وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة ابن خلدون - تيارت -

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم العلوم الاجتماعية

تخصص علم النفس

التقبل الإنفعالي والأنماط السلوكية (أ، ب، ج) لدى المصابين بداء السكري

دراسة وصفية وعيادية

مذكرة مكملة لنيل شهادة الماستر تخصص علم النفس العيادي

إشراف الأستاذة

. بن قويدر أمينة

إعداد الطالبات

. الخديم أحلام

– قليل الخونية

السنة الجامعية:

2016-2015

شكر و عرفان

حمدا لله على منه و كرمه و واسع فضله أن وفقنا و قدرنا على إنجاز هذه المذكرة، و نصلي و نسلم على أفضل الخلق.

أتوجه بجزيل الشكر و العرفان و التقدير إلى أستاذتنا الفاضلة المشرفة بن قويدر أمينة، على كل ما قدمته لنا من مساعدة و توجيه و على رحابة صدرها، كما أخص بالشكر أستاذتنا بوكصاصة نوال على دعمها العلمي و المعنوي، كما نشكر الأستاذ بلعاليا، كذلك الشكر موصول إلى كل من الأخصائيين النفسانيين: سعيد محمد أمين، فاطمة الزهراء، زغيش خيرة، و نشكر كل أساتذة قسم العلوم الإجتماعية بدون إستثناء، و كل من ساعدنا في إنجاز هذا البحث.

الإهداء

أهدي هذا العمل المتواضع إلى عائلتي الحبيبة ، على رأسهم المرأة المثالقة التي حنانها علي تدفق، و دمعها من أجلي ترقرق، و غمرتني بدعائها فصدق، ست الحبايب أمي الغالية أطال الله في عمرها ، إلى من كان سر وجودي في هذه الحياة، و أنار لي درب النجاة، فنلت من العلم درجات، أبي الحنون أمد الله في عمره صحة و عافية، إلى أخي الحبيب، إلى من دعموني في إنهاء هذا العمل أخواتي العزيزات ، إلى كل من ساهم و لو بالقليل في وضع بصماته التي كانت كافية لإتمامه بعافية، إلى الأساتذة الغالية على قلوب طلبتها الأساتذة المشرفة بن قويدر أمينة ،و أخص بالذكر أيضا منبع الفخر و العزة الأستاذة بوكصاصة نوال التي لم تبخل علينا بمساعدتها لنا، كانوا إنشاء الله خير خلف لخير سلف ، إلى كل الأصدقاء الأوفياء، و إلى كل طلبة علم النفس العيادي ماستر 02 .

أحلام

الإهداء

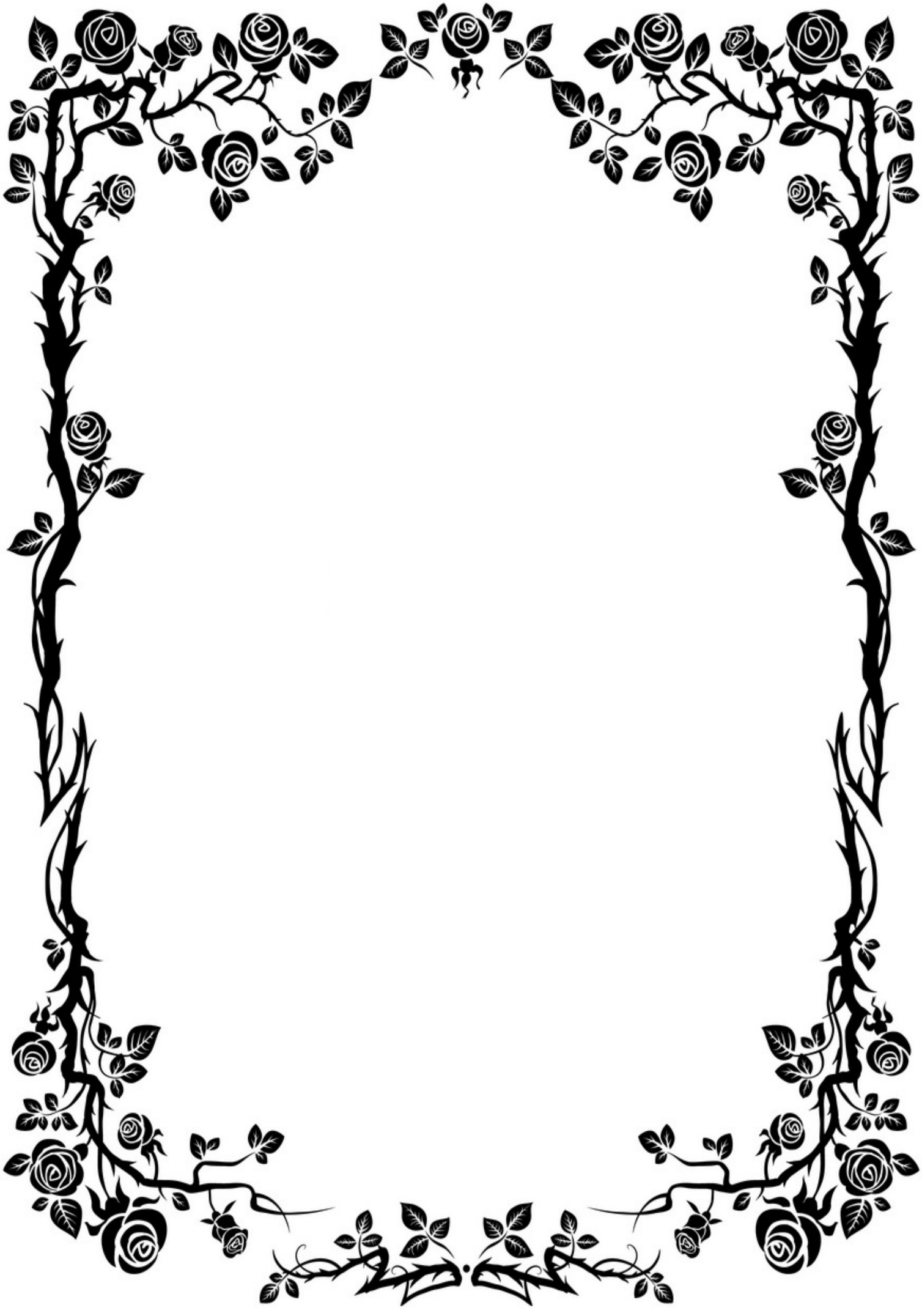
إلى التي إرضاؤها بعد الله كنز ثمين، إلى العين الساهرة إلى النور الذي يدفعني و التي سهرت على تربيتي و تعليمي، إلى من تشاركني أفراحي و أحزاني إلى بئر أسراري، إلى أمي الغالية أطال الله في عمرها .

إلى من فتح لي باب النجاح على مصراعيه و أنار لي دربي بدعائه، إلى من سره نجاحي و توفيقي، إلى أبي العزيز و الحنون، أطال الله في عمره .

إلى سندي في هذه الدنيا، إلى أخواتي الأعزاء دون استثناء .

إلى رفيقاتي في الدرب و اللواتي كانوا لي ذخرا و سلاحا " صديقاتي"، وخاصة إلى أخناي اللاتي بعثهما الله لي في أشد و أصعب اللحظات، أخناي الكبريات، إلى الطيبة العسري منال و أختي فهيمة، وإلى زميلي الذي ساعدني **مختار**، إلى كل من يحمل لقب قليل، و إلى دفعة علم النفس العيادي الثانية ماستر .

الخونية نورة



ملخص الدراسة:

لدراسة الانفعالات عموما أهمية كبيرة في علم النفس الصحة، لأن للانفعال جوانب سلبية تؤثر على شخصية الفرد باتباعه سلوكات معينة تشكل نمطا ممنهجا يتماشى مع هذه الشخصية، فتسبب العديد من المشاكل سواء النفسية أو الجسمية أو الإجتماعية، ومن خلال هذا العمل البحثي حاولنا الكشف عن التقبل الإنفعالي والأنماط السلوكية لدى المصابين بداء السكري، و قد تم القيام بهذا العمل إعتمادا على جانبين، الجانب النظري الذي شمل موضوع التقبل الإنفعالي و بعض المصطلحات المتعلقة به، و آلية عمل الانفعالات و طرق علاجه، كما ضم الأنماط السلوكية بأنواعه الثلاث و خصائص كل نمط، و كذلك تطرقنا إلى داء السكري بكل جوانبه النفسية والطبية، أما الجانب التطبيقي فاعتمدنا على منهجية البحث ودراسة ميدانية تضمنت 30 حالة مصابين بداء السكري.

يهدف هذا البحث إلى :

- التعرف والكشف عن مدى تقبل مرضى السكري لانفعالاتهم.

- التعرف والكشف عن النمط السلوكي السائد لدى هذه العينة.

اعتمدت هذه الدراسة على المنهج الوصفي والمنهج العيادي، وعينة عشوائية قوامها 30 فرد مصاب بالسكري،أما اختيار الحالة فكان بالطريقة القصدية، طبق عليهم مقياس التقبل الانفعالي، ومقياس الطراز السلوكي (أ،ب) لنمط الشخصية، ومقياس النمط (ج)، وتطبيق دليل المقابلة مع المقاييس الثلاث فيما يخص دراسة الحالة.

النتائج:

أسفرت النتائج الرئيسية للدراسة على:

1- كل أفراد العينة غير متقبلين لانفعالاتهم.

2- يعتبر النمط السلوكي (أ) نمط سائد لدى أفراد العينة.

3- يعتبر النمط السلوكي (ج) نمط سائد لدى أفراد العينة.

فهرس المحتويات

العناصر	الصفحة
الشكر	
الإهداء	
ملخص الدراسة	
الفهرس	
قائمة الجداول	
قائمة الأشكال	
مقدمة	أ
الفصل الأول: تقديم الدراسة	
الإشكالية	05
الفرضيات	09
أهداف الدراسة	09
أهمية الدراسة	10
تحديد مفاهيم الدراسة	10
الدراسات السابقة	14
الفصل الثاني :الخلفية النظرية للدراسة	
تمهيد	26
أولا: داء السكري	27
1-لمحة تاريخية	27
2-تعريف داء السكري	28
3-تعريف البنكرياس	31
4-تعريف الأنسولين	31

5-آلية حدوث داء السكري	32
6-أسباب داء السكري	33
7-أعراض داء السكري	36
8-أنواع داء السكري	37
9-إنتشار داء السكري	42
10-مضاعفات داء السكري	43
11-تشخيص وعلاج داء السكري	45
ثانيا: التقبل الإنفعالي	47
1-تعريف التقبل	47
2-تعريف الإنفعال	47
3-آلية عمل الإنفعالات	49
4-نظريات الإنفعال	50
5-التقبل الإنفعالي	52
6-المصطلحات المتعلقة بالتقبل الإنفعالي	53
أ-التجنب الإنفعالي	53
ب-القمع الإنفعالي	54
7-الفرق بين التقبل الإنفعالي والمرونة النفسية	55
8-علاج التقبل الإنفعالي	56
ثالثا: الأنماط السلوكية	58
1-تعريف النمط	58
2-تعرف النمط السلوكي(أ)	59
3- خصائص النمط السلوكي (أ)	61

4-النظريات المفسرة للنمط السلوكي (أ)	63
5-النمط السلوكي (ب)	66
6-خصائص النمط السلوكي (ب)	68
7-الفرق بين النمط السلوكي (أ) و(ب)	70
8-النمط السلوكي (ج)	72
9-خصائص النمط السلوكي (ج)	73
خلاصة الفصل	75
الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية	
تمهيد	79
1- المنهج المتبع في الدراسة	79
2- الدراسة الإستطلاعية	80
3- حدود الدراسة المكانية والزمانية	80
3-1- مكان الدراسة	80
3-2- مدة الدراسة	81
4-عينة الدراسة وخصائصها	81
5-إجراءات الدراسة	83
6- أدوات الدراسة	83
6-1- المقابلة العيادية	83
6-2- مقياس التقبل الإنفعالي	85
6-3- مقياس الطراز السلوكي (أ،ب) لنمط الشخصية	87
6-4- مقياس النمط (ج)	89
7- الأساليب الإحصائية	91
الفصل الرابع:عرض ومناقشة نتائج الدراسة	
1- عرض و تحليل نتائج الدراسة	94

2- مناقشة و تفسير نتائج الدراسة	107
3- استنتاج عام للدراسة	112
خاتمة	113
التوصيات والإقتراحات	114
قائمة المصادر والمراجع	116
الملاحق	

قائمة الجداول:

رقم الجداول	إسم الجدول	الصفحة
01	يوضح الخصائص السلوكية التي تفرق بين النمطين (أ–ب)	69
02	يوضح خصائص العينة حسب متغير السن (أ–ب)	81
03	يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى التعليمي	82
04	يبين درجات الصدق (ن) لميزات العامة لمقياس التقبل الانفعالي	86
05	يوضح عبارات المقياس قبل وبعد التصحيح	86
06	يبين طريقة تصحيح إختبار النمط (ج)	90
07	يبين نتائج الفرضية الأولى	94
08	يبين نتائج الفرضية الثانية	95
09	يبين نتائج الفرضية الثالثة	96
10	يوضح نتائج المقابلات	99
11	يبين نتائج اختبار التقبل الانفعالي	102
12	يبين نتائج اختبار النمط السلوكي (أ، ب)	103
13	يبين نتائج اختبار النمط السلوكي (ج)	104

قائمة الأشكال:

رقم الشكل	إسم الشكل	الصفحة
01	يوضح الحلقة المفرغة للنمط السلوكي (أ)	61
02	يوضح تطور النمط (ج)	74

مقدمة

مقدمة

إهتم العلماء منذ القدم بدراسة النفس البشرية، فتوصلوا إلى أن الفرد يستجيب لمختلف المواقف التي يواجهها في بيئته، فهو أمام إلحاح بعض الدوافع و ظروف البيئة التي قد يفشل الفرد في مواجهتها مما يسبب له الضغط، فتظهر عليه أعراض مرضية تجعل نصف حالته تنجر نحو المرض السيكوسوماتي، ويسعى علماء النفس في هذا المجال إلى دراسة أعماق الحياة الشعورية، و البحث في جوانب الصحة النفسية، و إن السبب المسؤول عما نعانيه إنما جاء من جراء إستسلامنا للانفعالات الشعورية وغير الشعورية التي تحدث داخل النفس البشرية، فيصبح الأنا مهدد بالوقوع في المرض السيكوسوماتي، و هو كلية بين أنظمة جسدية، نفسية، إجتماعية، وثقافية، فتلجأ أشكال العلاج الطبي المعروفة إلى مقاومتها و التخفيف من حدتها.

فالانفعالات هي عبارة عن مجموعة من المشاعر التي تتميز بمجرى قصير زمنيا، و بقوة كبيرة و بحالة من الإستثارة الفيزيولوجية المترافقة، و على عكس المشاعر، فإن الانفعالات هي دائما تفاعلية، وهي ردود أفعال إستجابية حيوية لحوادث صدمية يتم فيها التنفيس عن التوتر أو تفريغه، إنها استجابات فجائية ذات شدة مرتفعة على خبرات شديدة محددة أثناء المواجهة مع أشخاص آخرين، وإن لم يتم مواجهتها بالشكل المطلوب، يمكنها أن تسيطر على الحالة الداخلية للإنسان بدرجة يتقيد فيها وعيه لفترة عابرة على الأقل أو يغيب، و تلحق الضرر بالوظائف العقلية كالتفكير و التذكر و الإدراك و التصرف.

و الإنفعالات بوصفها خلجات مشاعر و إنفجارات، فهي لا تتيح المجال لأي تفكير متعقل هادئ، لذلك يجب على الفرد أن يكون لديه إرتضاء و تقبل لانفعالاته و ضبطها وقمعها و الإستسلام للمشكلة، و إلا كانت سببا في ظهور بعض الإضطرابات الحادة والمزمنة التي تصحبها تغيرات فيسيولوجية حشوية و تعبيرات حركية مختلفة، و كمثال على ذلك داء السكري الذي يندرج تحت فئة أكثر عمومية، حيث قدرت الاحصائيات بـ 285 مليون مصاب بمرض السكري في العالم، و هي الاضطرابات الغدية و يحتوي هذا النمط من الإضطرابات على تضخم الغدة الدرقية و ما يصاحب ذلك من فقدان الإتزان الغدي و زيادة إفراز الغدة الدرقية و السمنة و النحافة، و أخيرا إختلال عمليات الهدم و البناء، و عندها يحدث خلل في غدة البنكرياس نتيجة لقصور في عمل الأجهزة المناعية نتيجة لتعرض الفرد لقائمة من المشقة بمختلف تأثيراتها، الأمر الذي قد ينتهي باضطراب مستوى الجلوكوز بالدم المعروف باسم السكر، والذي يعتبر من المشكلات الصحية ذات الإنتشار الواسع على مستوى العالم، و هذه الحالة التي تنتاب الفرد بصورة مفاجئة وتأخذ صورة أزمة عابرة لا تدوم طويلا، وهذا ما جاء وفقا للعلماء بتصنيفهم من يعاشرونهم من الناس إلى شخصيات مختلفة يرجعون إلى طراز أو أنماط معينة.

والمقصود بالنمط أو الطراز فئة أو صنف من الناس يشتركون في نفس الصفات العامة، و إن كان ثمة إختلاف بين بعضهم البعض في درجة إتسامهم بهذه الصفات، و لا أحد ينكر أن

الانفعالات هي السبب الرئيسي في التأثيرعلى شخصية الفرد المتعددة الأنماط، وهذا ما تختص به دراستنا التي شملت على هذه المتغيرات الثلاث التي لها علاقة متبادلة فيما بينها، فيجب على الفئة المصابة بداء السكري أن تتلقى الإهتمام الكبير و الدعم النفسي خاصة من خلال المقابلة العلاجية، والتي من خلالها يتم التعرف على أهم الأسباب و العوامل التي تؤدي إلى حدوث الإصابة بداء السكري، و الكشف عن تأثير المرض على الحياة اليومية للمصابين به و التعرف على ما إذا كان النمط السلوكي لهذه الشخصية يستجيب لمجموعة الإنفعالات سواء بالسلب أو الإيجاب، و كذلك الوقوف على إصابة هذه الشريحة بداء السكري التي هي في تزايد مستمر، و كذا المعاش النفسي لهذه الفئة، و هذا ما نص عليه موضوع بحثنا تحت عنوان التقبل الإنفعالي و الأنماط السلوكية لدى المصابين بداء السكري، ويضم أربع فصول،الفصل الأول تطرقنا فيه إلى الجانب النظري وفيه تقديم للدراسة تتضمن الخطوات المنهجية للدراسة، أما الفصل الثاني ففيه التعريف بالمتغيرات،أما الفصل الثالث الذي تطرقنا فيه إلى الإجراءات المنهجية للدراسة من خلال منهج البحث والدراسة الإستطلاعية و حدود الدراسة و الدراسة الأساسية وأدواتها، أما الفصل الرابع فتناول عرض و تحليل و مناقشة نتائج الدراسة من خلال الفرضيات و المقابلات و تطبيق المقاييس المتمثلة في مقياس التقبل الإنفعالي، مقياس الأنماط السلوكية الثلاث (أ)،(ب)،(ج)،و في الأخير تم ختم بحثنا بمجموعة من التوصيات والإقتراحات، كما لا ننسى الأهمية من هذه الدراسة المتمثلة في التعرف على ما إذا كان هناك تقبل إنفعالي لدى المصابين بداء السكري، كذلك المعاناة النفسية التي يعيشها هؤلاء، و المساهمة في إيجاد حلول للتخلص من الإنفعالات أو تقبلها وإلا كانت عائقا أمام سير حياة الأفراد الذين يعانون من مثل هذه الأمراض الخطيرة، و لعل الأهمية الأساسية هي الخروج إلى الميدان قصد التعلم و الدراسة المقارنة والبحث العلمي، ونتمم دراستنا بخاتمة وقائمة المصادر والمراجع.

الفصل الأول: تقديم الدراسة

الفصل الأول: تقديم الدراسة.

- الإشكالية.
- الفرضيات.
- الأهداف.
- الأهمية.
- الدراسات السابقة.

الإشكالية

يعد موضوع الصحة أحد الموضوعات التي نالت الكثير من الاهتمام و الدراسة من طرف العديد من العلماء و الأطباء والباحثين خاصة تلك المتعلقة بالجسد والنفس، والعلاقة الموجودة بينهما،كون أن الجسم يؤثر في النفس والنفس تؤثر في الجسم،فهذين المتغيرين وحدة كاملة لا يمكن أن ينحل أحدهما إلا بانحلال الآخر، فهذه العلاقة القوية القائمة لا يمكن الفصل فيها من خلال متطلبات الصحة الجسمية و النفسية،فما ينمي النفس ينمي الجسم، و ما يضعف النفس يضعف الجسم. (قنون، 2013، ص21)

و حسب ما أكده العيسوي 1992، فمنذ مئات السنين و الأفراد يتساءلون عن جوهر العلاقة بين النفس والجسد و دور الانفعالات فيها، بحيث أن حالة الانفعال المطلوبة في الجسم يتحكم في الجهاز العصبي الذاتي في الإنسان من خلال الأجهزة العضوية في الجسم، فعندما ينتج تردد الجهاز العصبي يكون توقف لوظيفة العضو، وهذا ما يؤدي إلى نوع من الاضطرابات الجسمية التي تسببها سوء المواقف الخارجية الخطيرة أو الحالات الداخلية المؤلمة النفسية، وهذا ما يسمى بالإضطرابات السيكوسوماتية .

فالإضطراب السيكوسوماتي في مفهومه العام هو اضطراب عضوي ذو منشأ نفسي، فالمثيرات الداخلية المشعور بها أو غير المشعور بها و التي تكون في غالب الأحيان إنفعالات، وهذه الأخيرة تلعب دور مهم في ظهور إضطرابات تتجسد عضويا نتيجة لفشل الفرد في مواجهة تلك المواقف الضاغطة التي يستجيب لها من البيئة، وهذه الأمراض تسمى أيضا بأمراض العصر وهذا لكثرة انتشارها وظهورها في الآونة الأخيرة، فظهرت العديد من الأمراض المزمنة كالسرطان، إرتفاع ضغط الدم، القصور الكلوي، ومرض السكري ...

وهذا الأخير (المرض السكري)، يندرج تحت فئة أكثر عمومية،وهي الاضطرابات الغددية، و يحتوي هذا الإضطراب على تضخم الغدة الدرقية، و يصاحب ذلك فقدان الإتزان الغدي و

زيادة إفراز الغدة الدرقية،و السمنة، والنحافة، و أخيرا إختلال عمليات الهدم والبناء، وعندما يحدث خلل في غدة البنكرياس، نتيجة لقصور في عمل الأجهزة المناعية الناتج عن تعرض الفرد لقائمة من المشقة بمختلف تأثيراتها.(مختار، 2001، ص62)

وهذا الأمر قد ينتهي باضطراب مستوى الجلوكوز بارتفاعه و إفرازه بكمية زائدة في البول، و يكمن الخلل الرئيسي في قلة أو نقص الأنسولين مما يؤدي إلى عدم تمثيل الكربوهيدرات الجلوكوز بطريقة طبيعية.(آل سليمان،2007،ص18)

فقد أصبح هذا المرض يعتبر من أكثر التحديات الصحية في العالم للقرنالواحد و العشرون، فأصبح وباء يهدد الدول النامية والمتطورة بحد سواء، حيث تشير الإحصائيات إلى وجود أكثر من 285 مليون مصاب بمرض السكري في العالم، أي ما يقارب 2،2% من مجموع سكان العالم الذي يبلغ07 مليارات نسمة سنة 2010، وهذا للفئة العمرية ما بين 20 و 79 سنة، ويتوقع أن يزداد هذا العدد في عام 2030 ليصبح ما يقارب 438 مليون شخص مصاب بنسبة 7،8% من مجموع السكان المتوقع وحسب دراسات منظمة الصحة العالمية، فإن حوالي 80% من وفيات السكري تحدث في البلدان ذات الدخل المنخفض أي الدول النامية،ونصفها يحدث قبل سن 70 سنة.

(وزارة الصحة السعودية،2011،ص ص10 و15)

ويعتبر هذا المرض من أهم الأمراض وأكثرها إنتشارا في الجزائر، وهذا حسب ما بينته وزارة الصحة و المعهد الوطني للصحة العمومية من حيث النسبة و التكاليف، فقد أكدت دراسات المنظمة العالمية للصحة و ترقياتها لعام 2015 أن الجزائر ستصنف ضمن الدول التي سوف يطؤها خطر كبير جراء مرض السكري، بحيث تشير التقديرات إلى إصابة 5,3 مليون جزائري بهذا المرض، من بينها 25% من فئة الشباب، و 14% من فئة الأطفال.

(تواتي، 2012، ص141)

ونظرا لهاته الإحصائيات ولخطورة هذا المرض الذي يؤدي إلى الموت وحجم الظاهرة، يستدعي من الباحثين دراستها ومعرفة أسبابها لإيجاد الحلول و الطرق المناسبة لمواجهتها أو بالأحرى مواجهة الانفعالات، كونها تعتبر حلقة وصل بين الجانب النفسي والجانب الجسمي، وكذلك هي تعتبر من العوامل المهمة في حدوث مختلف الاضطرابات السيكوسوماتية بصفة عامة، و مرض السكر بصفة خاصة، بحيث أن بلادة الانفعالات وضعفها أو شدتها و ثورتها تضر بصحة الإنسان. (راجح، 1999،ص136)

و لهذا تعددت الملاحظات العيادية في السنوات الأخيرة لتوضيح الأثر الذي تحدثه الانفعالات في الجسم، فالوظيفة الأولية للانفعال تكون من خلال تغيير أوضاع الجسم، ثم يكتسب هذا الانفعال وظيفة ثانية وهي وظيفة التعبير عن تأثيرات العالم الخارجي أو الداخلي، فإذا حالت الصعوبات دون صرف التوتر والطاقة الإنفعالية بطريقة إيجابية، يرتدعلى الشخص نفسه مما يكسبه نوع من الإضطرابات النفس جسمية.

(الرازد،2000، ص184)

و لهذا كان من بين المتغيرات التي لقيت أهمية في هذا المجال، التقبل الانفعالي و هو إرتضاء وقبول المريض للأحداث النفسية المؤلمة التي تجري داخل النفس من إنفعال وعواطف وأفكار داخلية وسلوكات ظاهرية جراء مواقف حياتية تفرض على الفرد، أي حالة مرضية حتمية لا يمكن تغييرها إلا بتغيير الواقع، فحسب نظرية التقبل والإلتزام أن دراسة الأحداث الخاصة التي لا يمكن ملاحظتها، جزء مهم من الأحداث العامة للسلوك، فالمثيرات التي تولد من داخل الجسد تلعب دورا مهما في السلوك، وبأن العوالم المشعور بها هي في الغالب أيضا مهمة أكثر، فالشخص عندما يتعرض لموقف مثير أو صادم وغير متوقع،يؤدي به إلى الشعور بالحصروالإنفعال و التعاسة اتجاه هذا الموقف، مما يولد له نوع من الإضطرابات السيكوسوماتية كمرض السكري. (vuille, 2014, p86)

وقد وجدت أن هناك علاقة بينه و بين الإضطرابات السيكوسوماتية، فحسب ما أكده علي حبيب 1983، بأن الانفعالات في معناها السيكولوجي هي حالة نفسية جسمية ثائرة، يبتعد فيها الفرد عن الهدوء العادي، وهذه الحالة تشمل على شعور قوي واندفاع نحو ردود الفعل العضوية الداخلية.

و من بين الدراسات المتعلقة بالتقبل الإنفعالي،دراسة لورا كامبل سيل وآخرون2005،حول تأثير القمع و التقبل على الإستجابات الإنفعالية على أشخاص يعانون قلق واضطرابات المزاج، فكانت دراسة مفارقة بين الأثر الفيزيولوجي و النفسي للقمع و التقبل الانفعالي، فحالة القمع وتقبل الوضع و كبح المشاعر يؤدي إلى آثار فيزيولوجية و نفسية للفرد.

و أيضا من بين المتغيرات التي لقيت إهتماما من الباحثين نظرا لخطورتها، الأنماط السلوكية، بحيث يعرف النمط السلوكي على أنه نهج سلوكي معين تدفع إلى اتباعه مجموعة من الأحداث و التجارب والعوامل النفسية، فهو طريقة يواجه بها الفرد مشكلاته.

(بن زروال، 2008، ص217)

و ترجع الريادة في الأنماط السلوكية إلى الطبيبان المختصان في أمراض القلب Friedman et rosenmen ففي عام 1958 توصلا إلى نمط السلوك (أ)، الذي عرفاه على أنه يشير إلى أي شخص ينهمك بعدوانية وكفاح مرير ومستمر لإنجاز المزيد في أقل وقت ممكن، ولو كان ذلك على حساب الآخرين، بالمقابل يوجد أصحاب النمط (ب)، والذين يتسمون بعكس السمات السابقة، فهم متحررون من العدوان، وقادرون على الاسترخاء دون الشعور بالذنب، ويفضلون المشاركة في الرياضة، أو غيرها من الأنشطة الترويحية دون الشعور بحاجة إلى إثبات تفوقهم أو مقدرتهم، مع عدم ظهور الحاجة القهرية إلى الكشف عن الإنجازات. (تواتي، 2012،ص ص5-6)

أما النمط (ج)، فهو أيضا عكس النمط (أ) فهو يميل إلى استبطان إستجابته ثانية إزاء الإنفعال، حيث أنه يتميز بكبح الانفعالات و الشعور بالعجز، فحسب تيموشوك أنه يتميز بإدراكات إكتئابية. (بن زروال، 2008،ص232)

و البحث الحالي يندرج في هذا السياق، حيث يخص التقبل الإنفعالي و الأنماط السلوكية (أ،ب،ج)، من حيث البحث في مستوى التقبل الإنفعالي و النمط السلوكي السائد لدى عينة البحث، وعليه يمكن صياغة الإشكاليات التالية:

1- هل أغلب المرضى المصابين بالسكري متقبلون لانفعالاتهم؟.

