السكر، استبيان التمسك والالتزام بالنظم الغذائية، أربعة مقاييس للصورة البيانية لرعاية مرض السكر وهي "الاتجاه نحو المرض، ومساندة الأسرة والأصدقاء، وفوائد الرعاية طويلة المدى، والالتزام بالرعاية الذاتية"، وتم تحليل البيانات باستخدام تحليل الانحدار المتعدد.

ومن أهم التي توصلت إليها الدراسة:

1- مساندة الأسرة والأصدقاء هي عامل التنبؤ الوحيد ذو الدلالة عن الالتزام المقرر ذاتيا للنظم الغذائية الصحية الموصى بها.

2- ارتباط عوائق العلاج بعدد السنوات التي تم فيها تشخيص المرض وعدد الأفراد الذي يعيش المراهقين مرضى السكري معهم.

• دراسة جريكو داون -م (2004) Greco-Dawn-M

عنوان الدراسة: «فحص العوامل الأسرية التي تؤثر في المساندة الاجتماعية المدركة في الأطفال المصابين بأمراض مزمنة».

تهدف هذه الدراسة إلى بحث عوامل البيئة الأسرية والمرتبطة بالمساندة الاجتماعية المدركة من أسر الأطفال المصابين بأمراض مزمنة وتبحث أيضا ما إذا كانت هناك فروق بين الجنسين ونوع المرض بين هذه العوامل.

ويتكون أفراد العينة المشاركين في هذه الدراسة من 45 طفل مصابين بالربو وداء الخلايا المنجلية أو السكر تتراوح أعمارهم ما بين 8-13 سنة، وتم جمع كل المشاركين في هذه الدراسة من مستشفى رابيدا للأطفال التابعة لجامعة شيكاغو تستخدم هذه الدراسة المقاييس التالية:

1-المقياس الأسري للمساندة الاجتماعية المدركة (بروسيدانو- هيلر 1983)

2-الصيغة R (موس ووموس 1986) في بحث العلاقة بين المساندة الاجتماعية المدركة وعوامل البيئة الأسرية.

3-استبيان سكاني.

ومن أهم النتائج التي توصلت إليها الدراسة:

1-المساندة الاجتماعية المدركة ترتبط ارتباطا إيجابيا ودالا مع التماسك الأسري.

2-ارتباط الصراع ارتباطا سلبيا ودالا مع المساندة الاجتماعية المدركة والتماسك الأسري.

3-المساندة الاجتماعية يمكن التنبؤ بها بدلالة من التماسك.

4-التماسك والصراع يبرران حوالي 20 % من التباين في المساندة الاجتماعية، وعلى

وجه العموم وجدت الدراسة ارتباطا قويا بين التماسك أو الصراع الأمر الذي يوحي أن الصراع يمكن أن يلعب دورا أقوى في التنبؤ بالمساندة الاجتماعية حتى بالرغم من أن إسهامه في معادلة التنبؤ لم يكن ذو دلالة.

5-عدم وجود أي فروق ذات دلالة بين الأطفال الذكور والإناث المصابين بمرض مزمن* عند فحص بيئتهم الأسرية والمساندة الاجتماعية.

6- لا توجد فروق ذات لالة بين الأطفال المشخصين بالإصابة بداء الخلايا المنجلية أو السكر أو الربوعن فحص بيئاتهم الأسرية والمساندة الاجتماعية. (حنان مجدي سليمان، 2009، ص 198-199).

• دراسة دغي وآخرون 2007 المغرب

عنوان الدراسة: العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى مرضى السكري

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العوامل المحددة لتقبل العلاج بالأدوية لدى أفراد العينة ودراسة الفروق في نتائج تقبل العلاج حسب المتغيرات التالية السن الجنس المستوى الثقافي والاجتماعي عدد الجرعات خلال اليوم مدة تشخيص الإصابة بالسكري لدى عينة الدراسة تكونت من 106 مريض بداء السكري النمط الثاني من بينهم 62 أنثى و44 ذكر والتي تمت بالمغرب الأقصى بالمستشفى الجامعي ابن سينا بالرباط اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي والفارقي واستخدمت الدراسة استبيان تقبل العلاج وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

بلغت نسبة المرضى المتقبلين للعلاج 55 % في حين بلغت نسبة الغير متقبلين للعلاج 45% بلغت نسبة الرجال المتقبلين للعلاج السكري 50.56 % مقارنة ب52.20% لدى النساء (سليمان جريو، اسماعيلي اليامنة، 2017، ص 19-20).

• دراسة حربوش سمية (2009) الجزائر:

عنوان الدراسة: المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري.

هدفت الدراسة إلى التعرف على المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، وبلغت عينة الدراسة 100 شخص مصاب بداء السكري تم اختيارها بطريقة قصديه، وكانت أدوات الدراسة مقياس المهارات الاجتماعية، مقياس تقبل داء السكري، " وأسفرت نتائج الدراسة:

- توجد علاقة بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري.
- وجود اختلاف في العلاقة القائمة بين المهارات الاجتماعية وتقبل داء السكري بين الرجال والنساء، وبين مرتفعي التعليم ومنخفضي التعليم.

• دراسة حنان مجدي صالح سليمان (2009) مصر:

عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر. هدفت الدراسة إلى التعرف على المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر، بلغت عينة الدراسة (101) من مرضى السكري المراهقين تراوحت أعمارهما بين (13-21 سنة)، اعتمدت الباحثة المنهج السيكومتري والكلينيكي في تناولها لمتغيرات الدراسة، واستخدمت الباحثة مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس جودة الحياة لمرضى السكري من إعداد الباحثة واستخدمت استمارة دراسة الحالة وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في إدراك المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء لصالح الإناث.

• دراسة قارة سعيد (2009) الجزائر:

عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي.

تهدف الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساس، تم استخدام المنهج الوصفي، وبلغت عينة البحث (17) فرد ذكور وإناث تتراوح أعمارهم بين 35-72 سنة، وقد تم استخدام استبيان المساندة الاجتماعية واستبيان تقبل العلاج، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

توجد علاقة دالة إحصائية بين درجة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض بارتفاع ضغط الدم الأساسي وبين درجة تقبله للعلاج.

• دراسة شحاتة 2013:

عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية في حالة أزمة الإصابة بالمرض المزمن.

هدفت الدراسة إلى تحديد درجة ومستوى أزمة الإصابة بالمرض المزمن لدى المرضى تحديد مستوى المساندة الاجتماعية التي تقدم لمرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض وتحديد طبيعة العلاقة بين المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المريض شملت عينة الدراسة على 222 مفردة من المرضى المصابين

بأمراض مزمنة يتحدد إطارها وفق نوعية المرض في 52 من مرضى السرطان 80 من مرضى القلب 48 من مرضى الفشل الكلوي 42 من مرضى السكري اتبعت الدراسة المنهج الوصفي المعتمد على المسح الاجتماعي بطريقة العينة الطبقية العمدية الشاملة استخدم الباحث مقياس المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة ومقياس أزمة الإصابة بالمرض وأسفرت نتائج الدراسة على مستوى منخفض من المساندة الاجتماعية لدى مرضى الأمراض المزمنة في حالة الإصابة بالمرض وثمة علاقة ارتباطية عكسية دالة بين مستوى المساندة الاجتماعية المقدمة وبين مستوى أزمة الإصابة بالمرض لدى المريض.

• دراسة شهرا زاد نوار (2014)، الجزائر:

عنوان الدراسة: «علاقة سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري»

هدفت الدراسة إلى التعرف على سمات الشخصية والمساندة الاجتماعية وعلاقتها بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري، اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي الارتباطي، وبلغت عينة الدراسة 250 فرد من مرضى السكري 70 ذكور و135 إناث تم اختيارها بطريقة قصدية، واعتمدت الدراسة على سلم تقدير الذات لروزن بيرغ (1995)، مقياس لصلابة النفسية لعماد مخيمر (2002)، مقياس المساندة الاجتماعية لسار سون (1983)، مقياس السلوك الصحي من إعداد الباحثة، وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:

- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف مدة المرض.

- توجد فروق في سمات الشخصية المتمثلة في تقدير الذات، والصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية والسلوك الصحي والألم العضوي باختلاف الجنس.

• دراسة رياض سعيد وبعوني نجات 2016 الجزائر:

عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة للتعرف على دور المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري التي تمت في مركز السكري بسيدي أحمد بالحراس 2016 بلغت العينة 162 مصابا بالسكري اعتمدت

الدراسة على المنهج الوصفي حيث تم استخدام مقياس المساندة الاجتماعية لسارسون واخرون 1983 وأسفرت الدراسة على النتائج التالية:
عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري حسب متغيري الجنس والسن.

• دراسة اسماعيلي اليامنة وجريو سليمان 2017 الجزائر:

عنوان الدراسة: المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري.

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج لدى مرضى السكري بلغت عينة الدراسة 76 مفردة ذكر وأنثى من مرضى السكري بمدينة المسيلة تتراوح أعمارهم ما بين 22 و76 سنة تم اختيارها بطريقة قصديه واتبعت الدراسة المنهج الوصفي الارتباطي واستخدمت الدراسة استبيانين استبيان المساندة الاجتماعية واستبيان تقبل العلاج وأسفرت نتائج الدراسة:

درجة المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري مرتفعة

درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري مرتفعة

لا توجد فروق دالة إحصائية في درجة تقبل العلاج لدى مرضى السكري تعزى لمتغيرات الجنس ومدة العلاج.

5-1- أوجه الاتفاق بين الدراسات السابقة:

• اتفقت الدراسات في أغلب الأساليب الإحصائية المستخدمة وهي: المتوسطات الحسابية، الانحرافات المعيارية، معاملات الارتباط، اختبار (T-test)، تحليل التباين الأحادي (ANOVA).

• اتفقت معظم الدراسات في اختيار عينة الدراسة، فقد كانت العينة المختارة المصابين بداء السكري (النوع الأول من السكري المعتد على النسولين في العلاج، النوع الثاني الغير معتمد على الانسولين)، باستثناء دراسة كل من "دراسة شحاتة" (2013)، ودراسة جريكو داون (2004) والتي طبقت على عينة من الامراض المزمنة، ودراسة قارة سعيد (2009) التي طبقت على عينة من مرضى ضغط الدم الاساسي.

• اتفقت معظم الدراسات في الهدف من الدراسة، فقد تراوح هدف هذه الدراسات بين التعرف على الفروق، وبين التعرف على طبيعة العلاقة بين متغيرات هذه الدراسة (المساندة الاجتماعية وتقبل العلاج) ومتغيرات أخرى كجودة الحياة، سمات الشخصية، السلوك الصحي، المهارات الاجتماعية وغيرها من المتغيرات

5-2- أوجه الاختلاف بين الدراسات السابقة:

• اختلفت الدراسات في الأدوات المستخدمة في الدراسات تبعا لاختلاف العينات فتراوحت بين اختبارات ومقاييس وقوائم. فمنها ما كانت من إعداد الباحثين أنفسهم كدراسة " حنان مجدي صالح سليمان (2009)، ومنها من قام باستخدام مقاييس من إعداد باحثين آخرين لملائمتها لطبيعة دراستهم وأنها مكيفة مع بيئة الدراسة كدراسة حربوش سمية" (2009) اختلفت الدراسات في بيئة التطبيق، حيث تنوعت البيئات

• اختلفت معظم الدراسات السابقة في المنهج المستخدم في الدراسات فتراوح بين المنهج الوصفي التحليلي والمنهج الوصفي الارتباطي والمنهج التجريبي ومنهج دراسة حالة والمنهج السيكوميتري الكلينيكي. اختلفت الدراسات في عينة الدراسة، حيث تراوحت بين عينة مرضى السكري (المراهقين، وكبار السن المصابين بالسكري) وعينة من ضغط الدم والمصابين بالأمراض المزمنة.

• اختلفت الدراسات في النتائج التي توصلت إليها نتيجة لاختلاف أهدافها وإجراءاتها وعيانتها، وأدواتها المستخدمة.

5-3- مكانة الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

تتميز الدراسة الحالية عن الدراسات السابقة في تناولها لموضوع دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري، وتسليط الضوء على فئات المراهقين المصابين بداء السكري النوع الأول المعتمد في العلاج على الانسولين. وتتميز أهمية الدراسة الحالية في محاولة جادة لمعرفة مستوى المساندة الاجتماعية عند المراهقين المصابين بداء السكري، ودورها في تقبل داء السكري حيث جمعت الدراسة الحالية بين متغيرين لم يسبق تناولهما معا في البيئة الجزائرية- في حدود علم الباحثة - كما يمكن الاستفادة منها في إجراء المزيد من البحوث والدراسات المستقبلية وبناء بعض البرامج العلاجية والتدريبية.

6- فرضيات الدراسة:

الفرضية العامة:

للمساندة الاجتماعية دور في تقبل داء السكري لدى المراهق.

• الفرضيات الجزئية:

1. مستوى المساندة الاجتماعية للمراهق مرتفع.
2. توجد فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق.
3. توجد فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق.
4. توجد فروق دالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمدة المرض لدى المراهق.
5. مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق منخفض.
6. توجد فروق دالة إحصائية في تقبل داء السكري تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق.
7. هل توجد فروق دالة إحصائية في تقبل داء السكري تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق.
8. هل توجد فروق دالة إحصائية في تقبل داء السكري تعزى لمتغير مدة المرض لدى المراهق.

الفصل الثاني

المراهقة

تمهيد:

تطراً على الإنسان عدة تغيرات عبر مراحل نموه العمرية المختلفة وليداً فرضياً، طفلاً، فمراهقاً، فراشداً فكهنلاً، فشيوخاً، وتعد مرحلة المراهقة أهم هذه المراحل وأكثرها حساسية، نظراً للتغيرات الجذرية التي تطراً على المراهق وتترك آثاراً خطيرة يصعب التحكم فيها لولا المعرفة الجيدة لطبيعة المراهق من طرف الآباء والمربين خصوصاً والمجتمع عامة. وتعتبر المراهقة مرحلة انتقالية بين الطفولة والرشد، ونمائية يمر بها الفرد في النضج الجسمي، والعقلي، الاجتماعي والانفعالي، فهي تعد من أدق وأهم مراحل النمو التي يمر بها الإنسان، وهي أكثر المراحل تعقيداً وأعماً أثراً في مستقبله حيث تتخذ أشكالاً وصوراً مختلفة، وتغيرات بالغة الأثر في شخصية الفرد وتوازنه النفسي الفكري الانفعالي والاجتماعي، حيث اتفق كل من العلماء النفسانيين والبيولوجيين على أنها فكرة مليئة بالصراعات النفسية والمشكلات السلوكية، تختلف درجاتها باختلاف الظروف.

ونظراً لأهمية مرحلة المراهقة سوف نتعرض إلى تعريف المراهقة وتحديد أهم اتجاهاتها، أهدافها، وأهميتها، ومراحلها وحاجاتها الأساسية ومظاهر النمو فيها وأهم المشكلات الناجمة عنها.

فالمراهقة مرحلة حاسمة ينسلخ فيها الطفل من محيط العائلة الدافئ ليدخل العالم الواسع، ويجابه مشاكله بنفسه ويقدم مساهمة شخصية في بنائه وتطويره.

والمراهق في ولادته الجديدة يعاني من أزمة تصارع بين نزعتين؛ نزعة تدفعه إلى المسير بملء جوارحه في خط النمو إلى بلوغ الرشد، ومجارة الراشدين في كل شيء، ونزعة أخرى تجعله يتخوف من مجارة النمو وميله إلى الطفولة الدافئة المحببة، والقوى الجديدة التي تستيقظ فيه تخيفه فيتطلع بفضول وفخر إلى التغيرات التي تحدث في جسده وعقله ومشاعره، ويخاف منها لأنها غير مألوفة غريبة ومبهمّة، وأسير المتناقضات يريد ولا يريد، يقدم ويحجم، لا يدري بالضبط ما ذا يريد، وسلوكه خليط ومبهم من مواقف الطفل ومواقف الراشد، أحياناً يتصرف بجمعه بين حقوق البالغين وعدم مسؤولية الطفل (كلير فهميم، دس، ص 64-65).

1- مفهوم المراهقة:

المراهقة (Adolescence) كلمة لاتينية الأصل مشتقة من الفعل (Adolescer) ويعني النمو نحو الرشد (رغدة شريم، 2009، ص 21-22).

والمراهقة تعني الاقتراب أو المقاربة، فرهقته أي أدركته، وأرهقته تعني دانيتسه، فراهق الشيء معناه قاربه، وراهق البلوغ معناه قارب سن البلوغ، وراهق الغلام معناه قارب الحلم، وصبي المراهق معناه مدان للحلم والحلم هو القدرة على إنجاب النسل.

وفي مختار الصحاح يقول: " راهق الغلام فهو مراهق أي قارب الاحتلام "، وفي القاموس المحيط " يقول " راهق الغلام "؛ قارب الحلم.

إن كلمة مراهقة (adolescence) مشتقة من الفعل اللاتيني (adolescere)، ومعناها التدرج نحو النضج الجنسي والانفعالي والعقلي والنفسي، فالبلوغ يقتصر معناه على النمو الفيزيولوجي والجنسي، وهي مرحلة تسبق المراهقة مباشرة وفيها تتضح الغدد التناسلية. وكلمة مراهقة تبدأ بالبلوغ وتستمر حتى مرحلة النضج، أي بين حوالي سن "12" وسن "20" سنة (معوض خليل ميخائيل معوض، 2003، ص 329-330).

ومنه فالمراهقة تمتد من العقد الثاني من حياة الفرد؛ من الثالثة عشر إلى التاسعة عشر تقريبا، أو قبل ذلك بعامين أو بعدها بعام أو عامين (بين الحادية عشر والثانية عشر) (عبد المنعم الميلادي، 2004، ص 35).

تعريف قاموس علم النفس للمراهقة: " هي مرحلة من مراحل الحياة العمرية تبدأ من (12 عاما) وتنتهي ما بين (18 و 21 عاما) تحدث فيها تغيرات جسمية ونفسية."

كما تعرف المراهقة أيضا بأنها: "المرحلة التي تبدأ بالبلوغ وتنتهي بالرشد، فهي بهذا عملية بيولوجية حيوية عضوية في بدنها وظاهرها، اجتماعية في نهايتها."

تعريف بياجيه للمراهقة: بأنها: "العمر الذي يندمج فيه الفرد مع عالم الكبار والعمر الذي لم يعد فيه الطفل يشعر أنه أقل ممن هم أكبر منه سنا، بل هو مساو لهم في الحقوق على الأقل" (سامي ملحم، 2004، ص 341-342).

التعريف الجسمي للمراهقة: هي اكتساب المظهر الجسماني الذي يتميز به الشخص الناضج مع تطور الأجهزة التناسلية.

التعريف الذهني للمراهقة: يصل نكاء الإنسان الناضج إلى أقصى نموه، ويصاحب النضوج الذهني نضوج من النواحي الانفعالية والاجتماعية (كلير فهميم، د س، ص 65).

التعريف البيولوجي للمراهقة: المراهقة هي فترة تبدأ من البلوغ وتنتهي بالنضج، وتشير كلمة البلوغ إلى التغيرات الفسيولوجية التي تبدأ من هذه الفترة خاصة في الجهاز التناسلي (محمد عماد الدين إسماعيل، 1989، ص 185).

التعريف السيكولوجي للمراهقة: بتشكيل هوية مستقرة للمراهقين لتحقيق الإحساس بالذات على نحو يفوق حدود التغيرات العديدة في الخبرات والأدوار، ويظهر التوتر طبيعياً للضغوط المصاحبة المراهقة المبكرة؛ البلوغ والنمو والتغير في التوقعات الاجتماعية، حيث يتوقع الوالدان والآخرون نضجا أكثر من المراهقين، ويتوقعون منهم البدء بالتخطيط لحياتهم والتفكير لأنفسهم والإحساس بالمسؤولية، والتغيرات الواضحة في الوزن والطول.

التعريف الاجتماعي للمراهقة: يعرف علماء الاجتماع أن المراهقين لا يتمتعون بالاكتمال الذاتي وغير راشدين، وليسوا بأطفال.

ومرحلة المراهقة فترة انتقالية تتحدد نهايتها بتشريعات تضع الحدود العمرية المتعلقة بالحماية الشرعية للذين لم يصبحوا بعد راشدين.

ومما سبق فالمراهقة فترة من حياة الفرد تبدأ بالنضج البيولوجي، فينجز فيها مهمات نمائية، وتنتهي باعتماده على الذات في مرحلة الرشد كما يحددها المجتمع الذي يعيشون فيه (رعدة شريم، 2009، ص 23-24).

2- الاتجاهات المفسرة لمرحلة المراهقة:

ظهرت اتجاهات عديدة لتفسير مشكلات المراهقة، بعضها يردّها إلى الجوانب البيولوجية، والبعض الآخر يرجعها إلى الجوانب الثقافية والاجتماعية، ومنهم إلى الجوانب البيولوجية الثقافية، ويمكن ذكر أبرز الاتجاهات التي فسرت مرحلة المراهقة كما يلي:

1-2- الاتجاه البيولوجي النفسي:

ومن رواده "ستانلي هول" (Stanley Hall) و"فرويد" (Freud)، ويعتمد على التغيرات البيولوجية وعلاقتها بالنضج، تنعكس على سلوك المراهق وعلى نظرة الآخرين إليه، فالمراهقة

مرحلة نمائية، وميلاد جديد يتسم بالحيرة والضغط والتغيرات السريعة، وبداية للوظيفة الجسمية التناسلية حسب " أنا فرويد".

حسب "هيول" المراهقة مرحلة مهمة جدا، لها تغيير مسار الحياة المستقبلية، وتتحدد الأدوار الاجتماعية، وتنمو فيه القيم والقدرة على التفكير، ويصبح التفاعل مع الأفراد الآخرين أكثر وعيا ونضجا.

وركز على المحددات الداخلية للسلوك، وان مخطط التطور للنوع البشري ينعكس في التركيبة الوراثية لكل فرد والتطور من مرحلة التصور إلى مرحلة النضج، والمراحل التي مرت بها البشرية وتركت أثر جيني، وتعرف بنظرية الشدة والمحن أساسها الفرد يلخص في حياته تجربة البشرية كلها؛ من البدائية إلى فترات المعاناة والآلام والجهد، مرحلة إلى التي تحققت بالمدينة الأوربية الغربية.

وتعتمد النظرية على أساس بيولوجي بوراثة الخصائص البيولوجية للجنس البشري بتركيب الموروثات، فالطفل حتى الرابعة يمثل المرحلة البدائية " شبه الحيوانية " في تاريخ الإنسان، أما المراهقة فهي مرحلة التحول الصعب من البدائية إلى التمدن فتكون المعاناة.

المراهقة تمثل مرحلة تغير شديد وتوترات وصعوبات في التكيف وهذا نتيجة للتغيرات الفيزيولوجية، وأن الحياة الانفعالية للمراهق فيها حالات متناقضة فمن الحيوية والنشاط إلى الخمول والكسل، ومن المرح إلى الحزن، ومن الرقة إلى الفضاضة.

وكل خطوة ارتقائية تتم بنوع من الانهيار للجسم والعقل والأخلاق، ويتحكم الجنس ويتسلط ويؤثر بفعاليته المدمرة بصور من الرذيلة السرية والمرض.

أما "فرويد" يعتبر أن مرحلة المراهقة هي مرحلة أخيرة في عملية النمو النفسي والجنسي، وتتميز بشدة الأعراض العصبية التي ترجع إلى طبيعة النمو الجنسي من الطفولة إلى المراهقة، فالرغبات الجنسية التي هدأت في المراهقة تظهر بقوة، وتسبب تنقذ الدوافع العدوانية السابقة، وتكبت نسبة من الدوافع الجنسية الجديدة وتظهر كميول عدوانية هدامة.

ومما سبق نظرية "هول" لم تهتم بالمجتمع عند محاولتها لتفسير مرحلة المراهقة، ولا يقلق الأهل والمربين من التصرفات غير المرغوب فيها اجتماعيا لأنها انعكاس لحقبة من

التاريخ الوراثي الفلسفي، وهي تصرفات ستختفي مثلما ظهرت بالتطور الجيني دون تدخل المجتمع.

3-2 الاتجاه الثقافي الاجتماعي:

ويمثله "بنديكت" و"ميد" وركزا على النمطية الاجتماعية، واثر الأشكال الثقافية السائدة، فمراهق المجتمعات المتحضرة يحتاج لفترة زمنية للتوافق مع عالم الراشدين كذات اجتماعية فاعلة ومندمجة، وتتقلص المدة الزمنية كلما كان المجتمع اقل تحضرا، والتكيف والاندماج من المراهق لا يتطلب مجهود كبير لتشابه، وتقارب توقعات المجتمع لأدوار المراهقين والراشدين في التحديد والوضوح، أما أدوار المراهقين في المجتمعات المتحضرة أكثر تحديدا وتعقيدا، فتطول أكثر مرحلة المراهقة حتى يتسنى للمراهق الحصول على دور مناسب، فيكون للأشكال الثقافية أهمية قصوى، وتأثر أكثر عن التأثير الفطري والنضج الجنسي في تحديد شخصية المراهق (فيروز مامي زارقة، فضيلة زارقة، 2013، ص 171، 173).

3-3الاتجاه المجالي: ويتزعمه " كيرت ليفين (Kurt Lewin) " ، واهتمت نظرية المجال بدراسة

سلوك الفرد على أساس انه محصلة عدد كبير من العوامل والقوى.

والفروض التي أقام " ليفين " عليها نظريته هي:

أ- أن جميع الحوادث والمعارف في الكون تحدث في مجال معين.

ب- كل مجال له خصائص وتركيب خاص تفسر الحوادث المحلية في نطاقه.

ج- خصائص أي عنصر من عناصر مجال معين ترجع إلى قوى المجال المؤثرة عليها.

د- الحاضر أهم في الواقع من الماضي والمستقبل، وتجارب الماضي وخبراته تؤثر في الموقف الحاضر على صورة تذكر والتذكر، والاسترجاع يتأثر بحالة الفرد الحالية وقت التذكر.

هـ-المجال الحيوي للفرد نتيجة تفاعل قوى ناتجة من طبيعة تركيب الموقف، وتنظيم علاقاته ثم القوى الدافعة عند الفرد كالحاجات، الميول والاتجاهات والقيم.

ركز هذا الاتجاه على التفاعل بين المحددات الداخلية والخارجية للسلوك، وعامل الصراع أثناء الانتقال من مرحلة الطفولة إلى مرحلة الرشد ومن مجال معروف إلى مجال مجهول ويرى المراهقة بأنها:

أ- فترة تغير في الانتماء إلى الجماعة ويرتبط بقيم وعادات جديدة تمثلها الجماعة المنتمي إليها مجددا غير جماعة الأطفال المنتمي إليها.

ب- الانتقال من جماعة الأطفال إلى جماعة الراشدين في الانتماء هو انتقال من وضع معروف إلى وضع مجهول للمراهق، فيصعب عليه التحرك نحو هدفه بوضوح.

ج- إن التغيرات الفيزيولوجية والجسمية العقلية والانفعالية، والاجتماعية التي تحدث للمراهق تجعله يراقب نفسه ساحباً انتباهه من العالم الخارجي له، وتظهر اهتمامات ورغبات وأهداف جديدة له قد لا يحقها كلها، فتحدث له تعقيدات ينتج عنها قلق وتوتر ومشكلات فيختلط عنده الواقع بالخيال (فيروز مامي زرارقة، فضيلة زرارقة، 2013، ص 175-176).

كما ركز هذا الاتجاه على التفاعل بين المحددات الداخلية والخارجية للسلوك وعامل الصراع أثناء الانتقال من مرحلة الطفولة لمرحلة الرشد، ومن مرحلة معروفة إلى مرحلة مجهولة، والمراهقة فترة تغير في الانتماء إلى الجماعة، فترتبط بقيم وعادات جديدة تمثلها الجماعة التي ينتمي إليها، وهي الانتقال في الانتماء من جماعة الأطفال إلى جماعة الراشدين، أي الانتقال من وضع معروف إلى وضع غير معروف بالنسبة للمراهق، وكأنه ينتقل إلى عالم مجهول لم يتم تكوينه من الناحية المعرفية، فيصعب عليه التحرك نحو هدفه بوضوح (سامي محمد ملحم، 2004، ص 345-346).

3-4- الاتجاه السيكودينامي: يؤكد أنصار مدرسة التحليل النفسي بصفة عامة ان بنية الشخصية معرضة لتعديل في ظهور المراهقة، فقد كانت الأنا قبل حلول هذه الفترة تشغل مركزاً متوسطاً بين ألهو والأنا الأعلى وتتوالى إلى مهمة التوفيق بينهما على نحو يكفل لكل منهما إشباعه المنشود، وطبقاً للتصور الفرويدي لسيكولوجية المراهقة فان وظيفة الأنا في هذا الصدد يطرأ عليها نوع من التشويش والاضطراب نتيجة لانخراط الفرد في طور البلوغ، ويبدو الهو في هذا الوقت محكوماً أو موجهها بتأثير المحفزات الجنسية متخفية مجرد الحصول على لذة إلى الرغبة في التنازل والتكاثف أيضاً.

وكانت والأنا الأعلى حتى حلول هذه الفترة الحرجة مباشرة قد شرعت في ممارسة وظيفتها واتضحت ملامحها خلال سنوات الكمون، وذلك عن طريق التوحد مع الوالدين والمثل العليا الموقرة في المجتمع، ولكن مع حلول هذه الفترة الحرجة تهتز دعائم الأنا الأعلى

نتيجة التغيرات التي رأت على علاقة المراهق بوالديه خاصة الوالد الذي يتفق معه المراهق في الجنس، ويعتبر فرويد مرحلة المراهقة المرحلة الأخيرة في تصويره في مراحل النمو، وهذه المرحلة تتميز بملامح ارتقائية هامة منها التحول إلى عشق الذات، احترام الواقع ونمو الميول الجنسية الغيرية، كما انها فترة قلق وخاصة فيما يتعلق بالدوافع الجنسية. (أبو بكر مرسي محمد مرسي، 2002، ص35).

3-5- الاتجاه الانثروبولوجي: يركز هذا الاتجاه على المحددات الاجتماعية، والثقافية في تفسير المراهقة فسلوك المراهق يختلف من مجتمع إلى آخر، وذلك وفقا للثقافة السائدة في تلك المجتمعات.

وفي هذا الصدد حاولت " مرغريت ميد" سنة " 1954 م " عندما قارنت سلوك المراهقة في " جزر سيمو (Samua) " الواقعة جنوب المحيط الهادي مع سلوك المراهقة في الولايات المتحدة الأمريكية، وجدت بأن المراهقة في "سيمو" لا تمثل أزمة لكن عند الفتاة في الولايات المتحدة الأمريكية فهي تمثل أزمة، وذلك يرجع إلى المجتمع في جزر "سيمو" الذي تسوده البساطة، والتعقيد الذي يسود الحياة الاجتماعية في أمريكا (احمد محمد الزغبى، 2001، ص325، 329).

3-6- اتجاه التعلم:

يركز أصحاب اتجاه التعلم على أن المراهقة تتصف بالانسحاب من معايير ثقافة الراشدين، هذا الانسحاب غالبا يحدث عن طريق سلوك لا اجتماعي، غير مرغوب فيه، قد يظهر من خلال تقبل ثقافة جماعة الرفاق التي تعتمد على خبرات تعلم الفرد، وعلى سبيل المثال السلوك الاغترابي، والجناح أثناء المراهقة عادة ما يرتبط باتجاهات والديه قاسية، وعدم اتساقه من قبل والديه (سامي محمد ملحم، 2004، ص347).

نستخلص مما سبق أن هناك اتجاهات كثيرة حاولت تفسير المراهقة كل بحسب وجهة نظره، فأصحاب الاتجاه البيولوجي فسروها على أساس التغيرات الجسمية التي تحدث للمراهق، أما " بياجى " فقد ركز على النمو المعرفي فقد قام بوضع شبكة له كما قام بتقسيمه إلى مراحل، أما " فرويد " فقد ركز على مراحل النمو وخاصة مراحل النمو الجنسي ومراحل، أما أصحاب الاتجاه الاجتماعي فيرون أن سلوك الفرد هو وليد التنشئة الاجتماعية ولا يمكن

تغييره في أي مرحلة إلا إذا تعرض للتغير الاجتماعي، أما أصحاب الاتجاه الأنتروبولوجي فيرون أن اختلافها راجع إلى ثقافة المجتمع.

أما الاتجاه المجالي فقد فسّر المراهقة على أساس المحددات الداخلية والخارجية أي على أساس الصراع الداخلي والخارجي الذي يتعرض إليه الفرد، وأخيرا نجد اتجاه التعلم الذي اعتبر المراهقة بأنها سلوك يتعلمه الفرد.

3- أنواع المراهقة:

المراهقة تختلف من فرد إلى آخر، لاختلاف الأفراد حسب الخبرات التي مروا بها في مرحلة طفولتهم، وباختلاف البيئات التي يعيشون فيها، وحدد العلماء والباحثون أنواع للمراهقة نذكر منها :

3-1- المراهقة المتوافقة:

تتميز بالهدوء النسبي والاستقرار والاتزان العاطفي، والتوافق مع الأسرة والمجتمع والرضا عن النفس، والاعتدال في الخيالات وأحلام اليقظة، ومن العوامل المؤثرة في ذلك المعاملة الوالدية المتسمة بالحرية، والفهم والاحترام وتوفير الجو المناسب قصد الاختلاط بالجنس الآخر، ويكون ذلك في حدود الدين والأخلاق (حامد عبد السلام زهران، 1995، ص، 439).

3-2- المراهقة الانطوائية:

تتسم بالانطواء والاكنتاب والسلبية والتردد والخجل والانسحاب عن الآخرين، والشعور بالنقص والاتجاه إلى نقد النظم الاجتماعية، والثورة على الوالدين والاستقرار في أحلام اليقظة التي تدور حولها موضوعات الحرمان للحاجات غير المشبعة، ومن أسباب ظهور هذا النوع من المراهقة هو الاضطراب النفسي في الأسرة التي تتميز بقسوة وسيطرة الوالدين وحتى الحماية الزائدة (السيد عبد الرحمن العسوي، 2001، ص44).

3-3- المراهقة العدوانية المتمردة:

وهي نوع يتميز بالتمرد والثورة ضد الأسرة والمدرسة، والسلطة عموما والانحرافات الجنسية والعدوان، وكذلك الانتقاد خاصة من الوالدين، وتحطيم كل ما يجده أمامه، وذلك بسبب شعوره بالظلم نقص تقدير الذات، ومن أسبابها التربية الضاغطة والسلطة والتسلط والقسوة والصرامة والصحة السيئة، وتركيز الأسرة على النواحي الدراسية فحسب.

3-4- المراهقة المنحرفة:

يتميز هذا النوع من المراهقة بالانحراف عن المعايير الاجتماعية من انحلال خلقي، وانحراف جنسي وفوضى بالإضافة إلى الانهيار النفسي الشامل، وترجع أسبابها إلى الصدمة النفسية العائلية العنيفة، وسوء الحالة الاقتصادية وقسوة الظروف العائلية كسوء المعاملة وعدم الاهتمام بالمراهق، بالإضافة أسباب جسمية كاختلال التكوين الغذائي والضعف البدني والشعور بالنقص أو الفشل الدراسي (حامد عبد السلام زهران، 1995، ص 442-443).

نستخلص مما سبق أن للمراهقة أنواع عديدة، منها المراهقة المتوافقة وهي التي تتسم بالالتزان، والانضباط والخلو من الاضطرابات النفسية، وهذا ناتج عن المعاملة الوالدية الجيدة، والمراهقة الانطوائية المتميزة بظهور علامات الانطواء والخجل والعزلة...نتيجة القسوة أو الحماية الوالدية الزائدة، والمراهقة المنحرفة المتصفة بالانحراف عن العادات والتقاليد أي انحلال السلوك الاجتماعي.

4- أهداف المراهقة:

وتتلخص فيما يلي: (فيروز مامي زرزقة، فضيلة زرزقة، 2013، ص 178).

نمو من	نمو إلى
النضج الجنسي	<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بأعضاء نفس الجنس. - خبرات مع رفاق كثيرين. - الوعي الكامل بالنمو الجنسي.
النضج الاجتماعي	<ul style="list-style-type: none"> - الشعور بعدم التأكد من قبول الآخرين له. - الإرباك الاجتماعي. - التقيد المباشر للأفراد.
التخوف من سلطة الوالدين	<ul style="list-style-type: none"> - ضبط الوالدين التام. - الاعتماد على الوالدين من أجل الأمن. - التوحد مع الوالدين كمثال ونموذج.
النضج العقلي	<ul style="list-style-type: none"> - قبول الحقيقة على أساس أنها صادرة من سلطة أو مصدر ثقة. - الرغبة في الحقائق. - اهتمامات وميول جديدة.
النضج الانفعالي	<ul style="list-style-type: none"> - التعبير الانفعالي غير الناضج. - التفسير الذاتي للمواقف. - المخاوف والدوافع الطفلية. - عادات الهروب من الصراعات.

اختيار المهنة	<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بالمهنة البراقة. - الاهتمام بمهنة كثيرة. - زيادة أو قلة تقدير قدرات الفرد. - عدم مناسبة الميول للقدرات. 	<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بالمهنة العملية. - الاهتمام بمهنة واحدة. - التقدير الدقيق لقدرات الفرد. - مناسبة الميول للقدرات.
استخدام وقت الفراغ	<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بالألعاب النشطة غير المنظمة. - الاهتمام بالنجاح الفردي. - الاشتراك في الألعاب. - الاهتمام بهوايات كثيرة. - الاشتراك في العديد من الأندية 	<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بالألعاب الجماعية المنظمة. - الاهتمام بنجاح الفريق. - الاهتمام بمشاهدة الألعاب. - الاهتمام بهواية أو اثنين. - الاشتراك في أندية قليلة.
فلسفة الحياة	<ul style="list-style-type: none"> - اللامبالاة للمبادئ العامة. - اعتماد السلوك على العادات الخاصة المتعلمة. - قيام السلوك على تحقيق السرور وتخفيف الألم. - إدراك قليل للألم. - فكرة بسيطة عن إدراك الآخرين للذات. - توحيد الذات مع أهداف شبه مستحيلة 	<ul style="list-style-type: none"> - الاهتمام بالمبادئ العامة وفهمها. - قيام السلوك على المبادئ الأخلاقية العامة. - قيام السلوك على أساس الضمير والواجب. - إدراك دقيق نسبياً للذات. - فكرة جيدة عن إدراك الآخرين للذات. - توحيد الذات مع أهداف ممكنة.

5- أهمية مرحلة المراهقة:

- إن مرحلة المراهقة مليئة بالمشكلات والاضطرابات، إلا أنها مهمة في حياة الفرد ويظهر ذلك من خلال:
- أ- إن مرحلة المراهقة مرحلة انتقال خطيرة في عمر الإنسان.
- ب- مرحلة الطفولة الوسطى والمتأخرة من حياة الطفل هادئة ومرتنة، وسهولة العلاقات الاجتماعية، والطفل يندمج مع أصدقائه ويشترك معهم في لعبهم وتسليتهم وينشغل بالعالم الخارجي أكثر من ذاته.
- ج- وفي الطفولة المتأخرة تحدث تغيرات في حياة الطفل (جسمية، عقلية، انفعالية، واجتماعية)، فتتحول اتجاهات الطفل وميوله وأفكاره ومعتقداته إلى اتجاهات مختلفة ومتضاربة، وينتقل من أشياء ملموسة إلى أشياء فكرية.
- د- الولاء للأصدقاء وتكوين العلاقات العاطفية معهم فيزداد الاهتمام بالآخرين، والقدرة على النقد والتحليل، وتفهم الأمور والقيم التي قد لا تتوافر مع نموه المفاجئ وخبراته المحدودة.
- هـ- زيادة حساسية المراهق، وميوله تتفق مع الجماعة بمشاركة وتعاونه.

و- إن مسؤولية تربية المراهق تنشئته مهمة الآباء والمربين، بغرسهم المثل والمبادئ القويمة في نفوس الشباب، والخطأ في التربية يؤدي إلى عدوانهم، وثورتهم على أنفسهم وعلى مجتمعهم (معوض خليل ميخائيل، 2003، ص 327-328).

6- مراحل المراهقة:

هناك من يقسمها إلى مرحلتين:

أ- المراهقة المبكرة: وتمتد من 11 - 15 سنة تقريبا.

ب- المراهقة المتأخرة: وتمتد من 16 - 19 سنة.

- وتنقسم مرحلة المراهقة حسب "الكايند وواينر" (1996) إلى ثلاث مراحل هي:

1- المراهقة المبكرة (11 - 14 سنة).

2- المراهقة المتوسطة (14 - 18 سنة).

3- المراهقة المتأخرة (18 - 21 سنة) (رغدة شريم، 2009، ص 23).

- وهناك تقسيم يرجعها إلى ثلاث مراحل هي كالتالي:

6-1- المراهقة الأولى (المبكرة):

وتبدأ من سن 12 إلى سن 14 سنة من العمر:

يتضاءل السلوك الطفيلي لخروجه من مرحلة الطفولة ودخوله مرحلة المراهقة، وتبدأ بالبروز للمظاهر الفيزيولوجية والعقلية والانفعالية، والاجتماعية والدينية والأخلاقية للمراهق، وإبراز مظاهر النمو هو البلوغ الجنسي.

وتتمثل مظاهر النمو في هذه المرحلة فيما يلي:

أ- **مظاهر النمو الجسمي:** استمرار النمو الجسمي في الزيادة خاصة في الطول والوزن حتى يصل لأقصاه عند سن 14 أو 15 عند الذكور، تغير شكل الوجه وتزول ملامح الطفولة، زيادة نمو العضلات وصلابة العظام.

ب- **مظاهر النمو الفيزيولوجي:** التغير الفيزيولوجي المتمثل في البلوغ الجنسي؛ تنمو الغدد الجنسية، نمو حجم القلب بنسبة كبيرة مع الزيادة في ضغط الدم.

ج-مظاهر النمو العقلي: تتضح القدرات العقلية واستمرار نمو الذكاء الخاص العام؛ نمو القدرة الفائقة على التعلم والتحصيل واكتساب المهارات، نمو الإدراك والانتباه والتفكير والتذكر، يزداد اكتساب المفاهيم المجردة وفهم الرموز والأشياء المعقدة.

د-مظاهر النمو الانفعالي: ظهور الانفعالات العنيفة؛ غالباً المراهق لا يستطيع التحكم فيها أو السيطرة عليها، سعي المراهق إلى تحقيق استقلاله الانفعالي لرسم شخصيته المستقبلية، الخجل أو الشعور بالذنب لنقص ثقته بنفسه.

هـ-مظاهر النمو الاجتماعي: استمرار تنشئته الاجتماعية في البيت والمدرسة، يزداد تعلمه واكتسابه قيم ومعايير وأخلاق المجتمع، اتساع دائرة الاتصال أو العلاقات الاجتماعية، نمو الوعي الاجتماعي والمسؤولية الاجتماعية.

و-مظاهر النمو الجنسي: ظهور الدافع للجنس، يميل للجنس الآخر مع التقدم في السن.

ز-مظاهر النمو الديني: استمرار المراهق في نموه الديني، ويعزز قيمه الدينية بالتربية الدينية المكتسبة في المدرسة، عبادة الله والابتعاد عن ارتكاب المعاصي وتجنب الحرام وفعل الشر.

ك-مظاهر النمو الأخلاقي: المحافظة على المعتقدات الأخلاقية والجمالية المكتسبة قبلاً، التكيف والتوافق مع أخلاقيات وقيم ومعايير المجتمع، قد يتأثر بقرناء السوء وسلوكهم فينحرف عن التعاليم الأخلاقية التي اكتسبها.

6-2- المراهقة الثانية (الوسطى): وتبدأ من سن 14 إلى 17 سنة من العمر:

يشعر المراهق بالنضج الجسمي وبالاستقلال الذاتي نسبياً، ويهتم أكثر بنموه الجسمي وتتمثل مظاهر النمو في هذه المرحلة فيما يلي:

أ-مظاهر النمو الجسمي: تباطأ النمو الجسمي، زيادة المراهق في الطول والوزن فيهتم بمظهره الجسمي، وبقوة عضلاته وبصحته الجسدية.

ب-مظاهر النمو الفيزيولوجي: النضج التام فيرتفع معدل ضغط الدم بالتدريج، وتخفض نبضات القلب، تضاؤل ساعات النوم لتصل إلى معدل 08 ساعات.

ج- مظاهر النمو العقلي: يكتمل نمو الذكاء، نمو القدرات العقلية خاصة الميكانيكية واللفظية والإدراك، والعمليات العقلية العليا كالابتكار والتذكر والتفكير المجرد.

د-مظاهر النمو الانفعالي: يؤثر في شخصية المراهق، وغالبا لا يتحكم في حالته الانفعالية، نمو العواطف ومشاعر الحب والغضب والعصبية والتناقض الوجداني وتقلب المزاج.

هـ-مظاهر النمو الاجتماعي: يختار المراهق الأصدقاء ورغبته في الانضمام إلى جماعة أقرانه خاصة المشبعين بحاجاته النفسية والاجتماعية، ظهور المسؤولية الاجتماعية، ويفهم ويدرك المشاكل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية ومناقشتها مع الأصدقاء، التحدث عن المدرسة والدراسة والرياضة والموسيقى والأفلام والحياة العاطفية.

و- مظاهر النمو الجنسي: تزداد شدة الانفعالات الجنسية، يميل ويهتم كل جنس بالآخر.

ز- مظاهر النمو الديني: الدين أحد أبعاد شخصية المراهق، النشاط الديني العملي المتمثل خاصة في العبادة.

ك-مظاهر النمو الأخلاقي: اكتساب المعايير والقيم الأخلاقية.

- مثلا 1: التسامح، الصدق، التعاون، الحب...إلخ.

6-3- المراهقة الثالثة (المتأخرة): وتبدأ من سن 17 إلى سن 21-22 سنة من العمر:

وتتمثل مظاهر النمو في هذه المرحلة فيما يلي:

أ-مظاهر النمو الجسمي: يزداد طول المراهق زيادة خفيفة وتكتمل الأسنان الدائمة، وبنهاية هذه المرحلة يتم النضج الجسمي نهائيا.

ب-مظاهر النمو الفيزيولوجي: يكتمل نضج وتكامل الوظائف الفيزيولوجية.

ج-مظاهر النمو العقلي: وصول الذكاء لقيمة النضج، يكتسب المراهق المهارات العقلية، يدرك المفاهيم المستخدمة في المناقشة مع الآخرين، نمو التفكير المجرد والمنطقي والابتكاري، فهم وحل المسائل المعقدة.

د-مظاهر النمو الانفعالي: النضج الانفعالي وثباته؛ القدرة على المشاركة الانفعالية، فهم مشاكل الآخرين وتقديم مشاعر الحب.

هـ -مظاهر النمو الاجتماعي: نمو قدرة المراهق على التصرفات في المواقف الاجتماعية وعقد صلات اجتماعية، التوجه نحو الاستقلال التام عن الأسرة والتحرر من سلطتها والاعتماد على نفسه في أموره الخاصة.

و- **مظاهر النمو الجنسي:** شعور المراهق بهذا النضج، ويرغب في الزواج لإشباع حاجاته الجنسية والعاطفية وبناء الأسرة.

ز- **مظاهر النمو الأخلاقي:** اكتساب المعايير والقيم الأخلاقية، اتساع محيطه الاجتماعي ودائرة تفاعله الاجتماعي، تتعدد معايير وقيم السلوك الأخلاقي (زيان سعيد، 2004، ص 51-62).

7- خصائص ومميزات المراهقة:

تتميز فترة المراهقة بعدة خصائص هي كالتالي:

- النمو نحو النضج في كافة مظاهره، وفي جوانب شخصية المراهق.
- النمو الجسمي؛ تغيرات في الشكل والحجم والمظهر العام للمراهق.
- النمو الجنسي.
- التقدم نحو النضج العقلي والانفعالي والاجتماعي.
- القدرة على تحمل مسؤولية توجيه الذات، والتمكن من التفكير واتخاذ القرارات بنفسه ولنفسه (عبد الرحمن محمد العيسوي، 2001، ص 156).
- أنها مرحلة من التحديات المثيرة.
- تتطلب التكيف مع التغيرات في الذات، والأسرة وجماعة الرفاق.
- بالنسبة للآباء والمراهقين فترة من الإثارة والقلق، والسعادة والمشاكل والاكتشاف والارتباك.
- حدوث قدرا كبيرا من الخبرات النمائية قبل وصول الفرد إلى مرحلة المراهقة، واتحاد الوراثة مع خبرات الطفولة وخبرات المراهق ترسم مسار النمو في مرحلة المراهقة.
- ازدياد حوادث الانتحار وإدمان المخدرات. (رغدة شريم، 2009، ص 22).

8- المراهقة من منظور التنشئة الاجتماعية والأسرة الجزائرية:

8-1- المراهقة والتنشئة الاجتماعية:

تعرف التنشئة الاجتماعية على أنها عملية تعلم وتعليم وتربية، تقوم على التفاعل الاجتماعي، لإكساب الفرد سلوك، ومعايير واتجاهات مناسبة لأدوار اجتماعية معينة حتى يساير جماعته، والتوافق الاجتماعي معها وتكسبه الطابع الاجتماعي، وتيسر له الاندماج في الحياة الاجتماعية (فاروق عبده فلي، أحمد عبد الفتاح الزكي، 2004، ص 131).

ومفهوم التنشئة الاجتماعية يصف العلاقات الموجودة بين الفرد، والمجتمع الذي يعيش فيه، فالمصطلح يقصد به عملية نفسية اجتماعية، ومنها يتعلم الفرد قيم وضوابط مجتمعه ويضع طرق العمل الضرورية لتفاعله الاجتماعي اليومي. (jayat.m, 2000, p60).

ومنه تنشئة الفرد عملية منها يتعلم الفرد ويحتفظ بالقيم، والضوابط الاجتماعية

لمجموعته الاجتماعية، والمجتمع الذي يكون عضوا فيه. (affile.b et al, 2004, p28)

وعملية التنشئة الاجتماعية هي التي من خلالها يحدد الشخص هويته، وشخصيته بالاندماج في وسطهم الاجتماعي، تحت أشكال مختلفة تتجسد في التعليم والتوافق. (barbusse.b.glaymann.d, 2004, p87).

8-2- المراهقة والأسرة الجزائرية:

الأسرة هي أول نظام اجتماعي من خلاله يكتسب الطفل، وينمي كفاءاته المعرفية

والاجتماعية (feyfant.a, 2011, p1).

ومن خلال الدراسات التي قام بها مصطفى بوتغنوش حول العائلة الجزائرية، وتطورها بينت مكانة العائلة التقليدية في المجتمع الجزائري، حيث يعرفها (1982) بقوله: "أنها المجتمع المنزلي المسماة عائلة مكونة من أقرب الأقرباء المشكلين للكيان الاجتماعي والاقتصادي المؤسس على علاقات متبادلة، التزام، تبعية ومساعدة " (عبيدي سناء، 2010، ص93).

فالأسرة الجزائرية تعد المسئول الأول الذي يمد الطفل بأهم مكونات الشخصية الجزائرية، وهي؛ اللغة، الدين الإسلامي، الثقافة العربية الإسلامية، التاريخ العربي الإسلامي ومسئولة عن الحياة الاجتماعية للفرد، حيث تعلمه العادات والتقاليد وطرق العمل والزواج، الخاصة بالمجتمع الجزائري، وبالتالي لا يخرج الفرد عنما هو مقرر ولا عن إطار الأسرة (بوسنة عبد الوافي زهير، 2008، ص 93).

والأسرة بالنسبة للمؤسسات الأخرى تعتبر عاملا خاصا بالتنشئة الاجتماعية، فهي تنقل للطفل اللغة، والقيم والمعايير التي تساعده فيما بعد على تنمية الروابط الاجتماعية ونقل التراث الاقتصادي، والثقافي والروابط العاطفية التي تساهم في عملية تنشئة الأفراد، ودور الأسرة جد مهم لثلاث أسباب هي:

- تربية الآباء تستمر في الانعكاس على المراهق، حتى وإن كان العالم الخارجي استخدم كمرجع كلما كبر الطفل.
- الأسرة تبقى الجماعة التي يشعر فيها الفرد أكثر ارتباطاً حتى في انتقاله إلى مرحلة الرشد (Julie Thollembeck, 2010, p 3).
- سيادة مشاعر التعاسة وهي فترة تتحدد فيها قدرة الفرد أو عدم قدرته على التوافق السوي والجنسي (عباس محمود عوض، 1999، ص 141).