2-هل يعتبر النمط (أ) نمط سائد لدى مرضى السكري؟.

3-هل يعتبر النمط (ج) نمط سائد لدى مرضى السكري؟.

2) الفرضيات:

1-أغلب المرضى المصابين بالسكري ليسوا متقبلين لانفعالاتهم.

2-يعتبر النمط (أ) نمط سائد لدى مرضى السكري.

3-يعتبر النمط (ج) نمط سائد لدى مرضى السكري.

3)أهداف الدراسة:

تتمحور الدراسة حول العديد من الأهداف و التي تتمثل في:

-الكشف عن مدى تقبل مرضى السكري لانفعالاتهم.

-الكشف عن النمط السائد لدى هذه الفئة من المرضى.

4)أهمية الدراسة :

تظهر أهمية الدراسة من خلال تناوله لموضوع التقبل الإنفعالي لدى فئة المصابين بأحد الإضطرابات السيكوسوماتية والمتمثل في مرض السكري، حيث أن هذا الموضوع أصبح حديث الساعة باعتباره يمس جانب هام من حياة المريض و هو الجانب الانفعالي.

-التعرف على النمط السلوكي السائد لدى فئة المصابين بالسكري، حيث تم تسليط الضوء

على هذا المصطلح لما له من خطورة على الصحة الجسدية، كما أنه قد يشكل عامل خطورة في الإصابة بمرض السكري .

5)مصطلحات الدراسة :

مرض السكري:

إصطلاحا:

من أشهر أمراض الغدد الصماء،فهو حالة مزمنة من ازدياد مستوى السكر في الدم وقد ينتج ذلك من عوامل بيئية عديدة غالبا ما يتظافر بعضها مع البعض، و هو داء واحد يوجد في الدم و البول، وإنه عندما يرتفع مستوى الجلوكوز يفرز في البول، فهو اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات و بنائها مما يتسبب في ارتفاع غير مناسب للجلوكوز إما بسبب نقص مطلق في إفراز الأنسولين أو انخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما.

(عبدالعزيز، 2010، ص328)

إجرائيا:

مرض أيضي نتيجة لنقص نسبي أو كامل في الأنسولين أو انخفاضها، مما ينتج عنها ارتفاع مستوى السكر في الدم، بحيث يؤدي هذا المرض إلى صعوبة حصول خلايا الجسم

على كميات كافية من الجلوكوز، و تم التعرف على حاملي هذا المرض من خلال الملف الطبي لكل مريض.

التقبل الإنفعالي:

اصطلاحا:

هو قبول الخبرات العاطفية و السماح للإنفعالات الخاصة بالفرد لتكون على ما هي عليه دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها، من خلال التخلي عن محاولات السيطرة على الإنفعالات.(kristalynsalters .pedmeault ,pho)

إجرائيا:

هو إرتضاء و قبول الشخص لانفعالاته مهما كان شكل هذه الانفعالات أو نوعها (بسيطة، متوسطة، شديدة) وتجنب تغييرها أو قمعها ومحاولة التأقلم والتكيف معها في الواقع كما لو أنها أمر حتمي، خاصة أثناء تعرضه لموقف انفعالي، هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها مريض السكري لـ j.l.monestes et al.

النمط السلوكي:

إصطلاحا:

هو كناية عن نهج سلوكي معين تدفع إلى إتباعه مجموعة من الأحداث والتجارب و العوامل النفسية، بحيث لو عرضنا مجموعة من الأشخاص مختلفي الشخصيات لهذه الظروف، لرأينا أنهم يقومون بإتباع هذا النمط، وذلك بصورة مؤقتة ريثما تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية أخرى، أي أنه طريقة يواجه بها الفرد المشكلات التي تواجهه.

(النابلسي، 1993، ص ص 60،64،67)

إجرائيا :

يعبر هذا المصطلح في هذه الدراسة عن الطريقة أو الأسلوب الخاص و المميز للفرد المصاب بداء السكري في الإستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه ومع الآخرين، بحيث أنه مجموعة من الصفات و الخصائص في تبني ممارسات سلوكية يومية معينة، ويفترض أن يكشف عن النمط السلوكي للمصابين بالسكري في هذه الدراسة من خلال اختبارات الأنماط السلوكية، و هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها مرضى السكري في مقياس الطراز السلوكي (أ،ب) و مقياس النمط السلوكي (ج).

و سنعرض الأنماط السلوكية الثلاثة المعروفة :

النمط السلوكي (أ):

اصطلاحا:

النمط (أ) هو عبارة عن مركب معقد من الفعل والانفعال action –émotion complexe الذي يمكن ملاحظته بكل سهولة عند أي شخص لديه حاجة كبيرة للإنجاز ويخوض صراعا دائما بهدف الإنجاز أكثر فأكثر في الحياة و ذلك في أقل وقت ممكن.

(عبدالعزيز، 2010، ص138)

إجرائيا:

يشير إلى الفرد الذي ينهمك بعدوانية في كفاح مرير ومستمر لإنجاز المزيد من العمل في أقل وقت ممكن، ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أو المحيطين به، و هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها المصابين بالسكري في مقياس الطراز السلوكي (أ،ب) لنمط الشخصية و الذي قام بترجمته الطاهر بشير.

النمط السلوكي (ب):

اصطلاحا:

الذي هو على العكس تماما من النمط السلوكي (أ)، وهذا النوع من السلوك يكون عادة أقل اندفاعا وتوترا، ولا يظهرون عادة ما هو معروف من الصفات في نمط الشخصية (أ)، كما أنه قادر على تقديم الحب و العاطفة، ولديه القدرة على التسامح، الثقة بالآخرين، لا يعاني من شعور بضغط الوقت و لا من نفاذ صبر، القدرة على الاسترخاء دون شعور بالذنب، كما لا تؤدي التفاعلات الإجتماعية من أنواع محددة عندهم إلى ردود فعل فسيولوجية ضارة على نحو مهم للجسم، أصحابه أكثر استرخاء و أقل احتمالا للتعرض لمخاطر الإصابة بأمراض الشريان التاجي.(الأسدي، عطاري، 2012، ص78-85)

إجرائيا:

يشير إلى الأفراد الذين يتميزون بخصائص عكس النمط (أ)، إذ أن لديهم القدرة على الإسترخاء دون الشعور بالذنب ويتمتعون بالمسؤولية، و هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها المصابين بالسكري في مقياس الطراز السلوكي (أ،ب) لنمط الشخصية و الذي ترجمه بن طاهر بشير.

النمط السلوكي (ج):

اصطلاحا:

يميل الفرد من النمط (ج) إلى استبطان إستجابته ثابتة إزاء الإنفعال و الإجهاد آملا من خلال ذلك أن يسيطر على نفسه، وأن يتحكم في الإنفعال و الإجهاد، لكنه في الواقع يحقق ذلك اجتماعيا فقط ظاهريا، حيث يبدو هادئا و رصينا يميزه لطف مفرط وخضوع للسلطة و المعايير الإجتماعية، تجاهل مشاعره و تبعية للآخرين، إحساس كبير بالمسؤولية، تثبيط لمشاعر العدوانية وشعور بالذنب دون سبب.(بن زروال، 2008، ص217)

إجرائيا:

يقصد به الأفراد الذين لا يظهرون انفعالات سلبية في المواقف الراعية حيث يميلون إلى إستبطان إستجاباته إزاء الإنفعال، فحسب تيموشوك أنه يتميز بإدراكات إكتئابية و كبح للانفعالات، و هي مجموع الدرجات التي تحصل عليها المصابين بالسكري في مقياس النمط (ج) لقروسارت ماتيساك و إيزنك.

6) الدراسات السابقة:

تمهيد:

بالرغم من كثرة المصابين بالسكري وتوفر العديد من الدراسات التي تناولت هذه الأخيرة،إلا أنه لم يتم العثور على دراسات تناولت كل من متغير التقبل الإنفعالي ومتغير الأنماط السلوكية لدى هذه الفئة، وإنما تم إيجاد دراسات خاصة بكل متغير لدى عينات مختلفة، وفي فترات زمنية محددة وفي أماكن معينة.

مع العلم بأنه لم يتم العثور على دراسات تتكلم على التقبل الإنفعالي، وإنما كانت تدور حول موضوع التجنب والقمع الإنفعالي.

وفيما يلي سوف نقدم عرضا للدراسات السابقة التي تناولت مرض السكري، يليها الدراسات التي تناولت متغير التقبل الانفعالي، ثم الدراسات التي تناولت الأنماط السلوكية، والتي تم الإستفادة منها في بناء دراستنا الحالية.

6-1)دراسات متعلقة بداء السكري :

1-**دراسة جبالي نور الدين (1989)**: حول علاقة الإضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية، دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية و حالات السكري، حيث شملت الدراسة على عينة 68 شخص مقسمين إلى ثلاث مجموعات،22 شخص مصاب بالقرحة المعدية، 15 ذكر و07 إناث، و23 مصاب بالسكري، 15 ذكر و08 إناث، و 23 شخصا سليما، استخدم فيها كل من اختبار الشخصية متعدد الأوجه MMPI، و قائمة إيزنك للشخصية EPI، وتم الوصول

إلى النتائج التالية: حصل المصابون بالقرحة المعدية على درجات منخفضة دالة إحصائيا على مقياس البارانويا و الفصام ومقارنة مع الأسوياء، وحصل المصابون بالسكري على درجات مرتفعة دالة إحصائيا على كل مقياس للإكتئاب والهستيريا و مقياس الذكورة و الأنوثة، بمقارنة المصابين بالقرحة المعدية والمصابين بالسكري كانت الدرجات مرتفعة و دالة إحصائيا لصالح المصابين بالسكري. (باهي سلامي، 2007،ص38)

2- **دراسة كولمبا (COLOMBA)(1994)**: تحت عنوان المظاهر السيكولوجية لمرضى السكري، حيث شملت الدراسة على عينة مكونة من 38 مريض بالسكري من خلال مقابلة فردية وتم تطبيق عليها عدد من الاختبارات النفسية التي تقيس المظاهر السيكولوجية منها: اختبار كاتل 16 pf، ومقياس الاكتئاب لهاميلتون، مقياس زونج لتقدير القلق، ومقياس السلوك المرضي، فتم الوصول إلى النتائج التالية، حيث ثبت أن مجموعة مرضى السكري لديهم درجة مرتفعة من الإكتئاب ودرجة فوق المتوسط من القلق، ولديهم إتجاهات و سلوكيات مرضية.(أبو قاسم ، 2013، ص143)

3-**دراسة rickrnaan.A(1996)**: تحت عنوان سمات الشخصية والحالة الصحية طويلة الأمد، تأثيرات العصابية و الضمير الحي على السكر، لقد تم فحص العلاقة بين عاملين من عوامل الشخصية لدى مرضى السكري، أولهما العصابية، وثانيهما الضمير الحي، وقدرت المجموعة التجريبية بـ 85 مريض بمتوسط عمر قدره 24,5 و 59,3 سنة، فقد وجد الباحث أن المرضى المصابين منذ 10 سنوات فقط كانت عصابيتهم أقل من المرضى المصابين منذ 15 سنة أو يزيد، كما وجد علاقة بين الضمير الحي و مرض السكر، فكلما زاد معدل الضمير الحي كلما زادت العصابية وبالتالي أدى إلى ظهور بدايات اضطرابات سيكوفزيولوجية ممثلا هنا بالسكري.(علي، 2001، ص50)

5-**دراسة الشهيبي (2006)**: بعنوان الضغوط النفسية -الاجتماعية لدى عينة من المصابين و غير المصابين بمرض السكر بمدينة بنغازي، وهدف الدراسة هو معرفة فيما إذا

كان التعرض للضغوط النفسية –الإجتماعية يؤدي للإصابة بمرض السكري، وتكونت عينة الدراسة من 120 فرد،60 فرد مصاب بمرض السكري، و60 غير المصابين جميعهم من الذكور و المتزوجين، وتم التحكم في المتغيرات الدخيلة الهامة(النوع، الحالة الإقتصادية،العمر،المستوى التعليمي)، بحيث تكون المجموعتين متكافئتين في تلك المتغيرات، ما عدا التعرض للضغوط النفسية –الإجتماعية، ولمعرفة تأثيره على الإصابة بمرض السكري، من خلال الطلب من المفحوصين أن يشيروا إلى درجة تعرضهم للضغوط النفسية –الإجتماعية قبل الإصابة بمرض السكر قد تعرضت إلى الضغوط النفسية – الإجتماعية بكافة مجالاتها بدرجة أكبر بكثير من مجموعة غير المصابين، حيث كانت الفروق بين متوسطات الإستجابة على مقياس الضغوط النفسية –الإجتماعية دالة إحصائيا عند مستوى أقل من(0.001)، كذلك أظهرت النتائج بالنسبة لمجموع مرضى السكر أن معامل الارتباط بين الدرجات على مقياس الضغوط النفسية –الاجتماعية و بين نسبة السكر في الدم كان إيجابيا و ذا دلالة إحصائية أقل من (0.001)، مما يشير إلى أنه كلما ازداد التعرض للضغوط النفسية –الإجتماعية تزداد نسبة السكر،وتشير هذه النتائج إلى الدور الكبير الذي تقوم به الضغوط النفسية –الإجتماعية في الإصابة بمرض السكري.

(عبد العزيز، 2010، ص ص339–340)

5– **دراسة فاطمة الزهراء إيزروق (2009):** بعنوان النمط السلوكي (ف) المرتبط بالإصابة بالسكري، حيث شملت الدراسة على عينة مكونة من 306 فرد ما بين 18 و79 سنة من سبع ولايات بالجزائر، حيث اعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، فامتدت الدراسة عن ما يزيد السنتين والنصف، واستخدم فيها مقياس طريقة الحياة للكشف عن النمط السلوكي للمصابين بالسكري، وتم الوصول إلى العديد من النتائجمن بينها: وجود نمط سلوكي خاص بمرضى السكري، يمكن الكشف عنه من خلال إختبار طريقة الحياة و الذي تم تسميته بالنمط (ف).

6-2) دراسات متعلقة بالتقبل الإنفعالي:

1-**دراسة georgh.eafert ,and michelleheffner(2003):** حيث هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة تأثيرات التهيئة للتقبل مقابل التجنب، فشملت العينة على 60 امرأة حساسة للقلق بدرجة عالية، وتعرضت العينة لفترتين ما بين مدة ثابتة بـ 10% منCO_2 المخصب، مع إعطاء محفزات قبل كل فترة استنشاق، حيث خضع المشاركون إلى إجراء تدريبات إلى تشجيعهم وملاحظة بانتباه سياق التقبل والتحكم في الأعراض عن طريق التنفيس الباطني، وأعطيت مجموعة أخرى دون أي تدريب، وافترضت الدراسة أنه من أن تقبل سياق السيطرة سيكون أكثر فائدة في الحد من تجنب القلق و الإنفعال، مقارنة بالسيطرة على السياق وليس التعليم. (http ://www.jpsychoses.com /article/soo)

2-**دراسة كل من KOZUTAZASHIMADA ,YUMIL.WAMITSN.ROES BUCK SMASAKO OKAWA ,TOHRU TANI,HOIME ABE (2003):** حول تأثير القلق و التجنب الإنفعالي على الضغط النفسي العالي PSYCHOLOGICAL DISTRESS شملت على عينة الدراسة مكونة من 21 مصابة بسرطان الثدي و 72 مصابة بورم صدر حميد، فالمرضى المصابين بالسرطان الذين تجنبوا انفعالاتهم و عدم تقبلها، وكانت لديهم مستويات عالية من القلق، شعرن بمستويات أعلى من الضغط النفسي قبل وبعد التشخيص، حيث يحتاج هؤلاء المرضى إلى تدخلات سيكولوجية، متضمنا تشجيع التعبير، وتقبل انفعالاتهم فورا بعد تعرضهم لعملية التشخيص،بهدف الحصول على تعديل معرفي لمواجهة المرض، والنتائج هي كالتالي:

- أن مرضى سرطان الثدي الذين يشعرون بالقلق المزمن، يشعرون بالضغط النفسي العالي، مقارنة مع أولئك الذين لم يشعروا بالقلق بوجه عام.

- ويعاني مرضى السرطان الذين تجنبوا ولم يتقبلوا انفعالاتهم السلبية من أولئك الذين عبروا عنها بعد الكشف و التشخيص.

– المجموعة التي تعاني قلق مرتفع وتجنب وعدم التقبل مرتفع، أكثر ضغط من المجموعة التي أظهرت مستويات منخفضة من القلق وعدم التقبل سواء قبل أو بعد التشخيص.
(http://psy.psychnoitry online .ory/cgi/content/full/)

3 – دراسة لورا كامبل سيل وآخرون (2005): بعنوان تأثير القمع والتقبل على الإستجابات الإنفعالية على أشخاص يعانون قلق و إضطرابات المزاج، تمثل هذه الدراسة مقارنة بين الأثر الفيزيولوجي physiological و النفسي (الذاتي) subjective للقمع و التقبل الانفعالي على عينة من الأفراد يعانون قلق و اضطرابات مزاجية. شارك 60 فرد مشخصين على أنهم يعانون قلق و اضطرابات مزاجية، صنفوا بشكل عشوائي في إحدى المجموعتين، إحدى المجموعتين استمعت لعقلنة لقمع الانفعالات، بينما استمعت المجموعة الثانية لعقلنة (rationale) لتقبل الانفعالات، ومن ثم شاهد المشاركين فيلما يثير الانفعالات émotion–provoking وطبقوا التعليمات. إزالة قلق ذاتي، معدل نبضات القلب، مستوى تعرق (conductance) جلدي، وتم قياس التنفس قبل sinusarrhythmia (respira tory wear masure bifore) أثناء وبعد الفيلم بالرغم من أن كلا المجموعتين أعطوا نفس المستوى من إزالة القلق الذاتي subjective distress أثناء الفيلم، مجموعة التقبل عرضت انفعالات سلبية أقل في فترة الإسترجاع ما بعد الفيلم، إضافة على ذلك، أظهرت مجموعة القمع زيادة في معدل دقات القلب، ومجموعة التقبل معدل دقات قلب منخفض كاستجابة للفيلم، لا توجد فروق بين المجموعتين في مستوى التعرق الجلدي و قياس التنفس، نوقشت هذه الإكتشافات ضمن مجال وجود الجسد للأبحاث في تعديل الإنفعالات، وتيار المقاربة العلاجية للقلق و اضطرابات المزاج.

3-6)دراسات متعلقة بالأنماط السلوكية :

1–دراسة liorente (1986): حيث هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة سلوك نمطي (A .B) في العصابية والانبساطية، حيث شملت عينة الدراسة على 956 ذكور، و647 إناث من

طلبة الكليات الإسبانية،واستخدم فيها مقياس مسح جينكيز للنشاط ومقياس الشخصية لإيزنك، أظهرت النتائج أن الأشخاص ذوي نمط (A) معرضين للإصابة بالشريان التاجي، كان لديهم مستويات عالية من العصابية والانبساط عن الأشخاص ذوي نمط (B) غير المعرضين للشريان التاجي، وأظهرت النتائج أن الإناث أكثر ميلا لإظهار مشاعرهن ، وهو متوقف على العصابية، بينما أظهر الرجال ميلا أكبر لاعتناق سلوكيات الدخول في منافسات حادة و السعي للانجاز المهني،و هو ما يتفق مع مكونات سلوك نمط (B).

(عبد الوائلي، 2012، ص624)

2-دراسة جيملش و جيتس gmelsh et gates (1998): بعنوان تأثير الخصائص الشخصية و المهنية، و الخصائص التنظيمية على الإحتراق النفسي الإداري، حيث شملت على عينة مكونة من656 فرد (169 معلمة، 149 من المعلمين صغار السن ذوي المناصب المتوسطة والعليا بالمدارس الأساسية ،177 بالمدارس العليا، 161 ناظرا)، وتم تطبيق عليها كل من: قائمة الضغوط الإدارية، مقياس ماسلاشن للإحتراق، وتم النفسي، استفتاء دور الإدارة، أداة المناخ المدعم، واختبار نمط الشخصية (أ)، وتم الوصول إلى نتائج متعددة من بينها، أنه هناك ارتباط النمط (أ) سلبيا بالصحة الجسمية، وهذا بعد التنافس، بينما ارتبط التحدي إيجابيا بالصحة الجسمية، حيث تتمثل الصحة الجسمية في عدم الإحساس بالاحتراق النفسي. (دردير،2007، ص72)

3-دراسة بن زروال فتيحة (2008): بعنوان أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد، (المستوى، الأعراض، المصادر، و إستراتيجيات المواجهة)، حيث شملت عينة الدراسة على 395 فرد، مشكلين نسبة 42,93% من المجتمع الأصلي المتكون من العاملين بوحدات التدخل للحماية المدنية، وصالح الاستعجالات والتوليد بالمستشفيات، ومراكز البريد من فئة خارج التصنيف، وطبق عليهم كل من مقياس نمط الشخصية مقياس الإجهاد، ومقياس إستراتيجية مواجهة الإجهاد، وقد أسفرت النتائج إلى وجود علاقة موجبة بين النمط (أ) و(ج)

ومستوى، وأعراض ومصادر الإجهاد، وميل النمط (أ) إلى استخدام استراتيجيات المواجهة المركزة على المشكلة أكثر، ووجود علاقة سالبة بين النمط (ب) ومستوى وأعراض ومصادر الإجهاد، وميل كل من النمط (ب) و (ج) إلى استخدام إستراتيجيات المواجهة المركزة على الانفعال أكثر.

4-دراسة نوارة تواتي (2012): تحت عنوان علاقة الأنماط السلوكية (أ،ب،ج) بالإصابة ببعض الإضطرابات النفسية(الاكتئاب، السيكوباتية، الهستيريا، الوسواس) شملت هذه الدراسة على عينة مكونة من 350 فرد موزعين على مجموعتين، مجموعة الأسوياء،200 موزعين بين الإناث والذكور بصفة متساوية، وبعد استرجاع الإختبارات، تم التخلي عن 16حالة لعدم الإجابة على كل الأسئلة، ولهذا أصبح عدد العينة الحقيقي 184، أما بالنسبة لعينة الأفراد غير الأسوياء، كان عددهم 150 فرد موزعين بين الذكور ب 70 و ب 80 أنثى، وبعد فرز الإستجابات تم التخلي عن 32 حالة كونهم خرجوا من المستشفى، وبالتالي أصبح عدد العينة 118 فرد، والعدد الإجمالي للعينة 302 في الفترة الزمنية الممتدة حوالي سنتين، وتم تطبيق كل مقياس الصحة النفسية ،و اختبار الشخصية متعدد الأوجه و اختبار النموذج السلوكي (أ)، واختبار النمط السلوكي(أ) و اختبار النمط السلوكي (ج)، و منه تم الوصول إلى نتائج متعددة و أهمها: توجد فروق دالة إحصائيا بين الأسوياء المنتمين للنمط (أ،ب،ج) في الإصابة بالاكتئاب، السيكوباتية، الهستيريا، والوسواس.

7- تعقيب حول الدراسات السابقة:

من خلال العرض السابق للدراسات السابقة المرتبطة بمشكلة الدراسة الحالية يتضح ما يلي:

من حيث عنوان الدراسة، وفي حدود إطلاعنا لا توجد دراسات تناولت التقبل الانفعالي و الأنماط السلوكية لدى المصابين بداء السكري، في حين توجد دراسات تناولت الأنماط السلوكية، كدراسة فاطمة الزهراء إيزروق 2009 بعنوان النمط السلوكي (ف) المرتبط

بالإصابة بالسكري، كذلك دراسة liorente 1986 و التي هدفت إلى مقارنة سلوك نمطي(A ,B) في العصابية والانبساطية، إضافة إلى دراسة بن زروال فتيحة 2008 بعنوان أنماط الشخصية وعلاقتها بالإجهاد، كذلك دراسة نوارة تواتي 2012، تحت عنوان علاقة الأنماط السلوكية (أ،ب،ج) بالإصابة ببعض الاضطرابات النفسية، إلا أن معظم الدراسات تناولت الداء السكري مثل دراسات، أولا: دراسة جبالي نور الدين 1989 حول علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية، دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية وحالات السكري، كذلك دراسة كولمبا 1994 تحت عنوان المظاهر السيكولوجية لمرضى السكري، وأيضا دراسة 1996brickrnaan.A تحت عنوان سمات الشخصية و الحالة الصحية طويلة الأمد:تأثيرات العصابية والضمير الحي على السكر ،كذلك دراسة فاطمة الزهراء إيزروق 2009، بعنوان النمط السلوكي (ف) المرتبط بالإصابة بالسكري، دراسة الشهيبي 2006: بعنوان الضغوط النفسية الاجتماعية لدى عينة من المصابين وغير المصابين بمرض السكر بمدينة بنغازي، أما فيما يخص الدراسات المتعلقة بالتقبل الانفعالي فتوجد دراسة لورا كامبل سيل و آخرون بعنوان تأثير القمع و التقبل على الاستجابات الانفعالية، كذلك دراسة 2003. Georgh. Eafert .and Michelle heffner، حيث هدفت هذه الدراسة إلى مقارنة تأثيرات التهيئة للتقبل مقابل التجنب، إضافة إلى دراسة كل من: Kzoutaza shimada. Ymil wamitsn. Roes boek. Smasako okawa. Tohru .tani. Hoime abe

من حيث المنهج، فإن معظم الدراسات إعتمدت على المنهج الوصفي كدراسة علاقة الأنماط الشخصية بالإجهاد و كذلك دراسة نوارة تواتي 2012 تحت عنوان علاقة الأنماط السلوكية (أ، ب ،ج) بالإصابة ببعض الإضطرابات النفسية، كذلك دراسة جبالي نور الدين (1989) حول الإضطرابات السيكوسوماتية و علاقتها بالشخصية، و ذلك لدراسة تأثير العوامل النفسية و الإنفعالية والبيولوجية و الإجتماعية على الأنماط السلوكية و الصحة العامة و التي تكون بين متغيرين، وهذا مايتفق مع الدراسة الحالية.

من حيث العينة، فإن بعض الدراسات تناولت تأثير مرض السكر على الشخصية مثل دراسة (جبالي نور الدين 1989)، (دراسة كولمبا 1994) تحت عنوان المظاهر السيكولوجية لمرضى السكري، (دراسة brickrnaan.a 1996) تحت عنوان سمات الشخصية والحالة الصحية طويلة الأمد: تأثيرات العصابية و الضمير الحي على السكر، دراسة فاطمة الزهراء إيزروق(2009) بعنوان النمط السلوكي (ف) المرتبط بالإصابة بالسكري ، في حين توجد دراسات لم تتناوله مثل دراسة (liorente 1986)، دراسة (بن زروال فتيحة 2008)، دراسة (نوارة تواتي 2012)، دراسة(جيملش وجيتس 1998)، دراسة(georg h. eafert and michelle heffer.)، دراسة كل من (kozutaza shimada وآخرون.

و تشمل الدراسة الحالية 30 حالة للدراسة الوصفية، منهم حالة واحدة لدراسة الحالة، والذي يطبق عليهم مقياس التقبل الإنفعالي ومقياس الأنماط السلوكية و دليل المقابلة.

أما من حيث أدوات جمع البيانات: فلقد اختلفت الأدوات المستخدمة في جمع البيانات والمعلومات من بينها المقاييس والاختبارات و الاستمارات، كدراسة (liorente 1986) ،مقياس مسح جينكيز للنشاط، كذلك دراسة بن زروال فتيحة 2008: كمقياس نمط الشخصية ، كذلك دراسة نوارة تواتي 2012: كاختبار الشخصية متعدد الأوجه، دراسة جيمليش وجيتس(1998): اختبار نمط الشخصية (أ)، كذلك تم إستخدام المقابلات والملاحظات مثل دراسة:2003 georg. h ,eafert and michelle عن طريق التنفيس الباطني، دراسة لورا كامبل و آخرون 2005.

أما فيما يخص دراستنا الحالية فقد اعتمدنا على مقياس التقبل الانفعالي من إقتباس وإعداد J.L.Monestés. M.Villate. H.Mouras. G. Loas. FW.Bond 2009، أما المقياس الثاني فهو مقياس الطراز السلوكي (أ) (ب) لنمط الشخصية من إعداد و ترجمة بن طاهر بشير، أما مقياس النمط السلوكي (ج)، الذي وضعه كل من قروسارت ماتيساك و

إيزنك، كذلك قمنا باستعمال دليل مقابلة على الحالة، حيث يتكون الدليل من 05 أبعاد، كل بعد يحتوي على مجموعة من الأسئلة لها علاقة بمتغيرات الدراسة.

الفصل الثاني: الخلفية النظرية للدراسة

الفصل الثاني: الخلفية النظرية للدراسة.

- تمهيد.

- أولا: داء السكري.

-ثانيا: التقبل الانفعالي.

-ثالثا: الأنماط السلوكية.

- خلاصة.

تمهيد

تناولنا في هذا الفصل متغيرات الدراسة وفق ثلاث مباحث، تضمن المبحث الأول على متغير داء السكري و هو من الأمراض المزمنة و المعروفة منذ القدم، حيث يعتبر من أكثر الأمراض السيكوسوماتية إنتشارا لدى مختلف الفئات العمرية، فداء السكري يعني ارتفاع في نسبة السكر في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية أو عضوية، أو قد تكون سبب في الإفراط في تناول السكريات، و قد تطرقنا في هذا المبحث إلى لمحة تاريخية، تعريف السكري، تعريف البنكرياس و الأنسولين، الأسباب و المضاعفات، الأنواع و آلية حدوثه، و كذلك العلاج.

أما فيما يخص المبحث الثاني، فقد تناول المتغير التقبل الإنفعالي الذي يعتبر من المفاهيم الحديثة على مستوى تناولها في البحث العلمي، فهو يرتبط بمجال محدد من الإنفعالات يمكن تقبلها أو لا يمكن تقبلها حسب طبيعة المرض، و عليه تضمن هذا البحثن تعريف للتقبل و المصطلحات المتعلقة به كالتجنب و قمع الإنفعالات، تعريف الإنفعال، آلية حدوث الإنفعالات، كذلك النظريات المفسرة للإنفعالات، و أخيرا علاج التقبل.

و بالنسبة للمبحث الثالث، الذي تناول الأنماط السلوكية المعبر عنها بالنمط (أ،ب،ج)، بحيث أن كل نمط لديه سمات خاصة به حسب شخصية كل فرد، و حاولنا في هذا المبحث التعرف على الأنماط السلوكية وسماتها وكذلك النظريات المفسرة لهذه الأنماط.

أولا: داء السكري

تحتل الأمراض الغدية و خاصة مرض السكري مركزا مهما من بين الأمراض السيكوسوماتية، حيث يمس هذا المرض جميع الفئات العمرية من أطفال و مراهقين و شباب و شيوخ، و هذا المرض معروف منذ القدم، و له جذور تاريخية عميقة وأسبابه متعددة، كما أنه يمتاز بالصعوبة كونه مرتبط بجسم الإنسان، مما يؤي به إلى مضاعفات كبيرة، و لهذا حاول العديد من الأطباء و العلماء إيجاد العلاج المناسب لهذا المرض.

1) لمحة تاريخية:

يعتبر مرض السكر من الأمراض طويلة الأمد والمعروفة منذ القدم و المسببة لوفاة الملايين من البشر قي جميع أنحاء العالم، ويعتبر الفراعنة أول من وصف هذا المرض، فقد قام"هس رع الفرعوني" بتشخيص المرض بتكرار التبول والعطش المستمر، وتم تدوين ذلك في أوراق البردي(3000ق.م).(عبد العزيز، 2010، ص327)

ولاحظ الطبيب الاغريقي "أريتاوس aretaeus في أوائل عام 200 ق.م أن بعض المرضى تظهر عليهم أعراض كثرة التبول و العطش الشديد، وقد سمي هذه الظاهرة "البوال" أو الديابيتس diabetes، وهي كلمة لاتينية تعني الذهاب إلى كرسي الحمام أو كثرة التبول، وفي عام 1975 أضاف العالم توماس ويليس " thomas willis" كلمة مليتوس mellitus، وتعني باللاتينية الحلو كالعسل، بعد ملاحظة أن دم وبول مرضى السكر له مذاق حلو فأصبحت تسمية هذا المرض "ديابيتس ميليتوس "، أو مرض السكر و هناك أيضا حالة نادرة تسمى بـ "ديابيتس السبيدوس" diabetes insipidus لا يكون مذاق البول فيه حلو، وتنتج هذه الحالة بسبب قصور في وظائف الكلى أو الغدة النخامية.

(الحميد،2007)

أما عند العرب فقد وصف الرازي وابن سينا أعراض مرض السكري في كتاب القانون في الطب.(عبد العزيز، 2010، ص 327)،

وقد اكتشف العالمان "جوزيف فون ميرينج joseph von mering، و أوسكار مينكوسكي oskar minkowski عام 1889 دور البنكرياس في مرض السكر، عندما أزالوا البنكرياس بشكل تام من الكلاب، حيث ظهرت علامات وأعراض مرض السكر وأدى ذلك إلى وفاتهم بعد فترة وجيزة، وفي عام 1910 اكتشف العالم سير إدوارد شاربي –شيفر sir edward sharpay –schyafar أن المرضى المصابين بالسكر يعانون من نقص في مادة كيميائية واحدة ينتجها البنكرياس وسماها الأنسولين، وهي كلمة لاتينية مشتقة من كلمة لاتينية تعرف باسم "أنسولا" وتعني جزيرة، وقد تمكن العالم باتينج BATING، وزملاؤه من جامعة تورنتو بكندا في أواخر عام 1920 من فصل هرمون الانسولين لأول مرة من بنكرياس البقر.

(الحميد،2007)

أما العلاج فقد كان يعالج مرضى السكري بطريقة بدائية، ولكن المعرفة الحقيقية لأسباب المرض وطرق علاجه بدأت في النصف الأول من القرن العشرين منذ اكتشاف الأنسولين سنة 1921 والعلاج بالأقراص المخفضة لسكر الدم، ففي عام 1922 تم علاج أول مريض بالأنسولين اسمه "ليونارد" وكان في الثانية عشر من عمره و عاش بعدها سنوات طويلة.

(وزارة الصحة السعودية،2011، ص16)

2) تعريف داء السكري:

– يعرف مرض السكري بأنه اختلال في عملية الأيض السكري الذي يؤدي إلى ارتفاع مستوى السكر (الجلوكوز) في الدم بصورة غير طبيعية لأسباب مختلفة قد تكون نفسية، أو عضوية، أو بسب الإفراط في تناول السكريات، أو بسبب عوامل وراثية، ويحدث نتيجة وجود خلل في إفراز الأنسولين في البنكرياس، فقد تكون كمية الأنسولين التي يتم إفرازها أُقل من

المطلوب، أو الكمية المفرزة كبيرة في بعض الحالات كالأفراد المصابين بالسمنة، ولكن هناك مقاومة من الأنسجة و الخلايا بالجسم تعيق وظيفة الأنسولين ويطلق على هذه الحالة مقاومة الأنسولين.

وفي كلتا الحالتين يكون الجلوكوز قادر على دخول الخلايا مما يؤدي إلى تراكمه في الدم وإمكانية ظهوره في البول، و بمرور الوقت ومع ازدياد تراكم السكر في الدم بدلا من دخوله خلايا الجسم، قد يؤدي إلى مضاعفات مزمنة على بعض أجزاء الجسم كالأوعية الدموية الدقيقة في شبكية العين وحويصلات الكلى، وتلك التي تغذي الأعصاب.(الحميد،2007)

– يعرفه كانون: canone على أنه اضطراب مزمن في عملية التمثيل الغذائي يتسم بارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، والمسؤول عن ذلك الإرتفاع هو النقص المطلق أو النسبي للأنسولين، حيث يعجز الجسم عن تضييع أو استخدام الأنسولين بشكل مناسب وعلى اعتبار أن الأنسولين هو الهومون الذي يفرزه البنكرياس والذي يتحكم في تحويل السكر و الكربوهيدرات إلى طاقة، فإنه عندما يحدث اضطراب وظيفي للأنسولين يزداد الجلوكوز في الدم ويظهر بالتبول كذلك.(مختار، 2001، ص09)

– هو اضطراب أقلابي (trouble métabolique) ناتج إما عن عجز في إفراز هومون الأنسولين أو عن مقاومة غير عادية في الجسم ضد هذا الهرمون، الشيء الذي يؤدي إلى ارتفاع نسبة تركيز السكر في الدم عن المعدل العادي لتصل إلى ما فوق 1,26غ/ل في حالة الصوم.(إيزروق،2011، ص132)

– يعتبر من أهم وأشهر أمراض الغدد الصماء، فهو اضطراب في عمليتي هدم الكربوهيدرات و بنائها مما يتسبب في ارتفاع غير مناسب للجلوكوز إما بسبب نقص مطلق في إفراز الأنسولين أو إنخفاض تأثيره البيولوجي أو كليهما، أو قد ينشأ المرض عندما يبطل تأثير الأنسولين على السكر بتأثير الأجسام المضادة للأنسولين في الدم، ومن ثم تزيد نسبة السكر

فيه، وقد ينشأ المرض بفعل إفراز هرمون الثيروكسين أو هرمون النمو في الغدة النخامية، أو هرمونات قشرة الأدرينالين، و يزداد إفراز الأنسولين في حالة تورم جزر لانجرهانز مما يؤدي إلى هبوط سريع في نسبة السكر في الدم.(عبد العزيز،2010، ص328)

-هو حالة عجز مزمن في العمليات الأيضية والناجم عن إفراز كميات غير كافية من الأنسولين أو استخدامه بصورة صحيحة، فخلايا الجسم، كي تقوم بوظائفها تحتاج إلى الطاقة، والمصدر الرئيسي لهذه الطاقة هو الجلوكوز وهو السكر الناتج عن هضم الأطعمة التي تحتوي على التسويات في الدم مزودا الخلايا بالطاقة التي تحتاجها، ويتم إفراز هرمون الأنسولين من خلايا بيتا في البنكرياس، والتي ترتبط بالمستقبلات الواقعة على أطراف الخلية وتعمل بصورة أساسية كمفتاح يسمح للجلوكوز بالدخول إلى الخلايا وعندما لا يكون إفراز الأنسولين كافيا، أو تتطور المقاومة للأنسولين، أي أن الجلوكوز لم يعد يستخدم من قبل الخلايا، و يبقى الجلوكوز في الدم بدلا من دخوله للخلايا، مما ينجم عنه حالة تسمى هيبوجلاسيميا، فيحاول الجسم التخلص من الجلوكوز الزائد في الوقت الذي لا تتلقى فيه الخلايا ما تحتاجه من الجلوكوز، فترسل بإشارتها للهيبوتلاموس بأن ثمة حاجة للطعام. (تايلور،2008، ص670)

- عبارة عن مرض مزمن وشائع ناتج عن ازدياد مستوى السكر في الدم، ويحدث عندما لا يستطيع الجسم إفراز كمية كافية من الأنسولين، أو عندما تكون كمية الأنسولين الطبيعية غير فعالة أو لقلة استقباله من قبل خلايا الجسم المختلفة مما ينتج عنه ارتفاع نسبة السكر في الدم عوضا عن دخوله لخلايا الجسم (لعدم وجود كمية كافية من الأنسولين) ويتم طرحه في البول عندما تتخطى كمية السكر في الدم (180 ملغ) ويتم فقدان الطاقة.

(وزارة الصحة السعودية،2011، ص21)

- مرض السكري يعرف على العموم، بأنه اضطراب سيكوسوماتي أي ناتج عن أسباب نفسية انفعالية تؤثر على مختلف أجهزة الجسم العضوية، كغيره من الأمراض المزمنة

التي تصيب الفرد، فداء السكري هو ارتفاع نسبة تركيز الجلوكوز في الدم، لوجود خلل في عجز عن إفراز هرمون الأنسولين، حيث تكون كمية الأنسولين الطبيعية غير فعالة، أو لقلة استقباله من قبل خلايا الجسم المختلفة، أو عندما لا يستطيع الجسم إفراز كمية كافية من الأنسولين، مما ينتج عنه ارتفاع نسبة السكر في الدم و يتم طرحه في البول، و بالتالي يعد البنكرياس عضو مهم في الجسم، و هذا لإفرازه أهم الهرمونات التي تساعد الجسم على استخدام السكر المتمثل في الأنسولين.

3- تعريف البنكرياس:

هو عضو صغير بحجم كف اليد تقريبا ويوجد خلف المعدة، ويقوم البنكرياس بإفراز الأنزيمات في الأمعاء الدقيقة مهمتها هضم وتكسير الطعام وتحويله إلى مواد بسيطة يسهل إمتصاصها، وبالاضافة إلى ذلك يفرز البنكرياس هرمونات في الدم لمساعدة الجسم على استخدام السكر (الجلوكوز) وأحد هذه الهرمونات الأنسولين.(الحميد،2007)

4- تعريف الأنسولين:

هو عبارة عن هرمون يفرز عن طريق خلايا بيتا من البنكرياس، يؤثر على العناصر الثلاث الأساسية في الطعام وكذلك في الجسم وهي: السكريات، الدهنيات، البروتينات.

فيعمل مع السكريات بمساعد على دخول سكر الجلوكوز من الدم إلى الخلايا وكذلك على عمليات التمثيل الغذائي له في الخلايا التي تنتهي بإنتاج الطاقة التي يستخدمها الجسم في نشاطاته المختلفة.

أما مع البروتينات، يساعد على عمليات البناء في الجسم بمعنى استخدم الأحماض الأمينية الناتجة عن هضم الطعام في بناء البروتينات في الخلايا، ومع الدهنيات فهو يقلل الأنسولين من دهنيات الدم، وذلك لتخزينها في أماكن تخزين الدهون تحت الجلد وحول الكليتين و الأمعاء.(وزارة الصحة السعودية،2011، ص21-22)

وفي حالة حدوث نقص الأنسولين، أو غيابه، أو إذا حدثت مشكلة في مستقبلات الأنسولين تراكم الجلوكوز في الدم، وعجز عن دخول الخلية التي تحتاجه وازداد منسوبه على الطبيعي وظهر مرض السكر وما ينتج عنه من مضاعفات مرضية خطيرة، كما أن غيابه يؤدي إلى تحلل الأحماض الأمينية وتحويلها إلى سكر الجلوكوز وهذا يزيد من نسبة السكر في الدم، كما يؤدي إلى زيادة تحلل الدهون وزيادة نسبة الأحماض الدهنية في الدم وهذا قد يؤدي إلى حموضة الدم وزيادة الكيتونات وإمكانية حدوث الغيبوبة السكرية الكبتونية. (الحميد،2007)

نقص الأنسولين = مرض السكر

تحلل الدهون المختزنة في الجسم لتوليد الطاقة / تحليل البروتينات وتحويلها إلى السكر الجلوكوز/ تحلل جلايكوجين الكبد والعضلات إلى السكر الجلوكوز/ عدم السماح لسكر الجلوكوز بدخول الخلايا / زيادة الأحماض الدهنية الحرة في الدم وأكسدتها عن طريق الكبد / تراكم السكر في الدم/ تراكم الأجسام الكبتونية في الدم مسببة حموضة الدم وغيبوبة السكر/ خروج السكر مع البول وحدوث الجفاف ونقص الوزن.

5- آلية حدوث داء السكري:

يمكن شرح مرض السكري بالصيغة التالية في شكلها المبسط:

بسبب وجود عجز في قدرة استهلاك الخلية لمادة الجلوكوز (مادة سكرية) بتدخل الجهاز الخاص بتنظيم نسبة السكر أو ما يسمى بـ (system de glycoregulation) يستخلص الخلية من الجلوكوز الفائض الذي عجزت عن امتصاصه، وذلك بأن يسمح بمرور الكمية الزائدة من السكر في الدم، تتجاوز قدرة الكلى على التحكم في تنظيمها (أثناء عملية تصفية الدم)، ولهذا تتسرب بعض الغرامات من السكر لتخرج مع البول، وحتى تستطيع الكلى على القضاء على السكر أو الغلوكوز الزائد الذي يصل إليها باستمرار عن طريق الدم وتطرحه عن طريق البول، فإنها تضطر إلى رفع حجم البول وهو الشيء الذي يفسر كثرة التبول عند

المصابين بالسكري، والإحساس بالعطش الشديد أو الشراب المتواصل لتعويض الماء المفقود، و نظرا لنقص استعمال العضوية لعنصر الجلوكوز فإنها تضطر لاستعمال عناصر اللبيدات و البروتيدات، وتحويلها إلى غليسيدات كمصدر للطاقة بدلا من الجلوكوز مع العلم بأن الطاقة التي تتحصل عليها العضوية من وراء استعمالها للجلوكوز أكبر من تلك التي تتحصل عليها عن طريق استعمال اللبيدات و البروتيدات، وهو ما يفسر حالة النحافة أو الضعف الجنسي الذي يتميز به المصاب بالسكري.(إيزروق، 1997، ص15-16)

6- أسباب داء السكري:

ويمكن تحديد العوامل المسببة لمرض السكر فيما يلي:

6-1- عوامل بيولوجية:

وأشرنا من قبل أن تدمير خلايا جزرهانز المفرزة للأنسولين تعتبر من أهم هذه العوامل المسببة وهناك بعض العوامل الفيزيولوجية الأخرى يمكن ذكرها فيما يلي:

أ) السمنة، ويتم ذلك عندما تكثر كمية الدهون في الجسم ،فتصبح كمية الأحماض الدهنية في الجسم كثيرة فتمنع عمل الأنسولين أو أن تكون كمية الأنسولين المفرزة غير كافية لتغطية كمية الجلوكوز الموجوة في الدم .

ب) وجود إضطراب، أو تلف عصبي يمس منطقة hypothalamus الهيبوتالاموس في الدماغ.

ج) وجود إضطراب في وظائف بعض الغدد الصماء يؤدي إلى إفراز هرمونات مضادة وهرمون قشرة الغدة الكظرية T:R H للأنسولين مثل: زيادة إفراز هرمون الغدة الدرقية وزيادة إفراز هرمون النمو من الفص الأمامي للغدة النخامية.

د) وجود أجسام مضادة للأنسولين في الدم، ومن ثم تزيد نسبة السكر في الدم.

6-2-عوامل وراثية:

يقوم عامل الوراثة بدور في الإصابة بمرض السكر فقد دلت الإحصائيات أن 35% من المصابين بالسكري ينحدرون من أبوين أحدهما على الأقل مصاب به.
.(Edwards,et al,1991,p659)

6-3- الضغوط النفسية الإجتماعية والضغوط الإنفعالية المستمرة سبب هذا المرض:

وذلك بسبب الزيادة المستمرة في إنتاج هرمونات الضغط الذي يحول البروتينات والدهون إلى جلوكوز، لكي يعوض الإستخدام السريع له بواسطة الجسم في موقف الإنفعال، وهذه العملية حيوية وذات قيمة كبيرة للكائن الحي عند استجابته للموقف الضاغط بالمهاجمة أو الهروب، ولكن بمجرد إنتهاء هذا الموقف يتوقف إنتاج هرمون الضغط وتعود عمليات الأيض إلى مستواها الطبيعي.

ومن ناحية أخرى، فإن حالة الفرد الذي يتعرض باستمرار للضغوط في العمل وفي المنزل، فإن هرمونات الضغط تصب باستمرار في المجاري الدموية لديه لعدة شهور، أو عدة سنين مما ينتج عنه ارتفاع السكر في الدم والإصابة بمرض السكر، وإذا ما تدخلنا للتخفيف من رد فعل الموقف نفسه الموجود خارج الفرد، أو بتدريب الفردعلى التفسير للموقف حتى لا يكون له أثر الضاغط عليه فإن مستوى السكر في الدم يعود إلى مستواه الطبيعي.

(عويضة،1966)

- يرى بعض العلماءأن الإصابة بالسكري قد تحدث إثر حادث مؤلم أو مفجع كفقد عزيز، أو ضائقة مالية، أو فصل من عمل.(علي، ب.ت، ص79)

فقد لاحظ كانون cannon أن القطط حينما تثار يظهر لديها بعض الإثارة زيادة في نسبة السكر، كما تظهر في هذه الزيادة في السكر لدى كل من لاعبي كرة القدم بعد مباراة مثيرة، ولدى الطلبة بعد إمتحان صعب ولدى الطيارين، و الجنود المعرضين للخطر، ولدى

الأشخاص المعدين لإجراء عملية جراحية، كما لوحظ أن مرضى السكر كان لهم قبل ظهور المرض تاريخ طويل من التعب و الإرهاق وإحساس بالإكتئاب و اليأس.

(جبالي، 1989، ص43)

وأوضح عطية (1993، ص 24) أن كثير من مرضى السكر لم يصابوا بهذا المرض إلا بعد صدمة فجائية في حياتهم، كوفاة قريب عزيز، أوحادث سيارة مروع، أو إفلاس تجاري، وعند متابعة هؤلاء المرضى نجد أن السكر قد يغيب تلقائيا بعد زوال الضغوط الفجائية، إذا استطاعوا الحفاظ على لياقة أجسامهم، لا سيما إذا كان الإستعداد الوراثي للمرض ضعيفا، ولكنه يلازم البعض مدى الحياة إذا كان الإستعداد الوراثي قويا، ويترافق مع السمنة بعض العوامل السلبية الأخرى.

– وكشف ديلميتر وآخرون(1993) DELMATER et AL أن هناك علاقة بين ضغوط الحياة وضعف التمثيل العضوي، فالضغوط تؤثر على عملية التمثيل العضوي بطريقة مباشرة من خلال الميكانيزمات النفسية، ولذا فإن التدخلات سوف تقلل من الضغوط، وتحسن من مستوى التمثيل العضوي.(الحسيني، 1998، ص44)

وبين عبد الرحمان(2000) بأن الضغوط تؤثر على مرض السكر بطريقتين هما:

1) التأثير المباش: إنه عند التوتر يتوسط الجهاز العصبي المستقل في هذه العلاقة الذي يؤدي بدوره إلى زيادة تنبيه الجملة العصبية الودية للب الغدة الكظرية (الأدرينالين) ومن ثم تنطلق هرمونات (الكاتيكولامين – و الكورتيزول) مباشرة إلى مجرى الدم، وهذه بدورها تؤدي إلى منع إفراز الأنسولين من البنكرياس من ناحية، وتحرر (الجليكوجين) من ناحية أخرى مما يزيد من مستوى الجلوكوزفي الدم.

2) التأثير غير المباشر: و يتمثل في أن التوتر يؤثر في مدى إلتزام المريض ببرامج العلاج، فعندما يكون مريض السكر تحت ظغط شديد، أو توتر فإنه يأكل أكثر مما هو معتاد،أو يأكل أطعمة بها نسبة مرتفعة من السكريات أو ينسى تناول العلاج الدوائي.

7- أعراض داء السكري :

غالبا ما يظهر مرض السكر ببطء و يتسلل خفية، دون أن يشعر المصاب بأي إنذارات مميزة أو أعراض بارزة، وهو أشبه ما يكون باللص يتسلل دون ضجة، وتختلف العلامات المميزة للمرض من ظهورها، إما أن تكون حادة و تحدث خلال أيام، أو أقل حدة و تحدث خلال أسابيع، أو بداية متدرجة و تحدث خلال شهور أو حتى سنين.

(محجوب، 1996، ص11)

و تحدث البداية الحادة في كثير من حالات النمط TYPE 1 تقريبا و في قليل من حالات النمط TYPE 2 خاصة في الحالات المسبوقة بانفعال حاد.

و البداية الحادة في هذه الحالات قد تكون بظهور العطش الشديد، و البول الغزير، و البداية المتدرجة تظهر فيها الأعراض ببطء، خلال عدة شهور بدرجة يسيرة لا تلفت النظر إليها إلا بعد مرور وقت ليس بالقصير، و البداية المتدرجة هي المميزة لمرض النمط الثاني type2.

(إبراهيم ،1993، ص46)

و يلاحظ أهم الأعراض المميزة لمرض السكر في إنخفاض الوزن، و ذلك بسبب ما يهدر من طاقة عن طريق (الجلوكوز) المطروح خارجا من البول، و قد تصبح الرغبة الشديدة للطعام، و الوهن، و التعب أعراضا بارزة بسبب تعثر دخول الجلوكوز إلى الخلايا، و بالتالي إفتقارها إلى الطاقة، و تظهر على المريض مشاعر الإرهاق السريع و التعب، أو العطش غير المعتاد في الفم، و الحلق، و زيادة كمية البول عن المعتاد.

(HILLSON, 1996 , p10)

8- أنواع داء السكري :

هناك نوعان ر ئيسيان و هما :

1. النمط (النوع)"1": و هو يمثل مرض السكري المعتمد على الأنسولين حيث يبدأ هذا النوع في معظم الأحوال مع الأطفال و فئة المراهقين، و قد يحدث في أي سن، وسببه نقص في الأنسولين، ويكون بنسبة أكبر لدى البنات ما بين5 و6 سنوات أو10و13سنة، (تايلور، 2008 ،ص761) و هذا المرض يمثل نسبة بسيطة من أعداد المرضى حيث وصل إلى10.5% من حالات السكري، و يطلق عليه اسم مرض السكري المعتمد على الأنسولين Insulin

Dependent Diabetes Mellitus (IDDM) ذلك لأن خلايا البنكرياس تلك التي تفرز هرمون الأنسولين تعجز عن إفرازه و على ذلك فإن المرضى المصابين بهذا النمط يحتاجون لحقن الأنسولين لعلاجهم و ذلك لحماية المرضى من الآثار و التعقيدات الخطيرة بهذه الحالة.

وأكثر هذه التأكيدات الصحية و الحادة و التي تنجم من نقص الأنسولين في المد حالة تسمى keto acidosis وهي حالة تؤدي إلى وجود أحماض دهنية في الدم تقود إلى تعطل وظائف الكلى وعل ذلك تتسرب الفضلات وتسبب تسمم الجسم.

(العسوي،2008، ص149)

وقد تحدث أعراضه فجأة مع حدوث عطش و تبول كثير وإنفتاح للشهية وفقدان للوزن، يتم في خلال أيام عديدة وتزيد مع إحتمال حدوث المضاعفات كحموضة الدم الكيتونية، والغيبوبة السكرية، ويعود سبب حدوث هذا النوع إلى:

– نقص في كفاءة الجهاز المناعي للجسم: حيث يمثل السبب الرئيسي في حدوثه والذي يصاحبها ظهور أجسام مضادة تهاجم بروتينات الأنسولين وخلايا لانجرهانز وتسبب تلف خلايا بيتا البنكرياس التي تفرز الأنسولين.

– العوامل الوراثية: فقد بينت الإحصائيات، زيادة كبيرة في حدوث النوع الأول من السكر في بعض الدول الأوروبية والو.م.أ بسبب الوراثة، ولو كانت العوامل الوراثية هي السبب الوحيد فإن الزيادة في عدد الحالات سوف تأخذ ما لايقل عن 400 سنة.

– الفيروسات: الإصابة ببعض الفيروسات مثل تلك المسببة للحصبة الألمانية، خاصة عند الأشخاص الذين لديهم استعداد وراثي، قد تكون سببا في حدوث هذا النوع، و هذه الفيروسات تهاجم بعض خلايا بيتا في البنكرياس المفرزة للأنسولين و تدمرها.

– ختلاف الأجناس أو السلالات: يوجد إختلافات كبيرة بين الأشخاص في معدل الإصابة طهذا النوع، وهو أكثر شيوعا للأشخاص المنحدرين من شمال أوروبا و بعض مناطق البحر المتوسط، وأقل شيوعا بين الآسيويين و الأمريكيين السود، وفي أمريكا وجد أن السود المصابين بالنوع الأول من السكر أكثر عرضة للوفاة بما يعادل 50%من الأشخاص البيض، و قد يكون السبب في ذلك تدني العناية الطبية لدى السود.(الحميد ،2007)

2. النمط 2: مرض السكر غير المعتمد على الأنسولين (IDDM) non insulin dependent diabetes mellitus في هذه الحالة لا يوجد نقص في كمية الأنسولين و لكن هناك عاملين في مقاومة الجسم لعمل الأنسولين، فلكي يعمل الأنسولين من اللازم أن تكون خلايا الجسم حساسة لهذا العمل، أنه في هذا النمط تصبح الخلايا أقل حساسية، فالأنسولين يفرز بصورة طبيعية، و أحيانا أكثر من الطبيعي و بنوعية جيدة، و لكن تأثير على الجسم أقل، و حتى هذا التأثير برغم قلته يبقى كافيا لتفادي الإضطرابات الخاصة (الدهنيات و البروتينات) و بالتالي لا يوجد إحتمال كبير لتكون (الآسيتون و غيبوبة السكر

وفقدان الوزن) و لكنه في هذه الحالة لا يكون كافيا بالنسبة للسكريات وإستعمالها بطريقة طبيعية مما ينتج عنه ارتفاع في نسبة السكر في الدم.(Edwards,et al,1991,p570)

و هو مرض يصيب الكبار أو البالغين، وهو يمثل الغالبية حيث يشكل 90% من مرضى السكري، حيث أن مرضاه لا يعتمدون على هرمون الأنسولين حيث في هذه الحالة يستمر البنكرياس في إفراز الأنسولين قليلا .

و من جانب آخر فإن جزر لانجرهانز في البنكرياس مع قدرتها على إنتاج الأنسولين، إلا أنها لا تفرزه في الدم إلا متأخرا وبالتالي فإن إفراز البنكرياس و مع أنه كاف إلا أنه لا يواكب إحتياجات اللحظة مما يزيد من إرتفاع السكر في الدم، لاسيما بعد الوجبات، ويشترك هذان العاملان في المريض الواحد بدرجات متفاوتة، ففي بعض الأحيان تكون المقاومة لعمل الأنسولين هي المهيمنة، و هذا ما نلاحظه خصوصا عند المرضى المصابين بالبدانة، إذ أن كثرة الخلايا الدهنية هي سبب مقاومة الأنسولين، مما يفسر أهمية فقدان المريض بعضا من وزنه، و في أحيان أخرى فإن عامل تأخر الأنسولين هو المسيطر، و هو ما يحدث في المرضى غير المصابين بالبدانة.(العسوي، 2008، ص151 ما سبب هذا النوع يعود إلى عوامل متعددة و من بينها:

- ✓ **السمنة** : فقد أظهرت دراسة عملت في عام 2001على ما يقارب000 85 ممرضة أن السمنة كانت السبب الرئيسي والأول لخطر الإصابة بالنوع الثاني من السكر، كما أوضحت دراسة حديثة أن انقاص الوزن بما يعادل 5 % فقط قد يكون كاف لمنع حدوث مرض السكر من النوع الثاني عند الأشخاص البدينين الذين يعانون من اختلال في تحمل الجلوكوز و تشير التقريرات الحديثة أن 80% إلى 95% من الزيادة الحالية في مرض السكر من النوع الثاني بسبب السمنة وزيادة الدهون.