وإن الحديث عن المراهقة لا يمكن أن يكتمل ما لم نتحدث عن الفضاء الذي يعيش فيه المراهق، والخصوصيات التي يتميز بها هذا الفضاء، فوحدة المجتمع بثقافته ومؤسساته قادر على جعل هذه المرحلة كغيرها من مراحل النمو، وربما ابعد من ذلك فيحاول استثمار تلك الطاقة والحيوية في قنوات مفيدة إلى المراهق والمجتمع. لكن الواقع يظل ابعد مما هذا ومتفاوت جدا من مجتمع لآخر، وهذا ما يدفع للتساؤل كيف يرى المجتمع الجزائري المراهقة ومن الذي يميزها في هذا المجتمع، وماهي أهم المشاكل الدراسية للمراهق كل هذا يدفعنا إلى إلقاء نظرة على التركيبة الاجتماعية والتي تمثلها الأسرة في ابط صورة أين نلاحظ أن الأسرة الجزائرية التقليدية تمتاز بكونها مكتظة العدد المجموعة من الأفراد يعيشون مع بعضهم البعض في بيت واحد مشكلين أسرة واحدة يشرف عليها فرد واحد هو الأكبر، وهذا التنظيم يركز كليا علة السلطة الأبوية التي تنظر للابن بوصفه امتدادا لأبيه، وانه عندما يكبر سيباشر أعمال أبيه بنفس السلطة لأنه ذكر.

فالأب ينتظر من ابنه أن يكون تابعا له كليا وان يظهر انه يعتز بالدم الذي أعطاه له، ويحترم سلطته في كل المواقف ويخدم عائلته تبعا لقيمه التقليدية (جدو عبد الحفيظ، 2014، ص 31).

9- العوامل المؤثرة في نضج شخصية المراهق:

هناك عدة عوامل تؤثر في ذلك منها:

9-1- العوامل الأسرية:

- اعتماد نضج شخصية المراهق على علاقته بالوالدين، ودرجة العناية والرعاية التي ينالها.
- مدى شعوره بالأمان ومقدار السيطرة المفروضة عليه، وما يناله من تقدير لذاته.
- الجو الأسري الهادئ يعطي مراهق أكثر اتزان واستقرار.

- اتجاهات الوالدين وأثرها في شخصية المراهق:
- اتجاه يزيد شخصية المراهق.
- اتجاه يقلل من حريته.
- اتجاه ينمي الشعور بالأمن والعكس.
- اتجاه يساعد على التفكير المستقل في حل المشكلات ورسم الأهداف، وآخر يحرمه من ذلك فيتأخر نضج المراهق.
- فقد يمنح الحرية في سن مبكرة قبل استعداد الفرد لتحمل المسؤولية، أو يضغط طوال فترة الطفولة ثم في المراهقة تمنح الحرية فجأة.
- والأصح أن يمنح الحرية الموجهة والاستقلال في كل مراحل النمو، أما الحرية فجأة ستؤدي إلى إساءة فهمها.

9-2- العوامل الثقافية:

- **البيئة (المستوى الثقافي):** تأثر في نمو شخصية المراهق، ومنه تحديد نوع المشكلات التي يواجهها، وفترة الانتقال من الطفولة إلى الرجولة فترة قصيرة في " المجتمعات البيدايية وأطول" في المجتمعات الحديثة"، فينتشر التعليم ويكثر التخصص.
- والثقافة التي يعيش فيها المراهق تكون له مستويات الطموح، وثقافة الجماعة تأثيرها معوق أو منشط لنمو شخصية المراهق.
- **المدرسة:** عليها أن تملأ وقت التلاميذ بالحياة الاجتماعية، والتفاعل مع الأقران والمعلمين لما تقدمه لهم من الأنشطة الرياضية والاجتماعية والثقافية والفنية وتكوين الاتجاهات الاجتماعية وأن تمنح التلاميذ التعبير بشتى الوسائل المشروعة ليساعدهم على نضج شخصيتهم.
- **جماعة الرفاق:** وتتكون من مجموعة من الأفراد المراهقين المتقاربة أعمارهم الزمنية والعقلية وميولهم واتجاهاتهم، وتؤثر على عملية التنشئة الاجتماعية ونضج الشخصية أكثر من تأثير البيت والمدرسة.
- **مثلا1:** انتماء المراهق لتكوين العلاقات الاجتماعية مع جماعة الرفاق يشعره بالولاء والإخلاص الشديد لها، فإذا الفرد عضو في جماعة نشاط أو فريق رياضي فإنه يتقانى في

خدمة الفريق والتعاون معهم، ويجتمعون ويناقشون شؤونهم ونشاطهم في حماس وتفاعل مستمر.

- وسائل الإعلام: كالكتب، والمجالات، القصص، الوسائل السمعية والمرئية تؤثر في نضج شخصية المراهق.

ومن صور شخصية المراهق الناضج نذكر:

- شخصية تتحمل نواحي الإحباط دون زعزعة مستويات الطموح للفرد أو تقديره لذاته أو اعتماده على نفسه أو كفاءته العلمية.

- الشخصية ذات القدرة على اكتساب مركز اجتماعي يناسب طموحها وقدرتها وقوم بأعماله.

- شخصية تستطيع رسم الأهداف وتطمح في القيام بدور ايجابي في الحياة.

- شخصية ذات مطالب مقبولة ومعقولة (معوض خليل ميخائيل، 2003، ص 153، 155).

10- متطلبات النمو في مرحلة المراهقة: (معوض خليل ميخائيل، 2003، ص 160).

- الاستقلال الذاتي.

- تكوين علاقات سوية بجماعة الرفاق.

- الاستقلال الاقتصادي واختيار المهنة.

- تحديد الدور الجنسي.

- تبني إطار خلقي.

وهناك مطالب خاصة بمرحلة المراهقة تتمثل في:

- محاولة الوصول إلى علاقات جديدة تتسم بالنضج مع أقرانه من الجنسين.

- أن يتمكن من دوره الاجتماعي المقبول بما يتفق وجنسه.

- تقبل المراهق لنموه الجسمي.

- محاولة الوصول إلى الاستقلال الانفعالي عن الوالدين، وكذا الاستقلال الاقتصادي.

- اختيار إحدى المهن والتأهب إليها.

- الاستعداد للزواج والحياة العائلية.

- اكتساب المهارات العقلية والمفاهيم اللازمة للمؤثرات في الحياة العملية.

- تفضيل الفرد للسلوك الاجتماعي المتمسم بتقدير المسؤولين.

- اكتساب مجموعة من القيم ونظام أخلاقي يوجهان سلوكه. (عباس محمود عوض، 1999، ص142)

11- الحاجات الأساسية للمراهق:

وتتمثل في الحاجات التالية:

11-1- **الحاجات النفسية:** ونعني بها حاجات النفس البشرية، ويجب أن تقدمها الأسرة ثم المجتمع ومنها:

- الحاجة إلى الشعور بالأمن العاطفي والإحساس بالانتماء والقبول والحب ويحس بها المراهق إذا غرست فيه منذ الطفولة، الشعور بالكفاية والتفوق.

ويرى " حامد عبد السلام زهران " أن أهم الحاجات النفسية للمراهق هي:

- الحاجة إلى الحب والقبول الاجتماعي، وتكوين الأصدقاء، والانتماء إلى الجماعات، الحاجة إلى النمو العقلي والابتكار، الحاجة إلى تحقيق الذات وتوكيدها، الحاجة إلى الأمن بتحقيق الصحة الجسمية وإشباع الدوافع.

11-2- **الحاجات الاجتماعية:** وتتمثل في:

الاستقلال الانفعالي والاجتماعي عن أبويه ومن حوله خاصة في مرحلة المراهقة الوسطى، تكوين علاقات مع أقرانه، الحاجة إلى بناء قيم مرغوبة في المجتمع، بحاجة إلى قبول شخصيته ونمو ميوله واختيار دراسته ومهنته، الحاجة لضبط الذات وحب الانتماء، والتكيف الاجتماعي (مصطفى غالب، 1983، ص 38).

11-3- **الحاجات الجسمية:** وتتمثل في:

احتياجات الجسم من تغذية، راحة، الرعاية الصحية، تربية بدنية، وعلى المدرسة اكتشاف الاستعدادات والقدرات الجسمية للتلاميذ، ثم تنمية مهاراتهم لتناسب مهن معينة، والحاجة إلى الابتكار والتفكير وتوسيع الفكر، والحاجة إلى الخبرات الجديدة وإشباع الذات بالعمل، والحاجة إلى النجاح والتقدم الدراسي والتعبير عن النفس (عبد الرحمن العيسوي، 2001، ص156).

11-4- **الحاجات البيولوجية للمراهق:** وهي فطرية لدى الإنسان عموماً والمراهق خصوصاً، فيحتاج إلى إشباع حاجة الجوع والعطش والراحة والجنس، ودرجة حرارة الجسم والتخلص من

الفضلات، ورغم اشتراكها بين الأفراد إلا أنها تختلف طريقة إشباعها من فرد لآخر، ومن مجتمع لآخر، ومن طبقة اجتماعية لأخرى.

- **فمثلا 1:** المراهق الجزائري إذا شعر بالعطش يشرب الماء أو المياه الغازية، أما المراهق الأمريكي أو الأوروبي يشرب النبيذ.

11-5- الحاجات النفسية الأساسية: وتتمثل في الحاجة إلى المركز الاجتماعي والاستقلال، وكذا تحقيق الإنجاز أو التحصيل، ويعبر المراهق عن حاجته إلى المركز الاجتماعي أو المكانة في المجتمع بان يسلك سلوك الكبار، فيدخن تعبيراً عن رغبته في التشبه بالكبار، ويحقق بين أقرانه مكانة لا يحققها لدى والديه، وتتجه الفتاة إلى لبس الأحذية ذات الكعب العالي وتضع المساحيق إلى وجهها.

كما يرغب المراهق في تحقيق المكانة الاجتماعية بإظهار غضبه أو تمرده، ولا يوافق الشخص الذي يناديه طفل.

وتتضح الحاجة إلى الاستقلال عند المراهقين، عندما يرفضون أن يسأل عنهم آبائهم في المدرسة.

ويتمثل أثر إحباط الحاجات النفسية والبيولوجية في:

إن إحباط هاته الحاجات عند المراهق، تجعله في حالة ضيق وقلق وتوتر حتى يشبع هذه الحاجات، فإذا كانت الحاجة بيولوجية ظل في حالة عدم توازن، أما الحاجة النفسية فيشبعها الفرد ليستعيد توازنه النفسي.

فالمراهق يشعر انه نكرة، ويحاول جذب انتباه الآخرين له، فيعرض على كل رأي يقال، ويكثر من الأسئلة. والإشباع التام للحاجات يستعيد التوازن مؤقتاً، لأن الحاجات في حاجة إلى الإشباع (عباس محمود عوض، 1999، ص 142، 144).

12- أزمة المراهقة:

12-1- الاتجاه الأول: المراهقة أزمة لعوامل منها:

الصراع بين مغريات الطفولة والرجولة، وشعوره الشديد بذاته وبالانتماء إلى الجماعة، وكذا الصراع بين ميله إلى الاستقلال ورغبته في الاعتماد على والديه أو بين ميله إلى التحرر من قيود الأسرة وبين سلطتها، الصراع بين الواقع ومثالية المراهق وبين دافعه الجنسي وتقاليد المجتمع ثم الصراع الثقافي بين جيله والجيل الماضي.

فيرى " هول " أن المراهقة فترة من العمر والتصرفات السلوكية للفرد ذات انفعالات حادة وتوترات عنيفة وشديدة.

وترى "ميد" أن ما يصادف المراهق من توترات وصراع نفسي قد يرجع لعوامل إحباط تعرض لها المراهق في حياته اليومية في الأسرة والمدرسة.

وتنشأ الأزمة عند المراهق خاصة في المجتمعات المتناقضة المؤدية به إلى التمرد على تقاليد الأسرة وعلى المدرسة، ويعيش فترة حرجة في حياته تؤدي به إلى القلق والتردد ثم الإخفاق (زيان سعيد، 2004، ص 63).

وعلى المستوى النفسي الاجتماعي يرى "إريكسون" ظهور الهوية في مقابل غموض الدور وعلى المراهق تحديد هويته، ودور اجتماعي وجنسي ووظيفي في المجتمع المنتمي إليه، وعليه مواجهة عدة تحديات منها:

- أن يتحكم في طاقاته الجنسية، وعدوانه طبقاً لتوقعات بيئته الثقافية والاجتماعية.
- أن يرتبط بواحد من أفراد الجنس الآخر.
- أن يحرر نفسه من أفراد الجنس الآخر.
- أن يحرر نفسه من الاعتماد المفرد اجتماعياً وعاطفياً واقتصادياً على والديه.
- أن يختار عملاً.
- أن ينمو شعورياً لا ناضجاً بالهوية.

وهذه التحديات يعيشها المراهق فيما يعرف بأزمة الهوية (محمود حمودة، د س، ص 38).

12-2- الاتجاه الثاني: المراهقة ليست أزمة:

إنما مرحلة نمو نحو الاكتمال والنضج: يمر بها الإنسان فيها تذبذب واضطراب، قد يعيش المراهق صعوبات التكيف والتوافق فيعمل على إشباع حاجاته الأساسية التي تكمل نموه العام (زيان سعيد، 2004، ص 64).

13- المراهق وداء السكري:

تحدث الإصابة بالأمراض المزمنة في مرحلة الطفولة في تعطيل عملية البلوغ إثناء مرحلة المراهقة، وقد تشكل الإصابة بهذه الأمراض لدى المراهق تساؤل حول مرضه، ومراهقته ومعاش حياته المرضية، حيث يعيش المصاب وأسرته حدادا عند الإعلان عن المرض المزمن، فيكون أقرب إلى ذاته لتغيير صورته نرجسية ويبدأ في إعادة بناء شخصيته وكأنها ولادة جديدة، ردة فعله اتجاه هذا الواقع الجديد سوف تعيش من خلال نظرتة لذاته ونظرة الآخر المتمثلة في أفراد أسرته وأصدقائه.

فقد يتطلب منه وقت لوضع استراتيجيات تكيفه مع وضعه الجديد، وتغيير نمط حياته تمس نشاطاته داخل الأسرة ومدرسته وعلاقته، فالمراهق المصاب بداء السكري يحتاج إلى تنظيم حياته من الغذاء والدواء والمراقبة الذاتية لمستوى السكر في الدم وحقن الأنسولين بصل إلى 2-4 مرات في اليوم، تحاليل دورية وزيارات إلى العيادات، وقد تصاحبه هذه طوال الوقت وطول حياته، وتوثر على النضج النفسي والاجتماعي له، وقد تزيد في اعتماد يته على أسرته وتحد من استقلاليتها وتزيد من صراعاته.

في هذا السن يتميز مرض السكر في عدم الاتزان مستوى السكر في الدم، والمرتبط بتغيرات الفيزيولوجية المتعلقة بالبلوغ وبموامل نفسية فيرفض المراهق المرض واخذ العلاج أو انتظام فيه. (بن عروم فاطمة، 2015، ص58).

14- المشكلات التي يواجهها المراهق:

- مشكلات نفسية: وتتمثل في الحساسية والصراعات النفسية، وضعف التوافق النفسي، وحدة الانفعالات، والعواطف الجياشة والقلق والخوف والخجل والانطواء، وسرعة التأثر والأفلام المزعجة والنسيان والغيرة والكآبة.

- **مشكلات صحية:** تتمثل في قلة النوم والصداع، وفقدان الشهية، واضطرابات المعدة، وظهور حب الشباب.
- **مشكلات مدرسية:** وتتمثل في صعوبة بعض المواد الدراسية، ويؤثر على العلاقات مع بعض المدرسين، وضعف تركيز الانتباه في الدراسة، وضعف الميل إلى القراءة، وصعوبة الحصول على درجات عالية والخوف من الرسوب.
- **مشكلات أسرية:** وتتمثل في تفضيل الوالدين أحد الأخوة، ووفاة أحد الوالدين والتدخل في أمور المراهق ومحاسبته.
- **مشكلات اقتصادية:** وتتمثل في قلة الحصول على الملابس الجديدة، وضعف المستوى الاقتصادي للأسرة، وقلة المصروف اليومي.
- **مشكلات اجتماعية:** تتمثل في كثرة أوقات الفراغ، والثورة على الآخرين لأتفه الأسباب، واختيار الأصدقاء، والارتباك عند مقابلة الآخرين، والعلاقات مع الجنس الآخر، والتعرض للضغوط الاجتماعية (صالح أحمد الداھري، وهيب الكبسي، 1999، ص 214 - 215).

خلاصة:

تتميز مرحلة المراهقة في جانب كبير منها بالاهتمام بالجسد، والقلق للتغيرات المفاجئة في النمو الجسمي والحساسية الشديدة للنقد فيما يتصل بهذه التغيرات، وبمحاولات المراهق للتكيف معها، لذا تتميز بالحساسية ومهمة في حياة الفرد، لأنها مرحلة انتقالية من الطفولة إلى الرشد، تتراوح عموماً بين "11 و21 سنة" تتحدد بدايتها بالبلوغ الجنسي الذي يصحبه نمو سريع في المظاهر الفيزيولوجية الجسمية، العقلية، الانفعالية، النفسية، الجنسية والاجتماعية.

فالمراهقة تعتبر الممر الذي يمر منه الطفل من مرحلة التبعية، والحماية إلى مرحلة الاستقلالية وتأكيد الذات، فالمراهق لما يسعى إلى إثبات ذاته يصطدم بعدة مشاكل وصعوبات تتخلله أزمات نفسية نتيجة شعوره بالمعاناة والإحباط والقلق، فيجد نفسه في صراعات وضغوطات نفسية حادة سواء بين نفسه أو بين مجتمعه تؤدي به إلى الوقوع في مشاكل عديدة، وقد تعرضه إلى أمراض مزمنة كمرض السكري، لذا يجب معرفة خصائص هذه المرحلة وفهم سلوكه ودوافعه لمعرفة كيفية التعامل معه، ومساعدته على حل وتخطي مشاكله.

ولذلك يلزم أن نقيم في المدارس والأندية والندوات الهادفة للتثقيف الصحي، والجنسي للمراهقين وتعريفهم بتغيرات البلوغ، وتوجيههم فيما يتعلق بالتغذية والراحة والنواحي الصحية المختلفة، وأن تتضافر كل الجهود سواء في المدرسة أو الأسرة من أجل العمل على سعادة المراهق سواء مع نفسه أو مجتمعه.

الفصل الثالث

المساندة الاجتماعية

تمهيد

يعتبر مصطلح المساندة الاجتماعية في علم النفس، وبالتحديد في علم النفس الاجتماعي حديث العهد مقارنة إلى حقيقته كظاهرة إنسانية فهي قديمة قدم الإنسان نفسه، فلا يمكننا تصوّر كائن بشري بدون مساندة ذويه عند الحاجة.

والإنسان كائن اجتماعي بطبعه كما يقول العلامة " ابن خلدون "، لا يقوى على العيش منعزلاً عن أفراد المجتمع فهو عضو، وفاعل متفاعل يعطي ويأخذ في إطار تكاملي، وبهذا يكون منتجاً في ضوء قدراته وإمكانياته التي تعينه على تحقيق ذلك، ويتبادل الأفكار والقيم والمشاعر مع الآخرين، ويتلقى منهم التقدير، ويستقبل منهم مشاركتهم إياه مشاعره.

فمن خلال المساندة الاجتماعية يمكنه التفاعل مع مجتمعه، فهو لا يقوى على تحقيق أهدافه في ظل غياب الآخرين ودعمهم له، كما أنه يتبادل الدور مع أفراد مجتمعه، وإن كان أكثر احتياجاً لها في حال تعرضه للأزمات النفسية، والأمراض المزمنة كداء السكري.

والمساندة الاجتماعية حظيت باهتمام كبير من طرف الباحثين وذلك من خلال دورها النفسي والاجتماعي في خفض الآثار السلبية للأحداث الضاغطة والمواقف التي يتعرض إليها الفرد، وذلك عن طريق المساندة التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأُسرة والأصدقاء وزملاء العمل والمدرسة، وترتبط المساندة الاجتماعية بالصحة والسعادة النفسية، كما إن غيابها يرتبط بزيادة الإعراض المرضية.

1- مفهوم المساندة الاجتماعية:

لقي مصطلح المساندة الاجتماعية اهتمام العديد من الباحثين، وكلّ تناوله من زاويته الخاصة فهو مصطلح جدّ مركب، وأوّل من استعمل هذا المصطلح هم علماء الاجتماع في إطار تناولهم للعلاقات الاجتماعية، حيث صاغوا اصطلاح شبكة العلاقات الاجتماعية الذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية. (محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمان، 1994، ص 31).

1-1- التعريف اللغوي للمساندة: يشير الأصل اللغوي للمساندة إلى سند إليه سنوداً أي: ركن إليه واعتمد عليه واتكأ، وساند مساندة وسناداً : عاونه وكانفة. (مجمع اللغة العربية، 1996، ص 456) فساند بمعنى عاضد وكانف وكافأ على العمل، والسند معتمد الإنسان (شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009، ص 10).

ونقول سند ساند -سنوداً واستند وتساند إليه :اعتمد عليه ساند الشيء :دعمه ووثقه ساند. ومساندة.

وسناداً الرجل عاضده وكانفه.

السند. ج إسناد ما يستند إليه أو ج. سندات.

الإسناد في علم العربية: هو إيقاع نسبة تامة بين الكلمتين كنسبة الخبر إلى المبتدأ في نحو "زيد قائم".

ج أسانيد عند أهل المناظرة: السند. السندان. ج سنادين: من آلات الحدادين، وهو ما يطرق عليه الحديد. السندان: العظيم الشديد من الرجال.

ج مساند: المساندة في الحرب هي أن تسند قوة كالمدفعية مثلاً قوة أخرى كالمشاة المستند: ما يستند إليه. المتساندين: يقال "خرج القوم متساندين" أي تحت رايات شتى لا تجمعهم راية أمير واحد.

السند ج أسناد: ما قابلك من الجبل وعلا عن السفح.

وسند إلى الشيء من باب دخل واستند إليه بمعنى الإسناد، وأسند غيره في الحديث رفعه إلى قائله (عائدة عبد الهادي حسنين، 2004، ص 9).

ويشير مصطلح المساندة في قاموس المنجد في اللغة العربية المعاصرة إلى الدعم والتأييد (صبيحي حمودي، 2000، ص 708).

1-2- التعريف الاصطلاحي:

قدم المنظرون والباحثون تعريفات متباينة لمفهوم المساندة الاجتماعية من حيث العمومية والنوعية، فقد ركز البعض على العلاقات الاجتماعية المتبادلة بين الأشخاص، وركز الآخر على جوانب محددة فيها باعتبارها تمثل جوهر المساندة، كالمشاركة الوجدانية أو الإمداد بالمعارف والمعلومات أو السلوكيات، والأفعال التي يقوم بها الفرد بهدف مساعدة الآخرين في مواقف الأزمات، والمساهمات المادية.

وترجع جذور مفهوم المساندة الاجتماعية إلى علماء الاجتماع، حيث تناولوا هذا المفهوم في إطار اهتماماتهم بالعلاقات الاجتماعية، عندما قدموا مفهوم شبكة العلاقات الاجتماعية، والذي يعتبر البداية الحقيقية لظهور مصطلح المساندة الاجتماعية. بينما يرى " ساراسون وآخرون " (Sarason & al 1986) المساندة الاجتماعية بأنها: "الاعتقاد بوجود بعض الأشخاص الذين يمكن للفرد أن يثق فيهم، والذين يتركون لديه انطبعا بأنهم يحبونه ويقدرّونه، ويمكنه اللجوء إليهم والاعتماد عليهم عندما يحتاجهم" (معتز سيد عبد الله، 2000، ص25).

وقد عرف ليفي (Leavy,1983) الدعم الاجتماعي بأنه وجود أشخاص مقربين ممثلين بأفراد الأسرة، أو الأصدقاء، أو الجيران، أو زملاء العمل الذين يتسمون بالدعم المعنوي والمشاركة الوجدانية. (رامي طشطوش، 2017، ص452)

ولقد عرفها أيضا بأنها: "تزويد الفرد بالمعلومة التي تمكنه من الاعتقاد بأنه محبوب ومقبول، وموضع تقدير واحترام وأنه ينتمي إلى شبكة اجتماعية توفر لأعضائها التزامات متبادلة " (ياسمين رافع الكركي، 2016، ص 87).

وقد عرفها محمد محمد عبد الهادي وعبد الفتاح علي رجب بأنها شعور الفرد بأنه يتمتع بعلاقات وروابط اجتماعية طيبة مع المحيطين تمكنه من الاعتماد عليهم والتماس المساعدة منهم والرجوع اليهم عند الحاجة والثقة بهم والسعادة بينهم. (محمد محمد عبد الهادي، عبد الفتاح علي رجب مطر 2005، ص12)

ويعرف جونثري وكوبسا (Gentry ET Kobasa ,1984) المساندة الاجتماعية تعتبر موردا سيكولوجيا يحدد إدراكات فرد ما اتجاه نوعية علاقاته الاجتماعية. (علي خرف الله، 2015، ص369).

ويرى (جاب الله، 1993) أن المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء الأسرة أو خارجها، تعد عاملاً هاماً في صحته النفسية، من ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساعدة أو انخفاضها، يمكن أن تنشأ الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية. (مروان عبد الله دياب، 2006، ص27 ص28).

2- المساعدة الاجتماعية وعلاقتها ببعض المصطلحات النفسية :

إن مصطلح المساعدة الاجتماعية علاقة مع عدد كبير من المصطلحات النفسية، وتتمثل فيما يلي:

2-1- المساعدة الاجتماعية والصحة النفسية:

يعتقد (Cutrona, 1996) بوجود علاقة ارتباطية بين نقص المساعدة الاجتماعية (الحجم، الرضا) ونشأة واستمرار الأعراض الاكتئابية والشعور باليأس لدى فئات عمرية مختلفة، فالأشخاص منخفضي المساعدة الاجتماعية من المكتئبين يتسمون بالتقييم السلبي للذات، والنظرة السلبية للعالم والمستقبل، وتوقع الفشل في كل محاولة، وتعميم هذا الفشل، والتشويه المعرفي، وفقدان الأمل، القابلية للاستئثار.

ويوضح (Holahan et Moos, 1990) انه فضلاً عن هذين الأسلوبين للتعامل مع الإحداث الضاغطة ومواجهتها، فان هناك أساليب أخرى يمكن أن تخدم كلا من وظيفتي التركيز على المشكلة، والتركيز على الانفعال، ومن أوضح هذه الأساليب البحث عن الدعم الاجتماعي والذي يوضح مدى إمكانية الفرد في الحصول على الدعم الانفعالي بجانب الدعم المادي أو الدعم بالمعلومات، وهذا النوع الأخير يسمى بالدعم الاجتماعي الإجرائي.

وأشار (Rutter, 1990) إلى أن العلاقة التي يسودها الحب والدفء، بالإضافة إلى أنها تمثل مصدراً للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرض الفرد للأحداث الضاغطة، فإنها ترفع من تقدير الفرد لذاته وفاعليته، وهما عاملان واقبلن يساعدان الفرد على مواجهة الإحداث الضاغطة، ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض لها. إما إدراك الفرد لعدم وجود مساعدة اجتماعية، فانه يشعر بعدم القيمة وعدم القدرة على الواجهة وتكون هنا بداية انخفاض مستوى الصحة النفسية، حيث يفقد الفرد الشعور بالقيمة ويفتقد السند عند المحنة.

ويرى (جاب الله، 1993) إن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين سواء الأسرة أو خارجها، تعد عاملا هاما في صحته النفسية، من ثم يمكن التنبؤ بأنه في ظل غياب المساندة أو انخفاضها، يمكن أن تنشط الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد، مما يؤدي إلى اختلال الصحة النفسية. (مروان عبد الله دياب، 2006، ص27 ص28).

2-2- المساندة الاجتماعية والصدمات النفسية:

يمكن تعريف الصدمة بأنها أحداث يمر بها الفرد في حياته تتميز شدتها بحيث يصبح الرد عاجز عن الاستجابة لها بالطريقة المناسبة تعطي اضطرابات وأثار جانبية مرضية دائمة تمس الجانب النفسي. (شدمي رشيدة، 2015، ص125).

2-3- المساندة الاجتماعية والضغط الاجتماعي:

إن التراث السيكولوجي المستمد من البحوث النفسية يشير إلى أن المساندة الاجتماعية في علاقتها بالضغط وظيفتين: وظيفة وقائية وأخرى علاجية.

فمن الناحية الوقائية تعتبر المساندة الاجتماعية مصدر من مصادر الدعم النفسي الاجتماعي الذي يحتاجه الفرد في مواجهة الضغط، حيث يؤثر نمط ما تلقاه الفرد من دعم سواء كان عاطفيا، أو معلوماتيا، أو أدائيا في شد عضده إثراء خبراته، وجعله أكثر إدراكا وتقديرا وواقعية في تقييمه للحدث مما يسهم في زيادة قدراته ومهاراته في مواجهة ضغط والتعامل معها، وهكذا نجد انه بمقدار تلقي الفرد للمساندة والدعم الاجتماعي يكون التباين في حدوث الضغط وخطورة تأثيرها.

أما من الناحية العلاجية فان المساندة الاجتماعية بما تتيحه من علاقات اجتماعية تتسم بالحميمية والدفء والثقة تعمل كحواجز أو مضادات ضد التأثيرات السلبية للضغط الحياتية، ومثل هذه العلاقة بالإضافة إلى أنها تمثل مصدرا للتخفيف من الآثار السلبية الناتجة عن تأثر الفرد بالأحداث الضاغطة، لما تتيحه من إشباعات لحاجاته من الأمن النفسي، فإنها تزيد من شعوره بهويته وتقديره لذاته وتعمل على شحن معنوياته، وترفع من مستوى صلابته النفسية، واعتقاده في فاعليته وكفاءته، وتعزز ثقته في نفسه، وهي كلها عوامل لا تساعد فقط كما قلنا على الوقاية من الضغط.

وفي هذا الصدد تشير الدراسات المقارنة التي أجريت على صحة المسنين إلى أن الأشخاص الذين يعانون من أمراض نفسية أو جسمية مزمنة، ويتلقون دعماً نفسياً أو اجتماعياً يتماثلون بشكل أكبر من المرضى (جدو عبد الحفيظ، 2014، ص 58-59) وتعتبر أيضاً المساندة الاجتماعية مصدراً هاماً من مصادر الدعم الاجتماعي الفعال الذي يحتاجه الإنسان، كما تسمح لنا بالحفاظ على توازننا النفسي والعقلي، كما تؤثر إلى حد بعيد على مختلف أبعاد شخصيتنا نذكر منها مركز التحكم وتقدير الذات، ومنه فهي تؤثر على كيفية إدراكنا، وتعاملنا مع الضغوط، وهذا من خلال ما أسفرت عنه العديد من الدراسات نذكر منها ما يلي:

- دراسة "ساندلير وآخرون" (Sandler & al 1982) تتفق مع دراسة "ليفكورت وآخرون" (Lefcourt & al 1984) في أنه توجد علاقة بين مركز التحكم، وفعالية المساندة الاجتماعية، وأن المساندة تكون فعالة أكثر مع الأفراد ذوي التحكم الداخلي، لأنهم أكثر جدية واستفادة للمساعدة المقدمة لهم مقارنة مع ذوي التحكم الخارجي.

و يشير "قريقوري" و"بوروغس" (Gregory & Burroughs 1989) إلى أن المساندة الاجتماعية تؤثر في كيفية إدراك الفرد للمواقف الضاغطة، وتمدّه بشعور مرتفع في التحكم والضبط فيستطيع الفرد التنبؤ بالبيئة وكيفية مواجهتها فتقلل من الضرر المحتمل للضغوط (بشرى إسماعيل أحمد، 2004، ص 90).

ومنه يعتبر المساندة الاجتماعية، ومركز التحكم الداخلي عاملان أساسيان لتسيير والتعامل مع الضغوطات.

أما فيما يتعلق بتقدير الذات فقد أوضحت العديد من الدراسات عن تأثيره بالمساندة الاجتماعية حيث يرى "رونير" (Rohner, 1985) أن إدراك الفرد لقيمه الذاتية يتحدد من خلال قدرته على مواجهة المشكلات وحلّها، والتكيف الفعال مع أحداث الحياة الضاغطة، وهذا يتكوّن من المساندة الاجتماعية داخل الأسرة أو في بيئة العمل، والتي تتمثل في إحساس الفرد بالقبول والقيمة والكفاية، وهذه تعدّ من الخصائص الشخصية التي تدفعه إلى النجاح في العمل لإرضاء طموحاته، واكتساب الرضا عن الذات في عمله (علي عبد السلام علي، 2005، ص 179).

كما يشير "روتير" (Rotter, 1990) بأن العلاقة التي يسودها الحب، والدفء هي مصدراً للوقاية من الآثار السلبية الناتجة عن تعرّض الفرد للأحداث الضاغطة، وترفع من تقدير

الفرد لذاته، وفعاليته وهما عاملان واقيان يساعدان الفرد على مواجهة الأحداث الضاغطة، ويخففان من الآثار المترتبة على التعرض لها، أما إدراك الفرد لعدم وجود مساندة اجتماعية فإنه يشعر بعدم القيمة، وعدم القدرة على المواجهة، فيبدأ ظهور الأعراض الاكتئابية، ويفقد الفرد الشعور بالقيمة، والسند عند المحنة.

ويضيف "هولاهان" و"موس" (Holahan & Moos 1991) أن الأفراد ذوي الضغوط المرتفعة قد لا يعانون من الأعراض الاكتئابية خاصة في حالة وجود سمات شخصية إيجابية كالثقة في النفس، ومساندة أسرية حقيقية (حسين علي فايد، 2000، ص 343، 346).

3- النماذج والاتجاهات النظرية للمساندة الاجتماعية:

هناك عدة توجهات للمساندة الاجتماعية، وقد حددها كل من "بيرس" و"ساراسون" و"ساراسون" (Pierce, Sarason & Sarason 1990) في ثلاث اتجاهات نظرية بارزة وهي: ومنه فالاتجاه البنائي يهتم عند دراسته للمساندة الاجتماعية على الخصائص البنائية لشبكة المساندة، أما الاتجاه الوظيفي يركز على وظيفة المساندة؛ عاطفية، معرفية أو مادية... الخ، لأنه يعتبر المساندة الاجتماعية عناصر فعالة ووظيفية.

وكمثال على فعالية الاتجاه البنائي في دراسة المساندة أعد قائمة "ستوكيس" (Stokes 1983) لشبكة المساندة الاجتماعية مثل: الحجم، الكثافة، عدد ونسبة الزملاء، والأقارب والأصدقاء الحميمين (بشرى إسماعيل أحمد، 2004، ص 33).

3-1- الاتجاه البنائي:

يشير "دوك" و"سليفير" (Duck & Sliver, 1995) إلى أن النظرية البنائية تدرس الخصائص البنائية لشبكة العلاقات الاجتماعية وتعدّد مصادرها، وتأثيرها الفعال في التوافق النفسي والاجتماعي في البيئة المحيطة بالفرد، وأن الخصائص الكمية لشبكة المساندة تؤثر على التفاعلات المتبادلة بين الأفراد، وعلى عمليات التوافق مع أحداث الحياة الضاغطة ولها دورا هاما في تعزيز المواجهة الإيجابية لهذه الأحداث دون إحداث أي آثار سلبية على الصحة النفسية للفرد.

3-2- الاتجاه الوظيفي:

يرى "كابلان وآخرون" (Kaplan & al, 1993) أن وظائف العلاقات المتداخلة في شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة بالفرد، تسانده في الظروف الصعبة التي يواجهها في بيئته، كما أن تعزيز أنماط السلوك المتداخل في شبكة هذه العلاقات لزيادة مصادر المساندة الاجتماعية لدى الفرد (على عبد السلام علي، 2005، ص35، ص54).

3-3- الاتجاه الشامل: وضع هذا النموذج لبيرمان وبيرلن (Lieberman et Pearlman) وتم إعادة تطويره في عام (1981)، وهو يرى أن المساندة الاجتماعية يمكن أن تتحقق تأثيرها حتى قبل وقوع الحدث الضاغط على النحو الآتي :

يمكن ان تحد المساندة الاجتماعية من احتمالية وقوع الحدث الضاغط.

- إذا وقع الحدث الضاغط فان المساندة من خلال تفاعلها مع العوامل ذات الأهمية قد تعدل أو تغير من إدراك الفرد للحدث، ومن ثم تلتطف أو تخفف من التوتر المحتمل.
 - إذا وصل التوتر إلى درجة تجعل الحدث المتوقع يغير من وظائف الدور يمكن للمساندة ان تؤثر على العلاقة بين الحدث الضاغط والإجهاد المصاحب.
 - يمكن ان تؤثر المساندة الاجتماعية في استراتيجيات المواجهة أو التعامل مع الحدث الضاغط، وبذلك تعدل من العلاقة بين الحدث وما يسببه من إجهاد.
 - بمقدار الدرجة التي ينحدر عندها الحدث الضاغط فان عوامل الشخصية مثل تقدير الذات تجعل في إمكانية المساندة أن تجعل من هذه الآثار.
 - قد يكون هناك تأثير مباشر من المساندة على مستوى التوافق.
- وبذلك يرى أنصار هذا الاتجاه أن دور المساندة كعامل مخفف للتوتر أكثر تعقيدا مما يتخيله البعض الآخر. (قدور بن عباد هوارية، 2014، ص 97-98).

3-4- نظرية المقارنة الاجتماعية:

تؤكد هذه النظرية أن الأفراد عند تعرضهم لأحداث الحياة الضاغطة وشعورهم بالحاجة للمساعدة فإنهم يسعون للاندماج وطلب المساعدة من الآخرين اللذين يفضلونهم أو يتساوون معهم أو الذين مرو بنفس الخبرات الضاغطة حيث يقدم لهم هذا النمط من الاندماج توازنا

ومعلومات ضرورية تعمل على تحسن مواقفهم في التعامل مع ذلك الأحداث الضاغطة، أي الحاجة هنا أو المساعدة تطلب من أفراد بعينهم دون غيرهم.

3-5 - نظرية التبادل الاجتماعي:

تفترض هذه النظرية أن كل علاقة بالأخر تنطوي على بعض الفائدة وبعض التكلفة، ويحاول كل طرف في علاقة ما أن يعظم ما ستنفذه من العلاقة ويقلل من التكلفة المبذولة فيها بمعنى أن التجاذب يحدث بين الأشخاص حيث تكون العلاقة المتحصلة من العلاقة (مادية - معنوية) أكبر من تكلفة العلاقة أي ما يبذله أطراف العلاقة في الحفاظ عليها واستمرارها، فما إذا كنا سنقترب من شخص ما وان نتجنبه، وما إذا كنا نميل إليه أو ننفر منه هو أمر يتوقف على مجموع ما نفيده من علاقتنا به مقابل ما تكلفه لنا هذه العلاقة. (امل فلاح فهد الهملان، 2008، ص54).

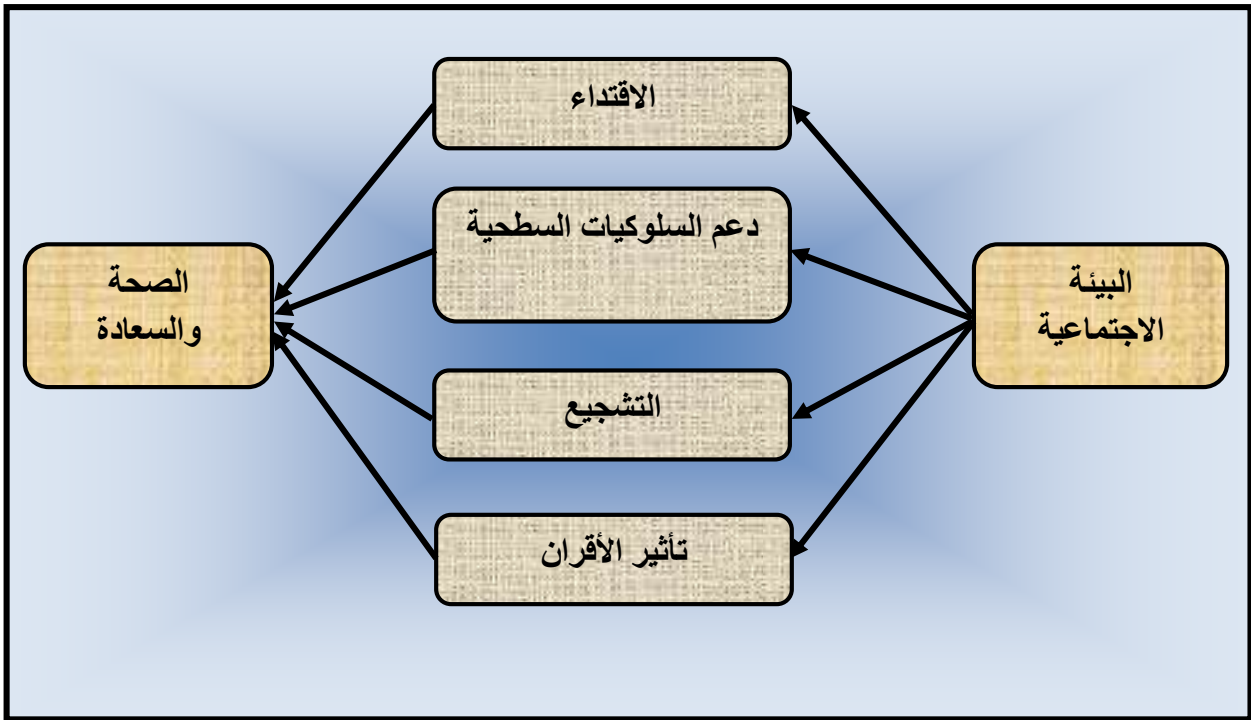
3-6 - نموذج الآثار الرئيسية للمساندة:

يفترض أن الشبكات الاجتماعية الكبيرة يمكن ان تزود هذا النموذج ان الدعم يرتبط أساسا بالأشخاص الذين يقعون تحت ضغط، ويعرف هذا بنموذج التخفيف أو الحماية . حيث ينظر إلى الدعم على انه يعمل على حماية الأشخاص الذين يتعرضون لضغوط، من احتمال التأثير الضار لهذه الضغوط، حيث أن هناك اثر عام ومفيد للدعم الاجتماعي على الصحة البدنية والنفسية يمكن أن تزود الأشخاص بخبرات إيجابية منتظمة ومجموعة من الأدوار التي تتلقى مكافئة من المجتمع، وهذا النوع من الدعم يمكن أن يرتبط بالسعادة، حيث أن يوفر حالة إيجابية من الوجدان وإحساسا بالاستقرار في مواقف الحياة، والاعتراف بأهمية الذات كذلك فان التكامل في الشبكة الاجتماعية يمكن أن يساعد أيضا في تجنب الخبرات السالبة (المشكلات المالية والقانونية) والتي من الممكن بدون وجود دعم اجتماعي أن تزيد من احتمال حدوث الاضطراب النفسي أو البدني ويصور هذا النموذج للدعم من وجهة نظر سوسولوجية على انه تفاعل اجتماعي منظم أو الانغماس في الأدوار الاجتماعية، أما من ناحية الواجهة السيكلوجية فانه ينظر إلى الدعم على انه تفاعل اجتماعي واندماج اجتماعي، ومكافئة العلاقات ومساندة الحالة، وهذا النوع من الدعم الخاص بالشبكة الاجتماعية يمكن أن يرتبط بالصحة البدنية عن طريق أثار الانفعال على الهرمونات العصبية، أو وظائف جهاز المناعة، أو عن طريق التأثير على أنماط السلوك المتصل بالصحة مثل تدخين

السجائر وتعاطي الخمر أو البحث عن المساعدة الطبية (الشناوي محروس محمد، عبد الرحمان السيد محمد، 1994، ص36، ص37).

ويرى العديد من الباحثين أنه كلما نقص حجم، وكمية المساعدة في هذا النموذج، كلما زاد احتمال التعرض للاضطرابات النفسية كالقلق، والاكتئاب، فتختل الصحة النفسية للفرد، وله تأثيراته على الصحة الجسمية بزيادة الهرمونات العصبية، والتي تؤدي إلى انخفاض كفاءة جهاز المناعة لدى الفرد، وله تأثير على أنماط السلوك فيزيد من تدخين الفرد، أو تعاطيه الخمر، أو إدمانه المخدرات (نسرین بنت صالح، 2008، ص 46).

فعلى العموم فإنه يمكن القول أن الدعم الاجتماعي ذو تأثير إيجابي على الصحة النفسية والجسمية للفرد ويوضح الشكل التالي التصور الأساسي لهذا النموذج.



الشكل رقم 1: يوضح نموذج الآثار الرئيسية للدعم الاجتماعي (رضوان جاب الله شعبان، هريدي محمد عادل، 2001، ص75)

3-7- نموذج الأثر الواقي المخفف من الضغط النفسي (المشقة)

تتفق آراء كل من لازاروس ولونير (Lazarus et launer, 1978), في أن أحداث الحياة الضاغطة تنشأ عندما يتعرض الفرد لموقف ما يحس انه مهدد له في حياته، ويفتقد الاستجابة الإيجابية لمواجهته أو التعامل معه. ويذكر سيلز (sills) انه من الضروري للفرد أن يدرك أحداث الحياة الضاغطة ويحاول مواجهتها ولكنه يفقد أساليب المواجهة الإيجابية لتلك الأحداث، ويتعرض بالتالي إلى الآثار السلبية الجسمية والنفسية (على عبد السلام على، 2005، ص23)

يفترض نموذج الأثر الواقي أن المساعدة الاجتماعية تستطيع أن تخفف من الضغط النفسي حتى يستعيد الفرد نواحي النقص التي نشأت لديه بسبب الحزن، وتقدم هذه النظرية مفهوما نظريا جديدا هو نموذج الحماية أو التخفيف (buffring model) ويقصد به أن المساعدة الاجتماعية المرتفعة سواء كانت مساعدة عاطفية أو مساعدة عملية تحمي الشخص من سيطرة الضغط النفسي وتأثيره السلبي على حالته الصحية (stroebe et al, 1996)، ويرتبط هذا النموذج بالصحة فقط بشكل أساسي للأفراد الذين يقعون تحت الضغوط، وينظر فيه إلى أن المساعدة الاجتماعية تحمي الأفراد من احتمال التأثير الضار للضغوط (cohn et wills, 1999, 445)، ومن ثم فان المساعدة الاجتماعية تقوم بدورها في نقطتين مختلفتين بين الضغط والمرض.

تتدخل المساعدة الاجتماعية بين الحدث الضاغط (أو توقعه) وبين رد فعل الضغط، حيث تقوم بتخفيف أو منع الاستجابة تقدير الضغط بمعنى ان إدراك الفرد ان الآخرين يمكنهم ان يقدموا له الإمكانيات اللازمة قد يجعله يعيد تقدير إمكانية وجود ضرر نتيجة للموقف أو تقوي لديه القدرة على التعامل مع المطالب التي يفرضها عليه الموقف، ومن ثم فان الفرد لايقدر الموقف على انه شديد.

تتدخل المساعدة الاجتماعية بين خبرة الضغط وظهور حالة مرضية باتولوجية عن طريق تقليل أو استبعاد رد فعل الضغط بالتأثير المباشر على العمليات الفزيولوجية، وقد تزيل المساعدة الأثر المترتب على تقدير الضغط عن طريق تقديم حل للمشكلة، وذلك بالتخفيف من الأهمية التي يدركها الفرد لهذه المشكلة، فمن خلال المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من

أعضاء أسرته وأصدقائه، والمتمثلة في العلاقات الدافئة الحميمة تقل نسبة الأشخاص الذين يتعرضون لمضاعفات المرض. (شهرزاد نوار، 2014، ص155. ص156).

وهذا النموذج يبين أن المساندة الاجتماعية ترتبط بصحة الأشخاص الذين يقعون تحت الضغط، والمساندة تخفف منه، وهذا خوفاً من احتمال التأثير الضار له، ولذا يعرف بنموذج الأثر الواقي أو المخفف للضغوط النفسية.

بعد عرض النماذج المفسرة للمساندة الاجتماعية كانت في مجملها تدور حول تقديم المساندة للفرد داخل المجتمع مهما كانت الظروف والمواقف والضغوطات التي تستدعي ذلك، " والباحثة " في هذه النظرية تبنت نموذج الأثر الواقي المخفف من الضغط النفسي (المشقة)، نتيجة تناسبها وتوافقها مع مشكلة الدراسة، حيث أن المراهق المصاب بالسكري تتكون لديه آثار قد تكون سلبية نتيجة الإصابة التي قد تؤثر على نفسيته وشخصيته وتعيق توافقه النفسي والاجتماعي، لذا فالهدف من تقديم المساندة للمصاب هو التقليل من آثار الإصابة ومحاولة التخفيف من الضغوط النفسية التي تترتب إزاء الصدمة النفسية التي تترتب عن مرضه.

4- أهمية المساندة الاجتماعية:

خلصت غالبية الدراسات إلى اعتبار السند الاجتماعي مصدراً هاماً في تلطيف وتخفيف الاضطرابات النفسية الناتجة عن الضغوط الحياتية من خلال تأثيره في التقييم الذاتي للضغوط أو على اختيار استراتيجيات التكيف مع مشاعر تقدير الذات وأصبحت هذه النتيجة إحدى الحقائق المشتركة في أبحاث الضغوط وما يسمى بـ"نموذج العلاقات بين الأشخاص"، وتمخض عنها ما يعرف الآن بالنموذج الملطف (buffering model)، الذي يوضح تأثير السند الاجتماعي في الضغوط الحياتية والآثار النفسية والجسمية الناجمة عنها. (قماز فريدة، 2009، ص162).

يشير سارسون وآخرون (Sarsson et all) إلى أن الفرد الذي ينشأ وسط أسر مترابطة تسود المودة والألفة بين أفرادها، يصبحون أفراداً قادرين على تحمل المسؤولية، ولديهم صفات قيادية، لذا نجد المساندة تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط، وتقليل من المعاناة النفسية في حياته الاجتماعية، وأنها تلعب دوراً مهماً في الشفاء من الاضطرابات

النفسية كما تساهم في التوافق الإيجابي، والنمو الشخصي للفرد، وكذلك تقي الفرد من الآثار الناتجة عن الأحداث الضاغطة، وإنها تخفف من حدة هذه الآثار وعليه فإن هناك عنصرين مهمين ينبغي احدهما في الاعتبار وهما. إدراك الفرد أن هناك عددا كافيا من الأشخاص في حياته، يمكن أن يعتمد عليهم عند الحاجة، وإدراك الفرد درجة الرضا عن هذه المساندة المتاحة له، واعتقاده في كفاية وكفاءة وقوة المساندة، وهذان العنصران مرتبطان ببعضهما ويعتمدان في المقام الأول على الخصائص الشخصية التي يتسم بها الفرد.

ويذكر برهام (Parham) أن المساندة الاجتماعية تقوم بمهمة حماية الشخص لذاته وزيادة الإحساس بفاعليته، بل أن احتمالات إصابة الفرد بالاضطرابات النفسية والعقلية تقل عندما يدرك انه يتلقى المساندة الاجتماعية من شبكة العلاقات الاجتماعية المحيطة به، ولا شك أن هذه المساندة تؤدي دورا هاما في تجاوز أي أزمة قد تواجه الشخص، وهنا تؤدي المساندة دورا وقائيا.

ويشير سارسون وآخرون (Sarsson et al) أن المساندة تلعب دورا مهما لذلك في الشفاء من الاضطرابات النفسية والعقلية، كما تسهم في التوافق الايجابي للفرد، أي أنها تلعب دورا علاجيا، وليس هذا فحسب بل يمكن أن تلعب دورا تأهليا للمحافظة على وجود الفرد في حالة رضا عن علاقته بالآخرين.