- ✓ **التاريخ العائلي:** حوالي 25% إلى33% من المرضى المصابين بالنوع الثاني من السكر لديهم أفراد في العائلة مصابين بالمرض. و قد أظهرت دراسة أن الأشخاص الذين لديهم تاريخ عائلي بالسكر يكونون أكثر عرضة لخطر حدوث مرض السكر لديهم في سن مبكرة وتكون أعراضه شديدة.

- ✓ **اختلاف السلالات و الأجناس:** قد بينت دراسة أمريكية أن الرجال الأمريكيين من أصل إفريقي أكثر عرضة للإصابة بهذا النوع بما يعادل مرة و نصف، والنساء الأمريكيات من أصل إفريقي أكثر عرضة لخطر الإصابة بما يعادل مرتين مقارنة بالأمريكيين من أصل أبيض، وقد يعزى ذلك إلى زيادة معدلات إرتفاع ضغط الدم و التدخين وكذلك قلة العناية الطبية لدى السود.(الحميد،2007)

التداخل بين النمطين :

يلاحظ وجود تداخل كبير بين نمطي مرض السكر إذ إن إختبار حد السن يكون فاصلا بينهما وهو سن 30عاما هو حد ظاهري، ومخادع في أحيان كثيرة فمن المعلوم أنه يوجد 20.15% من المرضى بعد سن الأربعين ينتمون إلى النمط الأول type 2 و حوالي 50% من المرضى تحت سن 30 سنة ينتمون إلى النمط الثاني type2.

وهناك أنواع أخرى من مرض السكري و هي :

3)- سكري الحمل :

يحدث سكري الحمل أثناء الحمل وعادة ما يذهب بعد ولادة الطفل، في الحمل تنتج المشيمة الهرمونات التي تساعد الطفل على النمو و التطور، يحدث سكري الحمل لأن هذه الهرمونات أيضا تمنع عمل أنسولين الأم، وهذا ما يسمى بمقاومة الأنسولين.

المراة الحامل تحتاج إلى الأنسولين الإضافي حتى يتمكن الجلوكوز من الخروج من الدم إلى الخلايا، حيث يتم إستخدامه للحصول على الطاقة عندما تكون المرأة حاملا، تحتاج 2 أو 3 مرات أنسولين أكثر من الطبيعي، إذا كان الجسم غير قادر على إنتاج هذه الكمية من الأنسولين يحدث السكري عندما ينتهي الحمل و تعود احتياجات المرأة للأنسولين الى طبيعتها، يذهب عادة السكري ولكن غالبا ما يعود في وقت لاحق في الحياة.

من جميع النساء الحوامل، %والأكثر إحتمالا للإصابة بسكري الحمل يكون من05 إلى08 بحيث يحدث لديهن سكري الحمل في حوالي الأسبوع 24 إلى 28 من الحمل و اللواتي أكثر عرضة للخطر يشمل النساء فوق 30 سنة اللاتي لديهن تاريخ عائلي من مرض السكري الفرع الثاني وتعانين من زيادة الوزن. النساء من الخلقية الأبوروجينية أو من جزر مضيق توريس هن في خطر متزايد.

4). السكر الثانوي :

علة مرضية تؤثر على الخلايا المفرزة للأنسولين في البنكرياس الذي ينتج عن أمراض البنكرياس المزمنة (الإلتهاب المزمن):

. اضطرابات في الغدد الصماء مثل مرض العملقة و مرض كوتشنغ

. استعمال بعض الأدوية مثل: الكورتيزون و هرمون الغدة الدرقية

. أورام الغدة فوق الكلوية

. إستئصال البنكرياس في حالة ظهور أورام سرطانية مثلا.

(وزارة الصحة السعودية، 2011، ص 26)

9) إنتشار داء السكري:

مرض السكري منتشر في جميع أقطار العالم وبين جميع الأجناس وفي مختلف الأعمار وانتشار السكري يختلف بين الأقطار المختلفة ففي بعض المجتمعات أكثر من ثلث المسنين

مصابون بالمرض وفي مجتمعات أخرى نجد أن هذه النسبة لا تتعدى 02 بالمائة من المسنين.

– من بين الدول العربية الأكثر إصابة بالسكري الو.م.أ وألمانيا والهند ومعظم الدول حسب تناول الأطعمة خاصة الدهنيات. (عبد الله حميد، ب.ت ، ص25)

– تسعة من الدول العربية إضافة إلى المكسيك تشكل قائمة العشر دول النامية الرائدة في الفدرالية العالمية للسكري سنة2011 بنسبة انتشار السكر من النوع 02 حسب منظمة IDM ومن بين الدول عام 2030 مليون مرشحة للتصاعد نحو 60 مليون 32,8 مصر.(جاسر، د.ت، نجد: الكويت، لبنان، قطر، العربية السعودية، البحرين، الإمارات، ص ص3 –4)

وتحتل المملكة العربية السعودية المرتبة الثالثة عالميا في نسبة انتشار المرض متوقعا أنّ العدد خلال 5 سنوات القادمة يرتفع إلى 5,5 ملايين مصاب حيث يوجد 25 بالمئة،ما يقارب 5,2 مليون مصاب في فئة 20 إلى 69 سنة وقد كشف تقرير أعدته مجموعة مختصين في علاج داء السكري في اليوم الدراسي الذي نظمه مخبر ساتر و في للأدوية في فندق السوفيتال عن وجود 750 ألف جزائري لا يعرفون أنهم مصابون بداء السكري بينما تم تسجيل مليون شخص مصاب بداء السكري في الجزائر مؤخرا بسبب سوء النظام الغذائي الذي يتبعه الجزائريون مصاب بداء السكري في الجزائر مؤخرا بسبب سوء النظام الغذائي الذي يتبعه الجزائريون والأخطر من ذلك هو عدم معرفة نصف عدد المرضى بإصابتهم بهذا الداء، أي أن هناك 750 ألف مريض من بين مليون ونصف مليون مريض يجهلون إصابتهم به.

10) مضاعفات داء السكري:

إن الحديث عن مضاعفات مرض السكريعود إلى العديد من أعضاء الجسم، هذه المضاعفات تشكل خطرا كبيرا يهدد الصحة ويهدد الحياة في بعض المجالات و على الرغم من التطور الفعال في علاج العديد من الأمراض إلا أن مرض السكر أصبح سببا رئيسيا

من أسباب الإعاقة الجسدية، وسببا رئيسيا لفقد البصر، حيث يعد السبب الأول للعمي في (الولايات الأمريكية).

كما أن نسبة حدوث الفشل الكلوي تزيد لأكثر من (23 مرة)، كذلك فقد تعرض الأرجل إلى تصلب الشرايين نتيجة الإصطدام بالأشياء الإلتهابات، مما قد يؤدي إلى إصابة الفرد بالغرغرينا (figih, 1991, p72)

كما قد تؤدي الإصابة بمرض السكر إلى حدوث الإصابات في أوعية الدماغ، وكذلك حدوث الذبحة التاجية، كما تتدهور الحالة بسرعة عند مرضى السكر بسبب قلة مقاومتها لهجوم الجراثيم وذلك لأن المرض يتدخل في قدرة أنسجة الجسم على الإلتئام. (kirby,1998,p153)

كذلك تعتبر الإصابة بمرض السكر أحد أسباب تعرض الفرد لبعض الإضطرابات النفسية: كالقلق، والخوف، والإكتئاب حيث تظهر بعض الدراسات التي أجريت على مرضى السكر أن الإصابة بالمرض قد تؤدي إلى ظهور بعض الإضطرابات النفسية ففي دراسة قام بها ساندوز وآخرون (1975)، يؤكد للكشف عن الإتجاهات الإنفعالية لدى المصابين بالسكر فبلغ حجم العينة الكلية (60) مصابا بالسكري بواقع (33) ذكورا و(27) من الإناث تراوحت أعمارهم بين (23–59سنة)، المجموعة ضابطة مكونة من غير المصابين بلغ عددهم (51 فردا)، وأظهرت نتائج الدراسة أن مرض السكر يمثل مصدرا للضغط النفسي، حيث إرتفعت درجات مرضى السكر إرتفاعا دالا عن الأسوياء في كل من فقد الأمن، القلق، والإكتئاب.

أما عن دراسة جنسن(1984)، فقد هدفت إلى الكشف عن المظاهر الإنفعالية التي ترتبط بإضطراب السكري والإستجابات الجسمية النفسية لها، وبلغ حجم العينة 51 زوجا– زوج وزوجة –أحدهما على الأقل مصاب بالسكري واتضح من النتائج أن المصابين بالسكر يعانون من خوف، وقلق من المستقبل أكثر مما يبديه أزواجهم الأسوياء، ميزة مرض السكر الأساسية فهي الإكتئاب، وأجرى إدوارد يانس(1984)، دراسة لمعرفة أثر الضغط على

مستوى السكر بالدم وتكونت عينة الدراسة من (10) مصابين بالسكري تراوحت أعمارهم بين (24-57سنة) ومجموعة ضابطة من الأسوياء، وكشفت النتائج إلى أنه أثناء التطبيق إرتفعت نسبة السكر لدى مرضى السكر ضعفا النسبة لدى الأسوياء.

وأجرى الدريعي (1997) دراسة تهدف إلى الكشف عن الفروق بين مرضى السكر و الأسوياء في الإستجابة لضغوط الحياة في المجتمع السعودي، وتكونت عينة الدراسة من سنة) من مرض السكر والأسوياء، ومرضى (60) فردا تراوحت أعمارهم بين (20-50 الشكاوي العضوية، واستخدم الباحث مقياس ضغوط أحداث الحياة والذي أعده محسن عبد المعطي عن مقياس كونستانس هامن بجامعة كاليفورنيا، وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن مرضى السكر أكثر إحساسا بحجم الضغوط وشدتها من العاديين و المرضى العضويين .(عبد الرحمان، 20000، ص209).

11)- تشخيص وعلاج داء السكري:

أ. الإختبارات:

من الإختبارات المستعملة لتشخيص ومعالجة داء السكري:

1. عيار سكر الدم :يفضل أن يقتني كل مريض جهاز منزلي لتحديد مستوى الدم بشكل دوري.

2. الهيموغلوبين في الدم: هو اختبار يكشف مدى السيطرة على سكر الدم السكري ،خلال فترة الأشهر القليلة الماضية.

3. فحص البول أو الدم:لتحديد وظيفة الكلية وتأثير السكر على الكلية .

ب - المعالجة:

يمكن أن نتبع عدة أمور أو تعليمات لإبقاء السكر تحت السيطرة بشكل جيد منها:

. الحمية: و هي ضرورية للسيطرة على سكر الدم .

. التمارين : يمكن أن نساعد التمارين المنظمة على إنقاص الوزن وتنشيط القلب وجهاز الدوران.

. الأدوية: من الأدوية المستعملة لعلاج مرض السكر نجد :

1- الحبوب الخافضة لسكر الدم: عن طريق حث البنكرياس على إنتاج المزيد من الأنسولين وتحسين الخلايا من أجل امتصاص السكر الدموي.

2- الأنسولين: عن طريق الحقن و الذي يزود الجسم بالهرمون الذي يكون فيه البنكرياس عاجزا عن إنتاجه.

ثانيا: التقبل الانفعالي

يعد مفهوم التقبل الإنفعالي من المفاهيم الحديثة على مستوى تناولها في البحث العلمي، فهو يرتبط بمجال محدد من الإنفعالات، و يستخدم للتعبير عن مدى السماح للإنفعالات الخاصة بالفرد لتكون على ما هي عليه دون التحكم فيها أو تغييرها، فالقبول يعني التخلي عن محاولات السيطرة على الإنفعالات و المشاعر نفسها، أي إدراك الإنفعالات كما هي في الواقع، و بالتالي سنتطرق في هذا المبحث إلى تعريف التقبل و الإنفعال و تعريف التقبل الإنفعالي و المصطلحات المرتبطة به.

01- تعريف التقبل: ACCEPTANCE

إرتضاء فكرة أو حكم أو شخص، وليس من الضروري أن يتضمن هذا الإرتضاء والموافقة الشاملة لكل ما يصدر عن هذا الشخص أوما يترتب على تطبيق هذه الفكرة أو هذا الحكم. (معجم علم النفس، 1984، ص05)

ويعرفه مصطفى خليل الشرقاوي في كتابه على أنهِ"تقبل الموقف الضاغط والاستسلام للمشكلة".(الشرقاوي، 1993، ص53)

2- **تعريف الإنفعال: Emotions**

رغم أن مفهوم الإنفعال من المفاهيم الشائعة في مجال علم النفس، فلا يوجد تعريف واحد يجمع عليه جميع المتخصصين في مجال علم النفس:

1- يفهم من كلمة إنفعال، حالة إضطراب وتغير في الكائن الحي مصحوبة بإثارات وجدانية تتميز بمشاعر قوية وإندفاع نحو سلوك ذات شكل معين إنه إذن حالة شعورية وسلوك حركي خاص، بالنسبة للشخص نفسه هي حالة مشاعر ثائرة، وبالنسبة للمشاهد الخارجي، هي إضطراب في النشاط العضلي والغددي، حيث يرى إنقباض اليد وتقطيب الجبين وإحمرار العينين وإتساعها، أودموع الحزن، أو سماع أصوات ضحكات المرح.

كل عبارة عن كتلة من الإحساس، وفي نفس الوقت تهيؤعضلي، وبذلك نستطيع أن نميز جوانب ثلاثة للإنفعال:

1/مظاهر جسمية خارجية، يمكن للآخرين ملاحظتها والتحقق منها.

2/أحداث فسيولوجية داخلية، كالإفرازات الغددية والتغيرات الكميائية والإنقباضات الداخلية.

3/مشاعر داخلية مصاحبة، ولا يدركها إلا الشخص ذاته.

(حلمى المليجى، 1972، ص ص154-155)

2- الإنفعال حالة نفسية قبل أن يكون إستجابة أو فعلا، أو هو إستجابة لمؤثر داخلي عضوي يعمل على تنشيط الكيان العضوي للكائن الحي، أو هو حالة نفسية ذات صفة وجدانية مصحوبة بتغيرات فسيولوجية سريعة و بحركات تعبيرية، و يربط بمكونات نوعية فسيولوجية و إدراكية ومعرفية وسلوكية وتتفاعل هذه العناصر مع بعضها ،أوهو تغير مفاجئ يعمل الإنسان كله ويؤثر فيه ككل في سلوكه وشعوره.(العبيدي، 2009، ص34)

3- ويعرفه ملقين ماركس marx (1976): بأنه إضطراب حاد يشمل الفرد كله و يؤثر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفيسيولوجية الداخلية وينشأ الإنفعال في الأصل عن مصدر نفسي.

ويعرفه كوسلن و روسن KOSSLYN et ROSEN (2004): بأنه رد فعل إيجابي أو سلبي لموضوع مدرك و متذكر أو شيء أو ظرف مصحوبا بمشاعر ذاتية، ويمكن تعريفه أيضا بأنه حالة من الإضطراب في السلوك و المشاعر تصاحبها تغيرات جسمية داخلية وخارجية.(المشيخي، 2014، ص213)

4- وعرفتها العالمة "ليندا دافيدوف" 1988، بأنها حالات داخلية، تتصل بجوانب معرفية خاصة وإحساسات، و ردود أفعال فيزيولوجية، وسلوك تعبير معين، وتنزع للظهور فجأة، ويصعب التحكم فيها.(http://www .onefd.edu.dz)

5- أما المعنى السيكولوجي فهو حالة جسمية نفسية ثائرة، حالة يبتعد فيها الكائن الحي عن الهدوء العادي، و هذه الحالة تشتمل على شعور قوي واندفاع نحوالعمل وردود الفعل العضوية الداخلية كحالات السرور والإنقباض والنفور والإشتياق، والعوامل التي تؤثر في الانفعال نجد أنها: الوراثة، النضج، التعلم.(حبايب، 1983، ص01)

6- الإنفعالات هي الحالات الوجدانية الطارئة والمفاجئة التي تكون مصحوبة باضطرابات جسمية عضوية بارزة و تشمل جميع أجهزة الجسم العضلي، الدموي، التنفسي، الغددي، والحشوي، ويعرف على أنه إضطراب حاد يشمل الفرد كله ويؤثر في سلوكه وخبرته الشعورية ووظائفه الفزيولوجيه الداخلية.(حيل، د.ت، ص116)

3-آلية عمل الإنفعالات:

تعمل الإنفعالات بموجب ميكانيزمات خاصة بها فهي كباقي الظواهر النفسية في علم النفس، لها دورة حياة تمر بها، وكما ذكرنا سابقا تتميز الإنفعالات بكوكبة من الصفات من أهمها: التمايز والتكامل والتناسق في آن واحد، فهي لا تعمل بمعزل عن مشاركة كافة الظواهر النفسية الفيسيولوجية والبيئية، وهذه الصفات تقودنا إلى أن الإنفعالات مشروطة أو مسببة نفلا يمكن أن يظهر أي انفعال من فراغ، بل يوجد وراء كل انفعال سبب معين ،وهذا يعني أن دورة الإنفعالات تشبه دورة الدافعية حيث أن ظهور أي إنفعال يتطلب حدوث تفاعل تكاملي بين المفاتيح الداخلية و المفاتيح الخارجية لها (وهي المكونات المعرفية و البيولوجية) من جهة والمفاتيح الخارجية لها (وهي العوامل المادية و الإجتماعية) من جهة أخرى،فمثلا لو أخذنا أي إنفعال سواء كان سارا (كالفرح مثلا) أو إنفعال غير سار(كالحزن مثلا) فهل

يمكن لهذين الإنفعالين أن يظهرا بدون تفاعل المفاتيح الداخلية والخارجية لهما معا ؟ بالتأكيد لا، ولن يمكن.

لذا، من الضروري حتى يظهر أي إنفعال سار أو غير سار، أن تصل شدة المثير الإنفعالي إلى عتبة الكشف أو العتبة الدنيا لكن يمكن لأي شخص أن ينفعل (يحزن، يفرح، يغضب، يقلق،...إلخ) حتى ولو كانت شدة المثير المسبب للإنفعال أقل من عتبة الكشف، و يتحقق ذلك فقط في حالتي الجمع بالزمن، والجمع بالمسافة توجد فروق بين الأفراد في استجاباتهم الإنفعالية، وعليه يصنف الأفراد تبعا لذلك إلى: لأفراد ذوي الحساسية الإنفعالية العالية، و أفراد ذوي الحساسية الإنفعالية المنخفضة، أي أن الحساسية الإنفعالية عند الأفراد تتراوح في شدتها بين (عالية جدا، عالية، متوسطة، قليلة، قليلة جدا)، فالشخص الذي حساسيته الإنفعالية مرتفعة جدا يعني أنه يستجيب إنفعاليا (أو ينفعل) لأنى شدة مثير إنفعالي ،بينما الشخص الذي حساسيته الإنفعالية متدنية جدا فهو خلافا لذلك، أي لا ينفعل إلا إذا كانت شدة المثير الإنفعالي عالية جدا، وهناك شريحة من الناس تتصف بالبلادة الإنفعالية، أو اللامبالاة أو عدم الإكتراث، إذ أن هذه الفروق في الحساسية الإنفعالية، بين الأفراد تعزى إلى عوامل عديدة، منها: (نفسية، فيسيولوجية، إجتماعية...إلخ)، فمثلا عند حدوث إنفعال الخوف يرافقه تغيرات فيسيولوجية كما ونوعا تظهر في كافة أجهزة الجسم العشرة.

(بني يونس، 2012، ص ص236-237)

4. نظريات المفسرة للإنفعال :

1. وليم جيمس "W.james" يميز في الانفعال مجموعتين من الحوادث ،مجموعة من الحوادث الفيزيولوجية، ومجموعة من الحوادث السيكولوجية التي تسمى على أثر مجموعة الحوادث الأولى: حالة الوعي، والأساس في نظريته هو أن حالة الوعي المسماة (سرورا، غضبا،..إلخ) ليست سوى وعي التحركات الفيزيولوجية واسقاطها في الوعي إذا شئنا، وهذا

إما أدى إلى نقده من طرف علماء آخرون كونه ركز على الجانب الفيزيولوجي ،دون الجانب النفسي.(سارتر، د.ت، ص24)

2. والعالم النفسي الأمريكي المعاصر"بلوتشك plutchik" المنتمي إلى نظرية التطور بتصور أن موضوع الإنفعالات يدور حول النقاط التالية:

أ) أن المظاهر العامة التي تصاحب الإنفعالات مثل ما يبدو على الوجه من علامات الخوف أو الغضب أو الدهشة يشترك فيها الإنسان والحيوان.

ب) إن البيئة الطبيعية التي عاش فيها الحيوان والإنسان والتي فرضت عملية الإنتخاب الطبيعي فرفضت أيضا ميراثا إنفعاليا واحد.

ج) أن الإنفعال أكثر من مجرد حالة شعورية أوتغيرات بالوجه أونمط سلوكي معين ،بل أن الإنفعال هو سلسلة معقدة من الأحداث، وهذه الأخيرة هي عبارة عن أفكار وصور ذهنية ترتبط بالأحداث والوقائع اليومية وبالأشخاص الذين نعايشهم، وكأنها لها دلالاتها كمثيرات للإنفعال.

د) لأن الحالة إنفعالية معقدة فإن ذلك معناه صعوبة الحكم على الإنفعال بمعنى أنه إذا وصف شخص ما حالته الإنفعالية فإن ذلك الوصف يدخل عليه التحيز من كل جانب. (ربيع، 2009، ص ص527-528)

3. نظرية "شاشتر schachter theory": ترى أن الانفعالات التى شعر بها إنما تكون بسبب تأويلنا أو تفسيرنا لما يصيب الجسم من استشارات، وأن الحالة الجسمية التي تصاحب الإستشارة الإنفعالية أو الهيجان الإنفعالي هي ذاتها تقريبا في مغظم الانفعالات، حيث أننا طبقنا لهذه النظرية تعاني الإنفعال الذي يبدو كأنه مناسب للموقف الذي نجد أنفسنا فيه.

وترى أن الناس لا يستطيعون التمييز بين انفعال وآخر إلا إذا كان لديهم مؤشرات معرفية تبين وتحدد هذا الانفعال بمعنى أن الاستشارة الفيسيولوجية لا تكفي لتوليد الانفعال بل لا بد

من وجود جانب معرفي لطبيعة الموقف المحيط بالشخص حتى يتبين إنفعالا معينا.
(المشيخي، 2014، ص222)

5. التقبل الانفعالي :

في كثير من الأحيان عندما يكون لدينا شعور غير مريح مثل الحزن أو الخوف أو الخجل، رد فعلنا الأول هو رفض هذا الشعور ونقول لأنفسنا بأن هذا الشعور السيء ولا نريده بعد ذلك قدنفعل شيئا ما لمحاولة التخلص من الشعور مثل المحاولة لدفع الشعور بعيدا باستخدام مخدرات أو الكحول للحصول على شعور أفضل.

بالتأكيد لا أحد يريد أن يشعر بالألم الانفعالي كل وقت ،لكن عندما نرفض إنفعالاتنا ،فإننا نجعل الأشياء أسوء في الواقع لأنفسنا، وفي كثير من الأحيان الانفعالات تنشأ لأنهم يعطون معلومات مفيدة عن العالم، وليس دائم التخلص من الانفعالات هو أفضل فكرة.

وبديل ذلك هو تعلم لقبول الخبرات العاطفية، الموافقة، يعني أن عليك ممارسة السماح للإنفعالات الخاصة بك لتكون على ما هي عليه دون الحكم عليها أو محاولة تغييرها، و القبول يعني التخلي عن محاولات السيطرة على الانفعالات، والمشاعر نفسها، واعلم أن الإنفعالات نفسها لا يمكن أن تضرك بالرغم من أن الأشياء التي نعملها لمحاولة التخلص من الإنفعالات باستخدام الكحول يمكن أن تضرك.

ومن المهم أيضا التمييز بين الإستسلام للإنفعالات المؤلمة والتقبل الإنفعالي، فالتقبل الإنفعالي لا يعني أنك تستسلم دائما للشعور الفظيع أو الانغماس في الألم، ولا يعني أيضا أنك تتعلق بالإنفعالات أو تحاول دفع نفسك لتجربة الألم الإنفعالي، بل يعني ببساطة أن تدرك إنفعالاتك وقبولها كما هي الآن.

أن تقبل الإنفعالات بشكل ما يعني أيضا تقبل بأن الإنفعالات ستتغير عندما نكون سعداء، يجب أن نقبل أن هذه الحالة قصيرة الأجل.

وأن نكون في استعداد دائم أيضا عندما نكون في حالة حزن ،فإن هذه الحالة قصيرة الأجل أيضا.(http:// www.how accepting emotion .com)

– و عموما فالانفعال هو حالة نفسية ثائرة و مفاجئة، تكون مصحوبة باضطرابات جسمية تؤدي إلى المرض السيكوسوماتي، و يؤثر هذا الانفعال على سلوك الفرد و شعوره، لذا يجب تقبل الانفعال، الذي هو سماح الفرد لانفعالاته الخاصة عل أن تكون على ماهي عليه دون تغييرها، و التحكم فيها و ضبطها و لا يستسلم للشعور المؤلم.

6- المصطلحات المتعلقة بالتقبل الانفعالي :

6-1-التجنب الإنفعالي:

أ) يشير هذا المصطلح إلى عمل مصمم لمنع حدوث أو لتوقيف الشعور بانفعال غير مريح ،مثل الخوف، أو الحزن أو الخجل...والتجنب الإنفعالي في كثير من الأحيان إستراتيجية واقعية غير صحية وفعاليتها قصيرة المدى، وتوفر بعض من الراحة المؤقتة ،لكن على المدى البعيد فإن التّجنب الإنفعالي يصبح أقوى، كما أنّ تلك الإنفعالات لا تنصب بعيدا.

– وهو إستراتيجية من إستراتيجيات تنظيم الإنفعال type of emotion regulation وتستخدم هذه الاستراتيجية (stratigy) لمحاولة جعل الأفكار و المشاعر الغير مريحة أكثر قابلية للإدارة، وهناك العديد من إستراتيجيات التنظيم الإنفعالي وبعضها أكثر فائدة من غيرها ،فعلى سبيل المثال بعض الناس يلجؤون إلى الكحول والمخدرات للتخلص من المشاعر المؤلمة ،في حين أن هذا العمل يعتبر استراتيجية تنظيم قصيرة المدى، وبالتالي فإن لها عواقب نسبية على المدى الطويل.

فالتجنب الإنفعالي هو مجرد محاولة لدفع الأفكار والمشاعر الإنفعالية، وهي استراتيجية تستخدم من قبل أغلبية الناس، واستخدامها من وقت لآخر، ودفع الإنفعالات باستمرار، يؤدي إلى مشاكل، وهذا يؤدي إلى عدم التقبل الإنفعالي.

نتائج التجنب الإنفعالي (دراسات):

لقد حاول الباحثون دراسة مايحدث عند محاولة دفع الأفكار و الإنفعال على مدى عقود،ومن أشهر هذه الدراسات: الدراسة التي قام بها danial weganer دانيال وآخرون، حيث فحص ما حدث لعينة طلب منها أن تفكيرا بعيدا عن الدب الأبيض في حين سمح لعينة أخرى التفكير في أي شيئ بما في ذلك الدب القطبي الأبيض، و وجد أن المجموعة التي كانت تتجنب التفكير في الدب الأبيض، كانت لديها أفكار حول الدب القطبي أكثر من المجموعة التي سمح لها بالتفكير في أي شيئ، ويرى wegner أنه إذا كانت هناك محاولة لدفع التفكير بعيدا عن موضوع معين، فسوف ينتهي الأمر إلى المزيد من الأفكار حول هذا الموضوع، وقد أجريت العديد من الدراسات المتتابعة لتؤكد صحة الحقائق التي توصل إليها wegner وأظهرت الدراسات نفس النتائج التي عند محاولة دفع الأفكار الإنفعالية، أو عند محاولة دفع المشاعر الحقيقية.

(httP://PTSdabout .com/od/glossary/g/emotionalaveley-htm)

6-2-القمع الإنفعالي (قمع العواطف):

قمع العواطف بدلا من الأفكار يعتبر تحديا مختلفا قليلا .

في مجال الفكر هو قمع الكائن فكرة عن شيئ ما ،بينما في مجال المشاعر وهو منع رد فعل عاطفي مثل مشاعر الحزن ،إلى الهدف بدلا من الهدف نفسه مثل ذاكرة غير سعيدة ،بحيث أن قمع التعبير والمشاعر يؤدي إلى الإستجابات الفزيولوجية ويضعف الحالة الإجتماعية والآداء والذاكرة، ومنه فإن فكرة قمع المشاعر والإنفعالات يشار إليها باسم "فرضية قمع غير قادرة على التأقلم"، بحيث أن عواقب القمع تتمثل في التعرض إلى الخطر وضعف الإنتاجية .

فالمواجهة القمعية تعبر عن التعرض للأحداث السلبية المتطرفة ، فيقوم الفرد بتجنب الأفكار والعواطف غير السارة، مما يؤدي بهم لاحقا إلى عدم التقبل.

(BARNABY D DUNN,danial billotti viehy marphy.tim dalg leish 2009-p762)

فحسب المنظور التحليلي، القمع الإنفعالي ينظر إليه كآلية دفاعية وهو واحد من أهم الآليات الدفاعية في الحياة، كما أنها تؤدي إلى دور أساسي في سير العمليات النفسية.

كما قد تم تعريفها على أنها عملية دفاعية (بالمعنى المعرفي) أكثر من ذلك، ولها دور حاسم في مكافحة الوعي بالإنفعالات السلبية (الشعور بالذنب، الغضب، الخوف، فقط على الأقل الرغبة في الحفاظ على صورتها أمام الآخرين وتجنب الرفض الإجتماعي.

(WEINBEGER ET DAVIDSON ,1999)

إذن فإن الإنفعالات المقموعة تقلل من تدفق الطاقة الإنفعالية وتداخلها مع التصميم والوظيفة الأساسية للكائن البشري، حيث يؤدي هذا التقليل إلى نطاقه في المنظومة، وبالتالي فإن هذا الأمر يؤدي إلى خلل على مستوى معظم العمليات البيولوجية والأجهزة بما في ذلك الدماغ التي تصبح ليست لها كفاءة في العمل والإنجاز و بالتالي إنخفاض القدرات الإبداعية والمرض عدم رضا عام، وإتخاذ الجسد والعقل دور أكبر من اللازم من خلال حياة النضال المتعطشة إلى الطاقة في حين قوة الحياة قد قمعت.

7-الفرق بين التقبل الإنفعالي والمرونة النفسية:

المرونة النفسية هي أحد أهداف علاج التقبل و الإلتزام لأن الكشف عن القدرة على البقاء كليا على إتصال مع مجموع الأفكار و العواطف التي تظهرأو الحفاظ على السلوك حسب الموقف والأهداف (هايس و آخرون، 2006)، محو الأفكار والعواطف المؤلمة التي يشعر بها المرضى يضيقون من حقل سلوكهم و يسخرون كل مجهوداتهم في كل الظروف، و محاولة التحكم أو حذف الأحداث النفسية المؤلمة الخاصة بهم ،و بعبارة أخرى يفقدون القدرة

على التوافق مع المواقف المعاشة ويخفضون من مرونتهم النفسية، إذن المرونة النفسية لا تتمثل في الضبط الإنفعالي ولكن تقبل كل الأحداث النفسية حيث يكون الهدف تحرير كل الإمكانيات للنشاط الجاري.

محاولة حذف التجارب النفسية المؤلمة يشكل آلية غالبا تستخدم في الإضطرابات النفسية، وما يمكن ملاحظته هو أن الحذف المباشر للأحداث النفسية المؤلمة يمكن أن يؤدي إلى إعادة ظهورها أو زيادتها، و نماذج علاجها النفسي تحاول تطوير محاولة للتقبل، و كإستراتيجية نشطة تشتمل على تقييد أو الحد من التجنب و تدفع إلى العرض.

(ونزلاف و آخرون، 1988)

8-علاج التقبل الإنفعالي:

هو علاج نفسي سلوكي ينتمي إلى الموجة الثالثة من النظريات السلوكية المعرفية،

يرتكزعلى النظرية الوظيفية للغة ونظرية الإطارات العلائقية TCR والتي أعدت كمتطور للمقاربة العلمية للسلوك البشري.

وكل علاج نفسي يهدف إلى التغيير، وعلاج التقبل يبحث في تشجيع وتحفيز تقبل الأحداث الخاصة (أفكار، صور، وإحساسات جسدية) مؤلمة في مواقف أين يؤدي تفاديها إلى التخلي عن النشاطات الحيوية في معنى القيم المختارة من طرف الفرد أو إلى الإستمرار في النشاطات المتناقضة مع قيمه.

إلا أنه لايهدف إلى تغيير محتوى الأحداث الخاصة، لكن تغيير السياق فعندما تنجح هذه الحركة تسمح بتقبل وبسهولة الأحداث الخاصة المؤلمة، تجنب التجارب ليس الحل الوحيد فقط، والإلتزام في النشاطات في خدمة القيم المختارة تصبح ممكنة.

(VILLE, 2014, p86)

والموضوع الأساسي للعلاج ليس تغيير الأفكار ولكن تغيير قدرتها على التأثير على السلوكيات، فعلاج التقبل يرتكز غالبا على مفهوم المرونة النفسية بهدف الكشف عن القدرة على البقاء كليا على إتصال مع مجموع الأفكار والعواطف والإنفعالات التي تظهر أوالحفاظ على السلوك حسب الموقف والأهداف، فالمرونة النفسية لا تتمثل في الضبط الإنفعالي ولكن تقبل كل الأحداث النفسية.

(J-LMONESTES/m.villatte.h.mouras.g .loas.f.w.bond,2008 ,P302)

ثالثا: الأنماط السلوكية

حاول العديد من العلماء جمع وإدماج عوامل الخطر التي تم دراستها في تأثيرها على الصحة و المرض من جهة، و من جهة أخرى إقترح اختبار نماذج تفاعلية للفرد في مواجهة عوامل الخطر، فمن بين العوامل التي تشكل خطر على صحة الفرد، هو ما تم التوصل إليه خلال الدراسات التي كشفت على وجود نمطين أساسيين خطيرين و هما: النمط (أ) الذي اعتبر معرض للإضطرابات الوعائية القلبية حسب راسات فريدمان و آخرون، و النمط (ج) الذي اعتبر معرض للسرطان حسب دراسات تيموشوك و آخرون، بينما ظهر النمط (ب) كنمط محايد لا يرتبط بأي نوع من الإضطرابات.

و سنحاول في هذا المبحث التعرف على هذه الأنماط و مميزاتها و الراسات التي تفسرها.

1- تعريف النمط السلوكي:

يعرف على أنه يعبر عن الطريقة أو الأسلوب الخاص والمميز للفرد في الإستجابة للمواقف الحياتية المختلفة وفي التعامل مع نفسه مع الآخرين، وهو على مستوى من الترتيب والتنظيم الذي يوفر حدا مقبولا من الفهم والضبط والتنبؤ.(دردير، 2007، ص129)

لذلك فإن النمط السلوكي ليس بعدا أو سمة شخصية في حد ذاته بل هو أسلوب سلوكي إنفعالي يستجيب به الأفراد الذين يمتلكون صفات شخصية معينة تدخل في ترتيب هذا النمط، وهو أسلوب ينمو من خلال التفاعل بين متطلبات البيئة والخصال الشخصية، ولهذا فالنمط السلوكي مرتبط بفكرة البحث عن ملمح الشخصية المصابين بالأمراض المزمنة. (يوسف،2000، ص46)

ويعرفه محمد أحمد النابلسي "بأنه كناية على نهج سلوكي معين تدفع إلى اتباعه مجموعة من الأحداث، والتجارب والعوامل النفسية، بحيث لو عرضنا مجموعة من الأشخاص مختلفي الشخصية لهذه الظروف لرأينا أنهم يقومون باتباع هذا النمط وذلك بصورة مؤقتة ريثما

تعرض لهم ظروف وعوامل نفسية أخرى "أي أنه طريقة يواجه بها الفرد المشكلات التي تواجهه، وليس نمطا من أنماط الشخصية، فهو يتغير بتغير الوضع النفسي الشخصي. (نابلسي، 1993، ص ص64،65،67)

– و يعتبر النمط السلوكي عموما بأنه طريقة أو أسلوب يتشكل من مكونات داخلية و خارجية، حيث ينتهجه الفرد في الاستجابة لمواقف الحياة المختلفة.

2/ **تعريف النمط (أ) (A) type :**

قام كل من الطبيبان المختصان في أمراض القلب فريدمان friedman وروزنمان rosenman، بصياغة هذا النمط، باعتباره أسلوبا سلوكيا وعاطفيا، ويمكن إعتباره مسؤولا عن إستجابة مفرطة إزاء المواقف المجهدة والذي تمت تسميته بالنمط (أ).

(تايلور، 2008، ص722)

ويعرفه فريدمان و روزنمان 1984 "على أنه يشير لأي شخص ينهمك بعدوانية في كفاح مرير مستمر لإنجاز المزيد والمزيد في أقل وقت ممكن ولو كان ذلك على حساب أشياء أخرى أوأشخاص آخرين، والسمة الجوهرية للفرد المتسم بالنمط السلوكي (أ) إحساسه الطاغي بضغط الوقت أوما يسمى بمرض العجلة".

وللإشارة فإن الباحثان قدما تعريفا سنة 1959 يقرون فيه بأن النمط السلوكي (أ) يعبر عن"رغبة مكثفة في التنافس والتقدم والإستغراق في العمل والسرعة، بالإضافة إلى تعدد الوظائف والشعور بإلحاح الوقت، الى جانب التنبه العقلي والبدني والإستخدام المكثف للوظائف العقلية".(تواتي، 2012، ص ص 25– 26)

كما قد تمكن هذان العالمان بوصف هذا النمط سنة 1974 "على أنه عبارة عن مركب معقد من الفعل والإنفعال Action-Emotion Complex الذي يمكن ملاحظته بكل سهولة عن

أي شخص لديه حاجة كبيرة للإنجاز ويخوض صراعا دائما بهدف الإنجاز أكثر فأكثرفي الحياة وذلك في أقل وقت ممكن.(عبد العزيز، 2010، ص138)

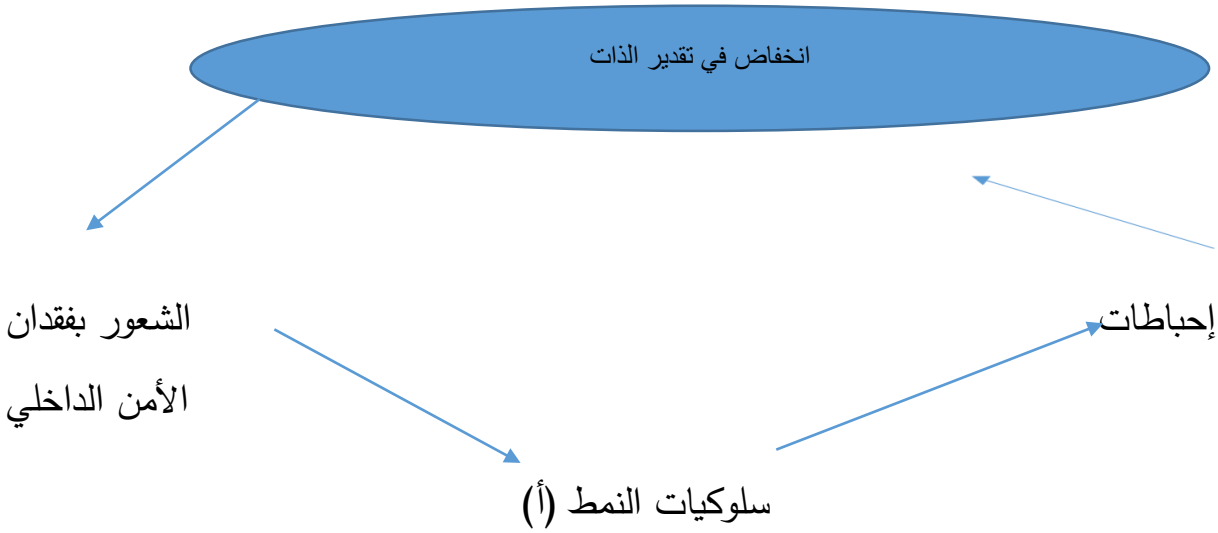
أما محمد عبد الخالق 2014، فيعرفه على أنه يعبر عن الأشخاص الذين يتسمون بالعدوانية والطموح والمنافسة الشديدة والأشغال الزائد بالإنجاز وعدم الصبر والتململ أو عدم الإستقرار والتعجل ومشاعر التحدي المزمنة وبأنه واقع تحت ضغط والتنبه الزائد، وتوتر العضلات، وخاصة عضلات الوجه وعلو الصوت عند الحديث والشعور بالتحدي والمسؤوليات وضغط عامل الزمن.(عبد الخالق، 2014، ص 262)

وعلى إثر ذلك ينظر العديد من الباحثين الى النمط السلوكي (أ) على أساس أنه متغير متعدد الأبعاد والمكونات، بداية من المكونات السلوكية كالتسرع ونفاذ الصبر إلى المكونات الإنفعالية كالعدائية والرغبة للإنجاز، أي أنه أسلوب معرفي إنفعالي سلوكي مبالغ فيه أكثر منه استجابة للمشقة، ويبقى مستقلا نسبيا عن جوانب أخرى من الشخصية أو السيكوباتولوجية (أتكيستون وأتيكسنون 1990-هانسون وهوجان 1983).

(تواتي، 2012، ص25)

ومنه، ومن خلال سلوكيات الفرد صاحب النمط (أ) فإن هذه السلوكيات والأفعال وميزاته تجعله يتجه نحو دائرة مفرغة، مما يؤدي به إلى انخفاض في تغيير الذات، والشعور بفقدان الأمن الداخلي والإحباطات .

الشكل رقم (01): يبين الحلقة المفرغة للنمط السلوكي (أ):



من خلال الشكل: إن أفراد النمط السلوكي (أ) يدورون في حلقة مفرغة بسبب الإحباطات التي تؤدي إلى إنخفاض في تقدير الذات الذي يولد الشعور بفقدان الأمن الداخلي.

2. المميزات الأساسية للنمط (أ) Type A :

قد أشارت الأبحاث التي أجريت خلال العقود الثلاثة الماضية على الأفراد أصحاب نمط سلوك (أ) بأنهم يتميزون بالخصائص التالية: إظهار العدوانية، والكفاح من أجل الإنجاز والطموحات الزائدة غير المحدودة وحب المنافسة والخصومات والخلافات والإحساس المزمن بعجلة الوقت.

الدقة والمثابرة والجدية والتنظيم، الشعور بالتوتر الذهني والعضلي وسرعة الإنفعال، والحذر والإحتراس الزائد، والنشاط الزائد ونفاذ الصبر، والإنهماك في العمل والميل إلى أن تسبب النجاح أو الفشل إلى المسؤولية الشخصية، والعمل بجد، وكبت الأعباء والتعب والإنهماك في عدة نشاطات بنفس الوقت ،إضافة إلى ذلك فهم صارمون ومتصلبون، وسطحيون جدا،

ويقيسون الأشياء بقيمتها المادية، ويميلون إلى إنكار عواطفهم،ومتقلبواالمزاج ،وكئيبون ويشكون بالآخرين، وقليلوا التفاؤل ومحبطون وحادوا الطبع.

ويتميزون أيضا بالرغبة العالية في المنافسة للوصول إلى التميز وبرؤية الأهداف والتحديات في كل مكان وإحساسهم بالحاجة إلى الفوز و التفوق بكل مجالات الحياة، ويأكلون ويتكلمون بسرعة، والنيران المتفجرة أثناء الكلام والضحك ويقاطعون الآخرين مع إظهار إشارات تدل على عدم الصبر، ويميلون لقياس النجاح بحجم المكاسب المادية،وعدد الأهداف المنجزة في الحياة أهم من نوعيتها بالنسبة لهم، لذلك غالبا ما تكون المخرجات فقيرة وقليلة الكفاءة، وهم يقضون وقتا قليلا في مجالسة ومشاركة ومعاشرة الأصدقاء ،وأكثر إحتمالية في أن يتجنبوا الإتصالات الإجتماعية في حالة التعرض لمشاكل.

(صمادي، و غوانمة، 2012، ص ص36-37)

أما الطبيب فريدمان قد وضع 08 إشارات شخصية رئيسية تميز النمط (أ) منها إثنان نفسيتان و 06 إشارات جسمية.

فالنفسية حسب فريدمان هما :قلة الصبر أو الضجر وإثارة العدوانية بشكل سهل،وخشية وتوجس دائم من الكوارث المستقبلية التي ليست علامة للإضطراب، القلق أوالإكتئاب.

أماالإشارات الجسمية فهي :عرق مفرط من الجبهة والشفة العليا، وصرير الأسنان ،تلعثم اللسان بسبب ضغطه المزمن ضد الأسنان القاطعة العليا، الحركة اللاإرادية للجفن العلوي والحركة اللاإرادية لزوايا الفم وصبغة سمراء في جلد الجفن السفلي، حيث يرى فريدمان أن العرق المفرط من الوجه هو إشارة أكيدة على نمط السلوك (أ)، وأنه دليل على الإصابة بمرض القلب مستقبلا. أما روزنمان يرى أن أهم خاصية تميز نمط السلوك (أ) هو حب المنافسة بشكل مفرط.(vijai,1996)

أما جمعية القلب الأمريكية (the American Heart Association) فقد وضعت 06 خصائص رئيسية لذوي النمط السلوكي (أ) هي: حب التنافس، التركيز على إنجاز أكبر كم من الأهداف حتى لو كانت فقيرة المخرجات، الحاجة القوية للتميز والتقدم، الإحتراس الزائد، معرضون دائما للغضب وهم في عجلة من أمرهم دائما أي متسرعون جدا.

(Fisher,2003)

4- **النظريات المفسرة للنمط (أ) Type A**:

أ. نظرية التعلم الإجتماعي:

تعد هذه النظرية واحدة من النظريات التي يمكن أن يحلل سلوك النمط (A) على ضوئها، فالعناصر المهمة التي تضمها هذه النظرية تتلخص فيما يلي:

1. السلوك (حركي، لفظي).
2. البيئة (الظروف الضاغطة، الظروف الفيزيقية والزمان والمكان).
3. الظروف الإجتماعية (الناس، الجيران، الأصدقاء وغيرهم).
4. العامل المعرفي (العلاقات المباشرة للسلوك الصريح ،ومدى التأثير في الآخرين).
5. التنبه للعوامل البينية.

وعلى ضوء هذه العناصر نجد أن ذوي النمط (A) ينتقون الإستجابة الإيجابية على المدى القصير ويستبعدون الإستجابات السلبية على المدى البعيد ومن ثم يتعلمون الإستجابات السلبية على المدى البعيد ومن ثم يتعلمون الإستجابات الإيجابية المشبعة والتي تشكل سلوكهم فيما بعد، إذن فسلوك ذوي النمط (أ) نتاج تفاعل العوامل البيئية والإجتماعية والفيزيقية والعوامل المعرفية والنفسية.

ويرى ذوي النظرية المعرفية الإجتماعية أن سلوك (A) يتحدد كما يلي :

1. التعرف على مدى تفاعل البيئة والسلوك والجانب المعرفي والعوامل النفسية والإجتماعية في ظهور النمط (أ).
2. تحديد بعض العمليات التي تتضمن إكتساب سلوك نمط (أ).
3. فحص العوامل السابقة و اللاحقة للسلوك النمط (أ) وكذلك العوامل المشجعة على تكراره.(جميلة رحيم عبد الوائلي، 2012، ص 219)

ب . نظرية التحليل النفسي :

تنظر نظرية التحليل النفسي لسلوك النمط (أ) باعتبار أن لديهم قلقا مرتفعا وتعتبر هذه النظرية أعراض الوسواس القهري دفاعا يستهدف السيطرة على القلق، وهو ينجح بفضل قدرته على منع دخول مواد مؤلمة للأنا من اللاشعور إلى الشعور، وتفترض أن أصحاب النمط (أ) يشبعون حياتهم بأنشطة تشبه العمل بحيث لا يكون لدى المشاعر والأفكار غير المرتبة بذلك العمل، أي أمل في الوصول إلى الوعي. (رايت، 1990، ص 124)

أما نظرة روسكي و زملاؤه 1998 إلى أن الفرد من ذوي سلوك النمط (أ) على أنه شخص نشأ في أسرة يتسم فيها الأب بالسلبية وآلام بالعدوانية ومن ثم فهو يلجأ إلى الإنجاز بوصفه نتيجة إيجابية لتحقيق الحاجات و الإشباع الإنفعالي وتأكيد الذات، فهو يبحث عن الوقت المفقود، ومن ثم فهو غالبا مهدد إنفعاليا مما يجعله يشعر أنه سوف يتعرض دائما لفقد الإنجاز، أو لفقد مكانته الإجتماعية التي وصل إليها بصورة قهرية.

(عبد الوائلي، 2012، ص219)

أما بالنسبة لنظرة يونغ فهو يرى أنه بقدر الطاقة النفسية المستعمرة في عنصر من عناصر الشخصية يتحدد قيمة هذا العنصر ،والقيمة مقياس للشدة، فعند تحدثنا عن إعطاء قيمة كبيرة لفكرة أو وجدان معين فإننا نعني أن هذه الفكرة أو هذا الوجدان له قوة لها وزنها في حفز السلوك وتوجيهه، وعلى العكس من ذلك إذا كان لشيء ما قيمة تافهة فإنه لن يرتبط إلا بقدر

ضئيل من الطاقة، وينظر يونغ للذات بأنها هي هدف الحياة، الهدف الذي يحاول الناس بلوغه دائما لكنهم نادرا ما يبلغونه، وهي تحرك سلوك الإنسان وتدفعه نحو البحث عن الكلية ،ويمكن تفسير سلوك النمط (أ) وفي في ضوء نظرية يونغ من خلال الطاقة والذات ،فمن خصائص النمط السلوكي (أ) التقدير المرتفع للذات المصحوب بالطموح والتنافس لتحقيق مجموعة من الحاجات ،مما يخلق لديه نوع من التوتر يلزم تخفيضه بإشباع الحاجات، وكلما كانت الحاجة أقوى ،كلما كانت الطاقة المبذولة أقوى حتى يستعيد الفرد توازنه.

(تواتي، 2012، ص ص 45-46)

ج. النظرية الفيسيولوجية :

تفسر العديد من السلوكيات التي يقوم بها ذوو النمط (أ) في ضوء الإستثارة التي يتعرض فها الجهاز العصبي السمبتاوي، وقد أجريت بعض الدراسات المعملية للتأكد من صحة هذه النظرية، وتوصلت إلى أن ذوي النمط (أ) أثناء تفاعلهم مع موقف معملي محدد ،ظهرت عليهم زيادة في معدل ضربات القلب، وارتفاع ضغط الدم، وزيادة مستوى الأدرينالين في الدم، وهذه الأعراض أثرت على الجهاز السمبتاوي ،مقارنة بذوي النمط (ب)، ويرى فريدمان وألمار أن ذوي النمط (أ) يفرضون على أنفسهم مستويات مرتفعة من المهام التي تصبح ضغوط، ومن ثم فإن أجسادهم تطلق هرمونات لأن الجسم يستعد لمواجهة مواقف تحدي ،فيؤدي ذلك إلى زيادة إمداد القلب والدماغ بالدم، ونقصا في إمداد الكبد، ونتيجة لذلك تنخفض كفاءة الكبد في التخلص من الكوليسترول والدهون والقيام بعملية الأيض بالنسبة لهما، وهذا كله يؤدي إلى الإصابة بمرض الشريان التاجي.

ويرى ألبورت وبيوبل ورايت 1990 أن الضغوط التي يتعرض لها ذوو النمط (أ) تسبب إختناقات، وتزيد من معدل ضربات القلب، مما يؤدي إلى تمزق الشرايين المسؤولة عن معظم أمراض الشريان التاجي.(دردي، 2008، ص42)

د. نظرية المجال لكيرت ليفين:

يقول كيرت ليفين صاحب نظرية المجال قد يشرع شخص في القيام بعمل وهو يعلم على اليقين، أن عليه أن يحتمل توترا متزايدا، لكنه يتوقع في الوقت نفسه أن النهاية الأخيرة ستكون توازنا كاملا بين القوى و التوازن يعني إما أن التوتر داخل النظام الكلي متعادل، أو أن نظاما جزئيا يوجد به قدر غير متعادل من التوتر معزولا عزلا محكما، ومنفصل عن بقية نظم الشخصية الداخلية وقد تحتوي الشخصية على عدد من مثل هذه النظم المتوترة والمعزولة عزلا محكما مما يجعله مصدرا مستمرا للتزويد بالطاقة اللازمة لحدوث العمليات النفسية.(عبد الحميد، 1976، ص 300)، أي أنه يتحمل توترا متزايدا لكي يحقق النجاح، ويتغلب على العقبات والنجاح هو التوازن والتوازن لا يعني خلود من التوتر ،فهو مصدر مستمر للتفرد بالنشاط والحيوية .وهو خاصية لسلوك النمط (أ) أي أنه يتمتع بالنشاط و الحيوية لكي يحقق النجاح ويتغلب على العقبات، والتوتر مستمر لكي يتزود بالطاقة ويتمتع بالنشاط وهذه الخصائص التي يتصف بها ذوي النمط السلوكي (أ).

5- تعريف النمط السلوكي (ب) Type A:

يعرفه كتمان 1999 على أنه نمط مختلف ويتناقض مع النمط (A) إذ أن الشخص في هذا النمط أقل عجلة وتنافسا وأقل تعرضا للإصابة بأمراض القلب.(Gieitman,1999,p22)

ويعرفه عبد الخالق: على أنهم الأفراد الذين يتسمون بأنهم أكثر تحررا من العدوان ولديهم قدرة على الإسترخاء و المشاركة في الأنشطة الترويحية دون الحاجة إلى إثبات التفوق، وعدم الإحساس بضغط الوقت وغير منافسين.(عبد الخالق، 2002، ص ص 262-263)

وأما كابلان 1992 فيشير إلى أنه إذا كان النمط (أ) قد استرعى إهتمام البحوث والدراسات، فإن النمط (ب) لم يحظ بنفس القدر من الإهتمام، يمثل هذا الأخير فئة تتميز بغياب سمات

النمط (أ) خاصة الشعور بضغط الوقت والعدائية ،فلدى هؤلاء قدرة جيدة على الإستمتاع دون الشعور بالذنب.

أما السمات المميزة لهذا النمط السلوكي، فهي معاكسة لما تم وصفه لأفراد النمط السلوكي (أ) والمتمثلة في :

-أقل تنافسية، فإن ذوي النمط (ب) لا يضعون أمام أعينهم هدفا ينافس الآخرين، بل لا يقارنون أنفسهم بالآخرين ويحاولون إنجاز أهدافهم بالصيغة الفردية دون اعتبار لأهداف الآخرين، فهم يتقبلون الآخرين، ويفسحون لهم المجال لإنجاز أعمالهم.

-أقل عدائية: ربما تغيب العدائية اللفظية والعدوانية السلوكية لدى أفراد النمط السلوكي (ب) إتجاه الآخرين، ويكون سلوكهم تجنبيا إتجاه المواقف التي تستدعي العدوانية بشكل أو بآخر، أو على الأقل تكون إستجابة العدوانية لديهم تتناسب مع المواقف الضاغطة بشكل منطقي (Davison et neale,1994).

بالإضافة إلى هاتين الميزتان فإن ذوي النمط السلوكي (ب) نجده لا يهتم بالمواعيد وبطيء في أغلب الأشياء، بما في ذلك الأكل ومتروي وهادئ المزاج، ويركز في عمل شيء واحد ويستمتع بأوقات فراغه، ولا يشعر بالضغط بحيث أنه يتخذ الصبر والإسترخاء منهجا له في الحياة وفي العمل.(Luthans .F ,2004 ,p384)

ويرى شيخاني أن أفراد هذا النمط يتميزون ب:

- القدرة على إعتماد النظرة الطويلة، فهم لا يسعون إلى تحقيق أهداف غير واقعية ،أو القيام بأكثر مما يستطيعون.

-الإعتقاد بأن السرعة ليست بمثل تلك الأهمية، فبالنسبة لهم لا داعي للقلق إذا لم يكن بالإمكان إتمام كل عمل قي الموعد الأخير.

-حسن الهوية الشخصية فهم مقتنعون بما هم عليه وبما يفعلون، لذلك لا يشعرون بأنهم مضطرون إلى إحراز الإحترام والحب.

-عدم المبالغة في تقييم الأمور، حيث لا يظهرون أو يشعرون بأنهم في كفاح مستمر يحافظون دوما على حسن التوازن إزاء الأحداث في حياتهم.(شيخاني، 2003، ص38)

6- **خصائص النمط السلوكي(ب)Type B** :

إن نمط الشخصية أو السلوك (ب) يتصف تبعا لدراسات عديدة بالصفات الآتية:

1-قادر على الحب و تقديم العاطفة و كذلك قبولهما، و غالبا مايكون هذا الشخص قد تلقى في طفولته المبكرة درجة مناسبة، وغير مشروطة من الحب والعاطفة والإعجاب من أحد والديه أو كليهما.

2-القدرة على التسامح .

3-عدم مقاطعة الآخرين عند تعبيرهم عن أفكارهم .

4-القدرة على الإستماع إلى الآخرين دون نفاذ صبر.

5-تقبل النقد البناء والهدام .

6-لا يجد عضاضة في تفويض الآخرين أو ندبهم للقيام بعمل ما كلما كان ذلك ضروريا .

7-سهولة الثقة بالآخرين .

8-محاولة تجنب التركيز الزائد على الذات .

9-محاولة المحافظة-في الرشد- على مختلف الأنشطة والإهتمامات التي كان الفرد يستمتع بها في وقت مبكر.

10-يمكن لهذا الشخص أن يتحمل بسهولة الضحك على نفسه مع إحساس جيد وحقيقي بالدعابة .

11-القدرة على أن يجد الوقت الكافي للتأمل في أهداف حياته وآماله وعلى أن يتذكر ماضيه.

12-لا يعاني من شعور بضغط الوقت ولا من نفاذ صبر .

13-لا يعاني من العدائية الهائمة الطليقة .

14-عدم ظهور الحاجة الوسواسية إلى الكشف عن الإنجازات أو مناقشة الآداء الذي قام به الفرد .

15-القدرة على الإسترخاء دون شعور بالذنب .

16-العمل دون إحباط .