ويرى بولبي (Polpy) أن المساندة تزيد من قدرة الفرد على المقاومة والتغلب على الإحباطات وتجعله قادرا على حل مشكلاته بطريقة جيدة. (محمد محمد عودة، 2010، ص51-52)

ومما سبق نستنتج أن للمساندة الاجتماعية أهمية بالغة في حياة الفرد بصفة عامة، والمراهق المصاب بالسكري بصفة خاصة، حيث أن مرحلة المراهقة تحتاج إلى عناية ومعاملة خاصة من طرف المجتمع، لأنها المرحلة الحرجة التي يمر بها الفرد خلال مراحل حياته المختلفة، نتيجة التغيرات الفيزيولوجية والنفسية والجسدية والانفعالية التي تطرأ عليه، فما بالك المراهق المصاب بمرض السكري، إذ ينتقل من حالة الصحة إلى حالة المرض، ونتيجة هذا الانتقال المفاجئ قد تتأثر نفسية المراهق وتتهار لذا يجب على كل من له صلة بالمراهق المريض بالسكري أن يقدم له يد العون والمساندة، حيث تتمثل أهميتها فيما يلي:

- فهم المريض لحالته فهما دقيقا وبطريقة واعية، سواء من طرف الطبيب أو الأقارب.
- تقديم كل ما يحتاجه المريض المراهق من معلومات حول مرضه، وكيفية التعامل مع مشكلته المرضية والنفسية.
- توفير كل ما يحتاجه المراهق المريض بالسكري من وسائل وأدوية وعلاج، والقيام بكل ما يراه الطبيب المعالج مناسباً لمرضه.
- مساعدة المراهق المريض بالسكري أن ينظر إلى نفسه نظرة ايجابية، وشعوره بأنه فرداً مهما لدى الآخرين.
- الشعور بالأمان والطمأنينة أكثر وفك العزلة لديه.
- زرع القدرة لديه في مواجهة المرض.
- إرشاده بثقافة صحية عالية دون إحساسه بأنه شخص عاجز.
- شرح معنى المرض وتبسيطه إلى المريض، وكيفية التماشي معه بزرع الأمل والثقة في نفسية المصاب.
- دمج المراهق مريض السكري في الحياة الاجتماعية بطريقة مرنة.
- غرس عدم الشعور بأنه عالة على الأسرة والمجتمع.
- الوصول بالمريض إلى تقبل المرض والاستفادة من العلاج والتكيف مع المرض.
- محاولة إزالة العقبات والعراقيل أمام المراهق مريض السكر.
- رفع الأداء الاجتماعي للمراهق مريض السكر، ومشاركته في الحياة الاجتماعية بشكل فعال.
- تحسين الظروف البيئية والاجتماعية بالمريض، ومحاولة دمجها في الحياة الاجتماعية بشكل فعال.
- مساعدة المريض على تدعيم علاقاته مع الآخرين وخاصة جماعة الرفاق، والطبيب المعالج.
- مساعدة المريض على تحقيق أهدافه، ورفع معنوياته ودافعيته للعمل والطموح.
- محاولة تقديم الإرشاد للتكيف مع الوضع الصحي الجديد.
- رفع القدرة على مواجهة المرض، وزرع التحدي للمريض من أجل عيشه كأبي فرد آخر.

- محاولة الوصول بالمريض إلى الاتزان الانفعالي النفسي.

5- أنواع المساعدة الاجتماعية:

يشير هوس (House) إلى أن المساعدة يمكن أن تأخذ عدة أشكال هي:

5-1- **المساندة الانفعالية:** هو تقديم الاهتمام والمحبة والثقة والقبول، العلاقات الحميمة والتشجيع والرعاية. (ماهر يوسف المجدلوي، 2014، ص 215).

5-2- **المساندة المعلوماتية:** التي تنطوي على إعطاء نصائح أو معلومات، أو تعليم مهارة تسهل حل مشكلة أو موقف ضاغط.

5-3- **المساندة التقويمية:** التي تنطوي على التغذية الراجعة المتعلقة بآراء الفرد وسلوكه. (شويطر خيرة، 2017، ص 19)

5-4- **المساندة المادية:** ويتمثل في سلوكيات (المساعدة المالية، والمادية) التي يحتاجها الفرد عند تعرضه للازمات الاقتصادية.

5-5- **المساندة الرفقوية:** ويعبر عنه من خلال سلوكيات 'الرحلات، التسالي)، ويؤدي هذا النوع من الإسناد وظيفة التقليل من ضغط المشكلات النفسية والاجتماعية. (بشرى عناد مبارك، د س، ص 735).

6- أشكال المساعدة الاجتماعية في حالة المرض المزمن (مرض السكري):

يذكر الباحثون أن المساعدة الاجتماعية في حالة المرض المزمن -مرض السكري-

تأخذ عدة أشكال تتمثل في: (شهرزاد نوار، 2014، ص 153)

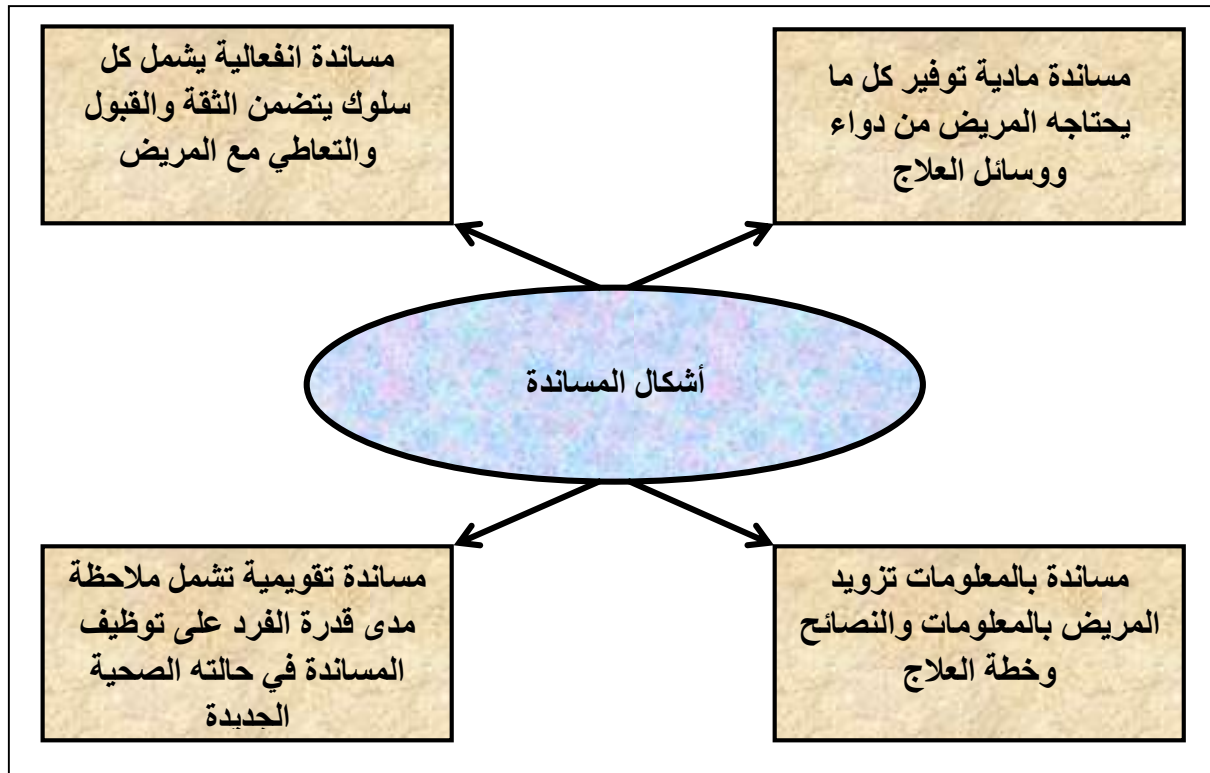
6-1 **المساندة الانفعالية:** تتحقق المساندة الانفعالية للمريض شعورا بالحماية والاطمئنان أو الحب من خلال إبداء عواطف مواساة في المواقف الصعبة كوفاة شخص وال فشل في اجتياز بعض الامتحانات المصيرية، تطورات المرض، النوبات الحادة المفاجئة، تعقيدات المرض.

6-2 **المساعدة الموجهة بغرض التقدير:** وترتبط بطمأنة الفرد المريض حول قدراته وقيمه الشخصية فمثل هذه التشجيعات من شأنها أن تزيد من ثقة الفرد بنفسه أمام المواقف التي ينتابه الشك أمامها كتلك المرتبطة بالإنجاز أو أداء أدوار اجتماعية يتحمل فيها مسؤوليات مثل المراحل الانتقالية كالزواج والإنجاب، الانتقال من مرحلة نيمائية إلى مرحلة أخرى، المسابقات، الأنشطة المهنية، مما يترتب عنه شعور بأن متطلباتها كمواقف ضاغطة تتعدى إمكانيته وقدراته التي يؤثر عليها المرض.

3-6- المساعدة المادية: تتجسد في تقديم مساعدة أو سلفه مالية أو خدمة أمام بعض مواقف الحاجة التي قد تتعرض للمريض في حياته اليومية كالبطالة فقدان منصب عمل تغطية تكاليف العلاج من أدوية وفحوصات طبية تغطية متطلبات وحاجيات الأسرة ويشير فليب وايمائز إلى أن الدعم الاجتماعي يجب أن يتم تفعيله في البدء من خلال إدراك حاجة المريض للمساعدة.

4-6- المساعدة الإعلامية: وتتضمن النصائح والتوجيهات والاقتراحات الموجهة من طرف المحيط أمام بعض الظروف اليومية الغامضة أو التجارب الجديدة وكذا المعارف والمعلومات حول متابعة النظام الغذائي تناول جرعات الدواء بانتظام ومضاعفات المرض.

وقد أثبتت الدراسات أن المريض يعطي أولوية للمساعدة الانفعالية أكثر من المساعدة الإعلامية التي تتضمن معلومات حول المرض لما يتعلق الأمر بأفراد من المجتمع العام وقد اعتبرت المساعدة الانفعالية فعالة مهما كان مصدرها سواء الأهل أو الأصدقاء أو حتى الفريق الطبي في حين أن المساعدة الإعلانية لم تدرك كمساعدة فعالة إلا عندما تكون موجهة من الفريق الطبي المشرف على العلاج وليس العائلة.



الشكل رقم 2: يمثل أشكال المساعدة الاجتماعية المقدمة للمراهق مريض السكر.
(من إعداد الباحثة)

7- وظائف المساعدة الاجتماعية:

ويقسمها "شوماكر وبرويل" (Shumaker and Brownell 1984) إلى:

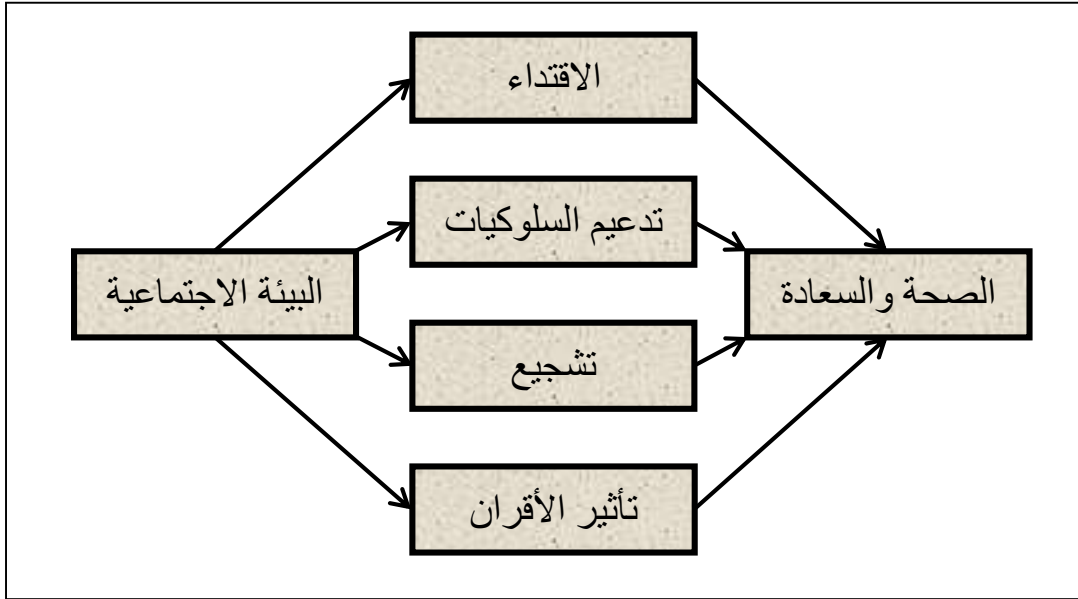
7-1- وظائف مساندة الصحة: هي تقوى الصحة الشاملة للجسم والعقل، وتعزز سعادته وتقويتها بالنسبة للمتلقي، وتنقسم إلى إشباع حاجات الانتماء، والمحافظة على الهوية الذاتية وتقويتها مع تقدير الذات.

7-2- وظائف التخفيف أو الوقاية من الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة: وتشمل التقييم المعرفي، النموذج النوعي للمساندة، التكيف المعرفي، والمواجهة (بشرى إسماعيل، 2004، ص 230).

ان الفرد الذي يتمتع بمساندة اجتماعية مع الآخرين يصبح شخصا واثقا من نفسه وقادرا على تقديم المساعدة الاجتماعية للآخرين، وأقل عرضة للاضطرابات النفسية وأكثر قدرة على المقاومة والتغلب على الاحباطات، ويكون قادرا على حل مشكلاته بطريقة ايجابية سليمة،

كذلك نجد أن المساعدة تزيد من قدرة الفرد على مقاومة الإحباط وتقلل الكثير من المعاناة النفسية. (عبير بنت محمد حسب الصبان، 2003، ص3-4)

ومنه تستنتج "الباحثة" أن الوظيفة الأساسية لمساندة المراهق مريض السكري هي من أجل الحفاظ على صحته الجسمية والنفسية، وعدم تدهورها وتقبل حالته الصحية الجديدة، ففي هذه الحالة يجب على المعنيين بالأمر ابتداء من الطبيب المعالج والأسرة التي تعتبر اللبنة الأولى التي ينشأ فيها المراهق، ويتعرض وصولاً إلى جماعة الرفاق باعتبارهم من مؤسسات التنشئة الاجتماعية التي لها دور كبير وفعال في الصبغة الاجتماعية للمراهق، ومحاولة تقديم المساعدة بشتى أنواعها، لأنه انتقل من حالة الصحة إلى المرض، وهذا الأخير يجعل المراهق المريض بالسكري يشعر بالتقيد أكثر نتيجة إتباع نظام جديد في حياته واحترام المواعيد لأخذ الدواء والقيود المفروضة عليه فيما يتعلق بالآكل والشرب ونوع الدواء المستعمل، كل هذه الظروف تجعل من المراهق المريض بالسكري بعيد عن الاستقلالية والحرية في تصرفاته لذا فوظيفة المساعدة الاجتماعية في هذه الحالة هي محاولة جعل المراهق يتقبل الحالة الصحية الجديدة ويتمشى معها بطريقة طبية وتقبل خطة علاجية معينة ومناسبة، ويعيش حياته بطريقة عادية خالية من الاضطرابات والمشاكل النفسية والوقاية من آثار المرض.



الشكل رقم 3: يمثل نموذج كوهين وويلز لتأثير المساندة الاجتماعية على الصحة النفسية والبدنية للفرد. (فوزية إبراهيم الكردي، 2012، ص 17).

8- مصادر المساندة الاجتماعية:

المصادر الرسمية المتمثلة في؛ أفراد الأسرة والأصدقاء والأقارب والجيران تعتبر كمصادر أولية للمساندة، أما المصادر الغير الرسمية للمساندة الاجتماعية نجدها مرتبطة ببيئة العمل، ويمثلها رؤساء العمل وزملاء العمل.

ولقد أشار كل من "برونيل" و"شوماكير" (Brownell & Schumaker 1984) إلى أن مصادر المساندة الاجتماعية، تكون بمثابة شبكة العلاقات الاجتماعية التي تخفف الآثار النفسية السلبية لأحداث الحياة الضاغطة التي يواجهها الفرد في حياته اليومية وتساعده على التوافق المهني، وتوفر له مقومات الصحة النفسية والعقلية (علي عبد السلام، 2005، ص 20).

في هذا الصدد يلخص "نوربيك" (Norbeck 1984) ثمانية مصادر للمساندة الاجتماعية هي: الزوج أو الزوجة، الأسرة والأقارب، الأصدقاء، الجيران، زملاء العمل أو الدراسة، موفرو الرعاية الصحية المرشد أو المعالج، ورجال الدين (بشرى إسماعيل أحمد، 2004، ص16).

وقد لخص " نوربك " (Norbeck) مصادر المساندة الاجتماعية في ثمانية مصادر هي: الزوج والزوجة والأقارب والأصدقاء والجيران، زملاء العمل، وأصحاب الخدمات الوقائية أو المعالجون، الأطباء والمرشدون النفسيون والاجتماعيون، رجال الدين.

أما فيشر (Fisher 1985) فقد حدد مصادر المساندة الاجتماعية في: الأسرة، والأصدقاء، زملاء العمل المؤسسات مثل دور العبادة والنوادي. (بشرى إسماعيل أحمد، 2004، ص 17).

وتختلف المساندة الاجتماعية باختلاف المرحلة العمرية التي يمر بها الفرد، فنجد أنه في مرحلة الطفولة تكون المساندة ممثلة في الأسرة الأم- الأب- الأشقاء وفي مرحلة المراهقة تتمثل المساندة في الأسرة وجماعات الرفاق، وفي مرحلة الرشد تتمثل المساندة في الزوج أو الزوجة، وكذلك علاقات العمل والأبناء.

ويتضح مما سبق أن الإنسان يحصل على المساندة الاجتماعية إما بشكل رسمي أو غير رسمي كما يلي:

أ- **المساندة الاجتماعية الرسمية:** يكون ذلك عن طريق المؤسسات الحكومية المتخصصة أو الجمعيات الأهلية المتطوعة، حيث يقوم بتقديمها الأخصائيون النفسيون، والاجتماعيون المؤهلون في مساعدة الناس في الأزمات والنكبات والمشكلات، ويقوم الأخصائيون بتقديم المساندة الاجتماعية للمتضررين لتخفيف آلامهم ومعاناتهم، ومشاكلهم في مواقف الأزمات.

وتحرص جميع المجتمعات على توفير المساندة الاجتماعية الرسمية عن طريق مراكز التدخل المبكر أو السريع، ومؤسسات المساعدات المالية والعينية، ومراكز الإرشاد النفسي والاجتماعي، ومراكز الإسعافات الأولية، والخطوط التليفونية، ومجالس إدارة الأزمات... الخ.

ب- **المساندة الاجتماعية غير الرسمية:** يحصل عليها الإنسان من الأهل والأصدقاء والزملاء والجيران بدافع المحبة، والمصالح المشتركة والأزمات الأسرية، والاجتماعية والأخلاقية والإنسانية والدينية (شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009، ص 28).

8-1- دور الطبيب المعالج في المساندة الاجتماعية:

8-1-1- اصطلاحاً: يعرف الطبيب بأنه كل شخص تلقى تكويناً في تخصص الطب بعد تخرجه، وتحصله على شهادة وطنية تأهله لممارسة المهنة وتحصله المسؤولية المترتبة عنها، والمتعلقة بكل خدمات الرعاية الصحية للمريض (المنجد في الإعلام، 1987، ص 459).

8-1-2- العلاقة بين الطبيب والمريض: (عميش خليصة، 2004، ص 74، ص 76).

الطبيب هو الشخص الذي يلجأ إليه المريض لكي يساعده في علاج حالته المرضية مستعينا في ذلك بالوسائل العلمية الطبية، لذلك فإن العلاقة القائمة بينهما هي علاقة تبادلية فعلى المريض أن يثق في الطبيب، ويتبع كل تعليماته وعلى الطبيب في المقابل تسخير كل معرفته التخصصية ومهاراته المتاحة لعلاج المريض، والعمل على التقليل من المشكلات الصحية المحتملة والموروثة، والتأكيد على الأخلاقيات المهنية والمستويات السلوكية السوية واعتبر "بارسونز" و"كوكس" أن العلاقة بين المريض والطبيب هي علاقة انسجام وتوافق، حيث أشار "بارسونز" إلى ضرورة الثقة المتبادلة كعنصر حاسم في العلاقة العلاجية الفعالة، كما تتسم علاقة المريض بالطبيب بالتأثر والتأثير تحكما الحالة النفسية لكليهما، والتوقعات المتبادلة بينهما، حيث أن المريض في مرحلة مرضه ينتابه شعور بالقلق والخوف والألم، ويدور فكره حول المرض وسائل العلاج، وتتميز شخصيته في هذه المرحلة بقلّة الصبر ونقص الحكمة، لشعوره بالنقص والعجز وهو بذلك يحتاج لمن يساعده على تجاوز هذه المرحلة والقضاء على هذه المخاوف والآلام، وفي المقابل رأى "بارسونز" و"كوكس" حول ايجابية العلاقات التي تربط الأطباء والمرضى فإنه يوجد رأي مناقض لهذا الرأي لكل من "كلارك" و"كوساندرز" و"فيدريسون" اللذين ذهبوا إلى أن العلاقات بين الأطباء والمرضى ليست دائماً علاقات تكامل وتعاون متبادلين، وإنما هي علاقات توتر وأكد "فيدريسون" أن التوتر ينشأ من المصالح المتباينة بين الطبيب والمريض، ويمكن إرجاع الأسباب في خلق التوتر إلى تناقضات التوقعات واختلاف الرأي، وعدم انجاز الطبيب لدوره.

ويحتاج الطبيب إلى نوع من القوة والنفوذ في علاقاته بالمريض حتى يستطيع أن يحدث تغييراً إيجابياً في حالة المريض الصحية، ويمارس الطبيب قوته ونفوذه من خلال ثلاث متغيرات أو طرق هي:

أ- **النفوذ المهني (المعرفي أو العلمي):** باعتبار الطبيب مؤهلاً ومدرباً، خصيصاً إلى أداء الأدوار العلاجية.

ب- **نفوذ أو قوة المنصب (الموقع والوظيفة):** يتمثل في كون المجتمع قد رخص له القيام بهذه المهام، وحدد له مسؤولياته وأعطاه المكانة المناسبة من خلال توظيفه في مستشفيات، أو السماح له بفتح عيادات صحية خاصة، يمارس فيها نشاطه.

ج- **حالة الاعتماد (الضعف):** التي عليها المريض باعتباره فرداً يفتقد إلى الخبرة والمعرفة، فهو في حاجة إلى الطبيب ومما يزيد في قوة الطبيب وتعزيزه هو الأيمان بقدرته على العلاج وتحقيق الشفاء، واعتماد المريض عليه في قرارات ذات علاقة بالحياة والموت.

ويقسم بعض الباحثين أنماط التفاعل الاجتماعي بين الأطباء والمرضى إلى ثلاث أشكال رئيسية: ايجابي/ سلبي، إرشادي/ تعاوني، مشاركة متبادلة؛ ويتم شرح ذلك وفق الآتي:

أ- **النموذج الايجابي/ السلبي:** في هذا النوع يكون دور الطبيب ايجابياً بينما المريض سلبياً، يخضع هذه النمط من التفاعل في الحالات الطارئة مثل؛ الجروح الخطيرة، النزيف الحاد، حالات الإغماء، فقدان الوعي، فالمريض في هذه الحالات في وضع عجز تام سلبي (سلبي عند قيام الطبيب ومساعدته بالإجراءات الطبية والعناية به).

ب- **النموذج الإرشادي/ التعاوني:** في هذا النوع تكون حالة المريض اقل خطورة من سابقتها، ينطبق على الكثير من الحالات المرضية كالأمراض المعدية، فالمريض في هذه الحالة يتعامل مع الطبيب لأخذ التوجيهات والنصائح بعين الاعتبار، ويكون قادراً على معرفة وضعه الصحي، ويستطيع إصدار أحكام معينة على حالته المرضية وهو النموذج الشائع عند تحليل الباحثين، ومناقشتهم للتفاعل بين الطبيب والمريض.

ج- **نموذج المشاركة المتبادلة:** يظهر هذا الشكل من أنماط التفاعل عند التعامل مع الأمراض المزمنة التي يتم فيها تنفيذ البرنامج العلاجي من قبل المريض، مع إشراف الطبيب واخذ تعليماته مثل مرض ضغط الدم ومرض السكري، وكذلك الطب النفسي.

ففي هذا النوع من العلاقات يحتاج الطبيب والمريض إلى بعضهما، فحاجة المريض إلى الطبيب تتمثل في مساعدته على تطبيق خطة العلاج، وإمداده بالنصائح اللازمة أما حاجة الطبيب إلى المريض تتمثل في حاجته إلى أداء دوره المهني.

ترى "الباحثة" في الدراسة الحالية أن النموذج المناسب الذي يكون بين الطبيب والمريض هو نموذج المشاركة التبادلية أي يجب أن تكون هناك علاقة تبادلية بين الطبيب والمريض، يسودها الثقة والاحترام المتبادل، حيث أن الطبيب يسعى أو يهدف وراء هذه العلاقة إلى فهم حالة المريض، وفي المقابل المريض يود فهم ما المطلوب منه وما يريده الطبيب، فالمراهق المريض بالسكري يحتاج إلى الطبيب لتزويده بالخبرة والخطة العلاجية الملائمة والمناسبة مع نوع السكري المصاب به، وفيما يخص إتباع الحمية الغذائية المناسبة له، وتدريبه على كيفية حقن الأنسولين وتحديد الأماكن المناسبة للحقن، وتقديم بعض النصائح المهمة للتعايش مع السكري ومحاولة مراقبته بصورة دورية كل ما يخص حالته الصحية، فالطبيب في هذه الحالة دوره ليس علاج فقط بل يستدعي أكثر من ذلك حيث يقوم بتقديم المساندة بأنواعها للمريض، المتمثلة في المساندة المعلوماتية، الانفعالية، لكي يشعر المريض بالدفء والطمأنينة اتجاه حالته، ومعرفة ما معنى انه مريض بالسكري بأخذ الاحتياطات اللازمة للعلاج، لأن دور الطبيب هنا هو أول الأفراد المعنيين بالإعلان عن المرض للمراهق المريض بالسكري، ولا يخفى علينا انه ما قد ينتج عن هذا الإعلان حول المرض صدمة بالنسبة للمريض، لذا فدور الطبيب المعالج في هذه الحالة هو محاولة مساعدة أو مساندة المراهق المصاب لتخطي هذه الصدمة وإعطائه المعلومات اللازمة حول المرض. كما يجب على المراهق كذلك تطبيق الأوامر وإتباع النصائح بحذافرها المقدمة من طرف الطبيب المعالج وصولاً من هذه العلاقة التبادلية للحفاظ على صحة المراهق المصاب وعدم تدهور حالته الصحية إلى الأسوأ.

9- شروط تقديم المساندة الاجتماعية

يري " تايلور " (Taylor1995) أن نمط المساندة الاجتماعية الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف مرحلة الضغط أو المشقة التي يمرّ بها، فالفرد الذي يحتاج الطمأنينة من الأهل والأقارب، إذا تلقى منهم النصح والإرشاد في تلك المرحلة فقد تصيبه خيبة الأمل بالرغم من تلقيه نمط المساندة، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت، ونمط المساندة اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للمساندة أثارها الإيجابية المتوقع (هناك أحمد شويخ، 2007، ص 90).

وهناك بعض الشروط التي يجب أن تتوفر في عملية المساندة الاجتماعية لكي تكون فاعلة، وذات تأثير إيجابي على المتلقي، ومن أهم تلك الشروط ما يلي

9-1- كمية المساندة: فعند تقديم المساندة الاجتماعية لابد وأن تكون باعتدال، لأن الزيادة في كميتها قد يؤدي إلى اعتمادية المتلقي وسلبيته، ومنه ينخفض تقديره لذاته.

9-2- إختيار التوقيت المناسب لتقديم المساندة: إن من المهارة الاجتماعية تقديم المساندة الاجتماعية في وقتها المناسب، فيكون تأثيرها إيجابياً على المتلقي وتؤدي إلى نتائج جيدة، أما إذا قدمت في وقت لا يحتاج إليها المتلقي أو بعد فوات الأوان فإنها قد لا تعني له شيئاً وقد تسبب له المشكلات.

9-3- مصدر المساندة: إن مصادر المساندة الاجتماعية والمتمثلة في؛ الزوج أو الزوجة، والأسرة، والأقارب، والجيران، وزملاء العمل، وزملاء الدراسة، والأفراد الذين يوفرّون الرعاية الصحية والنفسية والمرشد النفسي، وعلماء الدين، لابد أن تتوفر فيهم بعض الخصائص والتي تتمثل في: المرونة، النضج، الفهم الكامل لطبيعة المشكلة التي يمر بها المتلقي حتى يساهموا بفعالية في تقديم المساندة له.

9-4- كثافة المساندة: ويقصد بها تعدد مصادر المساندة الاجتماعية لدى المتلقي، مما قد يساهم سريعاً في حل مشكلته التي يمر بها، ويساعده على تخطي الأزمات المختلفة في حياته.

9-5- نوع المساندة: وتتمثل في القدرة والمهارة والفهم لدى مانحي المساندة في تقديمها بما يتناسب مع ما يدركه ويرغبه المتلقي لطبيعة المساندة التي تُقدّم إليه وتتناسب مع تصرفاته وسلوكياته (نسرین بنت صالح، 2008، ص 47 - 48).

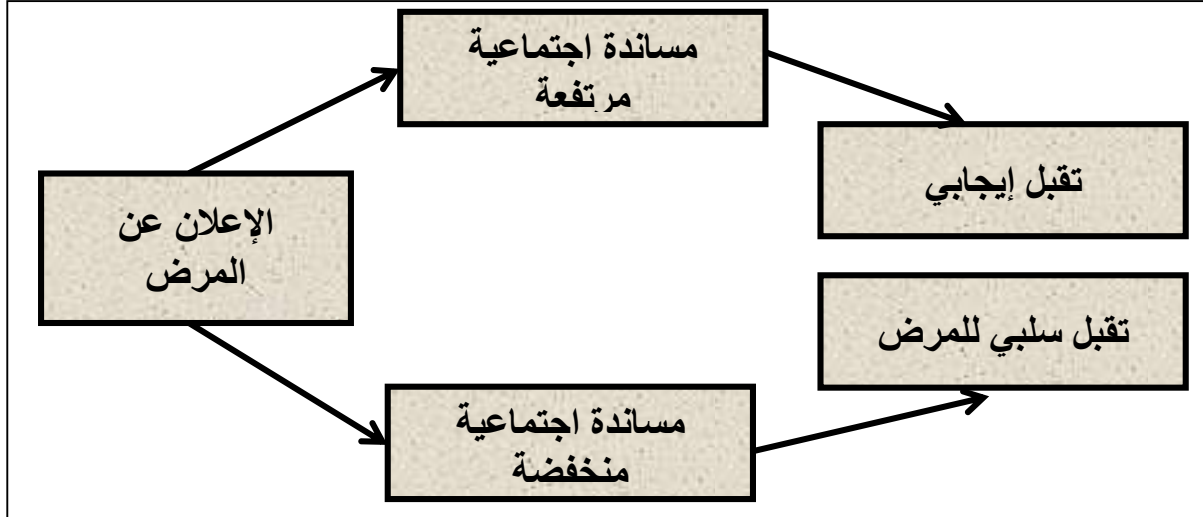
9-6- التشابه والفهم المتعاطف: فالمساندة الاجتماعية يمكن تقبلها بشكل أفضل في حالة التشابه النفسي والاجتماعي للمانح والمتلقي، وبخاصة إذا كانت الظروف التي يمران بها متشابهة (علي عبد السلام علي، 2005، ص 32).

وترى " الباحثة " إن مفهوم مصطلح المساندة الاجتماعية موجود منذ أن وجد الإنسان، والله عز وجل حثنا في كتابه وسنته على التعاون وضرورة تقديم المساندة والعون، لكنه بالمعنى الصحيح حُظي بالاهتمام، وتطور بتطور الحياة الاجتماعية. فالفرد في بيئته الاجتماعية يصدر عنه سلوك نتيجة مثير اجتماعي، وهذا الأخير يجب أن يتلاءم مع طبيعة الموقف، وهذا التلاؤم يدل على السواء، الذي يكون عند عامة الناس، فالفرد يتأثر بمواقف مختلفة تؤدي إلى سلوكيات مختلفة، لكن هناك بعض الأمور الصعبة التي تستدعي ضرورة المساعدة، والمساندة الاجتماعية للاستجابة الصحيحة للموقف، وخاصة عند الأفراد الذين لديهم خبرة قليلة في الحياة وقدراتهم ضعيفة مثل الأطفال، مراهقين، المسنين، المرضى.

فالمراهق مريض السكر عند إصابته بالمرض هذا الأخير يستدعي تقديم المساندة، والمساعدة لمواجهة المرض، ومواجهة مرحلة المراهقة وتخطيها بأمان.

وإذا تكلمنا على المساندة يجب أن تتوفر فيها شروط، ويجب أن تكون مساندة إيجابية يستفاد منها المراهق في حياته، بحيث تقدم له المعلومات حول المرض من طرف الطبيب، وكيفية إتباع العلاج والحمية الغذائية وكل ما يخص مرضه، وهذا الشيء يقع على عاتق المريض والأسرة، لتقديم الدعم الاجتماعي والنفسي للمريض لكي يندمج في الحياة الاجتماعية بشكل طبيعي وفي المقابل، فإن للمساندة آثار سلبية على المريض إذا استعملها المدعمن له بصورة مفرطة، والمتمثلة في التدليل الزائد للمريض مما يتركه يحس بالعجز والنقص، وأسرته تباشر له كل أعماله أو تقوم بها، وان لا تحمل المساندة في طياتها نظرة الشفقة والرحمة، كل هذه السلوكيات قد تؤثر على شخصية المراهق مريض السكر، ويصبح فعلا شخص عاجز واتكالي، فلا بد من مراعاة كم المساندة الاجتماعية بحيث تتوافق مع متطلبات المرض واحترام أوقاتها، فالمساندة يمكن أن تبدأ في التقليل منها بعد مرور صدمة المرض، وتُقدم

إلى المريض على شكل نصائح وإرشادات يجب القيام بها لسلامة الصحة النفسية والجسدية للمريض. وهكذا حتى تكون للمساندة آثارا إيجابية على شخصية المراهق مريض السكر. ومنه تقترح الباحثة نموذجا الذي يظهر العلاقة بين كم المساعدة وتقبل المرض



الشكل رقم 4: يمثل دور العلاقة بين كم المساندة ونوع تقبل المرض (من إعداد الباحثة)

10- الآثار الإيجابية والسلبية للمساندة الاجتماعية:

تلعب المساندة دورا أساسيا في إمكانية تعزيز وتحسين التوافق الشخصي والاجتماعي للأفراد على الرغم من مواجهة الضغوط فالدعم الاجتماعي يعتبر عامل وسيط بين ضغوط الحياة والتوافق الاجتماعي للفرد، حيث تعمل هذه المساندة على التخفيف من وطأة المعاناة من المواقف الضاغطة.

ويشير (Stobe, 1996) أن السند الاجتماعي من المصادر الهامة لمواجهة الضغوط، فوجود أشخاص يمكن الرجوع إليهم والثقة بهم وتقديم الاهتمام والدعم والمساعدة، ذات أهمية بالغة في الحفاظ على الصحة النفسية والجسدية.

كما اظهر هوس وآخرون (House, 1988) بان عدد العلاقات الاجتماعية ودرجة الجوار والاندماج التي يشعر بها الفرد اتجاها الآخرين تمثل مؤشرات قوية للصحة.

ومن الأمور الأساسية في علم النفس الصحة أن المساندة الاجتماعية من الآخرين الموثوق فيهم لها أهمية رئيسية في مواجهة أحداث الحياة الهامة، وان بإمكانها أن تحف ضاوا تستبعد عواقب هذه الأحداث على الصحة.

ويذهب (Cutrona) إلى أن المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأُسرة والأصدقاء والزملاء في العمل أو المدرسة أو النادي تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها، فإتاحة علاقات اجتماعية مرضية تتميز بالحب والود والثقة، تعمل كحواجز أو مصدات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة النفسية والجسمية.

فالبحث عن السند الاجتماعي يلعب دورا في التخفيف من الضغط النفسي عن طريق التواصل الاجتماعي الجيد والعلاقات الاجتماعية المرنة والحميمية.

فقد أظهرت دراسات **Baron** وآخرون (1990)، **Cohen** و **Williamson** 1991 بأن فقر أو غياب السند الاجتماعي المناسب، يمثل عامل تقاوم واشتداد الضغط على الصحة، بإمكان الضغط الأضرار بصحة الأفراد إذا لم يطن لديهم دعم اجتماعي مناسب. كما أظهرت دراسة **Vani** وآخرون (1989) دور المساعدة الاجتماعية كمتغير وسيط دال إحصائيا للعلاقة بين الضغط والأعراض النفسية.

ويشير **Moos** و **Molahan** بأن الأفراد الذين يعانون من فقر في الدعم العائلي والاجتماعي أكثر استعمالا لأساليب المواجهة اللاتوافقية عند التعرض للضغوط. فالمساعدة تتدخل بين خبرة الضغط وظهور الحالة المرضية أو السلوك المضطرب، فقد توصل **Dverholsen** وآخرون إلى وجود علاقة سالبة بين حجم المساعدة الاجتماعية وضغوط الحياة، وإن انخفاض حجم الدعم الاجتماعي وزيادة ضغوط الحياة يؤثران في شدة الشعور بالإعراض الاكتئابية.

كما توصل **De-Wilde** وآخرون إلى أن المراهقين مرتفعي الاكتئاب من محاولي الانتحار قد قرروا انخفاضا في حجم المساعدة الاجتماعية من الأسرة وشدة ضغوط الحياة. (حكيمة ايت حمودة، 2005، ص 504 - 505).

11- المساعدة الاجتماعية واستراتيجيات التعامل:

هناك عدة دراسات أثبتت أثر المساعدة الاجتماعية على استراتيجيات التعامل نذكر منها:

- دراسة "مونتقومري وآخرون" (Montgomery & al 1992) على عدد من الأطفال المهجّرين الذين يعانون من اضطراب ما بعد الصدمة، وبيّنت أن استراتيجيات تعامل هؤلاء الأطفال كانت سلبية ولم تكن مواقف الأهل مشجّعة وداعمة، ومن الاستراتيجيات المستخدمة: الانسحاب والانطواء والعدوانية والغضب، عدم القدرة على احتمال الإحباط، التزام الصمت... الخ.

وقد تم استبدالها بوسائل أخرى إيجابية بعد أن تمّ تدريب الأهل والأطفال عليها مثل: التعبير عن الذات والحوار مع الطفل، والحديث عن الصدمة، الانفتاح واللعب مع الآخرين، الدعم والمساندة الاجتماعية، والتشجيع والشعور بالحماية والأمان، القدرة على التخيل الإيجابي (غسان يعقوب، 1999، ص 196).

توصلت دراسة "ساراسون 1991" إلى أن الأفراد ذوي المساعدة المرتفعة كانوا أكثر قدرة على مواجهة تحديات الموقف الذي يفوق مصادرهم الذاتية.

كما يشير "كينقاس وآخرون" (Kyngas & al 2001) أن المساعدة تعدّ متغيّراً فعالاً في تحسين المواجهة أو استراتيجيات التعامل مع المواقف الضاغطة (هناك أحمد الشويخ، 2007، ص 288).

وقد أشار "كابلان" و"توشيمّا" (Kaplan & Tochima 1990) إلى أن المساعدة الممنوحة للفرد توصف بالإيجابية إذا دعمت استراتيجيات التعامل الفعالة المرتبطة بالسلوكيات الصحية التي ترفع من احتمال الشفاء بالنسبة للمرضى، أمّا في حالة وجودنا أمام مساندة اجتماعية غير صحية كتدعيم سلوك التحدي، والمخاطرة لدى مرضى القلب وغيرها من الأساليب التي تؤدي إلى نواتج صحية سلبية، قد يعود على المريض بأضرار صحية.

ومنه يمكن القول أن المساعدة الاجتماعية في تأثيرها على دعم السلوكيات السوية للأفراد بجعلهم يتبنون استراتيجيات التعامل الأكثر ملائمة مع المواقف الضاغطة، وفعالية هذه الأخيرة تحكمها عوامل متعدّدة مثل الوقت الذي تقدّم فيه المساعدة، ونوع الموقف الضاغط الذي يواجهه الفرد.

12- فعالية المساندة الاجتماعية:

يرى "كابلان" (Caplan 1974) أن الشبكة الاجتماعية للفرد تخدم أغراضاً متعدّدة منها: مساعدة الفرد على التكيف مع متطلبات البيئة، وتوفير تغذية راجعة حول سلوكياته، ومكافأة السلوك المناسب، وإعطاء معلومات يحتاجها الفرد (عفاف شكري حداد، 1995، ص 930).

ويرى كل من "برونيل" و"شوماكير" (Brownell & Schumaker 1984) أن المساندة الاجتماعية وظيفتها الأساسية تعزيز الثقة بالنفس، وتعميق روابط المشاركة الاجتماعية مع الآخرين، وتنمية الإحساس بالتوافق النفسي الاجتماعي، والشعور بالتطابق مع معايير الجماعة، وتنمية قدرة الفرد على مواجهة المطالب الحياتية، وتعزيز الإحساس بتقدير واحترام الذات، وزيادة شعوره بالانتماء للجماعة المحيطة به، وتعميق إحساسه بالأمن النفسي والاجتماعي (علي عبد السلام علي، 2005، ص 29).

ويضيف "نوريس" و"موريل" (Norris & Murell 1984) أن المساندة الاجتماعية تخفض الأعراض الاكتئابية، وتقلل درجة الشعور بالمشقة إثر قيامهما بدراسة تتبعية على عينة قوامها (1402) فرداً من عمر (55 سنة) (شعبان جاب الله، 1999، ص 236).

وفي ذلك يرى "فيشير" (Fisher 1985) أن علاقات المساندة مع الآخرين في العمل تجعل بيئة العمل أكثر إرضاءً وتدعياً، مما يؤدي إلى ارتفاع الرضا عن العمل وانخفاض دورانه (بشرى إسماعيل أحمد، 2004، ص 138).

أما دراسة "جاكسون وآخرون" (Jackson & al 1986) فبينت أن نقص علاقات المساندة في العمل قد تساهم في زيادة التوتر النفسي، والإحساس بإنهاك العمل، ومساندة المشرفين بإعطاء تغذية راجعة ايجابية تخفف من الإنهاك الانفعالي (حسن مصطفى عبد المعطى، 2006، ص 64).

كما تدلّ الدراسات التجريبية وفق "شوارجير" و"ليبين" (1989 Schwarger & Leppin) أن المساندة الاجتماعية مفيدة في الحمل، وفقدان العمل، والحزن على فقيد، أما الذين لا ينالون المساندة يتعرّضون للمرض بكثرة .

أما دراسات "هوس وآخرون" (House & al 1988) فبينت أن الأفراد الذين يعيشون أطول مدّة، وبأفضل حال هم ممّن يتمتعون بمساندة اجتماعية جيدة، أما الذين يعيشون في عزلة بدون شريك أو عائلة يجدون أنفسهم عرضة للقلق، والاكتئاب والاضطرابات الجسمية.

وتوصل " ستيبتو " (Steptoe1991) إلى أن المساعدة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الآخرين، دورها وقائي حيث تخفف الآثار السلبية الناجمة من الضغوط التي يتعرض لها. ومنه فالمساعدة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من الأسرة والأصدقاء أو زملاء العمل. من أهم المصادر النفسية والاجتماعية التي يحتاجها الإنسان، لأنها تشعره بالأمن والحماية وتعزز لديه القدرة، وحسن التعامل مع أحداث الحياة الضاغطة، كما تحافظ على صحته النفسية والعقلية.

أما الحالات التي تفتقد فيها المساعدة الاجتماعية للفعالية رغم مزاياها وأهميتها في خفض الضغوط وفي بعض المواقف لها تأثير عكسي، خاصة بالمساعدة من نوع المعلومات أو التقييم، تبقى المساعدة الانفعالية هي الوحيدة بالنسبة للباحثين الأكثر فعالية في المواقف الضاغطة (علي عبد السلام علي، 2005، ص 35).

وبين كل من " بونك " و "أورينس " (Bunnk & Hoorens 1992) إلى أن تعرض الفرد لضغوط حياتية حادة قد تؤثر بشكل سلبي في حجم المساعدة الاجتماعية المدركة لديه، ومن ثم يحدث انخفاض في حجمها لما يكون الفرد في أشد الاحتياج إليها، وقد يرجع التأثير السلبي للضغوط على إدراك المساعدة الاجتماعية إلى الآتي:

أ- أن الضغوط تشكل مزاجاً سلبياً قد يجعل الآخرين يبدون أقل جاذبية وإيجابية.

ب- أن الظروف الضاغطة بالعمل قد تنقص الانتماء الواقعي مع الآخرين بسبب الخوف من الظهور بطريقة غير مرغوب فيها (حسين علي فايد، 2000، ص 340).

13- المساعدة الاجتماعية في الإسلام:

إن الإنسان المسلم لديه إحساس بأن الله معه في السراء، والضراء ويؤمن بقدر الله تعالى، فيشعر بالأمان ويسعد بهذا السند، ولا يخاف ولا يفزع إذا مسه الضر، فيلجأ إلى الله لأنه لن يضيعه، فيهدأ ويطمئن طالباً العون والمساعدة وكشف الضر عنه، فلإحساس بالسند الإلهي يجعل المسلم يشعر بالاطمئنان بحماية الخالق له في كافة مراحل نموه، وفي جميع مواقف حياته وفي كافة أوقاته، فيحس بثقة في الصدر، ونور القلب ويقين في الروح بأن الله معه.

ويرى "محمد محروس الشناوى، ومحمد السيد عبد الرحمن، 1994" أن القرآن الكريم

يزخر بالآيات التي تدعو الناس إلى التعاون، وتبادل المنافع وإقامة علاقات حسنة مع الآخرين

مما يندرج تحت الدعوة إلى مساندة الناس لبعضهم البعض اجتماعياً (محمد محروس الشناوي، ومحمد السيد عبد الرحمن، 1994، ص 52).

فيقول الله تعالى: " وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى " سورة المائدة الآية 2.

والبر والتقوى كلمتان شاملتان لكل صالح من السلوك ابتغاء وجه الله، كما يأمر الإسلام أبناءه بعقد علاقات طيبة مع الآخرين فيقول: " يَا أَيُّهَا النَّاسُ إِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِنْ ذَكَرٍ وَأُنْثَى وَجَعَلْنَاكُمْ شُعُوبًا وَقَبَائِلَ لِتَعَارَفُوا " سورة الحجرات الآية 13.

ويمتد الأمر بالعلاقات الحسنة والبر والإحسان ليشمل القريب والغريب ومصداقاً لقوله تعالى: " وَأَعْبُدُوا اللَّهَ وَلَا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَبِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسَاكِينِ وَالْجَارِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَالْجَارِ الْجُنُبِ وَالصَّاحِبِ بِالْجَنبِ وَابْنِ السَّبِيلِ وَمَا مَلَكَتْ أَيْمَانُكُمْ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ مَنْ كَانَ مُخْتَالًا فَخُورًا " سورة النساء الآية 36.

كما ورد معنى المعاوضة من معاني المساندة استجابة من الله عز وجل لطلب سيدنا موسى - عليه السلام - من ربه أن يرسل معه أخاه هارون كي يكون عوناً ولسانه، ويساعده ويقويه على مواجهة المواقف الصعبة أثناء دعوته فرعون، وبنى إسرائيل للأيمان بالله، فيقول الله تعالى - على لسان سيدنا موسى عليه السلام في قوله تعالى: " وَأَخِي هَارُونُ هُوَ أَفْصَحُ مِنِّي لِسَانًا فَأَرْسَلْهُ مَعِيَ رِدْءًا يُصَدِّقُنِي إِنِّي أَخَافُ أَنْ يُكَذِّبُونِ * قَالَ سَنَشُدُّ عَضُدَكَ بِأَخِيكَ وَنَجْعَلُ لَكُمَا سُلْطَانًا فَلَا يَصِلُونَ إِلَيْكُمَا بِآيَاتِنَا أَتُمِنَّا أَمْ تَكْفُرُونَ " سورة القصص الآية 34. (شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009، ص 31-32).

وتزخر سنة الرسول صلى الله عليه وسلم بالكثير مما يعلم المسلمون أصول المساندة والتكافل مع بعضهم، فيشعر كل فرد في المجتمع بالأمن لأنه يشعر بأنه سيجد من يقف بجواره ويسانده فعن أبي هريرة - رضي الله عنه - عن النبي قال: "من نفس عن مؤمن كربة من كرب الدنيا نفس الله عنه كربة من كرب يوم القيامة، ومن يسر على معسر يسر الله عليه في الدنيا والآخرة، ومن ستر مسلماً ستره الله في الدنيا والآخرة، والله في عون العبد ما دام العبد في عون أخيه" (رواة مسلم).

ولإلقاء السلام على الآخرين والبشاشة في وجوههم أثر كبير في تكوين علاقات اجتماعية عميقة معهم، وهذا ما يُحثنا عليه الرسول صلى الله عليه وسلم.

وعن أبي هريرة رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "والذي نفسي بيده لا تدخلوا الجنة حتى تؤمنوا، ولا تؤمنوا حتى تحابوا، إلا أدلكم على شيء إذا فعلتموه تحاببتم أفشوا السلام بينكم" (رواه مسلم).

كما يدعو الإسلام أبناءه إلى عقد علاقات متينة راسخة بينهم، فعن أبي موسى رضي الله عنه قال: قال رسول الله صلى الله عليه وسلم: "المؤمن للمؤمن كالبنيان يُشد بعضه بعضاً".

ومنه نجد أن الإسلام قد وضع القاعدة، والأساس التي توضح أصول المساندة (شيماء أحمد محمد الديداموني، 2009، ص 32-33).

ويعدّ مفهوم المساندة الاجتماعية من مفاهيم ديننا الإسلامي الحنيف، وجاء تحت مصطلح التكافل الاجتماعي والتعاون، فنجد أن القرآن الكريم والسنة النبوية قد حثّا عليه، وعاش المسلمون على هدي القرآن متكافلين متراحمين، ومن ذلك قوله تعالى: "مُحَمَّدَ رَسُولُ اللَّهِ وَالَّذِينَ مَعَهُ أَشِدَّاءُ عَلَى الْكُفَّارِ رُحَمَاءَ بَيْنَهُمْ" سورة الفتح آية 29.

وقوله تعالى: "إِنَّمَا الْمُؤْمِنُونَ إِخْوَةٌ" سورة الحجرات الآية 10.

فهذه الآيات تتضمن معاني الود والإخاء والرحمة، والتساند والتعاطف حيث يواسي كل مسلم أخاه المسلم فلا مكان للقسوة في قلوبهم.

وحث الإسلام المسلمين على تبادل المساندة العاطفية فيما بين المسلمين، ومن ذلك قوله تعالى: "وَإِذَا حُيِّتُمْ بِحِجَّةٍ فَحَيَّوْا بِأَحْسَنِ مِنْهَا أَوْ رُدُّوْهَا" سورة النساء الآية 86.

وإلقاء السلام يزرع الأمن والطمأنينة في نفس المتلقي.

وقوله تعالى: "وَاعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا وَاذْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ كُنْتُمْ أَعْدَاءً فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوَانًا" سورة آل عمران آية 103.

فأخوة الدين من أقوى الروابط التي تولد في النفس المحبة والاحترام والتآلف، فإذا ما أحس المسلم بهم أو وقع في ضائقة فيلجأ لإخوانه المسلمين فيساندوه فعن عبد الله بن عمر -

رضي الله عنهما - قال: أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال: "المسلم أخو المسلم لا يظلمه ولا يسلمه ومن كان في حاجة أخيه كان الله في حاجته ومن فرج عن مسلم كربة فرج الله عنه كربة من كربات يوم القيامة ومن ستر مسلماً ستره الله يوم القيامة" (أخرجه البخاري) (نسرین بنت صالح، 2008، ص 48-49).

فبين الرسول صلى الله عليه وسلم حال أفراد المجتمع في تماسكهم، وتكافلهم كالجسد الواحد، يعمل كل عضو فيه لصالح باقي الأعضاء، وإن ألم بعضو أدى ساندته جميع الأعضاء بالسهر... فعن النعمان بن بشير قال: قال رسول الله: "مثل المؤمنين في توادهم وتراحمهم وتعاطفهم كمثل الجسد الواحد إذا اشتكى منه عضو تداعى له سائر الجسد بالسهر والحمى" (أخرجه مسلم).

وتتمثل أهمية المساندة بالنصح والإرشاد فعن تميم الداري أن النبي صلى الله عليه وسلم قال: "الدين النصيحة" قلنا: لمن يا رسول الله؟ قال: لله ولكتابه ولرسوله ولأئمة المسلمين وعامتهم" (أخرجه مسلم).

فهذه المساندة واجبة وليست اختيارية، وتعدّ أساساً من أسس التكافل الاجتماعي بين أفراد، وجماعات المجتمع الإسلامي، ومنها الدعوة إلى الخير، والأمر بالمعروف والنهي عن المنكر (الحسبة).

وقوله تعالى: "وَلَكُنْ مِنْكُمْ أُمَّةٌ يَدْعُونَ إِلَى الْخَيْرِ وَيَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَأُولَئِكَ هُمُ الْمُفْلِحُونَ" (سورة آل عمران الآية 104).

كما دعا الإسلام إلى التعاون على البر والتقوى، وعدم التعاون على الإثم والعدوان. ونجد قوله تعالى: "وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ" (سورة المائدة، الآية: 2).

وتبدأ الصلة برعاية الوالدين وبرهما، ويؤكد الإسلام على مساندهما، والإحسان إليهما في حال كبرهما.

قال تعالى: " وَقَضَىٰ رَبُّكَ أَلَّا تَعْبُدُوا إِلَّا إِيَّاهُ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا إِمَّا يَبُلُغَنَّ عِنْدَكَ الْكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلَاهُمَا فَلَا تَقُلْ لَهُمَا أُفٌ وَلَا تُنْهَرُهُمَا وَقُلْ لَهُمَا قَوْلًا كَرِيمًا " . سورة الإسراء آية 23. (نسرین بنت صالح، 2008، ص 49).