17-المشاركة في الرياضة أو غيرها من الأنشطة الترويحية دون شعور بحاجة إلى إثبات التفوق.(الأسدي، و سعيد، 2012، ص85)

7-الفرق بين النمطين (أ) Type A و (ب) Type B:

ذكر عادل كريم نقلا عن Chesney 1981 و زملائه الخصائص السلوكية التالية باعتبارها أنها تميز بين النمطين(أ) و (ب) يوضحها الجدول رقم (01):

الجدول رقم (01): الخصائص السلوكية التي تفرق بين النمطين (أ، ب):

	الخاصية	سلوك النمط أ	سلوك النمط ب
1	الحوار	سريع	بطيء
2	الطلاقة اللفظية	كلمات محددة وإيجابات واضحة	يتوقف كثيرا
	– قوة الصوت	عالي	هادئ
	– النوعية	عدواني	لين
	– الإستجابة	مباشر	متأنية
3	– مدة الإستجابة	سريعة وقصيرة	طويلة و بطيئة
4	– السلوك:		
5	. البصر	لماح وسريع	عادي
6	. الجبهة	مشدودة	مسترخية
7	. الجلوس	يجلس على حافة الكرسي	متمكن من الجلسة ويسترخي
	. الحالة العصبية	منتبه	هادئ
	. تعبيرات الوجه	عدوانية متحفزة متوترة	مسترخية
	. الإبتسامة	صفراوية غامضة	معبرة ومريحة
	. الضحك	جاف	

8	الإستجابة نحو القائم بالمقابلة . التعرض للمقابل . يعود مرة أخرى للموضوعات السابقة . وضع الكلمات على الشفاه . الدعابة . يعجل الإنتهاء من المقابلة . محاولة ضبط المقابلة	كثيرا نادرا غالبا نادرة غالبا يستخدم طرقا فنية وألفاظا وتعليقات كثيرة ويسأل أكثر وأكثر ويصلح من أقوال كثيرا ومن نماذجه التحدي والإعتراض الدائم والجهود واستخدام بعض الكلمات ذات الطابع البارد والتي تثير في الوقت ذاته إنفعال الآخرين	قليلا غالبا نادرا غالبة نادرا نادرا

9	بعض الكلمات النمطية . الرضا عن العمل . الطموح و الحافز . إلحاح الوقت . نفاذ الصبر . التنافس . طريقة أو نمط التفكير . الحيوية و النشاط -الإثارة	غير راض، دائما في عجلة شديد جدا في غاية الأهمية ينفذ بسرعة ويكره الإنتظار يتلذذ بالمنافسة ويحب النجاح يفكر بعيدا جدا نشط جدا ودائم الحركة يحب الإثارة والإندفاع والمغامرة	الرضا التام عادي"متوسط" لا يهم كثيرا يمكن أن ينتظر كثيرا لا يهتم بالتحدي والتنافس نادرا قليلا قليلا
10			

و من الأعمال التي تؤكد هذا الإختلاف دراسة هوكر، بلومنثال، سيجلار Hooker Blumenthal et Siegler, 1987 التي حصل فيها الأفراد ذوي النمط (أ) على درجات مرتفعة على مقياسي الحاجة للقوة و العداء، أما ذوي النمط (ب) الذين حصلواعلى درجات مرتفعة على مقياس الحاجة إلى القوة، فقد حصلواعلى معدل منخفض على مقياس العداء.(كريم، 2006، ص ص 103- 104)

8- النمط (ج) Type C:

ظهر هذا النمط في نهاية السبعينيات وبداية الثمانينات من القرن العشرين ،على يد جرير وموريس Greer et Morris ويسمى أيضا بالشخصية المستهدفة للإصابة بمرض السرطان حيث برهنا أن هذا النمط مرتبط إرتباطا جوهريا بتطور مرض السرطان وسرعة إنتشاره.

(بن زروال، 2008، ص232)

حيث تم ملاحظة أن مرضى السرطان يتحلون ببعض السمات المشتركة، وقد ظهرت كلمة (النمط السلوكي ج) لأول مرة في نص لجرير وموريس 1980 لتنعت الشخصية التي تظهر بمظهر محب ومتفهم ولكنها تصل إلى هذا المظهر باستعمال مجهود دفاعي كبير جدا، وبالتالي فهي شخصية ليست متكيفة كما تظهر.

ففي مواجهة عامل ضاغط يظهر لدى هؤلاء تنشيط مستقل (autonom) أكبر من غيرهم، فإن مثل هؤلاء الأفراد يتحصلون على درجات منخفضة عندما نقيس إنفعالاتهم السلبية بطريقة القياس الذاتي، وترتفع الدرجات عندما يقاس الكرب بطريقة الملاحظة و المحادثة.

(تواتي ، 2012، ص ص69- 70)

وقد عرفته تيموشوك 1987 على أنه نمط سلوكي معرفي للتوافق مع وضعيات إجتماعية ضاغطة مليئة بالصراع ومهددة بالفقدان، إذ يتميز التوافق بإلغاء الإنفعال والإحساس بالعجز المرتبط باليأس والإكتئاب ووصفه بالسمات التالية:

- العجز عن التعبير عن الغضب وتفريغ التوتر.
- الميل للموافقة والإنصياع.
- غير مؤكد لذاته، مضحي بها وميال للتساهل وتجنب الصراع.
- صبور، قادرعلى الإنتظار وتقبل ضغط الوقت .

- هادئ.

- لا يفصح عما يستبد به من إنفعالات.

- تقدير منخفض لذاته (يرى نفسه تافها، قاصر الهمة، معدوم الكفاءة).

- يتمسك بالروتين، يعيش في وحدة نفسية.

- يعاني الإكتئاب والتشاؤم ويشهر باليأس.

9-خصائص النمط السلوكي (ج)Type C :

1-المدركا ت والمعارف الإكتئابية :Les cognitions dépressives

ويختلف هذا المفهوم عن الإكتئاب كتأثرAffect ويوافق نموذجا من الإكتئاب القائم أساسا على إدراكات خاصة إتجاه الأحداث المجهدة ،حيث جمعها سيليغمان 1975 تحت مصطلح "الإستسلام المتعلم " Résignation apprise، الذي بموجبه يشعر الفرد بالعجز في مواجهة الأحداث المجهدة التي لا يمكن التحكم بها .

وقد لاحظت تيموشوك إرتباطا دالا بين الإدراكات الإكتئابية المشخصة خلال مقابلة مع مرضى المصابين بالورم القتامي ،وبين حجم هذه الأورام ،كما أظهرت دراسات أنطوني وزملاؤه 1988، أن هناك علاقة بين الإستسلام المتعلم، وبين النتائج السلبية للإختبارات المجراة على عينات من أورام العنق.(Panlhan et Bourgeois,1995, p66)

2-كبح الإنفعالات :La répression des émotion

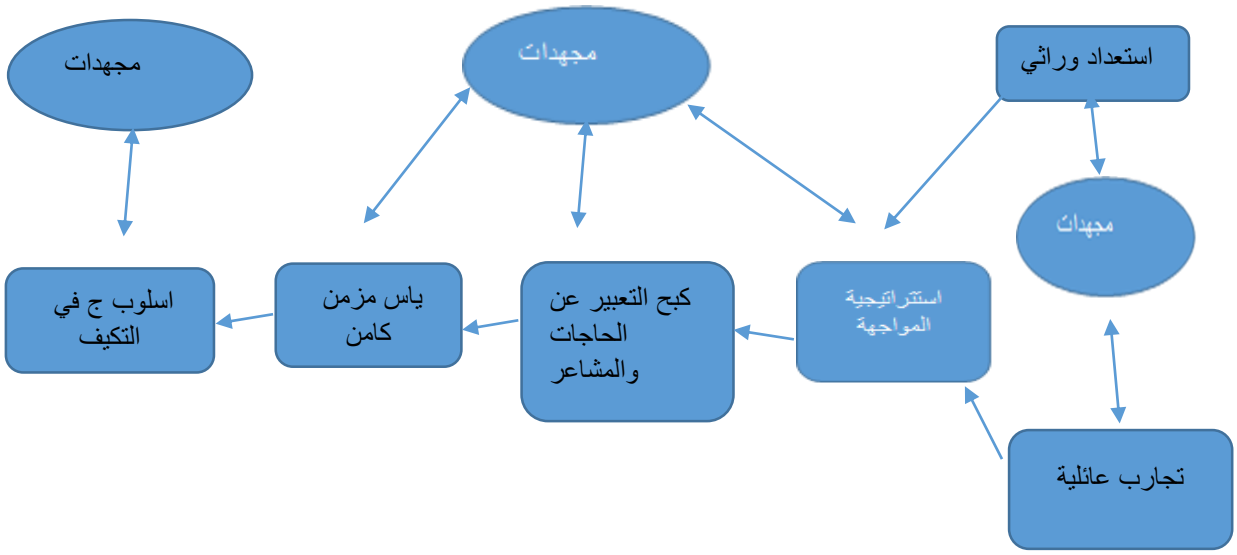
أي عدم قدرة الفرد على الإعتراف بانفعالاته والتعبير الشفهي عنها خاصة العدائية كالغضب وغيرها، وهذا ما أكده العديد من العلماء في دراسات مختلفة حول هذه الخاصية أمثال

ماراجولييوس في دراستها التنبؤية (1971-1983)، و دراسة جرير وموريس التنبؤية (1979) ودراسة فوكس Fox (1988).(بن زروال فتيحة، 2008، ص ص 233- 234)

3-غياب السند الإجتماعي:

لا يوجد إتفاق بالنسبة لدور السند في ظهور الأورام السرطانية ،فقد أظهر جودكية و أنتوني (Coodkia et antoni 1988) من خلال دراسة تتبعية ،أن نتائج تحليل ورم من عنق الرحم له فرص أكبر أن يكون ورم سرطاني عند النساء قليلات السند الإجتماعي .(تواتي،2012،ص73)

والمخطط رقم (02): يوضح تطور النمط (ج) Type C 1987:



التعقيب: يبين المخطط كيف أن هذا الفرد الذي يظهر لمحيطه متعاونا وهادئا، يتخلى عن إرضاء حاجاته الخاصة، ولا يعبر عن إنفعالاته السلبية (كاليأس) التي تبقى حبيسة، فيبقى التوتر الإنفعالي كامنا، حيث تكلف الجهود الدفاعية المستمرة لاستيعاب طاقة كبيرة.

خلاصة الفصل:

من خلال ما استعرضناه في هذا الفصل، فداء السكري يعد من الأمراض المزمنة و الأكثر خطورة و انتشارا في العالم، حيث يهدد حياة الشخص و كيانه سواء من الناحية الفيزيولوجية أو النفسية.

إذ يعتبر هذا المرض من أبرز أسباب الوفاة أو الإعاقة المزمنة و الأزمات القلبية، أو الفشل الكلوي، و رغم توفر العلاج الدوائي إلا أن الإصابة بداء السكري تقتضي المتابعة المستمرة و إجراء تغيرات هامة بنمط الحياة مما يقتضي إلتزاما مستمرمن طرف المريض، و هذا ما يدعى بالإلتزام الصحي للمريض.

و الأمراض السيكوسوماتية عموما، سببها الانفعلات حيث تعتبر كتلة موحدة من ظواهر نفسية و عواطف و أفكار و خبرات لا شعورية تسيطر على الأنا، لذلك يجب على المصاب بداء السكري السيطرة على انفعالاته، و تقبلها و ضبطها في المواقف المستدعية لذلك، و إن إدارة عدم الإتصال ببعض المواقف الواقعية، و أيضا بعض الأفكار و الصور و الإحساسات الجسدية، سوف تحرك الميل إلى تفادي التجارب النفسية المؤلمة.

فتقبل الانفعالات يكون بالتعرف على المشاعر غير السارة، ثم تعلم عدم التصرف أو المرور عليها، و ليس تجنبها، بل دائما تكون مراقبة للأفكار و المشاعر و الأحاسيس و الذكريات لزيادة المرونة النفسية، حيث أن العمليات النفسية لعقل الانسان العادي غالبا ما تكون مدمرة، غير أن المعاناة النفسية عادة ما تسببها تجنب تجريبي، و ما ينتج عنها من صلابة نفسية التي تؤدي إلى عدم اتخاذ الخطوات السلوكية اللازمة بما يتوافق مع القيم الأساسية باعتبارها وسيلة للتخلص من العديد من المشاكل التي تختلف حسب طبيعة تكوين الشخصية لدى الأفراد، و هذا التكوين راجع إلى أنماط الحياة المختلفة، التي تجعل الفرد يسلك نمطا معينا، يتكون من خلال التفاعل بين البيئة و سمات الشخصية عند المصابين

بالأمراض المزمنة، و هذه الفروق في الأنماط و هي ثلاث أنماط (أ)، (ب)،(ج)، لها علاقة مباشرة بمجموعة الانفعالات و الأحداث و التجارب و العوامل النفسية، التي تدفع الفرد إلى اتباعها بصورة مؤقتة، لأنها تتغير بتغير الوضع و الظروف النفسية الحياتية.

فهناك نمط متغير الأبعاد و المكونات، بداية من المكونات السلوكية، حيث يخوض صراعا بهدف الإنجاز أكثر في الحياة في أقل وقت ممكن دون أن يكون لديه صبر، و أما المكونات الانفعالية كالعدوانية، و هناك نمط آخر و هو النمط (ب) أي عكس النمط (أ)، و يتصف بأنه أقل عدوانية و أقل عجلة، أما النمط (ج)، فلديه استعداد للإصابة بمرض السرطان، و هي شخصية ليست متكيفة و تظهر عكس ما تخفي.

الفصل الثالث:

الإجراءات المنهجية

الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية.

تمهيد

01- منهج الدراسة.

02- الدراسة الإستطلاعية.

03- حدود الدراسة المكانية والزمانية.

04- إجراءات الدراسة.

05- أدوات الدراسة.

06- الأساليب الإحصائية.

تمهيد:

نظرا لطبيعة هذا البحث العلمي وانطلاقا من إشكاليات وفرضيات الدراسة، اعتمدنا على منهجين، المنهج الوصفي الذي يقوم على دراسة الواقع أو الظاهرة، ووصفها وصفا دقيقا، والمنهج العيادي من خلال دراسة الحالة، كما يحتوي على عينة الدراسة وحدودها المكانية و الزمانية، وأدوات الدراسة.

1. منهج الدراسة :

يعد المنهج أسلوب يسير على نهجه الباحث،كي يحقق الهدف من بحثه (رشوان، 2003، ص53)، وهو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسته لاكتشاف الحقيقة(إحسان م ح، 2009، ص124) وتختلف المناهج باختلاف المواضيع، ولكل منهج وظيفته وخصائصه، التي يستخدمها كل باحث في ميدان اختصاصه.(بوحوش،1995، ص95)

وبما أن الهدف الأساسي من بحثنا هو وصف الظاهرة من خلال معرفة مدى تقبل أفراد العينة لانفعالاتهم، وما هي الأنماط السلوكية السائدة لديهم، و وصف العلاقة الكامنة بين التقبل الانفعالي والأنماط السلوكية السائدة، فإننا استخدما المنهج الوصفي على إعتباره منهجا مناسبا لمثل هذه البحوث.

والمنهج الوصفي " هو مجموعة من الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة اعتمادا على جمع حقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلا كافيا ودقيقا، لاستخلاص دلالتها والوصول للنتائج وتعميمها عن الظاهرة و الموضوع محل البحث.(الراشدي،2000، ص59)

كما استخدمنا المنهج العيادي كمنهج مكمل للمنهج الوصفي، بهدف التعمق أكثر في موضوع الدراسة، من خلال دراسة المتغيرات في إطار الشخصية ككل، لذا استخدمنا هذا المنهج.

وفي هذا الصدد فإن المنهج العيادي يدرس المريض كحالة واحدة كلية، حيث يتجه إلى جمع البيانات العلمية المتعلقة بأية وحدة سواء كانت فردا أو مؤسسة أو نظاما اجتماعيا أو مجتمعا محليا، وهو يقوم على أساس التعمق في دراسة معينة من تاريخ الوحدة أو دراسة جميع المراحل التي مرت بها، وذلك بقصد الوصول إلى تعليمات علمية متعلقة بالوحدة المدروسة وبغيرها من الوحدات المتشابهة.(موسوعة علم النفس، ص44)

2- الدراسة الإستطلاعية:

تعد الدراسة الإستطلاعية مرحلة مهمة في البحث العلمي، فبناء على التجربة الإستطلاعية أو على ضوء ما يصادف الباحث من صعوبات في الميدان، أو ما يظهر من النواحي التي تستوجب التغيير، فإنه يقوم بالمراجعة النهائية كخطوة هامة في البحث حتى يكون مطمئنا لسلامة التنفيذ، فهذه هي الفرصة الوحيدة للتعديل و لا يتسنى له ذلك بعد التطبيق.

بدأت دراستنا الإستطلاعية منذ إختيارنا للموضوع، حيث قمنا بالبحث عن أفراد العينة و التواصل معها لمساعدتنا للقيام بدراستنا الأساسية، فهذه الدراسة كانت الوجهة للتحديد الدقيق الذي هو قيد الدراسة، مع إبراز مختلف النتائج الخاصة بتحليل المقاييس المستخدمة في البحث، و كذلك التحليل الخاص لهذه الدراسة.

3-حدود الدراسة المكانية والزمنية:

3-1-مكان الدراسة:

لقد تم أخذ العينة من داخل المؤسسات الإستشفائية و من خارجها، ومن مناطق متعددة من مدينة تيارت بحيث تم أخذ نصف العينة من مدينة قصر الشلالة، والنصف الآخر من مدينة وادي ليلي، أما فيما يخص دراسة الحالة فقد تم أخذها من بلدية تيدة.

3-2- مدة الدراسة:

أجريت الدراسة من 2016/03/28 إلى غاية 2016/04/13 .

4-عينة الدراسة:

لقد أجريت دراستنا على عينة مكونة من30 فرد مصاب بالسكري من كلا الجنسين، وكان اختيارها عشوائيا هذا من أجل الدراسة الوصفية، أما دراسة حالة فكانت مع حالة واحدة من جنس أنثى، وهذا الإختيار كان قصديا.

أما اختيار العينة، فقد تم اختيار أفراد عينة البحث حسب الشروط التالية:

-السن: كان يتراوح ما بين 18 إلى 74 سنة.

-الجنس: فكان من كلا الجنسين.

- أن يكون المفحوص مصابا بداء السكري، ومشخص به من طرف الطبيب.

- أن تتكون العينة من 30 فرد مصاب.

وخصائص العينة موضحة حسب الجداول التالية:

جدول رقم (02): يوضح خصائص العينة حسب متغير السن

الأفراد	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	12	%40
أنثى	18	%60
المجموع	30	%100

من خلال الجدول رقم (04) يتضح أن اغلب أفراد العينة إناث الذي قدر عددهم ب18 أنثى، حيث بلغت نسبتهم 60% ، أما الذكور فقد قدر عددهم ب 12 ذكر بنسبة تبلغ 40%.

جدول رقم (03): يوضح خصائص العينة حسب متغير المستوى الدراسي.

الأفراد	التكرار	النسبة المئوية
أمي	07	%23.33
ابتدائي	03	%10
متوسط	11	%36.67
ثانوي	06	%20
جامعي	03	%10
المجموع	30	%100

من خلال الجدول رقم (04) يتضح لنا أن الأفراد الأميين بلغ عددهم 07 أفراد، أي ما يعادل نسبة 23.33%، أما الأفراد ذوي المستوى الإبتدائي بلغ عددهم 03 أفراد ما يعادل نسبة 10%، أما الأفراد ذوي المستوى المتوسط قدر عددهم ب 11 فرد، أي ما يعادل 36.67%، و الأفراد ذوي المستوى الثانوي بلغ عددهم 06 أفراد، ما يعادل 20%، أما عن الأفراد ذوي المستوى الجامعي فقد قدر عددهم ب 03، و هذا ما يعادل نسبة 10%، و بالتالي فأغلب أفراد العينة هم من ذوي المستوى المتوسط.

5-إجراءات الدراسة:

بعد أن تحددت مشكلة البحث وأدوات جميع البيانات توجهنا إلى الميدان، وذلك بمساعدة بعض الأشخاص كالأصدقاء وأخصائيين، وقد تم توزيع عدد من المقاييس المتمثلة في مقياس التقبل الانفعالي، ومقياس الطراز السلوكي (أ-ب) لنمط الشخصية لصاحبه بن طاهر بشي، ومقياس النمط السلوكي (ج) لقروسارتيساك وإيزنك.

أما فيما يخص دراسة حالة فقد قمنا بتطبيق المقابلة العيادية في ظرف ثلاث حصص.

وبعد استراجاع المقاييس الموزعة تم تفريغها ومن ثم تحليل ومناقشة النتائج المتحصل عليها.

6- أدوات الدراسة:

إن القيام بأي بحث يتطلب القيام بمجموعة من التقنيات والأدوات التي تتماشى مع طبيعة الأهداف والفروض المصاغة، واستدعى هذا البحث تطبيق الأدوات التالية:

6-1-المقابلة العيادية:

المقابلة العيادية هي أداة لجمع المعلومات التي تمكن الباحث من الإجابة عن تساؤلات البحث أو اختبار فروضه، وتعتمد على مقابلة الباحث للمستجيب وجها لوجه بغرض طرح عدد من الأسئلة للإجابة عنها.

وهي تفاعل لفظي بين شخصين أو أكثر في موقف مواجهة، فهناك بيانات ومعلومات لا يمكن الحصول عليها إلا بمقابلة الباحث للمبحوث وجها لوجه.

(م.عباس، م.نوفل، م.العبسي، ف.ابوعواد، 2010، ص25)

وبما أننا استخدمنا في هذه الدراسة منهج دراسة حالة كمنهج مكمل للدراسة الوصفية، فقد استخدمنا المقابلة العيادية النصف موجهة مع الحالة المدروسة، والمقابلة العيادية النصف موجهة حسب c.chabert et b. verdon هي:

"طرح نصف سؤال ونترك المفحوص يجيب، بمعنى أن الأخصائي يعرض الإطار الذي يسمح فيه للمفحوص بالتعبير عن انفعالاته بتلقائية وعفوية مع قدرته على التدخل في الوقت المناسب بأكبر قدر ممكن من الأسئلة الموجهة والمحددة والتي تخدم موضوع الدراسة، وبذلك تكون العلاقة موضوعية مبنية على الثقة تساعد والأخصائي في الوصول إلى التشخيص والى دراسة دينامية نفسية محددة تكون مضبوطة بقوانين وأسئلة يتم الإجابة عليها بتعبير حر ومطلق للفحوص.(ج.روتر، 1985، ص175)

وقد تضمن دليل المقابلة المعد من طرف الباحثتان 05 محاور وهي:

-المحور النفسي.

- المحور الجسدي.

-المحور السلوكي.

- المحور الجسدي.

-المحور العلائقي.

وتندرج تحت هذه المحاور مجموعة من الأسئلة، والدليل بالتفصيل موضح في الملحق رقم (01).

6- أدوات الدراسة:

6-2-مقياس التقبل الانفعالي:

تم إعداد مقياس التقبل الانفعالي لقياس المرونة النفسية، بمعنى القدرة على الاستمرار في التصرف والى تغييره حسب فائدته، في نسخته الثانية، وتتكون الاستمارة من عشر فقرات حسب سلم ليكارت، والمقياس يقدم خصائص قياسية جيدة ومصداقية مميزة ومتقاربة من النوع الجيد.(J.L.Monestes.2009. p302).

وتم ترجمة المقياس إلى اللغة العربية وذلك بمساعدة مختصين في اللغة الفرنسية، وتم عرض المقياس على المحكمين المختصين في علم النفس، وهذا لمعرفة مدى صدق الترجمة.

6-2-1- صدق الترجمة:

بعد إكمال الترجمة تم استطلاع أراء المحكمين لاختبار صدق المقياس، فطلب من مجموعة متكونة من04 أساتذة مختصين في علم النفس، وذلك بهدف تقييم كل من :

- سلامة الترجمة.
- وضوح العبارة.
- الصياغة اللغوية.

وطلب منهم تقييم هذه العناصر الثلاثة على سلم تقديره من01 إلى 10 درجة. وتم التوصل إلى درجة الصدق، حيث حددت بالاعتماد على قيمة المتوسط الحسابي، وقد جاءت نتائج الاستطلاع في الجدول التالي:

الجدول رقم (04): يبين درجات الصدق (ن) لميزات العامة لمقياس التقبل الانفعالي.

الرقم	ميزات المقياس	ن
1	سلامة العبارة	9.65
2	وضوح العبارة	10
3	الصياغة اللغوية	9.4

وكان هناك اتفاق بين المحكمين على أن عبارات وميزات المقياس تتمتع بدرجة صدق مقبولة. وبعد الحصول على الإجابات وحساب درجات الصدق، تم تصحيح وتعديل صياغة بعض الكلمات، والعبارات حسب ما أشار إليه السادة المحكمون، والعبارات التي تم تعديلها هي كما يلي:

الجدول رقم (05): يوضح عبارات المقياس قبل وبعد التصحيح.

الرقم	العبارة قبل التعديل	العبارة بعد التعديل
1	– إذا كانت لدي ذكرى مؤلمة ،اتركها تعود.	– إذا كانت لدي ذكريات مؤلمة، استرجعها.
2	– تجاربي وذكرياتي المؤلمة تزعجني لكي أقود حياتي وتجبرني على القيام بذلك.	– تجاربي وذكرياتي المؤلمة تزعجني حتى أقود حياتي كما أريدها، وكأنها تجبرني على القيام بذلك من القلب.
3	– أخاف من عواطفي .	– أخاف من انفعالاتي .

4	– لدي خوف من عدم قدرتي على التحكم في مخاوفي وعواطفي.	– لدي خوف من عدم قدرتي على التحكم في قلقي وانفعالاتي.
5	– ذكرياتي المؤلمة تمنعني من الابتهاج في حياتي.	– ذكرياتي المؤلمة تمنعني من الابتهاج في حياتي.
6	– أتحكم في حياتي.	– أتحكم في حياتي .
7	– العواطف هي مصدر المشاكل في حياتي.	– الانفعالات هي مصدر المشاكل في حياتي.
8	– لدي انطباع بأن الآخرون يسيرون حياتهم أفضل مني.	– لدي شعور بأن الآخرون يسيرون حياتهم أفضل مني.
9	– انشغالاتي تمنعني من النجاح.	– همومي تمنعني من النجاح.
10	– أفكاري وعواطفي لا تمنعني من أعيش حياتي كما أريد.	– أفكاري وانفعالاتي لا تمنعني من أعيش حياتي كما أريد.

6-3-مقياس الطراز السلوكي (أ-ب) لنمط الشخصية:

6-3-1- وصف المقياس:

يتكون مقياس الطراز السلوكي (أ-ب) من صورتين متناقضتين من السمات السلوكية، وهي على خط متصل، ويمثل فيها الوسط فئة ثالثة تسمى بالفئة ذات النمط (أ-ب)، كما أن هذا المقياس مواصفات، بحيث يتصف النمط (أ) بالانفعالية والتسرع ونفاذ الصبر، وأنه يدرك

المواقف التي يواجهها بشكل ضاغط أكثر مما عليه في الواقع، وله دافعية كبيرة للانجاز، طموح ،متمركز حول ذاته، وكثير الاستغراق في العمل.

وبالرغم من أن الصورتان على خط متصل، فإن الطراز السلوكي (ب) يوصف بأنه الصورة المعاكسة للنمط (أ)، فهو إنسان مرن وصبور، وأقل انفعالية وتنافسية، وأكثر شعورا بالطمأنينة النفسية واقرب إلى الواقعية. وفيما يلي بعدي هذا المقياس:

- البعد الأول يمثل التوحد، التسلط، والعجلة الانفعالية، ويضم الفقرات: 3، 4، 5، 6،7، 10، 12.

- البعد الثاني: يمثل التوتر،الشعور بالعبء، والاستغراق في العمل، ويضم الفقرات:1، 2، 8 ،9،11.

وبالتالي يصبح مجموع فقرات المقياس هو 12 عبارة.

6-3-2- طريقة التصحيح:

كما يتضح من تعليمة المقياس فالفرد الذي يضع إشارة (x) جهة اليمين (أ) في خانة توافقك أكثر، يأخذ الدرجة 05، وإذا وضعها في خانة توافقك فإنه يحصل على الدرجة 04، بينما يأخذ الدرجة 03، إذا وضع إشارة (x) في خانة توافقني بنفس الدرجة، ويأخذ الدرجة 02 إذا وضعها جهة اليسار (ب) في الخانة توافقني، ودرجة 01 في حالة وضعه إشارة (x) في خانة توافقني أكثر.

وبما أن المقياس ككل من 12عبارة، فإن درجته القصوى هي 60، ودرجته الدنيا هي 12، بمتوسط نظري قيمته 36.

أما الدرجة القصوى بالنسبة للعامل الأول والمتضمن 07 فقرات تساوي 35 درجة، وبدرجة دنيا قيمته 07، ومتوسط نظري 21.

وتقدر الدرجة القصوى للعامل الثاني والمتضمن 05 فقرات درجة، والدرجة الدنيا تساوي 05 بمتوسط نظري قيمته 15 .

6-3-3- الخصائص السيكومترية للمقياس:

تظهر الخصائص السيكومترية للمقياس من خلال حساب الباحث، للصدق بطريقة الاتساق الداخلي، حيث وجد أن إرتباط فقرات المقياس بالدرجة الكلية تراوحت ما بين (0.69 و0.83)، وأن الارتباطات بين الفقرات والعامل الذي أدرجت تحته مابين (0.70 و0.85)، بينما تراوحت قيم الارتباطات بين عاملي نمط الشخصية والدرجة الكلية (0.89 و0.85)، وهي نسب دالة عند مستوى الدلالة 0.001، وهذا يعني المقياس يتمتع بدرجة عالية من الصدق.

وحساب الثبات الذي تم حسابه بالطرق التالية: ألفا كرونباخ وقيمته 0.89، جوتمان وقيمته 0.87، والتجزئة النصفية ب 0.88، مما وجد أن المقياس يتمتع بمستوى عال من الثبات. (بن طاهر،2005، صص65 ،69)

6-4-مقياس النمط (ج):"لقروسارت ماتيساك و ايزنك":

تم وضع هذا الاختبار من طرف كل من "قروسارت ماتيساك وايزنك"في سنة 1990، وقد تم استعماله لأول مرة في دراسة تتبعية للباحثين، والتي توصلت إلى وجود أربعة أنماط سلوكية من بينها النمط(1) المقابل للنمط السلوكي (ج).

وللاستبيان صورتان:

- الأولى طويلة عدد بنودها 109.

- والثانية قصيرة تحتوي على10 بنود.

إذن وضع المقياس للكشف عن النمط السلوكي (ج)، وقد تم استعمال الصورة الثانية القصيرة في هذه الدراسة كون أن مقياس الطراز السلوكي (أ–ب) لنمط الشخصية لا يقيس النمط السلوكي (ج).

–طريقة تطبيق وتصحيح الاختبار:

يتم التنقيط بوضع علامة (x) في إحدى الخانات المخصصة للإجابة بصحيح أو خطأ،ثم تجمع العلامات وتفسر حسب الجدول التالي:

الجدول رقم (06):يبين طريقة تصحيح اختبار النمط (ج).

الدرجات	مستوى النمط
0 _ 4	لا توجد سمات النمط (ج)
5 _ 10	توجد سمات النمط (ج)

–الخصائص السيكومترية للمقياس:

تظهر الخصائص السيكومترية للاختبار حسب الباحثة من خلال حساب: الصدق والذي تم حسابه من خلال تطبيق إختبار (ت)، حيث وجدت الباحثة قيمة (ت) 3.52، عند مستوى الدلالة 0.001، وهذا يعني أن بنود الاختبار كانت مميزة مابين المستويات المختلفة لما تقيسه، ومنه الاختبار صادق. وحساب الثبات والذي تم حسابه عن طريق معادلة ألفاكرونباخ (0.51) عند مستوى الدلالة 0.001، وهذا يعني وجود مستوى مقبول من الثبات. (تواتي،2012، 308).

7- الأساليب الإحصائية:

استخدمنا في هذه الدراسة التكرارات والنسب المئوية وحساب خصائص العينة (السن،الجنس، المستوى التعليمي)، وتم مقارنة المتوسط النظري مع المتوسط الحسابي، حسب فرضيات الدراسة.

الفصل الرابع:

عرض و مناقشة نتائج الدراسة

الفصل الرابع: عرض و مناقشة نتائج الدراسة.

01- عرض و تحليل نتائج الدراسة.

02- مناقشة و تفسير نتائج الدراسة.

03- استنتاج عام للدراسة.

تمهيد:

يتضمن هذا الفصل عرض النتائج التي أسفرت عليها الدراسة، متبعين في ذلك النتائج المتوصل إليها بعد التحليل الإحصائي، وكذلك عرض نتائج دراسة الحالة، ثم تفسيرها ومناقشتها وفق فرضيات الدراسة وأهدافها .

أولا:عرض وتحليل نتائج الدراسة :

1المستوى الأول:عرض وتحليل نتائج الفرضيات:

1.1. عرض نتائج الفرضية الأولى:

تنص الفرضية الأولى على أن أغلب المصابين بالسكري ليسوا متقبلين لانفعالاتهم.

وللتحقق من صحة هذه الفرضية تم حساب التكرارات والنسبة المئوية، للأفراد المتقبلين لانفعالاتهم وغير المتقبلين لانفعالاتهم من مرضى السكري.

الجدول رقم (07): يبين نتائج الفرضية الأولى:

الأفراد	التكرارات	النسب المئوية
غير المتقبلين لانفعالاتهم	30	%100
المتقبلون لانفعالاتهم	0	%0
المجموع	30	%100

من خلال الجدول رقم (08)، يتضح أن الأفراد غير المتقبلين لانفعالاتهم هم 30 فرد، أي بنسبة 100% من المجموع الكلي من أفراد العينة، وأن المتقبلين لانفعالاتهم هم صفر، بنسبة 0%من المجموع الكلي من أفراد العينة .

وبالتالي فالنتائج المتحصل عليها تشير أن أفراد العينة ليسوا متقبلين لانفعالاتهم.

2.1.عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية :

تنص الفرضية الثانية على أن النمط السلوكي (أ) هو نمط سائد لدى مرضى السكري.

وللتحقق من هذه الفرضية تم حساب التكرارات والنسبة المئوية، للأفراد ذوي النمط السلوكي(أ)، والنمط السلوكي (ب) من مرضى السكري.

الجدول رقم (08): يبين نتائج الفرضية الثانية.

النمط	التكرار	النسبة المئوية
ذوي النمط (أ)	28	%93.33
ذوي النمط (ب)	02	%6.67

من خلال الجدول رقم (09) يتضح لنا أن ذوي النمط (أ) 28 فرد، أي بنسبة 93.33% من المجموع الكلي لأفراد العينة، وأن ذوي النمط (ب) فردين فقط، أي ما يمثل نسبة 6.67% من المجموع الكلي للأفراد.

وبالتالي فإن النتائج المتحصل عليها تشير إلى أن النمط السلوكي السائد في هذه الحالة، هو النمط (أ).

أي أن أغلب أفراد العينة هم من النوع العدواني، والاندفاعي، المتسرع في أداء كل شيء في أسرع وقت ممكن، وانفعاليون.

3.1.عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

تنص الفرضية الثالثة على أن النمط السلوكي (ج) هو نمط سائد لدى مرضى السكري.

وللتحقق من هذه تم حساب التكرارات، والنسبة المئوية للأفراد ذوي النمط السلوكي (ج)، وغير المتسمين بالنمط (ج) من مرضى السكري.

الجدول رقم (09): يبين نتائج الفرضية الثالثة

النمط	التكرار	النسبة المئوية
ذوي النمط (ج)	24	%80
غير المتسمين بالنمط (ج)	06	%20

من خلال الجدول رقم (10)، يتضح لنا أن ذوي النمط (ج) هم 24 فرد، وهو ما يعادل نسبة 80% من أفراد العينة، أما عن غير المتسمين بالنمط (ج) فهم ستة أفراد فقط، أي ما يعادل نسبة 20% من أفراد العينة.

ومنه فإن نتائج الجدول تشير إلى أن النمط (ج) هو النمط السائد في هذه الحالة.

وبناءا على هذه النتائج فإن أغلب أفراد العينة هم من النوع الكابح لانفعالاتهم، ولديهم مدركات اكتئابية.

ثانيا:المستوى الثاني من التحليل – دراسة الحالة:

1.تقديم الحالة

الاسم و اللقب: ب.خ.

الجنس: أنثى.

تاريخ الميلاد: 28 جانفي1986.

عدد الإخوة: 08.

الرتبة في العائلة: 03.

مهنة الأب: متوفي.

مهنة الأم: ماكثة بالبيت.

المستوى الدراسي:الثالثة ثانوي – شعبة آداب.

المستوى المعيشي: متوسط.

مدة المرض: داء السكري منذ سنة 1995، (22 سنة)/العمى منذ سنة 2008/ضغط الدم منذ 09 سنوات/ وقصور كلوي منذ عام و05 أشهر.

طريقة العلاج: بالأدوية (الأنسولين، أقراص ضغط الدم) + تصفية الدم.

السبب المفجر المرض: رؤيتها لمشاهد العنف الإرهابي أمام عينيها و هي طفلة.

مدة الدخول إلى المستشفى: أسبوع ثم بعد ذلك متابعة العلاج بانتظام حسب المواعيد المقدمة من طرف الطبيب المشرف عليها.

الأعراض التي كانت تعاني منها الحالة سابقا: فشل عام، كثرة التبول، فقدان الشهية، شرب الماء بكثرة.

الأعراض التي تعاني منها الحالة حاليا: فشل زائد، آلام على مستوى العينين و الكليتين والبطن، كثرة الإغماء.

الهيئة العامة للحالة:

يبدو على الحالة ملامح الحزن و الكآبة، كذلك سواد تحت العينين نتيجة لقلة النوم، و هزال في الجسم و ذلك لتأثير داء السكري عليها، أما محتوى التفكير، فكان حول معاناتها ومرضها، و فيما يخص الحركة فهي بطيئة نتيجة لفقدان الطاقة بسرعة.

2- عرض نتائج المقابلات:

تم إجراء عدة مقابلات مع الحالة (ب،خ)، والمقابلات موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (10): يوضح نتائج المقابلات

المقابلات	تاريخها	مدتها	مكان إجرائها	محتواها
المقابلة الأولى	الثلاثاء: **2016/03/29**	11:00- 12:00 **(ساعة)**	البيت	كانت المقابلة الأولى مع الحالة جد سهلة حيث تم التقرب من الحالة ومن الأهل والتعرف عليهم لجمع المعطيات اللازمة عنها وعن تاريخها المرضي،وطبعا كانت الموافقة على إجراء دراستنا التي تهدف إلى معرفة التقبل الانفعالي و النمط السلوكي لدى المريضة، فتمت المقابلة في غضون ساعة.
المقابلة الثانية	الأربعاء: **2016/04/06**	15:15 – 16:05 **(50 دقيقة)**	البيت	في هذه المقابلة قمنا بطرح بعض الأسئلة على الحالة وكذلك تطبيق دليل المقابلة عليها المتضمن 05 أبعاد كل بعد يحتوي على مجموعة الأسئلة، و كنا أن لاقينا الموافقة من الحالة وقد أجابتنا عن الأسئلة مباشرة بكل

				ارتياح و صدر رحب وعدم الانزعاج وهذا مالاحظناه أثناء المقابلة.
المقابلة الثالثة	الأربعاء: **2016/04/13**	14:00 14:50- **50) (دقيقة**	البيت	و فيها قمنا بتطبيق المقاييس الثلاث على الحالة، وذلك لمعرفة إذا ما كانت الحالة لديها تقبل انفعالي على حالتها كونها مصابة بالسكري، أم أنها لا تتقبل انفعالاتها و تنزعج بسرعة من حالتها و معرفة النمط السائد لديها.

من خلال المقابلة نصف الموجهة التي أجريناها مع الحالة و تصريحاتها، تبين أن الحالة عندما أصيبت بداء السكري كانت في سن مبكرة، نتيجة تعرضها لصدمة كبيرة متمثلة في رؤيتها لمظاهر العنف الإرهابي المتمثلة في القتل والسرقة، و كانت هذه المشاهد حقيقية، حيث حدثت في المحيط الذي تعيش فيه الحالة، في فترة العشرية السوداء، أثرت على نفسيتها، مما جعلها في وضع متأزم، وهذا أدى إلى تأزم حالتها الصحية، فنقلت على إثره مباشرة إلى المستشفى، وبعد إجراء التحاليل اللازمة تبين أن الحالة أصيبت بداء السكري، ومنذ ذلك الحين بدأت بأخذ العلاج، والمتمثل في الأقراص المخفضة لنسبة السكر في الدم، وبعد ذلك أصبحت تعالج بالأنسولين، فهي لم تكن تعي خطورة هذا المرض، حيث قالت: "كنت صغيرة و ما كنتش ندري بلي هاذ المرض صعيب و ما يداواش"، لكن عندما كبرت

الحالة أصبحت تعي مرضها، فحالتها الانفعالية كما عبرت عنها في المقابلة جد مضطربة و متأزمة، فالمريضة أوضحت أنها تشعر دائما بالنقص والقلق: "كون جا مرض واحد كامل الناس راهي مريضة و أهم حاجة كيروحو العينين، وكي مانشوفش شحال من حاجة نتمنى نشوفها نتقلق مثلا نبغي نتفرج على التليفزيون"، و تراودها دائما مشاعر الخوف و الفزع "نخاف مرات نقعد وحدي نخمم واش يصرا كثر من هاكا يا لوكان نجمع غير مع أختي ننسى شحال من حاجة نكره التخمام فيها"، بالإضافة إلى صعوبة في التركيز: "التخمام في حالتي و مرضي ما خلانيش نركز حتى في حاجة أخرى غير مرضي، وليت ننسى بزاف حوايج"، كما أنها تشعر بالتوتر في غالب الأحيان و تنفعل من أي شيء يستثيرها: "نتقلق و نزقي عليهم في الدار كي يدورولي بحوايجي و لا يديرو الحس كينكون راقدة"، و لديها أيضا مشاعر عدم الراحة و السعادة في حياتها: "ساعات نقول نفرح على حالتي كون غير الصحة و من بعد نقول الحمد لله على كل حال".

أما من الناحية الجسدية فالحالة تبدو خجلة من خلال احمرار الوجه و التعرق بصورة تضايقها، كما أنها تعاني من الصداع في غالب الأحيان بسبب التفكير و عدم النوم حيث قالت: "يضرني راسي كي ما نرقدش الليل ونبات نخمم"، كما تعاني الحالة من حالات إمساك أحيانا و أحيانا أخرى حالات إسهال مما أدى بها إلى آلام في المعدة بشكل متكرر بسبب الأدوية التي تتناولها قائلة: "تحكمني la diarie و خطرات إمساك"، إضافة إلى آلام أخرى على مستوى الكلى و العينين.

أما انفعاليا، فيظهر على الحالة أنها لا تنزعج من رؤية الآخرين لها، و ذلك بتصريحها: "أنا منشوفش كيفاش يشوفو فيا الناس، المهم هاذ الحاجة من عند ربي"، كما أن الحالة لا تبكي بسهولة و لا تتأثر و تظهر مشاعر الغضب و الانفعال أثناء مواجهة أمر ما: "أنا منبكيش بلخف و نخليها في قلبي بصح كي تصرا كاش حاجة في الدار نخرج قاع زعافي في لي نصيبو قدامي"، أما من حيث العلاقات مع الأسرة و المحيط، فالحالة ليست لها علاقات

خارجية و لا أصدقاء كما أنها منطوية على ذاتها فمعظم وقتها في البيت بحكم مرضها، قائلة في ذلك: "منخرجش قاع من الدار غير إذا رحت للطبيب و لا ندير الديالیز"، كما أنها ترى بأن الآخرين ينفرون منها و ينظرون إليها على أنها عديمة الفائدة و لا يهتمون بها، مما أدى ذلك بها إلى بناء علاقة متوسطة مع المحيط و خاصة الأهل، فهي تجد صعوبة في التأقلم مع الآخرين و بناء علاقات الصداقة معهم، و نؤكد ذلك بقولها: "خطرات يكونوا معايا غاية و خطرات ماشي غاية على خاطر كثرت عليهم".

أما من الناحية السلوكية، فالحالة (ب،خ) تتسم بالسلوكات الانفعالية و العدوانية و الاندفاعية تظهر من خلال تصريحاتها: "أنا بزاف منفاعلة و نتقلق ونزعف بصح في بعض المرات كي مايديروش برايي وما يدرونيش بكاش حاجة يديروها ولا يدورو بصوالحي و ما يدرونيش كندري منتحكمش في روحي".

3-عرض نتائج الاختبارات:

3-1-عرض نتائج مقياس التقبل الانفعالي:

لمعرفة درجة التقبل الانفعالي لدى الحالة(ب،خ)، تم حساب نتائج المقياس المطبق عليها ومقارنته بالمتوسط النظري.

الجدول رقم (11): يبين نتائج اختبار التقبل الانفعالي:

المتغير	الدرجة	المتوسط النظري	النتيجة
التقبل الانفعالي	43	24	متقبلة

من خلال الجدول رقم (12)، يتضح لنا أن الحالة تحصلت على الدرجة 43 على مقياس التقبل الانفعالي المطبق عليها، وهذه الدرجة تفوق المتوسط النظري الذي قيمته 24.

وعليه فان الحالة (ب،خ) تعاني من عدم التقبل الانفعالي، وهذا يعني أنها تتجنب وتقمع انفعالاتها.

3-2-عرض نتائج مقياس النمط السلوكي (أ-ب):

لمعرفة النمط السلوكي السائد (أ) أو النمط السلوكي (ب)، تم حساب درجات المقياس المطبق على الحالة ومقارنته بالمتوسط النظري.

الجدول رقم (12) يبين نتائج اختبار النمط السلوكي (أ-ب):

المتغير	الدرجة	المتوسط النظري	النتيجة
النمط السلوكي (أ)	44	36	وجود النمط السلوكي(أ)

من خلال الجدول رقم (13)، يتضح لنا أن الحالة (ب،خ) تحصلت على الدرجة 44 على مقياس النمط السلوكي (أ-ب)، وهذه الدرجة تفوق المتوسط النظري والذي قيمته 36.

وعليه فإن الحالة من ذوي النمط (أ).

من خلال النتائج فإن الحالة تتسم بالانفعالية، والاندفاعية، والتسرع في أداء الأعمال في أقل وقت ممكن.

3-3- عرض نتائج مقياس النمط السلوكي (ج):

لمعرفة النمط السائد السلوكي(ج)، تم حساب درجات المقياس المطبق على الحالة ومقارنتها بالمتوسط النظري.

الجدول رقم (13) يبين نتائج اختبار النمط السلوكي (ج):

المتغير	الدرجة	المتوسط النظري	النتيجة
النمط السلوكي (ج)	10	5-10	وجود النمط (ج)

من خلال الجدول رقم (14)، يتضح لنا أن الحالة (ب،خ) تحصلت على الدرجة 10 على مقياس النمط السلوكي (ج)،وهذه النتيجة تتجاوز المجال الذي قيمته من (5-10).

وعليه فإن الحالة من ذوي النمط السلوكي (ج).

ومن خلال النتائج إن الحالة من النوع الكابح لانفعالاته، ولديها مدركات ومعارف اكتئابية.

4- تحليل نتائج الحالة:

من خلال نتائج المقابلات، و نتائج الاختبارات المطبقة على الحالة تبين لنا أن الحالة (ب،خ) تعاني من عدم التقبل لانفعالاتها، و بالتالي تجنبها للذكريات السيئة و المؤلمة، و خوفها من عدم قدرتها على التحكم في انفعالاتها، منعتها بأن تقود حياتها كما تريد و بشكل صحيح و إلى النجاح، و جعلت منها مصدر للمشاكل التي تمر بحياتها.

فالحالة استخدمت إستراتيجية التجنب و القمع الانفعالي لبعض الذكريات المؤلمة، و هذا ما ظهر من خلال حديثها، حيث كانت الحالة تتكلم باختصار، و لا تتكلم بالتفصيل، فكانت تجيب على حسب السؤال المطروح، و قد كانت قليلة التكلم عن الأب الذي تعتبره السند الوحيد في حياتها، فالحالة كانت تتردد عند بدأ الحديث في معظم الأسئلة متخذة في برهة للتفكير، فالحالة (ب،خ) تحمل معاناة نفسية عميقة ، و حزن شديد ، مما أدى بها إلى اتباع نهج مخالف في الحياة، حيث أصبحت تستعمل هذه الإستراتيجية كميكانيزم دفاعي للابتعاد عن إظهار السلبيات، و هذا ما اتفق مع المنظور التحليلي النفسي، و بالتالي هذا التجنب للانفعالات جعل الحالة تدفع بأفكارها و مشاعرها، أما القمع الانفعالي فهو منع التعبير عن المشاعر و الأداء، و بالتالي ضعف الإنتاجية و هذا ما يؤدي إلى ذاكرة غير سعيدة، و مشاعر الحزن، و هذا ما لاحظناه في المقابلة، فالحالة تبدو كثيرة الضحك، تستعمل يديها بكثرة عند الحديث، كذلك نبرة الصوت الحادة، كل هذا ما هو إلا دليل على إخفاء الحالة لمشاعرها و انفعالاتها المؤلمة و الحزينة و هذا لعدم التأثير السلبي.

كما أن الحالة لديها سمات النمط السلوكي (أ) باعتباره أسلوب سلوكي و عاطفي مسؤول عن استجابة مفرطة إزاء المواقف المجهدة، حيث ينهمك صاحبه بعدوانية و التسرع في إنجاز المزيد في أقل وقت ممكن إلى جانب التنبه العقلي و البدني و الاستخدام المكثف للوظائف العقلية، و هذا ما لاحظناه على الحلة من خلال المقابلة، حيث تتميز بالعدوانية و الاندفاعية و الانفعالية، و كذلك التسرع في أداء الأشياء لشعورها بأن الوقت ضيق حتى و إن كان لديها متسع من الوقت و هذا ما يؤكد نفاذ الصبر لديها، مما أدى ذلك إلى مشاعر الإحباط و القلق و الكآبة، كذلك الحالة هي من النوع الصارم و المتصلب و المتشدد وذات طبع حاد، كل هذا يؤكد على أن الحالة تملك صلابة نفسية، بسبب إنكارها لعواطفها و السطحية في علاقاتها، فمن خلال المقابلة صرحت الحالة بأنها لا تملك أصدقاء مقربين و قليلة الاتصال الاجتماعي، و الإشارات الجسمية كالتعرق بصفة كبيرة، كذلك العضلات تكون مشدودة و منقبضة تؤكد وجود السمات السابقة.

كما أن الحالة و من خلال المقابلات تبين أنها من ذوي النمط (ج)، فتظهر بمظهر محب و متكيف باستعمال مجهود دفاعي كبير جدا، و بالتالي فهي شخصية ليست متكيفة كما تظهر،

فهي تستعمله للتوافق مع وضعياتها المرضية الضاغطة و المليئة بالصراع، و هذا الإخفاء و الإلغاء لانفعالاتها و إحساسها بالعجز مما يؤدي بها إلى مدركات اكتئابية، فالحالة انطوائية و لا تبني علاقات مع الآخرين و لا تظهر همومها و مشاكلها لهم، كما أن لديها تقدير ذات منخفض و تتمسك بالروتين نفسه و تعيش في وحدة نفسية، و هذا من خلال دراسة العالم سيليغمان تحت مصطلح "الاستسلام المتعلم"، حيث يشعر الفرد هنا بالعجز في مواجهة الأحداث المجهدة التي لا يمكن التحكم بها، و هذا ما ظهر من خلال إجابة الحالة على أنه لديها صعوبات للدفاع عن نفسها في الحياة.

فالتوصل إلى أن الحالة لديها عدم تقبل انفعالي و انتهاجها لسمات كل من النمطين السلوكيين (أ) و (ج) مما يدل على أنها من ذوي هذين النمطين السلوكيين، و هذا لأن الحالة عاشت معاناة نفسية قوية نتيجة لغياب السند الاجتماعي و خاصة وفاة الأب الذي كانت تعتبره سندها في الحياة، كذلك الوضع الاقتصادي المزري، والأمراض التي تعاني منها إضافة إلى داء السكري هناك ضغط الدم، العمى، القصور الكلوي، و هذا قد انعكس سلبا على شخصيتها و حياتها، أدى بها إلى انتهاج سلوكيات معبرة عنها بالعدوانية و الانفعالية و الاندفاعية.

ثانيا: مناقشة و تفسير نتائج الفرضيات:

أسفرت نتائج هذه الدراسة على الآتي:

1-أغلب أفراد العينة ليسوا متقبلين لانفعالاتهم.

2-يعتبر النمط السلوكي (أ) نمط سائد لدى أفراد العينة.

3-يعتبر النمط السلوكي (ج) نمط سائد لدى أفراد العينة.

لقد نوقشت هذه النتائج وفقا لما توفر لدينا من دراسات سابقة و إطار نظري لمتغيرات الدراسة.

1- مناقشة نتائج الفرضية الأولى:

الفرضية الأولى: "**أغلب أفراد العينة ليسوا متقبلين لانفعالاتهم**".

بعد حساب التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة الذين لديهم تقبل و عدم تقبل إنفعالي، ووجد أن كل أفراد العينة غير متقبلين لانفعالاتهم و هو ما يمثل نسبتهم 100%، و بالتالي فقد تم قبول الفرضية الأولى و التي تقول بأن أغلب أفراد العينة غير متقبلين لانفعالاتهم.

و من هنا يمكننا القول بأن أفراد العينة لمرضى السكري يمارسون قمعا انفعاليا على ذكرياتهم المؤلمة و أفكارهم و مشاعرهم السلبية و يرفضونها و لا يتقبلونها، بمعنى إذا وصف شخص ما حالته الانفعالية، يكون الوصف قاصرا و يطغى عليه التحيز من كل جانب، لأن الانفعال حالة وجدانية، نفسية، جسدية، أي تشمل كل أجهزة الجسم، فالمظاهر الجسمية و الأحداث النفسية و المشاعر الداخلية كلها تثار من طرف موافق أو أحداث معينة سواء كانت مؤلمة أو سارة، و مهما حاول أي شخص إخفاءها، تظهر للآخرين في أي جانب من هذه الجوانب.

و قد تتوافق هذه الدراسة مع دراسة kouzutaz، و آخرون (2003) و التي كانت على عينة مكونة من 21 مصابة بسرطان الثدي، و 72 مصابة بورم صدر حميد، و التي توصلت إلى أن مرضى السرطان لا يتقبلون لانفعالاتهم السلبية، و مع الأخذ بعين الاعتبار بأن كل من مرض السكري و مرض السرطان اضطرابان سيكوسوماتيان و من الممكن أن يتشابه كل منهما في خاصية قمع الانفعالات و عدم تقبلها.

و من خلال الدراسة المعمقة للحالة (ب،خ) لاحظنا نفس الملاحظة، فالحالة كانت تبدي نوعا من عدم تقبل لانفعالاتها و قمع للذكريات السيئة يظهر في طريقة سردها للذكريات المؤلمة، كالذكريات المتعلقة بمشاهد العنف الإرهابي فكانت لا تسرد الذكريات بطريقة مسترسلة و لا تتكلم إلا بعد السؤال و الاستفسار، كما أنها كانت تضحك كثيرا عند سردها للذكريات حتى المؤلمة، و هذا في حد ذاته نوع من التجنب للتأثير السلبي للذكريات المؤلمة.

فعلى العموم كل مرضى السكري و كل مرضى الاضطرابات السيكوسوماتية بصفة عامة غالبا ما يتعرضون إلى مثيرات و مواقف مؤلمة تفوق قدرتهم النفسية أثارت لديهم انفعالات جد مؤلمة، و بالتالي فإن محاولة تذكرها هي إعادة معايشة تلك الحالة الانفعالية السيئة، و لهذا فهم يتجنبون هذه الذكريات للحد من تأثيراتها السلبية، إلا أن هذا التجنب يعتبر حل مؤقت، لكنه له تأثير على الحالة النفسية و النفسية الجسدية على المدى البعيد بحيث يضعف الحالة الاجتماعية و الأداء و الذاكرة و بالتالي ضعف الإنتاجية، و هذا حسب ما وضحه MICHELLE (2003) و آخرون في دراستهم المقارنة لتأثيرات التهيئة للتقبل مقابل التجنب، فتقبل الانفعالات أكثر فائدة من التجنب الانفعالي و قمعها.

2- مناقشة نتائج الفرضية الثانية:

التي تنص على: "**يعتبر النمط السلوكي (أ) هو النمط السائد لدى أفراد العينة**".

بعد حساب التكرارات و النسب المئوية لأفراد العينة الذين يتسمون بالنمط السلوكي (أ)، و لأفراد العينة المتسمين بالنمط السلوكي (ب)، وجد أن نسبة الأفراد ذوي النمط (أ) قدر ب 93,33%، و نسبة الأفراد ذوي النمط (ب) 6,67% من المجموع الكلي لأفراد العينة.

و بالتالي قد تحققت الفرضية الثانية القائلة أن أغلب أفراد العينة من ذوي النمط (أ).

و تعارضت هذه الدراسة مع دراسة إيزروق فاطمة الزهراء (2009)، بعنوان النمط السلوكي (ف) المرتبط بالإصابة بالسكري على عينة متكونة من 306 فرد، حيث توصلت هذه الدراسة إلى وجود نمط سلوكي خاص بمرضى السكري و الذي تم تسميته بالنمط (ف).

فالأفراد المصابين بالسكري حسب هذه النتائج يظهرون نمطا سلوكيا، يتسم حسب فريدمان و روزنمان بالرغبة في المنافسة و إنجاز أكبر قدر ممكن في أقل وقت، و العدوانية و الاندفاعية، و هذا ما لاحظناه فعلا بعد الدراسة المعمقة للحالة (ب،خ)، حيث كانت تتسم بالسلوك العدواني و الاندفاعية، و هذا ما يتضح من خلال قولها:"نعم أنا اندفاعية و لا أتحكم في تصرفاتي"، كما أجابت بأنها "عدوانية و أنها كثيرة الانفعال".

أما فيما يخص المنافسة، فقد بينت الحالة أنها تقضي حاجياتها بنفسها و لا ترغب في أن يقضيها عليها الغير، لأنها تحس بأنهم لا يؤدوها على أحسن وجه.

3- مناقشة الفرضية الثالثة:

التي تنص على:" **يعتبر النمط السلوكي (ج) هو النمط السائد لدى أفراد العينة**".

فأغلب أفراد العينة حسب نتائج هذه الدراسة ينتمون حسب تيموشوك (1987) بنمط سلوكي معرفي للتوافق مع وضعيات اجتماعية ضاغطة من خلال إلغاء الانفعال و الإحساس بالعجز المرتبط باليأس و الاكتئاب.(بن زروال،2008، ص232)، و هذا الإحساس بالعجز و الاكتئاب يكون نتيجة للاستسلام المتعلم الذي يشعر بموجبه الفرد بالعجز في مواجهة الأحداث المجهدة و التي لا يمكن التحكم بها حسب سيليغمان (1975).

و لقد لاحظنا في الحالة بعد الدراسة المعمقة، حيث عبرت الحالة أن لديها مدركات و معارف اكتئابية من خلال قولها أنها انطوائية، و قولها: "أحس بأن الآخرين ينفرون مني و ينظرون إلي أني عديمة الفائدة، و ليس لدي علاقات و لا أصدقاء".