ويكون الإحسان إلى الآباء والأرحام والجيران والمساكين، وعدد من أفراد المجتمع الإسلامي يقول تعالى: " وَاعْبُدُوا اللَّهَ وَلَا تُشْرِكُوا بِهِ شَيْئًا وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا وَبِذِي الْقُرْبَىٰ وَالْيَتَامَىٰ وَالْمَسَاكِينِ وَالْجَارِ ذِي الْقُرْبَىٰ وَالْجَارِ الْجُنُبِ وَالصَّاحِبِ بِالْجَنبِ وَابْنِ السَّبِيلِ وَمَا مَلَكَتْ أَيْمَانُكُمْ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ مِنْكَ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورًا " سورة النساء الآية 36.

وقد تضمنت هذه الآية عدداً من أبعاد المساندة الاجتماعية ومنها؛ المساندة الانفعالية

حيث تخفف من المعاناة التي تحيط بأي من الأفراد، كما يتم مساندتهم مادياً.

وهناك المساندة؛ العاطفية، والعملية، والمالية، والمودة والنصح والإرشاد فعن أبي هريرة

قال : أن رسول الله قال " : حق المسلم على المسلم ست " قيل: ما هنَّ يا رسول الله؟ قال : "إذا لقيتهُ فسلم عليه، وإذا دعاك فأجبه، وإذا استنصحك فانصح له، وإذا عطس فحمد الله فشمته، وإذا مرض فعده، وإذا مات فاتبعه " (أخرجه مسلم).

ومنه الإسلام وجه دعوة لكل مسلم إلى إلقاء السلام المتضمن الطمأنينة والأمان النفسي، وإجابة دعوة أخيه المسلم ومشاركته في أفراحه، وتقديم النصح والإرشاد ومساعدته في حل مشكلاته، وزيارة المريض لتخفف عنه معاناة مرضه بوجود إخوانه معه يشاركونه آلام مرضه ويدعون له.

إن ديننا الإسلامي اشتمل على جوانب الكون والحياة، فقد نظّم العلاقات الاجتماعية وأمرنا بالتكافل والتراحم والتآزر، وذلك في إطار الشريعة الإسلامية السمحاء، التي بينت مبدأ المساندة الاجتماعية، ودعت إليها بكل أبعادها حتى يعيش الفرد المسلم سعيداً آمناً مطمئناً، وبذلك يكون الإسلام قد سبق منذ بزوغ نوره على الإنسانية كلّ ما قدمه الباحثين في العصر الحديث من دراسات عن المساندة الاجتماعية، الأخيرة عرفها المسلمون وطبقوها سلوكاً يومياً في حياتهم (نسرین بنت صالح، 2008، ص 50).

خلاصة:

المساعدة الاجتماعية ليست خاصية ثابتة للفرد أو البيئة المحيطة به، لكنها بناء مركب ومتعدّد الأبعاد، لذا ظهرت عدّة توجّهات نظرية لدراستها وتحديد مفهومها لها، فهناك من تناولها من حيث وظائفها وفق أبعادها؛ انفعالية، تقديرية أو أدائية، ومنهم من ركز على الشبكة الاجتماعية للفرد من حيث حجمها ومصادرها، والبعض الآخر اهتم بالخصائص الشخصية للفرد من حيث الإحساس النفسي بالمساعدة الاجتماعية، ومدى رضاه عنها، ورغم تباين الباحثين في وجهات النظر بشأنها إلا أن الكل أجمع على أهميتها، إذ تعدّ بالنسبة للفرد من أهم المصادر الأساسية التي يحتاج إليها، ولا يمكن الاستغناء، فهي ضرورية لاستمرار حياته وتزوّده بالرعاية والحب وإحساسه بالقبول من البيئة المحيطة به، كما تدعم حياته بالانتماء إلى مجتمعه الذي يعيش فيه، وتعزز لديه الشعور بالتقدير والاحترام، كما أن المساعدة الاجتماعية تؤدّي إلى الإحساس بالسعادة والتوافق النفسي والاجتماعي، ومنه التمتع بالصحة النفسية والعقلية للفرد، وعدم توفرها يؤدي إلى الاضطرابات النفسية، والمشكلات السلوكية لدى المراهق المصاب بمرض السكري، ومنه يمكن القول أن للمساعدة الاجتماعية دوراً فاعلاً في التخفيف من حدة الضغوط النفسية التي يتعرض لها الفرد في مختلف مراحل حياته، فهي أحد مصادر الدعم النفسي والاجتماعي الذي يحتاجه في حياته اليومية.

الفصل الرابع

تَقْبِيلُ دَاءِ السُّكْرِيِّ

تمهيد:

مرض السكر ليس من الأمراض التي يصعب التعايش معها فحسب، ولكنه من الأمراض الخطيرة أيضا، فعلى سبيل المثال، أصبح مرض السكر الآن أحد الأسباب العشرة التي تتصدر قائمة أسباب الوفاة في كل من الولايات المتحدة الأمريكية وبريطانيا، فالأشخاص الذين يعانون من مرض السكر لديهم مشكلة في إفراز الأنسولين وكما نعلم إن الأنسولين إذا لم يؤدي وظيفته في الجسم، فإن السكر يتجمع في الدم ولا يصل إلى خلايا الجسم، ولهذا ترتفع نسبة السكر في الدم أكثر فأكثر.

وكذا فمرض السكر من الدرجة الأولى يحدث عادة في مرحلة الطفولة ويعتقد انه وراثيا ونتيجة الإصابة بمرض معد أدى إلى تلف البنكرياس، وهذا النوع من السكر لا ينتج الكمية الكافية من الأنسولين ويحتاج إلى الحقن بالأنسولين لخفض نسبة السكر في الدم. بالإضافة إلى أن مرض السكر من الدرجة الثانية والذي يحدث عادة بعد مرحلة الطفولة وهو أكثر أنواع أمراض السكر انتشارا، والأشخاص المصابون بهذا النوع من مرض السكر ينتجون كمية كبيرة من الأنسولين، إلا أنهم يعانون من مقاومة الجسم للأنسولين، وهذا يعني إن الأنسولين لا يعمل بشكل جيد والأشخاص المصابون بهذا المرض يمكنهم تقليل مقاومتهم للأنسولين وخفض نسبة السكر في الدم بتغيير أسلوب الحياة والنظم الغذائية وبتناول الأدوية. (ثيرسا شيونخ، ترجمة بدار فاروق، 2007، ص70).

ومن هذا المنطلق سنتطرق في هذا الفصل إلى؛ الكشف عن طبيعة هذا المصطلح، بلمحة تاريخية ثم تحديد مفهومه، وعلاقته ببعض المفاهيم، مرورا بتحديد أسبابه، وأهم معايير تشخيصه، أعراضه ومضاعفاته، وعلاجه ثم التطرق إلى التغذية والسكري، وصولا إلى الرعاية بالمريض السكري وأخيرا خلاصة.

أولاً: الداء السكري

1- مفهوم مرض السكري:

التعريف الطبي للسكري: مرض السكري هو اضطراب في عملية التمثيل الغذائي، يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول الأول عن ذلك الارتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للإنسولين حيث يعجز الجسم عن صنع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب، وعلى اعتبار إن الأنسولين هو الهرمون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر والكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين فيزداد الجلوكوز بالدم ويظهر بالبول.

التعريف السيكولوجي للسكر: وفقاً لما ورد بالدليل التشخيصي والإحصائي للجمعية الأمريكية للطب النفسي، يعتبر مرض السكر أحد الاضطرابات الجسمية الحقيقية والتي تسهم العوامل السكولوجية الدور الهام في بداية الإصابة بها أو في تفاقم الحالة المرضية للفرد. (هالة رمضان، 1997، ص12).

التعريف العلمي لمرض السكر : هو اختلال في عملية أيض السكر الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، وبسبب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة خلل إفراز الأنسولين في البنكرياس فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أقل من المطلوب، أو هناك توقف تام عن إنتاجه، ويطلق على هذه الحالة قصور الأنسولين، وإن الكمية المفروزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة، ولكن هناك مقاومة من الأنسجة والخلايا بالجسم تعوق وظيفة الأنسولين، ويطلق على هذه الحالة مقاومة الأنسولين. (رامي طشطوش، محمد القشار، 2017، ص133).

الداء السكري أو النوال السكري وغيرها **(باللاتينية diabetes mellitus)** هو متلازمة تتصف بارتفاع شاذ في تركيز سكر الدم الناجم عن عوز الأنسولين، أو انخفاض حساسية الأنسجة للأنسولين، أو كلا الأمرين يؤدي السكري إلى مضاعفات خطيرة أو حتى الوفاة. (حسن مصطفى عبد المعطي وآخرون، 2003، ص290).

وفي هذه الحالة فإن بسبب مرض السكري لا يستطيع الجسم إنتاج الأنسولين، واستعماله بشكل صحيح، ويعرف من قياس السكر بالدم (الغلا فجر الدين، 2011، ص3).

ويعرفه الباحثان " محمود إسماعيل وهاني محمد حجر " بأنه : فشل الجسم في إستهلاك السكر كمصدر للطاقة، فترتفع نسبته بالدم عن المعدل الطبيعي وهو من (80 – 110 ملجم / ديسيليتير) في حالة الصيام من 6 - 8 ساعات فقط، ومن (110 – 140 ملجم / ديسيليتير) بعد انتهاء الأكل بساعتين.

ومرضى السكري فيه العضلات والنسيج الشحمي غير قادرة على استعمال الأنسولين بشكل مناسب، أو أنّ البنكرياس لا ينتج أنسولين بشكل كاف لحاجات الجسم، فتزداد كمية السكر بالدم، بينما الخلايا تحتاج إلى الطاقة بمرور الوقت، والسكر المرتفع بالدم يؤدي الأعصاب والأوعية الدموية، ويؤدي إلى أمراض القلب والجلطات الدماغية، والعمى وإصابة الكلية والتهابات الأعصاب (محمود إسماعيل، هاني محمد حجر، 2014، ص 124).

ويعرف مرض السكر بأنه: حالة من التركيز المرتفع للجلوكوز في الدم التي تنتج عن مجموعة من العوامل الوراثية أو المرتبطة بالمحيط، وهي المسؤولة عن تعقيدات خاصة تمس الأوردة الدقيقة أو الكلى والأعصاب وتساهم في الخلل الشرياني (Guillausseau.p. j et all, 1995, 24).

وعرفه إسماعيل عويس السكر بأنه: " مرض مزمن فيه يرتفع مستوى الجلوكوز بالدم على المستوى الطبيعي لعدم قدرة البنكرياس على إفراز هرمون الأنسولين أو لخلل ما لا يستطيع الجسم الاستفادة من هرمون الأنسولين، أي وجود عوامل مضادة لعمل الأنسولين (إسماعيل عويس، 2002، ص 10).

أما ابن سينا في كتابه " القانون " في الطب فقد عرفه بأنه أن يخرج الماء كما يشرب في زمن قصير ونسبة هذا المرض إلى المشروب وإلى أعضائه نسبة زلق المعدة والأمعاء إلى المطعومات (عبد السلام حجار، وعبد الحفيظ زرقاط، 1989، ص 8).

ويعرفه الباحثان " فاطمة عيد العدوان، موسى عبد الخالق جبريل " هو مرض مزمن يتميز بارتفاع معدل السكر في الدم نتيجة نقص أو عدم إفراز هرمون الأنسولين، وقد حددت الجمعية الأمريكية (ADA)، معيار الإصابة بالسكري، في حال كانت قيمة سكر الدم الصباحي 126 ملغ / 100 مل 3 فما فوق أي بعد صيام ليلة كاملة أي بين (8 – 10 ساعات) والقيم الطبيعية لسكر الدم تتراوح بين (70 - 8.9 ملغ / 10 مل 3) (فاطمة عيد العدوان، موسى عبد الخالق جبريل، 2014، ص 210).

2- أنواع مرض السكري:

1-2- داء السكري النمط الأول المعتمد على الأنسولين (Insulin – dependent

;diabetes mellitusIDDM) ويطلق عليه سكري الأطفال والشباب :

هو من أكثر الأمراض المزمنة شيوعا في مرحلة الطفولة، هذا الداء يؤثر على أسلوب حياة الطفل وعائلاتهم، وذلك لكونه يتضمن تعويض الأنسولين المفقود في الجسم وضبط مستويات السكر بالدم.(نرمين غريب، 2014، ص309).

ومن آثار هذا النوع تآزر العوامل الجينية والبيئية والوراثية، وينتج عنه تدمير الخلايا المناعية الخلايا المؤمنة للأنسولين، الخلايا بيتا (β) وجزر لانجرهانس (Coulomb. A.et all, 1993, p 18)

2-2- السكري غير المعتمد على الأنسولين (NIDDM ; Insulin dependent diabetes

mrllitus) ويدعى بسكري الكبار (النمط الثاني):

لا يحتاج اغلب المصابين به إلى حقن يومية من الأنسولين في البداية، ويصيب الأفراد بعد سن الثلاثين، ومؤخرا انتشر بين الأطفال والبالغين ويشكل نسبة (8 - 90 %) من مجموع مرضى السكري، ويتميز بارتباط مقاومة عمل الأنسولين ونقص تأمين الأنسولين (Jérôme Foucaud, 2010, p 54).

و يكون الجسم في هذا النمط غير مستجيب للأنسولين أي مقاوم له، وعدد خلايا بيتا المنتجة له في تناقص مستمر، وإنتاجها من الأنسولين قليل ويُعالج المريض بتنظيم الأكل، وتخفيف الوزن الذي يقلل مقاومة الأنسولين، والعلاج الدوائي الذي يزيد إنتاج الأنسولين (Kaufman, 2008, p 7).

وينقسم هذا النوع إلى قسمين هما: مرض السكري من النوع الثاني غير المصحوب بالسمنة: ويشكل المصابون به أقل من (10 %) من مرضى السكري غير المعتمد على الأنسولين. مرض السكري من النوع الثاني المصحوب بالسمنة: ويشكل المصابون بهذا النوع من السكري أكثر من (90%) من مرضى السكري النوع الثاني، كما تؤكد دراسة هونج (2005).

2-3- السكري المقترن بحالات مرضية ويسمى مرض السكري الثانوي (Secondary Diabetes):

ومن الحالات المرضية؛ كأمراض البنكرياس والاضطرابات الهرمونية والحالات الناجمة عن استعمال العقاقير، والمواد الكيميائية وشذوذ المستقبلات والعوامل الوراثي

2-4- سكري الحمل (Gestational Diabetes):

وهو من أنواع مرض السكر اقل انتشارا ويظهر إثناء الحمل فقط في النساء اللواتي لم يصبن بمرض السكر في السابق، وغالبا يعود السكر الجلوكوز في الدم إلى معدلاته الطبيعية بعد الولادة ليعاود الظهور في الحمل التالي وهكذا، وتشير الدراسات إلى أن حوالي ثلث إلى نصف النساء للمصابات بسكر الحمل قد يصبن بالنوع الثاني من السكر خلال عشر سنوات، وتظهر عادة أعراض سكر الحمل كالعطش وكثرة التبول والتعب المبكر والإجهاد السريع خلال الأسبوع الرابع والعشرين من الحمل، وفي بعض الأحيان يكون المرضى بدون أعراض، حيث يكتشف ارتفاع السكر للمرة الأولى عند الفحص الشهري لدم الحامل. كما إن لبعض النساء قابلية جينية للإصابة بسكر الحمل ويتم تشخيصه عادة عن طريق الفحص للحامل أو بولادة طفل كبير الوزن. (محمد بن سعد الحميد، 2007، ص17)

3- أسباب للإصابة لداء السكري:

إن السبب الرئيسي للإصابة بمرض السكري غير معروف ولكن هناك عدة عوامل تساعد على ذلك منها:

3-1- عوامل وراثية وعائلية: فإذا كان أحد الوالدين أو كلا الوالدين مصابا بمرض السكري الغير معتمد على الأنسولين.

فإن هناك زيادة في احتمالية الإصابة عند أبناءهما وأجيالهم القادمة، فعندما يصل الابن إلى منتصف عمره يكون احتمال إصابته بالمرض تقارب 10%، بينما إذا كان كلا الوالدين مصابين فإن احتمالية إصابة الابن ترتفع إلى 20% وقد تصل إلى 30% عندما يتقدم به العمر.

3-2- السمنة وقلة النشاط البدني: ينجم النوع الثاني من مرض السكر من تفاعل بين عوامل وراثية وعوامل بيئية، إلا أن معدلات الإصابة به التي تتغير بسرعة تشير إلى أن دور العوامل البيئية دور هام على وجه الخصوص، وتشير كذلك إلى إمكانية استئصال الوباء العالمي للمرض، واكبر زيادات تحدث في الإصابة بمرض السكر من النوع الثاني هي تلك التي تحدث في المجتمعات التي شهدت تغييرات رئيسية في نوع الغذاء المستهلك، وانخفاض في مستوى النشاط البدني. (سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية، 2003، ص 97).

3-3- إصابة الجسم ببعض أمراض الغدد الصماء: كزيادة هرمون الكورتيزون وكذلك اعتلال الكبد والبنكرياس المزمنين.

3-4- تناول بعض الأدوية: مثل مركبات الكورتيزون (حبوب، دهون، بخاخ) والحامض النيكوتيني وبعض مدرات البول وحبوب منع الحمل وغيرها. (عادل عبد العال، 2015، ص 23).

3-5- التقدم في العمر: حيث تزداد فرص الإصابة بالسكري من النوع الثاني مع التقدم في العمر. (زياد كامل اللالا وآخرون، دس، ص 375).

3-6- الجنس: هناك نفس احتمال الإصابة بداء السكري عند الجنسين كلاهما تقريبا حتى سن البلوغ، إما في سن 30 تزداد نسبة الإصابة لدى النساء أكثر مما عليه عند الرجال، وبين سن 40-60 سنة تصبح نسبة الإصابة، لدى النساء أكثر بمرتين من نسبة الإصابة لدى الرجال. (مروان مسلوب، 2002، ص 56).

3-7- مولدات الضد: دراسة مولدات الضد المعدة وراثيا الموجودة في مساحة الكريات البيضاء والمسماة بمولدات ضد الكريات البيضاء، وبينت أن هناك علاقة بين هذه المولدات والأمراض الأخرى، وظهر بكثرة عند المصابين بمرض السكر من النوع الأول، وهذا يثبت وجود طراز عرقي خاص بمرض السكر، ولا يعني أن كل المصابين بمرض السكر من النوع الأول لهم هذه العرقية الخاصة.

3-8- المناعة: الأجسام المضادة المتكونة أثناء الاضطرابات الأولية المناعية لا تستمر وتختفي تدريجياً، أما الأجسام المضادة تتحرر تدريجياً أثناء الاستجابة مولد ضد جسم مضاد، مع تحطيم فعال لخلايا " جزر لانجرهانس " في بداية مرض السكر.

3-9- البيئة: بينت التجارب أنّ الالتهام الفيروسي يعتبر العامل المتكرر لظهور مرض السكر، فالأم المصابة بالحصبة الألمانية أثناء فترة الحمل تتجب أطفال لهم استعداد للإصابة بمرض السكر، والأطفال المصابين بمرض السكري لهم أجسام مضادة مرتفعة مقارنة مع الأطفال غير المصابين (ناصر الدين زبيدي، 2007، ص 127 - 128)

3-10- الصدمة النفسية: يعرف (diatkine) الصدمة النفسية على أنها ذلك الأثر الناتج عن اثاره عنيفة تظهر في ظروف غير مناسبة، فلا تكون نفسية الرفد قادرة على خفض التوتر الذي تنتجه، وهذا لقدرة الفرد على القيام بارصان عقلي كاف (عبد الرحمن موسى، 2002، ص74).

3-11- الفيروسات: يعتقد الباحثين أن الإصابة ببعض الفيروسات مثل تلك المسببة للحصبة الألمانية والنكاف وفيروسات أخرى من فصيلة كوكس ساكي، وخاصة في الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي قد يكون سبب في حدود النوع الأول من السكر، إذ أن هذه الفيروسات تهاجم وتعيق خلايا بيتا في البنكرياس المفترزة للأنسولين وتدميرها. (محمد بن سعد الحميد، 2007، ص 27).

4- أعراض مرض السكري:

يمكن تصنيف أعراض الداء السكري إلى أعراض جسمية وأعراض نفسية:

4-1- الأعراض الجسمية:

وتتمثل فيما يلي:

- زيادة في حجم البول من 3 الى 4 لترات في اليوم وهذا مرتبط بفقدان السكر.
- زيادة العطش واستهلاك الماء والمشروبات وهذا مرتبط بفقدان الماء.
- النحافة من 4 إلى 10 كلغ من شهر إلى شهرين متناقضة أحيانا مع زيادة امتصاص الغذاء. (brudhomme.c 2008 , p23).
- نقص مطلق في الأنسولين.
- نسبة السكر مرتفعة خلال الصيام. (yves.w et al 1960, p341).

- الإحساس بالبرد.
- زيادة افراز العرق وشحوب الوجه.
- ارتفاع كمية السكر في البول.
- ارتفاع نسبة السكر في الدم إذئيلة في الجسم أو غير كافية لإحراق السكر الموجود. (احمد عكاشة، 1982، ص143).
- زيادة الشهية للطعام وخاصة الحلويات.
- التعب والإرهاق ويظهر ذلك في قلة النشاط والقدرة على التركيز.
- سرعة الاستثارة والتهيح العصبي. (عصام جمال أبو النجا، أسامة رياض، 2016، ص293-294).

4-2- الإعراض النفسية:

يصاب مريض الداء السكري بالعديد من الاضطرابات كالخوف المستمر من تفاقم المرض وسرعة الإثارة واليأس من الحياة، من واجب الطبيب وأهل المريض الانتباه جيدا ومكافحتها بالإيحاء بتقوية معنوياته، وعدم تعرضه قدر الإمكان للإثارة النفسية ومساعدته على تطبيق الحمية اللازمة (أمين رويحة، 1973، ص 16).

كذلك من بين الأعراض النفسية. لمرض السكر:

- مشاعر الاكتئاب الحادة.
- الخجل.
- القلق الزائد.
- سوء التوافق النفسي.
- انخفاض الكفاءة الذاتية.
- سوء التوافق النفسي.
- انخفاض الكفاءة الذاتية.
- صعوبة التركيز واضطراب الذاكرة وصعوبة حل المشكلات.
- انخفاض مفهوم الذات. (حنان مجدي سليمان صالح سليمان، 2009، ص14).

5- تشخيص داء السكري:

يتم تشخيص داء السكري عن طريق مجموعة من الأعراض المرتبطة بزيادة نسبة السكر في الدم، حيث نذكر منها الأكثر شيوعا البول والإحساس بالعطش والأقل شيوعا فقدان الشهية وزيادة الوزن، ولكن مهما كانت هذه الأعراض يجب على المريض قياس نسبة السكر في الدم في حالة الصيام من أجل التأكد من الإصابة بالمرض (Khalifa.S , 2009,P07).

6- علاج داء السكري

1-6- العلاج الغير رسمي:

في كثير من المجتمعات، تعد شبكة العلاقات المرجعية هي النموذج المفضل في العلاج، إذ يمكن أن يقوم بها أحد الأشخاص المستنفذين، فقد تتصرف المرأة الأكبر سنا، والتي يكون لها كثير من الأولاد كطبيب شعبي، إذ يفترضون بسبب ما لديها من خبرة طويلة أنها تملك خبرة خاصة في المسائل الطبية (شيلي تايلور، 2009، ص 486-487).

وهي تضم استعمال الأعشاب والطب البديل، الإبر الصينية، وقد يستعمل المريض انطلاقا من معتقداته الدينية طب الحجاماة بالإضافة إلى الرقية الشرعية، وهنا تجدر الإشارة إلى انه يجب على الأطباء فهم التفسيرات غير العلمية الشارحة للمرض والصحة، فقد كشف جرينهغ وزملائه أهمية توافر الخبرة والأسباب الشائعة للإصابة بمرض السكري لدى عينة من البريطانيين البنجلادشيين حيث أكدوا من خلال دراستهم في نجاح علاج السكري يتطلب فهم اعتقاداتهم واتجاهاتهم وعلاقاتهم الأسرية والاجتماعية وأفادوا أن احد الأسباب الشائعة للإصابة بمرض السكري لدى عينة قوامها (ن=18) من المرضى هو عدم إفراز العرق بسبب برودة المناخ في بريطانيا إلى جانب الاعتقاد أن الشفاء سيتم من خلال السفر إلى البلدان الدافئة فالخطة العلاجية والتعليم الطبي يجب أن يصمم أخذا في الاعتبار هذه المعتقدات الراسخة، وذلك بسبب تجاهل المرضى للنصائح الطبية في حال تعارضها مع معتقداتهم. (هناك احمد الشويخ، 2009، ص22).

6-2- التجهيزات العلاجية الطبية الرسمية في علاج السكري:

العلاجات الطبية هي مجموع الطرق العلمية المؤسسة على التجربة والبراهين في تشخيص المرض وعلاجه وفقاً لترتيب ووصف علمي للأمراض وهي مجموع الخدمات الصحية التي تقدم داخل المؤسسات الاستشفائية العمومية أو الخاصة أو مراكز العلاج. العلاج الرسمي لداء السكري يتضمن نوعين وهما:

6-2-1- العلاج بالأنسولين: مرضى النوع الأول من داء السكري يحتاجون إلى الأنسولين

منذ البداية وهناك حالات لا مفر من استخدام الأنسولين في علاجها وهي:

- مرض السكري نط الأول المعتمد على الأنسولين.

- إثناء العملية الجراحية السيدات الحوامل المصابات بمرض السكري.

- مرض السكري الثانوي

- حالات القدم السكرية حالات السكري المصحوبة بمضاعفات

الإمراض الشديدة مثل التهابات الشديدة وينقسم الأنسولين حسب سرعته ومدة فاعليته إلى ثلاثة أنواع (حسن فكري، 2000، ص77).

أ- مفهوم الأنسولين: هي دامة هرمونية مفرزة من غدة البنكرياس والتي تسمح للسكر خاصة وموادٍ أخرى بالمرور إلى خلايا الجسم حسب احتياجاتهم ويعتبر الأنسولين مفتاح لدخول السكر. (بوديبة عين، د س، ص26).

والأنسولين يخفض مستويات سكر الدم من خلال استخدامه في الخلايا الدهنية والعضلية والكبدية، وانعدام كميات كافية من الأنسولين في الدم يجعل ضرورة تناول أدوية تخفض مستوى السكر في الدم.

ومصدر الأنسولين البشري المنشأ يصنع بتكنولوجيا الدنا المؤشب (**Recombinant**

DNA)، وهو الأنسولين الأكثر شيوعاً في الاستخدام (نهيد علي، ترجمة قاسم سارة، 2013، ص132-

133).

ب- أنواع الأنسولين: توجد عدة أنواع من الأنسولين لعلاج النوع الأول عند الأطفال

والمراهقين الأكثر استعمالاً من أهمها:

- الأنسولين سريع المفعول: هناك Abidra.Novorabid.Actrabid يوجد هذا النوع من الأنسولين على شكل زجاجات أو أقلام مملوءة بالأنسولين صافية اللون ويعتبر من أسرع الأنسولين تخفيض مستوى سكر الجلوكوز في الدم لكن مدة مفعوله في الجسم قصيرة بعد حقنه تحت الجلد فانه يبدأ عمله خلال 5-15 دقيقة وبالتالي فانه يجب على المريض تناول الوجبة الغذائية في خلال 15 دقيقة من حقنه، وينتهي مفعوله في حدود 2-5 ساعات.

- الأنسولين متوسط المفعول: يوجد هذا النوع Novomix. Mixtard. Insulatard لهذا النوع على شكل زجاجات وأقلام هي عبارة عن معلق غير ذائب، وهذه تأخذ وقت طويل لكي تمتص ويبدأ عملها حيث يتم خلط Insulatard مع Actrabid أما Novomix فهو خليط جاهز من 30 بالمئة من الأنسولين سريع المفعول يهد إلى سرعة امتصاص الأنسولين من مكان الحقن وبالتالي سرعة المفعول والنوع الآخر يشكل 70 بالمئة من الأنسولين بطيء المفعول يؤدي إلى ببطء امتصاص الأنسولين من مكان الحقن ولكنها تعطي مفعول طويل الأمد يصل أقصى تركيزها في الدم حدود 4-12 ساعة بعد الحقن ويستمر في عمله داخل الجسم لفترة طول اليوم عند إعطائه صباحا وعند حقنه مساء، فانه يحافظ على مستوى السكر طوال الليل.

- الأنسولين طويل المفعول: Levrmir. Lantus يوجد على شكل أقلام وهذا النوع يمتص ببطء من مكان الحقن ويبدأ عمله في تخفيض مستوى السكر في الدم في حدود ساعة واحدة من حقنه ويستمر عمله في الجسم إلى حد كبير، ويمكن استخدامه مع أنواع أخرى من الأنسولين. (بن عروم فاطمة، 2015، ص 53).

6-2-2- العلاج بالأقراص: الخافضة للسكر وتضم 5 مجموعات:

- المجموعة الأولى: بيجوانايدز
- المجموعة الثانية: السلفونايليورياز، جلابنكامايد (دياتاب، اودوانيل، اويوجلوكون)، جلاباليزايد، ميني دياب، حللجلازايد (ديا مايكرون)، جليمبرايد (اماريل)
- المجموعة الثالثة: مثبطات الفا جلوكوسايديز، اكارابوز (جلوكوباوي)
- المجموعة الرابعة: (الثيازوليد بندايون)، روزجليتازون اونوفونورم، نيتجلينايد، ستارلكس (المرجع الوطني لتتقيف مرضى السكري، 2011، ص 33، 39).

6-3- أهمية العلاج النفسي والإرشاد العلاجي: ففي دراسة علاجية من جوتش Goetsch على مرض البول السكري من ذوي النمط الأول، بينت أن أسلوب الاسترخاء المستمر يخفض التوترات عند المرضى المنخفض لهم جلوكوز الدم وهذا لانخفاض مستوى الورتيزول. - فعالية التدخل العلاجي المبني على النظرية السلوكية المعرفية وقواعد ضبط الذات مثل: توجيه الذات، النمذجة، التدعيم (حسن مصطفى عبد المعطي، 2003، ص 144، 145).

6-4- التمرينات البدنية: أثبتت نتائج بعض الدراسات في مجال التأهيل البدني أن التمرينات البدنية جزء هام في علاج مرضى السكري بجانب العلاج الدوائي والغذاء المنظم. وأشار " شلبي محمد 1989 " أن علاج مرض السكر بالمثلث العلاجي (الدواء - الغذاء المنظم - الرياضة) أفضل من العلاج بالدواء والغذاء فقط مما يحسن انخفاض مستوى السكر بالدم وتحسن لياقة الجهاز الدوري والتنفسي والتغيرات الفيزيولوجية المرتبطة بالمرض فيساعد المريض على الاقتراب من الحالة الطبيعية بحالة أفضل وأسرع.

أما "نادية الطويل 1983" أجريت عدة مقارنات بين المرضى الممارسون التمرينات البدنية مع العلاج والذين لا يمارسونها وتبين أن ممارسة التمرينات تؤثر بوضوح على مستوى السكر بالدم، وتقلل من نسبة الدهون بالدم، وتحافظ على سلامة الجهاز التنفسي والجهاز الدوري وتحصن مريض السكر من المضاعفات الجانبية التي تحدث مع مرور وقت طويل من المرض.

- وفي أثر التمرينات البدنية والتدريب على نسبة الجلوكوز فالأشخاص متوسطي العمر والمرضى البالغين فقد ثبت زيادة الحساسية للأنسولين سواء للأسوياء أو المرضى. وتبين أن المجموعتين تحسنت لديهم نسبة الجلوكوز وبعد عدة أسابيع من التدريب وجد أن شدة أو حدة المرض قلت عند المرضى إلى النسبة الطبيعية (مصطفى محمد نور، 2005، ص 43). فقد أثبتت الدراسات أن التمارين تزيد من فعالية إفراز الأنسولين فيزداد احتراق الجلوكوز، وتساعد التمارين الرياضية في المحافظة على الوزن الطبيعي من الزيادة، وتظهر فوائد ممارسة الرياضة في إنقاص سكر الدم وضغط الدم، الكوليسترول الضار ويرفع الكوليسترول المفيد قدرة الجسم على استعمال الأنسولين، خطر أمراض القلب، خطر أمراض القلب، خطر تعرضك لسقوط السكر، دهون الجسم، الشدة والتوتر لدى المريض. (محمود إسماعيل، هاني محمد حجر، 2014، ص 129).

ورياضة المشي هي الرياضة التي تفيد الإنسان من رأسه حتى أقصى قدميه شريطة أن يحرك ذراعيه بقوة (أي شبه عسكرية)، وإذا استطاع الهرولة تزداد الفائدة فتتنشط الدورة الدموية، فتحرق الدهون الثلاثية وتخفض الكوليسترول، فإذا وازب مريض السكر على الرياضة، في أوقات محددة قد يخفض جرعات الدواء وفي بعض الحالات قد يخفضها (شوكت احمد أبو ضية، د س، ص 52).

وتحافظ الرياضة على القلب، مرونة المفاصل، وتساعد على إنقاص الوزن وتعطي مزيداً من الطاقة، والنشاط البدني يقي من السكري النوع الثاني حسب ما أظهرته الدراسات وهو أن إنقاص (5-7%) من الوزن يؤخر حدوث - إتباع نظام غذائي صحي: يشترط في الوجبة التي يتناولها مريض السكر أن تكون متوازنة مع تناول طبق كبير من السلاطة الخضراء والتقليل من تناول الدهون والسكريات واستخدام زيت الزيتون والذرة والتقليل من تناول فاكهة العين، التين، البلح مع منع التدخين.

- عدم زيادة الوزن: باستعمال نظام غذائي صحي وممارسة الرياضة بانتظام.

- عدم زيادة التعرض للضغوط العصبية: بالاسترخاء والتأمل والبعد عن الضغوط النفسية والعصبية الممكن التعرض لها من الفرد في حياته اليومية.

وفي حالة نقص سكر الدم يقوم المريض يقوم بـ:

- إذا كان سكر الدم (80 مليجرام/100 ملييلتر دم) أو اقل يقوم بتناول:

- 2 أو 3 أقراص سكر. - كأس من أي عصير فواكه.

- كأس حليب.

- 5 أو 6 قطع من الحلاوة الصلبة.

- 1 أو 3 ملاعق شاي من السكر أو العسل.

بعد 15 دقيقة افحص سكر الدم مرة ثانية، إذا بقي منخفضاً تناول وجبة خفيفة أخرى

وأعد ذلك حتى يصبح رقم السكر (70 مليجرام/100 ملييلتر دم) أو أكثر، إذا كان هناك

ساعة أو أكثر قبل الوجبة التالية تناول وجبة أخرى (محمود إسماعيل، هاني محمد حجر، 2014

ص 129، 134).

7- الخصائص النفسية للمريض داء السكري:

يتميز مريض السكري ببعض من الخصائص النفسية والتي نذكر منها: استجابة شائعة تظهر مباشرة بعد التشخيص المرض، وقد يرتفع القلق عندما يتوقع الفرد تغييرا جوهريا في نمط حياته نتيجة المرض أو علاجه، الشعور بالخوف والقلق من مضاعفات المرض: (نهيد علي، ترجمة قاسم سارة، 2013، ص172- ص 177)

7-1- زوال الاعتزاز بالنفس:

المريض بالسكري يعاني من التدهور الملحوظ في العواطف، وينخفض اعتزازه بنفسه وتصبح عقليته مثقلة بالقلق وبالمشكلات الشخصية، مما يفقد ثقته بنفسه وقد يساهم تركيز الاهتمام على النظام الغذائي، وأنماط الحياة الصحية وممارسة الرياضة بتكريس مشاعر الخوف، ووجوب ترك بعض العادات السيئة. والاعتزاز بالنفس يؤثر على كثير من جوانب الحياة لمريض السكري مثلا: عمله وزواجه وأدائه لوظائف الأبوة.

7-2 - هواجس الخوف:

الخوف يؤثر على الصحة النفسية وعواطف مريض السكري، ويؤدي إلى أفكار سلبية، ويمنعه من طرح بعض الأسئلة على طبيبه، ويحرمه من التحكم في السكري، ومكافحته بجدية، وأن يتواصل مع طبيبه ومسئوليه، وتقديم الرعاية، والتواصل الجيد مع الأصدقاء والأسرة سيكون عوناً له على مواجهته.

7-3- الشعور بالوحدة:

نتيجة التراكم المتواصل للمضاعفات وللمظاهر الرئيسية للسكري، فتؤدي بالسكريين إلى مشاعر الإحباط والاستسلام، وترجع لمواقف المريض من الحالات النفسية المعاني منها لأنه سكري، ويقدم الدعم للسكريين بإجراء مكالمات هاتفية أو زيارة المكان المناسب للحصول على المساعدة التي يطلبها للتغلب على المشكلات النفسية التي يعاني منها، ومن بينها الشعور بالوحدة.

4-7- الحزن العميق: وله عدة مراحل:

المصاب بالسكري " ينكر " مرضه ولا يقبل حقيقة ما يجري له ثم يمر إلى مرحلة الغضب فيتمرد على الوضع الذي يمر به، ويعبر عن مشاعر الحزن العميق ثم يتفاوض المريض ليصل إلى أثر إيجابي مثل " إن زال عني السكري سأؤدي وظائفه كأب على نحو أفضل وسأتعلم بشكل أفضل وسأكون إنساناً أفضل ."

ثم مرحلة الاكتئاب، يميل لها السكريون ويعجزون، وقد يميلون إلى الانتحار، وفي النهاية مرحلة الحزن يتقبل المريض قدره، ويستعد لمواجهة أي شيء قد يحدث بعد ذلك فيدخل في مشاعر الوحدة واليأس.

5-7- الاكتئاب:

إن الكثير من الناس يعتقدون أنهم يستطيعون تدبر أنفسهم من الاكتئاب الذي يصيبهم، فلا يلتمسون المساعدة من الأطباء النفسيين. والإجراء الأكثر شيوعاً لمواجهة الاكتئاب المتعلق بالسكري الاعتماد على النفس بقراءة الكتب والانشغال المستمر بأنشطة تستحوذ على الاهتمام والتصدي لأفكار سلبية تحظر على البال، وممارسة التفكير الإيجابي ومساعدة الآخرين المعانون من المشكلة ذاتها.

وعند ظهور الدرجات الخطيرة من الاكتئاب يجب التماس المساعدة من طبيب نفسي متخصص، لظهور ثلاث أو أكثر من العلامات التالية واستمرارها لمدة لا تقل عن أسبوعين:

- التغير في نمط النوم، كالنوم لساعات طويلة أو معاناة الأرق أو قلة النوم.

- التغير في الوزن كزيادته أو نقصه.

- الحزن المتواصل.

- صعوبة التركيز.

- مشاعر العصبية خلال فترات الراحة والاسترخاء.

- مشاعر الذنب أو أنك عبئ على الآخرين.

- الشعور بالعجز والتفاهة (بأنه لا قيمة له).

- التفكير بالانتحار.

وعلى المريض أن يصمد لمواجهة الاكتئاب، وأنه جزء من الحياة، وسيزول وعلى الفرد ألا تضعف قدراته بتعاطي المشروبات الكحولية وبتناول المخدرات أو المزيد من الطعام وستكون فائدة بإشراف الطبيب المتخصص.

7-6- اضطرابات الأكل:

ولتجنبها يجب معرفة ما يسبب لنا النظام الغذائي المتبع من فوائد ومضار، ومن اضطرابات الأكل نذكر:

7-7- **نقص الشهية:** فقدان الشهية ينتج عن الحرص على المحافظة على الوزن في حدوده الدنيا، والاستمرار في الحرص على فقدان الوزن حتى بعد النقص الشديد يصبح فيه الوزن اقل من السوي

ويرجع هذا الاضطراب إلى التشوه في الإدراك لصورة الجسم فتتقطع الدورة الشهرية، ويفقد الاهتمام بالممارسة الجنسية، ومن ينقصون الوزن يمتنعون عن تناول الطعام (الإضراب عن الطعام)، وإتباع نظام غذائي صارم، وممارسة التمارين الرياضية دون الخضوع إلى تأثير خارجي كتأثير الزملاء، والتغير المتنوع في المزاج لمعاناتهم الدائمة من الجوع الشديد.

7-8- **فرط الأكل:** يميل السكري إلى تناول كميات كبيرة من الطعام تفوق الكمية التي يحتمل جسمه هضمها ثم يطرحها بالاقياء، ويميل السكريون المصابون بهذا الاضطراب إلى إتباع ثلاثة أنماط من السلوك هي الأكل بسرعة والأكل على انفراد، والشعور بالضيق بعد الأكل، وهذا يمهد للإصابة بالاكتئاب والشعور بالذنب دون أن يكتسب المصاب أية زيادة في الوزن، وتكرر هذه النوبات مرتين أسبوعياً، وقد يستمر ذلك ستة أشهر أحياناً.

وأشار الباحثون إلى وجود علاقة قوية بين نوبات الأكل وعدم الرضا عن وزن الجسم، وعدم الامتثال لتدابير التحكم بالسكري ومستويات الاكتئاب، والمعرضون أكثر للإصابة بهذه النوبة الاكتئابية هم كبار السن من الذكور من الأمريكيين المنحدرين من أصل إفريقي أو قوقازي.

ومرض السكري ومضاعفاته يؤديان إلى خلل في المواد الكيميائية الموجودة في الجسم، كما أن أعراض ارتفاع السكر في الدم وانخفاضه تشكل خطراً كبيراً على حياة المريض، لذا لا بد من الاهتمام بمعالجته، وعدم إهمال ذلك لتفادي مضاعفاته الخطيرة (عادل عبد العال، 2010، ص 27).

لما يعرف مريض السكري بأنه مصاب بهذا المرض، يتبادر إلى ذهنه العديد من الأفكار والمعتقدات الخاطئة التي قد تؤثر على صحته الجسمية والنفسية ويفكر فيها، فبعضها قد يدهور حالته وبعضها الآخر قد يساعد المصاب بداء السكري على التكيف مع نمط حياته الجديدة.

- **مثلا 1:** الاعتقاد أن حياته قد انتهت ويجب أن يترك كل الأطعمة التي كان يحبها، أو اعتقاده بفقدان رجولته وعدم القدرة على المعاشرة الزوجية... هي أفكار لا عقلانية تؤثر على صحته الجسمية والنفسية بالسلب.

وقد يحس المصاب بالسكري بأفكار إيجابية، قد تساعده على التكيف مع نمط حياته الجديدة.

- **مثلا 2:** انه رغم إصابته بالمرض، يستطيع التخفيف من آثاره بالالتزام بالإرشادات الصحية وتوصيات الطبيب، ويحافظ على مستوى السكر لديه بالمداومة على التمارين الرياضية والحمية الغذائية، وهذا ما يحقق الاتزان الداخلي لديه. ويعتبر " ألبرت ليس (Albert Ellis) صاحب نظرية العلاج العقلاني العاطفي السلوكي، وتناول الأفكار العقلانية وأثرها على الحالة النفسية للأفراد.

8- الداء السكري وعلاقته ببعض الأمراض الأخرى:

8-1- السكري ومرض القلب:

إنّ المصابين بالداء السكري يرتفع لديهم نسبة الإصابة بأمراض القلب كقصور الشرايين التاجية وضعف عضلات القلب إلى أربع مرات، وخطر الإصابة بالسكتات الدماغية يصل إلى خمس مرات مقارنة بغير المصابين بالداء السكري لتصلب الشرايين، وضعف وصول الدم محملا بالأكسجين إلى الخلايا الحيوية، لانسداد الأوعية الدقيقة بسبب ارتفاع شحوم الدم كالكولسترول والدهون الثلاثية.

ويؤثر الداء السكري على الصفائح الدموية فيتجلط الدم، وتزيد فرص جلطات القلب والمخ، وتصلب الشرايين من المضاعفات الرئيسية لمرض السكري، خاصة شرايين القلب ومنه الأزمات القلبية كالدبحة الصدرية (حربوش سمية، 2009، ص 65).

8-2- أمراض الكبد:

للکبد دور أساسي في المحافظة على مستوى ثابت لنسبة الجلوكوز بالدم، والعلاقة وثيقة بين مرض السكر وأمراض الكبد، ونسبة كبيرة من مرضى السكر خاصة النوع الثاني يعانون من الكبد الدهني، وعند تصويره بالموجات فوق الصوتية تظهر الترسبات الدهنية بوضوح. السكري وأمراض العين:

يتفق كل من الباحثين " سمير شيل " (1994) " فوقيه رضوان " (2006) حازم وآخرون (2007) على أنه مرض يصيب كل أجزاء العين مثلما يفعل مرض السكر، والجدول (01) يوضح ذلك.

الجدول رقم 1: يوضح تأثير مرض السكر على العين. (حنان مجدي صالح سليمان، 2009، ص15).

أجزاء العين	تأثيرات مرض السكر
الجفون	- ترسبات دهنية. - أكياس دهنية ودمامل.
الملتحمة	- احتقان دائم نتيجة ظهور أوعية دموية مستحدثة. - الالتهابات المتكررة.
القرنية	- تورم بالقرنية. - يكثر قرح القرنية.
القرحجية	- نمو الكثير من الأوعية الدموية. - ظهور المياه الزرقاء.
العدسة	- تصاب بالمياه البيضاء (الكتاركتا) بصورة مبكرة.
البلورية	- تغيرات وذبذبة بقوة الإبصار، وسرعة تغير النظارة الطبية.
العصب البصري	- التهابات متكررة تؤدي إلى انخفاض في حدة الإبصار.
الشبكية	المرحلة الأولى (البسيطة): - تمدد شرياني في الأوعية الدموية وحدوث جلطات. - الانتفاخ في الشبكية. المرحلة الثانية (ما بعد البسيطة): - تغير في الأوردة في مسارها أو تركيب الجدران نفسها. - احتقان الأوردة وموت بعض خلايا الشبكية. - المرحلة الثالثة (التغيرات المتقدمة أو التكاثر بالشبكية):

تقل كمية الدم الواردة بالشبكية فيعاني المريض من نقص الأكسجين الوارد إليها فتبدأ الشبكية في تكوين أوعية دموية تكاثرية لحل مشكلة نقص الغذاء، وهذه الأوعية جدرانها ضعيفة وقابلة للنزف تلقائياً دون مقدمات، ولا تجلب الغذاء للشبكية، وإذا زادت الأمور سوءاً فالأوعية الدموية التكاثرية قد تنزف، ويصب النزيف في الجسم الزجاجي ويتجلط
النزيف ويكون أنسجة ليفية عنيفة لها القدرة والقابلية للإنكماش فتشد على الشبكية ومنه الانفصال الشبكي، وتكوين أوعية دموية تكاثرية على سطح القرنية، ويرتفع ضغط العين فيدمر العصب البصري
- انسداد وريد الشبكية (عدم تصريف الدم القادم إليها، ويحدث أثناء النوم يستيقظ المريض على انخفاض حاد في الإبصار).
- انسداد شريان الشبكية، فتحدث جلطة مفاجئة فتسد الشريان فينعدم الإبصار، ولا يستقبل الضوء فتموت الخلايا الشبكية خلال ست ساعات.

8-4- السكري وأمراض الكلى:

إن قصور الكليتين قد يحدث لعدة أسباب منها، لبعضها علاقة بداء السكري، فإذا ادي تصلب الشرايين أو تضيق أو سد الأوعية الدموية الكبيرة التي تغذي الكليتين فلا تحصل الكلية على المقدار الكافي من الدم للقيام بعملها، وإذا أصاب داء السكري الأوعية الدموية

التي تشكل تشابكها مصفاة تفقد الكليتين القدرة على التصفية بشكل فعال وقد تصاب بالقصور الكلوي. (موسى العنزي، 2010، ص 120)

8-5- السكري وأمراض الأسنان:

إنّ اللثة تتدهور بسرعة عند مرضى السكري إذا لم يتلقوا العلاج المناسب ويلتزموا بتوجيهات الطبيب المعالج، وكما يؤثر على سلامة اللثة والتهابها، فمرض اللثة يؤثر بدوره على صحة مريض السكر والإصابة بالسكر تقلل من مقاومة اللثة لهجوم الجراثيم، لتدخل المرض في مقدرة أنسجة الجسم على الالتئام والأسنان المريضة يشكّلان معا بؤراً صديدية تنفث سمومها في تيار الدم، وتقلل من مقدرة الجسم على تمثيل المواد السكرية، فترتفع نسبة السكر في الدم وتزيد من كمية الأنسولين التي يحتاجها المريض يومياً. (حنان مجدي، صالح سليمان، 2009، ص 16).

8-6-مرض السكر والجهاز العصبي: يعتبر السكر من أهم الأمراض التي تؤثر على الجهاز العصبي في جسم الإنسان، وذلك لأن مرضى السكر يعيشون الآن والحمد لله كثيرا مع تقدم وسائل العلاج فتظهر مع مرور الزمن آثار كان من الصعب ملاحظتها قديما.

ومما يحدر ذكره هنا أنه قد تكون أعراض اضطراب الجهاز العصبي وعلى الأخص أعصاب الأطراف وما يصاحب ذلك من تدمير وحرقان هي أول ما يشكو منه المريض وتشير أصلا وقد تكون من المضاعفات التي تحدث متأخرة بعد سنين من المرض، ولا شك أن العلاج المنتظم للمرض وإتباع نصائح الطبيب من أهم الأسباب التي تمنع حدوث مثل هذه المضاعفات ولذا يجب على المرضى كي لا يحدث لهم مثل هذه الأعراض إتباع النظام الطبي السليم الموصوف لهم.

وقد لا يكون السكر هو المسئول الحقيقي عن اضطرابات في الأعصاب، ولكن ما يصاحبه من اضطراب في الدورة الدموية وخصوصا الأوعية التي تغذي الأعصاب نفسها. (محمد رفعت، 1981م، ص175).

8-7- مضاعفات جلدية: تأخذ المضاعفات الجلدية إشكالا مختلفة، كالطفح على شكل يضيوي الظاهر على مستوى الساق والمصاحب أحيانا بالقرحات على القدم والكاحل، كما يظهر على القدم السكرية بقع ملونة وبثور مقيحة، إضافة إلى الإصابات التعفننية التي تثيرها فطريات مجهرية على مستوى الجلد أو شعر الرأس وأحيانا الفم والأظافر مما يؤدي إلى الحكمة الجلدية. (نور الهدى محمد الجاموس، 2004، ص32).

8-8- مرض السكر والقدم: يؤثر مرض السكري على أجزاء كثيرة من أجهزة الجسم، ومنها القدمين، حيث يتلف أعصابها ويضعف دورة الدم فيها، ولذا فالقدمان عرضة للإصابات والجروح التي يصعب التئامها ويستغرق الالتئام وقتا طويلا، مما قد يسبب الالتهابات الجرثومية وقد تتفاقم فتتحول إلى تقرحات والتهابات مزمنة، وربما يصل الأمر إلى حد البتر الجزئي أو الكلي للقدم، أو تهديد حياة المريض. (فريق عمل البرنامج الوطني للقدم السكري، 2004، ص9)

ثانيا: تقبل الداء السكري

1- مفهوم تقبل داء السكري:

أ- التقبل:

هو تقبل حالة صحية جديدة، والتعايش مع المرض وعلاجه (Vallier Véronique, 2010, p 48).

ويعتبر أيضا مفهوم لوصف المؤشر الذي يجعل الإنسان تدريجيا يتعايش مع مرضه (Pierre Drolet, 2000, p 81).

ويكون فيه المريض هادئا، حيث أن المرض يجد مكان في حياة المريض، والمريض يجد مكان لمرضه (Anne Lacroix, 1997, p 81).

ب- تقبل داء السكري:

تعتبر الأمراض المزمنة الناتجة عنها تفاعلات نفسية متعددة تحول دون تكيف المريض مع مرض السكري، مما يؤدي به إلى أن يهرب، ويرفض حقيقة مرضه بالسكري، ويمثلان استجابة أولية مباشرة وفطرية غريزية. وعدم الوعي والمعرفة الحقيقية بالمرض تفقد المريض وسائل مكافحة مرضه، أو تقبله والتكيف معه.

وعليه أن يأخذ المريض بعين الاعتبار المعايير الأساسية لمرضه من خلال تقديره لمدى تأثير مرضه على نشاطاته، ومحيطه وعلاقاته الاجتماعية والمهنية، كما يتقبل المراهق المصاب بداء السكري مرضه من خلال تقبله لمعايير متعلقة بنمط حياته، التمارين الرياضية، التغذية الصحية، تناول الأدوية. (حربوش سمية، 2009، ص 106).