و من خلال هذه الدراسة و جدنا أن الأفراد يجمعون بين خصائص من النمط (أ) و خصائص من النمط (ب)، و يظهر بعض التناقض في هذه النتائج، فوجود بعض سمات الشخصية (أ)، كالاندفاع و الانفعال و التهور، و الشعور بالتوتر الذهني و العضلي، أيضا قلة الصبر و التقلب في المزاج و حدة الطبع، يلغي بعض السمات الأخرى للشخصية (ج)، ككبح الانفعالات و عدم التعبير عنها، كذلك العجز عن تفريغ التوتر و المعاناة الاكتئابية و إشهار اليأس، إلا أننا في هذه الدراسة بما أن مرضى السكري وجدنا لديهم سمات النمط (أ) و سمات النمط (ج)، و حتى في الحالة التي درسناها لاحظنا نفس الملاحظة، فالحالة تبدي في مواقف نوع من التهور و الاندفاع و السرعة و حب المنافسة، و في مواقف أخرى تبدي التكتم و التحفظ و الوحدة النفسية.

و قد يفسر هذا التناقض بكون أن مرضى السكري يطورون نمط خاص قد يكون فيه مزيج من سمات الشخصية (أ) و سمات الشخصية (ج).

و قد نستدل على ذلك بالنتائج التي توصلت إليها إيزروق فاطمة الزهراء(2008)، حيث اكتشفت أن لديهم نمط خاص من الانفعالات.

استنتاج عام:

كان الهدف من الدراسة معرفة ما إذا كان أغلب أفراد العينة متقبلون لانفعالاتهم، أم غير متقبلين لانفعالاتهم، وكذلك معرفة ما إذا كان النمطين السلوكيين (أ) و (ج) نمطين سلوكيين سائدين، وشملت الدراسة الحالية على عينة مكونة من 30 فرد مصابين بالسكري، من مدينتي قصر الشلالة ومدينة واد ليلي، وتم اختيارها بالطريقة العشوائية، أما فيما يخص دراسة الحالة، فقد تمت الدراسة على حالة واحدة، تم اختيارها من مدينة تيدة وبالطريقة القصدية، باستخدام المنهج الوصفي، والمنهج العيادي.

وقد قمنا بتطبيق مقياس التقبل الانفعالي، ومقياس الطراز السلوكي (أ–ب)، ومقياس النمط(ج) على العينة، أما الحالة فطبقنا عليها المقاييس بالإضافة إلى دليل المقابلة.

وبعد جمع البيانات وتحليلها، توصلنا إلى النتائج التالية:

1– كل أفراد العينة غير متقبلين لانفعالاتهم.

2– يعتبر النمط السلوكي (أ) نمط سلوكي سائد لدى أفراد العينة.

3–يعتبر النمط السلوكي (ج) نمط سلوكي سائد لدى أفراد العينة.

خاتمة

خاتمة:

من خلال بحثنا هذا حاولنا معالجة أحد المواضيع الهامة في مجالات الحياة العامة و هو دراسة الصلة الوثيقة الموجودة بين الإنفعالات كعوامل نفسية و بين الأمراض الجسمية من خلال تأثير الأمراض النفسية على الوظائف الجسمية و بالتالي تأثير المرض العضوي على الوظائف النفسية و كذلك العقلية.

و قد أصبح من المؤكد أن بعض الأمراض العضوية لا سيما المزمنة مثل داء السكري و أمراض أخرى، التي قد ينشأ عن أسباب نفسية فهي تعتبر حجر الزاوية لمثل هذه الإضطرابات التي تختلف حسب النمط السائد في شخصية كل فرد، و لذا لا يمكن شفاؤها بالعلاج الطبي العضوي فقط،بل تحتاج للعلاج النفسي.

وقد هدفت الدراسة الحالية إلى معرفة مدى تقبل مرضى السكري لانفعالاته، وما هي الأنماط السلوكية السائدة لديهم.

و أخيرا علينا القول أن النتائج المتحصل عليها لا يمكن تعميمها على جميع المرضى المصابين بداء السكري، فهي تخص حالات البحث فقط، و هذا لا ينفي أنه قد يكون عملا لمنطلق بحوث اخرى أكثر شمولية من هذا الموضوع أو مواضيع أخرى تخدم مختلف الفئات العمرية.

الإقتراحات:

1-إعطاء الدعم النفسي الشامل و المرفوق بالإرشاد و التوجيه للمصابين بداء السكري.

2-مقارنة نتائج الدراسة الحالية بنتائج دراسات أخرى ولعينات أخرى.

3- تصميم برامج إرشادية وعلاجية من طرف المختصين، والتركيز على الجانب الانفعالي والسلوكي.

4-القيام بدراسات علمية أخرى مماثلة في مجال علم النفس من حيث الإهتمام بالصحة النفسية و الجسمية، و كذلك القيام بدراسات تتناول جميع الأمراض المزمنة و تبيان أسبابها و الحد من خطورتها و تفاديها.

5-القيام بدراسات حول متغير التقبل الانفعالي والأنماط السلوكية لدى المصابين بالاضطرابات السيكوسوماتية وبمختلف أنواعها.

6- القيام بدراسات حول متغير التجنب والقمع لدى المصابين بالسكري والاضطرابات السيكوسوماتية.

7- اقتراح برامج علاجية لزيادة التقبل الانفعالي لدى المصابين بالسكري.

الإقتراحات

قائمة المصادر و المراجع

قائمة المراجع:

قائمة المراجع باللغة العربية:

1- الإتحاد الوطني لطلبة سورية (1984). ***معجم علم النفس***.ج01. جمهورية مصر العربية: مجمع اللغة العربية و الهيئة العامة لشؤون المطابع الأميرية.

2- آل سليمان.نوف (2007).***العوامل الغذائية المرتبطة بالإصابة بالامراض المزمنة لدى السيدات السعوديات بمدينة جدة***، رسالة الماجستير.جامعة الملك عبد العزيز.السعودية.

3- إيزروق. فاطمة الزهراء.(2011). **النمط السلوكي (ف) المرتبط بالاصابة بالسكري**. جامعة البليدة. الجزائر.

4- بحوش. عمار،الذنيبات.محمد محمود(1995). ***البحث العلمي و طرق إعداد البحوث***.الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

5- بن زروال. فتيحة (2008). ***أنماط الشخصية و علاقتها بالإجهاد (المستوى ، الأعراض، المصادر، و استراتيجيات المواجهة)*** دراسة ميدانية على عينة من العاملين بالحماية المدنية.البريد. مصلحتي الإستعجالات و التوليد. رسالة الدكتوراه في علم النفس جامعة منتوري بقسنطينة. الجزائر.

6- بن طاهر. بشير.(2005). **استراتيجيات التكيف مع مواقف الحياة الظاغطة وعلاقتها بالصحة العامة وعلى ضوء نمط الشخصية والدعم الاجتماعي**. رسالة دكتوراه.جامعة وهران.

7- تواتي. نوارة (2012). **علاقة الأنماط السلوكية(أ-ب-ج) ببعض الاضطرابات النفسية، دراسة مقارنة بين الاسوياء وغير الأسوياء**. رسالة دكتوراه.جامعة الجزائر.

8- جابر. عبد الحميد. (1976). ***نظريات الشخصية-البناء-الديناميات-النمو-طريق البحث- التقويم***. القاهرة: دار النهضة العربية للنشر و التوزيع.

9- جاسر. محمد بن صالح.(د.ت). **داء السكري**. وزارة الصحة. المملكة العربية السعودية.

10- جبالي. نور الدين. (1989). ***علاقة الاضطرابات السيكوسوماتية بالشخصية(دراسة مقارنة لحالات القرحة المعدية و حالات السكري***. رسالة ماجستير. جامعة عين الشمس.

11- جبل، فوزي محمد. (د.س). ***محاضرات في علم النفس العام***. **الإسكندرية:** المكتبة الجامعية الأزاريطة.

12- حبايب، علي.(كانون الثاني 1983). ***الإنفعالات***. كلية التربية و علم النفس، رسالة النجاح. العدد 6. كلية التربية و علم النفس

13- الحسن، إحسان محمد. (2009). ***مناهج البحث الاجتماعي***. ط2. عمان: دار وائل للنشر و التوزيع.

14- الحسيني ، هلال أحمد.(1998). ***برنامج لتعديل بعض الخصائص النفسية لدى المراهقين مرض السكر***. رسالة ماجستير. جامعة طنطا.

15- الحميد، محمد بن سعد.(2007). ***مرض السكر أسبابه و مضاعفاته و علاجه***. المملكة العربية السعودية.

16- دردير. نشوة كرم عمار أبو بكر(2007). ***الإحتراق النفسي للمعلمين ذوي النمط (أ،ب) و علاقتها بأساليب مواجهة المشكلات***. رسالة ماجستير. جامعة الفيوم كلية.

17- راجح. أحمد عزت (1999). *أصول علم النفس*. القاهرة: دار المعارف.

18- الرازد. فيصل محمد خير(2000). ***الأمراض النفسية الجسدية أمراض العصر***.لبنان: دار النفاس

19- الراشدي. بشير هانج.(2000). ***مناهج البحث التربوي، رؤية تطبيقية مبسطة***.**الكويت: دار الكتاب الحديث.**

20- ربيع، محمد شحاتة.(2009). ***المرجع في علم النفس التجريبي***.عمان: دارالمسيرة للنشر و التوزيع.

21- رحاب. على أبو القاسم (2013): ***أثر القلق في ارتفاع مرض السكر لدى النساء الحوامل*** (دراسة مقارنة على عينة من النساء الحوامل بمدينة طرابلس).جامعة الجبل الغربي. ليبيا.

22- رشوان. حسين عبد الحميد(2003). ***مناهج البحث التربوي رؤية تطبيقية مبسطة***. دار الكتاب الحديث:الكويت.

23- روتر. جوليان.(1985). ***علم النفس الاكلينيكي***. ترجمة هني محمود. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

24- الزغول، عماد عبد الرحيم. الهنداوي، على فالح.(2013). ***مدخل إلى علم النفس***. عمان:دار المسيرة للنشر و التوزيع.

25- سارتر، جان بول.(د.س). ***نظرية الإنفعال***، *دراسة في الإنفعال الفينومينولوجي*. ترجمة: الحسيني هاشم. لبنان:منشورات دار مكتبة الحياة.

26- الشرقاوي،مصطفى خليل.(1993). ***قياس استراتيجيات سلوك التعامل مع المواقف الضاغطة***. جامعة الأزهر.

27- الشهيبي، إنتصار على عبد الونيس.(2006). ***الضغوط النفسية-الإجتماعية لدى عينة من المصابين و غير المصابين بمرض السكر بمدينة بنغازي***. رسالة ماجستير. جامعة قاريونس.

28- الشيخاني. سمير (2003). ***الضغط النفسي***. بيروت: دار الفكر العربي.

29- شيلي .تايلو.(2008). ***علم النفس الصحي***. ترجمة: بريك وسام درويش و داود فوزي شاكر. عمان: دار حامد للنشر و التوزيع.

30- صمادي. أحمد، غوانمة مأمون.(2012). ***نمط السلوك (أ) لدى مرضى القلب***. جامعة أم القرى. السعودية.

31- عادل. شكري كريم.(2006). ***السلوك النمط (أ)***. دراسة في علم النفس الصحة. الاسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

32- عباس. محمد خليل. نوفل بكر. العبسي محمد مصطفى. أبو عواد .(2011). ***مدخل إلى مناهج البحث في التربية وعلم النفس***. ط3. الاردن: دار المسيرة.

33- عبد الخالق أحمد(2002). ***الأبعاد الاساسية للشخصية***. الإسكندرية. الجزائر: دار المعرفة الجامعية.

34- عبد الخالق، أحمد محمد. (2014). ***قياس الشخصية***. الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية النشر و التوزيع.

35- عبد الرحمان،محمد السيد.(2000). ***علم الأمراض النفسية و العقلية***. القاهرة: دار قباء للنشر و التوزيع.

36- عبد العزيز، مفتاح محمد.(2010). ***مقدمة في علم النفس الصحة***. عمان: دار وائل للنشر.

37- عبد الوائلي.جميلة رحيم (2012). ***المعنى في الحياة و علاقتها بنمط الشخصية(A .B) لدى طلبة جامعة بغداد***. كلية التربية للبنات.بغداد.

38- العبيدي، محمد جاسم.(2009). ***مشكلات الصحة النفسية أمراضها و علاجه***. عمان: دار الثقافة للنشر و التوزيع.

39- العسوي. عبد الرحمان (1992). ***علم النفس الإكلينيكي***. بيروت: الدار الجامعية للنشر و التوزيع.

40- العسوي، عبد الرحمان محمد.(2008). ***سيكولوجية الأمراض النساء***. لبنان: منشورات الحلبي الحقوقية.

41- على. سامي عبد القوى.(1997). **علم النفس البيولوجي**. ط2. القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

42- عويضة، الشيخ كامل.(1996). ***الصحة في منظور علم النفس***. بيروت: دار الكتب العلمية للنشر و التوزيع.

43- قنون. خميسة(2013). ***الإستجابة المناعية و علاقتها بالدعم الإجتماعي المدرك و الرضا عن الحياة لدى مرضى السرطان***، دراسة ميدانية على عينة من مرضى السرطان بمركز مكافحة السرطان و المستشفى الجامعي لولاية باتنة،رسالة الدكتورا في علم النفس العيادي، جامعة باتنة. الجزائر.

44- لوجان، رايت(1990). ***العلاقة بين نموذج سلوك النمط (أ) و أمراض الشريان التاجي،الثقافة العالمية.*** ترجمة: لطفي محمد فطيم. الكويت: المجلس الوطني للثقافةو الفنون و الآداب.

45- مختار. ممدوح علي.(2001). **العلاج السلوكي كآلية احتواء وعلاج الاضطرابات النفسية لمرض السكري ضوء بعض المتغيرات الشخصية.** رسالة دكتوراه. جامعة طنطا.

46- المشيخي، غالب محمد.(2014). ***أساسيات علم النفس.*** ط3، عمان: دار المسير للنشر و التوزيع.

47- منصور، زكريا طه.(1998). ***الاتجاهات الوالدية كما يدركها الأبناء و علاقتها ببعض الأمراض السيكوسوماتية لدى مجموعة من طلاب الجامعة.*** رسالة ماجستير.جامعة المنصورة.

48- موسوعة علم النفس الشامل. الجزء الرابع.

49- الميليجي، حلمي.(1972). ***علم النفس المعاصر.*** ط2. لبنان:دار النهضة العربية للطباعة و النشر.

50- النابلسي أحمد.(1993): **الصدمة النفسية، علم الحروب والكوارث.** بيروت: دار النهضة العربية.

51- نوار. شهرزاد (2013). ***دور المساندة الاجتماعية في تعديل العلاقة بين السلوك الصحي و الالم العضوي لدى مرضى السكري.*** جامعة قاصدي مرباح ورقلة. الجزائر.

52- وزارة الصحة السعودية.(2011): ***المرجع الوطني لتثقيف مرضى السكري.*** المملكة العربية السعودية: وزارة الصحة.

53- يوسف، جمعة سيد.(2004). ***إدارة ضغوط العمل "نموذج للتدريب و الممارسة"، رؤية نفسية.*** القاهرة.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية:

1- Barnaby.D.Dunn .Danielle billotti. Vicky Murphy. Tim dalgleish. (2009). ***The consequences of offortful emotion regulation when processing material: a comparison of suppression and acceptance. Behavior research and theropy.*** 47. P761-773.

2- Davidson.GC. Neal.n .(1994).***Abnormalpsychology***. Éd6 newyourk.

3- edwards. Et al. (1991**). *priples and practice of medicine***. London :chuchillivingstone.

4- Fisher. Patricia.(2003). ***Introduction age Erasers for women***. Rodalbooks.http://www.mothernature.com/library/books shelf/books/44/61.cfm.

5- Gitman. Hery et alamfridlund.(1999).***typeA Behavior patten***. http://www.microsoft internet explorer.

6- kristalyn.salters. ***haw accepting emotions improve your emotional health***.

7- Loura cambellsill. David h.barlow. timothya.brown.(2005). ***Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. Behavior research and therapy.***44.p1251-1263.

8- Luthans.F.(2004). ***Organizational behavior. Mcgraw.hill.tenth.*** **edition**.

9- monestés.J.L .villatte.m .Mouras.h .Toas.G .Bond.f.w.(2009). ***Traduction et validation fraçaise du questionnaire d acceptation et daction. Reve européenne de psychologie appliqué***. 59. P301-308

10- Paulhan.I et Bourgeois.m.(1995): ***stress et coping les strategiesdajustement a ladversité.*** Paris.

11- Temoshok.L.(1987). ***Personality. Coping style emotion and cancer to word and indintegrative model. Cancer survey.*** P545 -567.

12- Viji.P.S. (1996).***Characteristics of type Apersonality.MINdpublication. Retrieved:*** from: http://www.mindpub.com.

13- vuille.p.(2014).***therapéidacceptation et dengagemrnt emotion. Context et action.***

المواقع الالكترونية:

1- http://www.hawaccepting emotion.com.
2- http://psychoitryinline.ory/cgi/content/full/46/1/19.(02/08/2010).
3- http:// www.jpsycores.com/article/soo.
4- http://www .onefd.edu.dz

الملاحق

الملحق رقم (01)

أسئلة دليل المقابلة:

البعد النفسي:

- هل تخاف من دون أي سبب؟

.....

- هل تجد صعوبة في الدخول في النوم بسبب القلق؟

.....

- هل تحس بأنك غير سعيد وغير مرتاح في حياتك؟

.....

- هل لديك صعوبة في التركيز؟

.....

- هل تشعر بالتوتر في العادة ولا تكون هادئا من أي شيء يستثيرك؟

.....

- هل تشعر بالقلق عند التكلم عن مرضك؟

.....

- هل تراودك مشاعر الخوف والفزع؟

.....

- هل يراودك إحساس وشعور بالنقص؟

.....

– ما هو شعورك عند علمك بأنك مصاب بداء السكري؟

.....

– ما مدى تأقلمك مع مرضك؟

.....

البعد الجسدي :

– هل تتعرق بصورة تضايقك؟

.....

– هل يحمر وجهك خجلا عند التحدث إلى الآخرين؟

.....

– هل تعاني من الصداع؟

.....

– هل يحصل لك حالات إمساك تضايقك؟

.....

– هل تعاني من آلام في المعدة بشكل متكرر؟

.....

– هل ترتعش يداك من الخوف و القلق عندما تقوم بأي عمل؟

.....

– كم كان عمرك عند إصابتك بمرضك؟

.....

- هل لديك آلام على مستوى جسمك؟

.....

البعد الانفعالي :

- هل تنزعج من رؤية الآخرين لك؟

.....

- هل تشعر بالتوتر عند القيام بأي عمل؟

.....

-هل تشعر بالقلق اتجاه أشياء لا قيمة لها؟

.....

- هل تبكي بسهولة؟

.....

- هل تعتقد بأنك عصبي أكثر من اللازم؟

.....

-هل تشعر بالانفعال و الضغط عند إجراء عملية الفحص؟

.....

- هل تنتابك مشاعر الغضب دون أي سبب أحيانا؟

.....

- هل تشعر بأن الآخرين ينزعجون من مرضك؟

.....

- هل تستطيع إظهار انفعالاتك عند مواجهة أمر ما؟

.....

البعد العلائقي :

- هل تحاول الابتعاد عن المحيط الاجتماعي أم تفضل أن تكون لك علاقات كثيرة؟

.....

- هل تجد صعوبة في التعامل مع أفراد الأسرة ؟

.....

_ هل تحس أن الأشخاص المحيطين بك هم السبب في إصابتك بالمرض؟

.....

_ هل تحس بأن الآخرين ينفرون منك ؟

.....

_ هل تحس أن الآخرين ينظرون إليك على أنك عديم الفائدة ؟

.....

_ هل علاقاتك مع الوالدين و الأهل جيدة ؟

.....

- هل تجد صعوبة في التأقلم مع الآخرين ؟

.....

- هل علاقاتك مع أصدقائك؟

.....

- هل تواجه صعوبة عند التحدث مع الآخرين ؟

.....

- هل أنت انبساطي أم أنك انطوائي؟

.....

البعد السلوكي:

- هل سلوكاتك تتسم بالهدوء مع الآخرين ؟

.....

- هل أنت عدواني مع الآخرين ؟

.....

- هل تتصرف بشكل غير لائق مع أصدقائك؟

.....

- هل تتمالك نفسك أثناء الغضب أم أنك اندفاعي بسرعة ؟

.....

- هل تقودك النرفزة و الغضب إلى شتم الآخرين ؟

.....

- هل تجد صعوبة في التحكم في تصرفاتك أم أنك قائد لها ؟

.....

- هل لديك صعوبات في النوم ؟

.....

– هل تندفع وتتهور لأتفه الأسباب ؟

.....

– هل تجد صعوبات في التعامل مع الآخرين ؟

.....

– كيف هي معاملة الآخرين لك بحسبك ؟

.....

هل تشعر بأن سلوكاتك تزعجك؟

.....

الملحق رقم (02)

استبانة أراء الخبراء والمترجمين حول ترجمة مقياس التقبل الانفعالي.

– حضرة الأساتذة الكرام:

نحن بصدد إجراء دراسة تحت عنوان: التقبل الانفعالي والأنماط السلوكية لدى المصابين بداء السكري وسنقوم بتطبيق مقاييس تقيس متغيرات بحثنا وهي: مقياس التقبل الانفعالي ومقياس الأنماط السلوكية لدى هذه الفئة.

وفي هذا الصدد نقدم لكم مقياس التقبل الانفعالي المعد من طرف كل منm، j.l- monestés، villatte، h.mouras، g. loas، f. w. bond، تحت عنوان Traduction et validation française du questionnaire d'acceptation et d'action (AAQ-2)

والذي قمنا بترجمته إلى اللغة العربية، قصد تطبيقه في هذه الدراسة.

ونرجوا منكم تقييم ترجمة هذا الاختبار (بهدف التحقق من صدق ترجمته) وذلك من خلال تقييمكم لكل عبارة بقيمة تتراوح من 1 إلى 10 درجة.

والتقبل الانفعالي يمكن تعريفه إجرائيا على أنه: ارتضاء وقبول الشخص لانفعالاته مهما كان شكل هذه الانفعالات أو نوعها (بسيطة، متوسطة، شديدة) وتجنب تغييرها أو قمعها ومحاولة التأقلم والتكيف معها في الواقع كما لو أنها أمر حتمي، خاصة أثناء تعرضه لموقف انفعالي.

وفي الأخير تقبلوا منا فائق الاحترام والتقدير.

الباحثتان:

– الخديم أحلام.

– قليل الخونية.

التعليمة:

Voici une liste d'affirmations, merci d'évaluer à quel point chaque affirmation est vraie pour vous en entourant le chiffre qui correspond à votre réponse.

أمامك مجموعة من الفقرات ما عليك سوى تقييم إلى أي نقطة في كل فقرة هي حقيقية بالنسبة لك ،شكل دائرة حول الرقم الذي تراه مناسب ، مرتبط باستجابتك .

البدائل:

1 Jamais vrais أبدا غير حقيقي	2 Très rarement vrai نادرا حقيقي كثيرا	3 Rarement vrai نادرا حقيقي	4 Parfois vrai أحيانا حقيقي	5 Souvent Vrai غالبا حقيقي	6 Presque toujours تقريبا دائما	7 Toujours vrai دائما حقيقي

الإستمارة:

الصياغة اللغوية	وضوح العبارة	سلامة الترجمة	العبارة
			1-si j'ai souvenir désagréable, je le laisse venir. - إذا كانت لدي ذكرى مؤلمة أتركها تعود.
			2-mes expériences et mes souvenirs douloureux me gênent pour conduire ma vie comme il me tiendrait à cœur de faire. -تجاربي وذكرياتي المؤلمة تزعجني لكي أقود حياتي وتجبرني على القيام بذلك.
			3- J'ai peur de mes émotions. - أخاف من عواطفي.

			4-j’ai peur ne pas être capable de contrôler mes inquiétudes et mes émotions . -لدي خوف من عدم قدرتي على التحكم في مخاوفي و عواطفي.
			5-mes souvenir douloureux m’épanouir dans la vie. -ذكرياتي المؤلمة تمنعني من الابتهاج في حياتي.
			6-j’ai le contrôle de ma vie. -أتحكم في حياتي.
			7-les émotion sont une source de problèmes dans ma vie . -العواطف هي مصدر المشاكل في حياتي.
			8-j’ai l’impression que la plupart des gens gèrent leur vie mieux que moi. -لدي انطباع بان الآخرون يسيرون حياتهم أفضل مني.
			9-mes soucis m’empêchent de réussir. -انشغالاتي تمنعني من النجاح.
			10-mes pensées et mes émotions ne m’empêchent pas de vivre ma vie comme je le veux. -أفكاري وعواطفي لا تمنعني من أن أعيش حياتي كما أريد.

الملحق رقم (03)

اختبار التقبل الانفعالي

العبارة	أبدا غير صحيح 1	نادرا كثيرا صحيح 2	نادرا صحيح 3	أحيانا صحيح 4	غالبا صحيح 5	تقريبا دائما صحيح 6	دائما صحيح 7
1_ إذا كانت لدي ذكريات سيئة، استرجعها.	1	2	3	4	5	6	7
2_ تجاربي وذكرياتي المؤلمة تزعجني حتى أقود حياتي كما أريدها ،وكأنها تجبرني على القيام بذلك من القلب.	1	2	3	4	5	6	7
3_أخاف من انفعالاتي.	1	2	3	4	5	6	7
4_لدي خوف من عدم فدرتي على التحكم في قلقي وانفعالاتي.	1	2	3	4	5	6	7
5_ذكرياتي المؤلمة تمنعني من الابتهاج في حياتي.	1	2	3	4	5	6	7
6_أتحكم في حياتي.	1	2	3	4	5	6	7

7_الانفعالات هي مصدر المشاكل في حياتي.	1	2	3	4	5	6	7
8_لدي شعور بان الآخرون يسيرون حياتهم أفضل مني.	1	2	3	4	5	6	7
9_همومي تمنعني من النجاح.	1	2	3	4	5	6	7
10_أفكاري وانفعالاتي لا تمنعني من أن أعيش حياتي كما أريد.	1	2	3	4	5	6	7

الملحق رقم(04)

مقياس الطراز السلوكي لنمط الشخصية (أ_ب)

	(أ)	توافقني أكثر	توافقني	توافقني بنفس الدرجة	توافقني	توافقني أكثر	(ب)
1	أجد أنني أكلف نفسي فوق طاقتها.						أقوم بأعمالي ونشاطاتي دون تكلف.
2	أميل إلى السرعة في الأداء الأشياء لشعوري بان الوقت ضيق حتى وان كان لدي متسع من الوقت.						أميل إلى العمل بشكل عادي حتى وان كان لدي متسع من الوقت.
3	استعجل الآخرين كي ينتهوا مما يريدون قوله.						أمنح الآخرين الوقت الكافي للانتهاء مما يريدون قوله.
4	بتواجدي مع الآخرين اسعي دائما لأخذ الكلمة احتكارها.						بتواجدي مع الآخرين فان اخذي للكلمة لا يكون مستمر ولا يكون على حساب الآخرين.
5	لا أتقبل النقد من الآخرين واجد أن أفكاري وتصرفاتي هي الصحيحة.						أتقبل النقد والنصيحة واقرها متى اقتضت الضرورة.
6	أشعر دائما بالرغبة في التفوق على الآخرين.						لا أميل إلى أن أكون متناسقا حول أي شيء أقوم به.

7	إني متسرع في الكلام أو السياقة أو الأداء.						أجد إنني اتسم بالهدوء في الكلام أو السياقة أو الأداء.
8	اهتم بمتطلباتي عملي ولوعلي حساب راحتي وصحتي.						لا استغرق في عملي على حساب راحتي وصحتي.
9	عادة ما أجد نفسي مشدودا وعضلاتي منقبضة.						عادة ما أكون هادئا وعضلاتي مستريحة.
10	تجدني دائما في عجلة من أمري حتى عندما لا تكون هناك ضرورة تستدعي ذلك.						أميل إلى الهدوء التريث وعدم الاستعجال.
11	اشعر بالقلق قبل المواعيد المهمة بوقت طويل.						إنني أتعامل مع المواعيد بمرونة حسب مقتضيات الظروف دون استعجال أو تسرع.
12	أحاول دائما توجيه الحديث مع الآخرين نحو موضوعات تخصني.						في حديثي مع الآخرين أراعي موضوع النقاش ولا أرى ضرورة ملحة للكلام عن أمر يخصني.

الملحق رقم (05)

مقياس النمط السلوكي (ج)

الرقم	العبارة	صح	خطأ
1	لدي صعوبات لدفاع عن نفسي في الحياة.		
2	أفضل إتباع آراء الآخرين على أن أؤكد آرائي.		
3	لدي ميل للاستجابة إلى متطلبات الناس المقربين على أن أتفرغ لحاجاتي الشخصية.		
4	أفضل التنازل على أهدافي الخاصة حتى أكون على اتفاق مع الآخرين.		
5	لست قادر على أن أتكلم عن أحاسيسي واحتياجاتي أمام الآخرين.		
6	أميل إلى تقبل وضعيات هي ضد فائدتي الشخصية دون القدرة على الاحتجاج.		
7	في أكثر الأحوال، ليس باستطاعتي التعبير عن مشاعر سلبية كالكراهية، الغضب، العنف ...		
8	عندما أتلقى صدمة على الصعيد الانفعالي أميل إلى عدم الإظهار.		
9	عندما أتلقى خيبة أمل على الصعيد العاطفي، أحس وكأنني مشلول.		
10	عندما تحل علي مصيبة ما، كفقدان شخص عزيز لا استطيع أن أظهر إنفعالاتي أو اعبر عن تمنياتي...		