2- مراحل التقبل مرض السكري:

عياديا نمطين أساسيين من السكري ولا يربطهما في آثارهما على الحياة اليومية والنفسية للمريض سوى الاسم، السكري نمط (1) الذي يصيب الشريحة الأصغر سنا ويسبب إخلال كاملا للحياة والسلوكات، والسكري نمط (2)، الذي يسبب عموما الشريحة الأكبر سنا ومشكلاته ترتبط خصوصا بالمصابين بالسمنة أو البدانة غير أن الإصابة بالمرض تدخل المصاب في هوية جديدة، تحت تسمية سكري diabétique، فظهور نمطه الأول غالبا ما

يشمل تغييرا في صورة ذات المريض، نمط حياته وكذا نشاطاته وربما مشاريعه الحياتية الدكتور J.ASSAL أخصائي في السكري ومصاب به، واعتمادا على نموذج KUBLER-ROSS، حدد خمس مراحل يمر بها الفرد، عند اكتشاف السكري نمط (1) لديه:

1-2-1- مرحلة إنكار: الواقع والتي تمثل دفاعا هشاً ضد القلق، قلق التدمير، وتترجم برفض آلي للتشخيص والعلاج، "هذا ليس صحيحا، مستحيل" قد يخرج المريض من العيادة أو المستشفى ويحاول العيش كأن شيئا لم يكن.

2-2-2- مرحلة الغضب: أين يحاول المريض إظهار أنه أقوى من المرض، أو أن يبدي نوبات غضب "لماذا أنا؟ ماذا فعلت؟ أو يبدي سلوكيات عدوانية تجاه المعالجين والأطباء، تليها محاولة تقبل جزئي للعلاج.

2-3-3- مرحلة الاكتئاب: تتسم بانطواء على الذات، واتجاه للارتباط والاعتماد على الآخرين الأهل والأطباء في هذه المرحلة يبدأ المريض بتقبل فقدانه لجسم سليم، لوضع صحي جيد لوضعية أو حالة سابقة.

2-4-4- مرحلة القبول: قد تبدأ جزئيا أو كلياً أو أوتوماتيكيا، ومرضى السكري لا يستجيبون بنفس الكيفية والدرجة، إنما يتحكم فيها جملة من العناصر عمر المصاب، طفل مراهق أو راشد، دور المحيط، وشخصية المريض، فالشخص الوسواسي قد يكون دقيق الانضباط للتحكم الجيد، والهستريائي قد يستخدم التوقف عن العلاج كأسلوب لمحاولة جلب انتباه الآخرين.

من جهة أخرى إن صيرورة هذا العمل، قد لا تتم في توقيت زمني محدد ونهائي، فقد تحدث ظروف أو مواقف تعيد المريض إلى مرحلة ما كان قد تجاوزها. (نخضر عمران، 2009، ص84-85)

أشار "كيبيلر روس K ubler Ross" في مخطظه حول مراحل تقبل داء السكري إلى نموذجين مختلفين هما:

2-5- الإعلان عن المرض:

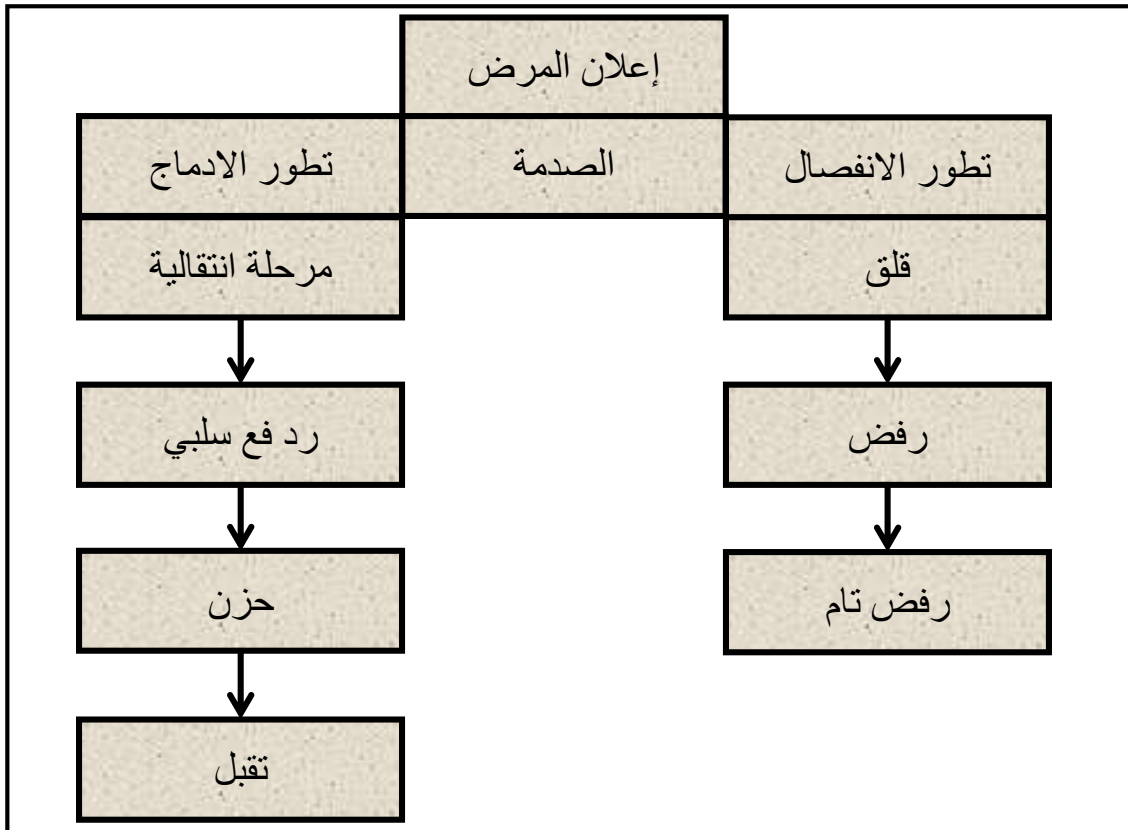
وتنتج عنه صدمة وهذه الصدمة تشكل نقطة انطلاق حلقة للمريض ويشعر المريض بإحساس بالظلم، ويبحث عن إيجاد مذنب وهذا لا يعيق المريض عن تتبع العلاج الموصوف من طرف الطبيب (Bourdon Bruno, 2012, p 14).

وعند الإعلان عن المرض من طرف الطبيب المعالج يصبح للمريض مرضيين؛

المرض المزمن والمرض لكونه مريض (André Grimaldi, 2013, 92).

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

ثانياً: النموذج الثاني: يعتبر أن الاستجابات النفسية مختلفة بالنسبة للمريض المصاب بمرض مزمن خطير، تدخله في قلق دائم ويستعمله كميكانيزم دفاعي، ويتجنب المرض بالرفض، وهذا يتطلب معرفة المرض وهذا يؤدي إلى ولادة شعور إقبال وإحجام، والمريض يصيبه الخجل بمرضه (Bourdon Bruno, 2012, p 14).



الشكل رقم 5: يمثل نتائج تطورين إزاء المرض كيبيلر روس Kubler-Ross

(Bourdon, Bruno, 2012, p 13)

3- الاستجابة النفسية لمرض السكري:

ترى الباحثة أن الاستجابة النفسية لتقبل داء السكري تكمن في أن الفرد في حياته اليومية التي يعيشها يتعرض إلى مواقف مختلفة، والتي بدورها تساهم بشكل فعال في عملية التعلم، والتعليم الأخير هو عملية مستمرة طوال حياة الفرد، فهناك مواقف تسعد الإنسان وتزيد من تفأؤله وطمأنينته مما يحقق له السعادة والتوافق النفسي والاجتماعي ومن ثم تحقيق الصحة النفسية، ومواقف قد تجعل الإنسان يشعر بالإحباط وأمراض مختلفة نفسية وعقلية اجتماعية نفسية، لكن الطبيعة البشرية والحياة الاجتماعية تحتم علينا ما يسمى بمصطلح التكيف والتوافق مع هذه المواقف، واللذان يعتبران من مؤشرات الصحة النفسية، فإصابة المراهق بمرض السكري ليس بالأمر الهين حيث تستدعي الغضب والتوتر نتيجة الصدمة وهذا يعتبر رد فعل عادي وطبيعي نتيجة الإصابة.

لكن يُقال " إذا عُرف السبب بطل العجب " فكل شيء مجهول يؤدي إلى القلق فالمراهق المُصاب بمرض السكري في هذه الحالة يسعى إلى الحرص على فهم ما هو المرض وما هو علاجه وما هي الاحتياطات اللازمة للتماشي مع الحالة الصحية الجديدة لأن مرض السكري هو صديق الإنسان، إذا صدقته صادقك، وعلى المريض أن يستقبل مرضه ويتماشى مع معطياته وظروفه حتى يواصل حياته بطريقة عادية مع اخذ الحيطة والحذر فقط للحفاظ على صحته، فإذا كان تقبل المريض إلى مرضه المتمثل في السكري سلبي فإن لا محال سيؤثر على جوانب شخصيته، وسرعان ما تنهار من جوانب مختلفة، وإذا كان التقبل إيجابي فالاستجابة النفسية تكون إيجابية والفرد يواصل حياته بطريقة عادية.

4- العوامل المؤثرة في تقبل مرض السكري:

4-1- دور الطبيب المعالج: يستطيع مضاعفة التكوين الشخصي ومساعدة المريض في تلبية الحاجات الخاصة وتناسب التكوين مع نمط حياتهم ومشاريعهم (سفر، مواهب...) يجب أن نعلم أن التقبل غير ثابت حيث انه عند كل انعطاف من المرض أو العلاج فان تطور تقبل المرض يأخذ مجرى آخر (Anne Lacroix, 1997, p 81).

4-1-1- الركائز الأساسية التي يعتمد عليها الطبيب في الإعلان عن مرض السكري:

أ- التحضير: ويتم بطرح عدة أسئلة من طرف الطبيب على المريض المصاب بمرض السكري، وتتمثل في الآتي:

- ما هي الأمراض الموجودة في العائلة؟

- ما هو مستواك المعيشي والمادي؟

- ما هي مشاريعك في الحياة؟

- منذ متى وأنت تحس أنك مريض؟

- في نظرك ما هو مرضك؟

- هل لديك خوف من مرض معين؟

- هل لديك معلومات عن هذا المرض؟

ب - المعلومات: هي حق للمريض المصاب بداء السكري وواجب للطبيب المعالج، تكون بناء على تقنية طبية متنوعة وموثوق بها.

ج - الإعلان: هو أول مرحلة في الإعلان عن المرض بالكتابة أو القول أو الفعل بإعطائه معلومات حول حالته الصحية الجديدة، وتعتبر أو علاقة بين الطبيب المعالج والمريض المصاب بداء السكري (J. S. Giraudet, 2006, p 8).

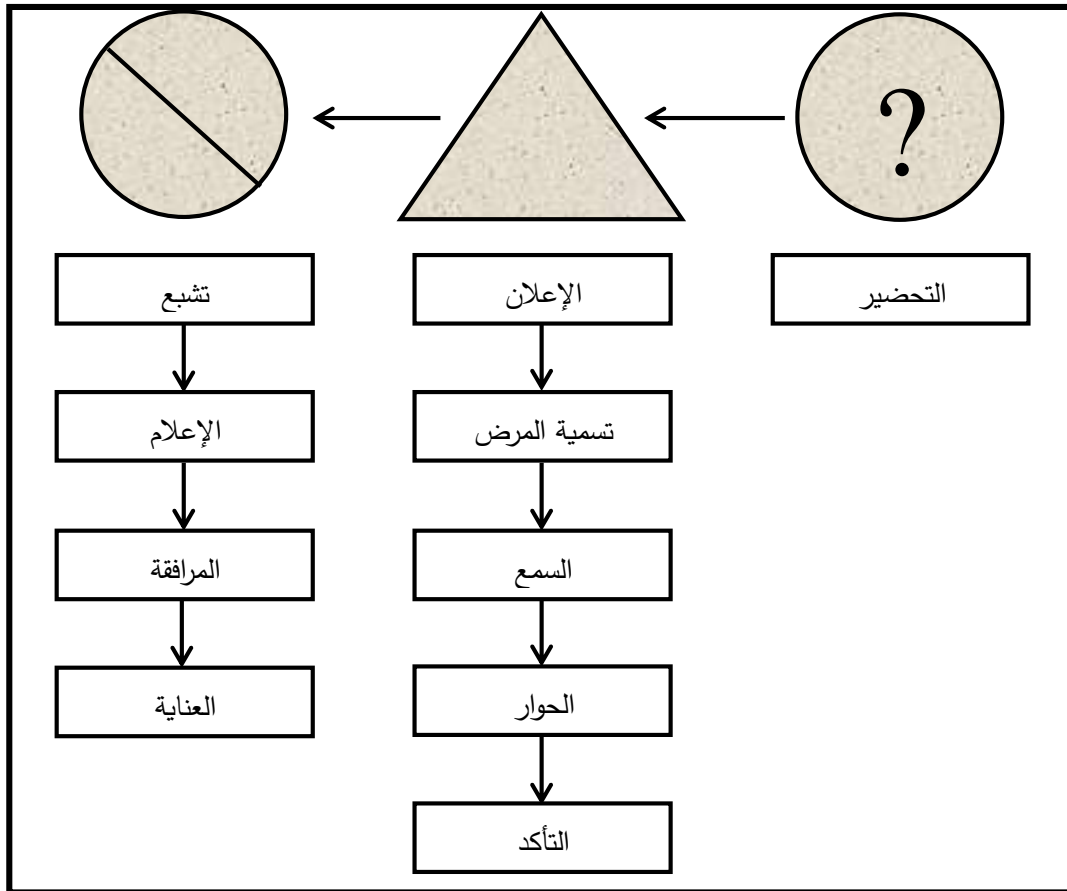
وأثناء إعلان المراهق المريض بالسكري بمرضه غالباً يتعرض إلى الغضب كنوبة انفعالية، حيث عرفه "كورمير Cormier" بأنه شعور قوي بعدم الرضا، ويكون موجهاً نحو شخص أو شيء ما، مما يؤدي إلى حدوث حالة انفعالية تسبب الأذى، والانزعاج للشخص المعني، ويكون الهدف من هذا الانفعال، حماية الذات من التعرض لمثل هذا الأذى مستقبلاً. وهو أيضاً حسب "فريزر Frazier" عبارة عن طاقة، يمكن استغلالها واستثمارها وتوجيهها في الاتجاه الصحيح، أو يمكن تركها تضيع دون الاستفادة منها، من خلال ترك الأبناء يعبرون عنها بأساليب مختلفة غير موجهة. وتوجيه هذه الطاقة يقع على عاتق الآباء، من خلال تعليم أبنائهم طرق إيجابية للتعامل مع الغضب.

ويميز "تامكا Namka" بين شكلين من الغضب هما:

- 1- **الغضب الصحي:** وهو عبارة عن رد فعل انفعالي منطقي، ومقبول للأذى الجسدي، وسوء المعاملة التي يتعرض لها الفرد، ويحاول من خلاله حماية ذاته.
 - 2- **الغضب غير الصحي:** وهو الغضب الناتج عن الأفكار والمشاعر السلبية، والذي يستند إلى أسباب غير مقبولة لتبرير الغضب، يتطلب وعياً ذاتياً عالياً، للسيطرة عليه وضبطه، وفي حال عدم السيطرة عليه فإنه يُعدّ غضب هدام.
- ويشير "وريكات"، إلى أنّ الغضب هو انفعال والانفعال خبرة إنسانية عامة، تحدث لنا يومياً، وتظهر من خلال مظاهر سلوكية تعم آثارها الإنسان جسماً ونفساً (بسمّة عيد الشريف، 2014، ص 59).

د - **الإعلام:** هو حق للمريض وواجب على الطبيب إعلامه إما مكتوبة أو مسموعة، ومراقبة كل ما يخص المريض، تعليمه في اكتساب القدرات، تعليم المفحوص معرفة مؤشرات مرضه، وذلك بأحداث تغيرات في طريقة العيش (الطبيب ماذا يتعلم من المريض والمريض ماذا يتعلم من الطبيب) تبادل علاجي ومعالج تربوي.

هـ - **المرافقة:** هو الانضمام للشخصية المريضة بداء السكري وتتبعه وتوجيهه، وتوجيه الطبيب لقدراته (السمع الجيد للمريض، التحاور مع المريض، التواصل وتكوين العلاقة مع المريض، معرفة تقديم المرض من الطبيب إلى المريض، معرفة احتياجات المريض، اختيار الأدوات المناسبة للمريض، النصح) (J. S. Giraudet, 2006, p 11).



الشكل رقم 6: يمثل تطور الإعلان عن المرض (J-S-GIRUDET. 2006. P11)

4-1-2- التربية العلاجية للمريض السكري:

يقصد بالتربية العلاجية بلوغ المرضى درجة عالية من المعرفة بمرضهم وبالعلاجات الموصفة، ويكون العمل في فريق العمل المتمثل في؛ الطبيب، أخصائي التغذية، طبيب الأسنان، المختص النفسي، وتعتبر التربية العلاجية ركيزة أساسية في علاج الأمراض المزمنة خاصة مرض السكري، وتهدف إلى تزويد المريض بمهارات وأدوات تمكنه من السيطرة على مرضه، وهذا بالمراقبة والوقاية والعلاج لتخفيف مضاعفات المرض الطبية والنفسية، وذلك باستخدام أسلوب التعلم المعرفي من خلال الوسائل التوضيحية وأشرطة الفيديو التعليمية لاكتساب السلوك المشاهد مع الشرح والتوضيح والمناقشة، وتشكيل الاستجابة (بن زاهي، بن سكيريفة مريم، 2015، ص 252).

وتهدف أيضا إلى مساعدة المريض وأقاربه على فهم المرض والعلاج، والتعاون مع المعتنين بالصحة للعيش بأكثر سلامة ممكنة، والحفاظ أو تحسين نوعية الحياة، وهي تعمل

على إرجاع المريض قادرا على الحفاظ، واكتساب الموارد الأساسية لتسير حياته بطريقة مثالية ومساعدته هو وعائلته ومحيطه لفهم المرض والعلاجات، وتعاونه في العناية والتكفل بحالته الصحية وحماية أو تحسين نوعية حياته (G.N.Fischer, C. Tarquinio, 2006, p212).

4-1-3- مساعدة المريض على تقبل مرض: وتعتبر أهم خطوة على الأخصائي القيام بها، بالتعاون مع الطبيب لأن معظم المرضى يجهلون الكثير على المرض، كما أن تقبل المريض لمرضه يعتبر أول خطوة نحو التعايش والتكيف مع المرض، والتقبل أو دور للأخصائي النفسي تجاه المراهق المريض بالسكري، الأخير تقبله لمرضه يستند على تقبله لذاته حتى قبل المرض، وإلا تصبح مشكلة عدم تقبل المرض مشكلة مضاعفة، ويشير مفهوم تقبل الذات إلى مدى التقييم الايجابي للصورة التي يحملها الفرد عن نفسه، أي مدى رضاه واحترامه لصفاته وخصائصه، وما مدى تطابقه بين الذات المثالية والواقعية، لأن فكرة الفرد عن نفسه هي النواة التي تقوم عليها الشخصية، وتعد عامل أساسي في توافقه الشخصي والاجتماعي والنفسي (فهيم مصطفى، 1975، ص 160).

4-2- تأثير المرض على الأسرة:

تعتمد درجة اعتمادية المريض على الآخرين على وقت المعالجة والأعراض المصاحبة للمرض ورجة الإعياء التي يعاني منها والدرجة التي يؤثر بها على النشاطات اليومية فالمرض المزمن يختلف تأثيره على الأفراد بالقدر الذي يؤثر به على أسلوب حياة الفرد. يشكل المرض المزمن وضعية أزمة تصيب كل العائلة وليس فقط الشخص المريض حيث يحدث المرض تغييرا كبيرا يصيب نمط حياة أفراد العائلة والأولاد والأزواج نتيجة المرض المزمن، ويقوم المرضى بتبني سلوكيات جديدة للأعراض الجسدية التي يعانون منها فتتأثر علاقاتهم الشخصية والنشاطات اليومية والحركية مما يؤدي إلى ظهور الصعوبات النفسية والانفعالية.

ويؤثر المرض المزمن على علاقة الأزواج من واقع تأثيره على طبيعة حياتهم وقدرتهم على التكيف مع الوضع الجديد من حيث خطورة المرض وبتقييم الاستجابات التكيفية فيلاحظ أن الدور الذي اعتاد أن يقوم به الشريك قد تغير إلى دور يتسبب مع الوضع الحالي للمرض، إذ يتعامل الأشخاص الذين يتميزون بالمرونة بتكييف أفضل نحو الوضع المرضي

الضاغط بينما يتعرض الأزواج الذين تعوزهم المرونة إلى قيود في علاقاتهم نتيجة جهلهم بتأثير الدعم الاجتماعي المنقوص الذي يقدمونه لشركائهم، مما ينجم عنهم مشكلات زوجية صعبة نتيجة لاختلاف النظرة نحو المرض التي يراها المريض من جهة والقرين من جهة أخرى. (شهرزاد نوار، 2014، ص54)

4-2-1- دور الأسرة:

مهم جدا في المرض المزمن الذي يمس الحياة اليومية للمريض، حيث يمكن أن يحتاج للمساعدة للسلوك في الحياة اليومية خاصة في الحياة المتقدمة من فقدان الحرية نتيجة مرضه بداء السكري، لا يشترط أن يربط مساعد المريض علاقة أبوية بالمريض، وهنا للأسرة دور في جانبين:

أ- الجانب المادي: تشارك الأسرة في مراقبة الأعراض من اجل التجنب في التأخر في العلاج، ومساعدة المريض في اخذ الدواء، والحماية، ومنه تحفيزه على التوازن النفسي والمحافظة على صورة الذات.

ب- الجانب الذاتي: ستساعد العائلة المريض في تجنب الإحساس بالإهمال، ومراقبة المريض في لحظات الغضب (Sherlaw Wiliam, Blaise Jean Lie, 2004, p20).

4-2-2- موقف الآباء:

- أن يكون لوالدي المراهق المريض بالسكري المعرفة الطبية والتقنية الجيدة للمرض والعلاج.
- تقبل فكرة أن ليس كل شيء مريح في المرض، وفكرة عدم التوازن عند المريض.
- تقديم المساعدات المادية وتمثل في التذكير والنصائح.
- حضور هادئ وحذر عند شعور المريض بالتعصب تجاه مرضه.
- تواصل جيد في وسط العائلة.
- الثقة والاحترام (D.Doumont, T.Barrea, I.Aujo ulat, 2003, p 12).

4-2-4- الإرشاد الأسري وتقبل مرض السكري:

الإرشاد الأسري منهج حديثاً في الإرشاد النفسي، وفيه يتعامل المرشد مع الأسرة ككل بما فيها المُسترشد.

ويعتبر عملية يتم من خلالها تمكن الأسرة من تغيير أنماط تفاعلها شكل يقلل من مشاعر الألم لدى كل أفرادها ليصبحوا أكثر قدرة على النمو في الاتجاه الأكثر ملائمة وإرضاء لهم، وتحتاج الأسرة للمساعدة، والتدخل لما تواجه عدة مواقف منها:

- حدوث تغيير في بعض أدوار أحد أفراد الأسرة.

- حدوث مواقف غير متوافقة في حياة الأسرة مثل حالات المرض؛ كمرض السكري.

ومنه فالإرشاد الأسري لدى مريض السكري يهدف إلى:

أ- **تحقيق التوازن الأسري:** وذلك بمساعدة الأسرة على بلوغ أقصى ما تمكنها ظروفها من إشباع لحاجاتها، وحاجات أفرادها وتقوية بنائها اجتماعياً، ونفسياً بتقبل المريض، والعمل كوحدة واحدة.

ب- **تقوية القيم الإيجابية للأسرة:** وتدعيم قواعدها ومساعدتها على ترك، وإهمال الجوانب والقيم السلبية التي تؤثر على الأسرة.

ج- مساعدة أفراد الأسرة للمريض السكري للتعايش معه.

د- مساعدة الأسرة على تقوية روابطها الأسرية واستعادة تماسكها، ومعاونتها على مواجهة وحل مشكلاتها.

ويؤكد المرشد في جلساته على العمل التعاوني بين أفراد الأسرة، كما يتزود ببعض البيانات والمعلومات عنها حتى تكون لديه القدرة على تشخيص المشكلة الأسرية، ويصبح قادراً على العمل بسهولة (فريدة بولسان، 2017، ص 368-369).

4-2-5- المتابعة الوالدية لمريض السكري:

حسب " محمود علي حسن " هي: " مجموعة من الأساليب السلوكية التي تمثل العمليات النفسية التي تنشأ بين الوالدين، والطفل حيث أن على هذين الوالدين أن يقوموا بمجموعة من العمليات والمسؤوليات التربوية والنفسية، تجاه هذا الطفل من أجل أن يتحقق له النمو النفسي والسليم " (يوسف عبد الفتاح محمد، 1990، ص 147).

ويشير علماء الاجتماع إلى أن من بين العوامل المساهمة في المرض هي أنماط التفاعل الأسري والتنشئة الاجتماعية، فمثلا جودة العلاقة بين الطفل وأبويه مهمة جدا لصحته النفسية خاصة مع أمه، فقد أشار الدكتور " لور " إلى أن الأطفال الذين نشئوا في أسر منحرفة يسودها الصراع بين الأولياء هم عرضة للضغط والقلق، ومن ثم إصابتهم بأمراض نفسية وبدنية... والقيام بسلوكيات كعدم الالتزام بتناول الدواء، وعدم الرغبة في الحديث عن المرض، أو محاولة فهم طبيعة المرض.

ومنه فمن أهم خطوات التكفل النفسي للمراهق المريض بالسكري هو مساعدته على تقبل المرض، والوصول إلى الرضا عن ذاته، وهو مريض والذي سينعكس على التعامل الإيجابي مع المرض، والقدرة على التعايش معه.

4-2-6- مساعدة المريض على تخطي مشكلاته النفسية الحالية والمستقبلية:

تعتبر الطبيعة الطويلة الأمد لمرض السكري، وفترات التآرجح المتكررة في مستوى السكر تجعل مرضى السكري في خطر متزايد لاضطرابات الوجدانية، فمرض السكري يجعل المراهق المريض به يعاني من الاكتئاب، وأعراض نفسية أخرى بالإضافة للضغوط النفسية وصعوبة التوافق النفسي، وعلى المختص النفسي أن يقوم بالعلاج النفسي حتى يزيل أو يخفف الأعراض النفسية، وتعتمد على العلاج السلوكي المعرفي من خلال تدريب المرضى على تمارين استرخاء العضلات التدريجي، وتمارين التنفس البطني.

4-2-7- مساعدة المريض على بناء قيمة ذاتية ايجابية:

إن التكفل النفسي لمريض السكري لا يقتصر على تقبل مرضه، أو التربية السلوكية للمريض من اجل الإدارة الذاتية للمرض، أو إزالة المشكلات النفسية فقط، إن التكفل النفسي يتعدى ذلك إلى تنمية قيمة ذاتية ايجابية للمريض بمعنى مساعدته على الوصول إلى التحكم وإدارة الذات بحيث يصبح له رؤى، وأهداف مستقبلية يسعى إلى تحقيقها (بن زاهي، 2015، ص253).

4-3- المستوى التعليمي:

لقد أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم تتناسب طرديا مع الحالة الصحية في أي مجتمع فكلما ارتفع مستوى التعليم ارتفع المستوى الصحي، وبالعكس ففي المجتمعات المتخلفة علميا

يوجد بها مستوى صحي منخفض، وتنتشر فيها الأمراض، فهي قاصرة على تبيين أسبابها، إذ تتساق مع خرافات تؤدي إلى الاعتقاد بوجود الأرواح الشريرة والحسد كأسباب للمرض، وتتفر من مكافحة الأمراض باستعمال الوسائل الحديثة، فبعض المجتمعات مثلاً قاومت تطهير مياه الشرب باستعمال الكلور، واعتقاداً منها أن المياه تكون أكثر صفاءً، وأفضل للصحة دون معالجة، وفي بعض المجتمعات الإفريقية لا تتناول الفتيات الصغيرات الحليب، لأنهن في نظرة المجتمع يدسن نتاج البقرة التي يقدسونها، ومن جهة أخرى فإن الجهل والامية يؤدي إلى عدم إتباع إرشادات الطبيب وتعليماته بشأن استعمال الدواء، كميته وموعده والانتظام في أخذ الجرعات (الوحيشي أحمد بيبي وعبد السلام الدويبي، 1995، ص 84-85).

4-5- الوعي الصحي:

كما يقصد به: "عملية إدراك الفرد لذاته، وإدراك الظروف الصحية المحيطة وتكوين اتجاه عقلي نحو الصحة العامة للمجتمع" (محمد الجوهري وآخرون، 1992، ص 290). كما أنه يعني: "جانب من الصحة العامة الذي يتعامل مع المشاركة المتضمنة، والفعالة للأفراد في حل مشكلاتهم الصحية" (إقبال إبراهيم مخلوف، 1991، ص 192).

وترى الباحثة في الدراسة الحالية أن لمصطلح التدين أهمية بالغة في الرضا عن الحياة، وإتباع السلوك الصحي المناسب، وتقبل الإصابة بمرض السكري مهما كانت حدتها وأضرارها، حيث عرف "الصنيع 1993" التدين بأنه التزام المسلم بعقيدة الإيمان الصحيح وظهور ذلك على سلوكه بممارسة ما أمر الله به، والإنهاء عن إتيان ما نهى الله عنه (رمضان زعطوط، 2017، ص 154).

وباعتبار أن الشريعة الإسلامية مستمدة من القرآن الكريم والسنة النبوية الشريفة، فالله عز وجل أمر بني البشر بالحفاظ على صحة الإنسان، لأن الدين الإسلامي دين يسر وليس دين عُسْر، فالإنسان المؤمن بالله عز وجل هو الذي يرضى عن الحياة، ويتقبل كل ما اختاره الله له ويرضى بالقضاء والقدر خيره وشره، وإن كل ابتلاء أو مرض يصيب الفرد هو من الله عز وجل لا اعتراض عليه، ويتطلب منا الصبر، لكن مقابل ذلك يجب على الفرد أن يهتم بنفسه وصحته ويحافظ عليها، وذلك بإتباع نصائح الطبيب والخطة العلاجية المناسبة لمرضه، ويتخذ كل الإجراءات الملائمة والحيطة حتى لا يتفاقم المرض، لأن الله عز وجل

أمرنا بأن لا نُؤدي بأنفسنا إلى التهلكة، وفي المقابل نجد أن القلق والتوتر، وعدم الرضا أو تقبل ما قدره الله سبحانه وتعالى للأفراد يؤدي بهم إلى الاكتئاب الذي لا منفعة منه مما ينجر عنه تهديم شخصية الفرد.

5- دور التعليم والتدريب في تقبل وعلاج مرض السكري:

يحتاج الأشخاص المصابون بمرض السكري إلى قدر عالي من التكيف في جميع أوجه الحياة، فالسكر مرض مزمن سيعيش به المريض طوال حياته مما يؤثر على الجوانب الصحية والنفسية والاجتماعية والاقتصادية للفرد والأسرة.

ويتطلب مرض السكر دورا قياديا ومشاركة فعالة من جانب المريض والأسرة، حتى تتحقق عملية التعايش بدون خوف أو قلق من المشاكل والمضاعفات.

وفي تقرير "المنظمة العالمية للصحة 1985" صدر ظهر أن التعليم والتدريب من

خلال برامج خاصة لمرضى السكر قد حقق الآتي:

- خفض نسبة حدوث المضاعفات القصيرة والطويلة الأجل.
- خفض نسبة حدوث بتر الأطراف السفلية.
- زيادة الإدراك الذاتي بالمسؤولية وتسهيل قبول المرضى.
- خفض التكاليف الطبية والاجتماعية للمرضى.
- خفض نسبة التغيب من العمل والمدرسة.
- تخفيف الشعور بالعزلة.

وقد ذكر "بارتليت 1988" أن التعليم الصحي لمرضى السكر يحقق الآتي:

- يقلل من الحزن والقلق الناشئ عن المرض ومضاعفاته.
- يزيد مستوى الرضا والقبول بالخدمات المقدمة لمرضى السكر.
- يقلل من عدد مرات الدخول للمستشفى، ويقصر لإقامة بها.
- ويعتمد نجاح البرامج التعليمية على عدة عوامل أهمها:
- تغطية احتياجات المرضى.
- تنمية المشاركة الفعالة من قبل المرضى.
- مرونة البرامج وقابليتها للتعديل والتغيير.

- استعمال وسائل والتقنيات التعليمية المناسبة (وزارة الصحة، 2011، ص 17).

6- التعايش مع مرض السكري:

مأزق وتحديات كثيرة، وعندما تبدأ أي رحلة لابد من خارطة، ويمكن اعتبار إعطاء التشخيص وشرح المرض والعلاج هو الخارطة التي تهيئ المرضى للسير عليها في رحلتهم ومما لا شك أن المعلومات الصحيحة منذ البداية تشكل أساسا لنجاح هذه المرحلة.

ففي البداية لابد من إعطاء التشخيص بطريقة يمكن للناس أن تتقبلها، حيث أن بعض الأشخاص يكونون في حالة صدمة وتشوش وبعضهم تتراوح ردودهم من الغضب، والقلق والخوف، إلى الاكتئاب.

والحقيقة أن الأشخاص يبدؤون رحلتهم مع المرض بمعلومات مختلفة وأساليب متنوعة للتعامل معه، باختلاف مستويات ذكائهم وثقافتهم ووضعهم الاجتماعي، وكل ذلك ينعكس على إنذار المرض واختلاطاته، حيث بينت الدراسات أنه على الرغم من التطور الكبير في علاج داء السكري فإن إنذار المرض لا يزال أسوء في الأقليات العرقية، وكبار السن ذوي الصحية المتدنية، والطبقات الفقيرة.

ويوحى ذلك بأن مشكلات التفاهم والتواصل في القضايا الصحية ربما يكون لها دورا في ذلك، ويؤكد أهمية التواصل الطبي انفعال خلال علاج ورعاية المرضى، لأن المعلومات والتوصيات التي تقدم للمريض تؤثر على تعاونه وعلى التزامه بالعلاج، وتؤثر على رضاه عن علاجه وأيضا على حالته الصحية العامة ومن المفيد أيضا التعرف على أفكار المريض الذاتية عن مرضه لأنها تؤثر على تعامله مع المرض وعلى علاقته بالخطة العلاجية.

ونظرا للتداخل بين داء السكري والحالة النفسية للمصاب فإن العناصر التالية يمكن أن تشكل نموذجا للتدابير الذاتية الفعالة:

- العنصر المعرفي الذي يتضمن أفكار المريض واتجاهات حول المرض.
- العنصر الانفعالي والمزاجي المرتبط بالقلق والخوف والاكتئاب.
- العنصر الاجتماعي المرتبط بأهل المريض وعمله وعلاقاته الاجتماعية.
- العنصر السلوكي المرتبط بالمهارات والثقة التي تهيؤه للتعامل مع المرض.

وقد بينت الدراسات نجاح الخطة العلاجية السلوكية التي تهدف إلى تعديل نمط المعيشة اليومي من خلال التدابير الذاتية، وقد تضمنت هذه الخطة تسجيل النشاط الجسمي اليومي والسلوك الطعامي للمريض، ومعلومات المريض وأفكاره الذاتية حول السكري ومعلوماته عن علاجه، ودرجة استعداده ودافعيته للتغيير، وأيضاً تضمنت مشاركة المريض في اتفاق على الأهداف القريبة المحددة التي يجب الوصول إليها، واختيار أساليب فردية معينة لمواجهة العقبات، والمتابعة والدعم للوقاية من الانتكاس، وظهرت النتائج الإيجابية في الحفاظ على وزن مقبول، وتقليل تناول الطعام الدسم، وزيادة مستوى النشاط البدني.

ويمكن لهذه الخطة العلاجية الناجحة أ، تطبيق ضمن مجموعات علاجية، وأن تشمل جلسات تثقيفية جماعية. (سمية حربوش، 2009، ص93)

7- المعاش النفسي لمريض السكري

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

ويكون رد الفعل النفسي عند اكتشاف المرض سيئاً لمل تواتر واستقر في الأذهان عن مضاعفات المرض الضارة، خاصة إذا عاش مريض السكري خبرة المرض مع احد أفراد أسرته سابقاً، وتختلف ردود الفعل النفسية من مريض إلى آخر اختلافاً كبيراً، وتتمثل في إما أن يكون الرفض والإنكار أو التمرد على العلاج الذي يعتبر جانبا مهماً من جوانب الرفض خاصة إذا كان المحيطون بالمريض من أفراد الأسرة ينتحلون صفة الوصاية الكاملة على نمط حياة المريض مما يجعله يرفض التحكم الكامل لمدة طويلة في تفاصيل معيشته وتذكيره باستمرار بمرضه، وقد ينشأ خوف شديد من المرض وأثاره كرد فعل عند بعض المرضى إذا تواصل لمدة طويلة فانه يسبب للمريض حالة من الاكتئاب ويحول حياته إلى حياة منكشمة على نفسها، وأخيراً يلاحظ الشعور بالذنب الذي يحدث عند وجود المرض في أسرة واحدة

حيث ينتاب المريض شعور بان المرض عقاب له بسبب معاصي ارتكبت في الماضي الأمر الذي يؤدي به إلى حالة من الإحباط.

ومن القيود المفروضة على مريض السكري والتي تمثل مواقف ضاغطة هي القيود الخاصة بنظام التغذية والتي ينتج عنها نمو مشاعر الخوف والقلق تجاه الأطعمة والميل إلى المقاومة بسبب تناول مريض السكري نمطا نوعيا ومتكررا من الأطعمة. (شهرزاد نوار، 2014، ص51، 53).

خلاصة:

من خلال عرضنا لفصل تقبل المرض نستخلص أن تقبل المرض هو شيء ضروري بالنسبة للمريض المصاب حتى يتعايش مع مرضه ويتقبل تغير حالته من حالة الصحة إلى حالة المرض لأنه شيء لا مفر منه، والتقبل هو استجابة نفسية ناتجة عن الإصابة بالمرض وخاصة الأمراض المزمنة لأنها تسير الفرد طوال حياته فالفرد إذا تقبل مرضه يعني أنه تحكم في العلاج والالتزام به والوقاية بنسبة كبيرة لذا فلي التقبل أهمية بالغة وكبيرة تجعل المريض يتماشى مع مرضه بطريقة وإتباعه خطة علاجية ونصائح الطبيب المعالج وتخلصه من الضغوط النفسية المصاحبة للمرض ويصبح المصاب لديه كفاءة ذاتية لمتابعة حالته الصحية ومراقبتها ومحاولة السيطرة عليها خوفا من تفاقم المرض فالمرضى إذا تقبل إصابته بشكل إيجابي سيواجه حياته بالإيجاب والقبول والبحث عن الطريقة التي يحمي بها صحته كالالتزام بمواعيد وإتباع الحمية الغذائية المناسبة والنشاط البدني الرياضي ويتبع كل ما يخص حالته نتيجة إصابته بداء السكري واستعماله الأساليب والتدريبات التي يتجاهل بها مرضه ويكون أكثر تفاؤلا وسعادة، مما يؤدي به إلى مصاحبة المرض والتعايش معه بطريقة عادية، وهنا يتجلى لنا دور مفهوم تقبل مرض السكري وأهميته، فإذا حدث التقبل للمريض تمكن من مسايرة حياته كأنه شخص غير مصاب، والتقبل لا يأتي مباشرة بل تتضافر مجموعة من الجهود للوصول بالمريض إلى هذه المرحلة من طبيب وأسرة وأصدقاء وكل من له علاقة بالمريض.

الفصل الخامس

إجراءات ومنهجية الدراسة

تمهيد:

لكل دراسة علمية جانب نظري والذي هو الأساس التعرف على المتغيرات الدراسة وأسسها النظرية لا تكتمل إلا بوجود الجانب الميداني الذي يعتبر بدوره أهم مرحلة من مراحل البحث العلمي، وبناتجه المتوصل إليها فإنه ينفي أو يثبت الإطار النظري المنطلق منه وكذلك يقوم الجانب التطبيقي بعملية تحويل البيانات كمية إلى بيانات كيفية وتستنتج نتائجها وتفسر دلالتها.

ولقد تناولت الباحثة في هذا الفصل وصفا شاملا لإجراءات الدراسة الميدانية التي قامت بها الباحثة لتحقيق أهداف الدراسة وذلك بتحديد المنهج المستخدم في الدراسة ومجتمع وعينة الدراسة والشروط التي تما على ضوءها اختيار العينة كما يتناول الفصل شرحا تفصيليا للمقاييس التي استخدمت في الدراسة من حيث البناء والتصميم وطريقة التصحيح والتحقق من الخصائص السيكومترية من الصدق والثبات إضافة إلى العمل المنهجي الميداني في اختيار أساليب المعالجة الإحصائية المستخدمة في تحليل نتائج الدراسة.

أولاً: الدراسة الاستطلاعية

تهدف الدراسة الاستطلاعية إلى التعرف على الظروف التي سوف تتم فيها إجراءات البحث والصعوبات التي تواجه الباحث، في تطبيق أداة الدراسة كما أنها تساعد على:

- جمع المعلومات حول مكان ومجتمع الدراسة.
 - التعرف على مدى ملائمة أدوات الدراسة والتعرف على خصائصها السيكومترية لها.
 - التعرف على الصعوبات التي قد تواجه الباحث في تنفيذ بحثه.
- وشملت عينة الدراسة الاستطلاعية على (50) من المراهقين المصابين بداء السكري وكان الهدف منها التعرف على مجتمع الدراسة والتأكد من وضوح الصياغة اللغوية لفقرات المقاييس، وتقنين أدوات الدراسة التي سوف يتم تطبيقها في الدراسة الأساسية، وذلك بالتوجه إلى العيادات مرضى الأمراض الداخلية وداء السكري.

من خلال الدراسة الاستطلاعية أو الاستطلاع الأولي تم جمع معلومات أولية حول عدد المراهقين والمراهقات المصابين بداء السكري الذي يتابعون العلاج داخل العيادة متخصصة في علاج الغدد وداء السكري والعقم، حيث تعرفنا على نسبة الذكور والإناث ومدة المرض والعمر وكذلك جمع المعلومات الكافية ومهمة حول مشكلة تقبل داء السكري والتعرف أكثر على أهم المشاكل النفسية والصحية التي تعيق المراهق حول الالتزام بالحمية والغذائية والالتزام بالدواء وطرح بعض الأسئلة على المراهقين المصابين بداء السكري لمعرفة مدى وضوح بنود المقاييس وأهم الصعوبات التي قد تتلقاها الباحثة خلال الدراسة الأساسية للضبط أكثر في صيرورة البحث وحساب صدق وثبات المقاييس المطبقة في الدراسة الأساسية.

ثانياً: الدراسة الأساسية:

الجدير بالذكر أن الدراسة الاستطلاعية كانت دراسة تمهيدية لدراستنا الأساسية وكما أن نتائجها المتوصل إليها ساعدتنا بشكل أساسي في الدراسة الأساسية.

1- المنهج المستخدم:

يعرف المنهج بأنه عبارة عن مجموعة العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق وبالتالي فالمنهج ضروري للبحث، إذ هو ينير الطريق ويساعد الباحث في ضبط أبعاد ومساعي وأسئلة وفروض البحث (رشيد زرواتي، 2002، ص119)

إن لكل دراسة منهج معين ويتحدد حسب طبيعة الموضوع المتناول من طرف الباحث، ولكل منهج وظيفة وخصائصه التي يستند إليها.

وللإجابة على تساؤلات الدراسة والتعرف على طبيعة دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق، فإن المنهج المناسب لهذه الدراسة هو المنهج الوصفي، باعتبار طبيعة الموضوع هي التي تحدد منهج الدراسة حيث يعرف بأنه طريقة من طرق التحليل والتفسير بشكل علمي منظم من أجل الوصول إلى أغراض محددة لوضعية اجتماعية أو مشكلة اجتماعية. (عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات، 2001، ص139)

2- حدود الدراسة الأساسية:

شملت حدود الدراسة ما يلي:

2-1- الحدود الموضوعية: حيث تناولت الباحثة في دراستنا الحالية موضوع دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق.

2-2- الحدود الزمانية: تم البدء في جمع المعلومات انطلاقاً من الدراسة الأساسية من أجل بناء أدوات الدراسة المتمثلة في مقياس المساندة الاجتماعية ومقياس تقبل داء السكري ابتداء من سبتمبر 2018 إلى غاية سبتمبر 2019

2-3- الحدود المكانية: تم إجراء الدراسة الحالية في العيادة المختصة في علاج أمراض الغدد والسكري والعقم للدكتور عمرون محمد صالح بولاية سطيف

2-4- الحدود البشرية: يشير المجال البشري إلى تحديد وحدات المجتمع الأصلي للدراسة والمتمثل في عدد المراهقين المصابين بداء السكري النوع الأول حيث قدر عدد عينة الدراسة 150 مراهق مصاب بداء السكري.

3- أدوات الدراسة الأساسية:

استخدمت الباحثة المقاييس الآتية في الدراسة الأساسية:

- مقياس المساندة الاجتماعية من إعداد الباحثة.
- مقياس تقبل داء السكري لدى المراهق من إعداد الباحثة.

بعد الاطلاع على الخصائص النفسية والاجتماعية لأفراد العينة والاستفادة من البحوث والأطر النظرية والدراسات السابقة التي حاولت تفسير مشكلة الدراسة واستطلاع رأي

أفرد العينة عن طريق المقابلات الشخصية ذات الطابع غير الرسمي قامت الباحثة ببناء مقاييس الدراسة وفق الخطوات الآتية:

3-1- مقياس المساندة الاجتماعية لدى المراهق.

- وصف المقياس وخطوات بنائه:

بعد إطلاع الباحثة على العديد من الدراسات والبحوث السابقة، التي تناولت موضوع المساندة الاجتماعية وبعض مقاييس المساندة الاجتماعية مثل مقياس عبير بنت محمد حسن الصبان (2003)، مقياس عائدة عبد الهادي حسنين (2004)، مقياس قنون خميسة (2007)، مقياس قارة سعيد (2009)، مقياس مجدي حنان سليمان صالح (2009)، مقياس شهرزاد نوار (2014)، مقياس رامي طشطوش (2017) وبعد الاطلاع على إطار النظري الذي تناولت فيه الباحثة موضوع المساندة الاجتماعية، وإجراء عدة مقابلات مع بعض مرضى داء السكري قامت الباحثة بصياغة فقرات المقياس في صورته الأولية، ويتضمن المقياس (68) فقرة للتعرف على مستوى المساندة الاجتماعية لدى مرضى داء السكري المراهقين موزعة على ثلاثة أبعاد وهي:

❖ بعد الأسرة وعدد بنوده 24 بند.

❖ بعد الأصدقاء وعدد بنوده 19 بند.

❖ بعد الطبيب المعالج وعدد بنود 25 بند.

- مفتاح تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس وفقاً لسلم ليكارت الرباعي (يحدث دائماً، يحدث أحياناً، يحدث نادراً، لا يحدث أبداً)، وتتراوح الدرجة على كل عبارة ما بين أربع درجات كالتالي:

لا يحدث أبداً	يحدث نادراً	يحدث أحياناً	يحدث دائماً
01	02	03	04

3-2- مقياس تقبل داء السكري لدى المراهق.

- وصف المقياس وخطوات بنائه:

قامت الباحثة بإعداد مقياس تقبل داء السكري بعد دراسة واسعة للموضوع والاطلاع على الأطر النظرية والدراسات السابقة التي تناولت موضوع تقبل داء السكري بالبحث والدراسة والاطلاع على مجموعة مقاييس من بينها دراسة حربوش سمية (2009) ودراسة

قارة سعيد (2009) التي تناولت تقبل داء السكري، وبعض الدراسات الأجنبية التي تناولت تقبل داء السكري ومنها دراسة (Anne Lacroix, 1997 Bourdon Bruno, 2012, J. S.) Giraudet, p 8, 2006، قامت الباحثة بصياغة وبناء فقرات المقياس ويتضمن المقياس (31 بنداً) للتعرف على مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق.

- مفتاح تصحيح المقياس:

يتم تصحيح المقياس وفقاً لسلم ليكارت الرباعي (يحدث دائماً، يحدث أحياناً، يحدث نادراً، لا يحدث أبداً)، وتتراوح الدرجة على كل عبارة ما بين ربع درجات كالتالي:

لا يحدث أبداً	يحدث نادراً	يحدث أحياناً	يحدث دائماً
01	02	03	04

3-3- الخصائص السيكومترية:

3-3-1- مقياس المساندة الاجتماعية:

الصدق:

• صدق المحكمين:

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس وبلغ عددهم (9) من جامعات مختلفة، حيث قاموا بإبداء آرائهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات المقياس ومدى انتماء فقرات كل مقياس وكذلك وضوح صياغاته اللغوية وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى وتعديل بعضها الآخر في كل من المقياس ليصبح عدد فقرات مقياس المساندة الاجتماعية (68) فقرة.

• صدق الاتساق الداخلي:

وقد تم التحقق من صدق اتساق الداخلي للمقياس وذلك بتطبيقها علي عينه استطلاعيه بلغت 50 فرد وتم حساب معامل الارتباط بيرسون بين درجات كل فقره من فقرات مقياس المساندة الاجتماعية بالدرجة الكلية للمحور الذي تنتمي إليه، وبين الدرجة الكلية للمحور بالدرجة الكلية للمقياس، كما هو موضح في الجدول التالي:

الجدول رقم 2: معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس المساندة الاجتماعية مع الدرجة الكلية لمحاوَر المقياس

بعد الطبيب المعالج			بعد الأصدقاء			بعد الأسرة		
مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرة	مستوى الدلالة	معامل الارتباط	فقرة
غير دالة	,020	44	دالة عند 0.01	,679**	25	دالة عند 0.01	,706**	1
دالة عند 0.05	,361*	45	دالة عند 0.01	,534**	26	دالة عند 0.01	,706**	2
دالة عند 0.01	,386**	46	دالة عند 0.01	,594**	27	دالة عند 0.01	,480**	3
دالة عند 0.05	,317*	47	دالة عند 0.01	,713**	28	دالة عند 0.01	,706**	4
دالة عند 0.01	,419**	48	دالة عند 0.01	,763**	29	دالة عند 0.05	,283*	5
دالة عند 0.01	,562**	49	دالة عند 0.01	,703**	30	دالة عند 0.01	,454**	6
دالة عند 0.01	,439**	50	دالة عند 0.01	,650**	31	غيردالة	,272	7
غير دالة	,205	51	دالة عند 0.01	,551**	32	دالة عند 0.01	,706**	8
دالة عند 0.01	,433**	52	دالة عند 0.01	,467**	33	دالة عند 0.01	,480**	9
دالة عند 0.05	,323*	53	دالة عند 0.01	,444**	34	دالة عند 0.01	,399**	10
دالة عند 0.01	,407**	54	دالة عند 0.01	,590**	35	دالة عند 0.05	,319*	11
دالة عند 0.01	,714**	55	دالة عند 0.01	,683**	36	دالة عند 0.01	,570**	12

دالة عند 0.01	,517**	56	دالة عند 0.01	,602**	37	دالة عند 0.01	,395**	13
دالة عند 0.01	,501**	57	دالة عند 0.01	,686**	38	دالة عند 0.01	,706**	14
دالة عند 0.01	,525**	58	دالة عند 0.01	,829**	39	دالة عند 0.01	,480**	15
دالة عند 0.01	,528**	59	دالة عند 0.01	,499**	40	دالة عند 0.01	,559**	16
دالة عند 0.01	,770**	60	دالة عند 0.01	,474**	41	دالة عند 0.01	,500**	17
دالة عند 0.01	,581**	61	دالة عند 0.01	,439**	42	دالة عند 0.01	,559**	18
دالة عند 0.01	,611**	62	دالة عند 0.05	,354*	43	دالة عند 0.01	,427**	19
دالة عند 0.01	,613**	63				دالة عند 0.01	,399**	20
دالة عند 0.01	,791**	64				دالة عند 0.01	,392**	21
دالة عند 0.01	,762**	65				دالة عند 0.05	,310*	22
دالة عند 0.01	,729**	66				دالة عند 0.01	,559**	23
دالة عند 0.01	,796**	67				دالة عند 0.01	,559**	24
دالة عند 0.01	,821**	68						

*دال عند مستوى الدلالة 0.05 **دال عند مستوى الدلالة 0.01

يتضح من الجدول (02) أن اغلب فقرات المقياس المساندة الاجتماعية دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01, 0.05) في حين أن هناك فقرات غير دالة إحصائياً عند مستوى دلالة 0.05 والفقرات هي (51، 44، 07) وتم حذفهم واستبعادهم من التحليل الإحصائي وهذا ما يؤكد أن فقرات مقياس المساندة الاجتماعية تتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي وبالتالي فإن المقياس صادق لما وضع لقياسه من أجله ويمكن الاعتماد عليه في الدراسة التطبيقية.

الجدول رقم 3: معامل ارتباط الدرجة الكلية لكل بعد من مقياس المساندة الاجتماعية مع الدرجة الكلية للمقياس:

أبعاد المقياس	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
بعد الأسرة	,673**	دال عند 0.01
بعد الأصدقاء	,698**	دال عند 0.01
بعد الطبيب المعالج	,596**	دال عند 0.01

من خلال الجدول (03) نلاحظ أن معامل الارتباط بين الدرجة الكلية لكل بعد مع الدرجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية ككل، جاءت كلها دالة إحصائياً عند مستوى الدلالة (0.01)، وبالتالي يمكن القول أن المقياس صادق ما وضع لأجله يمكن الاعتماد عليه في الدراسة الميدانية.

• صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

تستخدم هذه الطريقة في حساب صدق الاختبار من خلال قدراته على التمييز بين المجموعتين المتناقضتين، وهذه الطريقة تستخدم في حساب الصدق التكويني وصدق المحتوى، حيث قمنا بترتيب درجات العينة تنازلياً وأخذت نسبة 27% من طرفي التوزيع وحساب الفرق باختبار " ت " بين متوسطي المجموعتين كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 4: يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس المساندة الاجتماعية

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العينة	المؤشر	
دالة عند 0.01	15,673	11,80426	152,4286	14	علوي	المساندة
		6,41941	96,1429	14	سفلي	الاجتماعية

من خلال الجدول رقم (04) وجدنا أن قيمة (ت) المحسوبة (15.673) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يشير على أن المقياس قادر على التمييز بين مجموعتين مما يؤكد على صدق المقياس.

ثبات المقياس:

وللتحقق من ثبات مقياس المساندة الاجتماعية تم استخدام الباحثة الطرق التالية:

• معامل ألفا كرونباخ:

للتحقق من ثبات مقياس الدراسة، تم الاعتماد على طريقة معامل ألفا كرونباخ، ويعتمد أغلب الباحثين على برامج جاهزة لحساب هذا المعامل مثل (SPSS)، كما هو مبين في الجدول التالي:

الجدول رقم 5: يبين قيمة Cronbach's Alpha معامل للمقياس

الإبعاد	عدد العبارات	قيمة معامل ألفا كرونباخ
البعد الأول: الأسرة	24	0.859
البعد الثاني: الأصدقاء	19	0.898
البعد الثالث: الطبيب المعالج	25	0.826
المقياس ككل	68	0.877

يتبين من الجدول أن معامل ثبات المقياس باستخدام طريقة معامل ألفا لجميع فقرات المقياس بلغت قيمة معامل الثبات 0.877 وهذا مما يدل على أن المقياس يتسم بدرجة عالية ومقبولة من الثبات مما يبين مدى صلاحيته للتطبيق الميداني.

• **طريقة التجزئة النصفية:**

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية وعددها (50) فرد لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول للمقياس وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سييرمان براون فكانت النتائج كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 6: يبين قيمة معامل الثبات بطريقة التجزئة النصفية

معامل سبيرمان	معامل الارتباط	العدد	نصفي المقياس
0.80	0.67	34	النصف الأول
		34	النصف الثاني

من خلال الجدول نلاحظ أن قيمة معامل الارتباط لدرجات المساندة الاجتماعية على نصفي اختبار بلغت بين الجزأين 0.67، وبعد تصحيح الطول بمعادلة سييرمان براون بلغ معامل الثبات 0.80 وهو معامل مرتفع ومقبول من الثبات.

3-2-3- مقياس تقبل داء السكري لدى المراهق:

الصدق:

• **صدق المحكمين:**

تم عرض المقياس في صورته الأولية على مجموعة من الأساتذة المختصين في علم النفس بلغ عددهم 9 من جامعات مختلفة، حيث قاموا بإبداء آراءهم وملاحظاتهم حول مناسبة فقرات المقياس ومدى انتماء فقرات مقياس وكذلك مدى وضوح صياغاته اللغوية وفي ضوء تلك الآراء تم استبعاد بعض الفقرات وإضافة فقرات أخرى وتعديل بعضها الآخر في المقياس ليصبح عدد فقرات مقياس تقبل داء السكري (31) فقرة.

• صدق الاتساق الداخلي:

وقد تم التحقق من صدق الاتساق الداخلي للمقياس وذلك بتطبيقها علي عينه استطلاعيه بلغت 50 فرد وتم حساب معامل ارتباط بيرسون بين درجات كل فقره من فقرات مقياس تقبل داء السكري مع الدرجة الكلية للمقياس وذلك باستخدام البرنامج الإحصائي SPSS والجدول التالي يوضح ذلك:

الجدول رقم 7: معامل ارتباط كل فقرة من فقرات مقياس تقبل داء السكري مع الدرجة الكلية للمقياس

فقرة	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة	م	معامل الارتباط	مستوى الدلالة
1	,584**	دالة عند 0.01	12	,672**	دالة عند 0.01	23	,949**	دالة عند 0.01
2	,480**	دالة عند 0.01	13	,816**	دالة عند 0.01	24	,973**	دالة عند 0.01
3	,947**	دالة عند 0.01	14	,954**	دالة عند 0.01	25	,964**	دالة عند 0.01
4	,967**	دالة عند 0.01	15	,947**	دالة عند 0.01	26	,920**	دالة عند 0.01
5	,584**	دالة عند 0.01	16	,908**	دالة عند 0.01	27	,964**	دالة عند 0.01
6	,711**	دالة عند 0.01	17	,895**	دالة عند 0.01	28	,967**	دالة عند 0.01
7	,695**	دالة عند 0.01	18	,855**	دالة عند 0.01	29	,974**	دالة عند 0.01
8	,480**	دالة عند 0.01	19	,922**	دالة عند 0.01	30	,973**	دالة عند 0.01
9	,743**	دالة عند 0.01	20	,893**	دالة عند 0.01	31	,949**	دالة عند 0.01

*دال عند مستوى 0.05	دالة عند 0.01	,898**	21	دالة عند 0.01	,841**	10
	دال عند مستوى 0.01	دالة عند 0.01	,909	22	دالة عند 0.01	,755**

يتضح من جدول (07) أن كل فقرات مقياس تقبل داء السكري للمراهق دالة إحصائياً عند مستوى دلالة (0.01)، حيث جاء معامل الارتباط بين الفقرة والدرجة الكلية للمقياس محصور ما بين (0.480 و 0.974) وهذا يؤكد أن فقرات مقياس تقبل داء السكري للمراهق تتمتع بدرجة جيدة من الاتساق الداخلي وان المقياس صادق يمكن الاعتماد عليه في الجانب التطبيقي.

• صدق المقارنة الطرفية (الصدق التمييزي):

تستخدم هذه الطريقة في حساب صدق الاختبار من خلال قدراته على التمييز بين المجموعتين المتناقضتين، وهذه الطريقة تستخدم في حساب الصدق التكويني وصدق المحتوى، حيث قمنا بترتيب درجات العينة تنازلياً وأخذت نسبة 27% من طرفي التوزيع وحساب الفرق باختبار " ت " بين متوسطي المجموعتين كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 8: يوضح صدق المقارنة الطرفية لمقياس تقبل داء السكري

مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ت"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	المؤشر	
دالة عند 0.01	-13.80	3,30916	45,2143	14	علوي	تقبل داء السكري
		6,59504	72,4286	14	سفلي	

من خلال الجدول رقم (08) وجدنا أن قيمة (ت) المحسوبة (-13.80) وهي دالة عند مستوى دلالة 0.01 مما يشير على أن المقياس قادر على التمييز بين مجموعتين مما يؤكد على صدق المقياس.

ثبات المقياس: وقد تم التحقق من ثبات المقياس بالطرق التالية:

• طريقة التجزئة النصفية:

تم استخدام درجات العينة الاستطلاعية وعددها (50) فرد لحساب ثبات المقياس بطريقة التجزئة النصفية حيث احتسبت درجة النصف الأول للمقياس وكذلك درجة النصف الثاني من الدرجات وذلك بحساب معامل الارتباط بين النصفين ثم جرى تعديل الطول باستخدام معادلة سبيرمان براون فكانت معاملات الثبات بطريقة التجزئة النصفية قبل التعديل (0.971) وأن معامل الثبات بعد التعديل (0.985) وهذا يؤكد أن المقياس يتمتع بدرجة عالية من الثبات تطمئن الباحثة إلى تطبيقها على عينة الدراسة.

• طريقة ألفا كرونباخ:

استخدمت الباحثة طريقة أخرى من طرق حساب الثبات، وذلك لإيجاد معامل ثبات للمقياس وهي طريقة ألفا كرونباخ كما هي ممثلة في الجدول التالي:

عدد عبارات المقياس	معامل الثبات ألفا كرونباخ
31	0.980

من خلال الجدول يتضح أن معامل الثبات لمقياس تقبل داء السكري بلغت قيمة ألفا كرونباخ (0.980) وهذا يدل على أن المقياس يتمتع بدرجة جيدة من الثبات تطمئن الباحثة إلى تطبيقها على عينة الدراسة الأساسية.

4- مجتمع وعينة الدراسة الأساسية:

تمثل مجتمع الدراسة في المراهقين المصابين بمرض السكري والذين يتراوح أعمارهم بين 12- 22 سنة والذين يتابعون علاجهم على مستوى العيادة المتخصصة في أمراض الغدد والسكري والعقم للدكتور عمرون محمد الصالح بولاية سطيف.

وبلغ الحجم الكلي للعينة النهائية في الدراسة الأساسية 150 مراهق مصاب بداء السكري، وقد تم اختيار العينة بطريقة القصدية وفق الخصائص التالية:

- المراهقين المصابين بداء السكري 12-22 سنة
- تم تشخيصهم من طرف الطبيب مختص.
- يزورون الطبيب بشكل دوري مستمر

- مصابون بالسكري النوع الأول المعتمد على الأنسولين
وقد تم تقسيم خصائص العينة وفق الخصائص الديمغرافية التالية:

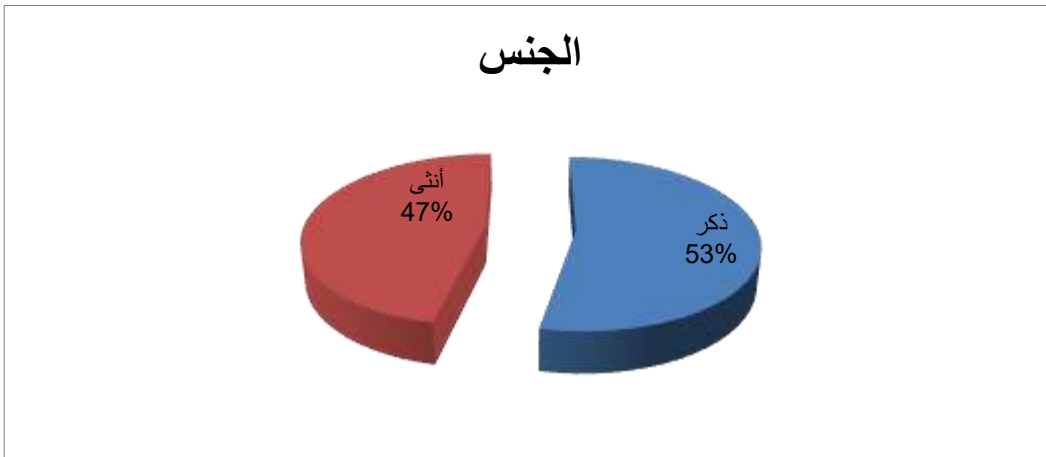
4-1- توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس:

لقد تضمنت الدراسة كلا من الجنسين وذلك لتمثيل العينة بطريقة سليمة، والجدول التالي يوضح توزيع أفراد العينة حسب متغير الجنس.

الجدول رقم 9: يمثل توزيع أفراد العينة حسب الجنس

النسبة المئوية	التكرار	
53.30%	80	ذكر
46.70%	70	أنثى
100%	150	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 150 مريض، نلاحظ أن 80 مريض يمثلون حجم الذكور بنسبة بلغت 53.30%، أما حجم الإناث فقد بلغ 70 مريضة بنسبة قدرت بـ 46.70%، وهذا ما يتبين أن عينة الدراسة من جنس الذكور وهذا كما هو موضح من خلال الشكل رقم (08).



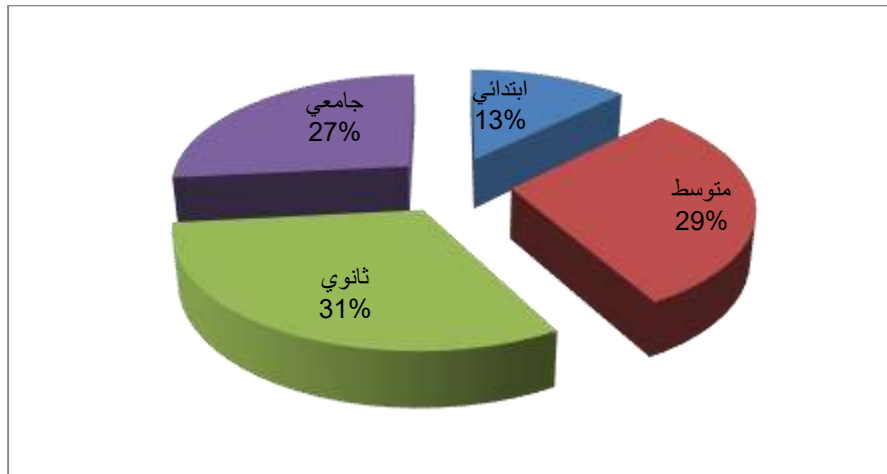
الشكل رقم 7: توزيع أفراد العينة حسب الجنس

4-2- توزيع أفراد العينة حسب متغير المستوى التعليمي:

الجدول رقم 10: يوضح أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

النسبة	التكرار	المستوى التعليمي
12.70%	19	ابتدائي
29.30%	44	متوسط
31.30%	47	ثانوي
26.70%	40	جامعي
100%	150	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 150 مصاباً بداء السكري، نلاحظ أن 47 ذوو المستوى ثانوي بنسبة بلغت 31.30% أما ذوو المستوى المتوسط فقد بلغ عددهم 44 مريضاً بنسبة قدرت بـ 29.30%، في حين ذوو المستوى الجامعي فقد بلغ عددهم 40 مريضاً بنسبة قدرت بـ 26.70%، وفي الأخير فئة ذوي المستوى الابتدائي والبالغ عددهم 19 مريضاً بنسبة قدرت بـ 12.70%، مما يعني أن أفراد عينة الدراسة من المستوى الثانوي، وهذا ما هو موضح من خلال الشكل رقم (09).



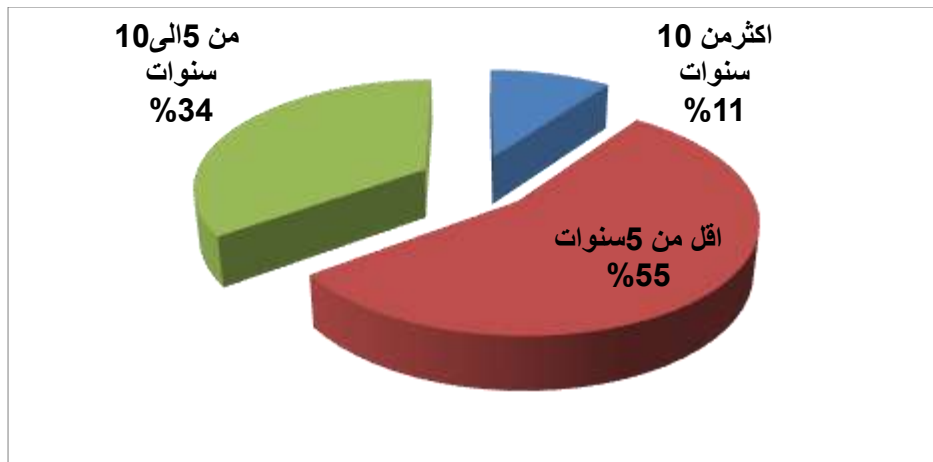
الشكل رقم 8: أفراد العينة حسب المستوى التعليمي

4-2- توزيع أفراد العينة حسب متغير مدة الإصابة بالمرض:

الجدول رقم 11: يوضح أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض:

النسبة	التكرار	مدة الإصابة بالمرض
54,70%	82	اقل من 5 سنوات
34,00%	51	من 05 إلى 10 سنوات
11.30%	17	أكثر من 10 سنوات
100%	150	المجموع

من خلال الجدول أعلاه وبالنظر إلى تكرارات أفراد عينة الدراسة والبالغ حجمهم إجمالاً 150 مصاباً بداء السكري، نلاحظ أن 82 مصاباً ذو المدة اقل من 05 سنوات بنسبة بلغت 54,70%، أما الذين مدة إصابتهم بالمرض من 05 إلى 10 سنوات فقد بلغ عددهم 51 مصاباً بنسبة قدرت 34,00%، وفي الأخير الذين مدة إصابتهم بالمرض أكثر من 10 سنوات فقد بلغ عددهم 17 مصاباً بنسبة قدرت بـ 11.30%، مما يعني أن أفراد عينة الدراسة من ذوي مدة الإصابة بالمرض اقل من 5 سنوات، وهذا ما هو موضح من خلال الشكل رقم (10).



الشكل رقم 9: توزيع أفراد العينة حسب مدة الإصابة بالمرض

5- المعالجات والأساليب الإحصائية:

استخدمت الباحثة المعالجات والأساليب الإحصائية عند التحليل باستخدام برنامج

(20) SPSS:

- التكرارات والنسب المئوية.
- المتوسط الحسابي والانحراف المعياري والوزن النسبي.
- معامل الارتباط لمعرفة العلاقة بين متغيرين رقمين.
- اختبار "Independent t test" لمعرفة الفروق بين متغيرين أحدهما متغير كمي (رقمي) والأخر نوعي ذو اتجاهين.
- اختبار "ف" التحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق بين متغيرين أحدهما متغير رقمي والأخر نوعي أكثر من اتجاهين.

الفصل السادس

عرض وتحليل ومناقشة نتائج

الدراسة

أولاً: عرض نتائج الدراسة

1- عرض نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص: مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المصاب بداء السكري مرتفع " وللتحقق من الفرضية الجزئية الأولى قامت الباحثة بحساب المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لدرجات مقياس المساندة الاجتماعية وأبعاده الثلاثة لدى المراهق المصاب بداء السكري، حيث تم الحصول على درجة المساندة الاجتماعية من خلال حساب طول الفئة كالتالي: أعلى درجة - أدنى درجة / عدد المستويات (03)

$$1 = 3 / 3 = 1 - 4$$

وبالتالي فإن طول الفئة يساوي (1) وتحدد المستويات بإضافة طول الفئة إلى أدنى درجة وهي:

الجدول رقم 12: يمثل طول الفئة ومستوياتها

الرقم	طول الفئة	المستوى
01	[2-1]	منخفضة
02	[3-2]	متوسطة
03	[4-3]	مرتفعة

الجدول رقم 13: يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مقياس المساندة

الاجتماعية لدى المراهق

الأبعاد	عدد الفقرات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	المستوى	الترتيب
بعد الأسرة	23	1,980	0,190	متوسطة	03
بعد الأصدقاء	19	2,248	0,267	متوسطة	01
بعد الطبيب المعالج	23	2,041	0,285	متوسطة	02
درجة الكلية لمقياس المساندة الاجتماعية	65	2,080	0,270	متوسطة	

من خلال جدول (13) يتضح أن: المتوسط الحسابي لأبعاد المساندة الاجتماعية قدرت وجاءت محصورة بين (2,248 و 1,980) وكلها بدرجة متوسطة، أما المتوسط

الحسابي الكلي لمستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المصاب بداء السكري بلغ 2,080 والانحراف المعياري قدر ب 0,270 وبدرجة متوسطة وهذا ما يدل ويعني أن مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهقين المصابين بداء السكري متوسطة.

2- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق.

وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" Independent semples test لمعرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين الجنسين كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 14: يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية بين الجنسين.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة ت	درجة الحرية	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	العدد	العينة
غير دال	0.268	-1.113	148	38,76343	131,4375	80	الذكور
				44,94778	139,0429	70	الإناث

من خلال الجدول رقم (14) أعلاه يتبين أن متوسطات الحسابية بالنسبة لعينة الدراسة في درجات المساندة الاجتماعية، والتي بلغت عند الذكور (131,4375) وعند الإناث (139,0429) يمكن القول بان هناك فروقا بينهم الصالح الإناث، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت (-1.113) عند مستوى الدلالة (0.268) وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نرفض فرضية البحث التي تنص على انه: "توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى إلى متغير الجنس، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية الثانية للدراسة لم تحقق.

3- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق "

وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين المستويات التعليمية كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 15: يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في المساندة الاجتماعية بين

المستويات التعليمية

القرار	مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
غير دالة	0.197	1,578	2724,296	3	8172,888	بين المجموعات	المساندة الاجتماعية
			1726,665	146	252093,085	داخل المجموعات	
				149	260265,973	المجموع الكلي	

من خلال جدول (15) يتبين لنا أن قيمة اختبار "ف" بلغت 1,578 عند مستوى الدلالة 0.197 وهي قيمة غير دالة وأكبر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نرفض فرضية البحث التي تنص على أنه: "يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في المساندة الاجتماعية لدى المراهق تعزى لمتغير المستوى التعليمي" ومنه فالفرضية الجزئية الثالثة لم تتحقق.

4- عرض نتائج الفرضية الجزئية الرابعة:

والتي تنص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض لدى المراهق".

وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق في المساندة الاجتماعية تعزى لمدة الإصابة بالمرض كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 16: يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمدة الإصابة بالمرض

القرار	مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دالة عند 0.01	0.000	40,271	46062,618	3	92125,236	بين المجموعات	المساندة الاجتماعية
			1143,815	146	168140,737	داخل المجموعات	
				149	260265,973	المجموع الكلي	

من خلال جدول (16) يتبين لنا أن قيمة اختبار "ف" بلغت (40,271) عند مستوى الدلالة 0.000 وهي قيمة دالة وأصغر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نقبل فرضية البحث التي تنص على أنه: "يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض" ومنه فالفرضية الجزئية الرابعة قد تحققت

5- عرض نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

والتي تنص: مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق المصاب منخفض

الجدول رقم 17: يمثل المتوسط الحسابي والانحراف المعياري لأبعاد مقياس تقبل داء

السكري لدى المراهقين المصابين بداء السكري

المستوى	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد الفقرات	الأبعاد
متوسط	1,190	2,280	31	درجة الكلية لمقياس تقبل داء السكري

من خلال جدول (17) يتضح أن: المتوسط الحسابي الكلي لتقبل داء السكري لدى المراهق المصاب بداء السكري بلغ 2,280 والانحراف المعياري قدر ب 1,190 وبدرجة متوسطة وهذا ما يدل ويعني أن مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق المصاب بداء السكري متوسط

6- عرض نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

والتي تنص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل داء السكري تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق".

وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ت" Independent semples test لمعرفة الفروق لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري بين الجنسين كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 18: يمثل قيمة اختبار "ت" لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري بين الجنسين.

العينة	العدد	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	درجة الحرية	قيمة ت	مستوى الدلالة	القرار
الذكور	80	70.2000	20.84202	148	-0.345	0.731	غير دالة
الإناث	70	71.3143	18.38284				

من خلال الجدول رقم (18) أعلاه يتبين أن المتوسطات الحسابية بالنسبة لعينة الدراسة في درجات تقبل داء السكري، والتي بلغت عند الذكور (70.20) وعند الإناث (71.31) يمكن القول بان هناك فروقا بينهما، في حين أن قيمة اختبار الفروق "ت" والتي بلغت (-0.345) عند مستوى الدلالة (0.731) وهي قيمة غير دالة إحصائياً، واكبر من مستوى الدلالة (0.05) وبالتالي نرفض فرضية البحث التي تنص على انه: "توجد فروق في مستوى تقبل داء السكري تعزى إلى متغير الجنس، ونسبة التأكد من هذه النتيجة المتوصل إليها هو 95% مع احتمال الوقوع في الخطأ بنسبة 5%، وهذا يعني أن الفرضية الجزئية السادسة للدراسة لم تحقق.

7- عرض نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

والتي تنص: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقبل داء السكري تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق "

وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري بين المستويات التعليمية كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 19: يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري بين المستويات التعليمية.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دالة عند 0.05	0.044	2.762	1032.681	3	3098.042	بين المجموعات	المساندة الاجتماعية
			373.851	146	54582.198	داخل المجموعات	
				149	57680.240	المجموع الكلي	

من خلال جدول (19) يتبين لنا أن قيمة اختبار "ف" بلغت 2.762 عند مستوى الدلالة 0.044 وهي قيمة دالة وأصغر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نقبل فرضية البحث التي تنص على أنه: "يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في تقبل داء السكري لدى المراهق تعزى لمتغير المستوى التعليمي" ومنه فالفرضية الجزئية السابعة قد تحققت.

8- عرض نتائج الفرضية الجزئية الثامنة:

والتي تنص: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى تقبل داء السكري تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض لدى المراهق".

وللتحقق من صحة الفرضية قامت الباحثة باستخدام اختبار "ف" تحليل التباين الأحادي One Way ANOVA لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري تعزى لمدة الإصابة كما هي موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم 20: يمثل قيمة اختبار "ف" لمعرفة الفروق في تقبل داء السكري تعزى لمدة الإصابة.

القرار	مستوى الدلالة	قيمة اختبار "ف"	متوسط المربعات	درجة الحرية	مجموع المربعات	مصدر التباين	
دالة عند 0.01	,000	95,828	16321,495	2	32642,990	بين المجموعات	المساندة الاجتماعية
			170,321	147	25037,250	داخل المجموعات	
				149	57680,240	المجموع الكلي	

من خلال جدول (20) يتبين لنا أن قيمة اختبار "ف" بلغت 95.828 عند مستوى الدلالة 0.000 وهي قيمة دالة وأصغر من مستوى الدلالة 0.05 وعليه نقبل فرضية البحث التي تنص على أنه: "يوجد فروق ذات دلالة إحصائية في تقبل داء السكري لدى المراهق تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض" ومنه فالفرضية الجزئية الثامنة قد تحققت.

9- عرض نتائج الفرضية العامة:

والتي تنص على: " للمساندة الاجتماعية دور في تقبل داء السكري لدى المراهق" ولاختبار والتحقق من صحة هذه الفرضية قامت الباحثة باستخدام معامل الانحدار الخطي البسيط لمعرفة العلاقة بين متغيري الدراسة.

الجدول رقم 21: يوضح العدد وقيمة معامل الانحدار الخطي البسيط ومستوى الدلالة بين كل من المساندة الاجتماعية وتقبل داء السكري لدى المراهق

متغير المستقل	متغير التابع	ثابت الانحدار	معامل الانحدار	معامل الارتباط	معامل التحديد	T قيمة	F قيمة	مستوى المعنوية
المساندة	تقبل داء السري	0.603	10.688	0.443	0.196	12.768	163.010	0.000

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه نجد أن معامل الانحدار الخطي البسيط بين المساندة الاجتماعية في المتغير التابع تقبل داء السكري بلغ $R = 0.443$ وهو معامل ارتباط موجب مما يفسر وجود علاقة بين المتغيرين موجبة، وهذا راجع إلى أن المساندة الاجتماعية الإيجابية تعود بالإيجاب على تقبل داء السكري لدى المراهق.

أما عن القابلية التفسيرية لنموذج الانحدار المتمثلة في معامل التحديد فقد بلغت 0.196 مما يعني أن نسبة 19.60%، وهذا معناه أن المساندة الاجتماعية يفسر بنسبة 19.60% من التغيرات التي تحدث في تقبل داء السكري للمراهق، تعزى إلى المساندة الاجتماعية، والباقي 80.40% ترجع إلى عوامل أخرى منها الخطأ العشوائي.

وعن معنوية الكلية للنموذج فقد بينت نتائج الاختبار F التي بلغ قيمته 163.010 عند مستوى المعنوية 0.000، وهي اصغر من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، وأما لاختبار معنوية

النموذج الانحدار الجزئية فقد بلغت قيمة $T = 12.768$ عند مستوى المعنوية 0.000 وهي اقل من مستوى الدلالة 0.05 ومعامل الانحدار للمتغير المساندة الاجتماعية لنموذج الانحدار معنوي وهو موجب أي تأثير إيجابي وهذا يعني بزيادة وحدة واحدة في متغير المساندة الاجتماعية تؤدي إلى تقبل داء السكري للمراهق، وبهذه النتائج نقبل الفرضية العامة التي تنص على انه: للمساندة الاجتماعية دور في تقبل داء السكري للمراهق.

ومنه معادلة الانحدار المفسرة للعلاقة بين المساندة الاجتماعية وتقبل داء السكري للمراهق هي: $\text{تقبل داء السكري} = 10.688 + 0.603 * \text{المساندة الاجتماعية}$.

ثانيا: تفسير ومناقشة النتائج في ضوء فرضيات الدراسة:

1- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الأولى:

والتي تنص على انه: مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المصاب بداء السكري مرتفع" وبعد التحليل النتائج تبين أن " مستوى المساندة الاجتماعية لدى المراهق المصاب بداء السكري متوسط، وهو ما يوحي إلى مؤشر أن المراهق المصاب بداء السكري بحاجة ماسة إلى المساندة الاجتماعية، وأن طبيعة المساندة التي يتلقاها المراهق المصاب بداء السكري من طرف الأصدقاء والأسرة والطبيب المعالج تقريبا أنها متساوية وهذا ما ذهب إليه (Cutrona) إلى أن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الفرد من خلال الجماعات التي ينتمي إليها كالأسرة والأصدقاء والزملاء في العمل أو المدرسة أو النادي تقوم بدور كبير في خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها، فإتاحة علاقات اجتماعية مرضية تتميز بالحب والود والثقة، تعمل كحواجز أو مضادات ضد التأثير السلبي لضغوط الحياة على الصحة النفسية والجسمية.

وترجع الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة مرحلة المراهقة وخصائصها هي الارتباط القوي بالأصدقاء، وهذا راجع إلى أن المراهق يعتبر الأصدقاء الأسرة الثانية مما يجعله في بعض الأحيان يفضل الأصدقاء على حساب الأسرة، ويحاول دائما محاكاتهم ومحاولة إرضائهم بشتى الطرق وهذا حتى لو كان على حساب الأسرة وهذا كما أظهره هوس وآخرون

(House,1988) بان عدد العلاقات الاجتماعية ودرجة الجوار والاندماج التي يشعر بها الفرد اتجاه الآخرين تمثل مؤشرات قوية للصحة.

كما تعزو الباحثة نتيجة الدراسة إلى طبيعة المجتمع انه مجتمع محافظ ومترابط لذلك احتل بعد الأصدقاء الترتيب الأول لتقارب المستوى الفكري بين المراهق وأصدقائه، الأمر الذي يجعل المراهق دائما في اتصال مع أصدقائه والتواصل معهم وخصوصا في نقل أحاسيسه ومشاعره، مما يشكل لدى المراهق نوع من التنفيس الانفعالي والعاطفي، وكما ان للأصدقاء دور فعال في اكتساب الأفراد سلوكيات معينة، وإتاحة فرصة تحمل المسؤولية الاجتماعية وإشباع حاجات الفرد للانتماء والمكانة وإكمال الفجوات وملاً الثغرات التي تتركها الأسرة،، خاصة في النواحي الجسمية والنفسية و المساعدة في النمو الجسدي والنفسي عن طريق إتاحة فرصة لممارسة النشاط وتنمية الاتجاهات النفسية نحو الكثير من الموضوعات والمساعدة على تحقيق أهم مطالب النمو الاجتماعي، وهو الاستقلال والاعتماد على النفس بإتاحة فرصة التدريب، والتجريب على التجديد والمستحدث لمعايير السلوك.

وتعزو الباحثة درجة احتلال المساندة الاجتماعية من طرف الأسرة الترتيب الثاني إلى طبيعة المجتمع وثقافته وتقاليده التي يعيش فيه المريض المراهق. أي بمعنى أن المراهق الذي يعيش في أسرة لا تبالي ولا تهتم به بإعطائه للإرشادات والنصائح وكافة طرق المساندة تنخفض لديه مستوى المساندة الاجتماعية، والعكس صحيح بالنسبة للمراهق المصاب بداء السكري الذي يعيش في أسرة مثقفة وذات وعي فكري ومستوى ثقافي، يجد نفسه دائما تحت الإرشادات والنصائح اتجاه المرض المصاب به، وأما إذا كانت علامات الحيرة والقلق والخوف تبدو على أفراد الأسرة فإن ذلك سيؤثر على نفسية المراهق المصاب لا محال وتظهر لديه كذلك علامات الخوف والقلق، حول حالته الصحية الجديدة، فوظيفة الأسرة هنا تتجلى في الوقوف، ومساعدة المراهق المريض بالسكري في تخطي هذه المرحلة بأمان فيجب على الوالدين مهما كانت ظروفهما أن يتقبلوا الإصابة، ومحاولة تقديم المساندة الاجتماعية للمراهق المصاب. وتوفير كل ما يحتاجه المريض من دعم مادي، والمتمثل في توفير العلاج والغذاء الصحي المناسب، والعلاج والوسائل اللازمة للتكفل بالمرض.

ومن خلال النتائج المتوصل إليها هو انه حصول بعد المساندة الاجتماعية من طرف الطبيب المعالج على الترتيب الثالث يرجع إلى إن المراهق المصاب بداء السكري حين يرجع إلى زيارة الطبيب يتلقى نفس النصائح التي متعود على تلقيها من طرف طبيبه، وعلى نفس طريقة العلاج المتعود عليها، وعلى نفس وصف الأدوية التي قد وصفها له في أول مرة من العلاج.

2- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

والتي تنص على انه: "توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق"، وبعد عرض نتائج الدراسة توصلت الباحثة إلى انه "لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق"

وتعزو الباحثة هذه النتيجة إلى طبيعة مجتمعنا الذي أصبح فيه الرجل والمرأة متساويان في نفس الحقوق والواجبات وخصوصا إذا تعلق الأمر بالمرض، وإلى احتمال تنفيذ المرهقين من نفس الجنس إلى السلوكيات الوقائية التي تعتبر من المساندة الاجتماعية مما يجعلهم يقدرون ذاتهم ولا يختلفون في طبيعة المساندة الاجتماعية التي يتلقونها وهذا راجع إلى طبيعة الشعور بخطورة المرض.

كما ترجع الباحثة النتيجة إلى طبيعة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المريض سواء من جنس الذكر أو الأنثى هي نفسها، فالمساندة التي تعتبر من الأصدقاء والأسرة والطبيب هي نفس النصائح والإرشادات التي يتلقاها الذكر والأنثى، وهذا مما جعل عدم وجود اختلاف أو فرق بين الذكر والأنثى في تلقي المساندة النفسية.

كما ترجع الباحثة نتيجة الدراسة إلى إن المساندة الاجتماعية التي يتلقاها الذكر أو الأنثى المصاب بداء السكري تتمحور أساسا حول طبيعة التعامل مع المرض، وكيفية تجنب مضاعفاته، والوقاية والعلاج منه، وكما أن المشاعر والأحاسيس التي يعبر بها الذكر والأنثى هي نفسها سواء للأسرة أو الأصدقاء.

وكما أن ترجع نتيجة إلى كون أنهم يتعرضون إلى نفس الخبرات من العالم الخارجي والداخلي فطريقة التعامل موحدة وطبيعة التعايش موحدة أيضا، الأمر الذي يجعل لا يوجد ما

يبرر الفروق بينهم فيما يتعلق بمستوى المساندة النفسية، وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة رياش سعيد وبعوني نجاته (2016)، التي بعنوان "المساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري" والتي توصلت إلى أنه لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس.

وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة جريكو داوون -م(2004) Greco-Dawn-M بعنوان "فحص العوامل الأسرية التي تؤثر في المساندة الاجتماعية المدركة في الأطفال المصابين بأمراض مزمنة" والتي توصلت إلى أنه لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير الجنس.

وتختلف نتائج الدراسة الحالية مع دراسة حنان مجدي صالح سليمان (2009) التي بعنوان: "المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى المراهق مريض السكر"، والتي توصلت إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الذكور والإناث في إدراك المساندة الاجتماعية من قبل الأصدقاء لصالح الإناث.

3- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

والتي تنص على أنه "توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى إلى متغير المستوى التعليمي لدى المراهق"، وبعد التحليل وعرض نتائج الدراسة تبين أنه: "لا توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق".

وترجع الباحثة نتيجة هذه الدراسة إلى طبيعة المساندة الاجتماعية التي يتلقاها المراهقين بمختلف مستواهم العلمي لا تختلف وهذا راجع إلى أنهم يتلقون نفس المساندة الاجتماعية سواء من الأسرة أو الأصدقاء أو الطبيب المعالج، الأمر الذي جعلهم لا يختلفون في طبيعة المساندة الاجتماعية، وكما أن المساندة النفسية هي عبارة عن تزويد الفرد بالمعلومة التي تمكنه من الاعتقاد بأنهم محبوب ومقبول، وموضع تقدير واحترام وأنه ينتمي إلى شبكة اجتماعية توفر لأعضائها التزامات متبادلة، وهو الأمر الذي يوحي أنه لا يوجد اختلاف في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير المستوى التعليمي.

الباحثة أن طبيعة المرحلة وهي مرحلة المراهقة الأمر الذي جعلهم يتمتعون بنفس الخصائص والتي من بينها مثلا البحث عن الأصدقاء ومحاكاتهم والتعبير لهم عن شعورهم مما يجعلهم يستعملون عملية التنفيس الانفعالي للتغلب على المرض بشتى الطرق والوسائل.

وكما ترجع الباحثة نتيجة الدراسة إلى مستوى الوعي الصحي التي يمتاز به كل مراهق، أي أنهم كلهم على دراية بطبيعة المرض وخطورته ومضاعفاته، مما يجعل ويتبين لهم نفس المساندة الاجتماعية التي سوف يتلقونها حول الوعي الصحي بالمرض، ولا يختلفون في طبيعة المساندة الاجتماعية من ناحية المستوى التعليمي.

4- مناقشة الفرضية الجزئية الرابعة:

والتي تنص على أنه: توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض لدى المراهق " وبعد التحليل وعرض نتائج الدراسة تبين لنا انه: " توجد فروق في مستوى المساندة الاجتماعية تعزى لمتغير مدة الإصابة بالمرض لدى المراهق".

ترجع الباحثة نتيجة الدراسة إلى مدى التكيف مع المرض، حيث أن المراهق المصاب بداء السكري في البداية نجده غير متكيف مع المرض ويشعر بالصدمة حين سماعه بأنه مصاب الأمر الذي يستدعي ضرورة تقديم المساندة الاجتماعية لمراهق المصاب سواء من طرف الأصدقاء أو الأسرة أو الطبيب المعالج.

في حين أن المراهقين المصابين بداء سكري لمدة طويلة نجدهم متكيفين مع المرض بشكل جيد الأمر الذي يجعل المساندة الاجتماعية لديهم قليلة وتختلف تماما عن حديثي الإصابة بداء السكري.

يري "تايلور" (Taylor1995) أن نمط المساندة الاجتماعية الذي يحتاجه الفرد يختلف باختلاف مرحلة الضغط أو المشقة التي يمرّ بها، فالفرد الذي يحتاج الطمأنينة من الأهل والأقارب، إذا تلقى منهم النصح والإرشاد في تلك المرحلة فقد تصيبه خيبة الأمل بالرغم من تلقيه نمط المساندة، لذا يؤكد الباحثون مراعاة التوقيت، ونمط المساندة اللازمان في وقت المشقة حتى يكون للمساندة أثارها الإيجابية المتوقّع (هنا أحمد شويخ، 2007، ص 90).

5- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية الخامسة:

والتي تنص على انه: " مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق منخفض"، وبعد التحليل وعرض النتائج تبين انه " مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق متوسط، وهو ما يوحي إلى مؤشر أن المراهق المصاب بداء السكري بحاجة ماسة إلى تقبل المرض. وترجع الباحثة نتيجة الدراسة إلى مراحل التي يمر بها المريض عند اكتشافه للمرض من الوهلة الأولى والتي تتمثل في مرحلة الإنكار والقلق والاكتئاب ومرحلة التقبل الأمر الذي يجعل المراهق المصاب بداء السكري يتقبل مرضه بمستوى متوسط. ومرحلة التقبل: قد تبدأ جزئياً أو كلياً أو أوتوماتيكياً، ومرضى السكري لا يستجيبون بنفس الكيفية والدرجة، إنما يتحكم فيها جملة من العناصر عمر المصاب، طفل مراهق أو راشد، دور المحيط، وشخصية المريض، فالشخص الوسواسي قد يكون دقيق الانضباط للتحكم الجيد، والهستريائي قد يستخدم التوقف عن العلاج كأسلوب لمحاولة جلب انتباه الآخرين.

من جهة أخرى إن صيرورة هذا العمل، قد لا تتم في توقيت زمني محدد ونهائي، فقد تحدث ظروف أو مواقف تعيد المريض إلى مرحلة ما كان قد تجاوزها. (خضرم عمران، 2009 ص 84-85)

6- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السادسة:

والتي تنص على أنه: " توجد فروق في مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق"، وبعد التحليل الإحصائي تبين انه: "لا توجد فروق في مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق تعزى لمتغير الجنس لدى المراهق". وترجع الباحثة نتيجة الدراسة إلى كون أن طبيعة الشعور المراهق بالمرض من الوهلة الأولى من كلا الجنسين، انهم يتلقون نفس الخبرات والشعور بالإنكار والقلق والاكتئاب والضغوط النفسية، وبالتالي لا يتشكل لديهم أي ما يبرر الفروق بينهم فيما يتعلق بتقبل داء السكري.

وكما أن طبيعة المواقف التي يتعرض لها المراهقين من كلا الجنسين في الإصابة بمرض داء السكري هي نفس المواقف التي سوف تتلقاها الأنثى أو يتلقاها الذكر، الأمر

الذي يجعلهم في هذه الحالة يسعون الى نفس الاحتياطات مثل الحرص على فهم ما هو المرض وما هو علاجه وماهي الاحتياطات اللازمة للتماشي مع الحالة الصحية الجديدة وكما أنهم يشتركون في نفس طريقة استقبال المرض والتماشي مع معطياته وظروفه حتى يواصلوا حياتهم بطريقة عادية مع اخذ الحيطة والحذر فقط للحفاظ على صحتهم.

7- مناقشة نتائج الفرضية الجزئية السابعة:

والتي تنص على انه: " توجد فروق في مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق "، وبعد التحليل الإحصائي تبين انه: " توجد فروق في مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق تعزى لمتغير المستوى التعليمي لدى المراهق ".
وكما أن المستوى التعليمي يلعب دورا مهما في اكتساب المعلومات عن المرض ومعرفة الطرق والسبل التعامل مع المرض والتخلص من مضاعفاته وهذا يختلف بحسب المستوى التعليمي لكل مراهق، الأمر الذي يجعل المراهقين من المستوى التعليمي يلجؤون إلى طرق كفيلة في العلاج.

لقد أظهرت الأبحاث أن حالة التعليم تتناسب طرديا معا لحالة الصحية في أي مجتمع، فكلما ارتفع مستوى التعليم ارتفع المستوى الصحي، وبالعكس ففي المجتمعات المتخلفة علميا يوجد بها مستوى صحي منخفض، وتنتشر فيها الأمراض، فهي قاصرة على تبين أسبابها، إذ تتساق مع خرافات تؤدي إلى الاعتقاد بوجود الأرواح الشريرة والحسد كأسباب للمرض، وتنفرد من مكافحة الأمراض باستعمال الوسائل الحديثة، فبعض المجتمعات مثلا قاومت تطهير مياه الشرب باستعمال الكلور، واعتقادا منها أن المياه تكون أكثر صفاء وأفضل للصحة دون معالجة، وفي بعض المجتمعات الإفريقية لا تتناول الفتيات الصغيرات الحليب، لأنهن في نظرة المجتمعي دسسن نتاج البقرة التي يقدسونها، ومن جهة أخرى فإن الجهل والامية يؤدي إلى عدم إتباع إرشادات الطبيب وتعليماته بشأن استعمال الدواء، كميته وموعد هو الانتظام في أخذ الجرعات. (الوحيشي أحمد بيريو عبد السلام الدويبي، 1995، ص 84-85).

8-مناقشة الفرضية الجزئية الثامنة:

والتي تنص على أنه: "توجد فروق في مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق تعزي لمتغير مدة المرض لدى المراهق"، وبعد التحليل الإحصائي تبين أنه: "يوجد فروق ذات دلالة احصائية في تقبل داء السكري لدى المراهق تعزي لمتغير مدة الإصابة بالمرض" ومنه فالفرضية تحققت.

ترى الباحثة أنه عند الإعلان عن المرض يكون المريض في حيرة وقلق واكتئاب نتيجة الإصابة.

وقد أشار "كيبلاروس" (Kubler Ross) في مخططه حول مراحل تقبل داء السكري إلى نموذجين مختلفين هما:
أولاً: في النموذج الأول:

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

ثانياً: النموذج الثاني:

يعتبر أن الاستجابات النفسية مختلفة بالنسبة للمريض المصاب بمرض مزمن خطير تدخله في قلق دائم ويستعمله كميكانيزم دفاعي، ويتجنب المرض بالرفض، وهذا يتطل بمعرفة المرض وهذا يؤدي إلى ولادة شعور إقبال واحجام، والمريض يصيبه الحجل بمرضه (Bourdon Bruno, 2012, P14).

حيث أن تقبل داء السكري لدى المريض يكون وفق مراحل وهذا ما أكدته الفرضية التي تنص على أنه "توجد فروق في مستوى تقبل داء السكري لدى المراهق تعزي لمتغير مدة المرض".

9- مناقشة نتائج الفرضية العامة:

تنص الفرضية العامة على انه للمساندة الاجتماعية دور في تقبل داء السكري لدى المراهق وبعد عرض النتائج تبين أن هناك دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق، أي انه كلما زادت المساندة الاجتماعية من قبل الآخرين زاد تقبل داء السكري لدى المراهق.

وفي نفس السياق يؤكد دريفر (Driver) أن المساندة الاجتماعية للمريض ضرورة علاجية لأنها تنظر إلى المريض على أنه كيان إنساني يعاني من حالة مرضية وأن مساندة نفسيا واجتماعيا تساعده على تقبل مرضه والرضا عن ذاته وتدعيم أمله في الحياة وذلك بإقامة زيارات علاجية منتظمة أو إتصالات دائمة، وقد كشفت نتائج دراسات باركمان وسيمس (Barkman et Symes)

وعليه فالمساندة الاجتماعية تلعب دورا كبيرا في تقبل المراهق لداء السكري، لذي أنها تقوم بدور خفض الآثار السلبية للأحداث والمواقف السيئة التي يتعرض لها الفرد وخاصة المراهق المصاب بداء السكري، أي كلما كانت المساندة الاجتماعية بشكل كبير مثل إتاحة العلاقات الاجتماعية مرضية من طرف الأسرة والأصدقاء والطبيب تتميز بالحب والود والثقة، أصبحت كحاجز لأي تأثير سلبي لضغوط الحياة وعلى الصحة النفسية والجسمية للمراهق المصاب بداء السكري.

وهذا ما بينته دراسات Baron وآخرون (1990)، Cohen وWilliamson 1991 بأن فقر أو غياب السند الاجتماعي المناسب، يمثل عامل تقاوم واشتداد الضغط على الصحة، بإمكان الضغط الأضرار بصحة الأفراد إذا لم يطن لديهم دعم اجتماعي مناسب. كما أظهرت دراسة Vani وآخرون (1989) دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط دال احصائيا للعلاقة بين الضغط والأعراض النفسية.

وكما أشار "كابلان" و "توشيماسا" (Kaplan & Tochima 1990) إلى أن المساعدة الممنوحة للفرد توصف بالإيجابية إذا دعمت استراتيجيات التعامل الفعالة المرتبطة بالسلوكات الصحية التي ترفع من احتمال الشفاء بالنسبة للمرضى، أما في حالة وجودنا أمام مساندة اجتماعية غير صحية كتدعيم سلوك التحدي، والمخاطرة لدى مرضى القلب وغيرها من الأساليب التي تؤدي إلى نواتج صحية سلبية، قد يعود على المريض بأضرار صحية.

خاتمة

خاتمة:

إن طبيعة الحياة الاجتماعية مليئة بالمواقف والضغوطات الحياتية التي تواجه الفرد في حياته اليومية فسيرورة الحياة تستدعي ذلك، لأن الفرد يعيش داخل مجتمعة وابن بيئته يؤثر ويتأثر بها وطبيعته البشرية هيا طبيعة اجتماعية، فالإنسان كائن اجتماعي بطبعه فلا يستطيع العيش بمفرده ويتم ذلك عن طريق التفاعل الاجتماعي داخل الشبكات الاجتماعية فالخالق عز وجل امرنا بالتعاون والتراحم وسيرتنا النبوية التي امرنا بها رسولنا وحبينا المصطفى عليه افضل الصلاة والسلام حثنا على أمور عديدة تنظم حياتنا الاجتماعية وتسهلها وتقديم يد العون والمساعدة لكل محتاج وخاصة المريض لان أصابته قد تسبب له صعوبات في التكيف مع مواقف الحياة فتقديم المساندة الاجتماعية هي بمثابة الواقي للتخفيف من الضغوط التي يتعرض إليها المريض.

ومصطلح المساندة الاجتماعية محور مهم في الصحة البدنية والنفسية للفرد، وللروابط الاجتماعية أهمية بالغة فهي بمثابة مضادات حيوية، التي تمنح للفرد القدرة على التوازن والتكيف ومسايرة ظروف الحياة بشكل طبيعي، والتي بدورها تأييد دعم الأفراد في مواجهة ضغوطات الحياة بشكل واقعي، وهناك علاقة وطيدة بين المساندة الاجتماعية وتقبل داء السكري، والصحة الجسمية والنفسية هي الأسلوب أو القناع الواقي من تعرض الفرد للصددمات النفسية، لذا فإن للمساندة الاجتماعية دور مهم في تقبل داء السكري لدى المراهق المصاب والتي تقدم من مصادر مختلفة الأسرة وجماعة الرفاق والطبيب المعالج، للتقديم الدعم المادي والمعنوي والاجتماعي للمراهق المصاب، لأن إصابة المراهق بصورة مفاجئة بمرض السكر قد تؤثر على كفاءته وقدرته، مما يستدعي تقديم المساندة الاجتماعية والدعم المراهق المصاب من طرف المعنيين بالأمر، وكل من له علاقة وطيدة بمريض السكري، فالمراهق عند مرحلة الإعلان قد تتجم عنه صدمة انفعالية نتيجة الإصابة مما قد يؤثر على نفسيته، وحالته الصحية ففي هذه الحالة يكون الدور الواضح والبلوغ للمساندة في تحقيق تقبل داء السكري لدى المراهق والتعايش معه وفهمه فهما دقيقا وواضحا خوفا من تفاقم الحالة، ومحاولة تحقيق التوازن والتكيف والتوافق النفسي والاجتماعي للمراهق المصاب.

ومنه نستنتج أن عامل المساندة الاجتماعية حامل حاسم في نجاح وفاعلية تقبل داء السكري لدى المراهق، وتحسين نوعية التعايش مع المرض بطريقة صحيحة للمرضى، والتي تقتضي تضافر جهود الفاعلين في التدخل على مستوى تقبل داء السكري، حيث يكون لهذه التدخلات أثر على مستوى المريض، فهي تسمح للمريض بتحديد العقبات في تقبل إصابتهم ومنحهم كفاءات في حل مشاكلهم، وتسهيل إدماج العلاجات في حياتهم اليومية، وتحسين معارفهم وتقوية دافعيتهم في تقبل الإصابة بداء السكري والمراهق المصاب يحتاج للمساندة الاجتماعية بقوة وشدة لتجاوز والتكيف مع الحالة الصحية الجديدة للتقبل الوضع الصحي الجديد والتغيرات التي تطرأ على حالته محاولة الوصول به إلى الصحة النفسية والجسدية الجيدة.

الإقتراحات:

- بعد الدراسة الميدانية التي أجرتها الباحثة ظهرت آفاق مستقبلية للدراسة تمثلت فيما يلي:
- إجراء دراسات لإقتراح برامج علاجية للتكفل بمرض السكري.
 - إجراء الدراسات حول موضوع تقدير الذات لدى المراهق المصاب بداء السكري وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية.
 - إجراء دراسة حول موضوع المناعة النفسية وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى مرضى السكري.
 - إجراء دراسات حول معرفة اتجاه الرجال من الزواج بالفتاة المصابة بالداء السكري.
 - إجراء دراسات حول معرفة اتجاه المرأة نحو الزواج بالرجل المصاب بالداء السكري.
 - إجراء دراسة مقارنة في تقبل داء السكري بين النمط الأول والنمط الثاني.
 - دراسة موضوع قلق الموت لدى المراهق المصاب بداء السكري وعلاقته بالمساندة الاجتماعية.
 - دراسة معنى الحياة وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى المراهق مريض السكري.
 - إجراء دراسات بين المساندة الاجتماعية والضغوط النفسية لدى المراهق المصاب بداء السكري.
 - ضرورة تقديم الاهتمام النفسي والإرشاد النفسي للمراهق المصاب بداء السكري.
 - إجراء دورات وندوات لنشر الثقافة الصحية لدى مرضى السكري.

قائمة المصادر

والمراجع

قائمة المصادر والمراجع:

▪ القرآن الكريم.

▪ الأحاديث النبوية.

أولاً: المراجع باللغة العربية:

1. ابو بكر مرسي محمد مرسي (2002): أزمة الهوية في المراهقة والحاجة للإرشاد النفسي مكتبة ظافر للطباعة والنشر، مصر.
2. أحمد عكاشة(1982): علم النفس الفسيولوجي، د ط، دار المعارف، القاهرة.
3. أحمد محمد الزغبى(2001): علم النفس النمو والطفولة والمراهقة.
4. إسماعيل عويس(2002): مرض السكر (أسبابه، علاجه)، د ط، دار الصفاء، القاهرة.
5. إقبال إبراهيم مخلوف(1991): العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية، اتجاهات نظرية، د ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
6. امل فلاح فهد الهملان (2008)، الاحترق النفسي والمساندة الاجتماعية وعلاقتها باتجاه العاملين الكويتيين نحو التقاعد، رسالة ماجستير جامعة الزقازيق مصر.
7. أمين رويحة(1973): داء السكري(أسبابه، أعراضه، طرق مكافحته)، ط1، دار العلم، بيروت لبنان.
8. بسمة عبد الشريف(2014): سلوك الغضب وعلاقته بأساليب التنشئة الأسرية لدى طلبة المرحلة الثانوية في عمان، المجلد 17، العدد 2، اللقاء للبحوث والدراسات، جامعة عمان الأهلية، كلية الآداب والعلوم، عمان، الأردن.
9. بشرى إسماعيل أحمد(2004): المساندة الاجتماعية والتوافق المهني، ط1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
10. بشرى عناد مبارك (د س): جودة الحياة وعلاقتها السلوك الاجتماعي لدى النساء المتأخرات عن الزواج، مجلة كلية الآداب، العدد 99، جامعة ديالى.
11. بطرس حافظ بطرس (2008): المشكلات النفسية وعلاجها، ط1، دار المسيرة، عمان.

12. بن زاهي، بن سكيريفة مريم (2015): اساليب مقاومة الضغط النفسي المستخدمة من طرف المصابين بداء السكري النوع الثاني، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة ورقلة، الجزائر،
13. بن عروم فاطمة (2015): دور الارشاد الابوي في تأكيد ذات المراهقة المصابة بداء السكري، رسالة ماجستير، جامعة وهران، الجزائر.
14. بندر بن محمد حسن الزيادي العتيبي(1429): اتخاذ القرار وعلاقته بكل من فاعلية الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من المرشدين الطلابيين بمحافظة الطائف، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى.
15. بوديبة عين (د س): مريض داء السكري علم وصحة، (د ط)، مستشفى مصطفى باشا، الجزائر.
16. بولسنان فريدة (2017): جودة الحياة من خلال الارشاد الأسري لمريض السكري، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، جامعة المسيلة، الجزائر.
17. ثيريستشيونج، ترجمة بدار الفاروق(2008): كيف تحافظ على نسبة السكر في الدم؟ ط 1، دار الفاروق للاستثمارات الثقافية، مصر.
18. جاسم محمد عبد الله المرزوقي(2008): الأمراض النفسية وعلاقتها بمرض العصر السكر، ط 1، العلم والإيمان للنشر والتوزيع، الإسكندرية.
19. جدو عبد الحفيظ(2014): استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى المراهقين ذوو صعوبات التعلم، رسالة ماجستير، جامعة سطيف.
20. جريو سليمان، اسماعيلي اليامنة(2017): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج لدى مرضى السكري، مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، العدد 13، جامعة المسيلة
21. —حامد عبد السلام زهران (1995): علم النفس والنمو والمراهقة، ط 4، عالم الكتب للنشر والتوزيع، القاهرة.
22. حربوش سمية(2009): المهارات الاجتماعية وعلاقتها بتقبل داء السكري، دراسة استطلاعية على عينة من المرضى المصابين بالسكري(من 30 إلى 50 سنة)، رسالة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.

23. حسن فكري منصور (د س): كل شيء عن مرض السكر، د ط، مصر.
24. حسن مصطفى عبد المعطي (2003): الأمراض السيكوسوماتية (التشخيص، الأسباب، العلاج)، د ط، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
25. حسين علي فايد (2000): الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط الحياة المرتفعة والأعراض الاكتئابية (دراسات في الصحة النفسية الإسكندرية)، ط 1، المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
26. حسين مصطفى عبد المعطي (2006): ضغوط الحياة وأساليب مواجهتها، ط 1، مكتبة زهراء الشرق، القاهرة.
27. حكيمة ايت حمودة (2005): الدور الدينامي للمساندة الاجتماعية في العلاقة بين ضغوط أحداث الحياة، الملتقى الدولي حول سيكولوجية الاتصال والعلاقات الانسانية، الجزائر.
28. حنان الشقران، ياسمين رافع الكركي (2016): الدعم الاجتماعي المدرك لدى مريضات سرطان الثدي في ضوء بعض المتغيرات، مجلد 12، عدد 1، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، الأردن.
29. حنان مجدي صالح سليمان (2009): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بجودة الحياة لدى مريض السكر المراهق، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق.
30. خليصة عميش (2004): الخدمة الاجتماعية الصحية المقدمة للأطفال المصابين بداء السكري، مذكرة ماجستير، جامعة المسيلة، الجزائر.
31. خميسة قنون (2007): الدعم الاجتماعي المدرك وعلاقته بالاكئاب لدى المصابين بالأمراض الانتانية، رسالة ماجستير، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
32. خنفار سامرة، بوصبع عائشة (2017): إشكالية تقبل العلاج ونوعية الحياة لمرضى السكري، دراسات في جودة الحياة لدى مرضى السكري، سلسلة الكتب الأكاديمية للعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة المسيلة، الجزائر.
33. رامي طشطوش، محمد القشار (2017): نوعية الحياة وتقدير الذات لدى مرضى السكري في الاردن، المجلة الأوردنية في العلوم التربوية، مجلد 13، العدد 2، الاردن.

34. رامي عبد الله طشطوش (2015): الرضا عن الحياة والدعم الاجتماعي المدرك والعلاقة بينهما لدى عينة من مريضات السرطان، مجلد 11، العدد 4، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، الأردن.
35. رشيد زرواتي (2002): تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، ط 1، الجزائر.
36. رضوان جاب الله شعبان؛ محمد هويدي (2001): العلاقة بين المساندة الاجتماعية وكل من مظاهر الاكتئاب وتقدير الذات والرضا عن الحياة، مجلة علم النفس، العدد 58، مصر.
37. رعدة شريم (2009): سيكولوجية المراهقة، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، الأردن.
38. رمضان زعطوط (2017): السلوك الصحي وعلاقته بالتدين، دراسة مقارنة بين مرض السكري ومرض ضغط الدم المرتفع بورقلة، دراسة في جودة الحياة لدى مرضى السكري، جامعة المسيلة، الجزائر.
39. زياد كامل اللالا واخرون (دس) : أساسيات في التربية الخاصة، دط، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
40. زيان سعيد (2004): الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، د ط، مصر.
41. سامي محمد ملحم (2004): علم النفس، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، الجامعة، القاهرة.
42. سعد رياض (2005): الشخصية أنواعها وأمراضها وقت التعامل معها، ط 1، مؤسسة اقرأ للنشر والتوزيع والترجمة، القاهرة.
43. سعيد قارة (2009): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بتقبل العلاج عند المرضى المصابين بارتفاع ضغط الدم الأساسي، كلية الآداب والعلوم الإنسانية، مذكرة ماجستير، جامعة الحاج لخضر باتنة، الجزائر.
44. سلسلة التقارير الفنية لمنظمة الصحة العالمية (2003): النظام الغذائي والتغذية والوقاية من الأمراض المزمنة، جنيف، سويسرا.

45. سناء عبيدي (2010): العوامل السرية التي تجعل الطفل في خطر تطورات النفس في ولاية قسنطينة، رسالة ماجستير، جامعة قسنطينة.
46. سـهـير كامل احمد (2001): علم النفس الاجتماعي بين النظرية والتطبيق، دط، مركز الاسكندرية للكتاب، جامعة الزقازيق، مصر
47. السيد عبد الرحمن العيسوي (2001): سيكولوجية النمو (دراسة في نمو الطفل والمراهق)، ط2، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، الأردن.
48. شدمي رشيدة (2015)، واقع الصحة النفسية لدى المرأة المصابة بسرطان الثدي، رسالة دكتوراه جامعة تلمسان الجزائر.
49. شعبان جاب الله (1999): علم النفس الاجتماعي والصحة النفسية، ط3، دار الفكر العربي، القاهرة.
50. شهرزاد نوار (2014): علاقة سميات الشخصية والمساندة الاجتماعية بالسلوك الصحي ودورها في التخفيف من الألم العضوي لدى مرضى السكري، رسالة دكتوراه، جامعة الجزائر 2، الجزائر.
51. شوكت أحمد أبوضية (د س): أسلوب التعايش مع مرض السكر وتفاذي المضاعفات، د ط، د ن، دون بلد.
52. شويطر خيرة (2017): قدرة الاثر التفاعلي لكل من الصلابة النفسية والمساندة الاجتماعية في التنبأ باستراتيجيات مع الضغوط لدى الامهات، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد30، جامعة وهران، الجزائر.
53. شيلي تايلور (2008): علم النفس الصحي، ترجمة وسام درويش بريك، فوزي شاعر يعتقد الباحثين أن الإصابة ببعض الفيروسات طعمية داود، ط1، دار الحامد للنشر والتوزيع.
54. شـيـمـاء أحمد محمد الـديـدـامـوني (2009): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالموهبة الابتكارية للمراهقين، رسالة ماجستير، جامعة الزقازيق، القاهرة.
55. صالح احمد حسين الداھري، وهيب مجيد الكبيسي (1999): مبادئ الصحة النفسية، ط2، دار وائل للنشر والتوزيع، الأردن.

56. صبحي حمودي (2000): المنجد في اللغة العربية المعاصرة، الطبعة الأولى، دار المشرق، بيروت.
57. عادل عبد العال (2010): مرض السكر، ط 1، شركة الإسلام، مصر.
58. عادل عبد العال (2015): مرض السكر، الطبعة الأولى، شركة فجر الاسلام، مصر.
59. عائدة عبد الهادي حسنين (2004): الخبرات الصادمة والمساندة الأسرية وعلاقتها بالصحة النفسية للطفل، كلية التربية في الجامعة الإسلامية، رسالة ماجستير، غزة.
60. عباس محمود عوض (1999): علم النفس العام، د ط، دار المعرفة الجامعية، الأزاريطة، الإسكندرية.
61. عبد الرحمان عبيد مسيقر (2001). التغذية في الصحة والمرض، دار القلم، دبي، ط 1
62. عبد الرحمان موسى (2002): الصدمة النفسية والحداد عند الطفل والمراهق، جمعية علم النفس، الجزائر.
63. عبد السلام حجار عبد الحفيظ زقاط (1989): الداء السكري عند الأطفال، د ط، مطبعة اليازجي، دمشق، سوريا.
64. عبد المنعم الميلادي (2004): سيكولوجية المراهقة، دط، مؤسسة شباب الجامعة الإسكندرية.
65. عبد الوافي زهير بوسنة (2008): التصور الاجتماعي لظاهرة الانتحار لدى الطالب الجامعي، دراسة ميدانية بجامعة بسكرة، رسالة دكتوراه، جامعة منتوري قسنطينة.
66. عبير بنت محمد حسن الصبان (2003): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالضغوط النفسية والاضطرابات السيكوسوماتية لدى النساء المتزوجات، رسالة ماجستير، مكة المكرمة، السعودية.
67. عدنان إبراهيم أحمد، محمد المهدي الشافعي (2001)، علم الاجتماع التربوي والأنساق الاجتماعية، ط 1، منشورات جامعة سبها، ليبيا.
68. عصام ابو النجا، أسامة رياض (2016): التربية الصحية، الطبعة الأولى، مركز الكتاب الحديث، مصر.
69. علا عبد الباقي (دس): الصحة النفسية وتنمية الإنسان، عالم الكتب.

70. علي خرف الله(2015): المساندة الاجتماعية في العلاقة الخاصة كعامل وسيط للتخفيف من اثار الضغوط، العدد 13، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، جامعة الوادي، الجزائر.
71. علي عبد السلام علي(2005): المساندة الاجتماعية وتطبيقاتها العملية، ط 1، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة.
72. علياء حسين، ماجد عباس(2014): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالتحصيل الدراسي لدى طالبات المرحلة الرابعة، مجلد 4، العدد 6، مجلة علوم التربية، جامعة الرياضة، الكوفة، العراق.
73. عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات(2001): مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ط3، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
74. غسان يعقوب(1999)، سيكولوجيا الحروب والكوارث ودور العلاج النفسي، ط 1، دار الفرابي، بيروت.
75. فاروق عبده فليه، أحمد عبد الفتاح الزكي(2004): معجم المصطلحات التربوية لفظ واصطلاحات، دار الوفاء لنديا الطباعة والنشر، الإسكندرية.
76. فاطمة عبد العدوان، موسى عبد الخالف جبريل(2014): فاعلية برنامج إرشادي لمعالجة الضغوط النفسية والاكتئاب لدى عينة من المصابين بالسكري، الأردن.
77. فهمي مصطفى (1975): الإنسان والصحة النفسية، دط، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.
78. فوزية إبراهيم رباح الكردي(2012)، الإسناد الجماعي وعلاقته بالضغوط النفسية لدى أفراد الجالية الفلسطينية المقيمة في المملكة العربية، رسالة ماجستير.
79. فيروز مامي زرارقة، فضيلة زرارقة (2013): السلوك العدواني لدى المراهق بين التنشئة الاجتماعية وأساليب المعالجة الوالدية، دط، دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
80. فيصل محمد خير الزراد(1984): الأمراض الذهانية ذات المنشأ العضوي، ط1، دار القلم، الأردن.

81. قدور بن عباد هوارية (2014): المساندة الاجتماعية في مواجهة أحداث الحياة الضاغطة يدركها العاملات المتزوجات، رسالة دكتوراه، جامعة وهران، الجزائر.
82. القلا فخر الدين (2011): السكري بالوثائق وتجاري الشخصية، دار الوثائق، دمشق.
83. قماز فريدة (2009): عوامل الخطر والوقاية من تعاطي الشباب للمخدرات، رسالة ماجستير، جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر.
84. كليز فهيم (دس): المشاكل النفسية للمراهق، د ط، الهيئة العامة لمكتبة الإسكندرية، دار الثقافة، القاهرة.
85. لخضر عمران (2009): الإصابة بداء السكري وعلاقتها بتدهور جودة الحياة لدى المصابين، رسالة ماجستير، الجزائر.
86. ماهر يوسف المجدلاوي (2005): مصادر الاحتراق النفسي وعلاقتها بالمساندة الاجتماعية لدى عينة من السائقين، مجلة جامعة الأقصى سلسلة العلوم الانسانية المجلد الثامن عشر العدد الثاني غزة فلسطين.
87. محمد الجوهري وآخرون (1992): علم الاجتماع ودراسة الإعلام والاتصال، د ط، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.
88. محمد بن سعد الحميد (2007): السكري (أسبابه ومضاعفاته)، ط1، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية.
89. محمد بن سعد الحميد (2007): مرض السكر أسبابه مضاعفاته وعلاجه، ط1، موقع القدم السكرية، الرياض.
90. محمد شحاتة ربيع (2004): التراث النفسي عند العلماء المسلمين، ط4، دار الفكر العربي، القاهرة.
91. محمد عماد الدين إسماعيل (1989): الطفل من الحمل إلى الرشد، ج 2، ط 1، دار القلم للنشر والتوزيع، الكويت.
92. محمد محروس الشناوي، محمد السيد عبد الرحمن (1994): المساندة الاجتماعية والصحة النفسية (مراجعة نظرية ودراسة تطبيقية)، ط 1، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة.

93. محمد محمد عبد الهادي، عبد الفتاح علي رجب مطر (2005): ادمان الانترنت وعلاقته بكل من الاكئاب والمساندة الاجتماعية لدى طلاب الجامعة، مجلد كلية التربية ببني سويف، العدد 4، جامعة الازهر، مصر.
94. محمد محمد محمد عودة (2010): الخبرة الصادمة وعلاقتها بأساليب التكيف مع الضغوط والمساندة الاجتماعية والصلابة النفسية لدى اصحاب المناطق الحدودية لقطاع غزة، رسالة ماجستير، الجامعة الاسلامية غزة، فلسطين.
95. محمود إسماعيل، هاني محمد حجر (2014): الرياضة وصحة المجتمع، ط 1، مركز الكتاب الحديث للنشر، القاهرة.
96. محمود حمودة (د س): الطفولة والمراهقة (المشكلات النفسية والعلاج)، مصر.
97. محمود سيد أبو النيل (1984): الأمراض السيكوسوماتية، المجلد الأول، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، بيروت، لبنان.
98. مروان عبد الله دياب (2006): دور المساندة الاجتماعية كمتغير وسيط بين الأحداث الضاغطة والصحة النفسية للمراهقين الفلسطينيين، رسالة ماجستير، كلية التربية، الجامعة الإسلامية بغزة.
99. مروان منير مسلوب (2002): تعلم العيش مع داء السكري، دط، دار الكتب العلمية، بيروت لبنان.
100. مصطفى غالب (1983): سيكولوجية الطفولة والمراهقة، د ط، مكتبة الهلال، بيروت.
101. مصطفى محمد نور (2005): مرض السكر والتمرينات البدنية، العدد 17، سلسلة الوعي الرياضي، المكتبة المصرية للطباعة والنشر والتوزيع، الإسكندرية.
102. معتز سيد عبد الله (2000): بحوث في علم النفس الاجتماعي والشخصية، المجلد الثالث، دار غريب، القاهرة.
103. معوض خليل ميخائيل معوض (2003): سيكولوجية النمو والطفولة، د ط، الإسكندرية. القاهرة.
104. المنجد في الإعلام 1987، ط2، المطبعة الكاثوليكية

105. ناصر الدين زبدي (2007): سيكولوجية المدرس (دراسة وصفية تحليلية)، د ط، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
106. نجاح السميري (2010): المساندة الاجتماعية وعلاقتها بالأمة النفسية لدى أهالي البيوت المدمرة خلال العدوان الإسرائيلي على محافظات غزة، المجلد 24، العدد 8، جامعة النجاح للأبحاث، غزة، فلسطين.
107. نرمين غريب (2014): استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد 36 العدد 3، سوريا.
108. نرمين غريب (2014): استراتيجيات مواجهة الضغوط النفسية لدى مرضى السكري، مذكرة ماجستير، جامعة تشرين.
109. نسرین بنت صلاح بن عبد الرحمن، جمبي نادية (2008): تقدير الذات والمساندة الاجتماعية لدى عينة من مجهولي الهوية ومعرفي الهوية من الذكور والإناث بمنطقة مكة، رسالة ماجستير، جامعة أم القرى.
110. نهيد علي، ترجمة قاسم سارة (2013): أنت والسكري (أسلوب شمولي شامل)، ط 1، المنظمة العربية للترجمة والتوزيع، مركز دراسات الوحدة العربية، بيروت، لبنان.
111. هالة رمضان علي (1997): الإصابة بمرض البول السكري لدى عينة من الأطفال وعلاقته ببعض المتغيرات الشخصية لكل من الطفل وإلام، رسالة ماجستير، جامعة طنطا، القاهرة
112. هناء أحمد شويخ (2007): أساليب تخفيف الضغوط النفسية الناتجة عن الأورام السرطانية، ط 1، إيتراك للنشر والتوزيع، القاهرة.
113. الوحيشي أحمد بيبي، عبد السلام الدويبي (1995): مقدمة في علم الاجتماع الطبي، د ط، الدار الجماهيرية للنشر والتوزيع والإعلام، بنغازي.
114. وزارة الصحة (2011): المرجع الوطني لتثقيف مرضى داء السكري، الإصدار حسن، الأول، المملكة العربية السعودية.
115. يوسف عبد الفتاح محمد (د1990): العلاقة بين الدعاية الوالدية كما يدركها الأبناء ومفهوم الذات لديهم، العدد 13، مجلة علم النفس، الهيئة المصرية للكتاب، القاهرة.

-ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية:

1. Affilé.B et al (2004): **Les grandes questions sociales contemporaines**, Editions l'Etudiant.
2. André Grimaldi (2013): **l'acceptation de la maladie**, la lettre du pharmacologue, N 04.
3. Anne Lacroix (1997): **Approche psychologique de l'éducation du patient : obstacles liés aux patients etaux soignants**, (séminaire) paris.
4. Barbusse.B, Glaymann.D (2004): **introduction à la sociologie** , Editions Foucher.
5. Bourdiou.P (1980), **la sociologie de l'Algérie**, Alger
6. Bourdon.B (2012) : **Un patient , son diabète, ses représentations : comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement ?** Mémoire de fin d'études d'infirmier, saint venant.
7. Coulomb. A(1993) : **Le livre blanc du diabète**, éd société francophone du diabète.
8. Debesse.M(1993): **L'adolescence**, 19 éd, Presses universitaires de France, France.
9. Doumont.D, Barrea.T, Aujoulat.I (2003): **Quels sont les principaux facteurs d'Adaptation psychosociale à la maladie et au traitement chez les enfants et les adolescents atteints de maladies chronique ?**
10. Feyfant.A (2011) : **Les effets de l'éducation familiale sur la réussite scolaire**, Dossier d'actualité veille et analyses, n° 63, France.
11. Foucaud.J (2010) : **Education thérapeutique du patient**, Inpeséditions, France.
12. Guillausseau.P.J Et all (1995) : **Le diabète non insolino-dépendant**, Espace 24, France.
13. J.S Giraudet 2006 : **Annnonce du diagnostic de maladie chronique à un patient**, Savoir diagnostiquer, Synoviale.
14. Jayat.M(2000) : **Introduction à la sociologie**, Hachette livre, France.
15. Khalfa.S(2009): **Le diabète sucré**, Editions Office des Publications Universitaires, INESSM d'Alger.
16. Khiati.M (2010) : **Le diabète sucré chez l'enfant**, Editions Office des Publications Universitaires, Alger.
17. Pierre Drolet (2000) : **Le processus de l'acceptation chezles blessés médullaires**, Mémoire licence, Québec.
18. Prudhomme.C (2008) : **Diabétologie endocrinologie**, Editions Maloine, France.
19. Sherlaw William, Blaise jean-Luc (2004) : **Prise en charge de la maladie chronique quels rôles pour les secteurs professionnels familiaux alternatifs**, ENSP.

20. Thollembeck.J (2010) : **la famille un instance de socialisation pour l'enfant**, analyse UFAPEC, n 2610.
21. Vallier Véronique (2010) : **l'intégration de la maladie chronique en diabétologie**, mémoire de fin d'études d'infirmier, Nancy.
22. Yves.W(1980) : **Manuel thérapeutique médicale** , Office des Publications Universitaires, Algérie.

الملاحق

المقياس في صورته
الأولية

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة بسكرة

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته، في إطار إعداد مذكرة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علم النفس الاجتماعي بجامعة محمد خيضر-بسكرة- والموسومة بعنوان "دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق". أرجو من سيادتكم المحترمة تحكيم استبيان المساندة الاجتماعية لجمع المعلومات خدمة للبحث العلمي ومدى ملائمة مشكلة البحث بالرجوع إلى:

- مدى ملائمة بنود المقياس مع مشكلة البحث.
- سلامة اللغة.
- وضوح ودقة العبارات.
- تلائم البدائل مع المقياس.

ولكم مني فائق التقدير والاحترام وشكرا لتعاونكم معنا

الطالبة: حمريط نوال

الملحق رقم 01: مقياس المساندة الاجتماعية في صورته الأولية

اسم الأستاذ:

التخصص:

الدرجة العلمية:

الجامعة:

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ()، أنثى ()

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

مدة المرض:

الرقم	العبارات	تقيس	لا تقيس	تعديل
المحور الأول: الأسرة				
1	انت اول فرد في العائلة يعاني من مرض السكري.			
2	يوجد في العائلة من يعاني من مرض السكري			
3	تشعر عائلتي بالحزن على اصابتي بمرض السكري.			
4	ظروف اسرتي تساهم في الاهتمام بصحتي.			
5	تساندني عائلتي في تخطي حالات القلق.			
6	تتابع اسرتي أوقات دوائي.			
7	تساعدني اسرتي باتباعي لنظام الحمية الغذائية.			
8	تعزز اسرتي بي.			
9	تتحدث أسرتي دون اي حساسية عن مرضي.			
10	لا تشعر اسرتي بحرج من مرضي.			
11	اشعر بأنني محور اهتمام اسرتي.			
12	تهتم اسرتي بتطور مرضي.			
13	تحاول اسرتي مساعدتي على تخطي عجزتي بسبب مرضي.			

			اشعر بالاطمئنان عندما احصل على الدعم من اسرتي.	14
			اشعر بالراحة عند وقوف اسرتي بجوارى في وقت الحاجة.	15
			تشعر اسرتي بالخوف على حالتى الصحية.	16
			تقوم أسرتى بجمع المعلومات الكافية حول مرض السكرى.	17
			اشعر بالاطمئنان عندما أحصل على الدعم المادى من أسرتى.	18
			تحاول أسرتى معرفة كل ما هو جديد حول مرض السكرى.	19
			تتحدث أسرتى عن مرضى أمامى بشكل عادى.	20
			تتخوف أسرتى كثيرا من تعقيدات مرضى .	21
			تحرص أسرتى على سعادتى.	22
			توفر لى أسرتى كل ما أحتاجه للإهتمام بصحتى.	23
			أجد من يطمئنى فى أسرتى اذا كانت حالتى متدهورة.	24
المحور الثانى: الأصدقاء				
			اصارح اصدقائى بمرضى.	1
			اشعر بانزعاج عندما يسألنى اصدقائى على حالتى.	2
			يشجعنى اصدقائى على التحدث دون خجل عن مرضى.	3
			اشعر باهتمام ودعم اصدقائى.	4
			يساعدنى اصدقائى فى حالة عجزى عن ادائى واجباتى.	5
			ينصحنى اصدقائى عند محاولة أكلى لأطعمة تضر صحتى.	6
			يحاول اصدقائى معرفة تفاصيل مرضى حتى يفهموا حالتى.	7
			أحس بان اصدقائى يحبون مجالستى والحديث معى.	8
			يفخر اصدقائى ب صداقتهم لى.	9
			يساعدنى اصدقائى فى حل واجباتى اليومية حتى لا أحس بالتعب والارهاق.	10
			يساعدنى اصدقائى فى اخذ جرعات دوائية فى حالة عدم قدرتى على ذلك.	11

			اشعر ان اصدقائي يقلقون لغيابي.	12
			يحاول اصدقائي تشجيعي على التحلي بالقوة.	13
			عند شعوري بالخوف اذهب للحديث مع اصدقائي.	14
			اصارح اصدقائي بكل ما يشغل تفكيري.	15
			يحاول اصدقائي زيادة الثقة بنفسي.	16
			يرافقني صديقي في زيارات للطبيب المعالج.	17
			اصدقائي يحاولون التخفيف عني أثناء وقوعي في مشكلة.	18
			أشعر بالعطف الشديد من طرف أصدقائي.	19
محور : الطبيب المعالج				
			صارحني الطبيب من البداية بمرضي.	1
			يقوم الطبيب معرفة تفاصيل تطور سكري.	2
			يهتم الطبيب بنظام غذائي ومدى مطابقته لصحتي.	3
			يحرص طبيبك على اخذ الجرعات الصحيحة وفي وقتها.	4
			يحرص الطبيب المعالج على ضرورة متابعة الجدول العلاجي الخاص بي.	5
			لا اشعر إمام الطبيب بالخجل في التحدث عن أخطائي في طريقة تناول الأكل	6
			يقدم لي طبيبي نصائح وإرشادات في كل مرة أزوره فيها.	7
			يتصل بي طبيبي في حالة عدم ذهابي في مواعيدي المحددة.	8
			يسهر طبيبي على قيامي بتحاليل بشكل دوري ومستمر .	9
			الترم بأخذ جرعات دوائية في وقتها المحدد.	10
			اسعي إلى احترام النظام الغذائي المنصوح به من طرف طبيبي.	11
			اشعر بان طبيبي هو دعم لي وأنا راض على ذلك.	12
			يقدم طبيبي المساعدة عند الحاجة.	13
			اتلقى التشجيع من طرف طبيبي.	14

			يقدم لي طبيبي فحوصا مجانية.	15
			يصغي لي طبيبي باهتمام.	16
			يرشدني الطبيب بكيفية حقن الأنسولين في الأماكن المناسبة.	17
			يقدم لي الطبيب المعالج بعض المجالات الطبية لفهم حالتني أكثر.	18
			يزودني الطبيب بنشرات طبية حول الأغذية المناسبة للمرض.	19
			يحرص طبيبي على حضوري ملتقيات التي تنظم حول مرض السكري.	20
			يحاول الطبيب شرح حالتني جيدا.	21
			يحذرنني الطبيب في كل مرة بأخذ الاحتياطات اللازمة لكي لا تظهر مضاعفات المرض.	22
			يطلب مني الطبيب إجراء التحاليل دوريا خوفا على صحتني.	23
			أحس بالارتياح مع الطبيب المعالج لي.	24
			يطلب مني الطبيب المراقبة اليومية لنسبة السكر في الدم قبل إجراء الأنسولين.	25

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة بسكرة

السلام عليكم ورحمة الله تعالى وبركاته، في إطار إعداد مذكرة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص علم النفس الاجتماعي بجامعة محمد خيضر-بسكرة- والموسومة بعنوان "دور المساندة الاجتماعية في تقبل داء السكري لدى المراهق". أرجو من سيادتكم المحترمة تحكيم مقياس تقبل داء السكري لجمع المعلومات خدمة للبحث العلمي ومدى ملائمته لمشكلة البحث بالرجوع إلى:

- مدى ملائمة بنود المقياس مع مشكلة البحث.
- سلامة اللغة.
- وضوح ودقة العبارات.
- تلائم البدائل مع المقياس.

ولكم مني في الأخير فائق التقدير والاحترام وشكرا لتعاونكم معنا

الطالبة: حمريط نوال

ملحق رقم (02): مقياس تقبل داء السكري في صورته الأولى:

اسم الأستاذ:

التخصص:

الدرجة العلمية:

الجامعة:

البيانات الشخصية:

الجنس: ذكر ()، أنثى ()

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

مدة المرض:

الرقم	العبارات	تقيس	لا تقيس	تعديل
1	أنت أول فرد في العائلة أصيب بداء السكري.			
2	شعرت بصدمة عند إخباري بمرضتي.			
3	أنا راضي على مرضتي.			
4	أرى أنني فرد غير صالح.			
5	أنا راضي على العلاج الذي أتلقاه.			
6	ألتزم بالنصائح التي يقدمها الطبيب لي.			
7	يقلقني استخدام الأنسولين بشكل مستمر			
8	وقت الإصابة لا أعرف أن السكري مرض مزمن			
9	أقوم بجمع المعلومات الكافية حول مرضتي			
10	أتبع نظام الحماية الغذائية حفاظا على صحتي			
11	أشعر بالقلق كلما حان وقت استعمال الداء.			
12	أستطيع التحدث عن مرضتي أمام الآخرين.			
13	ألتزم بممارسة الرياضة خوفا على تدهور صحتي.			
14	ألتزم بالاعتناء بصحتي خوفا من مضاعفات السكري.			

			أهتم كثيرا بمشكلاتي الصحية.	15
			أشعر بالخوف من تعقيدات مرضي.	16
			أهتم بالحفاظ على وزني.	17
			أحرص على حضور الملتقيات حول مرض السكري.	18
			تمنيت لو أنني لم أصاب بمرض السكري.	19
			أحب العزلة عن الآخرين بسبب مرضي.	20
			إصابتي بالسكري تشعرني بالاكئاب.	21
			لا أحب حقن الأنسولين أمام الآخرين.	22
			لا أحب التفكير في مرضي.	23
			أشعر بالحزن كل ما تدهورت صحتي.	24
			أحس بالنقص كلما رأيت رفاقي في صحة جيدة.	25
			أشعر بالتوتر عندما يتكلم الآخرين أمامي عن مرضي.	26
			أحب القيام بمسؤولياتي دون مساعدة الآخرين.	27
			أتبع كل ما هو جديد حول المرض.	28
			أحترم مواعيد حقن الأنسولين بطريقة منتظمة.	29
			أتجنب كل ما يضر بصحتي.	30
			أقوم بفحوصات مختلفة لسلامة أعضاء جسمي.	31

ملحق رقم 03: يمثل قائمة الأساتذة المحكمين لمقياس المساندة الاجتماعية ومقياس
تقبل داء السكري

الجامعة	الاختصاص	الرتبة العلمية	اسم ولقب الاستاذ
جامعة محمد خيزر بسكرة	علم النفس الاجتماعي	أستاذ التعليم العالي	أ. د جابر نصر الدين
جامعة محمد بوضياف المسيلة	علوم التربية + منهجية التربية المدنية	أستاذ التعليم العالي	أ. د عمر عمور
عبد الحميد مهري قسنطينة 2	علم النفس العيادي	أستاذ التعليم العالي	أ. د معاليم صالح
محمد بوضياف المسيلة	إحصاء	أستاذ محاضر (أ)	د. طه حمود
محمد بوضياف المسيلة	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر (أ)	قنون خميسة
المركز الجامعي بريكة	علم النفس العيادي	أستاذ محاضر (أ)	د. خلفي عبد الحليم
جامعة محمد خيزر بسكرة	علم النفس الاجتماعي	أستاذ محاضر (أ)	د. حمودة سليمة
جامعة محمد خيزر بسكرة	علوم اجتماعية	أستاذ مساعد (ب)	فاتن باشا
عبد الحميد مهري قسنطينة 2	علم النفس العيادي	أستاذ مساعد (ب)	شكاي بدر الدين

الملحق رقم 04: مقياس المساندة الاجتماعية للمراهقين مرضى السكري في صورته
النهائية

إعداد الباحثة

أخي الكريم، أختي الكريمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات أرجو منك إن تقرا كالعبارة وتفهمها جيدا،
والإجابة على كل العبارات بمصداقية خدمة للبحث العلمي، علما انه لا توجد إجابة صحيحة
وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.
- إذا كانت العبارة تحدث باستمرار ضع علامة (+) أمام دائما.
-- إذا كانت العبارة تحدث في بعض الأوقات ضع علامة (+) أمام أحيانا.
- إذا كانت العبارة تحدث في أوقات قليلة ضع علامة (+) أمام نادرا.
- إذا كانت العبارة لا تحدث أبدا ضع علامة (+) أمام لا يحدث أبدا.
وفي الأخير تأكد أن هذه المعلومات محاطة بالسرية التامة والهدف منها هو خدمة البحث
العلمي.

البيانات الشخصية:

الجنس:

المستوى التعليمي :

مدة المرض:

الرقم	الفقرات	يحدث دائما	يحدث احيانا	يحدث نادرا	لا يحدث ابدا
المحور الأول: الأسرة					
1	توفر لي أسرتي أجهزة تحاليل منزلية.				
2	تقدم لي أسرتي النصائح للحفاظ على صحتي				
3	تشعر عائلتي بالحزن على اصابتي بمرض السكري.				
4	ظروف أسرتي تساهم في الاهتمام بصحتي.				
5	تساندني أسرتي في تخطي حالات القلق بسبب مرضي.				
6	تتابع اسرتي أوقات دوائي.				
7	تساعدني أسرتي بإتباعي لنظام الحماية الغذائية.				
8	تفخر أسرتي بي.				
9	تتأقشنني أسرتي في أمور مرضي.				
10	لا تشعر أسرتي بحرج من مرضي.				
11	اشعر بأنني محل اهتمام أسرتي.				
12	تهتم أسرتي بتطور مرضي.				
13	تحاول اسرتي مساعدتي على تخطي عجزتي بسبب مرضي.				
14	اشعر بالقبول في اسرتي.				
15	اشعر بالراحة عند وقوف أسرتي بجانبني في وقت الحاجة.				
16	تشعر أسرتي بالخوف على حالتني الصحية.				
17	تقوم أسرتي بجمع المعلومات الكافية حول مرضي.				
18	اشعر بالاطمئنان عندما أحصل على الدعم المادي من أسرتي.				
19	تحاول أسرتي معرفة كل ما هو جديد حول مرضي.				
20	تتحدث أسرتي عن مرضي أمامي بشكل عادي.				
21	تتخوف أسرتي كثيرا من تعقيدات مرضي.				
22	تحرص أسرتي على سعادتي.				
23	توفر لي أسرتي كل ما أحتاجه للاهتمام بصحتي.				
24	أجد من يطمئنني في أسرتي إذا كانت حالتني متدهورة.				
المحور الثاني: الأصدقاء					
1	اصارح أصدقائي بمرضي.				
2	اشعر بانزعاج عندما يسألني اصدقائي على حالتني.				
3	يشجعني أصدقائي على التحدث دون خجل عن مرضي.				
4	اشعر باهتمام أصدقائي.				
5	يساعدني أصدقائي في حالة عجزتي عن ادائي واجباتي.				
6	ينصحنني أصدقائي عند محاولة تناولني أطعمة تضر صحتي.				
7	يحاول أصدقائي معرفة تفاصيل مرضي حتى يفهموا حالتني.				

				أحس بان أصدقائي يجوبون مجالستي والحديث معي.	8
				يفخر أصدقائي بصدقتهم لي.	9
				اشعر بالسعادة مع أصدقائي.	10
				يساعدني أصدقائي في اخذ جرعات دوائية في حالة عدم قدرتي على ذلك.	11
				اشعر أن أصدقائي يقلقون لغيابي.	12
				يحاول أصدقائي تشجيعي على التحلي بالقوة.	13
				عند شعوري بالخوف من مرضي أتحدث مع أصدقائي.	14
				اصارح أصدقائي بكل ما يشغل تفكيري.	15
				يحاول اصدقائي زيادة ثقتي بنفسي.	16
				يرافقني صديقي لزيارة طبيبي.	17
				اصدقائي يحاولون التخفيف عني أثناء وقوعي في مشكلة.	18
				أشعر بالراحة مع أصدقائي.	19
المحور الثالث: الطبيب المعالج					
				صارحني الطبيب من البداية بمرضي.	1
				يهتم طبيبي بمعرفة تفاصيل مرضي.	2
				يقدم لي طبيبي نظام عداي مطابق لصحتي.	3
				ينصحنني طبيبي بأخذ الجرعات المناسبة لسكري.	4
				يحرص الطبيب المعالج على ضرورة متابعة الجدول العلاجي الخاص بي.	5
				لا اشعر بالخجل عند التحدث عن أخطائي في طريقة تناول الأكل.	6
				يقدم لي طبيبي نصائح في كل مرة أزوره فيها.	7
				يتصل بي طبيبي في حالة عدم ذهابي في مواعيدي المحددة.	8
				يطلب مني طبيبي القيام بتحاليل بشكل دوري ومستمر.	9
				يحذرنني طبيبي من اصابتي بجروح.	10
				يقدم لي طبيبي ادوية مجانية.	11
				اشعر بان طبيبي هو دعم لي وأنا راض على ذلك.	12
				يقدم طبيبي المساعدة عند الحاجة.	13
				اتلقى التشجيع من طرف طبيبي.	14
				يقدم لي طبيبي فحوصا مجانية.	15
				يسمعني لي طبيبي باهتمام.	16
				يرشدني الطبيب بكيفية حقن الأنسولين في الأماكن المناسبة.	17
				يقدم لي طبيبي بعض المجالات الطبية لفهم حالتي أكثر.	18
				يزودني الطبيب بنشرات طبية حول الأغذية المناسبة للمرض.	19
				يحرص طبيبي على حضوري ملتقيات التي تنظم حول مرض السكري.	20
				يحاول الطبيب شرح حالتي جيدا.	21
				يحذرنني الطبيب في كل مرة بأخذ الاحتياطات اللازمة لكي لا تظهر مضاعفات المرض.	22
				يطلب مني طبيبي فحوصات من طبيب العيون كل سنة.	23
				أحس بالارتياح مع طبيبي.	24
				يطلب مني الطبيب المراقبة اليومية لنسبة السكر في الدم قبل إجراء الأنسولين	25

ملحق رقم (05): مقياس تقبل داء السكري للمراهق في صورته النهائية

اعداد الباحثة

أخي الكريم، أختي الكريمة:

فيما يلي مجموعة من العبارات أرجو منك أن تقررا العبارة وتفهمها جيدا،
والإجابة على كل العبارات بمصادقية خدمة للبحث العلمي، علما انه لا توجد إجابة صحيحة
وأخرى خاطئة، وإنما الإجابة الصحيحة هي التي تنطبق عليك.
- إذا كانت العبارة تحدث باستمرار ضع علامة (+) أمام دائما.
-- إذا كانت العبارة تحدث في بعض الأوقات ضع علامة (+) أمام أحيانا.
- إذا كانت العبارة تحدث في أوقات قليلة ضع علامة (+) أمام نادرا.
- إذا كانت العبارة لا تحدث أبدا ضع علامة (+) أمام لا يحدث أبدا.
وفي الأخير تأكد أن هذه المعلومات محاطة بالسرية التامة والهدف منها هو خدمة البحث
العلمي.

البيانات الشخصية:

الجنس:

المستوى التعليمي:

مدة المرض:

الرقم	الفقرات	يحدث دائما	يحدث لحيانا	يحدث نادرا	لا يحدث ابدا
1	أحاول تتاسي مرضي.				
2	شعرت بصدمة عند إخباري بمرضي.				
3	أنا راضي على مرضي.				
4	أرى أنني فرد غير نافع.				
5	أنا متقبل العلاج الذي أتلقاه.				
6	ألتزم بالنصائح التي يقدمها الطبيب لي.				
7	يقلقني استخدام الأنسولين بشكل مستمر				
8	وقت الإصابة لا أعرف أن السكري مرض مزمن				
9	أقوم بجمع المعلومات الكافية حول مرضي				
10	أتبع نظام الحماية الغذائية حفاظا على صحتي				
11	أشعر بالقلق كلما حان وقت استعمال الدواء.				
12	أستطيع التحدث عن مرضي أمام الآخرين.				
13	ألتزم بممارسة الرياضة خوفا على تدهور صحتي.				
14	ألتزم بالإعتناء بصحتي خوفا من مضاعفات السكري.				
15	أهتم كثيرا بمشكلاتي الصحية.				
16	أشعر بالخوف من تعقيدات مرضي.				
17	أهتم بالحفاظ على وزني.				
18	أحرص على حضور الملتقيات حول مرض السكري.				
19	تمنيت لو أنني لم أصاب بمرض السكري.				
20	أحب العزلة عن الآخرين بسبب مرضي.				
21	إصابتي بالسكري تشعرني بالاكئاب.				
22	لا أحب حقن الأنسولين امام الآخرين.				
23	لا أحب التفكير في مرضي.				
24	أشعر بالحزن كل ما تدهورت صحتي.				
25	أحس بالنقص كلما رأيت رفاقي في صحة جيدة.				
26	أشعر بالتوتر عندما يتكلم الآخرين أمامي عن مرضي.				
27	أحب القيام بمسؤولياتي دون مساعدة الآخرين.				
28	أتبع كل ما هو جديد حول مرضي.				
29	أحترم مواعيد حقن الأنسولين بطريقة منتظمة.				
30	أتجنب كل ما يضر بصحتي.				
31	أقوم بفحوصات مختلفة لسلامة أعضاء جسمي.				

الملاحق رقم 06 : SPSS

الارتباط بين كل عبارة واخرى

ع	س		4		3		2		1	
	N	Sig. (2- Pearson)	N	Sig. (2- Pearson)	N	Sig. (2- Pearson)	N	Sig. (2- Pearson)	N	Sig. (2- Pearson)
Pearso										
,231	50	,734	50	1,000**	50	,924	50	,000	50	1,000**
,231	50	,734	50	1,000**	50	,924	50	,014	50	1,000**
,094	50	,563	50	,084	50	1	50	,924	50	,014
,231	50	,734	50	1	50	,924	50	,014	50	1,000**
,042	50	1	50	,734	50	,563	50	,084	50	,734
1	50	,773	50	,107	50	,518	50	,094	50	,107
,353*	50	,773	50	,721	50	,843	50	,029	50	,721
,231	50	,734	50	1,000**	50	,924	50	,014	50	1,000**
,094	50	,563	50	,924	50	1,000**	50	,014	50	1,000**
,181	50	,116	50	,630	50	,017	50	,335*	50	,630
-,175	50	,284	50	,443	50	,104	50	,232	50	,443
,217	50	,000	50	,376	50	,411	50	,119	50	,376
,144	50	,002	50	,308	50	,856	50	,026	50	,308
,231	50	,734	50	1,000**	50	,924	50	,014	50	1,000**
,094	50	,563	50	,924	50	1,000**	50	,014	50	1,000**
,293*	50	,007	50	,229	50	,403	50	,121	50	,229
,333*	50	,371	50	,005	50	,785	50	,040	50	,005
,293*	50	,007	50	,229	50	,403	50	,121	50	,229
,359*	50	,267	50	,229	50	,990	50	,002	50	,229
,069	50	,050	50	,110	50	,557	50	,085	50	,110
,032	50	,094	50	,441	50	,115	50	,226	50	,441
,271	50	,086	50	,834	50	,200	50	,184	50	,834
,293*	50	,007	50	,229	50	,403	50	,121	50	,229
,293*	50	,007	50	,229	50	,403	50	,121	50	,229
,454**	50	,046	50	,000	50	,480**	50	,000	50	,706**

p18			p17			p16			p15			p14			p13		
N	Sig. (2- Pearso	N	Sig. (2- Pearso	N	Sig. (2- Pearso	N	Sig. (2- Pearso	N	Sig. (2- Pearso	N	Sig. (2- Pearso	N	Sig. (2- Pearso	N	Sig. (2- Pearso	N	
50	,229	,173	,005	,387**	50	,229	,173	50	,924	,014	50	,000	1,000**	50	,308	,147	
50	,229	,173	,005	,387**	50	,229	,173	50	,924	,014	50	,000	1,000**	50	,308	,147	
50	,403	,121	,785	,040	50	,403	,121	50	,000	1,000**	50	,924	,014	50	,856	,026	
50	,229	,173	,005	,387**	50	,229	,173	50	,924	,014	50	,000	1,000**	50	,308	,147	
50	,007	,379**	,371	,129	50	,007	,379**	50	,563	,084	50	,734	-,049	50	,002	,429**	
50	,039	,293*	,018	,333*	50	,039	,293*	50	,518	,094	50	,107	,231	50	,318	,144	
50	,142	,210	,003	,407**	50	,142	,210	50	,843	,029	50	,721	,052	50	,953	-,009	
50	,229	,173	,005	,387**	50	,229	,173	50	,924	,014	50	,000	1,000**	50	,308	,147	
50	,403	,121	,785	,040	50	,403	,121	50	,000	1,000**	50	,924	,014	50	,856	,026	
50	,011	,358*	,673	-,061	50	,011	,358*	50	,017	,335*	50	,630	-,070	50	,508	,096	
50	,749	,046	,409	-,119	50	,749	,046	50	,104	,232	50	,443	,111	50	,144	,209	
50	,000	,589**	,103	,233	50	,000	,589**	50	,411	,119	50	,376	,128	50	,000	,732**	
50	,026	,314*	,185	,191	50	,026	,314*	50	,856	,026	50	,308	,147	50	1	50	
50	,229	,173	,005	,387**	50	,229	,173	50	,924	,014	50	1	50	,308	,147	50	
50	,403	,121	,785	,040	50	,403	,121	50	1	50	,924	,014	50	,856	,026	50	
50	,000	1,000**	,029	,310*	50	1	50	50	,403	,121	50	,229	,173	50	,026	,314*	
50	,029	,310*	1	1	50	,029	,310*	50	,785	,040	50	,005	,387**	50	,185	,191	
50	1	1	,029	,310*	50	,000	1,000**	50	,403	,121	50	,229	,173	50	,026	,314*	
50	,003	,415**	,000	,513**	50	,003	,415**	50	,990	,002	50	,229	,173	50	,209	,181	
50	,151	,206	,976	,004	50	,151	,206	50	,557	,085	50	,110	,229	50	,057	,271	
50	,275	,157	,492	,099	50	,275	,157	50	,115	,226	50	,441	,111	50	,025	,318*	
50	,017	,338*	,779	,041	50	,017	,338*	50	,200	,184	50	,834	-,030	50	,000	,522**	
50	,000	1,000**	,029	,310*	50	,000	1,000**	50	,403	,121	50	,229	,173	50	,026	,314*	
50	,000	1,000**	,029	,310*	50	,000	1,000**	50	,403	,121	50	,229	,173	50	,026	,314*	
50	,000	,559**	,000	,500**	50	,000	,559**	50	,000	,480**	50	,000	,706**	50	,005	,395**	

t. ostr	p24			p23			p22			p21			p20			p19		
	N	Sig. (2- Pearson)	Pearso	N	Sig. (2- Pearson)	Pearso	N	Sig. (2- Pearson)	Pearso	N	Sig. (2- Pearson)	Pearso	N	Sig. (2- Pearson)	Pearso	N	Sig. (2- Pearson)	Pearso
Pearso	50	,229	,173	50	,229	,173	50	,834	-,030	50	,441	,111	50	,110	,229	50	,229	,173
,706**	50	,229	,173	50	,834	-,030	50	,834	-,030	50	,441	,111	50	,110	,229	50	,229	,173
,480**	50	,403	,121	50	,200	,184	50	,115	,226	50	,557	,085	50	,557	,085	50	,990	,002
,706**	50	,229	,173	50	,834	-,030	50	,441	,111	50	,110	,229	50	,110	,229	50	,229	,173
,283*	50	,007	,379**	50	,086	,245	50	,094	,240	50	,050	,278	50	,050	,278	50	,267	,160
,454**	50	,039	,293*	50	,057	,271	50	,825	,032	50	,635	,069	50	,635	,069	50	,010	,359*
,272	50	,142	,210	50	,500	,098	50	,638	,068	50	,613	,073	50	,613	,073	50	,052	,276
,706**	50	,229	,173	50	,834	-,030	50	,441	,111	50	,110	,229	50	,110	,229	50	,229	,173
,480**	50	,403	,121	50	,200	,184	50	,115	,226	50	,557	,085	50	,557	,085	50	,990	,002
,399**	50	,011	,358*	50	,261	,162	50	,012	,353*	50	,025	,317*	50	,025	,317*	50	,147	,208
,319*	50	,749	,046	50	,390	,124	50	,028	,310*	50	,003	,417**	50	,003	,417**	50	,587	-,079
,570**	50	,000	,589**	50	,000	,492**	50	,016	,340*	50	,000	,481**	50	,000	,481**	50	,018	,333*
,395**	50	,026	,314*	50	,000	,522**	50	,025	,318*	50	,057	,271	50	,057	,271	50	,209	,181
,706**	50	,229	,173	50	,834	-,030	50	,441	,111	50	,110	,229	50	,110	,229	50	,229	,173
,480**	50	,403	,121	50	,200	,184	50	,115	,226	50	,557	,085	50	,557	,085	50	,990	,002
,559**	50	,000	1,000**	50	,017	,338*	50	,275	,157	50	,151	,206	50	,151	,206	50	,003	,415**
,500**	50	,029	,310*	50	,779	,041	50	,492	,099	50	,976	,004	50	,976	,004	50	,000	,513**
,559**	50	,000	1,000**	50	,017	,338*	50	,275	,157	50	,151	,206	50	,151	,206	50	,003	,415**
,427**	50	,003	,415**	50	,003	,415**	50	,091	,241	50	,597	,077	50	,597	,077	50	1	1
,399**	50	,151	,206	50	,903	,018	50	,748	,047	50	1	1	50	1	1	50	,597	,077
,392**	50	,275	,157	50	,305	,148	50	1	1	50	,748	,047	50	,748	,047	50	,091	,241
,310*	50	,017	,338*	50	1	1	50	,305	,148	50	,903	,018	50	,903	,018	50	,591	,078
,559**	50	,000	1,000**	50	,017	,338*	50	,275	,157	50	,151	,206	50	,151	,206	50	,003	,415**
,559**	50	1	1	50	,017	,338*	50	,275	,157	50	,151	,206	50	,151	,206	50	,003	,415**
1	50	,000	,559**	50	,029	,310*	50	,005	,392**	50	,004	,399**	50	,004	,399**	50	,002	,427**

N	Sig. (2-
50	,000
50	,000
50	,000
50	,000
50	,046
50	,001
50	,056
50	,000
50	,000
50	,004
50	,024
50	,000
50	,005
50	,000
50	,000
50	,002
50	,004
50	,005
50	,029
50	,000
50	,000

		Correlations														
a5	a4			a3			a2			a1						
	N	Sig.	Pearson	N	Sig.	Pearson	N	Sig.	Pearson	N	Sig.	Pearson	N	Sig.	Pearson	
	50	,016	,338*	50	,000	,595**	50	,047	,282*	50		1	50		1	a1
	50	,003	,417**	50	,011	,358*	50		1	50	,047	,282*	50	,047	,282*	a2
	50	,017	,336*	50		1	50	,011	,358*	50	,000	,595**	50	,000	,595**	a3
	50		1	50	,017	,336*	50	,003	,417**	50	,016	,338*	50	,016	,338*	a4
1	50	,000	,556**	50	,000	,520**	50	,000	,545**	50	,000	,505**	50	,000	,505**	a5
	50	,011	,359*	50	,000	,500**	50	,008	,369**	50	,000	,579**	50	,000	,579**	a6
	50	,023	,320*	50	,000	,515**	50	,017	,336*	50	,001	,461**	50	,001	,461**	a7
	50	,000	,598**	50	,076	,253	50	,120	,223	50	,296	,151	50	,296	,151	a8
	50	,002	,430**	50	,256	,164	50	,391	,124	50	,156	,204	50	,156	,204	a9
	50	,047	,282*	50	,597	,077	50	,785	,040	50	,218	,177	50	,218	,177	a10
	50	,063	,265	50	,004	,399**	50	,002	,431**	50	,021	,325*	50	,021	,325*	a11
	50	,000	,611**	50	,045	,285*	50	,090	,242	50	,027	,313*	50	,027	,313*	a12
	50	,002	,437**	50	,552	,086	50	,431	,114	50	,002	,426**	50	,002	,426**	a13
	50	,001	,442**	50	,000	,535**	50	,004	,403**	50	,000	,494**	50	,000	,494**	a14
	50	,000	,522**	50	,000	,590**	50	,000	,491**	50	,000	,529**	50	,000	,529**	a15
	50	,041	,290*	50	,596	-,077	50	,800	-,037	50	,011	,355*	50	,011	,355*	a16
	50	,018	,333*	50	,050	,279*	50	,029	,310*	50	,062	,266	50	,062	,266	a17
	50	,014	,345*	50	,798	,037	50	,101	,235	50	,085	,246	50	,085	,246	a18
	50	,059	,269	50	,908	-,017	50	,439	-,112	50	,038	,294*	50	,038	,294*	a19
	50	,000	,713**	50	,000	,594**	50	,000	,534**	50	,000	,679**	50	,000	,679**	t.amis

a10			a9			a8			a7			a6			
Sig. (2-	Pearson	N	Sig.	Pears	N	Sig.	Pearson	N	Sig.	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig.
,218	,177	50	,156	,204	50	,296	,151	50	,001	,461**	50	,000	,579**	50	,000
,785	,040	50	,391	,124	50	,120	,223	50	,017	,336*	50	,008	,369**	50	,000
,597	,077	50	,256	,164	50	,076	,253	50	,000	,515**	50	,000	,500**	50	,000
,047	,282*	50	,002	,430*	50	,000	,598**	50	,023	,320*	50	,011	,359*	50	,000
,013	,349*	50	,062	,266	50	,021	,325*	50	,000	,568**	50	,000	,695**	50	
,040	,291*	50	,203	,183	50	,071	,257	50	,000	,760**	50		1	50	,000
,273	,158	50	,376	,128	50	,021	,325*	50		1	50	,000	,760**	50	,000
,426	,115	50	,000	,583*	50		1	50	,021	,325*	50	,071	,257	50	,021
,082	,248	50		1	50	,000	,583**	50	,376	,128	50	,203	,183	50	,062
	1	50	,082	,248	50	,426	,115	50	,273	,158	50	,040	,291*	50	,013
,928	-,013	50	,146	,209	50	,004	,404**	50	,001	,447**	50	,019	,331*	50	,008
,001	,470**	50	,001	,449*	50	,000	,511**	50	,156	,204	50	,023	,322*	50	,001
,000	,656**	50	,048	,282*	50	,601	,076	50	,095	,239	50	,004	,399**	50	,001
,162	,201	50	,839	,029	50	,160	,202	50	,001	,458**	50	,000	,515**	50	,001
,246	,167	50	,087	,245	50	,002	,433**	50	,000	,560**	50	,000	,492**	50	,000
,000	,556**	50	,012	,353*	50	,114	,226	50	,163	,200	50	,005	,389**	50	,009
,706	-,055	50	,354	,134	50	,029	,309*	50	,063	,265	50	,230	,173	50	,167
,533	,090	50	,097	,238	50	,167	,199	50	,533	,090	50	,638	-,068	50	,971
,000	,492**	50	,013	,348*	50	,310	,147	50	,759	,044	50	,166	,199	50	,062
,001	,444**	50	,001	,467*	50	,000	,551**	50	,000	,650**	50	,000	,703**	50	,000

a15			a14			a13			a12			a11			
N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig.	Pearson	N	Sig.	Pearson	N	Sig.	Pearson	N
50	,000	,529**	50	,000	,494**	50	,002	,426**	50	,027	,313*	50	,021	,325*	50
50	,000	,491**	50	,004	,405**	50	,431	,114	50	,090	,242	50	,002	,431**	50
50	,000	,590**	50	,000	,535**	50	,552	,086	50	,045	,285*	50	,004	,399**	50
50	,000	,522**	50	,001	,442**	50	,002	,437**	50	,000	,611**	50	,063	,265	50
50	,000	,635**	50	,001	,445**	50	,001	,444**	50	,001	,446**	50	,008	,372**	50
50	,000	,492**	50	,000	,515**	50	,004	,399**	50	,023	,322*	50	,019	,331*	50
50	,000	,560**	50	,001	,458**	50	,095	,239	50	,156	,204	50	,001	,447**	50
50	,002	,433**	50	,160	,202	50	,601	,076	50	,000	,511**	50	,004	,404**	50
50	,087	,245	50	,839	,029	50	,048	,282*	50	,001	,449**	50	,146	,209	50
50	,246	,167	50	,162	,201	50	,000	,656**	50	,001	,470**	50	,928	-,013	50
50	,000	,582**	50	,000	,481**	50	,747	,047	50	,027	,313*	50		1	50
50	,000	,546**	50	,044	,287*	50	,000	,568**	50		1	50	,027	,313*	50
50	,005	,391**	50	,063	,265	50		1	50	,000	,568**	50	,747	,047	50
50	,000	,662**	50		1	50	,063	,265	50	,044	,287*	50	,000	,481**	50
50		1	50	,000	,662**	50	,005	,391**	50	,000	,546**	50	,000	,582**	50
50	,020	,329*	50	,362	,132	50	,000	,726**	50	,002	,437**	50	,615	-,073	50
50	,000	,533**	50	,001	,452**	50	,547	,087	50	,014	,346*	50	,000	,527**	50
50	,002	,431**	50	,001	,454**	50	,050	,279*	50	,077	,253	50	,004	,405**	50
50	,735	,049	50	,810	,035	50	,000	,519**	50	,021	,325*	50	,626	-,071	50
50	,000	,829**	50	,000	,686**	50	,000	,602**	50	,000	,683**	50	,000	,590**	50

t.amis			a19			a18			a17			a16		
N	Sig. (2- ,000	Pearson ,679**	N	Sig. (2- ,038	Pearson ,294*	N	Sig. ,085	Pearso ,246	N	Sig. ,062	Pearson ,266	N	Sig. (2- ,011	Pearson ,355*
50	,000	,534**	50	,439	-1,112	50	,101	,235	50	,029	,310*	50	,800	-,037
50	,000	,594**	50	,908	-,017	50	,798	,037	50	,050	,279*	50	,596	-,077
50	,000	,713**	50	,059	,269	50	,014	,345*	50	,018	,333*	50	,041	,290*
50	,000	,763**	50	,062	,265	50	,971	-,005	50	,167	,199	50	,009	,365**
50	,000	,703**	50	,166	,199	50	,638	-,068	50	,230	,173	50	,005	,389**
50	,000	,650**	50	,759	,044	50	,533	,090	50	,063	,265	50	,163	,200
50	,000	,551**	50	,310	,147	50	,167	,199	50	,029	,309*	50	,114	,226
50	,001	,467**	50	,013	,348*	50	,097	,238	50	,354	,134	50	,012	,353*
50	,001	,444**	50	,000	,492**	50	,533	,090	50	,706	-,055	50	,000	,556**
50	,000	,590**	50	,626	-,071	50	,004	,405**	50	,000	,527**	50	,615	-,073
50	,000	,683**	50	,021	,325*	50	,077	,253	50	,014	,346*	50	,002	,437**
50	,000	,602**	50	,000	,519**	50	,050	,279*	50	,547	,087	50	,000	,726**
50	,000	,686**	50	,810	,035	50	,001	,454**	50	,001	,452**	50	,362	,132
50	,000	,829**	50	,735	,049	50	,002	,431**	50	,000	,533**	50	,020	,329*
50	,000	,499**	50	,000	,584**	50	,051	,278	50	,555	-,085	50		1
50	,001	,474**	50	,130	-,217	50	,041	,291*	50		1	50	,555	-,085
50	,001	,439**	50	,085	,246	50		1	50	,041	,291*	50	,051	,278
50	,012	,354*	50		1	50	,085	,246	50	,130	-,217	50	,000	,584**
50		1	50	,012	,354*	50	,001	,439**	50	,001	,474**	50	,000	,499**

*. Correlation significant at the 0.05 level (2-tailed).

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

m5	m4			m3			m2			m1		
	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson
,152	50	,353	-,134	50	,397	-,122	50	,198	,185	50		1
,393**	50	,761	,044	50	,002	,433**	50		1	50	,198	,185
,381**	50	,000	,606**	50		1	50	,002	,433**	50	,397	-,122
,362**	50		1	50	,000	,606**	50	,761	,044	50	,353	-,134
1	50	,010	,362**	50	,006	,381**	50	,005	,393**	50	,291	-,152
,211	50	,520	-,093	50	,482	,102	50	,019	,330*	50	,518	,094
,199	50	,774	,042	50	,258	-,163	50	,483	-,102	50	,909	,017
-,105	50	,240	-,169	50	,851	-,027	50	,940	,011	50	,938	,011
,244	50	,394	,123	50	,254	,164	50	,344	,137	50	,866	-,024
,198	50	,255	,164	50	,674	,061	50	,717	-,052	50	,430	-,114
-,052	50	,939	,011	50	,659	-,064	50	,707	-,055	50	,800	,037
,329*	50	,184	,191	50	,083	,248	50	,003	,406**	50	,874	-,023
-,046	50	,681	-,060	50	,116	,225	50	,552	,086	50	,623	-,071
,023	50	,311	-,146	50	,828	,032	50	,662	,063	50	,420	,117
,100	50	,374	,129	50	,702	,055	50	,369	,130	50	,672	-,061
,092	50	,362	,132	50	,041	,290*	50	,954	-,008	50	,649	-,066
,396**	50	,336	,139	50	,080	,250	50	,086	,245	50	,734	-,049
,194	50	,486	,101	50	,411	,119	50	,071	,258	50	,717	-,053
,384**	50	,001	,438**	50	,001	,471**	50	,109	,230	50	,939	,011
,152	50	,023	,320*	50	,477	,103	50	,896	,019	50	,085	-,246
,040	50	,800	,037	50	,876	,023	50	,588	,078	50	,948	,009
,248	50	,001	,444**	50	,000	,582**	50	,176	,195	50	,561	,084
,448**	50	,228	,174	50	,171	,196	50	,495	,099	50	,619	-,072
,236	50	,279	,156	50	,926	,013	50	,168	,198	50	,691	,058
-,141	50	,420	,117	50	,955	,008	50	,831	,031	50	,552	-,086
,419**	50	,025	,317*	50	,006	,386**	50	,010	,361*	50	,890*	,020

m9			m8			m7			m6				
N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-
50	,866	-,024	50	,938	,011	50	,909	,017	50	,518	,094	50	,291
50	,344	,137	50	,940	,011	50	,483	-,102	50	,019	,330*	50	,005
50	,254	,164	50	,851	-,027	50	,258	-,163	50	,482	,102	50	,006
50	,394	,123	50	,240	-,169	50	,774	,042	50	,520	-,093	50	,010
50	,088	,244	50	,469	-,105	50	,167	,199	50	,142	,211	50	
50	,567	,083	50	,000	,503**	50	,163	,200	50		1	50	,142
50	,569	,082	50	,057	-,271	50		1	50	,163	,200	50	,167
50	,450	-,109	50		1	50	,057	-,271	50	,000	,503**	50	,469
50		1	50	,450	-,109	50	,569	,082	50	,567	,083	50	,088
50	,148	,208	50	,000	-,523**	50	,000	,706**	50	,195	-,186	50	,167
50	,599	-,076	50	,000	,537**	50	,713	,053	50	,008	,371**	50	,721
50	,109	,229	50	,251	,165	50	,041	,290*	50	,000	,484**	50	,020
50	,438	,112	50	,070	,258	50	,416	,118	50	,021	,325*	50	,749
50	,761	-,044	50	,283	,155	50	,004	,396**	50	,006	,385**	50	,875
50	,348	,135	50	,000	,482**	50	,764	-,043	50	,000	,515**	50	,490
50	,114	,226	50	,997	,001	50	,015	,341*	50	,540	,089	50	,523
50	,001	,453**	50	,720	-,052	50	,019	,331*	50	,017	,336*	50	,004
50	,116	,225	50	,967	-,006	50	,520	,093	50	,170	,197	50	,177
50	,002	,430**	50	,101	-,235	50	,031	,305*	50	,615	,073	50	,006
50	,192	,188	50	,108	,230	50	,773	,042	50	,113	,227	50	,292
50	,036	,297*	50	,903	-,018	50	,021	,325*	50	,400	,122	50	,784
50	,000	,508**	50	,137	-,213	50	,821	,033	50	,527	-,092	50	,083
50	,000	,611**	50	,786	-,039	50	,025	,317*	50	,120	,223	50	,001
50	,677	,060	50	,605	-,075	50	,027	,312*	50	,258	,163	50	,098
50	,467	-,105	50	,306	,148	50	,627	,070	50	,218	,177	50	,328
50	,002	,433**	50	,153	,205	50	,001	,439**	50	,000	,562**	50	,002

m14		m13			m12			m11			m10		
Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson
,420	,117	50	,623	-,071	50	,874	-,023	50	,800	,037	50	,430	-,114
,662	,063	50	,552	,086	50	,003	,406**	50	,707	-,055	50	,717	-,052
,828	,032	50	,116	,225	50	,083	,248	50	,659	-,064	50	,674	,061
,311	-,146	50	,681	-,060	50	,184	,191	50	,939	,011	50	,255	,164
,875	,023	50	,749	-,046	50	,020	,329*	50	,721	-,052	50	,167	,198
,006	,385**	50	,021	,325*	50	,000	,484**	50	,008	,371**	50	,195	-,186
,004	,396**	50	,416	,118	50	,041	,290*	50	,713	,053	50	,000	,706**
,283	,155	50	,070	,258	50	,251	,165	50	,000	,537**	50	,000	-,523**
,761	-,044	50	,438	,112	50	,109	,229	50	,599	-,076	50	,148	,208
,254	,164	50	1,000	,000	50	,203	,183	50	,250	-,166	50		1
,104	,232	50	,011	,355*	50	,178	,193	50		1	50	,250	-,166
,001	,457**	50	,014	,345*	50		1	50	,178	,193	50	,203	,183
,004	,396**	50		1	50	,014	,345*	50	,011	,355*	50	1,000	,000
	1	50	,004	,396**	50	,001	,457**	50	,104	,232	50	,254	,164
,174	,195	50	,009	,365**	50	,008	,372**	50	,001	,452**	50	,117	-,225
,024	,319*	50	,072	,257	50	,022	,324*	50	,807	,036	50	,016	,338*
,005	,391**	50	,001	,458**	50	,001	,438**	50	,161	,201	50	,014	,347*
,049	,280*	50	,004	,399**	50	,004	,405**	50	,192	,188	50	,257	,163
,324	,142	50	,144	,210	50	,077	,252	50	,536	,090	50	,003	,410**
,317	,144	50	,004	,405**	50	,044	,286*	50	,261	,162	50	,616	,073
,058	,269	50	,010	,359*	50	,026	,315*	50	,250	,166	50	,034	,300*
,778	-,041	50	1,000	,000	50	,543	,088	50	,720	-,052	50	,026	,315*
,178	,193	50	,037	,296*	50	,005	,388**	50	,151	,206	50	,052	,277
,080	,250	50	,900	,018	50	,003	,416**	50	,633	,069	50	,078	,252
,626	-,071	50	,193	-,187	50	,572	,082	50	,380	,127	50	,569	-,082
,000	,501**	50	,000	,517**	50	,000	,714**	50	,003	,407**	50	,022	,323*

m19	m18			m17			m16			m15			
	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N
,011	50	,717	-,053	50	,734	-,049	50	,649	-,066	50	,672	-,061	50
,230	50	,071	,258	50	,086	,245	50	,954	-,008	50	,369	,130	50
,471**	50	,411	,119	50	,080	,250	50	,041	,290*	50	,702	,055	50
,438**	50	,486	,101	50	,336	,139	50	,362	,132	50	,374	,129	50
,384**	50	,177	,194	50	,004	,396**	50	,523	,092	50	,490	,100	50
,073	50	,170	,197	50	,017	,336*	50	,540	,089	50	,000	,515**	50
,305*	50	,520	,093	50	,019	,331*	50	,015	,341*	50	,764	-,043	50
-,235	50	,967	-,006	50	,720	-,052	50	,997	,001	50	,000	,482**	50
,430**	50	,116	,225	50	,001	,453**	50	,114	,226	50	,348	,135	50
,410**	50	,257	,163	50	,014	,347*	50	,016	,338*	50	,117	-,225	50
,090	50	,192	,188	50	,161	,201	50	,807	,036	50	,001	,452**	50
,252	50	,004	,405**	50	,001	,438**	50	,022	,324*	50	,008	,372**	50
,210	50	,004	,399**	50	,001	,458**	50	,072	,257	50	,009	,365**	50
,142	50	,049	,280*	50	,005	,391**	50	,024	,319*	50	,174	,195	50
,139	50	,020	,328*	50	,093	,240	50	,541	,088	50	1	1	50
,332*	50	,068	,260	50	,001	,443**	50	1	1	50	,541	,088	50
,451**	50	,000	,502**	50	1	1	50	,001	,443**	50	,093	,240	50
,452**	50	1	1	50	,000	,502**	50	,068	,260	50	,020	,328*	50
1	50	,001	,452**	50	,001	,451**	50	,018	,332*	50	,336	,139	50
,202	50	,001	,473**	50	,002	,429**	50	,379	,127	50	,000	,476**	50
,186	50	,149	,207	50	,000	,590**	50	,000	,525**	50	,020	,328*	50
,697**	50	,308	,147	50	,033	,301*	50	,068	,260	50	,457	-,108	50
,368**	50	,009	,368**	50	,000	,612**	50	,162	,201	50	,639	,068	50
,075	50	,121	,222	50	,011	,358*	50	,021	,327*	50	,447	,110	50
,038	50	,625	-,071	50	,571	-,082	50	,775	-,041	50	,228	,174	50
,611**	50	,000	,581**	50	,000	,770**	50	,000	,528**	50	,000	,525**	50

m23			m22			m21			m20				
N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-
50	,619	-,072	50	,561	,084	50	,948	,009	50	,085	-,246	50	,939
50	,495	,099	50	,176	,195	50	,588	,078	50	,896	,019	50	,109
50	,171	,196	50	,000	,582**	50	,876	,023	50	,477	,103	50	,001
50	,228	,174	50	,001	,444**	50	,800	,037	50	,023	,320*	50	,001
50	,001	,448**	50	,083	,248	50	,784	,040	50	,292	,152	50	,006
50	,120	,223	50	,527	-,092	50	,400	,122	50	,113	,227	50	,615
50	,025	,317*	50	,821	,033	50	,021	,325*	50	,773	,042	50	,031
50	,786	-,039	50	,137	-,213	50	,903	-,018	50	,108	,230	50	,101
50	,000	,611**	50	,000	,508**	50	,036	,297*	50	,192	,188	50	,002
50	,052	,277	50	,026	,315*	50	,034	,300*	50	,616	,073	50	,003
50	,151	,206	50	,720	-,052	50	,250	,166	50	,261	,162	50	,536
50	,005	,388**	50	,543	,088	50	,026	,315*	50	,044	,286*	50	,077
50	,037	,296*	50	1,000	,000	50	,010	,359*	50	,004	,405**	50	,144
50	,178	,193	50	,778	-,041	50	,058	,269	50	,317	,144	50	,324
50	,639	,068	50	,457	-,108	50	,020	,328*	50	,000	,476**	50	,336
50	,162	,201	50	,068	,260	50	,000	,525**	50	,379	,127	50	,018
50	,000	,612**	50	,033	,301*	50	,000	,590**	50	,002	,429**	50	,001
50	,009	,368**	50	,308	,147	50	,149	,207	50	,001	,473**	50	,001
50	,009	,368**	50	,000	,697**	50	,195	,186	50	,159	,202	50	
50	,045	,284*	50	,843	-,029	50	,072	,257	50		1	50	,159
50	,191	,188	50	,363	,132	50		1	50	,072	,257	50	,195
50	,082	,248	50		1	50	,363	,132	50	,843	-,029	50	,000
50		1	50	,082	,248	50	,191	,188	50	,045	,284*	50	,009
50	,284	,155	50	,896	,019	50	,019	,331*	50	,893	,020	50	,604
50	,311	-,146	50	,877	-,022	50	,143	-,210	50	,836	-,030	50	,795
50	,000	,578**	50	,008	,370**	50	,000	,523**	50	,000	,484**	50	,000

t.medicin			m25			m24		
N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson	N	Sig. (2-	Pearson
50	,890	,020	50	,552	-,086	50	,691	,058
50	,010	,361*	50	,831	,031	50	,168	,198
50	,006	,386**	50	,955	,008	50	,926	,013
50	,025	,317*	50	,420	,117	50	,279	,156
50	,002	,419**	50	,328	-,141	50	,098	,236
50	,000	,562**	50	,218	,177	50	,258	,163
50	,001	,439**	50	,627	,070	50	,027	,312*
50	,153	,205	50	,306	,148	50	,605	-,075
50	,002	,433**	50	,467	-,105	50	,677	,060
50	,022	,323*	50	,569	-,082	50	,078	,252
50	,003	,407**	50	,380	,127	50	,633	,069
50	,000	,714**	50	,572	,082	50	,003	,416**
50	,000	,517**	50	,193	-,187	50	,900	,018
50	,000	,501**	50	,626	-,071	50	,080	,250
50	,000	,525**	50	,228	,174	50	,447	,110
50	,000	,528**	50	,775	-,041	50	,021	,327*
50	,000	,770**	50	,571	-,082	50	,011	,358*
50	,000	,581**	50	,625	-,071	50	,121	,222
50	,000	,611**	50	,795	,038	50	,604	,075
50	,000	,484**	50	,836	-,030	50	,893	,020
50	,000	,523**	50	,143	-,210	50	,019	,331*
50	,008	,370**	50	,877	-,022	50	,896	,019
50	,000	,578**	50	,311	-,146	50	,284	,155
50	,002	,426**	50	,991	,002	50		1
50	,461	,107	50		1	50	,991	,002
50		1	50	,461	,107	50	,002	,426**

الارتباط بين الابعاد (الاسرة.....الخ)

Correlations					
		t.osra	t.amis	t.medcin	t.abaad
t.osra	Pearson Correlation	1	,212	,126	,673**
	Sig. (2-tailed)		,140	,385	,000
	N	50	50	50	50
t.amis	Pearson Correlation	,212	1	,100	,698**
	Sig. (2-tailed)	,140		,490	,000
	N	50	50	50	50
t.medcin	Pearson Correlation	,126	,100	1	,596**
	Sig. (2-tailed)	,385	,490		,000
	N	50	50	50	50
t.abaad	Pearson Correlation	,673**	,698**	,596**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	
	N	50	50	50	50

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

يوضح المتوسط والانحراف المعياري

Group Statistics					
	ol.do	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
total	1,00	14	152,4286	11,80426	3,15482
	2,00	14	96,1429	6,41941	1,71566

اختبار ت للفروق بين مجموعتين T.test

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
								Lower	Upper
Equal variances assumed	19,498	,000	15,673	26	,000	56,28571	3,59115	48,90399	63,66744
total Equal variances not assumed			15,673	20,071	,000	56,28571	3,59115	48,79639	63,77504

جدوال الفا كرومباخ لحساب الثبات للمقاييس

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,859	24

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,898	19

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,826	25

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,877	68

بالتجزئة النصفية الثبات

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,793
		N of Items	34 ^a
	Part 2	Value	,896
		N of Items	34 ^b
		Total N of Items	68
Correlation Between Forms			0.67
Spearman-Brown	Equal Length		0.80
Coefficient	Unequal Length		0.80
Guttman Split-Half Coefficient			0.79

الارتباط بين المتغيرات

VAR00003	N	Sig. (2-tailed)	VAR00002 Pearson Correlat	N	Sig. (2-tailed)	VAR00001 Pearson Correlat	Correlations
Pearson Correlat							VAR00001
-0,069	50	0,155	-0,204	50	1	0	VAR00002
0,073	50	0,977	0,004	50	0,604	-0,075	VAR00003
,307*	50	1	0	50	0,004	,396**	VAR00004
0,109	50	0,395	0,123	50	0,947	0,01	VAR00005
,559**	50	0,29	0,153	50		1	VAR00006
,727**	50	0,085	0,246	50	0,041	,290*	VAR00007
,676**	50	0	,547**	50	0,037	,295*	VAR00008
,500**	50		1	50	0,29	0,153	VAR00009
,687**	50	0,032	,304*	50	0,001	,438**	VAR00010
,779**	50	0,008	,373**	50	0,003	,411**	VAR00011
,711**	50	0,035	,298*	50	0,134	0,215	VAR00012
,728**	50	0,004	,401**	50	0	,492**	VAR00013
,796**	50	0,001	,450**	50	0	,581**	VAR00014
,926**	50	0,001	,446**	50	0	,537**	VAR00015
1	50	0	,500**	50	0	,559**	VAR00016
,835**	50	0,002	,421**	50	0	,521**	VAR00017
,866**	50	0,004	,396**	50	0	,562**	VAR00018
,870**	50	0,002	,433**	50	0,001	,455**	VAR00019
,885**	50	0	,512**	50	0	,554**	VAR00020
,834**	50	0,001	,453**	50	0,001	,462**	VAR00021
,832**	50	0,001	,469**	50	0	,494**	VAR00022
,838**	50	0,011	,358*	50	0	,493**	VAR00023
,898**	50	0,002	,430**	50	0	,523**	VAR00024
,951**	50	0	,491**	50	0	,581**	VAR00025
,913**	50	0,001	,470**	50	0	,528**	VAR00026
,899**	50	0,001	,458**	50	0	,478**	VAR00027
,940**	50	0,001	,450**	50	0	,515**	VAR00028
,952**	50	0,001	,447**	50	0	,616**	VAR00029
,947**	50	0,001	,462**	50	0	,566**	VAR00030
,948**	50	0,001	,467**	50	0	,603**	VAR00031
,947**	50	0	,480**	50		,584**	

VAR00006	N	Sig. (2-tailed)	VAR00005	Pearson Correlat	N	Sig. (2-tailed)	VAR00005	Pearson Correlat	N	Sig. (2-tailed)
Pearson Correlat	50	1	Pearson Correlat	50	0,795	-0,038			50	
-0,083	50	0,604	0	50	0,165	0,2			50	0,633
0,165	50	0,004	-0,075	50	0,102	0,234			50	0,616
,377**	50	0,947	,396**	50	0,039	,293*			50	0,03
-0,102	50	0,041	0,01	50	0	,528**			50	0,451
,290*	50	0,003	1	50	0	,685**			50	0
1	50	0,134	,290*	50	0	,747**			50	0
,498**	50	0	,295*	50	0,001	,470**			50	0
0,246	50	0,001	0,153	50	0	,750**			50	0
,557**	50	0	,438**	50	0	,818**			50	0
,747**	50	0	,411**	50	0	,803**			50	0
,602**	50	0,001	0,215	50	0	,588**			50	0
,564**	50	0	,492**	50	0	,798**			50	0
,542**	50	0	,581**	50	0	,925**			50	0
,735**	50	0	,537**	50	0	,913**			50	0
,727**	50	0	,559**	50	0	,927**			50	0
,601**	50	0	,521**	50	0	,865**			50	0
,634**	50	0	,562**	50	0	,869**			50	0
,621**	50	0,001	,455**	50	0	,916**			50	0
,611**	50	0	,554**	50	0	,916**			50	0
,583**	50	0,001	,462**	50	0	,922**			50	0
,520**	50	0	,494**	50	0	,923**			50	0
,612**	50	0	,493**	50	0	,937**			50	0
,715**	50	0	,523**	50	0	,968**			50	0
,682**	50	0	,581**	50	0	1			50	0
,685**	50	0	,528**	50	0	,937**			50	0
,670**	50	0	,478**	50	0	,944**			50	0
,749**	50	0	,515**	50	0	,938**			50	0
,739**	50	0	,616**	50	0	,953**			50	0
,746**	50	0	,566**	50	0	,941**			50	0
,704**	50	0	,603**	50	0	,964**			50	0
,711**	50	0	,584**	50	0,795	-0,038			50	0

VAR00009	N	Sig. (2-tailed)	VAR00008	N	Sig. (2-tailed)	VAR00007	N	Sig. (2-tailed)
Pearson Correlat			Pearson Correlat			Pearson Correlat		
0,062	50	0,155	-0,204	50	0,843	-0,029	50	0,564
0,111	50	0,977	0,004	50	0,076	0,253	50	0,252
0,202	50	1	0	50	0,123	0,221	50	0,007
0,054	50	0,395	0,123	50	0,002	,419**	50	0,481
,438**	50	0,29	0,153	50	0,037	,295*	50	0,041
,557**	50	0,085	0,246	50	0	,498**	50	
,493**	50	0	,547**	50		1	50	0
,304*	50		1	50	0	,547**	50	0,085
1	50	0,032	,304*	50	0	,493**	50	0
,691**	50	0,008	,373**	50	0	,603**	50	0
,616**	50	0,035	,298*	50	0	,663**	50	0
,520**	50	0,004	,401**	50	0,007	,379**	50	0
,698**	50	0,001	,450**	50	0	,608**	50	0
,772**	50	0,001	,446**	50	0	,722**	50	0
,687**	50	0	,500**	50	0	,676**	50	0
,790**	50	0,002	,421**	50	0	,690**	50	0
,700**	50	0,004	,396**	50	0	,649**	50	0
,681**	50	0,002	,433**	50	0	,607**	50	0
,707**	50	0	,512**	50	0	,770**	50	0
,664**	50	0,001	,453**	50	0	,665**	50	0
,637**	50	0,001	,469**	50	0	,735**	50	0
,725**	50	0,011	,358*	50	0	,712**	50	0
,773**	50	0,002	,430**	50	0	,702**	50	0
,747**	50	0	,491**	50	0	,709**	50	0
,750**	50	0,001	,470**	50	0	,747**	50	0
,681**	50	0,001	,458**	50	0	,766**	50	0
,727**	50	0,001	,450**	50	0	,706**	50	0
,761**	50	0,001	,447**	50	0	,653**	50	0
,738**	50	0,001	,462**	50	0	,667**	50	0
,728**	50	0,001	,467**	50	0	,680**	50	0
,743**	50	0	,480**	50	0	,695**	50	0

VAR00 012	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 011	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 010	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)
Pearson Correlat										
-0,016	50	0,96	0,007	0,007	50	0,413	-0,118	-0,118	50	0,67
-0,015	50	0,097	0,238	0,238	50	0,871	0,024	0,024	50	0,442
,432**	50	0,23	0,173	0,173	50	0,221	0,176	0,176	50	0,16
-0,279	50	0,013	,349*	,349*	50	0,491	0,1	0,1	50	0,709
,492**	50	0,134	0,215	0,215	50	0,003	,411**	,411**	50	0,001
,564**	50	0	,602**	,602**	50	0	,747**	,747**	50	0
,379**	50	0	,663**	,663**	50	0	,603**	,603**	50	0
,401**	50	0,035	,298*	,298*	50	0,008	,373**	,373**	50	0,032
,520**	50	0	,616**	,616**	50	0	,691**	,691**	50	
,513**	50	0	,562**	,562**	50		1	1	50	0
,343*	50		1	1	50	0	,562**	,562**	50	0
1	50	0,015	,343*	,343*	50	0	,513**	,513**	50	0
,581**	50	0	,561**	,561**	50	0	,747**	,747**	50	0
,664**	50	0	,766**	,766**	50	0	,824**	,824**	50	0
,728**	50	0	,711**	,711**	50	0	,779**	,779**	50	0
,511**	50	0	,818**	,818**	50	0	,728**	,728**	50	0
,700**	50	0	,689**	,689**	50	0	,778**	,778**	50	0
,588**	50	0	,678**	,678**	50	0	,788**	,788**	50	0
,573**	50	0	,801**	,801**	50	0	,722**	,722**	50	0
,503**	50	0	,739**	,739**	50	0	,752**	,752**	50	0
,440**	50	0	,782**	,782**	50	0	,721**	,721**	50	0
,508**	50	0	,791**	,791**	50	0	,780**	,780**	50	0
,590**	50	0	,804**	,804**	50	0	,820**	,820**	50	0
,658**	50	0	,760**	,760**	50	0	,807**	,807**	50	0
,588**	50	0	,803**	,803**	50	0	,818**	,818**	50	0
,567**	50	0	,735**	,735**	50	0	,826**	,826**	50	0
,647**	50	0	,784**	,784**	50	0	,845**	,845**	50	0
,735**	50	0	,696**	,696**	50	0	,859**	,859**	50	0
,694**	50	0	,737**	,737**	50	0	,865**	,865**	50	0
,737**	50	0	,728**	,728**	50	0	,828**	,828**	50	0
,672**	50	0	,755**	,755**	50	0	,841**	,841**	50	0

VAR00 015	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 014	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 013	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)
Pearson Correlat										
-0,069	50	0,415	-0,118	-0,118	50	0,583	-0,079	-0,079	50	0,91
0,073	50	0,846	0,028	0,028	50	0,596	0,077	0,077	50	0,918
,307*	50	0,014	,345*	,345*	50	0,078	0,251	0,251	50	0,002
0,109	50	0,417	0,117	0,117	50	0,357	0,133	0,133	50	0,05
,559**	50	0	,537**	,537**	50	0	,581**	,581**	50	0
,727**	50	0	,735**	,735**	50	0	,542**	,542**	50	0
,676**	50	0	,722**	,722**	50	0	,608**	,608**	50	0,007
,500**	50	0,001	,446**	,446**	50	0,001	,450**	,450**	50	0,004
,687**	50	0	,772**	,772**	50	0	,698**	,698**	50	0
,779**	50	0	,824**	,824**	50	0	,747**	,747**	50	0
,711**	50	0	,766**	,766**	50	0	,561**	,561**	50	0,015
,728**	50	0	,664**	,664**	50	0	,581**	,581**	50	
,796**	50	0	,788**	,788**	50		1	1	50	0
,926**	50		1	1	50	0	,788**	,788**	50	0
1	50	0	,926**	,926**	50	0	,796**	,796**	50	0
,835**	50	0	,871**	,871**	50	0	,747**	,747**	50	0
,866**	50	0	,892**	,892**	50	0	,733**	,733**	50	0
,870**	50	0	,807**	,807**	50	0	,765**	,765**	50	0
,885**	50	0	,896**	,896**	50	0	,780**	,780**	50	0
,834**	50	0	,844**	,844**	50	0	,742**	,742**	50	0
,832**	50	0	,835**	,835**	50	0	,767**	,767**	50	0,001
,838**	50	0	,870**	,870**	50	0	,736**	,736**	50	0
,898**	50	0	,927**	,927**	50	0	,803**	,803**	50	0
,951**	50	0	,930**	,930**	50	0	,807**	,807**	50	0
,913**	50	0	,925**	,925**	50	0	,798**	,798**	50	0
,899**	50	0	,874**	,874**	50	0	,777**	,777**	50	0
,940**	50	0	,939**	,939**	50	0	,811**	,811**	50	0
,952**	50	0	,937**	,937**	50	0	,848**	,848**	50	0
,947**	50	0	,933**	,933**	50	0	,821**	,821**	50	0
,948**	50	0	,938**	,938**	50	0	,819**	,819**	50	0
,947**	50	0	,954**	,954**	50	0	,816**	,816**	50	0

VAR00 018	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 017	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 016	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)
0,015	50	0,937	-0,012		50	0,843	0,029		50	0,633
0,161	50	0,959	0,007		50	0,166	0,199		50	0,616
0,203	50	0,114	0,226		50	0,208	0,181		50	0,03
,312*	50	0,325	0,142		50	0,013	,350*		50	0,451
,455**	50	0	,562**		50	0	,521**		50	0
,621**	50	0	,634**		50	0	,601**		50	0
,607**	50	0	,649**		50	0	,690**		50	0
,433**	50	0,004	,396**		50	0,002	,421**		50	0
,681**	50	0	,700**		50	0	,790**		50	0
,788**	50	0	,778**		50	0	,728**		50	0
,678**	50	0	,689**		50	0	,818**		50	0
,588**	50	0	,700**		50	0	,511**		50	0
,765**	50	0	,733**		50	0	,747**		50	0
,807**	50	0	,892**		50	0	,871**		50	0
,870**	50	0	,866**		50	0	,835**		50	0
,801**	50	0	,844**		50	0	1		50	0
,775**	50	0	1		50	0	,844**		50	0
1	50	0	,775**		50	0	,801**		50	0
,767**	50	0	,838**		50	0	,872**		50	0
,838**	50	0	,812**		50	0	,876**		50	0
,829**	50	0	,764**		50	0	,856**		50	0
,824**	50	0	,836**		50	0	,885**		50	0
,843**	50	0	,877**		50	0	,895**		50	0
,863**	50	0	,898**		50	0	,929**		50	0
,869**	50	0	,865**		50	0	,927**		50	0
,912**	50	0	,833**		50	0	,871**		50	0
,857**	50	0	,861**		50	0	,881**		50	0
,885**	50	0	,887**		50	0	,868**		50	0
,887**	50	0	,883**		50	0	,867**		50	0
,878**	50	0	,910**		50	0	,866**		50	0
,855**	50	0	,895**		50	0	,908**		50	0

VAR00 021	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 020	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 019	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)
-0,057	50	0,738	-0,049		50	0,818	-0,033		50	0,919
0,154	50	0,212	0,18		50	0,208	0,181		50	0,265
0,179	50	0,232	0,172		50	0,049	,280*		50	0,157
,425**	50	0,002	,422**		50	0,066	0,262		50	0,028
,494**	50	0,001	,462**		50	0	,554**		50	0,001
,520**	50	0	,583**		50	0	,611**		50	0
,735**	50	0	,665**		50	0	,770**		50	0
,469**	50	0,001	,453**		50	0	,512**		50	0,002
,637**	50	0	,664**		50	0	,707**		50	0
,721**	50	0	,752**		50	0	,722**		50	0
,782**	50	0	,739**		50	0	,801**		50	0
,440**	50	0	,503**		50	0	,573**		50	0
,767**	50	0	,742**		50	0	,780**		50	0
,835**	50	0	,844**		50	0	,896**		50	0
,832**	50	0	,834**		50	0	,885**		50	0
,856**	50	0	,876**		50	0	,872**		50	0
,764**	50	0	,812**		50	0	,838**		50	0
,829**	50	0	,838**		50	0	,767**		50	0
,906**	50	0	,820**		50	0	1		50	0
,879**	50	0	1		50	0	,820**		50	0
1	50	0	,879**		50	0	,906**		50	0
,906**	50	0	,925**		50	0	,875**		50	0
,880**	50	0	,870**		50	0	,916**		50	0
,909**	50	0	,898**		50	0	,932**		50	0
,922**	50	0	,916**		50	0	,916**		50	0
,916**	50	0	,872**		50	0	,877**		50	0
,871**	50	0	,847**		50	0	,886**		50	0
,846**	50	0	,860**		50	0	,879**		50	0
,876**	50	0	,879**		50	0	,893**		50	0
,885**	50	0	,872**		50	0	,914**		50	0
,898**	50	0	,893**		50	0	,922**		50	0

VAR00 024	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 023	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 022	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)
Pearson Correlat										
-0,027	50	0,578	-0,081	-0,081	50	0,623	-0,071	-0,071	50	0,693
0,144	50	0,387	0,125	0,125	50	0,33	0,14	0,14	50	0,285
0,265	50	0,032	,303*	,303*	50	0,168	0,198	0,198	50	0,213
0,245	50	0,069	0,259	0,259	50	0,004	,400**	,400**	50	0,002
,581**	50	0	,523**	,523**	50	0	,493**	,493**	50	0
,682**	50	0	,715**	,715**	50	0	,612**	,612**	50	0
,709**	50	0	,702**	,702**	50	0	,712**	,712**	50	0
,491**	50	0,002	,430**	,430**	50	0,011	,358*	,358*	50	0,001
,747**	50	0	,773**	,773**	50	0	,725**	,725**	50	0
,807**	50	0	,820**	,820**	50	0	,780**	,780**	50	0
,760**	50	0	,804**	,804**	50	0	,791**	,791**	50	0
,658**	50	0	,590**	,590**	50	0	,508**	,508**	50	0,001
,807**	50	0	,803**	,803**	50	0	,736**	,736**	50	0
,930**	50	0	,927**	,927**	50	0	,870**	,870**	50	0
,951**	50	0	,898**	,898**	50	0	,838**	,838**	50	0
,929**	50	0	,895**	,895**	50	0	,885**	,885**	50	0
,898**	50	0	,877**	,877**	50	0	,836**	,836**	50	0
,863**	50	0	,843**	,843**	50	0	,824**	,824**	50	0
,932**	50	0	,916**	,916**	50	0	,875**	,875**	50	0
,898**	50	0	,870**	,870**	50	0	,925**	,925**	50	0
,909**	50	0	,880**	,880**	50	0	,906**	,906**	50	0
,910**	50	0	,914**	,914**	50	0	1	1	50	0
,941**	50	0	1	1	50	0	,914**	,914**	50	0
1	50	0	,941**	,941**	50	0	,910**	,910**	50	0
,968**	50	0	,937**	,937**	50	0	,923**	,923**	50	0
,944**	50	0	,906**	,906**	50	0	,903**	,903**	50	0
,946**	50	0	,943**	,943**	50	0	,888**	,888**	50	0
,955**	50	0	,927**	,927**	50	0	,865**	,865**	50	0
,959**	50	0	,940**	,940**	50	0	,904**	,904**	50	0
,967**	50	0	,939**	,939**	50	0	,897**	,897**	50	0
,973**	50	0	,949**	,949**	50	0	,909**	,909**	50	0

VAR00 027	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 026	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 025	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)
-0,118	50	0,751	-0,046	-0,038	50	0,795	0,2	0,852	50	0,32
0,069	50	0,209	0,181	0,234	50	0,165	0,234	0,063	50	0,063
0,278	50	0,094	0,24	,293*	50	0,102	,293*	0,087	50	0,087
0,188	50	0,018	,335*	,528**	50	0,039	,528**	0	50	0
,515**	50	0	,478**	,685**	50	0	,685**	0	50	0
,749**	50	0	,670**	,747**	50	0	,747**	0	50	0
,706**	50	0	,766**	,470**	50	0	,470**	0	50	0
,450**	50	0,001	,458**	,750**	50	0,001	,750**	0	50	0
,727**	50	0	,681**	,818**	50	0	,818**	0	50	0
,845**	50	0	,826**	,803**	50	0	,803**	0	50	0
,784**	50	0	,735**	,588**	50	0	,588**	0	50	0
,647**	50	0	,567**	,798**	50	0	,798**	0	50	0
,811**	50	0	,777**	,925**	50	0	,925**	0	50	0
,939**	50	0	,874**	,913**	50	0	,913**	0	50	0
,940**	50	0	,899**	,927**	50	0	,927**	0	50	0
,881**	50	0	,871**	,865**	50	0	,865**	0	50	0
,861**	50	0	,833**	,869**	50	0	,869**	0	50	0
,857**	50	0	,912**	,916**	50	0	,916**	0	50	0
,886**	50	0	,877**	,916**	50	0	,916**	0	50	0
,847**	50	0	,872**	,922**	50	0	,922**	0	50	0
,871**	50	0	,916**	,923**	50	0	,923**	0	50	0
,888**	50	0	,903**	,937**	50	0	,937**	0	50	0
,943**	50	0	,906**	,968**	50	0	,968**	0	50	0
,946**	50	0	,944**	1	50	0	1	0	50	0
,944**	50	0	,937**	,937**	50	0	,937**	0	50	0
,913**	50	0	1	,944**	50	0	,944**	0	50	0
1	50	0	,913**	,938**	50	0	,938**	0	50	0
,942**	50	0	,912**	,953**	50	0	,953**	0	50	0
,964**	50	0	,931**	,941**	50	0	,941**	0	50	0
,947**	50	0	,931**	,964**	50	0	,964**	0	50	0
,964**	50	0	,920**		50	0		0	50	0

VAR00 030	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 029	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)	VAR00 028	Pearson Correlat	N	Sig. (2- tailed)
Pearson Correlat										
-0,096	50	0,648	-0,066		50	0,603	-0,075		50	0,413
0,065	50	0,474	0,104		50	0,45	0,109		50	0,634
,361**	50	0,023	,321*		50	0,017	,337*		50	0,05
0,164	50	0,289	0,153		50	0,564	0,084		50	0,191
,603**	50	0	,566**		50	0	,616**		50	0
,704**	50	0	,746**		50	0	,739**		50	0
,680**	50	0	,667**		50	0	,653**		50	0
,467**	50	0,001	,462**		50	0,001	,447**		50	0,001
,728**	50	0	,738**		50	0	,761**		50	0
,828**	50	0	,865**		50	0	,859**		50	0
,728**	50	0	,737**		50	0	,696**		50	0
,737**	50	0	,694**		50	0	,735**		50	0
,819**	50	0	,821**		50	0	,848**		50	0
,938**	50	0	,933**		50	0	,937**		50	0
,948**	50	0	,947**		50	0	,952**		50	0
,866**	50	0	,867**		50	0	,868**		50	0
,910**	50	0	,883**		50	0	,887**		50	0
,878**	50	0	,887**		50	0	,885**		50	0
,914**	50	0	,893**		50	0	,879**		50	0
,872**	50	0	,879**		50	0	,860**		50	0
,885**	50	0	,876**		50	0	,846**		50	0
,897**	50	0	,904**		50	0	,865**		50	0
,939**	50	0	,940**		50	0	,927**		50	0
,967**	50	0	,959**		50	0	,955**		50	0
,941**	50	0	,953**		50	0	,938**		50	0
,931**	50	0	,931**		50	0	,912**		50	0
,947**	50	0	,964**		50	0	,942**		50	0
,973**	50	0	,976**		50	0	1		50	0
,980**	50	0	1		50	0	,976**		50	0
1	50	0	,980**		50	0	,973**		50	0
,973**	50	0	,974**		50	0	,967**		50	0

N	Sig. (2-tailed)	VAR00031 Pearson Correlat	N	Sig. (2-tailed)
50	0,496	-0,099	50	0,508
50	0,557	0,085	50	0,653
50	0,05	0,278	50	0,01
50	0,2	0,184	50	0,254
50	0	,584**	50	0
50	0	,711**	50	0
50	0	,695**	50	0
50	0	,480**	50	0,001
50	0	,743**	50	0
50	0	,841**	50	0
50	0	,755**	50	0
50	0	,672**	50	0
50	0	,816**	50	0
50	0	,954**	50	0
50	0	,947**	50	0
50	0	,908**	50	0
50	0	,895**	50	0
50	0	,855**	50	0
50	0	,922**	50	0
50	0	,893**	50	0
50	0	,898**	50	0
50	0	,909**	50	0
50	0	,949**	50	0
50	0	,973**	50	0
50	0	,964**	50	0
50	0	,920**	50	0
50	0	,964**	50	0
50	0	,967**	50	0
50	0	,974**	50	0
50	0	,973**	50	0
50		1	50	0

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
 * . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

المتوسط والانحراف المعياري

Group Statistics					
	VAR000	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error
	34				
VAR000	1,00	14	45,2143	3,30916	,88441
33	2,00	14	72,4286	6,59504	1,76260

للفروق بين مجموعتين T.test اختبار ت

Independent Samples Test											
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
										Lower	Upper
VAR00033	Equal variances assumed	6,626	,016	-13,800	26	,000	-27,21429	1,97204	-31,26787	-23,16070	
	Equal variances not assumed			-13,800	19,156	,000	-27,21429	1,97204	-31,33954	-23,08903	

الثبات باستخدام التجزئة النصفية

Reliability Statistics			
Cronbach's Alpha	Part 1	Value	,913
		N of Items	16 ^a
Cronbach's Alpha	Part 2	Value	,991
		N of Items	15 ^b
	Total N of Items		31
Correlation Between Forms			,971
Spearman-Brown Coefficient	Equal Length		,985
	Unequal Length		,985
Guttman Split-Half Coefficient			,735

a. The items are: VAR00001, VAR00002, VAR00003, VAR00004, VAR00005, VAR00006, VAR00007, VAR00008, VAR00009, VAR00010, VAR00011, VAR00012, VAR00013, VAR00014, VAR00015, VAR00016.

b. The items are: VAR00016, VAR00017, VAR00018, VAR00019, VAR00020, VAR00021, VAR00022, VAR00023, VAR00024, VAR00025, VAR00026, VAR00027, VAR00028, VAR00029, VAR00030, VAR00031.

الثبات باستخدام الفا كرومباخ

Reliability Statistics	
Cronbach's Alpha	N of Items
,980	31

التكرارات والنسب المئوية

		sex			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	homme	80	53,3	53,3	53,3
	femme	70	46,7	46,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

التكرارات والنسب المئوية

		niveau			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	premere	19	12,7	12,7	12,7
	moyene	44	29,3	29,3	42,0
	lycee	47	31,3	31,3	73,3
	universite	40	26,7	26,7	100,0
	Total	150	100,0	100,0	

التكرارات والنسب المئوية

		sex			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	peti5	82	54,3	54,7	54,7
	5-10	51	33,8	34,0	88,7
	grand10	17	11,3	11,3	100,0
	Total	150	99,3	100,0	
Missing	System	1	,7		
Total		151	100,0		

المتوسط الحسابي والانحراف المعياري

Group Statistics

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
mosanada	1,00	80	131,4375	38,76343	4,33388
	2,00	70	139,0429	44,94778	5,37229

اختبارات لاختبار الفروق بين مجموعتين مستقلتين T.test

		Independent Samples Test								
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
mosanada	Equal variances assumed	1,724	,191	-1,113	148	,268	-7,60536	6,83471	-21,11159	5,90087
	Equal variances not assumed			-1,102	137,258	,272	-7,60536	6,90246	-21,25428	6,04356

اختبارات أنوفا لاختبار الفروق بين أكثر من مجموعتين

ANOVA

Mosanada

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	92125,236	2	46062,618	40,271	,000
Within Groups	168140,737	147	1143,815		
Total	260265,973	149			

ANOVA

Mosanada

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	8172,888	3	2724,296	1,578	,197
Within Groups	252093,085	146	1726,665		
Total	260265,973	149			

ANOVA

Takabool

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	32642,990	2	16321,495	95,828	,000
Within Groups	25037,250	147	170,321		
Total	57680,240	149			

.ANOVA

Takabool

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	3098,042	3	1032,681	2,762	,044
Within Groups	54582,198	146	373,851		
Total	57680,240	149			

المتوسط والانحراف المعياري

Group Statistics

	sex	N	Mean	Std. Deviation	Std. ErrorMean
takabool	1,00	80	70,2000	20,84202	2,33021
	2,00	70	71,3143	18,38284	2,19717

T.test اختبارات الفروق بين مجموعتين مستقلتين

Independent Samples Test

	Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means							
	F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference		
								Lower	Upper	
takabool	1,667	,199	Equal variances assumed	-,345	148	,731	-1,11429	3,22968	-7,49653	5,26796
			Equal variances not assumed	-,348	147,988	,728	-1,11429	3,20272	-7,44326	5,21469

الارتباط

Correlations

		mosanada	takabool
mosanada	Pearson Correlation	1	,443**
	Sig. (2-tailed)		,000
	N	150	150
takabool	Pearson Correlation	,443**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	
	N	150	154

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).